

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΠΙΣΤΙΩΔΗΣ ΦΩΤΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

επιτροπή εγκρίσεως
πτυχιακής εργασίας

- 1).
- 2).
- 3).



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΤΡΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	81971
----------------------	-------

Με σεβασμό και εκτίμηση στους γονείς μου
και στους καθηγητές μου

Πιστιόλης Φώτης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κίρρωση του ήπατος, όπως υποδηλώνει και η (δια η λέξη (προερχόμενη από το κίρρος = υπόξανθος - κιτρινωπός), είναι μια νόσος χαρακτηριζόμενη από υπέρμετρη ανάπτυξη του ηπατικού συνδετικού ιστού και μεταβολή της φυσιολογικής λειτουργίας του.

Επειδή οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, και επειδή η νόσος χαρακτηρίζεται από κάποια χρονιότητα, η εφαρμογή της θεραπείας είναι δύσκολη και απαιτεί αυξημένη προσοχή από την θεραπευτική μονάδα.

Στην εργασία αυτή θα αναφερθώ τόσο στην ιατρική αντιμετώπιση της ασθένειας όσο και στην νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί ο κίρρωτικός ασθενής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΗΠΑΡ

Το ήπαρ είναι ένας από τους σημαντικότερους αδένες του ανθρώπινου οργανισμού, ο οποίος αντιπροσωπεύει το 2% του συνολικού βάρους σώματος. Είναι αδένας του πεπτικού συστήματος, όμως εκτός από τις πεπτικές λειτουργίες, οι οποίες είναι η έκκριση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο (απεκκριτική λειτουργία), το ήπαρ αποτελεί το κεντρικό βιοχημικό εργαστήριο του οργανισμού.

Πιστεύεται ότι εκτελεί και ελέγχει περισσότερες από εβδομήντα ζωτικές λειτουργίες. Από αυτές οι έξι τουλάχιστον θεωρούνται απαραίτητες για την ζωή: η απεκκριτική, η μεταβολική, η αντιτοξική, η αιμοποιητική, η αιμοπηκτική και η θερμαντική. Σοβαρή βλάβη της ηπατικής λειτουργίας είναι ασύμβατη με την ζωή. Ευτυχώς όμως για τον οργανισμό, η ηπατική ευαισθησία έχει ένα μεγάλο όριο ασφαλείας. Έτσι, για να παρουσιαστούν φαινόμενα ηπατικής ανεπάρκειας θα πρέπει να αχρηστευθεί το 80% του ήπατος ενώ για να δοθεί η δυνατότητα στις βιοχημικές εξετάσεις να διαγνώσουν ηπατική δυσλειτουργία θα πρέπει να έχει εξουδετερωθεί το 50% του ηπατικού παρεγχύματος.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ, ο μεγαλύτερος μονοφυής αδένας του ανθρώπινου σώματος, καταλαμβάνει την δεξιά θωρακοκοιλιακή περιοχή, και επεκτείνεται από το δεξιό υποχόνδριο, σε τμήμα του επιγαστρίου. Το απόλυτο βάρος του ήπατος υπολογίζεται σε 1500-1800 gr, και το σχετικό στο 1/23 για τα νεογέννητα, και για τους ενήλικες στο 1/39 του συνολικού βάρους. Η χροιά του οργάνου είναι καστανέρυθρη. Η σύσταση του είναι μαλακή και το σχήμα του είναι τριγωνικής πυραμίδας, η οποία παρουσιάζει τρεις επιφάνειες: την άνω ή ανώτερη διαφραγματική, την οπίσθια ή διαφραγματική, και την κάτω ή σπλαχνική. Οι κλασικές περιγραφές του ήπατος το χαρακτηρίζουν σαν όργανο με τέσσερεις λοβούς: τον δεξιό, τον αριστερό, τον κερκοφόρο και τον τετράπλευρο. Οι τέσσερεις όμως αυτοί κλασικοί λοβοί δεν περιγράφουν την πραγματική ανατομία του ήπατος. Ο διαχωρισμός των επιμέρους λοβών φαίνεται στο παρακάτω σχήμα και δεν θα μας απασχολήσει περαιτέρω, γιατί ο διαχωρισμός αυτός αφορά κυρίως αυτούς που ασχολούνται με την χειρουργική του οργάνου.

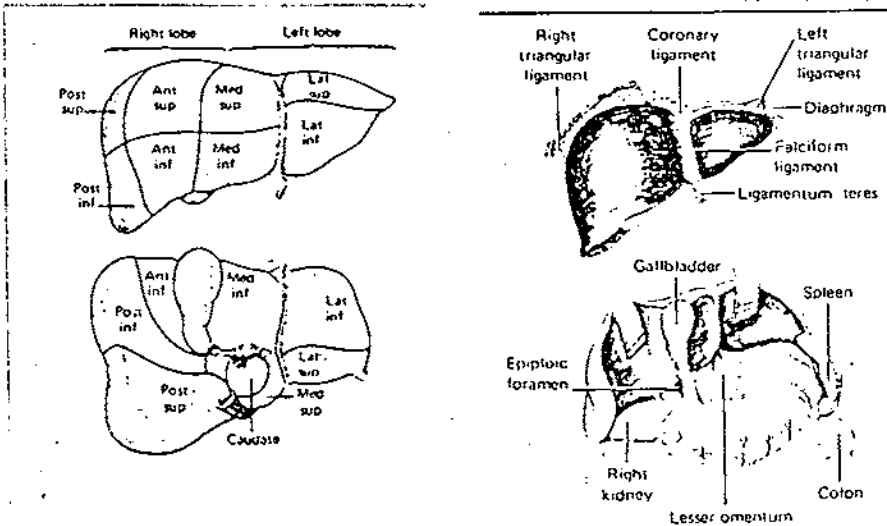


Figure 25-1. Segmental anatomy of the liver. The major lobar fissure, separating the right and left lobes, passes from the inferior vena cava through the gallbladder bed.

Figure 25-2. Relationships of the liver to adjacent abdominal organs.

Η προσήλωση του ήπατος στο διάφραγμα και στο κοιλιακό τοίχωμα γίνεται από τρεις συνδέσμους. Το ήπαρ συνδέεται στο διάφραγμα με τον στεφανιαίο σύνδεσμο, που τα άκρα του, τόσο δεξιά όσο και αριστερά, σχηματίζουν τους τρίγωνους συνδέσμους. Με το κοιλιακό τοίχωμα - αλλά μερικώς και με το διάφραγμα -, το ήπαρ προσηλώνεται με τον στρογγύλο σύνδεσμο και με τον προς τα άνω

και πίσω εκτεινόμενο δρεπανοειδή σύνδεσμο. Ολοι όμως αυτοί οι σύνδεσμοι παίζουν δευτερεύοντα ρόλο στην στήριξη του οργάνου. Η στήριξη του εξασφαλίζεται κυρίως από τις ηπατικές φλέβες, την κάτω κοίλη φλέβα απ' όπου στην κυριολεξία κρέμεται το όργανο και από την αρνητική ενδοκοιλιακή πίεση που επικρατεί στο ύψος του δεξιού υποχονδρίου. Η ύπαρξη των παρακείμενων στο ήπαρ οργάνων και η πίεση που ασκούν πάνω σ' αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση εντύπων στην οπλαχνική επιφάνεια του. Έτσι, στον αριστερό λοβό παρατηρούνται το οισοφαγικό και το γαστρικό εντύπωμα, ενώ στον δεξιό λοβό παρατηρούνται το κολικό εντύπωμα, το δωδεκαδακτυλικό εντύπωμα και το δεξιό νεφρικό εντύπωμα.

Τα κυριότερα αγγεία του ήπατος είναι η ηπατική αρτηρία και η πυλαία φλέβα που αποτελούν τα προσαγωγά αιμοφόρα αγγεία του ήπατος. Το αίμα αποχετεύεται από το ήπαρ μέσω των ηπατικών φλεβών στην κάτω κοίλη φλέβα. Μαζί με την ηπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα συμπορεύονται οι κλάδοι του χοληφόρου δένδρου και αποτελούν έτσι κοινή λειτουργική μονάδα, την ηπατική τριάδα (ηπατική αρτηρία - πυλαία φλέβα - ενδοηπατικά χοληφόρα). Τέλος, εκτός από τα αιμοφόρα και τα χοληφόρα αγγεία, από το ήπαρ εξέρχονται και λεμφοφόρα αγγεία τα οποία παροχετεύουν την λέμφο.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η εκτίμηση της ηπατικής λειτουργίας γίνεται από διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες βοηθούν στην διάγνωση κάποι-
ας ηπατικής βλάβης, καθώς επίσης στον υπολογισμό της έκτασης της βλάβης, στην εντόπισή της και στην πιθανή πορεία της. Οι περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις αφορούν είτε την μέτρηση ορισμένων ενζύμων στον ορό είτε την εκτίμηση της συνθετικής και εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος.

I. ENZYMA ΟΡΟΥ

A. Αμινοτρανοφεράσες. Είναι μια ομάδα ενζύμων τα οποία είναι ευαίσθητοι δείκτες της ηπατικής λειτουργίας. Η αλανινο αμινοτρανοφεράση (ALT) ή πυροσταφυλική τρανσαμινάση SGPT, και η ασπαρτική αμινοτρανοφεράση (AST) ή οξαλοξική τρανσαμινάση SGO, είναι τα ένζυμα τα οποία περιλαμβάνονται στην μέτρηση για τον

καθορισμό του ηπατικού βιοχημικού προφίλ. Αυξημένα επίπεδα των ενζύμων αυτών (>500 units/liter) ανευρίσκονται σε καταστάσεις οξείας ηπατοκυτταρικής νέκρωσης (ηπατίτιδες από ιούς, από κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών, από ισχαιμία), ενώ η ελαφρά αύξηση των ενζύμων (<300 units/liter) μπορεί να εμφανίζεται σε διάφορες καταστάσεις όπως οξεία ή χρόνια ηπατοκυτταρική νέκρωση διηθητικές νόσους, απόφραξη χοληφόρων οδών. Η SGPT γενικά εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία από την SGOT στην ανίχνευση της ηπατίτιδας από ιούς. Στη χρόνια αλκοολική νόσο του ήπατος, η SGOT ανευρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα σε αντίθεση με την SGPT.

Φ.Τ. SGPT 7-53 IU/L

SGOT 5-40 IU/L

Β. Αλκαλική φωσφατάση AP. Είναι ένα ένζυμο που ανευρίσκεται σε διάφορους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού. Σε υγιείς ενήλικες η μεγαλύτερη ποσότητα AP παράγεται από τα οστά, το έντερο και το ήπαρ. Σε παρουσία αποφράξεως των χοληφόρων ή σε χολόσταση ή σε διηθητικές νόσους του ήπατος, τα επίπεδα της AP στον ορό είναι αυξημένα. Τα επίπεδα της AP είναι φυσιολογικά ή μόνο ελαφρώς αυξημένα στις περισσότερες περιπτώσεις οξείας ή χρόνιας ηπατίτιδας. Οι κλασσικές μέθοδοι για την εξακρίβωση της προέλευσης της αυξημένης AP είναι περιορισμένης αξίας. Ετσι η ανίχνευση της αύξησης κάποιου άλλου ενζύμου (πχ. 5 νουκλεοτιδάσης ή γ-γλουταμινικής τρανσπεπτιδάσης) χρησιμοποιείται συνήθως για την εξακρίβωση της προέλευσης της αυξημένης AP του ορού.

Φ.Τ. 45-125 IU/L.

Γ. γ γλουταμινική τρανσπεπτιδάση γGT. Είναι ένα άλλο ένζυμο που εμφανίζεται σε ποικίλλους ιστούς του σώματος. Η αύξηση των επιπέδων των δύο ενζύμων, της γGT και της AP, τείνει να εμφανιστεί σε παρόμοιες ηπατικές νόσους. Φυσιολογικές τιμές γGT, σε συνδυασμό με αυξημένες τιμές AP είναι ενδεικτικά βλάβης εξωηπατικής αιτιολογίας. Η αναμενόμενη όμως αύξηση της γGT περιορίζεται σε ασθενείς που λαμβάνουν παράγοντες που περιορίζουν την μικροσωμιακή λειτουργία του συστήματος της οξειδάσης (βαρβιτουρικά, φαινοτοίνη, οινόπνευμα).

Φ.Τ. male 11-50 IU/L

female 7-35 IU/L

Δ. 5 νουκλεοτιδάση. Είναι ένα ένζυμο που αυξάνεται σε ένα παρόμοιο φάσμα ηπατικών νόσων με αυτό της ΑΡ. Αυξημένα επίπεδα της 5 νουκλεοτιδάσης σε συνδυασμό με αυξημένα επίπεδα ΑΡ, είναι ενδεικτικά νόσου ηπατικής προέλευσης, ενώ φυσιολογικά επίπεδα του ενζύμου με αυξημένη ΑΡ, συνήθως -αλλά όχι πάντα- οφείλεται σε νόσο εξηπατικής προέλευσης. Η 5 νουκλεοτιδάση είναι ένζυμο παρεμφερές με την ΑΡ για την ανίχνευση απόφραξης των χοληφόρων, χολόστασης ή διηθητικών νόσων του ηπατοχοληφόρου συστήματος.
Φ.Τ. 2-16 IU/L.

II. ΑΠΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Α. Χολερυθρίνη. Παράγεται σαν προϊόν αποδόμησης της αίμης. Φυσιολογικά επίπεδα χολερυθρίνης στον ορό αντικατοπτρίζουν μιά ισορροπία μεταξύ της παραγωγής και απέκκρισης της χολερυθρίνης, ενώ τα επίπεδα της χολερυθρίνης είναι αυξημένα είτε ως αποτέλεσμα της αύξησης της παραγωγής χολερυθρίνης είτε λόγω μειωμένης ηπατικής λειτουργίας. Η ολική χολερυθρίνη του ορού αποτελείται από δύο κλάσματα την άμεση και την έμμεση χολερυθρίνη. Η αύξηση της έμμεσης χολερυθρίνης στον ορό είναι αποτέλεσμα είτε υπέρμετρης παραγωγής χολερυθρίνης (αιμόλυση, μη αποδοτική ερυθροποίηση), είτε μειωμένης δέσμευσής της (σύνδρομο Gilbert ή σύνδρομο Crigler Najjar), είτε μειωμένης ηπατικής πρόσληψης χολερυθρίνης (καρδιακή ανεπάρκεια, πυλαιοσυστηματική διαφυγή αίματος). Η αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης είναι αποτέλεσμα είτε ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας είτε απόφραξης των χοληφόρων οδών.

Φ.Τ. total 1.1-1.2 mg/dL
 direct 0.1-0.4 mg/dL
 indirect 0.2-0.7 mg/dL

Β. Χολικά οξέα. Παράγονται στο ήπαρ και απεκκρίνονται στην χολή όπου χρησιμεύουν για την πέψη και απορρόφηση των λιπιδίων. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, τα χολικά οξέα ακολουθούν τον εντεροπατικό κύκλο. Έτσι, μετά την απέκκρισή τους από την χολή, επαναρροφούνται από το λεπτό έντερο, διαχέονται από το αίμα της πυλαίας φλέβας και ξαναεκκρίνονται στην χολή. Ηπατική δυσλειτουργία μικρού βαθμού έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των χολικών οξέων στον ορό. Η μέτρηση των επιπέδων των χολικών οξέων

στον ορό μετά από νηστεία και μετά από γεύμα είναι χρήσιμη στην ανίχνευση ήπιας ηπατικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς στους οποίους οι άλλες εξετάσεις είναι είτε φυσιολογικές, είτε ελαφρώς διαταρασμένες.

III. ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

A. Αλβουμίνες. Οι λευκωματίνες συντίθενται στο ήπαρ και αντικατοπτρίζουν τα επίπεδα πρωτεΐνης στον ορό. Ελλατωμένα επίπεδα λευκωματίνης στον ορό συνήθως εμφανίζονται σε μετρίου βαθμού έως σοβαρές χρόνιες νόσους του ήπατος. Ο μεγάλος όμως χρόνος ημιζωής της λευκωματίνης στον ορό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται φυσιολογικά επίπεδα αλβουμίνης σε οξείες ηπατικές νόσους. Η ελάτωση των επιπέδων της στον ορό δεν είναι ενδεικτικό ηπατικής δυσλειτουργίας και μπορεί να παρουσιάζεται σε πολλές άλλες καταστάσεις όπως υποθρεψία και νεφρικές νόσους.

Φ.Τ. 3.5-4.5 gr/dl.

B. Παράγοντες πήξεως. Όλοι οι παράγοντες πήξεως του αίματος εκτός από τον παράγοντα VIII συντίθενται από το ήπαρ. Η σύνθεση των παραγόντων II, VII, IX και X είναι εξαρτώμενη από την βιταμίνη K. Η επάρκεια της συνθετικής λειτουργίας του ήπατος μπορεί να υπολογιστεί από την μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης (PT) η οποία καθορίζει την αλληλεπίδραση των παραγόντων II, V, VII και X. Σε παρουσία σοβαρής ηπατικής βλάβης η παράταση του χρόνου προθρομβίνης συμβαίνει σαν αποτέλεσμα είτε της μειωμένης παραγωγής παραγόντων πήξεως, είτε λόγω ανεπάρκειας της βιταμίνης K. Η βελτίωση του PT που ακολουθεί την χορήγηση βιταμίνης K είναι ενδεικτικό της ανεπάρκειας της βιταμίνης.

Φ.Τ. PT 11.0-14.0 seconds

IV. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΚΑΘΑΡΣΕΩΣ (CLEARANCES)

Με τις δοκιμασίες αυτές υπολογίζεται η λειτουργική ικανότητα των ηπατικών κυττάρων. Η αρχή αυτών των δοκιμασιών στηρίζεται στο ότι ορισμένες ουσίες προσλαμβάνονται εκλεκτικά από το ήπαρ. Οι κυριώτερες χρωστικές που προσλαμβάνονται από το ήπαρ και απεκκρίνονται από την χολή είναι η βρωμοσουλφοφθαλείνη, το πράσινο της ινδοκυανίνης και το ερυθρό της Βεγγάλης.

A. Βρωμοσουλφοφθαλείνη (BSP). Η δοκιμασία αυτή συνίσταται στην

χορήγηση 5 mg BSP/kgx βάρους σώματος και στον προσδιορισμό της κατακράτησής της στο αίμα ύστερα από 30 ή 45 λεπτά της ώρας. Φυσιολογικά, ύστερα από 30 λεπτά της ώρας το ποσό που κατακρατείται είναι κάτω του 10% ενώ ύστερα από 45 λεπτά κάτω του 3-4%. Σε εμφάνιση αυξημένων ποσών BSP, υποδηλώνεται ηπατική βλάβη. Η δοκιμασία BSP εξαρτάται από την λειτουργική ικανότητα του ηπατοκυττάρου αλλά και από την ηπατική κυκλοφορία. Μείωση της ηπατικής κυκλοφορίας από ποικίλλα αίτια (καρδιακή ανεπάρκεια , shock κλπ) επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα της δοκιμασίας B. Πράσινο της ινδοκυανίνης. Η χρωστική αυτή χορηγούμενη ενδοφλεβίως, δεσμεύεται από τα ηπατικά κύτταρα και αποβάλλεται μόνο με την χολή. Το πράσινο της ινδοκυανίνης, εκτός από την ευαισθησία του στην εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας του ηπατοκυττάρου, φαίνεται να πλεονεκτεί της BSP και στον ακριβή προσδιορισμό του όγκου του πλάσματος που διέρχεται από το ήπαρ στην μονάδα του χρόνου.

Εκτός από αυτές τις βιοχημικές εξετάσεις για την εκτίμηση της λειτουργίας του ήπατος, υπάρχουν και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για την εκτίμηση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες θα αναφερθούν επιγραμματικά.

Αυτές είναι: η εκλεκτική αρτηριογραφία, ο σπινθηρογραφικός έλεγχος του ήπατος, η υπερηχοτομογραφία του ήπατος και τέλος η δισυδερμική βιοψία του ήπατος. Αυτές δεν θα αναφερθούν λεπτομερειακά εδώ γιατί ξεφεύγουν από το αντικείμενο της εργασίας.

ΗΠΑΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΧΟΛΙΚΩΝ ΟΞΕΩΝ

Τα χολικά οξέα είναι τα κυριότερα προϊόντα του μεταβολισμού της χοληστερόλης. Η συνεχής μετατροπή της χοληστερόλης σε χολικά οξέα στο ήπαρ είναι ο κυριότερος τρόπος με τον οποίο αποφεύγεται η υπερφόρτωση των ιστών σε χοληστερόλη. Τα χολικά οξέα που συναντώνται στον άνθρωπο είναι: χολικό, δεοξυχολικό, χηνοδεοξυχολικό και λιθοχολικό οξύ. Χολικό και χηνοδεοξυχολικό είναι τα πρωτογενή οξέα, δηλαδή γίνονται από την χοληστερόλη στο ήπαρ. Δεοξυχολικό και λιθοχολικό είναι δευτερογενή και γίνονται στο έντερο από τα πρωτογενή χολικά οξέα με την δράση βακτηριακών ενζύμων. Το μεγαλύτερο μέρος των χολικών οξέων που

βρίσκονται στο έντερο απορροφάται στην νήστιδα και στο κόλον με παθητική διάχυση, και κυρίως στον ειλεό με ενεργητική μεταφορά. Έτσι, μετά την απορρόφησή τους, πρωτογενή και δευτερογενή οξέα περνούν στην πυλαία κυκλοφορία και μεταφέρονται συνδεδεμένα με την αλβουμίνη του ορού στο ήπαρ. Εκεί συνδέονται με γλυκίνη και ταυρίνη και απεκκρίνονται ξανά προς το έντερο. Η ανακύκλωση αυτή συνιστά την εντεροηπατική κυκλοφορία των χολικών οξέων. Περίπου 15-30 gr/ημέρα χολικά οξέα περνούν από το ήπαρ στο έντερο και το μεγαλύτερο μέρος ανακυκλώνεται με την εντεροηπατική κυκλοφορία. Μόνο ένα μικρό κλάσμα, περίπου 300 mg/ημέρα, χάνεται με τα κόπρανα. Αυτό το ποσό αντικαθίσταται με καθημερινή σύνθεση χολικών από χοληστερόλη στο ήπαρ.

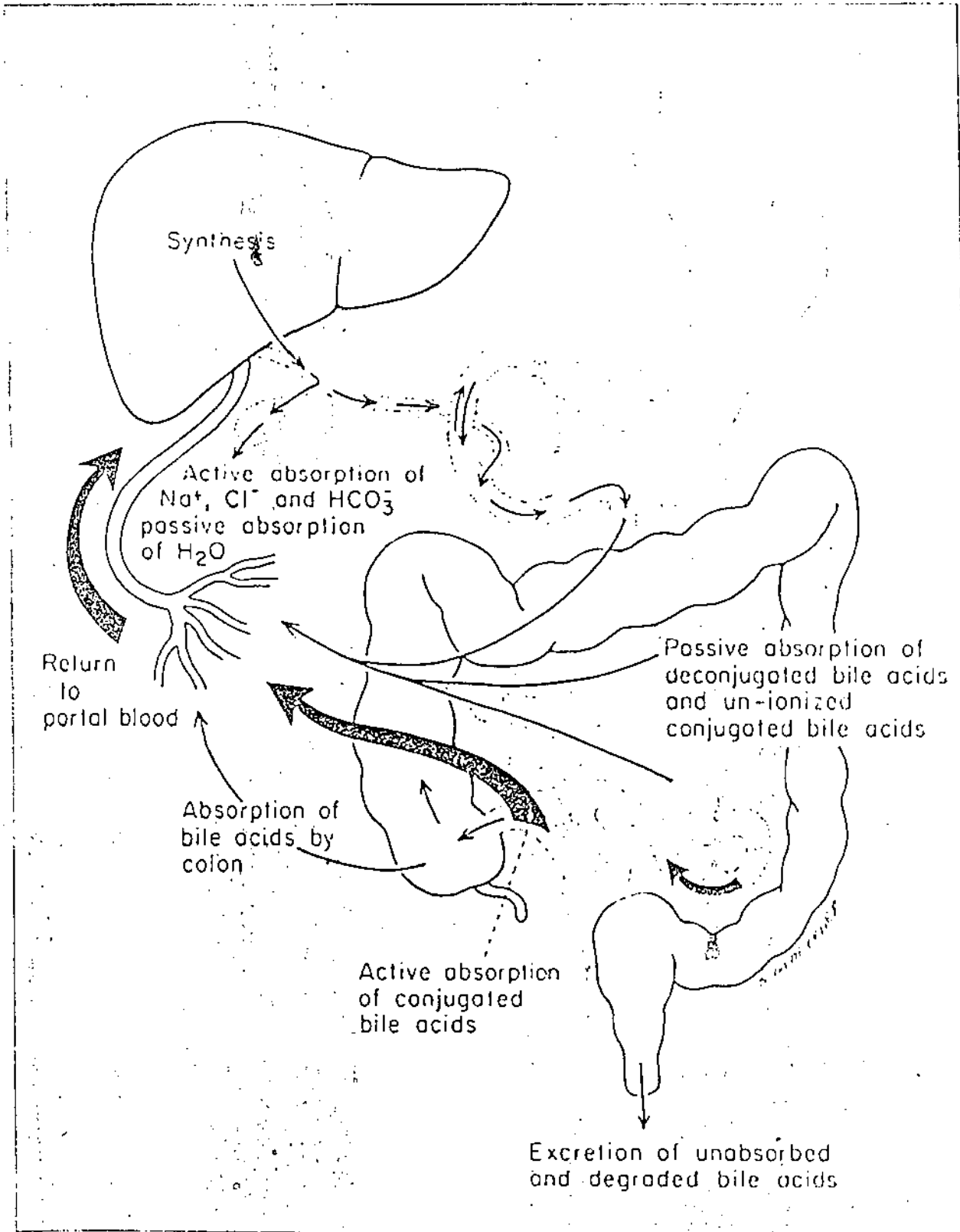
Η παραγωγή των χολικών οξέων εξαρτάται από το ποσό των χολικών που ξαναγυρίζουν στο ήπαρ με την εντεροηπατική κυκλοφορία. Έτσι η παραγωγή χολικών ελαττώνεται όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό των χολικών που επιστρέφει στο ήπαρ. Ακόμα το χηνοδεοξυχολικό οξύ αναστέλλει την βιοσύνθεση της χοληστερόλης στο ήπαρ.

Τέλος, η βιοσύνθεση χολικών ρυθμίζεται και από την ποσότητα της χοληστερόλης που απορροφάται από το έντερο και φτάνει στο ήπαρ. Έτσι, όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό της χοληστερόλης που απορροφάται από το έντερο τόσο μεγαλύτερη είναι και η παραγωγή χολικών οξέων.

ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Ορισμός. Η κίρρωση του ήπατος είναι συνήθως χρόνια νόσος, η οποία εξελίσσεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα ουσιώδη μορφολογικά χαρακτηριστικά της κίρρωσεως του ήπατος είναι δύο: α) η αύξηση του ινώδους συνδετικού ιστού του ήπατος, και β) η οξώδης αναγέννηση. Οι μηχανισμοί αυτοί προκαλούν προοδευτικό περιορισμό του αγγειακού δικτύου του ήπατος και αποδιοργάνωση της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής του λοβίου. Η προοδευτική αντικατάσταση του φυσιολογικού ηπατικού παρεγχύματος με ινώδη συνδετικό ιστό οδηγεί στην διαταραχή της αιματώσεως του οργάνου με αποτέλεσμα να εμφανίζεται διάχυτη ηπατοκυτταρική νέκρωση. Μερικές φορές όμως, η ύπαρξη ηπατοκυτταρικής νέκρωσης μπορεί να μην είναι εμφανής πάντα - όταν εξετάζεται υλικό ηπατικής βιοψί-

Σχήμα: Εντεροηπατικός κύκλος των χολικών οξέων.



ας -. Το δίκτυο των ουλών των αναγεννημένων ηπατικών μαζών και οι αλλοιώσεις στην ηπατική κυκλοφορία εμφανίζονται δευτερογενώς

ΤΥΠΟΙ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Τα αίτια της κίρρωσης του ήπατος είναι ποικίλλα. Αναλόγως του αιτίου, η κίρρωση μπορεί να ταξινομηθεί σε διάφορους τύπους. Οι κυριότεροι τύποι της κίρρωσης του ήπατος είναι:

- α. Αλκοολική κίρρωση
- β. Μετανεκρωτική κίρρωση
- γ. Χολική κίρρωση (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής)
- δ. Κίρρωση εξ αιμοχρωματώσεως
- ε. Καρδιακή ή συμφροητική κίρρωση και
- ς. Κίρρωση αγνώστου αιτιολογίας.

Παρακάτω θα αναφερθεί κάθε τύπος αναλυτικά.

A. Αλκοολική κίρρωση

Η αλκοολική κίρρωση του ήπατος είναι υποομάδα μιας κατηγορίας νόσων του ήπατος που ονομάζεται αλκοολική νόσος του ήπατος. Ο όρος αλκοολική νόσος του ήπατος χρησιμοποιείται για να περιγράψει το φάσμα των ηπατικών βλαβών που σχετίζονται με τον οξύ ή χρόνια αλκοολισμό. Στην αλκοολική νόσο του ήπατος περιλαμβάνονται τρεις μορφές: α) η αλκοολική λιπώδης εκφύλιση του ήπατος β) η αλκοολική ηπατίτιδα και γ) η αλκοολική κίρρωση. Όσον αφορά την οίτιολογία και την επιδημιολογία της αλκοολικής κίρρωσης θα αναφερθούν τα παρακάτω: Πειραματικές μελέτες τόσο σε φυσιολογικά, όσο και σε αλκοολικά άτομα έδειξαν ότι η αιθανόλη σε μέτριες έως μεγάλες δόσεις προκαλεί ηπατοκυτταρική δυσλειτουργία και λιπώδη διήθηση παρά την πρόσληψη ισορροπημένης διατροφής. Αυτός ο τύπος αλκοολικής βλάβης (αλκοολικό λιπώδες ήπαρ) είναι πλήρως αναστρέψιμος με την διακοπή της λήψης αλκοόλης. Οι περισσότεροι αλκοολικοί με λιπώδες ήπαρ δεν εμφανίζουν αλκοολική ηπατίτιδα ή κίρρωση. Εντούτοις, μερικοί εμφανίζουν μια φλεγμονώδη αντίδραση με ηπατοκυτταρική νέκρωση. Αυτή η αλλοίωση μπορεί να είναι ο πρόδρομος της κίρρωσης. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει τον χρόνια αλκοολισμό ως την μείζονα αιτία της αλκοολικής κίρρωσης. Το ποσοστό θανάτων από κίρρωση ήπατος στις

ΗΠΑ ανέρχεται σε 23.000 άτομα τον χρόνο. Η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας είναι συνεχώς αυξανόμενη, και προς το παρόν είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου σε άτομα της πέμπτης δεκαετίας της ζωής. Η ποσότητα και η διάρκεια προσλήψεως οινοπνεύματος που είναι απαραίτητη για την πρόκληση κίρρωσεως δεν μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια. Ο τυπικός αλκοολικός με κίρρωση έχει καταναλώσει μισό λίτρο ουίσκυ ή περισσότερο, ένα λίτρο κρασιού ή περισσότερο, ή ισοδύναμη ποσότητα μύρας, κάθε μέρα, για δέκα το λιγότερο χρόνια. Ο καθοριστικός παράγοντας είναι η ποσότητα της αιθανόλης, παρά ο τύπος του ποτού.

Εκτός της αυξημένης προσλήψεως οινοπνεύματος, οι περισσότεροι χρόνιαι αλκοολικοί προσλαμβάνουν δίαιτες χαμηλές σε πρωτεΐνη και βιταμίνες λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που επικρατούν κάθε φορά, και έτσι η κακή θρέψη θεωρείται σαν υποβοηθητικός παράγοντας στην εμφάνιση της κίρρωσεως. Αν και η κακή θρέψη αφ'εαυτής δεν οδηγεί σε κίρρωση, ο συνδυασμός χρόνιας προσλήψεως οινοπνεύματος μαζί με μειωμένη θρέψη οδηγεί σε αλκοολική κίρρωση. Αν και το αλκοόλ ασκεί άμεσα τοξικά φαινόμενα στον ηπατικό ιστό, πράγμα που επιδεινώνεται από την ανεπαρκή πρόσληψη πρωτεϊνών από την τροφή, εντούτοις - όπως είπαμε - μόνο το 10-20% των αλκοολικών αναπτύσσει κίρρωση του ήπατος. Ο μηχανισμός αυτός δεν είναι επαρκώς γνωστός επί του παρόντος. Η έγκαιρη διακοπή της λήψεως οινοπνεύματος σ'αυτήν την περίπτωση, βοηθά στην σταδιακή αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του ήπατος, και μειώνει θεαματικά τους κινδύνους αναπτύξεως ηπατικής ίνωσης και κίρρωσης.

B. Μετανεκρωτική κίρρωση

Πρόκειται για έναν άλλο τύπο κίρρωσεως του ήπατος, ο οποίος είναι ο συχνότερα εμφανιζόμενος τύπος σε παγκόσμια βάση. Η μετανεκρωτική κίρρωση προσβάλλει τις γυναίκες με την ίδια σχεδόν συχνότητα που προσβάλλει τους άνδρες. Το αίτιο της μετανεκρωτικής κίρρωσης δεν είναι ακόμη γνωστό. Επιδημιολογικές και ορολογικές μελέτες ενοχοποιούν την ιογενή ηπατίτιδα σαν τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα σε πολλές περιπτώσεις. Το 25% των ασθενών με μετανεκρωτική κίρρωση έχει ιστορικό πρόσφατης ή

παλιάς προσβολής από ιογενή ηπατίτιδα. Το 5-20% των ασθενών με μετανεκρωτική κίρρωση έχουν θετικές ορολογικές δοκιμασίες για HBsAg. Λίγοι ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση που σχετίζεται με την ηπατίτιδα Β έχουν αρνητικές δοκιμασίες στο αίμα, αλλά έχουν αντιγόνα της ηπατίτιδας Β στον ηπατικό ιστό. Η ηπατίτιδα non-A και non-B μπορεί να ευθύνεται σε ελάχιστες περιπτώσεις, αλλά η ηπατίτιδα Α δεν θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας.

Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων προέρχεται από δηλητηρίαση με βιομηχανικές ουσίες (φωσφόρος κλπ.), από δηλητήρια (τοξίνη του μανιταριού *Amanita Phalloides*), ή από φάρμακα (α-μεθυλντοπά κλπ.). Τέλος πρόσφατες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι λοιμώξεις, τοξικοί, μεταβολικοί και/ή διαιτητικοί παράγοντες αρχίζουν την μετανεκρωτική διεργασία, και μπορούν να οδηγήσουν σε μετανεκρωτική κίρρωση. Η καταστροφή φαίνεται να εξελίσσεται ως αποτέλεσμα παρόμοιων, επαναλαμβανόμενων ή επίμονων ερεθισμάτων, καθώς επίσης και βάσει μιας "αυτοάνοσης" ηπατοκυτταρικής βλάβης.

Γ. Χολική κίρρωση

Η χολική κίρρωση του ήπατος είναι μια άλλη μορφή κίρρωσης. Η χολική κίρρωση χαρακτηρίζεται από σημεία (κλινικά και χημικά) χρόνιας διαταραχής στην έκκριση χολής και από προοδευτική ηπατική καταστροφή, με κέντρο τα ενδοηπατικά χοληφόρα. Οι διάφορες μορφές της χολικής κίρρωσης προέρχονται από χρόνιες αλλοιώσεις των χοληφόρων πόρων, των μεσολοβίων πόρων και των περιπυλαίων ηπατικών κυττάρων. Η χολική κίρρωση χαρακτηρίζεται σαν πρωτοπαθής όταν η διαδικασία σχετίζεται με φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, και σαν δευτεροπαθής όταν η αιτία οφείλεται σε απόφραξη του χοληδόχου πόρου ή των μεγάλων κλάδων του. Τα σημαντικότερα κλινικά ευρήματα της ελλοιωμένης ηπατικής έκκρισης (λόγω χολόστασης) είναι ο κνησμός, ο προοδευτικός και βαθύς ίκτερος, η στεατόρροια, η εμφάνιση δερματικών ξανθωμάτων, η ηπατομεγάλια και η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης, της χοληστερόλης και των άλλων λιπιδίων. Το αίτιο της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης είναι ακόμη άγνωστο. Η παρατήρηση σε διάφορες μελέτες ότι το 90% των περιπτώσεων απαντά σε γυναίκες μέσης ηλικίας, ενισχύει την ενδοκρινολογική συμβολή. Η έναρξη πάντως της χολικής κίρρωσης μετά

την εισβολή μιας άτυπης ηπατίτιδας, και οι διαταραγμένες ανοσολογικές εξετάσεις, δείχνουν ότι είναι πιθανή η ιογενής προέλευση της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης. Οι διαταραγμένες ανοσολογικές απαντήσεις παίζουν μείζονα ρόλο στην έναρξη και στην εξέλιξη της χρόνιας ηπατικής βλάβης της χολικής κίρρωσης, αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί της βλάβης δεν είναι σαφείς.

Δ. Αιμοχρωμάτωση

Το κυριότερο αίτιο της κίρρωσης του ήπατος λόγω αιμοχρωμάτωσης θεωρείται ότι είναι η εναπόθεση υπερβολικής ποσότητας σιδήρου στο ήπαρ, και η ανάπτυξη ίνωσης. Η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας με σίδηρο είναι η κυριότερη αιτία της εναπόθεσης του σιδήρου στο ήπαρ, και μπορεί να οφείλεται είτε σε αυξημένη απορρόφηση του σιδήρου από το γαστρεντερικό σύστημα (πρωτοπαθής αιμοχρωμάτωση), είτε λόγω υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας με σίδηρο εξαιτίας συχνών μεταγγίσεων, ή χορήγησης Fe παρεντερικώς (δευτεροπαθής αιμοχρωμάτωση). Η εναπόθεση σιδήρου στον ηπατικό ιστό επιπλέκεται με ίνωση του οργάνου και κατά συνέπεια κίρρωση.

Ε. Καρδιακή κίρρωση

Η καρδιακή κίρρωση είναι μια σπάνια επιπλοκή δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας ή σε ασθενείς με συμπίεστική περικαρδίτιδα. Ο μηχανισμός πρόκλησης κίρρωσης του ήπατος από καρδιακή ανεπάρκεια είναι ο εξής:

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια οποιασδήποτε αιτιολογίας, μπορεί να προκαλέσει οξεία παθητική συμφόρηση του ήπατος. Αυτό προκύπτει από την αύξηση της πίεσης στην δεξιά κοιλία, που μεταδίδεται στο ήπαρ μέσω της κάτω κοίλης φλέβας και των ηπατικών φλεβών. Η στάση του αίματος στα ηπατικά κολποειδή, σε συνδυασμό με υποξαιμία ή υπόταση, προκαλεί νέκρωση των ηπατοκυττάρων και κίρρωση του ήπατος. Η οξεία παθητική συμφόρηση του ήπατος που συμβαίνει σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια είναι αναστρέψιμη με την διόρθωση ή την βελτίωση της καρδιακής νόσου.

ΣΤ. Κίρρωση αγνώστου αιτιολογίας

Τέλος, κίρρωση ήπατος μπορεί να παρουσιαστεί σε έναν ασθενή χωρίς κάποια εμφανή αιτία. Η ιδιοπαθής αυτή κίρρωση του ήπα-

τος εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 10% των ασθενών με κίρρωση. Κίρρωση ήπατος - εκτός από τις πιο πάνω κατηγορίες κίρρώσεως - μπορεί να ευρεθεί σε συνδυασμό με τα παρακάτω νοσήματα:

- α. Μεταβολικές διαταραχές όπως γαλακτοζαιμία, κληρονομική δυσανεξία φρουκτόζης, νόσο αποθηκείσεως γλυκαγόνου, συγγενής τυροσιναιμία, ανεπάρκεια α₁ αντιθρυψίνης και σύνδρομο Fanconi.
- β. Λοιμώδη νοσήματα όπως βρουκέλλωση, σχιστοσωμίαση, κυτταρομεγαλοϊός του νεογνού και λοιμώξεις με τοξόπλασμα.
- γ. Διηθητικές νόσοι όπως σαρκοείδωση.
- δ. Γαστρεντερικές διαταραχές όπως χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου και κυστική ίνωση του παγκρέατος, και
- ε. Χημικές δηλητηριάσεις με αλκαλοειδή της πυρολιδιζίνης και με αρσενικό.

Κλινική εικόνα.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της κίρρωσης του ήπατος ποικίλλουν και είναι ανάλογες του τύπου της κίρρώσεως. Σε πολλές περιπτώσεις, οι κλινικές εκδηλώσεις είναι ελάχιστες ή και ελλείπουν τελείως, και ο ασθενής μπορεί να παραμένει ασυμπτωματικός έως ότου κάποια άλλη νόσος ή κατάσταση φέρει τον ασθενή για εξετάσεις. Σε γενικές γραμμές εμφανίζεται ηπατομεγαλία η οποία μπορεί να είναι το μόνο εύρημα που εγείρει την υποψία για την παρουσία κίρρωσεως. Μερικές φορές μαζί με την ηπατομεγαλία συνυπάρχει σπληνομεγαλία. Με την εγκατάσταση της νόσου οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις οφείλονται σε δύο καταστάσεις: στην ηπατική ανεπάρκεια και στην πυλαία υπέρταση. Μερικές από τις εκδηλώσεις είναι μικτής αιτιολογίας (συνδυασμός ηπατικής ανεπάρκειας - πυλαίας υπέρτασης). Για παράδειγμα, ο ασκίτης οφείλεται στο συνδυασμό της πυλαίας υπέρτασης και της υπολευκωματιναιμίας η οποία είναι απότοκο της ηπατικής ανεπάρκειας. Οι αιμορραγίες των κίρσων του οισοφάγου οφείλονται κυρίως στην πυλαία υπέρταση, συντελεί μερικές φορές όμως και η μείωση των παραγόντων πήξεως του αίματος που συντίθενται στο ήπαρ, καθώς επίσης και η θρομβοπενία που οφείλεται στον υπερσπληνισμό. Οι κύριες εκδηλώσεις της ηπατικής ανεπάρκειας είναι:

- α) Καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, δυσπεπτικά ενοχλήματα, απώλεια

βάρους.

β) Ίκτερος λόγω της αδυναμίας προσλήψεως, συζεύξεως και αποβολής της χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο.

γ) Πυρετός.

δ) Ενδοκρινολογικές διαταραχές

ε) Αιμορραγικές εκδηλώσεις

ς) Αναιμία

ζ) Ασκίτης ο οποίος όπως είπαμε παραπάνω είναι μικτής αιτιολογίας [από την υπολευκωματιναιμία η οποία προκαλεί την ελάττωση της κολλοειδωμοτοκικής πίεσης, και από την πυλαία υπέρταση η οποία προκαλεί την αύξηση της τριχοειδικής πίεσης]

η) Νευρολογικές εκδηλώσεις (ηπατική εγκεφαλοπάθεια)

θ) Πληκτροδακτυλία και

ι) (όπως προαναφερθήκαμε) Ηπατομεγαλία.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της πυλαίας υπέρτασης περιλαμβάνουν:

α) Διόγκωση του σπλήνα η οποία είναι αποτέλεσμα της φλεβικής συμφόρησης στην κυκλοφορία του σπλήνα

β) Ασκίτη και

γ) Κίρσους του οισοφάγου.

Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου τίθεται από τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων των ηπατικών ενζύμων. Οι διαταραχές των εργαστηριακών τιμών μπορεί να είναι μικρού ή μεγάλου βαθμού ή και να ελλείπουν τελείως. Οι δοκιμασίες καθάρσεως (clearances) διαφόρων χρωστικών είναι συνήθως παθολογικές. Η λήψη καλού ιστορικού από τον άρρωστο είναι πρωταρχικής σημασίας. Στην λήψη του ιστορικού περιλαμβάνονται η ποσότητα και ο χρόνος λήψεως οινοπνεύματος (σε χρόνιους αλκοολικούς). Τέλος, η διάγνωση θα τεθεί εκ του ασφαλούς με την λήψη ηπατικού τεμοχίου για την διεγέργεια βιοψίας. Οι εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες γίνονται προκειμένου να διαγνωστεί η ηπατική δυσλειτουργία έχουν αναφερθεί εκτεταμένα σε προηγούμενο κεφάλαιο. Εδώ θα αναφερθούν επιγραμματικά. Αυτές είναι:

- Μέτρηση ηπατικών ενζύμων του ορού [αμινοτρανσφεράσες, αλκαλική φωσφατάση, γ γλουταμινική τρανσπεπτιδάση, 5 νουκλεοτιδάση].

- Εκτίμηση της απεκκριτικής λειτουργίας του ήπατος [χολερυθρίνη χολικά οξέα].
- Εκτίμηση της συνθετικής λειτουργίας του ήπατος [αλβουμίνες, παράγοντες πήξεως του αίματος].
- Δοκιμασίες καθάρσεως [BSP, πράσινο της ινδοκυανίνης, ερυθρό της Βεγγάλης].

Πρόληψη κίρρωσεως - Θεραπεία

Η θεραπεία είναι ανάλογη του είδους και του τύπου της κίρρωσης. Σε περιπτώσεις στις οποίες η κύρια αιτία της κίρρωσεως του ήπατος είναι κάποια άλλη νόσος, είναι απαραίτητη η σωστή διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Η πλήρης διόρθωση κάθε μηχανικής απόφραξης στην ροή της χολής, η θεραπεία της υποκείμενης καρδιαγγειακής νόσου και ο έλεγχος των επιπέδων σιδήρου στο περιφερικό αίμα είναι τα σημαντικότερα βήματα στην πρόληψη και στη θεραπεία της δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσεως, της καρδιακής κίρρωσεως και της κίρρωσεως από αιμοχρωμάτωση αντίστοιχα.

Σε περιπτώσεις όπου η αρχική αιτία της νόσου σπάνια διαπιστώνεται ή θεραπεύεται, όπως στην περίπτωση της μετανεκρωτικής κίρρωσης, η θεραπεία είναι συντηρητική με την εξασφάλιση επαρκούς αναπαύσεως, έλεγχο του ασκίτη, αποφυγή φαρμάκων ή μεγάλης προσλήψεως πρωτεΐνης (η οποία μπορεί να προκαλέσει ηπατικό κώμα), γρήγορη αναγνώριση και αντιμετώπιση των λοιμώξεων, χειρουργική θεραπεία της πυλαίας υπέρτασης και πρόληψη της επικίνδυνης κίρρωσης.

Η αποφυγή λήψεως οινοπνεύματος και ηπατοτοξικών φαρμάκων, καθώς επίσης και μια σωστή, ισοσταθμισμένη και επαρκής σε απαραίτητα θρεπτικά συστατικά δίαιτα είναι τα ενδεικνυόμενα μέτρα για την θεραπεία της αλκοολικής κίρρωσης.

Β Μ Ε Ρ Ο Σ
(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ)

Η κίρρωση του ήπατος είναι μια χρόνια νόσος, κατά την διαδρομή της οποίας βλάπτεται ένα όργανο που είναι σημαντικό για την διατήρηση της ζωής του ανθρώπινου οργανισμού. Γι' αυτό το λόγο, καταστάσεις που μπορούν να αποβούν επικίνδυνες για την ακεραιότητα του οργάνου, πρέπει να αναγνωρίζονται γρήγορα και να αντιμετωπίζονται ανάλογα. Η αναγνώριση των επιπλοκών της νόσου θα πρέπει να είναι άμεση, έτσι ώστε η πρόληψή τους να αποβεί σωτήρια για την ζωή του ασθενούς.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς είναι βασικής σημασίας, και τα πρώτα σημεία της ηπατικής δυσλειτουργίας πρέπει να γίνονται γρήγορα αντιληπτά για την έγκαιρη πρόληψη της ηπατικής βλάβης.

Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου γίνεται από διάφορες πηγές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής. Οι πληροφορίες σχετικά με την γενική κατάσταση μπορούν να ληφθούν είτε από τον ίδιο τον άρρωστο, είτε από τους συγγενείς του, είτε από άλλα άτομα του περιβάλλοντός του, είτε από ιατρικά και νοσηλευτικά δελτία. Η λήψη ενός ιστορικού υγείας είναι απαραίτητη για έναν άρρωστο που παρουσιάζει φαινόμενα ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας. Η λήψη του ιστορικού θα πρέπει να γίνεται με ακρίβεια και προς όλες τις κατευθύνσεις.

Η χρήση οινόπνευματος θα πρέπει να ερευνηθεί ιδιαίτερος, και η ύπαρξη ιστορικού ηπατικής λοίμωξης και νόσου των χοληφόρων οδών πρέπει να διαπιστώνονται με ακρίβεια. Μεγάλη σημασία δίνεται στην ύπαρξη από παλιά, καρδιακών προβλημάτων, μεταβολικών ανωμαλιών και γαστρεντερολογικών διαταραχών, επειδή η ύπαρξή τους σχετίζεται με την παθογένεια μερικών τύπων κίρρωσεως [καρδιακή κίρρωση, αιμοχρωμάτωση]. Η λήψη φαρμάκων που μπορούν να εμφανίσουν ηπατοτοξική βλάβη, και η έκθεση του αρρώστου σε χημικές ουσίες θα πρέπει να γίνεται γνωστή κατά την λήψη του ιστορικού. Σημαντική είναι και η διαπίστωση για τυχόν εμφάνιση ικτερικής χροιάς του δέρματος και των επιπεφυκότων, οιδήματος

των κάτω άκρων, μεταβολές στο χρώμα των κοπράνων και των ούρων και κνησμού. Κάθε σύμπτωμα από αυτά, τεθείσης της διαγνώσεως, μπορεί να υποδηλώνει την αιτιολογία της κίρρωσεως. Ετσι, το οίδημα των κάτω άκρων είναι υποδηλωτικό της καρδιακής κίρρωσης, ο κνησμός της χολικής, ο αποχρωματισμός των κοπράνων και η υπέρχρωση των ούρων επίσης της χολικής κλπ.

Κατά την προσέλευσή του στο εξωτερικό ιατρείο, ο άρρωστος θα πρέπει να παρατηρείται για την εμφάνιση των σημείων της ηπατικής βλάβης. Η παρατήρηση των σημείων ηπατικής κίρρωσης είναι πολλές φορές δύσκολη, και οι μεταβολές στην φυσική κατάσταση του αρρώστου παρουσιάζονται όψιμα, κι αυτό γιατί - όπως είπαμε στην αρχή - το ήπαρ διατηρεί την λειτουργικότητά του ακόμα κι αν χασθεί το 75-80% της μάζας του. Οι αλλαγές στην φυσική κατάσταση του ασθενούς ποικίλλουν. Η απώλεια βάρους είναι μια παράμετρος η οποία πρέπει να ελεγχθεί κατά την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης. Η επιφάνεια του δέρματος και οι βλεννογόνοι θα πρέπει να ελέγχονται για την εμφάνιση σημείων κίρρωσης. Ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων είναι σημείο ηπατικής δυσλειτουργίας. Η παρουσία πετεχειών και μωλώπων μπορεί να υποδηλώνει διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, συνέπεια ηπατοκυτταρικής βλάβης (έλλειψη βιταμίνης Κ, η οποία έχει αιμοπηκτική δράση και που συνθέτει το ήπαρ σε μειωμένες ποσότητες σε ύπαρξη βλάβης του). Η ύπαρξη αλωπεκίας και γυναικομαστίας στους άνδρες μπορεί επίσης να υποδηλώνει παθολογική λειτουργία του ήπατος, λόγω του μειωμένου καταβολισμού των οιστρογόνων από το ήπαρ. Οι παλάμες ελέγχονται για παλαμιαίο ερύθημα, πληκτροδακτυλία και ούσπαση του Dupuytren. Η γλώσσα ελέγχεται για ερυθρότητα και οίδημα. Ο προσεκτικός έλεγχος της κοιλιάς είναι επίσης σημαντικός. Η κοιλιά ελέγχεται για την ύπαρξη ασκίτη και για διευρύνσεις των περιτομφαλικών φλεβών, οι οποίες είναι συχνές σε περιπτώσεις κίρρωσης λόγω της πυλαίας υπέρτασης (κεφαλή της μέδουσας). Διευρύνσεις μπορεί να υπάρχουν και στις φλέβες του πρωκτού με αποτέλεσμα την εμφάνιση αιμορροΐδων, γι' αυτό και πρέπει να γίνεται έλεγχος της περιοχής. Λόγω της αύξησης των επιπέδων των οιστρογόνων στο αίμα μπορεί να εμφανιστεί ορχική

ατροφία. Τέλος, κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς μπορεί να διαπιστωθεί διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα.

Κατά την φυσική εξέταση θα πρέπει να εκτιμηθεί σωστά η κατάσταση του αρρώστου προκειμένου να τεθεί γρήγορα η διάγνωση και να αρχίσει η θεραπευτική αγωγή. Οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι εξετάσεις καθάρσεως διαφόρων ουσιών έχουν αναφερθεί παραπάνω, και δεν θα γίνει λόγος εδώ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ο άρρωστος με κίρρωση ήπατος παρουσιάζει μια πληθώρα προβλημάτων, τα οποία μερικές φορές μπορεί να απειλήσουν την ζωή του, λόγω της ζωτικότητας του οργάνου. Τα κυριότερα προβλήματα του αρρώστου με κίρρωση, τα οποία προέρχονται από την ίδια την νόσο είναι τα εξής:

- Διαταραχές του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών
- Κακή διακίνηση οξυγόνου
- Θρεπτικό και ενεργειακό ανισοζύγιο
- Προβλήματα οξυγόνωσης
- Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς
- Κνησμός
- Λοιμώξεις
- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου

Τέλος, το σημαντικότερο (ως πρόβλημα του ασθενούς, είναι η εμφάνιση επιπλοκών, σοβαρών για την ζωή του αρρώστου. Οι επιπλοκές αυτές είναι τρεις: Η **πυλαία υπέρταση** με τις συνέπειές της, ο **ασκίτης** και η **ηπατική εγκεφαλοπάθεια**.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του αρρώστου και η προαγωγή της ανέσεως του.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου με κίρρωση του ήπατος είναι ένα άλλο σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας του ηπατοπαθούς και μπορεί να τον βοηθήσει κατά πολύ να αναλάβει. Εκτός όμως από αυτά, υπάρχουν και οι μακροπρόθεσμοι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας, που συνίστανται στην πρόληψη των επιπλοκών, και ακόμα πιο μακροπρόθεσμα στην διακοπή της κατάχρησης

οινοπνεύματος.

Παρακάτω αναλύονται χωριστά τα προβλήματα του ασθενούς και η αντιμετώπιση καθενός από αυτά.

- Διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών.

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα των ασθενών με ηπατική κίρρωση, είναι οι διαταραχές του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Η κυριότερη διαταραχή στην ρύθμιση του όγκου του ύδατος, είναι η κατακράτηση ύδατος. Η κατακράτηση νερού εμφανίζεται με την μορφή ασκίτη και οιδήματος, καθώς και με την μορφή υδροθώρακα. Η αιτία της κατακράτησης νερού στον διάμεσο χώρο και της περιουλλογής του σε διάφορες κοιλότητες του σώματος είναι η πυλαία υπέρταση, η υποπρωτεΐναιμία και η κατακράτηση νατρίου και νερού από τους νεφρούς. Η κατακράτηση ύδατος από τον οργανισμό είναι μια σοβαρή περίπτωση η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει αυτό το πρόβλημα είναι: Παρακολουθείται συνεχώς για την εμφάνιση σημείων κατακράτησης ύδατος. Οίδημα σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος (κυρίως στα οφθαλμά), μπορεί να δηλώνει την παρουσία αυτής της καταστάσεως. Γίνεται προσεκτική καταγραφή, από το νοσηλευτικό προσωπικό, των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών. Η διαφορά στις τιμές αυτών των δύο παραμέτρων θα πρέπει να τείνει προς το μηδέν, δηλαδή η πρόσληψη υγρών από τον άρρωστο θα πρέπει να είναι ανάλογη της αποβολής των από τον οργανισμό. Η κύρια οδός αποβολής των υγρών από τον οργανισμό είναι τα ούρα. Επομένως θα πρέπει να ελέγχεται σχολαστικά η διούρηση του αρρώστου. Σε περίπτωση που ο άρρωστος έχει μειωμένη διούρηση σε σχέση με τα προσλαμβανόμενα υγρά, σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να δίνονται διουρητικά για την προαγωγή της. Σε αυτές τις περιπτώσεις χορηγούνται νατριοδιουρητικά όπως η οπιρονολακτόνη. Εκτός όμως από τα ούρα, απώλεια ύδατος έχουμε και με τον ιδρώτα, με την αναπνοή, με τους εμέτους και με τις διάρροιες. Οι ποσότητες ύδατος που χάνονται με τον ιδρώτα και την αναπνοή είναι ελάχιστες σε σχέση με αυτές που χάνονται με τα ούρα. Θα πρέπει όμως να συνυπολογίζονται με προσέγγιση, και να καταγράφονται στο δελτίο με τα αποβαλλόμενα υγρά. Σε περι-

πτώσεις εμέτων και διάρροιας, εκτός από την απώλεια νερού έχουμε και απώλεια καλίου, οπότε σε σοβαρές καταστάσεις μπορεί να επιπλοκούν με σοβαρή υποκαλιαιμία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι διάρροιες και οι έμετοι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Η αντιμετώπιση των εμέτων συνίσταται στην χορήγηση ηρεμιστικών-κατευναστικών και γαστροκινητικών φαρμάκων (μετοκλοπραμίδης). Σε περιπτώσεις όπου παρουσιάζεται έμετος, η χορήγηση της τροφής θα πρέπει να γίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα για να μην αισθάνεται ο άρρωστος βάρος στο στομάχι. Ο καλοσερβρισμένος δίσκος ανοίγει την όρεξη του ασθενούς και κάνει πιο ευχάριστη την λήψη της τροφής. Κατά την ώρα του φαγητού, οι συζητήσεις με δυσάρεστο περιεχόμενο θα πρέπει να αποφεύγονται ώστε να μην προκαλείται στον ασθενή τάση για έμετο. Οι διάρροιες αντιμετωπίζονται με την χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων και με την χορήγηση τροφής φτωχής σε κυτταρίνη και φυτικές ίνες. Και στις δύο περιπτώσεις θα πρέπει να χορηγούνται τροφές πλούσιες σε κάλιο, για την αναπλήρωση του καλίου που έχει χαθεί από τους εμέτους και τις διάρροιες. Το βάρος του ασθενούς μετριέται καθημερινά, και είναι ένας καλός δείκτης για τον έλεγχο της επαρκούς ή μη διούρησης και για τον έλεγχο της κατακράτησης του ύδατος. Σε μερικές περιπτώσεις, μετριέται και η περιφέρεια της κοιλιάς, για να γίνει αντιληπτή η συγκέντρωση υγρού στον περιτοναϊκό χώρο (ασκίτης). Σε γενικές γραμμές, για τον έλεγχο αυτού του προβλήματος, θα πρέπει να γίνει περιορισμός των προσλαμβανόμενων υγρών από τον ασθενή και να ακολουθηθεί δίαιτα αυστηρά φτωχή σε νάτριο. Περισσότερες λεπτομέρειες όμως θα αναφερθούν στο κεφάλαιο που αναφέρεται στην αύξηση του περιτοναϊκού υγρού (ασκίτης).

- Κακή Διακίνηση οξυγόνου

Η κακή διακίνηση οξυγόνου παρουσιάζεται πολλές φορές σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος. Η αναιμία που συνοδεύει αυτή την κατάσταση είναι επακόλουθο δύο κύριων αιτιών. Από την μια μεριά οφείλεται σε αυξημένη απώλεια αίματος λόγω διαταραχής της πήκτικότητάς του που συμβαίνει σε αυτούς τους ασθενείς. Εξαιτίας της βλάβης των ηπατικών κυττάρων, η βιταμίνη K η οποία είναι

ένας από τους παράγοντες πήξεως του αίματος και συντίθεται κατ' εξοχήν στο ήπαρ, παράγεται σε μειωμένες ποσότητες. Έτσι, σε περιπτώσεις αιμορραγίας, το αίμα αργεί να πήξει και έχουμε αυξημένη απώλεια αίματος. Από την άλλη μεριά, η αναιμία οφείλεται σε αυξημένη καταστροφή των αιμοπεταλίων λόγω υπερσπληνισμού. Τα αιμοπετάλια παγιδεύονται και καταστρέφονται σε μεγάλες ποσότητες από τα κύτταρα του ΔΕΣ του σπλήνα (όσο μεγαλύτερη η διάγκωση του οργάνου, τόσο περισσότερα αιμοπετάλια παγιδεύονται και καταστρέφονται). Έτσι, σε καταστάσεις υπερσπληνισμού, λόγω της πτώσης του αριθμού των αιμοπεταλίων, οποιαδήποτε αιμορραγία μπορεί να επιφέρει αυξημένη απώλεια αίματος, και κατά συνέπεια αναιμία. Τα πράγματα είναι ακόμη σοβαρότερα αν η πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων επιπλακεί με διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη. Στην περίπτωση αυτή οι παράγοντες πήξεως του αίματος καταναλώνονται λόγω της ενδοαγγειακής πήξεως, και σε συνδυασμό με την θρομβοπενία, οποιαδήποτε αιμορραγία (έστω και ελάχιστη) μπορεί να αποβεί θανατηφόρα για την ζωή του ασθενούς. Ο άρρωστος παρακολουθείται για συμπτώματα αναιμίας όπως κόπωση, αδυναμία, καταβολή, πτώση του αιματοκρίτη. Σε διαπίστωση πλημμελούς οξυγόνωσης των ιστών συνίστανται τα ακόλουθα: ο άρρωστος συμβουλεύεται να αναπαυθεί και να αποφεύγει τις έντονες μυϊκές ασκήσεις. Με την εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης αναλαμβάνει τις δυνάμεις του και ανακουφίζεται από τα συμπτώματα. Το καλύτερο είναι η παραμονή του στο κρεβάτι έως ότου επανέλθει ο αιματοκρίτης σε φυσιολογικά επίπεδα. Η αποφυγή της μυϊκής άσκησης συνίσταται ώστε να μειωθούν οι ανάγκες της περιφέρειας σε οξυγόνο οι οποίες είναι αυξημένες σε μεγάλη δραστηριότητα του αρρώστου. Η δίαιτα του αρρώστου πρέπει να είναι τέτοια ώστε να βοηθάει την αύξηση του Ht. Συγκεκριμένα, ο άρρωστος θα πρέπει να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες και σίδηρο. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητο συστατικό για την σύνθεση της σφαιρίνης ενώ ο σίδηρος είναι απαραίτητο συστατικό για την σύνθεση της αιμης. Εξάλλου να μην ξεχνάμε ότι οι ανάγκες σε σίδηρο σε άτομα με κίρρωση είναι αυξημένες λόγω του ότι η εναποθηκευτική ιδιότητα του οργάνου για τον σίδηρο χάνεται λόγω καταστροφής του ιστού. Για την

πρόληψη τυχόν αιμορραγιών που μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια αίματος και κατά συνέπεια σε κόπωση και αναιμία, είναι απαραίτητη η αποφυγή κακώσεων και τραυμάτων από μέρους του ασθενούς. Οι ενδομυϊκές και οι υποδόριες ενέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί αν υπάρχει θρομβοπενία και ένδεια παραγόντων πήξεως του αίματος (βιταμίνη Κ), η κατάσταση μπορεί να επιπλακεί με αιμορραγία. Σε ανεπάρκεια βιταμίνης Κ γίνεται εξωγενής χορήγησή της στον άρρωστο. Αν η κατάσταση της πλημμελούς οξυγονώσεως των ιστών δεν ανακουφίζεται με συντηρητικά μέτρα (όπως αναφέρθηκα παραπάνω), τότε θα πρέπει να χορηγούνται στον άρρωστο προϊόντα του αίματος [και κυρίως ερυθρά αιμοσφαίρια]. Τέλος, σε περιπτώσεις σοβαρής εξαντλήσεως και μυικής αδυναμίας, οι οποίες καθλώνουν τον ασθενή στο κρεβάτι, χρειάζεται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα για την πρόληψη της εμφανίσεως κατακλίσεων σ' αυτούς τους αρρώστους. Η λήψη μέτρων είναι ζωτικής σημασίας γιατί από αυτό κρίνεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας για την οποία είμαστε όλοι μας υπεύθυνοι.

- Θρεπτικό και ενεργειακό ανισοζύγιο

Το ενεργειακό ανισοζύγιο είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που ενεργούν από κοινού. Η κυριότερη αιτία αυτού του είδους του ανισοζυγίου είναι η κακή θρέψη των ασθενών. Ειδικότερα σε αλκοολικούς ασθενείς, η λήψη οινοπνεύματος συνοδεύεται από μειωμένη θρέψη, χωρίς την πρόσληψη των απαραίτητων συστατικών για την αποθήκευση ενέργειας. Ο έμετος και η ναυτία που συνοδεύουν ορισμένους τύπους κιρρώσεως είναι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν στον άρρωστο άρνηση λήψεως τροφής με το ίδιο αποτέλεσμα. Η κακή απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από το έντερο είναι ένας άλλος παράγοντας που οδηγεί σε διαταραχές του θρεπτικού και ενεργειακού ισοζυγίου του ασθενή. Τέλος, ένας σημαντικότατος παράγοντας που είναι υπεύθυνος γι' αυτήν την κατάσταση, είναι η ίδια η νόσος του ήπατος που εξαιτίας της δεν γίνεται σωστή χρησιμοποίηση των θρεπτικών συστατικών, αφού το κυριότερο όργανο του μεταβολισμού νοσεί. Η αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής επιβάλλει την εφαρμογή δίαιτας υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και σε θερμίδες (πρωτεΐνη 1 gr/kgρ βάρους

σώματος και 2.000-3.000 cal/24ωρο) εφόσον όμως δεν υπάρχουν επιπλοκές από το νευρικό σύστημα. Η διαίτα αυτή χορηγείται σε 3-4 μικρά γεύματα, με ενδιάμεση χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων. Σε περίπτωση μεγάλης ελλείψεως θρεπτικών συστατικών, μπορούν να δοθούν και ενδοφλέβια σκευάσματα αυτών των συστατικών όπως η πρωτεΐνη, οι βιταμίνες, τα ανόργανα άλατα κλπ. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να τρώει ότι του προσφέρεται στην διαίτά του, ενώ τα άτομα του περιβάλλοντός του προσπαθούν να του ενισχύσουν την όρεξή του. Σε περίπτωση εμφάνισης ναυτίας και εμέτου, καταστάσεις που προκαλούν την άρνηση λήψεως τροφής, η ναυτία και ο έμετος αντιμετωπίζονται κατάλληλα με αντιεμετικά φάρμακα. Για την ανετότερη λήψη τροφής καλό είναι να γίνεται περιποίηση του στόματος πριν και μετά το φαγητό. Σε προχωρημένες καταστάσεις όπου οι ασθενείς αρνούνται να φάνε, γίνεται χρήση διεγερτικών της όρεξης φαρμάκων. Σε περιπτώσεις όπου η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από το έντερο γίνεται ανεπαρκώς, τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά χορηγούνται παρεντερικώς δια μέσου ενδοφλεβίου καθετήρα στην άνω κοίλη φλέβα. Στα παραπάνω πρέπει να επισημάνουμε ότι σε περίπτωση εμφάνισης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, η λήψη διαίτας πλούσιας σε πρωτεΐνη απαγορεύεται, και η πρωτεΐνη της διαίτας περιορίζεται στο ελάχιστο. Τέλος, πρέπει να γίνεται διδασκαλία του αρρώστου πάνω στο θέμα του διαιτολογίου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής θρέψη. Προσπάθειες καταβάλλονται από τα άτομα του περιβάλλοντός του ώστε να περιοριστεί η χρήση του οινοπνεύματος από τον άρρωστο στο ελάχιστο.

- Προβλήματα οξυγόνωσης

Τα προβλήματα οξυγόνωσης των ιστών οφείλονται σε δύο καταστάσεις: στην πιθανή αναιμία που εμφανίζεται μετά από απώλεια αίματος -όπως αναφέρθηκε παραπάνω-, και στην δυσχέρεια λήψης αναπνοής λόγω του ασκίτη. Σε μεγάλες συγκεντρώσεις ασκίτικου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, έχουμε πίεση του διαφράγματος από την διογκωμένη κοιλότητα με αποτέλεσμα να έχουμε ανεπαρκή έκπτυξή του και κατά συνέπεια αναπνευστική δυσχέρεια. Για την αντιμετώπιση της υποξίας των ιστών που οφείλεται σε απώλεια

αίματος έχουμε αναφερθεί πιο πάνω. Σε παρεμπόδιση της έκπτυξης του διαφράγματος λόγω ασκίτικου υγρού, ο άρρωστος θα πρέπει να τοποθετηθεί καθιστός πάνω στο κρεβάτι (σε θέση ορθόπνοιας). Ετσι βελτιώνεται ο πνευμονικός αερισμός για τον επιπρόσθετο λόγο ότι η πίεση στο διάφραγμα ελαττώνεται επειδή το υγρό λόγω της βαρύτητας κατέρχεται. Η απομάκρυνση του ασκίτικου υγρού είναι ένα άλλο σημαντικό μέτρο για την ανακούφιση της δύσπνοιας, αλλά γι' αυτό θα μιλήσουμε σε άλλο κεφάλαιο της εργασίας.

- Μείωση των δραστηριοτήτων του αρρώστου

Η μείωση των δραστηριοτήτων του αρρώστου είναι απόρροια της κόπωσης που συνοδεύει την μειωμένη οξυγόνωση των ιστών και την ελλιπή θρέψη του αρρώστου. Η απώλεια της μυικής δύναμης του αρρώστου είναι συχνά η πρώτη αιτία για την μείωση των δραστηριοτήτων του. Η εξάντληση ρίχνει τον ασθενή στο κρεβάτι και του μειώνει την κινητικότητά του. Συνέπεια αυτού είναι η απώλεια μυικής μάζας σε προχωρημένες καταστάσεις σκηνόσας. Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με την διόρθωση της τυχόν υπάρχουσας αναιμίας, με την επαρκή θρέψη του αρρώστου και με την παραμονή του στο κρεβάτι για την ανάληψη των δυνάμεών του. Σε κατακεκλιμένους αρρώστους - λόγω μεγάλης κόπωσης - είναι απαραίτητη η λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για την πρόληψη των κατακλίσεων. Το δέρμα των ασθενών ελέγχεται καθημερινά για εμφάνιση ερυθρότητας, που είναι το πρώτο σημείο της βλάβης. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο σημείο το οποίο δέχονται το βάρος του σώματος του ασθενούς. Τέτοια σημεία είναι ο κόκκυγας, οι αγκώνες, η ινιακή χώρα, οι ωμοπλάτες, οι φτέρνες. Η τακτική αλλαγή της θέσεως του ασθενούς πάνω στο κρεβάτι είναι το μέτρο για την πρόληψη των κατακλίσεων. Η καθαριότητα του δέρματος και η διατήρησή του στεγνού και όχι βρεγμένου, είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη των κατακλίσεων που πρέπει να εφαρμόζεται τακτικά από τον νοσηλευτή. Κι αυτό γιατί το δέρμα που είναι υγρό εμφανίζει ελατωμένη αντίσταση στις κατακλίσεις. Η τοπική υπεραιμία των επικίνδυνων περιοχών ελατώνει σημαντικά την νέκρωση αυτών των περιοχών λόγω ελατωμένης αιματώσεως. Βοηθητικά χρησιμοποιούνται διάφορα υποστηρίγματα για την άρση της πίεσεως στις επικι-

νδρες περιοχές όπως ο κόκκυγας. Τέτοια μέσα είναι τα μαξιλάρια οι κουλούρες, οι αεροθάλαμοι κλπ. Ένα άλλο μέτρο για την πρόληψη των κατακλίσεων είναι η χρήση στρώματος νερού. Το στρώμα αυτό είναι το πλέον κατάλληλο μέτρο για αυτές τις περιπτώσεις, αλλά το μεγάλο κόστος του δεν έχει κάνει ευρεία την χρήση του. Καλή επιλογή αποτελούν και οι περιστρεφόμενες κλίνες, αλλά έχουν κι αυτές μεγάλο κόστος και κατά συνέπεια η χρήση τους είναι περιορισμένη. Τέλος, σε κατακεκλιμένους αρρώστους είναι απαραίτητη η εφαρμογή προγράμματος φυσιοθεραπείας για την πρόληψη της απώλειας της κινητικότητας των διαφόρων μυών και για την αποφυγή απώλειας μυϊκής μάζας. Οι κινήσεις που χρησιμοποιούνται είναι οι ενεργητικές, οι παθητικές και οι κινήσεις αντίστασης. Τέλος, με την εφαρμογή της φυσιοθεραπείας, αποφεύγονται οι αγκυλώσεις των αρθρώσεων των κάτω και των άνω άκρων, ιδιαίτερα μετά από μακροχρόνια παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι λόγω αδυναμίας.

- Κνησμός

Ο κνησμός είναι ένα από τα ενοχλητικότερα συμπτώματα, και εμφανίζεται κυρίως σε περιπτώσεις χολικής κίρρωσης. Ο κνησμός είναι ένα σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τον ασθενή γι αυτό και είναι αναγκαία η άμεση αντιμετώπισή του. Για την ανακούφιση του αρρώστου από αυτόν, γίνεται επάλειψη της πάσχουσας περιοχής με αντιισταμινικά και αντικνησώδη φάρμακα. Σε καταστάσεις όπου η τοπική επάλειψη είναι ανεπαρκής, ή όταν υπάρχει γενικευμένο το αίσθημα του κνησμού, τότε τα αντιισταμινικά και αντικνησώδη σκευάσματα χορηγούνται στην ενδοφλέβια μορφή τους. Η τοπική εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων μειώνει κατά πολύ το αίσθημα του κνησμού και ανακουφίζει τον ασθενή. Για να μην ερεθίζεται το δέρμα καλό είναι να μην χρησιμοποιούνται μάλλινα ρούχα ή σκεπάσματα, αλλά υφάσματα που δεν ερεθίζουν το δέρμα. Ο ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει το ξύσιμο του δέρματος για την αποφυγή της επιμόλυνσής της περιοχής. Αντί αυτού, καλό θα είναι να πιέζει την περιοχή με τις ρώγες των δακτύλων του. Τα νύχια του αρρώστου κόβονται προληπτικά για την αποφυγή μόλυνσης της περιοχής σε περίπτωση λύσης της συνεχείας του δέρματος. Οποιαδήποτε λύση

της συνέχειας του δέρματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή σαν τραύμα, να απολυμνάζεται και να γίνεται καθημερινή αλλαγή. Η ξηρότητα του δέρματος που παρατηρείται συνήθως στην περιοχή του κνησμού, διορθώνεται συνήθως με την χρησιμοποίηση μαλακτικής λοσιόν στην περιοχή αυτή, μετά το μπάνιο (κατά την διάρκεια του μπάνιου δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από τον άρρωστο σαπούνι).

- Λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις σε άτομα με κίρρωση του ήπατος δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Αν η παρατηρούμενη ηπατική ανεπάρκεια επιπλακεί με λοίμωξη, τότε επέρχεται γρηγορότερα ο θάνατος του ασθενή. Γι' αυτό το λόγο η προφύλαξη από οποιαδήποτε πηγή μόλυνσης είναι βασικής σημασίας. Ετοι κατά τις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, θα πρέπει να παίρνονται τα στοιχειώδη μέτρα ασηψίας και αντισηψίας. Κατά την φλεβοκέντηση επιτείνουμε την προσοχή μας ώστε να μην μολυνθεί το σημείο του τραύματος, γιατί υπάρχει κίνδυνος μόλυνσεως. Η περιποίηση των τραυμάτων ανήκει στον ίδιο σκοπό. Περιποίηση χρειάζεται και το δέρμα, το οποίο πρέπει να διατηρείται καθαρό και μαλακό. Καλό είναι να επαλείφεται με μαλακτική λοσιόν προκειμένου να αποφευχθούν σκαοίματα και ρωγμές του (τουλάχιστον στις επικίνδυνες περιοχές). Η περιποίηση του στόματος προλαμβάνει την μόλυνση από τα βακτηρίδια που υπάρχουν στην στοματική κοιλότητα του ασθενούς. Για την ελαχιστοποίηση αυτού του κινδύνου, η έκθεση του ασθενούς σε λοιμογόνες πηγές θα πρέπει να αποφεύγεται. Τέλος για την έγκαιρη διάγνωση τυχούσας λοίμωξης και για την έγκαιρη έναρξη της θεραπείας, παρακολουθούνται στενά τα πιθανά σημεία λοίμωξης. Η άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να οφείλεται στην είσοδο στον οργανισμό κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού, και γι' αυτό θα πρέπει να παρακολουθείται στενά.

- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου

Η κίρρωση του ήπατος είναι μια νόσος η οποία έχει βραδεία πορεία. Η έναρξή της συμβαίνει συνήθως πολλά χρόνια πριν από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της. Κι αυτό γιατί, όπως έχουμε πει, το ήπαρ διαθέτει ένα μεγάλο όριο ασφαλείας όσον αφο-

ρά την απώλειο του ηπατικού ιστού, για να φανούν τα πρώτα συμπτώματα ηπατικής ανεπάρκειας. Εφόσον φανούν τα πρώτα σημεία της κίρρωσης του ήπατος, ή των νόσων που μπορούν να οδηγήσουν σε κίρρωση, αρχίζει ένα πρόγραμμα θεραπείας για τον άρρωστο. Πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη κίρρωσης του ήπατος είναι τα άτομα που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος. Η συνεχής χρήση αλκοολούχων ποτών, επιφέρει νέκρωση του ηπατικού κυττάρου, και εμφάνιση κίρρωσης. Η καταπολέμηση του αλκοολισμού είναι ένα απαραίτητο μέτρο για την ελαχιστοποίηση της δημιουργίας της κίρρωσης του ήπατος. Ο άρρωστος με κίρρωση του ήπατος θα πρέπει να αρχίσει ουστηματική αποχή του από την χρήση αιθανόλης. Πολλές φορές όμως η αποχή είναι δύσκολη και η προσπάθεια αποτυγχάνει, λόγω εθισμού από μακροχρόνια χρήση αλκοόλ. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται αποτοξίνωση από το αλκοόλ, η οποία γίνεται σε ειδικά κέντρα που υπάρχουν ανά τον κόσμο. Ένα άλλο πρόβλημα για τον άρρωστο είναι η εφαρμογή ενός διαιτολογίου πλούσιου σε πρωτεΐνες και σε θερμίδες και παράλληλα φτωχού σε νάτριο. Οι συνθήκες διατροφής των αλκοολικών είναι κακής ποιότητας, και η εφαρμογή ενός τέτοιου διαιτολογίου πολύ δύσκολη. Κι αυτό γιατί η χρήση του οινοπνεύματος συνοδεύεται συνήθως από φτωχή θρέψη εκ μέρους του αρρώστου.

Αντένδειξη αποτελεί η χρήση φαρμάκων, η δράση των οποίων είναι ηπατοτοξική. Πολλοί ασθενείς κάνουν κατάχρηση τέτοιων φαρμάκων κατά την διάρκεια της ζωής τους με αποτέλεσμα να έχουν με μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνιση ηπατικής δυσλειτουργίας, και κατ'ακολουθίαν κίρρωση του ήπατος. Σε μακροχρόνια βάση, για την πρόληψη της κίρρωσης, αποφεύγεται η αλόγιστη χρήση τέτοιου είδους φαρμάκων. Αλλά και τεθείσης της διαγνώσεως, ο άρρωστος θα πρέπει να σταματήσει την χρήση φαρμάκων, εκτός εκείνων που θα του υποδειχθούν. Συνήθως αποφεύγονται η παρακεταμόλη, τα κατευναστικά, τα βαρβιτουρικά και τα υπνωτικά.

Η χρονιότητα λοιπόν της νόσου επιβάλλει την τήρηση δίαιτας αναλόγης της ασθένειας, και προϋποθέτει σε μακροχρόνια βάση, την διακοπή του οινοπνεύματος και την χρήση ηπατοτοξικών φαρμάκων. Χωρίς την λήψη αυτών των μέτρων η θεραπεία της νόσου είναι αδύνατη, και η επέλευση του θανάτου είναι ταχεία.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι ασθενείς με οποιαδήποτε μορφή κίρρωσως, εξαιτίας της προοδευτικής ελαττώσεως της ηπατοκυτταρικής λειτουργίας και της προχωρημένης καταστροφής της αγγειώσεως, απειλούνται από τρεις μείζονες επιπλοκές. Αυτές είναι:

- α) η πυλαία υπέρταση, με την συνοδό επιπλοκή της την αιμορραγία από κιρσούς του οισοφάγου
- β) η παθολογική κατακράτηση υγρών που εμφανίζεται με την μορφή ασκίτη ή οιδήματος
- γ) η ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Και οι τρεις αυτές επιπλοκές της κίρρωσεως είναι σοβαρές και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Η συχνότητα εμφάνισης των επιπλοκών αυτών και τα ποσοστά θνησιμότητας είναι: Το 1/3 περίπου των θανάτων σε ασθενείς με αλκοολική κίρρωση οφείλεται σε οξεία κιρσορραγία. Ο ασκίτης αναπτύσσεται στο 60-85% των περιπτώσεων προχωρημένης κίρρωσης, ενώ ένα 50% περίπου των ασθενών πεθαίνουν από ηπατικό κώμα. Άλλες επιπλοκές της κίρρωσεως, μικρότερης όμως σοβαρότητας από αυτές τις τρεις, είναι η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ιδιαίτερα σε ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση και αιμοχρωμάτωση).

ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Με τον όρο πυλαία υπέρταση εννοούμε την αύξηση της πίεσεως στην πυλαία φλέβα πάνω από το φυσιολογικό. Σε φυσιολογικά επίπεδα, η πίεση στην πυλαία φλέβα είναι 10-15 cm H₂O (7-11 mm Hg) Μιλάμε για πυλαία υπέρταση όταν η πίεση στην πυλαία φλέβα είναι πάνω από 30 cm H₂O όταν μετρηθεί κατά την χειρουργική επέμβαση, ή όταν κατά την διάρκεια της διαδερμικής διηπατικής μέτρησης της πυλαίας φλέβας η πίεση είναι 8 mm Hg πάνω από την πίεση στην κάτω κοίλη φλέβα. Η πυλαία υπέρταση είναι μια από τις κυριότερες επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος, και οφείλεται σε αυξημένη αντίσταση των ηπατικών τριχοειδών λόγω της απώλειας της ελαστικότητάς των (ίνωση). Η πυλαία υπέρταση μπορεί να επιπλακεί με διάφορες καταστάσεις οι οποίες μπορούν να αποβούν επικίνδυνες για την ζωή του ασθενούς. Τα επακόλουθα της πυλαίας

υπέρτασης είναι: α) η ανάπτυξη πυλαιου συστηματικών αναστομώνσεων, με γαστροεντερική αιμορραγία, β) η εμφάνιση σπληνομεγαλίας με υπερσπληνισμό, γ) η αιφνίδια εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και δ) η εμφάνιση ασκίτη.

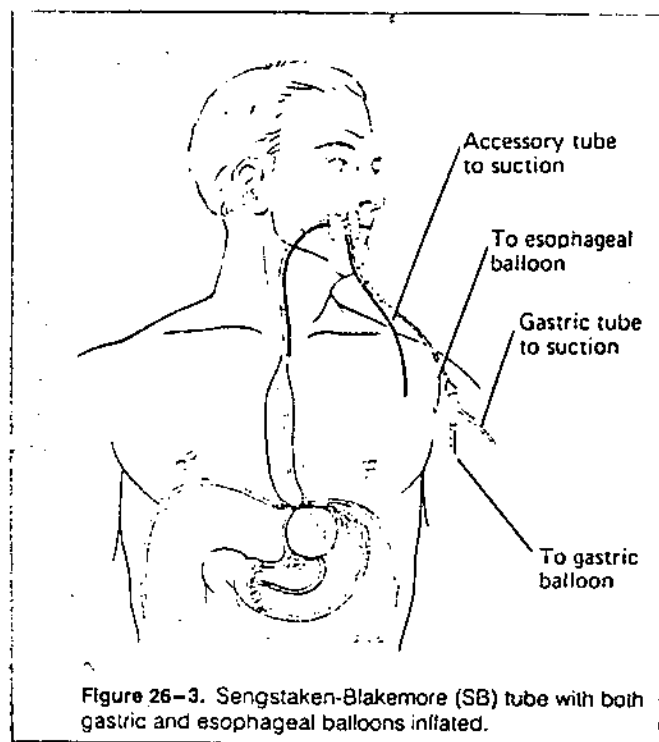
Η θεραπεία της πυλαίας υπέρτασης σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος αλκοολικού ή καρδιακού ή άλλου τύπου, γίνεται με την θεραπεία της υποκείμενης νόσου και την αποκατάσταση της φυσιολογικής ροής του αίματος στα ηπατικά τριχοειδή. Η πυλαία υπέρταση που είναι αποτέλεσμα εγκατεστημένης κίρρωσεως δεν είναι αναστρέψιμη, και ο κίνδυνος της κίρρωσεως είναι αυξημένος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγάλους κίρσους. Παρακάτω θα αναλυθεί η αντιμετώπιση των τριών κυριότερων επιπλοκών που είναι αποτέλεσμα της πυλαίας υπέρτασης.

ΘΞΕΙΑ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ

Το χαρακτηριστικότερο επακόλουθο της πυλαίας υπέρτασης είναι η ανάπτυξη παράπλευρων φλεβικών αναστομώνσεων μεταξύ της πυλαίας και της συστηματικής κυκλοφορίας. Οι κυριότερες φλέβες που αναπτύσσουν παράπλευρη κυκλοφορία είναι οι φλέβες της καρδιοοισοφαγικής γωνίας, του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, οι φλέβες γύρω από το ορθό (αιμορροΐδες) και οι παράπλευρες περιομφαλικές ή παράπλευρες του κοιλιακού τοιχώματος. Αν και οι αιμορροΐδες αιμορραγούν συχνά, εντούτοις, η σοβαρότερη επιπλοκή από κίρρωση είναι η ρήξη των κίρσων του οισοφάγου. Η προσοχή λοιπόν του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με την νοσηλεία των ατόμων με κίρρωση του ήπατος είναι η πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων της θξείας αιμορραγίας των κίρσων του οισοφάγου και η έγκαιρη αντιμετώπιση τους. Η ρήξη των κίρσων του οισοφάγου εμφανίζεται σαν μαζική αιματέμεση ή μέλαινα κένωση. Η πτώση του αιματοκρίτη είναι χαρακτηριστικό της απώλειας αίματος, αλλά δεν αποτελεί σίγουρο δείκτη επειδή η τιμή του Ht πέφτει μερικές ώρες ή ακόμη και μέρες μετά την έναρξη της αιμορραγίας. Η θεραπεία της επιπλοκής αυτής γίνεται με διάφορους τρόπους. Ο προσωρινός έλεγχος της κίρρωσεως μπορεί να επιτευχθεί με εγχυση βαζοπρεσίνης, με επιπωματισμό, με απόφραξη

της αριστερής γαστρικής φλέβας, ή με την ενδοσκοπική σκλήρυνση των κισσών. Περίπου το 50% των ασθενών με μαζική αιμορραγία από κισσούς πεθαίνει σαν αποτέλεσμα της οξείας απώλειας αίματος. Αυτό το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας μας κάνει κατονοητό το πόσο σημαντική είναι η αναγνώριση της κισσορραγίας και η αντιμετώπιση της. Η παρακολούθηση του αρρώστου, συμβάλλει στην γρηγορότερη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Τα κόπρανα και τα εμέσματα του αρρώστου παρατηρούνται για την εμφάνιση σημείων αιμορραγίας. Οποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα τους θα πρέπει να κινεί την υποψία για ρήξη των κισσών του οισοφάγου. Άλλα σημεία, ενδεικτικά της απώλειας αίματος είναι οι αλλαγές στον σφυγμό και την αρτηριακή πίεση. Η συχνή λήψη των ζωτικών σημείων του αρρώστου μπορεί να προλάβει την μεγάλη απώλεια αίματος. Το συχνότερο εύρημα είναι η ταχυσφυγμία, η πτώση της αρτηριακής πίεσης, η ταχύπνοια και μπορεί να συνυπάρχει κυάνωση. Μερικές φορές, η λήψη δειγμάτων αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις, μπορεί να συμβάλλει στην διάγνωση ελαφρής κισσορραγίας, όχι όμως της μαζικής. Η οίγουρη διάγνωση της κισσορραγίας από τον οισοφάγο γίνεται με την εισαγωγή ενδοσκοπίου και την άμεση παρατήρηση των αγγείων που αιμορραγούν. Η αρχική αντιμετώπιση της οξείας απώλειας αίματος γίνεται με την ποσοτική αντικατάσταση του αίματος που χάθηκε. Αυτός είναι ένας βασικός παράγοντας για την περαιτέρω επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας. Είναι ενδεικτικό να χορηγείται πρόσφατο αίμα και, αν χρειάζεται, να γίνεται μαζική μετάγγιση. Είναι ζωτικής σημασίας η εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και ο αποκλεισμός άλλων αιτιών γαστρεντερικής αιμορραγίας. Δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο ότι οι κίρρωτικοί με κισσούς του οισοφάγου αιμορραγούν από αυτούς, γιατί το 1/3 από αυτούς έχουν και άλλα δυνητικά σημεία αιμορραγίας στο ανώτερο γαστρεντερικό. Μερικές φορές ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάζει κάποια θρομβοπενία ή ενδεια παραγόντων πήξεως, οπότε και ο έλεγχος της αιμορραγίας γίνεται πιο δύσκολος. Σε τέτοια περίπτωση χορηγούνται στον ασθενή, εκτός από αίμα, και άλλα στοιχεία που έχει ανάγκη (αιμοπετάλια, παράγοντες πήξεως). Ικανοποιητικός έλεγχος της αιμορραγίας (εκτός από την ενδοσκο-

πική σκλήρυνση και την έγχυση βαζοπρεσσίνης), μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στον οισοφάγο του σωλήνα Sengstaken-Blakemore και με την συμπίεση των κισρών του οισοφάγου. Ο σωλήνας Sengstaken-Blakemore είναι ένας σωλήνας ο οποίος έχει 2-4 αυλούς. Ο ένας αυλός φουσκώνει ένα μπαλονάκι στον κατώτερο οισοφάγο και ο δεύτερος ένα μπαλονάκι στον ανώτερο οισοφάγο. Ο τρίτος αυλός φουσκώνει ένα άλλο μπαλονάκι στον ανώτερο στομάχο (στον θόλο του στομάχου), και έτσι επιτυγχάνεται ικανοποιητική πίεση στους κισσούς, σε οποιοδήποτε σημείο του οισοφάγου κι αν βρίσκονται. Ο τέταρτος αυλός παροχετεύει το στομάχι. Μπορεί να υπάρχει και ένας πέμπτος αυλός ο οποίος παροχετεύει το αίμα που τυχόν υπάρχει στον οισοφάγο, πριν από τα μπαλονάκια. Η χρήση του σωλήνα Sengstaken-Blakemore φαίνεται στο ακόλουθο σχήμα.



Η πίεση στους κισσούς διατηρείται για 24 ώρες μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας, και στη συνέχεια γίνεται περιοδική αποσυμπίεση και αφαίρεση του σωλήνα. Ο σωλήνας SB είναι ένα καλό μέτρο για τον προσωρινό έλεγχο της κισσορραγίας, δεν γίνεται όμως καλά ανεκτός από τον ασθενή. Αποτελεσματικό επίσης μέτρο για τον έλεγχο της κισσορραγίας είναι η εισαγωγή ενός ενδοσκοπίου στον οισοφάγο του ασθενούς, και μέσω αυτού, να γίνει έγχυση σκληρυντικού στους κισσούς που αιμορραγούν. Καλό είναι να εκκενώνεται ο στομάχος από τα υπολείμματα

του αίματος που υπάρχουν μέσα του, επειδή λόγω της παραμονής του στο στομάχι διασπάται από τα γαστρικά υγρά σε πρωτεΐνες, και τα προϊόντα της διάσπασης της πρωτεΐνης (αμμωνία) μπορεί να είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Τέλος

σε αποτυχία, ελέγχου της αιμορραγίας με τις παραπάνω μεθόδους, οι επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις παρακάμψεως μπορούν να σταματήσουν την αιμορραγία, να προλάβουν την υποτροπή και να βελτιώσουν οπραντικά την ηπατική λειτουργία.

ΑΣΚΙΤΗΣ

Ως ασκίτης ορίζεται η συγκέντρωση μεγάλου όγκου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ασκίτης συνοδεύει πολύ συχνά την κίρρωση καθώς επίσης και άλλες ηπατοκυτταρικές βλάβες. Για να διαπιστωθεί η ύπαρξη ασκίτη, πρέπει να συγκεντρωθούν τουλάχιστον 500 ml ή περισσότερα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η κυριότερη αιτία της εμφάνισης του ασκίτη είναι η πολλαία υπέρταση με τις συνοδές καταστάσεις της όπως η αυξημένη ροή της ηπατικής λέμφου η οποία προκαλεί εξαγγείωση λέμφου από το ήπαρ προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, και η υπολευκωματιναιμία εξαιτίας της μειωμένης κολλοειδωμοωτικής πίεσης στο πλάσμα προκαλώντας έτσι διαφυγή υγρού από τα αγγεία προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ανάπτυξη ασκίτη συνοδεύεται πολλές φορές από αιμοσφαίωση, οίδημα και μείωση του όγκου των ούρων φαινόμενα που δείχνουν ότι οφείλεται σε αυξημένη κατακράτηση υγρών από τον οργανισμό και αδυναμία αποβολής της περίσσειας ύδατος. Η θεραπεία και η πρόληψη του ασκίτη συνίσταται στα ακόλουθα μέτρα:

Παρακολουθείται ο άρρωστος για την εμφάνιση σημείων ασκίτη. Η καθημερινή και τακτική μέτρηση της περιμέτρου της κοιλιάς μπορεί να φανερώσει κάποια αύξηση του υγρού στον περιτοναϊκό χώρο. Η ανάπαυση στο κρεβάτι και ο αυστηρός περιορισμός του νατρίου, είναι από τα πρώτα μέτρα τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται σε κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη. Η πρόσληψη νατρίου περιορίζεται στα 30 mEq/ημέρα με ταυτόχρονο περιορισμό του νερού στα 1.500 ml/ημέρα. Οι ασθενείς συνήθως δεν ανέχονται τον περιορισμό του νατρίου και έτσι η συνολική θερμιδική πρόσληψη είναι μειωμένη. Πρέπει ωστόσο να ενθαρρύνεται ο ασθενής ώστε να καταναλώνει επαρκή ποσότητα τροφών με χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο, ώστε η θερμιδική πρόσληψη να διατηρείται σε σταθερά επίπεδα. Σε ορισμένες περιπτώσεις όπου η πρόσληψη άναλης τροφής δεν γίνεται

δεκτική από τον άρρωστο, γίνεται η χρήση υποκατάστατων νατρίου για να γίνεται επαρκής πρόληψη θερμίδων και πρωτεϊνών, που είναι σημαντικοί παράγοντες στην αποκατάσταση του πάσχοντος ήπατος. Οι τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε νάτριο θα πρέπει να αποφεύγονται και καλό είναι να δίνεται στον ασθενή πίνακας υπονατρίουχων σιτιών. Η καταγραφή των προσλαμβανομένων υγρών θα πρέπει να είναι ακριβής, και ο όγκος τους δεν θα πρέπει να ξεπερνά το ποσό των αποβαλλομένων υγρών. Η συντηρητική θεραπεία του ασκίτη είναι επιτυχής στην πλειονότητα των κίρρωτικών και ιδιαίτερα σε εκείνους που νοσηλεύονται σε ειδικό νοσοκομείο όπου ελέγχεται καλύτερα ο περιορισμός του νατρίου και των υγρών της τροφής. Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική θεραπεία (δεν μεταβάλλεται το βάρος τους), τότε στην όλη θεραπεία προστίθεται και σπιρονολακτόνη (ήπιο διουρητικό) η οποία αυξάνεται βαθμιαία αναλόγως της ανταπόκρισης του αρρώστου. Αν ο ασκίτης εξακολουθεί να είναι ανθεκτικός τότε προστίθεται φουροσεμίδη (Lasix). Η έντονη διουρητική θεραπεία όμως μπορεί να επιπλάκει με ελλότωση του όγκου του πλάσματος και μείωση της νεφρικής λειτουργίας. Μπορεί επίσης να επιπλάκει και με υποκαλιαιμική αλκάλωση λόγω του ότι τα περισσότερα διουρητικά προκαλούν αποβολή καλίου. Η υποκαλιαιμία μπορεί να επιδεινώσει την ηπατική εγκεφαλοπάθεια (αν υπάρχει). Σε ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία με διουρητικά, είναι απαραίτητος ο καθημερινός έλεγχος της κατάστασης των υγρών και των ηλεκτρολυτών του πλάσματος. Σε εμφάνιση μείωσης του ενδοαγγειακού όγκου του πλάσματος είναι απαραίτητη η έγχυση λευκωματίνης για την αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος. Η παρουσία ασκίτη μπορεί να επιπλάκει με αναπνευστική δυσχέρεια εξαιτίας της πίεσης του διαφράγματος από τον μεγάλο όγκο του υγρού που υπάρχει στην κοιλιακή χώρα. Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται με την παροχέτευση του ασκίτη με παρακέντηση κοιλίας, και με την τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση που ενισχύει την αναπνευστική λειτουργία. Η πλέον κατάλληλη θέση που πρέπει να παίρνει ο ασθενής, είναι η θέση ορθόπνοιας (ημικαθιστή), και αν παρίσταται ανάγκη χορηγείται οξυγόνο με ρινική μάσκα.

Η εκκενωτική παρακέντηση μπορεί να απαιτείται όπως είπαμε σε ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα ή με επαιλουόμενη ρήξη ομφαλοκήλης λόγω του μεγάλου ασκίτη. Μέχρι 3 λίτρα υγρού θα πρέπει να αφαιρούνται για διάστημα 4 ωρών μέσω πλαστικού καθετήρα ή βελόνης μικρού διαμετρήματος. Επειδή ο ασκίτης αναπτύσσεται εκ νέου, είναι απαραίτητη σε λίγες ημέρες η επανάληψη της παρακέντησης, έως ότου επιτευχθεί ικανοποιητική διούρηση. Οι επανειλημμένες παρακεντήσεις δεν θα πρέπει να γίνονται σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος επειδή μπορούν να επιπλακούν με μόλυνση του ασκίτη, χρόνια διαφυγή ασκίτικου υγρού, αιμορραγία, απώλεια πρωτεϊνών και ελλύτωση του όγκου υγρών. Περισσότερες λεπτομέρειες για την τεχνική της παρακεντήσεως, τις επιπλοκές, τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις θα αναφερθούν σε παρακότω κεφάλαιο.

ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

Η ηπατική εκγκεφαλοπάθεια είναι ένα σύνθετο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνειδήσεως, έντονα νευρολογικά σημεία, αστηριξία ή "πτερυγοειδή τρόπο" και διάσπαρτες ηλεκτροεγκεφαλικές αλλοιώσεις. Αυτή η μεταβολική διαταραχή του Νευρικού Συστήματος μπορεί να εμφανιστεί κατά την διαδρομή οξείας ή χρόνιας ηπατοκυτταρικής βλάβης. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι το ηπατικό κώμα οφείλεται: α) στην είσοδο ποταίου αίματος και ευθείαν στην συστηματική κυκλοφορία, ώστε το αίμα να παρακάμπτει το ήπαρ, και β) σε σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη και δυσλειτουργία. Και οι δυο καταστάσεις έχουν ένα κοινό αποτέλεσμα. Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφούνται από το έντερο, δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ και περνούν στον εγκέφαλο. Η κυριότερη από αυτές τις ουσίες είναι η αμμωνία. Πιστεύεται επίσης ότι το ήπαρ παράγει ουσίες που είναι απαραίτητες για τον φυσιολογικό μεταβολισμό του εγκεφάλου, οι οποίες στην ηπατική κίρρωση παράγονται σε μειωμένη ποσότητα. Για την εμφάνιση ηπατικής εκγκεφαλοπάθειας πολλές φορές θα πρέπει να προηγηθεί κάποιος εκλυτικός παράγοντας. Ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι πιθανώς η αιμορραγία από το γαστρεντερι-

κό ούστημα η οποία 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 αζωτούχων ενώσεων. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ιδιαίτερα η υποκαλιαιμική αλκάλωση, από την διούρηση ή τον έμετο, μπορεί να δράσει εκλυτικά για την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Η σξεία λοίμωξη μπορεί επίσης να πυροδοτήσει την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, αν και τα σημεία της λοίμωξης μπορεί να επικιάζονται από τα συμπτώματα της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και να καθυστερούν την διάγνωση και την θεραπεία των λοιμώξεων. Γι' αυτό και ασθενείς με ηπατικό κώμα θα πρέπει να παρατηρούνται για εμφάνιση σημείων πνευμονίας, περιτονίτιδος, ουρολοίμωξης ή παγκρεατίτιδος. Η έγκαιρη αναγνώριση και η αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής είναι ζωτικής σημασίας, επειδή η κατάσταση εξελίσσεται και οδηγεί γρήγορα προς τον θάνατο. Ο ασθενής παρατηρείται για την εμφάνιση των σημείων ηπατικού κώματος. Οι αλλοιώσεις της προσωπικότητας, οι διαταραχές του θυμικού, η ελαφρά σύγχυση, η αδυναμία στην αυτοεξηπηρέτηση και στο γράψιμο, η ασυνήθης υπνηλία και οι διαταραχές της ισορροπίας θα πρέπει αμέσως να παρατηρούνται και να αξιολογούνται. Για την εκτίμηση του βαθμού της εγκεφαλοπάθειας δίνουμε στον ασθενή να εκτελέσει απλές αριθμητικές πράξεις. Το κατά πόσο είναι δυνατόν να τις εκτελέσει δείχνει και τον βαθμό της βλάβης. Ο ασθενής με σοβαρή ηπατική εγκεφαλοπάθεια απαιτεί προσεκτικό χειρισμό των συνήθων υποστηρηκτικών μέτρων όπως είναι ο ρινογαστρικός σωλήνας και η τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Η προσεκτική καταγραφή της προσλήψεως και της αποβολής υγρών είναι σημαντική, γιατί έτσι αποφεύγονται οι διαταραχές του ισοζυγίου των υγρών που μπορούν να οδηγήσουν σε υποκαλιαιμία και επιδείνωση της κατάστασης. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε βαθύ κώμα δεν έχουν το αντανακλαστικό του φάρυγγα. Γι' αυτό το λόγο το στομάχι θα πρέπει να κενώνεται από το περιεχόμενό του με τα πρώτα σημεία εμφάνισης του κώματος, προκειμένου να προληφθεί τυχόν αναγωγή και εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου στους βρόγχους. Ένα ακόμη καλύτερο μέτρο για την πρόληψη της εισρόφησης, είναι η διασωλήνωση της τραχείας με ρινοτραχει-

σκό σωλήνα. Η εισρόφηση, εκτός από πνιγμονή, μπορεί να προκαλέσει και πνευμονία, οπότε υπάρχει και επιπρόσθετος λόγος για να προλάβουμε αυτό το φαινόμενο. Η πρόληψη και η θεραπεία της επιλόκης περιλαμβάνει δύο σημεία. α) την μείωση της παραγωγής αμμωνίας στο έντερο, και β) την θεραπεία των εκλυτικών παραγόντων. Σε παρουσία αιμορραγίας από το γαστρεντερικό, το αίμα θα πρέπει να απομακρύνεται αμέσως από το έντερο γιατί με την επίδραση των γαστρικών οξέων αυτό διασπάται σε πρωτεΐνες, οι οποίες αυξάνουν τις τιμές αμμωνίας στο αίμα πράγμα που θέλουμε να αποφύγουμε. Το αίμα από το στομάχι απομακρύνεται με πλύση στομάχου, ενώ για την αποβολή του αίματος που πέρασε στο έντερο χρησιμοποιούνται καθαρτικά. Η απομάκρυνση του αίματος από το παχύ έντερο γίνεται μερικές φορές και με υποκλυσμό. Η παραγωγή αμμωνίας μπορεί να μειωθεί με την χορήγηση από το στόμα νεομυκίνης ή ενός αντιβιοτικού που δεν απορροφάται από το έντερο. Η απορρόφηση της αμμωνίας από το έντερο μειώνεται σημαντικά μετά από την χορήγηση λακτουλόξης από το στόμα. Η λακτουλόξη προκαλεί συνήθως μείωση της αμμωνίας του εντέρου και βελτίωση της εγκεφαλοπάθειας μέσα σε 24-48 ώρες. Αυτή χορηγείται σε δόση φορτίσεως 50 mg σε μορφή σιροπιού κάθε 2 ώρες, μέχρις ότου εμφανιστεί διάρροια. Στη συνέχεια η δόση σταθεροποιείται ώστε ο ασθενής να έχει 2-4 αραιές κενώσεις την ημέρα. 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 θα πρέπει να διορθώνονται ταχέως. Ο ηλεκτρολύτης που παρακολουθείται στενά είναι το κάλιο. Για την πρόληψη της υποκαλιαιμίας γίνεται χορήγηση τροφών πλούσιων σε κάλιο. Σε μεγάλη υποκαλιαιμία χορηγείται κάλιο ενδοφλεβίως. Η χορήγηση πρεμιστικών, αναλγητικών και κατασταλτικών φαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται γιατί επειδεινώνουν την κατάσταση. Σε σοβαρότερες καταστάσεις υπεραμμωνιαϊμίας μέτρα όπως η εξωσωματική διάχυση σε στήλη άνθρακα ή οι αφαιμαξομεταγγίσεις, δεν αποδείχθηκε να ωφελούν τον άρρωστο με οξεία εγκεφαλοπάθεια, προσφέρουν όμως κάποια μικρού βαθμού βελτίωση.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Το διαιτολόγιο του ασθενούς ο οποίος "πάσχει" από κίρρωση ήπατος μπορεί να παίξει έναν σημαντικό ρόλο στην θεραπεία της νόσου, στην αποφυγή ανεπιθύμητων επιπλοκών και στην αποκατάσταση του ασθενούς. Οι οδηγίες για την διαίτα που θα πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής θα πρέπει να εκτελούνται πιστά. Καλό είναι, πριν την έναρξη της συγκεκριμένης διαίτας, να ζητάται η συμβουλή κάποιου ειδικού πάνω στο θέμα αυτό (πχ. διαιτολόγου). Το διαιτολόγιο του κίρρωτικού ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ποικιλία τροφών πλούσιες σε πρωτεΐνες. Η πρόσληψη πρωτεϊνών από τον άρρωστο είναι απαραίτητη, γιατί οι πρωτεΐνες είναι αυτές που θα βοηθήσουν στην ανάπλαση του ηπατικού ιστού. Η περιεκτικότητα των τροφών σε υδατάνθρακες και θερμίδες θα πρέπει να είναι επίσης μεγάλη για την αποκατάσταση των θερμιδικών αναγκών του αρρώστου. Η ανάγκη αυτή είναι επιτακτικότερη στα άτομα εκείνα όπου η πρόσληψη των απαραίτητων συστατικών είναι μειωμένη λόγω υποσιτισμού. Τέτοια άτομα είναι οι χρόνιοι αλκοολικοί, στους οποίους το φαινόμενο του αλκοολισμού συνοδεύεται από καταστάσεις υποσιτισμού λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που επικρατούν στο εκάστοτε κοινωνικό σύνολο. Ταυτόχρονα με την χορήγηση λευκωμάτων, η διαίτα του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και ιδιαίτερα σε βιταμίνη Κ. Η βιταμίνη Κ φυσιολογικά παράγεται στο ήπαρ, και η δράση της βοηθά στην πήξη του αίματος. Σε καταστάσεις ηπατικής δυσλειτουργίας αυτή παράγεται σε μειωμένες ποσότητες και έτσι η χορήγησή της από εξωγενείς πηγές είναι απαραίτητη. Παρόμοια δράση έχει και το ασβέστιο και γι' αυτό το λόγο στο διαιτολόγιο του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνονται τροφές που περιέχουν ασβέστιο, αν αυτό βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στο αίμα.

Σε γενικές γραμμές, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να τρώει ότι του προσφέρει το φυσικό περιβάλλον, χωρίς ενδοιασμούς. Σε περίπτωση όμως που εμφανιστούν επιπλοκές της νόσου, τότε το διαιτολόγιο του ασθενούς αλλάζει ριζικά.

Σε εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας είναι απαραίτητος ο περιορισμός όλων των πρωτεϊνών της τροφής, επειδή αυτές προκα-

λούν υπερπαραγωγή αρμονίας η οποία είναι υπεύθυνη για το ηπατικό κώμα. Αρχικά, για τον έλεγχο της εγκεφαλοπάθειας γίνεται προσωρινή διακοπή όλων των πρωτεϊνών της τροφής ώσπου να βελτιωθεί ο ασθενής, σε σημείο που να ανέχεται τις πρωτεΐνες. Μετά τον αρχικό έλεγχο της οξείας ηπατικής εγκεφαλοπάθειας συνίσταται ο μέτριος περιορισμός των πρωτεϊνών σε 30-40 gr/ημέρα. Μέτριος περιορισμός των πρωτεϊνών της τροφής επιφέρει καλύτερο έλεγχο και σε καταστάσεις χρόνιας ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Οι τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλιο είναι μια άλλη κατηγορία τροφών οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο σιτηρέσιο του ασθενούς που εμφανίζει ηπατικό κώμα. Η υποκαλιαιμία που συνήθως εμφανίζεται, αποτελεί έναν συνήθη εκλυτικό παράγοντα στην παθογένεια του ηπατικού κώματος. Για την αντικατάσταση της ποσότητας του καλίου που έχει χαθεί, το διαιτολόγιο του ασθενούς περιλαμβάνει αυτού του είδους τις τροφές σε καθημερινή βάση. Το νάτριο θα πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο ιδιαίτερα αν είναι εγκατεστημένη η ύπαρξη ασκίτη και/ή οίδηματος. Η κατακράτηση νερού που προκαλεί η υπερνατριαιμία στον οργανισμό, κάνει εύκολα κατανοητούς τους λόγους εφαρμογής άναλης διαίτας. Εξάλλου, η αποβολή νατρίου από τα νεφρικά σωληνάκια είναι μειωμένη και η πρόσθετη χορήγηση νατρίου από εξωγενείς πηγές θα προκαλούσε ακόμη μεγαλύτερη κατακράτηση υγρών. Η λήψη υγρών δεν περιορίζεται σε τόσο μεγάλο βαθμό αρκεί η ποσότητα των προσλαμβανόμενων υγρών να μην ξεπερνά την ποσότητα των αποβαλλόμενων. Σε γενικές γραμμές, ο άρρωστος που εμφανίζει ασκίτη και/ή οίδημα διακόπτει τελείως την χρήση αλατιού στο φαγητό, δεν χρησιμοποιεί συντηρημένα φαγητά λόγω της μεγάλης ποσότητας αλατιού που περιέχουν, δεν κάνει πλύση του στόματος με αλατόνερο, δεν παίρνει αντιόξινα που περιέχουν νάτριο και γενικώς δεν χρησιμοποιεί τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι. Θα πρέπει να δίνεται στον άρρωστο ένας κατάλογος υπονατριούχων σιτιών, έτσι ώστε να ξέρει ποιά φαγητά να αποφεύγει. Αντί αλατιού γίνεται ενημέρωση στον άρρωστο για την χρήση υποκαταστάτων του άλατος στην καθημερινή τροφή. Πολλές φορές ο άρρωστος δεν ακολουθεί πιστά την δίαιτα που επιβάλλεται ή την διακόπτει τελείως. Σ'αυτό συμβάλει

σημοντικά ο περιορισμός του χλωριούχου νατρίου από τις τροφές. Πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή ότι ο περιορισμός αυτός είναι απαραίτητος, καθώς και οι λόγοι που επιβάλλουν αυτόν τον περιορισμό. Οι προσπάθειες επικεντρώνονται στο να τρώει ο άρρωστος σε ένα ευχάριστο περιβάλλον, χωρίς δυσάρεστες οσμές και δυσάρεστες συζητήσεις, με δίοκο ευχάριστα σεβηρισμένο, ώστε να διεγείρει το αίσθημα της ορέξεως. Μετά το φαγητό, οι δραστηριότητες θα πρέπει να ελαττώνονται στο ελάχιστο γιατί μπορεί να προκληθεί έμετος. Τα γεύματα θα πρέπει να είναι μικρά και πολλά (3-4 γεύματα την ημέρα). Πριν και μετά από κάθε γεύμα γίνεται προεκτική περιποίηση του στόματος και του φάρυγγα, και ειδικότερα όταν υπάρχουν επώδυνες εξελκώσεις. Τέλος, η εφαρμογή του διαιτολογίου του ασθενούς απαιτεί πλήρη διακοπή του αλκοόλ. Αυτό ίσως να είναι και το σημαντικότερο μέτρο για την πρόληψη της νόσου. Κι αυτό γιατί οποιαδήποτε δίαιτα, όσο ωφέλιμη και κατάλληλη κι αν είναι, δεν είναι ποτέ αποδοτική αν ο άρρωστος συνεχίσει να κάνει χρήση αλκοόλ. Αυτό ίσως να είναι λίγο δύσκολο για τον άρρωστο, αλλά οι προσπάθειες του νοσηλευτή πρέπει να επικεντρώνονται σ' αυτό το σημείο, προκειμένου να παρέχουμε σημαντική βοήθεια στον άρρωστό μας, βοήθεια που την χρειάζεται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Παράκέντημα και λίσας.

Όπως είπαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, μια από τις πιο συνηθισμένες επιπλοκές που οφείλεται στην πολλαία υπέρταση είναι η εμφάνιση ασκίτη. Ο ασκίτης μπορεί να διαγνωστεί όταν 500 ml ή και περισσότερα συγκεντρωθούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα μικρότερα ποσά ασκίτικου υγρού διαγιγνώσκονται με υπέρηχους. Εφ' όσον τα άλλα μέτρα που εφαρμόζονται -όπως η άναλη δίαιτα, ο περιορισμός της λήψης υγρών και η διούρηση- αποτύχουν για τον έλεγχο του ασκίτη, και ο άρρωστος εμφανίζει αναπνευστικά προβλήματα, τότε είναι απαραίτητη η αφαίρεση του περιτοναϊκού υγρού με παρακέντηση. Η απόφαση της διενέργειας παρακέντησης εξαρτάται από την σοβαρότητα της καταστάσεως του ασθενούς. Ο άρ-

ρωτος ενημερώνεται για την σημασία της διενέργειας της παρακέντησης, και εξηγούνται σ'αυτόν οι διάφορες πιθανές παρενέργειες. Κολό θα είναι ο ασθενής να υπογράψει από πριν ότι δέχεται να γίνει παρακέντηση. Αφού αποφασιστεί η εκτέλεση της διαδικασίας, ετοιμάζονται όλα τα απαραίτητα εξαρτήματα που θα χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκειά της. Ο άρρωστος συμβουλευεται να πάει να ουρήσει λίγο πριν την παρακέντηση ώστε να αδειάσει η ουροδόχος κύστη του, και έτσι να μειωθεί ο κίνδυνος τρώσης της. Ο άρρωστος στη συνέχεια τοποθετείται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και καθορίζεται το σημείο της παρακέντησης. Αυτό είναι στη μέση γραμμή μεταξύ ομφαλού και ηβικής συμφύσεως. Η παρακέντηση γίνεται επίσης στα 2/3 της γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την λαγόνια ακρολοφία, αλλά αυτή η θέση δεν προτιμάται συνήθως επειδή υπάρχει ο κίνδυνος τρώσης του ήπατος ή του σπληνός (δεξιά ή αριστερά) σε καταστάσεις ηπατομεγαλίας ή υπεροπληνισμού. Στη συνέχεια λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (σφυγμός, αρτηριακή πίεση) και εφαρμόζονται όλα τα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας. Ακολουθεί τοπική αναισθησία της περιοχής και η διενέργεια της παρακέντησεως. Η παροχέτευση του υγρού γίνεται από μεταλλική βελόνα παρακέντησεως ή από πλαστικό καθετήρα. Το ελεύθερο άκρο της βελόνας ή του καθετήρα συνδέεται με ουροσυλλέκτη για την συλλογή του υγρού. Η ποσότητα του υγρού που θα ληφθεί καθορίζεται από τον γιατρό που κάνει την παρακέντηση. Ο κανόνας σ'αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι αφού ο ασκίτης αναπτύσσεται αργά, αργά θα πρέπει να γίνεται και η παροχέτευσή του. Σε περίπτωση που εμφανιστεί πτώση της Α.Π. και ταχυσφυγμία, η παρακέντηση θα πρέπει να διακόπτεται. Αφού τελειώσει η διαδικασία, το σημείο της παρακέντησης καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα και εφαρμόζεται ζώνη κοιλίας για την αποφυγή εξόδου υγρού από το σημείο του τραύματος. Οι κυριότερες επιπλοκές που συνοδεύουν αυτήν την διαδικασία είναι:

- α) Πτώση της Α.Π. και εμφάνιση *collapsus* λόγω της απότομης πτώσης της πίεσεως στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- β) Μόλυνση του σημείου του τραύματος και της περιτοναϊκής κοιλότητας, ειδικά μετά από επανειλημμένες παρακέντησεις που απαι-

τούνται για την σταδιακή αφαίρεση του υγρού

γ) Σπύσιμο της βελόνης μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και

δ) Τραυματισμός κοιλιακών οργάνων.

Τα όργανα που μπορούν να τραυματιστούν είναι το έντερο και η ουροδόχος κύστη. Ο τραυματισμός του εντέρου είναι πολύ σπάνιος, επειδή το έντερο υποχωρεί μπροστά από την βελόνα. Η ουροδόχος κύστη τραυματίζεται μόνον εφόσον είναι γεμάτη και δεν έχει κενωθεί πριν από την παρακέντηση.

Τέλος, μετά την παρακέντηση, λαμβάνονται δείγματα ασκίτικού υγρού, και στέλνονται για βιοχημικές και άλλες εξετάσεις.

Βιοψία ήπατος

Η διάγνωση της κίρρωσης του ήπατος θα τεθεί εκ του ασφαλούς με βιοψία ηπατικού ιστού. Η βιοψία εκτελείται είτε διεγχειρητικώς οπότε παίρνεται ένα κομμάτι ηπατικού ιστού κατά την διάρκεια της επέμβασης, είτε με διαδερμική βιοψία οπότε ο ηπατικός ιστός λαμβάνεται με την διενέργεια ηπατικής παρακέντησης. Η διεγχειρητική ηπατική βιοψία προτιμάται κατά κύριο λόγο έναντι της διαδερμικής βιοψίας, η οποία περικλείει πολλούς κινδύνους για τον ασθενή. Οπου όμως αντενδείκνυται η διεγχειρητική βιοψία, εκτελείται παρακέντηση ήπατος. Για την τελευταία θα γίνει λόγος εδώ.

Αρχικά, ενημερώνεται ο ασθενής για το είδος της εξέτασης, την σκοπιμότητά της και τους κινδύνους που περικλείονται από αυτήν. Μετά την συγκατάθεσή του γίνονται οι απαραίτητες εξετάσεις που απαιτούνται προ της παρακέντησεως. Συγκεκριμένα μετρώνται τα αιμοπετάλια και γίνονται δοκιμασίες πήκτικότητας του αίματος. Σε ύπαρξη διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος, η ηπατική παρακέντηση αντενδείκνυται. Άλλες αντενδείξεις για την παρακέντηση είναι οι θρομβώσεις των ηπατικών φλεβών, ο ίκτερος που παρατείνεται πέραν των 5 εβδομάδων, η πυλαία υπέρταση λόγω συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, η υπόνοια εχινοκόκκων ήπατος και τα εμπίρετα νοσήματα που συνοδεύονται από περιτοναϊκές βλάβες. Κατά την διάρκεια της παρακέντησης ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση επειδή διαγράφονται έτσι καλύτερα τα όρια του

ήπατος. Συγκεκριμένο σημείο για την παρακέντηση δεν υπάρχει. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται είτε διαμέσου των μεσοπλευρίων διαστήματων, είτε κάτω από το τελευταίο πλευρικό τόξο αφού γίνει η απαραίτητη αντισήψια και αναισθησία της περιοχής. Η εισαγωγή της βελόνας στον ηπατικό ιστό γίνεται σε θέση εκπνοής για την αποφυγή τραυματισμού του διαφράγματος. Μετά την εξαγωγή της βελόνας, ο ασθενής τοποθετείται ξαπλωμένος στην δεξιά μεριά με ένα μαξιλάρι από κάτω του για την αποφυγή αιμόρραγίας από το τραύμα. Σ' αυτήν την θέση μένει για δύο ώρες, ενώ από το κρεβάτι σηκώνεται μετά από 24 ώρες. Η συχνή λήψη των ζωτικών σημείων είναι απαραίτητη μετά την παρακέντηση, επειδή η συχνότητα εμφάνισης αιμόρραγίας είναι μεγάλη. Οι επιπλοκές της παρακέντησης του ήπατος είναι:

- α) Αιμόρραγία
- β) Χολώδης περιτονίτιδα η οποία συμβαίνει λόγω τρώσης της χοληδόχου κύστεως
- γ) Μόλυνση του τραύματος από κακή χρήση των κανόνων ασηψίας και αντισήψιας και
- δ) Πνευμονοθώρακας ο οποίος εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που πάσχουν από πνευμονικό εμφύσημα.

Μετά το τέλος της παρακέντησης, το ηπατικό υλικό που αφαιρέθηκε στέλνεται για βιοψία. Σε γενικές γραμμές, η παρακέντηση του ήπατος αποτελεί μια από τις πιο επικίνδυνες επεμβατικές τεχνικές, και δεν θα πρέπει να γίνεται σαν εξέταση ρουτίνας, αλλά μόνον αν υπάρχουν ευνοϊκές συνθήκες εκ μέρους του ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η κίρρωση του ήπατος είναι μια χρόνια αρρώστεια η οποία απαιτεί μακροχρόνια νοσηλεία και υπομονή εκ μέρους του ασθενούς της οικογένειάς του και των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την αποκατάστασή του. Ένα πρόγραμμα νοσηλείας θα πρέπει να καταρτιστεί πριν παρθεί η απόφαση να σταλεί ο ασθενής στο σπίτι του. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει την εφαρμογή σωστών νοσηλευτικών μέτρων ώστε να προληφθούν τυχόν επιπλοκές της νόσου και επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς. Τα άτομα που συνεργάζονται στην ομάδα αποκατάστασης του ασθενούς, ανήκουν στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Εκτός αυτών, η ομάδα περιλαμβάνει κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και διαιτολόγο. Η συμμετοχή ιερέα στην ομάδα εξαρτάται από τις θρησκευτικές αντιλήψεις του ασθενούς αλλά συνήθως είναι απαραίτητη. Η κυριότερη ανάγκη κατά την διάρκεια της νοσηλείας που αποφασίζεται να γίνει στο σπίτι του ασθενούς είναι η ανάγκη καθορισμού από πριν, ενός σωστού διαιτολογίου. Η κατάρτιση του διαιτολόγου γίνεται με την βοήθεια του διαιτολόγου, και ακολουθείται πιστά. Για την θρέψη του ασθενούς με κίρρωση έχουμε αναφερθεί σε άλλο κεφάλαιο και δεν θα γίνει εκτεταμένη αναφορά εδώ. Εδώ θα τονίσουμε μόνο την ευθύνη του νοσηλευτή για την πιστή τήρηση του εκάστοτε διαιτολογίου για τον άρρωστο.

Σημαντική είναι η διδασκαλία του αρρώστου και των οικείων του σχετικά με την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου. Ο άρρωστος - καθώς και ένας στενός του συγγενής - ενημερώνεται για τις κυριότερες επιπλοκές της νόσου, τα συμπτώματά τους και τις ενέργειες που πρέπει να κάνει αν εμφανιστούν αυτές. Για την πρόληψη της οξείας κίρρωσης, διδάσκεται να παρατηρεί τα κόπρανα και τα εμέσματα ανελλιπώς για την εμφάνιση σημείων αιμορραγίας. Αν τα εμέσματα έχουν καφεοειδή χροιά και αν παρουσιαστεί μέλαινα κένωση, θα πρέπει επειγόντως να επικοινωνήσει με κάποιον γιατρό ή νοσηλευτή, ή ακόμα καλύτερα να προσέλθει αμέσως στο νοσοκομείο ώστε να αντιμετωπιστεί αμέσως η κίρρωση που απειλεί την ζωή του ασθενούς. Ο περιορισμός της λήψης υγρών πρέπει να

τονιστεί στον άρρωστο, επειδή η εμφάνιση ασκίτη σ' αυτούς τους αρρώστους δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Σε ύπαρξη ασκίτη ο ασθενής θα πρέπει να διδάσκεται να μένει στο κρεβάτι στην κατάλληλη θέση για να διευκολύνεται η αναπνοή του. Για τους αρρώστους με ασκίτη είναι χρήσιμος ο προγραμματισμός για την εκτέλεση αναπνευστικών ασκήσεων, λίγες ώρες την ημέρα, για καλύτερη παροχέτευση των βρογχικών εκκρίσεων. Η χρήση οξυγόνου μπορεί να είναι απαραίτητη για αρρώστους που παρουσιάζουν αναπνευστικά προβλήματα, γι' αυτό είναι απαραίτητος ο εφοδιασμός με φιάλη και μάσκες οξυγόνου. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται χρήση της μάσκας και ο τρόπος με τον οποίο αυτή συνδέεται με την φιάλη, διδάσκονται από τον νοσηλευτή σε κάποιον συγγενή του αρρώστου, για να είναι εξοικειωμένοι με την χρήση τους.

Τα σημεία και συμπτώματα της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας πρέπει να διδάσκονται στους οικείους του ασθενούς, ώστε με την πρώτη εμφάνισή τους να αναφερθούν στα κατάλληλα πρόσωπα. Η εκμάθηση των συγγενών του, για την περιποίηση αρρώστου με κίρρωση του ήπατος ο οποίος βρίσκεται σε κατάσταση ήπιου ηπατικού κώματος είναι νοσηλευτικό καθήκον. Η καθημερινή περιποίηση του αρρώστου είναι απαραίτητη. Η τήρηση της ατομικής καθαριότητας σε καθημερινή βάση είναι ένα από τα πρώτα πράγματα που θα πρέπει να εφαρμόζεται. Η περιποίηση του στόματος και του φάρυγγα είναι ουσιώδης για να προληφθούν μετέπειτα προβλήματα. Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι απαραίτητη. Συνιστάται τακτική αλλαγή θέσεως για την αποφυγή πιέσεως στα σημεία που στηρίζουν το βάρος του σώματος. Κατ' αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η δημιουργία των κατακλίσεων. Θετικό μέτρο επίσης είναι -αν ο άρρωστος έχει την οικονομική δυνατότητα- να εφοδιαστεί με κουλούρες και ειδικά στρώματα νερού τα οποία συμβάλουν σημαντικά στην πρόληψη των κατακλίσεων. Η ευθύνη για την αποχή του αρρώστου από τα οινοπνευματώδη ποτά ανατίθεται σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Η χρήση ηπατοτοξικών φαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται. Γι' αυτόν τον λόγο, για οποιοδήποτε φάρμακο που θα χρησιμοποιήσει ο άρρωστος, πρέπει να έρχεται πρώτα σε συνενόηση με τον θεράποντα ιατρό. Έτσι αποφεύγει τυχόν επιπρόσθετες ηπατικές βλάβες που ίσως

επιφέρει η αλόγιστη χρήση φαρμάκων. Τέλος ο άρρωστος θα πρέπει να υποστηρίζεται ψυχολογικά από τα άτομα του περιβάλλοντος του. Ο άρρωστος αφήνεται να εκφράσει ελεύθερα τις απόψεις του για την ασθένειά του οι οποίες είναι σεβαστές από τους οικείους του. Οι θρησκευτικές ανάγκες είναι εντονότερες, ιδιαίτερα προς το τέλος της ζωής του, και η θρησκευτική συμπαράσταση ίσως είναι η καλύτερη συμπαράσταση παρά οποιαδήποτε άλλη ενθάρυνση για ίαση της νόσου. Η συνεργασία του αρρώστου με κάποιον ιερέα θα του αναπτερώσει το ήθικό του και θα τον κάνει να αντιμετωπίσει καλύτερα τον ενδεχόμενο θάνατο.

Γ Μ Ε Ρ Ο Σ
(ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ)

Ο αλκοολισμός είναι ένα φαινόμενο, η ύπαρξη του οποίου συνδέεται στενά με την εμφάνιση της κίρρωσης του ήπατος.

Γι' αυτόν τον λόγο θα γίνει μια μικρή αναφορά σ' αυτό το φαινόμενο το οποίο αποτελεί πραγματικά μια μάστιγα για την σύγχρονη κοινωνία.

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια προοδευτική εξελικτική ψυχοφυσιολογική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται:

- α) από έναν καταναγκασμό να καταναλώνει το άτομο υπερβολικές ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών, μολονότι γνωρίζει πολύ καλά τις καταστροφικές συνέπειες για την υγεία του
- β) από έναν βαθμό απώλειος ελέγχου λήψης οινοπνευματωδών ποτών, ανεξαρτήτως της επιθυμίας του
- γ) από μία κατάπτωση της πνευματικής, συναισθηματικής, σωματικής, οικογενειακής, επαγγελματικής ικανότητας
- δ) από μία δυσκολία ή ανικανότητα στις ανθρώπινες σχέσεις και στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αγχους
- ε) από μία βαθιά διαταραχή της προσωπικότητας.

Ο τύπος του αλκοολικού γίνεται σργά, με την πάροδο του χρόνου. Ο φυσικά εξαρτώμενος από το αλκοόλ αναπτύσσει μια φιλοσοφία ότι αυτός μπορεί να πιεί περισσότερο από κάποιον άλλο χωρίς να συνεπάγεται κάποια επίπτωση στη διάθεση ή την όλη υγεία του. Οι αλκοολικοί που περνούν από αυτά τα στάδια, μπορεί να μην δείξουν ποτέ συμπτώματα μέθης. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα εγκαθίστανται εσωτερικά, και ο αλκοολικός γίνεται σταδιακά ένας άρρωστος άνθρωπος, ένα άτομο παθολογικά εξαρτημένο από το αλκοόλ.

Το οινόπνευμα ήταν γνωστό από πολύ παλιά, και στην αρχή χρησιμοποιήθηκε σαν πρεμιστικό. Η κατανάλωση κρασιού και άλλων ζυθοόχων ποτών αναφέρεται στις πιο παλιές βιβλιογραφίες, καθώς επίσης και στα Ελληνικά, Ρωμαϊκά, Ιαπωνικά και Κινέζικα συγγράμματα. Για να συνδεθεί όμως το οινόπνευμα για χιλιετηρίδες με την ζωή του ανθρώπου και να κάνει "καριέρα" πάνω στον πλανήτη μας, σημαίνει ότι έχει θέλγητρα και αυτά δεν είναι άλλα από το γεγονός ότι ανακουφίζει προσωρινά το άτομο από την αγωνία και είναι η πιο γνωστή αγχολυτική ουσία που παρήγαγε η ανθρωπότητα. Η αιθυλική αλκοόλη είναι ένα από τα βασικά στοιχεία που περιέχουν τα αλκοολούχα ποτά. Αναφέρεται επίσης και σαν αλκοόλη των σιτηρών, αιθανόλη και οινόπνευμα. Το καθαρό άχρωμο υγρό, έχει μια ελάχιστη ευχάριστη μυρωδιά κι ανάμιγνύεται με το νερό σε οποιαδήποτε ποσοστιαία αναλογία. Τα αλκοολούχα ποτά, εκτός από

οινόπνευμα και νερό, περιέχουν επίσης και διάφορα παράγωγα της βιομηχανικής μεθόδου, όπως χρώμα, άρωμα κλπ. Το οινόπνευμα λαμβάνεται από το στόμα, και αφού απορροφηθεί από το στομάχι μεταφέρεται με το αίμα σε όλα τα σημεία του ανθρώπινου σώματος. Οι τοξικές του δράσεις σχετίζονται κυρίως με το ήπαρ όπου μεταβολίζεται, τον εγκέφαλο στον οποίο φτάνει ύψου περάσει εύκολα τον αιμοτοσεγκεφαλικό φραγμό και εκδηλώνει τα πρώτα συμπτώματα της μέθης και με τους ανεύμονες αι' όπου αποβάλλεται. Η συγκέντρωση της αλκοόλης στον αέρα των αεροφόρων οδών μας επιτρέπει να καθορίσουμε την συγκέντρωσή της στο αίμα.

Αίτια αλκοολισμού

Οι άνθρωποι καταναλώνουν ποτά για διάφορους λόγους: κοινωνικούς, πολιτιστικούς, ψυχολογικούς κλπ. Τα κυριότερα αίτια του αλκοολισμού καθορίζονται στα παρακάτω. Υπάρχει μια κατηγορία ανθρώπων που είναι συγκρατημένοι στην κοινωνική τους ζωή, δεν έχουν άνεση στη σχέση τους με τους άλλους ανθρώπους. Όταν πίνουν, ξεθαρεύουν κοινωνικά, μπορούν να μιλάνε ελεύθερα, να λένε την γνώμη τους και γενικά να αισθάνονται πιο άνετα με τους άλλους. Άλλη αιτία είναι η χρησιμοποίηση του αλκοόλ σαν ηρεμιστικό φάρμακο. Συνήθως οποιαδήποτε ουσία επιφέρει χαλάρωση και μείωση της εντάσεως του άγχους, επειδή μας κάνει να αισθανόμαστε καλά εκείνη την στιγμή θέλουμε να την ξαναπάρουμε. Υπάρχουν και άνθρωποι που αρχίζουν να πίνουν εξαιτίας της δουλειάς τους. Φυσικά φταίει πολλές φορές κάποια μεγάλη και έντονη στενοχώρια. Σήμερα δε, μια επίσης συχνή αιτία είναι η ανία και η πλήξη. Πολλές λοιπόν είναι οι αιτίες του αλκοολισμού. Άλλες υπήρχαν από παλιά και άλλες είναι δημιουργία της σημερινής κοινωνίας και του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Εξάρτηση από την αλκοόλη

Οι επικίνδυνες συνέπειες της αλκοόλης δεν εμφανίζονται μόνο στο σώμα. Η υπόθεση ότι το ποτό μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση, μαζί με την γνωστή βλαπτικότητα του, το κάνει πολύ επικίνδυνο. Οι έννοιες της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης κατέχουν την κεντρική θέση στην θεωρία του εθισμού. Η ανοχή αναφέρεται στην ικανότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος να προσαρμο-

σται στην τοξική δράση της ουσίας έτσι ώστε να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση για να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Η σωματική εξάρτηση έχει οριστεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν μια προσαρμοστική κατάσταση που εκδηλώνεται με εμφανή σωματική διαταραχή όταν σταματά η ποροχή της τοξικής ουσίας. Η παράλληλη ανάπτυξη της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης, οδηγεί σε αυξημένες ποσότητες κατανάλωσης, εφόσον χρειάζεται μια μεγαλύτερη δόση αλκοόλης, καθώς επίσης και για την αποφυγή του συνδρόμου αποστήρησης από την αλκοόλη. Το σύνδρομο περιγράφεται με τον ακόλουθο τρόπο: πρώτα νοιώθει κανείς την ανάγκη να πιεί έτσι ώστε το ποτό καταλήγει να επισκιάζει τις άλλες δραστηριότητες. Το ποτό αποκτά μεγαλύτερη σημασία από την οικογένεια, την εργασία, τους φίλους και την υγεία. Με την συνεχή χρήση, η ανοχή στην αλκοόλη αυξάνει, και εμφανίζονται συμπτώματα αποστήρησης, όπως τρεμούλιασμα, εφιδρώσεις, κατάθλιψη ιδίως το πρωί μετά από μια νύχτα όπου το επίπεδο αλκοόλης στο αίμα μειώνονται δραστικά. Συχνά, πίνει κανείς μόνο και μόνο για να αποφύγει τα συμπτώματα, που εξαφανίζονται ταχύτατα μετά από 2-3 ποτήρια. Έτσι, ο αλκοολικός κυκλοφορεί πάντα με μια μπουκάλια, ώστε να είναι προετοιμασμένος για την ξαφνική εμφάνιση συμπτωμάτων αποστήρησης.

Οι κυριότερες επιδράσεις του - όπως έχουν αναφερθεί πιο πριν - είναι στον εγκέφαλο και στο ήπαρ, καθώς επίσης και στους νεφρούς, στην καρδιά, στον λάρυγγα, στον στόμαχο και στον οισοφάγο. Όσον αφορά το ήπαρ, έχει διαπιστωθεί ότι η πρώτη φάση του μεταβολισμού του οινοπνεύματος από τον οργανισμό, γίνεται στο ήπαρ με την βοήθεια των ηπατικών ενζύμων. Η οινοποσία προκαλεί εναπόθεση λίπους πάνω στο όργανο, δίνοντάς του κίτρινη χροιά. Η λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι συνήθως πρόδρομος μιας άλλης νόσου που έχει την ρίζα της στο αλκοόλ, την κίρρωση του ήπατος που μαζί με την αλκοολική ηπατίτιδα κατατάσσονται σε μία ενιαία νόσο που λέγεται αλκοολική νόσος του ήπατος. Άλλες νευρολογικές επιδράσεις του οινοπνεύματος είναι:

- α) τρεμώδες παραλήρημα (delirium tremens)
- β) παραλήρημα ζηλοτυπίας
- γ) αλκοολική παράνοια

- δ) αλκοολική πολυουρητιδική ψύχωση τύπου Korsakoff
- ε) αλκοολική εγκεφαλοπάθεια
- ς) αλκοολική άνοια.

Εκτός αυτών, η αλκοόλη είναι υπεύθυνη για την αυξημένη συχνότητα προκλήσεως τροχαίων ατυχημάτων. Υπολογίζεται ότι το 50% των θανάτων από αυτοκινητιστικά δυστηχήματα, έχουν κάποια σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ.

Για την βοήθεια του αλκοολικού να ξεπεράσει αυτό το πρόβλημα υπάρχουν διάφορα προγράμματα ανά τον κόσμο. Σ'αυτά τα προγράμματα είναι αναμεμιγμένοι ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί που παρέχουν ψυχική υποστήριξη και φαρμακευτική αγωγή, και τα περισσότερα έχουν προσβάσεις σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα. Η αγωγή περιλαμβάνει καθολική αποχή από το αλκοόλ, και φάρμακα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του συνδρόμου της αποστέρησης. Ταυτόχρονα γίνεται και ομαδική θεραπεία, ώστε ο αλκοολικός να βρίσκεται αντιμέτωπος με τα προβλήματά του, καθώς επίσης και ψυχοθεραπεία από ψυχολόγο ή ψυχίατρο ώστε να θεραπευθούν οι ψυχικές αιτίες που οδηγούν τον άρρωστο στο αλκοόλ. Τέλος, υπάρχει και η θεραπεία αποστροφής προς το αλκοόλ ο στόχος της οποίας είναι να αποκαταστήσει το αίσθημα της ανάγκης για το αλκοόλ με ένα αίσθημα αποστροφής προς αυτό.

Οι σύλλογοι που υπάρχουν στην χώρα μας, για την καταπολέμηση των καταστροφικών συνεπειών του οινοπνεύματος, είναι δύο. Η Πανελλήνια Αντιαλκοολική Σταυροφορία (ΠΑΣ) που ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1957 και οι "Ανώνυμοι Αλκοολικοί". Οι "Ανώνυμοι Αλκοολικοί" είναι μια οργάνωση που ιδρύθηκε το 1935 στην Αμερική με παραρτήματα σε όλον τον κόσμο. Σήμερα υπάρχουν 40.000 ομάδες σε 110 χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα με 1.000.000 μέλη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να θίξει ένα μεγάλο πρόβλημα της Νοσηλευτικής, την περίθαλψη των κίρρωτικών ασθενών. Βέβαια σωστότερο δεν θα ήταν η επιδίωξη της πλέον καλύτερης θεραπείας, αλλά η εφαρμογή όσο δυνατόν περισσότερων και καλύτερων προληπτικών μεθόδων. Αυτό βέβαια συνίσταται στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις προφυλάξεις που πρέπει να πάρει για την αποφυγή της νόσου, καθώς και για τους κινδύνους που κρύβει η υπερβολική χρήση του οινοπνεύματος.

Το θέμα της πρόληψης για νόσους όπως η κίρρωση του ήπατος απαιτεί έναν προγραμματισμό ο οποίος θα εφαρμόζεται από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες και στα πλαίσια των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Α Μ Ε Ρ Ο Σ
(ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ι

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Α.Χ.

ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : 60 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ : Κίρρωση ήπατος

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Νέος ασθενής με ικτερική χροιά του δέρματος και του σκληρού του οφθαλμού προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία. Ο ασθενής είναι χρόνιος αλκοολικός προ 20ετίας και καταναλώνει μεγάλη ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών την ημέρα. Συγκεκριμένο είδος ποτού δεν υπάρχει, συνήθως όμως προτιμά το ουίσκυ και το κρασί. Κατά την φυσική εξέταση παρουσίασε ικτερική χροιά του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε διόγκωση του ήπατος 3-4 cm. Διαπιστώθηκαν επίσης αραχνοειδείς σπίλοι στην περιοχή του δέρματος του θωρακικού τοιχώματος. Στη συνέχεια έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις, και εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ : Ο ασθενής εισάχθη στην παθολογική κλινική και άρχισε η παρακολούθησή του. Το βάρος του κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα για το ύψος του, και δεν φαίνεται να μεταβάλλεται. Διόγκωση της κοιλίας δεν παρατηρείται και η περίμετρός της παραμένει σταθερή. Από το αναπνευστικό δεν παρατηρούνται παθολογικά προβλήματα. Ελήφθη αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις και συζητάται η περίπτωση διενέργειας βιοψίας του ήπατος.

Η βιοψία όμως αναβάλλεται επειδή οι εργαστηριακές εξετάσεις φανερώσουν παράταση του χρόνου προθρομβίνης. Αποφασίστηκε τελικώς να γίνει scanning ήπατος, το οποίο έδειξε την παρουσία διάχυτων όζων. Συνιστάται διαίτα ηπατοπαθούς και διακοπή του αλκοόλ. Σε 7 ημέρες εκδηλώθηκε ηπατικό κώμα και ο άρρωστος άρχισε αγωγή με λακτουλόζη και νεομυκίνη 3 φορές την ημέρα. Συχνή λήψη αερίων αίματος για την εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας δείχνουν φυσιολογικές τιμές με PaO_2 89 mmHg $PaCO_2$ 37 mmHg. Η κατάσταση του ηπατικού κώματος κράτησε 10 ημέρες. Μετά, τα συμπτώματα του ηπατικού κώματος άρχισαν να υποχωρούν και ο ασθενής άρχισε να επικοινωνεί με το περιβάλλον.

Κατάληξη της νόσου : θάνατος από ανάπτυξη σηπτικής περιτονί-

τιδας και σηπτικού shock λόγω ρήξης του περιτοναίου και εισόδου στην περιτοναϊκή κοιλότητα μικροβίων από την χλωρίδα του εντέρου.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Χολερυθρίνη ολική	: 17 mg/dL
χολερυθρίνη άμεση	: 9 mg/dL
χολερυθρίνη έμμεση	: 8 mg/dL
SGOT	: 750 IU/L
SGPT	: 700 IU/L
γGT	: 400 IU/L
ALP	: 110 IU/L
σάκχαρο	: 86 mg/dL
ουρία	: 18 mg/dL
ουρικό οξύ	: 5.1 mg/dL
K	: 4.1 mmol/L
Na	: 139 mmol/L
PT	: 16.8 seconds

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αύξηση χολερυθρίνης Ίκτερος	Βελτίωση της ηπατικής δυσλειτουργίας για την προαγωγή του φυσιολογικού μεταβολισμού της χολερυθρίνης	Συντηρητική αγωγή της νόσου	Καθορισμός ενός διαιτολογίου κατάλληλου για την περίπτωση. Διακοπή λήψεως αλκοόλης για την βελτίωση των βλαβών που προκαλεί το οινόπνευμα. Διακοπή λήψεως φαρμάκων που έχουν ηπατοτοξική δράση για την αποφυγή φορτώσεως του ήπατος με ηπατοτοξικούς παράγοντες. Η λήψη ηπατοτοξικών δεν γίνεται παρά μόνο σε μεγάλη ανάγκη	Βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς
Αραχνοειδείς σπίλοι	Παρακολούθηση της εξέλιξης του μεγέθους των σπίλων	Παρατήρηση των σπίλων για τυχόν αύξηση του μεγέθους των. Επειδή η παρουσία και η αύξηση των σπίλων συνδέεται με διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, γίνεται τακτική παρακολούθηση των παραμέτρων πήκτικότητας του αίματος. Αύξηση του αριθμού των σπίλων πρέπει να αναφέρεται άμεσα στον γιατρό.	Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις. Οι εξετάσεις περιλαμβάνουν μέτρηση του αριθμού των αιμοπεταλίων και του χρόνου προθρομβίνης (PT)	Δεν έγιναν γνωστά τα αποτελέσματα

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Παράταση του χρόνου προθρομβίνης (PT)	Βελτίωση της τιμής του PT Πρόληψη αιμορραγιών	Χορήγηση προϊόντων αίματος για την βελτίωση του PT Ξεκούραση του ασθενούς και αποφυγή έντονων και βίαιων κινήσεων ή και αθλοπαιδιών για την αποφυγή τραυματισμού.	Χορήγηση ολικού αίματος και πλάσματος. Εξωγενής χορήγηση βιταμίνης K με την τροφή στο διαιτολόγιο του ασθενούς. Σε ανεπαρκή πρόσληψη βιταμίνης K δίνεται ενδοφλέβια χορήγηση βιταμίνης K. Κατάκλιση στο κρεβάτι και εξασφάλιση ηρεμίας του. Συμβουλεύεται να μην ξύνει το δέρμα και τη μύτη του. Τα δόντια πρέπει να πλέονται με μαλακή οδοντόβουρτσα για την αποφυγή τραυματισμού των ούλων. Τροφές που μπορούν να προκαλέσουν τραύματα του ΓΕΣ όπως τα ψάρια, αποφεύγονται. Δίαιτα υγρή και πολτοποιημένη. Οι ενδομυϊκές και οι υποδόριες ενέσεις αποφεύγονται και τα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλεβίως. Αν παραστεί ανάγκη να γίνει ενδομυϊκή ένεση τότε	Πρόληψη αιμορραγιών Βελτίωση του PT

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>επίπεδο κ.ά.</p> <p>Ηπατικό κώμα</p>	<p>Αποκατάσταση του ασθενούς</p> <p>Πρόληψη των επιπλοκών της κατάκλισης</p>	<p>Χορήγηση σκευασμάτων που εμποδίζουν την απορρόφηση της αμμωνίας από το έντερο, επειδή αυτή θεωρείται εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση του κώματος.</p> <p>Περιποίηση των σημείων που είναι ευπαθή στην εμφάνιση κατακλίσεων</p>	<p>ασκείται πίεση στο σημείο του τραύματος για 5 λεπτά.</p> <p>Χορήγηση λακτούλόζης και νεομυκίνης (σιρόπι) 3 φορές το 24ώρο</p> <p>Συχνή αλλαγή της θέσεως του ασθενούς πάνω στο κρεβάτι. Χρησιμοποίηση αεροθαλάμου και ειδικού στρώματος. Συχνή εντριβή με οινόπνευμα των σημείων που πιέζονται πάνω στο στρώμα.</p> <p>Τακτική καθαριότητα του ασθενούς.</p> <p>Το δέρμα διατηρείται στεγνό και καθαρό γιατί το υγρό και ρυπαρό δέρμα είναι πιο ευαίσθητο στην εμφάνιση κατακλίσεως.</p> <p>Προσοχή δίνεται στον κόκκυγα, στους αγκώνες</p>	<p>Βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς και απουσία εμφανίσεως κατακλίσεων.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Σηπτική περιτονίτιδα Σηπτικό shock</p>	<p>Αποκατάσταση και θεραπεία του ασθενούς από τις εκδηλώσεις της ασθένειας</p>	<p>Γενική περιποίηση του ασθενούς</p> <p>Κάλυψη του αρρώστου με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος</p> <p>Προφύλαξη του από επιπρόσθετους λοιμογόνους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επιδεινώσουν την ήδη κρίσιμη κατάστασή του.</p>	<p>στις φτέρνες, στις ωμοπλάτες, στην λνιακή χώρα.</p> <p>Περιποίηση του στόματος του ασθενούς για την αποφυγή αποικισμού από μύκητες και βακτήρια.</p> <p>Τα χείλη επαλείφονται με γλυκερίνη.</p> <p>Η επίθεση κολυρίου τεχνητών δακρύων στους οφθαλμούς είναι απαραίτητη για την πρόληψη της ξηρότητας των οφθαλμών</p> <p>Χορήγηση κεφαλοστομίνης 3 φορές την ημέρα (Zinacef)</p> <p>Προφυλακτική απομόνωση του ασθενούς και αποφυγή εισόδου στο δωμάτιο ατόμων με λοιμώξεις του αναπνευστικού</p>	<p>θάνατος</p>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΙ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Ν.Ι.

ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 55 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Κίρρωση ήπατος

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Νέος ασθενής ο οποίος εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία για ίκτερο. Αναφέρεται ιστορικό ηπατικής νόσου (ηπατίτιδα) σε νεαρή ηλικία. Από τότε και στο εξής δεν αναφέρθηκαν άλλα σοβαρά προβλήματα από το ήπαρ. Στο οικογενειακό ιστορικό δεν υπάρχει αναφορά για ηπατική νόσο όπως κίρρωση του ήπατος.

Η φυσική εξέταση αποκάλυψε ελαφρά διόγκωση του ήπατος, καθώς και διόγκωση του σπλήνα.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ : Εργαστηριακός έλεγχος παρουσίασε ελαφρά αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Έλεγχος για ηπατίτιδα αποκάλυψε παλια ενεργό ηπατίτιδα. Μέτρηση του βάρους και της περιφέρειας της κοιλιάς έδειξε την προοδευτική ανάπτυξη ασκίτη. Υπερηχοτομογραφία και scanning ήπατος έδειξαν την εμφάνιση διάχυτων αναγεννημένων όζων του ήπατος. Υπέρηχοι κοιλιάς έδειξαν συγκέντρωση ασκίτικου υγρού. Συνυπάρχει ταυτόχρονα και δύσπνοια ελαφρού βαθμού. Ο ασθενής παραμένει στην κλινική για 15 ημέρες, και αφού του γίνει παρακέντηση κοιλιάς για ασκίτικό υγρό, θα φύγει στο σπίτι του. Η παρακέντηση κοιλιάς έδωσε 900 ml ασκίτικού υγρού. Ο ασθενής έφυγε για το σπίτι του με συστάσεις για αποφυγή οινοποίησης, για λήψη φαρμάκων χωρίς την συμβουλή γιατρού, για την πιστή εφαρμογή άναλης δίαιτας, και με την συμβουλή να επανέλθει για εξέταση μετά από δύο μήνες.

Εργαστηριακές εξετάσεις

SGOT : 70 IU/L

SGPT : 75 IU/L

ALP : 81 IU/L

ουρία : 21 mg/dL

κρεατινίνη: 0.9 mg/dL

σάκχαρο : 121 mg/dL

K : 4.8 mmol/L

Na : 142 mmol/L

χολερυθρίνη: 1.1 mg/dL

γGT : 50 IU/L

HBsAg (+)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ασκίτης</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα του ασκίτη</p>	<p>Απομάκρυνση του ασκίτικου υγρού</p> <p>Πρόληψη της υπερπαραγωγής του</p>	<p>Αποφυγή λήψεως ηπατοτοξικών φαρμάκων</p> <p>Προαγωγή της διούρησης του ασθενούς με την χορήγηση ισχυρών διουρητικών [(φουρσελίδης) (Lasix)] και αν ο ασκίτης επιμένει: Εκτέλεση παρακέντησης κοιλίας για την αφαίρεση του υγρού (εκκενωτική παρακέντρηση)</p> <p>Καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και τήρηση του ισοζυγίου μεταξύ αυτών των δύο.</p> <p>Τακτική μέτρηση, του βάρους, καθώς επίσης και της περιμέτρου της κοιλίας του ασθενούς για την εμφάνιση των πρώτων σημείων του ασκίτη.</p> <p>Σε υπέρμετρη ανάπτυξη ασκίτη περιορισμός της λήψης των υγρών.</p> <p>Εφαρμογή άναλης δίαιτας. Αντί αλατιού χρησιμοποιούνται υποκατά-</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Προβλήματα χρονιότητας της νόσου</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση της νόσου</p>	<p>Διδασκαλία του ασθενή για την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου</p> <p>Επαφή του με άλλα άτομα που μπορούν να τον ενθαρρύνουν.</p>	<p>τά του.</p> <p>Χορήγηση πίνακα υπονατριούχων σιτιών για ενημέρωση του ασθενή τί πρέπει να τρώει και τι όχι.</p> <p>Ενημέρωσή του για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει. Ταυτόχρονα ενημερώνεται και κάποιος συγγενής του ή κάποιο άτομο του περιβάλλοντός του</p> <p>Συνάντησή του με νοσηλεύτες, γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, ακόμη και με θρησκευτικά πρόσωπα για την εκπλήρωση των σωματικών, ψυχικών, συναισθηματικών και θρησκευτικών αναγκών τους.</p>	<p>Δεν έγιναν γνωστά</p>
<p>Διόγκωση ήπατος - Ηπατομεγαλία</p>	<p>Επαναφορά των ορίων του ήπατος σε φυσιολογικά όρια</p>	<p>Συντηρητική αγωγή για την επαναφορά του ήπατος στην φυσιολογική του κατάσταση</p>	<p>Αποφυγή λήψεως οινοπνεύματος</p> <p>Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες</p>	<p>Δεν έγιναν γνωστά τα αποτελέσματα</p>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	I
Εισαγωγή	II
Ανατομία του ήπατος	1
Εργαστηριακές εξετάσεις	2
Ενζυμα ορού	2
Απεκκριτική λειτουργία του ήπατος	4
Συνθετική λειτουργία του ήπατος	5
Δοκιμασίες καθάρσεως (Clearances)	5
Ηπατικός κύκλος των χολικών οξέων	6
Κίρρωση ήπατος	7
Ορισμός	7
Τύποι κίρρωσεως	8
Αλκοολική κίρρωση	8
Μετανεκρωτική κίρρωση	9
Χολική κίρρωση	10
Αιμοχρωμάτωση	11
Καρδιακή κίρρωση	11
Κίρρωση αγνώστου αιτιολογίας	11
Κλινική εικόνα	12
Διάγνωση	13
Πρόληψη κίρρωσεως - θεραπεία	14
B' ΜΕΡΟΣ	
Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδος	15
Προβλήματα του αρρώστου	17
Διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών	18
Κακή διακίνηση οξυγόνου	19
Θρεπτικό και ενεργειακό ανισοζύγιο	21
Προβλήματα οξυγόνωσης	22
Μείωση των δραστηριοτήτων του αρρώστου	23
Κνησμός	24
Λοιμώξεις	25
Προβλήματα χρονιότητας της νόσου	25
Επιπλοκές της κίρρωσης αντιμετώπιση και νοσηλευτική φροντίδα	27

Πυλαία υπέρταση	27
Οξεία κίρρωση	28
Ασκίτης	31
Ηπατική εγκεφαλοπάθεια	33
Διαιτολόγιο ασθενούς με κίρρωση ήπατος	36
Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά τις επεμβατικές τεχνικές	38
Παρακέντηση κοιλίας	38
Βιοψία ήπατος	40
Νοσηλεία ασθενούς με κίρρωση στο σπίτι	42
Γ' ΜΕΡΟΣ	
Αλκοολισμός	45
Αίτια αλκοολισμού	47
Εξάρτηση από την αλκοόλη	47
Επίλογος	50
Δ' ΜΕΡΟΣ	
Ιστορικό I	51
Ιστορικό II	57
Περιεχόμενα	60
Βιβλιογραφία	62

- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ -

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Β. Επίτομος κλινική παθολογική φυσιολογία Τόμος Α' Έκδοση 2η Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος Αθήνα 1975.
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. Επίτομη χειρουργικής και ορθοπεδικής Έκδοση 5η Εκδόσεις Γ.Τσιβεριώτης Ε.Π.Ε. Αθήνα 1987.
- CAMPBELL WILLIAM, FRISSE MARK Manual θεραπευτικής Μετάφραση Μαυρικού Έκδοση 24η Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1986.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία Έκδοση 3η Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος Αθήνα 1981.
- DAVENPORT HORACE W. Physiology of the digestive tract " An introductory text " Fourth Edition Year Book Medical Publishers U.S.A. 1977.
- GUYTON ARTHUR Φυσιολογία του ανθρώπου Μετάφραση Α. Ευαγγέλου Έκδοση 3η Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1984.
- HARRISON Εσωτερική Παθολογία Μετάφραση Α. Βαγιωνάκης - Δ. Βαρώνος Τόμος Α' Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική Τόμος Α' Έκδοση 10η Εκδόσεις " Η ΤΑΒΙΘΑ " Αθήνα Ιούλιος 1987.
- ΜΙΧΑΗΛ ΣΩΤΗΡΙΟΣ Ιστολογία Έκδοση Β Θεσσαλονίκη 1986.
- ΜΠΑΚΑΛΟΣ Α. Εσωτερική παθολογία και θεραπευτική Τόμος Γ Έκδοση 3η Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος Αθήνα 1986.

ΜΠΑΛΑΣ Π. Χειρουργική Τόμος Β Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλί-
δη Αθήνα 1987.

ΠΛΕΣΣΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Διαιτητική του ανθρώπου Εκδόσεις Φαρμακον-Τύ-
πος Αθήνα 1988.

READ ALAN E. BARRITT D.W. LANGTON HEWER R. Συγχρονη Παθολογία
Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Χ.Μουτσόπουλος Έκδοση 2η
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1984.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ Παθολογική και χειρουργική
νοσηλευτική " Νοσηλευτικές διαδικασίες " Τόμος 2ος Μέ-
ρος Β Εκδόσεις " ΒΗΤΑ " medical arts Αθήνα 1985.

ΤΡΑΚΑΤΕΛΛΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ Βιοχημεία Τόμος Α Μέρος 2ο Μέρος 3ο
Έκδοση 2η Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη Θεσσαλονίκη
1984.

