

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Εισηγήτρια:

Μπατσολάκη Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Φωτεινή Ζώτου

ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία < Καρκίνος του ήπατος και ο ρόλος του νοσηλευτή > εκπονήθηκε απ' την Ζώτου Φωτεινή, φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας, του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας, υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κυρίας Μπατσολάκη Μαρίας .

Για την επιτυχή περάτωση της πτυχιακής μου εργασίας, στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν.

Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην Καθηγήτριά μου κυρία Μπατσολάκη Μαρία, της οποίας η καθοδήγηση υπήρξε καίρια και αποτελεσματική κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας της παρούσας εργασίας. Οι υποδείξεις και οι οδηγίες της για την εύρεση και επεξεργασία του υλικού ήταν ιδιαίτερα πολύτιμες. Γι' αυτό οφείλω τις θερμές μου ευχαριστίες για τη βοήθειά της, το ενδιαφέρον της και τον προσωπικό χρόνο που αφιέρωσε. Την ευχαριστώ επίσης και για την ηθική υποστήριξή της καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου, για την συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση που μου έδειξαν όλον αυτόν τον καιρό.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραλείψω απ' τις ευχαριστίες μου, τα άτομα του φιλικού μου περιβάλλοντος, οι οποίοι με στήριξαν ψυχολογικά, καθώς και για την ενθάρρυνση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
Summary.....	11
Κεφάλαιο 1^ο Ανατομία του ήπατος	12
1.1 Ανατομία ήπατος.....	13
1.2 Θέση ήπατος.....	13
1.2.1 Σχήμα και στήριξη ήπατος.....	14
1.2.2 Σύνδεσμοι ήπατος.....	14
1.3 Επιφάνεια ήπατος.....	14
1.4 Κατασκευή ήπατος.....	15
1.4.1 Η κάψα και τα έλυτρα του Glisson	15
1.5 Τα ηπατικά λοβία.....	15
1.6 Χοληφόρα.....	16
1.7 Η εκφορητική οδός ήπατος.....	16
1.7.1 Ο κοινός ηπατικός πόρος.....	16
1.7.2 Ο κυστικός πόρος.....	16
1.7.3 Η χοληδόχος κύστη.....	16
1.7.4 Ο χοληδόχος πόρος.....	17
1.8 Αιμάτωση και νεύρωση του ήπατος.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Φυσιολογία και ιστολογία του ήπατος.....	18
2.1 Φυσιολογία ήπατος.....	19
2.2 Ιστολογία ήπατος.....	20

Κεφάλαιο 3^ο Καρκίνος ήπατος	22
3.1 Ορισμός καρκίνου.....	23
3.1.1 Καρκινογένεση.....	23
3.2 Επιδημιολογία καρκίνου.....	23
3.3 Καρκίνος ήπατος.....	23
3.4 Πρωτοπαθή νεοπλάσματα.....	24
3.4.1 Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.....	24
3.4.2 Χολαγγειοκαρκίνωμα.....	24
3.4.3 Αγγειοσάρκωμα και αιμαγγειοσάρκωμα.....	24
3.4.4 Ηπατοβλάστωμα.....	24
3.5 Δευτεροπαθή νεοπλάσματα ήπατος.....	25
3.6 Σταδιοποίηση.....	25
3.7 Αίτια και παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος.....	27
3.7.1 Γενετικοί – Μεταβολικοί παράγοντες.....	28
3.7.2 Ιογενείς ηπατίτιδες.....	28
3.7.3 Κίρρωση του ήπατος.....	29
3.7.4 Κατάχρηση αλκοόλ.....	29
3.7.5 Περιβαλλοντικοί κα διατροφικοί παράγοντες.....	30
3.7.6 Φαρμακευτικές ουσίες.....	30
3.7.7 Χημικές ουσίες.....	30
3.7.8 Παχυσαρκία.....	31
Κεφάλαιο 4^ο Κλινική εικόνα και διαγνωστικές εξετάσεις.....	32
4.1 Κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του ήπατος.....	33
4.2 Διαγνωστικές εξετάσεις.....	34
4.2.1 Εργαστηριακά ευρήματα.....	34
4.2.2 Καρκινικοί δείκτες.....	34
4.3 Απεικονιστικές εξετάσεις.....	35
4.3.1 Υπερηχογράφημα	35
4.3.2 Αξονική τομογραφία	36

4.3.3 Μαγνητική τομογραφία.....	36
4.3.4 Αγγειογραφία.....	37
4.3.5 Βιοψία.....	37
Κεφάλαιο 5^ο Θεραπεία καρκίνου του ήπατος.....	38
5.1 Ηπατεκτομή.....	39
5.2 Μεταμόσχευση ήπατος.....	40
5.3 Διαδερμική έγχυση αιθανόλης.....	40
5.4 Χρήση ραδιοσυχνότητων	41
5.5 Χημειοθεραπεία.....	41
5.5.1 Τοξικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας και νοσηλευτική ευθύνη.....	42
5.6 Αρτηριακός χημειοεμβολισμός.....	43
5.7 Ακτινοθεραπεία	44
5.7.1 Προετοιμασία για την ακτινοθεραπεία και οι ευθύνες του νοσηλευτή.....	44
Κεφάλαιο 6^ο Πρόληψη ηπατοκυτταρικού καρκίνου.....	46
6.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	47
6.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	47
6.3 Τριτογενής πρόληψη.....	47
Κεφάλαιο 7^ο Ο ρόλος του νοσηλευτή στον καρκίνο του ήπατος.....	48
7.1 Βασικοί ρόλοι του ογκολογικού νοσηλευτή.....	48
7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του ήπατος.....	48
7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάγνωση του καρκίνου του ήπατος	50
7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ασθενούς με καρκίνο του ήπατος.....	50
7.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο με καρκίνο του ήπατος.....	51
7.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς με καρκίνο ήπατος.....	52
7.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του καρκίνου του ήπατος.....	52
7.7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία.....	52
7.7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση.....	54

7.7.2. α) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική και διεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στο ήπαρ.....	54
7.7.2 β) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο ήπατος.....	55
7.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη ατόμων με καρκίνο ήπατος.....	56
7.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.....	56
7.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με καρκίνο ήπατος.....	57
Κεφάλαιο 8^ο Νοσηλευτική διεργασία.....	58
Μελέτη περίπτωσης και ανάπτυξης νοσηλευτικής διεργασίας.....	59
Μελέτη 1^{ης} Περίπτωσης	59
Μελέτη 2^{ης} Περίπτωσης.....	76
Επίλογος.....	89
Συμπεράσματα.....	90
Βιβλιογραφία.....	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο συμπαγές όργανο του ανθρώπινου σώματος. Είναι το πιο βαρύ όργανο, ζυγίζει 1200- 1800 gr. Μέσα από την ανάπτυξη πολύπλοκων μηχανισμών εκτελεί πολλές ζωτικές λειτουργίες. Η ακριβής αιτία του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος δεν είναι γνωστή, αλλά μερικοί παράγοντες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο, όπως είναι η μόλυνση από ηπατίτιδα Β ή C, η κατανάλωση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα, η κίρρωση του ήπατος, η παχυσαρκία και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες.

Τα κακοήγη νεοπλάσματα του ήπατος, με κύριο εκπρόσωπο το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία νεοπλασμάτων με συχνότητα εμφάνισης που αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Η επίπτωση του ηπατοκυτταρικού καρκίνου παρουσιάζει αύξηση, με τον ίδιο να αποτελεί σύμφωνα με έρευνες την πέμπτη συχνότερα εμφανιζόμενη κακοήθεια και την τρίτη αιτία θνησιμότητας λόγω καρκίνου παγκοσμίως. Η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη σε ασιατικές και αφρικανικές χώρες, ωστόσο παρουσιάζει αύξηση και στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Η αύξουσα συχνότητα σε παγκόσμιο επίπεδο, σε συνδυασμό με τη σοβαρότητα της νόσου που συνεπάγεται μεγάλη θνητότητα, επιβάλλει την έγκαιρη αναγνώριση των προδιαθεσικών παραγόντων που συμβάλουν στην εμφάνισή της. Οι εξετάσεις για τη διάγνωσή του ηπατοκυτταρικού καρκίνου περιλαμβάνουν εξετάσεις αίματος, καρκινικούς δείκτες, υπερηχογράφημα κοιλίας, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και βιοψία. Έπειτα από τη διάγνωση ακολουθεί η σταδιοποίηση του καρκίνου του ήπατος που βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να αποφασίσουν ποία θεραπευτική αγωγή είναι καλύτερη για τον ασθενή. Η σταδιοποίηση ενός όγκου συνδέεται με το μέγεθος του, εάν έχει εισβάλλει στα αιμοφόρα αγγεία ή έχει εξαπλωθεί στα όργανα γύρω από το συκώτι, μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ή σε πιο μακρινά όργανα. Η σταδιοποίηση στον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος μπορεί επίσης να περιλαμβάνει αξιολόγηση της υποκείμενης ηπατικής λειτουργίας.

Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια πρόληψης της εμφάνισης μιας τόσο σοβαρής νόσου, που σε ορισμένες περιοχές συνιστά μάλιστα, καλούνται να διαδραματίσουν οι σύγχρονοι νοσηλευτές. Οι ίδιοι ως επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι άρτια ενημερωμένοι και πλήρως εκπαιδευμένοι στην πρόληψη και αντιμετώπιση των κακοηθειών του ήπατος. Καθώς υποστηρίζουν τον ασθενή σε όλη την πορεία της ασθένειας του από τη διάγνωση έως τη θεραπεία. Να φροντίζουν, να αξιολογούν τις ανάγκες του ασθενή και να εφαρμόζουν νοσηλευτική διεργασία με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων της κακοήθειας ή των παρενεργειών από τις θεραπείες. Είναι προφανές ότι η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του ήπατος επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τον ασθενή, όσο και με τη νόσο και τη θεραπεία. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν ποικιλότροπα την ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συνολική ευεξία τους. Έτσι λοιπόν, ρόλος του νοσηλευτή είναι να συμβάλλει σημαντικά στην υποστήριξη κατά τη διάρκεια αυτής της πολύ δύσκολης περιόδου, βοηθώντας τους ασθενείς να εμπλακούν ενεργά στη διαχείριση της ζωής και της νόσου τους. Συζήτηση δηλαδή με τους ασθενείς, ρωτώντας τους τι γνωρίζουν ήδη σχετικά μ' αυτά που πρόκειται να συμβούν και ενθαρρύνοντάς τους να διατυπώσουν οι ίδιοι ερωτήσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρούσας εργασίας είναι <<Ο Καρκίνος του ήπατος και ο ρόλος του νοσηλευτή>>. Συγκεκριμένα, ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος είναι το συνηθέστερο κακόηθες νεόπλασμα των συμπαγών οργάνων και του ήπατος. Ο καρκίνος του ήπατος αποτελεί μια νόσο, η επίπτωση της οποίας παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια. Κύριος εκπρόσωπος των κακοηθειών του ήπατος είναι το λεγόμενο ηπάτωμα ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Πρόκειται για την πέμπτη σε συχνότητα αιτία καρκίνου παγκοσμίως και την τρίτη σε συχνότητα αιτία θανάτου λόγω κακοήθειας. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νέων περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (έως και 80%) αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες και κυρίως την Αφρική και την Ανατολική Ασία. Ωστόσο, αύξηση της συχνότητας έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια και στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του ρόλου του νοσηλευτή στον καρκίνο του ήπατος. Επίσης σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει την ανάγκη για ενημέρωση και εκπαίδευση της ελληνικής κοινωνίας σχετικά με τις αιτίες και τους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στην ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος. Αυτές είναι η διατροφή και θέματα που σχετίζονται με τις συνέπειες του αλκοολισμού, ο συχνός εμβολιασμός για την πρόληψη της λοίμωξης από ηπατίτιδα Β και την προφύλαξη από ηπατίτιδα C, η παχυσαρκία και φαρμακευτικές ουσίες, ώστε να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ήπατος.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων και βιβλίων καθώς και διαδικτυακού υλικού.

Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αποτελεί ένα ετερογενές νόσημα ως προς την αιτιολογία του. Ποικίλοι παράγοντες κινδύνου, τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί έχουν συνδεθεί με τη νόσο, με κυριότερους τις ιογενείς χρόνιες ηπατίτιδες και τα ηπατικά νοσήματα που προκαλούν κίρρωση. Άλλωστε, η πλειονότητα των ασθενών (ποσοστό 60-90%) με ηπατοκυτταρικό καρκίνο εμφανίζουν προϋπάρχουσα κίρρωση και διαταραγμένη ηπατική λειτουργία. Η συννοσηρότητα δυσχεραίνει την εφαρμογή αποτελεσματικής θεραπείας στους περισσότερους ασθενείς, καθιστώντας βαρυσήμαντη την πρόληψη της νόσου και την παρακολούθηση των ομάδων υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση κακοηθειών του ήπατος.

Συγκεκριμένα, στην εργασία αναλύονται τα εξής κεφάλαια: Το κεφάλαιο 1^ο που περιλαμβάνει βασικά στοιχεία της ανατομίας του ήπατος. Στη συνέχεια, στο 2^ο κεφάλαιο αναλύεται η φυσιολογία και η ιστολογία του ήπατος. Ακολουθεί το 3^ο κεφάλαιο όπου παρουσιάζεται ο ορισμός του καρκίνου, τι είναι ο καρκίνος του ήπατος, η σταδιοποίηση, τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου. Το 4^ο κεφάλαιο αναφέρεται στην κλινική εικόνα και στις διαγνωστικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για το καρκίνο στο ήπαρ. Στο 5^ο κεφάλαιο περιγράφεται η θεραπεία του καρκίνου του ήπατος. Ακολουθεί το 6^ο κεφάλαιο όπου περιλαμβάνει την πρόληψη του καρκίνου του ήπατος. Βασικό τμήμα της εργασίας αποτελεί το 7^ο κεφάλαιο καθώς αναλύει το ρόλο του νοσηλευτή από τη πρόληψη του καρκίνου μέχρι και την θεραπεία και την παροχή φροντίδας μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Τέλος ακολουθούν επίλογος και συμπεράσματα.

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του ήπατος επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τον ασθενή, όσο και με τη νόσο και τη θεραπεία. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν ποικιλότροπα την ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συνολική ευεξία τους. Έτσι λοιπόν, ρόλος του νοσηλευτή είναι να συμβάλλει σημαντικά στην υποστήριξη κατά τη διάρκεια αυτής της πολύ δύσκολης περιόδου, βοηθώντας τους ασθενείς να εμπλακούν ενεργά στη διαχείριση της ζωής και της νόσου τους.

Επίσης σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή, και αυτό γιατί δεν είναι μόνο η παροχή του καθορισμένου απ' τους ιατρούς θεραπευτικού σχήματος, αλλά και η ψυχοκοινωνική και μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο ήπατος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του ήπατος αποτελεί μια νόσο, η επίπτωση της οποίας παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια. Κύριος εκπρόσωπος των κακοηθειών του ήπατος είναι το λεγόμενο ηπάτωμα ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Πρόκειται για την πέμπτη σε συχνότητα αιτία καρκίνου παγκοσμίως και την τρίτη σε συχνότητα αιτία θανάτου λόγω κακοήθειας. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νέων περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (έως και 80%) αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες και κυρίως την Αφρική και την Ανατολική Ασία. Ωστόσο, αύξηση της συχνότητας έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια και στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των βασικών ρόλων του νοσηλευτή καθώς και να αναδείξει την ανάγκη της Ελληνικής κοινωνίας για ενημέρωση και εκπαίδευση γύρω από θέματα που αφορούν τον καρκίνο του ήπατος.

Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων και βιβλίων καθώς και διαδικτυακού υλικού.

Συμπεράσματα: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αποτελεί ένα ετερογενές νόσημα ως προς την αιτιολογία του με μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας παγκοσμίως. Ποικίλοι είναι οι παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος με κυριότερους τους προδιαθεσικούς παράγοντες, την κατάχρηση αλκοόλ διότι οδηγεί σε κίρρωση και την έκθεση σε χημικές ουσίες. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του ήπατος επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τον ασθενή, όσο και με τη νόσο και τη θεραπεία. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν ποικιλότροπα την ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συνολική ευεξία τους. Διαπιστώνουμε επίσης, πως ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει κάποια χαρακτηριστικά για να μπορεί να ανταποκριθεί στο ρόλο του δίπλα σε έναν ογκολογικό ασθενή . Έτσι λοιπόν, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να συμβάλλει σημαντικά στην υποστήριξη κατά τη διάρκεια αυτής της πολύ δύσκολης περιόδου, βοηθώντας τους ασθενείς να εμπλακούν ενεργά στη διαχείριση της ζωής και της νόσου τους, καθώς και στη ψυχολογική στήριξη της οικογένειας, διότι ο καρκίνος επηρεάζει την ζωή και των φροντιστών των καρκινοπαθών.

Λέξεις – κλειδιά : καρκίνος του ήπατος, αίτια, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

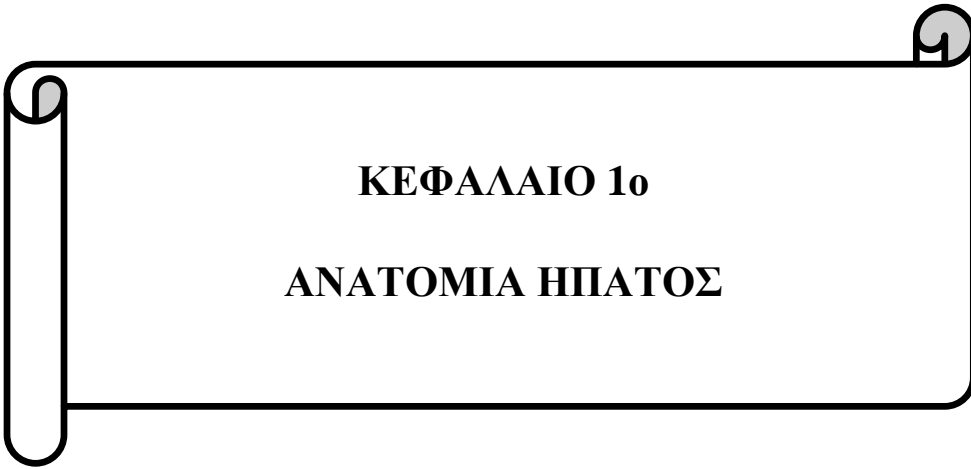
SUMMARY

Liver cancer is a disease, the incidence of which has been increasing in recent years. The principal representative of the malignancies of the liver is called hepatoma or hepatocellular carcinoma. This is the fifth cause of cancer incidence worldwide and the third most frequent cause of death from malignancy. It is striking that the vast majority of the new cases of hepatocellular carcinoma (up 80%) are noticed in developing countries, especially in Africa and East Asia. However, increased incidence has been observed in recent years in Europe and the US.

The aim of this study is to present the basic roles of the nurse, as well as to highlight the need for the Greek society for information and education on issues related to liver cancer.

Methodology used includes a literature review of scientific articles and books and online material. **Conclusions:** hepatocellular cancer is a heterogeneous disease with respect to the ground with a large percentage of worldwide mortality. Various are the factors that lead to liver cancer development, with major predisposing factor the alcohol abuse, as it leads to cirrhosis, and exposure to chemical. The quality of life of patients with liver cancer is influenced by factors related to both the patient and the disease and treatment. These factors affect in various ways the quality of life of patients and their overall wellbeing. We note also that the nurse should have some features in order to fulfill its role of beside an oncology patient. So the nurse's role is to contribute significantly to the support during this very difficult period, helping patients to be actively involved in the management of both their life and their disease, as well as the psychological support of their families, because the cancer also affects the lives of caregivers of cancer patients.

Key - words: liver cancer, causes, nursing interventions.

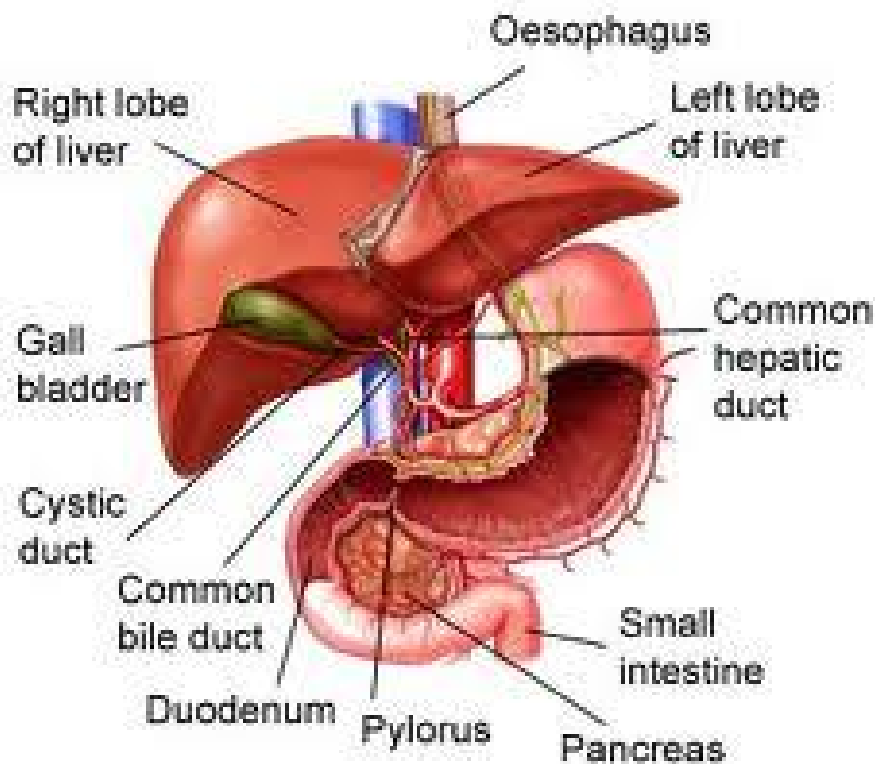


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

1.1 ANATOMIA TOY ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο συμπαγές όργανο του ανθρώπινου σώματος. Είναι το πιο βαρύ όργανο, ζυγίζει 1200- 1800 gr. Οι διαστάσεις του κατά μέσο όρο είναι 28 cm εγκάρσια (μήκος), 8cm 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 με τις παθολογικές καταστάσεις. Το απόλυτο βάρος του είναι μεγαλύτερο στον άνδρα από τη γυναίκα. Έχει χρώμα καστανοκόκκινο και η ένταση του είναι ανάλογη με την ποσότητα αίματος που περιέχει.^[1,2]

Εικόνα 1.1. Ανατομία ήπατος



1.2 ΘΕΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ βρίσκεται κυρίως μέσα στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας όπου προστατεύεται από τον θωρακικό κλωβό και το διάφραγμα. Το μη παθολογικό ήπαρ βρίσκεται κάτω από τις πλευρές 7- 11 στο δεξιό μέρος. Το μεγαλύτερο μέρος του ήπατος βρίσκεται στο δεξιό υποχόνδριο και στο άνω επιγάστριο και εκτείνεται στο αριστερό υποχόνδριο. Το ήπαρ είναι σκληρό, λίγο ελαστικό, γεγονός που το κάνει να κόβεται εύκολα και να θρυμματίζεται και να ρήγνυται. Επιπλέον, το ήπαρ κινείται με τις δράσεις του διαφράγματος και εξαιτίας της βαρύτητας βρίσκεται πιο χαμηλά όταν το άτομο είναι σε όρθια θέση. Η κινητικότητα αυτή διευκολύνει κατά την κλινική εξέταση την ψηλάφηση.^[1,3]

1.2.1 ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΗΠΑΤΟΣ

Το σχήμα του ήπατος μοιάζει με σφήνα με τη βάση προς τα δεξιά και την κορυφή προς τα αριστερά. Περιγραφικά το ήπαρ εμφανίζει τρία χείλη (πρόσθιο, αριστερό και δεξιό). Το πρόσθιο χείλος εμφανίζει δύο εντομές, την κυστική όπου υποδέχεται τον πυθμένα της χοληδόχου κύστης και την ομφαλική προς τα αριστερά όπου υποδέχεται το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος. Το αριστερό και το δεξιό χείλος του ήπατος φέρονται κάτω από τις πλευρές.

Στηρίζεται με την άνω κοίλη φλέβα, από την οποία κρέμεται, με τις ηπατικές φλέβες, με τον τόνο των κοιλιακών μυών και με τα υποκείμενα σπλάχνα, με τη σύμφυση της δεξιάς οπίσθιας επιφάνειας του ήπατος, με το διάφραγμα και με τους συνδέσμους του ήπατος.^[1,3]

1.2.2 ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΗΠΑΤΟΣ

Είναι ο στεφανιαίος με τους τριγωνικούς συνδέσμους, ο δρεπανοειδής με το στρογγυλό και ο ηπατογαστρικός ή έλασσον επίπλουν.

Ο στεφανιαίος σύνδεσμος φέρεται μετωπιαία από το διάφραγμα προς την άνω επιφάνεια του ήπατος. Εμφανίζει δύο πέταλα, τα οποία αριστερά συμπίπτουν, δεξιά απομακρύνονται το ένα από το άλλο και μεταξύ τους περιλαμβάνουν τη δεξιά μοίρα της οπίσθιας επιφάνειας του ήπατος, η οποία παραμένει ακάλυπτη από το περιτόναιο και συμφύεται με συνδετικό ιστό με το διάφραγμα. Τα άκρα του στεφανιαίου συνδέσμου σχηματίζουν δυο μικρές πτυχές, τον αριστερό και δεξιό τρίγωνο σύνδεσμο.

Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος φέρεται οβελιαία και συνδέει την άνω επιφάνεια του ήπατος με το διάφραγμα και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Εμφανίζει τρία χείλη το φρενικό, το ηπατικό και το κοιλιακό, το οποίο περιέχει το στρογγυλό σύνδεσμο ο οποίος παριστάνει την αποφραγμένη ομφαλική φλέβα του εμβρύου.^[1]

1.3 ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ παρουσιάζει τρεις επιφάνειες την άνω, την κάτω και την οπίσθια. Από τις επιφάνειες του ήπατος, η άνω επιφάνεια καλύπτεται από περιτόναιο και με την πρόσφυση του δρεπανοειδούς συνδέσμου χωρίζεται σε δύο λοβούς: τον δεξιό και τον αριστερό. Η επιφάνεια αυτή έρχεται σε επαφή στα πλαϊνά της με τους θόλους του διαφράγματος και με αυτούς, έμμεσα, με τις βάσεις των πνευμόνων, κατά δε το μέσο με την προς τα άνω κείμενη καρδιά.

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες, τη δεξιά και την αριστερή. Οι αύλακες αυτές προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους με την εγκάρσια αύλακα, που αποτελεί τις πύλες του ήπατος. Η δεξιά αύλακα υποδέχεται την χοληδόχο κύστη και η αριστερή το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος. Τέλος, η εγκάρσια αποτελεί τις πύλες του ήπατος, από τις οποίες εισέρχονται η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και τα νεύρα του ήπατος και εξέρχονται οι ηπατικοί πόροι και λεμφαγγεία του .

Η οπίσθια επιφάνεια του ήπατος εμφανίζει δύο αύλακες, τη δεξιά και την αριστερή. Από αυτές η δεξιά αύλακα υποδέχεται την κάτω κοίλη φλέβα, στη οποία εκβάλλουν οι ηπατικές φλέβες, ενώ η αριστερή αύλακα υποδέχεται το φλεβόδη σύνδεσμο.^[3]

Ο κερκοφόρος λοβός του ήπατος αποτελεί μέρος του λειτουργικού αριστερού λοβού και προς τα κάτω αφορίζεται από την πύλη του ήπατος. Προς τα δεξιά ο κερκοφόρος λοβός παρουσιάζει μικρή απόφυση που μοιάζει με ουρά. Η απόφυση αυτή διαχωρίζει την πυλαία φλέβα από την κάτω κοίλη φλέβα και συνδέει τον κερκοφόρο λοβό με τον δεξιό λοβό.

Ο τετράπλευρος λοβός εντοπίζεται μεταξύ της αύλακας του στρογγυλού συνδέσμου και του κυστικού βόθρου, ενώ προς τα πίσω αφορίζεται από την πύλη του ήπατος. Μεγάλο μέρος του αποτελεί τμήμα του λειτουργικού αριστερού λοβού. Το τμήμα του κάτω χείλους που βρίσκεται μεταξύ της εντομής του στρογγυλού συνδέσμου και του κυστικού βόθρου σχηματίζεται από τον τετράπλευρο λοβό.

Ο αριστερός λοβός περιλαμβάνει τον κερκοφόρο λοβό καθώς και μεγάλο μέρος του τετράπλευρου λοβού. Ο αριστερός λοβός διαχωρίζεται από τον κερκοφόρο και τον τετράπλευρο λοβό με την αύλακα του στρογγυλού συνδέσμου και την αύλακα του φλεβώδους συνδέσμου, ενώ στη διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος διαχωρίζεται από αυτούς με την πρόσφυση του στρογγυλού συνδέσμου.^[1,4,5]

1.6 ΧΟΛΗΦΟΡΑ

Είναι σωλήνες που έχουν το ίδιο κυλινδρικό τοίχωμα και αποτελούν το εκφορητικό μέρος της εξωκρινούς μοίρας του ήπατος. Διακρίνονται σε περιλόβιους και μεσολόβιους. Οι περιλόβιοι περιβάλλουν το ηπατικό λοβίο και οι μεσολόβιοι αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν στις πύλες του ήπατος δυο μεγάλους χοληφόρους πόρους, τον δεξιό και τον αριστερό, οι οποίοι ενώνονται και αποτελούν τον κοινό ηπατικό πόρο.^[1,3,5]

1.7 Η ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΗ ΟΔΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Αποτελείται από τον κοινό ηπατικό πόρο, τον κυστικό πόρο, την χοληδόχο κύστη και τον χοληδόχο πόρο.^[1]

1.7.1 Ο ΚΟΙΝΟΣ ΗΠΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Ο κοινός ηπατικός πόρος προέρχεται από τη συνένωση του αριστερού και του δεξιού ηπατικού πόρου, οι οποίοι συλλέγουν τη χολή από τους αντίστοιχους λοβούς του ήπατος. Τα τρία αυτά ανατομικά στοιχεία, δηλαδή η πυλαία φλέβα, η ηπατική αρτηρία και ο κοινός ηπατικός πόρος, χαρακτηρίζονται ως πυλαία τριάδα και διακλαδίζονται παράλληλα, έως το επίπεδο των κολποειδών τριχοειδών.^[1]

1.7.2 Ο ΚΥΣΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Ο κυστικός πόρος συνδέει τον αυχένα της χοληδόχου κύστης με τον κοινό ηπατικό πόρο. Εξωτερικά είναι ανώμαλος και συνοδεύεται από τη χολοκυστική αρτηρία. Εσωτερικά ο αυλός του είναι σχισμοειδής και λέγεται ελικοειδής βαλβίδα.^[1,3]

1.7.3 Η ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα όργανο μεγέθους περίπου 10 – 12 εκ. σε σχήμα αχλαδιού που βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος ανάμεσα στο δεξιό και τον αριστερό λοβό. Αποτελεί μέρος των εξωηπατικών χοληφόρων.^[2]

Στη χοληδόχο κύστη συγκεντρώνεται και αποθηκεύεται η χολή που παράγεται από το ήπαρ. Η κύστη έχει χωρητικότητα περίπου 30-50ml. Μετά το φαγητό, το υγρό αυτό διοχετεύεται προς το λεπτό έντερο και βοηθά την πέψη και την απορρόφηση των λιπαρών ουσιών.

Αποτελείται από 4 μέρη: τον πυθμένα, το σώμα, τον αυχένα και τον κυστικό πόρο. Μεταξύ του αυχένα και του κυστικού πόρου σχηματίζεται συχνά μια διάταση, που αποτελεί το θύλακο ή εκκόλπωμα του Hartman. Η χοληδόχος κύστη ενώνεται με τον κοινό ηπατικό πόρο δια του κυστικού πόρου, ο οποίος έχει μήκος 2-4 εκατοστά.^[2]

Έχει τρεις στιβάδες: την εσωτερική βλεννογονική, τη μυϊκή στιβάδα και την εξωτερική επικάλυψη από περιτόναιο. Τα αγγεία που φθάνουν σε αυτή είναι η κυστική αρτηρία.^[1,2]

1.7.4 Ο ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΠΟΡΟΣ

Ο χοληδόχος πόρος αποτελεί τη συνέχεια του κοινού ηπατικού προς τα κάτω και έχει μήκος που ποικίλλει κατά μέσο όρο γύρω στα 8 εκατοστά και εύρος 8 χιλιοστά. Έχει συνήθως δύο μοίρες: η ελεύθερη μοίρα, που ακολουθώντας πορεία που έρχεται σε σχέση με το δωδεκαδάκτυλο και το πάγκρεας, ενώνεται με τον παγκρεατικό πόρο και εκβάλλει στο δωδεκαδάκτυλο. Στο σημείο εκβολής περιβάλλεται από τον σφιγκτήρα του Oddi και σχηματίζει μια θηλή, το φύμα του Vater.^[2]

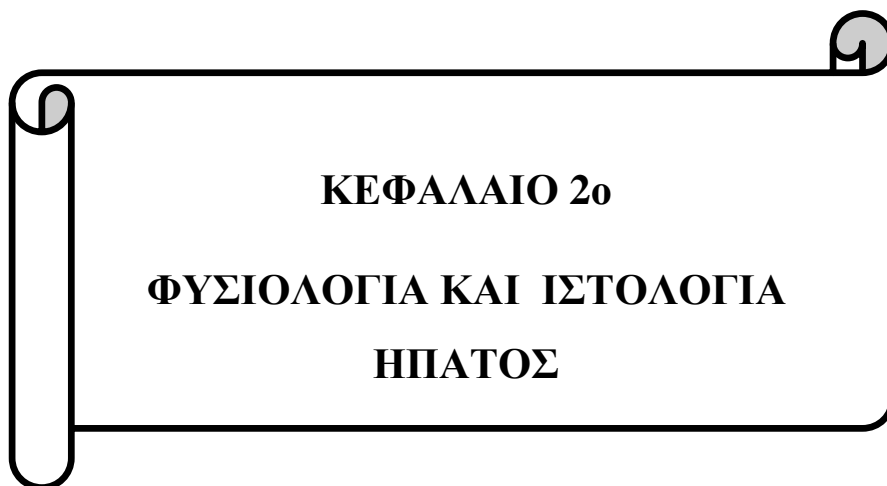
1.8 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΗΠΑΤΟΣ

Αιμάτωση του ήπατος:

Το ήπαρ δέχεται 1,5 L αίματος ανά min (διπλή αγγείωση). Το αίμα αυτό είναι :

- κατά 70 % το αίμα της πυλαίας φλέβας και πρόκειται για αίμα μερικώς οξυγονωμένο, που περιέχει θρεπτικά συστατικά και ορμόνες από τον πεπτικό σωλήνα.
- κατά 30% το 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.^[1,6]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ
ΗΠΑΤΟΣ

2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το φυσιολογικό ήπαρ εκτελεί πολλές ζωτικές λειτουργίες. Μεταξύ αυτών 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 του 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 γλυκονογένεση, 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.^[1,6]

- **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 γλυκονογένεση από τα λιπαρά οξέα και στον μεταβολισμό της χοληστερόλης.^[6]

- **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 δεν 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 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.^[5,6]

- **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.^[5,6]

- **Αποθήκευση βιταμινών και σιδήρου.**

Στο ήπαρ αποθηκεύονται ορισμένες βιταμίνες, μεταξύ των οποίων η A, η D και η B12. Τα αποθέματα αυτά των βιταμινών 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.^[5,6]

- **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.^[5,6]

- **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 τους 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 εντερικά κύτταρα.^[5,6]

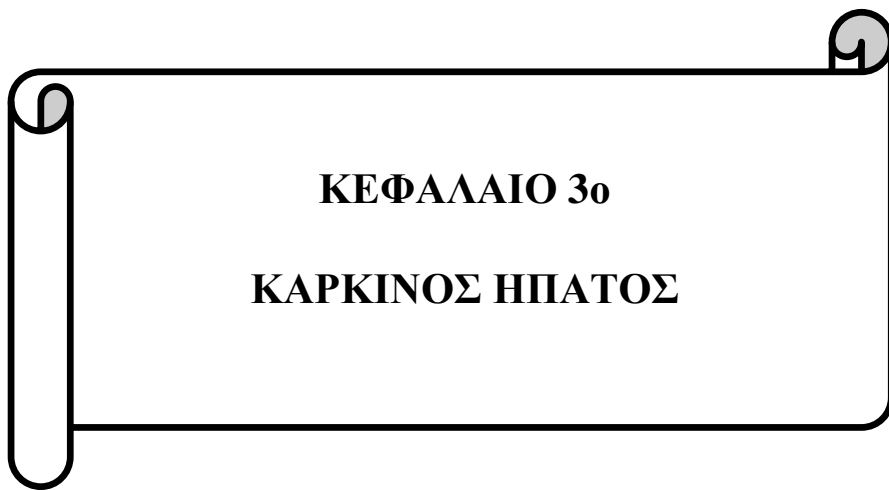
2.2 ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ ιστολογικώς συνίσταται από παρατιθέμενα πολύεδρα, τα ηπατικά λόβια (μήκος μερικά mm, διάμετρος 1 mm και αριθμός τους στον άνθρωπο 1 εκατομμύριο) τα οποία αποτελούν τις λειτουργικές μονάδες του ήπατος. Κάθε πολύεδρο φέρει στο κέντρο του μια κεντρική φλέβα. Τα πολύεδρα χωρίζονται μεταξύ τους, στο επίπεδο των κορυφών τους, με δέσμες συνδετικού ιστού που περιέχουν τους κλάδους των αιμοφόρων αγγείων και τους πόρους οι οποίοι παροχετεύουν τη χολή. Σε διατομή, οι δέσμες αυτές εμφανίζονται ως συνδετικά αγγειακά τρίγωνα, τα οποία ονομάζονται θύρες ή χώροι του Kiernan.

Κάθε χώρος Kiernan περιέχει πάντα τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα στοιχεία: ένα κλάδο της πυλαίας φλέβας, έναν κλάδο της ηπατικής αρτηρίας, έναν χοληφόρο πόρο, ένα νεύρο και ένα λεμφαγγείο. Τα τρία πρώτα στοιχεία είναι πάντα ορατά και σχηματίζουν την τριάδα των χώρων του Kiernan.

Επιπλέον η βασική λειτουργική μονάδα του ήπατος είναι το ηπατικό λόβιο. Το ίδιο έχει διαστάσεις 1-2 χιλιοστά και αναπτύσσεται γύρω από την ενδολοβιακή φλέβα που πορεύεται στο κέντρο του. Από εκεί ξεκινούν ακτινοειδείς στοιχεία ηπατοκυττάρων, που σχηματίζουν εξαγωνικές κυψελοειδείς δομές στο χώρο, στις ακμές των οποίων πορεύονται οι πυλαίες τριάδες. Ανάμεσα στους στοιχείους των κυττάρων εμφανίζονται αγγειακοί χώροι που ονομάζονται ηπατικά κολποειδή. Τα ηπατικά κολποειδή επενδύονται από ενδοθηλιακά κύτταρα που καλούνται κύτταρα του Kupffer. Το ενδοθήλιο των κολποειδών διαθέτει μεγάλους πόρους, ώστε το πλάσμα, αλλά όχι τα κύτταρα του αίματος, να εισέρχεται στον περικολποειδικό χώρο του Disse. Ο χώρος αυτός είναι στενός, σχηματίζεται από τα

ενδοθηλιακά κύτταρα και τα ηπατοκύτταρα και συνδέεται με λεμφαγγεία για την απαγωγή των υγρών που συσσωρεύονται εκεί.^[1,3,8] Τέλος το αίμα που ρέει μέσω των κολποειδών απάγεται προς τους κλάδους των ηπατικών φλεβών. Η χολή που παράγεται στα ηπατοκύτταρα εκκρίνεται σε μικροσκοπικούς διαύλους, τους χοληφόρους σωληνίσκους που διατρέχουν το κέντρο της ηπατικής δοκίδας για να καταλήξουν στους χοληφόρους πόρους που βρίσκονται εντός των πυλαίων διαστημάτων. Κοντά στα κολποειδή και σε γειτνίαση με τα τελικά ηπατικά φλεβίδια, συναντώνται τα αστεροειδή κύτταρα, που καλούνται περι-κολποειδή κύτταρα του Ito. Τα κύτταρα αυτά συμβάλλουν στην ηπατική ίνωση με τη σύνθεση κολλαγόνου, ιδίως σε περιοχές κοντά σε κεντρικές φλέβες.^[8]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη διαίρεση κυττάρων και την δυνατότητα αυτών να εισβάλλουν σε άλλους ιστούς, είτε από την άμεση αύξηση στον παρακείμενο ιστό μέσω εισβολής, είτε από την εμφύτευση σε απόμακρες περιοχές, μέσω μετάστασης. [4,5]

3.1.1 ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Υπάρχει μια σειρά από μηχανισμούς που είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό, διαταράσσουν τη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό. Για την ανάπτυξη καρκίνου θα πρέπει συμβούν πολλές αλλαγές, όπως μεταλλάξεις σε γονίδια και συνεχής έκθεση σε καρκινογόνο παράγοντα.^[9]

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η επιδημιολογία μελετά την εμφάνιση της νόσου στον πληθυσμό χρησιμοποιώντας μελέτες με σκοπό τη συλλογή δεδομένων για τους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης της νόσου, τις επιπτώσεις, τις μορφές καρκίνου, τη θνησιμότητα και την επιβίωση. Η συλλογή δεδομένων έχει ως σκοπό την τροποποίηση παραγόντων κινδύνου και την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αφού τα αποτελέσματα των ερευνών βοηθούν στη αναζήτηση καινούργιων θεραπευτικών σχημάτων. Αναμφισβήτητη είναι η συμβολή των επιδημιολογικών ερευνών στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.^[9,10]

3.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Στον καρκίνο του ήπατος διακρίνονται δυο όγκοι : οι πρωτοπαθείς και οι δευτεροπαθείς. Πρωτοπαθής καρκίνος ήπατος, ονομάζεται ο καρκίνος που εμφανίζεται στο ήπαρ, εξελίσσεται στο παρέγχυμα του οργάνου και προέρχεται από δομικά κύτταρα του οργάνου. Τον όρο πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος, τον χρησιμοποιούμε για να ξεχωρίζουμε τα νεοπλάσματα που αναπτύσσονται στο ήπαρ, από εκείνα που οφείλονται σε ηπατικές μεταστάσεις, δηλαδή σε καρκινικά κύτταρα από άλλα όργανα του σώματος.

Ανάλογα με την προέλευση των καρκινικών κυττάρων, ο πρωτοπαθής 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 4 ετών. Η πρόγνωση είναι καλύτερη αν δεν έχει εξαπλωθεί πέραν των ορίων του ήπατος.^[11,12]

3.4 ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

3.4.1 ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ηπάτωμα): Το Ηπάτωμα ή Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο συχνότερος πρωτοπαθής κακοήθης όγκος του οργάνου αυτού (90-95% των πρωτοπαθών κακοήθων όγκων του ήπατος), και η συχνότερη αναλογικά θανατηφόρος κακοήθης νεοπλασία στον άνθρωπο.

Η βλάβη του ηπατοκυτταρικού DNA αποτελεί τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος.

Η βλάβη αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα μετάλλαξης γενετικού υλικού, ή επαναλαμβανόμενης κυτταρικής νέκρωσης και αναγέννησης. Οι όγκοι μπορεί να περιορίζονται σε μια περιοχή του ήπατος, ή να εντοπίζονται σε όλη την έκταση του οργάνου. Ο όγκος έχει ως αποτέλεσμα την ηπατική δυσλειτουργία (εμφάνιση ίκτερου, πυλαία υπέρταση, υπογλυκαιμία κτλ).^[11,12]

3.4.2 ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Χολαγγειοκαρκίνωμα ονομάζεται ο καρκίνος που εμφανίζεται στα χοληφόρα, (δηλαδή τα (δηλαδή τα σωληνάκια που μεταφέρουν τη χολή από το ήπαρ προς το έντερο). Ο καρκίνος αυτός μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος του χοληφόρου δένδρου, από τους κεντρικότερους ενδοηπατικούς κλάδους μέχρι το περιφερικό τμήμα του χοληδόχου πόρου.

Ανάλογα με την ανατομική εμφάνιση του καρκίνου, τα χολαγγειοκαρκινώματα διακρίνονται στους παρακάτω τρεις τύπους:

- **Ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα.** Ο καρκίνος αναπτύσσεται στα ενδοηπατικά χοληφόρα αγγεία. (δηλαδή αφορά τα χολαγγεία που βρίσκονται εντός του ήπατος).
- **Περιπυλαίο χολαγγειοκαρκίνωμα** (ή αλλιώς όγκος **Klatskin**). Ο καρκίνος αναπτύσσεται στην ανατομική θέση του δεξιού ή/και αριστερού ηπατικού πόρου και του κοινού ηπατικού πόρου.
- **Καρκίνος του χοληδόχου πόρου.** Ο καρκίνος αναπτύσσεται κατά μήκος το χοληδόχου πόρου, δηλαδή στην ανατομική θέση μεταξύ κυστικού πόρου και φύματος Vater. Ο καρκίνος του χοληδόχου πόρου είναι ο συνηθέστερος τύπος χολαγγειοκαρκινώματος και αφορά το 50-60% των χολαγγειοκαρκινωμάτων.^[12]

3.4.3 ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΙ ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ

Το αγγειοσάρκωμα είναι ένα κακοήθες νεόπλασμα των ενδοθηλιακών κυττάρων του αγγειακού τοιχώματος. Αιμαγγειοσάρκωμα παρατηρείται στα αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγειοσάρκωμα εμφανίζεται στα λεμφαγγεία. Αγγειοσάρκωμα του ήπατος, έχει παρατηρηθεί σε εργάτες που εκτίθενται στο βινυλοχλωρίδιο.^[14]

3.4.4 ΗΠΑΤΟΒΛΑΣΤΩΜΑ

Το ηπατοβλάστωμα είναι ένας κακοήθης όγκος από εμβρυονικά ή εμβρυικά ηπατοκύτταρα, που συχνά περιέχει και μεσεγχυματικά στοιχεία, απαντάται δε σε μικρά παιδιά, συνήθως ηλικίας μικρότερης των 3 ετών (έχουν αναφερθεί περιπτώσεις και σε ενήλικες). Ο όγκος

αυτός αποτελεί το 50% όλων των πρωτοπαθών κακοήθων όγκων του ήπατος κατά την παιδική ηλικία είναι δε ο πιο συχνός όγκος του οργάνου στην ηλικία αυτή.^[14]

3.5 ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ

Τα δευτεροπαθή ή μεταστατικά νεοπλάσματα του ήπατος προέρχονται κυρίως από πρωτοπαθείς όγκους των πνευμόνων και του πεπτικού συστήματος, είναι δε τα συχνότερα κακοήθη νεοπλάσματα του οργάνου αυτού. Η συχνότερη πρωτοπαθής εστία είναι το βρογχογενές καρκίνωμα, ακολουθούν δε ο καρκίνος του προστάτου, του παχέος εντέρου, του μαστού, του παγκρέατος, του στομάχου, του νεφρού, του τραχήλου της μήτρας κ.ά. Ηπατικές μεταστάσεις εμφανίζονται σε 40-50% των ενηλίκων ασθενών με εξωηπατικούς πρωτοπαθείς όγκους.^[10]

3.6 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Τα συστήματα σταδιοποίησης των κακοήθων νόσων κατέχουν σημαντική θέση τόσο από κλινικής όσο και από ερευνητικής πλευράς. Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, πέρα την μεγάλη συχνότητα και την κακή πρόγνωσή του, έχει χαρακτηριστικά τα οποία περιπλέκουν την προσπάθεια για ένα ενιαίο σύστημα σταδιοποίησης. Αυτό καταδεικνύει την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των ογκολογικών και ηπατικών παραμέτρων καθώς και την μεγάλη ανομοιογένεια γεωγραφικών, επιδημιολογικών και παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με αυτόν τον όγκο. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η ανάλυση συστημάτων σταδιοποίησης του καρκίνου του ήπατος.^[10]

Σύστημα TNM (Tumor-Node-Metastasis). Όπως και στους άλλους κακοήθεις όγκους, το σύστημα TNM λαμβάνει υπόψιν χαρακτηριστικά του όγκου (Tumor), της λεμφαδενικής επέκτασής του (Nodes) και των απομακρυσμένων μεταστάσεων (Metastases) και βρίσκεται σε εφαρμογή από το 1977.^[15]

Στην τελευταία έκδοσή του (2010) για το ΗΚΚ (Πίνακας 1) περιλαμβάνει ακόμη την ιστολογική βαθμίδα του όγκου (histologic grade-G) και τον βαθμό της ίνωσης (Fibrosis score-F)^[17]. Η αξιολόγηση του συστήματος σε δύο μεγάλες μελέτες υπογράμμισε τη μεγάλη προγνωστική σημασία της μικρο- και μακρο-αγγειακής διήθησης, της διήθησης των πέριξ ιστών, του αριθμού και του μεγέθους των όγκων. Η επικέντρωση του TNM στα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου στο ήπαρ, περιορίζει τη χρησιμότητα του συστήματος αυτού στην μειοψηφία των ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνο που έχουν υποβληθεί σε εκτομή των όγκων τους (ή σε μεταμόσχευση). Ασθενείς με ανεγχείρητο ηπατοκυτταρικό καρκίνο, που όμως μπορούν να υποβληθούν σε επεμβατική θεραπεία (π.χ θερμοκαυτηρίαση ή χημειοεμβολισμό) δεν μπορούν να ταξινομηθούν με το σύστημα TNM. Επίσης, το TNM δεν ενσωματώνει στοιχεία της ηπατικής λειτουργίας και της γενικής κατάστασης του ασθενούς, τα οποία, μερικές φορές, επηρεάζουν την πρόγνωση περισσότερο από τον ίδιο τον καρκίνο στο ήπαρ.^[17,18]

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Σύστημα σταδιοποίησης ηπατικών όγκων TNM (7η έκδοση, 2010)

Πρωτοπαθής όγκος(T) Tx Πρωτοπαθής όγκος που δεν μπορεί να εκτιμηθεί

T0 Μη απόδειξη πρωτοπαθούς όγκου

T1 Μονήρης όγκος χωρίς αγγειακή διήθηση

T2 Μονήρης όγκος με αγγειακή διήθηση ή πολλαπλοί όγκοι όχι πάνω από 5 εκ.

T3a Πολλαπλοί όγκοι μεγαλύτεροι από 5 εκ.

T3b Μονήρης όγκος ή πολλαπλοί όγκοι οποιουδήποτε μεγέθους που διηθούν κύριο κλάδο της πυλαίας φλέβας ή ηπατικής φλέβας

T4 Όγκοι με διήθηση παρακείμενων οργάνων εκτός της χοληδόχου κύστης ή με διάτρηση του σπλαχνικού περιτοναίου

Περιοχικοί λεμφαδένες(N)

Nx Περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν

N0 Χωρίς μεταστατικούς περιοχικούς λεμφαδένες

N1 Με μεταστατικούς περιοχικούς λεμφαδένες

Απομακρυσμένες μεταστάσεις(M)

M0 Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις

M1 Με απομακρυσμένες μεταστάσεις

Ανατομικά στάδια /προγνωστικές ομάδες

ΣΤΑΔΙΟ I	T1	N0	M0
ΣΤΑΔΙΟ II	T2	N0	M0
ΣΤΑΔΙΟ IIIa	T3a	N0	M0
ΣΤΑΔΙΟ IIIb	T3b	N0	M0
ΣΤΑΔΙΟ IIIc	T4	N0	M0
ΣΤΑΔΙΟ IVa	οποιοδήποτε T	N1	M0
ΣΤΑΔΙΟ A	οποιοδήποτε T	οποιοδήποτε N	M1

Ιστολογικός βαθμός(G)

G1 καλώς διαφοροποιημένο

G2 μέτρια διαφοροποιημένο

G3 φτωχά διαφοροποιημένο

G4 αδιαφοροποίητο

Βαθμός ίνωσης(F) Ο βαθμός ίνωσης όπως ορίζεται κατά Ishak συνιστάται εξαιτίας της προγνωστικής του αξίας στην συνολική επιβίωση. Αυτό το σύστημα χρησιμοποιεί μία κλίμακα 0-6.

F0 βαθμός ίνωσης 0-4 (χωρίς ως μέτρια ίνωση)

F1 βαθμός ίνωσης 5-6 (σοβαρή ίνωση ως κίρρωση)

Σύστημα OKUDA

Το σύστημα αυτό παρουσιάστηκε το 1985, μετά από μελέτη, από τον Okuda και ικανού αριθμού (850) ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνο ^[19]. Η παράμετρος του όγκου που λαμβάνεται υπόψιν είναι το μέγεθος του όγκου (μεγαλύτερο ή μικρότερο από το 50% του ήπατος), ενώ οι παράγοντες της ηπατικής λειτουργίας είναι ο ασκίτης και τα επίπεδα χολερυθρίνης και λευκώματος του ορού (Πίνακας 2). Στην προαναφερθείσα αρχική μελέτη, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στην διάμεση επιβίωση μεταξύ των ασθενών σταδίου I, II και III κατά Okuda (11.5 μήνες, 3.0 μήνες και 0,9 μήνες αντίστοιχα). Το σύστημα Okuda έχει μέχρι σήμερα χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών, και από πολλούς θεωρείται σαν σύστημα αναφοράς, με το οποίο συγκρίνονται νεότερες σταδιοποιήσεις. Στο σύστημα Okuda καταλογίζεται η αδυναμία για διάκριση των ασθενών με πρώιμο (early) ηπατοκυτταρικό καρκίνο . Σήμερα αρκετοί ασθενείς διαγιγνώσκονται εγκαίρως, με πραγματικά μικρούς όγκους και πολύ πριν αυτοί καταλάβουν το ήμισυ του ήπατος. Το σύστημα Okuda θεωρείται αντιθέτως χρήσιμο για την διάκριση των ασθενών με τελικού σταδίου ΗΚΚ (III κατά Okuda), οι οποίοι δεν είναι σκόπιμο να υποβάλλονται σε θεραπεία, πλην της συμπτωματικής ^[19].

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Σταδιοποίηση ΗΚΚ κατά Okuda

Παράγοντες που συνιστούν προχωρημένη νόσο

- Μέγεθος όγκου >50% του ήπατος
- Ασκίτης
- Αλιευμένα < 3g/dL
- Χολερυθρίνη > 3mg/dl

ΣΤΑΔΙΟ I κανένας παράγοντας

ΣΤΑΔΙΟ II 1-2 παράγοντες

ΣΤΑΔΙΟ III 3-4 παράγοντες

3.7 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Οι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την αιτιολογία και την ανάπτυξη του καρκίνου είναι πολλοί. Οι έρευνες για την αιτιολογία του καρκίνου κινούνται προς πολλές κατευθύνσεις. Δυστυχώς για τις περισσότερες περιπτώσεις οι αιτίες πρόκλησης καρκίνου παραμένουν αδιευκρίνιστες. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιοι είναι οι παράγοντες. Η αποφυγή τους είναι δυνατό, συμβάλλει σε μια σημαντική μείωση του κινδύνου για τον καθένα μας να προσβληθεί από καρκίνο. ^[20,21]

Οι κυριότεροι παράγοντες που έχουν αιτιολογικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου στο ήπαρ είναι οι ακόλουθοι:

- Γενετικοί –μεταβολικοί παράγοντες
- Ιογενείς ηπατίτιδες
- Κίρρωση ήπατος
- Κατάχρηση αλκοόλ
- Περιβατολογικοί – διατροφικοί παράγοντες
- Φαρμακευτικές ουσίες
- Χημικές ουσίες
- Παχυσαρκία

3.7.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ – ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μεταβολές στο γενετικό υλικό και μεταβολικά νοσήματα έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος.. Κάποια από αυτά είναι τα ακόλουθα: γλυκογονίαση τύπου I (νόσος του Von Gierke), ιδιοπαθής αιμοχρωμάτωση, ανεπάρκεια α-1 αντιθριψίνης, νόσος του Wilson, σύνδρομο Budd-Chiari, νευρινωμάτωση, πρωτοπαθής χολική κίρρωση και σακχαρώδης διαβήτης^[21,22]. Είναι πιθανή η συσχέτιση του σακχαρώδη διαβήτη με την εμφάνιση καρκίνου στο ήπαρ διότι έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη προδιάθεσης για διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν αν ο διαβήτης συνιστά αποτέλεσμα της κίρρωσης, η οποία με τη σειρά της προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου, ή αν αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου στο ήπαρ^[23,24]. Όσον αφορά στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η συνοδός παρατηρούμενη αύξηση της έκκρισης του ινσουλινόμορφου αυξητικού παράγοντα έχει συσχετισθεί με την καρκινογένεση στο ήπαρ. Ωστόσο, δεν έχει αναγνωρισθεί συσχέτιση της ανάπτυξης καρκίνου με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1^[24].

3.7.2 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες (B και C) αποτελούν έναν από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση καρκίνου του ήπατος παγκοσμίως. Εξάλλου, η γεωγραφική κατανομή της συχνότητας του καρκίνου αποτελεί συνάρτηση της έκθεσης στους ιούς της ηπατίτιδας B και C, με την χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας B και C να ευθύνεται για σχεδόν το 75% των περιπτώσεων του καρκίνου του ήπατος^[24].

Η σχέση μεταξύ έκθεσης σε λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας B και ηπατοκυτταρικού καρκίνου έχει τεκμηριωθεί σε πληθυσμιακές ομάδες στην Ασία, την Αφρική, τη Β. Αμερική και την Ευρώπη. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του ήπατος σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα B είναι 30 φορές πιο αυξημένος σε σχέση με τους μη προσβεβλημένους ασθενείς^[25]. Ως παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε ασθενείς με ηπατίτιδα B λοίμωξη είναι το άρρεν φύλο, η μεγάλη ηλικία, η κατάχρηση αλκοόλ, το κάπνισμα, η εθνικότητα (συχνότερα σε ασιατικούς και αφρικανικούς πληθυσμούς) και το κληρονομικό ιστορικό^[24,25].

Ο μηχανισμός της ογκογένεσης σχετίζεται με την ενσωμάτωση του ιικού DNA σε αυτό του ξενιστή. Ακολούθως, το γονιδίωμα του ιού που έχει ενσωματωθεί στο γονιδίωμα του ξενιστή, κωδικοποιεί ένα σύνολο από φυσικές ή τροποποιημένες πρωτεΐνες του ιού της ηπατίτιδας B.

Οι πρωτεΐνες αυτές παρεμβαίνουν σε διάφορες μεταβολικές διεργασίες του ηπατοκυττάρου, καθιστώντας το ευάλωτο στις μεταλλαξογόνες ιδιότητες εξωγενών ή ενδογενών ογκογόνων παραγόντων, επάγοντας ογκογονίδια και προκαλώντας χρωμοσωμική αστάθεια. Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα, η ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος δεν προϋποθέτει την ύπαρξη σημαντικής φλεγμονώδους δραστηριότητας, ίνωσης ή την παρουσία κίρρωσης στο ηπατικό παρέγχυμα^[26]. Εκτός από την ηπατίτιδα Β και η ηπατίτιδα C αποτελεί σημαντικό αίτιο ανάπτυξης ηπατικού καρκίνου. Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο ήπαρ κατά 27 φορές^[27].

Άγνωστος παραμένει ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο ιός της ηπατίτιδας C σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου. Ο ιός της ηπατίτιδας C δεν ενσωματώνεται στο γονιδίωμα του ηπατοκυττάρου σε αντίθεση με την ηπατίτιδα Β και στην περίπτωση του η ογκογένεση έπεται συνήθως της κίρρωσης ή της προχωρημένης ίνωσης. Παράγοντες κίνδυνου εμφάνισης ηπατικού καρκίνου σε ασθενείς με ηπατίτιδα αποτελούν:

- Άρρεν φύλο
- η προχωρημένη ηλικία
- η κατάχρηση οινόπνεύματος
- συνλοίμωξη με ιό HBV ή ιό HIV, η παρουσία ίνωσης ή κίρρωσης
- η παχυσαρκία
- ο σακχαρώδης διαβήτης και το μεταβολικό σύνδρομο
- το κάπνισμα^[24,28]

3.7.3 ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Πρόκειται για μια κατάσταση που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα χρόνιας ηπατικής νόσου και χαρακτηρίζεται από μείωση των ηπατοκυττάρων διάδοσης και κατάργηση της αναγεννητικής ικανότητας του ήπατος. Χαρακτηρίζεται επίσης από τη συνεπακόλουθη αύξηση του ινώδους ιστού και την καταστροφή των κυττάρων του ήπατος, που διευκολύνει το έδαφος για την ανάπτυξη καρκινικών όγκων^[28,29]. Η κίρρωση αποτελεί τον πλέον σημαντικό κλινικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στο ήπαρ. Περίπου το 80% των καρκίνων στο ήπαρ αναπτύσσεται σε έδαφος κίρρωσης.^[29]

3.7.4 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Σε χώρες με χαμηλά ποσοστά των ιογενών ηπατίτιδων, η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου στο ήπαρ. Ωστόσο, και σε περιοχές με υψηλή συχνότητα ηπατίτιδων, το αλκοόλ μπορεί να επιδεινώσει την ιογενή βλάβη του ήπατος προάγοντας έτσι την ανάπτυξη όγκων. Το αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε ηπατοκαρκινογένεση μέσω πρόκλησης ηπατικής κίρρωσης, εξαιτίας της τοξικότητάς του. Συνέργεια του αλκοόλ έχει παρατηρηθεί με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως οι ιογενείς ηπατίτιδες, ο διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα^[30].

Η κατάχρηση αλκοόλ συνιστά σημαντική αιτία κίρρωσης του ήπατος και ευθύνεται για το 15% έως 45% των περιπτώσεων καρκίνου στο ήπαρ στις δυτικές χώρες^[31]. Δεν έχει καθοριστεί η διάρκεια της έκθεσης και η δόση της αιθανόλης που απαιτούνται, παρόλ' αυτά, η έκθεση σε ποσότητες που υπερβαίνουν τα 80 gr ημερησίως για τουλάχιστον 10 έτη αυξάνει κατά 5 φορές τον κίνδυνο καρκινογένεσης^[26].

3.7.5 ΠΕΡΙΒΑΛΟΝΤΙΚΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Περιβαλλοντικοί – διατροφικοί παράγοντες που έχουν συσχετισθεί αιτιολογικά με την εμφάνιση καρκίνου στο ήπαρ είναι η κατανάλωση μολυσμένου ύδατος από λιμνάζοντα νερά που περιέχει αφλατοξίνη. Οι αφλατοξίνες συνιστούν μια κατηγορία μυκοτοξινών που παράγονται από ένα είδος μύκητα που καλείται ασπέργιλλος. Ο μύκητας αυτός προσβάλλει διάφορα είδη ξηρών καρπών, δημητριακών, σιτηρών που είναι πλημμελώς συντηρημένα. Η κατανάλωση των εν λόγω τροφών, κυρίως σε περιοχές της υποσαχάριας Αφρικής, της Ασίας και της Κίνας συνιστά στην έκθεση των πληθυσμών στις αφλατοξίνες και την ηπατοκαρκινογόνο δράση τους^[31,32].

Η δράση των αφλατοξινών έχει συσχετισθεί με πρόκληση μεταλλάξεων, ηπατοτοξικότητας και ανοσοκαταστολής. Οι ίδιες ενοχοποιούνται για πρόκληση ανασταλτικών επιδράσεων εξασκούν ανασταλτικές επιδράσεις σε διάφορες βιολογικές διεργασίες, μεταξύ των οποίων και η σύνθεση του DNA. Μάλιστα, η κατανάλωση τροφίμων μολυσμένων με αφλατοξίνες είναι υπεύθυνη για πολλά σοβαρά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων της ηπατοτοξικότητας, της τερατογένεσης, της ανοσοτοξικότητας και των κακοηθειών^[32].

Επιπρόσθετα, αυτοί που έχουν συσχετισθεί περισσότερο με την πρόκληση καρκινογένεσης είναι οι μικροκυστίνες (τοξίνες που παράγονται από φυκομύκητες). Οι τοξίνες αυτές έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση σοβαρής ενδοηπατικής αιμορραγίας, ηπατικής νέκρωσης, ενώ έχει διαπιστωθεί και η συνεργιστική δράση τους με τις αφλατοξίνες^[32].

3.7.6 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Αρκετές φορές στο παρελθόν έχει τεκμηριωθεί με επιστημονικές μελέτες η σχέση ορισμένων φαρμάκων με την ανάπτυξη καρκίνου στο ήπαρ. Στις κατηγορίες αυτές φαρμάκων ανήκουν:

- αναβολικές ουσίες
- ανδρογόνα σκευάσματα
- οιστρογόνα τα από τους στόματος
- αντισυλληπτικά
- η μεθοτρεξάτη
- η μεθυλντόπα
- κυπροτερόνη^[33].

3.7.7 ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

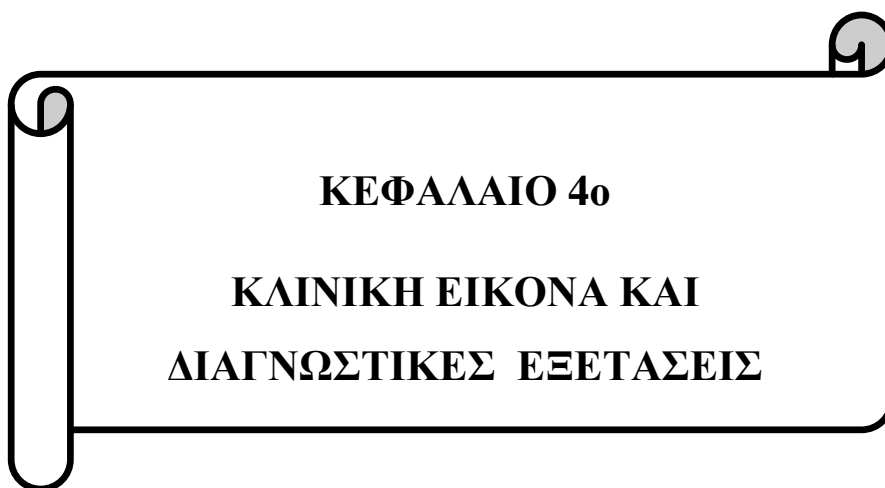
Η έκθεση σε ορισμένες χημικές ουσίες θεωρείται ότι συμβάλει στην ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού στον άνθρωπο. Μεταξύ των ουσιών αυτών ανήκουν ανόργανες στοιχειακές ενώσεις (αρσενικό, κάδμιο, χρώμιο, μόλυβδος, μαγγάνιο, νικέλιο, άσβεστος), αρωματικές αμίνες, αλκυλιωτικοί παράγοντες, ενώσεις με βάση το άζωτο και νιτρικά συστατικά, καθώς και το βινυλοχλωρίδιο. Η συσχέτιση των ουσιών αυτών με την ηπατοκαρκινογένεση οφείλεται σε αναφορές περιορισμένου αριθμού περιπτώσεων, που αφορούν κυρίως επαγγελματική έκθεση στις εν λόγω ουσίες^[26]. Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει αναφορά στο

βινυλοχλωρίδιο (VC) και στην ουσία Thorotrast (που περιέχει διοξείδιο του θορίου) που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία και η επαγγελματική έκθεση σε αυτές αποτελεί

αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για μια πολύ επιθετική μορφή ηπατικού καρκίνου, το αγγειοσάρκωμα του ήπατος ^[34].

3.7.8 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας που αφορούν τη σύγχρονη κοινωνία. Συγκαταλέγεται πλέον στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση πολλών διαφορετικών κακοηθειών. Συγκεκριμένα, για τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο η παχυσαρκία, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κυρίως λόγω της σχέσης της με το σακχαρώδη διαβήτη και τη μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος συνδέεται στενά με την παχυσαρκία, ειδικά την κοιλιακή παχυσαρκία και την αντίσταση στην ινσουλίνη που είναι γνωστό ότι ευνοούν την εμφάνιση στεάτωσης του ήπατος που με τη σειρά της προκαλεί σοβαρή φλεγμονή και ίνωση του οργάνου^[26,35]. Επίσης, έχει υποστηριχθεί η συσχέτιση της παχυσαρκίας με την κρυπτογενή κίρρωση που σχετίζεται με την πρόκληση καρκίνου στο ήπαρ^[26,36]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

4.1 Κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του ήπατος

Οι κλινικές εκδηλώσεις του ηπατοκυτταρικού καρκίνου εξαρτώνται κυρίως από το μέγεθος του όγκου, την επέκταση της νόσου και τη συνύπαρξη ηπατικής νόσου. Ο καρκίνος του ήπατος στα αρχικά στάδια είναι συνήθως ασυμπτωματικός. Πολλές φορές, μάλιστα η διάγνωση τίθεται στα πλαίσια παρακολούθησης ενός ασθενούς με ηπατικό νόσημα, ενώ ο ίδιος είναι ασυμπτωματικός. Συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει ο καρκίνος του ήπατος σε ασθενείς είναι:

- αδυναμία
- ανορεξία
- πυρετός
- πόνος στην περιοχή της κοιλίας
- απώλεια βάρους

Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν σε καταστάσεις που έχει εγκατασταθεί ο καρκίνος είναι η συλλογή υγρού στην κοιλία (ασκίτης), ο ίκτερος (κίτρινη χροιά του δέρματος, των σκληρών και των βλεννογόνων λόγω αυξημένης συγκέντρωσης χολερυθρίνης στα υγρά του σώματος) στους επιπεφυκότες και το δέρμα και ούρα σκούρου χρώματος^[13,37].

Λιγότερο συχνά η νόσος εκδηλώνεται με οξύ κοιλιακό πόνο που οφείλεται σε ρήξη ή αιμορραγία του όγκου, ή με πυρετό άγνωστης αιτιολογίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η νόσος χαρακτηρίζεται από σιωπηλή πορεία, με απουσία κλινικών εκδηλώσεων, ενώ το 75% των ασθενών εμφανίζει συμπτώματα για διάρκεια μικρότερη των 6 εβδομάδων πριν τεθεί η διάγνωση^[34].

Οι ασθενείς με διαγνωσμένη κίρρωση, αποτελούν την πλειονότητα εκείνων που θα εμφανίσουν τελικά καρκίνο στο ήπαρ, οι κλινικές εκδηλώσεις της κακοήθειας τείνουν να επικαλύπτονται από εκείνες της κίρρωσης και να απουσιάζουν στα αρχικά στάδια. Η αιφνίδια επιδείνωση της γενικής κατάστασης ενός κίρρωτικού ασθενούς λόγω εμφάνισης ηπατικής ανεπάρκειας, κίρσορραγίας, αποφρακτικού ίκτερου και επιδεινούμενου ασκίτη (συλλογή ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα), και ηπατικής εγκεφαλοπάθειας εγείρουν υποψίες για την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου^[34,38].

Ο καρκίνος στο ήπαρ σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθεί με αιμοπεριτόναιο και περιφερική καταπληξία, κλινική εικόνα που συνδέεται με πολύ κακή πρόγνωση. Οι παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις είναι σπάνιες και αφορούν τον πυρετό, την υπογλυκαιμία, δερματολογικές εκδηλώσεις και σπάνιες νευρολογικές εκδηλώσεις. Απομακρυσμένες ανευρίσκονται στο 5–15% των ασθενών κατά τη στιγμή της διάγνωσης, με εντόπιση κυρίως στους πνεύμονες και τα οστά και σπανιότερα στους κοιλιακούς λεμφαδένες, το περιτόναιο, τα επινεφρίδια και τον εγκέφαλο^[24,37]. Στις περιπτώσεις ύπαρξης μεταστάσεων, η κλινική εικόνα του ασθενούς μπορεί να σχετίζεται με την πρωτοπαθή εστία ή τις μεταστάσεις. Επομένως μπορεί να παρατηρηθούν σκελετικοί πόνοι λόγω οστεολυτικών μεταστάσεων, δύσπνοια, βήχας, αιμόπτυση και θωρακικός πόνος επί ύπαρξης πνευμονικών μεταστάσεων, νευρολογικά συμπτώματα σε περίπτωση μεταστάσεων στον εγκέφαλο και κοιλιακός πόνος και ασκίτης σε περιπτώσεις περιτοναϊκών μεταστάσεων^[38,39].

Τα κλινικά σημεία της νόσου κατά την κλινική εξέταση ποικίλουν ανάλογα και με το στάδιό της. Κυριότερο κλινικό σημείο αποτελεί η ηπατομεγαλία, ενώ συχνά διαπιστώνεται και ψηλαφητή κοιλιακή μάζα. Κατά την ακρόαση στο 15-20% των ασθενών διαπιστώνεται στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου αρτηριακό φύσημα ή ήχος τριβής, σημείο που έχει μεγάλη

διαγνωστική αξία. Η παρουσία ασκίτη, η κίρσορραγία υποδηλώνουν προχωρημένη νόσο, ενώ η ανεύρεση αιμορραγικού ασκίτικου υγρού θέτει πάντα την υποψία για καρκίνο στο ήπαρ^[34].

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η καλή και εμπεριστατωμένη κλινική εξέταση, με λήψη λεπτομερούς ιστορικού συμβάλλουν σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Εργαστηριακές (καρκινικοί δείκτες) και απεικονιστικές εξετάσεις όπως το υπερηχογράφημα, η αξονική και μαγνητική τομογραφία, η αγγειογραφία είναι σημαντικές διαδικασίες για τη διάγνωση του καρκίνου του ήπατος. Σε αρκετές περιπτώσεις η βιοψία (λαπαροσκόπηση) του ηπατικού ιστού θα επιβεβαιώσει τη διάγνωση^[37].

4.2.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ο καρκίνος στο ήπαρ έχει ως αποτέλεσμα την μεταβολή της ηπατικής λειτουργίας και τη μεταβολή των εργαστηριακών ευρημάτων. Όμως υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα ευρήματα είναι φυσιολογικά και οφείλεται στην σιωπηλή εγκατάσταση της νόσου στον οργανισμό. Αυτό που παρατηρείται στις εργαστηριακές εξετάσεις είναι η μεταβολή στα επίπεδα των τρανσαμινασών του ορού (AST, ALT) και της αλκαλικής φωσφατάσης. Παρά το ότι πρόκειται για μη ειδικά ένζυμα, συχνά είναι αυξημένα σε χρόνια ηπατική νόσο χωρίς την παρουσία καρκίνου στο ήπαρ. Η ύπαρξη ενός μεσαίου ή μεγάλου μεγέθους ηπατικού όγκου μπορεί να προκαλέσει την αύξηση των επιπέδων αλκαλικής φωσφατάσης και χωρίς την παρουσία ηπατικής νόσου. Οι αυξημένες τιμές χολερυθρίνης αντανακλούν ηπατική δυσλειτουργία, οφειλόμενη σε χρόνια ηπατική νόσο ή μεγάλο καρκινικό όγκο του ήπατος. Λιγότερο συχνά, ο ίκτερος οφείλεται σε προσβολή των χοληφόρων από τον όγκο, ή επέκτασή του εντός των χοληφόρων. Άλλα στοιχεία που σχετίζονται με επηρεασμένη ηπατική λειτουργία περιλαμβάνουν την υποαλβουμιναιμία, τις διαταραχές πήξης και την θρομβοκυτοπενία^[40].

Η υπογλυκαιμία είναι η πιο συχνή νεοπλασματική βιοχημική διαταραχή. Επίσης μεταβολές παρατηρούνται στις τιμές των σφαιρινών, της σερουλοπλασμίνης της α1-αντιθρυψίνης, της χοριακής γοναδοτροπίνης, των χοριοσωματοτροπινών και της ισοφεριτίνης. Τέλος, είναι δυνατό να παρατηρηθούν υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, πορφυρία, κυσταθειονουρία, ψευδοϋπερπαραθυρεοειδισμός και αύξηση της θυρεοσφαιρίνης^[34].

4.2.2 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο παρατηρείται αύξηση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA). Παρόλ' αυτά, ο δείκτης για το καρκίνο στο ήπαρ είναι η α – φετοπρωτεΐνη (AFP), μια γλυκοπρωτεΐνη που φυσιολογικά την συναντάμε μόνο στην εμβρυϊκή κυκλοφορία. Η AFP εμφανίζεται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στον ορό ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος και όγκο στους όρχεις. Η ανώτερη φυσιολογική τιμή της AFP στον ορό είναι 20 ng/ml. Τιμές ανώτερες των 200 ng/ml είναι ενδεικτικές για καρκίνο στο ήπαρ, με το 75% των ασθενών να εμφανίζουν τιμές AFP μεγαλύτερες των 400 ng/ml^[34].

Η χαμηλή ειδικότητα της AFP την καθιστά ακατάλληλη για τη προσυμπτωματική διάγνωση της νόσου αφού βρίσκεται μετρίως αυξημένη στην οξεία ηπατίτιδα και σε μερικά μεταστατικά νεοπλάσματα και αρκετά αυξημένη στην κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, στο τερατοκαρκίνωμα και στους όγκους του λεκιθικού ασκού. Επίσης, η AFP συχνά

παρουσιάζεται φυσιολογική στα αρχικά στάδια της νόσου και σε μικρού μεγέθους όγκους. Παρόλ' αυτά η μέτρησή της αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την πρόγνωση, τον έλεγχο της τοπικής υποτροπής και των μεταστάσεων. Πιο συγκεκριμένα, όταν μετά την ηπατεκτομή οι τιμές της πέσουν δραματικώς και βρεθούν αυξανόμενες σε κάποια φάση της μετεγχειρητικής παρακολούθησης, τότε είναι πολύ πιθανή η τοπική υποτροπή ή η ύπαρξη μεταστατικών εστιών^[34].

4.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

4.3.1 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Με το υπερηχογράφημα κοιλίας μπορεί να εκτιμήσει την πυκνότητα του ήπατος αν υπάρχει υποψία κάποιας μάζας^[37]. Επίσης το υπερηχογράφημα του ήπατος είναι σε θέση να ανιχνεύσει βλάβες 2-3 cm. Επιπλέον χρησιμοποιείται ως screening test (σάρωση), ή ως μέσο παρακολούθησης ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του ήπατος.

Τέλος, λόγω της διαθεσιμότητάς του και του χαμηλού κόστους του χρησιμοποιείται συχνά σε προγράμματα πρόληψης που αφορούν άτομα που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου^[41].

Η χρήση του υπερηχογραφήματος στη διάγνωση έχει αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό από την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι είναι χρήσιμη σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως η αξιολόγηση της προσβολής αγγείων από τον κακοήθη όγκο^[42].

Χάρη στην πρόοδο των απεικονιστικών εξετάσεων πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται ο υπέρηχος με έγχυση σκιαγραφικού. Το σκιαγραφικό αποτελείται από μικρό-φουσαλίδες αέρα ή υπερφθορισμένου υδρογονάνθρακα διαμέτρου 3μm, οι οποίες σταθεροποιούνται από περίβλημα πρωτεϊνών ή λιπιδίων. Οι μικροφουσαλίδες, χάρη στο μικρό τους μέγεθος και στη σταθερότητα των μικροφουσαλίδων τους έχουν τη δυνατότητα, διαπερνώντας τα πνευμονικά τριχοειδή, να εισέρχονται στη συστηματική κυκλοφορία. Στη συνέχεια, εγκαθίστανται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα του ήπατος και αυξάνουν την ορατότητα του ηπατοκυτταρικού καρκίνου και των μεταστάσεων^[24].

Επιπρόσθετα, τόσο στους πρωτοπαθείς όσο και στους μεταστατικούς όγκους του ήπατος, η διεγχειρητική υπερηχογραφία υπερέχει όλων των υπολοίπων διαγνωστικών απεικονιστικών μεθόδων, όσον αφορά τον εντοπισμό του αριθμού, της έκτασης και της σχέσης των όγκων με τα ενδοηπατικά αιμοφόρα αγγεία. Πραγματοποιείται με δύο τρόπους: είτε λαπαροσκοπικά είτε κατά τη διάρκεια λαπαροτομής. Η άμεση επαφή με την επιφάνεια του ήπατος ενισχύει την διακριτική ικανότητα και την ευαισθησία. Επίσης, η λαπαροσκόπηση επιτρέπει την οπτική εξέταση για τον αποκλεισμό του ενδεχομένου εξωηπατικής νόσου στην περιτοναϊκή κοιλότητα της κοιλιακής κοιλότητας. Μάλιστα, με τη λαπαροσκοπική υπερηχογραφία ανιχνεύονται μικροί πρωτοπαθείς ή μεταστατικοί ηπατικοί όγκοι που δεν είναι ορατοί προεγχειρητικά με την αξονική ή τη μαγνητική τομογραφία σε ποσοστό ασθενών που προσεγγίζει το 15%^[43].

4.3.2 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η αξονική τομογραφία (Computed Tomography – CT) συνδυάζει υψηλή ευαισθησία και χρησιμεύει για να προσδιορίσουμε την έκταση του όγκου μέσα στο ήπαρ και να εκτιμήσουμε πιθανόν εστιακές αλλοιώσεις του καρκίνου σε άλλα όργανα της κοιλιάς ή στους λεμφαδένες. Ακόμα παρέχει πληροφορίες για τη φυσιολογική και παθολογική ανατομική του ήπατος, αλλά και για τα παρακείμενα όργανα όπως το πάγκρεας, ο σπλήνας, το παχύ και το λεπτό έντερο, οι νεφροί και τα επινεφρίδια. Αδιαμφισβήτητα ένα από τα μεγάλα πλεονεκτήματα της αξονικής τομογραφίας είναι η μεγάλη ακρίβεια καταγραφής της διαφορικής απορρόφησης της ακτινοβολίας που διέρχεται μέσα από τους διάφορους ιστούς του σώματος. Στην απορρόφηση αυτή αποδίδονται οι διαφορές στην πυκνότητα του ηπατικού παρεγχύματος σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως στις περιπτώσεις κύστεων, αποστημάτων, πρωτοπαθών ή μεταστατικών όγκων. Η χρήση σκιαγραφικών ουσιών που χορηγούνται ενδοφλεβίως καθιστά τη μέθοδο ιδιαίτερα ευαίσθητη στην διαφορική διάγνωση μεταξύ όγκων και άλλων παθήσεων^[44].

Όταν πραγματοποιείται αξονική τομογραφία με χρήση σκιαγραφικού παρατηρείται βέλτιστη απεικόνιση των αρτηριακών και φλεβικών συστημάτων. Έτσι, όγκοι με μεγάλη αγγείωση παρουσιάζουν έντονη σκιαγράφιση σε αντίθεση με καταστάσεις που στερούνται αγγείων, όπως οι κύστεις, που διαφοροποιούνται εύκολα εφόσον δεν προσλαμβάνουν τη σκιαγραφική ουσία και παρουσιάζονται σαν σχετικά ακτινοδιαφανείς περιοχές. Στην αξονική τομογραφία, ο όγκος πριν την έγχυση σκιαγραφικού παίρνει τη μορφή υπόπυκνης ή ισόπυκνης βλάβης, ενώ στην αρτηριακή φάση σκιαγραφείται έντονα. Στη συνέχεια, στην πυλαία φάση εμφανίζεται ισόπυκνος ή υπόπυκνος όζος, η κάψα και τα διαφράγματα του οποίου προσλαμβάνουν έντονα τη σκιαγραφική ουσία. Τέλος, στην καθυστερημένη φάση παραμένει η πρόσληψη σε σημεία που σχετίζονται με την παρουσία ινώδους ιστού.^[44]

Τέλος, η αξονική τομογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και στη διερεύνηση πιθανών μεταστατικών όγκων στο ήπαρ και στη σταδιοποίηση. Το μέγεθος των μεταστάσεων που μπορούν να ανιχνευθούν με την αξονική τομογραφία είναι περίπου 5-10 mm και στις περιπτώσεις αυτές η εξέταση πρέπει να συνδυάζεται με την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι μεταστατικές εστίες εμφανίζονται σαν υποπυκνωτικές περιοχές στην αξονική τομογραφία.^[44]

4.3.3 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαγνητική τομογραφία (Magnetic Resonance Imaging - MRI) συμβάλει να προσδιορίσουμε αν ο καρκίνος μπορεί να αφαιρεθεί χειρουργικά αφού προσδιορίζει τις εστιακές αλλοιώσεις του ήπατος. Συνήθως η μαγνητική τομογραφία δεν είναι απαραίτητη, δηλαδή γίνεται σε περιπτώσεις που η αξονική τομογραφία δεν παρέχει θετικά αποτελέσματα και κυρίως όταν κανείς υποπτεύεται την ύπαρξη όγκου ή μορφώματος στο ήπαρ, η πυκνότητα του οποίου είναι παρόμοια με αυτή του ηπατικού παρεγχύματος και η χρήση σκιαγραφικής ουσίας δεν παρέχει ικανοποιητικές απαντήσεις. Επίσης, η μαγνητική τομογραφία καθίσταται ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις συνύπαρξης αλλοιώσεων λιπώδους εκφύλισης. Η δυναμική μαγνητική τομογραφία με γαδολίνιο χαρακτηρίζεται από υψηλή διακριτική ικανότητα αντίθεσης και παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία στο κίρρωτικό ήπαρ. Η απεικόνιση του όγκου εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό διαφοροποίησής του. Η εξέταση αυτή υπερέρχει της αξονικής τομογραφίας στην ανίχνευση μικρού μεγέθους κακοήθων όγκων σε κίρρωτικό ήπαρ, ενώ παρέχει χαρακτηριστική εικόνα για το ινοπεταλιώδες καρκίνωμα του ήπατος^[24].

Πλεονέκτημα της συγκεκριμένης διαγνωστικής μεθόδου είναι η παροχή πληροφοριών με τρόπο αναίμακτο, επίσης δεν επιβαρύνει τον οργανισμό με ακτινοβολία και, τέλος, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στον έλεγχο της βατότητας μεγάλων αγγειακών κλαδών. Μειονέκτημα της μαγνητικής τομογραφίας είναι το μεγάλο κόστος και η περιορισμένη διαθεσιμότητα των μηχανημάτων^[44].

4.3.4 ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ

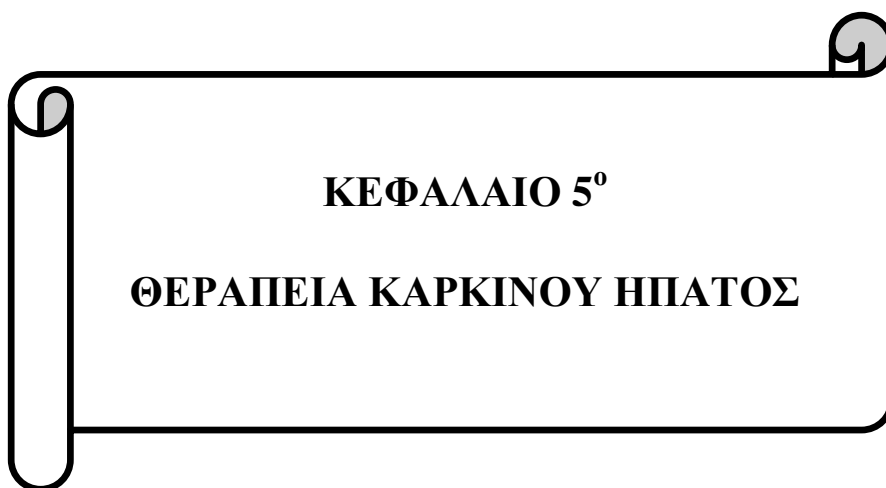
Χρήσιμη είναι η αγγειογραφία σε περιπτώσεις μελέτης αγγειακών όγκων, πρωτοπαθών ή δευτεροπαθών. Η έγχυση του σκιαγραφικού γίνεται στην κοιλιακή αρτηρία ή μετά από καθετηριασμό της κοινής ηπατικής αρτηρίας.

Η χρήση γαλλίου – 67 βοηθά στη μελέτη πρωτοπαθών όγκων του ήπατος όπως του ηπατοκυτταρικού καρκίνου^[44]. Η αγγειογραφία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση ασθενών που είναι κατάλληλοι για χημειοεμβολισμό, ή για μερική ηπατεκτομή. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις η χρήση της έχει αντικατασταθεί από την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία.^[45]

4.3.5 ΒΙΟΨΙΑ

Η διαθερμική βιοψία χρησιμεύει για τη διάγνωση του καρκίνου στο ήπαρ. Η βιοψία πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικών λεπτών βελονών με τη βοήθεια του αξονικού τομογράφου, που παρέχει μεγάλη ακρίβεια στην προσπέλαση της παθολογικής εξεργασίας για την αναρρόφηση ή την απόσπαση μικρού τμήματος ιστού. Το προϊόν της βιοψίας παρασκευάζεται στο ακτινολογικό τμήμα αμέσως μετά τη λήψη από τον κυτταρολόγο^[45].

Έχει περιοριστεί ο ρόλος της απεικονιστικά καθοδηγούμενης διαδερμικής βιοψίας καθώς έχουν πλέον βελτιωθεί τόσο η ευαισθησία όσο και η ειδικότητα των ακτινολογικών απεικονιστικών εξετάσεων. Σε ασθενείς με σαφή κλινική εικόνα και ακτινογραφικά ευρήματα που καθορίζουν συγκεκριμένο τύπο αλλοίωσης, η διαδερμική βιοψία προεγχειρητικά σπάνια ενδείκνυται. Στους ασθενείς, ωστόσο, στους οποίους η διάγνωση δεν βασίζεται σε κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα, πραγματοποιείται διαδερμική βιοψία, καθοδηγούμενη από τη χρήση υπερήχων ή αξονικής τομογραφίας. Η πρόσβαση στην αλλοίωση-στόχο, καθώς γίνεται μέσω υγιούς ηπατικού ιστού, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για την αποφυγή ελεύθερης διασποράς καρκινικών κυττάρων στο περιτόναιο. Επίσης, η διαδερμική βιοψία ενέχει κίνδυνο αιμορραγίας, καθώς τα ηπατοκυτταρικά καρκινώματα είναι όγκοι με πλούσια αγγείωση. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως η επίπτωση θανατηφόρου αιμορραγίας της διαδερμικής βιοψίας είναι 0,4%^[40].



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η επιλογή της **θεραπευτικής μεθόδου** εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το μέγεθος του όγκου, την επέκταση της νόσου, την παρουσία μεταστάσεων, τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του όγκου αλλά και το βαθμό ηπατικής λειτουργίας. Ο αιτιολογικός παράγοντας της νόσου δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του τρόπου θεραπευτικής αντιμετώπισης ^[24]

5.1 ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ

Η επιλογή για ηπατεκτομή αποτελεί την καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοηθειών του ήπατος. Πιο συγκεκριμένα, όταν αυτές επιτελούνται σε απουσία κίρρωσης είναι συχνά θεραπευτικές. Δυστυχώς όμως, παρά τις προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση και την εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής, μόνο το 25–30 % των ασθενών πληρούν τις προϋποθέσεις για ηπατεκτομή.

Τα κριτήρια εξαιρεσιμότητας του όγκου είναι τα ακόλουθα:

- μικρό μέγεθος όγκου (μονήρης όγκος με διάμετρο έως 5 εκατοστά ή έως 3 όγκοι με μέγιστη διάμετρο έως 3 εκατοστά),
- όγκος περιορισμένος στο ήπαρ που δε διηθεί μεγάλα αγγεία, ή το χοληδόχο πόρο, ούτε παρουσιάζει απομακρυσμένες μεταστάσεις
- γενική κατάσταση του ασθενούς που να επιτρέπει τη διενέργεια μιας μείζονος χειρουργικής επέμβασης ^[14, 37].

Η χειρουργική εκτομή αποτελεί θεραπεία εκλογής σε ασθενείς χωρίς κίρρωση του ήπατος. Ωστόσο, μπορεί να εφαρμοστεί και σε κίρρωτους ασθενείς με επαρκή ηπατική λειτουργία. Επομένως, όταν πρόκειται για ασθενείς με κίρρωση, πριν τη θεραπεία πρέπει να πραγματοποιείται αξιολόγηση του λειτουργικού ηπατικού αποθέματος. Η αξιολόγηση αυτή γίνεται με ένα σύστημα ταξινόμησης, που καλείται σύστημα ταξινόμησης κατά Child και δημιουργήθηκε για να προβλέπει τους παράγοντες κινδύνου των ενδοκοιλιακών επεμβάσεων σε κίρρωτους ασθενείς ^[37].

Σε ασθενείς με φυσιολογικές βιοχημικές εξετάσεις του ήπατος και υγιές ηπατικό παρέγχυμα μπορεί αφαιρεθεί έως και του 80% του συνολικού ηπατικού τους όγκου, με το εναπομείναν 20% να είναι μεταβολικά ικανό να παρέχει ικανοποιητική ηπατική λειτουργία όσο θα πραγματοποιείται ηπατική αναγέννηση. Μάλιστα, ποσοστό έως 75% ενός μη κίρρωτικού ήπατος μπορεί να αφαιρεθεί, με χειρουργική θνητότητα που δε ξεπερνά το 5% ^[31,34].

Όμως, ασθενείς με διαταραγμένη ηπατική λειτουργία, συχνά οφειλόμενη σε λιπώδη διήθηση του ήπατος ή σε κίρρωση, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο μετεγχειρητικής ηπατικής ανεπάρκειας, που μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Το μέγεθος, ο αριθμός και η θέση των ηπατικών όγκων θα προσδιορίσουν τον τύπο της επέμβασης, ώστε να αφαιρεθεί ολοκληρωτικά η βλάβη. Στις μείζονες ηπατεκτομές πραγματοποιείται αφαίρεση μεγάλου τμήματος του ηπατικού παρεγχύματος. Στη δεξιά τριτομηματική ηπατεκτομή αφαιρείται το 85% του ηπατικού παρεγχύματος, στη δεξιά λοβεκτομή το 65%, στην αριστερή λοβεκτομή το 35% και στις τμηματικές ή σφηνοειδείς αφαιρέσεις η απώλεια κυμαίνεται από 3 έως και 15%. Στους ασθενείς με διαταραγμένη ηπατική λειτουργία που προορίζονται για την εφαρμογή μερικής ηπατεκτομής, η εκτίμηση του λειτουργικού ηπατικού αποθέματος προσδιορίζει το βαθμό επικινδυνότητας για την εμφάνιση ηπατικής ανεπάρκειας μετεγχειρητικά ^[46].

5.2 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Η μεταμόσχευση του ήπατος θεωρητικά είναι η πλέον ελκυστική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο ήπαρ, γιατί εκτός από την αφαίρεση του ηπατικού νεοπλασματος αντιμετωπίζεται και η κίρρωση, που αποτελεί προκαρκινική κατάσταση για εκδήλωση μελλοντικών όγκων, ενώ ταυτόχρονα προλαμβάνονται και οι άλλες επιπλοκές της (λόγω πυλαίας υπέρτασης ή και ηπατικής ανεπάρκειας)^[47]. Το σημαντικότερο κομμάτι στη μεταμόσχευση είναι η επιλογή σωστών ασθενών. Βασική αρχή είναι ότι η μεταμόσχευση πρέπει να γίνεται σε μια αρκετά καθυστερημένη φάση της νόσου, ώστε ο ασθενής να έχει κάθε ευκαιρία αυτόματης σταθεροποίησης και ανάρρωσης, αλλά και αρκετά νωρίς σε στάδιο, ώστε να υπάρχουν επαρκείς πιθανότητες επιτυχίας της μεταμόσχευσης. Δημιουργείται, έτσι, η ανάγκη επιλογής του κατάλληλου για μεταμόσχευση ασθενή στην κατάλληλη χρονική στιγμή.

Οι απόλυτες αντενδείξεις για μεταμόσχευση ήπατος είναι:

- Ενεργός κατάχρηση ουσιών
- Ψύχωση ή άλλη ψυχοκοινωνική παθολογία
- Ασταθής, ενεργός καρδιοπνευματική νόσος
- Συμπτωματική ισχαιμία μυοκαρδίου
- Σοβαρή πνευμονική υπέρταση
- Ενεργός, μη θεραπεύσιμη εξωηπατική κακοήθης νόσος
- Ενεργός σήψη
- Ενεργός HIV λοίμωξη
- Ανατομική ανωμαλία ή εκτεταμένη αγγειακή θρόμβωση

Η μεταμόσχευση όσο κατάλληλη θεραπεία εκλογής και αν είναι έχει και αυτή τα μειονεκτήματά της. Το μεγάλο κόστος, η έλλειψη μοσχευμάτων, καθώς και ο χρόνος αναμονής αποτελούν σημαντικά προβλήματα για τη μεταμόσχευση του ήπατος. Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος αναμονής τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος αύξησης του όγκου, γεγονός που μειώνει τα ποσοστά ίασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι για να ωφεληθεί ουσιαστικά ο ασθενής ο χρόνος αναμονής δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 6 μήνες^[37,47].

5.3 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΑΙΘΑΝΟΛΗΣ

Η διαδερμική έγχυση αιθανόλης (Percutaneous Ethanol Injection – PEI) πραγματοποιείται υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση μέσω βελόνας 22 G απευθείας στο νεόπλασμα [έγχυση αιθανόλης 95% (5-20 ml)] αποτελεί μια μέθοδο διαδερμικού καυτηριασμού που προσφέρει τα πλεονεκτήματά της εύκολης εφαρμογής, του χαμηλού κόστους και της μικρής νοσηρότητας. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται κυτταρική αφυδάτωση, πηκτική νέκρωση και τοπική ιστική ισχαιμία του όγκου, με παράλληλη διατήρηση του περιβάλλοντος περιφερικού ιστού και συνεπώς προφύλαξη της ηπατικής λειτουργίας^[46]. Η προσέγγιση αυτή είναι ικανή να επιφέρει πλήρη νέκρωση σε ποσοστό 90-100% των όγκων με διάμετρο μικρότερη των 2 cm. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου μειώνεται όσο το μέγεθος του όγκου αυξάνει. Μετά τη θεραπεία, οι ασθενείς παρακολουθούνται και σε περίπτωση υπολειπόμενου όγκου, ή νέων πρωτοπαθών βλαβών, η θεραπεία επαναλαμβάνεται ^[40]. Κατά κύριο λόγο εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίοι επιλέγουν να υποβληθούν σε αυτή τη μορφή θεραπείας έναντι άλλων θεραπειών και σε ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν είναι δυνατό να υποβληθούν σε μεταμόσχευση ή χειρουργική εξαίρεση. Κατάλληλοι ασθενείς για

την διενέργεια διαδερμικής έγχυσης αλκοόλης είναι εκείνοι με όγκους που δε ξεπερνούν τα 5 cm, όχι περισσότερες από τρεις βλάβες, χωρίς εξωηπατική επέκταση της νόσου, χωρίς θρόμβωση της πυλαίας φλέβας και οι κηρωτικοί σταδίου A ή B κατά Child – Pugh και ηλικίας μικρότερης των 75 ετών, ενώ αποκλείονται ασθενείς με διαταραχές πηκτικότητας^[9,13].

5.4 ΧΡΗΣΗ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

Μια ακόμη μέθοδο διαδερμικής προσέγγισης είναι η καταστροφή του όγκου με τη χρήση ραδιοσυχνοτήτων (Radiofrequency Ablation – RFA) που στηρίζεται στον καυτηριασμό και χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση κακοηθειών του ήπατος.

Η διαδικασία περιλαμβάνει υπερηχογραφική, ή μέσω αξονικής τομογραφίας, πρόσβαση στη βλάβη με βελόνα που είναι συνδεδεμένη με γεννήτρια ραδιοκυμάτων. Η γεννήτρια αυτή παράγει θερμική ενέργεια προκαλώντας καταστροφή του όγκου. Στόχο της μεθόδου αποτελεί η πλήρης καταστροφή του όγκου. Η αποτελεσματικότητα της RFA περιορίζεται από το μέγεθος του όγκου, ενώ μειώνεται στις περιπτώσεις όγκων που βρίσκονται κοντά σε μεγάλα αγγεία^[40].

Ενδείξεις εφαρμογής RFA σε ασθενείς με ηπατικό καρκίνο αποτελούν:

- α) η ύπαρξη όγκου διαμέτρου που δε ξεπερνά τα 5 εκατοστά σε συνθήκες προχωρημένης ηπατικής βλάβης (Child B ή C),
- β) υποτροπή μετά από χειρουργική εκτομή, και
- γ) ενδιάμεση θεραπεία μέχρι τη μεταμόσχευση.

Επιπλοκές παρατηρούνται σε ποσοστό 5–15% των ασθενών και αφορούν κυρίως ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία, δημιουργία αποστημάτων και ανάπτυξη δεξιάς πλευριτικής συλλογής^[11,13].

5.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για την προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται κυρίως στη θεραπεία λευχαιμιών, λεμφωμάτων και άλλων παθήσεων των αιμοποιητικών κυττάρων, του καρκίνου του ήπατος, αλλά και σε διάσπαρτο μεταστατικό καρκίνο. Οι στόχοι της χημειοθεραπείας (ίαση, έλεγχος, παρηγορητική) πρέπει να είναι ρεαλιστικοί επειδή αυτοί καθορίζουν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν και την επιθετικότητα του θεραπευτικού σχήματος^[9]. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες, όπως κυτταροστατικά φάρμακα, ταξινομούνται σύμφωνα με τη χημική τους δομή, ή τη δράση τους στον κύκλο ζωής του κυττάρου. Ορισμένα δεν έχουν σχέση με τον κύκλο ζωής του κυττάρου (π.χ. αλκαλιωτικοί παράγοντες, νιτροζουρίες, αντιβιοτικά) και θα το καταστρέψουν ανεξάρτητα από τη φάση πολλαπλασιασμού του. Άλλα σχετίζονται με τον κύκλο (π.χ. αντιμεταβολίτες, αλκαλοειδή φυτών) και είναι πιο αποτελεσματικά εναντίον των κυττάρων που πολλαπλασιάζονται με ταχείς ρυθμούς. Τα κυτταροστατικά φάρμακα πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη φάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Θεωρητικά, όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου, τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν. Τα κύτταρα στη φάση ηρεμίας ανταποκρίνονται λιγότερο στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και είναι περισσότερο ικανά να αποκαθιστούν τις βλάβες, αν προσβληθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τα κυτταροστατικά φάρμακα δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό

κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά φαινόμενα από τη χρήση τους^[9,34,37].

5.5.1 ΤΟΞΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή η οποία μπορεί να προκαλέσει ποικίλες παρενέργειες σε όλο το σώμα, που εξαρτώνται από είδος του φαρμάκου ή το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση, το πρόγραμμα χορήγησης και την οδό χορήγησης. Πιθανόν όμως ο σημαντικότερος παράγοντας να είναι η αντίδραση του ασθενούς στη χημειοθεραπεία, η οποία επηρεάζεται από την οργανική και ψυχολογική του κατάσταση κατά τη χρονική περίοδο της χορήγησης^[9].

Η νοσηλευτική και η ιατρική αξιολόγηση των ασθενών και οι εξετάσεις που διενεργούνται πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας, έχουν τρεις κυρίως σκοπούς:

- Την αξιολόγηση της οργανικής κατάστασης του κάθε υποψήφιου για χημειοθεραπεία ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης θρέψης, της λειτουργικότητας των νεφρών, του ήπατος και της καρδιάς.
- Τον καθορισμό του σταδίου του καρκίνου του συγκεκριμένου ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό προσφέρεται ένα μέτρο σύγκρισης με το οποίο θα μετρηθεί η θεραπευτική ανταπόκριση του οργανισμού του ασθενούς στη χημειοθεραπεία.
- Τον υπολογισμό της ορθής δόσης του φαρμάκου ή των φαρμάκων που απαιτούνται, προκειμένου να αποφεύγεται κάποιος μη απαραίτητος κίνδυνος τοξικότητας. Η δόση συχνά βασίζεται στη μέτρηση της επιφάνειας του σώματος σε τετραγωνικά μέτρα, η οποία υπολογίζεται από το ύψος και το βάρος του ασθενούς.

Η αξιολόγηση και οι εξετάσεις μπορεί να επαναλαμβάνονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα προκειμένου να εντοπίζονται σε αρχικό στάδιο οι τοξικότητες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ανεπανόρθωτη αν δεν αναστραφούν^[9,12].

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν, σύμφωνα με το χρόνο έναρξής τους, να καταταχθούν σε τρεις κατηγορίες. Οι άμεσες παρενέργειες συμβαίνουν εντός 30 λεπτών από την έναρξη της θεραπείας. Οι βραχυχρόνιες παρενέργειες εντός 3 -7 ημερών από την έναρξη της θεραπείας. Οι μακροχρόνιες παρενέργειες έχουν αθροιστικό χαρακτήρα μπορεί να θεωρηθεί ότι προκύπτουν μετά τις επτά ημέρες^[9].

Άμεσες παρενέργειες της χημειοθεραπείας:

- Πόνος στο σημείο εισόδου του ενδοφλέβιου καθετήρα μέσω του οποίου χορηγείται η χημειοθεραπεία
- Φλεβικός πόνος
- Ψυχρή αίσθηση κατά μήκος της φλέβας
- Ερυθρότητα κατά μήκος της φλέβας
- Ερυθρότητα προσώπου
- Ερυθρότητα σώματος
- Υπόταση
- Αντιδράσεις υπερευαισθησίας
- Ασυνήθης γεύση και οσμή^[9]

Έχει σημασία οι νοσηλευτές να ενημερώνουν τους ασθενείς σχετικά με το τι να περιμένουν, έτσι ώστε να είναι σε θέση να ενημερώσουν άμεσα αν αισθάνονται κάποια από τις παρενέργειες.

Βραχυχρόνιες παρενέργειες της χημειοθεραπείας:

- Ανορεξία
- Ναυτία
- Έμετος
- Στοματίτιδα
- Επανεμφάνιση ακτινικής δερματίτιδας
- Πόνος στην περιοχή του όγκου
- Κακουχία
- Σύνδρομο που μοιάζει με γρίπη
- Χημική κυστίτιδα
- Ερυθρά ή πράσινα κόπρανα
- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια^[9,12]

Η υποστήριξη των ασθενών που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις παραπάνω παρενέργειες είναι ευθύνη των νοσηλευτών. Η ενημέρωση του ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, καθώς και των φροντιστών του ασθενούς, είναι πολύ σημαντική, διότι είναι δυνατόν να ληφθούν κάποια μέτρα καλύτερευσης των παρενεργειών^[9,12,48]. Όπως :

- Διατήρηση του ενδιαφέροντος γύρω από τη σίτιση
 - Τεχνικές χαλάρωσης και απόσπασης της προσοχής
 - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων
 - Συμβουλές για καλή στοματική υγιεινή
 - Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων
 - Διαιτητική προσαρμογή
 - Χορήγηση καθαρτικών σε επίμονη δυσκοιλιότητα
- [48]

5.6 ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΧΗΜΕΙΟΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ

Η μέθοδος του ενδοαρτηριακού χημειοεμβολισμού για την αντιμετώπιση κακοηθειών του ήπατος συνίσταται στην έγχυση εντός της ηπατικής αρτηρίας του όγκου, διαλύματος που περιέχει ένα χημειοθεραπευτικό παράγοντα. Στην ουσία, πρόκειται για μέθοδο τοπικής χορήγησης χημειοθεραπευτικών παραγόντων, συνήθως αδριαμυκίνη και σισπλατίνη, αναμεμειγμένων με λιπώδες ακτινογραφικό υλικό, συνήθως λιπιδόλη, σε κλάδο της ηπατικής αρτηρίας που αιματώνει το 80% του όγκου και στη συνέχεια τον εμβολισμό αυτής με σπόγγους ζελατίνης ή άλλο υλικό^[11,48].

Αυτή η προσέγγιση εμφανίζει το πλεονέκτημα ότι οι πρωτοπαθείς όγκοι του ήπατος δέχονται σχεδόν αποκλειστικά αιμάτωση μέσω της ηπατικής αρτηρίας, ενώ το υπόλοιπο ήπαρ αιματώνεται κυρίως από την πυλαία φλέβα, παρά από την ηπατική αρτηρία. Η στρατηγική της μεθόδου αφορά το συνδυασμό της εκλεκτικής χορήγησης χημειοθεραπευτικών παραγόντων στην ηπατική αρτηρία με τον εμβολισμό και η συνακόλουθη πρόκληση ισχαιμίας, ενώ ο εμβολισμός καθυστερεί την απομάκρυνση του φαρμάκου^[40,48]. Η παραπάνω

μέθοδος επιλέγεται σε περιπτώσεις όπου ο όγκος περιορίζεται στο ήπαρ, έχει χαρακτηριστεί μη εξαιρέσιμος, η πυλαία φλέβα είναι βαθιά και το μέγεθος του νεοπλασματος δεν ξεπερνά το 50% του ηπατικού παρεγχύματος. Η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ως παρηγορητική θεραπεία σε περιπτώσεις μεγάλων όγκων, είτε προεγχειρητικά για τη διευκόλυνση της χειρουργικής αφαίρεσης, είτε στο διάστημα της αναμονής για μεταμόσχευση με στόχο τον περιορισμό της αύξησης του όγκου^[11,49].

5.7 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ποσοστό μεγαλύτερο του 50 % των ασθενών με καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Η αξία της ακτινοθεραπείας εντοπίζεται στη δυνατότητα τοπικού ελέγχου της νόσου. Η χορήγηση της ακτινοθεραπείας στοχεύει είτε στην ίαση, είτε σε παρηγορητική θεραπεία. Η επιτυχία της εξαρτάται από το μέγεθος της καρκινικής μάζας^[9].

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται στη χρήση ιονίζουσών ακτινοβολιών η οποία επηρεάζει τόσο τα υγιή κύτταρα, όσο και τα κακοήγη κύτταρα. Η μεγαλύτερη βλάβη προξενείται στα καρκινικά κύτταρα απ' ότι στα φυσιολογικά. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι το αποτέλεσμα των βλαβών των φυσιολογικών κυττάρων.

Η ακτινοβολία χορηγείται με τη μορφή ακτίνων X, ακτίνων γ και ηλεκτρονίων. Η ιονίζουσα ακτινοβολία εξ ορισμού περιλαμβάνει εκείνους τους τύπους ακτινοβολίας που προκαλούν ιονισμό των ατόμων των μορίων με τα οποία έρχονται σε επαφή^[9,14].

Είδη ακτινοβολίας:

- Από τους στόματος ή παρεντερική ακτινοθεραπεία. Ραδιενεργά ισότοπα χορηγούμενα από του στόματος ή παρεντερικά. Το αποτέλεσμά τους εκφράζεται στους ιστούς στους οποίους συγκεντρώνονται.
- Βραχυθεραπεία : Τοποθέτηση ραδιενεργούς πηγής πλησίον του όγκου. Μεγάλη δόση ακτινοβολίας προσλαμβάνεται από τον όγκο και μικρότερη από τους παρακείμενους φυσιολογικούς ιστούς.
- Εξωτερική ακτινοβολία: α) επιφανειακή, β) Ορθοδυναμικά, γ) Οι ακτίνες X χαμηλής ενεργείας δεν έχουν την ιδιότητα διατήρησης ανέπαφου.
- Μεγαδυναμικά: είναι υψηλής ενέργειας και δεν προκαλούν εκτεταμένες βλάβες στο δέρμα^[9,14].

5.7.1 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Η προετοιμασία για την ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει :

- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τη θεραπεία και τη διεργασία προγραμματισμού.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με πρακτικά ζητήματα που αφορούν την καθημερινότητα του ασθενούς με την ακτινοθεραπεία.
- Φροντίδα των δερματικών σημείων της ακτινοθεραπείας

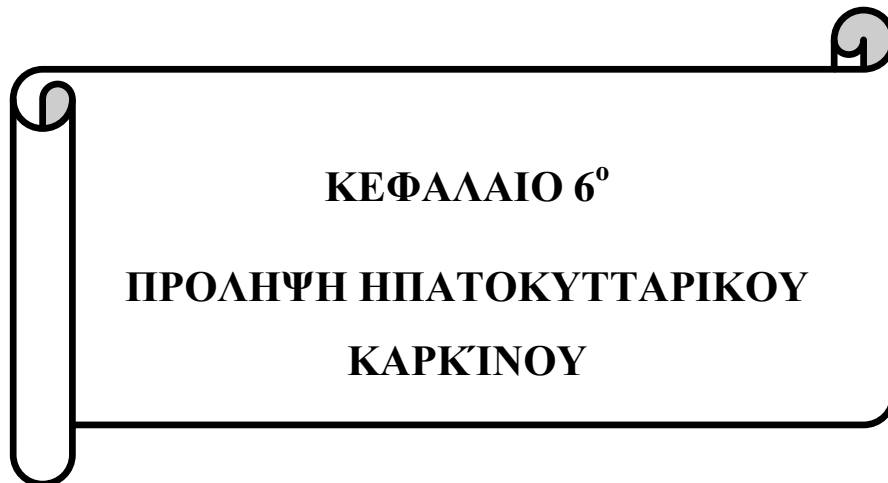
- Αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και τις κατάθλιψης πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- Ενημέρωση του ασθενούς για τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας^[9].

Ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία ακτινοβολίας για τον καρκίνο θα υποστούν κάποιες παρενέργειες, αλλά υπάρχουν τρόποι ελαχιστοποίησης του αντίκτυπου. Οι παρενέργειες της ακτινοβολίας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και η διαφορά αυτή εξαρτάται από τη δόση της θεραπείας. Υπάρχουν επίσης και άλλοι παράγοντες, όπως η τυχόν χημειοθεραπεία που προηγήθηκε, η οποία μπορεί να συμβάλλει στο βαθμό της αντίδρασης του οργανισμού.

Από την άλλη πλευρά, μερικές προφυλάξεις βοηθούν στη μείωση των παρενεργειών. Με την ακτινοθεραπεία, παράλληλα με τα καρκινικά καταστρέφονται προσωρινά και αρκετά υγιή κύτταρα. Έτσι εξηγούνται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοβολίας. Ναυτία, εμετός, κούραση, καταβολή, πόνος στο στήθος, συμπτώματα γρίπης, δυσκολία στη κατάποση είναι οι πιο συχνά παρατηρούμενες παρενέργειες. Ο νοσηλευτής θα χορηγήσει, όταν απαιτείται, φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την καταπολέμηση τους και θα δώσει οδηγίες για τη λήψη υγρών και στερεών τροφών.

Το δέρμα μπορεί να κοκκινίσει ή και να ξεφλουδίσει, αλλά αν το φροντίσουμε κατάλληλα η αντίδραση αυτή μπορεί να μειωθεί. Αν το δέρμα ερεθίζεται, ο ιατρός θα δώσει μια ειδική κρέμα. Περιστασιακά στα σημεία εισόδου της ακτινοβολίας παρατηρείται απώλεια μικρού ποσοστού της τρίχας (αλωπεκία). Αυτό όμως αποκαθίσταται μετά το τέλος των θεραπειών. Υπάρχουν και άλλες παρενέργειες τις οποίες όμως μπορεί να μην αισθάνεται ο ασθενής αλλά που είναι και αυτές σημαντικές, όπως η μείωση των ερυθρών και των λευκών αιμοσφαιρίων.

Όλα τα συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά μετά το πέρας των συνεδριών της ακτινοθεραπείας. Όταν η ακτινοβολία χορηγείται εξωτερικά, ο ασθενής δεν εκπέμπει ακτινοβολία και δεν κινδυνεύουν τα οικεία πρόσωπα και τα παιδιά^[9,14,46].



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο
ΠΡΟΛΗΨΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Με τον όρο **πρόληψη** εννοούμε την αναζήτηση κάποιας διαταραχής της υγείας μας μέσω ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, προτού αυτή ακόμα εκδηλωθεί, ή όπως αλλιώς λέμε, προτού αυτή μας "δώσει συμπτώματα".

Η πρόληψη είναι ο πιο σύγχρονος και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των κυριότερων ασθενειών της εποχής μας. Στόχος είναι οποιαδήποτε αλλαγή να εντοπίζεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να αντιμετωπιστούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις που προσβάλουν ετησίως εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Ένα απ' αυτά είναι και ο καρκίνος του ήπατος. Η πρόληψη διακρίνεται σε τρία είδη, η πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής^[21].

6.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη, η οποία περιλαμβάνει όλα τα μέτρα τα οποία απαιτούνται ώστε να μην εμφανιστεί η πάθηση. 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)^[50]. Πέρα από τον εμβολιασμό σημαντική είναι και η ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη ιογενών ηπατιτίδων. Οι νέοι και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να εκτεθούν στο ιό (μολυσμένες βελόνες, σεξουαλικές επαφές, από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια του τοκετού), οπότε πρέπει να γνωρίζουν πως θα προστατευτούν. Τέλος θα πρέπει να γίνεται αυστηρός έλεγχος στους αιμοδότες.

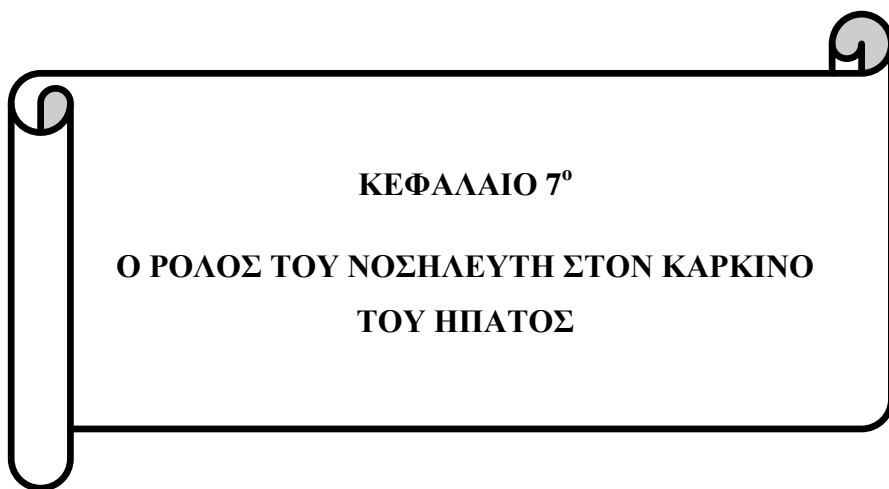
Επιπλέον η τήρηση κανόνων υγιεινής και λήψη μέτρων για τη σωστή συντήρηση ξηρών καρπών και σιτηρών τα οποία είναι επιρρεπή σε ανάπτυξη αλφατοξινών. Σημαντικά μέτρα πρωτογενούς πρόληψης περιλαμβάνουν αποχή από το κάπνισμα, μη υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, έλεγχο του σωματικού βάρους, αποφυγή έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες και την πρόληψη ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη^[50].

6.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη ταυτίζεται με τα μέτρα για μία όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη διάγνωση μετά την εμφάνιση της πάθησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού, αλλά δυστυχώς και πολλοί γιατροί, όταν μιλούν για πρόληψη εννοούν τη δευτερογενή πρόληψη. Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η διάγνωση της νόσου να γίνει σε πρώιμο στάδιο, για να αποτραπεί η εκδήλωση της. Πιο συγκεκριμένα, άτομα που εκτίθενται σε αιτιολογικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος, ή έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, θα πρέπει να κάνουν εξετάσεις προ-κλινικού ελέγχου, που είναι ιδιαίτερα σημαντικές γιατί μπορεί να επιμηκύνουν το χρόνο επιβίωσης, να μειώσουν τις επιπλοκές και συχνά να αυξήσουν την πιθανότητα πλήρους ίασης^[21,50].

6.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη, η οποία προσπαθεί να μειώσει τις επιπλοκές και τη σοβαρότητα των συνεπειών μιας πάθησης. Στην περίπτωση του ηπατοκυτταρικού καρκίνου η πρόληψη περιλαμβάνει την ηπατεκτομή, τη μεταμόσχευση, τη διαδερμική έγχυση αλκοόλης, τη χρήση ραδιοσυχνότητας και τη χημειοθεραπεία^[21].



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

7.1 Βασικοί ρόλοι του ογκολογικού Νοσηλευτή.

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο.

Το 1986, επιτροπή ογκολόγων της Κοινότητας σχεδίασε το πρόγραμμα “Η Ευρώπη κατά του καρκίνου” με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία, το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Στην χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη^[51].

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπισή του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους**^[51].

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή, οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση των καθημερινών εξελίξεων για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του, κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του ήπατος.

Ο νοσηλευτής, ως σύγχρονος επαγγελματίας υγείας, οφείλει να συμβάλει στην έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματώδους αλλαγής ή συμπτωματικής νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται με την συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα πρόληψης ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά^[37].

Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη είναι η ενημέρωση των ατόμων για τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου στο ήπαρ. Επίσης με τον προληπτικό έλεγχο σε πληθυσμιακές ομάδες συμβάλουν στην πρόωμη διάγνωση ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε πρώιμο στάδιο, πολλές φορές δε είναι και ιάσιμο στο στάδιο ανίχνευσης. Τέλος, με την λήψη λεπτομερούς νοσηλευτικού ιστορικού αναγνωρίζονται άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και δίνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες από τους νοσηλευτές.

Συμπεραίνουμε την αναγκαιότητα που υπάρχει για την κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών ώστε να μπορούν να εφαρμόσουν στην πράξη εκπαιδευτικά προγράμματα πρόληψης^[53,54].

7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάγνωση του καρκίνου του ήπατος.

Από την διάγνωση της νόσου ο ασθενής και το περιβάλλον του υποβάλλονται σε μία έντονα αγχωτική κατάσταση. Η επικοινωνία με τους ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί θεμελιώδη αρχή για τους νοσηλευτές στην καθημερινή κλινική πρακτική, διότι είναι μείζονος σημασίας για τον ασθενή και το υποστηρικτικό του περιβάλλον.

Ο όρος καρκίνος ξυπνάει αρνητικά συναισθήματα, με αποτέλεσμα τη δύσκολη διαχείρισή του από τον ασθενή. Έτσι ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση είναι η ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, ώστε να είναι σε θέση να εμπλακεί ενεργά στη αντιμετώπιση του καρκίνου του ήπατος. Επίσης ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα μέσα από αυτή τη συζήτηση να λύσει πολλές απορίες του ασθενούς για την ασθένεια και πως ο καρκίνος στο ήπαρ θα αλλάξει τη ζωή του. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέσα από μια ειλικρινή συζήτηση μειώνεται το άγχος του ασθενούς και προετοιμάζεται για αυτά που θα ακολουθήσουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση της νόσου, επομένως θα πρέπει να ενημερωθούν και οι συγγενείς ώστε να μην νιώθουν ανήμποροι να βοηθήσουν.

Τέλος ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά πως ο κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών με καρκίνο στο ήπαρ είναι πολλά και σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν αναζητούν από μόνοι τους βοήθεια, μόνο αν γίνει με προτροπή του νοσηλευτικού προσωπικού ή άλλων επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο και στην ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων που προκαλεί ο καρκίνος του ήπατος^[37].

7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του ήπατος.

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 οι ασθενείς, όπως και των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής που πιθανόν χορηγείται, είναι δύσκολη και στον τομέα αυτό καλείται να συμβάλει ο νοσηλευτής^[9].

Το συχνότερο εμφανιζόμενο σύμπτωμα σε ασθενείς με κακοήθειες του ήπατος είναι ο πόνος 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)^[9]. 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^[9,54,55]. Ωστόσο, οι ασθενείς με ηπατοκυτταρικό 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 ο καρκίνος του ήπατος, λόγω της οξύτητάς του, αποτελούν τα οπιοειδή^[9].

Η εξάντληση είναι ένα ακόμη σύμπτωμα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς με καρκίνο του ήπατος. Οι ασθενείς αυτοί συχνά 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 ασθενούς. 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 συνοδοί νόσοι που μπορεί να είναι αντιμετωπίσιμες^[14]. 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 και άλλα μέτρα που έχουν αποδειχτεί ικανά να μειώσουν το αίσθημα κόπωσης όπως είναι η αερόβια άσκηση, το σωστό πρόγραμμα στον ύπνο, ενώ ο νοσηλευτής δε θα πρέπει να αξιολογεί τη φαρμακευτική αγωγή στην οποία μπορεί να οφείλονται συμπτώματα κόπωσης^[52,56].

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 αξιολογεί 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^[57].

7.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενούς με καρκίνο του ήπατος στο νοσοκομείο.

Η εισαγωγή ενός ασθενή σε έναν οργανισμό όπως το νοσοκομείο απαιτεί την εξασφάλιση συνέχισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του, γεγονός που συμβάλει στην αύξηση του άγχους του ασθενούς. Μετά την εισαγωγή, ο ασθενής, αντιμετωπίζεται πλέον από μια ομάδα ατόμων με εξειδίκευση σε διάφορους τομείς. Ο κύριος υπεύθυνος για τη νοσηλεία του είναι ο νοσηλευτής, καθώς είναι ο επαγγελματίας υγείας που τυχαίνει να παρακολουθεί τον ασθενή σε 24ωρη βάση. Έτσι μεταφέρει σημαντικές πληροφορίες για τον ασθενή στους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Άρα κατά την εισαγωγή του ασθενούς με καρκίνο στο ήπαρ ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή είναι η δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, καθώς και μια σύντομη ενημέρωση για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν και τυχόν απορίες του ασθενή. Επίσης μέσα από συζήτηση ο νοσηλευτής θα συλλέξει βασικά δεδομένα για τον ασθενή που αφορούν:

- Το ιστορικό του ασθενούς.
- Τρέχοντα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα (πόνος ή κατάθλιψη).
- Επιπτώσεις της νόσου στον τρόπο ζωής του.
- Άτομα που συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς.

- Στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων και έπειτα αξιολόγηση των ενεργειών που θα γίνουν^[8].

7.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς με καρκίνο στο ήπαρ.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στο νοσηλευτικό ίδρυμα, ο νοσηλευτής οφείλει να καταγράψει τυχόν μεταβολές από τα αρχικά ευρήματα που θα προκύψουν από τη κλινική εξέταση. Πιο συγκεκριμένα θα γίνει εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, της θρέψης, της κοιλίας, της κεφαλής, των ματιών και του μυοσκελετικού συστήματος^[40].

Επίσης είναι σημαντικό να αξιολογηθεί από το νοσηλευτή η κατάσταση της ενυδάτωσης του ασθενούς με καρκίνο στο ήπαρ. Παρακολουθεί δηλαδή ο νοσηλευτής τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, τις μεταβολές στα ζωτικά σημεία, τις μεταβολές στο σωματικό βάρος και τις εργαστηριακές τιμές.

Στόχος του νοσηλευτή θα πρέπει να αποτελεί η δημιουργία μιας ουσιαστικής επικοινωνίας με τον ασθενή και τους φροντιστές του και η παραπομπή, όταν και όποτε χρειάζεται, για ψυχολογική υποστήριξη^[45].

7.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του καρκίνου του ήπατος.

Για τη θεραπεία του καρκίνου μπορεί να χρησιμοποιηθούν διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι, όπως η χημειοθεραπεία, η χειρουργική αντιμετώπιση (ηπατεκτομή, μεταμόσχευση ήπατος), η διαδερμική έγχυση αιθανόλης και η χρήση ραδιοσυχνοτήτων^[45].

7.7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία

Μέτρα προστασίας από τη χημειοθεραπεία

Οι νοσηλευτές που εμπλέκονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να εκτεθούν σε χαμηλές δόσεις των φαρμάκων από άμεση επαφή, εισπνοή ή είσοδο από το στομάχι. Προσωπικό που επανειλημμένως εκτέθηκε σε κυτταροστατικά φάρμακα, έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του. Αν και όλα τα μεταλλαξιγόνα δεν είναι καρκινογόνα, έχουν την ικανότητα να προκαλούν μόνιμες κληρονομήσιμες αλλαγές στο γενετικό υλικό των κυττάρων. Επειδή ο χειρισμός των χημειοθεραπευτικών συνδέεται με γνωστούς και δυνητικούς κινδύνους, η Διοίκηση Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (Occupational Safety and Health Administration), η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρία (Oncologic Nursing Society), καθώς και νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα υγείας των ΗΠΑ, συνέταξαν οδηγίες που αφορούν την προετοιμασία και το χειρισμό των χημειοθεραπευτικών.

Οι οδηγίες προτείνουν τα εξής:

- Την χρήση ενός βιολογικού θαλάμου ασφαλείας για την προετοιμασία όλων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Τη χρήση χειρουργικών γαντιών κατά το χειρισμό φαρμάκων και απεκκριμάτων αρρώστων που έλαβαν χημειοθεραπευτικά.
- Τη χρησιμοποίηση ρόμπας με μακρύ μανίκι κατά την προπαρασκευή και χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία, που είναι αδιαπέραστα από υγρά και αντέχουν σε τρυπήματα.
- Απόρριψη του άχρηστου χημειοθεραπευτικού υλικού ως επικίνδυνου^[56].

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλον. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα^[56,58,59].

Προβλήματα του αρρώστου. Τα σημαντικότερα προβλήματα του αρρώστου είναι:

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου, εξαιτίας αναιμίας στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
- Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ανοσοκαταστολή).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια).
- Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών (έμετοι, διάρροια).
- Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγών σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)^[9,51].

Παρεμβάσεις των νοσηλευτών

Η παρέμβαση του νοσηλευτή περιλαμβάνει:

- Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Γεύματα συχνά και μικρά, δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών βιταμινών και ελαφρά.
- Καθημερινή φροντίδα στόματος και προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (π.χ. καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή ατόμων με λοιμώξεις καθώς και ατόμων που έχουν πρόσφατα εμβολιαστεί).
- Δίνεται προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τους νεφρούς και το ήπαρ.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του ασθενή.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών^[60,61].

7.7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση.

7.7.2. α) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική και διεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στο ήπαρ.

Σκοπός της συγκεκριμένης ενότητας είναι η προσέγγιση και η ανάπτυξη του ρόλου του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών που βιώνουν μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή νόσο όπως ο καρκίνος στο ήπαρ.

Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική και στη μετεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου. Όσο αφορά την ετοιμασία πριν το χειρουργείο οφείλει να ενημερώσει με απλά και κατανοητά λόγια τον ασθενή για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση, την προετοιμασία που θα ακολουθήσει μέχρι να φτάσει στο χειρουργείο, τα αποτελέσματα που αναμένουν από τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και το είδος της αναισθησίας. Πρέπει επίσης να δίνεται επαρκής χρόνος στον άρρωστο για ερωτήσεις. Έτσι μειώνεται το άγχος για την χειρουργική επέμβαση.

Η συγκινησιακή υποστήριξη του ασθενούς που θα χειρουργηθεί αποτελεί δραστηριότητα για όλους τους νοσηλευτές και το επιτυγχάνουν με λεπτότητα, στοργή, ευγένεια, ενδιαφέρον και κατανόηση^[61].

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής οφείλει να συγκεντρώσει τις εργαστηριακές εξετάσεις που περιλαμβάνουν :

- Γενική αίματος (αριθ. ερυθρών, λευκών και αιμοπεταλίων, λευκοκυτταρικός τύπος)
- Γενική ούρων
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών
- Χρόνος προθρομβίνης, INR
- Ομάδα αίματος, Rhesus
- Βιοχημικές εξετάσεις αίματος: σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, τρανσαμινάσες, χοληστερίνη
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ακτινογραφία^[61,62].

Ο νοσηλευτής προετοιμάζει το σώμα για την χειρουργική επέμβαση που περιλαμβάνει καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που αποβλέπει:

- Στην αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων
- Την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση στον οργανισμό.
- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα προ της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

Η καθαριότητα σώματος εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.^[62,63]

Ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίσει επαρκή ξεκούραση για τον ασθενή. Πάντοτε η παραμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο από τον ασθενή. Η αϋπνία και η κόπωση προδιαθέτουν μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και πολλές φορές συνδέεται με την εμφάνιση επιπλοκών. Για το λόγο αυτό, συνίσταται η χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων ή ηρεμιστικών^[64].

Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή την ημέρα του χειρουργείου είναι η τελική προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου, η αφαίρεση ξένων αντικειμένων από τον ασθενή (τεχνητά μέλη οδοντοστοιχίες, κοσμήματα). Επιπρόσθετα, παρατηρεί ο νοσηλευτής την γενική κατάσταση του αρρώστου (λήψη ζωτικών σημείων), κενώνεται η ουροδόχος κύστη και ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία για το χειρουργείο (ποδονάρια, υποκάμισο ανοιχτό στο πίσω μέρος). Αμέσως μετά θα δοθεί προνάρκωση σύμφωνα με τις οδηγίες, έπειτα ο ασθενής μεταφέρεται σε ήσυχο περιβάλλον με έντονο φωτισμό μέχρι να μεταφερθεί στη αίθουσα αναμονής έξω από τα χειρουργεία. Μαζί του ο ασθενής θα φέρει τις εξετάσεις που έχουν γίνει και τη γραπτή συγκατάθεση αφού έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους της χειρουργικής επέμβασης.

Με την απομάκρυνση του ασθενή από το θάλαμο ο νοσηλευτής θα ετοιμάσει το δωμάτιο για υποδεχτεί τον άρρωστο μετά το χειρουργείο.

Το κρεβάτι που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

- Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.
- Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους με τοποθέτηση αδιάβροχου.
- Στο πάνω μέρος του κομοδίνου τοποθετείται νεφροειδές^[61,63,64].

7.7.2 β) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο στο ήπαρ.

Ο χρόνος νοσηλείας μετά το χειρουργείο ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, την κατάσταση υγείας, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, τα υποστηρικτικά συστήματα, το είδος και διάρκεια της επέμβασης, της αναισθησίας και των επιπλοκών. Η μετεγχειρητική περίοδος αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με τη πλήρη αποκατάσταση του. Αυτή περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη του ασθενούς τη στιγμή που μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο από ρεύματα αέρα.
- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι ώστε να επιτραπεί η χαλάρωση των μυών για ανακούφιση από τον πόνο και την τοποθέτηση των πιθανών παροχετεύσεων.
- Τον έλεγχο του τραύματος και την παρακολούθηση του.
- Την ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Φροντίδα τραύματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας. Συνίσταται λουτρό καθαριότητας καθημερινά, συχνή αλλαγή των ενδυμάτων και του ιματισμού^[63].

Εξαιρετικά βασικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή διότι πρέπει παρακολουθεί και να παρατηρεί τον ασθενή για τυχόν μετεγχειρητικές ανάγκες, μία απ' αυτές είναι η δίψα που παρατηρείται μετά από τη γενική νάρκωση. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την χειρουργική επέμβαση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Τέλος ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική ναυτία είναι χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, τοποθέτηση του κεφαλιού του ασθενούς σε πλάγια θέση και το νεφροειδές του το προμηθεύει ο νοσηλευτής. Η ναυτία και ο έμετος δεν διαρκούν πάνω από 24 ώρες. Σε συνεχιζόμενους εμέτους συστήνεται η τοποθέτηση Levin. Έτσι ο ασθενής απαλλάσσεται από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου^[62,63].

7.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχολογική υποστήριξη ατόμων με καρκίνο στο ήπαρ.

Με την εμφάνιση της ασθένειας η ζωή αλλά και η ψυχική διάθεση ενός καρκινοπαθή αλλάζει ολοκληρωτικά. Το άγχος, η θλίψη που προκάλεσε η διάγνωση, οι παρενέργειες των θεραπευτικών αγωγών σε συνδυασμό με προσωπικά, οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα, συχνά αποτελούν βάρος για τον ίδιο και για το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Το πιο δύσκολο για έναν καρκινοπαθή είναι η διατήρηση των ισορροπιών στη ζωή του, όπως και η αποδοχή των νέων συνθηκών. Το πρώτο εξαρτάται από το δεύτερο, καθώς η αποδοχή της κατάστασης θα ισορροπήσει τη ζωή του. Η αποδοχή αυτή είναι δύσκολο να επιτευχθεί και για να γίνει αυτό πρέπει ο ίδιος ο καρκινοπαθής να περάσει από κάποια στάδια. Η ολοκληρωτική αποδοχή της ύπαρξης του καρκίνου πιθανόν και να μην επιτευχθεί αλλά βήματα προς αυτήν μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του καθώς μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του μέλλοντος, τον φόβο του θανάτου και τη συναισθηματική παραίτηση^[64,65].

7.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Ο πόνος είναι συνήθως ο πρωταρχικός λόγος αναζήτησης φροντίδας υγείας. Για κάθε ασθενή που διαγιγνώσκεται από καρκίνο, ο πόνος αποτελεί το δυνητικό σύμπτωμα που γνωστοποιεί την ύπαρξη της νόσου. Ο καρκίνος, ο πόνος, ο θάνατος είναι συχνά συνυφασμένα στο μυαλό του ατόμου με αποτέλεσμα η επιτυχημένη αντιμετώπιση του πόνου να υπάρχει μόνο υπάρχει επικεντρωμένη προς τον ασθενή προσέγγιση από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προωθεί την αρχή που αναγνωρίζει τις πολύπλευρες διαστάσεις του πόνου (οργανική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι οι ακόλουθοι:

- Αναγνώριση και άμεση αξιολόγηση του πόνου των ασθενών με καρκίνο
- Ανίχνευση των ψυχολογικών και πνευματικών επιδράσεων στην αντίληψη του πόνου και η διαχείρισή τους

- Ανακούφιση του πόνου κατά τη διάρκεια της νύχτας, στην ανάπαυση και στη μετακίνηση.
- Καταγραφή και ανακούφιση παρόντων και μελλοντικών φόβων για τον πόνο.
- Παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης των μελών της οικογένειας
- Εξατομίκευση της αναλγητικής αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες και την ανοχή του ασθενή
- Έγκαιρη παραπομπή του ασθενή στους ειδικούς, εάν δεν επιτυγχάνεται αντιμετώπιση του πόνου^[9, 65].

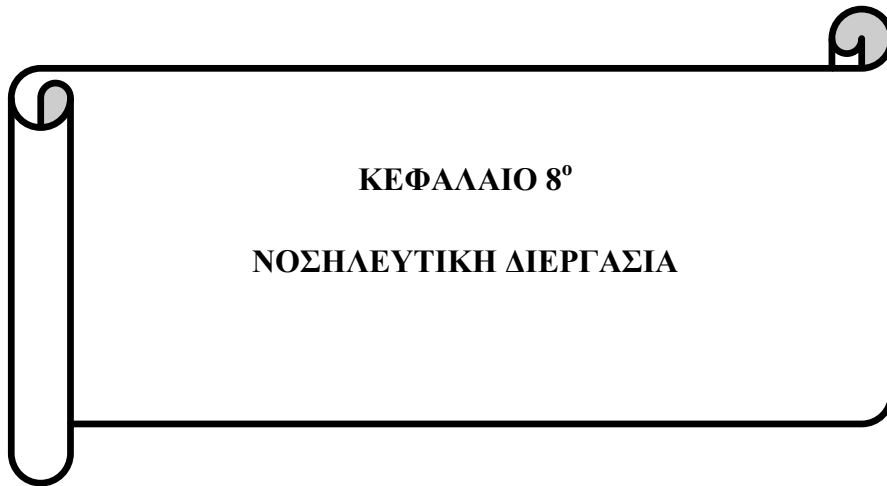
7.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με καρκίνο ήπατος.

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσο πλησιάζει η ώρα της εξόδου από το νοσοκομείο. Καθώς προετοιμάζεται ο ασθενής να επιστρέψει σπίτι, του δίνονται διάφορες κατευθύνσεις και πληροφορίες που σχετίζονται με την εκπαίδευσή του. Σημαντικό είναι να δίνονται και γραπτές οδηγίες όταν παρέχεται ένας σημαντικός όγκος λεπτομερειών και πληροφοριών με τις οποίες δεν είναι εξοικειωμένος ο ασθενής. Οι πληροφορίες πρέπει να δίνονται σε απλή και κατανοητή γλώσσα να λύνονται απορίες από τον ασθενή.

Καταβάλλεται λοιπόν οργανωμένη και συντονισμένη προσπάθεια για την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Συγκεκριμένα:

- Ο ασθενής και η οικογένειά του θα πρέπει να έχουν κατανοήσει τις ιατρικές οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή καθώς και το πότε θα συναντήσει τον ιατρό του για τη μετέπειτα παρακολούθησή του.
- Διάθεση χρόνου συνομιλίας με την οικογένεια για συζήτηση της κατάστασης.
- Έλεγχος του πόνου. Αν έχουν συνταγογραφηθεί αναλγητικά, ο ασθενής ενημερώνεται σχετικά με τη δόση, τη συχνότητα λήψης, το σκοπό χορήγησης, τις συνήθειες και μη παρενέργειες.
- Συστήνεται η χρήση της χαλάρωσης και της απόσπασης της προσοχής.
- Σε συνεργασία με τον διαιτολόγο συστήνεται ειδική δίαιτα πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο. Όπως, πρόσληψη ποικιλίας λαχανικών και φρούτων με το ημερήσιο διαιτολόγιο, περιορισμός της συνολικής πρόσληψης λιπών, περιορισμός της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, περιορισμός της κατανάλωσης παστών και καπνιστών και κατανάλωση περισσότερων τροφών αυξημένης περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες (π.χ. ψωμί ολικής αλέσεως, χόρτα και φρούτα)^[63].



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Μελέτη 1^{ης} περίπτωσης με καρκίνο στο ήπαρ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πηγή ιστορικού : Ο ίδιος φαίνεται αξιόπιστος

Άνδρας Π.Κ, ετών 65, εισήχθη στην Α' χειρουργική κλινική ΠΓΝΠ στις 27/06/2015, για προγραμματισμένο χειρουργείο ηπατεκτομής καθώς ο ασθενής είναι διαγνωσμένος με καρκίνο του ήπατος διαμέτρου 2,5εκ στο δεξιό λοβό, όπως προέκυψε έπειτα από την κλινική εξέταση και την εργαστηριακή διεύρυνση (υπερηχογράφημα) προ 4 μηνών. Επιπλέον ο ασθενής αναφέρει άλγος στην κοιλιακή χώρα, ανορεξία καθώς και δεκατική πυρετική κίνηση προ 2 ημέρου.

Γενική κατάσταση υγείας :

Αλλεργίες: Ο ασθενής δεν αναφέρει αλλεργίες σε τροφές ή σε φάρμακα.

Εμβόλια: Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει κάνει όλα τα εμβόλια.

Παιδικά νοσήματα: Ο ασθενής αναφέρει ότι δεν έχει περάσει κανένα παιδικό νόσημα.

Ατομικό ιστορικό

Ο ασθενής αναφέρει ότι από 15ετίας έπειτα από εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι έχει αρτηριακή υπέρταση, όπου ρυθμίζεται με φαρμακευτική αγωγή. Προ 5ετίας παρουσίασε σακχαρώδη διαβήτη τύπου II όπου ρυθμίζεται με φαρμακευτική αγωγή και δίαιτα.

Οικογενειακό ιστορικό: Ο ασθενής αναφέρει ότι η μητέρα του πέθανε από φυσικά αίτια ενώ ο πατέρας του είχε αρτηριακή υπέρταση και καρκίνο στο προστάτη πέθανε στην ηλικία 85 ετών.

Ιστορικό φαρμάκων:

Φάρμακο	Δόση	Οδός χορήγησης	Διακοπή
Solosa	1 tmp	Peros	Συνεχίζει..
Actos	1 tmp 30mg	Peros	Συνεχίζει..
Διαιτητικές οδηγίες για Σακχαρώδη Διαβήτη			Συνεχίζει..
1 lasix	1 tmp 2 ml	IV	Συνεχίζει..

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ουσία	Ποσότητα	Συχνότητα	Χρόνος Έναρξης	Διακοπή
Νικοτίνη	20 τσιγάρα /ημέρα	Κάθε μέρα	18 ετών	-
Αλκοόλ	2 με 3 ποτήρια την ημέρα	Κάθε μέρα	25 ετών	Έχει σταματήσει εδώ και 3 χρόνια πίνει μόνο ένα ποτήρι
Καφεΐνη	2 καφέδες	Κάθε πρωί και κάθε απόγευμα	18 ετών	Συνεχίζει..

Εργαστηριακές εξετάσεις που έχουν γίνει:

- Γενική αίματος
- Βιοχημικές αίματος
- Υπερηχογράφημα κοιλίας

Ιατρικές οδηγίες :

Οι πρώτες ιατρικές οδηγίες περιλαμβάνουν την τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Διακοπή του καπνίσματος για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση. Δίαιτα ελεύθερη.(άναλος)

Μέτρηση ζωτικών σημείων

- ΑΠ 150/ 90 mm/Hg
- Σφίξεις: 70/min
- Αναπνοές: 17/min
- Θερμοκρασία : 37,4 ° C

Από τη μέτρηση των ζωτικών σημείων προέκυψε δεκαδική πυρετική κίνηση.

- Δέρμα: Ο ασθενείς δεν παρουσιάζει εξανθήματα ή άλλες δερματικές αλλοιώσεις στο δέμα της.
- Κεφαλή: Δεν υπάρχει ιστορικό τραυματισμού
- Μάτια: Κόρες αντιδρούν φυσιολογικά στο φώς
- Καρδιαγγειακό: S1-S2 σαφής και ευκρινής χωρίς επιπρόσθετους καρδιακούς τόνους
- Θώρακας και πνεύμονες: Αναπνευστικό ψιθύρισμα χωρίς επιπρόσθετους ήχους
- Κοιλία: μαλακή και ευπίεστη
- Λεμφαδένες : μη ευαίσθητοι

Τομείς Αγωγής Υγείας – Ανάγκες Εκπαίδευσης Ασθενή:

Ο ασθενής ενημερώθηκε σήμερα για τη σπουδαιότητα της τήρησης προσεκτικής δίαιτας για την αντιμετώπιση της αδυναμίας που νιώθει καθώς και για τον έλεγχο του σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης του αναφέρθηκε η σημαντικότητα του περιοδικού εργαστηριακού ελέγχου, η ανάγκη για καθημερινή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον ο ασθενής ενημερώθηκε για την κατάσταση της υγείας του σχετικά με τον καρκίνο του ήπατος και δόθηκαν απαντήσεις στις απορίες που είχε. Τέλος ο ασθενής πληροφορήθηκε για την αναγκαιότητα της διακοπής του καπνίσματος όχι μόνο για τη χειρουργική επέμβαση αλλά για να απαλλαγεί από μια τόσο βλαβερή συνήθεια. Δόθηκαν διευκρινήσεις και λύθηκαν απορίες του ασθενούς σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση.

Ψυχοκοινωνικό Ιστορικό:

Ο ασθενής γεννήθηκε και κατοικεί στη Πάτρα και προέρχεται από μια αγροτική οικογένεια. Ενώ και ο ίδιος εργάστηκε ως αγρότης. Σε ηλικία 25 ετών γνώρισε τη γυναίκα και απέκτησαν 3 παιδιά. Τα δύο παιδιά του δεν διαμένουν στην Πάτρα. Η σύζυγος του και ο μεγαλύτερος γιός του τον συνοδεύουν στο νοσοκομείο. Η ενασχόληση του Π.Κ με την κηπουρική σύμφωνα με τα λεγόμενα του προσδίδει ιδιαίτερη χαρά.

Φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του:

Φάρμακο	Δόση	Οδός χορήγησης	Ημέρα χορήγησης (έναρξη)	Ημέρα χορήγησης
D/W 5 % 1000cc	1 x 1	I.V	25/06/2015	25/06/2015
N/S 0.9 % 1000cc	1 x1	I.V	25/06/2015	25/06/2015
solosa	1 tb	Peros	Συνεχίζει..	Συνεχίζει..
Actos	1 tb	Peros	Συνεχίζει..	Συνεχίζει..
CO- Diovan	1 tb	Peros	Συνεχίζει..	Συνεχίζει..
Dynastat	40 mg	IV	25/06/2015	25/06/2015

Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα 19 G στην κεφαλική φλέβα (δεξιά).

Την ημέρα αυτή εξασφαλίζουμε ότι ο ασθενής έχει ενημερωθεί πλήρως και έχει κατανοήσει τη σκοπιμότητα της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης στα πλαίσια του προεγχειρητικού ελέγχου συγκεντρώνουμε όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις και απεικονιστικές εξετάσεις του κυρίου Π.Κ όπου περιλαμβάνονται οι εξής:

Ακτινογραφία Θώρακος

Καρδιολογικός έλεγχος – Καρδιολογική εκτίμηση

Γενική εξέταση αίματος – βιοχημικός έλεγχος

Αναισθησιολογική εκτίμηση

Και: Γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς

Νοσηλευτική διεργασία στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων εισόδου.

1^η Νοσηλευτικής προτεραιότητας:

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Άλγος στην κοιλιακή χώρα	Να εκφράζει λεκτικά ο ασθενής ανακούφιση από τον πόνο.	<p>Αξιολόγηση του πόνου (εντόπιση, χαρακτηριστικά, ένταση ,συχνότητα).</p> <p>Παρατήρηση μη λεκτικών ενδείξεων πόνου(στάση σώματος, τρόπος βάδισης, έκφραση προσώπου)</p> <p>Χορήγηση παυσίπνου.</p> <p>Τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι σε αναπαυτική θέση.</p>	<p>Χρήση κλιμάκων βαθμολόγησης πόνου (κλίμακα 0- 10).</p> <p>Ενθάρρυνση της λεκτικής έκφρασης των αισθημάτων του πόνου.</p> <p>Χορήγηση Dynastat 40 mg IV 1 x 1 βάση ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Ενθάρρυνση επαρκών περιόδων ανάπαυσης για την πρόληψη της κόπωσης.</p>	<p>Ο ασθενής αναφέρει ανακούφιση του πόνου, αυτό επίσης επιβεβαιώνεται με τη αλλαγή της στάσης του σώματος. Ο ασθενής μετά τη χορήγηση του παυσίπνου βαθμολόγησε τον πόνο πιο χαμηλά.</p> <p>Το DYNASTAT χρησιμοποιείται για θεραπεία του πόνου. Προέρχεται από μια οικογένεια φαρμάκων που ονομάζονται αναστολείς COX-2 (αυτό είναι μια σύντμηση για τους αναστολείς της κυκλο-οξυγενάσης-2). Ο πόνος και το οίδημα μερικές φορές προκαλείται από ουσίες στο σώμα που αποκαλούνται προσταγλανδίνες.</p> <p>Δρα με τη μείωση της ποσότητας αυτών των προσταγλανδινών.</p>

2^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Υψηλός πυρετός	Ο άρρωστος να διατηρεί τη θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα.	Καταγραφή και λήψη των ζωτικών σημείων. Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Κάλυψη με κρύα επιθέματα των μηροβουβωνικών πτυχών και μασχालαίων κοιλοτήτων αν ο πυρετός ξεπεράσει τους 39° c. Χορήγηση 1 amp Apotel IM . Λήψη των ζωτικών σημείων. Θ: 39° c Α.Π: 115/ 85 mm/Hh Αναπνοές: 16/min Σφύξεις:100/ min	Ο ασθενής συνεχίζει να έχει υψηλό πυρετό συνεχίζεται η αντιπυρετική αγωγή καθώς και τα ανακουφιστικά μέτρα με ψυχρά επιθέματα.

3^{ης} Νοσηλευτικής Προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Έλεγχος του σακχαρώδη διαβήτη.	Τη διατήρηση του εύρους των τιμών γλυκόζης σε ικανοποιητικά επίπεδα.	Εφαρμογή θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης του διαβήτη(παρακολούθηση γλυκόζης αίματος. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής .	Μέτρηση σακχάρου του αίματος και καταγραφή του. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής solosa 1tmp peros Actos 1 tmp peros Σύμφωνα με τις οδηγίες.	Η τιμές του σακχαρώδη διαβήτη είναι 100ml / dl. Διατηρούνται οι τιμές σε φυσιολογικά επίπεδα. Ο ασθενής ακολουθεί τη φαρμακευτική αγωγή για το σακχαρώδη διαβήτη.

4^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικό εύρος τιμών.</p> <p>Συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.</p> <p>Διαιτητική προσαρμογή.</p>	<p>Ο ασθενής να διατηρήσει την Αρτηριακή Πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Μέτρηση ωριαία των ζωτικών σημείων μέχρι να επανέλθει η Αρτηριακή Πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Καταγραφή των ζωτικών σημείων .</p> <p>Χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Lasix IV σε ογκομετρική συσκευή. 100 cc Άναλος δίαιτα.</p>	<p>Έγινε μέτρηση ωριαία των ζωτικών σημείων.</p> <p>Θ: 36,7 Σφύξεις:90 /min ΑΠ: 150 /95 mm/Hg Αναπνοές:18 / min</p>	<p>Μετά τη χορήγηση του lasix IV.</p> <p>Η Α.Π επανήλθε σε φυσιολογικές τιμές.</p>

Νοσηλευτική διεργασία προεγχειρητικά

1^η Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Άγχος σχετιζόμενο με την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και νάρκωση	Μείωση του άγχους για τη χειρουργική επέμβαση. Μείωση του άγχους της νάρκωσης	Ενημέρωση του ασθενούς από τον χειρουργό για το είδος και να αναμενόμενα αποτελέσματα τις χειρουργικής επέμβασης. Συνάντηση του ασθενούς με τον αναισθησιολόγο για το είδος και τις παρενέργειες της ολικής νάρκωσης.	Ενθάρρυνση του ασθενούς να συζητήσει ό,τι τον απασχολεί κατά τη διάρκεια των ραντεβού με τους γιατρούς που θα τον ενημερώσουν. Δίνουμε χρόνο για διευκρινιστικές ερωτήσεις.	Ο ασθενής έχει μειώσει σε σημαντικό βαθμό το άγχος του, δεν έχει όμως εξαλειφθεί.

2^η Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ανάγκη εφαρμογής προεγχειρητικής ετοιμασίας.	Να ετοιμαστεί ο ασθενής για την παραμονή του στο χειρουργείο.	Ατομική υγιεινή και λουτρό καθαριότητας. Ευπρεπισμός εγχειρητικού πεδίου. Εκπαίδευση στις ασκήσεις για βαθιά αναπνοή και βήχα.	Εφαρμογή τοπικής καθαριότητας και λουτρό. Γίνεται ευπρεπισμός του χειρουργικού πεδίου με καθαρισμό του δέρματος στο σημείο της επέμβασης. Εκτέλεση από τον ασθενή βαθιές αναπνοές και βήχας.	Το χειρουργικό πεδίο είναι σωστά προετοιμασμένο. Ο ασθενής κατανοεί πως θα αναπνέει και θα βήχει μετεγχειρητικά.

3^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Κίνδυνος για διαταραχή ύπνου τη νύχτα πριν το χειρουργείο όπως φαίνεται από την έκφραση ανησυχίας του ασθενούς.</p>	<p>Πριν από το τέλος της βραδινής βάρδιας θα πρέπει ο ασθενής να είναι ήρεμος πριν την κατάκλιση ώστε να ξεκουραστεί σωστά. Με την έναρξη της πρωινής βάρδιας θα πρέπει ο ασθενής να εκφράζει το αίσθημα της ξεκούρασης μετά τον ύπνο.</p>	<p>Αποφυγή διατάραξης της ηρεμίας του ασθενούς. Ενημέρωση για αποφυγή κατανάλωσης υγρών και τροφίμων πριν τη χειρουργική επέμβαση. Κατατόπιση του ασθενούς σχετικά με τους χώρους και τη λειτουργία του δωματίου και της κλινικής. Ενημέρωση για τη κένωση της ουροδόχου κύστης πριν την βραδινή κατάκλιση. Χορήγηση ηρεμιστικού σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε δίκλινο δωμάτιο. Να γίνει σύσταση αποφυγής υγρών που είναι πλούσια σε καφεΐνη (καφές, τσάι, αναψυκτικό τύπου cola). Παροτρύνεται να ουρήσει πριν πέσει για ύπνο. Διατήρηση των συνηθειών του ύπνου (κατάκλιση την ώρα που ο ασθενής έχει συνηθίσει να κοιμάται). Χορήγηση Halcion tb 0,25 g Λίγο πριν την ξαπλώσει ο ασθενής.</p>	<p>Ο ασθενής κοιμάται βαθιά όλη τη νύχτα . Το πρωί αναφέρει ότι ξεκουράστηκε .</p>

4^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ανάγκη εφαρμογή της τελικής προεγχειρητικής ετοιμασίας.</p>	<p>Να ετοιμαστεί ο ασθενής πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο.</p>	<p>Έλεγχος πληρότητας ιατρικού φακέλου.</p> <p>Χορήγηση προνάρκωσης σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Ένδυση του ασθενούς με τα ρούχα του χειρουργείου.</p> <p>Μέτρηση των ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών .</p> <p>Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης του ασθενούς.</p>	<p>Βοηθάμε τον ασθενή φορέσει τα ρούχα του χειρουργείου (μπλούζα , ποδονάρια). Αφαίρεση κοσμημάτων.</p> <p>Λήψη των ζωτικών σημείων πριν τη χορήγηση της προνάρκωσης.</p> <p>Χορήγηση Dormicum 6 mg IM.</p> <p>Έλεγχος του ιατρικού φακέλου . Συμπλήρωση του εντύπου προεγχειρητικής ετοιμασίας.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών πριν τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Ο ασθενής είναι καλά και είναι έτοιμος για το χειρουργείο.</p>

Νοσηλευτική διεργασία μετεγχειρητικά

1^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Κίνδυνος αιμορραγίας από το τραύμα.	Πρόληψη της αιμορραγίας.	Παρακολούθηση του αιματοκρίτη από τις αιματολογικές εξετάσεις. Έλεγχος και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων. Έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης.	Άνοιγμα των κλινοσκεπασμάτων και έλεγχος των γαζών από το τραύμα. Παρακολούθηση της στάθμης του αίματος στην παροχέτευση. Ειδοποίηση του χειρουργού σε περίπτωση που η απώλεια αίματος είναι μεγάλη. Έλεγχος για τυχόν απόφραξη της παροχέτευσης. Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων (νηματοειδής σφυγμός και πτώση τις αρτηριακής πίεσης είναι ενδείξεις αιμορραγίας)	Τιμή του αιματοκρίτη πάνω από 30%. Το τραύμα δεν αιμορραγεί. Συνεχίζει ο έλεγχος της παροχέτευσης.

2^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Διαταραχή στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Ο ασθενής να διατηρεί την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών όπως φαίνεται από:</p> <ul style="list-style-type: none"> α) Τη φυσιολογική σπαργή του δέρματος. β) Την υγρασία των βλεννογόνων. γ) Το σταθερό σωματικό βάρος. δ) Την αρτηριακή πίεση και τις σφύξεις που παραμένουν μέσα σε φυσιολογικά όρια για τον άρρωστο και δεν μεταβάλλονται με την αλλαγή της θέσης. 	<p>Αξιολόγηση του ελλείμματος των υγρών. Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Ανασκόπηση των εργαστηριακών δεδομένων.</p>	<p>Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες που μας έχουν δοθεί.</p> <p>Πλήρης καταγραφή και αξιολόγηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών όπως ενδείκνυται.</p> <p>Παρατηρούμε τη διανοητική κατάσταση του ασθενούς.</p> <p>Αξιολόγηση των ζωτικών σημείων.</p>	<p>Ο ασθενής μετά την χορήγηση αίματος αλλά και υγρών παρουσιάζει βελτίωση στην ισορροπία των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</p>

3^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Αναποτελεσματική αναπνοή σχετιζόμενη με: φόβο, άγχος, πόνο, νάρκωση και ορισμένα φάρμακα (π.χ αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά, με κεντρική δράση)</p>	<p>Ο άρρωστος διατηρεί έναν αποτελεσματικό τρόπο αναπνοής όπως φαίνεται από:</p> <ul style="list-style-type: none"> α) Τη φυσιολογική συχνότητα και βάθος αναπνοής β) Την έλλειψη δύσπνοιας. γ) Τα φυσιολογικά αέρια αίματος. 	<p>Αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων αναποτελεσματικού τρόπου αναπνοής (π.χ. επιδόλαιες και αργές αναπνοές, ταχύπνοια, δύσπνοια).</p> <p>Καταγραφή και αναφορά στα πιο κάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> α) Παθολογικά αέρια αίματος. β) Σημαντικές μεταβολές στα αποτελέσματα της οξυμετρίας. 	<p>Χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Διατήρηση του ασθενούς σε ηρεμία και ενημέρωση για την κατάσταση του.</p> <p>Αλλαγή θέσης του ασθενούς εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του.</p>	<p>Ο ασθενής καθιερώνει ένα αποτελεσματικό τύπο αναπνοής όπως καταδεικνύεται από την απουσία κυάνωση και με αέρια αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Η αλλαγή της θέσης του στο κρεβάτι ανύψωση της κλίνης φαίνεται ότι τον έχει ανακουφίσει αρκετά.</p>

4^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Κίνδυνος λοίμωξης του τραύματος που σχετίζεται με την λύση της συνέχειας του δέρματος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιακής χώρας.	Να ανακτήσει ο ασθενής την ακεραιότητα του δέρματος χωρίς να παρατηρηθούν συμπτώματα λοίμωξης.	Λήψη των ζωτικών κάθε 3 ώρες ώστε να εντοπιστούν τυχόν μεταβολές. Προστασία του τραύματος από μόλυνση. Εκπαίδευση του ασθενούς για τα σημεία και συμπτώματα λοίμωξης.	Αξιολόγηση των ζωτικών μετά τη λήψη τους. Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής σε κάθε αλλαγή τραύματος. Γίνεται εκτίμηση τραύματος σε κάθε αλλαγή για σημεία λοίμωξης.	Ο ασθενής δεν παρουσιάζει μεταβολές στα ζωτικά σημεία. Στο τραύμα δεν φαίνονται σημεία λοίμωξης.

5^{ης} Νοσηλευτικής προτεραιότητας

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Πόνος σχετιζόμενος με την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο.</p> <p>Να εκφράζει λεκτικά ότι δεν αισθάνεται πόνο.</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες.</p> <p>Δίνουμε αναπαυτική θέση στον ασθενή στο κρεβάτι.</p> <p>Εκπαίδευση του ασθενούς σε τεχνικές χαλάρωσης.</p> <p>Έλεγχος του τραύματος για σημεία επιμόλυνσης.</p>	<p>Χορήγηση Dynastat IV σύμφωνα με τις οδηγίες.</p> <p>Ανασήκωση της κλίνης ελάχιστα ώστε να μην υπάρχει πίεση στην περιοχή της κοιλιάς.</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς για ενασχόληση με κάτι που τον ευχαριστεί και ταυτόχρονα τον κάνει να ξεχαστεί.</p> <p>Σε κάθε αλλαγή χρησιμοποιείται άσηπτη τεχνική.</p>	<p>Ο ασθενής έπειτα από τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (Dynastat) παραμένει ήρεμος.</p>

Μελέτη περίπτωσης 2^{ης} Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πηγή ιστορικού : Ο ίδιος φαίνεται αξιόπιστος

Άνδρας Σ.Φ , ετών 65 , εισήχθη 25/06/2015 στην Α' χειρουργική του ΠΓΝΠ. Ο ασθενής αναφέρει ήπιο άλγος στην κοιλιακή χώρα, ανορεξία, καθώς και απώλεια δυνάμεων.

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις προκύπτει ότι είναι αυξημένα τα ηπατικά ένζυμα (έμμεση χολερυθρίνη, ερυθρά μειωμένα). Επίσης από την αξονική τομογραφία προέκυψε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα διαμέτρου 1.5 εκ. Για την αντιμετώπισή του έχει προγραμματιστεί χειρουργική επέμβαση ηπατεκτομής.

Γενική κατάσταση υγείας :

Αλλεργίες: Ο ασθενής αναφέρει αλλεργία στα ψάρια

Εμβόλια: Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει κάνει όλα τα εμβόλια

Παιδικά νοσήματα: Ο ασθενής αναφέρει ότι δεν έχει περάσει κανένα παιδικό νόσημα

Ατομικό ιστορικό

Ο ασθενής αναφέρει ότι δεν λαμβάνει καμία φαρμακευτική αγωγή

Οικογενειακό ιστορικό: Ο ασθενής αναφέρει ότι η μητέρα του πέθανε από καρκίνο στη μήτρα ενώ ο πατέρας του πέθανε από καρκίνο του πνεύμονα καθώς υπήρξε καπνιστής.

Ιστορικό φαρμάκων:

Δεν λαμβάνει φάρμακα.

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ουσία	Ποσότητα	Συχνότητα	Χρόνος Έναρξης	Διακοπή
Νικοτίνη	15 τσιγάρα /ημέρα	Κάθε μέρα	35 ετών	Συνεχίζει
Αλκοόλ	2 ποτήρια/ημέρα	Κάθε μέρα	20 ετών	Συνεχίζει
Καφεΐνη	2 καφέδες	Κάθε πρωί και κάθε απόγευμα	15 ετών	Συνεχίζει..

Εργαστηριακές εξετάσεις που έχουν γίνει:

- Γενική αίματος
- Βιοχημικές αίματος
- Καρκινικοί δείκτες
- Αξονική τομογραφία
- Βιοψία

Ιατρικές οδηγίες : Οι πρώτες ιατρικές οδηγίες περιλαμβάνουν την τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Διακοπή του καπνίσματος διότι θα πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση. Επίσης να συγκεντρωθούν οι προεγχειρητικές εξετάσεις που απαιτούνται (καρδιολογικές εξετάσεις, έλεγχος αναπνευστικής και νεφρικής λειτουργίας, αιματολογικές εξετάσεις,).

Δίαιτα άναλος.

Μέτρηση ζωτικών σημείων

- ΑΠ 130/ 90 mm/Hg
- Σφίξεις: 75/min
- Αναπνοές: 18/min
- Θερμοκρασία : 36,6 ° C
- Δέρμα: Ο ασθενής δεν παρουσιάζει δερματικές αλλοιώσεις ή εξανθήματα.
- Κεφαλή: Δεν υπάρχει ιστορικό τραυματισμού. Παρατηρείται απώλεια τριχών, ίσως είναι αποτέλεσμα της απώλειας της όρεξης.
- Μάτια: Κόρες αντιδρούν φυσιολογικά στο φως
- Καρδιαγγειακό: S1-S2 σαφής και ευκρινής χωρίς επιπρόσθετους καρδιακούς τόνους
- Θώρακας και πνεύμονες: Αναπνευστικό ψιθύρισμα χωρίς επιπρόσθετους ήχους
- Κοιλία: μαλακή και ευπίεστη
- Λεμφαδένες : μη ευαίσθητοι

Τομείς Αγωγής Υγείας – Ανάγκες Εκπαίδευσης Ασθενή:

Ο ασθενής πληροφορήθηκε σήμερα για την αναγκαιότητα επαρκούς πρόσληψης θερμίδων για την αντιμετώπιση της αδυναμίας που νιώθει, καθώς και την συγκρότηση δυνάμεων διότι θα τις χρειαστεί στην πορεία. Επίσης του αναφέρθηκε η σημαντικότητα του περιοδικού εργαστηριακού ελέγχου, η ανάγκη καθημερινής ήπιας άσκησης με σκοπό την απομάκρυνση του άγχους. Επιπλέον ο ασθενής ενημερώθηκε για την κατάσταση της υγείας του σχετικά με το ηπατοκυτταρικό καρκίνο και δόθηκαν απαντήσεις στις απορίες που είχε για την ασθένεια. Τέλος ο ασθενής πληροφορήθηκε για την αναγκαιότητα της διακοπής του καπνίσματος για να απαλλαγεί από μια τόσο βλαβερή συνήθεια και για εξασφαλιστεί η ασφαλής προεγχειρητική ετοιμασία του.

Ψυχοκοινωνικό Ιστορικό:

Ο ασθενής γεννήθηκε στη Ναύπακτο και κατοικεί στη Πάτρα. Εργάστηκε ως ελεύθερος επαγγελματίας και είναι συνταξιούχος. Σε ηλικία 32 ετών γνώρισε τη γυναίκα και απέκτησαν 2 παιδιά. Η σύζυγος τον συνοδεύει στο νοσοκομείο και τον εμπυχώνει αφού αυτή έχει αναλάβει την φροντίδα του. Από τα λεγόμενα του φαίνεται αγχωμένος γιατί θέλει να επιστρέψει στο σπίτι του νιώθει πολύ ανασφαλής στο νοσοκομείο και φοβάται για την πορεία της ασθένειάς του. Ακόμη, από τα λεγόμενα του, προκύπτει ότι είναι θυμωμένος με τον εαυτό του, διότι ποτέ δεν άκουσε την σύζυγο του που τον προέτρεπε να διακόψει το κάπνισμα, καθώς θεωρεί ότι το κάπνισμα ευθύνεται για την κατάσταση της υγείας του.

Φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του:

Φάρμακο	Δόση	Οδός χορήγησης	Ημέρα χορήγησης(έναρξη)	Ημέρα χορήγησης
D/W 5 % 1000cc	1 x 2	I.V	25/06/2015	25/06/2015
Catapresan tb 0,150 mg	1 x 1	peros	25/06/2015	25/06/2015

Νοσηλευτική διεργασία στα συμπτώματα του ασθενούς:

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Άλγος στην κοιλιακή χώρα	Ανακούφιση του ασθενούς.	<p>Αξιολόγηση του πόνου .</p> <p>Ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του.</p> <p>Τοποθέτηση σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι.</p>	<p>Χρήση κλιμάκων βαθμολόγησης πόνου (κλίμακα 0- 10).</p> <p>Ενθάρρυνση της λεκτικής έκφρασης των αισθημάτων του πόνο.</p> <p>Απομάκρυνση αιτιολογικών παραγόντων που προκαλούν νευρικότητα και εντείνουν τον πόνο του ασθενούς .</p> <p>Ενθάρρυνση της οικογένειας να παραμείνει δίπλα του.</p>	Ο ασθενής εκφράζει λεκτικά ότι έχει ηρεμήσει έπειτα από τη παραμονή της συζύγου του στο θάλαμο.

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Άμεση διακοπή του καπνίσματος και της χρήσης του αλκοόλ.</p>	<p>Να εκφράζει λεκτικά ότι η κατανάλωση 5 ποτηριών την ημέρα αποτελεί μια χρόνια κατάσταση και χρήζει αντιμετώπισης.</p> <p>Και η χρήση καπνού βλάπτει τον οργανισμό και την οικογένεια του αφού τους καθιστά παθητικούς καπνιστές.</p>	<p>Συνάντηση όλης της οικογένειας με τον κοινωνικό λειτουργό.</p> <p>Παραπομπή του ασθενούς στα ιατρεία διακοπής του καπνίσματος.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον κοινωνικό λειτουργό για τις συνέπειες του αλκοολισμού που αφορούν όλη την οικογένεια καθώς αποτελεί χρόνια κατάσταση.</p> <p>Ο ασθενής συζήτησε με τους γιατρούς στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος και προς τον παρόν αποφάσισε την χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης.</p>	<p>Συμφώνησε ο ασθενής να συμμετέχει σε ομάδα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Η οικογένεια θα συμμετέχει σε ομάδες υποστήριξης.</p> <p>Ο ασθενής αποφάσισε τη χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης και απάλλαξε την οικογένεια του από το παθητικό κάπνισμα.</p>

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ανορεξία	<p>Επιδεικνύει συμπεριφορές απόκτησης/ διατήρησης κατάλληλου βάρους σώματος σύμφωνα με την ηλικία και το αναπτυξιακό του επίπεδο.</p> <p>Εκφράζει λεκτικά ότι κατανοεί την ανάγκη βελτίωσης της διατροφής και πραγματοποίησης των κατάλληλων διατροφικών αλλαγών</p>	<p>Καθορισμός του παρόντος διατροφικού επιπέδου και των προτύπων σίτιση.</p> <p>Παροχή βοήθειας ατόμου/ οικογένειας στην ανάπτυξη σχεδίου κάλυψης των αναγκών.</p>	<p>Αξιολόγηση των αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με τον ρόλο της διατροφής στη διατήρηση της υγείας, στην προαγωγή της ανάπτυξης και εξέλιξης.</p> <p>Διερεύνηση των διαιτητικών προτιμήσεων του ατόμου.</p> <p>Εξέταση/συζήτηση με το άτομο των κινήτρων και προσδοκιών για αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών. Αναγνώριση των διατροφικών αλλαγών που μπορεί να είναι βοηθητικές στην επίτευξη των στόχων υγείας του ατόμου.</p>	<p>Ανταποκρίνεται στις προσπάθειες για λήψη τροφής.</p> <p>Ο ασθενής δείχνει προθυμία για βελτίωση της διατροφής και πραγματοποίηση των κατάλληλων διατροφικών αλλαγών.</p>

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Άγχος σχετιζόμενο με την αβεβαιότητα της εξέλιξης της υγείας του.	Να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα του (λύπη, φόβο , ενοχή) Αυτοέλεγχος του άγχους.	Προσεκτική ακρόαση των συναισθημάτων του ασθενούς. Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων (π.χ. αυξημένες ή ακανόνιστες σφίξεις, αυξημένη αναπνοή/ υπεραερισμός, αλλαγές στην πίεση του αίματος, έντονη εφίδρωση, τρόμος ή ανησυχία) για την αναγνώριση οργανικών αντιδράσεων.	Αναγνώριση μέσα από την προσεκτική ακρόαση των συναισθημάτων του τις πεποιθήσεις του ασθενούς σχετικά με τον θάνατο. Παροχή πληροφοριών για τις ομάδες υποστήριξης ατόμων με καρκίνο καθώς και υποστήριξη των φροντιστών του. Συνεχής καταγραφή και παρακολούθησης των ζωτικών σημείων καθώς και αξιολόγησής τους.	Ο ασθενής χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης για να μειώσει το άγχος. Αναζητά πληροφόρηση για να μειώσει το άγχος του. Αισθάνεται πιο ήρεμος όταν η σύζυγος του βρίσκεται στο δωμάτιο.

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Κόπωση.</p> <p>Αίσθηση εξάντλησης και μειωμένης σωματικής και πνευματικής ικανότητας.</p>	<p>Να αναφέρει αίσθηση ενέργειας.</p> <p>Να συμμετέχει στο προτεινόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα.</p>	<p>Παροχή βοήθειας στο άτομο να αντιμετωπίσει την κόπωση και να προσαρμοστεί στο πλαίσιο των προσωπικών ορίων των ικανοτήτων του.</p> <p>Προαγωγή της ευεξίας.</p>	<p>Ανάπτυξη ρεαλιστικών στόχων δραστηριότητας με το άτομο και ενθάρρυνση κινητοποίησης ανάλογα με την κατάσταση υγείας του.</p> <p>Συμμετοχή του ατόμου και της οικογένειας στον προγραμματισμό του σχεδιασμού διαχείρισης της κόπωσης.</p> <p>Παραπομπές για ψυχοκοινωνικές, διατροφικές, εκπαιδευτικές και φαρμακολογικές(όταν ενδείκνυται) παρεμβάσεις, ειδικά αν η κόπωση είναι μέτρια ή σοβαρή.</p>	<p>Ο ασθενής παρουσιάζει σημάδια βελτίωσης συμμετέχει στο θεραπευτικό πρόγραμμα.</p> <p>Αντίληψη της ανάγκης για πρόσθετη ενέργεια για την επίτευξη καθηκόντων ρουτίνας, αύξηση των απαιτήσεων για ανάπαυση.</p>

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Πόνος σχετιζόμενος με την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Να εκφράζει λεκτικά ο ασθενής ανακούφιση από τον πόνο.</p>	<p>Αιτία του πόνου είναι η χειρουργική επέμβαση χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις οδηγίες που έχουν δοθεί.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς για τις μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις που αφορούν τον πόνο.</p> <p>Αξιολόγηση του πόνου με χρήση κλίμακας (0 – 10) .</p>	<p>Χορήγηση Dynastat 40 mg IM. Ενθάρρυνση του ασθενούς για επαρκών περιόδων ανάπαυσης.</p> <p>Ανασκόπηση των στόχων του ατόμου για τη διαχείριση του πόνου. Ο πόνος μπορεί να μην ανακουφιστεί πλήρως όμως να μειωθεί σημαντικά.</p> <p>Ζητάμε από τον ασθενή να βαθμολογήσει από το 0 - 10 τον πόνο που αισθάνεται πριν τη χορήγηση του φαρμάκου και μετά.</p> <p>Ζητάμε και τη συνδρομή της οικογένειας για την υποστήριξη του ασθενούς.</p>	<p>Μετά τη χορήγηση του φαρμάκου(Dynastat 40 mg IM) ο ασθενής εκφράζει λεκτικά ότι έχει ηρεμήσει από τον πόνο.</p> <p>Επίσης, πριν τη χορήγηση βαθμολόγησε τον πόνο με 7 και μετά το φάρμακο τον βαθμολόγησε με 4.</p>

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Κίνδυνος μόλυνσης του τραύματος.	Αποκατάσταση του χειρουργικού τραύματος χωρίς σημεία επιμόλυνσης.	<p>Λήψη και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων κάθε 4 ώρες.</p> <p>Καθημερινή αξιολόγηση του δέρματος.(ενυδάτωση, χρώμα)</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς για τα συμπτώματα της μόλυνσης σε περίπτωση που αντιληφθεί κάποια αλλαγή να μας ενημερώσει.</p> <p>Προστασία του τραύματος.</p> <p>Σχεδιασμός για επούλωση τραύματος κατά πρώτο βαθμό.</p>	<p>Λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή τυχόν αποκλίσεων από τις φυσιολογικές τιμές.</p> <p>Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του τραύματος.</p> <p>Καλή αντισηψία χεριών όταν ο νοσηλευτή έρχεται σε επαφή με τον ασθενή.</p> <p>Συζήτηση με το ασθενή τη διαιτητική του προσαρμογή μετά από 3 ημέρες.</p>	<p>Ζωτικά σημεία σε φυσιολογικές τιμές.</p> <p>Στις αλλαγές του τραύματος δεν παρατηρήθηκε καμία αναφορά για σημεία μόλυνσης.(χρώμα , οσμή, ποσότητα υγρών).</p> <p>Σταδιακή χρησιμοποίηση του πεπτικού σωλήνα με δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες αρχικά.</p>

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Διαταραχή αποβολής των ούρων	Επαρκής ποσότητα αποβολής ούρων. Εκφράζει λεκτικά ο ασθενής την κατανόηση του για επαρκή ούρηση.	Παρακολούθηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών . Διευκόλυνση της φυσιολογικής αποβολής των ούρων. Εισαγωγή καθετήρα αν δοθεί οδηγία. Ενθάρρυνση του ατόμου να εκφράζει τις ανησυχίες του έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση.	Συνέχιση της ενδοφλέβιας χορήγηση D/W 5% 1000 cc 1 x 2 ανά 24 ώρο. Εξασφάλιση απομόνωσης όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί ουροδοχείο. Αν ο ασθενής το επιθυμεί μπορεί ο νοσηλευτής να τον βοηθήσει να περπατήσει μέχρι το λουτρό προκειμένου να ουρήσει.	Ο ασθενής συνεχίζει να αποβάλει μικρές ποσότητες ούρων. Γι αυτό έγινε τοποθέτηση με άσηπτη τεχνική ουροκαθετήρα Foley και αυξήθηκε και η ποσότητα των υγρών. (D/W 5% 1000 cc 1 x 2 και D/W 5 % 500cc 1 x 1 ανά 24 ώρο)

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ναυτία σχετιζόμενη με την αναισθησία	Να εκφράζει ο ασθενής λεκτικά ότι έχει ανακουφιστεί από τη ναυτία.	<p>Προαγωγή της χαλάρωσης και επαναπροσδιορισμός της προσοχής μακριά από τη ναυτία.</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες.</p> <p>Έλεγχος των ζωτικών σημείων.</p>	<p>Ενθάρρυνση αργών βαθιών αναπνοών.</p> <p>Χορήγηση Xomolix 2,5 mg IV.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων για τυχόν μεταβολές.</p> <p>Παροχή φροντίδας (βρέχουμε τα χείλη του ασθενούς με βαμβάκι, ξεπλένει ο ασθενής το στόμα του με νερό) του στόματος και την ελαχιστοποίηση της αίσθησης της άσχημης γεύσης.</p> <p>Παρότρυνση για ξεκούραση.</p>	Ο ασθενής έπειτα από τη χορήγηση του φαρμάκου αισθάνεται καλύτερα. Τα ζωτικά σημεία δεν παρουσίασαν μεταβολές.

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αναποτελεσματική αναπνοή.	Καθιερώσει ο ασθενής έναν αποτελεσματικό τρόπο αναπνοής όπως καταδεικνύεται από την απουσία δύσπνοιας, κυάνωσης.	Αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας. Ανασκόπηση εργαστηριακών εξετάσεων. Αν απαιτείται χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις οδηγίες που έχουν δοθεί. Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπνευστική θέση.	Εκτίμηση του βάθους της αναπνοής, της συχνότητας. Εκτίμηση βήχα αν υπάρχει (παραγωγικός ή μη). Μέτρηση αερίων αίματος, βαθμός οξυγόνωσης. Ανύψωση της κεφαλής της κλίνης ενίσχυση σωματικής άνεσης και μεγιστοποίηση της αναπνοής.	Ο ασθενής λόγω του μετεγχειρητικού πόνου αδυνατεί να έχει κανονική φυσιολογική λειτουργία διότι όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ‘ πονάω όταν ανασαίνω’. Έτσι χορηγείτε οξυγόνο με απλή μάσκα συνδεδεμένη με ροόμετρο.(8 lit /min).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία διαπιστώνουμε, πως ο καρκίνος του ήπατος, με κύριο εκπρόσωπο το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, συνιστά ένα είδος κακοήθειας, συχνά εμφανιζόμενης 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.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παραπάνω εργασία συμπεραίνουμε ότι ο καρκίνος του ήπατος είναι ένα επιθετικό νεόπλασμα. Παρ' όλη την ανάπτυξη τις τεχνολογίας σε εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, αλλά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση, παρατηρούμε μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο. Έτσι λοιπόν η πορεία προς το θάνατο για ορισμένους ασθενείς είναι δυνατόν να αποτελέσει μια δύσκολη και επώδυνη πορεία τόσο για τους ίδιους, όσο και για τις οικογένειες τους. Γι' αυτό και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι ότι αφορά τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο στο ήπαρ. Κυρίως οι νοσηλευτές οι οποίοι παρακολουθούν την πορεία της νόσου από την διάγνωση μέχρι και την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επιπρόσθετα στην παρούσα εργασία επισημάνθηκαν οι παράγοντες κινδύνου όπως οι ηπατίτιδες, αφλατοξίνες, φαρμακευτικές ουσίες, κίρρωση του ήπατος, παχυσαρκία. Καθώς και τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να ληφθούν για τον καρκίνο του ήπατος.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η επισήμανση του ρόλου του νοσηλευτή, ο οποίος πέρα από την οργανική φροντίδα συμβάλλει σημαντικά και στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Εν κατακλείδι, η πτυχιακή εργασία μου έδωσε τη δυνατότητα να διευρύνω τους πνευματικούς μου ορίζοντες και να αποκτήσω γνώσεις που θα με βοηθήσουν στο μέλλον να τις εφαρμόσω στους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Μπαλτόπουλος Π., 'Ανατομική του Ανθρώπου', τόμος ΙΙ, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη,Αθήνα 2003: 4, 104-110.
- 2.Μουτσόπουλος – Δ.Σ Εμμανουήλ, Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, κεφ.11, 387-401.
3. Moore. K., Κλινική Ανατομία Ι, Γενική επιμέλεια –επίβλεψη Δημητρίου Θέσπης, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη: 223 – 233.
- 4.Kumar& Cotran & Robbins, Βασική παθολογική Ανατομία 7^η έκδοση, επιμέλεια Ελληνική έκδοσης, Μπονίκος Διονύσης Σπ, Μελαχροινού Μαρία, επιστημονικές εκδόσεις:16, 658-670.
- 5.Vander, M.D, Sherman, Ph.D, Luciano, Ph.D, Τσακόπουλος, M.D, Φυσιολογία του ανθρώπου, μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού, τόμος ΙΙ, επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Γελαδάς Ν., Τσακόπουλος Μ., Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη :18, 784-792.
- 6.Πλέσσας Σ., Φυσιολογία του ανθρώπου, εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΟΝ –ΤΥΠΟΣ, Αθήνα 2010, 310-316.
7. Garden James, Andrew W Bradbury, John Forsythe Αρχές Χειρουργικής Θεωρία και Πράξη. 4η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού 2003, 677-680.
- 8.Underwood J.C.E (2007). Γενική και Συστηματική Παθολογική Ανατομική.(4η έκδοση). Επιμέλεια: Σταθόπουλος Ε. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα :15, 425 -430.
- 9.Corner J. & Bailey C, Νοσηλευτική ογκολογία το πλαίσιο φροντίδας, επιμέλεια ; Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη, Αθήνα 2006 :1,2,5, σελ 3-47, 142-325,484-515.
- 10.Φερτάκης Α., Παθολογική φυσιολογία Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη, Αθήνα 1998, 113- 128.
11. Δημητροπούλου Δ., Κυριακοπούλου Ο., Γώγος Χ. (2011). Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος: Παράγοντες Κινδύνου, Νεώτερα Διαγνωστικά Δεδομένα, Θεραπευτικές Προσεγγίσεις. Αχαϊκή Ιατρική; 30(1): 35-44, 55-60,75-95.
12. Κήτης Γ. (2003). Ογκολογία πεπτικού (επίσημη έκδοση της ελληνικής εταιρείας ογκολογίας πεπτικού), δεκέμβριος-συμπληρωματικό τεύχος- πρωτοπαθής καρκίνος ήπατος- πρακτικά 3ου πανελλήνιου συνεδρίου ογκολογίας πεπτικού.
13. Δημητρούλοπουλος Δ., Φωτοπούλου Α., Ξυνόπουλος Δ., Τσαμακίδης Κ., Παρασκευάς Ε. (2008). Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και θεραπεία του ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Info Gastroenterology; 38:8-10, 36-45, 82 -94.
- 14.Μπανκουσλι Ι., Πρακτική προσέγγιση στην κλινική ογκολογία, Εκδόσεις Παρισιανού: 4, 103 – 107, 193 – 199
15. Bruix J, Sherman M, Llovet JM et al. Clinical management of hepatocellular carcinoma. Conclusions of the Barcelona-2000 EASL conference. European Association for the Study of the Liver. J Hepatol 2001;35:421– 430

16. Ishak K, Baptista A, Bianchi L, et al. Histological grading and staging of chronic hepatitis. *J Hepatol* 1995;22:696-699.
17. AJCC. Liver. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. Springer, New York, 2010;191-195.
- 18 Vauthey JN, Lauwers GY, Esnaola NF, et al. Simplified staging for hepatocellular carcinoma. *J Clin Oncol* 2002;20:1527-1536.
19. Okuda K, Ohtsuki T, Obata H, et al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment. Study of 850 patients. *Cancer* 1985;56:918-928. 9. Subramaniam, S., Kelley, R., Venook, A. A review of hepatocellular carcinoma (HCC) staging systems. *Chin Clin Oncol* 2013;2:33 10. Pons F, Varela M, Llovet JM. Staging systems in hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)* 2005;7:35-41
20. Γιωτάκη Ε. (2010). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης, Αθήνα.
- 21 ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ- Β. ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ –Ε.ΠΕΤΡΙΔΟΥ Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία Ιατρικές εκδόσεις << ΖΗΤΤΑ >>
22. Glynn K. & Thomas W. (2005). Epidemiology and natural history of hepatocellular carcinoma, London- *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 19: 3–23
23. Ozturk M. (1999). Genetic aspects of hepatocellular carcinogenesis. *Semin Liver Dis*; 19:235–242
- 24 Παπαθεοδωρίδης Γ.Β. (2000). Νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις σε νοσήματα του ήπατος. Ηπατοκυτταρικός καρκίνος-μη αντιρροπούμενη κίρρωση. *Ιατρική* 78 (6), 537-545.
- 25 .Fattovich G. (1998). Progression of hepatitis B and C to hepatocellular carcinoma in Western countries. *Hepatology* ;45:1206–1213
26. Ναλμπαντίδης Γ., Ταλουμτζής Χ., Ηλίας Α. (2011). Παράγοντες κινδύνου ηπατοκυτταρικού καρκίνου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*; 28(3): 336-344
27. Kuntz E. & Kuntz HD. (2006). Malignant liver tumours. In: *Hepatology: Principles and practice*. 2nd ed. Springer, Berlin :774–776
28. Hassan MM, Hwang LY, Hatteb CJ, Swaim M., Li D., Abbruzzese JL et al. (2002). Risk factors for hepatocellular carcinoma: Synergism of alcohol with viral hepatitis and diabetes mellitus. *Hepatology*; 36:1206–1213
29. Damjanov I. (2009). Παθοφυσιολογία. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μουτσόπουλος Χ. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα:5, 325- 435.
30. Wang LY, You SL, Lu SN, et al (2003). Risk of hepatocellular carcinoma and habits of alcohol drinking, betel quid chewing, and cigarette smoking: a cohort of 2416 HBsAg-seropositive and 9421 HBsAg-seronegative male residents in Taiwan. *Cancer Causes Control*; 14, 241-50.
31. 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.

32. Alpsy L. & Yalvac M.(2011). Key Roles of Vitamins A, C, and E in, Aflatoxin B1-Induced Oxidative Stress, Vitamins and Hormones, 86:287-300.
33. 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.
34. Κωστάκης Α. (2005). Σύγχρονη Χειρουργική. Διαγνωστική & Θεραπευτική. (Τόμος ΙΙ). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα:473- 483.
35. Sanyal J., Yoon K., Lencioni R. (2010). The Etiology of Hepatocellular Carcinoma and Consequences for Treatment. The Oncologist,15(4):14–22.
36. Camargo R., Alves P., Alves D., Guz B., Matos C., Viana M., Hartiz M., Terrabuio D., Kondo M., Campel O., Polletti P.(2011). Advanced hepatocellular carcinoma. Review of targeted molecular drugs, 10(1):21-27.
37. DOLLINGER MALIN , Ο Καρκίνος διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους επιμέλεια Ελληνική έκδοσης ΜΑΘΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ , εκδότης ΚΑΤΟΠΤΡΟ: 73 -93.
38. Gkrillas D. (2009). Hellenic Journal of Medicine; 21(4): 150-183.
39. 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.
40. Way L. & Doherty G. (2006). Current. Σύγχρονη Χειρουργική. Διάγνωση & Θεραπεία. (Τόμος Ι). Επιμέλεια: Κωστάκης Α. & Μπράμης Ι. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα: 150 -155.
41. Costanza C. & Selim K.(2004). Hepatocellular Carcinoma (HCC), Encyclopedia of Gastroenterology, 340-346.
42. Befeler A. & Bisceglie A. (2002). Hepatocellular carcinoma: diagnosis and treatment. Gastroenterology, 122:1609-1619.
43. Jangarin WR, Bach AM, Winston CB et al (2001). What is the yield of intraoperative ultrasonography during partial hepatectomy for malignant disease? J Am Coll Surg ;192: 577.
44. Χριστοφορίδης Α. (2000). Επίτομη Ακτινολογία. Επιμέλεια έκδοσης: Παπαδόπουλος Λ. University Studio Press. Θεσσαλονίκη :202 – 210 .
45. Michael M. herny – Jeremy N.Thompson Κλινική Χειρουργική , Επιμέλεια Αλκιβιάδης Κωστάκης , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού: 273- 278.
46. Lemone P. & Burke K. (2006). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη Κατά Τη Φροντίδα Του Ασθενούς τόμος ΙΙ(επιμέλεια/μετάφραση Μπροκαλάκη Η.). Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 22 :767-770.
47. Neuhaus P, Jonas S, Bechstein WO, wex c, kling n, settmacher u et al. Transplantation for hepatocellular carcinoma. Transplant Proc 1999, 31:469–471.
48. Μάνεσης Ε.Κ. (2000). Θεραπευτικές εξελίξεις της τελευταίας δεκαετίας στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Ιατρική 77 (1), 49-55.

49. Τσούσκας Λάζαρος Ι. , **Κλινική ογκολογία** Αρχές ογκολογικής νοσηλευτικής φροντίδας , Εκδότης University Studio Press , 2014 , 5 :217- 238
50. Chang MH, You SL, Chen CJ, Liu CJ, Lee CM, Lin SM, et al.(2009). Taiwan Hepatoma Study Group. Decreased incidence of hepatocellular carcinoma in hepatitis B vaccinees: a 20-year follow-up study. *J Natl Cancer Inst* ;101:1348–1355.
51. . Χαλαστάνη Β. Στοιχειώδης 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. Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία, Αθήνα 1999, 227.
52. Ulrich Puderbaught S, Canale Weyland S, Wendell S. *Medical-Surgical Nursing Care Planning Guides*, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας. Γ΄ Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 1994, 191-233, 108,109,110, 111, 112.
53. Κατράκης Γ. Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, Ελληνική εταιρία προληπτικής ιατρικής, Βιβλίο δεύτερο, Τεύχος πρώτο, Αθήνα 1980, 81-90, 313-316
54. Αποστολοπούλου Ε. Εκπαίδευση νοσηλευτών - πρόληψη καρκίνου διαφόρων οργάνων, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψύχο-ογκολογίας. Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία, Αθήνα 1999, 262,264,337
55. Αθανάτου Ε. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Β΄ Έκδοση, Αθήνα, 1998, 67-70,73-74.
56. . Κωνσταντινίδης Θ. Ογκολογική νοσηλευτική, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο 2007, 71-84, 16-17, 21, 22.
57. North American Nursing Diagnosis Association (2015). *Nursing Interventions for Hepatoma -Hepatocellular Carcinoma*. Διαθέσιμο από: <http://nanda-nursing.blogspot.gr/2011/08/nursing-interventions-for-hepatoma.htm> l .Accessed at: April 18, 2015.
- 58 Σουγλέρη Μ. Ο ρόλος του ογκολογικού νοσηλευτή, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.oncology.gr> (7/12/2008).
59. Κοτρώτσιου Σ. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 7(1), 57-71. . Κωστάκης Α. (2005).
60. Κάρλου - Σταύρακα Χ. & Πατηράκη Ε. (2011). Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 50(1), 35–48.
- 61.Μαλγαρινού Μ.Α – Σ.Φ Κωνσταντιδίνου , Νοσηλευτική ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΜΟΣ Α΄ ,κεφάλαιο Ε΄: 240 -251.
62. Gerand M.Doherty, M.D ,Jennifer K. Lowney, M.D ,John E Mason, M.D ,Scott I. Reznik, M,K MichaelASMITH, M.D WASHINGTON εγχειρίδιο χειρουργικής, 1^η Ελληνική έκδοση ,Γενική επιμέλεια Πρόλογος Ευστάθιος Λ.Παπαλάμπρος , ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ ,18:405 -420.

63. Lemone P. & Burke K. (2006). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη Κατά Τη Φροντίδα Του Ασθενούς τόμος Ι(επιμέλεια/μετάφραση Μπροκαλάκη Η.). Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα:4 , 7 σελ 5 -20, 211 – 229.

64. Ignatavicius , MS ,RN C & M.Linda Workman, Rhd ,RN ,FAAN Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα τόμος 2^{ος}, έκδοση 5^η , επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Δρ Ασπασία Βασιλειάδου ,Αθήνα 2008: 36 ,856.

65. . Ρηγάτος Γ. Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985, 59-60.

EIKONES

Εικόνα 1.1 διαθέσιμη από: <http://www.investinlibya.org/what-should-we-know-regarding-quadrants-abdominal-cavity/organs-in-the-four-quadrants-of-the-abdomen-jpg/>.

Εικόνα 1.3 διαθέσιμη από: <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/el/human-body/liver/liver.html>.