



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Καρκίνος του ήπατος και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Σπουδάστρια: Φιλιππούλου Χριστίνα
Εισηγητής: Σπυράτος Φώτιος

ΠΑΤΡΑ, 2020

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του ήπατος είναι ο έκτος πιο κοινός καρκίνος παγκοσμίως, με περίπου 780.000 νέες περιπτώσεις το 2012. Τα περισσότερα από αυτά, περίπου το 83%, εμφανίστηκαν σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και η υψηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκε στην Ασία και την Αφρική (Gao et al., 2012).

Σκοπός: η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη μελέτη του θέματος του καρκίνου στο ήπαρ και η ανάλυση του ρόλου που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη συγκεκριμένη ασθένεια

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική και ελληνική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed» και «Google Scholar».

Συμπεράσματα: η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του ήπατος από τους επαγγελματίες υγείας έχει χαρακτήρα σύνθετο και πολυδιάστατο. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στο συντονισμό της φροντίδας των ασθενών με ηπατικό καρκίνο.

ABSTRACT

Introduction: Liver cancer is the sixth most common cancer worldwide, with approximately 780,000 new cases in 2012. Most of these, about 83%, occurred in less developed countries and the highest incidence was observed in Asia and Africa (Gao et al., 2012).

Aim: the present study aims to study the issue of liver cancer and the analysis of the role played by nursing staff in this disease

Methodology: A review of review articles and research studies published in English and Greek in the electronic databases "Pubmed" and "Google Scholar" was conducted.

Conclusions: the treatment of liver cancer patients by health professionals is complex and multidimensional. Modern nurses play an important role in coordinating the care of liver cancer patients.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	7
1.1 ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΗΣ ΛΕΞΗΣ.....	7
1.2 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	9
ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	9
2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ	9
2.3 ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	16
2.4 ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	18
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	19
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	20
3.3 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ	22
3.4. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ	22
3.4.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.	22
3.4.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C.	24
3.5. ΚΙΡΡΩΣΗ	25
3.6. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΟΥ.....	25
3.7 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	26
3.8. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΝΕΣ.....	26
3.9. ΈΚΘΕΣΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	27
3.10. ΈΚΘΕΣΗ ΣΕ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΟΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ.....	27
3.11. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	28
3.12 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	29
3.13 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ.....	30
3.14. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	31
3.15 ΠΡΟΛΗΨΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	33
4.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	33

4.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	34
4.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	36
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΉΠΑΤΟΣ.....	36
5.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	36
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.....	40
5.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	42
5.4.ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	45
5.5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	47
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	47
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.....	47
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.....	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του ήπατος είναι ο έκτος πιο κοινός καρκίνος παγκοσμίως, με περίπου 780.000 νέες περιπτώσεις το 2012. Τα περισσότερα από αυτά, περίπου το 83%, εμφανίστηκαν σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και η υψηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκε στην Ασία και την Αφρική (Chin-Yi et al., 2008). Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης που αντιπροσωπεύουν το 80% των καρκίνων του ήπατος είναι γνωστοί, οι οποίοι περιλαμβάνουν χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) ή τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV), ορισμένες μεταβολικές ηπατικές παθήσεις και κίρρωση (Παναγοπούλου, 2012). Οι Perz et al. (2006) ανέφεραν ότι οι HBV και HCV ήταν οι κύριες αιτίες του καρκίνου. Η συνεχής βελτίωση τόσο σε χειρουργικές όσο και σε μη χειρουργικές προσεγγίσεις έχει δείξει σημαντικά οφέλη στη συνολική επιβίωση.

Για τη διαχείριση του καρκίνου του ήπατος απαιτείται μια διεπαγγελματική ομάδα που περιλαμβάνει έναν ογκολόγο, τον ηπατοβακτηριακό χειρουργό, τον παθολόγο, τον ακτινολόγο, τον γαστρεντερολόγο, νοσηλευτικό προσωπικό, διαιτολόγο και έναν παθολόγο. Δυστυχώς, η πλειονότητα των ασθενών δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση (Bisceglie et al., 2010).

Πολλές τοπικές θεραπείες είναι διαθέσιμες αλλά αυξάνουν τη διάρκεια ζωής μόνο κατά 6-18 μήνες. Οι βιολογικοί παράγοντες είναι διαθέσιμοι, αλλά οι περισσότεροι είναι απαγορευτικά ακριβοί και δεν επηρεάζουν σημαντικά την επιβίωση. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορεί να επωφεληθούν από την παρηγορητική φροντίδα και είναι σημαντικό να συμμετέχουν η ομάδα από νωρίς. Μπορεί να ζητηθεί η γνώμη του χειρουργού και του ακτινολόγου για τη διαχείριση ορισμένων από τις επιπλοκές της μεταστατικής ηπατικής νόσου. Η συνολική προοπτική για ασθενείς με καρκίνο του ήπατος είναι πολύ κακή. (Alpsoy et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1.1 ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΗΣ ΛΕΞΗΣ

Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού (Μπακατσέλου, 2020). Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος (Παπαγιάννης, 2016). Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού:

1. Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό (π.χ. στην καταστροφή των ηπατικών κύτταρων (αφαίρεση ήπατος) το ήπαρ αναγεννάτε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά.
2. Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (π.χ. υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου) (Παπαγιάννης, 2016).

1.2 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Οργανικά, ο καρκίνος είναι μία ασθένεια των κυττάρων. Συνεπώς, η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μία μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά (Παπαγιάννης, 2016).

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και - παράλληλα - δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου (Παπαγιάννης, 2016).

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς (Παπαγιάννης, 2016).

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα (Τσαουσάι, 2015).

Εάν δεν θεραπευθούν, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

2.1 ANATOMIA

Το πεπτικό σύστημα είναι ένα σύνολο κοίλων και συμπαγών οργάνων που αποτελούν το γαστρεντερικό ή πεπτικό σωλήνα και τους αδένες του πεπτικού συστήματος. Τα βασικά όργανα που σχηματίζουν το γαστρεντερικό σωλήνα, είναι:

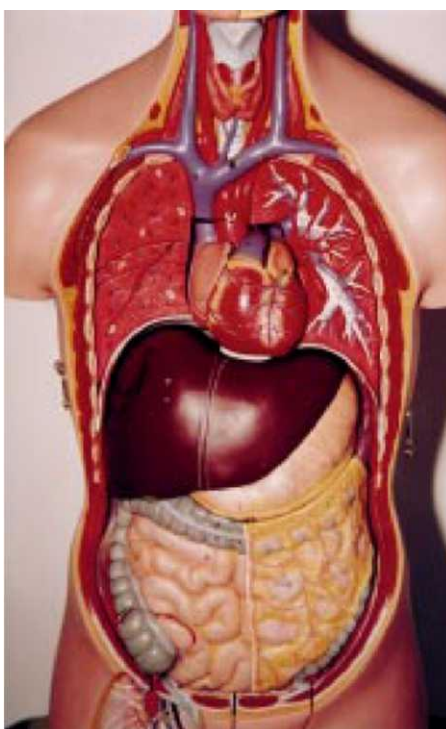
α) η στοματική κοιλότητα, β) η μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα, γ) ο οισοφάγος, δ) ο στόμαχος,

ε) το λεπτό έντερο (δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα, ειλεός), και

στ) το παχύ έντερο (τυφλό, ανιόν/εγκάρσιο/κατιόν/κόλον, σιγμοειδές, ορθό).

- Οι αδένες διακρίνονται σε πολυάριθμους μικρούς και 3 κατηγορίες μεγάλων, που είναι: οι σιελογόνοι, το ήπαρ και το πάγκρεας.

- Η χοληδόχος κύστη και το σύστημα των χοληφόρων είναι επίσης μορφολογικά και λειτουργικά όργανα του πεπτικού συστήματος.



Εικ. 1 Πρόπλασμα κορμού

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος από τους αδένες και ένα από τα σημαντικότερα όργανα μεταβολισμού στο σώμα (Παναγοπούλου, 2012). Είναι ο μεγαλύτερος μονοφυής αδένος στο ανθρώπινο σώμα με βάρος που κυμαίνεται στα 1500 – 1700 γραμμάρια, αντιπροσωπεύοντας το 2% περίπου του σωματικού βάρους (Κωστάκης, 2005). Το απόλυτο βάρος του είναι μεγαλύτερο στον άντρα από την γυναίκα. Οι διαστάσεις του κατά μέσο όρο είναι 28 cm εγκάρσια (μήκος), 8 cm κάθετα στο επίπεδο του δεξιού ηπατικού λοβού (πάχος) και 18 cm από εμπρός προς τα πίσω (πλάτος). Ο όγκος του ήπατος διαφέρει πάρα πολύ ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, με την ποσότητα του αίματος που περιέχει, με τις περιόδους πένης και τις παθολογικές καταστάσεις (Ζώτου, 2015). Καταλαμβάνει το χώρο του δεξιού υποχονδρίου και προσφύεται με τους δύο τρίγωνους συνδέσμους (αριστερό και δεξιό) και τον δρεπανοειδή σύνδεσμο στο διάφραγμα και το τοιχωματικό περιτόναιο. Με τα περιβάλλοντα σπλάχνα συνδέεται μέσω συνδέσμων (ηπατοδωδεκαδακτυλικός, ηπατογαστρικός, ηπατοκολικός). Η στήριξη του, ωστόσο, στη θέση του οφείλεται κυρίως στην αρνητική ενδοκοιλιακή πίεση και τις ηπατικές φλέβες που εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα (Κωστάκης, 2005).

Φυσιολογικά, το ήπαρ εκτείνεται από το ύψος της θηλής του μαστού, στο τέταρτο μεσοπλευρίο διάστημα, έως το πλευρικό τόξο αντίστοιχα στη μεσοκλειδική γραμμή. Καλύπτεται πλήρως από περιτοναϊκή μεμβράνη, που καλείται κάψα του Glisson. Η άνω επιφάνεια του ήπατος σχετίζεται ανατομικά με το αριστερό και δεξιό ημιδιάφραγμα, ενώ η κάτω με το στόμαχο, το δωδεκαδάχτυλο και το παχύ έντερο. Η υφή του είναι μαλακή και το σχήμα του τριγωνικό, ενώ παρουσιάζει τρεις επιφάνειες (άνω, οπίσθια και κάτω) και τρία χείλη (πρόσθιο, οπίσθιο και κάτω). Στο επίπεδο του δρεπανοειδούς συνδέσμου και της ομφαλικής εντομής διαιρείται σε δύο λοβούς, τον μεγαλύτερο δεξιό και τον μικρότερο αριστερό (Τσαουσάι, 2015).

Οι κλασσικές περιγραφές θέλουν το ήπαρ να έχει τέσσερις λοβούς, τον δεξιό, τον αριστερό, τον κερκοφόρο και τον τετράπλευρο. Η πραγματική ωστόσο ανατομία του ήπατος αφορά οχτώ τμήματα που δημιουργούνται από τις διακλαδώσεις των πυλαίων τριάδων (ηπατική αρτηρία, πυλαία φλέβα, χοληδόχος πόρος) και των ηπατικών φλεβών. Εκτός, δηλαδή, της κλασσικής ανατομικής του οργάνου, η ικανοποίηση της χειρουργικής στρατηγικής οδήγησε στην ανάπτυξη της λειτουργικής ανατομικής του ήπατος. Προτάθηκαν πάρα πολλά συστήματα λειτουργικής ανατομικής με πιο γνωστό αυτό του Couinaud. Αυτός ο διαχωρισμός σε περισσότερα τμήματα έγινε για

την δυνατότητα αφαίρεσης χειρουργικά ενός ή περισσότερων τμημάτων χωρίς αντίκτυπο στη λειτουργικότητα του οργάνου που απομένει (Κωστάκης, 2005). Σύμφωνα με το σύστημα του Couinaud, το ήπαρ διαιρείται σε οκτώ τμήματα βάσει των διακλαδώσεων των πυλαίων τριάδων και των ηπατικών φλεβών. Οι δομές που συνιστούν την πυλαία τριάδα (ηπατική αρτηρία, πυλαία φλέβα και χοληδόχος πόρος) διαχωρίζονται εξωηπατικά αλλά εισέρχονται στο ήπαρ ενωμένες εντός ενός παχύτερου στρώματος της κάψας του Glisson. Οι τρεις κύριες ηπατικές φλέβες χωρίζουν το ήπαρ σε τέσσερις τομείς, καθένας από τους οποίους παροχετεύεται από ένα πυλαίο κλάδο. Ο κερκοφόρος λοβός αποτελεί εξαίρεση καθώς παροχετεύεται φλεβικά άμεσα στην κοίλη φλέβα. Οι τέσσερις τομείς που σχηματίζονται χάρη στις ηπατικές φλέβες καλούνται πυλαίοι τομείς και παροχετεύονται από ανεξάρτητους πυλαίους κλάδους που προέρχονται από τον δεξιό και τον αριστερό κύριο κλάδο. Οι δομές που διαχωρίζουν τους τομείς ονομάζονται πυλαίες σχισμές και καθεμία από αυτές περιλαμβάνει μια ηπατική φλέβα. Περαιτέρω διακλαδώσεις των κλάδων διαιρούν τους τομείς σε τμήματα που αριθμούν από το ένα έως το οκτώ, με τον κερκοφόρο λοβό να αποτελεί το τμήμα I. Τα τμήματα I- IV συνιστούν το αριστερό ήπαρ, ενώ τα τμήματα V-VIII το δεξιό. Κάθε τμήμα παροχετεύεται από ανεξάρτητο πυλαίο κλάδο (Τσαουσάι, 2015). Ανατομικά, το ήπαρ χωρίζεται σε δεξιό και αριστερό από μια νοητή γραμμή που διέρχεται από τη μεσότητα της κοίτης της χοληδόχου κύστης και οδεύει προς την κύρια πυλαία εντομή, υποδεικνύοντας την πορεία της μέσης ηπατικής φλέβας. Η γραμμή αυτή είναι γνωστή ως γραμμή του Cantlie. Η δεξιά ηπατική φλέβα υποδιαιρεί το δεξιό ήπαρ σε πρόσθιο (τμήματα V και VIII) και οπίσθιο (τμήματα VI και VII) τομέα, ενώ η ομφαλική σχισμή υποδιαιρεί το αριστερό ήπαρ σε μέσο τομέα (τμήμα IV) και αριστερό πλάγιο τομέα (τμήματα II και III) (Τσαουσάι, 2015).

Το ήπαρ δέχεται 1,5 L/ min αίμα (διπλή αγγείωση). Το αίμα αυτό είναι κατά 70% αίμα της πυλαίας φλέβας και πρόκειται για αίμα μερικώς οξυγονωμένο, που περιέχει θρεπτικά συστατικά και ορμόνες από το πεπτικό σωλήνα. Και κατά 30% οξυγονωμένο αίμα της ηπατικής αρτηρίας. Τα νεύρα του ήπατος προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από τους κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου (Ζώτου,2015).

Το χοληφόρο σύστημα αποτελεί ένα σύστημα σωληναρίων μέσω των οποίων η χολή που παράγεται στο ήπαρ, αποχετεύεται, αποθηκεύεται και τελικώς απεκκρίνεται στο

δωδεκαδάχτυλο. Ενδοηπατικά, πολλά μικρά σωληνάκια παραλαμβάνουν τη χολή και ενώνονται για να δημιουργήσουν δύο μεγάλα χολαγγεία, τον δεξιό και τον αριστερό ηπατικό πόρο. Στις πύλες του ήπατος, τα αγγεία αυτά συνενώνονται σχηματίζοντας τον κοινό ηπατικό πόρο (Τσαουσάι, 2015). Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος, στην αύλακα που χωρίζει το δεξιό από τον αριστερό λοβό. Η ίδια λειτουργεί ως αποθηκευτικός χώρος για την χολή που παράγεται στο ήπαρ. Ο κυστικός πόρος συνδέει τη χοληδόχο κύστη με τον κοινό ηπατικό πόρο, ενώ από τη συνένωση κοινού ηπατικού και κυστικού πόρου προκύπτει ο κοινός χοληδόχος πόρος. Ο τελευταίος εκβάλλει στο έντερο (δωδεκαδάχτυλο) στο φύμα του Vater, μαζί με τον παγκρεατικό πόρο (Ζώτου, 2015).

2.2ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο οργανισμός διατηρεί τη μορφολογία και τη λειτουργία των οργάνων, με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προσλαμβάνεται με τις τροφές, οι οποίες αποτελούνται από πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, βιταμίνες, νερό, ανόργανα άλατα. Το πεπτικό σύστημα αναλαμβάνει την είσοδο των τροφών στον οργανισμό και την επεξεργασία τους με σκοπό την παραγωγή ενέργειας μέσα από ένα σύνολο χημικών αντιδράσεων που συνθέτουν τη διαδικασία της πέψης (Berne et al., 2004).

Η τροφή προσλαμβάνεται με τα χείλη, τα δόντια και τη γλώσσα, μασιέται, διαποτίζεται με σάλιο και καταπίνεται σε μικρές μπουκιές (βλωμοί). Ο οισοφάγος αποτελεί σωλήνα διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των θρεπτικών συστατικών των τροφών αρχίζει από το στόμα, γίνεται εν μέρει στο στόμαχο και ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο.

Σημαντικό ρόλο στην παραπάνω διαδικασία κατέχουν τα ένζυμα, όπως επίσης και άλλες ουσίες, που δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον για τη δράση τους, όπως ο σίελος, το γαστρικό υγρό, το εντερικό υγρό, η χολή, το παγκρεατικό υγρό.

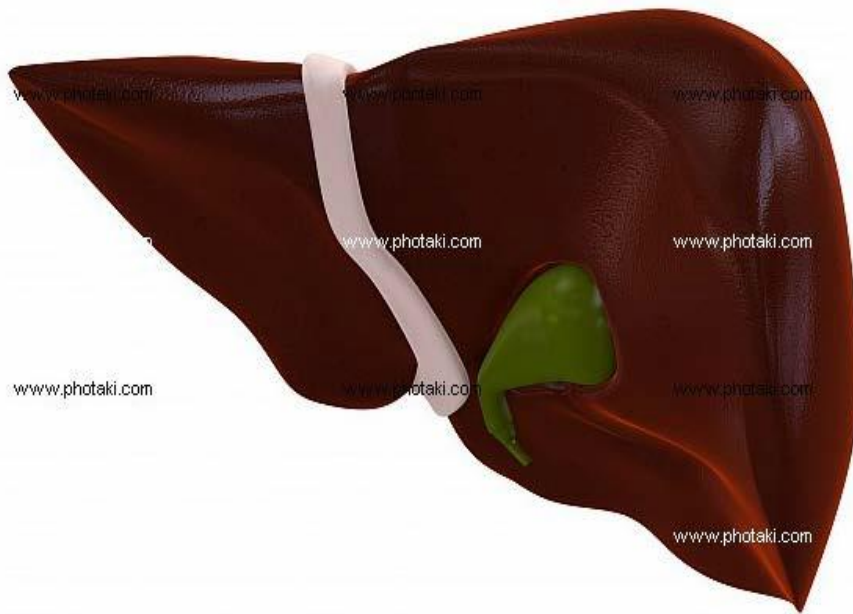
Συνοπτικά, το σύνολο των χημικών αντιδράσεων που χαρακτηρίζουν την πέψη των θρεπτικών συστατικών των τροφών, έχει ως εξής:

Υδατάνθρακες

Λίπη

Πρωτεΐνες

Τα προϊόντα της πέψης απορροφώνται από το αίμα (απομύζηση), όπου χρησιμοποιούνται είτε για παραγωγή ενέργειας, είτε για βιοσύνθεση των ίδιων ή άλλων θρεπτικών ουσιών, όπως το γλυκογόνο που χρησιμοποιείται σε καταστάσεις ανάγκης από τον οργανισμό.



Η παραπάνω διαδικασία ονομάζεται μεταβολισμός.

Ο μεταβολισμός και η πέψη αποτελούν τις δύο πιο σημαντικές χημικές λειτουργίες του πεπτικού συστήματος. Η κινητική λειτουργία ολοκληρώνεται με μαζικές και περισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου, οι οποίες συμβάλλουν στο σχηματισμό των κοπράνων και στην προώθησή τους, εκτός του οργανισμού, από τον πρωκτό.

Το ήπαρ εκτελεί πολλές ζωτικές λειτουργίες. Μεταξύ των λειτουργιών του φυσιολογικού ήπατος συγκαταλέγονται οι ακόλουθες:

- *Ρύθμιση του μεταβολισμού των υδατανθράκων.*

Το ήπαρ αποτελεί σημαντική αποθήκη γλυκογόνου στο σώμα. Είναι όργανο σημαντικό για τη διατήρηση της ομοιόστασης της γλυκόζης του οργανισμού. Τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος προκαλούν αποθήκευση γλυκογόνου στο ήπαρ, ενώ τα χαμηλά επίπεδα γλυκόζης προκαλούν διάσπαση του γλυκογόνου του ήπατος και απελευθέρωση γλυκόζης στο αίμα. Επίσης, το ήπαρ αποτελεί την κύρια θέση όπου

λαμβάνει χώρα η γλυκονεογένεση, δηλαδή η μετατροπή των αμινοξέων, των λιπών ή των απλών υδατανθράκων σε γλυκόζη. Στο ήπαρ, τέλος, μεταβολίζεται το γαλακτικό οξύ και μέσω του κύκλου του Cori διατηρείται η παροχή γλυκόζης στην περιφέρεια σε συνθήκες αναερόβιου μεταβολισμού (Ζώτου, 2015).

- *Ρύθμιση του μεταβολισμού των λιπών*

Το ήπαρ έχει κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση του μεταβολισμού των λιπιδίων. Συμμετέχει στη σύνθεση λιποπρωτεϊνών και τριγλυκεριδίων, ενώ τα ηπατοκύτταρα είναι η κύρια πηγή χοληστερόλης στο σώμα και η κύρια θέση απέκκρισής της. Επίσης, το ήπαρ παίζει σημαντικό ρόλο στη γλυκονεογένεση από τα λιπαρά οξέα και στον μεταβολισμό της χοληστερόλης (Τσαουσάι, 2015).

- *Ρύθμιση του μεταβολισμού των πρωτεϊνών.*

Το ήπαρ συμμετέχει κεντρικά, εκτός των άλλων μορίων, και στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών. Η διάσπαση των πρωτεϊνών έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή αμμωνίας, που δε μπορεί να μεταβολισθεί από την πλειονότητα των ιστών και καθίσταται τοξική για τον οργανισμό. Στο ήπαρ πραγματοποιείται μετατροπή της αμμωνίας σε ουρία, η οποία και απεκκρίνεται ο από τον οργανισμό. Επίσης, όσον αφορά στην σύνθεση πρωτεϊνών στο ήπαρ, αξίζει να σημειωθεί ότι στο όργανο αυτό πραγματοποιείται η σύνθεση των μη απαραίτητων αμινοξέων (Τσαουσάι, 2015).

- *Σύνθεση πρωτεϊνών και άλλων μορίων.*

Στο ήπαρ πραγματοποιείται η σύνθεση όλων των κύριων πρωτεϊνών του πλάσματος συμπεριλαμβανομένων των λιποπρωτεϊνών, των αλβουμινών, των σφαιρινών, του ινωδογόνου και άλλων πρωτεϊνών που συμμετέχουν στην πήξη του αίματος (Ζώτου, 2015).

- *Αποθήκευση βιταμινών και σιδήρου.*

Στο ήπαρ αποθηκεύονται ορισμένες βιταμίνες, μεταξύ των οποίων η Α, η D και η Β12. Τα αποθέματα αυτά των βιταμινών στο ήπαρ προστατεύουν τον οργανισμό σε περιπτώσεις περιορισμένης επάρκειας των βιταμινών αυτών στην προσλαμβανόμενη τροφή. Επίσης, το ήπαρ αποτελεί το δεύτερο πιο σημαντικό αποθηκευτικό χώρο σιδήρου μετά την αιμοσφαιρίνη (Ζώτου, 2015).

- *Διάσπαση ορμονών, απενεργοποίηση και απέκκριση φαρμάκων και τοξινών.*

Το ήπαρ μετασχηματίζει και απεκκρίνει πολλά φάρμακα και τοξίνες. Οι ουσίες αυτές μετατρέπονται σε ανενεργές μορφές μέσω αντιδράσεων που λαμβάνουν χώρα στα ηπατοκύτταρα. Τα τελευταία περιλαμβάνουν ένζυμα που πραγματοποιούν χημικές μετατροπές πολλών ουσιών ή καταλύουν τη σύζευξή τους με γλυκουρονικό οξύ, γλυκίνη ή γλουταθειόνη. Οι μετατροπές που καταλύονται έχουν ως αποτέλεσμα οι ουσίες να καθίστανται υδατοδιαλυτές και ευκολότερα απεκκρίσιμες από τους νεφρούς (Ζώτου, 2015).

- *Παραγωγή και έκκριση χολής*

Η πλέον σημαντική ηπατική λειτουργία για τον γαστρεντερικό σωλήνα είναι η παραγωγή και η έκκριση της χολής. Το ήπαρ εκκρίνει περίπου 500ml χολής καθημερινά. Τα ηπατοκύτταρα παράγουν χολή μέσα στα χοληφόρα τριχοειδή, χρησιμοποιώντας χολικά οξέα, χοληστερόλη, λεκιθίνες και χολικές χρωστικές, συστατικά που συντίθενται από τα ηπατοκύτταρα. Τα συστατικά αυτά απεκκρίνονται στα χοληφόρα σωληνάκια, τα οποία με τη σειρά του συγκλίνουν σε ακόμη μεγαλύτερους πόρους και, τελικά, σε ένα μόνο μεγάλο χοληφόρο πόρο. Η χολή, δηλαδή, συλλέγεται στο σύστημα των χοληφόρων και τελικά εκκρίνεται στο δωδεκαδάκτυλο μέσω του χοληδόχου πόρου. Ο κύριος ρόλος της χολής είναι η μετατροπή μη διαλυτών ουσιών σε υδατοδιαλυτές ενώσεις μέσω της γαλακτοποίησης. Άλλωστε, η ίδια περιέχει χολικά άλατα που διευκολύνουν την πέψη, την απορρόφηση και τη γαλακτοποίηση των λιπών στο δωδεκαδάκτυλο, αλλά και τη μετατροπή των ενώσεων σε υδατοδιαλυτές για την μετέπειτα πρόσληψή τους από τα εντεροκύτταρα (Τσαουσάι, 2015).

2.3 ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

α. Ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα.

Οισοφαγοσκόπηση - Γαστροσκόπηση. Α. Πριν την εξέταση.

1. Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος, το σκοπό και το χώρο της εξέτασης. Παρότρυνση για συνεργασία κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
2. Αποφυγή λήψης τροφής η υγρών από το στόμα 8-10 ώρες πριν την εξέταση, ενώ το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός.
3. Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.
4. Παρακαλείται ο άρρωστος να ουρήσει πριν την εξέταση.
5. Χορήγηση ηπίων ηρεμιστικών σε αρρώστους με άγχος μετά από ιατρική οδηγία.
6. Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή.

Β. Κατά την εξέταση.

1. Η θέση του ασθενούς είναι συνήθως πλάγια. Μπορεί, αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, να τοποθετηθεί σε ύπτια η καθιστή θέση.
2. Κοντά του πρέπει να υπάρχει νεφροειδές στην περίπτωση εμέτων η εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα.
3. Γίνεται τοπική αναισθησία στο στοματοφάρυγγα με ψεκασμό τοπικού αναισθητικού (ξυλοκαΐνη 2%) για μείωση των τοπικών αντανακλαστικών και της δυσφορίας του αρρώστου κατά την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου η γαστροσκοπίου (από τον γιατρό η την/τον νοσηλεύτρια/τη μετά από ιατρική οδηγία).
4. Χορήγηση, ενδοφλέβια, ηπίων αναισθητικών σε πολύ μικρές δόσεις.
5. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.
6. Φροντίδα για την αποστολή εργαστηριακών εξετάσεων (ιστού βιοψίας, Glu test για το ελικοβατηρίδιο) στο μικροβιολογικό η κυτταρολογικό εργαστήριο, μετά από ιατρική οδηγία.

Γ. Μετά την εξέταση.

1. Αποφυγή λήψης υγρών η στερεών, μέχρι να επανέλθουν τα αντανακλαστικά και παρακολούθηση για αιματέμεση η αιματηρή απόχρεμψη, λόγω πιθανού τραυματισμού του βλεννογόνου του οισοφάγου η του στομάχου.

2. Τερματισμός λήψης ορού ενδοφλέβια και αφαίρεση του φλεβοκαθετήρα 1 ώρα έως 1 ώρα μετά και λήψη υγρών από το στόμα η ελαφριάς τροφής.
3. Λήψη ζωτικών σημείων.
4. Αν εμφανιστεί αιφνίδια πόνος, ειδοποιείται ο γιατρός.

Κολονοσκόπηση - Σιγμοειδοσκόπηση - Ορθοσκόπηση.

A. Πριν την εξέταση.

1. Ενημέρωση του ασθενούς, όπως και παραπάνω. Τονίζεται η ιδιαιτερότητα της εξέτασης.
2. Αποφυγή λήψης τροφής 8-10 ώρες πριν, ενώ 3 ημέρες έως και την προηγούμενη της εξέτασης ακολουθείται ειδική ελαφρά διαίτα χωρίς υπόλειμμα. Το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος παραμένει νηστικός.
3. Απαιτείται εκκένωση του πεπτικού σωλήνα με δύο (2) υψηλούς υποκλυσμούς, που γίνονται την προηγούμενη ημέρα η με λήψη καθαρτικών από το στόμα (π.χ. X-prep, kleen prep) με νερό, που λαμβάνονται το μεσημέρι της προηγούμενης ημέρας. Η λήψη καθαρτικών από το στόμα απαιτεί διαίτα χωρίς υπόλειμμα μόνο την προηγούμενη της εξέτασης.
4. Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή και ακολουθείται η ίδια σειρά ενεργειών, όπως και στις προηγούμενες εξετάσεις. Επιπλέον, γίνεται τοπική καθαριότητα.

B. Κατά την εξέταση.

1. Η θέση του ασθενούς είναι πλάγια, με τα πόδια λυγισμένα προς την κοιλιά.
2. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.
3. Φροντίδα και αποστολή στο κατάλληλο εργαστήριο των τεμαχιδίων ιστού για βιοψία μετά από ιατρική οδηγία.

Γ. Μετά την εξέταση.

1. Γίνεται τοπικός καθαρισμός στον άρρωστο και μεταφέρεται στο δωμάτιο.
2. Τερματισμός λήψης ορού και αφαίρεση φλεβοκαθετήρα μία ώρα μετά την εξέταση.
3. Λήψη ζωτικών σημείων.

4. Ακολουθείται ελαφρά διαίτα και παροτρύνεται ο άρρωστος να ξεκουραστεί μετά την επώδυνη και δυσάρεστη αυτή εξέταση.

2.4 ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Γίνεται με την εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα (levin) από τη μύτη στο στομάχι και την αναρρόφηση γαστρικού υγρού από το ελεύθερο άκρο του σωλήνα με σύριγγα που έχει μεγάλο μπεκ. Η εξέταση διακρίνεται σε μικροσκοπική και κυτταρολογική.

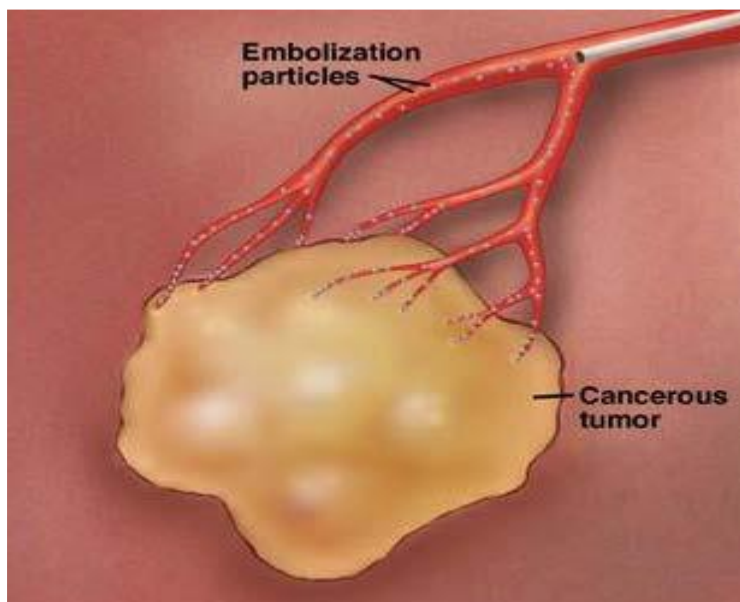
- Ο άρρωστος παραμένει νηστικός 8 ώρες πριν την εξέταση.
- Αν ο άρρωστος δεν φέρει levin, ακολουθείται η νοσηλευτική φροντίδα τοποθέτησης ρινογαστρικού σωλήνα. Αν ο άρρωστος φέρει levin, δε σιτίζεται ούτως η άλλως και γίνεται περιποίηση της ρινικής και στοματικής κοιλότητας.
- Από το ελεύθερο άκρο του ρινογαστρικού σωλήνα γίνεται αναρρόφηση γαστρικού υγρού 60-100 ml, με τη σύριγγα που έχει μεγάλο μπεκ, συλλέγεται σε ειδικό δοχείο, ενώ στη συνέχεια αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας και δίνεται γεύμα στον άρρωστο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κακοήθεις όγκοι του ήπατος διακρίνονται σε πρωτοπαθείς, δηλαδή αυτούς που ξεκινούν να αναπτύσσονται από ηπατικά κύτταρα μέσα στο ήπαρ και σε δευτεροπαθείς ή μεταστατικούς. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα μεταστατικά νεοπλάσματα του ήπατος εμφανίζονται 20 φορές συχνότερα από τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα στο όργανο αυτό (Τσαουσάι, 2015).



Ανάλογα με την προέλευση των καρκινικών κυττάρων, ο πρωτοπαθείς καρκίνος του ήπατος ταξινομείται ως εξής:

- Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ηπάτωμα). Ο όγκος προέρχεται από διαφοροποιημένα ηπατικά κύτταρα.
- Χολαγγειοκαρκίνωμα. Όταν ο όγκος προέρχεται από τα κύτταρα που σχηματίζουν τα χοληφόρα.
- Αγγειοσάρκωμα και αιμαγγειοσάρκωμα. Είναι σπάνιες μορφές με κακή πρόγνωση, γιατί συνήθως έχουν εξαπλωθεί όταν γίνεται η διάγνωση.
- Ηπατοβλάστωμα. Αποτελεί πολύ σπάνια μορφή καρκίνου που αναπτύσσεται στα παιδιά, συνήθως κάτω των τεσσάρων ετών. Η πρόγνωση είναι καλύτερη αν δεν έχει εξαπλωθεί πέρα των ορίων του ήπατος (Ζώτου, 2015).

Ο μεγάλος κατά λεπτό όγκος του αίματος που λαμβάνει το ήπαρ και ο επιτελικός ρόλος του το καθιστούν ιδιαίτερα προσφιλή θέση ανάπτυξης δευτεροπαθών εντοπίσεων από κακοήθη νεοπλάσματα προερχόμενα από άλλα σημεία του σώματος και κυρίως από το πεπτικό σύστημα. Το 75% των περιπτώσεων μεταστατικών όγκων στο ήπαρ αφορούν όγκους του μαστού, του πνεύμονα, του παγκρέατος, του στομάχου, του παχέος εντέρου, των ωοθηκών και της μήτρας. Οι μεταστάσεις πραγματοποιούνται μέσω της συστηματικής κυκλοφορίας και της ηπατικής αρτηρίας, της πυλαίας φλέβας ή σπανιότερα μέσω των λεμφαγγείων. Οι διάφοροι τύποι μονήρων όγκων παρουσιάζουν χαρακτηριστικά μοντέλα διασποράς. Γενικότερα, έχει παρατηρηθεί πως οι περισσότεροι ασθενείς με μεταστάσεις στο ήπαρ εμφανίζουν ταυτόχρονα νόσο σε άλλα όργανα (Κωστάκης, 2005).

Όταν ο αρχικός κακοήθης όγκος αναπτύσσεται σε κάποιο μέρος του ήπατος, ονομάζεται ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή κακοήθες ηπάτωμα ή πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος και, εάν ο όγκος στο ήπαρ προέρχεται από μεταστάσεις καρκίνου από άλλα όργανα, όπως από το παχύ έντερο, στομάχι κ.λπ., ονομάζεται μεταστατικός καρκίνος του ήπατος. Παρακάτω, η συζήτησή μας αναφέρεται μόνο στο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα των ενηλίκων.

3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καρκίνος του ήπατος από απόψεως συχνότητας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου. Συναντάται σε υψηλή συχνότητα, π.χ., στην Κίνα, το Χονγκ Κονγκ κ.λπ. Στην Ελλάδα παρουσιάζει μέτρια συχνότητα αλλά αυτή φαίνεται να είναι μεγαλύτερη, συγκρινόμενη με εκείνη της Δυτικής και της Βόρειας Ευρώπης. Σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, θα πρέπει να τονιστεί ότι βρίσκεται σε στενή σχέση με τη λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και της ηπατίτιδας C (HCV), δοθέντος ότι περίπου το 80% των περιπτώσεων καρκίνου του ήπατος σχετίζεται με HBV και το 10% με HCV (Fiel et al., 1996). Υπολογίζεται ακόμη ότι το 10-20% των ασθενών με λοίμωξη από HBV θα αναπτύξουν στη ζωή τους καρκίνο του ήπατος. Η ακριβής σχέση μεταξύ HCV λοίμωξης και καρκίνου του ήπατος σήμερα ακόμη μελετάται. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι ορισμένες παθήσεις του ήπατος, όπως η κίρρωση (προοδευτικά εξελισσόμενη χρόνια νόσος του ήπατος), παρουσιάζουν συχνότερα ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος. Τούτο μάλιστα φαίνεται

ότι ισχύει για την κίρρωση οποιασδήποτε αιτιολογίας, όπως όταν αυτή αποτελεί επακόλουθο του αλκοολισμού, αιμοχρωμάτωσης, κακής θρέψης κ.λπ. Ακόμη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αφλατοξίνες, μία ομάδα χημικών ενώσεων, οι οποίες είναι καρκινογόνες και υπάρχουν σε ορισμένες τροφές, όπως οι σπόροι, καλαμπόκι κ.λπ., μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος.

Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) αποτελεί την τρίτη αιτία θνησιμότητας από καρκίνο και την κύρια αιτία θανάτου σε κυρωτικούς. Ο επιπολασμός της νόσου διαφέρει κατά τόπους και στην περιοχή της Μεσογείου υπολογίζεται σε 5–15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό κατ' έτος. Η γενετική προ-διάθεση διαδραματίζει ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Η υπερέκφραση του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα έχει συσχετιστεί σε πειραματόζωα με την ανάπτυξη ΗΚΚ. Ορισμένα μεταβολικά νοσήματα αυξάνουν τον κίνδυνο για ΗΚΚ. Η χρόνια λοίμωξη με τον ιό HBV πιθανόν να οδηγήσει, με ή χωρίς την ανάπτυξη κίρρωσης, σε ΗΚΚ. Ο εμβολιασμός για HBV και η θεραπεία της χρόνιας HBV-λοίμωξης με νουκλεοσιδικά ανάλογα μπορεί να ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΗΚΚ. Η χρόνια HCV-λοίμωξη αυξάνει έως 27 φορές τον κίνδυνο ανάπτυξης ΗΚΚ. Οι ασθενείς με συλλοίμωξη με τον ιό HBV ή όσοι πάσχουν ταυτόχρονα από άλλη χρόνια ηπατοπάθεια κινδυνεύουν περισσότερο. Η κίρρωση του ήπατος αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΗΚΚ. Τέσσερις στους 5 ασθενείς με ΗΚΚ παρουσιάζουν κίρρωση. Η κατάχρηση αιθανόλης αποτελεί επί πλέον παράγοντα κινδύνου για ΗΚΚ. Κατανάλωση >80 g αιθανόλης/ημέρα για >10 έτη αυξάνει τον κίνδυνο ΗΚΚ κατά 5 φορές. Η επίδραση του καπνίσματος παραμένει αντικείμενο έρευνας. Η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα μπορεί να οδηγήσουν σε κίρρωση και ΗΚΚ. Συγκεκριμένες τοξίνες και συνήθειες έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη ΗΚΚ: Αφλατοξίνη, μικροκυστίνη και η μάσηση ορισμένων φύλων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ένδεια βιταμίνης Β6 και χολίνης, καθώς και η περίσσεια εθειονίνης, έχουν συσχετιστεί με κίνδυνο ΗΚΚ. Τα αναβολικά στεροειδή και συγκεκριμένες οργανικές και ανόργανες ουσίες έχουν επίσης συσχετιστεί με ΗΚΚ. Η ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο ΗΚΚ. Ο ρόλος της μη ιονίζουσας ακτινοβολίας είναι αδιευκρίνιστος. Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος κινδυνεύουν περισσότερο για ανάπτυξη ΗΚΚ. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι η καφεΐνη ελαττώνει τον κίνδυνο ΗΚΚ. Η μελλοντική έρευνα προσανατολίζεται στη διερεύνηση του μοριακού ρόλου πρωτεϊνών θερμικού shock και του παράγοντα HBx

και στην επίδραση των προγραμμάτων εμβολιασμών και αντιϊκής θεραπείας στην ελάττωση της συχνότητας της νόσου (Ναλμπαντίδης κ. συν., 2011).

3.3 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ

Μεταβολές στο γενετικό υλικό ενδεχομένως διαδραματίζουν ρόλο στην παθογένεια του ΗΚΚ. Ποσοστό έως 22% των ασθενών με ΗΚΚ έχουν και άλλη νεοπλασία. Σοβαρά μεταβολικά νοσήματα που είναι δυνατόν να οδηγούν σε κίρρωση αυξάνουν τον κίνδυνο ΗΚΚ: Τυροσιναιμία τύπου Ι, γλυκογονίαση τύπου Ι, ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης, γαλακτοζαιμία, οξεία διαλείπουσα πορφυρία, σύνδρομο αταξίας-τηλεαγγειεκτασίας, υπερκιτρολιναιμία, νευρινωμάτωση και ιδιοπαθής αιμοχρωμάτωση. Επίσης, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη κινδυνεύουν περισσότερο. Η νόσος Wilson σπάνια συσχετίζεται με ανάπτυξη ΗΚΚ, επειδή ο χαλκός φαίνεται να έχει ανασταλτική δράση στην ανάπτυξη ΗΚΚ. Συγκεκριμένοι πολυμορφισμοί στο γονίδιο του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΗΚΚ σε κυρωτικούς ασθενείς. Η εκσεσημασμένη έκφραση του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα στα ηπατοκύτταρα έχει συσχετιστεί με ανάπτυξη ΗΚΚ σε πειραματόζωα (Ναλμπαντίδης κ. συν., 2011).

3.4. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

3.4.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.

Η σχέση μεταξύ έκθεσης σε λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και ΗΚΚ έχει τεκμηριωθεί σε πληθυσμιακές ομάδες στην Ασία, την Αφρική, τη Β. Αμερική και την Ευρώπη. Στις μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς, ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης ΗΚΚ κυμαινόταν από 6,9–223 στους φορείς αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg). Ωστόσο, η επίπτωση του ΗΚΚ διέφερε στους συγκεκριμένους πληθυσμούς και φαίνεται ότι σε μη Ασιάτες ασυμπτωματικούς ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη ο κίνδυνος ανάπτυξης ΗΚΚ είναι μικρότερος (Chuang et al., 2009) . Μεταξύ των πασχόντων από χρόνια HBV-λοίμωξη υπάρχουν υποομάδες που κινδυνεύουν περισσότερο. Η επίπτωση του ΗΚΚ σχετίζεται γραμμικά με τα επίπεδα HBV DNA ορού των ασθενών. Η αθροιστική επίπτωση του ΗΚΚ, από 1,3% σε ασθενείς με HBV

DNA ορού <300 copies/mL (1 IU/mL=5,6 copies/mL), ανήλθε σε 14,9% σε ασθενείς με HBV DNA ορού >10⁶ copies/mL σε διάστημα 10 ετών. Επί πλέον, οι HBeAg θετικοί ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη κινδυνεύουν περισσότερο. Σε μελέτη πληθυσμών από τη νοτιοανατολική Ασία, ο σχετικός κίνδυνος για ΗΚΚ ήταν 6 φορές μεγαλύτερος σε HBeAg θετικούς ασθενείς (Chuang et al., 2009). Η παρουσία πυρηνικών ή προπυρηνικών μεταλλάξεων, η μεγάλη ηλικία (>60 έτη) και επίπεδα ιϊκού DNA ορού >10⁵ copies/mL αποτελούν ισχυρούς και ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου. Επιπρόσθετα, η συλλοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV), η κατάχρηση οινόπνευματος, τα αυξημένα επίπεδα ALT ορού και η παρουσία κίρρωσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου (Fattovich, 1998). Σχετικά με την επιλοίμωξη με τον ιό HDV σημειώνεται ότι αν και δεν αυξάνει την επίπτωση του ΗΚΚ, εν τούτοις οδηγεί ταχύτερα σε κίρρωση και ανάπτυξη ΗΚΚ. Τέλος, η αντι-ικτή αγωγή με νουκλεο(σ)ιδικά ανάλογα ή ιντερφερόνη ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΗΚΚ, καθώς και ο εμβολιασμός ενάντια στον ιό HBV. Ο μηχανισμός ογκογένεσης σχετίζεται με την ενσωμάτωση του ιϊκού DNA σε αυτό του ξενιστή, διαδικασία που επιταχύνεται από την κατάχρηση οινόπνευματος (Engstrom, 2002). Σε ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη, η ανάπτυξη ΗΚΚ είναι δυνατόν να επέλθει χωρίς σημαντική φλεγμονώδη δραστηριότητα, ίνωση ή παρουσία κίρρωσης στο ηπατικό παρέγχυμα. Η ενσωμάτωση του ιϊκού DNA σε αυτό του ξενιστή επάγει ογκογονίδια και προκαλεί χρωμοσωμική αστάθεια. Αυτή έχει παρατηρηθεί και σε ορολογικά αρνητικούς ασθενείς (που ωστόσο είναι βιολογικά-μοριακά θετικοί). Σε πειραματικά μοντέλα διαγονιδιακών επίμυων, η έκθεση στον HBV συσχετίστηκε με μεταλλάξεις του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p53, το οποίο επηρεάζεται και από το αντιγόνο HBxAg (Clark et al., 2008). Στο γονιδίωμα του HBV υπάρχει το γονίδιο x, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της πρωτεΐνης HBx. Το εν λόγω γονίδιο προκαλεί αύξηση της αναπαραγωγικής ικανότητας του ιού. Μεταλλάξεις του γονιδίου αναστέλλουν την αναπαραγωγή του ιϊκού DNA (Boon et al., 2009). Η πρωτεΐνη x έχει ογκογόνο δράση και φαίνεται να επηρεάζει με πολλούς και διαφορετικούς μηχανισμούς τη μεταγραφή, την αποδόμηση πρωτεϊνών, τα ενδοκυττάρια σήματα, τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο και την καρκινογένεση. Οι προαγωγής των γονιδίων που επηρεάζει η HBx πρωτεΐνη έχουν θέσεις σύνδεσης με συγκεκριμένους μεταγραφικούς παράγοντες (όπως AP-1, AP-2, CREB, NF-kB, c/EBP και NFAT). Επί πλέον, η HBx πρωτεΐνη επηρεάζει πιθανόν μέσω ροής Ca⁺⁺ στο κυτταρόπλασμα των ηπατικών κυττάρων τα ενδοκυττάρια σήματα και ενεργοποιεί τις οδούς

RAS/RAF και την κινάση PYK2. Η HBx πρωτεΐνη συνδέεται και αδρανοποιεί το γονίδιο p53 και επομένως τα προϊόντα μεταγραφής αυτού και τη μεσολαβούμενη από αυτό απόπτωση (Clark et al., 2008). Τέλος, ορισμένες ιικές πρωτεΐνες ενεργοποιούν το NF-κΒ, που με τη σειρά του θεωρείται ότι συμμετέχει στην καρκινογένεση.

3.4.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C.

Η έκθεση στην HCV-λοίμωξη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΗΚΚ κατά 27 φορές. Ο επιπολασμός της HCV-λοίμωξης μεταξύ των πασχόντων από ΗΚΚ ποικίλλει σε μελέτες από διαφορετικούς πληθυσμούς και κυμαίνεται από 5–71% (Ferlay et al., 2010). Ο κίνδυνος εκδήλωσης ΗΚΚ μετά από HCV-λοίμωξη αυξάνει κατά 21,5% μετά από 5 έτη, 53,2% μετά από 10 και 75,2% μετά από 15 έτη. Στις ΗΠΑ, η HCV-λοίμωξη ευθύνεται για το 1/3 των περιπτώσεων ΗΚΚ. Σε ασθενείς με κίρρωση λόγω HCV-λοίμωξης, ο ρυθμός ανάπτυξης ΗΚΚ είναι 2–8% κάθε έτος. Σε ορισμένους πληθυσμούς, η ικανότητα καρκινογένεσης του ιού ηπατίτιδας C είναι 2,7 φορές μεγαλύτερη από αυτή του HBV (Ναλμπαντίδης κ. συν., 2011). Εν τούτοις, διαφέρει ο μοριακός μηχανισμός καρκινογένεσης. Ο ιός HCV δεν ενσωματώνεται στο γονιδίωμα του ηπατικού κυττάρου και σε αντίθεση με τη χρόνια HBV-λοίμωξη η ογκογένεση έπεται σχεδόν πάντα της κίρρωσης ή της προχωρημένης ίνωσης. Σύμφωνα με μια θεωρία, η αναλογική συσχέτιση μεταξύ της διαδικασίας ογκογένεσης και του βαθμού της νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας στο ήπαρ οφείλεται περισσότερο στις μεταβολές συγκέντρωσης κυτταροκινών στο μικροπεριβάλλον του ηπατικού κυττάρου και όχι τόσο στην επαγωγή συγκεκριμένων ογκογονιδίων. Η ανοσιακή απάντηση του ξενιστή διαδραματίζει επίσης ρόλο, καθώς έχουν εντοπιστεί δείκτες οξειδωτικού stress και παράγοντες φλεγμονής όπως λεμφοκύτταρα CD68, αυξημένη εναπόθεση σιδήρου και πρωτεϊνικά παράγωγα σε ασθενείς με ΗΚΚ και HCV-λοίμωξη. Μεταξύ των ασθενών με HCV-λοίμωξη υπάρχουν ομάδες που κινδυνεύουν περισσότερο. Οι ασθενείς με γονότυπο 1b,* συλλοίμωξη από τον ιό HBV, σακχαρώδη διαβήτη, μεταβολικό σύνδρομο και όσοι καταναλώνουν συστηματικά οινόπνευμα ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία. Επιπρόσθετα, κινδυνεύουν περισσότερο οι ηλικιωμένοι, οι καπνιστές, οι μαύροι, οι ασθενείς με κίρρωση, κίρσους οισοφάγου, χαμηλά αιμοπετάλια και αυξημένη αλκαλική φωσφατάση ορού (Ναλμπαντίδης κ. συν., 2011).

3.5. ΚΙΡΡΩΣΗ

Σε ποσοστό έως 80% των περιπτώσεων ΗΚΚ προηγείται κίρρωση και για το λόγο αυτόν η κίρρωση θεωρείται (ανεξάρτητα από την αιτία της) προκαρκινογόνος παράγοντας. Η αιτιολογία της κίρρωσης ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική οφείλεται συνήθως στην κατάχρηση οινοπνεύματος. Σε πληθυσμούς από την Ασία και την Αφρική, ο ΗΚΚ μπορεί να αναπτυχθεί σε απουσία κίρρωσης λόγω της πρώιμης επαφής σε βρεφική ή παιδική ηλικία με τον HBV. Η παρουσία κίρρωσης επιταχύνει το ρυθμό σύνθεσης του DNA εντός των ηπατικών κυττάρων και αυξάνει τον κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής. Το κυρωτικό ήπαρ είναι περισσότερο επιρρεπές στη δράση και άλλων καρκινογόνων παραγόντων. Ο αυξημένος ρυθμός μιτωτικών διαιρέσεων επάγει ογκογονίδια και καταστέλλει ογκοκατασταλτικά γονίδια (Ναλμπαντίδης κ. συν.,2011). Η αντιροπούμενη HCV-κίρρωση συνοδεύεται από ετήσια επίπτωση ΗΚΚ 3–4% [σε αντίθεση με τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα, που παρουσιάζουν αντίστοιχο ποσοστό 1%. Μεταξύ δε των τελευταίων κινδυνεύουν περισσότερο όσοι έχουν επίπεδα α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης (AFP) >20 μg/L]. Μεταξύ των ασθενών με κίρρωση, περισσότερο κινδυνεύουν οι πάσχοντες από HBV- ή HCV-λοίμωξη και κληρονομική αιμοχρωμάτωση. Μεταξύ των τελευταίων, περισσότερο κινδυνεύουν όσοι είναι ηλικίας >55 ετών και όσοι πάσχουν από χρόνια HBV-λοίμωξη. Τέλος, μεταξύ των ασθενών με πρωτοπαθή χολική κίρρωση κινδυνεύουν περισσότερο όσοι ανήκουν στα ιστολογικά στάδια III και IV που αντιστοιχούν σε προκυρρωτική και κυρωτική διαμόρφωση του ηπατικού παρεγχύματος και οι άρρενες ασθενείς (5 φορές περισσότερο απ' ότι οι γυναίκες)(Fiel et al., 1996).

3.6. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΟΥ

Η κατανάλωση οινοπνεύματος θεωρείται ως συγκαρκινογόνος παράγοντας: Για να δράσει η αιθανόλη ως επαγωγέας καρκινογένεσης απαιτείται η δράση συμπληρωματικών παραγόντων, όπως η κατανάλωση καπνού ή η έκθεση σε αφλατοξίνη. Η σχέση της αιθανόλης με την καρκινογένεση ενδέχεται να είναι άμεση

(τοξική δράση) ή έμμεση (ανάπτυξη κίρρωσης). Η διάρκεια της έκθεσης και η δόση της αιθανόλης που απαιτούνται δεν είναι απόλυτα καθορισμένες, ωστόσο έκθεση σε >80 g/ημέρα για τουλάχιστον 10 έτη αυξάνει κατά 5 φορές τον κίνδυνο καρκινογένεσης. Ο κίνδυνος εμφάνισης ΗΚΚ σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη αλκοολική κίρρωση είναι 1% κάθε έτος. Η αποχή από το οινόπνευμα δεν φαίνεται να ελαττώνει σημαντικά τον κίνδυνο ΗΚΚ, ενώ στην πραγματικότητα τον αυξάνει φαινομενικά, επειδή όσοι εξακολουθούν να καταναλώνουν οινόπνευμα δεν επιζούν αρκετά ώστε να αναπτυχθεί ΗΚΚ. Σημειώνεται ότι σε νεκροτομικό υλικό αλκοολικών, ΗΚΚ εντοπίστηκε σε ποσοστό έως 50%. Η κατανάλωση καπνού αποτελεί ενδεχομένως παράγοντα κινδύνου σε ορισμένους πληθυσμούς. Ορισμένες μελέτες έχουν αποκαλύψει συσχέτιση, ενώ άλλες δεν είχαν επαρκή ισχύ ώστε να καταδείξουν τη συγκεκριμένη σχέση (Barghini et al., 2013).

3.7 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Συχνά η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα συνυπάρχουν και ιδίως σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο. Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται ότι προκαλούν ΗΚΚ μέσω της μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας και της συνακόλουθης κίρρωσης. Ο σακχαρώδης διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΗΚΚ κατά 1,8–3,5% (Alpsoy et al., 2011).

3.8. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΝΕΣ

Για τουλάχιστον τρεις παράγοντες έχει τεκμηριωθεί η ασθενής αιτιολογική σχέση τους με την ανάπτυξη ΗΚΚ. Οι ουσίες αυτές είναι η αφλατοξίνη, η κατανάλωση μολυσμένου ύδατος από λιμνάζοντα νερά και η μάσηση καρυδιού επικαλυμμένου με φύλλο betel (συνήθεια που έχουν ορισμένοι κάτοικοι στην Ινδία και τη νοτιοανατολική Ασία). Η αφλατοξίνη παράγεται από είδη μυκήτων που μολύνουν φιστίκια, δημητριακά και καρπούς σόγιας πλημμελώς συντηρημένα. Η αφλατοξίνη

προκαλεί μεταλλάξεις στο ογκοκατασταλτικό γονίδιο p53. Πληθυσμοί στη νότιο-ανατολική Ασία που καταναλώνουν μολυσμένα προϊόντα έχουν υψηλή επίπτωση ΗΚΚ και αυτή δεν εξηγείται μόνο από την υψηλή ενδημικότητα της χρόνιας ΗΒV-λοίμωξης (ο κίνδυνος είναι 5–6 φορές μεγαλύτερος) (Gao et al., 1996). Στα στάσιμα νερά παράγονται τοξίνες από φυκομύκητες (όπως η μικροκυστίνη) και αυτές πιστεύεται ότι συνεπικουρούν στην ανάπτυξη ΗΚΚ, τουλάχιστον σε πληθυσμούς από την Κίνα. Η συνήθεια της μάσησης κόκκινων πικρών καρυδιών επικαλυμμένων με ειδικά φύλλα αυξάνει τον κίνδυνο κίρρωσης και ΗΚΚ (αλλά και του οισοφαγικού καρκίνου και του επιθηλιοειδούς της κεφαλής). Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης του ΗΚΚ με την έλλειψη Β6 και χολίνης, καθώς και με την περίσσεια εθειονίνης (Chuan et al., 2009).

3.9. ΈΚΘΕΣΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ ανάπτυξης ΗΚΚ και ορισμένων φαρμάκων είναι τεκμηριωμένη. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα αναβολικά και τα ανδρογόνα σκευάσματα, τα οιστρογόνα και τα από του στόματος αντισυλληπτικά, η μεθοτρεξάτη και η μεθυλντόπα, καθώς και η κυπροτερόνη (Fiel et al., 1996).

3.10. ΈΚΘΕΣΗ ΣΕ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΟΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η έκθεση στις ακόλουθες ουσίες μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη ΗΚΚ στον άνθρωπο: (α) Ανόργανες στοιχειακές ενώσεις: Αρσενικό, κάδμιο, χρώμιο, μόλυβδος, μαγγάνιο, νικέλιο και άσβεστος. (β) Άλλες χημικές ενώσεις: Αρωματικές αμίνες, αλκυλιωτικοί παράγοντες, ενώσεις που έχουν ως βάση το άζωτο και νιτρικά συστατικά, καθώς και το βινυλχλωρίδιο. Οι αναφορές στην πιθανή καρκινογόνο δράση των συγκεκριμένων ουσιών στηρίζονται σε αναφορές ολιγάριθμων σχετικά περιπτώσεων, συνήθως επαγγελματικής έκθεσης. Ένας σημαντικός αριθμός χημικών

ενώσεων έχει δοκιμαστεί σε πειραματόζωα και έχει καταδειχθεί η καρκινογόνος δράση τους (πίν. 1).⁷Η έκθεση σε ακτινοβολία Χ και στην ουσία Thorotrast (που περιέχει διοξείδιο του θορίου) μπορεί να προκαλέσει ΗΚΚ. Δεν έχουν δημοσιευτεί μελέτες για τη σχέση μεταξύ μη ιονίζουσας ακτινοβολίας και ΗΚΚ. Ωστόσο, η μη ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να επιφέρει βλάβες στο κυτταρικό DNA μέσω θερμικών και μη φαινομένων, αν και η σχέση της με την καρκινογένεση δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως (Ναλμπαντίδης κ. συν., 2011).

3.11. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Σε πρώιμο στάδιο, ο καρκίνος του ήπατος δεν προκαλεί ενοχλήσεις και, όταν υπάρχουν κάποια συμπτώματα, αυτά είναι ήπια και όχι χαρακτηριστικά της πάθησης αυτής. Όπως σε όλες τις μορφές καρκίνου, μπορεί να υπάρχει αίσθημα αδυναμίας, έκπτωση των δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους και δεκατική πυρετική κίνηση. Όταν ο καρκίνος προχωρήσει και αυξηθεί σε μέγεθος, μπορεί να παρουσιαστεί πόνος ή βάρος στην περιοχή του ήπατος (στο πάνω δεξιό μέρος της κοιλίας), αίσθημα μάζας ή διάτασης (φούσκωμα) στην ίδια περιοχή, ίκτερος (κιτρίνισμα του δέρματος και του λευκού μέρους των ματιών λόγω αυξημένης συγκέντρωσης χολερυθρίνης στα υγρά του σώματος) και υπέρχρωση των ούρων (που γίνονται σαν κονιάκ). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, ανάλογα και με κάποιες παραλλαγές, τα παραπάνω σημεία και συμπτώματα είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και σε άλλες μη κακοήθεις παθήσεις του ήπατος (Ζώτου, 2015). Λιγότερο συχνά έχουμε ρήξη ή αιμορραγία του όγκου με πυρετό και εκδηλώνεται με οξύ κοιλιακό άλγος. Το 75% των ασθενών δεν παρουσιάζει συμπτώματα και αν θα παρουσιάσει αυτά θα είναι περίπου έξι εβδομάδες πριν τεθεί η διάγνωση (Κωστάκης, 2005). Η απουσία κλινικών εκδηλώσεων είναι που χαρακτηρίζει την πορεία της νόσου σαν «ύπουλη». Η αιφνίδια επιδείνωση που θα εγείρει υποψίες για την ανάπτυξη του καρκίνου του ήπατος, είναι η κίρρωση λόγω εμφάνισης ηπατικής ανεπάρκειας, κιρσορραγίας, αποφρακτικού ίκτερου και επιδεινούμενου ασκίτη καθώς και ηπατικής εγκεφαλοπάθειας (Τσαουσάι, 2015).

Σπάνια όπου έχουμε και κακή πρόγνωση μπορεί να εκδηλωθεί με αίμα στο περιτόναιο και περιφερική καταπληξία. Επιπλέον σπάνιες εκδηλώσεις αφορούν την

υπογλυκαιμία, δερματολογικές εκδηλώσεις, νευρολογικές . Κατά την φυσική εξέταση το κυριότερο κλινικό σημείο είναι η ηπατομεγαλία όπου διαπιστώνεται ψηλαφητή κοιλιακή μάζα. Ένα ποσοστό ασθενών στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου κατά την ακρόαση διαπιστώνεται ήχος τριβής ή αρτηριακό φύσημα (Barghini et al., 2013).

3.12 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Καταρχήν λαμβάνεται από το γιατρό ένα λεπτομερές ιστορικό, στο οποίο αναζητούνται ενδεικτικά στοιχεία οικογενειακής προδιάθεσης στον καρκίνο γενικά και ειδικότερα στον καρκίνο του ήπατος. Επίσης αξιολογούνται εάν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες και συμπτώματα ύποπτα για τη νόσο. Ακολουθεί προσεκτική εξέταση του ασθενούς και παραγγέλλονται ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις προς συγκεκριμένη κατεύθυνση για την επικύρωση ή όχι της διάγνωσης του καρκίνου. Από τις εξετάσεις αίματος, οι πιο απαραίτητες είναι οι λειτουργικές δοκιμασίες ήπατος (δείχνουν πόσο καλά λειτουργεί το ήπαρ), οι δείκτες ηπατίτιδας (αποκαλύπτουν εάν ο ασθενής πάσχει ή έχει περάσει κατά το παρελθόν και είναι φορέας ηπατίτιδας Β ή C) και οι καρκινικοί δείκτες που συχνά είναι ενδεικτικοί της παρουσίας καρκίνου του ήπατος. Τα επίπεδα των τρανσαμινασών του ορού (AST, ALT) και της αλκαλικής φωσφατάσης μπορεί να είναι αυξημένα, παρά το ότι πρόκειται για μη ειδικά ένζυμα, συχνά αυξημένα σε χρόνια ηπατική νόσο χωρίς την παρουσία καρκίνου (Τσαουσαί, 2015). Από τους τελευταίους, ο πιο σημαντικός είναι ο προσδιορισμός της α-εμβρυϊκής σφαιρίνης (AFP), η οποία είναι σημαντικά αυξημένη στο 50-70% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο δείκτης αυτός μπορεί να είναι σχετικά αυξημένος και σε άλλες μορφές καρκίνου, όπως στον καρκίνο των όρχεων, του παγκρέατος, του στομάχου κλπ (Τσαουσαί, 2015). Η πιο συχνή νεοπλασματική βιοχημική διαταραχή είναι η υπογλυκαιμία. Εξάλλου, είναι δυνατό να παρατηρηθούν υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαίμια, πορφυρία, κυσταθειονουρία, ψευδοϋπερπαραθυρεοειδισμός και αύξηση της θυρεοσφαιρίνης (Ζώτου, 2015). Από τις απεικονιστικές εξετάσεις (που φωτογραφίζουν το ήπαρ), οι πιο χρήσιμες για τη διάγνωση είναι η υπερηχοτομογραφία, η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία, η αγγειογραφία και το σπινθηρογράφημα του ήπατος. Καθεμία από αυτές μπορεί να αποκαλύψει μη φυσιολογικές περιοχές στο ήπαρ που είναι ενδεικτικές της παρουσίας όγκου (Befeler et al., 2002). Η επικύρωση της παρουσίας

καρκίνου, όμως, πραγματοποιείται μόνο με τη βιοψία ήπατος που μπορεί να γίνει με τη λήψη μικρού τμήματος του όγκου, είτε κατά την εγχείρηση ή με ειδική βελόνα (χωρίς εγχείρηση) ή ακόμη λαπαροσκοπικά, όταν ο όγκος βρίσκεται στην επιφάνεια του ήπατος. Το δείγμα αυτό από τον όγκο εξετάζεται στο μικροσκόπιο για την παρουσία καρκινικών κυττάρων (Colechia et al., 2010).

3.13 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Η θεραπευτική τακτική εξαρτάται από το στάδιο της νόσου (δηλαδή την έκτασή της), τη βιολογική ηλικία (όχι την πραγματική αλλά την ποιότητα της υγείας για τη δεδομένη ηλικία), την κατάσταση του ήπατος (πόσο καλά λειτουργεί) και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Ο γιατρός, ο οποίος πρέπει να είναι εξειδικευμένος στο συγκεκριμένο αντικείμενο, μπορεί να συστήσει χειρουργική θεραπεία, χημειοθεραπεία (συστηματική, δηλαδή με ενδοφλέβια χρήση φαρμάκων που διαχέονται σε όλο το σώμα ή περιοχική, δηλαδή με χορήγηση φαρμάκων με ειδικό σύστημα από την ηπατική αρτηρία που εγχέονται απευθείας μόνο στο ήπαρ σε συνδυασμό ή όχι με εμβολισμό) ή ακτινοβολία και βιολογική θεραπεία (που ενισχύει τον οργανισμό στην καταπολέμηση της νόσου με τις ίδιες τις δυνάμεις του-αυτή λέγεται και ανοσοθεραπεία). Ο γιατρός μπορεί να συστήσει επίσης το συνδυασμό δύο ή περισσότερων από τις παραπάνω θεραπευτικές δυνατότητες. Γενικώς, ο καρκίνος του ήπατος αντιμετωπίζεται δύσκολα εκτός και εάν ο όγκος είναι σχετικά μικρός και εντοπίζεται στον ένα λοβό του ήπατος αλλά, στις πιο πολλές περιπτώσεις, η διάγνωση της νόσου γίνεται σε προχωρημένο στάδιο, όταν ο καρκίνος είναι ανεγχείρητος. Η χειρουργική θεραπεία, όταν ενδείκνυται, αποτελεί τη μόνη και πιο αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή που μπορεί να προσφέρει και μόνιμη θεραπεία (Chih-Yi et al., 2010). Η μεταμόσχευση του ήπατος εφαρμόστηκε κατά το παρελθόν αλλά αποδείχθηκε ότι συνήθως ο καρκίνος εμφανίζεται πάλι (υποτροπή) και σήμερα δεν συνιστάται (De Carlis et al., 2003) . Όταν, η χειρουργική θεραπεία, όπως συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν έχει θέση στην αντιμετώπιση της νόσου, εφαρμόζοντας τις άλλες μορφές θεραπείας που είναι παρηγορικού τύπου (όχι θεραπευτικές), ο ασθενής μπορεί να ανακουφιστεί από τα συμπτώματά του και να του προσφερθεί καλύτερη ποιότητα ζωής ή και ακόμη να επιμηκυνθεί ο χρόνος επιβίωσής του (Μπακατσέλου, 2020).

3.14. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, εάν ασθενείς αυξημένου κινδύνου (φορείς ηπατίτιδας Β ή C, κυρωτικοί οποιασδήποτε αιτιολογίας) ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε η νόσος να διαγνωστεί σε σχετικά πρώιμο στάδιο, δοθέντος ότι τότε μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία. Αυτό όμως που θα συμβάλει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας και τη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του ήπατος είναι ο συστηματικός εμβολιασμός για την πρόληψη της λοίμωξης από ηπατίτιδα Β και, ακόμη, η προφύλαξη από ηπατίτιδα C και η ενημέρωση για τις συνέπειες του αλκοολισμού που οδηγεί σε αλκοολική κίρρωση.

3.15 ΠΡΟΛΗΨΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η πρωτογενής πρόληψη της νόσου σχετίζεται με την αποφυγή έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου. Τα προ-γράμματα εμβολιασμού ενάντια στον ιό HBV σε πολλά κράτη πιστεύεται ότι θα αποδώσουν, εν τούτοις στοιχεία για το ακριβές μέγεθος της συγκεκριμένης παρέμβασης στα μέτρα συχνότητας της νόσου θα είναι διαθέσιμα σε αρκετά έτη. Η παρασκευή εμβολίου για τον ιό HCV δεν διαφαίνεται στο άμεσο τουλάχιστον μέλλον και η προστασία από την καρκινογόνο δράση της αφλατοξίνης με χημειοπροστατευτικούς παράγοντες και μέτρα υγιεινής των τροφίμων παρουσιάζει πολλές πρακτικές δυσκολίες (Befeler et al., 2002). Από τη στιγμή που υπάρχει έκθεση σε παράγοντα κινδύνου και μέχρι να εμφανιστούν οι βλάβες, τα μέτρα που λαμβάνονται αποτελούν τη δευτερογενή πρόληψη. Η μεγάλη πλειοψηφία των πασχόντων από χρόνια ηπατίτιδα Β παραμένει σε κίνδυνο, παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στη θεραπευτική και στην έγκαιρη διάγνωση του κακοήθους μετασχηματισμού των αναγεννητικών όζων του ήπατος με τη βοήθεια της υπερηχοτομογραφίας (με ή χωρίς την παρακολούθηση της AFP), συνήθως κάθε 6 μήνες, αλλά και δυναμικών μεθόδων απεικόνισης (τριφασική αξονική τομογραφία ήπατος ή μαγνητική τομογραφία). Στοιχεία από την Taiwan, όπου έχουν εφαρμοστεί από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 μαζικά προγράμματα εμβολιασμού ενάντια στον ιό HBV σε νεογνά, δείχνουν μείωση στη συχνότητα της νόσου (Ναλμπαντίδης κ.

συν., 2011). Η αντι-ική θεραπεία της χρόνιας λοίμωξης από τους ιούς HBV και HCV πιστεύεται ότι θα ελαττώσει την επίπτωση του ΗΚΚ. Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με χρήση λαμβουδίνης έναντι εικονικού φαρμάκου (placebo) σε ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη και μακρά περίοδο παρακολούθησης εμφάνισε ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η επιτήρηση για την ανάπτυξη του ΗΚΚ συστήνεται στις ακόλουθες ομάδες υψηλού κινδύνου: (α) Ασθενείς με κίρρωση (αλκοολικής, λόγω αιμοχρωμάτωσης, αυτοάνοσης ηπατίτιδας, ανεπάρκειας α1-αντιθρυψίνης, χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας, στεατοηπατίτιδας και πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης, αν και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την επίδραση της επιτήρησης για καθεμιά αιτία στην ελάττωση των μέτρων συχνότητας της νόσου) και (β) ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη που ανήκουν στις ακόλουθες ομάδες: Αφρικανικής καταγωγής και ηλικίας >20 ετών, ασιατικής καταγωγής άνδρες >40 ετών ή γυναίκες >50 ετών, κυρωτικοί, με θετικό οικογενειακό ιστορικό ΗΚΚ και ασθενείς με υψηλά επίπεδα HBV DNA ορού και συνεχιζόμενη ηπατική βλάβη. Τέλος, από τη στιγμή που θα εμφανιστεί η νόσος, τα μέτρα θεραπείας και πρόληψης της υποτροπής μετά από αυτή (π.χ. χειρουργική εκτομή, μεταμόσχευση, συνέχιση αντιϊκής θεραπείας) συνιστούν την τριτογενή πρόληψη της νόσου (Ναλμπαντίδης κ. συν., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

4.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο να αποτρέψει τη νόσηση απομακρύνοντας ή τροποποιώντας τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της εκάστοτε νόσου. Το επίπεδο αυτό της πρόληψης συχνά ασκείται σε επίπεδο κοινότητας και όχι απαραίτητα από τις υγειονομικές αρχές. Όπως συμβαίνει και με άλλες νόσους, η πρωτογενής πρόληψη της εμφάνισης ηπατικού καρκίνου σχετίζεται με την αποφυγή έκθεσης στους αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου. Ένα από τα σημαντικότερα μέτρα που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη του ηπατικού καρκίνου είναι η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού ενάντια στον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) (Chuang et al., 2009) . Μάλιστα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συστήνει τον εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β σε όλα τα νεογέννητα και στα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου (World Health Organisation, 2009). Δεδομένου ότι σημαντικός αριθμός των χρόνιων φορέων της ηπατίτιδας Β προκύπτει λόγω περιγεννητικής ή πρόωρης μεταγεννητικής μετάδοσης της νόσου, η πρόληψή της με έγκαιρη εμβολιαστική κάλυψη καθίσταται μεγάλης σημασίας. Η πρώτη δόση του εμβολίου της ηπατίτιδας Β θα πρέπει να χορηγείται το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση, ακόμη και σε χώρες χαμηλής ενδημικότητας. Πέρα όμως από τα νεογέννητα, συνιστάται η χορήγηση του εμβολίου σε ομάδες υψηλού κινδύνου για επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας Β όπως οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους και ταξιδιώτες σε περιοχές όπου HBV λοίμωξη είναι διαδεδομένη (World Health Organisation, 2009). Πέρα από τον εμβολιασμό, σημαντικό μέτρο πρωτογενούς πρόληψης του ηπατικού καρκίνου είναι η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη των ιογενή ηπατίτιδων. Άλλωστε η ηπατίτιδα (B ή C) συνιστά έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ΗΚΚ. Οι νέοι περισσότερο αλλά και άτομα κάθε ηλικίας πρέπει να ενημερωθούν γύρω από τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας (μολυσμένες βελόνες, μετάδοση κατά τη σεξουαλική επαφή, μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί της κατά τη διάρκεια του τοκετού), ώστε να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό της μετάδοσης. Τέλος, απαραίτητος κρίνεται και ο αυστηρός έλεγχος των αιμοδοτών (World

Gastroenterology Organisation, 2009). Επιπρόσθετα από τα μέτρα πρόληψης της ιογενούς ηπατίτιδας σημαντικά για την εμφάνιση ηπατοκυτταρικού καρκίνου είναι και άλλα γενικότερα μέτρα πρόληψης. Η τήρηση αυστηρότερων μέτρων υγιεινής όσον αφορά τις συνθήκες φύλαξης και συντήρησης των σιτηρών και ξηρών καρπών που είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη αφλατοξινών είναι σημαντική. Επίσης, σημαντικά προληπτικά μέτρα σχετίζονται με την καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής και περιλαμβάνουν την αποχή από το κάπνισμα και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, τον έλεγχο του σωματικού βάρους και την πρόληψη της εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και την αποφυγή της έκθεσης σε χημικούς παράγοντες με καρκινογόνο δράση. Επίσης, σημαντική για την αποφυγή ή έστω την καθυστέρηση της ανάπτυξης ΗΚΚ είναι η σωστή εφαρμογή της αντι-ιικής θεραπείας στις περιπτώσεις ασθενών με ιογενείς ηπατίτιδες (Ferlay et al., 2010).

4.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο, ώστε με την εφαρμογή έγκαιρων θεραπευτικών παρεμβάσεων να αποτραπεί η εκδήλωσή της. Στην περίπτωση του καρκίνου του ήπατος, η δευτερογενής πρόληψη αφορά στα μέτρα που λαμβάνονται από τη στιγμή που ήδη υπάρχει έκθεση σε παράγοντα κινδύνου και μέχρι την εμφάνιση βλαβών (κακοήθειας). Σημαντική συνιστώσα της δευτερογενούς πρόληψης σε μεγάλο αριθμό νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένων και ορισμένων κακοηθειών, αποτελούν τα προγράμματα διαλογής. Η διαλογή, γνωστή και με τον όρο screening, περιλαμβάνει την εφαρμογή μιας σχετικά απλής και χαμηλού κόστους δοκιμασίας σε ασυμπτωματικά άτομα, ώστε να προσδιοριστεί αν υπάρχει πιθανότητα να εμφανίζουν το υπό μελέτη νόσημα. Όσα άτομα βρεθούν «θετικά» στη δοκιμασία διαλογής, υποβάλλονται σε περαιτέρω διαγνωστικές δοκιμασίες (που χρησιμοποιούνται γενικά για τους πάσχοντες από το εκάστοτε νόσημα) και ακολούθως υποβάλλονται σε θεραπεία, αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Η σημασία της διαλογής έγκειται στην παραδοχή ότι η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία, συνήθως είναι ικανή επιβραδύνει ή και να σταματήσει την εξέλιξη ορισμένων νόσων, σε αντίθεση με την αντιμετώπιση σε πιο προχωρημένα στάδια, που μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματική. Όσον αφορά τις περιπτώσεις κακοηθειών, απώτερος στόχος του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο. Όσον αφορά την περίπτωση του ΗΚΚ, η διαλογή

πραγματοποιείται με τη χρήση υπερηχογραφήματος και ενίοτε συμπληρωματικά με τη μέτρηση της αφετοπρωτεΐνης κάθε 6 μήνες. Η εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής συστήνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΗΚΚ. Ασθενείς με κίρρωση ανεξαρτήτου αιτιολογίας (αλκοολική, λόγω αιμοχρωμάτωσης, αυτοάνοσης ηπατίτιδας, ανεπάρκειας α1-αντιθρυψίνης, χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας, στεατοηπατίτιδας και πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης) πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε έλεγχο λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης ΗΚΚ. Επίσης, σε έλεγχο πρέπει να υποβάλλονται ασθενείς με χρόνια ΗΒV-λοίμωξη που ανήκουν στις ακόλουθες ομάδες: αφρικανικής καταγωγής και ηλικίας μεγαλύτερης των 20ετών, άνδρες ασιατικής καταγωγής μεγαλύτεροι των 40 ετών ή γυναίκες άνω των 50 ετών, κυρωτικοί ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό ΗΚΚ και ασθενείς με υψηλές τιμές ΗΒV DNA στον ορό και εξελισσόμενη ηπατική βλάβη (Τσαουσάι, 2015).

4.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη αφορά τη λήψη μέτρων με στόχο τον περιορισμό των επιπλοκών, της αναπηρίας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μετά την εμφάνιση της νόσου. Στην περίπτωση της ηπατικής κακοήθειας στα μέτρα θεραπείας και πρόληψης συγκαταλέγονται η χειρουργική εκτομή, η μεταμόσχευση και η εξακολούθηση της χορήγησης αντιϊκής θεραπείας στην περίπτωση συνυπάρχουσας ιογενούς ηπατίτιδας (Ζώτου, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΉΠΑΤΟΣ

5.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής δεοντολογίας μπορεί να μοιάζει με την ιατρική δεοντολογία, υπάρχουν μερικοί παράγοντες που τη διαφοροποιούν. Σύμφωνα με την Brier -Mackie (2006) η εστίαση των νοσηλευτών είναι περισσότερο στη φροντίδα του ασθενή, παρά στη θεραπεία της ασθένειας . Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική, είναι ένα θέμα του οποίου η ανάλυση εκλείπει στην διεθνή βιβλιογραφία εξ αιτίας της πολυπλοκότητας της, αλλά και των ποικίλων προσεγγίσεων από τις οποίες είναι δυνατό να εξετασθεί. Έχει υποστηριχθεί, ότι αποτελεί τη βασικότερη νοσοκομειακή υπηρεσία, καθώς είναι εκείνη που σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενούς. Όμως, παρά την καθοριστική σημασία της για τους νοσηλευτές, αλλά και τους ασθενείς, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από τον εν λόγω άξονα είναι σημαντικά περιορισμένες. Από τη δεκαετία '70 και έπειτα, συντελείται μία σημαντική προσπάθεια στη εμβάθυνση και προσέγγιση του ζητήματος, η οποία αρχικά στράφηκε στις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την έννοια της φροντίδας. Γρήγορα όμως, οι μελετητές αντιλήφθηκαν ότι οι ασθενείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να έχουν τον πρώτο λόγο και έτσι, από τη δεκαετία του '80, ξεκίνησε μία συστηματική μελέτη, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τη νοσηλευτική φροντίδα και παράλληλα αυτή να διαμορφωθεί κατά το βέλτιστο. Σήμερα, για την ορθή εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου, είναι αναγκαία η ύπαρξη πρωτοκόλλων με τη μορφή εγχειριδίου διαδικασιών, τα οποία περιέχουν λεπτομερείς οδηγίες στο προσωπικό και εξειδικευμένες πράξεις. Η νοσηλευτική φροντίδα, είναι γεγονός ότι παρέχεται στο άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η φροντίδα προς την εγκυμονούσα μητέρα και το έμβρυο, αποτελεί απόδειξη της ύπαρξης νοσηλευτικής φροντίδας από την αρχή της ύπαρξης ενός ατόμου. Μέχρι και τη στιγμή του θανάτου του, το άτομο συνεχίζει να δέχεται την απαραίτητη φροντίδα του νοσηλευτή, ακόμη και όταν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αδυνατούν πια να ανακουφίσουν τον ασθενή, ο οποίος έχει πλέον την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής που του απομένει. Για τους ανωτέρω λόγους, είναι ξεκάθαρο ότι η νοσηλευτική φροντίδα

εκφράζεται από το νοσηλευτή και η βάση της έγκειται στην ανθρώπινη επαφή. Ακόμη, θα πρέπει να τονισθεί, το γεγονός ότι ο ρόλος του νοσηλευτή, είναι καθοριστικός για την ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς, χωρίς βέβαια να παραμελούνται όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες (Παϊκοπούλου κ. συν., 2009). Η νοσηλευτική, αποτελεί την κατ' εξοχήν επιστήμη της φροντίδας. Η καθολικότητα του όρου, την καθιστά ένα πανανθρώπινο συναίσθημα, το οποίο βιώνεται κατά τρόπο διαφορετικό από κάθε πολιτισμό (Κοτρώτσιου κ. συν., 2008) . Γι' αυτό το λόγο, η φροντίδα στη νοσηλευτική, έχει απασχολήσει πολλούς μελετητές κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Πολλοί, την περιγράφουν ως «ανθρώπινο γνώρισμα», «ηθική υποχρέωση», «διαπροσωπική σχέση» και «θεραπευτική παρέμβαση» που εκφράζονται από το νοσηλευτή μέσα από τις συμπεριφορές και τις δραστηριότητες του. Είναι γεγονός, ότι στη διεθνή νοσηλευτική βιβλιογραφία κοινά αποδεκτός ορισμός για την έννοια της φροντίδας δεν υφίσταται. Παρ' όλα αυτά, η φροντίδα διαχωρίζεται σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική). Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου ενέχει τη γενικότερη φιλοσοφία της Νοσηλευτικής επιστήμης και εστιάζει στο σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων, την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, αλλά και την προώθηση του νοσηλευτικού έργου, προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Κοτρώτσιου κ. συν., 2008) . Οι ασθενείς, από την άλλη, παρατηρείται ότι αντιλαμβάνονται κατά τρόπο διαφορετικό την έννοια της φροντίδας. Κοινό σημείο στις απόψεις τους όμως φαίνεται να η επιθυμία σεβασμού της ατομικότητας και της μοναδικότητας της προσωπικότητάς τους (Παπασταύρου κ. συν., 2010) . Θα πρέπει δε να τονισθεί, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή και της φροντίδας κρίνεται εξίσου σημαντικός σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών ανηλίκων ή ενηλίκων, είτε πρόκειται για σωματική ασθένεια είτε για ψυχική. Άλλωστε, πρόσφατες μελέτες και προσεγγίσεις καταδεικνύουν την ανάγκη προσέγγισης της έννοιας ως τη «διανοητική, ψυχολογική, πνευματική και φυσική προσφορά ενέργειας, προκειμένου να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του πάσχοντα και η προαγωγή της ευεξίας του» (Κάρλου κ. συν., 2011) .

Οι αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας καθορίζονται από το νοσηλευτή αναφοράς, ο οποίος έχει και την ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Στα καθήκοντα του, συμπεριλαμβάνεται η αρχική εκτίμηση, η καθημερινή συλλογή πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενούς μέσω της παρατήρησης, καθώς και η καταγραφή της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων. Έτσι,

αναλόγως τον ασθενή και τις ανάγκες του, αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας (Ουζούνη κ. συν., 2008) .Η θεωρία της Watson, υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος αποτελεί «μία ολότητα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της, και η φροντίδα είναι η πεμπουσία της Νοσηλευτικής αλλά και το κεντρικό στοιχείο της κλινικής πρακτικής». Υποστηρίζει ακόμη, ότι η έννοια της φροντίδας, περιλαμβάνει έννοιες και αξίες όπως η θέληση για δέσμευση, η γνώση και οι δραστηριότητες γύρω από αυτή καθ' εαυτή τη φροντίδα. Έτσι, η Watson παρέθεσε δέκα παράγοντες που θεωρεί καθοριστικούς για τη φροντίδα και οι οποίοι, «καθοδηγούν τις νοσηλευτικές δραστηριότητες προς την προαγωγή της υγείας, πρόληψη ή/και φροντίδα της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας» (Παπασταύρου κ. συν., 2010) .Επιπλέον, πολλοί μελετητές επισήμαναν ότι η έννοια της φροντίδας, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια της ποιότητας. Έτσι, οι Raftopoulos & Theodosopoulou (2001) επιχειρώντας μία μελέτη σχετικά με την ποιότητα στην υγεία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρά τις διαφορετικές απόψεις που επικρατούν γύρω από τον ορισμό, υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία τα οποία επηρεάζουν την αξιολόγηση της. Υποστηρίζουν ακόμη, ότι «είναι το αποτέλεσμα δύο εξαρτημένων μεταβλητών: η σχέση μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή» (Charalambous et al., 2008) . Είναι προφανές, ότι η ιδιαίτερης σημασίας έννοια της ποιότητας, θα πρέπει να εξεταστεί ξεχωριστά για τις δύο αυτές μεταβλητές, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η σχέση αυτή επηρεάζεται συχνά από τις περιστάσεις αλλά και την προσωπικότητα των εμπλεκόμενων προσώπων (Κοτρώτσιου, 2008) . Η ποιότητα, είναι δυνατό να αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τις δυνατότητες πρόσβασης σε αυτές, την ασφάλεια του περιβάλλοντος, την αποδοτικότητα κ.α (Charalambous et al., 2008). Οι Redfern & Norman (1999), αποφάσισαν να μελετήσουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τα αποτελέσματά τους, κατέδειξαν ότι το μέγεθος της σημαντικότητας της για τους νοσηλευόμενους. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται τους ασθενείς τους οποίους φροντίζει, ως ξεχωριστές προσωπικότητες τον καθένα, ενώ παράλληλα να ανταποκρίνεται στις ολοένα και αυξανόμενες συναισθηματικές τους ανάγκες για υποστήριξη, πληροφόρηση και επικοινωνία. Κατά αυτόν τον τρόπο, το ηθικό τους βελτιώνεται και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με αποδοτικότερο τρόπο την ασθένειά τους (Charalambous et al., 2008). Επιπλέον, οι Gunther & Alligood (2002) όρισαν την ποιοτική φροντίδα, μέσω των ενεργειών που συνδέθηκαν με την υψηλής ποιότητας

φροντίδα. Τονίζουν, ότι για την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, είναι απαραίτητη η γνώση βασικών βιολογικών επιστημών, ώστε ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να προσφέρει με τις γνώσεις του σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Η φιλικότητα, η καλοσύνη, η αίσθηση του χιούμορ, η διακριτικότητα, η αφοσίωση, η ταπεινότητα και η ειλικρίνεια, είναι μερικές από αρετές που θα πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής, ώστε να προσφέρει ένα περιβάλλον ευχάριστο και υποστηρικτικό στον ασθενή που τον έχει ανάγκη (Charalambous et al., 2008). Αντίθετα με τις ανωτέρω απόψεις, κάποιοι μελετητές επισήμαναν ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει να οργανωθούν στο σύνολο τους, ενώ η αποδοτικότητα και η ικανότητα του προσωπικού χρήζουν επαναξιολόγησης και προσανατολισμού, εντός των ορίων υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, πρεσβεύουν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και εξαρτημένη από τον τρόπο λειτουργίας των κέντρων υγειονομικής περίθαλψης και δεν επηρεάζεται μόνο από τις αντιλήψεις των ίδιων των νοσηλευτών και των ασθενών (Charalambous et al., 2008). Θα πρέπει να τονισθεί, ότι η έννοια της φροντίδας περιλαμβάνει την ενίσχυση της ελπίδας των ανθρώπων προς τον εαυτό τους, πράγμα το οποίο διευκολύνεται από τη σχέση εμπιστοσύνης που είναι δυνατό να αναπτυχθεί μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών. Θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η φροντίδα, έγκειται στα πλαίσια του μοντέλου του ανθρωπισμού, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι σαφές ότι αποτελεί ένα προστατευτικό περιβάλλον για τον ασθενή απέναντι στην επιβαρυνόμενη ψυχολογία που ενδέχεται να επιβαρύνει την κατάσταση του (Παπασταύρου και συν., 2010). Επιπλέον, η ανθρωπιστική διάσταση της έννοιας της φροντίδας, είναι φανερή, από το γεγονός ότι αντικατοπτρίζει τη στάση ή τη διάθεση του ατόμου, να ευεργετήσει ένα άλλο, όταν βρίσκεται στην κατάλληλη θέση, τόσο από πλευράς ισχύος όσο και από πλευράς σχέσης (Κάρλου κ. συν., 2011).

Τη δεκαετία του '70, ο Larson, στην προσπάθεια του μελετήσει τη νοσηλευτική φροντίδα εισήγαγε τη μεθοδολογία Q, η οποία στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε από πολλούς ερευνητές, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχε αλληλουχία μεταξύ των ερευνών, σχετικά με τις απόψεις ασθενών και νοσηλευτών για τη συμπεριφορά, που είναι δυνατό να ωφελήσει τον ασθενή. Ακόμη και μία δεκαετία αργότερα, παρά τη χρήση άλλων νέων μεθόδων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα δεν είχαν αλλάξει (Παπασταύρου κ. συν., 2010). Στη συνέχεια,

ακολούθησε μία τάση μελέτης της έννοιας της φροντίδας, με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι έχει μεγάλη σημασία για τον ασθενή η εξατομικευμένη φροντίδα που πηγάζει από πολλούς παράγοντες, όπως η συμπεριφορά, αλλά και λειτουργικά θέματα όπως η έκταση της νοσηλευτικής μονάδας (Παπασταύρου κ. συν., 2010). Όπως χαρακτηριστικά έχει επισημάνει και η Raya (1994) : «η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να βασιστεί στις απόψεις των ασθενών, οι οποίοι είναι άμεσοι εκτιμητές της παρεχόμενης φροντίδας» (Charalambous et al., 2008). Καταλήγοντας, παρατίθεται ο ορισμός που δόθηκε από το Rogers για τη Νοσηλευτική, σύμφωνα με τον οποίο η επιστήμη αυτή σκοπό έχει να υπηρετεί τους ανθρώπους. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι: «Η άμεση και επείγουσα ευθύνη, τη φέρνει αντιμέτωπη με την κοινωνία. Η ποιότητά της εξαρτάται από την επιστημονική θεμελιωμένη γνώση, που υποβάλλει το νοσηλευτικό δυναμικό στην πρακτική και διανοητική ικανότητα κρίσης, με την οποία είναι σε θέση να θέτει αυτή την γνώση στην υπηρεσία της ανθρωπότητας». Για τον Rogers, πρόκειται για ένα επάγγελμα, μία επιστήμη, αλλά και μία τέχνη, καθώς κατακτάται μέσω της γνώσης και της επιστημονικής μελέτης, αλλά παράλληλα, η νοσηλεία αποτελεί μία τέχνη που εφαρμόζεται μέσω της επιστήμης, για την ευεξία των ανθρώπων (Κοτρώτσιου κ. συν., 2008). Κατά συνέπεια, οι έννοιες «φροντίδα» και «νοσηλευτική» θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν αλληλένδετες, καθώς η φροντίδα στη νοσηλευτική, αφορά από τη μία πλευρά τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις αξίες του ατόμου για τη ζωή και από την άλλη τις εφαρμοσμένες πράξεις και διαδικασίες, που απαιτούνται και εκφράζονται μέσα από συμπεριφορές φροντίδας.

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ο σύγχρονος νοσηλευτής, ως επαγγελματίας υγείας συχνά έρχεται σε επαφή με ογκολογικούς ασθενείς και καλείται να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα τους. Οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών λόγω της σοβαρότητας της νόσου τους. Συνεπώς, η αντιμετώπισή τους επιβάλλει την άρτια ενημέρωση και κατάρτιση των νοσηλευτών, όπως επίσης και την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, ώστε οι ίδιοι να συμβάλλουν πέρα από τη θεραπευτική, στην ψυχολογική στήριξη των ασθενών. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολυεπίπεδος, αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παροχή υψηλής

ποιότητας φροντίδας και την ψυχοκοινωνική στήριξη, καθώς και υποστηρικτικό ρόλο, των ογκολογικών ασθενών και των οικογενειών τους. Ο νοσηλευτής-τρια σε όλο το φάσμα (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, τελικό στάδιο), είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο ιατρό-θεραπευτική ομάδα-ασθενή και οικογένεια. Επιπλέον αντικείμενο ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Χαλαστάνη, 1999). Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του (DiMatteo et al., 2011). Οι ασθενείς με κακοήθειες του ήπατος, συχνά εμφανίζουν μια ποικιλία από δυσάρεστα συμπτώματα που απειλούν την ποιότητα ζωής τους και δυσχεραίνουν την καθημερινότητά τους. Η διαχείριση των συμπτωμάτων (πχ πόνος), της εξάντλησης που πιθανά αντιμετωπίζουν, όπως και των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής που πιθανόν χορηγείται είναι δύσκολη και στον τομέα αυτό καλείται να συμβάλει ο νοσηλευτής. Ο πόνος αποτελεί ένα από τα συχνότερα εμφανιζόμενα συμπτώματα σε ασθενείς με κακοήθειες του ήπατος και μπορεί να οφείλεται τόσο στην ίδια την παρουσία του νεοπλασματος, όσο και στην θεραπεία στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής (πχ. στη θεραπεία του ενδαρτηριακού χημειοεμβολισμού) (Ramsey et al., 2002). Ο νοσηλευτής καλείται να εκτιμήσει το μέγεθος του πόνου, χρησιμοποιώντας την κλίμακα πόνου και να χορηγήσει μετά από συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό τα κατάλληλα αναλγητικά φάρμακα. Σε περιπτώσεις ήπιου πόνου, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) είναι συνήθως αρκετά (Mercadante et al., 1999). Ωστόσο, οι ασθενείς με ΗΚΚ που λαμβάνουν ΜΣΑΦ πρέπει να ελέγχονται για πιθανή επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας, αιμορραγία, ή ασκίτη ανθεκτικό στην αντιμετώπιση με διουρητικά. Ωστόσο, θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση του πόνου στις κακοήθειες, ανάμεσα στις οποίες και το ΗΚΚ, λόγω της οξύτητάς του, αποτελούν τα οπιοειδή (Chih-Yi et al., 2008). Ένα ακόμη σύμπτωμα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς με καρκίνο του ήπατος είναι η εξάντληση. Συχνά οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται κόπωση, που οφείλεται είτε στη ίδια τη νόσο είτε στη θεραπεία της. Η κόπωση εκδηλώνεται ως σωματική, συναισθηματική ή γνωστική εξάντληση που επιδρά αρνητικά στη λειτουργικότητα και την καθημερινότητα του νοσούντα. Οι νοσηλευτές έχοντας το σημαντικό πλεονέκτημα της στενής επαφής με τον ασθενή είναι σε θέση και οφείλουν να αναγνωρίσουν την πιθανή εξάντληση, να την αξιολογήσουν και να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των παραγόντων που την

προκαλούν. Παράγοντες που πιθανόν συμβάλουν στο αίσθημα εξάντλησης των ογκολογικών ασθενών είναι ο πόνος, το άγχος της νόσου, οι διαταραχές ύπνου, η αναιμία, οι διατροφικές ελλείψεις, η φαρμακευτική αγωγή ή συνοδές νόσοι που μπορεί να είναι αντιμετωπίσιμες (Mock, 2004). Η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων ως μια αρχική προσέγγιση μπορεί να μειώσει το αίσθημα κόπωσης. Στην περίπτωση αναιμίας λόγω χημειοθεραπείας συστήνεται η χορήγηση ερυθροποιητίνης, και στην περίπτωση κατάθλιψης η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής. Εκτός όμως από τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, πρέπει να συστήνονται άλλα μέτρα που έχουν αποδειχτεί ικανά να μειώσουν το αίσθημα κόπωσης όπως είναι η αερόβια άσκηση, το σωστό πρόγραμμα τον ύπνο, ενώ ο νοσηλευτής δε θα πρέπει να αξιολογεί τη φαρμακευτική αγωγή στην οποία μπορεί να οφείλονται συμπτώματα κόπωσης (Chih et al., 2008). Ένα ακόμη συχνό πρόβλημα που παρατηρείται σε ασθενείς με καρκίνο είναι αυτό της απώλειας βάρους που μπορεί να φτάσει σε επίπεδα καχεξίας. Μη ισορροπημένη διατροφή, ανορεξία, γαστρεντερικές διαταραχές αλλά και διαταραχές στο μεταβολισμό εξαιτίας της νόσου οδηγούν σε σημαντική απώλεια βάρους την πλειονότητα των ογκολογικών ασθενών. Ο νοσηλευτής καλείται να αξιολογήσει την ύπαρξη παραγόντων που προκαλούν ή επιτείνουν την απώλεια βάρους και να παρέχει στον ασθενή και το περιβάλλον του εξατομικευμένες διατροφικές συμβουλές, ώστε σταδιακά η διατροφική κατάσταση του ασθενούς να βελτιωθεί. Αρχικά προτείνεται παρακολούθηση και καταγραφή του καθημερινού διαιτολογίου του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει να τον ενημερώσει για τη σημασία μιας διατροφής πλούσιας σε πρωτεΐνες, με επαρκή θερμιδική πρόσληψη και πρόσληψη υγρών. Σημαντική είναι και η χορήγηση αντιεμετικών παραγόντων πριν από θεραπείες με αντινεοπλασματικούς παράγοντες που ενδεχομένως προκαλέσουν ναυτία (Τσαουσιά, 2015).

5.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Οι κακοήθεις νόσοι, μεταξύ των αυτών και ο ηπατικός καρκίνος, εξαιτίας της χρονιότητας και της σοβαρότητάς τους αποτελούν πηγή όχι μόνο σωματικών διαταραχών, αλλά και ψυχολογικής επιβάρυνσης για τον ασθενή. Οι ογκολογικοί ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με μια ποικιλία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ο

αντίκτυπος των οποίων δε περιορίζεται μόνο στην καθημερινότητά τους, αλλά επεκτείνεται στην πορεία και την έκβαση της νόσου τους. Οι πιο κοινές ψυχολογικές διαταραχές που παρατηρούνται μετά τη διάγνωση κάποιας κακοήθειας είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Τσαουσάι, 2015). Το άγχος ορίζεται ως μια φυσιολογική αντίδραση στο άγνωστο, στο αβέβαιο, στις απρόβλεπτες και επικίνδυνες καταστάσεις. Παρ' όλα αυτά θεωρείται ως η κατάλληλη αντίδραση στη διάγνωση καρκίνου καθώς η απάντηση αυτή αποτελεί έναν προστατευτικό μηχανισμό που επιτρέπει στο άτομο να προετοιμαστεί για ένα αγχωτικό γεγονός στη ζωή του. Συνήθως το άγχος συμβαίνει κατά τη στιγμή της διάγνωσης, με την αναμονή αποτελεσμάτων και είναι δυνατό να συνεχιστεί αφού έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία με το φόβο της υποτροπής (Μπακατσέλου, 2020). Οι ογκολογικοί ασθενείς κατακλύζονται από το φόβο της διάγνωσης της νόσου τους, το φόβο της θεραπείας, το άγχος της «ζωής με τον καρκίνο», την ανησυχία για το μέλλον αλλά και την αίσθηση ότι αποτελούν βάρος για τις οικογένειές τους. Συχνά αρνούνται ή δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της ζωής τους, αισθάνονται απόρριψη από το περιβάλλον τους ή επιλέγουν οι ίδιοι να απομονωθούν κοινωνικά (Τσαουσάι, 2015).

Ωστόσο, παρόλο που τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών με καρκίνο είναι τόσο κοινά και σοβαρά, συχνά παραβλέπονται από τους επαγγελματίες υγείας ή δεν τους δίνεται η απαιτούμενη προσοχή. Η τάση των ασθενών να μην αναζητούν βοήθεια σε ψυχολογικό επίπεδο σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια χρόνου ή επαρκώς εκπαιδευμένου προσωπικού για την αντιμετώπιση ανάλογων καταστάσεων, επιτείνουν το πρόβλημα. Ο ρόλος των σύγχρονων νοσηλευτών τους καθιστά ικανούς να έρχονται σε στενή επαφή με άτομα που πάσχουν από καρκίνο. Η επαφή αυτή, μάλιστα, πολλές φορές είναι μακροχρόνια. Κατά συνέπεια, η φροντίδα που οι ίδιοι προσφέρουν είναι σε θέση να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που οι ογκολογικοί ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τη νόσο τους (Ραγιά 2005). Πριν την οποιαδήποτε παρέμβαση σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογήσει την ικανότητα ή την αδυναμία του ασθενή να αποδεχτεί τη νόσο του και να συμμετέχει ενεργά στην αντιμετώπισή της. Παράγοντες που προάγουν ή εμποδίζουν την «συνύπαρξη» με τη νόσο πρέπει να αναζητούνται και να επιχειρείται τροποποίηση όσων την επηρεάζουν αρνητικά. Σε κάθε περίπτωση, ο νοσηλευτής δε πρέπει να ξεχνά πως ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και απαιτεί εξατομικευμένη αντιμετώπιση. Έπειτα, ο νοσηλευτής μέσα από το διάλογο με τον

ασθενή και την ενθάρρυνση για την έκφραση των συναισθημάτων του, θα είναι σε θέση να αναγνωρίσει σημεία φόβου, άγχους και κατάθλιψης που πιθανώς υπάρχουν(πχ τάση για απομόνωση και απόσυρση, σημάδια εξάντλησης, ανορεξία, ανησυχία, διαταραχές ύπνου ή συγκέντρωσης).Μετά την αναγνώριση πιθανών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ο νοσηλευτής θα επιχειρήσει να συμβάλει στην αντιμετώπισή τους. Όπλα στην προσπάθεια αυτή του νοσηλευτή είναι ο διάλογος με τον ασθενή και την οικογένειά του, η εκμάθηση τεχνικών αυτοφροντίδας με στόχο τη διατήρηση της ανεξαρτησίας του ασθενούς και η παροχή πληροφοριών και ενημέρωσης για τη νόσο και τις ενδεδειγμένες θεραπείες. Επίσης οι απλές συμβουλές χωρίς ιατρική ορολογία, η επιδίωξη της ανάπαυσης, η απόσπαση της προσοχής και προαγωγή της ελπίδας από τους νοσηλευτές καταφέρνουν να διώξουν το άγχος από τους ασθενείς, να αναλάβουν τον έλεγχο της κατάστασης και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Μπακατσέλου, 2020).

Αντίθετα η κατάθλιψη είναι ίσως το πιο τρομακτικό εμπόδιο που συναντούν οι ασθενείς με καρκίνο του ήπατος και όχι μόνο. Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους πιο αρνητικά και θεωρούν ότι είναι λιγότερο σε θέση να την ελέγξουν από ότι εκείνοι που δεν υποφέρουν. Γι' αυτό το λόγο μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει ένας νοσηλευτής είναι η διατήρηση της ταυτότητας του ασθενή. Οι ασθενείς με καρκίνο του ήπατος, αντιμετώπι με τις σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες της ασθένειας, ακόμα και οι πιο χαρούμενοι και αισιόδοξοι άνθρωποι είναι πιθανό να εκδηλώσουν κατάθλιψη (DiMatteo et al., 2011). Βεβαίως, το εύρος των μεταβολών που υφίσταται η προσωπικότητα ενός ατόμου εξαρτάται από τις συνθήκες της ασθένειάς του, την εμπειρία του από την θεραπεία, την συναισθηματική προσαρμοστικότητα του και από το πλήθος άλλων παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και η διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη. Σε σχέση με αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρήσει την ικανότητα του ασθενή να έχει κοινωνικές επαφές. Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή, με υποστήριξη και συμβουλές (κοινοτικό νοσηλευτή, γενικό ιατρό, ψυχολόγο –ψυχίατρο), ψυχοθεραπεία και συζήτηση για την αιτία της κατάθλιψης (Μπακατσέλου, 2020).

5.4.ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν άτομα με ανίατη αρρώστια, είναι πιθανό να βιώσουν το αίσθημα του πένθους, κυρίως όταν έχουν αναπτύξει στενή σχέση με τον άρρωστο. Η διάγνωση μιας απειλητικής αρρώστιας, είναι δυνατό ορισμένες φορές να επιδράσει στους επαγγελματίες υγείας καθώς έρχονται αντιμέτωποι με:

- Την απώλεια των προσδοκιών ως προς το ρόλο τους. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα και για αυτό στόχος τους είναι η θεραπεία. Το γεγονός ότι ο άρρωστος πάσχει από μια ασθένεια που πιθανό να μη θεραπευθεί, είναι δυνατό να ανατρέψει τις προσωπικές του προσδοκίες.
- Συναισθήματα που πηγάζουν από την ταύτισή του με τον πόνο του αρρώστου αλλά και των συγγενών. Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν και έρχονται σε επαφή με άτομα τελικού σταδίου, ταυτόχρονα έρχονται και σε επαφή με τη θνησιμότητα του ανθρώπου. Αυτό τους κάνει να σκέφτονται ακόμα και τον δικό τους θάνατο.

Η φροντίδα ατόμων σε τελικό στάδιο είναι έργο δύσκολο και απαιτητικό. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να στηρίζουν τόσο τον άρρωστο όσο και τα συγγενικά του πρόσωπα. Ταυτόχρονα όμως, έχει να αντιμετωπίσει και τα δικά του συναισθήματα απέναντι στον πόνο, την απώλεια και το θάνατο.

Παρόλα αυτά πολλοί θεωρούν (αδίκως), ότι η επιρροή και ο προσωπικός θρήνος του επαγγελματία υγείας υποδηλώνει αδυναμία ή αποτυχία.

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τα προσωπικά και επαγγελματικά τους όρια. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η κατάλληλη εκπαίδευση γύρω από τις ασθένειες και την ανακουφιστική φροντίδα (Παπαγιάννης, 2016).

5.5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο θάνατος αποτελεί μια βεβαιότητα στη ζωή του ανθρώπου και σ' αυτό το κεφάλαιο θα ήταν ίσως καλό να σκεφτούμε εάν αφιερώνουμε αρκετά μέσα και χρόνο για να αναλογιστούμε το ρόλο αυτών που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των αρρώστων και προσπαθούν να αναγνωρίσουν και να εκπληρώσουν τις ψυχικές του ανάγκες μπροστά στον επερχόμενο θάνατο.

Η παροχή κατάλληλης ψυχολογικής φροντίδας απαιτεί μια διεπιστημονική συνεργασία και ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε αρρώστου.

Η σαφής κατανόηση των ρόλων που καλείται κάποιος να παίζει στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας και η επιλογή των κατάλληλων κάθε φορά παρεμβάσεων, θα βοηθήσουν τους αρρώστους ν' αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τις ψυχικές τους ανάγκες και συνεπώς να αναζητήσουν τα μέσα για την κάλυψη τους.

Έτσι, η ιατρική, πρέπει να επικεντρώνεται στην πλήρη ενημέρωση του ασθενή. Οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή, να διασαφηνίσει την έννοια της ασθένειας και τη σημασία της υγείας. Επιπλέον, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο που δίνεται η πληροφορία. Ο ιατρός οφείλει να είναι μαζί με τον ασθενή για να του ανακοινώσει την οποιαδήποτε πληροφορία της ασθένειας του και όχι τηλεφωνικά. Οι ασθενείς έχουν την ανάγκη να νιώθουν πως ο γιατρός τους είναι και θα είναι δίπλα τους μέχρι το τέλος .

Επίσης, πιο κάτω θα αναφέρουμε κάποια βασικά στοιχεία που οφείλει να κατέχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό: (Searle, 2001)

- Να θεωρούν τον ψυχισμό ως ένα βασικό στοιχείο της ποιότητας της ζωής του αρρώστου
- Να αξιολογούν τις ψυχικές ανάγκες του αρρώστου εγκαίρως και συνεχώς
- Να σέβονται την αυτονομία και τη μοναδικότητα της προσωπικότητας και των πεποιθήσεων του ασθενή
- Να αναγνωρίζουν τα πνευματικά του όπλα και να τα χρησιμοποιούν κατάλληλα
- Να κατανοήσουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες την πνευματικότητά τους και τον τρόπο που αυτή επηρεάζει τον επαγγελματικό και προσωπικό τους χώρο.

Όσο αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναφερθεί πως οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μία μικρή δυσκολία στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τον ασθενή. Συνήθως δεν έχουν την προγενέστερη επαφή με τον άρρωστο όπως έχει ο ιατρός. Παρόλα αυτά, είναι αυτοί που είναι κοντά στον ασθενή ανά πάσα στιγμή, όταν οι άλλοι ούτε κοντά είναι αλλά ούτε και διαθέσιμοι. Αυτό συμβαίνει συνήθως τα βράδια σε νοσοκομεία ή σε άλλα κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας. Επιπλέον, ακούν και συμπαραστέκονται στους ασθενείς με πλήρη ωριμότητα. Για το λόγο αυτό η σημασία και ο ρόλος του νοσοκόμου είναι μεγίστης αξίας (Παπαγιάννης, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ασθενής ηλικίας 70 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου «Παναγία η Βοήθεια» καθώς παρουσίασε συμπτώματα λόγω της χημειοθεραπείας στην οποία υποβάλλεται. Ο ασθενής προ ενός έτους παρουσίασε καρκίνο του ήπατος. Υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του όγκου και έκτοτε κατόπιν ιατρικής εντολής πραγματοποιεί έναν κύκλο χημειοθεραπειών ως συμπληρωματική θεραπεία.

Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε είναι τα εξής:

- Εμετοί
- Δερματοπάθεια
- Διάρροια
- Κεφαλαλγία
- Πυρετός

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Εμετοί από τη χημειοθεραπεία.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον έμετο.</p>	<p>Να δοθεί στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία..</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας,</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση</p> <p>Χορηγήθηκε amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία</p> <p>Η ασθενής έλαβε υγρά και επιτεύχθηκε η σωστή σίτιση της.</p> <p>Έγινε η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen</p>	<p>Οι εμετοί μειώθηκαν μετά από τη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Η στοματική κοιλότητα διατηρήθηκε καθαρή.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p>

--	--	--	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Δερματοπάθεια λόγω χημειοθεραπείας	Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες.	<p>Παρακολούθηση ασθενούς για ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος.</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για προστασία δέρματος της ακτινοβολούσας περιοχής από ηλιακή ακτινοβολία ή υψηλή θερμοκρασία</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για</p>	<p>Δεν βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας ή ξηρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε ο ασθενής να προστατεύει το δέρμα του.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με σαπούνι και χλιαρό</p>	Δεν παρουσιάστηκαν αντιδράσεις από το δέρμα.

		<p>αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης και επιθεμάτων στην περιοχή του δέρματος που έχει ερεθιστεί.</p> <p>Να γίνονται πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p>	<p>νερό με τις οδηγίες του ιατρού.</p>	
--	--	--	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διάρροια	Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις.	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Λήψη άφθονων υγρών με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή αφυδάτωσης και προσαρμογή διαιτολογίου κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	<p>Χορηγήθηκε Immodium 2mg, 2 tablets ανά 6ωρο.</p> <p>Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος</p>	<p>Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από τη χορήγηση Immodium,</p> <p>Έγινε η πρόληψη αφυδάτωσης μετά από την λήψη άφθονων υγρών.</p>

		Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών.	για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο: 134 mEq/L, Κάλιο: 3mEq/L, Ασβέστιο: 7, Φώσφορος: 4mg/dl, Σίδηρος: 99mg/kg.	
--	--	--	---	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Κεφαλαλγία 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Εξάλειψη συμπτωμάτων. ➤ Ανακούφιση από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Χαμηλός φωτισμός ➤ Εξασφάλιση μεγάλων διαστημάτων ύπνου ➤ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν οδηγίας ιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ανακούφιση ασθενούς από τα συμπτώματα του πόνου

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Πυρετός (39 ⁰ C).	Επαναφορά της θερμοκρασίας εντός 2ωρών σε φυσιολογικά επίπεδα.	<p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας ανά 3ωρο.</p> <p>Να χορηγηθούν υγρά για την αποφυγή εφίδρωσης.</p> <p>Να τοποθετηθούν κρύα επιθέματα στην ασθενή.</p>	<p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο</p> <p>Τοποθετήθηκαν κρύα επιθέματα ανά 20 λεπτά.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 amp</p>	Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα

		<p>Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Να γίνει λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια ούρων.</p> <p>Να τηρηθεί ελαφρύ διαιτολόγιο στην ασθενή.</p>	<p>Αprotel σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για καλλιέργεια.</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά IV: N/S 0,9% 1000 ml και L/R 1000 ml.</p> <p>Έγινε τήρηση διαιτολογίου που συστάθηκε από διαιτολόγο και περιελάμβανε σούπες, χυμούς φρούτων, ροφήματα όπως χαμομήλι και</p>	
--	--	---	--	--

			τσαί καθώς επίσης και άφθονο νερό.	
--	--	--	---------------------------------------	--

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ασθενής ηλικίας 75 ετών εισήχθη στη χειρουργική κλινική προκειμένου να υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης όγκου. Ο ασθενής τα τελευταία πέντε χρόνια είχε παρουσιάσει πολύποδες οι οποίοι στην πορεία διαφοροποιήθηκαν. Ο ασθενής παρουσίασε αιμορραγία από τον πρωκτό, αναιμία και κοιλιακό άλγος. Μετά από μια σειρά εξετάσεων όπως κολonosκόπηση, αξονική τομογραφία παχέος εντέρου και μετά από τα αποτελέσματα της βιοψίας ιστού ο ασθενής διαγνώστηκε με καρκίνο του ήπατος.

Κατόπιν εντολής ιατρού ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να αφαιρεθεί ο όγκος του. Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ήταν τα εξής:

- Φόβος-άγχος
- Πόνος
- Πυρετός
- Ψυχολογική εξάντληση/ προβλήματα ύπνου

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Φόβος και άγχος (προεγχειρητικά.)	Εξάλειψη της αγωνίας και του άγχους.	<p>Να πραγματοποιηθεί ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό</p>	<p>Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή.</p> <p>Χορηγήθηκε tablet Lexotanil 1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκαν</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Ύστερα από την συζήτηση με τον ψυχολόγο της κλινικής η ασθενής δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>

		<p>την εκτόνωση και την ψυχολογική στήριξη του.</p> <p>Παροχή στήριξης από ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.</p>	<p>απαντήσεις στον ασθενή, σχετικά με τον σκοπό και την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.</p>	
--	--	---	--	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στον ύπνο λόγω οργανικής και ψυχολογικής εξάντλησης του.</p> <p>Αισθητηριακή αποστέρηση.</p>	<p>Επαναφορά του ύπνου του ασθενούς στις απαιτούμενες ώρες.</p> <p>Μείωση του αισθήματος αισθητηριακής αποστέρησης.</p>	<p>Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία και χαμηλός φωτισμός.</p> <p>Διατήρηση προσανατολισμού στο χώρο.</p> <p>Ενδυνάμωση συναισθηματικής ευεξίας ασθενούς.</p> <p>Διατήρηση οικείων ως προς τον ασθενή οσμών, γεύσεων και αγγιγμάτων όσο αυτό είναι εφικτό.</p>	<p>Οι ώρες ύπνου του ασθενούς αποκαταστάθηκαν.</p> <p>Η αισθητηριακή αποστέρηση εξαλείφθηκε.</p> <p>Ο ασθενής νιώθει τον προσανατολισμό στο χώρο.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Πόνος μετεγχειρητικά.	Ανακούφιση και απαλλαγή από τον πόνο εντός 24 ωρών.	<p>Να γίνει εναλλαγή θέσεων, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι- Fowler διότι έτσι ανακουφιζόταν από τον πόνο.</p> <p>Έγινε η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε.</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.</p>

		<p>ανά 3ωρο.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>3ωρο:Αρτηριακή πίεση: 120-70 mmHg, Θερμοκρασία:36,7 °C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοή: 16/min.</p> <p>Χορηγήθηκε Oxcalgan 150 mg 1x4 και σε αύξηση της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxcalgan150 mg) βράδυ.</p> <p>Έγινε</p>	
--	--	---	--	--

			τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50mg) 1ανά 3ωρο σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	
--	--	--	--	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος νοσηλείας	Διαφύλαξη χώρου και ασθενούς από λοιμώξεις στο χώρο της νοσηλείας	Διατήρηση ασθενούς σε αποστειρωμένο χώρο	Εντατική περιποίηση ασθενούς/ προσεκτικός καθαρισμός Διαρκεί απολύμανση του χώρου νοσηλείας	Ο ασθενής νοσηλεύεται σε υγιές αποστειρωμένο περιβάλλον

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του ήπατος με κύριο εκπρόσωπο το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα συνιστά ένα είδος κακοήθειας, συχνά εμφανιζόμενο τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο. Μεγάλο ποσοστό των ασθενών με αυτή τη μορφή καρκίνου βρίσκεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο κατά τη στιγμή της διάγνωσης, συχνά έχοντας αναπτύξει μεταστατική νόσο. Το γεγονός αυτό μειώνει τον αριθμό των θεραπευτικών επιλογών, δυσχεραίνοντας την πρόγνωση και μειώνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών.

Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί πως τόσο η ίδια η νόσος, όσο και οι θεραπείες της συχνά προκαλούν μια δυσάρεστη συμπτωματολογία στον ασθενή με τις ανάλογες επιπτώσεις στην καθημερινότητά του και την ποιότητα ζωής του. Ο ίδιος έρχεται αντιμέτωπος όχι μόνο με μια σοβαρή και επικίνδυνη ασθένεια αλλά και με τα ποικίλα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από αυτή.

Επομένως, η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του ήπατος από τους επαγγελματίες υγείας έχει χαρακτήρα σύνθετο και πολυδιάστατο. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στο συντονισμό της φροντίδας των ασθενών με ηπατικό καρκίνο. Η συνεχής υποστήριξη του ογκολογικού ασθενή και του περιβάλλοντός του, η παροχή συμβουλών, η συμμετοχή στις θεραπευτικές προσπάθειες και η εκπαίδευση του ασθενή αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ζώτου Φ., 2015. *ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*. ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. Τμήμα Νοσηλευτικής. ΠΑΤΡΑ. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.
- Κάρλου Χ. & Πατηράκη Ε., 2011. Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας. *Νοσηλευτική*. 50(1):35-48.
- Κωστάκης Α., 2005. *Σύγχρονη Χειρουργική. Διαγνωστική & Θεραπευτική*. (Τόμος ΙΙ). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα .
- Ναλμπαντίδης Γ. & Ταλουμτζής Χ. & Ηλίας Α., 2011. Παράγοντες κινδύνου ηπατοκυτταρικού καρκίνου. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 28 (3):336-344.
- Μπακατσέλου Ι., 2020. *ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ. Ιωάννινα. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.
- Παναγοπούλου Σ., 2012. *Κατανοώντας το ρόλο του Νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο του Ήπατος*. ΤΕΙ Ηπείρου. ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ. ΙΩΑΝΝΙΝΑ. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.
- Παπασταύρου Ε. & Ευσταθίου Γ. & Νικηταρά Μ. & Τσαγκάρη Χ. & Μερκούρης Α. & Κάρλου Χ. & Alvisa Ρ. & Tomietto Μ. & Balogh Ζ. & Suhonen Ρ. & Leino-Kilpi Ε. & Jarošona D. & Πατηράκη Ε., 2010. Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μία Πιλοτική Ερευνητική Εργασία. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 49(4):406-417.
- Κοτρώτσιου Σ. & Παραλίκας Θ. & Παπαθανασίου Ι. & Λαχανά Ε. & Κυπαρίση Γ & Ριζούλης Α., 2008. Η έννοια της φροντίδας. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. Τόμος 7^{ος}. Τεύχος 1^ο .57-71.
- Ουζούνη Χ. Νακάκης Κ., 2008. Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις. Μια νέα προοπτική για την Ελληνική Νοσηλευτική. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. Τόμος 7^{ος} Τεύχος 3^ο . 208-220.
- Παπαγιάννης Ν., 2016. *Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*. ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ. Ιωάννινα. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.
- Παϊκοπούλου Δ. & Γέραλη Μ., 2009. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του. *Νοσηλευτική*. 48(1):19-29.
- Ραγιά Α. 2005. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο. Αθήνα .

Τσαουσάι Ε., 2015. *Καρκίνος του ήπατος*. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟ. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.

Χαλαστιάνη Β.,1999. *Στοιχειώδεις γνώσεις κοινοτικής νοσηλευτικής - υπηρεσία κατ οίκον νοσηλείας (Υ.Κ.Ο.Ν.) καρκινοπαθών τελικού σταδίου Γ.Ο.Ν.Κ. «Άγιοι Ανάργυροι», μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψύχο-ογκολογίας*. Αθήνα. Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,

Ξένη

Alpsoy L. & Yalvac M., 2011. Key Roles of Vitamins A, C, and E in, Aflatoxin B1-Induced Oxidative Stress, Vitamins and Hormones, 86:287-300

Barghini V., Donnini D. Uzzau A., Soardo G. (2013). Signs and Symptoms of HCC. In: Hepatocellular Carcinoma –Future Outlook. Kaseb A. University of Texas. Anderson Cancer Centre. pp: 197-215

Befeler A. & Bisceglie A. (2002). Hepatocellular carcinoma: diagnosis and treatment. Gastroenterology, 122:1609-1619

Berne R. & Levy M. (2004). Αρχές Φυσιολογίας. (Τόμος ΙΙ). Επιστημονική επιμέλεια: Κουβέλας Η. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. Ηράκλειο

Bisceglie AM. & Befeler AS.(2010). Tumors and cysts of the liver. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds) Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 9th ed. Saunders Elsevier, Philadelphia :1569–1592

Boon N., Colledge N., Walker B. (2009). Davidsons Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής Παθολογίας. (20η έκδοση, 3η ελληνική έκδοση). Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Μουτσόπουλος Χ. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Charalambous A., Papadopoulos R., Beadsmoore A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer and their nurses: a hermeneutic phenomenological study of quality Nursing Care. European Journal of Oncology Nursing, 12, 436-442.

Chih-Yi Sun V. & Sarna L.(2008). Symptom Management in Hepatocellular Carcinoma. ClinJOncolNurs.; 12(5): 759–766.

Chuang SC, La Vecchia C, Boffetta P (2009). Liver cancer: Descriptive epidemiology and risk factors other than HBV and HCV infection. Cancer Letters, 286, 9-14.

Clark SP, Ryan TP, Searfoss GH, et al (2008). Chronic microcystin exposure induces hepatocyte proliferation with increased expression of mitotic and cyclin-associated genes in P53-deficient mice. *Toxicol Pathol*, 36, 190-203.

Colechia A, Scaioli E, Montrone L, Vestito A, et al. (2010). Preoperative liver biopsy in cirrhotic patients with early hepatocellular carcinoma represents a safe and accurate diagnostic tool for tumour grading assessment. *Journal of Hepatology*, article in press

De Carlis L, Giacomoni A, Pirotta V, Lauterio A, Slim AO, Sammartino C et al. (2003). Surgical treatment of hepatocellular cancer in the era of hepatic transplantation. *J Am Coll Surg*, 196:887–897

Engstrom P. (2002). Hepatocellular Carcinoma, *Encyclopedia of Cancer*, 2(2):363-371.

Fattovich G. (1998). Progression of hepatitis B and C to hepatocellular carcinoma in Western countries. *Hepatogastroenterology* ;45:1206–1213

DiMatteo R. & Martin L., 2011. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα. Πεδίο.

Ferlay J., Parkin DM., Steliarova –Foucher E. (2010). Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*; 46:765–781

Fiel MI, Min A., Gerber MA, Faire B., Schwartz M., Thung SN. (1996). Hepatocellular carcinoma in long-term oral contraceptive use. *Liver*; 16:372–376

Gao J., Xie L., Yang W-S, BZhang W., Gao S., Wang J., Xiang Y. (2012). Risk Factors of Hepatocellular Carcinoma -Current Status and Perspectives. *Asian Pacific J Cancer Prev* ;13, 743-752

Mercadante S. & Casuccio A. & Agnello A. & Pumo S. & Kargar J. & Garofalo S. 1999. Analgesic effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in cancer pain due to somatic or visceral mechanisms. *J Pain Symptom Manage* ;17(5):351–356.

Mock V. 2004. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* ;(32):112–118.

Ramsey D. & Kernagis L. & Soulen M. & Geschwind JF., 2002. Chemoembolization of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol* ;13(9 Pt 2):S211–S221.

Searle, C. (2001). «Ψυχισμός. Η στάση των επαγγελματιών υγείας και η στάση των αρρώστων», Ανακουφιστική Νοσηλευτική: Εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής, Αθήνα, *Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές*. 125-127 .