

Τ. Ε. Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ
ΣΧΟΛΗ : Σ. Ε. Υ. Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "Ηπατίτιδα Β"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΜΠΟΥΡΔΟΥΛΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Ν. ΚΟΥΝΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΑΤΡΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	319
----------------------	-----



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α.	
ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	3
Ορισμός	3
Ιός της ηπατίτιδας Β	3
Επιδημιολογία	5
Παθολογική ανατομική	7
Κλινική εικόνα	8
Εργαστηριακά ευρήματα ηπατίτιδας Β	10
Διαφορική διάγνωση	11
Θεραπεία	12
Πρόγνωση ηπατίτιδας Β	14
Πρόληψη ηπατίτιδας Β	14
Επιπλοκές και επακόλουθα	16
Άλλες μορφές ηπατίτιδας	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β.	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΗΒV	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ.	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ.	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	43
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	46

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από πολύ παλιά ο άνθρωπος όν περίεργο και γεμάτο ερωτηματικά έψαχνε να βρει την αιτία της ύπαρξής του. Στην αρχή τα ερωτήματα που έθετε αφορούσαν το μυαλό του, αργότερα όμως τα ερωτήματα εξειδικεύτηκαν σε πράγματα που απασχολούσαν όχι το μυαλό αλλά το σώμα.

Στην εργασία αυτή που αναφέρεται στην ηπατίτιδα Β θέτω τα δικά μου ερωτήματα και μέσα από πλούσια βιβλιογραφία προσπαθώ να εντοπίσω το πρόβλημα φθάνοντας στη βάση του. Το κίνητρο που με ώθησε να ασχοληθώ με την νόσο αυτή ήταν το ενδιαφέρον μου για μια ασθένεια που είναι ένα από τα σπουδαιότερα ηπατολογικά θέματα της εποχής μας και τα χιλιάδες ερωτηματικά που τίθενται όσον αφορά τη μετάδοσή της. Μπορεί να χαρακτηριστεί και ως κοινωνικό πρόβλημα γιατί όπως θα δούμε πιο κάτω συναντάται με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα σε υποανάπτυκτες χώρες και σε ειδικές ομάδες ατόμων στις σύγχρονες κοινωνίες.

Στην εργασία μου που χωρίζεται σε δύο μέρη: στο πρώτο μέρος αναλύονται τα ιατρικά στοιχεία ενώ το δεύτερο περιλαμβάνει την νοσηλευτική φροντίδα και περιστατικά από πάσχοντες από ηπατίτιδα Β.

Θέλω να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν στην εργασία αυτή και ιδιαίτερα τον κ. Κούνη για την καθοδήγησή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Ορισμός

Η ηπατίτιδα Β είναι μια συστηματική λοίμωξη του ήπατος που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β.

Ιός της ηπατίτιδας Β

Το 1964 ο Blumberg και οι συνεργάτες του μελετώντας πολυμεταγγισθέντα άτομα βρήκαν στον ορό ενός πολυμεταγγισθέντος αιμοφιλικού αντισώματα τα οποία αντιδρούσαν με αντιγόνο ενός Αυστραλού ιθαγενούς. Το αντιγόνο αυτό ονομάστηκε Αυστραλιανό αντιγόνο. Αργότερα φάνηκε η σχέση του αντιγόνου αυτού προς τον ιό της ηπατίτιδας Β. Το αντιγόνο αυτό έλαβε κατά καιρούς διάφορα ονόματα ως Αυστραλιανό αντιγόνο, αντιγόνο συνδεδεμένο προς ηπατίτιδα, αντιγόνο ηπατίτιδας Β. Προς αποφυγή συγχύσεως η Π.Ο.Υ. το 1977 καθιέρωσε την ακόλουθη ορολογία για την ηπατίτιδα Β.

- HBV : Ιός ηπατίτιδας Β - σωματίο DANE
HBsAg : Επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β- Αυστραλιανό αντιγόνο
HbcAg : Αντιγόνο του πυρήνα του ιού της ηπατίτιδας Β
HBeAg : Το αντιγόνο "e" που συνδέεται με πυρήνα του σωματιδίου DANE
Anti-HBs: Αντισώματα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου
Anti-Hbc: Αντισώματα έναντι του πυρήνα του ιού τύπου Β
Anti-HBe: Αντισώματα έναντι του αντιγόνου e

Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο από τον ορό ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα Β αποκαλύπτονται τριών ειδών σωματίδια: α) τα περισσότερα είναι μικρά στρογγυλά (σφαιρικά) διαμέτρου 20-22 nm , β) Άλλα είναι επιμήκη (κυλινδρικά) μήκους 50-230 nm (νηματοειδείς) μορφές και γ) Το 1970 ο Dane και οι συνεργάτες του απομόνωσαν ένα τρίτο είδος σωματιδίου το σωματίδιο DANE διαμέτρου 40-42

nm.

Τα σωματίδια DANE αποτελούνται από περίβλημα που έχει αντιγονικές ιδιότητες HBsAg και από ένα συμπαγέστατο εσωτερικό πυρήνα ο οποίος περιέχει ένα άλλο αντιγόνο το κεντρικό ή πυρηνικό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β ΗBcAg.

Πολλοί πιστεύουν ότι το σωματίδιο DANE αποτελεί τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) γιατί ο εσωτερικός πυρήνας του σωματιδίου περιέχει την ειδική για την ηπατίτιδα Β πολυμεράση του DNA και κυκλικό DNA με διπλή αλυσίδα. Τα σωματίδια DANE βρίσκονται στην κυκλοφορία σε πολύ μικρότερα ποσά από τα νηματοειδή και τα σφαιρικά.

Επίσης στο σωματίδιο DANE αναγνωρίζεται το ΗBeAg. Το αντιγόνο αυτό αναγνωρίζεται στον ορό πασχόντων κατά την διάρκεια της μεγαλύτερης μολυσματικότητας του ατόμου και η παρουσία του σχετίζεται με την ενεργητικότητα της DNA-πολυμεράσης.

Το anti-e ανευρίσκεται σε ποσοστό 50% περίπου σε ασυμπτωματικούς φορείς του HBsAg των οποίων οι βιοψίες ήπατος είναι φυσιολογικές. Το αντιγόνο ΗBeAg ανευρίσκεται ακόμη σε ποσοστό 50-70% των ασθενών με βιοχημικές και ιστολογικές ενδείξεις χρόνιας ηπατίτιδας Β.

Το HBsAg αυτό καθαυτό αντιγονικώς είναι σύνθετο και ετερογενές. Η επιφάνειά του αποτελείται από ένα μωσαϊκό αντιγόνων τα οποία δυνατόν να υπάρχουν σε διαφορετικούς σχηματισμούς. Υπάρχει ένας κοινός καθοριστικός γόνος "α" που είναι κοινός σ' όλους τους σχηματισμούς. Επιπλέον έχουν βρεθεί δύο ζεύγη ειδικών καθοριστικών γόνων. Τα ζεύγη αυτά είναι "δ" ή "γ" και "ω" ή "τ". Όλοι οι υπότυποι του HBsAg περιέχουν το α και τουλάχιστον ένα επιπλέον καθοριστικό αντιγόνο που συνήθως προέρχεται από τον συνδυασμό των δύο ζευγών. Έτσι, έχουμε τέσσερεις υπότυπους από τους οποίους οι τρεις αδω, αγω και αδτ είναι πιο συχνοί ενώ ο αγτ είναι πιο σπάνιος. Πιθανά οι υπότυποι να αντιπροσωπεύουν φαινότυπους ενός καθορισμένου γονότυπου του ιού της ηπατίτιδας Β. Ο καθορισμός των υπότυπων γίνεται σήμερα με μεθόδους μεγάλης ευαισθησίας συμπεριλαμβανομένης και της ραδιοανοσολογικής ανάλυσης. Η πρωταρχική και καθοριστική αντιγονική υποομάδα είναι η α και τα αντισώματα που παράγονται έναντι του α είναι κοινά και για τους τέσσερεις μεγάλους υπότυπους. Ο καθορισμός των υποτύπων έχει σημασία για

τους επιδημιολόγους που παρακολουθούν τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας μεταξύ ατόμων με πολλαπλές εκθέσεις στην μόλυνση.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από παλαιότερα έχει αποδειχθεί και αναγνωρισθεί ότι η κυριότερη οδός μετάδοσεως της ηπατίτιδας Β είναι η διαθερμική. Έχει όμως σήμερα αποδειχθεί ότι το 50% των ασθενών με ηπατίτιδα Β δεν έχουν ιστορικό διαθερμικής εκθέσεως. Η ομάδα αυτή των περιπτώσεων ηπατίτιδας έχει ονομασθεί "λοιμώδης" και αποδιδόταν στο HAV ώσπου να γίνουν διαθέσιμες οι ορολογικές δοκιμασίες με τις οποίες ο HBV αναγνωρίσθηκε σαν αιτιολογικός παράγοντας. Γι' αυτό σήμερα αναγνωρίζεται ότι πολλές περιπτώσεις ηπατίτιδας τύπου Β προκύπτουν από λιγότερο εμφανείς οδούς μη διαθερμικής μετάδοσεως. Το HBsAg έχει ανευρεθεί σχεδόν σε κάθε βιολογικό υγρό των πασχόντων ατόμων - σάλιο, δακρυκό, σπερματικό υγρό, Ε.Ν.Υ., ασκίτη, γάλα, αρθρικό υγρό, γαστρικό υγρό, αύρα, πλευρικό υγρό και ακόμη σπανιότερα τα κόπρανα. Αν και υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι τα κόπρανα δεν είναι λιμογόνα από τα υγρά του σώματος περισσότερο το σπέρμα και το σάλιο έχουν αποδειχθεί λιμογόνα όταν χορηγούνται διαθερμικά ή μη διαθερμικά σε πειραματόζωα. Μεταξύ των μη διαθερμικών τρόπων μετάδοσεως της HBV η πρόσληψη από το στόμα έχει τεκμηριωθεί σαν δυνητική οδός μετάδοσεως σε κάποιον με περιορισμένη αντίσταση δεδομένου ότι ο τρόπος αυτός συνοδεύεται από παρατεταμένο χρόνο επώασης.

Από την άλλη πλευρά οι δύο σπουδαιότερες οδοί - μη διαθέσιμοι - που θεωρούνται ότι έχουν την μεγαλύτερη σημασία είναι: α) η περινεογνική μετάδοση και β) η σεξουαλική επαφή. Υψηλοί βαθμοί προσβολής από HBV παρατηρούνται στους συζύγους των οξέως πασχόντων ασθενών στο προσωπικό και τους φιλοξενούμενους των ιδρυμάτων καθυστερημένων διανοητικά και σε μικρότερο βαθμό στα μέλη οικογενειών χρονίων πασχόντων ασθενών. Στην Αφρική κάτω από τη Σαχάρα η μεγάλη επαφή μεταξύ των νομάδων θεωρείται το σπουδαιότερο αίτιο για την διατήρηση υψηλής συχνότητας HBs αντιγοναιμίας στον πληθυσμό. Η περιγεννητική μετάδοση συμβαίνει κύρια σε νοεγρά που γεννιού-

νται από μητέρες φορείς HBSAg ή μητέρες με οξεία ηπατίτιδα Β κατά την διάρκεια του τρίτου τριμήνου της κύησης ή κατά την διάρκεια αμέσως μετά την γέννηση. Η περιγεννητική μετάδοση είναι σπάνια στην Βόρεια Αμερική και Δυτική Ευρώπη συμβαίνει όμως με μεγαλύτερη συχνότητα και είναι μια σημαντική οδός μόλυνσης στην άπω Ανατολή και τις υπανάπτυκτες χώρες. Αν και ο ακριβής τρόπος της περιγεννητικής μετάδοσης είναι άγνωστος η επιδημιολογική ένδειξη υποδηλώνει ότι η λοίμωξη συμβαίνει την ώρα του τοκετού και δεν είναι αποτέλεσμα θηλασμού. Πιο πολύ η περιγεννητική μετάδοση του HBV σχετίζεται με HBe αντιγοναιμία. Οι μητέρες HBeAg θετικές σχεδόν πάντα και οι HBeAg αρνητικές μητέρες σχεδόν ποτέ δεν μεταδίδουν τον HBV στα τέκνα τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις η οξεία λοίμωξη του νοεγνού είναι κλινικά ασυμπτωματική το παιδί όμως είναι πολύ πιθανό να γίνει φορέας του HBSAg.

Οι πάνω από 200 εκατομμύρια φορείς του HBSAg στον κόσμο συνθέτουν την σπουδαιότερη αποθήκη ηπατίτιδας Β στον άνθρωπο. Το HBSAg ορού είναι σπάνιο (0,1-0,5%) στο φυσιολογικό πληθυσμό στις ΗΠΑ και την Δ. Ευρώπη επιπολασμός όμως 5-15% έχει ευρεθεί στην άπω Ανατολή και μερικές χώρες τροπικές και 30% περίπου σε άτομα με σύνδρομο Down, λεπρωματώδη λέπρα, λευχαιμία, νόσο του Hodgkin, οξεία πολυαρθρίτιδα, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σε αιμοκάθαρση και σε ναρκομανείς που χρησιμοποιούν σύριγγες.

Ο συνηθισμένος έλεγχος των αιμοδοτών για HBSAg και ο περιορισμός των εμπορικών πηγών αίματος έχει περιορίσει σημαντικά την επίπτωση της ηπατίτιδας Β μετά την μετάγγιση αλλά η ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση παραμένει ακόμη ένα σημαντικό πρόβλημα. Τα ποσοστά ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση είναι 0,3-9 περιπτώσεις στις 1000 μεταγγίσεις. Ο κίνδυνος αντικτερικής ηπατίτιδας μετά την μετάγγιση είναι ο μεγαλύτερος από εκείνον της κλινικής ηπατίτιδας με ίκτερο. Ο κίνδυνος της ιογενούς ηπατίτιδας μετά την μετάγγιση παραγώγων αίματος εξαρτάται από τις μεθόδους παρασκευής των παραγώγων αυτών. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος ακολουθεί την χρήση πολλαπλών συντηρημένων παραγώγων όπως οι συμπυκνωμένοι παράγοντες II, VII, VIII, IX και X. Ηπατίτιδα έχει εκδηλωθεί στο 20-30% των ασθενών που λαμβάνουν τα παράγωγα αυτά για πρώτη φορά. Τα παράγωγα αίματος που συνοδεύονται με μέσο κίνδυνο είναι το πλήρες αίμα, τα συμπυκνωμένα ερυθρά, τα αιμοπετάλια μονήρους δότη, και το πλάσμα.

Τα παράγωγα αίματος που συνοδεύονται με μέσο κίνδυνο είναι το πλήρες αίμα, τα συμπυκνωμένα ερυθρά, τα αιμοπετάλια μονήρους δότη και το πλάσμα. Τα παράγωγα που δεν έχουν κίνδυνο είναι η ανθρώπινη λευκωματίνη και οι άνοσες και υπεράνοσες σφαιρίνες λόγω προηγούμενης επεξεργασίας των ουσιών αυτών σε θερμοκρασία 60°C και ψυχρή εκχύλιση με αιθανόλη. Ακόμη και η απόρριψη του HBsAg αρνητικού αίματος που όμως είναι θετικό για anti-HBc μπορεί να προλάβει τις λίγες περιπτώσεις που απομένουν της ηπατίτιδας Β που συνοδεύουν την μετάγγιση αίματος αυτό όμως μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια πολλών μη λοιμογόνων μονάδων και περιορίζει τα διαθέσιμα ποσά αίματος.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Οι ηπατικές αλλοιώσεις κατά την προσβολή από ηπατίτιδα Β είναι οι πιο κάτω:

Το ήπαρ στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ψηλαφητό. Ιστολογικά παρατηρούνται τα εξής:

- α. Νέκρωση των ηπατικών κυττάρων κυρίως γύρω από την κεντρική φλέβα. Τα ηπατικά κύτταρα άλλοτε εμφανίζονται εξοιδημένα και άλλοτε συρρικνωμένα γεγονός που οδηγεί σε τμηματική εκφύλιση και νέκρωσή τους.
- β. Κεντρολοβιώδης φλεγμονώδης διήθηση από μονοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.
- γ. Φλεγμονώδης διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοκύτταρα.

Αυτές οι αλλοιώσεις που είναι και οι πιο βασικές και παρατηρούνται στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου σε σχέση πάντα με την βελτίωση της πορείας του ασθενούς. Σε μερικούς όμως ασθενείς οι ιστολογικές βλάβες είναι πολύ μεγαλύτερης σοβαρότητας. Μια σοβαρή ηπατική βλάβη είναι η υποξεία ηπατική νέκρωση, που αποτελεί ένδειξη για χειρότερη πρόγνωση. Στην υποξεία ηπατική βλάβη έχουμε απόπτωση ηπατοκυττάρων σε εκτεταμένες περιοχές και τον σχηματισμό γέφυρας μεταξύ των λοβίων. Η γέφυρα αυτή αποτελείται από συμπυκνωμένο δίκτυο φλεγμονώδη κατάλοι-

πα και εκφυλισμένα ηπατοκύτταρα. Η πρόγνωσή της έχει πολύ μεγάλη σημασία γιατί συνήθως καταλήγει στο θάνατο σε μικρό χορνικό διάστημα. Άλλες πάλι φορές η παρουσία της υποδηλώνει την πρόδρομη μορφή μιας χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας ή ηπατικής κίρρωσης. Όταν η βλάβη είναι μεγαλύτερη και έχουμε γεφύρωση πολλών λοβίων καταλήγουμε στην υποξεία πολυλοβιακή ηπατική νέκρωση. Η παρουσία αυτής της βλάβης χειροτερεύει την πρόγνωση. Τέλος, μπορεί να εμφανιστεί η μαζική ηπατική νέκρωση μια βαριά ιστολογική βλάβη που την συναντάμε κύρια στην κεραυνοβόλο ηπατίτιδα και που εκδηλώνεται με σιρρίκωση του ήπατος και μαζική νέκρωση και απόπτωση των ηπατικών κυττάρων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της ηπατίτιδας Β είναι μεταβλητή αλλά γενικά θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε τρεις φάσεις α) την πρόδρομη, β) την ικτερική και γ) την φάση της ανάρρωσης.

α. Πρόδρομη φάση

Στους περισσότερους ασθενείς που προσβάλλονται από ηπατίτιδα Β την εκδήλωση του ικτέρου προηγούνται μη ειδικά συστημάτικα και γαστρεντερικά ενοχλήματα.

Ο ασθενής εμφανίζει 2-14 ημέρες πριν την εκδήλωση του ικτέρου, ανορεξία, κόπωση, κακουχία και καταβολή των δυνάμεων τα οποία συνήθως ακολουθούνται από ναυτίες, εμμέτους, διάρροια. Ο ασθενής συνήθως παραπονείται για ευαισθησία στο άνω δεξιό τεταρτημόριο ή το δεξιό υπογάστριο και συχνά επιδεινώνεται με τις απότομες κινήσεις και την προσπάθεια. Πολλές ακόμη φορές κατά την διάρκεια του πρόδρομου σταδίου παρατηρούνται κνίδωση, δερματικά εξανθήματα, αγγειονευρωτικό οίδημα και σπάνια πολυαρθρίτιδα. Στο στάδιο αυτό τα ούρα χρωματίζονται σκοτεινότερα και συχνά η χροιά των κοπράνων γίνεται ανοιχτότερη. Ο κοιλιακός πόνος είναι ήπιος και σταθερός.

β. Ικτερική φάση

Η φάση αυτή εμφανίζεται 5-10 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Με την εμφάνιση του ικτέρου η ένταση των πρόδρομων των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται. Το ήπαρ είναι διογκωμένο και παρουσιάζει μια ευαισθησία που συνοδεύεται από πόνο και δυσφορία στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίας. Συνηθισμένη στο στάδιο αυτό είναι η απώλεια βάρους που κυμαίνεται από 2,5-5 kg και που διαρκεί σε όλη την ικτερική φάση. Η διάρκεια του ικτέρου ποικίλλει αλλά κατά τις τυπικές περιπτώσεις δεν υπερβαίνει τις 6-8 εβδομάδες. Η ένταση του ικτέρου αποκορυφώνεται μετά την πρώτη και την δεύτερη εβδομάδα και στη συνέχεια μειώνεται σταθερά. Τα κόπρανα κατά την εμφάνιση του ικτέρου προβάλλουν αργιλώδη χροιά και παίρνουν το κανονικό τους χρώμα με την υποχώρηση του ικτέρου. Σε αναλογία 20% των περιπτώσεων παρατηρούνται οπίσθια τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία. ακόμη σπάνια μερικά άτομα εμφανίζουν αραχνοειδή αγγειώματα στο στάδιο αυτό που εξαφανίζονται όμως αργότερα. η διόγκωση και η ευαισθησία του ήπατος αρχίζουν να μειώνονται μετά 1-2 εβδομάδες από την εκδήλωση του ικτέρου και το ήπαρ επανέρχεται στο φυσιολογικό του μέγεθος μετά αρκετές εβδομάδες.

γ. Φάση ανάρρωσης

Αμέσως μετά την υποχώρηση του ικτέρου ο ασθενής συνήθως αισθάνεται καλά αλλά η ανάρρωση σπάνια ολοκληρώνεται στο στάδιο αυτό. Το ήπαρ μπορεί να εξακολουθεί να παρουσιάζει διόγκωση και ελαφρή ευαισθησία και οι ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας είναι ακόμα έκδηλες. Η διάρκεια της μεταϊκτερικής αυτής φάσης ποικίλλει από 2-6 εβδομάδες αλλά σε μερικές περιπτώσεις είναι μεγαλύτερη. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η πλήρη κλινική ανάρρωση και βιοχημική αποκατάσταση πρέπει να αναμένεται μετά από 3-4 μήνες. Το σημαντικότερο όμως γεγονός στην φάση της ανάρρωσης είναι η γενικότερη βελτίωση στην κατάσταση του ασθενή. Επανέρχεται η όρεξη, ο ίκτερος εξαφανίζεται και ο κοιλιακός πόνος, η ευαισθησία στις απότομες κινήσεις και η εύκολη κόπωση εκλείπουν.

ΤΥΠΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Ο χρόνος επώασης της τυπικής οξείας ικτερικής ηπατίτιδας Β ανέρχεται σε 90 ημέρες περίπου. Η παρουσία του HBsAg στον ορό μπορεί να αποδειχτεί κατά τη διάρκεια του χρόνου επώασης και μάλιστα πριν την αύξηση των τρανσαμινασών και των κλινικών συμπτωμάτων. Το HBsAg παραμένει στον ορό συχνά και κατά την περίοδο της ανάρρωσης. Το αντίσωμα Anti-HBs εμφανίζεται 1-3 μήνες μετά από την συμπλήρωση της ανάρρωσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ένα κενό διάστημα όπου δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθούν το HBsAg και το Anti-HBs. Το διάστημα αυτό διαρκεί συνήθως από 2-16 εβδομάδες. Κατά την περίοδο αυτή το άτομο θεωρείται ότι παρουσιάζει ανοσία.

Κατά την διάρκεια της κλινικής φάσης της νόσου εμφανίζεται στον ορό του ασθενή το αντίσωμα έναντι του κεντρικού αντιγόνου της ηπατίτιδας anti-HBc. Ο τίτλος του αντισώματος ανέρχεται γρήγορα και στη συνέχεια ελαττώνεται σταδιακά αλλά η εξαφάνισή του παίρνει πολύ χρόνο. Το anti-HBc ανευρίσκεται στον ορό του ασθενή στην περίοδο που δεν μπορεί να προσδιορισθεί το HBcAg και το anti-HBs και έτσι στην περίοδο αυτή είναι ο πλέον σίγουρος δείκτης λοίμωξης. Το HBeAg εμφανίζεται συγχρόνως με το HBsAg και εξαφανίζεται πριν από το HBsAg. Η παρουσία του HBeAg σημαίνει ενεργό πολλαπλασιασμό του ιού πράγμα που αντιπροσωπεύει μια εξαιρετικά λοιμογόνο κατάσταση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

1. Οι τρανσαμινάσες του ορού SGOT και SGPT είναι πολύ αυξημένες ακόμη και στην προδρομική φάση της νόσου (300-500 μον/ml ή σε βαρύτερες περιπτώσεις 1000 μον./ml). Στην φάση της ανάρρωσης οι τιμές τους μειώνονται προοδευτικά.
2. Ανάλογη αύξηση με τις τρανσαμινάσες παρουσιάζει και η γαλακτική αφυδρογονάση LDH.
3. Η χολερυθρίνη του ορού εμφανίζεται αυξημένη. Όταν εμφανισθεί ίκτερος τα επίπεδά της κυμαίνονται από 5-20 mg/100 ml. Σε

βαριές περιπτώσεις η αύξηση μπορεί να είναι ακόμα μεγαλύτερη. Όταν η τιμή της χολερυθρίνης είναι μεγαλύτερη από 20 mg/100 ml και εξακολουθεί να διατηρείται μέχρι το τέλος της πορείας της νόσου είναι ένδειξη για βαρύτερη νόσο.

4. Η αλκαλική φωσφατάση συνήθως παραμένει φυσιολογική αλλά μπορεί να παρουσιάζει και μια μικρή αύξηση που δεν ξεπερνά τα 80-240 IV.

5. Ο χρόνος προθρομβίνης εμφανίζεται παρατεταμένος και η μέτρησή του συμβάλλει στην διάγνωση βαρύτερων μορφών ηπατοπάθειας.

6. Η γ-γλουβουλίνη εμφανίζεται αυξημένη από την αρχή της πορείας της νόσου και επανέρχεται πολύ αργότερα στα φυσιολογικά όρια. Η παραμονή της σε υψηλά επίπεδα μπορεί να δηλώνει την μετάπτωση της σε χρόνια νόσηση.

7. Ένας αριθμός ορολογικών δοκιμασιών είναι διαθέσιμος για να τεθεί η διάγνωση ηπατίτιδας Β. Μετά την λοίμωξη με HBV το πρώτο ορολογικό σημείο που ανιχνεύεται στον ορό είναι το HBsAg. Το HBsAg προηγείται της αυξήσεως των τρανσαμινασών και των κλινικών συμπτωμάτων και παραμένει ανιχνεύσιμο κατά την διάρκεια ολόκληρης της ικτερικής φάσης της οξείας ηπατίτιδας Β και μετά. Στις τυπικές περιπτώσεις το HB A δεν ανιχνεύεται 1-2 μήνες μετά την εισβολή του ικτέρου.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν ορισμένες ασθένειες κυρίως ιογενείς όπως η λοιμώδης μονοκυττάρωση, εκείνες που οφείλονται σε κυτταρομεγαλοϊούς, στον απλό έρπητα όπως και η τοξοπλάσμωση έχουν μερικούς κλινικούς χαρακτηρισμούς που μοιάζουν με την ηπατίτιδα Β και προκαλούν αύξηση της τρανσαμινασίας και λιγότερο συχνό της χολερυθρίνης. Γι' αυτό πρέπει να γίνονται ορολογικές εξετάσεις που θα προσδιορίσουν ή θα αποκλείσουν τις παραπάνω ασθένειες.

Ο διαχωρισμός της ηπατίτιδας Α από την ηπατίτιδα Β δεν είναι εφικτός με βάση τα κλινικά συμπτώματα. ο διαχωρισμός θα βασισθεί στο γεγονός ότι και οι δύο ιοί παράγουν μοναδικά αντιγόνα και αντισώματα στο αίμα και τα άλλα βιολογικά υγρά που ακολουθούν προ-

καθορισμένη πορεία στην εξέλιξη της νόσου. Με τον προσδιορισμό αυτών των αντιγόνων και αντισωμάτων είναι δυνατή όχι μόνο η διάγνωση του είδους, αλλά και ο καθορισμός του σταδίου της λοίμωξης.

Ένα πλήρες ιστορικό λήψεως φαρμάκων είναι σημαντικό γιατί πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν εικόνα ηπατίτιδας Β. Εξίσου σημαντικό είναι το παλαιό ιστορικό ανεξήγητων επαναλαμβανομένων επεισοδίων οξείας ηπατίτιδας. Αυτό θα πρέπει να κινεί την υποψία για χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Ο διαχωρισμός ηπατίτιδας Β από την αλκοολική ηπατίτιδα είναι συνήθως εύκολος γιατί στην δεύτερη περίπτωση οι τιμές των τρανσαμινασών δεν εμφανίζουν αξιοσημείωτη άνοδο. Η βιοψία ήπατος έχει την δυνατότητα να αποσαφηνίζει για την παραπάνω περίπτωση αν η ηπατική βλάβη προέρχεται από τον αλκοολισμό ή από λογενή λοίμωξη. Επειδή η ηπατίτιδα Β μπορεί να υπάρχει με πόνο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς, ναυτία και έμετο, πυρετό και ίκτερο συγχέεται συχνά με την οξεία χολοκυστίτιδα, λιθίαση του κοινού ηπατικού πόρου ή την ανιούσα χολαγγειίτιδα. Οι ασθενείς με την ηπατίτιδα Β ανέχονται την χειρουργική επέμβαση άσχημα γι' αυτό είναι σημαντικό να αποκλεισθούν οι παραπάνω διαγνώσεις και η ηπατική βιοψία κρίνεται απαραίτητη πριν από την λαπαροτομία. Η ηπατίτιδα Β στον ηλικιωμένο συχνά διαγιγνώσκεται σαν αποφρακτικός ίκτερος που οφείλεται σε χολολιθίαση ή καρκίνο του παγκρέατος. Επειδή η ηπατίτιδα Β στον ηλικιωμένο είναι αρκετά σοβαρή και η εγχειρητική θνησιμότητα υψηλή πρέπει να γίνονται λεπτομερείς εξετάσεις ακόμη και ηπατική βιοψία προκειμένου να αποκλεισθεί παρεγχυματική ηπατική νόσος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ειδική θεραπεία για την ηπατίτιδα Β δεν υπάρχει. Η εισαγωγή στο Νοσοκομείο δεν είναι επιβεβλημένη σε άτομα που δεν διατρέχουν επιπρόσθετους κινδύνους. Πάντως είναι σωστό να γίνεται εισαγωγή στο Νοσοκομείο στις πιο κάτω περιπτώσεις:

- α. Για διαγνωστικούς λόγους
- β. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ταυτόχρονα με την ηπατίτιδα Β και κάποια άλλη συστηματική νόσο.
- γ. Σε ασθενείς με μεγάλη ηλικία επειδή η πρόγνωση είναι βαρύτερη.

δ. Σε περιπτώσεις ηπατίτιδας Β κατά την κύηση.

Η αυστηρή και παρατεταμένη κατάκλιση δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πλήρη ανάνηψη, πολλοί όμως ασθενείς αισθάνονται καλύτερα με την ελάττωση της φυσικής τους δραστηριότητας. Ακόμη απαιτείται υψηλή θερμική δίαιτα και επειδή πολλοί ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ναυτία αργά την ημέρα ή μεγαλύτερη ποσότητα θερμίδων θα πρέπει ίσως να δίνεται το πρωί. Η ενδοφλέβια σίτιση είναι απαραίτητη στο οξύ στάδιο όταν ο ασθενής έχει επίμονο εμετό και δεν μπορεί να σιτισθεί από το στόμα. Τα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες θα πρέπει να αποφεύγονται καθώς και εκείνα που μεταβολίζονται στο ήπαρ. Αν υπάρχει κνησμός χορηγείται κάποιο αντισταμινικό (φυτίνη π.χ. χολυστεραμίνη).

Η απομόνωση των ασθενών με ηπατίτιδα Β σε δικό τους δωμάτιο με λουτρό δεν είναι απαραίτητη παρά μόνο σε μη ελεγχόμενη αυτόματη αιμορραγία. Στους ασθενείς με ηπατίτιδα Β θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην προφύλαξη από το αίμα. Οι εντερικές προφυλάξεις στους ασθενείς αυτούς δεν είναι απαραίτητες. Οι ασθενείς θα πρέπει να εξέρχονται από το Νοσοκομείο όταν τα συμπτώματα υποχωρήσουν και τα εργαστηριακά ευρήματα επανέλθουν στα φυσιολογικά όρια. Ο ασθενής μπορεί να αναλάβει σταδιακά όλες τις προηγούμενες δραστηριότητες. Η ελαφρά αύξηση της τιμής της SGOT δεν απτοελεί αντένδειξη για την επανέναρξη της δραστηριότητας.

Όσον αφορά την χρήση των κορτικοειδών θα πρέπει να αναφερθεί ότι η θεραπευτική τους αξία είναι περιορισμένη. Πολλοί πιστεύουν ότι ούτε επιβραδύνουν το ρυθμό της νέκρωσης των ηπατικών κυττάρων, ούτε βοηθούν στην αναγέννησή τους ενώ αντίθετα μπορούν να παρεμποδίσουν την ανάπτυξη της ανοσίας. Είναι όμως παραδεκτό ότι επαναφέρουν την ευεξία στον ασθενή, βελτιώνουν την όρεξη και προκαλούν ταχύτερη πτώση των τιμών της χολερυθρίνης και των τρανσαμινασών.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Στην ηπατίτιδα Β το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχει ευνοϊκή προεξέλιξη. Το ποσοστό θνησιμότητας είναι 1-2% περίπου. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και σε ασθενείς που ταυτόχρονα παρουσιάζουν και άλλες σοβαρές ασθένειες όπως αναιμία, σακχαρώδη διαβήτη ή νεοπλασματικές νόσους. Η πρόγνωση είναι δυσμενέστερη όταν εμφανίζεται ασκίτης, περιφερειακό οίδημα ή συμπτώματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Κατά προσέγγιση ένα ποσοστό 10% ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα Β καθίστανται χρόνιοι φορείς του επιφανειακού αντιγόνου HBsAg.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Η αξία της ανοσο-γ-σφαιρίνης για την προστασία έναντι της μόλυνσης από ηπατίτιδα Β αποτελεί θέμα συζητήσεων. Τελευταίες μελέτες απέδειξαν ότι η χορήγηση άνοσης γ-σφαιρίνης που περιέχει αυξημένους τίτλους του anti-HBs προσφέρει κάποια προφύλαξη αν και προστασία αυτή είναι προσωρινή, διάρκειας 4-6 μηνών.

Η χορήγησή της ενδείκνυται:

- α. Σε άτομα που τρυπήθηκαν τυχαία από μολυσμένη βελόνα με τον ιό της ηπατίτιδας Β ή άτομα που κάποιος βλενογόνος τους έχει έλθει σε επαφή με υλικό θετικό για HBsAg.
- β. Νεογνά μητέρων που προσβλήθηκαν από ηπατίτιδα κατά το γ' τρίμηνο της κύησης. Άτομα θετικά σε HBsAg και anti-HBs δεν έχουν λόγους προφύλαξης.

Τα τελευταία χρόνια εισήχθη προφυλακτικό εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β. Ήδη κυκλοφορεί από τον Ιούλιο του 1982 και στην Ελλάδα. Το εμβόλιο αυτό περιέχει μη λοιμογόνο αδρανοποιημένο επιφανειακό αντιγόνο HBsAg από πλάσμα υγιών φορέων και με κατάλληλη κατεργασία απομακρύνεται ή αδρανοποιείται η λοιμογόνος δράση του HBs και άλλων ιών που επίσης περιέχονται στο πλάσμα. Από την εφαρμογή του εμβολίου και με τις σημερινές ενδείξεις πιστεύεται ότι το εμβόλιο προσφέρει αποτελεσματική προστασία έναντι όλων των υποτύπων της ηπατίτιδας Β. Η αντισωματική ανταπόκριση και η προστα-

σία υπερβαίνει το 90% των εμβολιασθέντων. Χορηγείται I.M. σε 3 δόσεις η δεύτερη δόση μετά 1 μήνα και η τρίτη μετά 6 μήνες από την πρώτη δόση. Οι αναμνηστικές δόσεις γίνονται ανά πενταετία. Με τα σημερινά δεδομένα η χρήση του εμβολίου συνίσταται σε άτομα HBsAg αρνητικά που ανήκουν στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
2. Προσωπικό κέντρων αιμοδοσίας και αιμ/κών εργαστηρίων
3. Καθαρίστριες νοσοκομείων και των παραπάνω εργαστηρίων
4. Προσωπικό και ασθενείς μονάδων αιμοκάθαρσης
5. Οδοντίατροι
6. Πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς ή αιμοφιλικοί
7. Συγγενείς ατόμων με ενεργό ηπατίτιδα Β ή χρόνιους φορείς
8. Ομοφυλόφιλοι
9. Ναρκωμανείς
10. Προσωπικό και έγκλειστοι ασύλων πνευματικώς καθυστερημένων
11. Άτομα που ταξιδεύουν σε περιοχές που ενδημεί η ηπατίτιδα Β
12. Νεογέννητα μητέρων που είναι φορείς.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Β η προσοχή μας πρέπει να στρέφεται:

1. Στην εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων για τον τρόπο μετάδοσης του HBs και στην έγκαιρη λήψη προφυλακτικών μέτρων.
2. Η χρησιμοποίηση αποστειρωμένων γαντιών ήμιας χρήσεως σε κάθε επαφή με τον άρρωστο ή στην χρήση συρρίγγων και βελονών μιας χρήσεως.
3. Στην αποστείρωση εργαλείων σε κλίβανο για 60' σε ξηρή θερμοκρασία στους 160° ή με βρασμό για 20'.
4. Μέτρα υγιεινής όπως πλύσιμο των χεριών και μεγάλη προσοχή κατά την λήψη του αίματος, ενδοφλέβιων υγρών καθώς και κατά τη διάρκεια της μετάγγισης.
5. Στην αποστείρωση ευαίσθητων οργάνων π.χ. ενδοσκοπίων σε διάλυμα Betadine και πλύση με ισοπροπυλική αλκοόλη σε κάθε χρήση.

6. Στην εξέταση των αιμοδοτών για HBsAg και τρανσαμινάσες ορού που βοηθά στον αποκλεισμό του ενός τρίτου των μολυσμένων αιμοδοτών.

7. Στην απαγόρευση μεταγγίσεως πωλουμένου αίματος.

Όσον αφορά τους κινδύνους που αντιμετωπίζει το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό μπορούμε να αναφέρουμε τα εξής:

Η έκθεσή τους στον ιό της ηπατίτιδας Β μπορεί να προέλθει από επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος κατά την αναρρόφηση με πιπέτα, κατά την χορήγηση ενδοφλέβιας εγχύσης υγρού, τη λήψη αίματος, την αλλαγή χειρουργικών επιδέσμων, την κένωση δοχείων, την φροντίδα καθετήρων, τον χειρισμό χειρουργικών οργάνων, και παθολογικών δειγμάτων και άλλων μεθόδων περίθαλψης.

Οι ασυμπτωματικοί θετικοί προς το HBsAg φορείς αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγειονομικό προσωπικό επειδή δεν έχουν εμφανή κλινικά χαρακτηριστικά για την λήψη προφυλακτικών μέτρων. Ασθενείς με ιστορικό ηπατίτιδας και άτομα με παρεντερική κατάχρηση φαρμάκων, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λευχαιμία, νόσο του Hodgkin, σύνδρομο Down, πρέπει να υποβάλλονται σε εξέταση για HBsAg γιατί πολλά από τα άτομα των ομάδων αυτών καθίστανται φορείς του HBsAg.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ

Κατά την διάρκεια της πρόδρομης φάσεως της οξείας ηπατίτιδας Β μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνδρομο που μοιάζει με την ορονοσία και χαρακτηρίζεται από αρθραλγία, αρθρίτιδα, εξάνθημα, αγγειοοίδημα και σπάνια αιματοουρία και πρωτεϊνουρία. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται πριν από την έναρξη του ικτέρου (ικτερική φάση) και στους ασθενείς αυτούς λανθασμένα γίνεται διαγνώση ότι πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή άλλη ρευματική νόσο όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος. Το σύνδρομο εμφανίζεται με συχνότητα 5-10% των ασθενών με ηπατίτιδα Β. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με το προσδιορισμό των τρανσαμινασών που κατά κανόνα είναι αυξημένες και το HBsAg του ορού.

Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα (μαζική

ηπατική νέκρωση). Ευτυχώς που είναι σπάνια. Οι ασθενείς εμφανίζονται με σημεία και συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας και που στην πράξη καταλήγουν σε κώμα. Το ήπαρ είναι μικρό και ο χρόνος προθρομβίνης ιδιαίτερα παρατεταμένος. Ο συνδυασμός ταχείας συρρικνώσεως του ήπατος με κλινικά σημεία συγχύσεως, υπνηλίας, αποπροσανατολισμού, ασκίτη και οιδήματος δείχνουν ότι ο ασθενής έχει ηπατική ανεπάρκεια με εγκεφαλοπάθεια. Το εγκεφαλικό οίδημα είναι συχνά ένδειξη πιέσεως του εγκεφαλικού στελέχους όπως και αιμορραγία από το γαστρεντερικό, σηπτική κατάσταση, αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακό collapsus και νεφρική ανεπάρκεια είναι καταληπτικά φαινόμενα. Η θνησιμότητα είναι εξαιρετικά υψηλή (μεγαλύτερη από 80% σε ασθενείς με κώμα). Οι ασθενείς όμως που επιζούν μπορεί να έχουν πλήρη βιοχημική και ιστολογική αποκατάσταση.

Μετά την οξεία ηπατίτιδα Β περίπου το 10% των ασθενών παραμένουν HBsAg θετικοί για περισσότερο από 6 μήνες. Οι περισσότεροι απ' αυτούς καθορίζουν το αντιγόνο από την κυκλοφορία τους στα επόμενα χρόνια ένα όμως μικρό ποσοστό παραμένει χρόνια HBsAg θετικό. Στον ορό των ασθενών αυτών anti-HBc υπάρχει σε υψηλούς τίτλους αλλά το anti-HBs σπάνια ανιχνεύεται. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να είναι (α) ασυμπτωματικοί φορείς, (β) να έχουν χαμηλού βαθμού χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα Β ή (γ) να έχουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα Β. Η πιθανότητα να γίνει κάποιος φορέας του HBsAg μετά την οξεία λοίμωξη από HBV είναι ιδιαίτερα υψηλή μεταξύ των νεογνών, των ατόμων με σύνδρομο Down, των ασθενών σε χρόνια αιμοκάθαρση και άλλων ασθενών με ανοσοκαταστολή.

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι μια σημαντική απώτερη επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας Β που συμβαίνει στο 3% των περιπτώσεων. Μερικά κλινικά και βιοχημικά στοιχεία μαρτυρούν την μετάπτωση της οξείας ηπατίτιδας Β σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα :

- (α) η μη πλήρης απορρόφηση των κλινικών συμπτωμάτων της ανορεξίας, της απώλειας βάρους, της κοπώσεως και της επίμονης ηπατομεγαλίας.
- (β) η παρουσία "ταινιοειδών" ή πολυλοβιακών ηπατικών νεκρώσεων στην ηπατική βιοψία.
- (γ) η αποτυχία των τρανσαμινασών, της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης να επανέλθουν στο φυσιολογικό μέσα σε 6-12 μήνες μετά την οξεία νόσο και (δ) την συνεχιζόμενη ύπαρξη HBsAg 6 μήνες ή περισσότερο που υποδηλώνει χρόνια ιογενή λοίμωξη του ήπατος.

Στις σπάνιες επιπλοκές της ηπατίτιδας περιλαμβάνεται η παγκρεατίτιδα, η μυοκαρδίτιδα, η άτυπη πνευμονία, η απλαστική αναιμία, η εγκάρσια μυελίτιδα, και η περιφερική νευροπάθεια. Οι εφ' όρου ζωής του ΗΒSAg φαίνεται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Στα παιδιά η ηπατίτιδα Β μπορεί σπάνια να εμφανισθεί με αντιικτερική μορφή ένα μη προφυρικό βλατιδώδες εξάνθημα του προσώπου, των γλουτών και των κνημών και λεμφοαδενοπάθεια.

ΆΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

1. Ηπατίτιδα Α

Είναι λοιμώδης νόσος του ήπατος που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Α. Ο ιός αυτός ανακαλύφθηκε το 1973 από τον Rurchi και τους συνεργάτες του σε κόπρανα ατόμων που έπασχαν από ηπατίτιδα Α. Ο ιός αυτός είναι μικρός έχει σήμα εξαγώνου και μέγεθος 27 nm. Το αντιγόνο της ηπατίτιδας Α είναι το ΗΑAg και τα αντισώματα που αναπτύσσονται έναντι του ιού Α (anti-HA) είναι το IGM και IGG. Η ηπατίτιδα Α εμφανίζει παγκόσμια κατανομή. Οι συνηθέστεροι τρόποι μετάδοσης είναι με τα κόπρανα που μολύνουν τροφές, το νερό και με την άμεση επαφή. Η μετάδοση είναι πιθανότερη στις υποανάπτυκτες χώρες και στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις των αστικών κυρίως περιοχών επειδή υπάρχει μεγαλύτερος συγχροτισμός και κακές συνήθως συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Η συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας Α είναι σχετικά αυξημένη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στην ηπατίτιδα Α η θνησιμότητα είναι πάρα πολύ μικρή ή λείπει τελείως. Αν και η κλινική ανάρρωση μπορεί να απαιτήσει ένα μήνα ή και περισσότερο δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα περίπτωση μετάπτωσης της σε χρόνια ηπατίτιδα. Όλοι γενικά οι ασθενείς με ηπατίτιδα Α που προηγουμένα ήταν υγιείς αναρρώνουν χωρίς επακόλουθα.

2. Ηπατίτιδα μη-A, μη-B

Η ανάπτυξη ευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης του αντιγόνου HBSAg και του αντισώματος Anti-HBS οδήγησαν στην παρατήρηση ότι όλες οι περιπτώσεις ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση δεν οφειλόταν στον ιό της ηπατίτιδας B. Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στον ιό της ηπατίτιδας A αλλά και πάλι προσεκτικότερες μελέτες απέδειξαν ότι δεν ενέχεται ούτε ο ιός A. Προέκυψε λοιπόν, ο όρος ηπατίτιδας μη-A, μη-B που πιθανόν να οφείλεται σε περισσότερες από έναν ιούς με βάση μακροχρόνιες μελέτες πάνω σε ναρκωμανείς. Ο ιός της ηπατίτιδας μη-A, μη-B δεν έχει προσδιορισθεί με σαφήνεια μέχρι σήμερα. Η ηπατίτιδα μη-A, μη-B εμφανίζει και αυτή παγκόσμια κατανομή. Έχει εντοπισθεί σε άτομα που υποβάλλονται σε μεταγγίσεις, σε ναρκωμανείς, σε άτομα της ίδιας οικογένειας και σε ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού. Είναι χαρακτηριστικό ότι η μορφή αυτής της ηπατίτιδας εμφανίστηκε σε επιδημική μορφή σε αιμοφιλικούς ασθενείς και σε άτομα που έπαιρναν συμπύκνωμένα προϊόντα παράγοντα VIII. Υπολογίζεται ότι το 80% των περιπτώσεων της ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση οφείλεται στον υποθετικό ιό όπως και το 15% περίπου των σποραδικών περιπτώσεων ηπατίτιδας. Το ποσοστό θνησιμότητας στην ηπατίτιδα μη-A, μη-B είναι μικρότερο από της ηπατίτιδας B αλλά οπωσδήποτε μεγαλύτερο από το ποσοστό της ηπατίτιδας A. Σε κεραινοβόλο ηπατίτιδα από ιό B η θνησιμότητα κυμαίνεται στο 40% περίπου, ενώ από ιό μη-A, μη-B σε 13%.

3. Τοξική - φαρμακευτική ηπατίτιδα

Η συνεχιζόμενη σύνδεση, δοκιμή και εισαγωγή νέων φαρμάκων στην κλινική πράξη είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση των τοξικών αντιδράσεων. Οι παράγοντες που προκαλούν τοξική ηπατίτιδα είναι γενικά συστηματικά δηλητήρια ή ουσίες που μετατρέπονται στο ήπαρ σε τοξικούς μεταβολίτες. Έχουν αναγνωρισθεί δύο τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας, α) την άμεση τοξική, και β) την ιδιοσυγκρασιακή. Η ηπατική βλάβη αποτελεί συνήθως την μια μόνο όψη της τοξικότητας που προκαλείται από τις άμεσες ηπατοτοξίνες και μπορεί να περάσει απαρατήρητα μέχρι να εμφανισθεί ο ίκτερος. Στις ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις, η εμφάνιση ηπατίτιδας είναι συ-

νήθως σπάνια και απρόβλεπτη η αντίδραση δεν εξαρτάται από την δόση και μπορεί να εμφανισθεί οποτεδήποτε κατά την έκθεση στο φάρμακο ή μετά από αυτή. Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται σε ευπάθεια του ξενιστή, σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να προκαλείται με ανοσολογικό μηχανισμό. Η θεραπεία είναι ενισχυτική. Μολις παρουσιασθεί αντίδραση διακόπτεται η χορήγηση του παράγοντα. Στην περίπτωση των άμεσων τοξινών πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή για νεφρική ή άλλη οργανική βλάβη που μπορεί να απειλήσει τη ζωή του ασθενή. Ορισμένα φάρμακα είναι υπεύθυνα για την πρόκληση οξείας ή χρόνιας ηπατικής βλάβης τέτοια είναι: π.χ. ο ετραχλωριούχος άνθρακας, ισονιαζίδη γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται λήψη πλήρους φαρμακευτικού ιστορικού σε όλους τους ασθενείς με δυσλειτουργία του ήπατος.

4. Αλκοολική ηπατίτιδα

Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι οξεία ή χρόνια φλεγμονή του ήπατος και εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα παρεγχυματικής νέκρωσης του ήπατος που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος. Εμφανίζεται συνήθως μετά από χρόνια υπερβολική κατανάλωση ποτού. Ο ασθενής πρέπει να διακόψει τελείως την χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Η πρόσληψη θερμίδων βελτιώνεται με χρήση εύγεστων υγρών γευμάτων κατά την διάρκεια της περιόδου μεταξύ ενδοφλέβιας και φυσιολογικής σίτισης. Η χρήση κορτικοστεροειδών σε αυτή την νόσο βελτιώνει την όρεξη και ευεξία του ασθενούς. Η χρήση όμως αναβολικών στεροειδών δεν είναι ευεργετική. Η βαρύτητα της ηπατικής βλάβης στη νόσο αυτή έχει σχέση με το χρόνο προθρομβίνης. Όταν ο χρόνος προθρομβίνης είναι μικρός για να επιτρέπει την ακίνδυνη εκτέλεση της βιοψίας ήπατος το ποσοστό θνησιμότητας στο ένα έτος είναι 7,1%. Όταν κατά την παραμονή στο νοσοκομείο ο χρόνος προθρομβίνης αυξηθεί το ποσοστό θνησιμότητας αυξάνεται σε 18%. Τέλος, ποσοστό θνησιμότητας 42% παρατηρείται σε άτομα που ο χρόνος προθρομβίνης δεν επιτρέπει εκτέλεση βιοψίας. Η συνεχής κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών έχει στενή σχέση με την μείωση της αναμενόμενης διάρκειας ζωής σ' αυτά τα άτομα και η πρόγνωση είναι κακή όταν ο ασθενής δεν απέχει από το ποτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Η ηπατίτιδα Β είναι μια συστηματική λοίμωξη που προσβάλλει το ήπαρ. Είναι μια σοβαρή νόσος και ίσως θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της εποχής μας.

Ο ρόλος των νοσηλευτών όπως και σε κάθε είδους ασθένειας είναι σημαντικός γιατί έρχονται συνέχεια σε επαφή με τον ασθενή σε κάθε στάδιο της νόσου. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να δραματίσει στη νόσο αυτή ένα πολύ σημαντικό ρόλο. Η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού συνίσταται στην εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

1. Ιστορικό υγείας

α. Ηλικία, φύλο : προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας και φύλου.

β. Παράπονα του αρρώστου: πρόδρομη φάση (προϊκτερική) ο άρρωστος παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία.

Καθώς η φλεγμονή επεκτείνεται παρουσιάζονται ναυτία και εμετοί και ο άρρωστος αισθάνεται αποστροφή στα φαγητά και στο τσιγάρο. Μπορεί ακόμη να παραπονείται για αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά αναφέρει αίσθημα πληρότητας και ενόχληση στο επιγάστριο ή δεξιό υποχόνδριο. Σπάνια ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει δερματικό εξάνθημα, κνησμό, αγγειονευρωτικό οίδημα ή πολυαρθρίτιδα. Ο άρρωστος μπορεί να παρατηρήσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων.

γ. Ικτερική φάση: ο άρρωστος εμφανίζει ίκτερο που φθάνει σε μεγαλύτερο βαθμό του σε μια ή δύο εβδομάδες. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό στη φάση αυτή υποχωρούν. Σπάνια το στάδιο αυτό δεν παρουσιάζεται.

δ. Περίοδος της ανάρρωσης: Στη φάση αυτή η γενική κατάσταση βελτιώνεται ο άρρωστος αισθάνεται εύκολη κόπωση. Ο άρρωστος ρωτάται για τυχόν επαφές με ικτερικά άτομα, μετάγγιση τους τελευταίους 6 μήνες, ενέσεις, τρυπήματα αυτιών, και ότι άλλο μπορεί να αποτελεί ένδειξη πιθανής ηπατίτιδας Β. Ακόμη παίρνονται πληροφορίες για τυχόν παρεντερική θεραπεία ή ιστορικό ηπατίτιδας στο παρελθόν.

Εκτός από τον άρρωστο άλλες πηγές πληροφοριών που μπορεί να

πάρει ο νοσηλευτής είναι:

- α. οι στενοί συγγενείς,
- β. τα μέλη της οικογένειάς του
- γ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του π.χ. φίλοι του
- δ. Ιατρικά δελτία.

2. Φυσική εκτίμηση

- α. Ήπαρ ευαίσθητο και ψηλαφητό 2-3 cm από το όριο των πλευρών
- β. Πόνος ήπιος-μέτριος σταθερός στο δεξιό υποχόνδριο επιγάστριο
- γ. Ίκτερος εμφανής στο δέρμα και τοσικληρό χιτώνα του βολβού
- δ. Σπάνια κνησμός, δερματικό εξάνθημα, αθραλγίες, μυαλγίες, πο-
νοκέφαλος, αγγειονευρωτικό οίδημα
- ε. Υπέρχρωση ούρων συχνά
- στ. Έμετοι, απώλεια βάρους σε σύγκριση με προηγούμενες τιμές

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- 1. Χρόνος προθρομβίνης (φ.τ. 12"-15"). Αυξημένος σε ηπατική πάθηση εξαιτίας μείωσης της προθρομβίνης την οποία συνθέτει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Όταν υπάρχει βιταμίνη Κ και το ήπαρ αδυνατεί να συνθέσει προθρομβίνη ένδειξη σοβα-
ρής ηπατικής βλάβης.
- 2. SGPT (φ.τ. 5-35 U/ml), S60T (φ.τ. 5-40 U/ml), LDH (400 U/ml)
Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων προκαλεί απελευθέρωση των εν-
ζύμων αυτών στο αίμα. Ανυψώσεις τους όμως συμβαίνουν και σε
άλλες παθήσεις.
- 3. Αλκαλική φωσφατάση. Αποτελεί μέτρο χολικής απόφραξης.
- 4. γ-γλυταμινική τρανσπεπτιδάση (γ-GT). Αύξηση στην ηπατίτιδα Β.
- 5. Βιοψία ήπατος. Γίνεται για διαπίστωση της παθολογοανατομικής
εικόνα της ηπατικής βλάβης.
- 6. HBsAg. Δεν υπάρχει φυσιολογικά στον ορό και η παρουσία του
είναι διαγνωστική για την ηπατίτιδα Β. Δεν βρίσκεται στον
ορό των αρρώστων με ηπατίτιδα Α.

7. Σφαιρίνες ορού (φ.τ. 2,5-3,5 g/100 ml). Οι γ-σφαιρίνες αυξάνονται σε ηπατική βλάβη.
8. Μεταβολισμός λιπιδίων
Χοληστερίνη ορού φ.τ. 150-250 mg/100 ml Μειώνονται σε βλάβη
Φωσφολιπίδια ορού φ.τ. 125-300 mg/100 ml των ηπατικών κυτ-
ρων
Τριγλυκερίδια φ.τ. 30-135 mg/100 ml.
9. Μεταβολισμός χολερυθρίνης
Άμεση χολερυθρίνη φ.τ. 0,1-0,4 mg/100 ml Αυξάνονται σε βλά-
βες
Έμμεση χολερυθρίνη φ.τ. 0,2-0,7 mg/100 ml των ηπατικών κυτ-
τάρων.
10. Χολερυθρίνη ούρων: αυξάνεται σε παθήσεις του ηπατικού κυτ-
τάρου και μειώνεται σε κοπράνων 40-200 mg/24 h πλήρη απόφρα-
ξη.
Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητο ή μειώνεται
σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία έμμετοι)
2. Διαταραχές στο ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών (έμμετοι)
3. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (κνησμός, πόνος, κακουχία, αί-
σθημα κόπωσης)
4. Μείωση της δραστηριότητας
5. Προβλήματα ακινησίας (π.χ. δυσλειτουργία εντέρου)
6. Προβλήματα εξάπλωσης της νόσου
7. Συστηματική ψυχοσωματική ανάπαυση.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι
 - α. Προαγωγή της σωστής θρέψης
 - β. Φυσιολογικό ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών

- γ. Απασχόληση του αρρώστου
- δ. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων
- ε. Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινησίας
- στ. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου

2. Έμμεσοι

- α. Πλήρης ανάρρωση
- β. Πρόληψη υποτροπής.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1. Θρεπτικό ανισοζύγιο	α) Καθημερινή μέτρηση των προσλαμβανόμενων υγρών θα βοηθήσει στην διαπίστωση των διαραχών και ακόμη στην διαπίστωση των αναγκών του ασθενούς σε ηλεκτρολύτες β) Παρεντερική χορήγηση υγρών όταν το απαιτεί η περίπτωση (π.χ. πολλοί έμμετοι)	Σωστό ισοζύγιο των υγρών και ηλεκτρολυτών
2. Προβλήματα σωστής θρέψης α. Ανορεξία β. Έμμετοι	α) Γεύματα μικρά και συχνά β) Ο δίσκος να είναι περιποιημένος και καθαρός γ) Να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες προτιμήσεις του αρρώστου δ) Υπερθερμιδική διαίτα υπερπρωτεϊνούχα και υπερβιταμινούχα (3.000 θερμίδες) ε) Αποφυγή αλκοόλ για τουλάχιστον 6 μήνες από την εκδήλωση της νόσου στ) Παρεντερική θρέψη (σε πολλούς έμμετους)	α) Σωστή θρέψη β) Επούλωση και αναγέννηση του ήπατος

(Συνέχεια)

3. Ίκτερος	α) Απομάκρυνση από τον θάλαμο των καθρεπτών για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την όλη εμφάνισή του β) Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς	Μείωση της ανησυχίας που προκαλείται από τον ίκτερο
4. Πόνος	α) Χορήγηση φαρμάκων για υποχώρηση του πόνου. Προτιμούνται αυτά που απεκρίνονται από τους νεφρούς β) Ενθάρρυνση του αρρώστου να αναπαύεται ώστε να υποχωρεί ο πόνος	α) Προαγωγή της άνεσης β) Μείωση του πόνου
5. Κνησμός και Ξηρότητα του δέρματος	α) Λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, πράγμα που τον προφυλάσσει και από τις λοιμώξεις β) Χορήγηση φαρμάκων (π.χ. Nalomet)	α) Υποχώρηση του κνησμού β) Προαγωγή της άνεσης
6. Απώλεια βάρους	α) Προαγωγή της σωστής θρέψης β) Καθημερινή μέτρηση και σύγκριση του βάρους με προηγούμενες τιμές	Πρόληψη μειώσεως του βάρους πάνω από 5 kg.
7. Αίσθημα κόπωσης και αδυναμία	α) Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει άνετη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι β) Πλούσια διαίτα γ) Ελεγχόμενη σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την ανάπαυση δ) Εξασφαλίζει ήσυχο περιβάλλον στον ασθενή	Σταδιακή εξαφάνιση της κόπωσης και ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενή

(Συνέχεια)

<p>8. Προβλήματα ακινησίας</p>	<p>α) Ο νοσηλευτής παροτρύνει τον ασθενή για περισσότερη κινητοποίηση στο μέτρο που είναι δυνατόν</p> <p>β) Χορήγηση φαρμάκων ή διενέργεια υποκλυσμών (π.χ. flit enema) για την κένωση του εντέρου</p> <p>γ) Πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία του σώματος που πιέζονται με αλλαγή θέσεως, εντριβές, ελαφρύ μασάζ, χρησιμοποίηση κουλούρας</p>	<p>α) Αποφυγή δυσκοιλιότητας</p> <p>β) Αποφυγή κατακλίσεων</p>
<p>9. Ψυχολογικές επιπτώσεις από τη νόσο</p>	<p>α) Διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ αρρώστου νοσηλευτή - γιατρού αφού η επιτυχής αγωγή απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία</p> <p>β) Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του όποια και αν είναι αυτά.</p> <p>γ) Διαβεβαίωση του αρρώστου τόσο με λόγια όσο και με έργα ότι η υγειονομική ομάδα γνωρίζει και κατανοεί τους φόβους του και τις ανησυχίες του και ότι για αυτή το μέλλον του αρρώστου είναι μεγάλης σημασίας</p> <p>δ) Αποθάρρυνση του αρρώστου να υιοθετήσει ένα ρόλο εξάρτησης</p> <p>ε) Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή</p> <p>στ) Πιο συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου θα του ανυψώσει το ηθικό και θα του καταπολεμήσει το άγχος. Σιγά-σιγά η κατάστασή του θα καλυτερέψει.</p>

(Συνέχεια)

<p>10. Προβλήματα από τις διαγνωστικές εξετάσεις που επηρεάζουν συκνησιακά τον ασθενή και πολλές φορές νομίζει ότι αποτελεί πειραματόζωο</p>	<p>α) ο νοσηλευτής πρέπει να πείσει τον ασθενή ότι τα αποτελέσματα από τις διαγνωστικές εξετάσεις αποτελούν τον χάρτη ο οποίος δείχνει στον γιατρό τον δρόμο που πρέπει να ακολουθήσει για την ίαση της νόσου</p> <p>β) Πληροφορεί τον ασθενή για κάθε τί σχετικά με τις εξετάσεις που κάνει.</p> <p>γ) Δίνει εξηγήσεις και πληροφορίες οι οποίες κυμαίνονται μέσα στα όρια των αρμοδιοτήτων του</p> <p>δ) Προσπαθεί και διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και γιατρού, ασθενούς και συγγενών και γιατρού και συγγενών ασθενούς</p>	<p>Μείωση του φόβου και της ανησυχίας σε ότι αφορά τις διαγνωστικές εξετάσεις</p>
<p>11. Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς. Απασχόληση ασθενούς</p>	<p>α) Ο νοσηλευτής πληροφορεί τον ασθενή ότι η συνεχής κατάκλιση δεν ωφελεί ιδιαίτερα την ασθένειά του και μπορεί να δημιουργήσει άλλα οργανικά προβλήματα όπως η κακή κένωση του εντέρου</p> <p>β) Η ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν μπορεί να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο εφ' όσον αυτό είναι δυνατόν. Η δημιουργική απασχόληση απορροφά την σκέψη του ασθενούς από την κατάσταση του και τον απαλλάσει από</p>	<p>α) Προαγωγή της απασχόλησης του ασθενούς και διευκόλυνση της προσαρμοστικότητας του στο χώρο του νοσοκομείου</p> <p>β) Μείωση του άγχους και της αγωνίας</p>

Συνέχεια)

	<p>το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει</p> <p>γ) Είναι υποχρεωμένος ο νοσηλευτής να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει συνήθειες δραστηριότητες όταν υπάρχουν και είναι εφικτές και όταν δεν υπάρχουν να κινήσει το ενδιαφέρον του ασθενή για κάποιες από αυτές.</p> <p>δ) Αν και ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί του, εφόσον λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα. Η αποφυγή συναναστροφής δημιουργεί στον ασθενή επιπρόσθετα προβλήματα.</p>	
<p>12. Αποκατάσταση</p>	<p>α) Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την διδασκαλία του ασθενούς για να έχουμε πλήρη αποκατάσταση. Δίνει τις εξής οδηγίες:</p> <p>α) Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών τουλάχιστον για 6 μήνες</p> <p>β) Αποφυγή λήψεως φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή λόγω φόβου επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας</p> <p>γ) Αποφυγή λιπών γιατί ο μεταβολισμός τους επιβάλλει ενεργοποίηση του ήπατος η οποία δεν είναι επιθυμητή στο στάδιο αυτό.</p>	<p>Πλήρης ανάρρωση αποκατάσταση του ασθενή</p>

Συνέχεια)

- | | |
|---|--|
| <p>δ) Περιορισμός των δραστηριοτήτων που απαιτούν πληρη δραστηριοποίηση του ασθενούς</p> <p>ε) Επανάλεγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας</p> | |
|---|--|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.

Ο Κ.Σ. ηλικίας 28 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία ύστερα από συμβουλή εξωτερικού ιατρού για συμπτώματα εύκολης κοπώσεως και επίμονων εμετών.

Έγινε ιατρική εξέταση και εκκρίθη να γίνει εισαγωγή για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και διάγνωση νόσου.

Ιστορικό παρούσης νόσου

Τα υποκειμενικά συμπτώματα που αναφέρονται στον γιατρό από τον ίδιο τον ασθενή είναι οι έμμετοι που άρχισαν πριν από 6 μέρες. Παρουσιάζονταν κάθε φορά που σιτιζόταν. Ακόμη ο ασθενής παρουσίαζε όπως λέει ο ίδιος υπέρχρωση ούρων. Στην αντικειμενική εξέταση από τον ιατρό ο ασθενής εμφανίζει ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων. Η κοιλιά του είναι μαλακή, ευπίεστη, επώδυνη μέτρια στο Δ.Υ. το ήπαρ ψηλαφητό και ο σπλήνας αψηλάφητος. Τα ζωτικά σημεία έχουν ως εξής: θερμοκρασία 36,6°C, Α.Π. 130/60 mmHg και οι σφύξεις του είναι 75 min. Οι ιατροί πιστεύουν πως πρόκειται για ιογενή λοίμωξη του ήπατος και στέλνονται βιοχημικές εξετάσεις.

Παρελθόν ιστορικό

- Πηδινικά νοσήματα: Ιλαρά, ερυθρά, ανεμοβλογιά
- Εμβολιασμοί: Δεν θυμάται ο ασθενής
- Νοσήματα ωρίμου ηλικίας- Δεν αναφέρονται
- Χειρουργικές επεμβάσεις : καμιά
- Αλλεργίες : δεν αναφέρει
- Φάρμακα : όχι
- Μεταγγίσεις αίματος : όχι
- Οικογενειακό ιστορικό: Οι γονείς του και οι δύο είναι υγιείς και δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας.

Κοινωνικό ιστορικό

- Άνεργος
- Συνήθειες: είναι περιστασιακός πότης και καπνίζει από 18 ετών, περίπου 20 τσιγάρα την ημέρα. Πίνει δύο με τρεις καφέδες την ημέρα και είναι άτομο αγχώδες και νευρωτικό, κάνει άστατη ζωή.

Εξέλιξη νόσου ασθενούς - Νοσηλευτική φροντίδα

Πρώτη ημέρα εισαγωγής: Στις 20-5-1990 στις 10 πμ. όπου έγινε η εισαγωγή λήφθησαν τα ζωτικά σημεία και ο ασθενής έχει: Α.Π. 130/60 mmHg, σφ. 75/min και θερμοκρασία 36,6°C. Τα ούρα του είναι υπερχρωματισμένα και αναφέρει δυσκοιλιότητα γεγονός που οδηγεί τους γιατρούς σε χορήγηση 15 cc x 3 susp Duphalac. Ακόμη ο ασθενής έχει δύο εμέτους γι' αυτό του χορηγείται 1 amp Primperan 1 M και τίθεται ορός Dextrose 5% 1000 cc. Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα και οι έμετοι υποχωρούν.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε τα εξής:

Η SGPT είναι 1889 U/ml φανερά ανεβασμένη, ο χρόνος προθρομβίνης PT είναι 12"/15", η αλκαλική φωσφατάση: 100 U/m, η ολική χολερυθρίνη: 13,4 mg/100 ml, η άμεση χολερυθρίνη: 10,5 mg/100 ml, η T.K. είναι 3 χιλιοστ., η αιμοσφαιρίνη Hb 14,9 g/100 ml, λευκά: $6.0 \times 10^3 / \text{mm}^3$, ερυθρά: $4,19 \times 10^6 / \text{mm}^3$, αιματοκρίτης Ht 41,6%, αιμοπετάλια: $201 \times 10^3 / \text{mm}^3$.

Στον λευκοκυτταρικό τύπο έχουμε: λευκά 9.400 τα πολυμορφοπύρρηνα 72, λεμφοκύτταρα 22, μονοπύρρηνα 7, ηωσινόφιλα 2, και βασεόφιλα 1.

Από την γενική ούρων έχουμε: όξινη αντίδραση, Ε.Βιαπυοσφαίρια 3-4, ερυθρά 1-2, κύλινδρο 0-1 και χολοχρωστικές +++.

Στάλθηκε παραπεπτικό για ανίχνευση HBsAg.

Στις 22.5.1990, 3η ημέρα νοσηλείας: Ο ασθενής δεν έχει πια εμέτους και προβλήματα δυσκοιλιότητας. Αναφέρει όμως κνησμό και στην φαρμακευτική αγωγή προστίθεται 1 tab Nalamet ημερησίως. Από τα αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων έχουμε HBsAg(+) στον ορό του ασθενή καθώς και ύπαρξη anti-HBc γεγονός που αποδεικνύει ότι

ο ασθενής βρίσκεται σε μολυσματικό στάδιο ακόμη γι' αυτό συνίσταται ιδιαίτερη προσοχή. Τα ζωτικά του σημεία έχουν ως εξής: θερμοκρασία 37°C, σφυξ. 78/min και Α.Π. 135/60 mmHg. Τα ούρα του παραμένουν χρωματισμένα. Ο ασθενής σιτίζεται κανονικά με δίαιτα ηπατοπαθούς που περιλαμβάνει τα εξής:

Πρωινό : γάλα-φρυγανιές-μαρμελάδα
10.30 πμ: χυμός φρούτων ή ένα φρούτο
Γεύμα : ψάρι άπαχο ψητό ή βραστό ή κρέας, πουρές, ζυμαρικά και πατάτες βραστές, κομπόστα ή ένα ώριμο φρούτο
Δείπνο : μπιφτέκι ψητό σάραας ζυμαρικά ή πουρές , κομπόστα
Ο ορός Dextrose 5% 1000 cc διακόπτεται.

31.5.1990, 12η ημέρα νοσηλείας: Ο ασθενής έχει βελτιωθεί και παραμένει μέχρι σήμερα σε καλή κατάσταση. Έχει όρεξη και σιτίζεται κανονικά. Τα εργαστηριακά αποτελέσματα έχουν ως εξής : SGPT 559 IU/ l η αλκαλική φωσφατάση 78, ο χρ. προθρομβίνης PT 12"/14" η ολική χολερυθρίνη 7,8 mg/100 ml, η άμεση χολερυθρίνη 6,4 mg/100 ml.

Τα ούρα παραμένουν υπερχρωματισμένα και η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων παραμένει. Οι κενώσεις είναι κανονικές και τα κόπρανα αχρωμάτιστα. Από την εξέταση που έγινε από τον ιατρό, το ήπαρ παραμένει ψηλαφητό. Τα ζωτικά σημεία παραμένουν στα ίδια φυσιολογικά επίπεδα.

13.6.1990, 25η ημέρα νοσηλείας: Αποφασίζεται από τους θεράποντες γιατρούς η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο. Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι πολύ καλή. Τα ούρα είναι φυσιολογικά, ο ίκτερος έχει και αυτός υποχωρήσει. Οι βιοχημικές εξετάσεις έχουν ως εξής:

SGPT είναι 50 IU/ml, αλκαλική φωσφατάση 5%, ολική χολερυθρίνη 1,9 mg/100 ml, άμεση χολερυθρίνη 1,4 mg/100 ml, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14".

Από τον γιατρό δίνονται οδηγίες: (α) επανάληψη των εξετάσεων μετά από 2 εβδομάδες, β) επανεξέταση των ορολογικών δεικτών μετά 3 μήνες, γ) οδηγίες για διαιτολόγιο- τροφές που επιτρέπονται και τροφές που απαγορεύονται για να μην επιβαρυνθεί η λειτουργικότητα του ήπατος. Ακόμη απαγορεύονται τα οινοπνευματώδη ποτά και το κάπνισμα και να απέχει από δραστηριότητες που μπορούν να επιβαρύνουν.

νουν την κατάσταση του.

Προβλήματα αρρώστου

Κατόπιν εκτιμήσεως νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού παρατηρήθηκαν τα εξής:

1. Διαταραχές στο θρεπτικό ισοζύγιο
2. Διαιταραχές στο ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών
3. Μείωση της δραστηριότητας
4. Προβλήματα κένωσης του εντέρου
5. Προβλήματα εξάπλωσης της νόσου

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο νοσηλευτής θα μεριμνήσει για την επαναφορά του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών στα φυσιολογικά επίπεδα. Η καθημερινή μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών θα βοηθήσει στην διαπίστωση των διαιταραχών και ακόμη στην διαπίστωση των αναγκών του ασθενούς σε ηλεκτρολύτες.

Ο ασθενής έχει προβλήματα σωστής θρέψης, που οφείλονται είτε στους εμέτους που παρουσιάζονται είτε στην ανορεξία που είναι σύμπτωμα της νόσου. Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει ώστε να γίνεται σωστή θρέψη στον άρρωστο αυτό το πετυχαίνει ως εξής:

1. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά
2. Ο δίσκος να είναι περιποιημένος και όμορφα τακτοποιημένος
3. Να λαμβάνονται υπόψη όλες οι ιδιαίτερες προτιμήσεις του ασθενή όσο αυτό είναι δυνατό και μέσα στα επιτρεπτά όρια του διαιτολογίου που ακολουθεί ο ασθενής.
4. Τα γεύματα του ασθενούς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν υπερθερμιδικά. Ακόμη δίαιτα υπερπρωτεϊνούχα και υπερβιταμινούχα βοηθά στην αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων. Τα λίπη αποφεύγονται γιατί για την διάσπασή τους απαιτείται ενεργοποίηση του ήπατος πράγμα που δεν επιδιώκεται.

Ο ίκτερος είναι ένα από τα βασικά συμπτώματα της ηπατίτιδας Β. Ο ίκτερος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή εξαιτίας της γενικής εμφάνισής του και ακόμη ο κνησμός δημιουργεί ανησυχία στον άρρω-

στο. Ο νοσηλευτής θα μεριμνήσει για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και την μείωση των φόβων του. Το φως του θαλάμου δεν πρέπει να είναι έντονο γιατί αυτό ενοχλεί τον ασθενή. Ο θάλαμος να είναι καθαρός και τακτοποιημένος έτσι ώστε ο ασθενής να βρίσκει εύκολα τα αντικείμενά του. Από τον θάλαμο πρέπει να απομακρύνονται οι καθρέπτες για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την όλη εμφάνισή του. Για την αντιμετώπιση του κνησμού πρέπει να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι πράγμα που προφυλάσσει τον ασθενή από τις λοιμώξεις. Το νύχια του αρρώστου να κόβονται με προσοχή για την πρόληψη της λύσης της συνέχειας του δέρματος. Επειδή ο άρρωστος είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις πρέπει να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται τακτικά οι περιοχές ρήξεως της συνέχειας του δέρματος και οι βλεβοκεντήσεις. Το βάρος του ασθενή πρέπει να μετράται καθημερινά και να συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές, ο ασθενής σε αυτή την νόσο εμφανίζει απώλεια βάρους που κυμαίνεται από 2-5 κιλά. Η θερμοκρασία, η αρτηριακή πίεση και οι σφύξεις μετρώνται κάθε μέτρα σε συχνά διαστήματα.

Επειδή ο χρόνος παραμονής του ασθενούς είναι μεγάλος η κατάκλιση του μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετα προβλήματα γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την πρόληψη αυτών εκτελώντας τα ακόλουθα:

Παροτρύνει τον ασθενή για περισσότερη κινητοποίηση στο μέτρο που είναι δυνατό χωρίς όμως να προκαλεί κόπωση στον ασθενή που είναι ένα από τα συμπτώματα της νόσου.

Χορηγεί σε συνεργασία με τον ιατρό φάρμακα για την κένωση του εντέρου που γίνεται προβληματική εξαιτίας της ακινησίας.

προλαμβάνει τις κατακλίσεις στα σημεία του σώματος που πιέζονται με αλλαγή θέσεως, μαλάξεις και εντριβές με οινόπνευμα και χρησιμοποίηση της κουλούρας.

Τονώνει την ψυχολογία του ασθενούς. Ο ασθενής επηρεάζεται από το γεγονός ότι δεν είναι ικανός να αυτοεξυπηρετηθεί πλήρως. Συζητάζει μαζί του πράγματα που ευχαριστούν τον ασθενή και φροντίζει για πιο συχνό επισκεπτήριο φίλων και συγγενών που είναι ευχάριστοι στον ασθενή αφού όμως πρώτα τους ενημερώσει για τα προληπτικά μέτρα που πρέπει να πάρουν για την πρόληψη εξάπλωσης της νόσου.

Όσον αφορά την απασχόληση του ασθενούς ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένο να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει συνήθειες δραστηριοότητες όταν υπάρχουν και είναι εφικτές και όταν δεν υπάρχουν να του κινήσει το ενδιαφέρον για κάποιες από αυτές. Όπως η μελέτη ενός βιβλίου ή η ανάγνωση εφημερίδας κλπ.

Αν και ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί του. Η αποφυγή συναναστροφής δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα, ενώ η συναναστροφή και η ενασχόληση του τον απαλλάσσουν από το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει.

Για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει αλλά και να ασκεί έργο διδακτικό όσον αφορά τα εξής:

Τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή πρέπει να χρησιμοποιούν όλα τα ενδεικνυόμενα προφυλακτικά μέτρα.

Οι θάλαμοι που φιλοξενούν τέτοιους ασθενείς όπως ο πιο πάνω θεωρούνται μολυσμένοι. Η απολύμανση των χώρων που χρησιμοποιεί ο ασθενής πρέπει να γίνεται σωστά.

Όλα τα είδη μιας χρήσεως που χρησιμοποιούνται για τις νοσηλείες όπως σύριγγες, βελόνες, ουροσυλλέκτες, συστήματα ορού κ.ά. πρέπει να συγκεντρώνονται σε λειδοκούς σάκκους. Αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την νοσηλεία δεν πρέπει να εναλλάσσονται με τα υπόλοιπα αντικείμενά του τμήματος.

Η αποκατάσταση του ασθενή δεν συναντά ιδιαίτερες δυσκολίες. Πριν την έξοδό του, του γίνεται διδασκαλία στα εξής:

- Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών τουλάχιστον για 6 μήνες
- Αποφυγή λήψεως φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή γιατί υπάρχει πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας
- Αποφυγή λιπών γιατί ο μεταβολισμός τους επιβάλλει ενεργοποίηση του ήπατος που δεν είναι επιθυμητή στο στάδιο αυτό.
- Περιορισμός των δραστηριοτήτων που απαιτούν πλήρη δραστηριοποίηση του ασθενή.
- Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.

Η Μ.Μ. 45 ετών εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Π.Π.Ν.Π. παραπονούμενη για συμπτώματα ανορεξίας, αδυναμίας, εύκολης κόπωσης, ναυτίας, επιγαστραλγίας και εμέτων.

Ιστορικό παρουσίας νόσου

Πριν από μια περίπου εβδομάδα η ασθενής παρατήρησε ανορεξία, εύκολη κόπωση, αδυναμία και ελαφρή επιγαστραλγία. Ακόμη πριν από 4 ημέρες παρουσιάστηκαν έμετοι.

Κατά την αντικειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό παρατηρούνται τα εξής:

Οι αναπνευστικοί ψίθυροι είναι φυσιολογικοί καθώς και η εκπτυξη των πνευμόνων. Δεν ακούγονται παθολογικοί ήχοι.

Η κοιλιά της ασθενούς είναι μαλακή, ευπίεστη με αίσθημα πόνου στο Δ.Υ. Το ήπαρ είναι ψηλαφητό και ο σπλήνας αφηλάφητος.

Οι καρδιακοί τόνοι είναι ευκρινείς ενώ λείπουν φυσήματα ή άλλοι παθολογικοί ήχοι.

Η αρτηριακή πίεση είναι 125/70 mmHg , οι σφύξεις 82/min και η θερμοκρασία 36,8°C.

Από τα εξωτερικά ιατρεία στέλνονται βιοχημικές εξετάσεις και η ασθενής εισάγεται στην Π.Παθολογική Κλινική για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και διάγνωση της νόσου.

Παρελθόν ιστορικό

- Παιδικά νοσήματα : δεν γνωρίζει
- Εμβολιασμοί: δεν γνωρίζει
- Νοσήματα ωρίμου ηλικίας: Πνευμονία προ 10ετίας
- Χειρουργικές επεμβάσεις: δύο καισαρικές τομές
- Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο- στην μαιευτική κλινική του Κ.Γ.Ν.Π. για τις καισαρικές τομές.
- Αλλεργίες: όχι
- Φάρμακα - για πονοκεφάλους δεν λαμβάνει σε άτακτα χρονικά διαστήματα
- Μεταγγίσεις: όχι
- Οικογενειακό ιστορικό: είναι έγγαμη από 20ετίας και μητέρα

δύο παιδιών ηλικίας το αγόρι 17 ετών και το κορίτσι 19 ετών. Ο πατέρας έχει πεθάνει από Ca πνεύμονος και η μητέρα είναι υγιής.

Κοινωνικό ιστορικό

- Ιδιωτική υπάλληλος (καθαρίστρια σε ιδιωτική κλινική)
- Συνήθειες: δεν καπνίζει, πίνει 2 καφέδες ημερησίως. Δεν κάνει χρήση αλκοόλ παρά σε ελάχιστες περιπτώσεις. Είναι άτομο σχεδόν ήρεμο και πρoό όχι εμφανή σημεία άγχους και νεύρων.

Νοσηλευτική φροντίδα

Κατά την εισαγωγή στο τμήμα γίνεται ο απαραίτητος προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας. Καθημερινή μέτρηση της θερμοκρασίας ανά 3 ώρες, σφυγμομέτρηση, μέτρηση Α.Π. παρατήρηση κενώσεων, μέτρηση ούρων 24ωρο και λήψη σωματικού βάρους.

Συνίσταται στην άρρωστο να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα καθαριότητας και να παίρνει τα κατάλληλα μέτρα για τις απαραίτητες προφυλάξεις ώστε να αποφευχθεί μετάδοση του ιού στους άλλους ασθενείς και το προσωπικό.

Δίαιτα : άναλος, άλιπος, ηπατοπαθούς.

Καλύπτεται με Pangreoflat 1 tab x 2.

21.7.1990, πρώτη ημέρα νοσηλείας: Η ασθενής άπύρετος, σφυξ. 80/min, Α.Π. 120/70 mmHg, θερμοκρασία 36,8°C, ούρα 2050 cc κένωση δεν έχει, βάρος σώματος 72 κιλά.

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις έχουμε:

- Λευκά $6.0 \times 10^2/\text{mm}^3$, ερυθρά: $4,19 \times 10^6/\text{mm}^3$
- Αιμοσφαίρια Hb 13,9 g/10 ml, αιματοκρίτης Ht 41,6%
- Αιμοπετάλλια $201 \times 10^3/\text{mm}^3$
- PT = 12,5"
- Χρ. π. = 12"

Βιοχημικές εξετάσεις:

- Ουρία : 37 mg/P1 Κάλιο ορού : 4,6 mmol/l
- Κρεατινίνη 1,2 mg/Dl Νάτριο ορού : 139 mmol/l

ποία είναι η οξεία φάση της νόσου. Καλύφθηκε με Pangreoflat tabl 1x2, Librax tabl 1x2 και amp 1 Vit k 1 M. ημερησίως από την στιγμή της αυξήσεως του Ρ.Τ. Η θερμοκρασία, οι σφύξεις, η Α.Π. κυμάνθηκαν στα φυσιολογικά επίπεδα. Ακολουθήθηκε ορθό διαιτολόγιο για την πάθηση και υπερθερμιδικό (περίπου 3.000 θερμίδες).

Δεν έγινε βιοψία ήπατος γιατί δεν το επέτρεψαν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και δεν απαίτησε η κατάσταση της ασθενούς αφού από την 12η ημέρα νοσηλείας άρχισε η βελτίωση και η ασθενής είχε μπει πια στο στάδιο της ανάρρωσης.

Κλινική κατάσταση κατά την έξοδο

Η γενική κατάσταση της ασθενούς έχει βελτιωθεί αισθητά και είναι αρκετά καλή. Από τα συστήματα κανένα δεν παρουσιάζει πρόβλημα. Α.Π. 120/70 mmHg , σφ. 80/min , θερμοκρασία 36,5°C.

Τα απτοελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων έχουν και αυτά βελτιωθεί. Έχουμε PT 12"/14" CGOT 40 IU/l, SGPT 85 IU/l, ολική χολερυθρίνη 1 mg/l , άμεση χολερυθρίνη 0,35 mg/l.

Αποφασίζεται έτσι η έξοδος της ασθενούς από το νοσοκομείο. Θα συνεχίσει με το ίδιο διαιτολόγιο και θα γίνει επανάληψη του ηπατικού κύκλου σε 20 ημέρες. Ακόμη δίνονται όλες οι απαραίτητες οδηγίες για την πλήρη ανάρρωση της ασθενούς. Της συνίσταται επίσης ιδιαίτερη προσοχή όταν επιστρέψει στον χώρο εργασίας της γιατί δεν υπάρχουν αμφιβολίες ότι από τον χώρο αυτό της μεταδόθηκε η νόσος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε προδρομικές και αναδρομικές μελέτες έχει διαπιστωθεί όπως αναφέραμε ότι άτομα που εργάζονται σε ιδρύματα υγείας είναι άτομα που παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα ηπατίτιδας Β. Όπως είδαμε στο δεύτερο περιστατικό η ασθενής μας εργαζόταν ως καθαρίστρια σε ιδιωτική κλινική. Είναι ολοφάνερο ότι εκεί ήλθε σε επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας Β από τον οποίο αργότερα και νόσησε. Ευτυχώς γι' αυτήν αλλά και για την υγειονομική ομάδα που την νοσηλεύσε που η ασθένειά της είχε επιτυχή έκβαση. Αυτό οφειλόταν κατά κύριο λόγο πάντα κατά την γνώμη μου αλλά και από τα γενικώς παραδεδογμένα στο ότι η ασθενής δεν είχε βεβαρημένο νοσηλευτικό ιστορικό, δηλαδή δεν παρουσίαζε κανένα άλλο πρόβλημα υγείας όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η ανιμία ή κάποια νεοπλασματική νόσο και ακόμη στο γεγονός ότι δεν ήταν ηλικιωμένη και εισήλθε στο νοσοκομείο όταν ακόμη βρισκόταν στην προϊκτερική φάση και αντιμετωπίστηκε ανάλογα από την υγειονομική ομάδα. Όσο για το πρώτο περιστατικό ο τρόπος μετάδοσης παρέμεινε άγνωστος. Δεν είχαμε διαδερμική έκθεση του ασθενούς. Άρα ο ασθενής αυτός ανήκει στο 50% των περιπτώσεων όπως έχουμε προαναφέρει τα οποία δεν έχουν ιστορικό διαδερμική έκθεσης. Την στιγμή που το ΗΒSΑg έχει ανευρεθεί σε όλα σχεδόν τα βιολογικά υγρά των πασχόντων πολλοί παράγοντες θα μπορούσαν να ενοχοποιηθούν για την μετάδοση της νόσου στον ασθενή μας. Κατά την γνώμη μας ένας από αυτούς θα μπορούσε να είναι η σεξουαλική επαφή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι ο ασθενής είναι ένα νέο άτομο 28 ετών και σίγουρα όπως είναι φυσικό έχει σεξουαλικές σχέσεις. Ο ασθενής αυτός είχε καλή έκβαση όπως άλλωστε αναμενόταν γιατί είχε όλους τους απαραίτητους παράγοντες που συντελούν στην καλή έκβαση της νόσου.

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι από τα 54 άτομα με ηπατίτιδα Β που έχουν νοσηλευθεί σε διαόστημα ενός έτους στην Β' Π.Π. του Π.Π.Ν.Π. μόνο μια ασθενής ηλικίας 84 ετών και με ιστορικό νεοπλασματικής νόσου απεβίωσε, ενώ τα υπόλοιπα είχαν αίσια έκβαση.

Βλέπουμε λοιπόν πόσο μεγάλο ρόλο παίζει η ηλικία του ασθενούς η έγκαιρη διάγνωση και η έλλειψη άλλης σοβαρής νόσου που επιπλέκει την είδη δύσκολη κατάσταση του ασθενούς.

Ακόμη πρέπει να αναφέρομε την πόση ταλαιπωρία και κινδύνους θα απεύφευγε ο πληθυσμός αν γινόταν σωστή πρόληψη και ελαχιστοποιούνταν οι τρόποι μετάδοσης της νόσου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ηπατίτιδα Β είναι μια πάθηση που κάνει τον άνθρωπο να απέχει από τις συνηθισμένες του δραστηριότητες για αρκετό χρονικό διάστημα. Αυτό και το άγνωστο για την έκβαση της νόσου τον γεμίζουν άγχος, φόβους και ανησυχίες. Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να παίξει έχει όλα τα εφόδια για να προφυλάξει τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο από δυσάρεστες συνέπειες. Λένε όμως πως όταν αγαπάς αυτό που κάνεις τότε το αποτέλεσμα δεν μπορεί παρά να είναι αν όχι τέλειο τουλάχιστον πλήρες. Πρέπει όλοι μας να καταλάβουμε πως τίποτε δεν αξίζει περισσότερο από το να αγωνίζεσαι για να σώσεις έναν άνθρωπο όπως μπορείς με όσα μέσα κι αν διαθέτεις.

Ευχαριστώ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Β. : Κλινική σημασία εξετάσεων και δοκιμασιών. Ιατρικά εκδόσεις Λεοντιάδη, Έκδοση Β', Αθήνα 1965.

ΓΑΡΔΙΚΑ Κ. : Ειδική Νοσολογία, Τόμος 1ος Επιστημονικά εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση 4η, Αθήνα 1989.

HARRISON T. : Εσωτερική Παθολογία Τόμος 2ος, Επιστημονικά εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση 8η, Αθήνα 1982.

KRUPP - CHATON: Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική μετάφραση, Τόμος 1ος Επιστημονικά εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1985.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: Νοσηλευτική - Γενική, παθολογική, χειρουργική, Τόμος Α', Έκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων Η Ταβιθά, Έκδοση 10η, Αθήνα 1987.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. : Παθολογική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Εκδόσεις Βήτα, Έκδοση 2η, Αθήνα 1985.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. - ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1986.

