

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α :

"ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :

ΜΠΑΛΤΣΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Π Α Τ Ρ Α , 4.5.1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	834/α
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... 1

Μ Ε Ρ Ο Σ Α΄

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α΄

I. Ορισμός της κίρρωσης του ήπατος.....	1
II. Φυσιολογία του ήπατος.....	1
III. Ανατομία του ήπατος.....	5

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β΄

Αίτια της κίρρωσης του ήπατος.....	13
------------------------------------	----

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ΄

I. Ταξινόμηση της κίρρωσης.....	15
II. Κλινικοί τύποι της κίρρωσης.....	15

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ΄

I. Επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος.....	24
α. Πυλαία υπέρταση.....	24
β. Οξεία κίρρωση.....	25
γ. Ασκίτης.....	26
δ. Ηπατική εγκεφαλοπάθεια.....	27
ε. Καρκίνος ήπατος.....	28

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε΄

I. Διάγνωση της κίρρωσως του ήπατος.....	29
α. Φυσική εξέταση.....	29
β. Η φόρτιση του ήπατος με γαλακτόζη.....	32
γ. Δοκιμασία αποκαθάρσως με γαλακτόζη.....	32
δ. Λευκώματα του πλάσματος.....	32
ε. Προθρομβίνη πλάσματος.....	33
ζ. Τρανσαμινάσες.....	33
η. Δοκιμασία βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης (B.S.P.).....	34
θ. Βιοψία ήπατος.....	35
ι. Σπινθηρογράφημα ήπατος.....	35
κ. Λαπαροσκόπηση.....	35
II. Θεραπεία της κίρρωσως του ήπατος.....	36

Μ Ε Ρ Ο Σ Β΄

ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α΄

I. Ρόλος νοσηλεύτριας στην φροντίδα του αρρώστου....	38
II. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	39
III. Προβλήματα του αρρώστου.....	42
IV. Σκοποί της φροντίδας.....	43

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β΄

I. Νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου.....	44
II. Νοσηλευτική παρέμβαση.....	46
III. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου	51

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ´

I. Παρακέντηση κοιλίας.....	57
II. Κίνδυνοι και επιπλοκές.....	60
III. Νοσηλευτικές ενέργειες κατά την παρακέντηση κοιλίας.....	62
IV. Νοσηλευτικές ενέργειες στην βιοψία ήπατος.....	66
V. Κίνδυνοι και επιπλοκές από την βιοψία ήπατος.....	69

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ´

Περιστατικά ασθενών.....	70
Νοσηλευτική διεργασία.....	70
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	84

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Μια πολύ διαδεδομένη νόσος στο χώρο της παθολογίας ναι η κίρρωση του ήπατος. Είναι ένα κλινικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονώδη ανάπτυξη συνδετικού ιστού με προοδευτική καταστροφή των ηπατικών κυττάρων και οξυδική αναγέννησή τους.

Η χρονιότητα της νόσου εκτός από τις παραπάνω διαταραχές δημιουργεί στο άτομο και ψυχολογικά προβλήματα.

Κάθε ηλικία χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση, γι' αυτό οι ενέργειες του νοσηλευτή -τριας πρέπει να είναι εξειδικευμένες για κάθε περίπτωση. Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας είναι σημαντικός και πολύπλευρος.

Βοηθά στην πρόληψη και στην διάγνωση. Στη διδασκαλία του αρρώστου για αποδοχή της νόσου του, και την κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος. Ακόμη είναι σημαντική η συμβολή του στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένειά του. Η φροντίδα του κίρρωτικού ασθενή αναφέρεται στην φροντίδα κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο αλλά και στη φροντίδα στο σπίτι του συνδυασμένη πάντα με την κατάλληλη δίαιτα και το φαρμακευτικό σχήμα.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια σφαιρική εικόνα της νόσου και να τονίσει την συμβολή του νοσηλευτή -τριας και γενικά της ομάδας υγείας στην προσέγγιση των ασθενών με κίρρωση του ήπατος.

Μ Ε Ρ Ο Σ Α΄

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α΄

I. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

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

II. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η χολή εκκρίνεται μέσα στα μικροσκοπικά χοληφόρα σωληνάρια, τα οποία βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα των ηπατικών δίσκων. Τα χοληφόρα σωληνάρια, μέσα στα οποία ρέει η χολή, φέρονται προς την επιφάνεια, στα μεσολόβια διαφράγματα, όπου εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους, από τους οποίους η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς και τελικά φτάνει στον ηπατικό πόρο και τον κοινό χοληδόχο πόρο, από τον οποίο είτε ρέει

απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο είτε εκτρέπεται προς τη χοληδόχο κύστη.

Εναποθήκευση της χολής στη χοληδόχο κύστη. Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα αλλά φυσιολογικά εναποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειαστεί στο δωδεκαδάκτυλο. Το συνολικό ποσό της εκκρινόμενης καθημερινά χολής είναι κατά μέσον όρον 600-700 ML, ενώ η μέγιστη χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι μόνο 40-70 ML. Ωστόσο μπορεί να εναποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται σε 12 ώρες γιατί το νερό, το νάτριο, το χλώριο, και οι περισσότεροι από τους άλλους μικρομοριακούς ηλεκτρολύτες της απορροφούνται συνεχώς από το βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση των άλλων συστατικών της, όπως των χολικών αλάτων, της χοληστερόνης και της χολερυθρίνης. Φυσιολογικά η χολή συμπυκνώνεται 5 φορές, αλλά η μέγιστη συμπύκνωση της μπορεί να φθάσει στις 10-12 φορές.

ΤΑ ΧΟΛΙΚΑ ΑΛΑΤΑ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ

Τα ηπατικά κύτταρα σχηματίζουν 0,5 G χολικών αλάτων τη μέρα. Μέσα στον εντερικό σωλήνα τα χολικά άλατα επιτελούν δύο σπουδαίες λειτουργίες. Πρώτο, ασκούν απορρυπαντική δράση στα λιπαρά σωματίδια της τροφής ελαττώνοντας, έτσι, το λεπτό διαμερισμό των λιποσφαιρίων με τη μηχανική ανάδευση της τροφής μέσα στο έντερο.

Δεύτερο, και σπουδαιότερο, από τη γαλακτωματοπακτική δράση, τα χολικά άλατα βοηθούν στην απορρόφηση από τον εντερικό σωλήνα των λιπαρών οξέων, των μονογλυκεριδίων, της

χοληστερόλης και άλλων λιποειδών.

ΑΠΕΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗΣ ΣΤΗ ΧΟΛΗ

Εκτός από την έκκριση ουσιών που συντίθενται από το ίδιο το ήπαρ, τα ηπατικά κύτταρα απεκκρίνουν ορισμένες ουσίες που σχηματίζονται σε άλλα σημεία του οργανισμού.

Μία από τις σημαντικότερες αυτές είναι η χολερυθρίνη, που αποτελεί ένα από τα κυριότερα τελικά προϊόντα της αποδόμησης της αιμοσφαιρίνης.

Στο σημείο αυτό υπενθυμίζεται με συντομία η διαδικασία του σχηματισμού της χολερυθρίνης. Όταν τα ερυθροκύττατα ολοκληρώσουν τον κύκλο της ζωής τους, που διαρκεί περίπου 120 μέρες, γίνονται πολύ εύθραστα για να μπορούν πιά να επιβιώσουν μέσα στο κυκλοφορικό σύστημα, οι μεμβράνες τους θραύονται και η αιμοσφαιρίνη που απελευθερώνεται φαγοκυτταρώνεται από τα δικτυενδοθηλιακά κύτταρα. Σ'αυτά η αιμοσφαιρίνη διασπάται πρώτα σε σφαιρίνη και αίμη. Ο δακτύλιος της τελευταίας μετατρέπεται γρήγορα σε χολερυθρίνη, η οποία απελευθερώνεται στο πλάσμα. Μέσα σε λίγες ώρες η χολερυθρίνη απορροφάται από τα ηπατικά κύτταρα, από τα οποία απεκκρίνεται, με μηχανισμό ενεργητικής μεταφοράς, η χολή.

ΙΚΤΕΡΟΣ

Η λέξη ίκτερος σημαίνει κιτρινωπή χρώση των ιστών του σώματος, τόσο του δέρματος όσο και των εσωτερικών

οργάνων. Αιτία του ικτέρου είναι η παρουσία μεγάλης ποσότητας χολερυθρίνης στα εξωκυττάρια υγρά. Η φυσιολογική συγκέντρωση χολερυθρίνης στο πλάσμα είναι περίπου 0,5 MG/100 ML. Ωστόσο, σε μερικές παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατός να αυξηθεί και μέχρι 40 MG/100 ML.

Τα συνηθέστερα αίτια ικτέρου είναι : 1) η αύξηση της καταστροφής των ερυθροκυττάρων, οπότε επιταχύνεται η απελευθέρωση χολερυθρίνης στο πλάσμα, 2) η απόφραξη των χοληφόρων πόρων, οπότε γίνεται αδύνατη η απέκκριση στον εντερικό σωλήνα, ακόμα και της σε φυσιολογικά ποσά εκκρινόμενης χολερυθρίνης, και 3) η βλάβη των ηπατικών κυττάρων.

Οι τρεις αυτοί τύποι ικτέρου ονομάζονται, αντίστοιχα, αιμολυτικός, αποφρακτικός και ηπατοκυτταρικός ίκτερος.

ΕΚΚΡΙΣΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ : ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ

Τα χολικά άλατα σχηματίζονται στα ηπατικά κύτταρα από χοληστερόλη, η οποία επίσης συντίθεται στο ήπαρ. Κατά τη διαδικασία έκκρισης των χολικών αλάτων στη χολή εκκρίνεται και χοληστερόλη σε αναλογία ίση περίπου με το 1/10 των χολικών αλάτων. Δεν είναι γνωστή καμμία συγκεκριμένη λειτουργία της χοληστερόλης μέσα στη χολή και θεωρείται ότι αποτελεί απλώς ένα παραπροϊόν του σχηματισμού και της έκκρισης χολικών αλάτων.

Η ποσότητα της χοληστερόλης που βρίσκεται στη χολή καθορίζεται κατά ένα μέρος από την ποσότητα του λίπους που καταναλώνει το άτομο, γιατί τα ηπατικά κύτταρα συνθέτουν χοληστερόλη ως προϊόν μεταβολισμού του λίπους στον

οργανισμό. Γι'αυτό το λόγο τα άτομα που για χρόνια διατρέφονται με δίαιτα πλούσια σε λίπος έχουν τάση να αναπτύσσουν χολόλιθους.

III. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ, με βάρος 2.000 GR περίπου, είναι ο μεγαλύτερος αδένας του σώματος. Το εξωκρινές προϊόν του ήπατος είναι η χολή. Τα άλατα των χολικών οξέων, που περιέχονται στη χολή, έχουν επίδραση στην επιφανειακή τάση και χρησιμεύουν για την γαλακτωματοποίηση και έτσι την πέψη των λιπών στο έντερο. Οι χολοχρωστικές σχηματίζονται από την χολερυθρίνη, που είναι προϊόν της αίμης χωρίς σίδηρο και προέρχεται από τα καταστρεφόμενα ερυθροκύτταρα. Με τη χολή αποβάλλονται πολλές άλλες ουσίες (π.χ. χοληστερίνη, άλατα).

Ταυτόχρονα το ήπαρ, ως το μεγαλύτερο μεταβολικό όργανο του σώματος, επιτελεί πολυάριθμες άλλες λειτουργίες που εξηγούν και την πληθώρα των αγγείων του. Περίπου 1,5 L αίματος περνούν κάθε λεπτό από το ήπαρ.

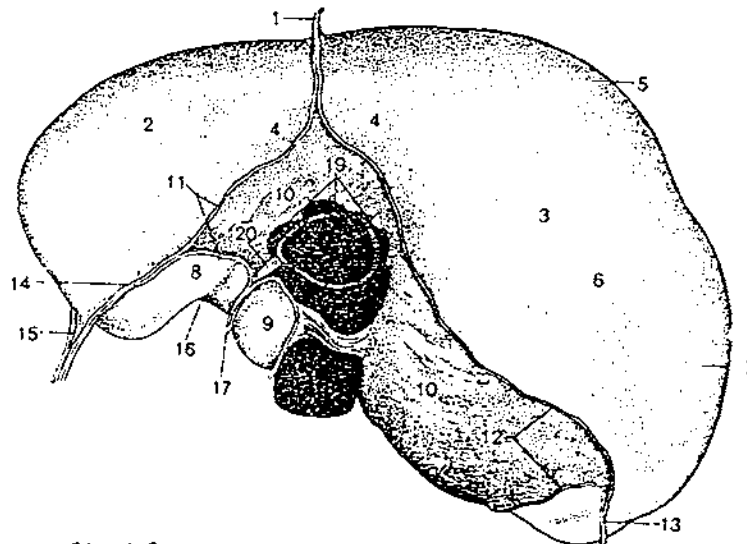
α. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ έχει στον υγιή ζωντανό άνθρωπο ερυθρο-κόκκινο χρώμα και μαλακή σύσταση. Το σχήμα καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τα γειτονικά όργανα, που απεικονίζονται στην

επιφάνεια του με τη μορφή εντυπωμάτων. Το όργανο σταθεροποιείται με μια ισχυρή κάψα συνδετικού ιστού και με τον τόνο των αγγείων.

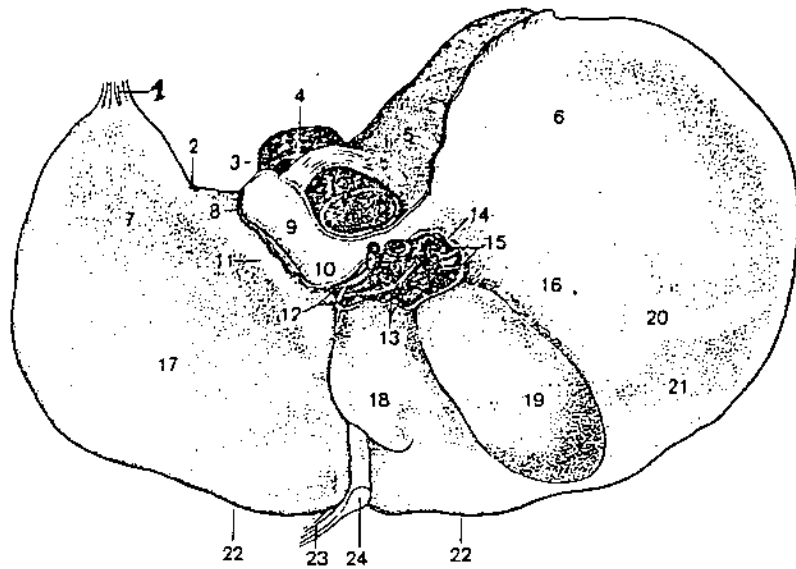
Το ήπαρ μπορεί να υποστεί ρήξεις λόγω πίεσης ή τραυματισμού που οδηγούν σε αιμορραγίες επικίνδυνες για τη ζωή.

Το σχήμα του ήπατος μοιάζει με εγκάρσια τριγωνική πυραμίδα. Η "κορυφή της πυραμίδας" κατευθύνεται προς τα αριστερά, η δε "βάση" βρίσκεται κάτω από την πλευρική μοίρα του διαφράγματος, η οποία εφάπτεται στο θώρακα στο δεξιό μέρος της θωρακικής κοιλότητας. Η πάνω πλευρά κατευθύνεται προς το δεξιό θόλο του διαφράγματος, η δε πρόσθια προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η τρίτη πλευρά, τέλος, κατευθύνεται λοξά προς τα πίσω και κάτω και γειτονεύει με τα κοιλιακά όργανα.



- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. δρεπανοειδής σύνδεσμος | 12. «δεξιός» στεφανιαίος σύνδεσμος |
| 2. «αριστερός λοβός» | 13. δεξιός τρίγωνος σύνδεσμος |
| 3. «δεξιός λοβός» | 14. αριστερός τρίγωνος σύνδεσμος |
| 4. καρδιακό εντύπωμα | 15. ινώδης απόφυση του ήπατος |
| 5. πρόσθια μοίρα | 16. οισοφαγικό εντύπωμα |
| 6. άνω μοίρα | 17. χείλος τομής του έλασσονος έπιπλάου |
| 7. δεξιά μοίρα | 18. κάτω κοίλη φλέβα μέσα στην αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας |
| 8. όπισθια μοίρα | 19. ήπατικές φλέβες |
| 9. κερκοφόρος λοβός | 20. φλεβώδης σύνδεσμος στη σχισμή του φλεβώδους συνδέσμου |
| 10. γυμνή από περιτόναιο περιοχή | |
| 11,12. στεφανιαίος σύνδεσμος | |
| 11. «αριστερός» στεφανιαίος σύνδεσμος | |

Εικ. 1.: Ήπαρ, άποψη της διαφραγματικής επιφάνειας από πάνω



- | | |
|---|---|
| 1. ινώδης απόφυση | 13. ιδίως ηπατική σφτ., πυλαία φλ. και κοινός ηπατικός πόρος στην πύλη του ήπατος |
| 2. οισοφαγικό έντυπωμα | 14. κυστικός πόρος |
| 3. ήπατική φλ. | 15. δεξιός κλάδος της ιδίως ηπατικής αρτηρίας και της πυλαίας φλέβας, δεξιός ηπατικός πόρος |
| 4. κάτω κοίλη φλ. | 16. δωδεκαδακτυλικό έντυπωμα |
| 5. γυμνή περιοχή | 17. άριστερός λοβός του ήπατος |
| 6. νεφρικό έντυπωμα | 18. τετράπλευρος λοβός του ήπατος |
| 7. γαστρικό έντυπωμα | 19. χοληδόχος κύστη στον κυστικό βόθρο |
| 8. χείλος τομής του ελάσσονος επιπλόου, άκολουθεί ο φλεβώδης σύνδεσμος στη σχισμή του φλεβώδους συνδέσμου | 20. δεξιός λοβός του ήπατος |
| 9. κερκοφόρος λοβός | 21. κολικό έντυπωμα |
| 10. θηλοειδές φύμα | 22. κάτω χείλος του ήπατος |
| 11. έπιπλοϊκό φύμα | 23. δρεπανοειδής σύνδεσμος |
| 12. άριστερός κλάδος της ιδίως ηπατικής αρτ. και της πυλαίας φλ. και άριστερός ηπατικός πόρος | 24. στρογγύλος σύνδεσμος στη σχισμή του στρογγύλου συνδέσμου |

ΕΙΚ. 2.: Ήπαρ, άποψη της σπλαγχνικής (κάτω) επιφάνειας

Η διαφραγματική επιφάνεια σχηματίζεται από τη βάση (δεξιά μοίρα), την άνω και την πρόσθια πλευρά (άνω μοίρα και πρόσθια μοίρα) καθώς και την αποστρογγυλωμένη πίσω επιφάνεια (οπίσθια μοίρα) της "πυραμίδας".

Σπλαγχνική επιφάνεια είναι η κάτω πλευρά του ήπατος που στρέφεται προς τα σπάγχνα, αφορίζεται δε προς τα εμ-

πρός και έξω από τη διαφραγματική επιφάνεια με οξύ χείλος, το κάτω χείλος.

Προς τα πίσω, στην περιοχή της συμφύσεως του ήπατος και του διαφράγματος, η σπλαγχνική επιφάνεια συνεχίζεται χωρίς σαφές όριο στο πίσω τμήμα της διαφραγματικής επιφάνειας.

Η διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος είναι λεπτή και αποστρογγυλωμένη. Πάνω στην επιφάνεια αυτή μπορεί να υπάρχουν οι λεγόμενες διαφραγματικές αύλακες που προκαλούνται από μυϊκές δεσμίδες του διαφράγματος.

Η αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας είναι βαθιά και βρίσκεται στην οπίσθια μοίρα της διαφραγματικής επιφάνειας, υποδέχεται δε την κάτω κοίλη φλέβα. Από τη σπλαγχνική επιφάνεια η βαθιά σχισμή του φλεβώδους συνδέσμου που φέρεται προς τα πάνω, στην πίσω πλευρά της διαφραγματικής επιφάνειας, αριστερά από την αύλακα της κάτω κοίλης και, στο σημείο μεταβάσεως προς την άνω μοίρα, στρέφεται προς τα δεξιά στην αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας. Η σχισμή αυτή περιέχει το φλεβώδη σύνδεσμο που φέρεται από την πύλη του ήπατος στην κάτω κοίλη φλέβα.

Η σπλαγχνική επιφάνεια ανεβαίνει από το κάτω χείλος του ήπατος προς τα πίσω, χωρίζεται δε σε διάφορα μέρη από τα αγγεία που συνδέονται με την πύλη του ήπατος και παρουσιάζει εντυπώματα των γειτονικών οργάνων.

Η δεξιά σχισμή αρχίζει κοντά στο κάτω χείλος με μια

εμβάθυνση, για τη χοληδόχο κύστη, τον κυστικό βόθρο, συνεχίζεται δε προς τα πίσω με την αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας της πίσω πλευράς της διαφραγματικής επιφάνειας.

Η αριστερή σχισμή, η σχισμή του στρογγύλου συνδέσμου, τέμνει το κάτω χείλος του ήπατος, σχηματίζοντας την εντομή του στρογγύλου συνδέσμου και περιέχει το στρογγύλο σύνδεσμο. Προς τα πίσω η σχισμή συνεχίζεται στην πίσω πλευρά της διαφραγματικής επιφάνειας ως σχισμή του φλεβώδους συνδέσμου.

Λοβοί και τμήματα του ήπατος. Η εσωτερική διαίρεση του ήπατος δεν αντιστοιχεί στη διαίρεση της διαφραγματικής επιφάνειας σε "δεξιό" και "αριστερό λοβό" του ήπατος από την πρόσφυση του δρεπανοειδούς συνδέσμου, αλλά καθορίζεται πιά σωστά από τον τρόπο διακλαδώσεως των κλάδων και των ριζών της "πυλαίας τριάδας" (κλάδοι της πυλαίας φλέβας, της ηπατικής αρτηρίας, και του κοινού ηπατικού πόρου). Σύμφωνα μ'αυτά, το ήπαρ χωρίζεται σε δεξιό και αριστερό λοβό και κάθε λοβός σε ηπατικά τμήματα.

Το όριο των λοβών του ήπατος βρίσκεται στη μεν σπλαχνική επιφάνεια στην περιοχή της δεξιάς σχισμής στη δε διαφραγματική επιφάνεια δεξιά από την πρόσφυση του δρεπανοειδούς συνδέσμου.

Ο δεξιός λοβός του ήπατος βρίσκεται δεξιά από μία γραμμή που συνδέει τον κυστικό βόθρο με την κάτω κοίλη φλέβα.

Ο αριστερός λοβός του ήπατος διαιρείται σε δύο ανόμοια μέρη από την αριστερή οβελιαία σχισμή, που βρίσκεται στην σπλαγχνική επιφάνεια. Οι δύο οβελιαίες σχισμές περιλαμβάνουν μεταξύ τους ένα εσωτερικό μέρος του αριστερού λοβού που προς τα εμπρός ανήκει στην σπλαγχνική επιφάνεια και λέγεται τετράπλευρος λοβός προς τα πίσω δε στη διαφραγματική επιφάνεια και λέγεται κερκοφόρος λοβός.

Η διαίρεση του ήπατος σε ηπατικούς λοβούς και ηπατικά τμήματα σχετίζεται με τον αδενικό χαρακτήρα του. Ένας χοληφόρος πόρος στο κέντρο κάθε λοβού και κάθε τμήματος συγκεντρώνει τη χολή. Στο δεξιό ηπατικό λοβό υπάρχει ο δεξιός ηπατικός πόρος με τον πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο, στο δε αριστερό ηπατικό λοβό ο αριστερός ηπατικός πόρος, με τον εξωτερικό και τον εσωτερικό κλάδο καθώς και ο δεξιός πόρος του κερκοφόρου λοβού και ο αριστερός πόρος του κερκοφόρου λοβού. Στην πύλη του ήπατος οι χοληφόροι αυτοί πόροι ενώνονται και σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο.

Ήπαρ και αναπνευστικές κινήσεις. Το ήπαρ ακολουθεί τις κινήσεις του διαφράγματος, κατά την αναπνοή σχηματίζει θόλο που κινείται από το διάφραγμα και τους μύες του κοιλιακού τοιχώματος. Οι ίδιες δυνάμεις, που συγκρατούν τον πνεύμονα στο θωρακικό τοίχωμα, ενεργούν ώστε το ήπαρ να διατηρεί την επαφή του με το διάφραγμα. Η τάση που έχει ο πνεύμονας και που τον διατείνει μέσα στο θώρακα, σηκώνει σχεδόν όλο το βάρος του ήπατος - περισσότερο κατά την εισπνοή και λιγότερο κατά την εκπνοή - έτσι δε

τα σπλάγχνα και το πυελικό έδαφος απαλλάσσονται από το βάρος του ήπατος. Λόγω της συμφύσεως του ήπατος με το διάφραγμα στη γυμνή περιοχή, παρεμποδίζονται μεγάλες μετακινήσεις του ήπατος ως προς το διάφραγμα.

Λεπτή υφή και λειτουργία του ήπατος. Το παρέγχυμα του ήπατος αποτελείται από δοκίδες και πλάκες επιθηλιακών κυττάρων που σταθεροποιούνται από το υπόστρωμα του ήπατος. Το υπόστρωμα λέγεται συνολικά ινώδης περιαγγειακή κάψα.

Τα προσαγωγά αιμοφόρα αγγεία, η πυλαία φλέβα και η ιδίως ηπατική αρτηρία μπαίνουν από την πύλη του ήπατος .

Η πυλαία φλέβα προσάγει φλεβικό αίμα πλούσιο σε θρεπτικές ουσίες από το εντερικό τοίχωμα και το σπλήνα, η δε ιδίως ηπατική αρτηρία , αρτηριακό αίμα από την κοιλιακή αρτηρία.

Τα απαγωγά αιμοφόρα αγγεία, οι ηπατικές φλέβες, οδηγούν το αποξυγονωμένο αίμα που το περισσότερο προέρχεται από την πυλαία φλέβα, λιγότερο δε από την ηπατική αρτηρία, αμέσως κάτω από το διάφραγμα στην κάτω κοίλη φλέβα.

Το τριχοειδικό δίκτυο, που εκτείνεται μεταξύ των κλάδων της πυλαίας φλέβας και των ριζών των ηπατικών φλεβών, είναι φλεβικό τριχοειδικό δίκτυο επειδή το αίμα της πυλαίας φλέβας έχει περάσει προηγουμένως από το τριχοειδικό δίκτυο του εντερικού τοιχώματος ή του σπλήνα.

Το παρέγχυμα, μαζί με τα αιμοφόρα αγγεία και το υπόστρωμα, σχηματίζουν πολυάριθμες μικρές δομικές μονάδες του ήπατος που μπορούν να θεωρηθούν είτε ως ηπατικά λόβια της κεντρικής φλέβας, είτε ως ηπατικά λόβια της πυλαίας

φλέβας, είτε ως ηπατικές αδενοκυψέλες.

Αγγεία και νεύρα του ήπατος. Το ήπαρ δέχεται αίμα με θρεπτικά συστατικά από την πυλαία φλέβα, οξυγονωμένο δε αίμα από την ιδίως ηπατική αρτηρία.

Η πυλαία φλέβα φέρνει αίμα από τα μονοφυή όργανα της κοιλιάς (το στομάχο, το έντερο, το σπλήνα και τη χοληδόχο κύστη), δηλαδή από την περιοχή εξαπλώσεως της κοιλιακής, της άνω και της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας.

Οι τρεις βασικές ρίζες της πυλαίας φλέβας είναι η σπληνική, πάνω και η κάτω μεσεντέρια φλέβα.

Μέσω του δεξιού και του αριστερού κλάδου, το αίμα έρχεται στο τριχοειδικό δίκτυο του ήπατος.

Νεύρα. τα φυτικά νεύρα φθάνουν στο ήπαρ συνοδεύοντας την ιδίως ηπατική αρτηρία ως ηπατικό πλέγμα, που είναι συνέχεια του κοιλιακού πλέγματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'

ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Τα συνηθέστερα αίτια είναι,

- α. Ο χρόνιος αλκοολισμός, εν μέρει, από την ελαττωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών.
- β. Η κακή διατροφή γενικά.
- γ. Η ιογενής ηπατίτιδα.
- δ. Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα γενικά είναι ένα μείγμα ανεπάρκειας των ηπατικών κυττάρων και πυλαίας υπερτάσεως.

Η εισβολή της νόσου είναι βαθμιαία και χαρακτηρίζεται από αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, δυσπεπτικές διαταραχές (ναυτία - έμμετος, διάρροια ή δυσκοιλιότητα), απώλεια βάρους, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και ανικανότητα. Κατά την εξέταση διαπιστώνεται διόγκωση του σπλήνα και του ήπατος, αστεροειδείς ανευρύσεις του δέρματος, υπέρχρωση των παλαμών, αιμορροΐδες και κιρσού του οισοφάγου.

Σε ένα μεταγενέστερο στάδιο εμφανίζεται πυρετός, οιδήματα των κάτω άκρων, ασκίτης, υδροθώρακας, αιματέμεση (από ρήξη κιστών του οισοφάγου) και διάταση των φλεβών της κοιλιάς (κεφαλή μέδουσας).

Στα τελικά στάδια εμφανίζεται "τρόμος" των χεριών, παραλήρημα, υπνηλία και κώμα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ´

Ι. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

Οι περισσότεροι τύποι κίρρωσεως μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- 1) Αλκοολική
- 2) Μετανεκρωτική
- 3) Χολική
- 4) Καρδιακή
- 5) Αιμοχρωμάτωση
- 6) Και η άγνωστη αιτιολογίας γι' αυτό λέγεται και κρυπογενής κίρρωση.

ΙΙ. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Αλκοολική νόσος του ήπατος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το φάσμα των ηπατικών βλαβών, που σχετίζονται με τον οξύ ή χρόνια αλκοολισμό.

Τρεις μορφές έχουν αναγνωρισθεί :

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

Οι οντότητες αυτές μπορεί να υπάρξουν ανεξάρτητα ή να συνυπάρχουν στο ίδιο ήπαρ. Επιπλέον, ενώ η λιπώδης εκφύλιση είναι μια φυσική εκδήλωση τόσο του οξέος όσο και του χρόνιου αλκοολισμού, οι διαθέσιμες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η λιπώδης εκφύλιση αφ'εαυτής δεν οδηγεί στην εμφάνιση κίρρωσης. Από την άλλη πλευρά, η αλκοολική ηπατίτιδα, σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται να είναι η πρόδρομος κατάσταση της αλκοολικής κίρρωσης. Επειδή το αλκοόλ διεγείρει την ένωση και τη σύνθεση κολλαγόνου στο ήπαρ, είναι πιθανό να συμβεί κίρρωση τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις, χωρίς να προηγηθεί αλκοολική ηπατίτιδα.

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

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

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει τον χρόνιο αλκοολισμό ως τη μείζονα αιτία αλκοολικής κίρρωσης: μεταξύ του 10-20% των χρόνιων αλκοολικών στις Η.Π.Α. έχουν κλινική ή μορφολογική ένδειξη κίρρωσης.

Η ποσότητα και η διάρκεια προσλήψεως αλκοόλ, που είναι απαραίτητη για τη πρόκληση κίρρωσης είναι άγνωστη. Ο τυπικός αλκοολικός με κίρρωση έχει καταναλώσει μισό λίτρο ουίσκυ ή περισσότερο, ένα λίτρο κρασιού ή περισσότε-

ρο ή ισοδύναμη ποσότητας μπύρας κάθε μέρα για δέκα χρόνια. Η ποσότητα αιθανόλης, παρά ο τύπος του ποτού, είναι καθοριστικός παράγοντας.

Οι περισσότεροι χρόνιοι αλκοολικοί προσλαμβάνουν δίαιτες χαμηλές σε πρωτεΐνη και βιταμίνες και μπορεί να εμφανίσουν σύνδρομα, που φανερά σχετίζονται με τη λαθεμένη διατροφή και επιπλέον η θεραπεία των κίρρωτικών ασθενών με δίαιτες πλούσιες σε πρωτεΐνες συχνά προκαλεί βελτίωση.

Οι επισυμβαίνουσες βακτηριακές λοιμώξεις είναι συχνές στους κίρρωτικούς ασθενείς και φαίνεται ότι επιταχύνουν ενίοτε την πορεία της νόσου.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Σημεία και συμπτώματα: Οι κλινικές εκδηλώσεις του αλκοολικού λιπώδους ήπατος είναι συνήθως ελάχιστες ή ελλείπουν τελείως και η κατάσταση μπορεί να μην αναγνωρίζεται ώσπου μια άλλη νόσος να φέρει το γιατρό για εξέταση.

Η ηπατομεγαλία μπορεί να είναι το μόνο εύρημα που κινεί υποψία για την παρουσία αλκοολικού λιπώδους ήπατος.

Στην αλκοολική ηπατίτιδα έχουμε ενοχλήματα όπως ανορεξία, ναυτία, έμμετους, κακουχία, απώλεια βάρους, κοιλιακές ενοχλήσεις και ίκτερος. Ο πυρετός μπορεί να υπάρχει στο 50% των ασθενών. Η ηπατομεγαλία είναι το συχνότερο εύρημα.

Η αλκοολική κίρρωση μπορεί επίσης να είναι κλινικά αφανής και περίπου 10% των περιπτώσεων αποκαλύπτονται τυχαία στη λαπαροτομία. Τυπικά μετά από 10 χρόνια μεγάλης

καταναλώσεως αλκοόλ, η προοδευτική ηπατική δυσλειτουργία, η κατακράτηση υγρών και η πυλαία υπέρταση μπορεί να καταστούν εμφανείς. Μετά περίοδο εβδομάδων ή μηνών, ο ασθενής εμφανίζει προοδευτική αδυναμία, κόπωση, ανορεξία, ελαφρά απώλεια βάρους, ίκτερο, οίδημα των οφθαλμών και διάταση της κοιλίας που οφείλεται σε ασκίτη. Ένα σκληρό και διογκωμένο ήπαρ μπορεί να είναι το μόνο σημείο της νόσου. Καθώς επίσης η γυναικομαστία, η ατροφία των όρχεων, η διαταραχή της έμμηνης ρύσης, το ερύθημα των παλαμών, η σπληνομεγαλία και ο ασκίτης.

Πάνω από περίοδο 3- 5 ετών ο κίρρωτικός άρρωστος καθίσταται αδύνατος και χρόνιος ικτερικός. Τα σημεία πυλαίας υπερτάσεως και ο ασκίτης γίνονται όλο και περισσότερο εμφανή. Οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση καταλήγουν με ηπατικό κώμα που συχνά ενεργοποιείται από αιμορραγία κίρσων οισοφάγου.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Οι αλκοολική κίρρωση είναι σοβαρά νοσήματα και απαιτούν ιατρική επίβλεψη και θεραπεία.

Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει ότι ούτε η δίαιτα ούτε οι βιταμίνες προστατεύουν το ήπαρ από την επίδραση του αλκοόλ. Γι'αυτό το αλκοόλ απαγορεύεται απολύτως. Ο ασκίτης και το οίδημα μπορεί να εξαφανιστούν μόνο με την κατάκλιση.

Η σύγχυση, η υπνηλία και άλλα σημεία αρχόμενου ηπατικού κώματος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με μείωση της

προσλήψεως πρωτεϊνών σε επίπεδα 20-30 G την ημέρα ή και λιγότερο.

ΜΕΤΑΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Ο τύπος αυτός της χρόνιας ηπατικής νόσου χαρακτηρίζεται μορφολογικά από :

- 1) Εκτεταμένη απώλεια ηπατοκυττάρων,
- 2) Σύμπτωση του στρώματος και ίνωση , και
- 3) Ανώμαλα μεγάλα οξείδια που ποικίλουν σε σχήμα.

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Το αίτιο της μετανεκρωτικής κίρρωσεως είναι ακόμη άγνωστο. Μελέτες ενοχοποιούν την ιογενή ηπατίτιδα σαν τον κυριότερο παράγοντα.

Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων προέρχεται από δηλητηρίαση με βιομηχανικές ουσίες (π.χ. φωσφόρο), δηλητήρια ή φάρμακα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η μετανεκρωτική κίρρωση προσβάλλει τις γυναίκες με την ίδια συχνότητα όπως και τους άνδρες.

Η σπληνομεγαλία μπορεί να είναι το μόνο σημείο μετανεκρωτικής κίρρωσεως. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν αιφ-

νίδια έναρξη ασκίτη, επεισόδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή μαζική αιμορραγία κιστών οισοφάγου. Τα σημεία και συμπτώματα μοιάζουν με εκείνα της αλκοολικής κίρρωσης.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Επειδή η αρχική αιτία της νόσου σπάνια διαπιστώνεται ή θεραπεύεται, η ανάπαυση, ο έλεγχος του ασκίτη, αποφυγή φαρμάκων, η γρήγορη αντιμετώπιση λοιμώξεων, είναι τα ενδεικνυόμενα μέτρα.

ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

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

Μορφολογικά, οι περισσότερες μορφές χολικής κίρρωσης προέρχονται από χρόνια φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των μεσολοβίων πόρων, των χοληφόρων πόρων και των περιπυλαίων ηπατικών κυττάρων.

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

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Το αίτιο της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσεως είναι ακόμη άγνωστο. Η έναρξη, ενίοτε, της χολικής κίρρωσεως μετά την εισβολή μιάς άτυπης ηπατίτιδας έχει οδηγήσει στην αποδοχή, ότι η ιογενής καταστροφή των ηπατοκυττάρων και των κυττάρων των χοληφόρων είναι η απαρχή της νόσου. Δεν υπάρχουν ωστόσο πληροφορίες από ορολογικές έρευνες.

Στις περιπτώσεις δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσεως, το αίτιο είναι μερική ή ολική απόφραξη του χοληδόχου πόρου ή των μεγάλων κλάδων αυτού, για περισσότερο του ενός χρόνου.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η νόσος μπορεί να παραμένει κλινικά αφανής για πολλά χρόνια. Ο ασθενής συνήθως εμφανίζει γενικευμένο κνησμό, που ακολουθείται από σκοτεινόχροα ούρα, αποχρωματισμένα κόπρανα και ίκτερο με μελάνωση των εκτεθειμένων περιοχών του δέρματος. Η στεατόρροια με συνοδό δυσασπορρόφιση των λιποδιαλυτών βιταμινών συχνά προκαλεί πορφύρα, διάρροια και οστεομαλακία. Για περίοδο μηνών ή ετών ο κνησμός, ο ίκτερος και η μελάνωση αυξάνουν βραδέως. Στη συνέχεια ο κνησμός μειώνεται, εμφανίζεται συνήθως ασκίτης και οίδημα.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η πλήρης διόρθωση κάθε μηχανικής αποφράξεως στη ροή

της χολής είναι το σημαντικότερο βήμα στην πρόληψη και θεραπεία της δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσης. Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται στην αντιμετώπιση των συμπτώσεων.

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Η καρδιακή κίρρωση είναι σπάνια επιπλοκή, σοβαρής δεξιάς συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, μακράς διάρκειας, σε ασθενείς με πνευμονική καρδιά, ανεπάρκεια της τριγλώχινας ή συμπιεστική περικαρδίτιδα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Στην οξεία παθητική συμφόρηση το ήπαρ καθίσταται διογκωμένο και ευαίσθητο και ο ασθενής παραπονείται για σοβαρό πόνο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο, που οφείλεται σε διάταση της κάψας του CLISSON. Η σπληνομεγαλία είναι αποτέλεσμα απλής παθητικής συμφόρησης και δε δείχνει απαραίτητα κίρρωση. Η καρδιακή κίρρωση σπάνια διαγιγνώσκεται προ του θανάτου, επειδή τα σημεία και συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας επισκιάζουν την ηπατική νόσο.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η πρόληψη ή θεραπεία της καρδιακής κίρρωσης εξαρτά-

ται από τη σωστή διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης καρδιαγγειακής νόσου.

ΑΙΤΙΑ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κίρρωση μπορεί να βρεθεί σε συνδυασμό με τα παρακάτω νοσήματα:

- 1) Μεταβολικές διαταραχές : γαλακτοζαιμία, κληρονομική δυσανεξία της φρουκτόζης, νόσο αποθηκείσεως γλυκογόνου.
- 2) Λοιμώδη νοσήματα: βρουκέλλωση, σχιστοσωμίαση.
- 3) Διηθητικές νόσοι: σαρκοείδωση.
- 4) Γαστρεντερικές διαταραχές : χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, κυστική ίνωση του παγκρέατος.
- 5) Χημικές δηλητηριάσεις : αλκοοειδή της πυρολιδιζίνης και αρσενικό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

Υποβλήθησαν οι ακόλουθοι ορισμοί α της ασθένειας από:

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Η ασθένεια χαρακτηρίζεται κυρίως από τρεις επιπλοκές:

Οι ασθενείς με κάθε μορφή κίρρωσης απειλούνται από τρεις μείζονες επιπλοκές:

- α) Πυλαία υπέρταση και τη συνοδή επιπλοκή της
- β) Την αιμορραγία από κίρρους του οισοφάγου
- γ) Την καρακρίτηση υγρών με τη μορφή ασκίτη
- δ) Την ηπατική εγκεφαλοπάθεια (ηπατικό κώμα), και
- ε) Καρκίνος του ήπατος

α. ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Πυλαία υπέρταση ορίζεται η πίεση στην πυλαία φλέβα πάνω από 30 CM στήλης φυσιολογικού ορού, όταν μετρηθεί κατά τη χειρουργική επέμβαση, η άμεση διαδερμική διηπατική πίεση της πυλαίας φλέβας μεγαλύτερη από 8 MM.HG πάνω από την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και πίεση από ενσφήνωση στην ηπατική φλέβα, μεγαλύτερη από 4 MM.HG πάνω από την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας.

Το συχνότερο αίτιο πυλαίας υπερτάσεως στις Η.Π.Α. είναι η κίρρωση, που προκαλεί παρεμπόδιση της αιματικής ροής μέσω του ήπατος από ίνωση, θρόμβωση ή οζώδη αναγέννηση. Η δεύτερη συχνότερη αιτία πυλαίας υπερτάσεως είναι η μηχανική απόφραξη των κύριων ηπατικών φλεβών.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Τέσσερα μείζονα κλινικά επακόλουθα της πυλαίας υπερτάσεως μπορούν να οδηγήσουν στην αναγνώρισή της:

- 1) Η ανάπτυξη εκτεταμένων πυλαίοσυστηματικών φλεβικών αναστομώσεων με γαστρεντερική αιμορραγία.
- 2) Η εμφάνιση συμφορητικής σπληνομεγαλίας με υπερσπληνισμό.
- 3) Η αιφνίδια εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, και
- 4) Η ανάπτυξη ασκίτη.

β. ΟΞΕΙΑ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Η ταχεία και δραστική θεραπεία των ασθενών με μαζική αιματέμεση ή μέλαινα από ρήξη κιρσών του οισοφάγου απαιτεί συνδυασμένη φροντίδα από τον παθολόγο και χειρουργό.

Τα βασικά στοιχεία της θεραπείας είναι τα ακόλουθα: Η ποσοτική αντικατάσταση του αίματος που χάνεται είναι βασικός κανόνας για την πρόληψη της περαιτέρω μείωσης της ηπατικής λειτουργίας. Είναι ενδεδειγμένο να χορηγείται πρόσφατο αίμα κι αν απαιτείται μαζική μετάγγιση.

Η διαπίστωση των κιρσών του οισοφάγου, η εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και ο αποκλεισμός άλλων αιτίων γαστρεντερικής αιμορραγίας με ενδοσκοπήση ή με ακτινογραφία, είναι ζωτική. Δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο, ότι οι κιρρωτικοί με αποδεδειγμένους ή πιθανούς

κιρσούς αιμορραγούν από τον οισοφάγο, γιατί το ένα τρίτο αυτών έχουν κι άλλα δυνητικά σημεία αιμορραγίας στο ανώτερο γαστρεντερικό.

Υ. ΑΣΚΙΤΗΣ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Ο ασκίτης δηλαδή μεγάλου όγκου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, συχνά συνοδεύει την κίρρωση. Η ανάπτυξη ασκίτη συχνά συνοδεύεται από αιμοαραιώση, οίδημα και μείωση του όγκου των ούρων. Αυτά και άλλα κλινικά ευρήματα παριστούν τις σύνθετες διαταραχές του μεταβολισμού των ηλεκτρολυτών, των υγρών και των πρωτεϊνών, που επιπλέκουν τη σοβαρή ηπατική νόσο και τις διαταραχές στην ηπατική κυκλοφορία.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Σε μερικούς ασθενείς με αναστρέψιμη ηπατική νόσο, ιδιαίτερα με οξεία αλκοολική ηπατίτιδα ή χρόνια, η βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας μπορεί να συνοδευτεί από αυξημένη διούρηση. Εν τούτοις σε ασθενείς με εγκατεστημένη κίρρωση, όταν η ηπατική λειτουργία δεν βελτιώνεται, ενδείκνυται η άμεση θεραπεία του ασκίτη.

Πρέπει να τονιστεί, ότι ο ασκίτης αναπτύσσεται βραδέως με σκοπό να αποφευχθεί η οξεία μεταβολή του όγκου πλάσματος, που μπορεί να αποβεί καταστροφική. Επιδίωξη

της θεραπείας είναι η αποβολή όχι περισσότερο από 1,0 KG την ημέρα, εφόσον υπάρχει συγχρόνως ασκίτης και περιφερικό οίδημα ή μόνο 0,5 KG το πολύ την ημέρα, επί ενάρξεως ασκίτη.

Η ανάπαυση στο κρεβάτι και ο αυστηρός περιορισμός νατρίου και νερού είναι τα πρώτα μέτρα σε ασθενείς με ασκίτη.

Η θεραπευτική παρακέντηση μπορεί να απαιτείται σε ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα, λόγω του μεγάλου ασκίτη. Μέχρι 3 λίτρα υγρού θα πρέπει να αφαιρούνται για διάστημα 4 ωρών, μέσω πλαστικού καθετήρα. Επειδή ο ασκίτης αναπτύσσεται εκ νέου είναι απαραίτητη η επανάληψη παρακέντησης ώσπου να επιτευχθεί διούρηση.

δ. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια είναι ένα σύνθετο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνειδήσεως, έντονα νευρολογικά σημεία, αστηριξία ή "πτερυγοειδή τρόμο" και διάσπαρτες ηλεκτροεγκεφαλικές αλλοιώσεις. Αυτή η μεταβολική διαταραχή του νευρικού συστήματος μπορεί να εμφανισθεί κατά την διαδρομή χρονίας ή οξείας ηπατοκυτταρικής νόσου.

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πιθανώς ο συχνότερος παράγοντας είναι η αιμορραγία

από το γαστρεντερικό, που προκαλεί αύξηση στην παραγωγή αμμωνίας κι άλλων αζωτούχων ουσιών στο παχύ έντερο. Η αυξημένη πρόσληψη πρωτεΐνης με τροφή μπορεί να οδηγήσει σε παρόμοια αύξηση των αζωτούχων ουσιών από τα βακτήρια του παχέως εντέρου.

Η οξεία λοίμωξη συχνά πυροδοτεί την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, αν και ο υπεύθυνος μηχανισμός δεν είναι σαφής. Η επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας από οποιοδήποτε αίτιο σε κίρρωτικό ασθενή μπορεί να προκαλέσει ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα, η αλκοολική ηπατίτιδα, όλα προκαλούν επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας και της μεταβολικής ηπατικής ικανότητας.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι ουσιώδεις επειδή η κατάσταση οδηγεί στο θάνατο. Η ειδική θεραπεία της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας επιδιώκει:

- α) Τη μείωση της παραγωγής αμμωνίας στο παχύ έντερο, και
- β) Εξαφάνιση ή θεραπεία των εκλυτικών παραγόντων.

ε. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του ήπατος είναι πρωτοπαθής όταν δηλαδή ξεκινά από το ίδιο το ήπαρ, ή μεταστατικός, όταν προέρχεται από επέκταση του από άλλα όργανα (στομάχι, πνεύμονας, κ.λ.π.).

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος είναι σπάνιος, ενώ

ο μεταστατικός αρκετά συχνός και η μετάσταση γίνεται με τα αιμοφόρα αγγεία. Αρκετά συχνά ο μεταστατικός καρκίνος του ήπατος ανακαλύπτεται προτού ακόμη ανευρεθεί η πρωτοπαθής εστία.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε αδυναμία, ανορεξία, απώλεια βάρους καθώς και πόνο στην κοιλιά. Το ήπαρ είναι διογκωμένο και σκληρό μπορεί ακόμα να υπάρχει ασκίτης και ίκτερος.

Η θεραπεία είναι κυρίως ανακουφιστική.

Χορηγούνται αναλγητικά και γίνεται παρακέντηση της κοιλίας, εάν υπάρχει μεγάλη ποσότητα ασκίτικου υγρού.

Σε πρωτοπαθή όγκο που περιορίζεται μόνο σε ένα λοβό, μπορεί να γίνει λοβεκτομή του ήπατος. Μπορεί να χορηγηθούν επίσης διάφορα κυτταροστατικά φάρμακα (φλοουρακίνη) με τα οποία επιτυγχάνεται η παράταση της ζωής του πάσχοντα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε'

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η διάγνωση της κίρρωσης του ήπατος θα επιβεβαιωθεί:

- Με την φυσική εξέταση και εργαστηριακά με
- Τις ηπατικές δοκιμασίες
- Τη βιοψία του ήπατος
- Την ανεύρεση κίρσων του οισοφάγου
(ακτινολογικά ή με οισοφαγοσκόπηση).

Η φυσική εξέταση ασθενών, που πάσχουν από νοσήματα του ήπατος, δίνει πολλές φορές πολύ αξιόλογα ευρήματα.

Αυτή πρέπει να περιλαμβάνει και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων και ούρων, κυρίως σε ικτερικούς ασθενείς.

- Τα κυριότερα ευρήματα της φυσικής εξέτασης ήπατος είναι:
 - Αλλοίωση του δέρματος: Σ' αυτές περιλαμβάνονται το ερυθρόμα των παλαμών και οι αγγειακοί σπίλοι. Το ερυθρόμα των παλαμών λέγεται ότι οφείλεται σε διαταραχή του μεταβολισμού των οξυτρογόνων. Οι αγγειακοί σπίλοι εντοπίζονται στο θώρακα, τράχηλο, ράχη, κ.τ.λ.
 - Ενδοκρινικές διαταραχές : Εμφανίζονται σε ασθενείς με ηπαροκυτταρική ανεπάρκεια, είναι πιο φανερές στους άνδρες και περιλαμβάνουν ατροφία όρχεων, γυναικομαστία και αραίωση του τριχωτού. τις γυναίκες αναφέρονται διαταραχές της εμμηνορροσίας, ατροφίας μαστών, κ.τ.λ.
 - Διόγκωση της κοιλιάς: Συνήθως οφείλεται στην ύαπρη ασκίτη, οπότε η κοιλιά παίρνει χαρακτηριστικό "βατραχοειδές" σχήμα.
 - Επίφλεβο : Σαν κοιλιακό επίφλεβο χαρακτηρίζουμε την διαγραφή των επιπολής φλεβών στην επιφάνεια των κοιλιακών τοιχωμάτων, εξαιτίας διατάσεως τους.
 - Διόγκωση του ήπατος : Η σύσταση, η ευαισθησία και το μέγεθος του διογκωμένου ήπατος, η ομαλή ή ανώμαλη διόγκωση, τυχόν διαπίστωση όζων σ' αυτό και η μορφολογία του χείλους του ήπατος, αποτελούν σημαντι-

κά στοιχεία της φυσικής εξέτασης.

- Διόγκωση του σπλήνα : Η διόγκωση του σπλήνα συνοδεύει συνήθως κάθε περίπτωση πυλαίας υπερίσσεως και παρατηρείται συχνά σε παθήσεις του ήπατος και μάλιστα σε ηπατίτιδα και κίρρωση.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Αυτές στηρίζονται στις λειτουργίες του και κατατάσσονται ως εξής:

- Δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό, όπως ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών, δοκιμασίες κροκυδώσεως και θοερδότητας.
- Χρόνος προθρομβίνης αίματος κ.ά.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό των λιπιδίων όπως προσδιορισμός της χοληστερίνης κ. ά.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στην έκκριση χρωστικών ουσιών όπως δοκιμασία της βρωμοσουλφοθαλεΐνης (B.S.P.), κ.ά.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στην αντιτοξική ικανότητα του ήπατος όπως η δοκιμασία του ιππουρικού οξέος, κ.ά.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στον προσδιορισμό των ενζύμων του αίματος όπως τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση, κ.ά.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός δοκιμασιών σε κάθε κατηγορία απ'αυτές. Περιληπτικά είναι:

Η ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΓΛΑΚΤΟΖΗ

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

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟΚΑΘΑΡΣΕΩΣ ΜΕ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗ

Κατ' αυτή γίνεται ενδοφλέβια ένεση 1 γρ. γαλακτόζης κατά χιλιδόγραμμο βάρους του ασθενούς με τη μορφή υδατικού διαλύματος 50 %. Δείγματα φλεβικού αίματος παίρνονται πριν από την ένεση και 75 λεπτά της ώρας μετά απ' αυτή. Στα φυσιολογικά άτομα το αίμα καθαρίζεται από τη γαλακτόζη σε 2 ώρες. Σε διαστραχή της ηπατικής λειτουργίας το αίμα δεν καθαρίζεται μέσα σε δύο ώρες και το αποτέλεσμα της δοκιμασίας εκφράζεται σε χιλιοστόγραμμα γλυκόζης κατά 100 κ. εκ. αίματος σε χρόνο 75 λεπτά της ώρας μετά την ένεση.

ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Ελάττωση του ολικού ποσού των πρωτεϊνών φανερώνει

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

ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

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

ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ

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

νάση (GPT).

Οι τρανσαμινάσες βρίσκονται κυρίως στον καρδιακό μυ, στο ήπαρ, στους μυς του σκελετού, στα νεφρά και στο πάγκρεας. Οι φυσιολογικές τιμές φθάνουν στις 10-40 μονάδες. Αύξηση της πυκνότητας τους στο αίμα παρατηρείται, όσες φορές γίνεται διαρροή του ενζύμου από τους ιστούς που αναφέραμε. Σε περίπτωση ηπατοπάθειας έχουμε διαρροή των ενζύμων και έτσι αύξηση των τρανσαμινασών.

Για να μετρηθεί η πυκνότητα της τρανσαμινάσης στο αίμα, παίρνονται 4-5 κ. εκ. αίμα από τον άρρωστο, χωρίς καμιά ιδιαίτερη προετοιμασία. Στο δοκιμαστικό σωλήνα, που μπαίνει το αίμα, δε μπαίνει αντιπηκτική ουσία όπως σε άλλες εξετάσεις αίματος.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΒΡΩΜΟΣΟΥΛΦΟΝΟΦΘΑΛΕΪΝΗΣ (B.S.P.)

Η δοκιμασία στηρίζεται στην ικανότητα των ηπατικών κυττάρων να παίρνουν τη χρωστική B.S.P. από την κυκλοφορία του αίματος, όταν τούτο περνά από το ήπαρ, και να την απεκκρίνουν με τη χολή στο έντερο, όπου και αποβάλλεται τελικά με τα κόπρανα. Η δοκιμασία περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση 5 χιλ. B.S.P. κατά χιλιδγράμμο βάρους του ασθενούς. Μετά μία ώρα υπολογίζεται το ποσό της χρωστικής, που έχει κατακρατηθεί στην κυκλοφορία. Η κατακράτηση της χρωστικής στο αίμα θα είναι αυξημένη, όταν έχουμε βλάβη της λειτουργίας των ηπατικών κυττάρων, π.χ. φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές αλλοιώσεις του ηπατικού παρεγχύματος, ελαττωμένη κυκλοφορία του αίματος στο ήπαρ, όπως στην κίρρωση του ήπατος.

ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Παρά το μεγάλο αριθμό των ηπατικών εξετάσεων, η διάγνωση ηπατοπαθειών πολλές φορές παρουσιάζει δυσκολίες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ηπατοπαθειών στις οποίες είναι απαραίτητη η βιοψία ήπατος.

Οι κυριότερες αντενδείξεις, για να γίνει βιοψία του ήπατος είναι η ελάττωση της προθρομβίνης κάτω από το 50%, η αιμορραγική διάθεση, η παθητική υπεραιμία του ήπατος και η ύπαρξη φλεγμονής στη βάση του δεξιού ημιθωρακίου.

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το σπινθηρογράφημα σκοπό έχει την απεικόνιση κάθε φύσεως όγκων μέσα στο ήπαρ, που δεν μπορούν να ψηλαφηθούν ή εξακριβωθούν με άλλο τρόπο.

Χρησιμοποιείται ο κολλοειδής ραδιενεργός χρυσός ή ερυθρό της Βεγγάλης τα οποία προσλαμβάνονται από τα δικτυοενδοθηλιακά κύτταρά του. Η δόση είναι 200-300 μικροκίουρί.

Το φυσιολογικό ήπαρ απεικονίζεται στο σπινθηρογράφημα με τριγωνικό περίπου σχήμα, σε ύπαρξη όμως κύστεως ή νεοπλασματικού όγκου το σπινθηρογράφημα εμφανίζει κατά τόπους ελλείψεις ή μεγάλες αραιώσεις των στίξεων.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Κατά τη λαπαροσκόπηση εισάγεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ενδοσκόπιο από τομή 3-4 εκατοστών του μέτρου

στη μέση γραμμή, μετά από τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια εισάγεται αέρας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για να κινείται ελεύθερα ο σωλήνας του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις και να μη καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από τις εντερικές έλικες. Σε περίπτωση ασκίτη αφαιρείται αρκετή ποσότητα υγρού, πριν την ενδοσκόπηση.

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

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ριζική θεραπεία της ηπατικής κίρρωσεως δεν υπάρχει, η κατάλληλη όμως αγωγή επιτρέπει μακροχρόνια επιβίωση ιδιαίτερα όταν η διάγνωση γίνεται έγκαιρα.

Τα μέτρα που εφαρμόζονται αποβλέπουν στην σταθεροποίηση της καταστάσεως και την ανακούφιση του ασθενούς από τα ενοχλήματα.

Τα μέτρα αυτά είναι τα ακόλουθα:

- Απομάκρυνση του αρρώστου από την εργασία και ανάπαυση.
- Δίαιτα πλούσια σε ζωϊκά λευκώματα και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη.

- Παροχή βιταμινικών σκευασμάτων, ιδίως της ομάδας Β και των βιταμινών C, Κ και Α.
- Ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, φρουκτόζης, αμινοξέων, ηπατικού εκχυλίσματος.
- Στους αλκοολικούς επιβάλλεται διακοπή του οικοπνεύματος.

Στον ασκίτη συνιστώνται :

- Ανάλατη δίαιτα.
- Διουρητικά φάρμακα (χλωροθειαζίδη, φουροσεμίδη και σπειρονολακτόνη). Εάν τα διουρητικά δεν φέρουν αποτέλεσμα τότε διενεργείται παρακέντηση της κοιλίας, με προσοχή στον κίνδυνο των μολύνσεων.
- Για αποφυγή υποκαλιαιμίας, σε μεγάλη διούρηση ή αφαίρεση ασκίτικου υγρού, δίνεται χυμός πορτοκαλιού.
- Οι σχετικές εγχειρήσεις αναστομώσεως πυλαίας- κάτω κοίλης ή σπληνικής και νεφρικής φλέβας κ. άλλες αποτελούν την τελευταία προσπάθεια φυγής από το αδιέξοδο.

Μ Ε Ρ Ο Σ Β΄
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α΄

ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ι. ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η FLORENCE NAGHTINGALE (1820-1910), η οποία συνέβαλε στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής υποστηρίζει ότι "η νοσηλεύτρια πρέπει να διαθέτει μέθοδο, αυτοθυσία, άγρυπνη δραστηριότητα, αγάπη προς την εργασία, αφοσίωση στο καθήκον, το θάρρος και την ψυχραιμία του στρατιώτη, μητρική τρυφερότητα".

Η νοσηλεύτρια κατανοώντας τις ανάγκες του αρρώστου και έχοντας την ικανότητα να αντιμετωπίζει αυτές με αγάπη, στοργή και αυτοθυσία, συμβάλλει στο να αισθανθεί ο άρρωστος ανακούφιση και ασφάλεια, προδιαθέτει τον ίδιο να ελέγξει και να αξιολογήσει τις ψυχικές του αντιδράσεις και να τις κατευθύνει θετικά και δυναμικά, στην ομαλή πορεία της θεραπείας του.

Η νοσηλευτική, ενσωματώνει την αποστολή να κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται καλύτερα και να αισθάνεται ο άρρωστος ότι κοντά του υπάρχει η νοσηλεύτρια, που με αυταπάρνηση μπορεί να τον βοηθήσει. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να καταλάβει τον συνάθρωπο της (τον άρρωστο), τις διαθέσεις του και τον τρόπο συμπεριφοράς του και να εργάζεται εντατικά με την δυναμική Νοσηλευτική.

Η νοσηλεύτρια, λοιπόν, ενθαρρύνει και ενδυναμώνει πνευματικά τον άρρωστο της, ο οποίος με την συμπαράστασή της αντιμετωπίζει την ασθένεια και διατίθεται ψυχικά να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή.

II. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

α) Γενικευμένη αδυναμία, ατονία και έκδηλη κόπωση είναι συνήθη παράπονα. Ο άρρωστος μπορεί ακόμη να παραπονιέται για αίσθημα δυσφορίας στην άνω κοιλία ή αμβλύ πόνο στο δεξιό υποχόνδριο. Συχνό σύμπτωμα είναι η ναυτία και οι έμμετοι και μπορεί να αναφέρονται πρωΐνες ερυγές, δυσκοιλιότητα ή διάρροια.

β) Ο άρρωστος πρέπει να ρωτηθεί για κάθε επεισόδιο ελαφρού ικτέρου, οίδημα ποδοκνημικών αρθρώσεων, μεταβολές στο χρώμα των ούρων ή των κοπράνων και κνησμό (συμβαίνει σπάνια).

γ) Στις γυναίκες πρέπει να παίρνεται ιστορικό έμμηνης ρύσης και στους άνδρες να σημειώνεται κάθε αλλαγή στη λειτουργία του γεννητικού συστήματος.

δ) Πρέπει να ερευνηθεί η χρήση αλκοόλης από τον άρρωστο και να γίνουν ερωτήσεις ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη οποιουδήποτε ιστορικού ηπατικής λοίμωξης, νόσου χοληφό-

ρων, καρδιακής νόσου, μεταβολικής ανωμαλίας ή γαστρεντερικών προβλημάτων. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί τυχόν λήψη φαρμάκων από τον άρρωστο ή έκθεσή του σε χημικές ουσίες.

2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η εκδήλωση της ηπατικής κίρρωσης είναι ύπουλη και οι μεταβολές στη φυσική κατάσταση συνήθως παρουσιάζονται όψιμα, εξαιτίας της ικανότητας του ήπατος να διατηρεί τη λειτουργία του ακόμη και μετά από απώλεια μάζας του μέχρι 75%.

α) Μπορεί να είναι εμφανής η απώλεια βάρους, το οποίο πρέπει να προσδιοριστεί και να συγκριθεί με προηγούμενες τιμές του.

β) Εξετάζονται οι επιφάνειες του δέρματος ολόκληρου του σώματος καθώς και οι βλεννογόνοι.

(1) Συνήθως φαίνεται η χαρακτηριστική κίτρινη ικτερική χροιά. Ιδιαίτερα εμφανής είναι στον σκληρό χιτώνα των οφθαλμών.

(2) Εξ αιτίας της μειωμένης σύνθεσης των παραγόντων πήξης μπορεί να υπάρχουν πορφύρα και μώλωπες.

(3) Με τη μείωση του καταβολισμού των οιστρογόνων από το ήπαρ, οι άνδρες συχνά παρουσιάζουν αλωπεκία και ελάττωση των τριχών του εφήβαιου, γυναικομαστία καθώς και σφύζοντες σπίλους στο άνω μισό του σώματος.

(4) Οι παλάμες μπορεί να παρουσιάζουν ερυθρότητα.

(5) Το δέρμα είναι ξηρό και συχνά υπάρχει μυοσκελετική ατροφία.

(6) Η γλώσσα μπορεί να είναι οιδηματική και κόκκινη.

γ) Παίρνεται η θερμοκρασία του σώματος. Μπορεί να διαπιστωθεί ένας διαλείπων χαμηλού βαθμού πυρετός στο 25-50% των αρρώστων.

δ) Σημειώνεται κάθε παθολογική συλλογή υγρού. Αρχικά ο άρρωστος εμφανίζει ασκίτη που σύντομα ακολουθείται από περιφερικό οίδημα. Γίνεται σειρά μετρήσεων της περιφέρειας της κοιλιάς, που συνήθως δείχνει βαθμιαία αύξηση.

ε) Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην εξέταση της κοιλιάς.

(1) Μπορεί να υπάρχει κεφαλή της μέδουσας.

(2) Ο βαθμός του ασκίτη εκτιμάται με τον έλεγχο της μετακινούμενης αμβλύτητας.

(3) Μπορεί να είναι ακουστά αγγειακά φυσήματα στην άνω κοιλία.

(4) Υπάρχει ηπατομεγαλία και τα όρια του ήπατος είναι σταθερά και στρογγυλά.

(5) Ο σπλήνας μπορεί να είναι ψηλαφητός.

στ) Κατά τη διάρκεια της δακτυλικής εξέτασης διαπιστώνεται η ύπαρξη αιμορροΐδων και η ψηλάφηση δείχνει συχνά προστατική ατροφία εξαιτίας της αύξησης των οιστρογόνων. Ακόμα μπορεί να διαπιστωθεί και αρχική ατροφία.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις στην κίρρωση του ήπατος είναι:

- α) Η δοκιμασία αποκαθάρσεως με γαλακτόζη
- β) Η δοκιμασία βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης (B.S.P.)
- γ) Η βιοψία ήπατος
- δ) Η λαπαροσκοπηση
- ε) Το σπινθηρογράφημα ήπατος (SCANNING).

III. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Πλημμελής οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πλημμελής αναπνευστική λειτουργία).
2. Θεραπευτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμμετοι, κακή πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, ελλιπής χρησιμοποίηση των θρεπτικών ουσιών αφού πάσχει το κύριο μεταβολικό όργανο).
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (μικρός πυρετός, ενδοκρινική διαταραχή).
4. Διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών (έμμετοι, ασκίτης, υδροθώρακας).
5. Διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας (έμμετου, ελλιπής οξυγόνωση των ιστών).
6. Μείωση δραστηριοτήτων (θεραπευτική, αίσθημα αδυναμίας, μυϊκή ατροφία).
7. Κίνδυνοι επιπλοκών (δέρμα, αιμορραγίες, λοιμώξεις, νευρικό σύστημα).
8. Φόνος, δυσφορία (ασκίτης, ηπατομεγαλία).
9. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (ασκίτης, οίδημα, αλωπεκία,

γυναικομαστία, κ.λ.π.).

10. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου (διαπραγμάτευση με αυτή, αποδοχή και εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, οικονομικά, διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια).

IV. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι :

- α. Αντιμετώπιση ναυτίας και εμμέτων
- β. Προαγωγή επαρκούς θρέψης και πρόληψη ενδειών
- γ. Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης
- δ. Αντιμετώπιση αναιμίας
- ε. Αποφυγή τραυματισμών
- στ. Πρόληψη και αντιμετώπιση υδατοηλεκτρολυτικών ανισοζυγίων.
- ζ. Προαγωγή επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας
- η. Απαλλαγή από πόνο και κνησμό
- θ. Πρόληψη τοξικών καταστάσεων
- ι. Βοήθεια για αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων

2. Μακροπρόθεσμοι :

- α. Επίτευξη και διατήρηση ιδεώδους σωματικού βάρους με υγιή μυϊκή μάζα.
- β. Πρόληψη επιπλοκών
- γ. Διακοπή κατάχρησης αλκοόλης

3. Οι προτεραιότητες της φροντίδας επικεντρώνονται στα υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια, τα νευρολογικά και έρεπτικά προβλήματα και στη βελτίωση της οξυγόνωσης των ιστών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β´

Ι. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η εντόπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων γίνεται με την αξιολόγηση του κίρρωτικού ασθενή ανάλογα με την :

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία και τη νοσηλευτική φροντίδα , και
2. Αρνητική απόκριση - Επιπλοκές.

α) Με τη μείωση της ηπατικής λειτουργίας δεν γίνεται επαρκώς η μετατροπή της αμμωνίας σε ουρία με αποτέλεσμα την αύξηση της στο αίμα. Η αύξηση της αμμωνίας στο αίμα εμποδίζει τον φυσιολογικό μεταβολισμό του εγκεφαλικού κυττάρου, με αποτέλεσμα το ηπατικό κώμα.

Αρχικά ο άρρωστος παρουσιάζει μια ελαφρά απάθεια ή ευφορία και ασυντονισμό που προχωρεί σε μείωση μνήμης, σύγχυση και αναστροφή του ρυθμού του φυσιολογικού ύπνου. Ο άρρωστος είναι ανήσυχος, μαζεύει τα σκεπάσματα του. Επακολουθεί λήθαργος και τέλος ο άρρωστος πέφτει σε κώμα. Σπάνια παρουσιάζει σπασμούς, συνήθως όμως υπάρχουν ακαμψία, υπεραντανεκλαστικότητα και ένας χαρακτηριστικός πτεροειδικός τρόμος των χεριών. Ο άρρωστος επίσης παρουσιάζει δύσσομη απόπνοια.

Για μείωση της αμμωνίας που παράγεται στο έντερο και απορροφάται, χορηγείται υποπρωτεϊνούχα δίαιτα με πολλές θερμίδες για μείωση του ενδογενούς καταβολισμού των

αμινοξέων.

Επειδή το αίμα είναι πηγή πρωτεΐνης, κάθε αιμορραγία του γαστρεντερικού σωλήνα πρέπει να ελέγχεται και να αναρροφάται το αίμα που τυχόν υπάρχει στο στομάχι. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται σωλήνας EWALD μεγάλης διατομής, ώστε να είναι δυνατή η αφαίρεση θρόμβων μέσα από αυτόν. Ακόμα, για την απομάκρυνση αζωτούχων ουσιών από το κύλο, χορηγούνται υπακτικά και γίνονται υποκλυσμοί.

Η νεομυκίνη, επειδή απορροφάται πολύ λίγο από το έντερο, όταν χορηγείται μειώνει τα μικρόβια του εντέρου, η δράση των οποίων επί των αμινοξέων δίνει ανάμεσα στα άλλα προϊόντα και αμμωνία.

Συχνά χορηγείται λακτουλόζη που, επειδή αξινοποιεί το κύλο, μειώνει την απορρόφηση της αμμωνίας.

Επειδή η υποκαλιαιμία αυξάνει την επαναρρόφηση της αμμωνίας από τους νεφρούς παρακολουθείται το επίπεδο του καλίου του πλάσματος και γίνεται προσπάθεια διατήρησης του σε φυσιολογικά επίπεδα.

Σε σοβαρές περιπτώσεις επιχειρούνται δραστικότερα μέτρα, όπως αφαιμαξομεταγγίσεις, αφαίρεση πλάσματος, διασταυρωμένη κυκλοφορία με ανθρώπους ή ζώα, ομομεταμόσχευση ήπατος, κ. ά.

β) Όταν οι κίρσοι οισοφάγου υπερδιαταθούν συχνά σπάει το τοίχωμα των φλεβών και προκαλεί βαρύτατες αιμορραγίες. Ο έλεγχος αυτής της αιμορραγίας είναι πολύ δύσκολος αφού υπάρχουν και προβλήματα πηκτικότητας.

Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου παρακολουθούνται στε-

νά για διαπίστωση σημείων ολιγαιμικού SHOCK . Αν η απώλεια του αίματος είναι βραδεία, η πρώτη ένδειξη μπορεί να είναι μέλαινα κένωση. Αν όμως η αιμορραγία είναι μεγάλη, εκδηλώνεται με αιματέμεση κόκκινου αίματος.

Η αρχική αντιμετώπιση στοχεύει στον έλεγχο της αιμορραγίας και την αποφυγή SHOCK. Γίνονται μεταγγίσεις αίματος για τον έλεγχο της υπότασης και για τη μείωση της αιμορραγίας μπορεί να χορηγηθεί αγγειοτενοσίνη ενδοφλέβια. Επίσης χορηγείται και βιταμίνη Κ.

Συχνά γίνεται πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για τον έλεγχο της αιμορραγίας, αρχικά, και για αφαίρεση του αίματος από το στομάχι. Γίνεται συνεχώς ώσπου το υγρό επιστροφής να είναι καθαρό. Γίνεται συχνή φροντίδα στομάχου.

Αν η συντηρητική αγωγή δεν σταματήσει την αιμορραγία, επιχειρείται χειρουργική παρέμβαση.

11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Αν δεν υπάρχουν επιπλοκές από το νευρικό και το κυκλοφορικό.

α) Δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνη (1 GR κατά KG βάρους σώματος) και θερμίδες (2.000 - 3.000 CAL το 24ωρο).

Προτιμούνται ζωϊκές πρωτεΐνες επειδή έχουν αποδοτικές ιδιότητες. Τα θρεπτικά αυτά συστατικά βρίσκονται σε επαρκή ποσότητα σε μια ισοζυγισμένη δίαιτα. Σε μερικές περιπτώσεις δεν μπορούν να απορροφηθούν από τον οργανισμό.

σμό και δίνονται συμπληρωματικές ποσότητες, ενώ η αλκοόλη περιορίζεται στο ελάχιστο. Συχνά σ' αυτούς που πάσχουν από κίρρωση παρατηρείται υποσιτισμός λόγω γαστρεντερικών διαταραχών.

Η δίαιτα πρέπει να είναι:

- 1) Υψηλή σε πρωτεΐνες.
- 2) Άφθονη σε υδατάνθρακες.
- 3) Μέτρα σε λίπος.
- 4) Άφθονες βιταμίνες ιδίως της ομάδας Β.

Η δίαιτα αυτή αποσκοπεί σε μη περαιτέρω καταστροφή των κυττάρων του ήπατος και στην ανανέωση του ιστού που έχει καταστραφεί. Έπειδή υπάρχει μεγάλη απώλεια βάρους χρειάζεται αύξηση των θερμίδων 45-50 θερμίδες ανά κιλό ιδεώδους βάρους.

Υδατάνθρακες . Χορηγούμε πολλούς υδατάνθρακες διότι έχουν θεραπευτικές ιδιότητες 300-400 ΚR ημερησίως . Κακό είναι να αποφεύγονται τα λαχανικά που προκαλούν μετεωρισμό.

Πρωτεΐνες. Αυξάνονται σε 1,5 ΚG/ΚGR ιδεώδους βάρους δια την αντικατάσταση των φθαρμένων ιστών του ήπατος, δηλαδή 100-150 GR ημερησίως, το περισσότερο να είναι μεγάλης βιολογικής αξίας.

Βιταμίνες. Συνιστάται 25-50 GR μαγιά μύρας. Αυτή μας εξασφαλίζει τις ομάδες της Β. Όταν υπάρχει υποθρομβιναιμία αυξάνουμε την Κ.

Λίπη. Μετρία ποσότητα λίπους, 80 - 100 GR ημερησίως . Το περισσότερο να προέρχεται από λίπος γάλακτος, αυγού και μαργαρίνης. Το λίπος διεγείρει την έκκριση της χολής, η οποία είναι απαραίτητη για την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών.

Υγρά και Na. Περιορίζονται εάν δημιουργηθεί ασκίτης.

Α Π Α Γ Ο Ρ Ε Υ Ο Ν Τ Α Ι : Η αλκοόλη, οι τηγανητές τροφές, τα όσπρια, τα καρυκεύματα, τα λαχανικά που προκαλούν μετεωρισμό, το φρέσκο ψωμί, τα αυγά.

Διδασκαλία πάνω στο θέμα δίαιτα, πρέπει να γίνεται και ο άρρωστος πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει ότι του προσφέρεται. Η νοσηλεύτρια φροντίζει συχνά τη στοματική κοιλότητα και συνιστά στον άρρωστο να μειώσει τις κινήσεις του ώστε να αποφεύγονται η ναυτία και οι έμμετοι.

Ο άρρωστος διδάσκεται να χρησιμοποιεί υποκατάστατα αλατιού, όπως χυμό λεμονιού, για βελτίωση της γεύσης, κατόπιν συνεννόησης με το γιατρό.

β) Η κατακράτηση υγρών που οφείλεται στην πυλαία υπερταση , την υποπρωτεϊναιμία και, κατακράτηση νατρίου και νερού από τους νεφρούς αντιμετωπίζεται με συνδυασμό περιορισμού νατρίου και νερού, διουρητικής θεραπείας και ενδοφλέβιας χορήγησης φτωχής σε νάτριο, ανθρώπινης λευκωματίνης.

Γίνεται προσεκτική μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καθημερινή ζύγιση του αρρώστου.

Ακόμη μετριέται καθημερινά η περιφέρεια της κοιλιάς.

Για διευκόλυνση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας ο άρρωστος τοποθετείται σε ψηλή ανάρροπη θέση στο κρεβάτι.

γ) Η θεραπευτική ανάπαυση μειώνει το αίσθημα κόπωσης και βελτιώνει την όλη κατάσταση του αρρώστου. Όμως πρέπει να παίρνονται όλα τα νοσηλευτικά μέτρα για μείωση των επιπλοκών από αυτόν τον περιορισμό του αρρώστου στο κρεβάτι.

δ) Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή θρέψη, συμπληρώματα σιδήρου και θεραπεία με βιταμίνη Β12. Η διδασκαλία του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει αυτά τα φάρμακα.

ε) Επειδή ο άρρωστος είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις τα πιθανά σημεία λοίμωξης παρακολουθούνται στενά. Περιοχές φλεβκέντησης και ρήξης του δέρματος καθαρίζονται σε κανονικά χρονικά διαστήματα. Ενθαρρύνεται η ατομική υγιεινή του αρρώστου. Η θερμοκρασία παρακολουθείται τακτικά και ελαχιστοποιείται η έκθεση του αρρώστου σε πηγές μόλυνσης.

στ) Εξ αιτίας του ικτέρου και του κνησμού, η ρήξη του δέρματος αποτελεί δυνητικό πρόβλημα. Για τον έλεγχο του κνησμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί χολεστοραμίνη που χορηγείται συνήθως με χυμούς φρούτων. Δυνατή η εμφάνι-

ση παρενεργειών : ναυτία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα και ένδεια βιταμίνης Κ εξαιτίας της μείωσης της απορρόφησης της. Άλλες νοσηλευτικές διαδικασίες περιλαμβάνουν μείωση της υποξίας των ιστών (διόρθωση αναιμίας) , η οποία αυξάνει τον κνησμό, ελαχιστοποίηση της εφίδρωσης. μείωση της αγωνίας και του συγκινησιακού STRESS, αποφυγή ή ελαχιστοποίηση της τριβής και αποφυγή της ξηρότητας του δέρματος (μπάνιο χωρίς σαπούνι και χρησιμοποίηση μαλακτικής λουσιών). Η κατάσταση του δέρματος πρέπει να ελέγχεται συχνά και ο άρρωστος να γυρίζει συχνά, ενώ πρέπει να του γίνεται τακτικά πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία πίεσης. Τα νύχια του να κόβονται για πρόληψη λύσης της συνέχειας του δέρματος.

ζ) Φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ και αποβάλλονται από αυτό χρησιμοποιούνται με πολύ φειδώ και προσοχή. Αν είναι δυνατόν αποφεύγονται τα ναρκωτικά, τα κατευναστικά, τα υπνωτικά και τα βαρβιτουρικά.

η) Με τον άρρωστο συζητείται το πρόβλημα της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Του δίνεται ευκαιρία να εξωτερικεύσει κάθε σκέψη του.

2. Αν ο ασκίτης είναι πολύ μεγάλου βαθμού ώστε να προκαλεί αναπνευστική επιβάρυνση, κήλη, ή μεγάλου βαθμού διάταση, μπορεί να γίνει παρακέντηση.

3. Η μετέπειτα φροντίδα του κίρρωτικού αρρώστου επικεντρώνεται στην διακοπή χρήσης αλκοόλης.

ΙΙΙ. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Για την βοήθεια του αρρώστου στην επίλυση των πιο κάτω προβλημάτων θα προβούμε στις πιο κάτω ενέργειες:

ΑΝΟΡΕΞΙΑ :

Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά. Φροντίζουμε ώστε να δίνουμε την τροφή σε ικανοποιητική ποικιλία.

Προσφέρουμε τον δίσκο περιποιημένο. Αν βοηθάμε τον ασθενή να παίρνει την τροφή του, δεν του δίνουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε.

ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΜΕΤΟΣ :

Φροντίζουμε τη στοματική κοιλότητα του ασθενούς, πριν και μετά από κάθε γεύμα. Αν χρειάζεται εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΕΩΣ :

Παρακολουθούμε, αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα. Ενισχύουμε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Δίνουμε συμπληρωματικές βιταμίνες (Α,Β σύμπλεγμα, C και K). Χορηγούμε παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά. Παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του αρρώστου.

ΚΟΙΛΙΑΚΟΙ ΠΟΝΟΙ :

Παρακινούμε τον ασθενή να μένει στο κρεβάτι, για την προφύλαξη του ήπατος. Χορηγούμε αντισπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. Ενισχύουμε τον ασθενή να τρώει σιγά και να μασάει καλά την τροφή. Παρακολουθούμε, γράφουμε και αναφέρουμε τα χαρακτηριστικά του πόνου.

ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ :

Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αγωνίας, αισθήματος γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας και ανησυχίας.

Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αιμορραγίας και SHOCK. Γράφουμε τα ζωτικά σημεία σε συχνά χρονικά διαστήματα. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του ασθενούς. Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά την διάρκεια μεταγγίσεως. Βοηθάμε τον γιατρό, για την εισαγωγή καθετήρα στομάχου και οισοφάγου. Μετράμε και γράφουμε το χαρακτήρα, το χρώμα και την ποσότητα των εμμέτων. Εφαρμόζουμε σχολαστική περιποίηση του στόματος. Διατηρούμε τον ασθενή νησικό, αν αυτό είναι ιατρική εντολή. Χορηγούμε βιταμίνη Κ, σύμφωνα με τις οδηγίες. Παρακολουθούμε συνεχώς τον ασθενή κατά την διάρκεια επεισοδίων αιμορραγίας. Διατηρούμε ανοικτή φλέβα και φροντίζουμε για ενυδάτωση του αρρώστου και πιθανή μετάγγιση. Παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων. Δίνουμε κρύα υγρά από το στόμα μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας και με εντολή ιατρού.

ΜΕΛΑΙΝΑ ΚΕΝΩΣΗ :

Παρακολουθούμε κάθε κένωση για το χρώμα, τη σύσταση, και την ποσότητα. Εκτελούμε οπωσδήποτε τοπική καθαριότητα μετά την κένωση.

ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ :

Εξασφαλίζουμε μια κένωση την ημέρα. Παρακολουθούμε το χρώμα, την υφή, τη σύσταση και τον αριθμό των κενώσεων. Σε δυσκοιλιότητα εξασφαλίζουμε αρκετά υγρά και τροφή που να περιέχει κυτταρίνη. Σε διάρροια, περιορίζουμε τα υγρά, χορηγούμε τα φάρμακα που παράγγειλε ο ιατρός, γράφουμε τον αριθμό των κενώσεων και παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αφυδατώσεως.

ΙΚΤΕΡΟΣ :

Παρακολουθούμε και γράφουμε βαθμό ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Απαλλάσσουμε τον ασθενή από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του, κάνουμε λουτρό καθαριότητας του ασθενούς, χωρίς σαπούνι και μετά κάνουμε μασάζ με λοσιόν. Παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.

ΟΙΔΗΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ :

Περιορίζουμε τα ClNa. Χορηγούμε διουρητικά, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Περιποιούμαστε προσεκτικά το δέρμα.

Γυρίζουμε και αλλάζουμε συχνά θέση στον ασθενή. Σηκώνουμε τα κάτω άκρα του κατά διαστήματα. Ζυγίζουμε καθημερινά τον ασθενή και σημειώνουμε το βάρος του. Σημειώνουμε με ακρίβεια τα υγρά που λαμβάνονται και αποβάλλονται. Εφαρμόζουμε παθητικές κινήσεις των άκρων, μέσα στα όρια που επιτρέπονται για ενίσχυση της κυκλοφορίας. Χρησιμοποιούμε δακτύλιο για πτέρνες, αγκώνες , κ.λ.π.. Ρυθμίζουμε προσεκτικά και παρακολουθούμε την ταχύτητα ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια.

Αποφεύγουμε την ένεση φαρμάκων σε οιδηματώδεις ιστούς.

ΑΣΚΙΤΗΣ :

Βοηθάμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση. Φροντίζουμε ο ασθενής να ουρήσει, πριν από αυτήν. Τοποθετούμε τον ασθενή σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση και τον στηρίζουμε με μαξιλάρια. Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της παρακέντησής. Σημειώνουμε την ποσότητα και τον χαρακτήρα του υγρού της παρακέντησης. Ελέγχουμε τις γάζες να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα. Χορηγούμε διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού. Περιορίζουμε το ClNa. Σημειώνουμε τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Τηρούμε με ακρίβεια δελτίο ισοζυγίου υγρών. Φροντίζουμε το δέρμα. Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για να βοηθήσουμε την αναπνοή του. Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού (Κ). Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα πιθανού κώματος.

ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ :

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση. Αλλάζουμε συχνά θέση. Βοηθάμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση του θώρακα . Ειδικώτερα:

- Στηρίζουμε τον ασθενή και τον διατηρούμε στην ορθή θέση κατά την διάρκεια της παρακεντήσεως.
- Σημειώνουμε το ποσό και το χαρακτήρα του υγρού που αναρροφήθηκε.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για βήχα, δύσπνοια, και και συχνότητα σφυγμού.

ΠΥΡΕΤΟΣ :

Σημειώνουμε τη θερμοκρασία στα χρονικά διαστήματα που καθορίστηκαν . Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά. Εφαρμόζουμε ψυχρά περιτυλίγματα σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα. Παρακολουθούμε την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ :

Εκχυμώσεις, Πετέχεια και Αιμορραγίες των Ούλων

Αποφεύγουμε την δημιουργία τραύματος. Διατηρούμε ασφαλές για τον ασθενή περιβάλλον. Διδάσκουμε τον ασθενή, να μην προσπαθεί να αποβάλλει τις βλέννες από τη μύτη με δύναμη. Αποφεύγουμε την δημιουργία τραύματος των ούλων κατά το βούρτσισμα των δοντιών. Ενισχύουμε την λή-

ψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνη C. Χρησιμοποιούμε πολύ λεπτές βελόνες για ενέσεις.

ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ :

Διανοητική Σύγχυση, Ασυνεργία, Αταξία, Υπνηλία, Λήθαργος, Κώμα

Περιορίζουμε τις πρωτεΐνες, Χορηγούμε μικρά και συχνά γεύματα, πλούσια σε υδατάνθρακες. Χορηγούμε ενδοφλέβια σακχαρούχα διαλύματα, με εντολή ιατρού. Διατηρούμε το περιβάλλον ζεστό και ελεύθερο από ρεύματα αέρα. Παρακολουθούμε τους ηλεκτρολύτες αίματος (Κ). Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού σε περίπτωση αυξημένης διουρήσεως και αποβολής μεγάλης ποσότητας ασκитικού υγρού. Τοποθετούμε τους προφυλακτήρες. Περιορίζουμε τις επισκέψεις του ασθενούς. Φέρνουμε ιερέα. Τοποθετούμε τον ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο αν είναι δυνατόν. Προλαμβάνουμε την δημιουργία κατακλίσεων. Αποφεύγουμε ναρκωτικά και βαρβιτουρικά. Εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή. Φροντίζουμε προσεκτικά τον ασθενή κατά το προθανάτιο στάδιο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ'

Ι. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

Στην κοιλιά περικλείονται τα ενδοκοιλιακά όργανα. Ο κοιλιακός χώρος καλύπτεται εξ ολοκλήρου από μια λεπτή μεμβράνη, το τοιχικό περιτόναιο. Το τοιχικό περιτόναιο αναδιπλώνεται και περιβάλλει εξωτερικά τα περισσότερα ενδοκοιλιακά σπλάγχνα, περισπλάχνιο. Εξαίρεση αποτελούν οι νεφροί μαζί με τα επινεφρίδια και οι ουρητήρες, για βρίσκονται πίσω από το τοιχικό περιτόναιο, το οπίσθιο τοίχωμα της κοιλιακής κοιλότητας. Καθώς το περιτόναιο απλώνεται από το τοίχωμα προς τα σπλάγχνα και από το ένα όργανο στα άλλα, σχηματίζει διάφορες πτυχές, οι οποίες στηρίζουν τα σπλάγχνα. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι: το μείζον επίπλουν, το μεσεντέριο και το εγκάρσιο μεσοκόλο. Οι κοιλότητες του περιτόναιου περιέχουν υγρό ορώδες (άχρωμο, διαυγές), ικανό να επαλείφει τις επιφάνειες τους και να περιορίζει έτσι την τριβή.

Η μεγάλη επιφάνεια του περιτόναιου καλύπτεται από λεμφικά αγγεία, τα οποία του δίνουν μεγάλη απορροφητική ικανότητα. Σε ερεθισμό όμως του περιτόναιου η άλλη αιτία, όπως φλεγμονή περιτοναίου, επιβάρυνση πυλαίας κυκλοφορίας και το ελάχιστο ορώδες περιναϊκό υγρό αυξάνεται σημαντικά σε ποσότητα και αλλάζει η σύνθεση και η όψη του.

Η εκτέλεση της παρακεντήσεως αποβλέπει:

- 1) Στην λήψη υγρού για μικροβιολογική , χημική , κυτταρολογική και μακροσκοπική εξέταση για διάγνωση κάποιας ασθένειας και ονομάζεται δοκιμαστική ή διαγνωστική παρακέντηση.
- 2) Στην αφαίρεση υγρού για την ανακούφιση του αρρώστου από την αυξημένη ποσότητα του περιτοναϊκού υγρού,γι' αυτό ονομάζεται εκκενωτική ή ανακουφιστική παρεκέντηση.

Α Ν Τ Ι Κ Ε Ι Μ Ε Ν Α

Απαραίτητα αντικείμενα στο 2ετ παρακεντήσεως είναι: Σύρριγγες περιεκτικότητας 10-20 κ.εκ. και βελόνα με μήκος ανάλογο προς το πάχος του κοιλιακού τοιχώματος και εύρος ανάλογο με τον κοιλιακού τοιχώματος και εύρος ανάλογο με τον επιδιωκόμενο σκοπό, βελόνες τοπικής αναισθησίας, δοκιμαστικά σωληνάρια, σωλήνας παροχετεύσεως, βαμβάκι και γάζες, τετράγωνο κοινό και σχιστό, γάντια και λαβίδα. Ακόμη χρειάζεται το τροχήλατο ενέσεων στο οποίο προσθέτουμε τοπικό αναισθητικό, τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών, λευκοπλάστ και ψαλίδι, ογκομετρικό δοχείο, κολλύδιο, ζυγό, πιεσόμετρο και ζώνη κοιλίας.

Η παρακέντηση γίνεται στο έξω ήμισυ της νοητής γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα. Η παρακέντηση στη γραμμή αυτή μπορεί να γίνει τόσο δεξιά όσο και αριστερά. Προτιμάται η αριστερή πλευρά,

διότι συχνά δεν είναι εύκολος ο καθορισμός των ορίων του τυχόν διογκωμένου ήπατος. Αλλά και πάλι πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη διογκωμένης σπλήνας. Ακόμη η παρακέντηση της κοιλίας πορεί να γίνει ακριβώς πάνω στη μέση γραμμή, μεταξύ ομφαλού και ηβικής συμφύσεως, διότι αριστερά και δεξιά από αυτήν περνούν κλάδοι της επιγάστριας αρτηρίας.

Κατά την παρακέντηση στην πρώτη θέση, ο ασθενής ξαπλώνει πλάγια, στην άκρη του κρεβατιού με τον κορμό υψωμένο. Κατά την παρακέντηση στη δεύτερη θέση, ο ασθενής τοποθετείται ημικαθισμένος ή καθιστός.

Πριν από την επέμβαση πρέπει απαραίτητα να αδειάζει η ουροδόχος κύστη, να ζυγίζεται ο άρρωστος και να μετράται η αρτηριακή του πίεση και ο αρτηριακός σφυγμός.

Από την παρακέντηση προηγούνται μέτρα προστασίας του ιματισμού του ασθενούς, απολύμανση του δέρματος και τοπική αναισθησία. Μετά την είσοδο της βελόνας, σε εκκενωτική παρακέντηση, προσαρμόζεται σωλήνας παροχετεύσεως στο μπεκ και το υγρό συγκεντρώνεται στο ογκομετρικό δοχείο. Το ποσό του υγρού που θα αφαιρεθεί το καθορίζει ο ιατρός. Η συνέχιση ή όχι της εξαγωγής του καθορισμένου υγρού θα εξαρτηθεί από τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Εφόσον η γενική του κατάσταση είναι ικανοποιητική, η εξαγωγή του υγρού μπορεί να συνεχιστεί άφοβα. Αν όμως υπάρχει πτώση της αρτηριακής πίεσεως και ο σφυγμός γίνεται μικρός και ευπίεστος και ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσφορίας ή αδυναμία, σε συνεννόηση με τον ιατρό διακόπτεται η ροή του υγρού και, αν μετά πάροδο λί-

γων λεπτών δεν βελτιωθεί η κατάσταση του, σταματά τελείως η παρακέντηση για την αποφυγή COLLAPSUS.

Μετά την αφαίρεση της προκαθορισμένης ποσότητας υγρού αφαιρείται η βελόνα και καλύπτεται η πληγή με άσηπτη γάζα βουτηγμένη σε κολλόδιο και συγκρατείται με λευκοπλάστ.

Τέλος, τοποθετείται πιεστικά ζώνη κοιλίας για τη διατήρηση της πίεσεως μέσα στην κοιλιά, παρεμπόδιση σπλαγχνοπτώσεως και αποφυγή διαρροής υγρού από το σημείο της παρακεντήσεως.

II. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κίνδυνοι τους οποίους αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά και μετά την εκτέλεση αυτής της παρακεντήσεως είναι:

1) Μόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας από μη άσηπτη τεχνική.

2) SHOCK, το οποίο μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στο θάνατο, ένεκα της απότομης αφαιρέσεως υγρού από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η απότομη μείωση της πίεσεως της ενδοπεριτοναϊκής κοιλότητας προκαλεί διεύρυνση των αγγείων της κοιλιάς, τα οποία δέχονται αίμα από τα κεντρικά αγγεία και την καρδιά.

Θανατηφόρα συγκοπή μπορεί ακόμη να δημιουργηθεί και από τη λεμφική κυκλοφορία. Ο κίνδυνος αυτός αποφεύγεται με τη σταδιακή αφαίρεση περιτοναϊκού υγρού. Απαγορεύεται

η αφαίρεση υγρού περισσότερο του 1/2 ή 3/4 του υπολογιζόμενου περιτοναϊκού υγρού.

3) Σπάσιμο της βελόνας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

4) Τραυματισμός του εντέρου. Πολύ σπάνιος κίνδυνος γιατί το ελεύθερο έντερο γλιστρά μπροστά από τη βελόνα.

5) Τραυματισμός της ουροδόχου κύστης σε παρακέντηση που γίνεται πάνω στη μέση γραμμή, αν δεν έχει προηγουμένως αδειάσει η κύστη.

Το υγρό που προέρχεται από αυτή την παρακέντηση μπορεί να είναι:

α) Διίδρωμα σε κίρρωση του ήπατος

β) Εξίδρωμα, σε φλεγμονώδεις παθήσεις του περιτοναίου

γ) Αιμορραγικό, σε κακοήθεις όγκους, καρκινωμάτωση του περιτοναίου, κ.ά.

δ) Αίμα, σε ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία

ε) Πυώδες

ς) Χολώδες, ένεκα ρήξεως της χοληδόχου κύστεως

ΙΙΙ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

1. Πριν από την παρακέντηση η νοσηλεύτρια παροτρύνει τον άρρωστο να ουρήσει. Αυτό θα μειώσει τον κίνδυνο της κατά λάθος τρώσης της κύστης από τη βελόνη.

2. Βεβαιώνεται για το αν το δελτίο συγκατάθεσης υπογράφηκε από τον άρρωστο.

3. Η νοσηλεύτρια ζυγίζει τον άρρωστο και αναγράφει το βάρος του σώματός του. Το βάρος του σώματος στην αρχή χρησιμεύει σαν βασική αρχή πληροφορίας.

4. Λήψη των ζωτικών σημείων πριν την παρακέντηση. Η νοσηλεύτρια αφήνει το σφυγμομανόμετρο στο βραχίονα του αρρώστου για συχνό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης κατά την διάρκεια της παρακέντησης. Η γνώση των ζωτικών σημείων στην αρχή της παρακέντησης είναι απαραίτητη για σύγκριση των μετέπειτα μεταβολών τους.

5. Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση FOWLER με υποστηριγμένα την πλάτη, τους βραχίονες και τα πόδια.

6. Η νοσηλεύτρια κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς προς τα κάτω μέχρι τη μεσότητα των μηρών, καλύπτει τον θώρακα του αρρώστου. Μ' αυτό τον τρόπο μειώνε-

ται η έκθεση του αρρώστου και διατηρείται θερμός.

7. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το δίσκο παρακέντησης κοιλίας στο κομοδίνο του αρρώστου.

8. Πλένει τα χέρια της.

ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

1. Με άσηπτη τεχνική ανοίγει το δίσκο παρακέντησης.

2. Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την περιοχή της παρακέντησης.

3. Ο γιατρός, αφού φορέσει τα γάντια, κάνει την αντισηψία του δέρματος. Στη συνέχεια τοποθετεί τα αποστειρωμένα, τετράγωνο και σχιστό. Επειδή η παρακέντηση θεωρείται μικρή χειρουργική επέμβαση απαιτεί άσηπτες συνθήκες.

4. Η νοσηλεύτρια προσφέρει στον γιατρό τοπικό αναισθητικό.

5. Τοποθετεί τον κουβά κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου και ετοιμάζεται για την τοποθέτηση του άκρου του ελαστικού σωλήνα μέσα σ' αυτόν.

6. Ο γιατρός, μετά την τοπική αναισθησία, ετοιμάζει τη σύριγγα με τη βελόνη και εκτελεί την παρακέντηση.

7. Αναρροφά 15- 20 ML υγρό, αφαιρεί τη σύριγγα και εφαρμόζει τον ελαστικό σωλήνα, το άλλο άκρο του οποίου καταλήγει στον αποστειρωμένο γυάλινο σωλήνα που έχει προσαρμοστεί στον κουβά.

8. Η νοσηλεύτρια στερεώνει τον ελαστικό σωλήνα στο χείλος του κουβά. Αποφεύγεται έτσι η ολίσθηση του σωλήνα προς τα κάτω.

9. Τοποθέτηση του υγρού στα δοκιμαστικά σωληνάρια.

10. Η νοσηλεύτρια στερεώνει τη βελόνη παρακέντησης στο κοιλιακό τοίχωμα, αφού προηγουμένως ο γιατρός τοποθετήσει γάζα κομμένη σε σχήμα V.

11. Η φροντίδα για την αποστολή των δειγμάτων του υγρού στο εργαστήριο.

12. Κατά την διάρκεια της παρακέντησης η νοσηλεύτρια δεν απομακρύνεται από τον άρρωστο. Παρακολουθεί τον σφυγμό, την αρτηριακή πίεση, την αναπνοή. Για ωχρότητα και σημεία λιποθυμίας. Ο άρρωστος παρακολουθείται για σημεία SHOCK γι' αυτό και πρέπει να υπάρχουν διεγερτικά.

13. Μετά την παρακέντηση γίνεται προσεκτικός έλεγχος για την ποσότητα, την σύσταση και το χρώμα του παρεχόμενου υγρού. Σε κάθε περίπτωση αφαιρούνται 1-2 LIT υγρού για την ανακούφιση του αρρώστου από τα οξέα συμπτώματα.

14. Μετά την αφαίρεση της βελόνης γίνεται τοποθέτηση αποστειρωμένης γάζας και ελαστικών κολλητικών ταινιών.

15. Τέλος, η νοσηλεύτρια εφαρμόζει ζώνη κοιλίας. Αυτό γίνεται για την άσκηση πίεσης στα κοιλιακά τοιχώματα και την αποφυγή SHOCK.

ΦΑΣΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

1) Η νοσηλεύτρια βοηθά όσο μπορεί τον άρρωστο να είναι άνετος μετά τη θεραπεία.

2) Αναγράφει το ποσό και την όψη του υγρού, τον αριθμό των δειγμάτων που στάλθηκαν στο εργαστήριο και την κατάσταση του αρρώστου κατά την διάρκεια της παρακέντησης.

3) Συχνή παρακολούθηση της Α.Π. και των άλλων χωτικών σημείων κάθε μισή ώρα για δύο ώρες και τέσσερες ώρες για 24 ώρες. Η στενή αυτή παρακολούθηση θα ανιχνεύσει τυχόν φτωχή κυκλοφοριακή προσαρμογή και πιθανή ανάπτυξη SHOCK.

4) Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί για διαρροή υγρού ή για οίδημα σσχέου μετά την παρακέντηση. Είναι καταστάσεις που, αν διαπιστωθούν, πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός αμέσως.

ΙV. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Α Ν Τ Ι Κ Ε Ι Μ Ε Ν Α

1. Αποστειρωμένος δίσκος (SET) που περιέχει:
 - α. Ειδικές βελόνες βιοψίας ήπατος (SILVERMAN)
 - β. Σύριγγα RECORD για αναρρόφηση
 - γ. Σύριγγα 5ML για τοπική αναισθησία και βελόνες
 - δ. Καψάκι για το αντιπηκτικό
 - ε. Μαχαιρίδιο
 - στ. Σχιστό και τετράγωνο
 - ζ. Τολύπια γάζας και γάζες τετράγωνες
 - η. Λαβίδες (KOCHER και ανατομική)

Δ Ι Α Δ Ι Κ Α Σ Ι Α

ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

1. Επαλήθευση ότι ο άρρωστος έκανε εξετάσεις αίματος για χρόνο προθρομβίνης, γενική, χρόνο ροής και πήξης, ελέγχοντας τον φάκελλο του. Η βιοψία ήπατος αντενδείκνυται, όταν ο άρρωστος έχει αιμορραγική διάθεση.

2. Επιβεβαίωση ότι υπάρχει διαθέσιμο συμβατό αίμα, αφού αυτοί οι άρρωστοι έχουν συχνά πηκτικές διαταραχές.

3. Μέτρηση και αναγραφή του σφυγμού, της αναπνοής, της αρτηριακής πίεσης και του χρόνου προθρομβίνης, αμέσως πριν

από την εξέταση, για να υπάρχει μια βασική γραμμή σύγκρισης με την μεταβιοψική κατάσταση του αρρώστου.

4. Η νοσηλεύτρια εξηγεί τα βήματα της διαδικασίας του αρρώστου και τι πρέπει να κάνει ώστε και τον φόβο του να μειώσει και τη συνεργασία του να εξασφαλίσει.

5. Δεν δίνει υγρά ή τροφή στον άρρωστο για 4-8 ώρες πριν από την εξέταση.

6. Χορηγεί κατευναστικά ή αναλγητικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

7. Οι άρρωστοι μπορούν να πάρουν τα φάρμακα που τους χορηγούνται κανονικά.

ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

1. Τοποθετεί τον άρρωστο σε ύπτια θέση στο δεξιό άκρο του κρεβατιού με το δεξί άνω άκρο κάτω από το κεφάλι και το πρόσωπο στραμμένο αριστερά.

2. Αποκαλύπτει την άνω κοιλία ώστε να είναι έτοιμη για αντισηψία του δέρματος και τοπική αναισθησία.

3. Καθορίζει το σημείο βιοψίας- ένα μεσοπλεύριο διάστημα κάτω από το ανώτερο όριο της ηπατικής αμβλύτητας, 2 CM πίσω από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

4. Ο γιατρός κάνει την αναισθησία του δέρματος, των μεσοπλευρίων ιστών και της ηπατικής κάψας.

5. Ο γιατρός, αφού κάνει τομή του δέρματος, εισάγει την βελόνη στο μεσοπλευρικό διάστημα όχι μέσα στο ήπαρ.

6. Δίνει στον άρρωστο να εισπνεύσει και να εκπνεύσει βαθιά 3-4 φορές και μετά την τελευταία εκπνοή να κρατήσει την αναπνοή του.

7. Ο χειρουργός γρήγορα εισάγει τη βελόνη βιοψίας μέσα στο ήπαρ αναρροφά ιστό και την αποσύρει.

8. Αμέσως μετά την απομάκρυνση της βελόνης πληροφορεί τον άρρωστο ότι μπορεί να αναπνέει κανονικά.

9. Τοποθετεί στην τομή αποστειρωμένη γάζα.

ΦΑΣΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

1. Μετά τη βιοψία βοηθάει τον άρρωστο να γυρίσει προς τα δεξιά. Τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον κατώτερο θωρακικό κλωβό και συμβουλεύει τον άρρωστο να παραμείνει ήσυχος στη θέση αυτή για μερικές ώρες.

2. Διατηρεί τον άρρωστο στο κρεβάτι για 24 ώρες.

3. Μετράει και αναγράφει την συχνότητα του σφυγμού και της αναπνοής του αρρώστου, καθώς και την αρτηριακή

του πίεση σε συχνά χρονικά διαστήματα μέχρις ότου σταθεροποιηθούν (κάθε 15-30 MIN τις πρώτες 4 ώρες και κάθε 4 ώρες τις επόμενες 8). Ακόμα παρακολουθεί τον άρρωστο για εκδήλωση έντονου πόνου στην κοιλιά.

4. Δεν δίνει στον άρρωστο τίποτε από το στόμα μέχρις ότου τα ζωτικά σημεία σταθεροποιηθούν. Μετά του χορηγεί τη δίαιτα που ανέχεται.

V. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΟΥΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

1. Αιμορραγία. Γι' αυτό πρέπει να παρακολουθείται ο σφυγμός , η Α.Π. και η αιμοσφαιρίνη.

2. Χολώδης περιτονίτιδα, σε περίπτωση τραυματισμού της χοληδόχου κύστεως ή χοληφόρου αγγείου ένεμα εσφαλμένης τεχνικής κατά την παρακέντηση.

3. Πνευμοθώρακας μικρού βαθμού χωρίς σημασία από πιθανή μικρή τρώση του πνεύμονα κατά την παρακέντηση.

4. Απότομη παροδική υπόταση μετά την εξαγωγή της βελόνας, αγνώστου αιτιολογίας.

5. Πόνος για μερικές μέρες που μπορεί να οφείλεται σε μικρό υποκαψικό (κάψα ήπατος) αιμάτωμα που απορροφάται.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 6.1.1992 εισήχθη στο Π.Π. Νοσοκομείο Ρίου ο κύριος Μιχαήλ Βασιλείου, ηλικίας 54 ετών.

Ο ασθενής έχει νοσηλευθεί επανειλημμένα λόγω ασκίτη κίρρωσης ήπατος, ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Κατά τα λεγόμενα της κόρης του τις τελευταίες ημέρες παρουσίασε συγχυτική κατάσταση, περιοφθαλμικό οίδημα.

Έγινε ΗΚΓ. Επίσης παρουσίασε ανορεξία, αδυναμία και έπειτα δύσπνοια.

Έγιναν στον ασθενή γενικές εξετάσεις. Επίσης ακολούθησε διαγνωστική και εκκενωτική παρακέντηση.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στον ασθενή είναι:

5.CLUCOAL 5%, MAP, LASIX, ALDAKTONE AMP., AMINOPUULLINE AMP.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Κίρρωση ήπατος με ασκίτη.

Ο ασθενής Β.Μ. κατοικεί στην Πάτρα, δεν καπνίζει, δεν πίνει αλκοόλ.

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Ανορεξία αδυναμία	Μείωση της ανορεξίας του ασθενή Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή	Φροντίδα του ασθενή για σωστή σίτιση, προσφορά στον ασθενή τροφής της αρεσκείας του, περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή	Ο ασθενής σιτίζεται ικανοποιητικά και ενυδατώνεται. Η τροφή είναι της αρεσκείας του, χωρίς σερβιρισμένα. Η τροφή του περιέχει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου.	Μειώθηκε η ανορεξία, ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα και ανέκτησε κάπως τις δυνάμεις του.

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Δύσπνοια	Αποκατάσταση βελτίωσης της αναπνευστικής λειτουργίας	Αλλαγή θέσης στον ασθενή, εφαρμογή O ₂ , φάρμακα βρογχοδιασταλτικά από το στόμα	Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε O ₂ 2 LIT ανά 12 ωρο	Βελτιώθηκε η αναπνοή του. Αισθάνθηκε καλύτερα
Αυκίτης	Ανακούφιση του ασθενή	Εκκενωτική παρακέντηση. Αφαιρέθηκαν 2 LIT υγρού	Βοηθάμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση. Φροντίζουμε ο ασθενής να ουρήσει πριν από αυτήν	Έγινε η παρακέντηση. Αφαιρέθηκε υγρό. Ο ασθενής ανακουφίστηκε

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Ασκήσιος			<p>Τοποθέτηση σε κατάλληλη αναπαυτική θέση και στήριξη αυτού με μαξιλάρια.</p> <p>Παρακολούθηση του ασθενή κατά την παρακέντηση.</p> <p>Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Σημειώνουμε την ποσότητα και το χαρακτήρα του υγρού της παρακέντησης.</p>	

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Ασκίτης			<p>Ελέγχουμε τις γάζες να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.</p> <p>Χορηγούμε διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού.</p> <p>Περιορίζουμε το CLNa.</p> <p>Σημειώνουμε τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται.</p> <p>Φροντίζουμε το δέρμα</p>	

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Αισθάνεται αγωνία και φόβο για την παρα-	Απαλλαγή του αρρώστου από το αίσθημα αγωνίας	Ενημερώθηκε για την παρακέντηση. Συνάντηση με την	μα. Τοποθέτηση του ασθενή σε ανόρθωση θέση για να βοηθήσουμε την αναπνοή του. Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού(Κ). Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα πιθανόν κώματος Έγινε συζήτηση και ενισχύθηκε ψυχολογικά.	Ο ασθενής απέβαλλε τις ανησυχίες του και

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
κέντηση που θα γίνει	και φόβου. Ψυχολογική υποστήριξη. Ενημέρωση για το τι πρόκειται να γίνει	κοινωνική λειτουργία για να εκφράσει τις ανησυχίες του	Ο ασθενής ενημερώθηκε για την παρακέντηση και για όλα όσα θα συμβούν σ' αυτήν	αισθάνθηκε πιο καλά και ηρέμησε

2η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 8.11.1992 εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου ο κύριος υνοδινός Γεώργιος ηλικίας 51 ετών.

Ο ασθενής προ 8-9 ετών εμφάνισε αιμορραγία και υποβλήθηκε επείγοντως σε χειρουργική επέμβαση. Από τότε έχει εμφανίσει 5 φορές γαστρορραγία. Επί του παρόντος παρουσίασε πυρετό, αιμορραγία, ίκτερο και τέλος οίδημα από ασκίτη.

Τα φάρμακα που χορηγήθηκαν είναι:

CLYCOSE 5%, AMP MEFRACINE 1 X 4

TAMP ALDACTONE 1 X 1

TAMP LASIX 1 κάθε 2η ημέρα.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Κίρρωση ήπατος

Ο ασθενής κατοικεί στον Πύργο, καπνίζει ένα πακέτο την ημέρα εδώ και 37 χρόνια. Αλκοόλ : ούζο πριν την 1η γαστρορραγία. Έκτοτε 4 ποτήρια κρασί την ημέρα.

Δίαιτα: αποφεύγει τα φαγητά με καρυκεύματα.

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Πυρετός	Ρύθμιση της θερμοκρασίας	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας	Δόθηκε αντιπυρετικό φάρμακο 1 TABL DEPON. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με συχνές πλύσεις. Γίνεται συχνός έλεγχος παροτρύνουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά. Εφαρμόζουμε ψυχρά περιτυλίγματα σε περίπτωση ανόδου της θερ-	Ρυθμίστηκε η θερμοκρασία. Αισθάνθηκε καλύτερα ο ασθενής

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Αιμορραγία	Παύση της αιμορραγίας	<p>Χορήγηση αιμοστατικών και βιταμίνης Κ. Ακίνησια του ασθενή.</p> <p>Μειόγγισση αίματος μετά από εντολή γιατρού.</p> <p>Παρεντερική χορήγηση υγρών</p>	<p>μοκρασίας σε υψηλά επίπεδα</p> <p>Χορηγήθηκε αγγειοτενσίνη IV</p> <p>Παρέμεινε σε ακινησία ήρεμος.</p> <p>δόθηκαν 2 μονάδες πλάσματος</p>	Αντιμετωπίστηκε η αιμοραγία του ασθενή

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Ίκτερος	Ρύθμιση της χολερυθρίνης	Παρακολούθηση του χρώματος του δέρματος, έλεγχος κοπράνων και ούρων για χολοχρωστικές	Παρακολουθήθηκε και αναγράφηκε ο βαθμός ίκτερου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού . Απαλλάχτηκε ο ασθενής από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα Έγινε λουτρό καθαριότητας	Ρυθμίστηκε η χολερυθρίνη

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Ίκτερος			στον ασθενή, χωρίς σαπούνι, και μετά έγινε μασάζ με λοσιόν. Παρακολουθήθηκε το χρώμα των κενώσεων και των ούρων	
Ασκίτης	Ανακούφιση του ασθενή	Εκκενωτική παρακέντηση. Αφαίρεση του υγρού	Παροχή βοήθειας στον ασθενή κατά την παρακέντηση. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.	Έγινε η παρακέντηση. Ανακουφίστηκε ο ασθενής

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
Ασκίτης			<p>Σημειώνουμε με προσοχή την ποσότητα και το χαρακτήρα του υγρού της παρακέντησης.</p> <p>Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων.</p> <p>Δόθηκε ένα TAMP LASIX κάθε 2η ημέρα.</p> <p>Σημειώνουμε τα αποβαλλόμενα και τα προσλαμ-</p>	

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
			<p>βανόμενα υγρά.</p> <p>Τοποθέτηση σε κατάλληλη ανδροπη θέση για να βοηθήσουμε την ανάπαυσή του.</p> <p>Συχνή παρακολούθηση του ασθενή μετά την παρακέντηση</p>	

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Στο πλαίσιο της πτυχιακής αυτής εργασίας:

- 1) Διερευνήθηκε το πλαίσιο - είδος - λειτουργικότητα - νόσος - αποκατάσταση.
- 2) Έγινε η νοσηλευτική ερμηνεία για την ασθένεια.

Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

1. Σωστή και πλήρης ενημέρωση του κοινού γύρω από τα αίτια της νόσου και τα επακόλουθα αυτής.
2. Επιστημονική κατάρτιση της νοσηλεύτριας.
3. Αναβάθμιση της θέσης και του ρόλου της νοσηλεύτριας. Μόνο μ'αυτές τις προϋποθέσεις θα υπάρξει καλή συνεργασία νοσηλεύτριας - αρρώστου, από την οποία θα προέλθει η σωστή αντιμετώπιση της νόσου.
4. Βελτίωση της προληπτικής ιατρικής στην Ελλάδα, γιατί είναι προτιμότερο να προλαβαίνουμε καταστάσεις από το να τις θεραπεύουμε.
5. Ενεργοποίηση όλων των κοινωνικών φορέων σε αντιμετώπιση θεμάτων υγείας π.χ. καλύτερα νοσοκομεία - αύξηση νοσηλευτικού προσωπικού και εξειδίκευση αυτού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΘΑΝΑΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Κ.: "Κλινική νοσηλευτική, χορήγηση φαρμάκων, αρχές και μέθοδοι", Αθήνα 1989.
- ΓΕΩΡΓΑΚΗ ΑΝΘΟΥΛΑ - ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ : "Νοσηλευτική", Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1985.
- ΓΙΤΣΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Θ.: "Νοσολογία, εξέταση συστημάτων", Έκδοση Β', Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1988.
- ΓΟΥΝΤΟΝ Α., Μ.Δ.: "Φυσιολογία του ανθρώπου", Έκδοση τρίτη, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Μετάφραση : Α. Ευαγγέλου, Αθήνα 1984.
- HARRISON : "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Γ', Έκδοση 10η, Εκδόσεις Γρηγόριος Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
- LEONHARDT- FRICK Η.Κ.Α. : "Ειδική Ανατομία", Τόμος ΙΙ, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Μετάφραση: Ν.ΝΗΦΟΡΟΣ, Αθήνα 1988.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : "Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Α', Έκδοση 11η, Αθήνα 1988.
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ : Σημειώσεις "Ειδικές δίαιτες", Νοσηλευτική Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: "Παθολογική και χειρουργική
Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 2ος,
Μέρος Β', Β' επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.
