

ΤΕΙ : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : " Προδιαθεσικοί παράγοντες
στην κίρρωση ήπατος και ο
ρόλος του νοσηλευτή "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ :

ΠΑΠΑΝΙΚΟΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ
ΜΑΡΙΑ

Πάτρα 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1934
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

	Σελ.
1.1 Στοιχεία ανατομικής του ήπατος.....	1
1.2 Φυσιολογία του ήπατος	9
1.3 Παθοφυσιολογία του ήπατος.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Κίρρωση ήπατος.....	16
ορισμός - αιτιολογία	
2.2 Επιδημιολογία.....	16
2.3 Ταξινόμηση κηρώσεως.....	17
2.4 Αλκοολική νόσος και κίρρωση ήπατος.....	19
2.5 Μετανεκρωτική κίρρωση.....	26
2.6 Χολική κίρρωση.....	27
2.7 Αιμοχρωμάτωση.....	29
2.8 Καρδιακή και συμφορητική κίρρωση.....	30
2.9 Σπάνιοι τύποι κηρώσεως.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Νόσος Wilson.....	33
3.2 Σύνδρομο Budd - Ghiari	34
3.3 Φάρμακα και τοξίνες.....	35
3.4 Ανεπάρκεια A1 Αντιδριγύνης.....	36
3.5 Σχιστοσωμίαση.....	37
3.6 Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.....	37

3.7	Κακή διατροφή (θρέψη).....	38
-----	------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

	Επιπλοκές της κίρρωσης.....	41
4.1	Πυλαία υπέρταση.....	41
α.	Αιμοραγία κισών του οισοφάγου.....	44
β.	Σπννομεγαλία - υπερσπληνισμός.....	45
4.2	Ηπατική ανεπάρκεια.....	45
4.3	Ασκίτης.....	46
	Αυτόματη βακτηριδιακή περιτονίτιδα.....	48
4.4	Ηπατονεφρικό σύνδρομο.....	48
4.5	Ηπατική εγκεφαλοπάθεια.....	49
4.6	Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

	Διάγνωση της κίρρωσης του ήπατος	56
5.1	Έλεγχος μεταβολισμού υδατανθράκων.....	56
	- Δοκιμασία γαλακτόζης.....	56
5.2	Έλεγχος μεταβολισμού πρωτεϊνών.....	56
	- Ουρία.....	56
	- Αμμωνία.....	56
	- Πρωτείνες ορού.....	57
	- Προδρομβίνη πλάσματος.....	57
5.3	Έλεγχος εκκριντικής λειτουργίας	57
	- Έλεγχος μεταβολισμού χολερυθρίνης.....	57
	- Δοκιμασία βρωμουσουλφοθαλείνης (B.S.P.).....	58
	- Δοκιμασία πράσινου της ινδοκυανίνης.....	59
	- Δοκιμασία ερυθρού της βεγγάλης.....	59
5.4	Έλεγχος υπατοκυτταρικής βλάβης.....	59
	- Μέτρηση τρανσαμινασών.....	59
5.5	Έλεγχος χολόστασης.....	60

- Αλκαλική φωσφατάση	60
- S - Νουκλεοτιδάση.....	60
- γ - γλουταμυλ - τρανσπεπτιδάση (γ GT).....	60
5.6 Ακτινολογικές μέθοδοι (εξετάσεις).....	60
5.7 Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Γενική Νοσηλευτική αντιμετώπιση κίρρωτικών ασθενών.....	67
- Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	67
- Προβλήματα του αρρώστου	67
- Σκοποί της φροντίδας	68
- Νοσηλευτική παρέμβαση	68
6.2 Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Πρόληψη - Διαφώτιση.....	82
7.1 Αλκοόλ.....	82
7.2 Ηπατίτιδα.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Νοσηλευτική διεργασία.....	96
- Περίπτωση 1 ^η	96
- Περίπτωση 2 ^η	98

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	100
-----------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102
---------------------------	-----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια πολλή διαδεδομένη νόσος στο χώρο της παθολογίας είναι η κίρρωση του ήπατος. Είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονώδη ανάπτυξη συνδετικού ιστού με προοδευτική καταστροφή των ηπατικών κυττάρων και οξιδική αναγεννησή τους.

Η χρονιότητα της νόσου εκτός από της παραπάνω διαταραχές δημιουργεί στο άτομο και ψυχολογικά προβλήματα . Κάθε ηλικία χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση, γι' αυτό οι ενέργειες του νοσηλευτή πρέπει να είναι εξειδικευμένες σε κάθε περίπτωση. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός και πολύπλευρος.

Βοηθά στην πρόληψη και στη 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 ασθένεια του. Η φροντίδα κίρρωτικού ασθενή αναφέρεται στη φροντίδα κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο αλλά και στη φροντίδα στο σπίτι του συνδιασμένη 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 τη συμβολή του νοσηλευτή και γενικά της ομάδας υγείας στην προσέγγιση των ασθενών με κίρρωση του ήπατος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΡΩΤΟ

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του σώματος και ένας από τα σπουδαιότερα όργανα αυτού. Για τις πολλές και σπουδαίες λειτουργίες που εξυπηρετεί ονομάστηκε χημικό εργαστήριο του οργανισμού.

Βάρος : Κυμαίνεται από 1,4 - 1,6 χλ. γρ. και είναι πολύ ανεπτυγμένο στο έμβρυο και στο νεογνό

Χρώμα : Καστανοκόκκινο

Θέση : Το ήπαρ βρίσκεται στην άνω κοιλία και καταλαμβάνει όλο το δεξιό υποχόνδριο, τη μεγαλύτερη μοίρα του ιδίως επιγαστρίου, και τμήμα του αριστερού υποχονδρίου.

Σχήμα και εξωτερική μορφολογία : Το σχήμα του ήπατος μοιάζει με σφήνα με τη βάση προς τα δεξιά και την κορυφή προς τα αριστερά. Για να περιγράψουμε το ήπαρ διακρίνουμε σ' αυτό **τρία χείλη** (πρόσθιο, δεξιό και αριστερό) και **τρεις επιφάνειες** (άνω, κάτω και οπίσθια). Το **πρόσθιο χείλος** είναι οξύ και υψηλότερο στο ζώντα. Επάνω στο χείλος αυτό θα παρατηρήσουμε δύο εντομές, την **ομφαλική εντομή** προς τα αριστερά, που υποδέχεται το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος και την **κοστική εντομή**, προς τα δεξιά, που υποδέχεται τον πυθμένα της χοληδόχου κύστης.

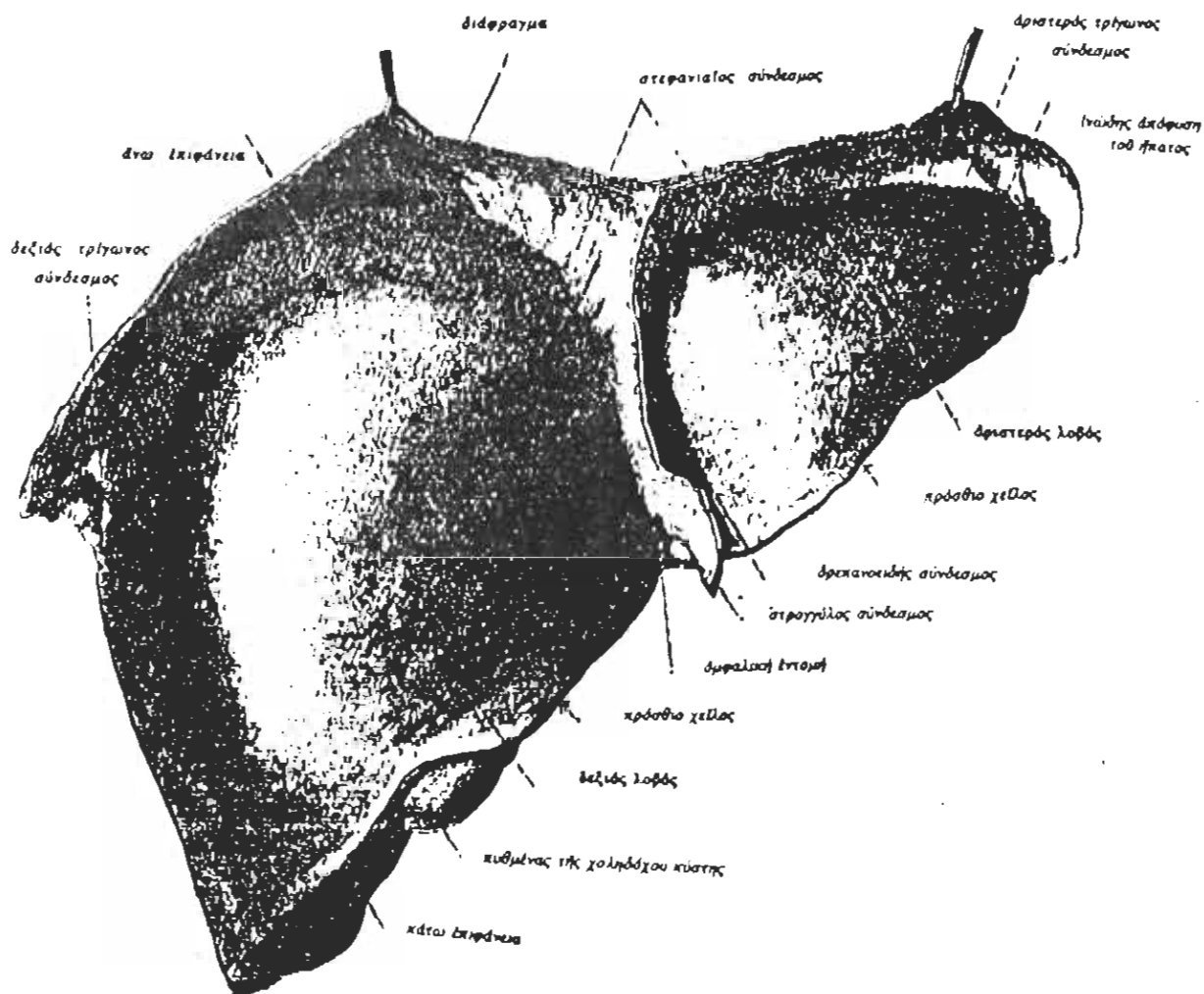
Το **δεξιό** και **αριστερό** χείλος το ήπατος φέρονται κάτω από τους πλευρικούς χόνδρους.

Η **άνω επιφάνεια** (εικ. 1) είναι υπόκυρτη, καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται, με την πρόσφυση του δρεπανοειδούς συνδέσμου, σε **δύο λοβούς**, **δεξιό** και **αριστερό**, από τους οποίους ο δεξιός είναι ο μεγαλύτερος.

Για να περιγράψουμε τις σχέσεις της **άνω επιφάνειας** τη χωρίζουμε **σε τρεις μοίρες**, την **άνω**, την **πρόσθια** και τη **δεξιά**. Η άνω μοίρα, δεξιά και αριστερά έρχεται σε σχέση με τους θόλους του διαφράγματος και έμμεσα με τις βάσεις των πνεμόνων, ενώ στην μέση αυτής εμφανίζει το **καρδιακό εντύπωμα**, πάνω στο οποίο βρίσκεται η καρδιά μας και το περικάρδιο.

Η πρόσδια μοίρα βρίσκεται στη μέση πίσω από την ξιφοειδή απόφυση και το πρόσδιο κοιλιακό τοίχωμα, ενώ κατά τα πλάγια έρχεται σε σχέση με το διάφραγμα.

Η δεξιά μοίρα έρχεται σε σχέση με το διάφραγμα, που τη χωρίζει από την 7η-11η πλευρά.



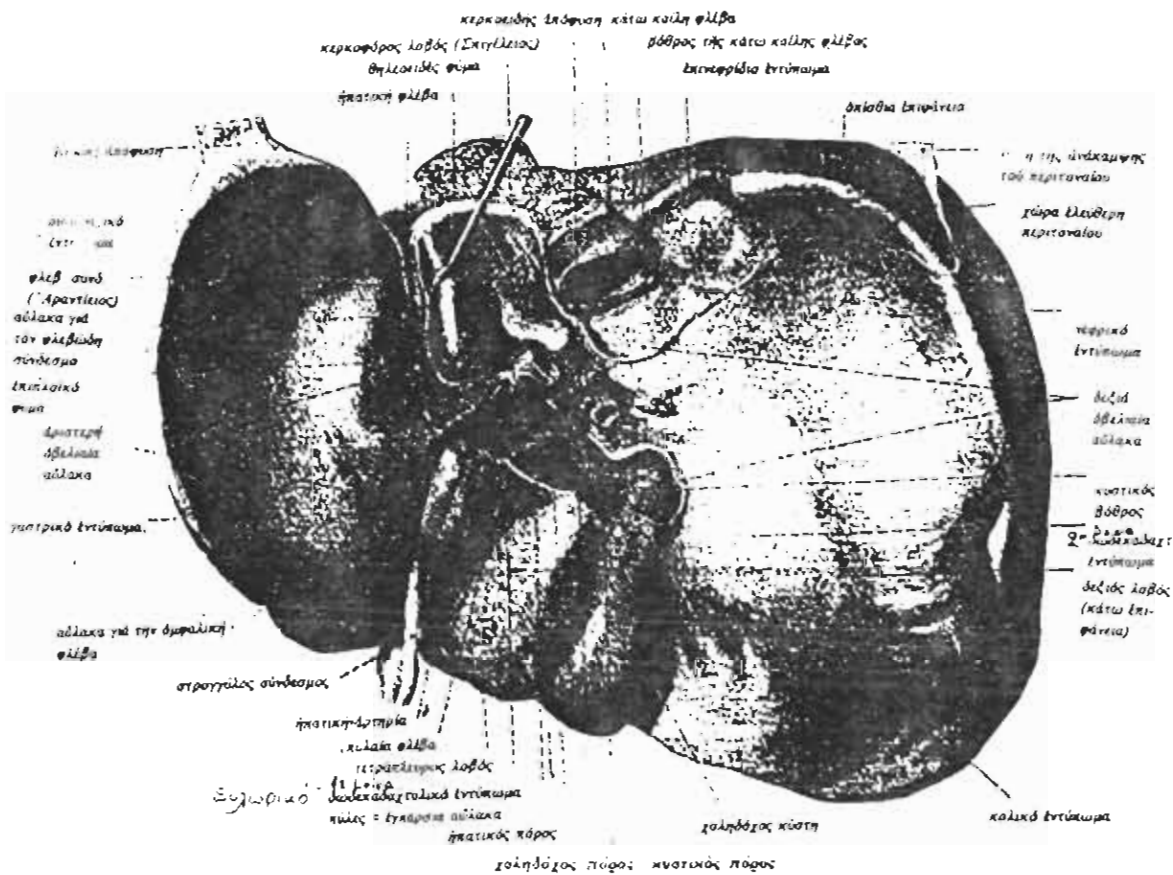
Εικ. 1 Ήπαρ εκ των πρόσω. (Spalteholz).

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος (εικ. 2) είναι υπόκοιλη, καλύπτεται από περιτόναιο και εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες, δεξιά και αριστερά, οι οποίες προς τα πίσω ενώνονται με τις πύλες του ήπατος

Η δεξιά οβελιαία αύλακα υποδέχεται τη χοληδόχο κύστη, είναι σχετικά φαρδιά και λέγεται κυστικός βόθρος. Η οβελιαία αύλακα

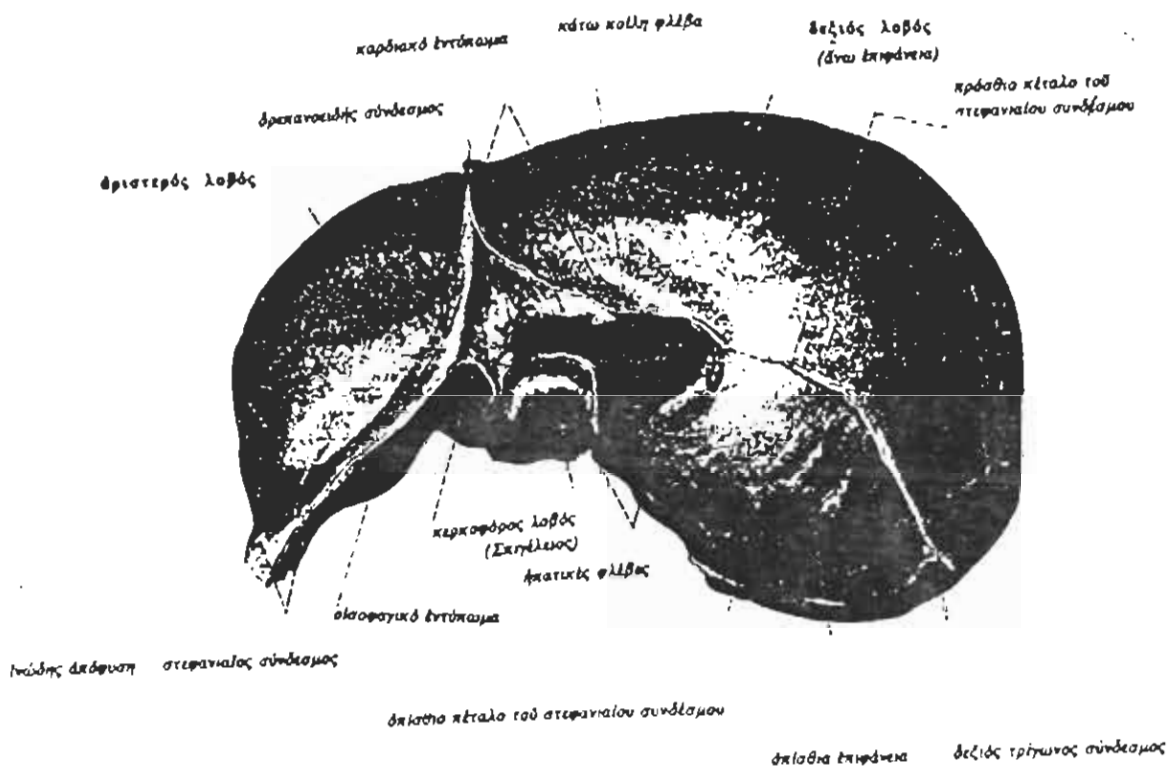
υποδέχεται το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος . **Οι πύλες του ήπατος** βρίσκονται ανάμεσα στον τετράπλευρο και τον κερκοφόρο λοβό του ήπατος, φέρονται εγκάρσια και ενώνουν προς τα πίσω τις δύο οβελιαίες αύλακες. Από τις πύλες αυτές εισδύονται μέσα στο ήπαρ η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα, και τα νεύρα του ήπατος, ενώ αναδύονται οι ηπατικοί πόροι και τα λεμφαγγεία του ήπατος .

Με τις αύλακες αυτές η κάτω επιφάνεια του ήπατος υποδιαιρείται σε τρεις λοβούς, δηλαδή το **δεξιό λοβό**, που είναι και ο μεγαλύτερος τον **αριστερό** και τον **τετράπλευρο** , που βρίσκεται στην μέση. Πάνω στους λοβούς αυτούς βρίσκονται διάφορα εντυπώματα, που παράγονται από τα υποκείμενα σπλάχνα. Στο δεξιό λοβό παρατηρούμε μπροστά το **κολικό εντύπωμα** (που παράγεται από την δεξιά κολική καμπή), και πίσω από αυτό το **νεφρικό εντύπωμα** (που παράγεται από το δεξιό νεφρό). Πιο μέσα από τα εντυπώματα αυτά βρίσκεται το **12/λικό εντύπωμα**, (που παράγεται από την κατιούσα μοίρα του 12/λου). Πάνω στον αριστερό λοβό βρίσκεται το **γαστρικό εντύπωμα** (που παράγεται από την πρόσθια επιφάνεια του στομάχου).



Είκ. 2 - Ήπαρ εκ τών κάτω και όπισω. (Spalteholz).

Η **οπίσθια επιφάνεια** του ήπατος (**εικ. 3**) προς τα δεξιά είναι φαρδιά ενώ προς τα αριστερά στενεύει πολύ. Στην επιφάνεια αυτή παρατηρούμε δύο αύλακες, τη δεξιά και την αριστερή, που παρίστανται συνέχεια των οβελιαίων αυλάκων της κάτω επιφάνειας. Η δεξιά αύλακα είναι βαθιά και υποδέχεται την κάτω κοίλη φλέβα, ενώ η αριστερή υποδέχεται τον **φλεβώδη σύνδεσμο** (Arantii). Ο σύνδεσμος αυτός είναι κλάδος (που αποφράχθηκε) της ομφαλικής φλέβας του εμβρύου, με το οποίο μέρος του αίματος της ομφαλικής φλέβας φέρεται στην αριστερή ηπατική φλέβα, χωρίς να περάσει μέσα από το ήπαρ.



Εικ. 3 - Ήπαρ, εκ' ἴων ὀπίσω. (Spalteholz).

Με τις δύο αυτές αύλακες η οπίσθια επιφάνεια του ήπατος χωρίζεται σε τρεις λοβούς , το **δεξιό** τον **αριστερό** και τον **κερκοφόρο** (Spigelii). Από αυτούς ο δεξιός λοβός είναι φαρδύς, δεν καλύπτεται από περιτόναιο και συμφύεται με το διάφραγμα με συνδετικό ιστό. Ο αριστερός λοβός είναι πολύ στενός και εμφανίζει το **οισοφαγικό εντύπωμα** , που υποδέχεται την κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου. Τέλος ο κερκοφόρος λοβός, στη μέση, φτάνει προς τα

κάτω μέχρι τις πύλες, όπου σχηματίζει δύο αποφύσεις, προς τα δεξιά τον **κερκοειδή απόφυση** και προς τα αριστερά το **δηλοειδές φύμα**.

Στίρνηξη : Το ήπαρ στηρίζεται στην θέση του με τον τόνο των κοιλιακών μυών και με τα υποκείμενα σπλάχνα. Επί πλέον στη στίρνηξη του ήπατος συμβάλλουν : **α)** η κάτω κοίλη φλέβα από την οποία κρέμεται το ήπαρ με τις ηπατικές φλέβες, **β)** η σύμφυση της δεξιάς μοίρας της οπίσθιας επιφάνειας του με το διάφραγμα και **γ)** διάφορες πτυχές του περιτοναίου που συνδέουν το ήπαρ με το στόμαχο το 12/λο, το διάφραγμα και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα . Οι πτυχές αυτές είναι οι εξής :

α) Ο **δρεπανοειδής σύνδεσμος** φέρεται οβελιαία και συνδέει την άνω επιφάνεια του ήπατος με το διάφραγμα και το πρόσθετο κοιλιακό τοίχωμα . Το ηπατικό χείλος του χωρίζει τον δεξιό από τον αριστερό λοβό του ήπατος , ενώ το ελεύθερο χείλος του περιέχει το στρογγύλο σύνδεσμο του ήπατος με τις παρομφάλιες φλέβες.

β) Ο στεφανιαίος σύνδεσμος

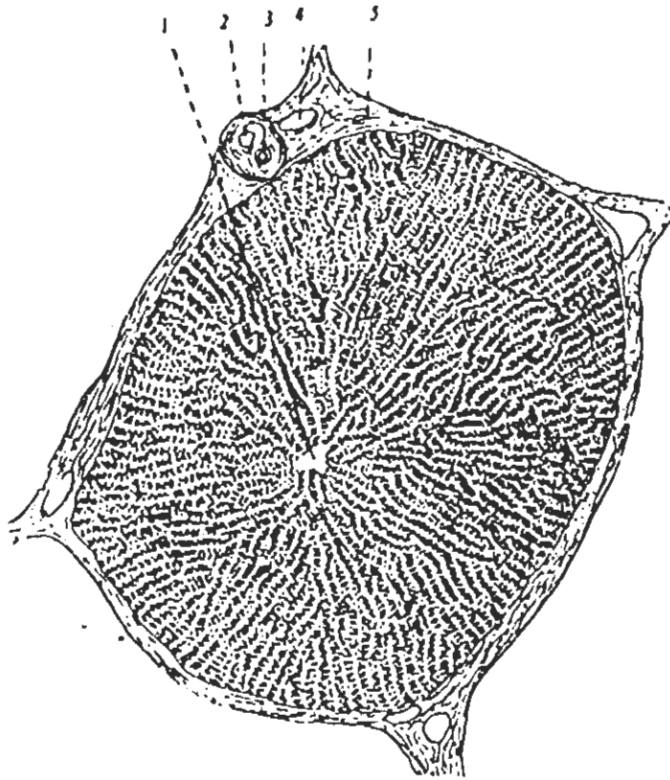
γ) Οι τρίγωνοι σύνδεσμοι, δεξιός και αριστερός

δ) Το έλασσον επίπλου

Τα όρια του ήπατος στο ζώντα. Τα άνω όρια του ήπατος καθορίζονται με την επίκρουση (αμβλύτητα) και αντιστοιχούν στο 5ο δεξιό μεσοπλευρικό διάστημα , αντίστοιχα προς τη μεσοκλειδική γραμμή. Τα κάτω όρια του ήπατος προς τα δεξιά αντιστοιχούν στο δεξιό πλευρικό τόξο, ενώ αριστερότερα βρίσκονται στο ιδίως επιγάστριο.

Κατασκευή του ήπατος. Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από το **περιτόναιο**, εκτός από τις θέσεις στις οποίες προσφύονται πάνω του οι διάφοροι σύνδεσμοι αυτού. Κάτω από το περιτόναιο υπάρχει μια στιβάδα από χαλαρό συνδετικό ιστό, η λεγόμενη **κάψα του Glisson**, η οποία είναι αναπτυγμένη στην κάτω επιφάνεια του οργάνου και από τις πύλες του ήπατος κάνει προεκβολές μέσα στο ήπαρ , τα έλυτρα του Glisson. Κάθε ένα από αυτά περιβάλλει κλάδο της ηπατικής αρτηρίας, κλάδο της πυλαίας φλέβας, ένα χοληφόρο πόρο και λεμφαγγεία.

Τα κύρια συστατικά του ήπατος είναι τα ηπατικά λόβια, οι χοληφόροι πόροι, τα αγγεία και τα νεύρα αυτού.



1. κεντρική φλέβα - 2. πυλαία φλέβα - 3. χοληφόρος πόρος.
4. ηπατική αρτηρία - 5. μεσολόβιος συνδετικός ιστός

Εικ. 4 Ηπατικό λόβιο του χοίρου. Τομή εγκάρσια (Böhm - Davidoff).

α) Τα ηπατικά λόβια (εικ. 4) έχουν σχήμα πολύπλευρης πυραμίδας η οποία από την κορυφή μέχρι το μέσο της βάσης της εμφανίζει την κεντρική ή ενδολόβια φλέβα. Οι ενδολόβιες αυτές φλέβες παριστούν την αρχή των ηπατικών φλεβών και μόλις εξέλθουν από τις βάσεις των ηπατικών λοβίων εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Κάθε ηπατικό λόβιο αποτελείται από τα ηπατικά κύτταρα, από τα κολιώδη πυλαιά τριχοειδή, από τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας και από τα χοληφόρα σωληνάρια. Το ηπατικό λόβιο αποτελεί μικτό αδένα με πολύπλοκη κατασκευή.

Η **εξωκρινής μοίρα** του αποτελείται από τις ηπατικές δοκίδες και τα χοληφόρα σωληνάρια που παράγει τη χολή.

Η **ενδοκρινής μοίρα** αποτελείται από τις ηπατικές δοκίδες και τους φλεβώδες κόλπους. Μέσα σ' αυτή γίνεται η δόμηση και αποδόμηση του γλυκογόνου, παράγεται δέ η ουρία, το ινωδογόνο, προδρομβίνη κ.α.

Τα **ηπατικά κύτταρα** είναι κυβοειδή και βρίσκονται διαταγμένα σε δοκίδες (ηπατικές δοκίδες), που φέρονται σαν ακτίνες

από το κέντρο προς την περιφέρεια και αναστομώνονται μεταξύ τους σε δίκτυο. Τα **κολπώδη πυλαία τριχοειδή** προέρχονται από τους μεσολόβιους κλάδους της πυλαίας φλέβας, εισδύονται στο ηπατικό λοβό, πορεύονται ανάμεσα στις ηπατικές δοκίδες και εκβάλλουν τελικά στην ενδολόβια ή κεντρική φλέβα. Στο τοίχωμα αυτών υπάρχουν τα λεγόμενα αστεροειδή ή κύτταρα Kupffer, που έχουν φαγοκυτταρικές ιδιότητες και ανήκουν στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα του ήπατος. Τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας προέρχονται από τους μεσολόβιους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας, περιορίζονται στην περιφέρεια του ηπατικού λοβίου και εκβάλλουν τελικά στους φλεβώδεις κόλπους.

Τα **χοληφόρα σωληνάρια** σχηματίζουν δίκτυο που περιβάλλει τα ηπατικά κύτταρα, περιέχουν τη χολή και εκβάλλουν στους περιλόβιους χοληφόρους πόρους.

β) Οι χοληφόροι πόροι αποτελούν το εκφορητικό μέρος της εξωκρινούς μοίρας του ήπατος και διακρίνονται στους περιλόβιους, που περιβάλλουν το ηπατικό λοβίο και υποδέχονται τα χοληφόρα σωληνάρια . Και στους μεσολόβιους που σχηματίζονται από την συμβολή των περιλόβιων και οι οποίοι πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα, μέσα στα έλυτρα του Glisson οι τελευταίοι αυτοί κατευθύνονται προς τις πύλες του ήπατος, αναστομώνονται και σχηματίζουν τον **δεξιό** και τον **αριστερό** ηπατικό πόρο, οι οποίοι τελικά ενώνονται και αποτελούν τον **κοινό ηπατικό πόρο**.

γ) Αγγεία. Το ήπαρ εμφανίζει δύο προσαγωγά αγγεία, την πυλαία φλέβα και την ηπατική αρτηρία και πολλά απαγωγά δηλαδή της ηπατικές φλέβες.

Η **πυλαία φλέβα** αδροίζει αίμα από το στόμαχο, τα έντερα, το σπλήνα και το πάγκρεας. Μπαίνει στο ήπαρ από τις πύλες, όπου αποσχίζεται σε δύο κλάδους δεξιό και αριστερό και οι οποίοι μέσα στο ήπαρ διακλαδίζονται διαρκώς σε μικρότερους κλάδους τους μεσολόβιους, που πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα. Η πυλαία φλέβα είναι λειτουργικό αγγείο, που φέρει στο ήπαρ χρήσιμα συστατικά από τα οποία τα ηπατικά κύτταρα θα κατασκευάσουν τα εκκριματά τους. Από το έντερο παίρνει τα προϊόντα της πέψης, από το σπλήνα τα προϊόντα της καταστροφής των ερυθροκυττάρων και από το πάγκρεας την ινσουλίνη.

Η **ηπατική αρτηρία** είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας. Μπαίνει στο ήπαρ από τις πύλες όπου αποσχίζεται σε δύο κλάδους

δεξιό και αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί διακλαδίζονται μέσα στο ήπαρ και καταλήγουν τελικά στους μεσολόβιους, που πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα. Η ηπατική αρτηρία είναι το τροφικό αγγείο του ήπατος.

Οι **ηπατικές φλέβες** αρχίζουν από τις ενδολόβιες φλέβες οι οποίες εκβάλλουν στις υπολόβιες και αυτές στις ηπατικές. Οι ηπατικές φλέβες είναι 2 - 3 μεγάλες και πολλές μικρές και όλες μαζί εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

Τα **λεμφαγγεία** του ήπατος εκβάλλουν στα ηπατικά, στα κοιλιακά και στα πρόσθια μεσοπνευμόνια λεμφογάγγλια.

δ) Τα νεύρα του ήπατος προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου.

Η εκφορητική οδός του ήπατος.

Η εκφορητική οδός του ήπατος αποτελείται α) από τους χοληφόρους πόρους, β) από τον κοινό ηπατικό πόρο, γ) από τον κυστικό πόρο, δ) από τη χοληδόχο κύστη και ε) από τον χοληδόχο πόρο.

α) οι χοληφόροι πόροι περιγράφηκαν πιο πάνω

β) ο κοινός ηπατικός πόρος σχηματίζεται στις πύλες του ήπατος από την συνένωση του δεξιού και του αριστερού ηπατικού πόρου, φέρεται προς τα κάτω, μέσα στο έλασσον επίπλου, και αναστομώνεται με τον κυστικό πόρο μαζί με τον οποίο σχηματίζει το χοληδόχο πόρο. Μήκος περίπου 3 εκ.μ.

γ) Ο κυστικός πόρος (μήκος 3 - 4 εκ.μ.) συνδέει τον αυχένα της χοληδόχου κύστης με το κοινό ηπατικό πόρο, ο κυστικός πόρος συνοδεύεται από τη χολοκυστική αρτηρία.

δ) Η χοληδόχος κύστη είναι ένα σακοειδές ανεύρυσμα που βρίσκεται μέσα στον κυστικό θόδρο της σπλαχνικής επιφάνειας του ήπατος. Η οπίσθια επιφάνεια της καλύπτεται με περιτόναιο. Διακρίνουμε πυθμένα, σώμα και αυχένα της κύστης. Ο πυθμένας προβάλλει κάτω από το οξύ χείλος του ήπατος. Το τοίχωμα της αποτελείται από βλενογόνο ινομυώδη και έξω χιτώνα (ορογόνος κατά το ήμισυ). Η κύστη χρησιμεύει για την αποθήκευση της χολής την οποία συμπυκνώνει πολύ απορροφώντας ιόντα και νερό. **Αρτηρία** της χοληδόχου είναι η χολοκυστική. **Νεύρα** από το κοιλιακό πλέγμα.

ε) Ο χοληδόχος πόρος (μήκος περίπου 7 εκ.μ.) σχηματίζεται από την συνένωση του κοινού ηπατικού με τον κυστικό πόρο. Στην αρχή

πορεύεται μέσα στον ηπατοδωδεκαδαχτυλικό σύνδεσμο, ύστερα φέρεται πίσω από την πρώτη μοίρα του 12/χτυλου, κατόπιν φέρεται πίσω από την κεφαλή του παγγρέατος και τέλος εισδύεται μέσα στο τοίχωμα της κατιούσας μοίρας του 12/χτυλου, εκβάλλοντας τελικά στο φύμα του Vater, συνήθως με κοινό στόμιο με το μείζων παγγρεατικό πόρο. Στην περίπτωση αυτή πριν από την κοινή εκβολή των δύο πόρων σχηματίζεται ένα ανεύρυσμα, η **λήκυθος του Vater**. Κοντά στην εκβολή του χοληδόχου πόρου παχύνεται η μυική του στοιβάδα και σχηματίζει το σφικτήρα του **Oddi** που ρυθμίζει τη ροή της χολής στο έντερο.

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

A. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ

Το ήπαρ παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη ρύθμιση του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Οι βασικές λειτουργίες του ήπατος όσον αφορά το μεταβολισμό των υδατανθράκων μπορεί να διαιρεθούν σε:

1. Λειτουργίες παραγωγής γλυκόζης : εδώ περιλαμβάνονται η μετατροπή του γλυκογόνου σε γλυκόζη (γλυκογονόλυση) και η σύνθεση της γλυκόζης από μη υδατανθρακικές ουσίες (γλυκονεογένεση).

2. Λειτουργίες αποθήκευσης γλυκόζης με τη μορφή γλυκογόνου (γλυκογονογένεση).

3. Μεταβολισμών των υπόλοιπων εξόζων (κυρίως φρουκτόζης)

Αναλυτικότερα :

Φυσιολογικά άτομα : 1. Σε κατάσταση νηστείας η τιμή γλυκόζης του αίματος παραμένει σταθερή γιατί το ήπαρ παράγει γλυκόζη ή με γλυκογονόλυση ή με γλυκονεογένεση. Συνολικά το ήπαρ περιέχει 70 - 80 gr γλυκογόνου. Μετά από 18 - 24 μέρες νηστείας το γλυκογόνο εξαντλείται με γλυκογονολυση και η γλυκόζη παράγεται με γλυκονεογένεση. 2. Μετά από σίτιση τα επίπεδα της γλυκόζης παραμένουν σχετικά σταθερά γιατί το ήπαρ αφ' ενός μετατρέπει ένα μεγάλο μέρος της αποροφούμενης γλυκόζης και φρουκτόζης σε γλυκογόνο και αφετέρου σταματάει η παραγωγή γλυκόζης με γλυκογονόλυση.

B. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ - ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΩΝ

Τα κυριότερα λιπίδια που κυκλοφορούν στο πλάσμα είναι :

- i) η ελεύθερη χοληστερόλη
- ii) οι εστέρες της χοληστερόλης
- iii) τα φωσφολιπίδια
- iv) και τα τριγλυκερίδια

Επειδή τα λιπίδια είναι αδιάλυτα στο νερό, κυκλοφορούν στο πλάσμα με την μορφή λιπιδίου - πρωτεΐνης που ονομάζονται λιποπρωτεΐνες. Οι λιποπρωτεΐνες κατατάσσονται σε πολύ χαμηλής πυκνότητας (VLDL), χαμηλής πυκνότητας (LDL), υψηλής ποιότητας (HDL) και σε χυλομικρά που επιπλέουν. Οι **λιποπρωτεΐνες** αποτελούνται από πυρήνα που περιέχει τριγλυκερίδια και εστέρες χοληστερόλης και από περίβλημα που περιέχει πρωτεΐνη, φωσφολιπίδια και ελεύθερη χοληστερόλη. Τα **τριγλυκερίδια** συντίθεται από τα λιπαρά οξέα και αποτελούν τη μορφή με την οποία αποθηκεύονται στον οργανισμό.

Το ήπαρ συμμετέχει στον μεταβολισμό των λιπαρών οξέων με τρεις τρόπους :

- a) με οξείδωση των λιπαρών οξέων και παραγωγή κετονοσωμάτων ή CO_2
- β) με παραγωγή λιπαρών οξέων από περίσσεια γλυκόζης ή αμινοξέων και γ) με παραγωγή (σύνθεση) τριγλυκεριδίων, φωσφολιπιδίων. Η **χοληστερόλη** συντίθεται από όλα τα κύτταρα του οργανισμού αλλά κατεξοχήν από τα ηπατοκύτταρα. Οι λιποπρωτεΐνες συντίθεται και εκκρίνονται από το ήπαρ και το έντερο

Γ. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ

Αμινοξέα

Το ήπαρ αποτελεί το κυριότερο όργανο του ενδιάμεσου μεταβολισμού των αμινοξέων. Εκεί γίνεται η απαμίνωση και η τρανσαμίνωση των αμινοξέων καθώς και η σύνθεση πρωτεϊνών από τα αμινοξέα. **Τρανσαμίνωση** είναι η μεταφορά μιας α-αμινοομάδας από ένα αμινοξύ σε ένα α-κετοξύ, συνήθως το α-κετογλουταρικό οξύ. **Απαμίνωση** είναι η περαιτέρω διάσπαση των αμινοξέων μετά την τρανσαμίνωση προς αμμωνία (NH_3). Στην διάρκεια του μεταβολισμού των αμινοξέων παράγεται NH_3 που είναι πολύ τοξική για τα κύτταρα

του οργανισμού . Το ήπαρ, σχεδόν αποκλειστικά, μετατρέπει την αμμωνία σε ουρία που δεν είναι τοξική.

Πρωτεΐνες

Στο ήπαρ παράγονται οι περισσότερες από τις πρωτεΐνες του ορού. Η **λευκωματίνη** παράγεται σε μεγάλα ποσά και χρησιμεύει για την μεταφορά οργανικών ανιόντων και κατιόντων, ορμόνων, τρυπτοφάνης, λιπαρών οξέων και χολερυθρίνης. Επίσης συμμετέχει και στη ρύθμιση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης του πλάσματος. Στο ήπαρ επίσης παράγονται και αρκετοί από τους παράγοντες πήξεως του αίματος όπως: ινωδογόνο (i), προδρομβίνη (ii) και οι παράγοντες v, vii, viii, ix, x, xi, xii, και xiii . Η σύνδεση των παραγόντων ii, vi, ix, και x, προϋποθέτει τη φυσιολογική απορρόφηση της λιποδιάλυτης βιταμίνης K. Άλλες πρωτεΐνες που συντίθεται στο ήπαρ είναι η τρανσφερίνη (β-σφαιρίνη), η σερουλοπλασμίνη (α₂-σφαιρίνη) η α-1-αντιδρυγίνη (α₁- σφαιρίνη) η φερετίνη (β-σφαιρίνη), η απτοσφαιρίνη (α₂-σφαιρίνη), οι λιποπρωτεΐνες (α₁-σφαιρίνη και β-σφαιρίνη), αιμοπηκτίνη (β-σφαιρίνη).

Δ. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ

Το ήπαρ είναι το κυριότερο όργανο αδρανοποίησης πάρα πολλών εξωγενών ουσιών (τοξίνες ή φάρμακα) αλλά και ενδογενών ουσιών (π.χ. ορμόνες). Ο μεταβολισμός (αδρανοποίηση αυτών των ουσιών γίνεται στα μιτοχόνδρια στο κυτταρόπλασμα και στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο. Οι μεταβολικοί δρόμοι αδρανοποίησης των διαφόρων ουσιών μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ο μεταβολισμός γίνεται με οξείδωση, αναγωγή και υδρόλυση. Στην δεύτερη γίνεται κυρίως σύζευξη (με γλυκουρονικό οξύ ήθειικά άλατα), μεθυλίωση ή ακετυλίωση . Οι αντιδράσεις αυτές γίνονται με την βοήθεια διαφόρων τρανσφερασών.

Καταβολισμός ορμόνων

1. Κυρίως στο ήπαρ : Ινσουλίνη , Γλυκαγόνη, Αυξητική ορμόνη, Κορτικοστεροειδή, Οιστρογόνα, Προγεστερόνη, Παραδορμόνη, εντερικές ορμόνες.

2. Στο ήπαρ αλλά και σε άλλους ιστούς : Ορμόνες θυρεοειδούς, Αντιδιουρητική ορμόνη, Ωχρονοτρόπος ορμόνη, Τετοστερόνη, Αλδοστερόνη, Ωκυτονίνη, Θυρεοτρόπος ορμόνη.

Καταβολισμός φαρμάκων

Τα περισσότερα φάρμακα αδρανοποιούνται ή μετατρέπονται στο ήπαρ σε μεταβολίτες που μπορεί να απεκκριθούν από τα χοληφόρα ή τα νεφρά. Υπάρχουν όμως φάρμακα που στη διάρκεια μεταβολισμού τους στο ήπαρ μετατρέπονται σε τοξικούς μεταβολίτες. Όπως επίσης υπάρχουν φάρμακα που επηρεάζουν το μεταβολισμό άλλων φαρμάκων στο ήπαρ. (π.χ. η φαινοβαρβιτάλη).

Ε. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗΣ

Φυσιολογικές πηγές και σχηματισμός χολερυθρίνης.

Η ημερήσια παραγωγή χολερυθρίνης κυμαίνεται από 250 - 350 mg. Το μεγαλύτερο ποσοστό της χολερυθρίνης (70% περίπου) προέρχεται από τον καταβολισμό της αιμοσφαιρίνης των γηρασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων στα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (σπλήνας, ήπαρ, μυελός των οστών). Το υπόλοιπο 30% της χολερυθρίνης προέρχεται α) από τον καταβολισμό διαφόρων πρωτεϊνών ή ενζύμων που περιέχουν αίμη και κυρίως ενζύμων του ήπατος. β) από την πρώιμη καταστροφή των ερυθροκυττάρων είτε στον μυελό των οστών ή αμέσως μετά την εισοδό τους στην κυκλοφορία.

Μεταβολισμός χολερυθρίνης στο ήπαρ.

Εδώ μπορεί κανείς να διακρίνει τρεις φάσεις :

α) Πρόσληψη μη συνδεδεμένης χολερυθρίνης. Η μη συνδεδεμένη χολερυθρίνη, σε φυσιολογικές καταστάσεις, προσλαμβάνεται πολύ γρήγορα από το ηπατοκύτταρο. Αυτό γίνεται αφού πρώτα αποδεσμευτεί η μη συνδεδεμένη χολερυθρίνη από τη λευκωματίνη. Μέσα στο ηπατοκύτταρο η χολερυθρίνη συνδέεται με πρωτεΐνες του κυτταροπλάσματος: τη Ligandin ή πρωτεΐνη γ και την πρωτεΐνη Ζ.

β) Σύνδεση. Για να διευκολυνθεί η απέκκριση προς τα χοληφόρα της μη συνδεδεμένης χολερυθρίνης που είναι αδιάλυτη στο νερό θα πρέπει να μετατραπεί σε κάποια μορφή, διαλυτή στο νερό. Αυτό επιτυγχάνεται με την μετατροπή της χολερυθρίνης σε σύμπλεγμα

χολερυθρίνης μονο-γλυκουρονιδίου με την δράση του ενζύμου UPD-γλυκουρονοτρανσφεράση που βρίσκεται στη μεμβράνη του ενδοπλασματικού δικτύου. Περίπου το 85% της συνδεδεμένης χολερυθρίνης απεκκρίνεται στα χοληφόρα με την μορφή διγλυκουρονιδίου.

γ) Απέκκριση. Το σύμπλεγμα χολερυθρίνης - γλυκουρονιδίου φαίνεται ότι απεκκρίνεται από το ηπατοκύτταρο προς τα χοληφόρα μέσα από την κυτταρική μεμβράνη με την βοήθεια κάποιου μεταφορέα. Ο μεταφορέας αυτός φαίνεται ότι χρησιμοποιείται και για την απέκκριση άλλων ουσιών όπως βρωμοσουλφοφθαλείνης (BSP) και σκιαγραφικών ουσιών.

Μεταβολισμός χολικών οξέων

Τα χολικά οξέα είναι στεροειδείς ενώσεις και παράγονται στο ήπαρ από τη χοληστερόλη.

Υπάρχουν 2 κύρια χολικά οξέα :

1. Το **χολικό**
2. Το **δεσοξυχολικό**

Τα χολικά οξέα προ της απέκκρισής τους ενώνονται με τα αμινοξέα που ονομάζονται γλυκίνη και ταυρίνη.

Όσον αφορά το μεταβολισμό των χολικών οξέων, το μεγαλύτερο μέρος από αυτά απορροφάται στον τελικό ειλεό και το υπόλοιπο στη νήστιδα. Αυτά που δεν μπορούν να απομυζηθούν περνούν στο παχύ έντερο όπου με την επίδραση των μικροβίων σχηματίζονται τα δευτερογενή χολικά οξέα (**δεσοξυχολικό, λιθοχολικό**). Ένα μέρος αυτών απορροφάται και δια μέσου της πυλαίας επιστρέφει στο ήπαρ. Το φυσιολογικό ήπαρ τα επαναχρησιμοποιεί.

Εκτός των χολικών οξέων η χολή περιέχει :

1. Λεκιδίνη
2. Χοληστερόλη
3. Ηλεκτρολύτες (Na, HCO₃, K, Cl,)
4. Άμεση χολερυθρίνη

Έκκριση χολής

Το ποσό της απεκκρινόμενης ημερήσιας χολής είναι 600-700 mg. Το μεγαλύτερο ποσό της χολής εκκρίνεται κατά την διάρκεια της ημέρας. Η χολή περιέχει 85-95% νερό, ενώ το υπόλοιπο αποτελείται από ηλεκτρολύτες, χοληστερόλη, φωσφολιπίδια, χολερυθρίνη και μικρές ποσότητες πρωτεϊνών. Η χολή είναι η κυριότερη οδός απέκκρισης χολερυθρίνης, χοληστερόλης, προϊόντων στερεοϊδών ορμόνων, μερικών φαρμάκων και δηλητηρίων όπως τα άλατα βαρέων μετάλλων η ατροπίνη και τα σαλκυλικά. Ο σπουδαιότερος μηχανισμός ελέγχου ροής της χολής είναι ο σφιγκτήρας του Oddi.

Κατά την διάρκεια της πείνας η εκκρινόμενη χολή συσσωρεύεται στα μεγάλα χοληλαγγεία. Επειδή όμως ο σφιγκτήρας του Oddi είναι κλειστός η χολή παλινδρομεί και έτσι γεμίζει η χοληδόχος κύστη. Η λειτουργία της χοληδόχου κύστης είναι να συμπυκνώνει τη χολή και να στέλνει όταν πρέπει, την αποθηκευμένη πυκνή χολή στα χοληφόρα. Η χολή στη χοληδόχο κύστη συμπυκνώνεται κατά 10 φορές. Με την λήψη τροφής ο σφιγκτήρας του Oddi χαλαρώνει και η χολή εκκρίνεται στο 12/χτυλο. Η χοληδόχος κύστη ενζυματικά συσπάται και η πυκνή χολή εκκρίνεται στο χοληδόχο πόρο.

1.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

A. Μεταβολισμός υδατανθράκων

Άτομα με ηπατική βλάβη. 1) Σε κατάσταση νηστείας σπάνια παρατηρείται υπογλυκαιμία. Για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν δύο εξηγήσεις. Η πρώτη είναι ότι το ήπαρ αδυνατεί να διατηρήσει την ομοιόσταση της γλυκόζης τότε μόνον, όταν η λειτουργικότητα του μειωθεί κάτω από 20%. Η δεύτερη είναι ότι τα νεφρά έχουν μεγάλη δυνατότητα για γλυκονεογένεση. Υπογλυκαιμία γενικά παρατηρείται σε οξείες κεραυνοβόλες παθήσεις του ήπατος και σε σπάνιες περιπτώσεις αρρώστων με κίρρωση του ήπατος. Τα πιθανά αίτια ηπατογενούς υπογλυκαιμίας είναι : α) μειωμένη σύνθεση και καταβολισμός του γλυκογόνου και β) μειωμένη γλυκονεογένεση.

2) Μετά από σίτιση στα άτομα με παθήσεις του ήπατος παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος. Η υπεργλυκαιμία συχνά συνοδεύεται και από αυξημένα

επίπεδα ινσουλίνης στις περιόδους νηστείας ή μετά το γεύμα. Αυτό εξηγείται ή γιατί υπάρχει αντίσταση στην ινσουλίνη ή και αυξημένη έκκριση ινσουλίνης.

Β) Μεταβολισμός λιπιδίων - Λιποπρωτεϊνών

Σε παθήσεις του ήπατος είναι επόμενο να παρατηρούνται διαταραχές στα επίπεδα λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών του πλάσματος. Σαν τέτοιες διαταραχές αναφέρονται η αύξηση των επιπέδων χοληστερόλης στο πλάσμα, σε καταστάσεις αποφρακτικών ικτέρων και κυρίως της ελεύθερης χοληστερόλης καθώς επίσης και αύξηση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων.

Γ) Μεταβολισμός πρωτεϊνών

Αμινοξέα. Σε περίπτωση βαριάς ηπατικής βλάβης μειώνεται η σύνθεση ουρίας με συνέπεια αύξηση των επιπέδων της αμμωνίας του αίματος, που είναι πολύ τοξική για τα κύτταρα του οργανισμού.

Πρωτεΐνες. Σε καταστάσεις που υπάρχει ηπατοκυτταρική βλάβη τα επίπεδα στο πλάσμα των παραγόντων ii, v, vii, ix και x είναι μειωμένα, ενώ είναι σπάνιο να βρεθούν χαμηλά επίπεδα ινωδογόνου (I) εκτός αν συνυπάρχει διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Σε βλάβες του ήπατος παρατηρείται επίσης αύξηση της συγκέντρωσης στο πλάσμα ορισμένων ορμόνων όπως: ινωδογόνου, απτοσφαιρινών, (- αντιδρώσας πρωτεΐνης, α-1- αντιθρυμίνης και άλλων α και β σφαιρινών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κίρρωση είναι μια χρόνια, μη αναστρεπτή βλάβη του ήπατος, η οποία χαρακτηρίζεται από καταστροφή της κανονικής αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος και του αγγειακού του δικτύου, εξ αιτίας του σχηματισμού αναγεννητικών όζων και λωρίδων συνδετικού ιστού.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ανεξάρτητα από την αρχική αιτία της νόσου φαίνεται ότι τελικά συμμετέχουν στην ανάπτυξη της κίρρωσεως οι δύο ακόλουθοι μηχανισμοί : 1) Η νέκρωση ηπατικών κυττάρων και επακόλουθη αναγεννητική αντίδραση άλλων γειτονικών. Στην αναγέννηση συμμετέχουν και αγγεία. Λόγω της καταστροφής του δομικού σκελετού του ηπατικού παρεγχύματος στις περιοχές νέκρωσης, η αναγέννηση είναι ανατομικώς αναποτελεσματική και απλώς οδηγεί στην ανάπτυξη αναγεννητικών όζων. 2) Η σημαντική αύξηση του συνδετικού ιστού, που διαχωρίζει ή περιβάλλει τους αναγεννητικούς ιστούς.

Η νέκρωση των ηπατοκυττάρων μπορεί να οφείλεται : 1) σε άμεση δράση του αιτιολογικού παράγοντα (π.χ. κίρρωση από φάρμακα τοξικές ουσίες κ.τ.λ.) 2) σε ανοξαιμική βλάβη (π.χ. καρδιακή κίρρωση) 3) σε διαταραχές του μεταβολισμού (π.χ. νόσος Wilson) και 4) σε ανοσολογικό μηχανισμό που μπορεί να είναι η αρχική αιτία της ηπατικής βλάβης, αλλά μπορεί να αποτελεί το δευτεροπαθές φαινόμενο που συντηρεί τις αρχικές αλλοιώσεις και μάλιστα προκαλεί και νέες έστω κι αν έχει πάγει να δρα το αρχικό αίτιο.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα της κίρρωσης του ήπατος στον πληθυσμό δεν είναι επακριβώς γνωστή . Αυτό οφείλεται, εν μέρει στο γεγονός ότι πολλές περιπτώσεις δεν εμφανίζουν συμπτώματα . Πάνω από 30 ή ακόμα και το 40% των περιπτώσεων μπορεί να ανιχνευθούν με την εξέταση και σε ένα ποσοστό, που παραμένει άγνωστο , δεν είναι ανιχνεύσιμη η νόσος.

Η συχνότητα της αλκοολικής κίρρωσης στη Γαλλία έχει υπολογιστεί, κατά προσέγγιση, σε 3.000 περιπτώσεις σε πληθυσμό 1.000.000 ατόμων. Είναι τρεις φορές πιο συχνή η νόσος στους άνδρες (4.500 σε 1.000.000 άτομα) από ότι στις γυναίκες (1.500-1.000.000). Στους άνδρες σε ηλικία πάνω από 30 που πίνουν περισσότερο από 80g αλκοόλ τη μέρα και στις γυναίκες που πίνουν περισσότερο από 40 g αλκοόλ τη μέρα εμφανίζονται 25.000 περιπτώσεις στο 1.000.000. Σύμφωνα με μια Βρετανική μελέτη, η ετήσια εμφάνιση της αλκοολικής κίρρωσης στο Δυτικό Bitmingham αυξήθηκε από 56 περιπτώσεις στο 1.000.000 το 1960 σε 153 για 1.000.000 το 1974. Στην ίδια περίοδο, η ετήσια εμφάνιση της κρυπτογενούς κίρρωσης παρέμεινε σταθερή, κατά προσέγγιση σε 30 με 40 περιπτώσεις σε 1.000.000 άτομα και όλα τα άλλα είδη κίρρωσης υπολογίζονται περίπου σε 10 στο 1.000.000. Μπορεί να σημειωθούν επιδημιολογικές διαφορές στην εμφάνιση της νόσου από χώρα σε χώρα ακόμη και μεταξύ περιοχών μιας χώρας. Επιπλέον, η συχνότητα της αλκοολικής και της μη - αλκοολικής κίρρωσης, διαφέρει από από τη μια χώρα στην άλλη και η εμφάνιση της αλκοολικής κίρρωσης είναι, γενικά, σημαντικά αυξημένη στις οινοπαραγωγές χώρες.

Η θνησιμότητα που σχετίζεται με την ηλικία του ασθενούς όσον αφορά την κίρρωση στη Γαλλία, αυξήθηκε από το 1945 ως το 1967 από 100 περιπτώσεις στο 1.000.000 το έτος σε 400 στο 1.000.000 το έτος για τους άνδρες (τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν 40 στο 1.000.000 το έτος, στο 1945, και 150 στο 1.000.000 το έτος, για το 1967). Αυτά τα ποσοστά μειώνονται από το 1967 κατά προσέγγιση 2% το έτος.

2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

A. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΗ. Η κίρρωση του ήπατος μπορεί να ταξινομηθεί ανάλογα με την διάμετρο των παθολογικών όζων σε :

1. Μικροοζώδη. Όταν η διάμετρος των όζων είναι μικρότερη από 3mm
2. Μεγαλοοζώδη Όταν η διάμετρος των όζων είναι μεγαλύτερη από 3mm
3. Μικτού τύπου

B. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ. Μια άλλη ταξινόμηση της κίρρωσης που στηρίζεται στους αιτιολογικούς παράγοντες είναι :

- | | | |
|----|---------------------------------|---|
| 1. | Μετά από λοιμώξεις | Ηπατίτιδα Β
Ηπατίτιδα « ούτε α », « ούτε β »
Σχιστόστωμο το Ιαπωνικό |
| 2. | Αλκοολική | |
| 3. | Αυτοάνοση | Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα
Πρωτοπαθής χολική κίρρωση |
| 4. | Κίρρωση από φάρμακα | |
| 5. | Κίρρωση από μεταβολικά νοσήματα | Αιμοχρωμάτωση
Νόσος Wilson
Ανεπάρκεια αι - αντιδρογύνης |
| 6. | Κρυπτογενής | |
| 7. | Λοιπά αίτια | Χρόνια καρδιακή κίρρωση
κακή διατροφή
Σύνδρομο Budd - Chiari
Σαρκοείδωση |

Οι πιο συχνοί τύποι ηπατικής κίρρωσης είναι οι εξής :

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

2.4 ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ορισμός

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 (3) μορφές έχουν αναγνωρισθεί :

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

Οι οντότητες αυτές μπορεί να υπάρξουν ανεξάρτητα ή να συνυπάρχουν στο ίδιο το ήπαρ. Επιπλέον, ενώ η λιπώδης εκφύλιση είναι μια φυσική εκδήλωση τόσο του οξέος όσο και του χρόνιου αλκοολισμού, οι διαθέσιμες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι οι 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 την σύνθεση κολλαγόνου στο ήπαρ, είναι πιθανό να συμβεί κίρρωση τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις, χωρίς να προηγηθεί αλκοολική ηπατίτιδα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πειραματικές μελέτες τόσο σε φυσιολογικό 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 της ηπατικής βλάβης (αλκοολικό λιπώδες ήπαρ) είναι πλήρως αναστρέψιμος με τη διακοπή του αλκοολισμού. Εάν ο αλκοολισμός συνεχίζεται το λιπώδες ήπαρ παραμένει.

Οι περισσότεροι αλκοολικοί με λιπώδες ήπαρ δεν εμφανίζουν αλκοολική ηπατίτιδα ή κίρρωση, εν τούτοις μερικοί εμφανίζουν μια φλεγμονώδη αντίδραση με πολυμορφοπυρηνική διήθηση και ηπατοκυτταρική νέκρωση, εκτός των λιπωδών αλλοιώσεων. Αυτή η αλλοίωση στην αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να είναι πρόδρομος της κίρρωσης, επειδή η επούλωση με το σχηματισμό ινώσεως περιορίζει τη φυσική λοβιόδη αρχιτεκτονική. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει το χρόνια αλκοολισμό ως τη μεγαλύτερη αιτία

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

Οι περισσότεροι χρόνιοι αλκοολικοί προσλαμβάνουν δίαιτες χαμηλές σε πρωτεΐνες και βιταμίνες και μπορεί να εμφανίσουν σύνδρομα, που σχετίζονται φανερά με τη λαθεμένη διατροφή (π.χ. νόσος Krosakoff - weruicke) και επιπλέον η θεραπεία των κίρρωτικών ασθενών με δίαιτες πλούσιες σε πρωτεΐνες συχνά προκαλεί κλινική και μορφολογική βελτίωση.

Επίσης η απόλυτη ή η σχετική κακή δρέψη θεωρείται σαν υποβοηθητικός παράγοντας στην εκδήλωση κίρρωσεως. Αν και η κακή δρέψη από μόνη της δεν οδηγεί σε κίρρωση, ο συνδιασμός χρόνιας προσλήψεως οινοπνεύματος μαζί με μειωμένη δρέψη οδηγεί σε αλκοολική ηπατίτιδα και κίρρωση. Οι επισυμβαίνουσες βακτηριακές λοιμώξεις είναι συχνές στους κίρρωτικούς ασθενείς και φαίνεται ότι επιταχύνουν μερικές φορές την πορεία της νόσου. Ωστόσο δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που να ενοχοποιούν την εμφανή ή λανθάνουσα λοίμωξη, στην παθογένεση της αλκοολικής κίρρωσεως.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ

Η λίπωση του ήπατος σε αλκοολισμό ανάλογα με τη βαρύτητα, είναι κεντρολοβιακή ή επεκτείνεται σε όλο το λοβίο. Περιλαμβάνει κυρίως τριγλυκερίδια. Συγχρόνως είναι δυνατόν να εμφανιστεί κεντρολοβιακή ίνωση. Αυτή αρχίζει σαν σκλήρυνση του τοιχώματος της κεντρικής φλέβας και επεκτείνεται αραχνοειδώς προς το γύρω παρέγχυμα. Στη λιπώδη εκφύλιση του ήπατος παρατηρείται διαταραχή στη φυσιολογική σύνθεση και έκκριση τριγλυκεριδίων.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη συνάθροιση τριγλυκεριδίων στα ηπατοκύτταρα. Οι μηχανισμοί με τους οποίους επιτυγχάνεται αυτή η συνάθροιση των τριγλυκεριδίων στα ηπατοκύτταρα είναι : 1) αυξημένη κινητοποίηση λιπαρών οξέων οξέων από το λιπώδη ιστό ή αυξημένη παροχή με την τροφή, 2) αυξημένη σύνθεση λιπαρών οξέων, 3) μειωμένη σύνθεση λιπαρών οξέων στα μιτοχόνδρια του ηπατοκυττάρου, 4) μειωμένη έκκριση τριγλυκεριδίων σαν αποτέλεσμα αναστολής στη σύνθεση αποπρωτεϊνών ή μη επαρκούς σύνθεσης αποπρωτεϊνών.

Οι κυριότερες καταστάσεις στις οποίες παρατηρείται λιπώδη εκφύλιση του ήπατος είναι ο αλκοολισμός, η κακή διατροφή, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η κύηση, το σύνδρομο Cushing και διάφορα φάρμακα (π.χ. τετρακυκλίνες)

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

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

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Καθώς ο αλκοολισμός συνεχίζεται και η ηπατική νόσος προχωρεί, ηπατοκύτταρα καταστρέφονται, ινοβλάστες (περιλαμβανομένων των μυοϊνοβλαστών με συσταλτικές ιδιότητες) ανευρίσκονται στις περιοχές βλάβης και διεγείρεται ο σχηματισμός κολλαγόνου, πλεγματοειδή διαφραγμάτια συνδετικού ιστού εμφανίζονται στις περιπύλαιες και περικεντρικές ζώνες. Αυτές οι ινώδεις ταινίες γίνονται παχύτερες και επεκτείνονται ώστε να συνδέσουν τις πυλαίες τριάδες και τις κεντρικές φλέβες.

Το λεπτό πλέγμα συνδετικού ιστού περιέχει μικρά αγγεία λεμφαγγεία και άλλα κύτταρα. Τα λοβώδη υπολείματα υφίστανται αναγέννηση και σχηματίζουν οζίδια. Η φλεγμονή είναι συνήθως ελάχιστη και παροδική, αλλά μπορεί να είναι μια προεξάρχουσα

μορφολογική εκδήλωση, κατά την διάρκεια των οξείων εξάρσεων της αλκοολικής ηπατίτιδας. Καθώς η ηπατοκυτταρική μάζα μειώνεται το ήπαρ συρρικνώνεται σε σχήμα αποκτώντας μια λεπτή οζώδη εμφάνιση και καθίσταται σκληρό.

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

Σημεία και συμπτώματα

Η αλκοολική κίρρωση μπορεί να μην προκαλεί κανένα σύμπτωμα για μεγάλες χρονικές περιόδους τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά τα προχωρημένα στάδια της νόσου (αντιροπούμενη φάση). Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να είναι ύπουλη ή σπάνια απότομη. Συχνή είναι η εμφάνιση αισθήματος αδυναμίας, η εύκολη κόπωση και η απώλεια βάρους.

Στην προχωρημένη κίρρωση συνήθως παρατηρείται ανορεξία, και μπορεί να είναι υπερβολική, με συνοδό ναυτία, περιστασιακούς εμετούς. Μπορεί να παρατηρηθεί κοιλιακός πόνος, που έχει σχέση είτε με την διόγκωση του ήπατος και τη διάταση της κοιλίας του Glisson είτε με την παρουσία ασκίτη. Μπορεί να παρατηρηθούν εμμηνορρυσιακές διαταραχές (αμηνόρροια), ανικανότητα, απώλεια του Libido, στειρότητα και επώδυνη διόγκωση των μαστών στους άνδρες σπάνια.

Η αιματέμεση αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα στο 15 - 25% των περιπτώσεων. Συχνή είναι η ολιγουρία. Στο 70% των περιπτώσεων το ήπαρ είναι διογκωμένο ψηλαφητό και υπόσκληρο αν όχι σκληρό και εμφανίζει αμβλύ ή οζώδες χείλος επίσης ο αριστερός λοβός μπορεί να προέχει.

Στις εκδηλώσεις του δέρματος περιλαμβάνονται οι αραχνοειδείς σπίλοι (συνήθως στο άνω μισό του σώματος) ερύθημα παλαμών, τελαγγειεκτασίες των εκτεθειμένων περιοχών και σημεία ανεπάρκειας βιταμινών (γλωσσίτιδα και χειλίτιδα). Παρατηρείται απώλεια βάρους, απίσχναση και εμφάνιση που αντιστοιχεί σε χρόνιες νόσους. Ο ίκτερος είναι ήπιος αρχικά και επιδεινώνεται στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Ο ασκίτης, το πλευριτικό υγρό, το περιφερειακό οίδημα και οι αλλοιώσεις πορφύρας είναι ευρήματα

προχωρημένων σταδίων. Η κατάσταση προκώματος (αναστροφή του ύπνου, αστηρηξία, τρύμος δυσαρθρία, παραλήρημα και νωδρότητα) και το κώμα εμφανίζονται επίσης πολύ αργά. Πυρετός μπορεί να παρατηρηθεί στο 35% των περιπτώσεων από την πρώτη εκδήλωση και συνήθως αντικατοπτρίζει την παρουσία επιπλοκής όπως αλκοολική ηπατίτιδα, χολαγγειίτιδα, αυτόματη βακτηριδιακή περιτονίτιδα.

Κλινική σπληνομεγαλία παρατηρείται στο 35 - 50% των περιπτώσεων. Οι επιφανειακές φλέβες της κοιλιακής χώρας και του θώρακα είναι διατεταμένες και αντικατατροπίζουν την ενδοηπατική απόφραξη της πυλαίας ροής.

Εργαστηριακά ευρήματα.

Οι παθολογικές εργαστηριακές τιμές είτε απουσιάζουν είτε είναι ελάχιστες στη λανθάνουσα ή σιωπηλή κίρρωση. Η αναιμία που αποτελεί συχνό εύρημα, είναι συχνά μακροκυτταρική στα αίτια περιλαμβάνονται η καταστολή της ερυθροποίησης από το οινόπνευμα, καθώς και από την ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος, η αιμόλυση, ο υπερσπληνισμός και η λανθάνουσα ή έκδηλη απώλεια αίματος από την γαστρεντερική οδό. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να είναι χαμηλός, φυσιολογικός ή αυξημένος και αντικατοπτρίζει την παρουσία υπερσπληνισμού ή λοίμωξης.

Η θρομβοκυτταροπενία μπορεί να είναι δευτεροπαθής στην αλκοολική καταστολή του μυελού, στη σπλαιμία, στην ανεπάρκεια φυλλικού οξέος ή στο σχηματισμό απολύματος. Οι διαταραχές πήκτικότητας μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας της σύνθεσης παραγόντων πήξης στο ήπαρ. Οι χημικές μελέτες του αίματος δείχνουν κυρίως ηπατοκυτταρική βλάβη και δυσλειτουργία και εμφανίζεται αύξηση της AST (SGOT), της Αλκαλικής φωσφατάσης και της χολερυθρίνης. Η λευκωματίνη του ορού είναι χαμηλή ενώ η γ - σφαιρίνη είναι αυξημένη. Η βιογία του ήπατος δείχνει κίρρωση.

Πρόγνωση

Τόσο οι αναδρομικές όσο και οι προοπτικές μελέτες της φυσικής ιστορίας της σοβαρής ηπατικής νόσου δείχνουν ότι η πρώιμη, έντονη και σχολαστική ιατρική φροντίδα παρατείνει την ζωή, ελλοτώνει τη νοσηρότητα και προλαμβάνει η καθυστερεί την εμφάνιση μερικών επιπλοκών. Οι ασθενείς με κίρρωση που διακόπτουν το οινόπνευμα και προσλαμβάνουν σωστή διατροφή έχουν 5ετή επιβίωση 40% περίπου.

Η θνησιμότητα είναι υψηλότερη σε ασθενείς με επιπλοκές όπως η αιμοραγία κισσών του οισοφάγου ή ο ασκίτης στους οποίους η διακοπή οινοπνεύματος δε βελτιώνει την επιβίωση. Η μαζική αιμοραγία από κισσούς του οισοφάγου είναι το μεγαλύτερο άμεσο υποβοηθητικό αίτιο που προκαλεί το θάνατο σε πολλούς ασθενείς. Αν και οι χειρουργικές παρακάμψεις πετυχαίνουν να μειώσουν την πυλαία υπέρταση, η γενική πρόγνωση παραμένει πτωχή σε ασθενείς με προχωρημένη μη αναστρέψιμη ηπατική νόσο. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μελετάται η μεταμόσχευση ήπατος.

Θεραπεία

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

Επί απουσίας σημείων ενδεικτικών ηπατικού κώματος θα πρέπει να χορηγείται δίαιτα που να περιέχει 12/ Kg πρωτεΐνης και 2.000 - 3.000 CA1 την ημέρα. Επειδή ο πασχών από αλκοολική ηπατίτιδα συχνά δεν έχει όρεξη ή έχει ναυτία, οι τροφές θα πρέπει να χορηγούνται σε 3 ή 4 μικρά γεύματα με επιπλέον χορήγηση παρασκευάσματος αυγού ή παγωτού.

Η χορήγηση βιταμίνων στη μορφή των πολυβιταμινούχων σκευασμάτων μπορούν να χορηγηθούν. Δεν υπάρχει όμως δικαιολογία για την κλινική χρήση λιποτρόπων παραγόντων. Επί παρουσίας της νόσου WERNICKE - KORSAKOFF , ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει παρεντερικά μεγάλες δόσεις θειαμίνης. Ο ασθενής θα πρέπει

να κατανοήσει ότι ούτε η δίαιτα ούτε οι βιταμίνες προστατεύουν το ήπαρ από την επίδραση του αλκοόλ. Γι' αυτό το αλκοόλ απαγορεύεται αυστηρώς.

Ο ασκίτης και το οίδημα μπορεί να εξαφανισθούν μόνο με την κατάκλιση. Η περισσότερο επίμονη κατακράτηση υγρών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με περιορισμό του αλατιού, χρησιμοποιώντας δίαιτες που περιέχουν 1-2 gr NaCl την ημέρα. Ο περιορισμός του νερού και ο περιορισμός των υγρών σε ποσότητα που ισοδυναμούν στις μετρούμενες απώλειες υγρών της προηγούμενης μέρας, μπορεί να καταστούν απαραίτητα αν υπάρχει υπονατρίαμία.

Σε ασθενείς με ενεργό νόσο (δηλαδή με ίκτερο ή σημεία ηπατικής ανεπάρκειας) θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν διουρητικά με μεγάλη προσοχή, ώστε να προληφθεί απώλεια ηλεκτρολυτών και ηπατική εγγεφαλοπάθεια. Η σύγχυση, η υπνηλία και άλλα σημεία αρχόμενου ηπατικού κύματος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ταχεία μείωση της προσλήψεως πρωτεϊνών σε επίπεδα 20-30 gr την ημέρα ή και λιγότερο. Θα πρέπει να γίνεται προσεκτική έρευνα για την ύπαρξη βακτηριδιακής λοίμωξης ή αιμοραγίας από το γαστρεντερικό, περιλαμβανομένης και της αναρροφήσεως γαστρικού περιεχομένου και θα πρέπει να εφαρμόζεται γρήγορα κατάλληλη θεραπεία για την λοίμωξη ή την αιμοραγία.

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

Προκαταρκτικές μελέτες υπαινίσσονται ότι η ενδοφλέβια έγχυση ινσουλίνης και γλυκαγόνης μπορεί να ωφελεί, αλλά η πειραματική αυτή θεραπεία θα πρέπει να μελετηθεί κατά πόσο είναι δραστική και ασφαλής. Η αναιμία θα πρέπει να διαγιγνώσκεται και να διορθώνεται κατάλληλα. Η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος είναι ιδιαίτερα συχνή στους αλκοολικούς και απαιτεί θεραπεία αποκαταστάσεως.

Ο πυρετός, ιδιαίτερα όταν είναι χαμηλός και δεν συνοδεύεται από ρίγος ή άλλα σημεία φλεγμονής, μπορεί να είναι εκδήλωση της αλκοολικής ηπατίτιδας. Εντούτοις η ύπαρξη εκτικού ή επίμονου πυρετού με ρίγος απαιτεί πλήρη και γρήγορη έρευνα για σηπτικό

εστία, ιδιαίτερα λοίμωξη των ουροφόρων, πνευμονία, Gram - αρνητική, βακτηριαίμια ή περιτονίτιδα.

2.5 ΜΕΤΑΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ορισμός

Ο τύπος αυτός της χρόνιας ηπατικής νόσου χαρακτηρίζεται μορφολογικά από :

- (1) εκτεταμένη απώλεια ηπατοκυττάρων
- (2) σύμπτωση του στρώματος και ίνωση
- (3) ανώμαλα μεγάλα οζίδια που ποικίλουν στο σχήμα

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

Αιτιολογία

Το αίτιο της μετανεκρωτικής κίρρωσεως είναι ακόμα άγνωστο. Επιδημιολογικές και ορολογικές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει την ιογενή ηπατίτιδα σαν το κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα .

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

Κλινικές εκδηλώσεις

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 αιφνίδια έναρξη ασκίτη, επεισόδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή μαζική αιμοραγία κιστών του οισοφάγου. Τα σημεία και τα συμπτώματα μοιάζουν με εκείνα της αλκοολικής κίρρωσης.

Θεραπεία

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

2.6 ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

1. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση είναι χρόνια νόσος του ήπατος, που εκδηλώνεται με χολόσταση. Ύπουλη στην έναρξη, εμφανίζεται συχνά σε γυναίκες ηλικίας 40 - 60 χρονών και συχνά ανακαλύπτεται ως τυχαίο εύρημα από την αύξηση των επιπέδων της αλκοιλικής φωσφατάσης. Η νόσος προϋπάρχει και επιπλέκεται συχνά από στεατόρρεια, ζανθωματώδη νευροπάθεια, οστεομαλακία και πυλαία υπέρταση.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

A' Συμπτώματα και σημεία

Η έναρξη είναι ύπουλη και εκδηλώνεται αρχικά με κνησμό. Ο ίκτερος εμφανίζεται μέσα σε δύο χρόνια από την έναρξη του κνησμού. Η φυσική εξέταση δείχνει ηπατοσπληνομεγαλία και μερικές φορές ζανθωματώδεις αλλοιώσεις στο δέρμα και τους τένοντες καθώς και γύρω από τα βλέφαρα.

B' Εργαστηριακά ευρήματα

Οι λειτουργικές ηπατικές δοκιμασίες αντικατροπίζουν χολόσταση με αύξηση των επιπέδων της αλκαλικής φωσφατάσης της χοληστερόλης και της χολερυθρίνης. Μιτοχονδριακά αντισώματα παρατηρούνται στο 83 - 98 % των περιπτώσεων.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Η χορήγηση χολεστυραμίνης μπορεί να είναι ωφέλιμη για τον κνησμό. Οι βιταμίνες Α, Κ και D πρέπει να χορηγούνται παρεντερικά αν υπάρχει στεατόρροια. Συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου μπορεί να βοηθεί στην οστεομαλακία. Η προχωρημένη πρωτοπαθής χολική κίρρωση αποτελεί κύρια ένδειξη μεταμόσχευσης του ήπατος.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Η δευτεροπαθής χολική κίρρωση ακολουθεί μετά από χρόνια απόφραξη της ροής στα χοληφόρα. Η ροή στα χοληφόρα εμφανίζεται συνήθως από εξωηπατικά αίτια όπως λίθο, νεόπλασμα, στένωση ή χολική ατρησία.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Α΄ Συμπτώματα και σημεία

Η κλινική εικόνα είναι συνήθως αυτή της υποκείμενης αιτίας της χολόστασης (π.χ. της χοληδοχολιθίασης, της κύστης του χοληδόχου πόρου του καρκινώματος του παγκρέατος).

Β΄ Εργαστηριακά συμπτώματα

Οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος αντανακλούν την παρουσία χολόστασης με αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης. Τα μιτοχονδριακά αντισώματα παρατηρούνται σε λιγότερο από το 1% των ασθενών με δευτεροπαθή χολική κίρρωση.

Διάγνωση

Οι μέθοδοι που θέτουν την οριστική διάγνωση είναι οι επεμβατικές: η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολλαγγειογραφία (ERCP) και η διαδερματική διηπατική χολλαγγειογραφία. Η επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου εξαρτάται από το ποιός γιατρός είναι διαδέσιμος

και από το ίδιο το πρόβλημα. Για τη χοληδοχολιθίαση, η ERCP είναι καθαρά η μέθοδος εκλογής, επειδή συνήθως μπορεί να επιτευχθεί τομή του φύματος με αφαίρεση του λίθου και είναι θεραπευτική. Και οι δύο μέθοδοι επιτρέπουν την τοποθέτηση ενδοπρόσδεσης. Για την διάταση των στενώσεων των χοληφόρων πόρων με το ειδικό μπαλόνι προτιμάται η ERCP.

2.7 ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗ

Η αιμοχρωμάτωση είναι γενικά μεταβιβαζόμενη νόσος, που χαρακτηρίζεται ως αυτοσωματική υπολειπόμενη και έχει σχέση με τα HLA, συγκεκριμένα το HLA - A3 και το HLA - B14 ή τα HLA - A3 και HLA - B7. Η διαταραχή αυτή του μεταβολισμού του σιδήρου, χαρακτηρίζεται από αυξημένη συσσώρευση του σιδήρου της τροφής με τη μορφή αιμοσιδηρίνης στο ήπαρ, το πάγκρεας, την καρδιά, τα επινεφρίδια, τους όρχεις, την απόφυση και τους νεφρούς. Τελικά ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει ηπατική, παγκρεατική και καρδιακή ανεπάρκεια. Η νόσος συνήθως εμφανίζεται στους άνδρες και σπάνια ανευρίσκεται πριν την πέμπτη δεκαετία.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν αρθροπάθεια, ηπατομεγαλία και σημεία ηπατικής ανεπάρκειας, ενδεχομένως υπέρχρωση του δέρματος (φαιά χροιά λόγω του σιδήρου και καστανή χροιά λόγω της μελανίνης), διόγκωση της καρδιάς με ή χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια ή διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας, σακχαρώδη διαβήτη με τις επιπλοκές του και ανικανότητα στους άνδρες. Μπορεί να εμφανιστεί αιμοραγία των κισμών του οισοφάγου και στους ασθενείς που αναπτύσσουν κίρρωση, παρατηρείται 10% έκπτωση ηπατικού καρκινώματος. Η κλινική νόσος φαίνεται ότι προσβάλλει τις γυναίκες 10 - 20 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.

Τα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν αύξηση του σιδήρου του πλάσματος, αύξηση του ποσοστού της κορεσμένης τρανσφερίνης, αύξηση της φερριτίνης του ορού και την χαρακτηριστική ηπατική βιοψία που εμφανίζει θετική τη χρώση σιδήρου.

Θεραπεία

Η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία κατά την προκιρωτική φάση της αιμοχρωμάτωσης έχει μεγάλη σημασία. Η θεραπεία αποτελείται αρχικά από εβδομαδιαίες φλεβοτομές με αφαίρεση 500ml αίματος (περίπου 250mg σιδήρου), που μπορεί να χρειάζεται να συνεχιστούν για 2-3 χρόνια, για να επιτευχθεί κένωση των αποθηκών σιδήρου. Η διαδικασία αυτή παρακολουθείται με τον αιματοκρίτη και τη μέτρηση του σιδήρου του ορού. Όταν η κένωση των αποθηκών σιδήρου επιτευχθεί, συνεχίζονται φλεβοτομές συντήρησης (κάθε 2-4 μήνες).

Ο χηλικός παράγοντας δεσφερριόξαμίνη, όταν χορηγείται ενδομυϊκά στους ασθενείς με αιμοχρωμάτωση, έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί απέκκριση από τα ούρα μέχρι 5-18g σιδήρου το χρόνο. Το ποσοστό αυτό απέκκρισης από τα ούρα είναι συγκριτικά παρόμοιο με το ποσοστό των 10-20g σιδήρου που απομακρύνονται μία ή δύο φορές την εβδομάδα με φλεβοτομές κάθε χρόνο. Η θεραπεία ωστόσο, είναι επώδυνη και δεν είναι πάντα πρακτικά εφαρμόσιμη. Σημασία έχει η άμεση θεραπεία των επιπλοκών της αιμοχρωμάτωσης - αρθροπάθειας, σακχαρώδους διαβήτη, καρδιοπάθειας, ηπατοπάθειας και υποϋποφυσισμού.

2.8 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ορισμός

Η καρδιακή κίρρωση είναι σπάνια επιπλοκή, σοβαρής δεξιάς συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, μακράς διάρκειας, σε ασθενείς με πνευμονική καρδιά, ανεπάρκεια της τριγλώχινας ή συμπιεστική περικαρδίτιδα. Προκαλεί ίνωση γύρω από τις κεντρικές φλέβες που εκτείνεται τριγύρω σαν ακτινοειδής ουλές, προκαλώντας οζώδη αναγέννηση και κίρρωση.

Κλινικές εκδηλώσεις

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

κάγας του GLISSON . Η σπληνομεγαλία είναι αποτέλεσμα απλής παθητικής συμφορήσεως και δεν δείχνει απαραίτητα κίρρωση . Οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας είναι ποικιλόμορφες και κυμαίνονται από ελαφρά ανύγωση της χολερυθρίνης και τρανσαμινασών μέχρι το σύνδρομο που μοιάζει με οξεία ιογενή ηπατίτιδα με χολερυθρίνη μεγαλύτερη των 10 mg / dl ορού και τρανσαμινάσες περισσότερες από 1000 μονάδες / DL ορού. Η καρδιακή κίρρωση σπάνια διαγιγνώσκεται προ του θανάτου επειδή τα συμπτώματα και σημεία της καρδιακής ανεπάρκειας επισκιάζουν την ηπατική νόσο.

Θεραπεία

Η πρόληψη ή θεραπεία της καρδιακής κίρρωσεως εξαρτάται από την σωστή διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης καρδιαγγειακής νόσου. Εάν υπάρχει συμπιεστική περικαρδίτιδα και η περικαρδιοτομία είναι δυνατή, η ηπατική λειτουργία βελτιώνεται μέσα σε 6 - 12 μήνες και οι ινώδεις ταινίες καθίστανται λεπτότερες και χάνουν την αγγειωσή τους.

2.9 ΣΠΑΝΙΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Οι κλινικές αιτιολογικές και μορφολογικές ταξινομήσεις της κίρρωσεως δεν περιλαμβάνουν όλες τις περιπτώσεις. Κίρρωση μπορεί να συμβεί σε συνδιασμό με τα παρακάτω δεδομένα :

1) Μεταβολικές διαταραχές : γαλακτοζαιμία, κληρονομική δυσανεξία της φρουκτόζης , νόσο αποθήκευσης γλυκογόνου, συγγενή τυροσιναιμία, ανεπάρκεια αλφα - 1 - αντιθρυγίνη και σύνδρομο FANCON.

2) Λοιμώδη νοσήματα : βρουκέλωση σχιστοσωμίαση κυτταρομεγαλοϊός του νεογνού και λοιμώξεις με τοξόπλασμα .

3) Διηθητικές νόσοι : σαρκοείδωση

4) Γαστρεντερικές διαταραχές : χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, κοστική ίνωση του παγκρέατος

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΡΙΤΟ

3.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ WILSON

Η νόσος του Wilson (ηπατοφακοειδής εκφύλιση) είναι σπάνια οικογενής διαταραχή που κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και εμφανίζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες μεταξύ της πρώτης και της τρίτης δεκαετίας της ζωής . Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση χαλκού στο ήπαρ και τον εγκέφαλο.

Η κύρια οργανική διαταραχή στη νόσο του Wilson είναι η υπερβολική απορόφηση του χαλκού από το λεπτό έντερο και η μειωμένη απέκκριση του χαλκού από το ήπαρ, με αποτέλεσμα την αυξημένη εναποθέτηση στους ιστούς, ειδικότερα στο ήπαρ, τον εγκέφαλο, τον κερατοειδή και τους νεφρούς.

Κλινικά ευρήματα

Η νόσος του Wilson μπορεί να εκδηλωθεί αρχικά ως νευρολογική διαταραχή, με όμιμη προσβολή του ήπατος ή μπορεί να συμβεί και το αντίθετο. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις σχετίζονται με τη δυσλειτουργία των βασικών γάγγλιων και χαρακτηρίζονται από δυσκαμυγία ή παρκινσονικό τρόμο. Η ηπατική προσβολή εκδηλώνεται με σημεία της κίρρωσης, πυλαία υπέρταση και βιοχημική επιβεβαίωση της ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας. Το παθογνωμικό σημείο της νόσου είναι ο δακτύλιος Kayser - Fleischer, που είναι ελαφρά χρωσμένες κοκκιώδεις εναποθέσεις στον υμένα του Descemet, στον κερατοειδή, κοντά στην ενδοθηλιακή επιφάνεια.

Η διάχυση και αντανάκλαση του φωτός στις εναποθέσεις αυτές παράγουν την τυπική καστανή ή πρασινοφαίν όψη του δακτυλίου. Η διάγνωση βασίζεται στην ανεύρεση αυξημένης απέκκρισης χαλκού από τα ούρα ($> 100 \text{ mg} / 24\omega\rho\omicron$) ή χαμηλών επιπέδων σερουλοπλασμίνης στον ορό ($< 20 \text{ mg/dl}$) και αυξημένη συγκέντρωση χαλκού στο ήπαρ ($> 100 \text{ mg/g}$ ξηρού ηπατικού ιστού). Στα αρχικά στάδια της νόσου του Wilson η αλκαλική φωσφατάση του ορού εμφανίζεται χαμηλότερη απ' ό τι σε αντίστοιχα φυσιολογικά άτομα.

Θεραπεία

Η εφαρμογή πρώιμης θεραπείας είναι απαραίτητη για την απομάκρυνση του χαλκού πριν εμφανιστεί νευρολογική ή ηπατική βλάβη. Η χορήγηση πενικιλλαμίνη από το στόμα (0,75 - 2g/24ωρο σε διαιρεμένες δόσεις) είναι το φάρμακο εκλογής και καθιστά δυνατή την απέκκριση του χηλικού χαλκού από τα ούρα. Αν η θεραπεία με πενικιλλαμίνη δεν είναι ανεκτή λόγω υπερευαισθησίας του γαστρεντερικού ή αυτοάνοσων αντιδράσεων, γίνεται χρήση τριεντίνης (Cuprid), 500 mg δύο φορές την ημέρα. Στην πρώιμη φάση της θεραπείας ο περιορισμός του χαλκού της τροφής (τα αστρακοειδή, οι οργανικές τροφές τα λαχανικά είναι πλούσια σε χαλκό) μπορεί να έχει αξία. Η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για αόριστο χρόνο. Η πρόγνωση είναι καλή στους ασθενείς που θεραπεύονται αποτελεσματικά, πριν εμφανιστεί η ηπατική ή εγκεφαλική βλάβη.

3.2 ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ (Σύνδρομο του Budd - Chiari)

Η διαταραχή αυτή οφείλεται στη απόφραξη των ηπατικών φλεβών από διάφορα αίτια. Οι αποφράξεις των ηπατικών φλεβών σχετίζονται με διαφράγματα της κοίλης φλέβας, ανεπάρκεια της δεξιάς καρδιάς ή συμπιεστική περικαρδίτιδα, πολυκυτταραιμία, χρήση αντισυλληπτικών δισκίων , παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία και κύηση. Το 30 % των περιπτώσεων είναι ιδιοπαθείς.

Οι κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την εμφάνιση ευαισθησίας, επώδυνη διόγκωση του ήπατος, ίκτερου σπληνομεγαλίας και ασκίτη. Στην προχωρημένη νόσο μπορεί να παρατηρηθεί αιμοραγία των κισμών και ηπατικό κώμα.

Ο ασκίτης πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον περιορισμό των υγρών και του χλωριούχου νατρίου και τη χορήγηση διουρητικών , καθώς και με την προσπάθεια ανεύρεσης των θεραπεύσιμων αιτίων . Μπορεί να χρειαστεί η διενέργεια χειρουργικής αποσυμπίεσης του συμφορημένου ήπατος. Μελετάται η εφαρμογή μεταμόσχευσης του ήπατος. Η μέση επιβίωση είναι περίπου 12 - 18 μήνες με διακύμανση από λίγες εβδομάδες μέχρι περισσότερα από 20 χρόνια.

3.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΤΟΞΙΝΕΣ

Είναι γνωστό ότι τα περισσότερα φάρμακα, διάφορες τοξικές ουσίες ή τοξίνες, αλλά και αβλαβείς αρχικά ουσίες τροποποιούνται στα ηπατικά κύτταρα. Η μετατροπή αυτή γίνεται με την βοήθεια πολυπλόκων ενζυματικών μηχανισμών κυρίως στο ομαλό ενδοπλασματικό δίκτυο των ηπατοκυττάρων.

Τα παραγωγά της είναι συνήθως αβλαβή για το ίδιο το ηπατοκύτταρο. Μερικές φορές όμως τόσο οι ίδιες οι ουσίες όσο και τα προϊόντα του μεταβολισμού τους, μπορεί να είναι άμεσα ή έμμεσα τοξικά για το ήπαρ. Έτσι δημιουργούνται διάφορες αλλοιώσεις που είναι γνωστές ως φαρμακευτικές ηπατίτιδες και ηπατοπάθειες. Οι βλάβες του ήπατος μετά από δράση ορισμένων φαρμάκων και σε συγκεκριμένες υψηλές δόσεις είναι **αναμενόμενες**. Υπάρχει όμως μια άλλη κατηγορία φαρμάκων, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν οι αλλοιώσεις που είναι δυνατόν να προκαλέσουν (**μη αναμενόμενες βλάβες**). Αυτές εκδηλώνονται σε μικρό βαθμό υπερευαίσθητων ατόμων και μπορούν να διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Οι πιο συνηθισμένες αναμενόμενες ηπατικές βλάβες είναι οι ακόλουθες: α) λίπωση του ήπατος, που προκαλείται συνήθως από τις τετρακυκλίνες, β) χολόσταση, που προκαλείται από τα αναβολικά στεροειδή, τα οιστρογόνα και άλλα αντισυλληπτικά φάρμακα, γ) κεντρολαβική νέκρωση και λίπωση από τετραχλωλάνθρακα και παρακεταμόλη, δ) λίπωση και ίνωση, με πιθανή εξέλιξη σε κίρρωση από μεθοτρεξάτη

Οι πιο συνηθισμένες « μη αναμενόμενες » βλάβες, είναι αυτές που παρατηρούνται σε μερικά άτομα μετά από λήψη π.χ. χλωροπρομαζίνης (συνήθως χολόσταση), Φαινυλβουταζόνης (συνήθως κοκκιώματα) αλοδάνης (συνήθως ηπατίτιδα που μοιάζει με ιογενή).

Αναλυτικότερα οι αλλοιώσεις που προκαλούνται στο ήπαρ από φάρμακα και άλλες ουσίες διακρίνονται στις εξείς κατηγορίες :

1. Οξείες ηπατοκυτταρικές αλλοιώσεις : α) **Πανολθιακή ηπατίτιδα** που μοιάζει με οξεία ιογενή, με όλο το το φάσμα των αλλοιώσεων από άποψη βαρύτητας. Προκαλείται από την αλοδάνη, την μεθυλντόπα τους αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης και τα αντιφυματικά φάρμακα. β) **Ζωνοειδής ηπατική νέκρωση** που

οφείλεται συνήθως σε άμεση τοξική βλάβη. Ο τετραχλωράνθρακας προκαλεί τυπική κεντρολοβιακή, ενώ ο φωσφόρος περιπυλαία νέκρωση. **γ) Λίπωση (λιπώδης μετατροπή)** προκαλούν διάφορα φάρμακα, όπως η μεθοτρεξάτη και κυρίως τετρακυκλίνες. Όταν οι αλλοιώσεις αυτές προκληθούν κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να είναι βαρείες και θανατηφόρες.

2. Χρόνιες ηπατοκυτταρικές αλλοιώσεις . Προκαλούνται από φάρμακα όπως η οξυφενισατίνη, η ισονιαζίδη και η μεθυλντόπα.

3. Χολοστατικές αλλοιώσεις . Αυτές άλλοτε παίρνουν την μορφή της απλής χολόστασης με περιορισμένη φλεγμονή και άλλοτε της χολοστατικής ηπατίτιδας με ηπατοκυτταρικές εκφυλίσεις και φλεγμονή. Φάρμακα που προκαλούν χολοστατικές αλλοιώσεις είναι τα αντισυλληπτικά και τα αναβολικά στερεοειδή φάρμακα καθώς και η φαινοθειαζίνη .

4. Κοκκιωματώδεις αλλοιώσεις . Προκαλούνται από τη φαινυλβουταζόνη, την οξυφαιν-βουταζόνη τις σουλφοναμίδες και τα παράγωγα της σουλφονουλουρίας.

5. Αγγειακές βλάβες . Αυτές μπορούν να έχουν τη μορφή συνδρόμου Budd - Chiari ή (**πυλαίας υπέρτασης**) λόγω θρομβωτικής απόφραξης της κάτω κοίλης και των ηπατικών φλεβών ή της πυλαίας φλέβας. Ενοχοποιούνται κυρίως τα αντισυλληπτικά φάρμακα.

Η **φλεβο - αποφρακτική ηπατική νόσος** χαρακτηρίζεται από ινώδη σκληρυντική στένωση ή και απόφραξη των κεντρικών φλεβών του ήπατος. Πρωτοπαρητήθηκε μετά από λήψη αλκαλοειδών πυρρολοζίνης ωρισμένων φυτών. Φαίνεται όμως ότι προκαλείται και από φάρμακα όπως η αζαθειοπρίνη και η β-θειογονανίνη καθώς επίσης και μετά από ακτινοβολία .

3.4 ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΛΦΑ 1 - ΑΝΤΙΘΡΥΨΙΝΗΣ

Η αι αντιθρυγίνη είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που αναστέλει τις πρωτεάσες (π.χ. θρυγίνη, ελαστάση). Παράγεται σε διάφορους ιστούς και κυρίως από το ήπαρ. Η ανεπάρκεια της α 1 - αντιθρυγίνης καθορίζεται κληρονομικά και οδηγεί σε πνευμονικές και ηπατικές βλάβες. Οι τελευταίες μπορεί να πάρουν τη μορφή χολοστατικής ηπατίτιδας στη νεογνική ηλικία . Σ' αυτήν ιστολογικά παρατηρούνται εκτός από την χολόσταση και εστιακές νεκρώσεις ηπατοκυττάρων με

φλεγμονώδεις διηθήσεις. Μερικές περιπτώσεις νεογνικής ηπατίτιδας μπορεί να μεταπέσουν σε κίρρωση. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι στο ιστορικό πολλών ασθενών με κίρρωση από ανεπάρκεια α1 - αντιθρυγίνης είναι δυνατόν να μην αναφέρεται ηπατίτιδα στη νεογνική ηλικία. Η κίρρωση αναπτύσσεται σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες και έχει αναφερθεί κάποια συσχέτισή της με ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

3.5 ΣΧΙΣΤΟΣΩΜΙΑΣΗ

Τα ωάρια του SHISTOSOMA MANSONI προκαλούν κοκκιωματώδη και ινώδη αντίδραση κατά μήκος των πυλαίων πύρων σαν αποτέλεσμα παρατεταμένης υπερευαισθησίας, που προκαλείται από αντίδραση συμπλέγματος αντιγόνου - αντισώματος. Η χαρακτηριστική ηπατική αλλοίωση της σχιστοσωμιάσεως είναι ως εκ τούτο μη κίρρωτική πυλαία ίνωση, που προκαλεί προδευτική απόφραξη πυλαίων φλεβιδίων με συνέπεια προκολποειδική πυλαία υπέρταση.

Πραγματική κίρρωση μπορεί να υπάρχει σε μερικές περιπτώσεις, αλλά διαιτητικές ανεπάρκειες και άλλοι παράγοντες π.χ. ηπατίτιδα β, συμβάλλουν στην εξέλιξη αυτή. Κλινικά τα σημεία πυλαίας υπερτάσεως προεξάρχουν και η κίρρωση είναι συνήθως. Το ήπαρ και ο σπλήνας είναι μέτρια διογκωμένα. Η ηπατοκυτταρική λειτουργία είναι συνήθως φυσιολογική, αλλά μπορεί, όμως, να παρατηρηθεί ανύγωση της αλκαλικής φωσφατάσης και ίκτερος.

3.6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο όρος " ηπατίτιδα " χρησιμοποιείται για μια μεγάλη κατηγορία κλινικοπαθολογοανατομικών καταστάσεων που οφείλονται σε βλάβη την οποία προκαλεί η δράση στο ήπαρ ιών, τοξινών, φαρμακολογικών και ανοσολογικών παραγόντων. Τα πιο συχνά παθολογοανατομικά γνωρίσματα της ηπατίτιδας είναι η εστιακή ή εκτεταμένη ηπατοκυτταρική νέκρωση και η διήθηση του ήπατος από φλεγμονώδη κύτταρα που μπορεί να επικρατεί στις πυλαίες περιοχές ή να επεκτείνεται και στο ηπατικό παρέγχυμα. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της η κλινική πορεία της ηπατίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από την ελαφρά ή αφανή ως τη δραματική νόσηση που συνοδεύεται

από στοιχεία βαριάς ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας, σημαντικού βαθμού ίκτερο, ελάττωση της ημικτικότητας του αίματος και νευρολογικές διαταραχές.

Η οποιαδήποτε αιτιολογίας χρόνια ενεργός ηπατίτιδα μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση. Το ήπαρ είναι τυπικά μικρό και μεγαλοοξώδες. Συχνά παρατηρούνται σημεία ενεργού φλεγμονής όπως μέτρια αύξηση των τρανσαμινάσεων και υπεργαμμασφαιριναιμία. Στην κίρρωση που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας β συνήθως παρατηρείται μόνιμη παρουσία ΗΒs Ag στο αίμα. Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν δερματικά σημεία χρόνιας ηπατοπάθειας, ίκτερος και ηπατοσπληνομεγαλία.

Θεραπεία

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας η θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να οδηγήσει σε θεαματική βελτίωση των κλινικών εργαστηριακών και ιστολογικών ευρημάτων της πάθησης και σε μείωση της θνητότητας. Σε περιπτώσεις χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας με (+) ΗΒsAg η ανοσοκαταστολή ενισχύει τον πολλαπλασιασμό του ιού ενώ συγχρόνως δεν σταματά την εξελικτική πορεία της νόσου.

Πολλές φορές οι ηπατίτιδες που αντιμετωπίζονται με κορτικοστεροειδή υποτροπιάζουν μετά τη διακοπή τους και απαιτούν επανάληψη της θεραπείας.

3.7 ΚΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (ΘΡΕΨΗ)

Σαν κακή θρέψη ορίζεται η ελάττωση της καθαρής σωματικής μάζας του σώματος, που είναι μειωμένη σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το ύψος και τη δραστηριότητα του αρρώστου.

Η κακή θρέψη επηρεάζει όλα τα όργανα του ανθρώπου με εξαίρεση τον εγκέφαλο. Υπάρχουν μορφολογικές μεταβολικές και λειτουργικές διαταραχές που η κλινική τους έκφραση είναι εξ' ίσου σοβαρή στη σωστή λειτουργία της ανθρώπινης μηχανής.

Όσον αφορά το ήπαρ η κακή θρέψη προκαλεί ελάττωση της μάζας του οργάνου και εναπόθεση λίπους στα περιπύλαια διαστήματα. Η παραγωγή ηπατικών πρωτεϊνών μειώνεται και παρατηρούνται μεταβολές στις εργαστηριακές εξετάσεις των ηπατικών λειτουργιών.

Αιτιολογία

Η αναγκαία πρόσληψη τροφής από τον άνθρωπο για την επιβίωση προσφέρει την εξοικονόμηση των άμεσων μεταβολικών αναγκών, την αύξηση των εφεδρειών του σε γλυκογόνο στο ήπαρ και τους μύς και την αναπλήρωση της πρωτεΐνης των μυών που χάθηκε στις μεταβολικές διεργασίες. Τα περισσεύματα της προσλαμβανόμενης από την τροφή ενέργειας αποθηκεύονται ως λίπος στο λιπώδες ιστό.

Η κακή θρέψη εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα ασιτίας ή μεταβολής του μεταβολικού μοντέλου από διάφορα νοσήματα. Σε ασιτία το πρόβλημα είναι στο ότι επαρκή θρεπτικά συστατικά δεν φτάνουν στο κυτταρικό επίπεδο. Ο οργανισμός προσαρμόζεται, ώστε να χρησιμοποιήσει τα αποθέματα λίπους του, για άντληση της αναγκαίας ενέργειας, διασώζοντας, όσο είναι χρονικά δυνατό τη δομική πρωτεΐνη του.

Αντίθετα, στα διάφορα νοσήματα που συνοδεύονται με αλλαγή του μεταβολικού μοντέλου, το κύτταρο έχει μεταβάλλει τις απαιτήσεις του σε θρεπτικό υπόστρωμα. Αυτό συχνά γίνεται ενάντια στην όλη οικονομία του οργανισμού. Και στις δύο περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι το ίδιο στα διάφορα όργανα του σώματος καθώς ελαττώνεται η καθαρή σωματική μάζα.

ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Το μεταβολικό μοντέλο της ηπατικής βλάβης χαρακτηρίζεται από:

- α)** Αύξηση της γλυκαγόνης και ινσουλίνης στο πλάσμα με ακόλουθη αύξηση της σχέσεως γλυκαγόνης / ινσουλίνης.
- β)** Ύπαρξη μικρής ανοχής στη γλυκόζη, που συνοδεύεται από σχεδόν φυσιολογική ικανότητα κάθαρσης των φορτίων γλυκόζης.
- γ)** Παραμονή του βασικού μεταβολισμού ηρεμίας χαμηλά. Στο επίπεδο αυτό παρατηρείται αυξημένη ανακύκλωση οξέων και τριγλυκεριδίων καθώς και αύξηση στη σχέση β - υδροξυβουτυρικού οξέος / ακετοξικό οξύ που δείχνει ελάττωση του μιτοχονδριακού δυναμικού οξειδοαναγωγής.

Αυτό το μεταβολικό μοντέλο συνδιαζόμενο με ασιτία ή Stress οδηγεί γρήγορα σε σημαντικού βαθμού κακή θρέψη . Αποτέλεσμα αυτού του συνδιασμού είναι να υφίσταται δυσανεξία στη χορήγηση πρωτεΐνης, μείωση της πρωτεΐνοσύνθεσης και σημαντική μείωση της αντίστασης στις λοιμώξεις .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

Οι κύριες επιπλοκές της κίρρωσης είναι :

1. Η πυλαία υπέρταση με τις επιπλοκές της α) την αιμοραγία κίρσων του οισοφάγου β) την σπννομεγαλία με υπερσπληνισμό.
2. Η ηπατική ανεπάρκεια
3. Ο ασκίτης που μπορεί να εμπλακεί από αυτόματη μικροβιακή περιτονίτιδα
4. Το ηπατονεφρικό σύνδρομο
5. Η παλαιοσυστηματική (ηπατική) εγκεφαλοπάθεια
6. Η ανάπτυξη ηπατοκυττρικού καρκινώματος

4.1 ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Το ήπαρ του φυσιολογικού ενήλικου δέχεται 1500 ml αίματος ανά λεπτό . Περίπου τα 2/3 της ηπατικής αιματικής ροής και το μισό της παροχής οξυγόνου προσφέρεται από την πυλαία φλέβα. Το υπόλοιπο από την ηπατική αρτηρία . Φυσιολογικά η πίεση στην πυλαία φλέβα είναι αρκετά χαμηλή (10 - 15 cm στήλης φυσιολογικού ορού), επειδή η αγγειακή αντίσταση στα ηπατικά κολποειδή είναι επίσης χαμηλή . Η οζώδης αναγέννηση και η καταστροφή της λοβιακής αρχιτεκτονικής στο κίρρωτικό ήπαρ προκαλεί αύξηση στην αγγειακή αντίσταση του πυλαίου δέντρου και αύξηση της πυλαίας πίεσεως (πυλαία υπέρταση που οφείλεται στο εμπόδιο της αιματικής ροής).

Πυλαία υπέρταση ορίζεται η πίεση στην πυλαία φλέβα πάνω από 30 cm στήλης φυσιολογικού ορού, όταν μετρηθεί κατά την χειρουργική επέμβαση, η άμεση διαδερμική διηπατική πίεση της πυλαίας φλέβας μεγαλύτερη από 8 mmH₂ πάνω από την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και πίεση από ενσφήνωση στην ηπατική φλέβα, μεγαλύτερη από 4 mmH₂ πάνω από την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας.

Παθογένεια. Η πυλαία υπέρταση συνήθως προκύπτει από παρεμπόδιση της πυλαίας αιματικής ροής . Ανατομικά η παρακώληση μπορεί να συμβεί σε τρία επίπεδα : 1) στις ηπατικές φλέβες (σύνδρομο Budd - Chiari), 2) ενδοηπατικής (κίρρωση , μεταστατικοί όγκοι)

3) στην πυλαία φλέβα (θρόμβωση , διήθηση από όγκο). Η πυλαία υπέρταση μπορεί επίσης να προκύψει από αυξημένη αιματική ροή μέσω της πυλαίας, επί απουσίας αποφράξεως όπως στη μυελοειδή μεταπλάσια με μεγάλου βαθμού σπληνομεγαλία.

ΑΙΤΙΑ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- A.** Αυξημένη αντίσταση της ροής του αίματος
1. Στις ηπατικές φλέβες
Σύνδρομο Budd - Chiari
Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια
 2. Ενδοηπατικά
Κίρρωση (οποιασδήποτε αιτιολογίας)
Μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα
Κοκκιωματώδεις νόσοι
Συγγενής ηπατική ίνωση
Σχιστοσωμίαση
 3. Στην πυλαία φλέβα
Θρόμβωση από : σπυαιμία , τραύμα νεοπλάσματα.
- B.** Αυξημένη παροχή αίματος
Σύνδρομο τροπικής σπληνομεγαλίας
Ηπατοπυλαίο αρτηριοφλεβικό συρίγγιο
Μυελοϋπερπλασματικά νοσήματα.

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα κύρια κλινικά σημεία που μπορούν να οδηγήσουν στην αναγνώριση της πυλαίας υπέρτασης είναι :

1) Η ανάπτυξη εκτεταμένων πυλαιοσυστηματικών φλεβικών αναστομών με γαστρεντερική αιμοραγία , **2)** η εμφάνιση συμφορητικής σπληνομεγαλίας με υπερσπληνισμό , **3)** η αιφνίδια εμφάνιση (πυλαιο - συστηματικής) εγκεφαλοπάθειας και **4)** η ανάπτυξη ασκίτη.

Η ανάπτυξη παράπλευρων φλεβικών αναστομών μεταξύ της πυλαίας και της συστηματικής φλεβικής κυκλοφορίας είναι το χαρακτηριστικότερο επακόλουθο της πυλαίας υπερτάσεως. Τα σημεία όπου σχηματίζεται παράπλευρη κυκλοφορία είναι συνήθως τα αγγεία

του υποβλενογόνου, του οισοφάγου, του στομάχου του ορθού, τα αγγεία του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος και η αριστερή νεφρική φλέβα. Αν και οι αιμοροϊδες αιμοραγούν συχνά και οι κίρσοί του εντέρου ρήγνονται μερικές φορές, η μαζική αιμοραγία από κίρσους με λεπτό τοίχωμα στον ανώτατο στόμαχο και τον κατώτερο οισοφάγο είναι η σπουδαιότερη επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης.

Η σπληνομεγαλία είναι αποτέλεσμα παθητικής συμφορήσεως, ινώσεως ή σιδηρώσεως και εμφανίζεται στους περισσότερους ασθενείς με σημαντική ή από μακρού υπάρχουσα υπέρταση. Οι ασθενείς με πυλαία υπέρταση και εκτεταμένη πυλαιοσυστηματική διαφυγή μπορούν να εμφανίσουν προσβολές ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή ηπατικό κώμα. Τα επεισόδια αυτά συχνά προκαλούνται από αιμοραγία του γαστρεντερικού και μέτρια ή μεγάλη κατανάλωση πρωτεϊνών.

Ο ασκίτης δεν είναι εκδήλωση αποφράξεως ή άλλου τύπου προκολλοειδικής υπερτάσεως αλλά είναι συχνός σε πυλαία υπέρταση που συνοδεύει την κίρρωση ή την απόφραξη των ηπατικών φλεβών.

Διάγνωση. Η διάγνωση της πυλαίας υπερτάσεως βασίζεται συνήθως σε έμμεσες ενδείξεις όπως η ύπαρξη κίρσων οισοφάγου, κοιλιακών παράπλευρων φλεβών και ο υπερσπληνισμός ή ο ασκίτης σε ασθενείς με κίρρωση.

Θεραπεία

ΓΕΝΙΚΗ. Η εντατική θεραπεία των ασθενών με αλκοολική ηπατίτιδα, που προστίθεται σε έδαφος αλκοολικής κίρρωσεως, της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας και άλλων νοσημάτων του ήπατος μπορεί να οδηγήσει σε πτώση της πίεσης στην πυλαία και εξαφάνιση των κίρσων. Η πυλαία υπέρταση που είναι αποτέλεσμα εγκατεστημένης κίρρωσεως ή αποφράξεως της πυλαίας φλέβας δεν είναι αναστρέψιμη και η κίρσοραγία παραμένει ένας μεγάλος κίνδυνος.

Περισσότεροι από το 30% των ασθενών με κίρρωση του ήπατος και κίρσους εμφανίζουν μεγάλη αιμοραγία μέσα σε 5 χρόνια και έχουν γενική θνητότητα 60 - 80%. Παρά τις τεχνικές βελτίωσης στις χειρουργικές μεθόδους της αποσυμπιέσεως της πυλαίας φλέβας και των κίρσων, οι παρακάμψεις θα πρέπει να επιφυλάσσονται για ασθενείς που αιμοραγούν από κίρσους.

α. Αιμοραγία των κισμών του οισοφάγου

Τις περισσότερες φορές η αιμοραγία προέρχεται από κισμούς του οισοφάγου και αποτελεί συχνή και σοβαρή επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης με θνητότητα 30 - 60%. Το αίτιο που προκαλεί τη ρήξη των κισμών είναι άγνωστο. Η οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση και ο ασκίτης φαίνεται ότι δεν παίζουν σημαντικό ρόλο. Η αιμοραγία μπορεί να εκδηλωθεί ως αιματέμεση, αποβολή αίματος από το ορθό ή με οποιοδήποτε συνδυασμό αυτών των φαινομένων και είναι δυνατόν να προκαλέσει καταπληξία, να σταματήσει αυτόματα ή να υποτροπιάσει. Η ελάττωση της ηπατικής σύνδεσης παραγόντων της πήξης εξαιτίας της ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας και η θρομβοπενία εξαιτίας υπερσπληνισμού μπορούν να προκαλέσουν επιπλέον δυσκολίες στην αντιμετώπιση των κισμών του οισοφάγου.

Θεραπεία

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 ακόμα και αν απαιτείται μαζική μετάγγιση. Η διαπίστωση των κισμών του οισοφάγου, η εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και ο αποκλεισμός άλλων αιτιών γαστρεντερικής αιμορραγίας με την ενδοσκόπηση ή την ακτινογραφία είναι ζωτική.

Χορήγηση Αγγειοπρεσίνης. Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση της η αγγειοπρεσίνη (ορμόνη του οπισθίου λοβού της υπόφυσης) προκαλεί σύσπαση των σπλαχνικών αρτηριδίων και μείωση της ροής αίματος και της πίεσης στην πυλαία κυκλοφορία. Η αιμοραγία μπορεί να αντιμετωπισθεί με αυτόν το τρόπο αλλά στο 50% των περιπτώσεων υποτροπιάζει.

Επιπωματισμός με αεροδάλαμο. Η συμπίεση των κισμών με σωλήνα εφοδιασμένο με γαστρικό και οισοφαγικό αεροδάλαμο (σωλήνας Sengstaken - Beakmore) είναι αποτελεσματικό μέτρο επίσχεσης της αιμοραγίας. Δυστυχώς όμως μετά τη διακοπή του επιπωματισμού παρατηρείται μεγάλη επίπτωση υποτροπής της αιμοραγίας των κισμών.

Ενδοσκοπική σκληροθεραπεία. Κατά την ενδοσκόπηση μπορεί να γίνει έγχυση σκληρυντικών διαλυμάτων στους κισσούς. Η σκληροθεραπεία αποτελεί σήμερα δημοφιλή και αποτελεσματική μέθοδο επίσχεσης της οξείας αιμοραγίας, αλλά και πρόληψης της υποτροπής, διότι οι επανειλημμένες εγχύσεις σκληρυντικών ουσιών μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη των κισσών.

Χειρουργική πυλαιοσυστηματική εκτροπή. Η μείωση της πίεσης στην πυλαία κυκλοφορία μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες χειρουργικές μεθόδους. Με τις μεθόδους μη εκλεκτικής εκτροπής (π.χ. αναστόμωση πυλαίας - κάτω κοίλης « πυλαιοφλεβική ») μειώνεται η πίεση σε ολόκληρο το πυλαίο σύστημα, ενώ με τις επεμβάσεις εκλεκτικής εκτροπής (π.χ. την περιφερική σπληνονεφρική αναστόμωση) μειώνεται η πίεση μόνο στους κισσούς. Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι ουσιαστικά χαμηλότερα, όταν οι διαδικασίες χειρουργικής παράκαμψης εφαρμόζονται εκλεκτικά, παρά όταν εφαρμόζονται σε επείγουσα ανάγκη.

Τέλος έχει διαπιστωθεί ότι μείωση της πίεσης στην πυλαία προκαλεί και η προπραινολόλη (β - αποκλειστής), αλλά η χρησιμοποίησή της με σκοπό την πρόληψη της κισσοραγίας αμφισβητείται.

β. Σπληνομεγαλία

Η πυλαία υπέρταση οδηγεί συχνά σε εμφανή κλινική συμφορητική σπληνομεγαλία. Σε τέτοιες περιπτώσεις παρατηρούνται θρομβοπενία και λιγότερο συχνά, λευκοπενία εξαιτίας της παγίδευσης αιμοπεταλίων και λευκοκυττάρων στο διογκωμένο σπλήνα (υπερσπληνισμός).

4.2 ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η διαταραχή της λειτουργίας των ηπατικών κυττάρων κατά την κίρρωση εκδηλώνεται με ελάττωση της σύνθεσης πρωτεϊνών στο ήπαρ (υπολευκωματιναιμία, ελάττωση της σύνθεσης των παραγόντων της πήξης του αίματος) και ανεπάρκεια των φυσιολογικών αντιόξινων λειτουργιών του ήπατος. Η τελευταία διαταραχή είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση σημείων όπως αραχνοειδείς σπίλοι και συμβάλλει στην ανάπτυξη της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και των - όχι καλά γνωστών

- αιμοδυναμικών και ορμονικών διαταραχών που συντελούν στην ανάπτυξη του ασκίτη και του ηπατονεφρικού συνδρόμου.

4.3 ΑΣΚΙΤΗΣ

Ασκίτης ονομάζεται η συγκέντρωση μεγάλης ποσότητας υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Αν και το συχνότερο αίτιο του είναι η κίρρωση, ο ασκίτης μπορεί να οφείλεται και σε άλλες καταστάσεις. Νοσήματα περιτοναίου, υπολευκωματιναιμία, πυλαία υπέρταση και διάφορα άλλα αίτια (οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, παγκρεατικός ασκίτης, νοσήματα ωοθηκών, χολώδης ή χολικός ασκίτης).

Συνήθως το ασκίτικο υγρό της κίρρωσης του ήπατος είναι διίδρωμα (περιέχει πρωτεΐνη περισσότερη από 3 g / dl). Ο ασκίτης γίνεται κλινικά εμφανής όταν το υγρό που έχει συγκεντρωθεί ξεπερνά τα 500 ml.

Μηχανισμοί σχηματισμού του ασκίτη

Ο ασκίτης οφείλεται σε διαταραχές της ισοροπίας τοπικών και συστηματικών παραγόντων με συνέπεια την αύξηση της εξόδου υγρού από το χώρο των αγγείων προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι τοπικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση ασκίτη είναι:

1. Η πυλαία υπέρταση. Αύξηση στην πίεση της πυλαίας φλέβας δημιουργεί αύξηση της πίεσης στα τριχοειδή του εντέρου. Αυτό έχει σαν συνέπεια την απώλεια υγρού στο διάμεσο χώρο καθώς και περιορισμένη απώλεια πρωτεϊνών. Πρέπει να σημειωθεί ότι από μόνη της η πυλαία υπέρταση δεν αρκεί για το σχηματισμό ασκίτη.

2. Αυξημένη παραγωγή ηπατικής λέμφου. Από το ενδοθήλιο των ηπατικών κολποειδών και με μικρή αύξηση της πίεσης στους χώρους αυτούς μπορεί να περάσουν μεγάλες ποσότητες πρωτεϊνών. Έτσι στις περιπτώσεις όπου λόγω αυξημένης πίεσης στα ηπατικά κολποειδή υπάρχει απώλεια υγρού προς το διάμεσο χώρο περιέχονται και μεγάλες ποσότητες πρωτεϊνών. Το υγρό αυτό θα πρέπει να επιστρέφει μέσα από τα λεμφαγγεία. Επειδή όμως ο ρυθμός παραγωγής της λέμφου ξεπερνά το ρυθμό απομάκρυνσης της τότε αυτή συλλέγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Οι συστηματικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση ασκίτη είναι:

1. Η υπολευκωματιναιμία . Προκαλεί μείωση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης του πλάσματος και συνεπώς διευκολύνει την απώλεια υγρών από τον ενδοαγγειακό προς το διάμεσο χώρο.

2. Διαταραχές στη νεφρική λειτουργία. Για να σχηματιστεί ασκίτης πρέπει η απέκκριση ύδατος (H_2O) και Na^+ από τα νεφρά να είναι μικρότερη από την πρόσληψη. Η κατακράτηση αυτή ύδατος και Na^+ σε αρρώστους που πάσχουν από ασκίτη μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη νεφρική παροχή αίματος που προκύπτει από απώλεια υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Συνέπεια της υποογκαιμίας είναι η αύξηση της επαναρρόφησης Na^+ από τα νεφρικά σωληνάρια και η ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης - αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης (δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός)

Πρόσθετα όμως προκαλείται και έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης, έτσι ώστε τα απεκκρινόμενα ούρα αυτών των αρρώστων να είναι πυκνά και με χαμηλή συγκέντρωση Na^+ .

Θεραπεία

Η θεραπεία του ασκίτη συνίσταται στην αρχή σε κλινοστατισμό και περιορισμό της πρόσληψης νατρίου. Σε περίπτωση υπονατριαιμίας θα απαιτηθεί, ίσως, και περιορισμός της πρόσληψης υγρών. Συχνά ωστόσο τα μέτρα αυτά δεν επαρκούν. Αντίθετα πολλές φορές αποδεικνύεται αποτελεσματική η χορήγηση σπιρονολακτόνης (ανταγωνίζεται την αλδοστερόνη) σε συνδυασμό με κάποιο διουρητικό της αγκύλης (π.χ. φουροσεμίδη). Η διούρηση πάντως, πρέπει να προκαλείται με πολλή προσοχή, γιατί η επιθετική διουρητική αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε υποκαλιαιμία και σε ελάττωση του όγκου του πλάσματος με συνέπειες την ηπατική εγγεφαλοπάθεια και την ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας.

Πρόσφατα αποκτήθηκε εμπειρία παρακέντησης μεγάλου όγκου ασκίτικού υγρού (4 - 6L), για την αντιμετώπιση του συμπτωματικού ασκίτη όταν γίνεται αυτή είναι ασφαλέστερο να χορηγείται παράλληλα ενδοφλέβια λευκωματίνη σε δοσολογία 8-10 g/L αφαιρούμενου ασκίτικού υγρού, προκειμένου να προστατευθεί ο ενδοαγγειακός όγκος. Το παραπάνω μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε μέρα μέχρι να αφαιρεθεί μεγάλο μέρος του ασκίτη. Σε περιπτώσεις, που ο ασκίτης είναι εξαιρετικά επίμονος και δεν υποχωρεί με τα

συντηρητικά μέτρα μπορεί να βοηθήσει η χειρουργική παροχέτευση με πλαστικό σωλήνα της περιτοναϊκής κοιλότητας στην άνω κοίλη φλέβα. Αυτές οι περιτοναϊοφλεβικές παρακάμψεις είναι συχνά αποτελεσματικές αλλά έχουν και σημαντικό ποσοστό επιπλοκών :

α) διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη στο 65 % των ασθενών,

β) βακτηριδιακές λοιμώξεις στο 4-8 % ,

γ) συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια στο 2-4 %

δ) και αιμοραγία των κισσών λόγω αιφνίδιας αύξησης του ενδοαγγειακού όγκου.

Αυτόματη βακτηριδιακή περιτονίτιδα.

Αυτή εμφανίζεται σε κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη. Η παρουσία κοιλιακού πόνου, αυξανόμενου ασκίτη , πυρετού και προοδευτικής εγκεφαλοπάθειας πιθανολογεί την ανάπτυξη περιτονίτιδας, παρόλο το ότι τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια. Η παρακέντηση αποκαλύπτει ασκίτικό υγρό με αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων μεγαλύτερο από 500 mL και περισσότερα από 50 % πολυμορφοπύρνα. Οι καλλιέργειες του ασκίτικού υγρού δίνουν τα καλύτερα αποτελέσματα, 80-90 % θετικά.

Οι μικροοργανισμοί που ανευρίσκονται συχνά είναι το κολοβακτηρίδιο και πνευμονιόκοκκοι. Η θεραπεία συνίσταται στην ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών όπως η αμπικιλλίνη ή η κεφοτετάνη. Παρόλα αυτά όμως η θνητότητα της επιπλοκής αυτής είναι μεγάλη.

4.4 ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην κίρρωση του ήπατος. Στο σύνδρομο αυτό οι άρρωστοι με μη αντιρροπούμενη κίρρωση αναπτύσσουν λειτουργική νεφρική ανεπάρκεια ενώ οι νεφροί παθολογοανατομικά είναι φυσιολογικοί. Στους αρρώστους αυτούς η συγκέντρωση του νατρίου των ούρων είναι ασήμαντη και δεν παρατηρείται πρωτεϊνουρία.

Η ουρία του αίματος είναι αυξημένη καθώς και η κρεατινίνη. Πρόκειται δηλαδή για « προνεφρικού » τύπου ουραιμία. Το ηπατονεφρικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από ουραιμία και ολιγουρία.

Ο ασκίτης των αρρώστων αυτών δεν υποχωρεί στη διούρηση. Το NA^+ του ορού του αίματος είναι συνήθως λιγότερο από 120 mEq/l .

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

1. Αιμοραγία στο γαστρεντερικό σωλήνα. Προκαλείται μείωση ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας λόγω μείωσης του όγκου του αίματος.
2. Λοιμώξεις.
3. Αφαίρεση μεγάλης ποσότητας ασκίτικού υγρού.
4. Έντονη διούρηση.
5. Αυτόματα στο 1/3 των περιπτώσεων.

Παθογένεια

Το κυριότερο σύνδρομο είναι η ύπαρξη μειωμένης αιματικής ροής στα νεφρά. Η μείωση αυτή της αιματικής ροής στα νεφρά οφείλεται σε αύξηση της αντίστασης στα αγγεία των νεφρών. Η νεφρική αυτή αγγειοσύσπαση μπορεί να οφείλεται.

1. Σε μείωση του δραστικού όγκου του πλάσματος λόγω συγκέντρωσης του στα αγγεία των σπλάχνων.
2. Στην παρουσία ψεύδο - νευρομεταβιβαστών.
3. Στην αυξημένη παραγωγή αγγειοτενσίνης II λόγω αυξημένης έκκρισης ρενίνης από τα νεφρά.
4. Στην κυκλοφορία ενδοτοξινών

Στις περισσότερες περιπτώσεις η κλινική πορεία του συνδρόμου είναι ταχεία επιδείνωση της κλινικής εικόνας με τελική κατάληξη το θάνατο του αρρώστου από εγκεφαλοπάθεια ή άλλες εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας.

4.5 ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια που οδηγεί σε κώμα είναι ένα σύνδρομο νευροψυχιατρικών διαταραχών. Διαταραχών δηλαδή της

ψυχικής σφαίρας, της νευρομυϊκής λειτουργίας και του επιπέδου της συνείδησης που απαντούν σε αρρώστους με παθήσεις του ήπατος.

Εκδηλώσεις ηπατικής εγκεφαλοπάθειας

Τα σύνδρομα των νευροψυχιατρικών διαταραχών μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες :

- 1.** Νευροψυχιατρικές διαταραχές οξείας κεραυνοβόλου ηπατίτιδας. Στις περιπτώσεις αυτές η έναρξη είναι ταχεία και ο άρρωστος περνά πολύ γρήγορα από το λήθαργο στο κώμα.
- 2.** Νευροψυχιατρικές διαταραχές χρόνιας ηπατοπάθειας. Στις περιπτώσεις αυτές η εγκεφαλοπάθεια μπορεί να εκδηλωθεί είτε σαν οξεία διαταραχή με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής νευροψυχιατρικής λειτουργίας ή σαν χρόνια προοδευτική με ή χωρίς εξάρσεις, νευροψυχιατρική διαταραχή.

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Μια ποικιλία παραγόντων μπορεί να δημιουργήσουν νευροψυχιατρικές διαταραχές σε ένα άρρωστο με προϋπάρχουσα πάθηση του ήπατος.

Τέτοιοι παράγοντες είναι :

- 1.** Αιμοραγία στο γαστρεντερικό σωλήνα. Αυτή δρά είτε αυξάνοντας την παραγωγή NH_3 λόγω αυξημένης προσφοράς πρωτεϊνών στο γαστρεντερικό ή μειώνοντας την αιματική ροή του ήπατος. Το τελευταίο έχει σαν αποτέλεσμα μεγαλύτερη διαταραχή σε ένα ήπαρ που ήδη υπολειτουργεί.
- 2.** Λοιμώξεις. Στις καταστάσεις αυτές υπάρχει αυξημένος καταβολισμός πρωτεϊνών με αποτέλεσμα αυξημένη απελευθέρωση αρωματικών αμινοξέων, που λειτουργούν σαν τοξικοί μεταβολίτες.
- 3.** Υπέρβασης δόσης ηρεμιστικών φαρμάκων. Κανένα ηρεμιστικό δεν θεωρείται αβλαβές σε αρρώστους με ηπατική εγκεφαλοπάθεια.
- 4.** Ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η χρήση διουρητικών που γίνεται σε κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη μπορεί να οδηγήσει σε υποκαλιαιμία και αλκάλωση. Η υποκαλιαιμία αυξάνει την συγκέντρωση της NH_3 στη νεφρική φλέβα ενώ η αλκάλωση

παρεμποδίζει τη μετατροπή της NH_3 σε NH_4^+ που δύσκολα διαχέεται.

5. Αύξηση λευκόματος τροφής. Δρά αυξάνοντας την παραγωγή της NH_3 στο γαστρεντερικό με συνέπεια αυξημένη απορρόφηση και υπερπροσφορά NH_3 σε ένα ήπαρ που ήδη υπολειτουργεί.

Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα συνδιασμού πολλών παραγόντων. Η παθογένειά της είναι άγνωστη, αλλά αποδίδεται σε αδυναμία του ήπατος να απομακρύνει από την κυκλοφορία αζωτούχες, κυρίως, ενώσεις ή άλλες τοξικές ουσίες που προσλαμβάνονται ή που σχηματίζονται στο γαστρεντερικό σωλήνα. Η ανεπαρκής ηπατική απομάκρυνση αυτών των ουσιών οφείλεται τόσο στην ελάττωση της λειτουργίας των ηπατικών κυττάρων, όσο και στη εκτεταμένη εκτροπή αίματος από τα σπλάχνα κατευθείαν στη συστηματική κυκλοφορία, μέσα από πυλαιοσυστηματικές παράπλευρες φλέβες. Με τον τρόπο αυτό πιστεύεται ότι οι αζωτούχες και άλλες ουσίες που απορροφώνται, φτάνουν στο Κ.Ν.Σ. και προκαλούν διαταραχές της νευρονικής λειτουργίας.

Ιδιαίτερα υπεύθυνα για την πρόκληση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας θεωρείται η αμμωνία, που παράγεται κατά την απαμίνωση των αμινοξέων και κατά την υδρόλυση των αζωτούχων ενώσεων από τα μικρόβια του εντέρου. Άλλες ουσίες που προτείνονται ως νευροτοξικές είναι το γ-αμινοβουτιρικό οξύ οι μερκαπτάνες, και τα λιπαρά οξέα με βραχείες αλυσίδες. Οι μερκαπτάνες θεωρούνται επίσης υπεύθυνες για τη χαρακτηριστική οσμή (ηπατική απόπνοια) των ασθενών που έχουν χρόνια ηπατική ανεπάρκεια. Σύμφωνα με μια άλλη υπόθεση της παθογένεσης της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των αμινοξέων με πλάγιους αλυσίδες και των αρωματικών αμινοξέων του πλάσματος οδηγεί σε ελάττωση της σύνδεσης φυσιολογικών νευροδιαβιβαστών και σε σχηματισμό μεγάλων ποσοτήτων « ψευδών νευροδιαβιβαστών », από αμινοξέα, μέσα στο Κ.Ν.Σ.

Κλινική εικόνα

Τα κλινικά γνωρίσματα της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνουν διαταραχές των ανώτερων νευρικών λειτουργιών

διαταραχές της νόησης και της προσωπικότητας, άνοια, ανικανότητα αντιγραφής απλών σχημάτων, διαταραχές της συνείδησης) της νευρομυϊκής λειτουργίας (πτερυγοειδή τρόμο, αύξηση των αντανακλαστικών, κλόνο των μυών), και σπάνια, ένα παρκινσονοειδές σύνδρομο και προϊούσα παραπληγία. Συνήθως η ηπατική εγκεφαλοπάθεια διαιρείται σε στάδια ανάλογα με την βαρύτητα της. Πολλοί κίρρωτικοί ασθενείς, ωστόσο, είναι δυνατόν να παρουσιάσουν μόνο ελαφρές διαταραχές της μυχοκινητικής λειτουργίας, ενώ η συμβατική νευρολογική τους εξέταση αποβαίνει αρνητική.

Η διαφορική διάγνωση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνει την υπογλυκαιμία, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα, τη μηνιγγίτιδα και τη λήψη μεγάλης ποσότητας κατευναστικών φαρμάκων. Όλες αυτές οι καταστάσεις παρατηρούνται συχνά σε ηπατοπαθείς, ιδιαίτερα αλκοολικούς, ασθενείς.

Θεραπεία

Βάση της θεραπείας της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας αποτελούν οι εξής 4 απλές αρχές.

1. Διαπίστωση και αντιμετώπιση των εκλυτικών παραγόντων. Η γαστρεντερική αιμοραγία και η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών αυξάνουν το υπόστρωμα της μικροβιακής ή μεταβολικής παραγωγής ουσιών που προκαλούν εγκεφαλοπάθεια. Για το λόγο αυτό η αιμοραγία του γαστρεντερικού θα πρέπει να ελέγχεται και να καθαρίζεται η γαστρεντερική οδός από το αίμα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χορήγηση 120 mL κίτρικου μαγνησίου από το στόμα ή το ρινογαστρικό σωλήνα, κάθε 3 - 4 ώρες, μέχρι τα κόπρανα να είναι ελεύθερα μακροσκοπικού αίματος.

Οι επιρρεπείς εξάλλου ασθενείς, στην ανάπτυξη ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. των οποίων η χρήση πρέπει να αποφεύγεται.

2. Μείωση και εξάλειψη του υποστρώματος παραγωγής αζωτούχων ενώσεων. α) Διαιτητικός περιορισμός των πρωτεϊνών. Στους ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα δεν πρέπει να χορηγούνται πρωτεΐνες, αλλά και σε περιπτώσεις ελαφράς εγκεφαλοπάθειας ο περιορισμός πρωτεϊνών στα 40 - 60 g την ημέρα μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμος.

3. Μείωση των μικροβίων του παχέος εντέρου . Η χορήγηση νεομυκίνης από το στόμα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των μικροβίων τα οποία παράγουν αμμωνία και αζωτούχες ενώσεις.

4. Παρεμπόδιση της διάχυσης της αμμωνίας από το έντερο. Πραγματοποιείται με τη χορήγηση λακτουλόζης, ενός δυσακχαρίτη που δεν απορροφάται. Η ζύμωση της λακτουλόζης από τα μικρόβια του παχέος εντέρου συνεπάγεται το σχηματισμό οργανικών οξέων τα οποία μειώνουν το ΡΗ των κοπράνων με αποτέλεσμα την παγίδευση της αμμωνίας στο παχύ έντερο με τη μορφή ιόντων αμμωνίου (NH_4^+) τα οποία δεν διαχέονται. Το όξινο ΡΗ που προκαλείται από τη λακτουλόζη αναστέλλει επίσης τον καταβολισμό των αμινοξέων, των πρωτεϊνών και του αίματος.

4.6 ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Τα νεοπλάσματα του ήπατος προέρχονται είτε από τα ηπατικά παρεγχυματικά κύτταρα είτε από τους χοληφόρους πόρους. Το νεόπλασμα που προέρχεται από τα παρεγχυματικά κύτταρα ονομάζεται ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ αυτό που προέρχεται από τα κύτταρα των πόρων ονομάζεται χολαγγειοκαρκίνωμα.

Τα ηπατοκυτταρικά καρκινώματα σχετίζονται γενικά με κίρρωση και ιδιαίτερα με ηπατίτιδα β. Σ' όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στην Αφρική και την Ασία, η ηπατίτιδα β έχει κύρια αιτιολογική σημασία. Άλλοι συσχετισμοί είναι η αιμοχρωμάτωση και η αλκοολική ηπατοπάθεια, η τελευταία με χαμηλότερη επίπτωση αλλά με μεγαλύτερο αριθμό συνολικών περιπτώσεων.

Ιστολογικά το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελείται από ταινίες ή στρώματα κυττάρων που μοιάζουν αδρά με ηπατικό παρέγχυμα ή σχετίζεται με δεσμοπλαστική αντίδραση. Στην περίπτωση χολαγγειοκαρκινώματος παρατηρείται ινώδες υπόστρωμα ή ιστός που περιλαμβάνει σχηματισμούς που μοιάζουν με τα χοληφόρα. Τα αιμοφόρα αγγεία συνήθως διηθούνται από τον όγκο.

Η παρουσία ηπατοκυτταρικού καρκινώματος μπορεί να περάσει απαρατήρητη, μέχρι την εμφάνιση επιδείνωση της κατάστασης κίρρωτικού ασθενούς, που προηγούμενα ήταν σταθερή. Συνοδά συμπτώματα είναι η εμφάνιση καχεξίας, αισθήματος αδυναμίας και απώλειας βάρους. Η αιφνίδια εμφάνιση ασκίτη που μπορεί να είναι

αιμοραγικός, υπωδηλώνει θρόμβωση πυλαίας ή ηπατικής φλέβας από τον όγκο ή αιμοραγία από το νεφρωτικό όγκο. Σε ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα β ή σε χρόνια φορέα του HB sAg πρέπει να γίνεται συστηματική παρακολούθηση για πιθανή ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

Η φυσική εξέταση είναι θετική για ευαίσθητο διογκωμένο ήπαρ και μερικές φορές ψηλαφάται μάζα. Στην ακρόαση μπορεί να αποκαλυφθεί φύσημα πάνω από τον όγκο ή μπορεί να ακουστεί ήχος τριβής, όταν η εξεργασία εκτείνεται μέχρι την επιφάνεια του ήπατος.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να αποκαλύψουν λευκωκυττάρωση. Μπορεί να ανευρεθεί φυσιολογικός ή αυξημένος αιματοκρίτης, λόγω παραγωγής ερυθροποιητίνης από τον όγκο. Συχνό εύρημα είναι η αιφνίδια και σταθερή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού σε ασθενή που προηγουμένα ήταν σταθερός. Το αντιγόνο επιφάνειας της ηπατίτιδας β παρατηρείται σε περισσότερες από το 50% των περιπτώσεων. Η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη ανιχνεύεται στο 30 - 50% των ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Η κυτταρολογική μελέτη του ασκίτικού υγρού μπορεί να αποκαλύψει κακοήδη κύτταρα. Στην παρακολούθηση φαίνεται ότι βοηθάει η προσεκτική υπερηχογραφική εξέταση του ήπατος.

Η αρτηριογραφία είναι συχνά διαγνωστική και αποκαλύπτει μια ερυθρότητα του νεοπλάσματος, που ανικανοπτίζει την υψηλής αγγείωσης φύση του νεοπλάσματος.

Η διαδερμική ηπατική βιοψία μπορεί να είναι διαγνωστική ιδιαίτερα όταν η βιοψία ληφθεί από περιοχή ενός ψηλαφητού όγκου ή μάζας που εντοπίζεται με την υπερηχογραφία ή την αξονική τομογραφία.

Πορεία και θεραπεία

Η πορεία της νόσου είναι συνήθως ταχεία και οδηγεί στο θάνατο. Οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν μέσα σε 3 - 6 μήνες, από αιμοραγία του γαστρεντερικού, προοδευτική καχεξία ή ηπατική ανεπάρκεια. Η προσπάθεια χειρουργικής εκτομής είναι συνήθως άκαρπη, όταν υπάρχει συγχρόνως κίρρωση και όταν το νεόπλασμα είναι πολυεστιακό. Η χειρουργική εκτομή μονήρους ηπατοκυτταρικού καρκινώματος μπορεί να συμβάλλει στη θεραπεία, αν το μη προσβεβλημένο ήπαρ είναι φυσιολογικό. Η χημειοθεραπεία δεν έχει

αποδειχτεί ότι παρατείνει τη ζωή. Η μεταμόσχευση ήπατος έχει δοκιμασθεί στη θεραπεία του καρκίνου του ήπατος, αλλά η υποτροπή του όγκου και η συχνή εμφάνιση μεταστάσεων μετά τη μεταμόσχευση περιόρισαν τη χρήση της μεθόδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΠΕΜΠΤΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της κίρρωσης του ήπατος μπορεί να ταξινομηθούν σε :

- A.** Βιοχημικές δοκιμασίες που ελέγχουν τη λειτουργικότητα του ήπατος.
- B.** Ακτινολογικές εξετάσεις
- Γ.** Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι

A. ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

5.1 ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ

Δοκιμασία γαλακτόζης. Η δοκιμασία αυτή γίνεται για μέτρηση της ικανότητας του ήπατος να μετατρέπει τη γαλακτόζη σε γλυκογόνο. Χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια μετρημένη ποσότητα γαλακτόζης. Για την από το στόμα χορήγηση, ο άρρωστος μένει νηστικός μετά τα μεσάνυχτα. Το πρωί ουρεί και του χορηγείται γαλακτόζη με βάση το βάρος του σώματος. Παίρνονται ωριαία δείγματα ούρων επί 5 ώρες. Απέκκριση γαλακτόζης πάνω από 3g είναι ενδεικτική ηπατικής πάθησης. Στην ενδοφλέβια χορήγηση δίνονται 3mg γαλακτόζης ανά kg βάρους σώματος και παίρνονται δείγματα αίματος μετά από 15 και 45min. Στο αίμα πρέπει να υπάρχει λιγότερη από 5mg/100ml γαλακτόζης μετά από 75min.

5.2 ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ

Ουρία . Σε παθήσεις του ήπατος παρατηρείται μείωση στα επίπεδα της ουρίας του αίματος. Πτώση των επιπέδων ουρίας προς το μηδέν αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο.

Αμμωνία. Τα επίπεδα της αμμωνίας του αίματος μπορεί να αυξηθούν σε κίρρωση του ήπατος με παράπλευρη κυκλοφορία. Η αύξηση αυτή της αμμωνίας παρατηρείται εξαιτίας της αδυναμίας του ήπατος να μετατρέπει την αμμωνία σε ουρία.

Φ.Τ. αμμωνίας : 20-50mg αζώτου αμμωνίας / 100 ml αίματος.

Πρωτείνες ορού. Η μέτρηση των πρωτεϊνών του ορού και ο λόγος λευκωματίνες / σφαιρίνες (Λ / Σ) δείχνουν την ικανότητα του ήπατος να συνδέει πρωτείνες . Υπολευκωματιναιμία παρατηρείται κυρίως σε κίρρωση, χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και κακοήθειες του ήπατος.

Πρωτείνες, ορού, ολικές: Φ.Τ. = 5,5 - 8 g/ml

Προδρομβίνη πλάσματος. Το ήπαρ είναι πηγή της προδρομβίνης του αίματος. Για τη σύνθεσή της είναι αναγκαία η λιποδιάλυτη βιταμίνη κ, για την απορρόφηση της οποίας είναι απαραίτητη η παρουσία χολής το έντερο. Υποδρομβιναιμία παρατηρείται στις ηπατίτιδες είτε από ατελή σύνθεση της προδρομβίνης, λόγω βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος, είτε από κακή απορρόφηση της βιταμίνης κ, εξαιτίας αποφράξεως των χοληφόρων οδών και αναστολής της ροής στο έντερο. Η υποδρομβιναιμία μπορεί να διαπιστωθεί εργαστηριακά με παράταση του χρόνου προδρομβίνης και του χρόνου μερικής δρομβοπλαστίνης.

Ο χρόνος προδρομβίνης ελέγχει την εξωγενή και κοινή οδό, δηλαδή τους παράγοντες i, ii, v, vii, x. Αντίθετα ο χρόνος μερικής δρομβοπλαστίνης ελέγχει την ενδογενή και κοινή οδό της πήξης του αίματος. Δηλαδή τους παράγοντες i, ii, v, viii, ix, x, xi, xii. Ο χρόνος προδρομβίνης καθορίζεται από το χρόνο που χρειάζεται για να πήξει το πλάσμα του εξεταζόμενου αρρώστου μέσα σε σωληνάρια με θερμοκρασία 37 C όταν σ' αυτό προστεθεί μια ορισμένη ποσότητα δρομβοπλαστίνης και ασβεστίου.

Φ.Τ. χρόνου προδρομβίνης: 12'

5.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΚΚΡΙΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Έλεγχος μεταβολισμού της χολερυδρίνης

Οποιαδήποτε διαταραχή του μεταβολισμού της χολερυδρίνης εκφράζεται εργαστηριακά με αύξηση των επιπέδων της ολικής χολερυδρίνης (Φ.Τ. : 0,3 - 1,0 mg /100ml). Για παράδειγμα στις αιμολυτικές καταστάσεις, επειδή υπάρχει υπερπαραγωγή μη συνδεδεμένης χολερυδρίνης, το ήπαρ δεν μπορεί πάντοτε να δεσμεύσει ολόκληρη την ποσότητα της χολερυδρίνης . Η μέγιστη δεσμευτική ικανότητα του ήπατος σε χολερυδρίνη είναι 450 mg την ημέρα.

Για τον προσδιορισμό της χολερυθρίνης η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι η αντίδραση **Van den Bergh**. Σ' αυτή την αντίδραση η χολερυθρίνη ενώνεται με σουλφανιλικό οξύ και σχηματίζει ένα ερυθρόχρουν προϊόν. η ποσότητα αυτού μετρείται φασματοφωτομετρικά. Από τους δύο τύπους χολερυθρίνης η συνδεδεμένη αντιδρά αμέσως με το σουλφανιλικό οξύ (**άμεση αντίδραση Van den Bergh**). Η μη συνδεδεμένη, όμως, χολερυθρίνη χρειάζεται την παρουσία κάποιου διαλύτη (μεθανόλη ή αιθανόλη) που θα δράσει σαν επιταχυντής της αντίδρασης (**έμμεση αντίδραση Van den Bergh**). Επομένως η έμμεση αντίδραση Van den Bergh μετράει ολική χολερυθρίνη ενώ η άμεση αντίδραση Van den Bergh μετράει συνδεδεμένη χολερυθρίνη. Η αξία της μέτρησης της χολερυθρίνης του ορού του αίματος συνίσταται στον ποσοτικό προσδιορισμό του ίκτερου.

Χολερυθρίνη, άμεση, ορού ΦΤ.: 0,1- 0,3 mg/100ml

Χολερυθρίνη, έμμεση, ορού ΦΤ.: 0,2- 0,7 mg/100ml.

Δοκιμασία βρωμοσουλφοφθαλείνης (B.S.P.)

Η βρωμοσουλφοφθαλείνη είναι χρωστική που μεταβολίζεται στο ήπαρ με τον ίδιο τρόπο όπως η χολερυθρίνη. Για να ελέγξουμε την εκκριτική ικανότητα του ήπατος με τη χρωστική αυτή, όπως και με άλλες παρόμοιες, θα πρέπει να χορηγήσουμε τέτοια δόση που να μην υπερβαίνει την μέγιστη δεσμευτική ικανότητα του ήπατος.

Η δοκιμασία γίνεται ως εξής: χορηγούνται σε βραδεία (5 min) ενδοφλέβια έγχυση 5 mg /kg βάρους σώματος χρωστικής και ακολουθεί λήψη αίματος από το αντίθετο χέρι σε χρονικά διαστήματα 30 λεπτά και 45 λεπτά μετά την χορήγηση. Σε φυσιολογικά άτομα η κατακράτηση της χρωστικής στα 30' είναι 0-10% ενώ στα 45' είναι 0-3 %. Η δοκιμασία χρησιμοποιείται για να ελέγξει την ηπατική δυσλειτουργία όταν δεν υπάρχει ίκτερος. Σήμερα η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται συχνά γιατί είναι ακριβή και έχει παρενέργειες (θρομβοφλεβίτιδες, αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις).

Δοκιμασία πράσινου της ινδοκυανίνης

Η ινδοκυανίνη είναι χρωστική που εκκρίνεται ταχύτατα από το ήπαρ χωρίς να συνδέεται. Η χρωστική αυτή είναι ελεύθερη από παρενέργειες, γι' αυτό και σήμερα είναι η δοκιμασία που χρησιμοποιείται πιο συχνά σε αντικατάσταση της B.S.P. για τον έλεγχο της εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος.

Η **δοκιμασία ερυθρού της Βεγγάλης** χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν για έλεγχο της εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος καθώς και για τον έλεγχο χολόστασης. Επειδή όμως το rose bengal συνδέεται μόνο I³¹ που δίνει μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας σήμερα έχει αντικατασταθεί από άλλες ουσίες που συνδέονται με ⁹⁹Tc.

5.4 ΕΛΕΓΧΟΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Μέτρηση τρανσαμινασών

Οι τρανσαμινάσες είναι τα ένζυμα που χρησιμοποιούνται συχνότερα σαν δείκτες ηπατοκυτταρικής βλάβης. Απ' αυτές η πυροσταφυλική τρανσαμινάση (SGPT) ανευρίσκεται στο κυτταρόπλασμα του ηπατοκυττάρου ενώ η οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) ανευρίσκεται στο κυτταρόπλασμα και στα μιτοχόνδρια του ηπατοκυττάρου. Εκτός από το ήπαρ η GOT ανευρίσκεται στην καρδιά, τους σκελετικούς μυς, τα νεφρά και σε μικρότερες ποσότητες στο πάγκρεας, το σπλήνα τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο και τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Ενώ η SGPT ανευρίσκεται κυρίως στο ήπαρ και σε μικρότερες ποσότητες στην καρδιά και τους σκελετικούς μυς. Αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών παρατηρούνται σε οξεία ηπατοκυτταρική καταστροφή, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, χρόνιες ηπατικές παθήσεις και σε χολοστάσεις.

Από τις δύο τρανσαμινάσες η πυροσταφυλική GPT φαίνεται ότι είναι πιο ευαίσθητη και ειδική για έλεγχο οξείας ηπατοκυτταρικής καταστροφής.

SGPT	ΦΤ.	10 - 40	μονάδες	karmen/ml	1/8	3 - 26	u/l	
SGOT	»	»	»	»	»	»	6 - 18	u/l

5.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗΣ

α. Αλκαλική φωσφατάση. Είναι ομάδα ενζύμων που ανευρίσκονται στο ήπαρ και τα χοληφόρα καθώς και σε άλλους ιστούς όπως : οστά, εντερικό βλεννογόνο, νεφρά, πλακούντα και λευκά αιμοσφαίρια. Η μέτρηση των ισοενζύμων της αλκαλικής φωσφατάσης είναι αρκετά χρήσιμη στη διάγνωση των αποφρακτικών παθήσεων των χοληφόρων. Φυσιολογικά τα μετρούμενα επίπεδα στο αίμα αλκαλικής φωσφατάσης οφείλονται στα ισοένζυμα του ήπατος και των οστών. Σε καταστάσεις όπου παραλύεται η ροή της χολής στα χοληφόρα παρατηρείται αυξημένη σύνθεση αλκαλικής φωσφατάσης.

Φ.Τ.: ενήλικες 2-5 μονάδες Bodansky.

παιδιά 3-13 » » » »

β. S - Νοκκλεοτιδάση. Είναι ένζυμο που υπάρχει σε αρκετούς ιστούς του σώματος (ήπαρ, χοληφόρα, αορτή, πάγκρεας). Χαρακτηριστικά όμως αυξημένα επίπεδα του ενζύμου βρίσκονται σε παθήσεις του ήπατος και ιδίως σε χολοστάσεις

Φ.Τ.: 0,3 - 2,6 μονάδες Bodansky/100 ml.

γ. γ - γλουταμυλ - τρανσπεπτιδάση (γ GT) ή γ - γλουταμυλ - τρανσφεράση. Η μέτρηση του ενζύμου αυτού χρησιμοποιείται συχνά σαν συμπλήρωμα της μέτρησης της αλκαλικής φωσφατάσης σε παθήσεις του ήπατος και των χοληφόρων. Αυξημένα επίπεδα του ενζύμου ανευρίσκονται σε παθήσεις ήπατος χοληφόρων και του παγκρέατος. Πιθανολογείται ότι η αύξηση του ενζύμου αυτού στον ορό οφείλεται σε αυξημένη σύνθεση. Μετρήσεις του ενζύμου αυτού στον ορό του αίματος έχουν αξία σε αλκοολικούς όπου αποδείχθει ότι είναι πιο ευαίσθητος και ειδικός δείκτης απ' ότι οι μετρήσεις άλλων ενζύμων.

B) 5.6 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. **Ακτινογραφίες του γαστρεντερικού σωλήνα** με τη χρήση ακτινοσκιερών ουσιών (βάριο γαστρογραφίνη).
2. **Απλή ακτινογραφία κοιλίας :** μπορεί να παρατηρηθούν ασβεστώσεις ήπατος.
3. **Αγγειογραφικός έλεγχος.**

- α. Εκλεκτική αρτηριογραφία ηπατικής αρτηρίας
- β. Αγγειογραφία κάτω κοίλης φλέβας
- γ. Αγγειογραφία πυλαίας φλέβας.

4. Ραδιο - ισοτοπική απεικόνιση ήπατος (Scanning ήπατος)

Μας πληροφορεί για το σχήμα, το μέγεθος, την λειτουργία, την ύπαρξη ενδογενούς ή εξωγενούς όγκου ή κύστης. Επιτυγχάνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση μιας ουσίας (Η Ι Ρ Α), που είναι συσκευασμένη με Technitium (τεχνητό) 99 m. Με τη σκιαγράφιση του ήπατος μελετώνται η τυχόν υπάρχουσα χωροκακτιτική (όγκος) εξεργασία, ή το απόστημα, ή κύστη και τα εξωηπατικά χολαγγεία.

5. **Υπερηχοτομογραφική απεικόνιση ήπατος** Αυτό επιτυγχάνεται με ηχητικά κύματα, που εκπέμπονται από μια εστία και αντανακλούν ποικιλότητα από τους διάφορους ιστούς. Είναι πολύ χρήσιμη και ακίνδυνη μέθοδος στη διάγνωση παθήσεως της κοιλιάς. Στο υπερηχογράφημα διαπιστώνεται :

- α. Οι χλωροκατακτιτικές εξεργασίες του ήπατος (όγκος, κύστη, απόστημα).
- β. Η ύπαρξη ασκίτη.
- γ. Η πυλαία υπέρταση.
- δ. Η θέση και η αιτία της απόφραξης.
- ε. Η χολοληθίαση ή χοληδοχολιθίαση.

6. **Αξονική τομογραφία ήπατος** . Η αξονική τομογραφία βασίζεται στην επεξεργασία των στοιχείων που καταγράφονται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, μετά από λήψη με ακτίνες Roentgen εγκάρσιων διατομών του σώματος. Αποτελεί σημαντική πρόοδο στη διάγνωση διαφόρων παθήσεων του ανθρώπινου σώματος. Χρησιμοποιείται στην έρευνα των παθήσεων του ήπατος και των χοληφόρων ιδίως για τη διαπίστωση χωροκατακτιτικών εξεργασιών.

Γ) 5.7 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. **Βιοψία ήπατος** : Η βιοψία του ήπατος είναι εξαιρετικά χρήσιμη μέθοδος στη διάγνωση διαφόρων παθήσεων του ήπατος.

Ενδείξεις βιογίας ήπατος

- α. Ανεξήγητη ηπατομεγαλία ή σπληνομεγαλία.
- β. Επίμονες βιοχημικές διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας.
- γ. Ίκτερος άγνωστης αιτιολογίας.
- δ. Υπογία συστηματικής ή διηθητικής νόσου του ήπατος (π.χ. φυματίωση, σαρκοείδωση).
- ε. Υπογία πρωτοπαθούς ή μεταστατικού όγκου του ήπατος.
- στ. Κίρρωση του ήπατος.

Αντενδείξεις βιογίας του ήπατος .

- α. Μη συνεργάσιμος ασθενής.
- β. Διαταραχές ηκτικότητας του αίματος.
- γ. Τοπικές λοιμώξεις.
- δ. Βαριά αναιμία.
- ε. Ασκήτης με πίεση.
- στ. Υπογία εχινόκοκκου κύστης ή αιμαγγειώματος.
- ζ. Έλλειψη αρκετής ποσότητας συμβατού αίματος για την περίπτωση της αιμοραγίας.

Θνησιμότητα : ο μέσος όρος θανάτων από βιογία ήπατος είναι 1,5 σε κάθε 10.000 βιογία.

Νοσηλευτική παρέμβαση στη βιογία του ήπατος

Αντικείμενα βιογίας .

- 1. Αποστειρωμένος δίσκος (set) που περιέχει:
 - α. Ειδικές βελόνες βιογίας ήπατος (silverman)
 - β. Σύριγγα record για αναρρόφηση
 - γ. Σύριγγα 5 ml για τοπική αναισθησία και βελόνες
 - δ. Καγάκι για το αντισηπτικό
 - ε. Μαχαιρίδιο
 - στ Σχιστό και τετράγωνο
 - ζ. Τολύπια γάζας και γάζες αποστειρωμένες
 - η. Λαβίδες (kosuer και αντομική)
- 2. Τοπικό αναισθητικό.
- 3. Αντισηπτικό.
- 4. Ισότονο διάλυμα χλωριούχου Νατρίου.
- 5. Φιαλίδιο με διάλυμα φορμόλης 5% ή αντικειμενοφόρες πλάκες.

Διαδικασία

- Φάση προετοιμασίας
- Επαλήθευση ότι ο άρρωστος έκανε εξετάσεις αίματος για χρόνο προδρομίνης, γενική, χρόνο ροής και πήξης, ελέγχοντας το φακελό του. Η βιογία αντενδείκνυται όταν υπάρχει αιμοραγική διάθεση.
- Επιβεβαίωση ότι υπάρχει διαδέσιμο συμβατό αίμα, αφού οι άρρωστοι αυτοί έχουν διαταραχές πήκτικότητας.
- Μέτρηση και αναγραφή σφυγμού, αναπνοής και Α.Π. αμέσως πριν την εξέταση, για να υπάρχει μια βασική γραμμή σύγκρισης με την μεταβιομική κατάσταση του αρρώστου.
- Εξηγούμε τα βήματα της διαδικασίας στον άρρωστο και τι πρέπει να κάνει ώστε να μειώσουμε το φόβο του και να εξασφαλίσουμε τη συνεργασία του.
- Χορηγούμε κατευναστικά ή αναλγητικά φάρμακα με ιατρική εντολή.
- Δε χορηγούμε υγρά ή τροφή στον άρρωστο για 4 - 8 ώρες πριν από την εξέταση.
- Οι άρρωστοι μπορούν να πάρουν τα φάρμακα που τους χορηγούνται κανονικά.

Φάση εκτέλεσης.

1. Τοποθετούμε 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. Αποκαλύπτουμε την άνω κολία ώστε να είναι έτοιμη για αντισηψία του δέρματος και τοπική αναισθησία. Για την καλύτερη αποκάλυψη και ασφάλεια του αρρώστου το δεξιό υποχόνδριο ετοιμάζεται όπως και σε μια χειρουργική επέμβαση για ελαχιστοποίηση του κινδύνου μόλυνσης.
3. Καθορίζουμε το σημείο βιογίας - 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 μεσοπλεύριων ιστών και της ηπατικής κάψας.
5. Ο γιατρός αφού κάνει τομή του δέρματος εισάγει τη βελόνη στο μεσοπλεύριο διάστημα όχι όμως μέσα στο ήπαρ.

6. Λέμε στον άρρωστο να εισπνεύσει βαθιά 3-4 φορές και μετά την τελευταία εκπνοή να κρατήσει την αναπνοή του. Με το τρόπο αυτό ακινητοποιείται το θωρακικό τοίχωμα και το διάφραγμα και το ήπαρ έρχονται στην υψηλότερη θέση τους. Έτσι εξασφαλίζονται δύο πράγματα :

1. η εισαγωγή της βελόνης μέσα στο ηπατικό ιστό και
 2. η μείωση του τραύματος που δημιουργεί η βελόνη στο διάφραγμα και το ήπαρ στο ελάχιστο.
7. Ο χειρουργός εισάγει γρήγορα την βελόνη μέσα στο ήπαρ, αναρροφά ιστό και την αποσύρει.
8. Αμέσως μετά την απομάκρυνση της βελόνας πληροφορούμε τον άρρωστο ότι μπορεί να αναπνέει κανονικά. Η εισαγωγή, η αναρρόφηση και η έξοδος της βελόνας διαρκεί 10 δευτερόλεπτα.
9. Τοποθετούμε στην τομή αποστειρωμένη γάζα.

Φάση παρακολούθησης

1. Μετά την βιογία βοηθούμε τον άρρωστο να γυρίσει προς τα δεξιά. Τοποθετούμε ένα μαξιλάρι κάτω από τον κατώτερο θωρακικό κλωβό και συμβουλεύουμε τον άρρωστο να παραμείνει ήσυχος στη θέση αυτή για 2 - 4 ώρες. Συμπιέζοντας το ήπαρ στο θωρακικό τοίχωμα κοντά στο σημείο βιογίας προλαμβάνεται η αιμορραγία και η χημική περιτονίτιδα.
2. Διατηρούμε τον άρρωστο στο κρεβάτι για 24 ώρες
3. Μετράμε και αναγράφουμε τη συχνότητα του σφυγμού και της αναπνοής καθώς και την αρτηριακή πίεση του αρρώστου κάθε 15-30 λεπτά της πρώτες 4 ώρες και κάθε 4 ώρες τις επόμενες 48. Επίσης παρακολουθούμε τον άρρωστο για εκδήλωση κοιλιακού πόνου. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι άγρυπνος για σημεία που δείχνουν πιθανές επιπλοκές της βιογίας : αιμορραγία και χολοπεριτονίτιδα.
4. Δε χορηγούμε στον άρρωστο τίποτα μέχρι τα ζωτικά σημεία να σταθεροποιήδουν. Μετά χορηγούμε την δίαιτα που ανέχεται.

2. Λαπαροσκόπηση

Κατά την λαπαροσκόπηση εισάγεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ενδοσκόπιο από τομή 3 - 4 εκ. του μέτρου στη μέση

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

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

3. Η οισοφαγοσκόπηση

Είναι η άμεση επισκόπηση του οισοφάγου που ελέγχει τον περισταλτισμό του, τη φύση του βλενογόνου του, τα τυχόν εγκολπώματα ή άλλες εξεργασίες που υπάρχουν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται για τη διαπίστωση ρήξης κισσών οισοφάγου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει εξήγηση για το τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση. Ο ασθενής δεν πρέπει να πάρει τροφή ή υγρά από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα για να αποφύγει τους εμετούς κατά την διάρκεια της εξέτασης.

Αφαιρούνται οι ξένες οδοντοστοιχίες. Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν την εξέταση. Σε αγχώδεις αρρώστους μια ώρα πριν την εξέταση χορηγούνται κατευναστικά ή ηρεμιστικά σύμφωνα με οδηγίες του γιατρού. Χορηγείται ατροπίνη μισή ώρα πριν την οισοφαγοσκόπηση για τη μείωση των εκκρίσεων. Ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.

Δέκα λεπτά πριν την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου ο γιατρός κάνει τοπική αναισθησία στο στοματοφάρυγγα με γεκασμό τοπικού αναισθητικού για την κατάργηση του φαρυγγικού αντανακλαστικού, και τη μείωση της δυσφορίας του αρρώστου από την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου. Το οισοφαγοσκόπιο εισάγεται ενώ αναπνέει ο ασθενής. Δίπλα του υπάρχει πάντα ένα νεφροειδές που θα χρειαστεί σε περίπτωση εμετού.

Η θέση του αρρώστου κατά την διάρκεια της εξέτασης αλλάζει για την καλύτερη ορατότητα των ιστών. Μετά την εξέταση ο ασθενής μεταφέρεται στο θαλαμό του. Απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεά τροφή από το στόμα για 2 - 4 ώρες μέχρι να επιστρέψει το φαρυγγικό αντανακλαστικό. Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα μέχρι να σταθεροποιηθούν.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΕΚΤΟ

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Πηγές πληροφοριών :
 - α) Ο άρρωστος
 - β) Οι συγγενείς του
 - γ) Άλλα άτομα του περιβαλλοντός του
 - δ) Ιατρικά και νοσηλευτικά δελτία
2. Ιστορικό υγείας
 - α) Γενικευμένη αδυναμία, ατονία και έκδηλη κόπωση είναι τα συνήδη παράπονα. Συχνό σύπτωμα είναι η ναυτία και οι έμετοι και μπορεί να αναφέρονται 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.
 - γ) Στις γυναίκες πρέπει να παίρνεται ιστορικό εμμήνου ρήσης 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 των χοληφόρων, καρδιακής νόσου, μεταβολικής ανωμαλίας ή γαστρεντερικών προβλημάτων. Τέλος πρέπει να σημειωθεί τυχόν λήψη φαρμάκων από τον άρρωστο ή έκθεση του σε χημικές ουσίες

Προβλήματα του αρρώστου

1. Πλημμελής οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πλημμελής αναπνευστική λειτουργία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμμετοί, κακή πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών αφού πάσχει το κύριο μεταβολικό όργανο).
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (μικρός πυρετός, ενδοκρινική διαταραχή).
4. Διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών (υπεραλδοστερονισμός, έμετοι, ασκίτης, υδροθώρακας).

5. Διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας (έμετοι, ελλιπής οξυγόνωση ιστών).
6. Μείωση δραστηριοτήτων (αίσθημα αδυναμίας, μυική ατροφία).
7. Κίνδυνοι επιπλοκών (δέρμα, αιμοραγίες, λοιμώξεις, Ν.Σ.).
8. Πόνος, δυσφορία (ασκίτης, ηπατομεγαλία).
9. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (ασκίτης, οίδημα, αλωπεκία γυναικομαστία).
10. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου (διαπραγμάτευση με αυτή, αποδοχή και εφαρμογή θεραπευτικού σχήματος, διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια).

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

- α. Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων.
- 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 στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων.

2. Μακροπρόθεσμοι.

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

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα

1. ΑΝΟΡΕΞΙΑ - ΝΑΥΤΙΑ - ΕΜΕΤΟΣ

Ο νοσηλευτής φροντίζει να γίνεται συχνά καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας πριν και μετά από κάθε γεύμα. Περιορίζει τις

κινήσεις του ασθενή για την αποφυγή της ναυτίας και του εμέτου. Αν ο ασθενής παρουσιάζει επίμονη ναυτία και έμετο φροντίζει να του χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα κατόπιν ενημέρωσης και εντολής από το γιατρό.

Ο ασθενής ενισχύεται να παίρνει τα γεύματα που του προσφέρονται. Η διαίτα που πρέπει να είναι υψηλή σε πρωτεΐνες και προσφέρεται σε 2.000 - 3.000 CAL /24ωρο. Χορηγείται σε 3 - 4 μικρά γεύματα με δρεπτικά συμπληρώματα ανάμεσα σ' αυτά. Αρχικά χορηγούνται συμπληρώματα πρωτεΐνης. Αργότερα γίνεται προσπάθεια για περιορισμό της αλκοόλης στο ελάχιστο.

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

2. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΕΩΣ

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τον ασθενή έτσι ώστε να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες κάθε μέρα. Η θεραπευτική ανάπαυση μειώνει το αίσθημα κόπωσης και βελτιώνει την όλη κατάσταση του αρρώστου. Όμως πρέπει να παίρνονται όλα τα νοσηλευτικά μέτρα για τη μείωση των επιπλοκών από αυτόν τον περιορισμό του αρρώστου στο κρεβάτι. Ο ασθενής ενισχύεται επίσης να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων την ημέρα. Αν χρειαστεί χορηγούμε συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, C και Κ. Τέλος παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του ασθενή.

3. ΚΟΙΛΙΑΚΟΙ ΠΟΝΟΙ

Σ' αυτό το πρόβλημα ο Νοσηλευτής παρακινεί τον άρρωστο να μείνει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος. Χορηγούμε αντισπασμυδικά και κατευναστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής. Ενισχύουμε τον ασθενή να τρώει σιγά και να μασάει καλά την τροφή του. Επίσης παρακολουθούμε και αναφέρουμε τα χαρακτηριστικά του πόνου στο γιατρό.

4. ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ

Ο ασθενής παρακολουθείται για συμπτώματα αγωνίας, γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας, ανησυχίας, καθώς επίσης και για συμπτώματα αιμοραγίας και Shock. Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του ασθενή στο ελάχιστο. Μεταγγίζουμε τον ασθενή αν χρειαστεί και τον παρακολουθούμε για τυχόν αντίδραση.

Εφαρμόζουμε σχολαστική περιποίηση του στόματος. Αν χρειαστεί χορηγούμε βιταμίνη Κ μετά από ιατρική εντολή. Παρακολουθούμε και ενισχύουμε τον ασθενή σε περίπτωση αιμοραγίας. Παρακολουθούμε επίσης το χρώμα των κενώσεων. Χορηγούμε κρύα υγρά από το στόμα μετά το σταμάτημα της αιμοραγίας κατόπιν εντολής του γιατρού.

5. ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Για αυτήν την αντιμετώπιση ο Νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίζει μια κένωση τη μέρα. Σε περίπτωση διάρροιας περιορίζει τα υγρά, χορηγεί φάρμακα που συνιστά ο γιατρός και γράφει τον αριθμό των κενώσεων και παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης.

Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας εξασφαλίζει αρκετά υγρά και τροφή που περιέχει κυτταρίνη. Στους ασθενείς αυτούς συνιστάται καθαρτικός υποκλισμός ώστε να διατηρείται το έντερο καθαρό και να μειώνεται η απορρόφηση αμμωνίας που παράγεται σ' αυτό και καταστρέφει τη χλωρίδα του εντέρου. Επίσης χορηγούνται ήπια υπακτικά (π.χ. DUPHALAC) κατόπιν ιατρικής εντολής.

6. ΟΙΔΗΜΑ ΑΚΡΩΝ

Για την αντιμετώπιση των οιδημάτων ο νοσηλευτής περιορίζει το NaCl που παίρνει ο ασθενής. Χορηγούμε διουρητικά σύμφωνα με εντολή του ιατρού. Περιποιούμαστε προσεκτικά το δέρμα. Αλλάζουμε συχνά θέση στον ασθενή και σηκώνουμε τα κάτω άκρα του κατά διαστήματα. Σημειώνουμε καθημερινά τα προσλαμβανόμενα υγρά. (Τήρηση ισοζυγίου υγρών). Χρησιμοποιούμε δακτύλιο για πτέρνες αγκώνες κ.λ.π.

Ρυθμίζουμε προσεκτικά και παρακολουθούμε την ταχύτητα ροής των υγρών που λαμβάνει ενδοφλέβια. Αποφεύγουμε την ένεση φαρμάκων σε οιδηματώδεις ιστούς.

7. ΙΚΤΕΡΟΣ

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

Για την ανακούφιση του ασθενή από τον κνησμό του δέρματος, ο νοσηλευτής φροντίζει να γίνεται τακτικό μπάνιο χωρίς σαπούνι και μετά χρησιμοποιεί λοσιόν. Επίσης παρακολουθεί το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.

8. ΑΣΚΙΤΗΣ

Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα του κίρρωτικού ασθενή είναι ο ασκίτης. Εάν η συλλογή υγρού είναι μεγάλη τότε πιέζεται το διάφραγμα με αποτέλεσμα να προκαλείται αναπνευστική επιβάρυνση και να αυξάνεται η πίεση στο στομάχι και στη κήλη του ομφαλού. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας. Στη διεργασία αυτή η προσφορά του νοσηλευτή είναι μεγάλη. Ο νοσηλευτής ετοιμάζει το set της παρακέντησης.

Αυτό το set είναι αποστειρωμένος δίσκος που περιέχει :

- Τετράγωνο αλλαγών και σχιστό
- Γάζες τολύπια βάμβακος
- Λαβίδες (ανατομική και Kocher)
- Ειδικές βελόνες - κοντές όχι αιχμηρές με μεγάλο εύρος ή τροκάρ κοιλίας
- Σύριγγες 10 και 20 ml
- 2-3 δοκιμαστικά σωληνάκια (για λήψη δείγματος υγρού)
- Ψαλίδι
- Καγάκι για το αντισηπτικό
- Ελαστικός σωλήνας μεγάλου μήκους
- Γάντια

Δίσκος που περιέχει :

- Μπώλ με τολύπια

- Αντισηπτική διάλυση (Betadine) για αντισηψία δέρματος
- Οινόπνευμα και μαχαιρίδια
- Τοπικό αναισθητικό (υδροχλωρική προκαΐνη 1 %)
- Λευκοπλάστη, γαλίδι
- Λαστιχάκι, επικέτες και έντυπο του εργαστηρίου
- Γυάλινος σωλήνας αποστειρωμένος (για την υποδοχή του άκρου του ελαστικού σωλήνα).

Ακόμη ο νοσηλευτής εκτός από τους δύο παραπάνω δίσκους ετοιμάζει :

- Ογκομετρικό δοχείο (μεγάλο) ή κουβά
- Αδιάβροχο με τετράγωνο
- Ζώνη κοιλίας
- Πιεσόμετρο
- Κουβέρτα νοσηλείας
- Ζυγό.

Όλα αυτά τοποθετούνται πάνω στο τροχήλατο αλλαγών για την εύκολη μεταφορά τους κοντά στον ασθενή . Έργο του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση του ασθενή για την επέμβαση που θα του γίνει. Του εξηγεί για ποιο λόγο θα γίνει η παρακέντηση, πως θα γίνει και τι αποτελέσματα θα έχει. Μέλημα του είναι η προετοιμασία για την παρακέντηση.

Η φάση της προετοιμασίας περιλαμβάνει τα εξής :

1. Ο ασθενής πρέπει να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος τρώσης της κύστης από τη βελόνα.
2. Ζυγίζεται ο αρρώστος και αναγράφεται το βάρος του σε κάρτα.
3. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν την παρακέντηση.
4. Το πιεσόμετρο μένει κοντά στον ασθενή για να μετρηθεί η αρτηριακή πίεση κατά την διάρκεια της παρακέντησης και μετά από αυτή.

Όταν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί μπορούμε να προχωρήσουμε στην παρακέντηση. Αυτή γίνεται στο έξω ήμισο της νοπτής γραμμής που συνδέει τον ομφαλό με την πρόσδια άνω λαγόνια άκανθα.

Η παρακέντηση στο σημείο αυτό γίνεται και από τις δύο πλευρές. Προτιμάται όμως και η αριστερή πλευρά, γιατί συχνά δεν μπορούν να προσδιοριστούν τα όρια του διογκωμένου ήπατος. Βέβαια

και από την αριστερή πλευρά χρειάζεται προσοχή για τον κίνδυνο διογκομένου σπλήνα.

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

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

5. Ο νοσηλευτής κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς μέχρι τη μεσότητα των μηρών, καλύπτει το θώρακα του αρρώστου με την κουβέρτα νοσηλείας και αποκαλύπτει την κοιλιακή χώρα. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η έκθεση του αρρώστου και διατηρείται θερμός.

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

7. Ανοίγει το set παρακέντησης κατά τέτοιο τρόπο ώστε να παραμένει αποστειρωμένο.

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

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

10. Τοποθετεί το ογκομετρικό δοχείο κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου και είναι έτοιμος για την τοποθέτηση του ελαστικού σωλήνα μέσα σ' αυτό.

Ο γιατρός ετοιμάζει τη σύριγγα με τη βελόνα που παρακεντεί. Αναρροφά περίπου 15 - 20 ml υγρό, αφαιρεί τη σύριγγα και εφαρμόζει τον ελαστικό σωλήνα που το άλλο του άκρο καταλήγει στο ογκομετρικό δοχείο.

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

12. Ο νοσηλευτής φροντίζει να σταλούν τα δείγματα υγρού στο εργαστήριο όσο πιο γρήγορα γίνεται.

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

14. Ελέγχει την ποσότητα, τη σύσταση και το χρώμα του ποσού παροχεύεται.

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

15. Εφαρμόζει τη ζώνη για να ασκείται πίεση στα κοιλιακά τοιχώματα ώστε να διατηρείται η πίεση μέσα στην κοιλιά, να παρεμποδισθεί η πτώση σπλάχνων και να σταματήσει η διαρροή υγρού από το σημείο της παρακέντησης.

16. Μετά το τέλος της παρακέντησης ο νοσηλευτής τακτοποιεί τον ασθενή στο κρεβάτι ώστε να αισθάνεται άνετα.

17. Αναγράφει το ποσό που παροχετεύτηκε, πόσα δείγματα στάλθηκαν στα εργαστήρια και την κατάσταση του ασθενή κατά την διάρκεια της παρακέντησης. Για δύο ώρες μετά την παρακέντηση παρακολουθεί την Α.Π. και το σφυγμό του αρρώστου κάθε μισή ώρα και μετά ανά τετράωρο για το πρώτο 24 ωρο.

18. Ελέγχει τις γάζες για να μη διαφύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.

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

9. ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση. Αλλάζουμε θέση σε συχνά χρονικά διαστήματα. Βοηθούμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση θώρακα, αφού προηγουμένως έχουμε ετοιμάσει τα απαραίτητα αντικείμενα :

- Τροχήλατο ενέσεων, σ' αυτό προστίθεται τοπικό αναισθητικό, τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών, λευκοπλάστ, γαλίδι, αναρροφητική συσκευή POTAİN.

Ακόμη set το οποίο περιέχει :

α. Βελόνες παρακεντήσεως (TROCAR), μήκους τουλάχιστον 6-8cm και εύρους αυλού 0,3- 1mm.

- β. Σύριγγες τύπου RECORD, περιεκτικότητας τουλάχιστον 10κ.εκ.
- γ. Τα απαιτούμενα για τοπική αναισθησία
- δ. Γάζες και βαμβάκι σε τολύπια
- ε. Γάντια
- στ. Δοκιμαστικά σωληνάρια
- ζ. Τα απαιτούμενα για έγχυση θεραπευτικά διαλύματα
- η. Λαβίδα
- θ. Τετράγωνο κοινό και σχιστό

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

Η εκλογή του σημείου παρακέντησης γίνεται από το γιατρό. Συνήθως όμως ως καταλληλότερο θεωρείται το 7 και 8 μεσοπλεύριο διάστημα που βρίσκεται στην οπίσθια μασχαλιαία γραμμή.

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

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

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

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

- α) Λιποθυμία
- β) Αιμορραγία
- γ) Πνευμοθώρακα
- δ) Βήχα
- ε) Γενική αναισθησία

- στ) Βαριά καρδιακή ανεπάρκεια
- ζ) Θάνατος από απότομη μείωση της ενδοθωρακικής πίεσεως

10. ΠΥΡΕΤΟΣ

Η θερμοκρασία του ασθενή παρακολουθείται τακτικά για την εμφάνιση πυρετού. Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει γυχρά επιδέματα και παρακολουθεί την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων. Φροντίζει έτσι ώστε ο ασθενής να μην εκτεθεί σε πηγές μόλυνσης επειδή είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις. Σε εμφάνιση υψηλής θερμοκρασίας χορηγούνται αντιπυρετικά φάρμακα, καθώς επίσης εφαρμόζουμε γυχρά επιδέματα.

11. ΑΙΜΟΡΑΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Αποφεύγουμε τη δημιουργία τραύματος στον ασθενή. Διατηρούμε ασφαλές περιβάλλον γι' αυτόν. Διδάσκουμε τον ασθενή να μην προσπαθεί να αποβάλλει τις βλένες από τη μύτη με δύναμη. Αποφεύγουμε την δημιουργία τραύματος των ούλων κατά το βούρτσισμα των δοντιών. Ενισχύουμε τη λήψη τροφών σε βιταμίνη c. Χρησιμοποιούμε πολυ λεπτές βελόνες για ενέσεις.

12. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Χορηγούμε ενδοφλέβια σακχαρούχα διαλύματα με εντολή ιατρού. Διατηρούμε το περιβάλλον ζεστό και ελεύθερο από ρεύματα και αέρα. Παρακολουθούμε τους ηλεκτρολύτες αίματος (κ). Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού σε περίπτωση αυξημένης διουρήσεως και αποβολής μεγάλης ποσότητας ασκίτικου υγρού. Τοποθετούμε τους προφυλακτήρες. Περιορίζουμε τις επισκέψεις του ασθενή. Τοποθετούμε τον ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο αν είναι δυνατόν. Προλαβαίνουμε τη δημιουργία κατακλίσεων. Αποφεύγουμε ναρκωτικά και βαρβιτουρικά. Εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή. Φροντίζουμε προσεκτικά τον ασθενή κατά τον προθανάτιο θάνατο.

13. ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του αρρώστου για τη διαπίστωση ολιγαμικού Shock. Η απώλεια αίματος μπορεί να εμφανιστεί σαν μέλαινα κένωση. Παρακολουθείται κάθε κένωση του ασθενή για το χρώμα τη σύσταση και τη ποσότητα. Μετά από κάθε κένωση γίνεται καλή τοπική καθαριότητα. Όταν η αιμοραγία είναι μεγάλη εμφανίζεται με αιματέμεση και φυσικά τα πράγματα είναι πιο σοβαρά.

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

Ο νοσηλευτής βοηθά το γιατρό στην εισαγωγή καθετήρα στο στομάχι και στον οισοφάγο του αρρώστου. Κάνει πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα NaCl για τον έλεγχο της αιμορραγίας και για την αφαίρεση αίματος από το στομάχι. Αυτό γίνεται μέχρις ότου το υγρό που βγαίνει είναι καθαρό. Ο νοσηλευτής φροντίζει για την καθαριότητα του στόματος. Εξασφαλίζει ανοικτή φλέβα για τη χορήγηση υγρών και για μετάγγιση.

Προσφέρει κρύα υγρά από το στόμα μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Για τον έλεγχο της αιμορραγίας των κισσών του οισοφάγου και για να εξασκηθεί πίεση στο καρδιακό στόμιο του στομάχου και του οισοφάγου τοποθετείται ο ειδικός σωλήνας SENGSTAKEN - BLAKEMORE. Επιπλέον με αυτό το σωλήνα μειώνουμε τον αριθμό των μεταγγίσεων που θα απαιτούνταν από την αιμορραγία των κισσών.

Ο νοσηλευτής ετοιμάζει δίσκο που περιέχει:

- Μπώλ με τολύπια βάμβακος και χαρτοβάμβακα.
- Τοπικό αναισθητικό.
- Σωλήνα SENGSTAKEN - BLAKEMORE.
- Σωλήνα LEVIN.
- Μπώλ με παγάκια για τη υύξη του σωλήνα.
- Υδατοδιαλυτή γλισχραντική ουσία.
- Σύριγγα τον 20 ml.
- Ψαλίδι και λευκοπλάστη.
- Λαβίδα KOCHER.

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

- Σφυγμομανόμετρο.
- Ποτήρι με νερό και καλαμάκι.
- Χαρτομάντηλα.
- Ηλεκτρικό φως.

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

- Ο νοσηλευτής ανυψώνει το επάνω μέρος του κρεββατιού.
- Βάζει το σωλήνα μέσα σε μπώλ με παγάκια για να γίνει ο σωλήνας δύσκαμπτος για να γλιστρά η επιφάνειά του.
- Εξηγεί στον ασθενή τι χρειάζεται να κάνει σε περίπτωση που αισθάνεται δυσχέρεια για να δώσει να καταλάβει ο γιατρός και ο νοσηλευτής.
- Προστατεύει τα σκεπάσματα του αρρώστου τοποθετώντας ένα τετράγωνο στο θώρακά του.
- Δείνει στον άρρωστο να κρατά χαρτομάντηλα.
- Καθαρίζει τους ρώθωνες και γεκάζει με τοπικό αναισθητικό το ρινοφάρυγγα για την καταστολή των φaryγγικών αντανακλαστικών της εισόδου του σωλήνα.
- Ελέγχει τα μπαλόνια του σωλήνα με δοκιμαστικό φούσκωμα για τη διαπίστωση τυχόν διαρροής.
- Ρίχνει στην άκρη του σωλήνα λίγο παραφινέλαιο για να γλιστρά και το δίνει στο γιατρό για να τον τοποθετήσει.

Κατά την διάρκεια της τοποθέτησης παροτρύνει τον άρρωστο να καταπίνει νερό με το καλαμάκι γιατί έτσι διευκολύνεται η είσοδος του σωλήνα στον οισοφάγο. Αυτό γίνεται μέχρι ο σωλήνας να φτάσει στο καθορισμένο σημείο. Εάν ο ασθενής αισθανθεί δυσφορία σταματά για λίγο ο γιατρός και ξαναρχίζει. Αφού μπει ο σωλήνας στο στομάχι γίνεται αναρρόφηση των πραγμάτων που βρίσκονται σε αυτό.

Για τον έλεγχο της θέσης που βρίσκονται τα μπαλόνια γίνεται ακτινογραφία του κατώτερου θώρακα και της άνω κοιλίας. Μετά ασκεί πίεση στο καρδιακό στόμιο. Στερεώνεται το σημείο του σωλήνα που μπαίνει στη μύτη και μετά φουσκώνει το μπαλόνι που βρίσκεται στον οισοφάγο. Ο κύριος αυλός του σωλήνα μπορεί να συνδεθεί με αναρροφητήρα και έτσι ελέγχει το ύψος της αιμοραγίας από το υγρό που παροχετεύεται. Ο νοσηλευτής φροντίζει κάθε 8 - 12 ώρες να

ζεφουσκώνει για 5 λεπτά πρώτα το οισοφαγικό και μετά το γαστρικό μπαλόνι. Αυτό γίνεται για την πρόληψη νέκρωσης του βλεννογόνου του οισοφάγου και του στομάχου.

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

- Παρακολουθεί και καταγράφει τα ζωτικά του σημεία.
- Προσέχει μήπως παραπονεθεί για πόνο στο θώρακα που μπορεί να σημαίνει βλάβη ή ρήξη οισοφάγου.
- Πραγματοποιεί πλύσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- Παρατηρεί και καταγράφει τη φύση και το χρώμα του υγρού που αναρροφά.
- Κάνει αναρρόφηση του σάλιου που βρίσκεται στον οισοφάγο πάνω από το μπαλόνι με την βοήθεια LEVIN.
- Διατηρεί το επάνω μέρος του κρεββατιού ανυψωμένο.
- Έχει πάντα πάνω στο κομοδίνο του αρρώστου ένα γαλίδι που θα το χρησιμοποιήσει σε περίπτωση αναπνευστικής δυσφορίας για να κόψει το σωλήνα για να ξεφουσκώσουν τα μπαλόνια.

14. ΗΔΑΤΟΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

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

Γίνεται προσεκτική περιποίηση του δέρματος, εφαρμόζονται παθητικές κινήσεις των άκρων για την ενίσχυση της κυκλοφορίας. Τοποθετούνται δακτύλιοι στις πτέρνες και τους αγκώνες. Κατά διαστήματα σηκώνονται τα κάτω άκρα. Ο ασθενής αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι.

15. ΑΝΑΙΜΙΑ

Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή δρέψη, μεταγγίσεις αίματος, συμπληρώματα σιδήρου και θεραπεία με βιταμίνη Β 12. Χορηγείται επίσης βιταμίνη κ. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προετοιμασία της μετάγγισης. Αυτός εξηγεί στον ασθενή το σκοπό και τον τρόπο της εκτέλεσης της. Η προετοιμασία της μετάγγισης συνίσταται :

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

2) Κατά την παραλαβή του αίματος ο νοσηλευτής ελέγχει την ομάδα αίματος, τον αριθμό συμβατότητας, την ημερομηνία λήξεως και το όνομα του πασχόντος που προορίζεται η μετάγγιση. Ελέγχει επίσης αν η φιάλη αίματος έχει υπογραφεί από το γιατρό της αιμοδοσίας.

3) Δίνει στο θεράποντα γιατρό να κάνει τον ίδιο έλεγχο και να μονογράψει την ετικέτα της φιάλης. Κατά την φάση της εκτέλεσης ο νοσηλευτής φροντίζει να έχει προηγουμένως έτοιμο το set που περιέχει :

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

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

- Πριν από την μετάγγιση ο νοσηλευτής παίρνει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου για να συγκρίνει με τις μετέπειτα μεταβολές.
- Απολυμαίνει το πώμα της φιάλης αν είναι γυάλινη.
- Εφαρμόζει τη συσκευή μετάγγισης αίματος με άσπρη τεχνική.
- Αφαιρεί τον αέρα από τη συσκευή για αποφυγή εμβολής αέρα.
- Κρεμά την φιάλη στο στατό.
- Ρυθμίζει το ρυθμό ροής του αίματος στο 5 ml/min κατά την διάρκεια των πρώτων 15 min της χορήγησης αίματος.
- Μένει κοντά στον άρρωστο για 15-30 min μετά την έναρξη της μετάγγισης για έγκαιρη διαπίστωση ανεπιθύμητων αντιδράσεων.
- Χορηγεί αίμα σε αργό ρυθμό για να μην προκαλέσει υπερφόρτωση κυκλοφορίας και προξενήσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονικό οίδημα.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά την διάρκεια μετάγγισης να μην προστεθούν φάρμακα μέσα στο αίμα γιατί μπορεί να προκαλέσει φαρμακευτική ασυμβατότητα. Να μη χορηγηθεί διάλυμα DEXTROSE 5 % και RINGERS LACTATED γιατί μπορεί να προκληθεί αιμόλυση και πήξη του αίματος στο σωλήνα της συσκευής. Στη συνέχεια παρακολουθεί το μεταγγιζόμενο ασθενή αναγράφοντας τα ζωτικά σημεία μετά την μετάγγιση. Ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας του για το χρόνο χορήγησης (έναρξη - λήξη) ποσότητα, ρυθμό ροής και τυχόν αντίδραση.

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

Αντιδράσεις είναι δυνατόν να εμφανισθούν και μετά από πάροδο χρόνου εξαιτίας της μετάγγισης αίματος όπως λοιμώξεις, ηπατίτιδα, ελονοσία κ.λ.π. Ο νοσηλευτής παρατηρεί συνεχώς τον ασθενή για τυχόν αλλαγή των ζωτικών σημείων, ανησυχία, ερυθρότητα προσώπου, ρίγος, ναυτία, εμέτους, δύσπνοια, βήχα οίδημα και εκτελεί τα ανάλογα νοσηλευτικά μέτρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΕΒΔΟΜΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ -- ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

Η χρόνια χρήση αλκοόλ παραμένει ως η πιο σημαντική αιτία κίρρωσης, λόγω υψηλής συχνότητας του αλκοολισμού και λόγω του ότι η εν λόγω αιτία, θεωρητικά τουλάχιστον μπορεί να περιορισθεί.

Η κίρρωση από λοιμώδη αίτια αποτελεί κυρίως επακόλουθο της ιογενούς ηπατίτιδος τύπου Β και της Non A, Non B ηπατίτιδος. Η ιογενής ηπατίτιδα τύπου Β αντιμετωπίζεται την τελευταία δεκαετία με τη λήψη προληπτικών μέτρων σε πολλές χώρες. Παρ' όλα αυτά η συχνότητα της παρουσιάζει ευρεία διακύμανση.

Για τους λόγους αυτούς επιβάλλεται άμεση πρόληψη και διαφώτιση του κοινού σχετικά με τις δύο αυτές κύριες αιτίες που οδηγούν στην κίρρωση του ήπατος.

7.1 ΑΛΚΟΟΛ

Σήμερα δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην ατομική αγωγή υγείας, παρά στη μαζική. Ο ρόλος του καλά τοποθετημένου νοσηλευτή είναι να ενθαρρύνει το άτομο να απομακρύνεται από την πόση, συνειδητοποιώντας τον κίνδυνο. Όμως πρέπει να γνωρίζει ποιούς ανθρώπους να επιλέξει για να κάνει αγωγή υγείας.

Σίγουρα τρεις είναι οι καταλληλότερες ομάδες που πρέπει να λάβει υπ' όψη του : το παιδί, την έγκυο γυναίκα και το άτομο που έχει υψηλό κίνδυνο στα προβλήματα του αλκοόλ.

Το Σκωτικό Συμβούλιο Αλκοολισμού έχει προτείνει ότι η αγωγή για το αλκοόλ θα πρέπει να αρχίζει από τα μέσα του δημοτικού σχολείου και να συνεχιστεί στο γυμνάσιο και το λύκειο. Εφόσον το παιδί τις πρώτες εμπειρίες μάθησης τις έχει από τους γονείς του, θα ήταν λογικό αρχικά να υποδείξουμε στους γονείς με το παράδειγμα, τη συμπεριφορά και με σειρά μαθημάτων την κατάλληλη αλκοολική συμπεριφορά. Μερικοί αλκοολικοί θα έχουν τη δυνατότητα από πείρα να προσφέρουν την κατάλληλη διδασκαλία, αλλά μερικοί νοσηλευτές θα έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν το θέμα με τους γονείς των νεαρών παιδιών, προσφέροντας τους επίσης και τα κατάλληλα έντυπα.

Η επόμενη σπουδαία πηγή επιρροής του παιδιού είναι ο δάσκαλος, ο οποίος μπορεί να προσφέρει την αγωγή του

αλκοολισμού, και ένα κομμάτι της ύλης διδασκαλίας για την υγιεινή ζωή του ατόμου.

Οι νοσηλευτές και οι εκπαιδευτές αγωγής υγείας θα μπορούσαν να κάνουν διάλογο με τα παιδιά του σχολείου για το αλκοόλ ή τον αλκοολισμό, εκτός αν ο νοσηλευτής γνωρίζει καλά ότι πιθανώς να έχει αντίθετα αποτελέσματα από τα αναμενόμενα για τα παιδιά.

Προσκαλώντας κάποιον ειδικό εξωσχολικό για ενημέρωση, θα μπορούσε να δώσει στο παιδί την εντύπωση ότι είναι κάτι το ειδικό και μυστηριώδες και να περιπλέξει την κατάσταση περισσότερο.

Ο πίνακας δείχνει τους σχετικούς με τα σχολικά μαθήματα τίτλους για την αντιαλκοολική αγωγή που οι νοσηλευτές των σχολείων μπορούν να προτείνουν και θα πρέπει να τα ενσωματώσουν στο σχολικό πρόγραμμα μαθημάτων.

Γ΄ ΛΥΚΕΙΟΥ.

Μαθήματα για την αγωγή υγείας του αλκοόλ.

- ΧΗΜΕΙΑ :** Η φύση και οι ιδιότητες του αλκοόλ.
Μέθοδος παραγωγής.
Η χρήση του αλκοόλ στη βιομηχανία και το σπίτι.
Η διαφορά μεταξύ διαφόρων τύπων αλκοολούχων ποτών.
Μέθοδοι ανάλυσης του αλκοόλ στην αναπνοή και η πρακτική τους εφαρμογή.
- ΒΙΟΛΟΓΙΑ :** Η σημασία της συγκέντρωσης του ποτού στον οργανισμό ανθρώπου.
- ΑΓΩΓΗ
ΥΓΕΙΑΣ :** Η απορρόφηση κατανομή και μεταβολισμός της αλκοόλης στον οργανισμό.
Η φυσιολογία και οι καθοριστικοί παράγοντες της μέθης από αλκοόλ.
Τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα του αλκοόλ στο ανθρώπινο σύστημα.
Το αλκοόλ σε σχέση με τη διατροφή και τη διατροφή.
Επιπτώσεις του αλκοόλ σε σχέση με το γενικό πλαίσιο της υγείας και της ασφάλειας.

- ΙΣΤΟΡΙΑ :** Η χρήση του αλκοόλ σε διάφορους πολιτισμούς. Αποδεκτές μέθοδοι πρόληψης και ελέγχου των προβλημάτων του αλκοόλ.
Η αρχή, η ανάπτυξη και η σπουδαιότητα των αντιαλκοολικών κινήσεων.
- ΓΕΩΓΡΑΦΙΑ :** Ο ρόλος του αλκοόλ στις οικονομίες διαφόρων κρατών.
Οι περιοχές της παραγωγής και η επιρροή του αλκοόλ στο πολιτιστικό, θρησκευτικό, κλιματολογικό και γεωγραφικό παράγοντα.
- ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ :** Η επιρροή της τιμής του αλκοόλ στην κατανάλωση.
Η θέση του αλκοόλ στην οικονομία - φόροι - εξαγωγές, διαφήμιση και απασχόληση.
Η χρήση του δημοσιονομικού ελέγχου και οι διάφορες αντιλήψεις των πολιτικών, οικονομολόγων και εμπόρων αλκοόλ.
Τα αποτελέσματα της διαφήμισης στην κατανάλωση και συζήτηση.
- ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :** Αναφορά στη χρήση του αλκοόλ στις ιερές γραφές.
Χρήση του αλκοόλ σε θρησκευτικές τελετές.
Σύγκριση θρησκευτών που επιτρέπουν τη χρήση αλκοόλ και θρησκείες που απαγορεύουν την χρήση του αλκοόλ.
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ :** Διαφορές στη συμπεριφορά πόσης.
Αλκοόλ και πολιτισμός - Επιρροές σε πολιτιστικές ομάδες με ξεχωριστά πολιτιστικά χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά πόσης.
Αγωγή πόσης οινοπνευματωδών ποτών.
Πιθανά αντίθετα αποτελέσματα στην οικογενειακή ζωή.
Αρμόδιες υπηρεσίες για τα αλκοολικά άτομα.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι αυτό το είδος μαθημάτων για το αλκοόλ δεν πρέπει να εστιάζεται στον αλκοολισμό. Την ημέρα που θα αρχίσουμε, αν δείξουμε δείγμα από κίρρωτικό ήπαρ, τότε κάνουμε μια λάθος αρχή. Η έμφαση πρέπει να δωθεί στο θέμα του αλκοόλ και όχι για το αλκοόλ. Το αλκοόλ θα πρέπει να εξετάζεται στο γενικό πλαίσιο της κοινωνίας, όπου είναι ένα αποδεκτό μέρος της καθημερινής ζωής για τους πολλούς ανθρώπους και για άλλους πηγή για βιοπόρισμα.

Μερικά παιδιά χρειάζονται ειδική προσοχή. Ο γιός ενός προβληματικού αλκοολικού έχει μια πιθανότητα στις πέντε να γίνει και αυτός ένας προβληματικός αλκοολικός. Παιδιά που προέρχονται από προβληματικούς γονείς, αλκοολικούς αποτελούν ένα σπουδαίο στόχο για την αγωγή υγείας.

Υπάρχουν παιδιά που έχουν αποκτήσει σωστή υγειονομική αγωγή στο αλκοόλ γιατί στο σπίτι δεν συνηθίζουν να φανερώνουν ότι συνηθίζουν να πίνουν. Γι' αυτό οι γονείς, είτε πίνουν, είτε δεν παρουσιάζουν προβλήματα πόσης, πολλές φορές φανερώνουν με την συμπεριφορά τους κάποια παρέκκλιση από το πρόσωπο του αλκοολικού. Το θέμα του αλκοόλ έχει και συναισθηματικές προεκτάσεις γιατί το παιδί μεγαλώνει με αμφιλεγόμενα συναισθήματα και συμπεριφορά. Πολλές φορές οι νοσηλευτές έχουν να διαφωτίσουν στο πρόβλημα του αλκοόλ, όχι μεμονωμένα το παιδί, αλλά συλλογικά την οικογένεια.

Αυτοί που εργάζονται σε επαγγέλματα που έχουν υψηλό κίνδυνο να οδηγηθούν στον αλκοολισμό (όπως γαράδες, ταβερνιάρηδες, πανδοχείς, μάγειροι κ.λ.π.) και αυτοί που τα επαγγέλματά τους μπορούν να τους θέσουν σε κίνδυνο γιατί υπάρχουν μερικοί παράγοντες προδιάθεσης στο εργασιακό περιβάλλον, αυτοί καθιστούν στόχο για αγωγή υγείας.

Θα ήταν χρήσιμο να είναι κανείς ενήμερος για το τι μπορεί να θεωρήσει ασφαλείς κανόνες πόσης, δίχως βέβαια αυτοί να του προσφέρουν ανοσία στο ποτό. Παραθέτουμε τους ασφαλείς κανόνες πόσης από το Σκωτικό Συμβούλιο Αλκοολισμού:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ασφαλείς κανόνες λήψης αλκοόλ

- Θέσε στον εαυτό σου περιορισμό στο αλκοόλ και ποτέ μην τον υπερβαίνεις.

- Γνώρισε ποιά ποσότητα και σε πόσο χρόνο σε οδηγεί στη μέθη, πίνε λιγότερο σε μεγαλύτερο.
- Μέτρα τα ποτά σου προσεκτικά.
- Αραίωσε τα οινοπνευματώδη ποτά με όσο το δυνατόν περισσότερο νερό - απόφευγε τα κοκτέιλ με σόδα γιατί αυτό αργοπορεί την απορρόφηση.
- Απόφευγε το " πλήρες γέμισμα " περίμενε μέχρι το ποτήρι σου να αδειάσει.
- Απόφευγε να πίνεις με άδειο στομάχι. Εάν μπορείς περιορίσετο μόνο με τα γεύματα ή όταν υπάρχει διαθέσιμο φαγητό.
- Πίνε γουλιά - γουλιά το ποτό σου και όχι να πίνεις απότομα όλη την ποσότητα. Άφηνε μεγάλα διαστήματα ανάμεσα στις γουλιές.
- Απόφευγε να συνηθίζεις να πίνεις μετά τα γεύματα.
- Μάθε να ικανοποιείσαι με μη αλκοολικό ποτό.
- Πρόσφερε στους καλεσμένους φαγητό χωρίς αλκοολούχα ποτά.
- Μην προσπαθείς να πείσεις κάποιον να πιεί ένα ποτό όταν το αποφεύγει.
- Εάν πας σε πάρτυ πάρε ταξί να γυρίσεις ή άφηνε να οδηγήσει αυτός που δεν είναι μεθυσμένος.
- Μην γελάς με τους μεθυσμένους - δείξε την αποδοκιμασία σου και τον οίκτο σου.
- Μην χρησιμοποιείς το αλκοόλ για να λύσεις τα συναισθηματικά σου προβλήματα.
- Απόφευγε το αλκοόλ σαν ηρεμιστικό μέσο.
- Απόφευγε την συνήθεια να πίνεις ένα τελευταίο ποτήρι αλκοόλ πριν τον ύπνο.
- Μην πίνεις για να μεθάς.
- Θυμήσου ότι δεν πρέπει να ανακατεύουμε το ποτό με φάρμακα.
- Εξέτασε κάθε χρόνο την συμπεριφορά σου στο αλκοόλ.
- Να παραγγέλνεις την μικρότερη ποσότητα ποτού (π.χ. προτίμησε το μικρό μποκάλι μπύρας από το μεγάλο).
- Να σβήνεις την δίψα σου μόνο με μη αλκοολούχα ποτά.
- Να μην πίνεις αλκοόλ πριν ή κατά την διάρκεια της εργασίας σου.

- Να μην έχεις αποθέματα αλκοόλ στο σπίτι σου.
- Μετά από μια γουλιά το ποτήρι σου μην το κρατάς στο χέρι σου (ακόμη και στα πάρτυ).

ΠΙΝΑΚΑΣ II

" Τώρα που σταμάτησες να πίνεις "

- Πρόσφερε στον εαυτό σου ένα πλούσιο και ευχάριστο πρωϊνό
- Τρώγε όσο μπορείς. Με γεμάτο στομάχι αισθάνεσαι μικρότερη επιθυμία για ένα ποτό.
- Πίνε αρκετά υγρά. Χυμούς φρούτων με γλυκόζη και καφέ με ζάχαρι.
- Να παίρνεις αρκετές ταμπλέτες βιταμινών που περιέχουν το συμπλήρωμα Β (με ιατρική εντολή).
- Ποτέ μην κάθεσαι κοιτάζοντας απλανώς με το μυαλό σου στο κενό. Κάνε κάτι θετικό περίπατο, μπάνιο, κάνε ένα τηλεφώνημα.
- Κάνε μια ευχάριστη εργασία με τα χέρια σου. Ασχολήσου με τον κήπο, καθάρισε τα ντουλάπια ή ότι άλλο σου αρέσει.
- Κάνε ένα δώρο στον εαυτό σου. Ένα πουλόβερ, ένα μπουκέτο λουλούδια, μία αφίσα.
- θυμήσου παλιούς φίλους, δεξ παλιές φωτογραφίες, γράψε ένα γράμμα.
- Να έχεις ένα σχέδιο την ημέρα.
- Σε στιγμές δυσκολίας που δεν μπορείς να βρεις βοήθεια, μια προσευχή γαλήνης στο θεό θα σου φέρει αρκετή πεποίθηση. Αυτός είναι πάντα εύκαιρος.

7.2 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη από ηπατίτιδα

Η γνώση της επιδημιολογίας και των τρόπων μετάδοσης τις ηπατίτιδας αποτελεί την προϋπόθεση για την πρόληψη και προφύλαξη από τη νόσο. Ο νοσηλευτής είναι το κατάλληλο πρόσωπο που διαθέτει τα προσόντα για την αγωγή υγείας και την ενημέρωση των ατόμων για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα. Είναι γνωστό ότι η αγωγή υγείας είναι εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη

διαμόρφωση συμπεριφοράς με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων νοσημάτων. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να μεταδώσει τις γνώσεις του και να εφαρμόσει τις αρχές της Α.Υ. στα άτομα δρώντας στους τομείς πρόληψης.

Πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή.

Όσον αφορά τον **πρωτογενή τομέα πρόληψης** ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τα άτομα, την οικογένεια, το σχολείο και άλλες ομάδες με σκοπό να τα εκπαιδεύσει ώστε να αποκτήσουν συμπεριφορά τέτοια που να τους προστατεύει όχι μόνο από τους ιούς της ηπατίτιδας και από άλλους παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να επιδράσουν καταστροφικά στην υγεία.

Οι οδηγίες και οι γνώσεις που προσφέρονται στα άτομα αφορούν κυρίως τη συνειδητοποίηση της σημασίας που έχει η τήρηση των κανόνων υγιεινής. Ατομική καθαριότητα, υγιεινή και καθαριότητα των τροφών, σχολαστική καθαριότητα των ειδών υγιεινής, χρήση ατομικής οδοντόβουρτσας και ξυραφιού. Προσοχή επίσης στις " ιδιαίτερες προσωπικές επαφές " επειδή υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης ηπατίτιδας από χρόνιους φορείς του HBsAg .

Τον πρωτογενή τομέα ο νοσηλευτής μπορεί να διοργανώσει ομιλίες στους μαθητές, στους εκπαιδευτικούς, στο σύλλογο γονέων και κηδεμόνων και στους γονείς των μαθητών. Χρησιμοποιώντας οπτικά μέσα όπως σλάιτς, αφίσες, προβολές ταινιών κ.λ.π. με πρώτιστο σκοπό την ενημερωσή τους για τι είναι η ηπατίτιδα πως μεταδίδεται και ποία είναι τα προφυλακτικά μέτρα ώστε να αποφεύγεται ο πανικός και να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης για τη μη εμφάνιση αν είναι δυνατόν της ηπατίτιδας, και αν όχι για τη μη επέκταση της νόσου.

Τα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να λαμβάνονται στο χώρο του σχολείου είναι. Καθαριότητα όλων των χώρων και ιδιαίτερα των κοινοχρήστων όπως τουαλέτα, αποδυτήρια κ.λ.π. Επειδή τα παιδιά δεν δίνουν σημασία στην καθαριότητα των χεριών και δεν χρησιμοποιούν σωστά τις τουαλέτες θα πρέπει να γίνεται τακτικά απολύμανση καθαριότητα αυτών των χώρων. Είναι καλό να διατηρούνται καθαρά τα δάπεδα και τα θρανία.

Αν είναι δυνατόν τα άτομα που εργάζονται στο κυλικείο, να μην είναι τα ίδια που ασχολούνται με την καθαριότητα και κάθε χρόνο να θεωρούν τα επαγγελματικά τους βιβλιάρια υγείας. Το

κυλικείο ή η καντίνα του σχολείου επιβάλλεται να πληρούν τους κανόνες. Η ενημέρωση δεν περιορίζεται μόνο στο σχολείο αλλά επεκτείνεται και σε ομάδες όπως οι ομάδες υψηλού κινδύνου (τοξικομανείς, ομοφυλόφιλοι, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό κ.α.) συμβουλευτικοί σταθμοί, μητρότητας βρέφους ομάδες νέων κοινότητας.

Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό οφείλει να κάνει τρόπο συμπεριφοράς (βίωμα) τη χρήση γαντιών μιας χρήσεως όταν φροντίζει ασθενείς , να κάνει σωστά και υπεύθυνα αποστείρωση εργαλείων, να χρησιμοποιεί βελόνες μιας χρήσεως οι οποίες όταν θα πετάγονται δεν θα είναι ακάλυπτες για να μην τρυπηθούν οι καθαριστές που θα τις μαζέγουν.

Όσον αφορά τους τοξικομανείς τους ομοφυλόφιλους και αμφιτερίζοντες ο νοσηλευτής οφείλει κατανοώντας τους λόγους που τους οδηγούν σε ορισμένη συμπεριφορά να τους ευαισθητοποιήσει για την ηπατίτιδα Β που κυρίως αυτούς προσβάλλει και σε συνεργασία με άλλους φορείς και υπηρεσίες να βρει λύση στο πρόβλημα τους προσφέροντάς τους έτσι πολύτιμη βοήθεια.

Στο **δευτερογενή τομέα πρόληψης** ο νοσηλευτής με τις γνώσεις και τις ικανότητές του προσπαθεί να βοηθήσει και να καθοδηγήσει τα άτομα ώστε έτσι να μάθουν να παρατηρούν τι τους συμβαίνει, να αξιολογούν συμπτώματα και καταστάσεις όπως η ηπατίτιδα, γιατί με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση η νόσος θα αντιμετωπισθεί και γρηγορότερα πριν προκαλέσει βλάβες στον οργανισμό.

Σε περιπτώσεις που διαγνωσθεί η ηπατίτιδα ο Νοσηλευτής είναι το πρόσωπο εκείνο που θα πραγματοποιήσει την έρευνα, για να ανακαλύψει την πηγή μόλυνσης και σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες (επόπτες υγείας) θα καταπολεμηθεί ώστε να μην κινδυνεύουν άλλοι άνθρωποι. Στο δευτερογενή τομέα πρόληψης ο νοσηλευτής ακόμα προσπαθεί να λύσει τις απορίες του ασθενούς σε ότι αφορά τη νόσο, να τον καθησυχάσει για να γίνει πιο αποφασιστικός και δυνατός έτσι ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα και αποτελεσματικότερα την καταστασή του. Θα ευαισθητοποιήσει τον ασθενή να κατανοήσει την ανυπολόγιστη σημασία της αυτοπροστασίας του από τυχόν επιδείνωση αλλά και της προστασίας των οικείων του. Ο ασθενής με ηπατίτιδα Β οφείλει να φροντίζει για την αποκλειστική χρησιμοποίηση των αντικειμένων του που έρχονται σε επαφή με το αίμα του (όπως οδοντόβουρτσα, ξυράφι).

Καλό θα είναι τα εσώρουχα και τα κλινοσκεπάσματα που χρησιμοποιεί να είναι βαμβακερά, έτσι ώστε να μπορούν να πλυθούν σε δυνατή θερμοκρασία και να σιδερώνονται.

Οι οδηγίες που αφορούν τους οικείους του ηπατικού αρρώστου περιλαμβάνουν κυρίως σχολαστική καθαριότητα του χώρου του αποχωρητηρίου και χρήση απολυμαντικού στην τουαλέτα. Καθαριότητα χειρολαβών στις πόρτες και γενικά σε καθετί που μπορεί να αγγιχθεί από το χέρι.

Επίσης μετά τη χρήση τουαλέτας να πλένουν τα χέρια τους καθώς και πρίν από το φαγητό. Όταν στο περιβάλλον του ασθενούς υπάρχουν άτομα που εκτέθηκαν στην ηπατίτιδα Β θα πρέπει να υποβληθούν σε υπεράνοσο γ-σφαιρίνη.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή συνιστάται στο να εκπαιδεύσει το οικογενειακό περιβάλλον του ηπατικού αρρώστου να υποβληθεί σε εργαστηριακό έλεγχο ευπάθειας για την ηπατίτιδα Β, σε έλεγχο επιφανειακού αντιγόνου (HBsAg), αντισωμάτων, ηπατικών ενζύμων, σε περίπτωση που οι εργαστηριακές εξετάσεις βρεθούν αρνητικές στο HBsAg και δεν έχουν αντισώματα, πρέπει να υποβληθούν σε εμβολιασμό.

Ο τριτογενής τομέας πρόληψης αφορά κυρίως τον ασθενή που βρίσκεται στη φάση ανάρρωσης και τους χρόνιους φορείς. Ο ασθενής θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να υποβάλλεται σε εργαστηριακό έλεγχο ηπατικής λειτουργίας, ελέγχοντας έτσι την πορεία ανάρρωσης του αλλά και παρακολουθώντας συγχρόνως και την παρουσία του επιφανειακού αντιγόνου. (HBsAg).

Σε περίπτωση που το HBsAg βρίσκεται στο αίμα πάνω από 6 μήνες ο ασθενής γίνεται φορέας του. Ο Νοσηλευτής θα βοηθήσει το άτομο να υιοθετήσει συμπεριφορά τέτοια που θα προστατέψει τον ίδιο αλλά και το περιβάλλον του. Οι χρόνιοι φορείς του HBsAg οφείλουν να προσέχουν τις ιδιαίτερες σχέσεις τους, ώστε να μη μεταδώσουν τη νόσο στα υγιή άτομα.

Να προσέχουν τον εαυτό τους (να μην πίνουν οινοπνευματώδη) και τους οικείους τους. Πρέπει να γνωρίζουν πως δεν μπορούν να δώσουν αίμα. Όταν επισκέπτονται τον οδοντίατρο να τον ενημερώνουν ότι είναι φορείς για να λαμβάνει μέτρα προφύλαξης για τον ίδιο αλλά και για τους πελάτες του. Ακόμη όταν

δίνουν αίμα για εργαστηριακό έλεγχο θα πρέπει να επιστήσουν την προσοχή του λήπτη.

Στην υπηρεσία του νοσηλευτή έγκειται η πραγματοποίηση των επιδημιολογικών ερευνών. Ειδικότερα δηλώνει τα κρούσματα ηπατίτιδας στο Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Κάνει στατιστική και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών του. Διενεργεί τους εμβολιασμούς για την προστασία από την ηπατίτιδα. Αποστέλλει διάφορα διαγνωστικά φυλλάδια στα σχολεία και στους άλλους φορείς, σχετικά με την ενημερωσή τους πάνω στο θέμα της ηπατίτιδας. (τέτοια φυλλάδια πρέπει να δίνονται υποχρεωτικά).

Είναι φανερό ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός για την πρόληψη και προφύλαξη από την ηπατίτιδα. Είναι το πρόσωπο εκείνο που βρίσκεται τόσο κοντά στα άτομα και είναι εφοδιασμένος με τις προϋποθέσεις που θα καθορίσουν την επιτυχία του όσον αφορά την πρόληψη της μετάδοσης και επέκτασης της νόσου.

Ρόλος του Νοσηλευτή στην προφύλαξη της νόσου και προφυλακτικά μέτρα όσον αφορά τους ασθενείς και φορείς του Νοσοκομείου.

Εκατοντάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η λοίμωξη από τον ιό της ΗΒ είναι ο πιο σημαντικός επαγγελματικός κίνδυνος που αντιμετωπίζει το υγειονομικό προσωπικό. Η συχνότητα έκθεσης στο αίμα και στα άλλα βιολογικά υγρά, το τμήμα εργασίας, η θέση εργασίας, ο τύπος του νοσοκομείου και ο χρόνος απασχόλησης, επηρεάζουν ως μεταβλητές τον κίνδυνο λοίμωξης ή μη του υγειονομικού προσωπικού.

Ο κίνδυνος για τους εργαζόμενους στα Νοσηλευτικά ιδρύματα είναι 3 - 10 φορές μεγαλύτερος από ότι στο γενικό πληθυσμό, με συνέπειες οι οποίες μεταφράζονται σε σωματικά - ψυχικά προβλήματα,

κοινωνικοοικονομικά, ηθικά - δοντολογικά και νομικά για το χώρο εργασίας.

Ειδικότερα το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων υπολογίζει ότι κάθε χρόνο 12.000 απασχολούμενοι του τομέα υγείας θα αναπτύξουν επίκτητο ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), λόγω εργασιακού περιβάλλοντος. Από αυτούς 500 - 600 θα χρειασθούν εισαγωγή σε νοσοκομείο και 700 - 1.200 θα γίνουν φορείς. Οι φορείς ιού της HBV θα διατρέχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας ενεργού ΗΒ, κίρρωσης του ήπατος, και πρωτογενή καρκίνου του ήπατος

Η ύπαρξη χρόνιων φορέων του HBsAg, μπορεί να μεταδίδει τη νόσο για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και σε αξιόλογο αριθμό ατόμων με τη παρεντερική οδό. Επειδή έως σήμερα δεν υπάρχει τρόπος απομάκρυνσης του HBV από τους φορείς η μόνη ελπίδα αντιμετώπισης του προβλήματος είναι η εφαρμογή προφυλακτικού εμβολιασμού, ο οποίος θα προφυλάζει από τη δημιουργία νέων φορέων και κατ' επέκταση θα καταστείλλει τη διασπορά της νόσου. Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι οι φορείς αποτελούν τεράστια δεξαμενή και πηγή του HBV.

Είναι απόλυτα εμφανές πως το μεγαλύτερο μέρος της Νοσηλευτικής φροντίδας και προσοχής στηρίζεται και επικεντρώνεται στην πρόληψη και προφύλαξη μετάδοσης του HBV.

Ο Νοσηλευτής για να είναι σε θέση να προφυλάξει τους άλλους και τον εαυτό του από την ΗΒ επιβάλλεται να γνωρίζει τα ακόλουθα:

- α) Την παθογένεια και την παθολογία της HBV λοίμωξης, τον χρόνο επώασης, τα πρόδρομα συμπτώματα και τον τύπο αναρρώσεως.
- β) Το είδος της φύσεως και της " δύρας εισόδου " στον οργανισμό του παθογόνου ιού.
- γ) Την χαρακτηριστική πορεία της λοίμωξης.
- δ) Τα ενδεικνυόμενα μέτρα προφύλαξης τα οποία πρέπει να παίρνει για το περιβάλλον και τον εαυτό του.

ε) Την δυνατότητα δημιουργίας ανοσίας του περιβάλλοντος και του εαυτού του προς τη νόσο και χρόνο διάρκειας αυτής.

στ) Να είναι ενήμερος στα νεότερα δεδομένα για τον έλεγχο διασποράς της ΗΒ.

ζ) Συνιστά σε όποιον ή όποια είχε ερωτική σχέση με τον ασθενή ή το φορέα να προβεί σε εργαστηριακές εξετάσεις προσδιορισμού του HBsAg ή προφύλαξη με το εμβόλιο αν δεν υπάρχουν αντισώματα.

Σχετικά με την προφύλαξη των ασθενών και των φορέων της νόσου μέσα στο Νοσοκομείο προβαίνει στα παρακάτω προφυλακτικά μέτρα :

α) Ενημερώνει τον ασθενή ή φορέα αλλά και τους συγγενείς του σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου.

β) Φροντίζει να έχει ο ασθενής και ο φορέας τα δικά του σκεύη διατροφής αν είναι δυνατόν.

γ) Να γίνεται συχνή αποστείρωση του ιματισμού και των κλινοσκεπασμάτων του ασθενούς ή φορέα.

δ) Χρησιμοποίηση συριγγών και βελόνων μιας χρήσης και λήψη μέτρων για την άμεση καταστροφή τους.

ε) Οι επισκέπτες πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο.

στ) Ο νοσηλευτής που εργάζεται στην αιμοδοσία κάνει αυστηρή επιλογή των δοτών αίματος. Αποκλείει τα άτομα που έχουν ιστορικό ΗΒ και θετικό αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg). Επίσης αποκλείει άτομα που ταξιδεύουν σε χώρες που ενδημεί ο ΗΒV ιός.

ζ) Στις μονάδες αιμοκάθαρσης ο νοσηλευτής επιβάλλεται να δώσει μεγάλη σημασία στην ποιότητα της ασηψίας. Οφείλει να φορεί προστατευτική ενδυμασία που θα αλλάζει σε κάθε ασθενή. Να χρησιμοποιούνται ατομικά σκεύη και όργανα αν αυτό είναι εφικτό. Μετά την χρήση κάθε οργάνου πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται αποστείρωσή του.

η) Όλα τα είδη μιας χρήσεως σ' αυτά συμπεριλαμβάνεται και το επιδεσμικό υλικό πρέπει να συγκεντρώνονται σε καλυμμένα δοχεία και να αποτεφρώνονται (καίγονται).

δ) Μολυσμένα κόπρανα, ούρα, έμετοι, υπολείματα τροφής, υγρά διάφορα κ.α. τοποθετούνται σε καλυμμένα δοχεία με αντισηπτική διάλυση, σε αραίωση και διάρκεια χρόνου που καθαρίζονται στις προδιαγραφές του αντισηπτικού, πριν πεταχτούν και χυθούν στα απορρίματα / αποχέτευση.

ι) Σκωραμίδες ουροδοχεία κ.τ.λ. αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.

ια) Τα μολυσμένα λευχίματα (ιματισμός κρεβατιού) τοποθετούνται σε σάκκους χωριστά από τον άλλον ιματισμό, αποστειρώνονται σε κλίβανο πριν πλυθούν με τον υπόλοιπο ιματισμό ή πλένονται σε χωριστά πλυντήρια υψηλής θερμοκρασίας (150 βαθμούς C και πάνω).

ιβ) Εργαλεία και άλλα αντικείμενα για να χρησιμοποιηθούν ακίνδυνα επιβάλλεται να τοποθετούνται σε αντισηπτική διάλυση με αραίωση και για διάρκεια χρόνου που καθορίζεται από τις προδιαγραφές του αντισηπτικού, καθαρίζονται και, τέλος, αποστειρώνονται σε υγρό ή ξηρό κλίβανο.

ιγ) Το δάπεδο πρέπει να καθαρίζεται με διάλυμα αντισηπτικού και να γίνεται υγρό ξεσκόνισμα τοίχων και επίπλων με αντισηπτική ουσία.

Φεύγοντας ο ασθενής ή φορέας από το δωμάτιο που νοσηλεύτηκε γίνεται η τελική απολύμανση. Αυτή επιτυγχάνεται :

α) Με τον καθαρισμό, δηλαδή ανοίγονται τα παράθυρα, έτσι εκτίθεται το εσωτερικό του δωματίου στο φως του ήλιου και τον αέρα για 12 - 24 ώρες, γίνεται υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων, καθαριότητα των τοίχων και δαπέδων με αντισηπτική διάλυση και αποτεφρώνονται ή απολυμαίνονται τα διάφορα μολυσμένα αντικείμενα.

β) Με την φορμόλη. Διάφορα αντικείμενα απλώνονται στο δωμάτιο (π.χ. κρέμασμα κουβερτών σε σχοινί) έτσι ώστε οι ατμοί της φορμόλης να τα διαπερνούν, κλείνεται το δωμάτιο αεροστεγώς από την κλειδαριά της πόρτας διοχετεύεται στο δωμάτιο ατμός φορμόλης (το ποσό της φορμόλης προσδιορίζεται σε σχέση με το εμβαδόν του

δωματίου). Το δωμάτιο παραμένει κλειστό 24 ώρες, κατόπιν αερίζεται, καθαρίζεται και είναι κατάλληλο και ακίνδυνο να χρησιμοποιηθεί από άλλον άρρωστο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΓΔΟΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

περίπτωση 1η :

Π.Π.Γ.Ν.Π.

ΚΛΙΝΙΚΗ : Παθολογική Β

ΕΙΣΟΔΟΣ : 20/5/95

ΘΑΛΑΜΟΣ 512

ΕΞΟΔΟΣ : 6/6/95

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Όνομα : Μ. Βασιλείου

Ηλικία : 51

Οι πηγές ελήφθησαν από ιατρικό ιστορικό και από προσωπική επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς.

Διάγνωση κατά την είσοδο : Συλλογή ασκίτικού υγρού.

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

Εισήλθε τότε στο Π.Π.Γ.Ν.Π.

Μεταξύ των εξετάσεων τότε έγινε και βιοψία ήπατος οπότε τέθηκε η διάγνωση της μικροζώδους αλκοολικής κίρρωσης. Ο ασθενής εξήλθε τότε από το νοσοκομείο με τη σύσταση διακοπής της λήψεως οινοπνεύματος. Παρά τις συστάσεις ο ασθενής εξακολούθησε να κάνει χρήση οινοπνεύματος, με αποτέλεσμα, τον Ιούλιο του 14 να εισαχθεί στο νοσοκομείο με αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού. Αντιμετωπίστηκε η αιμορραγία και στον έλεγχο του οισοφάγου βρέθηκαν κίρσοι οι οποίοι και αντιμετωπίστηκαν τότε. Από τότε και μέχρι τα μέσα Μαΐου του 95 ήταν καλά.

Από τα τέλη Μαΐου του 95 άρχισε προοδευτική διόγκωση κοιλίας οπότε εισήλθε στην κλινική με ασκίτη.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ :

- Το 1980 προσβάλλεται από βρογχοπνευμονία και του γίνεται η

σχετική θεραπεία.

- Το 1984 κατάγμα κλείδας.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Είναι έγγαμος, πατέρας 3 παιδιών (2 αγόρια , 1 κορίτσι).

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ :

Ο πατέρας του πέθανε από σα στομάχου και έπινε αρκετά.

Η μητέρα πέθανε από Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Κανείς από τους συγγενείς του δεν έπινε εκτός από έναν αδερφό του.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ :

Είναι καπνιστής τριάντα (30) χρόνια, καπνίζει 2 πακέτα την ημέρα. Έπινε αρκετό ούζο ημερησίως καθώς μύρα και κρασί. Η διατροφή του δεν ήταν κανονική και δούλευε ως οικοδόμος.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν είναι :

LASIX (φουρεσεμίδη), ALDACTONE (σπειρονολακτόνη)

DUPHALAC (σιρόπι λακτολούζης), Νεομυκίνη

Οροί 24 ώρου : DEXTROSE 5% 1000 CC

DEXTROSE 10 % + 8amp. Na + 3amp k + MVI

Έκβαση :

Παρά τις προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με την κατάλληλη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, ο ασθενής κατέληξε σε κώμα στις 6/6/95. Τελικά απεβίωσε την ίδια μέρα στις 7:30 μμ. από ηπατονεφρικό σύνδρομο και ηπατική εγκεφαλοπάθεια

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1. Ο ασθενής παραπονείται για ανορεξία, καταβολή δύναμειών, ναυτία, αδυναμία</p>	<p>1. Η επαναπρόκληση της όρεξης και της δύναμης του ασθενή καθώς και η εξάλειψη της ναυτίας.</p>	<p>1. Να χορηγηθεί υψηλή θερμιδική διαίτα στον ασθενή πλούσια σε πρωτεΐνες τρεις φορές την ημέρα. Να φροντίσουμε για την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας σε κάθε γεύμα. Να περιορίσουμε τις δραστηριότητες του και να χορηγήσουμε συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ, καθώς και αντιεμετικά φάρμακα μετά από εντολή γιατρού.</p>	<p>1. Χορηγούνται 3 γεύματα ημερησίως με διαίτα υψηλή σε πρωτεΐνες. Η διαίτα περιλαμβάνει γαμή (ανάλατο) χόρτα, ζυμαρικά, κρέας, κοτόπουλο ή γάρι άπαχο. Φροντίζουμε για την τακτοποίηση του διακτου κατά τρόπο που να μην προκαλεί απέχθεια. Του εξηγούμε ότι ο'αυτά τα 3 γεύματα πρέπει να προστεθούν και άλλα μικρότερα για αποφυγή της ναυτίας αλλά και για ικανοποιητική πρόσληψη θερμίδων. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του. Δίνουμε συμπληρωματικά Α, Β, Κ χορηγούμε κατόπιν ιατρικής εντολής αντιεμετικά φάρμακα.</p>	<p>1. Βελτίωση συμπτωμάτων για μικρό χρονικό διάστημα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>2. Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη ικτερική χροιά, δέρμα ξηρό, τριχόπτωση</p>	<p>2. Υποχώρηση του ικτέρου και του κνησμού</p>	<p>2. Να χορηγούνται χυμοί φρούτων στον ασθενή. Να φροντίσουμε για την αποφυγή ξηρότητας του δέρματος του ασθενούς.</p>	<p>2. Χορηγούνται στον ασθενή χυμοί φρούτων. Έγινε λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι για την αποφυγή ξηρότητας του δέρματος και επάλειψη με τονωτική λοσιόν.</p>	<p>2. Μικρή υποχώρηση ικτέρου ανακούφιση του ασθενή από τον κνησμό. Το δέρμα του μαλάκωσε.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΑΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>3. Ο ασθενής παρουσιάζει ασκίτη. Συνέπεια αυτού παρουσιάζει έντονη διόγκωση κοιλίας, αυξημένη πίεση στο στομάχι και αναπνευστική επιβάρυνση από την πίεση που ασκείται στο διάφραγμα.</p>	<p>3. Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα αυτά και ανάταξη του ασκίτη.</p>	<p>3. Να χορηγηθούν τα διουρητικά φάρμακα στον ασθενή κατόπιν εντολής του ιατρού. Να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του 24ώρου. Να εξασφαλιστεί μια αναπνευστική θέση του ασθενή για μείωση της πίεσως του διαφράγματος. Να εξασφαλιστεί καλή φλέβα και να χορηγηθεί από αυτή Dextrose 5% ανά 24ώρο.</p>	<p>3. Χορήγηση σύμφωνα με οδηγία του ιατρού διουρητικών (σπειρονολακτόνη - φουροσεμίδη) συστηματικά ανά 24ώρο. Ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών 24ώρου. Εξασφάλιση αναπνευστικής θέσεως του ασθενή στο κρεβάτι για μείωση της πίεσεως. Εξασφάλιση καλής φλέβας και χορήγηση από αυτήν 1.500 cc Dextrose 5% ανά 24ώρο.</p>	<p>3. Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα. Παρόλα αυτά όμως δεν παρατηρείται μείωση του ασκίτη και το πρόβλημα παραμένει</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΕΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>4. Ο ασθενής παρουσιάζει ανααιμία. Ο αιματοκρίτης του βρίσκεται στο 25%. Παρουσιάζει επίσης και υποπρωτεϊναιμία καθώς και ελαττωμένη προθρομβίνη.</p>	<p>4. Διόρθωση της αναιμίας και της υποπρωτεϊναιμίας.</p>	<p>4. Να χορηγηθούν 2 μονάδες αίμα για την βελτίωση της αναιμίας. Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων του ασθενή και να χορηγηθεί βιταμίνη Κ συμπληρωματικά τρεις φορές ημερησίως κατά εντολή του γιατρού.</p>	<p>4. Χορήγηση δύο μονάδων αίματος για διόρθωση της αναιμίας και χορήγηση 4 μονάδων πλάσματος για διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. Κατά την διάρκεια χορήγησης των μονάδων αίματος και πλάσματος έγινε στενή παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν αντίδραση. Γινόταν λήψη ζωτικών σημείων για έγκαιρη διαπίστωση απόκλισης από τα φυσιολογικά όρια. Για το σχηματισμό προθρομβίνης και των παραγόντων πήξεως χορηγήθηκε βιταμίνη Κ 3 φορές ημερησίως.</p>	<p>4. Η νοσηλευτική φροντίδα δεν απέδωσε και η κατάσταση παραμένει η ίδια.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΑΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>5. Ο ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει ασκίτη και φυσικά παραμένουν τα προβλήματα που ανέφερα πιο πάνω.</p>	<p>5. Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και ανάταξη του ασκίτη.</p>	<p>5. Να γίνει εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας και να ενημερωθεί ο ασθενής για την παραπάνω ενέργεια καθώς και για το λόγο που γίνεται και τα αποτελέσματά της. Να ληφθεί δείγμα και να σταλεί για εξέταση. Επίσης να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ανάρροπη θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του. Να ελέγχονται οι γάζες του τραύματος για τυχόν εκροή υγρού από αυτό.</p>	<p>5. Έγινε εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας. Ενημέρωση του ασθενή για αυτήν την ενέργεια, πως θα γίνει για πιο λόγο και τα αποτελέσματα που θα φέρει. Προετοιμάστηκε κατάλληλα (δηλαδή ούρησε πριν την παρακέντηση, πήρε την σωστή θέση και ήταν σχετικά ήρεμος. Κατά την παρακέντηση αφαιρέθηκαν 1.1/2 lt υγρού. Έγινε λήψη δείγματος το οποίο εστάλλει για εξέταση. Μετά το τέλος της παρακέντησης τοποθετήσαμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του. Έγινε έλεγχος στις γάζες του τραύματος για εκροή υγρού από αυτό.</p>	<p>5. Ανακούφιση του ασθενή μείωση της δυσφορίας στην κοιλιά στο στομάχι και στο διάφραγμα</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΕΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>6. Παρατηρείται πτώση ασβεστίου και πύωση της τιμής του σακχάρου στο αίμα. Επίσης υποκαλιαιμία. Ο ασβεθής είναι εξασθενημένος.</p>	<p>6. Επαναφορά καλίου ασβεστίου και σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>6. Να χορηγηθεί γλυκανικό ασβέστιο μια φορά την ημέρα για 6 ημέρες. Να χορηγηθεί υπέρονο διάλυμα γλυκόζης 2 φορές την μέρα για 4 ημέρες για τη διόρθωση του σακχάρου στο αίμα. Να προσθέσουμε πολυβιταμινικά σκευάσματα και 2 amp. Κ σε κάθε ορό.</p>	<p>6. Χορήγηση γλυκανικού ασβεστίου απαραίτητη για τη διόρθωση του ασβεστίου χορηγείται υπέρονο διάλυμα γλυκόζης που έχει σαν σκοπό την αύξηση του σακχάρου στο αίμα. Για την επαναφορά του καλίου στα φυσιολογικά επίπεδα σε κάθε ορό προστέθηκαν 2 amp. Κ. Επίσης προστέθηκαν πολυβιταμινικά σκευάσματα στους ορούς για ενίσχυση τους.</p>	<p>6. Επαναφορά του καλίου σε φυσιολογικά επίπεδα. Το σάκχαρο παραμένει απορρυθμισμένο. Προσωρινή βελτίωση των επιπέδων του ασβεστίου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΑΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>7. Ο ασθενής πέφτει σε ηπατικό κώμα. Το ηπατικό κώμα οφείλεται σε τοξικές ουσίες που εισέρχονται στη γενική κυκλοφορία οι οποίες δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ όπως είναι η αιμωβία. Η συγγέντρωση μεγάλης ποσότητας αιμωβίας στον εγκέφαλο προκαλεί δηλητηρίαση. Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές της ρύθμισης της αναπνοής από το Κ.Ν.Σ. Σηλαδί υπέρπνοια, αναπνευστική αλκάλωση, τρόμος ασυνεργία και αταξία άκρων, υπνηλία, λήθαργος, πλήρες κώμα.</p>	<p>7. Να συνέλθει ο ασθενής από το ηπατικό κώμα.</p>	<p>7. Να συνεχιστούν οι οροί εμπλουτισμένοι με 2αμπ. Κ. και βιταμινούχο σκεύασμα Μ. V.I. Να τοποθετηθούν προφυλακτικές στο κρεβάτι. Να χορηγηθούν 3 μονάδες πλάσμα για την διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. Να συνεχιστούν οι μετρήσεις των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>7. Συνεχίζονται να χορηγούνται οροί 1500 cc Dextrose 5% εμπλουτισμένοι με 2αμπ. Κ. και βιταμινούχο σκεύασμα Μ. V.I. Τοποθετήθηκαν προφυλακτικές στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ασθενούς. Χορηγήθηκαν 3 μονάδες πλάσματος για διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. Συνεχίζεται η μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>7. Ο ασθενής εξακολουθεί να βρίσκεται σε ηπατικό κώμα και στις 7:30 μμ απεβίωσε.</p>

Περίπτωση 2η

Π.Π.Γ.Ν.Π.

Κλινική : Παθολογική Γ Είσοδος 10/4/95

Θάλαμος 522 Έξοδος 25/4/95

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Όνομα : Χ. Αθανασίου

Ηλικία : 50

Αιτία εισόδου Ασκήτης - καταβολή

Τελική διάγνωση : Αλκοολική κίρρωση - Ηπάτωμα.

Παρούσα νόσος : Ασθενής γνωστός στην κλινική με αλκοολική κίρρωση του ήπατος. Από την κλινική είχε πάρει εξιτήριο προς ενός μηνός. Επειδή όμως παρουσίασε άλγος δεξιού υποχόνδριου και έντονο αίσθημα διογκώσεως της κοιλίας επανήλθε στην κλινική στις 10/4/95.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Πλευρίτιδα το 1982 όπου και έγινε θεραπεία.
- Κάταγμα πλευρών προ τριετίας.
- Δεν διαπιστώθηκε ποτέ ηπατίτιδα.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Θάνατος του πατέρα λόγω γήρατος, θάνατος της μητέρας από σα γεννητικών οργάνων.

Τα αδέρφια υγιή.

Έχει 4 παιδιά (3 αγόρια, 1 κορίτσι)

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ Είναι καπνιστής 34 χρόνια, καπνίζει 2 πακέτα την ημέρα. Έπινε μεγάλες ποσότητες ούζο και κρασί. Η διατροφή του ήταν ελλειπής λόγω ανορεξίας του ασθενούς.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν είναι :

Tamp Lasix 1

Tamp Aldactone 1x1

ορροί 24 ώρου Dextrose 5% 2000cc + 8amp Na + 4 amp k.

Dextrose 10% + 8amp Na +3 amp k.

Έκβαση :

Μετά την διάγνωση του ηπατώματος ο ασθενής περιήλθε σε ηπατικό κώμα στις 20/4/95 και μετά από 5 μέρες απεβίωσε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό.	1. Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	1. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. Τακτικός έλεγχος της θερμοκρασίας.	1. Δόθηκε αντιπυρετικό φάρμακο 1 tabl Deron. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με συχνές πλύσεις. Γίνεται συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας με θερμομέτρηση. Επισχύουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά. Εφαρμόζουμε μυχχρά επιθέματα σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε μηλά επίπεδα.	1. Επανήλθε η θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα. Ανακουφίσθηκε ο ασθενής.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΑΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΑΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>2. Ο ασθενής παρουσιάζει ασκίτη. Εξ' αιτίας του ασκίτη παρουσιάζει έντονη διόγκωση κοιλίας, αυξημένη πίεση στο στομάχι και αναπνευστική επιβάρυνση από την πίεση που ασκείται στο διάφραγμα.</p>	<p>2. Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και ανάταξη του ασκίτη.</p>	<p>2. Να χορηγηθούν διουρητικά φάρμακα στον ασθενή κατόπιν εντολής του ιατρού. Να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του 24ώρου. Να εξασφαλιστεί μια αναπνευστική θέση του ασθενή για μείωση της πίεσής του διαφράγματος. Να εξασφαλιστεί καλή φλέβα και χορηγηθεί από αυτή Dextrose 5% ανά 24ώρο.</p>	<p>2. Χορήγηση σύμφωνα με ιατρική εντολή διουρητικών (σπειρονολακτόνη - φουροσεμίδη) συστηματικά ανά 24ώρο. Εξασφάλιση αναπνευστικής θέσης του ασθενή στο κρεβάτι για μείωση της πίεσής στο διάφραγμα. Εξασφάλιση καλής φλέβας και χορήγηση από αυτήν 1500 cc Dextrose 5% ανά 24ώρο.</p>	<p>2. Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και σημαντική μείωση του ασκίτη.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΑΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>3. Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην κένωση του εντερικού σωλήνα. Δυσφορία και αιόθημα πλήροτητας κάνουν τον ασθενή να δυσανασχεται.</p>	<p>3. Φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα και ανακούφιση από τα συμπτώματα.</p>	<p>3. Να χορηγηθεί υπακτικό καθαρτικό για τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>3. Χορήγηση κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπακτικού καθαρτικού (σιρόπι λακτουλόζης) τρεις φορές την ημέρα για τη δημιουργία όξινου ΡΗ στο παχύ έντερο με αποτέλεσμα την αύξηση του κατακρατούμενου ύδατος που καθιστά τα κόπρανα μαλακότερα, και διευκόλυνση τηςδέσμευσης της αμμωνίας. Χορήγηση νεομυκίνης από το στόμα 4 gr ημερησίως με σκοπό την καταστροφή της μικροβιακής χλωρίδας του παχέως εντέρου.</p>	<p>3. Βελτίωση του ασθενή από τα συμπτώματα όχι όμως ικανοποιητικά.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΕΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>4. Ο ασθενής παραπονείται για έντονα κοιλιακά άλγη. Ανησυχία, δυσφορία και αμφισβήτηση του ασθενή για την όλη κατάσταση.</p>	<p>4. Υποχώρηση των κοιλιακών άλγών.</p>	<p>4. Να παρακινήσουμε τον ασθενή να μην κάνει περιττές κινήσεις. Να χορηγηθούν αντισπασμωδικά και κατευναστικά φάρμακα κατόπιν εντολής ιατρού. Να ενημερώσουμε το γιατρό για τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής.</p>	<p>4. Παρακίνηση του ασθενούς να μείνει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος. Χορήγηση αντισπασμωδικών και κατευναστικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. Παρακολούθηση και αναφορά των χαρακτηριστικών του πόνου στο γιατρό.</p>	<p>4. Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΕΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>5. Η κατάσταση επιβαρύνεται. Ο ασθενής παθαίνει μεταβολική οξέωση. Μεταβολική οξέωση είναι παθολογική διεργασία που χαρακτηρίζεται από πρωτοπαθή αύξηση των ισχυρών οξέων στο εξωκυττάριο υγρό ή από πρωτοπαθή απώλεια της όξινης ανδρακικής ρίζας από το εξωκυττάριο υγρό μέσω των νεφρών ή του γαστρεντερικού σωλήνα. Κλινικές εκδηλώσεις</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ανοπροσανατολισμός 2. Αήθαργος 3. Βαθιά αναπνοή τύπου Kussmaul 4. Αδυναμία 5. Απώλεια συνείδησης (βαριά οξέωση) 	<p>5. Διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης.</p>	<p>5. Να χορηγηθούν διττανθρακικά νάτρια, 25amp μετά από ιατρική εντολή και να μειωθούν αργότερα σε 10 amp ημερησίως. Να τοποθετηθούν κάγκελα στο κρεβάτι του ασθενούς. Να γίνει ενημέρωση των συγγενών για την λήψη των παραπάνω μέτρων.</p>	<p>5. Χορηγήθηκαν 25 amp διττανθρακικά νάτρια. Αργότερα τα διττανθρακικά νάτρια μειώθηκαν σε 10 amp ημερησίως. Τοποθετήθηκαν κάγκελα στο κρεβάτι του ασθενούς. Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για το λόγο της λήψης των μέτρων αυτών.</p>	<p>5. Επήλθε μικρή διόρθωση της κατάστασης του ασθενούς.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>6. Ο ασθενής ανυποχθεί για την κατάσταση του. Δείχνει δυσφορία, εκνευρισμό πολλές φορές και απέναντι σ' μας και στα οικεία του πρόσωπα.</p>	<p>6. Η επιμύχωση του ασθενή και πίστη στην καλή έκβαση της ασθένειάς του.</p>	<p>6. Να ενημερώσουμε τον ασθενή για την αλλαγή της κατάστασής του και για το πως θα επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από την κατάλληλη θεραπεία</p>	<p>6. Εξήγηση με όσο το δυνατόν ήρεμο τρόπο για ποιό λόγο παρουσιάζει αυτή την αλλαγή, που οφείλεται και πως θα επανέλθει στο φυσιολογικό μετά από κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Προσπαθούμε με αυτόν το τρόπο να μειώσουμε το αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης του ασθενή.</p>	<p>6. Ο ασθενής καθυποχάζεται και αρχίζει να περιμένει υπομονετικά τη βελτίωση της κατάστασής του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΘΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>7. Ο ασθενής πέφτει σε ηπατικό κώμα. Το ηπατικό κώμα οφείλεται σε τοξικές ουσίες που εισέρχονται στη γενική κυκλοφορία οι οποίες δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ όπως είναι η αιμωβία. Η συγκέντρωση μεγάλης ποσότητας αιμωβίας στον εγκέφαλο προκαλεί δηλητηρίαση. Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές της ρύθμισης της αναπνοής από το Κ.Ν.Σ. δηλαδή υπέρπνοια, αναπνευστική αλκάλωση τρόμος ασυεργία και αταξία των άκρων, υπνηλία, λήθαργος, πλήρες κώμα.</p>	<p>7. Να συνέλθει ο ασθενής από το ηπατικό κώμα.</p>	<p>7. Να συνεχιστεί η χορήγηση ορών, εμπλουτισμένων με 2 amp.K και βιταμινούχο. Να τοποθετηθούν προφυλακτικές στο κρεβάτι. Να χορηγηθούν 3 μονάδες πλάσμα για τη διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. Να συνεχιστεί η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>7. Συνεχίζεται η χορήγηση ορών, 1500 cc Dextrose 5% εμπλουτισμένων με 2 amp. K. και βιταμινούχο οκείασμα M VI. Τοποθετήθηκαν προφυλακτικές στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ασθενή. Χορηγήθηκαν 3 μονάδες πλάσμα για διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. Συνεχίζεται η μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>7. Ο ασθενής εξακολουθεί να βρίσκεται σε ηπατικό κώμα και στις 8:30 πμ. απεβίωσε.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στο πλαίσιο αυτής της πτυχιακής εργασίας έγινε μια σφαιρική, πιστεύω θεώρηση του θέματος που αφορά την κίρρωση του ήπατος.

Έγινε πλήρης περιγραφή, και ανάλυση της νόσου και των αιτιών που οδηγούν σ' αυτή. Περιγράφηκε με λεπτομέρεια κλινική εικόνα της νόσου καθώς και η θεραπεία της. Αναλύθηκαν οι μέθοδοι διάγνωσης της νόσου και ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτές. Επίσης έγινε νοσηλευτική προσέγγιση της ασθένειας, (είδος - λειτουργικότητα και αποκατάσταση της νόσου). Τέλος έγινε αναφορά στην πρόληψη και διαφώτιση του κοινού, όσον αφορά στα κύρια αίτια που οδηγούν στην κίρρωση του ήπατος, δηλαδή το αλκοόλ και την ηπατίτιδα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- 1) Σωστή και πλήρης ενημέρωση του κοινού γύρω από τα αίτια της νόσου και τα επακόλουθα αυτής. Μόνο με την ενημέρωση θα μπορέσουμε να προλάβουμε καταστάσεις επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου και να περιορίσουμε τα υπάρχοντα κρούσματα.
- 2) Επιστημονική κατάρτιση του Νοσηλευτή για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο δύσκολο έργο του και να έχουμε πιο ικανοποιητικό αποτέλεσμα στην πρόληψη - θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου.
- 3) Αναβάθμιση της θέσης και του ρόλου του νοσηλευτή. Μόνο με αυτές τις προϋποθέσεις θα υπάρξει καλή συνεργασία Νοσηλευτή - αρρώστου από την οποία θα προέλθει η σωστή αντιμετώπιση της νόσου.
- 4) Βελτίωση της προληπτικής ιατρικής στην Ελλάδα γιατί είναι προτιμότερο να προλαμβάνουμε καταστάσεις παρά να τις θεραπεύουμε.
- 5) Ενεργοποίηση όλων των κοινωνικών φορέων για αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας π.χ. καλύτερα νοσοκομεία, αύξηση νοσηλευτικού προσωπικού και εξειδίκευση αυτού.

6) Επάνδρωση των κέντρων υγείας με εξειδικευμένο και επιστημονικά καταρτισμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό για τη σωστή λειτουργία και απόδοση τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μέσα από τα κέντρα υγείας ο καταρτισμένος νοσηλευτής θα μπορέσει να ενημερώσει το κοινό για θέματα υγείας και να προλάβει καταστάσεις περιορίζοντας τη νοσηρότητα του πληθυσμού και βελτιώνοντας το επίπεδο της Δημόσιας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε.Κ.: " κλινική νοσηλευτική, χορήγηση φαρμάκων και μέθοδοι "

Αθήνα 1989

CECIL : " Παθολογία "

Μετάφραση - επιμέλεια : Χ. Μουτσόπουλος.

Καθηγητής Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1991

DEGOWIN E.L κ DEGOWIN : " κλινική εξέταση και

διαφορική διάγνωση " Μετάφραση - επιμέλεια :

Δρ. Δ. Παπαναστασίου, Ιατρού Παθολόγου.

Επιμελητού Πανεπιστημίου Αθηνών

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1981

ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι : " Σημειώσεις υγιεινής ΙΙ "

Πάτρα 1994

GAYTON A.M.D. : " Φυσιολογία του ανθρώπου "

Έκδοση 3η. Μετάφραση : Α. Ευαγγέλου.

Λέκτορας φυσιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1984

HARRISON : " Εσωτερική Παθολογία "

Τόμος Γ´ Έκδοση 10η.

Μετάφραση:	Βαγιωνάκης Α.	Διακουμάκος Ν.
	Βαρώνος Δ.	Ζωγράφος Ι.
	Γαρδίκας Κ.	Θεοδώρου Β.
	Κανδρεβιώτης Ν.	Μουντοκάλης Θ.
	Κολοτούρος Α.	Νηφόρος Ν.

Κρικελής	Ι.	Παντελάκης	Δ.
Λιάπης	Α.	Σπαντιδέας	Α.
Μαρκέτος	Σ.	Σπάρος	Λ.
Μουλόπουλος	Σ.	Χατζημνάς	Ι.

Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου
Αθήνα 1988.

ΚΑΛΦΑΡΕΝΤΖΟΣ Φ. : " Τεχνητή Διατροφή - Διαταραχές της
θρέψης σε Νοσοκομειακούς ασθενείς - Διάγνωση και
θεραπεία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1986.

ΚΑΗΛΕ W. - LEONHARDT H. - PLATZER W. : " Εσωτερικά όργανα "
Τόμος 2ος. Μετάφραση - επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος,
Επίκουρος καθηγητής περιγραφικής Ανατομικής
πανεπιστημίου Αθηνών. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
Αθήνα 1985.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : " Γενική
Παθολογική χειρουργική Νοσηλευτική "
Τόμος Α΄ Έκδοση 11η Αθήνα 1988.

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ.Μ. : " Βασικές αρχές Παθοφυσιολογίας "
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1984.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Σ.Κ. : " Ειδική Παθολογική Ανατομική -
Συστηματική Παθολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
Αθήνα 1990.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ. : " Γενική παθολογία και παθολογική
ανατομική ". Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1990.

ΡΗΓΑΣ. Π. Α. : " Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος.
Αλγορυθμικοί πίνακες " Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
Αθήνα 1983.

ΣΑΒΒΑ Π.Α. : " Επίτομη Ανατομική του ανθρώπου και Άγλας "
Τόμος 1ος. Έκδοση Δ. Έκδοτικός οίκος Αδερφών
Κυριακίδη. Θεσσαλονίκη 1989.

ΣΑΧΙΝΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. : " Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες ". Τόμος Β.
Β' Επανεκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1988.