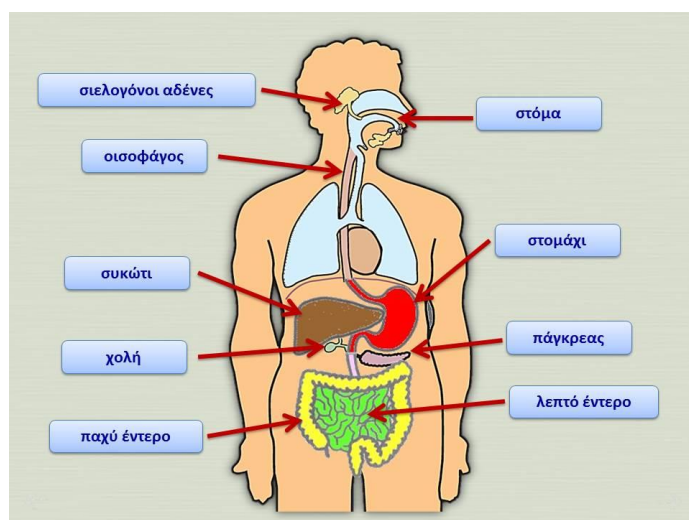




**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΑΗ (ΑΜ: 9607)
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΕΛΕΝΗ ΑΛΜΠΙΑΝΗ**

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για όλα όσα έχει κάνει για μένα, για όσα μου έχει προσφέρει και κυρίως για όλη την στήριξη και την βοήθεια που μου παρείχε αυτά τα 4 χρόνια, στις σπουδές μου.

Οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου, για όλη την γνώση που μου προσέφεραν και για τα όσα με δίδαξαν.

Τέλος, δεν θα έπρεπε να παραλείψω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, για την τόσο εμπειριστατωμένη βοήθεια και καθοδήγηση με αμείωτη υπομονή και επιμονή καθ' όλη την διάρκεια της παρούσας εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να την ευχαριστήσω για τις συμβουλές τις που με βοήθησαν όχι μόνο στις σπουδές μου, αλλά και στην ζωή μου γενικότερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η κατανόηση της νόσου του καρκίνου του οισοφάγου και η μελέτη του νοσηλευτικού ρόλου στην διάγνωση, στην εκπαίδευση και στην πρόληψη του.

Ανασκόπηση: Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι ένας από τους πιο θανατηφόρους καρκίνους παγκοσμίως. Η επιθετική συμπεριφορά του και η δυσκολία ανίχνευσης των συμπτωμάτων, οδηγούν σε διάγνωση του σε προχωρημένο στάδιο, με συνέπεια υψηλή θνησιμότητα. Η ανάλυση θα βασιστεί σε τρεις άξονες. Αρχικά θα παρουσιαστεί η νόσος του καρκίνου του οισοφάγου. Στην συνέχεια θα δοθεί έμφαση, στην διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία. Τέλος, θα γίνει σχολαστική ανάλυση στον ρόλο που έχει ο νοσηλευτής στην συγκεκριμένη νόσο και θα παρουσιαστούν κάποια κλινικά περιστατικά της νόσου.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, περιλάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και κλινικών μελετών στις βάσεις δεδομένων Medline, PubMed, HeaLlink. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων διαδικτυακών ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης (Google Scholar, Medscape).

Συμπεράσματα: Η γνώση και η εκπαίδευση του πληθυσμού στον εντοπισμό συμπτωμάτων και η ολιστική παρέμβαση που δίνει έμφαση στην αυτοδιαχείριση και την αλλαγή τρόπου ζωής, δύναται να απομακρύνει το ενδεχόμενο εμφάνισης του οισοφαγικού καρκίνου. Ωστόσο, η θεραπεία του παραμένει δύσκολη και το προσδόκιμο επιβίωσης χαμηλό. Η φροντίδα και η εκπαίδευση του ασθενή από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλει στη μετεγχειρητική του αποκατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του οισοφάγου, αιτιολογία, πρόληψη, θεραπεία, ρόλος του νοσηλευτή

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to understand esophageal cancer and to study the nursing role in its diagnosis, education, and prevention.

Retrospection: Esophageal cancer is one of the deadliest cancers in the world. Its aggressive behavior and the difficulty of detecting symptoms lead to its diagnosis at an advanced stage, resulting in high mortality. The analysis will be based on three axes. Esophageal cancer will first appear. Emphasis will then be placed on diagnosis, prevention, and treatment. Finally, a thorough analysis will be made of the role that the nurse has in the specific disease and some clinical cases of the disease will be presented.

Methodology: The methodology followed included a search for reviews and clinical studies in the Medline, PubMed, HeaLlink databases. Additional literature was also searched through other online search engines (Google Scholar, Medscape).

Conclusions: The knowledge and education of the population in the detection of symptoms and the holistic intervention that emphasizes self-management and lifestyle change, can eliminate the possibility of esophageal cancer. However, its treatment remains difficult and survival is low. The care and training of the patient by specialized nursing staff contributes to his postoperative rehabilitation.

Keywords: Esophageal cancer, etiology, prevention, treatment, role of the nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	9
1.1. Ανατομία πεπτικού συστήματος	9
1.2. Φυσιολογία πεπτικού συστήματος.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	17
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	17
2.1. Ορισμός καρκίνου του οισοφάγου.....	17
2.1.1 Στάδια καρκίνου του οισοφάγου.....	17
2.2. Τύποι καρκίνου του οισοφάγου.....	20
2.3. Παράγοντες κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου.....	21
2.3.1 Κάπνισμα και αλκοόλ.....	21
2.3.2. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	22
2.3.3. Ο οισοφάγος του Barrett.....	23
2.3.4. Άλλες ασθένειες και σύνδρομα.....	23
2.4 Κλινική εικόνα ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	28
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	28
3.1 Διάγνωση καρκίνου του οισοφάγου	28
3.1.1 Έγκαιρος εντοπισμός καρκίνου του οισοφάγου	28
3.1.2 Διαγνωστικές εξετάσεις	29
3.2. Πρόληψη	30
3.3. Θεραπεία καρκίνου του οισοφάγου.....	32
3.3.1 Χειρουργική επέμβαση	32
3.3.2 Χημειοθεραπεία	36
3.3.3 Ακτινοθεραπεία.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	38

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	38
4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	38
4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία	43
4.2.1.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	43
4.2.2.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	46
4.3 .Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	51
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	51
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	56
5.1. Κλινικό περιστατικό 1	57
5.2 Κλινικό περιστατικό 2	59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη βοήθεια των ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου να κατανοήσουν και να διαχειριστούν τις επιπλοκές της νόσου και της θεραπείας τους. Οι νοσηλευτές που κατανοούν το πλήρες εύρος των παρενεργειών που σχετίζονται με τον καρκίνο του οισοφάγου και τα δεδομένα ποιότητας ζωής θα είναι καλύτερα σε θέση να διαχειριστούν αυτούς τους ασθενείς (Cutshall & Van Getson, 2014). Ο καρκίνος του οισοφάγου αντιπροσωπεύει το 1% όλων των πρόσφατα διαγνωσμένων κακοηθειών, με περίπου 16.980 νέες περιπτώσεις στις ΗΠΑ κάθε χρόνο. σχεδόν 15.600 ασθενείς πεθαίνουν από την ασθένεια ετησίως. Τόσο η ασθένεια όσο και η θεραπεία της προκαλούν σημαντική νοσηρότητα. Συνολικά, η 5ετής επιβίωση είναι 18%. Το κάπνισμα και ο οισοφάγος Barrett (που προκαλείται από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση) είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου και η παχυσαρκία και η μόλυνση από *Helicobacter pylori* είναι ύποπτα αίτια (Massey, 2011). Οι όγκοι του οισοφάγου μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί έως ότου φθάσουν σε προχωρημένα, τοπικά επεμβατικά στάδια της νόσου, οπότε μπορεί να εμφανιστεί πόνος ή δυσκολία στο φαγητό. Το διαγνωστικό πρότυπο είναι το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα όταν δεν υπάρχει υποψία μετάστασης. Η συνολική υγεία ενός ασθενούς, το στάδιο και η έκταση της νόσου, καθώς και η λειτουργία του ήπατος και των νεφρών είναι βασικά ζητήματα στο σχεδιασμό της θεραπείας, είτε. Η προηγούμενη ακτινοβολία είναι επίσης σημαντική καθώς οι ασθενείς έχουν υποβληθεί συχνά σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο του πνεύμονα (Xu, et al. 2015).

Εκτός από τη βοήθεια με τη σταδιοποίηση του καρκίνου του οισοφάγου, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να μετριάσουν τις επιπτώσεις των όγκων του οισοφάγου και της θεραπείας του καρκίνου στην ποιότητα ζωής τους, μέσω της εκπαίδευσης, της υποστηρικτικής φροντίδας και της ανακούφισης και της φροντίδας επιζώντων. Η χημειοακτινοβολία σχετίζεται με την οισοφαγίτιδα από ακτινοβολία, τη δυσφαγία και τις προκύπτουσες προκλήσεις διατροφής και ενυδάτωσης. Η τοποθέτηση προφυλακτικών εντερικών σωλήνων είναι συχνή. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται εντερική διατροφή μετά από οισοφαγκετομή για 4 έως 6 εβδομάδες (Edwards, et al. 2012).

Η οισοφαγεκτομή μπορεί να προκαλέσει στένωση του οισοφάγου, προκαλώντας διαστολή με ενέσεις άνω ενδοσκόπησης και στεροειδών, καθώς και «σύνδρομο ντάμπινγκ», το οποίο περιλαμβάνει κράμπες, φούσκωμα, ναυτία, διάρροια, ακόμη και λιποθυμία και αίσθημα παλμών της καρδιάς. Η γαστροπάρεση και η παλινδρόμηση είναι επίσης κοινές προκλήσεις. Μερικές φορές συμβαίνει επίσης μετεγχειρητική πνευμονία και διαρροή αναστομίας (Li, et al. 2017). Η διατροφή μετά την οισοφαγεκτομή αποφεύγει τα γεύματα με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και τα γαλακτοκομικά προϊόντα και υπογραμμίζει τη μετάβαση σε μικρότερα, πιο συχνά γεύματα. Απαιτεί επίσης την αποφυγή υγρών με τα γεύματα, επειδή τα υγρά μπορούν να αυξήσουν την γαστρική κινητικότητα (Yarbro, et al. 2016).

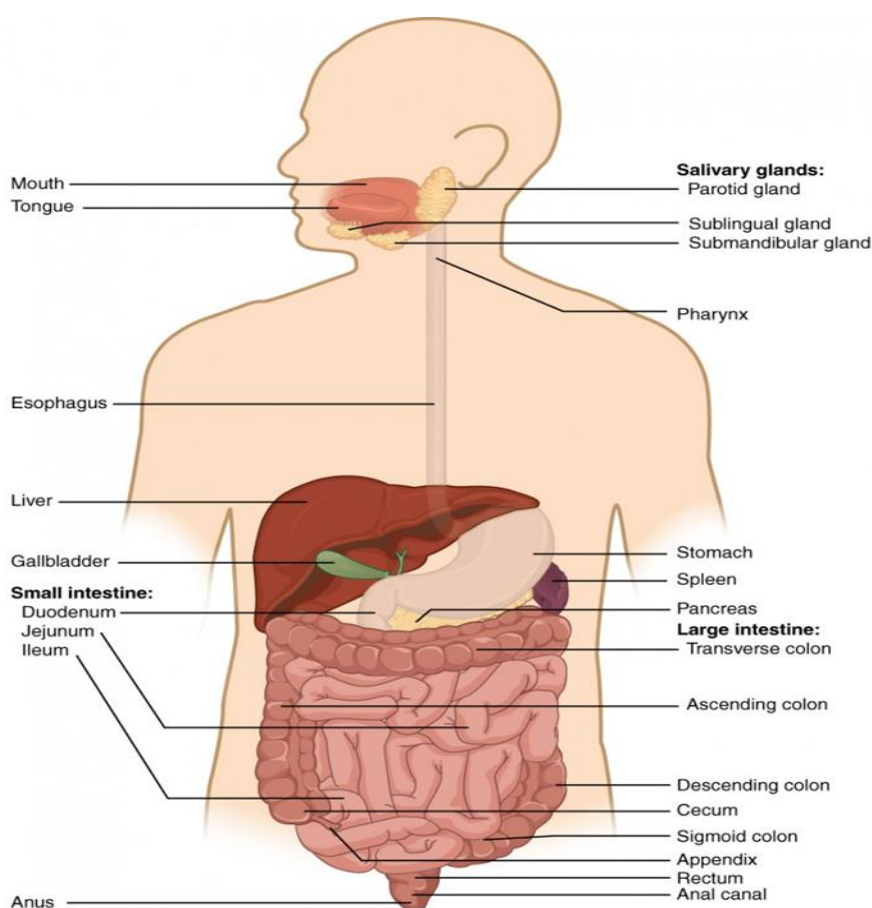
Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για πιθανές αλλαγές στις συνήθειες ύπνου και τη φυσική τους εμφάνιση, όπως αυτές που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και την ανάγκη για παρηγορητικές παρεμβάσεις όπως οισοφαγικές ενδοπροθέσεις ή διαστολή. Ο έλεγχος των συμπτωμάτων σχετίζεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής (Chen, et al. 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1.1.Ανατομία πεπτικού συστήματος

Η λειτουργία του πεπτικού συστήματος είναι να διασπάσει τα τρόφιμα που τρώτε, να απελευθερώσετε τα θρεπτικά συστατικά τους και να απορροφήσετε αυτά τα θρεπτικά συστατικά στο σώμα. Αν και το λεπτό έντερο είναι το άλογο εργασίας του συστήματος, όπου συμβαίνει η πλειοψηφία της πέψης και όπου τα περισσότερα από τα απελευθερούμενα θρεπτικά συστατικά απορροφώνται στο αίμα ή τη λέμφο, καθένα από τα όργανα του πεπτικού συστήματος συμβάλλει ζωτικά σε αυτήν τη διαδικασία (Cutshall & Van Getson, 2014).



Εικόνα 1. Όλα τα πεπτικά όργανα διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στη διαδικασία πέψης που διατηρεί τη ζωή. Πηγή: Cutshall & Van Getson, 2014

Όπως συμβαίνει με όλα τα συστήματα του σώματος, το πεπτικό σύστημα δεν λειτουργεί μεμονωμένα. Λειτουργεί συνεργατικά με τα άλλα συστήματα του σώματος. Εξετάστε για παράδειγμα, τη σχέση μεταξύ του πεπτικού και καρδιαγγειακού συστήματος. Οι αρτηρίες παρέχουν στα πεπτικά όργανα οξυγόνο και επεξεργασμένα θρεπτικά συστατικά, και οι φλέβες αποστραγγίζουν το πεπτικό σύστημα. Αυτές οι εντερικές φλέβες, που αποτελούν το ηπατικό σύστημα πύλης, είναι μοναδικές. Δεν επιστρέφουν αίμα απευθείας στην καρδιά. Αντίθετα, αυτό το αίμα διοχετεύεται στο συκώτι όπου τα θρεπτικά του συστατικά είναι φορτωμένα για επεξεργασία προτού το αίμα ολοκληρώσει το κύκλωμα πίσω στην καρδιά. Ταυτόχρονα, το πεπτικό σύστημα παρέχει θρεπτικά συστατικά στον καρδιακό μυ και τον αγγειακό ιστό για να υποστηρίξει τη λειτουργία τους (Cutshall & Van Getson, 2014). Η αλληλεξάρτηση του πεπτικού και του ενδοκρινικού συστήματος είναι επίσης κρίσιμη. Οι ορμόνες που εκκρίνονται από αρκετούς ενδοκρινείς αδένες, καθώς και από ενδοκρινικά κύτταρα του παγκρέατος, του στομάχου και του λεπτού εντέρου, συμβάλλουν στον έλεγχο της πέψης και του μεταβολισμού των θρεπτικών ουσιών. Με τη σειρά του, το πεπτικό σύστημα παρέχει τα θρεπτικά συστατικά για την τροφοδότηση της ενδοκρινικής λειτουργίας (Schmidt, et al. 2015). Ο Πίνακας 1 δίνει μια γρήγορη ματιά στο πώς αυτά τα άλλα συστήματα συμβάλλουν στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.

Πίνακας 1. Συμβολή άλλων συστημάτων σώματος στο πεπτικό σύστημα. Πηγή: Schmidt, et al,2015

Σύστημα	Οφέλη που λαμβάνονται από το πεπτικό σύστημα
Καρδιαγγειακό	Το αίμα παρέχει στα πεπτικά όργανα οξυγόνο και επεξεργασμένα θρεπτικά συστατικά
Ενδοκρινικό	Οι ενδοκρινικές ορμόνες βοηθούν στη ρύθμιση της έκκρισης στους πεπτικούς αδένες και στα βοηθητικά όργανα
Δέρμα	Το δέρμα βοηθά στην προστασία των πεπτικών οργάνων και συνθέτει τη βιταμίνη D για απορρόφηση ασβεστίου
Λεμφικό	Ο σχετιζόμενος με το βλεννογόνο λεμφοειδής ιστός και άλλος λεμφικός ιστός προστατεύει από την είσοδο παθογόνων. Τα γαλακτικά απορροφούν τα λιπίδια και τα λεμφικά αγγεία μεταφέρουν λιπίδια στην κυκλοφορία του αίματος
Μυϊκό	Οι σκελετικοί μύες υποστηρίζουν και προστατεύουν τα κοιλιακά όργανα
Νευρικό	Οι αισθητηριακοί και κινητικοί νευρώνες βοηθούν στη ρύθμιση των εκκρίσεων και των μυϊκών συσπάσεων στον πεπτικό σωλήνα
Αναπνευστικό	Τα αναπνευστικά όργανα παρέχουν οξυγόνο και απομακρύνουν το διοξείδιο του άνθρακα
Σκελετικό	Τα οστά βοηθούν στην προστασία και υποστήριξη των πεπτικών οργάνων
Ουροποιητικό	Τα νεφρά μετατρέπουν τη βιταμίνη D σε ενεργή μορφή, επιτρέποντας την απορρόφηση ασβεστίου στο λεπτό έντερο

1.2. Φυσιολογία πεπτικού συστήματος

Ο ευκολότερος τρόπος για να κατανοήσουμε το πεπτικό σύστημα είναι να χωρίσετε τα όργανα του σε δύο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη ομάδα είναι τα όργανα που αποτελούν το διατροφικό κανάλι. Τα βοηθητικά πεπτικά όργανα αποτελούν τη δεύτερη ομάδα και είναι κρίσιμα για την ενορχήστρωση της κατανομής της τροφής και της αφομοίωσης των θρεπτικών της συστατικών στο σώμα. Τα βοηθητικά πεπτικά όργανα, παρά το όνομά τους, είναι κρίσιμα για τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος. (Cong, et al. 2015).

Διατροφικά Όργανα Κανάλι

Ονομάζεται επίσης γαστρεντερικός σωλήνας ή έντερο, το διατροφικό κανάλι έχει μονόδρομο σωλήνα μήκους περίπου 7,62 μέτρων κατά τη διάρκεια της ζωής και πλησιέστερα στα 10,67 μέτρα μήκος όταν μετριέται μετά το θάνατο, όταν χαθεί ο τόνος των λείων μυών. Η κύρια λειτουργία των οργάνων του διατροφικού σωλήνα είναι η θρέψη του σώματος. Αυτός ο σωλήνας ξεκινά από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό. Μεταξύ αυτών των δύο σημείων, το κανάλι τροποποιείται ως φάρυγγα, οισοφάγος, στομάχι και μικρά και μεγάλα έντερα για να ταιριάζουν στις λειτουργικές ανάγκες του σώματος. Τόσο το στόμα όσο και ο πρωκτός είναι ανοιχτοί στο εξωτερικό περιβάλλον. Έτσι, τα τρόφιμα και τα απόβλητα μέσα στο διατροφικό κανάλι θεωρούνται τεχνικά ότι βρίσκονται εκτός του σώματος. Μόνο μέσω της διαδικασίας απορρόφησης εισέρχονται τα θρεπτικά συστατικά στα τρόφιμα και θρέφουν τον «εσωτερικό χώρο» του σώματος (Steenhagen, et al. 2017)

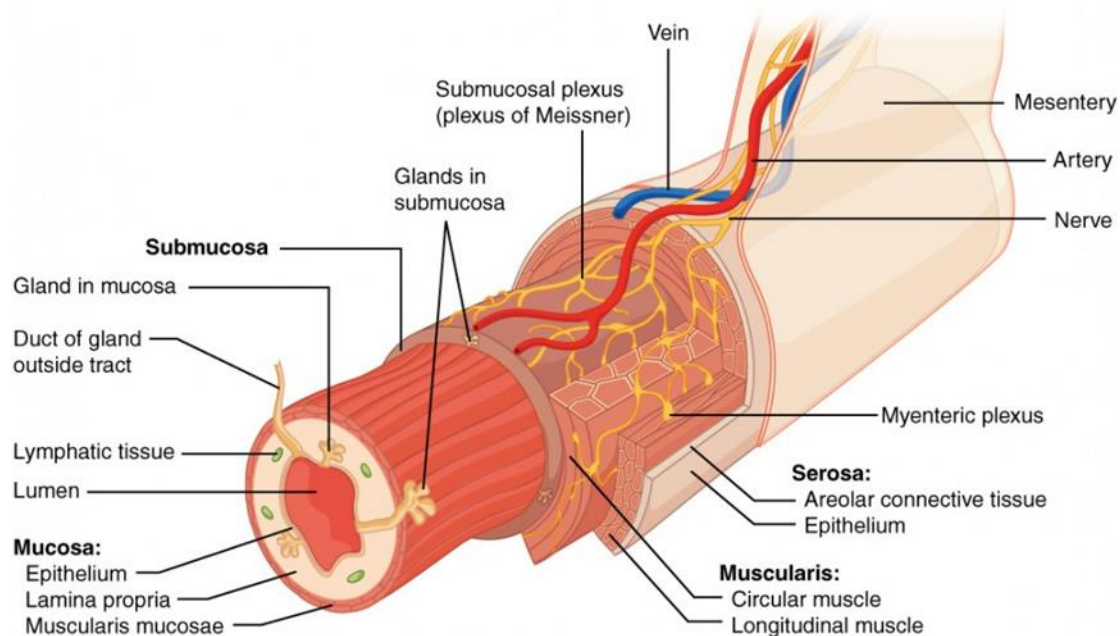
Δομές βοηθητικών οργάνων

Κάθε βοηθητικό πεπτικό όργανο βοηθά στην κατανομή των τροφίμων. Μέσα στο στόμα, τα δόντια και η γλώσσα αρχίζουν τη μηχανική πέψη, ενώ οι σιελογόνοι αδένες ξεκινούν τη χημική πέψη. Μόλις τα προϊόντα διατροφής εισέλθουν στο λεπτό έντερο, η χοληδόχος κύστη, το ήπαρ και το πάγκρεας απελευθερώνουν εκκρίσεις - όπως η χολή και τα ένζυμα - απαραίτητα για τη συνέχιση της πέψης. Μαζί, αυτά ονομάζονται βοηθητικά όργανα επειδή βλαστάνουν από τα κύτταρα επένδυσης του αναπτυσσόμενου εντέρου (βλεννογόνο) και αυξάνουν τη λειτουργία του. Πράγματι, δεν θα μπορούσατε να ζήσετε χωρίς τη ζωτική συμβολή τους και πολλές σημαντικές

ασθένειες οφείλονται στη δυσλειτουργία τους. Ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης, διατηρούν σύνδεση με το έντερο μέσω αγωγών (Yarbro, et al. 2016).

Ιστολογία του διατροφικού καναλιού

Σε όλο το μήκος της, η τροφική οδός αποτελείται από τα ίδια τέσσερα στρώματα ιστού. Οι λεπτομέρειες των διαρθρωτικών τους ρυθμίσεων ποικίλλουν ανάλογα με τις συγκεκριμένες λειτουργίες τους. Ξεκινώντας από τον αυλό και κινείται προς τα έξω, αυτά τα στρώματα είναι ο βλεννογόνος, ο υποβλεννογόνος, ο μυϊκός και ορός, ο οποίος είναι συνεχής με το μεσεντέριο (Yarbro, et al. 2016).



Εικόνα 2. Το τοίχωμα του διατροφικού σωλήνα έχει τέσσερα βασικά στρώματα ιστού: το βλεννογόνο, το υποβλεννογόνο, το μυϊκό και το ορογόνο. Πηγή: Steenhagen, et al. 2017

Ο βλεννογόνος αναφέρεται με αυτό το όνομα, επειδή η παραγωγή βλέννας είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του επιθηλίου του εντέρου. Η μεμβράνη αποτελείται από επιθήλιο, το οποίο βρίσκεται σε άμεση επαφή με την κατάποση τροφής, και το lamina propria, ένα στρώμα συνδετικού ιστού ανάλογο με το χόριο. Επιπλέον, ο βλεννογόνος έχει ένα λεπτό, λείο μυ στρώμα, που ονομάζεται βλεννογόνος μυώδης (δεν πρέπει να συγχέεται με το στρώμα μυϊκή, που περιγράφεται παρακάτω) (Chen, et al. 2011).

Επιθήλιο

Στο στόμα, τον φάρυγγα, τον οισοφάγο και τον πρωκτικό σωλήνα, το επιθήλιο είναι κυρίως ένα μη κερατινοποιημένο, στρωματοποιημένο πλακώδες επιθήλιο. Στο στομάχι και τα έντερα, είναι ένα απλό στήλη επιθηλίου. Παρατηρήστε ότι το επιθήλιο βρίσκεται σε άμεση επαφή με τον αυλό, τον χώρο μέσα στο διατροφικό κανάλι. Διασπαρμένα μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων του είναι κύπελλα, τα οποία εκκρίνουν βλέννα και υγρό στον αυλό, και εντεροενδοκρινικά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν ορμόνες στους διάμεσους χώρους μεταξύ των κυττάρων. Τα επιθηλιακά κύτταρα έχουν πολύ σύντομη διάρκεια ζωής, κατά μέσο όρο από μόνο μερικές ημέρες (στο στόμα) έως περίπου μια εβδομάδα (στο έντερο). Αυτή η διαδικασία ταχείας ανανέωσης βοηθά στη διατήρηση της υγείας του διατροφικού καναλιού, παρά τη φθορά που προκύπτει από τη συνεχή επαφή με τρόφιμα (Steenhagen, et al. 2017).

Lamina propria

Εκτός από τον χαλαρό συνδετικό ιστό, το lamina propria περιέχει πολλά αίματα και λεμφικά αγγεία που μεταφέρουν θρεπτικά συστατικά που απορροφώνται μέσω του διατροφικού σωλήνα σε άλλα μέρη του σώματος. Το lamina propria εξυπηρετεί επίσης μια ανοσοποιητική λειτουργία στεγάζοντας συστάδες λεμφοκυττάρων, που αποτελούν τον σχετιζόμενο με το βλεννογόνο λεμφοειδή ιστό (MALT). Αυτές οι συστάδες λεμφοκυττάρων είναι ιδιαίτερα σημαντικές στον απώτερο ειλεό όπου είναι γνωστές ως συστάδες Peyer. Όταν θεωρείτε ότι το διατροφικό κανάλι εκτίθεται σε βακτηρίδια που μεταδίδονται από τροφή και σε άλλες ξένες ύλες, δεν είναι δύσκολο να εκτιμήσετε γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα έχει εξελιχθεί ως μέσο άμυνας έναντι των παθογόνων που συναντώνται σε αυτό (Steenhagen, et al. 2017).

Μυϊκός βλεννογόνος

Αυτό το λεπτό στρώμα λείου μυός βρίσκεται σε συνεχή κατάσταση έντασης, τραβώντας τον βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου σε κυματοειδείς πτυχές. Αυτές οι πτυχές αυξάνουν δραματικά την επιφάνεια που είναι διαθέσιμη για πέψη και απορρόφηση.

Όπως υποδηλώνει το όνομά του, το υποβλεννογόνο βρίσκεται ακριβώς κάτω από τον βλεννογόνο. Ένα ευρύ στρώμα πυκνού συνδετικού ιστού, συνδέει τον υπερκείμενο

βλεννογόνο με τον υποκείμενο μυϊκό. Περιλαμβάνει αίμα και λεμφικά αγγεία (τα οποία μεταφέρουν απορροφημένα θρεπτικά συστατικά) και μια σκέδαση υποβλεννογόνων αδένων που απελευθερώνουν πεπτικές εκκρίσεις. Επιπλέον, χρησιμεύει ως αγωγός για ένα πυκνό δίκτυο διακλάδωσης των νεύρων, το υποβλεννογόνο πλέγμα, το οποίο λειτουργεί όπως περιγράφεται παρακάτω (Steenhagen, et al. 2017).

Το τρίτο στρώμα του διατροφικού καναλιού είναι το muscularis (που ονομάζεται επίσης muscularis externa). Η μυϊκή στο λεπτό έντερο αποτελείται από ένα διπλό στρώμα λείου μυός: ένα εσωτερικό κυκλικό στρώμα και ένα εξωτερικό διαμήκες στρώμα. Οι συστολές αυτών των στρωμάτων προάγουν τη μηχανική πέψη, εκθέτουν περισσότερο από τα τρόφιμα σε πεπτικά χημικά και μετακινούν τα τρόφιμα κατά μήκος του καναλιού. Στις πιο εγγύς και απομακρυσμένες περιοχές του διατροφικού καναλιού, συμπεριλαμβανομένων του στόματος, του φάρυγγα, του πρόσθιου τμήματος του οισοφάγου και του εξωτερικού σφιγκτήρα του πρωκτού, η μυώδης αποτελείται από σκελετικό μυ, ο οποίος σας δίνει εθελοντικό έλεγχο της κατάποσης και της αφόδευσης. Η βασική δομή δύο στρωμάτων που βρίσκεται στο λεπτό έντερο τροποποιείται στα εγγύς όργανα και σε απόσταση από αυτό. Το στομάχι είναι εξοπλισμένο για τη λειτουργία ανακίνησης με την προσθήκη ενός τρίτου στρώματος, του λοξού μυός. Ενώ το παχύ έντερο έχει δύο στρώσεις όπως το λεπτό έντερο, το διαμήκες στρώμα του διαχωρίζεται σε τρεις στενές παράλληλες λωρίδες, το *tenia coli*, που το κάνουν να μοιάζει με μια σειρά από σακούλες παρά έναν απλό σωλήνα (Allum, et al. 2014).

Το ορογόνο είναι το τμήμα του διατροφικού καναλιού επιφανειακό στο μυϊκή. Παρουσιάζεται μόνο στην περιοχή του διατροφικού σωλήνα εντός της κοιλιακής κοιλότητας, αποτελείται από ένα στρώμα σπλαχνικού περιτοναίου πάνω από ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού. Αντί για ορό, το στόμα, ο φάρυγγος και ο οισοφάγος έχουν μια πυκνή θήκη από ίνες κολλαγόνου που ονομάζονται χιτώνας. Αυτοί οι ιστοί χρησιμεύουν για να συγκρατούν το διατροφικό κανάλι στη θέση κοντά στην κοιλιακή επιφάνεια της σπνδυλικής στήλης (Cutshall & Van Getson, 2014).

Παροχή νεύρων

Μόλις το φαγητό εισέλθει στο στόμα, ανιχνεύεται από υποδοχείς που στέλνουν παλμούς κατά μήκος των αισθητηριακών νευρώνων των κρανιακών νεύρων. Χωρίς αυτά τα νεύρα, όχι μόνο το φαγητό σας θα ήταν χωρίς γεύση, αλλά θα μπορούσατε

επίσης να μην αισθανθείτε ούτε το φαγητό ούτε τις δομές του στόματός σας και δεν θα μπορούσατε να αποφύγετε να δαγκώσετε τον εαυτό σας καθώς μασάτε, μια ενέργεια που ενεργοποιείται από τον κινητήρα κλαδιά των κρανιακών νεύρων (Cutshall & Van Getson, 2014). Η ενδογενής νευρώση μεγάλου μέρους του διατροφικού σωλήνα παρέχεται από το εντερικό νευρικό σύστημα, το οποίο εκτείνεται από τον οισοφάγο στον πρωκτό και περιέχει περίπου 100 εκατομμύρια κινητήρες, αισθητήρια και εσωτερικά νεύρα (μοναδικό σε αυτό το σύστημα σε σύγκριση με όλα τα άλλα μέρη του περιφερικού νευρικού συστήματος) Σύστημα). Αυτοί οι εντερικοί νευρώνες ομαδοποιούνται σε δύο πλέγματα. Το μυεντερικό πλέγμα (πλέγμα του Auerbach) βρίσκεται στο στρώμα του μυϊκού σωλήνα του διατροφικού σωλήνα και είναι υπεύθυνο για την κινητικότητα, ιδιαίτερα τον ρυθμό και τη δύναμη των συσπάσεων του μυϊκού. Το υποβλεννογόνο πλέγμα (πλέγμα του Meissner) βρίσκεται στο υποβλεννογονικό στρώμα και είναι υπεύθυνο για τη ρύθμιση των πεπτικών εκκρίσεων και την αντίδραση στην παρουσία τροφής (Yarbro, et al. 2016). Εξωγενείς νευρώσεις του διατροφικού σωλήνα παρέχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει τόσο συμπαθητικά όσο και παρασυμπαθητικά νεύρα. Γενικά, η συμπαθητική ενεργοποίηση (η απόκριση μάχης ή πτήσης) περιορίζει τη δραστηριότητα των εντερικών νευρώνων, μειώνοντας έτσι την έκκριση και την κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος. Αντιθέτως, η παρασυμπαθητική ενεργοποίηση (η απόκριση ανάπαυσης και πέψης) αυξάνει την έκκριση και την κινητικότητα του GI διεγείροντας τους νευρώνες του εντερικού νευρικού συστήματος. (Cong, et al. 2015).

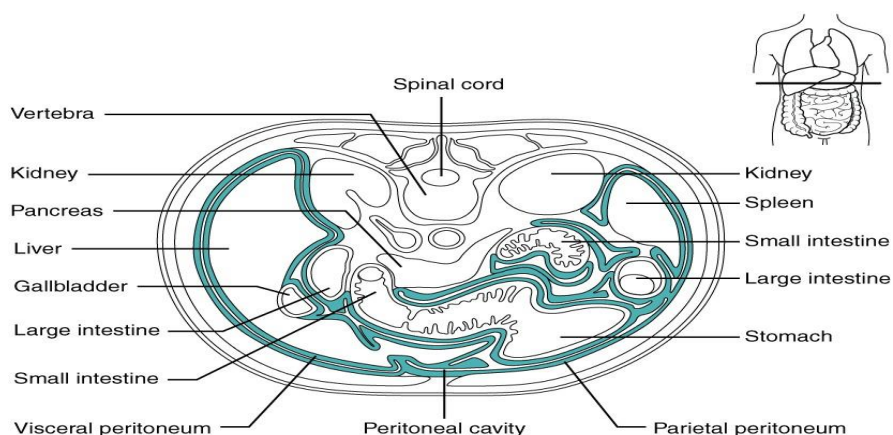
Προμήθεια αίματος

Τα αιμοφόρα αγγεία που εξυπηρετούν το πεπτικό σύστημα έχουν δύο λειτουργίες. Μεταφέρουν τις πρωτεΐνες και τους υδατάνθρακες που απορροφώνται από τα βλεννογόνα κύτταρα μετά την πέψη της τροφής στον αυλό. Τα λιπίδια απορροφώνται μέσω γαλακτικών, μικροσκοπικών δομών του λεμφικού συστήματος. Η δεύτερη λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων είναι να τροφοδοτεί τα όργανα του διατροφικού σωλήνα με τα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο που απαιτούνται για την κίνηση των κυτταρικών τους διαδικασιών (Platek, et al. 2011). Συγκεκριμένα, τα πιο πρόσθια μέρη του διατροφικού σωλήνα τροφοδοτούνται με αίμα από αρτηρίες που διακλαδίζονται από την αορτική αψίδα και τη θωρακική αορτή. Κάτω από αυτό το σημείο, το διατροφικό κανάλι τροφοδοτείται με αίμα από αρτηρίες που διακλαδίζονται από την

κοιλιακή αορτή. Ο κοιλιακός κορμός εξυπηρετεί το συκώτι, το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, ενώ οι ανώτερες και κατώτερες μεσεντερικές αρτηρίες παρέχουν αίμα στα υπόλοιπα μικρά και μεγάλα έντερα (Cutshall & Van Getson, 2014). Οι φλέβες που συλλέγουν πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά αίμα από το λεπτό έντερο (όπου συμβαίνει η περισσότερη απορρόφηση) αδειάζουν στο ηπατικό σύστημα πύλης. Αυτό το φλεβικό δίκτυο μεταφέρει το αίμα στο ήπαρ, όπου τα θρεπτικά συστατικά είτε υποβάλλονται σε επεξεργασία ή αποθηκεύονται για μελλοντική χρήση. Μόνο τότε το αίμα που αποστραγγίζεται από τα διατροφικά σπλάχνα του καναλιού κυκλοφορεί πίσω στην καρδιά (Yarbro, et al. 2016).

Το Περιτόναιο

Τα πεπτικά όργανα μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα συγκρατούνται στη θέση του από το περιτόναιο, έναν ευρύ ορό μεμβρανώδη σάκο που αποτελείται από πλακάδη επιθηλιακό ιστό που περιβάλλεται από συνδετικό ιστό. Αποτελείται από δύο διαφορετικές περιοχές: το βρεγματικό περιτόναιο, το οποίο ευθυγραμμίζει το κοιλιακό τοίχωμα, και το σπλαχνικό περιτόναιο, το οποίο περιβάλλει τα κοιλιακά όργανα. Η περιτοναϊκή κοιλότητα είναι ο χώρος που οριοθετείται από τις σπλαχνικές και βρεγματικές περιτοναϊκές επιφάνειες. Λίγα χιλιοστόλιτρα υγρού υγρού δρουν ως λιπαντικό για να ελαχιστοποιήσουν την τριβή μεταξύ των ορολογικών επιφανειών του περιτοναίου (Schmidt, et al. 2015).



Εικόνα 3. Μια διατομή της κοιλιάς δείχνει τη σχέση μεταξύ των κοιλιακών οργάνων και του περιτοναίου (πιο έντονες γραμμές). Πηγή: Yarbro, et al. 2016

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

2.1. Ορισμός καρκίνου του οισοφάγου

Ο καρκίνος του οισοφάγου (ονομάζεται επίσης καρκίνος του οισοφάγου) ξεκινά όταν τα κύτταρα στην επένδυση του οισοφάγου αρχίζουν να αναπτύσσονται εκτός ελέγχου. Τα κύτταρα σε σχεδόν οποιοδήποτε μέρος του σώματος μπορούν να γίνουν καρκίνοι και μπορούν να εξαπλωθούν σε άλλες περιοχές του σώματος (Spechler, 2013). Ο καρκίνος του οισοφάγου εμφανίζεται όταν τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται στον οισοφάγο, μια δομή τύπου σωλήνα που εκτείνεται από το λαιμό στο στομάχι. Η τροφή πηγαίνει από το στόμα στο στομάχι μέσω του οισοφάγου. Ο καρκίνος ξεκινά από το εσωτερικό στρώμα του οισοφάγου και μπορεί να εξαπλωθεί σε όλα τα άλλα στρώματα του οισοφάγου και σε άλλα μέρη του σώματος (μετάσταση) (Cutshall & Van Getson, 2014). Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι καρκίνου του οισοφάγου. Ένας τύπος είναι το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων. Τα πλακώδη κύτταρα ευθυγραμμίζουν τον εσωτερικό οισοφάγο και ο καρκίνος που αναπτύσσεται από τα πλακώδη κύτταρα μπορεί να εμφανιστεί σε ολόκληρο τον οισοφάγο. Ο άλλος τύπος ονομάζεται αδενοκαρκίνωμα. Πρόκειται για καρκίνο που αναπτύσσεται από αδένες. Για την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου, τα πλακώδη κύτταρα που συνήθως ευθυγραμμίζουν τον οισοφάγο αντικαθίστανται από αδένες. Αυτό συμβαίνει συνήθως στον κάτω οισοφάγο κοντά στο στομάχι και πιστεύεται ότι σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την έκθεση σε οξύ στον κάτω οισοφάγο. (Lewis, et al. 2016).

2.1.1 Στάδια καρκίνου του οισοφάγου

Αφού κάποιος διαγνωστεί με καρκίνο του οισοφάγου, οι γιατροί θα προσπαθήσουν να καταλάβουν εάν έχει εξαπλωθεί και αν ναι, πόσο μακριά. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται σταδιοποίηση. Το στάδιο του καρκίνου περιγράφει πόσο καρκίνος είναι στο σώμα. Βοηθά στον προσδιορισμό του πόσο σοβαρός είναι ο καρκίνος και πώς είναι καλύτερο να τον αντιμετωπίσουμε. Οι γιατροί χρησιμοποιούν επίσης το στάδιο του καρκίνου όταν μιλούν για στατιστικά στοιχεία επιβίωσης (Spechler, 2013). Οι πρώιμοι καρκίνοι του οισοφάγου ονομάζονται στάδιο 0 (δυσπλασία υψηλού βαθμού). Στη συνέχεια κυμαίνεται από το στάδιο I (1) έως το IV (4). Κατά κανόνα, όσο χαμηλότερος

είναι ο αριθμός, τόσο λιγότερο έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος. Ένας υψηλότερος αριθμός, όπως το στάδιο IV, σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί περισσότερο. Και μέσα σε ένα στάδιο, ένα προγενέστερο γράμμα σημαίνει χαμηλότερο στάδιο. Παρόλο που η εμπειρία του καρκίνου κάθε ατόμου είναι μοναδική, οι καρκίνοι με παρόμοια στάδια τείνουν να έχουν παρόμοια προοπτική και συχνά αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο (Edwards, et al. 2012). Οι περισσότεροι καρκίνοι του οισοφάγου ξεκινούν στην εσωτερική επένδυση του οισοφάγου (το επιθήλιο) και στη συνέχεια αναπτύσσονται σε βαθύτερα στρώματα με την πάροδο του χρόνου. Το σύστημα σταδιοποίησης που χρησιμοποιείται συχνότερα για τον καρκίνο του οισοφάγου είναι το σύστημα TNM της Αμερικανικής Μεικτής Επιτροπής για τον Καρκίνο (AJCC), το οποίο βασίζεται σε 3 βασικές πληροφορίες:

- Η έκταση (μέγεθος) του όγκου (T): Πόσο μακριά έχει αναπτυχθεί ο καρκίνος στο τοίχωμα του οισοφάγου; Ο καρκίνος έχει φτάσει σε κοντινές δομές ή όργανα;
- Η εξάπλωση στους κοντινούς λεμφαδένες (N): Έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος σε κοντινούς λεμφαδένες;
- Η εξάπλωση (μετάσταση) σε απομακρυσμένες περιοχές (M): Έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος σε απομακρυσμένους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα όργανα όπως οι πνεύμονες ή το ήπαρ;

Οι αριθμοί ή τα γράμματα μετά τα T, N και M παρέχουν περισσότερες λεπτομέρειες για κάθε έναν από αυτούς τους παράγοντες. Μεγαλύτεροι αριθμοί σημαίνουν ότι ο καρκίνος είναι πιο προχωρημένος. Μόλις προσδιοριστούν οι κατηγορίες T, N και M ενός ατόμου, αυτές οι πληροφορίες συνδυάζονται σε μια διαδικασία που ονομάζεται ομαδοποίηση σκηνών για να εκχωρηθεί ένα συνολικό στάδιο (Yarbro, et al. 2016). Δεδομένου ότι ο καρκίνος του οισοφάγου μπορεί να αντιμετωπιστεί με διαφορετικούς τρόπους, έχουν δημιουργηθεί διαφορετικά συστήματα στάσης για κάθε κατάσταση:

- **Παθολογικό στάδιο (ονομάζεται επίσης χειρουργικό στάδιο):** Εάν η χειρουργική επέμβαση γίνει πρώτα, το παθολογικό στάδιο προσδιορίζεται εξετάζοντας τον ιστό που αφαιρείται κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης. Αυτό είναι το πιο κοινό σύστημα που χρησιμοποιείται.

- **Κλινικό στάδιο:** Εάν η χειρουργική επέμβαση ενδέχεται να μην είναι δυνατή ή θα γίνει μετά από άλλη θεραπεία, τότε το κλινικό στάδιο καθορίζεται με βάση τα αποτελέσματα των εξετάσεων φυσικής εξέτασης, βιοψίας και απεικόνισης. Το κλινικό στάδιο θα χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στον προγραμματισμό της θεραπείας, αλλά μπορεί να μην προβλέψει την προοπτική τόσο ακριβή όσο το παθολογικό στάδιο. Αυτό συμβαίνει επειδή μερικές φορές ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί περισσότερο από τις εκτιμήσεις του κλινικού σταδίου.
- **Στάδιο μετά την ανοσοενισχυτική:** Εάν η χημειοθεραπεία ή η ακτινοβολία δοθεί πριν από τη χειρουργική επέμβαση (αυτό ονομάζεται θεραπεία νέας ανοσοενισχυτικής), τότε θα καθοριστεί ξεχωριστό στάδιο μετά την ανοσοενισχυτική μετά τη χειρουργική επέμβαση (Hines, et al. 2014).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία σας και τις προοπτικές σας είναι ο βαθμός του καρκίνου σας. Ο βαθμός περιγράφει πόσο στενά μοιάζει ο καρκίνος με τον κανονικό ιστό όταν παρατηρείται μέσω μικροσκοπίου.

Η κλίμακα που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των καρκίνων του οισοφάγου είναι από 1 έως 3.

GX: Δεν είναι δυνατή η αξιολόγηση του βαθμού. (Ο βαθμός είναι άγνωστος).

- **Βαθμός 1 (G1:** καλά διαφοροποιημένο, χαμηλός βαθμός) σημαίνει ότι τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν περισσότερο με τα φυσιολογικά κύτταρα του οισοφάγου.
- **Βαθμός 3 (G3:** κακώς διαφοροποιημένος, μη διαφοροποιημένος · υψηλός βαθμός) σημαίνει ότι τα καρκινικά κύτταρα φαίνονται πολύ ανώμαλα.
- **Οι βαθμοί 2 (G2:** μέτρια διαφοροποιημένοι, ενδιάμεσοι) βρίσκονται κάπου μεταξύ του βαθμού 1 και του βαθμού 3.

Οι καρκίνοι χαμηλού βαθμού τείνουν να αναπτύσσονται και να εξαπλώνονται πιο αργά από τους καρκίνους υψηλού βαθμού. Τις περισσότερες φορές, οι προοπτικές είναι καλύτερες για τους καρκίνους χαμηλού βαθμού από ό, τι για τους καρκίνους υψηλού βαθμού του ίδιου σταδίου. Ορισμένα στάδια του πρώιμου καρκινώματος των πλακωδών κυττάρων λαμβάνουν επίσης υπόψη όπου ο όγκος βρίσκεται στον οισοφάγο. Η τοποθεσία εκχωρείται ως άνω, μεσαία ή χαμηλότερη ανάλογα με το πού

βρίσκεται το μέσο του όγκου (Pool, et al. 2012). Το σύστημα σταδιοποίησης AJCC παρέχει μια λεπτομερή περίληψη του βαθμού εξάπλωσης ενός καρκίνου του οισοφάγου. Αλλά για θεραπευτικούς σκοπούς, οι γιατροί συχνά ανησυχούν περισσότερο για το εάν ο καρκίνος μπορεί να αφαιρεθεί εντελώς με χειρουργική επέμβαση (εκτομή). Εάν, με βάση το πού βρίσκεται ο καρκίνος και πόσο μακριά έχει εξαπλωθεί, θα μπορούσε να αφαιρεθεί εντελώς με χειρουργική επέμβαση, θεωρείται δυνητικά ανθεκτικό. Εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί υπερβολικά για να αφαιρεθεί εντελώς, θεωρείται ακατάλληλο (Daniels & Nicoll, 2011). Κατά γενικό κανόνα, οι καρκίνοι του οισοφάγου σταδίου 0, I και II είναι δυνητικά αποσπασίμοι. Οι περισσότεροι καρκίνοι του σταδίου III είναι δυνητικά ανιχνεύσιμοι, ακόμη και όταν έχουν εξαπλωθεί σε κοντινούς λεμφαδένες, αρκεί ο καρκίνος να μην έχει αναπτυχθεί στην τραχεία (σωλήνα αέρα), στην αορτή (το μεγάλο αιμοφόρο αγγείο που προέρχεται από την καρδιά), τη σπονδυλική στήλη, ή άλλες κοντινές σημαντικές δομές. Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι των οποίων ο καρκίνος είναι δυνητικά ανιχνεύσιμος μπορεί να μην μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνση των καρκίνων τους, επειδή δεν είναι αρκετά υγιείς. Οι καρκίνοι που έχουν αναπτυχθεί σε κοντινές δομές ή που έχουν εξαπλωθεί σε απομακρυσμένους λεμφαδένες ή σε άλλα όργανα θεωρούνται ακατάλληλοι, επομένως οι θεραπείες εκτός από τη χειρουργική επέμβαση είναι συνήθως η καλύτερη επιλογή (Li, et al. 2017).

2.2. Τύποι καρκίνου του οισοφάγου

Υπάρχουν 2 κύριοι τύποι καρκίνου του οισοφάγου, με βάση τον τύπο του κυττάρου στο οποίο ξεκινά.

Καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων

Το εσωτερικό στρώμα του οισοφάγου (ο βλεννογόνο) είναι συνήθως επενδεδυμένο με πλακώδη κύτταρα. Ο καρκίνος που ξεκινά σε αυτά τα κύτταρα ονομάζεται καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων. Αυτός ο τύπος καρκίνου μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε κατά μήκος του οισοφάγου, αλλά είναι πιο συχνός στην περιοχή του λαιμού (αυχενικός οισοφάγος) και στα άνω δύο τρίτα της θωρακικής κοιλότητας (άνω και μεσαίος θωρακικός οισοφάγος) Το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων ήταν ο πιο κοινός τύπος καρκίνου του οισοφάγου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτό έχει αλλάξει με την

πάροδο του χρόνου και τώρα αποτελεί λιγότερο από το 30% των καρκίνων του οισοφάγου σε αυτήν τη χώρα (Pool, et al. 2012).

Αδενοκαρκίνωμα

Οι καρκίνοι που ξεκινούν στα αδένα κύτταρα (κύτταρα που δημιουργούν βλέννα) ονομάζονται αδενοκαρκινώματα. Τα αδενοκαρκινώματα βρίσκονται συχνά στο κάτω τρίτο του οισοφάγου (κάτω θωρακικός οισοφάγος). Σε ορισμένες καταστάσεις, όπως ο οισοφάγος του Barrett, τα αδένα αρχίζουν να αντικαθιστούν τα πλακώδη κύτταρα στο κάτω μέρος του οισοφάγου και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αδενοκαρκίνωμα (Steenhagen, et al. 2017).

2.3. Παράγοντες κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου

Ένας παράγοντας κινδύνου είναι οτιδήποτε αυξάνει την πιθανότητα να πάρετε μια ασθένεια όπως ο καρκίνος. Διαφορετικοί καρκίνοι έχουν διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, μπορούν να αλλάξουν. Άλλα, όπως η ηλικία ενός ατόμου ή το οικογενειακό ιστορικό, δεν μπορούν να αλλάξουν (Haylock, 2011). Οι επιστήμονες έχουν βρει διάφορους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Μερικοί είναι πιο πιθανό να αυξήσουν τον κίνδυνο για αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου και άλλα για καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων του οισοφάγου. Όμως, έχοντας έναν παράγοντα κινδύνου, ή ακόμα και πολλούς, δεν σημαίνει ότι θα έχει κανείς καρκίνο του οισοφάγου. Και ορισμένα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια μπορεί να μην έχουν γνωστούς παράγοντες κινδύνου (Cutshall & Van Getson, 2014). Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου αυξάνεται με την ηλικία. Λιγότερο από το 15% των περιπτώσεων εντοπίζονται σε άτομα ηλικίας κάτω των 55 ετών (Platek, et al. 2011). Οι άνδρες είναι πιο πιθανό από τις γυναίκες να πάσχουν από καρκίνο του οισοφάγου (Spechler, 2013).

2.3.1 Κάπνισμα και αλκοόλ

Η χρήση προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένων τσιγάρων, πούρων, σωλήνων και καπνού μάσησης, είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του οισοφάγου.

Όσο περισσότερο ένα άτομο χρησιμοποιεί καπνό και όσο περισσότερο χρησιμοποιείται, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος καρκίνου (Yarbro, et al. 2016). Κάποιος που καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρων την ημέρα ή περισσότερο έχει τουλάχιστον δύο φορές την πιθανότητα να πάρει αδenoκαρκίνωμα του οισοφάγου από έναν μη καπνιστή και ο κίνδυνος δεν απομακρύνεται εάν σταματήσει η χρήση καπνού. Ο σύνδεσμος για τον καρκίνο του οισοφάγου των πλακωδών κυττάρων είναι ακόμη ισχυρότερος, αλλά αυτός ο κίνδυνος μειώνεται για τα άτομα που σταματούν τον καπνό. Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει επίσης τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Όσο περισσότερο αλκοόλ πίνει κάποιος, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου. Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρκινώματος πλακωδών κυττάρων περισσότερο από τον κίνδυνο αδenoκαρκινώματος. Το κάπνισμα σε συνδυασμό με την κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου από πλακώδη κύτταρα πολύ περισσότερο από τη χρήση είτε μόνο του (Daniels & Nicoll, 2011)

2.3.2. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Το στομάχι παράγει συνήθως ισχυρό οξύ και ένζυμα που βοηθούν στην πέψη των τροφίμων. Σε ορισμένα άτομα, το οξύ μπορεί να διαφύγει από το στομάχι μέχρι το κάτω μέρος του οισοφάγου. Ο ιατρικός όρος για αυτό είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) ή απλά η παλινδρόμηση. Σε πολλούς ανθρώπους, η παλινδρόμηση προκαλεί συμπτώματα όπως καούρα ή πόνο που φαίνεται να προέρχονται από τη μέση του θώρακα. Σε ορισμένους, ωστόσο, η παλινδρόμηση δεν προκαλεί καθόλου συμπτώματα (Massey, 2011). Τα άτομα με ΓΟΠ έχουν ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αδenoκαρκινώματος του οισοφάγου. Αυτός ο κίνδυνος φαίνεται να είναι υψηλότερος σε άτομα που έχουν πιο συχνά συμπτώματα. Ωστόσο, η ΓΟΠ είναι πολύ συχνή και οι περισσότεροι από τους ανθρώπους δεν το αναπτύσσουν καρκίνο του οισοφάγου. Το ΓΟΠ μπορεί επίσης να προκαλέσει τον οισοφάγο του Barrett (συζητείται παρακάτω), ο οποίος συνδέεται με έναν ακόμη υψηλότερο κίνδυνο (Edwards, et al. 2012).

2.3.3. Ο οισοφάγος του Barrett

Εάν η παλινδρόμηση οξέος του στομάχου στον κάτω οισοφάγο συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να βλάψει την εσωτερική επένδυση του οισοφάγου. Αυτό προκαλεί την αντικατάσταση των πλακωδών κυττάρων που κανονικά ευθυγραμμίζουν τον οισοφάγο με κύτταρα αδένων. Αυτά τα αδένων κύτταρα μοιάζουν συνήθως με τα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν το στομάχι και το λεπτό έντερο και είναι πιο ανθεκτικά στο οξύ του στομάχου. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως οισοφάγος Barrett (ή απλώς Barrett) (Huang, 2013). Όσο περισσότερο κάποιος έχει παλινδρόμηση, τόσο πιο πιθανό είναι να αναπτύξει τον οισοφάγο του Barrett. Τα περισσότερα άτομα με οισοφάγο Barrett είχαν συμπτώματα καούρας, αλλά πολλά δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Τα άτομα με οισοφάγο Barrett διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο από ό, τι τα άτομα χωρίς αυτήν την πάθηση να αναπτύξουν αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου. Ωστόσο, τα περισσότερα άτομα με οισοφάγο Barrett δεν πάσχουν από καρκίνο του οισοφάγου (Li, et al. 2017). Τα αδενοκύτταρα στον οισοφάγο του Barrett μπορούν να γίνουν πιο ανώμαλα με την πάροδο του χρόνου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυσπλασία, μια προκαρκινική κατάσταση. Η δυσπλασία βαθμολογείται από το πόσο ανώμαλα φαίνονται τα κύτταρα κάτω από το μικροσκόπιο. Η δυσπλασία χαμηλού βαθμού μοιάζει περισσότερο με τα φυσιολογικά κύτταρα, ενώ η δυσπλασία υψηλού βαθμού είναι πιο ανώμαλη. Η δυσπλασία υψηλού βαθμού συνδέεται με τον υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου (Chang, et al. 2016).

2.3.4. Άλλες ασθένειες και σύνδρομα

Διατροφή

Ορισμένες ουσίες στη διατροφή μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Για παράδειγμα, υπήρξαν προτάσεις, αλλά δεν έχουν αποδειχθεί καλά, ότι μια δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε επεξεργασμένο κρέας μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση του υψηλού ποσοστού αυτού του καρκίνου σε ορισμένα μέρη του κόσμου (Han, et al. 2014). Από την άλλη πλευρά, μια δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά μειώνει πιθανώς τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Οι ακριβείς λόγοι για αυτό δεν είναι σαφείς, αλλά τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν μια σειρά από βιταμίνες και μέταλλα που μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη του

καρκίνου. Η συχνή κατανάλωση πολύ ζεστών υγρών (θερμοκρασίες 65 ° C - πολύ πιο ζεστή από ένα τυπικό φλιτζάνι καφέ) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για τον τύπο του πλακώδους καρκίνου του οισοφάγου. Αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μακροχρόνιας βλάβης στα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν τον οισοφάγο από τα καυτά υγρά (Chang, et al. 2016).

Αχαλασία

Σε αυτήν την κατάσταση, ο μυς στο κάτω άκρο του οισοφάγου (ο σφιγκτήρας κατώτερου οισοφάγου) δεν χαλαρώνει σωστά. Τα τρόφιμα και τα υγρά που καταπίνονται δυσκολεύονται να περάσουν στο στομάχι και τείνουν να συλλέγονται στον κάτω οισοφάγο, ο οποίος τεντώνεται (διαστέλλεται) με την πάροδο του χρόνου. Τα κύτταρα που περιβάλλουν τον οισοφάγο σε αυτήν την περιοχή μπορούν να ερεθιστούν από την έκθεση σε τρόφιμα για περισσότερο από το κανονικό χρονικό διάστημα. Τα άτομα με αχαλασία έχουν κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου που είναι πολλές φορές φυσιολογικό. Κατά μέσο όρο, οι καρκίνοι βρίσκονται περίπου 15 έως 20 χρόνια μετά την έναρξη της αχαλασίας (Thom, et al. 2013).

Τυλίωση

Πρόκειται για μια σπάνια, κληρονομική ασθένεια που προκαλεί επιπλέον ανάπτυξη του ανώτερου στρώματος του δέρματος στις παλάμες των χεριών και των πέλματος των ποδιών. Τα άτομα με αυτήν την πάθηση αναπτύσσουν επίσης μικρές αναπτύξεις (θηλώματα) στον οισοφάγο και έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου πλακώδους κυττάρου του οισοφάγου. Τα άτομα με τυλίωση πρέπει να παρακολουθούνται στενά για να προσπαθήσουν να βρουν τον καρκίνο του οισοφάγου νωρίς. Συχνά, αυτό απαιτεί τακτική παρακολούθηση με άνω ενδοσκόπηση (Allum, et al. 2014).

Σύνδρομο Plummer-Vinson

Τα άτομα με αυτό το σπάνιο σύνδρομο (που ονομάζεται επίσης σύνδρομο Paterson-Kelly) έχουν ιστούς στο άνω μέρος του οισοφάγου, συνήθως μαζί με αναιμία (χαμηλός αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων) λόγω χαμηλών επιπέδων σιδήρου, φλεγμονής στη γλώσσα (γλωσσίτιδα), εύθραυστων νυχιών και μερικές φορές μια μεγάλη σπλήνα (Murakawa, et al. 2015). Ο ιστός είναι ένα λεπτό κομμάτι ιστού που εκτείνεται από την

εσωτερική επένδυση του οισοφάγου που προκαλεί μια περιοχή στένωσης. Οι περισσότεροι ιστοί του οισοφάγου δεν προκαλούν προβλήματα, αλλά οι μεγαλύτεροι μπορούν να προκαλέσουν την προσκόλληση της τροφής στον οισοφάγο, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα κατάποσης και χρόνιου ερεθισμού στην περιοχή από τα παγιδευμένα τρόφιμα. Περίπου 1 στα 10 άτομα με αυτό το σύνδρομο αναπτύσσουν τελικά καρκίνο πλακώδους κυττάρου του οισοφάγου ή καρκίνου στο κάτω μέρος του λαιμού (υποφάρυγγα) (Wu, et al. 2021).

Τραυματισμός στον οισοφάγο

Η αλυσίβα είναι μια χημική ουσία που βρίσκεται σε ισχυρά βιομηχανικά και οικιακά καθαριστικά όπως καθαριστικά αποστράγγισης. Η αλυσίβα είναι ένας διαβρωτικός παράγοντας που μπορεί να κάψει και να καταστρέψει τα κύτταρα. Η κατά λάθος κατανάλωση ενός καθαριστικού με βάση τη σίκαλη μπορεί να προκαλέσει σοβαρό χημικό κάψιμο στον οισοφάγο. Καθώς ο τραυματισμός θεραπεύεται, ο ουλώδης ιστός μπορεί να προκαλέσει μια περιοχή του οισοφάγου να γίνει πολύ στενή (που ονομάζεται αυστηρότητα). Τα άτομα με αυτές τις στενώσεις έχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου πλακωδών κυττάρων, ο οποίος εμφανίζεται συχνά πολλά χρόνια (ακόμη και δεκαετίες) αργότερα (Huang, 2013).

2.4 Κλινική εικόνα ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου

Τα περισσότερα άτομα με καρκίνο του οισοφάγου διαγιγνώσκονται επειδή έχουν συμπτώματα. Είναι σπάνιο για άτομα χωρίς συμπτώματα να διαγνωστούν με αυτόν τον καρκίνο. Όταν συμβαίνει, ο καρκίνος συνήθως εντοπίζεται τυχαία λόγω δοκιμών για άλλα ιατρικά προβλήματα. Δυστυχώς, οι περισσότεροι καρκίνοι του οισοφάγου δεν προκαλούν συμπτώματα έως ότου φτάσουν σε προχωρημένο στάδιο, όταν είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν. Τα πιο κοινά συμπτώματα του καρκίνου του οισοφάγου είναι:

- Πρόβλημα κατάποσης
- Πόνος στο στήθος
- Απώλεια βάρους
- Βραχνάδα
- Χρόνιος βήχας

- Έμετος
- Πόνος στα οστά (εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στα οστά)
- Αιμορραγία στον οισοφάγο.

Αυτό το αίμα περνά στη συνέχεια μέσω του πεπτικού σωλήνα, μια διαδρομή που μπορεί να κάνει το αίμα μαύρο. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η απώλεια αίματος μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία (χαμηλά επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων), η οποία μπορεί να κάνει ένα άτομο να αισθάνεται κουρασμένο (Steenhagen, et al. 2017).

Το να έχει κανείς ένα ή περισσότερα συμπτώματα δεν σημαίνει ότι έχει καρκίνο του οισοφάγου. Στην πραγματικότητα, πολλά από αυτά τα συμπτώματα είναι πιθανότερο να προκαλούνται από άλλες καταστάσεις. Ωστόσο, εάν έχει κάποιο από αυτά τα συμπτώματα, ιδιαίτερα προβλήματα κατάποσης, είναι σημαντικό να ελεγχθούν από γιατρό, ώστε να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί η αιτία, εάν χρειαστεί (Thom, et al. 2013).

- **Πρόβλημα κατάποσης**

Το πιο κοινό σύμπτωμα του καρκίνου του οισοφάγου είναι ένα πρόβλημα κατάποσης (που ονομάζεται δυσφαγία). Μπορεί να αισθάνεται ότι το φαγητό έχει κολλήσει στο λαιμό ή στο στήθος και μπορεί ακόμη και να προκαλέσει κάποιον να πνιγεί στο φαγητό του. Αυτό είναι συχνά ήπιο όταν ξεκινά και στη συνέχεια επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου καθώς ο καρκίνος μεγαλώνει και το άνοιγμα μέσα στον οισοφάγο γίνεται μικρότερο (Lamb, et al. 2011). Όταν η κατάποση γίνεται πιο δύσκολη, οι άνθρωποι αλλάζουν συχνά τη διατροφή και τις διατροφικές τους συνήθειες χωρίς να το συνειδητοποιούν. Λαμβάνουν μικρότερα τσιμπίσματα και μασούν το φαγητό τους πιο προσεκτικά και αργά. Καθώς ο καρκίνος μεγαλώνει, το πρόβλημα μπορεί να επιδεινωθεί. Οι άνθρωποι τότε μπορεί να αρχίσουν να τρώνε πιο μαλακά τρόφιμα που μπορούν να περάσουν πιο εύκολα από τον οισοφάγο. Μπορεί να αποφεύγουν το ψωμί και το κρέας, καθώς αυτά τα τρόφιμα συνήθως κολλούν. Το πρόβλημα κατάποσης μπορεί ακόμη και να γίνει αρκετά άσχημα, ώστε μερικοί άνθρωποι να σταματήσουν να τρώνε εντελώς στερεά τρόφιμα και να στραφούν σε μια υγρή διατροφή. Εάν ο καρκίνος συνεχίζει να αυξάνεται, σε κάποιο σημείο ακόμη και τα υγρά μπορεί να είναι δύσκολο να καταποθούν (Schmidt, et al. 2015). Για να βοηθήσει να περάσει τα τρόφιμα μέσω του οισοφάγου, το σώμα παράγει περισσότερο σάλιο. Αυτό αναγκάζει ορισμένους

ανθρώπους να διαμαρτύρονται για την εμφάνιση μεγάλης ποσότητας παχύρρευστης βλέννας ή σάλιου (Xu, et al. 2015).

- **Πόνος στο στήθος**

Μερικές φορές, οι άνθρωποι έχουν πόνο ή δυσφορία στο μεσαίο τμήμα του στήθους τους. Μερικοί άνθρωποι αισθάνονται πίεση ή κάψιμο στο στήθος. Αυτά τα συμπτώματα προκαλούνται συχνότερα από προβλήματα εκτός από τον καρκίνο, όπως η καούρα, οπότε σπάνια θεωρούνται ως ένδειξη ότι ένα άτομο μπορεί να έχει καρκίνο (Thom, et al. 2013). Η κατάποση μπορεί να γίνει επώδυνη εάν ο καρκίνος είναι αρκετά μεγάλος για να περιορίσει τη διέλευση των τροφίμων μέσω του οισοφάγου. Ο ιατρικός όρος για την οδυνηρή κατάποση είναι οδυνοφαγία. Ο πόνος μπορεί να γίνει αισθητός λίγα δευτερόλεπτα μετά την κατάποση, καθώς το φαγητό ή το υγρό φτάνει στον όγκο και αντιμετωπίζει πρόβλημα με το να τον ξεπεράσει (Hines, et al. 2014).

- **Απώλεια βάρους**

Πολλοί άνθρωποι με καρκίνο του οισοφάγου χάνουν βάρος χωρίς να προσπαθούν. Αυτό συμβαίνει επειδή τα προβλήματα κατάποσης τους εμποδίζουν να τρώνε αρκετά για να διατηρήσουν το βάρος τους. Ο καρκίνος μπορεί επίσης να μειώσει την όρεξή τους και να αυξήσει το μεταβολισμό τους (Cutshall & Van Getson, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3.1 Διάγνωση καρκίνου του οισοφάγου

3.1.1 Έγκαιρος εντοπισμός καρκίνου του οισοφάγου

Ο έλεγχος είναι η διαδικασία αναζήτησης καρκίνου ή προ-καρκίνου σε άτομα που δεν έχουν συμπτώματα της νόσου. Ο έλεγχος του κοινού για καρκίνο του οισοφάγου δεν συνιστάται από κανέναν επαγγελματικό οργανισμό αυτή τη στιγμή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί τεστ διαλογής ότι μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του οισοφάγου σε άτομα που διατρέχουν μέσο κίνδυνο. Ωστόσο, άτομα που έχουν υψηλό κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου, όπως εκείνα με τον οισοφάγο του Barrett, παρακολουθούνται συχνά στενά για να αναζητήσουν πρώιμους καρκίνους και προ-καρκίνους (Li, et al. 2017).

- **Άτομα με οισοφάγο του Barrett**

Πολλοί ειδικοί συνιστούν στα άτομα με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου, όπως εκείνα με τον οισοφάγο του Barrett, να έχουν τακτικά ενδοσκόπηση άνω. Για αυτό το τεστ, ο γιατρός ή νοσηλευτής εξετάζει το εσωτερικό του οισοφάγου μέσω ενός εύκαμπτου φωτιζόμενου σωλήνα που ονομάζεται ενδοσκόπιο. Ο γιατρός ή νοσηλευτής μπορεί να αφαιρέσει μικρά δείγματα ιστού (βιοψίες) από την ανώμαλη περιοχή, έτσι ώστε να μπορεί να ελεγχθεί για δυσπλασία (καρκινικά κύτταρα) ή καρκινικά κύτταρα (Pool, et al. 2012). Οι γιατροί δεν είναι βέβαιοι πόσο συχνά πρέπει να επαναλαμβάνεται το τεστ, αλλά οι περισσότεροι συνιστούν τη συχνότερη δοκιμή εάν εντοπιστούν περιοχές δυσπλασίας. Αυτή η δοκιμή επαναλαμβάνεται ακόμη πιο συχνά εάν υπάρχει δυσπλασία υψηλού βαθμού (τα κύτταρα εμφανίζονται πολύ ανώμαλα). Εάν η περιοχή του Barrett είναι μεγάλη ή / και υπάρχει δυσπλασία υψηλού βαθμού, η θεραπεία της ανώμαλης περιοχής μπορεί να συνιστάται λόγω του υψηλού κινδύνου ότι ένα αδενοκαρκίνωμα είτε υπάρχει ήδη (αλλά δεν βρέθηκε) ή θα αναπτυχθεί εντός λίγων ετών. Οι επιλογές θεραπείας για δυσπλασία υψηλού βαθμού μπορεί να περιλαμβάνουν χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση μέρους του οισοφάγου με την ανώμαλη περιοχή, την ενδοσκοπική εκτομή του βλεννογόνου (EMR), τη φωτοδυναμική

θεραπεία (PDT) ή την αφαίρεση ραδιοσυχνότητας (RFA). Οι προοπτικές για αυτούς τους ασθενείς είναι σχετικά καλές μετά τη θεραπεία (Cong, et al. 2015).

- **Κληρονομικά σύνδρομα**

Άτομα με κληρονομικά σύνδρομα (μερικές φορές ονομάζονται κληρονομικά σύνδρομα) που τα θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου, μπορεί επίσης να χρειάζονται συχνές ενδοσκοπίες για να αναζητήσουν καρκίνο ή προ-καρκίνο. Για παράδειγμα, τα άτομα με τυλίωση ή σύνδρομο Bloom θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο εξέτασης με ανώτερη ενδοσκόπηση μετά την ηλικία των 20 ετών. Άτομα που έχουν μέλη της οικογένειας με οικογενειακό (κληρονομικό) οισοφάγο Barrett θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο εξέτασης με άνω ενδοσκόπηση μετά από 40 ετών. Εάν έχει κανείς ένα από αυτά τα κληρονομικά σύνδρομα, είναι καλύτερο να μιλήσει με το γιατρό του σχετικά με τον έλεγχο καρκίνου και τι είναι κατάλληλο για εκείνους. Η προσεκτική παρακολούθηση και θεραπεία (εάν απαιτείται) μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη ορισμένων καρκίνων του οισοφάγου. Μπορεί επίσης να εντοπίσει ορισμένους καρκίνους νωρίς, όταν είναι πιο πιθανό να αντιμετωπιστούν επιτυχώς (Platek, et al. 2011).

3.1.2 Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι δοκιμές απεικόνισης χρησιμοποιούν ακτινογραφίες, μαγνητικά πεδία, ηχητικά κύματα ή ραδιενεργές ουσίες για τη δημιουργία εικόνων του εσωτερικού του σώματός σας. Οι εξετάσεις απεικόνισης μπορεί να γίνουν για διάφορους λόγους τόσο πριν όσο και μετά τη διάγνωση του καρκίνου του οισοφάγου, όπως:

- Να κοιτάξουμε μια ύποπτη περιοχή που μπορεί να είναι καρκίνος
- Για να μάθουμε πόσο μπορεί να εξαπλωθεί ο καρκίνος
- Για να προσδιορίσουμε εάν η θεραπεία λειτουργεί
- Για να αναζητήσουμε πιθανά σημάδια καρκίνου που επανέρχονται μετά τη θεραπεία (Chen, et al. 2011).

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι διάγνωσης του καρκίνου του οισοφάγου όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία, η εξέταση κατάποσης βαρίου, η σάρωση PET, η λαπαροσκόπηση, η θωρακοσκόπηση και μία από τις πιο σημαντικές η άνω ενδοσκόπηση.

- **Άνω ενδοσκόπηση**

Ένα σημαντικό τεστ για τη διάγνωση του καρκίνου του οισοφάγου είναι η άνω ενδοσκόπηση. Κατά τη διάρκεια μιας ανώτερης ενδοσκόπησης, ο ασθενής είναι κατεσταλμένος (σε νάρκωση) και στη συνέχεια ο γιατρός περνά ένα ενδοσκόπιο (ένα λεπτό, εύκαμπτο σωλήνα με φως και μια μικρή βιντεοκάμερα στο τέλος) κάτω από το λαιμό του και στον οισοφάγο και στο στομάχι. Η κάμερα του ενδοσκοπίου συνδέεται με μια οθόνη, η οποία επιτρέπει στον γιατρό να δει καθαρά τυχόν μη φυσιολογικές περιοχές στον τοίχο του οισοφάγου (Pool, et al. 2012). Ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει ειδικά όργανα μέσα από το πεδίο για να αφαιρέσει (βιοψία) δείγματα ιστών από τυχόν μη φυσιολογικές περιοχές. Αυτά τα δείγματα αποστέλλονται στο εργαστήριο για να ελέγξουν εάν περιέχουν καρκίνο (Xu, et al. 2015). Εάν ο καρκίνος του οισοφάγου εμποδίζει το άνοιγμα (που ονομάζεται αυλός) του οισοφάγου, ορισμένα όργανα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διευρύνουν το άνοιγμα για να βοηθήσουν τη διατροφή των τροφίμων και των υγρών. Η ανώτερη ενδοσκόπηση μπορεί να δώσει στον γιατρό σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος και την εξάπλωση του όγκου, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στον προσδιορισμό του εάν ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση (Allum, et al. 2014).

3.2. Πρόληψη

Δεν μπορούν να προληφθούν όλοι οι καρκίνοι του οισοφάγου, αλλά ο κίνδυνος εμφάνισης αυτής της ασθένειας μπορεί να μειωθεί σημαντικά αποφεύγοντας ορισμένους παράγοντες κινδύνου.

- **Αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ**

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου του τρόπου ζωής για τον καρκίνο του οισοφάγου είναι η χρήση καπνού και αλκοόλ. Κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες αυξάνει μόνον τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου πολλές φορές και ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος εάν συνδυάζονται. Η αποφυγή του καπνού και του αλκοόλ είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους περιορισμού του κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου (Shewale, et al. 2015).

- **Διατροφή, παρακολούθηση σωματικού βάρους και δραστηριότητα**

Είναι επίσης σημαντικό να ακολουθεί κανείς ένα υγιεινό τρόπο διατροφής και να διατηρεί ένα υγιές βάρος. Μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου. Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με τον καρκίνο του οισοφάγου, ιδιαίτερα τον τύπο του αδενοκαρκινώματος, οπότε η παραμονή σε ένα υγιές βάρος μπορεί επίσης να βοηθήσει στον περιορισμό του κινδύνου αυτής της ασθένειας. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου (Chen, et al. 2011).

- **Θεραπεία για παλινδρόμηση ή οισοφάγο Barrett**

Η θεραπεία ατόμων με παλινδρόμηση μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη του καρκίνου του οισοφάγου και του οισοφάγου του Barrett. Συχνά, η παλινδρόμηση αντιμετωπίζεται με αλλαγές στη διατροφή και τον τρόπο ζωής (για παράδειγμα, απώλεια βάρους για υπέρβαρα άτομα), καθώς και φάρμακα που ονομάζονται αποκλειστές H₂ ή αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI). Η χειρουργική επέμβαση μπορεί επίσης να είναι μια επιλογή για τη θεραπεία της παλινδρόμησης εάν η παλινδρόμηση δεν ελέγχεται με διατροφή, αλλαγές στον τρόπο ζωής και φάρμακα (Jang, et al. 2015). Άτομα με υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του οισοφάγου, όπως εκείνα με τον οισοφάγο του Barrett, παρακολουθούνται συχνά από τους γιατρούς τους με ενδοσκοπίες για να αναζητήσουν σημάδια ότι τα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν τον οισοφάγο έχουν γίνει πιο ανώμαλα. Εάν βρεθεί δυσπλασία (μια προ-καρκινική πάθηση), ο γιατρός ή νοσηλευτής μπορεί να συστήσει θεραπείες για να το εμποδίσει να εξελιχθεί σε καρκίνο του οισοφάγου (Massey, 2011). Για όσους έχουν οισοφάγο Barrett, η καθημερινή θεραπεία με PPI μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης κυτταρικών αλλαγών (δυσπλασία) που μπορούν να μετατραπούν σε καρκίνο. Εάν έχει κανείς χρόνια καούρα (ή παλινδρόμηση), θα πρέπει να ενημερώσει τον γιατρό του. Η θεραπεία μπορεί συχνά να βελτιώσει τα συμπτώματα και να αποτρέψει μελλοντικά προβλήματα. Ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ο κίνδυνος καρκίνου του οισοφάγου είναι χαμηλότερος σε άτομα με οισοφάγο Barrett που λαμβάνουν ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), όπως η ιβουπροφαίνη. Ωστόσο, η λήψη αυτών των φαρμάκων κάθε μέρα μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα, όπως βλάβη στα νεφρά και αιμορραγία στο στομάχι. Για αυτόν τον λόγο, οι περισσότεροι γιατροί δεν συμβουλεύουν ότι οι άνθρωποι παίρνουν ΜΣΑΦ για να

προσπαθήσουν να αποτρέψουν τον καρκίνο του οισοφάγου (Cutshall & Van Getson, 2014).

3.3. Θεραπεία καρκίνου του οισοφάγου

Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του οισοφάγου είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Οι δύο τελευταίες θεραπείες έχουν σημαντικές παρενέργειες και επιπλοκές που δεν επηρεάζουν μόνο την ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και την έκβαση της ασθένειας, καθώς μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστέρηση ή διακοπή της θεραπείας, μείωση της δόσης και νοσηλεία.

3.3.1 Χειρουργική επέμβαση

Για μερικούς καρκίνους πρώιμου σταδίου, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσπαθήσει να απομακρύνει τον καρκίνο και κάποιους από τους φυσιολογικούς ιστούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να συνδυαστεί με άλλες θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνση κάποιου ή του μεγαλύτερου μέρους του οισοφάγου ονομάζεται οισοφαγεκτομή. Η οισοφαγεκτομή περιλαμβάνει την εκτομή ολόκληρου ή μέρους του οισοφάγου ασθενών με διάγνωση καρκίνου σε αυτό το όργανο. Η θέση και το μέγεθος του όγκου είναι καθοριστικοί παράγοντες του μήκους της εκτομής. Πρόκειται για σοβαρή χειρουργική επέμβαση με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (10% έως 40%), καθώς η νόσος συνήθως διαγνωρίζεται στα τελευταία στάδια, εκτός από το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς είναι καπνιστές, βαριές πότες και υποσιτίζονται. Συχνά αφαιρείται επίσης ένα μικρό κομμάτι του στομάχου. Το άνω μέρος του οισοφάγου συνδέεται με το υπόλοιπο τμήμα του στομάχου. Μέρος του στομάχου τραβιέται στο στήθος ή στο λαιμό για να γίνει ο νέος οισοφάγος. Εάν ο καρκίνος βρίσκεται στο κάτω μέρος του οισοφάγου (κοντά στο στομάχι) ή στο σημείο όπου συναντά τον οισοφάγο και το στομάχι, ο χειρουργός θα αφαιρέσει μέρος του στομάχου, το τμήμα του οισοφάγου που περιέχει καρκίνο και περίπου 7,6 έως 10 cm κανονικού οισοφάγου πάνω από αυτό. Στη συνέχεια, το στομάχι συνδέεται με αυτό που έχει απομείνει από τον οισοφάγο, είτε ψηλά στο στήθος είτε στο λαιμό. Εάν ο όγκος βρίσκεται στο άνω ή το μεσαίο τμήμα του οισοφάγου, το μεγαλύτερο μέρος του οισοφάγου θα πρέπει να αφαιρεθεί για να βεβαιωθείτε ότι έχετε αρκετό ιστό πάνω από

τον καρκίνο. Το στομάχι θα ανασηκωθεί και θα συνδεθεί με τον οισοφάγο στο λαιμό. Εάν για κάποιο λόγο το στομάχι δεν μπορεί να τραβηχτεί για να το συνδέσει με το υπόλοιπο τμήμα του οισοφάγου, ο χειρουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα κομμάτι του εντέρου για να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ των δύο. Όταν χρησιμοποιείται ένα κομμάτι εντέρου, πρέπει να μετακινηθεί χωρίς να καταστραφούν τα αιμοφόρα αγγεία του. Αν τα αγγεία είναι κατεστραμμένα, δεν θα φτάσει αρκετό αίμα σε αυτό το κομμάτι του εντέρου και ο ιστός θα νεκρωθεί.

- **Οισοφαγεκτομή με θωρακοτομή**

Δίνει την δυνατότητα λεμφαδενικού καθαρισμού του μεσοθωρακίου υπό άμεση επισκόπηση. Η ενδεδειγμένη προσπέλαση είναι ο συνδυασμός δεξιάς θωρακοτομής, μέσης λαπαροτομής και αριστερής πλάγιας τραχηλικής τομής. Ο οισοφάγος, ο εγγύς στόμαχος και οι γειτονικοί ιστοί αυτών (περιοισοφαγικό λίπος με τους γειτονικούς λεμφαδένες, άζυγος φλέβα, μείζον θωρακικός πόρος) αφαιρούνται και διενεργείται οισοφαγογαστρική αναστόμωση στον τράχηλο με ορθοτοπική τοποθέτηση του μοσχεύματος του στομάχου στο οπίσθιο μεσοθωράκιο. Ταυτόχρονα διενεργείται μια πυλωροπλαστική για πρόληψη της γαστρικής απόφραξης λόγω του σπασμού που προκαλείται στον πυλωρό μετά την τομή. Στις επιπλοκές της επέμβασης περιλαμβάνονται: διεγχειρητικές επιπλοκές (κίνδυνος από την αναισθησία, αιμορραγία, κ.α.), αναπνευστικές επιπλοκές (π.χ. ατελεκτασία, αναπνευστική ανεπάρκεια), καρδιολογικές επιπλοκές, διαφυγή από την αναστόμωση, νέκρωση του μοσχεύματος του στομάχου, χυλοθώρακας, λοίμωξη τραύματος αλλά και απώτερες επιπλοκές (π.χ. στένωση αναστόμωσης) κ.α. Η θνησιμότητα της επέμβασης ποικίλλει από 2-15% (Napieretal.,2014).

- **Οισοφαγεκτομή δια του διαφράγματος**

Η μέθοδος προτάθηκε λόγω της υψηλής θνησιμότητας της διαθωρακικής εκτομής. Η προσπέλαση περιλαμβάνει μια μέση λαπαροτομή και αριστερή πλάγια τραχηλική τομή. Ο οισοφάγος παρασκευάζεται τυφλά από την κοιλιά και τον τράχηλο και αφαιρείται. Αντικαθίσταται από τον στόμαχο, ο οποίος αναστομώνεται στον τράχηλο με τον υπολειπόμενο τραχηλικό οισοφάγο. Η επέμβαση αυτή έχει το μειονέκτημα του περιορισμένου λεμφαδενικού καθαρισμού και του αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας

διεγχειρητικά. Στις επιπλοκές της επέμβασης περιλαμβάνονται: διεγχειρητικές επιπλοκές (κίνδυνος από την αναισθησία, αιμορραγία, κ.α.), αναπνευστικές επιπλοκές, καρδιολογικές επιπλοκές, διαφυγή από την αναστόμωση, νέκρωση μοσχεύματος στομάχου, λοίμωξη τραύματος αλλά και απώτερες επιπλοκές (π.χ. στένωση αναστόμωσης). Η θνησιμότητα της επέμβασης είναι 2-8%

- **Ελάχιστα επεμβατική**

Η οισοφαγεκτομή είναι η εκτομή του οισοφάγου με τη χρήση θωρακοσκοπικών ή συνδυασμό θωρακοσκοπικών και λαπαροσκοπικών τεχνικών. Η τεχνική αυτή προχωρά σε λεμφαδενικό καθαρισμό του θωρακικού οισοφάγου, αποφεύγοντας τη θωρακοτομή. Σήμερα, αρκετά εξειδικευμένα κέντρα εκτελούν ικανό αριθμό ελάχιστα επεμβατικών οισοφαγεκτομών και αναφέρουν καλύτερα αποτελέσματα από τις ανοικτές επεμβάσεις όσον αφορά στην περιεγχειρητική νοσηρότητα και την ανάρρωση.

- **Πιθανοί κίνδυνοι οισοφαγεκτομής:**

Η οισοφαγεκτομή είναι εξαιρετικά βαρεία επέμβαση (ειδικά επί καρκίνου) και συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά επιπλοκών (φτάνουν το 30-40%) και από θνητότητα που φτάνει το 3-5%. Όπως και οι πιο σοβαρές επεμβάσεις, η χειρουργική επέμβαση στον οισοφάγο παρουσιάζει ορισμένους κινδύνους. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές της όρεξης, της πρόσληψης τροφής και απώλεια βάρους μετεγχειρητικά. Πολύ μικρό ποσοστό ασθενών μπορεί να αντιμετωπίσουν μακροχρόνιες επιπλοκές, οι οποίες συνήθως βελτιώνονται με το χρόνο και αντιμετωπίζονται με συντηρητικά μέτρα ή και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

- Οι βραχυπρόθεσμοι κίνδυνοι περιλαμβάνουν αντιδράσεις στην αναισθησία, υπερβολική αιμορραγία, θρόμβους στους πνεύμονες ή αλλού και λοιμώξεις. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα έχουν τουλάχιστον κάποιο άλγος μετά τη χειρουργική επέμβαση, η οποία μπορεί συνήθως να βοηθηθεί με φάρμακα για τον πόνο.

- Η σημαντικότερη επιπλοκή στο αναπνευστικό σύστημα είναι η πνευμονία, που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, και μερικές φορές ακόμη και θάνατο

- Μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν αλλαγές στη φωνή μετά την επέμβαση.
- Η διαρροή του οισοφαγικού αναστομωτικού συστήματος είναι η σοβαρότερη μετεγχειρητική επιπλοκή και μπορεί να εμφανιστεί 2 έως 10 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.
- Οι στενώσεις μπορεί να σχηματιστούν όπου ο οισοφάγος συνδέεται χειρουργικά με το στομάχι, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κατάποσης για ορισμένους ασθενείς.
- Μετά από χειρουργική επέμβαση, το στομάχι μπορεί να εκκενωθεί πολύ αργά επειδή τα νεύρα που ελέγχουν τις συστολές του μπορούν να επηρεαστούν από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε συχνή ναυτία και έμετο.
- Μετά από χειρουργική επέμβαση, τα περιεχόμενα της χολής και του στομάχου μπορούν να επιστραφούν στον οισοφάγο, επειδή ο δακτυλιοειδής μυς που το ελέγχει, συχνά απομακρύνεται ή μεταβάλλεται από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως καούρα. Μερικές φορές τα αντιόξινα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση αυτών των συμπτωμάτων.
- Μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές της οισοφαγεκτομής είναι η γαστρική νέκρωση, η οποία παρατηρείται στο 2% έως 3% των ασθενών που αναρρώνουν από την οισοφαγεκτομή. Με αυτή την επιπλοκή, το νεκρωτικό μόσχευμα πρέπει να αποσυνδεθεί από το στομάχι. Η νέκρωση μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους, όπως η κακή ροή αίματος ή η κακή χειρουργική τεχνική. Ορισμένες επιπλοκές από αυτή τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή. Ο κίνδυνος θανάτου σχετίζεται με την εμπειρία του γιατρού με αυτές τις διαδικασίες. Γενικά, τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με χειρουργούς και νοσοκομεία που έχουν την μεγαλύτερη εμπειρία.

3.3.2 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων για την επίθεση καρκινικών κυττάρων. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν ή μετά τη χειρουργική επέμβαση. Μερικές φορές συνοδεύει τη χρήση της ακτινοθεραπείας. Με την έννοια χημειοθεραπεία χαρακτηρίζεται η οποιαδήποτε ασκούμενη θεραπεία νόσων με χρήση χημικών ουσιών- φαρμάκων, τα οποία ονομάζονται χημειοθεραπευτικά. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι ουσίες που μπορούν να εξοντώσουν ή τουλάχιστον να εμποδίσουν την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτό πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την αρχή της τοξικότητας του Ehrlich, δηλαδή ο μακροοργανισμός, δηλαδή ο άνθρωπος, δεν πρέπει να υφίσταται αξιόλογη βλάβη από το φάρμακο. Κατά την χημειοθεραπεία λοιπόν χορηγούνται στον ασθενή φάρμακα που έχουν σχεδιαστεί για να σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα, τα οποία υπάρχουν στο σώμα του ασθενούς και διαιρούνται ταχέως. Οι τρεις στόχοι της χημειοθεραπείας είναι:

- Η πλήρης ίαση
- Ο έλεγχος του καρκίνου
- Η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα του καρκίνου

Η χημειοθεραπεία που χρησιμοποιείται στον καρκίνο του οισοφάγου συχνά συνίσταται σε μια προσέγγιση διπλής φαρμακευτικής αγωγής, όπως η χρήση σισπλατίνης και 5-φθοροουρακίλης. Τα φάρμακα χορηγούνται γενικά μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή ενός περιφερειακά εισαγόμενου κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Η χημειοθεραπεία συνήθως χορηγείται σε κύκλους. Κάθε κύκλος έχει μια θεραπευτική περίοδο που ακολουθείται από μια περίοδο ανάπαυσης. Ένας κύκλος θεραπείας αποτελείται γενικά από 3 δόσεις την εβδομάδα για 2 ή 3 εβδομάδες. Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα που είναι υπεύθυνα για τη μεταστατική εξάπλωση. Αν και ο 5ετής ρυθμός επιβίωσης δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά με την προεγχειρητική χρήση χημειοθεραπείας, ο ρυθμός επιβίωσης 2 ετών έχει βελτιωθεί (Luo et al., 2017). Η χημειοθεραπεία έχει πολλές πιθανές παρενέργειες. Οι παρενέργειες εξαρτώνται κυρίως από το είδος των φαρμάκων που χορηγούνται και

από τη δοσολογία τους και οφείλονται στο γεγονός ότι η χημειοθεραπεία σκοτώνει τα ταχέως αναπτυσσόμενα καρκινικά κύτταρα, όμως μπορεί να βλάψει και φυσιολογικά κύτταρα που πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από το είδος των φαρμάκων που χορηγούνται στον ασθενή, τις δόσεις τους, τη διάρκεια της θεραπείας και, βέβαια, τον οργανισμό του ασθενούς. Οι πιο συνηθισμένες είναι η ναυτία και ο έμετος, η παροδική απώλεια των μαλλιών, ο αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων και η κόπωση. Οι παρενέργειες αυτές μπορεί να κάνουν δύσκολη τη ζωή του ασθενούς ή να τον επιβαρύνουν ψυχικά. Ωστόσο, οι περισσότερες μπορούν να ελεγχθούν με φάρμακα, υποστηρικτικά μέτρα ή με τροποποίηση του χημειοθεραπευτικού σχήματος (Liu et al., 2016).

3.3.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα. Επηρεάζονται μόνο τα κύτταρα της υπό θεραπεία περιοχής και όχι ολόκληρου του σώματος. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν το χειρουργείο. Συνήθως συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία στα πλαίσια της αντιμετώπισης του καρκίνου οισοφάγου. Εκτιμάται ότι το 60% των ασθενών με καρκίνο θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία σαν μια μορφή θεραπευτικής αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της ασθένειας του (He et al., 2014). 35 Σε ασθενείς που υπόκεινται σε ακτινοβολία παρουσιάζονται παρενέργειες όπως: αίσθημα κόπωσης, ναυτία, εμετός, διάρροια, αιμορραγία από το πεπτικό, βλάβες στους πνεύμονες, όπως εξίδρωμα στον διάμεσο χώρο, μεγαλύτερη ευπάθεια σε λοιμώξεις, εξελκώσεις των βλεννογόνων, τριχόπτωση και δερματικά προβλήματα (Cambell et al., 2010). Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί δέσμες ακτινοβολίας για να εξοντώσει τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μπορεί να χορηγείται εξωτερικά (με τη χρήση μηχανής) ή εσωτερικά (με συσκευή τοποθετημένη κοντά στον όγκο, η οποία ονομάζεται βραχυθεραπεία). Η ακτινοθεραπεία που χρησιμοποιείται στον καρκίνο του οισοφάγου χορηγείται συνήθως δύο φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες. Ο σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι να συρρικνωθεί ο όγκος σε ένα πιο διακριτό μέγεθος και να απομακρυνθεί η μικροσκοπική επίμονη ασθένεια που παραμένει μετά τη χημειοθεραπεία. Οι παρενέργειες είναι συνήθως πιο σοβαρές όταν χρησιμοποιείται συνδυασμένη θεραπεία, οι οποίες μπορεί να παρουσιαστούν ακόμη και καιρό μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, με κυρίαρχη τη στένωση του οισοφάγου που δυσχεραίνει την κατάποση (Chen et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Πόνος

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), ο πόνος είναι μια δυσάρεστη ψυχική και αισθητική υποκειμενική εμπειρία, η οποία σχετίζεται με κάποια βλάβη σ' έναν ανθρώπινο ιστό ή περιγράφεται σαν να έχει γίνει η βλάβη αυτή (Haque, et al. 2018). Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησης του επιδρά στον τρόπο ζωής των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Είναι οικουμενικά αποδεκτό ότι ο πόνος αποτελεί μία πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική διεργασία, πλήρως γνωστή μόνο στο άτομο που τη βιώνει. Η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μία πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα από το χώρο όπου βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο (νοσοκομείο-κοινότητα) οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο στην ανακούφιση του, γιατί δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή (Schmidt, et al. 2015). Η πρώτη και συνηθέστερη αιτία πόνου στους καρκινοπαθείς είναι η επέκταση του όγκου, μετάσταση, δηλαδή όταν βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο. Πιο συγκεκριμένα σε ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος, ο πόνος είναι αποτέλεσμα της διήθησης του κοιλιακού πλέγματος που εντοπίζεται στο επιγάστριο και αντανακλά στην πλάστη. Η δεύτερη ομάδα συνδρόμων πόνου, που είναι και λιγότερο συχνά, περιλαμβάνει εκείνα που σχετίζονται με την αντικαρκινική θεραπεία. Αυτά εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή ως αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας (Cutshall & Van Getson, 2014).

Η χρήση των αναλγητικών φαρμάκων είναι ο βασικός άξονας στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, είναι αποτελεσματικά σε μεγάλο ποσοστό ασθενών.

Οι νοσηλευτές πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά ένα μικρό αριθμό φαρμάκων.

Τα τρία αυτά βασικά αναλγητικά που χρησιμοποιούνται στην αναλγητική κλίμακα, είναι η ασπιρίνη, η κωδεΐνη και η μορφίνη. Επομένως, στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος, τα πρώτης επιλογής φάρμακα είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα οπιοειδή (Steenhagen, et al. 2017). Ο συνδυασμός αναλγητικών, ναρκωτικών και επικουρικών φαρμάκων αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Η σωστή τακτική επιβάλλει τη λήψη φαρμάκων πριν περάσει η ενέργεια της προηγούμενης δόσης, ώστε ο άρρωστος να βρίσκεται υπό τη συνεχή επίδρασή του. Τα επικουρικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ειδικών μορφών πόνου αλλά και για την ανακούφιση από άλλα συμπτώματα που εμφανίζουν οι καρκινοπαθείς. Αυτά είναι:

α) τα αντιεπιληπτικά, για νευρολογικούς πόνους,

β) τα αγχολυτικά για την αντιμετώπιση του άγχους και

γ) τα αντικαταθλιπτικά, για την κατάθλιψη που συνήθως συνοδεύει τη νόσο και αυξάνει τον πόνο (Cutshall & Van Getson, 2014).

Δυστυχώς όμως στις περισσότερες των περιπτώσεων, η αντιμετώπιση του πόνου ιδιαίτερα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και επέκταση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, δεν είναι ικανοποιητική. Αυξάνοντας απλώς τη δόση του φαρμάκου, αυξάνονται και οι παρενέργειες. Η επόμενη λοιπόν μέθοδος αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι η χειρουργική επέμβαση. Η θωρακική ή η κοιλιακή σπλαχνικεκτομή αποτελεί μια αποδεκτή λύση. Η αρχή λειτουργίας αυτής της επέμβασης είναι η διακοπή της κεντρομόλου νευρικής οδού ούτως ώστε να διακοπούν τα επώδυνα ερεθίσματα από την περιφέρεια προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Άλλη μια μέθοδος καταπολέμησης του πόνου είναι η διήθηση του κοιλιακού πλέγματος η οποία μπορεί να επιτευχθεί είτε διαδερμικά είτε κατά τη λαπαροτομία (Schmidt, et al. 2015).

Μερικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης και ανακούφισης του πόνου είναι οι παρακάτω:

- Αλλαγή θέσης του πάσχοντα με ήπιους χειρισμούς, υποστήριξη με μαξιλάρια σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση. Σεντόνια χωρίς πτυχές προλαμβάνουν την δημιουργία κατακλίσεων.
- Απαλλαγή από πιέσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο όπως πιεστικές ταινίες, επιδέσμους.
- Πρόληψη οδοντηρών επιπλοκών, θρομβοφλεβίτιδα , λοιμώξεις.
- Πρόβλεψη και εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου, εκδήλωση ενδιαφέροντος, κατανόηση, εξασφάλιση ψυχικής άνεσης.
- Ενημέρωση σχετικά με το πρόγραμμα νοσηλείας του και ιδιαίτερα πριν από επώδυνες επεμβάσεις, νοσηλείες.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να εξωτερικεύει τα προβλήματά του, προθυμία του νοσηλευτή να ακούσει τις ανησυχίες και τους φόβους του.
- Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας περιβάλλοντος, καλός αερισμός, χαμηλός φωτισμός.
- Εξασφάλιση καλού ύπνου, ανάπαυσης. Περιορισμός των θορύβων. Για τον καρκινοπαθή που είναι σε προχωρημένο στάδιο, ο θόρυβος που συνοδεύει την καθημερινή εργασία είναι ανυπόφορος (Yarbro, et al. 2016).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις θεραπευτικές μεθόδους αναλγησίας του καρκινικού πόνου είναι οι εξής:

- Ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση του αρρώστου και για την μέθοδο αναλγησίας που ακολουθείται.
- Βεβαιώνεται ότι ο άρρωστος δεν έχει πρόβλημα αλλεργίας στα φάρμακα.
- Εξηγεί στον άρρωστο ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιεί αυθαίρετα φάρμακα δικής του επιλογής χωρίς ιατρική οδηγία, διότι παρεμποδίζεται η εκτίμηση του αποτελέσματος του θεραπευτικού σχήματος που ακολουθείται.
- Γνωρίζει τη διάρκεια της δράσης και τη δόση του φαρμάκου βάσει των ειδικών αρχών που σχετίζονται με το είδος του φαρμάκου.
- Εξασφαλίζει μαζί με τη χορήγηση του φαρμάκου και χυμό φρούτου, όταν έχει γεύση πικρή, όπως οι σταγόνες μορφίνης.

- Παρακολουθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και ενημερώνει τον γιατρό.
- Παρακολουθεί για πιθανές παρενέργειες από τα κοινά παυσίπονα, τα ναρκωτικά ή τα επικουρικά και φροντίζει για την αντιμετώπισή τους. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι η δυσκοιλιότητα, η υπόταση, η σύγχυση, ο ίλιγγος, αστάθεια, ναυτία, εμετός, οιδήματα.
- Εξηγεί στον άρρωστο και στην οικογένειά του, όταν νοσηλεύεται στο σπίτι, το πρόγραμμα χορήγησης των αναλγητικών και άλλων φαρμάκων ή τα καταγράφει για ασφάλεια λεπτομερώς.
- Εκπαιδεύει μέλη της οικογένειας για την εκτέλεση νοσηλειών και εφαρμογής μέσων πρόληψης και ανακούφισης του πόνου του αρρώστου. Τους ενημερώνει για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και τρόπους αντιμετώπισης αυτών. Τονίζει ακόμη και την ανάγκη συνεργασίας με το γιατρό ή το νοσηλευτή.
- Δίνει πληροφορίες στην οικογένεια, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του, σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τους συμπαρίσταται με κάθε τρόπο.
- Μετέχει στις διεργασίες όλων των επεμβατικών μεθόδων όπου και αν γίνονται σε ιατρείο, νοσηλευτικό τμήμα, χειρουργείο.
- Προετοιμάζει τον άρρωστο σωματικά και ψυχολογικά ανάλογα με τη μέθοδο που θα εφαρμοστεί.
- Ετοιμάζει το ανάλογο υλικό και το χώρο διεκπεραίωσης της νοσηλείας.
- Τηρεί άσηπτη τεχνική όπου επιβάλλεται.
- Παρακολουθεί τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου στις νευροχειρουργικές επεμβάσεις αναλγησίας (Hines, et al. 2014).

Διαταραχή της θρέψης: πρόσληψη μικρότερη των αναγκών του οργανισμού

Ο ασθενής με ανορεξία μπορεί να βιώσει μια σημαντική απώλεια βάρους (1 ή περισσότερα κιλά ανά εβδομάδα) και να υποφέρει από σοβαρό υποσιτισμό. Οι μεταβολικές απαντήσεις της κακοήθους αύξησης και η ανορεξία συμβάλλουν στην απώλεια βάρους. Επίσης, η απώλεια βάρους μπορεί να συμβεί σε ασθενείς με καρκίνο εξαιτίας διαταραχών στο μεταβολισμό τους, αφού το σώμα μεταβολίζει τις πρωτεΐνες του για την παραγωγή ενέργειας αντί να χρησιμοποιεί τους υδατάνθρακες που διατίθενται από τη διατροφή ή από το λίπος του σώματος. Το σώμα πρέπει να εργαστεί

σκληρά για την ανάπλαση των φυσιολογικών κυττάρων μετά τη θεραπεία του καρκίνου (Murakawa, et al. 2015). Αξιολογείται το επίπεδο θρέψης χρησιμοποιώντας δεδομένα όπως, το ύψος και το σωματικό βάρος την μέτρηση της πτυχής του δέρματος και το δείκτη μάζας σώματος καθώς και τα εργαστηριακά αποτελέσματα για παράδειγμα οι συγκεντρώσεις λευκωματίνης ορού (Cutshall & Van Getson, 2014). Παρακολουθείται και καταγράφεται η ακριβής πρόσληψη και αποβολή υγρών και τροφών και υποδεικνύονται τρόποι συμμόρφωσης στο πρότυπο πρόσληψης. Αξιολογείται η διατροφή μέσω της μέτρησης θερμίδων, αν ο ασθενής έχει ικανότητα κατάποσης, εξετάζονται οι προτιμήσεις του στο φαγητό, τα πρότυπα και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με το φαγητό καθώς και οι εθνικές και πολιτιστικές του προτιμήσεις. Παρακολουθείται επίσης η αλβουμίνη, η προαλβουμίνη, η γλυκόζη, το μαγνήσιο, το νάτριο και ο σίδηρος του ορού για να αξιολογηθεί η επάρκεια της διαιτητικής πρόσληψης (Wu, et al. 2021). Εφαρμόζεται εντατική θρεπτική υποστήριξη στον ασθενή που παρουσιάζει διαταραχές θρέψης πριν την έναρξη ενός επιθετικού σχήματος για να διευκολυνθεί η ανάρρωση του. Αξιολογείται αν ο ασθενής είναι σε θέση να αρχίσει να σιτίζεται από το στόμα μετά τη χειρουργική επέμβαση ή μετά από διάφορες παρεμβατικές πράξεις, χρησιμοποιώντας διάφορα κριτήρια όπως αν και κατά πόσο πεινάει ο ασθενής (Shewale, et al. 2015). Απαραίτητη είναι η καθημερινή ζύγιση του ασθενούς γιατί οι διακυμάνσεις του σωματικού βάρους μπορεί να δείχνουν επαρκή ή ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών. Γίνεται περιποίηση των κεντρικών φλεβικών γραμμών και συνεχίζεται η χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής, με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται ο καταβολισμός των ιστών και διευκολύνεται η ανάρρωση του ασθενούς όταν διακόπτεται η πρόσληψη τροφής από το στόμα για περισσότερες από 2 έως 3 ημέρες. Όταν ξεκινάει η σίτιση εκ νέου από το στόμα σχεδιάζεται ένα διαιτολόγιο για την διευκόλυνση της πρόσληψης επαρκούς ποσότητας θρεπτικών ουσιών στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τροφές που προτιμά ο ασθενής, λαμβάνοντας υπόψη το καθημερινό πρόγραμμα καθώς και το περιβάλλον του ασθενούς (Haque, et al. 2018). Παρέχεται σχολαστική φροντίδα του στόματος η οποία προλαμβάνει τη λοίμωξη και προάγει την όρεξη. Χορηγούνται αντιεμετικά και διεγερτικά της όρεξης σύμφωνα με ιατρική οδηγία για να αυξηθεί η όρεξη του ασθενούς μέσω της μείωσης του εμετού και της ναυτίας. Ενθαρρύνεται για την κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες, αυτά τα γεύματα είναι κατάλληλα για πέψη και γίνονται καλύτερα ανεκτά. Ενθαρρύνεται επίσης για την επαρκή λήψη υγρών μειώνοντας τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού για τη αποφυγή ανάπτυξης

κορεσμού. Αυξάνεται το επίπεδο δραστηριότητας όσο είναι επιτρεπτό γιατί η δραστηριότητα συμβάλλει στη διέγερση της όρεξης. Παρέχεται περιβάλλον κατάλληλο και ξεκούραστο για φαγητό. Παρακολουθούνται οι σωλήνες σίτισης ή ενδοφλέβιας ολικής παρεντερικής σίτισης σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κάθε κλινικής, προκειμένου να προσδιορισθεί η αντοχή του συστήματος διατροφικής διανομής. Χορηγούνται επίσης κυτταροπροστατευτικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για να εξασφαλισθεί η άνεση και η βελτίωση της διατροφής προλαμβάνοντας τη ξηρότητα του στόματος (Allum, et al. 2014).

4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία

4.2.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για παραγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της ανάπτυξης και της αναπαραγωγής τους. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, αν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών και του υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού (Murakawa, et al. 2015). Καθώς μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία όλο και εμπλέκονται περισσότερες/οι νοσηλεύτριες/τες στη φροντίδα του σε ειδικευμένα κέντρα, γενικά νοσοκομεία και στην κοινωνία, αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευόμενων ασθενών αρρώστων. Η νοσηλευτική διαχείριση του ασθενούς που λαμβάνει χημειοθεραπεία απαιτεί ειδικές γνώσεις και ικανότητες πέρα από εκείνες της βασικής νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής ογκολογίας είναι ένας ειδικός, ο οποίος είναι ικανός να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα μετά από σπουδές χρόνων και εμπειρίας (Hines, et al. 2014).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος, ο οποίος υποβάλλεται σε χημειοθεραπευτική αγωγή είναι:

- α) ναυτία και εμετός,
- β) ανορεξία - απώλεια βάρους,

- γ) διάρροια, δυσκοιλιότητα,
- δ) ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα,
- ε) αλωπεκία,
- στ) αναιμία,
- ζ) λευκοπενία, θρομβοπενία (Massey, 2011).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην περίπτωση της ναυτίας και του εμετού είναι:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- Αναπλήρωση απωλεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών και καλή ρύθμιση διαιτολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης.
- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και παρακολούθηση για πιθανή αιματουρία.
- Καλή μάσηση, μικρά γεύματα, ξηρές τροφές.
- Εξασφάλιση καθαρού και ήσυχου περιβάλλοντος χωρίς μυρωδιές.
- Ψυχολογική υποστήριξη (Schmidt, et al. 2015).

Στην περίπτωση της ανορεξίας και της απώλειας βάρους, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Καθαρό και ήρεμο περιβάλλον.
- Καλά ρυθμισμένη διαίτα για την κάλυψη θερμιδικών και θρεπτικών αναγκών σε μικρά και ελκυστικά γεύματα.
- Εκπλήρωση των επιθυμιών σε θέματα ποικιλίας.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει όλο του το φαγητό χωρίς βία.
- Καθημερινός έλεγχος βάρους.

Στην περίπτωση διάρροιας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Υδρική διαίτα σε οξείες καταστάσεις για να ξεκουραστεί το έντερο και αντιδιαρροϊκά φάρμακα.
- Αντικατάσταση απωλεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Τροφή και υγρά σε μέτρια θερμοκρασία.

- Αποφυγή ερεθιστικών τροφών και όσων προκαλούν αέρια (Xu, et al. 2015).

Ενώ σε περίπτωση δυσκοιλιότητας:

- Χορήγηση υγρών και τροφές με υπόλειμμα.
- Αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας.
- Αυξημένη κίνηση όσο είναι δυνατόν για την κινητοποίηση του εντέρου.
- Υπακτικά με ιατρική οδηγία (Jang, et al. 2015).

Στην περίπτωση ξηρότητας στόματος, στοματίτιδας-βλεννογονίτιδας, η νοσηλευτική αντιμετώπιση έχει ως εξής:

- Λήψη υγρών, πιπίλισμα πάγου ή τσίχλας για την αύξηση σιέλου.
- Φροντίδα του στόματος πριν το γεύμα.
- Φροντίδα χειλέων με επάλειψη κρέμας.
- Τροφή υδαρή, μαλακή πλούσια σε λευκώματα. Αποφυγή ξινών, σκληρών και πολύ ζεστών, διότι ερεθίζουν. Τα κρύα ανακουφίζουν.
- Χρήση μαλακής βούρτσας δοντιών.
- Γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι, το οποίο είναι καταπραϋντικό.
- Χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για τον πόνο.
- Συχνός έλεγχος του στόματος για παρουσία εξελκώσεων (Pool, et al. 2012).

Στην περίπτωση αλωπεκίας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας.
- Ενημέρωση του ασθενούς ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει κατά ή μετά τη θεραπεία.
- Πληροφόρηση και πρόταση για εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της αλωπεκίας με τη χρήση μαντιλιού, περούκας.
- Σύσταση στον ασθενή κατά τη θεραπεία, να γίνεται πλύση της κεφαλής με απαλό πρωτεϊνούχο σαμπουάν, να αποφεύγεται η χρήση στεγνωτήρα και βούρτσας με σκληρή τρίχα (Murakawa, et al. 2015).

Στην αναιμία, οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι:

- Δίαιτα με πλήρη θερμιδική κάλυψη, λευκώματα, σίδηρο.

- Μείωση της δραστηριότητας και περισσότερη ανάπαυση για την αντιμετώπιση της κόπωσης και της ζάλης.
- Αναπαυτική θέση στον κλινήρη άρρωστο και αλλαγή θέσεων για την πρόληψη κατακλίσεων (Steenhagen, et al. 2017).

Στην αντιμετώπιση της λευκοπενίας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωσή τους. Καθαρό περιβάλλον, πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων από ξύρισμα, σκληρή οδοντόβουρτσα.
- Καλή διατροφή και ενυδάτωση.
- Φροντίδα για την καλή λειτουργία του εντέρου.
- Άσηπτη τεχνική όπου επιβάλλεται.
- Ατομική υγιεινή (Haque, et al. 2018).

Στην θρομβοπενία, η οποία προδιαθέτει σε αιμορραγίες, επιβάλλεται:

- Αποφυγή τραυματισμών με οποιονδήποτε τρόπο, σκληρές τροφές δυσκοιλιότητα, υποκλυσμό, υπόθετα, θερμομέτρηση από το ορθό, ενδομυϊκές ή υποδόριες ενέσεις,
- Αποφυγή του αλκοόλ, καπνίσματος (Lamb, et al. 2011).

4.2.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία

Ένα άλλο είδος θεραπείας με σημαντικά αποτελέσματα τα τελευταία χρόνια είναι η ακτινοθεραπεία, αλλά με αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με την ζωή του φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως (Platek, et al. 2011). Καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης. Επίσης,

η επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Haylock, 2011).

Οι παρενέργειες αυτής της θεραπείας είναι περίπου όμοιες με αυτές της χημειοθεραπείας, δηλαδή ναυτίες, εμετοί, διάρροια, αλωπεκία, λευκοπενία. Τα πιο συνήθη είναι το αίσθημα κόπωσης και η δερματίτιδα (Thom, et al. 2013).

Οι νοσηλευτική αντιμετώπιση της ακτινοδερματίτιδας έχεις ως εξής (Daniels & Nicoll, 2011):

- Συχνός έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή απολέπιση.
- Εφαρμογή κρέμας με ιατρική οδηγία.
- Φροντίδα δέρματος με χλιαρό νερό και ήπιους χειρισμούς.
- Σύσταση στον άρρωστο να αποφεύγει τον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, το πολύ ψύχος, τα στενά ενδύματα, τα καλλυντικά διότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν την τοπική βλάβη και προδιαθέτουν για μολύνσεις.
- Διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες.
- Συχνός αιματολογικός έλεγχος.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην στοματική υγιεινή (Lamb, et al. 2011).

4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η ψυχολογική υποστήριξη έχει μεγάλη σημασία σε κάθε στάδιο του ταξιδιού του καρκίνου. Μερικοί άνθρωποι αναφέρουν ότι έχουν καλή υποστήριξη από το προσωπικό στις ρυθμίσεις θεραπείας του καρκίνου ή στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ωστόσο, πάρα πολλοί δεν το βιώνουν αυτό. Συχνά φαίνεται ότι κάθε μέρος του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης ελπίζει κάποιος άλλος να αναλάβει την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών υποστήριξης. Υπάρχει η αντίληψη ότι οι άνθρωποι που ζουν με καρκίνο και οι φροντιστές τους υποστηρίζονται επαρκώς από τα φιλανθρωπικά ιδρύματα και τις οργανώσεις του τρίτου τομέα, αλλά

μερικοί άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες ή δεν μπορούν να γνωρίζουν πού ή πώς να βρουν αυτό που χρειάζονται (Pool, et al. 2012). Μερικοί άνθρωποι εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν το στίγμα στις κοινότητές τους ή δεν αισθάνονται σε θέση να αντιμετωπίσουν τους φόβους ή τις υποθέσεις άλλων ανθρώπων για τον καρκίνο. Η ιδέα ότι οι άνθρωποι πρέπει απλά να «είναι δυνατοί» και να «σκέπτονται θετικά» για να επιβιώσουν από τον καρκίνο μπορεί να καταστήσει πιο δύσκολο να παραδεχτεί κανείς ότι είναι φοβισμένος, κάνοντας με τη σειρά του κάποια άτομα να αισθάνονται ότι πρέπει να αγωνίζονται αντί για να ζητήσουν βοήθεια. Χρειαζόμαστε ουσιαστική επιλογή για την παροχή συμβουλών και υποστήριξης, τόσο όσον αφορά το χρονοδιάγραμμα όσο και την προσέγγιση. Πολλές προσεγγίσεις για την υποστήριξη μπορεί να λειτουργήσουν - αλλά πρέπει να διασφαλίσουμε ότι οι πάροχοι είναι οι ίδιοι εκπαιδευμένοι και εποπτεύονται. Πολλά άτομα και οι φροντιστές τους έχουν βρει τα κέντρα πληροφόρησης σε χώρους θεραπείας ως ένα καλό σημείο εκκίνησης. Πολλοί βρίσκουν ευκαιρίες για να μοιραστούν εμπειρίες με άλλους ανθρώπους (Daniels & Nicoll, 2011). Οι online κοινότητες και φόρουμ που συντονίζονται από ανθρώπους με εμπειρίες ή οι συνομιλίες που προσφέρονται από διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις του καρκίνου αναφέρθηκαν ως παραδείγματα βοήθειας για ορισμένους. Μερικά άτομα και οι φροντιστές τους υποστηρίζουν ότι το μεμονωμένο προσωπικό των κέντρων υγείας είναι η πιο πολύτιμη πηγή άτυπης ψυχολογικής υποστήριξης - από νοσηλευτές ως και γενικούς γιατρούς, μέχρι και συμβούλους ογκολογίας. Αν και η εξειδικευμένη υποστήριξη μπορεί να είναι χρήσιμη σε οποιοδήποτε στάδιο, τα δύο σημεία στη διαδικασία όπου οι περισσότεροι άνθρωποι ανέφεραν αυτό που χρειαζόταν, ήταν στις πρώτες μέρες μετά τη διάγνωση, και στο τέλος της ενεργού θεραπείας. Πολλά άτομα αναφέρουν ότι οι επιπτώσεις του καρκίνου στην εικόνα του σώματος, τις ικανότητες, τους ρόλους και τις σχέσεις εμφανίζονται στο σπίτι, μόνο μετά το τέλος της ενεργού θεραπείας, ή όταν προσπαθούν να επαναλάβουν προηγούμενες δραστηριότητες, όπως την εργασία ή το να είναι γονείς πλήρους απασχόλησης ή φροντιστές (Allum, et al. 2014). Ορισμένα άτομα ανέφεραν ότι βρήκαν τις συναισθηματικές επιδράσεις του καρκίνου και της θεραπείας πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν, από οποιαδήποτε φυσική ή πρακτική επίδραση. Ωστόσο, το 60% λένε ότι λιγότερη φροντίδα προσφέρθηκε για τις συναισθηματικές ανάγκες τους από ότι για τις φυσικές ανάγκες τους. Εξήντα% των ανθρώπων που αυτοχαρακτηρίζονται ως καταθλιπτικοί, δεν έλαβαν καμία υποστήριξη. Η Έρευνα Εμπειρίας των Ασθενών με Καρκίνο 2013/14 διαπίστωσε ότι το 20% των ανθρώπων

που δεν μπορούν να θυμηθούν καμία πληροφορία να έχει προσφερθεί, σχετικά με την υποστήριξη ή ομάδες αυτοβοήθειας, και 35% των ασθενών ημέρας και των εξωτερικών ασθενών δήλωσαν ότι δεν έλαβαν αρκετή συναισθηματική υποστήριξη από το προσωπικό του νοσοκομείου. Οι άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο βιώνουν ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικής δυσφορίας και ψυχιατρικής διαταραχής (Haylock, 2011). Κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση του καρκίνου του περίπου 25% των ανθρώπων βιώνουν ψυχολογική δυσφορία, με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, που είναι αρκετά σοβαρά ώστε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Οι θεραπείες για τον καρκίνο, όπως η χειρουργική επέμβαση και η χημειοθεραπεία, μπορούν επίσης να είναι μια αιτία δυσφορίας και ψυχιατρικής διαταραχής. Πενήντα% των ατόμων με διάγνωση καρκίνου μπορούν πλέον να επιβιώσουν για μια δεκαετία και η αγωνία που σχετίζεται με τον καρκίνο ενδέχεται να ευδοκιμήσει ή να προκύψει κατά τη διάρκεια της παρατεταμένης επιβίωσης. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ιδιαίτερα ευάλωτοι καθώς η θεραπεία ολοκληρώνεται, ή όταν πλησιάζουν σε επετειούς και ραντεβού επανεξέτασης. Τα άτομα με προχωρημένη νόσο έχουν ακόμη υψηλότερα επίπεδα κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του «ολικού πόνου». Λαμβάνοντας την μείζονα κατάθλιψη ως ένα συγκεκριμένο παράδειγμα, ο συνολικός επιπολασμός μεταξύ εκείνων που ζουν με κοινούς καρκίνους είναι 8% έως 13%, και ανέρχεται σε 20% μεταξύ των ατόμων με προχωρημένη, νόσο τελικού σταδίου. Έχει επίσης αναφερθεί ότι νοσηλεύόμενοι ασθενείς με καρκίνους στο νοσοκομείο έχουν υψηλά ποσοστά παραληρήματος (Murakawa, et al. 2015). Οι συνέπειες της μη κάλυψης των ψυχολογικών αναγκών υποστήριξης είναι εκτεταμένες. Τα άτομα βιώνουν ενίσχυση των σωματικών συμπτωμάτων, χειρότερη ποιότητα ζωής και επιθυμία για επίσπευση του θανάτου. Οκτώ% όλων των ανθρώπων που παρακολουθούν την πορεία του καρκίνου τους σε εξωτερικά ιατρεία αναφέρουν παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό στις δύο προηγούμενες εβδομάδες. Το ποσοστό των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών μεταξύ των ανθρώπων με καρκίνο στο σύνολό του είναι διπλάσιο από αυτό του πληθυσμού γενικής ηλικίας με βάση το φύλο. Ορισμένοι τύποι όγκων, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, της κεφαλής και του λαιμού και του άνω γαστρεντερικού συστήματος έχουν ακόμη υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας. Τα άτομα με καρκίνο και καταθλιπτική διαταραχή είναι τρεις φορές πιο πιθανό να μην είναι δεκτικοί και συνεπείς στις θεραπείες για τον καρκίνο. Είκοσι πέντε μελέτες έχουν πλέον επιβεβαιώσει αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο μεταξύ των ανθρώπων με συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Υπάρχουν επίσης συνέπειες στην χρήση της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και

οικονομικές συνέπειες (Haylock, 2011). Η συννοσηρή ψυχική ασθένεια αυξάνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για ένα άτομο με μακροπρόθεσμη ιατρική κατάσταση έως και κατά 45%. Οι ηλικιωμένοι με σύνθετη ψυχική και σωματική συννοσηρότητα έχουν αυξήσει την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Οι αποτελεσματικές ψυχιατρικές θεραπείες, βασισμένες σε δεδομένα και ασφαλείς, που ανταποκρίνονται στην ψυχολογική φροντίδα, είναι διαθέσιμες για την αντιμετώπιση μεγάλου μέρους αυτής της δυσφορίας. Υπάρχουν αρκετά συγγράμματα πλέον σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχολογικών και φαρμακολογικών θεραπειών για τους ανθρώπους που ζουν με τον καρκίνο. Το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να προληφθούν ή να εξαλειφθούν από τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT), την θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (A & CT), την θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, την βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική θεραπεία, την υποστηρικτική-εκφραστική θεραπεία, την θεραπεία βασισμένη στην ενσυναίσθηση, και στα ψυχοεκπαιδευτικά και χαλαρωτικά πακέτα. Η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή είναι αποδεδειγμένη αξία για την πιο σοβαρή κατάθλιψη και έχει χρησιμοποιηθεί ως προληπτική θεραπεία σε επιλεγμένους πληθυσμούς. Τα κλινικά δεδομένα από ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης σε κέντρα καρκίνου του Λονδίνου δείχνουν θετική απόκριση σε μια σειρά από παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών για τον καρκίνο, της CBT, της A & CT και της φαρμακοθεραπείας στα εξωτερικά ιατρεία (Schmidt, et al. 2015). Δεδομένου ότι η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου βελτιώνονται, για πολλούς ανθρώπους ο καρκίνος γίνεται μια μακροχρόνια κατάσταση που απαιτεί συνεχή φροντίδα συμπεριλαμβανομένης της αυτο-διαχείρισης και όχι μόνο της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης. Ταυτόχρονα αναγνωρίζουμε σταδιακά την επίπτωση των δυσεπίλυτων ψυχολογικών προβλημάτων σε ανθρώπους που ζουν με τον καρκίνο και τις οικογένειές τους. Υπάρχουν πλέον πολλές αποδείξεις ότι τα προβλήματα συναισθηματικής και ψυχικής υγείας όχι μόνο προκαλούν πόνο και αγωνία, αλλά και επηρεάζουν την ικανότητα και το κίνητρο ενός ατόμου να διαχειριστεί την ασθένειά του. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε φτωχότερα αποτελέσματα στην υγεία συνολικά και παράλληλα με αυτό, με μεγαλύτερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάπτυξη υψηλής ποιότητας, προσιτών υπηρεσιών θα έχει επιπτώσεις στους πόρους: εξασφάλιση επαρκών ειδικών επιπέδου 3 και 4 ώστε να παρέχουν σύνθετες εκτιμήσεις και παρεμβάσεις, και παροχή ειδικών νοσηλευτών με κατάρτιση επιπέδου 2 και διαρκή εποπτεία (Xu, et al. 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Για πρώτη φορά τον όρο «νοσηλευτική διεργασία» χρησιμοποίησε η Lydia Hall το 1955, σε μια διάλεξή της στις ΗΠΑ, περιγράφοντας τρία στάδια : παρατήρηση, εφαρμογή παρεμβάσεων και τεκμηρίωση. Από τους πρώτους επίσης νοσηλευτές που χρησιμοποίησαν τον όρο στις θεωρίες τους για να αναφερθούν σε μια σειρά από φάσεις (στάδια) που περιγράφουν τη Νοσηλευτική Διεργασία, ήταν οι Johnson (1959), Orlando (1961) και Wiedenbach (1963). Από τότε, πολλοί νοσηλευτές έχουν περιγράψει τη νοσηλευτική διεργασία και έχουν προσδιορίσει τις φάσεις με διαφορετικούς τρόπους . Οι Gioura και Walsh το 1967 ανέφεραν για πρώτη φορά τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας ως εξής: Αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση. Το 1974, μετά την πρώτη συνάντηση της ομάδας που σήμερα ονομάζεται Βόρειο -Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικής Διάγνωσης (NANDA), η νοσηλευτική διάγνωση προστέθηκε ως ξεχωριστό και διαφορετικό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Πριν από αυτό, η νοσηλευτική διάγνωση είχε συμπεριληφθεί στο πρώτο στάδιο, την αξιολόγηση. Τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας τροποποιήθηκαν και είναι : Αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή και εκτίμηση. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 80', αρχές 1990, η NANDA αναθεώρησε τα πέντε στάδια και καθιέρωσε και 6^ο στάδιο (διαχώρισε το στάδιο του σχεδιασμού σε δύο) και ως εκ τούτου η νοσηλευτική διεργασία δημιουργήθηκε από τα παρακάτω στάδια: αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση αποτελεσμάτων(Ackley,2013; Alfaro-LeFevre,2013; Burns,2010; Herdman,2009-2011; Wilkinson,2012).Επιπλέον, η ολοκληρωμένη χρήση των γνωστικών, διαπροσωπικών και ψυχοκινητικών δεξιοτήτων στη φροντίδα του ασθενούς είναι βασική για την άσκηση της επαγγελματικής Νοσηλευτικής. Δυστυχώς, φαίνεται ότι υπάρχει η αντίληψη ότι η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας είναι επιθυμητή και θα πρέπει να χρησιμοποιείται εξατομικευμένα, αλλά είναι πολύ χρονοβόρα για να

είναι πρακτική. Αν δεν έχει αναγνωριστεί η αξία της, δεν χρησιμοποιείται και πολλοί νοσηλευτές συνεχίζουν να παρεμβαίνουν με τη χρήση τυποποιημένων διαδικασιών που βασίζονται περισσότερο στις ιατρικές διαγνώσεις, παρά σε μια λογική και επιστημονική βάση που αναφέρεται στην αξιολόγηση, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την ανατροφοδότηση της αξιολόγησης. Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας έχει ειπωθεί από πολλούς συγγραφείς βάση των οποίων μπορούμε να καταλήξουμε ότι η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να ορισθεί ως μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους, χρησιμοποιείται από το νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για τον κάθε ασθενή, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων. Η διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι κυκλική και συνεχής διαδικασία που μπορεί να καταλήξει στο τελευταίο στάδιο, εάν το πρόβλημα έχει επιλυθεί. Η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας υπάρχει για κάθε πρόβλημα ή/και κατάσταση του ατόμου, οικογένειας, ομάδας, κοινότητας, εστιάζει όχι μόνο σε τρόπους για να βελτιώσουν τις φυσικές ανάγκες, αλλά και τις κοινωνικές, συναισθηματικές καθώς και πνευματικές ανάγκες τους. Η όλη διαδικασία καταγράφεται (τεκμηριώνεται) προκειμένου να ενημερώσει όλα τα μέλη της ομάδας υγείας. Αποτελεί το βασικό πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής για να παρέχει ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή, που θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Ackley,2013; Alfaro-LeFevre,2013; Burns,2010; Herdman,2009-2011; Wilkinson,2012).

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα 5 στάδια:

1. Αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα
2. Νοσηλευτική διάγνωση
3. Προγραμματισμός (σχεδιασμός) για την ικανοποίηση των αναγκών που εντοπίστηκαν
4. Εφαρμογή της προβλεπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας)
5. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και της ανατροφοδότησης (feedback)

Πιο συγκεκριμένα:

Αξιολόγηση: της γενικότερης κατάστασης του ασθενή. Πρόκειται για το πρώτο βήμα της διαδικασίας. Η αξιολόγηση περιγράφεται ως μια συνεχής, συστηματική δραστηριότητα που περιλαμβάνει τις δεξιότητες της παρατήρησης και της επικοινωνίας. Ο σκοπός της αξιολόγησης είναι να προσδιορίσει τις συγκεκριμένες ανάγκες για την νοσηλευτική φροντίδα ενός ατόμου ή της οικογένειας και των πόρων που διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει ιδανικά ένα λεπτομερές ιστορικό, όπου το άτομο ενθαρρύνεται, όπου είναι δυνατόν, να καταθέσει τις απόψεις του και να περιγράψει τις ανάγκες του. Οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν στη συνέχεια αναλύονται και αποτελούν τη βάση για τον καθορισμό των αναγκών του ατόμου και τις προτεραιότητες για τη φροντίδα.

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως βασική γραμμή έναντι της όποιας οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορίας ή μεταβολής στην κατάσταση της υγείας του διαβητικού παιδιού μπορεί να μετρηθεί. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικά και οργανικά δεδομένα, αλλά και ψυχολογικά, κοινωνικοπολιτισμικά, πνευματικά, οικονομικά καθώς και τον τρόπο ζωής. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση ενός νοσηλευτή σε ένα (νοσοκομειακό) ασθενή που έχει πόνο, περιλαμβάνει όχι μόνο τις φυσικές αιτίες και τις εκδηλώσεις του πόνου, αλλά την ανταπόκριση του πόνου, την αδυναμία του ασθενούς να σηκωθεί από το κρεβάτι, η άρνηση να φάει, η απομόνωση από τα μέλη της οικογένειας, ο θυμός που συνήθως εκδηλώνεται στο προσωπικό του νοσοκομείου, ο φόβος, ή το αίτημα για διευθέτηση του πόνου. Η συλλογή πληροφοριών είναι πολύ σημαντική. Είναι ο οδοδείκτης για οποιαδήποτε περαιτέρω ενέργεια. Η λάθος πληροφόρηση οδηγεί σε ακατάλληλη (λανθασμένη) ενέργεια. Η ελλιπής πληροφόρηση οδηγεί σε ανεπαρκή νοσηλευτική δράση. Είναι σημαντικό η αξιολόγηση να γίνεται με συστηματικό τρόπο μέσω της επιλογής και της χρήσης του κατάλληλου πλαισίου.

Νοσηλευτική Διάγνωση: Αποτελεί το δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας για τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του παιδιού. Βασίζεται στην παρατήρηση και περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας και παρέχει τις βάσεις για την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και τη διαπίστωση των αναγκών και προβλημάτων που υπάρχουν. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις αντιπροσωπεύουν την κλινική κρίση του νοσηλευτή σχετικά με τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας που συμβαίνουν στο άτομο, την

οικογένεια, την ομάδα ή την κοινότητα. Η ακρίβεια της νοσηλευτικής διάγνωσης επικυρώνεται όταν ένας νοσηλευτής είναι σε θέση να προσδιορίσει με σαφήνεια και να συνδέσει τα καθοριστικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου που βρέθηκαν στο πλαίσιο της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η διάγνωση αντανακλά όχι μόνο ότι ο ασθενής είναι σε πόνο ή σύγχυση, αλλά ότι ο πόνος έχει προκαλέσει άλλα προβλήματα, όπως κακή διατροφή, άγχος και συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια ή έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει επιπλοκές.

Σχεδιασμός (προγραμματισμός) νοσηλευτικής φροντίδας: Ο προγραμματισμός είναι το τρίτο από τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια σειρά από βήματα μέσω της οποίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους από κοινού προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα/ανάγκες που έχουν διαπιστωθεί. Σε συμφωνία με τον ασθενή, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει κάθε ένα από τα προβλήματα που εντοπίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση.

Όταν υπάρχουν πολλαπλές (νοσηλευτικές) διαγνώσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν, ο νοσηλευτής ιεραρχεί αυτές που θα λάβουν πρώτα τη μεγαλύτερη προσοχή, ανάλογα με τη σοβαρότητα και την βαρύτητά τους, και τις δυνατότητες για την πρόκληση σοβαρότερων επιπλοκών. Για κάθε πρόβλημα θέτει ένα μετρήσιμο στόχο. Για κάθε στόχο, ο νοσηλευτής επιλέγει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου. Το αποτέλεσμα αυτής της φάσης είναι ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

Εφαρμογή: Η εφαρμογή είναι το τέταρτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Εφαρμογή ορίζεται ως η διεξαγωγή παρεμβάσεων που κατευθύνονται προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τις ενέργειες που πραγματοποιεί ο νοσηλευτής για τον ασθενή, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της φροντίδας. Σε αυτό το στάδιο το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας τίθεται σε δράση, ενώ τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας συγκλίνουν ως ένα δυναμικό σύνολο κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου φροντίδας.

Τα συστηματικά βήματα που εμπλέκονται στην εφαρμογή του σχεδίου περίθαλψης είναι:

1. Συντονισμός και διεξαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας. Ο νοσηλευτής υλοποιεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, εκτελώντας συγκεκριμένες παρεμβάσεις που επιλέχθηκαν για να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων που είχαν

καθοριστεί. Η ανάθεση καθηκόντων και η παρακολούθηση αυτών περιλαμβάνεται σε αυτό το στάδιο.

2. Καταγραφή της προγραμματισμένης περίθαλψης έτσι ώστε να επιτυγχάνουμε συνέχεια της φροντίδας για τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Δεδομένου ότι η καταγραφή ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα της αξιολόγησης των αναγκών, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από την ποιότητα του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.

Εκτίμηση: Πρόκειται για το τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής εκτιμά την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων που επισημαίνονται στα προηγούμενα στάδια. Αν η πρόοδος προς το στόχο δεν έχει επιτευχθεί ή αν είναι αργή, ή αν υπάρξουν επιπλοκές, ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει το σχέδιο της φροντίδας ανάλογα με τα αποτελέσματα. Αν ο στόχος επιτευχθεί, η νοσηλευτική διεργασία καταλήγει για την συγκεκριμένη ανάγκη/πρόβλημα. Τόσο η κατάσταση του ασθενούς καθώς και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να εκτιμώνται συνεχώς, και το σχέδιο φροντίδας να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η συστηματική εκτίμηση πραγματοποιείται σκόπιμα και συνειδητά.

Πρόκειται για την ίδια διαδικασία της κριτικής σκέψης που χαρακτηρίζει κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι δεξιότητες της παρατήρησης, συνέντευξης, φυσικής εξέτασης και μετρήσεων (ζωτικά σημεία, κ.ά.) που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση, επίσης, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση κατά πόσον ή όχι τα προγραμματισμένα αποτελέσματα της φροντίδας έχουν εκπληρωθεί. Η διαδικασία της εκτίμησης είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της συστηματικής διαδικασίας, έτσι ώστε ο νοσηλευτής και ο ασθενής να μπορούν να επανεξετάσουν την πρόοδο του ατόμου, την επίτευξη ή όχι των επιθυμητών αποτελεσμάτων, την ανάγκη για περαιτέρω περίθαλψη όπως επίσης και τυχόν απροσδόκητα αποτελέσματα ή ανικανοποίητες ανάγκες που δεν συμπεριελήφθησαν κατά την αξιολόγηση (Ackley,2013; Alfaro-LeFevre,2013; Burns,2010; Herdman,2009-2011; Wilkinson,2012).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. Κλινικό περιστατικό 1

Η ασθενής Μ.Γ., 27 ετών, εισήχθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του ΠΓΝΠ με έντονους πόνους στο επιγάστριο και αίσθημα καύσου στον θώρακα. Αρχικά υποβλήθηκε σε θεραπεία καταστολής οξέος από τον ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο οποίος ανακουφίζει προσωρινά τα συμπτώματά της. Η ανώτερη γαστρεντερική ενδοσκόπηση αποκάλυψε έλκος 10 mm με διάχυτο ερύθημα κοντά στη διασταύρωση του γαστροοισοφάγου. Οι βιοψίες από αυτήν την περιοχή έδειξαν κακώς διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχέδιο Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Αίσθημα καύσου	Αίσθημα καύσου που σχετίζεται με ερεθισμό του βλεννογόνου του οισοφάγου	Να υποχωρήσει το αίσθημα καύσου μέσα σε μια ώρα Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων βάση ιατρικής οδηγίας Συζήτηση με τον ιατρό για την διατροφή του ασθενή. Να γίνεται λήψη και καταγραφή των Ζ.Σ ανά 3 ώρες.	Λήψη μικρών και συχνών γευμάτων Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων Ενημέρωση για τη φύση της νόσου και την εξέλιξη της. Εγινε λήψη και καταγραφή των Ζ.Σ	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα ύστερα από τη χορήγηση αντιόξινων. Τα ζωτικά σημεία σταθεροποιήθηκαν και είναι τα εξής: ΑΠ: 115/65mmHg, Θ:36,6°C και ΣΦ:75/min.
Πόνος στο επιγάστριο	Πόνος ως οπισθοστερνκό αίσθημα καύσου που σχετίζεται με ερεθισμό του βλεννογόνου του οισοφάγου	Η ασθενής να μην πονάει μέσα στις επόμενες 1-2 ώρες. Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση που να μην πονάει	Λήψη μικρών και συχνών γευμάτων Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων (όπως αναστολείς Η2-υποδοχέων) ύστερα από οδηγία Χορήγηση αναλγητικών εάν δεν σταματήσει ο πόνος από τα αντιόξινα Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση Fowler	Ελάττωση του πόνου με τη τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου Δεν χρειάστηκε η χορήγηση αναλγητικών Κλίση κεφαλής κρεβατιού 45°

			Ενημέρωση για τη φύση της νόσου και την εξέλιξη της	
Άγχος	Άγχος που έχει σχέση με την θεραπεία	Η ασθενής να είναι ήρεμη εντός 2-3 ημερών	Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο, έκατσε κοντά στην ασθενή και την οικογένειά της και συζήτησε μαζί τους. Τους ενημέρωσε για θέματα που αφορούσαν την θεραπεία και τις επιπλοκές της. Η ασθενής του εκμυστηρευτικό το άγχος που προκλήθηκε από την ξαφνική αλλαγή της κατάστασης της υγείας της	Η ασθενής είναι ήρεμη και περισσότερο ενημερωμένη σχετικά με τις δυσκολίες της θεραπείας

5.2 Κλινικό περιστατικό 2

Άνδρας 57 ετών νοσηλεύεται στο χειρουργικό τμήμα του ΠΓΝΠ, ύστερα από οισοφαγεκτομή. Μετά από την χειρουργική επέμβαση ο ασθενής εμφάνισε θερμοκρασία 39.2 °C, ανορεξία, πόνο κατά την κατάποση και φόβο. Ο ασθενής βρίσκεται στη 2^η μετεγχειρητική ημέρα. Κοντά του βρίσκεται η οικογένεια του.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχέδιο Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Θερμοκρασία 39.2°C	Πυρετός που σχετίζεται με λοίμωξη μετά το χειρουργείο	Ο ασθενής να είναι απύρετος στις επόμενες 3-4 ώρες Ο ασθενής να διατηρήσει φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών εντός ημέρας	Δόθηκε το αντιπυρετικό και το αντιβιοτικό σύμφωνα με τις οδηγίες Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο Τοποθέτηση κρύες κομπρέσες Άρχισε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (2L/24H)	Έγινε λήψη ζωτικών σημείων μετά από 4 ώρες. Ο ασθενής έχει θερμοκρασία 36,2°C Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Ο ασθενής έχει πάρει 2.200 ml και έχει αποβάλλει 2.100 ml
Ανορεξία	Ανορεξία που έχει σχέση με το πόνο κατά την κατάποση	Να αυξηθεί η όρεξη του ασθενή εντός της ημέρας Προσδιορισμός και αντιμετώπιση συμπτωμάτων που μπορεί να συμβάλλουν στην μείωση της όρεξης	Το φαγητό να είναι ελαφρύ, πολτοποιημένα, πλούσια σε θρεπτικές ουσίες Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας Να διαλέγει μόνος του τα φαγητά	Ο ασθενής νιώθει καλύτερα, έχει αυξηθεί η όρεξη του Η φαρμακευτική αγωγή φαίνεται αποτελεσματική. Ο πόνος μειώνεται.
Πόνος κατά την κατάποση	Πόνος κατά την κατάποση που έχει σχέση με την επέμβαση	Ο ασθενής να μην έχει πόνο στις επόμενες 1-3 ημέρες	Χορήγηση αναλγητικού 4 φορές την ημέρα σύμφωνα με τις οδηγίες	Ο ασθενής συνεχίζει να πονάει όλο και λιγότερο και ήδη αισθάνεται καλύτερα

Φόβος	Φόβος που σχετίζεται με την επέμβαση και την υγεία του	Ο ασθενής να είναι ήρεμος εντός της ημέρας	Ο νοσηλευτή διέθεσε χρόνο, έκατσε κοντά στον ασθενή και συζήτησε μαζί του. Ο ασθενής του εκμυστηρευτικό το άγχος που έχει λόγω της νέας κατάστασης της υγείας του. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε τον ίδιο και την οικογένεια του για την μετανοσοκομειακή φροντίδα	Ο ασθενής είναι ήρεμος κοντά στην οικογένειά του
-------	--	--	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική είναι μια έκφραση που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ποικιλία νοσηλευτικών λειτουργιών που σχετίζονται με τη χειρουργική εμπειρία. Η προεγχειρητική περίοδος αντιστοιχεί στην πρώτη φάση της περιεγχειρητικής περιόδου. Ξεκινά όταν αποφασίζεται η χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τραπέζι χειρουργείου. Σε αυτήν τη φάση, εκτελούνται τα εξής: καθοδήγηση σχετικά με τις διαδικασίες που σχετίζονται με την περιεγχειρητική περίοδο και προσεκτική διαχείριση των ασθενών σύμφωνα με κάθε τύπο χειρουργικής επέμβασης. Ο σκοπός είναι ο εντοπισμός, η επίλυση ή η ανακούφιση των προβλημάτων που ενδέχεται να επηρεάσουν τις επόμενες περιόδους, δηλαδή ενδο- και μετεγχειρητικές περιόδους, και να μειώσει τον κίνδυνο επιπλοκών. Το επίκεντρο του ενδιαφέροντος αυτής της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των νοσηλευτικών πρακτικών για τη φροντίδα των ασθενών κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο της χειρουργικής του οισοφάγου. Η γαστρεντερική οδός (GI) είναι η οδό που εκτείνεται από το στόμα, περνώντας από τον οισοφάγο, το στομάχι, τα μικρά και μεγάλα έντερα, στον πρωκτό. Ο οισοφάγος εισέρχεται στο ανώτερο μεσοθωρακίο, στη θωρακική κοιλότητα, όπου βρίσκεται μπροστά από τη σπονδυλική στήλη και πίσω από την τραχεία και την καρδιά. Η λειτουργία του οισοφάγου είναι να μεταφέρει τρόφιμα από το στόμα στο στομάχι, το οποίο διευκολύνεται από δύο σφιγκτήρες: τον ανώτερο οισοφάγο σφιγκτήρα, που βρίσκεται στη διασταύρωση του

φάρυγγα και του οισοφάγου, και τον κάτω οισοφάγο σφιγκτήρα, που ονομάζεται επίσης οισοφαγαστρικός σφιγκτήρας, που βρίσκεται στο επίπεδο της διασταύρωσης του οισοφάγου και του στομάχου (οισοφαγογαστρικός κόμβος). Οι πιο συνηθισμένοι τύποι οισοφαγικών χειρουργικών επεμβάσεων είναι:

- Συρραφή κύλης
- Οισοφαγεκτομή
- Καρδιομυοτομία και
- Serra Dória.

Η συρραφή διαφραγματικής κύλης ενδείκνυται για ασθενείς που έχουν διαφραγματική κήλη. Πρόκειται για μια ανώμαλη προεξοχή οποιασδήποτε κοιλιακής δομής στην κοιλιακή κοιλότητα μέσω του οισοφάγου κενό. Η χειρουργική επέμβαση συνίσταται στην αποκατάσταση της καρδιοοισοφαγικής σύνδεσης στη σωστή ανατομική θέση της στην κοιλιά. Η οισοφαγεκτομή περιλαμβάνει την εκτομή ολόκληρου ή οποιουδήποτε μέρους του οισοφάγου ασθενών με διάγνωση καρκίνου σε αυτό το όργανο. Η θέση και το μέγεθος του όγκου είναι καθοριστικοί παράγοντες του μήκους εκτομής. Πρόκειται για μια σημαντική χειρουργική επέμβαση με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (10% έως 40%), καθώς η ασθένεια διαγιγνώσκεται συνήθως σε καθυστερημένα στάδια, εκτός από το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς είναι καπνιστές, οινοπνευματώδη άτομα και υποσιτίζονται. Επιπλέον, ο καρκίνος του οισοφάγου είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος μεταξύ όγκων του πεπτικού συστήματος. Εμφανίζεται συνήθως κατά την έκτη δεκαετία της ζωής και σχεδόν ποτέ πριν από την ηλικία των 30 ετών. Η καρδιομυοτομία συνίσταται στη μυοτομία του οισοφαγογαστρικού κόμβου για τη διόρθωση της απόφραξης του οισοφάγου που προκύπτει από καρδιοσπασμό. Η ασθένεια που συνήθως συσχετίζεται με αυτή τη χειρουργική επέμβαση είναι η αχαλασία, επίσης γνωστή ως μεγα-οισοφάγος, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία της περιστάσεως του οισοφάγου και της αδυναμίας του κατώτερου οισοφάγου σφιγκτήρα να χαλαρώσει κατά την εκφύλιση. Τα κύρια συμπτώματα της αχαλασίας είναι η δυσφαγία, η παλινδρόμηση, οπισθοστερνικός πόνος, καούρα, σιαλόρροια και απώλεια βάρους. Η Serra Dória συνίσταται στην εκτέλεση μιας ευρείας οισοφαγογαστρικής αναστόμωσης, που διευκολύνει την εκκένωση του οισοφάγου μέσω καρδιοπλαστικής και μερικής γαστρεκτομής Rouxen-Y. Οι διαγνώσεις νοσηλευτικής σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών ήταν το επίκεντρο μιας ποικιλίας

μελετών. Ωστόσο, λίγοι έχουν επικεντρωθεί στη διάγνωση των προεγχειρητικών ασθενών, ανεξάρτητα από τη χειρουργική επέμβαση. Μεταξύ των μελετών που βρέθηκαν, οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν: Κίνδυνος λοίμωξης (100%), Κίνδυνος αναποτελεσματικής αναπνοής (66,6%), Άγχος (66,6%) και Κίνδυνος αναρρόφησης (63,3%). Άγχος (86,6%), διαταραγμένη σωματική κινητικότητα (3,3%) και συντήρηση αλλαγής υγείας (3,3%). Έρευνες σχετικά με νοσηλευτικές διαγνώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις έδειξαν συνήθεις διαγνώσεις για τη χειρουργική κατάσταση και ορισμένες που σχετίζονται με συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις όπως καρδιακή χειρουργική επέμβαση: Δυσανεξία στη δραστηριότητα, Κίνδυνος για περιφερική νευροαγγειακή δυσλειτουργία, Κίνδυνος λοίμωξης, Έλλειμμα γνώσης, Αναποτελεσματικό αναπνευστικό μοτίβο, Τροποποιημένη καρδιακή πνευμονική διάχυση ιστού, πόνος, αλλοιωμένα σεξουαλικά πρότυπα και διαταραχή του ύπνου. Φόβος, άγχος, για λοίμωξη, έλλειψη γνώσης, δυσανεξία στη δραστηριότητα, κίνδυνος έλλειψης όγκου υγρού, βλάβη στην ακεραιότητα του δέρματος, αλλοιωμένη σεξουαλικότητα, διαταραχή του ύπνου και πνευματικό άγχος / αγωνία. λαρυγγεκτομή: Άγχος, φόβος, ανισορροπημένη διατροφή μικρότερη από τις ανάγκες του σώματος, μειωμένη κατάποση, διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία, αναποτελεσματική διαχείριση θεραπευτικού σχήματος, κίνδυνος μόλυνσης, κίνδυνος ρόλου φροντιστή και συμπεριφορά για αύξηση της κατάστασης της υγείας, χειρουργική διόρθωση της βλεφαρίδας: έλλειψη γνώσης, διαταραγμένη εικόνα σώματος, διαταραχή του ύπνου και μειωμένη κατάποση. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν μελέτες που να εστιάζουν σε διαγνωστικές νοσοκόμες ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο χειρουργικής του οισοφάγου. Πιστεύεται ότι η γνώση σχετικά με προβλήματα υγείας μιας ομάδας ασθενών με κοινά χαρακτηριστικά μπορεί να οδηγήσει τη νοσηλευτική φροντίδα, να υποστηρίξει τον σχεδιασμό φροντίδας ασθενών, παρεμβάσεις, ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση / εκπαίδευση / κατάρτιση και επαγγελματική κατάρτιση προσωπικού. Η ταυτοποίηση της νοσηλευτικής διάγνωσης σε μια ομάδα ασθενών παρέχει γνώσεις σχετικά με τις τροποποιημένες ανθρώπινες απαντήσεις, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη προσανατολισμένων και εξατομικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. «Οι διαγνωστικές νοσηλευτικές κοινές σε μια ομάδα ατόμων περιέγραψαν αυτό το προφίλ της ομάδας, επιτρέποντας μια παγκόσμια καθοδήγηση των παρεμβάσεων νοσηλευτικής». Ως εκ τούτου, αυτή η μελέτη στόχευε στον εντοπισμό και την ανάλυση των νοσηλευτικών πρακτικών

φροντίδας των ασθενών κατά την προεγχειρητική αλλά και μετεγχειρητική περίοδο μετά από χειρουργικές επεμβάσεις οισοφάγου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackley, B. and Lagwig, G. (2013). *Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care* (10th ed.). Mosby Elsevier, Missouri.

Alfaro-LeFevre R. (2013). *Applying Nursing Process: the foundation for clinical reasoning* (8th ed.). Lippincott Williams and Wilikins, Philadelphia.

Allum, W. H., Bonavina, L., Cassivi, S. D., Cuesta, M. A., Dong, Z. M., Felix, V. N., Zonderhuis, B. M. (2014). Surgical treatments for esophageal cancers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1325, 242.

Burns, H., O'Donnell, J. and Artman, J. (2010). High-fidelity Simulation in Teaching Problem Solving to 1st-Year Nursing Students: *A Novel Use of the Nursing Process. Clinical Simulation in Nursing* ,6 (3): 87-95.

Campbell, N. P., & Villaflor, V. M. (2010). Neoadjuvant treatment of esophageal cancer. *World journal of gastroenterology*, 16(30), 3793–3803.

Chang, Y. L., Tsai, Y. F., Chao, Y. K., & Wu, M. Y. (2016). Quality-of-life measures as predictors of post-esophagectomy survival of patients with esophageal cancer. *Quality of Life Research*, 25(2), 465-475.

Chen, C. H., Huang, Y. Z., & Hung, T. T. (2011). Hand-grip strength is a simple and effective outcome predictor in esophageal cancer following esophagectomy with reconstruction: a prospective study. *Journal of cardiothoracic surgery*, 6(1), 1-5.

Chen, J., Guo, H., Zhai, T. (2016). Radiation dose escalation by simultaneous modulated accelerated radiotherapy combined with chemotherapy for esophageal cancer: a phase II study. *Oncotarget*, 7(16), 22711–22719.

Cong, M. H., Li, S. L., Cheng, G. W., Liu, J. Y., Song, C. X., Deng, Y. B., ... & Yu, L. (2015). An interdisciplinary nutrition support team improves clinical and hospitalized outcomes of esophageal cancer patients with concurrent chemoradiotherapy. *Chinese medical journal*, 128(22), 3003.

Cutshall, S., & Van Getson, L. M. (2014). Integrative nursing management of nausea. *Integrative nursing*, 221-236.

Edwards, S. B., Olson, K., Koop, P. M., & Northcott, H. C. (2012). Patient and family caregiver decision making in the context of advanced cancer. *Cancer nursing*, 35(3), 178-186.

Daniels, R., & Nicoll, L. H. (2011). *Contemporary medical-surgical nursing*. Nelson Education.

Han, Y., Hu, D., Liu, Y., Lu, C., Luo, Z., Zhao, J., ... & Mao, J. (2014). Coping styles and social support among depressed Chinese family caregivers of patients with esophageal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 571-577.

Haque, W., Verma, V., Bernicker, E., Butler, E. B., & Teh, B. S. (2018). Management of pathologic node-positive disease following initial surgery for clinical T1-2 N0 esophageal cancer: patterns of care and outcomes from the national cancer data base. *Acta Oncologica*, 57(6), 782-789.

Haylock, P. J. (2011). Cancer nursing: the modern era. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 38).

He L, Allen PK, Potter A. (2014). Re-evaluating the optimal radiation dose for definitive chemoradiotherapy for esophageal squamous cell carcinoma. *J Thorac Oncol*. 9(9):1398–1405.

Herdman, T. (2009-2011) *Nursing Diagnosis: definitions and classification*. Wiley-Blackwell: Singapore.

Hines, S., Kynoch, K., & Munday, J. (2014). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment: A systematic review (new update). *JBI Evidence Synthesis*, 12(5), 195-236.

Huang, M. C., Chang, W., Han, C. Y., & Wang, S. Y. (2013). Esophageal cancer: common health problems and health management. *Hu Li Za Zhi*, 60(1), 99.

Jang, R., Darling, G., & Wong, R. K. (2015). Multimodality approaches for the curative treatment of esophageal cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 13*(2), 229-238.

Lamb, B. W., Brown, K. F., Nagpal, K., Vincent, C., Green, J. S., & Sevdalis, N. (2011). Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Annals of surgical oncology, 18*(8), 2116-2125.

Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., Kwong, J., & Roberts, D. (2016). *Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume*. Elsevier Health Sciences.

Li, W., Zheng, B., Zhang, S., Chen, H., Zheng, W., & Chen, C. (2017). Feasibility and outcomes of modified enhanced recovery after surgery for nursing management of aged patients undergoing esophagectomy. *Journal of thoracic disease, 9*(12), 5212.

Liu, R., Chu, H., Xu, F., & Chen, S. (2016). Esophageal cancer diagnosed by high-resolution manometry of the esophagus: A case report. *Oncology letters, 11*(5), 3131–3134.

Luo, Y., Mao, Q., Wang, X., Yu, J., & Li, M. (2017). Radiotherapy for esophageal carcinoma: dose, response and survival. *Cancer management and research, 10*, 13–21.

Massey, S. (2011). Esophageal cancer and palliation of dysphagia. *Clinical journal of oncology nursing, 15*(3).

Murakawa, K., Kitamura, Y., Watanabe, S., Hongo, S., Shinomiya, K., & Sendo, T. (2015). Clinical risk factors associated with postoperative delirium and evaluation of delirium management and assessment team in lung and esophageal cancer patients. *Journal of pharmaceutical health care and sciences, 1*(1), 1-7.

Napier, K. J., Scheerer, M., & Misra, S. (2014). Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. *World journal of gastrointestinal oncology, 6*(5): 112-20

Platek, M. E., KPf, M. J. V. P., Possinger, M. C. S., DeNysschen, C. A., Horvath, M. P., & Brown, J. K. (2011). Comparison of the prevalence of malnutrition diagnosis in

head and neck, gastrointestinal and lung cancer patients by three classification methods. *Cancer nursing*, 34(5), 410.

Pool, M. K., Nadrian, H., & Pasha, N. (2012). Effects of a self-care education program on quality of life after surgery in patients with esophageal cancer. *Gastroenterology Nursing*, 35(5), 332-340.

Schmidt, H. M., Roberts, J. M., Bodnar, A. M., Kunz, S., Kirtland, S. H., Koehler, R. P., ... & Low, D. E. (2015). Thoracic multidisciplinary tumor board routinely impacts therapeutic plans in patients with lung and esophageal cancer: a prospective cohort study. *The Annals of thoracic surgery*, 99(5), 1719-1724.

Shewale, J. B., Correa, A. M., Baker, C. M., Villafane-Ferriol, N., Hofstetter, W. L., Jordan, V. S., ... & Group, M. A. E. C. C. (2015). Impact of a fast-track esophagectomy protocol on esophageal cancer patient outcomes and hospital charges. *Annals of surgery*, 261(6), 1114.

Spechler, S. J. (2013). Barrett esophagus and risk of esophageal cancer: a clinical review. *Jama*, 310(6), 627-636.

Steenhagen, E., van Vulpen, J. K., van Hillegersberg, R., May, A. M., & Siersema, P. D. (2017). Nutrition in peri-operative esophageal cancer management. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 11(7), 663-672.

Thom, B., Vincent, A., Plourde, G., Nabil Rizk, M. D., Rusch, V. W., & Manjit Bains, M. B. B. S. (2013, May). Patterns of symptoms following surgery for esophageal cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 40, No. 3, p. E101). Oncology Nursing Society.

Wilkinson, J. M., *Nursing Process and Clinical Thinking* (5th ed.). (2012). NJ Pearson, Upper Saddle River.

Wu, J., Liu, L., Yang, M., Duan, L., & Peng, Y. (2021). Gastrointestinal Nursing Risk Analysis and Clinical Nursing Management Measures. *Journal of Medical Imaging and Health Informatics*, 11(4), 1320-1326.

Xu, Y. J., Cheng, J. C. H., Lee, J. M., Huang, P. M., Huang, G. H., & Chen, C. C. H. (2015). A walk-and-eat intervention improves outcomes for patients with esophageal cancer undergoing neoadjuvant chemoradiotherapy. *The oncologist*, 20(10), 1216.

Yarbro, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (Eds.). (2016). *Cancer nursing*. Jones & Bartlett Publishers