

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2509

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	4
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	4
Ήπαρ	4
Εξωτερική μορφολογία	4
Στηρίξεις ήπατος	6
Υφή του ήπατος	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	17
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	17
1. Μεταβολισμός	18
2. Παραγωγικές Ιδιότητες	20
3. Εκκριτική λειτουργία	21
4. Αποταμιευτική λειτουργία	22
5. Αντιοξική Λειτουργία	23
ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	23
Δοκιμασίες ελέγχου του ήπατος και των χοληφόρων οδών	23
ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ	24
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	25
1. Σπινθηρογράφημα ήπατος	26
2. Λαπαροσκόπηση	28
3. Βιοψία ήπατος	28
4. Αγγειογραφία ήπατος	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	34
ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	34
Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα	34
Αντιγονικές ιδιότητες των ιών της ηπατίτιδας	34
3.3 Χημική απάντηση στη λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας	40
Παθολογική Ανατομική	43
Επιδημιολογία	48
Κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις	52

Πρόγνωση	57
Επιπλοκές και Επακόλουθα	58
Διαφορική διάγνωση	61
Θεραπεία και πρόληψη	62
Τοξική και Φαρμακευτική ηπατίτιδα	70
Ηπατοτοξικότητα ακεταμινοφαίνης	73
Ηπατοτοξικότητα από αλοθάνιο	75
Ηπατοτοξικότητα από μεθυλντόπα	76
Ηπατοτοξικότητα της Ισονιαζίδης	77
Ηπατοτοξικότητα της χλωροπρομαζίνης	78
Ηπατοτοξικότητα των αντισυλληπτικών από το στόμα	79
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	<b>84</b>
<b>ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ</b>	<b>84</b>
Ορισμός	84
Αιτιολογία	85
Ανοσοπαθγένεια	86
Παθολογική ανατομική	88
Κλινικές εκδηλώσεις	90
Εργαστηριακά ευρήματα	93
Διαφορική διάγνωση	94
Θεραπεία	96
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</b>	<b>101</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ</b>	<b>101</b>
Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή	102
Αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή	108
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</b>	<b>124</b>
<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ</b>	<b>124</b>
1° Περιστατικό	124
2° Περιστατικό	137
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	<b>151</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>153</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Έρευνες πολλών ετών έχουν αποδείξει ότι οι ηπατίτιδες αποτελούν ορισμένες από τις σοβαρότερες λοιμώξεις γεγονός που διαφαίνεται τόσο από την έξαρση που υπάρχει στις μέρες μας όσο και από τη βαρεία πρόγνωση που συνοδεύει πολλές από αυτές.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπ' όψη μου τα παραπάνω θα προσπαθήσω μέσα από την εργασία μου να δώσω μια σαφή εικόνα του θέματος «ηπατίτιδες και νοσηλευτική φροντίδα αυτών» έχοντας ως σκοπό να ευαισθητοποιήσω τον εαυτό μου και τους αναγνώστες της εργασίας αυτής για το μέγεθος του προβλήματος. Έτσι λοιπόν όταν κληθώ να υπηρετήσω την κοινωνία από τη θέση ενός υπεύθυνου νοσηλευτού να έχω όλα εκείνα τα απαραίτητα εφόδια και τις γνώσεις ώστε να προφυλάξω τόσο τον εαυτό μου όσο και το κοινωνικό σύνολο από τις δυσάρεστες συνέπειες των ασθενειών αυτών.

Μεγάλη βαρύτητα θα δώσω επίσης στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με αυτού του είδους τις λοιμώξεις, εργασία που αποτελεί πραγματικό λειτούργημα στον ευαίσθητο αυτό τομέα της υγείας.

Στην προσπάθεια μου αυτή για την όσο το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση του θέματος συνάντησα αρκετές δυσκολίες τις οποίες και κατάφερα να ξεπεράσω με τη βοήθεια και την καθοδήγηση της Κ. Μπαντζή την οποία και ευχαριστώ ιδιαίτερα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ

#### ***Ήπαρ***

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας και συγχρόνως ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος, εξ αιτίας των πολλαπλών και σημαντικών λειτουργιών που επιτελεί.

Το βάρος του ανέρχεται στα 1400-1600 γραμ. στους άνδρες και στα 1200-1400 γραμ. στις γυναίκες. Η χροιά του είναι καστανέρυδρη.

#### ***Εξωτερική μορφολογία***

Το σχήμα του ήπατος είναι σφηνοειδές, με τη βάση να φέρεται προς τα δεξιά.

Διακρίνονται τρία χείλη (το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό) καθώς και τρεις επιφάνειες (την άνω, την κάτω και την οπίσθια).

Το πρόσθιο χείλος είναι ηπλάφητο και αντιστοιχεί στη γραμμή που φέρεται από τον πλευρικό χόνδρο της 7<sup>ης</sup> αριστερής πλευράς στον πλευρικό χόνδρο της δεξιάς 9<sup>ης</sup> πλευράς.

Το δεξιό και αριστερό χείλος του ήπατος φέρονται από τους πλευρικούς χόνδρους των αντίστοιχων πλευρών.

Η άνω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται από το δρεπανοειδή σύνδεσμο σε 2 λοβούς, τον αριστερό και τον δεξιό.

Ο δεξιός λοβός του ήπατος είναι μεγαλύτερο και αποτελεί τα 5/6 του ήπατος.

Στην άνω επιφάνεια του ήπατος διακρίνουμε επίσης 3 μοίρες: α) την άνω μοίρα, β) την πρόσδια και γ) την δεξιά μοίρα.

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται και αυτή από περιτόναιο και εμφανίζει 2 οβελιαίες αύλακες: α) την δεξιά και β) την αριστερή που ενώνονται μεταξύ τους.

Η δεξιά οβελιαία υποδέχεται την χοληδόχο κύστη και καλείται κυστικός βόθρος.

Η αριστερά οβελιαία αύλακα υποδέχεται τον στρόγγυλο σύνδεσμο του ήπατος δια μέσου των οποίων εισδύουν στο ήπαρ η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και τα νεύρα του ήπατος.

Με τις οβελιαίες αύλακες η κάτω επιφάνεια του ήπατος χωρίζεται σε 3 λοβούς: α) τον δεξιό, β) τον αριστερό και γ) τον τετράπλευρο.

Στους λοβούς αυτούς συναντάμε διάφορα εντύπωμα που παράγονται από τα παρακείμενα όργανα. Έτσι στον δεξιό λοβό συναντούμε τον κολικό, το νεφρικό και το δωδεκαδακτυλικό εντύπωμα. Στον τετράπλευρο λοβό παρατηρούμε το πυλωρικό εντύπωμα και στον αριστερό το γαστρικό εντύπωμα.

Η οπίσδια επιφάνεια του ήπατος εμφανίζει 2 αύλακες: α) την δεξιά και β) την αριστερή

Η δεξιά αύλακα αρχίζει πίσω από τις πύλες του ήπατος και υποδέχεται την κάτω κοίλη φλέβα.

Η αριστερή αύλακα είναι η προς τα πίσω συνέχεια της ομώνυμης αύλακας, της κάτω επιφάνειας και υποδέχεται τον φλεβώδη σύνδεσμο.

Η δεξιά και η αριστερή αύλακα χωρίζουν την οπίσθια επιφάνεια σε 3 λοβούς. Οι λοβοί αυτοί είναι:

α) ο δεξιός λοβός που δεν καλύπτεται από περιτόναιο και στον οποίο εμφανίζεται το επινεφρίδιο εντύπωμα

β) ο αριστερός λοβός στον οποίο εμφανίζεται το οισοφαγικό εντύπωμα

γ) ο κερκοφόρος λοβός ο οποίος σχηματίζει 2 αποφύσεις, την κερκοειδή και το θηλοειδές φύμα

### ***Στηρίξεις ήπατος***

Το ήπαρ στηρίζεται στη θέση του με τον τόνο των κοιλιακών μυών και με τα υποκείμενα σπλάχνα. Ακόμη στην στήριξη του ήπατος συμβάλλουν: α) η κάτω κοίλη φλέβα, β) η σύμφυση της δεξιάς μοίρας της οπίσθιας επιφάνειας του ήπατος με το διάφραγμα, γ) διάφορες πτυχές του περιτοναίου οι οποίες συνδέουν το ήπαρ με το στομάχι, το δωδεκαδάκτυλο, το διάφραγμα και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Οι πτυχές αυτές είναι οι εξής:

#### ***1. Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος***

Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος έχει σχήμα δρεπανοειδές και εμφανίζει 3 χείλη: το ηπατικό, το φρενικό και το ελεύθερο

#### ***2. Ο στεφανιαίος σύνδεσμος***

Ο σύνδεσμος αυτός παριστάνει την ανάκαμψη του περιτοναίου από το διάφραγμα στην ανώ και οπίσθια επιφάνεια του ήπατος

### **3. Οι τρίγωνοι σύνδεσμοι**

Είναι δύο, ο δεξιός και ο αριστερός και συνδέουν το ήπαρ με το διάφραγμα

### **4. Το ελάσσον επίπλουν**

## **Υφή του ήπατος**

Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από περιτόναιο εκτός από τις δέσεις στις οποίες προσφύονται οι διάφοροι σύνδεσμοι.

Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι τα ηπατικά λοβία, οι χοληφόροι πόροι, τα αγγεία και τα νεύρα του ήπατος.

### **1. Τα ηπατικά λοβία**

Παριστάνουν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος. Έχουν διάμετρο 0,7-2 MM και εμφανίζουν σχήμα πολύπλευρης πυραμίδας, από την κορυφή της οποίας διέρχεται η κεντρική, η ενδολόβια φλέβα. Οι ενδολόβιες φλέβες είναι η αρχή των ηπατικών φλεβών και εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες τις υπολόγιες.

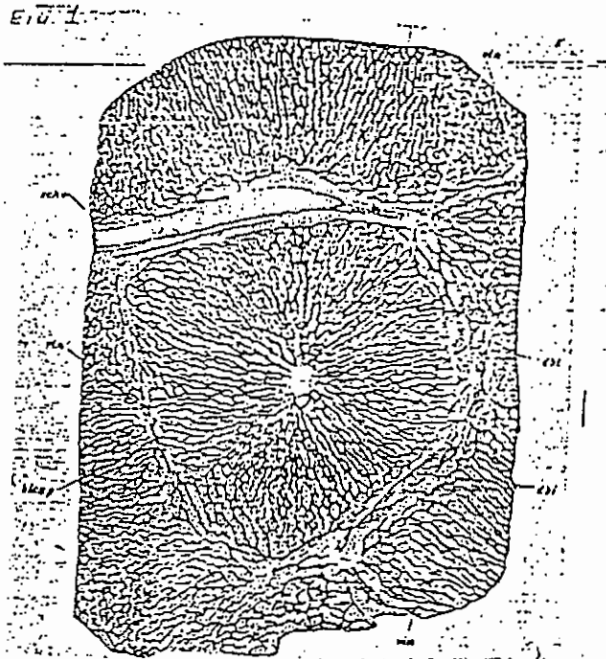
Μερικοί θεωρούν ως ανατομική μονάδα του ήπατος το λεγόμενο «πυλαίο λόβιο».

Το λόβιο αυτό είναι τρίγωνο και συνίσταται από τα προσκείμενα τμήματα 3 ηπατικών λοβίων.

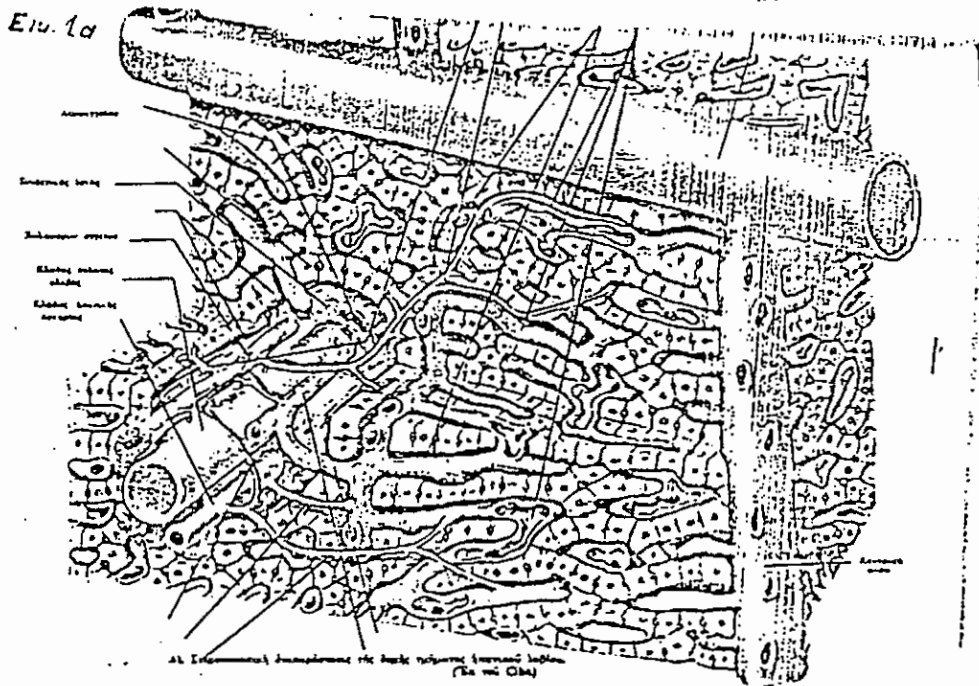
Κάθε ηπατικό λόβιο αποτελείται από ερειστικό υπόστρωμα μέσα στο οποίο βρίσκονται:



α) Τα ηπατικά κύτταρα, β) τα κοιλώδη πυλαία τριχοειδή, γ) τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας και δ) Τα χοληφόρα σωληνάκια. (Εικ. 1 και 1<sup>α</sup>).



Πόρος ηπατικών κόβων περιέχων την κεντρική φλέβα κλη-μερής μεσολάβος φλέβ. τρία-μικρά μεσολάβος φλέβες δι-μεσολάβος χοληφόρα όργανα. διερ-ρηκταίοι αϊμοσφαιροί. Μεγέθος X 54.



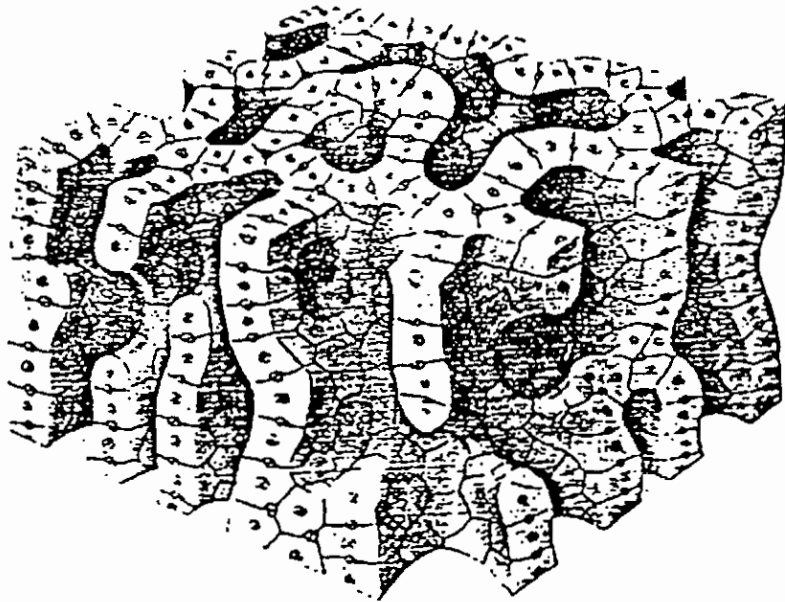
Εικ. 1, 1<sup>α</sup>

α) Τα ηπατικά κύτταρα:

Έχουν σχήμα περίπου κυβωειδές, περιέχουν ένα ή δύο σφαιρικούς πυρήνες και μέσα στο πρωτόπλασμα τους ανευρίσκονται κοκκία γλυκογόνου και σταγόνα λίπους.

Παρατηρώντας το ηπατικό λόβιο βλέπουμε πως τα ηπατικά κύτταρα συντάσσονται κατά δοκίδες, τις ονομαζόμενες ηπατικές δοκίδες, οι οποίες φέρονται ακτινοειδώς από το κέντρο προς την περιφέρεια και αναστομώνονται μεταξύ τους σε δίκτυα.

Στην πραγματικότητα όμως τα ηπατικά κύτταρα διατάσσονται σε συνεχή στιβάδα σχηματίζοντας πετάλια, που ονομάζονται ηπατικά πετάλια, τα οποία φέρονται ακτινοειδώς από το κέντρο προς την περιφέρεια. Στη συνέχεια αναστομώνονται και σχηματίζουν ένα λαβυρινθώδες δίκτυο. Τα διάκενα του δικτύου αυτού ονομάζονται ηπατικές κυγέλες και επικοινωνούν μεταξύ τους με τρήματα. (Εικ. 2).



*Εικ. 2.*

β) Τα κολπώδη πυλαία τριχοειδή

Τα τριχοειδή αυτά εξέρχονται από τους μεσολόβιους κλάδους της πυλαίας φλέβας και εισέρχονται μέσα στο ηπατικό λόβιο, όπου διασπώνται σε πολυάριθμα κολπώδη τριχοειδή. Τα τριχοειδή αυτά καταλαμβάνουν τις ηπατικές κυψέλες και αναστομώνονται μεταξύ τους εκβάλλοντας τελικά στην ενδολόβια ή κεντρική φλέβα.

γ) Τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας

Από τους μεσολόβιους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας εξέρχονται αρτηρίδια μερικά από τα οποία εκβάλλουν στα προσαγωγά φλέβια, τα περισσότερα όμως διεισδύουν στο ηπατικό λόβιο και αναλύονται σε τριχοειδή, που εκβάλλουν τελικά στους φλεβώδεις κόλπους. Με το αίμα αυτών των τριχοειδών μεταφέρεται το απαραίτητο οξυγόνο στα ηπατικά κύτταρα.

δ) Τα χοληφόρα σωληνάρια

Τα σωληνάρια αυτά πορεύονται μέσα στα ηπατικά πετάλια και σχηματίζουν ευρύχωρα δίκτυα, που περιβάλλουν τα ηπατικά κύτταρα. Τα χοληφόρα σωληνάρια έχουν πλάτος 2-5μ, δεν έχουν δικό τους τοίχωμα αλλά αφορίζονται από τα ηπατικά κύτταρα και από την διεύρυνση της κυτταρικής μεμβράνης των ηπατικών κυττάρων.

## ***2. Οι χοληφόροι πόροι***

Οι χοληφόροι πόροι παριστάνουν το εκφορητικό μέρος της εξωκρινούς μοίρας του ήπατος και διακρίνονται στους περιλόβιους και στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους. Οι περιλόβιοι χοληφόροι πόροι

είναι πολύ λεπτοί, περιβάλλουν το ηπατικό λόβιο και παριστάνουν την συνέχεια των χοληφόρων σωληναρίων. Εκβάλλουν τελικά στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

Το τοίχωμα των περιλόβιων χοληφόρων πόρων αποτελείται εξωτερικά από βασικό υμένα και εσωτερικά από ένα στίχο κυβικών επιθηλιακών κυττάρων. Οι μεσολόβιοι χοληφόροι πόροι σχηματίζονται στα μεσολόβια διαστήματα και όταν έρχονται προς τις πύλες του ήπατος, συνενώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας δύο μεγάλους χοληφόρους πόρους: α) τον δεξιό και β) τον αριστερό ηπατικό πόρο. Στη συνέχεια και αυτοί οι πόροι ενώνονται μεταξύ τους σχηματίζοντας τον κοινό ηπατικό πόρο.

Το τοίχωμα των μεσολόβιων χοληφόρων πόρων αποτελείται από έξω προς τα έσω από: α) συνδετικό ιστό με διάσπαρτες λείες μυϊές ίνες, β) από βασικό υμένα, γ) μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο και δ) αδένες.

### **3. Αγγεία του ήπατος**

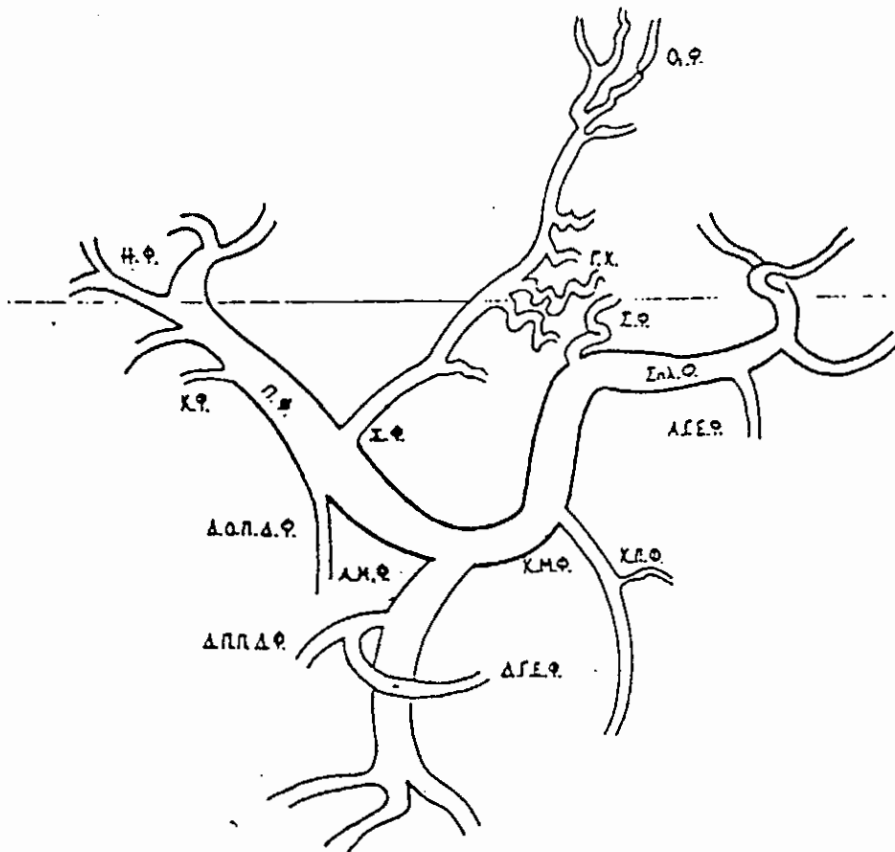
Το ήπαρ εμφανίζει 2 προσαγωγά αγγεία, την πυλαία φλέβα, την ηπατική αρτηρία και πάρα πολλά απαγωγά αγγεία που ονομάζονται ηπατικές φλέβες.

#### **α) Πυλαία φλέβα**

Η πυλαία φλέβα συναθροίζει το αίμα από το στομάχι, το έντερο, τον σωλήνα και το πάγκρεας και διεισδύει από τις πύλες του ήπατος μέσα σε αυτό. Στη συνέχεια αποσχίζεται σε 2 κλάδους, τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί αποσχίζονται σε ολοένα μικρότερους κλάδους, οι τελευταίοι από τους οποίους πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα και ονομάζονται μεσολόβιοι. Από τους μεσολόβιους κλάδους

εξέρχονται μικρά προσαγωγά φλέβια τα οποία διεισδύουν στα ηπατικά λόβια και διασπώνται σε πολυάριθμα τριχοειδή. Τα τριχοειδή αυτά μπορούν να περιλάβουν μεγάλη ποσότητα αίματος, γι' αυτό και το ήπαρ θεωρείται σπουδαία δεξαμενή αίματος.

Η πυλαία φλέβα δεν χρησιμεύει στη θρέψη του ήπατος αλλά μεταφέρει σε αυτό χρήσιμα συστατικά από το έντερο, τον σωλήνα και το πάγκρεας, τα οποία θα βοηθήσουν τα ηπατικά κύτταρα στην Παρασκευή των ηπατικών εκκρινμάτων. (Εικ. 3).



Εικ. 3.

**β) Ηπατική αρτηρία**

Η ηπατική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας, διεισδύει στο ήπαρ από τις πύλες και αποσχίζεται σε 2 κλάδους τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί αποσχίζονται συνεχώς και καταλήγουν τελικά στους μεσολόβιους κλάδους, που πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα.

Η ηπατική αρτηρία είναι το τρόφιμο αγγείο του ήπατος. Διανέμεται στο συνδετικό ιστό του ήπατος, στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων, στους χοληφόρους πόρους και παρέχει οξυγονωμένο αίμα στα ηπατικά κύτταρα.

**γ) Ηπατικές φλέβες**

Οι ηπατικές φλέβες αρχίζουν από τις ενδολόβιες φλέβες, οι οποίες όταν εξέρχονται από τα ηπατικά λόβια, εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Από τις υπολόβιες αυτές φλέβες αδροίζονται οι ηπατικές φλέβες.

**4. Νευρώνες του ήπατος**

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

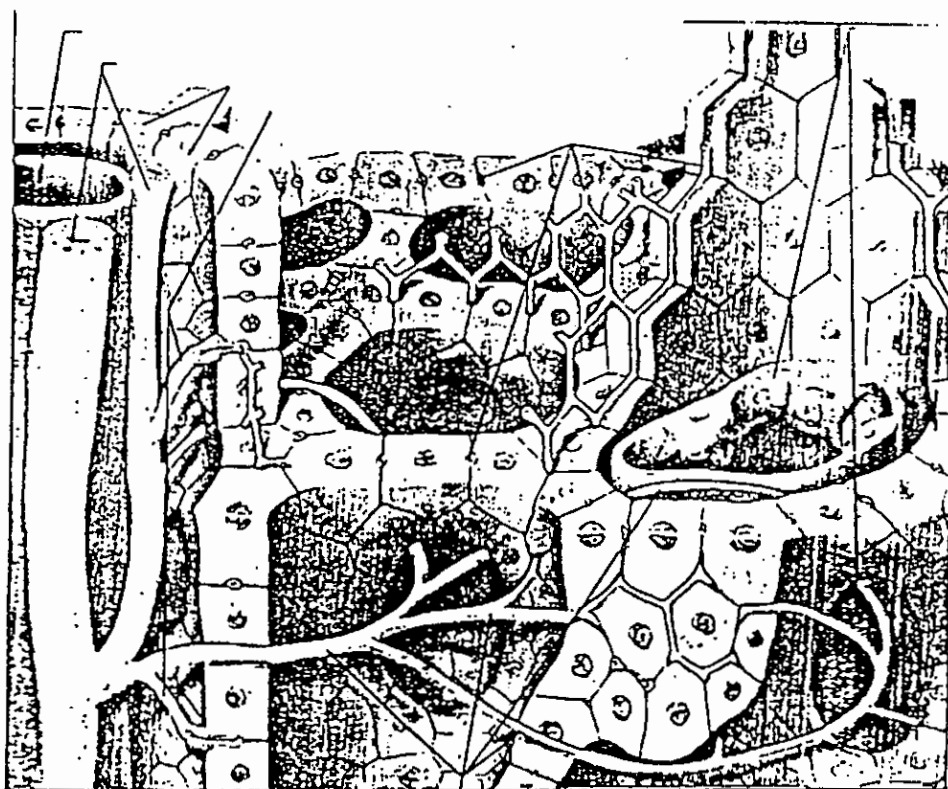
**5. Εκφορητική οδός του ήπατος**

Τέλος η εκφορητική οδός του ήπατος αποτελείται από: α) τους χοληφόρους πόρους, β) τον κοπινό ηπατικό πόρο, γ) χοληδόχο κύστη, δ) τον κυστικό πόρο και ε) τον χοληδόχο.

α) Χοληφόροι πόροι: (Εικ. 4).

β) Κοινός ηπατικός πόρος

Οι 2 ηπατικοί πόροι (δεξιός και αριστερός) που σχηματίζονται από την συμβολή των μεσολόβιων χοληφόρων πόρων ενωμένοι σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο. Η συνένωση των δύο πόρων γίνεται μέσα στο έλασσον επίπλου κοντά στις πύλες του ήπατος.



Εικ. 4

Ο κοινός ηπατικός πόρος έχει μήκος 3-5 εκ. και ενώνεται σε οξεία γωνία με τον κυστικό πόρο, σχηματίζοντας τον χοληρό οπόρο.

γ) Χοληδόχος κύστη

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος και μάλιστα στην αρχή της δεξιάς οβελιαίας αύλακας, όπου υπάρχει ο κυστικός βόθρος.

δ) Κυστικός πόρος

Ο κυστικός πόρος αρχίζει από τον αυχένα της χοληδόχου κύστεως και έχει μήκος 3-4 εκ. Πορεύεται μέσα στο ελάσσον επίπλου και ενώνεται σε οξεία γωνία με τον κοινό ηπατικό πόρο, για σχηματισμό του χοληδόχου πόρου.

Το τοίχωμά του αποτελείται από ινομυώδη χιτώνα, ο οποίος αποτελείται από συνδετικό ιστό, ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες καθώς και από βλενογόνο. Ο βλενογόνος φέρει εσωτερικά την ελικοειδή βαλβίδα. Δια μέσου του πόρου αυτού η χολή μεταφέρεται από το ήπαρ στη χοληδόχο κύστη και κατόπιν στο έντερο.

ε) Χοληδόχος πόρος

Σχηματίζεται από την συνένωση του κυστικού και του κοινού ηπατικού πόρου έχει μήκος 5-7 εκατοστά και πορεύεται μέσα από το ελάσσον επίπλου στο δεξιό χείλος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου. Κατόπιν πορεύεται όπισθεν της πρώτης μοίρας του 12δακτύλου, όπισθεν της κεφαλής του παγκρέατος, εκβάλλονται στην δεύτερη μοίρα του 12δακτύλου. Παρά την εκβολή του όμως στην 2<sup>η</sup> μοίρα του 12δακτύλου, συνήθως ενώνεται με την εκβολή του μείζονα παγκρεατικού πόρου, σχηματίζοντας τη λύκυθο του VATER. Το τοίχωμα



του χοληδόχου πόρου αποτελείται: α) από ινομώδες χιτώνα και β) από βλενογόνο.

Ο ινομώδης χιτώνας αποτελείται από συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες και λείες μυϊκές ίνες. Οι λείες μυϊκές ίνες του τοιχώματος είναι κυκλωτερείς και μερικές επιμήκεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ, όπως προαναφέρθηκε και στην Ανατομία είναι ο μεγαλύτερος αδένας του ανθρώπινου σώματος. Η ανατομική του θέση και το γεγονός ότι δέχεται δια μέσου της πυλαίας φλέβας το αίμα που προέρχεται από τον πεπτικό σωλήνα, καθιστούν το ήπαρ σαν τον κύριο ρυθμιστή του μεταβολισμού των διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές πριν εισέλθουν στη γενική κυκλοφορία διέρχονται αναγκαστικά από τα ηπατικά κύτταρα. Το ήπαρ λοιπόν ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που θα μπορούσαν να συνομιστούν ως εξής:

#### 1. Μεταβολισμός:

- α) Υδατανθράκων
- β) Πρωτεϊνών
- γ) Λιπών

#### 2. Παραγωγή διαφόρων ουσιών

#### 3. Αποταμίευση

- α) Αντιαναιμικού παράγοντα
- β) Σιδήρου και χαλκού
- γ) Βιταμινών Β, D, Κ

4. Αποτοξίνωση

5. Έκκριση

Οι παραπάνω λειτουργίες του ήπατος αναλύονται ξεχωριστά στη συνέχεια.

## **1. Μεταβολισμός**

Το ήπαρ θεωρείται σαν το κατ' εξοχήν όργανο μεταβολισμού διαφόρων ουσιών και κύρια των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών.

### ***Υδατάνθρακες***

Όσον αφορά τους υδατάνθρακες η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό τους είναι η εξής: Η γλυκόζη που απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα κατά τη διάρκεια της πέψης, μεταφέρεται δια μέσου της πυλαίας κυκλοφορίας στο ήπαρ. Το ποσό της γλυκόζης που δεν είναι απαραίτητο για την άμεση κυκλοφορία μετατρέπεται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται σε αυτό. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται γλυκογονογένεση. Ακόμη το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα. Τέλος η γαλακτόζη και η φρουκτόζη που μεταφέρονται στο ήπαρ με την πυλαία κυκλοφορία, μετατρέπονται μέσα στο ήπαρ με την επίδραση ισομερώς σε γλυκόζη. Η γλυκόζη στη συνέχεια μετατρέπεται σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται στο ήπαρ με τη διαδικασία της γλυκογονογένεσης.

### ***Πρωτεΐνες***

Όσον αφορά τον μεταβολισμό των πρωτεϊνών θα πρέπει να τονιστεί ότι και εδώ η συμμετοχή του ήπατος είναι σημαντική. Με τη βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα, από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσόν των λευκωματινών και του ινωδογόνου του πλάσματος. Ακόμη συνθέτει ικανό ποσό από α<sup>1</sup> και β<sup>1</sup> σφαιρίνες και τις περισσότερες από τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος.

Έχει αποδειχθεί, ότι σε φυσιολογικά άτομα το ήπαρ είναι το μοναδικό όργανο, στο οποίο γίνεται η απαμίνωση των αμινοξέων. Από την διάσπαση των αμινοξέων προέρχεται η αμμωνία, που χρησιμεύει στο ήπαρ για το σχηματισμό της ουρίας. Γίνεται φανερό λοιπόν ότι το ποσό της ουρίας που συντίθεται στο ήπαρ, εξαρτάται από την απαμινωτική ικανότητα του ήπατος. Επίσης το ήπαρ θεωρείται ότι είναι το κύριο όργανο διάσπασης του ουρικού οξέος.

### ***Λίπη***

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των λιπών συνίσταται στην έκκριση της χολής, η οποία ενεργοποιεί την λιπάση του παγκρέατος, που γαλακτοματοποιεί τα λίπη, διευκολύνοντας έτσι την απορρόφησή τους από τον εντερικό σωλήνα. Επίσης τα χολικά άλατα έχουν την ικανότητα, όταν συνδέονται με τα λίπη, να σχηματίζουν συνδέσεις πιο ευδιάλυτες, γεγονός που συντελεί στην καλύτερη απορρόφηση των λιπών.

## **2. Παραγωγικές Ιδιότητες**

Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μια από τις σπουδαιότερες παραγωγικές λειτουργίες του ήπατος. Η χολερυθρίνη σχηματίζεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η χολερυθρίνη αυτή ονομάζεται έμμεση και μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα ηπατικά κύτταρα. Εκεί με την επίδραση του ενζύμου τρανσφεράση, ενώνεται με το γλυκουρονικό οξύ, σχηματίζει την άμεση χολερυθρίνη, η οποία εκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή. Όταν η χολερυθρίνη, εισέρχεται στο έντερο μετατρέπεται με τη δράση διαφόρων ενζύμων σε κοπροχολινογόνο (ουροχολινογόνο) και στη συνέχεια μετατρέπεται σε κοπροχολίνη (ουροχολίνη). Το μεγαλύτερο μέρος του ουροχολινογόνου αποβάλλεται με τα κόπρανα, ένα ποσοστό όμως απορροφάται από το έντερο και με την πυλαία φλέβα μεταφέρεται στο ήπαρ. Εκεί ένα μέρος του ουροχολινογόνου μετατρέπεται σε χολερυθρίνη, ένα μέρος επανεκκρίνεται σαν ουροχολινογόνο στο έντερο και ένα άλλο μέρος εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και αποβάλλεται διά μέσω των νεφρών στα ούρα.

Στον κύκλο αυτό των εργασιών του ήπατος στηρίζονται και αρκετές διαγνωστικές ηπατικές εξετάσεις.

Πέρα από την παραγωγή χολερυθρίνης, το ήπαρ συμβάλλει σημαντικά και στην παραγωγή του ινωδογόνου, της ορίνης και των σφαιρινών του πλάσματος, της προδρομβίνης, της ηπαρίνης, της ουρίας, της βιταμίνης

Α<sup>-</sup> και διαφόρων ενζύμων, όπως η αλκαλική φωσφατάση και οι τρανσαμινάσες.

### **3. Εκκριτική Λειτουργία**

Το κυριότερο προϊόν που εκκρίνει το ήπαρ είναι η χολή. Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η παραγόμενη χολή εκκρίνεται μέσα στα χοληφόρα σωληνάρια, που βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα. Τα χοληφόρα σωληνάρια εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους, από τους οποίους η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς, για να φθάσει τελικά στον ηπατικό πόρο και τον κοινό χολοδόχο πόρο. Από τον χοληδόχο πόρο η χολή είτε ρέει απ' ευθείας στο 12δάκτυλο είτε αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη.

Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα και φυσιολογικά αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειασθεί στο 12δάκτυλο. Το συνολικό ποσό της καθημερινά εκκρινόμενης χολής ανέρχεται σε 600-700ML ενώ η χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι μόνο 40-70 ML.

Η χοληδόχος κύστη έχει την ικανότητα να αποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται για 12 ώρες από το ήπαρ, επειδή το νερό, το νάτριο, το χλώριο και άλλοι ηλεκτρολύτες απορροφώνται συνεχώς από τον βλενογόνο της με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση των άλλων συστατικών της.

Εκτός από την χολή το ήπαρ εκκρίνει και ορισμένες χρωστικές, πορφυρίνες καθώς και ένζυμα όπως (φωσφατάση, τρανσαμινάσες, χολινεστεράση κλπ).

**Σύνθεση της χολής**

	Ηπατική χολή	Χολοκυστική χολή
Νερό	97,5 G/DL	92 G/DL
Χολικά άλατα	1,1 »	6 »
Χολερυθρίνη	0,04 »	0,3 »
Χολυστερόλη	0,1 >>	0,3-0,9 >>
Λιπαρά οξέα	0,12 >>	0,3-1,2 >>
Λεκιθίνη	0,04 >>	0,3 >>
Na+	145 ΜΕΟ/Λ	130 ΜΕΟ /Λ
K+	5 >>	12 >>
Ca+	5 >>	23 >>
CL-	100 >>	25 >>
HCO <sub>3</sub>	28 >>	10 >>

**4. Αποταμιευτική λειτουργία**

Το ήπαρ εκτός από τις παραπάνω λειτουργίες που επιτελεί, θεωρείται και σαν το κατ' εξοχήν όργανο αποταμίευσης ουσιών που είναι χρήσιμες στον οργανισμό. Τέτοιες ουσίες είναι οι βιταμίνες Β, D, Κ, ο

σίδηρος, ο χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές αποταμιεύονται στο ήπαρ για να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό σε περιπτώσεις που θα έχει ανάγκη.

### **5. Αντιοξεικλή Λειτουργία**

Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφώνται από το έντερο εισέρχονται με την πυλαία φλέβα στην γενική κυκλοφορία και στη συνέχεια μεταφέρονται στο ήπαρ. Το ήπαρ έχει την ικανότητα αυτές τις τοξικές ουσίες να τις μετατρέπει με οξείδωση σε ουσίες λιγότερο τοξικές, ή καθόλου τοξικές. Τέτοιες ουσίες είναι: η ινδόλη, η σκατόλη, η φαινόλη και μέσα στο ήπαρ συνδέονται με θειϊκό οξύ και κάλιο ή με το γλυκουρονικό οξύ. Η ινδοξύλη, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας συνδέεται με το θειϊκό οξύ και το κάλιο, σχηματίζοντας την ινδικάνη, η οποία απεκκρίνεται με τα ούρα.

## **ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

### **Δοκιμασίες ελέγχου του ήπατος και των χοληφόρων οδών**

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος και των χοληφόρων οδών είναι ένα από τα σπουδαιότερα και δυσκολότερα κλινικά προβλήματα. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία αν αναλογισθεί κανείς τη βαρύτητα της πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών.



Γενικότερα οι ηπατικές δοκιμασίες είναι χρήσιμες και ενδείκνυνται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α) την διαφορική διάγνωση του ικτέρου
- β) την επιβεβαίωση της παρουσίας κάποιας ηπατοπάθειας
- γ) την πρόγνωση κάποιας ηπατοπάθειας
- δ) την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

### **ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ**

Οι πιο εύχρηστες και οι πιο ουσιώδεις ηπατικές δοκιμασίες θα μπορούσαν να καταταχθούν ως εξής:

1. Δοκιμασίες που στηρίζονται στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών.
  - α. Πρωτείνες πλάσματος
  - β. Δοκιμασία κροκυδώσεως κεφαλίνης - χοληστερίνης
  - γ. Δοκιμασία θολερότητας και κροκιδώσεως θυμόλης
  - δ. Δοκιμασία θολερότητας θειικού γευδαργύρου
  - ε. Δοκιμασία ΤΑΚΑΤΑ - ΑΡΑ
  - στ. Δοκιμασία κολλοειδούς χρυσού
  - ζ. Προδρομβίνη πλάσματος
2. Δοκιμασίες της εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος
  - α. Δοκιμασία απέκκρισης της βρωμοσουλφονοφθαλείνης
  - β. Δοκιμασία απέκκρισης του ραδιενεργού ερυθρού της Βεγγάλης

- γ. Δοκιμασία ανοχής της χολερυθρίνης
- δ. Προσδιορισμός χολερυθρίνης αίματος
- ε. Προσδιορισμός χολερυθρίνης ούρων
- στ. Προσδιορισμός ουροχολινογόνου ούρων και κοπράνων
- 3. Δοκιμασίες της μεταβολικής λειτουργίας του ήπατος
  - α. Δοκιμασία ανοχής της γαλακτόζης
  - β. Δοκιμασία αποκάθαρσης της γαλακτόζης
  - γ. Δοκιμασία ιππουρικού οξέος
  - δ. Δοκιμασία τυροσινορίας
  - ε. Προσδιορισμός ολικής χοληστερίνης και εστέρων της
- 4. Δοκιμασίες μεταβολών των ενζύμων αίματος
  - α. Προσδιορισμός αλκαλικής φωσφατάσης
  - β. Προσδιορισμός χοληστερινάσης
  - γ. Προσδιορισμός τρανσαμινασών
  - δ. Προσδιορισμός αφυδρογονασών (Γαλακτική, Μαλική, Ισοκιτρική).

## **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ**

Αν και υπάρχει μεγάλος αριθμός ηπατικών δοκιμασιών που βοηθούν πάρα πολύ στην αξιολόγηση της κατάστασης κάποιας ηπατοπάθειας, τα διαγνωστικά προβλήματα αρκετές φορές παραμένουν. Την λύση σε

αυτές τις περιπτώσεις επιστρατεύονται να δώσουν άλλες εξετάσεις πολύ πιο πειστικές από τις ηπατικές δοκιμασίες.

Οι εξετάσεις είναι: 1. Το σπινθηρογράφημα ήπατος, 2. Η λαπαροσκόπηση, 3. Η βιοψία ήπατος και 4. Η αγγειογραφία του ήπατος. Οι παραπάνω εξετάσεις μας δίνουν μια πλήρη εικόνα του ήπατος και σχεδόν πάντα επιβεβαιώνουν την πιθανή διάγνωση που τίθεται με βάση τα αποτελέσματα των ηπατικών δοκιμασιών, ή ανακαλύπτουν και άλλες βλάβες που τυχόν έμειναν απαρατήρητες.

Η διαγνωστική αξία των εξετάσεων αυτών είναι τεράστια αλλά η χρησιμοποίησή τους δεν είναι ανάλογη της διαγνωστικής τους αξίας εξ αιτίας του ότι είναι πολύπλοκες, ταλαιπωρούν τον ασθενή και γίνονται μόνο από ειδικευμένους γιατρούς.

Στην επιλογή της εξέτασης σημαντικό ρόλο παίζει η βαρύτητα της ηπατοπάθειας και η γενική κατάσταση του ασθενή.

### **1. Σπινθηρογράφημα ήπατος**

Θεωρείται η πιο διαδεδομένη μέθοδος ελέγχου της γενικής εικόνας του ήπατος. Για τη διενέργεια της εξέτασης χρησιμοποιείται ο απαριθμητής σπινθηρισμών. Η συσκευή αυτή εφαρμόζεται κατάλληλα στην ηπατική χώρα και στη συνέχεια επιτυγχάνεται η αποτύπωση με τη μορφή στίξεων ή μικρών γραμμών πάνω στο ακτινογραφικό χαρτί των σπινθηρισμών από τη ραδιενέργεια (PHOTOSCANNING).

Για την σπινθηρογραφική απεικόνιση του ήπατος χρησιμοποιείται το διά  $I^{131}$  σεσημασμένο ερυθρό της Βεγγάλης (ROSE BENGAL  $I^{131}$ ) ή δια

ραδιενεργού ιωδίου σεσημασμένη λευκωματίνη του ορού του ανθρώπου (RISA) και ο ραδιενεργός κολλοειδής χρυσός ( $AU^{198}$ ).

Στο σπινθηρογράφημα το φυσιολογικό ήπαρ εμφανίζεται έχοντας περίπου τριγωνικό σχήμα.

Σε περιπτώσεις ύπαρξης όγκου ή κύστης το σπινθηρογράφημα εμφανίζεται με κατά τόπους ελλείψεις ή σημαντικές αραιώσεις των στίξεων. (Εικ. 5, Εικ. 6).



*Εικ. 5. Φυσιολογικό σπινθηρογράφημα του ήπατος*



*Εικ. 6. Σπινθηρογράφημα ήπατος που εμφανίζει μονήρη έλλειψη συνέπεια καρκινωματούδους μεταστάσεως από το πάγκρεας.*

Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατή η απεικόνιση κάθε φύσης ενδοηπατικών όγκων η διαπίστωση των οποίων δεν είναι εφικτή με την αντικειμενική εξέταση ή κάποια άλλη παρακλινική μέθοδο.

Επίσης το σπινθηρογράφημα ήπατος αυξάνει τη διαγνωστική αξία της βιοψίας του ήπατος καθοδηγώντας το γιατρό στο ακριβές σημείο παρακέντησης.

## **2. Λαπαροσκόπηση**

Το βασικό και πολύ ενδιαφέρον πλεονέκτημα της εξέτασης αυτής είναι η ικανότητα άμεσης οπτικής επαφής του ήπατος. Αυτό επιτυγχάνεται με την εισαγωγή ενδοσκοπίου στην κοιλιακή χώρα ύστερα από τομή 3-5 εκ. στη μέση γραμμή μετά από τοπική αναισθησία. Μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου εισάγεται και αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για να διευκολυνθεί η κίνηση του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις και για να μην καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από το επίπλουν και τις εντερικές έλικες. Όσον αφορά τη λαπαροσκόπηση, θα πρέπει να τονισθεί, ότι η διαγνωστική της αξία είναι μεγάλη όχι μόνο στις ηπατοπάθειες αλλά και σε πολλές άλλες παθήσεις, που αφορούν άλλα όργανα.

## **3. Βιοψία ήπατος**

Η βιοψία ήπατος έχει σαν σκοπό την παραλαβή τμήματος του ηπατικού παρεγχύματος, το οποίο ελέγχεται ιστολογικά στη συνέχεια. Η διαγνωστική αξία της βιοψίας ήπατος είναι αυτονόητο ότι γίνεται από γιατρούς που έχουν εξασκηθεί στη διενέργειά της.



Εικ. 7



Εικ. 8

Η διαγνωστική αξία της σπληνοπυλαιογραφίας συνίσταται στα εξής:

α. Την διάκριση μεταξύ ενδοηπατικής απόφραξης, της πυλαίας και της εξωηπατικής απόφραξης

β. Η διαπίστωση της ύπαρξης και εκτάσεως της παραπλεύρου κυκλοφορίας

γ. Η απεικόνιση των αγγείων του συστήματος της πυλαίας φλέβας προκειμένου να αποφασισθεί το είδος της επέμβασης που θα διορθώσει την ύπαρξη πυλαίας υπέρτασης.

δ. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση της λειτουργίας και της αναστομώσεως τη πυλαίας με την κάτω κοίλη φλέβα

ε. Η διαπίστωση και η εντόπιση ενδοηπατικών όγκων

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

#### ***Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα***

Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα είναι μια συστηματική λοίμωξη που κυρίως προσβάλλει το ήπαρ.

Κλασσικά ενοχοποιούνται δυο τύποι ιών (Α και Β) ως αιτιολογικοί παράγοντες στις συστηματικές λοιμώξεις, αλλά έχουν περιγραφεί πρόσφατα και άλλοι (μη R, μη B). Οι ιοί Α και Β μπορούν τώρα να διαχωριστούν απ' τις αντιγονικές τους ιδιότητες, είναι όμως γνωστά, ότι προκαλούν κλινικά παρόμοιο νόσο στον άνθρωπο.

Τα συνώνυμα που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της ηπατίτιδας Α είναι: λοιμώδης ηπατίτιδα, ηπατίτιδα βραχείας επώασης και MS -1 ηπατίτιδα.

Η ηπατίτιδα Β περιγράφεται ως ηπατίτιδα από ομόλογο ορό, ηπατίτιδα μακράς επώασης, MS-2 ηπατίτιδα ή ηπατίτιδα με δετικό το επιφανειακό αντιγόνο (HBsAg).

#### ***Αντιγονικές ιδιότητες των ιών της ηπατίτιδας***

##### ***Ηπατίτιδα Α***



Ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV) είναι ένας δερμο-οξέο και αιθεροάντοχος RNA ιός με φυσιολογικά χαρακτηριστικά των εντεροϊών της υποομάδας των πικορναϊών.

Η αδρανοποίηση του ιού επιτυγχάνεται με βρασμό επί 1 ή από την επαφή με φορμαλδεΐδη και χλωρίνη ή με την υπεριώδη ακτινοβολία.

Όλα τα στελέχη του ιού που απομονώθηκαν μέχρι σήμερα δεν διαχωρίζονται ανοσολογικά και ανήκουν σε ένα ορότυπο. Ο ιός υπάρχει στο ήπαρ, τη χολή, τα κόπρανα και το αίμα, κατά τη διάρκεια της τελευταίας περιόδου επώσεως και την οξεία προϊκτερική φάση της νόσου, αλλά η αποβολή ιών στα κόπρανα ελαττώνονται γρήγορα μόλις εμφανισθεί και αναπτυχθεί σε ιστοκαλλιέργειες και είναι ο μόνος ανθρώπινος ιός ηπατίτιδας που καλλιεργείται *in vitro*.

### ***Ηπατίτιδα Β***

Η ιογενής αυτή λοίμωξη είναι μοναδική στο ότι οι συγκεντρώσεις του αντιγόνου του ιού στο αίμα μπορεί να φθάσει στα 500 mg/ml. Οι μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο του ορού, έδειξαν την παρουσία ποικίλων σωματιδίων που σχετίζονται με τη λοίμωξη ηπατίτιδας Β.

Έχουν παρατηρηθεί τρεις τύποι σωματιδίων. Τα πολυαριθμότερα είναι τα 22 nm σωματίδια που εμφανίζονται ως σφαιρικές ή επιμήκεις ινιδώδεις μορφές.

Αυτά είναι αντιγονικά ταυτόσημα με την έξω επιφάνεια ή το περίβλημα του ιού της ηπατίτιδας Β και πιστεύεται ότι αποτελούν περίσσεια πρωτεΐνης του περιβλήματος του ιού.

Λιγότερο συχνά εμφανίζονται στον ορό μεγάλα 42nm σφαιρικά σωματίδια Dane, που αποτελούν τον άδικτο ιό της ηπατίτιδας Β (HBV). Τα μεγάλα αυτά σωματίδια έχουν χαρακτηριστικά έναν εξωτερικό χιτώνα και ένα εσωτερικό εικοσαεδρικό πυρήνα που έχει διάμετρο 27 nm. Προηγούμενες μελέτες απέδειξαν ότι αντιορός που λαμβάνεται από αιμορροφιλικούς που έχουν εκτεθεί επανειλημμένα σε ιούς ηπατίτιδας από πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος, μπορούν να σχηματίσουν μια διαχωριστική γραμμή στην ανοσοδιάχυση σε άγαρ (gell) μ' ένα αντιγόνο παρόν στον ορό που πάσχουν από ηπατίτιδα.

Το αντιγόνο αυτό αρχικά ονομάσθηκε Αυστραλιανό αντιγόνο και αναφέρεται στη συνέχεια ως επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBs Ag).

Οι παρατηρήσεις αυτές παρείχαν την πρώτη ορολογική δοκιμασία για το διαχωρισμό της ηπατίτιδας Β από την ηπατίτιδα μη Β. Η απομόνωση από τον ορό των διαφόρων σωματιδίων που σχετίζονται με τη λοίμωξη της ηπατίτιδας Β και η ανίχνευση αντισωμάτων σε αντιγόνα που σχετίζονται με τα σωματίδια αυτά επέτρεψαν μια πιο ολοκληρωμένη αντίληψη της αντιγονικής συνδέσεως του ιού της ηπατίτιδας Β. Τα επιμήκη σωληνώδη και μικρά, Η Bs Ag μπορεί να μετρηθούν στα κλινικά εργαστήρια και είναι ειδικό για λοίμωξη από ηπατίτιδα Β.

Υπάρχει ένα κοινό αντιδρών αντιγόνο ομάδας, το α, που υπάρχει σε όλους τους Η Bs Ag δετικούς ορούς. Επιπλέον το Η Bs Ag μπορεί να περιέχει μερικά ειδικά, των υπότυπων αντιγόνα, δηλαδή :d,y,w,r όπως επίσης και άλλα. Οι υπότυποι αυτοί του Η Bs Ag παρέχουν βοήθεια

στην επιδημιολογική μελέτη της ηπατίτιδας Β και κυρίως στον τρόπο μεταδόσεως. Π.χ. μελέτες για ηπατίτιδα μεταξύ των ασθενών και προσωπικού σε μονάδα αιμοδιαλύσεως έχουν δείξει, ότι οι ενδεικτικές περιπτώσεις έχουν ταυτόσημους Η Βs Ag υπότυπους.

Η κλινική πορεία και η έκβαση της νόσου είναι ανεξάρτητες από τον υπότυπο. Ο άδίκτος υποτιθέμενος ιός των 42 nm μπορεί να διασπασθεί και το κεντρικό σωματίδιο πυρήνας των 27 nm μπορεί να απομονωθεί. Το αντιγόνο του, αναφέρεται ως αντιγόνο πυρήνα (core) της ηπατίτιδας Β (HBcAg) και το αντίστοιχο αντίσωμα είναι το αντι-HBc.

Μέσα στο σωματίδιο πυρήνα ανευρίσκεται ένα διπλό περιελιγμένο DNA που συνοδεύεται από μια DNA πολυμεράση. Έτσι ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να ταξινομηθεί ως ένας DNA ιός.

Ένα τρίτο αντιγόνο που σχετίζεται με την ηπατίτιδα Β είναι το αντιγόνο c της ηπατίτιδας Η (HBcAg). Το HBcAg είναι διαλυτό μη σωματιδιακό αντιγόνο το οποίο ευρίσκεται μόνο σε HBcAg θετικό ορό και είναι ανοσολογικό και βιοχημικά διάφορο από το HBcAg και την DNA τεολυμεράση, αλλά φαίνεται να είναι ένα εσωτερικό συστατικό του πυρήνα του ιού ηπατίτιδας Β (HBv). Αρχικά το HBcAg και το αντίσωμα του (αντι C-HBc), ανιχνεύθηκαν με σχετικά μη ευαίσθητες τεχνικές, όπως η ανοσοδιάχυση σε πηκτή (gel), σήμερα όμως χρησιμοποιούνται οι πολύ πιο ευαίσθητοι ραδιοανοσοπροσδιορισμοί και οι ενζυμικοί ανοσοπροσδιορισμοί.

Ο HBsAg - θετικός ορός που περιέχει HBcAg είναι πιθανότατα περισσότερο λοιμογόνος και συνοδεύεται από την παρουσία ιών

ηπατίτιδας Β και DNA πολυμεράσης απ' ότι ο ΗΒcAg αρνητικός ή αντι-ΗΒc θετικός ορός. Π.χ. οι ασυμπτωματικοί φορείς ΗΒsAg που είναι μητέρες και έχουν θετικό ΗΒc Ag σχεδόν πάντα μεταδίδουν τη λοίμωξη στα παιδιά τους. Κάθε άτομο με λοίμωξη από ηπατίτιδα Β, αναπτύσσει παροδικά ΗΒc Ag νωρίς κατά την πορεία θετικού ΗΒc Ag σχετίζεται με συνεχιζόμενο αναδιπλασιασμό του ιού και μπορεί να συνοδεύει χρόνια ηπατίτιδα.

Η εξαφάνισή του επίσης είναι προμήνυμα βιοχημικής βελτίωσης και υποχώρησης της λοιμώξεως.

Δυστυχώς το ΗΒc Ag δεν είναι επαρκής χαρακτήρας για να χρησιμοποιηθεί προγνωστικά και να υποκαταστήσει, τη μορφολογική εκτίμηση της σοβαρότητας σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα.

### ***Ηπατίτιδα C***

Η πρόοδος στο πεδίο της ιογενούς ηπατίτιδας υπήρξε τα τελευταία χρόνια αλματώδης.

Πολύ πρόσφατα στους μεγάλους σταθμούς της προστέθηκαν τα σημαντικά βήματα προς την αποκάλυψη και περιγραφή του ιού C, υπεύθυνου για τη μεγάλη πλειοψηφία των μετά μετάγγιση, αλλά και πολλών σπυροαδικών περιπτώσεων ηπατίτιδας NANB.

Τον Μάιο του 1988 στα εργαστήρια της εταιρείας Chiron και μετά από 6 χρόνια έρευνας, έγινε το σημαντικότερο βήμα στην ανακάλυψη του αιτίου της NANB ηπατίτιδας.

Ανδρώπιος παράγοντας VIII, που είχε ενοχοποιηθεί για τη μετάδοση NANB ηπατίτιδας, χορηγήθηκε ενδοφλέβια σε χιμπατζή που στη συνέχεια ανέπτυξε χρόνια ηπατίτιδα.

Πλάσμα από αυτόν τον χιμπατζή δόθηκε σε άλλον, δημιουργώντας έτσι μια λοιμογόνο δεξαμενή. Με φυγοκέντρηση και εκχύλιση των πυρηνικών οξέων του 2<sup>ου</sup> χιμπατζή δημιουργήθηκε το συμπληρωματικό του CDNA.

Στη συνέχεια κλωνοποιήθηκε σε φάγο λ gt-11 και μέσω ζυμομύκητα έγινε η παραγωγή μιας βιβλιοθήκης cDNA. Ένα εκατομμύριο περίπου κλώνοι από τη βιβλιοθήκη αυτή και ορός ασθενούς με NANB ηπατίτιδα, υποβλήθηκαν σε ειδική ηλεκτροφορητική κατεργασία μέχρι που απομονώθηκε μια μονή θετική πλάκα, η 5-1-1.

Αυτή χρησιμοποιήθηκε σαν γονιδιακός ανιχνευτής και αναγνώρισε τον μεγαλύτερο κλώνο 81 που περιείχε 353 ζεύγη βάσεων. Περαιτέρω πειράματα με Southern - blot με τον κλώνο 81, έδειξαν ότι συσχετίζεται μόνο με RNA πάσχοντος χιμπατζή ή ανθρώπου.

Το RNA αυτό αντιστοιχεί στο γονίδιο του ιού. Πρόκειται για RNA μονή έλικας ή θετική πολικότητας, διαμέτρου 30-60 nm.

Με τα υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι ο ιός C δεν χρησιμοποιεί προγονιδίωμα DNA για τον πολλαπλασιασμό του και δεν μοιάζει με κανέναν από τους γνωστούς ηπατοτρόπους ιούς. Μοιάζει με ιούς του γένους Flavi και Pestis. Στην ίδια κατηγορία είναι και ο ιός του κίτρινου πυρετού.

Με τεχνικές ανασυνδυασμού των κλώνων του τμήματος του ιού που απομονώθηκε, έγινε δυνατό να παραχθούν οι αντιγονικές εκφράσεις των 5-1-1 και c 100 -3.

Πρόκειται για μη δομικά πολυπεπίδια που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση των αντισωμάτων στον ορό.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι που χρησιμοποιούνται η RIBA και η ELISA. Η RIBA θεωρείται ειδικότερη, ενώ η ELISA πλέον ευαίσθητη. Και οι δύο αυτοί μέθοδοι πάντως χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά.

### ***3.3 Χημική απάντηση στη λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας***

Υπάρχει μια μη ειδική αύξηση των ανοσοσφαιρινών του ορού κατά τη διάρκεια της οξείας ιογενούς λοιμώξεως. Οι IgG και IgM του ορού, αυξάνουν στο 1\3 περίπου των ασθενών στην οξεία φάση της λοιμώξεως.

Η αύξηση όμως της IgG είναι πιο χαρακτηριστική κατά τη διάρκεια της οξείας ηπατίτιδας τύπου A.

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως της ιογενούς ηπατίτιδας μπορεί να υπάρχουν αντισώματα έναντι των λείων μυϊκών ιών και άλλων κυτταρικών στοιχείων και μπορεί να βρεθούν χαμηλοί τίτλοι ρευματοειδούς παράγοντα, αντιπυρηνικών αντισωμάτων και ετερόφιλων αντισωμάτων. Τα αντισώματα αυτά είναι μη ειδικά και μπορούν επίσης να σχετίζονται και με άλλες ιογενείς νόσους. Αντίθετα τα ειδικά αντισώματα του ιού που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή μετά τη

λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας, είναι ορολογικά σημεία διαγνωστικής σημασίας.

### ***Αντισώματα της ηπατίτιδας Α***

Αντί -HAV μπορεί να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως νόσου, όταν η τρανσαμινάση του ορού είναι αυξημένη και ανιχνεύονται ακόμη στα κόπρανα HAV C ιοί ηπατίτιδας Α.

Αυτή η πρώτη αντισωματική απάντηση είναι κυρίως της τάξεως IgM και παραμένει επί αρκετούς μήνες. Κατά την διάρκεια της αναρρώσεως αντι-HAV της ομάδας των IgG καθίστανται τα κυριότερα αντισώματα.

Η διάγνωση της ηπατίτιδας Α γίνεται κατά τη διάρκεια της οξείας νόσου με την ανεύρεση υψηλού τίτλου αντι-HAV της ομάδας IgM.

Μετά την οξεία φάση τα αντι-HAV παραμένουν ανιχνεύσιμα επ' αόριστο και οι ασθενείς με αντι-HAV ορού, είναι άνοσοι σε επαναμόλυνση. Πράγματι τα υπάρχοντα αντι-HAV σε παρασκευάσματα άνοσης σφαιρίνης, ευθύνονται για την προστασία εναντίον μόλυνσεως από ηπατίτιδα Α.

### ***Αντισώματα στην Ηπατίτιδα Β***

Ειδικά αντισώματα εναντίον του HBs Ag (αντί Η Bs) έχουν αποδειχθεί με ανοσοπροσδιορισμούς στο γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς που αναρρώνουν από ηπατίτιδα Β.

Σε μελέτες ενηλίκων ασθενών έχουν αποδειχθεί IgM αντι-Η Bs απαντήσεις. Η εμφάνιση των IgM αντί HBs μετά την πρώτη επαφή

παροδική, ενώ η IgG αντί-Η Βs παραμένει επί χρόνια μετά από τη λοίμωξη.

Σε εδελοντές αιμοδότες το αντι-ΗΒs κυμαίνεται από-10%, είναι όμως υψηλότερο σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, μεγαλύτερες ομάδες ηλικιών και σε άτομα που εκτίθενται συχνά σε παράγωγα αίματος.

Η πρωτογενή ανοσοαπάντηση με την παραγωγή αντι-Η Βs συμβαίνει μετά από την οξεία λοίμωξη ή την ανοσοποίηση. Η συνεχιζόμενη αύξηση στους αντι-ΗΒs τίτλους σημαίνει αναμνηστική απάντηση. Μια τέτοια αναμνηστική αντί-ΗΒs απάντηση έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς και ιατρικό προσωπικό με προϋπάρχον αντι-Η Βs μετά την νεώτερη επαφή με **HBsAg**, είτε μέσω μεταγγίσεως αίματος ή με νοσοκομειακή επαφή. Τα άτομα αυτά μετά την επαφή, πράγμα που σημαίνει, ότι τα αντι-ΗΒs προστατεύουν από την επαναλοίμωξη με ιό της ηπατίτιδας Β. Υπάρχει σημαντική διακύμανση στο χρόνο εμφάνισης των αντι-Η Βs μετά την έκθεση στο Η Βs Ag ή λοίμωξη από οξεία ηπατίτιδα Β.

Σε μερικούς ασθενείς τα αντι-ΗΒs ανιχνεύονται 2 εβδομάδες έως 2 μήνες μετά από την εξαφάνιση του Η Βs Ag απ' τον ορό. Σε πολλές περιπτώσεις όμως τα αντι-Η Βs δεν ανιχνεύονται νωρίτερα από 4-6 μήνες ή και περισσότερο μετά από την εξαφάνιση του Η Βs Ag. Τα αντι-Η Βs είναι σπάνια ανιχνεύσιμα στους χρόνιους φορείς των Η Βs Ag. Τα αντισώματα στο ιογενές πυρηνικό αντιγόνο (αντι-ΗΒc), εμφανίζονται στον ορό σε υψηλούς τίτλους περίπου 2 εβδομάδες μετά από την εμφάνιση του ΗΒsAg. Κατά τη διάρκεια του "χάσματος" μεταξύ



της εξαφανίσεως του Η Βs Ag και της εμφανίσεως του αντι-ΗBs, τα αντι-ΗBc μπορεί να είναι τα μόνα ορολογικά σημεία της πρόσφατης ΗΒV λοιμώξεως.

Το χρονικό αυτό διάστημα μπορεί να είναι βραχύ, όπως στην οξεία λοίμωξη.

### ***Αντισώματα στην ηπατίτιδα C***

Στη χρόνια μη Α, μη Β ηπατίτιδα, τα αντι-ΗCV ανιχνεύονται σε 60-85% των ασθενών και στην κρυφίγενή κίρρωση 40-70%. Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β, αντι-ΗCV αντισώματα ανιχνεύονται σε 5 -15%.

Σε αυτοάνοσο χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και πρωτοπαθή χολική κίρρωση, το 5-10% των ασθενών είναι θετικοί.

Σε ασθενείς με αλκοολική νόσο του ήπατος έχουν βρεθεί υψηλά ποσοστά αντι-ΗCV θετικότητας (25%), ενώ έχει δειχθεί ότι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση είναι θετικοί πολύ συχνότερα από μη κίρρωτικούς ασθενείς 35%.

Τέλος 40-75% των ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν αντι-ΗCV αντισώματα.

### ***Παθολογική Ανατομική***

Οι τυπικές αλλοιώσεις της ηπατίτιδας Α και Β όπως της μη Α, μη Β, είναι συχνά παρόμοιες και συνίστανται πανλοβιώδη διήθηση με ιμανοτύρνηνα κύτταρα, νέκρωση ηπατικών κυττάρων, υπερπλασία των κυττάρων του Kupffer και χολόσταση ποικίλου βαθμού.

Η διήθηση με μονοκύτταρα συνίσταται από μικρά λεμφοκύτταρα και πωσινόφιλα είναι δυνατόν να διαπιστωθούν.

Η ηπατοκυτταρική βλάβη συνίσταται από ηπατοκυτταρική εκφύλιση και νέκρωση, διόγκωση των κυττάρων και οξεία εκφύλιση. Μεγάλα λεμφοκύτταρα είναι δυνατόν να εμφανιστούν στη χρόνια, όχι όμως στην οξεία ηπατίτιδα Β. Τα κύτταρα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι περιέχουν HBs Ag και μπορεί να ταυτοποιηθούν ιστοχημικά, με ορσεΐνη ή αλδεΐδη της φουσκίνης. Μια ιστολογική αλλοίωση, η ταινιοειδής ή γεφυροειδής ηπατική νέκρωση, παρατηρείται σε μερικούς ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα.

Οι "γεφυρώσεις" μεταξύ των λοβίων, προκύπτουν από ευρείες περιοχές κυτταρικής νεκρώσεως, με σύμπτωση του δικτυωτού πλέγματος. Χαρακτηριστικά, οι "γέφυρες" αποτελούνται από πυκνό δίκτυο, φλεγμονώδη ράκη και εκφυλιζόμενα ηπατικά κύτταρα, τα οποία συνδέουν τα παρακείμενα πυλαία διαστήματα, την πυλαία προς κεντρική φλέβα.

Πολλοί από τους ασθενείς με την αλλοίωση αυτή είχαν μια υποξεία πορεία, που κατέληγε στο θάνατο σε διάστημα μερικών εβδομάδων μέχρι μηνών, ή κατέληγε σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και μετανεκρωτική κίρρωση.

Πιο πρόσφατες παρατηρήσεις απέτυχαν ν' αποδείξουν τη σχέση της ταινιοειδούς ηπατικής νεκρώσεως και της κακής προγνώσεως των ασθενών αυτών.

Αν και η συχνότητα της γεφυρώσεως μπορεί να είναι υψηλότερη ανάμεσα σε νοσοκομειακούς αρρώστους με σοβαρή οξεία ηπατίτιδα και αν και η κίρρωση, η χρόνια ηπατίτιδα, ακόμα και ο θάνατος έχουν παρατηρηθεί στην ομάδα αυτή, η συχνότητα της ταινιοειδούς νεκρώσεως σε μη επιπεπλεγμένη οξεία ιογενή ηπατίτιδα, είναι πιθανώς της τάξεως του 1-5%.

Προοπτικές μελέτες απέτυχαν να αποδείξουν διαφορά στην πρόγνωση μεταξύ ασθενών με οξεία ηπατίτιδα, που έχουν τα ινιοειδή νέκρωση και σε εκείνους που δεν έχουν. Όταν η συρρέουσα νέκρωση, είναι περισσότερο σοβαρή και προσβάλλει αρκετά λόβια, η αλλοίωση καλείται πολυλβιακή ηπατική νέκρωση.

Αυτή φαίνεται να έχει κακή πρόγνωση. Στη μαζική ηπατική νέκρωση (κευραυνοβόλος ηπατίτιδα) η αλλοίωση στη μεταθανάτια εξέταση, είναι η ανεύρεση μικρού, συρρικνωμένου και μαλθακού ήπατος. Η ιστολογική εξέταση αποκαλύπτει μαζική νέκρωση των ηπατοκυττάρων των περισσότερων λοβέων, με εκτεταμένη συμπλήρωση και ίνωση του δικτυωτού σχήματος, πλέγματος του οργάνου.

Οι μελέτες των αντισωμάτων με ανοσοφθορισμό επιτρέπουν την εντόπιση του HBsAg στο κυτταρόπλασμα των προσβεβλημένων κυττάρων.

Σε αντίθεση τα HBc Ag προεξέχουν στους πυρήνες, αλλά αρκετές ποσότητες εμφανίζονται στο κυτταρόπλασμα. Μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, υλικού βιοψίας ήπατος έχουν αποδείξει την παρουσία σωματιδίων HBs Ag στο κυτταρόπλασμα και σωματίδια HBs Ag στον

πυρήνα των ηπατοκυττάρων κατά τη διάρκεια λοιμώξεως από ηπατίτιδα Β.

Στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα **C** υπάρχουν κοινές ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις με τους άλλους τύπους ιογενούς ηπατίτιδα και αμφιλεγόμενες διαφορές.

Στην πρόδρομη φάση οι αλλοιώσεις είναι ήπιες και χαρακτηρίζονται από οίδημα των ηπατοκυττάρων, ελαφρά υπερπλασία των κυττάρων Kurpffer και λεμφοκυτταρική διήθηση των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων.

Στην κύρια φάση της νόσου, η νέκρωση του ηπατοκυττάρου, η φλεγμονή και η αναγεννητική δραστηριότητα είναι τα κύρια στοιχεία της βλάβης. Τα ηπατοκύτταρα υφίστανται εκφύλιση του κυτταροπλάσματος, διαδικασία η οποία αν δεν ανακοπεί, οδηγεί σε νέκρωση του ηπατοκυττάρου. Η νέκρωση αφορά μεμονωμένα ηπατοκύτταρα ή ομάδες ηπατοκυττάρων κυρίως στη ζώνη γύρω από την κεντρική φλέβα.

Η φλεγμονή με έντονο το λεμφοκυτταρικό στοιχείο εντοπίζεται κυρίως γύρω από νεκρωμένα ηπατοκύτταρα αλλά και στα πυλαία διαστήματα και τα κολποειδή, μακροφάγα, πολυμορφοπύρνα ή πωσινόφιλα.

α κύτταρα Kurpffer είναι έντονα υπερπλαστικά και μπορεί να παρατηρηθεί χολόσταση. Πολλοί όπως ο Dignes υποστηρίζουν την παρουσία ενδεικτικών αλλοιώσεων και σημειώνουν ότι:

1) Η βάση της αλλοίωσης είναι κυτταροπαθολογική στην ηπατίτιδα C, ενώ στην ηπατίτιδα B αυτή θεωρείται ανοσολογική αρχή (έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση).

2) Ο κεντρολοβιακός χαρακτήρας της βλάβης είναι εντονότερος στην ηπατίτιδα C.

3) Τα κύτταρα Kupffer είναι πιο υπερπλαστικά στην ηπατίτιδα C.

4) Η ηπατίτιδα A είναι νόσος κυρίως πτυλαίας και περιπυλαίας σ' αντίθεση με την B και C οι οποίες έχουν πανλοβιακό χαρακτήρα.

Η παραμένουσα φλεγμονή στα πυλαία διαστήματα αποτελεί δυσμενές προγνωστικό στοιχείο για εξέλιξη σε χρονιότητα. Η γεφυροποίηση νέκρωση είναι βαρύτερη αν και σπανιότερος τύπος οξείας ιογενούς ηπατίτιδας (συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα).

Τη "γέφυρα" αποτελούν νεκρωμένα ηπατοκύτταρα, φλεγμονή και ίνες του στρώματος που έχουν συμπέσει. Η πρόγνωσή της είναι δυσμενής και τα ποσοστά θνητότητας κυμαίνονται ανάλογα με τους Boyer και Klatskin 29%, Ware 30%.

Η κεραυνοβόλος μορφή είναι ακόμη βαρύτερη με εκτεταμένη νέκρωση ακόμη και ολόκληρων λοβίων. Ιστολογικά εκτός από τη νέκρωση, συνήθως παρατηρούνται ζώνες υγιών ηπατοκυττάρων γύρω από τα πυλαία διαστήματα.

Το ποσοστό θνητότητας κυμαίνεται από 60-90% και την πρόγνωση εκτός των άλλων φαίνεται να επηρεάζει η ηλικία και ο τύπος του ιού (νεαρά άτομα καλύτερη πρόγνωση, ο ιός C βαρύτερη πρόγνωση).

## **Επιδημιολογία**

Η ιογενής ηπατίτιδα έχει ταξινομηθεί σε δύο ξεχωριστούς επιδημιολογικούς τύπους:

- τη λοιμώδη ηπατίτιδα (ηπατίτιδα Α) και
- την ηπατίτιδα από ομόλογο ορό (ηπατίτιδα Β).

Οι διαφοροποιήσεις αυτές βασίζονται στις προηγούμενες παρατηρήσεις ότι η ηπατίτιδα Α έχει βραχύτερο χρόνο επώσεως (15-45 ημέρες), μεγαλύτερο βαθμό μολυσματικότητας και συνήθη οδό προσβολής της οδό: κόπρανα - στόμα.

Ενώ η ηπατίτιδα Β έχει μακρότερο χρόνο επώσεως (30-180 ημέρες), είναι λιγότερο μολυσματική και πιστεύουν ότι μεταδίδεται μόνο από την παρεντερική οδό.

Έχει αναγνωρισθεί τώρα ότι ο σαφής διαγωνισμός μεταξύ ηπατίτιδας Α και Β δεν μπορεί να γίνει μόνο από κλινικές και επιδημιολογικές εκδηλώσεις, γιατί οι τρόποι προσβολής αλληλοκαλύπτονται και επιπλέον, υπάρχουν και άλλοι ιοί της ηπατίτιδας εκτός από τους Α και Β.

Οι πιο ακριβείς μέθοδοι για το διαχωρισμό των διαφόρων τύπων ηπατίτιδας, απαιτούν ειδικές ορολογικές δοκιμασίες.

1. Η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά από την οδό: κόπρανα - στόμα.

Η διάδοση του ιού ενισχύεται από την κοινή προσωπική υγιεινή και το συνωστισμό, και μεγάλες επιδημίες, όπως και σποραδικές περιπτώσεις

έχουν παρατηρηθεί από μολυσμένα τρόφιμα, νερό, γάλα και οστρακοειδή. Η ενδοοικογενειακή και ενδοϊδρυματική διασπορά είναι επίσης συχνή. Πρώιμες επιδημιολογικές παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια έξαρση της ηπατίτιδας Α, αργά το φθινόπωρο και το χειμώνα.

Στις θερμές ζώνες, επιδημικά κύματα περιγράφονται κάθε 5-20 χρόνια, καθώς νέα τμήματα ευπαθών πληθυσμών εμφανίζονται. Παρόλα αυτά, στις αναπτυγμένες χώρες η επίπτωση της ηπατίτιδας Α έχει μειωθεί, κυρίως σαν αποτέλεσμα της βελτιωμένης υγιεινής και κυκλικές αυτές εξάρσεις δεν παρατηρούνται πλέον. Δεν έχουν βρεθεί καταστάσεις ιοφορίας ΗΑΥ μετά την οξεία ηπατίτιδα τύπου Α. Η διατήρηση του ιού στη φύση εξαρτάται κυρίως από τη μη επιδημική αφανή υποκλινική λοίμωξη.

2. Η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται διαδερμικά, αλλά ο όρος ηπατίτιδα από ομόλογο ορό είναι μια ανακριβής ετικέτα για το επιδημιολογικό φάσμα της ΗΒΥ που είναι σήμερα γνωστό.

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι πολλές περιπτώσεις ηπατίτιδας Β προκύπτουν από λιγότερο εμφανές οδούς μη διαδερμικής μεταδόσεως. Το Η Βs Αg έχει ανευρεθεί σχεδόν σε κάθε βιολογικό υγρό των πασχόντων ατόμων: σάλιο, δάκρυα, σπερματικό υγρό, ΕΝΥ, ασκίτη, γάλα, γαστρικό υγρό, ούρα, πλευρικό υγρό και ακόμη σπανιότερα τα κόπρανα.

Αν και υπάρχει αφθονία ενδείξεων ότι τα κόπρανα δεν είναι λοιμογόνα, το λιγότερο μερικά απ' τα υγρά του σώματος- περισσότερο το

σπέρμα και το σάλιο - έχουν αποδειχθεί λοιμογόνα αν χορηγούνται διαδερμικά ή μη σε πειραματόζωα.

Οι δύο σπουδαιότερες οδοί -μη διαδερμικοί- που θεωρούνται ότι έχουν τη μεγαλύτερη σημασία, είναι η περινεογνική μετάδοση και σεξουαλική επαφή.

Υψηλοί βαθμοί προσβολής από HBV, παρατηρούνται στους συζύγους των οξέων πασχόντων ασθενών, στο προσωπικό και τους φιλοξενούμενους των ιδρυμάτων καθυστερημένων νοητικά.

Στις υποανάπτυκτες χώρες, όπως στην Αφρική νότια της Σαχάρας, μεγάλη επαφή μεταξύ των νομάδων θεωρείται το σπουδαιότερο αίτιο για τη διατήρηση υψηλής συχνότητας Η Βs αντιγοναιμίας στον πληθυσμό.

Η περιγεννητική μετάδοση συμβαίνει κύρια σε νεογνά που γεννιούνται από μητέρες φορείς Η Βs Ag ή μητέρες με οξεία ηπατίτιδα Β στον τρίτο μήνα κύησης.

Η περιγεννητική μετάδοση είναι σπάνια στη Βόρεια Αμερική και Δυτική Ευρώπη, συμβαίνει όμως με μεγαλύτερη συχνότητα στην Άπω Ανατολή και τις υπανάπτυκτες χώρες.

Αν και ο ακριβής τρόπος της περιγεννητικής μεταδόσεως είναι άγνωστος η επιδημιολογική ένδειξη υποδηλώνει ότι η λοίμωξη συμβαίνει την ώρα του τοκετού και δεν είναι αποτέλεσμα δηλασμού.

Η περιγεννητική μετάδοση του HBV σχετίζεται με Η Βc αντιγοναιμία. Οι μητέρες ΗΒcAg θετικές σχεδόν πάντα, και οι Η ΒcAg αρνητικές σχεδόν ποτέ δεν μεταδίδουν τον HBV στα παιδιά τους. Στις



περισσότερες περιπτώσεις η οξεία λοίμωξη του νεογνού είναι κλινικά ασυμπτωματική, το παιδί όμως είναι πολύ πιθανό να γίνει φορέας του HBsAg.

Πάνω από 200 εκατομμύρια φορείς του HBsAg στον κόσμο συνδέτουν τη σπουδαιότερη αποθήκη ηπατίτιδας Β στον άνθρωπο.

Το Η Βs Ag ορού είναι ασύνηδες (0,1-0,5%) σε φυσιολογικό πληθυσμό στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη, όμως επιπολασμός 5-15% έχει βρεθεί στην &πω Ανατολή και 30% περίπου σε άτομα με σύνδρομο DOWN, λεπρωματώδη λέπρα, λευχαιμία, νόσο του Hodgkin, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σε αιμοκάθαρση και σε ναρκομανείς.

Ο συνήθης έλεγχος των αιμοδοτών για Η Βs Ag και ο περιορισμός των εμπορικών πηγών αίματος, έχει περιορίσει σημαντικά την επίπτωση της ηπατίτιδας Β μετά τη μετάγγιση, αλλά ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα. Η επίπτωση της μορφής αυτής ηπατίτιδας περιγράφεται να είναι 0,3 -9 περιπτώσεις στις 1.000 μεταγγίσεις.

Ο κίνδυνος ανικτερικής ηπατίτιδας μετά τη μετάγγιση είναι μεγαλύτερος από εκείνο της κλινικής ηπατίτιδας με ίκτερο.

3. Η ηπατίτιδα C είναι νόσος με παγκόσμια κατανομή. Σε σύγκριση με τις ηπατίτιδες Α και Β για την μεν Αφρική και Ασία ευθύνεται για περισσότερο του 50% των ηπατίτιδων, ενώ για την Ευρώπη, Β. Αμερική και Αυστραλία για το 20-25%.

Η παρεντερική οδός φαίνεται ότι αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης με τον ιό της ηπατίτιδας **C** υπεύθυνο μέχρι το 90% των μετά μεταγγιση ηπατίτιδων.

Αιμοδοτές που είχαν ενοχοποιηθεί για μετάδοση ηπατίτιδας μη-A, μη-B βρέθηκαν αντι-HCV θετικοί σε ποσοστό 88%. Γενικά η συχνότητα ανίχνευσης αντι-HCV αντισωμάτων μεταξύ εθελοντών αιμοδοτών στις διάφορες χώρες κυμαίνεται σε 0,5 - 1,5%.

Η μη παρεντερική μετάδοση της ηπατίτιδας C σε άτομα συμβιούντα με φορείς ή έχοντας σεξουαλικές σχέσεις με αυτούς κυμαίνεται μεταξύ 4-8%.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από ιό της ηπατίτιδας C παρουσιάζουν κυρίως πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς, ασθενείς σε αιμοδιάλυση, χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως και νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται συχνά σ' επαφή με αίμα χωρίς τη λήψη μέτρων. Μετάδοση της νόσου καθέτως (σε νεογνά ) δεν έχει τεκμηριωθεί σαφώς.

Συνοψίζοντας, η σποραδική μορφή της νόσου είναι υπεύθυνη για άνω του 40% των περιστατικών ηπατίτιδας C.

## ***Κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις***

### ***α) Συμπτώματα και σημεία***

Τα πρόδρομα συμπτώματα της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι ποικίλα και συστηματικά. Τα αρχικά συμπτώματα: ανορεξίας, ναυτίας, εμέτου, κοπώσεως, αδιαθεσίας, αρθραλγιών, μυαλγιών, πονοκεφάλου,

φωτοφοβίας, φαρυγγίτιδας, βήχα και καταρροής, μπορεί να προηγούνται της εμφάνισης ικτέρου 1-2 εβδομάδες.

Η ναυτία, ο έμετος και η ανορεξία, συχνά συνοδεύονται από διαταραχές της γεύσης και της όσφρησης.

Σκοτεινόχροα ούρα και αποχρωματισμένα κόπρανα μπορεί να παρατηρηθούν 1-5 ημέρες πριν την εμφάνιση κλινικού ικτέρου.

Με την εισβολή του κλινικού ικτέρου τα πρόδρομα συμπτώματα συνήθως περιορίζονται, αλλά σε μερικούς ασθενείς, ελαφρά απώλεια βάρους (2,5-5kg) είναι συχνή και μπορεί να συνεχισθεί κατά τη διάρκεια όλης της ικτερικής φάσεως.

Το ήπαρ είναι διογκωμένο και ευαίσθητο και μπορεί να συνοδεύεται από πόνο του δεξιού άνω τεταρτημορίου. Η σπληνομεγαλία και η λεμφαδενοπάθεια εμφανίζεται στο 10-20% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα. Κατά τη διάρκεια της αποδρομής, τα γενικά φαινόμενα εξαφανίζονται, συνήθως παραμένει μικρή διόγκωση του ήπατος και ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας.

Η διάρκεια της μετικτερικής φάσεως, κυμαίνεται από 2-12 εβδομάδες, συνήθως είναι περισσότερο παρατεταμένη στην οξεία ηπατίτιδα Β και στην μη Α- μη Β ηπατίτιδα.

Η πλήρης βιοχημική και κλινική αποδρομή αναμένεται 3-4 μήνες μετά την εισβολή του ίκτερου στα 3/4 των μη επιπλεγμένων ασθενών.

Στους υπόλοιπους, η βιοχημική ανάνηψη μπορεί να παραταθεί.

Η κλινική εικόνα της οξείας ηπατίτιδας C είναι παρόμοια μιας τυπικής ιογενούς ηπατίτιδας. Είναι πρόδρομο στάδιο μη ειδικών συμπτωμάτων κυρίως από το γαστρεντερικό, ακολουθείται από την εισβολή του ίκτερου (25%) και την ύφεση των συμπτωμάτων.

Ο χρόνος επώασης μετά τη μετάγγιση είναι κατά μέσον όρο 7,8 εβδομάδες σε αντίθεση με τη B που είναι 11,8. Γενικά τόσο η κλινική εικόνα όσο και οι τιμές των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης είναι χαμηλότερες.

Όσον αφορά την κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, η ευθύνη του ιού C είναι άγνωστη. Στις ΗΠΑ η NANB ενοχοποιείται για το 40% των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, της οποίας η πρόγνωση είναι δυσμενής. Ιδιαίτερα σε φορείς B η θνητότητα φθάνει το 80%.

Η απουσία ενός πρώιμου διαγνωστικού δείκτη κάνει ιδιαίτερα δύσκολη τη διάγνωση και τη μελέτη της οξείας C ηπατίτιδας, που θα γίνει με αποκλεισμό και παρακολούθηση της οροαναστροφής.

Αυτό όμως μπορεί να καθυστερήσει έως 12 μήνες μετά τη μόλυνση. Περιπτώσεις με ήδη θετικό αντίσωμα, πρέπει να θεωρούνται μάλλον εξάρσεις χρόνιας C ηπατίτιδας.

Έτσι η διαφορική διάγνωση θα γίνει με την A, την B και τις άλλες ιογενείς ηπατίτιδες και με καταστάσεις επίσης που συνοδεύονται από οξεία φλεγμονή και νέκρωση του ήπατος (νόσος Wilson, ισχαιμική ηπατίτιδα κλπ.).

### **β)Εργαστηριακά ευρύματα**

Οι τρανσαμινάσες του ορού SCOT και SGPT εμφανίζουν αύξηση κατά τη διάρκεια της πρόδρομης φάσης της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Τα επίπεδα των ενζύμων αυτών δεν σχετίζονται επαρκώς με το βαθμό της ηπατικής βλάβης. Τα επίπεδα αιχμής κυμαίνονται από 400-4.000 ΤΥ ή περισσότερο.

Στα επίπεδα αυτά συνήδως φθάνουν, όταν ο ασθενής είναι ικτερικός και μειώνονται προοδευτικά κατά τη διάρκεια της φάσεως ανανήψεως από την οξεία ηπατίτιδα.

Ο ίκτερος είναι συνήδως ορατός στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού στο δέρμα, όταν η χολερυθρίνη ξεπερνά τα 2,5 mg\dl. Όταν εμφανίζεται ο ίκτερος, η χολερυθρίνη ορού τυπικά αυξάνει από 5-25 mg \dl. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ολική χολερυθρίνη είναι κατά το ήμισυ συζευγμένη και μη συζευγμένη.

Η ουδετεροπενία και λεμφοπενία είναι παροδικές και ακολουθούνται από σχετική λεμφοκυττάρωση. Άτυπα λεμφοκύτταρα (από 2-20%) είναι συνήδη κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως.

Σημαντικός είναι ο προσδιορισμός του χρόνου προδρομβίνης (PT) σε ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η παρατεταμένη τιμή μπορεί να σημαίνει ηπατοκυτταρική νέκρωση και χειρότερη πρόγνωση. Επίσης παρατεταμένος χρόνος προδρομβίνης μπορεί να εμφανισθεί σε μικρή αύξηση των επιπέδων χολερυθρίνης και τρανσαμινασών.

Σε συμπτώματα υπογλυκαιμία είναι χρήσιμος ο προσδιορισμός του ζακχάρου του αίματος. Η παράταση ναυτίας και του εμέτου, η ανεπαρκής πρόσληψη υδατανδράκων και οι φτωχές παρακαταθήκες γλυκογόνου του ήπατος, μπορεί να συμβάλλουν σε σπάνια επεισόδια υπογλυκαιμίας, σε ασθενείς με μη επιπλεγμένη ιογενή ηπατίτιδα.

Η αλκαλική φωσφατάση του ορού, μπορεί να είναι φυσιολογική ή ελαφρά ανυγωμένη 80-240 Ιu.

Σε ορισμένους ασθενείς έχει παρατηρηθεί ήπια μικροσκοπική αιματουρία και ελάχιστη πρωτεϊνουρία.

### **γ) Διάγνωση**

Ένας αριθμός ορολογικών δοκιμασιών είναι διαθέσιμος για τη διάγνωση της ηπατίτιδας Α και Β.

Μετά τη λοίμωξη με HBV, το πρώτο ορολογικό σημείο που ανιχνεύεται στον ορό είναι το Η Bs Ag. Αυτό προηγείται της ανυγώσεως των τρανσαμινασών και των κλινικών συμπτωμάτων και παραμένει ανιχνεύσιμο κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ικτερικής φάσης της οξείας ηπατίτιδας Β και μετά.

Στις τυπικές περιπτώσεις, το Η Bs Ag δεν ανιχνεύεται 1-2 μήνες μετά την εισβολή του ικτέρου.

Τα επίπεδα του Η Bs Ag σπάνια είναι πολύ χαμηλά για να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια λοιμώξεως με Η Βν. Σ' αυτές περίπου 10% των περιπτώσεων, οι δοκιμασίες για αντι-Η Βc και αντί **HBs** μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση της ηπατίτιδας Β.

Ο τίτλος του Η Βs Ag έχει μικρή σχέση με τη σοβαρότητα της κλινικής νόσου. Οι τίτλοι είναι υψηλότεροι σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και σε φυσιολογικούς φορείς, χαμηλότεροι σε χρόνια ηπατικής νόσο και πολύ χαμηλοί στην οξεία κεραυνοβόλο ηπατίτιδα. Ένας άλλος ανοσολογικός δείκτης, που μπορεί να είναι πολύτιμος σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β, είναι το Η Βc Ag.

Οι δοκιμασίες για τον ιό της ηπατίτιδας Α στα κόπρανα ή στον ορό δεν είναι διαθέσιμες στην καθημερινή πράξη. Έτσι, η διάγνωση της ηπατίτιδας Α βασίζεται στην ανίχνευση του αντι-Η Βν.

Η διάγνωση της ηπατίτιδας C θα στηριχθεί στην παρουσία του anti-HCV, στον ορό, στην αξιολόγηση της κλινικοβιοχημικής εικόνας, στον αποκλεισμό άλλου αιτίου και στη βιοψία ήπατος.

### ***Πρόγνωση***

Όλοι οι προηγούμενοι υγιείς ασθενείς με ηπατίτιδα Α αναρρώνουν πλήρως από τη νόσο, χωρίς κλινικά επακόλουθα.

Στην οξεία ηπατίτιδα Β το 90% των ασθενών έχουν πολύ καλή πορεία και αναρρώνουν πλήρως. Υπάρχουν όμως μερικές κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις, που υποδηλώνουν μια περισσότερο επιπλεγμένη και παρατεινόμενη πορεία.

Οι ασθενείς σε προχωρημένη ηλικία και σοβαρή υποκειμενική νόσο, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η σοβαρή αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κακοήθης νόσος, μπορεί να έχουν παρατεταμένη πορεία και εκδηλώνουν πιο εύκολα σοβαρή ηπατίτιδα.

Επιπλέον παρατεταμένος χρόνος προδρομίνης, χαμηλή λευκωματίνη ορού, υπογλυκαιμία και τιμές χολερυθρίνης μεγαλύτερες από 20 mg/dl σημαίνουν σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη.

Οι ασθενείς μ' αυτές τις κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις έχουν ανάγκη ταχείας εισαγωγής σε νοσοκομείο. Ο βαθμός θνησιμότητας όμως αυξάνει σημαντικό: με την ηλικία και την υποκείμενη συστηματική νόσο.

### ***Επιπλοκές και Επακόλουθα***

Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης φάσεως της οξείας ηπατίτιδας Β, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνδρομο που μοιάζει με την ορονοσία και χαρακτηρίζεται από: αρθραλγία, αρθρίτιδα, εξάνθημα, αγγειοοίδημα και σπάνια αιματοουρία και πρωτείνουρία.

Το σύνδρομο αυτό απαντά πριν από την έναρξη του ίκτερου στο 5-10% των ασθενών με ηπατίτιδα Β. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με τον προσδιορισμό των τρανσαμινασών, που κατά κανόνα είναι ανυψωμένες και το ΗΒsAg του ορού.

Η σοβαρότερη επιπλοκή της ιογενούς ηπατίτιδας είναι η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα (μαζική ηπατίτιδα νέκρωση). Κυρίως εμφανίζεται στην ηπατίτιδα Β, λιγότερο στην μη-Α, μη-Β και σπάνια στην ηπατίτιδα Α.

Οι ασθενείς συνήδως εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα: εγκεφαλοπάθειας που στην πράξη καταλήγουν σε κώμα. Το ήπαρ είναι μικρό και ο χρόνος προδρομίνης, ιδιαίτερα παρατεταμένος. Τα κλινικά



σημεία: συγχύσεως, υπνηλίας αποπροσανατολισμού, ασκίτη και οιδήματος δείχνουν ότι ο ασθενής έχει ηπατική ανεπάρκεια με εγκεφαλοπάθεια.

Το εγκεφαλικό οίδημα, η αιμορραγία απ' το γαστρεντερικό, η αναπνευστική ανεπάρκεια, το καρδιαγγειακό collarsus και η νεφρική ανεπάρκεια, είναι καταληκτικά φαινόμενα.

Η θνησιμότητα είναι εξαιρετικά υψηλή (μεγαλύτερη από 80% σε ασθενείς με κώμα), οι ασθενείς όμως που επιζούν μπορεί να έχουν πλήρη βιοχημική και ιστολογική αποκατάσταση.

Μετά την οξεία ηπατίτιδα Β, το 10% περίπου των ασθενών, παραμένουν ΑΒsΑg θετικοί για περισσότερο από 6 μήνες.

Οι περισσότεροι από αυτούς καθαρίζουν το αντιγόνο απ' την κυκλοφορία τους στα επόμενα χρόνια. Ένα όμως μικρό ποσοστό παραμένει χρόνια ΗΒsΑg θετικό.

Στον ορό των ασθενών αυτών, αντι-ΗΒc υπάρχει σε υψηλούς τίτλους, αλλά το αντι-ΗΒs σπάνια ανιχνεύεται.

Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να είναι:

- 1) Ασυμπτωματικοί φορείς
- 2) Να έχουν χαμηλού βαθμού χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.
- 3) Να έχουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Η πιθανότητα να γίνει κάποιος φορέας του ΗΒsΑg, μετά την οξεία λοίμωξη από ΗΒV είναι ιδιαίτερα υψηλή:

- α) Στα νεογνά,
- β) στ' άτομα με σύνδρομο **Down**,
- γ) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση και
- δ) σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή.

Μετά από ηπατίτιδα μη-A, μη-B το 40-50% των ασθενών με νόσο που οφείλεται σε μετάγγιση υπάρχουν βιοχημικοί δείκτες ανώμαλης ηπατικής λειτουργίας για περισσότερο από ένα χρόνο.

Αντίθετα, η ηπατίτιδα A δεν προκαλεί ηπατική νόσο.

Η χρόνια ενεργό ηπατίτιδα είναι μια σημαντική επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας B, που συμβαίνει στο 3% περίπου των περιπτώσεων.

Αυτή η επιπλοκή σπάνια συμβαίνει μετά από ηπατίτιδα A, αλλά μπορεί να συμβεί σε ασθενείς με ηπατίτιδα μη-A μη-B μετά από μετάγγιση.

Μερικά κλινικά και βιοχημικά στοιχεία μαρτυρούν τη μετάπτωση της οξείας ηπατίτιδας σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα:

- 1) η μη πλήρης αποδρομή των κλινικών συμπτωμάτων : της ανορεξίας, της απώλειας βάρους, της κοπώσεως και της επίμονης ηπατομεγαλίας,
- 2) η παρουσία "ταινιοειδών" ηπατικών νεκρώσεων στην ηπατική βιοψία, κατά τη διάρκεια της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας,
- 3) η συνεχιζόμενη ύπαρξη Η Βs Ag 6 μήνες ή περισσότερο μετά την οξεία ηπατίτιδα που υποδηλώνει χρόνια ιογενή λοίμωξη του ήπατος,

4) αποτυχία των τρανσαμινασών, της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης να επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα σε 6-12 μήνες μετά την οξεία νόσο.

Στις σπάνιες επιπλοκές της ιογενούς ηπατίτιδας περιλαμβάνεται η παγκρεατίτιδα, η μυοκαρδίτιδα, η απλαστική αναιμία, η εγκάρσια μυελίτιδα και η περιφερική νευροπάθεια.

Οι εφ' όρου ζωής φορείς του Η Βs Αg έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

### **Διαφορική διάγνωση**

Πολλές ιογενείς λοιμώξεις, όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση, εκείνες που οφείλονται σε κυτταρομεγαλοϊούς, στον απλό έρπητα και η τοξοπλάσμωση έχουν μερικούς κλινικούς χαρακτήρες, παρομοιάζουν προς την ιογενή ηπατίτιδα και προκαλούν αύξηση της τρανσαμινάσης και λιγότερο συχνά της χολερυθρίνης.

Δοκιμασίες όπως ο ετερόφιλος διαχωρισμός και τα ορολογικά test για τους παράγοντες αυτούς, μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διάγνωση, όταν το Η Βs Αg, το αντι-Η Βc και το Ig Μ αντί- ΗΑV είναι αρνητικά.

Ένα πλήρες ιστορικό λήψεως φαρμάκων είναι σημαντικό, γιατί πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν είτε εικόνα ηπατίτιδας ή χολόσταση. Σημαντικό επίσης είναι το παλαιό ιστορικό ανεξήγητων "επαναλαμβανομένων επεισοδίων" οξείας ηπατίτιδας.

Θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη και η αλκοολική ηπατίτιδα, όπου συνήθως οι τρανσαμινάσες δε είναι τόσο σημαντικά ανυψωμένες,

μπορεί όμως να υπάρχουν άλλα στίγματα αλκοολικά και ευρύματα λιπώδους διηθήσεως του ήπατος στη βιοψία που είναι περισσότερο συμβατή με την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ό,τι με την ιογενή βλάβη του ήπατος.

Επειδή η οξεία ηπατίτιδα μπορεί να υπάρχει με πόνο του δεξιού άνω τεταρτημορίου της κοιλίας, ναυτία και εμετό, πυρετό και ίκτερο συγχέεται συχνά με την οξεία χολοκυστίτιδα ή την ανιούσα χολαγγειίτιδα.

Οι ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα ανέχονται τη χειρουργική επέμβαση άσχημα, γι' αυτό είναι σημαντικό να αποκλεισθούν οι παραπάνω διαγνώσεις και η διαδερμική βιοψία μπορεί να είναι απαραίτητη πριν από τη λαπαροτομία.

Η ιογενή ηπατίτιδα στον ηλικιωμένο συχνά διαγνώσκεται σαν αποφρακτικός ίκτερος, που οφείλεται σε χοληδοχολιθίαση ή καρκίνο του παγκρέατος.

Μια άλλη κλινική εικόνα που μπορεί να μιμείται την οξεία ηπατίτιδα είναι η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με παθητική ηπατική συμφόρηση.

Η φυσική εξέταση είναι συνήθως επαρκής να διαχωρίσει τις δύο αυτές παθήσεις.

## ***Θεραπεία και πρόληψη***

### ***α) Θεραπεία της οξείας προσβολής***

Ειδική θεραπεία για την τυπική οξεία ιογενή ηπατίτιδα δεν υπάρχει.

Η νοσηλεία σε νοσοκομείο μπορεί να απαιτηθεί για διαγνωστικούς λόγους σε σοβαρή κλινικά νόσο και για τον ηλικιωμένο ασθενή, εξαιτίας της υψηλής θνησιμότητας.

Οι περισσότεροι ασθενείς ωστόσο δεν έχουν ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η αυστηρή και παρατεταμένη κατάκλιση δεν είναι ιδιαίτερα πλήρη ανάνηψη, όμως πολλοί ασθενείς αισθάνονται καλύτερα με την ελάττωση της φυσικής τους δραστηριότητας.

Υψηλή θερμιδική δίαιτα είναι επιθυμητή και επειδή πολλοί ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ναυτία αργά την ημέρα, η μεγαλύτερη ποσότητα θερμίδων θα πρέπει να δίδεται το πρωί.

Η ενδοφλέβια σίτιση είναι απαραίτητη στο οξύ στάδιο, όταν ο ασθενής έχει επίμονο εμετό και δεν μπορεί να σιτιστεί απ' το στόμα. Θα πρέπει ν' αποφεύγονται φάρμακα που προκαλούν παρενέργειες, όπως η χολόσταση, ή εκείνα που μεταβολίζονται απ' το ήπαρ.

Αν υπάρχει έντονος κνησμός, η χορήγηση χολεστυραμίνης έχει καλά αποτελέσματα. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή δεν έχει αξία, στις μη επιπλεγμένες μορφές οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Η απομόνωση των ασθενών με ηπατίτιδα σε δικό τους δωμάτιο και λουτρό είναι σπάνια απαραίτητη, εκτός απ' την περίπτωση ακράτειας κοπράνων για την ηπατίτιδα Α, ή μη ελεγχόμενη αυτόματα αιμορραγία για την ηπατίτιδα Β και μη-Α μη-Β.

Επειδή οι περισσότεροι νοσοκομειακοί ασθενείς με ηπατίτιδα Α αποβάλλουν λίγο ή καθόλου ΗΑΥ, η πιθανότητα μεταδόσεως ΗΑΥ είναι χαμηλή.

Για ασθενείς με ηπατίτιδα Β και μη-Α μη-Β θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην προφύλαξη από το αίμα, δηλαδή αποφυγή άμεσης επαφής με αίμα χωρίς γάντια και άλλα σωματικά υγρά. Οι εντερικές προφυλάξεις στους ασθενείς αυτούς δεν είναι απαραίτητες.

Οι ασθενείς θα πρέπει να εξέρχονται απ' το νοσοκομείο όταν υπάρχει σημαντική κλινική βελτίωση, πτωτική τάση των τιμών χολερυθρίνης, τρανσαμινασών και φυσιολογικός χρόνος προδρομβίνης.

Για ασθενείς με οξεία σοβαρή κλινική ηπατίτιδα ή "ταιννοειδή νέκρωση" συχνά χρησιμοποιήθηκε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, εντούτοις ελεγχόμενες μελέτες δεν κατάφεραν ν' αποδείξουν τη δραστηριότητα των στεροειδών στη θεραπεία του τύπου αυτού και έχει φανεί πως η στεροειδική θεραπεία μπορεί να είναι επικίνδυνη σε μερικούς ασθενείς.

Στην κεραυνοβόλο ηπατίτιδα ο σκοπός της θεραπείας είναι η υποστήριξη του ασθενούς με:

- α) διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ανοιχτών αεροφόρων οδών,
- β) υποστήριξη της κυκλοφορίας,
- γ) έλεγχο της αιμορραγίας,
- δ) διόρθωση της υπογλυκαιμίας και θεραπεία άλλων επιπλοκών όπως της κωματικής καταστάσεως.

Θα πρέπει να μειωθεί η πρόσληψη πρωτεϊνών και θα πρέπει να χορηγείται απ' το στόμα νεομυκίνη ή λακτουλόζη. Μια όμως τέτοια θεραπεία σε ελεγχόμενες μελέτες δεν αποδείχθηκε δραστική.

Κατά παρόμοιο τρόπο, η αφαιμαζομετάγγιση, η πλασμαφαίρεση και η αμοδιάχυση δεν αποδείχθηκαν να βελτιώνουν την επιβίωση.

### ***β) Κίνδυνοι για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό***

Σποραδικές εξάρσεις οξείας ιογενούς ηπατίτιδας, κυρίως τύπου Β, έχουν περιγραφεί σε προσωπικό τραπεζών αίματος, στους εργαστηριακούς παρασκευαστές, στις νοσοκόμες, τους γιατρούς και τους οδοντίατρους.

Η έκθεση στους ιούς της ηπατίτιδας μπορεί να προκύψει από επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά, την έναρξη και συντήρηση ενδοφλέβιων καθετήρων, τη λήψη αίματος, την αλλαγή χειρουργικών επιδέσμων, το χειρισμό χειρουργικών εργαλείων, το τίναγμα των σεντονιών, τα παθολογοανατομικά υλικά και πολλούς άλλους χειρισμούς.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Αμέρσα του Βελγίου για την Π.Ο.Υ έδειξε ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν 300 εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας, ως αποτέλεσμα της ηπατίτιδας Β.

Ο κίνδυνος λοίμωξης από ηπατίτιδα Β μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι 10 φορές μεγαλύτερος συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να επιβιώσει για μια εβδομάδα σε θερμοκρασία περιβάλλοντος σε διάφορες επιφάνειες όπως χειρουργικά εργαλεία, σύριγγες.

Περίπου το 20-30% των εργαζομένων στην περίθαλψη έχουν ένα ή περισσότερα ορολογικά σημεία λοιμώξεων με ΗΒυ και το 1% είναι Η Βs Αg θετικοί.

Οι ασυμπτωματικοί Η Βs Αg θετικοί φορείς αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγιές προσωπικό, επειδή δεν ταυτοποιούνται εύκολα, λόγω ελλείψεως συμπτωμάτων, όπως ο ίκτερος, που επιτρέπουν την αναγνώριση και λήψη προληπτικών μέτρων. Περίπου το 1% όλων των εισαγωγών σε μεγάλα νοσοκομεία είναι Η Βs Αg (t), το 90% όμως αυτών δεν ταυτοποιούνται.

Οι ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό ηπατίτιδας ή πολλαπλών μεταγγίσεων, οι ασθενείς από περιοχές όπου η ηπατίτιδα Β είναι ενδημική και οι ναρκομανείς θα πρέπει να ελέγχονται για Η Βs Αg, λόγω του υψηλού ποσοστού φορέων του Η Βs Αg μεταξύ των ομάδων αυτών.

Αν είναι θετικοί, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν δυνητικά λοιμογόνοι και θα πρέπει να λαμβάνονται κατάλληλες προφυλάξεις κατά τη διάρκεια εγχειρητικών ή άλλων επεμβάσεων.

Παρόλα αυτά όμως πρόσφατα το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κρούει τον κώδωνα του κινδύνου και συνιστά τον εμβολιασμό του υγειονομικού προσωπικού.

Ύστερα από έρευνες που έγιναν, αποδείχθηκε πως οι υψηλές συχνότητες δεικτών ηπατίτιδας Β στους εργαζόμενους στα νοσοκομεία της χώρας μας, επιβεβαιώνουν την ύπαρξη κινδύνου.



### **γ) Προφύλαξη**

Όλα τα σκευάσματα της άνοσης σφαιρίνης (IG) περιέχουν αντι-HAV αν και οι τίτλοι μπορεί να διαφέρουν.

Όταν χορηγούνται πριν από την επαφή ή κατά τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου επώασης η IG είναι δραστική στο να προλάβει την κλινικά εμφανή τύπου A ηπατίτιδα. Σε μερικές περιπτώσεις η IG δεν προλαμβάνει τη νόσο αλλά περιορίζοντας την καθιστά αφανή. Σαν αποτέλεσμα παραμένει επί μακρό "παθητική - ενεργητική" ανοσία.

Για έκθεση (οικιακή, ιδρυματική) σε ασθενή με ηπατίτιδα A απαιτείται η χορήγηση 0,02 ml/kg. Για τυχαία επαφή (γραφείο, εργοστάσιο, σχολείο, νοσοκομείο) δεν είναι απαραίτητη η χορήγηση σφαιρίνης, ούτε για τους ηλικιωμένους που είναι άνοσοι.

Όταν εμφανίζονται εξάρσεις ηπατίτιδας A είναι συνήθως αργά ώστε η χορήγηση IG να είναι δραστική, εντούτοις η προφύλαξη μπορεί να προλάβει τη νόσο σε δευτερογενείς περιπτώσεις.

Για τους ταξιδιώτες σε υποανάπτυκτες χώρες απαιτείται **IG** προφύλαξη. Όταν τα ταξίδια αυτά διαρκούν λιγότερο από 3 μήνες χορηγείται 0,02 ml/kg, για μεγαλύτερο διάστημα χορηγείται δόση 0,05 ml/kg κάθε 4-6 μήνες.

Για παθητική ανοσοπροφύλαξη από την ηπατίτιδα B, τόσο το πρότυπο παρασκεύασμα IG (με πολύ μέτρια επίπεδα αντι- H Bs) και μια άνοση σφαιρίνη με υψηλό αντι-H Bs με τίτλο (HBIG) έχουν αξιολογηθεί.

Σήμερα, η ΗΒΙG απαιτείται για προφύλαξη, μετά την επαφή, σε άτομα που τυχαία τρυπήθηκαν με βελόνα από άτομο Η Βs Ag (t).

Μια δόση 0,06 ml/kg χορηγείται το συντομότερο δυνατό μετά την επαφή. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί ένα μήνα αργότερα.

Οι περισσότεροι συνιστούν προφύλαξη με ΗΒΙG μετά την έκθεση, για τους συζύγους ή άλλους με σεξουαλική επαφή με άτομα που έχουν ηπατίτιδα Β.

Ύστερα από μελέτη που ανακοινώθηκε, μια δόση ΗΒΙG είναι ανώτερη από μια δόση ΙG. Η προφύλαξη μετά την έκθεση σε ΗΒΙG απαιτείται επίσης για παιδιά που γεννιούνται από μητέρες ΗΒsAg θετικές.

Αμέσως μετά την γέννηση, τα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνουν 0,5 ml/kg ΗΒΙG (im) και η ίδια δόση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε ηλικία 3 και 6 μηνών.

Για προφύλαξη, μετά την επαφή εναντίον της ηπατίτιδας Β σε ενδημικές περιοχές, η ΙG είναι δραστική, όπως και η ΗΒΙG στην πρόληψη της οξείας λοιμώξεως. Τα αντι- Η Βs Ag θετικά άτομα δεν απαιτούν ανοσοπροφύλαξη.

Όλες αυτές οι ενδείξεις για τις σφαιρίνες επανεκτιμούνται, δεδομένου ότι η ενεργητική ανοσοποίηση με εμβόλιο ΗΒV είναι πλέον διαθέσιμη.

Η ανοσοποιητική ικανότητα, η ασφάλεια και η επάρκεια έχουν δοκιμασθεί μ' ένα εμβόλιο παρασκευαζόμενο από καθαμένους μη

λοιμογόνους 22 nm τύπους Η Βs Ag, προερχόμενους από το πλάσμα χρόνιων φορέων.

Το εμβόλιο που χρησιμοποιείται σήμερα είναι το Engerix από ανασυνδυασμένο DNA. Το εμβόλιο αυτό αποδείχθηκε ασφαλές και πολύ δραστικό στην πρόληψη μεταδόσεως από HBV σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Το εμβόλιο (Engerix) χορηγείται σε 3 δόσεις των 1 ml(im) σε μεσοδιαστήματα 0,1,6 μήνες.

Εφ' όσον έχουν αναγνωρισθεί ομάδες αυξημένου κινδύνου για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C, είναι δυνατή ως ένα βαθμό και η πρόληψη της νόσου, κυρίως με έλεγχο των αιμοδοτών.

Η παρουσία δεικτών όπως η αύξηση της πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης και η παρουσία του αντι-Η Βc, οι οποίοι είχαν δείξει να εντοπίζουν περίπου το 60% των φορέων του ιού C, ίσως προς το παρόν πρέπει να συνεχισθεί γιατί είναι δυνατόν να ανιχνευθούν φορείς του ιού που δεν έχουν αντισώματα στο αίμα τους έναντι αυτού.

Ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντι -HCV αντισώματα αναμένεται να ελαττώσει την συχνότητα της μετά μετάγγισης ηπατίτιδας κατά 70-80%.

Η εφαρμογή της τεχνικής της αλυσωτής αντίδρασης πολυμεράση, με την οποία είναι δυνατή η κατάδειξη του RNA του ιού της ηπατίτιδας C, τόσο στον ορό, όσο και στο ήπαρ θα βελτιώσει τα παραπάνω αποτελέσματα.

Βεβαίως, με την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων θα ελαττωθεί η συχνότητα της μετά μετάγγισης ηπατίτιδας, η οποία όμως είναι

υπεύθυνη μόνο για το 5-10% των περιπτώσεων ηπατίτιδας C, ενώ δεν θα μεταβληθεί η επίπτωση της σποραδικής μορφής της νόσου.

Αναπάντητο παραμένει το ερώτημα για τη δέση της ανοσοπροφύλαξης στην μετά μετάγγιση ηπατίτιδα.

Ελεγχόμενη μελέτη χορήγησης ανόσου γ-σφαιρίνης, σε ασθενείς που υπέστησαν καρδιοχειρουργική επέμβαση έδειξαν όφελος σε σχέση με τους μάρτυρες.

Φαίνεται ότι ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντι- HCV αντισώματα είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος περιορισμού της νόσου.

### ***Τοξική και Φαρμακευτική ηπατίτιδα***

Οι χημικές ουσίες μπορεί να προκαλέσουν ηπατική βλάβη κατά την εισπνοή κατάποση ή παρεντερική πρόσληψη μεγάλου αριθμού αυτών.

Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι βιομηχανικές τοξικές ουσίες, τα τοξικά κυκλικά πεπτίδια ορισμένων ειδών μανιταριών και πιο συχνά οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική.

Είναι βασικό, σε κάθε άρρωστο που εμφανίζεται με ίκτερο ή διαταραχή στις ηπατικές λειτουργίες, να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ή έκθεση στην εργασία και στο σπίτι σε χημικές ουσίες ή φάρμακα.

Γενικά δύο μείζονες τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας έχουν αναγνωρισθεί:

- 1) άμεση τοξική και 2) από ιδιοσυγκρασία.

-Η τοξική ηπατίτιδα είναι εκείνη που απαντά σε αποδεδειγμένα φυσιολογικά άτομα, που εκτίθενται σε βλαπτικούς παράγοντες και είναι δοσοεξαρτώμενη.

Η λανθάνουσα περίοδος από την έκθεση μέχρι την εμφάνιση ηπατικής βλάβης είναι συνήθως μικρή (συχνά μερικές ώρες) αν και οι κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να εμφανισθούν με καθυστέρηση 24-48 ωρών.

Οι παράγοντες που προκαλούν τοξική ηπατίτιδα είναι γενικά συστηματικά δηλητήρια ή μεταβολίτες. Η άμεση ηπατοτοξική δράση οδηγεί σε μορφολογικές διαταραχές, που είναι χαρακτηριστικές και αναπαραγώγιμες για κάθε τοξίνη.

Για παράδειγμα: ο τετραχλωράνδρακας και το τριχλωροαιθυλένιο προκαλούν χαρακτηριστική νέκρωση της κεντρολοβιώδους ζώνης, ενώ η δηλητηρίαση με κίτρινο φώσφορο τυπικά οδηγεί σε περιπυλαία βλάβη.

Η τετρακυκλίνη, όταν χορηγείται σε ενδοφλέβιες δόσεις μεγαλύτερες από 1,5 gr ημερησίως, οδηγεί σε μικροκυστική λιπώδη εναπόθεση στο ήπαρ.

Η ηπατική βλάβη είναι συχνά μόνο η μια όψη της τοξικότητας και μπορεί να μην αναγνωρισθεί μέχρι να εμφανισθεί ίκτερος.

-Στις ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις, η εμφάνιση ηπατίτιδας είναι συνήθης και δύσκολα μπορεί να προβλεφθεί, η απάντηση δεν είναι δοσοεξαρτώμενη και μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την έκθεση στο φάρμακο.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται στην ευαισθησία του ξενιστή (μεταβολική αντίδραση), σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να είναι ανοσολογικής φύσεως.

Ενδείξεις για την ύπαρξη των κλασικών μηχανισμών υπερευαισθησίας δεν υπάρχουν. Παρ' όλα αυτά εξωηπατικές εκδηλώσεις υπερευαισθησίας είναι συχνές σε μερικές φαρμακευτικές αντιδράσεις και περιλαμβάνουν: αρθραλγίες, εξανθήματα, πυρετό, λευκοκυττάρωση και ηωσινοφιλία.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις οδηγούν σε μορφολογικούς χαρακτήρες, που είναι περισσότεροι απ' ό,τι εκείνοι που προκαλούνται απ' την άμεση τοξική επίδραση.

Ανάλογα με τον υπεύθυνο παράγοντα, η ηπατίτιδα από υπερευαισθησία (ιδιοσυγκρασία) μπορεί να οδηγήσει σε κλινική και μορφολογική εικόνα δυσδιάκριτη απ' την ιογενή ηπατίτιδα. (π.χ. αλοδάνιο) ή να μοιάζει κλινικά με εξωηπατική χολική απόφραξη (π.χ. χλωροπρομαζίνη).

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις μπορεί επίσης να έχουν εικόνα ζωνοειδούς ηπατικής νεκρώσεως (π.χ. μεθυλόπα) ή σπάνια ηπατικά κοκκινώματα (π.χ. σουλφοναμίδες).

Όλες οι ηπατικές παρενέργειες δεν μπορούν να περιγραφούν σαν τοξικές ή του τύπου ιδιοσυγκρασίας.

Για παράδειγμα: τα αντισυλληπτικά απ' το στόμα, που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου - προγεστερόνης, μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας και επομένως σε ίκτερο.

Δεν προκαλούν όμως νέκρωση ή λιπώδεις αλλοιώσεις, οι εκδηλώσεις υπερευαισθησίας γενικά απουσιάζουν, αλλά η συγγενής ευαισθησία στην ανάπτυξη χολόστασης από αντισυλληπτικά δισκία έχει τεκμηριωθεί.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να αναπαράγονται σε ορισμένες καταστάσεις μετά από μια ασυμπτωματική περίοδο, που οδηγεί στην υποτροπή των σημείων, των συμπτωμάτων και των βιοχημικών αλλοιώσεων.

- Η θεραπεία της τοξικής και φαρμακευτικής ηπατικής νόσου είναι υποστηρικτική, όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η διακοπή των ύποπτων παραγόντων ενδείκνυται όταν το πρώτο σημείο της παρενέργειας γίνει εμφανές.

- Στην περίπτωση της άμεσης τοξικής επιδράσεως, η προσβολή του ήπατος δεν θα πρέπει να τραβήξει από τους νεφρούς ή και άλλα όργανα, η προσβολή των οποίων είναι πιθανή και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή.

Οι ακόλουθοι χαρακτήρες εμφανίζονται σαν ηπατικές αντιδράσεις σε μερικούς πρωτότυπους παράγοντες.

### ***Ηπατοτοξικότητα ακεταμινοφαίνης***

Η ακεταμινοφαίνη (Tylenol), ένα αναλγητικό και αντιπυρετικό που χορηγείται χωρίς συνταγή, έχει προκαλέσει σοβαρή κεντρολοβιώδη ηπατική νέκρωση, όταν λήφθηκε σε μεγάλες ποσότητες ή σε απόπειρες αυτοκτονίας.

Μια μόνο δόση 10-15 gr, μπορεί να προκαλέσει ηπατική βλάβη. Η θανατηφόρος κεραυνοβόλα νόσος συνδέεται με πρόσληψη 25 gr ή περισσότερο. Τα επίπεδα αίματος της ακεταμινοφαίνης σχετίζονται με τη σοβαρότητα της ηπατικής βλάβης.

Η ναυτία, ο εμετός, η διάρροια, ο κοιλιακός πόνος και το shock είναι πρώιμες εκδηλώσεις και εμφανίζονται 4-12 ώρες μετά την πρόσληψη. 24-48 ώρες αργότερα, όταν υποχωρούν οι εκδηλώσεις αυτές, η ηπατική βλάβη είναι εμφανής.

Οι μέγιστες διαταραχές και η ηπατική ανεπάρκεια μπορεί να γίνουν εμφανείς μέχρι 4-6 ημέρες μετά την πρόσληψη. Μπορεί να υπάρχει νεφρική ανεπάρκεια και βλάβη του μυοκαρδίου.

Η ηπατοτοξικότητα της ακεταμινοφαίνης οφείλεται στον τοξικό μεταβολίτη. Όταν σχηματίζονται μεγάλες ποσότητες του μεταβολίτη αυτού, τα επίπεδα γλουταθειόνης του ήπατος πέφτουν και ο μεταβολίτης συνδέεται με μακρομόρια, πυρηνόφιλα του ηπατοκυττάρου.

Η ηπατική βλάβη μπορεί να ενισχυθεί από προηγούμενη πρόσληψη οινοπνεύματος ή άλλων φαρμάκων, που διεγείρουν το σύστημα οξειδάσης μικτής λειτουργίας.

-Η θεραπεία της υπερβάσεως στη δόση ακεταμινοφαίνης περιλαμβάνει: τη γαστρική πλύση, υποστηρικτικά μέτρα και από το στόμα χορήγηση ενεργοποιημένου άνθρακα ή χολεστυραμίνης, για την πρόληψη απορροφήσεως υπολειπόμενου φαρμάκου.

Κανείς απ' τους τελευταίους παράγοντες δεν φαίνεται να είναι δραστικός όταν δοθεί 30 min μετά την πρόσληψη ακεταμινοφαίνης.



Όταν χρησιμοποιηθούν, θα πρέπει η γαστρική έκπλυση να προηγηθεί, πριν χορηγηθούν άλλα φάρμακα απ' το στόμα.

### **Ηπατοτοξικότητα από αλοθάνιο**

Το αλοθάνιο, είναι ένας μη εκρηκτικός φθοριωμένος υδρογονάνθρακας, που χρησιμοποιείται στην αναισθησιολογία, από άποψη κατασκευής είναι παρόμοιος με το χλωροφόρμιο.

Έχει περιγραφεί ότι προκαλεί σοβαρή ηπατική νέκρωση σε μικρό αριθμό ατόμων, πολλοί απ' τους οποίους έχουν εκτεθεί προηγούμενα στον παράγοντα ευαισθητοποιήσεως.

Το αλοθάνιο δεν είναι μια άμεση ηπατοτοξίνη, αλλά ένας παράγοντας ευαισθητοποιήσεως. Οι εκδηλώσεις υπερευαισθησίας όμως εμφανίζονται σε λιγότερες απ' το 25% των περιπτώσεων.

Μια γενετική προδιάθεση φαίνεται ότι οδηγεί σε ιδιοσυγκρασιακή μεταβολική ανπιδραστικότητα.

Οι ενήλικοι, οι παχύσαρκοι και οι γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην προκαλούμενη από αλοθάνιο βλάβη. Την πρώτη εβδομάδα μετά τη χορήγηση αλοθανίου, μπορεί να εμφανισθούν: πυρετός, μέτρια λευκοκυττάρωση και ηωσινοφιλία. Ο ίκτερος συνήθως εμφανίζεται 7-10 ημέρες μετά την έκθεση μπορεί όμως να εμφανισθεί και νωρίτερα.

Συμπτώματα όπως: η ναυτία και ο έμετος προηγούνται της εισβολής του ικτέρου. Η ηπατομεγαλία είναι συνήθως ελαφρά η ευαισθησία όμως του ήπατος είναι συνήθης. Οι τρανσαμινάσεις είναι ανυγωμένες.

Το ποσοστό θνησιμότητας από ηπατίτιδα οφειλόμενη στο αλοθάνιο δεν είναι γνωστό, αλλά πρέπει να κυμαίνεται από 20-40% σε περιπτώσεις με σοβαρή ηπατική προσβολή.

-Σε ασθενείς στους οποίους εμφανίσθηκε πυρετός ανεξήγητος με καθυστέρηση, ή ίκτερος μετά από αναισθησία με αλοθάνιο, θα πρέπει να συνιστάται αυστηρά να μην ζαναλάβουν τον παράγοντα αυτό.

### ***Ηπατοτοξικότητα από μεθυλντόπα***

Μικρές αλλοιώσεις στις ηπατικές δοκιμασίες έχουν περιγραφεί στο 5% περίπου των ασθενών, που λαμβάνουν τον αντιυπερτασικό αυτό παράγοντα. Οι διαταραχές αυτές υποχωρούν παρά τη συνεχιζόμενη χορήγηση του φαρμάκου.

- Πρόδρομα συμπτώματα. πυρετού, ανορεξίας και αδιαθεσίας μπορεί να παρατηρηθούν λίγες ημέρες πριν απ' την εμφάνιση του ικτέρου. Ορολογικά σημεία αυτοανοσίας σπάνια ανευρίσκονται και λιγότεροι από 5% των ασθενών εμφανίζουν Coombs θετική αιμολυτική αναιμία.

Στο 13 % περίπου των ασθενών με ηπατοτοξικότητα από μεθυλντόπα, οι κλινικές, βιοχημικές και ιστολογικές αλλοιώσεις είναι εκείνες της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας.

Με τη διακοπή του φαρμάκου, η διαταραχή συνήθως υποχωρεί, αν και η εξέλιξη έχει παρατηρηθεί σε μερικούς ασθενείς.

## **Ηπατοτοξικότητα της Ισονιαζίδης**

Περίπου το 10% των ασθενών, που λαμβάνουν ισονιαζίδη, εμφανίζουν αύξηση των τρανσαμινασών κατά τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας.

Αυτό φαίνεται να παριστάνει την τοξική αντίδραση σ' ένα μεταβολίτη του φαρμάκου. Είτε σταματήσει είτε όχι η χορήγηση ισονιαζίδης, οι τιμές αυτές (συνήθως < 200 units) επιστρέφουν στο φυσιολογικό σε λίγες εβδομάδες.

Το 1% των ασθενών περίπου, εμφανίζει νόσο που δύσκολα διακρίνεται απ' την ιογενή ηπατίτιδα περίπου οι μισοί την εμφανίζουν τους 2 πρώτους μήνες της θεραπείας, ενώ στους υπόλοιπους η κλινική νόσος καθυστερεί για μήνες.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει μορφολογικές αλλοιώσεις παρόμοιες με την ιογενή ηπατίτιδα ή την ταινιοειδή ηπατική νέκρωση.

Η νόσος μπορεί να είναι σοβαρή με θνησιμότητα 10%. Η σοβαρότητα της ηπατικής βλάβης φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα είναι σε ασθενείς άνω των 50 και η μικρότερη κάτω των 20 ετών.

Ο πυρετός, το εξάνθημα, η πωσινοφιλία και άλλες εκδηλώσεις φαρμακευτικής αλλεργίας είναι σπάνιες. Σε λίγους ασθενείς έχει παρατηρηθεί όμοια εικόνα με την χρόνια ηπατίτιδα.

## **Ηπατοτοξικότητα της χλωροπρομαζίνης**

Στο 1% περίπου των ασθενών που λαμβάνουν χλωροπρομαζίνη η ενδοηπατική χολόσταση με ίκτερο, εμφανίζεται μετά από 1-4 εβδομάδες θεραπείας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις ο ίκτερος έχει περιγραφεί μετά από απλή έκθεση. Η εισβολή μπορεί να είναι απότομη με πυρετό, εξάνθημα, αρθραλγίες, λεμφαδινοπάθεια, ναυτία, έμετο και επιγαστρικό πόνο. Ο κνησμός του ίκτερου, των σκοτεινόχρωων ούρων και των αποχρωματισμένων κοπράνων.

Η ηωσινοφιλία με ή χωρίς λευκοκυττάωση μπορεί να υπάρχει. Επίσης η μέτρια ανύγωση της αλκαλικής φωσφατάσης και η μέτρια ανύγωση των τρανσαμινασών μπορεί να παρατηρηθούν (100-200 μονάδες).

Η βιοψία του ήπατος αποκαλύπτει χολόσταση, χολικά έμβολα στα διατεταμένα χοληφόρα σωληνάκια και πυκνή πυλαία διήθηση με πολυμορφοπύρνα, ηωσινόφιλα και μονοπύρνα.

- Ο ίκτερος και ο κνησμός συνήθως υποχωρούν μέσα σε 4-8 εβδομάδες μετά τη διακοπή της θεραπείας χωρίς επακόλουθα και η θνησιμότητα είναι σπάνια.

Η χολεστυραμίνη μπορεί να βοηθήσει στον κνησμό. Σε μικρό αριθμό ασθενών ο ίκτερος παρατείνεται για μήνες ή χρόνια.

Τέλος, σπάνια μπορεί να αναπτυχθεί μια κατάσταση που μοιάζει με την πρωτοπαθή κίρρωση.

## **Ηπατοτοξικότητα των αντισυλληπτικών από το στόμα**

Η χορήγηση αντισυλληπτικών απ' το στόμα, που είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερονικών στεροειδών, οδηγεί σε σημαντική κατακράτηση BSP σε υψηλό ποσοστό ασθενών. Εβδομάδες ή μήνες μετά την λήψη των παραγόντων αυτών, σε μικρό αριθμό ασθενών, εμφανίζεται: χολόσταση με ίκτερο και κνησμό.

Ιδιαίτερα ευαίσθητοι είναι οι ασθενείς που εμφάνισαν υποτροπιάζοντα ιδιοπαθή ίκτερο της κύησης, σοβαρό κνησμό κατά την κύηση, ή οικογενειακό ιστορικό των διαταραχών αυτών.

Οι εργαστηριακές μελέτες, με την εξαίρεση των λειτουργικών ηπατικών δοκιμασιών είναι φυσιολογικές.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει χολόσταση, με χολικά έμβολα στα διατεταμένα χολικά σωληνάκια και έντονη χρώση των ηπατοκυττάρων με χολερυθρίνη.

Η κατάσταση είναι αναστρέψιμη με τη διακοπή των φαρμάκων και δεν έχουν παρατηρηθεί επακόλουθα.

Τα αντισυλληπτικά απ' το στόμα αντενδείκνυνται σε ασθενείς με ιστορικό υποτροπιάζοντος ικτέρου της κύησης.

Ονοματολογία και χαρακτηριστικά των αντιγόνων και αντισωμάτων της ηπατίτιδας

Τύπος* ηπατίτιδας	Διάμετρος σωματιδίου σε nm	Περιγραφή	Αντιγόνα (σε σωματρία)	Αντίστοιχο αντίσωμα (σε σωματρία)	Παρατηρήσεις
A	27	Εικοσαεδρικό ιογενές σωματίδιο	Ίός ηπατίτιδας A (HAV)	Αντίσωμα ηπατίτιδας A (αντι-HAV)	RNA ιός, που ανευρίσκεται στις κόπρανες και τον ορό στην αρχή της νόσου
B	42	'Αθικτος ιός (επιφάνεια και πυρήνας σφαιρικός (σωματίδια Dane)	Επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας B (HBsAg). Αντιγόνα του πυρήνα της ηπατίτιδας B (HBcAg)	Αντίσωμα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου της ηπατίτιδας B (αντι-HBs) Αντίσωμα έναντι του εις τον πυρήνα του σωματιδίου Dane αντιγόνου (αντι-HBc)	DNA ιός, που ανευρίσκεται στον ορό
			27	Πυρήνας του ιού, εικοσαεδρικός	HBcAg
	22	Εμφανίζεται σε σφαιρικές και οβλοειδείς μορφές και οι δύο έχουν τις ίδιες αντιγονικές ιδιότητες όπως η επιφάνεια του ιού Παριστούν περίσσεια του περιβλήματος ιού	HBsAg	αντι-HBs	Το HBsAg είναι ανιχνεύσιμο σε >90% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα Β. Ευρίσκεται στον ορό, τα υγρά του σώματος και το ηπατοκυτταρικό κυτταρόπλασμα. Το αντι-HBs εμφανίζεται μετά τη Β λοίμωξη. Είναι προστατευτικό αντίσωμα
		Αντιγονικοί υπό-τυποι: Αντιδρών της ομάδας Ειδικοί του τύπου	d ή y, u ή r	αντι-d αντι-d ή y, u ή r	Αντιγόνο κοινό σε όλα τα σωματίδια HBsAg Χρήσιμο στις επιδημιολογικές έρευνες Το HBsAg ευρίσκεται σε ορό HBsAg - θετικά μόνο. Συσχετίζεται με τη λοιμογόνο δύναμη και ύπαρξη των σωματιδίων άθικτου ιού. Το ΗΒεΑg είναι ένα σπουδαίο συστατικό του πυρήνα ΗΒV.
	Μη σωματιδιακά	Διαλυτή πρωτεΐνη	HBεAg	αντι-HBe	

## Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

### Συγκρίσεις ηπατίτιδας τύπου Α, τύπου Β και μη-Α, μη-Β

Εκδηλώσεις	Ηπατίτιδα Α (Λοιμώδης ηπατίτιδα MS-1 βραχείας επίπτωσης ηπατίτιδα)	Ηπατίτιδα Β (Ξε σολόγου ορού, MS-2, μακρός επίπτωσης ηπατίτιδα)	Μη-Α, Μη-Β ηπατίτιδα
Επίθεση	15-45 ημέρες (μέση 30)	30-180 ημέρες (μέση 60-90)	15-260 (μέση 50)
Έναρξη	Οξεία	Ευχρά ύπουλη	Υπουλη
Εποχιακή συχνότητα	Φθινόπωρο-Χειμώνας	Όλο το χρόνο	Όλο το χρόνο
Ηλικία προτιμήσεως	Παιδιά, νεαροί ενήλικοι	Κάθε ηλικία	Κάθε ηλικία περισσότερο έως ενήλικοι
Οδός μεταδόσεως:			
Κόπρανα - στόμα	+++	-	Γαρεντερικό
"Άλλες μη δίοδερμικές"	+/-	++	++
Δίοδερμικές	+/-	+++	+++
Σοβαρότητα	Ήπια	Ευχρά σοβαρή	μέτρια
Πρόγνωση	Γενικά καλή	Καλή με την πάροδο της ηλικίας	μέτρια
Μετάπτωση σε χρονιότητα	Όχι	Ενίοτε (5-10)	Ενίοτε (10-50%)
Πρόφυλαξη με ανοσοαιρίνες (IG)	Καλή	Μερική	
Πρόφυλαξη με ανοσοαίρινη ηπατίτιδας Β (Πολύ υψηλός τίτλος αντι-ΗΒs)	(Δεν έχει εφαρμογή)	Καλή μετά από τσίμπημα βελόνης-αεζουαλική, επαφή μητέρας νεογνού	Δεν έχει εφαρμογή
Ισοφορία	Επάνια, αν όχι ανύπαρκτη	0,1-1,0%	Υπάρχει, αλλά άγνωστου επιπολασμού

Υπο παράδειγμα αεζουαλική επαφή ή επαφή μητέρας-νεογνού

### Μερικά χαρακτηριστικά της τοξικής και φαρμακευτικής ηπατικής βλάβης

Χαρακτηριστικό	Άμεση επίθεση	τοξική	Ιδιοσυγκροσία			Άλλα
	(π.χ. τε- τραχλωρο- νθρακός)	(π.χ. ακε- ταμινοφαί- νη)	(π.χ. αλοσώ- νιο):	(π.χ. ισο- νιοξιδή)	(π.χ. χλωρο- προυζίνη)	(π.χ. αντι- αυλληπτικό από το στόμα)
Προκαθορισμένη δosis-εξαρτώμενη τοξικότητα	+	+	0	0	0	+
Λανθάνουσα περίοδος	βραχεία	βραχεία	Άλλοτε άλλη	Άλλοτε άλλη	Άλλοτε άλλη	Άλλοτε άλλη
Αρθραλγία πυρετός, εξάν- θημα, ημικινο-φιλία	0	0	+	0	+	0
Ηπατική μορφο- λογία	Μέκρυνση λιπώδης διήθησης	Κεντρολο- βιόδης νέκρυνση	Παρόμοια με την ιογενή ηπατίτιδα	Παρόμοια με την ιογενή ηπατίτιδα	Χολόσταση με πυλαία φλεγ- γμονή	Χολόσταση χωρίς πυ- λαία φλεγ- μονή

**ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C**

Παρεντερικά

- Επαφή με αίμα ή προϊόντα αίματος
- Μολυσμένες βελόνες, σύριγγες η όργανα

Δια σεξουαλικής επαφής

Συμβίωση με φορείς του ιού

2.

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ αντι-HCV ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΧΡΟΝΙΕΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ**

Η Bs Ag	5-30%
Χρονία Μh-A ηπατ.	60-80%
Κρυπτογενής κίρρωση	40-70%
Αυτοάνοσος χρονία ενεργός ηπατίτιδα	10-44%
Πρωτοπαθής χολική κίρρωση	10-40%
Αλκοολική κίρρωση	35%
Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα	40-75%



3.

<b>ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C</b>	
Πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς	
Αιμορροφιλικοί	(65-80%)
Ασθενείς σε αιμοδιάλυση	(6-20%)
Μεταμοσχευθέντες ασθενείς	
Χρήστες ναρκωτικών ΕΦ	(150-70%)
Σεξουαλικοί σύντροφοι ή άτομα που συμβιούν με φορείς	(6-8%)
Φορείς αυστραλιανού αντιγόνου	(5-30%)
Εργαζόμενοι στον τομέα υγείας	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

#### **Ορισμός**

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι μια παθολογική κατάσταση με ποικίλη αιτιολογία, που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη ηπατική νέκρωση, ενεργό φλεγμονή και ίνωση, που μπορεί να οδηγήσει ή να συνοδεύεται από κίρρωση.

Ενώ τα σημεία και τα συμπτώματα της χρόνιας ηπατικής νόσου είναι τυπικά, οι εκδηλώσεις συστηματικής προσβολής είναι συχνές και οι εξωηπατικές εκδηλώσεις καθώς και οι οροανοσολογικές διαταραχές μπορεί να προεξάρχουν στην κλινική εικόνα.

Η εμφάνιση αυτών των εκδηλώσεων οδήγησε στη χρήση μιας ποικιλίας όρων για την περιγραφή της νόσου.

Στους όρους αυτούς περιλαμβάνεται:

- α) η αυτοάνοση ηπατίτιδα,
- β) η λυκοειδής ηπατίτιδα,
- γ) η οξεία νεανική κίρρωση,
- δ) η πλασματοκυτταρική ηπατίτιδα,
- ε) η υποξεία ηπατίτιδα και
- στ) η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

- Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος όρος, για την κλινικοπαθολογική αυτή οντότητα, παρά την αιτιολογία και τις κλινικές ποικιλίες της.

## **Αιτιολογία**

Πολλαπλοί αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Πιθανόν ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας Β ή ιό μη-Α μη-Β τύπου C ηπατίτιδας. Στο 1\3 των ασθενών η νόσος αρχίζει απότομα, μετά από νόσο οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Συνεχής ύπαρξη (H Bs Ag) στον ορό ανευρίσκεται στο 20-30% των ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, πράγμα που σημαίνει ότι η παραμένουσα λοίμωξη με ιό Β μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Οι λοιμώξεις με μη-Α μη-Β ιούς, που επιμένουν μπορεί να είναι υπεύθυνες για περιπτώσεις χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, μετά από μετάγγιση ή σποραδικές λοιμώξεις με ιούς μη-Α μη-Β.

Επιπλέον η μετάπτωση της από ηπατίτιδα Β προκαλούμενης ταινιοειδούς ηπατίτιδας έχει παρατηρηθεί, καθώς επίσης και της ηπατίτιδας C που ενοχοποιείται στην παθογένεια μερικών περιπτώσεων χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Τα φάρμακα ενοχοποιούνται στην παθογένεια μερικών περιπτώσεων. Εκδηλώσεις τυπικές χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας έχουν ανευρεθεί σε

μερικούς ασθενείς, σχετιζόμενες με πρόσληψη καθαρτικών που περιέχουν οξυφαινισατίνη.

Στους ασθενείς αυτούς, επιπλέον χορήγηση οξυφαινισατίνης οδηγεί σε έξαρση της νόσου, ενώ η διακοπή οδηγεί σε κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση αυτής.

Φάρμακα όπως : η μεθυλντόπα, η ισονιαζίδη, η νιτροφουραντοίνη και άλλα έχουν ενοχοποιηθεί σαν αιτιολογικοί παράγοντες σε λίγους ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως τόσο χημικοί όσο και ιογενείς παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στην πρόκληση χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

## ***Ανοσοπαθογένεια***

Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις ότι η εξελικτική παρεγχυματική κυτταρική καταστροφή σε ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα περιέχει και μια επίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος, που καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες.

Οι ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη αυτή περιλαμβάνονται στα ακόλουθα δεδομένα:

(1) Στο ήπαρ οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις συνίστανται κύρια από μικρά λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα, σε συνδυασμό με ηπατοκυτταρική καταστροφή και αντικατάσταση από ινώδη ιστό.

(2) Συχνά ανευρίσκεται μια ποικιλία κυκλοφορούντων "αυτοαντισωμάτων", όπως τα αντιλειμοϋϊκά, αντιμιτοχονδρικά και αντιθυρεοειδικά αντισώματα.

(3) Η παραμονή του (H Bs Ag) στον ορό και το αντίσωμα έναντι του αντιγόνου C (H Bs Ag) στο ηπατικό κύτταρο, μετά την προσβολή από οξεία ηπατίτιδα Β, συχνά συνοδεύεται με την ανάπτυξη χρόνιας ενεργού ή χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας.

(4) Άλλα "αυτοάνοσα" νοσήματα όπως: η θυρεοειδίτιδα, η ελκώδης κολίτιδα, η **coombs** θετική αιμολυτική αναιμία, η υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα και το σύνδρομο **Sjogren** μπορεί να συνοδεύονται από χρόνια ενεργό ηπατίτιδα ή παρατηρούνται σε συγγενείς των πασχόντων.

(5) Τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA-B1 ή B8 και DRW3 και DRW4, είναι επικρατέστερα του αναμενόμενου, σε ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα χωρίς H Bs Ag.

(6) Τελικά η χρήση κορτικοστεροειδών που πιστεύεται ότι έχει επίδραση σε ποικιλία ανοσολογικών και αυτοάνοσων διαταραχών, είναι συχνά επωφελής στη θεραπεία σοβαρής χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις, ότι οι κυτταρικές ανοσιακές αντιδράσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Υποστηρίζεται ότι τα λεμφοκύτταρα αναισθητοποιούνται σε παραλλαγμένα ή νέα αντιγόνα, που υπάρχουν στις μεμβράνες των ηπατοκυττάρων.

Οι χημικοί ανοσιακοί μηχανισμοί μπορεί μερικές από τις κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Ειδικότερα οι εξωηπατικές εκδηλώσεις όπως: οι αρθραλγίες, η αρθρίτιδα, το εξάνθημα και η σπειραματονεφρίτιδα, φαίνεται να προκαλούνται από την εναπόθεση κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων.

### **Παθολογική ανατομική**

Αν και τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα μπορεί να την υποπτευθεί κανείς απ' το ιστορικό και τα φυσικά ευρήματα, η βιοψία ήπατος είναι απαραίτητη για να τεθεί η διάγνωση. Στις βασικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στο ήπαρ, περιλαμβάνονται:

(1) μια πυκνή μονοπυρηνική και π्लाσματοκυτταρική διήθηση των πυλαίων διαστημάτων, με ευρεία επέκταση της φλεγμονώδους διηθήσεως μέσα στο ηπατικό λόβιο,

(2) τα διαφράγματα από συνδετικό ιστό που εκτείνονται απ' τις πυλαίες ζώνες στο λόβιο, απομονώνοντας παρεγχυματικά κύτταρα σε αποικίες,

(3) ένδειξη ηπατικής αναγέννησης με σχηματισμό "ροζετών" πάχυνση των ηπατοκυτταρικών πετάλων και αναγεννητικά "ψευδολόβια".

Υπάρχει μορφολογική ένδειξη, ότι σε μερικές περιπτώσεις η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, εξελίσσεται σε ή συνοδεύεται από ανάπτυξη κίρρωσεως. Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα ιστολογικά, χαρακτηρίζεται από "piece meal" νέκρωση, φλεγμονή και ίνωση. Piece meal νέκρωση

θεωρείται η απομόνωση ομάδας ή με μονωμένων ηπατοκυττάρων γειτονικά των πυλαίων διαστημάτων από φλεγμονώδη στοιχεία.

Η φλεγμονή - κυρίως λεμφοκυτταρική - αφορά τα πυλαία διαστήματα με επέκταση στα παρακείμενα λόβια.

Η ίνωση εμφανίζεται με την παρουσία κολλαγονικών διαφραγμάτων στα πυλαία και επέκταση περικυτταρικά στα κολποειδή. Ιστολογικά σύμφωνα με τον Anderson υπάρχουν ενδεικτικές αλλοιώσεις της χρόνιας ενεργού τύπου C ηπατίτιδας:

α) παρατηρούνται σκόρπια σταγονίδια λίπους στο κυτταρόπλασμα που δεν παρατηρούνται στην ηπατίτιδα Β,

β) η περικυτταρική και ενδοκολποειδική ίνωση, είναι εντονότερη στην ηπατίτιδα C, ενώ η αναγεννητική της δραστηριότητα μικρότερη,

γ) τέλος θεωρείται ότι η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα C έχει ταχύτερη εξέλιξη σε κίρρωση σε σχέση με τη Β.

Η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα συγχέεται με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Ενώ οι κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας επιμένουσας και της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας μπορεί κατά κάποιο τρόπο να είναι όμοιες, η σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων είναι: ότι η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα σπάνια, αν όχι ποτέ, εξελίσσεται σε κίρρωση.

Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με βεβαιότητα μόνο με τη βιοψία ήπατος. Η χρόνια επιμένουσα ιστολογικά χαρακτηρίζεται από: λεμφοκυτταρική διήθηση των πυλαίων διαστημάτων που δεν επεκτείνεται στα λόβια.

Υπάρχουν βέβαια ορισμένες ενδεικτικές ιστολογικές διαφορές που σχετίζονται με τον αιτιοπαθογενετικό παράγοντα (τον τύπο του ιού) :

α) Μεγαλύτερη διεύρυνση πυλαίων διαστημάτων, εντονότερη λεμφοκυτταρική διήθηση (λεμφοζίδια).

β) Πιο υπερπλαστικά Kupffer στη σχετιζόμενη με τον ιό C ηπατίτιδα.

γ) Απουσία κυττάρων ground-glass που παρατηρούνται στην ηπατίτιδα Β.

δ) Απουσία της χαρακτηριστικής μορφολογίας λιδοστρώτου των αναγεννημένων ηπατικών δοκίδων, που παρατηρείται στη Β.

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας και της χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας συγκρίνονται παρακάτω.

### ***Κλινικές εκδηλώσεις***

Το κλινικό φάσμα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας εκτείνεται από ασυμπτωματική νόσο μέχρι θανατηφόρο ηπατική ανεπάρκεια.

Προσβάλλει όλες τις ομάδες ηλικιών, είναι συχνότερη στις νεαρές γυναίκες και στους έφηβους. Περίπου 2/3 των ασθενών, η νόσος έχει ύπουλη εισβολή για περίοδο μερικών εβδομάδων ή μηνών.

Σε μερικά άτομα η νόσος ανακαλύπτεται τυχαία και η διάρκεια της είναι ασαφής. Στους υπόλοιπους, εμφανίζεται η απότομη έναρξη, παρόμοια με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα, αλλά οι εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας συνήθως εκδηλώνονται τους επόμενους 12-24 μήνες.



Τα συμπτώματα που είναι συχνά στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα είναι:

- α) η κόπωση πολύ συχνά,
- β) ο επίμονος ή υποτροπιάζων ίκτερος στο 80% των τυπικών περιπτώσεων,
- γ) κακουχία,
- δ) ανορεξία και
- ε) μικρός πυρετός.

Σε μερικούς αρρώστους οι επιπλοκές της κίρρωσεως όπως: ο ασκίτης, οι αιμορραγούντες κίρσοι, η εγκεφαλοπάθεια, ο υπερσπληνισμός ή οι διαταραχές ηπατικής λειτουργίας, μπορεί να είναι τα συμπτώματα που θα φέρουν τον άρρωστο στο γιατρό.

Σε άλλους, οι εξωηπατικές εκδηλώσεις προεξάρχουν της κλινικής εικόνας και η νόσος του ήπατος είναι τελείως αφανής.

Στις υπάρχουσες εξωηπατικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται η αμννόρροια, η αιματηρή διάρροια, ο κοιλιακός πόνος, η αρθραλγία η αρθρίτιδα, τα πομπώδη ή βλατιδώδη εξανθήματα, η ακμή, το οζώδες ερύθημα, η πλευρίτιδα, η περικαρδίτιδα, η αναιμία, η αζωδαιμία και το σύνδρομο κερατοεπιπεφυκίτιδας και ξηροστομίας.

Αυτές οι εξωηπατικές εκδηλώσεις και οι παθολογικές ορολογικές αντιδράσεις, είναι συχνότερες στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες και σε ασθενείς δίχως ορολογική ένδειξη προηγηθείσας ηπατίτιδας Β.

Η πορεία της χρόνια ενεργού ηπατίτιδας ποικίλλει και η νόσος μπορεί να επιμένει για μακρές περιόδους, χωρίς κλινικά εμφανή ηπατική νόσο.

Αυτό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αληθινό στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, που συνοδεύεται από ηπατίτιδα Β ή C.

Η ιστολογική βλάβη μπορεί ν' αναστραφεί πλήρως, προτού εκδηλωθεί κίρρωση σε μερικούς ασθενείς Η Βs Ag (+), μετά την αυτόματη κάθαρση απ' την αντιγοναιμία.

Αν δεν υποβληθούν σε θεραπεία, η θνησιμότητα είναι υψηλή (50-70%), κατά τη διάρκεια των λίγων πρώτων ετών της νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή κλινική νόσο και διαπιστωμένη ιστολογικά χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Επίσης σε ασθενείς με κίρρωση και σ' εκείνους με ζωνοειδή νέκρωση, όπου ο θάνατος επέρχεται σαν αποτέλεσμα ηπατικής ανεπάρκειας και ηπατικού κώματος.

Το πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι μια ασυνήθης επιπλοκή της (Η Βs Ag) αρνητικής χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ακόμη και όταν η νόσος έχει εξελιχθεί σε μετανεκρωτική κίρρωση.

Αυτό βρίσκεται σ' αντίθεση με τους μακροχρόνιους φορείς Η Βs Ag με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, με ή χωρίς κίρρωση, στους οποίους η επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι αυξημένη.

## **Εργαστηριακά ευρήματα**

Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι πάντοτε παθολογικές, μπορεί να μη σχετίζονται με τη σοβαρότητα, κλινική και ιστολογική, των περιπτώσεων.

Πράγματι μερικοί ασθενείς έχουν φυσιολογική χολερυθρίνη ορού, αλκαλική φωσφατάση και σφαιρίνες με μικρές αυξήσεις των τρανσαμινασών ή θετικό Η Βs Ag και ακόμη έχουν βιοψία ήπατος συμβατή με σοβαρή χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Στις τυπικές περιπτώσεις η χολερυθρίνη είναι μέτρια αυξημένη (από 3-10 mg\dl). Η ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (SCOT) και η αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (SGPT) είναι αυξημένες και κυμαίνονται από: 100-1.000 μονάδες, αν και έχουν περιγραφεί και τιμές μέχρι 4.000 μονάδες.

Το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β μπορεί να ευρεθεί στο 20-30% των ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και συχνότερα στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες.

Υπεργαμμασφαιριναιμία (52,5 mg\dl) είναι συχνή, ιδιαίτερα στους ασθενείς με εκτεταμένη πλασματοκυτταρική διήθηση του ήπατος.

Ελαφρά υπολευκωματιναιμία απαντά σε ασθενείς με ενεργό νόσο ή προχωρημένη κίρρωση.

Η αλκαλική φωσφατάση μπορεί να είναι μέτρια αυξημένη ή κοντά στο φυσιολογικό. Ο χρόνος προδρομβίνης είναι συχνά επιμηκυσμένος, ιδιαίτερα σε προχωρημένη νόσο ή κατά τη διάρκεια ενεργών φάσεων.

Ποικιλία παθολογικών ορολογικών αντιδράσεων και κυκλοφορούντων "αυτοαντισωμάτων" ανευρίσκεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Μερικές απ' αυτές είναι μη ειδικές και ανευρίσκονται και σε άλλες ιογενείς νόσους. Τα κυκλοφορούντα αντισώματα έναντι του DNA, Ig G, των λείων μυών και των μιτοχονδρίων ενισχύουν την άποψη, ότι η χρόνια ηπατίτιδα είναι πράγματι συστηματική νόσος.

### **Διαφορική διάγνωση**

Νωρίς κατά την πορεία της, η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα μπορεί να μοιάζει με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα.

Παρόλα αυτά η επιμονή των συμπτωμάτων, περιλαμβανομένων και των βιοχημικών διαταραχών, όπως οι αυξημένες τρανσαμινάσες και η χολερυθρίνη, το HBsAg τους επόμενους μήνες, δείχνουν ότι υπάρχει χρόνια ηπατική βλάβη.

Η σημαντικότερη νοσολογική οντότητα, που συγχέεται συχνά με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, είναι η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.

Όπως είναι διαπιστωμένο, στη χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα, η έναρξη μοιάζει συχνά με την οξεία ηπατίτιδα. Οι τρανσαμινάσες είναι συχνά αυξημένες σε μέτρια επίπεδα στη χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα και μπορεί να υπάρχει Η Βs Ag στον ορό.

Η κόπωση, η ανορεξία, η κακουχία, ο πόνος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο και η ηπατομεγαλία, μπορεί να συνοδεύουν τόσο τη χρόνια επιμένουσα όσο και τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Έτσι η οριστική διάγνωση μπορεί να τεθεί μόνο με βιοψία ήπατος, δεδομένου ότι: ο διαχωρισμός μεταξύ χρόνιας ενεργού και χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας δεν μπορεί να γίνει με κλινικά και βιοχημικά κριτήρια.

Ο διαχωρισμός είναι σημαντικός, επειδή η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα, δεν είναι μια εξελικτική διαταραχή και σπάνια αν όχι ποτέ οδηγεί σε κίρρωση και δε χρειάζεται θεραπεία.

Η ύπαρξη εξωκυτταρικών εκδηλώσεων στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, όπως: η πλευρίτιδα, η αρθρίτιδα και οι αρθραλγίες, μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση με νοσήματα του συνδετικού ιστού.

Η ύπαρξη κλινικών και βιοχημικών εκδηλώσεων ξεχωρίζουν σαφώς τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα απ' τα παραπάνω νοσήματα.

Στην εφηβική ηλικία, η νόσος του Wilson μπορεί να υπάρχει με εκδηλώσεις χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, πριν οι νευρολογικές εκδηλώσεις γίνουν εμφανείς.

Η σερουλοπλασμίνη ορού και σε προσδιορισμοί χαλκού στα ούρα βοηθούν στη διάγνωση. Αργότερα, στην πορεία της νόσου, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν μετανεκρωτική κίρρωση χωρίς ένδειξη ενεργού ηπατίτιδας.

Η κατάσταση αυτή, που καλείται κρυμμένης κίρρωση, μπορεί επίσης να παριστάνει τελικά στάδια άλλων ηπατικών νοσημάτων (π.χ. πρωτοπαθής χολική κίρρωση).

Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση, μπορεί να έχει ιστολογική ομοιότητα με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια.

Στην πρωτοπαθή χολική κίρρωση όμως, ο κνησμός που προεξάχει, σε συνδυασμό με αυξημένη αλκαλική φωσφατάση και χοληστερόλη και ο χαρακτήρας της ιστολογικής εξελιξιμότητας συνήθως επιτρέπουν το διαχωρισμό απ' τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

### **Θεραπεία**

Κατά την διάρκεια επεισοδίων της ενεργού νόσου ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα, με υποστηρικτική αγωγή.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη και για τον καθορισμό της σοβαρότητας και εκτάσεως της νόσου, για τη διαπίστωση της εξωηπατικής επεκτάσεως με διαδερμική βιοψία ήπατος.

Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως, η παρατεταμένη όμως ανάπαυση στην κλίνη μετά την ύφεση, δεν είναι απαραίτητη.

Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή είναι η θεραπεία εκλογής σε συμπτωματικούς, Η Bs Ag αρνητικούς, ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και ταινιοειδή ηπατική νέκρωση. Τα κορτικοστεροειδή έχουν αποδειχθεί ότι είναι δραστικά στο να παρατείνουν την επιβίωση των ασθενών αυτών, κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της νόσου, τότε που η θνησιμότητα είναι υψηλή.

### **Απάντηση**

Η θεραπεία χαρακτηρίζεται από πλήρη κλινική, βιοχημική και ιστολογική ύφεση και αναμένεται στο 60-80% των ασθενών.

Η θεραπεία, είτε με πρεδνιζόλη είτε με πρεδνιζολόνη, θα πρέπει ν' αρχίζει με δόση 40-60 mg την ημέρα. Η δόση αυτή μπορεί βαθμιαία να μειωθεί μέσα σε 2-3 μήνες σε 15-20 mg την ημέρα.

Η επίδραση των κορτικοστεροειδών στη φυσική εξέλιξη της Η Βs Ag θετική χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας είναι λιγότερο ξεκαθαρισμένη.

Είναι δύσκολο να ελεγχθεί η θεραπεία των ασυμπτωματικών Η Βs Ag φορέων, που έχουν ένδειξη μόνο χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας στην ηπατική βιοψία.

Σ' αυτούς τους ασθενείς η νόσος μπορεί να είναι ήπια και η θεραπεία με κορτικοειδή συχνά συνοδεύεται από μικρή βελτίωση των τιμών αμινοτρανσφεράση και της ιστολογίας του ήπατος.

Κατά παρόμοιο τρόπο στους ασυμπτωματικούς Η Βs Ag θετικούς ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, η αξία των κορτικοειδών δεν έχει αποσαφηνισθεί με βεβαιότητα και μια καλή ανταπόκριση έχει πράγματι περιγραφεί σε μερικούς ασθενείς.

Οι συνεχείς εξετάσεις παρακολούθησως και η επαναλαμβανόμενη ηπατική βιοψία 6 μήνες και 1 χρόνο μετά την αρχική εκτέμηση της νόσου συχνά επωφελεί στο να εκτιμηθεί η φυσική πορεία της νόσου και να καθοριστεί αν αναπτύσσεται ίνωση ή κίρρωση.

Αν η νόσος έχει εξελιχθεί, μια προσπάθεια θεραπείας με κορτικοειδή είναι απαραίτητη.

Εάν η αντικειμενική βελτίωση της κλινικής και βιοχημικής εικόνας της νόσου, δεν εμφανίζεται μετά από μερικούς μήνες θεραπείας, τα κορτικοστεροειδή θα πρέπει να διακόπτονται. Σε μερικούς ασθενείς η διακοπή αυτών ακολουθείται από κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση.

Όταν χρησιμοποιούνται κορτικοειδή, η βελτίωση του αισθήματος κοπώσεως και ανορεξίας, εμφανίζονται συνήθως μέσα σε μερικές ημέρες ή εβδομάδες.

Η βιοχημική βελτίωση αναμένεται σε μερικές εβδομάδες ή μήνες, με πτώση των τιμών της χολερυθρίνης και των σφαιρινών και αύξηση της λευκωματίνης.

Τα επίπεδα τρανσαμινασών συνήθως πέφτουν γρήγορα, αλλά η απόλυτη τιμή των τρανσαμινασών μόνο δε φαίνεται να είναι χρήσιμος δείκτης αναρρώσεως στο συγκεκριμένο άρρωστο.

Η ελάττωση των κατασταλτικών δόσεων των κορτικοστεροειδών, θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, ιδιαίτερα σε χαμηλότερες δόσεις πρεδνιζόλης.

Άλλα θεραπευτικά σχήματα έχουν δοκιμασθεί στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές απ' τα κορτικοστεροειδή.



Μια αρχική δόση 30 mg πρεδνιζόλης, που μειώνεται σταδιακά στα 10-20 mg σε συνδυασμό με 50-75 mg αζαθειοπρίνης έχει αποδειχθεί ότι είναι δραστική.

Ο συνδυασμός αυτός αποφεύγει τις παρενέργειες των υψηλών δόσεων κορτικοειδών. Η αζαθειοπρίνη όμως, μόνη δεν είναι δραστική στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Η κάθε δεύτερη μέρα θεραπείας με κορτικοειδή, περιορίζει τον κίνδυνο παρενεργειών, δεν είναι όμως επαρκώς θεραπευτικά. Η αντιογεννή χημειοθεραπεία με ιντερφερόνη ή βιδαραβίνη, μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία των HBsAg (+) ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

***Διαφορικά γνωρίσματα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας και χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας***

<i>Εκδηλώσεις</i>	<i>Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα</i>	<i>Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα</i>
Κλινικά:		
Έναρξη σαν την οξεία ιογενή ηπατίτιδα.	30%	70%
Υποτροπιάζοντα επεισόδια οξεία	Συχνά	Ασυνήθη
Εξωηπτική προσβολή (π.χ. αρθραλγίες, πλευρίτιδα, κολίτιδα).	Συνήθης	Σπάνια
Πρόγνωση	Άλλοτε άλλη	Καλή
Ιστολογία ήπατος		
Εστιακή νέκρωση	Χαρακτηριστικά	Ασταθής
Εστία φλεγμονής	Πυλαία εκτεινόμενη	Πυλαία

Αρχιτεκτονική λοβίου	στα λοβία	
Ίνωση	Κατάλυση	Διατήρηση
Εξέλιξη σε κίρρωση	Συχνή	Ελαφρά
	Συχνή	Σπάνια

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

Οι ηπατίτιδες θεωρούνται σαν τις σοβαρότερες και σημαντικότερες λοιμώξεις και αποτελούν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της εποχής μας.

Από τη στιγμή που τίθεται η υπόνοια ηπατίτιδας, μέχρι την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα ρόλο σημαντικό για όλα τα στάδια της νόσου.

Ο επιδημικός χαρακτήρας της οξείας ηπατίτιδας θέτει σε κίνδυνο την υγεία του υγειονομικού προσωπικού, που έρχεται σ' επαφή με τους ασθενείς, καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ηπατίτιδα όσο διαρκεί η νόσος και η διδασκαλία του πληθυσμού για την πρόληψη εξάπλωσης της νόσου.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών από οξεία ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

- > άρρωστος
- > συγγενείς
- > περιβάλλον
- > πηγές πληροφοριών -> ιατρικά δελτία
- > ιστορικό υγείας, φάσεις νόσου

Εκτίμηση γενικής κατάστασης ασθενούς

- > φυσική εκτίμηση
- > διαγνωστικές εξετάσεις
- > θρεπτικό ανισοζύγιο.
- > Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια.
- > Μείωση άνεσης, δραστηριοτήτων.

Αντιμέτωπιση προβλημάτων ασθενούς

- > Προβλήματα απ' τη φαρμακευτική θεραπεία.
- > Προβλήματα χρονιότητας.

Παρακάτω θα αναφερθούν αναλυτικά οι νοσπλευτικές διαδικασίες.

### ***Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή***

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο ο νοσπλευτής - τρια και ο γιατρός παίρνουν πληροφορίες για το ιστορικό του αρρώστου. Η ακρίβεια των πληροφοριών βοηθάει στην παροχή καλύτερη φροντίδας.

Οι πληροφορίες για τις τυχόν αρρώστιες που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται λαμβάνονται από τον ίδιο τον ασθενή, τους συγγενείς του καθώς και από τα ιατρικά δελτία.

Εκτός από το ατομικό ιστορικό, το νοσπλευτικό προσωπικό ζητάει πληροφορίες και για το κληρονομικό ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου.

Ο ασθενής ρωτάτε εάν τρυπήθηκε με μολυσμένη βελόνα ή αν ταξίδευε σε υποανάπτυκτες χώρες με υψηλό ποσοστό ηπατίτιδας.

Η φυσική εκτίμηση περιλαμβάνει έλεγχο για ίκτερο, σύμπτωμα που είναι εμφανές στο σκληρό χιτώνα του βολβού και εξέταση της κοιλίας. Το ήπαρ είναι διογκωμένο, αλλά μειώνεται το μέγεθός του 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ικτέρου. Υπάρχει επίσης ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο κατά την ψηλάφηση.

Μόλις ληφθεί το ιστορικό του αρρώστου, ο ασθενής προγραμματίζεται για εργαστηριακές εξετάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη διάγνωση της νόσου.

Ο ασθενής ενημερώνεται και ενθαρρύνεται πριν από κάθε εξέταση και γίνεται η σχετική προετοιμασία για κάθε εξέταση.

Γίνονται αιμοληψίες για την ακριβή προσδιορισμό των δρομοκυττάρων και της πηκτικότητας του αίματος.

Αναλυτικά οι αιματολογικές εξετάσεις έχουν ως εξής:

1. Χρόνος προδρομβίνης (Φ.τ. 12" - 15") εμφανίζεται αυξημένος σε ηπατική πάθηση εξαιτίας μείωσης της προδρομβίνης την οποία συνδέει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Η αδυναμία του ήπατος να συνδέσει προδρομβίνη, όταν υπάρχει βιταμίνη Κ, δείχνει κλινικά σημαντική βλάβη του ηπατικού κυττάρου.

2. SGPT (Φ.τ. 5-35 v/ml)

SGOT (Φ.τ. 5-40 v/ml)

LDH (400 v/ml)

Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων προκαλεί απελευθέρωση των ενζύμων αυτών στο αίμα. Ανυψώσεις τους όμως συμβαίνουν και σε άλλες παθήσεις.

3. Αλκαλική φωσφατάση. Αποτελεί μέτρο χολικής απόφραξης.

4. γ-γλουταμινική τρανσεπτιδάση (γ-GT). Αύξηση στην ηπατίτιδα Β.

5. HBsAg (επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β). Δεν υπάρχει φυσιολογικά στον ορό και η παρουσία του είναι διαγνωστική στον ορό των αρρώστων με ηπατίτιδα Β. Δεν βρίσκεται στον ορό των αρρώστων με ηπατίτιδα Α.

6. Σφαιρίνες ορού (Φ.τ. 2,5-3,5 mg/100ml). Οι γ-σφαιρίνες αυξάνονται σε ηπατική βλάβη.

7. Μεταβολισμός λιπιδίων

Χοληστερίνη ορού (Φ.τ. 150-250 mg/100ml)

Φωσφολιπίδια ορού (Φ.τ. 125-300 mg/100ml)

Τριγλυκερίδια ορού (Φ.τ. 30-135 mg/100ml)

Μειώνονται σε βλάβες των ηπατικών κυττάρων.

8. Μεταβολισμός χολερυδρίνης:

Άμεση χολερυδρίνη (Φ.τ. 0,1-0,4 mg\100ml)

Άμμεση χολερυδρίνη (Φ.τ. 0,2-0,7 mg\100ml)

Αυξάνονται σε βλάβες των ηπατικών κυττάρων.

9. Μεταβολισμός υδατανδράκων:

Εξέταση ανοχής γαλακτόζης (απέκριση στα ούρα λιγότερη από 3G).

-Σε ηπατική ανεπάρκεια απεκκρίνονται πάνω από 3G γαλακτόζης στα ούρα.

-Εκτός όμως από τον αιματολογικό έλεγχο ο ασθενής προγραμματίζεται για άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως είναι η βιοψία ήπατος.

Σκοπός της βιοψίας ήπατος είναι η λήψη ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα, για να διαγνωστεί ιστολογικά η ηπατική πάθηση.

Κατά τη βιοψία ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι πολύ σημαντικός. Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη βιοψία ήπατος διακρίνεται σε 3 φάσεις:

α) Φάση προετοιμασίας του ασθενής

- Προετοιμάζουμε τον άρρωστο ψυχολογικά διαδικασία που θα ακολουθηθεί, μειώνοντας έτσι το φόβο του και εξασφαλίζοντας τη συνεργασία του κατά την εκτέλεση της

- Ελέγχουμε εάν έκανε ο ασθενής τις εξετάσεις αίματος για χρόνο προδρομίνης, χρόνο ροής και πήξης, μελετώντας το φάκελο του. Η βιοψία αντενδείκνυται όταν ο ασθενής έχει αιμοραγική διάθεση.

- Επιβεβαιώνεται η ύπαρξη διαθέσιμου αίματος γιατί οι ασθενείς με προβλήματα ήπατος έχουν ηπκτικές διαταραχές.

- Δεν επιτρέπεται η χορήγηση υγρών 4-8 ώρες πριν από την εξέταση. Κατευναστικά και αναλγητικά χορηγούνται σύμφωνα με εντολή ιατρού. Τα φάρμακα του χορηγούνται κανονικά.

- Πριν την εκτέλεση της βιοψίας γίνεται λήψη ζωτικών σημείων στον ασθενή και καταγραφή τους.

Έτσι εξασφαλίζουμε μια εικόνα της κατάστασης του ασθενή πριν τη βιοψία, η οποία θα συγκριθεί με τη μεταβιολογική εικόνα του.

Η Νοσηλεύτρια της έχει προετοιμάσει το δίσκο βιοψίας που περιέχει:

1. SET αποστειρωμένο με βελόνες ειδικές με στυλεό.

2. Σύριγγες RECORD για αναρρόφηση.

3. Σύριγγες και βελόνες για τοπική αναισθησία.

4. Τολύπια βάμβακος, γάζες.

5. Τετράγωνο και σχιστό αποστειρωμένο.

6. Λαβίδα, νεφροειδές.

7. Γάντια αποστειρωμένα.

8. Ξυλοκαΐνη.

9. Αντισηπτικό.

10. Φυσιολογικός ορός.

11. Διάλυμα φορμόλης 5-10%.

β) Φάση εκτέλεσης βιοψίας ήπατος



- Τοποθετείται ο άρρωστος σε ύπτια θέση με μαξιλάρι κάτω από τη δεξιά πλευρά του θώρακα για να υπάρχει ελαφρά κλίση του κορμού προς τα αριστερά.

Το σύστοιχο χέρι είναι ανυγμένο και το στηρίζει κάτω απτ' το κεφάλι του για να γίνει καλύτερο άνοιγμα των μεσοπλεύριων διαστημάτων.

- Αποκαλύπτεται η άνω κοιλία, γίνεται αντισηψία στο δεξιό υποχόνδριο και τοπική αναισθησία.

- Γίνεται καθαρισμός του σημείου βιογίας, το οποίο βρίσκεται ένα μεσοπλεύριο διάστημα κάτω από το ανώτερο όριο της ηπατικής αμβλύτητας, **2cm** πίσω από την πρόσδια μασχαλιαία γραμμή.

- Ο γιατρός εισάγει τη βελόνα στο δέρμα, αλλά όχι στο ήπαρ.

- Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τον ασθενή να εισπνεύσει βαθιά 3-4 φορές και την τελευταία φορά να κρατήσει την αναπνοή του.

Με αυτό τον τρόπο ακινητοποιεί το θωρακικό τοίχωμα, το διάφραγμα και το ήπαρ ανεβαίνουν ψηλότερα και η βελόνα εισάγεται στο ήπαρ και το διάφραγμα.

- Ο γιατρός εισάγει γρήγορα τη βελόνα βιογίας μέσα στο ήπαρ, αναρροφά ιστό και αποσύρει.

- Μετά την έξοδο της βελόνας, ο άρρωστος αναπνέει κανονικά.

- Η τομή καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα,

- Τέλος η νοσηλεύτρια φροντίζει έτσι ώστε το φιαλίδιο με τον ιστό να φθάσει με ασφάλεια και χωρίς καθυστέρηση στο εργαστήριο (παραπεμπτικό, ετικέτα με τα στοιχεία του αρρώστου ημερομηνία, κλινική),

γ) Φάση παρακολούθησης του ασθενή

- Μετά τη βιογία, η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο να γυρίσει δεξιά στο κρεβάτι, τοποθετεί μαξιλάρια κάτω από τις πλευρές και τον συμβουλεύει να παραμείνει ήρεμος σε αυτή τη θέση για 2-4 ώρες

- Ο σφυγμός, η Α.Π, οι αναπνοές μετρώνται σε τακτά διαστήματα μέχρι να φθάσουν στα φυσιολογικά επίπεδα.

- Σε περίπτωση που παρουσιασθεί απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια, ειδοποιείται ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση βιογίας είναι βαριές και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.

- Όταν τα ζωτικά σημεία του ασθενή είναι φυσιολογικά χορηγούνται υγρά μετά από 3-4 ώρες.

- Τέλος ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και φροντίζει το χρησιμοποιημένο υλικό.

### ***Αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή***

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή, οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε: άμεσοι και έμμεσοι.

**A. Αμεσοι**

1. Προαγωγή της σωστής θρέψης.
2. Φυσιολογικό ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.
3. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.
4. Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινησίας.
5. Αντιμετώπιση προβλημάτων απ' τη φαρμακευτική θεραπεία
6. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

**B. Έμμεσοι**

1. Αποκατάσταση.
2. Διαφώτιση.

*1. Προαγωγή της σωστής θρέψης*

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα παρουσιάζουν προβλήματα σωστής θρέψης που οφείλονται στην ανορεξία και στους εμέτους.

Σε ασθενείς που εμφανίζουν εμέτους επιβάλλεται η ενδοφλέβια χορήγηση τροφής. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ανορεξία χωρίς εμέτους, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα που θα βοηθήσουν στη σωστή διατροφή τους.

Η διαίτά του θα πρέπει να είναι υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.

Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά και ο δίσκος θα πρέπει να είναι περιποιημένος.

Οι νοσπλευτές-τριες εξηγούν στον ασθενή ότι η σωστή διατροφή του, παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωσή του και τον παροτρύνουν να τρώει όσο γίνεται περισσότερο.

Ο νοσπλευτής-τρια θα πρέπει να γνωρίζει τις επιτρεπόμενες και απαγορευμένες τροφές, για την καλύτερη κατάρτιση της καθημερινής δίαιτας του ασθενή.

*Επιτρεπόμενες τροφές:*

- Άρτος μιας μέρας, φρυγανιές.
- Λάδι ή βούτυρο νωπό (σε περιορισμένη ποσότητα).
- Γάλα αποβουτηρωμένο, τσάι, κρέμες, τυριά άπαχα.
- Φρούτα χωρίς φλοιό, κομπόστες, χυμοί φρούτων.
- Κρέατα και γάρια άπαχα ελαφρά μαγειρεμένα.
- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια.
- Σούπες χωρίς λίπος με ντομάτα νωπή ή λαχανικά.
- Επιδόρπια, μέλι, μαρμελάδες, ζελέ φρούτων, γλυκά με αποβουτυρωμένο γάλα και ασπράδι αυγού.

*Απαγορευμένες τροφές*

- Λίπη και έλαια.
- Πλήρες γάλα, σοκολατούχο γάλα.

- Όλα τα οινοπνευματώδη ποτά.
- Σούπες με λίπος.
- Παχύ κρέας και γάρι, αλλαντικά
- Κρόκος αυγού, τηγανιτά αυγά.
- Τροφές με συντηρητικά.
- Όσπρια.
- Μπαχαρικά - καρικεύματα.
- Ξηροί καρποί.

Η χορήγηση σημαντικών ποσών βιταμινών έχει ευεργετική επίδραση σε ασθενείς με ηπατική βλάβη και είναι αναγκαίο να χορηγούνται σε ικανοποιητικές ποσότητες. Ειδικότερα οι βιταμίνες της ομάδας Β και Κ.

Ημερήσιες ανάγκες σε βιταμίνες στον άνθρωπο.

A	3, 300 IV	B	3, 0 MG	Παντοθ. Οξύ	15, 0 MG
D	200 IV	B	3, 6 MG	Βιοτίνη	60, 0 MG
E	10 IV	B	4,0 MG	Νιασίνη	40,0 MG
C	100 IV	B	5,0 MG	Φολλικό οξύ	400,0 MG

Ημερήσιες ανάγκες σε ιχνοστοιχεία στον άνθρωπο.

Χαλκός	0,5-4,5 MG	Ιώδιο	60-12 MG
Ψευδάργυρος	2 -4 MG	Χρόμιο	2-55 $\mu$ IG
Σίδηρος	1-4 MG	Μαγνήσιο	0,5-2 MG
Σελήνιο	0,05-0,2 MG		

## *2. Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών*

Το υδατοηλεκτρικό ισοζύγιο συχνά διαταράσσεται στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των εμέτων.

Γι' αυτό απαιτείται ρύθμισή του με ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών και μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Αναγκαίες ποσότητες ηλεκτρολυτών για τις ανάγκες αναβολισμού

Σε κάθε	1000 KCAL	
Νάτριο	40-50	MEQ
Κάλιο	40	MEQ
Μαγνήσιο	8-12	MEQ
Φώσφορο	20- 25	MEQ
Ασβέστιο	2- 5	MEQ
Χλώριο	50	MEQ

### *3. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων*

Κατά την οξεία φάση της ηπατίτιδας, ο ασθενής παρουσιάζει: εμέτους και ανορεξία. Οι νοσηλευτές-τριες βοηθούν τον ασθενή κατά τη διάρκεια των εμέτων.

- Τοποθετείται στο πλάι του ασθενή νεφροειδές το οποίο απομακρύνεται αμέσως μόλις ο ασθενής κάνει έμετο, για την αποφυγή συνεχιζόμενου εμέτου, από τη μυρωδιά

- Δίνουν στον ασθενή νερό να ξεπλύνει το στόμα του, για να φύγει η άσχημη γεύση από τα εμέσματα.

Ένα βασικό σύμπτωμα της ηπατίτιδας είναι ο ίκτερος. Το δέρμα του ασθενή και οι επιπεφυκότες εμφανίζουν ικτερική χροιά. Ο ίκτερος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή και επίσης ο κνησμός ή το δερματικό εξάνθημα, δημιουργούν ανησυχία στον ασθενή.

-Προς αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντισταμινικά φάρμακα (π. χ. Nalaet)

- Απομακρύνονται απ' το δάλαμο οι καθρέπτες, για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την εμφάνισή του.

- Για την αντιμετώπιση της ξηρότητας του δέρματος και του κνησμού ο ασθενής πρέπει να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, αυτό προφυλάσσει από τις λοιμώξεις του ασθενή.

- Επειδή ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, πρέπει να παρακολουθούνται οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος και να καθορίζονται σε συχνά διαστήματα.

Επειδή ο ασθενής εμφανίζει απώλεια βάρους, 2,5-5kg θα πρέπει:

- Να μετράται το βάρος του καθημερινά και να συγκρίνεται με τις προηγούμενες τιμές.

- Για την αντιμετώπιση της απώλειας βάρους παροτρύνεται ο άρρωστος να τρώει καθημερινά όλο και περισσότερο.

Σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να φάει από μόνος του γίνεται χορήγηση τροφής ενδοφλεβίως.

- Μέτρηση θερμοκρασίας και Α.Π γίνονται καθημερινά και σημειώνονται στο διάγραμμα του αρρώστου, σε περίπτωση απόκλισης από τα φυσιολογικά όρια ενημερώνεται ο γιατρός και λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα.

Πολλοί ασθενείς με ηπατίτιδα εμφανίζουν αίσθημα κόπωσης και αδυναμία. Ο νοσηλευτής-τρια εξασφαλίζει:

- Άνετη θέση του ασθενή στο κρεβάτι.

- Πλούσια διαίτα.

- Ήσυχο περιβάλλον στον ασθενή.

- Ελεγχόμενη σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την ανάπαυση.

Έτσι εξασφαλίζεται ανάκτηση των δυνάμεων του αρρώστου και σταδιακή εξαφάνιση της κόπωσης.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις από τη νόσο επηρεάζουν τον ασθενή, γι' αυτό καλείται ο νοσηλευτής-τρια να συμβάλλει:

- Στην ενθάρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του.



- Στη διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ αρρώστου - νοσηλευτή -γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή, απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.

Στην αποδάρρυνση του αρρώστου να υιοθετήσει ένα ρόλο εξάρτησης

- Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή.

- Συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου απ' την υγειονομική ομάδα και κυρίως απ' το νοσηλευτικό προσωπικό, ανυψώνει το ηθικό του και καταπολεμάει το άγχος του.

#### *4. Αντιμέτωπιση προβλημάτων ακινησίας*

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα κλινίηρες, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι δραστηριότητές τους και να δημιουργούνται πρόσθετα προβλήματα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας σ' αυτή την περίπτωση είναι υποστηρικτικός.

- Η νοσηλεύτρια-της πληροφορεί τον ασθενή ότι η συνεχής κατάκλιση δεν ωφελεί ιδιαίτερα την ασθένειά του και μπορεί να δημιουργήσει άλλα οργανικά προβλήματα όπως η κακή κένωση του εντέρου.

- Η απασχόληση με ενδιαφέροντα πράγματα μπορεί να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο εάν αυτό είναι δυνατόν. Η δημιουργική απασχόληση

απορροφά την σκέψη του ασθενή από την κατάστασή του και τον απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει.

- Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να βοηθήσει τον ασθενή ν' αναπτύξει συνήθειες δραστηριότητες όταν υπάρχουν και είναι εφικτές και όταν δεν υπάρχουν να κινήσει το ενδιαφέρον του ασθενή για κάποιες από αυτές.

- Ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας αλλά δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί του, όταν λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα. Η αποφυγή συναναστροφής δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στον ασθενή.

- Λόγω των προβλημάτων κένωσης του εντέρου που παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς με βαριάς μορφής ηπατίτιδα, τη λύση του προβλήματος βοηθά: α) Το είδος της δίαιτας β) Η χορήγηση άφθονων υγρών γ) Οι χαμηλοί υποκλισμοί δ) Η κίνηση στα πλαίσια του δυνατού.

-Λόγω της συνεχούς κατάκλισης του ασθενή υπάρχει ο κίνδυνος επιπρόσθετων προβλημάτων εκτός αυτών που αναφερθήκανε παραπάνω. Ένα σημαντικό πρόβλημα της ακινησίας είναι οι κατακλίσεις στα σημεία του σώματος που πιέζονται.

- Ο ασθενής δεν πρέπει να μένει ακίνητος στο κρεβάτι, αλλά με βοήθεια να γυρίζει και απ' την αριστερή και απ' τη δεξιά πλευρά του, ώστε να μην πιέζεται μόνο ένα σημείο του σώματος του.

- Τα κλινοσκεπάσματα θα πρέπει να είναι τεντωμένα, για να μην κοκκινίζουν το δέρμα και δημιουργούν κατακλίσεις.

Οι άρρωστοι που παραμένουν κλινήρεις, επηρεάζονται αρνητικά από το γεγονός ότι δεν μπορούν να αυτοσυντηρηθούν. Γι' αυτό θα πρέπει να ενισχύονται ψυχολογικά με διάφορες συζητήσεις, συχνό και ευχάριστο επισκεπτήριο που βοηθούν ψυχολογικά τον ασθενή.

#### *5. Αντιμέτωπιση προβλημάτων από τη φαρμακευτική αγωγή*

Η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών σε βαριές καταστάσεις ηπατίτιδας μετά από παρατεταμένη χρήση, προκαλεί υπερτρίχωση, οστεοπόρωση, επιδείνωση πεπτικού έλκους, ψυχοτική αντίδραση, υπέρταση, εξασθένιση των αμυντικών μηχανισμών εναντίων βαριών λοιμώξεων και ασκεί καταβολική επίδραση σε υποστηρικτικούς ιστούς όπως των ιστών, των μυών, και του δέρματος.

Η θεραπεία με πρεδνιζόλη (γλυκοκορτικοειδές) ενδείκνυται διότι δεν κατακρατά νάτριο όπως άλλα λυποκορτικοειδή.

Η αζαθειοπρίνη έχει ανοσοκατασταλτική δράση, χορηγείται σε συνδυασμό με την πρεδνιζόλη και οι τοξικές της εκδηλώσεις περιλαμβάνουν καταστολή του μυελού των οστών, γαστρεντερικές διαταραχές, αλωπεκία και εμφάνιση λοιμώξεων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χολεστυραμίνης είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία. Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται στις περιπτώσεις αυτές είναι:

- Καθημερινά γίνεται λουτρό καθαριότητας τον άρρωστο και δίνεται προσοχή στο δέρμα για φλεγμονές

- Ο άρρωστος ζυγίζεται κάθε πρωί νηστικός και συγκρίνονται οι τιμές μεταξύ τους.

- Εξέταση ούρων και αίματος για πιθανή λοίμωξη

- Test στο αίμα και στα ούρα για τον προσδιορισμό σακχάρου

- Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ

- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών

- Ελέγχουμε αν ο άρρωστος παρουσιάζει γαστρεντερικές διαταραχές

Σε πιθανή εκδήλωση διαταραχής ενημερώνουμε τον ιατρό και εκτελούμε οδηγίες του.

#### *6. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου*

Εφ' όσον διαπιστωθεί η ύπαρξη ηπατίτιδας, τα πρώτα πράγματα που πρέπει να γίνει είναι η απομόνωση του ασθενή. Η απομόνωση όμως σε μεμονωμένο θάλαμο δεν αρκεί στην πρόληψη της νόσου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει τα εξής προφυλακτικά μέτρα:

1) Οι θάλαμοι και οτιδήποτε υπάρχει στους χώρους αυτού που φιλοξενούν αρρώστους με ηπατίτιδα είναι μολυσμένοι

2) Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς (νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό - συγγενείς) θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα.

3) Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται με επιμέλεια, μετά από κάθε νοσηλεία ή χρησιμοποίηση αντικειμένων που θεωρούνται μολυσμένα.

4) Τα κοπρανώδη υλικά και τα σεντόνια των ασθενών με ηπατίτιδα Α θα πρέπει να πιάνονται με γάντια. Σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β και C θα πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια κατά την επαφή με αίμα και σωματικά τους υγρά.

5) Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής, όπως ουροδοχεία, σκωραμίδες θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση και να είναι ατομικά.

6) Τα κλινοσκεπάσματα του ασθενή στέλνονται πρώτα για αποστείρωση και κατόπιν πλένονται με τον μη μολυσμένο ιματισμό.

7) Όλα τα είδη μιας χρήσεως που χρησιμοποιούνται για τις νοσηλείες του ασθενή, όπως σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορού, ουροσυλλέκτες, θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς σάκους.

8) Όταν δεν είναι δυνατή η απομόνωση του ασθενή, ο άρρωστος τοποθετείται σε κρεβάτι που βρίσκεται στην άκρη του θαλάμου και οι νοσηλείες γίνονται αφού τελειώνει η φροντίδα των άλλων ασθενών. Μ' αυτό τον τρόπο προφυλάσσονται οι υπόλοιποι μη μολυσμένοι ασθενείς.

9) Όταν ο ασθενής εξέλθει απ' το νοσοκομείο γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη.

## *7. Αποκατάσταση*

Ο ασθενής μετά την οξεία φάση της νόσου, μπορεί να αποχωρήσει από το νοσοκομείο. Χρειάζεται όμως κάποιο διάστημα για να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση.

Για να επανέλθει όμως χρειάζεται να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του γιατρού.

Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για τη διδασκαλία του αρρώστου για να επιτευχθεί πλήρης αποκατάσταση.

Δίνει λοιπόν τις εξής οδηγίες:

1) Περιορισμός δραστηριότητας για διάστημα πάνω από 5 μήνες μετά το ικτερικό διάστημα, ώστε να αποφεύγεται η κούραση και οι δυσάρεστες επιπλοκές.

2) Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών, τουλάχιστον για 6 μήνες.

3) Αποφυγή λήψεως φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, γιατί υπάρχει η πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.

4) Μικρά και συχνά γεύματα για αποφυγή δυσπεπτικών προβλημάτων.

5) Η τροφή του θα πρέπει να είναι φτωχή σε λίπη, πλούσια σε υδατάνθρακες μέτρια ποσότητα λευκώματος. Πλούσια σε θερμίδες και σε ζωικό λεύκωμα, βοηθούν στην γρήγορη αποκατάσταση του ασθενή.

6) Οι χώροι που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός η ηπατίτιδας θα πρέπει να αποφεύγονται και να γίνεται σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.

7) Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας.

### *8. Διαφώτιση*

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην προφύλαξη των ατόμων από τις ηπατίτιδες είναι σημαντικός και επιτυγχάνεται με τη διαφώτιση. Επειδή η νοσηλεύτρια είναι το μοναδικό άτομο που βρίσκεται κοντά στον άρρωστο το μεγαλύτερο διάστημα με τις φροντίδες που του προσφέρει, διαθέτει αρκετές γνώσεις και πείρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.

Εκτός όμως από τις οδηγίες που δίνει στον άρρωστο που εξέρχεται απ' το νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια επισκέπτεται τα σχολεία, ελέγχει τα μέτρα υγιεινής που εφαρμόζονται και ενημερώνει τα παιδιά πως μπορούν να προφυλαχθούν από τη νόσο, (ηπατίτιδα Α).

Η σχολαστική καθαριότητα ιδιαίτερα των χεριών, των τροφίμων, του νερού και των αποχωρητηρίων είναι αρκετή.

Αν κάποιος έχει την υπογία ότι μολύνθηκε πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του.

Αν παρουσιαστεί κρούσμα (ηπατίτιδας Α) σε σχολεία, αυξάνουν τα μέτρα υγιεινής, γίνεται απολύμανση και προληπτικά γίνεται εμβολιασμός των παιδιών.

Η συνεχή αύξηση των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β και C πρέπει ν' ανησυχεί ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της άμεσης επαφής με το θέμα. Η νοσηλεύτρια σαν λειτουργός υγείας, θα πρέπει να ενημερώνεται: συνεχώς είτε από ιατρικά βιβλία και περιοδικά είτε από Σεμινάρια με το σχετικό θέμα.

Έτσι θα έχει τη δυνατότητα ενημέρωσης και διδασκαλίας του κόσμου. Μπορεί να συμβάλλει ενεργά μέσα από το χώρο που εργάζεται αλλά και έξω από αυτόν, σε συζητήσεις, μαθήματα υγιεινής που γίνονται σε σχολεία, για τον τρόπο προφύλαξης από τον ιό.

Η νοσηλεύτρια έχει τα προσόντα να συμβάλλει στην πρόληψη μετάδοσης της νόσου, διδάσκοντας στον κόσμο τους κινδύνους που εγκυμονούν καθημερινά, από τις συναναστροφές μεταξύ των ανθρώπων και τον τρόπο ζωής τους.

Επειδή ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β και C είναι οι τοξικομανείς ενημερώνονται να χρησιμοποιούν σύριγγες μιας χρήσεως. Δίχως αυτό όμως να σημαίνει ότι συμφωνούμε με τη χρήση ναρκωτικών που αποτελεί μάστιγα στις μέρες μας.

Αλλά ότι φροντίζουμε τα ήδη θύματα των ναρκωτικών να μην γίνουν θύματα και της ηπατίτιδας Β και C.

Τέλος η σεξουαλική επαφή είναι ένας τρόπος μετάδοσης αντιγόνου ηπατίτιδας Β και C από φορείς σε υγιή άτομα, με αποτέλεσμα τη νόσησή τους.



Γι' αυτό η ρύθμιση των σχέσεών μας θα έχει κίνητρο το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και θα στοχεύει στις ηθικές απολαβές και όχι στις σωματικές.

Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια να διδάξει στον κόσμο πόσο σημαντική είναι η πρόληψη και η ορθή συμπεριφορά απέναντι στην υγεία και τη ζωή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

#### **1<sup>ο</sup> Περιστατικό**

Ο ασθενής Γ.Μ. 38 ετών, δημόσιος υπάλληλος επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Νοσοκομείου του Ρίου, με συμπτώματα επίμονων εμέτων και κόπωσης.

Στα εξωτερικά ιατρεία αναφέρεται ατομικό, κοινωνικό και κληρονομικό ιστορικό.

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| - Παιδικά νοσήματα:        | Ιλαρά, ερυθρά, γαστρεντερίτιδα. |
| - Εμβολιασμοί:             | Δεν θυμάται ο ασθενής.          |
| - Χειρουργικές επεμβάσεις: | Σκωληκοειδεκτομή.               |
| - Αλλεργίες:               | Δεν αναφέρει.                   |
| - Μεταγγίσεις αίματος:     | Όχι.                            |
| - Φάρμακα:                 | Όχι.                            |

#### **ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Μητέρας: Αναφέρει αναμνηστικό ηπατίτιδας

Πατέρας: Αναφέρει υπέρταση.

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

- Εργαζόμενος.
- Άγαμος.
- Συνήθειες: Περιστασιακός πότης, καπνίζει 1 πακέτο ημερησίως και κάνει άστατη ζωή.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ.**

Τα υποκείμενα συμπτώματα που αναφέρει στον ιατρό είναι οι έμετοι που άρχισαν πριν από 1 εβδομάδα.

Οι έμετοι παρουσιάζονταν κάθε φορά που σιτιζόταν. Ο ασθενής όπως αναφέρει, παρουσίαζε υπέρχρωση ούρων.

Κατά την αντικειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό, ο ασθενής εμφανίζει ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων.

Η κοιλιά του είναι ευπίεστη, μαλακή, μέτρια επώδυνη στο δεξιό υποχόνδριο, το ήπαρ ψηλαφητό και ο σπλήνας αψηλάφητος.

Τα ζωτικά σημεία του είναι :

- θερμοκρασία: 36,7° C.
- Α.Π. 120\60 mmHg.
- Σφύξεις: 75\min.

Ο γιατρός πιστεύει πως πρόκειται για ιογενή λοίμωξη του ήπατος και γίνεται εισαγωγή του ασθενή στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου στις 15-4-1998.

Στέλνονται παραπεμπτικά για βιοχημικές εξετάσεις. Ο ασθενής στην κλινική αντιμετωπίζεται σαν περιστατικό ηπατίτιδας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού και τοποθετείται σε μονόκλινο θάλαμο. Δίνονται οδηγίες ώστε οι νοσηλείες να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή μετάδοσης του ιού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
15-4-1998 Π.Π.Ν.Π.	Ο ασθενής είναι ανήσυχος, αγχώμενος λόγω της απομόνωσής του	Γνωριμία του ασθενή με το νοσηλευτικό προσωπικό και απαλλαγή του ασθενή από τους φόβους του	Να γίνει γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό και να απαλλαγεί ο ασθενής από τους φόβους	Έγινε γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Τόνωση του ασθενικού του ασθενή μετά από συζήτηση με τη νοσηλεύτρια	Ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα. Κατανόησε τα προβλήματα. Δέχτηκε τη συζήτηση αρκετά καλά. Εξουδετερώθηκαν οι φόβοι του
		Λήψη ζωτικών σημείων	Να λαμβάνονται 2,1 καθημερινά	Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων	0:36,6 C Α.Π.: 130/60 mmHg Σφ.: 75/min
	Ο ασθενής έχει	Ο ασθενής εμφα-	Κατόπιν εντολής του	Έγινε 1 amp	Ο ασθενής άρχισε να νοιώθει καλύτερα

Ηπατίτιδες και Νοσπλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	δύο εμέτους	νίζει εμέτους	ιατρού να χορηγηθεί 1 amp Primergan im και να τεθεί ορός D/W 5% 1000cc	Primergan im ορός 5% Dextrose 1000cc	και να υποχώρησαν οι έμετοι. Ο ασθενής δέχτηκε την τοποθέτηση του ορού σχετικά ήρεμο
	T' αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, δείχνουν σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη	Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις. Επανελεγχος	Να πληροφορηθεί ο ασθενής για τις εργαστηριακές εξετάσεις	Ενημέρωση του ασθενή να είναι νήστης την επόμενη στις 8 π.μ. για λήψη αίματος	Ο ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση
16-4-1998	Ανορεξία	Ειδική διατροφική αγωγή	Εδόθη εντολή για ειδική διαίτα που περιλαμβάνει: τροφή πλούσια σε υδατάνυδρα και μέτρια ποσότητα	Ο ασθενής σιτιζείται σύμφωνα με το διατολογικό των ηπατοπαθών	Ο ασθενής δέχτηκε το φαγητό

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
16-4-1998	Από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων υπάρχουν αποκλίση σε μεγάλο βαθμό από τις φυσιολογικές τιμές	Να γίνει λήψη εργαστηριακών εξετάσεων	Ενημέρωση του ασθενή ότι θα γίνει λήψη αίματος, πτυα λευκώματος, πλούσια σε δερμίδες και φτωχή σε λίπη	Οι εργαστηριακές εξετάσεις έγιναν	Τ.Κ.Ε. χρόνος προδρομικής - αλκαλική φωσφ. - ολική και άμεση χολερυθρίνη - λευκοκυτταρικός τύπος - Γενική ούρων - αντίχνευση HBsAg
18-4-1998	Δυσκοιλιότητα	Ο ασθενής μπορεί να ενεργηθεί	Κατόπιν εντολής του ιατρού να χορηγηθεί sip Dupjalac (15ccx3)	Ο ασθενής δέχτηκε το φάρμακο	Ο ασθενής ενεργήθηκε
20-4-1998	Κνησμός	Ο ασθενής ανα-	Να γίνει καθαριότητα	Καθαριότητα του	Ο ασθενής ανακου-

Ηπατίτιδες και Νοσπλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		φέρει κνησμό	του ασθενή για την ελάττωση του κνησμού και κατόπιν εντολής ιατρού χορήγηση στην φαρμακευτική αγωγή 1 tabl Na Iomet (1x1) ημερησίως	ασθενή με νερό, εδόθη η tabl Na Iomet	φίξεται από τον κνησμό με το μπάνιο και το Na Iomet βοηθά στην καταπολέμηση του κνησμού
	Απώλεια βάρους	καθημερινή λήψη - μέτρηση βάρους	Να γίνεται καθημερινή μέτρηση βάρους	Έγινε η μέτρηση βάρους	Ο ασθενής ζυγίζει 68 Kgr λιγότερο από ότι ζύγιζε την 1 <sup>η</sup> ημέρα.
	Ο ασθενής βρίσκεται ακόμη σε μολυσματικό στάδιο λόγω ύπαρξης	Λήψη ζωτικών σημείων	Να γίνεται μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων	Έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων	Θερμοκρασία: 37 C Α.Π. 133/60 mmHg Σφύξεις 78 /min



Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	HBsAg(+) στον ορό του				
		Παρακολούθηση χροιάς των ούρων	Να γίνεται παρακολούθηση χροιάς των ούρων	Έγινε η παρακολούθηση της χροιάς των ούρων	Τα ούρα του ασθενή παραμένουν χρωματισμένα
	Ίκτερος	Παρακολούθηση ικτέρου	Καταγραφή του Ικτέρου	Γίνεται καταγραφή του ικτέρου στο δέρμα και στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού	Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκώτων παραμένει.
25-4-1998	Κατάκλιση	Αποφυγή πρόσδετων προβλημάτων (κατακλίσεις)	Πρόληψη των κατακλίσεων στα σημεία του σώματος που πιέ-	Γίνονται μαλάξεις και εντριβές με οινόπνευμα	Με τις μαλάξεις και τις εντριβές αποφεύγονται οι κατακλί-

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3-5-1998	Άσχημη γυχολογική κατάσταση λόγω της μακροχρόνιας παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο και λόγω της νόσου	Μόλις αντιληφθούμε την γυχολογική κατάσταση του ασθενή ενισχύουμε τη διάθεσή του	Ήθική τόνωση του ασθενή	Η νοσηλεύτρια συζητά με τον ασθενή και φροντίζει για πιο συχνό επίσκεπτήριο συγγενών και φίλων	Ο ασθενής αισθάνεται ευχάριστα όταν βρίσκεται κοντά με δικούς του ανδρικούς και όταν αντιλαμβάνεται το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων έχουν ως εξής:

2<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας :

- SGOT. 636 u/ml.
- SGPT : 890 u/ml.
- Ο χρόνος προδρομίνης (PT): 13" /16"
- Αλκαλική φωσφατάση : 10u /ml
- Ολική χολερυθρίνη: 13,4 mg/100 ml.
- Άμεση χολερυθρίνη: 10,4 mg/100 ml.
- Τ Κ Ε 3 χιλιοστ.
- Αιμοσφαιρίνη (Hb): 14,9 g/100 ml
- Αιματοκρίτης (Ht): 41,6%.

Στον λευκοκυτταρικό τύπο έχουμε:

- Λευκά; 9.400
- Πολυμορφοπύρνηνα: 72
- Λεμφοκύτταρα: 22
- Μονοπύρνηνα : 7
- Ηωσινόφιλα: 2
- Βασεόφιλα : 1

Από τη γενική ούρων τα αποτελέσματα δείχνουν:

- Όξινη αντίδραση.
- Πολλά πλακώδη.
- Πυοσφαίρια 6 -7.
- Λίγη βλέννη.
- Ερυθρά 2-3.

Από τα αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων αποδεικνύεται η ύπαρξη Η Βs Αq (+) στον ορό του ασθενή. Ύστερα από την απάντηση αυτής της εξέτασης λαμβάνονται πιο αυστηρά μέτρα. Όλες οι νοσηλείες γίνονται προσεχτικά, ειδικά οι αιμοληψίες.

Την 3η ημέρα νοσηλείας, συνεχίζεται η ίδια αγωγή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε:

- SGOT. 602 u/ml.
- SGPT. 750 u/ml.
- Ολική χολερυθρίνη: 11 mg\100 ml.

Την 6η ημέρα νοσηλείας ο ορός **Dextrose 5% 1000cc** διακόπτεται. Από την 8η έως την 13η ημέρα βελτιώνεται. Η σίψή του είναι κανονική και έχει όρεξη.

Την 18η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκώτων αρχίζει να υποχωρεί. Τα ούρα αρχίζουν να εμφανίζουν φυσιολογική χροιά και οι κενώσεις του είναι φυσιολογικές.

Τα ζωτικά σημεία του έχουν ως εξής:

- Θερμοκρασία: 36,5° C
- Α.Π. 125\60 mm Hg.
- Σφ. 75 min.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή είναι φυσιολογικά. Την 23<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας από τους θεράποντες ιατρούς αποφασίστηκε η έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο.

Η γενική κατάσταση του ασθενή είναι πολύ καλή. Τα ούρα είναι φυσιολογικά και ο ίκτερος έχει υποχωρήσει. Τα αποτελέσματα των βιοχημικών, εξετάσεων έχουν ως εξής:

- SGPT: 60 u\ml.
- SGOT: 55 u\ml.
- Αλκαλική φωσφατάση: 50 u\ml.
- Ολική χολερυθρίνη: 1,9 mg/100ml.

Ο ασθενής εξέρχεται από το Νοσοκομείο με διάγνωση Ηπατίτιδας Β. Οι οδηγίες που δίνονται από τον ιατρό είναι:

Επανάληψη των εξετάσεων μετά από 2 εβδομάδες.

Επανεξέταση των ορολογικών δεικτών μετά από διάστημα 3 μηνών

Διαιτολόγιο - τροφές που επιτρέπονται και τροφές που απαγορεύονται για την μη επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

Απαγορεύονται τα οινοπνευματώδη ποτά και το κάπνισμα.

Να απέχει από δραστηριότητες που μπορεί να επιβαρύνουν την κατάστασή του.

Τέλος γίνεται ενημέρωση του αρρώστου για τον κίνδυνο εξάπλωσης του ιού από τον ίδιο, (να προφυλάσσει τον εαυτό του και τους γύρω, όσον αφορά τη σεξουαλική του συμπεριφορά).

## **2<sup>ο</sup> Περιστατικό**

Ο Λ.Β., ηλικίας 40 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν.Π, «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» στις 10-6-1998, με συμπτώματα εύκολης κόπωσης, εμέτων και απώλειας βάρους.

Κατά την υποκειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό, ο ασθενής αναφέρει τους εμέτους που άρχισαν πριν από 7 ημέρες και την απώλεια βάρους πριν από 1 μήνα περίπου.

Κατά την αντικειμενική εξέταση, ο ασθενής εμφανίζει ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκώτων.

Η κοιλία του είναι μαλακή και επώδυνη στο δεξιό υποχόνδριο, κατά την ψηλάφηση το ήπαρ είναι διογκωμένο, ενώ ο σπλήνας ψηλαφητός. Ο ασθενής αναφέρει κληρονομικό και ατομικό ιστορικό.

### **Κληρονομικό Ιστορικό**

Μητέρας: Έχει πεθάνει από καρδιακή ανεπάρκεια

Πατέρας: Πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη

### **Ατομικό Ιστορικό**

Παιδικά νοσήματα: Ερυθρά, ανεμοβλογιά

Εμβολισμοί: Δεν θυμάται ο ασθενής

Νοσήματα ωρίμου ηλικίας: Αναφέρει έλκος στομάχου πριν από 4 χρόνια

Αλλεργία: Δεν αναφέρει

Φάρμακα: Όχι

Μεταγγίσεις αίματος: Μια φορά μετά από αυτοκινητιστικό ατύχημα

### **Κοινωνικό Ιστορικό**

- Ιδιωτικός υπάλληλος

- Άγαμος

- Συνήθειες: Καπνίζει 2 πακέτα την ημέρα, είναι περιστασιακός πότης, πίνει 3-4 καφέδες ημερησίως. Δείχνει άτομο αγχώδης και νευρικό

Στην ακρόαση δεν ακούστηκαν παθολογικοί γύδυροι. Τα ζωτικά σημεία του ασθενή έχουν ως εξής:

Α.Π.: 140/80 mmHg

Σφύξεις: 90/min

Θερμοκρασία: 36,8° C

Ο ασθενής εισάγεται στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου, για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και διάγνωση της νόσου. .

Στέλνονται παραπεμπτικά για ορολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
10-6-1998	Ο ασθενής αισθάνεται ανησυχία και φόβο	Γνωριμία του ασθενή με το νοσηλευτικό προσωπικό	Να γίνει γνωριμία του ασθενή με το προσωπικό	Έγινε γνωριμία με το προσωπικό	Ο ασθενής είναι ήρεμος και κατανόησε τα προβλήματα
		Λήψη ζωτικών σημείων	Να λαμβάνονται ζωτικά σημεία καθημερινά	Έγινε λήψη ζωτικών σημείων	Α.Π.: 145/80 mmHg Σφύξεις: 90/min Θερμ.: 36,8° C
	Απώλεια βάρους και αίσθημα κόπωσης	Υπερδερμική διαίτα και προσπάθεια ανάκτησης φυσικών δυνάμεων	Να δίνονται τροφές πλούσιες σε θερμίδες Να γίνεται καθημερινά ζύγισμα του ασθενή.	Ο ασθενής σπίζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών. Περιορίζει τις δρα-	Βάρος 76Kg (από 80Kg που αναφέρει) Το αίσθημα κόπωσης οφείλεται σε

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		νάμεων του ασθενή. Καθημερινή λήψη βάρους του ασθενή και σύγκριση των τιμών	Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή και ανάπαυση. Χορήγηση βιταμινών.	στηριότητες του αναπαύεται. Χορηγούνται στον ασθενή βιταμίνες (Α,Β, σύμπλεγμα και Κ)	ηπατοκυτταρική βλάβη
11-6-1998	Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δηλώνουν ηπατική βλάβη θα ληφθεί αίμα για ανίχνευση (HBsAg)	Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεων	Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τις εργαστηριακές εξετάσεις	Ενημέρωση να είναι νήστης στις 8 π.μ. για τη λήψη αίματος	Ο ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση
	Έμετος	Ανακούφιση του αρρώστου από	Να χορηγηθεί κατόπιν εντολής 1 smpr	Έγινε 1 amp Primeteran (im)	Ο ασθενής δεν εμφανίζει εμέτους

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		τον εμετό	Promptsm (im). Να τεθεί 1 ορός Dextrose 5% 1.000cc.	ετέδη Dextrose 5% 1000cc	μετά τη χορήγηση Primperan. Με τον όρο Dextrose επιτυχάνουμε ενυδάτωση.
13-6-1998	Κνησμός	Να απαλλαγεί ο άρρωστος από τον κνησμό	Κατόπιν εντολής ιατρού να προστεθεί στη φαρμακευτική αγωγή Itb (nalonet) (1x1)	Δίδεται Nalamet ημερησίως	Με την αγωγή αυτή υποχωρεί σιγά σιγά ο κνησμός
			Καθημερινό ντους χωρίς σαπούνι	Γίνεται καθημερινά ντους και χρησιμοποιείται λοσιόν	Με το ντους και τη λοσιόν επιτυγχάνεται ενυδάτωση του δέρματος

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
13-6-1998	Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν απόκλιση των τιμών από τα φυσιολογικά όρια. Δεν υπάρχει ένδειξη ΗΑΥ Ανίχνευση (HBcAg).	Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις	Να ενημερωθεί ο άρρωστος για εργαστηριακές εξετάσεις	Ενημερώθηκε ο άρρωστος να παραμείνει νήστις την επόμενη στις 8 π.μ. για λήψη αίματος.	Ο ασθενής δεν δέχτηκε ενημέρωση
14-6-1998	Ίκτερος	Παρακολούθηση και καταγραφή βαθμού ικτέρου του δέρματος και σκληρού χιτώνα	Να παρακολουθείται και να καταγράφεται ο βαθμός ικτέρου. Να παρακολουθείται το χρώμα των κενώ-	Γίνεται καταγραφή του ικτέρου. Παρακολουθείται το χρώμα των ούρων και των κοπράνων	Ο ασθενής εμφανίζει ίκτερο στο δέρμα και στα σκληρά χιτώνα του οφθαλμού. Τα ούρα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		του οφθαλμού	σεων και των ούρων		είναι χρωματισμένα
	Ανορεξία	Βελτίωση της όρεξης του ασθενή με διαίτα υπερδερμιδική πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτείνες πτωχή σε λίπη.	Τα γεύματα του ασθενή είναι συχνά και μικρά. Η διαίτα περιλαμβάνει. Πρωινό: γάλα αποβουτηρωμένο, φρυγανιές, μαρμελάδας. 10π.μ. χυμό πορτοκαλιού Γεύμα Κρέας ή γάρι βραστό ή γιπό πα-ντζάρια - γωμί λευκό.	Τα γεύματα του ασθενή είναι μικρά και συχνά. Ο δίσκος που σερβίρεται το φαγητό του είναι περιποιημένος	Η αύξηση των υδατανθράκων στην τροφή έχει σκοπό να δώσει ενέργεια στην ασθενή και να βοηθήσει την αναγέννηση του ήπατος. Τα λίπη ελαττώνονται γιατί δεν υπάρχουν πολλά χολικά άλατα για να συνδεθούν και να απορροφηθούν από τον οργανισμό

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
15-6-1998	Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών δειγμάτων ύπαρξη (HBcAg)	Πρόληψη του μεταδόσεως του ιού νοσηλευτικό προσωπικό που	5μ.μ. ζελέ φρούτων Δείπνο μπιφτέκι - ασπράδια αυγών - ρύζι. Ο ασθενής εν- δαρρύνεται να παίρνει την τροφή του. Ο δι- σκος που σερβίρεται το φαί και να είναι περιποιημένος.	Εφαρμόζονται μέτρα προφύλαξης του μεταδόσεως του ιού	Στον ορό του ασθενή εμφανίστηκε ιός της ηπατίτιδας C

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		έρχεται σε επαφή με το άρρωστο (αίμα).	μπορεί ο άρρωστος να είναι ατομικά.		
	Κεφαλαλγία	Να ανακουφιστεί ο άρρωστος από την κεφαλαλγία	Να αναπαύεται ο ασθενής περισσότερες ώρες την ημέρα	Συνιστούμε στον ασθενή να αναπαύεται ώστε να ηρεμεί από το άγχος	Αναλγητικά αποφεύγονται γιατί δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ και είναι ηπατοτοξικά
18-6-1998	Πυρετός	Εντός 48ώρες να επανέλθει στα φυσιολογικά όρια η θερμοκρασία του ασθενή	Λήψη 3ωρης θερμομέτρησης Λήψη υγρών Λήψη ζωτικών σημείων Παρεντερική χορή-	Λήψη 3ωρης θερμομέτρησης Θερμ.: 38,5 C Α.Π.: 140/80mmHg Σφ. : 85 /min	Ο οργανισμός του ασθενή είναι εξαντλημένος. Η χορήγηση υγρών και αντιπυρετικών (Aprotel)_ μειώνουν τη θερμοκρασία

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
20-6-1998	Ψυχολογικές διαταραχές	Ο άρρωστος έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης	γηση υγρών Κατόπιν εντολής ιατρού να γίνει 1amp Aprotel (im).	Συνεχίζει παρεντερική χορήγηση Dextrose 5% 1000 cc (1x1). Έγινε 1 amp Aprotel (im)	Η απομόνωση του ασθενή από οικεία πρόσωπα (συγγενείς και φίλους) δημιουργεί άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Η νοσηλεύτρια συζητώντας, με τον ασθενή και ενδαρύνοντας



Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
25-6-1998	Ασκίτις	Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον ασκίτη με παρακέντηση	Ο ασθενής να ενημερωθεί για την παρακέντηση. Να τοποθετηθεί ο άρρωστος σε κατάλληλη θέση. Παράκολουθηση του ασθενή κατά την παρακέντηση. Να σημειωθεί η ποσότητα και ο χαρακτήρας του υγρού της παρακέντησης. Να χορηγηθούν διουρητικά	Ενημερώθηκε ο ασθενής για την παρακέντηση. Τοποθετείται σε κατάλληλη θέση και στηρίζεται με μαξιλάρια. Καταγράφει της ποσότητας του υγρού της παρακέντησης. Χορηγούνται	Με την παρακέντηση αφαιρείται το υγρό και ανακουφίζεται ο ασθενής. Με τον έλεγχο των γαζών προλαμβάνουμε μόλυνση του τραύματος.

Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού	διουρητικά. Ελέγχονται οι γάζες να μην διαφεύγει υγρό	

Την 1<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας τα εργαστηριακά αποτελέσματα έχουν ως εξής:

SGPT: 30 u/ml

SGOT: 41 u/ml

Ολική χολερυδρίνη: 3,5 mg/ 100 ml

Άμεση χολερυδρίνη: 0,60 mg/100 ml

Από την γενική ούρων έχουμε:

Πυοσφαίρια: 3-4

Ερυθρά: 1-2

Χολοχρωστικές: +++

Στέλνεται παραπεμπτικό για ανίχνευση HBsAg. Την 3<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

SGPT: 35 u/ml

SGOT: 43 u/ml

LDH: 125

Ολική χολερυδρίνη: 3,7 mg/100ml

Άμεση χολερυδρίνη: 0,65 mg/100 ml

HBsAg (-)

Στέλνεται παραπεμπτικό για HBsAg. Την 5<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας τα αποτελέσματα δείχνουν την ύπαρξη HBcAg. Την 15<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, μετά από βιοψία ήπατος, διαπιστώθηκε κίρρωση του ήπατος.

Ο άρρωστος παραμένει στο νοσοκομείο μέχρι τις 10-12-1993. Σε αυτό το διάστημα η κατάστασή του ήταν βαρεία.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοψίζοντας όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα πρέπει να τονιστεί πως οι ηπατίτιδες είναι παθήσεις που εμφανίζουν μεγάλη έξαρση στις μέρες μας.

Ειδικότερα εκείνες του τύπου Β και C, οι οποίες δημιουργούν δυσάρεστες επιπτώσεις στους ασθενείς, με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται για αρκετό χρονικό διάστημα και αναγκάζονται να απέχουν από τις δραστηριότητές τους.

Η νοσηλευτική μαζί με την ιατρική επιστήμη βρίσκονται κοντά στους ανθρώπους αυτούς, δίνοντας συνεχώς τη μάχη για τη ζωή και την αποκατάσταση της υγείας.

Γι' αυτό λοιπόν χρέος της νοσηλευτικής και συνεπώς των «υπηρετών» της - των νοσηλευτριών - είναι να προφυλάσσει τους ασθενείς κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην επιβαρύνεται η κατάστασή τους. Αυτό επιτυγχάνεται με την υγιεινή διαβίωση, την αποφυγή υπερβολικής κοπώσεως και τη σωστή διατροφή.

Οι φορείς της ηπατίτιδας Β και C δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερο τρόπο, ούτε σαν κάτι το «ξεχωριστό», γιατί αποτελούν μέρος του κοινωνικού συνόλου, το οποίο χρειάζεται απαραιτήτως τη βοήθειά μας. Όσο και την ηθική συμπαράστασή μας για την πλήρη αποκατάστασή τους.

Βέβαια το άτομο που μπορεί περισσότερο από κάθε άλλον να προσφέρει βοήθεια σε όλους τους τομείς, δεν είναι κανένα άλλο παρά η

νοσηλεύτρια, η οποία έχει τις γνώσεις να αντιμετωπίσει από τη μια μεριά την ασθένεια και από την άλλη να προφυλάξει τον εαυτό της και το περιβάλλον γύρω της, καθώς έχει γνώση τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας.

Πέρα όμως από το ειδικευμένο προσωπικό είναι πάρα πολύ σημαντική η ενημέρωση του κόσμου, τόσο για τον τρόπο μετάδοσης των ηπατίτιδων, όσο και για την πρόληψή τους, πράγμα που είναι το ισχυρότερο όπλο για τη διασφάλιση της υγείας.

Επιπλέον ο κόσμος θα απέφευγε τις ταλαιπωρίες και τους κινδύνους και ίσως τον πανικό, αν γινόταν σωστή πρόληψη και ελαχιστοποιούνταν οι τρόποι μετάδοσης της νόσου.

Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια να προσφέρει κοινωνικό έργο και να συμβάλλει με την ενημέρωση στην ελαχιστοποίηση των κρουσμάτων της ηπατίτιδας.

Δεν θα πετύχει όμως τίποτε από τα παραπάνω αν μέσα της δεν κλείνει συναισθήματα αγάπης, αφοσίωσης και πίστης προς τον συνάνθρωπο της, που στην προκειμένη περίπτωση είναι ένας ασθενής ηπατοπαθής, που περισσότερο από κάθε τι έχει ανάγκη από τις φροντίδες της.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική*

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ. , « Κλινική Παθολογική Φυσιολογία»,  
Εκδόσεις Γρ., Παρισιάνος, Αθήνα 1971

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π. ΣΑΒΒΑ, «Μαθήματα Ανατομικής και Ανθρώπου»,  
Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη, Τόμος Ι,ΙΙ, Θεσσαλονίκη 1985

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ., «Ειδική Νοσολογία», Επιστημ. Εκδόσεις Παρισιανός,  
Έκδοση 4<sup>η</sup>, Αθήνα 1984

ΚΑΦΕΤΖΗΣ Δ.Κ., «Εμβολιασμοί - Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β (HBV)»  
Ιατρικές εξελίξεις, 1993<sup>2</sup>, 7-10

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, «Νοσηλευτική -  
Γενική Παθολογική Χειρουργική », Έκδοση 10η, Τόμος Α΄,  
Αθήνα 1987.

ΠΛΕΣΣΑΣ - ΣΤΑΥΡΟΥ. «Διαιτητική του Ανθρώπου», Εκδόσεις  
Φαρμάκων - Τύπος, Αθήνα 1988.

ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΚΑΡΔΑΣΗ - ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, «Παθολογική και  
Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες», Μέρος  
Β΄, Τόμος ΙΙ, Αθήνα 1985.

ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ Ν.Γ. - ΒΛΑΒΙΑΝΟΣ Π.Κ. «Ηπατίτιδα C», Επιθεώρηση  
Υγείας, 1991<sup>2</sup>, 17-23

*Ξένη*

GOYTON M.D., «Φυσιολογία του Ανθρώπου», Μετάφραση Α.,  
Ευαγγέλου, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Έκδοση 10η, Τόμος Γ',  
Αθήνα 1984

HARRISON, «Εσωτερική Παθολογία», Έκδοση 10η, Τόμος Γ', Αθήνα  
1988

KRUPP CHATTON W., «Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική»  
Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Τόμος Α', Αθήνα 1986

