



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
 <i>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</i>	
 <i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</i>	
<i>ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ</i>	9
1.1. ΗΠΑΡ	9
1.2. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ	9
1.3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	10
1.4 ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	12
1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	13
 <i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</i>	
<i>ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α</i>	15
2.1. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ	15
2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ	15
2.1.2. ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	17
2.1.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	18
2.1.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	19
2.1.5. ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	19
2.1.6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΩΝ	20

Σελίδα

2.2.	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α – ΟΡΙΣΜΟΣ	21
2.3.	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	21
2.4.	ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	23
2.5.	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	24
2.6.	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	25
2.7.	ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΠΛΟΚΕΣ	26
2.8.	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	27
2.9.	ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

	<i>ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β</i>	30
--	---------------------------	-----------

3.1.	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΑΠΟ ΤΑ ΠΙΟ ΔΙΑΔΕΔΟΜΕΝΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	30
3.2.	ΟΡΙΣΜΟΣ	31
3.3.	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	31
3.4.	ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	32
3.5.	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	32
3.6.	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	33
3.7.	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
3.8.	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	35
3.9.	ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	36
3.9.1.	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	36
3.9.2.	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	36
3.9.3.	ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ	36

Σελίδα

3.9.4. ΠΡΟΛΗΨΗ	38
3.10. ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	38
3.10.1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	39
3.10.2. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	39
3.10.3. ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	40
3.10.4. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙ- ΤΙΔΑ Β;	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

<i>ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C, D, E</i>	42
--------------------------	----

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	42
4.1.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	42
4.1.2. ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	43
4.1.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C	44
4.1.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	45
4.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D	46
4.3. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ E	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

<i>ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ</i>	48
--------------------------------	----

5.1. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	48
5.1.1. ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΜΕΙΝΟΥΣΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	48

Σελίδα

5.1.2. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	49
5.1.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΧΕΗ	49
5.1.4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	51
5.1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
5.2. ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	55

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

<i>ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ -ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ</i>	60
---	----

6.1. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	60
6.2. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	61
6.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</i>	64
-----------------------------	----

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ	64
7.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	65
7.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ	65
7.2.2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	66
7.2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	67

Σελίδα

7.3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΙΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	68
7.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	74
7.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	74
7.5.1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ	75
7.5.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ	77
7.5.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	78
7.5.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΙΝΗΣΙΑΣ	83
7.5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑ- ΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	85
7.5.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	86
7.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ	87
7.6.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	90
7.6.2. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ	91
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	93
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	95
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	97
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΠΙΑΤΙΤΙΔΑΣ	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι διαπιστωμένο από έρευνες πολλών ετών, ότι οι ηπατίτιδες είναι από τις πλέον σοβαρότερες λοιμώξεις και αυτό διαπιστώνεται και από την έξαρση που παρατηρείται στις μέρες μας.

Οι συγκεκριμένες λοιμώξεις, παρουσιάζουν ποικίλο ενδιαφέρον, τόσο ως προς την αιτιολογία τους, όσο και ως προς την κλινική τους εικόνα και θεραπεία στην εποχή μας, η οποία έχει εξελιχθεί ικανοποιητικά.

Είναι μία ασθένεια, η οποία παρόλο ότι αφορά το γενικότερο πληθυσμό και όχι μόνο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (οι οποίοι έχουν αυξημένες πιθανότητες να μολυνθούν από τον ιό της ηπατίτιδας), δεν αντιμετωπίζεται όπως θα έπρεπε. Δηλαδή, δεν υπάρχει κατάλληλη διαφώτιση του κοινού, ούτε ικανοποιητική πρόληψη της λοίμωξης, όπως επίσης και έγκαιρη –έγκυρη διάγνωση της, λόγω της ασυμπτωματικής ή ήπιας κλινικής της εικόνας.

Συνεπώς, είναι ένα ενδιαφέρον επιστημονικό θέμα, που αφορά άμεσα το Νοσηλευτικό προσωπικό. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να τονιστεί και η σημασία της Νοσηλευτικής επιστήμης ως προς τη διαφώτιση, την πρόληψη, την προφύλαξη και νοσηλευτική παρέμβαση των συγκεκριμένων λοιμώξεων.

ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

1.1. ΗΠΑΡ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του οργανισμού. Είναι εύπλαστο, ευπίεστο και παρουσιάζει μεγάλη αιμοβριθεία. Η θέση του είναι στην άνω κοιλία, κάτω από το διάφραγμα, καταλαμβάνοντας το δεξιό υποχόνδριο. Το βάρος του ανέρχεται στα 1.400-1.800 gr. στους άνδρες και στα 1.200-1.400 gr. στις γυναίκες.

Το σχήμα του ήπατος είναι σμηνοειδές με τη βάση προς τα δεξιά.

1.2. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Το σχήμα του ήπατος είναι σφηνοειδές με τη βάση να φέρεται προς τα δεξιά. Διακρίνονται τρία χείλη (το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό).

Το πρόσθιο χείλος είναι ψηλαφητό και αντιστοιχεί στη γραμμή που φέρεται από τον πλευρικό χόνδρο της έβδομης αριστερής πλευράς, στον πλευρικό χόνδρο της ένατης δεξιάς πλευράς.

Το δεξιό και το αριστερό χείλος του ήπατος φέρονται από τους πλευρικούς χόνδρους των αντίστοιχων πλευρών. Επίσης διακρίνονται και τρεις επιφάνειες (η άνω, η κάτω και η οπίσθια).

Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από το περιτόναιο εκτός από τις θέσεις τις οποίες προσφύονται οι διάφοροι σύνδεσμοι. Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι, τα ηπατικά λοβία, οι χοληφόροι πόροι, τα αγγεία και τα νεύρα του ήπατος¹.

1.3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η ανατομική του θέση και το ότι δέχεται διαμέσου της πυλαίας φλέβας το αίμα, το καθιστούν σαν τον κύριο ρυθμιστή του μεταβολισμού των διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές πριν εισέλθουν στην γενική κυκλοφορία διέρχονται από τα ηπατικά κύτταρα. Το ήπαρ ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που είναι οι εξής:

1. Μεταβολισμός
 - α) υδατανθράκων
 - β) πρωτεϊνών
 - γ) λιπών
2. Παραγωγή διαφόρων ουσιών
3. Αποταμίευση
4. Έκκριση

1. Μεταβολισμός

Το ήπαρ θεωρείται σαν το κύριο όργανο μεταβολισμού διαφόρων ουσιών και κυρίως των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών.

· Υδατάνθρακες

Το ποσό της γλυκόζης, που δεν είναι απαραίτητο για την άμεση κυκλοφορία, μετατρέπεται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται σ' αυτό. Η διαδικασία αυτή λέγεται γλυκογένεση. Ακόμη το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα.

· **Πρωτεΐνες**

Με τη βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα, από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσό των λευκωμάτων και του ινωδογόνου του πλάσματος.

Ακόμη συνθέτει ικανοποιητικό ποσό α' και β' σφαιρίνες και τις περισσότερες από τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος. Επίσης το ήπαρ θεωρείται ότι είναι το κύριο όργανο διάσπασης του ουρικού οξέος.

2. **Παραγωγικές Ιδιότητες**

Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μία 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. Η άμεση χολερυθρίνη σχηματίζεται από την ένωση του κλυκουρανικού οξέος με την έμμεση χολερυθρίνη και εκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή.

Εκτός από την παραγωγή χολερυθρίνης, το ήπαρ συμβάλλει σημαντικά στην παραγωγή ινωδογόνου, της ορίνης και των σφαιρινών του πλάσματος, της προθρομβίνης, της ηπαρίνης, της ουσίας, της βιταμίνης Α και διαφόρων ενζύμων, όπως η αλκαλική φωσφατάση και οι τρανσαμινάδες.

3. **Εκκριτική Λειτουργία**

Το κυριότερο προϊόν που εκκρίνει τα ήπαρ είναι η χολή. Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα και φυσιολογικά αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρι ότου χρειαστεί στο 12δάκτυλο. Το συνολικό ποσό της καθημερινά εκκρινόμενης χολής

είναι κατά μέσο όρο: 600–700 ml. Ωστόσο η χοληδόχος κύστη έχει την ικανότητα να αποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται για 12 ώρες από το ήπαρ.

Εκτός από τη χολή το ήπαρ εκκρίνει και ορισμένες χρωστικές πορφυρίνες και ένζυμα, όπως φωσφατάση, τρανσαμινάσες.

4. Αποταμιευτική Λειτουργία

Το ήπαρ θεωρείται σαν το κατ' εξοχήν όργανο αποταμίευσης ουσιών που είναι χρήσιμες στον οργανισμό.

Τέτοιες ουσίες είναι: οι βιταμίνες B, D, K, ο σίδηρος, ο χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές αποταμιεύονται στο ήπαρ για να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό όταν θα τις έχει ανάγκη.

5. Αντιτοξική Λειτουργία

Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφούνται από το έντερο εισέρχονται με την πυλαία φλέβα στη 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 μη τοξικές.²

1.4 ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος είναι ένα από τα σπουδαιότερα και δυσκολότερα κλινικά προβλήματα.

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία αν σκεφτεί κανείς την βαρύτητα της πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών. Υπάρχουν πολλές εργαστηριακές εξετάσεις και δοκιμασίες που έχουν σαν σκοπό τον

έλεγχου της φυσιολογικής λειτουργίας του ήπατος. Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι χρήσιμες και ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Εκτός από τις δοκιμασίες ελέγχου του ήπατος, υπάρχουν και διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι πιο αποτελεσματικές. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

1. Το σπινθηρογράφημα ήπατος
2. Η λαπαροσκόπηση
3. Η βιοψία ήπατος
4. Η αγγειογραφία

Οι παραπάνω εξετάσεις μας δίνουν μια πλήρη εικόνα του ήπατος και σχεδόν πάντα επιβεβαιώνουν την πιθανή διάγνωση με βάση τα αποτελέσματα των ηπατικών δοκιμασιών.

Ως επί το πλείστον, πριν από τις διαγνωστικές εξετάσεις, προηγείται η φυσική εξέταση των ασθενών, που πάσχουν από νοσήματα του ήπατος, η οποία δίνει πολλές φορές πολύ αξιόλογα ευρήματα. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων και των ούρων, κυρίως σε ικτερικούς ασθενείς. Τα κυριότερα ευρήματα της φυσικής εξέτασης, είναι:

- Αλλοίωση του δέρματος.
- Ενδοκρινικές διαταραχές, που εμφανίζονται σε ασθενείς με ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια.
- Διόγκωση της κοιλιάς, που οφείλεται συνήθως στην ύπαρξη ασκήτη, όπου η κοιλιά παίρνει χαρακτηριστικό «βατραχοειδές» σχήμα.

- Διόγκωση του ήπατος. Η ομαλή ή η ανώμαλη διόγκωση τυχόν διαπίστωση όζων, αποτελούν σημαντικά στοιχεία της φυσικής εξέτασης.
- Διόγκωση του σπλήνα.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

2.1. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα εννοούμε εκείνα που οφείλονται σε ζωντανούς δυνητικά ή υποχρεωτικά νοσογόνους παράγοντες ή στα τοξικά προϊόντα τους.

2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ

Οι παράγοντες που απαιτούνται για να εμφανιστεί και να διατηρηθεί μια επιδημική έκρηξη ενός λοιμώδους νοσήματος, είναι:

1. Η ύπαρξη ενός παθογόνου μικροοργανισμού σε πυκνότητα ικανή να προσβάλλει πολλά άτομα.
2. Ένας κατάλληλος τρόπος μετάδοσης του μικροοργανισμού στα επιδεκτικά άτομα.
3. Ένας ικανοποιητικός αριθμός επιδεκτικών ατόμων που είναι εκτεθειμένα στον παθογόνο μικροοργανισμό.

Μια αποτελεσματική στρατηγική για τον έλεγχο και τον περιορισμό της εξάπλωσης ενός λοιμώδους νοσήματος, θα στόχευε:

1. Την απομάκρυνση ή εξάλειψη της πηγής του παθογόνου μικροοργανισμού.
2. Στην διακοπή ή περιορισμό της διαδικασίας μετάδοσης.

3. Στην ενίσχυση της συλλογικής ανοσίας του πληθυσμού (μείωση του αριθμού των επιδεκτικών ατόμων) με παθητική ή ενεργητική ανοσοποίηση.

Υπόδοχο ή δεξαμενή ενός λοιμογόνου παράγοντα μπορεί να είναι μέλη του ζωικού βασιλείου (ο άνθρωπος, τ' αρθρόποδα π.χ. έντομα (ξενιστές), καθώς και μέλη του άψυχου περιβάλλοντος, όπως νερό, έδαφος), όπου οι λοιμογόνοι παράγοντες ζουν και πολλαπλασιάζονται.

Χαρακτηριστικά ενός λοιμογόνου παράγοντα που επηρεάζουν την επιδημιολογία των αντιστοιχων νοσημάτων, είναι:

1. Η μολυσματικότητα, η ικανότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα να μολύνει τον ξενιστή χωρίς να προκαλεί υποχρεωτικά έκδηλη νόσο.
2. Η παθογονικότητα. Η ικανότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα να προκαλεί έκδηλη νόσο. Εκτιμάται με το πηλίκo έκδηλο νόσημα/σύνολο μολύνσεων.
3. Λοιμοτοξικότητα που αφορά στην σοβαρότητα μιας έκδηλης νόσου. Εκτιμάται με βάση τον δείκτη θνησιμότητας ή τον δείκτη μιας σοβαρής επιπλοκής.
4. Η ανοσοποιητική ικανότητα που αφορά την δυνατότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα να δημιουργεί μια ειδική, ισχυρή και διαρκή ανοσία στον ξενιστή.

	Μολυσματικότητα	Παθογονικότητα	Λοιμοτοξικότητα
Μεγάλη	Ιλαρά Ανεμοβλογιά Πολυομυελίτιδα	Ιλαρά Ανεμοβλογιά Κοινό κρυολόγημα	Ευλογιά
Μέση	Ερυθρά Παρωτίτιδα Κοινό κρυολόγημα Φυματίωση	Ερυθρά Παρωτίτιδα Πολυομυελίτιδα Ηπατίτιδα Α	Πολυομυελίτιδα Φυματίωση Ηπατίτιδα Α Ερυθρά
Μικρή			Ιλαρά Παρωτίτιδα Ανεμοβλογιά Κοινό κρυολόγημα

2.1.2. ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

- Λανθάνουσα περίοδος κατά την οποία δεν αποβάλλεται ο παθογόνος μικροοργανισμός στο περιβάλλον κι επομένως δεν μολύνονται άλλα άτομα.
- Χρόνο επώασης της νόσου (χρόνος από την έκθεση μέχρι την εμφάνιση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων ή σημείων της νόσου).
- Περίοδος μεταδοτικότητας ορίζεται το χρονικό διάστημα κατά το οποίο αποβάλλεται ο λοιμογόνος παράγοντας στο περιβάλλον σε δόση επαρκή για την μετάδοσή του.

ΥΠΑΡΞΗ ΦΟΡΕΩΝ

Φορέας είναι το μολυσμένο άτομο που δεν εμφανίζει κλινικές εκδηλώσεις, αλλά μπορεί να συμβάλλει στην διασπορά του λοιμογόνου παράγοντα που μεταφέρει.

2.1.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

- **Άμεσοι** (δηλαδή άμεση χρονικά και τοπικά μεταφορά του λοιμογόνου παράγοντα από την πηγή στην κατάλληλη πύλη εισόδου των επιδεκτικών ατόμων).
 1. Άμεση μετάδοση με ανθρώπους (φιλία, αγκαλιά, σεξ) π.χ. απλός έρπητας, β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος από δερματικές βλάβες, RSV με τα χέρια που έχουν μολυνθεί με τις εκκρίσεις του μολυσμένου ατόμου, κοπρανοστοματική οδός π.χ. ηπατίτιδα, σιγκέλα, λάμβλια. Το καλό και συχνό πλύσιμο των χεριών αποτελεί το αποτελεσματικότερο και ίσως μοναδικό μέσο προφύλαξης για τα παθογόνα που μεταδίδονται με αυτόν τον τρόπο.
 2. Άμεση μετάδοση με σταγονίδια, που μεταφέρουν μεγάλο αριθμό μικροβίων και ιών και παράγονται κατά χιλιάδες κατά την διάρκεια του βήχα, του πταρμού και της ομιλίας (προφορά του τ) είναι η στενή και παρατεταμένη επαφή μεταξύ των ατόμων.

Η χρησιμοποίηση μιας μάσκας, η αραίωση των κρεβατιών, η μείωση του βαθμού συνωστισμού σε νοσοκομεία, κινηματο-γράφους, λεωφορεία, νοσοκομεία και η αποφυγή παραμονής σε κλειστούς πολυσύχναστους και με χωρίς καλό εξαερισμό χώρους κυρίως τους χειμερινούς μήνες.
 3. Άμεση επαφή με ζώα, π.χ. μετά από δάγκωμα ή αμυχή. Βλάβη άλλη εκτός από δάγκωμα δεν προκαλεί λύσσα.
 4. Άμεση επαφή με ελεύθερο περιβάλλον σπόροι του κλωστηριδίου του τετάνου.
- **Έμμεσοι**. Η έμμεση μεταφορά, μπορεί να είναι:
 1. Μέσω ενός άψυχου αγωγού με μικρό βεληνεκές, π.χ. αντικείμενα προσωπικής χρήσης, όπως σεντόνια, οδοντόβουρτσες, ποτήρια,

μαντήλια κ.ά. ή με μεγάλο βεληνεκές, όπως το νερό, τα τρόφιμα, το αίμα κ.ά. και να μολύνουν πολλά άτομα, π.χ. γαστρεντερίτιδες.

2. Μέσω ενός έμψυχου διαβιβαστή, π.χ. ενός εντόμου.
3. Αερογενώς (με την σκόνη ή τους πυρήνες σταγονιδίων). Παράδειγμα η φυματίωση, η ιλαρά, κ.λ.π.
 - ο Μέτρα για την πρόληψη της αερογενούς μετάδοσης, αποτελούν ο καλός **αερισμός** των χώρων, η συστηματική καταπολέμηση της σκόνης και η απολύμανση του αέρα με υπεριώδη ακτινοβολία, όπου αυτό είναι αναγκαίο.

2.1.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μελών, μικρότερος ο χώρος, χειρότερες είναι οι συνθήκες υγιεινής. Ο δείκτης ενδοοικογενειακής διαμόλυνσης είναι 100% για την ανεμοβλογιά και τον κοκίτη, 50% για τον παρβοϊό και αρκετά μεγάλος (4-5% έναντι 0,3-0,5% άρα 500-800 φορές μεγαλύτερος) για τον μηνιγγιτιδόκοκκο και τον αιμόφιλο τύπου β. Στο σχολείο ευνοείται η μετάδοση των λοιμωδών νοσημάτων αλλά ο κίνδυνος είναι μικρότερος από το οικογενειακό περιβάλλον.

2.1.5. ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ

Στους βρεφονηπιακούς σταθμούς, παράγοντες που συμβάλλουν ιδιαίτερος στην αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων στους παιδικούς σταθμούς, είναι:

1. Η κακή κτιριακή υποδομή.
2. Ο μεγάλος αριθμός παιδιών σε σχέση με το προσωπικό.
3. Οι εργαζόμενοι γονείς που αναγκάζονται πολλές φορές να στέλνουν τα άρρωστα παιδιά τους στο σταθμό.

4. Η περιέργεια, χαρακτηριστικό της ηλικίας και η ανάγκη για μεγαλύτερη και στενότερη επαφή μεταξύ τους αλλά και με το προσωπικό.
 5. Η ανεπαρκής εκπαίδευση ή ευαισθητοποίηση του προσωπικού στο θέμα των λοιμώξεων αλλά και η έλλειψη πολιτικής για την λειτουργία των παιδικών σταθμών.
- Βασικά μέτρα για την ελαχιστοποίηση των λοιμώξεων στους παιδικούς σταθμούς, είναι:
1. Η διατήρηση καλής ατομικής υγιεινής.
 2. Η διατήρηση καθαρού και υγιεινού περιβάλλοντος, και
 3. Το καλό και συχνό πλύσιμο των χεριών κάθε φορά που ο υπεύθυνος ασχολείται με ένα παιδί ή με τα τρόφιμα.

2.1.6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΩΝ

Η αντιμετώπιση των επιδημιών, περιλαμβάνει:

1. Περιορισμό της μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα.
 - (α) Με την απομάκρυνση των μολυσμένων ατόμων
 - (β) Απολύμανση με φυσικά (αερισμό, ήλιο) ή χημικά μέσα για νοσήματα που μεταδίδονται με σκόνη ή αγωγούς (νερό, τρόφιμα, ζώα).
2. Έλεγχο και περιορισμό του υποδόχου.

Εξαρτάται από την φύση και τα χαρακτηριστικά του. Π.χ. καταστροφή (αρουραίοι, χημειοπροφύλαξη και χημειοθεραπεία όταν το υπόδοχο είναι ο άνθρωπος).
3. Αύξηση της συλλογικής ανοσίας του πληθυσμού με την τεχνητή ενεργητική ή παθητική ανοσοποίηση.⁵

2.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α - ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι πιο συχνές λοιμώδεις ηπατίτιδες είναι οι ιογενείς ηπατίτιδες για τις οποίες ευθύνονται πολλοί ιοί. Ένας από αυτούς είναι και ο ιός της ηπατίτιδας Α.

Αποτελεί την πρώτη μορφή ηπατίτιδας. Έγινε γνωστή γύρω στο 1940 και ονομάστηκε στην αρχή «λοιμώδης ηπατίτιδα». Κατατάσσεται μεταξύ των συχνότερων λοιμωδών νοσημάτων, διότι προκαλεί οξεία λοίμωξη, η οποία σχεδόν ποτέ δεν μεταπίπτει σε χρόνια μορφή και αφήνει μόνιμη ανοσία (δηλ. ο ασθενής δεν υπάρχει περίπτωση να νοσήσει ξανά από ηπατίτιδα Α). Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοϊάται σύντομα και δεν εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία.

Μεταδίδεται δια της εντερικής οδού από έναν RNA-ιό, μεγέθους 27 nm (HAV: Hepatitis-A-Virus).

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η επιδημιολογική κατάσταση της ηπατίτιδας Α μεταβάλλεται ταχύτατα παγκοσμίως, με αποτέλεσμα τα παλιότερα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με την επίπτωση και τον επιπολασμό της νόσου να αξιολογούνται με επιφύλαξη.

Στοιχεία για τον επιπολασμό παίρνουμε από τους αιμοδότες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ταξιδεύουν ετησίως περίπου 20 εκατομμύρια άνθρωποι, από τις βιομηχανικές χώρες σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η συχνότητα της ηπατίτιδας Α είναι μεγάλη. Μεταξύ των ταξιδιωτών, βρίσκονται πολυάριθμοι νέοι, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην ηπατίτιδα Α. Το ποσοστό διασποράς στον πληθυσμό σχετίζεται από πολλούς παράγοντες.

α) Επιδημιολογική Κατάσταση

Έχουν περιγραφεί πολυάριθμες επιδημίες ηπατίτιδας Α. Τέτοιου είδους επιδημίες έγιναν γνωστές στις δεκαετίες του '50 και '60, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις Η.Π.Α. Εξαιτίας της συνεχούς βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής, παρατηρούνται σε αυτές τις χώρες μόνο τοπικές επιδημίες.

β) Εποχιακοί Παράγοντες

Στα βορειότερα κράτη παρατηρείται αυξημένη επίπτωση κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου και του χειμώνα, ενώ στις τροπικές και εύκρατες χώρες δεν παρατηρούνται, κατά κανόνα, αυτές οι εποχιακές αυξήσεις.

γ) Ηλικία

Η συχνότητα στον πληθυσμό σχετίζεται με την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και κυρίως με το επίπεδο των συνθηκών υγιεινής. Η διαφορετική γεωγραφική κατανομή της ηπατίτιδας Α, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στα πλαίσια των ταξιδιωτών ανά τον κόσμο και της χορήγησης αναπτυξιακής βοήθειας.

Παράλληλα με τον κίνδυνο από τα ταξίδια στο εξωτερικό, τα οποία ευθύνονται για ένα ποσοστό περίπου 14% από τους ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα Α, σημαντικό ρόλο παίζει η επαφή με τους νοσούντες από ηπατίτιδα Α (26%), η ομοφυλοφιλία (15%), η επαφή με παιδιά από παιδικούς σταθμούς (11%) καθώς και η χρήση ναρκωτικών (10%).

Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι στο ήμισυ περίπου των περιπτώσεων ηπατίτιδας Α, δεν μπορεί να προσδιορισθεί ειδικός παράγοντας κινδύνου. Στην κυτταροκαλλιέργεια, ο ιός της ηπατίτιδας Α αναπτύσσεται αργά, χωρίς να είναι κυτταρολογικός. Πειραματικά στοιχεία, δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια της λοίμωξης εμφανίζονται κυτταροτοξικά, ειδικά για τον ιό Τ-κύτταρα, τα οποία πιθανώς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξάλειψη της λοίμωξης.

Τελικώς, η επιδημιολογία, η μελέτη της κατανομής και διάδοση μιας ασθένειας σε σχέση με τα γεωγραφικά, κοινωνικοοικονομικά δεδομένα και το

περιβάλλον, και ο τρόπος μετάδοσης των ιών Α και Β είναι αντίθετα σε όλα τα σημεία.⁷

2.4. ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Όπως συμβαίνει και με τους περισσότερους παράγοντες μετάδοσης ενός ορισμένου αριθμού άλλων επιδημικών μολυσματικών ασθενειών (π.χ. τυφοειδής πυρετός, πολιομυελίτιδα), ο ιός περνώντας στα κόπρανα του ασθενή, ακολουθεί τη μοίρα των περιττωμάτων: υπόνομοι, πέταγμα στα ποτάμια και σε ορισμένες θάλασσες. Έτσι τα όστρακα είναι συχνά μολυσμένα και μεταδίδουν την αρρώστια, γεγονός το οποίο προκαλεί συχνά την εμφάνιση τοπικών ενδημιών και επιδημιών. Μια διαρροή λυμάτων υπονόμου μπορεί να μολύνει το δίκτυο ύδρευσης. Εξαιτίας της κοπρανοστοματικής οδού μετάδοσης, μέσο μετάδοσης λοίμωξης από ηπατίτιδα Α, μπορεί να αποτελέσουν τρόφιμα, όπως: φρέσκο γάλα, χάμπουργκερ, μακαρόνια, κρύο κρέας, γλυκίσματα, κ.λ.π.

Ο ιός της ηπατίτιδας Α προκαλεί νόσο μετά από χρόνο επώασης ποικίλης διάρκειας, ο οποίος κατά κανόνα κυμαίνεται μεταξύ 21-42 ημερών. Μετά από την έναρξη της νόσου, ο ιός αποβάλλεται με τα κόπρανα για μικρό ακόμα χρονικό διάστημα, ενώ κλινικά αξιοσημείωτο είναι τα μολυσμένα άτομα αποβάλλουν τον ιό κυρίως κατά την διάρκεια της προκλινικής φάσης. Σε παλαιότερες φάσεις, 14 ημέρες μετά την πρώτη εκδήλωση σκουρόχρωμων ούρων δεν ήταν πια δυνατόν να ανιχνευθεί ο ιός στα κόπρανα.

Η ηπατίτιδα Α, όπως και η ηπατίτιδα Β, εμφανίζεται πολύ συχνά σε ιδρύματα διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Η σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Α είναι γνωστή αλλά σπάνια. Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α σε μονάδες αιμοδιάλυσης είναι ασυνήθιστη. Η μετάδοσή της από χρήστες ναρκωτικών, γεγονός που είναι γνωστό για τις ηπατίτιδες Β και C, είναι άνευ

σημασίας για την ηπατίτιδα Α. Το ίδιο ισχύει για την μετάδοσή της από τη μητέρα στο έμβryo. Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α με μετάγγιση αίματος είναι σπάνια.

Συνοψίζοντας, το σημαντικότερο κίνδυνο για λοίμωξη από ΗΑV αποτελούν οι κακές συνθήκες υγιεινής με δυνατότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Α από ένα μολυσμένο άτομο σε ένα υγιές μέσω τις κοπρανοστοματικής οδού. Συνεπώς, ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν οι ταξιδιώτες, άρρενες ομοφυλόφιλοι, τρόφιμοι ιδρυμάτων διανοητικά καθυστερημένων ατόμων και παιδιά σε παιδικούς σταθμούς.

2.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η ηπατίτιδα Α χαρακτηρίζεται από ένα γαστρεντερικό πρόδρομο στάδιο και πολλές φορές από μία ικτερική φάση, που αναπτύσσεται στη συνέχεια και αρχίζει με σκοτεινόχροη χρώση των ούρων και ίκτερο των σκληρών.

Μια οξεία ηπατίτιδα ξεκινά με απροσδιόριστα γαστρεντερικά ενοχλήματα, καταβολή, ναυτία και εμετούς. Μπορεί να παρατηρηθεί πυρετός μέχρι 39° C, όμοιο με της κοινής γρίπης, χωρίς να υπάρχει τίποτε που θα μας κάνει να σκεφθούμε την ηπατίτιδα. Η νόσος εξελίσσεται υποκλινικά σε ποσοστό πάνω από 90% των ασθενών, που σημαίνει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων, δεν αποκαλύπτεται.

Εξανθήματα ποικίλης μορφολογίας, άλλοτε παρόμοια με τις ιλαράς και άλλοτε παρόμοια της κνίδωσης, δεν είναι σπάνια.

Το ήπαρ είναι στους περισσότερους ασθενείς λίγο διογκωμένο και επώδυνο στην πίεση, η υφή του μαλακή και η επιφάνειά του λεία. Περίπου το 25% των ασθενών, έχουν ψηλαφητή σπλήνα. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχουν παρατηρηθεί μικρές διογκώσεις τραχηλικών λεμφαδένων. Σε πολύ σπάνιες

περιπτώσεις, η οξεία ηπατίτιδα Α, μπορεί να συνοδεύεται από ασκίτη. Ο ασκίτης πολλές φορές εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια του σταδίου ανάρρωσης, κυρίως σε παιδιά. Η ηλικία φαίνεται ότι έχει σημαντική επίδραση στην συμπτωματολογία της οξείας λοίμωξης.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εξέλιξη της νόσου είναι καλοήθης και δεν πρέπει να προκαλεί περισσότερη ανησυχία από μια ιλαρά.

2.6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι λεγόμενες «ηπατικές δοκιμασίες» είναι μη ειδικές για τις οξείες ηπατίτιδες.

Ευρισκόμενα στοιχεία εργαστηριακών εξετάσεων, όπως:

- Ü** η αύξηση της δραστηριότητας των τρανσαμινασών στον ορό,
- Ü** αύξηση των απεκκριτικών ενζύμων (αλκαλική φωσφατάση, γ-GT, LAP),
- Ü** αύξηση συγκέντρωσης σιδήρου στον ορό (πάνω από 200 mg/100 ml),
αύξηση της συγκέντρωσης της χολερυθρίνης στον ορό (συνήθως μερικές μέρες μετά την αύξηση των τρανσαμινασών),

αποτελούν ενδείξεις οξείας λοίμωξης.

Στην ηπατίτιδα Α, δεν παρατηρούνται διαταραχές της πήξης του αίματος, εξαιρουμένων των άτυπων λεμφοκυττάρων που μπορεί να ανευρεθούν στο επίχρισμα του αίματος μερικών ασθενών. Θρομβοκυτταροπενία, απλασματική αναιμία είναι εξαιρετικά σπάνια σε οξείες ηπατίτιδες όπως και οι οξείες αιμολυτικές αναιμίες.

Ανεύρεση τέτοιου είδους επιπλοκής, σε ασθενή με οξεία ηπατίτιδα, πρέπει να εγείρει την υποψία για κάποια άλλη κύρια νόσο. Το ίδιο ισχύει για την ηλεκτροφόρηση του ορού. Η ενδεχόμενη ανεύρεση υπέρ-γ-σφαιριναιμίας, πρέπει να μας κάνει να σκεφτούμε ότι υπάρχει χρόνια ηπατική νόσος άλλης αιτιολογίας, στο έδαφος της οποίας αναπτύχθηκε οξεία λοίμωξη από ιό Α.

Γενικά, η εργαστηριακή επιβεβαίωση της πιθανολογούμενης διάγνωσης επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ειδικών ιολογικών εξετάσεων.

2.7. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΠΛΟΚΕΣ

Από 256 ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα Α σε 17 περιπτώσεις διαγνώστηκε υποτροπή. Μια τέτοια υποτροπή είναι και η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα.

Από τις πρώτες ημέρες της ασθένειας ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές της συνείδησης, της συμπεριφοράς, παραλήρημα, εμέτους. Ο ίκτερος δεν είναι πολύ έντονος, αλλά οι αναλύσεις δείχνουν σοβαρότατες ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας. Ιδιαίτερα υπάρχουν διαταραχές στην πήξη του αίματος λόγω πτώσης του ποσοστού προθρομβίνης. Ο ασθενής πρέπει να μεταφερθεί επείγοντως σε ειδικευμένο κέντρο.

Στις σοβαρότερες περιπτώσεις ο ασθενής πέφτει σε κώμα. Η θνησιμότητα αυτών των μορφών είναι σημαντική: επτά ως οκτώ περιπτώσεις στις δέκα.

Η πρώτη αιτία αυτών των δραματικών μορφών είναι η πλήρης σχεδόν καταστροφή του ήπατος από την επίδραση του ιού. Έχουμε δει ότι το κλειδί όλων σχεδόν των μεταβολικών δραστηριοτήτων του οργανισμού είναι το ήπαρ. Η ποσότητα του ήπατος που υπολείπεται, μετά την καταστροφή (ή νέκρωση) που οφείλεται στον ιό, δεν επαρκεί για ν' αντιμετωπίσει τις διάφορες ανάγκες του οργανισμού και να διατηρήσει τις μεγάλες ζωτικές λειτουργίες. Η αποφασιστική όμως αιτία θανάτου είναι συχνά κάποιος επιπρόσθετος παράγοντας: η διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος που επιφέρει το κώμα.

Επιβάλλεται να αποκλειστούν κυρίως η ελονοσία και η σηψαιμία για να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος για την ειδική θεραπεία. Θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί με άτομα τα οποία κατά την κλινική εξέταση παρουσιάζουν σημειολογία ηπατικής δερμοπάθειας που υποδηλώνει μια ήδη χρόνια ηπατίτιδα ή κίρρωση, επομένως πρέπει να γίνει ιστολογική εξέταση του ήπατος όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Στην περίπτωση της ηπατίτιδας Α πρέπει να αποκλειστούν παθήσεις που διατρέχουν με υψηλό πυρετό και συμπτώματα από το γαστρεντερικό.⁷

2.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

Η θεραπεία μιας οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι ανεξάρτητη από το εκάστοτε αίτιο. Η παραμονή στο κρεβάτι είναι η συχνότερη συνιστώμενη θεραπεία. Η κλινική πείρα δείχνει, ότι οι ασθενείς, εξαιτίας των έντονων συμπτωμάτων της νόσου, προτιμούν έτσι και αλλιώς την ξεκούραση στο κρεβάτι.

Γενικά, οι περισσότεροι ασθενείς ξέρουν να εκτιμούν από μόνοι τους την κινητική τους δραστηριότητα.

Ένα ποσοστό των ασθενών διαμαρτύρεται για ναυτία και εμέτους. Σε ακατάσχετους εμέτους ενδείκνυται αγωγή με εγχύσεις, η οποία περιλαμβάνει χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θερμίδων. Τα διαλύματα γλυκόζης θεωρούνται ως τα πιο κατάλληλα για αυτή την περίπτωση.

Η χορήγηση στεροειδών δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα. Όταν είναι απαραίτητη η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, θα πρέπει να χορηγούνται με τη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία. Πολυάριθμα φάρμακα προτείνονται με τη μορφή έγχυσης ως «κοκτέιλ προστατευτικά του ήπατος». Αυτά είναι ακριβά, άχρηστα και σε αρκετές περιπτώσεις ότι ακίνδυνα για τον ασθενή. Επομένως, μια τέτοια θεραπεία δεν είναι ότι

καλύτερο. Πολλοί ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα που εμφανίζει χολόσταση υποφέρουν από έντονο κνησμό. Σε αυτή την περίπτωση είναι κατάλληλη η χορήγηση φαρμάκων που δεσμεύουν τα χοληνεργικά οξέα και ίσως η χορήγηση αντιισταμινικών.

Η διαιτητική αγωγή των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα χωρίς επιπλοκές είναι πλέον ελεύθερη, διότι η πορεία της νόσου δεν επηρεάζεται από το είδος της διατροφής. Δεν υπάρχει ειδική διατροφή που να δρα προστατευτικά στο ήπαρ.

Τέλος, η ενδοφλέβια σίτιση είναι απαραίτητη μόνο στο οξύ στάδιο, όταν ο ασθενής έχει επίμονο πυρετό και δεν μπορεί να σιτιστεί από το στόμα.

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 κατάστασης.⁸

2.9. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Η προφύλαξη από την ηπατίτιδα Α, κατατάσσεται σε δύο κατηγορίες:

(α) Παθητική Ανοσοποίηση:

Η συνήθως γ-σφαιρίνη προφυλάσσει από την ηπατίτιδα Α. Άρα, κάποιος που θέλει να ταξιδέψει είναι καλό πριν την αναχώρησή του να γίνεται παθητική προφύλαξη με γ-σφαιρίνη. Η παθητική ανοσοπροφύλαξη με ανοσοσφαιρίνη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, είτε χορηγηθεί πριν από την έκθεση, είτε μετά την εκδήλωση επιδημίας ηπατίτιδας Α. Η ανοσοποίηση

επαναλαμβάνεται μετά από 4 μήνες εφ' όσον παραμένει ο κίνδυνος προσβολής από ηπατίτιδα. Η αξία ενός τέτοιου μέτρου έχει αποδειχθεί.

Η παθητική ανοσοποίηση συνίσταται σε άτομα, που έρχονται σε επαφή με οικοτροφεία κυρίως και άσυλα πνευματικά καθυστερημένων ατόμων. Οι παρενέργειες της είναι περιορισμένες και εκδηλώνονται στο 1% περίπου των ατόμων. Περιλαμβάνουν κυρίως τοπικό πόνο, πυρετό και σε σπάνιες περιπτώσεις δερματικά εξανθήματα και αρθραλγίες.

(β) Ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμός):

Ενδείκνυται σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να έρθουν σε επαφή με τον ιό.

Διαθέσιμα σκευάσματα

(που περιέχουν την ουσία ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α αμιγών ή σε συνδυασμό)

- i. AVAXIN
- ii. HAVRIX
- iii. VAQTA

Αντενδείξεις:

- υπερευαισθησία στο φάρμακο,
- οξεία εμπύρετα νοσήματα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:

- Τοπικές ή συστηματικές αντιδράσεις,
- κεφαλαλγία,
- γαστρεντερικές διαταραχές.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

3.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΑΠΟ ΤΑ ΠΙΟ ΔΙΑΔΕΔΟΜΕΝΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ηπατίτιδα Β, από την οποία πάσχουν 300.000 άνθρωποι στην Ελλάδα και είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα λοιμώδη νοσήματα, θα αποτελέσει το θέμα του 7^{ου} Πανελληνίου Ηπατολογικού Συνεδρίου που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος.

Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στο συνέδριο στις πρωτοποριακές έρευνες από την Ελλάδα, που αφορούν τη χρόνια ηπατίτιδα Β από μεταλλαγμένο ιό, γνωστή ως ηπατίτιδα Β με αρνητικό αντιγόνο.

Ο τύπος αυτός αποκτάται στην παιδική συνήθως ηλικία και εκδηλώνεται πολλές δεκαετίες μετά, ύστερα από σιωπηρή, χωρίς συμπτώματα διαδρομή της λοίμωξης. Είναι ιδιαίτερα συχνός στη Μεσόγειο και την Ασία και σχετικά ανθεκτικός στη θεραπεία.

Σύμφωνα με στοιχεία που θα αναφερθούν στο συνέδριο το ένα τρίτο των ασθενών με χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β θα αναπτύξει τελικά κίρρωση του ήπατος.

Το ποσοστό όμως είναι μεγαλύτερο, όταν η μετάδοση συμβεί κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβική ηλικία. Η χρόνια ηπατίτιδα Β αποτελεί όμως παγκοσμίως και σοβαρό προδιαθεσικό παράγοντα ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Το νεόπλασμα αναπτύσσεται 25-30 χρόνια μετά τη μόλυνση, ενώ είναι πολύ συχνότερο, όταν συνυπάρχει με τον ιό του AIDS. Οι συνέπειες της

ηπατίτιδας Β, δηλαδή η κίρρωση και ο καρκίνος του ήπατος, έχουν ως αποτέλεσμα ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως σ' ολόκληρο τον κόσμο.^{10, 11}

3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο ιός της ηπατίτιδας Β, είναι οξεία ηπατική φλεγμονή, η οποία προκαλείται από RNA – ιό μεγέθους 3nm (σωματίδιο Dane), μεταδιδόμενη από άνθρωπο σε άνθρωπο, κάθετα ή περιγεννητικά, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ιώμενη, αν και μερικά περιστατικά εξελίσσονται σε μακροχρόνια κατάσταση μικροβιοφορίας ή μεταπίπτουν σε χρόνια ηπατίτιδα, είτε σε μεθηπατιδική κίρρωση του ήπατος.¹²

3.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι φορείς της οξείας ηπατίτιδας Β σε όλο τον κόσμο, υπολογίζονται σε περισσότερα από 300 εκατομμύρια. Σε μερικές, μάλιστα, χώρες το ποσοστό του HbsAg-θετικού πληθυσμού φτάνει μέχρι και 30%.

Πριν από την απομόνωση και τον αποκλεισμό (με τις συστηματικές ορολογικές εξετάσεις) των αιμοδοτών φορέων του ιού, η μεγάλη αιτία των ιογενών ηπατίτιδων Β, ήταν οι μεταγγίσεις αίματος.

Αλλά υπάρχουν και πολλοί άλλοι τρόποι μόλυνσης από το αίμα πάσχοντος ατόμου. Για παράδειγμα, με τις ενδομυϊκές ή ενδοφλέβιες ενέσεις που γίνονται με πλημμελώς αποστειρωμένο υλικό. Αυτή η αιτία, συχνή άλλοτε, έχει γίνει σήμερα πολύ πιο σπάνια χάρη στις σύριγγες της μιας χρήσεως. Η μετάδοση με τη σύριγγα εξηγεί την εξαιρετικά μεγάλη συχνότητα της ηπατίτιδας Β στους νέους τοξικομανείς που κάνουν ενέσεις ναρκωτικών.

Η συχνότητα της ηπατίτιδας Β είναι σημαντική και σε ορισμένα εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα: μονάδες τεχνητού νεφρού για άτομα που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ογκολογικά κέντρα κ.ά. Στα κέντρα αυτά η προστασία του προσωπικού έχει την πρώτη θέση.

Ο ιός Β μπορεί ακόμη να μεταδοθεί και με άλλους τρόπους, όπως π.χ. με τη σεξουαλική επαφή. Η μόλυνση είναι δυνατή με την ετεροσεξουαλική επαφή, αλλά η συχνότητα στην περίπτωση αυτή δεν είναι πολύ καλά καθορισμένη. Αντίθετα, η μόλυνση στους ομοφυλόφιλους άνδρες είναι πολύ πιο συχνή.

Η μετάδοση από μητέρα σε παιδί, τη στιγμή της γέννησης, είναι βέβαιη. Αυτή εξηγεί την εξαιρετική μεγάλη συχνότητα της μόλυνσης με τον ιό Β σε ορισμένες χώρες της Αφρικής και της Ασίας για παράδειγμα.¹³

3.4. ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Η μορφή αυτή της ηπατίτιδας μεταδίδεται όταν ο ιός εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτό μπορεί να γίνει με τη σεξουαλική επαφή (για αυτό και η ηπατίτιδα Β παίζει όλο και μεγαλύτερο ρόλο ως αφροδίσιο νόσημα), με τρύπημα από μολυσμένη βελόνα, κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών ή άλλων επεμβάσεων, με την μετάγγιση αίματος και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης μεταδίδεται με το τατουάζ, τις ξυριστικές μηχανές και τις οδοντόβουρτσες.⁶

3.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα πρόδρομα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας Β είναι ποικίλα και συστηματικά. Στην αρχή παρουσιάζεται κακουχία, ανορεξία, μυαλγία, εύκολη κόπωση, ναυτία, έμετοι και πυρετός. Βαθμιαία παρουσιάζεται πόνος

στο άνω δεξιά τμήμα της κοιλίας, ανορεξία, ίκτερος, ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία.

Μετά από δύο εβδομάδες περίπου, εμφανίζονται σημεία ανάρρωσης και βαθμιαία επανέρχεται η όρεξη, υποχωρεί ο ίκτερος και ο πυρετός. Σε 10% των ασθενών η ηπατίτιδα μεταπίπτει σε χρόνια (χρόνια ηπατίτιδα) και οι ίδιοι γίνονται χρόνιοι φορείς.

Σπάνια η νόσος μπορεί από την πρώτη στιγμή της λοίμωξης να ακολουθήσει πολύ επιθετική μορφή (κεραυνοβόλος μορφή) με νέκρωση του ήπατος και να προχωρήσει σε κόμα και ενδεχομένως θάνατο.¹⁴

3.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Χωρίς την βοήθεια εργαστηριακών δεδομένων, είναι αδύνατη η διάκριση της ηπατίτιδας Β από την ηπατίτιδα Α. Και στις δύο περιπτώσεις βρίσκουμε τα εργαστηριακά σημεία της ηπατοκυτταρικής νέκρωσης και σε ορισμένους ασθενείς επιπλέον στοιχεία ενδεικτικά χολοστατικής μορφής εξέλιξης.

Έτσι, προσδιορίζονται εργαστηριακά η δραστηριότητα της GPT και γ-GT, καθώς και της συγκέντρωσης της χολερυθρίνης και του σιδήρου στον ορό. Επίσης, συνίσταται και η διενέργεια ηλεκτροφόρησης ορού.

Το αυστραλιανό αντιγόνο και οι δείκτες ηπατίτιδας στο αίμα θέτουν τη διάγνωση και δείχνουν το στάδιο της νόσου που είναι ο ασθενής. Το αυστραλιανό αντιγόνο, ανιχνεύεται στο αίμα του μολυσμένου ασθενή. Στη συνέχεια μέσα στο επόμενο εξάμηνο περίπου, η μεγάλη πλειοψηφία, περίπου το 80%, αυτοϊάται (δηλαδή θεραπεύεται από μόνη της χωρίς κάποια ιατρική παρέμβαση). Σε αυτή την περίπτωση, δεν ανιχνεύεται πλέον το αυστραλιανό αντιγόνο, οπότε ο ασθενής δεν μεταδίδει τη νόσο. Επίσης, ανιχνεύονται αντισώματα στο αίμα που εξασφαλίζουν ανοσία απέναντι στη νόσο.

Στο υπόλοιπο ποσοστό, περίπου το 20%, το αυστραλιανό αντιγόνο παραμένει στο αίμα, ενώ αντισώματα δεν αναπτύσσονται και ο ασθενής λέμε ότι πάσχει από χρόνια ηπατίτιδα Β. Πρόκειται για ένα σοβαρό νόσημα που χρειάζεται τακτική παρακολούθηση και συχνά ενδονοσοκομειακό έλεγχο.^{15, 16}

3.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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 τεστ για τους παράγοντες αυτούς, μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διάγνωση, όταν το HBsAg, το αντι-HBc και το IgM αντί-HAV 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 «επαναλαμβανόμενων επεισοδίων» οξείας ηπατίτιδας.

Θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη και η αλκοολική ηπατίτιδα, όπου συνήθως οι τρανσαμινάσες δεν είναι τόσο σημαντικά ανυψωμένες, μπορεί όμως να υπάρχουν άλλα στίγματα αλκοολικά και ευρήματα 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 έμετο, 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 την λαπαροτομία.

Η ιογενής ηπατίτιδα στον ηλικιωμένο συχνά διαγιγνώσκεται 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 της δύο αυτές παθήσεις.⁷

3.9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Δεν υπάρχει ικανοποιητική θεραπεία μέχρι στιγμής. Όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος, έχει καλή εξέλιξη. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι: κλινοστατισμός και ανάπαυση, αποφυγή λίπους και αλατιού στην τροφή, διότι τα λιπαρά γεύματα προκαλούν ναυτία, αποφυγή οινόπνευματος (κατά την οξεία φάση μιας ιογενούς ηπατίτιδας απαγορεύουμε απόλυτα το οινόπνευμα).

Όσον αφορά τις φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται, είναι:

- (α) Χορήγηση της ουσίας νεβιραπίνης, και
- (β) Κορτιζόνης, πιθανώς, στην κεραυνοβόλο μορφή. Στην κεραυνοβόλο μορφή που απειλεί τη ζωή, γίνεται μεταμόσχευση ήπατος.

Οι χρόνοι φορέας πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά με εξετάσεις που περιλαμβάνουν και τις τρανσαμινάσες. Μερικοί εκ των χρόνιων φορέων

μπορεί να εκδηλώσουν μετά από πολλά χρόνια κίρρωση ή νεόπλασμα του ήπατος. Για αυτό το λόγο, η συχνή παρακολούθησή τους είναι αναγκαία.⁶

3.9. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

3.9.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο μεγάλος χρόνος επώασης και η προοδευτική εγκατάσταση των συμπτωμάτων χαρακτηρίζουν την κλινική εκδήλωση της ηπατίτιδας τύπου Β. Τα συμπτώματα είναι ανορεξία, ναυτία, έμετοι, κόπωση και δεκατική πυρετική κίνηση. Επίσης, στα πρόδρομα συμπτώματα μπορεί να είναι οι αρθραλγίες και αναφυλακτικές εκδηλώσεις. Στην οξεία φάση της λοίμωξης παρουσιάζεται ίκτερος, αποχρωματισμός των κοπράνων και υπέρχρωση των ούρων. Σπάνια εκδηλώνεται με κώμα, του οποίου η θνητότητα φθάνει σε ποσοστό 80%. Η ανάρρωση από τη λοίμωξη είναι μακροχρόνια και πολλές φορές διαρκεί μέχρι και έξι μήνες.

3.9.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με τον εργαστηριακό έλεγχο. Στον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε χαρακτηριστική αύξηση των τρανσαμινασών, ελάττωση των παραγόντων της πήξης του αίματος, αύξηση της χολερυθρίνης του ορού και την ανίχνευση του επιφανειακού αντιγόνου.

3.9.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο ιός της ηπατίτιδας Β διέρχεται τον πλακουντιακό φραγμό. Αυτό αποδεικνύεται από την ανεύρεση του

επιφανειακού αντιγόνου της ηπατίτιδας Β (HBsAg) στο αμνιακό υγρό σε ποσοστό 33% των περιπτώσεων, στο αίμα του ομφάλιου λώρου σε ποσοστό 50% και στο γαστρικό υγρό των νεογέννητων σε ποσοστό 95% περίπου. Επίσης, η προσβολή του εμβρύου από τον ιό μπορεί να γίνει μέσω των τραυματισμών των βλεννογόνων του, την κατάποση κολπικών εκκρίσεων, με αίμα της μητέρας από το έμβρυο και στις διάφορες τραυματικές μεθόδους που εφαρμόζονται κατά την εντατική παρακολούθηση του εμβρύου, όπως αιμοληψία κατά τον τοκετό, εσωτερική καρδιοτοκογραφία κ.ά. Ο θηλασμός, δεν έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί οδό προσβολής του νεογέννητου παρά το γεγονός ότι ανιχνεύεται το HBsAg στο γάλα της μητέρας. Θεωρητικά, ο κίνδυνος υπάρχει όταν διαπιστωθούν μικροτραυματισμοί στην θηλή του μαστού, συνεπώς, από τα στοιχεία αυτά θηλασμός είναι προτιμότερο να αποφεύγεται.

Η ηπατίτιδα στην κύηση έχει σχέση, ανάλογα με την εβδομάδα της κύησης, με αποβολές 7%, προωρότητα 20% και αυξημένο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας στο 13%. Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης ο ιός της ηπατίτιδας τύπου Β προσβάλλει το έμβρυο σε ποσοστό 10% ενώ κατά το τρίτο τρίμηνο, σε ποσοστό 50-76%. Άτομα που έχουν νοσήσει κατά το παρελθόν από ηπατίτιδα Β παραμένουν φορείς σε ποσοστό 5-10% και μπορούν να μεταδώσουν την λοίμωξη. Ο κίνδυνος μετάδοσης αυξάνεται όταν στα άτομα αυτά ανιχνεύεται το αντιγόνο e το οποίο, δηλώνει την ύπαρξη μεγάλων συγκεντρώσεων του ιού τύπου N. Η σημασία της προσβολής των νεογέννητων είναι ότι σε ποσοστό 90% θα καταστούν χρόνιοι φορείς HBsAg που πιθανόν να διατηρηθεί για όλη τους τη ζωή. Επίσης, υπάρχει το ενδεχόμενο του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, κίρρωσης και του πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Στο γενικό πληθυσμό ο κίνδυνος να παρουσιάσουν τα νεογέννητα αντιγοναιμία είναι 10%.

3.9.4. ΠΡΟΛΗΨΗ

Στα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για τον περιορισμό του αριθμού των νεογέννητων που θα προσβληθούν από τη νόσο, εφ' όσον είναι γνωστό ότι η μητέρα είναι φορέας του HBsAg, είναι η ανοσοποίηση του νεογέννητου, η οποία περιλαμβάνει την άμεση χορήγηση της ειδικής ανοσοσφαιρίνης HBIG κατά τη γέννηση και την επανάληψη της ίδιας δόσης στους 4 και στους 6 μήνες μετά τη γέννηση. Επίσης, αν μια HBsAg-αρνητική έγκυος, εκτεθεί σε κίνδυνο προσβολής από την ηπατίτιδα Β, επιβάλλεται η παθητική ανοσοποίησή της με την χορήγηση αντι-HBs ανοσοσφαιρίνης η οποία πρέπει να δοθεί αμέσως και όχι αργότερα από 7 ημέρες από 7 ημέρες με επανάληψή της σε 25 με 30 ημέρες. Ακόμα, σε γυναίκες οι οποίες είναι προσβεβλημένες από ηπατίτιδα Β ή φορείς της νόσου, κατά τον τοκετό πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη χρησιμοποίηση και στην απόρριψη του αναλώσιμου υλικού.

Ο τοκετός μπορεί να γίνει κολπικά ή με καισαρική τομή. Τα νεογνά αυτά είναι υψηλού κινδύνου για περιγεννητική λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β και της χρόνιας λοίμωξης του HBV που σχετίζεται με επιπλοκές όπως χρόνια ηπατίτιδα, κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Επίσης, όλες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να εξετάζονται για HBsAg στην αρχή της εγκυμοσύνης τους, ώστε να καθοριστεί αν τα νεογνά θα χρειασθούν ανοσοπροφύλαξη για πρόληψη της προσβολής τους από τη νόσο.¹⁷

3.10. ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Η κλινική ταξινόμηση του εμβολίου της ηπατίτιδας Β, διακρίνεται σε:

1. ανοσοενισχυτικά, και
2. ανοσορρυθμιστικά.

3.10.1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Η χορήγηση του εμβολίου θεωρείται απολύτως αναγκαία σε ορισμένες ομάδες ατόμων με υψηλή συχνότητα λοίμωξης από το HBV, όπως: 1) υγειονομικό προσωπικό, 2) ασθενείς και προσωπικό ειδικών μονάδων, 3) εργαζόμενοι σε τράπεζες αίματος, 4) αιματομεταγγιζόμενα άτομα, 5) Νεογνά φορέων HBsAg, 6) Άτομα που έρχονται σε επαφή με ασθενείς με οξεία HB ή χρόνιους φορείς, 7) Τρόφιμοι ιδρυμάτων για διανοητική καθυστέρηση ή παιδικών ιδρυμάτων, 8) Άτομα που κάνουν χρήση ενέσιμων φαρμάκων, 9) Ερωτικοί σύντροφοι πασχόντων ή χρόνιων φορέων, 10) Ταξιδιώτες σε χώρες που ενδημεί ο HBV.

3.10.2. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Έχουν αναφερθεί παρενέργειες τοπικές, όπως ερύθημα, σκληρότητα δέρματος, τοπικός πόνος, καθώς και γενικές, όπως οξεία εμπύρετα νοσήματα και μικροενοχλήσεις (ζάλης, γρίπης, κόπωσης και πόνου στο στήθος).

Σπανιότατα έχουν αναφερθεί γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετοι, διάρροια), μυοσκελετικές διαταραχές (γενικευμένοι πόνοι, αρθραλγίες και φλεγμονές αρθρώσεων), δερματικές βλάβες (έρπηρ ζωστήρ, ψωρίαση, εξανθήματα) και νευρολογικές διαταραχές (τρόμο, αστάθεια βαδίσματος).

Επίσης, μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία και υπόταση.

3.10.3. ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

- i.** ENGERIX
- ii.** INFANRIX – HEP
- iii.** RECOMBIVAX^{18, 19}

3.10.4. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β;

Την δεκαετία που διανύουμε, τέθηκε θέμα μαζικού εμβολιασμού από την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO). Υπάρχει πλέον ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και για την ηπατίτιδα Β και για την ηπατίτιδα Α. Στην χώρα μας πλέον, ο εμβολιασμός έναντι των συγκεκριμένων ιών είναι συστηματικός και γίνεται για την μεν ηπατίτιδα Β, τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, για δε την ηπατίτιδα Α, τα πρώτα σχολικά χρόνια.²⁰

Όλα τα νεογέννητα παιδιά στις Η.Π.Α. θα πρέπει να εμβολιάζονται ενάντια στην ηπατίτιδα Β κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, όπου γεννιούνται, προκειμένου να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση από τις μητέρες με ηπατίτιδα, προτείνουν Αμερικανοί επιστήμονες.

Η νέα αυτή οδηγία, προέκυψε από την ανησυχία για πιθανή μόλυνση του παιδιού από τη μητέρα, στην οποία λόγω λάθους ή παράλειψης δεν έχει γίνει διάγνωση για την ασθένεια, ενώ πολλοί γιατροί δηλώνουν την ανησυχία τους ότι υπάρχουν παιδιά τα οποία δεν εμβολιάζονται λόγω των φόβων που είχαν εκφραστεί για παλαιότερα εμβόλια που περιείχαν κάποια συντηρητική ουσία με βάση τον υδράργυρο.

Μέχρι και πρόσφατα το συγκεκριμένο εμβόλιο ήταν απαραίτητο μόνο για τα νεογέννητα των οποίων η μητέρα ήταν γνωστό ότι είναι μολυσμένη ή δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τη νόσο στη μητέρα.

Η νέα αυτή οδηγία περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα παιδικών εμβολιασμών των ΗΠΑ για το 2002, το οποίο ετοίμασε η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς της χώρας.

Πρόκειται για τη μοναδική αλλαγή στη φετινή σειρά των παιδικών εμβολιασμών που δημοσιεύεται στο τεύχος Ιανουαρίου του επιστημονικού περιοδικού «Pediatrics».²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C, D, E

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ηπατίτιδα C αποτελεί σήμερα μια «σιωπηλή» μάστιγα για όλες τις χώρες, μια ύπουλη πάθηση, καθώς προσβάλλει το ήπαρ και το καταστρέφει σιγά-σιγά, χωρίς πολλές φορές να υπάρχουν αρχικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να μην γίνεται διάγνωση εγκαίρως.

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα (παλαιότερα χαρακτηριζόταν ηπατίτιδα μη-A-μη-B) που προκαλείται από έναν RNA-ιό μονής αλυσίδας μήκους περίπου 10.000 νουκλεοτιδίων, ο οποίος ταυτοποιείται και χαρακτηρίζεται με μοριακοβιολογικές διαδικασίες και σε αντίθεση με τους υπόλοιπους ιούς της ηπατίτιδας, μέχρι σήμερα δεν έχει απεικονιστεί με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.²²

4.1.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι νοσούντες της ηπατίτιδας υπολογίζονται περίπου σε 100 εκατομμύρια παγκοσμίως. Στην Ελλάδα υπάρχουν γύρω στους 100.000 – 150.000 φορείς της νόσου. Η διάγνωσή της έγινε εφικτή την τελευταία δεκαετία. Σήμερα, η συχνότητα εμφάνισης νέων κρουσμάτων παρουσιάζει πτωτική τάση, λόγω ελέγχου του αίματος που δίνεται με τις μεταγγίσεις. Παρά το γεγονός ότι η κλινική εικόνα είναι πολύ πιο ήπια από αυτήν της B, το 80% των ασθενών θα αναπτύξουν χρόνια νόσο, εκ των οποίων 20% θα αναπτύξει κίρρωση του ήπατος 20 χρόνια αργότερα.²³

4.1.2. ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Ο ιός της ηπατίτιδας C, μεταδίδεται με δύο τρόπους: α) παρεντερικά, β) μη παρεντερικά.

A) Παρεντερική Οδός Μετάδοσης

Το αίμα και τα παράγωγα αίματος, αποτελούν ένα επιβεβαιωμένο τρόπο μετάδοσης, ομοίως ο ιός μπορεί να μεταδοθεί στον ιατρικό και νοσηλευτικό χώρο με τραυματισμούς από βελόνες. Η επίφοβη ηπατίτιδα C μετά από μετάγγιση έχει υποχωρήσει σημαντικά, χάρις στο σχολαστικό έλεγχο όλων των σκευασμάτων αίματος με δοκιμασία ανίχνευσης αντί-HCV δεύτερης γενιάς, η οποία διαθέτει βελτιωμένη ευαισθησία και ειδικότητα. Ο κίνδυνος της ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση υπολογίζεται σε περιπτώσεις ανά 10.000 μεταγγίσεις αίματος.

Αιμοροφιλικοί

Η ηπατίτιδα C είναι γνωστή επιπλοκή στους αιμοροφιλικούς. Το 60% των ασθενών αυτών παρουσιάζουν αυξημένες τιμές τρανσαμινασών, οι οποίες ερμηνεύονται ως ένδειξη MB λοίμωξης. Σε παγκόσμια κλίμακα πρέπει να θεωρηθεί ότι το 50-90% των αιμοροφιλικών ασθενών έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C.

Χρήστες Ναρκωτικών

Η λοίμωξη από HCV δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο σε χρήστες ναρκωτικών. Στην ομάδα αυτή παρατηρείται ποσοστό αντισωμάτων κατά του ιού της ηπατίτιδας C της τάξης του 48-90%.

Αιμοδιάλυση

Στους σταθμούς αιμοδιάλυσης η ηπατίτιδα C, έχει πάρει τη θέση της ηπατίτιδας B. Η συχνότητα της αντί-HCV –θετικότητας, εξαρτάται από τη

διάρκεια της αιμοδιάλυσης και τη συχνότητα μετάγγισης αίματος. Τα στοιχεία που έχουν δοθεί από ένα μεγάλο αριθμό κέντρων αιμοδιάλυσης μιλούν για μια συχνότητα 10-20% μολυσμένων ασθενών.

Ηπατίτιδα C σε γιατρούς

Ο τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας C σε άτομα τα οποία απασχολούνται στο χώρο της υγείας παραμένει ασαφής. Πιθανολογείται μία διαδερμική μετάδοση, χωρίς ωστόσο αυτό να έχει επιβεβαιωθεί.

Μεταμόσχευση

Ο ιός της ηπατίτιδας C μπορεί να μεταδοθεί με τη μεταμόσχευση οργάνων.

Ένα μολυσμένο όργανο, μπορεί να προκαλέσει σε μεγάλο ποσοστό, περίπου στο ήμισυ των ασθενών ηπατίτιδα C, η οποία εξελίσσεται στην πλειοψηφία των ασθενών σε χρόνια ή κεραυνοβόλα.

B) Μη Παρεντερική Οδός

Περιγεννητική (κάθετη) μετάδοση

Οι γυναίκες που αναπτύσσουν οξεία ηπατίτιδα C, κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στο νεογνό.

Σεξουαλική και Ενδοοικογενειακή Μετάδοση

Μετά από μελέτες το ποσοστό μετάδοσης ηπατίτιδας C σεξουαλικά και ενδοοικογενειακά, είναι πολύ μικρό.²⁴

4.1.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Σήμερα η ηπατίτιδα C μπορεί να διαγνωστεί εγκαίρως και να ξεκινήσει η θεραπεία. Κυρίως πρέπει να υποβάλλονται σε εξετάσεις όσοι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και αυτοί είναι οι αιμορροφιλικοί, άτομα που

υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, παιδιά που γεννήθηκαν από μητέρες με ηπατίτιδα C και πρώην ή νυν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Για τη διάγνωση της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας (HCV) προτείνονται διάφορα συστήματα και μεθοδολογίες. Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται σήμερα διακρίνονται σε εκείνες που ανιχνεύουν άμεσα την παρουσία του ιού (ιολογική διάγνωση) μέσω της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης μετά από ανάστροφη μεταγραφή ή του διακλαδιζόμενου DNA και σε εκείνες που ανιχνεύουν έμμεσα την μόλυνση με τον ιό (ορολογική διάγνωση), μέσω της ανοσολογικής αντίδρασης του πάσχοντα.

Ο άμεσος έλεγχος όμως είναι πολύ δαπανηρός και προϋποθέτει υψηλού επιπέδου τεχνογνωσία και υλικοτεχνική υποδομή. Η έλλειψη των ανωτέρω αυξάνει την πιθανότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Ο ανοσολογικός προσδιορισμός των αντισωμάτων είναι ταχύτερος, απλούστερος και λιγότερο δαπανηρός.²⁵

4.1.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C, είχε επικεντρωθεί στη χρήση της ιντερφερόνης κυρίως, η οποία όμως αδυνατούσε να προκαλέσει παρατεταμένη ιολογική και βιοχημική ύφεση στη μέγιστη πλειοψηφία των ασθενών.

Στο κατώφλι της νέας χιλιετίας μιας νέα φαρμακευτική ουσία, η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη, έρχεται να προσφέρει πλήρη ίαση της νόσου αυτής, όπως ανακοινώθηκε στο διεθνές συνέδριο για την ηπατίτιδα C, που πραγματοποιήθηκε από 19 έως 22 Σεπτεμβρίου στη Ρόδο με τη συμμετοχή χιλίων και πλέον ειδικών επιστημόνων από όλο τον κόσμο.

Στο συνέδριο έγιναν εκτενείς ανακοινώσεις σχετικά με τις ιδιότητες του νέου φαρμάκου κατά της ηπατίτιδας C, στο οποίο δόθηκε η ονομασία «Πήγασος», καθώς και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε όλες

τις ομάδες των ασθενών μεταξύ, των οποίων οι μεταμοσχευμένοι και οι κίρρωτικοί.

Σε συνέντευξη τύπου, στο πλαίσιο του συνεδρίου, ο αναπληρωτής καθηγητής γαστρεντερολόγος του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Νίκος Ευγενίδης αναφέρθηκε στην ανεκτικότητα της πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης σημειώνοντας, ότι σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, οι ασθενείς τους οποίους χορηγήθηκε η φαρμακευτική ουσία αποσύρονται από τη θεραπεία σε χαμηλότερα ποσοστά έναντι εκείνων στους οποίους χορηγήθηκε η κλασική ιντερφερόνη. Και αυτό γιατί η ουσία «Πήγασος» είναι πολύ καλά ανεκτή, ενώ οι παρενέργειες, που θυμίζουν συμπτώματα γρίπης (αδυναμία, κεφαλαλγία, πυρετός, μυαλγίες, ναυτία) περιορίζονται σε 2-3 ημέρες και είναι προοδευτικά μειούμενες.

Από την πλευρά του ο καθηγητής παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών Στέφανος Χατζηγιάννης τόνισε, ότι αυτή η φαρμακευτική ουσία έχει αξιολογηθεί στη χρόνια ηπατίτιδα C από πλευράς αποτελεσματικότητας, παρενεργειών, ανεκτικότητας και κόστους με διάφορα δοσολογικά σχήματα σε 20.000 περίπου ασθενείς σε όλο τον κόσμο. Αναφερόμενος σε μελέτη, που ανακοινώθηκε πρόσφατα στο 9^ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Ηπατολογίας στη Μαδρίτη ο κ. Χατζηγιάννης σημείωσε, ότι η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη χορηγήθηκε μια φορά την εβδομάδα σε συνδυασμό με την ουσία ριμπαβιρίνη σε 1.200 ασθενείς από 90 νοσοκομειακά κέντρα από όλο τον κόσμο με αποτέλεσμα την εκρίζωση του ιού σε 4 στους 5 ασθενείς που είχαν γονότυπο μη-1.²⁶

4.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα, η οποία προκαλείται από ατελή ιό, ιός ηπατίτιδας Δέλτα, ο οποίος στον άνθρωπο παρουσιάζεται με δύο τύπους:

- I. Με τη μορφή της ταυτόχρονης μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B και τον HDV.
- II. Ως μόλυνση χρονίου HBsAg-θετικού φορέα από τον HDV επιμόλυνση.

Η ηπατίτιδα D συμβαίνει σε ορισμένες περιπτώσεις ηπατίτιδας B. Επειδή ο ιός χρειάζεται για τον πολλαπλασιασμό του αντιγόνου επιφάνειας ηπατίτιδας D, αντισώματα αντι-δέλτα, όταν υπάρχει αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας B, κατά τη δοκιμασία, επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας D είναι όμοια με αυτά της ηπατίτιδας B, εκτός του ότι οι άρρωστοι είναι πιθανότερο να έχουν κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, που εξελίσσεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και κίρρωση του ήπατος.

Θεραπεία της οξείας ηπατίτιδας από HDV δεν υπάρχει. Μερικές φορές ενδείκνυνται μέτρα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, όπως και στην οξεία ηπατίτιδα B.²⁷

4.4. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Ε

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα, οφειλόμενη σε RNA-ιό μεγέθους 32-34 nm. Ο ιός έχει θετική αλυσίδα RNA και περιέχει γόνωμα από 6,4 κβ.

Οδοί μετάδοσης είναι το μολυσμένο πόσιμο νερό και οι κακές συνθήκες υγιεινής. Η κλινική εικόνα εμφανίζει ναυτία, εμέτους και πλήρη αδυναμία λήψης τροφής.

Στοιχεία σχετικά με την ανοσοπροφύλαξη δεν υπάρχουν, καθώς και ειδική θεραπεία. Κεραυνοβόλες μορφές έχουν παρατηρηθεί σε γυναίκες κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

5.1. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο όρος χρόνια ηπατίτιδα έχει προκαλέσει μεγάλη σύγχυση, γιατί οι διάφοροι ερευνητές, χρησιμοποιούν τον όρο με διάφορες έννοιες. Ως χρόνια ηπατίτιδα θα μπορούσε να οριστεί η συνεχιζόμενη βλάβη των ηπατικών κυττάρων, που συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση κατά τα πύλαια διαστήματα ή το παρέγχυμα ή αμφότερα. Μεγάλη πρόοδο αποτέλεσε η ιστολογική ταξινόμηση της χρόνιας ηπατίτιδας σε:

- Χρόνια επιμεινούσα ηπατίτιδα, και
- Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

5.1.1. ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΜΕΙΝΟΥΣΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Κλινικά συμπτώματα ελλείπουν ή είναι αόριστα και ασθενή, όπως εύκολη κόπωση και δυσπεψία. Αντικειμενικά εκτός από ελαφρά διόγκωση του ήπατος σε μερικές περιπτώσεις, δεν διαπιστώνεται τίποτε άλλο. Εργαστηριακά η τιμή της χολερυθρίνης είναι φυσιολογική, ενώ των τρανσαμινασών δεν είναι καθόλου ή μερικές φορές μέτρια αυξημένα. Το ΗΒΑg με τις νεότερες τεχνικές ανευρίσκεται σε 80% των περιπτώσεων.

Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη αντίδραση κυρίως από μονοπύρηνα και πλασματοκύτταρα που περιορίζεται κατά τα πύλαια διαστήματα. Η λοβιδιακή αρχιτεκτονική παραμένει ανέπαφη, αλλά αλλοιώσεις οξείας ηπατίτιδας μπορούν ακόμα να συνυπάρχουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε υγιή άτομα, αλλά φορείς του ΗΒΑg ανευρίσκονται κατά κανόνα ιστολογικές βλάβες χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας. Η πρόγνωση

είναι καλή και δεν απαιτείται καμία θεραπεία. Σε πολύ λίγους ασθενείς, η νόσος μεταβάλλεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

5.1.3. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

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.

Πολλαπλοί αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Πιθανόν ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας Β ή ιό C ηπατίτιδας. Στο 1/3 των ασθενών η νόσος αρχίζει απότομα, μετά από νόσο οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Συνεχής ύπαρξη HBsAg 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.

Τα φάρμακα ενοχοποιούνται στην παθογένεια μερικών περιπτώσεων. Στους ασθενείς αυτούς, επιπλέον χορήγηση φαρμάκων οδηγεί σε έξαρση της νόσου, ενώ η διακοπή οδηγεί σε κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση αυτής.

5.1.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΧΕΗ

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 εφήβους. 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 στους επόμενους 12-24 μήνες.

Τα συμπτώματα που είναι συχνά στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, είναι:

- Η κόπωση πολύ συχνά,
- Ο επίμονος ή υποτροπιάζων ίκτερος στο 80% των τυπικών περιπτώσεων,
- Κακουχία,
- Ανορεξία, και
- Μικρός πυρετός.

Σε μερικούς αρρώστους οι επιπλοκές της κίρρωσης όπως: ο ασκίτης, οι αιμορραγούντες κίρσοι, η εγκεφαλοπάθεια, ο υπερσπληνισμός ή οι διαταραχές πήκτικότητας, 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 αμηνόρροια, η αιματηρή διάρροια, η κοιλιακός πόνος, η αρθραλγία, η αρθρίτιδα, τα πομπώδη ή βλατιδώδη εξανθήματα, η ακμή, το οζώδες ερύθημα, η πλευρίτιδα, η περικαρδίτιδα, η αναιμία, η αζωθαιμία και το σύνδρομο κερατοεπιπεφυκίτιδας και ξηροστομίας.

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

Η πορεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας ποικίλει 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.

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 σε εκείνους με ζωνοειδή νέκρωση, όπου ο θάνατος επέρχεται σαν αποτέλεσμα ηπατικής ανεπάρκειας και ηπατικού κώματος.

5.1.4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1. Η χολερυθρίνη του ορού βρίσκεται συχνά φυσιολογική, μερικές φορές αυξημένη, σπάνια άνω των 5 mg/100 ml.
2. Οι τρανσαμινάσες του ορού είναι κατά κανόνα αυξημένες, ιδιαίτερα άνω των 100 Units/ml, μερικές φορές μέχρι 1000 Units/ml.
3. Η λευκωματίνη του ορού είναι σαφώς ελαττωμένη, ενώ οι γ-γλοβουλίνες σαφώς αυξημένες. Κατά την ηλεκτροφόρηση ανευρίσκεται συχνά στην περιοχή των γ-γλοβουλινών στενή, αρκετά ευδιάκριτη, ταινία που παρέχει συχνά μονοκλωνική μορφή.
4. HBAg ανευρίσκεται με τις νεότερες μεθόδους σε 50% των περιπτώσεων.⁷

5.1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη 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 κορτικοειδή είναι η θεραπεία εκλογής σε συμπτωματικούς, HBsAg 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. Η θεραπεία χαρακτηρίζεται από πλήρη κλινική, βιοχημική και ιστολογική ύφεση και αναμένεται στο 60-80% των ασθενών.

Η θεραπεία, είτε με *πρεδνιζόλη* είτε με *προδνιζολόνη*, θα πρέπει να 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 HBsAg θετική χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας είναι λιγότερο ξεκαθαρισμένη.

Είναι δύσκολο να ελεγχθεί η θεραπεία των ασυμπτωματικών HBsAg 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 HBsAg 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 παρακολουθήσεως και η επανα-λαμβανόμενη ηπατική βιοψία κάθε έξι (6) μήνες και ένα (1) χρόνο μετά την αρχική

εκτίμηση 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 κορτικοειδή 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 θεραπευτική σχήματα έχουν δοκιμαστεί στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές από τα κορτικοστεροειδή.

Μια αρχική δόση 30 mg *πρεδνιζόλης*, που μειώνεται σταδιακά στα 10-20 μg *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 *ιντερφόνη* ή *βιδαραβίνη*, μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία των HBsAg (+) ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ
ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΝΕΡΓΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ
ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ^{28, 8}

Εκδηλώσεις	Χρόνια Ενεργός Ηπατίτιδα	Χρόνια επιμένουσα Ηπατίτιδα
Κλινικά:		
Έναρξη σαν την οξεία ιογενή ηπατίτιδα	30%	70%
Υποτροπιάζοντα οξέα επεισόδια	Συχνά	Ασυνήθη
Εξωηπατική προσβολή (π.χ. αρθραλγίες, πλευρίτιδα, κολίτιδα)	Συνήθης	Σπάνια
Πρόγνωση	Άλλοτε άλλη	Καλή
Ιστολογία ήπατος		
Εστιακή νέκρωση	Χαρακτηριστική	Ασταθής
Εστία φλεγμονής	Πυλαία εκτεινόμενη στα λοβία	Πυλαία
Αρχιτεκτονική λοβίου	Κατάλυση	Διατήρηση
Ίνωση	Συχνή	Ελαφρά
Εξέλιξη σε κίρρωση	Συχνή	Σπάνια

5.2. ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

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:

- Άμεση τοξική, και
- Από ιδιοσυγκρασία.

ΤΟΞΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

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

Η λανθάνουσα περίοδος από την έκθεση μέχρι την εμφάνιση ηπατικής βλάβης είναι συνήθως μικρή (συνχνά 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 τετραχλωράνθρακας 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.

ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Στις ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις, η εμφάνιση ηπατίτιδας είναι ασυνήθης 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 φαρμακευτικές αντιδράσεις, μπορεί να οφείλονται στην ευαισθησία του ξενιστή (μεταβολική αντίδραση), σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να είναι ανοσολογικής φύσεως.

Ενδείξεις για την ύπαρξη των κλασσικών μηχανισμών υπερευαισθησίας δεν υπάρχουν. Παρ' όλα αυτά εξωηπατικές εκδηλώσεις υπερευαισθησίας είναι συχνές σε μερικές φαρμακευτικές αντιδράσεις, που περιλαμβάνουν:

- αρθραλγίες,
- εξανθήματα,
- πυρετό,
- λευκοκυττάρωση, και
- ηωσινοφιλία.

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

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

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις μπορεί επίσης να έχουν εικόνα ζωνοειδούς ηπατικής νεκρώσεως (π.χ. μεθυλντόπα) 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 από 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 άλλα όργανα, η προσβολή των οποίων είναι πιθανή να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή.⁷

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 εφήβους. Περίπου 2/3 των ασθενών, η νόσο 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 στους επόμενους 12-14 μήνες.

ΜΕΡΟΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

6.3. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Μεταξύ των ηπατίτιδων που αναφέραμε, η ηπατίτιδα Β συνήθως προσβάλλει το προσωπικό τραπεζών αίματος, τους εργαστηριακούς παρασκευαστές, τους νοσηλευτές, τους γιατρούς και τους οδοντιάτρους. Η έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας γίνεται μετά από επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά, κατά την αναρρόφηση, τη λήψη αίματος, τη συντήρηση ενδοφλέβιων καθετήρων, την αλλαγή χειρουργικών επιδέσμων, το τίναγμα σεντονιών, τη φροντίδα των καθετήρων, των χειρουργικών εργαλείων και τα παθολογοανατομικά υλικά. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση επαφής με αίμα ή σωματικά υγρά, στα παραπάνω άτομα, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος να προσβληθούν από ηπατίτιδα Β.

Ποσοστό 15-20% από τους εργαζόμενους στην περίθαλψη έχουν ένα ή περισσότερα ορολογικά σημεία λοιμώξεως με HBV και το 1% είναι HBSAG θετικοί. Από αυτό το 1%, οι HBSAG θετικά υγιείς εργαζόμενοι, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεως για HBV, ενώ οι ασυμπτωματικοί HBSAG θετικοί φορείς έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγιές προσωπικό. Εξαιτίας της έλλειψης συμπτωμάτων δε γίνεται δυνατή η αναγνώρισή τους και η λήψη προληπτικών μέτρων. Ασθενείς με υψηλό ποσοστό ασυμπτωματικών φορέων είναι αυτοί που έχουν, προηγούμενο ιστορικό ηπατίτιδας ή πολλαπλών μεταγγίσεων, οι χρήστες ναρκωτικών, οι χρόνια πάσχοντες από ηπατική νόσο ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λευκαίμια, νόσο του HODGKIN, οζώδη πολυαρθρίτιδα, σύνδρομο DOWN και λέπρα. Ο

έλεγχος των παραπάνω ομάδων ασθενών για HBSAG επιβάλλεται. Περιοδικές προφυλακτικές εξετάσεις για HBSAG και ο έλεγχος των τρανσαμινασών καθώς και η απομάκρυνση των HBSAG θετικών από τους ευαίσθητους ασθενείς, μειώνει τον κίνδυνο για προσβολή από HBV τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.²⁹

6.4. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

1. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται από την κοπρανο-στοματική οδό. Σχετικά λοιπόν με την προφύλαξη, πρέπει να αναφερθούν όλα εκείνα τα μέτρα που εμποδίζουν τη λοίμωξη από μολυσμένο υλικό. Αυτό σημαίνει κατ' αρχήν άριστη προσωπική υγιεινή και από την άλλη αυστηρές προδιαγραφές υγιεινής, κυρίως για άτομα που ασχολούνται με τρόφιμα. Άτομα που ταξιδεύουν σε περιοχές με υψηλή επίπτωση ηπατίτιδας Α θα πρέπει να προειδοποιούνται, ώστε να αποφεύγουν όχι καλά μαγειρεμένη τροφή, μη βρασμένο πόσιμο νερό, σαλάτες, ωμά φρούτα, παγωτά κ.λ.π. Έτσι προφυλάσσονται όχι μόνο από μια πιθανή γαστρεντερίτιδα αλλά και από την ηπατίτιδα Α.

Από νεώτερα στοιχεία προκύπτει ότι μπορεί να μειωθεί η συχνότητα τουλάχιστον μιας σχετικής κλινικής ηπατίτιδας Α με το να μαγειρεύεται η τροφή σε φούρνο μικροκυμάτων. Είναι γνωστό, ότι μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (60 δευτερόλεπτα) τα μικροκύματα μπορούν να αδρανοποιήσουν ορισμένους ιούς. Ωστόσο απουσιάζουν στοιχεία σχετικά με την άμεση δράση των μικροκυμάτων στον ιό της ηπατίτιδας Α.

2. ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ

Η εφαρμογή θερμότητας οδηγεί σε μερική ή πλήρη αδρανοποίηση του ιού: ο ΗΑV αδρανοποιείται με 20λεπτη θέρμανση στους 75° C. Μερική αδρανοποίηση επιτυγχάνεται με θέρμανση στους 60° C για πάνω από 4 ώρες. Η θέρμανση στους 85° C για ένα λεπτό αδρανοποιεί πλήρως τον ΗΑV.

Με βάση την κλινική εμπειρία τονίζεται συνεχώς ότι η αποστείρωση των εργαλείων σε βραστό νερό (για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 15 λεπτών) είναι αρκετή για να καταστρέψει τη μολυσματικότητα των ιών της ηπατίτιδας. Είναι αμφίβολο αν αυτή η μέθοδος είναι κατάλληλη να προστατέψει απόλυτα από τη μετάδοση της ηπατίτιδας, όταν δεν έχει προηγηθεί καλός μηχανικός καθαρισμός των εργαλείων. Γι' αυτό και χρησιμοποιείται μόνο σε έκτακτες καταστάσεις.

Το οινόπνευμα σε αντίθεση με τη φορμαλδεΐδη, δεν καταστρέφει τη μολυσματικότητα του ιού της ηπατίτιδας Α. Η φορμαλίνη αντιθέτως αδρανοποιεί στους 37° C τόσο τον ιό της ηπατίτιδας Α και Β και συνιστάται για την απολύμανση εργαλείων, γαζών, κρεβατιών κ.τ.λ. καθώς και για την απολύμανση επιφανειών των διαφόρων χώρων.

Για την απολύμανση των ενδοσκοπικών μπορεί να χρησιμοποιηθεί γλουταραλδεύδη. Πρέπει να τονιστεί ότι η μολυσματικότητα του ιού δεν μεταβάλλεται από την επίδραση του ψύχους.²²

6.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

A. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ο περιορισμός της μετάδοσης του ΗΒV από τους φορείς του ΗBsAg και γενικά τους πάσχοντες από οξεία ηπατίτιδα Β και η προφύλαξη από τη νόσο υγιών ατόμων είναι ο κύριος στόχος των γενικών μέτρων.

Ειδικότερα στα γενικά μέτρα εντάσσεται το συχνό πλύσιμο των χεριών, η χρήση γαντιών μιας χρήσεως, η χρήση συρίγγων και βελόνων μιας χρήσεως και η ορθή διάθεσή τους, η αποστείρωση ιατρικών οργάνων και εργαλείων καθώς και η αποστείρωση πάσης φύσεως υλικού που ενδέχεται να μολύνει τους υγιείς. Επίσης, πρέπει να γίνεται αυστηρή επιλογή των δοτών αίματος.

Αποκλείονται τα άτομα που έχουν ιστορικό ηπατίτιδας και θετικό Αυστραλιανό αντιγόνο. Ακόμη η οργάνωση ενός κεντρικού αρχείου με σύστημα Η/Υ, σε κάθε νοσοκομείο μας και υγειονομική υπηρεσία, για τους φορείς και τους αιμοδότες, θα συντελέσει σε μέγιστο βαθμό στη μείωση της συχνότητας ΗΒ, που διασυνδέεται με τις μεταγίσεις. Η αναφορά των παραπάνω γενικών μέτρων γίνεται για το υγειονομικό προσωπικό.

Σε ό,τι αφορά το γενικό πληθυσμό, συνίσταται συχνό και επιμελές πλύσιμο των χεριών, όροι υγιεινής διαβίωσης και για τους ενεργά σεξουαλικά νέους και νέες, η χρήση προφυλακτικού, όπως και στο AIDS, διότι η ηπατίτιδα Β είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος.¹¹

B. ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Περιλαμβάνουν την ανοσοπροφύλαξη, η οποία διενεργείται με δύο τρόπους:

- i.** Ενεργητικώς, με εμβολιασμό, και
- ii.** Παθητικώς, με ειδική (υπεράνοσο) ανοσοσφαιρίνη HBIG.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

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

Από τη στιγμή που τίθεται η υπόνοια της 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 σε επαφή με τον ασθενή, καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών από οξεία ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

1. Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.
2. Εκτίμηση ιδιαίτερων προβλημάτων του ασθενή.

Οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών μέτρων σε πάσχοντες από ηπατίτιδα συνίστανται:

1. Προαγωγή σωστής θρέψης.
2. Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών.
3. Απασχόληση του αρρώστου.

7.3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

Οι πληροφορίες για τις τυχόν αρρώστιες που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται, λαμβάνονται από τον ίδιο τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον. Εκτός από το ατομικό ιστορικό, το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά πληροφορίες και για το κληρονομικό ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου.

Τέλος, ο νοσηλευτής ρωτά τον ασθενή εάν έκανε μετάγγιση τους τελευταίους έξι μήνες, εάν τρυπήθηκε με μολυσμένη βελόνα ή να ταξίδεψε σε χώρα με υψηλό ποσοστό ηπατίτιδας.

7.3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

A) ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ (ΠΡΟΪΚΤΕΡΙΚΗ)

Συνήθως διαρκεί 3-4 ημέρες. Ο άρρωστος αρχικά παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία. Καθώς η φλεγμονή επεκτείνεται, παρουσιάζονται ναυτία και έμετοι και ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται αποστροφή προς τα φαγητά και δυσγευσία του τσιγάρου. Μπορεί ακόμη να αισθάνεται αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά αναφέρει ότι νοιώθει αίσθημα πληρότητας και ενόχληση στο επιγάστριο ή το δεξιό υποχόνδριο. Μπορεί, επίσης, να υπάρχουν πυρετός και συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα της γρίπης, ειδικά στην ηπατίτιδα Α. Σπάνια, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει δερματικό εξάνθημα, κνησμό, αγγειονευρωτικό οίδημα ή πολυαρθρίτιδα. Τις τελευταίες μέρες αυτής της φάσης, ο άρρωστος

μπορεί να παρατηρήσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων του.

B) ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ

Χαρακτηρίζεται από ίκτερο, που φτάνει στο μεγαλύτερο βαθμό του σε μία ή δύο εβδομάδες και διαρκεί 6-8 εβδομάδες. Κατά τη φάση αυτή ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ο πυρετός μειώνονται. Σε αρκετές περιπτώσεις, αυτό το στάδιο δεν παρουσιάζει (ανικτερική ηπατίτιδα).

Γ) Η περίοδος ανάρρωσης διαρκεί 3-4 μήνες. Στη διάρκειά της ο άρρωστος αισθάνεται εύκολη κόπωση.

Δ) Ο άρρωστος και η οικογένειά του ερωτώνται για τυχόν επαφές με ικτερικά άτομα, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, λήψη οστρακοειδών, ταξίδι σε χώρα όπου τα μέτρα υγιεινής είναι φτωχά, μετάγγιση τους τελευταίους έξι μήνες, ενέσεις, τρύπημα αυτιών και ό,τι άλλο μπορεί να αποτελεί ένδειξη για μετάδοση πιθανής ηπατίτιδας. Ακόμα, παίρνονται πληροφορίες από το φάκελο του αρρώστου για παρελθούσα παρεντερική θεραπεία και ιστορικό ηπατίτιδας. Τέλος, ενδιαφέρει το είδος της εργασίας του αρρώστου, οι συνθήκες κατοικίας, καθώς και τα φάρμακα που παίρνει.

7.2.2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- i.** Η θερμοκρασία του αρρώστου μπορεί να είναι ελαφρά αυξημένη.
- ii.** Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές. Βρίσκεται συνήθως μειωμένο.

- iii.** Κατά την εξέταση της κοιλιάς, το ήπαρ είναι συνήθως ευαίσθητο και ψηλαφητό 2-3 cm κάτω από το όριο των πλευρών. Το μέγεθος του ήπατος αρχίζει να μειώνεται 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ικτέρου. Πόνος ήπιος, σταθερός, υπάρχει στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο.
- iv.** Ο ίκτερος είναι ένα προεξάρχον σύμπτωμα της φυσικής εξέτασης και είναι πιο εμφανής στο σκληρό χιτώνα του βολβού.

7.2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η αξιολόγηση των εξετάσεων της ηπατικής λειτουργίας φαίνεται στον Πίνακα που ακολουθεί.

- i.** Κατά τη διάρκεια του σταδίου επώασης και πρώιμα στο οξύ στάδιο, το 80% των αρρώστων με ηπατίτιδα τύπου Β έχει το αντιγόνο HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) στον ορό τους.
- ii.** Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι: αύξηση των SGOT και SGPT 7-14 ημέρες πριν από την εκδήλωση του ικτέρου, αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης, κατακράτηση βρωμοσουλφοφθαλεΐνης, ελαφρά αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, ελαφρά υποπρωτεϊναιμία και ελαφρά αύξηση των γ-σφαιρινών. Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων.
- iii.** Η εξέταση ούρων και κοπράνων δείχνει φυσιολογικό ουροχολινογόνο ούρων αρχικά και κατόπιν αυξημένο, αυξημένη χολερυθρίνη ούρων και μειωμένα και τα δύο στα κόπρανα.²⁷

7.3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
<ul style="list-style-type: none"> Χρόνος προθρομβίνης 	12-15 sec	<p>Ο χρόνος προθρομβίνης είναι η πιο σπουδαία εξέταση στην εκτίμηση της παθολογικής λειτουργίας του ήπατος. Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος αυξάνει εξαιτίας μείωσης της προθρομβίνης, την οποία συνθέτει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Η αδυναμία του ήπατος να συνθέσει προθρομβίνη, όταν υπάρχει βιταμίνη Κ, δείχνει κλινικά σημαντική βλάβη του ηπατικού κυτ-τάρου.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Αιματοκρίτης 	35-45%	<p>Ελαττωμένος στην προχωρημένη κίρρωση.</p>

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
<ul style="list-style-type: none"> Λευκά αιμοσφαίρια 	5.000-10.000/mm ³	<p>Φυσιολογικά στην αρχή της κίρρωσης και της ηπατίτιδας. Λευκοπενία</p>

<p>Πράσινο της ινδο-κυανίνης (ICG) Βρωμοσουλφοφθαλεΐνη (BSP)</p>	<p>Μένουν στον ορό λιγότερο από 5%, 45 min μετά την ένεση 5 mg/kg βάρους σώματος</p> <p>5-35 U/mL 5-40 U/mL <400 U/mL (εξαρτάται από τη μέθοδο)</p>	<p>με μεγάλο υπερδραστήριο σπλήνα στην κίρρωση. Λευκοπενία ακολουθεί τον πυρετό στην ηπατίτιδα.</p> <p>Η δόση μειώνεται αν υπάρχουν ήδη κλινικά συμπτώματα. Οι χρωστικές κατακρατούνται σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.</p> <p>Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων προκαλεί απελευθέρωση αυτών των ενζύμων στο αίμα. Όμως, τα ψηλά επίπεδα στον ορό δεν σχετίζονται άμεσα με το βαθμό ηπατικής βλάβης. Αυξήσεις των επιπέδων τους συμβαίνουν και σε άλλες παθήσεις. Το αίμα λαμβάνεται από φλέβα.</p>
---	---	---

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
<ul style="list-style-type: none"> • Αλκαλική φωσφατάση • γ-γλουταμινική τρανσπεπτιδάση (γ-GT) • Αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας B (HBsAg) • Σπινθηρογράφημα ήπατος • Βιοψία ήπατος 		<p>Δείκτης χολικής απόφραξης</p> <p>Ένζυμο που βρίσκεται στη χοληφόρο οδό. Αύξηση των επιπέδων του στην ηπατίτιδα.</p> <p>Το HBsAg δεν υπάρχει φυσιολογικά στον ορό και η παρουσία του είναι διαγνωστική για την ηπατίτιδα τύπου B.</p> <p>Οι εξετάσεις για ανίχνευση του HBsAg είναι αντίθετη ηλεκτροφόρηση, ανοσοενζυμική (ELISA) και ραδιοανοσοπροσδιορισμός (RIA). Δεν βρίσκεται στον ορό αρρώστων με ηπατίτιδα Α.</p> <p>Για τη διάγνωση χωροκατακτητικών εξεργασιών.</p> <p>Γίνεται για διαπίστωση της</p>

		παθολογοανατομικής εικόνας της ηπατικής βλάβης.
--	--	---

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
<ul style="list-style-type: none"> • Ηπατικές αιμοδυναμικές μελέτες (σε αρρώστους με υποψία κίρρωσης) 		<p>Σπληνοπυλαιογραφία: χρησιμεύει για διαπίστωση επάρκειας της πυλαίας αιματικής ροής (μειωμένη στην κίρρωση). Ενδοσκόπηση για διαπίστωση ύπαρξης και εκτίμηση βαθμού κιστών οισοφάγου. Μετρηση πίεσης πυλαίας φλέβας.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Μεταβολισμός λευκωμάτων: <p>Λευκωματίνη ορού</p> <p>Ινωδογόνο ορού</p> <p>Σφαιρίνες ορού</p> <p>Ολική πρωτεΐνη</p>	<p>3,5-5,5 g/dL</p> <p>0,2-0,4 g/dL</p> <p>2,5-3,5 g/dL</p> <p>6-8 g/dL</p>	<p>Τα λευκώματα ορού συνθέτονται στο ήπαρ. Η λευκωματίνη μειώνεται αξιοσημείωτα σε ηπατική ανεπάρκεια. Οι γ-σφαιρίνες συνήθως αυξάνονται σε χρόνια ενεργό ηπατική πάθηση. Αύξησή της σε ηπατική ανεπάρκεια, αφού δεν μπορεί να μετατραπεί σε ουρία.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Αμμωνία ορού 	30-70 μg/dL	<p>Αύξησή της σε ηπατική ανεπάρκεια, αφού δεν μπορεί να μετατραπεί σε ουρία.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Μεταβολισμός υδατανθράκων: 	Απέκκριση στα ούρα <3g	<p>Σε ηπατική ανεπάρκεια,</p>

Δοκι-μασία ανοχής γαλα-κτόζης		πάνω από 3 g γαλακτόζης στα ούρα.
----------------------------------	--	--------------------------------------

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
<ul style="list-style-type: none"> • Μεταβολισμός λιπιδίων: Χοληστερίνη ορού Φωσφολιπίδια ορού Τριγλυκερίδια ορού 	<p>150-250 mg/dL 125-300 mg/dL 30-135 mg/dL</p>	<p>Τα λιπίδια μειώνονται σε βλάβη των ηπατικών παρεγχυματικών κυττάρων.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Μεταβολισμός χολερυθρίνης: Χολερυθρίνη ορού Άμεση (συζευγμένη, διαλυτή) Έμμεση (μη συζευγμένη, αδιάλυτη στο νερό) 	<p>2 mg/dL 0,8 mg/dL 30-135 mg/dL</p>	<p>Η άμεση αυξάνεται σε απόφραξη των χοληφόρων οδών ή σε ελαττωμένη απέκκριση της συζευγμένης χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο. Η έμμεση αυξάνεται σε αιμολυτικές καταστάσεις, σε απουσία γλυκουρονυλοτρανσφεράσης και σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Χολερυθρίνη ούρων 	<p>Δεν υπάρχει</p>	<p>Αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης στα ούρα παρατηρείται σε απόφραξη των χοληφόρων οδών.</p>
<p>Ουροχολινογόνο ούρων κοπράνων</p>	<p>0-4 mg/24ώρες 40-200 mg/ 24 ώρες</p>	<p>Το ουροχολινογόνο των ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται αξιοσημείωτα σε</p>

		πλήρη απόφραξη των χοληφόρων οδών.
--	--	------------------------------------

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
		Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητο ή μειώνεται σε βλάβη του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται σε απόφραξη των χοληφόρων.

Όσον αφορά την εκτέλεση της βιοψίας του ήπατος ο ασθενής ετοιμάζεται ψυχολογικά. Ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνουν τον ασθενή για τη βιοψία, για το σκοπό που πρέπει να γίνει και τι πρόκειται να αντιμετωπίσει κατά την εκτέλεσή της. Με την ενημέρωση απαλλάσσεται ο ασθενής από το άγχος και γίνεται περισσότερο συνεργάσιμος κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας, είναι:

- Βοηθά τον γιατρό στην εκτέλεση της παρακέντησης.
- Συμπαραστέκεται στον ασθενή.
- Είναι υπεύθυνη για την απολύμανση της περιοχής που θα γίνει η παρακέντηση και για το σερβίρισμα όλων των εργαλείων και αντικειμένων που θα χρειαστούν.
- Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση. Μετά την εκτέλεση της παρακέντησης καλύπτει το τραύμα για να περιοριστεί ο κίνδυνος των μολύνσεων. Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Ο ασθενής τοποθετείται γυρισμένος προς τα δεξιά και κάτω από τις πλευρές τοποθετούνται μαξιλάρια. Στη θέση αυτή είναι η πιο κατάλληλη, γιατί η μεμβράνη που περιβάλλει το ήπαρ έχει χάσει τη συνέχειά της λόγω της παρακέντησης, πιέζεται πάνω στο θωρακικό

τοίχωμα, και έτσι δεν έχουμε απώλεια αίματος ή χολής από το ηπατικό παρέγχυμα. Ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση, οι αναπνοές μετρώνται επανειλημμένα μέχρι να φτάσουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Σε περίπτωση που παρουσιαστεί απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια ειδοποιείται ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση της βιοψίας είναι βαριές, και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.

7.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

1. Θρεπτικό ανισοζύγιο (εμετοί, ανορεξία).
2. Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (έμετοι).
3. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (κνησμός, κακουχία, πόνος, αίσθημα κόπωσης).
4. Προβλήματα κένωσης εντέρου (ακινησία).
5. Προβλήματα χρονιότητας.
6. Προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου.
7. Μείωση ασφάλειας (κίνδυνοι επιπλοκών).

7.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

- ο Άμεσοι, και
- ο Έμμεσοι.

A. ΑΜΕΣΟΙ

1. Προαγωγή της σωστής θρέψης.

2. Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών.
3. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.
4. Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινησίας.
5. Αντιμετώπιση προβλημάτων από τη φαρμακευτική θεραπεία.
6. πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

B. ΕΜΜΕΣΟΙ

1. Αποκατάσταση.
2. Διαφώτιση.⁴

7.5.1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

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

Οι νοσηλευτές-τριες καλούνται να βοηθήσουν τον ασθενή, ώστε να τρέφεται σωστά. 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 δίαιτά 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 νοσηλευτές-τριες εξηγούν στον ασθενή ότι η σωστή διατροφή του, παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωσή του και τον παροτρύνουν να τρώει όσο γίνεται περισσότερο.

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

ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ:

- Άρτος μιας μέρας, φρυγανιές.
- Λάδι ή βούτυρο νωπό (σε περιορισμένη ποσότητα).
- Γάλα αποβουτυρωμένο, τσάι, κρέμες, τυριά άπαχα.
- Φρούτα χωρίς φλοιό, κομπόστες, χυμοί φρούτων.
- Κρέατα και ψάρια 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.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ:

- Λίπη και έλαια.
- Πλήρες γάλα, σοκολατούχο γάλα.
- Όλα τα οينوπνευματώδη ποτά.
- Σούπες με λίπος.
- Παχύ κρέας και ψάρι, αλλαντικά.
- Κρόκος αυγού, τηγανητά αυγά.
- Τροφές με συντηρητικά.
- Όσπρια.
- Μπαχαρικά – καρυκεύματα.
- 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.

**ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΣΕ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ**

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	Φυλικό οξύ	400,0 MG

**ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΣΕ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ**

Χαλκός	0,5-4,5 MG	Ιώδιο	60-12 MG
Ψευδάργυρος	2-4 MG	Χρόμιο	2-55 MG
Σίδηρος	11-4 MG	Μαγνήσιο	0,5-2 MG
Σελήνιο	0,05-0,2 MG		

7.5.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ

ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

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.³⁰

ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΝΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Σε κάθε 1.000 KCAL

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

7.5.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

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 *ίκτηρος*. Το δέρμα του ασθενή και οι επιπεφυκότες εμφανίζουν ικτερική χροιά. Ο ίκτηρος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή και επίσης ο *κνησμός* ή το *δερματικό εξάνθημα*, δημιουργούν ανησυχία στον ασθενή.

- Προς αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντιισταμινικά φάρμακα.

- Απομακρύνονται από το θάλαμο 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 τον ασθενή.
- Επειδή ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, πρέπει να παρακολουθούνται οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος και να καθαρίζονται σε συχνά διαστήματα.

Επειδή ο ασθενής εμφανίζει *απώλεια βάρους*, 2,5 – 5 kg 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 αρτηριακής πίεσης 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 ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του.
- Στη διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ: αρρώστου-νοσηλευτή-γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή, απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.
- Στην αποθάρρυνση του αρρώστου να υιοθετήσει ένα ρόλο εξάρτησης.
- Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή.
- Συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.

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

Προβλήματα	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες
Ανορεξία	<ul style="list-style-type: none"> - Ενισχύστε τον ασθενή να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά. - Φροντίστε ώστε να γίνεται η τροφή σε ικανοποιητική ποικιλία. - Προσφέρετε τον δίσκο περιποιημένο. - Αν βοηθάτε τον ασθενή να παίρνει την τροφή του, μην του δώσετε την εντύπωση ότι βιάζεστε.

Προβλήματα	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες
Ναυτία και έμετος	<ul style="list-style-type: none"> - Φροντίστε τη στοματική κοιλότητα του ασθενούς, πριν και μετά από κάθε γεύμα. - Εφαρμόστε τεχνητή διατροφή, αν χρειάζεται.

<p>Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολουθείτε, αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα. - Ενισχύστε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. - Περιορίστε τις δραστηριότητες του αρρώστου. - Δώστε συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και Κ). - Χορηγείστε παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά. - Παρακολουθείστε συστηματικά το βάρος του αρρώστου. - Παρακινείστε τον ασθενή να μείνει στο κρεβάτι, για την προφύλαξη του ήπατος. - Χορηγείστε αντισπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. - Ενισχύστε τον ασθενή να τρώει σιγά και να μασάει κατά την τροφή. - Παρακολουθείτε, γράφετε και αναφέρετε τα χαρακτηριστικά του πόνου.
---	--

Προβλήματα	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες
<p>Ανωμαλίες κενώσεως εντερικού</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφαλίστε μια κένωση την ημέρα. - Παρακολουθείτε το χρώμα, την υφή, τη σύσταση και τον αριθμό των κενώσεων.

σωλήνα	<ul style="list-style-type: none"> - Σε δυσκοιλιότητα εξασφαλίστε αρκετά υγρά και τροφή που να περιέχει κυτταρίνη. - Σε διάρροια, περιορίστε τα υγρά, χορηγείστε τα φάρμακα που παράγγειλε ο ιατρός, γράψτε τον αριθμό των κενώσεων και παρακολουθείστε τον ασθενή για συμπτώματα αφυδατώσεως.
Ίκτερος	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολουθείστε και γράφετε βαθμό ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. - Απαλλάξτε τον ασθενή από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του, επιμεληθείτε λουτρό καθαριότητας του ασθενούς, χωρίς σαπούνι, και μετά κάνετε μασάζ με λοσιόν. - Παρακολουθείτε το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.
Ασκίτης	<ul style="list-style-type: none"> - Βοηθείστε τον ασθενή κατά την παρακέντηση. - Φροντίστε ο ασθενής να ουρήσει, πριν από αυτήν. - Τοποθετείστε τον ασθενή σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση και στηρίξτε τον με μαξιλάρια.

Προβλήματα	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες
Ασκίτης	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολουθείτε τον ασθενή κατά την διάρκεια της παρακεντήσεως. - Σημειώστε την ποσότητα και τον χαρακτήρα

<p>Πυρετός</p>	<p>του υγρού της παρακεντήσεως.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ελέγχετε τις γάζες να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα. - Χορηγείτε διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού. - Περιορίστε το NaCl. - Σημειώστε τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Να τηρείτε με ακρίβεια δελτίο ισοζυγίου υγρών. - Φροντίστε προσεκτικά το δέρμα. - Τοποθετείστε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για να βοηθήσετε την αναπνοή του. - Παρακολουθείτε τον ασθενή για συμπτώματα πιθανού κώματος. - Σημειώνετε τη θερμοκρασία στα χρονικά διαστήματα που καθορίστηκαν. - Ενισχύετε τον ασθενή να παίρνει υγρά. - Εφαρμόστε ψυχρά περιτυλίγματα σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα. - Παρακολουθείστε την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων.
-----------------------	---

7.5.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΙΝΗΣΙΑΣ

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

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας σε 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 να 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:
 - Το είδος της διαίτας.
 - Η χορήγηση άφθονων υγρών.
 - Οι χαμηλοί υποκλυσμοί.
 - 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 από την αριστερή και από την δεξιά πλευρά του, ώστε να μην πιέζεται μόνο ένα σημείο του σώματός.

- 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.

7.5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών σε βαριές καταστάσεις ηπατίτιδας μετά από παρατεταμένη χρήση, προκαλεί υπερτρίχωση, οστεοπόρωση, επιδείνωση, σακχαρώδους διαβήτη, επιδείνωση πεπτικού έλκους, ψυχωτική αντίδραση, υπέρταση, εξασθένηση των αμυντικών μηχανισμών εναντίον βαριών λοιμώξεων και ασκεί καταβολική επίδραση σε υποστηρικτικούς ιστούς όπως των οστών, των μυών και του δέρματος.

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

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 στον 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.
- Τεστ 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.

7.5.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Εφ' όσον διαπιστωθεί η ύπαρξη ηπατίτιδας, το πρώτο πράγμα 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 αυτούς 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 ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο προφυλάσσονται οι υπόλοιποι μη μολυσμένοι ασθενείς.
9. Όταν ο ασθενής εξέλθει από το νοσοκομείο γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη.^{22, 25}

7.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

1. Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
2. Πλύση χεριών, απομόνωση λευχειμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συρίγγων μιας χρήσης, είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται.
3. Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό.

4. Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού (Immune Serum Globulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου A, κατά την περίοδο επώασης. Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και εξασφαλίζει ανοσία για 6-8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044-0,132 mL ανά Kg βάρους σώματος.

Πρόσφατες κλινικές δοκιμές με άλφα-ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 5.000 units άλφα-ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της ηπατίτιδας B σε πάνω από το ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας B (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων. Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σ' ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου, είναι απαραίτητη μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με ηπατίτιδα B.

Μακροχρόνια χορήγηση χαμηλής δόσης ιντερφερόνης σε αρρώστους με ηπατίτιδα C είχε επίσης ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η ιντερφερόνη είναι υπό έρευνα και για τη θεραπεία της ηπατίτιδας D.

5. Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους στρες.
6. Επαρκής θρέψη για epούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), υπερυδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.
7. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολύ προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη K.

8. Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα.

9. Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μπορεί να μεταβολίσει το ήπαρ.

Οι πιο πολλοί άρρωστοι αναρρώνουν σε 4-12 εβδομάδες. Όμως, είναι δυνατή η υποτροπή στο 5-25% των ενηλίκων αρρώστων κατά τη διάρκεια των 4 πρώτων μηνών. Οι άρρωστοι με Α και Β ηπατίτιδα, γενικά, έχουν ανοσία διαρκείας προς τον ειδικό τύπο ιού. Επειδή όμως άρρωστοι που ανάρρωσαν ξαναπαρουσίασαν ηπατίτιδα Α, πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι ιοί τύπου Α.

10. Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση αρρώστου.

A. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

- Ενθάρρυνση άριστων πρακτικών υγιεινής.
- Διδασκαλία αρρώστου για καλή ατομική υγιεινή.
- Προσεκτική εξέταση ατόμων που χειρίζονται τροφές.
- Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ενδομυϊκά ή υποδόρια μέσα σε λίγες μέρες από την έκθεση ατόμων σε ηπατίτιδα Α.
- Χρήση γαντιών στο χειρισμό δοχείων και μολυσμένων λευχειμάτων.

B. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

- Εξέταση δοτών αίματος για αποκλεισμό φορέων.
- Χρήση γαντιών στις ενδοφλέβιες εγχύσεις ή στο χειρισμό αντικειμένων μολυσμένων με αίμα αρρώστων με ηπατίτιδα Β.
- Προτείνεται εμβόλιο ηπατίτιδας Β για άτομα υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β.
- Ανοσοσφαιρίνη ηπατίτιδας Β πρέπει να χορηγείται μέσα σε 72 ώρες από την άμεσης έκθεση σε ιό ηπατίτιδας (λύσεις συνεχείας δέρματος).

- Μετάγγιση αίματος μόνο όταν δικαιολογείται.
- Χρήση υποκατάστατων αίματος, όταν είναι δυνατό.
- Χρήση βελόνων και συρίγγων μιας χρήσης, προσεκτική απόρριψή τους.
- Διδασκαλία όλων των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση να μη δώσουν αίμα για έξι μήνες, ώστε να παρέλθει η περίοδος επώασης.

Γ. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Ίδια όπως στην ηπατίτιδα B, εκτός του ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο.²⁷

7.6.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο ασθενής μετά την οξεία φάση της νόσου, μπορεί να αποχωρήσει από το νοσοκομείο. Χρειάζεται όμως κάποιο χρονικό 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 το διάστημα πάνω από πέντε (5) μήνες, μετά το ικτερικό διάστημα, ώστε να αποφεύγεται η κούραση και οι δυσάρεστες επιπλοκές.
2. Αποφυγή οινόπνευματων ποτών, τουλάχιστον για έξι (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 ζωϊκό λεύκωμα, βοηθούν στην γρήγορη αποκατάσταση του ασθενή.
6. Οι χώροι που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός της 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.

7.6.2. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

- Û 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.
- Û Εκτός όμως από τις οδηγίες που δίνει στον άρρωστο που εξέρχεται από 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).
- Û Η σχολαστική καθαριότητα ιδιαίτερα των χεριών, των τροφίμων, του νερού και των αποχωρητηρίων είναι αρκετή.
- Û Αν κάποιος έχει την υποψία ότι μολύνθηκε πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του.
- Û Αν παρουσιαστεί κρούσμα ηπατίτιδας Α σε σχολεία, αυξάνουν τα μέτρα υγιεινής, γίνεται απολύμανση και προληπτικά γίνεται εμβολιασμός των παιδιών.

- Û Η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β και C πρέπει να 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 σχετικά με το θέμα.
- Û 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.
- Û 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.
- Û 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 μάλιστα στις μέρες μας.
- Û Αλλά ότι φροντίζουμε τα ήδη θύματα των ναρκωτικών να μη γίνουν θύματα και της ηπατίτιδας Β και C.
- Û Τέλος, η σεξουαλική επαφή είναι ένας τρόπος μετάδοσης αντιγόνου ηπατίτιδας Β και C από φορείς σε υγιή άτομα, με αποτέλεσμα τη νόσησή τους.
- Û 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.
- Û Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια να διδάξει στον κόσμο πόσο σημαντική είναι η πρόληψη και η ορθή συμπεριφορά απέναντι στην υγεία και τη ζωή.²⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με την πάροδο του χρόνου και την παράλληλη ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας γενικότερα. Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί πως η ηπατίτιδα είναι μια ασθένεια με ευνοϊκή πορεία που καταλήγει σε πλήρη ανάρρωση εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις.

Και αυτό γιατί η εξέλιξη των δύο παραπάνω τομέων παρέχει δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης και κατά συνέπεια της αποτελεσματικότερης θεραπείας.

Το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας 1-2% είναι πολύ ενθαρρυντικό.

Η αναγκαιότητα της συνεισφοράς της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η οποία κατέχει και δύναται να προσφέρει πολλά, είναι αντιληπτή. Διότι είναι προφανές ότι η κατάλληλα καταρτισμένη Νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα να βοηθά όχι μόνο σε επιστημονική βάση αλλά και σε επίπεδο επικοινωνίας – συνεργασίας με τον ασθενή μιας και η επαφή της μαζί του είναι αμεσότερη.

Για το λόγο αυτό η γνωστοποίηση και εφαρμογή των ακόλουθων μέτρων κρίνεται απαραίτητη:

1. Σωστή και ευρεία ενημέρωση του πληθυσμού από άτομα που εργάζονται στο χώρο της υγείας για θέματα που αφορούν την ιογενή ηπατίτιδα και για θέματα που αφορούν την πρόληψη και προφύλαξη της νόσου.
2. Να πραγματοποιείται έλεγχος HBsAg στα σχολεία κάθε βαθμίδας και να εμβολιάζονται οι οικογένειες των φορέων του ιού Β.
3. Να εμβολιάζονται όλοι όσοι θα ταξιδέψουν σε μέρος που ενδημεί η νόσος.
4. Να γίνεται έλεγχος για τυχόν ύπαρξη αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) σε όλους.
5. Συνίσταται διαφώτιση σχετικά με την πρόληψη νοσημάτων που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, και

6. Να αποφεύγεται το αλκοόλ και το κάπνισμα.

Μέσα στο χώρο των υγειονομικών κέντρων (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας), πρέπει να λαμβάνονται τα εξής μέτρα:

1. Έλεγχος του αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) σε όλο το ιατρικό και παραιατρικό προσωπικό.
2. Εμβολιασμός των αρνητικών (-) στο HBsAg, το αργότερο σε ένα μήνα από την πρόσληψή τους.
3. Προγράμματα επιμόρφωσης των ομάδων Υγείας, με ευθύνη του κράτους.
4. Κρατήσεις, χρηματικές επιχορηγήσεις για έρευνα και πλήρη στελέχωση ιδρυμάτων στα οποία θα φιλοξενούνται αποκλειστικά ηπατικοί ασθενείς.
5. Χρησιμοποίηση συσκευών μιας χρήσεως, στα τμήματα, χειρουργεία, αιμοδοσία, τεχνητό νεφρό.
6. Το αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg) να αποτελεί εξέταση ρουτίνας για όλους τους νεοεισαχθέντες ασθενείς κάθε Νοσοκομείου, και
7. Κοινή προσπάθεια για ένα ανθρώπινο και υγιές περιβάλλον.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μετά των όσων ειπώθηκαν στην εργασία αυτή για τα συμπτώματα και προβλήματα που παρουσιάζει ένας ηπατοπαθής ασθενής, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση και πρόληψη των ηπατίτιδων.

Οι παράγοντες αυτοί είναι πνευματικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί. Κάθε ηπατοπαθής ασθενής πρέπει να αποκτήσει γνώσεις για τη νόσο του. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει την άμεση ανάγκη να μην εκθέτει τον εαυτό του σε κινδύνους της νόσου.

Αυτό θα το πετύχει με τον καλό σιτισμό, την αποφυγή υπερβολικής κόπωσης και τη διαμονή σε υγιεινό περιβάλλον.

Για την απόκτηση των γνώσεων πάνω στο θέμα της νόσου θα βοηθήσει η νοσηλεύτρια εξηγώντας τους κινδύνους και πώς να τους αποφύγει.

Πολλές φορές το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, μπορεί να είναι χαμηλό. Η νοσηλεύτρια μαζί με τη συνεργασία της υγειονομικής ομάδας οφείλει να βοηθήσει τον ασθενή.

Όλοι μαζί συμβάλλουν όσο το δυνατό στην καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης του ασθενούς, για την αποφυγή υποτροπιασμού της νόσου. Η οικογένεια βοηθάει τον ασθενή να απαλλαγεί από άγχη και φροντίζει για την πλήρη σωματική αποκατάσταση του ασθενή, μετά από οδηγίες του ιατρού.

Η υγειονομική μονάδα, η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου φροντίζουν για την αποκατάσταση σωματικών, κοινωνικών και επαγγελματικών ικανοτήτων του αρρώστου.

ΜΕΡΟΣ

ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η ασθενής Λυκουρέση Βασιλική του Κωνσταντίνου, 65 ετών, κάτοικος Πατρών (Καρατζά 65), εισήλθε στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου, στις 19/03/2003.

Προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω τάσης προς έμετο, ήπια ανορεξία και έντονο κνησμό. Επίσης, παρατηρήθηκε ικτερική χροιά των επιπεφυκότων και δέρματος, υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμός κοπράνων.

Κατά τη λήψη του ιστορικού, η ασθενής ανέφερε αλλεργία στην πενικιλίνη, στρεπτομυκίνη και amoxil.

Επίσης, λόγω πάρεσης προσώπου λαμβάνει Medton 1X1, duraprox και specilid.

Αμέσως ετέθη σε δίαιτα, περιορισμένη κινητικότητα (με καρέκλα), μέτρηση 3ωρης αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας καθώς και μέτρηση ούρων 24ώρου.

Άρχισε αγωγή με:

D/w 1000 cc 5% 1X1

MVI στον ορό 2X1

Such Questran 1X3

Flagyl 1X3

Amp Tavunic 1X1

Η ασθενής αρνήθηκε να λαμβάνει το Questran. Αρτηριακή πίεση φυσιολογική και θερμοκρασία μέχρι 37.4° C.

Στις 21/3/2003 έγινε αξονική τομογραφία άνω – κάτω κοιλιάς και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Συμπέρασμα:

Φυσιολογική αξονική τομογραφία κοιλιάς. Επίσης, υπερηχογραφικά δεν εμφανίζει διάταση χολαγγείων.

Λόγω λήψεως NSAIDS, κρίθηκε απαραίτητη η διενέργεια βιοψίας ήπατος για πιθανή χολοστατική ηπατίτιδα από NSAIDS, καθώς και διενέργεια ERCP.

Τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων στις 22/3 έδειξαν:

Χοληστερίνη	479 mg/dl (φυσιολογική τιμή 130-250 md/dl)
Νάτριο ορού	134 m mol/l (φυσιολογική τιμή 135-147 m mol/l)
Τρανσαμινάσες SGOT	234 U/l (φυσιολογική τιμή 5-50 U/l)
γ-GT	379 U/l (φυσιολογική τιμή 7-51)
Αλκαλική φωσφατάση	588 U/l (φυσιολογική τιμή 50-135 U/l)
L.D.H.	277 U/l (φυσιολογική τιμή 90-210)
Fe ορού	18 mg/dl (φυσιολογική τιμή 46-160 mg/dl)
Χολερυθρίνη ολική	1,9 mg/dl (φυσιολογική τιμή <1.0 mg/dl)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Χολοστατική ηπατίτις από NSAIDS

Μετά τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής, της δίαιτας και της ανάπαυσης της ασθενούς, παρατηρήθηκε βελτίωση.

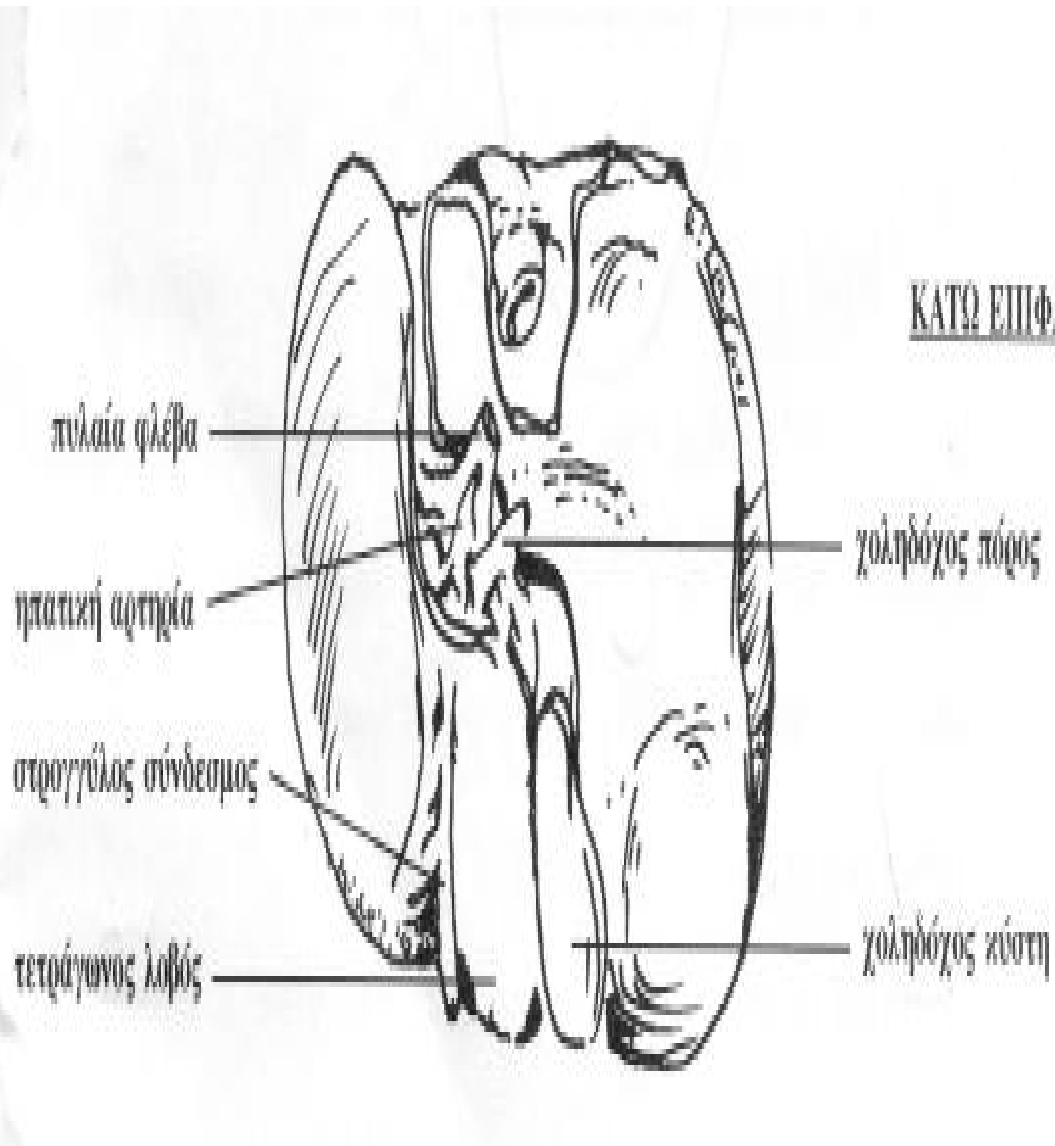
Οι τελευταίες βιοχημικές εξετάσεις έδειξαν:

Νάτριο ορού	138 m mol/l
Τρανσαμινάσες SGOT	109 U/l
γ-GT	240 U/l
Αλκαλική φωσφατάση	360 U/l
L.D.H.	224 U/l
Fe ορού	32 mg/dl
Χολερυθρίνη ολική	1,2 mg/dl

Ημερομηνία εξόδου 22/03/2003.

Συνιστάται αποφυγή βαριάς χειρωνακτικής εργασίας και επανέλεγχος στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ήπατος.

ΚΑΤΩ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Τάση προς έμετο, λόγω χολοστατικής ηπατίτιδας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθεί, αν όχι να εξαφανιστεί η τάση προς έμετο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Για να αποφευχθεί η τάση προς έμετο, η ασθενής πρέπει να τεθεί σε διαιτητική αγωγή. • Δηλαδή να λαμβάνει τροφές, μειωμένες σε λιπαρά, μικρές και συχνές ποσότητες και χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ετέθη σε διαιτητική αγωγή. • Επίσης, της χορηγήθηκε ορός Dextrose 5% 1000 cc 1X1, κατόπιν ιατρικής εντολής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την εφαρμογή των προαναφερθέντων, η ασθενής ανέφερε ότι αισθάνονταν καλύτερα, ότι είχε ελαττωθεί η τάση προς έμετο.

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
		<ul style="list-style-type: none"> • Αν τα προαναφερόμενα δεν μειώσουν την τάση προς έμετο, χορήγηση αντιεμετικού, έπειτα από ιατρική εντολή. • Φροντίζουμε τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα. 		

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Ήπια ανορεξία, λόγω τάσης προς έμετο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα η όρεξη της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να τεθεί η ασθενής σε διαίτα και διατήρηση ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών, να της προσφέρεται τροφή που και η ίδια επιθυμεί, όσο είναι δυνατόν αυτό, μικρά και συχνά γεύματα, σερβιρισμένα σε ένα περιποιημένο δίσκο και τέλος, το περιβάλλον της να είναι άνετο και ευχάριστο. • Ενισχύουμε την ασθενή να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ετέθη σε διαιτητική αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Την επόμενη ημέρα, εφόσον είχε μειωθεί η τάση προς έμετο, η ασθενής είχε μεγαλύτερη όρεξη.

Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Έντονος κνησμός, λόγω χολοστατικής ηπατίτιδας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να υποχωρήσει αν όχι να εξαλειφθεί ο κνησμός. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχείς κομπρέσες με φυσιολογικό ορό για την ανακούφιση από τον κνησμό και σε περίπτωση μη υποχώρησης, χορήγηση αντιισταμινικών κατόπιν ιατρικής εντολής. • Επιμελούμαστε λουτρό καθαριότητας της ασθενούς, χωρίς σαπούνι και μετά κάνουμε μασάζ με λουσιόν. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόστηκαν οι κομπρέσες με φυσιολογικό ορό Sodium Chloride 0,9%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά από τις συνεχόμενες τοποθετήσεις κομπρεσών, ο κνησμός υποχώρησε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **ΝΙΚΗΤΑΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ – ΑΝΤΩΝΗΣ ΚΑΜΜΑΣ**, «Η Ανατομική του Ανθρώπου», Εκδόσεις «M-EDITION», Αθήνα 1998, σελ. 472-478.
2. **Χ. Μ. ΜΟΤΣΟΠΟΥΛΟΣ – Δ.Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**, «Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991, σελ. 387-389, 398-402.
3. **ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΑΚΑΛΟΣ**, «Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική», Τόμος 3^{ος}, Έκδοση Γ', Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, σελ, 1614-1645.
4. **Μ. Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ. Φ. ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ**, «Γενική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Α', Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2001, σελ. 378-390.
5. <http://www.care.gr/enc/diseases/pediatrics/topic/?id=30>.
«Λοιμώδη Νοσήματα: Επιδημιολογία, Πρόληψη, Προφύλαξη».
6. <http://www.care.gr.mQg/topic/?id=80>, «Ηπατίτιδες Η, Β, C. Διαφορές και Αντιμετώπιση», (Δημοσίευση 13/12/2002).
7. **KLAOUS – PETER MAIE** «Ηπατίτιδα και Επακόλουθα της Ηπατίτιδας», George Thierme Verlag Stuttgart – New York, 4h Έκδοση 2, 1995, Μετάφραση Αθηνά Κουτραφουρή, σελ. 2-11, 18-23, 54-60, 78-80.

8. **Κ. Δ. ΓΑΡΔΙΚΑ**, «Ειδική Νοσολογία», Νέα Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Μαρία Γ. Παρισιανού, Ναυαρίνου 20 – Αθήνα, σελ. 289-300.
9. <http://www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559>, «Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α».
10. <http://www.care.gr/rnsg/topic/?id=1804>, «Από τα πιο Διαδεδομένα Λοιμώδη Νοσήματα η Ηπατίτιδα Β», (δημοσίευση 14/03/01).
11. **Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ**, «Ιογενής Ηπατίτιδα στην Ελλάδα», Ιατρική Τόμος 58, Τεύχος 4, Αθήνα 1991, σελ. 319-320.
12. **TOSHITSUGU ODA**, «Hepatitis Viruses», University Park Press Baltimore, σελ. 53-58.
13. **ΚΑΜΠΟΥΡΑ – ΝΙΦΛΗ Ε.**, «Ηπατίτιδα Β (HBV)», Τομή και Φροντίδα, Τεύχος 15, Αθήνα 1992, σελ. 20-35.
14. <http://www.care.gr/mgg/topic/?id=89>, «Ηπατίτιδα Β».
15. **Σ. ΑΝΟΥΣΗΣ – Μ. ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΟΓΛΟΥ**, «Ιογενείς Ηπατίτιδες – Βιβλιογραφική Ανασκόπηση», Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 15, Τεύχος 5, Μάιος 1993, σελ. 371-381.
16. **ΧΡ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ**, «Ιογενής Ηπατίτιδα – Μια Ανασκόπηση», Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 16, Τεύχος 1, Ιανουάριος 1993, σελ. 66-68.

17. <http://www.care.gr/enc/diseases/gynecology/topic/?id=31>, «Κύηση και Ηπατίτιδα Β».
18. <http://www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559>, «Εμβόλιο Ηπατίτιδας».
19. **Δ.Κ. ΚΑΦΕΤΖΗΣ**, «Εμβολιασμοί – Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β (HBV)», Ιατρικές Εξελίξεις, 1993, σελ. 7-10.
20. **Χ. ΔΡΑΚΟΥΛΗΣ – Ε. ΤΣΟΥΚΑ**, «Το Εμβόλιο για την Ηπατίτιδα Β», Ιατρική Ενημέρωση, Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 3, Μάιος, Ιούνιος 1993, σελ. 179-181.
21. <http://www.care.gr.meg/topic/?id=4467>, «Υποχρεωτικό το Εμβόλιο για Ηπατίτιδα Β στα νεογέννητα στις Η.Π.Α.», (Δημοσίευση: 20/01/2002).
22. **DUERDEN REID JEWSBURY**, «Microbial and Parasitic Injection», ARNOLD: LONDON SYDNEY AUCKLAND, 1993, σελ. 273-274, 351-360.
23. **JACK S. REMINGTON, MD.- MORTON N. SWARTZ, MD**, «Current Clinical Topics in Injections Diseases», σελ. 274-280.
24. **Ν.Γ. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ – Π. Κ. ΒΛΑΒΙΑΝΟΣ**, «Ηπατίτιδα C», Επιθεώρηση Υγείας, 1991, σελ. 17-23.
25. **Σ. Ι. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ.**, «Ηπατίτιδα C/1995/», Ιατρικές Εκδόσεις, Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σελ. 151-200.

26. <http://www.care.gr/mag/topic/?id=6013>, «Ηπατίτιδα C: Μία “Σιωπηλή” Μάστιγα», (Δημοσίευση: 25/09/2002).
27. *ANNA ΣΑΧΙΝΗ _ ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ*, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Νοσηλευτικές Διαδικασίες, 2^{ος} Τόμος, Β΄ Έκδοση, 1997. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Medical Arts, Αθήνα, σελ. 276-178, 326-332.
28. *I. ΚΟΥΤΣΟΥΒΕΛΗΣ*, «Η Ιντερφερόνη στη Χρόνια Ηπατίτιδα Β», Νοσοκομειακά Χρονικά, Τόμος 52, Απρίλιος- Ιούνιος 1992, σελ. 117-119.
29. *ΕΙΡΗΝΗ Γ. ΓΙΟΥΛΙΑ*, «Όπου θέτει Κατευθυντήριες Γραμμές για την Πρόληψη της Μετάδοσης του HBV/HIV στα Άτομα που ασχολούνται με την Φροντίδα Υγείας», Νοσηλευτική, Τόμος 32, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1993, σελ. 44-48.
30. *BARBARA M. SAULE – ELAINE L. LANSON, GARY A. PRESTON* , «Injections and Nursing Practice Prevention and Control», 1995, σελ. 389-396.
31. *RONALD I. D., EDMOND*, «Injections Diseases», Third Edition.
