

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : “ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ :

ΚΑΤΣΙΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ :

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 1997

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2415
----------------------	------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	2

### Α' ΜΕΡΟΣ

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ .....	4
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ .....	10

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ .....	13
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	14
3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ .....	15
4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	15
5. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ .....	17
6. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ .....	17

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ .....	20
ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ .....	20
2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ .....	
α) ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ .....	21
β) ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗ .....	22
γ) ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟΚΑΘΑΡΣΕΩΣ ΜΕ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗ .....	22
δ) ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ .....	22
ε) ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΜΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ .....	23
στ) ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ .....	23

ζ) ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΒΡΩΜΟΣΟΥΛΦΟΝΟΦΘΑΛΕΙΝΗΣ (B.S.P.) .....	24
η) ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ .....	24
θ) ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΗΠΑΤΟΣ .....	25
ι) ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ .....	25

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

1. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ .....	26
Α) ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ .....	26
Β) ΟΞΕΙΑ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ .....	27
Γ) ΑΣΚΙΤΗΣ .....	27
Δ) ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ .....	28
Ε) ΟΓΚΟΙ ΗΠΑΤΟΣ .....	29
Ζ) ΗΠΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ .....	31

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ .....	33
2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ .....	33
3. ΔΙΑΙΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	34

### **Β' ΜΕΡΟΣ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

α) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ .....	37
β) ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ .....	38
γ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ .....	40
δ) ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ .....	41
ε) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ .....	42
στ) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	43

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

1. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ .....	50
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ .....	51
ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	52
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ .....	54
2. ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ .....	56
ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	57
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ...	58

## **Γ' ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....	62
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1Η .....	62
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2Η .....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	73
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	73
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	76

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κίρρωση του ήπατος είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονώδη ανάπτυξη συνδετικού ιστού με προοδευτική καταστροφή των ηπατικών κυττάρων και οξυδική αναγέννησή τους.

Ανήκει στα “νοσήματα του πολιτισμού”. Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για τα νοσήματα που παρουσίασαν μεγάλη συχνότητα τα τελευταία χρόνια ή που εμφανίστηκαν για πρώτη φορά.

Αυτή η πικρή διαπίστωση που φανερώνει ότι η νόσος είναι πράγματι δημιούργημα του σύγχρονου τρόπου ζωής αλλά και το ενδιαφέρον που παρουσιάζει από επιδημιολογικό και αιτιολογικό χαρακτήρα με οδήγησαν να επιλέξω το συγκεκριμένο θέμα.

Σήμερα στην αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική αυτοδιοίκηση, επιστημονικοί οργανισμοί, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής - τρια έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία κατά των νοσημάτων αυτών και η συμβολή της είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπονου αυτού έργου.

Η εργασία αυτή περιγράφει το θέμα κίρρωση του ήπατος, δίδοντας στο Α' μέρος Ιατρικές γνώσεις, στο Β' μέρος Νοσηλευτική φροντίδα και στο Γ' μέρος Νοσηλευτική διεργασία. Πιστεύω ότι αυτή η εργασία θα βοηθήσει στη διευκρίνιση των αιτιών που προκαλούν την ασθένεια και στην κατανόηση του τρόπου αντιμετώπισής της.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η κίρρωση του ήπατος αποτελεί χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από :

- α) ατροφία και εκφύλιση των ηπατικών κυττάρων και
- β) την ανάπτυξη άφθονου συνδετικού ιστού όπου συμπιέζονται τα ηπατικά κύτταρα και τα αγγεία του ήπατος.

Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε αύξηση της πίεσεως στην πυλαία φλέβα (πυλαία υπέρταση) ενώ το ήπαρ σταδιακά μικραίνει σε όγκο και η επιφάνειά του γίνεται ηβώδης.

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

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

Βοηθά τον ασθενή στην αποδοχή της νόσου του και την κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος, στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένειά του, στην πρόληψη και διάγνωση της νόσου.

Η φροντίδα του κίρρωτικού ασθενή αναφέρεται στην φροντίδα κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο αλλά και στην φροντίδα στο σπίτι του ~~συνδυασμένη πάντα με την κατάλληλη διαίτα και το φαρμακευτικό σχήμα.~~

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

Α΄ ΜΕΡΟΣ

---



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

---

### 1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ με βάρος 2000 gr περίπου, είναι ο μεγαλύτερος αδενας του σώματος. Το εξωκρινές προϊόν του ήπατος είναι η χολή. Τα άλατα των χολικών οξέων, χρησιμεύουν στην πέψη των λιπών στο έντερο.

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

### 2. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ έχει στον υγιή ζωντανό ανθρώπινο οργανισμό ερυθρο-κάστανο χρώμα και μαλακή σύσταση.

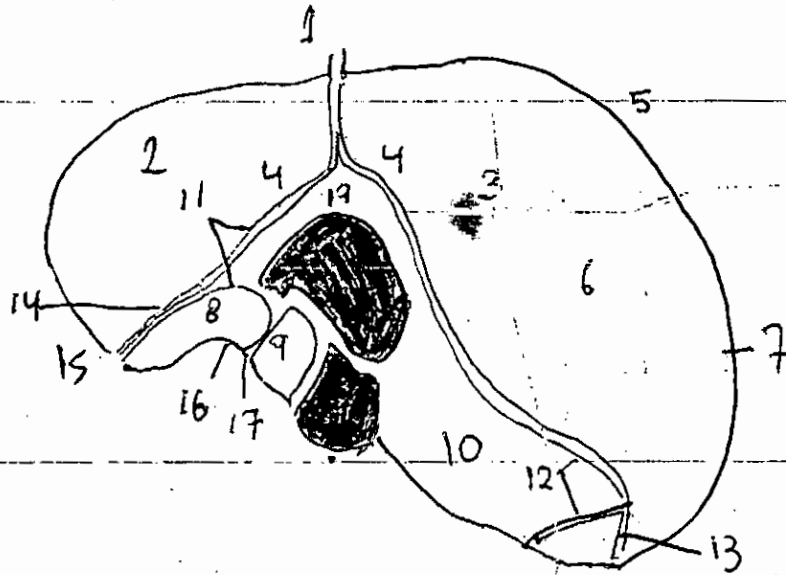
Το όργανο σταθεροποιείται με μια ισχυρή κάψα συνδετικού ιστού.

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

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

Η διαφραγματική επιφάνεια σχηματίζεται από τη βάση (δεξιά μοίρα), την άνω και την πρόσθια πλευρά (άνω μοίρα και πρόσθια μοίρα) καθώς και

την αποστρογγυλωμένη πίσω επιφάνεια (οπίσθια μοίρα) της “πυραμίδας”. Η διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος είναι λεία και αποστρογγυλωμένη. Πάνω στην επιφάνεια αυτή μπορεί να υπάρχουν οι λεγόμενες διαφραγματικές αύλακες που προκαλούνται από μυϊκές δεσμίδες του διαφράγματος.

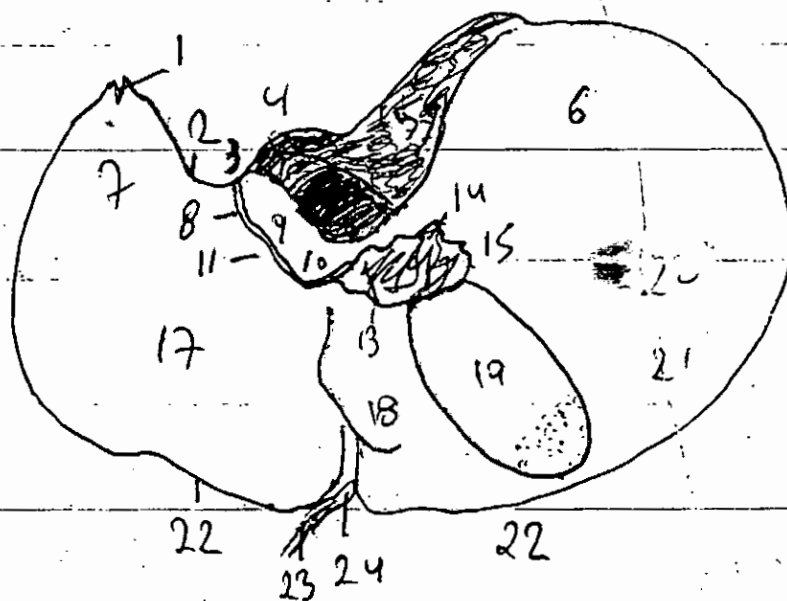


- |  |  |
|--|--|
| 1. δρεπανοειδής σύνδεσμος                    | 18. "δεξιός" στεφανιαίος σύνδεσμος                           |
| 2. "αριστεός λοβός"                          | 19. δεξιός τριγωνικός σύνδεσμος                              |
| 3. "δεξιός λοβός"                            | 20. αριστερός τρίγωνος σύνδεσμος                             |
| 4. καρδιακό εντύπωμα                         | 14. ινώδης απόφυση του ήπατος                                |
| 5. πρόσθια μοίρα                             | 15. οισοφαγικό εντύπωμα                                      |
| 6. άνω μοίρα της διαφραγματικής επιφανείας   | 16. χείλος τομής του ελάσσανος επιπλόου                      |
| 7. δεξιά μοίρα της διαφραγματικής επιφανείας | 17. κάτω κοίλη φλέβα μέσα στον αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας |
| 8. οπίσθια μοίρα                             | 18. ηπατικές φλέβες  |
| 9. κερκοφόρος λοβός                          | 19. φλεβώδης σύνδεσμος στη σχιμή του φλεβώδους συνδέσμου     |
| 10. γυμνή από περιτόναιο περιοχή             |  |
| 11. "αριστερός" στεφανιαίος σύνδεσμος        |  |
| 12. "δεξιός" στεφανιαίος σύνδεσμος           |  |

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

Σπλαχνική επιφάνεια είναι η κάτω πλευρά του ήπατος που στρέφεται προς τα σπλάχνα, αφορίζεται δε προς τα εμπρός και έξω από τη διαφραγματική επιφάνεια με οξύ χείλος, το κάτω χείλος. Προς τα πίσω στην περιοχή της συμφύσεως του ήπατος και του διαφράγματος, η σπλαχνική

επιφάνεια συνεχίζεται χωρίς σαφές όριο στο πίσω τμήμα της διαφραγματικής επιφάνειας.



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

Εικ. 2 : Ηπαρ, άποψη της σπλαχνικής (κάτω) επιφάνειας

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

### ΛΟΒΟΙ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

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

Ο δεξιός λοβός του ήπατος βρίσκεται δεξιά από μια γραμμή που συνδέει τον κυστικό βόθρο με την κάτω καλή φλεβα.

Ο αριστερός λοβός του ήπατος διαιρείται σε δύο ανόμοια μέρη από την αριστερή οβελιαία σχισμή, που βρίσκεται στην σπλαχνική επιφάνεια.

Οι δύο οβελιαίες σχισμές περιλαμβάνουν μεταξύ τους ένα εσωτερικό μέρος του αριστερού λοβού που προς τα εμπρός ανήκει στην σπλαχνική επιφάνεια και λέγεται τετράπλευρος λοβός και προς τα πίσω δε στη διαφραγματική επιφάνεια και λέγεται κερκοφόρος λοβός.

Η διαίρεση του ήπατος σε ηπατικούς λοβούς και ηπατικά τμήματα σχετίζεται με τον αδενικό χαρακτήρα του. Ένας χοληφόρος πόρος στο κέντρο κάθε λοβού και κάθε τμήματος συγκεντρώνει τη χολή. Στην πύλη του ήπατος όλοι οι χοληφόροι πόροι ενώνονται και σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο.

## ΛΕΠΤΗ ΥΦΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

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

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

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

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

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

## ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ δέχεται αίμα με θρεπτικά συστατικά από την πυλαία φλέβα, οξυγονωμένο αίμα ιδίως από την ηπατική αρτηρία.

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

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

---

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

### ΝΕΥΡΑΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

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

## 2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

### ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η χολή εκκρίνεται μέσα στα μικροσκοπικά χοληφόρα σωληνάκια, τα οποία βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα των ηπατικών δίσκων. Τα χοληφόρα σωληνάκια, μέσα στα οποία ρέει η χολή εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους, από τους οποίους η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς και τελικά φτάνει στον ηπατικό πόρο και τον κοινό χοληδόχο πόρο, από τον οποίο είτε ρέει απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο είτε εκτρέπεται προς τη χοληδόχο κύστη.

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

Τα ηπατικά κύτταρα σχηματίζουν 0,5 GR χολικών αλάτων τη μέρα. Μέσα στον εντερικό σωλήνα τα χολικά άλατα επιτελούν δύο σπουδαίες λειτουργίες. Πρώτον, ασκούν απορρυπαντική δράση στα λιπαρά σωματίδια της τροφής ελαττώνοντας, έτσι, το λεπτό διαμερισμό των λιποσφαιρίων.

Δεύτερον, και σπουδαιότερο τα χολικά άλατα βοηθούν στην απορρόφηση από τον εντερικό σωλήνα των λιπαρών οξέων, των μονογλυκεριδίων, της χοληστερόλης και άλλων λιποειδών.

Εκτός από την έκκριση ουσιών που συντίθενται από το ίδιο το ήπαρ, τα ηπατικά κύτταρα απεκκρίνουν ορισμένες ουσίες που σχηματίζονται σε άλλα σημεία του οργανισμού. Μία από τις σημαντικότερες είναι η χολερυθρίνη, που αποτελεί ένα από τα κυριότερα τελικά προϊόντα της αποδόμησης της αιμοσφαιρίνης.

Όταν τα ερυθροκύτταρα ολοκληρώσουν τον κύκλο της ζωής τους, που διαρκεί περίπου 120 μέρες, γίνονται πολύ εύθραυστα για να μπορούν πιά να επιβιώσουν μέσα στο κυκλοφορικό σύστημα, οι μεμβράνες τους θραύονται και η αιμοσφαιρίνη που απελευθερώνεται φαγοκυτταρώνεται από τα δικτυοενδοθηλιακά κύτταρα. Η αιμοσφαιρίνη διασπάται πρώτα σε σφαιρίνη και αίμη. Ο δακτύλιος της αίμης μετατρέπεται γρήγορα σε χολερυθρίνη, η οποάι ελευθερώνεται στο πλάσμα. Μέσα σε λίγες ώρες η χολερυθρίνη απορροφάται από τα ηπατικά κύτταρα, από τα οποία απεκκρίνεται, με μηχανισμό ενεργητικής μεταφοράς στη χολή.

Η παρουσία μεγάλης ποσότητας χολερυθρίνης στα εξωκυττάρια υγρά είναι η αιτία του κτέρου.

Η λέξη ίκτερος σημαίνει κιτρινωπή χρώση των ιστών του σώματος, του δέρματος και των εσωτερικών οργάνων. Η φυσιολογική συγκέντρωση χολερυθρίνης στο πλάσμα είναι περίπου 05 MG/100 ML. Ωστόσο σε μερικές παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατό ν' αυξηθεί και μέχρι 40 MG / 100 ML. Τα συνηθέστερα αίτια ικτέρου είναι:

1. Η αύξηση της καταστροφής των ερυθροκυττάρων, οπότε επιτυγχάνεται απελευθέρωση χολερυθρίνης στο πλάσμα.



2. Η απόφραξη των χοληφόρων πόρων, οπότε γίνεται αδύνατη η απέκκριση στον εντερικό σωλήνα, ακόμα και της σε φυσιολογικά ποσά εκκρινόμενης χολερυθρίνης, και

3. Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων. Οι τρεις αυτοί τύποι ικτέρου ονομάζονται, αντίστοιχα, αιμολυτικός, αποφρακτικός και ηπατοκυτταρικός ίκτερος.

Στο ήπαρ συντίθεται επίσης και η χολησερόλη. Τα χολικά άλατα σχηματίζονται στα ηπατικά κύτταρα από την χοληστερόλη που συντίθεται. Κατά τη διαδικασία έκκρισης των χολικών αλάτων στη χολή εκκρίνεται και χοληστερόλη σε αναλογία ίση περίπου με το 1/10 των χολικών αλάτων.

Δεν είναι γνωστή καμία συγκεκριμένη λειτουργία της χοληστερόλης μέσα στη χολή και θεωρείται ότι αποτελεί απλώς ένα παραπροϊόν του σχηματισμού και της έκκρισης χολικών αλάτων.

Η ποσότητα της χοληστερόλης που βρίσκεται στη χολή καθορίζεται κατά ένα μέρος από την ποσότητα του λίπους που καταναλώνει το άτομο, γιατί τα ηπατικά κύτταρα συνθέτουν χοληστερόλη ως προϊόν μεταβολισμού του λίπους στον οργανισμό. Γι'αυτό το λόγο τα άτομα που για χρόνια διατρέφονται με δίαιτα πλούσια σε λίπος έχουν τάση να αναπτύσσουν χολόλιθους.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

---

### **1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Η ονομασία «κύρωση» της νόσου, δόθηκε το 1919 από τον κ. Laennec. Προέρχεται από την ελληνική λέξη «κιρρός», που σημαίνει χρώμα πορτοκαλί ή κιτρινωπό. Ο κ. Laennec χρησιμοποίησε τον όρο αυτό λόγω της ειδικής χροιάς των όζων του ηπατικού ιστού, οι οποίοι αναπτύσσονται στην πάθηση. Με την πάροδο του χρόνου έγινε κάποια σύγχυση μεταξύ των εννοιών «κιρρός» και «σκίρος» (σκληρός), με αποτέλεσμα να καταργηθεί η αρχική έννοια της λέξης που αναφερόταν στην χροιά και επικράτησε αυτή που αναφέρεται στην σύσταση.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η κίρρωση του ήπατος που οφείλεται σε όχι καλή διατροφή και σε τοξικές ουσίες, τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί στις προηγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, ενώ το πρόβλημα αυτό είναι αρκετά μεγάλο, δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία για να δούμε το μέγεθός του. Τα τελευταία είκοσι πέντε χρόνια όμως έχουν παρατηρηθεί με σειρά από γεγονότα που βοήθησαν στην καλύτερη κατανόηση της κίρρωσης και θεωρητικά αφορούν τη ψίωση του ήπατος με βελόνα, την αιτιολογία και επιδημιολογία της λοιμώδους ηπατίτιδας και τη συσχέτισή της με την κίρωση του ήπατος, την εξέλιξη των γνώσεων πάνω στην παθογένεια του ασκίτη και την μελέτη του συνδρόμου της πυλαίας υπέρτασης και τις χειρουργικές μεθόδους.

Τα τελευταία χρόνια έχουν προστεθεί νέες διαγνωστικές μέθοδοι, όπως η μελέτη των ενζύμων και οι ανοσοβιολογικές μελέτες. Επίσης έχουν μεταβληθεί οι απόψεις για την διαιτητική αγωγή.

## **2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η ηπατική κίρρωση αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο σπουδαία προβλήματα υγείας στον κόσμο. Κάθε χρόνο 50.000 μέχρι 100.000 ασθενείς πεθαίνουν από κεραυνοβόλο ηπατίτιδα Β και 1.000.000 από κίρρωση, πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος ή άλλη πάθηση που συνοδεύεται με λοίμωξη από ηπατίτιδα Β. Σε όλο τον κόσμο 200.000 φορείς (ένας στους 22 κατοίκους της γης) αποτελούν την δεξαμενή του ιού Β που μπορεί να προκαλέσει κίρρωση.

Η αλκοολική κίρρωση είναι η συχνότερη μορφή ηπατοπάθειας στις Η.Π.Α. Μεταξύ του 10-20% των χρόνιων αλκοολικών έχουν κλινική ή μορφολογική ένδειξη κίρρωσεως.

Στην Ελλάδα το ποσοστό είναι μικρό αλλά όσον αφορά στον αλκοολισμό, μπορούμε να επισημάνουμε το ανερχόμενο επιδημιολογικό πρόβλημα, εφόσον η Ελλάδα, σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες, κατέχει πλέον την 8η θέση από την 20η που είχε σε συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, μεταξύ των δυτικών χωρών.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

---

### 1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα συνηθέστερα αίτια είναι:

- α) Ο χρόνιος αλκοολισμός
- β) Η κακή διατροφή (υποσιτισμός, χρόνια δίαιτα πλούσια σε λίπος)
- γ) Η ιογενής ηπατίτιδα
- δ) Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

### 2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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

Η εισβολή της νόσου είναι βαθμιαία και χαρακτηρίζεται από αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, δυσπεπτικές διαταραχές (ναυτία, έμμετος, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους, κακουχία, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και ανικανότητα, απώλεια τριχών του σώματος, διόγκωση παρωτίδων, πορφύρα, πληκτροδακτυλία).

Κατά την εξέταση διαπιστώνεται διόγκωση του σπλήνα και του ήπατος (ηπατομεγαλία) αστεροειδής ανευρύσεις του δέρματος, υπέρχρωση των παλαμών ή διάχυτη υπέρχρωση του δέρματος, αιμορροΐδες, κίρσοι του οισοφάγου, γυναικομαστία, ατροφία των όρχεων, διαταραχή της έμμηνης ρύσης, αμηνόρροια και αραχνοειδή αγγειώματα.

Σε ένα μεταγενέστερο στάδιο εμφανίζεται πυρετός ο οποίος όταν είναι επίμονος και με ρίγος απαιτεί πλήρη και γρήγορη έρευνα για σηπτική εστία ιδιαίτερα για την υποψία λοιμώξεως των ουροφόρων ή πνευμονία. Επίσης

εμφανίζεται ασκίτης, οιδήματα των κάτω άκρων, ίκτερος υδροθώρακας, αιματέμεση από ρήξη των κισσών του οισοφάγου, διάταση των φλεβών της κοιλιάς (κεφαλή μέδουσας) διαταραχές στο μεταβολισμό νερού και ηλεκτρολυτών, επίμονα γενικευμένος κνησμός, σκοτεινόχροα ούρα, αποχρωματισμένα κόπρανα, οστεομαλακία, οσφυαλγία, οστεολογία και αναιμία η οποία θα πρέπει να διαγιγνώσκεται και να αντιμετωπίζεται κατάλληλα.

Η εκσεσημασμένη αύξηση των λιπιδίων του ορού ιδιαίτερα της χοληστερόδης οδηγεί σε εναπόθεση κιτρινωπών πλακών ή οξειδίων στους υποδόριους ιστούς και τον σχηματισμό περιοφθαλμικών ξανθελασμάτων και ξανθωμάτων πάνω από αρθρώσεις και δερματικές πτυχές ή σε σημεία τραυματισμού.

Στα τελικά στάδια εμφανίζονται συμπιεστικά κατάγματα των σπονδύλων από οστεοπόρωση, τρόμος των χεριών, παραλήρημα, υπνηλία και κώμα.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

---

### 1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Οι περισσότεροι τύποι κίρρωσεως μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- α) Αλκοολική
- β) Μετανεκρωτική
- γ) Χολική
- δ) Καρδιακή
- ε) Αιμοχρωμάτωση
- στ) Και η άγνωστης αιτιολογίας γι' αυτό λέγεται και κρυπογενής κίρρωση.

### 2. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

- α) Αλκοολική νόσος του ήπατος και κίρρωση

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

Τρεις μορφές έχουν αναγνωρισθεί:

- Η αλκοολική λιπώδης εκφύλιση του ήπατος.
- Η αλκοολική ηπατίτιδα.
- Η αλκοολική κίρρωση.

Οι οντότητες αυτές μπορεί να υπάρξουν ανεξάρτητα ή να συνυπάρχουν.

Η λιπώδης εκφύλιση είναι μία φυσική εκδήλωση τόσο του οξέος όσο και του χρόνιου αλκοολισμού. Όμως οι διαθέσιμες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η λιπώδης εκφύλιση δεν οδηγεί στην εμφάνιση κίρρωσεως.

Η αλκοολική ηπατίτιδα σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται να είναι η πρόδρομος κατάσταση της αλκοολικής κίρρωσης. Επειδή το αλκοόλ διεγείρει την ένωση και τη σύνθεση κολλαγόνου στο ήπαρ, είναι πιθανό να συμβεί κίρρωση τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις, χωρίς να προηγηθεί αλκοολική ηπατίτιδα.

Η ποσότητα και η διάρκεια προσλήψεως αλκοόλ, που είναι απαραίτητη για την πρόκληση κίρρωσεως είναι άγνωστη.

### β) Μετανεκρωτική κίρρωση

Ο τύπος αυτός της χρόνιας ηπατικής νόσου χαρακτηρίζεται μορφολογικά από:

- Εκτεταμένη απώλεια η απτοκυττάρων.
- Σύμπτωση του στρώματος από ίνωση
- Ανώμαλα μεγάλα οξείδια που ποικίλουν σε σχήμα.

Το αίτιο της μετανεκρωτικής κίρρωσεως είναι ακόμη άγνωστο. Μελέτες ενοχοποιούν την ιογενή ηπατίτιδα σαν τον κυριότερο παράγοντα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων προέρχεται από δηλητηρίαση με βιομηχανικές ουσίες (π.χ. φωσφόρο), δηλητήρια ή φάρμακα.

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

### γ) Χολική κίρρωση

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

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

Το αίτιο της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσεως είναι ακόμη άγνωστο.

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

Η νόσος μπορεί να παραμένει κλινικά αφανής για πολλά χρόνια.

#### δ) Καρδιακή κίρρωση

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

Η καρδιακή κίρρωση σπάνια διαγιγνώσκεται προ του θανάτου, επειδή τα σημεία και συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας επισκιάζουν την ηπατική νόσο.

#### ε) Άγνωστης αιτιολογίας κίρρωση ή κρυπογενής

Κίρρωση μπορεί να βρεθεί σε συνδυασμό με τα παρακάτω νοσήματα:

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



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

---

### **1.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ-ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Η διάγνωση της κίρρωσεως του ήπατος θα επιβεβαιωθεί:

- Με την φυσική εξέταση και εργαστηριακά με:
- Τις ηπατικές δοκιμασίες
- Τη βιοψία του ήπατος
- Την ανεύρεση κισσών του οισοφάγου.

### **ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Η φυσική εξέταση ασθενών που πάσχουν από νοσήματα του ήπατος, δίνει πολλές φορές πολύ αξιόλογα ευρήματα. Πρέπει να περιλαμβάνει και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων και ούρων, κυρίως σε ικτερικούς ασθενείς.

Τα κυριότερα ευρήματα της φυσικής εξέτασης ήπατος είναι:

- Αλλοίωση του δέρματος: Ερύθημα των παλαμών και οι αγγειακοί σπίλοι. Το ερύθημα των παλαμών οφείλεται σε διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων. Οι αγγειακοί σπίλοι εντοπίζονται στο θώρακα, τράχηλο, ράχη κ.τ.λ.
- Ενδοκρινικές διαταραχές: Εμφανίζονται σε ασθενείς με ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια, είναι πίο εμφανές στους άνδρες που παρουσιάζουν ατροφία των όρχεων, γυναικομαστία και αραίωση του τριχωτού. Οι γυναίκες εμφανίζουν διαταραχές της εμμηνορυσίας, ατροφία μαστών κ.τ.λ.
- Διόγκωση της κοιλιάς: Συνήθως οφείλεται στην ύπαρξη ασκίτη, οπότε η κοιλιά παίρνει χαρακτηριστικό «βατραχοειδές» σχήμα.

- Επίφλεβο: Σαν κοιλιακό επίφλεβο χαρακτηρίζουμε την διαγραφή της επιπολής φλεβών στην επιφάνεια των κοιλιακών τοιχωμάτων, εξαιτίας διαστάσεώς τους.
- Διόγκωση του ήπατος: Η σύσταση, η ευαισθησία και το μέγεθος του διογκωμένου ήπατος, η ομαλή ή ανώμαλη διόγκωση, τυχόν διαπίστωση όζων σ' αυτό και η μορφολογία του χείλους του ήπατος, αποτελούν σημαντικά στοιχεία της φυσικής εξετάσεως.
- Διόγκωση του σπλήνα: Η διόγκωση του σπλήνα συνοδεύει συνήθως κάθε περίπτωση πυλαίας υπερτάσεως και παρατηρείται συχνά σε παθήσεις του ήπατος και μάλιστα σε ηπατίτιδα και κίρρωση.

## **2. ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ**

Αυτές στηρίζονται στις λειτουργίες του ήπατος και κατατάσσονται ως εξής:

- Δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό, όπως ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών, δοκιμασίες κροκυδώσεως και θολερότητας.
- Χρόνος προθρομβίνης αίματος κ.α.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό των λιπιδίων.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στην έκκριση χρωστικών ουσιών (B.S.P.)
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στην αντιτοξική ικανότητα του ήπατος όπως η δοκιμασία του ιππουρικού οξέως.
- Δοκιμασίες στηριζόμενες στον προσδιορισμό ενζύμων του αίματος όπως τρανσαμινάσες κ.α.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός δοκιμασιών σε κάθε κατηγορία. Μερικές από αυτές είναι οι παρακάτω:

## **ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗ**

Δίνεται στον ασθενή νηστικό το πρωί 40 GR γαλακτόζη, διαλυμένη σε 250-500 κ. εκ. νερό και ελέγχεται το ποσό της γαλακτόζης που αποβάλλεται με τα ούρα μέσα σε πέντε ώρες (φυσιολογικά κάτω από 3gr). Η φόρτωση του ήπατος με γαλακτόζη αποτελεί τον καλύτερο έλεγχο του μεταβολισμού των υδατανθράκων.

Στηρίζεται στο γεγονός ότι η γαλακτόζη μεταβάλλεται στο ήπαρ σε γλυκόζη, γλυκογόνο, το οποίο και αποταμιεύεται σ' αυτό. Διαταραχές της λειτουργίας αυτής προκαλούν μεγαλύτερη γαλακτοζουρία. Τούτο σημαίνει ανικανότητα του ήπατος για σύνθεση γλυκόζης.

## **ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟΚΑΘΑΡΣΕΩΣ ΜΕ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗ**

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

## **ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ**

Ελλάτωση του ολικού ποσού των πρωτεϊνών φανερώνει εκτεταμένη βλάβη του ηπατικού παρεγχύματος. Με την ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων παρατηρούμε ότι η γ-σφαιρίνη είναι η πρώτη από τις πρωτεΐνες του πλάσματος, που αποκλίνει από τις φυσιολογικές τιμές σε περιπτώσεις φλεγμονών και εκφυλιστικών παθήσεων του ήπατος και είναι εκείνη που

τελευταία ξανάρχεται στη φυσιολογική κατάσταση μετά την αποκατάσταση της ηπατικής βλάβης (η γ-σφαιρίνη ανεβαίνει, ενώ η λευκωματίνη πέφτει από τις φυσιολογικές τιμές).

### **ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΜΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ**

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

### **ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ**

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

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

Γιά να μετρηθεί η πυκνότητα της τρανσαμινάσης στο είμα, παίρνονται 4-5 κ.εκ. αίμα από τον άρρωστο, χωρίς καμία ιδιαίτερη προετοιμασία. Στο

δοκιμαστικό σωλήνα, που μπαίνει το αίμα, δεν μπαίνει αντιπηκτική ουσία όπως σε άλλες εξετάσεις αίματος.

### **ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΒΡΩΜΟΣΟΥΛΦΟΝΟΦΘΑΛΕΙΝΗΣ (B.S.P.)**

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

### **ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ**

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

Ενδείξεις για την βιοψία του ήπατος είναι η ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, οι παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες, ο ίκτερος, ο πυρετός, η συγκέντρωση προγνωστικών στοιχείων, οικογενείς νόσοι.

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

Σχετικές αντενδείξεις είναι: Μη συνεργάσιμος ασθενής, κώμα, βαρεία αναιμία, αξιόλογος ασκίτης, συμφορητικό ήπαρ, αιμαγγείωμα του ήπατος, βαρεία ηπατική χολόσταση.

### **ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΗΠΑΤΟΣ**

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

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

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

### **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Κατά τη λαπαροσκόπηση εισάγεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ενδοσκόπιο από τομή 3-4 εκατοστών του μέτρου στη μέση γραμμή, μετά από τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια εισάγεται αέρας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, γιά να κινείται ελεύθερα ο σωλήνας του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις και να μη καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από τις εντερικές έλικες. Σε περίπτωση ασκίτη αφαιρείται αρκετή ποσότητα υγρού, πριν την ενδοσκόπηση.

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

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

---

### 1. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ

Οι ασθενείς με κάθε μορφή κίρρωσεως απειλούνται από πέντε μείζονες επιπλοκές:

- α) Πυλαία υπέρταση και τη συνοδή επιπλοκή της.
  - β) Την αιμοραγία από κίρσους του οισοφάγου.
  - γ) Την κατακράτηση υγρών με τη μορφή ασκίτη.
  - δ) Την ηπατική εγκεφαλοπάθεια (ηπατικό κώμα) και
  - ε) Καρκίνος του ήπατος.
- στ) Ηπατικό κώμα.

### Α) ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

#### Ορισμός

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

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

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

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

1. Η ανάπτυξη εκτεταμένων πυλαιοσυστηματικών φλεβικών αναστομών με γαστρεντερική αιμορραγία.
2. Η εμφάνιση συμφορητικής σπληνομεγαλίας με υπερσπληνισμό.
3. Η αιφνίδια εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.
4. Η ανάπτυξη ασκίτη.

## Β) ΟΞΕΙΑ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ

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

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

Η διαπίστωση των κίρσων του οισοφάγου, η εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και ο αποκλεισμός άλλων αιτιών γαστρεντερικής αιμορραγίας με ενδοσκόπηση ή με ακτινογραφία, είναι ζωτική. Δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο, ότι οι κίρρωτικοί με αποδεδειγμένους ή πιθανούς κίρσους αιμορραγούν από τον οισοφάγο, γιατί το ένα τρίτο αυτών έχουν κι άλλα δυνητικά σημεία αιμορραγίας στο ανώτερο γαστρεντερικό.

## Γ) ΑΣΚΙΤΗΣ

Ο ασκίτης δηλαδή μεγάλου όγκου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, συχνά συνοδεύει την κίρρωση. Η ανάπτυξη ασκίτη συχνά συνοδεύεται από



αιμοαραίωση, οίδημα και μείωση του όγκου των ούρων. Αυτά καθώς και άλλα κλινικά ευρήματα παριστούν τις σύνθετες διαταραχές του μεταβολισμού των ηλεκτρολυτών, των υγρών και των πρωτεϊνών, που επιπλέκουν τη σοβαρή ηπατική νόσο και τις διαταραχές στην ηπατική κυκλοφορία.

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

Πρέπει να τονιστεί, ότι ο ασκίτης αναπτύσσεται βραδέως με σκοπό να αποφευχθεί η οξεία μεταβολή του όγκου πλάσματος, που μπορεί να αποβεί καταστροφική. Επιδίωξη της θεραπείας είναι η αποβολή όχι περισσότερο από 1 kg την ημέρα εφόσον υπάρχει συγχρόνως ασκίτης και περιφερικό οίδημα ή μόνο 0,5 kg το πολύ την ημέρα, επί ενάρξεως ασκίτη.

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

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

## **Δ) ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ**

### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια είναι ένα σύνθετο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνειδήσεως, έντονα νευρολογικά σημεία, αστηριξία ή «πτερυγοειδή τρόμο» και διάσπαρτες ηλεκτροεγκεφαλικές αλλοιώσεις. Αυτή η μεταβολική διαταραχή του νευρικού

συστήματος μπορεί να εμφανισθεί κατά τη διαδρομή χρονίας ή οξείας ηπατοκυτταρικής νόσου.

### ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πιθανώς ο συχνότερος παράγοντας είναι η αιμορραγία από το γαστρεντερικό, που προκαλεί αύξηση στην παραγωγή αμμωνίας κι άλλων αζωτούχων ουσιών στο παχύ έντερο. Η αυξημένη πρόληψη πρωτεΐνης με τροφή μπορεί να οδηγήσει σε παρόμοια αύξηση των αζωτούχων ουσιών από τα βακτήρια του παχέως εντέρου.

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

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

### Ε) ΟΓΚΟΙ ΗΠΑΤΟΣ

1. Καλοήθεις, είναι πολύ σπάνιοι και συνήθως αθόρυβοι (αδένωμα, αιμαγγείωμα).
2. Κακοήθεις, διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς ή μεταστατικοί.

### **- Πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι ήπατος**

Ο καρκίνος του ήπατος είναι πρωτοπαθής όταν ξεκινά από το ίδιο το ήπαρ. Είναι σπάνιος. Στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. έχει συχνότητα 3/100.000 άτομα. Συνήθως τα άτομα με πρωτοπαθή κακοήθη καρκίνο πάσχουν και από κίρρωση του ήπατος. Από το 1970 έχει βρεθεί σχέση μεταξύ ηπατίτιδος Β και κακοήθη πρωτοπαθή καρκίνου.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε πυρετό, επιδείνωση της γενικής κατάστασης, αύξησης του μεγέθους του ήπατος, πόνοι, προοδευτικός ίκτερος. Το ήπαρ γίνεται σκληρό με ένα ή πολλά οξείδια. Το ασκитικό υγρό γίνεται εξιδρωματικό. Υπογλυκαιμία εμφανίζουν συχνά οι ασθενείς αυτοί.

Εξετάσεις χρήσιμες για την διάγνωση της πάθησης είναι η αγγειογραφία, η αξονική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα διά γαλλίου ( $^{67}\text{GA}$ ).

Η χειρουργική θνητότητα είναι περίπου 20%. Η χημειοθεραπεία έχει δώσει πτωχότατα θεραπευτικά αποτελέσματα, απλώς επιτυγχάνεται η παράταση της ζωής του πάσχοντα. Μόνο η μεταμόσχευση ήπατος υπήρξε επιτυχής σ'αυτές τις περιπτώσεις. Σε πρωτοπαθή όγκο που περιορίζεται σ'ένα λοβό, μπορεί να γίνει λοβοεκτομή του ήπατος.

### **- Δευτεροπαθείς κακοήθεις όγκοι ήπατος**

Δευτεροπαθής ή μεταστατικός καρκίνος ήπατος ονομάζεται όταν προέρχεται από επέκτασή του από άλλα όργανα (στομάχι, πνεύμονες, κ.λ.π.).

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

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

Η θεραπεία είναι κυρίως ανακουφιστική.

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

## **Z) ΗΠΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ**

Η απότομη εγκατάσταση μεγάλης ηπατικής ανεπάρκειας που συνοδεύεται από ίκτερο, ψυχικές εκδηλώσεις και διαταραχές του Κ.Ν.Σ. με λήθαργο και απώλεια της συνείδησης, χαρακτηρίζεται σαν ηπατικό κώμα.

Η πάθηση που οδηγεί κυρίως στο ηπατικό κώμα είναι αναμφισβήτητα η κίρρωση του ήπατος, καθώς και η λοιμώδης τοξική ηπατίτιδα, η ηπατική ανεπάρκεια από χρόνια απόφραξη των χοληφόρων οδών.

Η κλινική εικόνα του ηπατικού κώματος δεν είναι πάντα η ίδια και η εξέλιξη των εκδηλώσεων από τα πρώτα συμπτώματα μέχρι την πλήρη απώλεια της συνείδησης, άλλοτε γίνεται με βραδύ ρυθμό και άλλοτε ταχύτατα.

Συνήθως στην αρχή έχουμε σένα μικρό βαθμό αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ασθενή όπως σύγχυση, δυσχέρεια της ομιλίας, ευφορία, ευερεθιστότητα, που πολλές φορές μένει απαραίτητη. Στη συνέχεια τα παραπάνω γίνονται πλέον έκδηλα και προέχει η υπνηλία και με την πάροδο του χρόνου ο λήθαργος. Μερικοί ασθενείς πριν πέσουν σε λήθαργο, παρουσιάζουν διεγέρσεις με επιθετικές διαθέσεις.

Η αναπνοή του ασθενούς γίνεται βαθιά και γρήγορη και στη συνέχεια έχουμε αναπνευστική αλκάλωση. Αν δεν υπήρχε ίκτερος έρχεται σιγά-σιγά αυξάνοντας την ένταση και συνοδεύεται συχνά από απότομη αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Συνηθισμένο φαινόμενο είναι η απώλεια ούρων

και κοπράνων. Από την νευρολογική εξέταση διαπιστώνεται χαρακτηρισμός τρόμος των χεριών, αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών, «κλόνος του άκρου ποδός» και θετικό (+) σημείο Babinsky.

Από την ελάττωση των πηκτικών παραγόντων του αίματος παρατηρούνται αιμορραγίες από τους βλενογόνους. Μερικές φορές ο θάνατος επέρχεται πριν την εξέλιξη της κατάστασης, σε πλήρες κώμα, λόγω των ραγδαίων γαστρεντερικών αιμορραγιών.

Η αναπνοή του ασθενούς είναι δύσσομη - σαν πτώμα - πιθανώς λόγω αποσύνθεσης του αίματος που βρίσκεται μέσα στον γαστρεντερικό σωλήνα. Όλα τα παραπάνω σιγά-σιγά επιτείνονται, ο ασθενής από τον λήθαργο πέφτει σε βαθύ κώμα και τελικά επέρχεται ο θάνατος.

Βασικές αιτίες του κώματος είναι η καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος, η είσοδος στη μεγάλη κυκλοφορία διαφόρων τοξικών ουσιών. Οι τοξικές ουσίες δεν μπορούν να εξουδετερωθούν στον εγκέφαλο και προκαλούν εγκεφαλοπάθεια.

Πρωταρχική θέση μεταξύ των τοξικών ουσιών κατέχει η αμμωνία.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

---

### **1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ**

Η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος σε άνθρωπο έγινε μετά από πολυετή πειραματική εργασία το 1963 στο Colorado των Η.Π.Α. από το γιατρό Strazl.

Οι μεταμοσχεύσεις του ήπατος είναι από τις δυσκολότερες, πρώτον λόγω των πολλαπλών απαιτούμενων αναστομώνσεων, δεύτερον λόγω της μεγάλης ευπάθειας του ηπατικού κυττάρου και τρίτον λόγω της πολλαπλής αποστολής και λειτουργικότητας του ήπατος.

Αυτοί είναι οι λόγοι για τους οποίους ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων είναι μικρός, η άμεση εγχειρητική θνητότητα αρκετά μεγάλη και τα απότερα αποτελέσματα σχεδόν πενιχρά.

Μεταμοσχεύσεις ήπατος γίνονται σε πρωτοπαθή νεοπλάσματα του ήπατος, σε κίρρωση και κυρίως σε βρέφη που εμφανίζουν ατρησία των χοληφόρων. Η βαρύτητα των παθήσεων αυτών ίσως είναι και ένας επιπρόσθετος παράγοντας των πενιχρών αποτελεσμάτων.

Η μεταμόσχευση ήπατος όμως θεωρείται το μόνο θεραπευτικό μέσο της επιστήμης κατά του πρωτοπαθούς κακοήθου όγκου.

### **2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

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

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

Τα μέτρα αυτά είναι :

- Απομάκρυνση του ασθενούς από την εργασία και ανάπαυση.
- Δίαιτα πλούσια σε ζωϊκά λευκώματα και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη.
- Παροχή βιταμινικών σκευασμάτων, ιδίως της ομάδας Β και των βιταμινών C, Κ και Α.
- Ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, φρουκτόζης, αμινοξέων ηπατικού εκχυλίσματος.
- Στους αλκοολικούς επιβάλλεται διακοπή του οινοπνεύματος.

Στον ασκική συνιστώνται :

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

### **3. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η κίρρωση οφείλεται και στην κακή διατροφή. Αν η δίαιτα περιέχει τις απαραίτητες ουσίες, είναι δυνατό να γίνει κάποιου βαθμού αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων, εκτός και αν έχει γίνει καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος με ανάπτυξη συνδετικού ιστού.

Στην οξεία φάση ο ασθενής, πρέπει να παίρνει μόνο γάλα δημητριακά, γαλατόπιττες, φρυγανιές, μαγειρεμένα φρούτα, ρύζι και πουρέ πατάτας. Όταν η υγεία του ασθενή βελτιωθεί κάπως, η δίαιτά του πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και χαμηλή σε λίπος.

Αν η κίρρωση προχωρήσει σε ηπατικό κώμα η πρωτεΐνη ελαττώνεται σε ποσότητες ανοχής (20-40 gr). Εάν συνυπάρχει και νερόσ την περιτοναϊκή κοιλότητα, η δίαιτα θα πρέπει να είναι περιορισμένη σε αλάτι και να περιέχει τροφές με μεγάλη ποσότητα βιταμινών.

Οι λιποδιαλυτές πρωτεΐνες θα πρέπει να χορηγούνται σε πολύ μικρές ποσότητες. Η τροφή του θα πρέπει να συμπληρώνεται με όλες τις βιταμίνες. Ειδικά η βιταμίνη Κ είναι απαραίτητη, γιατί οι αιμορραγίες που συχνά εμφανίζονται στην κίρρωση, οφείλονται στην έλλειψή της. Η βιταμίνη C αν και είναι υδατοδιαλυτή είναι απαραίτητη σε ποσότητες μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές γιατί βελτιώνει την αντίσταση των ηπατικών κυττάρων σε ορισμένες τοξίνες, ειδικά επιβλαβείς για το ήπαρ.

Η ομάδα βιταμινών Β πρέπει να προστίθεται στην δίαιτα σε μεγάλη ποσότητα για να ενισχύει τον μεταβολισμό των υδατανθράκων της δίαιτας. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί η παρεντερική οδός κυρίως σε ασθενείς με κίρρους του οισοφάγου.



---

## **Β' ΜΕΡΟΣ**

---

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

---

### 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Ο ασθενής, που πάσχει από κίρρωση αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα. Γι'αυτό από την στιγμή που θα εισαχθεί στο νοσοκομείο χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα. Οι στόχοι της φροντίδας αφορούν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ασθενή και τις εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής όπως επίσης και την πρόληψη των επιπλοκών και τη διατήρηση υγιούς σωματικής διάπλασης. Σημαντικότερη θέση μέσα στην υγειονομική ομάδα κατέχει το νοσηλευτικό προσωπικό που εκτελεί το μεγαλύτερο μέρος της θεραπευτικής φροντίδας αφού εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες που αφορούν την θεραπεία του ασθενή.

Ο νοσηλευτής - τρια κατανοώντας τις ανάγκες του ασθενή και έχοντας την ικανότητα να αντιμετωπίσει αυτές με αγάπη, στοργή και αυτοθυσία, συμβάλλει στο να αισθανθεί ο ασθενής ανακούφιση και ασφάλεια, προδιαθέτει τον ίδιο να ελέγξει και να αξιολογήσει τις ψυχικές του αντιδράσεις και να τις κατευθύνει θετικά και δυναμικά, στην ομαλή πορεία της θεραπείας του.

Η νοσηλευτική, ενσωματώνει την αποστολή να κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται καλύτερα και να αισθάνεται ο ασθενής ότι κοντά του υπάρχει ο νοσηλευτής - τρια, που με αυταπάρνηση μπορεί να τον βοηθήσει. Ο νοσηλευτής - τρια χρειάζεται να καταλάβει τον ασθενή, τις διαθέσεις του και τον τρόπο συμπεριφοράς του και να εργάζεται εντατικά με την δυναμική Νοσηλευτική.

Ο νοσηλευτής - τρια, λοιπόν, ενθαρρύνει και ενδυναμώνει πνευματικά τον άρρωστό της, ο οποίος με την συμπαράσταση αντιμετωπίζει την ασθένεια και διατίθεται ψυχικά να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή.

## **2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Πηγές πληροφοριών για την εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου είναι ο ίδιος ο ασθενής, οι συγγενείς του, άλλα άτομα του περιβάλλοντός του, ιατρικά και νοσηλευτικά δελτία.

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

α) Γενικευμένη αδυναμία, ατονία και έκδηλη κόπωση είναι συνήθη παράπονα. Αίσθημα δυσφορίας στην άνω κοιλία ή αμβλύ πόνο στο δεξιό υποχόνδριο. Συχνό σύμπτωμα είναι η ναυτία και οι έμμετοι και μπορεί να αναφέρονται δυσκοιλιότητα ή διάρροια.

β) Ο ασθενής πρέπει να ρωτηθεί για κάθε επεισόδιο ελαφρύ ικτέρου, οίδημα ποδοκνημικών αρθρώσεων, μεταβολές στο χρώμα των ούρων ή των κοπράνων και κνησμό.

γ) Στις γυναίκες πρέπει να παίρνεται ιστορικό έμμηνης 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 χοληφόρων, καρδιακής νόσου, μεταβολικής ανωμαλίας ή γαστρεντερικών προβλημάτων. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί τυχόν λήψη φαρμάκων η έκθεση του ασθενή σε χημικές ουσίες.

## **ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

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

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

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

- Συνήθως φαίνεται η χαρακτηριστική κίτρινη ικτερινή χροιά. Ιδιαίτερα εμφανής είναι στο σκληρό χιτώνα των οφθαλμών.

- Εξαιτίας της μειωμένης σύνθεσης των παραγόντων πήξης μπορεί να υπάρχουν πορφύρα και μώλωπες.

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

- Οι παλάμες μπορεί να παρουσιάζουν ερυθρότητα.

- Το δέρμα είναι ξηρό και συχνά υπάρχει μυοσκελετική ατροφία.

- Η γλώσσα μπορεί να είναι οιδηματική και κόκκινη.

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

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

ε) Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην εξέταση της κοιλίας.

- Μπορεί να υπάρχει “κεφαλή της μέδουσας”.
- Ο βαθμός του ασκίτη εκτιμάται με τον έλεγχο της μετακινούμενης αμβλύτητας.
- Μπορεί να είναι ακουστά αγγειακά φυσήματα στην άνω κοιλία.
- Υπάρχει ηπατομεγαλία και τα όρια του ήπατος είναι σταθερά και στρογγυλά.
- Ο σπλήνας μπορεί να είναι ψηλαφητός.

στ) Κατά την διάρκεια της δακτυλικής εξέτασης διαπιστώνεται η ύπαρξη αιμορραϊδών και η ψηλάφηση δείχνει συχνά προστατική ατροφία εξαιτίας της αύξησης των οιστρογόνων. Ακόμη μπορεί να διαπιστωθεί και ορχική ατροφία.

### **3) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.**

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

- Πλημμελής οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πλημμελής αναπνευστική λειτουργία).
- Θεραπευτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμμετοι, κακή πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, ελλιπής χρησιμοποίηση των θρεπτικών ουσιών αφού πάσχει το κύριο μεταβολικό όργανο).
- Ενεργειακό ανισοζύγιο (μικρός πυρετός, ενδοκρινική διαταραχή).
- Διαταραχή νερού ηλεκτρολυτών (έμμετοι, ασκίτης, υδροθώρακας).
- Διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας (έμμετοι, ελλιπής οξυγόνωση των ιστών).
- Μείωση δραστηριοτήτων (θεραπευτική, αίσθημα αδυναμίας, μυϊκή ατροφία).
- Κίνδυνοι επιπλοκών (δέρμα, αιμορραγίες, λοιμώξεις, νευρικό σύστημα).
- Δυσφορία (ασκίτης, ηπατομεγαλία).

- Αλλαγή σωματικού ειδώλου (ασκίτης, οίδημα, αλωπεκία, γυναικομαστία, κ.λ.π).
- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου (αποδοχή και εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια).

#### **4. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή και η προαγωγή της ανέσεώς του.

α) Άμεσοι :

- Αντιμετώπιση ναυτία και εμμέτων.
- Προαγωγή επαρκούς θρέψης.
- Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης.
- Αντιμετώπιση αναιμίας.
- Αποφυγή τραυματισμών
- Πρόληψη και αντιμετώπιση υδατοηλεκτρικών ανισοζυγίων.
- Προαγωγή επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας
- Απαλλαγή από πόνο και κνησμό.
- Πρόληψη τοξικών καταστάσεων
- Βοήθεια και αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων

β) Μακροπρόθεσμοι :

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

γ) Οι προτεραιότητες της φροντίδας επικεντρώνονται στα υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια, τα νευρολογικά και θρεπτικά προβλήματα και στη βελτίωση της οξυγόνωσης των ιστών.

## **5) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

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

- Θετική απόκριση στη θεραπεία και την νοσηλευτική φροντίδα.
- Αρνητική απόκριση, επιπλοκές.

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

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

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

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

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

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

Σε σοβαρές περιπτώσεις επιχειρούνται δραστικότερα μέτρα, όπως αφαιμοξομεταγγίσεις, αφαίρεση πλάσματος, ομομεταμόσχευση ήπατος κ.α.

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

Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου παρακολουθούνται στενά για την διαπίστωση σημείων ολιγαϊμικού SHOCK. Αν η απώλεια του αίματος είναι βραδεία, η πρώτη ένδειξη μπορεί να είναι μέλαινα κένωση. Αν όμως η αιμορραγία είναι μεγάλη, εκδηλώνεται με αιματέμεση κόκκινου αίματος.

Η αρχική αντιμετώπιση στοχεύει στον έλεγχο της αιμορραγίας και της αποφυγής Shock. Γίνονται μεταγγίσεις αίματος για τον έλεγχο της υπότασης και για τη μείωση της αιμορραγίας μπορεί να χορηγηθεί αγγειοστενσίνη ενδοφλέβια. Επίσης χορηγείται και βιταμίνη Κ.

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

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

## **6) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

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

α) Δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνη, άφθονη σε υδατάνθρακες, μέτρια σε λίπος, άφθονες βιταμίνες ιδίως της ομάδας Β. Η δίαιτα αυτή αποσκοπεί σε μη



περαιτέρω καταστροφή των κυττάρων του ήπατος και στην ανανέωση του ιστού που έχει καταστραφεί. Υγρά και νάτριο περιορίζονται εάν δημιουργηθεί ασκίτης.

Διδασκαλία πάνω στο θέμα δίαιτας πρέπει να γίνεται και ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει ότι του προσφέρεται. Ο νοσηλευτής - τρια φροντίζει συχνά τη στοματική κοιλότητα και συνιστά στον ασθενή να μειώσει τις κινήσεις του ώστε να αποφεύγονται η ναυτία και οι έμμετοι.

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

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

Γίνεται προσεκτική μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και καθημερινή ζύγιση του αρρώστου. Ακόμα μετριέται καθημερινά η περιφέρεια της κοιλιάς. Για διευκόλυνση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας, ο ασθενής τοποθετείται σε ψηλή ανάρροπη θέση στο κρεβάτι.

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

γ) Η θεραπευτική ανάπαυση μειώνει το αίσθημα κόπωσης και βελτιώνει την όλη κατάσταση του ασθενή.

Ομως πρέπει να παίρνονται όλα τα νοσηλευτικά μέτρα για μείωση των επιπλοκών από αυτόν τον περιορισμό του ασθενή στο κρεβάτι.

δ) Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή θρέψη, συμπληρώματα σιδήρου και θεραπεία με βιταμίνη B<sub>12</sub>.

Η διδασκαλία του ασθενή πρέπει να περιλαμβάνει αυτά τα φάρμακα.

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

στ) Εξαιτίας του ικτέρου και του κνησμού, η ρήξη του δέρματος αποτελεί δυνητικό πρόβλημα. Για τον έλεγχο του κνησμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί χολεστοραμίνη που χορηγείται συνήθως με χυμούς φρούτων. Δυνατή η εμφάνιση παρενεργειών : ναυτία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα και ένδεια βιταμίνης Κ εξαιτίας της μείωσης της απορρόφησής της. Άλλες νοσηλευτικές διαδικασίες περιλαμβάνουν μείωση της υποξίας των ιστών (διόρθωση αναιμίας), η οποία αυξάνει τον κνησμό, ελαχιστοποίηση της εφίδρωσης, μείωση της αγωνίας και του συγκινησιακού stress, αποφυγή ή ελαχιστοποίηση της τριβής και αποφυγή της ξηρότητας του δέρματος (μπάνιο χωρίς σαπούνι και χρησιμοποίηση μαλακτικής λοσιόν). Η κατάσταση του δέρματος πρέπει να ελέγχεται συχνά και ο ασθενής να γυρίζει συχνά, ενώ πρέπει να του γίνεται τακτικά πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία πίεσης. Τα νύχια του να κόβονται για πρόληψη λύσης της συνέχεις του δέρματος.

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

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

Τέλος, η μετέπειτα φροντίδα του κίρρωτικού επικεντρώνεται στη διακοπή χρήσης αλκοόλης.

Β. Για την βοήθεια του ασθενή στην επίλυση των πιο κάτω προβλημάτων θα προβούμε στις πιο κάτω ενέργειες :

## ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ενισχύεται ο ασθενής να παίρνει τα κύρια συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά. Φροντίζεται ώστε να δίνουμε την τροφή σε ικανοποιητική ποικιλία. Αν βοηθείται ο ασθενής να παίρνει την τροφή του, δεν του δίνουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε.

## ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΜΕΤΟΣ

Φροντίζεται η στοματική κοιλότητα του ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα. Αν χρειάζεται εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή.

## ΑΠΩΔΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΕΩΣ

Παρακολουθείται αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα. Ενισχύεται συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Χορηγούμε παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά. Παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του.

## ΚΟΙΛΙΑΚΟΙ ΠΟΝΟΙ

Παρακινείται ο ασθενής να μείνει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος. Χορηγείται σπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. Ενισχύεται να τρώει σιγά και να μασάει καλά την τροφή.

## ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα αγωνίας, αισθήματος γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας και ανησυχίας.

Παρακολουθείται για συμπτώματα αιμορραγίας και shock. Σημειώνονται τα ζωτικά σημεία σε συχνά χρονικά διαστήματα. Περιορίζονται οι δραστηριότητες του ασθενούς. Παρακολουθείται κατά τη διάρκεια μεταγγίσεως. Βοηθείται ο γιατρός για την εισαγωγή καθετήρα στομάχου και οισοφάγου. Γίνεται μέτρηση του χαρακτήρα, του χρόνου και της ποσότητας των εμμέτων.

Εφαρμόζεται σχολαστική περιποίηση του στόματος. Διατηρείται ο ασθενής νηστικός αν αυτό είναι ιατρική εντολή. Χορηγείται βιταμίνη Κ,

σύμφωνα με τις οδηγίες. Παρακολουθείται συνεχώς ο ασθενής κατά τη διάρκεια επεισοδίων αιμορραγίας.

Διατηρείται ανοικτή φλέβα και φροντίζεται η ενυδάτωση του ασθενή. Παρακολουθείται το χρώμα των κενώσεων. Δίνονται κρύα υγρά από το στόμα μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας και με εντολή ιατρού.

### ΜΕΛΑΙΝΑ ΚΕΝΩΣΗ

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

### ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Εξασφαλίζεται μια κένωση την ημέρα. Παρακολουθείται το χρώμα, η υφή, η σύσταση και ο αριθμός των κενώσεων. Σε δυσκοιλιότητα εξασφαλίζονται αρκετά υγρά και τροφή που περιέχει κυτταρίνη.

Σε διάρροια, περιορίζονται τα υγρά, χορηγείται την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, σημειώνεται ο αριθμός των κενώσεων και παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα αφυδατώσεως.

### ΙΚΤΕΡΟΣ

Παρακολουθείται και γράφεται ο βαθμός ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Απαλλάσσεται ο ασθενής από το έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του, γίνεται λουτρό καθαριότητας του ασθενούς, χωρίς σαπούνι και μετά μασάζ με λοσιόν. Παρακολουθείται το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.

### ΟΙΔΗΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Περιορίζεται το χλωριούχο νάτριο. Χορηγούνται διουρητικά, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ο ασθενής πρέπει να αλλάζει συχνά θέση. Σηκώνουμε τα κάτω άκρα του κατά διαστήματα. Ζυγίζεται καθημερινά ο ασθενής και σημειώνεται το βάρος του.

Σημειώνονται με ακρίβεια τα υγρά που λαμβάνονται και αποβάλλονται. Εφαρμόζονται παθητικές κινήσεις των άκρων, μέσα στα όρια που

επιτρέπονται για ενίσχυση της κυκλοφορίας. Χρησιμοποιείται δακτύλιος για πτέρνες, αγκώνες κ.λ.π. Ρυθμίζεται προσεκτικά και παρακολουθείται η ταχύτητα ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια. Αποφεύγεται η ένεση φαρμάκων σε οίδηματώδεις ιστούς.

### ΑΣΚΙΤΗΣ

Βοηθείται τον ασθενή κατά την παρακέντηση. Ο ασθενής πρέπει να ουρήσει πριν από αυτή. Τοποθετείται σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση και στηρίζεται με μαξιλάρια.

Σημειώνεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας του υγρού της παρακέντησης και ελέγχονται οι γάζες να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα. Χορηγούνται διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού. Περιορίζουμε το ClNa. Σημειώνονται τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα πιθανού κώματος.

### ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ

Τοποθετείται ο ασθενής σε ανάρροπη θέση. Αλλάζει συχνά θέση. Κατά την παρακέντηση του θώρακα γίνονται τα εξής :

- Στηρίζεται ο ασθενής και διατηρείται σε ορθή θέση κατά τη διάρκεια της παρακεντήσεως.
- Σημειώνονται το ποσό και ο χαρακτήρας του υγρού που αναρροφήθηκε.
- Παρακολουθείται για βήχα, δύσπνοια και συχνότητα σφυγμού.

### ΠΥΡΕΤΟΣ

Σημειώνεται η θερμοκραία στα χρονικά διαστήματα που καθορίστηκαν. Ενισχύεται να παίρνει υγρά. Εφαρμόζονται ψυχρά περιτυλίγματα σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα.

### ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Εκχυμώσεις, Πετέχεια και Αιμορραγίες των ούλων.

Αποφεύγεται η δημιουργία τραύματος. Διατηρείται ασφαλές για τον ασθενή το περιβάλλον. Διδάσκεται να μην προσπαθεί να αποβάλλει τις βλέννες από τη μύτη με δύναμη. Αποφεύγεται η δημιουργία τραύματος των ούλων κατά το βούρτσισμα των δοντιών. Ενισχύεται η λήψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνη C. Χρησιμοποιούνται πολύ λεπτές βελόνες για ενέσεις.

#### ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Διανοητική σύγχυση, Ασυνεργία, Αταξία, Υπνηλία, Λήθαργος, Κώμα.

Περιορίζονται οι πρωτεΐνες. Χορηγούνται ενδοφλέβια σακχαρούχα διαλύματα με εντολή γιατρού. Διατηρείται το περιβάλλον ζεστό και ελεύθερο από ρεύματα αέρα. Παρακολουθούνται οι ηλεκτρολύτες του αίματος. Χορηγείται χυμός πορτοκαλιού σε περίπτωση αυξημένης διουρήσεως και αποβολής μεγάλης ποσότητας ασκитικού υγρού. Τοποθετούνται προφυλακτικές. Περιορίζονται οι επισκέψεις. Τοποθετούμε τον ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο αν είναι εφικτό. Προλαμβάνεται η δημιουργία κατακλίσεων. Αποφεύγονται ναρκωτικά και βαρβιτουρικά. Εφαρμόζεται τεχνητή διατροφή.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

---

### 1. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

Στην κοιλία περικλείονται τα ενδοκοιλιακά όργανα. Ο κοιλιακός χώρος καλύπτεται εξ ολοκλήρου από μία λεπτή μεμβράνη, το τοιχικό περιτόναιο. Το τοιχικό περιτόναιο αναδιπλώνεται και περιβάλλει εξωτερικά τα περισσότερα ενδοκοιλιακά σπλάχνα. Εξαίρεση αποτελούν οι νεφροί μαζί με τα επινεφρίδια και οι ουρητήρες. Το περιτόναιο σχηματίζει διάφορες πτυχές, οι οποίες στηρίζουν τα σπλάχνα. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι :

- το μείζον επίπλουν
- το μεσεντέριο και το
- εγκάρσιο μεσοκόλο.

Οι κοιλότητες του περιτόναιου περιέχουν υγρό ορώδες, άχρωμο και διαυγές ικανό να επαλείφει τις επιφάνειές τους και να περιορίζει την τριβή.

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

Η εκτέλεση της παρακέντησης αποβλέπει :

1. Στην λήψη υγρού για μικροβιολογική, χημική, κυτταρολογική και μακροσκοπική εξέταση για διάγνωση κάποιας ασθένειας και ονομάζεται δοκιμαστική ή διαγνωστική παρακέντηση.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

2. Στην αφαίρεση υγρού για την ανακούφιση του αρρώστου από την αυξημένη ποσότητα του περιτοναϊκού υγρού, γι' αυτό ονομάζεται εκκενωτική ή ανακουφιστική παρακέντηση.

## **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ**

Απαραίτητα αντικείμενα στο σετ παρακέντησης είναι :

- Σύριγγες περιεκτικότητας 10-20 κ. εκ. και βελόνα σε μήκος ανάλογο με το επιδιωκόμενο σκοπό, βελόνες τοπικής αναισθησίας, δοκιμαστικά σωληνάρια, σωλήνας παροχετεύσεως, βαμβάκι και γάζες, τετράγωνο κοινό και σχιστό, γάντια και λαβίδα.
- Ακόμη χρειάζεται το τροχήλατο ενέσεων στο οποίο παραθέεται τοπικό αναισθητικό, τετράγωνο αδιαβροχο και αλλαγών, λευκοπλάστ και ψαλίδι, ογκομετρικό δοχείο, πιεσόμετρο και ζώνη κοιλίας.

Η παρακέντηση γίνεται στο έξω ήμισυ της νοητής γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα. Η παρακέντηση στη γραμμή αυτή μπορεί να γίνει τόσο δεξιά όσο και αριστερά. Προτιμάται η αριστερή πλευρά, διότι συχνά δεν είναι εύκολος ο καθορισμός των ορίων του τυχόν διογκωμένου ήπατος. Αλλά και πάλι πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη διογκωμένης σπλήνας. Ακόμη η παρακέντηση της κοιλίας μπορεί να γίνει ακριβώς πάνω στη μέση γραμμή, μεταξύ ομφαλού και ηβικής συμφύσεως, διότι αριστερά και δεξιά από αυτήν περνούν κλάδοι της επιγάστριας αρτηρίας.

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

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



Από την παρακέντηση προηγούνται μέτρα προστασίας του ιματισμού του ασθενούς, απολύμανση του δέρματος και τοπική αναισθησία. Μετά την είσοδο της βελόνας, σε εκκενωτική παρακέντηση, προσαρμόζεται σωλήνας παροχετεύσεως στο μπεκ και το υγρό συγκεντρώνεται στο ογκομετρικό δοχείο.

Το ποσό του υγρού που θα αφαιρεθεί το καθορίζει ο ιατρός. Η συνέχιση ή όχι της εξαγωγής του καθορισμένου υγρού θα εξαρτηθεί από τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Εφόσον η γενική κατάσταση είναι ικανοποιητική η εξαγωγή του υγρού μπορεί να συνεχισθεί άφοβα. Αν όμως υπάρχει πτώση της αρτηριακής πίεσεως και ο σφυγμός γίνει μικρός και ευπίεστος και ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσφορίας ή αδυναμίας, σε συνεννόηση με τον ιατρό διακόπτεται η ροή του υγρού και, αν μετά από λίγα λεπτά δεν βελτιωθεί η κατάστασή του, σταματά τελείως η παρακέντηση για την αποφυγή collapsus.

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

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

### **ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

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

1. Μόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας από μη άσηπτη τεχνική.
2. Shock, το οποίο μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στο θάνατο, ένεκα της απότομης αφαιρέσεως υγρού από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η απότομη μείωση της πίεσεως της ενδοπεριτοναϊκής κοιλότητας προκαλεί διεύρυνση

των αγγείων της κοιλίας, τα οποία δέχονται αίμα από κεντρικά αγγεία και την καρδιά.

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

Απαγορεύεται η αφαίρεση υγρού περισσότερο του  $\frac{1}{2}$  ή  $\frac{3}{4}$  του υπολογισμένου περιτοναϊκού υγρού.

3. Σπάσιμο της βελόνας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

4. Τραυματισμός του εντέρου. Πολυ σπάνιος κίνδυνος γιατί το ελεύθερο έντερο γλυστρά μπροστά από τη βελόνα.

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

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

α) Διίδρωμα σε κίρρωση του ήπατος.

β) Εξίδρωμα, σε φλεγμονώδεις παθήσεις του περιτοναίου.

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

δ) Αίμα, σε ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία.

ε) Πυώδες.

στ) Χολώδες, ένεκα ρήξεως της χοληδόχου κύστεως.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

### ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

1. Πριν από την παρακέντηση η νοσηλεύτρια παροτρύνει τον ασθενή να ουρήσει. Αυτό θα μειώσει τον κίνδυνο της κατά λάθος τρώσης της κύστης από τη βελόνη.
2. Βεβαιώνεται για το αν το δελτίο συγκατάθεσης υπογράφηκε από τον ασθενή.
3. Η νοσηλεύτρια - της ζυγίζει τον ασθενή και αναγράφει το βάρος του σώματός του. Το βάρος του σώματος στην αρχή χρησιμεύει σαν βασική αρχή πληροφορίας.
4. Λήψη των ζωτικών σημείων πριν από την παρακέντηση. Η νοσηλεύτρια - της αφήνει το σφυγμομανόμετρο στο βραχίονα του ασθενή για συχνό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης κατά την διάρκεια της παρακέντησης. Η γνώση των ζωτικών σημείων στην αρχή της παρακέντησης είναι απαραίτητη για σύγκριση των μετέπειτα μεταβολών τους.
5. Τοποθέτηση του ασθενή σε θέση fowler με υποστηριγμένα την πλάτη, τους βραχίονες και τα πόδια.
6. Η νοσηλεύτρια - της κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς προς τα κάτω μέχρι τη μεσότητα των μηρών, καλύπτει τον θώρακα του ασθενή. Μ'αυτό τον τρόπο μειώνεται η έκθεση του ασθενή και διατηρείται θερμός.
7. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το δίσκο παρακέντησης κοιλίας στο κομοδίνο του ασθενή.
8. Πλένει τα χέρια του - της.

### ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

1. Με άσηπτη τεχνική ανοίγει το δίσκο παρακέντησης.
2. Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την περιοχή της παρακέντησης.
3. Ο γιατρός, αφού φορέσει τα γάντια, κάνει την αντισηψία του δέρματος. Στη συνέχεια τοποθετεί τα αποστειρωμένα, τετράγωνο και σχιστό. Επειδή η παρακέντηση θεωρείται μικρή χειρουργική επέμβαση απαιτεί άσηπτες συνθήκες.
4. Η νοσηλεύτρια προσφέρει στον γιατρό τοπικό αναισθητικό.
5. Τοποθετεί τον κουβά στο κρεβάτι του ασθενή και ετοιμάζεται για την τοποθέτηση του άκρου του ελαστικού σωλήνα μέσα σ' αυτόν.
6. Ο γιατρός μετά την τοπική αναισθησία ετοιμάζει τη σύριγγα με τη βελόνη και εκτελεί την παρακέντηση.
7. Αναρροφά 15-20 ml υγρό, αφαιρεί τη σύριγγα και εφαρμόζει τον ελαστικό σωλήνα. Το άλλο άκρο του οποίου καταλήγει στον αποστειρωμένο γυάλινο σωλήνα που έχει προσαρμοστεί στον κουβά.
8. Η νοσηλεύτρια στερεώνει τον ελαστικό σωλήνα στ. χείλος του κουβά. Αποφεύγεται έτσι η ολίσθηση του σωλήνα προς τα κάτω.
9. Τοποθέτηση του υγρού στα δοκιμαστικά σωληνάρια.
10. Η νοσηλεύτρια στερεώνει τη βελόνη παρακέντησης στο κοιλιακό τοίχωμα, αφού προηγουμένως ο γιατρός τοποθετήσει γάζα κομμένη σε σχήμα V.
11. Κατά την διάρκεια της παρακέντησης η νοσηλεύτρια δεν απομακρύνεται από τον ασθενή Παρακολουθεί τον σφυγμό, την αρτηριακή πίεση, την αναπνοή. Για ωχρότητα και σημεία λιποθυμίας. Ο ασθενής παρακολουθείται για σημεία shock γι' αυτό και πρέπει να υπάρχουν διεγερτικά.
12. Μετά την παρακέντηση γίνεται προσεκτικός έλεγχος για την ποσότητα, τη σύσταση και το χρώμα του παροχетеυομένου υγρού. Σε κάθε περίπτωση

αφαιρούνται 1-2 lit υγρού για την ανακούφιση του αρρώστου από τα οξέα συμπτώματα.

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

14. Τέλος, η νοσηλεύτρια εφαρμόζει ζώνη κοιλιάς. Αυτό γίνεται για την άσκηση πίεσης στα κοιλιακά τοιχώματα και την αποφυγή shock.

### ΦΑΣΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

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

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

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

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

## 2. ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Η διάγνωση της κίρρωσης του ήπατος θα τεθεί εκ του ασφαλούς με βιοψία ηπατικού ιστού. Η βιοψία εκτελείται είτε διεγχειρητικώς οπότε παίρνεται ένα κομμάτι ηπατικού ιστού κατά την διάρκεια της επέμβασης, είτε με διαδερμική βιοψία οπότε ο ηπατικός ιστός λαμβάνεται με την διενέργεια ηπατικής παρακέντησης.

Αρα η βιοψία του ήπατος είναι η λήψη ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα, με σκοπό την ιστολογική εξέτασή του και την διάγνωση της ηπατικής πάθησης.

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

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

### **ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

1. Αιμορραγία. Γι'αυτό πρέπει να παρακολουθείται ο σφυγμός η Α.Π. και η αιμοσφαιρίνη.
2. Χολώδης περιτονίτιδα, σε περίπτωση τραυματισμού της χοληδόχου κύστεως ή χοληφόρου αγγείου ένεκα εσφαλμένης τεχνικής κατά την παρακέντηση.
3. Πνευμοθώρακας μικτού βαθμού χωρίς σημασία από πιθανή μικρή στρώση του πνεύμονα κατά την παρακέντηση.
4. Απότομη παροδική υπόταση μετά την εξαγωγή της βελόνας, αγνώστου αιτιολογίας.
5. Πόνος για μερικές μέρες που μπορεί να οφείλεται σε μικρό υποκαψικό αιμάτωμα που απορροφάται.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

### **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ**

Αποστειρωμένος δίσκος (SET) που περιέχει :

- Ειδικές βελόνες βιοψίας ήπατος (Silverman).
- Σύριγγα Record για αναρρόφηση.
- Σύριγγα 5 ml για τοπική αναισθησία και βελόνες.
- Καψάκι για το αντιπηκτικό.
- Μαχαιρίδιο
- Σχιστό και τετράγωνο
- Τολύπια γάζας και γάζες τετράγωνες
- Λαβίδες (Kocher και ανατομική).

### **ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**

1. Επαλήθευση ότι ο ασθενής έκανε εξετάσεις αίματος για χρόνο προθρομβίνης, γενική, χρόνο ροής και πήξης, ελέγχοντας τον φάκελλό του. Η βιοψία ήπατος αντενδεικνύεται, όταν ο ασθενής έχει αιμορραγική διάθεση.
2. Επιβεβαίωση ότι υπάρχει διαθέσιμο συμβατό αίμα, αφού αυτοί οι ασθενείς έχουν συχνά πηκτικές διαταραχές.
3. Μέτρηση και αναγραφή του σφυγμού, της αναπνοής, της αρτηριακής πίεσης και του χρόνου προθρομβίνης, αμέσως πριν από την εξέταση για να υπάρχει μια βασική γραμμή σύγκρισης με την μεταβιοψική κατάσταση.
4. Η νοσηλεύτρια εξηγεί τα βήματα της διαδικασίας του ασθενή και τι πρέπει να κάνει ώστε και τον φόβο του να μειώσει και τη συνεργασία του να εξασφαλίσει.
5. Δεν δίνει υγρά ή τροφή στον ασθενή για 4-8 ώρες πριν από την εξέταση.
6. Χορηγεί κατευναστικά ή αναλγητικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
7. Οι ασθενείς μπορούν να πάρουν τα φάρμακα που τους χορηγούνται κανονικά.

### ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

1. Τοποθετεί τον ασθενή σε ύπια θέση στο δεξιό άκρο του κρεβατιού με το δεξί άνω άκρο κάτω από το κεφάλι και το πρόσωπο στραμμένο αριστερά.
2. Αποκαλύπτει την άνω κοιλία ώστε να είναι έτοιμη για αντισηψία του δέρματος και τοπική αναισθησία.
3. Καθορίζει το σημείο βιοψίας - ένα μεσοπλεύριο διάστημα κάτω από το ανώτερο όριο της ηπατικής αμβλύτητας, 2 CM πίσω από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.
4. Ο γιατρός κάνει την αναισθησία του δέρματος των μεσοπλευρίων ιστών και της ηπατικής κάψας.
5. Ο γιατρός, αφού κάνει τομή του δέρματος, εισάγει την βελόνη στο μεσοπλεύριο διάστημα όχι μέσα στο ήπαρ.
6. Λέει στον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει βαθιά 3-4 φορές και μετά την τελευταία εκπνοή να κρατήσει την αναπνοή του.
7. Ο χειρουργός γρήγορα εισάγει την βελόνη βιοψίας μέσα στο ήπαρ αναρροφά ιστό και την αποσύρει.
8. Αμέσως μετά την απομάκρυνση της βελόνης πληροφορεί τον ασθενή ότι μπορεί να αναπνέει κανονικά.
9. Τοποθετεί στην τομή αποστειρωμένη γάζα.

### ΦΑΣΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

1. Μετά την βιοψία βοηθάει τον ασθενή να γυρίσει προς τα δεξιά. Τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον κατώτερο θωρακικό λωβό και τον συμβουλεύει να παραμείνει ήσυχος στη θέση αυτή για μερικές ώρες.
2. Διατηρεί τον ασθενή στο κρεβάτι για 24 ώρες.
3. Μετράει και αναγράφει την συχνότητα του σφυγμού και της αναπνοής του ασθενή, καθώς και την αρτηριακή του πίεση σε συχνά χρονικά διαστήματα μέχρις ότου σταθεροποιηθούν (κάθε 15-30 min στις πρώτες 4 ώρες και κάθε 4



---

ώρες τις επόμενες 8). Ακόμα τον παρακολουθεί για εκδήλωση έντονου πόνου στην κοιλιά.

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

**Γ' ΜΕΡΟΣ**

---

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

---

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1Η

Στις 21.4.1996 εισήχθη στο Π.Π. Νοσοκομείο Ρίου ο κύριος Τ.Κ., ηλικίας 47 ετών, κάτοικος Πάτρας.

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

Τις τελευταίες ημέρες παρουσίασε ανορεξία, αδυναμία, περιοφθαλμικό οίδημα, διάρροιες, συγχυτική κατάσταση, ασκίτη, ίκτερο.

Εγινε Η.Κ.Γ. Πάρθηκαν τα ζωντανά σημεία. Ο ασθενής βρέθηκε απύρετος με Α.Π. 130/75 mmHg και αναπνοές φυσιολογικές. Εγιναν στον ασθενή γενικές εξετάσεις και ακτινογραφίες θώρακος.

Εισήχθη με πλήρη αποπροσανατολισμό. Εχει γίνει στο παρελθόν διαγνωστική και εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας.

Εγινε στον ασθενή καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως και γίνεται μέτρηση ούρων ανά 6 ώρες.

Ανά 6 ώρες επίσης γίνεται και έλεγχος της Α.Π.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στον ασθενή είναι : D/W 5%, Hemineurin sir, Hemineurin fl., Aldactone Tb., Stedon Tb., Kapavit amp., Mefoxil amp., Duphalac sir, Lasix, Insuline.

Στις 21.4.1996 ο ασθενής πήρε 2 μονάδες πλάσμα.

Είναι σε δίαιτα ηπατοπαθούς, άναλος, διαβητικού 1.800 θερμίδες.

Ο ασθενής είναι καπνιστής και πότης. Λόγω στέρησης του αλκοόλ είναι διεγερτικός, γι'αυτό χορηγούνται ηρεμιστικά.

Εγινε παρακέντηση κοιλίας. Ο ασθενής συνεχίζει την φαρμακευτική αγωγή και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές οδηγίες.

Ο ασθενής αισθάνεται πολύ καλύτερα. Σταματά η χορήγηση ούρων και λακτουλόζης. Συνεχίζεται η διουρητική αγωγή και οι βιταμίνες. Με αυτή την αγωγή συν την χορήγηση ηρεμιστικών φεύγει από το νοσοκομείο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Ανορεξία Αδυναμία Καταβολή δυνάμεων	Μείωση της ανορεξίας Διατήρηση της ενυδά- τωσης και της θρέψης του ασθενή.	Να χορηγηθεί διαίτα στον ασθενή πλούσια σε πρωτεΐ- νες. Φροντίζεται η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε γεύμα. Περιορίζονται οι δραστηριό- τητες του και χορηγούνται σμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ.	Ο ασθενής σιτίζεται ικανοποιητικά και ενυ- δατώνεται. Η τροφή εί- ναι της αρεσκείας του, ωραία σεβρισμένη. Περιέχει επαρκή ποσό- τητα λευκωμάτων, υδα- τανθράκων και πρωτεΐ- νών. Δίνονται συμπλη- ρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ. Περιορίζονται οι δραστηριότητες του αρ- ρώστου.	Μειώθηκε η ανορεξία, ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα και ανέκτησε κάπως τις δυνάμεις του.
2) Ο ασθενής παρουσι- άζει ικτερική χροιά.	Υποχώρηση του ικτέρου.	Να χορηγούνται χυμοί φρούτων στον ασθενή.	Χορηγούνται χυμοί φρούτων.	Μικρή υποχώρηση ικτέ- ρου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3) Εντονες διε- γέρσεις λόγω στέρωσης αλκο- όλ.	Ησυχία και ηρεμία του ασθενή.	Να χορηγείται ανά δωρο πρεμιστικό για την πρόληψη της κρίσεως του ασθενή. Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή πτώσης από το κρεβάτι.	Να χορηγείται ανά δωρο, πρεμιστικό φάρμακο, ώστε να προλαμβάνεται η έναρξη της κρίσης. Τοποθετήθηκαν προστατευτικά κάγκε- λα στο κρεβάτι του για την αποφυγή πτώσης του.	Ο ασθενής χαλάρωσε και ηρέμησε. Αποφεύχθηκαν οι κρίσεις στέρωσης.
4) Ο ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει α- σκίτη.	Ανακούφιση του ασθε- νή από τα συμπτώ- ματα και ανάταξη του ασκίτη.	Λήψη δείγματος και να σταλεί για εξέταση. Τοποθέτηση ασθενή σε ανάρροπη θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του. Ελεγχος στις γάζες του τραύματος για τυχόν εκροή.	Γίνεται παρακέντηση κοιλιάς. Ενημερώνεται ο ασθενής γι' αυτή την ενέργεια, πως θα γίνει, για ποιο λόγο και τα αποτελέσματα που θα φέρει. Προετοιμάζεται κατάλληλα (ούρησε, πήρε τη σωστή θέση). Κατά την παρακέντηση αφαιρούνται 2 lt υγρό. Το δείγμα στάλθηκε για εξέταση. Μετά την παρακέντηση τοποθετείται ο ασθενής σε ανάρροπη θέση. Ελέγχονται οι γάζες.	Ανακούφιση του α- σθενή μείωση της δυσφορίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
5) Άγχος, ανησυχία και δυσφορία του ασθενή.	Η εμφύχωση του ασθενή και πίστη στην καλή έκβαση της ασθένειάς του.	Ενημέρωση ασθενη για την αλλαγή της κατάστασής του και για το πως θα επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την κατάλληλη θεραπεία.	Εξήγηση με ήρεμο τρόπο για ποιο λόγο παρουσιάζει αυτή την αλλαγή που οφείλεται, πως θα επανέλθει στο φυσιολογικό μετά από κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Προσπαθούμε με αυτόν τον τρόπο να μειώσει το αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης.	Ο ασθενής καθησυχάζει και αρχίζει να περιμένει υπομονετικά την βελτίωση της κατάστασής του.

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2Η

Στις 17.3.1996 εισήχθη στο Π.Π. Νοσοκομείο Ρίου ο κύριος Α.Γ. ηλικίας 53 ετών.

Ο ασθενής έχει νοσηλευθεί επανειλημένα λόγω ασκίτη, κίρρωσης ήπατος.

Ο ασθενής τις τελευταίες δύο εβδομάδες αναφέρει ανορεξία, καταβολή δυνάμεων και έντονη εφίδρωση. Αυτά τα συμπτώματα παρέμειναν όλο το διάστημα ώσπου μια μέρα πριν την εισαγωγή παρουσίασε πυρετό με ρίγος, δύσπνοια, βήχα, έντονη διέγερση, κοιλιακά άλγη και διάρροια. Είναι χρόνιος αλκοολικός.

Το 1984 χειρουργήθηκε για οξεία παγκρεατίτιδα.

Το 1991 διαγνώσθηκε αλκοολική κίρρωση. Ο ασθενής τον τελευταίο καιρό παραπονείται για παραισθήσεις. Βαρεία η κατάστασή του κατά την εισαγωγή. Παρατηρήθηκε ασκίτης. Εγιναν διάφορες εξετάσεις και βρέθηκε ο ασθενής να έχει HbsAg(+).

Εγινε επίσης έλεγχος σακχάρου και βρέθηκε απορυθμισμένος. Δόθηκε κρυσταλλική ινσουλίνη. Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία. Α.Π. 180/90 mmHg. Θερμοκρασία 38,8. Εγινε Η.Κ.Γ. και ακτινογραφία θώρακος. Ετέθη υποκλείδιος αρτηρία και καθετήρας ουροδόχου κύστεως. Πάρθηκε η Κ.Φ.Π.

Λόγω δύσπνοιας χορηγήθηκε O<sub>2</sub> με μάσκα Venturi 35% 8 lit.

Επί έντονη διέγερση ετέθη ορρός με Heminevrin. Επί πυρετού 38,9 έγινε μια amp Aprotel.

Γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Βρίσκεται σε δίαιτα άναλος, διαβητικών 1800 θερμίδες.

Ο ασθενής έκανε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας όπου συγκεντρώθηκαν οι εξής κλινικές πληροφορίες : Ασκίτης, κίρρωση, σήψη. Για τον ασκίτη έγινε παρακέντηση κοιλίας.

Η δακτυλική εξέταση του ασθενούς ήταν αρνητική για μάζα ή αίμα.



Κατά την ορθοσκόπηση μέχρι τα 20 cm ο βλεννογόνος βρέθηκε έντονα υπεραίμικος, οίδηματώδης, επικαλυπτόμενος υπό υδαρών κοπράνων, κιτρινοπράσινου χρώματος. Δεν παρατηρήθηκαν ψυδο-μεμβράνες.

Ο ασθενής κάπνιζε και έπινε αλκοόλ.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στον ασθενή :

Tiabridal Tb., Rocerphin amp., Dalacin amp., Aerolin σε νεφελοποιητή, Heminevrin syr., Voncon amp., Flagyl tb., Trivimine tb., N/S 0,9%, D/W 5%.

Ο ασθενής παρουσίασε καλύτερευση την 8η ημέρα της νοσηλείας του. Ο πυρετός, η διάρροια, η εφίδρωση και η δύσπνοια υποχώρησαν και ο ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι.

Τις τελευταίες 4 ημέρες της νοσηλείας του στην κλινική, είναι καλά. Σταματά η χορήγηση ορρών. Δίνεται η κατάλληλη αγωγή για το σπίτι και ο ασθενής φεύγει από την κλινική.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Πυρετός	Πτώση του πυρετού και ανακούφιση του αρρώστου.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Λήψη αίματος για την ανεύρεση του αιτίου που προκάλεσε τον υψηλό πυρετό. Μέτρηση θερμοκρασίας του ασθενή κάθε 3ωρο. Μέτρηση και καταγραφή των ούρων του 24ωρου. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή προς ανακούφισή του.	Του χορηγείται αντιπυρετικό φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Εγινε αιμοληψία για εργαστηριακό έλεγχο προς εντοπισμό της αιτίας του πυρετού. Χορηγούνται άφθονα υγρά. Ελέγχεται ανά τρίωρο η θερμοκρασία του σώματος και σημειώνεται. Μετρούνται και καταγράφονται τα αποβαλλόμενα ούρα του 24ωρου. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για την ανακούφιση του ασθενή.	Ο πυρετός έπεσε στους 37,5° C. Ο ασθενής ανακουφίστηκε και ηρέασε. Το πρόβλημα του πυρετού όμως εξακολουθεί να υπάρχει γιατί ο ασθενής ανεβάζει πάλι τη θερμοκρασία σε υψηλά επίπεδα κυρίως τις απογευματινές ώρες.
2) Δύσπνοια	Αποκατάσταση βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας.	Αλλαγή θέσης στον ασθενή εφαρμογή O <sub>2</sub> φάρμακα βρογχοδιασταλτικά από το στόμα.	Τοποθετείται ο ασθενής σε ανάρροπη θέση. Χορήγηση O <sub>2</sub> 35% 8 lt.	Βελτιώθηκε η αναπνοή του. Αισθάνθηκε καλύτερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ -
------------	--------	------------	-----------------------	--------------

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3) Εντονα κοιλιακά άλγη διάρροια, ανορεξία, ναυτία.	Ανακούφιση από τον πόνο, καταστολή της διάρροιας επαρκής θερμιδική πρόσληψη τροφής με καταστολή της ναυτίας.	Χορήγηση αντισπασμωδικών με εντολή γιατρού και περιορισμός στις κινήσεις του ασθενή προς αποφυγή τραυματισμού του ήπατος.	1) Χορηγήθηκε αντισπασμωδικό φάρμακο κατά την οδηγία γιατρού. Περιορίστηκαν οι κινήσεις του ασθενή για την προφύλαξη του ήπατος. 2) Ο ασθενής τρέφεται με γάλα, σούπα και λιωμένη τροφή. 3) Γίνονται καθαρκτικοί υποκλισμοί για την προστασία της εντερικής χλωρίδας. 4) Συστηματική χορήγηση υπακτικών καθαρτικών για τη δημιουργία όξινου pH στο παχύ έντερο που διευκολύνει τη δέσμευση της αμμωνίας.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε. Σταμάτησε η διάρροια που οφείλεται στην κακή απορρόφηση των λιπών. Ο ασθενής παίρνει τα απαραίτητα χωρίς να προξενείται ναυτία.
4) Άγχος και φόβοι ασθενούς για την κατάστασή του.	Η καθυσύχασση του ασθενή η εξάλειψη των ανησυχιών του και η εμπιστοσύνη στην υγειονομική ομάδα του νοσοκομείου.	Να έλθουμε σ'επαφή με τον ασθενή έτσι ώστε να μας εξωτερικεύσει τους φόβους του και να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του.	Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την κατάστασή του, παρακίνηση να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Εξήγηση με απλά λόγια της νοσηλείας που θα του παρέχουν. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο γινόταν νοσηλεία, ώστε να εμπιστευθεί τους γιατρούς και τους νοσηλευτές.	Ο ασθενής ηρέμησε, παρακολούθει τη νοσηλεία που του παρέχεται, εμπιστεύεται τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
5) Ασκήτης	Ανακούφιση του ασθενή.	Εκκενωτική παρακέντηση. Αφαίρεση υγρού.	<p>Βοηθήμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση. Φροντίζεται να ουρήσει πριν από αυτήν. Τοποθετείται ο ασθενής σε κατάλληλη αναπαυτική θέση και τον στηρίζουμε με μαξιλάρια.</p> <p>Παρακολουθείται κατά την παρακέντηση. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Σημειώνεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας του υγρού της παρακέντησης. Ελέγχονται οι γάζες να μην διαφύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.</p> <p>Χορηγούνται διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού. Περιορίζονται το CI<sub>Na</sub>. Σημειώνονται τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Φροντίζεται το δέρμα.</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρροπη θέση για να βοηθήσουμε την αναπνοή του. Χορηγείται χυμός πορτοκαλιού. Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα πιθανού κώματος.</p>	<p>Έγινε παρακέντηση. Αφαιρέθηκε υγρό. Ο ασθενής ανακουφίστηκε.</p>

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- Το αλκοόλ και ο υποσιτισμός και ο τρόπος ζωής γενικά είναι οι κυριες αιτίες που προκαλούν κίρρωση του ήπατος.
- Το πρόβλημα έλλειψης επιστημονικού νοσηλευτικού προσωπικού με ειδικότητα δεν προωθεί την λύση των προβλημάτων υγείας.
- Δεν υπάρχουν αρκετά στατιστικά στοιχεία.
- Δεν προωθείται η προληπτική Υγιεινή στη χώρα μας.
- Η κίρρωση είναι πρόβλημα, γενικά των χωρών του Τρίτου Κόσμου.
- Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν μόνο γενικότητες στο θέμα, παρά την μεγάλη ανάγκη σε στοιχεία που υπάρχει. Πρέπει να υπάρξει με λεπτομέρεια μέτρηση και περιγραφή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

- Να γίνει αύξηση του ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό βοηθάει στην διαφώτιση και καθοδήγηση του κοινού με άμεσο αποτέλεσμα την προαγωγή της Υγείας.
- Βελτίωση της προληπτικής Υγιεινής στην Ελλάδα, γιατί είναι προτιμότερο να προλαβαίνονται καταστάσεις από το να θεραπεύονται.
- Να γίνει διερεύνηση των συνθηκών που προκαλούν τη νόσο.
- Οργάνωση των Κέντρων Υγείας και της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής περίθαλψης.
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια για το νοσηλευτικό προσωπικό για την καλύτερη επιστημονικά κατάρτιση.
- Να δίνονται κίνητρα στο προσωπικό.
- Προώθηση της νοσηλευτικής έρευνας.
- Εκπαίδευση του κοινού από το προσωπικό των Κέντρων Υγείας, για την εφαρμογή κοινοτικής υγιεινής.

- Υλικοτεχνική υποδομή, κατάλληλη ώστε να βοηθάει προσωπικό και ασθενείς.
- Να γίνει σωστή προώθηση της έρευνας και της στατιστικής.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Η υγεία είναι ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά του ανθρώπου, αν όχι το πολυτιμότερο. Όταν παρουσιάζεται πρόβλημα στην υγεία του ατόμου αλλάζει ολόκληρη η ψυχосύνθεσή του. Χρειάζεται ιδιαίτερη ψυχική δύναμη και πίστη, ώστε να συνεχίσει το συγκεκριμένο άτομο να επιβιώνει και να προσφέρει στον εαυτό του και στους γύρω του.

Με την εργασία αυτή προσπάθησα να δώσω όσο γίνεται πιο αναλυτικά το πρόβλημα που προκαλεί η κίρρωση του ήπατος.

Στο πλαίσιο της εργασίας αυτής :

1. Διερευνήθηκε το είδος, η λειτουργικότητα, η νόσος, η αποκατάσταση.
2. Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας για την ασθένεια.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- ΑΘΑΝΑΣΑΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Κ. : “Κλινική νοσηλευτική, χορήγηση φαρμάκων, αρχές και μέθοδοι”. Τόμος Α΄, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 1989.
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. : “Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής”, Επίτομο, Εκδοση 5η (Αναθ.), Εκδόσεις Γ. Τσιβεριώτης, Αθήνα 1987.
- ΓΕΩΡΓΑΚΗ ΑΝΘΟΥΛΑ - ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ : “Νοσηλευτική”, Τόμος Α΄, Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1985.
- ΠΙΤΣΙΟΥ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Θ. : “Νοσολογία, εξέταση συστημάτων”, Τόμος Α΄, Εκδοση 2η, Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1988.
- GUVTON A., M.D. : “Φυσιολογία του ανθρώπου”, Τόμος Α΄, Εκδοση 3η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Μετάφραση : Α. Ευαγγέλου, Αθήνα 1984.
- HARRISON : “Εσωτερική Παθολογία”, Τόμος Γ΄, Εκδοση 10η, Εκδόσεις Γρηγόριος Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
- LEONHARDT-FRICK ΗΚ.Α. : “Ειδική Ανατομία”, Τόμος Β΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Μετάφραση : Ν. Νηφόρος, Αθήνα 1988.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : “Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική”, Τόμος Α΄, Εκδοση 10η, Εκδόσεις “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1987.
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ : Σημειώσεις “Ειδικές δίαιτες”, Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1989.
- ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ : “Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες”, Τόμος Β΄, Μέρος Β΄, Εκδοση 2η, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

