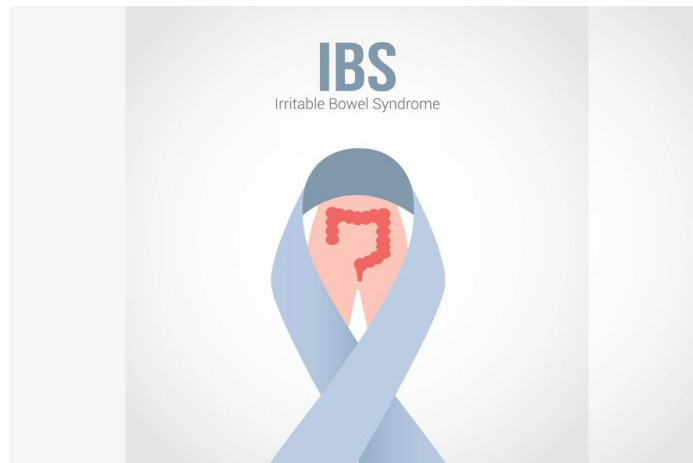




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου: νοσηλευτικές διεργασίες
και νέα δεδομένα»*



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ: Παππά Αναστασία (Α.Μ. 17344)

Κρικώνα Παναγιώτα (Α.Μ. 17270)

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Μπακάρα Θεοδώρα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019

Περίληψη

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια πολύπλοκη λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή που είναι εξαιρετικά συνηθισμένη στην κλινική πρακτική. Παρουσιάζεται με συμπτώματα έντονου κοιλιακού πόνου, εντερική διάταση και το φούσκωμα (ή μετεωρισμός). Υπάρχουν 3 υπότυποι: διάρροιας (IBS-D), δυσκοιλιότητας (IBS-C) ή με εναλλαγή αυτών (IBS-A). Η κατανόηση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) έχει υποστεί μια ταχεία εξέλιξη με την επιστημονική πρόοδο. Το IBS είναι μια κοινή λειτουργική διαταραχή του εντέρου που δημιουργεί ένα σημαντικό βάρος στην περίθαλψη και είναι η πιο συχνά διαγνωσμένη γαστρεντερική κατάσταση. Υπάρχουν καλά καθιερωμένα διαγνωστικά κριτήρια και αλγόριθμοι για την αρχική αξιολόγηση ασθενών που παρουσιάζουν συμπτώματα του IBS. Τα συμπτώματα μπορούν να στοχευθούν για θεραπεία με μια ποικιλία φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παραγόντων. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται για τον ασθενή και ο ακρογωνιαίος λίθος για οποιαδήποτε αποτελεσματική στρατηγική θεραπείας πρέπει να είναι η σταθερή σχέση ασθενούς-νοσηλευτή. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS), χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος ή δυσφορία και σχετίζεται με τις ανώμαλες αλλαγές στην απέκκριση του ασθενούς. Επειδή κανένα φάρμακο δεν ανακουφίζει αποτελεσματικά όλα τα συμπτώματα του IBS, η διαχείριση βασίζεται σε διατροφικές τροποποιήσεις καθώς και τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις τρέχουσες προσεγγίσεις της θεραπείας και του ρόλου που διαδραματίζει ο νοσηλευτής σε αυτές.

Abstract

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a complex functional gastrointestinal disorder that is very common in clinical practice. It presents with symptoms of severe abdominal pain, intestinal distension and bloating (or flatulence). There are 3 subtypes: diarrhea (IBS-D), constipation (IBS-C) or combination of both (IBS-A). Understanding Irritable Bowel Syndrome (IBS) has undergone rapid development with scientific progress. IBS is a common functional disorder of the intestine that creates a significant burden on health care and is the most commonly diagnosed gastrointestinal condition. There are well established diagnostic criteria and algorithms for the initial evaluation of patients presenting with IBS symptoms. Symptoms can be targeted for treatment with a variety of pharmaceutical and non-pharmaceutical agents. Treatment should be individualized for the patient and the cornerstone for any effective treatment strategy should be the constant patient-nurse relationship. Irritable Bowel Syndrome (IBS), characterized by abdominal pain or discomfort, is associated with abnormal changes in patient excretion. Because no medication effectively relieves all symptoms of IBS, management is based on dietary modifications as well as lifestyle modifications. This study examines current approaches to treatment and the role that the nurse plays in them.

Περιεχόμενα

Περίληψη/Abstract	σελ.
Περιεχόμενα	σελ.
Πρόλογος	σελ.
Εισαγωγή	σελ.
Κεφάλαιο 1^ο : Ανατομία γαστρεντερικού συστήματος	σελ.
1.1. Ανατομία γαστρεντερικής οδού	σελ.
1.1.1. Άνω γαστρεντερικός σωλήνας	σελ.
1.1.2. Κάτω γαστρεντερικός σωλήνας	σελ.
1.1.2.1. Λεπτό έντερο	σελ.
1.1.2.2. Παχύ έντερο	σελ.
1.2. Λειτουργία	σελ.
1.3. Ασθένειες	σελ.
Κεφάλαιο 2^ο : Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	σελ.
2.1. Επιδημιολογία	σελ.
2.2. Σημεία και συμπτώματα	σελ.
2.3. Αιτιολογικοί παράγοντες	σελ.
2.4. Παθοφυσιολογία	σελ.
2.5. Διάγνωση	σελ.
2.6. Θεραπεία	σελ.
2.6.1. Αλλαγή διατροφής	σελ.
2.6.1.1. Φυτικές ίνες	σελ.
2.6.2. Φαρμακευτική αγωγή	σελ.
2.6.2.1. Λακτουλόζη	σελ.
2.6.2.2. Αντισπασμωδικά	σελ.
2.6.2.3. Αντικαταθλιπτικά	σελ.
2.6.2.4. Άλλα φάρμακα	σελ.
2.6.3. Ψυχολογική θεραπεία	σελ.

2.6.4. Εναλλακτική ιατρική	σελ.
2.6.4.1. Προβιοτικά	σελ.
2.6.4.2. Θεραπείες με/από φυτικά προϊόντα	σελ.
2.7. Πρόγνωση	σελ.
2.8. Πρόληψη	σελ.
2.9. Επιπλοκές	σελ.

Κεφάλαιο 3^ο : Νοσηλευτικές Διεργασίες **σελ.**

3.1. Διαχείριση συμπτωμάτων	σελ.
3.1.1. Αλλαγή τρόπου ζωής και διατροφής	σελ.
3.1.2. Δυσκοιλιότητα	σελ.
3.1.3. Διάρροια	σελ.
3.1.4. Κοιλιακός πόνος και δυσφορία	σελ.
3.1.5. Φούσκωμα/Μετεωρισμός	σελ.
3.1.6. Διάφορες στρατηγικές θεραπείας	σελ.
3.1.7. Τεχνικές ψυχολογικής αντιμετώπισης	σελ.
3.2. Νοσηλευτές και θεραπευτική πρακτική	σελ.

Συμπεράσματα **σελ.**

Βιβλιογραφία **σελ.**

Παράρτημα - Άρθρα **σελ.**

Πρόλογος

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί την κορύφωση των σπουδών μου στο τάδε ίδρυμα του τμήματος ταδε και αφορά στη διερεύνηση τ...

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και την παράθεση των βιβλιογραφικών παραπομπών.

Εισαγωγή

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα και συχνά διαρκής διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία κοιλιακού πόνου ή δυσφορίας, η οποία μπορεί να σχετίζεται με αποπληξία ή / και να συνοδεύεται από αλλαγή στη συνήθη λειτουργία του εντέρου. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν διαταραγμένη αποπληξία (δυσκοιλιότητα ή διάρροια ή και τα δύο) και κοιλιακή διάταση, η οποία συνήθως αναφέρεται ως φούσκωμα. Τα συμπτώματα επικαλύπτονται μερικές φορές με άλλες γαστρεντερικές διαταραχές, όπως η μη-εγκώδης δυσπεψία ή η κοιλιοκάκη.

Τα άτομα με IBS παρουσιάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, μερικά από τα οποία ενδέχεται να είναι απρόθυμα να αποκαλύψουν χωρίς ευαίσθητες ερωτήσεις. Τα άτομα με IBS παρουσιάζουν ποικίλα προφίλ συμπτωμάτων, συνηθέστερα «επικρατούσα διάρροια», «επικρατούσα δυσκοιλιότητα» ή εναλλασσόμενα προφίλ συμπτωμάτων. Το IBS επηρεάζει συχνότερα τα άτομα ηλικίας 20 έως 30 ετών και είναι δύο φορές πιο συνηθισμένο στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες. Η επικράτηση του πληθυσμού εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 10% και 20%.

Οι πρόσφατες τάσεις δείχνουν ότι υπάρχει επίσης σημαντική επικράτηση του IBS στους ηλικιωμένους. Η διάγνωση του IBS θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν ένα μεγαλύτερο σε ηλικία άτομο, παρουσιάζει ανεξήγητα κοιλιακά συμπτώματα. Οι ασθενείς με IBS συσχετίζουν συνήθως ορισμένα τρόφιμα με επιδείνωση των συμπτωμάτων τους. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που πάσχουν από IBS έχουν αναφέρει τροφικές δυσανεξίες και επιδείνωση των συμπτωμάτων με ορισμένα τρόφιμα, τα περισσότερα μέσα σε 3 ώρες μετά το φαγητό, ενώ τα προβλήματα φουσκώματος και ο κοιλιακός πόνος είναι τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα.

Η συνηθισμένη διατροφική συμβουλή για τη διαχείριση των συμπτωμάτων IBS έχει διατυπωθεί περισσότερο με την κοινή λογική από ότι τα κλινικά στοιχεία. Ορισμένες συνηθισμένες συστάσεις είναι: ο καθορισμός τακτικών χρόνων κατανάλωσης, η κατανάλωση μικρότερων συχνών γευμάτων και η κατανάλωση αρκετών υγρών. Άλλες συμβουλές για την τροποποίηση της διατροφής περιλαμβάνουν: κατανάλωση τροφών χαμηλών σε λιπαρά και υψηλών

υδατανθράκων, όπως ζυμαρικά, ρύζι, ολικής αλέσεως ψωμιά και δημητριακά, φρούτα και λαχανικά, μείωση συγκεκριμένων τροφίμων που περιέχουν υδατάνθρακες που είναι δύσκολο να αφομοιωθούν. Για τους ιατρούς, η κατανόηση των αποχρώσεων των μεμονωμένων συμπτωμάτων είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή των πιο χρήσιμων και ωφέλιμων διαιτητικών συστάσεων. Ο καθορισμός της διατροφικής προσέγγισης που πρέπει να υιοθετηθεί μπορεί να αποτελέσει πρόκληση λόγω περιορισμένων δεδομένων υψηλής ποιότητας και συναίνεσης κατευθυντήριων γραμμών. Αυτή η εργασία ασχολείται με θέματα βασικών τεκμηρίων, ώστε οι νοσηλευτές (NPs) να μπορούν να υποστηρίξουν καλύτερα τους ασθενείς ώστε να παρέχουν βέλτιστη διαχείριση των συμπτωμάτων.

Κεφάλαιο 1^ο : Ανατομία γαστρεντερικού συστήματος

Το ανθρώπινο πεπτικό σύστημα αποτελείται από τον γαστρεντερικό σωλήνα συν τα βοηθητικά όργανα πέψης (γλώσσα, σιελογόνους αδένες, πάγκρεας, ήπαρ και χοληδόχο κύστη). Η πέψη περιλαμβάνει τη διάσπαση των τροφίμων σε μικρότερα συστατικά, μέχρι να απορροφηθούν και να αφομοιωθούν από το σώμα. Η διαδικασία της πέψης έχει πολλά στάδια και εμπλέκονται πολλά διαφορετικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού για να επιτευχθεί, ξεκινώντας από του στόματος λήψη της τροφής και καταλήγοντας με την απομάκρυνσή τους από τον πρωκτό μέσω του ορθού.

Στα ενδιάμεσα στάδια αυτής της διαδικασίας συμπεριλαμβάνονται, ο ανθρώπινος γαστρεντερικός σωλήνας (Γ.Σ.), ο οποίος αποτελείται από τον οισοφάγο, το στομάχι και τα έντερα (λεπτό και παχύ) και διαιρείται στην άνω και κάτω γαστρεντερική οδό (Hounnou et al., 2002). Η γαστρεντερική οδός (Γ.Ο.) περιλαμβάνει όλες τις δομές μεταξύ του στόματος και του πρωκτού, που σχηματίζουν μια συνεχή δίοδο που περιλαμβάνει τα κύρια όργανα της πέψης. Ωστόσο, το πλήρες ανθρώπινο πεπτικό σύστημα αποτελείται από τη γαστρεντερική οδό συν τα βοηθητικά όργανα πέψης, τα οποία αναφέρθηκαν πρωτύτερα (Hounnou et al., 2002).

1.1. Ανατομία γαστρεντερικής οδού

Η δομή και η λειτουργία μπορούν να περιγραφούν τόσο ως γενική ανατομία (εικ. 1.1.) όσο και ως μικροσκοπική ανατομία ή ιστολογία. Η ίδια η οδός χωρίζεται σε άνω και κάτω (Warrell et al., 2005).

1.1.1. Άνω γαστρεντερικός σωλήνας

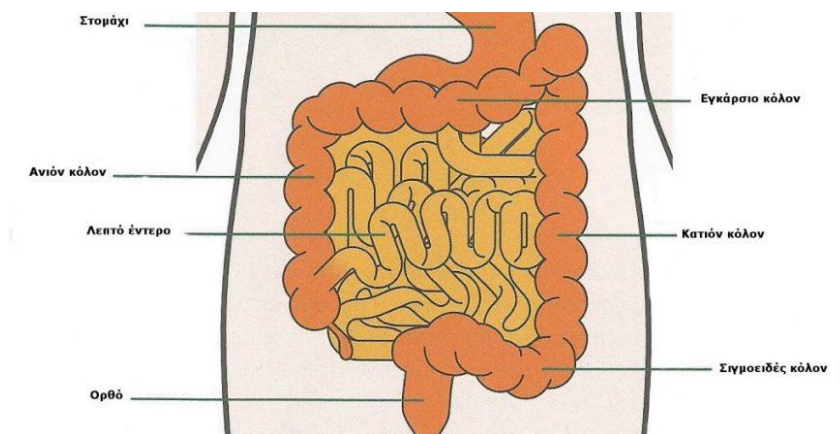
Ο ανώτερος γαστρεντερικός σωλήνας αποτελείται από το στόμα, τον φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο (MeSH, 2019). Η ακριβής οριοθέτηση μεταξύ των άνω και κάτω οδών είναι ο κρεμαστήρας μυς του δωδεκαδακτύλου (Warrell et al., 2005).

1.1.2. Κάτω γαστρεντερικός σωλήνας

Η κάτω γαστρεντερική οδός περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του λεπτού εντέρου και ολόκληρου του παχέος εντέρου (MeSH, 2015). Το λεπτό έντερο υποδιαιρείται περαιτέρω στο δωδεκαδάκτυλο, στη νήστιδα και στον ειλεό, ενώ το παχύ έντερο υποδιαιρείται στο τυφλό έντερο, στις αύξουσα, εγκάρσια, φθίνουσα μοίρες και σιγμοειδές κόλον και το ορθό που καταλήγει στον πρωκτό (Emedicine.medscape.com, 2013).

1.1.2.1. Λεπτό έντερο

Το λεπτό έντερο είναι μια σωληνοειδής δομή, συνήθως μήκους 6 έως 7 μέτρων (Drake et al., 2005). Η κύρια λειτουργία του είναι να απορροφά τα προϊόντα της πέψης (συμπεριλαμβανομένων των υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπιδίων και βιταμινών) στην κυκλοφορία του αίματος.



Εικ.1.1. Λεπτό και Παχύ έντερο

Πηγή: Τσάμης, 2016

1.1.2.2. Παχύ έντερο

Το παχύ έντερο (γνωστό και ως κόλον), εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα έως τον πρωκτό και αποτελείται από: το τυφλό, το κόλον (με επιμέρους τμήματα τα: ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές), το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα. Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση του νερού (Helander and Fändriks, 2014).

1.2. Λειτουργία

Οι 4 κύριες λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι:

- επαναπορρόφηση νερού και ιόντων ιχνοστοιχείων όπως το νάτριο και το χλώριο
- σχηματισμό και προσωρινή αποθήκευση κοπράνων
- διατήρηση έναν πληθυσμό βακτηρίων άνω των 500 ειδών &
- βακτηριακή ζύμωση μη πέσιμων υλικών.

Μέχρι τη στιγμή που τα τρόφιμα με μερική πέψη φθάνουν στο τέλος του λεπτού εντέρου (ειλεός), απορροφάται περίπου το 80% της περιεκτικότητας σε νερό. Το κόλον απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του υπόλοιπου νερού. Καθώς το υπόλοιπο υλικό τροφής μετακινείται διαμέσου του παχέος εντέρου, αναμιγνύεται με βακτήρια και βλέννα και σχηματίζεται σε κόπρανα για προσωρινή αποθήκευση προτού απορριφθεί.

1.3. Ασθένειες

Υπάρχουν πολλές ασθένειες και καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν το γαστρεντερικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων των λοιμώξεων, των φλεγμονών και του καρκίνου. Διάφορα παθογόνα, όπως βακτηρίδια που προκαλούν τροφικές

ασθένειες, μπορούν να προκαλέσουν γαστρεντερίτιδα που προκαλείται από φλεγμονή του στομάχου και του λεπτού εντέρου. Τα αντιβιοτικά για τη θεραπεία τέτοιων βακτηριακών λοιμώξεων μπορούν να μειώσουν την ποικιλομορφία μικροβίων στο γαστρεντερικό σωλήνα και να επιτρέψουν περαιτέρω τη δημιουργία φλεγμονωδών μεσολαβητών (Nitzan, 2016). Η γαστρεντερίτιδα είναι η συνηθέστερη ασθένεια του γαστρεντερικού σωλήνα.

- **Φλεγμονώδεις καταστάσεις.** Η ειλεΐτιδα είναι μια φλεγμονή του ειλεού ενώ η κολίτιδα είναι μια φλεγμονή του παχέος εντέρου.
- Η **σκωληκοειδίτιδα** είναι φλεγμονή του παραρτήματος που βρίσκεται στο τυφλό. Πρόκειται για μια δυνητικά θανατηφόρο κατάσταση, εάν αφηθεί χωρίς θεραπεία: οι περισσότερες περιπτώσεις σκωληκοειδίτιδας απαιτούν χειρουργική επέμβαση.
- Η **νόσος του Crohn** μια αυτοάνοση ασθένεια αποτελεί μια φλεγμονώδη κατάσταση που επηρεάζει τα τοιχώματα του εντέρου.
- **Λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές**, των οποίων η συνηθέστερη είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Η λειτουργική δυσκοιλιότητα και ο χρόνιος λειτουργικός κοιλιακός πόνος είναι άλλες λειτουργικές διαταραχές του εντέρου που έχουν φυσιολογικές αιτίες, αλλά δεν έχουν αναγνωρίσιμες δομικές, χημικές ή μολυσματικές παθολογίες (Nitzan, 2016).

Στις παραγράφους που ακολουθούν γίνεται εκτενέστερη ανάλυση της ασθένειας του ευερέθιστου εντέρου καθώς και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν για την αντιμετώπισή του.

Κεφάλαιο 2^ο : Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Irritable bowel syndrome, IBS) ή σπαστική εντεροκολίτιδα, είναι μια ομάδα συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος και αλλαγές στις πρότυπες κινήσεις του παχέος εντέρου, χωρίς καμία ένδειξη υποκείμενης βλάβης (Levy et al., 2014 & Hungin et al., 2015). Έχει ταξινομηθεί σε 3 κύριους τύπους:

- υπό μορφή διάρροιας (IBS-D)
- υπό μορφή δυσκοιλιότητας (IBS-C) ή
- με εναλλαγή αυτών (IBS-A).

Διαταραχές όπως το άγχος, η μείζων κατάθλιψη και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, είναι κοινές μεταξύ των ατόμων με IBS (Levy et al., 2014 & Whitehead et al., 2002).








Τα αίτια του IBS δεν είναι σαφή (Emmanuel and Quigley, 2013). Οι θεωρίες περιλαμβάνουν: διαταραχές κινητικότητας του εντέρου, ευαισθησία στον πόνο, λοιμώξεις συμπεριλαμβανομένης της βαριάς υπερπλασίας του εντέρου, γενετικούς παράγοντες και ευαισθησία στα τρόφιμα (Emmanuel and Quigley, 2013). Η έναρξη μπορεί να προκληθεί από μια εντερική λοίμωξη (Spiller and Garsed, 2009), ή από ένας αγχώδες συμβάν (Chang, 2011). Το IBS είναι μια λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή και η διάγνωσή του γίνεται με αποκλεισμό άλλων οργανικών παθήσεων (Levy et al., 2014 & Chey et al., 2015).

Δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για το IBS (Hulisz, 2004). Η θεραπεία πραγματοποιείται με βελτίωση των συμπτωμάτων (Hulisz, 2004). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει διαιτητικές αλλαγές, φαρμακευτική αγωγή, προβιοτικά και παροχή συμβουλών (Hulisz, 2004). Τα διαιτολογικά μέτρα περιλαμβάνουν αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών, δίαιτα χωρίς γλουτένη ή βραχυχρόνια δίαιτα χαμηλή σε ζυμώσιμα ολιγοσακχαρίδια (Chey et al., 2015; Moayyedi et al., 2014 & Rao et al., 2015).

Περίπου το 10 έως 15% των ανθρώπων στον ανεπτυγμένο κόσμο πιστεύεται ότι επηρεάζονται από το IBS (NIDDKD, 2015 & Maxion-Bergemann et al., 2006).

Είναι πιο συνηθισμένο στη Νότια Αμερική και λιγότερο συνηθισμένο στη Νοτιοανατολική Ασία (Chey et al., 2015). Είναι δύο φορές πιο συνηθισμένο σε γυναίκες απ' ό τι σε άνδρες και συνήθως εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 45 ετών (NIDDKD, 2015). Η κατάσταση φαίνεται να γίνεται λιγότερο κοινή με την ηλικία (Chey et al., 2015). Το IBS δεν επηρεάζει το προσδόκιμο ζωής ούτε οδηγεί σε άλλες σοβαρές ασθένειες (Emmanuel and Quigley, 2013). Η πρώτη περιγραφή της κατάστασης ήταν το 1820 ενώ με το σημερινό του όρο «*σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου*» άρχισε να χρησιμοποιείται το 1944 (Goldman and Hatch, 2000).

Bristol Stool Scale

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces; entirely liquid

Εικ. 2.1. Το διάγραμμα Bristol Stool

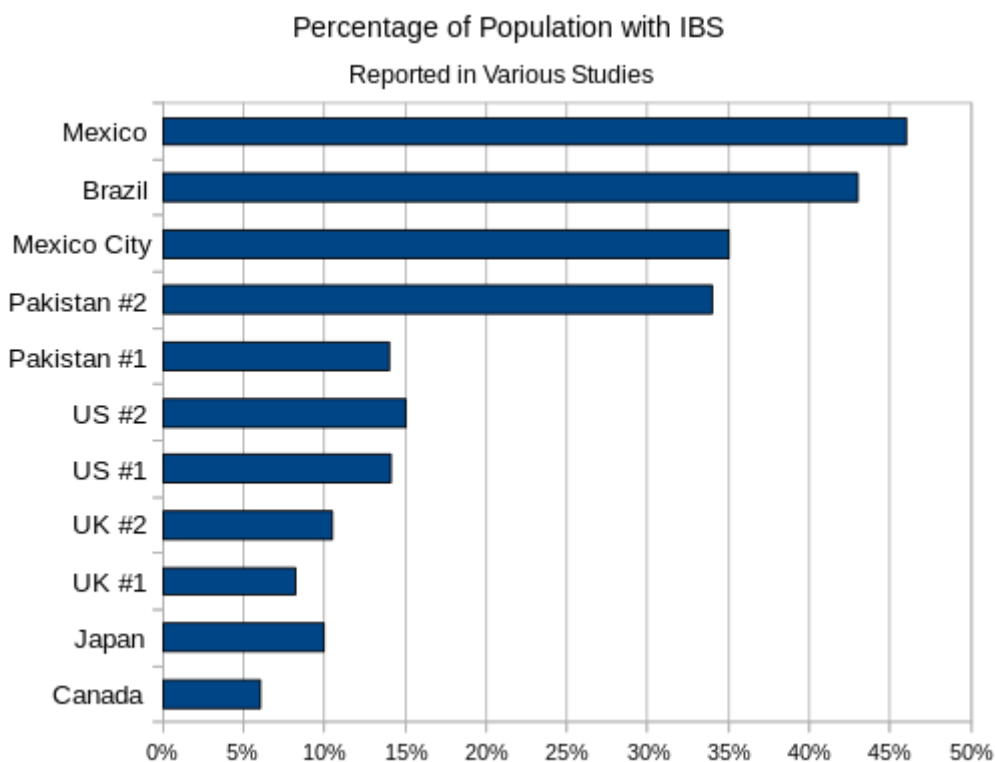
Πηγή: Lacy and Moreau, 2016

2.1. Επιδημιολογία

Η επιδημιολογία του Σ.Ε.Ε. ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα και το εύρος ηλικίας που εξετάζεται. Το γράφημα παρακάτω δείχνει το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει τα συμπτώματα του IBS σε μελέτες από διάφορες γεωγραφικές περιοχές (εικ. 2.1.). Οι γυναίκες είναι περίπου δύο έως τρεις φορές πιο πιθανό να διαγνωστούν με IBS και τέσσερις έως πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να αναζητήσουν ειδική φροντίδα για αυτό από τους άνδρες (Payne, 2004). Αυτές οι διαφορές πιθανότατα αντικατοπτρίζουν ένα συνδυασμό τόσο βιολογικών (φύλου) όσο και κοινωνικών (φύλου) παραγόντων.

Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με IBS είναι συνήθως ηλικίας κάτω των 45 ετών (NIDDKD, 2015). Μελέτες γυναικών με IBS δείχνουν ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων συχνά κυμαίνεται με τον εμμηνορροϊκό κύκλο, υποδεικνύοντας ότι οι ορμονικές διαφορές μπορεί να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο (Jackson et al., 1994). Η επικύρωση των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με το φύλο έχει συνδεθεί με την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική προσαρμογή στο IBS (Voci and Cramer, 2009).

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων στην αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης μπορεί επίσης να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο (Drossman et al., 2009). Μπορούν να συμβάλλουν σε χαμηλότερα όρια πόνου στις γυναίκες, θέτοντάς τους σε μεγαλύτερο κίνδυνο για πολλές χρόνιες διαταραχές του πόνου (Goffaux et al., 2011). Τέλος, το σεξουαλικό τραύμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το IBS, με ποσοστό 33% των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τέτοιου είδους κατάχρηση. Επειδή οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σεξουαλικής κακοποίησης από τους άνδρες, ο κίνδυνος κατάχρησης που σχετίζεται με το φύλο μπορεί να συμβάλει σε υψηλότερο ποσοστό IBS στις γυναίκες.



Εικ. 2.2. Το ποσοστό του πληθυσμού με IBS που αναφέρεται σε διάφορες μελέτες σε διάφορες χώρες

Πηγή: Jeffhos, 2010

2.2. Σημεία και συμπτώματα

Τα κύρια συμπτώματα του IBS είναι ο κοιλιακός πόνος ή η ταλαιπωρία σε συνδυασμό με συχνή διάρροια ή δυσκοιλιότητα και αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου (Schmulson and Chang, 1999). Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται ως οξεία που υποχωρούν εντός μιας ημέρας, αλλά είναι πιθανόν να είναι και επαναλαμβανόμενα (Tamparo and Lewis, 2011). Μπορεί επίσης να παρουσιαστούν επίμονες εντερικές συσπάσεις, αίσθημα ατελούς κένωσης, φούσκωμα ή κοιλιακή διάταση (Talley, 2006a). Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από το σταμάτημα των κινήσεων του εντέρου (Mayer, 2008).

Τα άτομα με IBS, πιο συχνά από άλλα, έχουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, συμπτώματα που σχετίζονται με το ουροποιητικό σύστημα, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, ινομυαλγία, κεφαλαλγία, οσφυαλγία και ψυχιατρικά συμπτώματα όπως κατάθλιψη και άγχος (Whitehead et al., 2002). Περίπου το ένα τρίτο των

ανδρών και των γυναικών που έχουν IBS αναφέρουν επίσης σεξουαλική δυσλειτουργία, συνήθως με τη μορφή μείωσης της λίμπιντο (Sperber and Dekel, 2010 & Simrén et al., 2017).

2.3. Αιτιολογικοί παράγοντες

Ενώ τα αίτια της IBS είναι ακόμα άγνωστα, πιστεύεται ότι επηρεάζεται ολόκληρος ο άξονας του εντέρου (Wouters et al., 2015 & Öhman and Simrén, 2010). Ο κίνδυνος ανάπτυξης IBS αυξάνεται έξι φορές μετά από οξεία γαστρεντερική μόλυνση. Η επιμόλυνση, οι περαιτέρω παράγοντες κινδύνου είναι η νεαρή ηλικία, ο παρατεταμένος πυρετός, το άγχος και η κατάθλιψη (Thabane et al., 2007). Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος, δεν έχουν αποδειχθεί ότι προκαλούν ή επηρεάζουν την εμφάνιση του IBS, αλλά μπορεί να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην επιμονή και την αντιληπτή σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Quigley et al., 2015).

Παρ' όλα αυτά, μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της IBS και την ποιότητα ζωής (Quigley et al., 2015). Η χρήση αντιβιοτικών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης IBS (Shanahan and Quigley, 2014). Η έρευνα έχει βρει ότι οι γενετικές ανωμαλίες στην έμφυτη ανοσία και την επιθηλιακή ομοιόσταση αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης τόσο μεταφλεγμονωδών όσο και άλλων μορφών IBS (Beatty, 2014). Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν: γενετικούς/περιβαλλοντικούς παράγοντες, στρες/ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μικροοργανισμούς (π.χ. βακτήρια, μύκητες, πρωτόζωα) και την έλλειψη βιταμίνης D.

2.4. Παθοφυσιολογία

Η κατανόηση της παθογένειας του IBS είναι σημαντική επειδή οι σημερινοί νεότεροι φαρμακοθεραπευτικοί παράγοντες αρχίζουν να στοχεύουν στους γνωστούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς του IBS. Η αλλοιωμένη γαστρεντερική κινητικότητα, η σπλαχνική υπερευαισθησία, η μετα-λοιμώδης αντιδραστικότητα, οι αλληλεπιδράσεις του εγκεφάλου-εντέρου, η αλλοίωση της μικροχλωρίδας του

εντέρου, η βακτηριακή υπερανάπτυξη, η ευαισθησία στα τρόφιμα, η δυσαπορρόφηση των υδατανθράκων και η εντερική φλεγμονή έχουν εμπλακεί στην παθογένεση του IBS.

Ωστόσο, τα αντιληπτά συμπτώματα από αυτούς τους μηχανισμούς αποτελούνται από κοιλιακό άλγος ή δυσφορία, φούσκωμα, διάρροια και δυσκοιλιότητα. Υπάρχουν και άλλα συμπτώματα που δεν είναι γαστρεντερικά, όπως για παράδειγμα, η κούραση που είναι πολύ συχνή. Ιστορικά, η ιατρική διοίκηση έχει επικεντρωθεί στη συμπτωματική θεραπεία αυτών των ατομικών παραπόνων. Επιπλέον, το σημερινό φαρμακευτικό «οπλοστάσιο» συνήθως περιορίζεται στη θεραπεία μόνο για τα συμπτώματα. Ωστόσο, τα νεότερα φάρμακα αρχίζουν να επικεντρώνονται σε μοριακό επίπεδο με αγωνιστές και ανταγωνιστές των υποδοχέων σεροτονίνης.

Οι γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να είναι σημαντικοί στην ανάπτυξη του IBS. Μελέτες έχουν δείξει ότι το IBS έχει γενετική συνιστώσα, παρόλο που υπάρχει επικρατούσα επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων (Talley, 2006b). Υπάρχουν ενδείξεις ότι εμφανίζονται ανωμαλίες στην εντερική χλωρίδα των ατόμων που έχουν IBS, όπως η μειωμένη ποικιλομορφία, η μείωση των βακτηριδίων που ανήκουν στους φυσιολογικούς Bacteroidetes και η αύξηση αυτών που ανήκουν στο phylum Firmicutes (Collins, 2014). Οι μεταβολές στη χλωρίδα του εντέρου είναι πιο βαθιές σε άτομα που έχουν κυρίαρχο διαρροϊκού τύπου IBS. Αντισώματα κατά των κοινών συστατικών (συγκεκριμένα της φλαγελίνης) της συντροφικής χλωρίδας του εντέρου είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο στα άτομα που πάσχουν από IBS (Cremon et al., 2010).

Η χρόνια φλεγμονή χαμηλού βαθμού εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που πάσχουν από IBS με ανωμαλίες που διαπιστώθηκαν, όπως αυξημένα κύτταρα εντεροχρωμαφίνης, ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα και ιστιοκύτταρα με αποτέλεσμα χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του εντέρου (Wouters et al., 2015 & Schmulson et al., 2014). Το IBS έχει αναφερθεί σε μεγαλύτερες ποσότητες σε πολυπαραγοντικές οικογένειες με IBS σε σύγκριση με τον κανονικό πληθυσμό (Saito, 2011). Πιστεύεται ότι το ψυχολογικό στρες μπορεί να προκαλέσει αυξημένη φλεγμονή και να προκαλέσει την ανάπτυξη του IBS σε άτομα με προδιάθεση (Li et al., 2016).

2.5. Διάγνωση

Δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ειδική εργαστηριακή ή απεικονιστική δοκιμή για τη διάγνωση του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου. Η διάγνωση περιλαμβάνει τον αποκλεισμό των συνθηκών που προκαλούν συμπτώματα τύπου IBS και στη συνέχεια μια διαδικασία κατηγοριοποίησης των συμπτωμάτων του ατόμου. Η κολonosκόπηση συνιστάται για άτομα άνω των 50 ετών (Bixquert Jiménez, 2009). Οι πάσχοντες από IBS διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ακατάλληλες χειρουργικές επεμβάσεις όπως η σκωληκοειδεκτομή, η χολοκυστοεκτομή και η υστερεκτομή εξαιτίας της λανθασμένης διάγνωσης των συμπτωμάτων IBS ως άλλων ιατρικών καταστάσεων (Bixquert Jiménez, 2009).

2.6. Θεραπεία

Υπάρχουν αρκετές θεραπείες που έχουν βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικές (Corsetti and Whorwell, 2015), όπως οι φυτικές ίνες, τα αντισπασμωδικά και η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή (Ford et al., 2008; Ford et al., 2014 & Khanna et al., 2014).

2.6.1. Αλλαγή διατροφής

2.6.1.1. Φυτικές ίνες

Πολλά στοιχεία υποδεικνύουν ότι η διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες είναι αποτελεσματική στη διαχείριση του ευερέθιστου εντέρου (Moayyedi et al., 2014). Οι φυτικές ίνες λειτουργούν ως παράγοντες «διόγκωσης» επιτρέποντας στους ανθρώπους με IBS-D, να έχουν πιο συμπαγή κόπρανα, ενώ στους ανθρώπους με IBS-C, φαίνεται πως τους να επιτρέπει να είναι μαλακότερα. Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί ότι οι αδιάλυτες ίνες (π.χ. πίτουρο) είναι αποτελεσματικές για την διαχείριση του IBS (Francis and Whorwell, 1994 & Shen and Nahas, 2009). Σε μερικούς ανθρώπους, η

αδιάλυτη συμπλήρωση ινών μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα (Bijkerk et al., 2009 & Ducrotté, 2007).

Οι ίνες μπορεί να είναι ευεργετικές σε εκείνους που πάσχουν από δυσκοιλιότητα. Σε άτομα που πάσχουν από IBS-C, οι διαλυτές ίνες μπορούν να μειώσουν τα συνολικά συμπτώματα, αλλά δεν θα μειώσουν τον πόνο. Η έρευνα που υποστηρίζει τις ίνες περιέχει αντικρουόμενες μικρές μελέτες που περιπλέκονται από την ετερογένεια των τύπων ινών και των δόσεων που χρησιμοποιούνται (Bijkerk et al., 2004). Μία μετα-ανάλυση βρήκε μόνο πως οι διαλυτές ίνες βελτιώνουν παγκοσμίως τα συμπτώματα του ευερέθιστου εντέρου, αλλά κανένας τύπος ινών δεν φάνηκε να μειώνει τον πόνο (Bijkerk et al., 2004). Οι θετικές μελέτες χρησιμοποίησαν 10-30 γραμμάρια ανά ημέρα ισπαγκούλας (psyllium) (Prior and Whorwell, 1987 & Jalihal and Kurian, 1990). Μία μελέτη που εξέτασε ειδικά την επίδραση της δόσης διαπίστωσε ότι τα 20 g ισπαγκούλας (psyllium) ήταν καλύτερα από 10 g και ισοδύναμα με 30 g ημερησίως (Kumar et al., 1987).

2.6.2. Φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν περιλαμβάνουν αντισπασμωδικά, όπως η δικυκλομίνη και αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Ruepert et al., 2011). Σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά, τόσο οι επιλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης όσο και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φαίνονται χρήσιμα (Ruepert et al., 2011 & Ford et al., 2019).

2.6.2.1. Λακτουλόζη

Για τους ανθρώπους που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις διαιτητικές ίνες, τα οσμωτικά καθαρτικά όπως η σορβιτόλη και η λακτουλόζη μπορούν να βοηθήσουν (Joo et al., 1998).

2.6.2.2. Αντισπασμωδικά

Η χρήση αντισπασμωδικών φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει άτομα που έχουν κράμπες ή διάρροια. Μια μετα-ανάλυση της Cochrane Collaboration, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι αν επτά άτομα αντιμετωπίζονται με αντισπασμωδικά φάρμακα, ένα από αυτά θα ωφεληθεί (Ruepert et al., 2011). Τα αντισπασμωδικά μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες: νευροτροπικά και μυοτροφικά. Τα μυοτροφικά δρουν άμεσα στον λείο μυ του γαστρεντερικού σωλήνα, ανακουφίζοντας τους σπασμούς χωρίς να επηρεάσουν την κανονική κινητικότητα του εντέρου.

2.6.2.3. Αντικαταθλιπτικά

Υπάρχουν πολλά αποδεικτικά στοιχεία ότι χαμηλές δόσεις αντικαταθλιπτικών μπορεί να είναι αποτελεσματικές για IBS. Ωστόσο, οι ενδείξεις είναι λιγότερο ισχυρές ως προς την αποτελεσματικότητα άλλων κατηγοριών αντικαταθλιπτικών όπως, τα αντικαταθλιπτικά εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικά για το IBS σε άτομα με κατάθλιψη, επειδή πιθανό απαιτούνται χαμηλότερες δόσεις αντικαταθλιπτικών από τις δόσεις που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης, για την ανακούφιση του IBS (Song et al., 2018). Οι SSRI, λόγω της σεροτονινεργικής τους δράσης, έχουν μελετηθεί για να διαπιστωθεί εάν βοηθούν την IBS, ειδικά τα άτομα που παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα, αλλά από το 2015 τα αποδεικτικά στοιχεία είναι ότι τα SSRIs βοηθούν είναι αρνητικά (Xie et al., 2015).

2.6.2.4. Άλλα φάρμακα

Ορισμένα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η συμπλήρωση βιταμίνης D μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της IBS, αλλά χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να μπορέσει να προταθεί ως ειδική θεραπεία για το IBS (Ferguson et al., 2015). Η μείωση των συμπτωμάτων IBS συμβαίνει και μετά από τη θεραπεία με αντιβιοτικά για την υπερανάπτυξη των βακτηρίων του λεπτού εντέρου (Lin, 2004).

2.6.3. Ψυχολογική θεραπεία

Όπως αναφέραμε προτύτερα ένας από τους κυριότερους παράγοντες του IBS είναι το στρες. Έτσι, υπάρχουν στοιχεία χαμηλής ποιότητας από μελέτες με κακή μεθοδολογική ποιότητα που οι ψυχολογικές θεραπείες μπορούν να είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία του IBS. Ωστόσο, δεν υπάρχουν σημαντικές αρνητικές επιδράσεις από την ψυχοθεραπευτική θεραπεία για το IBS (Song et al., 2018). Οι αλληλεπιδράσεις μυαλού-σώματος ή εγκεφάλου-εντέρου έχουν προταθεί για τη θεραπεία/διαχείριση του IBS και κερδίζουν όλο και περισσότερο την προσοχή της έρευνας (Shen and Nahas, 2009). Η ύπνωση γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να προσφέρει ψυχολογικές στρατηγικές αντιμετώπισης για τα συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία βοηθώντας στην καταστολή των σκέψεων και των συμπεριφορών που αυξάνουν τα συμπτώματα του IBS (Shen and Nahas, 2009 & Ducrotte, 2007). Η μείωση του στρες μπορεί να μειώσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων IBS. Τεχνικές που μπορεί να είναι χρήσιμες περιλαμβάνουν:

- Τεχνικές χαλάρωσης, όπως, ο διαλογισμός
- Οι σωματικές δραστηριότητες, όπως η γιόγκα ή ταϊ τσι (Ducrotte, 2007).
- Τακτική άσκηση, όπως κολύμβηση, περπάτημα ή τρέξιμο (Johannesson, 2015)

2.6.4. Εναλλακτική ιατρική

Μια μετα-ανάλυση δεν βρήκε οφέλη από τον βελονισμό σε σχέση με το εικονικό φάρμακο για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων IBS ή την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με IBS (Manheimer et al., 2012).

2.6.4.1. Προβιοτικά

Τα προβιοτικά μπορεί να είναι επωφελή για τη θεραπεία του IBS· η λήψη 10 με 100 δισεκατομμύρια ευεργετικών βακτηρίων την ημέρα συνιστώνται για

ευεργετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε μεμονωμένα στελέχη ευεργετικών βακτηρίων για πιο εξειδικευμένες συστάσεις (Ford et al., 2018 & Nikfar et al., 2008). Τα προβιοτικά έχουν θετικά αποτελέσματα, όπως είναι η ενίσχυση του φραγμού του εντερικού βλεννογόνου, η παροχή φυσικού φραγμού, η παραγωγή βακτηριοσίνης (που οδηγεί σε μειωμένο αριθμό παθογόνων και αερίων που παράγουν βακτήρια), η μείωση της διαπερατότητας των εντέρων, η βακτηριακή μετατόπιση και η ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος τόσο τοπικά όσο και συστηματικά με ευεργετικά αποτελέσματα (Bixquert Jiménez, 2009). Τα προβιοτικά μπορεί επίσης να έχουν θετικές επιδράσεις στον άξονα του εντέρου και του εγκεφάλου με τα θετικά αποτελέσματά τους που αντισταθμίζουν τις επιδράσεις του στρες στη λειτουργία του εντέρου.

Οι περισσότερες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι τα προβιοτικά δεν βελτιώνουν την ένταση, την αίσθηση της ατελούς εκκένωσης, της συνέπειας των κοπράνων, της επείγουσας επίδρασης των κοπράνων ή της συχνότητας των κοπράνων, αν και μερικές κλινικές μελέτες έδειξαν κάποιο όφελος από τη προβιοτική θεραπεία. Τα στοιχεία είναι αντίθετα για το αν τα προβιοτικά βελτιώνουν τη συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής (Ortiz-Lucas et al., 2013). Τα προβιοτικά μπορούν να ασκήσουν τα ευεργετικά τους αποτελέσματα στα συμπτώματα της IBS μέσω της διατήρησης της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου, της ομαλοποίησης των επιπέδων κυτοκίνης στο αίμα, της βελτίωσης του χρόνου διέλευσης του εντέρου, της μείωσης της διαπερατότητας του λεπτού εντέρου και της αντιμετώπισης της βακτηριακής ζύμωσης των βακτηρίων του εντέρου (Ortiz-Lucas et al., 2013).

2.6.4.2. Θεραπείες με/από φυτικά προϊόντα

Το έλαιο από μέντα φαίνεται χρήσιμο (Wilkins et al., 2012). Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι τα αποτελέσματα του ελαίου μέντας ήταν τυχαία καθώς ο αριθμός των ατόμων που μελετήθηκαν ήταν μικρός και η θεραπεία που έλαβαν ήταν ασαφής (Ford et al., 2008). Σε αυτό το σημείο, είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε τη συσχέτιση του IBS και της κάνναβης. Κανναβινοειδείς υποδοχείς βρίσκονται σε όλο το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα και ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς βρίσκονται επίσης στο πεπτικό σύστημα, γεγονός που έχει οδηγήσει τους επιστήμονες να διερευνήσουν τρόπους χρήσης τους για να βοηθήσουν σε διάφορες νόσους

συμπεριλαμβανομένης και του IBS. Από τις λίγες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που υπάρχουν, μία θεωρία είναι ότι τα κανναβινοειδή στην ιατρική κάνναβη επηρεάζουν τους υποδοχείς ακετυλοχολίνης και οπιοειδών εκτός από τους υποδοχείς κάνναβης, παρέχοντας έτσι βελτίωση των συμπτωμάτων IBS. Άλλες μελέτες υποδεικνύουν ότι εκείνοι με IBS-D και εναλλασσόμενο IBS μπορούν να επωφεληθούν από τη dronabinol (ένας τύπος κανναβινοειδούς που χρησιμοποιείται συχνά με ασθενείς με καρκίνο) επειδή μειώνει τη διέγερση του εντέρου και αυξάνει τη συμμόρφωση του κόλον (Bolen, 2019).

2.7. Πρόγνωση

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή. Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής παραμένει παρόμοιο με εκείνο του γενικού πληθυσμού. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι προσεκτικοί με τους ασθενείς επειδή η γνώση της κατάστασης μπορεί να βοηθήσει στην εξάλειψη αδικαιολόγητων φόβων καθώς η ασθένεια τους πότε είναι σε έξαρση και πότε σε ύφεση. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) δεν αυξάνει τη θνησιμότητα ή τον κίνδυνο φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ή του καρκίνου. Οι ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου μπορεί να παρουσιάσουν αυξημένο κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης και αποβολής, αλλά όχι θνησιμότητας. Οι λόγοι γι' αυτό είναι άγνωστοι. Το εάν αυξάνεται ο κίνδυνος εξαιτίας του ίδιου του IBS ή λόγω άλλου παράγοντα όπως τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι επίσης άγνωστο (Khashan et al., 2012).

Οι κυριότερες σχετικές φυσικές νοσηρότητες του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου περιλαμβάνουν τον κοιλιακό πόνο και τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής που οφείλονται στις τροποποιημένες συνήθειες του εντέρου. Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένος επιπολασμός συναισθηματικής ανησυχίας και κατάθλιψης σε ασθενείς με IBS και αυτές συνδέονται με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα (Silvernale et al., 2019). Οι κλινικοί ασθενείς πρέπει επομένως να εξετάσουν ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ασθένειας σε αυτούς τους ασθενείς.

2.8. Πρόληψη

Όταν οι ασθενείς γνωρίζουν τα πράγματα που μπορούν να κάνουν τα συμπτώματα του IBS έντονα, μπορούν να τα αποφύγουν. Με αυτόν τον τρόπο, διατηρούν τα προβλήματα που παρουσιάζουν, όπως δυσκοιλιότητα, διάρροια, κοιλιακό άλγος και φούσκωμα στο ελάχιστο. Το IBS είναι διαφορετικό για όλους, αλλά η παρακολούθηση των ερεθισμάτων που πιθανών το προκαλούν μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς περιορίζοντάς τα (Khatri, 2017).

- **Διατροφικές συνήθειες:** Ορισμένα τρόφιμα μπορούν να επιδεινώσουν τη δυσκοιλιότητα που σχετίζεται με IBS, όπως:
 - Ψωμιά και δημητριακά
 - Μεταποιημένα τρόφιμα όπως τσιπς και μπισκότα
 - Καφές, ανθρακούχα ποτά και αλκοόλ
 - Δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες
 - Γαλακτοκομικά προϊόντα, ιδιαίτερα τυρί (Khatri, 2017)

- **Διαταραχές της δίαιτας για διάρροια:** Τα τρόφιμα που μπορούν να καταστήσουν τη διάρροια που σχετίζεται με IBS χειρότερη για ορισμένα άτομα περιλαμβάνουν:
 - Πάρα πολλές ίνες, ιδιαίτερα οι αδιάλυτες που προσλαμβάνονται από τη φλούδα των φρούτων και των λαχανικών
 - Τρόφιμα και ποτά με σοκολάτα, αλκοόλ, καφεΐνη, φρουκτόζη ή σορβιτόλη
 - Ανθρακούχα ποτά
 - Μεγάλα γεύματα
 - Τηγανητά και λιπαρά τρόφιμα
 - Τα γαλακτοκομικά προϊόντα, ειδικά σε άτομα που δεν μπορούν να αφομοιώσουν τη λακτόζη του σακχάρου γάλακτος, που ονομάζεται δυσανεξία στη λακτόζη
 - Τρόφιμα σε σχέση με το σιτάρι για άτομα που είναι αλλεργικά ή έχουν κακή αντίδραση στη γλουτένη (Khatri, 2017)

- **Τάσεις στρες και άγχους για IBS:** Το στρες και το άγχος μπορούν να χειροτερέψουν τα συμπτώματα IBS. Οι ανησυχίες μπορούν να προέρχονται από πολλές πηγές, όπως:
 - Εργασία
 - Η μετακίνηση
 - Προβλήματα στο σπίτι
 - Οικονομικά προβλήματα
 - Αίσθηση ότι τα πράγματα είναι εκτός ελέγχου (Khatri, 2017)

- **Φάρμακα που μπορούν να πυροδοτήσουν IBS:** Μερικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Τα άτομα με IBS μπορεί να έχουν πρόβλημα με:
 - Αντιβιοτικά
 - Ορισμένα αντικαταθλιπτικά
 - Ιατρικά σκευάσματα που περιέχουν σορβιτόλη, όπως το σιρόπι για το βήχα (Khatri, 2017)

2.9. Επιπλοκές

Το IBS όπως αναφέραμε προτύτερα δεν οδηγεί σε καρκίνο ή άλλες πιο σοβαρές παθήσεις του εντέρου. Ωστόσο σε αυτήν την ενότητα αναφέρονται μερικά από τις επιπλοκές στην υγεία που μπορεί να προκαλέσει (Khatri, 2019):

- **Αφυδάτωση:** Στις περιπτώσεις των ασθενών που έχουν τον υπότυπο IBS με σοβαρή διάρροια, το σώμα μπορεί να χάσει πάρα πολύ νερό με αποτέλεσμα την αφυδάτωση. Η αντιμετώπιση της αφυδάτωσης γίνεται πίνοντας άφθονο νερό ή χυμό φρούτων και αθλητικά ποτά (Khatri, 2019).

- **Απόφραξη εντέρου:** Αν υπάρχει ο υπότυπο του IBS που προκαλεί δυσκοιλιότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε τα κόπρανα μπορούν να

συσσωρευτούν και να προκαλέσουν απόφραξη στο παχύ έντερο. Μερικές φορές μπορεί να γίνει τόσο δύσκολο ώστε να μην μπορούν να απομακρυνθούν. Σε περίπτωση αυτής της επιπλοκής πρέπει ο ασθενής να επικοινωνήσει άμεσα με τον ιατρό του (Khatri, 2019).

- **Διατροφική δυσανεξία:** Ορισμένα τρόφιμα μπορούν να χειροτερέψουν τα συμπτώματα IBS τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Άλλοι άνθρωποι αισθάνονται καλύτερα όταν σταματούν από τη διατροφή τους το σιτάρι, τα γαλακτοκομικά, τον καφέ, τα αυγά, τη μαγιά, τις πατάτες και τα εσπεριδοειδή. Επίσης τροφές που περιέχουν λίπη και σάκχαρα μπορούν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα (Khatri, 2019).
- **Υποσιτισμός:** Η μείωση του αριθμού των τροφίμων μπορεί να ελαττώσει τα συμπτώματα. Αλλά το σώμα του ασθενούς μπορεί να μην προσλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Ένας διαιτολόγος μπορεί να βοηθήσει στο να δημιουργήσει μια προσωπική δίαιτα που να λειτουργεί στον κάθε ασθενή.
- **Αιμορροΐδες:** Τα διογκωμένα αιμοφόρα αγγεία γύρω από τον πρωκτό, μπορεί να πρηστούν και να αιμορραγούν. Πολύ σκληρά ή πολύ μαλακά κόπρανα μπορούν να χειροτερέψουν την κατάσταση (Khatri, 2019).
- **Προβλήματα της ουροδόχου κύστης:** Μερικοί άνθρωποι με IBS αντιμετωπίζουν συχνουρία τόσο κατά τη διάρκεια της μέρας όσο και της νύχτας.
- **Επιπλοκές της εγκυμοσύνης:** Οι αλλαγές των ορμονών και η φυσική πίεση του μωρού στα τοίχωμα του εντέρου μπορεί να προκαλέσει πεπτικά προβλήματα. Πολλές γυναίκες επιλέγουν επίσης να σταματήσουν οποιαδήποτε φάρμακα που παίρνουν για το IBS. Αυτό μπορεί να είναι καλύτερο για το μωρό. Αλλά μπορεί να κάνει τις μητέρες να είναι πιο πιθανό να έχουν συμπτώματα όπως καούρα και δυσπεψία (Khatri, 2019).

- **Ποιότητα ζωής:** Οι καούρες/Το αίσθημα καύσου, μπορούν να συμβούν χωρίς προειδοποίηση. Επίσης, μπορεί να υπάρχει εναλλαγή διάρροιας/ δυσκοιλιότητα ανά διαστήματα. Οπότε σε συνδυασμό με όλα τα άλλα συμπτώματα η ποιότητα ζωής θα επηρεαστεί (Khatri, 2019).
- **Κατάθλιψη και άγχος:** Είναι κοινό για τους ανθρώπους που έχουν IBS να αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους. Επειδή υπάρχει ένας δεσμός μεταξύ εγκεφάλου και εντέρου, το άγχος μπορεί να χειροτερέψει το IBS. Ο πόνος και τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με IBS μπορεί επίσης να επηρεάσει τη διάθεσή τους (Khatri, 2019).

Κεφάλαιο 3^ο : Νοσηλευτικές Διεργασίες

Το ICN ορίζει τη νοσηλευτική ως: «η νοσηλευτική περιλαμβάνει την αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, άρρωστων ή υγείων και σε όλα τα περιβάλλοντα. Περιλαμβάνει την προώθηση της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και τη φροντίδα των ασθενών, των ατόμων με αναπηρία και των ατόμων που πεθαίνουν. Η προάσπιση, η προώθηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία και η διαχείριση των ασθενών και των συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση είναι επίσης βασικοί ρόλοι νοσηλευτικής» (ICN, 2014).

Άλλος ο ορισμός αυτός της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών (ANA), ορίζουν την νοσηλευτική ως «προστασία, προώθηση και βελτιστοποίηση της υγείας και των ικανοτήτων, πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, ανακούφιση από τον πόνο μέσω της διάγνωσης και της θεραπείας της ανθρώπινης αντίδρασης και της υπεράσπισης των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων και των πληθυσμών» (ANA, 2015). Παρατηρώντας τους δυο αυτούς ορισμούς, υπάρχουν πολλές ομοιότητες, ειδικότερα όσον αφορά στην φροντίδα των ατόμων, που είναι και ο πυρήνας της έννοιας της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική είναι μια μεγάλη δύναμη και έχει ιδιαίτερα μεγάλη αξία για την κοινωνία.

Οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες δεξιότητες ακρόασης για να κατανοήσουν τα προβλήματα των ασθενών. Η κατανόηση είναι τεράστιας σημασίας στο πλαίσιο της θεραπευτικής επικοινωνίας, καθώς επιτρέπει στους νοσηλευτές να διερευνήσουν τα προβλήματα των ασθενών και να τα στηρίξουν αποτελεσματικά (Slevin, 1999). Για το σκοπό αυτό, οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν ενεργή ακρόαση για να επιτρέπουν στους ασθενείς να γνωρίζουν ότι τους ακούν και κατανοούν και συλλέγουν χρήσιμες πληροφορίες για την κατάστασή τους. Παρόλο που ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιεί τις δεξιότητες ακρόασης όταν επικοινωνούν με ασθενείς, λίγοι από αυτούς χρησιμοποιούν αυτές αποτελεσματικά (Haddad et al., 2019).

Όταν οι πάροχοι περίθαλψης χρησιμοποιούν ενεργή ακρόαση κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς τους, τους ενθαρρύνουν να

εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους, ενώ έχουν την ικανότητα να ελέγχουν τη συζήτηση και να συλλέγουν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την πάθησή τους (Breckman, 1993). Μέσα από όλα τα προηγούμενα χτίζεται η εμπιστοσύνη το οποίο αποτελεί το σημαντικότερο ζήτημα σε αυτή τη «σχέση». Η αυτοδιάθεση, επίσης, είναι απαραίτητη στο πλαίσιο της θεραπευτικής επικοινωνίας, καθώς βοηθά τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών. Οι άνθρωποι που εμπιστεύονται είναι ανοιχτοί, ειλικρινείς, αυθεντικοί, ζεστοί, φιλικοί, ελεύθεροι, ισχυροί, και ωριμάζουν προσωπικά και διαπροσωπικά (Miller, 1990).

Οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας πρέπει να αποκαλύπτουν τα συναισθήματά τους στους ασθενείς προκειμένου να οικοδομήσουν μια θεραπευτική σχέση μαζί τους. Η αυτοδιάθεση βοηθά τους ασθενείς να μειώσουν το άγχος τους και τις ψυχολογικές τους ανησυχίες (Arnold and Boggs, 2013). Εκτός από την φροντίδα, οι νοσηλευτές πρέπει να δημιουργήσουν μια φιλική σχέση με τους ασθενείς τους και να κερδίσουν την εμπιστοσύνη τους κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης παιχνιδιού ρόλων. Για το σκοπό αυτό, πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να μιλούν ελεύθερα, υποσχόμενοι ότι δεν θα «σπάσουν» την εμπιστευτικότητα τους. Μόλις το άτομο αποκτήσει εμπιστοσύνη, η ικανότητά του να επηρεάζει τους άλλους ενισχύεται σημαντικά (Heath and Bryant, 2000). Η εμπιστοσύνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις ανθρώπινες σχέσεις. Έτσι, οι νοσοκόμες πρέπει να τηρούν την υπόσχεσή τους και να διατηρούν μια καλή σχέση με τους ασθενείς τους. Διαφορετικά, η παραβίαση μιας υπόσχεσης είναι επιζήμια, καθώς θεωρούν τους νοσηλευτές ως τα καταλληλότερα άτομα για να τα βοηθήσουν.

Η ειλικρίνεια συνδέεται στενά με την εμπιστοσύνη και επηρεάζει την αξιοπιστία του παρόχου περίθαλψης, καθώς κάνει τον ασθενή να εμπιστεύεται το νοσηλευτή του (Slevin, 1999). Η ειλικρίνεια μπορεί να συμβάλει στη θεραπευτική επικοινωνία, καθώς βοηθά τους ασθενείς να ενημερώνονται για την κατάστασή τους και να αντιμετωπίζουν καλύτερα το πρόβλημά τους (Long, 1999). Επιπλέον, οι πληροφορίες μπορούν να μειώσουν το άγχος και να βελτιώσουν τη διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών. Σε μια κατάσταση ρόλων, ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει τι πρέπει να αναμένει από τον πάροχο περίθαλψης, προκειμένου να είναι πρόθυμος να συνεργαστεί μαζί του (Martin, 1993). Επομένως, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας να είναι ειλικρινείς κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασής τους με τους ασθενείς τους.

Ο σεβασμός βοηθά τους ασθενείς να σχηματίσουν μια καλή γνώμη για τους νοσηλευτές τους και να ανοίξουν την καρδιά τους. Η έννοια του σεβασμού έχει μια στενή σχέση με την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια και την κατανόηση και έχει μεγάλη σημασία στο πλαίσιο της θεραπευτικής επικοινωνίας (Slevin, 1999). Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα και τις στάσεις των ασθενών τους προκειμένου να δημιουργήσουν μια αποτελεσματική επικοινωνία με αυτούς (Kourkouta and Papathanasiou, 2014). Εκτός από τους παρόχους καλής φροντίδας, οι νοσοκόμες πρέπει να είναι καλοί σύμβουλοι στην αλληλεπίδρασή τους με τους ασθενείς τους. Πρέπει επίσης να είναι ειλικρινείς και φιλικοί, προκειμένου να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τους διαφορετικούς τύπους ασθενών και να διατηρούν το θεραπευτικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης ρόλων.

3.1. Διαχείριση συμπτωμάτων

3.1.1. Αλλαγή τρόπου ζωής και διατροφής

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για το IBS, η τρέχουσα θεραπεία επικεντρώνεται στη διαχείριση των συμπτωμάτων μέσω του τρόπου ζωής και των διαιτητικών τροποποιήσεων, καθώς και των φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών θεραπειών. Οι τροποποιήσεις του τρόπου ζωής, όπως η τακτική άσκηση και η μείωση του στρες, συχνά βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων IBS (Johannesson, 2015). Μια έρευνα σε 666 ασθενείς με IBS έδειξε ότι η διαιτητική τροποποίηση, η εκπαίδευση των ασθενών και η άσκηση ήταν οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται συχνότερα και οι ασθενείς αναμένουν το μεγαλύτερο όφελος από αυτές παρά από τα φάρμακα. Η σωματική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την κάθαρση του εντερικού μετεωρισμού (φουσκώματος) και μειώνει τη δυσκοιλιότητα (Johannesson et al., 2011). Η τακτική άσκηση μπορεί επίσης να μειώσει τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Rimer et al., 2012). Οι νοσηλευτές

μπορούν να κατευθύνουν τους ασθενείς σε προγράμματα άσκησης που ικανοποιούν τις ατομικές τους ανάγκες.

Επίσης, μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να προσδιορίσουν τους παράγοντες πίεσης/άγχους της ζωής τους, που μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα και να προτείνουν τρόπους να ενσωματώσουν στη ζωή τους τη σωματική άσκηση και άλλες τεχνικές μείωσης του στρες (όπως βαθιές αναπνοές, χαλάρωση, καθοδηγούμενη απεικόνιση, συμβουλευτική, γιόγκα και διαλογισμό). Οι νοσηλευτές μπορούν να διδάξουν στους ασθενείς ότι πιστεύεται πως το άγχος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και επιδείνωση του IBS (Chang, 2011), παρέχοντας παράλληλα τη διαβεβαίωση ότι απλές ασκήσεις χαλάρωσης μπορούν να βοηθήσουν και να ελέγξουν τη συχνότητα ή τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους.

Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν επιδείνωση των συμπτωμάτων με τρόφιμα, όπως, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα δημητριακά, τα τρόφιμα που περιέχουν καφεΐνη, το αλκοόλ και τα τεχνητά γλυκαντικά (Heizer et al., 2009). Έχει επίσης προταθεί ότι οι κακά απορροφημένοι υδατάνθρακες ή ζυμώσιμοι ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, οι μονοσακχαρίτες και οι πολυόλες (FODMAP), οι οποίες περιλαμβάνουν το σιτάρι, τη σίκαλη, τα φρούτα, τα όσπρια, τα κρεμμύδια, το σκόρδο και το μέλι μπορούν επίσης να προκαλέσουν συμπτώματα. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι μια χαμηλή διατροφή σε FODMAP βελτίωσε τα συμπτώματα και στις τρεις μορφές ευερέθιστου εντέρου και ότι η επαναφορά της φρουκτόζης επιδείνωσε τα συμπτώματα (Shepherd et al., 2008).

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι ορισμένοι ασθενείς με IBS για τους οποίους έχει αποκλειστεί η κοιλιοκάκη μπορούν να ωφεληθούν, ωστόσο, από διατροφή χωρίς γλουτένη. Παρόλο που ορισμένοι κλινικοί γιατροί προτείνουν την αύξηση των διαιτητικών ινών, η πρακτική αυτή μπορεί να έχει μικτά αποτελέσματα. Ενώ οι διαιτητικές ίνες μπορούν να μειώσουν το χρόνο διέλευσης της ΓΟ και να προσθέσουν όγκο στα κόπρανα, ανακουφίζοντας έτσι τη δυσκοιλιότητα σε μερικούς ασθενείς με IBS-C, μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε κοιλιακή διάταση, φούσκωμα και μετεωρισμό, περιορίζοντας έτσι το θετικό αποτέλεσμα (American College of Gastroenterology, 2008).

Οι κλινικοί σύμβουλοι συχνά συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να κρατούν ένα ημερολόγιο με τα καθημερινά τους γεύματα και ένα ημερολόγιο κοπράνων - σημειώνοντας το χρόνο, το περιεχόμενο και την ποσότητα κάθε γεύματος και των

σνακ μαζί με τα συμπτώματα, με βαθμό σοβαρότητας σε κλίμακα 1 (για ήπιες) έως 10 (για τις πιο σοβαρές), τη συχνότητα και τη συνέπεια των κοπράνων, καθώς και οποιουδήποτε άλλο πόνο, τραύματος, επείγουσας ανάγκης ή ελλιπούς εκκένωσης και τους δυνητικούς συνεισφέροντες παράγοντες (όπως η διάθεση ή το άγχος), έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να εντοπίζουν τα τρόφιμα που πρέπει να αποκλείουν από τη διατροφή τους καθώς και άλλους όχι τόσο εμφανείς παράγοντες. Οι νοσηλευτές μπορούν να συνεργαστούν με ή να παραπέμπουν τους ασθενείς σε έναν διαιτολόγο, ο οποίος μπορεί να προσφέρει εξατομικευμένη καθοδήγηση σχετικά με τις διαιτητικές τροποποιήσεις (American College of Gastroenterology, 2008).

3.1.2. Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα είναι συχνή, στο IBS. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πρόσληψη διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες. Επίσης, η χρήση φαρμάκων, ειδικά των οπιοειδών αναλγητικών, και η υπερβολική χρήση καθαρτικών, μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα. Παρόλο που είναι κοινό σύμπτωμα, μπορεί επίσης να αποτελεί ένα περίπλοκο πρόβλημα.

Πίνακας 3.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη δυσκοιλιότητα

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
Ενθάρρυνση του ασθενούς πρόσληψης υγρών 2000 έως 3000 ml / ημέρα, εάν δεν αντενδείκνυται ιατρικά.	Απαιτούνται αρκετά υγρά για να διατηρείται μαλακή η μάζα των κοπράνων. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς (π.χ. οι ηλικιωμένοι) που έχουν καρδιαγγειακούς περιορισμούς απαιτούν λιγότερη πρόσληψη υγρών.
Πρόταση στον ασθενή να προσλαμβάνει τουλάχιστον 20 γραμμάρια διαιτητικών ινών (π.χ. ωμά φρούτα, φρέσκα λαχανικά, ολόκληρα δημητριακά) ανά ημέρα.	Οι φυτικές ίνες προσθέτουν υγρασία στα κόπρανα καθιστώντας ευκολότερη την εκκένωση επειδή διέρχονται από το έντερο ουσιαστικά αμετάβλητες.
Προτροπή του ασθενή για κάποια σωματική δραστηριότητα και άσκηση. Επικέντρωση σε ασκήσεις κοιλιακής και γλουτιαίας περιοχής.	Η κίνηση προάγει την περισταλτικότητα. Οι κοιλιακές ασκήσεις ενισχύουν τους κοιλιακούς μυς που διευκολύνουν την αφόδευση.
Εξάλειψη της απόφραξης.	Τα κόπρανα που παραμένουν στο ορθό για μεγάλες περιόδους γίνονται ξηρά και σκληρά. Οι συχνές εκκενώσεις είτε με αλλαγή διατροφής είτε φαρμακολογικά θα βοηθήσουν στην ομαλότερη λειτουργία του εντέρου.
Ελαχιστοποίηση της δυσφορίας του ορθού:	

Ζεστό μπάνιο.	Η ζεστή θερμοκρασία του νερού χαλαρώνει τους μυς πριν από τις προσπάθειες αφόδευσης.
Για ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα:	
Κοιλιακό μασάζ (Saad, 2011).	Το κοιλιακό μασάζ είναι γνωστό ότι είναι χρήσιμο για τη νευρογενή διαταραχή του εντέρου.
Συζήτηση με έναν διαιτολόγο για τις πηγές διαιτητικών ινών (Eswaran et al., 2011 & (McKenzie et al., 2016).	Ένα άτομο με επαρκείς γνώσεις σχετικά με το θέμα θα συστήσει πηγές ινών σύμφωνα με τις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς. Ένας ασθενής που δεν είναι συνηθισμένος σε μια διατροφή υψηλή σε περιεκτικότητα φυτικών ινών μπορεί να εμφανίσει κοιλιακή, δυσφορία και μετεωρισμό.
Επεξήγηση στο ασθενή των παρακάτω:	
Μια ισορροπημένη διατροφή που να περιλαμβάνει επαρκείς ίνες, φρέσκα φρούτα, λαχανικά και σπόρους (Chey, 2016 & Eswaran et al., 2013).	Προτείνεται 20 γραμμάρια ινών την ημέρα.
Επαρκής πρόσληψη υγρών.	Η αυξημένη ενυδάτωση προάγει μια μαλακότερη μάζα κοπράνων.
Μια τακτική περίοδος για την εκκένωση και επαρκή χρόνο για την απομάκρυνση	Η επιτυχής εκπαίδευση του εντέρου βασίζεται εν μέρει σε ρουτίνα.
Άσκηση και δραστηριότητα.	Η άσκηση ενισχύει τους κοιλιακούς μυς και διεγείρει την περισταλτικές κινήσεις του εντέρου.
Προστασία προσωπικών δεδομένων.	Η ιδιωτικότητα επιτρέπει στον ασθενή να χαλαρώσει, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της αφόδευσης.

3.1.3. Διάρροια

Η διάρροια είναι η αύξηση της συχνότητας των κινήσεων του εντέρου, καθώς και η περιεκτικότητα σε νερό και ο όγκος των αποβλήτων. Η διάρροια μπορεί να είναι ένα οξύ ή χρόνια πρόβλημα. Τα προβλήματα που σχετίζονται με τη διάρροια περιλαμβάνουν ανισορροπίες υγρών και ηλεκτρολυτών, διαταραχή της διατροφής και αλλοιωμένη ακεραιότητα του δέρματος. Οι νοσηλευτές και τα μέλη της ομάδας υγείας πρέπει να λάβουν προφυλάξεις για να αποτρέψουν αυτό την ενοχλητική εκδήλωση του IBS.

Πίνακας 3.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρροια

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
Καθημερινή ζύγιση και σημείωση του βάρους του ασθενούς.	Ένα ακριβές ημερήσιο βάρος είναι ένας σημαντικός δείκτης της ισορροπίας υγρών στο

	σώμα.
Διατήρηση ημερολογίου που να περιλαμβάνει: συνήθειες του εντέρου: τη συνοχή, την ποσότητα και τη συχνότητα των κοπράνων, τον τύπο, την ποσότητα και το χρόνο κατανάλωσης τροφής, την πρόσληψη υγρών, την σωματική άσκηση, τα φάρμακα κ.α.	Η αξιολόγηση του ημερολογίου εκκένωσης θα βοηθήσει στην άμεση θεραπεία. Θα εντοπιστούν οι τροφές που επηρεάζουν τόσο αρνητικά όσο και θετικά μεμονωμένα τον κάθε ασθενή και θα χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση του προβλήματος (Bleser, 2011).
Αντιδιαρροϊκή αγωγή μόνο όταν χρειάζεται.	Τα περισσότερα αντιδιαρροϊκά φάρμακα καταστέλλουν τη γαστρεντερική κινητικότητα, επιτρέποντας έτσι μεγαλύτερη απορρόφηση υγρών. Συμπληρώματα ωφέλιμων βακτηρίων («προβιοτικά») ή γιαούρτι μπορεί να μειώσουν τα συμπτώματα με την αποκατάσταση της φυσιολογικής χλωρίδας στο έντερο.
Αύξηση διαιτητικών ινών (Eswaran et al., 2011 & Mullin et al., 2014).	Οι παράγοντες διογκώσεως και οι διαιτητικές ίνες απορροφούν υγρό από τα κόπρανα και βοηθούν στην αύξηση της πυκνότητάς τους.
Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τα διαιτητικά μέτρα για τον έλεγχο της διάρροιας:	
<ul style="list-style-type: none"> · Αποφυγή πικάντικων και λιπαρών τροφών, του αλκοόλ και της καφεΐνης · Μαγείρεμα, ψήσιμο ή βράσιμο των τροφίμων, αποφυγή του τηγανίσματος · Αποφυγή τροφών που είναι δυσάρεστες/βλαβερές. 	Αυτές οι διατροφικές αλλαγές μπορούν να επιβραδύνουν τη διέλευση των κοπράνων μέσω του παχέος εντέρου και να μειώσουν ή να εξαλείψουν τη διάρροια.
Συζήτηση για τη σημασία της αντικατάστασης υγρών κατά τα διαρροϊκά επεισόδια.	Η λήψη υγρών είναι απαραίτητη για την αποφυγή της αφυδάτωσης.
Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα αντιμετώπισης απρόβλεπτων επεισοδίων διάρροιας.	Η διαρροϊκή μορφή του IBS μπορεί να είναι μια μεγάλη πηγή αμηχανίας και μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση και αίσθημα αδυναμίας.

3.1.4. Κοιλιακός πόνος και δυσφορία

Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να είναι το μεγαλύτερο ζήτημα στο IBS που πρέπει να επιλυθεί για το στρες που δημιουργεί. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος, η παθοφυσιολογία του οποίου διαφέρει από άτομο σε άτομο. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- **Αξιολόγηση του πόνου:** Πρέπει να υπάρχει μια λεπτομερής βάση ώστε να γνωρίζει ο νοσηλευτής όχι μόνο πως να τον αντιμετωπίσει κατάλληλα, αλλά και να γνωρίζει αν έχει αλλάξει κάτι.
- **Έλεγχος πόνου:** επανατοποθέτηση, θερμότητα/κρύο, φάρμακα (μυοχαλαρωτικά, αναλγητικά) και ούτω καθεξής (όλα κλινικά κατάλληλα)

- Αξιολόγηση **κινήσεων του εντέρου** (χρώμα, συνέπεια, συχνότητα, ποσότητα): Αυτό θα βοηθήσει τον πάροχο να κάνει σημαντικές κλινικές αποφάσεις. Είναι σημαντικό να αναφέρονται με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά και η συχνότητα των κινήσεων του εντέρου ώστε να βοηθήσουν παρακάτω σε σημαντική λήψη αποφάσεων. Αυτό εξασφαλίζει επίσης ακριβή καταγραφή εισόδου και εξόδου.
- **Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης**, μπορεί να απαιτούν ενδοφλέβια υγρά. Οι ασθενείς με κοιλιακό άλγος μπορεί να έχουν μειωμένη όρεξη ή να μην θέλουν να καταναλώσουν υγρά. Η εκτίμηση και κατάλληλη ισορροπία υγρών, μπορεί να απαιτεί την ενημέρωση του παρόχου για μειωμένη λήψη από το στόμα και ανάγκη για ενδοφλέβια υγρά για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών.
- **Διευκόλυνση της φυσιολογικής λειτουργία του εντέρου**: Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα με τη γαστρεντερική οδό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν προληπτικά θέματα όπως η ναυτία, ο έμετος, η δυσκοιλιότητα και η διάρροια, όπως αρμόζει κλινικά. Αυτό μπορεί να μειώσει την αίσθηση του πόνου.
- **Αξιολόγηση της κοιλιακής διάτασης**: Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν κοιλιακή διάταση ως μέρος της υποκείμενης ασθένειας.

3.1.5. Φούσκωμα/Μετεωρισμός

Αυτό το σύμπτωμα IBS είναι, δυστυχώς, ένα πολύ υποκειμενικό παράπονο μεταξύ των ασθενών και παραμένει εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Η πλειοψηφία των φαρμάκων που σχεδιάστηκαν για αυτή την ένδειξη δεν ήταν χρήσιμα. Οι θεραπείες για το IBS, όπως η συμπλήρωση διαιτητικών ινών, μπορεί στην πραγματικότητα να επιδεινώσουν την αίσθηση του φουσκώματος προς τον μεταβολισμό του παχέος εντέρου των μη αφομοιώσιμων ινών, πρέπει να ληφθεί μέριμνα για τη συνταγογράφηση ινών σε ασθενείς με σημαντικό πρόβλημα φουσκώματος (Talley, 2003). Τα μη απορροφήσιμα σάκχαρα όπως η λακτουλόζη που χρησιμοποιούνται ενδεχομένως για τους ασθενείς που πάσχουν από δυσκοιλιότητα μπορούν να επιδεινώσουν την κοιλιακή διάταση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να

καθοδηγήσει τον ασθενή ώστε να προσέχει τα τρόφιμα που προκαλούν μετεωρισμό (δηλαδή τα φασόλια, τα ανθρακούχα ποτά κλπ.).

3.1.6. Διάφορες στρατηγικές θεραπείας

Έχουν επιχειρηθεί πολυάριθμες διαφορετικές θεραπείες σε ασθενείς με IBS. Μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση είναι η χρήση αντιβιοτικών μετά από αξιολόγηση για βακτηριακή υπερανάπτυξη του λεπτού εντέρου. Με τη χρήση της δοκιμής αναπνοής υδρογόνου λακτουλόζης σε 202 ασθενείς με IBS, οι Pimentel και συν. (2000) διαπίστωσαν ότι οι 157 ή το 75% είχαν μη φυσιολογικά αποτελέσματα που σηματοδότησαν βακτηριακή υπερανάπτυξη. Όλοι οι ασθενείς με διάγνωση βακτηριακής υπερανάπτυξης έλαβαν αντιβιοτικά ευρέου φάσματος. Δυστυχώς, μόνο 47 ασθενείς επέστρεψαν για μια επακόλουθη δοκιμασία αναπνοής για να τεκμηριώσουν την εκρίζωση της βακτηριακής υπερανάπτυξης του λεπτού εντέρου.

Ωστόσο, η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με επιτυχή εξάλειψη είχαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στον κοιλιακό πόνο και τη διάρροια. Οι Pimentel και συν. (2003) δημοσίευσαν στη συνέχεια μια διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή τεκμηριώνοντας ότι η εξομάλυνση της δοκιμής αναπνοής λακτουλόζης με αντιβιοτικά σε ασθενείς με IBS οδήγησε σε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων IBS. Στις μελέτες TARGET 1 και TARGET 2 οι ασθενείς με IBS προσδιορίστηκαν τυχαία να λάβουν είτε ριφαξιμίνη 550 mg τρεις φορές την ημέρα ή ένα εικονικό φάρμακο για 2 εβδομάδες.

Οι ασθενείς που έλαβαν ριφαξιμίνη είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ανακούφιση των συμπτωμάτων του IBS από εκείνους που έλαβαν το εικονικό φάρμακο (Pimentel et al., 2011). Αυτές ήταν μεγάλες μελέτες στις οποίες συμμετείχαν πάνω από 1200 ασθενείς με ποσοστό άνω του 70% να ολοκληρώσουν τη μελέτη παρακολουθώντας τους ασθενείς για 12 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Όπως και οι περισσότερες μελέτες IBS, υπάρχει προβλέψιμη ανταπόκριση στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να προταθεί η δοκιμή αναπνοής για βακτηριακή υπερανάπτυξη του εντέρου σε όλους τους ασθενείς με IBS, καθώς η βέλτιστη δοκιμασία είναι ασαφής. Επίσης, δεν είναι ξεκάθαρο γιατί τα αντιβιοτικά είναι αποτελεσματικά - αντιμετωπίζουν την βακτηριακή υπερανάπτυξη

του λεπτού εντέρου ή μεταβάλλουν τη χλωρίδα του παχέος εντέρου; Το όφελος από τη θεραπεία φαίνεται να είναι παροδικό. Επομένως, η συνήθης χρήση αντιβιοτικών σε όλους τους ασθενείς με IBS δεν συνιστάται.

Οι αλλαγές στη φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου έχουν προταθεί ως παράγοντες στην παθοφυσιολογία του IBS, ενώ, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι το μη-συστημικό αντιβιοτικό «ριφαξιμίνη» μπορεί να αποτελέσει μια πιθανή θεραπεία για το φούσκωμα και μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα του μετεωρισμού σε ένα μεγάλο εύρος ασθενών με IBS παγκοσμίως (Pimentel et al., 2011 & Sharara et al., 2006). Το φάρμακο αυτό είναι σήμερα εγκεκριμένο από τον FDA για τη θεραπεία της διάρροιας και βρίσκεται υπό αναθεώρηση του FDA για τη χρήση της και σε ασθενείς με IBS. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη ριφαξιμίνη είναι ο πονοκέφαλος, η λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, ο κοιλιακός πόνος, η ναυτία και η διάρροια (Pimentel et al., 2011).

Ωστόσο, είναι λογικό να δοκιμαστεί θεραπεία 2 εβδομάδων με τη ριφαξιμίνη σε ασθενείς με IBS χωρίς δυσκοιλιότητα και με μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα, ειδικά φούσκωμα, που απέτυχαν άλλες θεραπείες. Στις προηγούμενες μελέτες, δεν υπήρξαν σημαντικές παρενέργειες της ριφαξιμίνης σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, αλλά σήμερα το κόστος της μπορεί να είναι ένας απαγορευτικός παράγοντας. Η μακροπρόθεσμη ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα σε επαναλαμβανόμενες θεραπευτικές αγωγές και η πιθανότητα ανθεκτικότητας στα αντιβιοτικά απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής IBS σε ασθενείς για τους οποίους άλλες θεραπείες απέτυχαν να παρέχουν ανακούφιση (Dekel et al., 2013). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA) και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του κοιλιακού πόνου σε IBS, με οφέλη που πιθανόν να απορρέουν από τη ρύθμιση τόσο των κεντρικών όσο και των περιφερικών μηχανισμών του νευρικού συστήματος. Οι TCA αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορνεφρίνης.

Μελέτες υποδεικνύουν ότι τα TCAs, συμπεριλαμβανομένης της δεσιπραμίνης (Norpramin), της doxerpin (Silenor και άλλων) και της αμιτριπυλίνης, είναι πιο αποτελεσματικά από το εικονικό φάρμακο για τη μείωση του κοιλιακού άλγους και την ανακούφιση των συμπτωμάτων IBS σε παγκόσμιο επίπεδο (Bahar et al., 2008 & Ford et al., 2008). Κάποια TCAs, βρέθηκαν χρήσιμα στη θεραπεία ασθενών με

διάρροια. Οι δοσολογίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του IBS (10 έως 150 mg ημερησίως) είναι γενικά χαμηλότερες από εκείνες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία διαταραχών της διάθεσης. Εντούτοις, πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των TCAs, συμπεριλαμβάνουν τη δυσκοιλιότητα, την ξηροστομία και την κατακράτηση ούρων, οι οποίες μπορεί να περιορίσουν τη θεραπευτική τους χρήση σε αυτό το πλαίσιο (Bahar et al., 2008 & Ford et al., 2008).

Τα δεδομένα αποτελεσματικότητας για τους SSRIs, οι οποίοι περιλαμβάνουν την φλουοξετίνη (Prozac και άλλα), την παροξετίνη (Paxil, Rexeva) και τη σιταλοπράμη (Celexa), την παροξετίνη (Paxil, Rexeva) και τη σιταλοπράμη (Celexa) είναι πιο περιορισμένα και αναμειγνύονται για να αποδείξουν το όφελος στο IBS. Επειδή οι SSRI τείνουν να διεγείρουν την κινητικότητα του εντέρου, μπορεί να είναι πιο χρήσιμοι σε ασθενείς με IBS-C (Vahedi et al., 2005). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των SSRI περιλαμβάνουν διάρροια, ναυτία και κράμπες. Τα παγκόσμια συμπτώματα του IBS είναι πιο πιθανό να βελτιωθούν με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, αν και υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια και την ανεκτικότητα τους σε αυτό το πλαίσιο θεραπείας (Vahedi et al., 2005).

3.1.7. Τεχνικές ψυχολογικής αντιμετώπισης

Οι ψυχολογικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), της ψυχοθεραπείας και της υπνοθεραπείας, χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για τη διαχείριση του IBS και έχουν βρεθεί ότι είναι επωφελείς για τη μείωση των παγκόσμιων συμπτωμάτων. Η CBT στοχεύει να τροποποιήσει τη γνωστική πτυχή των συναισθηματικών ή των ψυχολογικών καταστάσεων και να συνδέσει τις φυσιολογικές αντιδράσεις που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Π.χ. Σύμφωνα με την επεξεργασία και ανάλυση συνεντεύξεων ασθενών που πάσχουν από Σ.Ε.Ε. το άγχος στην εργασία εμφανίζεται σαν παράγοντας που επιδεινώνει τα συμπτώματα των ασθενών (Zia et al., 2016 & Zijdenbos et al., 2009).

Αν η CBT μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις σκέψεις, τα γεγονότα ή τις συμπεριφορές που προκαλούν τα συμπτώματα του άγχους και να ανταποκριθούν διαφορετικά σε αυτό, μπορεί να βοηθήσει και να ανακουφίσει και τα συμπτώματα του Σ.Ε.Ε. (Lackner et al., 2004). Συνήθως, οι συνεδρίες της CBT

γίνονται εβδομαδιαίως σε ομάδα ή σε μεμονωμένη μορφή από εκπαιδευμένο θεραπευτή. Ο αριθμός των συνεδριών και οι στρατηγικές CBT που χρησιμοποιούνται (γνωσιακή παραμόρφωση, εναλλακτικές σκέψεις ή κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων, για παράδειγμα) μπορεί να ποικίλλουν με βάση την ατομική αξιολόγηση.

Σε μία μελέτη, σημαντικό ποσοστό ασθενών με IBS είχε θετική ανταπόκριση στην CBT εντός τεσσάρων εβδομάδων από την αρχή της θεραπείας (Lackner et al., 2010). Μια άλλη μελέτη κατέδειξε ότι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης συνδυάζοντας την εκπαίδευση, τη διαίτα, τη χαλάρωση και τις στρατηγικές γνωστικής συμπεριφοράς που παρέχονται από τους ψυχιατρικούς ΝΡ, κυρίως μέσω τηλεφώνου, ήταν αποτελεσματική για τη μείωση των συμπτωμάτων του Σ.Ε.Ε., ιδιαίτερα του κοιλιακού άλγους ή της δυσφορίας και του εντερικού μετεωρισμού και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Jarrett et al., 2009 & DiBonaventura et al., 2011).

3.2. Νοσηλευτές και θεραπευτική πρακτική

Οι νοσηλευτές μπορούν να προωθήσουν την έγκαιρη εξέταση του IBS ως πιθανή διάγνωση και να βελτιώσουν την εκπαίδευση, την υποστήριξη και την επικοινωνία των ασθενών με τους εξής τρόπους (Halland and Saito, 2015):

- Να γνωρίζουν τα ποσοστά επικράτησης IBS, καθώς και το φύλο και την ηλικία IBS.
- Να γνωρίζουν για τις διαταραχές που μπορούν να μιμούνται σημεία και συμπτώματα του IBS ώστε να μπορούν να τις αποκλείσουν.
- Να αναθεωρούν τις κατευθυντήριες γραμμές, σημειώνοντας ποιες δοκιμές και επεμβατικές διαδικασίες μπορούν να αποφευχθούν.
- Να είναι ενήμεροι για την πρόοδο της έρευνας σχετικά με την αιτιολογία του IBS και τη διαίτιση των συμπτωμάτων.
- Να κατανοούν την υψηλή συχνότητα των συννοσηρότερων ψυχολογικών διαταραχών και των πιθανών πιέσεων σε ασθενείς με IBS.

- Ως μέρος της εκτίμησης του ασθενούς, να συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές της διατροφής και της φαρμακευτικής αγωγής, τους παράγοντες άγχους και τα δίκτυα υποστήριξης.

Παρόλο που η IBS είναι μια συχνή, πολυπαραγοντική, διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στην κοινωνία· ωστόσο με τα άλματα προόδου που έχουν σημειωθεί στον τομέα της ιατρικής, οι νέες θεραπευτικές επιλογές δείχνουν πολλά υποσχόμενες. Οι συνεχιζόμενες προσπάθειες για την κατανόηση των πολλών συμπτωμάτων του IBS προωθούν μια ολοκληρωμένη, εξατομικευμένη προσέγγιση στην περίθαλψη των ασθενών, η οποία θα αναγνωρίζει την ατομικότητα κάθε προσβεβλημένου ασθενούς.

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη συνεργατική διαδικασία της περίθαλψης των ασθενών και μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων τόσο στον κλινικό όσο και στον ερευνητικό τομέα. Μια τέτοια καινοτομία, όταν προσαρμόζεται στις ποικίλες ανάγκες των ασθενών με IBS, μπορεί να παράγει θεραπευτικά οφέλη και να φέρει συμπτωματική ανακούφιση σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών (Deechakawan et al., 2014).

Συμπεράσματα

Το IBS είναι μία χρόνια πολυπαραγοντική διαταραχή με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Το IBS είναι συχνά μη διαγνωσμένο, ανεπεξέργαστο ή υποχαρακτηρισμένο. Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση, τη φροντίδα και τη διαχείριση ασθενών με IBS. Οι πάροχοι πρέπει να αναλύσουν προσεκτικά τα συμπτώματα κάθε ασθενούς, να διαγνώσουν και να κατηγοριοποιήσουν το IBS χρησιμοποιώντας επικυρωμένα κριτήρια που βασίζονται στα συμπτώματα και να αναπτύξουν προσαρμοσμένα σχέδια διαχείρισης που εξετάζουν τις διαθέσιμες θεραπείες υπό το πρίσμα των συμπτωμάτων, των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων, των πιθανών οφελών έναντι των κινδύνων και των παραγόντων που σχετίζονται με τον ασθενή, προσκόλληση).

Οι στόχοι της θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν την επίτευξη σωστής διάγνωσης πριν την έναρξη της θεραπείας, την παροχή ασφάλειας στους ασθενείς σχετικά με την εγκυρότητα των συμπτωμάτων τους, την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη διαταραχή και τις επιλογές θεραπείας, την ανακούφιση ατομικών και παγκόσμιων συμπτωμάτων, τη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής, θεραπεία και τη μείωση των οικονομικών επιπτώσεων της IBS στην κοινωνία. Αν και οι φαρμακολογικές θεραπείες για το IBS είναι περιορισμένες, οι νεότερες θεραπείες θεωρούνται καταλληλότερες για την στοχευμένη αντιμετώπιση των διαφόρων υπότυπων του IBS.

Ολοκληρώνοντας θα τονίζαμε πως η υγιής σχέση μεταξύ ασθενούς και παροχέα είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν θεραπεύονται ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όπως το IBS. Μια αποτελεσματική σχέση ασθενούς-νοσηλευτή συχνά μπορεί να παράγει θεραπευτικά αποτελέσματα ανεξάρτητα από τη συνιστώμενη θεραπεία. Οι νοσηλευτές ασχολούνται ολοένα και περισσότερο με τη διαχείριση των ασθενών με IBS και συχνά λειτουργούν ως ο κύριος πάροχος του ασθενούς. Στο περιβάλλον της σημερινής περίθαλψης, όπου οι γιατροί συχνά στερούνται τον χρόνο και τους πόρους για να ελέγξουν πλήρως τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών με σύνθετες διαταραχές που απειλούν τη ζωή, όπως η IBS, οι νοσηλευτές μπορεί να είναι οι πλέον κατάλληλοι για να γεμίσουν αυτό το κενό και να δημιουργήσουν εμπιστοσύνη στις συνεχιζόμενες συνεργασίες στη διαχείριση ασθενών με IBS.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

American College of Gastroenterology (2008). An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 104(S1), pp.S1-S35.

ANA (2015). *What is Nursing & What do nurses do? | ANA Enterprise*. [online] ANA. Available at: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/> [Accessed 1 Aug. 2019].

Arnold, E. and Boggs, K. (2013). *Interpersonal relationships*. 6th ed. Saunders.

Bahar, R., Collins, B., Steinmetz, B. and Ament, M. (2008). Double-blind Placebo-Controlled Trial of Amitriptyline for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome in Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 152(5), pp.685-689.

Beatty, J. (2014). Post-infectious irritable bowel syndrome: Mechanistic insights into chronic disturbances following enteric infection. *World Journal of Gastroenterology*, 20(14), p.3976.

Bijkerk, C., de Wit, N., Muris, J., Whorwell, P., Knottnerus, J. and Hoes, A. (2009). Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 339(aug27 2), pp.b3154-b3154.

Bijkerk, C., Muris, J., Knottnerus, J., Hoes, A. and De Wit, N. (2004). Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 19(3), pp.245-251.

Bixquert Jiménez, M. (2009). Treatment of irritable bowel syndrome with probiotics: An etiopathogenic approach at last?. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(8).

- Bleser, S. (2011). Alosetron for severe diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: improving patient outcomes. *Current Medical Research and Opinion*, 27(3), pp.503-512.
- Bolen, B. (2019). *The Usefulness of Medical Marijuana to Ease IBS Symptoms*. [online] Verywell Health. Available at: <https://www.verywellhealth.com/medical-marijuana-for-ibs-4115436> [Accessed 9 Jul. 2019].
- Breckman, B. (1993). Effective interaction with patients A Faulkner Effective interaction with patients Churchill Livingstone. *Nursing Standard*, 7(24), pp.41-42.
- Chang, L. (2011). The Role of Stress on Physiologic Responses and Clinical Symptoms in Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 140(3), pp.761-765.e5.
- Chey, W. (2016). Food: The Main Course to Wellness and Illness in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 111(3), pp.366-371.
- Chey, W., Kurlander, J. and Eswaran, S. (2015). Irritable Bowel Syndrome. *JAMA*, 313(9), p.949.
- Clarke, G., Stilling, R., Kennedy, P., Stanton, C., Cryan, J. and Dinan, T. (2014). Minireview: Gut Microbiota: The Neglected Endocrine Organ. *Molecular Endocrinology*, 28(8), pp.1221-1238.
- Collins, S. (2014). A role for the gut microbiota in IBS. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 11(8), pp.497-505.
- Corsetti, M. and Whorwell, P. (2015). Managing irritable bowel syndrome in primary care. *Practitioner*, 259, pp.21-24.
- Cremon, C., Carini, G., De Giorgio, R., Stanghellini, V., Corinaldesi, R. and Barbara, G. (2010). Intestinal dysbiosis in irritable bowel syndrome: etiological factor or epiphenomenon?. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, 10(4), pp.389-393.
- Deechakawan, W., Heitkemper, M., Cain, K., Burr, R. and Jarrett, M. (2014). Anxiety, Depression, and Catecholamine Levels After Self-Management Intervention in Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Nursing*, 37(1), pp.24-32.

- Dekel, R., Drossman, D. and Sperber, A. (2013). The use of psychotropic drugs in irritable bowel syndrome. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 22(3), pp.329-339.
- DiBonaventura, M., Sun, S., Bolge, S., Wagner, J. and Mody, R. (2011). Health-related quality of life, work productivity and health care resource use associated with constipation predominant irritable bowel syndrome. *Current Medical Research and Opinion*, 27(11), pp.2213-2222.
- Drake, R., Vogl, W., Mitchell, A. and Gray, H. (2005). *Gray's anatomy for students*. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone.
- Drossman, D., Chey, W., Johanson, J., Fass, R., Scott, C., Panas, R. and Ueno, R. (2009). Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome - results of two randomized, placebo-controlled studies. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 29(3), pp.329-341.
- Ducrotté, P. (2007). Syndrome de l'intestin irritable: options thérapeutiques actuelles. *La Presse Médicale*, 36(11), pp.1619-1626.
- Emedicine.medscape.com (2013). *Large Intestine Anatomy: Gross Anatomy, Histology, Natural Variants*. [online] Emedicine.medscape.com. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/1948929-overview> [Accessed 31 Jul. 2019].
- Emmanuel, A. and Quigley, E. (2013). *Irritable bowel syndrome*. New York: Wiley.
- Eswaran, S., Muir, J. and Chey, W. (2013). Fiber and Functional Gastrointestinal Disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 108(5), pp.718-727.
- Eswaran, S., Tack, J. and Chey, W. (2011). Food: The Forgotten Factor in the Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(1), pp.141-162.
- Ferguson, L., Laing, B., Marlow, G. and Bishop, K. (2015). The role of vitamin D in reducing gastrointestinal disease risk and assessment of individual dietary intake needs: Focus on genetic and genomic technologies. *Molecular Nutrition & Food Research*, 60(1), pp.119-133.
- Ford, A., Brandt, L., Young, C., Chey, W., Foxx-Orenstein, A. and Moayyedi, P. (2009). Efficacy of 5-HT₃ Antagonists and 5-HT₄ Agonists in Irritable Bowel

- Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, 104(7), pp.1831-1843.
- Ford, A., Harris, L., Lacy, B., Quigley, E. and Moayyedi, P. (2018). Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 48(10), pp.1044-1060.
- Ford, A., Lacy, B., Harris, L., Quigley, E. and Moayyedi, P. (2019). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 114(1), pp.21-39.
- Ford, A., Quigley, E., Lacy, B., Lembo, A., Saito, Y., Schiller, L., Soffer, E., Spiegel, B. and Moayyedi, P. (2014). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies, Including Hypnotherapy, in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 109(9), pp.1350-1365.
- Ford, A., Talley, N., Schoenfeld, P., Quigley, E. and Moayyedi, P. (2008). Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*, 58(3), pp.367-378.
- Francis, C. and Whorwell, P. (1994). Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. *The Lancet*, 344(8914), pp.39-40.
- Goffaux, P., Michaud, K., Gaudreau, J., Chalaye, P., Rainville, P. and Marchand, S. (2011). Sex differences in perceived pain are affected by an anxious brain. *Pain*, 152(9), pp.2065-2073.
- Goldman, M. and Hatch, M. (2000). *Women & health (Columbus, Ohio)*. San Diego, Calif.: Academic Press, p.1098.
- Haddad, A., Doherty, R. and Purtilo, R. (2019). *Health professional and patient interaction*. 9th ed. Saunders.
- Halland, M. and Saito, Y. (2015). Irritable bowel syndrome: new and emerging treatments. *BMJ*, 350(jun18 2), pp.h1622-h1622.
- Heath, R. and Bryant, J. (2000). *Human communication theory and research*. 2nd ed. Routledge.

- Heizer, W., Southern, S. and McGovern, S. (2009). The Role of Diet in Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in Adults: A Narrative Review. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(7), pp.1204-1214.
- Helander, H. and Fändriks, L. (2014). Surface area of the digestive tract – revisited. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(6), pp.681-689.
- Hounnou, G., Destrieux, C., Desmé, J., Bertrand, P. and Velut, S. (2002). Anatomical study of the length of the human intestine. *Surgical and Radiologic Anatomy*, 24(5), pp.290-294.
- Hulisz, D. (2004). The Burden of Illness of Irritable Bowel Syndrome: Current Challenges and Hope for the Future. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 10(4), pp.299-309.
- Hungin, A., Becher, A., Cayley, B., Heidelbaugh, J., Muris, J., Rubin, G., Seifert, B., Russell, A. and De Wit, N. (2015). Irritable bowel syndrome: an integrated explanatory model for clinical practice. *Neurogastroenterology & Motility*, 27(6), pp.750-763.
- ICN (2014). *Nursing Definitions*. [online] ICN - International Council of Nurses. Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> [Accessed 1 Aug. 2019].
- Jackson, J., O'Malley, P., Tomkins, G., Balden, E., Santoro, J. and Kroenke, K. (2000). Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis¹¹The opinions in this article represent those of the authors and are not to be construed, in any way, to represent those of the U.S. Army or the Department of Defense. *The American Journal of Medicine*, 108(1), pp.65-72.
- Jackson, N., Houghton, L., Whorwell, P. and Currer, B. (1994). Does the menstrual cycle affect anorectal physiology?. *Digestive Diseases and Sciences*, 39(12), pp.2607-2611.
- Jalihal, A. and Kurian, G. (1990). Ispaghula therapy in irritable bowel syndrome: Improvement in overall well-being is related to reduction in bowel dissatisfaction. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 5(5), pp.507-513.

- Jarrett, M., Cain, K., Burr, R., Hertig, V., Rosen, S. and Heitkemper, M. (2009). Comprehensive Self-Management for Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 104(12), pp.3004-3014.
- Jeffhos (2010). *Chart of various studies of IBS prevalence, based on data in the IBS article*. [image] Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/File:Ibs_prevalence.svg [Accessed 31 Jul. 2019].
- Johannesson, E. (2015). Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World Journal of Gastroenterology*, 21(2), p.600.
- Johannesson, E., Simrén, M., Strid, H., Bajor, A. and Sadik, R. (2011). Physical Activity Improves Symptoms in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106(5), pp.915-922.
- Joo, J., Ehrenpreis, E., Gonzalez, L., Kaye, M., Breno, S., Wexner, S., Zaitman, D. and Secrest, K. (1998). Alterations in Colonic Anatomy Induced by Chronic Stimulant Laxatives. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 26(4), pp.283-286.
- Khanna, R., MacDonald, J. and Levesque, B. (2014). Peppermint Oil for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 48(6), pp.505-512.
- Khashan, A., Quigley, E., McNamee, R., McCarthy, F., Shanahan, F. and Kenny, L. (2012). Increased Risk of Miscarriage and Ectopic Pregnancy Among Women With Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 10(8), pp.902-909.
- Khatri, M. (2017). *Irritable Bowel Syndrome (IBS) Triggers and Prevention*. [online] WebMD. Available at: <https://www.webmd.com/ibs/ibs-triggers-prevention-strategies#1> [Accessed 21 Sep. 2019].
- Khatri, M. (2019). *Complications From IBS: What Can Happen?.* [online] WebMD. Available at: <https://www.webmd.com/ibs/ibs-complications#1> [Accessed 21 Sep. 2019].
- Kourkouta, L. and Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), p.65.

- Kumar, A., Kumar, N., Vij, J., Sarin, S. and Anand, B. (1987). Optimum dosage of ispaghula husk in patients with irritable bowel syndrome: correlation of symptom relief with whole gut transit time and stool weight. *Gut*, 28(2), pp.150-155.
- Lackner, J., Gudleski, G., Keefer, L., Krasner, S., Powell, C. and Katz, L. (2010). Rapid Response to Cognitive Behavior Therapy Predicts Treatment Outcome in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(5), pp.426-432.
- Lackner, J., Mesmer, C., Morley, S., Dowzer, C. and Hamilton, S. (2004). Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), pp.1100-1113.
- Lacy, B. and Moreau, J. (2016). Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: Diagnosis, etiology, and new treatment considerations. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(7), pp.393-404.
- Lee, K. (2015). Pharmacologic Agents for Chronic Diarrhea. *Intestinal Research*, 13(4), p.306.
- Levy, J., Bernstein, L. and Silber, N. (2014). Celiac Disease: An Immune Dysregulation Syndrome. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 44(11), pp.324-327.
- Li, J., Zhu, W., Liu, W., Wu, Y. and Wu, B. (2016). Rifaximin for Irritable Bowel Syndrome. *Medicine*, 95(4), p.e2534.
- Lin, H. (2004). Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *JAMA*, 292(7), p.852.
- Lin, L. and Zhang, J. (2017). Role of intestinal microbiota and metabolites on gut homeostasis and human diseases. *BMC Immunology*, 18(1).
- Long, A. (1999). *Interaction for practice in community nursing*. Basingstoke: Macmillan.
- Manheimer, E., Cheng, K., Wieland, L., Min, L., Shen, X., Berman, B. and Lao, L. (2012). Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), p.CD005111.

- Marchesi, J., Adams, D., Fava, F., Hermes, G., Hirschfield, G., Hold, G., Quraishi, M., Kinross, J., Smidt, H., Tuohy, K., Thomas, L., Zoetendal, E. and Hart, A. (2015). The gut microbiota and host health: a new clinical frontier. *Gut*, 65(2), pp.330-339.
- Martin, J. (1993). Lying to patients: can it ever be justified?. *Nursing Standard*, 7(18), pp.29-31.
- Maxion-Bergemann, S., Thielecke, F., Abel, F. and Bergemann, R. (2006). Costs of Irritable Bowel Syndrome in the UK and US. *Pharmacoeconomics*, 24(1), pp.21-37.
- Mayer, E. (2008). Irritable Bowel Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 358(16), pp.1692-1699.
- McKenzie, Y., Bowyer, R., Leach, H., Gulia, P., Horobin, J., O'Sullivan, N., Pettitt, C., Reeves, L., Seamark, L., Williams, M., Thompson, J. and Lomer, M. (2016). British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(5), pp.549-575.
- MeSH (2015). *MeSH Browser*. [online] Meshb.nlm.nih.gov. Available at: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?name=Lower%20Gastrointestinal%20Tract> [Accessed 31 Jul. 2019].
- MeSH (2019). *MeSH Browser*. [online] Meshb.nlm.nih.gov. Available at: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?name=Upper%20Gastrointestinal%20Tract> [Accessed 31 Jul. 2019].
- Miller, G. (1990). Interpersonal communication. In: G. Dahnke and G. Clatterbuck, ed., *Human communication: Theory and research*. Belmont: Wadsworth Publishing Company, pp.91-122.
- Moayyedi, P., Quigley, E., Lacy, B., Lembo, A., Saito, Y., Schiller, L., Soffer, E., Spiegel, B. and Ford, A. (2014). The Effect of Fiber Supplementation on Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 109(9), pp.1367-1374.

- Mullin, G., Shepherd, S., Chander Roland, B., Ireton-Jones, C. and Matarese, L. (2014). Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(7), pp.781-799.
- NIDDKD (2015). *Definition & Facts for Irritable Bowel Syndrome / NIDDK*. [online] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Available at: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/irritable-bowel-syndrome/definition-facts?dkrd=hispt0257> [Accessed 9 Jul. 2019].
- Nikfar, S., Rahimi, R., Rahimi, F., Derakhshani, S. and Abdollahi, M. (2008). Efficacy of Probiotics in Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Diseases of the Colon & Rectum*, 51(12), pp.1775-1780.
- Nitzan, O. (2016). Role of antibiotics for treatment of inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 22(3), p.1078.
- Öhman, L. and Simrén, M. (2010). Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 7(3), pp.163-173.
- Ortiz-Lucas, M., Aurelio, T., Saz, P. and Sebastián, J. (2013). Effect of probiotic species on irritable bowel syndrome symptoms: A bring up to date meta-analysis. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(1), pp.19-36.
- Payne, S. (2004). Sex, gender, and irritable bowel syndrome: making the connections. *Gender Medicine*, 1(1), pp.18-28.
- Pimentel, M., Chow, E. and Lin, H. (2000). Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 95(12), pp.3503-3506.
- Pimentel, M., Chow, E. and Lin, H. (2003). Normalization of lactulose breath testing correlates with symptom improvement in irritable bowel syndrome: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *The American Journal of Gastroenterology*, 98(2), pp.412-419.
- Pimentel, M., Lembo, A., Chey, W., Zakko, S., Ringel, Y., Yu, J., Mareya, S., Shaw, A., Bortey, E. and Forbes, W. (2011). Rifaximin Therapy for Patients with Irritable

- Bowel Syndrome without Constipation. *New England Journal of Medicine*, 364(1), pp.22-32.
- Pinn, D., Aroniadis, O. and Brandt, L. (2014). Is fecal microbiota transplantation (FMT) an effective treatment for patients with functional gastrointestinal disorders (FGID)?. *Neurogastroenterology & Motility*, 27(1), pp.19-29.
- Prior, A. and Whorwell, P. (1987). Double blind study of ispaghula in irritable bowel syndrome. *Gut*, 28(11), pp.1510-1513.
- Quigley, E., Fried, M., Gwee, K., Khalif, I., Hungin, P., Lindberg, G., Abbas, Z., Fernandez, L., Bhatia, S., Schmulson, M., Olano, C. and Le Mair, A. (2015). *Irritable Bowel Syndrome: a Global Perspective*. [ebook] USA: World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-english-2015.pdf> [Accessed 9 Jul. 2019].
- Raahave, D., Christensen, E., Loud, F. and Knudsen, L. (2009). Correlation of bowel symptoms with colonic transit, length, and faecal load in functional faecal retention. *Danish medical bulletin*, 56(2), pp.83-88.
- Rao, S., Yu, S. and Fedewa, A. (2015). Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 41(12), pp.1256-1270.
- Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D., Greig, C., McMurdo, M., Morley, W. and Mead, G. (2012). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Ruepert, L., Quartero, A., de Wit, N., van der Heijden, G., Rubin, G. and Muris, J. (2011). Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Saad, R. (2011). Peripherally Acting Therapies for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(1), pp.163-182.
- Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*, 20(22), p.6759.
- Saito, Y. (2011). The Role of Genetics in IBS. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(1), pp.45-67.

- Schmulson, M., Bielsa, M., Carmona-Sánchez, R., Hernández, A., López-Colombo, A., López Vidal, Y., Peláez-Luna, M., Remes-Troche, J., Tamayo, J. and Valdovinos, M. (2014). Microbiota, infecciones gastrointestinales, inflamación de bajo grado y antibioticoterapia en el síndrome de intestino irritable. Una revisión basada en evidencias. *Revista de Gastroenterología de México*, 79(2), pp.96-134.
- Shanahan, F. and Quigley, E. (2014). Manipulation of the Microbiota for Treatment of IBS and IBD—Challenges and Controversies. *Gastroenterology*, 146(6), pp.1554-1563.
- Sharara, A., Aoun, E., Abdul-Baki, H., Mounzer, R., Sidani, S. and ElHajj, I. (2006). A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Rifaximin in Patients with Abdominal Bloating and Flatulence. *The American Journal of Gastroenterology*, 101(2), pp.326-333.
- Shen, Y. and Nahas, R. (2009). Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome. *Canadian Family Physician*, 55(2), pp.143-148.
- Shepherd, S., Parker, F., Muir, J. and Gibson, P. (2008). Dietary Triggers of Abdominal Symptoms in Patients With Irritable Bowel Syndrome: Randomized Placebo-Controlled Evidence. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 6(7), pp.765-771.
- Silvernale, C., Kuo, B. and Staller, K. (2019). Lower socioeconomic status is associated with an increased prevalence of comorbid anxiety and depression among patients with irritable bowel syndrome: results from a multicenter cohort. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, pp.1-5.
- Simrén, M., Barbara, G., Flint, H., Spiegel, B., Spiller, R., Vanner, S., Verdu, E., Whorwell, P. and Zoetendal, E. (2012). Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut*, 62(1), pp.159-176.
- Simrén, M., Törnblom, H., Palsson, O. and Whitehead, W. (2017). Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2(2), pp.112-122.

- Slevin, E. (1999). Use of presence in community health care nursing. In: A. Long, ed., *Interaction for practice in community nursing*. London: Macmillan Press Ltd, pp.24-48.
- Song, K., Jung, H., Kim, H., Koo, H., Kwon, Y., Shin, H., Lim, H., Shin, J., Kim, S., Cho, D., Kim, J. and Kim, H. (2018). Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome in Korea, 2017 Revised Edition. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(2), pp.197-215.
- Sperber, A. and Dekel, R. (2010). Irritable Bowel Syndrome and Co-morbid Gastrointestinal and Extra-gastrointestinal Functional Syndromes. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 16(2), pp.113-119.
- Spiller, R. and Garsed, K. (2009). Postinfectious Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 136(6), pp.1979-1988.
- Talley, N. (2003). Pharmacologic therapy for the irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 98(4), pp.750-758.
- Talley, N. (2006a). Genes and environment in irritable bowel syndrome: one step forward. *Gut*, 55(12), pp.1694-1696.
- Talley, N. (2006b). Irritable bowel syndrome. *Internal Medicine Journal*, 36(11), pp.724-728.
- Tamparo, C. and Lewis, M. (2011). *Diseases of the human body*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Thabane, M., Kottachchi, D. and Marshall, J. (2007). Systematic review and meta-analysis: the incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(4), pp.535-544.
- Vahedi, H., Merat, S., Rashidioon, A., Ghoddoosi, A. and Malekzadeh, R. (2005). The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind randomized-controlled study. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 22(5), pp.381-385.
- Voci, S. and Cramer, K. (2009). Gender-related traits, quality of life, and psychological adjustment among women with irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research*, 18(9), pp.1169-1176.

- Warrell, D., Cox, T., Firth, J. and Benz, E. (2005). *Oxford textbook of medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Whitehead, W., Palsson, O. and Jones, K. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications?. *Gastroenterology*, 122(4), pp.1140-1156.
- Wilkins, T., Pepitone, C., Alex, B. and Schade, R. (2012). Diagnosis and management of IBS in adults. *American Family Physician*, 86(5), pp.419-426.
- Wouters, M., Vicario, M. and Santos, J. (2015). The role of mast cells in functional GI disorders. *Gut*, 65(1), pp.155-168.
- Xie, C., Tang, Y., Wang, Y., Yu, T., Wang, Y., Jiang, L. and Lin, L. (2015). Efficacy and Safety of Antidepressants for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(8), p.e0127815.
- Zia, J., Barney, P., Cain, K., Jarrett, M. and Heitkemper, M. (2016). A Comprehensive Self-Management Irritable Bowel Syndrome Program Produces Sustainable Changes in Behavior After 1 Year. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(2), pp.212-219.e2.
- Zijdenbos, I., de Wit, N., van der Heijden, G., Rubin, G. and Quartero, A. (2009). Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), p.CD006442.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Τσάμης, Δ. (2016). *Γνωριμία με το Παχύ Έντερο - Χειρουργός Παχέος Εντέρου και Πρωκτού*. [online] dtsamis.gr. Available at: <https://dtsamis.gr/services/gnorimia-me-to-paxu-entero/> [Accessed 31 Jul. 2019].

Παράρτημα - Άρθρα

Άρθρο 1^ο : Chey, W., Kurlander, J. and Eswaran, S. (2015). Irritable Bowel Syndrome. JAMA, 313(9), p.949.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια κατάσταση που μπορεί να μειώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την παραγωγικότητα της εργασίας. Στο παρόν άρθρο συνοψίζονται τα γνωστά στοιχεία για την επιδημιολογία, την παθοφυσιολογία και τη διάγνωση του IBS και παρέχονται πρακτικές συστάσεις θεραπειών για γενικούς και ειδικούς σύμφωνα με τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic condition that can significantly reduce quality of life and work productivity. This article summarizes the known data on the epidemiology, pathophysiology and diagnosis of IBS and provides practical treatment recommendations for generalists and specialists according to the best available data.

Άρθρο 2^ο : Halland, M. and Saito, Y. (2015). Irritable bowel syndrome: new and emerging treatments. BMJ, 350(jun18 2), pp.h1622-h1622.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μία από τις πιο συνήθεις γαστρεντερικές διαταραχές στις ανεπτυγμένες χώρες. Χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος, μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου και φούσκωμα. Για τη θεραπεία τους χρησιμοποιούνται διάφοροι παράγοντες. Αυτό το άρθρο συνοψίζει συνοπτικά τις τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και στη συνέχεια επικεντρώνεται σε νεότερες μη φαρμακολογικές και φαρμακολογικές θεραπείες και σε πρόσφατα στοιχεία για παλαιότερες θεραπείες.

Abstract: Irritable bowel syndrome is one of the most common gastrointestinal disorders in developed countries. It is characterized by abdominal pain, changes in bowel habits and bloating. Various agents are used to treat them. This article briefly

summarizes the current treatments available for IBS and then focuses on newer non-pharmacological and pharmacological treatments and on recent evidence for older therapies.

Άρθρο 3^ο : Mayer, E. (2008). Irritable Bowel Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 358(16), pp.1692-1699.

Περίληψη: Το παρόν άρθρο ξεκινάει με μια ετικέτα υπογραμμίζοντας ένα κοινό κλινικό πρόβλημα. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, ακολουθούμενα από μια επισκόπηση των επίσημων κατευθυντήριων γραμμών. Το άρθρο ολοκληρώνεται με τις κλινικές συστάσεις του συγγραφέα.

Abstract: This article begins with a label highlighting a common clinical problem. Following is the evidence supporting various response strategies, followed by an overview of the official guidelines. The article concludes with the author's clinical recommendations.

Άρθρο 4^ο : Mullin, G., Shepherd, S., Chander Roland, B., Ireton-Jones, C. and Matarese, L. (2014). Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(7), pp.781-799.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια πολύπλοκη διαταραχή της οποίας η παθοφυσιολογία περιλαμβάνει μεταβολές σε πολλές φυσιολογικές συστηματικές λειτουργίες. Η σημασία της διατροφής στη διαχείριση του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου έχει εξελιχθεί σήμερα, κάτι που μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με τη συνεισφορά της σύγχρονης γνώσης των στρατηγικών διατροφικής διαχείρισης.

Abstract: Irritable bowel syndrome is a complex disorder whose pathophysiology involves alterations in many physiological systemic functions. The importance of nutrition in the management of irritable bowel syndrome has evolved today, which

can help patients with the contribution of modern knowledge of nutritional management strategies.

Άρθρο 5° : Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*, 20(22), p.6759.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια και εξουθενωτική λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή που επηρεάζει τόσο την ποιότητα ζωής των ασθενών όσο και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η πολυπλοκότητα και η ποικιλομορφία της ασθένειας καθιστά τη θεραπεία δύσκολη. Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να παρέχει μια συνολική επανεξέταση με βάση τεκμηριωμένα στοιχεία για τη διάγνωση, την παθογένεση και τη θεραπεία, για να καθοδηγήσει τους ιατρούς να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν τους ασθενείς τους.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic and debilitating gastrointestinal disorder that affects both the quality of life of patients and the healthcare system. The complexity and diversity of the disease makes treatment difficult. The purpose of this article is to provide a comprehensive review based on documented evidence of diagnosis, pathogenesis, and treatment to guide physicians to diagnose and treat their patients.

Άρθρο 6° : Hungin, A., Becher, A., Cayley, B., Heidelbaugh, J., Muris, J., Rubin, G., Seifert, B., Russell, A. and De Wit, N. (2015). Irritable bowel syndrome: an integrated explanatory model for clinical practice. *Neurogastroenterology & Motility*, 27(6), pp.750-763.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια ασθένεια της οποίας η διάγνωση βασίζεται στα συμπτώματα, καθώς η αναγνώριση παρεμποδίζεται από την ασαφή εννοιολογική κατανόηση της φύσης του προβλήματος. Στόχος του παρόντος άρθρου ήταν η διασαφήνιση του IBS από την υπάρχουσα βιβλιογραφία για ρεαλιστική χρήση στο κλινικό περιβάλλον.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a disease whose diagnosis is based on symptoms, as recognition is hampered by a vague conceptual understanding of the nature of the problem. The purpose of this article was to clarify the IBS from existing literature for realistic use in the clinical setting.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συνοψίζοντας τα παραπάνω άρθρα (1-6) αναφέρονται στη γενική διασαφήνιση και κατανόηση της ασθένειας του ευερέθιστου εντέρου, στην παθοφυσιολογία, τη διάγνωση και τη διαχείρισή του, με βάση τα νεότερα δεδομένα που υπάρχουν στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Άρθρο 7^ο : Johannesson, E., Simrén, M., Strid, H., Bajor, A. and Sadik, R. (2011). Physical Activity Improves Symptoms in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106(5), pp.915-922.

Περίληψη: Η φυσική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία διαφόρων συνθηκών όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS). Ωστόσο δεν υπήρχε άλλη μελέτη που να αξιολογούσε την επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στα γαστρεντερικά (GI) συμπτώματα του IBS. Στόχος αυτού του άρθρου ήταν να μελετηθεί η επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στα συμπτώματα του. Η έρευνα κατέληξε πως η φυσική δραστηριότητα βελτιώνει τα συμπτώματα του γαστρεντερικού στο IBS.

Abstract: Physical activity has been shown to be effective in treating various conditions such as Irritable Bowel Syndrome (IBS). However, there was no other study evaluating the effect of physical activity on the gastrointestinal (GI) symptoms of IBS. The purpose of this article was to study the effect of physical activity on its symptoms. Research has found that physical activity improves gastrointestinal symptoms in IBS.

Άρθρο 8^ο : Johannesson, E. (2015). Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World Journal of Gastroenterology*, 21(2), p.600.

Περίληψη: Αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της σωματικής δραστηριότητας στα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) και στην ποιότητα ζωής, την κόπωση, την κατάθλιψη και το άγχος. Η παρέμβαση της αύξησης της φυσικής δραστηριότητας αποδείχτηκε ότι έχει θετικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τόσο στα συμπτώματα του IBS όσο και στα ψυχολογικά συμπτώματα.

Abstract: Evaluation of the long-term effects of physical activity on symptoms of IBS and quality of life, fatigue, depression and anxiety. Intervention of increased physical activity has been shown to have positive long-term effects on both IBS symptoms and psychological symptoms.

Άρθρο 9^ο : Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D., Greig, C., McMurdo, M., Morley, W. and Mead, G. (2012). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Περίληψη: Η κατάθλιψη είναι μια κοινή και σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως και αποτελεί ένα σημαντικό σύμπτωμα του IBS. Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να προσδιορίσει την αποτελεσματικότητα της άσκησης στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Abstract: Depression is a common and significant cause of morbidity and mortality worldwide and is a major symptom of IBS. The purpose of this study was to determine the effectiveness of exercise in the treatment of depression.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συνοψίζοντας τα προαναφερθέντα άρθρα (7-9), κοινό θέμα έχουν την επίδραση της άσκησης στα συμπτώματα και στην αντιμετώπιση του IBS. Οι μέχρι τώρα έρευνες, υποδεικνύουν τη θετική επίδραση της σωματικής άσκησης στους πάσχοντες από IBS.

Άρθρο 10^ο : American College of Gastroenterology (2008). An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 104(S1), pp.S1-S35.

Περίληψη: Το παρόν άρθρο μέσω μιας σειράς συστηματικών ανασκοπήσεων έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της διαγνωστικής απόδοσης των ερευνών και την αξιολόγηση των θεραπειών για το IBS.

Abstract: This article, through a series of systematic reviews, aims to evaluate the diagnostic performance of research and to evaluate treatments for IBS.

Άρθρο 11^ο : Halland, M. and Saito, Y. (2015). Irritable bowel syndrome: new and emerging treatments. *BMJ*, 350(jun18 2), pp.h1622-h1622.

Περίληψη: Ο ατομικός και κοινωνικός αντίκτυπος της διερεύνησης και της διαχείρισης του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου είναι σημαντικός, και παρά τα εξελιγμένα μέσα, τις γνώσεις και τις θεραπείες, πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν τα ανεπιθύμητα συμπτώματα. Αυτή η επισκόπηση συνοψίζει τις τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

Abstract: The individual and social impact of investigating and managing irritable bowel syndrome is significant, and despite sophisticated means, knowledge, and treatments, many patients are still unable to cope with adverse symptoms. This overview summarizes the currently available treatments for irritable bowel syndrome.

Άρθρο 12^ο : Lacy, B. and Moreau, J. (2016). Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: Diagnosis, etiology, and new treatment considerations. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(7), pp.393-404.

Περίληψη: Σκοπός του άρθρου η παρουσίαση της διαχείρισης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) και πιο συγκεκριμένα η αποτελεσματικότητα και η

ανεκτικότητα των θεραπευτικών επιλογών για τον υπότυπο του συνδρόμου που εμφανίζεται με τη μορφή διάρροιας.

Abstract: The purpose of this article is to present the management of irritable bowel syndrome (IBS) and more specifically the efficacy and tolerability of the therapeutic options for the diarrhea syndrome subtype.

Άρθρο 13^ο : Corsetti, M. and Whorwell, P. (2015). Managing irritable bowel syndrome in primary care. *Practitioner*, 259, pp.21-24.

Περίληψη: Τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι ο κοιλιακός πόνος, το φούσκωμα και η μορφή δυσλειτουργίας του εντέρου. Σκοπός του άρθρου η αναζήτηση τρόπων διαχείρισης των δυσάρεστων συμπτωμάτων.

Abstract: Symptoms of Irritable Bowel Syndrome (IBS) are abdominal pain, bloating and a form of bowel dysfunction. The purpose of this article is to find ways to manage unpleasant symptoms.

Άρθρο 14^ο : Wilkins, T., Pepitone, C., Alex, B. and Schade, R. (2012). Diagnosis and management of IBS in adults. *American Family Physician*, 86(5), pp.419-426.

Περίληψη: Οι στόχοι της διαχείρισης-θεραπείας είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η άσκηση, τα αντιβιοτικά, τα αντισπασμωδικά και τα προβιοτικά φαίνεται ότι βελτιώνουν τα συμπτώματα.

Abstract: The goals of management-treatment are to relieve symptoms and improve quality of life. Exercise, antibiotics, anticonvulsants and probiotics appear to improve symptoms.

Άρθρο 15^ο : DiBonaventura, M., Sun, S., Bolge, S., Wagner, J. and Mody, R. (2011). Health-related quality of life, work productivity and health care resource use associated with constipation predominant irritable bowel syndrome. *Current Medical Research and Opinion*, 27(11), pp.2213-2222.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια κοινή γαστρεντερική διαταραχή. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η επίδραση του IBS-C στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, στην παραγωγικότητα της εργασίας και στην εξασθένιση της δραστηριότητας και στη χρήση των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διαχείρισή του.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a common gastrointestinal disorder. The purpose of the present study was to assess the impact of IBS-C on health-related quality of life, work productivity and activity deterioration and the use of health care resources in managing it.

Άρθρο 16^ο : Simrén, M., Törnblom, H., Palsson, O. and Whitehead, W. (2017). Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2(2), pp.112-122.

Περίληψη: Το παρόν άρθρο προτείνει τη βαθμιαία προσέγγιση διαχείρισης των συμπτωμάτων σε ασθενείς με IBS.

Abstract: This article proposes a step-by-step approach to managing symptoms in patients with IBS.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συνοψίζοντας τα άρθρα που αναφέρθηκαν παραπάνω (10-16), κύριο μέλημα είναι η διαχείριση και η θεραπεία του IBS. Σύμφωνα με τις μελέτες, υπάρχουν πολλοί τρόποι διαχείρισης αλλά οι κυριότεροι επικεντρώνονται στην αλλαγή της διατροφής, στην άσκηση, στην διαχείριση των δυσάρεστων συμπτωμάτων (διάρροια, δυσκοιλιότητα, φούσκωμα κ.α.) αλλά και στις ψυχολογικές θεραπείες.

Άρθρο 17° : Bijkerk, C., de Wit, N., Muris, J., Whorwell, P., Knottnerus, J. and Hoes, A. (2009). Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 339(aug27 2), pp.b3154-b3154.

Περίληψη: Στόχος ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της αύξησης της διατροφικής περιεκτικότητας σε διαλυτές ίνες (ψύλλιο) ή σε αδιάλυτες ίνες (πίτουρο) σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

Abstract: The aim is to determine the efficacy of increasing the soluble fiber content (psyllium) or insoluble fiber (bran) in patients with irritable bowel syndrome.

Άρθρο 18° : Chey, W. (2016). Food: The Main Course to Wellness and Illness in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 111(3), pp.366-371.

Περίληψη: Το φαγητό βρίσκεται στη μέση της φυσιολογίας του γαστρεντερικού (GI) και των συμπτωμάτων σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS). Έτσι, τα τελευταία χρόνια, η κλινική έρευνα επικεντρώνεται ολοένα και περισσότερο στη διατροφή ως θεραπεία για το IBS.

Abstract: Food is in the middle of gastrointestinal (GI) physiology and symptoms in patients with irritable bowel syndrome (IBS). Thus, in recent years, clinical research has increasingly focused on diet as a treatment for IBS.

Άρθρο 19° : Eswaran, S., Tack, J. and Chey, W. (2011). Food: The Forgotten Factor in the Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(1), pp.141-162.

Περίληψη: Διάφοροι παράγοντες έχουν προταθεί ότι διαδραματίζουν ρόλο στην παθογένεση του IBS, με τις μελέτες των τελευταίων χρόνων να επικεντρώνονται στη

διατροφή. Οι ασθενείς έχουν συσχετίσει εδώ και καιρό τα συμπτώματα IBS με την κατανάλωση ορισμένων τροφίμων. Αυτό το άρθρο εξετάζει τη βιβλιογραφία υποστηρίζοντας μια αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της διατροφής και των συμπτωμάτων του IBS, καθώς και τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν τη διαιτητική παρέμβαση ως μέσο θεραπείας της IBS.

Abstract: Various factors have been suggested to play a role in the pathogenesis of IBS, with recent studies focusing on nutrition. Patients have long been associated with IBS symptoms with the consumption of certain foods. This article examines the literature supporting a causal link between diet and IBS symptoms, as well as evidence supporting dietary intervention as a means of treating IBS.

Άρθρο 20^ο : Heizer, W., Southern, S. and McGovern, S. (2009). The Role of Diet in Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in Adults: A Narrative Review. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(7), pp.1204-1214.

Περίληψη: Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει τα στοιχεία που είναι γνωστά για την επίδραση της δίαιτας στα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) που υπογραμμίζουν δεδομένα από τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές. Μια τροποποιημένη διατροφή αποκλεισμού και η σταδιακή επανεισαγωγή τροφίμων ή δοκιμές εξάλειψης κατηγοριών τροφίμων μπορεί να είναι χρήσιμη για τη θεραπεία ή για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της ασθένειας.

Abstract: This review summarizes data known about the effect of diet on symptoms of IBS that underlie data from randomized, controlled clinical trials. A modified exclusion diet and gradual reintroduction of food or elimination tests of food categories may be useful in treating or limiting the symptoms of the disease.

Άρθρο 21° : Moayyedi, P., Quigley, E., Lacy, B., Lembo, A., Saito, Y., Schiller, L., Soffer, E., Spiegel, B. and Ford, A. (2014). The Effect of Fiber Supplementation on Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 109(9), pp.1367-1374.

Περίληψη: Οι φυτικές ίνες χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS). Οι διαλυτές φυτικές ίνες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία του IBS.

Abstract: Fiber has been used in recent years to treat irritable bowel syndrome (IBS). Soluble fiber seems to be effective in treating IBS.

Άρθρο 22° : Rao, S., Yu, S. and Fedewa, A. (2015). Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 41(12), pp.1256-1270.

Περίληψη: Τα συμπληρώματα διαιτητικών ινών έχουν υποστηριχθεί για τη διαχείριση της χρόνιας δυσκοιλιότητας (CC) και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS). Η διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες μπορεί να είναι αποτελεσματική αλλά απαιτούνται αυστηρότερες δοκιμασίες.

Abstract: Dietary fiber supplements have been advocated for the management of chronic constipation (CC) and irritable bowel syndrome (IBS). A diet high in fiber may be effective but more stringent tests are required.

Άρθρο 23^ο : Song, K., Jung, H., Kim, H., Koo, H., Kwon, Y., Shin, H., Lim, H., Shin, J., Kim, S., Cho, D., Kim, J. and Kim, H. (2018). Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome in Korea, 2017 Revised Edition. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(2), pp.197-215.

Περίληψη: Το παρόν άρθρο, που αποτελεί την παρούσα αναθεωρημένη έκδοση των κατευθυντήριων γραμμών διαχείρισης και θεραπείας του IBS, στοχεύει στην αλλαγή/τροποποίηση της διατροφής. Προκειμένου να ενισχυθεί η διάδοση των κατευθυντήριων γραμμών για την κλινική πρακτική, θα διατεθεί ένα ημερολόγιο τροφίμων για ασθενείς με IBS.

Abstract: This article, which is the current revised version of the IBS management and treatment guidelines, aims to change / modify the diet. In order to enhance the dissemination of clinical practice guidelines, a food calendar for IBS patients will be made available.

Άρθρο 24^ο : Eswaran, S., Muir, J. and Chey, W. (2013). Fiber and Functional Gastrointestinal Disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 108(5), pp.718-727.

Περίληψη: Το παρόν άρθρο περιγράφει τους τύπους των ινών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπεία του IBS.

Abstract: This article describes the types of fibers that can be used to treat IBS.

Άρθρο 25^ο : McKenzie, Y., Bowyer, R., Leach, H., Gulia, P., Horobin, J., O'Sullivan, N., Pettitt, C., Reeves, L., Seamark, L., Williams, M., Thompson, J. and Lomer, M. (2016). British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(5), pp.549-575.

Περίληψη: Σκοπός αυτού του άρθρου ήταν η επανεξέταση των συστηματικών στοιχείων για το ρόλο της διατροφής στη διαχείριση του IBS και να ενημερώσει τις κατευθυντήριες γραμμές.

Abstract: The purpose of this article was to review the systematic data on the role of nutrition in the management of IBS and to update the guidelines.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συνοψίζοντας τα παραπάνω άρθρα (17-25) αναφέρονται στη σημαντικότητα της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών και στον εμπλουτισμό αυτής με φυτικές ίνες. Ωστόσο, κάποιες από αυτές (π.χ. οι αδιάλυτες ίνες) κατηγορούνται για την επιδείνωση του μετεωρισμού και του φουσκώματος. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να υπάρξει ένα πιο σφαιρικό συμπέρασμα σε σχέση με την αλλαγή της διατροφής.

Άρθρο 26^ο : Ford, A., Lacy, B., Harris, L., Quigley, E. and Moayyedi, P. (2019). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 114(1), pp.21-39.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια λειτουργική διαταραχή του εντέρου που πιστεύεται ότι οι ψυχοθεραπευτικές θεραπείες να είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπισή του.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic functional disorder of the gut that is believed to be effective in treating it.

Άρθρο 27° : Ford, A., Quigley, E., Lacy, B., Lembo, A., Saito, Y., Schiller, L., Soffer, E., Spiegel, B. and Moayyedi, P. (2014). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies, Including Hypnotherapy, in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 109(9), pp.1350-1365.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή. Τα στοιχεία σχετικά με τη θεραπεία αυτής της πάθησης δείχνουν πως τα αντικαταθλιπτικά και ορισμένες ψυχολογικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές θεραπείες για το IBS.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic functional gastrointestinal disorder. Evidence for the treatment of this condition suggests that antidepressants and certain psychological therapies are effective treatments for IBS.

Άρθρο 28° : Ford, A., Talley, N., Schoenfeld, P., Quigley, E. and Moayyedi, P. (2008). Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*, 58(3), pp.367-378.

Περίληψη: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή. Τα αποδεικτικά στοιχεία για τη θεραπεία της πάθησης με αντικαταθλιπτικά και ψυχοθεραπεία είναι αντικρουόμενα. Τα αντικαταθλιπτικά θεωρούνται αποτελεσματικά στη θεραπεία του IBS. Ωστόσο υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία υψηλής ποιότητας για τη χρήση ψυχοθεραπειών στο IBS, αλλά τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι μπορεί να έχουν αντίστοιχη αποτελεσματικότητα.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic functional gastrointestinal disorder. The evidence for the treatment of the condition with antidepressants and psychotherapy is contradictory. Antidepressants are considered effective in the treatment of IBS. However, there is high quality evidence for the use of psychotherapy in IBS, but the available evidence suggests that it may have equivalent efficacy.

Άρθρο 29° : Lackner, J., Mesmer, C., Morley, S., Dowzer, C. and Hamilton, S. (2004). Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), pp.1100-1113.

Περίληψη: Δεν υπάρχει σύμφωνη γνώμη σχετικά με τη βέλτιστη θεραπεία για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS). Οι ψυχολογικές θεραπείες υποστηρίζονται όλο και περισσότερο αλλά η αποτελεσματικότητά τους είναι ασαφής. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματικές αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Abstract: There is no consensus on the optimal treatment for IBS. Psychological treatments are increasingly supported, but their effectiveness is unclear. The results suggest that cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy may be effective immediately after treatment completion.

Άρθρο 30° : Zijdenbos, I., de Wit, N., van der Heijden, G., Rubin, G. and Quartero, A. (2009). Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), p.CD006442.

Περίληψη: Το παρόν άρθρο αποτελεί μια συστηματική ανασκόπηση αξιολόγησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τις ψυχολογικές θεραπείες για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και της ποσοτικοποίησης των στοιχείων για την αποτελεσματικότητά τους.

Abstract: This article is a systematic review of the existing literature review of psychological treatments for IBS and quantification of data on their efficacy.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συνοψίζοντας τα προαναφερθέντα άρθρα (26-30) η άλλη μέθοδος θεραπείας και μείωσης των συμπτωμάτων αποτελεί η ψυχολογική θεραπεία. Ωστόσο τα αποτελέσματα σε ορισμένες έρευνες είναι αντικρουόμενα και αναμένονται εκτενέστερες μελέτες.