

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ)

1) ΚΟΓΓΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

2) ΛΥΜΟΥΡΗ ΔΙΟΝΥΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Επιτροπή εγκρίσεως  
πτυχιακής εργασίας

1)

2)

3)



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ : ΜΑΪΟΣ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ	436
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Η πτυχιακή μας εργασία αφιερώνεται  
στους γονείς μας και στους Καθηγητές  
που μας βοήθησαν για την διακπεραί-  
ωση αυτής.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
Ευχαριστίες .....	I
Πρόλογος.....	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	
A.1.Περιγραφική ανατομική ήπατος.....	1
A.2.Αγγείωση -Νεύρωση -Ιστοπαθολογία.....	2
A.3.Λειτουργία ήπατος.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β	
B.1.Ορισμός.....	7
B.2.Αιτιολογία Κίρρωσης.....	7
B.3.Ταξινόμηση.....	8
B.4.Αλκοολική νόσος και κίρρωση ήπατος.....	9
B.5.Μετανεκρωτική κίρρωση.....	22
B.6.Χολική κίρρωση.....	27
B.7.Αιμαχρωμάτωση.....	37
B.8.Καρδιακή ή συμφορητική κίρρωση.....	39
B.9.Σπάνιοι τύποι κίρρωσης.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ	
Γενική Νοσηλευτική αντιμετώπιση κίρρωτικών ασθενών και των επιπλοκών τους.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

Νοσηλευτική διεργασία

1η περίπτωση.....	99
2η περίπτωση.....	119
3η περίπτωση.....	143
4η περίπτωση.....	146
Επίλογος.....	149
Βιβλιογραφία.....	150

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Κίρρωση του ήπατος αποτελεί χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από α) ατροφία και εκφύλιση των ηπατικών κυττάρων και β) την ανάπτυξη άφθονου συνδετικού ιστού όπου συμπιέζονται τα ηπατικά κύτταρα και τα αγγεία του ήπατος. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε αύξηση της πίεσεως στην πυλαία φλέβα (πυλαία υπέρταση) ενώ το ήπαρ σταδιακά μικραίνει σε όγκο και η επιφάνεια του γίνεται ηβώδης.

Η εργασία μας με το θέμα της κίρρωσεως του ήπατος περιλαμβάνει:

α) Το γενικό μέρος :

Ανατομία , φυσιολογία του ήπατος.

β) Το ειδικό μέρος:

-Αίτια , Μορφές κίρρωσεως, Παθολογία, Κλινική Εικόνα, Θεραπεία, Επιπλοκές.

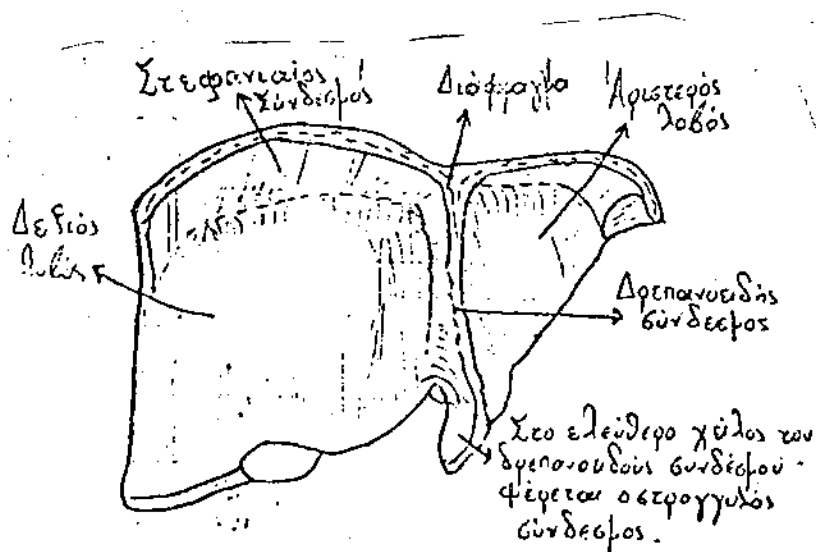
-Νοσηλευτική διεργασία και φροντίδα ασθενή με κίρρωση του ήπατος.-

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του ανθρώπινου σώματος. Βρίσκεται κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος και εκτείνεται προς το επιγάστριο και τον αριστερό θόλο του διαφράγματος. Το φυσιολογικό ήπαρ έχει βάρος περίπου 1500 γραμμάρια.

Αποτελείται από δύο επιφάνειες τη διαφραγματική κυρτή επιφάνεια προς τα άνω και τη σπλαχνική κοίλη επιφάνεια προς τα κάτω. Αυτές οι δύο επιφάνειες χωρίζονται προς τα εμπρός με το οξύ, κάτω χείλος του ήπατος.

Το ήπαρ καλύπτεται από δύο πέταλα του περιτοναίου που ενώνονται προς τα εμπρός και σχηματίζουν τον δρεπανοειδή σύνδεσμο.



Εικόνα 1.

Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος συνδέει το ήπαρ με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και χωρίζει το ήπαρ σε αριστερό και δεξιό λοβό.

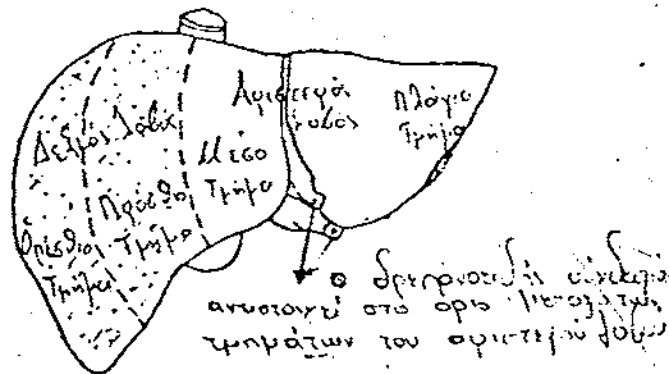
Στο κάτω ελεύθερο χείλος του δρεπανοειδούς συνδέσμου πορεύεται ο στρογγυλός σύνδεσμος του ήπατος (ή αποφραγμένη ομφαλική φλέβα του εμβρύου), που εκτείνεται από τη σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος ως τον ομφαλό.

Τα δύο πέταλα του περιτοναίου υφίστανται προς τα άνω σχηματίζοντας τον στεφανιαίο σύνδεσμο και αφήνουν ένα μέρος της διαφραγματικής επιφάνειας του ήπατος ακάλυπτο.

Στην σπλαχνική επιφάνεια ενώνονται πάλι και συνεχίζονται προς το έλασσον επίπλουν (εικ. 1).

Η σπλαχνική επιφάνεια χωρίζεται σε τέσσερεις (4) λοβούς που ονομάζονται αριστερός, δεξιός, κερκοφόρος και τετράπλευρος.

Από λειτουργική άποψη το ήπαρ διαιρείται σε δύο λοβούς, αριστερό και δεξιό, και κάθε λοβός σε τρία τμήματα-πλάγιο-μέσο και αριστερό κερκοφόρο - ο αριστερός και - πρόσθιο, οπίσθιο και δεξιό κερκοφόρο - ο δεξιός (εικ. 2).



Εικ. 2. Λειτουργική λόβωση του ήπατος.

### ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Η αιμάτωση του ήπατος είναι τμηματική και αυτό σημαίνει ότι κάθε τμήμα του αρδεύεται από ένα τελικό αρτηριακό κλάδο.

Η προσαγωγή αγγείωση του ήπατος γίνεται από την πυλαία φλέβα (η οποία εξασφαλίζει στο ήπαρ το 80% της αιματώσεως



του και το 70% της οξυγονώσεώς του) και την ηπατική αρτηρία (κλάδο της κοιλιακής αρτηρίας και υπεύθυνη για το υπόλοιπο της αιματώσεως (οξυγονώσεως του οργάνου), οι οποίες, στην πύλη του ήπατος, χωρίζονται σε δεξιό και αριστερό κλάδο, για την αιμάτωση του αντίστοιχου λοβού, χωρίς την ύπαρξη ενδο-ηπατικών αναστομών μεταξύ των αιματικών συστημάτων των δύο κλάδων, (για το κάθε προσαγωγό αγγείο) (εικ.3).

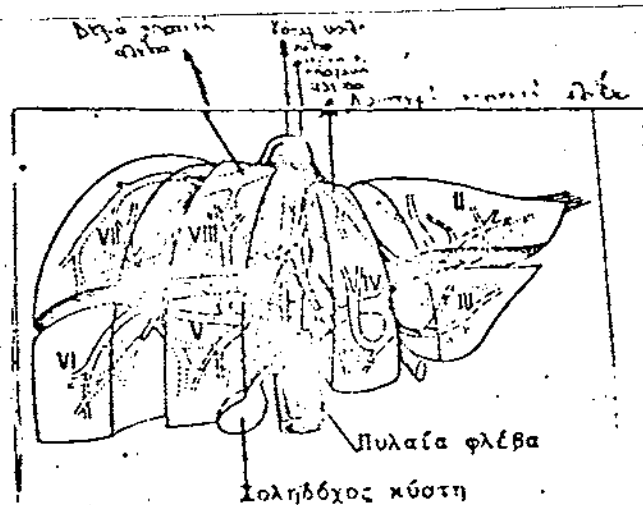
Στο 20% περίπου των ανθρώπων, η δεξιά ηπατική αρτηρία δεν είναι κλάδος της κοινής ηπατικής, αλλά της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.

Το αίμα απάγεται από το ήπαρ με το σύστημα των ηπατικών φλεβών, το οποίο αρχίζει σαν ενδοηπατικό τριχοειδικό (φλεβικό) δίκτυο, για να σχηματίσει μεγαλύτερες ενδοηπατικές (τμηματικές) φλέβες, οι οποίες θα καταλήξουν στη δεξιά (για τη φλεβική αποχέτευση του δεξιού λοβού) και την αριστερή (για τη φλεβική αποχέτευση του δεξιού λοβού) ηπατική φλέβα, οι οποίες εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

Εκτός από αυτά τα κύρια φλεβικά στελέχη, υπάρχουν α) για το δεξιό λοβό 4-8 ακόμη μικρές φλέβες, που εκβάλλουν κατ'ευθείαν στην κάτω κοίλη φλέβα, ανεξάρτητα από τη δεξιά ηπατική φλέβα και β) για τον αριστερό λοβό μία ακόμη φλέβα (μεγάλη, όσο περίπου και η αριστερή ηπατική φλέβα), η μέση φλέβα, για την αποχέτευση των μέσων τμημάτων του αριστερού λοβού (τμήματα I και IV), η οποία εκβάλλει είτε στην αριστερή ηπατική φλέβα, είτε κατ'ευθείαν στην κάτω κοίλη.

Η μέση φλέβα, αρκετά συχνά, δέχεται φλεβικούς κλάδους και από τα μέσα τμήματα (V και VIII της εικ. 3) του δεξιού λοβού, ώστε να μπορεί να λεχθεί, ότι για την αποχετευτική

αιμάτωση του ήπατος (αρκετά συχνά) δεν ισχύει η "ανεξαρτησία" μεταξύ των δύο λοβών, όπως αναφέρθηκε ότι ισχύει για την προσαγωγή αιμάτωση.



Εικόνα 3

Αγγείωση του Ήπατος

### ΝΕΥΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ νευρώνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες μπαίνουν στο ηπατικό παρέγχυμα και σχηματίζουν το ηπατικό πλέγμα. Το συμπαθητικό πλέγμα προέρχεται από το κοιλιακό γάγγλιο, το οποίο δέχεται ίνες από το μείζον και ελάσσον σπλαχνικό νεύρο. Οι παρασυμπαθητικές ίνες προέρχονται από το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό.

### ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι λειτουργικά ένας πολύτιμος μεικτός αδένας. Αποτελείται από ένα μόνο είδος κυττάρων, που από τη μία παράγουν την χολή (έξω έκκριση) και από την άλλη την ουρία, γλυκογόνο, ινωσηγόνο, προθρομβίνη (έσω έκκριση).

Εξωτερικά το ήπαρ καλύπτεται από ορογόνο. Εσωτερικά

του ορογόνου, βρίσκεται χαλαρός συνδετικός ιστός, η κάψα του GLISSON, η οποία παχύνεται και προβάλλει μέσα στο παρέγχυμα, σχηματίζοντας το έλυτρα του GLISSON. Τα έλυτρα αυτά εισερχόμενα βαθύτερα μέσα στο παρέγχυμα, χωρίζουν το ήπαρ σε μικρές περιοχές που λέγονται ηπατικά λοβία. Το ηπατικό λοβίο είναι η λειτουργική και ανατομική μονάδα του ήπατος. Έχει σχήμα πενταγώνου ή εξαγώνου πυραμίδας, η οποία στο κέντρο της από την κορυφή μέχρι τη βάση, διασχίζεται από την κεντρική φλέβα έχει διάμετρο 0,7 - 2 χιλιοστά.

Κάθε ηπατικό λοβίο αποτελείται από 1) Συνδετικό υπόστρωμα (ερειστικό), 2) Ηπατικά κύτταρα, 3) Τριχοειδή της πυλαίας φλέβας, 4) Τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας, 5) Χοληφόρα σωληνώρια.

Το ήπαρ παράγει το μεγαλύτερο μέρος της λέμφου του μεζονος θωρακικού πόρου. Γι' αυτό το λόγο το ήπαρ φέρει μεγάλο δίκτυο λεμφικών αγγείων, τα οποία εξέρχονται από τις πύλες του ήπατος.

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είπαμε ότι αποτελεί τον μεγαλύτερο αδένα του σώματος. Ζυγίζει περίπου 1,5 κιλό. Το μέγεθος του δείχνει τη μεγάλη σημασία που έχει δώσει η φύση σ' αυτό το όργανο. Είναι απόλυτα απαραίτητο για τη ζωή και κατευθύνει τουλάχιστον 500 ξεχωριστές βιοχημικές διεργασίες που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν τη λειτουργία κάθε κυττάρου του ανθρώπινου σώματος.

Οι λειτουργίες του ήπατος είναι:

1. Η ουσιαστική συμμετοχή του ήπατος στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών, των λιπών και λιπιδίων και

των ορμονών. Το ήπαρ είναι σε ιδανική ανατομική θέση, να κρίνει πότε τα αμινοξέα μπορεί να κάνουν για ενέργεια ή να ξανασυνδεθούν, για να σχηματίσουν πρωτεΐνες, αν το σάκχαρο μπορεί να αποθηκευθεί ως ηπατικό γλυκογόνο, ώστε να απελευθερώνεται μεταξύ των γευμάτων ή κατά τη νηστεία του αίματος πέφτουν.

Το ήπαρ αποθηκεύει 80-100 GR γλυκογόνου. Ανάλογα τα λίπη μπορεί είτε να οξειδωθούν προς διοξείδιο του άνθρακα και ενέργεια ή να αποθηκευτούν για μελλοντική χρήση ως ηπατικό λίπος, ή να περάσουν αμετάβλητα από το ήπαρ.

2. Παράγει και εκκρίνει τη χολή, που είναι ένα υδαρές πράσινο υγρό (που περιέχει εκτός από τη χοληστερίνη άλατα και διάφορα εκκριτικά προϊόντα), εναποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη, μέχρι να χρειαστεί στο 12/δάκτυλο. Εκκρίνει μέσω των χοληφόρων οδών στο έντερο διάφορες χρωστικές, τις οποίες παραλαμβάνει από το αίμα και παράγει πλήθος ενζύμων.

3. Συμβάλλει στην πήξη του αίματος με τους από τα κύτταρα του παραγόμενου παράγοντες πήξεως.

4. Ασκεύει το ήπαρ αντιτοξική ενέργεια, γιατί εξουδετερώνει (με την οξείδωση, αναγωγή, υδρόλυση και σύνδεση) διάφορους εξωγενείς ή ενδογενείς τοξικές ουσίες, όπως πολλά φάρμακα και τοξίνες.

5. Συμμετέχει στο μεταβολισμό της χολερυθρίνης και των παραγόντων αυτής.

6. Συμβάλλει στην αδρανοποίηση πολυπεπτιδικών ορμονών, στο σχηματισμό της ουρίας καθώς και σε πολλές σημαντικές λειτουργίες που αφορούν το μεταβολισμό του λίπους.

## ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος κίρρωση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον LAENNEC (1826) ,προέρχεται από την Ελληνική λέξη κίρρος, που δηλώνει την καφέ κίτρινη χροιά που παίρνει το ήπαρ και ιδιαίτερα τα αναγεννητικά οξείδια σε κίρρωση του ήπατος.

Κίρρωση του ήπατος είναι μία χρόνια, διάχυτη ηπατική νόσος που περιλαμβάνει εκφύλιση και νέκρωση των ηπατικών κυττάρων, συχνά με λιπώδη μεταμόρφωση, οξειδιακή αναγέννηση με απώλεια του φυσιολογικού, λοβιδιακού πρότυπου και των σχέσεων του με τα αιμοφόρα αγγεία και τους ηπατικούς πόρους, αυξημένο σχηματισμό ενώδους ιστού και φλεγμονώδη κυτταρική διήθηση κατά τις φάσεις της ενεργού παρεγχυματικής εκφύλισης.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Η αιτιολογία της κίρρωσεως στις περισσότερες περιπτώσεις είναι άγνωστη. Το δυσκολότερο είναι να συσχετίσει κάποιος μία ορισμένη ανατομική μορφή κίρρωσης με μία ορισμένη αιτία. Υπάρχουν όμως κάποιοι παράγοντες ,γενικά παραδεκτοί σαν αιτίες κίρρωσεως. Αυτοί είναι:

- Η ηπατίτιδα και κυρίως ανικτερική.
- Ο χρόνιας αλκοολισμός, συμβάλλει στην εμφάνιση της κίρρωσεως, ο βαθμός όμως της συμβολής είναι αβέβαιος. Υποστηρίζεται η γνώμη ότι η κίρρωση στις περιπτώσεις αυτές προέρχεται από τον υποσιτισμό των αλκοολικών, εξαιτίας ελατιώσεως της ορέξεως για φαγητό.
- Ο υποσιτισμός είναι από τους συντελεστές, διότι γίνεται πρόξενος στερήσεως λευκωμάτων, οπότε έχουμε φανερή λίπωση

του ήπατος.

-Είαι και η άγνωστη αιτιολογία , γι' αυτό και λέγεται και κρυφογενής κίρρωση.

-Η μακροχρόνια χολόσταση από χολολίθους , συμφύσεις, μετεγχειρητικές και βλάβες του χοληδόχου πόρου οδηγούν σε βλάβη του ήπατος και ανάπτυξη συνδετικού ιστού γύρω στα χολαγγεία. Οι αιτίες αυτές και η χρόνια χολαγγειίτιδα δημιουργούν τις χολικές κίρρώσεις.

-Η πρωτοπαθής αιμοχρωμάτωση δηλ. η διαταραχή της απορροφητικής λειτουργίας του βλενογόνου του εντέρου κατά την οποία το έντερο απορροφά πολύ σίδηρο. Μπορεί να είναι δευτεροπαθής και οφείλεται σε πολλές μεταγγίσεις και ενδοφλέβια ένεση σιδήρου.

Ακόμη αναφέρονται παράγοντες για τους οποίους υπάρχει αμφισβήτηση αν μπορούν να προκαλέσουν κίρρωση. Σ' αυτούς συγκαταλέγονται:

- 1) Τοξικά αίτια
- 2) Λοιμώξεις όπως σύφιλη
- 3) Ανόσοβιολογικές διαταραχές.

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες ταξινομήσεις της κίρρωσης του ήπατος, που στηρίζονται είτε σε μορφολογικά είτε σε αιτιολογικά κριτήρια.

Απ' αυτές τις ταξινομήσεις όμως καμιά δεν ήταν απόλυτα ικανοποιητική, γιατί πολλές φορές δεν είναι εύκολο να καθορισθεί η αιτιολογία και άλλες φορές παρατηρούνται μικτά μορφολογικά χαρακτηριστικά, που δεν επιτρέπουν την κατάταξη

στη μία ή την άλλη κατηγορία. Η ταξινόμηση στην οποία συμφωνούν οι περισσότεροι συγγραφείς είναι η παρακάτω, και συνδυάζει αιτιολογικούς και μορφολογικούς χαρακτήρες.

- 1) Αλκοολική κίρρωση
- 2) Μετανεκρωτική κίρρωση
- 3) Χολική (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής κίρρωση)
- 4) Αιμοχρωμάτωση
- 5) Καρδιακή ή συμφορητική κίρρωση και
- 6) Σπάνιοι τύποι.

#### ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ

##### ΟΡΙΣΜΟΣ

Αλκοολική νόσος του ήπατος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το φάσμα των ηπατικών βλαβών, που σχετίζονται με τον οξεί ή χρόνιο αλκοολισμό. Τρεις (3) μορφές έχουν αναγνωρισθεί:

- (1) Η αλκοολική λιπώδης εκφύλιση του ήπατος,
- (2) Η αλκοολική ηπατίτιδα και
- (3) Η αλκοολική κίρρωση.

Οι οντιότητες αυτές μπορεί να υπάρχουν ανεξάρτητα ή να συνυπάρχουν στο ίδιο ήπαρ. Επιπλέον, ενώ η λιπώδης εκφύλιση είναι μία φυσική εκδήλωση τόσο του οξέος όσο και του χρόνιου αλκοολισμού, οι διαθέσιμες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η λιπώδης εκφύλιση από μόνη της δεν οδηγεί στην εμφάνιση κίρρωσης από την άλλη πλευρά, η αλκοολική ηπατίτιδα σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται να είναι η πρόδρομος κατάσταση της αλκοολικής κίρρωσης, αν και η εξέλιξη σε κίρρωση δεν είναι αμετάβλητη. Επειδή το αλκοόλ μπορεί να διεγείρει την ένωση

και τη σύνθεση κολλαγόνου στο ήπαρ, είναι πιθανό να συμβεί κίρρωση τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις χωρίς να προηγηθεί αλκοολική ηπατίτιδα.

Η αλκοολική κίρρωση, η συχνότερη μορφή στη Βόρεια Αμερική και σε πολλά μέρη της Δυτικής Ευρώπης και Νότιας Αμερικής χαρακτηρίζεται από διάχυτες λεπτές ουλές, μία σχεδόν ομότιμη απώλεια ηπατικών κυττάρων και μικρές (συντά μικρότερες από λόβια) νησίδες διατηρουμένου ή αναγεννημένου παρεγχύματος. Οι όροι, LAENUNEC, μικροοξώδης, πυλαία και λιπώδης κίρρωση έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τον τύπο αυτό της χρόνιας ηπατικής νόσου.

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πειραματικές μελέτες τόσο σε φυσιολογικά όσο και αλκοολικά άτομα έδειξαν ότι η αιθανόλη (σε μέτριες έως μεγάλες δόσεις) προκαλεί ηπατοκυτταρική δυσλειτουργία και λιπώδη διήθηση, παρά τη πρόσληψη ισορροπημένης διατροφής. Αυτός ο τύπος της ηπατικής βλάβης (αλκοολικό λιπώδες ήπαρ) είναι πλήρως αναστρέψιμος με τη διακοπή του αλκοολισμού. Εάν ο αλκοολισμός συνεχίζεται το λιπώδες ήπαρ παραμένει.

Οι περισσότεροι αλκοολικοί με λιπώδες ήπαρ δεν εμφανίζουν αλκοολική ηπατίτιδα ή κίρρωση, εν τούτοις μερικοί εμφανίζουν μία φλεγμονώδη αντίδραση με πολυμορφοπυρηνική διήθηση και ηπατοκυτταρική νέκρωση, εκτός των λιπωδών αλλοιώσεων. Αυτή η αλλοίωση στην αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να είναι ο πρόδρομος της κίρρωσης, επειδή η επούλωση με το σχηματισμό ενώσεως περιορίζει τη φυσιολογική λοβιώδη αρχιτεκτονική. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν ενοχο-



ποιήσει το χρόνιο αλκοολισμό ως τη μείζονα αιτία αλκοολικής κίρρωσης: μεταξύ του 10-20 % των χρόνιων αλκοολικών στις Η.Π.Α. έχουν κλινική ή μορφολογική ένδειξη κίρρωσης. Η ποσότητα και η διάρκεια προσλήψεως αλκοόλ, που είναι απαραίτητη για την πρόκληση κίρρωσης είναι άγνωστη, αλλά ο μέσος όρος της συνήθους καταναλώσεως δεν είναι αρκετός για να προκαλέσει μόνιμη ηπατική βλάβη. Ο τυπικός αλκοολικός με κίρρωση έχει καταναλώσει μισό λίτρο ή περισσότερο, ένα λίτρο κρασιού ή περισσότερο ή ισοδύναμη ποσότητα μπύρας κάθε μέρα για δέκα το λιγότερο χρόνια. Η ποσότητα αιθανόλης, παρά ο τύπος του ποτού είναι ο καθοριστικός παράγοντας.

Από άλλα κλινικά και πειραματικά δεδομένα, διαπιστώθηκε σαν αιτιολογικός παράγοντας η κακή διατροφή, με την έννοια της στερήσεως απαραίτητων ουσιών, δηλαδή τροφές φτωχές σε πρωτεΐνες και βιταμίνες.

Την άποψη της μικτής αιτιολογίας υποστηρίζουν οι περισσότεροι σύγχρονοι ερευνητές. Έτσι σήμερα κατά τη θεραπευτική αγωγή της αλκοολικής κίρρωσης, αλλά και στην αντιμετώπιση συνθηκών και παραγόντων κακής σίτισης και μειωμένης απορρόφησης του εντέρου, που είναι πολύ συχνή στον αλκοολισμό (μειωμένη όρεξη, γαστρίτιδα, παγκρεατίτιδα κ.λ.π.).

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

### Αλκοολικό λιπώδες ήπαρ

Το ήπαρ διογκώνεται, γίνεται κίτρινο, σκληρό και λιπαρό. Τα παρεγχυματικά κύτταρα είναι διάχυτα συνήθως παθολογικά, και πολλά διατείνονται από κυτοπλασματικά λιπώδη κοκκία.

### Αλκοολική ηπατίτιδα

Στις μορφολογικές αλλοιώσεις περιλαμβάνεται η ηπατοκυτταρική εκφύλιση και νέκρωση συχνά με διδγκωση των κυττάρων που συνοδεύεται από διήθηση με πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα και λεμφοκύτταρα. Τα πολυμορφοπύρρηνα κύτταρα μπορεί να περιβάλλουν τα αλλοιωμένα ηπατοκύτταρα, που περιλαμβάνουν ενδοκυτοπλασματικά σωματίδια του MALLORY και αλκοολική υαλίνη.

### Αλκοολική κίρρωση

Καθώς ο αλκοολισμός συνεχίζεται και η ηπατική νόσος προχωρεί, ηπατοκύτταρα καταστρέφονται, ινοβλάστες (περιλαμβανομένων και μυοϊνοβλαστών με συστατικές ιδιότητες) ανευρίσκονται στις περιοχές βλάβης και διεγείρεται ο σχηματισμός κολλαγόνου πλεγματοειδής διαφραγμάτια συνδετικού ιστού εμφανίζονται στις περιπυλαίες και περικεντρικές ζώνες.

Αυτές οι ινώδεις ταινίες γίνονται παχύτερες και επεκτείνονται ώστε να συνδέσουν τις πυλαίες τριάδες και τις κεντρικές φλέβες.

Το λεπτό πλέγμα συνδετικού ιστού περιέχει μικρά αγγεία, λεμφαγγεία και άλλα κύτταρα.

Τα λοβιώδη υπολείμματα υφίστανται αναγέννηση και σχηματίζουν οζίδια. Η φλεγμονή είναι συνήθως ελάχιστη και παροδική, αλλά μπορεί να είναι μία οροεξάρχουσα μορφολογική εκδήλωση, κατά τη διάρκεια των οξειών εξάρσεων της αλκοολικής ηπατίτιδας. Καθώς η ηπατοκυτταρική μάζα μειώνεται, το ήπαρ συρρικνώνεται σε σχήμα αποκτώντας μία λεπτή οζώδη εμφάνιση και καθίσταται σκληρό.

Η αλκοολική κίρρωση είναι βασικά μιά εξελισσόμενη νόσος, αλλά η κατάλληλη θεραπεία και η αυστηρή αποφυγή οινοπνεύματος μπορούν να σταματήσουν τη νόσο στα περισσότερα στάδια και να επιτρέψουν την αποκατάσταση και λειτουργική βελτίωση.

Η συνεχιζόμενη απώλεια ηπατικών κυττάρων από εστιακή νέκρωση, που οφείλεται σε αλκοολική ηπατίτιδα, η συνεχιζόμενη διέγερση σχηματισμού κολλαγόνου, οδηγεί σε προοδευτική σύμπτωση του υποστρώματος, ίνωση και διαταραχή στην αγγείωση. Αν και η αναγέννηση συμβαίνει από τα μικρά παρεγχυματικά υπολείμματα, η κυτταρική απώλεια πρακτικά ξεπερνά την αναγέννηση και φθάνει η τελική φάση της κίρρωσης, η μη αναστρέψιμη.

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### Σημεία και συμπτώματα

Οι κλινικές εκδηλώσεις του αλκοολικού λιπώδους ήπατος είναι συνήθως ελάχιστες ή ελλείπουν τελείως και η κατάσταση μπορεί να μην αναγνωρίζεται ώσπου μιά άλλη νόσος (π.χ. αλκοολική παγκρεατίτιδα) να φέρει τον άρρωστο για εξέταση.

Η ηπατομεγαλία μπορεί να είναι το μόνο εύρημα που εγείρει υποψία για την παρουσία αλκοολικού λιπώδους ήπατος. Ο ίκτερος, ο ασκίτης και το οίδημα απουσιάζουν συνήθως, εκτός αν υπάρχει σοβαρότερη ηπατική βλάβη.

Το εξαιρετικά ευρύ φάσμα της αλκοολικής ηπατίτιδας κυμαίνεται από ελαφρά ασυμπτωματική νόσο μέχρι σοβαρή, ενίοτε θανατηφόρα ηπατική ανεπάρκεια. Τα περισσότερα επεισόδια, στην αρχή, είναι συνήθως κλινικά αφανή, ενώ τα υποτροπιά-

ζοντα συνεχή επεισόδια αλκοολικής ηπατίτιδας εμφανίζουν κλινικές εκδηλώσεις έντονες. Οι εκδηλώσεις αυτές μοιάζουν με εκείνες της ιογενούς ή τοξικής ηπατίτιδας. Η ανορεξία, η ναυτία και ο έμετος, η κακουχία, η απώλεια βάρους, οι κοιλιακές ενοχλήσεις και ο ίκτερος είναι τα συνήθως παρόντα ενοχλήματα. Ο πυρετός μπορεί να υπάρχει στο 50% των ασθενών. Η ευαίσθητη ηπατομεγαλία είναι το συχνότερο φυσικό εύρημα. Τα αρτηριακά αραχνοειδή αγγείωματα, ο ίκτερος, ο ασκίτης και το οίδημα είναι συχνά και ο σπλήνας διογκώνεται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων.

Σε πολλούς ασθενείς η αλκοολική ηπατίτιδα προεξάρχει ή συνυπάρχει με αλκοολική κίρρωση, αλλά είναι η πρώτη αιτία που ευθύνεται για τις κλινικές εκδηλώσεις.

Η αλκοολική κίρρωση μπορεί επίσης να είναι κλινικά αφανής και περίπου το 10% των περιπτώσεων αποκαλύπτονται τυχαία στη λαπαροτομία ή τη νεκροψία. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, αλλά η διαφορά αυτή μειώνεται σταθερά στα τελευταία χρόνια μιάς και οι συνήθειες στο ποσό άλλαξαν σε πολλές δυτικές χώρες. Αν και η μέση ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων είναι τα 50 χρόνια, η κίρρωση μπορεί να ανευρεθεί σε αλκοολικούς ασθενείς στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής.

Τυπικά μετά από 10 ή περισσότερα χρόνια μεγάλης καταναλώσεως αλκοόλ, η προοδευτική ηπατική δυσλειτουργία, η κατακράτηση υγρών και η πυλαία υπέρταση μπορεί να καταστούν εμφανείς. Μετά από περίοδο εβδομάδων ή μηνών, ο ασθενής εμφανίζει προοδευτική αδυναμία, κόπωση, ανορεξία, ελαφρά απώλεια βάρους, ίκτερο, διαλείπον οίδημα των σφυρών και διά-

ταση της κοιλίας που οφείλεται σε ασκίτη. Ένα σκληρό και διογκωμένο ήπαρ μπορεί να είναι το μόνο σημείο της νόσου, αλλά και επιπρόσθετα τυπικά ευρήματα, στα οποία περιλαμβάνεται η μυϊκή αδυναμία, ο ίκτερος, τα αραχνοειδή αγγειώματα, η γυναικομαστία και η ατροφία των όρχεων, η διαταραχή της εμμήνου ρύσεως ή η αμηνόρροια, το ερύθημα των παλαμών, η σπληνομεγαλία και ο ασκίτης, μπορεί να παρατηρηθούν απ' τον κλινικό. Η απώλεια των τριχών του σώματος, η διόγκωση των παρωτίδων, η πορφύρα, η πληκτροδοκτυλία και η διάχυτη υπέρχρωση του δέρματος είναι συχνά, αλλά λιγότερο ειδικά κλινικά σημεία. Η σύψαση DUPUYTREN δεν είναι ασυνήθης στους αλκοολικούς, αλλά δεν σχετίζεται ειδικά με την κίρρωση. Χαμηλός πυρετός χωρίς ρίγος είναι συχνός.

Πάνω από περίοδο 3-5 ετών ο κίρρωτικός άρρωστος καθίσταται αδύνατος και χρόνιος ίκτερικός. Τα σημεία πυλαίας υπερτάσεως και ο ασκίτης γίνονται όλο και περισσότερο εμφανή. Οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση καταλήγουν με ηπατικό κώμα, που συχνά ενεργοποιείται από αιμορραγία κίρσων οισοφάγου ή παρεμπιπτούσα λοίμωξη. Η οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα και το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος απαντούν σε μεγαλύτερη συχνότητα σε κίρρωτικούς ασθενείς, απ' ό,τι σε φυσιολογικά άτομα. Η GRAM αρνητική βακτηριαιμία, η οξεία βακτηριδιακή περιτονίτιδα και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι τελικές επιπλοκές.

#### **Εργαστηριακά Ευρήματα**

Οι εργαστηριακές μελέτες συχνά είναι χωρίς σημαντικά ευρήματα στο αλκοολικό λιπώδες ήπαρ, εκτός από μικρή αύξηση

της SGOT. Σε σοβαρότερη αλκοολική ηπατική νόσο οι εργαστηριακές διαταραχές είναι χαρακτηριστικές. Υπάρχει συχνά αναιμία. Η αιτιολογία είναι σχεδόν πάντα σύνθετη και η οξεία ή χρόνια απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό, η ανεπάρκεια φολικού οξέος, ο υπερπληνισμός και η άμεση τοξική επίδραση του οινοπνεύματος στο μυελό των οστών είναι συμβάλλοντα αίτια. Η αιμολυτική αναιμία, που συνοδεύεται από υπερχοληστεριναιμία και ασυνήθεις προσεκβολές της ερυθροκυτταρικής μεμβράνης (ακανθοκύτωση) έχει περιγραφεί σε μερικούς αλκοολικούς με κίρρωση. Η λευκοπενία και θρομβοκυτοπενία μπορεί να προκύψουν από υπερπληνισμό ή να είναι άμεση επίδραση του οινοπνεύματος στο μυελό των οστών. Πολλοί ασθενείς έχουν σημαντική λευκοκυττάρωση και λευχαιμοειδής αντίδραση μπορεί να εμφανισθεί σε μερικούς. Οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος αποκαλύπτουν υπερχοληρυθριναιμία και αύξηση των επιπέδων αλκοολικής φωσφατάσσης. Η SGOT είναι συνήθως λιγότερη από 250 μονάδες αν και η SGPT είναι συνήθως χαμηλότερη και κοντά στο φυσιολογικό. (Σχέση COT/SGPT, μεγαλύτερη από 2 εύρισκεται συχνότερα σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα). Σε ασθενείς με σκληρυντική νέκρωση υαλίνης, τα επίπεδα SGOT μπορεί να είναι αξιοσημείωτα υψηλότερα και να ξεπερνούν τις 500 μονάδες. Η λευκωματίνη ορού συνήθως είναι χαμηλή ενώ οι σφαιρίνες αυξημένες. Ο ποσοτικός ανοσοσφαιρινικός προσδιορισμός αποκαλύπτει αύξηση όλων των πλασμάτων. Ιδιαίτερα της Ig G.

Σε σοβαρές περιπτώσεις η ανεπάρκεια παραγόντων της πήξεως είναι συχνή, όπως φαίνεται από την επιμήκυνση του χρόνου προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης. Η αύξηση

της αμυωνίας αίματος παριστάνει συνδυασμό μειωμένης ηπατικής λειτουργίας και διαφυγή πυλαίου αίματος στη συστηματική κυκλοφορία.

Μιά διαβητικού τύπου δυνασεξία στη γλυκόζη που απαντά στους κίρρωτικούς, φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της ανθεκτικότητας στην ενδολογική ινσουλίνη, ενώ ο κλινικός διαβήτης είναι ασυνήθης. Η αναπνευστική αλκάλωση υπάρχει συχνά και αντικατοπτρίζει την τάση προς υπέρπνοια που παρατηρείται στους ασθενείς αυτούς. Η υπομαγνησισαιμία είναι επίσης συχνή και προκύπτει από διαιτητική ανεπάρκεια και αυξημένη απώλεια απ' τα ούρα. Υπονατριαιμία από αραίωση και υποκαλιαιμία από απώλεια στα ούρα είναι συχνή στους ασθενείς με ασκίτη και οίδημα και είναι αποτέλεσμα δευτεροπαθούς υπεραλδοστερονισμού.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το αλκοολικό λιπώδες ήπαρ θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη σε αλκοολικούς ασθενείς με ηπατομεγαλία.

Η αλκοολική ηπατίτιδα θα πρέπει ομοίως να λαμβάνεται υπ' όψη σε αλκοολικούς με πρόσφατη μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος, που εμφανίζονται με διογκωμένο ξυαίσθητο ήπαρ, ίκτερο, πυρετό και ασκίτη. Η μορφή αυτή της αλκοολικής ηπατικής νόσου μπορεί να είναι θανατηφόρα, ενώ η αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου, η λοίμωξη και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια είναι συνήθη.

Η αλκοολική κίρρωση θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη σε ασθενείς με παρατεταμένη και υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, ηπατομεγαλία και άλλα σημεία χρόνιας ηπατικής

νόσου, μαζί με εργαστηριακές ενδείξεις ηπατικής δυσλειτουργίας. Εάν δεν υπάρχουν αντενδείξεις στους περισσότερους ασθενείς θα πρέπει να εκτελείται διαδερμική ηπατική βιοψία με βελόνα, προς επιβεβαίωση της διαγνώσεως και καθορισμό του σταδίου και της φάσεως εξελίξεως της νόσου.

Όταν η πορεία ενός κατά τα άλλα ρυθμισμένου κίρρωτικού ασθενούς αλλάξει χωρίς εμφανή λόγο, επιπλέκουσες καταστάσεις όπως η μη εμφανής αιμορραγία, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, και η θρόμβωση της πυλαίας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

#### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τόσο οι αναδρομικές όσο και α προοπτικές μελέτες της φυσικής ιστορίας της σοβαρής αλκοολικής ηπατικής νόσου δείχνουν ότι η πρώιμη, έντονη και σχολαστική ιατρική φροντίδα παρατείνει τη ζωή, ελαττώνει τη νοσηρότητα και προλαμβάνει ή καθυστερεί την εμφάνιση μερικών επιπλοκών.

Οι ασθενείς με κίρρωση, που διακόπτουν το οινόπνευμα και προσλαμβάνουν σωστή διατροφή έχουν πενταετή επιβίωση 60 % περίπου σε αντίθεση με εκείνους που συνεχίζουν να πίνουν, οι οποίοι έχουν πενταετή επιβίωση 40% περίπου. Η θνησιμότητα είναι υψηλότερη σε ασθενείς με επιπλοκές, όπως η αιμορραγία κιστών του οισοφάγου ή ο ασκίτης στους οποίους η διακοπή του οινοπνεύματος δε βελτιώνει την επιβίωση. Η μαζική αιμορραγία από κισσούς του οισοφάγου είναι το μεγαλύτερο άμεσο υποβοηθητικό αίτιο, που προκαλεί το θάνατο σε πολλούς ασθενείς. Αν και οι χειρουργικές παρακάμψεις επιτυγχάνουν, να μειώσουν την πυλαία υπέρταση, η γενική



πρόγνωση παραμένει πτωχή σε ασθενείς με προχωρημένη μη αναστρέψιμη ηπατική νόσο.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση είναι σοβαρά νοσήματα και απαιτούν εκτεταμένη ιατρική επίβλεψη και θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι προτιμότερη η εισαγωγή στο νοσοκομείο για αρχική μελέτη και καθορισμό της θεραπευτικής απαντήσεως όπως και για την καθοδήγηση, για τη δίαιτα και τη φαρμακευτική αγωγή.

Επί απουσίας σημείων ενδεικτικών ηπατικού κώματος, θα πρέπει να χορηγείται δίαιτα που να περιέχει 1G/KG πρωτεΐνης τουλάχιστον, και 2000-3000 CAL την ημέρα.

Επειδή ο πάσχων από αλκοολική ηπατίτιδα συχνά δεν έχει όρεξη ή έχει ναυτία, οι τροφές θα πρέπει να χορηγούνται σε τρία ή τέσσερα μικρά γεύματα, με επιπλέον χορήγηση παρασκευασμάτων αυγού ή παγωτού.

Η χορήγηση βιταμινών στη μορφή των πολυβιταμινούχων σκευασμάτων μπορούν να χορηγηθούν, δεν υπάρχει όμως δικαιολογία για την κλινική χρήση λιποτρόπων παραγόντων. Επί παρουσίας της νόσου WERNICKE-KORSAKOFF, ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει παρεντερικά μεγάλες δόσεις θειαμίνης. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει ότι ούτε η δίαιτα ούτε οι βιταμίνες προστατεύουν το ήπαρ από την επίδραση του αλκοόλ. Γι' αυτό το αλκοόλ απαγορεύεται απολύτως.

Ο ασκίτης και το οίδημα μπορεί να εξαφανισθούν μόνο με την κατάκλιση. Η περισσότερο επίμονη κατακράτηση υγρών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με περιορισμό του αλατιού,

χρησιμοποιώντας δίαιτες που περιέχουν 1-2 GR χλωριούχο νάτριο την ημέρα. Ο περιορισμός του νερού και ο περιορισμός των υγρών σε ποσότητα, που ισοδυναμούν στις μετρούμενες απώλειες υγρών της προηγούμενης ημέρας, μπορεί να καταστούν απαραίτητα αν υπάρχει υπονατριαιμία. Σε ασθενείς με ενεργό νόσο (δηλ. με ίκτερο ή σημεία ηπατικής ανεπάρκειας) θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν διουρητικά με μεγάλη προσοχή, ώστε να προληφθεί απώλεια ηλεκτρολυτών, υποογκαιμία και ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Η σύγχυση, η υπνηλία και άλλα σημεία αρχόμενου ηπατικού κώματος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ταχεία μείωση της προσλήψεως πρωτεϊνών σε επίπεδα 20-30 GR την ημέρα ή και λιγότερο. Θα πρέπει να γίνεται προσεκτική έρευνα για την ύπαρξη βακτηριδιακής λοίμωξης ή αιμορραγίας από γαστρεντερικό, περιλαμβανομένης και της αναρροφήσεως γαστρικού περιεχομένου και θα πρέπει να εφαρμόζεται γρήγορα κατάλληλη θεραπεία για την λοίμωξη ή την αιμορραγία.

Πιθανώς βλαπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα τα διουρητικά και τα ηρεμιστικά, θα πρέπει να αποφεύγονται και κάθε ηλεκτρολυτική διαταραχή θα πρέπει να αποκαθίσταται γρήγορα. Παρά τις μελέτες, ο ρόλος των κορτικοστεροειδών στην οξεία αλκοολική ηπατίτιδα παραμένει αντικείμενο διαμάχης. Σε μερικές μελέτες, καλή απάντηση έχει παρατηρηθεί με πρεδνιζόνη ή πρεδνιζολόνη 40 MG την ημέρα, ενώ άλλοι ερευνητές δεν μπόρεσαν να βεβαιώσουν κάτι παρόμοιο.

Προκαταρκτικές μελέτες υπαινίσσονται ότι η ενδοφλέβια έγχυση ινσουλίνης και γλυκαγόνης μπορεί να ωφελεί, αλλά η πειραματική αυτή θεραπεία θα πρέπει να μελετηθεί κατά πόσο

είναι δραστική και ασφαλής.

Η αναιμία θα πρέπει να διογιγνώσκεται και να διορθώνεται κατάλληλα. Η ανεπάρκεια φολικού οξέος είναι ιδιαίτερα συχνή στους αλκοολικούς και απαιτεί θεραπεία υποκατάστασης.

Ο πυρετός, ιδιαίτερα όταν είναι χαμηλός και δεν συνοδεύεται από ρίγος ή άλλα σημεία φλεγμονής, μπορεί να είναι εκδήλωση της αλκοολικής ηπατίτιδας. Εν τούτοις, η ύπαρξη εκτικού ή επίμονου πυρετού με ρίγος απαιτεί πλήρη και γρήγορη έρευνα για σηπτική εστία, ιδιαίτερα λοίμωξη των ουροφόρων, πνευμονία, GRAM-αρνητική, βακτηριαιμία ή περιτονιτιδα.

## ΜΕΤΑΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο τύπος αυτός της χρόνιας ηπατικής νόσου, ο συχνότερος τύπος κίρρωσης σε παγκόσμια βάση, χαρακτηρίζεται μορφολογικά από (1) εκτεταμένη απώλεια ηπατοκυττάρων, (2) σύμπτωση του στρώματος και ένωση, που δημιουργεί ισχυρές ταινίες συνδετικού ιστού που περιέχουν τα υπολείμματα πολλών πυλαίων τριάδων και (3) ανώμαλα μεγάλα οζίδια που ποικίλλουν σε σχήμα από μικροσκοπικά μέχρι μακροσκοπικά ορατά οζίδια άθικτου ή αναγεννώμενου παρεγχύματος. Ο χαρακτήρας αυτός που ποικίλλει ευρέως σε έκταση και σοβαρότητα, προκύπτει από καθολική αλλά άνιση βλάβη του ήπατος. Όπως και με τους άλλους τύπους κίρρωσης, η εμφάνιση προχωρημένης μετανεκρωτικής νόσου προσφέρει λίγες ενδείξεις για το γεννεσιουργό ή τα συμβάλλοντα αίτια ηπατοκυτταρικής βλάβης.

Οι όροι τοξική κίρρωση, αδρά οζώδης κίρρωση, μεθηπατιτιδική κίρρωση, κρυπτογενής κίρρωση ή πολυλοβιώδης κίρρωση είναι συνώνυμα της μετανεκρωτικής κίρρωσης.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το αίτιο της μετανεκρωτικής κίρρωσης είναι ακόμα άγνωστο. Επιδημιολογικές και ορολογικές μελέτες ενοχοποιούν την ιογενή ηπατίτιδα σαν το κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα σε πολλές περιπτώσεις. Στις Η.Π.Α., το 25 % των ασθενών με μετανεκρωτική κίρρωση έχουν ιστορικό συμβατό με πρόσφατη ή παλιά προσβολή από ιογενή ηπατίτιδα. Επιπλέον, η εξέλιξη της ταινιοειδούς ηπατικής νεκρώσεως στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα σε μετανεκρωτική κίρρωση έχει τεκμηριωθεί καλά. Περι-

που το 5-20% των ασθενών με μετανεκρωτική κίρρωση έχουν θετικές ορολογικές δοκιμασίες για ΗΒ<sub>5</sub>Α<sub>3</sub>. Λίγοι ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση, που σχετίζεται με την ηπατίτιδα Β, έχουν αρνητικές δοκιμασίες στο αίμα, αλλά έχουν αντιγόνα ηπατίτιδας Β στον ηπατικό ιστό. Η μη-Α μη-Β ηπατίτιδα μπορεί να ευθύνεται για μερικές περιπτώσεις, αλλά η ηπατίτιδα Α δεν θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας.

Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων προέρχεται από δηλητηρίαση με βιομηχανικές ουσίες (π.χ. φωσφόρο) δηλητήρια (π.χ. τοξίνη του μανιταριού AMANITA PHALLOIDES) ή φάρμακα (οξυφαινισατίνη, α-μεθυλντόπα). Τέλος, μερικές λοιμώξεις (π.χ. βρουκέλλωση), παρασιτικές λοιμώξεις (κλονορχίαση), μεταβολικές διαταραχές (ηπατοφακοειδής εκφύλιση) και προχωρημένη αλκοολική ηπατική νόσος μπορεί να προκαλέσουν ηπατοκυτταρική καταστροφή και να οδηγήσουν σε μετανεκρωτική κίρρωση.

#### ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Μακροσκοπικό, το μεγανεκρωτικό ήπαρ, είναι μικρό, ανωμάλου σχήματος και αποτελείται από όζους ηπατοκυττάρων διαχωριζόμενους από πυκνό, εκτεταμένο ρικνό ουλώδη ιστό. Μικροσκοπικά οι μόνιμες αλλοιώσεις περιλαμβάνουν:

- (1) ευρείες νησίδες παρεγχυματικών κυττάρων χωρίς αποστρογγυλωμένα (ανενεργά) ή τραχιά (ενεργά) περιγράμματα,
- (2) ευρείες προσεκβολές σε λεπτά ινώδη διαφράγματα που περικλείουν κατεστραμμένα αγγεία, λεμφαγγεία και χοληφόρα προερχόμενα από πολλές πυλαίες περιοχές και (3) προεξάρχουσα μονοπυρηνική διήθηση, συχνά με τη μορφή θυλακίων ή τσαμπιών. Σε μερικές τομές του ήπατος, η λοβιώδης αρχιτεκτονική φαί-

νεται σχεδόν φυσιολογική, αλλά απουσιάζει η κεντρική φλέβα ή είναι τελείως μετατοπισμένη.

Πρόσφατες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι λοιμώδεις, τοξικοί, μεταβολικοί ή διαιτητικοί παράγοντες αρχίζουν τη μετανεκρωτική διεργασία. Η καταστροφή φαίνεται να εξελίσσεται, ως αποτέλεσμα παρόμοιων επαναλαμβανόμενων ή επίμονων ερεθισμάτων ή πιθανώς βάσει μίας "αυτοάνοσης" ηπατοκυτταρικής "βλάβης".

#### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η μετανεκρωτική κίρρωση προσβάλλει τις γυναίκες με την ίδια τουλάχιστον συχνότητα όπως και τους άνδρες. Θα πρέπει κανείς να την υποπτεύεται σε ~~σε~~ αλκοολικούς ασθενείς με ένδειξη χρόνιας ηπατικής νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς νεότερης ηλικίας.

Όπως και στην αλκοολική κίρρωση, λίγοι ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση μπορεί να έχουν μικρή κλινική ένδειξη προχωρημένης κίρρωσης και η διάγνωση τίθεται σε εγχείρηση ή νεκροτομικά ή με βιοψία ήπατος, με βελόνα που γίνεται για την έρευνα ασυμπτωματικής ηπατοσπληνομεγαλίας. Γύρω στο 25% οι ασθενείς εμφανίζονται με σημεία και συμπτώματα ενδεικτικά ενεργού ηπατίτιδας; αλλά συχνά με άτυπες εκδηλώσεις, όπως η παρατεταμένη νόσηση, ο έντονος ίκτερος, ο ασκίτης και εκδηλώσεις πυλαίας υπερτάσεως. Η σπληνομεγαλία μπορεί να είναι το μόνο σημείο μετανεκρωτικής κίρρωσης και ο υπερσπληνισμός μπορεί να είναι εκσεσημασμένος. Μερικοί ασθενείς έχουν προσβολές πόνου της άνω κοιλίας, αιφνίδια έναρξη ανεξήγητου ασκίτη, επεισόδια ηπατικής εγκεφαλοπά-

θειας, ή μαζική αιμορραγία κιρσών οισοφάγου, σαν σπουδαιότερες ή αρχικές κλινικές εκδηλώσεις. Τα σημεία και συμπτώματα της μετανεκρωτικής κίρρωσης μοιάζουν μ' εκείνα της αλκοολικής και αντιπροσωπεύουν απώλεια ηπατοκυτταρικής μάζας, προχωρημένης πυλαίας υπερτάσεως και διαταραχές στο μεταβολισμό νερού και ηλεκτρολυτών.

Γενικά, ενούτοις, οι ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση εμφανίζουν μικρότερη βαθμιαία αδυναμία και περισσότερο επίμονο ίκτερο στα πρώιμα στάδια της κλινικής νόσου, απ' ό,τι οι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση.

Τα αποτελέσματα των αιματολογικών και λειτουργικών ηπατικών δοκιμασιών μοιάζουν προς τα της αλκοολικής κίρρωσης, αλλά εκσεσημασμένη και παρατεταμένη υπερχολερυθριναιμία, επίμονη μέτρια ανύψωση των επιπέδων τρανσαμινασών ορού και υπεργαμασφαιριναιμία (3-4 G/DL) παρατηρούνται συχνά.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η μετανεκρωτική κίρρωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε νεαρά άτομα και μη αλκοολικούς ενήλικους, με σημεία και συμπτώματα κίρρωσης ή πυλαίας υπερτάσεως. Οι περισσότερες εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις είναι μη διαγνωστικές και η βιοψία με βελόνα ή η ανοικτή βιοψία είναι οι καθοριστικές διαγνωστικές μέθοδοι, η μή τήρηση όμως κανόνων στη δειγματοληψία και παρασκευή του δείγματος μπορεί να οδηγήσουν σε σφάλματα. Το 75% των ασθενών έχουν εξελικτική νόσο παρά τη θεραπεία υποστηρίξεως και μετά 1-5 χρόνια απολήγουν στο θάνατο από βαριά αιμορραγία κιρσών οισοφάγου, ηπατικό κώμα ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Επειδή η αρχική αιτία της νόσου σπάνια διαπιστώνεται ή θεραπεύεται, η μακροχρόνια αγωγή με επαρκή ανάπαυση, έλεγχο του ασκίτη, αποφυγή φαρμάκων ή μεγάλης προσλήψεως πρωτεΐνης που μπορεί να προκαλέσει ηπατικό κώμα, η γρήγορη αντιμετώπιση των λοιμώξεων και η χειρουργική θεραπεία της πυλαίας υπερτάσεως, αν συμβεί επικίνδυνη κίρσορραγία, είναι τα ενδεικνυόμενα μέτρα.



## ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος χολική κίρρωση αφορά μιά νόσο, που χαρακτηρίζεται από κλινικά και χημικά σημεία χρόνιας διαταραχής στην έκκριση χολής και μορφολογική ένδειξη προοδευτικής ηπατικής καταστροφής, με κέντρο τα ενδοηπατικά χοληφόρα.

Τα σημαντικότερα κλινικά ευρήματα της ελαττωμένης ηπατικής έκκρισης (χολόσταση) είναι ο έντονος κνησμός, ο προοδευτικός και βαθύς ίκτερος, η στεατόρροια, η εμφάνιση δερματικών ξανθωμάτων, η ηπατομεγαλία και η μεγάλη αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης, της χοληστερόλης και άλλων κλασμάτων των λιπιδίων.

Μορφολογικά, οι περισσότερες μορφές χολικής κίρρωσης προέρχονται από χρόνια φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των μεσολοβίων πόρων, των χοληφόρων πόρων και των περιπυλαίων ηπατικών κυττάρων. Η αληθής κίρρωση παριστά μιά απώτερη και συχνά μη ειδική φάση.

Η χολική κίρρωση μπορεί να είναι πρωτοπαθής, όταν η διαδικασία σχετίζεται με φλεγμονή και ίνωση των ενδοηπατικών χοληφόρων ή δευτεροπαθής σε απόφραξη του χοληδόχου πόρου ή των μεγάλων κλάδων του.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το αίτιο της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης είναι ακόμη άγνωστο. Η παρατήρηση ότι το 90 % των περιπτώσεων απαντά σε γυναίκες μέσης ηλικίας, ενισχύει έντονα την ενδοκρινική συμβολή. Η έναρξη, ενίοτε, της χολικής κίρρωσης μετά την εισβολή μιάς άτυπης (επιλεγόμενης χολοστατικής) ηπατίτιδας

έχει οδηγήσει στην αποδοχή, ότι η ιογενής καταστροφή των ηπατοκυττάρων και των κυττάρων των χοληφόρων είναι η απαρχή της νόσου. Δεν υπάρχουν ενισχυτικές πληροφορίες από ορολογικές έρευνες. Αν και κανένα φάρμακο δεν έχει προκαλέσει εικόνα τυπική εξελισσόμενης χολικής κίρρωσης, η εμφάνιση μερικές φορές πολλών στοιχείων του συνδρόμου, σε ασθενείς που θεραπεύονται με φαινοθειαζίνη, υποδηλώνει ότι η υπερευαισθησία στο φάρμακο μπορεί να είναι αιτιολογικός παράγοντας. Τα επίπεδα χαλκού του ήπατος είναι αυξημένα το οποίο όμως φαίνεται να είναι μη ειδικό δευτερογενές φαινόμενο, που προκύπτει από μειωμένη ηπατική έκκριση χαλκού στη χολή, που οφείλεται σε χρόνια χολόσταση. Η τυχαία εμφάνιση αυτής της μορφής της κίρρωσης με ασβέστωση, φαινόμενο RAYNAUD, σκληροδακτυλία και τελαγγειεκτασία το επονομαζόμενο (RST σύνδρομο) υποδηλώνει ότι, σε μερικές περιπτώσεις, οι ανωμαλίες του συνδετικού ιστού μπορεί να σχετίζονται με πρωτοπαθή χολική κίρρωση.

Το "σύμπλεγμα SICCA" της ξηροφθαλμίας ξηροστομίας, αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας και νεφρικής σωληναριακής οξέωσης μπορεί να υπάρχει και δείχνει ότι η πρωτοπαθής χολική κίρρωση μπορεί να είναι μία συστηματική νόσος.

Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση συνοδεύεται από αριθμό ειδικών και μη ειδικών ανοσολογικών διαταραχών.

1. Αντιμιτοχονδριακό αντίσωμα ( $I_gG$ ) υπάρχει στον ορό, στους περισσότερους από το 95% των ασθενών με πρωτοπαθή χολική κίρρωση και μόνο σπάνια σε άλλες μορφές ηπατικής νόσου.

2. Αυξημένα επίπεδα  $I_gM$  στον ορό παρατηρούνται στο 80% περίπου των ασθενών με πρωτοπαθή χολική κίρρωση και κρυο-

σφαιρίνες αποτελούμενες από IgM ή IgM και IgG υπάρχουν στο 90-95 %. Αυτές οι κρυσπρωτεΐνες αποτελούν ένα ανοσοσύμπλεγμα, που ενεργοποιεί το συμπλήρωμα και μάλιστα την εναλλακτική οδό του συμπληρώματος.

3. Κυκλοφορούντα αντισώματα, που αντιδρούν με τα χοληφόρα σωληνάρια και το κυτόπλασμα των κυττάρων των χοληφόρων σωληνίσκων, έχουν αποδειχθεί στην πρωτοπαθή χολική κίρρωση. Εντούτοις παρόμοια αντισώματα απαντούν σε πολλούς ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα.

4. Διαταραχή στη λεμφοκυτταρική μεταμόρφωση έχει αποδειχθεί σε μερικούς ασθενείς, πράγμα που σημαίνει διαταραχή στην κυτταρική ανοσολογική απάντηση.

Οι παρατηρήσεις αυτές ενισχύουν έντονα τη γνώμη, ότι οι διαταραγμένες ανοσολογικές απαντήσεις παίζουν μείζονα ρόλο στην έναρξη και εξέλιξη της χρόνιας ηπατικής βλάβης, της χολικής κίρρωσης, αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί που ευθύνονται δεν είναι σαφείς.

Στις περισσότερες περιπτώσεις δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσης, το αίτιο είναι μερική ή ολική απόφραξη του χοληδόχου πόρου ή των μεγάλων κλάδων αυτού, για περισσότερο του ενός χρόνου. Στους ενηλίκους, η χρόνια απόφραξη των χοληφόρων από μεταγχειρητική στένωση ή χολολίθους, συνήθως με συνυπάρχουσα χολαγγειίτιδα, είναι το συχνότερο αίτιο του τύπου αυτού της χολικής κίρρωσης.

Οι όγκοι του παγκρέατος, των χοληφόρων ή της χοληδόχου κύστεως, που προκαλούν απόφραξη του χοληδόχου πόρου προκαλούν ενίοτε κίρρωση, σπάνια όμως η επιβίωση της αρχικής νόσου επιτρέπει την εμφάνισή της επιπλοκής αυτής. Λίγοι ασθενείς

με περιχολαγγειΐτιδα, ελκώδη κολΐτιδα ή με ιδιοπαθή σκληρυντική χολαγγειΐτιδα εμφανίζουν δευτεροπαθή χολική κΐρρωση. Η συγγενής ατρήσια των ενδο-η εξηπατικών χολαγγείων, μιά σχετικά συχνή ανωμαλία, προκαλεί ταχέως προχωρημένη περιπυλαία ίνωση στα παιδιά. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι ανεγχείρητες και θανατηφόρες. Ούτε στην επίκτητη ούτε στη συγγενή χολική απόφραξη είναι κατανοητή η ακριβής παθογένεια της κίρρωτικής εξεργασίας. Η απλή επίδραση της πίεσεως, της τοπικής τοξικότητας, των συστατικών της χολής ή η δευτεροπαθής φλεγμονή δεν φαίνονται από μόνα τους να εξηγούν τα μορφολογικά φαινόμενα ικανοποιητικά.

#### ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η πρωΐμδτερα διαπιστούμενη βλάβη της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσεως θα μπορούσε να ονομαστεί σαν "χρόνια μη πυώδης εκφυλιστική χολαγγειΐτιδα" μιά διάχυτη νεκρωτική και φλεγμονώδης εξεργασία, που περιορίζεται στην πυλαία τριάδα. Αυτή η εξεργασία χαρακτηρίζεται από καταστροφή των κυττάρων των μέσου και μικρού μεγέθους χολαγγείων, διήθηση με κύτταρα οξείας ή χρόνιας φλεγμονής, τοπική ινοβλαστική αντίδραση και ποικίλου βαθμού χολόσταση. Κατά καιρούς μπορούν να παρατηρηθούν περιωληναριακά κοκκιώματα και λεμφικά οΐδια. Σωματίδια MALLORY (υαλίνη) μπορεί να βρεθούν στα περιπυλαία ηπατοκύτταρα. Η εξέλιξη της εξεργασίας αυτής για περίοδο μηνών ή ετών (συνήθως 3-5 χρόνια) οδηγεί σε απώλεια ηπατοκυττάρων, σχηματισμό ψευδολοβίων, επέκταση της περιπυλαίας ίνώσεως σε δίκτυο ουλών από συνδετικό ιστό, με εμφανή απώλεια ενδολοβιακών πόρων και ανάπτυξη κίρρωσεως με μικρο-

λοβιδώδη μορφολογία. Εντούτοις, το τελικό στάδιο της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης μπορεί, να μη διακρίνεται απ'τη μετανεκρωτική κίρρωση, τόσο μικροσκοπικά όσο και μακροσκοπικά.

Η απόφραξη των εξωηπατικών πόρων, που δεν αίρεται οδηγεί σε: (1) κεντρολοβιδώδη χολική στάση, (2) επιμήκυνση και διάταση πυλαίων πόρων, (3) στείρα ή σηπτική χολαγγειίτιδα με πολυμορφοπυρηνική διήθηση γύρω απ'τα χοληφόρα τριχοειδή και (4) προοδευτικό περιορισμό των πυλαίων πόρων από οίδημα και ίνωση. Η εξαγγελίωση χολής από χοληφόρα τριχοειδή που έχουν ραγεί, οδηγεί στο σχηματισμό "χολικών λιμνών", που περιβάλλονται από πλούσια σε χοληστερόλη ψευδοξανθωματώδη κύτταρα. Οι αλλοιώσεις αυτές συνοδεύονται από λεπτή οζώδη κίρρωση με απομονωμένες νησίδες ηπατοκυττάρων, που περιβάλλονται από πυκνά ινώδη διαφράγματα.

Η διάρκεια αποφράξεως των χοληφόρων, που απαιτείται για να προκληθεί κίρρωση, είναι το λιγότερο ένας χρόνος και η άρση της αποφράξεως συχνά συνοδεύεται από βιοχημική και μορφολογική βελτίωση. Τόσο στην πρωτοπαθή όσο και τη δευτεροπαθή χολική κίρρωση το ήπαρ αρχικά διογκώνεται και αποκτά πρασινοκίτρινη όψη, στη συνέχεια όμως σμικρύνεται, καθίσταται σκληρότερο και καθώς η νόσος εξελίσσεται, γίνεται οζώδες.

#### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

#### Σ η μ ε ί α      κ α ι      σ υ μ π τ ῶ μ α τ α

Πολλοί ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση είναι ασυμπτωματικοί και η νόσος αρχικά ανιχνεύεται από την ανεύρεση αυξημένης αλκαλικής φωσφατάσης στις συνηθείς εξετάσεις. Η

νόσος μπορεί να παραμείνει κλινικά αφανής για πολλά χρόνια. Αν και όχι διαγνωστική, η πρώιμη κλινική πορεία της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης είναι αρκετά χαρακτηριστική. Ο ασθενής τυπικά είναι μέσης ηλικίας γυναίκα, που εμφανίζει επίμονα γενικευμένο κνησμό (το πρώιμοτερο σύμπτωμα στο 50% των περιπτώσεων) που ακολουθείται από σχοτεινόχροα ούρα, αποχρωματισμένα κόπρανα και ίκτερο με μερική υπέρχρωση (μελάνωση) των εκτεθειμένων περιοχών του δέρματος. Σε αντίθεση με πολλούς άλλους τύπους κίρρωσης, υπάρχουν λίγα πρώιμα σημεία ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας και ηπατικής ίνωσης και οι περισσότερες εκδηλώσεις παριστούν μειωμένη χολική απέκκριση. Η στεατόρροια με συνοδό δυσαπορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών συχνά προκαλεί πορφύρα, διάρροια και οστεομαλακία. Η τελευταία μπορεί να εκδηλώνεται με οσφυαλγία και οστεοαλγία. Η εκσεσημασμένη αύξηση των λιπιδίων του ορού, ιδιαίτερα της χοληστερόλης, οδηγεί σε εναπόθεση κίτρινωπών πλακών ή οζιδίων στους υποδόριους ιστούς και το σχηματισμό περιοφθαλμικών ξανθελασμάτων και ξανθωμάτων πάνω από αρθρώσεις και δερματικές πτυχές ή σε σημεία τραυματισμού. Για περίοδο μηνών ή ετών, ο κνησμός, ο ίκτερος και η υπέρχρωση αυξάνουν βραδέως. Στη συνέχεια ο κνησμός και η εναπόθεση λιπιδίων μειώνονται, εμφανίζεται συνήθως ασκίτης και οίδημα και προεξάρχουν σημεία ηπατικής ανεπάρκειας και πυλαίας υπέρτασης. Το πλείστο των συμπτωματικών ασθενών αποθνήσκει σε διάστημα 5-10 χρόνων από την εμφάνιση των πρώτων σημείων της νόσου. Εντούτοις οι ασυμπτωματικοί ασθενείς, που ανακαλύπτονται τυχαία βάσει της αυξημένης αλκαλικής φωσφατάσης, έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση και μπορεί να

παραμείνουν ασυμπτωματικοί για 10 χρόνια ή και περισσότερο. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως από ηπατική ανεπάρκεια και επιταχύνεται από κίρρωση, λοίμωξη ή χειρουργική επέμβαση.

Η φυσική εξέταση μπορεί να είναι τελείως φυσιολογική στην αρχική φάση της νόσου, όταν ο κνησμός είναι το μόνο ενόχλημα. Αργότερα μπορεί να υπάρχει ίκτερος, άλλοτε άλλης εντάσεως, υπέρχρωση των εκτεθειμένων περιοχών του δέρματος, ξανθελόσματα και ξανθώματα, μέτρια έως μεγάλη διόγκωση ήπατος, σπληνομεγαλία και πληκτροδακτυλία. Ο πυρετός και το ρίγος είναι σπάνια και συνήθως δείχνουν μηχανική χολική απόφραξη ή άλλες συνοδές νόσους. Η μυϊκή αδυναμία, τα αραχνοειδή αγγειώματα, το ερύθημα της παλάμης, ο ασκίτης και το οίδημα, η οστική ευαισθησία από οστεομαλάκωση και τα συμπιεστικά κατάγματα των σπονδύλων από οστεοπόρωση εμφανίζονται τα τελικά στάδια της νόσου.

Η δευτεροπαθής χολική κίρρωση, που δύσκολα μπορεί να διακρίνεται από την πρωτοπαθή χολική κίρρωση, βάσει μόνο των κλινικών εκδηλώσεων, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης επεμβάσεως στα χοληφόρα, χολολίθων, προσβολών ανιούσας χολαγγειίτιδας και πόνου στο δεξιό άνω τεταρτημόριο.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η χολική κίρρωση συχνά διαγιγνώσκεται σε προσυμπτωματικό στάδιο, λόγω της μεγάλης διαδόσεως των εξετάσεων αίματος προληπτικά. Η πρωϊμότερη εργαστηριακή διαταραχή είναι η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης σε διπλάσια ή πενταπλάσια επίπεδα που συνοδεύεται από φυσιολογική ή ελαφρά αυξημένη

χολερυθρίνη και τρανσαμινάσες. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, η χολερυθρίνη προοδευτικά αυξάνει και στα τελικά στάδια μπορεί να φθάσει τα 30 mg/dl ή περισσότερο. Οι τρανσαμινάσες σπάνια ξεπερνούν τις 150-200 μονάδες. Σημαντική αύξηση της IgM είναι συχνή στην πρωτοπαθή χολική κίρρωση, μπορεί επίσης να αυξηθεί IgG. Η υπερλιπιδαιμία είναι συχνή με μεγαλύτερη αύξηση της μη εστεροποιημένης χοληστερόλης. Μια παθολογική λιποπρωτεΐνη (λιποπρωτεΐνη X), που ανευρίσκεται στο πλάσμα των ασθενών με χολόσταση, ανευρίσκεται και στη χολική κίρρωση. Τα χολικά άλατα (ιδιαίτερα τα τριυδροξύ) του ορού είναι αυξημένα, αλλά ούτε τα επίπεδά τους, στον ορό, ή το δέρμα σχετίζονται με την ένταση του κνησμού. Υποπροθρομβιναιμία και ελαφρά ως μέτρια στεατοόρροια προκύπτουν από ανεπάρκεια των χολικών αλάτων στο έντερο και μειωμένη απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμικών και λιπιδίων. Η δοκιμασία μιτοχονδριακού αντισώματος είναι θετική στις περισσότερες περιπτώσεις πρωτοπαθούς, αλλά όχι δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσης. Οι ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση έχουν ανυψωμένα επίπεδα χαλκού στον ορό, εντούτοις η σχέση της διαταραχής του μεταβολισμού του χαλκού στην παθογένεση της νόσου δεν είναι σαφής.

#### Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η χολική κίρρωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε ασθενή με σημεία, συμπτώματα ή εργαστηριακή ένδειξη παρατεταμένης αποφράξεως της χολικής ροής. Η βιοψία ήπατος μπορεί να είναι διαγνωστική της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης. Θετικά μιτοχονδριακά αντισώματα υποδηλώνουν την ύπαρξη πρω-



τοπαθούς χολικής κιρρώσεως.

Εντούτοις και επειδή μπορεί να υπάρχουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα, η δοκιμασία δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται από μόνη της, αλλά θα πρέπει να συνδυάζεται με τα ευρήματα της ηπατικής βιοψίας, της χολαγγειογραφίας ή της λαπαροτομίας.

Η μεγαλύτερη διαγνωστική προσπάθεια θα πρέπει να στραφεί προς τη μηχανική χολική απόφραξη, ανεξάρτητα από τη διάρκεια των συμπτωμάτων, προτού συμβεί μόνιμη ηπατική βλάβη. Τουτό μπορεί συνήθως να γίνει με τη διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία ή με ERCP (παλίνδρομη παγκρεατοχολαγγειογραφία). Αν οι εξετάσεις αυτές δεν αποδώσουν και η κατάσταση παραμένει συγκεχυμένη η ερευνητική λαπαροτομία με εγχειρητική χολαγγειογραφία είναι ενδεδειγμένη.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η πλήρης διόρθωση κάθε μηχανικής αποφράξεως στο ροή της χολής είναι το σημαντικώτερο βήμα στην πρόληψη και θεραπεία της δευτεροπαθούς χολικής κιρρώσεως. Δεν υπάρχει γνωστή φαρμακευτική θεραπεία, που να επηρεάζει τη βραδεία εξελικτική πορεία της πρωτοπαθούς χολικής κιρρώσεως. Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται λοιπόν προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή επιπλοκών της νόσου. Ο κνησμός μπορεί να βοηθήσει από αντιϊσταμινικά ή τοπικές αλοιφές με MENTAMOL (μενθόλη) . Η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών και διαφόρων συνθετικών ανδρογόνων μπορεί να μειώσει τον κνησμό, αλλά συνοδεύεται από σοβαρές παρενέργειες (ιδιαίτερα έξαρση της οστεοπενίας) και δεν μεταβάλλουν τη διαδρομή της νόσου. Η αζαθειοπρίνη είναι ανενεργός . Η χολεστυραμίνη σε δόση

8-12 G την ημέρα συνήθως αντιμετωπίζει τον κνησμό. Η πενικιλλαμίνη ο παράγοντας που σχηματίζει χηλική ένωση με το χαλκό, φαίνεται να περιορίζει την εναπόθεση του ιδόντος σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση και χορηγείται από μερικούς. Η επίδραση της όμως στην πορεία της νόσου είναι ακόμη ασαφής.

Η στεατόρροια μπορεί να αντιμετωπισθεί με την μείωση των τριγλυκεριδίων μακράς αλυσίδας, που δεν απαιτούν χολικά άλατα για να απορροφηθούν. Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες D, A και K θα πρέπει να χορηγούνται παρεντερικά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να προλάβουν ή να διορθώσουν την οστεομαλακία και την υποπροθρομβιναιμία.

Ο περιορισμός του αλατιού και η προσεκτική χρήση διουρητικών από το στόμα συνήθως προλαμβάνουν τον ασκίτη και το οίδημα.

Η τυχόν επισυμβαίνουσα κίρροραγια μπορεί να απαιτεί επέμβαση ή ενδοσκοπική σκληρυντική θεραπεία.

## ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Η αιμοχρωμάτωση πρόκειται για μια οικογενούς σπάνια ανωμαλία που χαρακτηρίζεται από αυξημένη απορρόφηση σιδήρου σε διάφορα όργανα όπως το συκώτι, το πάγκρεας και τα λεμφαγγία ελάχιστα στους νεφρούς και στο σπλήνα και μεγάλη ποσότητα αιμοσιδηρίνης στον καρδιακό μύλη.

### Αίτια

Ως αίτια αιμοχρωμάτωσης θεωρούνται οι λοιμώξεις (ηπατίτιδα), τοξικές επιδράσεις (οινόπνευμα), ή μεγάλη θεραπευτική χρήση σκευασμάτων σιδήρου ως και μεταγγίσεις αίματος χωρίς να συνυπάρχει καταφανή αιμόλυση.

### Κλινική εικόνα

Υπάρχει πάντα μεγάλη διόγκωση του ήπατος με ελαφρό ίκτερο, ουροχολινουρία και συχνά αναπτύσσεται ασκίτης. Ο σπλήνας είναι διογκωμένος και σκληρός. Το δέρμα γίνεται χαλκόχρωμο και βρίσκεται σε αυτό μεγάλη ποσότητα αποτελούμενη από σίδηρο και μελανίνη.

Συνέπεια της συνυπάρχουσας παγκρεατικής κίρρωσως προκαλεί σακχαρώδη διαβήτη σε αναλογία 7 % για αυτό και η νόσος ονομάστηκε χαλκόχρους διαβήτης. Συχνά η νόσος συνοδεύεται από καρδιακά ενοχλήματα, ενδοκρινικές διαταραχές, γεννητική ανικανότητα, γυναικομαστία κ.λ.π.

### Διάγνωση

Η διάγνωση κλινικώς τίθεται από την συνύπαρξη των τριών

κύριων (κυρίων) συμπτωμάτων: Κίρρωση-διαβήτης- χαλκόχροια του δέρματος. Όταν η κλινική εικόνα δεν είναι πλήρης η διάγνωση βασίζεται στην ανεύρεση μεγάλης ποσότητας σιδήρου στο αίμα και κυττάρων με αιμοσιδηρίνη στα ούρα, επιβεβαιούμενη μετά από βιοψία του ήπατος με παρακέντηση . Στο δέρμα η ύπαρξη σιδήρου ανιχνεύεται και από κυανή χροιά στο οποίο λαμβάνει στο σημείο ενδοδερμική ένεση διαλύματος σιδηροκυανιούχου καλίου.

Η πρόγνωση της νόσου εφόσον δεν συνυπάρχει διαβήτης είναι όμοια με της κίρρωσης. Η εμφάνιση διαβήτη επιβαρύνει την κατάσταση.

#### Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Χορηγούνται τροφές σε μεγάλες ποσότητες ασβεστίου και φωσφόρου , έτσι ώστε να διατηρούν το σίδηρο σε αδιάλυτο μορφή. Γίνονται αφαιμάξεις με εβδομαδιαία μεσοδιαστήματα μέχρις ότου οι σιδηραποθήκες φθάσουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Σε συνύπαρξη διαβήτη χορηγείται ινσουλίνη.

## ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Η καρδιακή κίρρωση είναι μία σχετικά σπάνια επιπλοκή, σοβαρής δεξιάς συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, μακράς διάρκειας, σε ασθενείς με πνευμονική καρδιά, ανεπάρκεια της τριγλώχινας ή συμπιεστική περικαρδίτιδα. Η καρδιακή κίρρωση θα πρέπει να διακρίνεται από την οξεία παθητική συμφόρηση του ήπατος, που συμβαίνει σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Προκαλεί ίνωση γύρω από τις κεντρικές φλέβες, που εκτείνεται τριγύρω σαν ακτινοειδείς ουλές, προκαλώντας οξώδη αναγέννηση και κίρρωση.

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Στην οξεία παθητική συμφόρηση το ήπαρ καθίσταται διογκωμένο και ευαίσθητο και ο ασθενής μπορεί να αιτιάζεται για σοβαρό πόνο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο, που οφείλεται σε διάταση της κάψας του GLISSON. Οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας είναι αρκετά ποικιλόμορφες και κυμαίνονται από ελαφρά αύξηση της χολερυθρίνης και τρανσαμινασών μέχρι το σύνδρομο που μοιάζει με οξεία ιογενή ηπατίτιδα με χολερυθρίνη 10 MG/DL ή υψηλότερη και τρανσαμινάσες περισσότερες από 1000 μονάδες / DL ορού.

Η λευκωματίνη και η προθρομβίνη είναι συνήθως φυσιολογικές, εκτός εάν υπάρχει σοβαρή κεντρολοβιώδης νέκρωση. Σε από μακρού υπάρχουσα δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια το ήπαρ είναι διογκωμένο, σκληρό και συνήθως μη ευαίσθητο. Η σπληνομεγαλία είναι αποτέλεσμα απλής παθητικής συμφόρησης και δεν δείχνει απαραίτητα κίρρωση. Σε περιπτώσεις ανεπάρκειας

της τριγλώχινας, το ήπαρ μπορεί να είναι σφύζον, αλλά το εύρημα τούτο εξαφανίζεται καθώς εγκαθίσταται η κίρρωση. Η καρδιακή κίρρωση σπάνια διαγιγνώσκεται πρό του θανάτου, επειδή τα σημεία και συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας επισκιάζουν την ηπατική νόσο. Η αιμορραγία από κίρρους του οισοφάγου σπάνια παρατηρείται.

### Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η ανεύρεση σκληρού διογκωμένου ήπατος με ήπιες διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας, με ασκίτη ή περιφερικό οίδημα, σε ασθενείς με βαλβιδική καρδιακή νόσο, συμπιεστική περικαρδίτιδα, ή πνευμονική καρδιά μακράς διάρκειας (μεγαλύτερη από 10 χρόνια), θα πρέπει να ενισχύει τη διάγνωση της καρδιακής κίρρωσης. Η καρδιακή ανεπάρκεια και η ηπατομεγαλία είναι αρκετά συχνές στην αιμοχρωμάτωση και την αμυλοείδωση, αλλά οι οντότητες αυτές μπορούν εύκολα να διαφ<sup>ρ</sup>οδι-αγνωστούν με κατάλληλες δοκιμασίες και ηπατική βιοψία.

Το σύνδρομο BUDD-CHIARI ή η απόφραξη των ηπατικών φλεβών εύκολα συγχέεται με τη συμφορητική ηπατομεγαλία, ιδιαίτερα στην οξεία του μορφή. Στην κατάσταση αυτή, το ήπαρ είναι πολύ διογκωμένο και ευαίσθητο και υπάρχει έκδηλος ασκίτης, εντούτοις σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας δεν υπάρχουν. Η κλινική πορεία μπορεί να είναι ήπια αν η απόφραξη είναι βαθμιαία ή είναι έντονη στην οξεία απόφραξη. Το συνήθες αίτιο είναι η θρόμβωση των ηπατικών φλεβών, συχνά σε κατάσταση αληθούς πολυκυτταραιμίας ή υπερνεφρώματος, που διηθεί την κάτω κοίλη φλέβα. Ενίοτε, συγγενής διαφράγματα από ινώδη ιστό αποφράσσουν τις κύριες ηπατικές

φλέβες.

Η ηπατική φλεβογραφία ή η βιοψία ήπατος δείχνουν κεντρο-λοβιώδη συμφόρηση και νέκρωση ως και διάταση των κολποειδών, η απουσία δε δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας θέτει τη διάγνωση .

#### Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η πρόληψη ή θεραπεία της καρδιακής κίρρωσεως εξαρτάται από τη σωστή διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης καρδιαγγειακής νόσου.

Εάν υπάρχει συμπιεστική περικαρδίτιδα και η περικαρδιοτομία είναι δυνατή , η ηπατική λειτουργία βελτιώνεται μέσα σε 6-12 μήνες και οι ινώδεις ταινίες καθίστανται λεπτότερες και χάνουν την αγγείωση τους.

## ΣΠΑΝΙΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Οι κλινικές, αιτιολογικές και μορφολογικές ταξινομήσεις της κίρρωσης δεν περιλαμβάνουν όλες τις περιπτώσεις.

Τα κριτήρια ταξινομήσεως για τη μελέτη των ασθενών με κίρρωση ποικίλλουν ευρέως σ'ολόκληρο τον κόσμο, αλλά η μη αναμενόμενη και ανεξήγητη κίρρωση ευθύνεται για το 10% περίπου των χρόνιων ηπατικών νοσημάτων, που διαπιστώνονται νεκροτομικά. Επίσης πολλοί ασθενείς ταξινομούνται λανθασμένα κατά τη διάρκεια της ζωής και για τα λάθη στη διάγνωση ευθύνονται μικρά μη ενδεικτικά δείγματα βιοψίας ήπατος. Κίρρωση μπορεί να ευρεθεί σε συνδυασμό με τα παρακάτω νοσήματα.

1.Μεταβολικές διαταραχές: γαλακτοζαιμία, κληρονομική δυσανεξία της φρουκτόζης, νόσο αποθηκεύσεως γλυκογόνου, συγγενής τυροσιναιμία, ανεπάρκεια άλφα 1 αντιθρυψίνης και σύνδρομο FANCONI.

2.Λοιμώδη νοσήματα: βρουκέλλωση, σχιστοσωμίαση, κυτταρομεγαλοϊός του νεογνού και λοιμώξεις με τοξόπλασμα.

3.Διηθητικές νόσοι: σαρκοείδωση.

4.Γαστρεντερικές διαταραχές: χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, κυστική ίνωση του παγκρέατος.

5.Χημικές δηλητηριάσεις: αλκαλοειδή της πυρολιδιζίνης (φλεβοαποφρακτική νόσος) και αρσενικό.

## ΜΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Μερικά νοσήματα, είτε συγγενή είτε επίκτητα, μπορεί να συνοδεύονται από εντοπισμένη ή γενικευμένη ίνωση. Οι κλινικές εκδηλώσεις αυτών των περιπτώσεων υποδηλώνουν ενίοτε



τη διάγνωση αληθούς κίρρωσης, αλλά η απουσία κλινικών και λειτουργικών ενδείξεων ηπατοκυτταρικής βλάβης, η απουσία οζώδους αναγεννητικής δραστηριότητας και η εντοπισμένη φύση των ουλών, συνήθως χρησιμεύουν στη διάκριση αυτών των περιπτώσεων από την αληθή κίρρωση.

#### ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΜΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΗ ΠΥΛΑΙΑ ΙΝΩΣΗ)

Όχι απάνια, οι ασθενείς με πυλαία υπέρταση και σπληνομεγαλία δεν έχουν μορφολογικές ενδείξεις κίρρωσης. Αντί για κίρρωση, η προσεκτική εξέταση του ήπατος συχνά δείχνει μερική ίνωση στις πυλαίες περιοχές και άλλοτε άλλη πάχυνση των τοιχωμάτων των πυλαίων κλάδων στο ήπαρ. Φαίνεται να υπάρχουν τρεις μορφές της νόσου. Μερικοί ασθενείς έχουν μόνο ενδοηπατική φλεβοσκλήρυνση και ίνωση, άλλοι έχουν περιοχική πάχυνση ή σκλήρυνση των πυλαίων και σπληνικών φλεβών και μιά τρίτη ομάδα μπορεί να εμφανίζει θρόμβωση των αγγείων αυτών. Τέτοιες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί από πολλά μέρη του κόσμου, μερικές απ' αυτές με τον όρο "σύνδρομο BANTI". Στις Η.Π.Α., οι περιπτώσεις μη κίρρωτικής πυλαίας ινώσεως έχουν σχετισθεί με χρόνια δηλητηρίαση από αρσενικό.

#### ΣΧΙΣΤΟΣΩΜΙΑΣΗ

Τα ωάρια του SCHISTOSOMA MANSONI προκαλούν κοκκιωματώδη και ινώδη αντίδραση κατά μήκος των πυλαίων πόρων σαν αποτέλεσμα παρατεταμένης υπερευαισθησίας, που προκαλείται από αντίδραση συμπλέγματος αντιγόνου -αντισώματος. Η χαρακτηριστική ηπατική αλλοίωση της σχιστοσωμιάσεως είναι ως εκ τούτου μη κίρρωτική πυλαία ίνωση, που προκαλεί προοδευτική από-

φραξη πυλαίων φλεβιδίων, με συνέπεια προκολποειδική πυλαία υπέρταση. Σε προχωρημένες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί κολποειδική πυλαία υπέρταση. Πραγματική κίρρωση μπορεί να υπάρχει σε μερικές περιπτώσεις, αλλά διαιτητικές ανεπάρκειες και άλλοι παράγοντες π.χ. ηπατίτιδα Β, συμβάλλουν στην εξέλιξη αυτή. Κλινικά τα σημεία πυλαίας υπερτάσεως προεξάρχουν και η κιρσορραγία είναι συνήθης. Το ήπαρ και ο σπλήνας είναι μέτρια διογκωμένα. Η ηπατοκυτταρική λειτουργία είναι συνήθως φυσιολογική μπορεί όμως να παρατηρηθεί ανύψωση της αλκαλικής φωσφατάσης και ίκτερος.

#### ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Αυτή η σπάνια παραλλαγή της πολυκυστικής νόσου του ήπατος πιθανά μεταβιβάζεται σαν αυτοσωμος υπολειπόμενος χαρακτήρας και μπορεί να συνοδεύεται από κυστική νόσο του νεφρού.

Τυπικά, ο ασθενής είναι νέος, δεν έχει ιστορικό ή σημεία ηπατοκυτταρικής νόσου και εμφανίζεται με ανεξήγητη ηπατοσπληνομεγαλία, αιμορραγία από κιρσούς οισοφάγου που οφείλονται σε προκαλποειδή πυλαία υπέρταση ή νεφρική ανεπάρκεια. Η χειρουργική διόρθωση της πυλαίας υπερτάσεως επιτρέπει τη μακροχρόνια επιβίωση σε ασθενείς χωρίς νεφρική προσβολή, επειδή η εξελισσόμενη ηπατική βλάβη είναι σπάνια. Τα ευρήματα απ'τη βιοψία είναι καθοριστικά : Φυσιολογικές μάζες ηπατικού παρεγχύματος διαχωρίζονται από ώριμες ινώδεις ταινίες που περιέχουν πλέγματα χοληφόρων τριχοειδών. Μεγάλες κύστες ανευρίσκονται (τυπικές της πολυκυστικής νόσου). Η κυτταρική βλάβη, η φλεγμονή και η οζώδης αναγέννηση ή η κίρρω-

ση τυπικά απουσιάζουν.

### ΜΕΙΖΟΝΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Οι ασθενείς με κάθε μορφή κίρρωσεως και λόγω αυτής με προοδευτική ελάττωση της ηπατοκυτταρικής λειτουργίας και προχωρημένη καταστροφή της αγγειώσεως απειλούνται από τρεις μεζζονες επιπλοκές: πυλαία υπέρταση και τη συνοδό επιπλοκή της, την αιμορραγία από κίρρους οισοφάγου και σπληνομεγαλία, την παθολογική κατακράτηση υγρών με τη μορφή του ασκίτη ή οιδήματος και την ηπατική εγκεφαλοπάθεια (ηπατικό κώμα). Το ένα τρίτο των θανάτων σε ασθενείς με αλκοολική κίρρωση οφείλεται σε κίρροραγία. Ο ασκίτης αναπτύσσεται στις 60-85% των περιπτώσεων προχωρημένης κίρρωσεως, και το 50% περίπου των ασθενών αποθνήσκουν από ηπατικό κώμα. Άλλες επιπλοκές είναι: η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ιδιαίτερα στη μετανεκρωτική κίρρωση και την αιμοχρωμάτωση).

### ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

#### ΟΡΙΣΜΟΣ

Το ήπαρ του φυσιολογικού ενήλικου δέχεται 1500 ML αίματος ανά λεπτό. Περίπου τα δύο τρίτα της ηπατικής αιματικής ροής και το μισό της παροχής οξυγόνου προσφέρεται από την πυλαία φλέβα.

Το υπόλοιπο, από την ηπατική αρτηρία φυσιολογικά, η πίεση στην πυλαία φλέβα είναι αρκετά χαμηλή (10-15 CM στήλης φυσιολογικού ορού), επειδή η αγγειακή αντίσταση στα ηπατικά κολποειδή είναι επίσης χαμηλή. Η οζώδης αναγέννηση

ση και η καταστροφή της λοβιακής αρχιτεκτονικής στο κίρρωτικό ήπαρ προκαλεί αύξηση στην αγγειακή αντίσταση του πυλαίου δένδρου και αύξηση της πυλαίας πίεσεως (πυλαία υπέρταση) που οφείλεται στο εμπόδιο της αιματικής ροής. Πυλαία υπέρταση ορίζεται η πίεση στην πυλαία φλέβα πάνω από 30 CM στήλης φυσιολογικού ορού, όταν μετρηθεί κατά τη χειρουργική επέμβαση, η άμεση διαδερμική διηπατική πίεση της πυλαίας φλέβας μεγαλύτερη από 8 mmHg πάνω από πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και πίεση από ενσφήνωση στην ηπατική φλέβα, μεγαλύτερη από 4 mmHg πάνω από την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας.

Η πυλαία υπέρταση, που είναι αποτέλεσμα εγκαταστημένης κίρρωσεως ή αποφράξεως της πυλαίας φλέβας, δεν είναι αναστρέψιμη και η κίρσορραγία παραμένει ένας μεγάλος κίνδυνος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγάλους κίρσους. Δεν μπορεί να τεθεί ακριβής πρόγνωση σε κάθε περίπτωση αλλά περισσότεροι από το 30% των ασθενών με κίρρωση και κίρσους εμφανίζουν μεγάλη αιμορραγία μέσα σε 5 χρόνια και έχουν γενική θνητότητα 60-80%. Αντίθετα οι ασθενείς με φυσιολογική ηπατική λειτουργία και κίρσορραγία οφειλόμενη σε απόφραξη της πυλαίας φλέβας ανέχονται τα επεισόδια της αιμορραγίας σχετικά καλά. Παρά τις τεχνικές βελτιώσεις στις χειρουργικές μεθόδους της αποσυμπιέσεως της πυλαίας φλέβας και των κίρσων, οι παρακάμψεις θα πρέπει να επιφυλάσσονται για ασθενείς που αιμορραγούν από κίρσους.

## ΟΞΕΙΑ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ

Η ταχεία και δραστική θεραπεία των ασθενών με μαζική αιματέμεση ή μέλαινα από ρήξη κίρσων του οισοφάγου απαιτεί

συνδυασμένη φροντίδα απ' τον παθολόγο και χειρουργό. Τα βασικά στοιχεία της θεραπείας είναι τα ακόλουθα:

Η ποσοτική αντικατάσταση του αίματος που χάνεται είναι βασικός κανόνας για την πρόληψη της περαιτέρω μείωσης της ηπατικής λειτουργίας. Είναι ενδεδειγμένος να χορηγείται πρόσφατο αίμα και αν απαιτείται μαζική μετάγγιση. Η διαπίστωση των κιρσών του οισοφάγου, η εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και ο αποκλεισμός άλλων αιτιών γαστρεντερικής αιμορραγίας, με την ενδοσκοπηση ή την ακτινογραφία, είναι ζωτική. Δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο, ότι οι κίρρωτικοί με αποδεδειγμένους ή πιθανούς κιρσούς αιμορραγούν απ' τον οισοφάγο, γιατί το ένα τρίτο αυτών έχουν και άλλα δυνητικά σημεία αιμορραγίας στο ανώτερο γαστρεντερικό.

Ο προσωρινός έλεγχος της κιρσορραγίας μπορεί να επιτευχθεί με έγχυση βαζοπρεσσίνης, με επιπωματισμό, με απόφραξη της αριστερής γαστρικής φλέβας ή την ενδοσκοπική σκλήρυνση των κιρσών. Η συνεχής έγχυση 0,4 μονάδων βαζοπρεσσίνης ανά λεπτό μέσω περιφερικής φλέβας, μπορεί να οδηγήσει σε προσωρινή μείωση ή διακοπή της κιρσορραγίας ελαττώνοντας τη σπλαχνική αιματική ροή και την πίεση στην πυλαία. Η δοσολογία, εν συνεχεία, της βαζοπρεσσίνης μειώνεται και διακόπτεται 48 ώρες μετά τη διακοπή της αιμορραγίας.

Παροδική ελάττωση της καρδιακής παροχής, καρδιακές αρρυθμίες και κατακράτηση ύδατος μπορεί να καταστήσουν τη χρήση της βαζοπρεσσίνης επικίνδυνη, σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η μεσεντέρια αγγειογραφία είναι χρήσιμη, τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία της κιρσορραγίας. Η ένεση σκιαγραφικού υλικού στη μεσεντέρια, κοιλιακή ή γα-

στρική αρτηρία χρησιμεύει στο να δείξει την εστία της αιμορραγίας .Ο προσωρινός έλεγχος της αιμορραγίας μπορεί να επιτευχθεί , σε υψηλό ποσοστό, με έγχυση βαζοπρεσσίνης , κατευθείαν στο σπλαχνικό δίκτυο μέσω της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Η μέθοδος δεν έχει σαφή πλεονεκτήματα απέναντι στην έγχυση από περιφερική φλέβα. Ο σωλήνας SENGSTAKEN- BLAKEMORE ή ο τροποποιημένος σωλήνας απλού ασκού μπορεί να εισαχθεί στο στόμαχο, να διαταθεί και να ασκηθεί έλξη, ώστε να προκαλέσει τοπική συμπίεση των υποβλεννογόνων φλεβών. Αν και είναι συχνά δραστικός στο να προκαλέσει προσωρινό έλεγχο μιάς μαζικής αιμορραγίας , είναι δύσκολο να τοποθετηθεί ακριβώς στη θέση του και είναι άσχημα, ανεκτός από τον άρρωστο. Η χρήση του δε επιπλέκεται από υποτροπή της αιμορραγίας , απόφραξη των αεροφόρων ή εισρόφηση. Η χρήση του επιπωματισμού με τον αεροθάλαμο ή την έγχυση βαζοπρεσσίνης θα πρέπει να θεωρείται σαν προσωρινή θεραπεία με σημαντικό ποσοστό υποτροπής . Αν και οι δύο μέθοδοι αποτύχουν να ελέγξουν την αιμορραγία , ο διήπατικός καθετηριασμός και απόφραξη της αριστερής γαστρικής φλέβας μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της κίρσορραγίας. Άλλη μέθοδος , για τον έλεγχο της οξείας αιμορραγίας , είναι η άμεση ένεση σκληρυντικών διαλυμάτων (όπως η αιθανολαμίνη), μέσα στους κίρσους, από το ενδοσκόπιο. Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της μεθόδου θα πρέπει να αξιολογηθούν.

Η αξιολόγηση της ηπατικής λειτουργίας και η εκτίμηση του εγχειρητικού πεδίου είναι στοιχεία σημαντικά, αλλά δύσκολα να γίνουν. Δεν υπάρχει απλή κλινική δοκιμασία της ηπατικής λειτουργίας, που να δείχνει εκ των προτέρων την ά-

μεση μετεγχειρητική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Γενικά, εντούτοις οι ασθενείς με αντιροπούμενη ή σταθεροποιημένη κίρρωση έχουν καλύτερη πορεία από εκείνους με βαθύ (κτερο, ασκίτη ή σημεία εγκεφαλοπάθειας. Η προσεκτική συντηρητική θεραπεία για 2-3 εβδομάδες ή περισσότερο μπορεί να επιτρέψουν σημαντική αποκατάσταση της ηπατικής λειτουργίας, σε ασθενείς με ενεργό αλκοολική κίρρωση.

Οι επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις παρακάμψεως με σκοπό τη διακοπή της αιμορραγίας, μπορεί να γίνουν μέσα σε λίγες ημέρες. Η θνησιμότητα κυμαίνεται από 25-50% στον τυπικό ασθενή, αλλά η επέμβαση ελέγχει την αιμορραγία, προλαμβάνει συνήθως τη μελλοντική υποτροπή της και μπορεί να επιτρέψει σημαντική αποκατάσταση της ηπατικής λειτουργίας. Σε πολλούς ασθενείς, η εκλεκτική επέμβαση παρακάμψεως είναι ενδεδειγμένη. Τα αποτελέσματα μεγάλων κλινικών σειρών δείχνουν, ότι μία επιτυχής πυλαιοσυστηματική παρακαμπτήρια επέμβαση δεν βελτιώνει την επιβίωση καθ'αυτή, αλλά προλαμβάνει την υποτροπή της αιμορραγίας. Ο τύπος της παρακαμπτηρίου επεμβάσεως συχνά βασίζεται στην πείρα και κρίση του χειρουργού. Η πυλαία αποσυμπύεση δεν διορθώνει συνήθως την παγκυτταροπενία του υπερσπληνισμού. Στα παιδιά και σε άλλους ασθενείς, με εκτεταμένη νόσο της πυλαίας φλέβας, μπορούν να γίνουν με επιτυχία πυλαιοσυστηματικές παρακάμψεις, χρησιμοποιώντας άλλους κλάδους της πυλαίας και το στέλεχος της κάτω κοίλης φλέβας. Οι απώτερες επιπλοκές, σε ασθενείς με λειτουργούσες πυλαιοσυστηματικές παρακάμψεις είναι το ηπατικό κώμα (15-20%), το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος (10-15%), η ελαφρά έμμεση υπερχολερυθριναιμία και σπάνια η

εναπόθεση σιδήρου στο κίρρωτικό ήπαρ. Μιά εκλεκτική περιφερική σπληνονεφρική παράκαμψη με πυλαιάζυγη απολίνωση φαίνεται να ελαττώνει τη διάταση των κίρσων, χωρίς ιδιαίτερα μεγάλη μεταβολή της πυλαίας πίεσεως και είναι σχετικά ελεύθερη από την επιπλοκή της εγκεφαλοπάθειας.

## ΑΣΚΙΤΗΣ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο ασκίτης, η συγκέντρωση δηλ. μεγάλου όγκου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, συχνά συνοδεύει την κίρρωση και άλλες μορφές διάχυτης παρεγχυματικής ηπατικής νόσου. Η ανάπτυξη ασκίτη συχνά συνοδεύεται από αιμοσφαίωση, οίδημα και μείωση του όγκου των ούρων. Αυτά και άλλα κλινικά ευρήματα παριστούν τις σύνθετες διαταραχές του μεταβολισμού των ηλεκτρολύτων των υγρών και των πρωτεϊνών, που επιπλέκουν τη σοβαρή ηπατική νόσο και τις διαταραχές στην ηπατική λειτουργία.

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο γιατρός διαπιστώνει τον ασκίτη, όταν 500 ή περισσότερα ML υγρού συλλεγούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η υπερηχογραφική εξέταση της κοιλιάς είναι χρήσιμη στην επαλήθευση υπάρξεως μικροτέρων ποσοτήτων υγρού. Ο ασκίτης προκύπτει από διαταραχές τόσο τοπικών όσο και συστηματικών μηχανισμών, που ρυθμίζουν την δίοδο υγρών και ιόντων, μέσω των αγγειακών και ορογονίων μεμβρανών. Οι τοπικοί ή ενδοκοιλιακοί παράγοντες που ενισχύουν τον σχηματισμό ασκίτη στην κίρρωση είναι:



1) Πυλαφα υπέρταση: Η συμβολή της πυλαφας υπερτάσεως στο σχηματισμό ασκίτη δεν έχει πλήρως κατανοηθεί, αφού οι ασθενείς με πυλαφα υπέρταση, που οφείλεται σε εξηπατική απόφραξη της πυλαφας φλέβας γενικά, δεν αναπτύσσουν ασκίτη. Από την άλλη πλευρά, η ελάττωση της πίεσεως στην πυλαφα, με μιά πλαγιοπλάγια πυλαιοκοιλιακή αναστόμωση, συχνά οδηγεί σε βελτίωση του ασκίτη. Αναμφίβολα, η πυλαφα υπέρταση, συνδυαζόμενη με άλλους παράγοντες, συμβάλλει στη δημιουργία και παραμονή του ασκίτη στον κίρρωτικό ήρρωστο.

2) Η αυξημένη ροή ηπατικής λέμφου. Διαφυγή λέμφου από την επιφάνει του κίρρωτικού ήπατος μπορεί να παρατηρηθεί κατά την επέμβαση. Τούτο προφανώς προκύπτει από την καταστροφή και απόφραξη των ηπατικών κολποειδών και των λεμφαγγείων, που με τη σειρά τους προκαλούν εξαγγελίωση πλούσιας σε πρωτεΐνη λέμφου στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο μηχανισμός αυτός μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη ασκίτη στο σύνδρομο BUDD-CHIARI, όπου το ασκίτικό υγρό έχει μεγάλη ποσότητα πρωτεΐνης.

Στους σημαντικώτερους συστηματικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι παρακάτω:

1) Μειωμένη κολλοειδο ογκωτική πίεση στο πλάσμα.

Η χαμηλή λευκωματίνη ορού στην κίρρωση προκύπτει από το συνδυασμό αυξήσεως του όγκου του πλάσματος, που προκαλεί αραίωση των πρωτεϊνών του ορού, μειωμένη ηπατική σύνθεση και απώλεια λευκωματίνης από τον αγγειακό χώρο στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Μέχρι το ένα τέταρτο της ολικής λευκωματι-

νης του οργανισμού μπορεί να ευρισκείται στο ασκίτικό υγρό. Η υπολευκωματιναίμια με τη σειρά της μειώνει την ογκωτική πίεση του πλάσματος και οδηγεί σε απώλεια νερού στον εξωαγγειακό χώρο.

### 2) Υπεραλδοστερονισμός.

Ο δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός είναι συνήθης στους κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη και οδηγεί σε εκσεσημασμένη επαναρρόφηση νατρίου στο άπω σωληνάριο. Ο υπεραλδοστερονισμός προκύπτει από αυξημένη έκκριση αλδοστερόνης από τα επινεφρίδια, που οφείλεται προφανώς στην ελάττωση της νεφρικής αιματικής ροής και στο μειωμένο ηπατικό μεταβολισμό και έκκριση της αλδοστερόνης.

### 3) Μειωμένη αποβολή νερού.

Οι ασθενείς με ασκίτη έχουν ελαττώμενη νεφρική απέκκριση φορτίων νερού και σε μερικούς ασθενείς οφείλεται και σε ύπαρξη αυξημένων επιπέδων αντιδιουρητικής ορμόνης.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Σε μερικούς ασθενείς με αναστρέψιμη ηπατική νόσο, ιδιαίτερα με οξεία αλκοολική ηπατίτιδα ή χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, η βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένη διούρηση. Εντούτοις, σε ασθενείς με εγκαταστημένη κίρρωση, όταν η ηπατική λειτουργία δεν βελτιώνεται σημαντικά μετά από μία περίοδο παρακολούθησης, ενδείκνυται η άμεση θεραπεία του ασκίτη. Πρέπει να τονισθεί ότι ο ασκίτης αναπτύσσεται αρκετά βραδέως και θα πρέπει να ανατάσσεται βραδέως με σκοπό να αποφευχθεί η οξεία μεταβολή του όγκου πλάσματος, που μπορεί να αποβεί καταστροφική. Επιδίω-

ξη της θεραπείας είναι η αποβολή όχι περισσότερων από 1,0 KG την ημέρα, εφόσον υπάρχει συγχρόνως ασκίτης και περιφερικό οίδημα ή μόνο 0,5 KG το πολύ την ημέρα επί υπάρξεως ασκίτη μόνο. Οι απώλειες υγρού, κατά την διάρκεια της θεραπείας, θα πρέπει καθημερινά να καταμετρούνται με ακρίβεια.

Η ανάπαυση στο κρεβάτι και ο αυστηρός περιορισμός νατρίου και νερού είναι τα πρώτα μέτρα, που θα πρέπει να δοκιμασθούν στους κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη. Η πρόσληψη νατρίου θα πρέπει να περιορισθεί στα 30 MEG την ημέρα και του νερού στα 1500ML, αν η υπονατριαιμία είναι εκσεσημασμένη. Συνήθως οι ασθενείς δεν ανέχονται τον περιορισμό αυτό του νατρίου και έτσι η θερμιδική πρόσληψη μειώνεται. Είναι σημαντικό, ως εκ τούτου, να χορηγείται επαρκής ποσότητα τροφών με χαμηλό νάτριο ή υποκατάστατα, ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής ποσότητα πρόσληψης θερμίδων και πρωτεϊνών, που είναι σημαντικοί παράγοντες στην αποκατάσταση κατά το δυνατόν του πάσχοντος ήπατος. Αν μετά από μία εβδομάδα δεν υπάρχει μεταβολή στο βάρος, προστίθεται σπιρονολακτόνη 25 MG, τέσσερις φορές την ημέρα. Αν η δόση αυτή είναι ανεπαρκής, η σπιρονολακτόνη αυξάνεται βαθμιαία κάθε 4 ημέρες, μέχρι τη μέγιστη δόση 100 MG τέσσερις φορές την ημέρα. Αν ο ασκίτης εξακολουθεί να αντιστέκεται θα πρέπει κανείς να χρησιμοποιήσει με προσοχή 40-80 MG φουροσεμίδης την ημέρα. Η έντονη διουρητική θεραπεία μπορεί να επιπλακεί από ελάττωση του όγκου του πλάσματος και μείωση της νεφρικής λειτουργίας. Η έντονη διούρηση μπορεί επίσης να προκαλέσει υποκαλιαιμική αλκάλωση, η οποία επιβαρύνει την ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Γιά το λόγο αυτό , οι συχνοί προσδιορισμοί της καταστάσεως υγρών και ηλεκτρολυτών είναι επιτακτικοί και η αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος με έγχυση λευκωματίνης, μπορεί να καταστεί αναγκαία, αν προκύψει σημαντική ενδοαγγειακή μείωση του όγκου.

Η συντηρητική θεραπεία του ασκίτη είναι επιτυχής στην πλειονότητα των κίρρωτικών, ιδιαίτερα των σε νοσοκομείο νοσηλευόμενων, που ελέγχεται καλύτερα και ο περιορισμός νατρίου και υγρών της τροφής . Γενικά η διούρηση επιτυγχάνεται ευκολότερα στους ασθενείς εκείνους, όπου επιτυγχάνεται και βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας . Ένα μικρό ποσοστό ασθενών με προχωρημένη κίρρωση δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, παρά την εντατική θεραπεία. Σε μερικούς απ'τους ασθενείς αυτούς με ανθεκτικό ασκίτη, μία πλαγιοπλάγια πυλαιοκοιλιακή αναστόμωση οδηγεί σε βελτίωση του ασκίτη, προφανώς από τη μείωση της πυλαίας υπερίσσεως. Εντούτοις, οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ υψηλού χειρουργικού κινδύνου και η χειρουργική θνησιμότητα είναι υψηλή. Η χειρουργική τοποθέτηση πλαστικών παρακαμπτήριων σωλήνων, μεταξύ περιτοναϊκής κοιλότητας και άνω κοίλης φλέβας, έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στη μείωση του ανθεκτικού ασκίτη.

Ο τύπος αυτός της περιτοναιοφλεβικής παρακάμψεως έχει βαλβίδα μιάς κατευθύνσεως που ανοίγει με την πίεση και επιτρέπει τη ροή από την περιτοναϊκή κοιλότητα προς την άνω κοίλη φλέβα. Αν και η τεχνική αυτή είναι χρήσιμη για βραχείας διάρκειας έλεγχο του ασκίτη, συνοδεύεται από σημαντικές επιπλοκές όπως οι διαπυήσεις και η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη.

Η εν γένει αποτελεσματικότητα της θα πρέπει να εκτιμηθεί. Η θεραπευτική παρακέντηση μπορεί να απαιτείται σε ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα ή σε επαπειλούμενη ρήξη ομφαλοκήλης, λόγω του μεγάλου ασκίτη. Μέχρι 3 λίτρα υγρού θα πρέπει να αφαιρούνται για διάστημα 4 ωρών, μέσω πλαστικού καθετήρα ή βελόνας μικρού διαμετρήματος. Επειδή ο ασκίτης αναπτύσσεται εκ νέου, σε λίγες ημέρες είναι απαραίτητη η επανάληψη της παρακέντησης ώπου να επιτευχθεί διούρηση.

Οι επανειλημμένες θεραπευτικές παρακεντήσεις δεν θα πρέπει να γίνονται σε ασθενείς με κίρρωση, επειδή μπει να προκαλέσουν μόλυνση του ασκίτη, χρόνια διαφυγή ασκίτικού υγρού, αιμορραγία, απώλεια πρωτεϊνών και ελάττωση του άγκου υγρών.

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι μία σοβαρή επιπλοκή της κίρρωσης, που χαρακτηρίζεται από εμφάνιση αζωθαιμίας, ολιγουρίας και ανθεκτικού ασκίτη. Μπορεί να ακολουθήσει την οξεία εμφάνιση σοβαρής αιμορραγίας του γαστρεντερικού, σηψαιμίας και έντονης προσπάθειας για διούρηση ή παρακεντήσεως ή μπορεί να εμφανισθεί και χωρίς εμφανές εκλυτικό αίτιο. Η αποβολή ούρων πέφτει στα 200-400 ML την ημέρα και παρατηρείται βαθμιαία αύξηση της κρεατινίνης του ορού, ως και κατακράτηση νατρίου. Ο θάνατος επέρχεται από ουραιμία, αιμορραγία από γαστρεντερικό ή ηπατικό κώμα. Η ακριβής αιτία της νεφρικής ανεπάρκειας στην κίρρωση είναι άγνωστη, αλλά η αλλοιωμένη αιμοδυναμική του νεφρού φαίνεται να ευθύνεται για τη λειτουργική αυτή διαταραχή.

Στους παράγοντες που συμβάλλουν, περιλαμβάνεται η ελάττωση της αιμάτωσης του φλοιού, ο μεγάλος υπεραλδοστερονισμός,

ο μειωμένος δραστικός όγκος κυκλοφορούντος πλάσματος και η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση από την τάση του ασκίτη. Οι νεφροί είναι άθικτοι, από πλευράς ιστολογικής και η ανάλυση ούρων, η πυελογραφία και η βιοψία του νεφρού είναι συνήθως φυσιολογικές. Η θεραπεία είναι ανεπιτυχής αν και μερικοί ασθενείς με υπόταση και μειωμένο όγκο πλάσματος απαντούν στις εγχύσεις λευκωματίνης ελεύθερης νατρίου, με αύξηση στη διούρηση και περιορισμό του ασκίτη.

Ο περιορισμός του νερού και του νατρίου χρησιμοποιούνται επίσης, αλλά η ανάνηψη φαίνεται να σχετίζεται στενά με τη βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας. Σε λίγους ασθενείς, η ανάνηψη επιτεύχθηκε με πυλαϊσοσυστηματική παράκαμψη ή μεταμόσχευση ήπατος. Εντούτοις οι περισσότεροι ασθενείς είναι πολύ υψηλού κινδύνου για μείζονες επεμβάσεις, λόγω της κακής γενικής καταστάσεως και της κακής ηπατικής λειτουργίας. Έχει αναφερθεί χωρίς όμως και να αποδειχθεί ότι η περιτοναϊοφλεβική παράκαμψη μπορεί να ανατρέψει τη νεφρική ανεπάρκεια σε μερικούς ασθενείς.

#### Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα

Οι ασθενείς με ασκίτη και κίρρωση, ιδιαίτερα με αλκοολική κίρρωση μπορεί να εμφανίσουν οξεία βακτηριακή περιτονίτιδα χωρίς φανερή αιτία. Η κλασσική εμφάνιση της νόσου είναι η αιφνίδια εμφάνιση πυρετού, ρίγους γενικευμένου κοιλιακού πόνου και αναπηδώσας ευαισθησίας, που συνοδεύονται από την ύπαρξη θολερού ασκίτικου υγρού με πολλά λευκά αιμοσφαίρια και βακτήρια. Η συχνότερη όμως εμφάνιση της νόσου είναι με πυρετό άγνωστης αιτιολογίας και ήπιο κοιλιακό άλγος, που μπορεί να αποδίδεται σε άλλα αίτια. Η διάγνωση στηρίζε-

ται στην προσεκτική εξέταση του ασκίτικού υγρού. Η παρουσία λευκυττάρων, περισσότερων των 300/ΜΜ<sup>2</sup> με 75% ή περισσότερα πολυμορφοπύρρηνα, ενισχύει τη διάγνωση, η οποία επιβεβαιώνεται με την αγεύρεση βακτηριδίων μετά από χρώση, κατά GRAM και καλλιέργεια. Ο μηχανισμός με τον οποίο μολύνεται το ασκίτικό υγρό είναι άγνωστος. Η αιματογενής διασπορά, κατά τη διάρκεια αυτόματης βακτηριαιμίας ή διαφυγής βακτηριδίων από τον εντερικό σωλήνα, είναι πιθανές εστίες. Στην πλειονότητα των ασθενών δεν διαπιστώνεται σηπτική εστία κάπου αλλού στον οργανισμό και η οδός μόλυνσης παραμένει άγνωστη.

Η βακτηριακή περιτονίτιδα είναι μία σοβαρή επιπλοκή της κίρρωσης με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Όχι σπάνια, η λοίμωξη οδηγεί σε ηπατική εγκεφαλοπάθεια και επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας. Ο ασθενής με ύποπτη βακτηριακή περιτονίτιδα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αρχικά με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος δραστικά στα GRAM αρνητικά μικρόβια και στα GRAM θετικά. Περισσότερο ειδικά αντιβιοτικά επιλέγονται βάσει του αποτελέσματος της καλλιέργειας και της ευαισθησίας.

## ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ηπατική (πυλαϊσοσυστηματική) εγκεφαλοπάθεια είναι ένα σύνθετο οργανικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνειδήσεως, έντονα νευρολογικά σημεία, αστηριξία ή "περυγοειδή τρόμο" και διάσπαρτες ηλεκτροεγκεφαλικές αλλοιώσεις. Αυτή η μεταβολική διαταραχή του νευρικού συστήματος μπορεί να εμφανισθεί κατά τη διαδρομή χρόνιας ή οξείας ηπατο-

κυτταρικής νόσου ή σαν επιπλοκή πυλαισοσυστηματικής φλεβικής παρακάμψης. Μπορεί να είναι οξεία και αυτοπεριοριζόμενη ή χρόνια και εξελισσόμενη.

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δεν έχει αποδειχθεί ένας απλός βιοχημικός ή φυσιολογικός παράγοντας ή διαταραχή που ν' αποτελεί πρακτικά το αίτιο της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή του κώματος. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν, ότι το ηπατικό κώμα και οι συνοδές διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας προκύπτουν από (1) την είσοδο πυλαίου αίματος κατευθείαν στη συστηματική κυκλοφορία ώστε το αίμα να παρακάμπτει το ήπαρ και (2) σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη και δυσλειτουργία. Και οι δύο καταστάσεις έχουν κοινό αποτέλεσμα: διάφορες τοξικές ουσίες, που απορροφούνται από το έντερο, δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ και περνούν στον εγκέφαλο. Η αμμωνία είναι μία από τις ουσίες αυτές και πολλοί, όχι όμως όλοι οι ασθενείς, με ηπατική εγκεφαλοπάθεια έχουν αυξημένα αρτηριακά και φλεβικά επίπεδα αμμωνίας. Η υπεραμμωνιαιμία, συχνότερα, ανευρίσκεται σε ασθενείς με πυλαισοσυστηματική φλεβική διαφυγή και ηπατοκυτταρική βλάβη.

Αναμφίβολα, "τοξικές" ουσίες, άλλες εκτός από την αμμωνία, ευθύνονται για την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Η χορήγηση μεθειονίνης, σε ασθενείς με πυλαισοσυστηματική, παράκαμψη, έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί STUPOR ή εγκεφαλοπάθεια επί απουσίας υπεραμμωνιαιμίας. Άλλες ουσίες, που ενοχοποιούνται, είναι οι μερκαπτάνες, τα λιπαρά οξέα βραχέως αλυσίδας, οι ψευδονευροδιαβιβαστές και οι μεταβολές των επιπέδων αίματος στα αρωματικά αμινοξέα και στα αμινοξέα



πλευρικές αλυσίδες. Πιστεύεται επίσης ότι το ήπαρ παράγει ουσίες που είναι απαραίτητες για το φυσιολογικό μεταβολισμό του εγκεφάλου και στην ηπατική ανεπάρκεια αυτές ελαττώνονται. Η μειωμένη πρόσληψη οξυγόνου από τον εγκέφαλο και ο μειωμένος διάμεσος μεταβολισμός της γλυκόζης στον εγκέφαλο είναι συχνές, αλλά όχι ειδικές εκδηλώσεις της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Οι περισσότεροι ασθενείς, με χρόνιες μορφές ηπατικής εγκεφαλοπάθειας εμφανίζουν διάσπαρτες διογκώσεις και προσεκβολές του πρωτοπλάσματος των αστροκυττάρων σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου και λίγοι εμφανίζουν ταινιοειδείς φλοιώδεις νεκρώσεις. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν, ότι το σύνδρομο αυτό μπορεί να εξελιχθεί από λειτουργική διαταραχή σε μη αναστρέψιμη ανατομική βλάβη.

Έκλυτικοί παράγοντες.

Σε ασθενή με σταθερή, μη ενεργό κίρρωση, η ηπατική εγκεφαλοπάθεια συχνά ακολουθεί ένα έκλυτικό σύμπτωμα. Πιθανώς ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η αιμορραγία από το γαστρεντερικό, που προκαλεί αύξηση στην παραγωγή αμμωνίας και άλλων αζωτούχων ουσιών στο παχύ έντερο. Η αυξημένη πρόσληψη πρωτεΐνης με την τροφή μπορεί να οδηγήσει σε παρόμοια αύξηση των αζωτούχων ουσιών από τα βακτήρια του παχέως εντέρου. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιδιαίτερα η υποκοιλιαϊκή αλκάλωση, δευτεροπαθής στη διούρηση ή του έμετου, μπορεί να δράσει έκλυτικά στην ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Η συστηματική αλκάλωση προκαλεί σχετική αύξηση στη συγκέντρωση της αμμωνίας ( $\text{NH}_3$ ) και μείωση των δυντων αμμωνίας

( $\text{NH}_4^+$ ). Η αμμωνία εύκολα διέρχεται το φραγμό αίματος-εγκεφάλου και συγκεντρώνεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η υποκαλιαιμία επίσης αυξάνει την παραγωγή αμμωνίας απ'τους νεφρούς, ποσότητα της οποίας εισέρχεται στην κυκλοφορία, από την νεφρική φλέβα. Η οξεία λοίμωξη συχνά πυροδοτεί την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, αν και ο υπεύθυνος μηχανισμός δεν είναι σαφής. Οι εκδηλώσεις της εγκεφαλοπάθειας μπορεί να επισκιάζουν τα σημεία της λοίμωξης και να καθυστερούν τη διάγνωση και θεραπεία της. Γι'αυτό όλοι οι ασθενείς με ηπατικό κώμα θα πρέπει να ερευνώνται προσεκτικά για εκλυτικούς παράγοντες, όπως η πνευμονία, η περιτονίτιδα, η ουρολοίμωξη ή η παγκρεατίτιδα. Η επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας από οποιοδήποτε αίτιο σε κίρρωτικό ασθενή μπορεί να προκαλέσει ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα, η αλκοολική ηπατίτιδα ή η εξωηπατική απόφραξη, όλα προκαλούν επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας και της μεταβολικής ηπατικής ικανότητας. Η ηπατική λειτουργία μπορεί να επιδεινωθεί από εγχείρηση ή συνήπαρξη άλλης νόσου, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια ή λοίμωξη.

#### Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η αναγνώριση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή του κώματος βασίζεται σε τέσσερα μείζονα στοιχεία: (1) Ο ασθενής θα πρέπει να έχει ένδειξη προχωρημένης ηπατοκυτταρικής νόσου, εκτεταμένη πυλαιοσυστηματική παράπλευρη διαφυγή ή αμφότερα. Η ηπατική νόσος μπορεί να είναι οξεία και εκτεταμένη, όπως στην τοξική και την κεραυνοβόλο ιογενή ηπατίτιδα, ή χρόνια και προχωρημένη όπως στην κίρρωση. Η πυλαιοσυστηματική φλε-

βική διαφυγή, που επιτρέπει σ'ένα σημαντικό τμήμα του πυλαίου αίματος να παρακάμψει το ήπαρ, μπορεί να είναι αυτόματη (π.χ. φυσιολογική ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είτε χειρουργική (π.χ. ευρέες πυλαιοκοιλιακές αναστομώσεις). Οι περισσότεροι από τους ασθενείς, που εμφανίζουν ηπατική εγκεφαλοπάθεια έχουν πράγματι αφ'ενός ηπατική νόσο, αφ'ετέρου πυλαιοσυστηματική διαφυγή. (2) Οι διαταραχές του προσανατολισμού και της μνήμης είναι χαρακτηριστικές και η αμνησία και σύγχυση εξελίσσονται σε STUPOR και τέλος σε βαθύ κώμα. (3) Οι νοητικές διαταραχές συνοδεύονται από νευρολογικά σημεία, στα οποία περιλαμβάνονται ακαμψία, αύξηση των αντανακλαστικών, σημεία εκτάσεως του πέλματος και σπάνια σπασμοί. Η αστηριξία ή ηπατικός πτερυγοειδής τρόμος είναι μία νωμορρυθμιστική ασύμμετρη σύσπαση στην εκούσια θέση των άκρων του κορμού και της κεφαλής συχνά παρατηρείται στο πρόκωμα και σε προχωρημένη ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ποτέ όμως δεν εκλύεται στο κώμα. Η νευρολογική εικόνα είναι μη ειδική και παρατηρείται επίσης σε ασθενείς με ουραιμία, αναπνευστική ανεπάρκεια, φαρμακευτική δηλητηρίαση και άλλες μορφές μεταβολικής εγκεφαλικής νόσου (4). Οι περισσότεροι ασθενείς με κλινικές εκδηλώσεις ηπατικού κώματος έχουν χαρακτηριστικά συμμετρικά, υψηλού δυναμικού βραδέα κύματα (2-5 ανά δευτερόλεπτο) στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Η ηπατική απόπνοια, μία μοναδική οσμή μούχλας στην αναπνοή και στα ούρα, μπορεί να παρατηρηθεί σε ασθενείς με ηπατικό κώμα, όπως και σε εκείνους με εκτεταμένη παράπλευρη κυκλοφορία. Μερικές παραλλαγές του κλασσικού συνδρόμου της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας έχουν περιγραφεί. Η χρόνια εξελικτική ηπατοεγκε-

φαλική εκφύλιση , που μπορεί να εκδηλωθεί σε ασθενείς με σταθεροποιημένη ηπατική νόσο ή με πυλαικοκοιλιακή αναστόμωση χαρακτηρίζεται από βαθμιαία μείωση των νοητικών λειτουργιών, ψυχιατρικά συμπτώματα, εγκεφαλική αταξία , τρόμο και χορειο-αθέτωση.

Μεμονωμένα εστιακά σημεία μυελοπάθειας στα οποία περιλαμβάνεται σπαστικότητα και αύξηση των αντανακλαστικών στα πόδια , μπορεί να προηγούνται των άλλων σημείων του ηπατικού κώματος, για μερικούς μήνες. Οι καταστάσεις αυτές θα πρέπει να διακριθούν από άλλα μη ηπατικά αίτια εκφυλιστικής πάθησης του κεντρικού νευρικού συστήματος, όσο και από τη νόσο του WILSON.

Πολλές καταστάσεις μπορεί να μιμούνται τις κλινικές εκδηλώσεις της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, ιδιαίτερα ο αλκοολικός άρρωστος με κίρρωση. Η οξεία αλκοολική τοξίνωση, το τρομώδες παραλήρημα, η εγκεφαλοπάθεια του WERNICKE και η ψύχωση του KORSAKOFF συνοδεύονται από σύγχυση και τρόμο και εύκολα συγχέονται με την ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι συχνό στους αλκοολικούς και μπορεί να εμφανισθεί με STUPOR και κώμα , που δεν συνοδεύονται από εστιακά νευρολογικά σημεία. Η μηνιγγίτιδα μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της συνειδήσεως χωρίς τις συνήθεις κλινικές εκδηλώσεις. Για παράδειγμα, η μή εμφάνιση πυρετού στην οξεία λοίμωξη , είναι συχνή στους κίρρωτικούς και μπορεί να οδηγήσει σε αργοπορημένη διάγνωση. Η υπερβολική δοσολογία φαρμάκων, ιδιαίτερα των ηρεμιστικών, κατασταλτικών ή ναρκωτικών, μπορεί να προκύψει από την παθολογική ηπατική αδρανοποίηση και μπορεί να προκληθεί σύγχυση ή STUPOR. Η υπο-

γλυκαιμία, που προκαλείται από κακή διατροφή, ανεπαρκείς παρακαταθήκες γλυκογόνου στο ήπαρ και διαταραχή της νεογλυκογενέσεως από το αλκοόλ, συμβάλνει ενίοτε στους κίρρωτικούς και μπορεί να συνοδεύεται από διαταραχή των πνευματικών λειτουργιών. Η διάγνωση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας τίθεται συνήθως με αποκλεισμό.

Η προσεκτική νευρολογική εξέταση και η σωστή χρήση της οσφυονωτιαίας παρακεντήσεως, των σπινθηρογραφημάτων του εγκεφάλου, της ακτινογραφίας κρανίου και της αξονικής τομογραφίας είναι απαραίτητα για τον αποκλεισμό της ενδοκρανιακής αιμορραγίας ή λοιμώξεως, ενώ η υποκλυκαιμία, η φαρμακευτική δηλητηρίαση και η αλκοολική τοξίνωση διαγιγνώσκονται με τους κατάλληλους προσδιορισμούς στο αίμα.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η έγκαιρη αναγνώριση και η γρήγορη θεραπεία της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας είναι ουσιώδεις, επειδή η κατάσταση εξελίσσεται και γρήγορα οδηγεί στο θάνατο.

Οι αλλοιώσεις της προσωπικότητας, οι διαταραχές του θυμικού, η ελαφρά σύγχυση, η αδυναμία στην αυτοεξυπηρέτηση και στο γράψιμο, ασυνήθως υπνηλία και διαταραχές ισορροπίας, είναι πρώιμα διαγνωστικά σημεία. Οι δοκιμασίες αριθμητικών πράξεων είναι ευαίσθητες και αξιόπιστες μέθοδοι, που μπορούν να εφαρμοσθούν στην κλίνη του αρρώστου και να εκτιμηθεί με αυτές ο βαθμός της εγκεφαλοπάθειας και η απάντηση στη θεραπεία. Είναι επίσης σκόπιμο η ταξινόμηση σε στάδια της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, γιατί τούτο χρησιμεύει συχνά για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και της αποτελε-

σματοκρίτητας της θεραπείας .

Μιά χρήσιμη ταξινόμηση στηρίζεται στη σοβαρότητα των νοητικών σημείων, των ΗΕΤ ανωμαλιών και την ύπαρξη διαταραχής ισορροπίας. Ο ασθενής με σοβαρή ηπατική εγκεφαλοπάθεια απαιτεί προσεκτικό χειρισμό των συνήθως υποστηρικτικών μέτρων, όπως ο ρινογαστρικός καθετήρας και ο καθετήρας κύστεως. Η προσεκτική καταγραφή της προσλήψεως και αποβολής υγρών είναι σημαντική. Ο ασθενής σε βαθύ κώμα, που δεν έχει αντανακλαστικά του φάρυγγα, θα πρέπει να διασωληνώνεται με ενδοτραχειακό καθετήρα, για πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση και διάτρηση των αεροφόρων οδών.

Η ειδική θεραπεία της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας επιδιώκει:

(1) τη μείωση της παραγωγής αμμωνίας στο παχύ έντερο και  
(2) εξαφάνιση ή θεραπεία των εκλυτικών παραγόντων. Επί παρουσίας οξείας αιμορραγίας απ' το γαστρεντερικό, το αίμα στο έντερο θα πρέπει να απομακρύνεται γρήγορα, με υποκλυσμό ή καθαρτικά, με σκοπό τον περιορισμό της πηγής του αζώτου. Η παραγωγή αμμωνίας μπορεί επίσης να μειωθεί με τη χορήγηση απ' το στόμα νεομυκίνης ή αντιβιοτικού, που δεν απορροφάται, σε δόση 0,5 G κάθε 6 ώρες. Η απορρόφηση της αμμωνίας μειώνεται με τη χορήγηση απ' το στόμα λακτουλόζης ή μη απορροφούμενης δισακχαρίτη. Το σάκχαρο εισέρχεται στο παχύ έντερο, όπου μεταβολίζεται σε οργανικά οξέα απ' τα βακτηρίδια, ελαττώνοντας έτσι το ΡΗ του παχέος εντέρου. Η πέρισσεια ιόντων υδρογόνου μετατρέπουν την αμμωνία  $\text{NH}_3$  σε αμμώνιο  $\text{NH}_4$ , το οποίο λόγω του θετικού του φορτίου δεν απορροφάται εύκολα. Η λακτουλόζη συνήθως προκαλεί μείωση της αμμωνίας του ορού και βελτίωση της εγκεφαλοπάθειας μέσα σε

24-48 ώρες. Η λακτουλόζη χορηγείται σε δόση φορτίσεως 50 ML σιροπιού (65 5/DL) κάθε 2 ώρες, μέχρι να εμφανισθεί διάρροια. Η δόση στη συνέχεια σταθεροποιείται, ώστε ο ασθενής να έχει 2-4 αραιές κενώσεις την ημέρα.

Ο περιορισμός ή η θεραπεία των εκλυτικών παραγόντων είναι πρωταρχικής σημασίας στη θεραπεία της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Η αιμορραγία του ανώτερου γαστρεντερικού θα πρέπει γρήγορα να ελέγχεται, ώστε να προλαμβάνεται επιδείνωση της εγκεφαλοπάθειας. Το ίδιο είναι δύσκολο ενίοτε στον τυπικό κίρρωτικό με κίρσορραγία ή αιμορραγική γαστρίτιδα και είναι υψηλού εγχειρητικού κινδύνου.

Η προσωρινή διακοπή όλων των πρωτεϊνών της τροφής επιβάλλεται ώπου να βελτιωθεί ο ασθενής σε σημείο που να ανέχεται τις πρωτεΐνες. Οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και του νερού, ιδιαίτερα η υποκαλιαιμική αλκάλωση, θα πρέπει να διορθώνονται γρήγορα. Τα ηρεμιστικά, τα αναλγητικά και τα κατασταλτικά θα πρέπει να διακόπτονται και θα πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά, όπως ενδείκνυται σε ασθενείς με λοίμωξη. Ηρωϊκά μέτρα, όπως η εξωσωματική διάχυση σε στήλη άνθρακα ή αφαιμαξομεταγγίσεις, δεν αποδείχθηκε να ωφελούν τον άρρωστο με οξεία εγκεφαλοπάθεια.

Η χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια θεραπεύεται καλύτερα με μέτριο περιορισμό των πρωτεϊνών (30-40 GR την ημέρα) και χορήγηση μικρών δόσεων νεομυκίνης και λακτουλόζης. Η θεραπεία προσαρμόζεται στο να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό λειτουργικό επίπεδο του αρρώστου, με τον ελάχιστο δυνατό περιορισμό πρωτεΐνης και την ελάχιστη δυνατή δόση νεομυκίνης και λακτουλόζης.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ο ασθενής που πάσχει από κίρρωση αντιμετωπίζει πάρα πολλά προβλήματα. Γι' αυτό και από τη στιγμή που θα εισαχθεί στο νοσοκομείο χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα. Η φροντίδα αυτή που παρέχεται από υγειονομική ομάδα της κλινικής που νοσηλεύεται.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι άμεσοι, και αφορούν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ασθενή και τις εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής, όπως επίσης και μακροπρόθερμοι που αφορούν την πρόληψη των επιπλοκών και τη διατήρηση υγιούς σωματικής διάπλασης.

Σημαντική θέση μέσα στην υγειονομική ομάδα κατέχει το νοσηλευτικό προσωπικό, που εκτελεί το μεγαλύτερο μέρος της θεραπευτικής φροντίδας, αφού εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες που αφορούν τη θεραπεία του αρρώστου.

Τα προβλήματα ενός κίρρωτικού ασθενή είναι:

- 1) Άνορεξία - ναυτία και έμετοι
- 2) Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως
- 3) Κοιλιακοί πόνοι
- 4) Αιματέμεση
- 5) Μέλαινα κένωση
- 6) Ανωμαλίες κενώσεως του εντερικού σωλήνα
- 7) Ίκτερος
- 8) Οίδημα των άκρων
- 9) Ασκίτης
- 10) Υδροθώρακας και δύσπνοια



11) Πυρετός

12) Αιμορραγικές εκδηλώσεις: εκχυμώσεις, επίσταξη μύτης, πηλίδες και αιμορραγίες των ούλων.

13) Νευροψυχικές διαταραχές: διανοητική σύγχυση, ασυνεργία, αταξία, υπνηλία, λήθαργος, κώμα.

14) Κίρσοι οισοφάγου

15) Διαταραχές υδατοηλεκτρολυτικών

16) Αναιμία

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ - ΝΑΥΤΙΑΣ - ΕΜΜΕΤΟΥ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να γίνεται συχνά καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας πριν και μετά από κάθε γεύμα. Περιορίζει τις κινήσεις του ασθενή για την αποφυγή της ναυτίας και του εμέτου. Αν ο άρρωστος έχει έντονο πρόβλημα ναυτίας και εμέτου φροντίζει να του χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα κατόπιν ενημέρωσης και εντολής από το γιατρό.

Ο ασθενής ενισχύεται να παίρνει τα γεύματα που του προσφέρονται, και καταβάλλεται προσπάθεια να ενισχύεται η όρεξη για φαγητό από το περιβάλλον. Η διαίτα του πρέπει να είναι υψηλή σε πρωτεΐνες και προσφέρεται σε 2000-3000 CAL / 24 ωρο.

Χορηγείται σε 3-4 μικρά γεύματα με θρεπτικά συμπληρώματα ανάμεσα σ' αυτά. Στην αρχή χρησιμοποιούνται συμπληρώματα υγρής πρωτεΐνης. Αργότερα γίνεται προσπάθεια για πε-

ριορισμό της αλκοόλης στο ελάχιστο. Η τροφή προσφέρεται σε ικανοποιητική ποικιλία, σε δίσκο περιποιημένο, ώστε να μην προκαλεί η θέα του δίσκου αποστροφή στον ασθενή.

Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει την τροφή εφαρμόζεται τεχνητή διατροφή με ημίρευστη τροφή, που χορηγείται με τη βοήθεια ρινογαστρικού σωλήνα. Τέλος χορηγούνται παρεντερικά σακχαρούχα υγρά.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΕΩΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον ασθενή έτσι ώστε να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες, κάθε μέρα.

Περιορίζουμε όσο μπορούμε τις δραστηριότητες του ασθενή και ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθρακών την ημέρα. Αν χρειαστεί χορηγούμε συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, C και Κ.

Τέλος παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του αρρώστου.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΠΟΝΩΝ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σε αυτό το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος η νοσηλεύτρια τον παρακινεί να μένει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος. Χορηγούμε αντισπασμωδικά και κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία. Ενισχύουμε τον

ασθενή να τρώει αργά και να μασάει καλά την τροφή του.

Επίσης παρακολουθούμε και αναφέρουμε τα χαρακτηριστικά του πόνου στον ιατρό.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ο ασθενής παρακολουθείται για συμπτώματα αγωνίας, αισθήματα γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας και ανησυχίας. Επίσης τον παρακολουθούμε για συμπτώματα αιμορραγίας και SHOCK.

Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του ασθενή στο ελάχιστο. Μεταγγίζουμε τον ασθενή αν χρειαστεί και τον παρακολουθούμε για τυχόν αντίδραση.

Εφαρμόζουμε σχολαστική περιποίηση του στόματος. Αν χρειασθεί χορηγούμε βιταμίνη Κ μετά από ιατρική εντολή.

Παρακολουθούμε και ενισχύουμε τον ασθενή σε περίπτωση αιμορραγίας. Παρακολουθούμε επίσης το χρώμα των κενώσεων. Χορηγούμε κρύα υγρά από το στόμα, μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας κατόπιν εντολής ιατρού.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΛΑΙΝΑΣ ΚΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

Παρακολουθούμε κάθε κένωση για το χρώμα, τη σύσταση και την ποσότητα.

Μετά την κένωση εκτελούμε οποσδήποτε τοπική καθαριότητα.

Παίρνουμε δείγμα από την κένωση για εργαστηριακό έλεγχο μετά από ιατρική εντολή για να δούμε από που προέρχεται. Μήπως πρόκειται για γαστρορραγία.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΚΤΕΡΟΥ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

Για την αντιμετώπιση του ικτέρου, η αδελφή παρακολουθεί και το βαθμό ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του ματιού κατόπιν ελέγχου χολερυθρίνης από το γιατρό.

Για την ανακούφιση του αρρώστου από κνησμό του δέρματος, η νοσηλεύτρια φροντίζει να γίνεται τακτικό μπάνιο χωρίς σαπούνι, και μετά χρησιμοποιεί λοσιόν. Επίσης παρακολουθεί το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΝΩΜΑΛΙΑΣ ΚΕΝΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Για αυτή την αντιμετώπιση η αδελφή πρέπει να εξασφαλίσει μία κένωση την ημέρα. Σε περίπτωση διάρροιας περιορίζει τα υγρά, χορηγεί φάρμακα που συνιστά ο γιατρός, και γράφει τον αριθμό των κενώσεων και παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης.

Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας εξασφαλίζει αρκετά υγρά και τροφή που περιέχει κυτταρίνη. Στους ασθενείς αυτούς συνίσταται καθαρτικός υποκλισμός, ώστε να διατηρείται το

έντερο καθαρό και να μειώνεται η απορρόφηση της αμμωνίας που παράγεται σ'αυτό και καταστρέφει τη χλωρίδα του εντέρου. Επίσης χορηγούνται ήπια υπακτικά (π.χ. DUPHALAC) κατόπιν ιατρικής εντολής.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Γιά την αντιμετώπιση των οιδημάτων η νοσηλεύτρια περιορίζει τα NaCl που παίρνει ο ασθενής. Χορηγούμε διουρητικά, σύμφωνα με εντολή ιατρού. Περιποιούμαστε προσεκτικά το δέρμα. Αλλάζουμε συχνά θέση στον ασθενή και σηκώνουμε τα κάτω άκρα του κατά διαστήματα. Λαμβάνουμε καθημερινά και σημειώνουμε το βάρος του ασθενή. Σημειώνουμε καθημερινά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. (Τήρηση δελτίου ισοζυγίου υγρών). Χρησιμοποιούμε δακτύλιο για πτέρνες, αγκώνες κ.λ.π. Ρυθμίζουμε προσεκτικά και παρακολουθούμε την ταχύτητα ροής των υγρών που λαμβάνει ενδοφλεβίως. Αποφεύγουμε την ένεση φαρμάκων σε οιδηματώδεις ιστούς.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΗ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα του κίρρωτικού ασθενή είναι ο ασκίτης. Εάν η συλλογή υγρού είναι μεγάλη τότε πιέζει το διάφραγμα με αποτέλεσμα να προκαλείται αναπνευστική επιβάρυνση, αυξάνεται η πίεση στο στομάχι και στην κήλη του

ομφαλού.

Γιά το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας. Στη διεργασία αυτή η προσφορά της νοσηλεύτριας είναι μεγάλη. Η νοσηλεύτρια ετοιμάζει το SET της παρακέντησης.

Αυτό το SET είναι αποστειρωμένος δίσκος που περιέχει:

- Τετράγωνο αλλαγών και σχιστό.
- Γάζες και τολύπια βάμβακος.
- Καψάκι για το αντισηπτικό.
- Λαβίδες ανατομικές και χειρουργικές.
- Ειδικές βελόνες για την παρακέντηση, κοντές όχι αιχμηρές και με μεγάλο κύρος ή τροκάρ κοιλιάς.
- Σύριγγες των 10 και 20 ML.
- 2-3 δοκιμαστικά σωληνάρια για την λήψη δείγματος υγρού για μικροβιακή εξέταση.
- Ψαλίδι.
- Ελαστικό σωλήνα παροχέτευσης.
- Γάντια.
- Ακόμα η νοσηλεύτρια ετοιμάζει ένα δίσκο που περιέχει:
  - Μπώσ με τολύπια βάμβακος.
  - Αντισηπτική διάλυση για την αντισηψία του δέρματος.
  - Οινόπνευμα και μαχαιρίδια.
  - Τοπικό αναισθητικό.
  - Καλδόδιο, λευκοπλάστ, ψαλίδι.
  - Λαστιχάκι, ετικέτες και έντυπα εργαστηριακά.

Εκτός από αυτούς τους δύο δίσκους η νοσηλεύτρια ετοιμάζει:

- Μεγάλο ογκομετρικό δοχείο.
- Αδιάβροχο με τετράγωνο.

- Ζώνη κοιλίας.
- Πιεσόμετρο.
- Κουβέρτα νοσηλείας.
- Ζυγό.

Όλα αυτά τοποθετούνται πάνω στο τροχήλατο αλλαγών για την εύκολη μεταφορά τους κοντά στον ασθενή.

Έργο της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του ασθενούς για την επέμβαση που θα του γίνει.

Του εξηγεί για ποιά λόγο θα γίνει η παρακέντηση, πως θα γίνει και τι αποτέλεσμα θα έχει. Μέλημά της είναι η προετοιμασία για την παρακέντηση.

Η φάση της προετοιμασίας περιλαμβάνει τα εξής:

1.-Ο ασθενής πρέπει να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος τρώσης της κύστης από τη βελόνα.

2.-Ζυγίζεται ο αρρώστος και αναγράφεται το βάρος του σε κάρτα.

3.-Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν την παρακέντηση.

4.-Το πιεσόμετρο μένει κοντά στον ασθενή για να μετρηθεί η αρτηριακή πίεση κατά την διάρκεια της παρακέντησης και μετά από αυτήν.

Όταν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί είναι έτοιμος για την παρακέντηση. Αυτή γίνεται στο έξω μισό της νοητής γραμμής που συνδέει τον ομφαλό με την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.

Η παρακέντηση στο σημείο αυτό γίνεται και από τις δύο πλευρές.

Προτιμάται όμως η αριστερή πλευρά, γιατί συχνά δεν μπορούν να προσδιορισθούν τα όρια του διογκωμένου ήπατος. Βέβαια και από την αριστερή πλευρά χρειάζεται προσοχή για τον κίνδυνο διογκωμένου σπλήνα.

Η παρακέντηση γίνεται και πάνω στη μέση γραμμή μεταξύ του ομφαλού και της ηβικής σύμφυσης. Χρειάζεται όμως προσοχή γιατί δεξιά και αριστερά από αυτήν περνούν κλάδοι της επιγάστριου αρτηρίας.

Όταν η παρακέντηση γίνεται στα πλάγια ο ασθενής ξαπλώνει πλάγια στην άκρη του κρεβατιού με τον κορμό υψωμένο. Όταν η παρακέντηση γίνεται στη μέση τότε ο ασθενής τοποθετείται καθιστός.

5.-Η νοσηλεύτρια κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς μέχρι τη μεσότητα των μηρών, καλύπτει το θώρακα του αρρώστου με την κουβέρτα νοσηλείας και αποκαλύπτει την κοιλιακή χώρα.

Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η έκθεση του αρρώστου και διατηρείται θερμός.

6.-Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την περιοχή που θα γίνει η παρακέντηση.

7.-Ανοίγει τον δίσκο παρακέντησης με τρόπο τέτοιο ώστε να παραμένει αποστειρωμένος.

8.-Βοηθά το γιατρό να φορέσει τα αποστειρωμένα γάντια του και του δίνει τα αντισηπτικά για την αντισηψία του δέρματος.

9.-Αφού τοποθετήσει ο γιατρός το τετράγωνο και σχιστό στην περιοχή, η αδελφή του προσφέρει το τοπικό αναισθητικό.

10.-Τοποθετεί το ογκομετρικό δοχείο κοντά στο κρεβάτι



του αρρώστου και είναι έτοιμη για την τοποθέτηση του ελαστικού σωλήνα μέσα σ'αυτό.

Ο γιατρός ετοιμάζει τη σύριγγα με την βελόνα που παρακεντεί.

Αναρροφά περίπου 15-20 ML υγρό, αφαιρεί τη σύριγγα και εφαρμόζει τον ελαστικό που το άλλο άκρο του καταλήγει στο ογκομετρικό δοχείο.

11.-Η νοσηλεύτρια στερεώνει τον ελαστικό σωλήνα για να είναι σταθερός και μοιράζει το υγρό της σύριγγας στους δοκιμαστικούς σωλήνες. Στερεώνει την βελόνα παρακέντησης στο κοιλιακό τοίχωμα, αφού πρώτα ο γιατρός τοποθετήσει γάζα αποστειρωμένη κομμένη σε σχήμα V.

12.-Η νοσηλεύτρια φροντίζει να σταλούν τα δείγματα υγρού στο εργαστήριο όσο πιο γρήγορα γίνεται.

13.-Κάθεται κοντά του σ'όλη τη διάρκεια της παρακέντησης και παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του, καθώς και το χρώμα για τυχόν ωχρότητα, για την πρόληψη του SHOCK.

14.-Ελέγχει την ποσότητα, τη σύσταση και το χρώμα του υγρού που παροχετεύεται.

Σε κάθε παρακέντηση αφαιρείται 1-2 LIT υγρού για την ανακούφιση του ασθενή από τα οξέα προβλήματα. Δεν αφαιρείται περισσότερη ποσότητα υγρού γιατί υπάρχει κίνδυνος ο άρρωστος να κολαφαιρισθεί.

15.-Μετά την αφαίρεση της βελόνας η αδελφή τοποθετεί αποστειρωμένη γάζα με κολόδιο στο σημείο της παρακέντησης και την στερεώνει με λευκοπλάστη.

16.-Εφαρμόζει τη ζώνη για να ασκείται πίεση στα κοιλιακά τοιχώματα ώστε να διατηρείται η πίεση μέσα στη κοιλιά,

να παρεμποδισθεί η πτώση σπλάχνων και να σταματήσει η διαρροή υγρού από το σημείο της παρακέντησης.

17.-Μετά το τέλος της παρακέντησης η αδελφή τακτοποιεί τον ασθενή στο κρεβάτι ώστε να αισθάνεται άνετα.

18.-Αναγράφει το ποσό που παροχετεύθηκε, πόσα δείγματα στάλθηκαν στα εργαστήρια και την κατάσταση του ασθενή κατά τη διάρκεια της παρακέντησης. Για δύο ώρες μετά την παρακέντηση παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση και το σφίγμο του αρρώστου κάθε μισή ώρα και μετά ανά τετράωρο για το πρώτο 24ωρο.

19.-Ελέγχει τις γάζες για να μη διεφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.

20.-Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού και διουρητικά σύμφωνα με οδηγίες του γιατρού. Προσέχει επίσης τον ασθενή μήπως παρουσιάσει σύμπτωμα πιθανού κώματος επειδή η παρακέντηση σε χρόνιες ηπατικές παθήσεις μπορεί να επιταχύνει την εμφάνιση του ηπατικού κώματος.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση. Αλλάζουμε θέση σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Βοηθούμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση θώρακα, αφού προηγουμένως έχουμε ετοιμάσει τα απαραίτητα αντικείμενα.

-Τροχήλατο ενέσεων, σ' αυτό προστίθεται τοπικό αναι-

σθητικό, τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών, κολλόδιο, λευκοπλάστ, ψαλίδι, αναρροφητική συσκευή POTAİN. Ακόμη SET το οποίο περιέχει:

α) Βελόνες παρακεντήσεως (TROCAR), μήκους τουλάχιστον 6-8 εκατοστά του μέτρου και εύρους αυλού 0,5-1 MM.

β) Σύριγγες τύπου RECORD, περιεκτικότητας τουλάχιστον 10 κ. εκ.

γ) Τα απαιτούμενα για τοπική αναισθησία.

δ) Γάζες και βαμβάκι σε τούπια.

ε) Γάντια.

στ) Δοκιμαστικά σωληνάρια.

ζ) Τα απαιτούμενα για έγχυση θεραπευτικά διαλύματα.

η) Λαβίδα.

θ) Τετράγωνο κοινό και σχιστό.

**Τεχνική:** Μεταφέρεται το υλικό για την παρακέντηση στο δωμάτιο του ασθενούς, αφού προηγουμένως ενημερωθεί ο άρρωστος για την νοσηλεία και γίνει ο απαραίτητος έλεγχος του υλικού.

Η εκλογή του σημείου της παρακέντησης γίνεται από τον ιατρό συνήθως θεωρείται σαν καταλληλότερο το 7ο και 8ο μεσοπλευρικό διάστημα που βρίσκεται στην οπίσθια μασχαλιαία γραμμή.

Η παρακέντηση του θώρακα γίνεται με τον ασθενή καθισμένο στο κρεβάτι και υποβασταζόμενο από βοηθό. Για τη διεύρυνση των μεσοπλευρικών διαστημάτων ανυψώνεται το αντίστοιχο προς την πλευρά των παρακεντήσεων χέρι και τοποθετείται στο κεφάλι του αρρώστου, το οποίο στηρίζεται στο τραπέζιδίο

του φαγητού.

Παίρνονται μέτρα προστασίας του ιματισμού του ασθενούς. Γίνεται από τον ιατρό απολύμανση του δέρματος, στη συνέχεια φορεί τα αποστειρωμένα γάντια, τοποθετεί τα τετράγωνα, κάνει τοπική αναισθησία και προχωρεί στην εισαγωγή της βελόνας.

Σ'όλη την διάρκεια της εκροής του υγρού η βελόνα πρέπει να κρατείται με τα δάχτυλα του αριστερού χεριού. Μετά την αφαίρεση της ποσότητας του υγρού, αποσύρεται η βελόνα και καλύπτεται το μικρό τραύμα με αποστειρωμένη γάζα βρεγμένη με κολλόδιο.

Κατά την εκτέλεση της νοσηλείας παρακολουθείται το χρώμα, ο σφυγμός και η αναπνοή του ασθενή διότι υπάρχει κίνδυνος όπως:

- α)Λιποθυμία
- β)Αμορραγία
- γ)Πνευμοθώρακα
- δ)Βήχα
- ε)Γενική αναισθησία
- στ)Βαριά καρδιακή ανεπάρκεια
- ζ)Θάνατος από απότομη μείωση της ενδοθωρακικής πίεσεως.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

Η θερμοκρασία του ασθενή παρακολουθείται τακτικά για την εμφάνιση πυρετού. Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά. Η νοσηλεύτρια εφαρμόζει ψυχρά επιθέματα και παρακολουθεί την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων. Φροντίζει έτσι ώστε

ο ασθενής να μην εκτεθεί σε πηγές μόλυνσης επειδή είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις. Σε εμφάνιση υψηλής θερμοκρασίας χορηγούνται αντιπυρετικά φάρμακα. Καθώς επίσης και εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αποφεύγουμε την δημιουργία τραύματος στον ασθενή. Διατηρούμε ασφαλές περιβάλλον γι' αυτόν. Διδάσκουμε τον ασθενή να μην προσπαθεί να αποβάλει τις βλέννες από τη μύτη με δύναμη. Αποφεύγουμε τη δημιουργία τραύματος των ούλων κατά το βούρτσισμα των δοντιών. Ενισχύουμε τη λήψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνη C.

Χρησιμοποιούμε πολύ λεπτές βελόνες για ενέσεις.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Χορηγούμε ενδοφλέβια σακχαρούχα διαλύματα με εντολή ιατρού. Διατηρούμε το περιβάλλον ζεστό και ελεύθερο από ρεύματα αέρα. Παρακολουθούμε τους ηλεκτρολύτες αίματος. Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού σε περίπτωση αυξημένης διουρήσεως και αποβολής μεγάλης ποσότητας ασκитικού υγρού. Τοποθετούμε τας προφυλακτικές. Περιορίζουμε τις επισκέψεις του ασθενή. Φέρνουμε τον ασθενή σε επαφή με τον ιερέα. Τοποθετούμε

τον ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο αν είναι δυνατόν. Προλαβαίνουμε τη δημιουργία κατακλίσεων. Αποφεύγουμε ναρκωτικά και βαρβιτουρικά. Εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή. Φροντίζουμε προσεκτικά τον ασθενή κατά το προθανάτιο στάδιο.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΣΟΥΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του αρρώστου για τη διαπίστωση ολιγαιμικού SHOCK .Η απώλεια αίματος μπορεί να εμφανισθεί σαν μέλαινα κένωση. Παρακολουθείται κάθε κένωση του ασθενή για το χρώμα τη σύσταση και την ποσότητα .Μετά από κάθε κένωση γίνεται καλή τοπική καθαριότητα. Όταν η αιμορραγία είναι μεγάλη εμφανίζεται με αιματέμεση και φυσικά τα πράγματα είναι πιο σοβαρά.

Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται συνέχεια για συμπτώματα αγωνίας, αδυναμίας και ανησυχίας, αίσθημα γαστρικής πληρότητας . Περιορίζονται οι δραστηριότητες του , γίνονται μεταγγίσεις αίματος, χορηγείται ενδοφλέβια αγγειοτενσίνη και βιταμίνη Κ.

Η νοσηλεύτρια βοηθά τον γιατρό στην εισαγωγή καθετήρα στο στομάχι και οισοφάγο του αρρώστου. Κάνει πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για τον έλεγχο της αιμορραγίας και για την αφαίρεση του αίματος από το στομάχι. Αυτό γίνεται μέχρις ότου το υγρό που βγαίνει να είναι καθαρό.

Η αδελφή φροντίζει για την καθαριότητα του στόματος.

Εξασφαλίζει ανοικτή φλέβα για τη χορήγηση υγρών και για μετάγγιση.

Προσφέρει κρύα υγρά από το στόμα μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Γιά τον έλεγχο της αιμορραγίας των κίρσων οισοφάγου, για να εξασκηθεί πίεση στο καρδιακό στόμιο του στομάχου και οισοφάγου για την ελάττωση των απαιτήσεων σε μεταγγίσεις τοποθετείται ο ειδικός σωλήνας SENGSTAKEN- BLAKEMORE.

Η νοσηλεύτρια ετοιμάζει δίσκο που περιέχει:

- Μπώλ με τολύπια βάμβακος και χαρτοβάμβακα.
- Τοπικό αναισθητικό.
- Σωλήνα SENGSTAKEN- BLAKEMORE .
- Σωλήνα LEVIN.
- Μπωλ με παγάκια για την ψύξη του σωλήνα.
- Υδατοδιάλυτη γλισχραντική ουσία.
- Σύριγγα των 20 ML.
- Ψαλίδι και λευκοπλάστη.
- Λαβίδα KOCHER.

Ακόμα πάνω στο τροχήλατο τοποθετεί πλαστικό νεφροειδές για έμετο τετράγωνο ή πετσέτα.

- Σφυγμομανόμετρο.
- Ποτήρι με νερό και καλαμάκι.
- Χαρτομάνδηλα.
- Ηλεκτρικό φώς.

Γίνεται ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη νοσηλεία που θα του δοθεί, τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί και το σκοπό για τον οποίο γίνεται.

- Η αδελφή ανυψώνει το επάνω μέρος του κρεβάτιου.

- Βάζει τον σωλήνα μέσα σε μπόλ με παγάκια για να γίνει ο σωλήνας δύσκαμπος και να γλιστρά η επιφάνειά του.
- Εξηγεί στον ασθενή τι πρέπει να κάνει σε περίπτωση που αισθάνεται δυσχέρεια για να δώσει να καταλάβει ο γιατρός και η αδελφή .
- Προστατεύει τα σκεπάσματα του αρρώστου τοποθετώντας ένα τετράγωνο στο θώρακά του.
- Δίνει στον άρρωστο να κρατά χαρτομάνδηλα .Καθαρίζει τους ρώθωνες και ψεκάζει με τοπικό αναισθητικό τον ρινοφάρυγγα για την καταστολή των φαρυγγικών αντανακλαστικών της εισόδου του σωλήνα.
- Ελέγχει τα μπαλόνια του σωλήνα με δοκιμαστικό φούσκωμα για την διαπίστωση τυχόν διαρροής.
- Ρίχνει στην άκρη του σωλήνα λίγο παραφινέλαιο για να γλιστρά ο σωλήνας και τον δίνει στο γιατρό για να τον τοποθετήσει.

Κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης παροτρύνει τον άρρωστο να καταπίνει νερό με το καλάμκι γιατί έτσι διευκολύνεται η είσοδος του σωλήνα στον οισοφάγο. Αυτό γίνεται μέχρι ο σωλήνας να φθάσει στο καθορισμένο σημείο ,εάν ο ασθενής αισθανθεί δυσφορία σταματά για λίγο ο γιατρός και ξανασυνεχίζει.

Αφού μπει ο σωλήνας στο στομάχι, γίνεται αναρρόφηση των πηγμάτων που βρίσκονται σ'αυτό.

Γιὰ τον έλεγχο της θέσης που βρίσκονται τα μπαλόνια, γίνεται ακτινογραφία του κατώτερου θώρακα και της άνω κοιλίας .Μετά ασκεί πίεση στον καρδιακό στόμιο. Στερεώνεται το σημείο του σωλήνα που μπαίνει στη μύτη και μετά φουσκώνει το μπαλόνι που βρίσκεται στον οισοφάγο. Ο αέριος αυλός



του σωλήνα μπορεί να συνδεθεί με αναρροφητήρα κι έτσι ελέγχεται το ύψος της αιμορραγίας από το υγρό που παροχετεύεται.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει κάθε 8-12 ώρες να ξεφουσκώνει για 5 λεπτά πρώτα το οισοφαγικό και μετά το γαστρικό μπαλόνι.

Αυτό γίνεται για την πρόληψη νέκρωσης του βλεννογόνου του οισοφάγου και του στομάχου.

Ο σωλήνας αφαιρείται όταν τεθεί υπό έλεγχο η αιμορραγία. Για όσο χρονικό διάστημα είναι φουσκωμένα τα μπαλόνια η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον άρρωστο και βεβαιώνεται ότι ασκείται ικανοποιητική πίεση.

- Παρακολουθεί και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του.

- Προσέχει μήπως παραπονεθεί για πόνο στο θώρακα που μπορεί να σημαίνει βλάβη ή ρήξη οισοφάγου.

- Πραγματοποιεί πλύσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

- Παρατηρεί και γράφει τη φύση και το χρώμα του υγρού που αναρροφά.

- Κάνει αναρρόφηση του σάλιου που βρίσκεται στον οισοφάγο πάνω από το μπαλόνι με τη βοήθεια LEVIN.

- Διατηρεί το επάνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο.

- Έχει πάντα στο κομοδίνο του αρρώστου ένα ψαλίδι που θα το χρησιμοποιήσει σε περίπτωση αναπνευστικής δυσφορίας για να κόψει το σωλήνα και να ξεφουσκώσουν τα μπαλόνια.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΔΑΤΟΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ο ασθενής εμφανίζει πυλαία υπέρταση, υπό πρωτεΐναιμια

νατρίου και νερού από τους νεφρούς, οιδήματα άκρων. Για την αντιμετώπιση τους συνίσταται περιορισμός του NaCl. Χορηγούνται διουρητικά σύμφωνα με ιατρική εντολή. Γίνεται προσεκτική μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ρυθμίζεται προσεκτικά η ταχύτητα ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια . Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά και σημειώνεται το βάρος του.

Γίνεται προσεκτική η περιποίηση του δέρματος ,εφαρμόζονται παθητικές κινήσεις των άκρων για την ενίσχυση της κυκλοφορίας .Τοποθετούνται δακτύλιοι στις πτέρνες και τους αγκώνες.

Κατά διαστήματα σηκώνονται τα κάτω άκρα. Ο ασθενής αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ

Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή θρέψη,μεταγγίσεις αίματος, συμπληρώματα σιδήρου και θεραπεία με βιταμίνη Β 12. Χορηγείται επίσης βιταμίνη Κ.

Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την προετοιμασία της μετάγγισης.Αυτή εξηγεί στον ασθενή το σκοπό και το τρόπο εκτέλεσης της. Η προετοιμασία της μετάγγισης συνίσταται:

1)Στη λήψη αίματος του αρρώστου για καθορισμό της ομάδας και διασταύρωση με δείγμα αίματος του δότη. Το αίμα που προορίζεται για την μετάγγιση ετοιμάζεται στο τμήμα αιμοδοσίας .

2)Κατά την παράλαβή του αίματος η αδελφή ελέγχει την

ομάδα αίματος, τον αριθμό συμβατότητας, την ημερομηνία λήξεως και το όνομα του πάσχοντος που προορίζεται η μετάγγιση.

Ελέγχει επίσης αν η φιάλη αίματος έχει υπογραφεί από τον γιατρό της αιμοδοσίας.

3) Δίνει στο θεράποντα γιατρό να κάνει τον ίδιο έλεγχο και να μονογράψει την ετικέτα της φιάλης.

Κατά τη φάση της εκτέλεσης η αδελφή φροντίζει να έχει προηγουμένως έτοιμο SET που περιέχει:

- Αντισηπτική διάλυση
- Τολύπια βάμβακος
- Αποστειρωμένες γάζες
- Συσκευές μετάγγισης αίματος
- Σύριγγες των 5 και 10 ML
- Το αίμα που θα χορηγηθεί
- Νεφροειδές
- Ψαλίδι
- Λευκοπλάστης
- Αδιάβροχο καλυμμένο
- Νάρθηκας και επίδεσμος (για ακινητοποίηση του μέλους αν χρειάζεται)
- Στατό

Τα παραπάνω τα χρησιμοποιούμε για διατήρηση καλής και ανοικτής φλέβας. Η φλέβα θα πρέπει να είναι ορατή και ψηλαφητή. Το δε εύρος της μεγάλο για την άνετη είσοδο της βελόνας.

-Πριν από την μετάγγιση η αδελφή παίρνει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου για να συγκρίνει με τις μετέπειτα μεταβολές.

-Απολυμαίνει το πώμα της φιάλης αν είναι γυάλινη.

-Εφαρμόζει τη συσκευή μετάγγισης αίματος με άσηπτη τεχνική.

-Αφαιρεί τον αέρα από τη συσκευή για αποφυγή εμβολής αέρα.

-Κρεμά τη φιάλη αίματος στο στατό.

-Ρυθμίζει το ρυθμό ροής του αίματος στο 5 ML, ανά λεπτό κατά τη διάρκεια των πρώτων 15 MIN της χορήγησης αίματος.

-Μένει κοντά στον άρρωστο για 15-30 MIN μετά την έναρξη της μετάγγισης για έγκαιρη διαπίστωση ανεπιθύμητων αντιδράσεων.

-Χορηγεί το αίμα σε αργό ρυθμό για να μην προκαλέσει υπερφόρτωση της κυκλοφορίας και προξενήσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονικό οίδημα.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τη διάρκεια μετάγγισης να μην προστεθούν φάρμακα μέσα στο αίμα γιατί μπορεί να προκαλέσει φαρμακευτική ασυμβατότητα. Να μην χορηγεί διάλυμα DEXTROSE 5% και RINGERS LACTATED γιατί μπορεί να προκληθεί αιμόλυση και πήξη του αίματος στο σωλήνα της συσκευής.

Στη συνέχεια παρακολουθεί τον μεταγγιζόμενο ασθενή αναγράφοντας τα ζωτικά σημεία πριν και μετά τη μετάγγιση. Ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας του για το χρόνο χορήγησης (έναρξη - λήξη) ποσότητα, ρυθμό ροής και τυχόν αντίδραση.

Οι επιπλοκές που παρατηρούνται οφείλονται συνήθως στην ύπαρξη πυρετογόνων ουσιών. Δημιουργούνται αιμολυτικές αντιδράσεις αλλεργικές και αναφυλακτικές. Παρατηρείται επίσης υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος.

Αντιδράσεις είναι δυνατόν να εμφανισθούν και μετά από πάροδο χρόνου εξαιτίας της μεταγγίσεως αίματος όπως λοιμώδη- ηπατίτιδα -ελονοσία κ.λ.π.

Η αδελφή παρατηρεί συνεχώς τον ασθενή για τυχόν αλλαγή

των ζωτικών σημείων , ανησυχία ,ερυθρότητα προσώπου, ρίγος, ναυτία, εμέτους, δύσπνοια , βήχα , οίδημα , και εκτελεί τα ανάλογα νοσηλευτικά μέτρα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ  
ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εκτός από τις νοσηλευτικές δραστηριότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σπουδαίο ρόλο παίζει η συμμετοχή της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις.

Ο κιρρωτικός ασθενής υποβάλλεται σε μία σειρά διαγνωστικών εξετάσεων για την εξακρίβωση του βαθμού βλάβης του οργανισμού του.

Οι εξετάσεις οι οποίες γίνονται είναι:

1) Η ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΚΟΠΗΣΗ

Είναι η άμεση επισκόπηση του οισοφάγου που ελέγχει τον φυσικό περισταλτισμό του, τη φύση του βλεννογόνου του, τα τυχόν εκκολπώματα ή άλλες εξεργασίες που υπάρχουν.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται για τη διαπίστωση ρήξης κισρών οισοφάγου.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει εξήγηση το τι μπορεί να συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση.

Ο ασθενής δεν πρέπει να πάρει τροφή ή υγρά από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα για να αποφύγει τους εμέτους κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Αφαιρούνται οι ξένες οδοντοστοιχίες.

Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν την εξέταση.

Σε αγχώδεις αρρώστους μία ώρα πριν την εξέταση χορηγούνται κατευναστικά ή ηρεμιστικά σύμφωνα με οδηγίες του γιατρού.

Χορηγείται ατροπίνη μισή ώρα πριν την οισοφαγοσκόπηση

για τη μείωση των εκκρίσεων. Ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ενδοσκοπίσεων με καρδίο ή φορείο.

Δέκα λεπτά πριν την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου ο γιατρός κάνει τοπική αναισθησία στο στοματοφάρυγγα με ψεκασμό τοπικού αναισθητικού για την κατάργηση του φαρυγγικού αντανακλαστικού, και τη μείωση της δυσφορίας του αρρώστου από την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου. Το οισοφαγοσκόπιο εισάγεται ενώ αναπνέει ο ασθενής.

Δίπλα του πάντα υπάρχει ένα νεφροειδές, που θα χρειασθεί σε περίπτωση εμέτου.

Η θέση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της εξέτασης αλλάζει, για την καλύτερη ορατότητα των ιστών.

Μετά την εξέταση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο του.

Απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεά τροφή από το στόμα για 2-4 ώρες μέχρι να επιστρέψει το φαρυγγικό αντανακλαστικό.

Η θέση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της εξέτασης αλλάζει, για την καλύτερη ορατότητα των ιστών.

Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα μέχρι να σταθεροποιηθούν:

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα διάτρησης όπως πυρετός, πόνος αιμορραγία, αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεψη που δηλώνει κάποιο τραυματισμό. Ο ασθενής πρέπει να αναπαυθεί γιατί είναι αρκετά κουρασμένος από την εξέταση. Όταν περάσει η τοπική αναισθησία, ο ασθενής πονάει κατά την κατάποση. Ο πόνος αυτός είναι παροδικός και οφείλεται στον τυπικό ερεθισμό. Οι γαργάρες με χλιαρό διάλυμα χλωριούχου νατρίου προσφέρουν ανακούφιση στον ασθενή. Αν εμφανισθεί έντονος πόνος θα πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός.

## 2)Β Ι Ο Ψ Ι Α Η Π Α Τ Ο Σ

Είναι η λήψη ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα, με σκοπό την ιστολογική εξέτασή του και την διάγνωση της ηπατικής πάθησης. Η βιοψία ήπατος γίνεται με την παρακέντηση του ήπατος.

Τα απαραίτητα αντικείμενα για την παρακέντηση είναι:

- Αποστειρωμένος δίσκος που περιέχει ειδικές βελόνες βιοψίας με στυλεό.
- Σύριγγες RECORD για αναρρόφηση.
- Σύριγγα των 5 ML για τοπική αναισθησία και βελόνες.
- Καψάκι για το αντισηπτικό.
- Μαχαιρίδιο.
- Λαβίδες KOCHER και ανατομική.
- Τολύπια βάμβακος και γάζες.
- Σχιστό και τετράγωνο.
- Γάντια.
- Στο τροχήλατο νοσηλείας υπάρχουν ακόμα:
  - Τοπικό αναισθητικό.
  - Αντισηπτικό.
  - Φυσιολογικός ορός.
  - Κολόδιο.
  - Αποστειρωμένο φιαλίδιο με διάλυμα φορμόλης 5-10% ή αντικειμενοφόρες πλάκες.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει η παρακέντηση ήπατος είναι η κλινική εξέταση του ασθενή καθώς και ο προσδιορισμός των θρομβοκυττάρων και της πλαστικότητας του αίματος. Όταν ο άρρωστος έχει αιμορραγική διάθεση η παρακέντηση αντενδείκνυται.



Προληπτικά η παρακέντηση γίνεται κατά τις πρωϊνές ώρες και ποτέ το Σάββατο για να βρίσκεται ο ασθενής κάτω από συνεχή ιατρική παρακολούθηση ολόκληρη την μέρα.

Αφού ενημερωθεί ο ασθενής για την επέμβαση που θα του γίνει, μετρώνται και αναγράφονται ο σφυγμός, η αναπνοή, η αρτηριακή πίεση, οι χρόνοι προθρομβίνης για να μπορεί να γίνει σύγκριση μετά το πέρας της επέμβασης. Ο άρρωστος δεν παίρνει υγρά και τροφή για 4-8 ώρες πριν την εξέταση. Του χορηγούνται αναλγητικά ή κατευναστικά σύμφωνα με οδηγία του γιατρού.

Ο άρρωστος για την παρακέντηση τοποθετείται σε ύπτια θέση στο δεξιό άκρο του κρεβατιού με το δεξί χέρι κάτω από το κεφάλι και πρόσωπο στραμμένο, αριστερά γιατί στη θέση αυτή το ήπαρ ακουμπά περισσότερο στο πλευρικό περιτόναιο και είναι ευκολότερη η κάθετη εισαγωγή της βελόνας.

Η αδελφή ανασκώνει τα κλινოსκεπάσματα προστατεύοντας τα με τετράγωνο αδιάβροχο και αποκαλύπτει το μέρος της κοιλιάς που θα γίνει η παρακέντηση.

Γίνεται η τοπική αναισθησία του δέρματος και ο γιατρός κάνει την τοπική εναισθησία στο σημείο βιοψίας.

Καθορισμένο σημείο της παρακέντησης δεν υπάρχει. Συνήθως είναι το σημείο που έχει τη μεγαλύτερη ηπατική αμβλύτητα, 2 CM περίπου πίσω από την πρόσθια μασχλιαία γραμμή.

Ο γιατρός κάνει μία τομή του δέρματος με το μαχαιρίδιο εισάγει τη βελόνα της παρακέντησης πρώτα στο μεσοπλευρικό διάστημα και μετά στο ήπαρ.

Ο ασθενής σ' αυτή τη φάση κρατά την αναπνοή του για να ακινητοποιηθεί το θωρακικό τοίχωμα και να αποφευχθεί διά-

τρηση του διαφράγματος. Ο χειρουργός αναρροφά ιστό και αποσύρει αμέσως τη βελόνα με την ίδια φορά που μπήκε. Μετά από αυτή την κίνηση που διαρκεί 10 SEC ο ασθενής μπορεί να αναπνεύσει κανονικά.

Στην τομή τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα με κολόδια.

Ο ηπατικός ιστός που αναρροφήθηκε στην βελόνα της παρακέντησης τοποθετείται στο αποστειρωμένο φιαλίδιο.

Μετά τη βιοψία ο ασθενής βοηθείται να γυρίσει για δύο ώρες στη δεξιά πλάγια θέση. Τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το κατώτερο θωρακικό σημείο, για να πιέζεται το ήπαρ στο θωρακικό τοίχωμα και να προληφθεί η αιμορραγία και η χημική περιτονίτιδα.

Ο ασθενής μένει ήσυχος στο κρεβάτι του για ένα 24-ωρο και μετά σηκώνεται. Παίρνει τροφή μετά από δέκα περίπου ώρες αφού σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία. Μετά συνεχίζει τη δίαιτα που ανέχεται. Μετρούνται και γράφονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή σε συχνά χρονικά διαστήματα μέχρι να σταθεροποιηθούν.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για πιθανές επιπλοκές βιοψίας, αιμορραγία και χολοπεριτονίτιδα. Αν ο ασθενής παραπονεθεί για έντονο πόνο στην κοιλιά θα πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός.

### 3) Σ Π Ι Ν Θ Η Ρ Ο Γ Ρ Α Φ Η Μ Α Η Π Α Τ Ο Σ (SCANNING)

Έχει σαν σκοπό την απεικόνιση κάθε είδους όγκων μέσα στο ήπαρ που δεν μπορούν να ψηλαφηθούν με άλλο τρόπο.

Γίνεται για να διαπιστωθεί το μέγεθος του ήπατος, η

θέση του , το σχήμα του. Για το σπινθηρογράφημα ήπατος χρησιμοποιούνται ο ραδιενεργός κολλοειδής χρυσός (AU 198) και το ερυθρό της Βεγγάλης. Μέλημα της αδελφής είναι να χορηγήσει τον κολλοειδή χρυσό στον άρρωστο ενδοφλέβια σε δόση 100-150  $\mu$  Ci, μία ώρα πριν την εξέταση .

Μετά τη μία ώρα παίρνεται το σπινθηρογράφημα σε τρεις όψεις.

Πρόσθια με το άρρωστο σε υπτία θέση ,οπίσθια με τον άρρωστο σε πρηνή θέση και δεξιά με τον άρρωστο γυρισμένο σε πλάγια θέση.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να αλλάξει ο ασθενής κάθε φορά που πρέπει για να διευκολύνει το έργο του γιατρού.

Η ομοιογενής κατανομή της ραδιενεργούς ουσίας στο ήπαρ δείχνει την ύπαρξη μικρών εξεργασιών ή βλάβη του παρεγχύματος. Στον κίρρωτικό ασθενή σκιαγραφείται επιπρόσθετα ο μυελός των οστών όπως και ο σπλήνας.

#### 4) Δ Ο Κ Ι Μ Α Σ Ι Α Τ Η Σ Β Ρ Ω Μ Ο Σ Ο Υ Λ Κ Ο Ν Α Φ Θ Α - Λ Ε Ϊ Ν Η Σ

Η δοκιμασία στηρίζεται στην ικανότητα των ηπατικών κυττάρων να παίρνουν τη χρωστική B.S.P. από την κυκλοφορία του αίματος, όταν τούτο περνά από το ήπαρ, και να την απεκκρίνουν από τη χολή στο έντερο, όπου και αποβάλλεται τελικά με τα κόπρανα. Η δοκιμασία περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση 5 χιλγρ. B.S.P. κατά χιλιόγραμμο βάρους του ασθενούς. Μετά μία ώρα υπολογίζεται το ποσό της χρωστικής που έχει κατακρατηθεί στην κυκλοφορία.

Η κατακράτηση της χρωστικής στο αίμα θα είναι αυξημένη,

όταν έχουμε βλάβη της λειτουργίας των ηπατικών κυττάρων π.χ. φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές αλλοιώσεις του ηπατικού παρεγχύματος, ελαττωμένη κυκλοφορία του αίματος στο ήπαρ, όπως στην κίρρωση του ήπατος, και παρεμπόδιση της ροής της χολής στο έντερο (αποφρακτικός μεθηπατικός ίκτερος).

Στη φυσιολογική λειτουργία του ήπατος, όταν περάσει μια ώρα από την ενδοφλέβια χορήγηση της BS.P. το ποσό της χρωστικής που κατακρατήθηκε σ' αυτό δεν ξεπερνά το 5%. Η δοκιμασία απεκκρίσεως της βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης είναι από τις πιο ευαίσθητες και αξιόπιστες μεθόδους για τη διαπίστωση ελαφρών και ανικτερικών καταστάσεων.

ΤΙΜΕΣ ΠΙΝΑΚΑ : ΣΕΛ. 94

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΙΜΩΝ ΤΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ				
Ένζυμα	Ηπατίτιδα	Αποφρακτικός ίκτερος	Κίρρωση	Μεταστατικό καρκίνωμα
1) Αλκαλική φωσφατάση	Ελαφρά αυξημένη	Έντονα αυξημένη	Ελαφρά αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
2) Χολινεστεράση	Ελαττωμένη	Φυσιολογική	Ελαττωμένη	Ελαττωμένη
3) SGOT	Έντονα αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
4) G.P.T.	Έντονα αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
5) Ισικιτρική Δυσ. Σρογενόση ( I C D )	Έντονα αυξημένη	Φυσιολογική	Ελαφρά αυξημένη	Μέτρια αυξημένη

5)Φ Ο Ρ Τ Ι Σ Η Τ Ο Υ Η Π Α Τ Ο Σ Μ Ε  
Γ Α Λ Α Κ Τ Ο Ζ Η

Δίνεται στον ασθενή ,νηστικό το πρωί 40 γραμ. γαλακτόζη, διαλυμένη σε 250-500 κ.εκ. νερό και ελέγχεται το ποσό της γαλακτόζης που αποβάλλεται με τα ούρα μέσα σε πέντε ώρες. (φυσ.κάτω από 3 γρ.). Η φόρτωση του ήπατος με γαλακτόζη αποτελεί τον καλύτερο έλεγχο του μεταβολισμού των υδατανθράκων στηρίζεται στο γεγονόςότι η γαλακτόζη μεταβάλλεται στο ήπαρ σε γλυκόζη , γλυκογόνο το οποίο και αποταμιεύεται σ'αυτό. Διαταραχές της λειτουργίας αυτής προκαλούν μεγαλύτερη γαλακτοζουρία τοúτο σημαίνει ανικανότητα του ήπατος για σύνθεση γλυκόζης.

Η απορρόφηση της γαλακτόζης από το έντερο αυξάνεται σημαντικά στον υπερπαραθυρεοειδισμό γι' αυτό προτιμάται η δοκιμασία αποκαθάρσεως της γαλακτόζης που γίνεται από την ενδοφλέβια οδό.

6)Δ Ο Κ Ι Μ Α Σ Ι Α Α Π Ο Θ Α Ρ Σ Ε Ω Σ Μ Ε  
Γ Α Λ Α Κ Τ Ο Ζ Η

Κατ'αυτή γίνεται ενδοφλέβια ένεση 1 GR γαλακτόζη κατά χιλιόγραμμα βάρους του ασθενούς με τη μορφή υδατικού διαλύματος 50%. Δείγματα φλεβικού αίματος παίρνονται πριν από την ένεση και 75 λεπτά της ώρας μετά απ'αυτή. Στα φυσιολογικά άτομα το αίμα καθαρίζεται από τη γαλακτόζη σε 2 ώρες. Σε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας το αίμα δεν καθαρίζεται σε 2 ώρες και το αποτέλεσμα της δοκιμασίας εκφράζεται

σε χιλιοστόγραμμα γλυκόζης κατά 100 κ.εκ. αίματος σε χρόνο 75 λεπτά της ώρας μετά την ένεση.

### 7)ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Ελάττωση του ολικού ποσού των πρωτεϊνών φανερώνει εκτεταμένη βλάβη του ηπατικού παρεγχύματος. Με την ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων παρατηρούμε ότι η γ-σφαιρίνη είναι η πρώτη από τις πρωτεΐνες του πλάσματος, που αποκλίνει από τις φυσιολογικές τιμές σε περιπτώσεις φλεγμονών και εκφυλιστικών παθήσεων του ήπατος και είναι εκείνη που τελευταία ξανάρχεται στη φυσιολογική κατάσταση μετά την αποκατάσταση της ηπατικής βλάβης (η γ-σφαιρίνη ανεβαίνει, ενώ η λευκωματίνη πέφτει από τις φυσιολογικές τιμές).

### 8)ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι πηγή της προθρομβίνης του αίματος. Για τη σύνθεση της είναι αναγκαία η λιποδιαλυτή βιταμίνη Κ, για την απορρόφηση της οποίας είναι απαραίτητη η παρουσία της χολής στο έντερο. Υποθρομβιναιμία εμφανίζεται επομένως στις ηπατοπάθειες είτε από ατελή σύνθεση της προθρομβίνης, εξαιτίας βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος, είτε από κακή απορρόφηση της βιταμίνης Κ, εξαιτίας αποφράξεως των χοληφόρων οδών και αναστολή της ροής της χολής στο έντερο. Η παρεντερική χορήγηση βιταμίνης Κ χρησιμεύει για την διαφορική διάγνωση μεταξύ ηπατοκυτταρικού και μεθηπατικού αποφρακτικού ικτέρου.

## 9) ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ

Δύο ένζυμα που μεταφέρουν την αμινομάδα των αμινοξέων σε κετοξέα είναι η γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση, (SGOT) και η γλουταμινική -πυρροσταφυλική τρανσαμινάση (GPT).

Οι τρανσαμινάσες βρίσκονται κυρίως στον καρδιακό μύ, στο ήπαρ, στους μύς του σκελετού, στα νεφρά και το πάγκρεας.

Αύξηση της πυκνότητας τους στο αίμα παρατηρείται όσες φορές γίνεται διαρροή του ενζύμου από τους ιστούς που αναφέραμε. Σε περίπτωση ηπατοπάθειας έχουμε διαρροή των ενζύμων και έτσι αύξηση των τρανσαμινασών.

Για να μετρηθεί η πυκνότητα της τρανσαμινάσης στο αίμα, παίρνονται 4-5 εκατ. αίματος από τον άρρωστο, χωρίς καμία ιδιαίτερη προετοιμασία.

Στο δοκιμαστικό σωλήνα, που μπαίνει στο αίμα, δε μπαίνει αντιπηκτική ουσία όπως σε άλλες εξετάσεις αίματος.

## 10) ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Κατά την λαπαροσκόπηση εισάγεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ενδοσκόπιο από τομή 3-4 εκ. του μέτρου στη μέση γραμμή, μετά από τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια εισάγεται αέρας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για να κινείται ελεύθερα ο σωλήνας του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις



και να μην καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από επίπλοο και εντερικές έλικες. Σε περίπτωση ασκίτη αφαιρείται αρκετή ποσότητα υγρού, πριν την ενδοσκοπηση.

Με αυτήν αποκτούμε άμεση αντίληψη για τις επιφάνειες του ήπατος στο μεγαλύτερο μέρος τους, της χοληδόχου κύστεως, άλλων κοιλιακών οργάνων και του περιτοναίου. Σε εντοπισμένες βλάβες του ήπατος μπορεί να γίνει βιοψία στο ενδοσκοπικό τμήμα.

### 11) Υ Π Ε Ρ Η Χ Ο Γ Ρ Α Φ Η Μ Α

Αξιοποιούμε την πιεζοηλεκτρική ιδιότητα μερικών κρυστάλλων οι οποίοι κάθε φορά που δέχονται ηλεκτρικό ερέθισμα, εκπέμπουν υπερηχητικό κύμα και το αντίθετο. Έτσι κατά την διάρκεια της εξέτασης εκπέμπονται υπερηχητικά κύματα τα οποία όταν συναντήσουν κάποια επιφάνεια ανακλώνται και επανέρχονται στην κεφαλή η οποία τα εκπέμπει, όπου μετατρέπονται πάλι σε ηλεκτρικά σήματα τα οποία στην συνέχεια με την μορφή φωτεινών σημάτων προβάλλονται σε μια οθόνη. (Αποχρώσεις του γκρι). Το άθροισμα αυτών των σημάτων δημιουργεί την εικόνα.

Στους κίρρωτικούς ασθενείς με τους υπέρηχους μπορούμε να διακρίνουμε το παρέγχυμα του ήπατος - το μέγεθος και τυχόν σκιάσεις αυτού του αδένα.

ΓΕΝΙΚΟ ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΗ: Παθολογική φυσιολογία

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Κ. Φερτάκης

ΘΑΛΑΜΟΣ : 333/1

ΕΙΣΟΔΟΣ: 20/9/88

ΕΞΟΔΟΣ : 6/10/88

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ : Νικόλαος Χ.

ΗΛΙΚΙΑ : 68 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Κτηνοτρόφος

Κληρονομικό και οικογενειακό αναμνηστικό: Ο Πατέρας του πέθανε το 1943 από πνευμονία. Η μητέρα ζει ακόμα (95) ετών. Τα αδέρφια επίσης ζούν. Κανένας από τους συγγενείς δεν έπινε και δεν είχε περάσει σοβαρά νοσήματα.

Ατομικό αναμνηστικό: Σε παιδική ηλικία (πριν το 1940) είχε προβολές ελονοσίας. Το 1973 στη Γερμανία νόσησε από βαριά ψύξη στα πλαίσια της οποίας και γαστρικό έλκος.

Οικογενειακή κατάσταση: Είναι έγγαμος, πατέρας οκτώ παι-  
διών από τα οποία 6 κορίτσια και 2 αγόρια.

Συνήθειες και τρόπος ζωής: Είναι καπνιστής 50 χρόνια.  
Κάπνιζε 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα.

Έπινε μεγάλες ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών. Τον τελευταίο χρόνο έπινε αρκετό ούζο και μπύρα. Η διατροφή του ήταν κανονική. Αλλεργία και αντιδράσεις στα φάρμακα δεν αναφέρονται.

Χρόνια λήψη κάποιου φαρμάκου: Από τον Αύγουστο του 1987 παίρνει LASIX και ALDACTONE.

Διάγνωση κατά την είσοδο: Συλλογή ασκίτικου υγρού.

Παρούσα νόσος: Αρχίζει από 2ετίας οπότε ο ασθενής για πρώτη φορά παρουσίασε απώλεια βάρους (περίπου 8 KGR), έντονη καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, ίκτερο.

Εισήλθε τότε στο γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών. Μετάξύ των εξετάσεων τότε έγινε και βιοψία ήπατος οπότε τέθηκε η διάγνωση της μικροοζώδους αλκοολικής κίρρωσης.

Ο ασθενής εξήλθε τότε από το νοσοκομείο με τη σύσταση διακοπής λήψεως οινοπνεύματος. Παρά τις συστάσεις ο ασθενής εξακολούθησε να κάνει λήψη οινοπνεύματος, με αποτέλεσμα, τον Ιούνιο του 1987, να εισαχθεί σε νοσοκομείο με αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού.

Αντιμετωπίστηκε η αιμορραγία και στον έλεγχο οισοφάγου βρέθηκαν κίρσοι οισοφάγου οι οποίοι και αντιμετωπίστηκαν τότε. Από τότε και μέχρι τον Ιούλιο του 1988 ήταν καλά.

Από τον Αύγουστο του 1988 άρχισε προοδευτική διόγκωση κοιλίας οπότε εισήλθε στην κλινική μας με ασκίτη.

Κλινική εξέταση: Από την επισκόπηση παρατηρείται ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκδίων. Διόγκωση οσφυϊκού

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



της κοιλίας.

Οι δήματα κάτω άκρων. Η θρέψη είναι ελλειπής, προσωπείο ατόμου που πάσχει.

Κατά την ψηλάφηση δεν ψηλαφάται ήπαρ λόγω μεγάλης διόγκωσης κοιλίας.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν σημεία ηπατικής ανεπάρκειας (αύξηση τρανσαμινασών, χολερυθρίνης). Ο αιματοκρίτης χαμηλός 30%.

Έκβαση: Με την είσοδό του στην κλινική μας ο ασθενής παίρνει διουρητικά LASIX (φουροσεμίδα) παράλληλα με ALDACTONE (σπειρονολακτόνη). Οι ορροί του 24ώρου είναι 1000 ML DEXTROSE 5% και 500 ML DEXTROSE 5% για διατήρηση καλού ισοζυγίου υγρών.

Η θερμοκρασία του κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Παράλληλα γίνονται οι ανάλογες εργαστηριακές εξετάσεις.

Από 26-9-88 χορηγείται στον ασθενή σιρόπι λακτουλόζης (DUPHALAC) τρεις φορές την ημέρα, που κάνει όξινο το PH του παχέως εντέρου και διευκολύνει την δέσμευση της αμμωνίας στο έντερο.

Ταυτόχρονα χορηγείται και νεομυκίνη 4 GR ημερησίως για καταστροφή της μικροβιακής χλωρίδας του παχέως εντέρου.

Συνεχίζοντας τη νοσηλεία χορηγείται αντιβίωση NETROMYCIN 150 MG 1 φορά την ημέρα για να καλύψει τις ανάγκες του ασθενή στα μικρόβια.

Ο ασθενής παρουσιάζει αναιμία. Χορηγούνται φιάλες πλήρους αίματος και φιάλες πλάσματος αίματος για αποκατάστα-

ση διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος.

Από 28-9-88 η κατάσταση επιβαρύνεται. Τα αποτελέσματα των εργαστηριασκών εξετάσεων αποδεικνύουν πτώση καλίου, ασβεστίου και σακχάρου στο αίμα.

Ο ασθενής παρουσιάζει υπνηλία, διεγερτικά φαινόμενα, κακή σχετικά επικοινωνία με το περιβάλλον του. Βαρεία προγνωστικά σημεία που υποδηλώνουν την ύπαρξη ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Χορηγούνται διττανθρακικά νάτρια για διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης, γλυκονικό ασβέστιο για αύξηση του ασβεστίου, υπέρσπονο διάλυμα γλυκόζης για αύξηση του σακχάρου.

Προστίθεται στους ορρους Κ για αύξηση καλίου.

Παρά τις προσπάθειες της νοσηλευτικής και ιατρικής ομάδας η κατάσταση επιβαρύνεται.

Στις 6-10-88 ο ασθενής πέφτει σε κώμα στις 10 π.μ. και τελικά απεβίωσε στις 7.15 μ.μ. από ηπατονεφρικό σύνδρομο και ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>1. Ο ασθενής παρουσιάζει ασκίτη. Συνέπεια αυτού παρουσιάζει έντονη διόγκωση κοιλίας, αυξημένη πίεση στο στομάχι και ανησυχαστική επιβάρυνση από την πίεση που ασκείται στο διάφραγμα.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα αυτά και ανάταξη του ασκίτη.</p>	<p>Να χορηγηθούν τα διουρητικά φάρμακα του ασθενή ανά 12ωρο κατόπιν εντολή γιατρού.</p> <p>Να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά του 24ωρου.</p> <p>Να εξασφαλισθεί μία αναπαυτική θέση του ασθενή για την μείωση της πίεσώς του.</p> <p>Να εξασφαλιστεί καλή φλέβα και να χορηγηθεί από αυτή DEXTROSE 5% ανά 24ωρο.</p>	<p>Χορήγηση σύμφωνα με οδηγία του γιατρού διουρητικών (οπειρονολακτιδνη-φουροσεμίδη) συστηματικά ανά 12ωρο.</p> <p>Ακριβή μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών 24ώρου.</p> <p>Εξασφάλιση αναπαυτικής θέσεως του ασθενή στο κρεβάτι για μείωση της πίεσεως.</p> <p>Εξασφάλιση καλής φλέβας και χορήγηση από αυτήν 1500 CC DEXTROSE 5% ανά 24ωρο.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα.</p> <p>Παρ'όλα αυτά όμως δεν παρατηρείται μείωση του ασκίτη και το πρόβλημα παραμένει.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>20 ασθενής παραπονείται για ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, ναυτία, αδυναμία.</p>	<p>Η επαναπρόκληση της όρεξης και της δύναμης του ασθενή καθώς και η εξάλειψη της ναυτίας.</p>	<p>Να χορηγηθεί υψηλή δίαιτα στον ασθενή πλούσια σε πρωτεΐνες τρεις φορές την ημέρα.</p> <p>να φροντίσουμε για την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας σε κάθε γεύμα.</p> <p>Να περιορίσουμε τις δραστηριότητες του και να χορηγήσουμε συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ καθώς και αντεμετικά φάρμακα μετά από εντολή γιατρού.</p>	<p>Χορηγούνται δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες τα γεύματα που του παρέχουμε είναι 3 ημερησίως .</p> <p>Συνιστάται στη χορήγηση ψωμιού (ανάλατου) χόρτων, ζυμαρικών, κρέας, κοτόπουλο ή ψάρι άπαχο.</p> <p>Φροντίζουμε για την τακτοποίηση του δίσκου κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην του προξενεί απέχθεια. Του εξηγούμε ότι σ' αυτά τα 3 γεύματα πρέπει να προστεθεί και κάποια άλλα μικρότερα για</p>	<p>Βελτίωση συμπτωμάτων για μικρό χρονικό διάστημα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Σ.			<p>αποφυγή της ναυτίας αλλά και για ικανοποιητική πρόσληψη θερμίδων. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του. Δίνουμε συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ. Χορηγούμε κατόπιν οδηγίας του γιατρού οπρεμικά φάρμακα.</p>	



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>30 ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει ασκίτη και βέβαια παραμένουν τα προβλήματα που ανέφερα παραπάνω.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και ανάταξη του ασκίτη</p>	<p>Να γίνει εκκενωτική παρακέντηση καλίας και να ενημερωθεί ο ασθενής για την παραπάνω ενέργεια, καθώς και για ποιο λόγο γίνεται και τα αποτελέσματά της.</p> <p>Να παρθεί δείγμα και να σταλεί για εξέταση. Καθώς και να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ανάρροπη θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του.</p> <p>Να ελέγχονται οι γάζες του τραύματος</p>	<p>Γίνεται παρακέντηση κοιλίας (εκκενωτική).</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή για αυτή την ενέργεια, πως θα γίνει για ποιο λόγο και τα αποτελέσματα που θα φέρει.</p> <p>Προετοιμάσθηκε κατάλληλα (δηλαδή ούρησε πήρε τη σωστή θέση και ήταν σχετικά ήρεμος).</p> <p>Κατά την παρακέντηση αφαιρέθηκαν 1 1/2 κιλό υγρό.</p> <p>Πήρα δείγμα και το έστειλα για εξέταση.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή, μείωση της δυσφορίας στη κοιλιά στο στομάχι και στο διάφραγμα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
3.		γιά τυχόν εκροή από αυτό.	<p>Μετά το τέλος της παρακέντησης τοποθετήσαμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση γιά να διευκολυνθεί η αναπνοή του.</p> <p>Ελέγξαμε τις γάζες του τραύματος γιά εκροή υγρού από αυτό.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>4. Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην κένωση του εντερικού σωλήνα. Δυσφορία και αίσθημα πληρότητας κάνουν τον ασθενή να δυσανασχετεί.</p>	<p>Φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα και ανακούφιση από τα συμπτώματα.</p>	<p>Να χορηγηθεί υπακτικό -καθαρτικό για την φυσιολογική λειτουργία του εντέρου, κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>Χορήγηση, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπακτικού-καθαρτικού (σιρόπι, λακτουλόζης) τρεις φορές την ημέρα για την δημιουργία όξινου ΡΗ στο παχύ έντερο με αποτέλεσμα, την αύξηση του κατακρατούμενου ύδατος που καθιστά τα κόπρανα μαλακότερα, και τη διευκόλυνση της δέσμευσης της αμμωνίας. Χορήγηση νεομυκίνης από το στόμα 4 GR ημερησίως έχει σαν σκοπό την</p>	<p>Βελτίωση του ασθενούς από τα συμπτώματα όχι όμως ικανοποιητικά.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
			καταστροφή της μικροβιακής χλωρίδας του παχέος εντέρου.	
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη ικτερική χροιά, δέρμα ξηρό, τριχόπτωση.</p>	<p>Υποχώρηση του ικτέρου και του κνησμού.</p>	<p>Να χορηγούνται χυμοί φρούτων στον ασθενή. Να φροντίσουμε για την αποφυγή ξηρότητας του δέρματος του ασθενή.</p>	<p>Χορηγούνται στον ασθενή χυμοί φρούτων. Έγινε λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι για την αποφυγή ξηρότητας του δέρματος και επάλειψη με τονωτική λοσιόν.</p>	<p>Μικρή υποχώρηση ικτέρου. Ανακούφιση του ασθενούς από τον έντονο κνησμό. Το δέρμα του μαλάκωσε.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>6. Ο ασθενής παραπονείται για έντονα κοιλιακά άλγη. Ανησυχία, δυσφορία και αμφοσβήτηση του ασθενή για την όλη κατάσταση.</p>	<p>Υποχώρηση των κοιλιακών αλγών.</p>	<p>Να παρακινήσουμε τον ασθενή να μην κάνει περιτιές κινήσεις. Να χορηγηθούν αντισπασμωδικά και καρδιασπασμωδικά φάρμακα κατόπιν εντολή ιατρού. Να ενημερώσουμε τον γιατρό για συμπτώματα του ασθενή.</p>	<p>Παρακίνηση του ασθενούς να μένει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος. Χορήγηση αντισπασμωδικών και καρδιασπασμωδικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. Παρακολούθηση και αναφορά των χαρακτηριστικών του πόνου στον γιατρό.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή τα συμπτώματα.</p>
<p>7. Ο ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει ασκίτη.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και ενοχλήματα.</p>	<p>Να προγραμματίσουμε ξανά εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας.</p>	<p>Γίνεται και πάλι εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας με τον ίδιο τρόπο που περιέγραφα παραπάνω.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τα ενοχλήματα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>80 ασθενής παρουσιάζει αναιμία. Ο αιματοκρίτης του βρίσκεται στο 28% παρουσιάζει επίσης και υποπρωτεϊναιμία καθώς και ελαττωμένα προθρομβίνη.</p>	<p>Διόρθωση της αναιμίας και υποπρωτεϊναιμίας.</p>	<p>Να χορηγηθούν 2 μονάδες αίμα για την βελτίωση της αναιμίας. Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων του ασθενή. Και να του χορηγηθεί βιταμίνη Κ συμπληρωματικά τρεις φορές ημερησίως κατά εντολή γιατρού.</p>	<p>Χορήγηση δύο μονάδων αίματος για διόρθωση της αναιμίας και χορήγηση 4 μονάδων πλάσματος για διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. κατά την διάρκεια χορήγησης των μονάδων αίματος και πλάσματος είχα σε στενή παρακολούθηση τον ασθενή για τυχόν αντίδραση. Γινόταν λήψη ζωτικών σημείων για έγκαιρη διαπίστωση απόκλισης από τα φυσιολογικά όρια. Για τον σχηματισμό προθρομβίνης και των παραγόντων πήξεως χορηγήθηκε βιταμίνη Κ 3 φορές ημερησίως.</p>	<p>Η νοσηλευτική φροντίδα δεν απόδωσε και η κατάσταση παραμένει η ίδια.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Ο ασθενής ανησυχεί για την κατάστασή του. Δείχνει δυσοφορία εκνευρισμό πολλές φορές και απέναντι σ'εμάς και στα οικεία του πρόσωπα.</p>	<p>Η εμπύχωση του ασθενή και πίστη στην καλή έκβαση της αθένειάς του.</p>	<p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή για την αλλαγή της κατάστασή του και για το πως θα επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από την κατάλληλη θεραπεία.</p>	<p>Εξήγηση με το όσο το δυνατόν ήρεμο τρόπο για ποιο λόγο παρουσιάζει αυτή την αλλαγή, που οφείλεται, πως θα επανέλθει στο φυσιολογικό μετά από κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.</p> <p>Προσπαθεί μ' αυτόν τον τρόπο να μειώσει το αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης.</p>	<p>Ο ασθενής καθησυχάζει και αρχίζει να περιμένει υπομονετικά την βελτίωση της κατάστασής του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>10. Η κατάσταση επιβαρύνεται . Ο ασθενής παθαίνει μεταβολική οξέωση. Η επικοινωνία με το περιβάλλον του δεν είναι καλή.</p>	<p>Διόρθωση μεταβολικής οξέωσης. Μεταβολική οξέωση είναι παθολογική διεργασία που χαρακτηρίζεται από πρωτοπαθή αύξηση των ισχυρών οξέων στο εξωκυττάριο υγρό ή από πρωτοπαθή απώλεια της όξινης ανθρακικής ρίζας από το έξω κυττάριο υγρό μέσω των νεφρών ή του γαστρεντερικού σωλήνα.</p>	<p>Να χορηγηθούν διττανθρακικά νάτρια 25 AMP μετά από ιατρική εντολή και να μειωθούν αργότερα σε 10 AMP ημερησίως. Να τοποθετηθούν κάγκελα στο κρεβάτι του ασθενούς. Να γίνει ενημέρωση των συγγενών για την παραπάνω λήψη των μέτρων αυτών.</p>	<p>Χορηγήθηκαν 25 AMP Διττανθρακικά νάτρια IV στις 30-9-88. Αργότερα τα διττανθρακικά νάτρια μειώθηκαν σε 10 ημερησίως μέχρι τις 3-10-88. Τοποθετήθηκαν κάγκελα στο κρεβάτι του ασθενούς. Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για τον λόγο λήψεως των μέτρων αυτών.</p>	<p>Επήλθε μικρή διόρθωση της κατάστασης του ασθενούς.</p>



ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 1-10-88 ΕΩΣ 5-10-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
11. Το πρόβλημα του ασκίτη παραμένει		Να γίνει ξανά παρακέντηση κοιλίας.	Γίνεται κατά τον γνωστό τρόπο εκενωτική παρακέντηση κοιλίας όπου αφαιρέθηκε 1 κιλό υγρό	Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα.
12. Παρατηρείται πτώση ασβεστίου και πτώση σακχάρου στο αίμα. Επίσης υποκαλιαιμία. Ο ασθενής	Επαναφορά καλίου, ασβεστίου και σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα.	Να χορηγηθεί γλυκονικό ασβέστιο 1 φορά την ημέρα για 6 ημέρες. Να χορηγηθεί υπερτόνο διάλυμα γλυκόζης 2 φορές την ημέρα για 4 ημέρες για την διόρθωση του σακχάρου στο αίμα. Να προσθέσουμε πολυ-	Χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου είναι απαραίτητη για διόρθωση του ασβεστίου. Χορηγείται 1 φορά την ημέρα από 1-10-88 έως 6-10-88. Χορήγηση υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης που έχει σαν σκοπό την αύξηση του σακ-	Η νοσηλευτική φροντίδα δεν απέδωσε και η κατάσταση του ασθενούς συνεχώς επιβαρύνεται.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>12.</p> <p>είναι εξασθενημένος.</p>		<p>βιταμινικά σκεύασμα- τα και 2 Κ σε κάθε ορρό.</p>	<p>χάρου στο αίμα. Χορηγείται 2 φορές ημερησίως από 2-10-88 έως 6-10-88.</p> <p>Γιά την επαναφορά του καλίου στα φυσιολο- γικά του επίπεδα σε κάθε ορρό προστέ- θηκαν 2 Κ.</p> <p>Πολυβιταμινών σκεύασμα προστέθηκε στους ορ- ρούς για ενίσχυση του.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>13. Ο ασθενής πέφτει σε ηπατικό κώμα. Το ηπατικό κώμα οφείλεται σε τοξικές ουσίες που εισέρχονται στη γενική κυκλοφορία οι οποίες δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ όπως είναι η αμμωνία. Η αμμωνία στον εγκέφαλο σε μεγάλη ποσότητα προκαλεί δηλητηρίαση. Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές</p>	<p>Να συνέλθει ο ασθενής από το ηπατικό κώμα.</p>	<p>Να συνεχιστούν οι ορροί εμπλουτισμένοι με 2 Κ και βιταμινούχο σκεύασμα ΜΥΙ.                      Να τοποθετηθούν προφυλακτικές στο κρεβάτι.                      Να χορηγηθούν 3 μονάδες πλάσμα για την διάρθρωση της υποπρωτεϊναιμίας.                      Να συνεχιστούν οι μετρήσεις προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Συνεχίζονται να χορηγούνται ορροί 1500 CC DEXTROSE 5% εμπλουτισμένα με 2 Κ και βιταμινούχο σκεύασμα ΜΥΙ.                      Τοποθετήθηκαν προφυλακτικές στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ασθενούς.                      Χορηγήθηκαν 3 μονάδες πλάσματος για διάρθρωση της υποπρωτεϊναιμίας.                      Συνεχίζεται η μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.</p>	<p>Ο ασθενής βρίσκεται σε ηπατικό κώμα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>της ρύθμισης της αναπνοής από ΚΝΕ δηλ. υπέρπνοια, αναπνευστική αλκάλωση τρόμος ασυνεργία και αταξία των άκρων, υπνηλία, λήθαργος πλήρες κώμα.</p>				
<p>Μη Ανησυχία των συγγενών για την κατάσταση του.</p>	<p>Καθησύχαση των συγγενών του ασθενούς.</p>	<p>Να ενημερωθούν οι συγγενείς για την κατάσταση του ασθενή και την σοβαρή εξέλιξη της νόσου και να προσφέρουν βοήθεια στην</p>	<p>Ενημέρωση των συγγενών για την κατάσταση του ασθενή τους κινδύνους που διατρέχει, τις ελπίδες για την πορεία της νόσου καθώς επίσης και συμβουλές για την συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθε-</p>	<p>Οι συγγενείς προσφέρθηκαν να βοηθήσουν και να μην παρεμποδίσουν το έργο του ιατρικού</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΙΣ 6-10-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
		<p>δύσκολη κατάσταση που βρίσκεται ο άρρωστος τους.</p>	<p>νή, ώστε να του προσφέρουν και οι ίδιοι κάποια βοήθεια στην δύσκολη αυτή θέση που βρίσκεται.</p>	<p>προσωπικού.</p>
<p>45 Ο ασθενής συνεχίζει να βρίσκεται σε ηπατικό κώμα και τις 7.15 μ.μ. απεβίωσε.</p>		<p>Να καλέσουμε το γιατρό να κάνει την επίσημη αγγελία του θανάτου στους οικείους και να συμπαρασταθούμε ηθικά στους συγγενείς ενώ παράλληλα να φροντίσουμε για τις ανάλογες δηλώσεις και πιστοποιητικά θανάτου.</p>	<p>Καλείται ο γιατρός να κάνει τη διαπίστωση και την επίσημη αγγελία του θανάτου στους οικείους.  Συμπαραστεκόμαστε ηθικά στους συγγενείς, φροντίζοντας παράλληλα για τις ανάλογες δηλώσεις, πιστοποιητικά κ.λ.π.</p>	

ΓΕΝΙΚΟ ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΗ: Α' Προπαιδευτική Παθολογική  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Κ. Δάϊκος

ΕΙΣΟΔΟΣ: 3/6/88

ΕΞΟΔΟΣ : 10/8/88

ΘΑΛΑΜΟΣ: 370/1

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΟΝΟΜΑ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ.

ΗΛΙΚΙΑ: 50 ετών

Διάγνωση κατά την είσοδο: Παρατεινόμενο εμπύρετο

Παρούσα νόσος: Παρατεινόμενο εμπύρετο με οξεία κοιλιακά άλγη, διάρροια, εμφάνιση ικτέρου και παρουσία υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ατομικό αναμνηστικό: Διαγνωσμένη κίρρωση του ήπατος από το 1982. Τότε αρνήθηκε να του γίνει βιοψία ήπατος, που θα αποκάλυπτε το είδος της κίρρωσης. Το φθινόπωρο του 1986 εισάγεται σε χειρουργική κλινική και υποβάλλεται σε χειρουργική χολοκυστεκτομή και γαστρεκτομή. Παράλληλα λαμβάνεται δείγμα ήπατος για βιοψία όπου αποκαλύπτεται αλκοολική κίρρωση.

Παρέχεται η σχετική θεραπεία και εξέρχεται από το νοσοκομείο. Το 1987 νοσηλεύεται σε Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος "Σωτηρία" τρεις μήνες με φυματίωση.

Συνήθειες ζωής: Μένει στην Αθήνα με την οικογένειά του.

Έχει δύο παιδιά ένα αγόρι 15 ετών και ένα κορίτσι 10 ετών. Δουλεύει στις οικοδομές. Έπινε μεγάλες ποσότητες κονιάκ, μέχρι μπουκάλι την ημέρα. Κατανάλωνε ακόμη μεγάλες ποσότητες ούζο και κρασί. Παράλληλα σταμάτησε να παίρνει την κανονική θερμιδική τροφή. Έτρωγε ελάχιστα. Κάπνιζε έως δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα.

Οικογενειακό Αναμνηστικό: Κανένας από τους συγγενείς του δεν έπινε και κανείς δεν έπασχε από φυματίωση. Μετά από εξετάσεις που έκαναν τα μέλη της οικογένειας του δεν διαπιστώθηκε σε κανένα φυματίωση.

Κλινική εξέταση: Επισκοπικά ικτερική χροιά. Άτομο αδύνατο, αδύναμο, Αύξηση ορίων του ήπατος, το οποίο ψηλαφάται σκληρά και επώδυνο.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν σημεία ηπατικής ανεπάρκειας και χολόστασης (αύξηση τρανσαμινασών, αλκαλικής φωσφατάσης, υπερλιπαιμίας.) Ο αιματοκρίτης πολύ χαμηλός 27,5%. Λευκά αυξημένα 22.200 /mm<sup>3</sup>. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε πνευμονική φυματίωση, νεφρική ανεπάρκεια ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Έκβαση: Τις πρώτες 6 ημέρες ο ασθενής παίρνει 3.000 ML 5% από ορρούς εμπλουτισμένους με 4Na και 2K. Χορηγούνται ηρεμιστικά για την αποφυγή των διεγέρσεων. Χορηγείται από το στόμα σιρόπι λακτουλόζης τρεις φορές την ημέρα για να καθιστά όξινο το PH του παχέος εντέρου και να διευκολύνεται έτσι η δέσμευση της αμμωνίας του αίματος.

Τις επόμενες 9 ημέρες χορηγείται στον ασθενή ένα τριπλό σχήμα αντιβίωσης από NETROMYCIN, MANDOKEF, BETIRAL για την κάλυψη του ασθενή από τα μικρόβια. Συνεχίζεται η χορήγηση ηρεμιστικών και λακτουλόζης. Μειώνονται οι ορροί 24ώρου σε 1500 ML DEXTROSE 5%. Ο πυρετός είναι της τάξης 38° C.

Τις 12 μέρες που ακολουθούν σταματά η χορήγηση της αντιβίωσης και χορηγείται, εκτός των ηρεμιστικών και λακτουλόζης που χορηγούνται σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, φυλικό οξύ (FILICINE) και σύμπλεγμα βιταμικών B (BESIX), για την αναιμία και το μεταβολισμό των πρωτεϊνών, λιπών και υδατανθράκων. Παράλληλα αρχίζει αγωγή με διουρητικά (ALBACTONE 100 ML την ημέρα) και αντιφυματική αγωγή με STREPONCIN (την ημέρα) και αντιφυματική αγωγή με STREPONYCIN 1/2 GR X 2. Την 28η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής πέφτει σε κώμα. Για 12 μέρες που βρίσκεται σε κώμα του χορηγούνται ισχυρό σχήμα αντιβίωσης με NETROMYCIN, BETIRAL ROCEPHIN, 2 GR, αντιφυματική αγωγή με STREPTOMYCIN και GIPTOFLOXACIN 400 MG, DIANICOTYL 300 MG, διουρητικά και ορροί 3.000 ML DEXTROSE 10% + 7 Na + 9 K + 1 KAPAVIT.

Την 40η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής συνέρχεται από το κώμα. Σταματά η αντιβίωση.

Τις επόμενες 11 ημέρες χορηγούνται στον ασθενή ορροί 3.000 ML DEXTROSE 10% + 10 Na + 1 KAPAVIT.

Γίνεται κάθε 2-3 μέρες μετάγγιση αίματος και παράλληλα χορηγείται πλάσμα. Ο ασθενής αρχίζει σιγά-σιγά και τρώει. Ο πυρετός είναι της τάξης των 37°. Σταματά η χορήγηση αντιπυρετικών.

Τις επόμενες 9 ημέρες ο ασθενής αισθάνεται πολύ καλό-



τερα .Μειώνονται οι ορροί 24ώρου σε 1500 ML DEXTROSE 10% + 5 Na. Συνεχίζεται η αντιφυματική αγωγή.

Η χορήγηση διουρητικών γίνεται από το στόμα σε συνδυασμό φουροσεμίδης (LASIX RETARD 1 TAB Δ-Τ-Π-Κ) και ALBACTONE 100 MG (1 TAB Τρ.-Πεμ.-Σ.).

Συνεχίζονται οι μεταγγίσεις αίματος και πλάσματος, χορηγείται στον ασθενή υπερπρωτεϊνούχο διαιτητικό συμπλήρωμα (FORTIMEL).

Ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι και κάνει βήματα μόνος. Ο πυρετός του ασθενή έχει πέσει στους 36,7° C.

Τις τελευταίες 5 μέρες της νοσηλείας του στην κλινική ο ασθενής είναι καλά. Σταματά η χορήγηση ορρών και λακτουλόζης .Συνεχίζεται η διουρητική αγωγή και η χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων γίνεται από το στόμα. Με αυτή την αγωγή φεύγει από την κλινική συν τη χορήγηση ηρεμιστικών και συμπλέγματος βιταμινών Β.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 3-6-88 ΕΩΣ 8-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>1. Ψηλός πυρετός που φτάνει τους 39<sup>ο</sup> - 40<sup>ο</sup> C.</p>	<p>Πτώση του πυρετού και η ανακούφιση του αρρώστου.</p>	<p>Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα.</p> <p>Να γίνει αιμοληψία για την ανεύρεση του αιτίου που προκάλεσε τον υψηλό πυρετό.</p> <p>Να μετρηθεί η θερμοκρασία του ασθενή κάθε 3ωρο.</p> <p>Να μετρηθούν και να καταγραφούν τα ούρα του 24ώρου.</p> <p>Να τοποθετηθούν ψυχρά επίθεματά στον ασθενή προς ανακούφισή του.</p>	<p>Του χορηγείται αντιπυρετικό φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.</p> <p>Έγινε αιμοληψία για εργαστηριακό έλεγχο προς εντοπισμό της αιτίας του πυρετού. Χορηγούνται καθημερινά στον ασθενή 3000ML DEXTROSE 5% με 4Na και 2K.</p> <p>Ελέγχεται ανά τριωρο η θερμοκρασία του σώματος και γράφεται στο διάγραμμα. Μετριοούνται και καταγράφονται τα αποβαλλόμενα ούρα του 24ώρου.</p> <p>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επίθεματά για την ανακούφιση.</p>	<p>Ο πυρετός έπεσε στους 37,5- 38<sup>ο</sup> C.</p> <p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε και ησύχασε.</p> <p>Το πρόβλημα του πυρετού όμως εξακολουθεί να υπάρχει γιατί ο ασθενής ανεβάζει πάλι τη θερμοκρασία σε υψηλά επίπεδα κυρίως τις α-</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
			φιση του ασθενή.	πογευματινές ώρες.
2. Έντονες διεγέρσεις λόγω στέρξης ποτού.	Ήσυχια και ηρεμία του ασθενή.	Να χορηγηθεί ανάδωρο ηρεμιστικό για την πρόληψη της κρίσεως του ασθενή. Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή πτώσης από το κρεβάτι.	Χορηγείται ανά δωρο, ηρεμιστικό φάρμακο, ώστε να προλαμβάνεται η έναρξη της κρίσης. Τοποθετήθηκαν προστατευτικά κάγκελα στο κρεβάτι του για την αποφυγή πτώσης του από το κρεβάτι.	Ο ασθενής χαλάρωσε και ηρέμησε στο κρεβάτι. Αποφεύχθηκαν οι κρίσεις στέρξης.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 3-6-88 ΕΩΣ 8-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
3. Έντονα κοιλιακά άλγη, διάρροια, ανορεξία, ναυτία, έμμετοι.	Ανακούφιση από τον πόνο, καταστολή της διάρροιας, επαρκής θερμιδική πρόσληψη τροφής με καταστολή της ναυτίας και του εμέτου.	<p>Να χορηγηθούν αντισπασμωδικά μετά εντολή γιατρού και να περιορίσουμε τις κινήσεις του ασθενή προς αποφυγή τραυματισμού του ήπατος.</p> <p>Να χορηγηθούν υπακτικά καθαρτικά από το στόμα.</p> <p>Να τοποθετηθεί LEVIN προς σίτιση του ασθενή.</p>	<p>Χορηγήθηκε αντισπασμωδικό φάρμακο κατά την οδηγία του γιατρού. Περιορίστηκαν οι κινήσεις του ασθενή για την προφύλαξη του ήπατος.</p> <p>Συστηματική χορήγηση υπακτικών καθαρτικού από το στόμα τρεις φορές την ημέρα για την δημιουργία οξίνου ΡΗ στο παχύ έντερο που διευκολύνει τη δέσμευση της αμμωνίας. Γίνονται καθαρτικοί υποκλυσμοί για την προστασία της εντερικής χλωρίδας. Τοποθετήθηκε LEVIN από όπου χορηγείται</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε.</p> <p>Σταμάτησε η διάρροια που οφείλεται στην κακή απορρόφηση των λιπών.</p> <p>Ο ασθενής παίρνει τα απαραίτητα χωρίς να προξενείται ναυτία ή έμετος.</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 3-6-88 ΕΩΣ 8-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
			<p>η τροφή του ασθενή που βρέσκειται σε ρευστική κατάσταση. Ο ασθενής τρέφεται με γάλα κρέμα, σούπα και λιωμένη τροφή. Ακόμη από το LEVIN γίνονται πλύσεις στομάχου για να βοηθείται η αντίσταση του βλεννογόνου.</p>	
<p>Ο ασθενής εξέφρασε τους φόβους του για την κατάσταση του, τις ανησυχίες του για τον παρατεταμένο πυρετό και τι θα του</p>	<p>Η καθυσχύαση του ασθενή, η εξάλειψη των ανησυχιών του και η εμπιστοσύνη στην υγειονομική ομάδα του νο-</p>	<p>Να έρθουμε σ' επαφή με τον ασθενή έτσι ώστε να μας εξωτερικεύσει τους φόβους και να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του</p>	<p>Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την κατάστασή του, παρακίνηση να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Εξήγηση με απλά λόγια της νοσηλείας που θα του παρέχουν.</p>	<p>Ο ασθενής ηρέμησε, παρακολουθεί τη νοσηλεία που του παρέχεται, εμπιστευεται τους</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 3-6-88 ΕΩΣ 8-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
κάνουν στο Νοσοκομείο.	νοσοκομείου.		Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο του γίνονταν νοσηλεία, ώστε να εμπιστευθεί τους γιατρούς και τους νοσηλευτές.	ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
είναι ο κνησμός, που ενοχλεί αρκετά τον ασθενή.		στον ασθενή χωρίς σαπούνι.	στον ασθενή χωρίς σαπούνι για να αποφευχθεί η ξηρότητα του δέρματος. Χρησιμοποιήθηκε μαλακτική λοσιόν. Ο άρρωστος παρακινήθηκε να γυρίζει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του δέρματος.	αρκετά.
Ο ασθενής ανησυχεί για την αλλαγή του σώματος του, το χρώμα, την ξηρότητα και ανησυχεί για την χρονική διάρκεια της κατάστασης αυτής.	Η καθυσύχαση του ασθενή και η αποδοχή της αλλαγής του ειδώλου του.	Να καθυσυχάσουμε τον ασθενή και να τον πείσουμε να ακολουθεί την θεραπευτική αγωγή για την καλλιτέρευση της υγείας του.	Εξήγηση στον ασθενή για ποιά λόγο παρουσιάζει αυτή την αλλαγή, που οφείλεται πως θα εξαφανισθεί μετά από θεραπευτική αγωγή και θα γίνει πάλι όπως ήταν.	Ο ασθενής αποδέχθηκε την αλλαγή και περιμένει την επάνοδο στην αρχική μορφή του.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 9-6-88 ΕΩΣ 17-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>5. Συνέχιση του υψηλού πυρετού. Οι εξετάσεις φαινομένων την ύπαρξη λοίμωξης.</p>	<p>Πτώση του πυρετού.</p>	<p>Να χορηγηθεί αντιπυρετικό και 3πλό σχήμα αντιβίωσης</p>	<p>Χορηγείται εκτός από το αντιπυρετικό φάρμακο και ένα τριπλό σχήμα αντιβίωσης για την αντιμετώπιση της λοίμωξης. Η αντιβίωση καλύπτει τα αναερόβια μικρόβια τις λοιμώξεις του αναπνευστικού, ουρογεννητικού, τριχομονάδας, αμοιβάδωσης κ.λ.π.</p>	<p>Ο ασθενής δεν παρουσιάζει σημείο βελτίωσης της κατάστασής του. Ο πυρετός παραμένει σε υψηλά επίπεδα.</p>
<p>6. Ο ασθενής παρουσιάζει ικτερική χροιά, δέρμα ξηρό, παρουσία αλωπεκίας. Έντονος</p>	<p>Η υποχώρηση του ικτέρου και του κνησμού.</p>	<p>Να χορηγηθούν υγρά στον ασθενή προς αποφυγή αφυδάτωσης και να ληφθούν μέτρα για την περιποίηση του δέρματος και αποφυγή του κνησμού.</p>	<p>Χορηγούνται στον ασθενή χυμοί φρούτων και χολεστραμίνη (GUESERAN), για λίγο όμως, επειδή προκάλεσε ναυτία και διάρροια στον ασθενή. Έγινε μπάνιο</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον κνησμό και το δέρμα του μαλάκωσε</p>



ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 18-6-88 ΕΩΣ 30-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>8.Αναιμία, Υπονατριαιμία, Υποκαλιαιμία. Ο ασθενής παραπονείται για έντονη αδυναμία και κατάρπωση. Ο αιματοκρίτης του είναι 27 %.</p>	<p>Θεραπεία της αναιμίας και διόρθωση του νατρίου και καλίου.</p>	<p>Να χορηγηθούν βιταμίνες και σίδηρο καθώς και χορήγηση τροφών πλούσιων σε λευκώματα. Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Να χορηγηθεί ξηρό πλάσμα για την βελτίωση του αιματοκρίτη του ασθενή.</p>	<p>Χορήγηση φυλλικού οξέος, βιταμίνης Κ, και σύμπλεγμα βιταμινών Β και σίδηρο. Χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων του ασθενή για τυχόν παρέκκλιση αυτών. Χορηγήθηκαν στις 30 του μήνα 2 μονάδες ξηρό πλάσμα. Στενή παρακολούθηση του ασθενή κατά τη διάρκεια της χορήγησης του πλάσματος για την παρουσία αντίδρασης σ' αυτό.</p>	<p>Διορθώθηκε κατά ένα βαθμό αναιμία και τα ποσά του νατρίου και καλίου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>3. Οίδημα στα σφυρά. Ο ασθενής διαμαρτύρεται για το βάρος που αισθάνεται στα άκρα του.</p>	<p>Υποχώρηση του οιδήματος.</p>	<p>Να χορηγηθούν διουρητικά μετά από οδηγία ιατρού.                      Να περιορισθούν τα προσλαμβανόμενα υγρά.                      Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι.</p>	<p>Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων με οδηγία του ιατρού.                      Περιορίστηκε το προσλαμβανόμενο NaCl.                      Ο ασθενής κατά διαστήματα τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση.                      Τοποθετήθηκαν δακτύλιοι κάτω από τις πτέρνες και τους αγκώνες.                      Σημειώθηκαν με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Γύριζε και άλλαξε θέση τακτικά ο άρρωστος στο κρεβάτι.</p>	<p>Υποχώρησε ελαφρά το οίδημα και ο ασθενής δεν αισθανόταν την έντονη δυσφορία που είχε πριν.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>10. Ασκίτης.</p> <p>Ο ασθενής παραπονείται για αναπνευστική δυσχέρεια, βάρος στο μέρος της κοιλιάς, μεγάλου βαθμού διόταση.</p>	<p>Αφαίρεση ασκίτικου υγρού και η μείωση των συμπτωμάτων που προκαλεί ο ασκίτης.</p>	<p>Να προγραμματισθεί παρακέντηση κοιλιάς. Και να προετοιμασθεί ο ασθενής για την παρακέντηση κοιλιάς.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο ασθενής για την παρακέντηση κοιλιάς, το πως θα γίνει, για ποιό λόγο και τι αποτελέσματα θα φέρει. Προετοιμάσθηκε ο ασθενής για την παρακέντηση (ούρησε πριν την παρακέντηση, τοποθετήθηκε στη σωστή θέση). Παρακολούθησε κατά τη διάρκεια της παρακέντησης. Αφαιρέθηκε 1,5 κιλό υγρό από την κοιλιά. Στάλθηκε δείγμα για εξετάσεις. Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρροπη θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του. Χορηγήθηκαν διουρητικά σύμφωνα με οδηγία του ιατρού. Ελέγχθηκαν οι γάζες του τραύματος για τη διαφυγή υγρού από αυτό. Παρακολούθηση των προσβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε. Διευκολύνθηκε η αναπνοή του και χαλάρωσε η κοιλιακή χώρα.</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 18-6-88 ΕΩΣ 30-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>11. Μετά από ακτινογραφία θώρακος και καλλιέργεια πινέλων διαπιστώθηκε ενεργός φυματίωση, που δικαιολογεί τον υψηλό πυρετό.</p>	<p>Αντιμετώπιση της φυματίωσης και πτώση του πυρετού.</p>	<p>Να χορηγηθεί στον ασθενή αντιφυματική αγωγή κατά εντολή ιατρού. Να χρησιμοποιηθούν προφυλακτικά μέτρα για την προφύλαξη του περιβάλλοντος από τη νόσο.</p>	<p>Χορηγήθηκε στον ασθενή αντιφυματική αγωγή σε 1/2 GR στρεπτομυκίνη 2 φορές την ημέρα, σε συνδυασμό με ισονιαζίδη (DIANICOTYL) 100 MG μία φορά την ημέρα. Χρησιμοποιήθηκαν τα απαραίτητα μέτρα για την προφύλαξη του περιβάλλοντος από τη νόσο.</p>	<p>Η αντιφυματική αγωγή επιβάρυνε την λειτουργία του ήπατος, γιατί τα φάρμακα αυτά προκαλούν ηπατοτοξικότητα.</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 31-6-88 ΕΩΣ 12-7-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Η κατάσταση του ασθενή επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο και πέφτει σε ηπατικό κώμα. Παρουσιάζει αυχενική ακαμψία, υπεραντανακλαστικότητα, ιδιόζουσα "αστηριξία".</p>	<p>Να συνέλθει ο άρρωστος από το ηπατικό κώμα.</p>	<p>Να χορηγηθούν με σύστημα τα φάρμακα του ασθενή (αντιβίωση, διουρητικά, αντιφυματικά) (νεομυκίνη). Να φροντίσουμε τον ασθενή για την χορήγηση ορρών την μέτρηση αυτών, σίτιση του από LEVIN καθώς επίσης να παρθούν προφυλακτικά μέτρα για την τυχόν πτώση του ασθενή από το κρεβάτι και την περιποίηση του δέρματος και παρακολούθηση του ασθενή κατά την μετάγγιση αίματος λόγω αναιμίας για</p>	<p>Χορηγείται ισχυρή αντιβίωση με κεφαλοσπορίνες. Χορηγούνται τα αντιφυματικά φάρμακα. Χορηγούνται διουρητικά. Ο ασθενής παίρνει διουρητικά. (ασθενής παίρνει 3.000 ML DEXTROSE 10% εμπλουτισμένα με 7 Na και 6 K. Προστίθεται στον ορρό 1 ένεση βιταμίνης K, απαραίτητη για τον ενδοηπατικό σχηματισμό της προθρομβίνης. Ο ασθενής επειδή δεν καταλαβαίνει του παρέχεται η τροφή από το LEVIN.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 31-6-88 ΕΩΣ 12-7-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
		<p>τυχόν αντίδραση του οργανισμού.</p>	<p>Η τροφή είναι πλούσια σε άνθρακες και περιορισμένη σε πρωτεΐνες. Τοποθετήθηκαν προφυλακτικές στο κρεβάτι του και περιορίστηκαν οι επισκέψεις του. Γίνεται καθημερινή περιποίηση του δέρματος για την πρόληψη των κατακλίσεων. Συνεχίζεται η τρίωρη θερμομέτρηση και η μέτρηση υγρών προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων. Χορηγούνται καθαρτικά από το LEVIN και σε ενέματα για την κένωση του εντέρου.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 31-6-88 ΕΩΣ 12-7-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>19. Ήπατικό κώμα</p>			<p>Για την αντιμετώπιση του κώματος χορηγείται με οδηγία του ιατρού νεομυκίνη 2 ταμπλέτες κάθε 12 ώρες. Το χορηγούμε για την μείωση της παραγωγής και απορρόφησης της αμμωνίας από το έντερο.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίμα, για την αντιμετώπιση της αναιμίας και την ενίσχυση του ασθενή .</p> <p>Ο ασθενής παρακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια της μετάγγισης για ενδεχόμενη αντίδραση.</p>	<p>Ο ασθενής μετά από 13 μέρες άρχισε σιγά -σιγά να αποκτά τις αισθήσεις του και να συνέρχεται.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>13. Εντονή ανησυχία των συγγενών του ασθενή για την κατάσταση του.</p>	<p>Η καθυσχύχαση των συγγενών του αρρώστου.</p>	<p>Να ενημερωθούν οι συγγενείς από το ιατρικό προσωπικό για την εξέλιξη της νόσου, την κατάσταση του ασθενή και την φαρμακευτική του αγωγή.</p>	<p>Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για την κατάσταση του ασθενή, την φαρμακευτική αγωγή, τους κινδύνους της κατάστασης και τις ελπίδες των ιατρών για την πορεία της κατάστασης του ασθενή.</p> <p>Εδόθηκαν συμβουλές για την συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή, τη βοήθεια που μπορούν να του προσφέρουν.</p>	<p>Οι συγγενείς ησύχασαν και προσφέρθηκαν να βοηθήσουν όσο μπορούν στη θεραπεία του ασθενή.</p>



ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 13-7-88 ΕΩΣ 26-7-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>14. Για τον ασθενή υπάρχει πάντα το πρόβλημα του πυρετού και της φυματίωσης.</p>	<p>Η πτώση του πυρετού και η θεραπεία της φυματίωσης.</p>	<p>Να συνεχισθεί η χορήγηση ορών του.</p> <p>Να αλλαχθεί το σχήμα φαρμάκων έτσι ώστε να μην επιβαρύνουν την ηπατική λειτουργία.</p> <p>Να χορηγηθεί αίμα και πλάσμα κάθε τρεις ημέρες και να παρακολουθείται ο ασθενής για την σίτιση και την καθαριότητα του δέρματος.</p>	<p>Ο ασθενής παίρνει 3000 ML ορρούς την ημέρα με 10Na και μιά αμπούλα βιταμίνηΚ</p> <p>Άλλαξε το σχήμα της φαρμακευτικής αγωγής και του χορηγήθηκαν αντιφυματικά φάρμακα, που δεν επιβαρύνουν την ηπατική λειτουργία.</p> <p>Χορηγούνται πλάσμα και αίμα κάθε τρεις ημέρες για την ενίσχυση του οργανισμού. Μειώνεται ο πυρετός με την αντιβίωση και τα αντιπυρετικά. Έχει σταθεροποιηθεί στους 37-37,5°C. Του παρέχεται καθημερινή φροντίδα του σώματος από τον νοσοκόμο και περιποίηση του δέρματος με μαλακτική λοσιόν. Η τροφή που του παρέχεται περιέχει υδατάνθρακες και μικρές ποσότητες από πρωτεΐνες.</p>	<p>Ο ασθενής έχει συνέλθει από το κώμα.</p> <p>Άρχισε να έχει επικοινωνία με το περιβάλλον.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Ι Σ Μ Ο Σ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>15. Ο ασθενής έχει συνέλθει από το κώμα και παραπονείται για έντονη αδυναμία και εξάντληση. Δεν μπορεί να στηριχθεί στα πόδια του και να περπατήσει.</p>	<p>Η ενίσχυση του αρρώστου και η επανάκτηση των δυνάμεών του.</p>	<p>Να προσεχθεί η διατροφή του ασθενή . Να χορηγείται αίμα 1 μονάδα κάθε τρεις ημέρες να παρθούν τα ζωτικά σημεία και να μειωθούν οι ορροί του 24ωρου. Να γίνει συζήτηση του ασθενή σχετικά με την καλύτερευση της κατάστασής του.</p>	<p>Βοήθεια του ασθενή κατά τη διάρκεια του φαγητού, για να φάει όλο το φαγητό του. Συμπλήρωμα της διαίτας δίδεται πρωί- μεσημέρι και βράδυ 250 ML υπερωτεϊνούχου διαιτητικού συμπληρώματος (FORTIMEL). Αυτό είναι εμπλουτισμένο με βιταμίνες και σίδηρο. Ο ασθενής βοηθείται να σηκωθεί από το κρεβάτι, να καθήσει στην καρέκλα και να κάνει μερικά βήματα. Χορηγείται κάθε τρεις μέρες 1 μονάδα αίμα για</p>	

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 27-7-88 ΕΩΣ 5-8-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
			<p>για τη βελτίωση του αιματοκρίτη. Παρακολουθείται κατά τη διάρκεια της μετάγχισης και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του. Μειώνονται οι ορροί του 24ώρου σε 1.500 ML με 5 Na.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με το πρόβλημα του και παρότρυνση να καταναλώνει όλη την παρεχόμενη τροφή, για να μπορέσει να αποκτήσει τις δυνάμεις του. Εξήγηση του ασθενή πως η απόκτηση των δυνάμεων του είναι θέμα ημερών.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 5-8-88 ΕΩΣ 10-8-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>16. Ο ασθενής αισθάνεται αρκετά δυνατός για να φύγει από το νοσοκομείο. Φοβάται όμως για την πορεία της νόσου έξω από το νοσοκομείο.</p>	<p>Σωστή ενημέρωση του ασθενή για τις οδηγίες που θα ακολουθεί εκτός νοσοκομείου και η βεβαίωση πως όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή κατά την έξοδό του για την περιποίηση του σώματος και την φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει.</p>	<p>Συζητήσαμε με τον ασθενή για το ποιό θα πρέπει να είναι η ζωή του από εδώ και πέρα. Του δώσαμε ένα διαιτολόγιο που περιέχει τις τροφές που μπορεί να φάει και αυτές που απαγορεύονται. Του συστήσαμε να μην κουράζεται. Του επιστήσαμε την προσοχή στη διακοπή του οινοπνεύματος. Επισημάναμε τους κινδύνους και τα επακόλουθα που θα έχει η πόση του οινοπνεύματος.</p>	<p>Ο ασθενής υποσχέθηκε ότι θα ακολουθήσει τις οδηγίες του υγειονομικού προσωπικού για την ταχεία ανάρρωσή του, μακριά από τα οινοπνευματώδη ποτά. Έφυγε το μεσημέρι της δεκάτης</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ 5-8-88 ΕΩΣ 10-8-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
			<p>Δόθηκαν συμβουλές στους συγγενείς του ασθενή για το τι πρέπει να κάνουν για να βοηθήσουν τον ασθενή στην ανάρρωση του και στην αποτροπή για το ποτό.</p>	<p>Αυγούστου για το σπίτι του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ιστορικό ασθενούς β'

ΓΕΝΙΚΟ ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΗ : Παθολογική φυσιολογία ΕΙΣΟΔΟΣ: 3-9-89

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : Κ.Φερτάκης ΕΞΟΔΟΣ : 12-9-89

ΘΑΛΑΜΟΣ : 330/1

ΕΠΩΝΥΜΟ: Δ.

ΟΝΟΜΑ: Κων/νος

ΗΛΙΚΙΑ: 52 ετών

Διάγνωση εισόδου: Ατελής ειλεός-Κίρρωση-Ασκίτης

Παρούσα νόσος: Προ 15ημέρου άρχισαν να εμφανίζονται συμπτώματα ειλεού -επίσχεση ούρων και κοπράνων καθώς και κοιλιακά άλγη.

Παρουσιάζει οιδήματα κάτω άκρων.

Ατομικό αναμνηστικό: Το ιστορικό αρχίζει το 1971 με διάχυτο κοιλιακό άλγος και ηπατική διόγκωση.

Είχε αυτό το πρόβλημα για να εμφανισθεί το 1983 πυρετός, ανορεξία, απώλεια βάρους και κοιλιακό άλγος. Μετά από εισαγωγή στο νοσοκομείο διαπιστώθηκε κίρρωτική εξεργασία. Εμφανίστηκε ασκίτης 2-3 φορές. Στο διάστημα 1983- 1984 έχασε 30 κιλά. Πήρε θεραπεία με διουρητικά.

Οικογενειακή κατάσταση: Είναι έγγαμος ,πατέρας 4 αγοριών. Μένει σε μονοκατοικία μαζί με τη γυναίκα του και τα παιδιά του.

Συνήθειες και τρόπος ζωής: Τροφή λιγροστή. Καπνιστής από 25ετίας 1 1/2 πακέτο ημερησίως. Από οινοπνευματώδη έπινε 1 μπουκάλι μύρα και 2-3 ούζα συχνά αλλά όχι καθημερινά.

Κλινική εξέταση: Κατά την επισκόπηση διαπιστώθηκαν οιδήματα κάτω άκρων ,ικτερική χροιά δέρματος. Η θρέψη είναι ελλειπής .Παρουσιάζει προσωπείο πάσχοντος ατόμου. Κατά την ψηλάφηση ο σπλήνας διαπιστώνεται διογκωμένος.

Το ήπαρ είναι σκληρό και διογκωμένο.

Οι εργαστηριασκές εξετάσεις έδειξαν σημεια ηπατικής ανεπάρκειας (αύξηση τρανσαμινασών, αύξηση χολερυθρίνης κ.λ.π.).

Ο αιματοκρίτης είναι χαμηλός 32 %.

Στις 9-9-89 έγινε υπολογιστική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας που έδειξε μάζα μαλακών μορίων στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Το εύρημα αυτό πιθανότατα σχετίζεται με εντερική απόφραξη στο επίπεδο αυτό.

Οι υπόλοιπες μοίρες του παχέως εντέρου εμφανίζουν μεγάλου βαθμού διάταση.

Παρατηρείται επίσης συλλογή υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Έδειξε επίσης αύξηση των ορίων του σπλήνος. Σημελώνεται επίσης λιθίαση της χοληδόχου κύστεως.

Έκβαση: Με την είσοδο του στην κλινική μου ο ασθενής παίρνει για 7 ημέρες ορρό 1000 CC DEXTROSE 5% εμπλουτισμένο με πολυβιταμινούχο σκεύασμα MVI για διατήρηση καλού ισοζυγίου υγρών. Μετά από τις 7 ημέρες οι ορροί γίνονται 1.000 5% DEXTROSE και 1000 0,9% N/S.

Παράλληλα αρχίζει αγωγή με διουρητικά φουροσεμίδα (LASIX) και σπειρονολακτόνη (ALDACTONE).

Η θερμοκρασία κυμαίνεται μεταξύ 36,5 ° C έως 38,5° C.

Επί πυρετού χορηγείται αντιπυρετικό (DRASPIΣ) .Παράλληλα χορηγείται στον ασθενή τριπλό σχήμα αντιβίωσης από NETROMYCIN, ZINACEF, BETIRAL για να καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς από τα μικρόβια.

Χορηγείται από το στόμα σιρόπι λακτουλόζης τρεις φορές την ημέρα που κάνει όξινο το PH του παχέως εντέρου και διευκολύνει τη δέσμευση της αμμωνίας στο έντερο.

Ταυτόχρονα χορηγείται νεομυκίνη 4 GR ημερησίως για καταστροφή της μικροβιακής χλωρίδας του παχέως εντέρου.

Από 10-9-1989 χορηγείται στον ασθενή βιταμίνη K για να βοηθήσει στη σύνθεση προθρομβίνης και παραγόντων πήξεως του αίματος.

Χορηγείται ρανιτιδίνη (ZANTAC) τρεις φορές την ημέρα για την πρόληψη του 12/δακτυλικού έλκους, επειδή η αντίσταση του βλεννογόνου του στομάχου είναι ελαττωμένη λόγω ελαττωμένης γαστρικής έκκρισης.

Στις 11-9-1989 η κατάσταση του ασθενούς επιβαρύνεται και στις 12-9-1989 απεβίωσε από κίρσορραγία οισοφάγου αφού προηγουμένως τοποθετήθηκε σωλήνας BLAKE-MORE.



ΓΕΝΙΚΟ ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΗ : Α.Π.Π.Κ.

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Π.ΣΦΗΚΑΚΗΣ

ΕΙΣΟΔΟΣ : 31-9-89

ΘΑΛΑΜΟΣ : 370/5

ΕΞΟΔΟΣ : 15-10-89

ΕΠΩΝΥΜΟ: Κ

ΟΝΟΜΑ: Πέτρος ΕΤΩΝ: 60

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Ασκίτης καταβολή

ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αλκοολική κίρρωση- Ηπάτωμα

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Ασθενής γνωστός στην κλινική με αλκοολική κίρρωση του ήπατος. Από την κλινική είχε πάρει εξιτήριο προ ενός μηνός. Επειδή όμως παρουσίασε έντονο άλγος δεξιού υποχονδρίου και έντονο αίσθημα διογκώσεως της κοιλιάς, επανήλθε στην κλινική στις 31-9-89.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Σε ηλικία 19 χρονών κάταγμα δεξιάς κνήμης.

T.B.C., πλευρίτιδα το 1970 όπου και έγινε θεραπεία.

Κάταγμα πλευρών προ τριετίας

Δεν διαπιστώθηκε ποτέ ηπατίτιδα.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Θάνατος του πατέρα σε ηλικία 73 ετών από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο. Θάνατος της μητέρας σε ηλικία 93 ετών λόγω γήρατος.

Είχε πέντε αδέρφια υγιή εκτός ενός που πέθανε 52 ετών από Ca ήπατος. Έχει δύο παιδιά υγιή ένα αγόρι και ένα κορίτσι.

ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ: Αστική ζωή. Οικοδόμος. Έπινε μεγάλες ποσότητες ούζο και κονιάκ. Τα τελευταία χρόνια κατανάλωνε μέχρι 1 λίτρο ούζο την ημέρα. Τα τελευταία χρόνια η δισαιτά του ήταν ελλειπής λόγω ανορεξίας του ασθενή. Καπνιστής βαρύς 40 τσιγάρα την ημέρα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Επισκοπικά ικτερική χροιά του δέρματος και των βλεννογόνων. Διόγκωση κοιλιάς, παρουσία ασκίτη. Ήπαρ ψηλαφητό διογκωμένο και ανώμαλο, δεξιό χείλος σκληρό. Εμφανές οίδημα κάτω άκρων.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε χαμηλό αιματοκρίτη, Λευκά 3.000.

Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε την ύπαρξη ηπατώματος, νεφρική ανεπάρκεια, τελικό στάδιο κίρρωσης.

ΕΚΒΑΣΗ: Ο ασθενής δεν πονά, αισθάνεται έντονη δυσφορία λόγω του ασκίτικου υγρού που υπάρχει στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Γίνονται εκκενωτικές παρακεντήσεις και αφαιρείται συνολικά ασκίτικό υγρό 3500 ML. Χορηγείται 2000 ML DEXTROSE 5 % + 8 Na + 4 Ka ορρός το 24ωρο. Ο ασθενής παίρνει δισαιτά αναλο ηπατοπαθούς.

Χορηγείται ρανιτιδίνη 150 MG X 2 για την πρόληψη εμφάνιση γαστροδωδεκακτυλικού έλκους, λόγω μειωμένης αντίστασης του βλεννογόνου από ελλειπή έκκριση γαστρικού υγρού. GÜESTRAN LOPAX X 3 για την αντιμετώπιση του κνησμού.

Χορηγούνται διουρητικά κάθε τρεις μέρες 1 TAB X 1.

Σιρόπι λακτουλόζης για να διατηρείται καθαρή η χλωρίδα του εντέρου.

Μετά τη διάγνωση του ηπατώματος συζητήθηκε το ενδε-  
χόμενο χειρουργικής επέμβασης .

Οι χειρουργοί που κλήθηκαν να δούν τον ασθενή αρνήθηκαν  
την επέμβαση, λόγω της επιβαρυσμένης κατάστασης του ασθενούς.

Στις 10-10-89 η κατάσταση του ασθενή επιβαρύνεται ακό-  
μη περισσότερο. Ο ασθενής πέφτει σε ηπατικό κώμα. Χορηγούν-  
ται καθημερινά ορροί υπέρτονο διάλυμα DEXTROSE 10 % + 8  
Na + 3 K + 1 ΚΑΡΑΒΙΤ. Χορηγείται καθημερινά πλάσμα στον  
ασθενή.

Παρόλα αυτά ο ασθενής δεν συνέρχεται, εμφανίζεται  
πάλι ασκίτικό υγρό περιτοναϊκά και στις 15-10-1989 στις  
9. π.μ. απεβίωσε.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κάθε αντιμετώπιση μιάς νόσου προϋποθέτει και μιά υπεύθυνη ενημέρωση.

Προσπαθήσαμε με απλά λόγια σε αυτή την εργασία μας να αναγνωρίσουμε το πρόβλημα των κίρρωτικών ασθενών και την σημαντική λειτουργία του αδένα αυτού στον ανθρώπινο οργανισμό.

Τα προτεινόμενα μέτρα απαιτούν ένα προγραμματισμό που εκφράζουν την ιδανική μορφή δομής, κάποτε όμως επιβάλλεται το καινό αυτό θέμα να αντιμετωπισθεί στα πλαίσια του σήμερα, του καλύτερου αύριο και της σωστής ζωής του μεθαύριο.

Το νόημα και ο σκοπός μιάς νόσου (κίρρωση του ήπατος) δεν βρίσκεται στην αντιμετώπιση αλλά στην πρόληψη αυτής.

Για να μη φτάσουμε λοιπόν στο σημείο της αντιμετώπισης πρέπει να γνωστοποιήσουμε και να ενημερώσουμε το κοινό από τα μέσα ενημέρωσης και από τις εμπειρίες μας στο χώρο δουλειάς μας, σχετικά με τις προφυλάξεις που θα πρέπει να πάρει το κοινό ώστε να μην οδηγηθεί στην κίρρωση του ήπατος, όπως είναι η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, ο υποσιτισμός, οι διάφορες τοξικές επιδράσεις και υποστεί έτσι τις συνέπειες μιάς από τις σοβαρότατες νόσους της εποχής μας.

---

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ : "Επίτομος Κλινική Παθολογική Φυσιολογία" , Τόμος Πρώτος Έκδοση Β΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ ΡΕΓΓΙΝΑ ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ : "Στοιχεία Φυσιολογίας", Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. : "Ειδική Νοσολογία ", Έκδοση Γ΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ., Αθήνα 1981.
- DEGOWIN EL DEGOWIN R.L. : "Κλινική εξέταση και διαφορική διάγνωση", Μετάφραση Επιμέλεια Δ.Παπαναστασίου, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981.
- GANONE N.F. : "Ιατρική Φυσιολογία", Μετάφραση -Επιμέλεια Χατζημηνάς Τόμος Δεύτερος , Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- GOHT. A. : "Ιατρική Φαρμακολογία", Μετάφραση Επιμέλεια Μαρσέλου Μ. , Έκδοση 10η Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- GUYTON A. : "Φυσιολογία του ανθρώπου "Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Κούβελας Η. Έκδοση τρίτη, Εκδόσεις Λίτσας , Πάτρα 1984.

HARRISON

:"Εσωτερική Παθολογία", Μετάφραση επιμέ-  
λεια Κρικέλης Ι., Μαλλιάρá Σ., Μαλλιá-  
ρας Δ., Μανούσης Ορ., Μουσοκαλάκης  
Θ., Φερτάκης Α., Χατζημηνάς Ι. Τόμος  
Β, Γ έκδοση 8η Επιστημονικές εκδό-  
σεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982.

HOBSON W.

:"Υγιεινή. Η θεωρία και η Πρακτική  
της δημόσιας υγείας". Μετάφραση- Επι-  
μέλεια Ευριπίδης Θ.Α. Τσότσος Α.Καββα-  
δίας Ν., Τόμος δεύτερος .Επιστημονι-  
κές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα  
1978.

ΚΑΝΑΓΚΙΝΗ Θ.Γ.

:"Η κίρρωση του ήπατος εις το πλαίσιο  
της Γενικής Παθολογίας", Ιατρική  
13 275.284, Αθήνα 1968. ✓

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑΡ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.

:"Νοσηλευτική Γενική Παθολογική χειρουργ-  
ική", Τόμος Α' Έκδοση Ζ' Αθήνα 1984.

ΜΟΥΣΣΑΣ Γ. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗ Α.

ΣΤΑΥΡΑΚΗΣ Μ. ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε.: "Προβλήματα αλκοολισμού στο γενικό  
Νοσοκομείο", Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής  
Μάϊος - Ιούνιος, Αθήνα 1988.

ΜΠΑΚΑΛΟΣ Α.

:"Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική"  
Τόμος Γ' έκδοση Γ', Επιστημονικές εκ-  
δόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.Μ.

ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤ.

:"Κατανομή της κίρρώσεως του ήπατος  
κατά φύλλο και ηλικίας", Νοσοκομεια-  
✓

- ακά χρονικά 38:21-25, Αθήνα 1976.
- ΠΑΣΣΑΣ Β. : Σημειώσεις Ακτινολογίας-Ραδιολογίας, Πάτρα 1986.
- ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ Π. : "Κίρρωση του ήπατος", Ιατρική 13 263-274, Απρίλιος 1968.
- ΠΡΑΤΣΙΚΑ ΟΥΓΟΥΡΛΟΓΛΟΥ : "Παθολογοανατομικά αλλοιώσεις επί κίρρωσης του ήπατος", Ιατρική 13 285-296, Απρίλιος 1968.
- ΠΕΤΡΟΥ Γ. Μ. : "Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής", Πάτρα 1983.
- ΡΑΒΑΖΟΥΛΑ Γ. : Σημειώσεις Ιστοπαθολογίας", Πάτρα 1986.
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α.
- ΠΑΝΟΥ Μ. : "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Β', Εκδόσεις Β', Αθήνα 1985.
- ΣΜΠΑΡΟΥΝΗ Ε.Ν. : "Η κίρρωση του ήπατος παρ' ημίν", Νοσοκομειακά χρονικά 32:303-307, Αθήνα 1970.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. -
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : "Προληπτική Ιατρική", Ενότητα 3η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάδης, Αθήνα 1986.
- ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.Κ. : "Σημειώσεις Χειρουργικών Παθήσεων του Ήπατος", Αθήνα 1986.
- ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗ ΣΤ. : "Η αλκοολική κίρρωσις του ήπατος", Ιατρική 13:237-301, Απρίλιος 1986.

