

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

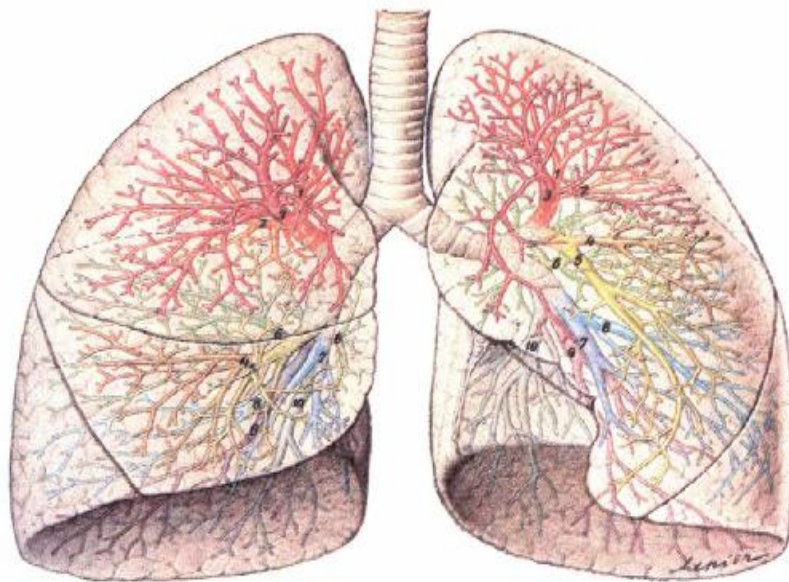
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΟΡΜΠΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2007

*Αυτή την εργασία την αφιερώνω σε όλους
τους ανθρώπους που δίνουν καθημερινά
μάχη με τον καρκίνο του πνεύμονα.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ..... 12

- 1.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 14
- 1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 21
- 1.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ..... 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ..... 28
- 2.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ..... 31
- 2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... 34
- 2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ 36
- 2.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ..... 41
- 2.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ 44
- 2.7. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ..... 49
- 2.8. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ 52
- 2.9. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ 54
- 2.10. ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... 60
- 2.11. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 62
- 2.12. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 65
- 2.13. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... 67
- 2.14. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- 3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ..... 72
- 3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ 75
- 3.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ 78
- 3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... 81

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

3.5. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	83
3.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	89
3.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	94
4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	97
4.3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	99
4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΡΟΘΑΝΑΤΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	101
4.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	106
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	110
ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	126

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του κόσμου και αναφέρεται ως η πιο συχνή μορφή που προσβάλλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες και γι' αυτό έχει πάρει ανησυχητική αυξητική τάση και στα δύο φύλα, με αποτέλεσμα να προκαλεί τους περισσότερους θανάτους.

Από μελέτες που έγιναν αποδείχθηκε ότι οι άντρες που καπνίζουν είκοσι τσιγάρα την ημέρα παρουσιάζουν καρκίνο του πνεύμονα σε συχνότητα δέκα φορές μεγαλύτερη από εκείνη των μη καπνιστών.

Τα τελευταία πενήντα χρόνια η θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα αυξήθηκε σημαντικά, κυρίως στην Αγγλία, τη Φιλανδία, την Αυστρία, την Ολλανδία και το Βέλγιο, με αποτέλεσμα αυτή η συχνή εμφάνιση της μορφής καρκίνου να γίνει αφορμή έτσι ώστε όλο και περισσότερα άτομα να ασχολούνται με το θέμα αυτό.

Έτσι, η εργασία αυτή ασχολείται με το καρκίνο του πνεύμονα, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα.

Η εργασία αυτή διαιρείται σε τρία μέρη.

Στο **πρώτο μέρος** υπάρχει κεφάλαιο που αναφέρεται στην ανατομία και τη φυσιολογία των πνευμόνων. Ακολουθεί κεφάλαιο που αναφέρεται στην ταξινόμηση των νεοπλασμάτων, στην κλινική εικόνα, στις διαγνωστικές εξετάσεις, στην εκτίμηση του ασθενούς, καθώς επίσης και στη θεραπεία του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα.

Στο **δεύτερο μέρος** περιγράφεται ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη θεραπεία του ασθενούς, καθώς επίσης και τα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς αλλά και η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Επίσης, αναφέρεται και η συμβολή της νοσηλευτικής στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα.

Στο **τρίτο μέρος** αναφέρονται τα περιστατικά των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα και η νοσηλευτική διεργασία πάνω στα περιστατικά αυτά, καθώς επίσης και η βιβλιογραφία της εργασίας αυτής.^{1,2}

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια ασθένεια που προσβάλλει αρκετά συχνά τα άτομα και θεωρείται ένα παγκόσμιο πρόβλημα.

Πολύς κόσμος όταν ακούει τη λέξη καρκίνος τότε τους έρχεται αμέσως στο μυαλό ο «ΘΑΝΑΤΟΣ» και αυτό συμβαίνει γιατί έχουν κακή ενημέρωση πάνω στο θέμα καρκίνο του πνεύμονα με αποτέλεσμα να τους έχει οδηγήσει στο φαινόμενο της καρκινοφοβίας που είναι πιο οδυνηρότερο από την ίδια την ασθένεια και ακόμα σε σύγχυση και ηττοπάθεια.

Σκοπός λοιπόν αυτής της εργασίας είναι να ενημερώσει τον πληθυσμό και μέσα από την ευαισθητοποίηση να πετύχει την πρόληψη της ασθένειας που παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του κάθε ανθρώπου, γιατί η πρόληψη σημαίνει ΘΕΡΑΠΕΙΑ. Αρκετά είναι τα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή, που όταν γίνει η διάγνωση ότι πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα και τότε ο ρόλος της νοσηλεύτριας έχει καθοριστική σημασία, γιατί θα πρέπει να βλέπει τον ασθενή ως μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα, να τον στηρίζει ψυχολογικά και σωματικά, να του δώσει θάρρος και αυτοπεποίθηση και να παραστέκεται με κατανόηση και αγάπη στον ασθενή.

Ο ψυχικός και σωματικός πόνος που νιώθει ένας τέτοιος ασθενής είναι υπέρμετρος και απαιτείται η πλήρης ενημέρωσή του για το τι είναι καρκίνος, ποια τα αίτια που μπορεί να τον προκαλέσουν, ποια είναι τα συμπτώματα που έχει ένας καρκινοπαθής ασθενής, ποιες εξετάσεις γίνονται για να διαγνωστεί έγκαιρα, ποια τα στάδια που καθορίζουν το βαθμό της νόσου και τι επιβίωση έχει ο ασθενής, και ποιες θεραπευτικές μέθοδοι που είναι δυνατόν να ακολουθήσουν, καθώς και τις

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

παρενέργειες που μπορεί να παρουσιάσουν προκειμένου να αποβάλλει τη μελαγχολία και τη θλίψη και πιθανόν να θεραπευτεί.

Σε όλα αυτά η νοσηλεύτρια έχει ρόλο ενεργό που αφορά στην ενθάρρυνση και στην καλή επικοινωνία, στην συμπαράσταση και στη βοήθεια, καθώς επίσης στην αγάπη στο ενδιαφέρον και στην ανακούφιση του ασθενή.

Κλείνοντας, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς κοντά στην οικογένεια του ασθενή, έτσι ώστε να μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις ανάγκες τους, να τους εξηγήσει ότι σημαντική είναι η προσφορά ελπίδας, να διατηρούν την ψυχραιμία τους, να στηρίζουν θετικά τον δικό τους άνθρωπο, καθώς και η νοσηλεύτρια να παραστέκεται μαζί τους δείχνοντας την ευαισθησία, τη λεπτότητα και το ενδιαφέρον της για το συνάνθρωπο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολύς κόσμος ακούγοντας τη λέξη «ΚΑΡΚΙΝΟΣ» το πρόσωπο τους γεμίζει φόβο, θλίψη και απόγνωση. Την ονομάζουν «κακιά αρρώστια», «καταραμένη», «επάρατη» και πολύ σπάνια αναφέρουν το όνομά της.

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που ο καθένας έκρυβε και κρύβει το όνομα της λέξης αυτής, όχι μόνο από τον ασθενή αλλά και από οποιοδήποτε σχετιζόταν με αυτόν. Είναι μια ασθένεια που κρύβεται από το κοινωνικό περίγυρο, γιατί όταν γίνεται γνωστή ο ασθενής ακόμη και σήμερα βγαίνει στο περιθώριο της ζωής και την αντιμετωπίζει με αισθήματα οίκτου.

Ο καρκίνος του πνεύμονα από όλους τους τύπους καρκίνου είναι ο πιο διαδεδομένος σε ολόκληρο τον κόσμο που αποτελεί τη πρώτη αιτία θανάτου που προσβάλλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες και η θνησιμότητα από τον καρκίνο αυτό τα τελευταία χρόνια αυξάνεται αλματωδώς σε όλο τον κόσμο.

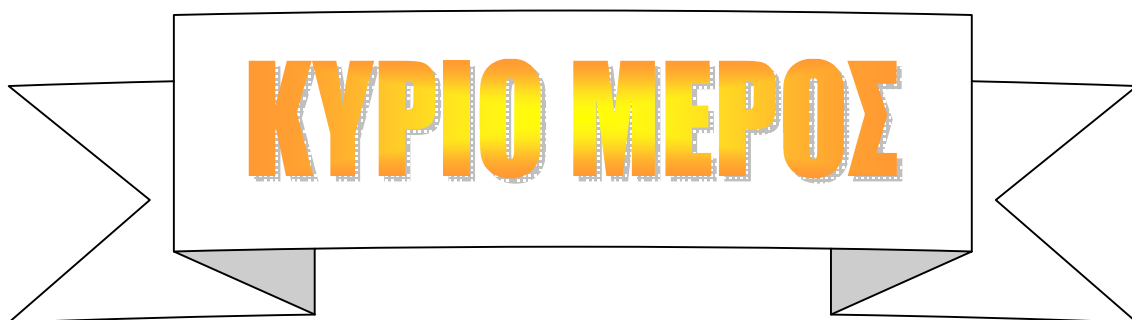
Σήμερα όμως, ο καρκίνος αυτός εξορμάται από το βρογχικό δένδρο γι' αυτό και λέγεται βρογχικό καρκίνωμα. Μεγάλο όμως ενδιαφέρον έχει η εξέλιξη της διάγνωσης όπως ακτινογραφία του θώρακα, βρογχοσκόπηση, κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων αλλά και η πρόοδος στη θεραπεία του καρκίνου.

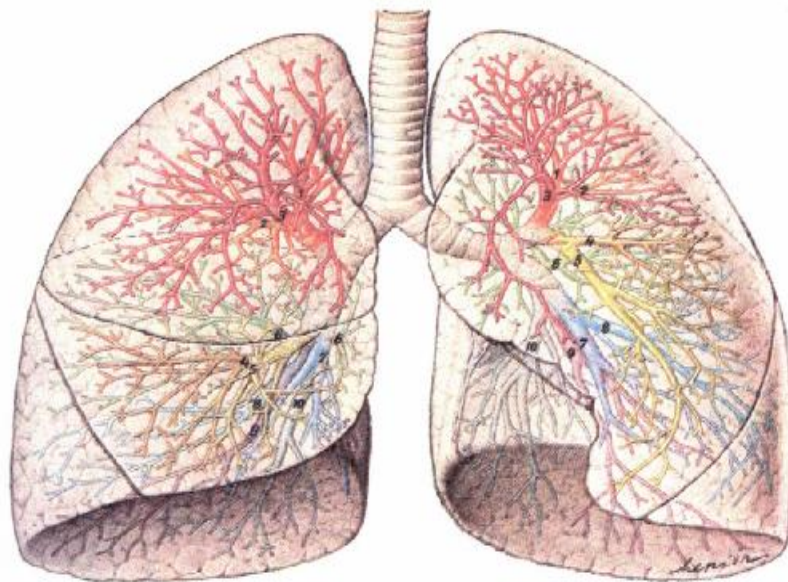
Σκοπός της εργασίας αυτής είναι ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει συνεχώς όλο τον κόσμο πάνω στο θέμα αυτό, ότι η πρόληψη παίζει σπουδαίο ρόλο στην ζωή του κάθε ανθρώπου έτσι ώστε να αποφύγει την εμφάνιση μιας ανεπιθύμητης νόσου.

Ο νοσηλευτής είναι το πιο προσιτό πρόσωπο και το πιο ικανό να δώσει τις απαιτούμενες πληροφορίες σε κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, ο

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

οποίος θα πρέπει να συμπεριφέρεται απέναντι στο πρόσωπο του καθενός με σεβασμό και αγάπη.^{3,4}





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος είναι μια αρρώστια τόσο παλιά όσο είναι ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό υπάρχει κυρίως από το γεγονός ότι τόσο παλιά και αν είναι τα οστά των ανθρώπων και των ζώων που υπάρχουν μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σ' ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοήθων όγκων. Στα κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης των Αρχαίων Αιγυπτίων καθώς και των Ελλήνων και των Περσών, αναφέρεται ότι υπήρχαν κακοήθων όγκοι στον άνθρωπο.

Από το 300 π.Χ. οι όγκοι είχαν διαχωριστεί σε καλοήθους και κακοήθους. Αργότερα στην εποχή της γέννησης του Χριστού και εκτελούνταν θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Τον Μεσαίωνα γίνεται η ανακάλυψη του μικροσκοπίου όπου θα αναπτυχθούν νέες θεωρίες για τη προέλευση των ασθενών, ενώ θα παραμεριστούν παλιές θεωρίες δοξασίες και πεποιθήσεις όπως του Γαληνού που υποστήριζε ότι ο καρκίνος οφειλόταν στην παρουσία υπερβολικής μαύρης χολής στον άνθρωπο. Η τελευταία όμως θεωρία επιβίωσε σ' όλο το Μεσαίωνα και απορρίφθηκε μετά ζωή 1300 χρόνων αφότου είχε αναπτυχθεί.

Το 1652 ο Owen περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, όπου σ' αυτή τη θεωρία παρατηρήθηκε ότι καρκίνος επεκτεινόταν από την πρωτοπαθή εστία με τα λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες. Αργότερα, το 1775 ο Persival Pott παρατήρησε ότι οι καπνοδοκαθαριστές πάθαιναν συχνά

καρκίνο του οσχέου και συμπέρανε πως το περιβάλλον και οι διάφοροι χημικοί παράγοντες αποτελούν ίσως ένα από τα ισχυρότερα αίτια της ασθένειας.

Αργότερα η θεωρία του Gohnheim υποστήριζε ότι οι όγκοι οφειλόταν σε απομονωμένα εμβρυικά κύτταρα και σε υπολείμματα ιστών, όπου αυτή η θεωρία παραμένει μέχρι σήμερα αληθινή. Ακολούθησε η θεωρία της προέλευσης των όγκων από τα υπέρμικρα μικρόβια (διηθητούς ιούς) όπου αποδείχθηκε για όλους σχεδόν τους καρκίνους στα ζώα ότι οφείλονταν σε διηθητούς ιστούς.

Σήμερα όμως έχει αποδειχθεί πως οι εξωγενείς παράγοντες (χημικοί, φυσικοί, μηχανικοί) είναι αυτοί που προκαλούν την καρκινογένεση μόνοι τους ή σε συνδυασμό με ενδογενείς παράγοντες (ορμόνες) που πιο σπάνια μπορεί να θεωρηθούν οι ενδογενείς παράγοντες υπαίτιοι για την ανάπτυξη ενός καρκίνου.⁵

1.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η λεπτομερής γνώση της ανατομικής του αναπνευστικού συστήματος αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μελέτη και την ερμηνεία των παθήσεων των βρόγχων και των πνευμόνων.⁶

Το αναπνευστικό σύστημα εξυπηρετεί την ανταλλαγή των αερίων, που ονομάζεται αναπνοή, δηλαδή τη παραλαβή του οξυγόνου από την ατμόσφαιρα το μεταφέρει στις κυψελίδες των πνευμόνων από όπου παραλαμβάνει το διοξείδιο του άνθρακα και το αποβάλλει, όπου η μεταφορά αυτή των αερίων μεταξύ των πνευμόνων και των διαφόρων ιστών γίνεται με την κυκλοφορία του αίματος.

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων με ειδική κατασκευή για την επιτέλεση της λειτουργίας της ανταλλαγής των αερίων. Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από δύο κύρια τμήματα: την άνω αεροφόρο οδό και την κάτω αεροφόρο οδό.

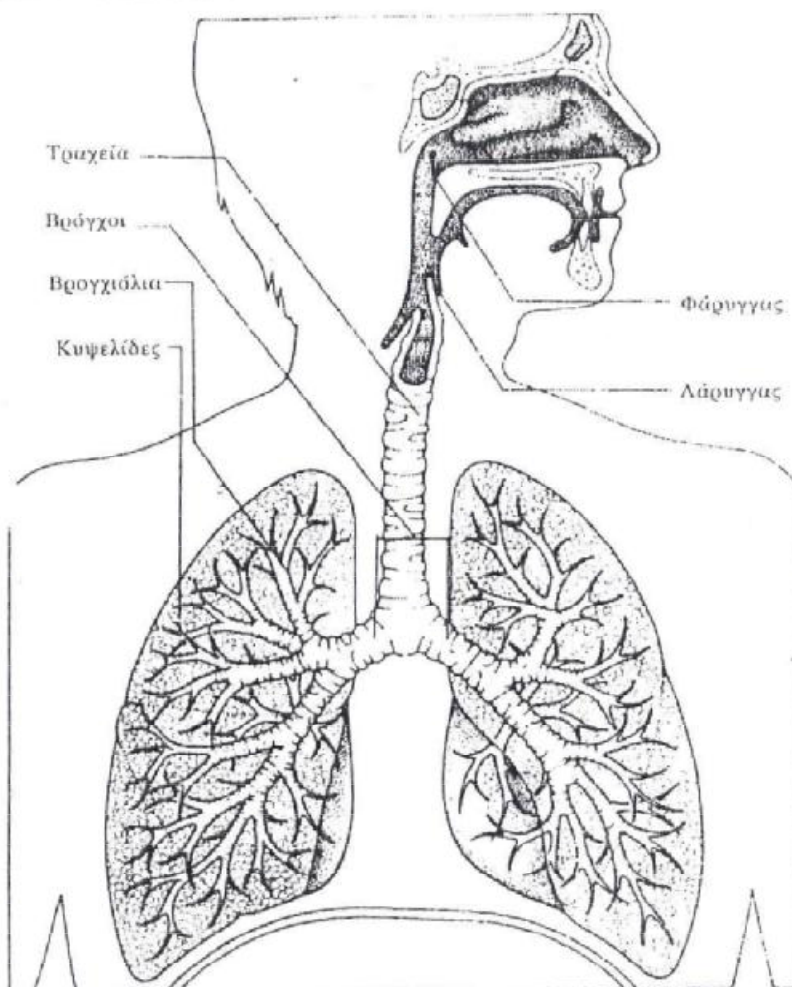
Η άνω αεροφόρος οδός αποτελείται από τη μύτη (ρίνα) τους ρινικούς κόλπους, το φάρυγγα με τις δύο μοίρες (ρινική και στοματική μοίρα του φάρυγγα μέχρι το φαρυγγικό στόμιο του λάρυγγα), τη στοματική κοιλότητα (μετέχει στο αναπνευστικό σύστημα) και το λάρυγγα. Η κάτω αεροφόρος οδός αποτελείται από τους:

- Μεγάλους αεραγωγούς (τραχεία, βρόγχοι)
- Μικρούς αεραγωγούς (βρογχιόλια, κυψελίδες), αλλά εκτός από αυτούς η κάτω αεροφόρος οδός αποτελείται και από τους πνεύμονες.

Κύριες λειτουργίες των οργάνων της άνω αναπνευστικής οδού είναι η προσαγωγή αέρα προς την κάτω αναπνευστική οδό για την ανταλλαγή

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

των αερίων, η προστασία από ξένα σώματα, η θέρμανση, η υγρανση και ο καθαρισμός του εισπνεόμενου αέρα.^{7,8,9}



Εικόνα 1: Αναπνευστικό σύστημα.⁹

ΜΥΤΗ – ΦΑΡΥΓΓΑΣ – ΛΑΡΥΓΓΑΣ

Πριν τον λάρυγγα υπάρχει η μύτη (ρίνα) και ο φάρυγγας όπου η μύτη είναι αυτή που πρέπει να προετοιμάζει τον αέρα για τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς, που πρέπει να θερμαίνει, να υγραίνει και να καθαρίζει από τεμάχια σκόνης και κατά το δυνατό από μικρόβια. Οι

ρινικές κόγχες καλύπτονται από βλεννογόνο που διατηρούνται συνεχώς υγρές, θερμαίνοντας και υγραίνοντας τον αέρα.

Ο φάρυγγας είναι πλούσιος σε λεμφικό ιστό για την άμυνα κατά των μικροβίων, και ο αναπνεόμενος αέρας ελέγχεται χημικώς με την όσφρηση και έτσι πολλά βλαπτικά αέρια μυρίζουν άσχημα και έτσι έχει ως αποτέλεσμα να αποφεύγεται η εισπνοή τους.¹⁰

Ο λάρυγγας είναι το τελευταίο τμήμα της άνω αεροφόρου οδού που κλείνεται από την επιγλωττίδα αντανακλαστικά κατά τη κατάποση για παρεμπόδιση εισρόφησης τροφής ή υγρών μέσα στην κάτω αεροφόρο οδό.

Ο λάρυγγας χρησιμεύει ως αεραγωγός και ως φωνητικό όργανο γι' αυτό και η κατασκευή του είναι πολύπλοκη. Η φωνή παράγεται κυρίως από δύο πτυχές του βλεννογόνου του λάρυγγα, τα φωνητικά χείλη τα οποία «πάλλονται» από τον εκπνεόμενο αέρα. Ο λάρυγγας βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου, μπροστά από τη λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα και ως προς τη σπονδυλική στήλη αντιστοιχεί στο 4^ο έως τον 6^ο αυχενικό σπόνδυλο.

Ο λάρυγγας αποτελείται από χόνδρους οι οποίοι αποτελούν το σκελετό του λάρυγγα και συνδέονται ο ένας με τον άλλον με διαρθρώσεις και συνδέσμους. Αυτοί είναι ο θυρεοειδής που είναι ο μεγαλύτερος, ο κρικοειδής, που βρίσκεται στη βάση του λάρυγγα και αποτελεί το κατώτερο χόνδρο του, οι αρυταινοειδείς χόνδροι που είναι οι σπουδαιότεροι γιατί εκεί εκφύονται οι φωνητικές χορδές και έτσι έχουμε την παραγωγή της φωνής, και την επιγλωττίδα που σκοπός της είναι να φράζει το φαρυγγικό στόμιο του λάρυγγα στη διάρκεια της κατάποσης της τροφής και την υποχρεωτική διαδρομή της τροφής προς τον οισοφάγο.^{8,9,10,11}

ΤΡΑΧΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΟΓΧΟΙ

Η τραχεία είναι ένας ινοχόνδρινος σωλήνας που έχει μήκος 12cm και αποτελεί συνέχεια του λάρυγγα και περνάει μπροστά από τον οισοφάγο. Αποτελείται από 18-20 χόνδρινα ημικρίκια τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με μια μεμβράνη. Η τραχεία έχει βλεννογόνο με κροσσωτό επιθήλιο και σκοπός του κροσσωτού επιθηλίου είναι να διώχνει προς τα πάνω τα μόρια σκόνης από τον εισπνεόμενο αέρα.

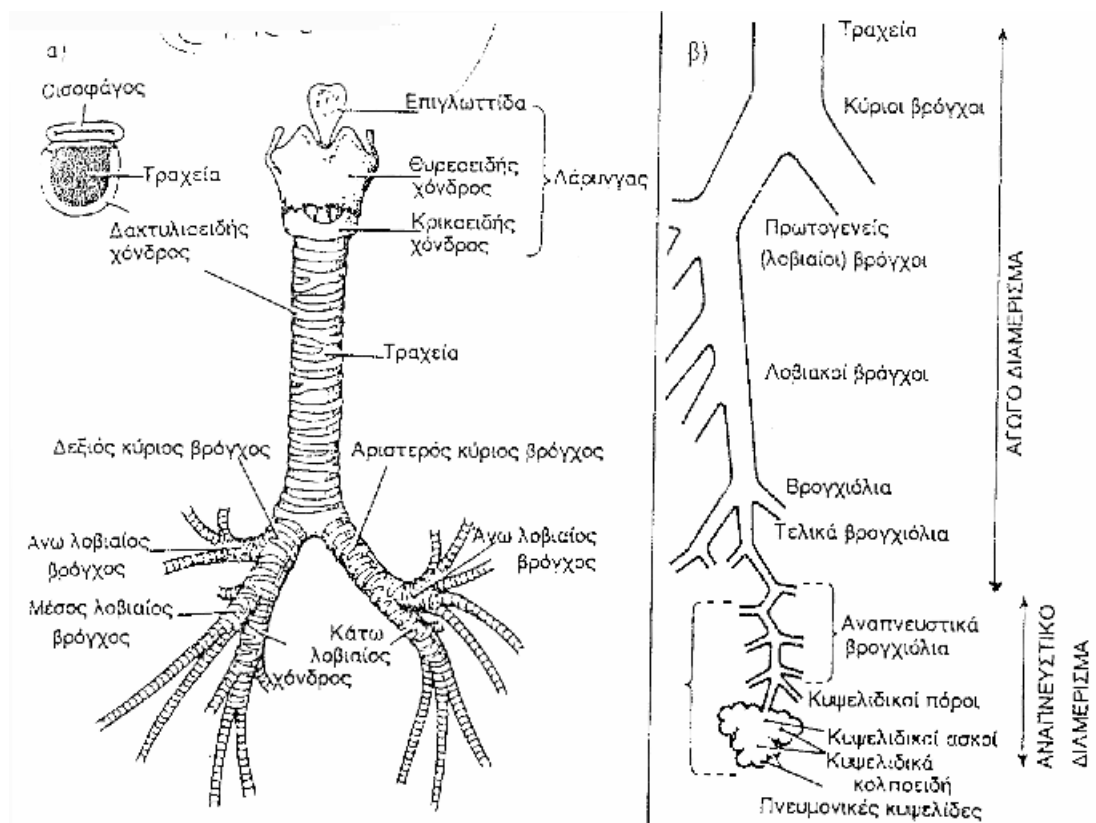
Στο ύψος του 4^{ου} θωρακικού σπονδύλου στο σημείο που λέγεται καρίνα, η τραχεία διαιρείται σε δύο βρόγχους στο δεξιό και στον αριστερό. Οι δύο αυτοί βρόγχοι εισέρχονται μέσα στους πνεύμονες και υποδιαιρούνται ο δεξιός σε τρεις λοβιακούς βρόγχους και ο αριστερός σε δύο λοβιακούς βρόγχους, και οι οποίοι αυτοί διαιρούνται σε δύο έως πέντε τμηματικούς βρόγχους.^{7,8,9,10}

Οι συνεχείς διακλαδώσεις των βρόγχων οδηγούν στους τελικούς κλάδους του βρογχικού δέντρου οι οποίοι έχουν μικρή διάμετρο και ονομάζονται βρογχιόλια. Τα βρογχιόλια διχοτομούνται και σε μικρότερα βρογχιόλια που χρησιμεύουν σαν αγωγός αέρα και λέγονται τελικά. Τα βρογχιόλια έχουν στο τοίχωμά τους κυψελίδες και χρησιμεύουν στην ανταλλαγή αερίων και γι' αυτό ονομάζονται αναπνευστικά βρογχιόλια, τα οποία καταλήγουν στους κυψελιδικούς πόρους. Ο κυψελιδικός πόρος καταλήγει σε απλές κυψελίδες ή κυψελιδικούς σάκους.

Κάθε πνεύμονας έχει 300 περίπου εκατομμύρια κυψελίδες με διάμετρο 0,2 χιλιοστά και χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκυψελιδικό διάφραγμα. Στο τοίχωμα τους υπάρχει πυκνό δίκτυο τριχοειδών αγγείων με ελαστικές, κολλαγόνες και νευρικές ίνες. Υπάρχουν όμως τρεις τύποι κυψελιδικών κυττάρων, όπως ο τύπος I τα επιθηλιακά κύτταρα, ο τύπος

II τα μεταβολικά ενεργά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν την επιφανειακά ενεργό επίστρωση τους και ο τύπος III που είναι τα μακροφάγα.

Το κυψελιδικό επιθήλιο επικαλύπτεται από μεμβράνη λιποειδών που έχει την ικανότητα να ελαττώνει την επιφανειακή τάση των κυψελίδων και να αναστέλλει την ατελεκτασία των πνευμονικών περιοχών και έτσι αυτός ο σχηματισμός λέγεται πνευμονικό λοβίο και θεωρείται η στοιχειώδης λειτουργική μονάδα του πνεύμονα.^{3,4,11}



Εικόνα 2: Σχηματική παρουσίαση(α) των κατωτέρων αεροφόρων οδών μέχρι τα τελικά βραχιόλια (πέρασ αγωγού διαμερίσματος) και (β) του αναπνευστικού διαμερίσματος¹²

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

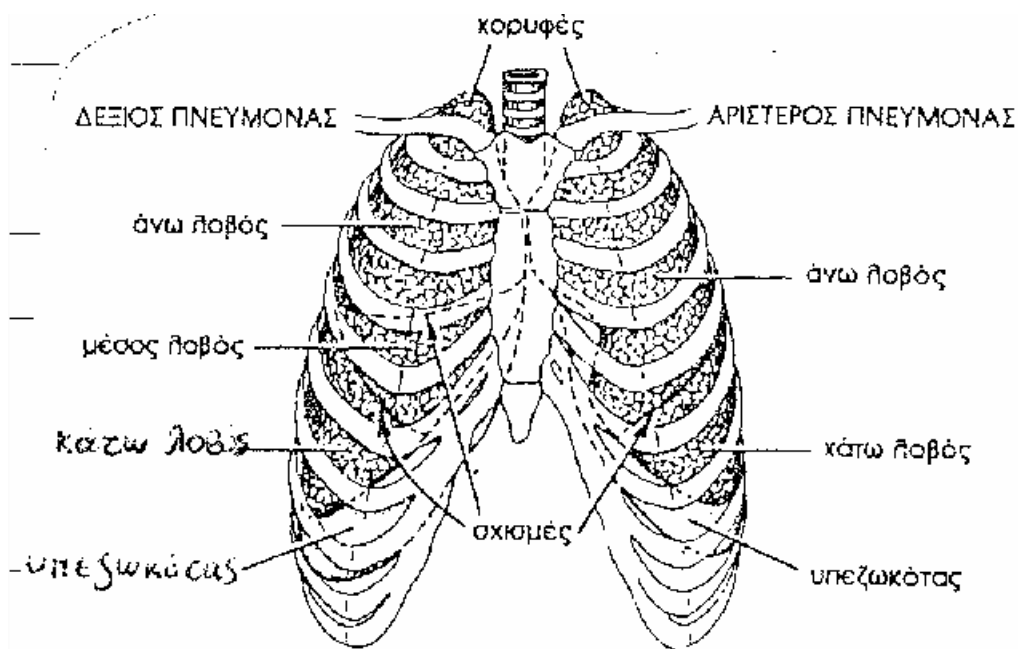
Οι πνεύμονες είναι το κύριο όργανο της αναπνοής και καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της θωρακικής κοιλότητας. Οι πνεύμονες είναι δύο: δεξιός και αριστερός και σε κάθε πνεύμονα διακρίνονται λοβοί,

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

τρεις στο δεξιό και δύο στο αριστερό οι οποίοι διαχωρίζονται με τις μεσολόβιες σχισμές.^{7,9}

Οι πνεύμονες περιβάλλονται από υμένα που ονομάζεται υπεζωκότας και έχει δύο πέταλα: το τυχωματικό και το περισπλάχνιο μεταξύ των οποίων σχηματίζεται ένας σχισμοειδής χώρος ο οποίος δεν περιέχει αέρα αλλά ελάχιστη ποσότητα ορώδους υγρού που χρησιμεύει για την διολίσθηση των δύο πετάλων κατά τις αναπνευστικές κινήσεις. Η πίεση στο χώρο αυτό είναι αρνητική σε σχέση με την ατμοσφαιρική κι αυτό έχει σημασία για την έκπτυξη των πνευμόνων κατά την εισπνοή.

Οι πνεύμονες έχουν σχήμα πυραμίδας με τη βάση τους να στηρίζονται πάνω στο διάφραγμα. Οι κορυφές των πνευμόνων αντιστοιχούν στο υψηλότερο σημείο της θωρακικής κοιλότητας, στο ύψος της κλείδας και της πρώτης πλευράς. Ακόμα, η βάση τους έρχεται σε επαφή δεξιά με το δεξιό λοβό του ήπατος και αριστερά με το αριστερό λοβό του ήπατος, το θόλο του στομάχου και του σπλήνα.



Εικόνα 3: Η θέση των πνευμόνων μέσα στο θώρακα.¹³

Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι κυρτή και έρχεται σε επαφή με το πλευρικό τοίχωμα του θώρακα (πλευρές, μεσοπλεύριοι μύες, πλευρικός υπεζωκότας) ενώ η εσωτερική τους επιφάνεια που χωρίζει το μεσοθωράκιο έρχεται σε επαφή με τη καρδιά και με τα μεγάλα αγγεία.

Από τις πύλες του κάθε πνεύμονα εισέρχεται ο κύριος βρόγχος, ο κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας που φέρνει το φλεβικό αίμα από την καρδιά για την οξυγόνωση στον πνεύμονα καθώς και οι πνευμονικές φλέβες που φέρνουν το οξυγονωμένο αίμα στην καρδιά.^{1,3,4,8,10,11,13}

ΥΠΕΖΩΚΟΤΑΣ

Ο υπεζωκότας είναι ένας λεπτός ορογόνος υμένας που περικλείει τους πνεύμονες. Διακρίνεται στον περισπλαχνικό υπεζωκότα που εφάπτεται με το πνεύμονα και ακολουθεί μέσα στις σχισμές και έτσι χωρίζει τον ένα λοβό από τον άλλο. Αυτή η μεμβράνη μετά αναδιπλώνεται πίσω και στη βάση του πνεύμονα σχηματίζεται ο τοιχωματικός υπεζωκότας ο οποίος καλύπτει το εσωτερικό μέρος του θωρακικού τοιχώματος. Αυτές οι δύο μεμβράνες συναντώνται μόνο στο σημείο όπου ο πνεύμονας συνδέεται με τη τραχεία, με το βρόγχο, με τη καρδιά και τα πνευμονικά αιμοφόρα αγγεία.

Ο υπεζωκότας που καλύπτει τις πλευρές είναι ο πλευρικός και ο αυχενικός είναι το μέρος της μεμβράνης που βρίσκεται στο λαιμό.

Μεταξύ των πετάλων του υπεζωκότα υπάρχει ποσότητα υγρού για να αποφεύγεται η τριβή μεταξύ τους και να διευκολύνονται οι κινήσεις των πνευμόνων. Όσο αφορά την αγγείωση του υπεζωκότα αποτελείται από την πνευμονική αρτηρία που συμβάλλει στην λειτουργική κυκλοφορία και τη βρογχική που συμβάλλει στη θρεπτική κυκλοφορία.^{3,7,8,13}

1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Η λειτουργία των πνευμόνων αφορά την πρόσληψη του οξυγόνου από τον εισπνεόμενο ατμοσφαιρικό αέρα και την είσοδο του οξυγόνου στο αίμα των τριχοειδών της πνευμονικής αρτηρίας (οξυγόνωση του αίματος) καθώς και την έξοδο του διοξειδίου του άνθρακα από το αίμα των τριχοειδών αυτών (κάθαρση του αίματος από το διοξείδιο του άνθρακα μέσω των κυψελίδων) και την αποβολή του μέσω του εκπνεόμενου αέρα στο εξωτερικό περιβάλλον. Οι διεργασίες αυτές αποτελούν την εξωτερική αναπνοή και γίνονται με το αναπνευστικό σύστημα.¹²

Όσο αφορά την εισπνοή είναι η ανταλλαγή αερίων ανάμεσα σε αίμα και ιστούς που σε αυτή, οι μεσοπλευριοί μύες συστέλλονται και τραβούν τις πλευρές προς τα πάνω και έξω. Συγχρόνως συστέλλεται και το διάφραγμα και κατεβαίνει προς τα κάτω. Αποτέλεσμα αυτών των κινήσεων είναι η διεύρυνση της θωρακικής κοιλότητας που προκαλεί διάταση των πνευμόνων, καθώς οι πνεύμονες είναι κολλημένοι στο τοίχωμα της θωρακικής κοιλότητας. Έτσι κατά την ανταλλαγή των αερίων ο αέρας περνά πρώτα από την αναπνευστική οδό όπου θερμαίνεται, υγραίνεται και καθαρίζεται από τη σκόνη για να φθάσει στις κυψελίδες.

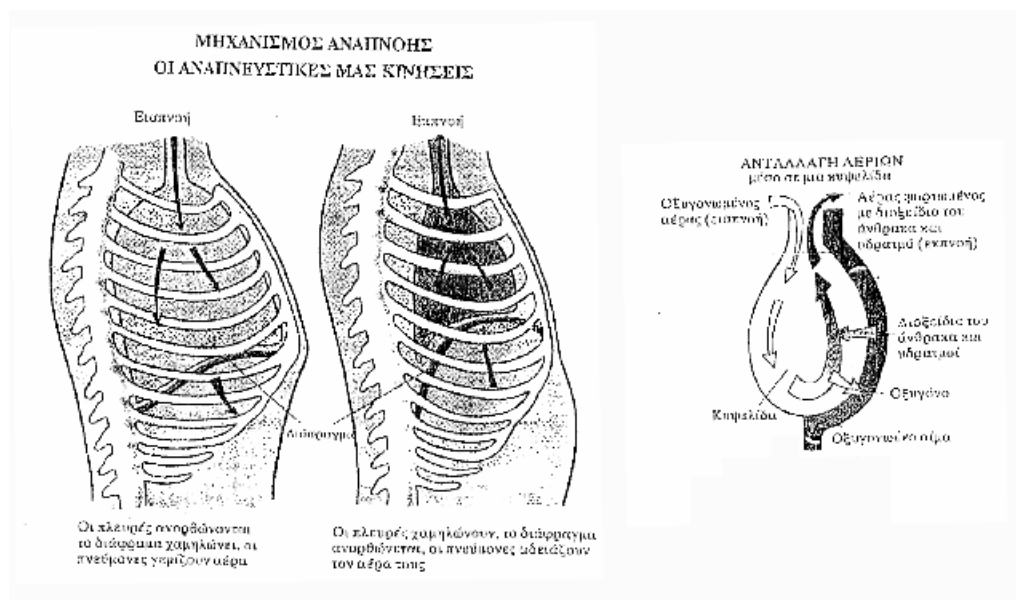
Όσο αφορά την εκπνοή είναι η ανταλλαγή αερίων ανάμεσα σε αίμα και περιβάλλον όπου εδώ σταματά η συστολή των μεσοπλευρίων μυών και του διαφράγματος και έτσι οι πλευρές κατεβαίνουν προς τα κάτω και μέσα, ενώ το διάφραγμα ανεβαίνει προς τα πάνω. Έτσι με αυτό τον

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

τρόπο ελαττώνεται η χωρητικότητα της θωρακικής κοιλότητας συμπιέζονται οι πνεύμονες, ελαττώνεται η χωρητικότητα των κυψελίδων και ο αέρας από τις κυψελίδες εξωθείται προς το εξωτερικό περιβάλλον περνώντας από την αναπνευστική οδό.

Έτσι, ο αριθμός των αναπνευστικών κινήσεων που φτάνει σε ένα λεπτό από 12 έως 15 επιτυγχάνεται η συνεχή ανανέωση του κυψελιδικού αέρα με την είσοδό του οξυγόνου μέσα σ' αυτόν και την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα στο εξωτερικό περιβάλλον.^{10,11,14,15}

Το οξυγόνο του αέρα που αναπνέουμε περνάει το τοίχωμα των κυψελίδων και φθάνει στα τριχοειδή. Εκεί με τα ερυθρά αιμοσφαίρια σχηματίζεται η οξυαιμοσφαιρίνη που μεταφέρει το οξυγόνο σε όλους τους ιστούς. Το οξυγόνο μπαίνει στα κύτταρα με τη βοήθεια διαφόρων ενζύμων και το διοξείδιο του άνθρακα που είναι το τελικό προϊόν των καύσεων μεταφέρεται στους πνεύμονες και αποβάλλεται με την εκπνοή. Για τη διεργασία της ανταλλαγής των αερίων είναι απαραίτητη η διαφορά πίεσης μεταξύ του αίματος και αέρα.^{6,7}



Εικόνα 4⁹

Εικόνα 5⁹

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Η αναπνευστική λειτουργία είναι πολύπλοκη διεργασία που περιλαμβάνει διάφορους ξεχωριστούς μηχανισμούς όπου η λειτουργία αυτή κατευθύνεται από το αναπνευστικό κέντρο που βρίσκεται στο προμήκη μυελό και διακρίνεται σε εισπνευστικό και εκπνευστικό.

Το κύριο ερέθισμα του αναπνευστικού κέντρου είναι το διοξείδιο του άνθρακα που όταν έχουμε αύξηση στο αίμα έχουμε και διέγερση του αναπνευστικού κέντρου που έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας των αναπνευστικών κινήσεων. Με το μηχανισμό αυτό αποβάλλεται το επιπλέον διοξείδιο του άνθρακα και η πυκνότητα του ξαναγυρίζει στα φυσιολογικά επίπεδα. Αν όμως ελαττωθεί η πυκνότητα του διοξειδίου, τότε ελαττώνεται και η λειτουργία του αναπνευστικού κέντρου αλλά και η συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων. Έτσι είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός ποσού διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα για να μπορεί να γίνεται η αναπνευστική λειτουργία.^{11,12,14,15,16}

1.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Το βρογχογενές καρκίνωμα προέρχεται από το επιθήλιο των βρόγχων και οφείλεται σε μεταπλασία των βασικών κυττάρων.

Διακρίνεται σε κεντρικό, όταν αναπτύσσεται στους κύριους ή λοβιαίους βρόγχους και περιφερικό όταν αναπτύσσεται στους τμηματικούς ή υποτμηματικούς βρόγχους.

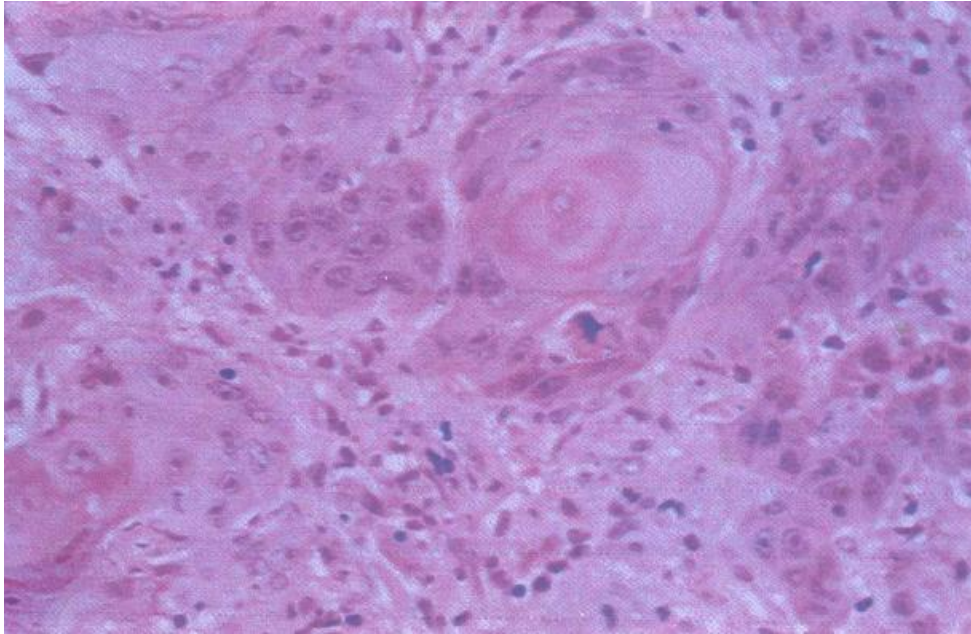
Ο δεξιός πνεύμονας προσβάλλεται συχνότερα (55-60%) από τον αριστερό. Επίσης συχνότερη είναι η προσβολή των άνω λοβών, καθώς και η τραχεία προσβάλλεται σπάνια (1-2%).

Μακροσκοπικά εμφανίζεται είτε με την εκπλαστική, είτε με τη διηθητική μορφή. Σχηματίζει μάζα ομοιογενή, σκληρή και ανώμαλη ενίοτε όμως με μελανά ή ερυθρά στίγματα. Μικροσκοπικά τα βρογχογενή καρκινώματα ταξινομούνται ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο των καρκινικών κυττάρων που επικρατούν. Η ταξινόμηση αυτή έχει μεγάλη σημασία γιατί η κλινική τους έκφραση, η ακτινολογική εμφάνιση, η ανταπόκριση στη θεραπεία και η πρόγνωση καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τον ιστολογικό της τύπο.²

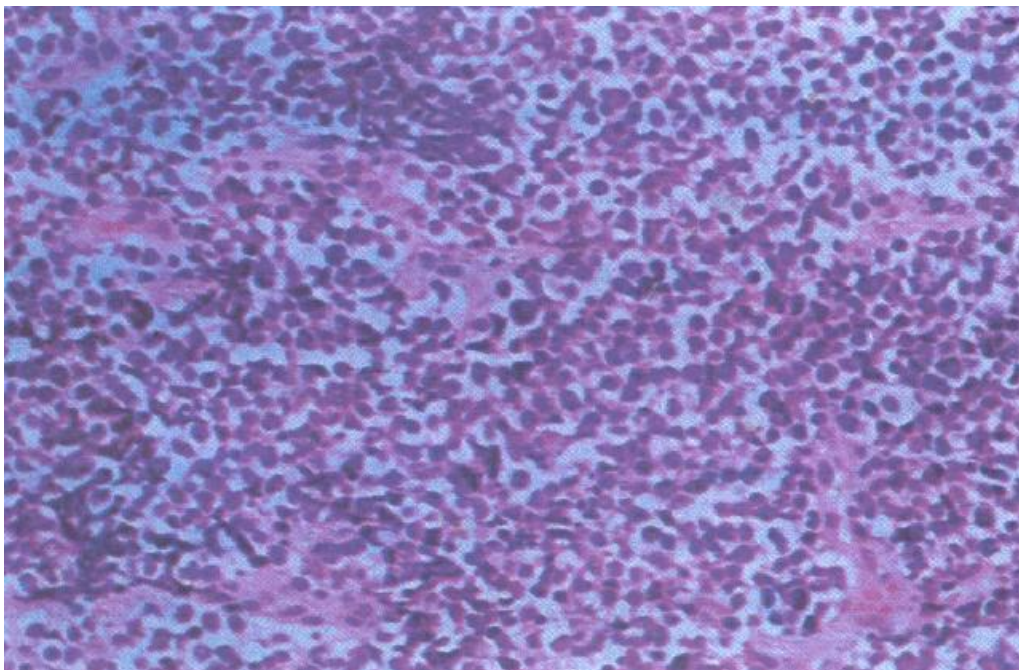
Έτσι το α) επιδερμοειδές ή πλακώδες καρκίνωμα αποτελεί το 35% των αρρώστων με βρογχογενή καρκίνο, εντοπίζεται κυρίως στα κεντρικά τμήματα του τραχειοβρογχικού δένδρου και μεθίστανται κυρίως λεμφογενώς αλλά και αιματογενώς, το β)αδενοκαρκίνωμα αποτελεί το 25% των αρρώστων με βρογχογενή καρκίνο ενώ η συχνότητα αυξάνει διαρκώς τα τελευταία έτη, εντοπίζεται κυρίως στη περιφέρεια του πνεύμονα γ) το μικροκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 20% και εντοπίζεται κυρίως στους κεντρικούς βρόγχους και δίνει ταχύτατα αιματογενείς και λεμβογενείς μεταστάσεις οι οποίες ανακαλύπτονται

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

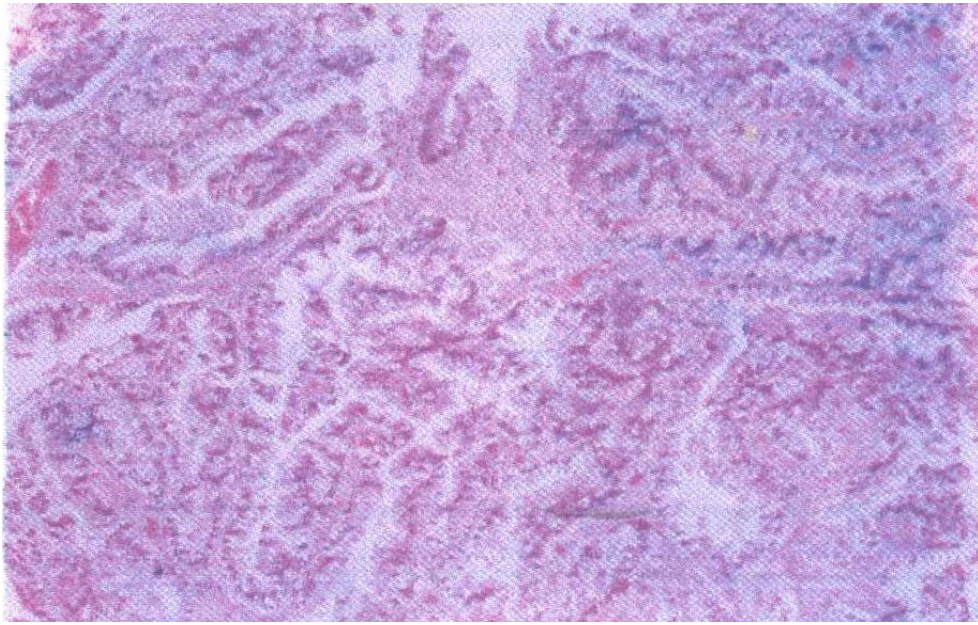
κατά τη χρονική στιγμή της διάγνωσής του και δ)το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 15% και εντοπίζεται στη περιφέρεια του πνεύμονα, χωρίς να αποκλείεται η ανάπτυξή του σε κεντρικούς βρόγχους.^{17,18}



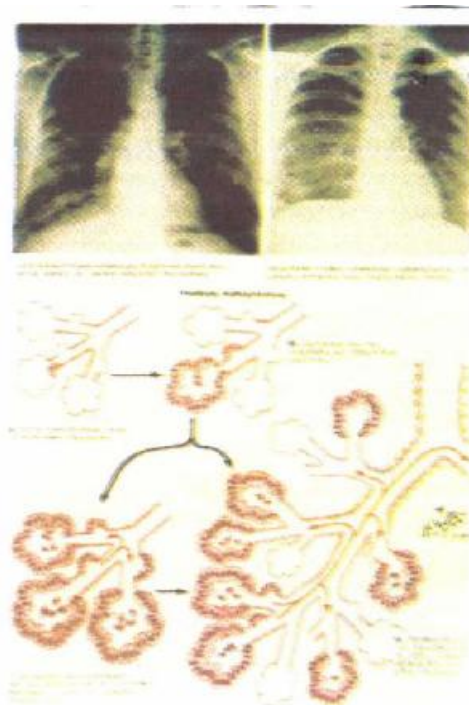
Εικόνα 6: Πλακώδες καρκίνωμα του πνεύμονα.
Παθολογοανατομική εμφάνιση. Χρήση HE x400¹⁸



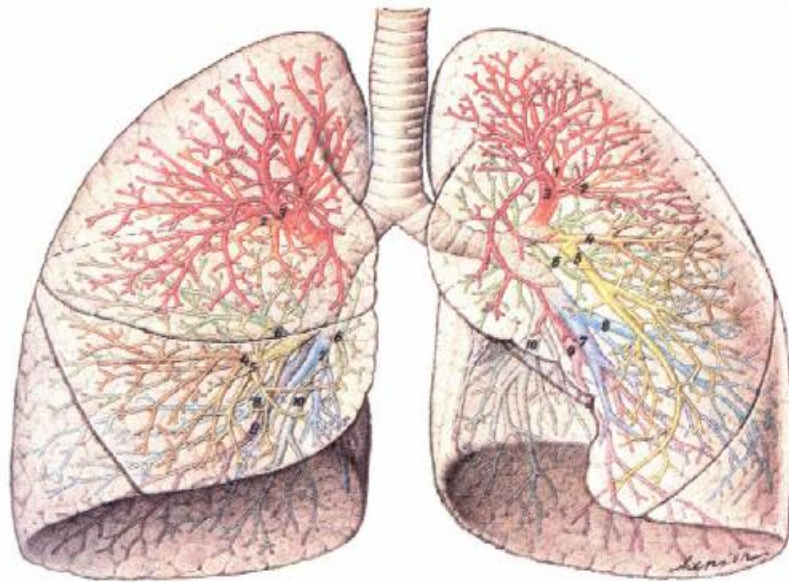
Εικόνα 7: Μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα.
Παθολογοανατομική εμφάνιση. Χρήση HE x100¹⁸



Εικόνα 8: Αδενοκαρκίνωμα του πνεύμα.
Παθολογοανατομική εμφάνιση. Χρήση ΗΕ x100¹⁸



Εικόνα 9: Τρόπος επεκτάσεως κυψελιδοκυτταρικού καρκίνου ¹⁸



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί το γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA είναι αυτό που ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωμοσωμάτων τα οποία κληρονομούμε από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας.

Τα χρωμοσώματά μας περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα που καθορίζουν στον οργανισμό πως θα αναπτυχθεί, πως θα λειτουργήσει και πως θα συμπεριφερθεί. Έτσι υπάρχουν γονίδια που καθορίζουν τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου που το περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα.

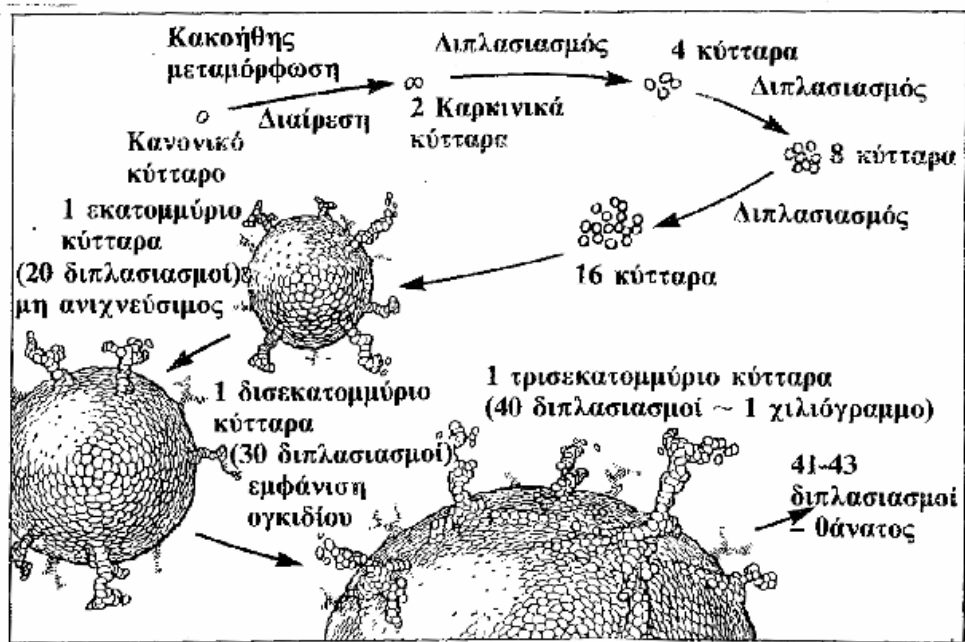
Τα χρωμοσώματα αναπαράγονται κάθε στιγμή που διαιρείται το κύτταρο και έτσι μπορεί να υπάρξουν πολλές ευκαιρίες να πάει κάτι στραβά. Έτσι ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της κυτταρικής διαίρεσης μπορεί να ακολουθήσουν λανθασμένες πληροφορίες όπως μια μετάλλαξη που αλλάζει ένα ή περισσότερα γονίδια. Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό που θα έπρεπε να δοθεί, και τότε ένα κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και να πολλαπλασιάζεται συνεχώς ώσπου να σχηματίσει ένα όγκο τον λεγόμενο κακοήθη όγκο ή καρκίνο.^{19,20}

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά: την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων αλλά και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή.²¹

Ο καρκίνος ξεκινά από ένα μη φυσιολογικό κύτταρο, στη συνέχεια διαιρείται σε δύο μη φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία γίνονται τέσσερα και διπλασιάζονται. Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται με διάφορες ταχύτητες που ονομάζονται χρόνοι διπλασιασμοί. Οι καρκίνοι που αναπτύσσονται γρήγορα μπορεί να διπλασιαστούν μέσα σε μια ή δύο εβδομάδες ενώ όσοι αναπτύσσονται αργά διπλασιάζονται σε δύο ή έξι μήνες. Έτσι, στη φάση αυτή ο όγκος μπορεί να αποτελείται από ένα εκατομμύριο κύτταρα και να έχει το μέγεθος της κεφαλής της καρφίτσας, με αποτέλεσμα να μην φαίνεται κάποιο ογκίδιο.

Αργότερα, όμως από πολλούς μήνες το μέγεθος του όγκου αρχίζει να γίνεται αισθητό ή ορατό μέσω ακτινολογικού ελέγχου και να προκαλέσει συμπτώματα λόγω της πίεσης όπως πόνο ή αιμορραγία.^{19,20}

Ο καρκίνος δεν είναι τοπικό πρόβλημα, αλλά μια γενικευμένη κατάσταση τόσο σωματική όσο και ψυχική. Οφείλεται στην κακή αιμάτωση των κυττάρων και έχει σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες, τη διατροφή και το αρνητικό τρόπο ζωής.²¹



Εικόνα 10: Η κακοήθης μετατροπή ενός φυσιολογικού κυττάρου και οι επακόλουθοι διπλασιασμοί. Έπειτα από 20 διπλασιασμούς (ένα εκατομμύριο καρκινικά κύτταρα), ο καρκίνος είναι ακόμα πολύ μικρός για να ανιχνευτεί.¹⁹

2.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Νεόπλασμα χαρακτηρίζεται κάθε ανεξέλεγκτη και ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων που δεν οφείλεται σε φυσιολογική ανάγκη του οργανισμού.

Τα νεοπλάσματα εμφανίζονται με διάφορες μορφές ανάλογα με τη θέση ανάπτυξης και την ιστολογική κατασκευή τους. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό πολλών νεοπλασμάτων είναι ότι από τη στιγμή εμφάνισης του πρώτου νεοπλασματικού κυττάρου μέχρις ότου γίνει αντιληπτό το νεόπλασμα, μεσολαβεί πολλές φορές μεγάλο χρονικό διάστημα, που αυτό δείχνει τη μεγάλη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης των νεοπλασμάτων.⁹

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοήθες ή κακοήθες. Το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού, διατηρούνται στην ίδια θέση και δεν προσβάλλουν τους γύρω ιστούς ούτε τους καταστρέφουν. Το κακοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής στον οργανισμό που έχουν την ικανότητα να διασκορπίζονται και να προσβάλλουν τους γύρω ιστούς αλλά και άλλα σημεία του σώματος.^{19,22}

Οι διαφορές μεταξύ καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων είναι:

ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

- Ü Πολλαπλασιάζονται με αργό ρυθμό
- Ü Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς
- Ü Δεν κάνουν μεταστάσεις
- Ü Δεν υποτροπιάζουν όταν αφαιρεθούν
- Ü Δημιουργούν τοπική βλάβη λόγω πίεσης

ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

- Û Πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό
- Û Διηθούν τους γύρω ιστούς
- Û Κάνουν μεταστάσεις
- Û Συνήθως υποτροπιάζουν όταν αφαιρεθούν
- Û Διηθούν και καταστρέφουν τους γύρω ιστούς και επηρεάζουν τη γενική κατάσταση του αρρώστου.⁷

Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους καρκίνου που είναι ο μικροκυτταρικός και ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος.

Ο μικροκυτταρικός τύπος που ευθύνεται για το 25% περίπου των περιπτώσεων έχει την ταχύτερη κλινική εξέλιξη από όλες τις άλλες μορφές καρκίνου του πνεύμονα, γι' αυτό και η μέση επιβίωση από το χρόνο της διάγνωσης είναι μόνο μερικοί μήνες αν ο ασθενής αφαιρεθεί χωρίς θεραπεία.

Επίσης, ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα δίνει γρήγορα μεταστάσεις αλλά ανταποκρίνεται περισσότερο στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία, και ακόμα στο 70% των ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο έχουν ήδη γίνει μεταστάσεις κατά το χρόνο της αρχικής διάγνωσης.

Αντίθετα, ο μη μικροκυτταρικός αποτελεί πολύ συχνότερη μορφή και αφορά το 75% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα. Περιλαμβάνει τρεις ξεχωριστούς τύπους: το πλακώδες καρκίνωμα, το γιγαντοκυτταρικό καρκίνωμα και το αδenoκαρκίνωμα. Το πλακώδες καρκίνωμα είναι ο συχνότερος τύπος ενώ αυξάνεται η συχνότητα του

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

αδενοκαρκινώματος για λόγους που δεν είναι σωστοί, και σχετίζεται συχνότερα με το κάπνισμα αλλά συνδέεται συνήθως με διασπορά του όγκου σε απομακρυσμένα σημεία.

Το αδενοκαρκίνωμα αφορά το 30% όλων των πνευμονικών καρκίνων και είναι συνηθέστερο στις γυναίκες αλλά και αναπτύσσεται σε περιφερειακά σημεία του πνεύμονα (κοντά στον υπεζωκότα) να είναι δυνατόν να προκαλέσει πλευριτική συλλογή (υγρό στην υπεζωκοτική κοιλότητα).

Τέλος, το γιγαντοκυτταρικό καρκίνωμα συνδυάζεται συνήθως με διασπορά του όγκου στον εγκέφαλο.¹⁹

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη μορφή νεοπλασματικής νόσου που προσβάλλει τον άνθρωπο σε όλο τον κόσμο και ευθύνεται για το 28% των θανάτων που οφείλονται σε κακοήθη νοσήματα.²³

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συχνά παρατηρούμενος όγκος στο θώρακα (90%) και παρουσιάζει μια αύξηση συχνότητας τα τελευταία χρόνια στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (6:1) και αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια θανάτου.

Από μελέτες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι τα άτομα που καπνίζουν 20 τσιγάρα τη μέρα παρουσιάζουν καρκίνο πνεύμονα δέκα φορές συχνότερα από τους μη καπνιστές.¹¹

Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται κυρίως σε άτομα άνω των 35 ετών και ιδιαίτερα στις ηλικίες 55-65 ετών και στα δύο φύλα. Ο ρυθμός αύξησης της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα στο γενικό πληθυσμό είναι 3% περίπου. Τη δεκαετία του 1940 η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα ήταν 27 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού, ενώ το 1980 η συχνότητα αυξήθηκε στις 89 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα.¹⁷

Σύμφωνα με κάποιες στατιστικές που έγιναν στις ΗΠΑ αναφέρεται ότι η συχνότητα καρκίνου κατά την περίοδο 1973-1990 είχε βρεθεί ότι η συχνότητα προσβολής του ανδρικού φύλου αυξήθηκε κατά 19,40% ενώ στο γυναικείο φύλο ήταν 110,5%. Στους άνδρες ηλικίας 65 ετών και κάτω παρατηρήθηκε μείωση κατά 3,7% ενώ στις ηλικίες 65 ετών και άνω παρατηρήθηκε αύξηση κατά 19,4%. Κατά την ίδια περίοδο στις

γυναίκες ηλικίας κάτω των 65 ετών παρατηρήθηκε αύξηση κατά 64,4% ενώ στις ηλικίες άνω των 65 ετών η αύξηση ήταν 18,2%.²³

Τέλος, στην Ελλάδα ο πιο συχνότερος και θανατηφόρος καρκίνος είναι ο καρκίνος του πνεύμονα.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα περισσότερα από 3.000 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο του πνεύμονα και από αυτά μόνο το 10% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία, με εξαίρεση όμως τις πολύ προχωρημένες ηλικίες, η επίπτωση και η θνησιμότητα του καρκίνου του πνεύμονα αυξάνονται σε συνάρτηση με την ηλικία. Εμφανίζεται συχνότερα στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές και συχνότερα στις χαμηλότερες οικονομικοκοινωνικές τάξεις.²

Σύμφωνα με κάποια στατιστικά στοιχεία που έγιναν στην Ελλάδα κατά το έτος 1986 σημειώθηκαν 4269 θάνατοι από βρογχικό καρκίνο και μεταξύ των ετών 1964 και 1986 οι θάνατοι αυξήθηκαν κατά 123%.¹⁷



Εικόνα 11: Βρογχογενής καρκίνος. Στρόγγυλη σκίαση, με σαφή μάλλον όρια, στο δεξιό άνω πνευμονικό πεδίο. Ασθενής ηλικίας 55 ετών, προσήλθε για αιμόπτυση. Διάγνωση με τις κυτταρολογικές εξετάσεις.²⁴

2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συχνός παρατηρούμενος όγκος στο θώρακα (90%) και προσβάλλει τους άνδρες όσο και τις γυναίκες σε αναλογία (6:1).

Η αιτιολογία του καρκινώματος δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα παραμένει άγνωστη, ενώ παρόλα αυτά ενοχοποιούνται διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα. Αυτοί είναι:

- Û Το κάπνισμα
- Û Βιομηχανικά προϊόντα
- Û Ατμοσφαιρική ρύπανση
- Û Πνευμονικά νοσήματα
- Û Η ραδιενεργός ακτινοβολία
- Û Γενετικοί παράγοντες^{1,2,18,21,23}

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ο σημαντικότερος παράγοντας που συμβάλει στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα και έχει αναγνωριστεί ως η κύρια αιτία είναι το κάπνισμα και ευθύνεται για το 80-90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης του καρκίνου αυξάνεται ανάλογα με την κατανάλωση των τσιγάρων, τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος και την ποιότητα του καπνού. Είναι 8-20 φορές μεγαλύτερος από εκείνο των μη καπνιστών, ενώ οι βαρείς καπνιστές έχουν 50 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα από ότι οι μη καπνιστές.^{20,23,26}

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Οι καρκινογόνες ουσίες που προκύπτουν από την καύση των τσιγάρων είναι η πίσσα, το βενζοπυρίνιο, η αιθάλη που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, αλλά όμως υπάρχουν και κάποια άλλα προϊόντα του καπνού που δεν θεωρούνται καρκινογόνα, αλλά όμως ελαττώνουν την οδό ευαισθησίας των επιθηλιακών κυττάρων του τραχειοβρογχικού δέντρου για τη δράση ορισμένων άλλων καρκινογόνων ή μη ουσιών.^{1,2,26}

Ακόμη λιγότερο από 10% επιβιώνουν 5 χρόνια και 8% πεθαίνουν ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Έτσι η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη σ' αυτούς που καπνίζουν από ότι στους μη καπνιστές. Εάν όμως γινόταν η διακοπή του καπνίσματος τότε θα μείωνε το κίνδυνο σταδιακά.²⁰



Εικόνα 12²⁷



Κανονικός πνεύμονας

Αυτός είναι ένας καθαρός πνεύμονας. Συγκρίνετε την ομαλή επιφάνεια αυτού του πνεύμονα με την τραχιά,



Πνεύμονας με εμφύσημα

Αυτός ο πνεύμονας εμφανίζει τη ζημία που προκαλείται από το κάπνισμα. Παρατηρήστε τις φυσαλίδες

Εικόνα 13²⁷

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Ο αμίαντος, το αρσενικό, το νικέλιο, οι ενώσεις χρωμίων και του σιδήρου είναι τα σπουδαιότερα βιομηχανικά προϊόντα που σχετίζονται για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα.

Ο αμίαντος που χρησιμοποιήθηκε για σκοπούς απομόνωσης και οι ενώσεις ασβεστίου κατέχουν την πρώτη θέση από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου.

Παρατηρήθηκε ότι η έκθεση στον αμίαντο όταν συνοδεύεται και από κάπνισμα τότε οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνονται κατά 90 φορές.^{1,2,18,21}

ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ

Η παρατηρούμενη αυξημένη εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα στον πληθυσμό των μεγάλων αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η μόλυνση της ατμόσφαιρας αποτελεί σοβαρό προδιαθεσικό παράγοντα.

Η μόλυνση της ατμόσφαιρας προέρχεται από τα φουγάρα και τα απόβλητα των βιομηχανιών, από διάφορα πυρηνικά απόβλητα, από την όξινη βροχή, από τα μικρά σωματίδια που αιωρούνται στον αέρα που προέρχονται από τις εξατμίσεις των αυτοκινήτων αλλά και από τη μόλυνση του υδροφόρου ορίζοντα και κατά συνέπεια του πόσιμου νερού που είναι μερικές αρνητικές επιπτώσεις για τη μόλυνση του περιβάλλοντος και προκαλούν μεγάλη επίπτωση στην υγεία των ανθρώπων.^{1,2,17,26}

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Υπάρχουν κάποια νοσήματα των πνευμόνων όπως η φυματίωση, η βρογχεκτασία, η σκληροδερμία και κάποια ξένα σώματα που αυξάνουν τον κίνδυνο να προκαλέσουν καρκίνο του πνεύμονα.

Ο χρόνιος ερεθισμός του τραχειοβρογχικού δέντρου και η υπερπλασία και μεταπλασία που συνοδεύουν την ουλοποίηση των πνευμόνων οδηγούν σε ένα δεύτερο στάδιο την ανάπτυξη της νεοπλασίας.^{1,2}

Η ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο είναι η ραδιενεργός ακτινοβολία που προσβάλλει ιδιαίτερα τους εργάτες που δουλεύουν σε ορυχεία και σε βιομηχανίες με μεταλλεύματα τα οποία περιέχουν κάποιες ραδιενεργές ουσίες όπως η υψηλή συγκέντρωση ραδονίου που εκδηλώνεται στους πνεύμονες των μεταλλωρύχων καθώς και η εξωτερική ακτινοβολία που δέχονται οι άνθρωποι αυτοί από τις εναποθέσεις ραδίου.

Ακόμα, θα πρέπει όλος ο κόσμος να αποφεύγει την ηλιακή ακτινοβολία και να χρησιμοποιεί μαύρα γυαλιά, καπέλα, προστατευτικά ρούχα αλλά και αντηλιακές κρέμες για την αποφυγή του καρκίνου.^{17,21,26}

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τέλος, από όλους τους παράγοντες που προαναφέραμε υπάρχει κίνδυνος για ανάπτυξη του καρκίνου και αυτοί είναι οι γενετικοί. Ο καρκίνος όμως δεν είναι κληρονομικός. Αλλά όμως ύστερα από κάποιες μελέτες που έγιναν οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι είχε εμφανιστεί σε κάποια άτομα χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που προέρχονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον.^{1,2}

2.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος αρχίζει ύπουλα και συχνά είναι ασυμπτωματική ως τα προχωρημένα στάδια της πορείας της. Τα σημεία και τα συμπτώματα εξαρτώνται από την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου, από το βαθμό απόφραξης και την ύπαρξη μεταστάσεων σε κοντινές ή μακρινές περιοχές.¹¹

Ανάλογα όμως με την εντόπιση στο βρογχικό δέντρο μπορεί ένας μικρός όγκος σε κεντρικό βρόγχο να προκαλέσει θυελλώδη συμπτώματα ενώ ένας μεγαλύτερος όγκος να μην παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα.

Τα συμπτώματα τα οποία μπορεί να παρουσιαστούν σε ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα είναι:

- Û βήχας
- Û απόχρεμψη
- Û αιμόπτυση
- Û δύσπνοια
- Û πυρετός
- Û πόνος στο θωρακικό τοίχωμα
- Û συριγμός
- Û βράγχος φωνής
- Û αδυναμία, απώλεια βάρους
- Û οίδημα προσώπου και λαιμού.²⁵

Ο βήχας οφείλεται σε ερεθισμό του βρόγχου λόγω της ενδοβρογχικής ανάπτυξης του όγκου και είναι ξηρός επίμονος και ερεθιστικός. Πολλές φορές όμως συγχέεται με το βήχα των καπνιστών.

Ο βήχας αρχίζει ως επώδυνος, μη παραγωγικός και εξελίσσεται σε παραγωγικό με παχύρευστα και πυώδη πτύελα. Σημαντικό ρόλο όμως παίζει όταν αλλάζει χαρακτήρα και τότε θα πρέπει να εγείρει υποψία καρκίνου του πνεύμονα.^{4, 6, 11, 17, 18}

Η απόχρεμψη οφείλεται στην επιμόλυνση του πνευμονικού παρεγχύματος λόγω απόφραξης του βρόγχου και είναι βλεννώδης ή βλεννοπυώδης.

Την απόχρεμψη την διακρίνουμε σε καθαρά βλεννώδη η οποία είναι διαυγής και παρατηρείται σε βρογχικό άσμα και σε βρογχίτιδα, σε πυώδη απόχρεμψη που περιέχει πύον χρώματος κίτρινου ή πράσινου που μυρίζει άσχημα και παρατηρείται στο πνευμονικό απόστημα, σε βλεννοπυώδη που συναντιέται σε βρογχικές λοιμώξεις και σε αφρώδη η οποία είναι αφρώδης (περιέχει φυσαλίδες αέρος), είναι άχρωμη ή έχει χρώμα ερυθρωπό αν περιέχει αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων και παρατηρείται στο οξύ πνευμονικό οίδημα.^{6, 18}

Η αιμόπτυση είναι η αποβολή αίματος από το στόμα με βήχα που προέρχεται από τους αεροφόρους οδούς. Είναι το πιο ενδιαφέρον σύμπτωμα γιατί η εμφάνισή της κινητοποιεί τον ασθενή να επισκεφθεί το γιατρό. Εμφανίζεται με τη μορφή αιμόφυρτων πτυέλων με τις πρωινές κυρίως ώρες που συνεχίζεται για κάποιες μέρες και μετά διακόπτεται για να επαναληφθεί αργότερα.^{4,6,17,18}

Η δύσπνοια είναι η δυσκολία της αναπνοής που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος. Προκαλείται λόγω απόφραξης μεγάλου βρογχικού στελέχους από τον όγκο ή από διηθημένους λεμφαδένες ή λόγω ανάπτυξης πλευρίτιδας. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε λεμφαγγειακή διασπορά του όγκου και επιτείνεται σε περίπτωση

συνυπάρξεως και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που είναι αρκετά συχνή στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.^{4,6,17,18}

Ο πυρετός είναι συνεχής ή ανώμαλος, συνοδεύεται από γενική κακουχία, εμφανίζεται απότομα και οφείλεται λόγω λοίμωξης που δημιουργείται γύρω από τον όγκο.^{4,11,17}

Ο πόνος εντοπίζεται στο θωρακικό τοίχωμα που επιτείνεται με την αναπνοή. Οφείλεται σε επέκταση του όγκου και είναι συχνός στην κορυφή του πνεύμονα οπότε διηθεί το βραχιόνιο πλέγμα, τις πρώτες πλευρές και τους πρώτους θωρακικούς σπονδύλους. Εκδηλώνεται όψιμα και συχνά σχετίζεται με μετάσταση στα οστά.^{6,11,17,18}

Ο συριγμός μπορεί να είναι εισπνευστικός ή εκπνευστικός. Εισπνευστικός συριγμός διαπιστώνεται αν υπάρχει διήθηση της τραχείας ή μεγάλου βρόγχου από τον όγκο.^{11,17,18}

Το βράγχος της φωνής είναι ένα συνηθέστερο σύμπτωμα στο βρογχογενές καρκίνωμα του αριστερού πνεύμονα και συχνά αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου (5%) και οφείλεται σε διήθηση του κάτω λαρυγγικού νεύρου από τον όγκο.^{2,17}

Γενικά, συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας, ανορεξίας, απώλειας βάρους παρουσιάζονται σε προχωρημένα στάδια.¹¹

2.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

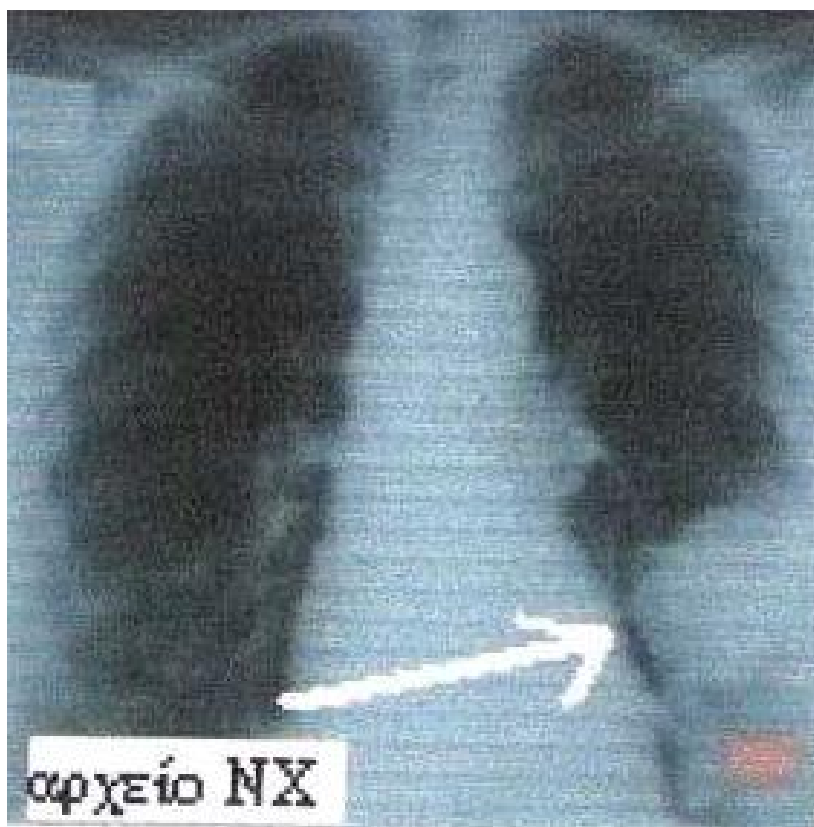
Η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται στο ιστορικό του ασθενή, στην κλινική εξέταση και σε κάποιες παρακλινικές εξετάσεις.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που απαιτούνται για να ολοκληρωθεί η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα είναι:

- Û Ακτινογραφία θώρακα
- Û Κυτταρολογική εξέταση πτυέλων
- Û Βρογχοσκόπηση
- Û Αξονική τομογραφία
- Û Μαγνητική τομογραφία
- Û Σπινθηρογράφημα πνευμόνων
- Û Βρογχογραφία
- Û Βιοψία πνευμόνων
- Û Μεσοπνευμονιοσκόπηση
- Û Πνευμονική αγγειογραφία.^{2, 7, 11, 17, 25}

Ακτινογραφία θώρακα

Η ακτινογραφία του θώρακα αποτελεί τη σπουδαιότερη και την πιο απλή διαγνωστική εξέταση. Η ακτινοσκόπηση συχνά δείχνει την ύπαρξη του καρκίνου στην περιοχή της πύλης του πνεύμονα. Παρά όμως την ευρεία χρήση της ακτινογραφίας του θώρακα επαρκεί για την διάγνωση μικρών όγκων.^{2, 4, 11}



Εικόνα 14': Ακτινογραφία θώρακος ασθενούς με βρογχογενή καρκίνο ²⁸

Κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων

Η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων είναι μια απλή εργαστηριακή μέθοδος διάγνωσης που χρησιμοποιούνται συνήθως πρωϊνά πτύελα για την αποκάλυψη καρκινικών κυττάρων. Όταν όμως ο ασθενής βρίσκεται σε αδυναμία για να δώσει πτύελα τότε χορηγούνται διάφορες ερεθιστικές ουσίες στους βρόγχους που προκαλούν παροξυσμικό βήχα.^{2,4,11}

Βρογχοσκόπηση

Η βρογχοσκόπηση γίνεται με εύκαμπτο ινοπτικό βρογχοσκόπιο για λεπτομερή μελέτη των βρογχικών τμημάτων και αναγνώριση της πηγής των κακοήθων κυττάρων και της πιθανής έκτασης επικείμενης χειρουργικής επέμβασης.¹¹

Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία είναι μια ακτινολογική τεχνική με την οποία λαμβάνεται μια σειρά ακτινογραφιών κάθε μία από τις οποίες παρουσιάζει κάθε μισό εκατοστό σε διαφορετικό βάθος. Με την τομογραφία αποκαλύπτονται ευρήματα που δεν μπορούν να φανούν σε μία ακτινογραφία θώρακος.⁴

Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιεί μαγνητικά πεδία, προσφέρει εικόνες και διαπιστώνει την ύπαρξη καρκινικών κυττάρων.²⁰

Σπινθηρογράφημα πνευμόνων

Το σπινθηρογράφημα πνευμόνων είναι μια διαγνωστική μέθοδος που γίνεται με τη χορήγηση ενδοφλεβίου ραδιοϊσοτόπου, που τα ραδιοϊσότοπα ανιχνεύουν την ύπαρξη καρκίνου. Εντοπίζονται και ανιχνεύονται με ευαίσθητα μηχανήματα καθώς το ραδιενεργό υλικό κυκλοφορεί στο σώμα και συγκεντρώνεται σε συγκεκριμένα όργανα και ιστούς. Η χρησιμοποίηση των ραδιοϊσοτόπων είναι πολύ ουσιαστική επειδή δεν δημιουργεί κινδύνους στον οργανισμό, χρησιμοποιείται για τη μελέτη της λειτουργίας των διαφόρων οργάνων και συντελεί στην εντόπιση της νεοπλασματικής εξεργασίας.²²



Εικόνα 15: Σπινθηρογράφημα πνευμόνων. Δείχνει την ύπαρξη καρκίνου στο δεξιό πνεύμονα²²

Βρογχογραφία

Η βρογχογραφία είναι μια εξέταση του βρογχικού δέντρου που γίνεται για την ανίχνευση μικρών πρώιμων βρογχογενών καρκινωμάτων. Ενίεται στη κυκλοφορία του αίματος αιματοπορφυρίνη που απορροφάται από τα κακοήθη κύτταρα και παρουσιάζει μια κόκκινη φθορίζουσα λάμψη όταν εξετάζεται κάτω από ιόχρουν φως.¹¹

Βιοψία πνευμόνων

Η βιοψία των πνευμόνων είναι μια εξέταση επικίνδυνη εφόσον η εκτέλεσή της εγκυμονεί πάντα κινδύνους. Είναι η λήψη μικρού τεμαχίου ιστού για παθολογοανατομική εξέταση και διάγνωση του νεοπλασματος.

Η λήψη αυτού του ιστού γίνεται με αναρρόφηση ιστού με βελόνα και έχει πολύ μικρό κίνδυνο αιμορραγίας και γίνεται με τοπική αναισθησία.

Μερικές φορές μπορεί ο ιστός που λαμβάνεται να μην είναι ο αντιπροσωπευτικός και τότε τα καρκινικά κύτταρα να εναποτεθούν σε άλλα όργανα ή κοιλότητες.²²

Μεσοπνευμονιοσκόπηση

Η μεσοπνευμονιοσκόπηση είναι μια τομή του δέρματος για διαπίστωση τυχόν μεταστάσεων, δηλαδή για αξιολόγηση επέκτασης του όγκου στους πυλαίους λεμφαδένες του δεξιού πνεύμονα και μεσοπνευμονιοτομή στους πυλαίους λεμφαδένες του αριστερού πνεύμονα.¹¹

Πνευμονική αγγειογραφία

Η πνευμονική αγγειογραφία επιτρέπει τη παρατήρηση της πνευμονικής αγγείωσης. Η εξέταση γίνεται με την έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στην άνω κοίλη φλέβα, δεξιό κόλπο, δεξιά κοιλία, πνευμονική αρτηρία. Δείχνει το τμήμα των αγγείων που αποφράχθηκε και γίνεται για την εκτίμηση της όλης πνευμονικής κατάστασης και του μεσοπνευμόνιου χώρου.⁴

2.7. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κατά την άφιξη του ασθενούς στη νοσηλευτική μονάδα ειδοποιείται η προϊσταμένη και η υπεύθυνη νοσηλεύτρια του τμήματος οι οποίες υποδέχονται με εγκάρδια τον ασθενή και τον βοηθούν να τακτοποιηθεί στο κρεβάτι του. Μετά η νοσηλεύτρια παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό που αποτελεί το βασικό στοιχείο για την κατάσταση και τις συνήθειες του ασθενή.

Το ιστορικό υγείας περιλαμβάνει:

Û Ηλικία

Û Φύλο

Û Πολιτισμικό υπόστρωμα

Û Επάγγελμα: έκθεση σε καπνό ή σκόνη αμιάντου

Û Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Û Διαιτητικές συνήθειες

Αν υπάρχει απώλεια βάρους έλεγχος για λήψη τροφής και διάθεση για φαγητό

Û Χρήση αλκοόλ

Û Καπνιστική συμπεριφορά

- Χρόνος έναρξης καπνίσματος
- Αριθμός σιγαρέτων ανά 24ώρο
- Εισπνοή του καπνού του τσιγάρου

Û Ιστορικό βήχα: πότε άρχισε, ποια ώρα παρουσιάζεται, είναι χαρακτηριστικός; Χαρακτηριστικά πτυέλων

Û Συνθήκες υγιεινής, αντιλήψεις για θέματα υγείας

- Û Συνθήκες ζωής: αναγνώριση δυνητικών πηγών stress
- Û Παντρεμένος, μόνος, δομή οικογένειας και θέση του σ' αυτή
- Û Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου πνεύμονα
- Û Κατάσταση ούλων: ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις και αιμορραγίες ούλων
- Û Παράπονα για πόνο στο θώρακα: εντοπισμένο ή επηρεαζόμενο από την αναπνευστική λειτουργία, μπορεί να είναι ήπιος ή έντονος και να αναφέρεται και σε άλλες περιοχές του σώματος
- Û Εκτίμηση ύπαρξης φόβου και αγωνίας του αρρώστου για την κατάστασή του
- Û Ομάδα αίματος

Ακολουθεί η φυσική εξέταση που περιλαμβάνει:

- Û εξέταση θώρακα για ύπαρξη αυξημένων αναπνευστικών ήχων και μειωμένη έκπτυξη εξαιτίας του πόνου
- Û Δύσπνοια
- Û Καχεξία
- Û Ψηλάφηση λεμφαδένων όπου η διήθησή τους μαζί με άλλες μεταβολές μπορεί να δείχνουν μετάσταση

Επίσης περιλαμβάνει και κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις όπως:

- Û Ακτινογραφία θώρακα
- Û Κυτταρολογική εξέταση πρόσφατων πτυέλων
- Û Βρογχοσκόπηση
- Û Βρογχογραφία

- Û Σπινθηρογράφημα πνευμόνων
- Û Αξονική και μαγνητική τομογραφία
- Û Πνευμονική αγγειογραφία
- Û Δοκιμασίες καρδιακής και πνευμονικής λειτουργίας
- Û Δοκιμασίες λειτουργίας επινεφριδίων για τυχόν μετάσταση και ανεπάρκεια που έχει σαν συνέπεια τη μη δυνατότητα του οργανισμού να ανταποκριθεί στο μετεγχειρητικό stress.^{1,3,11}

2.8. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι μεταστατικοί όγκοι των πνευμόνων είναι ίσως η συχνότερη κακοήθεια του αρρώστου. Προέρχονται κυρίως από τα νεφρά, τους όρχεις, τους μαστούς, τη μήτρα, το προστάτη, το στομάχι, τα οστά και τα επινεφρίδια.

Οι όγκοι εκδηλώνονται σαν μονήρεις ή πολλαπλοί στα περιφερικά κυρίως τμήματα του πνευμονικού παρεγχύματος.

Όσο αφορά τη σημερινή εποχή για τους κακοήθεις όγκους ορισμένων οργάνων, η αφαίρεση των πνευμονικών μεταστάσεων βελτιώνει ουσιαστικά την πρόγνωση, που αναφέρονται βασικές προϋποθέσεις όπως:

Ü να έχει γίνει θεραπευτική χειρουργική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου

Ü και να αποκλειστεί η τοπική υποτροπή

Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η συμπεριφορά του πρωτοπαθούς όγκου και των πνευμονικών μεταστάσεων έτσι ώστε να τεθούν οι ενδείξεις της χειρουργικής αφαίρεσης και έτσι αιτιολογούνται ότι:

Ü Ο τρόπος της αιματογενούς μετάστασης του όγκου που γίνεται με τη βοήθεια των φλεβών και μπορούν να μεταναστεύουν σε οποιοδήποτε σημείο του οργανισμού

Ü Ο χρόνος που απαιτείται να διπλασιαστεί το μέγεθός του είναι μεγαλύτερο των 60 ημερών

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Û Ο χρόνος που παρεμβάλλεται μεταξύ της αφαίρεσης του πρωτοπαθούς όγκου και της εμφάνισης της πνευμονικής μετάστασης είναι μεγαλύτερος των 24 μηνών

Û Το μέγεθος της πνευμονικής μετάστασης εμφανίζεται στους ασθενείς αυτούς με διάμετρο μικρότερη των 4 εκατοστών

Û Και ο αριθμός των πνευμονικών μεταστάσεων όταν εμφανίζεται πάνω από 3 περιοχές

Με αυτά τα δεδομένα οι πνευμονικές μεταστάσεις χειρουργούνται όταν:

Û Οι πνεύμονες είναι ο πρώτος σταθμός μεταστάσεων

Û Και η ίαση ανάπτυξης των μεταστάσεων αυτής της κακοήθειας είναι μικρή.¹

2.9. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση είναι μια πλήρης διαγνωστική εκτίμηση που περιλαμβάνει αναγνώριση του σταδίου και του βαθμού της κακοήθειας. Αυτό πρέπει να εκπληρωθεί πριν από την έναρξη της θεραπείας γιατί οι θεραπευτικές επιλογές καθορίζονται με βάση τη σταδιοποίηση.

Το σύστημα σταδιοποίησης TNM προσδιορίζει το μέγεθος του όγκου, τη παρουσία λεμφαδένων και την ύπαρξη των μεταστάσεων.

Όταν ένας όγκος βρεθεί μόνο σε ένα σημείο, σημαίνει ότι βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Αν διαπιστωθεί ότι έχει εξαπλωθεί σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος ή αν βρίσκεται σε πολλές περιοχές, σημαίνει ότι βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο.

Στο σύστημα TNM το T δηλώνει το μέγεθος του όγκου, το N τη παρουσία των λεμφαδένων και το M τη παρουσία μετάστασης.^{11,19}

Υπάρχουν όμως και οι υποκατηγορίες του T που είναι οι εξής:

T0: δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου

Tx: όγκος που δεν μπορεί να εκτιμηθεί ακτινολογικά

Tis: ο όγκος είναι εντοπισμένος

T1: όγκος με διάμετρο 3cm που περιβάλλεται από το πνευμονικό παρέγχυμα

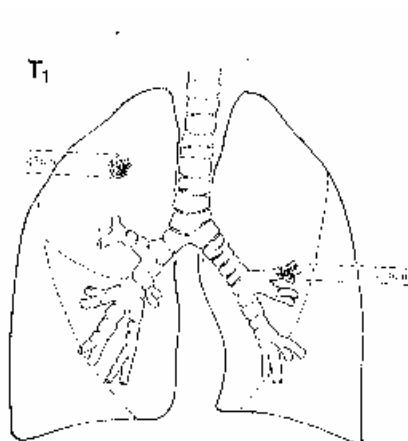
T2: όγκος μεγαλύτερος από 3cm σε διάμετρο που διηθεί το περισπλάχνιο υπεζωκότα ή συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα που επεκτείνεται στην περιοχή της πύλης.

T3: όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα, διάφραγμα, μεσοθωράκιο υπεζωκότα ή περικάρδιο

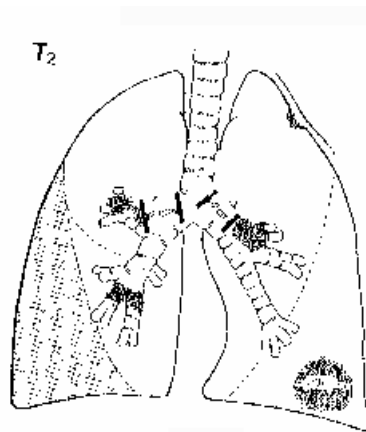
Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

χωρίς να προσβάλει την καρδιά, τα μεγάλα αγγεία, την τραχεία, τον οισοφάγο, ή σπόνδυλο ή όγκος κυρίου βρόγχου εντός των 2cm από την κύρια τρόπιδα χωρίς προσβολή της

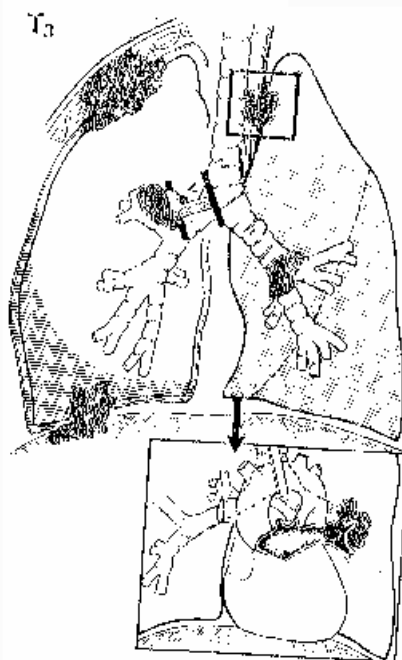
T4: όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που εισβάλλει σε δομές του μεσοθωρακίου ή σώμα σπονδύλου ή παρουσία κακοήθους υπεζωκοτικού εξιδρώματος.^{11, 17, 18}



Εικόνα 16¹⁸



Εικόνα 17¹⁸



Εικόνα 18¹⁸

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

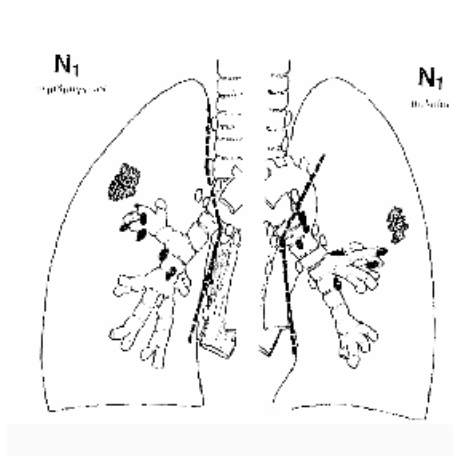
Οι κατηγορίες για την προσβολή των αδένων είναι:

N0: καμία εμπλοκή λεμφαδένων πύλης και μεσοθωρακίου

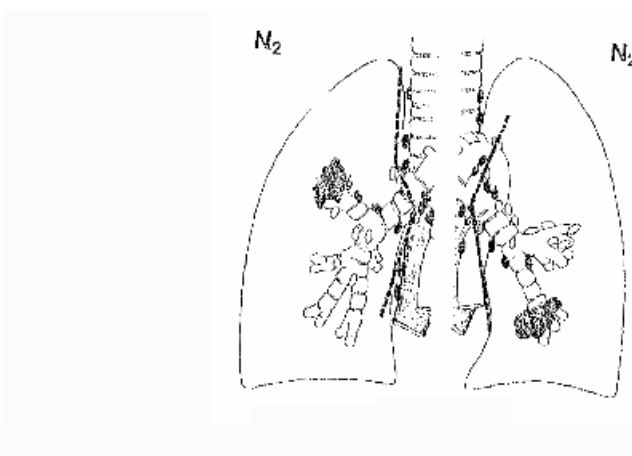
N1: μετάσταση στους λεμφαδένες της περιβρογχικής ή και της πυλαίας περιοχής

N2: μετάσταση στους σύστοιχους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες και λεμφαδένες κάτω από την κύρια τροπίδα

N3: μετάσταση στους ετερόπλευρους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες, ετερόπλευρους πυλαίους λεμφαδένες, σύστοιχους ή ετερόπλευρους, σκαληνούς ή υπερκλειδίου λεμφαδένες.



Εικόνα 19¹⁸



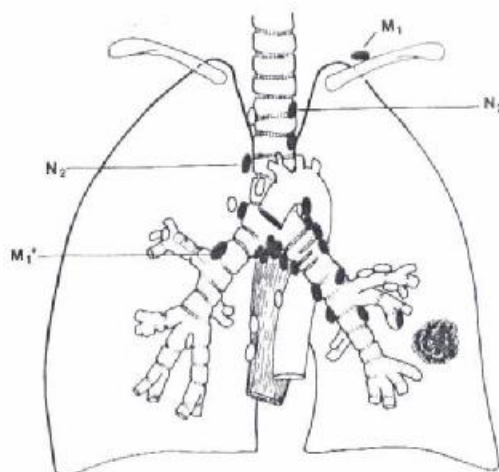
Εικόνα 20¹⁸

Όσο αφορά τις μεταστάσεις είναι:

M0: μη γνωστή απομακρυσμένη μετάσταση

Mx: δεν είναι δυνατόν να γίνει εκτίμηση για περιφερικές μεταστάσεις

M1: παρουσία μακρινών μεταστάσεων.^{11,17,18}



Εικόνα 21¹⁸

Το νέο σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνει 4 στάδια:

Στάδιο I: Ο όγκος περιορίζεται μέσα στο πνεύμονα χωρίς να υπάρχουν προσβολή λεμφαδένων ή απομακρυσμένες μεταστάσεις. Οι ασθενείς του σταδίου αυτού είναι ιδανικοί για ριζική χειρουργική αντιμετώπιση με πολύ καλά αποτελέσματα.

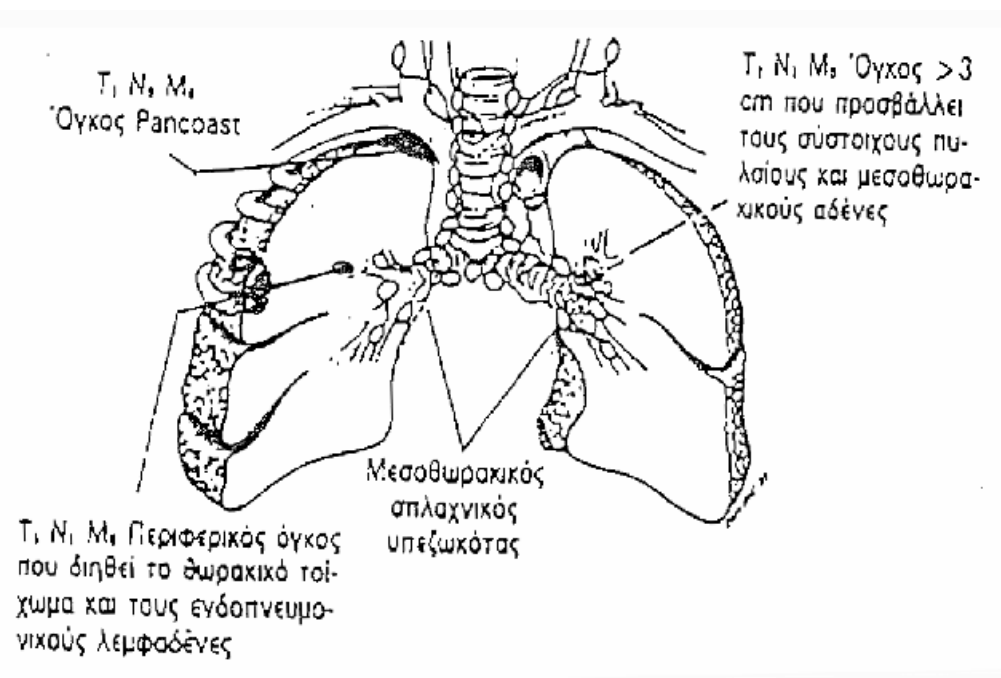
Στάδιο II: Ο όγκος περιορίζεται μέσα στον πνεύμονα αλλά υπάρχει προσβολή των ενδοπνευμονικών λεμφαδένων (T1N1M0). Οι ασθενείς του σταδίου αυτού είναι υποψήφιοι για χειρουργική αντιμετώπιση με αρκετά υψηλή πενταετή επιβίωση.

Στάδιο III: Σ' αυτό το στάδιο περιλαμβάνονται ασθενείς με εξωπνευμονική επέκταση του πρωτοπαθούς όγκου ή και προσβολή των περιοχικών λεμφαδένων. Το στάδιο III διαιρείται σε δύο κατηγορίες στο IIIα και IIIβ που διαχωρίζουν τους ασθενείς με περιορισμένη

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

εξωπνευμονική επέκταση της νόσου από εκείνους με περισσότερο εκτεταμένη νόσο, χωρίς όμως την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων.

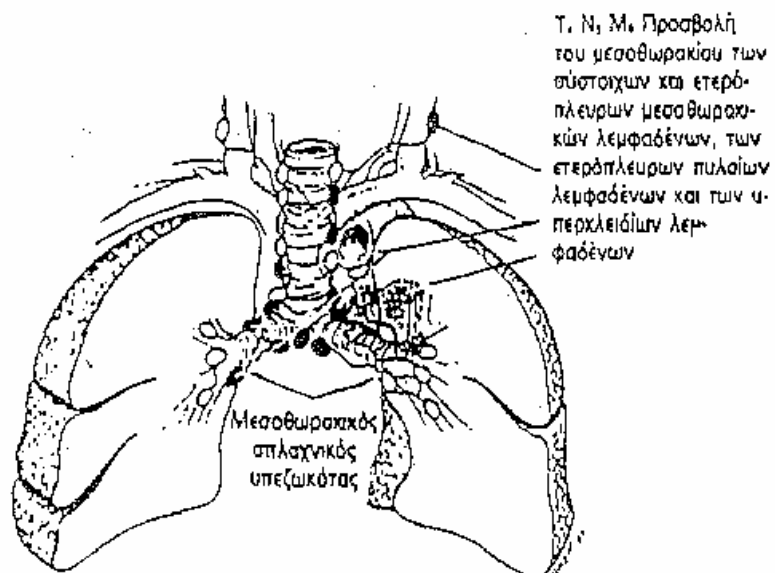
Στάδιο IIIα: Οι ασθενείς παρουσιάζουν περιορισμένη εξωπνευμονική νόσο (T3) ή και μεταστάσεις στους σύστοιχους μεσοθωρακικούς και στους υπό την τρίπυρα λειμφοαδένες (T1N2M0, T2N2M0, T3N0M1, N2M0). Οι ασθενείς χρειάζονται να κάνουν ριζική χειρουργική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει την εκτομή του όγκου του πνεύμονα και του προσβεβλημένου θωρακικού τοιχώματος.



Εικόνα 22. Στάδιο IIIα. Ο όγκος διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και τους σύστοιχους πυλαίους ή μεσοθωρακικούς λεμφαδένες.³

Στάδιο IIIβ: Περιλαμβάνει ασθενείς με πιο εκτεταμένη προσβολή των οργάνων του μεσοθωρακίου και μεταστάσεις στους ετερόπλευρους μεσοθωρακικούς, πυλαίους ή σκαλινούς

λεμφαδένες (TN3Mo, T4NM0). Οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται κατά κανόνα ανεγχείρητοι.



Εικόνα 23. Στάδιο IIIβ: Εκτεταμένη προσβολή των οργάνων του μεσοθωρακίου ή μεταστάσεις στους σύστοιχους ή ετερόπλευρους υπερκλειθρίους / σκαληνούς λεμφαδένες.³

Στάδιο IV: Περιλαμβάνει ασθενείς με απομακρυσμένες μεταστάσεις (TNM1).

Η θεραπεία εκλογής για όλα τα στάδια παραμένει η χημειοθεραπεία.³

2.10. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία και είχαν κακή πρόγνωση, έδειξε ότι ζουν το πολύ 5 χρόνια και αυτό οφείλεται στις πολλές μεταστάσεις που θα έχει κάνει ο καρκίνος. Αντίθετα όμως, χωρίς χειρουργικές επεμβάσεις οι ασθενείς επιζούν γύρω στο ένα έτος από την αρχή των συμπτωμάτων και περίπου το 80% των ασθενών αυτών ερχόμενοι το πρώτο χρόνο στο γιατρό εμφανίζουν ανεγχείρητο βρογχικό καρκίνωμα.

Οι ασθενείς όμως με καλή γενική κατάσταση που υποβάλλονται σε ριζική αφαίρεση του όγκου, η πενταετής επιβίωση εξαρτάται κυρίως από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος κατά το χρόνο της εγχείρησης.

Η πενταετής επιβίωση των αρρώστων του σταδίου I είναι περίπου 65% του σταδίου II 30-40% και του σταδίου IIIα 9-24% ενώ του σταδίου IIIβ 7%. Σε ασθενείς του σταδίου IV που γίνονται μεταστάσεις η πενταετής επιβίωση φτάνει το 21%.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του καρκίνου και δίνει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς με όγκο σταδίου I και II και η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται περίπου στο 60% με νόσο T1NoMo και περίπου 30% T2NoMo ή T1N1Mo, ενώ ικανοποιητικά αποτελέσματα δίνει σε ασθενείς μετά από εφαρμογή χειρουργικής θεραπείας, χημειοθεραπείας με νόσο T3NoMo.

Τελειώνοντας, η πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα δεν είναι καλή λόγω των πολλών μεταστάσεων. Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση τόσο καλύτερες είναι οι προοπτικές. Γι' αυτό όλοι όσοι ασχολούνται με την υγεία θα πρέπει να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τα προγράμματα

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

πρόληψης, όσο αφορά κυρίως το κάπνισμα και το προληπτικό έλεγχο για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου.^{1,3}

2.11. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο σκοπός της θεραπευτικής αγωγής είναι να εξασφαλίσει τη μέγιστη πιθανότητα ίασης. Η θεραπεία εξαρτάται από τον κυτταρικό τύπο, το στάδιο της νόσου και τη φυσιολογική κατάσταση (ιδιαίτερα καρδιάς και πνευμόνων) του αρρώστου. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική εκτομή, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ανοσοθεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ξεχωριστά ή σε συνδυασμό.

Η χειρουργική χρησιμοποιείται ως η πρώτη προσέγγιση στη θεραπεία κακοήθων όγκων, ενώ ο στόχος της είναι η αφαίρεση όλου του όγκου (ή όσο μεγαλύτερο μέρος του είναι δυνατό) και οποιοδήποτε γειτονικού ιστού και των λεμφαδένων. Όταν όμως χρησιμοποιείται η χειρουργική στον όγκο, στους ιστούς και τους λεμφαδένες μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα κάποια παραμόρφωση ή και κάποιες λειτουργικές μεταβολές. Υπάρχουν τέσσερις μορφές χειρουργικών επεμβάσεων που εφαρμόζονται σε ασθενή με καρκίνο και αυτές είναι:

• **Διαγνωστική εγχείρηση (βιοψία):** Η διαδικασία αυτής της εγχείρησης είναι μικρή χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται μέρος ιστού από ύποπτη υπερπλασία κυττάρων για ιστολογική εξέταση.

• **Προφυλακτική χειρουργική:** Είναι πολύ σημαντική επέμβαση για τον έλεγχο του καρκίνου και περιλαμβάνει την αφαίρεση καλοήθων όγκων που μπορεί να μετατραπούν σε κακοήθεις

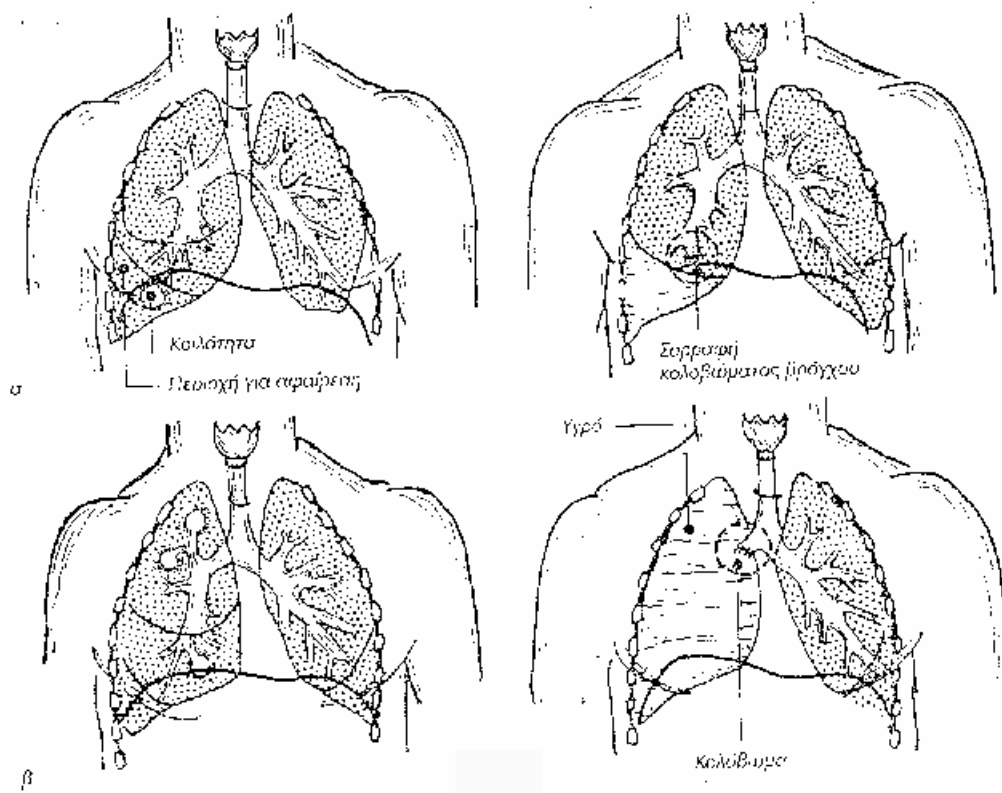
• **Ριζική εγχείρηση:** Σκοπός της είναι να αφαιρεθεί όλος ο όγκος με τις λιγότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα αλλά και την

ανατομική υπόσταση του οργάνου που φιλοξενεί το καρκίνο, ενώ όμως δεν εφαρμόζεται όταν υπάρχουν διαπιστωμένες μεταστάσεις.

Ü Παρηγορητική χειρουργική: Εκτελείται σε μία προσπάθεια απαλλαγής του αρρώστου από επιπλοκές του κακοήθους νεοπλασματος όπως αποφράξεις, αιμορραγίες, πόνο και λοίμωξη. Οι βασικές επιδιώξεις της είναι: (1) επιβράδυνση της ανάπτυξης του όγκου, (2) μείωση του μεγέθους του όγκου και (3) μείωση των δυσάρεστων εκδηλώσεων του όγκου όταν η θεραπεία είναι αδύνατη.^{11,22}

Όσο αφορά τη χειρουργική θεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι η προτιμότερη μέθοδος για ασθενείς με εντοπισμένους όγκους χωρίς μεταστάσεις και επαρκή καρδιοπνευμονική λειτουργία. Δυστυχώς όμως σε ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων με βρογχογενές καρκίνωμα, η κατάσταση είναι μη χειρουργήσιμη όταν γίνεται διάγνωση και η επιβίωσή του είναι 5ετής.

Οι πιο συνηθισμένες χειρουργικές επεμβάσεις είναι: η λοβεκτομή που συνίσταται στην αφαίρεση ενός πνευμονικού λοβού και θεωρείται ριζική επέμβαση καθώς και πνευμονεκτομή που συνίσταται στην αφαίρεση ολόκληρου του πνεύμονα και ενδείκνυται συνήθως όταν ο όγκος διηθεί πάνω από έναν λοβούς.^{2,11}



Εικόνα 24. α. Λοβεκτομή, β. Πνευμονεκτομή ¹¹

2.12. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται για να επηρεάσει τα πρότυπα ανάπτυξης του όγκου, για θεραπεία αρρώστων με μακρινές μεταστάσεις και σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όμως να συνδυαστεί με τη χειρουργική θεραπεία και την ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο, με σκοπό: να μειώσει το μέγεθος του όγκου προεγχειρητικά και να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Στόχος της χημειοθεραπείας είναι να καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη στα φυσιολογικά.¹¹

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία είναι ισχυρές χημικές ουσίες σχεδιασμένες για να παρεμβαίνουν στον κύκλο των κυττάρων (που διαιρούνται συνεχώς) για να σταματούν την ανάπτυξή τους. Χρησιμοποιούνται διάφοροι τύποι φαρμάκων και κάθε τύπος δρα με το δικό του τρόπο και καταστρέφει κύτταρα που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο του κύκλου ζωής τους.¹⁹

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα και η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών όπως ο μυελός των οστών που είναι πολύ δραστήρια είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα

φάρμακα αυτά. Είναι όμως πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά όπως ο μυελός των οστών.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε κατηγορίες:

Ü σε αλκυλιούντες παράγοντες που προσβάλλουν όλα τα κύτταρα του όγκου άσχετα αν βρίσκονται στο στάδιο της διαίρεσης και αυτά τα φάρμακα συνδέονται με το DNA των κυττάρων ώστε να αποτρέψουν την αναπαραγωγή

Ü σε αντιμεταβολίτες που προσβάλλουν τα κύτταρα κατά τη διάρκεια της διαίρεσής του και έτσι καταστρέφονται καλύτερα. Ακόμη μιμούνται τις θρεπτικές ουσίες των φυσιολογικών κυττάρων

Ü Και τα αντικαρκινικά αντιβιοτικά που εισχωρούν στις αλυσίδες του DNA είτε διασπών τα χρωματοσώματα είτε αναστέλλουν την υπό καθοδήγηση του DNA για την ανάπτυξη του κυττάρου.^{19,22}

Χρησιμοποιούνται όμως σχήματα συνδυασμού δύο ή περισσότερων φαρμάκων όπως υδροχλωρική δοξορουβικίνη, κυκλοφωσφαμίδη, βινκριστίνη και σισπλατίνη. Η επιλογή εξαρτάται από την ανάπτυξη του κυττάρου του όγκου. Μπορεί να χορηγηθούν από το στόμα, ενδοφλεβίως, ενδομυϊκά ή με έγχυση στο νεόπλασμα.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να επιφέρει ανακούφιση ιδιαίτερα του πόνου, όχι όμως ίαση ενώ σπάνια παρατείνει τη ζωή. Είναι πολύτιμη για μείωση συμπτωμάτων εξαιτίας πίεσης από τον όγκο και για θεραπεία μεταστάσεων.¹¹

2.13. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για τη διακοπή ανάπτυξης των κυττάρων. Μπορεί να επιλεγεί όταν ο θεραπευτικός σκοπός είναι ίαση αλλά και για έλεγχο κακοήθους νόσου.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανακουφιστική θεραπεία για μείωση του μεγέθους του όγκου, αλλά και μείωση πίεσης στα ζωτικά όργανα.¹¹

Βασικός σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι να εντοπίσει και καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα και να αποφύγει τη βλάβη των υγιών κυττάρων του πνεύμονα που ακτινοβολούνται συγχρόνως.¹⁹

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

• Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο)

• Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα)

• Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων που καταναλώνουν ηλεκτρικό ρεύμα

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα (σωματίδια α και β) και ακτίνες γ ή από ακτίνεςΧ.

Επίσης, η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές:

Û Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα

Û Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π.χ. ανακούφιση από τον πόνο και

Û Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, για μέτρηση όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

Û Το είδος της ακτινοβολίας

Û Η δόση της ακτινοβολίας

Û Ο ρυθμός δόσης

Û Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται

Û Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται

Û Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία

Û Η θερμοκρασία του ιστού που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.^{11,22}

2.14. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανοσοθεραπεία είναι καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου η οποία βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό στάδιο και βασίζεται στη θεωρία ότι ο καρκίνος δίνει την εντύπωση πως αναπτύσσεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των οποίων το ανοσοβιολογικό σύστημα είναι σε καταστολή ή δεν λειτουργεί καλά.

Σκοπός της είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου.^{7,22}

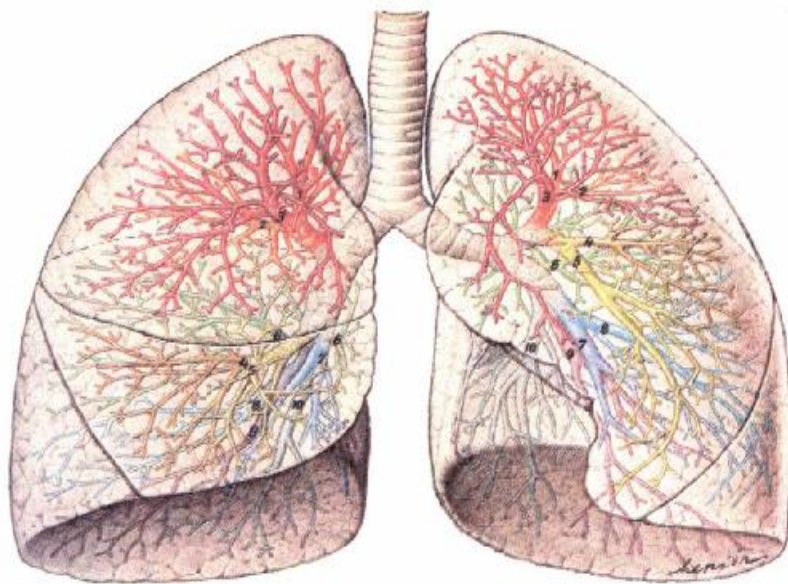
Υπάρχουν διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί τύποι που ερευνώνται ακόμα και σήμερα και αυτοί είναι:

1. Ενεργητική ανοσοθεραπεία: Γίνεται ένεση αντιγόνου στον άρρωστο που τον κινητοποιεί να αναπτύξει αντισώματα, έτσι ώστε ο οργανισμός να μπορέσει να κρατήσει αντίσταση στα καρκινικά κύτταρα. Στην ειδική ενεργητική ανοσοθεραπεία εμβολιάζεται ο άρρωστος με αντιγόνα που τον προστατεύουν από τον καρκίνο, ενώ στη μη ειδική εμβολιάζεται ο άρρωστος με αντιγόνα που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο, αλλά ενισχύουν τον οργανισμό κατά του καρκίνου

2. Παθητική ανοσοθεραπεία: Επιτυγχάνεται με την άμεση μεταφορά αντικαρκινογόνων αντισωμάτων, ανοσοβιολογικά ικανών λεμφοκυττάρων ή άνοσων λεμφοκυττάρων δότη σε άρρωστο με νεόπλασμα εν ενεργεία. Προκαλεί ανοσία για μικρή χρονική περίοδο.

3. Θετή ανοσοθεραπεία: Αναφέρεται στη μεταβίβαση παθητικής ανοσίας στον άρρωστο με την ανάπτυξη και τη διατήρηση ενεργητικής ανοσίας από τον ίδιο τον άρρωστο. Με αυτό τον τρόπο ο άρρωστος υιοθετεί την ανοσία που έλαβε παθητικά και την ενσωματώνει στο δικό του σύστημα ανοσίας.

4. Αυξητικές Θεραπείες: Στόχος τους είναι να βοηθηθεί το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου να λειτουργεί πολύ καλά για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Ο καλύτερος τρόπος είναι να περιοριστεί το μέγεθος του καρκίνου με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση.²²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις είναι σημαντικός. Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της εξέτασης που πρόκειται να γίνει και ταυτόχρονα βοηθά το γιατρό στην εξέταση.

Στις ακτινολογικές εξετάσεις δηλαδή ακτινοσκόπηση και τομογραφία η παρέμβαση της νοσηλεύτριας πέρα από την ενημέρωση και τη σωστή πληροφόρηση δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία γιατί ο ασθενής έχει διδαχθεί εκ των προτέρων να είναι ήρεμος μπροστά στο ακτινολογικό μηχάνημα και έχει λάβει τις ανάλογες υποδείξεις από τον υπεύθυνο ακτινολόγο.

Στη βρογχογραφία η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με την εξέταση, έτσι ώστε να τον ενθαρρύνει και να αποβάλλει το άγχος του. Θα πρέπει να του εξηγήσει ότι δεν πρέπει να πάρει τροφή και υγρά 6- 8 ώρες πριν την εξέταση και ότι θα του χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα για την εξασφάλιση της ηρεμίας του και τη μείωση των εκκρίσεων. Ακόμα, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να του παρέχει καλή υγιεινή φροντίδα του στόματος αλλά και αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών. Επίσης, είναι απαραίτητη η συνεχής εκτίμηση του αρρώστου για τυχόν αλλεργική αντίδραση από το τοπικό αναισθητικό ή την ακτινοσκιερή ουσία, καθώς όμως και στο χώρο όπου γίνεται η εξέταση θα πρέπει να υπάρχει O₂, αντισπασμωδικά και κορτιζόνη για την πρόληψη επιπλοκών. Μετά την εξέταση ο ασθενής δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα μέχρι την αποκατάσταση της λειτουργίας των φαρυγγικών αντανεκλαστικών και η νοσηλεύτρια τον ενθαρρύνει να

βήχει για το καθαρισμό του βρογχικού δέντρου. Επίσης, θα πρέπει η νοσηλεύτρια να παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή σχετικά με τα ζωτικά του σημεία, τη γενική κατάστασή του αλλά και τυχόν μήπως παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα θα πρέπει να ενημερώνει τη λογοδοσία.

Όσο αφορά τη βρογχοσκόπηση ο ασθενής διακατέχεται από κάποιο φόβο και ανασφάλεια για το που θα γίνει η εξέταση, πόση θα είναι η διάρκειά της και όταν τελειώσει η δοκιμασία αυτή πως θα είναι η κατάστασή του.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια δεν πρέπει ποτέ να παραλείψει την ενημέρωσή του με σκοπό την αποφυγή των ανησυχιών για την εξέταση η οποία συνήθως γίνεται στο χειρουργείο και σε σκοτεινό δωμάτιο, ενώ κατά την εξέταση θα πρέπει να τον συμβουλεύει να αναπνέει από τη μύτη, ενώ θα έχει ανοικτό το στόμα.

Η προετοιμασία του ασθενή είναι ίδια με αυτή της βρογχογραφίας, ενώ όσο αφορά μετά την εξέταση θα πρέπει η νοσηλεύτρια να φροντίσει για την τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρροπη θέση και να τον ενθαρρύνει για βαθιές αναπνοές. Θα πρέπει να του εξηγήσει ότι η ομιλία προκαλεί επιπρόσθετη τάση στους μυς των φωνητικών χορδών, γι' αυτό θα πρέπει να έχει κοντά του το κουδούνι για την απαραίτητη επικοινωνία. Επίσης, θα πρέπει να παρακολουθεί συχνά τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές όπως αιμορραγία ή το οίδημα του λάρυγγα ή οποιαδήποτε ανωμαλία τότε θα πρέπει να αναφέρεται αμέσως και να ειδοποιείτε ο γιατρός.

Στις εξετάσεις πτυέλων η νοσηλεύτρια εξηγεί στον ασθενή πως πρέπει να κάνει τη συλλογή των πτυέλων που θα είναι 4cc και τα καλύτερα πτύελα θεωρούνται πάντα τα πρωϊνά. Στο σπινθηρογράφημα των πνευμόνων ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι ότι εξηγεί στον ασθενή τον

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

τρόπο που διεξάγεται η συγκεκριμένη διαγνωστική εξέταση καθώς και τους λόγους για τους οποίους πραγματοποιείται. Έτσι σ' αυτή τη περίπτωση ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση και θα πρέπει να είναι ξεκούραστος και νηστικός.

Τέλος, όσο αφορά τη βιοψία του πνεύμονα ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση, η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς για την εξέταση αυτή που του προκαλεί φόβο, άγχος και ανασφάλεια. Επίσης, απαραίτητη είναι η λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση για την εμφάνιση επιπλοκών όπως αιμορραγία και κίνδυνο δημιουργίας πνευμονοθώρακα.^{1,2,4}

3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που προετοιμάζονται για χειρουργική επέμβαση είναι πολύ σημαντικός και διπλός, γιατί αφορά τη προεγχειρητική φροντίδα και τη μετεγχειρητική φροντίδα.¹

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν το περισσότερο χρόνο κοντά στον ασθενή, ν' έχουν την ευκαιρία να εκτιμήσουν, να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματά του από την πρώτη στιγμή της προεγχειρητικής φροντίδας μέχρι τη πλήρη αποκατάσταση του ασθενή. Κατά την περίοδο της νοσηλευτικής φροντίδας του χειρουργημένου αρρώστου, σημαντικό βήμα αποτελεί η αλλαγή συμπεριφοράς όσων ασχολούνται με τη νοσηλεία του, στο να βλέπουν και να αντιμετωπίζουν τον άρρωστο ως ψυχοσωματική οντότητα μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα και όχι ως απλή χειρουργική περίπτωση.

Σκοπός της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι:

- Ü η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου
- Ü η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου
- Ü η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσής του.²⁹

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα διακρίνεται σε:

- Ü Γενική

Ü Τοπική

Ü Τελική

à Η γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη βοήθεια του ασθενούς να κάνει τις ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι το ΗΚΓ, η ουρία του αίματος, η γλυκόζη του αίματος για την ανίχνευση διαβήτη, η γενική αίματος και ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών του.

à Τη νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς η οποία αποτελείται από τα σημεία και τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής από το ιστορικό καπνίσματος, από τη γενική όψη, τη συμπεριφορά και το βαθμό θρέψης και από την κατάσταση της αναπνοής του

à Τη βελτίωση κυψελιδικού αερισμού και όλης της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή με ενθάρρυνση του ασθενή να σταματήσει το κάπνισμα επειδή αυξάνει το βρογχικό ερεθισμό. Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών σε βρογχόσπασμο, ενθάρρυνση λήψη βαθιών αναπνοών με τη χρήση διαφόρων μέσων όπως φιάλες εμφύσησης, χορήγηση αντιμικροβιακών για λοιμώξεις και εφαρμογή προγράμματος αναπνευστικών ασκήσεων που ενθαρρύνουν τη χρησιμοποίηση των κοιλιακών μυών

à Τη προετοιμασία του ασθενούς για τη χειρουργική εμπειρία όπου προσανατολίζεται ο ασθενής για τη μετεγχειρητική περίοδο που θα ακολουθήσει σχετικά με το αντανακλαστικό του βήχα και τη λήψη βαθιών αναπνοών, τις παροχετεύσεις του θώρακα (σωλήνες και φιάλες), τα μέτρα που θα ληφθούν για τη μείωση της αναπνευστικής δυσχέρειας αλλά και ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τις ψυχολογικές του ανάγκες.^{1,6,11}

à Η τοπική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει το καθαρισμό και το ξύρισμα μιας μεγάλης περιοχής γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.²

à Τέλος, η τελική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την ενημέρωση της νοσηλεύτριας στον ασθενή όπου το βράδυ πριν την εγχείρηση θα πρέπει ο ασθενής να πάρει ελαφρά δίαιτα όπως σούπα και νερό, θα πρέπει να γίνει υποκλυσμός αλλά και η καθαριότητα της περιοχής του δέρματος γύρω από τη χειρουργική περιοχή που βοηθά να ελαττωθούν οι πιθανότητες επιμόλυνσης του τραύματος.

Πριν όμως τη μεταφορά του ασθενή στο χειρουργείο θα πρέπει η νοσηλεύτρια να τον ντύνει με ειδικά ρούχα χειρουργείου (ρόμπα, ποδονάρια, σκούφο), να τοποθετεί στο χέρι την ειδική ταυτότητα με όλα τα στοιχεία του, να αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες προς αποφυγή κατάποσης και όλα τα κοσμήματα, να φροντίζει για τη κένωση της ουροδόχου κύστης, να γίνεται μέτρηση ζωτικών σημείων και να χορηγεί αντιβίωση για τη πρόληψη από τις λοιμώξεις.

Επίσης η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βρίσκεται κοντά στον ασθενή έτσι ώστε να προσπαθήσει να τον απαλλάξει από τους φόβους, την αγωνία της χειρουργικής επέμβασης. Ακόμα θα πρέπει να ενημερώνει τους συγγενείς που αγωνιούν για το αποτέλεσμα της εγχείρησης έτσι ώστε να αποβάλλουν το άγχος που τους διακατέχει εκείνη τη χρονική περίοδο.⁴

3.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή αρχίζει μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο και τη πλήρη αποκατάστασή του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Û Να αποκαταστήσει τη φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία το ταχύτερο δυνατό
- Û Να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο
- Û Να διαπιστώσει και να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του
- Û Να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές
- Û Τη πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων
- Û Και τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του.²⁹

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Û **Τη διατήρηση ανοικτού αεραγωγού** όπου αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς για την εμφάνιση τυχόν αποφράξεων. Τη παρακολούθηση των αερίων του αρτηριακού αίματος που η προοδευτική ελάττωση PO₂ αποτελεί ένδειξη για χρήση αναπνευστήρα. Ακόμα σημαντικό είναι η αναρρόφηση όλων των εκκρίσεων οι οποίες είναι άφθονες σε ασθενείς που έχουν υποστεί θωρακοτομή εξαιτίας του τραύματος του τραχειοβρογχικού δέντρου.

- Û Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης** που θα πρέπει να γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά, να γίνεται παρακολούθηση συχνότητας και ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθησης του ΗΚΓ, αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και χρώματος αρρώστου αλλά και αν η κατάσταση του αρρώστου έχει σταθεροποιηθεί.
- Û Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου** που θεωρείται απαραίτητο στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για την εξασφάλιση οξυγόνωσης. Επίσης θεωρείται απαραίτητο η ενθάρρυνση ασθενούς για την παραγωγή αποτελεσματικού βήχα ο οποίος είναι επίμονος εξαντλεί τον άρρωστο και οι εκκρίσεις οδηγούν σε ατελεκτασία, αλλά και συχνή παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν ανησυχία. Επίσης, θα πρέπει να τοποθετείται ο ασθενής στο κρεβάτι με τα πόδια υποστηριγμένα σε σκαμνί αν το επιτρέπει η κατάστασή του και υποστήριξη σταθερή του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς.
- Û Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο** ο οποίος μειώνει τη θωρακική έκπτυξη και τον αερισμό και εξαντλεί τον άρρωστο. Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το είδος της τομής καθώς και την ικανότητά του να τον αντιμετωπίζει. Έτσι η νοσηλεύτρια χορηγεί αναλγητικά για απαλλαγή από τον πόνο ώστε να μπορεί ο άρρωστος να αναπνέει πιο βαθιά.
- Û Παρακολούθηση ωριαίας αποβολής ούρων** για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και της αιμάτωσης των οργάνων όπου ο άρρωστος θα πρέπει να αποβάλλει τουλάχιστον 30ml ούρων / ώρα και το ειδικό βάρος των ούρων δείχνει την υδάτωση του αρρώστου

Û Διατήρηση σωστής μηχανικής του σώματος που θα πρέπει η νοσηλεύτρια να ενημερώνει τον ασθενή ότι ο θώρακας να είναι ανυψωμένος για καλύτερο αερισμό, να αλλάξει θέση για αποφυγή συλλογής και παραμονής εκκρίσεων στα εξαρτημένα τμήματα των πνευμόνων και όταν βήχει ο ασθενής θα πρέπει να τοποθετείται σε καθιστή θέση.

Û Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης που θα πρέπει να γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και διατήρηση λειτουργίας του για αποφυγή εμέτων και τραχειοβρογχικής εισρόφησης

Û Παρακολούθηση και αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών όπως υπόταση με συστηματική λήψη ζωτικών σημείων, αιμορραγία με παρακολούθηση ζωτικών σημείων και ετοιμότητα για μετάγγιση αίματος, ατελεκτασία με προετοιμασία βρογχοσκοπικής αναρρόφησης έτσι ώστε να αποβάλλει τις εκκρίσεις και σε ετοιμότητα για χορήγηση O₂, αναπνευστική ανεπάρκεια και σε ετοιμότητα για σύνδεση του ασθενούς με αναπνευστήρα για ενίσχυση της αναπνοής και το οξύ πνευμονικό οίδημα όπου γίνεται με προσεκτική ρύθμιση των χορηγούμενων υγρών και σε ετοιμότητα για ενδοφλέβια χορήγηση δακτυλίτιδας και διουρητικών.^{1, 6, 11}

3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά τη χημειοθεραπεία είναι πολύ σημαντικός, γιατί θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για το είδος της θεραπείας, τον τρόπο που γίνεται αλλά και τις παρενέργειες που μπορεί να παρουσιάσει.

Ο σκοπός της κάθε νοσηλεύτριας είναι να προετοιμάζει τον ασθενή με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης έτσι ώστε να αποβάλλει το άγχος και το φόβο που νιώθει ο ασθενής και να αποκτήσει δύναμη και αυτοπεποίθηση. Έτσι με τις σωστές πληροφορίες που δίνει η νοσηλεύτρια αποκτάται το αίσθημα της ασφάλειας από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και από την οικογένειά του, έτσι ώστε να δώσει χρόνο στον ασθενή να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της και να αποβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα όπως αγωνία, αβεβαιότητα και κατάθλιψη.³⁰

Επίσης, πριν από τη θεραπεία η νοσηλεύτρια θα πρέπει να χορηγεί αντιεμετικά, να γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών, να αξιολογεί την κατάσταση του δέρματος και της στοματικής κοιλότητας, να παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αιμορραγία και να λαμβάνει κάθε μέτρο για την αποφυγή της αιμορραγίας, αλλά και να βοηθά τον ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.¹¹

Όσο αφορά τη σωστή διάλυση και τη χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων η νοσηλεύτρια θα πρέπει κατά την προετοιμασία της διάλυσης να χρησιμοποιεί γάντια ελαστικά και μάσκα για την προστασία του δέρματος. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας ή ο καρπός, όμως να αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου

σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί. Επίσης, θα πρέπει η νοσηλεύτρια να παρακολουθεί τη περιοχή της φλεβοκέντησης μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος και ακόμα ο ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς του θα πρέπει να ενημερώνουν την νοσηλεύτρια και να της αναφέρουν ότι παρουσιάστηκε πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο της ένεσης κατά ή μετά τη θεραπεία. Ακόμα η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βάλει τον ασθενή σε ξεχωριστό δωμάτιο από τους άλλους λόγω της λοίμωξης και να αποφεύγει ο ασθενής την επαφή του με τους άλλους ανθρώπους.

Τελειώνοντας, η νοσηλεύτρια αναγράφει στη νοσηλεία όλη τη διαδικασία που ακολουθήθηκε κατά τη χορήγηση των φαρμάκων.²²

3.5. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Οι παρενέργειες που μπορούν να εμφανιστούν σε ασθενή κατά τη χημειοθεραπεία είναι:

1. Λευκοπενία

Η λευκοπενία εμφανίζεται από την τοξική επίδραση των χημειοθεραπευτικών στο μυελό των οστών. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Όταν όμως υπάρξει πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός ή αν υπάρξει άνοδος της θερμοκρασίας τότε μπορεί και να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

Τα μέτρα που προλαμβάνει η νοσηλεύτρια για τις λοιμώξεις είναι ότι προστατεύει τον άρρωστο από τις μολύνσεις διατηρώντας καθαρό περιβάλλον και αποφυγή επαφής του αρρώστου με άτομα που έχουν μολύνσεις. Ακόμα εφαρμόζει καλή και σχολαστική καθαριότητα, γίνεται απολύμανση οποιασδήποτε συνέχειας του δέρματος, κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και θα πρέπει να γίνεται συχνή ανταλλαγή της συσκευής όταν πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου.

2. Θρομβοπενία

Στη θρομβοπενία παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια που αν είναι κάτω από 50.000 διακόπτεται η θεραπεία. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.

Η θρομβοπενία προδιαθέτει σε αιμορραγίες γι' αυτό τα μέτρα που προλαμβάνει η νοσηλεύτρια είναι περιορίζοντας τις υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, συντομεύοντας οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πείσεως σε κάποιο σημείο του σώματος. Ακόμα θα πρέπει να διδάξει στον ασθενή τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να προκληθούν από οποιοδήποτε τρόπο και για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας θα πρέπει να υπάρχει προσφορά βοήθειας για έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος και να μεταγγίζεται ο ασθενής σε μεγάλη αιμορραγία.

3. Αναιμία

Η αναιμία μπορεί να προκληθεί από κατάληψη του μυελού από καρκινικά κύτταρα, από καταστολή του μυελού από τη χημειοθεραπεία ή από κάποια αιμορραγία.

Στην αναιμία η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη και τον αιματοκρίτη του ασθενή αν είναι στα φυσιολογικά επίπεδα και την εμφάνιση των συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση και απάθεια. Επίσης βοηθά τον ασθενή με διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και σίδηρο. Συνιστάται να αποφεύγει τη κόπωση και χορηγεί αίμα όταν υπάρχει απώλεια με εντολή γιατρού, καθώς και ερυθροποιητίνη για να ανέβει ο αιματοκρίτης.

4. Ναυτία και έμετος

Ναυτία και έμετο μπορεί να παρουσιάσει ένας άρρωστος στη σκέψη έναρξης θεραπείας ή εισαγωγής στο νοσοκομείο. Για την αντιμετώπιση των εμέτων η νοσηλεύτρια ελέγχει τη συχνότητα, τη ποσότητα και το χαρακτήρα των εμέτων. Τα μέτρα που εφαρμόζει η νοσηλεύτρια είναι χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με εντολή γιατρού, αναπλήρωση των

απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών και καλή ρύθμιση διαιτολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και παρακολούθηση για πιθανή αιματουρία. Φροντίδα στόματος ιδιαίτερα μετά τον έμετο αλλά και από τα μικρά και συχνά γεύματα. Για τη ναυτία θα πρέπει να δίνονται κομμάτια μικρά πάγου και να χορηγηθούν τροφές πολύ παγωμένες. Επίσης, θα πρέπει να γίνει ενημέρωση του αρρώστου ότι η ναυτία και ο έμετος δημιουργείται από το φάρμακο που δρα στα κακοήθη κύτταρα.

5. Διάρροια – Σύσπαση κοιλιακών μυών

Η διάρροια δημιουργείται από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας στα επιθηλιακά κύτταρα του λεπτού εντέρου με συνέπεια την καταστροφή τους και την κακή απορρόφηση του νερού.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το χρώμα, την ποσότητα, τη περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, τον άρρωστο για συμπτώματα αφυδάτωσης αλλά και τη συχνότητα, την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών. Τα μέτρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια για τη πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών είναι υδρική διαίτα για να ξεκουραστεί το έντερο και αντιδιαρροϊκά φάρμακα σύμφωνα με οδηγία γιατρού. Επίσης αντικατάσταση απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών, χορήγηση πολλών υγρών που ερεθίζουν και κινητοποιούν το έντερο, αλλά και τοπική καθαριότητα για τη πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις.

6. Στοματίτιδα

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι η στοματίτιδα προκαλείται από τα φάρμακα της χημειοθεραπείας. Για την αντιμετώπιση της στοματίτιδας θα πρέπει η νοσηλεύτρια μετά τη

χορήγηση του φαρμάκου να παρατηρεί τη στοματική κοιλότητα για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας. Ακόμα, θα πρέπει να παρακολουθεί για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές, να του συστήνει να ακολουθεί λήψη υγρών και οι τροφές να είναι μαλακές πλούσιες σε λευκώματα. Επίσης θα πρέπει να του συστήνει να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα για την πρόληψη ερεθισμού και χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για το πόνο με ιατρική οδηγία.^{3, 7, 22}

7. Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα είναι και αυτή μια παρενέργεια που δημιουργείται κατά τη χημειοθεραπεία. Ο ασθενής παρακολουθείται για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια, για μείωση της δύναμews των χεριών, πτώση του πέλματος ή του καρπού. Όταν παρουσιαστεί κάποιο σύμπτωμα τότε ενημερώνεται ο γιατρός για να κάνει κάποια αλλαγή σχήματος της χημειοθεραπείας.

Τα μέτρα ασφάλειας για την αντιμετώπισης της νευροπάθειας είναι διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και τη χρησιμοποίηση φαρμάκων με εντολή γιατρού.

8. Ωτοτοξικότητα

Η ωτοτοξικότητα είναι τοξική βλάβη των αυτιών που θα πρέπει πριν αρχίσει η θεραπεία να εκτιμάται η ακοή του ασθενή και θα πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής ότι αν τυχόν αισθανθεί κάποια ενόχληση στα αυτιά να ενημερώσει το γιατρό.

9. Ηπατοτοξικότητα

Κατά την χημειοθεραπεία η και μετά μπορεί να δημιουργηθεί ηπατοτοξικότητα που παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις ηπατικές εξετάσεις και καθώς την εμφάνιση των συμπτωμάτων όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια. Όταν όμως επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας θα πρέπει να ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός και να εφαρμόζονται στον ασθενή οι ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

10. Νεφροτοξικότητα

Αν παρουσιασθεί νεφροτοξικότητα παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, την εμφάνιση των συμπτωμάτων όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων, καθώς και το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Τα μέτρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια είναι για το περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

11. Αλωπεκία

Η αλωπεκία είναι μια από τις πιο δυσάρεστες ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών που σημαίνει πτώση των μαλλιών της κεφαλής λόγω της τοξικής επίδρασης που έχουν τα φάρμακα αυτά στους θύλακες των τριχών. Όταν ο άρρωστος βλέποντας τα μαλλιά του να πέφτουν αισθάνεται πολύ άσχημα, τότε χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη από την νοσηλεύτρια λέγοντάς του ότι υπάρχουν λύσεις όπως να χρησιμοποιεί κάποιο μαντήλι (για τις γυναίκες), περούκα, καπέλο. Θα

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

πρέπει να του εξηγήσει ότι τα μαλλιά θα ξαναβγούν πάλι μετά από 8 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας, και ότι η αλωπεκία μπορεί να μειωθεί αν μετά τη θεραπεία αν εφαρμόσουμε πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι έτσι ώστε να αποβάλλει ο ασθενής την κατάθλιψη και τη στεναχώρια που νιώθει.^{4,7,22}

3.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστό της. Η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Καθήκον της νοσηλεύτριας και ευθύνη της που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία είναι να ενημερώσει και να προετοιμάσει τον άρρωστο για τη θεραπεία έτσι ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης. Να εφαρμόσει προστατευτικά μέτρα για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της αλλά και συζητά με τον άρρωστο για τα προβλήματα που θα του προκαλέσει η ακτινοθεραπεία και τον βοηθά ψυχολογικά να ξεπεράσει τους φόβους και την αγωνία που έχει ο ασθενής πριν, κατά και μετά τη θεραπεία. Πριν αρχίσει η θεραπεία ο άρρωστος που μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται ότι η περιοχή της ακτινοβολίας πρέπει να διατηρείται στεγνή, πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι, ότι δεν πρέπει να βάζει αλοιφές και να το τρίβει αλλά και να μην αφαιρεί το σημάδι που πρόκειται να γίνει η ακτινοθεραπεία. Καθώς επίσης το διαιτολόγιό του πρέπει να είναι ελαφρό και να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

Για την εξωτερική ακτινοθεραπεία η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο του ασθενή για το είδος της θεραπείας, για τη θέση και το μέγεθος του όγκου, καθώς και τον αριθμό των ακτινοβολιών που έχει κάνει και πρόκειται να κάνει. Επίσης, αξιολογεί τι και πως

αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος της θεραπείας και σε συνεργασία με το γιατρό τον ενημερώνουν, αλλά και παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή για ναυτία και εμέτους ή κάποια άλλη αντίδραση ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα. Ακόμα χορηγεί στον ασθενή αναλγητικά πριν τη θεραπεία αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία στο εργαστήριο είναι χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Εκτός από την εξωτερική ακτινοθεραπεία υπάρχει και η εσωτερική που έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησης που πρόκειται να εμφυτευθεί σε κάποιο ιστό ή κοιλότητα οργάνου επειδή έχει υψηλή δόση ακτινοβολίας και γι' αυτό ο ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο. Επειδή ο ασθενής βρίσκεται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση η νοσηλεύτρια προσπαθεί να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους του και να του εξηγήσει ότι πρέπει να βρίσκεται σε ξεχωριστό δωμάτιο γιατί αποτελεί ραδιενεργό πηγή μέχρι να σταματήσει να εκπέμπει την ακτινοβολία και για να μην μπουν σε κίνδυνο οι άλλοι γύρω του.

Τέλος, όσο αφορά τη νοσηλεύτρια θα πρέπει να φορά ειδική μπλούζα και γάντια από μόλυβδο επειδή η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι επικίνδυνη και θα πρέπει να κρατά κάποια απόσταση από την πηγή ακτίνων για λιγότερη ακτινοβολία και προστατεύοντας τον εαυτό της.^{2,4,22,31}

3.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι:

1. Ακτινοδερματίτιδα

Η ακτινοδερματίτιδα δημιουργείται από την τοπική επίδραση της ακτινοβολίας η οποία μπορεί να είναι διαφόρου βαθμού, όπως α) Ερυθρηματώδης μετά από 1-3 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας και υποχωρεί, β) φυσαλιδώδης μετά από 1-2 εβδομάδες που δημιουργεί ερυθρότητα δέρματος και οίδημα που μπορεί να αποκατασταθεί και γ) εσχαροποιητική σχεδόν αμέσως μετά την έκθεση του αρρώστου που δημιουργεί ερυθρότητα, οίδημα, σχηματισμό φυσαλίδων που σπάζουν και δημιουργούν εξελκώσεις.

Η νοσηλεύτρια ελέγχει συχνά την περιοχή του δέρματος που ακτινοβολείται για ερυθρότητα και ξηρότητα. Καθαρίζει την περιοχή με χλιαρό νερό και ελαφρό σκούπισμα, εφαρμόζει ουδέτερες κρέμες με ιατρική οδηγία. Συστήνει στον ασθενή να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα καθώς και να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, τα στενά ενδύματα διότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν την τοπική βλάβη και προδιαθέτουν σε μολύνσεις.^{7,11,31}

2. Καταστολή του μυελού των οστών

Ακόμα μια παρενέργεια που εμφανίζεται στην ακτινοθεραπεία είναι η καταστολή του μυελού των οστών που ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση του οργανισμού και είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις και τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής

αξιολόγησή του. Επίσης, γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολουθεί συχνά τον άρρωστο για σημεία λοίμωξης και εμφάνιση αιμορραγιών.

3. Ναυτία και έμετοι

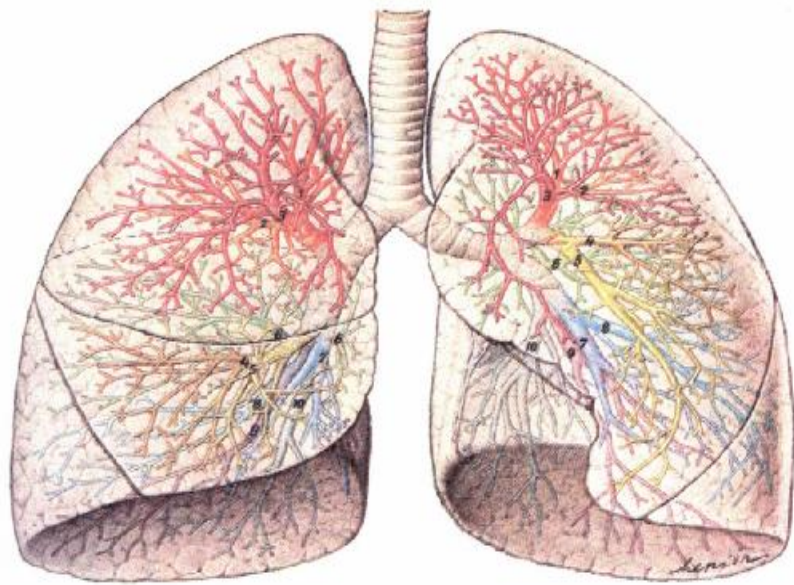
Όταν εμφανιστεί στην ακτινοθεραπεία ναυτία, έμετος, καταβολή δυνάμεων, ανορεξία τότε η νοσηλεύτρια μετά από εντολή γιατρού χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά φάρμακα. Ενθαρρύνει τον ασθενή να παίρνει υγρά και του χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα. Επίσης καθαρίζει τη περιοχή του στόματος μετά τον εμετό και προσπαθεί με κάθε τρόπο να ανυψώσει το ηθικό του ασθενούς και να του αποβάλλει όλη αυτή την κατάθλιψη που έχει.

4. Διάρροια

Αν ο ασθενής εμφανίσει διάρροια τότε η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα σύμφωνα με την εντολή του γιατρού. Συστήνει στον ασθενή να αποφεύγει τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια και χορηγείται ειδική διαίτα που περιλαμβάνει τροφές χωρίς υπολείμματα.^{1,11,22}

5. Αλωπεκία

Ακόμα μια παρενέργεια που μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενή που κάνει ακτινοθεραπεία είναι η αλωπεκία που καθώς την αντιλαμβάνεται ο ασθενής αλλάζει πολύ η ψυχολογική του κατάσταση με την έντονη αλλαγή της σωματικής του εικόνας. Η νοσηλεύτρια θα προσπαθήσει να τον στηρίξει ψυχολογικά, να του προτείνει ότι υπάρχουν λύσεις για το πρόβλημά του και να αποβάλλει όλα τα αρνητικά συναισθήματα που τον διακατέχουν.¹¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Όταν το άτομο διαγνωστεί ότι πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα τότε αρχίζει να βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό και χρειάζεται μια ιδιαίτερη ψυχολογική αντιμετώπιση.

Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά και κοινωνικό και ψυχολογικό που προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, επιδρά στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, επηρεάζει τη συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους.

Τα πρώτα ψυχολογικά προβλήματα που έχει ένας ασθενής όταν μαθαίνει ότι πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα είναι ο φόβος του άγνωστου και του απροσδόκητου, φόβος για το μέλλον, ανησυχία, αγωνία ότι η αρρώστια θα τον υποχρεώνει να διακόψει την εργασία του και όλες τις συνηθισμένες δραστηριότητές του. Ακόμα, ο ασθενής θα αρχίζει να γίνεται εγωκεντρικός, προκατειλημμένος με τις σωματικές λειτουργίες του, παρουσιάζεται ως αγχώδης και πολλές φορές δοκιμάζει το αίσθημα της μοναξιάς, θυμό γιατί έτυχε σ' αυτόν, ντροπή, απογοήτευση με αποτέλεσμα την ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.

Η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Σημαίνει στέρηση πολλών δυνατοτήτων και αγαθών, στέρηση της ελευθερίας λήψεως αποφάσεων και ενέργειας λόγω των ειδικών περιορισμών που επιβάλλει η αρρώστια αλλά και χωρισμό από τα αγαπημένα πρόσωπα.

Η ασθένεια ενός ατόμου ιδιαίτερα όταν χρονίζει, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, διασπά την αρμονική ζωή και δημιουργεί ποικιλόμορφα προβλήματα και δυσκολίες.

Όταν ο ασθενής μάθει τη διάγνωση ίσως στην αρχή να τη δεχτεί με ηρεμία και κατανόηση, αλλά όμως αυτό δεν κρατά και πολύ και γρήγορα περνά από διάφορα στάδια όπως: η άρνηση της αποδοχής της ασθένειας που αποτελεί μια έντονη αντίδραση του καρκινοπαθή, η συμπεριφορά του είναι έντονη απέναντι στα άλλα πρόσωπα ιδιαίτερα στους νοσηλευτές και στους γιατρούς που αρνείται τη θεραπεία και την παρακολούθησή του. Ακολουθεί ο θυμός του που στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του αλλά και όλα τα μέλη της ομάδας υγείας λες και φταίνε αυτοί που παρουσιάστηκε σ' αυτόν αυτή η ασθένεια.

Μετά ακολουθεί η Τρίτη φάση ο οποίος είναι πιο ήρεμος που προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα κυρίως με το Θεό να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όμως αργότερα όταν αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και διέρχεται στη φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος είναι: σαν νοσηλεύτριες που είμαστε να καθίσουμε κοντά του, να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση, να μη προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας, αλλά και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει.

Τέλος, ο ασθενής αρχίζει να μπαίνει στη φάση της αποδοχής της αρρώστιας αυτής ο οποίος έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, που αποτέλεσμα αυτό είναι να περιορίζει τις επισκέψεις ιδιαίτερα σε πρόσωπα αγαπητά και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία του.

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Τελειώνοντας, ο ασθενής θα πρέπει να δέχεται όλες τις απαραίτητες πληροφορίες από την αρχή έτσι ώστε να προλάβει τη σύγχυση και το πανικό που οδηγούν πολλές φορές στην αυτοκτονία και θα πρέπει να τα δέχεται όλα με ψυχραιμία.^{19, 22, 32}

4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας σε ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα είναι λεπτός και δύσκολος. Καθώς προσεγγίζει τον άρρωστο και το περιβάλλον του, συμβάλλει θετικά απέναντι του δημιουργώντας ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης και αποβάλλοντας το άγχος και τη μελαγχολία του, διαθέτοντας έτσι χρόνο δίπλα στον άρρωστο και αξιολογώντας τον πως βλέπει ο ίδιος την αρρώστια του και η οικογένειά του και τι πιστεύει από εδώ και πέρα για το μέλλον.

Η νοσηλεύτρια διαθέτει ευγένεια, λεπτότητα, ανθρωπιά και γνωρίζοντας ότι η ελπίδα για κάθε άνθρωπο είναι σημαντική που αποκτά δύναμη να συνεχίσει τις θεραπευτικές δοκιμασίες με θάρρος και αισιοδοξία.

Όταν ο ασθενής μάθει ότι πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα τότε το πρώτο συναίσθημα που νιώθει είναι ο φόβος και γι' αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να στηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή να ξεπεράσει αυτό το έντονο συναίσθημα και να τον βοηθήσει να το αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία. Επίσης η νοσηλεύτρια δεν είναι σωστό να αποφεύγει να πει τη λέξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, γιατί αυτό φανερώνει ότι φοβάται την αρρώστια και τότε ο ίδιος ο ασθενής αναπτύσσει αντιδράσεις φόβου, άγχους και έντασης.

Ακόμα, όσο αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής είναι ότι η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δείχνει κατανόηση και αγάπη, να παραστέκεται στον ασθενή, να του μιλά ζεστά, να καθίσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει όπως είναι η μελαγχολία και η κατάθλιψη.

Επίσης, κάποια προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν στον ασθενή είναι η αλλαγή στην εμφάνιση δηλαδή αλλαγή της εικόνας για το σώμα του που η νοσηλεύτρια θα πρέπει να του εξηγήσει ότι υπάρχουν λύσεις και όλα θα αλλάξουν προς το καλύτερο και ότι δεν πρέπει να ανησυχεί. Μπορεί να αλλάξει η διατροφή του σε ορισμένα είδη, αλλά και μπορεί να παρουσιαστεί πόνος που η νοσηλεύτρια θα πρέπει να χορηγήσει φάρμακα για την ανακούφιση του πόνου.

Τελειώνοντας, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προετοιμάζει τον άρρωστο για τη μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς και τέτοια ατμόσφαιρα βοηθάει στη μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας, άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο.^{17,22,32}

4.3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενή, προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική – ψυχική – πνευματική - κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση. Αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο του πνεύμονα είναι η διατήρηση της δύναμης και της ακεραιότητας του ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Σκοπός της αποκατάστασης είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα από το προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσής του.

Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει βιοψυχολογικές όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθες και να μη τρέμει για το αύριο. Όμως όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο.

Ακόμα, εκτός από τα μέλη της ομάδας υγείας υπάρχουν η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου που επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή του. Επομένως, όσο αφορά το οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή τους άποψη όπως είναι:

Ü το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον ασθενή και

Ü την ανάγκη του ασθενούς για υποστήριξη.

Επίσης, είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση. Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει, γιατί αυτό που ζητάει περισσότερο ο ασθενής είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινής ανοικτής επικοινωνίας με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας και με το οικογενειακό περιβάλλον του.

Τελειώνοντας, εκτός από τους δύο παράγοντες υπάρχει και ένας τρίτος που αποτελεί τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και με τα κέντρα – ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.^{17,22,30}

4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΡΟΘΑΝΑΤΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η αντιμετώπιση του ασθενούς που βαίνει προς το θάνατο, αποτελεί ένα ιδιαίτερο σημαντικό κομμάτι της τελικής φροντίδας από τη νοσηλεύτρια που πρέπει να βρίσκεται σε στενή επαφή με τον άρρωστο, έτσι ώστε να τον βοηθήσει να διατηρήσει τις δυνάμεις του και να τον στηρίξει ψυχολογικά για ότι πρόκειται να συμβεί.

Τον τελευταίο καιρό όμως οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί έχουν αναπτύξει μια στάση άρνησης και φόβου για το θάνατο και αποφεύγουν να έλθουν αντιμέτωποι με τους ασθενείς αυτούς για να τους εξηγήσουν την αλήθεια, γιατί φοβούνται την έντονη αντίδρασή τους.

Ο ασθενής όμως που αντιμετωπίζει το θάνατο έχει πολλά να πει και καθημερινά κατακλύζεται από αμφιβολίες και φόβους που έχουν ανάγκη να εξωτερικευτούν. Γι' αυτό εδώ χρειάζεται ο κατάλληλος άνθρωπος προσφέροντας την αγάπη, την υπομονή, τη ζεστή συμπεριφορά του να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει εμπιστοσύνη στην ειδική αυτή φάση του τέλους της ζωής του.

Οι ετοιμοθάνατοι καρκινοπαθείς όπου και να νοσηλευτούν έχουν ανάγκη συνεχούς φροντίδας, και καθώς το τέλος του αρρώστου πλησιάζει ο γιατρός έχει υποχρέωση να προετοιμάσει την οικογένειά για το επερχόμενο μοιραίο, δίνοντας όλες τις αναγκαίες εξηγήσεις.

Επίσης, στο διάστημα της προθανάτιας φάσης η συμπεριφορά της νοσηλεύτριας θα πρέπει να είναι ανθρώπινη, προσεκτική, αποφεύγοντας κάθε τι που θα μπορούσε να τραυματίσει την αξιοπιστία του ή να μειώσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς. Γι' αυτό άλλωστε η νοσηλεύτρια στη διάρκεια της νόσου παίρνει πολύ συχνά τη θέση ενός

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

έμπιστου φίλου και αποτελεί το στήριγμα του ασθενή και της οικογένειάς του στο τελικό στάδιο της νόσου.

Τελειώνοντας, η φροντίδα του ετοιμοθάνατου είναι ένα θέμα ιδιαίτερης και προσεκτικής εκτίμησης από μέρους μας, επειδή πέρα από το ηθικό της νόημα, η σωστή προσφορά υπηρεσιών και η συμπαράστασή μας είναι αυτά που χρειάζεται ο καρκινοπαθής του τελικού σταδίου.¹

4.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο ασθενής με καρκίνο του πνεύμονα έχει σαν τελική έκβαση το θάνατο τις περισσότερες φορές, παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται για την αποκατάστασή του. Καθώς όμως ο θάνατος πλησιάζει δεν παύει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του να είναι ένας ζωντανός οργανισμός με ανάγκες, επιθυμίες, συναισθήματα και σκέψεις.

Ο καρκινοπαθής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του, αισθάνεται φόβο, αγωνία για το άγνωστο και μελαγχολία που εντείνει το συναισθηματικό, το κοινωνικό και το σωματικό του πόνο. Γι' αυτό ο ασθενής θα πρέπει να διατηρεί την ελπίδα που του δίνει δύναμη και τον βοηθά να διατηρήσει την αυτοεκτίμηση και την αξιοπρέπειά του μέχρι το θάνατο.

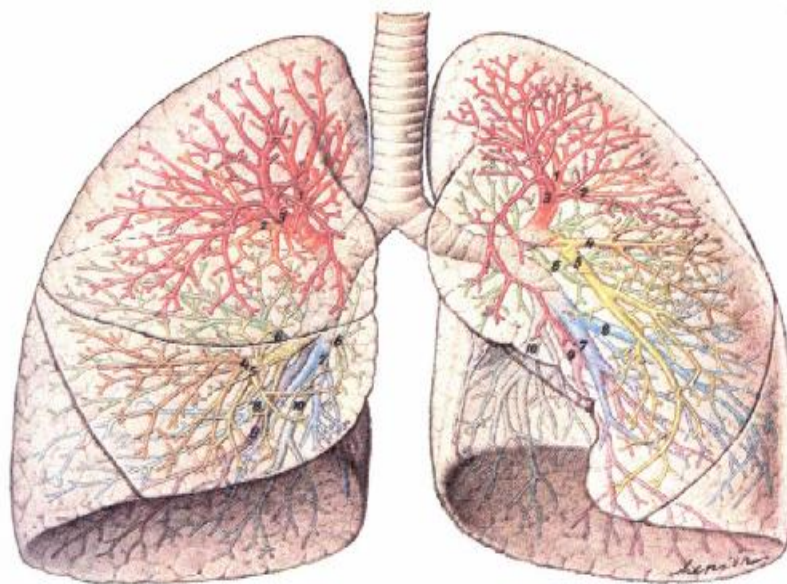
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να βοηθήσει τον άρρωστο να αποδεχτεί το θάνατό του, αλλά να του συμπαρασταθεί και να τον βοηθήσει να ζήσει με αξιοπρέπεια μέχρι να πεθάνει. Ο ασθενής που πεθαίνει έχει δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια, να δέχεται συνεχή φροντίδα και προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό, να τον βλέπουν σαν προσωπικότητα όπως τους άλλους ανθρώπους και χρειάζεται από όλους αγάπη και υποστήριξη.

Επίσης, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα συναισθήματα, τις αντιδράσεις θρήνου και τις ανάγκες του αρρώστου, καθώς και του στενού περιβάλλοντός του. Παράλληλα όμως η νοσηλεύτρια να είναι σε θέση να καλλιεργήσει μια ανοικτή επικοινωνία όχι μόνο με τον ασθενή, αλλά και με την οικογένειά του, έτσι ώστε να ενθαρρύνει όλη αυτή την ατμόσφαιρα που έχει δημιουργηθεί,

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

μειώνοντας το ψυχικό πόνο που θα προκαλέσει σε όλη την οικογένεια αυτός ο χωρισμός.

Έτσι όλα αυτά που προσφέρει η νοσηλεύτρια σε ένα ετοιμοθάνατο καρκινοπαθή όπως αγάπη, φροντίδα, κατανόηση, ελπίδα, δείχνουν τι άνθρωπος είναι που νοιάζεται για το συνάνθρωπο και δεν αδιαφορεί επειδή βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και ακόμα δείχνουν τι επαγγελματίας είναι στο χώρο της υγείας.^{4, 29}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Στόχος της νοσηλευτικής εκτός από τη θεραπεία, την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προαγωγή υγείας, παίζει ρόλο η πρόληψη που θεωρείται ως η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου.

Παράγοντες που μπορεί να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα είναι πρώτος και σημαντικός το κάπνισμα, που μεγαλύτερη αξία στην πρόληψη του καρκίνου έχει το να μην αρχίσει κάποιος το κάπνισμα και θα πρέπει να γίνονται συνεχώς οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής υγείας, για τι ρόλο παίζει το κάπνισμα. Ακολουθεί η χρήση οινόπνευματοδών, η κακή διατροφή και η έκθεση σε χημικές ουσίες.^{17,19}

Η πρόληψη είναι μια θεμελιώδης αρχή που αντιπροσωπεύει τον κύριο στόχο της αντιμετώπισης. Διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση κινδύνου ή την πρόληψη ανάπτυξης κακοήθων νεοπλασμάτων σε υγιή πληθυσμό. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει προσπάθειες ανίχνευσης για έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη παρέμβαση ώστε να σταματήσει η διεργασία ανάπτυξης κακοήθους όγκου.¹¹

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην πρωτογενή πρόληψη ανήκουν τα προληπτικά μέτρα που σκοπό έχουν την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στην νόσηση και στο θάνατο. Αυτά τα μέτρα πρόληψης είναι:

1. Υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, όπως σταματήστε το κάπνισμα, μη κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, αποφύγετε την παχυσαρκία και τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.

Όσο αφορά όμως το κάπνισμα έχει χαρακτηριστεί ως η πιο θανατηφόρα μορφή εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες. Είναι συνήθεια που δύσκολα κόβεται. Όμως για προφανείς λόγους τη μεγαλύτερη αξία στην πρόληψη του καρκίνου έχει το να μην αρχίσει κάποιος το κάπνισμα ώστε να αποφευχθούν πλήρως οι βλάβες που αυτό επιφέρει στα κύτταρα του σώματος.

Μεγάλη σημασία έχει η διακοπή του καπνίσματος από άτομα που είναι ακόμα υγιή, στα οποία δηλαδή το κάπνισμα δεν έχει ακόμα προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο αλλά και σε πνευμονοπάθειες. Επίσης, η διακοπή του καπνίσματος σε άτομα πάνω από τη μέση ηλικία και με ήδη ανεπτυγμένες βλάβες θα βελτιώσει κάποιες από τις πνευμονικές τους εκδηλώσεις και θα προστατεύσει τα άτομα του περιβάλλοντός τους από τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος.^{22, 33}

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων όπως εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου, οι χειριστές ραδιενεργών ουσιών, εργαζόμενοι σε χώρους που εκπέμπεται ακτινοβολία ή κάποιες ουσίες, γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και το καρκινογόνο παράγοντα.

3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα όπως η απαγόρευση χρήσης εντομοκτόνου που έχει καρκινογόνο δράση.²²

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές, όπως οικονομικοί λόγοι, φόβος, άγνοια, προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου, είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη.

Η ανίχνευση στο ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
2. Γενική φυσική εξέταση
3. Αιματολογικές εξετάσεις
4. Ακτινολογικός έλεγχος

Όσο αφορά το ρόλο της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Û Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του
- Û Εφαρμογή μέτρων προστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες
- Û Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Û Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο

Û Διαφώτιση του κοινού μέσα από την τηλεόραση, διάφορα φυλλάδια.

Η νοσηλεύτρια κατά τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια.

Û Του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί

Û Της ζωτικής σημασίας για την έγκαιρη θεραπεία και

Û Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.²²

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα που βγαίνουν από αυτή την εργασία είναι ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα που προσβάλλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Κύριο αίτιο είναι το κάπνισμα που προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα επειδή κατά την καύση του καπνού παράγονται μερικές χιλιάδες ουσίες από τις οποίες αρκετές είναι καρκινογόνες, όπως οι πίσσες και τα βενζοπυρένια.

Περισσότερο κίνδυνο να προκληθεί κάποιος από καρκίνο του πνεύμονα είναι αυτός που καπνίζει περισσότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα.

Πολύς κόσμος πιστεύει ότι ο καρκίνος του πνεύμονα συσχετίζεται με τη λέξη «θάνατος» γι' αυτό όλη η ομάδα υγείας και η νοσηλεύτρια έχει καθήκον απέναντι στον καρκινοπαθή να τον στηρίζει σωματικά και ψυχολογικά, υποστηρίζοντας ότι υπάρχουν λύσεις για το πρόβλημά του, να μην στεναχωριέται και να έχει πάντα πίστη, δύναμη και ελπίδα και όλα μπορούν να αλλάξουν.

Ακόμα, κάθε άτομο θα πρέπει να γνωρίζει ότι η πρόληψη είναι η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια στον αγώνα κατά του καρκίνου, και μερικοί τύποι καρκίνου μπορεί να προληφθούν, ενώ άλλοι μπορεί να αντιμετωπιστούν με επιτυχία και να θεραπευτούν εντελώς αν διαγνωστούν σε πρώιμο στάδιο.

Επίσης, πολλά άτομα όταν ακούνε τη λέξη «καρκίνος» δημιουργείται ένας φόβος, άγχος, αγωνία για τον τρόπο ζωής αλλά και για το μέλλον, γι' αυτό σπουδαίο ρόλο στη ζωή του κάθε ανθρώπου παίζει η πρόληψη που σημαίνει ΘΕΡΑΠΕΙΑ, γι' αυτό προτείνουμε σ' αυτό το μεγάλο θέμα:

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

1. Σωστή και ευρεία ενημέρωση του πληθυσμού, από άτομα που εργάζονται στο χώρο υγείας για θέματα που αφορούν τον καρκίνο του πνεύμονα, όπως κόψτε γρήγορα το κάπνισμα και μην το αναβάλλεται συνεχώς.
2. Να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα προληπτικός ιατρικός έλεγχος
3. Να γίνεται περισσότερο κατανάλωση σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά και να αποφεύγετε η κατανάλωση των λιπών και των ψητών κρεάτων
4. Επίσης, ελαττώστε ή θέσετε υπό έλεγχο την έκθεσή σας σε γνωστές καρκινογόνες χημικές ουσίες και αποφεύγετε τελείως την επαφή με τις ουσίες αυτές
5. Βοηθήστε με όποιο τρόπο μπορείτε να ψηφιστούν νομοσχέδια που να προβλέπουν πρότυπα για ένα καθαρότερο περιβάλλον.

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1^ο

Ο ασθενής Α.Κ. (άρρεν) εισήλθε στο νοσοκομείο στις 19/12/01 με πυρετό 39,5° C. Κατά την είσοδό του συνοδευόταν από τη σύζυγό του.

Η ηλικία του ασθενή είναι 57 ετών, το επάγγελμά του είναι ελαιοχρωματιστής και έχει 4 παιδιά.

Ο ασθενής είναι καπνιστής 30 χρόνια, καπνίζει 50 τσιγάρα / ημερησίως και κάνει χρήση αλκοόλ.

Ο ασθενής εκτός από πυρετό είχε και άλλα συμπτώματα όπως: βήχα, αιμόπτυση, δύσπνοια, θωρακικό άλγος, ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων.

Ο γιατρός του πρότεινε να κάνει εξετάσεις όπως: ακτινογραφία θώρακος, κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και ύστερα από τη διάγνωση που έκανε διαπίστωσε Ca αριστερού πνεύμονα και ο τύπος του είναι μικροκυτταρικός ο οποίος δίνει γρήγορα μεταστάσεις. Επίσης, ο γιατρός πρότεινε στον ασθενή να του κάνουν βιοψία πνεύμονα, για να γίνει η διάγνωση αυτού του μικρού νεοπλασματος και ο γιατρός κατάλαβε ότι βρίσκεται στο στάδιο NoT1 που δεν υπάρχει καμία εμπλοκή λεμφαδένων πύλης και μεσοθωρακίου και ο όγκος με διάμετρο 3cm περιβάλλεται από το πνευμονικό παρέγχυμα. Ο ασθενής υπέστη σε χειρουργική αφαίρεση του αριστερού λοβού του πνεύμονα που από τότε άρχισε να πέφτει ψυχολογικά. Μετά από ένα μήνα άρχισε να κάνει χημειοθεραπεία που παρουσίαζε ναυτία, έμετο, διάρροια, θρομβοπενία, στοματίτιδα, αλωπεκία, έχανε βάρος, ένιωθε αδύναμος που του δημιούργησε ψυχολογικά προβλήματα.

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Τελειώνοντας, ο γιατρός ύστερα από συζήτηση που έκανε συνεχώς με τον ασθενή κατάλαβε ότι δεν υπάρχει κάποιο κληρονομικό πρόβλημα στην οικογένεια, η υγεία του ήταν καλή και του πρότεινε μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο να παρακολουθείται συνεχώς.

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Παρουσίασε ναυτία και έμετο λόγω της χημειοθεραπείας	Διακοπή ναυτίας και εμέτου σε μια ώρα	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων 2. Αναπλήρωση των απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών και καλή ρύθμιση διαιτολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης 3. Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα και παρακολούθηση της κατάστασης 4. Παρατήρηση εμέτων για την συχνότητα και το χαρακτήρα 5. Τοποθέτηση νεφροειδές στο κομοδίνο του ασθενούς 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε μια ώρα πριν το φαγητό αντιεμετικό φάρμακο PRIMPERAN 2. Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με πλύσεις πριν και μετά από κάθε γεύμα και παρακολουθείται καθημερινά η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας 3. Χορηγούνται τροφές που δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας 4. Παρατηρούνται οι έμετοι αν έχουν σκούρο καφέ χρώμα και η συχνότητα αν αυξάνεται 5. Γίνεται αναγραφή παρατηρήσεων αυτών στη λογοδοσία 	Περιορίστηκαν οι έμετοι και η ναυτία και ο ασθενής αρχίζει να είναι πιο ήσυχος

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

<p><i>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</i> <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική Διάγνωση</i></p>	<p><i>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</i></p>	<p><i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</i></p>
<p>Παρουσίασε θερμοκρασία 39,5° C λόγω της λευκοπενίας</p>	<p>Να επενέλθει ο ασθενής στη φυσιολογική θερμοκρασία μέσα σε μια ώρα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων 2. Λήψη θερμοκρασίας σε τακτά χρονικά διαστήματα 3. Ενίσχυση του ασθενή να παίρνει υγρά 4. Εφαρμογή ψυχρών περιτυλιγμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά φάρμακα και αφού δεν υποχώρησε ο πυρετός έγινε ενδομυϊκή ένεση apotel 2. Γίνεται τρίωρη θερμομέτρηση 3. Ο ασθενής παίρνει υγρά από το στόμα 4. Εφαρμόστηκαν τα ψυχρά περιτυλίγματα γιατί σημειώθηκε άνοδος της θερμοκρασίας 	<p>Η θερμοκρασία του ασθενή έπεσε σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα</p>

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

<p><i>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</i> <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική Διάγνωση</i></p>	<p><i>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</i></p>	<p><i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</i></p>
<p>Παρουσίασε αιμόπτυση λόγω του καρκίνου του πνεύμονα</p>	<p>Διακοπή των αιμοπτύσεων στο συντομότερο χρονικό διάστημα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Καταστολή του βήχα 2. Συνεχής περιποίηση της στοματικής κοιλότητας 3. Να βρισκόμαστε σε ετοιμότητα για πιθανή απόφραξη του λάρυγγα 4. Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση 5. Βοήθεια στον ασθενή να νιώθει ασφαλής και να μην πανικοβάλλεται 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δόθηκαν αντιβηχικά φάρμακα για την καταστολή του βήχα 2. Γίνεται περιποίηση και πλύση της στοματικής κοιλότητας 3. Έγινε λαρυγγοσκόπηση και αφαίρεση πηγμάτων αίματος 4. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση 5. Ψυχολογική υποστήριξη για μείωση άγχους 	<p>Ελαττώθηκε η αιμόπτυση και μειώθηκε ο βήχας αλλά ο ασθενής χρειάζεται προσωρινή υποστήριξη γιατί διακατέχεται από έντονο άγχος.</p>

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

<p><i>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</i> <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική Διάγνωση</i></p>	<p><i>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</i></p>	<p><i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</i></p>
<p>Ο ασθενής παραπονείται για θωρακικό άλγος λόγω του καρκίνου του πνεύμονα</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο σε μια ώρα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διατήρηση της ηρεμίας του ασθενή με χορήγηση παυσίπων φαρμάκων, έτσι ώστε να είναι ήρεμος και ήσυχος 2. Ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση του ασθενή 3. Δίνουμε στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκαν στον ασθενή παυσίπων Lonarid (peros) 2. Έγινε συζήτηση μαζί με τον ασθενή έτσι ώστε να αποβάλλει την ανησυχία και το φόβο που τον διακατέχουν 3. Δόθηκε η κατάλληλη θέση στον ασθενή δηλαδή πλάγια που αυτή η θέση περιορίζει τη σύμπτυξη και έκπτυξη του μεσοθωρακίου 	<p>Μειώθηκε το θωρακικό άλγος του ασθενούς, αλλά συνεχίζει να ανησυχεί για την κατάστασή του</p>

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

<p><i>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</i> <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική Διάγνωση</i></p>	<p><i>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</i></p>	<p><i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i></p>	<p><i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</i></p>
<p>Ο ασθενής παρουσίασε λύπη, απογοήτευση λόγω αλωπεκίας</p>	<p>Μείωση των συναισθημάτων λύπης και απογοήτευσης σε άμεσο χρονικό διάστημα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν 8 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. 2. Βοήθεια προς τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του σχετικά με την εμφάνισή του 3. Αντιμετώπιση της αλωπεκίας με χρήση περούκας 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εξηγήθηκε στον ασθενή πως τα μαλλιά του θα πέσουν κατά τη θεραπεία αλλά θα ξαναβγούν μετά από αυτή 2. Μειώθηκε η αλωπεκία με εφαρμογή επιδέσμου και παγοκύστης στο κεφάλι κατά την διάρκεια της θεραπείας και 10-15 λεπτά μετά από αυτή και καλύφθηκε το κεφάλι με μαντήλι ή περούκα 3. Βοηθήθηκε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του με τη συνεχή συμπαράσταση και ενθάρρυνση της νοσηλεύτριας 	<p>Στην αρχή παρατηρήθηκε μείωση της αλωπεκίας αλλά τελικά τα μαλλιά του ασθενή έπεσαν και χρησιμοποιήθηκε περούκα</p> <p>Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή δεν είναι τόσο καλή παρά την εξωτερική των συναισθημάτων του.</p>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2^ο

Η ασθενής Α.Μ. (θύλη) εισήλθε στο νοσοκομείο στις 2/11/00 με έντονους πόνους στο στήθος, η οποία συνοδευόταν από τον σύζυγό της.

Η ηλικία της είναι 48 ετών, το επάγγελμά της είναι κομμώτρια και έχει 1 παιδί.

Οι τελευταίες εξετάσεις που είχε κάνει πριν μπει στο νοσοκομείο έδειξαν ότι η υγεία της ήταν καλή.

Οι συνήθειές της είναι καπνίστρια 20 χρόνια, καπνίζει 30 τσιγάρα ημερησίως και κάνει απλή χρήση οινόπνεύματος. Μετά από τη συζήτηση του γιατρού με την ασθενή, της πρότεινε να κάνει κάποιες εξετάσεις όπως ακτινογραφία θώρακος, αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος, αξονική τομογραφία θώρακος, κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και βρογχοσκόπηση, που από αυτές τις εξετάσεις η διάγνωσή της έδειξε Ca δεξιού πνεύμονα και συγκεκριμένα στο κορυφαίο βρογχοπνευμονικό τμήμα του δεξιού κάτω λοβού.

Μετά από την ανακοίνωση της διάγνωσης του γιατρού στην ασθενή άρχισε να πέφτει ψυχολογικά, αρνιόταν τα πάντα μέχρι και το φαγητό που άρχισε σιγά – σιγά να χάνει βάρος, αλλά και να αρχίσει τη χημειοθεραπεία.

Η νοσηλεύτρια προσπάθησε να την καθησυχάσει και να της εξηγήσει ότι η χημειοθεραπεία γίνεται για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα, έτσι ώστε να μειώσει το άγχος και το φόβο που είχε για τη συνέχεια αυτής της κατάστασης.

Τα συμπτώματα που δημιουργήθηκαν από τη χημειοθεραπεία ήταν λευκοπενία, αναιμία, διάρροια, εμέτους, στοματίτιδα, αδυναμία,

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα
κόπωση, ανορεξία και αλωπεκία που όλα αυτά της δημιούργησαν
ψυχολογικό πρόβλημα.

Τελειώνοντας, μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο ο γιατρός της
σύστησε να έρχεται συνέχεια στο νοσοκομείο για να παρακολουθείται η
κατάστασή της ή για συνέχεια της θεραπείας.

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η ασθενής παρουσίασε διάρροια λόγω της ακτινοθεραπείας</p>	<p>Διακοπή της διάρροιας σε άμεσο χρονικό διάστημα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγηθούν φάρμακα που αναστέλλουν τη διάρροια 2. Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης που σημαίνει διαταραχή ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών 3. Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης 4. Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν τη διάρροια 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε το κατάλληλο φάρμακο για τη διάρροια 2. Παρακολουθείται το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών και γίνεται χορήγηση υγρών για τη διόρθωση του ισοζυγίου 3. Παρατηρήθηκε η κάθε κένωση για χρώμα, ποσότητα, περιεκτικότητα 4. Προτιμώνται τροφές χωρίς υπολείμματα που αναστέλλουν τη διάρροια 	<p>Ελαττώθηκαν οι διαρροϊκές κενώσεις της ασθενούς</p>

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Η ασθενής παρουσίασε ανορεξία λόγω του καρκίνου του πνεύμονα	Μείωση της ανορεξίας της ασθενούς σε σύντομο χρονικό διάστημα	<ol style="list-style-type: none"> 1. Φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενής 2. Φροντίδα για τη καλή σίτιση και ενυδάτωση της 3. Προσφορά στην ασθενή τη τροφή της προτίμησής της 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της και της προσφέρθηκε ότι ζήτησε 2. Η ασθενής σιτίζεται και ενυδατώνεται 3. Προσφέρουμε στην ασθενή τη τροφή της προτίμησής της, η οποία είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες 	Η όρεξη της ασθενής αυξήθηκε ικανοποιητικά και άρχισε να τρώει μικρό και συχνά γεύματα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Η ασθενής παρουσίασε καταβολή δυνάμεων λόγω της χημειοθεραπείας	Μείωση της καταβολής δυνάμεων στις επόμενες ώρες	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να περιοριστούν οι καθημερινές δραστηριότητές της 2. Να αποφεύγει οτιδήποτε την κουράζει 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες της ασθενής 2. Η ασθενής αποφεύγει να κάνει οτιδήποτε την κουράζει και ασχολείται με δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση 	Η ασθενής αρχίζει και αισθάνεται λίγο καλύτερα και η αδυναμία και η κόπωση αρχίζουν να υποχωρούν

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Η ασθενής παρουσίασε απώλεια βάρους λόγω της ανορεξίας	Διατήρηση του βάρους της ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα το επόμενο χρονικό διάστημα	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρακολούθηση της ασθενής αν παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα 2. Παρακολούθηση του βάρους της 3. Να δοθούν συμπληρωματικές βιταμίνες 4. Περιορισμός στις δραστηριότητες της 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρακολουθείται η ασθενής ώστε να παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες 2. Η ασθενής ζυγίζεται καθημερινά και έτσι παρακολουθείται το βάρος της 3. Δόθηκαν οι κατάλληλες συμπληρωματικές βιταμίνες 4. Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες της 	Το βάρος της ασθενής επανείλθε σε φυσιολογικά επίπεδα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – Προβλήματα</i> Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η ασθενής παρουσίασε λευκοπενία λόγω της χημειοθεραπείας που τα λευκά της αιμοσφαίρια ήταν στα 2000 /ml</p>	<p>Αποκατάσταση της τιμής των λευκών αιμοσφαιρίων σε σύντομο χρονικό διάστημα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων 2. Πρόληψη των λοιμώξεων 3. Να γίνεται καλή και σχολαστική καθαριότητα 4. Να γίνεται συχνή αλλαγή της συσκευής όταν πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου 5. Να διατηρεί καθαρό το περιβάλλον 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων 2. Προστατεύει την ασθενή από τις μολύνσεις 3. Εφαρμόστηκε η συχνή καθαριότητα για την πρόληψη των λοιμώξεων 4. Έγινε η αλλαγή της συσκευής αφού πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου 5. Η νοσηλεύτρια διατηρεί καθαρό το περιβάλλον με την αποφυγή επαφής της ασθενής με άτομα που έχουν μολύνσεις 	<p>Παρατηρήθηκε αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και καλύτερη γενική κατάσταση της ασθενούς</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πέτρου Μαρία, Μπακάλογλου Αναστασία, Καρκίνος του πνεύμονα, πτυχιακή εργασία, υπεύθυνη καθηγήτρια: Μπατσολάκη Μαρία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι., Πάτρα 18-3-1991, σ. 1, 2, 6-8, 20-23, 59-60, 65, 86, 88, 89, 92-98, 104-107, 131, 132, 143-145.
2. Φακίτσα Μίλτα, Καρκίνος πνεύμονα, Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο πνεύμονα, πτυχιακή εργασία, υπεύθυνη καθηγήτρια: Γεωργούση Παρασκευή, εκδόσεις Τ.Ε.Ι., Πάτρα 13-12-1991, 6-1, 11, 13, 17-19, 22, 23, 26, 28, 40, 51, 52, 60, 76, 77
3. Αγγελοπούλου Κωνσταντίνα, Καρκίνος πνεύμονα, πτυχιακή εργασία, υπεύθυνη καθηγήτρια: Παπαδημητρίου Μαρία, εκδόσεις Τ.Ε.Ι., Πάτρα 1991, σ. 1-3, 5-7, 66-68, 97, 100-102, 126-128
4. Γκανιάτσου Ζωή, Καρκίνος πνεύμονα, πτυχιακή εργασία, υπεύθυνη καθηγήτρια: Μπατσολάκη Μαρία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι., Πάτρα 1993, σ. 1,2, 4, 5, 19-21, 23, 24, 46-49, 56, 80-83, 88, 89, 92-95.
5. Ελληνική εταιρεία προληπτικής ιατρικής, πρόληψη έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από το καρκίνο, βιβλίο Δεύτερο, τεύχος πρώτο, Αθήνα 1980
6. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική παθολογική – χειρουργική, τόμος Β΄, μέρος 1^ο έκδοση εικοστή, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2002, σ. 129, 133-135, 147, 149, 151, 152, 154, 155, 200, 201.

7. Αθανάτου Κ. Ελευθερία , παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική, έκδοση στ' βελτιωμένη, Αθήνα 2000, σ. 57, 60, 64-66, 69, 70, 155-158
8. Κατρίτση Δ. Επαμεινώνδα, Παπαδόπουλος Ι. Νικόλαος, Ανατομική του Ανθρώπου, Σπαγγνολογία, βιβλίο ΙΙΙ, νέα έκδοση στη νεοελληνική με εικόνες, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986, σ. 115, 116, 126, 129-140, 141-144
9. Τσίκου Ν. Καραγεωργοπούλου Σ. – Γραβανή, πρακτική άσκηση νοσηλευτικής, εκδοτικός όμιλος «ΙΩΝ», εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Περιστερί Αθήνα 1996, σ. 51-54, 140.
10. Lippert, Ανατομική Κείμενο και Άτλαντας, μετάφραση Ν.Δ. Νηφόρος, Επιμέλεια Ν. Παπαδόπουλος, έκδοση 5^η, επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος», Αθήνα 1993, σ. 274, 278, 282, 284, 286, 292
11. Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 1^{ος}, έκδοση Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, σ. 177-179, 180, 185-187, 191, 192, 205-211, 292-301
12. Πλέσσας Τ. Σταύρος, Κανέλλος Ευάγγελος, Φυσιολογία του ανθρώπου 1, έκδοση δεύτερη, βελτιωμένη και επαυξημένη, εκδόσεις φαρμάκων – τύπος, Αθήνα 1997, σ. 221, 223, 279
13. Evelyn Pearse, Ανατομία & Φυσιολογία για Νοσηλευτές, μετάφραση – επιμέλεια Χρήστος Αβραάμ, έκδοση 16^η, εκδόσεις «Πέργαμος», Βασ. Παύλου 12-12^Α Λευκωσία, σ. 302-306
14. Κούβελα Δημ. Ηλίας, Ανατομία – φυσιολογία, ίδρυμα ευγενίδου, τεύχος Β' φυσιολογίας, Αθήνα 1989, σ. 28-30, 32

- 15.Desporoulos Agamemnon, Silbernagl Stefan, εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, μετάφραση – επιμέλεια: Κωστόπουλος Γ., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σ. 78, 80, 90, 92
- 16.Μουτσόπουλος Χ.Μ. – Εμμανουήλ Δ.Σ., βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σ. 348
- 17.Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, επιμέλεια έκδοσης Δημήτρης Χιωτόπουλος, τόμος Α., Αθήνα 1998, Μάρτιος – Ιούνιος 98, σ. 19-24, 49, 54, 225, 226, 269-271.
- 18.Πολυζωγοπούλου Δ., Πολυχρονοπούλου Β., Κλινική πνευμονολογία, Τόμος Α΄, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1991 σ. 289, 292-298, 300, 301
- 19.Malin Dollinger, M.D, Ernest Rosenbaum, M.D, Greg Cable, Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους, μετάφραση: Χρήστος Μαθάς, Δρ. Σωτήρης Λαμπρόπουλος, Γιώργος Λαδάς, Επιστημονική Επιμέλεια: Χρήστος Μαθάς, γλωσσική επιμέλεια: Παντελής Μπουκάλας, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης: Αλέκος Μάμαλης, εκδόσεις κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ. 33-35, 41, 79, 88, 89, 152-154, 236, 466, 471
- 20.Dr. Σπωλιώτης Δ. Ιωάννης, ΚΑΡΚΙΝΟΣ «Από την άγνοια... στο φόβο, εκδόσεις Αχαϊκές, Πάτρα 1999, σ. 14-16, 30, 253, 254

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

- 21.Λιαλιάγκου Μαρία, Κατέλλα – Καζαμία Στυλιανή, εργασία για το καρκίνο, υπεύθυνος καθηγητής: Σαχινόγλου Ιορδάνης, 2003-2004, <http://3lyk-polichm.thess.sch.gr/ergasies/katella-lialiagou.htm>.
- 22.Μαλγαρινού Α.Μ. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική παθολογική – χειρουργική, τόμος Β΄, Μέρος 2^ο, έκδοση εικοστή, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2003, σ. 81, 92, 94-97, 102-104, 108-110, 112-117, 135, 136, 144-147, 150-153, 155, 156, 160-162, 167, 168
- 23.Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσ/κής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, επιμέλεια έκδοσης Dr. Δημήτρης Χιωτόπουλος, τόμος Β΄, Αθήνα 1999, σ. 253
- 24.Σταυρόπουλος Π. Κωνσταντίνος, Πνευμονολογία, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρηγορίου, Αθήνα 1979, σ. 711
- 25.Πετρίδης Αγάπιος, Εγχειρίδιο Χειρουργικής, έκδοση τέταρτη, εκδοτικός όμιλος ΙΩΝ, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2002, σ. 190-192
- 26.Ελληνική εταιρεία προληπτικής Ιατρικής, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από το καρκίνο, βιβλίο δεύτερο, τεύχος πρώτο, Αθήνα 1980, σ. 228-230
- 27.<http://www.thess.sch.gr/samarimas/kapnisma,synepeies.htm>
- 28.<http://www.pneumonologist.gr/www/greek/kyria-nosimata/cancer.html>

Νοσηλευτική Συμβολή στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Πνεύμονα

- 29.Αθανάτου Κ. Ελευθερία, κλινική νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλείες, έκδοση ΙΒ αναθεωρημένη, Αθήνα 2002, σ. 172, 173, 184, 185, 536
- 30.Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων «Ευρώπη κατά του Ca» σεμινάριο νοσηλευτριών συνεχιζόμενη νοση/κή φροντίδα στο καρκινοπαθή, συντονιστής Σταύρος Μεσμπέας, Αθήνα 1991, σ. 9, 10, 12, 51-54.
- 31.Γενική παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, μετάφραση Μαρία Ταλαντοπούλου, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», εκδοτικός όμιλος «ΙΩΝ», επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γεώργιος Καραχάλιος, Αθήνα 1999, σ. 108, 109
- 32.Βασική Νοσηλευτική, Δρ. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Αθήνα 1987, σ. 54,57
- 33.<http://www.ANAhealth.gr/articleview.php?id=492>