

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

**ΘΕΜΑ: «ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Dr. Μ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ**

ΠΑΤΡΑ, 2002

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

**ΘΕΜΑ: «ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Ανατομικά στοιχεία ήπατος.....	4
Η εκφορητική μοίρα του ήπατος	5
Λειτουργικές ικανότητες ήπατος	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.1. Ιοί ηπατίτιδας.....	10
1.2. Ορισμοί και μορφές διάκρισης ηπατίτιδας.....	11
1.3. Αντιγονικές ιδιότητες των ιών της ηπατίτιδας.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2.1. Οξεία ιογενή ηπατίτιδα	15
2.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και τρόποι μετάδοσης.....	16
2.3. Κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις	22
α. συμπτώματα και σημεία	22
β. εργαστηριακά ευρήματα	25
γ. διάγνωση- διαγνωστικές εξετάσεις.....	26
2.4. Εξέλιξη και πρόληψη της νόσου	30
2.5. Επιπλοκές και επακόλουθα	31
Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα	32
Εξέλιξη προς χρόνια ηπατίτιδα	32
2.6. Θεραπεία και πρόληψη	33
2.7. Πρόληψη	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
3.1. Τοξική και φαρμακευτική ηπατίτιδα.....	39
3.2. Ο ιός ΗΒC (Non-A, Non-B, NANBH).....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
4.1. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.....	41
4.2. Αιτιολογία	42
4.3. Κλινικές εκδηλώσεις	43
4.4. Εργαστηριακά ευρήματα.....	44
4.5. Πορεία – Πρόγνωση	44
4.6. Θεραπεία	45
4.7. Θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας C	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
5.1. Νοσηλευτική παρέμβαση.....	47
Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	
5.2. Αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή.....	49
5.3. Αντιμετώπιση προβλημάτων από την φαρμακευτική αγωγή.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	
Νοσηλευτική διεργασία.....	57

Ανατομικά στοιχεία ήπατος

Είναι ο μεγαλύτερος αδένας του σώματος, βρίσκεται κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος και εκτείνεται προς το επιγάστριο και τον αριστερό θόλο του διαφράγματος.¹¹

Έχει μια κυρτή επιφάνεια προς το άνω, την διαφραγματοκοίλη και μια κοίλη προς τα κάτω, την σπλαχνική. Οι δύο επιφάνειες χωρίζονται προς τα εμπρός με το οξύ, κάτω χείλος του ήπατος.¹¹

Το ήπαρ καλύπτεται από δύο πέταλα του περιτοναίου, τα οποία ενώνονται προς τα μπρος και σχηματίζουν τον δρεπανοειδή σύνδεσμο. Προς τα άνω σχηματίζουν τον στεφανιαίο σύνδεσμο και αφήνουν ένα μέρος της διαφραγματικής επιφάνειας του ήπατος ακάλυπτο. Στην σπλαχνική επιφάνεια ενώνονται πάλι και συνεχίζονται προς το ελάσσον επίπλουν. Προς τα δεξιά ο στεφανιαίος σύνδεσμος καταλήγει στον δεξιό τριγωνικό σύνδεσμο ενώ προς τα αριστερά στον αριστερό τριγωνικό σύνδεσμο και την ινώδη απόφυση του ήπατος. Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος συνδέει το ήπαρ με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και χωρίζει το ήπαρ σε αριστερό και δεξιό λοβό. Στο κάτω ελεύθερο χείλος του, πορεύεται ο στρογγυλός σύνδεσμος του ήπατος που εκτείνεται από τη σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος ως τον ομφαλό. Η σπλαχνική επιφάνεια παρουσιάζει μια σειρά εντυπωμάτων λόγω της παρουσίας των διάφορων σπλάχνων με τα οποία έρχεται σε επαφή.¹⁸

Δύο οβελιαίες αύλακες και μια εγκάρσια, σε σχήμα Η, χωρίζουν την σπλαχνική επιφάνεια σε τέσσερις λοβούς. Τα σκέλη του Η σχηματίζονται ως εξής το αριστερό από τον στρογγυλό σύνδεσμο προς τα κάτω και τον φλεβώδη σύνδεσμο προς τα πάνω το δεξιό από τη χοληδόχο κύστη προς τα κάτω και την κάτω κοίλη φλέβα προς τα άνω. Οι πύλες του ήπατος σχηματίζουν την εγκάρσια γραμμή του Η.¹¹

Οι προσκύπτοντες λοβοί ονομάζονται αριστερός, δεξιός, κερκοφόρος και τετράπλευρος.⁴

Η αιμάτωση του ήπατος είναι τμηματική. Αυτό σημαίνει ότι κάθε τμήμα του αρδεύεται από έναν τελικό αρτηριακό κλάδο. Αυτή η κατάτμηση του ήπατος δεν αντιστοιχεί προς την ανατομική λόβωση. Από λειτουργική άποψη το ήπαρ διαιρείται σε δύο λοβούς – αριστερό και δεξιό – και κάθε λοβός σε τρία τμήματα – πλάγιο, μέσο και αριστερό κερκοφόρο – ο αριστερός και πρόσθιο οπίσθιο και δεξιό κερκοφόρο.¹⁹

Η ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΗ ΜΟΙΡΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ εκκρίνει προς τον εντερικό σωλήνα τη χολή, που είναι απαραίτητη για τη πέψη των λιπιδίων.¹⁹ Αυτή φέρεται προς το έντερο με τον ηπατικό και τον χοληδόχο πόρο και αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη.¹⁸

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα σακοειδές ανεύρυσμα που βρίσκεται μέσα στον κυστικό βόθρο της σπλαχνικής επιφάνειας του ήπατος.¹⁹ Η οπίσθια επιφάνεια της καλύπτεται με περιτόναιο. Διακρίνουμε πυθμένα, σώμα και αυχένα της κύστης. Ο πυθμένας προβάλλει κάτω από το οξύ χείλος του ήπατος. Το τοίχωμα της αποτελείται από βλεννογόνο, ινομυώδη χιτώνα και έξω χιτώνα. Η κύστη χρησιμεύει για την αποθήκευση της χολής την οποία συμπυκνώνει πολύ, απορροφώντας ιόντα και νερό.¹¹

Η χοληδόχος κύστη εκβάλλει στον χοληδόχο πόρο με τον κυστικό πόρο.¹⁸ Κοντά στο δωδεκαδάκτυλο ο χοληδόχος πόρος συναντά τον παγκρεατικό πόρο, με τον οποίο εκβάλλουν από κοινού στην μείζονα θηλή του δωδεκαδάκτυλου. Στη θέση αυτή υπάρχει ένας σφιγκτήρας που ρυθμίζει τη ροή της χολής στο έντερο.¹⁹

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΗΠΑΤΟΣ

Το αίμα από το έντερο, πριν να εισέλθει στη μεγάλη κυκλοφορία, διέρχεται πρώτα από το ήπαρ.¹⁹ Το ήπαρ αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του μεταβολισμού των τροφών.

Συγκεκριμένα το ήπαρ:

- **Ελέγχει** την προσφορά, την χρησιμοποίηση και την τελική διάσπαση και απέκκριση των διάφορων ουσιών.¹⁸
- **Αποταμιεύει υδατάνθρακες**, μετατρέποντας τη γλυκόζη, από την πέψη των υδατανθράκων, σε γλυκογόνο το μεγαλύτερο μέρος του οποίου αποθηκεύει και το μετατρέπει πάλι σε γλυκόζη προκειμένου να διατηρηθεί σε φυσιολογικά όρια η συγκέντρωση της γλυκόζης στο αίμα.¹⁸
- **Αποταμιεύει αμινοξέα**, σίδηρο, χαλκό και βιταμίνες (κυρίως Α και D) ουσίες τις οποίες απελευθερώνει σύμφωνα με τις απαιτήσεις του σώματος.¹⁸
- **Παίζει σπουδαίο ρόλο** στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών κυρίως στις μετατροπές τους μετά την απορρόφηση στον πεπτικό σωλήνα.
- **Περιέχει ένζυμα** για την αλληλομετατροπή των θρεπτικών ουσιών και για τη σύνθεση λιπών, γλυκογόνου, πρωτεϊνών του πλάσματος.
- **Παράγει τα χολικά οξέα** (παραγωγή και αποβολή της χολής στο έντερο).
- **Συνθέτει παράγοντες της πήξης** του αίματος (ινωδογόνο και προθρομβίνη).
- **Διασπά** και αποβάλλει ορισμένες ορμόνες και φάρμακα.¹⁸

Πρόλογος

Οι ιογενείς ηπατίτιδες (IH) αποτελούν ομάδα νοσημάτων των οποίων οι κλινοεργαστηριακές εκδηλώσεις οφείλονται στην καταστροφή του ηπατικού ιστού.³ Συχνότερα αίτια οξείας ηπατίτιδας είναι οι ιοί A,B,D. Πρόσφατα ενοχοποιήθηκαν ο ιός (καθώς και άλλοι που αποκαλούνται μη-A,μη-B).Οι αρρώστιες αυτές, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια, μπορεί να μεταδοθούν στον άνθρωπο άμεσα από έναν άλλο μολυσμένο άνθρωπο ή ζώο ή έμμεσα με την παρέμβαση κάποιου διαβιβαστή. Τα νοσήματα που μεταδίδονται άμεσα από άνθρωπο σε άνθρωπο λέγονται μολυσματικά ή κολλητικά.⁸

Η αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία, η εφαρμογή της ενεργητικής ανοσοποίησης σε μεγάλη έκταση, αλλά και η βελτίωση του βιοτικού, μορφωτικού, πολιτιστικού επιπέδου πολλών λαών αποτέλεσαν παράγοντες στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων διεθνώς και ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα λοιμώδη νοσήματα όμως συνέχιζαν να ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της ολικής νοσηρότητας και σημαντικό ποσοστό της ολικής θνησιμότητας σε όλες τις χώρες του κόσμου.¹¹

Κοινό χαρακτηριστικό των λοιμωδών νοσημάτων είναι ότι οφείλονται σε ζωντανούς νοσογόνους παράγοντες ή σε τοξικά προϊόντα τους.¹⁶ Πρέπει να σημειωθεί πως οι λοιμογόνοι παράγοντες δεν προκαλούν μόνο λοιμώδη νοσήματα αλλά και άλλες νοσολογικές καταστάσεις. Σήμερα πιστεύεται ότι ο ιός της ιλαράς ευθύνεται για την υπ' οξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτιδα και ότι ο ιός της ηπατίτιδας B αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του πρωτοπαθή καρκίνου του ήπατος.⁸

Τα χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων που καθορίζονται από τον αντίστοιχο ξενιστή είναι:

α) Η μολυσματικότητα, δηλαδή η ικανότητα του λοιμογόνου παράγοντα να μολύνει τον ξενιστή. (εγκατάσταση, πολλαπλασιασμός και ανάπτυξη του χωρίς απαραίτητα να εκδηλωθεί νόσος).⁴ Για την μόλυνση του ξενιστή χρειάζεται η ελάχιστη μολυσματική δόση, η οποία επηρεάζεται από την ηλικία, την κατάσταση του ξενιστή και από την είσοδο του λοιμογόνου παράγοντα.¹⁶

β) Η παθογονικότητα του λοιμογόνου παράγοντα, δηλαδή η ικανότητα του να προκαλέσει λοίμωξη.⁴ Η εμφάνιση λοιμώδους νοσήματος σε άτομο, που έχει εκτεθεί σε μολυσματική δόση του αντίστοιχου λοιμογόνου παράγοντα, εξαρτάται από την ευαισθησία και την αντοχή του ατόμου για αυτό το λοιμώδες νόσημα.¹⁶ Η αντοχή διακρίνεται σε φυσική και επίκτητη. Η φυσική αντοχή δεν έχει σχέση με αντισώματα ή ειδικές κυτταρικές ή ιστικές αντιδράσεις.

Αναφέρεται κυρίως: 1) Στη μηχανική προστασία που προσφέρει το δέρμα 2) στη δραστηριότητα των φαγοκυττάρων στο σημείο εισβολής των λοιμογόνων παραγόντων 3) στην ανασταλτική δράση των ιντερφερονών στους ιστούς που έχουν ήδη εγκατασταθεί ενδοκυτταρικά και προστατεύονται από τα ειδικά αντισώματα.⁸

Η ανοσία εκτός από φυσική, παθητική είναι και επίκτητη. Βασίζεται στην παρουσία ειδικών αντισωμάτων (χημική ανοσία) ή σε ειδικά ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα (κυτταρική ανοσία).⁹

Η έκθεση του ανθρώπου σ' ένα λοιμογόνο παράγοντα μπορεί να μην έχει κανένα αποτέλεσμα, μπορεί όμως να οδηγήσει σε λοίμωξη του.⁸ Λοίμωξη είναι η εγκατάσταση η ανάπτυξη ή ο πολλαπλασιασμός ενός λοιμογόνου παράγοντα στον άνθρωπο ή ζώο.¹⁰ Η λοίμωξη χαρακτηρίζεται από κλινικά συμπτώματα ή σημεία (νόσος). Αν δεν έχει κλινική εκδήλωση αναγνωρίζεται μόνο

εργαστηριακά το μολυσματικό άτομο το οποίο μπορεί να μεταδώσει την αντίστοιχη νόσο μόνο κατά τη περίοδο της μεταδοτικότητας.⁸

Μια από τις λοιμώξεις οφειλόμενη στους ιούς και διακρίνεται σε διάφορους τύπους, είναι η ηπατίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΙΟΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η ηπατίτιδα από ιούς, είναι μια συστηματική οδός που αφορά κυρίως το ήπαρ. Οφείλεται σε έναν από τους παρακάτω ιούς:

Ιός Α (HAV) ο αιτιολογικός παράγοντας της ηπατίτιδας τύπου Α (λοιμώδης ηπατίτιδα ή βραχεία επώαση ηπατίτιδα), ο ιός Β (HBV) ο αιτιολογικός παράγοντας της ηπατίτιδας τύπου Β (ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού ή ηπατίτιδα μακράς επώασης), ιός ηπατίτιδας C, ο οποίος παλαιότερα αναφέρεται ως ιός που δεν προκαλούσε ούτε Α, ούτε Β ηπατίτιδα. (non A, non B), ιός D (HDV).¹⁵

Προσφάτως απομονώθηκε ο ιός HEV, από κόπρωνα πασχόντων και πειραματόζωων. Τέλος η ηπατίτιδα Δέλτα (HP) εμφανίζεται σε άτομα ήδη μολυσμένα από τον HBV. Η κλινοεργαστηριακή και παθολογοανατομική εικόνα είναι συνήθως παρόμοια και η αιτιολογική διάγνωση στηρίζεται σε επιδημιολογικά και ορολογικά στοιχεία.⁶

Ακόμη διάφοροι ιοί μπορούν να προκαλέσουν σποραδικά κρούσματα ηπατίτιδας, όπως ο ιός του κίτρινου πυρετού, ο ιός του απλού έρπητα, ο ιός της ερυθράς και εντεροϊοί. Οι ιοί της ηπατίτιδας προκαλούν οξεία φλεγμονή του ήπατος με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαφόρων κλινικών συμπτωμάτων. Εντερικές διαταραχές όπως ναυτία, εμετός, ίκτερος και ενιαίων ιστοπαθολογικών αλλοιώσεων στο ήπαρ.²

1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η ηπατίτιδα είναι φλεγμονή του ήπατος. Όταν προκαλείται από τοξική για το ήπαρ ονομάζεται τοξική ή φαρμακευτική ηπατίτιδα. Ουσίες τοξικές προς το ήπαρ θεωρούνται οι βιομηχανικές τοξίνες, όπως ο τετραχλωάνθρακας και ο κίτρινος φώσφορος.³

Ένας δεύτερος ορισμός αναφέρει ότι ηπατίτιδα καλείται η φλεγμονή του ήπατος ανεξάρτητα από την αιτιολογία. Στην καθημερινή πράξη κυριότερα αίτια που προκαλούν διάχυτη φλεγμονή ήπατος είναι: α) ιογενείς λοιμώξεις και β) διάφορα φάρμακα.

Η ηπατίτιδα μπορεί να διαχωριστεί σε:

- A. Οξεία ιογενή**
- B. Ηπατίτιδα οφειλόμενη στη δράση διαφόρων φαρμάκων.**
- Γ. Στη χρόνια ηπατίτιδα.**

1.3. ΑΝΤΙΓΟΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Οφείλεται σε ένα μικρό 27 nm RNA εντεροϊό.⁴ Είναι ο μόνος ιός ιογενούς ηπατίτιδας που καλλιεργείται σε ποικιλία κυτταροκαλλιεργεών.² Ο ιός μπορεί να βρεθεί στα κόπρανα αρρώστων δύο εβδομάδες πριν μέχρι μια εβδομάδα μετά την εμφάνιση του ίκτερου.⁴ Η περίοδος επώσεως είναι 10-15 ημέρες, ανεξαρτήτως της οδού μόλυνσης αλλά βραχύνεται όταν η ποσότητα του ιού είναι μεγάλη.⁶

Υψηλότεροι τίτλοι HAV στα κόπρανα βρίσκονται 6-11 μέρες πριν διαπιστωθεί η πρώτη αύξηση των ενζύμων στο αίμα. Πηγή του ιού είναι ο άνθρωπος και απ' αυτόν μεταδίδεται ο ιός στον άνθρωπο. Χρόνιοι φορείς δεν υπάρχουν.²

Με την εξαφάνιση του ιού από τα κόπρανα εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων ειδικό αντίσωμα (αντι-HAV). Το αντίσωμα αυτό φτάνει στη μεγαλύτερη συγκέντρωση του την έκτη περίπου εβδομάδα από την έναρξη των συμπτωμάτων.²¹

Η νόσος εμφανίζεται σποραδικά και συνήθως μεταδίδεται μέσω στοματικής οδού. Η παρεντερική μετάδοση είναι σπάνια.⁶

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Οφείλεται σε DNA ιό διαμέτρου 42 nm.⁴ Η ιδιότητα των ιών να προκαλούν χρόνια λοίμωξη και ωφορία με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, αποτελεί την κύρια ειδοποιό διαφορά από ομάδες άλλων ιών.⁶

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα ευρέθηκε στο αίμα πολυμεταγγιζόμενων ατόμων ένα αντιγόνο, γνωστό σήμερα ως

αυστραλιανό (HBsAg). Σύντομα αποδείχθηκε η σχέση του με την ιογενή ηπατίτιδα Β.⁸

Διάφορες ηλεκτρονικές μικροσκοπικές μελέτες έχουν δείξει την εμφάνιση διαφόρων ιοειδών σωματιδίων που έχουν σχέση με τη λοίμωξη από ηπατίτιδα Β.

1. Σωματίδια ιών 22 νανόμετρων:

Είναι τα πιο πολλά με σφαιρικές, νηματοειδές και σωληνοειδείς μορφές (200 nm ή μακρότερες). Αυτά έχουν σχέση με την εξωτερική επιφάνεια ή κάλυμμα (HBsAg) του ιού ηπατίτιδος Β.

2. Μεγάλα σφαιρικά σωματίδια Dane 42nm

Είναι πολύ λίγα και πιστεύεται ότι παριστάνουν τον άθικτο ιό της ηπατίτιδας Β. έχουν εξωτερικό κάλυμμα και εσωτερικό σφαιρικό πυρήνα διαμέτρου 27 nm.

3. Με υπερφυγοκέντρωση χλωριούχου καυσίου έχουν απομονωθεί ιοειδή σωματίδια από τον ορό ατόμων με ηπατίτιδα Β.²¹ Ο χρόνος επώσασης είναι από 28 μέχρι 180 μέρες με μέση χρονική περίοδο 70-80 μέρες.¹⁴ Ο ιός μπορεί να κυκλοφορήσει στο αίμα ακόμα και πριν την ανίχνευση του HbsAg. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι μπορεί να συνοδεύεται από σύνδρομο ορονοσίας. Αυτό εμφανίζεται περίπου 1 εβδομάδα πριν από την αρχή του ίκτερου. Η νόσος μπορεί να μεταπέσει σε χρόνια μορφή ηπατίτιδας σε ένα ποσοστό 5% με 10% των αρρώστων.⁴

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C:

Η μορφή αυτή ηπατίτιδας μπορεί να οφείλεται σ' έναν ή περισσότερους ιούς. Μέχρι σήμερα όμως η ταυτότητα του ή των παραγόντων αυτών παραμένει άγνωστη.⁴

Η εφαρμοσμένη σήμερα διαγνωστική δοκιμασία στηρίζεται στην ανίχνευση του ειδικού anti-HCV αντισώματος στον ορό

πασχόντων με ανοενζυμική μέθοδο. Το anti-HCV θετικοποιείται 1-3 μήνες μετά τη μόλυνση, αλλά σπανίως καθυστερεί, εμφανιζόμενο 6-12 μήνες αργότερα, με συνέπεια ορισμένες περιπτώσεις οξείας ΗC να μη διαγιγνώσκονται εγκαίρως.⁶

Ο τρόπος μετάδοσης της προσομοιάζει με αυτόν της ηπατίτιδας Β.⁵ Ο χρόνος επώασης είναι περίπου 7 εβδομάδες (15-160 μέρες). Η νόσος αυτή όπως και η ηπατίτιδα Β μεταπίπτει σε χρόνια μορφή ηπατίτιδας σ' ένα ποσοστό περίπου 40% των αρρώστων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο πιο συνηθισμένος τύπος ηπατίτιδας είναι η ιογενής.³ Είναι οξεία φλεγμονή ολόκληρου του ηπατικού παρεγχύματος.⁶ Παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από νέκρωση του ηπατικού κυττάρου που συνδυάζεται με λευκοκυτταρική, ιστοκυτταρική αντίδραση και διήθηση.

Τέτοιου είδους φλεγμονή μπορεί να προκληθεί ανεξάρτητα εάν αυτή οφείλεται σε μικροοργανισμούς, τοξικές ουσίες ή φάρμακα.⁵

Ο όρος οξεία ιογενής ηπατίτιδα αναφέρεται κυρίως σε τρεις ή τέσσερις αιτιολογικούς παράγοντες που είναι:

1. Ο ιός της ηπατίτιδας Α
2. Ο ιός της ηπατίτιδας Β
3. Ο ιός ή ιοί της non Α, non Β.

Άλλοι ιοί που μπορεί να τη προκαλέσουν είναι:

1. Ιός Epstein-Barr (λοιμώδης μονοπυρήνωση).
2. Ιός κίτρινου πυρετού.
3. Μεγαλοκυτταρικός ιός.
4. Ιός απλού έρπητα
5. Ιός ιλαράς, Ιοί: κοξακιοί.⁴

Εκτός από τους ιούς είναι δυνατόν να προκληθεί ηπατίτιδα από μικρόβια όπως τα λεπτόσπειρα, που αποτελούν κλασικούς αιτιολογικούς παράγοντες οξείας ηπατίτιδας και δεύτερον από διάφορα μικρόβια. Κοιτάζοντας από την άλλη σκοπιά αρκετές τοξικές ουσίες και ένας μεγάλος αριθμός φαρμάκων, δεν μένει έξω από την κατηγορία των ενοχοποιών στοιχείων.¹⁰

2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

I. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α: ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΣΧΕΔΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΔΟ ΚΟΠΡΑΝΑ – ΣΤΟΜΑ.

Ο ΗΑV είναι παγκοσμίως διαδεδομένος, ο επιπολασμός του διαφέρει από χώρα σε χώρα. Δεν προκαλεί καμία και χρόνια νόσο όπως ο ΗΒV και μεταδίδεται πιο σπάνια μέσω της παρεντερικής οδού. Οι πάσχοντες αναπτύσσουν μακροχρόνια ανοσία, η οποία αποδεικνύεται από την αντίχνευση στον ορό ειδικού αντι-ΗΑ αντισώματος.⁸

Η οξεία ηπατίτιδα από τον ιό Α παρουσιάζεται σποραδικά ή με μορφή μικρών συνήθως επιδημιών, προσβάλλει συνήθως παιδιά και νέους, έχει επώαση 2 εβδομάδων και σπανιότερα μέχρι 6 εβδομάδων, μεταδίδεται συνήθως με τις τροφές και το νερό, τα οποία μολύνονται από τα κόπρανα. Έχει άριστη πρόγνωση. Μετά τη 10^η ημέρα από την εμφάνιση του ίκτερου τα κόπρανα σπάνια μεταδίδουν τη νόσο.⁵

Ο ιός Α, όπως έχει ελεγθεί προσβάλλει το γαστρεντερικό σύστημα, μέσω της οδού κοπράνων-στόματος, όπως με τη πρόσληψη ύδατος, γάλακτος, λαχανικών, φρούτων και τροφίμων πάσης φύσεως, νωπών και συντηρημένων, επίσης από αστρακοειδή ωμά ή ανεπαρκώς ψημένων.⁶

Είναι δυνατή η απ' ευθείας μόλυνση από άτομο σε άτομο μέσω πρόσληψης από το στόμα υλικού μολυσμένου. Από ειδικούς ερευνητές έχει υποστηριχτεί ότι ο ιός Α μεταδίδεται και μέσω του αναπνευστικού συστήματος, αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί.¹⁶

Ο ιός Α ανευρίσκεται στα κόπρανα ήδη κατά το στάδιο επώασης και για χρονικό διάστημα που δεν έχει προκαθοριστεί πιο είναι ακριβώς. Όμως πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι το διάστημα

μπορεί να είναι και μήνας. Πλην των σποραδικών περιπτώσεων, εμφανίζονται κατά καιρούς και μάλιστα αιφνιδίως, από μόλυνση ύδατος ή τροφίμων κ.λ.π.⁸

Η εμφάνιση σποραδικών κρουσμάτων ή επιδημιών εξαρτάται από τον τρόπο μετάδοσης και από την ευαισθησία των μολυσμένων ατόμων, η οποία είναι τόσο μεγάλη, όσο νεότερα είναι τα άτομα.¹⁶

Λοίμωξη συμβαίνει σε μικρή ή μεγάλη ηλικία ανάλογα με το βαθμό αναπτύξεως κάθε χώρας. Έτσι σε αναπτυσσόμενες χώρες ο ΗΑV προσβάλλει αποκλειστικά παιδιά μικρότερα των δέκα ετών. Αντιθέτως σε ανεπτυγμένες χώρες η ηλικία προσβολής από τη νόσο αυξάνει με αποτέλεσμα άτομα των εξήντα ετών να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ανοσίας από νεαρούς ενήλικες.⁸

Στις περισσότερες χώρες η ΗΑ τείνει να γίνει υποχρεωτικό παιδικό νόσημα. Τα κρούσματα είναι συχνότερα το φθινόπωρο και στην αρχή του χειμώνα. Γενικώς η συχνότητα είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς με χαμηλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και κακούς υγειονομικούς όρους διαβίωσης.⁶

II. ΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ: Το αίτιο της νόσου είναι ο ΗΒV, ένας DNA ιός. Οι ιοί αυτοί εκτός του ηπατοτροπισμού, χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη μικρού κυκλικού DNA. Η ιδιότητα τους να προκαλούν χρόνια λοίμωξη και ωφορία με ένα μεγάλο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων Β, αποτελεί την κύρια διαφορά από ομάδες άλλων ιών.

Ειδικότερα για τον ΗΒV πιστεύεται ότι υπάρχουν στον κόσμο περισσότεροι από εκατόν εβδομήντα εκατομμύρια χρόνιαι φορείς, και ότι το ποσοστό που νοσεί φτάνει το 10% του πληθυσμού σε περιοχές μεγάλης ενδημικότητας όπως η Νοτιοανατολική Ασία.

Μετά το διαχωρισμό της «λοιμώδους – ΗΑ» από την «εξ ορού ΗΒ», ανακαλύπτηκε ότι το Αυστραλιανό αντιγόνο σε ορό ατόμου καταγόμενου από την Αυστραλία έχει σχέση με την Ηπατίτιδα Β.⁶

Η ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β. ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΑ

Η λοίμωξη με τον ιό της Ηπατίτιδας Β (HBV) αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου.¹² Ο ιός έχει επώαση 20-160 ημέρες.¹⁴ Συνήθως ο χρόνος από τη μόλυνση μέχρι την έναρξη των συμπτωμάτων είναι περίπου 7-8 εβδομάδες.¹⁴ Μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, αν και θεωρείται σχεδόν βέβαιο ότι μεταδίδεται και από το στόμα, με τα κόπρανα, ενδεχομένως και με γενετήσια επικοινωνία.⁴

Η μετάδοση του ιού μπορεί να συμβεί σε μεταγγίσεις αίματος και πλάσματος ή σε χορήγηση προϊόντων πλάσματος. Έχει υπολογιστεί ότι αν το προς μετάγγιση αίμα προσφέρεται από συγγενείς, φίλους και γενικά εθελοντές, η συχνότητα της νόσου περιορίζεται σε 10%. Αυτή η ηπατίτιδα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα σε μονάδες αιμοδιύλισης – τεχνητού νεφρού -, όπως και σε μονάδες εγχειρήσεων ανοικτής καρδιάς λόγω των μεγάλων ποσοτήτων αίματος, οι οποίες χρησιμοποιούνται.⁵

Εξάλλου διάφορα προϊόντα του αίματος, όπως το πλάσμα, το ινωδογόνο, η αντιαιμοφιλική γλοβουλίνη μεταδίδουν τη νόσο. Σκευάσματα ανθρώπινης λευκωματίνης ή γ-γλουβουλίνης είναι ασφαλή γιατί κατά την παρασκευή ο ιός καταστρέφεται.⁸

Η μετάδοση του ιού Β μέσω του πλακούντος από νοσούντες μητέρες στο έμβryo, δεν έχει επιβεβαιωθεί. Παρόλα αυτά έχει εντοπιστεί το HbsAg στον ορό βρέφους από μητέρες που έπασχαν από ηπατίτιδα Β, ιδίως σε αυτές που έπασχαν κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.⁶

Ο κίνδυνος μόλυνσης είναι μεγαλύτερος στο προσωπικό των μονάδων και των εργαστηρίων που κατά την εργασία τους έρχονται σ' επαφή με αίμα ή παράγωγά τους. Σύριγγες, βελόνες, σκαριφιστήρες, οδοντιατρικά εργαλεία, λαβίδες μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο 5-10 φορές περισσότερο σε άτομα που εργάζονται στο χώρο υγείας απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό.¹⁴

Η εφαρμογή μέτρων προφύλαξης στους χώρους νοσηλείας των ασθενών και εργασίας του προσωπικού αποτελεί τον κυριότερο τρόπο διακοπής της αλυσίδας μετάδοσης του ιού.¹² Αρκετά από τα μέτρα προφύλαξης μπορεί να είναι γνωστά στο νοσηλευτικό προσωπικό ωστόσο φαίνεται ότι δεν τηρούνται στην καθημερινή πράξη.¹²

Ένας άλλος τρόπος μετάδοσης της HBV είναι η σεξουαλική επαφή. Άτομα με μη σταθερή σχέση έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον ιό Β. Τις ίδιες πιθανότητες μόλυνσης έχουν και τα άτομα χρήστες τοξικών ουσιών λόγω παρεντερικής χρήσης ναρκωτικών που χρησιμοποιούν την ίδια βελόνα με άλλους χρήστες.¹⁴

Από το στόμα η μετάδοση του HBV είναι πολύ μικρότερη απ' ό,τι η μόλυνση μέσω της παρεντερικής οδού.⁶ Οπότε και αν ο HBV εισέρχεται στον οργανισμό μέσω του στοματικού βλενογόνου, δύσκολα προσβάλλει άτομα. Η μετάδοση μέσω των εντόμων δεν αποτελεί σημαντικό πρόβλημα διότι ο ιός δεν πολλαπλασιάζεται στα έντομα, τα οποία αποτελούν απλό παθητικό μεταφορέα και σπάνια μπορούν να μολύνουν άλλο άτομο.⁸

III. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Ο HCV έχει παγκόσμια κατανομή και φαίνεται ότι είναι υπεύθυνος για το 80% των μετά μετάγγιση Η και για το 50% της από NANB σε χώρες του δυτικού ημισφαιρίου. Πρόκειται για ηπατοτρόπο ιό, που προκαλεί παροδική ιαιμία.⁶

Όπως συμβαίνει και με τους ιούς της ηπατίτιδας Β και δέλτα, έτσι και ο ιός της ηπατίτιδας C μπορεί να προκαλέσει χρόνια νόσο.¹⁵

Στο 50% των λοιμώξεων από HCV παγκοσμίως δεν υπάρχει εμφανής έκθεση στο αίμα ή τα προϊόντα του. Πλην όμως των γνωστών κινδύνων που μπορούν να προκληθούν λοιμώξεις από μεταγγίσεις, χρήση ναρκωτικών ενδοφλεβίως, ή μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις και δερματοστοιξεία.⁶ Η σεξουαλική μετάδοση, αν και μικρή αποτελεί υπαρκτό κίνδυνο ιδίως αν συνυπάρχει λοίμωξη με τον ιό HIV.¹³

Ο νυγμός από βελόνες και από άλλα αιχμηρά αντικείμενα αν και προκαλεί παροδική αιμία, δεν φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου.¹⁵ Αντιθέτως σημαντικός παράγοντας αποδεικνύεται η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων όπως η μόλυνση με τον HIV, η φορεία του HBV, αλκοολική ηπατοπάθεια, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.⁶

Επίσης έχουν αναφερθεί υψηλές συχνότητες anti-HCV σε κρυπτιγενή κίρρωση κυρίως σε Ευρωπαϊκές χώρες και όχι τόσο από τις χώρες ανατολικού τύπου.⁷

- Χρήστες ενδοφλεβίως λαμβανόμενων ναρκωτικών
- Αιμορροφιλικοί
- Θαλασσαιμικοί
- Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
- Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση
- Ετεροφυλόφιλοι με πολλούς ερωτικούς συντρόφους
- Άνδρες ομοφυλόφιλοι
- Αλκοολικοί
- Εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας

Άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C.¹⁵

IV. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

Πιστεύεται σήμερα ότι ο ιός αυτός ευρίσκεται μεταξύ φυτικού και ζωικού μικρόκοσμου, διαμορφώνοντας μια ενδιάμεση μορφή μεταξύ των δορυφόρων RNA ιών των φυτών και των Pico – RNA ιών των ζωικών οργανισμών.⁶

Η είσοδος HDN προκαλεί την ανάπτυξη ειδικού (anti-HP) αντισώματος, η ανίχνευση του οποίου χρησιμοποιείται για την ορολογική διάγνωση της νόσου. Η παθογένεια της HP και ορισμένα σημεία του κύκλου ζωής αυτού του ηπατοτρόπου ελαττωματικού ιού, δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί.⁶

Η σύγχρονη λοίμωξη από τους ιούς B και D προκαλεί οξεία ηπατίτιδα με βαρεία πρόγνωση, λόγω της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης κεραυνοβόλου μορφής.¹⁵

V. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ E

Επιδημίες και σποραδικά κρούσματα HE έχουν παρατηρηθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως στην (Συδία, ΕΣΣΔ, Σομαλία), ενώ στο Δυτικό κόσμο η νόσος είναι σπανιότατη. Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 2-9 εβδομάδες και οι περισσότερες επιδημίες αποδείχθηκαν υδατογενείς. Η νόσος προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 15-40 ετών τα οποία μολύνονται μέσω της στοματοεντερικής οδού.⁶

VI. Ιογενής ηπατίτιδα «ούτε A», «ούτε B».

Η εξάλειψη της ηπατίτιδας A και ηπατίτιδας B στους μεταγγιζόμενους αρρώστους, λόγω της εξέτασης αίματος, δεν εξάλειψε τη μετα-μετάγχιση ηπατίτιδα. Μερικές από τις περιπτώσεις αυτές βρέθηκε ότι οφείλονται στον ιό Epstein-Barr ή

μεγαλοκυτταρικό ιό ή σε άλλους ιούς που είναι γνωστό ότι προκαλούν ηπατίτιδα. Παραμένει όμως ένας μεγάλος αριθμός τέτοιων ηπατίτιδων στις οποίες κανένας από τους γνωστούς ιούς δεν μπορεί να ανιχνευτεί. Οι περιπτώσεις αυτές, περίπου το 75% των μετα-μετάγγιση ηπατίτιδων καλούνται σήμερα «non-A», «non-B» ηπατίτιδα.⁴

Η μορφή αυτή ηπατίτιδας μπορεί να οφείλεται σ' έναν ή περισσότερους ιούς. Μέχρι σήμερα όμως η ταυτότητα του ή των παραγόντων αυτών παραμένει άγνωστη.⁶

Ο τρόπος μετάδοσης της προσομοιάζει με αυτόν της ηπατίτιδας Β. Ο χρόνος επώασης είναι περίπου 7 εβδομάδες. Η νόσος αυτή όπως και η ηπατίτιδα Β μεταπίπτει σε χρόνια μορφή ηπατίτιδας σ' ένα ποσοστό 40% των αρρώστων.⁵

2.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

α. Συμπτώματα και σημεία

Οι ηπατίτιδες θεωρούνται σαν τις πιο σοβαρότερες και σημαντικότερες λοιμώξεις και αποτελούν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα στις μέρες μας.⁸

Οι κλινικές και βιοχημικές εκδηλώσεις, καθώς επίσης και η ιστολογική εικόνα των οξείων ιογενών ηπατίτιδων δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους.⁹

Η ηπατίτιδα Α συνοδεύεται από κάποιες κλινικές μορφές οι οποίες διαφέρουν μεταξύ των τύπων της. Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι ο ΗΑV προκαλεί μόνο οξεία νόσο ενώ οι ιοί Β και C προκαλούν οξεία και χρόνια νόσο.⁸

Η ηπατίτιδα Α συνήθως έχει ελαφρότερα κλινικά συμπτώματα από εκείνη της ΗΒ ή της μη-Α, μη-Β. Αυτά μπορεί να είναι από ήπια μέχρι σοβαρά.⁵ Η πλέον κοινή μολυσματική αιτιολογία του ίκτερου

είναι η ικκή ηπατίτιδα. Η φάση η οποία προηγείται της εμφάνισης του ίκτερου ποικίλει από μερικές μέρες μέχρι και πάνω από μια εβδομάδα. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών εμφανίζουν πυρετό, κόπωση, κακουχία, μυαλγία, ανορεξία, ναυτία και εμετό. Στην περίπτωση ηπατίτιδας Α η μετάβαση από μια υγιή κατάσταση σε οξεία νόσο είναι απότομη, ενώ η εισβολή είναι πιο επίβουλη στην Β ηπατίτιδα.

Ο πυρετός είναι περισσότερο κοινός στην ΗΑ, ενώ η διάρροια είναι ασύνηθες φαινόμενο στους μεγάλους. Οξύς κοιλιακός πόνος και παρατεταμένος εμετός είναι ασυνήθιστα φαινόμενα της νόσου και θα πρέπει να οδηγούν τον κλινικό, είτε στο να διερωτηθεί για την διάγνωση είτε στο να υποπτευθεί μια πιο οξεία παραλλαγή της νόσου.⁶

Η ικτερική μορφή της οξείας ηπατίτιδας συνοδεύεται από την εμφάνιση χρυσό-κίτρινων ούρων λόγω χολερυθριναιμίας και ακολουθείται μετά από μια ή περισσότερες μέρες από ωχρές κενώσεις και κιτρινωπό αποχρωματισμό των βλεννογόνων υμένων του επιπεφυκότος και του δέρματος. Η ικτερική αυτή φάση αρχίζει δέκα μέρες από τα αρχικά συμπτώματα σε 85% των περιπτώσεων ηπατίτιδας Α.¹⁶

Ο ίκτερος γίνεται κλινικά αντιληπτός, όταν η χολερυθρίνη ξεπερνά τα 2-4 mg/dl. Ο πυρετός υποχωρεί μετά τις πρώτες μέρες από την εμφάνιση του ίκτερου. Συνήθως υπάρχει ηπατομεγαλία.¹³

Η κλινική εικόνα της οξείας ΗΒ δεν διαφέρει από εκείνη της οξείας ΗΑ ή των άλλων ιογενών ηπατίτιδων.⁸

Μεταξύ των πασχόντων 10-20% είναι δυνατό να εμφανίσουν σύνδρομο ορονοσίας με ερυθρηματώδες κηλιδο-βλατιδώδες εξάνθημα, κνησμό, αρθραλγίες ή αρθρίτιδα. Ακόμη πιο σπάνια είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων από το ΚΝΣ – μυελίτις, μηνιγγίτις – το αίμα – θρομβοπενία, απλαστική αναιμία – ή το μυοκάρδιο (αρρυθμίες).⁶

Η κλινική συμπτωματολογία της κεραυνοβόλου ΗΒ περιλαμβάνει βαθμιαία εγκατάσταση εγκεφαλοπάθειας με ηπατικό τρόπο, ευερεθιστότητα, σύγχυση, εμετούς, σπασμούς, λήθαργο και κώμα, απότομη μείωση του μεγέθους του ήπατος και της τιμής των τρανσαμινασών.⁵

Η συνήθης ικτερική μορφή της ΗΒ διαρκεί 4-6 εβδομάδες στους ενήλικους πάσχοντες και 2 εβδομάδες στα παιδιά. Άλλες σπανιότερες μορφές είναι η παρατεινόμενη οξεία κατά την οποία τα συμπτώματα διαρκούν 3 ή 4 μήνες. Η μορφή αυτή είναι δύσκολο να διακριθεί από τις χρόνιες μορφές της νόσου και η διάγνωση γίνεται μόνο όταν και αν αρνητικοποιηθεί το HbsAg.⁶ Η υποτροπιάζουσα οξεία ΗΒ είναι ακόμη σπανιότερη και χαρακτηρίζεται από επεισόδιο οξείας νόσου μετά από περίοδο αναρρώσεως. Τέτοια επεισόδια πρέπει να διακρίνονται από πιθανή οξεία ηπατίτιδα οφειλόμενη σε άλλο αίτιο.¹⁴

Η ανεύρεση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C δυσχεραίνεται σημαντικά από τη συχνά ασυμπτωματική πορεία αυτής της λοίμωξης.⁴

Τα άτομα στα οποία η νόσος μεταπίπτει σε χρονιότητα ενδέχεται να μην παρουσιάσουν συμπτώματα παρά μόνον μετά την πάροδο ετών. Η παρουσία των anti-HCV αντισωμάτων από μόνη της δεν επιβεβαιώνει ότι διάγνωση της ηπατίτιδας C. Καθώς το αντίσωμα είναι δυνατόν να υπάρχει και σε άλλες χρόνιες ηπατίτιδες, συμπεριλαμβανομένης της αλκοολικής και διαφόρων αυτοάνοσων μορφών. Επιπλέον, η κλινική σημασία της θετικότητας των αντισωμάτων αυτών δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί, αν και οι περισσότεροι ασθενείς που είναι anti-HCV θετικοί φαίνεται να έχουν ενεργό λοίμωξη.¹⁵

β. Εργαστηριακά ευρήματα

Έχουν μεγάλη σημασία για τη διάγνωση της ηπατίτιδας και ιδιαίτερα για την πρόωμη διάγνωση των πρώτων ύποπτων περιπτώσεων.⁶

Η κλινική διάγνωση ηπατίτιδας γίνεται και με τη βοήθεια βιοχημικών ηπατικών εξετάσεων.¹⁵

Αρχικά οι εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει να περιλαμβάνουν α) έλεγχο για χολερυθρίνη στα ούρα και β) έλεγχο για ολική χολερυθρίνη στον ορό. Η ολική χολερυθρίνη στον ορό παραμένει συνήθως κάτω από 10mg/dl, αλλά μπορεί να φθάσει και επίπεδα 20 mg/dl. Αφού φτάσει στα ανώτερα επίπεδα σε 1-2 εβδομάδες, ο βαθμός επώασης είναι περισσότερο προοδευτικός με επανάληψη στα φυσιολογικά σε 6 εβδομάδες. Η αμινοτρανσφεράση της αλανίνης είναι ένας πολύ ευαίσθητος δείκτης ηπατοκυτταρικής βλάβης.⁸

Τιμές της ALT ανώ των 400 IU/liter αποτελούν γνώρισμα οξείας ιικής ηπατίτιδας. Τέτοιες υψηλές τιμές είναι ασυνήθεις σε αποφρακτικό ίκτερο, χολαγγειίτιδα και κίρρωση, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και σε ηπατίτιδα από φάρμακα ή τοξικές ουσίες. Η αιμολογική εικόνα ασθενούς με ηπατίτιδα δεν παρουσιάζεται πολύ διαταραγμένη.⁶

Όταν ο αριθμός των λευκών είναι άνω των 1200 mm³, η νόσος είναι πολύ σοβαρή. Σε οξεία ιική ηπατίτιδα ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη είναι μεταξύ των φυσιολογικών ορίων.⁹

Αξίζει να σημειωθεί ότι το χαρακτηριστικό βιοχημικό εύρημα των οξείων ηπατίτιδων, δηλαδή ο υψηλός τίτλος των SGPT και SGOT, δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της νόσου, αν και αντανakλά στην ηπατοκυτταρική βλάβη.⁵

Οι τιμές των τρανσαμινασών σε ελαφρές μορφές είναι 300 έως 500 μον./ml. Όλες οι δοκιμασίες θολερότητας κροκιδώσεως

αποδεικνύουν παθολογική κατάσταση. Επίσης η αλκαλική φωσφοτάση του ορού αυξάνει όσο μεγαλώνει η ενδοηπατική απόφραξη.⁸

Πάντως η ηπατίτιδα που οφείλεται σε CO σπάνια ανευρίσκονται τιμές αλκαλικής φωσφατάσης πάνω από 30 μον. (King-Armstrong). Τέλος διαπιστώνεται ελάττωση του χρόνου προθρομβίνης κατά Quick, τόσο όσο βαριά είναι η ηπατική βλάβη. Η βιταμίνη K παρεντερικός δεν διορθώνει το χρόνο προθρομβίνης κατά Quick.⁵

Στα ούρα αυξάνει πολύ η γλυκουρονική χολερυθρίνη, ενώ παράλληλα ελαττώνεται το ουροχολιγόνο το οποίο μπορεί να εξαφανιστεί αν συμβεί πλήρης ενδοηπατική απόφραξη. Σε βαρείες περιπτώσεις ίσως συναντήσουμε λεύκωμα ή και ερυθρά αιμοσφαίρια στα ούρα.¹⁶

Κατά το στάδιο έναρξης της αναρρώσεως συναντάμε ελάττωση των τρανσαμινασών του ορού, της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης, αυξάνει όμως ο χρόνος προθρομβίνης. Στα ούρα η χολερυθρίνη ελαττώνεται και τέλος εξαφανίζεται.⁸

Οι δοκιμασίες που προαναφέρθηκαν δεν χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της εξέλιξης του αρρώστου, αντίθετα το ρόλο του ελεγκτή το κατέχουν οι τρανσαμινάσες. Επιπρόσθετα η βιοψία ήπατος μπορεί να βοηθήσει σημαντικά σε περιπτώσεις διαγνωστικών δυσχερειών. Σπάνια όμως χρησιμοποιείται αυτή η μέθοδος.⁸

γ. Διάγνωση – διαγνωστικές εξετάσεις.

Η διάγνωση της ηπατίτιδας δεν είναι πάντοτε επιτυχής, πλην μερικών τυπικών περιπτώσεων.

Αναζήτηση αντιγόνων – αντισωμάτων.

I. HbsAg και αντι- HBs

Οι ανοσολογικές μέθοδοι για την αναζήτηση του HbsAg και αντι –HBs διακρίνονται σε μεθόδους πρώτης, δεύτερης και τρίτης γενιάς. Οι μέθοδοι τρίτης γενιάς χαρακτηρίζονται για την ευαισθησία τους, ενώ οι μέθοδοι πρώτης και δεύτερης γενιάς χρησιμοποιούνται σε ειδικές έρευνες.

Ανοσολογικές μέθοδοι για αναζήτηση του HbsAg.

<u>Ταξινόμηση</u>	<u>Ευαισθησία</u>	<u>Μέθοδος</u>
Πρώτη γενιά	1%	ID
Δεύτερη γενιά	5-15%	CIE,RP,CF,IF
Τρίτη γενιά	100%	RIA RPHA RPLA

1. Μέθοδος ανοσοδιάχυσης (ID) ELISA

Είναι λίγο ευαίσθητη, αλλά ειδική και χρήσιμη για τη μελέτη των αντιγονικών του HbsAg και τη διαλογή αντι HBs αντιορών.

2. Αντίθετος ανοσοηλεκτροφόρηση (CIE)

Το HbsAg είναι α1 σφαιρίνη και κινείται προς την άνοδο, ενώ το αντι-HBs (γ'σφαιρίνη) κινείται προς την κάθοδο. Για την αναζήτηση αντι – HBs το προς εξέταση δείγμα τοποθετείται στην άνοδο και γνωστός HbsAg θετικός ορός στην κάθοδο, εφαρμόζεται ηλεκτρικό ρεύμα και αναζητείται ιζηματιναντίδραση μεταξύ των δύο υποδοχέων. Η μέθοδος δεν είναι σε μεγάλο βαθμό αξιόπιστη.

3. Ρεοφόρηση (RP)

Είναι τροποποίηση της ID από την οποία διαφέρει στο ότι χρησιμοποιείται εξάτμιση για επιτάχυνση της ιζηματιναντίδρασης. Η μέθοδος χρησιμοποιείται για διαλογή των αντι-ορών.

4. Σύνδεση συμπληρώματος (CF)

Χρησιμοποιείται η μικρομέθοδος για την αναζήτηση του HbsAg και του αντι-HBs. Είναι πιο πολύπλοκη από τις άλλες μεθόδους «δεύτερης γενιάς».

5. Ανοσοφθορισμός (IF)

Χρησιμοποιείται ο άμεσος και έμμεσος IF για την εντόπιση των αντιγόνων του HBV στο ήπαρ και την αναζήτηση αντι-HBs αντιστοίχως.

6. RIA

Διακρίνεται στη μέθοδο στερεάς φάσης (SP-RIA) και στη μέθοδο ραδιο-ανοσο-ίζηματιναντίδρασης (RIP). Και οι δύο χρησιμεύουν για αναζήτηση του HbsAg και του αντι- HBs. Στη SP-RIA σε πλαστικά σφαιρίδια, σωληνάρια ή πλακίδια προσφοράται αντι- HBs ή HbsAg, μετά επώαση και έκπλυση προστίθεται I-αντι- HBs ειδικό αντίσωμα και μετά νέα επώαση και έκπλυση μετρώντας οι CPM σε γάμμα μετρητή σε σύγκριση με τους μάρτυρες Δείγματα που δίνουν μεγαλύτερο αριθμό CPM από τους αρνητικούς μάρτυρες θεωρούνται θετικά. Στη RIR για HbsAg μάρτυρες και προς εξέταση δείγματα επωάζονται με καθορισμένα ποσά αντι-HBs και I-HbsAg. Το μη σημασμένο HbsAg στο δείγμα και τους μάρτυρες συναγωνίζεται στη σύνδεση το I-HbsAg με το αντι- HBs. Μετά την επώαση και έκπλυση προστίθεται αντισφαιρινικός ορός ο οποίος κατακρημνίζει το σύμπλεγμα αντιγόνου-αντισώματος. Όσο περισσότερο HbsAg υπάρχει στο δείγμα τόσο λιγότερο ραδιοσημασμένο HbsAg υπάρχει στο ίζημα σε σχέση με τους αρνητικούς μάρτυρες.

7. ELISA

Η μέθοδος για την αναζήτηση HbsAg είναι ανάλογος με τη SP-RIA. Χρησιμοποιείται, σύμπλεγμα αντισώματος-ενζύμου για την

αναζήτηση αντιγόνου. Η διάσπαση του κατάλληλου υποστρώματος από το ένζυμο έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή χρώματος το οποίο εξαρτάται από το ποσό του αντισώματος-αντιγόνου που είναι ανάλογο της πυκνότητας του αντιγόνου στο αρχικό δείγμα.

8. Ανάστροφη παθητική αιμοσυγκόλληση (RPHA)

Η μέθοδος είναι ανάλογη με αυτήν που χρησιμοποιείται για αναζήτηση του ΗΑΑg με μόνη διαφορά ότι για την ευαισθητοποίηση ερυθρών αιμοσφαιρίων χρησιμοποιείται το HbsAg.

9. Ανάστροφη παθητική συγκόλληση (RPLA).

Η μέθοδος είναι ανάλογη με την προηγούμενη με τη διαφορά ότι χρησιμοποιούνται σωματίδια Latex αντί ερυθρά αιμοσφαίρια.

10. Έμμεση αιμοσυγκόλληση (IHA)

Ως κύτταρα δείκτες χρησιμοποιούνται ερυθρά αιμοσφαίρια ευαισθητοποιημένα με καθαρό HbsAg, τα οποία συγκολλώνται με δείγματα που περιέχουν αντι- HBs.

II. HbcAg και αντι- HBc

Το αντίσωμα του αντιγόνου πυρήνος (αντι- HBc) είναι χρήσιμος δείκτης για τις HBV λοιμώξεις. Για την αναζήτηση αντι- HBc χρησιμοποιείται:

1. Αντίθετη ανοσοηλεκτροφόρηση (CIE)

2. Σύνδεση του συμπλέγματος (CF)

Μειονέκτημα τους είναι ότι απαιτούν μεγάλη ποσότητα HbcAg. Είναι ανάλογες με τις χρησιμοποιούμενες για την αναζήτηση του HbsAg.

3. Αιμοσυγκόλληση με ανοσοπροσφόρηση (IAHA)

Είναι ανάλογη με τη χρησιμοποιούμενη για την αναζήτηση ΗΑΑg με τη διαφορά ότι χρησιμοποιείται HbcAg.

4. RIA

Η μέθοδος διακρίνεται σε στερεάς φάσης (SP-RIA) και σε μέθοδο ραδιο-ανασοιζηματινάντιδρασης (RIP).

2.4. ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το μέγιστο ποσοστό των πασχόντων επέρχεται σε πλήρη αποκατάσταση των παθολοανατομικών αλλοιώσεων, αν και μεγάλος αριθμός αυτών εμφανίζει διάφορα ενοχλήματα μετά την ύπαρξη της ηπατίτιδας.¹⁵

Η θνησιμότητα στην λοιμώδη ή επιδημική ηπατίτιδα υπολογίζεται μέχρι 0,5 % ενώ στην εξ ομολόγου ορού είναι πολύ μεγαλύτερα τα ποσοστά.¹⁴

Παρά ταύτα έχει υποστηριχτεί από ειδικούς ότι ο ιός της εξ ομολόγου ηπατίτιδας δεν είναι τοξικότερος από τον ιό της λοιμώδους.¹⁵

Αντιθέτως οι υποτροπές κατά το στάδιο της αποκατάστασης μέσα σε οκτώ περίπου μήνες από την έναρξη της νόσου είναι εμφανές.

Η υποτροπή συνήθως οφείλεται σε άγνωστους λόγους ή σε πρόωμη διακοπή της ανάπαυσης ή στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Κατά κανόνα η υποτροπή εκτιμάται από τους ειδικούς συζητείται και σχολιάζεται κατά πόσο είναι δυνατό να μεταπέσει το άτομο αυτό σε χρόνια ηπατίτιδα.⁵

Γενικότερα η εξέλιξη ηπατίτιδος από ιό ποικίλει, είναι όμως δυνατό να προκύψουν τα εξής ενδεχόμενα:

1) Σε πλήρη ίαση. Επέρχεται ένα ικανοποιητικό ποσοστό ασθενών (40%).

- 2) Το γνωστό σύνδρομο μετά ηπατίτιδας, το οποίο εμφανίζεται σ' ένα μεγάλο ποσοστό μετά τη πλήρη κλινική, βιοχημική, λειτουργική αλλά και ιστολογική αποκατάσταση του αρρώστου. Το σύνδρομο αυτό είναι δυνατό να διαρκέσει μήνες μέχρι ενός έτους.
- 3) Οι υποτροπές κατά το στάδιο της αποκαταστάσεως, εντός 6 περίπου μηνών από την έναρξη της νόσου. Μικρό θεωρείται το ποσοστό που υποτροπιάζει. Η υποτροπή αυτή οφείλεται είτε σε άγνωστους λόγους είτε σε πρόωμη διακοπή της αναπαύσεως. Πρέπει να μελετηθεί καλά για να διαπιστωθεί αν η υποτροπή αυτή οδηγήσει σε χρόνια ηπατίτιδα.
- 4) Ένα μικρό ποσοστό ασθενών μεταπίπτει πιθανώς σε χρόνια νόσο. Δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί μετά βεβαιώτητος, κατά πόσο αυτό συμβαίνει και σε ποια αναλογία.
- 5) Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας από ιό, κατά την εξέλιξη της νόσου, μεταπίπτει σε οξεία ή υποξεία ηπατική νέκρωση. Η οξεία ηπατική νέκρωση ευθύνεται για τη θνησιμότητα στην ηπατίτιδα από ιό.⁸

2.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ

Κατά την διάρκεια της πρόδρομης φάσεως της οξείας ηπατίτιδας Β, αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από: αρθρίτιδα, αρθραλγία, εξάνθημα ενώ σπάνια παρατηρείται αιματουρία και πρωτεϊνουρία.¹⁴

Το σύνδρομο με τα πιο πάνω χαρακτηριστικά αποτελεί το πρώτο σκαλοπάτι για την εμφάνιση της ηπατίτιδας Β. Οι πιο σημαντικές επιπλοκές της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι:

- α) Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα.
- β) Εξέλιξη προς χρόνια ηπατίτιδα (επιμένουσα ή ενεργό)
- γ) Εξέλιξη προς κίρρωση.⁸

ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Αποτελεί την σοβαρότερη επιπλοκή της ιογενούς ηπατίτιδας.⁸ Κυρίως εμφανίζεται στην ηπατίτιδα Β, λιγότερο στην non Α, non Β ενώ σπάνια στην Α. Σε αρκετές περιπτώσεις της κεραυνοβόλου ηπατίτιδας οι αρχικές εκδηλώσεις είναι: αδυναμία, ανορεξία, ναυτία και εμετός. Μετά από λίγες ημέρες έναρξης της νόσου η κατάσταση επιδεινώνεται αφού προστίθεται συγχυτικά φαινόμενα όπως παραλήρημα και κώμα δηλαδή εκδηλώσεις ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.⁵ Το ήπαρ είναι μικρό και ο χρόνος προθρομβίνης ιδιαίτερα παρατεταμένος.⁸

Ο συνδυασμός ήπατος που εμφανίζει ταχεία συρρίκνωση, ταχεία άνοδο του επιπέδου της χολερυθρίνης και σημαντική παράταση του χρόνου προθρομβίνης καθώς και κλινικά συμπτώματα συγχύσεως, ασκίτη και οιδήματος δείχνουν ότι ο ασθενής έχει ηπατική ανεπάρκεια με εγκεφαλοπάθεια.⁶ Η θνησιμότητα είναι υψηλή. Ποσοστό άνω των 80% των ασθενών πέφτουν σε κώμα.⁸ Όσοι όμως από τους ασθενείς επιζούν μπορεί να εμφανίσουν πλήρη ιστολογική και βιοχημική ανάρρωση.⁵

ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΡΟΣ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

(επιμένουσα ή ενεργό)

Ο όρος χρόνια ηπατίτιδα χρησιμοποιείται υποδηλώνοντας την χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση του ήπατος που συνεχίζεται χωρίς βελτίωση για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Η χρόνια ηπατίτιδα διακρίνεται:

I. Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.

Η μορφή αυτή της ηπατίτιδας αντιπροσωπεύει μια βασικά καλοήγη νόσο με καλή πρόγνωση. Χαρακτηρίζεται από την

διερεύνηση των πυλαίων διαστημάτων και τη φλεγμονώδη διήθηση τους από μονοπύρηννα.⁶ Ο ασθενής παραπονείται για ανορεξία, δυσφορία, εύκολη κόπωση και άλγος στο δεξιό υποχόνδριο. Υπάρχει μια ελαφρά διόγκωση στο ήπαρ. Έχει καλή πρόγνωση και σπάνια μεταπίπτει σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.⁸

II. Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Είναι μια σημαντική επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας Β, που συμβαίνει στο 3% περίπου των περιπτώσεων. Αυτή η επιπλοκή σπάνια συμβαίνει μετά από ηπατίτιδα Α, αλλά μπορεί να συμβεί σε ασθενείς με ηπατίτιδα μη-Α, μη-Β μετά από μετάγγιση.⁸

III. Εξέλιξη προς κίρρωση.

Είναι σπανιότατη και επιτελείται μέσω: α) χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας β) βαριάς νέκρωσης όταν δεν καταλήγει σε θάνατο κατά την οξεία φάση γ) μετανεκρωτική ούλωση.⁵

IV. Στις σπάνιες επιπλοκές της ιογενούς ηπατίτιδας.

Περιλαμβάνεται η παγκρεατίτιδα, μυοκαρδίτιδα, η απλαστική αναιμία και η περιφερική νευροπάθεια.⁶ Οι εφ' όρου ζωής φορείς του HbsAg έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.⁸

2.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ειδική θεραπεία κατά της ηπατίτιδας από ιό δεν υπάρχει προς το παρόν.¹⁵ Η θεραπευτική αγωγή δεν είναι ειδική και περιλαμβάνει κυρίως: α: ανάπαυση, β: διαιτική αγωγή, γ: φαρμακευτική θεραπεία.

α) ανάπαυση: Η διαμονή στο κρεβάτι πρέπει κανονικά να παρατείνεται όσο χρονικό διάστημα διαρκεί ο ίκτερος ή πιο συγκεκριμένα μέχρι η ολική χολερυθρίνη του ορού ελαττωθεί κάτω του 1,5 mg %.⁹

Επειδή η πορεία κάθε ηπατίτιδας δεν μπορεί να προσδιορισθεί καλό είναι να λαμβάνονται από την αρχή η πιθανότητα μιας κακής εξέλιξης της.⁵ Μετά την ύπαρξη δυσάρεστων συμπτωμάτων του πρόδρομου σταδίου, εάν ο άρρωστος δεν είναι ηλικιωμένος ή καταβεβλημένος και δεν εμφανίζει σημαντική καταβολή δυνάμεων, του επιτρέπεται να σηκώνεται από το κρεβάτι για τις φυσικές του ανάγκες ή την στοιχειώδη καθαριότητα. Εργασίες που έχουν μεγαλύτερη κόπωση πρέπει να αποφεύγονται. Ανάπαυση επιπλέον επιβάλλεται και μετά από κάθε γεύμα.⁸

Βέβαια όταν υπάρχει υπόνοια ότι πρόκειται για ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού, καλό είναι να εφαρμόζεται αυστηρότητα η ανάπαυση διότι είναι βαρύτερη νόσος σε σχέση με την ηπατίτιδα Α.⁹

Ο ασθενής μπορεί να επανέλθει στην εργασία του όταν τα συμπτώματα υποχωρήσουν τελείως και οι εργαστηριακές εξετάσεις επιστρέψουν στα φυσιολογικά του επίπεδα.¹⁶

β) Διαιτική αγωγή: Η κλασική δίαιτα της οξείας ηπατίτιδας περιέχει λίγα λίπη, πολλούς υδατάνθρακες και μέτρια ποσότητα λευκώματος. Έχει αποδειχθεί, ότι δίαιτα πλούσια σε θερμίδες και ζωικό λεύκωμα ασκεί ευνοϊκή επίδραση στη διάρκεια και στην εξέλιξη της νόσου.⁸

Κατά το πρόδρομο στάδιο, ο άρρωστος εμφανίζει ανορεξία, ενδεχομένως ναυτία και εμετούς, για το λόγο αυτό δεν πρέπει να τον εξαναγκάζουμε να τρώει περισσότερη τροφή απ' όσο επιθυμεί.⁹

Η τροφή του νοσούντος πρέπει να είναι ελαφριά υδατανθρακούχος.⁷ Σε βαρύτερες καταστάσεις καλό είναι να χορηγούνται σε καθημερινή βάση ένα με δύο λίτρα γλυκόζης ή φρουκτόζης 10% ενδοφλεβίως μέχρι ο ασθενής να αρχίσει να διατρέφεται κανονικά με πολλές θερμίδες.⁶ Τέλος, συνίσταται να τρώει 5 έως 6 φορές την ημέρα μικρές ποσότητες ώστε να επιβαρύνεται λιγότερο το σύστημα της πυλαίας κυκλοφορίας.⁸

γ) Φαρμακευτική Θεραπεία: Ειδική φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει για την ηπατίτιδα. Παρέχονται όμως βιταμίνες κυρίως του συμπλέγματος Β, παρεντερικός και κατά δεύτερον βιταμίνες C, χωρίς όμως να έχει αποδεχθεί σαφώς ότι αυτές δρουν ευνοϊκά στην εξέλιξη της νόσου.⁹ Το μόνο άξιο φάρμακο για την ηπατίτιδα είναι τα κορτικοστεροειδή.⁸

Με αυτά ελαττώνεται η χολερυθρίνη του ορού, υποχωρεί ο ίκτερος ή και εξαφανίζεται ενώ οι τιμές των τρανσαμινασών και επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα.⁵ Επιπρόσθετα η γενική κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται, αυξάνεται το ποσοστό των ούρων και το αίσθημα ευεξίας επανέρχεται.⁶ Παρά ταύτα η κορτιζόνη δεν επηρεάζει ουσιαστικά την εξέλιξη της ηπατίτιδας ούτε και βραχύνει την διάρκεια της ιστολογικής ηπατικής βλάβης. Βέβαια έχει αποδειχθεί ότι πλην των ενεργειών που προαναφέρθηκαν ό,τι: α) αυξάνει την φλεγμονώδη κυτταρική αντίδραση του ήπατος, β) ελαττώνει την φλεγμονώδη κυτταρική αντίδραση του ήπατος, γ) ελαττώνει την ενδοηπατική απόφραξη.⁸

Αντιθέτως δεν επηρεάζει καθόλου την βλαπτική επίδραση του ιού ούτε διορθώνει τις παθολοανατομικές βλάβες που έχουν δημιουργηθεί.⁵

Στην κεραυνοβόλα ηπατίτιδα στόχος της θεραπείας είναι να ενισχυθεί ο ασθενής με τη διατήρηση της ισορροπίας των υγρών του σώματος και της αεροφόρου οδού, ενίσχυση της κυκλοφορίας, έλεγχο της αιμορραγίας, διόρθωση της υπογλυκαιμίας και των άλλων επιπλοκών της κωματώδους κατάστασης με την ελπίδα να επέλθει αναγέννηση και ανόρθωση του ήπατος.¹⁰

Η λήψη πρωτεΐνης πρέπει να περιορίζεται και να χορηγείται νεομικίνη από το στόμα.⁸

2.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η κατάλληλη προφύλαξη από την ιογενή ηπατίτιδα έχει μεγάλη κοινωνική σημασία για τον περιορισμό των κρουσμάτων της νόσου.¹⁰ Η πρόληψη από την ηπατίτιδα Α περιλαμβάνει σχολαστικό καθαρισμό των χώρων που υπάρχουν κόπρανα, αίμα.¹¹ Τα κόπρανα συγκεκριμένα μπορούν να περιέχουν τον ίο για δύο εβδομάδες πριν την εμφάνιση του ίκτερου και κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εμφάνιση του. Γενικά μέτρα υγιεινής και προπαντός προσοχής από τα κόπρανα είναι επιθυμητά κατά τη φάση μεταδοτικότητας.⁸

Η μετάδοση περιορίζεται κατά την οξεία φάση και κατά την ανάρρωση.¹⁶ Ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης είναι η αποφυγή μόλυνσης της τροφής, του νερού, ή άλλων υλικών από τα συμπτωματικά άτομα. Ο τύπος της ΑΗ εμφανίζεται κυρίως τους θερινούς μήνες σε στρατόπεδα, φυλακές όπου η εφαρμογή υγειονομικών μέτρων είναι ανύπαρκος.⁵

Η μετάδοση του ιού με μολυσμένο αίμα είναι σπάνιο φαινόμενο αλλά υπάρχει δυνατότητα μετάδοσης κατά τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος.¹⁶

Σαν προληπτικό μέσω συνίσταται η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης στα άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή με μολυσμένους, σ' αυτούς που φροντίζουν παιδικούς σταθμούς, σε στρατώνες σε περίπτωση επιδημίας και σε περίπτωση πιθανής έκρηξης επιδημίας, αν αυτό προβλεφθεί έγκαιρα.⁸

Η χορήγηση, προφυλακτικά, ανοσοσφαιρίνης μετά την εκδήλωση της επιδημίας προσφέρει πολύ λίγα.⁵

Τη μεγαλύτερη σημασία έχει η λήψη προφυλακτικών μέτρων για τη μετάδοση του ιού Β μέσω του αίματος. Για το λόγο αυτό στις αιμοληψίες και στην εφαρμογή ενέσεων πρέπει να χρησιμοποιούνται

σύριγγες μιας χρήσης.¹⁴ Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που έρχεται σε επαφή με πάσχοντες, πρέπει να λαμβάνει τα στοιχειώδη μέτρα ατομικής προφύλαξης και καθαριότητας. Έχει αποδειχθεί ότι επαρκεί ο καλός καθαρισμός των χεριών με ζεστό νερό και σαπούνι.⁸

Μεγάλη κοινωνική σημασία έχει η επιλογή των δοτών αίματος, οι οποίοι όπως αποδείχθει διεθνώς αποτελούν σοβαρή πηγή μετάδοσης ηπατίτιδος (B και A). Ευτυχώς σήμερα υπάρχει πλήρης έλεγχος για τον εντοπισμό του Αυστραλιανού αντιγόνου.⁵

Είναι γενικά αποδεκτό ότι μέσω της χορήγησης ανθρώπινης γ-σφαιρίνης κατά το στάδιο επώασης, επιτυγχάνεται είτε πλήρης προφύλαξη από τη λοιμώδη ηπατίτιδα, είτε ελαφρά μόνο νόσηση με τη μορφή της ανικτερικής ηπατίτιδας.⁶

ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

Ένα εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Α βγήκε στην αγορά 1992, στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το εμβόλιο αυτό ονομάζεται Havrix, δημιουργεί επίπεδα anti-HAV αντισώματος κατά 100 φορές υψηλότερα από εκείνα που επιτυγχάνονται με τη χορήγηση ανοσοσφαιρινών. Δύο ενέσεις του 1ml στο βραχίονα, σε διάστημα 2 εβδομάδων έως ενός μηνός, παρέχουν άμεση προφύλαξη για διάστημα περίπου ενός έτους και μια επαναληπτική δόση στους 6 έως 12 μήνες παρατείνει την ανοσία για διάστημα έως και 10 ετών, σε πλήρη αντίθεση με την 6μήνη μόνο διάρκεια προστασίας που παρέχει η χορήγηση ανοσοσφαιρινών.¹⁵

ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Τα τελευταία έτη εισήχθει το προφυλακτικό εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β.¹⁴

Η πρώτη γενιά εμβολίου παρασκευάστηκε από πλάσμα χρόνιων φορέων HbsAg.⁹ Το εμβόλιο περιέχει κεκαθαρμένα σωματίδια HbsAg

ληφθέντα μετά από κατεργασία του πλάσματος με πεψίνη σε pH 2, διάλυμα ουρίας και φορμαλδεΰδης. Στις συνθήκες αυτές καταστρέφονται όλοι σχεδόν οι ιοί ώστε το τελικό παρασκεύασμα να είναι απολύτως ασφαλές.⁵ Άτομα με φυσιολογικό ανοσολογικό σύστημα αναπτύσσουν προφυλακτικούς τίτλους anti-HBs σε ποσοστό 90%. Τα παιδιά και οι γυναίκες αναπτύσσουν ευκολότερα υψηλότερους τίτλους, ενώ άτομα ηλικιωμένα, παχύσαρκα ή ανοσοκατεσταλμένα έχουν μικρή αντισωματική απάντηση και τους χορηγείται διπλάσια δόση.⁸

Στους εμβολιασμένους συνίσταται αναμνηστική δόση ανά 5ετία. Δεν έχουν αναφερθεί σοβαρές παρενέργειες μετά τον εμβολιασμό εκτός από τοπικά παροδικά φαινόμενα.⁸ Πριν τον εμβολιασμό όλα τα άτομα πρέπει να ελέγχονται προηγουμένως ως προς HbsAg, anti- HBC. Οι HbsAg θετικοί δεν εμβολιάζονται, ενώ η παρουσία anti- HBC και anti-HBs σημαίνει προηγούμενη νόσηση και ανοσία, άρα εμβολιασμός περιττεύει.¹⁵

Η αντιηπατιτιδική σφαιρίνη έχει περιοριστεί. Αυτή χορηγείται μόνο σε περιπτώσεις που απαιτείται άμεση προφύλαξη, διότι το εμβόλιο επιταγχάνει ανοσία δύο μήνες μετά την πρώτη δόση. Τέτοιες περιπτώσεις είναι τα νεογνά HbsAg θετικών μητέρων, προσωπικό νοσοκομείων μετά από τυχαίο τραυματισμό με μολυσμένο αντικείμενο, σύντροφοι ή μέλη οικογενειών ασθενών με οξεία HB.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Οι χημικές ουσίες μπορεί να προκαλέσουν ηπατική βλάβη κατά την εισπνοή, κατάποση ή παρεντερική πρόσληψη μεγάλου αριθμού αυτών.⁵

Η εμφάνιση της κλινικής εικόνας μοιάζει με τα εργαστηριακά ευρήματα μιας κοινής ηπατίτιδας από ιό. Δυστυχώς σαφώς διαγνωστικά κριτήρια δεν υπάρχουν. Ούτε και η βιοψία ήπατος δεν λύνει το πρόβλημα, διότι αρκετά φάρμακα προκαλούν ιστολογικές αλλοιώσεις παρόμοιες με αυτά που προέρχονται από την ιογενή ηπατίτιδα.⁴

Τα φάρμακα είναι δυνατό να προκαλέσουν ηπατίτιδα είτε με απ' ευθείας δράση στο ηπατικό κύτταρο (πολύ σπάνια) είτε με άλλους μηχανισμούς. Ο πρώτος οφείλεται στο σχηματισμό τοξικών μεταβλητών του φαρμάκου, ο δεύτερος στην ανάπτυξη ανοσολογικής αντίδρασης κατά του φαρμάκου «υπερευαισθησία».⁸

Τα συχνότερα ενοχοποιούμενα φάρμακα είναι οι α- μεθυλντόπα και ισοναζίδη. Ο κατάλογος των φαρμάκων που προκαλούν ηπατική βλάβη είναι μεγάλος.

Τα πιο συχνά είναι:

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1) Τετραχλωάνθρακας | 7) Ριφαμπικίνη |
| 2) Τετρακυκλίνες | 8) α- μεθυλντόπα |
| 3) Μουσκαρίνη | 9) Αλοθάνη |
| 4) Παρακεταμόλη | 10) Σουλφοναμίδες |
| 5) Σαλικυλικά | 11) Αντιεπιληπτικά |
| 6) Ισοναζίδη | 12) Σμπραμίνη ⁴ |

3.2. Ο ΙΟΣ ΗΒC (Non-A, Non-B, NANBH)

Έχει διαπιστωθεί ότι η NANBH είχε ομοιότητες με την HBV.⁶ Η NANBH κλινικά χαρακτηρίζεται από μεγάλο ποσοστό ασυμπτωματικών ατόμων και χρόνιων φορέων. Η ηπατική βλάβη στη Β προκαλείται από την ανοσιακή απάντηση του ξενιστού, ενώ στη NANBH είναι επακόλουθο της κυτταροπαθόγονου δράσης του ιού.⁹

Από κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες συνάγεται ότι περισσότεροι από ένας λοιμογόνιοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τη NANBH.⁸ Έτσι ένας ιός που συνδέεται με την παρεντερική μετάδοση της νόσου ονομάστηκε C και ένας άλλος υπεύθυνος για τη μετάδοση της νόσου μέσω πεπτικής οδού, ονομάστηκε E.⁵ Κλινικά η ηπατίτιδα E είναι ήπια όπως η ηπατίτιδα A. Σε μερικές περιπτώσεις η NANBH δεν πρέπει να οφείλεται σε ιούς αλλά σε ηπατική βλάβη λόγω χρήσης αλκοόλης, φαρμάκων ή άλλων τοξικών ουσιών.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ:

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από συνεχόμενη ηπατική νέκρωση, ενεργό φλεγμονή και πρωϊούσα ίνωση που μπορεί να οδηγήσει ή να συνοδεύεται από κίρρωση.

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

Η χρόνια ηπατίτιδα διακρίνεται, σε τρεις μορφές την επιμένουσα, την ενεργό και τη λοβιδιακή ηπατίτιδα.

α) Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα: Χαρακτηρίζεται από διεύρυνση των πυλαίων διαστημάτων από μονοπύρρηνα κύτταρα, χωρίς επέκταση της φλεγμονής μέσα στο ηπατικό λοβίδιο και χωρίς νέκρωση του ηπατικού κυττάρου.

β) Χρόνια λοβιδιακή ηπατίτιδα: Χαρακτηρίζεται από ενδολοβιδιακή φλεγμονή και νέκρωση των πυλαίων διαστημάτων.

γ) Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα: Υποδιαιρείται σε δύο μορφές, την ελαφρά και την βαριά. Και στις δύο, ιστολογικά παρατηρείται επέκταση της φλεγμονής από τα πυλαία διαστήματα προς το ηπατικό λόβιο με αποτέλεσμα νέκρωση της γύρω περιοχής.

4.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα

Η αιτιολογία της σε πολλές περιπτώσεις παραμένει άγνωστη. Μπορεί όμως να οφείλεται σε προηγηθείσα οξεία ηπατίτιδα Β ή οξεία ιογενή ηπατίτιδα non-A, non-B. Επίσης μπορεί να είναι επακόλουθο οξείας ακλοολικής ηπατίτιδας, χρόνιων φλεγμονωδών νόσων του παχέος εντέρου (όπως ελκωτική κολίτιδα), νόσος του Crohn και αυτοάνοσων νοσημάτων.

Χρόνια λοβιδιακή ηπατίτιδα.

Προκαλείται από τα ίδια περίπου αίτια που προκαλούν χρόνια επιμένουσα. Στη μορφή αυτή το Αυστραλιανό αντιγόνο είναι αρνητικό.

Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Αιτιολογικά μπορούμε να την διακρίνουμε στις παρακάτω μορφές:

α) Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα με θετικό αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β.

β) Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα με αρνητικό αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β.⁴ Καλείται επίσης «λυκοειδής» και κατατάσσεται στα αυτοάνοσα νοσήματα.⁸ Σε αυτή παρατηρείται σημαντική αύξηση των γ-σφαιρινών του ορού, αντιπυρηνικά αντισώματα και αντιμυτοχονδριακά δεν θα πρέπει να σχετίζεται με την ιογενή ηπατίτιδα «ούτε Α» «ούτε Β». Είναι νόσος κυρίως νεαρών ατόμων, 50% των πασχόντων έχει ηλικία από 10 μέχρι 20 ετών και επικρατεί το γυναικείο φύλο (75%).

γ) Ίσως είναι αποτέλεσμα δράσης διαφόρων φαρμάκων. Όπως η ισονιαζίδη, α- μεθυλτοπία.⁴

4.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα

Κλινικά συμπτώματα ελλείπουν ή είναι αόριστα και ασθενή όπως, εύκολη κόπωση και δυσπεψία.⁶ Αντικειμενικά εκτός από ελαφρά διάγνωση του ήπατος σε μερικές περιπτώσεις, δεν διαπιστώνεται τίποτα άλλο.⁵

Εργαστηριακά η τιμή της χολερυθρίνης είναι φυσιολογική, ενώ των τρανσαμινασών δεν είναι καθόλου ή σπάνια αυξημένη.⁸ Το HBAG με τις νεότερες τεχνικές ανευρίσκεται σε 80% των περιπτώσεων.⁸ Προσβάλλει όλες τις ομάδες ηλικιών, είναι συχνότερη στις νεαρές γυναίκες και στους εφήβους.⁴ Περίπου στα δύο τρίτα των ασθενών η νόσος έχει ύπουλη εισβολή για περίοδο μερικών εβδομάδων ή μηνών.⁸

Σε μερικούς αρρώστους οι επιπλοκές της κίρρωσης όπως ο ασκίτης, οι αιμορραγόντες κηρσοί, η εγκεφαλοπάθεια και οι διαταραχές πήκτικότητας μπορεί να είναι τα συμπτώματα που θα φέρουν τον άρρωστο στο γιατρό.¹⁶ Αν δεν υποβληθούν σε θεραπεία, η θνησιμότητα είναι υψηλή (50 έως 70%) κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της νόσου ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρά κλινικά συμπτώματα.⁶

Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα

Χρόνια ενεργό ηπατίτιδα είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη ηπατική νέκρωση, ενεργό φλεγμονή και προϊούσα ίνωση, που μπορεί να οδηγήσει ή να συνοδεύεται από κίρρωση.⁶

Την χρόνια ενεργό ηπατίτιδα πρέπει να την υποψιασθούμε από το κλινικό ιστορικό και τα φυσικά ευρήματα. Η βιοψία του ήπατος είναι απαραίτητη για την εξακρίβωση της διάγνωσης.⁵

Κατά την αρχική πορεία της νόσου σε μερικούς ασθενείς μπορεί να παρατηρηθεί η «γεφυρωτική βλάβη» της υποξείας ηπατικής νέκρωσης. Η επιμονή όμως της βλάβης αποτελεί ένδειξη για την παρουσία βαριάς νόσου.

Σε πολλές περιπτώσεις η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα προχωράει ή μπορεί να συνοδεύεται από την εμφάνιση κίρρωσης.⁸

Κατά την βιοψία ήπατος η παρουσία κίρρωσης μπορεί να καταδειχθεί σε ποσοστό 30-5-% των ασθενών.⁶

Στη συνέχεια, σειρά βιοψιών αποκαλύπτει πολλές φορές πρόοδο της ίνωσης σε κίρρωση και κατά την αυτοψία μπορεί να βρεθεί μετανεκρωτική κίρρωση.⁸

4.4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

α) Η χολερυθρίνη του ορού βρίσκεται συχνά φυσιολογική, μερικές φορές αυξημένη ενώ σπάνια την συναντάμε άνω των 5 mg/100ml.

β) Οι τρανσαμινάσες του ορού είναι ανεβασμένες άνω των 100μον./ ml μερικές φορές, μέχρι 1000μον./ ml

γ) Η λευκωματίνη του ορού είναι ελαττωμένη ενώ οι γ-γλοβουλίνες αυξημένες.

δ) Το HBAG ανευρίσκεται με τις νεότερες, πιο ευαίσθητες μεθόδους σε 50% περίπου των περιπτώσεων.⁸

4.5. ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το μέγιστο ποσοστό των νοσούντων δεν ακολουθεί το δρόμο της ανάρρωσης. Οι περισσότεροι ασθενείς-χωρίς θεραπεία πεθαίνουν μέσα σε μια δεκαετία. Η νόσος καταλήγει κατά κανόνα σε κίρρωση, από την οποία επέρχεται συνήθως ο θάνατος από κώμα και πιο σπάνια από ρήξη κιστών του οισοφάγου.⁵

4.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια επεισοδίων της ενεργού νόσου, ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα με υποστηρικτική αγωγή.⁹

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη και για το καθορισμό της σοβαρότητας και εκτάσεως της νόσου, για τη διαπίστωση της εξωηπατικής επεκτάσεως με διαδερμική βιοψία ήπατος.⁵

Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας ενδείκνεται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, η παρατεταμένη όμως ανάπαυση στην κλίνη μετά την ύφεση, δεν είναι απαραίτητη.¹⁰

Βασικά δύο θεραπευτικές μέθοδοι έχουν προταθεί: α) κορτικοειδή ή β) κορτικοειδή με ανοσοκατασταλτικά.

Παρακάτω αναφέρονται τα δύο σχήματα της Mayo Clinic.

Πρώτο σχήμα: Πρεδνιζόνη

- α) Επί μια εβδομάδα 60 mg πρεδνιζόνης ημερησίως.
- β) Επί μια εβδομάδα 40 mg ημερησίως.
- γ) Επί δύο εβδομάδες 30 mg ημερησίως.
- δ) Συντήρηση μέχρι να φτάσει σε ύφεση: 20 mg την ημέρα.
- ε) Εφόσον επέλθει ύφεση: προοδευτική ελάττωση της δόσης μέχρι διακοπή της θεραπείας εντός έξι εβδομάδων.
- στ) Σε υποτροπή επανάληψη τα παραπάνω.⁸

Δεύτερο σχήμα: συνδυασμό πρεδνιζόνης και οζαθενοπρίνης.

- α) Επί δύο εβδομάδες 30 mg ημερησίως.
- β) Επί δύο εβδομάδες 15 mg ημερησίως.
- γ) Συντήρηση μέχρι στάδιο ύφεσης 15 mg ανά ημέρα.
- δ) Εφόσον επέλθει ύφεση: προοδευτική ελάττωση της δόσης μέχρι διακοπή της θεραπείας.
- ε) Σε υποτροπή επανάληψη του σχήματος.⁸

4.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C έχει επικεντρωθεί στη χρήση ιντερφερόνης κυρίως, η οποία όμως αδυνατεί να προκαλέσει παρατεταμένη ιολογική και βιοχημική ύφεση στη μέγιστη πλειοψηφία των ασθενών.¹⁷

Πέρα από το κλασικό σχήμα των 3 εκατ. Μονάδων (MV) α-ιντερφερόνης 3 φορές την εβδομάδα επί 6 μήνες, έχουν δοκιμαστεί πληθώρα εναλλακτικά σχήματα χωρίς όμως ουσιαστική διαφορά στα ποσοστά ανταποκρίσεως.¹⁵ Ένα 40-70% των ασθενών στο τέλος του πρώτου θεραπευτικού σχήματος με ιντερφερόνη εμφανίζει βιοχημική και ιολογική ύφεση.¹³

Έξι με 12 μήνες μετά την διακοπή της θεραπείας οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς εξακολουθούν να βρίσκονται σε ύφεση, ενώ οι υπόλοιποι έχουν υποτροπιάσει.¹⁵

Κατά τη διάρκεια ένα μικρό ποσοστό ασθενών παρουσιάζει διαταραχές στη λειτουργία του θυρεοειδή και αλωπεκία. Σε ελάχιστους ασθενείς είναι δυνατόν να παρουσιασθούν ψυχολογικές αντιδράσεις, ενώ σε ασθενείς με κίρρωση ο κίνδυνος ανάπτυξης θρομβοκυτταροπενίας ή λευκοπενίας είναι αυξημένος.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής και ο γιατρός παίρνουν πληροφορίες για το ιστορικό του αρρώστου.

Η ακρίβεια των πληροφοριών θα βοηθήσει στην παροχή καλύτερης φροντίδας. Οι πληροφορίες για τις τυχόν αρρώστιες, που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται παίρνονται από τον ίδιο τον ασθενή, που είναι η καλύτερη πηγή πληροφόρησης ή από τους συγγενείς του αρρώστου.

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

Ο ασθενής ρωτάτε εάν έκανε μετάγγιση αίματος το τελευταίο διάστημα, εάν τρυπήθηκε με μολυσμένη βελόνα, ή αν ταξίδεψε σε περιοχές με περιορισμένα μέτρα υγιεινής.

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

Ο ασθενής ενημερώνεται και ενθαρρύνεται πριν από κάθε εξέταση αφού διεξαχθεί η κατάλληλη προετοιμασία.

Γίνονται αιμοληψίες για τον ακριβή προσδιορισμό των θρομβοκυττάρων και της πηκτικότητας του αίματος

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

Κατά τη βιοψία ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός. Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει να γίνουν όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις που θα αποδεικνύουν, ότι ο ασθενής είναι ικανός να υποστεί τέτοια είδους εξέταση.

Ο σφυγμός και η Α.Π. του ασθενή παρακολουθούνται συχνά και η πυρετική κίνηση, ώστε να μπορέσει ο γιατρός να εντοπίσει την ύπαρξη φλεγμονής ή λοίμωξης.

Παράλληλα ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει για την ύπαρξη αίματος, γιατί υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας κατά τη βιοψία. Επίσης πρέπει να ετοιμάσει όλα τα απαραίτητα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν.

Αυτά είναι:

1. Σετ βελόνων με στυλεό
2. Record σύριγγες
3. Βελόνες και σύριγγες για την τοπική αναισθησία (xylocaine).
4. Σχιστό αποστειρωμένο
5. Τολύπια βαμβακιού και γάζες
6. Λαβίδα
7. Γάντια αποστειρωμένα
8. Τετράγωνα πεδία αλλαγών
9. Φυσιολογικός ορός
10. Διάλυμα φορμόλης 5-10%³

Πριν την εκτέλεση της βιοψίας του ήπατος ο ασθενής ετοιμάζεται ψυχολογικά, ενημερώνεται για το σκοπό και τη διεργασία εκτέλεσης της. Με την ενημέρωση απαλλάσσεται ο ασθενής από το άγχος και γίνεται περισσότερο συνεργάσιμος.

Ο ρόλος του νοσηλευτή 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 που θα χρειαστούν.

Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση. Μετά την εκτέλεση της εξέτασης καλύπτει το στρώμα για να περιοριστεί ο κίνδυνος των μολύνσεων. Ο ασθενής τοποθετείται γυρισμένος προς τα δεξιά και κάτω από τις πλευρές τοποθετούνται μαξιλάρια.³ Η θέση αυτή είναι η πιο κατάλληλη, γιατί η μεμβράνη που περιβάλλει το ήπαρ έχει χάσει τη συνέχεια της λόγω της παρακέντησης, πιέζεται πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και έτσι δεν έχουμε απώλεια αίματος ή χολής από το ηπατικό παρέγχυμα.³

Ο σφυγμός, η Α.Π., οι αναπνοές μετρώντας επανειλημμένα μέχρι να φτάσουν σε φυσιολογικά επίπεδα.⁵

Σε περίπτωση που θα παρουσιαστεί απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια ειδοποιούνται ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση της βιοψίας είναι βαριές και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.⁸

5.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Οι ηπατίτιδες θεωρούνται σαν τις πιο σοβαρότερες και σημαντικότερες λοιμώξεις και αποτελούν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της εποχής μας.⁵

Για την επίλυση του θέματος έχουν γίνει σημαντικά βήματα, όχι όμως επαρκή για την πλήρη διαλεύκανση του προβλήματος. Σημαντικό ρόλο παίζουν τα νοσοκομεία και πιο συγκεκριμένα η επέμβαση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Ο σκοπός της επέμβασης των νοσηλευτών βασίζεται:

- α) Στην εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή
- β) Στην εκτίμηση ιδιαίτερων προβλημάτων.

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

A. ΑΜΕΣΟΙ

- α) Προαγωγή της σωστής θρέψης.
- β) Πρόληψη μετάδοσης της νόσου
- γ) Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψης συνεπειών της.
- δ) Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες
- ε) Απασχόληση του αρρώστου.
- στ) Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτροκυτών.³

B. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ

- α) Πλήρης ανάρρωση από τη νόσο
- β) Πρόληψη υποτροπής
- γ) Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρησης ιδεώδους βάρους.³

ΑΜΕΣΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- α) Προαγωγή σωστής θρέψης.

Πάντα οι ηπατικοί παρουσιάζουν προβλήματα σωστής θρέψης και ενυδάτωσης λόγω συμπτωμάτων ανορεξίας και εμετών.

Χρέος των νοσηλευτών να βοηθήσουν τους ασθενείς να τρέφονται σωστά.⁸ Σε περιπτώσεις εμετών πρέπει η τροφή να χορηγείται ενδοφλεβίως. Ασθενείς που παρουσιάζουν ανορεξία χωρίς εμετούς, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα που θα βοηθήσουν στη σωστή διατροφή τους.¹⁶

Η δίαιτα τους θα πρέπει να είναι υπερθερμιδική (3000 θερμίδες), υπερυδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα επειδή ο ασθενής εμφανίζει απώλεια βάρους συνήθως 2,5 έως 5 kg.⁵

Επιτρεπόμενες τροφές

- Αποβουτυρωμένο γάλα, τσάι, τυριά άπαχα
- Φρούτα χωρίς φλοιό, χυμοί φρούτων.
- Κρέατα και ψάρια χωρίς λίπος και ελαφρά μαγειρεμένα.
- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια.
- Γλυκά με αποβουτυρωμένο γάλα, μέλι, μαρμελάδες.
- Φρέσκο ψωμί, φρυγανιές.³

Απαγορευμένες τροφές

- Τροφές με αρκετά μπαχαρικά.
- Ξηροί καρποί.
- Όσπρια και μπιζέλια
- Κρόκος αυγού – τηγανιτά αυγά.
- Οινοπνευματώδη ποτά.
- Λίπη γενικά.
- Αλλαντικά, παχύ κρέας και ψάρι
- Σοκολάτα.³

β) Πρόληψη μετάδοσης της νόσου

Από τη στιγμή που θα διαγνωστεί η ύπαρξη ηπατίτιδας το πρώτο που επιβάλλεται να γίνει είναι η απομόνωση του ασθενή. Η απομόνωση από μόνη της δεν επαρκεί. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να τηρεί κάποιες αρχές:

- Οι θάλαμοι και ό,τι υπάρχει μέσα τους είναι μολυσμένο.
- Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα.
- Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών μετά από κάθε νοσηλεία.

- Τα κλινοσκεπάσματα του ασθενή στέλνονται πρώτα για πλύσιμο και κατόπιν για αποστείρωση.
- Όλα τα είδη μιας χρήσεως που χρησιμοποιούνται όπως σύριγγες, συστήματα ορού, ουροσυλέκτες θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς σάκους.
- Έχουμε εξασφαλίσει για τον ασθενή δωμάτιο με μια κλίνη.
- Όταν αποχώρηση ο ασθενής από το θάλαμο γίνεται τελική αποστείρωση με φορμόλη.

γ) Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψης συνεπειών της.

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα κλινήρεις με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα όπως κατακλίσεις και δυσλειτουργία κένωσης εντέρου.

- Χρέος του νοσηλευτή είναι να πληροφορήσει τον ασθενή ότι η συνεχής κατάκλιση δεν ωφελεί ιδιαίτερα την ασθένεια του και μπορεί να δημιουργήσει άλλα οργανικά προβλήματα.
- Η ενασχόληση του ασθενή με ενδιαφέροντα πράγματα μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του και να τον απαλλάξει από το άγχος για την πορεία της νόσου.
- Παρόλο που ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναστροφή μαζί του.
- Λόγω του προβλήματος κένωσης του εντέρου, μπορούμε να χορηγήσουμε άφθονα υγρά, να διορθώσουμε το είδος της διαίτας ενώ και η κίνηση μέσα στα δυνατά πλαίσια επιβάλλεται.

Με τη συνεχή κατάκλιση υπάρχει ο κίνδυνος επιπρόσθετων προβλημάτων εκτός αυτών που αναφέρθηκαν 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 τις δύο πλευρές

(δεξιά – αριστερά), ώστε να μην πιέζεται μόνο ένα σημείο του σώματος.

- Τα κλινοσκεπάσματα θα πρέπει να είναι καλά τεντωμένα για να μην ερεθίζουν το δέρμα.
- Επίσης μετά τη λήψη τροφής πρέπει να καθαρίζεται καλά το κρεβάτι από θρύψαλα ώστε να μην υπάρξει τριβή αυτών με το σώμα του ασθενή.

δ) Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες.

- Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις.⁸
- Θεραπεία με πρεδνιζόλη ενδείκνυται διότι δεν κατακρατά νάτριο όπως τα άλλα γλυκοκορτικοειδή.⁵
- Αποφεύγουμε τη χορήγηση ηρεμιστικών γιατί δεν μπορεί να τα μεταβολίσει στο ήπαρ.⁵

ε) Απασχόληση του ασθενή

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις από τη νόσο επηρεάζουν τον ασθενή γι' αυτό καλείται ο νοσηλευτής να συμβάλει:

- Στην ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τα συναισθήματα του.
- Η απασχόληση του με ευχάριστα πράγματα του όπως διάβασμα, αποσπά την προσοχή του, απομακρύνει την αγωνία και το άγχος σχετικά με τη πορεία της νόσου.
- Συζητήσεις που ευχαριστούν τον βοηθούν να ηρεμεί.
- Οι συχνές επισκέψεις φίλων και συγγενών τον κάνουν να νιώθει ευτυχία και ευεξία.

B. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

α) Πλήρη ανάρρωση από τη νόσο

- Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους stress.
- Ακολούθηση της φαρμακευτικής του αγωγής.
- Σωστή θρέψη, για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος.

β) Πρόληψη υποτροπής.

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.¹⁴ Οι άρρωστοι με Α και Β ηπατίτιδα, έχουν ανοσία διαρκείας προς τον ειδικό τύπο ιού.¹⁶ Επειδή όμως άρρωστοι που ανάρρωσαν ξαναπαρουσίασαν ηπατίτιδα Α, πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι ιοί τύπου Α.

Κλινικές δοκιμές με άλφα-ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις των 5000 IU για 4 μήνες επιφέρει ύφεση ηπατίτιδας Β σε πάνω από το 1/3 των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφάνειας στο 10 % των αρρώστων.⁸ Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, αξίζει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση. Αυτό όμως προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες.³

Η μακροχρόνια χορήγηση χαμηλής δόσης ιντερφερόνης σε αρρώστους με ηπατίτιδα C είχε επίσης ενθαρρυντικά αποτελέσματα.¹⁵ Η ιντερφερόνη είναι υπό έρευνα και για τη θεραπεία της ηπατίτιδας Β.

Αν υπάρξει κάποια ένδειξη υποτροπής λαμβάνονται αμέσως μέτρα.

γ) Προαγωγή σωστής καλής θρέψης για

- τη διατήρηση ιδεώδους βάρους.

Επαρκής θρέψη για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα υπερθερμιδική (3000 θερμίδες), υπερυδατανθρακούχα και

υπερπρωτεϊνούχα.⁸ Γεύματα μικρά και συχνά.¹⁶ Αποφεύγεται η λήψη αλκόολ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση ηπατίτιδας.⁵

- Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών το υδατοηλεκτρικό ισοζύγιο συχνά διαταράσσεται στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των εμετών.¹⁵

Γι' αυτό απαιτείται ρύθμιση του με ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.

Αναγκαίες ποσότητες ηλεκτρολυτών για τις ανάγκες

αναβολισμού

Σε κάθε 1000 KCAI

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

5.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών σε βαριές καταστάσεις ηπατίτιδας μετά από παρατεταμένη χρήση προκαλεί υπερτρίχωση, οστεοπόρωση, σακχαρώδη διαβήτη, επιδείνωση πεπτικού έλκους, ψυχωτική αντίδραση, υπέρταση, εξασθένηση των αμυντικών μηχανισμών σε υποστηρικτικούς ιστούς όπως των οστών, των μυών και του δέρματος.⁸

Η θεραπεία με πρενιζόλη (γλυκοκορτικοειδές) ενδείκνυται διότι δεν κατακρατά Na όπως άλλα γλυκοκορτικοειδή.⁵

Η αζαθειοπρίνη έχει ανοσοκατασταλτική δράση χορηγείται σε συνδυασμό με την πρεδνιζόλη και οι τοξικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν καταστολή του μυελού των οστών, γαστρεντερικές διαταραχές, αλωπεκία και εμφάνιση λοιμώξεων.⁸

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χολεστυραμίνης είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία.¹⁶

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται στις περιπτώσεις αυτές είναι:

- Καθημερινά να γίνεται λουτρό καθαριότητας στον άρρωστο και να δίνεται προσοχή στο δέρμα για φλεγμονές.
- Ο άρρωστος ζυγίζεται κάθε πρωί νηστικός και συγκρίνονται οι τιμές μεταξύ τους
- Εξέταση ούρων και αίματος για πιθανή λοίμωξη.
- Test στο αίμα και στα ούρα για τον προσδιορισμό σακχάρου.
- Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Ελέγχουμε αν ο άρρωστος παρουσιάζει γαστρεντερικές διαταραχές.
- Σε πιθανή εκδήλωση διαταραχής ενημερώνουμε τον ιατρό και εκτελούμε οδηγίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών η ασθενής Κουντουρά Βασιλική, 48 ετών με συμπτώματα ζάλης, δυσπεπτικά ενοχλήματα, μυική αδυναμία, πονοκέφαλο και ενόχληση στο επιγάστριο. Παράλληλα αναφέρει ότι πριν τριών ημερών παρατήρησε αλλαγή στο χρώμα των ούρων (σκουρόχρωμα) και των κοπράνων (άσπρα) στα οποία δεν έδωσε σημασία. Η επιμονή των συμπτωμάτων αυτών ήταν η αιτία επίσκεψης της στο γιατρό.

Ο γιατρός παρατήρησε ότι το χρώμα του δέρματος της ήταν αρκετά κιτρινωπό ενώ ψηλαφώντας την κοιλιακή χώρα ένωσε ελάχιστα διογκωμένο το ήπαρ και ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο. Την ενημέρωσε ότι πρέπει να συμμετάσχει σε μια σειρά γενικών και βιοχημικών εξετάσεων αίματος και βιοψία ήπατος. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων διαπιστώθηκε αύξηση των τρανσαμινασών του ορού SGOT και SGPT καθώς και της γλουκουρονικής χολερυθρίνης.

Ο γιατρός την ενημέρωσε ότι πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο και εκδόθηκε εισιτήριο με την διάγνωση εμπύρετο – ηπατίτιδα Β. Η κυρία Κουντουρά εισήχθη στις 9/8/02 στην Β΄ Παθολογική του Νοσοκομείου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ατόμου αρρώστου Ανάγκες-προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Απώλεια βάρους που οφείλεται σε ανορεξία</p>	<p>Αποκατάσταση του βάρους καθημερινά</p>	<p>Δίαιτα πλούσια σε θερμίδες. Τροφές που προτιμεί καλοσερβιρισμένες και σε τακτά διαστήματα.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια Α φροντίζει να ενημερωθεί από τον ίδιο για το ποιες τροφές προτιμεί. Επειδή η όρεξη του είναι ελαττωμένη. Το φαγητό πρέπει να είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες και λεύκωμα. Ένας καλοσερβιρισμένος δίσκος ενισχύει τη διάθεση του ασθενή για φαγητό. Η πρόσληψη θερμίδων πρέπει να κυμαίνεται 2500-3000 ημερησίως. Να προτιμούμε στο διαιτολόγιο του κρέας ψάρια τυριά με χαμηλά λιπαρά. Κάθε πρωί απαιτείται το ζύγισμα του σε ζυγαριά ακριβείας και το νούμερο καταγράφεται στο φύλλο μέτρησης. Σύγκριση των αποτελεσμάτων γίνεται καθημερινά.</p>	<p>Πρόσληψη βάρους που προκλήθηκε με τη σωστή διατροφή, ενίσχυση στην άμυνα του οργανισμού. Οι βιταμίνες και το λεύκωμα είναι υπεύθυνα για την δημιουργία ανάπλασης ιστών.</p>
<p>Πυρετό λόγω λοίμωξης</p>	<p>Πτώση πυρετού όταν είναι σε έξαρση.</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών και αντιπυρετικών σε περίπτωση πυρετού και πόνου.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια Β φροντίζει να γίνεται καθημερινή τρίωρη θερμομέτρηση και να καταγράφεται στο διάγραμμα. Σε περίπτωση πυρετού τοποθετούμε χλιαρές κομπρέσες στα άκρα και στο μέτωπο του ασθενή. Χορηγούμε με εντολή γιατρού το κατάλληλο αντιπυρετικό εφάπαξ. Συστήνουμε να</p>	<p>Η σωστή αντιβιοτική κάλυψη απομάκρυνε τον πυρετό.</p>

			πίνει άφθονα υγρά παράλληλα με παρεντερικά.	
Πιθανή κατάκλιση λόγω ακινησίας	Αποφυγή δημιουργίας κατάκλισης καθημερινά.	Αλλαγή θέσης για πρόληψη κατάκλισης.	Ο ασθενής πρέπει να γυρίζει τακτικά πλευρό, ανά δύο ώρες. Τα κλινοσκεπάσματα του να είναι καλοσυγυρισμένα. Εάν είναι περιπατικός του συστήνουμε κατά διαστήματα να σηκώνεται. Στους κληήρεις τοποθετείται ειδικό στρώμα αέρος (αερόστρωμα).	Η συχνή αλλαγή θέσης βοήθησε τη σωστή αιμάτωση του σώματος και την αποφυγή κατάκλισης.
Αύξηση σακχάρου.	Επαναφορά του σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε μια εβδομάδα.	Εξάωρη μέτρηση σακχάρου και καταγραφή αυτού.	Γίνεται εξάωρη μέτρηση και καταγράφεται στο χαρτί μέτρησης. Σε περίπτωση ανεβασμένης τιμής με εντολή γιατρού χορηγείται ινσουλίνη στις κατάλληλες δόσεις. Η μέτρηση πριν φαγητού και με το ίδιο μηχάνημα κάθε φορά.	Με την τακτική μέτρησης σακχάρου αποφύγαμε τις υποτροπές και τις μόνιμες βλάβες.
Πρόληψη μετάδοσης νόσου	Πρόληψη για τη μετάδοση του ιού συνεχώς.	Μέτρα για τη πρόληψη μετάδοσης.	Η απομόνωση του αρρώστου σε μονόκλινο βοηθά τους γύρω για την πρόληψη της νόσου. Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά κάθε νοσηλείας. Τα είδη μιας χρήσεως όπως σύριγγες συστήματα ορών, ουροσυλέκτες θα πρέπει να συγκεντρώνονται μετά τη χρήση τους σε ειδικούς σάκους.	Με τα μέτρα που πάρθηκαν περιορίστηκε αρκετά το ποσοστό πρόσληψης από τον ιό.
Ψυχολογικές επιπτώσεις του ασθενή.	Ενίσχυση της ψυχολογικής διάθεσης	Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενή να δεχθεί το	Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του. Του συστήνουμε	Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή

	του ασθενή καθημερινά.	πρόβλημα του. Ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες.	να απασχοληθεί με ευχάριστα πράγματα όπως διάβασμα, αποσπά την προσοχή του και απομακρύνει την αγωνία και το άγχος. Η συζήτηση για οποιοδήποτε θέμα ευχαριστούν τον ασθενή και τον ηρεμούν. Δεν τον αποφεύγουμε και τον ενισχύουμε ψυχολογικά να δεχθεί το πρόβλημα του.	ενισχύθηκε λόγω της προσοχής που έδωσε το προσωπικό σ' αυτόν. Με την συμπαράσταση όλων ένωσε πιο ήρεμα και δέχθηκε το πρόβλημα του.
Μέτρηση ηλεκτρολυτών λόγω διαταραχής του ισογυγίου υγρών.	Μέτρηση ισοζυγίου υγρών καθημερινά.	Χορήγηση ενδοφλεβίων και reposit υγρών.	Καθημερινά γίνεται μέτρηση των ενδοφλέβιων υγρών. Λαμβάνεται υπόψη ανάλογα με τις ανάγκες το είδος του ορού που θα χορηγηθεί. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως παρουσιάζουν προβλήματα διαταραχής ισοζυγίου λόγω μη σωστής λειτουργίας του ήπατος. Τα ούρα τους είναι σκουρόχρωμα ενώ τα κόπρανα φέρουν λευκό χρώμα. Η ποσότητα των υγρών κανονίζεται από τους γιατρούς ανάλογα με τις απαιτήσεις του οργανισμού.	Η σωστή ενυδάτωση του ασθενή ενισχύθηκε. Καλύφθηκαν πλήρως οι ανάγκες. Υπήρξε βελτίωση στο χρώμα των κοπράνων και των ούρων.
Σκουρόχρωμα ούρα λόγω αυξημένων τρανσαμινασών του ορού.	Αποκατάσταση των τρανσαμινασών σε μια εβδομάδα.	Καθημερινές εργαστηριακές εξετάσεις αίματος. (βιοχημικές – γενικές – καλλιέργεια)	Παίρνεται καθημερινά αίμα προς εξέταση και συγκρίνονται τα αποτελέσματα.	Με τη σωστή παρακολούθηση οι μονάδες των τρανσαμινασών υφίστανται μερική βελτίωση.

2^η Νοσηλευτική διεργασία

Η κυρία Καραντούρα Αντιγόνη, ετών 49 νοσηλεύτηκε στον Ερυθρό Σταυρό. Εισήχθη στο νοσοκομείο με συμπτώματα πυρετού, κακουχίας, δυσπεπτικά ενοχλήματα, μυϊκή αδυναμία.

Σύμφωνα με τους γιατρούς έπρεπε να γίνει εισαγωγή. Κόπηκε εισιτήριο με διάγνωση εμπύρετο.

Αφού νοσηλευόταν τις κάνανε εργαστηριακές και βιοχημικές εξετάσεις όπως και καλλιέργεια και βρέθηκε ότι ήταν θετική στο ΗΑΥ.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ατόμου αρρώστου Ανάγκες-προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετό λόγω λοίμωξης.	Πτώση πυρετού όταν είναι σε έξαρση.	Χορήγηση αναλγητικών και αντιπυρετικών σε περίπτωση πυρετού και πόνου. Χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών για την καταπολέμηση του ιού. Καλό πλύσιμο των υλικών, αερισμός του δωματίου και συχνά μπάνιο.	Η νοσηλεύτρια Α φροντίζει να γίνεται καθημερινή τρίωρη θερμομέτρηση και να καταγράφεται στο διάγραμμα. Σε περίπτωση πυρετού τοποθετούμε χλιαρές κομπρέσες στα άκρα και στο μέτωπο του ασθενή. Χορηγούμε με εντολή γιατρού το κατάλληλο αντιπυρετικό εφάπαξ. Συστήνουμε να πίνει άφθονα υγρά παράλληλα με παρεντερικά. Πλένουμε τα χέρια καθαρά, καθώς και τα αντικείμενα που έχουν χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή. Έχουμε αντισηπτικό σε κάθε θάλαμο και πλένουμε τα χέρια μας καθώς βγαίνουμε. Καλός αερισμός του δωματίου. Απομόνωση τις μέρες εξάρσεως του ασθενή.	Η σωστή αντιβιοτική κάλυψη απομάκρυνε τον πυρετό. Η σωστή προληπτική φροντίδα που πάρθηκε από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό τους προστάτεψε από τον ιό.

Πρόληψη μετάδοσης νόσου.	Πρόληψη για τη μετάδοση του ιού συνεχώς.	Μέτρα για τη πρόληψη μετάδοσης.	Η απομόνωση του αρρώστου σε μονόκλινο βοηθά τους γύρω για την πρόληψη της νόσου. Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά κάθε νοσηλείας. Τα είδη μιας χρήσεως όπως σύριγγες συστήματα ορών, ουροσυλέκτες θα πρέπει να συγκεντρώνονται μετά τη χρήση τους σε ειδικούς σάκους.	Με τα μέτρα που πάρθηκαν περιορίστηκε αρκετά το ποσοστό πρόσληψης από τον ιό.
Ψυχολογικές επιπτώσεις του ασθενή.	Ενίσχυση της ψυχολογικής διάθεσης του ασθενή καθημερινά.	Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενή να δεχθεί το πρόβλημα του. Ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες.	Ενισχύουμε τον ασθενή το να κατανοήσει το πρόβλημα του. Η απομόνωση του διαρκεί λίγες ημέρες.	Η ψυχολογική ενίσχυση που δόθηκε στον ασθενή τον βοήθησε στη γρήγορη ανάρρωση του.
Μέτρηση ηλεκτρολυτών λόγω διαταραχής του ισογυγίου υγρών.	Μέτρηση ισοζυγίου υγρών καθημερινά.	Χορήγηση ενδοφλεβίων και peros υγρών.	Καθημερινά γίνεται μέτρηση των ενδοφλέβιων υγρών. Λαμβάνεται υπόψη ανάλογα με τις ανάγκες το είδος του ορού που θα χορηγηθεί. Σε περίπτωση πυρετού χορηγούνται άφθονα υγρά όπως και σε περίπτωση εμετών.	Η σωστή ενυδάτωση του ασθενή ενισχύθηκε. Καλύφθηκαν πλήρως οι ανάγκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μ. Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ. Φ. ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ
Νοσηλευτική παθολογική – χειρουργική, β' τόμος, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ»
Σ.Α., 1997, ΣΕΛ.117, 182-183
2. Μ. ΠΑΥΛΑΤΟΥ
Ανοσοδιαγνωστική των λοιμώξεων, εκδόσεις «ΛΙΤΣΑΣ», 1993, ΣΕΛ.336,339-
341
3. ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, Μ. ΠΑΝΟΥ
Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, β' τόμος εκδόσεις «ΒΗΤΑ- medical
arts», Αθήνα 1997, ΣΕΛ. 326-332, 328,403-405
4. Χ. Μ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ – Δ. Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, ιατρικές εκδόσεις «ΛΙΤΣΑΣ», Αθήνα 1991,
ΣΕΛ. 398-401
5. ΓΟΥΛΙΕΜΟΥ Ι. ΤΣΟΥΡΟΥΚΤΣΟΓΛΟΥ
Ειδική νοσολογία πεπτικού συστήματος, ιατρικές εκδόσεις «Π.Χ.
ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ», 1991, ΣΕΛ. 318-320, 330-334, 338-344,348,350-352
6. ΠΑΥΛΟΣ ΣΦΗΝΑΚΗΣ – ΕΛΕΝΗ ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ
Λοιμώξεις και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία, εκδόσεις «ΛΙΤΣΑΣ», 1993,
ΣΕΛ. 915,916-918,922,930,933-935,937,939,941-943
7. Η. Α. ΚΟΥΡΟΥΜΑΛΗΣ
Ηπατίτιδα C: παράγοντες σχετιζόμενοι με μεγάλο κίνδυνο HCV λοιμώξεις και
το μυστήριο της ηπατίτιδας C αγνώστου οδού και πηγή μετάδοσης. Ιατρικές
εκδόσεις «Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ», ΣΕΛ. 21,50-51,150-153
8. Κ.Δ. ΚΑΡΔΙΚΑ
Ειδική νοσολογία, τόμος Α. Επιστημονικές εκδόσεις «Γ.Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»,
1991, ΣΕΛ. 460-479
9. Δ. ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Dr. ΓΕΩΡΓΙΑ ΥΦΑΝΤΗ
Λοιμώδη νοσήματα από ιούς και μονοκύτταρους μικροοργανισμούς. Εκδόσεις
«Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», 1994, ΣΕΛ. 120-126,133-148,153

10. Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ – Γ. ΦΑΡΜΑΚΗ

Πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων. Εκδόσεις «ΖΗΤΑ», Αθήνα 1998, ΣΕΛ. 20-25,33

11. ΓΚΟΥΜΑΣ – ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΣ

Υγεία, γενική και ιατρική χειρουργική, έκτος τόμος. Εκδόσεις «ΔΟΜΙΚΗ Ο.Ε.», 1994, ΣΕΛ. 325-330,342-348

12. ΗΡΩ ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ

Προφύλαξη έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β, από το νοσηλευτικό προσωπικό. Περιοδικό νοσηλευτική, τόμος 39, τεύχος 3, έτος 2000, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, ΣΕΛ. 266-267

13. Ι. ΦΑΝΔΡΙΔΗΣ, Ι. ΛΑΜΠΑΔΑΚΗΣ

Ηπατίτιδα C: ένας ύπουλος εχθρός, περιοδικό Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά, τόμος 43, Γενάρης – Δεκέμβριος 1999, ΣΕΛ. 19-21

14. ΕΛΕΝΗ ΚΑΜΠΟΥΡΑ - ΝΙΦΛΗ

Ηπατίτιδα Β «ΗΒ», περιοδικό Τόλμη και Φροντίδα, Αθήνα 1992

15. Η. Α. ΚΟΥΡΟΥΜΑΛΗΣ

Η αντιμετώπιση του ασθενούς με ηπατίτιδα C, περιοδικό ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ, Σεπτέμβριος 1992, εκδόσεις «ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ»

16. ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΟΤΤΑΡΙΔΗΣ

Ηπατίτιδα. Εκδόσεις «ΖΥΜΕΛ», Αθήνα 1995, ΣΕΛ. 12-13,15-20,26-30,44-45

17. Π. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

Ο ιός ηπατίτιδας C. Εκδόσεις «Π. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ», Αθήνα 1995, ΣΕΛ. 130-148

18. ΣΤΑΥΡΟΣ Τ. ΠΛΕΣΣΑΣ, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΑΝΕΛΛΟΣ

Φυσιολογία του ανθρώπου 1. Εκδόσεις «ΦΑΡΜΑΚΟΝ-ΤΥΛΟΣ», Αθήνα 1997, ΣΕΛ. 28-29

19. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΑΝΕΛΛΟΣ – ΜΑΓΙΑ ΛΥΜΠΕΡΗ

Φυσιολογία 2. Εκδόσεις «ΛΥΧΝΟΣ», Αθήνα 1996, ΣΕΛ. 125-128