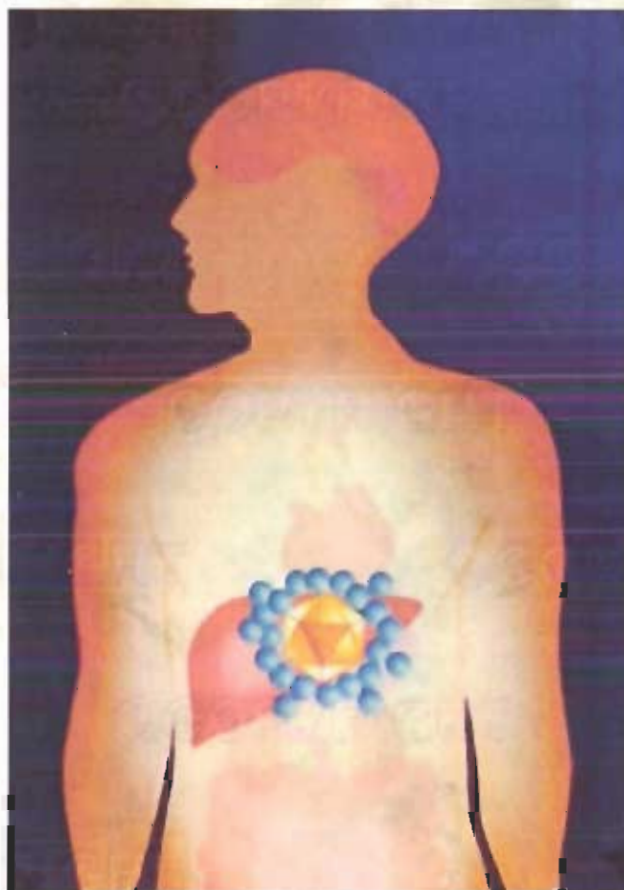


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ »



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:
ΘΑΝΑΣΟΥΛΑ ΙΩΑΝΝΑ
ΘΑΝΟΥ ΧΑΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΚΑ ΜΟΣΧΟΥ ΑΘΗΝΑ, MSc
ΚΑΘ. ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2006



Θα θέλαμε να εκφράσουμε σ' αυτές τις λίγες σειρές τις πλέον ειλικρινείς ευχαριστίες μας προς τους γονείς μας που μας συμπαραστάθηκαν σε κάθε μας βήμα και προς την καθηγήτρια μας κα Μόσχου Αθηνά που με τις οδηγίες της μας βοήθησε στην σύνταξη αυτής της εργασίας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	10
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	14
3. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ	
3.1 Ορισμός	18
3.2 Ιστορική αναδρομή	18
3.3 Επιδημιολογία	19
4. ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ –ΔΙΑΓΝΩΣΗ –ΘΕΡΑΠΕΙΑ -ΠΡΟΛΗΨΗ	
4.1 Οξεία ιογενής ηπατίτιδα	
4.1.α <u>Ιός της ηπατίτιδας Α</u>	
- Κλινική εικόνα	21
- Τρόποι μετάδοσης	22
- Διάγνωση	23
- Πρόγνωση	24
- Θεραπεία	24
- Πρόληψη	26
4.1.β <u>Ιός της ηπατίτιδας Β</u>	
- Κλινική εικόνα	27
- Τρόποι μετάδοσης	27
- Διάγνωση	30

- Πρόγνωση	32
- Θεραπεία	33
- Πρόληψη	33
4.1.γ <u>Ιός της ηπατίτιδας C</u>	
- Κλινική εικόνα	37
- Τρόποι μετάδοσης	37
- Διάγνωση	40
- Πρόγνωση	40
- Θεραπεία	41
- Πρόληψη	42
4.1.δ <u>Νέοι ηπατικοί ιοί</u>	
- Ο ιός της ηπατίτιδας D	43
- Ο ιός της ηπατίτιδας E	44
- Ο ιός της ηπατίτιδας G	45
- Tranfusion – Transmitted virus	46
- Sen virus	46

4.2 Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα

4.2.α Ταξινόμηση	48
4.2.β Ιός της ηπατίτιδας B	49
4.2.γ Ιός της ηπατίτιδας C	50
4.2.δ Ιός της ηπατίτιδας D	53

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	54
5.2 Σκοποί της φροντίδας	57
5.3 Προβλήματα του αρρώστου – αντιμετώπιση	58
Α. Άγχος	59
Β. Αιματέμεση	61
Γ. Αναιμία	62
Δ. Ανορεξία	64
Ε. Ασκίτης	65
ΣΤ. Ίκτερος	66
Ζ. Κιρσοραγία	67

H. Κοιλιακός πόνος	68
Θ. Κοινωνική απομόνωση	70
I. Πυρετός	71
6. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Σκοπός της έρευνας	75
2.2 Σχεδιασμός της έρευνας	76
2.3 Τόπος και χρόνος της έρευνας	77
2.4 Πληθυσμός και δείγμα	77
2.5 Εργαλείο	78
2.6 Ηθικά διλήμματα	78
2.7 Στατιστική ανάλυση	79
2.8 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

3.1 Γενική κατανομή του δείγματος	82
3.2 Συσχετίσεις	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 Συζήτηση	98
4.2 Συμπεράσματα	100

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΩΦΕΛΕΙΕΣ	102
-----------------------------------	------------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	104
-----------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106
---------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	112
------------------------	------------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Παρά της συνεχή ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης, την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και την ανάπτυξη τεχνικών πρώιμης διάγνωσης, περισσότεροι από τους μισούς κατοίκους της γης έχουν μολυνθεί από τον ιό HBV σε κάποιο στάδιο της ζωής τους, ενώ υπολογίζεται ότι ο αριθμός των φορέων του HbsAg , ανέρχεται στα 300 εκατομμύρια περίπου.

Ακόμη, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από HCV μεταπίπτει σε χρονιότητα και αναπτύσσει κίρρωση του ήπατος ή και ηπατοκυτταρικό καρκίνο σε χρονικό διάστημα 10-20 ετών.

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται σημαντική αύξηση της ηπατίτιδας B και C, η οποία οφείλεται στην αλλαγή των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, στην αθρόα προσέλευση των μεταναστών και στην αύξηση της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι λοιμώξεις που προκαλούνται από τους ιούς αυτούς να οδηγούν στην οικονομική δυσπραγία των κοινωνιών από απώλεια εργατωρών αλλά και από το υψηλό κόστος της θεραπείας και την εξαιρετικά δύσκολη εκρίζωση της.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να μελετήσει ασθενείς με ηπατίτιδα που εισήλθαν και νοσηλεύθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου έτσι ώστε να γίνουν γνωστά τα συμπτώματα στους νοσηλευτές και να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για να παρέμβουν αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της νόσου.

Επιπλέον επιδίωξη της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι η ενημέρωση τόσο του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και του ευρύτερου πληθυσμού για τις δυσμενείς συνέπειες της ηπατίτιδας καθώς και για τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα προφύλαξης από τη νόσο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας διότι προσβάλλουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας και κοινωνικής τάξεως χωρίς να γίνονται άμεσα αντιληπτές.

Εμφανίζεται με διάφορα συμπτώματα και μεταδίδεται με ποικίλους τρόπους από άτομο σε άτομο, ενώ ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται μπορεί να προκαλέσει σοβαρότερα προβλήματα όπως κίρρωση του ήπατος και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Η εξάπλωση της νόσου οδηγεί σε σημαντικές και χρόνιες επιπτώσεις στην υγεία, οι οποίες τις περισσότερες φορές απαιτούν μακροχρόνια και δαπανηρή θεραπευτική παρέμβαση.

Η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι πολύ συχνή, αφού προσβάλλει το 5% του πληθυσμού της γης (350.000.000.000 άτομα). Στη χώρα μας, η συχνότητα των "φορέων" είναι περίπου 3%, ενώ είναι αυξημένη μεταξύ των οικονομικών μεταναστών (συνολικά υπολογίζεται σε 500.000 άτομα).

Επιπλέον η λοίμωξη από τον ιό ΗCV αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Ειδικότερα στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου το 2% του γενικού πληθυσμού, δηλαδή 200.000 άνθρωποι, έχουν χρόνια λοίμωξη τον ιό αυτό.

Τα κυριότερα αίτια που οδηγούν στην εξάπλωση της νόσου είναι η έλλειψη προφυλακτικών μέτρων κατά τις προσωπικές επαφές των ανθρώπων, καθώς και η έλλειψη κανόνων ατομικής και δημόσιας υγιεινής.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη μας τα παραπάνω θα προσπαθήσαμε να μέσα από την εργασία μας να δώσουμε μια σαφή εικόνα του θέματος νοσηλευτική αντιμετώπιση συμπτωμάτων εισαγωγής στο νοσοκομείο ασθενών με ηπατίτιδες, ώστε να συμβάλουμε μέσα από την ερευνά μας στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση της νόσου.

Στην παρούσα εργασία αφού αναφερθούμε στις μορφές ηπατίτιδας καθώς και στους τρόπους μετάδοσης, την διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη της νόσου,

θα προσπαθήσουμε να αντιμετωπίσουμε τα συμπτώματα εισαγωγής στο νοσοκομείο ασθενών με ηπατίτιδες. Επίσης, θα επιχειρήσουμε τη συσχέτιση των συμπτωμάτων αυτών με το φύλο, την ηλικία καθώς, και την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να γνωστοποιήσουμε τους τρόπους μετάδοσης και αντιμετώπισης της ηπατίτιδας, ώστε ο κάθε νοσηλευτής να είναι σε θέση να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης τόσο για τον ίδιο όσο και για τους ασθενείς, αλλά και να έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη νόσο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- ❖ Ανατομία ήπατος
- ❖ Φυσιολογία ήπατος
- ❖ Γενικά για τις ηπατίτιδες
- ❖ Μορφές ηπατίτιδων
 - Κλινική εικόνα
 - Τρόποι μετάδοσης
 - Διάγνωση
 - Θεραπεία
 - Πρόληψη
- ❖ Νοσηλευτικές διαγνώσεις – παρεμβάσεις
- ❖ Μέτρα προφύλαξης νοσηλευτικού προσωπικού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας και συγχρόνως, ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του σώματος, εξαιτίας των πολλαπλών και σημαντικών λειτουργιών που επιτελεί.¹

Το ήπαρ μπορεί να θεωρηθεί ένας αδένας μεικτός, εξωκρινής, και ενδοκρινής ταυτόχρονα: εξωκρινής γιατί παράγει τη χολή που χύνεται στο έντερο και ενδοκρινής γιατί διοχετεύει στο αίμα τις διάφορες ουσίες που έχουν μετασχηματιστεί στο εσωτερικό του.²

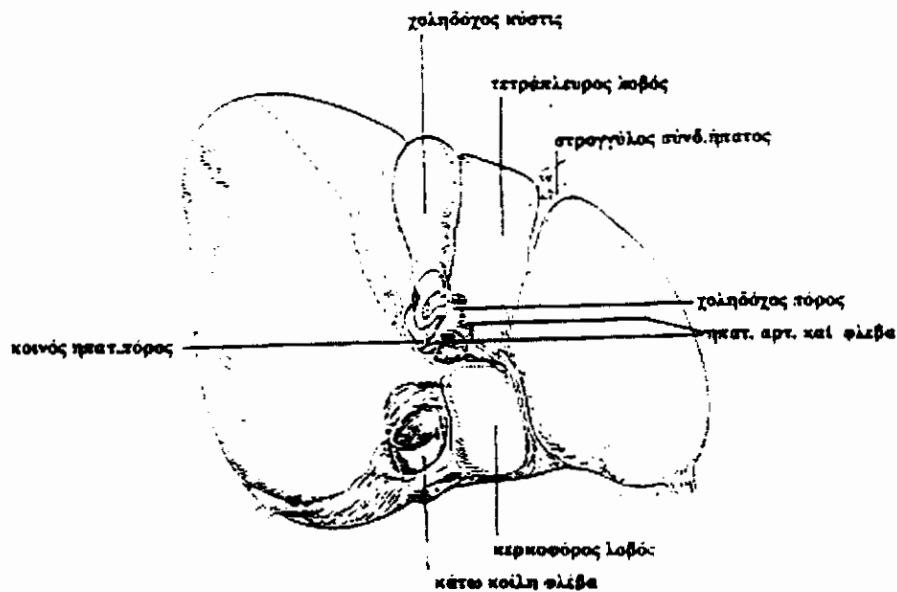
Το βάρος του ανέρχεται στα 1,400 – 2,000 gr. Βρίσκεται στο άνω μέρος της κοιλιάς, στο δεξιό υποχόνδριο και προς τα αριστερά εκτείνεται στο επιγάστριο μέχρι το αριστερό υποχόνδριο. Έχει χρώμα ερυθρό – καστανό και μαλακή σύσταση. Το σχήμα του μοιάζει με εγκάρσια τριγωνική πυραμίδα .

Η άνω επιφάνεια του ήπατος ή διαφραγματική καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται από τον δρεπανοειδή σύνδεσμο σε δύο λοβούς, τον αριστερό και τον δεξιό λοβό.¹

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος ή σπλαχνική καλύπτεται καιν αυτή από περιτόναιο και εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες:

α) Την δεξιά οβελιαία αύλακα η οποία σχηματίζει μπροστά τον κυστικό βόθρο που φιλοξενεί την χοληδόχο κύστη.

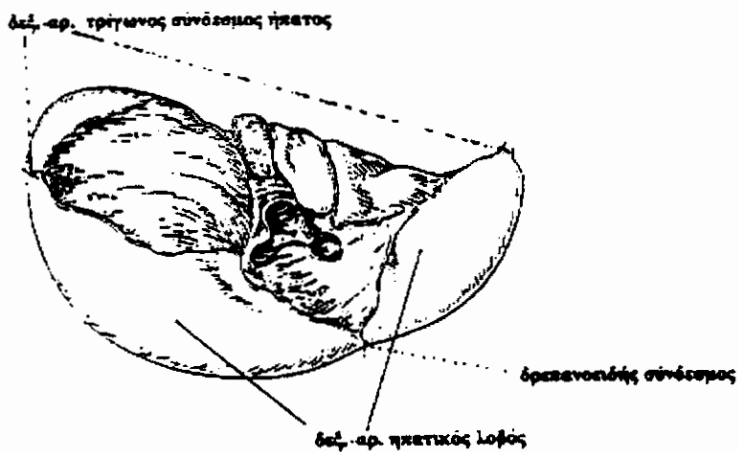
β) Την αριστερή οβελιαία αύλακα στην οποία παρατηρούμε τον στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος. Μεταξύ των δύο αυλακών μπροστά από την πύλη του ήπατος σχηματίζεται ο τετράπλευρος λοβός του ήπατος και πίσω ο κερκοφόρος λοβός. (σχήμα 1.1)¹



Σχήμα 1.1 Κάτω η σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος

Η στήριξη του ήπατος γίνεται με τους εξής συνδέσμους :

- α)** Δρεπανοειδής σύνδεσμος
- β)** Στεφανιαίος σύνδεσμος, ο οποίος φέρεται εγκάρσια στην άνω επιφάνεια του ήπατος.
- γ)** Τριγωνικός σύνδεσμος τον οποίο αποτελούν τα πέρατα του στεφανιαίου συνδέσμου.
- δ)** Ελάσσον επίπλουον ή ηπατογαστρικός σύνδεσμος. ¹



Σχήμα 1.2

Αποψη του ήπατος από κάτω και πίσω

Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι :

α) Τα ηπατικά λόβια. Κάθε ηπατικό λόβιο διελαύνεται από την κυτταρική φλέβα. Οι κεντρικές φλέβες αφού δεχθούν το αίμα της πυλαίας φλέβας εκβάλλουν στις εμβόλιμες φλέβες.

β) Τα χοληφόρα, τα οποία χωρίζονται σε ενδοηπατικά και εξωηπατικά.

γ) Τα αγγεία του ήπατος τα οποία είναι :

1. Η ηπατική αρτηρία που περιέχει οξυγονωμένο αίμα στο ήπαρ.

2. Η πυλαία φλέβα που παρέχει μέσω του φλεβικού αίματος τα διάφορα προϊόντα απορρόφησης του εντέρου. Οι ηπατικές

φλέβες που αρχίζουν από τις ενδολόβιες, οι οποίες όταν εξέρχονται από τα ηπατικά λοβία, εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Από τις υπολόβιες αυτές φλέβες αθροίζονται οι ηπατικές φλέβες.

δ) Νευρώνες του ήπατος, οι οποίοι προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου.¹

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής :

1. Μεταβολισμός της χολερυθρίνης

Η χολερυθρίνη παράγεται αδιάκοπα από την καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ενώνεται με την λευκωματίνη, πρωτεΐνη του αίματος, και οδηγεί στο συκώτι. Σ' αυτό το επίπεδο μετασχηματίζεται και μετά αποβάλλεται από την χολή. Η αύξηση της χολερυθρίνης στο αίμα δίνει μία χαρακτηριστική κίτρινη χροιά στο σκληρό του οφθαλμού και στο δέρμα.

2. Μεταβολισμός της χοληστερίνης

Στο εσωτερικό των ηπατοκυτάρων γίνεται η σύνθεση της χοληστερίνης. Ένα μέρος αποβάλλεται με τη χολή, ένα άλλο μετατρέπεται σε χολικά οξέα, που και αυτά αποβάλλονται με τη χολή. Σ' αυτή τη δεύτερη ποσότητα, που είναι αφθονότερη από την πρώτη, οφείλεται η πεπτική δράση και η αφομοίωση των λιπών σε συνεργασία με την παγκρεατική λίπαση.

3. Μεταβολισμός των πρωτεϊνών.

Στο συκώτι οφείλεται η παραγωγή των πρωτεϊνών του πλάσματος από τα αμινοξέα, που στο μεγαλύτερο μέρος τους προέρχονται από τις

τροφές. Διαταραχές σε αυτή την κατεύθυνση προκαλούν τη συσσώρευση πλασματικού υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα (ασκίτης). ²

4. Μεταβολισμός των γλυκιδίων.

Το συκώτι τείνει να διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα τη γλυκόζη στο αίμα. Αυτήν τη λειτουργία την επιτελεί το συκώτι σε συνεργασία με την υπόφυση, την ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος, το θυρεοειδή αδένα και τα επινεφρίδια.

5. Μεταβολισμός των λιπιδίων.

Εδώ το συκώτι παίζει ένα σημαντικό ρόλο: τα λιπαρά οξέα μετατρέπονται σε χρήσιμες ουσίες για τους ιστούς.

6. Πήξη του αίματος.

Το συκώτι επίσης παράγει το μεγαλύτερο μέρος των παραγόντων πήξης του αίματος, μεταξύ αυτών και την προθρομβίνη και το ινωδογόνο. Δε θα εκπλαγούμε επομένως αν εμφανιστούν με μεγάλη συχνότητα αιμορραγικές νόσοι στην ηπατική ανεπάρκεια.

7. Λειτουργία αποτοξίνωσης και έκκρισης.

Το συκώτι επιτελεί αυτές τις λειτουργίες δια μέσου δύο μηχανισμών: της σύζευξης και της οξειδωσης. Η διεργασία της σύζευξης συνίσταται στην ένωση της βλαβερής ουσίας με ένα άλλο μόριο, ώστε να

σχηματιστεί μία ένωση λιγότερο τοξική που να αποβάλλεται ευκολότερα. Με την οξειδωση, αντίθετα, πραγματοποιείται η πλήρης καταστροφή της ουσίας. Μ' αυτό τον τρόπο αδρανοποιούνται χρωστικές ουσίες, βακτηρίδια, φάρμακα, ορμόνες.²

8. Μεταβολισμός των βιταμινών.

Το συκώτι χρησιμεύει σαν όργανο αποθήκευσης πολλών βιταμινών. Οι βιταμίνες που περιέχονται στο συκώτι είναι οι: A, K, D, B₁₂.

9. Φαγοκυττάρωση.

Εκτελείται από τα κύτταρα του Kupffer που έχουν φαγοκυτταρική δράση και βρίσκονται στα τοιχώματα των ηπατικών κόλπων (έτσι ονομάζονται τα τριχοειδή αγγεία που βρίσκονται μεταξύ των ηπατοκυττάρων). Το συκώτι, επομένως, έχει και αμυντική δράση εναντίων των βακτηριδίων, ιών, κλπ.

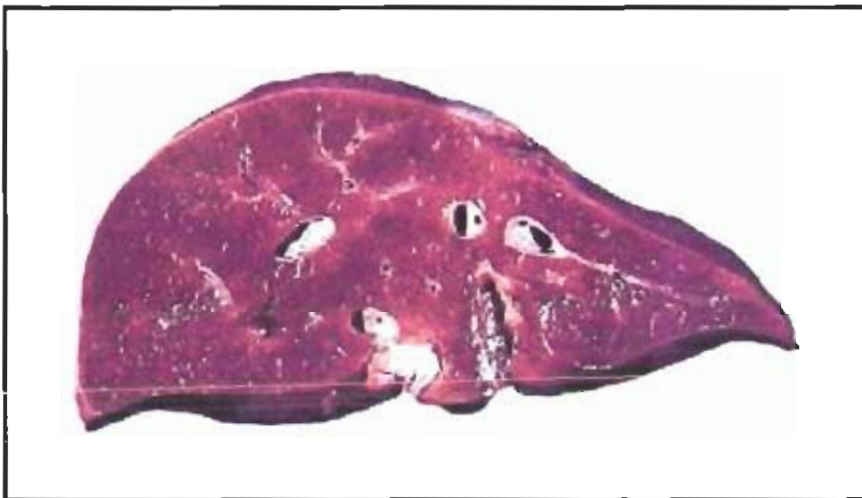
10. Αιμοποιητική δράση.

Τέλος, στο έμβρυο, το συκώτι είναι υπεύθυνο για το σχηματισμό των κυττάρων του αίματος. Σε ειδικές καταστάσεις, πάντα με τα κύτταρα του Kupffer, καταστρέφει τα ερυθροκύτταρα σε συνεργασία με το σπλήνα (αυτή η καταστροφική δράση στα ερυθροκύτταρα ονομάζεται αιμοκάθαρση).²

11. Παραγωγή διαφόρων ενζύμων όπως :

α) Αλκαλική φωσφατάση

β) Τρανσαμινάσες^{2,3}



Εικόνα 1.1 Απεικόνιση του φυσιολογικού ήπατος

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

Ορισμός

Η ιογενής ηπατίτιδα είναι λοίμωξη η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτη ηπατοκυτταρική νέκρωση με χαρακτηριστική κλινική, βιοχημική μορφολογική εικόνα.⁴

Τέσσερις κατηγορίες ιικών παραγόντων έχουν αναγνωρισθεί: Ο ιός της ηπατίτιδας A (HAV), ο ιός της ηπατίτιδας B (HBV), δύο τύποι μη A, μη B ηπατίτιδας, ο ένας φέρεται μόνο με το αίμα και ο άλλος μεταβιβάζεται μέσα από το έντερο και ο δ παράγοντας που σχετίζεται με τον HBV. Από τους ιούς αυτούς οι ιοί της ηπατίτιδας B, C, D σε μεγάλο ποσοστό μεταπίπτουν σε χρονιότητα.⁵

Ιστορική αναδρομή

Η ιογενής ηπατίτιδα είναι αναμφίβολα μία από τις πιο γνωστές νοσολογικές οντότητες και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Η πρώτη μορφή ηπατίτιδας ανακαλύφθηκε το 1968 από τον Blumberg, ο οποίος έδειξε το δρόμο για τον καθορισμό της ιογενούς ηπατίτιδας B, με την ανακάλυψη του αντιγόνου επιφανείας που ονομάστηκε αυστραλιανό αντιγόνο.⁶

Πέντε χρόνια αργότερα, το 1973 ανακαλύφθηκε ο ιός της ηπατίτιδας A από τους Feinstone, οι οποίοι τον ανίχνευσαν στα κόπρανα εθελοντών που μολύνθηκαν πειραματικά με το πρωτότυπο MS-1 στέλεχος του ιού.

Στις αρχές της δεκαετίας του 70 η ευρεία χρήση καθώς και η ακρίβεια των διαγνωστικών τεχνικών για τον ιό της ηπατίτιδας A και της ηπατίτιδας B είχαν

καταστήσει σαφές, ότι ένας σημαντικός αριθμός οξείων και χρόνιων ηπατίτιδων δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί σε κάποιον από τους δυο αυτούς ιούς. Μετά από την εισαγωγή μεθόδων διαγνωστικού ελέγχου για τον HBV στα κέντρα αιμοδοσίας βρέθηκαν ασθενείς που εμφάνισαν ηπατίτιδα μετά από μεταγγίσεις αίματος αλλά ήταν ορο-αρνητικοί για τους ιούς της ηπατίτιδας A και B. Αργότερα το 1989 το RNA του ιού απομονώθηκε για πρώτη φορά και ο νέος ιός ονομάστηκε ιός της ηπατίτιδας C.⁷

Επιδημιολογία

Η ανάπτυξη πολλών σύγχρονων εργαστηριακών τεχνικών για την ανίχνευση των αντισωμάτων και των αντιγόνων των ιών έδωσε την δυνατότητα να μελετηθούν τεκμηριωμένα το νοσολογικό και επιδημιολογικό φάσμα της νόσου.

Έτσι, μετά από μελέτες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι η ηπατίτιδα A έχει παγκόσμια κατανομή, ενδημεί σε χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Επίσης σποραδικά κρούσματα μπορεί να εμφανιστούν και στις ανεπτυγμένες χώρες, στις οποίες ο επιπολασμός της νόσου συνέχεια ματαιώνεται. Επιδημίες της ηπατίτιδας A είναι συχνές σε καταστάσεις συνωστισμού και κακών υγειονομικών συνθηκών.⁸

Όσον αφορά την ηπατίτιδα B, λοιμώξεις από τον ιό HBV παρατηρούνται σε όλο τον κόσμο με μεγάλες όμως διαφορές στην επίπτωση της νόσου. Αντίθετα, σε πληθυσμούς με ενδιάμεση και χαμηλή επίπτωση της νόσου η σημαντικότερη αύξηση της διαμόλυνσης του πληθυσμού με τον HBV παρατηρείται σε μεγαλύτερες ηλικίες ιδιαίτερα στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες ή ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Όπως συμβαίνει με την ηπατίτιδα Β έτσι και η ηπατίτιδα C έχει παγκόσμια κατανομή με μεγάλες διαφορές όσον αφορά την επίπτωση της νόσου. Παρουσιάζεται μια αυξημένη επίπτωση στους άνδρες νεαρής ηλικίας ενώ οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός.⁸

ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

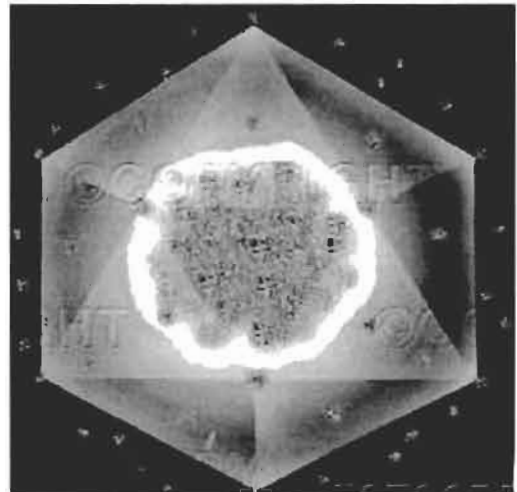
Ιός της ηπατίτιδας Α

Κλινική Εικόνα

Η περίοδος επώασης διαρκεί περίπου 4 (2-6) εβδομάδες. Η αποβολή του ιού στα κόπρανα ολοκληρώνεται τις δύο εβδομάδες που προηγούνται των κλινικών συμπτωμάτων. Ο ιός σπάνια απομονώνεται στα κόπρανα μετά την πρώτη εβδομάδα της νόσου.^{8,9}

Εκδηλώνεται σε δύο στάδια : Το προϊκτερικό στάδιο και το στάδιο μετά την εμφάνιση του ίκτερου.

Το προϊκτερικό στάδιο διαρκεί περίπου δύο εβδομάδες και ο ασθενής αισθάνεται αδυναμία, καταβολή, μπορεί να έχει ναυτία, εμετούς, διάρροια, ανορεξία, πονοκέφαλο, αρθραλγίες ή μυαλγίες και αποστρέφεται το κάπνισμα και το αλκοόλ. Ο πυρετός συνήθως, είναι μέτριος και πιθανόν να υπάρχει αίσθημα δυσφορίας στο επιγάστριο.^{4,10}



Εικόνα 2.1 Ο ιός της ηπατίτιδας Α

Με την εμφάνιση του ίκτερου τα ούρα σκουραίνουν (γίνονται σαν «κονιάκ»), τα κόπρανα αποχρωματίζονται (παίρνουν ανοιχτό χρώμα) και εμφανίζεται ευαισθησία και διόγκωση του ήπατος με σπληνομεγαλία. Η φάση αυτή διαρκεί δύο έως έξι εβδομάδες και ακολουθείται από περίοδο ανάρρωσης που χαρακτηρίζεται από εξαφάνιση των συνοδών συμπτωμάτων και βαθμιαία υποχώρηση του ίκτερου.
4, 11, 12

Σε μερικές περιπτώσεις, η οξεία ιογενής ηπατίτιδα (ιδίως τύπου Α) επιπλέκεται με χολοστατικό σύνδρομο, «χολοστατική ηπατίτιδα» που χαρακτηρίζεται από κλινικά από βαθμιαία επιδείνωση του ίκτερου, έντονο κνησμό, και ιστολογικά από εξεσυσμασμένη χολόσταση που τείνει να συγκαλύψει την εικόνα της συνυπάρχουσας συνήθως ήπιας ηπατίτιδας.¹²

Για την εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία του ατόμου που μολύνεται. Στα παιδιά η λοίμωξη είναι κατά κανόνα ήπια και υποκλινική (χωρίς πυρετό σε ποσοστό που ξεπερνά το 70%) ή παίρνει την μορφή γαστρεντερίτιδας. Στους ενήλικες και ειδικότερα στις έγκυες γυναίκες η νόσος είναι βαριά και παρατεταμένη με γενικά, συμπτώματα και ίκτερο (σε ποσοστό 70% - 80%).^{4, 8, 10}

Τρόποι Μετάδοσης

Ο άρρωστος μεταδίδει τον ιό δύο εβδομάδες πριν εμφανίσει τον ίκτερο, μέχρι και μία εβδομάδα μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Ο ιός της ηπατίτιδας Α μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά με την στοματοπεπτική οδό. Αποβάλλεται από τα κόπρανα και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε άτομα του στενού περιβάλλοντος.¹³

Επίσης, το άτομο μολύνεται είτε με την κατανάλωση μολυσμένων τροφών και νερού (οπότε έχουμε επιδημίες), είτε με άμεση επαφή με τον πάσχοντα, αν δεν τηρούνται οι ενδεδειγμένοι κανόνες υγιεινής. Μεγαλύτερος

είναι ο κίνδυνος από μη καλά πλυμένες τροφές που καταναλώνονται νωπές όπως λαχανικά, φρούτα και θαλασσινά (μύδια, οστρακοειδή). Κίνδυνους επίσης, εγκυμονεί η μόλυνση του πόσιμου νερού (ελαττωματικό δίκτυο ύδρευσης και αποχέτευσης) και γενικά οι χαμηλού επιπέδου συνθήκες υγιεινής.

Τέλος ο ιός της ηπατίτιδας Α μετά από μετάγγιση είναι σπάνιος, αλλά είναι αρκετά ανθεκτικός στο περιβάλλον και επιζεί για πολλούς μήνες.¹⁴

Διάγνωση

Αυτή επιτυγχάνεται με την ανίχνευση αντισωμάτων με την μέθοδο Elisa ή Ria. Με την εμφάνιση του ιού από τα κόπρανα εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων ειδικό αντίσωμα (anti-HAV). Το αντίσωμα αυτό ανήκει στην τάξη Μ των ανοσοσφαιρινών (IgM) και φτάνει στην μεγαλύτερη συγκέντρωση του την έκτη περίπτωση εβδομάδα από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Δύο με έξι εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων και ένα άλλο αντίσωμα (anti-HAV) που ανήκει στην τάξη G των ανοσοσφαιρινών (IgG). Το αντίσωμα αυτό φτάνει το μεγαλύτερο της συγκέντρωσης του 3 μήνες με 11 μήνες αργότερα. Η ανίχνευση του IgG αντισώματος αρχίζει ήδη κατά την οξεία φάση της νόσου αλλά αυτά παραμένουν μετά την οξεία νόσο εφ' όρου ζωής. Είναι δε εξουδετερωτικά αντισώματα τα οποία προφυλάσσουν τον ασθενή από νέα νόσο.^{12, 15}

Όσο αφορά τα εργαστηριακά ευρήματα παρατηρείται :

1. Αύξηση της χολερυθρίνη. Φυσιολογικά, η έμμεσος και η άμεσος χολερυθρίνη (ολική) ανέρχεται στο 0,1 – 0,2 mg/dL. Στην ηπατίτιδα αυτή μπορεί να ανέλθει σε ποσοστό άνω των 20mg/dL.
2. Αυξημένη αλκαλική φωσφατάση. (φυσιολογικές τιμές : 98 – 279 u/L)

3. Αυξημένα ηπατικά ένζυμα είναι : SGOT = γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση. (Φυσιολογικές τιμές : 8 – 33 u/L)
 - α. SGPT = γλουταμινική πυροσταφιλική τρανσαμινάση (φυσιολογικές τιμές: 4 – 36 u/L)
 - β. LDH = γαλακτική αφυδρογονάση. (φυσιολογικές τιμές : 120 – 240 u/L)
4. Παράταση του χρόνου προθρομβίνης.
(Φυσιολογικές τιμές : 10 – 13 sec)¹⁶

Πρόγνωση

Η ηπατίτιδα Α έχει καλή πρόγνωση με πλήρη αποκατάσταση το αργότερο μέσα σε 6 μήνες. Δεν μεταπίπτει σε χρόνια μορφή, ενώ η παρουσία αντισωμάτων εξασφαλίζουν χρόνια ανοσία. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοϊάται σύντομα και δεν εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία. Σπάνια μετά από σοβαρές περιπτώσεις προκαλείται κεραυνοβόλος ηπατίτιδα (0,01 – 0,1 % σε ηλικίες κάτω των 15 χρονών, 0,4 % σε ηλικίες 15 – 39 χρονών και 1,1 – 2 % σε ηλικίες άνω των 40 χρονών.^{10, 17, 18}

Θεραπεία

Ειδική θεραπεία για τους πάσχοντες από ηπατίτιδα Α δεν υπάρχει. Η θεραπεία της ηπατίτιδας Α είναι συμπτωματική και συνιστάται σε :

- α. Ανάπαυση
- β. Καλή διατροφή και συντήρηση της ενυδάτωσης

- γ. Δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες, βιταμίνες και πτωχή σε λιπαρά
- δ. Αποφυγή οινόπνεύματος

Ακόμη, η θεραπεία είναι φαρμακευτική και χορηγείται ιντερφερόνη – άλφα (α-IFN)¹⁹

Πρόληψη

Η πρόληψη περιλαμβάνει :

α) Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής-καθαριότητας (π.χ. πλύσιμο χεριών πριν από το φαγητό και μετά την αφόδευση.

β) Μέτρα για την αποφυγή μόλυνσης του περιβάλλοντος (απολύμανση αποχωρητηρίων, κατάλληλη ύδρευση και αποχέτευση)

γ) Αυστηρός έλεγχος της τήρησης κανόνων υγιεινής σε χώρους παρασκευής φαγητού.¹³

δ) Η δράση της χλωρίνης, η υπεριώδης ακτινοβολία και ο βρασμός για 1mn επιτυγχάνει την καταστροφή του ιού.¹¹

Επίσης, σήμερα υπάρχει δυνατότητα όσο ενεργητικής όσο και παθητικής ανοσοποίησης :

Η παθητική ανοσοποίηση επιτυγχάνεται με την χορήγηση υπεράνοσης σφαιρίνης IgG, η οποία προστατεύει το άτομο ικανοποιητικά, εφόσον χορηγηθεί το συντομότερο δυνατόν και όχι αργότερα από μία εβδομάδα από την μόλυνση. Η προστασία όμως διαρκεί για λίγες εβδομάδες.²⁰

Όσον αφορά την ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμό) : υπάρχουν δύο τύποι εμβολίου, το Havrix και Vagta (περιέχουν κεκαθαρμένο ιϊκό αντιγόνο του ιού HAV, από μολυσμένες κυτταρικές σειρές ανθρώπινων διπλοειδών ινοβλαστών, αδρανοποιημένο με φορμόλη). Απαιτούνται 3 δόσεις (0,1 και 6-

12 μήνες μετά) και χορηγούνται IM στο δελτοειδή μυ. Τα Abs που αναπτύσσονται παρέχουν προστασία για μεγάλο χρονικό διάστημα (15-20 έτη).¹¹

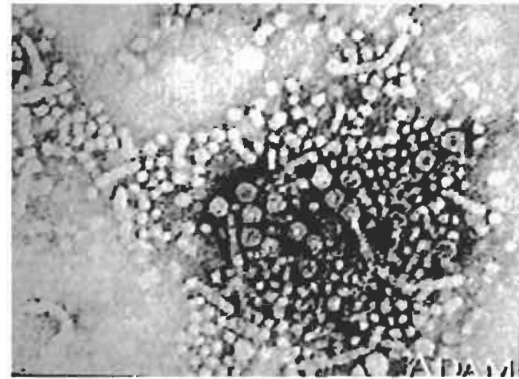
Ιός της ηπατίτιδας Β

Κλινική Εικόνα

Ο χρόνος επώασης της ηπατίτιδας Β είναι από 50 έως 160 μέρες.²¹

Μεταξύ των φορέων HBV υπάρχουν άτομα :

- α. Με φυσιολογικές ή αυξημένες τρανσαμινάσες
- β. Με ή χωρίς ίκτερο ή κλινικά συμπτώματα
- γ. Με φυσιολογική βιοψία ήπατος ή ανενεργό κίρρωση
- δ. Με ποικίλες μορφές ηπατικής φλεγμονής.



Εικόνα 2.2 Ο ιός της ηπατίτιδας Β

Διακρίνονται δύο κύριες κλινικές μορφές της ηπατίτιδας Β, η ασυμπτωματική και η συμπτωματική HBV λοίμωξη εμφανίζεται κυρίως, στα νεογνά και μικρά παιδιά ενώ η συμπτωματική ή ηπατίτιδα Β εμφανίζεται κυρίως, με εικόνα κοινής ιογενούς λοίμωξης, παρόμοια με αυτή της ηπατίτιδας Α. Ωστόσο, η έναρξη της ηπατίτιδας Β είναι συνήθως πιο ύπουλη ενώ τα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών υψηλότερα.

8,9

Τρόποι Μετάδοσης

Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Β γίνεται κυρίως, παρεντερικά ή σεξουαλικά δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένα βιολογικά υγρά (αίμα,

σπέρμα). Ο ιός δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή. Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της ηπατίτιδας Β είναι (Πίνακας 2.1) :

α) Ετεροφυλικές ή ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές επαφές με ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα Β. Είναι ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης στους ενήλικες.

β) Ενδοοικογενιακή διασπορά.

γ) Κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο παιδί. Σήμερα, όλες οι έγκυες μητέρες ελέγχονται για παρουσία ηπατίτιδας Β και σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος λαμβάνονται ειδικά μέτρα που προλαμβάνουν την μετάδοση του ιού στο νεογνό.

δ) Μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του. Αυτός ο τρόπος μετάδοσης είναι σήμερα σπάνιος λόγω του συστηματικού ελέγχου και αιμοδοτών.

ε) Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

στ) Παρεντερική έκθεση σε μολυσμένο αίμα.²²

Με βάση τον τρόπο μετάδοσης του ιού διακρίνουμε τις εξής ομάδες υψηλού κινδύνου για την ηπατίτιδα Β.

1. Γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό
2. Πολυμεταγγιζόμενα άτομα, για παράδειγμα, αιμοφιλικοί
3. Τοξικομανείς-χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως που μοιράζονται χρησιμοποιημένες σύριγγες.
4. Άτομα με πολλές και ανεξέλεγκτες σεξουαλικές σχέσεις, όπως οι εκδιδόμενες γυναίκες και οι ομοφυλόφιλοι.
5. Παιδιά που γεννιούνται από οροθετικές μητέρες.
6. Άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του φορέα του HBV, ιδιαίτερα, όταν αυτός είναι χρόνιος φορέας.
7. Προσωπικό και τρόφιμοι ασύλων και φυλακών όπου υπάρχει μεγάλος συνωστισμός ατόμων και κακές συνθήκες υγιεινής.

8. Άτομα που επισκέπτονται χώρες που ενδημεί η νόσος ή διαβιούν σε αυτές.

9. Τέλος, άτομα που πάσχουν από κάποιο νόσημα που εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα.²³

Πίνακας 2.1 Ομάδες υψηλού κινδύνου για την ηπατίτιδα Β με βάση τον τρόπο μετάδοσης.

1. Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
2. Νεογνά HBsAg – θετικών μητέρων
3. Άτομα που ζουν σε περιβάλλον φορέα (οικογένεια)
4. Σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων του ιού Β
5. Ομοφυλόφιλοι και ελευθέρων ηθών ετεροφυλόφιλοι
6. Αιμοροφιλικί
7. Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
8. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση
9. Εργαζόμενοι σε υγειονομικά και παραϊατρικά επαγγέλματα
10. Οδοντίατροι
11. Προσωπικό φυλακών
12. Προσωπικό ιδρυμάτων που περιθάλπουν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Διάγνωση

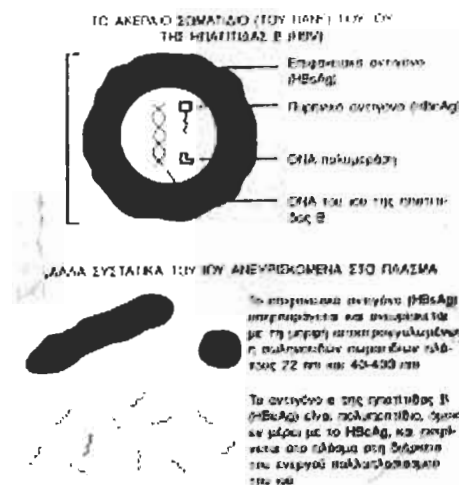
Η εργαστηριακή διάγνωση της HBV λοίμωξης βασίζεται, (σχήμα 2.2) :

1. Στον ορολογικό προσδιορισμό των αντιγόνων και αντισωμάτων
2. Σε αξιολόγηση των ηπατικών δοκιμασιών (τρανσαμινάσης, γDT, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση.
3. Σε προσδιορισμό του HBV-DNA και της DNA-πολυμεράσης.

Οι σύγχρονες μέθοδοι ορολογικού προσδιορισμού του HBsAg είναι η ανοσοενζυμική ELISA ή η ραδιοανοσομετρική (RIO).

Το αυστραλιανό αντιγόνο είναι ο πρώτος δείκτης που ανιχνεύεται από 1 έως 12 εβδομάδες μετά την έκθεση στον ιό και κατά μέσο όρο 4 εβδομάδες (1-7) πριν από την κλινική εκδήλωση της ηπατίτιδας. Η εξαφάνιση του ακολουθείται από την εμφάνιση του αντισώματος anti-HBs το οποίο είναι προστατευτικό αντίσωμα και παραμένει θετικό σε ποσοστό 80%. Υποδηλώνει κλινική ίαση και παρέχει ουσία σε ενδεχόμενη επαναμόλυνση από τον ιό HBV. ^{11,12}

Δεδομένου ότι η ανίχνευση του anti-HBs είναι δυνατόν να καθυστερήσει κατά μερικές εβδομάδες, χρήσιμος ορολογικός δείκτης είναι το αντίσωμα anti-HBc έναντι του πυρηνικού αντιγόνου, το οποίο μπορεί να ανήκει και στις IgM και στις IgG ανοσοσφαιρίνες. Η ανίχνευση του IgM σημαίνει οξεία φάση νόσου ενώ το IgM είναι δείκτης παλιάς μόλυνσης. ^{15, 24}



Σχήμα 2.2 Διάφοροι τύποι ανευρισκόμενων στο πλάσμα σωματιδίων του ιού της ηπατίτιδας Β.

Ο άλλος άμεσα ευρισκόμενος ορολογικός δείκτης σε οξεία ηπατίτιδα είναι το HBeAg το οποίο εμφανίζεται ολίγον μετά ή σύγχρονα με HBsAg και συμπίπτει χρονικά με μεγάλα επίπεδα αναδιπλασιασμού του ιού. Η παραμονή του πέρα των τριών μηνών είναι δείγμα μετάπτωσης του σε χρονιότητα. Η εξαφάνιση του από τον ορό ακολουθείται από την εμφάνιση του anti-HBe που παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς αυτό να σημαίνει ανοσία γιατί σωματίδια του Dane μπορεί να κυκλοφορούν στο αίμα αρρώστων με anti-HBe.^{12, 15}

Τέλος, το HBV DNA ανιχνεύεται στο αίμα των περισσότερων ασθενών με οξεία ηπατίτιδα Β λίγο μετά την εμφάνιση του HBsAg. Η ανίχνευση της πολυμεράσης αυτής είναι ένδειξη αναδιπλασιασμού του ιού της ηπατίτιδας Β και μετάπτωσης σε χρονιότητα

Πίνακας 2.2 Ορολογικοί δείκτες HBV λοίμωξης

Δείκτης	Κλινική σημασία
HbsAg	Περούσα λοίμωξη
Anti-HBs	Ανοσία
HbeAg	Ενεργός πολλαπλασιασμός / μολυσματικότητα (δεν ισχύει για τον προπυρηνικά μεταλλαγμένο ιό)
Anti-HBe	Μη ενεργότητα / χαμηλή μολυσματικότητα (μόνο για το φυσικό στέλεχος)
Anti-HBc	Χρόνια ή παρελθούσα λοίμωξη
IgM-anti-HBc	Οξεία ή παροξύνσεις χρόνιας λοίμωξης

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι γενικώς καλή, το HbsAg αρνητικοποιείται σε 95% των περιπτώσεων με την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Το 10% καταλήγει σε χρόνια μορφή με αποτέλεσμα να ανήκει σε μια από τις εξής κατηγορίες:

1. Υγιής χρόνιος ασυμπτωματικός φορέας
2. Χρόνια ηπατίτιδα
3. Κίρρωση του ήπατος
4. Ηπατοκυτταρικός καρκίνος

Μερικοί από τους πάσχοντες από χρόνια ηπατίτιδα θα εξελιχθούν σε κίρρωτικούς και από αυτούς ένα ποσοστό θα εκδηλώσει ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η θνησιμότητα ανέρχεται στο 1%-2%.^{25,26}

Οι χρόνιοι υγείς ασυμπτωματικοί φορείς αποτελούν την κύρια δεξαμενή διασποράς της νόσου και διαγιγνώσκονται, κυρίως, από τα Κέντρα Αιμοδοσίας λόγω ελέγχου των αιμοδοτών για «Αυστραλιανό Αντιγόνο» (που αποτελεί τμήμα του ιού).²⁵

Η σημαντικότερη επιπλοκή της ηπατίτιδας Β είναι η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα, η οποία χαρακτηρίζεται από ηπατική εγκεφαλοπάθεια και εξαιρετικά παρατεταμένο χρόνο προθρομβίνης. Κατά τη φάση της κεραυνοβόλου ηπατίτιδας το ηπατικό παρέγχυμα καταστρέφεται σχεδόν πλήρως. Ο θάνατος επέρχεται στο 80%-90% των περιπτώσεων μέσα σε δύο με τρεις εβδομάδες. Συνήθως, προσβάλλονται νεαρά άτομα (20-30 ετών) και συνυπάρχει λοίμωξη με τον D.¹¹

Θεραπεία

Καμία ειδική θεραπευτική παρέμβαση δεν απαιτείται σε ασθενής με οξεία ηπατίτιδα Β. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με υποστηρικτική θεραπεία, όπως όλοι οι ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Ιδιαίτερη προσοχή, στενή παρακολούθηση και νοσηλεία απαιτείται για ασθενείς με κλινικά σοβαρή οξεία ηπατίτιδα Β (παρατεταμένος πυρετός >38° C, ανορεξία, εμετοί).

Σε περίπτωση αναπτύξεως σημείων ηπατικής εγκεφαλοπάθειας (κεραυνοβόλος ηπατίτιδα) θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια έγκαιρης μεταφοράς του ασθενούς σε κέντρο μεταμοσχεύσεως ήπατος ανεξάρτητα από την παρουσία όλων των κριτηρίων για μεταμόσχευση ήπατος κατά τη στιγμή της μεταφοράς.²⁷

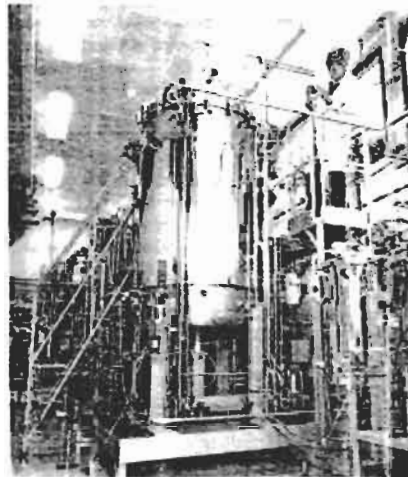
Πρόληψη

Τα μέτρα πρόληψης αποσκοπούν :

α) Στη διακοπή της αλυσίδας μετάδοσης, δηλαδή, η μη επαφή στις σωματικές εκκρίσεις κατά την σεξουαλική επαφή και την αποφυγή αιματογενούς έκθεσης στον HBV αποτελούν τους βασικούς κανόνες για να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό.

β) Στην ανοσοποίηση των ατόμων, ενεργητική ή παθητική. Κατά την παθητική ανοσοποίηση χορηγείται ΗΒΙG-υπεράνοσος γ-σφαιρίνη (Hepatitis B immune G lobulin) έναντι της ηπατίτιδας Β, το συντομότερο δυνατό από την μολυσματική επαφή. Συνιστάται επανάληψη μετά από 15-30 μέρες.^{8,11}

Ο ασφαλέστερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας της ΗΒV λοίμωξης είναι η ενεργητική ανοσοποίηση. Το εμβόλιο έχει παρασκευασθεί από κεκαθαρμένες μη λοιμογόνες σφαιρικές μορφές 22nm , από ΗΒsAg που λαμβάνεται από το πλάσμα υγιών ΗΒsAg φορέων. Το εμβόλιο υποβάλλεται σε τρία διαφορετικά στάδια χημικής αδρανοποίησης που καταστρέφουν σωρευτικά τη μολυσματικότητα κάθε γνωστού ιού. Σε



Εικόνα 2.3. Μονάδα καλλιέργειας των κυττάρων ζύμης για την παραγωγή του ανασυνδιασμένου εμβολίου κάτω από αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες

ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες σε άτομα υψηλού κινδύνου αυτό τα εμβόλια από συστατικό αίματος αποδείχτηκε ότι είναι ανοσοποιητικό, με υψηλή αποτελεσματικότητα στην πρόληψη HBV λοιμώξεις και παρά την ασυνήθη πηγή του, είναι πολύ ασφαλές.⁵

Το εμβόλιο είναι απαραίτητο κυρίως, σε άτομα όπως :

1. Γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό που έρχονται σε επαφή με το αίμα των ασθενών ή με μολυσμένες σύριγγες.
2. Σε ασθενείς που υπόκεινται σε συχνές μεταγγίσεις αίματος ή αιμοδιάλυση ή μένουν σε ίδρυμα.
3. Στους συζύγους και στα άλλα μέλη της οικογένειας νοσούντος ατόμου.
4. Σε νεογνά από μητέρες αμέσως μετά την γέννηση μαζί με την παθητική ανοσοποίηση.
5. Σε τοξικομανείς ή σε άτομα που αλλάζουν ερωτικούς συντρόφους.
6. Σε άτομα τα οποία πρόκειται να ταξιδέψουν σε ενδημικές περιοχές όπως Αφρική, Κεντρική και Νότια Αμερική. (πίνακας 2.3)²³

Για παράδειγμα πριν από την έκθεση σε ηπατίτιδα Β σε περιπτώσεις όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω συνιστούνται τρεις ενδομυϊκές ενέσεις εμβολίου της ηπατίτιδας Β κατά τον χρόνο 0,1 και 6 μήνες με αναμνηστική δόση μετά από 5 χρόνια. Η συνιστώμενη δόση για κάθε ένεση εμβολίου που προέρχεται από πλάσμα είναι 20μg για ανοσοϊκανούς ενήλικους, 40μg για ασθενείς με ανοσοκαταστολή, για παράδειγμα ασθενείς με όγκους που λαμβάνουν

χημειοθεραπευτικά και από 2,5 10μg για βρέφη και παιδιά κάτω των 10 ετών.^{5, 28}

Για μη εμβολιασμένα άτομα που εκτίθενται σε HBV ή μετά την έκθεση, η προφύλαξη συνιστάται με ένα συνδυασμό HBIG (για ταχεία επίτευξη υψηλού τίτλου anti-HBs στο αίμα) και εμβόλιο ηπατίτιδας B (για την επίτευξη μακράς διάρκειας ανοσίας, καθώς επίσης και εμφανούς ικανότητας του να μειώσει την κλινική νόσο μετά την έκθεση).

Για περινεογνική έκθεση των βρεφών από HBsAg θετικές μητέρες μια απλή δόση HBIG 0,5ml πρέπει να χορηγείται ενδομυϊκός στον μηρό, αμέσως μετά τη γέννηση, ακολουθούμενη από μια πλήρη σειρά τριών ενέσεων των 10μg εμβολίου ηπατίτιδας B, προερχομένου από πλάσμα που πρέπει να αρχίσει μέσα στις πρώτες 12 ώρες ως 1 εβδομάδα ζωής.²³

Πίνακας 2.3 Ενδείξεις εμβολιασμού για την ηπατίτιδα B

Η χρήση του εμβολίου συνιστάται για κάθε άτομο που εκτίθεται σε κίνδυνο λοίμωξης, όπως :

1. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γενικά
2. Το προσωπικό κέντρων αιμοδοσίας και αιματολογικών εργαστηρίων
3. Οι οδοντίατροι
4. Οι υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση καθώς και συνεχείς μεταγγίσεις
5. Οι ανοσοκατασταλμένοι
6. Οι οικείοι (σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια, ερωτικοί σύντροφοι)
7. αρρώστων ή φορέων
8. Τα νεογέννητα που οι μητέρες τους είναι φορείς HBsAg⁺
9. Η HBeAg⁺
10. Οι ομάδες περιθωριακών ατόμων (ομοφυλόφιλοι, εκδιδόμενα άτομα, ναρκομανείς)
11. Οι ταξιδεύοντες σε [περιοχές, όπου ενδημεί η ιογενής ηπατίτιδα B
12. Οι τρόφιμοι ιδρυμάτων και όπου υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση ατόμων
13. Οι πληθυσμοί περιοχών με υψηλή συχνότητα HBV

Ιός της ηπατίτιδας C

Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης της οξείας ηπατίτιδας C είναι 15 έως 160 ημέρες. Μετά την έκθεση στον ιό σε χρονικό διάστημα οκτώ περίπου εβδομάδες εγκαθίσταται η οξεία νόσος, η οποία στο 5% των ασθενών συνοδεύεται από ίκτερο και μέτρια αύξηση των τρανσαμινασών ενώ το 75% των περιπτώσεων η νόσος δεν παρουσιάζει συμπτώματα οπότε και δεν αναγνωρίζεται.^{8,29}



Εικόνα 2.4 Ο ιός HBV

Γενικά, η κλινική και η εργαστηριακή εικόνα της ηπατίτιδας C είναι ηπιότερη από αυτή της ηπατίτιδας B. Στο πρόδρομο στάδιο εκδηλώνονται μη ειδικά συμπτώματα, κυρίως, από τον γαστρεντερικό ενώ μετά την εισβολή του ίκτερου τα παραπάνω συμπτώματα περιορίζονται και ο ασθενής αναρρώνει.³⁰

Τρόποι Μετάδοσης

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά αλλά και μη παρεντερικά.

Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της ηπατίτιδας C είναι :

1. Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκόσμια, επιδημικές διαστάσεις στις ομάδες των τοξικομανών έχει λάβει η διασπορά του HCV όπου η συντριπτική πλειοψηφία (60-80%) έχει ορολογικές ενδείξεις HCV λοιμώξεις.³¹

2. Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Οι μεταγγίσεις αίματος και των παραγώγων του θεωρούνται σήμερα ασφαλείς αλλά όλα τα άτομα που είχαν λάβει μεταγγίσεις πριν από το 1992 θα πρέπει να ελέγχονται γιατί υπάρχει πιθανότητα να έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C. Ο κίνδυνος όμως, εξακολουθεί να υπάρχει ακόμα, και σήμερα λόγω αδυναμίας των μέχρι τώρα ανοσοενζυμικών μεθόδων να ανιχνεύσουν όλους τους δυνητικά μολυσματικούς φορείς.^{22, 21}



Εικόνα 2.5 Μετάγγιση αίματος :

Ένας απ' τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας C.

3. Αιμοκάθαρση (τεχνητός νεφρός). Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C στις μονάδες τεχνητού νεφρού έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και στο προσεχές μέλλον θα περιοριστεί ακόμα περισσότερο με τη λήψη σχολαστικότερων μέτρων προστασίας όπως η καθαριότητα και η αποστείρωση, από τον έλεγχο

των μεταγγίσεων και τον περιορισμό τους από την χρήση της ερυθροποιητίνης.^{22, 31}

2. Τατουάζ και τρυπήματα από βελόνα από ιατρικούς με HCV ασθενείς, οδηγούν στη μετάδοση του HCV σε 3-10% των περιπτώσεων.³²

3. Μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου στο παρελθόν. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θεωρούνται σήμερα απόλυτα ασφαλείς.

4. Επαγγελματική έκθεση. Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από HBV.³¹

Οι μη παρεντερική μετάδοση γίνεται με τους εξής τρόπους :

1. Γενετήσια μετάδοση. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος ιδιαίτερα σε άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή με συντρόφους πάσχοντες από οξεία μη Α-μη Β ηπατίτιδα.³¹

2. Ενδοοικογενειακή μετάδοση. Σημαντική ομάδα κινδύνου φαίνεται να αποτελούν οι σύζυγοι ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο από ηπατίτιδα C οι οποίοι έχουν αντισώματα έναντι του ιού σε ποσοστό 27%. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με τα χρόνια της συζυγικής ζωής, ενώ δεν έχει παρατηρηθεί σε έγγαμο βίο μικρότερο των 10 ετών.³²

3. Περιγεννητική μετάδοση. Η ανίχνευση anti-HCV στον ορό νεογνών οφείλεται συνήθως σε παθητική μεταφορά από την μητέρα και εξαφανίζονται μετά τους πρώτους μήνες.³¹

Διάγνωση

Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι δομικών και μη δομικών πρωτεϊνών του ιού της ηπατίτιδας C στον ορό αποτελεί τη μέθοδο διαγνώσεως της ηπατίτιδας C.³³

Ο αρχικός έλεγχος για την ανίχνευση αυτή γίνεται με την μέθοδο ELISA. Ωστόσο υπάρχουν δύο περιπτώσεις κατά τις οποίες οι δοκιμασίες αντισώματος δεν δύναται να ανιχνεύσουν μόλυνση με HCV.

Πρώτον, είναι δυνατόν να περάσουν μέχρι και έξι μήνες μετά την πρωτογενή μόλυνση για να αναπτυχθεί ανοσολογική ανταπόκριση έναντι του HCV, ενώ η μέση περίοδος μεταξύ του χρόνου της μόλυνσης και της παραγωγής ανιχνεύσιμων αντισωμάτων είναι 12 εβδομάδες.

Δεύτερον, ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, για παράδειγμα, δέκτες μοσχευμάτων νεφρού, ευκαιριακά εμφανίζουν μόλυνση με HCV χωρίς να αναπτύσσουν ανιχνεύσιμα αντισώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, απαιτείται η εφαρμογή της αλυσιδωτής αντίδρασης με πολυμεράση (PCR) κατά την οποία έχουμε την ανίχνευση του RNA γονιδιώματος του ιού μετά από πολλαπλασιασμό μιας περιοχής στόχου.^{32, 33}

Η θετική ELISA έναντι του HCV θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με δοκιμασίες ανασυνδισμένου ανοσοαποτυπώματος (RIBA).³²

Η αύξηση των τρανσαμινασών και γενικότερα των άλλων βιοχημικών ηπατικών δεικτών δεν είναι τόσο εκσεσημασμένη όσο στην ηπατίτιδα Β αλλά διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.¹¹

Πρόγνωση

Η κλινική πορεία και εξέλιξη της HCV λοιμώξεως ποικίλλει ευρέως μεταξύ μιας τυπικής οξείας ηπατίτιδας και μιας βραδέως και αθόρυβα

εξελισσόμενης χρόνιας λοίμωξης (60-80%) που οδηγεί σε κίρρωση του ήπατος μέσα σε 3-20 χρόνια στο 20-25% των περιπτώσεων και με ελάχιστη επίδραση στη θνητότητα κατά την διάρκεια των πρώτων 20 χρόνων. Εξάλλου, σ' ένα μεγάλο αριθμό ασθενών θα εμφανιστούν επιπλοκές τελικού σταδίου χρόνιας ηπατοπάθειας όπως εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας, πυλαίας υπερτάσεως, και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Τέλος, η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα σπάνια παρατηρείται μετά από μόλυνση HCV.

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας HCV λοίμωξης είναι υποστηρικτική και μη ειδική, και στοχεύει στη μείωση της πιθανότητας μεταπτώσεως σε χρόνια HCV λοίμωξη, εξέλιξη που χωρίς θεραπεία παρατηρείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Μια σημαντική ιδιαιτερότητα της οξείας HCV είναι ότι δεν συχνά δεν είναι δυνατή η διάγνωσή της αφού είναι ασυμπτωματική σε 80% των περιπτώσεων. Έτσι, υποψήφιοι για θεραπευτική παρέμβαση είναι μόνο οι ασθενείς με οξεία κλινική ηπατίτιδα C ή όσοι έχουν πρόσφατη γνωστή παρεντερική έκθεση σε αίμα ή μολυσμένα βιολογικά υλικά φορέων του HCV (για παράδειγμα, τρύπημα με βελόνη που έχει χρησιμοποιηθεί σε αιμοληψία HCV θετικού ασθενούς).²⁷

Η χορήγηση των IFN-α και -β στην οξεία ηπατίτιδα C είναι ασφαλής και αποτελεσματική, ανεξάρτητα από τα επίπεδα της χολερυθρίνης και των αμυνοτρανσφερασών (δεν προκαλεί παρόξυνση των τιμών τους). Η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι καλύτερη σε ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ιαιμίας, ενώ είναι ανεξάρτητη από το γονότυπο του HCV.³⁴

Πρόληψη

Στην ηπατίτιδα C δεν τίθεται το θέμα των εμβολιασμών ως πολιτική πρόληψης εφόσον το εμβόλιο βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο, λόγω της ευρύτατης γενετικής ετερογένειας του ιού. Το πρόβλημα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με τακτικούς ελέγχους στο σύνολο του πληθυσμού.³³

Άλλος τρόπος πρόληψης εντοπίζεται στην επιμόρφωση του πληθυσμού για τους κινδύνους που τους απειλούν. Επιπλέον, συνιστάται η συνεχείς εκπαίδευση και αγωγή υγείας του πληθυσμού για την αλλαγή τρόπου ζωής και τη λήψη των αναγκαίων προληπτικών μέτρων. Έτσι, θα ελαχιστοποιηθούν οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση αυτών των λοιμώξεων.

Η ενημέρωση του πληθυσμού, ιδιαίτερα αυτού του πληθυσμού που βρίσκεται στη ζώνη υψηλού κινδύνου (για παράδειγμα, τοξικομανείς) σαφώς και ενισχύει την πρόληψη.³⁵

Νέοι Ηπατικοί Ιοί

Η πρόοδος στη μοριακή βιολογία έχει οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων ηπατικών ιών, για τους οποίους δεν ξέρουμε ακόμα, εάν έχουν κλινική σημασία. Οι νέοι ιοί που έχουν ανακαλυφθεί είναι ο ιός της ηπατίτιδας D, E, G, TTV και ο SEN VIRUS.⁷

Ο ιός της ηπατίτιδας D

Ο HDV είναι ένας μικρός RNA ιός, ο οποίος εξαρτά την παρουσία του από τον ιό HBV, ο χρόνος επώασης είναι 30-180 ημέρες (μέσος 4-12 εβδομάδες), ο ιός να μολυνθεί ^{11,12} :

α) Ασθενείς που είναι ήδη φορείς του ιού της ηπατίτιδας B. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται επιλοίμωξη του HCV με τον ιό της ηπατίτιδας B. Η επιλοίμωξη οδηγεί σε χρόνια ηπατίτιδα δέλτα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των ασθενών και τροποποιεί την φυσική εξέλιξη της χρόνιας HBV λοίμωξης προς ταχέως εξελισσόμενη χρόνια ηπατίτιδα και κίρρωση του ήπατος. ^{36, 37}

β) Ασθενείς που μολύνονται ταυτόχρονα με τον ιό της ηπατίτιδας B τότε έχουμε συλοίμωξη του ιού HDV με τον ιό HBV. Η συλοίμωξη η οποία είναι σπανιότερη οδηγεί σε χρονιότητα σε ποσοστό 2% των ασθενών (σχήμα 2.3). ^{11, 37}

Όταν η οξεία ηπατίτιδα D συνυπάρχει με την οξεία λοίμωξη από HBV η σοβαρότητα της κλινικής εικόνας είναι σε γενικές γραμμές όμοια με αυτή της απλής ηπατίτιδας B. ⁹

Η ηπατίτιδα D μπορεί να προσβάλλει ένα πληθυσμό μέσω των τοξικομανών ή μέσω της μετανάστευσης ατόμων από ενδημικές σε μη ενδημικές περιοχές. Έτσι, σχήματα μετανάστευσης πληθυσμού και ανθρώπινης συμπεριφοράς που διευκολύνουν την διαδερμική επαφή παίζουν σπουδαίους ρόλους στην εισαγωγή και εξάπλωση της δέλτα λοίμωξης. ⁵

Η διάγνωση HDV λοίμωξης έγινε με βάση την ανίχνευση θετικού anti-HDV στον ορό, εν γνώσει ότι η παρουσία IgG anti-HDV στον ορό, χωρίς σύγχρονη μέτρηση HDV-RNA ή IgM anti-HD ήταν δυνατόν να αποκρύπτει ανοσοποίηση μετά από παλαιά HDV λοίμωξη μάλλον παρά ενεργό HDV λοίμωξη. ³⁸

Οι ασθενείς με ταυτόχρονη οξεία ηπατίτιδα Β και D δεν έχουν απαραίτητα υψηλότερη θνητότητα από τους ασθενείς που έχουν μόνο οξεία ηπατίτιδα Β. Εντούτοις, σε πολλές πρόσφατες επιδημίες οξείας ταυτόχρονης ΗΒV και ΗDV λοίμωξης ανάμεσα σε τοξικομανείς προσεγγίζει το 5%. Στην περίπτωση δέλτα υπερλοίμωξης ατόμου με χρόνια ηπατίτιδα Β, η πιθανότητα κεραυνοβόλου ηπατίτιδας και θανάτου ουσιαστικά αυξάνεται. Μολονότι, η θνητότητα της ηπατίτιδας δέλτα δεν έχει καθοριστεί επαρκώς, σε επιδημίες βαριάς δέλτα υπερλοίμωξης σε απομονωμένους πληθυσμούς με υψηλό βαθμό φορέων ηπατίτιδας Β, η θνητότητα έχει αναφερθεί ότι ξεπερνά τα 20%.⁵

Καμία ειδική θεραπεία για την οξεία ΗDV λοίμωξη δεν έχει αποδειχθεί να μεταβάλλει τη φυσική ιστορία της νόσου και η αντιμετώπιση είναι κυρίως υποστηρικτική και μη ειδική.⁸

Τέλος, η λοίμωξη με παράγοντα ηπατίτιδας δέλτα μπορεί να προληφθεί με εμβολιασμό ευάλωτων ατόμων με το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β. Κανένα προϊόν δεν είναι διαθέσιμο για ανοσοπροφύλαξη προς πρόληψη της υπερλοίμωξης δέλτα στους ΗBsAg φορείς. Γι' αυτούς συνιστώνται η αποφυγή διαδερμικών εκθέσεων και περιορισμός στενής επαφής με άτομα που έχουν λοίμωξη δέλτα.⁵

Ο Ιός Της Ηπατίτιδας Ε

Ο ιός της ηπατίτιδας Ε (HEV) είναι RNA ιός 27-43 nm που ανήκει στην οικογένεια caliciviridae. Ο ιός αυτός προκαλεί υδατογενείς επιδημίες σε χώρες του τρίτου κόσμου και σποραδικά κρούσματα στα άτομα που έχουν διαξιδέψει στις περιοχές αυτές. Ο HEV φαίνεται να ενδημεί στη χώρα μας από ελάχιστα σποραδικά κρούσματα που έχουν τεκμηριωθεί.^{12,39}

Ο χρόνος επώασης του ιού είναι 14-60 ημέρες (μέσος 5-6 εβδομάδες) προκαλεί μόνο οξεία ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία ηπατίτιδα Α αλλά παρουσιάζει πιο έντονη συμπτωματολογία.^{12,22}

Η πάθηση μεταδίδεται με την εντερική οδό συνήθως από μολυσμένο νερό.
36

Άτομα επηρεασμένα με τον ιό της ηπατίτιδας Ε παράγουν αντισώματα anti-HEV που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση. Δοκιμές για την ορολογική εξακρίβωση για την μόλυνση του ιού HEV θα μπορέσουν να είναι διαθέσιμες στο κοντινό μέλλον.⁴⁰

Πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενη νόσο που όμως χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα (10-20) στις εγκύους, καθώς προκαλεί κεραυνοβόλο ηπατίτιδα. Δεν υπάρχει κατάσταση φορέας και δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση.⁹

Στην πρόληψη της HEV λοίμωξης σημαντικό και ουσιώδη ρόλο κατέχει η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης. Δεν υπάρχει κατάλληλο εμβόλιο.⁸

Ο Ιός Της Ηπατίτιδας G (GBV-C/HGV)

Η ηπατίτιδα G ανακαλύφθηκε το 1995 και το 1996 από δύο διαφορετικούς ερευνητές και είχε 30% γονοτυπική ομοιότητα με τον ιό της ηπατίτιδας C. Οφείλεται στον ιό HGV, ένα παραμυξοϊό ο οποίος ανήκει στην ομάδα των *Haviviridae* και προκαλεί και σποραδικά κρούσματα ηπατίτιδας.^{4, 14, 7}

Προκαλεί ήπιας μορφής ηπατίτιδα και μεταδίδεται παρεντερικά μέσω ναρκωτικών ουσιών, μεταγγίσεων, τη χρησιμοποίηση των μολυσμένων βελόνων, και τη σεξουαλική επαφή. Επίσης, μεταδίδεται περιγεννητικά με

συχνότητα 50-60%. Έχει ανιχνευθεί στο σάλιο και στο σπέρμα και μπορεί να μεταδίδεται και οριζόντια.

Η διάγνωση γίνεται με PCR και ορολογικά με το anti-HGV E₂. Πιθανώς να προκαλεί συλοϊμώξεις με τον ιό C.⁷

Ωστόσο, δεν φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική ηπατική νόσο, ούτε να επηρεάζει την ανταπόκριση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β ή C στην αντιϊκή θεραπεία. Δεν συνιστάται έλεγχος ρουτίνας γιατί δεν υπάρχει αντιμετώπιση.^{9,7}

Tranfusion-Transmitted Virus (TTV)

Ο TTV ανακαλύφθηκε το 1997 και είναι DNA ιός μονής αλύσειας με πολλούς γονότυπους και είναι ιός που τελευταία συνδέεται με τη μετάδοση μέσω μεταγγίσεων σε παιδιά. Ο ιός μεταδίδεται και κάθετα και οριζόντια και η συχνότητα της φορέας σε παιδική ηλικία αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Συχνά, επιμολύνει παιδιά με ηπατίτιδα Β και C αλλά δεν φαίνεται να αλλάζει τη φυσική πορεία των λοιμώξεων αυτών. Η διάγνωση γίνεται σε ερευνητικό επίπεδο με TTV DNA, με την μέθοδο PCR.⁷

Sen Virus

Ο Sen Virus ανακαλύφθηκε το 2002 και αποτελείται από μονής αλύσειας DNA, με μεγάλη γονοτυπική ομοιότητα με τον TTV ενώ έχουν εμφανισθεί δύο τύποι, ο SENV-D και ο SENV-H. Μεταδίδεται παρεντερικά και κάθετα και έχει βρεθεί ότι έχει υψηλό ποσοστό του πληθυσμού είναι φορείς. Το κατά πόσο είναι παθογόνος αυτός ο ιός δεν έχει διευκρινισθεί. Δεν φαίνεται

ότι προκαλεί χρόνια φορεία γιατί έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά αυτόματης κάθαρσης του ιού σε μολυσμένους ασθενείς.⁷

Το γεγονός ότι δεν υπάρχει εμβόλιο που να προφυλάσσει από τους νέους ηπατικούς ιούς εντείνει την ανάγκη για λήψη νέων προληπτικών μέτρων σχετικά με την μετάδοση τους. Αυτό γίνεται με τη βοήθεια του κράτους αλλά και των παιδιάτρων και αφορά την εκπαίδευση, τήρηση κανόνων υγιεινής, τον έλεγχο του αίματος και τον οργάνων μεταμόσχευσης και τον έλεγχο των ατόμων σε εργασίες υψηλού κινδύνου.⁷

ΧΡΟΝΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ταξινόμηση

Με βάση την ιστολογική εικόνα η ταξινόμηση της χρόνιας ηπατίτιδας είναι ως εξής :

1. **Χρόνια εμμένουσα ηπατίτιδα** : Χρόνια φλεγμονώδεις διήθηση, κυρίως στα πυλαία διαστήματα χωρίς διαβρωτική νέκρωση ή με ήπια διαβρωτική νέκρωση, απουσία ίνωσης ή ήπια ίνωση, διατήρηση της λοβιακής αρχιτεκτονικής και παρουσία ή απουσία ευρημάτων οξείας ηπατίτιδας. Η εικόνα αυτή ανευρίσκεται συνήθως στην ηπατίτιδα από τον ιό C. ^{4,41}

2. **Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα** : Χρόνια φλεγμονώδεις διήθηση στα πυλαία διαστήματα, με επέκταση στο λοβιακό παρέγχυμα, διαβρωτική νέκρωση, μέτρια ή βαριά δραστηριότητα της φλεγμονώδους επεξεργασίας, διαταραχή αρχιτεκτονικής αλλά χωρίς σχηματισμό αναγεννητικών οζίων και παρουσία ή απουσία ευρημάτων οξείας ηπατίτιδας. Στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα διακρίνουμε δύο μορφές : την βαριά μορφή και την ήπια μορφή. ⁴¹

3. **Χρόνια λοβώδης ηπατίτιδα** : Ευρήματα οξείας ηπατίτιδας που διαρκούν περισσότερο από έξι μήνες. Συνήθως είναι αποτελέσματα των ιών B και C. Κατά κανόνα δεν εξελίσσεται σε κίρρωση. ^{4,41}

Ο ιός της Ηπατίτιδας Β

Ο ιός Β (HBV) δεν είναι άμεσα κυτταροτοξικός και η λύση των επιμολυσμένων ηπατοκυττάρων εξαρτάται από την ανοσοαπάντηση του ξενιστή. Οι ασθενείς που εμφανίζουν χρόνια ηπατίτιδα έχουν φτωχή κυτταρική ανοσοαπάντηση. Αν η απάντηση είναι ιδιαίτερα φτωχή προκύπτει μία πολύ μικρή ηπατική βλάβη, και ο ιός συνεχίζει να πολλαπλασιάζεται, παρουσία μιας φυσιολογικής ηπατικής λειτουργίας. Τέτοιοι ασθενείς είναι οι «υγιείς φορείς», οι οποίοι αντιπροσωπεύουν το 70-90%. Αν η απάντηση είναι σχετικά έντονη η ηπατοκυτταρική βλάβη συνεχίζεται και παρατηρείται εικόνα χρονιάς ηπατίτιδας.^{4,36}

Συνήθως, προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει ιστορικό οξείας ηπατίτιδας. Είναι συμπτωματική και οι ασθενείς μπορεί να έχουν μόνο βιοχημικά ευρήματα χρονιότητας ή παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα όπως καταβολή, μυαλγίες, διάφορα εξανθήματα και η διάγνωση να τεθεί σε εξετάσεις ρουτίνας ή σε τυχαίο έλεγχο, ή σε εθελοντική αιμοδοσία.⁷

Στην ενεργό μορφή παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών στο διπλάσιο ή τριπλάσιο πάνω από τα φυσιολογικά όρια, μικρή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης, της γ-GT και πιθανώς, της χολερυθρίνης.

Σε προχωρημένες καταστάσεις παρατηρούνται αύξηση των γ-σφαιρινών και ελάττωση των λευκοματινών. Το HBeAg και το HBV-DNA είναι θετικά.⁴

Στην πιο βαριά και την πιο πλήρη μορφή της η χρόνια ηπατίτιδα καταλήγει σε κίρρωση, το ήπαρ καταστρέφεται προοδευτικά και φτάνουμε στη μαζική καταστροφή της κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, την μεγάλη ηπατική ανεπάρκεια, το κώμα και το θάνατο.

Τέλος, η ύπαρξη χρόνιας εξελικτικής ασθενείας του ήπατος και κίρρωσης μπορεί να προκαλέσει έναν πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος.⁴²

Εγκεκριμένες μορφές θεραπείας για ΗBeAg-θετική χρόνια ηπατίτιδα Β, είναι η ιντερφερόνη-άλφα (INF-a), η λαμβοντίνη και η διπιβαλική αντεφοβίρη. Στην επιλογή χορηγήσεως INF-a ή λαμβοντίνης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς, ο οποίος πρώτα πρέπει να ενημερώνεται για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των φαρμάκων.²⁷

Επίσης, κατά την διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς με χρόνια HBV λοίμωξη πρέπει να μην κάνουν κατάχρηση οινόπνεύματος και να ελέγχονται για την παρουσία αντισωμάτων έναντι των HDV, HCV και HAV. Σε περίπτωση που βρεθούν αρνητικοί για anti-HAV, οι ασθενείς πρέπει να εμβολιάζονται έναντι του HAV.²⁷

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συστήνεται έλεγχος για HBV λοίμωξη όλων των συγγενών πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) και των ερωτικών συντρόφων των ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη. Τα ανήλικα παιδιά και οι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να εμβολιάζονται έναντι του HBV, εφόσον δεν έχουν ανοσία.

Ο ιός της Ηπατίτιδας C

Οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα C αναπτύσσουν τουλάχιστον σε ποσοστό 80% χρόνια ηπατίτιδα. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι συμπτωματικοί, παρόλα αυτά, εμφανίζονται κάποια συμπτώματα τα οποία είναι υποκειμενικά και είναι υπαρκτά ακόμα και σε προχωρημένες καταστάσεις.^{4,9}

Όσον αφορά τα εργαστηριακά ευρήματα, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές από αυτά της ηπατίτιδας Β. Τα επίπεδα των τρανσαμινασών εμφανίζουν συχνότερα διακυμάνσεις και γενικά είναι χαμηλότερα απ' ότι στην ηπατίτιδα Β.¹²

Χαρακτηριστικό της ηπατίτιδας C είναι η συχνότερη ανίχνευση αντισωμάτων. Η διάγνωση της στηρίζεται στην ανεύρεση του anti-HCV αντισώματος με ενζυμική ανοσοανάλυση και επιβεβαιώνεται με θετική δοκιμασία RIBA ή ανίχνευση του ιικού RNA (HCV RNA) στον ορό με την αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης.⁹

Από τους ασθενείς που αναπτύσσουν χρόνια HCV λοίμωξη, το 20% θα αναπτύξει κίρρωση του ήπατος εντός 20ετίας και λίγο αργότερα, ίσως, και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.³⁷

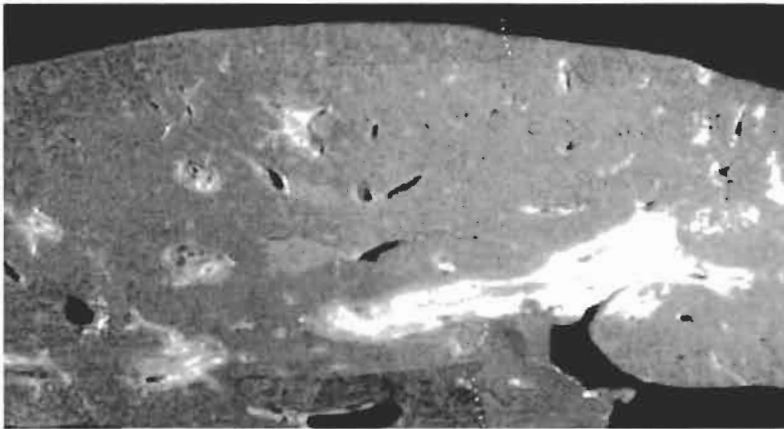
Ιδιαίτερα, ευπαθείς είναι οι άντρες, οι ασθενείς που πίνουν περισσότερο από 50g αλκοόλ την ημέρα και πιθανώς εκείνοι που απέκτησαν την νόσο μετά την ηλικία των 40 ετών.⁹

Η θεραπεία συνιστάται αναμφίβολα για όσους ασθενείς έχουν χρόνια ηπατίτιδα C έχουν αυξημένο κίνδυνο εξελίξεως σε κίρρωση, στάδιο που συνεπάγεται αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.²⁷

Η βιοψία ήπατος θεωρείται απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Δεν υπάρχουν κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα, πλην της ιστολογίας ήπατος, που μπορούν να διαχωρίσουν αξιόπιστα τους ασθενείς με ήπιες και σοβαρές ιστολογικές αλλοιώσεις χρόνιας ηπατίτιδας C. (εικόνα 3.1)

Οι ασθενείς που πληρούν τις ενδείξεις θεραπευτικής παρεμβάσεως, δηλαδή, ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξης και αυξημένες αμινοτρανσφεράσες, θεωρούνται ότι έχουν ετήσια πιθανότητα μεταπτώσεως σε κίρρωση ίση με 5-10%.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας στη χρόνια ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, με τη χρησιμοποίηση του συνδυασμού INF-a. Τα υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας ανταποκρίσεως επιτυγχάνονται με τον συνδυασμό Peg-INF-a και RBV.²⁷



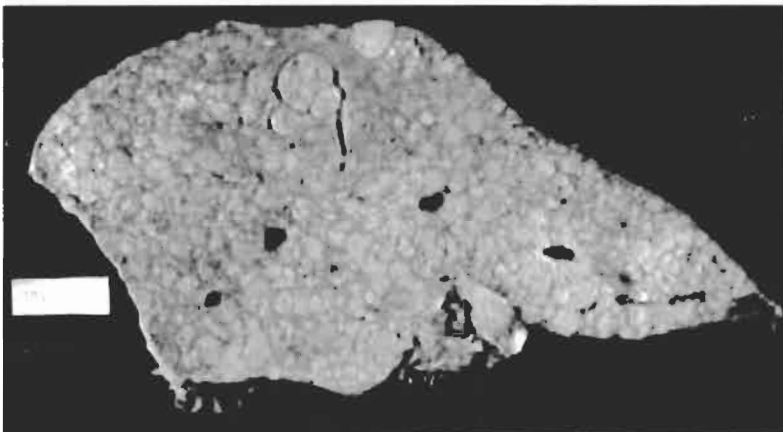
Εικόνα 3.1 Οι επιδράσεις της ηπατίτιδας στο ήπαρ

Ο Ιός Της Ηπατίτιδας D

Στη χρόνια HDV λοίμωξη το 70% των ασθενών καταλήγει σε κίρρωση του ήπατος. (Εικόνα 3.2)

Στόχοι της θεραπείας είναι η υποχώρηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, η βελτίωση της ιστολογικής εικόνας του ήπατος και η μείωση του ηκού πολλαπλασιασμού. Για την θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας D, έχει αποδειχθεί πως η χορήγηση INF-α5 MU καθημερινά ή 9MU τρεις φορές την εβδομάδα για 1 χρόνο οδηγεί σε ύφεση το 50%-70% των ασθενών.

Μετά την διακοπή της θεραπείας η νόσος υποτροπιάζει στο 60%-97% των περιπτώσεων, ενώ η χορήγηση υψηλότερων δόσεων INF-α δεν φαίνεται να βελτιώνει τα αποτελέσματα.³⁴



Εικόνα 3.2 *Επιδράσεις της ηπατίτιδας στο ήπαρ με την πάροδο του χρόνου*

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Εκτίμηση Της Κατάστασης Του Άρρωστου

1. Ιστορικό υγείας

α) Πρόδρομη φάση (προϊκτερική). Ο άρρωστος αρχικά παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία. Καθώς, η φλεγμονή επεκτείνεται, παρουσιάζονται ναυτία και εμετοί και ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται αποστροφή στα φαγητά και δυσγευσία του τσιγάρου. Μπορεί ακόμα να αισθάνεται αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά, αναφέρει ότι νοιώθει αίσθημα πληρότητας και ενόχληση στο επιγάστριο ή το δεξιό υποχόνδριο, όψιμα στη φάση αυτή. Μπορεί επίσης να υπάρχουν πυρετός και συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης ειδικά στην ηπατίτιδα τύπου 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.⁴³

β) Ικτερική φάση. Χαρακτηρίζεται από ικτερικό που φθάνει στο μεγαλύτερο βαθμό του σε μία ή δύο εβδομάδες και διαρκεί 6-8 εβδομάδες. Κατά τη φάση αυτή ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ο πυρετός μειώνονται. Σε αρκετές περιπτώσεις, αυτή η φάση δεν παρουσιάζεται, δηλαδή έχουμε ανικτερική ηπατίτιδα.

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

δ) Ο αρρώστος και η οικογένεια του ερωτώνται για τυχόν επαφή με ικτερικά άτομα, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, λήψη οστρακοειδών, ταξίδι σε χώρα όπου τα μέτρα υγιεινής είναι φτωχά, μετάγγιση τους τελευταίους 6 μήνες, ενέσεις, τρυπήματα αυτιών και ότι άλλο ημπορεί να αποτελεί ένδειξη για μετάδοση ηπατίτιδας. Ακόμα παίρνονται πληροφορίες από τον 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.⁴³

2. Φυσική Εκτίμηση

α) Η θερμοκρασία του αρρώστου μπορεί να είναι ελαφρά ανυψωμένη.

β) Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές. Βρίσκεται συνήθως μειωμένο.

γ) 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 ίκτερου. Πόνος ήπιος, σταθερός υπάρχει στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο.

δ) Ο ίκτερος είναι ένα προεξάρχον σύμπτωμα της φυσικής εξέτασης και είναι πιο εμφανής στον σκληρό χιτώνα του βολβού.⁴⁴

3. Διαγνωστικές Εξετάσεις

A) 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. Το αντιγόνο αυτό δεν βρίσκεται στον ορό αρρώστων με ηπατίτιδα Α. Οι εξετάσεις για ανίχνευση του HBsAg είναι ηλεκτροφορητικές, ανοσοενζυμικές και ραδιοανοσολογικές.⁴³

B) Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι :

α) Αύξηση των ενζύμων SGOT και SGPT και DH 1-14 ημέρες πριν από την εκδήλωση του ίκτερου.

β) Αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης. Η άμεση χολερυθρίνη αυξάνεται σε αποφράξεις των χολυφόρων οδών ή σε ελαττωμένη απέκκριση της συζευγμένης χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο. Ενώ, η έμμεση αυξάνεται σε αιμολυτικές καταστάσεις, σε απουσία της γονκονρονικής τρανσφεράσης και σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.^{45,43}

γ) Κατακόρυφη βρωμοσουλφοφθαλεΐνης

δ) Ελαφρά αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού η οποία είναι μέτρο χολικής απόφραξης

ε) Ελαφρά υποπρωτεΐναιμία και ελαφρά αύξηση των γ-σφαιρινών

Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων.⁴³

Γ) Κατά την εξέταση ούρων και κοπράνων, το ουροχολινοδογόνο των ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται αξιοσημείωτα σε πλήρη απόφραξη. Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητο ή μειώνετε σε βλάβη του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνετε σε απόφραξη.⁴³

Δ) Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος προθρομβίνης αυξάνει εξαιτίας της μείωσης της προθρομβίνης.

Ε) Ο αιματοκρίτης είναι ελαττωμένος μόνο σε περίπτωση προχωρημένης κίρρωσης.⁴³

Εκτός όμως από τον αιματολογικό έλεγχο ο ασθενείς προγραμματίζεται για άλλες εξετάσεις όπως η βιοψία ήπατος.

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

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη βιοψία ήπατος διακρίνεται σε τρεις φάσεις :

- α) Φάση προετοιμασίας του ασθενή
- β) Φάση εκτέλεσης της βιοψίας
- γ) Φάση παρακολούθησης του ασθενή ⁴⁶

Σκοποί της φροντίδας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε άμεσους και μακροπρόθεσμους.

1. Οι άμεσοι σκοποί περιλαμβάνουν τα εξής

- α) Πρόληψη μετάδοσης της νόσου
- β) Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- γ) Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψη των συνεπειών της
- δ) Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες
- ε) Απασχόληση του αρρώστου

2. Οι μακροπρόθεσμοι περιλαμβάνουν την :

- α) Πλήρη ανάρρωση από την ηπατίτιδα
- β) Πρόληψη υποτροπής
- γ) Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρηση ιδεώδους βάρους ⁴³

Προβλήματα του αρρώστου

1. Θρεπτικό ανισοζύγιο (εμετοί, ανορεξία)
2. Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (εμετοί)
3. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (κνησμός, κακουχία, πόνος, αίσθημα κόπωσης, άγχος)
4. Προβλήματα κένωσης εντέρου λόγω ακινησίας
5. Προβλήματα χρονιότητας
6. Προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου
7. Μείωση ασφάλειας (κίνδυνοι επιπλοκών)⁴³



Εικόνα 4.1 Προετοιμασία φαρμάκων

Αντιμετώπιση προβλημάτων του αρρώστου

A. Άγχος

Άγχος που σχετίζεται με μη οικείο περιβάλλον, έλλειψη κατανόησης της διάγνωσης, των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, οικονομικά προβλήματα και αισθήματα περιορισμού.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι ο ασθενής να αισθανθεί μείωση του άγχους που θα φαίνεται από:

- α) Τις δηλώσεις του, ότι αισθάνεται λιγότερο αγχώδης και φοβισμένος.
- β) Το συνήθη τρόπο ύπνου.
- γ) Τη χαλαρή έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος.
- δ) Τα σταθερά ζωτικά σημεία.
- ε) Τη συνήθη ικανότητα αντίληψης και σχέσης με τους άλλους.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με άγχος περιλαμβάνει:

- i. Εκτίμηση των σημείων και συμπτωμάτων του άγχους, (π.χ. αϋπνία, εφιδρώσεις, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, δηλώσεις φόβου και ανησυχίας, αύξηση αρτηριακής πίεσης και ωχρότητα ή ερυθρότητα προσώπου).
 - ii. Λήψη μέτρων ελάττωσης του φόβου και του άγχους:
 - Διαβεβαίωση του ασθενούς ότι τα μέλη του προσωπικού βρίσκονται κοντά του.
 - Διατήρηση ήπιου υποστηρικτικού, εμπιστευτικού τρόπου επικοινωνίας με τον ασθενή.
 - Ενθάρρυνση να αποκαλύψει αν νιώθει φόβο ή άγχος.
- Υποστήριξη ασθενούς.

- Ενημέρωση για όλες τις διαγνωστικές δοκιμασίες, το θεραπευτικό σχέδιο και την πρόγνωση.
 - Εξασφάλιση ενός ήσυχου και ξεκούραστου περιβάλλοντος.
 - Καθοδήγηση του ασθενούς σε τεχνικές χαλάρωσης και ενθάρρυνση για συμμετοχή του σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
 - Βοήθεια του ασθενούς στον εντοπισμό ειδικών αγχογόνων παραγόντων και στους τρόπους αντιμετώπισης τους.
 - Ενθάρρυνση των σημαντικών για των ασθενή προσώπων να κρατήσουν στάση ενδιαφέροντος και φροντίδας χωρίς εμφανές άγχος.
 - Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων, αν δοθεί εντολή.
- iii. Ενθάρρυνση των σημαντικών για των ασθενή προσώπων για την συνεχή υποστήριξη τους προς τον ασθενή.
- iv. Ενημέρωση σχετικά με τις τρέχουσες ανάγκες του ασθενούς και των σημαντικών για αυτόν προσώπων, σε επίπεδο που να μπορούν να αντιληφθούν. Ενθάρρυνση για ερωτήσεις και αποσαφήνιση των πληροφοριών που δίνονται.
- v. Ενημέρωση του γιατρού σε περίπτωση που οι παραπάνω πράξεις αποτύχουν για έλεγχο του φόβου και του άγχους.⁴⁷

B. Αιματέμεση

Ο ασθενής παρουσιάζει αιματέμεση που οφείλεται σε αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ανακούφιση του ασθενούς που θα φαίνεται από την απουσία αιματέμεσης, καθώς και η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και η πρόληψη επιπλοκών .

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με αιματέμεση περιλαμβάνει:

- 1) Συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και πρόληψη επιπλοκών.
- 2) Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αιμορραγίας και shock.
- 3) Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αγωνίας, αισθήματος γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας και ανησυχίας.
- 4) Καταγραφή των ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- 5) Περιορισμός δραστηριοτήτων του ασθενούς.
- 6) Εφαρμογή διαιτολογίου και χορήγηση βιταμίνης Κ.
- 7) Διατήρηση ανοικτής φλέβας , ενυδάτωση του αρρώστου και πιθανή μετάγγιση.
- 8) Εισαγωγή καθετήρα στομάχου και οισοφάγου με τη συνεργασία του γιατρού.
- 9) Μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας δίνονται κρύα υγρά από το στόμα.
- 10) Εφαρμογή σχολαστικής περιποίησης του στόματος.^{47, 48}

Γ. Αναιμία

Ο ασθενής εμφανίζει αναιμία που οφείλεται στην χρόνια απώλεια αίματος ή λόγω διαταραχής της θρέψης ή της απορρόφησης και είναι αποτέλεσμα κίρρωσης του ήπατος . Ένα από τα κυριότερα σημεία της αναιμίας είναι η ωχρότητα η οποία φανερώνει ελαττωμένη καρδιακή παροχή και οφείλεται στον αγγειοσπασμό που εμφανίζεται για αντιρρόπηση της.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η βελτίωση του επιπέδου θρέψης και απορρόφησης που φαίνεται από:

- α) Το σωματικό βάρος εντός των φυσιολογικών για τον ασθενή ορίων.
- β) Βελτιωμένες τιμές ουρίας και λευκωματίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, βιταμίνης β, ολικού οξέος, λεμφοκυττάρων , τρανσφερίνης και φερριτίνης.
- γ) Βελτιωμένη μυϊκή ισχύς και ανοχή στην κόπωση.
- δ) Υγιές στοματικός βλεννογόνο.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με αναιμία περιλαμβάνει:

- 1) Διατήρηση καθαρού και ήρεμου περιβάλλοντος.
- 2) Ανάπαυση πριν τα γεύματα.
- 3) Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου.
- 4) Συμβουλή και βοήθεια για την επιλογή τροφών που είναι καλά ισορροπημένες και καλύπτουν τις ειδικές διαιτητικές του ανάγκες:
 - i. Τροφές πλούσιες σε σίδηρο.
 - ii. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη B12.
 - iii. Τροφές πλούσιες σε φολικό οξύ.
- 5) Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων.
- 6) Αποφυγή τροφών και υγρών που μπορεί να ερεθίσουν το γαστρικό βλεννογόνο.
- 7) Χορήγηση φαρμάκων αν χρειαστεί (π.χ. κυτταροπροστατευτικούς παράγοντες, ανταγωνιστές υποδοχέων ισταμίνης).

Η πιο συνήθης διαγνωστική μέθοδος της αναιμίας που χρησιμοποιείται είναι η παρακέντηση στέρνου. Μετά τη διαδικασία λήψης υγρού το δείγμα στέλνεται για βιοψία(εξέταση)και διαγιγνώσκετε αν το άτομο παρουσιάζει κάποιο νόσημα του αίματος στην συγκεκριμένη περίπτωση αν πάσχει από αναιμία.^{47, 48}

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
• Μέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων
• Αιματοκρίτης
• Αιμοσφαιρίνη
• Δείκτες ερυθρών αιμοσφαιρίων
• Σίδηρος ορού και ολική δεσμευτική ικανότητα ορού
• Φεριτίνη ορού
• Κορεσμός τρανσφερίνης
• Ελεύθερη ερυθροκυτταρική πρωτοπορφυρίνη (FEP)
• Φολικό οξύ ορού και βιταμίνη B ₁₂
• Αριθμος δικτυοενδοθηλιοκυττάρων (ΔΕΚ)
• Μικροσκοπική εξέταση αίματος
• Μυελόγραμμα
• Εξέταση κοπράνων για ύπαρξη αίματος
• Ανάλυση γαστρικού υγρού

Δ. Ανορεξία

Ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία που οφείλεται στην ηπατίτιδα.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η βελτίωση της όρεξης του ασθενούς με δίαιτα υπερθερμιδική, πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες και φτωχή σε λίπη που θα φαίνεται από:

- α) Την συστηματική λήψη των γευμάτων από τον ασθενή.
- β) Επαναφορά του σωματικού του βάρους.
- γ) την κινητικότητα και την αύξηση της δραστηριότητας του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

- 1) Ενίσχυση του ασθενούς να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα (τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά)
- 2) Παροχή βιταμινούχων σκευασμάτων.
- 3) Χορήγηση διαιτολογίου –αν χρειάζεται- για την υποβοήθηση του ασθενούς στην επιλογή τροφών που καλύπτουν τις θρεπτικές του ανάγκες και είναι συμβατές με τις προτιμήσεις του.
- 4) Παρακολούθηση των γευμάτων του ασθενούς και του σωματικού του βάρους.
- 5) Αν ο ασθενής δεν καταναλώνει την επαρκή ποσότητα τροφής ή υγρών, χρησιμοποίηση εναλλακτικών μεθόδων θρέψης (παρεντερική διατροφή).
- 6) Αύξηση δραστηριότητας του ασθενούς όσο είναι εφικτό (η δραστηριότητα διεγείρει την όρεξη).
- 7) Λήψη μέτρων για την ελάττωση της ναυτίας και των εμετών.⁴⁷

Ε. Ασκίτης

Ο ασθενής εμφανίζει ασκίτη λόγω της υπερβολικής συγκέντρωσης υγρού στην περιτοναϊκή χώρα.

Στον ασκίτη γίνεται παρακέντηση κοιλίας. Το σημείο παρακέντησης είναι στο έξω ήμισυ της νοητής γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.

Σκοποί της παρακέντησης είναι οι εξής:

- 1) Η αφαίρεση υγρού για την ανακούφιση του αρρώστου από την αυξημένη ποσότητα του περιτοναϊκού υγρού.
- 2) Η λήψη υγρού για μικροβιολογική, χημική, κυτταρολογική και μικροσκοπική εξέταση.

Όπως γίνεται αντιληπτό στην περίπτωση του ασκίτη ο σκοπός της παρακέντησης είναι εκκενωτικός αλλά και διαγνωστικός.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι: Η ανακούφιση του ασθενούς από την υπερβολική συγκέντρωση υγρού στην περιτοναϊκή χώρα που φαίνεται από:

- α) Την ισορροπία του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- β) Την χαλαρή έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ασκίτη περιλαμβάνει:

- i. Βοήθεια του ασθενή κατά την παρακέντηση.
- ii. Ενημέρωση του ασθενή ότι πρέπει να ουρήσει πριν από αυτήν.
- iii. Τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση.
- iv. Παρακολούθηση του ασθενή κατά την διάρκεια της παρακεντήσεως.
- v. Έλεγχος των γαζών να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.

Οι περαιτέρω νοσηλευτικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν:

- 1) Χορήγηση διουρητικών σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού.
- 2) Περιορισμός του NaCl.
- 3) Καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ακριβής τήρηση του ισοζυγίου υγρών.
- 4) Παρακολούθηση του ασθενή για συμπτώματα διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- 5) Τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της αναπνοής του.
- 6) Περιποίηση δέρματος.
- 7) Παρακολούθηση για συμπτώματα πιθανού κώματος.^{47, 48}

ΣΤ. Ίκτερος

Ο ασθενής εμφανίζει ίκτερο στο δέρμα και τους επεφικότες ως σύμπτωμα ηπατίτιδας λόγω της εναπόθεσης χολοχρωστικών από την αύξηση της πυκνότητάς τους στο αίμα, που οφείλεται σε ηπατοκυτταρική κυρίως βλάβη.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και η ανακούφιση του από τα συμπτώματα του ίκτερου που θα φαίνεται από:

- α) Την απαλλαγή του ασθενούς από τον κνησμό του δέρματος.
- β) Τις φυσιολογικές κενώσεις και διούρηση.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ίκτερο περιλαμβάνει:

- 1) Παρακολούθηση και καταγραφή βαθμού ίκτερου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.

- 2) Απαλλαγή του ασθενούς από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του, (λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, μασάζ με λοσιόν)
- 3) Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων του ασθενούς για αποχρωματισμό και των ούρων για υπέρχρωση.
- 4) Αποφυγή του κνησμού με χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων.⁴⁸

Z. Κιρσορραγία

Ο ασθενής εμφανίζει κιρσορραγία που οφείλεται στο σύνδρομο πυλαίας υπερτάσεως από κίρρωση ήπατος, λόγω ηπατίτιδας.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η διακοπή της κιρσορραγίας που θα φαίνεται από:

- α) Την απουσία αιματέμεσης και την απουσία αίματος στα κόπρανα.
- β) Την αρτηριακή πίεση και τον σφυγμό εντός των φυσιολογικών ορίων για τον ασθενή.
- γ) τις σταθερές ή βελτιωμένες τιμές ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κιρσορραγία περιλαμβάνει:

- 1) Παρακολούθηση τιμών ερυθρών αιμοσφαιρίων ,αιματοκρίτη, και αιμοσφαιρίνης .Αναφορά μείωσης των τιμών αυτών.
- 2) Αξιολόγηση και αναφορά των σημείων και συμπτωμάτων αιμορραγίας από κιρσούς του οισοφάγου, (αιματέμεση, αίμα στα κόπρανα, ελάττωση Α.Π).

3) Εφαρμογή μέτρων ελάττωσης του κινδύνου αιμορραγίας των κισμών του οισοφάγου. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας των κισμών οισοφάγου

i. Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση πλάγιας κατάκλισης για τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης.

ii. Διατήρηση παροχής οξυγόνου σύμφωνα με της εντολές του γιατρού.

iii. Βοήθεια στην τοποθέτηση γαστροοισοφαγικού σωλήνα με αεροθάλαμο(π.χ. σωλήνας Sengstakey - Blakemore). Διατήρηση της πίεσεως του αεροθαλάμου και εκτέλεση αναρροφήσεων σύμφωνα με τις εντολές.

iv. Χορήγηση βιταμίνης Κ παρεντερικά και παραγώγων αίματος επί εντολής για τη βελτίωση της πυκνότητας του αίματος.

v. Υποστήριξη συναισθηματική στον ασθενή και τους οικείους του.^{47, 48}

H. Κοιλιακός πόνος

Ο ασθενής εμφανίζει πόνο στην άνω κοιλία λόγω της ηπατικής φλεγμονής.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι ο ασθενής να εμφανίζει ελάττωση του πόνου η οποία θα φαίνεται από:

α) Την προφορική του έκφραση για ύφεση του πόνου.

β) Την ήρεμη έκφραση του προσώπου του και τη θέση του σώματος του.

γ) Την αυξημένη συμμετοχή του στις δραστηριότητες.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με κοιλιακό πόνο περιλαμβάνει:

- i. Καθορισμό του συνήθη τρόπου αντίδρασης του ασθενούς στον πόνο.
- ii. Αξιολόγηση της αντίληψη του ασθενούς στον πόνο όσον αφορά την εντόπιση, την ένταση, και τον τύπο του
- iii. Αξιολόγηση των μη προφορικών σημείων του πόνου (π.χ. ρυτίδωση προσώπου, προφύλαξη της κοιλιάς, τρίψιμο των αρθρώσεων, διστακτικότητα στις κινήσεις και ανησυχία)
- iv. Αξιολόγηση παραγόντων που φαίνονται να αυξάνουν ή να μειώνουν τον πόνο.
- v. Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του πόνου όπως :
 - 1) Εφαρμογή θερμότητας στις επώδυνες αρθρώσεις.
 - 2) Την εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων ύφεσης του πόνου, (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης, αλλαγή θέσης, μασάζ ράχης, ήρεμη συζήτηση, ήσυχο περιβάλλον και δραστηριότητες απόσπασης της προσοχής).
 - 3) Την εφαρμογή φαρμακολογικών μέτρων : χορήγηση αναλγητικών επί εντολής έχοντας υπόψη τα κάτωθι:
 - Συνήθως συνιστώνται χαμηλές δόσεις ναρκωτικών αναλγητικών διότι το ήπαρ δεν μπορεί να μεταβολίσει τα φάρμακα αυτά σε φυσιολογικό ρυθμό.
 - Μπορεί να συσταθεί χορήγηση ακεταμινοφαίνης (παρά την πιθανή ηπατοτοξική της δράση) αντί ακετυλοσαλικυλικού οξέος, λόγω του αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας με το δεύτερο.
 - 4) Ενημέρωση του γιατρού σε περίπτωση που τα ανωτέρω μέτρα δεν ανακουφίσουν επαρκώς τον ασθενή από τον πόνο του.⁴⁷

Θ. Κοινωνική απομόνωση

Αίσθημα απομόνωσης που οφείλεται κυρίως σε:

α) Προσωρινούς περιορισμούς για ορισμένες συνήθειες δραστηριότητες (π.χ. έντονη άσκηση, ομαδικά αθλήματα, ερωτική δραστηριότητα, κατανάλωση οινοπνεύματος)

β) Σε περιορισμό των επαφών με άλλα άτομα λόγω του φόβου μεταδόσεως της ηπατίτιδας.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι ο ασθενής να εμφανίσει ελάττωση του αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης το οποίο θα φαίνεται από:

- i. Τη διατήρηση των σχέσεων του με τους οικείους του.
- ii. Την προφορική έκφραση για ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς και απόρριψης.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κοινωνική απομόνωση περιλαμβάνει:

- 1) Εξακρίβωση του συνήθους βαθμού κοινωνικότητας του ασθενούς.
- 2) Αξιολόγηση σημείων κοινωνικής απομόνωσης (π.χ. απουσία των οικείων, αδυναμία επικοινωνίας και απόσυρση, έκφραση αισθημάτων απόρριψης, εχθρότητα, κατάθλιψη).
- 3) Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης:
 - Την βοήθεια στον ασθενή να εντοπίσει τους λόγους που αισθάνεται απομονωμένος και να αναπτύξει σχέδιο δράσης για την μείωση των αισθημάτων αυτών.
 - Αποδοχή του ασθενούς από μέρους της νοσηλεύτριας.
 - Ενθάρρυνση των οικείων του να τον επισκέπτονται και να διατηρεί ο ίδιος τηλεφωνική επαφή με άλλα άτομα.

- Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου και πρόληψης της διασποράς της με σκοπό την ελάττωση του φόβου τους για πιθανή μετάδοση της νόσου. ⁴⁷

I. Πυρετός

Ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό λόγω ηπατίτιδας.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η πτώση της θερμοκρασίας του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα και η ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό, που θα φαίνεται από:

- α) Την πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.
- β) Την χαλαρή έκφραση του προσώπου του ασθενούς.
- γ) Τις δηλώσεις του ότι αισθάνεται καλύτερα και ότι δεν κρυώνει.
- δ) Την κινητικότητα του ασθενούς.

Οι νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

- 1) Καταγραφή της θερμοκρασίας σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- 2) Ενίσχυση του ασθενή να λαμβάνει υγρά.
- 3) Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα.
- 4) Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας των ούρων που αποβάλλονται.
- 5) Πιθανή χορήγηση αντιπυρετικών μετά από εντολή γιατρού.
- 6) Αλλαγή λευχημάτων.
- 7) Προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη.
- 8) Διατήρηση του ασθενούς ζεστού. ⁴⁸

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει πλήρη γνώση για τη φύση της νόσου και τους τρόπους μετάδοσης της ούτως ώστε να νοσηλεύει τέτοιους ασθενείς ακίνδυνα για τον εαυτό του και το περιβάλλον. ⁴⁴

Μέτρα προφύλαξης είναι :

- 1) Η αυστηρή τήρηση των κανόνων αποστείρωσης κατά την χρησιμοποίηση συριγγών και εργαλείων που χρησιμοποιούνται για ενέσεις ή λήψεις αίματος, χειρουργικές και οδοντιατρικές επεμβάσεις.²¹
- 2) Χρήση βελόνων μιας χρήσεως.
- 3) Τοποθέτηση βελονών μετά τη χρήση τους σε αδιαπέραστο δοχείο.
- 4) Τοποθέτηση των συριγγών και του υπόλοιπου υλικού μιας χρήσεως που προέρχεται από μολυσμένους ασθενείς σε ειδικούς σάκους.
- 5) Σχολαστική καθαριότητα συσκευών πολλαπλής χρήσεως μετά από την χρήση τους σε μολυσμένους ασθενείς.



Εικόνα 4.1 Ο εμβολιασμός αποτελεί ένα από τα ασφαλέστερα μέτρα πρόληψης

6) Χρήση γαντιών μιας χρήσεως για την αποφυγή επαφής με αίμα του ασθενή. Καλό και συχνό πλύσιμο χεριών.

7) Προσεκτικές ενέργειες κατά την εκτέλεση ενέσεων και λήψη αίματος προς αποφυγή νυγμού με μολυσμένη βελόνα.

8) Σε περίπτωση νυγμού, χορήγηση γ-σφαιρίνης προληπτικά.

9) Ανοσοποίηση με εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β σε άτομα που εργάζονται σε μονάδες αιμοκάθαρσης και μονάδες αιμοδοσίας. ⁴⁴ (εικόνα 4.1)

10) Αυστηρή τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής

11) Στα δείγματα που στέλνονται στο εργαστήριο όπως αίμα και κόπρανα πρέπει να κολλάτε η κατάλληλη ετικέτα για να δίνεται η πρέπουσα προσοχή από τους εργαστηριακούς γιατρούς και παρασκευαστές.

12) Καθαρισμός των πάγκων καθώς και το πάτωμα των εργαστηρίων με διάλυμα χλωρίνης. ⁴⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- ❖ Σκοπός της έρευνας
- ❖ Σχεδιασμός της έρευνας
- ❖ Τόπος και χρόνος της έρευνας
- ❖ Πληθυσμός και δείγμα
- ❖ Εργαλείο
- ❖ Ηθικά διλήμματα
- ❖ Στατιστική ανάλυση
- ❖ Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθούν ασθενείς με ηπατίτιδα που νοσηλεύονται στο χώρο του νοσοκομείου έτσι ώστε να γίνουν γνωστά τα συμπτώματα στους νοσηλευτές και να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για να παρέμβουν αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της νόσου. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν και συζητήθηκαν προκειμένου να συσχετιστεί η νοσηλευτική με τις ηπατίτιδες και να προταθούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις με στόχους όπως:

1) Ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για όσον αφορά την ασθένεια, αλλά και την ανάπτυξη βασικών γνώσεων με σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη νοσηλευτική φροντίδα καθώς και την έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ηπατίτιδας.

2) Εξασφάλιση πρόληψης από την ασθένεια. Η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την ενημέρωση του πληθυσμού όσον αφορά την ασθένεια καθώς και τα μέσα που παρέρχονται προκειμένου να προληφθεί η εξέλιξη και εξάπλωση της.

3) Συστηματική εκπαίδευση των ατόμων που πάσχουν από ηπατίτιδα.

4) Βελτίωση της ποιότητας ζωής.

B. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος στην οποία χρησιμοποιήσαμε στην παρούσα μελέτη στηρίζεται στην αναδρομική μελέτη. Η περιγραφική έρευνα έχει διάφορες μορφές μια από τις οποίες είναι και το σχέδιο αναδρομικής ανασκόπησης.⁵⁰

Η αναδρομική μελέτη γίνεται μετά την εκδήλωση του πραγματικού φαινομένου και στοχεύει στην εκ των υστέρων διερεύνησή του.

Τα πλεονεκτήματα είναι τα εξής:

- 1) Προσφέρει αξιοπιστία και εγκυρότητα στα αποτελέσματα.
- 2) Συνδυάζει ευκαμψία περιεχομένου και σκοπού με στοιχεία ακρίβειας και ελέγχου.
- 3) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων με σχετικά ελάχιστη διάθεση χρόνου και χρήματος.
- 4) Η μεθοδολογία της μπορεί να εκτεθεί ρητά κάνοντας ευκολότερη την αξιολόγηση και την επανάληψη της έρευνας.
- 5) Μπορεί να δομηθεί έτσι ώστε η ανάλυση των δεδομένων να είναι δυνατή με τη χρήση Η/Υ.

Τα μειονεκτήματα είναι:

- 1) Η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος για εναποθήκευση και διατήρηση κάποιας τροχιάς στην πελώρια ποσότητα δεδομένων.
- 2) Η τάση τα δεδομένα να είναι σχετικά επιφανειακά.⁵⁰

Στην μελέτη μας ακολουθήσαμε το σχέδιο αναδρομικής ανασκόπησης λόγω χρόνου που δεν επέτρεπε πραγματική διερεύνηση.

Γ. Τόπος και χρόνος της έρευνας

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τμήμα της παθολογικής κλινικής του νοσοκομείου "Αγ.Ανδρέας" της Πάτρας του Νομού Αχαΐας. Μελετήσαμε άτομα κάθε ηλικίας που προσήλθαν με συμπτώματα ηπατίτιδας από 1/1/2004 έως 31/7/2004 και 1/1/2005 έως 31/7/2005. Αυτή η επιλογή έγινε για τους κάτωθι βασικούς λόγους:

- 1) Υπάρχει διαθεσιμότητα πληροφοριών σχετικά με τους νοσηλευόμενους ασθενείς στο χώρο της παθολογικής κλινικής.
- 2) Υπήρχε καλή οργάνωση της κλινικής και πλήρες μητρώο δεδομένων

Δ. Πληθυσμός και δείγμα

Για τη συλλογή των στοιχείων της μελέτης έγινε καταγραφή των ασθενών με ηπατίτιδα ανεξαρτήτου φύλλου και ηλικίας.

Το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν ασθενείς με ηπατίτιδα που προσήλθαν στο τμήμα της παθολογικής για ένα χρόνο από 1/1/04 – 1/1/05 του Π. Γ.Ν "Αγ. Ανδρέας" Το σύνολο των περιστατικών που καλύπτει τα κριτήρια που τέθηκαν και αποτέλεσε το στατιστικό μας δείγμα ήταν τελικά 24 από τα οποία το 8.3% ήταν ασθενείς με ηπατίτιδα Α, το 50% με ηπατίτιδα Β και το 37,5% με ηπατίτιδα C. Επίσης, ευρέθη περιστατικό με ασθενή που έπασχε από ηπατίτιδα Β και C. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι δε βρέθηκαν άτομα με ηπατίτιδα D και E.

Ε. Εργαλείο

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το νοσηλευτικό ιστορικό κάθε ασθενούς μετά από καταγραφή των περιστατικών από το μητρώο των εισαχθέντων στην παθολογική κλινική. Η πρόσβαση στο υλικό του μητρώου της παθολογικής κλινικής έγινε κατόπιν συνεννοήσεως. Από την ομάδα έγινε επίσκεψη και συνεργασία με την διευθύντρια και το προσωπικό της παθολογικής κλινικής και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία και τυχόν άλλα ηθικά ζητήματα.

ΣΤ. Ηθικά διλήμματα

Μια σωστή έρευνα πρέπει να συμμορφώνεται με τα ηθικά και νομικά κριτήρια της επιστημονικής έρευνας. Ωστόσο η διατήρηση ισορροπίας ανάμεσα στην υποχρέωση εκτέλεσης πολύτιμων ερευνών και στην υποχρέωση φρούρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν είναι εύκολο έργο.

Ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνκι επισημαίνουν ότι σε όλες τις έρευνες με ανθρώπους πρέπει να προστατεύονται 4 βασικά δικαιώματα από ηθικής απόψεως:

- 1) Το δικαίωμα να μην υποστεί ο άνθρωπος βλάβη φυσική, συγκινησιακή, οικονομική και κοινωνική.
- 2) Το δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.
- 3) Το δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του.
- 4) Το δικαίωμα για ιδιαιτερότητα, ανωνυμία και εχεμύθεια.

Η ηθική έρευνα προστατεύει τα παραπάνω ανθρώπινα δικαιώματα, έχει όμως και μια σειρά ευρύτερων χαρακτηριστικών που είναι:

- 1) Επιστημονική αντικειμενικότητα.

- 2) Εντιμότητα στην αναγνώριση της συνεισφοράς άλλων στην έρευνα.
- 3) Λεπτότητα στην εφαρμογή των διαδικασιών ώστε να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- 4) Διαφάνεια στην έκθεση σκοπού, διαδικασιών, μεθόδων και ευρημάτων.
- 5) Διεύρυνση του σώματος επιστημονικής γνώσης της Νοσηλευτικής μέσω δημοσιεύσεων και παρουσίας των ερευνητικών ευρημάτων.

Στη μελέτη μας λοιπόν δεν προκύπτουν ηθικά και οικονομικά ζητήματα για τον ασθενή, την ιατρική του παρακολούθηση, την οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Τα στοιχεία που συλλέγονται είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης.⁵⁰

Το ιατρικό έργο δεν παρεμποδίζεται ενώ ο ασθενής δεν δεσμεύεται να συμμετέχει στην μελέτη με κανένα λόγο, μέσο ή τρόπο ενώ δεν επιβαρύνεται με περαιτέρω αιματολογικές εξετάσεις.

Z. Στατιστική Ανάλυση

Έγινε περιγραφική καταγραφή του δείγματος και συσχέτιση των συμπτωμάτων εισαγωγής στο νοσοκομείο των ασθενών με το φύλο, την ηλικία, και την διάρκεια νοσηλείας. Έγινε ανάλυση των συμπτωμάτων που αναφέρονταν στο νοσηλευτικό ιστορικό. Ευρέθησαν 37 περιστατικά με ηπατίτιδα από τα οποία μελετήθηκαν τα 24. Από τα 24 περιστατικά το 29% παρουσίαζε ίκτερο, το 12,5% παρουσίαζε κίρσορραγία και το 8,3% παρουσίαζε αναιμία, ενώ στο ίδιο ποσοστό εμφανίστηκε ωχρότητα, κοιλιακό άλγος, ασκίτης και εμπύρετο περιστατικό. Επίσης, σε ποσοστό 4,2% των

ασθενών παρουσιάσθηκε ανορεξία, υπέρχρωση ούρων, αποχρωματισμός κοπράνων και αιμορραγία πεπτικού. Τέλος, υπήρξαν περιστατικά με ηπατική εγκεφαλίτιδα, εγκεφαλοπάθεια και αιματέμεση.

H. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού

Κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη μας ήταν:

Νοσηλεύόμενοι ασθενείς με συμπτώματα ηπατίτιδας .

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

Τα μη πλήρως συμπληρωμένα νοσηλευτικά ιστορικά.

Τελικά, χρησιμοποιήθηκαν τα 24 από το σύνολο των 37 νοσηλευτικών ιστορικών που μελετήθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

- ❖ Γενική κατανομή του δείγματος

- ❖ Συσχετίσεις :
 - Συμπτωμάτων εισαγωγής με φύλο
 - Συμπτωμάτων εισαγωγής με ηλικία
 - Συμπτωμάτων εισαγωγής με διάρκεια νοσηλείας
 - Ηλικίας με διάρκεια νοσηλείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

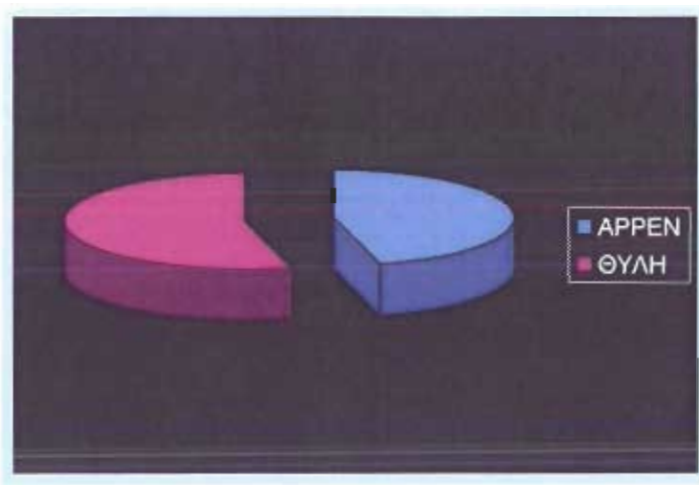
Α. Συνολικό δείγμα

Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν με βάση τις διάφορες παραμέτρους 24 άτομα που αποτέλεσαν το συνολικό μας δείγμα. Τα άτομα αυτά ήταν νοσηλευόμενοι ασθενείς που έπασχαν από ηπατίτιδα. Από αυτά το 45,8% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 54,2% γυναίκες. (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακα 1: Φύλλο

ΦΥΛΟ	Rf %
ΑΡΡΕΝ	45,8%
ΘΗΛΥ	54,2%
ΣΥΝΟΛΟ	100,00%

Σχήμα 1: Φύλλο

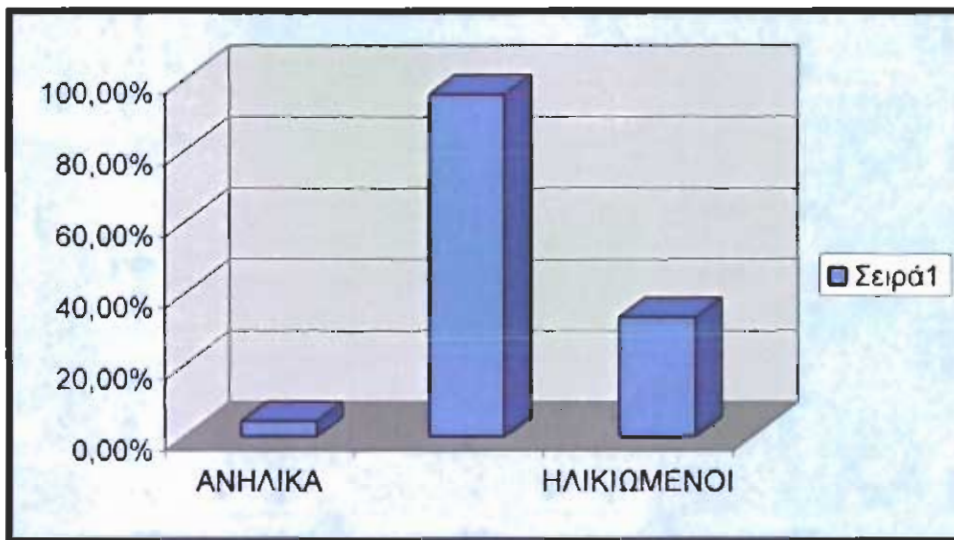


Στο συνολικό μας δείγμα το ποσοστό 4,2% ήταν ανήλικα, το 62,5% ήταν ενήλικες και το 33,3 ήταν ηλικιωμένοι. (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ηλικίας.

ΗΛΙΚΙΑ	Rf %
ΑΝΗΛΙΚΑ	4,2%
ΕΝΗΛΙΚΕΣ	62,5%
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	100,00%

Σχήμα 2: Κατανομή ηλικίας



Ο τόπος διαμονής των νοσηλευόμενων με ηπατίτιδα ποικίλλει καθώς το ποσοστό 62,5 % προέρχεται από άτομα που κατοικούν μόνιμα στη Πάτρα .Το ποσοστό 8,3% κατοικεί στην κάτω Αχαΐα, και στον Πύργο. Επίσης, το 4,2% ασθενών προέρχεται από τις περιοχές Βάρδα, Μπεγουλάκι, Λεχαινά και Ζαχάρω αντίστοιχα. Τέλος, το ίδιο ποσοστό (4,2%) βρέθηκε σε κρατούμενους στις φυλακές Αγ. Στεφάνου Αχαΐας. (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

Πίνακας 3: Τόπος διαμονής

	Rf %
ΠΑΤΡΑ	62,5%
Κ.ΑΧΑΙΑ	8,3%
ΠΥΡΓΟΣ	8,3%
ΒΑΡΔΑ	4,2%
ΜΠΕΓΟΥΛΑΚΙ	4,2%
ΛΕΧΑΙΝΑ	4,2%
ΖΑΧΑΡΩ	4,2%
ΦΥΛΑΚΕΣ	4,2%
ΣΥΝΟΛΟ	100,00%

Σχήμα 3: Τόπος διαμονής

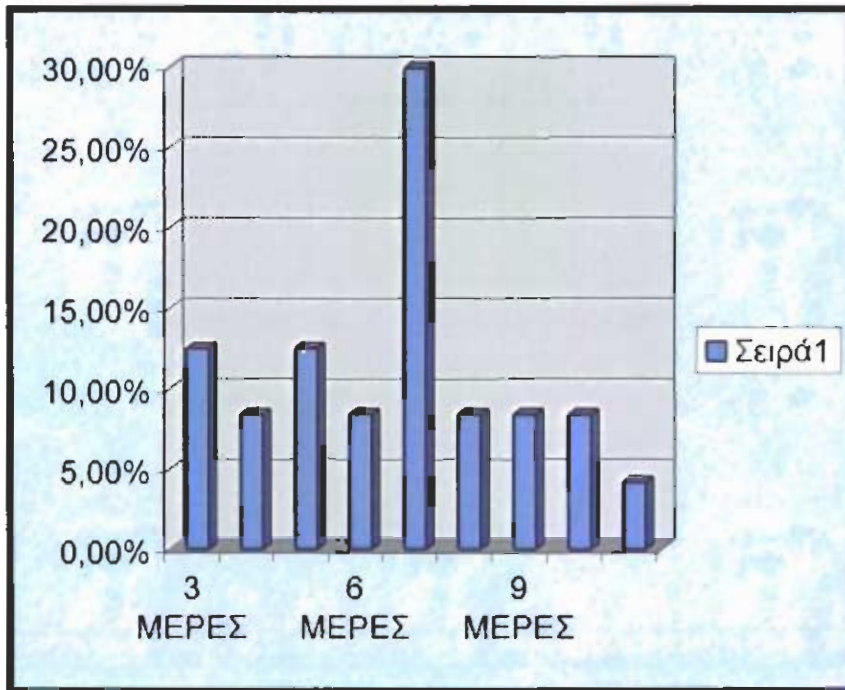


Από το συνολικό μας δείγμα διαπιστώσαμε ότι το 29,3% των ασθενών παρέμεινε στο νοσοκομείο μία εβδομάδα και το 12,5% παρέμεινε 3 και 5 ημέρες αντίστοιχα. Επίσης σε ποσοστό 8,3% οι ασθενείς παρέμειναν στο νοσοκομείο από 4 και 6 ημέρες, ενώ στο ίδιο ποσοστό οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν από 8 έως 10 ημέρες. Τέλος το 4,2% των ασθενών παρέμεινε 11 μέρες. (Πίνακας 4, Σχήμα 4)

Πίνακας 4. Διάρκεια νοσηλείας

ΜΕΡΕΣ	Rf %
3	12,5%
4	8,3%
5	12,5%
6	8,3%
7	29,3%
8	8,3%
9	8,3%
10	8,3%
11	4,2%
ΣΥΝΟΛΟ	100,00%

Σχήμα 4: Διάρκεια νοσηλείας



Από το συνολικό μας δείγμα διαπιστώσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (41,7%) των ασθενών εισήλθε στο νοσοκομείο με συμπτώματα ίκτερου και πυρετού. Το 20,8% εισήλθε στο νοσοκομείο με ωχρότητα, υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων.

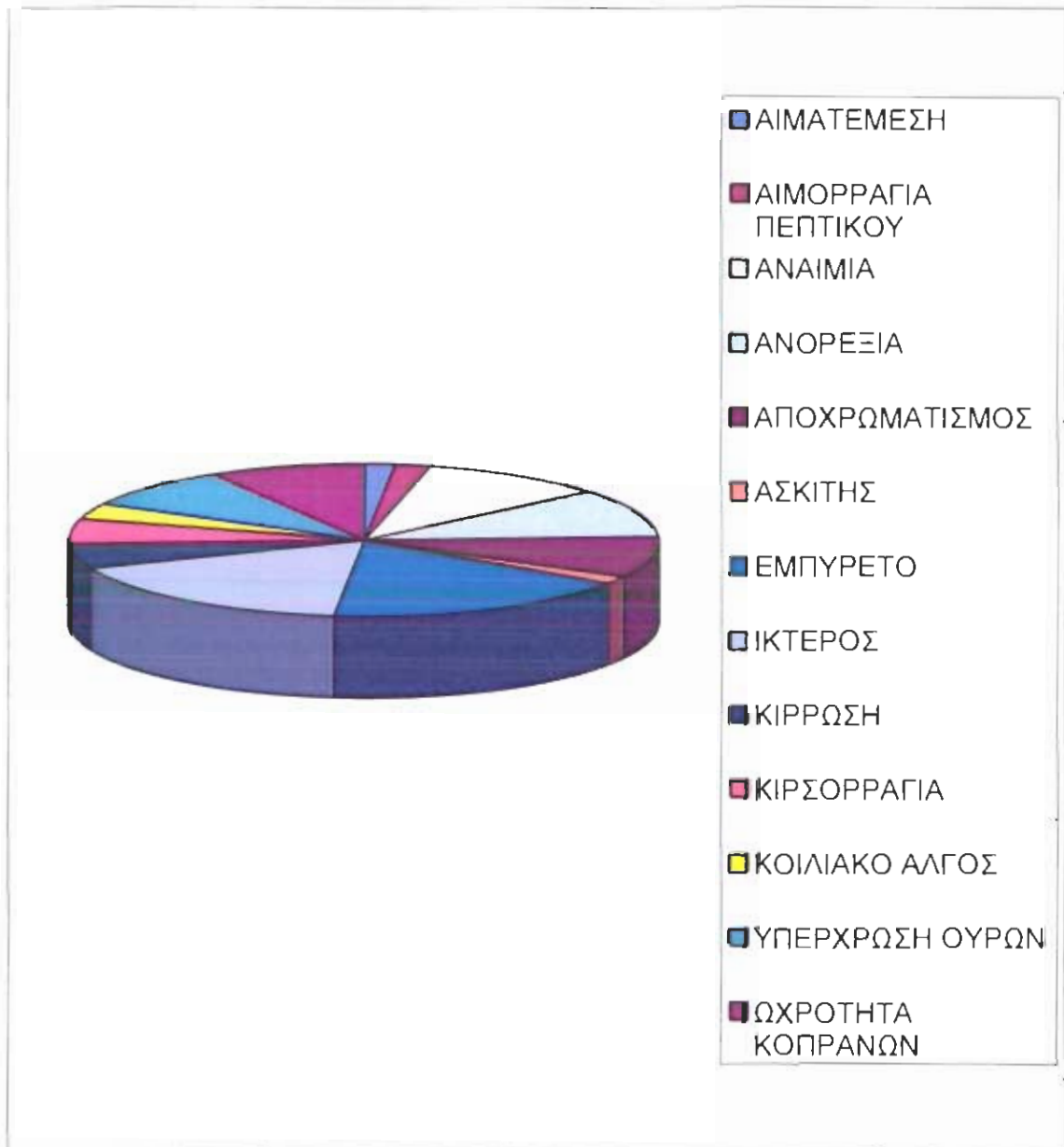
Επίσης, το 25% των ασθενών παρουσίαζε αναιμία και ανορεξία, ενώ το 12,5% εισήλθε με κίρσοραγία και ίκτερο.

Τέλος, το 8,3% των ασθενών εισήλθε με κοιλιακό άλγος, ενώ το μικρότερο ποσοστό (4,2%) εισήλθε στο νοσοκομείο με ασκίτη, αιμορραγία πεπτικού και αιματέμεση (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Συμπτώματα νοσηλείας

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Rf %
Αιματέμεση	4,2%
Αιμορραγία Πεπτικού	4,2%
Αναμία	25%
Ανορεξία	25%
Αποχρωματισμός Κοπράνων	20,8%
Ασκίτης	4,2%
Εμπύρετο	41,7%
Ίκτερος	41,7%
Κίρρωση	12,5%
Κιρσορραγία	12,5%
Κοιλιακό άλγος	8,3%
Υπέρχρωση ούρων	20,8%
Ωχρότητα	20,8%

ΣΧΗΜΑ 5: Συμπτώματα εισαγωγής στο νοσοκομείο



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Ακολουθως παραθέτουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσα από τη στατιστική συσχέτιση των δεδομένων όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, το τόπο διαμονής, καθώς και τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου.

Πίνακας 1: Συσχέτιση συμπτωμάτων με φύλο, ηλικία, και διάρκεια νοσηλείας

Συμπτώματα	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ			ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
	Άνδρες	Γυναίκες	Ανήλικα	Ενήλικες	Ηλικιωμένοι	< 5	5-7	> 8
Αιματέμεση	4,2%	–	–	4,2%	–	–	4,2%	–
Αιμορραγία Πεπτικού	–	4,2%	–	–	4,2%	4,2%	–	–
Αναιμία	8,3%	16,7%	–	16,7%	8,3%	8,3%	4,2%	8,3%
Ανορεξία	12,5%	12,5%	–	20,8%	4,2%	4,2%	25%	–
Αποχρωματισμός Κοπράνων	8,3%	12,5%	–	20,8%	–	4,2%	12,5%	4,2%
Ασκίτης	–	4,2%	–	–	4,2%	–	4,2%	–
Εμπύρετο	16,7%	25%	–	41,7%	–	8,3%	29,2%	–
Ίκτερος	20,8%	20,8%	4,2%	33,3%	4,2%	8,3%	29,2%	8,3%
Κίρρωση	–	12,5%	–	–	12,5%	4,2%	8,3%	–
Κιρσορραγία	8,3%	4,2%	–	8,3%	4,2%	4,2%	4,2%	8,3%
Κουλιακό άλγος	–	8,3%	4,2%	–	4,2%	4,2%	–	4,2%
Υπέρχρωση ούρων	8,3%	12,5%	–	20,8%	–	4,2%	12,5%	4,2%
Ωχρότητα	8,3%	12,5%	–	20,8%	–	4,2%	12,5%	4,2%

Από την συσχέτιση των συμπτωμάτων εισαγωγής στο νοσοκομείο ασθενών με ηπατίτιδες με το φύλο των ασθενών αυτών, διαπιστώσαμε ότι το ποσοστό 20,8% τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών εισήχθη στο νοσοκομείο με ίκτερο.

Επίσης, το 16,7% των γυναικών εισήχθη στο νοσοκομείο με αναιμία, ενώ με το ίδιο σύμπτωμα εισήχθη μόλις το 8,3% των ανδρών.

Αντίθετα το 16,7% των ανδρών εισήχθη στο νοσοκομείο με πυρετό, ενώ με το ίδιο σύμπτωμα εισήχθη το 25% των γυναικών.

Ακόμα παρατηρούμε ότι το 12,5% τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών εισήχθησαν με ανορεξία.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό 8,3% των ανδρών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο παρουσίαζε αποχρωματισμό κοπράνων, υπέρχρωση ούρων και ωχρότητα, ενώ το ποσοστό των γυναικών που εισήχθησαν με τα ίδια συμπτώματα ανέρχεται στο 12,5%.

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 8,3% και το 12,5% των γυναικών εισήχθησαν με κοιλιακό άλγος και κίρρωση αντίστοιχα, ενώ με το ίδιο σύμπτωμα δεν εισήχθη στο διάστημα αυτό κανένας άνδρας (Πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση συμπτωμάτων με φύλο

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΦΥΛΟ	
	Άνδρες	Γυναίκες
Αιματέμεση	4,2%	–
Αιμορραγία Πεπτικού	–	4,2%
Αναιμία	8,3%	16,7%
Ανορεξία	12,5%	12,5%
Αποχρωματισμός Κοπράνων	8,3%	12,5%
Ασκίτης	–	4,2%
Εμπύρετο	16,7%	25%
Ίκτερος	20,8%	20,8%
Κίρρωση	–	12,5%
Κιρσορραγία	8,3%	4,2%
Κοιλιακό άλγος	–	8,3%
Υπέρχρωση ούρων	8,3%	12,5%
Ωχρότητα	8,3%	12,5%

Από την συσχέτιση των συμπτωμάτων εισαγωγής στο νοσοκομείο με την ηλικία των ασθενών παρατηρούμε ότι το 41,7% των ασθενών που εισήχθησαν με πυρετό ήταν ενήλικες, ενώ με το ίδιο σύμπτωμα δεν εισήχθησαν τη συγκεκριμένη περίοδο ανήλικα και ηλικιωμένα άτομα.

Αντίθετα το 12,5% των ασθενών που εισήχθησαν με κίρρωση του ήπατος ήταν ηλικιωμένοι και δεν βρέθηκαν ανήλικα και ηλικιωμένα άτομα με το σύμπτωμα αυτό.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό 33,3% των ασθενών που εισήχθησαν με ίκτερο ήταν ενήλικες, ενώ το 4,2% ήταν ανήλικοι και ηλικιωμένοι ασθενείς.

Ακόμα, παρατηρούμε ότι το ποσοστό 20,8% των ασθενών που εισήχθησαν με αποχρωματισμό κοπράνων, υπέρχρωση ούρων και ωχρότητα ήταν ενήλικες.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το 4,2% των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με συμπτώματα αιμορραγίας πεπτικού, ασκίτη και κοιλιακό άλγος ήταν ηλικιωμένοι και δεν βρέθηκε ποσοστό ενήλικων ασθενών την περίοδο μελέτης με το σύμπτωμα αυτό.

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από το σύνολο των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο διαπιστώθηκε ότι το μόλις το 4,2% ήταν ανήλικοι ασθενείς και παρουσίαζαν ίκτερο και κοιλιακό άλγος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση συμπτωμάτων με ηλικία

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΗΛΙΚΙΑ		
	ΑΝΗΛΙΚΑ	ΕΝΗΛΙΚΕΣ	ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ
Αιματέμεση	–	4,2%	–
Αιμορραγία Πεπτικού	–	–	4,2%
Αναιμία	–	16,7%	8,3%
Ανορεξία	–	20,8%	4,2%
Αποχρωματισμός Κοπράνων	–	20,8%	–
Ασκίτης	–	–	4,2%
Εμπύρετο	–	41,7%	–
Ίκτερος	4,2%	33,3%	4,2%
Κίρρωση	–	–	12,5%
Κιρσορραγία	–	8,3%	4,2%
Κοιλιακό άλγος	4,2%	–	4,2%
Υπέρχρωση ούρων	–	20,8%	–
Ωχρότητα	–	20,8%	–

Συσχετίζοντας τα συμπτώματα εισαγωγής στο νοσοκομείο με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών διαπιστώσαμε ότι το 29,2% των ασθενών που εισήχθησαν με ίκτερο και πυρετό νοσηλεύτηκε από 5 έως 7 ημέρες.

Ακόμα διαπιστώθηκε ότι το 25% των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με ανορεξία νοσηλεύτηκε από 5 μέχρι 7 ημέρες, ενώ μόλις το 4,2% νοσηλεύτηκε λιγότερες από 5 ημέρες και κανένας ασθενής δεν παρέμεινε στο νοσοκομείο πάνω από 8 ημέρες.

Επίσης, παρατηρούμε ότι το 12,5% των ασθενών που νοσηλεύθηκαν με ωχρότητα, αποχρωματισμό κοπράνων και υπέρχρωση ούρων νοσηλεύθηκαν από 5 έως 7 ημέρες, ενώ το 4,2% των ασθενών με τα ίδια συμπτώματα παρέμεινε στο νοσοκομείο είτε λιγότερες από 5, είτε περισσότερες από 8 ημέρες αντίστοιχα.

Ακόμα διαπιστώθηκε ότι το 8,3% των ασθενών που εισήχθησαν με κίρρωση του ήπατος, νοσηλεύθηκε από 5 έως 7 ημέρες, το 4,2% νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες, ενώ δεν υπήρξε κανείς ασθενής με το σύμπτωμα αυτό που να νοσηλεύθηκε περισσότερες από 8 ημέρες.

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κανείς από τους ασθενείς που εισήλθαν στο νοσοκομείο με ασκίτη, πυρετό, ανορεξία, αιματέμεση, κίρρωση και αιμορραγία πεπτικού δεν νοσηλεύθηκε πάνω από 8 ημέρες την περίοδο της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση συμπτωμάτων με διάρκεια νοσηλείας

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
	< 5	5-7	> 8
Αιματέμεση	–	4,2%	–
Αιμορραγία Πεπτικού	4,2%	–	–
Αναιμία	8,3%	4,2%	8,3%
Ανορεξία	4,2%	25%	–
Αποχρωματισμός Κοπράνων	4,2%	12,5%	4,2%
Ασκίτης	–	4,2%	–
Εμπύρετο	8,3%	29,2%	–
Ήκτερος	8,3%	29,2%	8,3%
Κίρρωση	4,2%	8,3%	–
Κιρσορραγία	4,2%	4,2%	8,3%
Κοιλιακό άλγος	4,2%	–	4,2%
Υπέρχρωση ούρων	4,2%	12,5%	4,2%
Ωχρότητα	4,2%	12,5%	4,2%

Από τη συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο με την ηλικία τους διαπιστώνουμε ότι το 37,5% των ενηλίκων ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο νοσηλεύθηκε από 5 έως 7 ημέρες, το 16,7% περισσότερες από 8 ημέρες, ενώ μόλις το 8,3% νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες.

Ακόμα παρατηρούμε ότι το 12,5% των ηλικιωμένων ασθενών νοσηλεύθηκε από 5 έως 7 ημέρες, ενώ το ίδιο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών παρέμεινε στο νοσοκομείο περισσότερες από 8 ημέρες.

Επίσης, διαπιστώσαμε ότι το 8,3% τόσο των ενηλίκων όσο και των ηλικιωμένων ασθενών νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες.

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι το 4,2% των ανηλίκων ασθενών νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες, ενώ κανείς ανήλικος ασθενής δεν νοσηλεύθηκε πάνω από 5 μέρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση ηλικίας με διάρκεια νοσηλείας

ΗΛΙΚΙΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
	< 5	5-7	> 8
Ανήλικα	4,2%	–	–
Ενήλικες	8,3%	37,5%	16,7%
Ηλικιωμένοι	8,3%	12,5%	12,5%
ΣΥΝΟΛΟ	100,00%		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

- ❖ Συζήτηση αποτελεσμάτων
- ❖ Συμπεράσματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ελέγχοντας τα δεδομένα παρατηρούμε ότι:

Διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι η πλειοψηφία των ασθενών δηλαδή το 62,5% ήταν ενήλικες, το 33,3% ηλικιωμένοι, ενώ μόλις το 4,2% των ασθενών ήταν ανήλικοι.

Αποδείχθηκε ότι οι πλειοψηφία των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με ηπατίτιδα ήταν γυναίκες σε ποσοστό 54,2%, ενώ το ποσοστό των ανδρών ανέρχεται στο 45,8%.

Ακόμη παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που προσβάλλονται από τη νόσο της ηπατίτιδας και ανήκουν στον γυναικείο πληθυσμό (25%) υπερτερεί σε σχέση με το ποσοστό των ηλικιωμένων του ανδρικού πληθυσμού(8,3%).

Ο ανδρικός πληθυσμός είναι μεγαλύτερος(72,7%) στη διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο (7 έως 11 μέρες) από τον γυναικείο πληθυσμό(46,2%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από ηπατίτιδα ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου ,κατοικεί στην Πάτρα(62,5%) ενώ το υπόλοιπο (37,5%)στην επαρχία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχει από τη νόσο και κατοικεί στην Πάτρα είναι ενήλικες (37%) ενώ το μικρότερο ανήλικα (4,2%).

Η πλειοψηφία των ανδρών (20,8%) παρουσίαζε ίκτερο, αντίθετα η πλειοψηφία των γυναικών (25%) παρουσίαζε πυρετό.

Από το συνολικό μας δείγμα διαπιστώσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (41,7%) των ασθενών εισήλθε στο νοσοκομείο με συμπτώματα ίκτερου και πυρετού, ενώ το μικρότερο ποσοστό (4,2%) εισήλθε με ασκίτη, αιμορραγία πεπτικού και αιματέμεση.

Διαπιστώσαμε ότι το 4,2% των ανηλικών ασθενών νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες, ενώ κανείς ανήλικος ασθενής δεν νοσηλεύθηκε πάνω από 5 μέρες.

Τέλος, διαπιστώσαμε ότι το ποσοστό θανάτου των ατόμων που έπασχαν από ηπατίτιδα περιορίζεται στο 8,3%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την έρευνα συμπεραίνουμε ότι:

1. Η ηπατίτιδα είναι μία ύπουλη ασθένεια καθώς, δεν γίνεται αντιληπτή από την πρώτη στιγμή ενώ ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται μπορεί να προκαλέσει άσχημες συνέπειες όπως κίρρωση του ήπατος.
2. Κάποιοι ασθενείς εισήχθησαν στο νοσοκομείο με κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας και μετά από εργαστηριακές εξετάσεις προέκυψε ότι έπασχαν από την νόσο της ηπατίτιδας.
3. Τα άτομα που πάσχουν από ηπατίτιδα είναι ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλλου και κοινωνικής τάξεως.
4. Η ηπατίτιδα Β είναι πιο συχνή σε αντίθεση με την ηπατίτιδα Α και C, ενώ δεν βρέθηκαν περιστατικά με ηπατίτιδα D και E.
5. Το ποσοστό των ατόμων που εισήλθαν στο νοσοκομείο με χρόνια ηπατίτιδα ανέρχεται στο 8,3%.
6. Το ποσοστό θανάτου των ατόμων που έπασχαν από ηπατίτιδα περιορίζεται στο 8,3%.
7. Ως συχνότερη αιτία θανάτου αναφέρεται το τελευταίο στάδιο της νόσου που είναι κίρρωση του ήπατος και CA του ήπατος.

8. Το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) των ατόμων που πάσχει από τη νόσο είναι ενήλικες και κατοικεί στην Πάτρα ενώ το μικρότερο (4,2%) ανήλικα.

9. Η πλειοψηφία των ασθενών νοσηλεύθηκαν από 5 έως 7 ημέρες, ενώ μικρό ποσοστό ασθενών νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα άτομα που εισήλθαν στο χώρο του νοσοκομείου έπασχαν είδη από κίρρωση του ήπατος που οφείλεται σε κάποια μορφή ηπατίτιδας. Αυτό αποδεικνύει ότι η ηπατίτιδα δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή από τα άτομα και αυτό οφείλεται κυρίως στην ελλιπή ενημέρωση του πληθυσμού.

ΩΦΕΛΕΙΕΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής εργασίας προέκυψαν κάποια συμπεράσματα τα οποία μπορούν να ωφελήσουν τόσο τους ηπατοπαθείς ασθενείς και το περιβάλλον τους, όσο και την ίδια την νοσηλευτική καθώς, οι νοσηλευτές έχοντας υπ' όψη τα συμπτώματα μπορούν να παρέμβουν έγκαιρα και αποτελεσματικά στην πρόληψη αλλά και στην θεραπεία της νόσου.

- Αποδείχθηκε από την έρευνα ότι οι πλειοψηφία των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με ηπατίτιδα ήταν γυναίκες σε ποσοστό 54,2%, ενώ το ποσοστό των ανδρών ανέρχεται στο 45,8%.
- Διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών 62,5% ήταν ενήλικες, το 33,3% ηλικιωμένοι, ενώ μόλις το 4,25 των ασθενών ήταν ανήλικοι.
- Διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ενηλίκων 37,5% νοσηλεύθηκε 5 έως 7 ημέρες, ενώ μόλις το 8,3% νοσηλεύθηκε λιγότερες από 5 ημέρες.
- Αποδείχθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (41,7%) που εισήχθησαν στο νοσοκομείο παρουσίαζαν πυρετό και ίκτερο και η πλειοψηφία των ασθενών αυτών (29,2%) δεν ξεπέρασε τις 7 ημέρες νοσηλείας.

Για να αποβούν ωφέλιμα τα παραπάνω συμπεράσματα πρέπει να προταθούν ορισμένα μέτρα όπως:

1. Η δημιουργία νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων έτσι ώστε οι νοσηλευτές γνωρίζοντας τους τρόπους μετάδοσης της νόσου να είναι σε θέση να λαμβάνουν μέτρα προφύλαξης τόσο για τους ίδιους όσο και για τους υπόλοιπους ασθενείς.
2. Η συνεισφορά της νοσηλευτικής επιστήμης στην πρόληψη είναι αναγκαία καθώς προστατεύει το κοινό από δυσμενής συνέπειες της νόσου με την ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης, τα μέτρα προφύλαξης από τη νόσο αλλά και την εκπαίδευση του κοινού.
3. Η έρευνα και η γνώσεις που προσκομίζονται από αυτή βοηθούν στην ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας έτσι ώστε με την πάροδο

του χρόνου η ηπατίτιδα να θεωρηθεί ασθένεια με ευνοϊκή πορεία που θα καταλήγει σε πλήρη ανάρρωση και θα έχει μικρό ποσοστό θνησιμότητας.

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση και τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ηπατίτιδας αλλά και στην πρόληψή της.

Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και εκτός όπως σε σχολεία και κοινότητες όπου με το συνεχή έλεγχο και τον απαραίτητο εμβολιασμό προφυλάσσει το κοινό από τη νόσο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες θεωρούνται από τις σοβαρότερες και σημαντικότερες λοιμώξεις του ηπατικού παρεγχύματος, γεγονός που διαφαίνεται τόσο από την έξαρση που υπάρχει στις μέρες μας όσο κι από τη βαριά πρόγνωση που συνοδεύει πολλές από αυτές.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διαφωτίσει αλλά και να ευαισθητοποιήσει τους μέλλοντες νοσηλευτές έτσι ώστε να έχουν εφόδια και γνώσεις για να παρέμβουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της νόσου.

Το δείγμα που επιλέχθηκε για την μελέτη αυτή ήταν ασθενείς με ηπατίτιδα που προσήλθαν στο Γ.Ν.Π Αγ. Ανδρέας στο τμήμα της παθολογικής κλινικής από 1/1/2004 έως 31/7/2004 και 1/1/2005 έως 31/7/2005. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το νοσηλευτικό ιστορικό κάθε ασθενούς μετά από καταγραφή των περιστατικών από το μητρώο των εισαχθέντων στην κλινική. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η περιγραφική έρευνα και συγκεκριμένα η αναδρομική μελέτη όσον αφορά την νοσηλευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων εισαγωγής στο νοσοκομείο ασθενών με ηπατίτιδα.

Από την μελέτη διαπιστώθηκε ότι από τα 24 περιστατικά που ευρέθησαν το 41,7% παρουσίαζε ίκτερο, επίσης στο ίδιο ποσοστό ανέρχονταν και τα εμπύρετα περιστατικά. Ακόμα διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 25% οι ασθενείς εμφάνισαν αναιμία και ανορεξία, ενώ σε ποσοστό 20,8% παρουσίαζαν υπέρχρωση ούρων, αποχρωματισμό κοπράνων και ωχρότητα. Επίσης σε ποσοστό 12,5% διαπιστώθηκε κισσοραγία και κίρρωση, ενώ το 8,3% παρουσίαζε κοιλιακό άλγος. Τέλος το 4,2% παρουσίαζε αιματέμεση και ασκίτη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υπήρξαν περιστατικά με ηπατική εγκεφαλίτιδα και εγκεφαλοπάθεια.

Από τη συσχέτιση των συμπτωμάτων εισαγωγής στο νοσοκομείο των ασθενών με το φύλο την ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών (54,2%) που πάσχουν από την νόσο υπερτερεί των ανδρών (45,8%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων(37,5%) νοσηλεύτηκε 5-7 ημέρες ενώ το μικρότερο (8,3%) λιγότερες από 5 μέρες. Επίσης το 29,2% των ασθενών που παρουσίαζαν ίκτερο και πυρετό νοσηλεύτηκαν 5-7 ημέρες ενώ οι ίδιες ημέρες

νοσηλείας παρατηρήθηκαν στο 25% των ασθενών οι οποίοι εμφάνισαν ανορεξία. Ακόμα η πλειοψηφία των ανδρών (20,8%) παρουσίαζε ίκτερο, αντίθετα η πλειοψηφία των γυναικών (25%) παρουσίαζε πυρετό. Τέλος αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το ποσοστό των ανηλίκων που προσήλθαν ανέρχεται μόλις στο 4,2%.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι η ιογενής ηπατίτιδα είναι μία ύπουλη ασθένεια καθώς, προσβάλλει άτομα ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας και κοινωνικής τάξεως χωρίς να γίνεται άμεσα αντιληπτή. Εμφανίζεται με διάφορα συμπτώματα και μεταδίδεται με ποικίλους τρόπους, ενώ ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται μπορεί να προκαλέσει σοβαρότερα προβλήματα όπως κίρρωση του ήπατος και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Γι' αυτό το λόγο η έρευνα και η γνώσεις που προσκομίζονται από αυτή βοηθούν στην ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας έτσι ώστε με την πάροδο του χρόνου η ηπατίτιδα να θεωρηθεί ασθένεια με ευνοϊκή πορεία που θα καταλήγει σε πλήρη ανάρρωση και θα έχει μικρό ποσοστό θνησιμότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζήσης Θ., Σημειώσεις Ανατομίας, Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1999, σ. 142-148
2. Υγεία, Εγκυκλοπαίδεια, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1993
3. Ακριβιάδης Ε., Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις University Studio Press, Έκδοση 2^η, Θεσσαλονίκη 2001, σ. 685-688
4. Αγοραστός Ι., Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Έκδοση 2^η, Θεσσαλονίκη 2001, σ. 697-706
5. Harrison T.R., Εσωτερική παθολογία, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις University Studio Press, Έκδοση 12^η, Αθήνα 1994, σ. 1725-1744
6. Παπαευαγγάλου Γ., Το πρόβλημα της ηπατίτιδας Β παγκοσμίως και η Ελληνική πραγματικότητα. Επιδημιολογία-πρόληψη, Συμπόσια 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Σύγχρονη διάσταση της ηπατίτιδας Β και C, Εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 2000, σ. 7-9
7. Ζέλλου Α., Νέες ηπατίτιδες, www.iatikionline.gr, 2004
8. Δουμπόγιας Ι., Τσακρής Α., Κλινική Μικροβιολογία, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000, σ. 225-241

9. Tierney L., Mirhee S., Papadaskis M., Σύγχρονη, Διαγνωστική και Θεραπευτική, Επιμέλεια Λουκόπουλος Δ., Τόμος 11^{ος}, Εκδόσεις Παρισιάνος, Έκδοση 3^η, Αθήνα 2001, σ. 995-1012
10. Μανωλάκη Ν., Ηπατίτιδα Α και Β, Pharma News, Μηνιαίο Περιοδικό, τεύχος 125, Έτος 13^ο, Μάρτιος 2004, σ. 50-53
11. Καποτάς Ν., Παθολογία μικρόβια και λοιμώξεις, Αθήνα 2003 σ. 162-172
12. Καρατζά Χ., Νικολοπούλου Β., Παθολογία ΙΙ, Τεύχος 3^ο, Πάτρα 2003, σ. 11-21
13. Κωσταντόπουλος Α., Χατζηπαναγής Α., Λοιμώξεις-Ηπατίτιδες, www.pediatros.com , 2002-2005
14. Καλκάκη-Μπουσιάκου Ε., Γενική Μικροβιολογία, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 1996, σ. 293-297
15. Μουτσόπουλος Χ., Εμμανουήλ Δ., Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σ. 398-401
16. Κολυνης Ν., Διαλέξεις Νοσολογίας Ι, Πάτρα 1997, σ. 15-16
17. www.care.gr, 2002
18. Ζήμαλης Ε., Νόσοι του πεπτικού και του ήπατος-Ηπατίτιδα, μια αρρώστια ύπουλη και επικίνδυνη, www.iatronet.gr
19. Andreoli, Benett, Carpenter, Plum, Βασική Παθολογία, Μετάφραση-Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Λίτσας, Έκδοση 4^η, σ. 414-418
20. Harisson T.R., Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Έκδοση 10^η, Αθήνα 1988, σ. 2370-1382

21. Γκουρνέλης Θ., Υγιεινή, Εκδόσεις Μπαχαρίδη, Έκδοση 1^η, Θεσσαλονίκη 1992, σ. 42-54
22. Ελληνικό ίδρυμα γαστρεντερολογίας και διατροφής, Ιογενείς Ηπατίτιδες, www.iatronet.gr
23. Γολεμάτης Β., Κοκκότου Ε., Χειρουργική, aids και ηπατίτιδα Β, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σ. 137-175
24. Κοσκινάς Ι., Σύγχρονη διάσταση της ηπατίτιδας Β και C. Ο ρόλος του παθολόγου/Διάγνωση, Συμπόσια 26^ο ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Σύγχρονη διάσταση της ηπατίτιδας Β και C, Εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 2000, σ. 59-73
25. Αυγερίδης Κ., Καλλινίκου-Μανιάτη Α., Βασικές γνώσεις προσέλευσης αιμοδοτών, Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα 1995, σ. 52-55
26. Qvadreh H., Νόσοι του πεπτικού και του ήπατος-Ηπατίτιδα Α, www.iatronet.gr
27. Παπαθεοδωρίδης Γ., Γερμανίδης Γ., Κατευθυντήριες οδηγίες θεραπευτικής παρεμβάσεως σε ασθενείς με λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β ή C, www.keel.org, Αθήνα 2003
28. Νούλα Μ., Θεοδοσοπούλου Ευθυμίου Ε., Ηπατίτιδα Β : Επιδημιολογία – Ανοσοπροφύλαξη
29. Αποστολοπούλου-Χατζηδάκη Μ., Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας, Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Δομική, 2002, σ. 70-71

30. Τσαντούλας Δ., Ηπατίτιδα C, www.in.gr.health/news, 2001
31. Σκληρός Ε., Αφρουδάκης Α., Ηπατίτιδα C :Τρόποι μετάδοσης, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τριμηνιαία Έκδοση Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής, τόμος 7^{ος}, τεύχος 4^ο, Εκδόσεις Ελέγεια, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995, σ. 212-216
32. Σπαντίδος Δ., Καραχρήστος Α., Εργαζάκη Μ., Ο ιός της ηπατίτιδας C : Νεότερα δεδομένα, Εφαρμοσμένη κλινική μικροβιολογική και εργαστηριακή διαγνωστική, Διμηνιαία Έκδοση, Τόμος 10^{ος}, τεύχος 4^ο, Ιούλιος-Αύγουστος 1995, σ. 283-289
33. Χατζηγιάννης Σ., Ηπατίτιδα C, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σ. 84-89
34. Ντουράνης Σ., Θεραπεία της χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας, Ιατρική, Μηνιαία Έκδοση Εταιρίας Ιατρικών Σπουδών, τόμος 78^{ος}, τεύχος 6^ο. Δεκέμβριος 2000, σ. 532-533
35. Υφαντόπουλος Ι., Πιερράκος Γ., Κοινωνικό-οικονομικές διαστάσεις της ηπατίτιδας Β και C, Συμπόσια 26^ο ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Σύγχρονη Διάσταση της Ηπατίτιδας Β και C", Εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 2000, σ. 78-79
36. Ταρμάγκος Α., Μαθήματα εσωτερικής παθολογίας, Εκδόσεις Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1994, σ. 103-124
37. Ελευσινιώτης Ι. Καρβουντζής Γ., Θεραπεία ιογενούς ηπατίτιδας Αρεταίος, Τριμηνιαία επιστημονική έκδοση, τόμος 4^{ος}, τεύχος 16^ο, Εκδόσεις Αρεταίος Ε.Π.Ε., Απρίλιος- Ιούνιος 2001, σ. 350-354

38. Βακαλόπουλος Α., Χολογκιτάς Ε., Μάνεσης Ε., Επιπολασμός ηπατίτιδας β και D στον ελληνικό χώρο. Νεώτερα επιδημιολογικά δεδομένα, Ιατρική, μηνιαία έκδοση εταιρίας ιατρικών σπουδών, τόμος 86, τεύχος 5^ο, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα Νοέμβριος 2004, σ. 406-407
39. Τασσόπουλος ν., Η εξέλιξη της ιογενούς ηπατίτιδας στον τόπο μας, Ιατρική, Μηνιαία Έκδοση Εταιρίας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 65, Τεύχος 1^ο, Αθήνα Ιανουάριος 1994
40. Bouchier I., Davidson's principlew and practice of Medicine, Εκδόσεις Churchill Kivingstone, έκδοση 12^η, 1995, σ. 492-498
41. Χυτίρογλου Π., Παπαδημητρίου Κ., Προς μια νέα ταξινόμηση της χρόνιας ηπατίτιδας, Ελληνική Ιατρική, Διμηνιαίο περιοδικό της ιατρικής εταιρίας Θεσσαλονίκης, τόμος 62, Τεύχος 11^ο, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, σ. 319-320
42. Hecht Y., Για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές, Μετάφραση: Θωμόπουλος Γ., Εκδόσεις Φυτράκης-Hachette, 1985, σ. 27-39
43. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2002, σ. 326-332
44. Σακκά Κ., Ηπατίτιδα Α, Β, C, D, E - Νοσηλευτική Παρέμβαση, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Μπατσολάκη Μ, Πάτρα 2000, σ. 193-198
45. Τσούρτζου Α., Ηπατίτιδες και νοσηλευτική φροντίδα, Πτυχιακή εργασία, Εισηγητής Κούνης Ν, Πάτρα, σ. 50
46. Βέρρας Δ., Ηπατίτιδες και νοσηλευτική φροντίδα, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Μπατζή Ε., Πάτρα 1998, σ. 101-119

- 47.** Ulrich, Canale, Wendell, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική : Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας, Μετάφραση: Αγγελόπουλος Ν., Νικολακάς Σ., Λορετζιάδης Μ., Εκδόσεις Λαγός, Έκδοση 3^η, Αθήνα 1997, σ. 765-803
- 48.** Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ., Νοσηλευτική: Γενική, Παθολογική, Χειρουργική, Τόμος Α', Εκδόσεις: Η Ταβιθα, Έκδοση 23^η, Αθήνα 2002, σ. 379-392
- 49.** Δεστοράκης Ι., Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι, Πάτρα 1999
- 50.** Σαχίνη- Καρδάση Α., Μεθοδολογία έρευνας-Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις Βήτα, Έκδοση Γ', Αθήνα 2004, σ. 17-27

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

<< Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ >>

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΛ. 2610227915

ΔΙΑΙΤΑ ΗΠΑΤΟΠΑΘΟΥΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Απαγορεύονται όλα τα οινοπνευματώδη ποτά
2. Οι τροφές να είναι ελαφρώς αλατισμένες
3. Η διαίτα να είναι πλούσια σε χορταρικά και φρούτα
4. Η διαίτα να είναι πλούσια σε αμυλούχες τροφές

ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ

Γάλα κατά προτίμηση αποβουτυρωμένο και γιαούρτι άπαχο

Κρέμα, ρυζόγαλο

Καφές, τσάι, αναψυκτικό

Σούπες χωρίς λίπος

Κρέας άπαχο, ψητό ή βραστό, μοσχάρι, κοτόπουλο χωρίς δέρμα

Ψάρια άπαχα ψητά ή βραστά (βακαλάος, λυθρίνι, γλώσσα, τσιπούρα κλπ)

Τυριά: μυζήθρα και μικρή ποσότητα κασέρι

Ασπράδι αυγού ελεύθερα

Ψωμί λευκό ή πιτυρούχο
Ζυμαρικά, πατάτες, χωρίς λίπος
Λαχανικά: κολοκυθάκια, καρότα, ντομάτα, αγγούρι, σπαράγγια,
παντζάρια, φασολάκια, άγρια χόρτα, αγκινάρες, μαρούλι
Φρούτα: όλα τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι κομπόστες
Ζάχαρη, μέλι, μαρμελάδες, ζελέ φρούτων

ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Πλήρες γάλα, σοκολατούχο
Όλα τα οινόπνευματώδη ποτά
Χοιρινό, αρνί, εντόσθια, μυαλά, αλλαντικά
Όλα τα λιπαρά ψάρια (σαρδέλες, κεφαλόπουλα, γαύρος κλπ)
Λιπαρά και αλμυρά τυριά
Τηγανιτές τροφές
Όλα τα χορταρικά τα μαγειρεμένα με λίπη και τα: κουνουπίδι,
μελιτζάνες, σέσκλα, κρεμμύδια
Όσπρια
Ξηροί καρποί, ελιές
Όλα τα γλυκά εκτός των επιτρεπομένων
Σαλάτες με λιπαρά και μπαχαρικά

Η ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ
Α. ΠΥΡΟΜΑΛΛΗ

