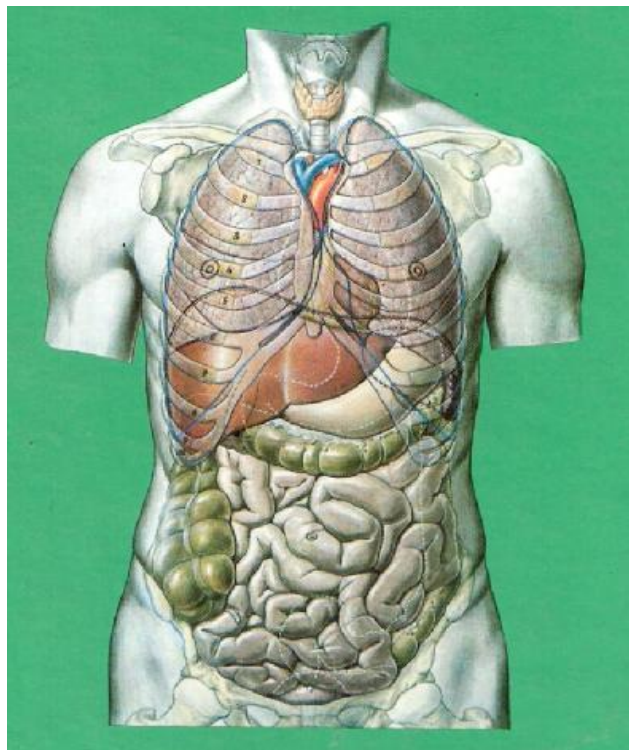


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

«ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. Ζήσης

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: Μητροπούλου Αικατερίνη
Μανώνα Μαρία**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ
2007-2008**

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Ζήση που μας βοήθησε να φέρουμε εις πέρας την εργασία αυτή.

Επίσης θέλουμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες της σχολής μας για το μεγάλο έργο τους και τις γνώσεις που μας προσέφεραν στον τομέα της υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ	
1.1. ΗΠΑΡ	10
1.2. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ	10
1.3. ΥΦΗ ΗΠΑΤΟΣ	11
1.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	11
1.5. ΔΟΙΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	13
1.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α	
2.1. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ	15
2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ	15
2.1.2. ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	17
2.1.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	18
2.1.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	19
2.1.5. ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	22
2.1.6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΩΝ	22
2.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α – ΟΡΙΣΜΟΣ	23
2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	23
2.4. ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	25
2.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	26
2.6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	27

2.7. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	27
2.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	28
2.9. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

3.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΑΠΟ ΤΑ ΠΙΟ ΔΙΑΔΕΔΟΜΕΝΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	32
3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ	33
3.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	33
3.4. ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	36
3.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	36
3.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	37
3.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	37
3.8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	39
3.9. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	39
3.9.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	39
3.9.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	40
3.9.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ	40
3.9.4. ΠΡΟΛΗΨΗ	41
3.10. ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	42
3.10.1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	42
3.10.2. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	42
3.10.3. ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	43
3.10.4. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C, D, E, G

4.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C: Η ΣΙΩΠΗΛΗ ΝΟΣΟΣ	
-----------------------------------	--

4.1.1. Επιδημιολογία	
Τι είναι και που οφείλεται η ηπατίτιδα C	45
4.1.2. Τρόποι μετάδοσης	46
4.1.3. Πως δεν μεταδίδεται ο ιός	48
4.1.4. Πως προλαμβάνεται η ηπατίτιδα	48
4.1.5. Ποια είναι τα συμπτώματα της ηπατίτιδας C	49
4.1.6. Η διάγνωση της ηπατίτιδας C	49
4.1.7. Προφυλάξεις – πρόσθετες εξετάσεις	51
4.1.8. Υπάρχει ειδική δίαιτα για την ηπατίτιδα C	51
4.1.9. Θεραπεία	52
4.2. Ηπατίτιδα D	52
4.2.1. Θεραπεία	54
4.2.2. Προφύλαξη	54
4.2.3. Χρόνια ηπατίτιδα D	54
4.3. Ηπατίτιδα E	
Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα	55
4.3.1. Προφύλαξη	55
4.4. Ηπατίτιδα G	56
4.4.1. Άλλοι ιοί	56
4.4.2. Αλκοολική ηπατίτιδα	56
4.4.3. Διάγνωση	56
4.4.4. Διαφορική διάγνωση	57
4.4.5. Κλινική εικόνα	57
4.4.6. Εργαστηριακά ευρήματα	57
4.4.7. Συχνότητα	58
4.4.8. Θεραπεία	58
4.4.9. Πρόγνωση	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

5.1. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	60
5.1.1. ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	60

5.1.2. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	61
5.1.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΧΕΗ	62
5.1.4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	63
5.1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	63
ΔΙΑΦΟΡΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	64
5.2. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	68
5.3. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C	69
5.4. ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ – ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

6.1. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	75
6.2. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	76
6.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ	78
7.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	78
7.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ	79
7.2.2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	80
7.2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	80
7.3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	82
7.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	88
7.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	88
7.5.1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ	89
7.5.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ	91
7.5.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	92
7.5.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΙΝΗΣΙΑΣ	97

7.5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	98
7.5.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	99
7.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ	100
7.6.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	103
7.6.2. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ	104
7.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	106
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	108
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πριν από 30-35 χρόνια οι γνώσεις για την ηπατίτιδα ήταν σχεδόν νηπιακές συγκρινόμενες με το πλήθος των επιστημονικών στοιχεία που υπάρχουν διαθέσιμα σήμερα.

Γνωρίζουμε ήδη αρκετούς τύπους ιών που προκαλούν ηπατίτιδα, γνωρίζουμε πλήρως την φυσική ιστορία και επιδημιολογία των διαφόρων γνωστών μορφών της νόσου, έχουν αναπτυχθεί επιτυχημένα προφυλακτικά εμβόλια για την ηπατίτιδα Α και Β, αρκετά θεραπευτικά σχήματα για τις χρόνιες μορφές Β και C.

Είναι διαπιστωμένο από έρευνες πολλών ετών ότι η ηπατίτιδα είναι από τις πλέον σοβαρότερες λοιμώξεις και αυτό διαπιστώνεται και από την έξαρση που παρατηρείται στις μέρες μας και εξακολουθεί να αποτελεί για τη σημερινή κοινωνία ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας με πολλές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τα παρακάτω θα προσπαθήσουμε μέσα από την εργασία μας να δώσουμε μια σαφή εικόνα του θέματος «ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» έχοντας ως σκοπό να ευαισθητοποιήσουμε και να διαφωτίσουμε τους αναγνώστες μας για το μέγεθος του προβλήματος.

Στην εργασία μας αναφερόμαστε στις μορφές της ηπατίτιδας και στη νοσηλευτική παρέμβαση ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα.

ΜΕΡΟΣ
ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

1.1. ΗΠΑΡ

Το ήπαρ βρίσκεται κάτω από το διάφραγμα και καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του δεξιού υποχονδρίου, επεκτεινόμενο και στο αριστερό υποχόνδριο. Έχει χρώμα καστανέρυθρο και σύσταση συμπαγή, αλλά εύθρυπτη, με αποτέλεσμα να υφίσταται εύκολα ρήξη. Το μέσο βάρος του χωρίς το περιεχόμενο αίμα, είναι 2 χιλιόγραμμα, αλλά αυτό ποικίλλει πολύ από άτομο σε άτομο. Στον ενήλικο αποτελεί κατά μέσον όρο το 1/39 του βάρους ολόκληρου του σώματος. Κατά τη γέννηση είναι αναλογικά πολύ μεγαλύτερο ανερχόμενο στο 1/23 του βάρους του σώματος. Οι διαστάσεις του είναι από δεξιά προς τα αριστερά 28 έως 30 εκατοστόμετρα, από εμπρός προς τα πίσω 16 εκατοστόμετρα και από επάνω προς τα κάτω 8 εκατοστόμετρα. Η περιγραφή του σχήματός του είναι δύσκολη, επειδή αυτό διαμορφώνεται από την προσπίεση των κοιλιακών τοιχωμάτων επάνω του. Το δεξιό του ήμισυ, πάντως, που είναι υποστρόγγυλο, πολύ ογκώδες και το πάχος του είναι το ίδιο με το ύψος του, αντιτίθεται προς το αριστερό του ήμισυ, που είναι λεπτό και μακρύ.

1.2 ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από το περιτόναιο, από το δρεπανοειδή σύνδεσμο και από 2 λοβούς, τον αριστερό και τον δεξιό. Ο δεξιός λοβός του ήπατος είναι μεγαλύτερος και αποτελεί τα 5/6 του ήπατος¹.

Στην άνω επιφάνεια του ήπατος διακρίνονται 3 μοίρες: α) η άνω μοίρα, β) η πρόσθια μοίρα και γ) η δεξιά μοίρα.

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται και αυτή από περιτόναιο και εμφανίζει 2 οβελιαίες αύλακες: α) την δεξιά και β) την αριστερή, που ενώνονται μεταξύ τους. Με τις οβελιαίες αύλακες η κάτω επιφάνεια του ήπατος χωρίζεται σε τρεις λοβούς: α) τον δεξιό, β) τον αριστερό και γ) τον τετράπλευρο. Στους λοβούς αυτούς συναντάμε διάφορα εντύπωμα που παράγονται από τα παρακείμενα όργανα. Έτσι στο δεξιό λοβό συναντάμε τον κολικό και το δεδεκαδακτυλικό εντύπωμα. Στον τετράπλευρο λοβό παρατηρούμε το πυλωρικό εντύπωμα και στον αριστερό λοβό, το γαστρικό εντύπωμα.

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

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

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

Η δεξιά και η αριστερή αύλακα χωρίζουν την οπίσθια επιφάνεια σε 3 λοβούς: α) ο δεξιός λοβός που δεν καλύπτεται από περιτόναιο και στον οποίο εμφανίζεται το επινεφρίδιο εντύπωμα, β) ο αριστερός λοβός στον οποίο εμφανίζεται το οισοφαγικό εντύπωμα και γ) ο κερκοφόρος λοβός, ο οποίος σχηματίζει δύο αποφύσεις: την κερκοειδή και το θηλοειδή φύμα.

1.3 ΥΦΗ ΗΠΑΤΟΣ

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

1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ανατομική του θέση και το ότι δέχεται διαμέσου της πυλαίας φλέβας το αίμα, το καθιστούν σαν τον κύριο ρυθμιστή του μεταβολισμού

των διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές πριν εισέλθουν στη γενική κυκλοφορία διέρχονται από τα ηπατικά κύτταρα. Το ήπαρ ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που είναι οι εξής:

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

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

- **Υδατάνθρακες**: Το ποσό της γλυκόζης, που δεν είναι απαραίτητο για την άμεση κυκλοφορία, μετατρέπεται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται σ' αυτό. Η διαδικασία αυτή λέγεται γλυκογένεση. Ακόμα και το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα.
- **Πρωτεΐνες**: Με τη βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσό των λευκωμάτων και του ινωδογόνου του πλάσματος. Ακόμη συνθέτει ικανοποιητικό ποσό α' και β' σφαιρίνης και τις περισσότερες από τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος. Επίσης το ήπαρ θεωρείται ότι είναι το κύριο όργανο διάσπασης του ουρικού οξέος.
- **Λίπη**: Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των λιπών συνίσταται στην έκκριση της χολής, η οποία ενεργοποιεί την λίπανση του παγκρέατος, που γαλακτοματοποιεί τα λίπη διευκολύνοντας έτσι την απορρόφησή του από τον εντερικό σωλήνα.

2. Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μία από τις σπουδαιότερες παραγωγικές λειτουργίες του ήπατος. Η χολερυθρίνη σχηματίζεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η χολερυθρίνη αυτή ονομάζεται έμμεση και μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα ηπατικά κύτταρα. Η άμεση χολερυθρίνη σχηματίζεται από την ένωση του κλυκουρανικού οξέος με την έμμεση χολερυθρίνη και εκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή.

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

3. Αποταμιευτική λειτουργία: Το ήπαρ θεωρείται το κατ' εξοχήν όργανο αποταμίευσης ουσιών που είναι χρήσιμες στον οργανισμό. Τέτοιες είναι: οι βιταμίνες Β, D, Κ, ο σίδηρος, ο χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές αποταμιεύονται στο ήπαρ για να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό όταν θα τις έχει ανάγκη².

4. Εκκριτική λειτουργία: Το κυριότερο προϊόν που εκκρίνει το ήπαρ είναι η χολή. Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα και φυσιολογικά αποθηκεύεται στην χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειαστεί στο δωδεκαδάκτυλο. Το συνολικό ποσό της καθημερινά εκκρινόμενης χολής³.

1.5 ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος είναι ένα από τα σπουδαιότερα και δυσκολότερα κλινικά προβλήματα. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία αν σκεφτεί κανείς την βαρύτητα της πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών. Υπάρχουν πολλές εργαστηριακές εξετάσεις και δοκιμασίες που έχουν σαν σκοπό τον έλεγχο της

φυσιολογικής λειτουργίας του ήπατος. Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι χρήσιμες και ενδείκνυνται στις παρακάτω περιπτώσεις.

- A) Στην διαφορική διάγνωση του ίκτερου
- B) Την επιβεβαίωση της παρουσίας κάποιας ηπατοπάθειας
- Γ) Την πρόγνωση κάποιας ηπατοπάθειας
- Δ) Την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

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

- α) η βιοψία ήπατος
- β) η αγγειογραφία

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

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

- Αλλοίωση του δέρματος
- Ενδοκρινικές διαταραχές που εμφανίζονται σε ασθενείς με ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια.
- Διόγκωση της κοιλιάς που οφείλεται συνήθως στην ύπαρξη ασκήτη όπου η κοιλιά παίρνει συνήθως «βατραχοειδές» σχήμα.
- Διόγκωση του ήπατος. Η ομαλή ή η ανώμαλη διόγκωση τυχόν διαπίστωση όζων, αποτελούν σημαντικά στοιχεία της φυσικής εξέτασης.
- Διόγκωση του σπλήνα⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

2.1 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

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

2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ

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

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

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

1. Την απομάκρυνση ή εξάλειψη της πηγής του παθογόνου μικροοργανισμού.
2. Στην διακοπή ή περιορισμό της διαδικασίας μετάδοσης.
3. Στην ενίσχυση της συλλογικής ανοσίας του πληθυσμού (μείωση του αριθμού των επιδεκτικών ατόμων) με παθητική ή ενεργητική ανοσοποίηση.

Υπόδοχο ή δεξαμενή ενός λοιμογόνου παράγοντα μπορεί να είναι μέλη του ζωικού βασιλείου (ο άνθρωπος, τ' αρθρόποδα π.χ. έντομα

(ξενιστές), καθώς και μέλη του άψυχου περιβάλλοντος, όπως νερό, έδαφος), όπου οι λοιμογόνου παράγοντες ζουν και πολλαπλασιάζονται.

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

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

	Μολυσματικότητα	Παθογονικότητα	Λοιμοτοξικότητα
Μεγάλη	Ιλαρά Ανεμοβλογιά Πολιομυελίτιδα	Ιλαρά Ανεμοβλογιά Κοινό Κρυσολόγημα	Ευλογιά
Μέση	Ερυθρά Παρωτίτιδα Κοινό κρυσολόγημα Φυματίωση	Ερυθρά Παρωτίτιδα Πολιομυελίτιδα Ηπατίτιδα Α	Πολιομυελίτιδα Φυματίωση Ηπατίτιδα Α Ερυθρά Ιλαρά Παρωτίτιδα Ανεμοβλογιά Κοινό κρυσολόγημα

2.1.2. ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

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

ΥΠΑΡΞΗ ΦΟΡΕΩΝ

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

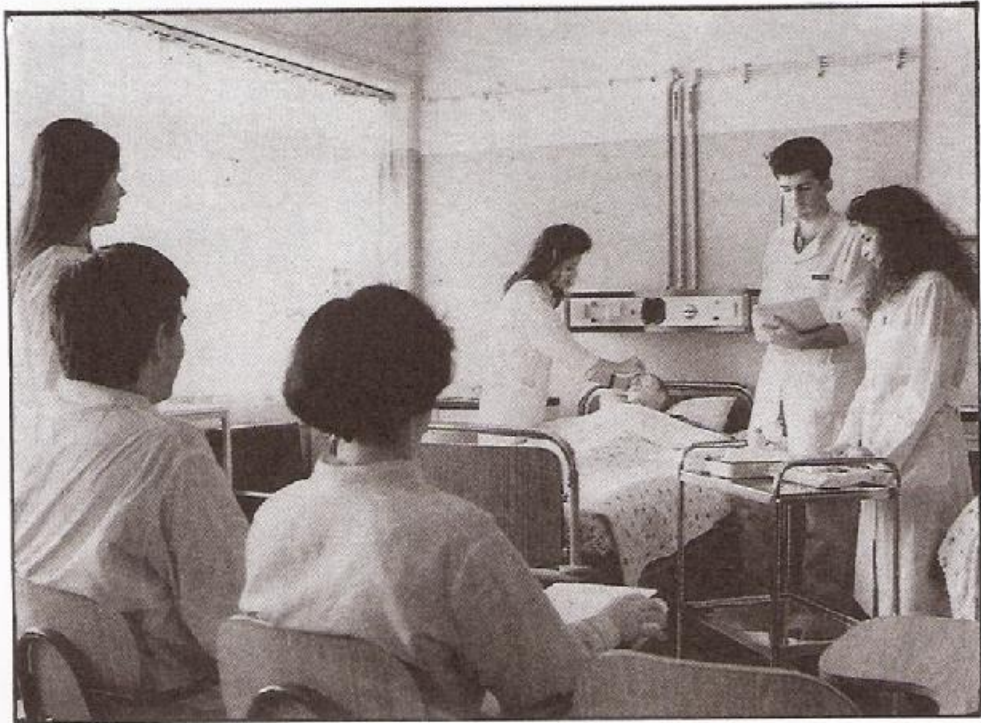
2.1.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

- **Άμεσοι** (δηλαδή άμεση χρονικά και τοπικά μεταφορά του λοιμογόνου παράγοντα από την πηγή στην κατάλληλη πύλη εισόδου των επιδεκτικών ατόμων).
 1. Άμεση μετάδοση με ανθρώπους (φιλία, αγκαλιά, σεξ) π.χ. απλός έρπητας, β – αιμολυτικός στρεπτόκοκκος από δερματικές βλάβες, RSV με τα χέρια που έχουν μολυνθεί με τις εκκρίσεις του μολυσμένου ατόμου, κοπρανοστοματική οδός π.χ. ηπατίτιδα, σιγκέλα, λάμβλια. Το καλό και συχνό πλύσιμο των χεριών αποτελεί το αποτελεσματικότερο και ίσως μοναδικό μέσο προφύλαξης για τα παθογόνα που μεταδίδονται με αυτόν τον τρόπο.
 2. Άμεση μετάδοση με σταγονίδια, που μεταφέρουν μεγάλο αριθμό μικροβίων και ιών και παράγονται κατά χιλιάδες κατά την διάρκεια του βήχα, του πταρμού και της ομιλίας (προφορά του τ) είναι η στενή και παρατεταμένη επαφή μεταξύ των ατόμων. Η χρησιμοποίηση μιας μάσκας, η αραίωση των κρεβατιών, η μείωση του βαθμού συνωστισμού σε νοσοκομεία, κινηματογράφους, λεωφορεία, και η αποφυγή παραμονής σε κλειστούς πολυσύχναστους και με χωρίς καλό εξαερισμό χώρους κυρίως τους χειμερινούς μήνες.
 3. Άμεση επαφή με ζώα π.χ. μετά από δάγκωμα ή αμυχή. Βλάβη άλλη εκτός από δάγκωμα δεν προκαλεί λύσσα.
 4. Άμεση επαφή με ελεύθερο περιβάλλον σπόροι του κλωστηριδίου του τετάνου.
- **Έμμεσοι**. Η έμμεση μεταφορά, μπορεί να είναι:

1. Μέσω ενός άψυχου αγωγού με μικρό βεληνεκές, π.χ. αντικείμενα προσωπικής χρήσης, όπως σεντόνια, οδοντόβουρτσες, ποτήρια, μαντήλια κ.α. ή με μεγάλο βεληνεκές, όπως το νερό, τα τρόφιμα, το αίμα κ.α. και να μολύνουν πολλά άτομα, π.χ. γαστρεντερίτιδες.
2. Μέσω ενός έμψυχου διαβιβαστή, π.χ. ενός εντόμου.
3. Αερογενώς (με την σκόνη ή τους πυρήνες των σταγονιδίων).
Παράδειγμα η φυματίωση, η ιλαρά, κ.λ.π.
Μέτρα για την πρόληψη της αερογενούς μετάδοσης, αποτελούν ο καλός αερισμός των χώρων, η συστηματική καταπολέμηση της σκόνης και η απολύμανση του αέρα με υπεριώδη ακτινοβολία, όπου αυτό είναι αναγκαίο.

2.1.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

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





2.1.5. ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ

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

1. Η κακή κτιριακή υποδομή.
2. Ο μεγάλος αριθμός παιδιών σε σχέση με το προσωπικό
3. Οι εργαζόμενοι γονείς που αναγκάζονται πολλές φορές να στέλνουν τα άρρωστα παιδιά τους στο σταθμό.
4. Η περιέργεια, χαρακτηριστικό της ηλικίας και η ανάγκη για μεγαλύτερη και στενότερη επαφή μεταξύ τους αλλά και με το προσωπικό.
5. Η ανεπαρκής εκπαίδευση ή ευαισθητοποίηση του προσωπικού στο θέμα των λοιμώξεων αλλά και η έλλειψη πολιτικής για την λειτουργία των παιδικών σταθμών.

Βασικά μέτρα για την ελαχιστοποίηση των λοιμώξεων στους παιδικούς σταθμούς είναι:

1. Η διατήρηση καλής ατομικής υγιεινής.
2. Η διατήρηση καθαρού και υγιεινού περιβάλλοντος και
3. Το καλό και συχνό πλύσιμο των χεριών κάθε φορά που ο υπεύθυνος ασχολείται με ένα παιδί ή με τα τρόφιμα.

2.1.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΩΝ

Η αντιμετώπιση των επιδημιών, περιλαμβάνει:

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

Εξαρτάται από τη φύση και τα χαρακτηριστικά του. Π.χ. καταστροφή (αρουραίοι, χημειοπροφύλαξη και χημειοθεραπεία όταν το υπόδοχο είναι ο άνθρωπος).

3. Αύξηση της συλλογικής ανοσίας του πληθυσμού με την τεχνητή ενεργητική ή παθητική ανοσοποίηση⁵.

2.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α - ΟΡΙΣΜΟΣ

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

Αποτελεί την πρώτη μορφή ηπατίτιδας. Έγινε γνωστή γύρω στο 1940 και ονομάστηκε στην αρχή «λοιμώδης ηπατίτιδα». Κατατάσσεται μεταξύ των συχνότερων λοιμωδών νοσημάτων, διότι προκαλεί οξεία λοίμωξη, η οποία σχεδόν ποτέ δεν μεταπίπτει σε χρόνια μορφή και αφήνει μόνιμη ανοσία (δηλ. ο ασθενής δεν υπάρχει περίπτωση να νοσήσει ξανά από ηπατίτιδα Α). Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοϊάται σύντομα και δεν εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία⁶.

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

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

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

Στοιχεία για τον επιπολασμό παίρνουμε από τους αιμοδότες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ταξιδεύουν ετησίως περίπου 20 εκατομμύρια άνθρωποι, από τις βιομηχανικές χώρες σε αναπτυσσόμενες χώρες όπου η

συχνότητα της ηπατίτιδας Α είναι μεγάλη. Μεταξύ των ταξιδιωτών, βρίσκονται πολυάριθμοι νέοι, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην ηπατίτιδα Α. Το ποσοστό διασποράς στον πληθυσμό σχετίζεται από πολλούς παράγοντες⁷.

α) Επιδημιολογικό κατάσταση

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

β) Εποχικοί Παράγοντες

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

γ) Ηλικία

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

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

Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι στο ήμισυ περίπου των περιπτώσεων ηπατίτιδας Α, δεν μπορεί να προσδιοριστεί ειδικός παράγοντας κινδύνου. Στην κυτταροκαλλιέργεια, ο ιός της ηπατίτιδας Α αναπτύσσεται αργά, χωρίς να είναι κυτταρολογικός. Πειραματικά στοιχεία, δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια της λοίμωξης εμφανίζονται κυτταροτοξικά, ειδικά για το ιό Τ – κύτταρα, τα οποία πιθανώς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξάλειψη της λοίμωξης⁸.

2.4 ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

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

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

Η ηπατίτιδα Α, όπως και η ηπατίτιδα Β, εμφανίζεται πολύ συχνά σε ιδρύματα διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Η σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Α είναι γνωστή αλλά σπάνια. Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α σε μονάδες αιμοδιάλυσης είναι ασυνήθιστη. Η μετάδοσή της από χρήστες ναρκωτικών, γεγονός που είναι γνωστό για τις ηπατίτιδες Β και C, είναι άνευ σημασίας για την ηπατίτιδα Α. Το ίδιο ισχύει για την μετάδοσή της από τη μητέρα στο έμβryo. Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α με μετάγγιση αίματος είναι σπάνια.

Συνοψίζοντας, το σημαντικότερο κίνδυνο για λοίμωξη από HAV αποτελούν οι κακές συνθήκες υγιεινής με δυνατότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Α από ένα μολυσμένο άτομο σε ένα υγιές μέσω της κοπρανοστοματικής οδού. Συνεπώς, ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν

οι ταξιδιώτες, άρρενες ομοφυλόφιλοι, τρόφιμοι ιδρυμάτων διανοητικά καθυστερημένων ατόμων και παιδιά σε παιδικούς σταθμούς.

2.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

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

Μια οξεία ηπατίτιδα ξεκινά με απροσδιόριστα γαστρεντερικά ενοχλήματα, καταβολή, ναυτία και εμετούς. Μπορεί να παρατηρηθεί πυρετός μέχρι 30°C, όμοιο με της κοινής γρίπης χωρίς να υπάρχει τίποτε που θα μας κάνει να σκεφτούμε την ηπατίτιδα. Η νόσος εξελίσσεται υποκλινικά σε ποσοστό πάνω από 90% των ασθενών, που σημαίνει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων, δεν αποκαλύπτεται.

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

Το ήπαρ είναι στους περισσότερους ασθενείς λίγο διογκωμένο και επώδυνο στην πίεση, η υφή του μαλακή και η επιφάνειά του λεία. Περίπου το 25% των ασθενών, έχουν ψηλαφητή σπλήνα. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχουν παρατηρηθεί μικρές διογκώσεις τραχηλικών λεμφαδένων. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, η οξεία ηπατίτιδα Α, μπορεί να συνοδεύεται από ασκίτη. Ο ασκίτης πολλές φορές εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια του σταδίου ανάρρωσης, κυρίως σε παιδιά. Η ηλικία φαίνεται ότι έχει σημαντική επίδραση στην συμπτωματολογία της οξείας λοίμωξης.

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

2.6 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

Ευρισκόμενα στοιχεία εργαστηριακών εξετάσεων, όπως:

- Η αύξηση της δραστηριότητας των τρανσαμινασών στον ορό.
- Αύξηση των απεκκριτικών ενζύμων (αλκαλική φωσφατάση, γ – GT, LAP).
- Αύξηση συγκέντρωσης σιδήρου στον ορό (πάνω από 200mg/100 ml), αύξηση της συγκέντρωσης της χολερυθρίνης στον ορό (συνήθως μερικές μέρες μετά την αύξηση των τρανσαμινασών), αποτελούν ενδείξεις οξείας λοίμωξης.

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

Ανεύρεση τέτοιου είδους επιπλοκής, σε ασθενή με οξεία ηπατίτιδα, πρέπει να εγείρει την υποψία για κάποια άλλη κύρια νόσο. Το ίδιο ισχύει για την ηλεκτροφόρηση του ορού. Η ενδεχόμενη ανεύρεση υπέρ – γ – σφαιριναιμίας, πρέπει να μας κάνει να σκεφτούμε ότι υπάρχει χρόνια ηπατική νόσος άλλης αιτιολογίας, στο έδαφος της οποίας αναπτύχθηκε οξεία λοίμωξη από ιό Α⁹.

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

2.7. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

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

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

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

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

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

2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

Η θεραπεία μιας οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι ανεξάρτητη από το εκάστοτε αίτιο. Η παραμονή στο κρεβάτι είναι η συχνότερη συνιστώμενη θεραπεία. Η κλινική πείρα δείχνει, ότι οι ασθενείς, εξαιτίας των έντονων

συμπτωμάτων της νόσου, προτιμούν έτσι κι αλλιώς την ξεκούραση στο κρεβάτι.

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

Ένα ποσοστό των ασθενών διαμαρτύρεται για ναυτία και εμέτους. Σε ακατάσχετους εμέτους ενδείκνυται αγωγή με εγχύσεις, η οποία περιλαμβάνει χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θερμίδων. Τα διαλύματα γλυκόζης θεωρούνται ως τα πιο κατάλληλα για αυτή την περίπτωση¹⁰.

Η χορήγηση στεροειδών δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα. Όταν είναι απαραίτητη η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, θα πρέπει να χορηγούνται με τη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία. Πολυάριθμα φάρμακα προτείνονται με την μορφή έγχυσης ως «κοκτέιλ προστατευτικά του ήπατος». Αυτά είναι ακριβά, άχρηστα και σε αρκετές περιπτώσεις ότι επικίνδυνα για τον ασθενή. Επομένως, μια τέτοια θεραπεία δεν είναι ότι καλύτερο. Πολλοί ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα που εμφανίζει χολόσταση υποφέρουν από έντονο κνησμό. Σε αυτή την περίπτωση είναι κατάλληλη η χορήγηση φαρμάκων που δεσμεύουν τα χοληνεργικά οξέα και ίσως η χορήγηση αντισταμινικών.

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

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

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

- α. Διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ανοιχτών αεροφόρων οδών.
- β. Υποστήριξη της κυκλοφορίας
- γ. Έλεγχο της αιμορραγίας
- δ. Διόρθωση της υπογλυκαιμίας και θεραπεία άλλων επιπλοκών όπως της κωματικής κατάστασης.

2.9. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

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

α. Παθητική Ανοσοποίηση:

Η συνήθως γ- σφαιρίνη προφυλάσσει από την ηπατίτιδα Α. Άρα, κάποιος που θέλει να ταξιδέψει είναι καλό πριν την αναχώρησή του να γίνεται παθητική προφύλαξη με γ – σφαιρίνη. Η παθητική ανοσοπροφύλαξη με ανοσοσφαιρίνη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, είτε χορηγηθεί πριν από την έκθεση, είτε μετά την εκδήλωση της επιδημίας ηπατίτιδας Α. Η ανοσοποίηση επαναλαμβάνεται μετά από 4 μήνες εφόσον παραμένει ο κίνδυνος προσβολής από ηπατίτιδα. Η αξία ενός τέτοιου μέτρου έχει αποδειχθεί.

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

β) Ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμός):

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

Διαθέσιμα σκευάσματα

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

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

Αντενδείξεις

- υπερευαισθησία στο φάρμακο
- οξεία εμπύρετα νοσήματα

Ανεπιθύμητες ενέργειες

- τοπικές ή συστηματικές αντιδράσεις
- κεφαλαλγία
- γαστρεντερικές διαταραχές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

3.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΑΠΟ ΤΑ ΠΙΟ ΔΙΑΔΕΔΟΜΕΝΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

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

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

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

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

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

Το νεόπλασμα αναπτύσσεται 25-30 χρόνια μετά τη μόλυνση, ενώ είναι πολύ συχνότερο, όταν συνυπάρχει με τον ιό του AIDS. Οι συνέπειες της ηπατίτιδας Β, δηλαδή η κίρρωση και ο καρκίνος του ήπατος, έχουν ως αποτέλεσμα ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως σ' ολόκληρο τον κόσμο¹¹.

3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ

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

3.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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

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

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

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

Ο ιός Β μπορεί ακόμη να μεταδοθεί και με άλλους τρόπους, όπως π.χ. με τη σεξουαλική επαφή. Η μόλυνση είναι δυνατή με την ετεροσεξουαλική επαφή, αλλά η συχνότητα στην περίπτωση αυτή δεν είναι

πολύ καλά καθορισμένη. Αντίθετα, η μόλυνση στους ομοφυλόφιλους άνδρες είναι πολύ πιο συχνή.

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

Η επίπτωση της ηπατίτιδας Β ποικίλλει σημαντικά παγκοσμίως, από περιοχές χαμηλής ενδημικότητας όπου λιγότερο από το 1% των ενηλίκων είναι χρόνιοι φορείς και λιγότερο από το 10% παρουσιάζουν ενδείξεις προηγηθείσης έκθεσης στην ηπατίτιδα Β (Ην. Πολιτείες, Καναδάς, Δ. Ευρώπη), προς περιοχές υψηλής ενδημικότητας όπου 2-15% των ενηλίκων είναι χρόνιοι φορείς και 30-100% των ενηλίκων φέρουν δείκτες προηγηθείσας λοίμωξης από ηπατίτιδα Β (Αφρική, Ασία και Ωκεανία). Περισσότερο από το 75% του παγκόσμιου πληθυσμού ζει σε περιοχές μέσης και υψηλής ενδημικότητας. Ο Maynard και συν. Υπολογίζουν ότι 1,3 εκατομμύρια από τα περίπου 122 εκατομμύρια μωρά που θα γεννηθούν στις περιοχές αυτές το 1985 θα καταλήξουν από χρόνιες επιπλοκές της λοίμωξης από ηπατίτιδα Β.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάστασης χρόνιας ιοφορίας και η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται άμεσα με την ηλικία κατά την οποία αποκτάται η ηπατίτιδα Β. Ο παράγοντας αυτός ερμηνεύει τα υψηλά ποσοστά φορέων σε περιοχές υψηλής ενδημικότητας. Στις χώρες αυτές η ηπατίτιδα Β αποκτάται συνήθως κατά την πρώιμη παιδική ζωή με κάθετη μετάδοση από μητέρα φορέα ή οριζόντια μετάδοση συνεπεία επαφής με φορέα μέσω ανοικτού τραύματος ή αλλοίωσης του δέρματος. Αντιθέτως σε περιοχές χαμηλής ενδημικότητας, η μετάδοση επιτελείται κυρίως μέσω σεξουαλικής ή παρεντερικής έκθεσης και μόνο 6-10% αυτών που αποκτούν την ηπατίτιδα Β μετά την ηλικία των 6 ετών γίνονται χρόνιοι φορείς. Άτομα με τροποποιημένο ανοσολογικό σύστημα, περιλαμβανομένων ασθενών από χρόνια διύλιση, αυτών που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα και/ ή χρηστών χρηστών ΕΦ ναρκωτικών είναι πιθανότερο να καταστούν χρόνιοι φορείς.

Σε περιοχές με χαμηλά ποσοστά επίπτωσης, επιλεγμένοι πληθυσμοί παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από ηπατίτιδα Β. Η

παρεντερική και η σεξουαλική έκθεση αποτελούν τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι ομάδες με υψηλότερο κίνδυνο περιλαμβάνουν άρρενες ομοφυλόφιλους και χρήστες ΕΦ ναρκωτικών. Άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου είναι αυτές που είναι πιθανό να εκτεθούν στο αίμα (υγειονομικό προσωπικό, παρασκευαστές εργαστηρίων και τραπεζών αίματος, ασθενείς υπό αιμοδιύλιση, ογκολογικοί και αιμορροφιλικοί ασθενείς που λαμβάνουν παράγωγα αίματος), ιδρυματοποιημένα άτομα συμπεριλαμβανομένων των διανοητικώς καθυστερημένων και των φυλακισμένων και των εκδιδομένων ετεροφυλοφίλων. Αρκετά μεγάλα νοσοκομεία τα οποία υποβάλλουν σε έλεγχο για HBsAg όλους τους εισαγόμενους ασθενείς διαπίστωσαν ότι 1-1,5% ήταν θετικοί και το 80-90% ήταν ανυποψίαστοι φορείς.

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί έναν εξαιρετικά μολυσματικό παράγοντα. Περίπου 10% των ατόμων που υπέστησαν τυχαία νυγμό με βελόνα από φορέα ηπατίτιδας Β αναπτύσσουν ηπατίτιδα, ενώ 20-30% του υγειονομικού προσωπικού έχουν ενδείξεις προηγηθείσας λοίμωξης από ηπατίτιδα Β σε σύγκριση με < 10% του γενικού πληθυσμού. Παρά τον ενδελεχή έλεγχο όλων των προϊόντων αίματος για την παρουσία HBsAg περίπου 5% της μετά από μετάγγιση ηπατίτιδας εξακολουθεί να προκαλείται από ηπατίτιδα Β, προφανώς επειδή ποσότητες αυτού του πολύ λοιμογόνου ιού ικανές για να προκαλέσουν λοίμωξη βρίσκονται κάτω από το επίπεδο ανίχνευσης των διαθέσιμων μεθόδων¹².

Το 50% σχεδόν των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα Β δεν παρέχουν ιστορικό έκθεσής τους και δεν συγκαταλέγονται σε κάποια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο τρόπος μετάδοσης δεν είναι σαφής αλλά πιθανότατα περιλαμβάνει στενή επαφή με ανυποψίαστο φορέα. Η από του στόματος μετάδοση είναι πιθανότητα εξαιρετικά σπάνιο. Δεν έχει ανιχνευτεί καμιά περίπτωση σε χειριστή τροφίμων, ενώ πολλές μελέτες έχουν αποτύχει να αποδείξουν μετάδοση μέσω μολυσμένων ενδοσκοπίων. Ο ιός μολονότι ανευρίσκεται στα δάκρυα, τις κολπικές εκκρίσεις, το σπερματικό υγρό, το μητρικό γάλα, τον ιδρώτα και τα ούρα δεν απομονώνεται στα κόπρανα που είναι ελεύθερα αίματος και καταστρέφεται από το γαστρικό οξύ και τα παγκρεατικά ένζυμα. Εντούτοις είναι πιθανό ο ιός να εισέρχεται στο σώμα

μέσω ρωγμών του στοματικού βλεννογόνου ιδιαίτερως στη γραμμή των ουλών. Η εξ αμελείας έκθεση μέσω εκτίναξης αίματος ή σωματικών εκκρίσεων εντός του βλεννογόνου του οφθαλμού ή μέσω μικρών κοψιμάτων, εκδορών ή παρωνυχίδων αποτελεί συχνά τρόπο μετάδοσης σε υγειονομικό προσωπικό.

3.4. ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

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

3.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα πρόδρομα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας Β είναι ποικίλα και συστηματικά. Στην αρχή παρουσιάζεται κακουχία, ανορεξία, μυαλγία, εύκολη κόπωση, ναυτία, έμετοι και πυρετός. Βαθμιαία παρουσιάζεται πόνος στο άνω δεξιό τμήμα της κοιλίας, ανορεξία, ίκτερος, ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία.

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

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

3.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

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

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

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

3.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

Δοκιμασίες όπως ο ετερόφιλος διαχωρισμός και τα ορολογικά τεστ για τους παράγοντες αυτούς, μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διάγνωση, όταν το HBsAg, το αντι-HBe και το IgM αντί – HAV είναι αρνητικά¹³.

Ένας πλήρης ιστορικό λήψεως φαρμάκων είναι σημαντικό, γιατί πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν είτε εικόνα ηπατίτιδας ή χολόσταση. Σημαντικό επίσης είναι το παλαιό ιστορικό ανεξήγητων «επαναλαμβανόμενων επεισοδίων» οξείας ηπατίτιδας.

Θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη και η αλκοολική ηπατίτιδα, όπου συνήθως οι τρανσαμινάσες δεν είναι τόσο σημαντικά ανυψωμένες, μπορεί όμως να υπάρχουν άλλα στίγματα αλκοολικά και ευρήματα λιπώδους διηθήσεως του ήπατος στη βιοψία που είναι περισσότερο συμβατή με την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ό,τι με την ιογενή βλάβη του ήπατος.

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

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

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

Μια άλλη κλινική εικόνα που μπορεί να μιμείται την οξεία ηπατίτιδα είναι η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με παθητική ηπατική συμφόρηση. Η φυσική εξέταση είναι συνήθως επαρκής να διαχωρίσει τις δύο αυτές παθήσεις.

3.8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

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

Όσον αφορά τις φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται, είναι:

α) Χορήγηση της ουσίας νεβιραπίνης, και

β) Κορτιζόνης, πιθανώς, στην κεραυνοβόλο μορφή. Στην κεραυνοβόλο μορφή που απειλεί τη ζωή, γίνεται μεταμόσχευση ήπατος.

Οι χρόνιοι φορείς πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά με εξετάσεις που περιλαμβάνουν και τις τρανσαμινάσες. Μερικοί εκ των χρόνιων φορέων μπορεί να εκδηλώσουν μετά από πολλά χρόνια κίρρωση ή νεόπλασμα του ήπατος. Για αυτό το λόγο, η συχνή παρακολούθησή τους είναι αναγκαία.

3.9. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

3.9.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

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

3.9.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με τον εργαστηριακό έλεγχο. Στον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε χαρακτηριστική αύξηση των τρανσαμινασών, ελάττωση των παραγόντων της πήξης του αίματος, αύξηση της χολερυθρίνης του ορού και την ανίχνευση του επιφανειακού αντιγόνου¹⁴.

3.9.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

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

Η ηπατίτιδα στην κύηση έχει σχέση, ανάλογα με την εβδομάδα της κύησης, με αποβολές 7%, προωρότητα 20% και αυξημένο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας στο 13%. Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης ο ιός της ηπατίτιδας τύπου Β προσβάλλει το έμβρυο σε ποσοστό 10% ενώ κατά το τρίτο τρίμηνο, σε ποσοστό 50-76%. Άτομα που έχουν νοσήσει κατά το παρελθόν από ηπατίτιδα Β παραμένουν φορείς σε

ποσοστό 5-10% και μπορούν να μεταδώσουν την λοίμωξη. Ο κίνδυνος μετάδοσης αυξάνεται όταν στα άτομα αυτά ανιχνεύεται το αντιγόνο e το οποίο, δηλώνει την ύπαρξη μεγάλων συγκεντρώσεων του ιού τύπου N. Η σημασία της προσβολής των νεογέννητων είναι ότι σε ποσοστό 90% θα καταστούν χρόνιοι φορείς HBsAg που πιθανόν να διατηρηθεί για όλη τους τη ζωή. Επίσης, υπάρχει το ενδεχόμενο του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, κίρρωσης και του πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Στο γενικό πληθυσμό ο κίνδυνος να παρουσιάσουν τα νεογέννητα αντιγοναιμία είναι 10%.

3.9.4. ΠΡΟΛΗΨΗ

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

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

νεογνά θα χρειασθούν ανοσοπροφύλαξη για πρόληψη της προσβολής τους από τη νόσο.

3.10. ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

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

1. ανοσοενισχυτικά, και
2. ανοσορρυθμιστικά

3.10.1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

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

3.10.2. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

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

Σπανιότατα έχουν αναφερθεί γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετοι, διάρροια), μυοσκελετικές διαταραχές (γενικευμένοι πόνοι,

αρθραλγίες και φλεγμονές αρθρώσεων), δερματικές βλάβες (έρπηγ ζωστήρ, ψωρίαση, εξανθήματα) και νευρολογικές διαταραχές (τρόμο, αστάθεια βαδίσματος).

Επίσης, μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία και υπόταση.

3.10.3 ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

1. ENGERIX
2. INFANRIX – HEP
3. RECOMBIV AX

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

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

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

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

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

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

Πρόκειται για τη μοναδική αλλαγή στη φετινή σειρά των παιδικών εμβολιασμών που δημοσιεύεται στο τεύχος Ιανουαρίου του επιστημονικού περιοδικού «Pediatrics»¹⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C, D, E, G

4.1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C: «Η ΣΙΩΠΗΛΗ ΝΟΣΟΣ»

4.1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C;

Πρόκειται για φλεγμονή του ήπατος που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας C. Η ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Ειδικότερα στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι περίπου 1-2% του γενικού πληθυσμού (100.000 – 200.000 άνθρωποι) έχουν χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας. Η υψηλότερη συχνότητα ηπατίτιδας C συναντάται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών.

Οι νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά μετά την αρχή της δεκαετίας του 1990, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού ελέγχου του αίματος και των παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες της πήξης), της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας στα νοσοκομεία και των σύγχρονων κανόνων αποστείρωσης.

Όμως πολλές παλαιές περιπτώσεις ηπατίτιδας C παραμένουν ακόμη αδιάγνωστες και οι πάσχοντες δεν το γνωρίζουν. Έτσι ο αριθμός των διαγνωσμένων ασθενών με ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας με την ανεύρεση των παλαιών αυτών ασθενών.

4.1.2. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Συνηθεις τρόποι μετάδοσης είναι:

- Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης στην εποχή μας. περισσότεροι από 80% των ατόμων που έχουν κάνει (έστω και βραχεία) ενδοφλέβια χρήση τοξικών ουσιών έχουν ηπατίτιδα C. Τα προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης (μεθαδόνη, βουπερνοφίνη), δωρεάν χορήγησης βελόνων και συριγγών μιας χρήσης και επιμόρφωσης – τροποποίησης των επικίνδυνων συμπεριφορών μπορεί να βοηθήσουν στον περιορισμό της διασποράς της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες της πήξης) πριν από το 1922. Ήταν ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού πριν από το 1922 («Ηπατίτιδα και μετάγγιση»). Ο τρόπος αυτός μετάδοσης ήταν πολύ συχνός σε πολυμεταγγιζόμενους (π.χ. ασθενείς με μεσογειακή αναιμία) και σε ασθενείς με διαταραχές της πήξης (π.χ. αιμορροφιλία). Ο ιός της ηπατίτιδας C ανακαλύφθηκε το 1989 και ο γενικευμένος έλεγχος του αίματος στα κέντρα αιμοδοσίας ξεκίνησε στην Ελλάδα και διεθνώς στην αρχή του 1992. Οι μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του (πλάσμα, αιμοπετάλια, παράγοντες της πήξης) είναι σήμερα ασφαλείς.
- Μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου στο παρελθόν (πριν από το 1922). Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θεωρούνται σήμερα απόλυτα ασφαλείς.
- Αιμοκάθαρση (τεχνητός νεφρός). Ο τρόπος αυτός μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C έχει ελαττωθεί σημαντικά τα 10 τελευταία χρόνια. Οι σύγχρονες μονάδες τεχνητού νεφρού είναι ασφαλείς.
- Ιατρικές πράξεις (τρύπημα με βελόνα ή μολυσμένο εργαλείο) και επεμβάσεις αισθητικής (τατουάζ, τρύπημα σημείων του σώματος κλπ) παλαιότερα ήταν συχνός τρόπος μετάδοσης (χρήση βελόνων και συριγγών πολλαπλών χρήσεων ή μολυσμένων εργαλείων) ιδιαίτερα σε χώρες με χαμηλό κοινωνικο – οικονομικό επίπεδο. Ο

παραπάνω τρόπος μετάδοσης ηπατίτιδας C είναι πλέον πολύ μικρός, εάν τηρούνται οι κανόνες αποστείρωσης και ορθής νοσηλείας. Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C μετά από ένα τρύπημα με μολυσμένη βελόνα είναι περίπου 2-6%.

- Η σεξουαλική μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C είναι σπάνια. Μόλις 2 – 4% των σταθερών ερωτικών συντρόφων ασθενών με ηπατίτιδα C βρίσκονται να έχουν μολυνθεί, συχνά ίσως και λόγω έκθεσης στον ίδιο παράγοντα (π.χ. χρήση βελόνων πολλαπλών χρήσεων – ναρκωτικών). Ασθενείς με ηπατίτιδα C και έναν μόνιμο ερωτικό σύντροφο μπορούν να έχουν ελεύθερες ερωτικές επαφές και δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν υποχρεωτικά προφυλακτικό. Η πιθανότητα σεξουαλικής μετάδοσης αυξάνει σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, με σεξουαλικές πρακτικές μεγάλου κινδύνου να προκαλέσουν αιμορραγία ή με ερωτικές σχέσεις κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρυσιας. Η χρήση ελαστικών προφυλακτικών είναι απολύτως απαραίτητη στις παραπάνω περιπτώσεις.
- Η κάθετη μετάδοση (από μητέρα σε παιδί κατά τον τοκετό) είναι επίσης σπάνια. Συμβαίνει στο 2 – 5%. Η πιθανότητα μετάδοσης αυξάνει σε 20% όταν πρόκειται για μητέρες που πάσχουν από συλλοίμωξη με τον ιό του AIDS. Η καισαρική τομή δε ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης και δεν θα πρέπει να επιλέγεται μόνο για αυτόν τον λόγο. Ο θηλασμός δεν μεταδίδει τον ιό της ηπατίτιδας C και δεν πρέπει να διακόπτεται ή να αποφεύγεται.
- Ενδοοικογενειακή μετάδοση του ιού. Είναι σπάνια. Το κάθε άτομο μιας οικογένειας πρέπει να έχει ατομικά δικά του και να μη μοιράζεται με τους άλλους αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με αίμα, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες, αποτριχωτικές συσκευές κ.α. Η χλωρίνη αποτελεί το καλύτερο μέσο για καθαρισμό – απολύμανση των μολυσμένων με αίμα αντικειμένων.
- Άγνωστος τρόπος μετάδοσης (σποραδικές περιπτώσεις). Στο 30-40% των ασθενών με ηπατίτιδα C δεν αποκαλύπτεται ποτέ έκθεση

σε κάποιο γνωστό παράγοντα κινδύνου (αφανής παρεντερική μετάδοση) σε αυτές τις περιπτώσεις, η μετάδοση του ιού συχνά οφείλεται σε παλαιότερη χρήση μολυσμένων βελόνων και συρίγγων πολλαπλών χρήσεων (ο πολύς βρασμός δεν σκοτώνει τους ιούς) που ήταν πολύ συχνή πριν από το 1980 ή σε παλαιότερες νοσοκομειακές νοσηλείες.

4.1.3 ΠΩΣ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Ο ΙΟΣ

- Με τις συνήθειες δραστηριότητες στην εργασία και στο σπίτι
- Με το θηλασμό
- Με το κράτημα του χεριού
- Με την κατανάλωση τροφίμων ή ποτών
- Με το φτέρνισμα ή το βήχα
- Με το αγκάλιασμα ή το φιλί
- Με την κοινή χρήση ποτηριών ή πιάτων
- Με την μετάγγιση ελεγχόμενου αίματος ή παραγώγων του

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε κανένα περιορισμό από οποιοδήποτε είδος εργασίας, απασχόλησης ή άθλησης. Οι πάσχοντες δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν προσωπικά σκεύη φαγητού, ατομικές πετσέτες ή ατομικές τουαλέτες. Ο φόβος μετάδοσης του ιού στα παιδιά στα πλαίσια της οικογένειας (με το αγκάλιασμα ή το φίλημα από γιαγιάδες, παππούδες κ.λ.π.) είναι αδικαιολόγητος.

4.1.4. ΠΩΣ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ;

Δυστυχώς, δεν υπάρχει και ούτε προβλέπεται να αναπτυχθεί εντός των επόμενων ετών εμβόλιο που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C. Γι' αυτό επιβάλλεται να τηρούνται από όλους προσεκτικά τα γενικά μέτρα πρόληψης της μετάδοσης που αναφέρθηκαν¹⁶.

4.1.5. ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C;

Συνήθως, οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν έχουν κανένα απολύτως σύμπτωμα παρά μόνο όταν φθάσουν σε πολύ προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Λίγοι (20-30%) των ασθενών που θα μολυνθούν από τον ιό της ηπατίτιδας C θα έχουν συμπτώματα στην αρχική οξεία φάση (οξεία ηπατίτιδα). Τα συνηθισμένα συμπτώματα στη φάση της οξείας ηπατίτιδας είναι έντονη αδυναμία και κόπωση, ναυτία, τάση για έμετο ή ακόμη κιτρίνισμα (ίκτερος) και σκοτεινόχρωμα ούρα σαν κονιάκ. Δυστυχώς, οι περισσότεροι ασθενείς (85%) δεν κατορθώνουν να καταπολεμήσουν τον ιό και αναπτύσσουν χρόνια ηπατίτιδα C. Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C συνήθως δεν έχουν κανένα απολύτως σύμπτωμα ή σπάνια παραπονιούνται για κάποια ήπια κόπωση.

Όμως παρά την απουσία συμπτωμάτων, 15-20% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C αναπτύσσουν κίρρωση σε 20 χρόνια. Ακόμη και ασθενείς με κίρρωση μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί στην αρχή, αλλά η καταστροφή του ήπατος προοδευτικά επιδεινώνεται και αρχίζουν να εμφανίζονται κλινικά σημεία, όπως ασκίτης (υγρό στην κοιλιά), αιμορραγία από φλέβες (κιρσούς) του οισοφάγου, εγκεφαλοπάθεια ή ίκτερος¹⁷.

Οι εκδηλώσεις αυτές θα απειλήσουν άμεσα τη ζωή τους και ίσως απαιτήσουν τη διενέργεια ηπατικής μεταμόσχευσης. Ταυτόχρονα, 2-4% από τους κίρρωτικούς ασθενείς κάθε χρόνο θα αναπτύξουν καρκίνο του ήπατος. Η κίρρωση και ο καρκίνος του ήπατος αποτελούν τις δύο πιο συχνές αιτίες θανάτου των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C.

4.1.6. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Λόγω έλλειψης συμπτωμάτων, η διάγνωση της ηπατίτιδας C γίνεται συνήθως τυχαία (συχνά μετά από αιμοδοσία). Υπόνοια για την παρουσία ηπατίτιδας C τίθεται επίσης μετά την ανίχνευση παθολογικών

εργαστηριακών εξετάσεων (αυξημένων ενζύμων του ήπατος – τρανσαμινασών) σε τυχαίο έλεγχο ρουτίνας (check up).

Σε εξετάσεις για ηπατίτιδα C πρέπει να υποβάλλονται όσοι είναι πιθανόν να έχουν εκτεθεί στον ιό και κυρίως οι παρακάτω ομάδες:

- Όσοι έχουν αυξημένες τιμές ενζύμων του ήπατος (τρανσαμινάσες).
- Πρώην και ενεργοί χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
- Όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων τους ή μεταμόσχευση οργάνου πριν από το 1992.
- Όσοι υποβάλλονται σε τεχνητό νεφρό
- Όσοι εκτέθηκαν παρεντερικά σε δυνητικά μολυσμένα ιατρικά εργαλεία
- Ερωτικοί σύντροφοι ατόμων με ηπατίτιδα C
- Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους
- Παιδιά μητέρων με ηπατίτιδα C

Η διάγνωση της ηπατίτιδας C βασίζεται αρχικά στην ανίχνευση στο αίμα ειδικών αντισωμάτων εναντίον του ιού της ηπατίτιδας C και επιβεβαιώνεται με την ανίχνευση της παρουσίας του ίδιου του ιού στο αίμα (έλεγχος για HCV RNA).

Σε ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση ήπατος, μπορεί να χρειαστεί να γίνει μεταμόσχευση ήπατος σε ειδικά κέντρα, που υπάρχουν πλέον και στη χώρα μας.

Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C πρέπει να προσδιορίζεται ο τύπος του ιού (γονότυπος). Οι γονότυποι του ιού στην Ελλάδα είναι 4 (1,2,3,4). Με βάση το γονότυπο καθορίζονται οι δόσεις των φαρμάκων και η διάρκεια της θεραπείας¹⁸.

4.1.7. ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που είναι υποψήφιοι για θεραπεία ίσως χρειασθεί να υποβληθούν σε βιοψία ήπατος για να εκτιμηθεί με ακρίβεια η σοβαρότητα της βλάβης.

Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C θα πρέπει να ελέγχονται με εξετάσεις αίματος για την παρουσία αντισωμάτων εναντίον των ιών της ηπατίτιδας A και B και να εμβολιάζονται εάν δεν έχουν εκτεθεί σ' αυτούς. Ο εμβολιασμός δεν επιδεινώνει την χρόνια ηπατίτιδα αλλά επιβάλλεται αφού η οξεία ηπατίτιδα A και B σε έδαφος χρόνιας ηπατίτιδας μπορεί να είναι πολύ βαριά και να απειλήσει τη ζωή του ασθενούς.

Η χρήση φαρμάκων σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα και ιδιαίτως με κίρρωση πρέπει να είναι προσεκτική. Όταν πρόκειται να λάβουν νέα φάρμακα, οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό τους.

4.1.8. ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C;

Όλοι οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C θα πρέπει να αποφεύγουν πλήρως την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και να διατηρούν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Όσοι είναι παχύσαρκοι θα πρέπει να προσπαθούν να χάσουν βάρος ακολουθώντας δίαιτα με μειωμένες θερμίδες και πρόγραμμα άσκησης (περπάτημα – ποδήλατο κλπ). Η χρήση φαρμάκων για αδυνάτισμα επιτρέπεται υπό παρακολούθηση του θεράποντος ιατρού. Εκτός από τα παραπάνω, οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν χρειάζεται να υποβάλλονται σε κάποια ιδιαίτερη δίαιτα. Οι παλαιότερες συνιστάμενες δίαιτες (αποφυγή λιπαρών τροφών, σοκολάτας, αυγών, κόκκινου κρέατος κλπ) έχει πλέον αποδειχθεί ότι δεν προσφέρουν κάποια ωφέλεια. Η λήψη βιταμινών επίσης δεν βοηθά.

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να βοηθήσει στην καθυστέρηση της εξέλιξης της ηπατικής νόσου και συνιστάται θερμά.

4.1.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C;

Η χρόνια ηπατίτιδα C δεν θεραπεύεται από μόνη της, αλλά η θεραπεία της έχει αρκετά βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία βασίζεται σήμερα στον συνδυασμό υποδόριων ενέσεων ιντερφερόνης μια φορά την εβδομάδα και χαπιών ριμπαβιρίνης καθημερινά.

Στόχος της θεραπείας είναι η ίαση του ασθενούς (εκρίζωση του ιού). Η επιτυχής θεραπεία εκριζώνει τον ιό από το αίμα και το ήπαρ και μηδενίζει την πιθανότητα μετάδοσης. Εκρίζωση του ιού της ηπατίτιδας C επιτυγχάνεται σε περισσότερους από 80% των ασθενών με γονότυπο 2 ή 3 και περίπου 50-55% των ασθενών με γονότυπο 1 ή 4. Η θεραπεία διαρκεί συνήθως 6 με 12 μήνες και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορεί να έχουν παρενέργειες. Γι' αυτό όλοι οι ασθενείς που είναι υποψήφιοι για θεραπεία θα πρέπει αρχικά να εκτιμώνται από γιατρό με εμπειρία στα νοσήματα του ήπατος και να παρακολουθούνται τακτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Η θεραπεία είναι ευκολότερη και έχει συχνότερη επιτυχία στις νεότερες ηλικίες και πριν δημιουργηθεί κίρρωση. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία.

Η εγκυμοσύνη απαγορεύεται καθ' όλη τη διάρκεια της λήψης των αντιϊικών φαρμάκων και για 6 μήνες μετά τη διακοπή τους λόγω της πιθανότητας τερατογόνου δράσης στο έμβρυο.

4.2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

Ο ιός της ηπατίτιδας D είναι ένας ατελής RNA ιός ο οποίος παρουσιάζεται στον άνθρωπο με δύο τρόπους:

1. Με τη μορφή της ταυτόχρονης μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B και του ιού HDV.

2. Ως μόλυνση χρονίου HBsAg – θετικού φορέα από τον HDV επιμόλυνση και χρειάζεται τη συνδρομή του ιού Β για τον αναδιπλασιασμό και την κλινική του έκφραση. Για να σχηματιστούν πλήρεις HDV ιοί πρέπει να συνυπάρχει ο HBV και το περίβλημα του D σχηματίζεται από HBsAg. Η λοίμωξη από HDV μπορεί να γίνει σαν σύγχρονος λοίμωξη με HBV ή επιλοίμωξη ασθενών χρονίων φορέων του HBV. Η διάρκεια της HDV λοίμωξης εξαρτάται αποκλειστικά από τη διάρκεια της HBV λοίμωξης και επομένως η πιθανότητα χρονιότητας είναι μικρή σε σύγχρονη λοίμωξη (περίπου 5%) και πολύ μεγάλη σε επιλοίμωξη (95%). Κατά την οξεία HDV λοίμωξη ανιχνεύονται αντισώματα IgM anti HDV περίπου 30-40 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Σε αυτοπεριοριζόμενη οξεία λοίμωξη ο τίτλος τους είναι χαμηλός και σπάνια ανευρίσκονται μετά την εξαφάνιση του HBsAg και του HDV Ag (σπάνια ανιχνεύονται στον ορό). Σε χρόνια λοίμωξη παραμένουν σε υψηλούς τίτλους και υπάρχουν συγχρόνως IgG και IgM. Εφόσον υπάρχει αναδιπλασιασμός του ιού HDV RNA ανευρίσκεται στον ορό και στο ήπαρ και HDV αντιγόνο στο ήπαρ και σπανίως στον ορό¹⁹.

Η ηπατίτιδα D παρουσιάζει παγκόσμια εξάπλωση αλλά διακρίνονται δύο επιδημιολογικές κατανομές. Στις χώρες της Μεσογείου η HDV λοίμωξη είναι ενδημική στους ασθενείς που: έχουν ηπατίτιδα Β με κύριο τρόπο μετάδοσης την στενή επαφή, ενώ στη Βόρειο Αμερική και την Δυτική Ευρώπη η λοίμωξη αφορά άτομα εκτεθειμένα σε προϊόντα του αίματος όπως αιμοφιλικούς και χρήστες ΕΦ ναρκωτικών.

4.2.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπεία της οξείας ηπατίτιδας δεν υπάρχει. Μερικές φορές ενδείκνυνται μέτρα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων όπως και στην οξεία ηπατίτιδα Β.

4.2.2. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Προστατευτικά μέτρα για την ηπατίτιδα D είναι ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα B και οι ίδιοι κανόνες υγιεινής με την ηπατίτιδα B. Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας B, εκτός του ότι οι άρρωστοι είναι πιθανότερο να έχουν κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, που εξελίσσεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και κίρρωση του ήπατος.

Η χορήγηση ιντερφερόνης μπορεί να προκαλέσει κάποια ύφεση, συνήθως όμως παρατηρείται υποτροπή μετά τη διακοπή.

4.2.3. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

Η κλινική εικόνα της δε διαφέρει από αυτή της λοίμωξης από μόνο τον ιό B αλλά κατά κανόνα πρόκειται για βαριά και ταχέως εξελισσόμενη χρόνια ηπατίτιδα η οποία μεταπίπτει σε κίρρωση σε ποσοστό 60-70%. Για τη διάγνωση απαραίτητα στοιχεία είναι η ανίχνευση anti HDV IgM αντισωμάτων στον ορό ή και του αντιγόνου του ιού στο ήπαρ. Ικανοποιητική θεραπεία για την ηπατίτιδα D δεν υπάρχει. Η IFN έχει μέτρια αποτελέσματα. Χορήγηση μεγάλης δόσης IFN (9MU κάθε δεύτερη μέρα) για 12 μήνες συνοδεύεται από βιοχημική και ιολογική ανταπόκριση αλλά και ιστολογική βελτίωση στο 50% των ασθενών. Η βιοχημική ανταπόκριση διατηρήθηκε στους μισούς από τους ανταποκριθέντες μέχρι 4 χρόνια αλλά ιολογική υποτροπή σε όλους.

Πιστεύεται ότι ο μόνος δυνατός αυτή τη στιγμή τρόπος αντιμετώπισης της ηπατίτιδας D είναι λίαν παρατεταμένη θεραπεία. Η μεταμόσχευση αποτελεί λύση για τα τελικά στάδια της λοίμωξης B και D.

Σημειωτέον ότι η πιθανότητα υποτροπής είναι μικρότερη από αυτή που υπάρχει σε λοίμωξη μόνο από τον ιό B, διότι ο ιός D δρα ανασταλτικά στον αναδιπλασιασμό του B και επομένως στα επίπεδα ιοφορίας και στην πιθανότητα επαναμόλυνσης του μοσχεύματος.

4.3. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Ε

ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο ιός της ηπατίτιδας C είναι ένας RNA ιός μεγέθους 32-34 nm (ο ιός έχει θετική αλυσίδα RNA και περιέχει γόνωμα από 6,4 κβ) με ίδια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά με τον ιό της ηπατίτιδας A. Ανευρίσκονται κυρίως στην Ινδία, Ασία, Αφρική κα Κεντρική Αμερική. Ορολογικός έλεγχος για τον ιό δεν υπάρχει σε χρήση στην κλινική πράξη, αλλά μελέτες έχουν δείξει την δημιουργία αντισωμάτων IgC και IgM των οποίων ο τίτλος μειώνεται γρήγορα μετά την οξεία λοίμωξη. Η ηπατίτιδα E δεν μεταπίπτει σε χρόνια και μέχρι πρότινος αναφέρεται ως επιδημική ή εντερικά μεταδιδόμενη μη A – μη B ηπατίτιδα.

Μεταδίδεται όπως και η ηπατίτιδα A δια της εντερικής οδού. Συνήθως προκαλεί επιδημίες από μόλυνση του νερού οι οποίες διαρκούν περί τα 1-2 χρόνια.

Προσβάλλει κυρίως νέους ενήλικες οι οποίοι στις χώρες που παρατηρείται η ηπατίτιδα E άνοσοι για την ηπατίτιδα A αντίθετα προς την ηπατίτιδα A είναι σπάνια η μετάδοση από άτομο σε άτομο. Η ύπαρξη κρουσμάτων ηπατίτιδας E εκτός των ενδημικών περιοχών αμφισβητείται.

4.3.1 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Για την ηπατίτιδα E δεν υπάρχει ανοσοσφαιρίνη, αλλά είναι σε εξέλιξη η Παρασκευή εμβολίου. Στοιχεία σχετικά με την ανοσοπροφύλαξη δεν υπάρχουν, καθώς και ειδική θεραπεία. Κεραυνοβόλες μορφές έχουν παρατηρηθεί σε γυναίκες κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης.

Η κλινική εικόνα: παρουσιάζει ναυτία, εμετούς και πλήρη αδυναμία λήψης τροφής.

4.4. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ G

Ο ιός της ηπατίτιδας G (HGV) είναι RNA της ομάδας flaviviridae μονής αλυσού, μεταδίδεται παρεντερικώς και πιθανώς προκαλεί συλλοιμώσεις με τον ιό C. Η κλινική σημασία του δεν είναι ξεκαθαρισμένη. Η πειραματική μόλυνση του χιμπαντζή δεν προκαλεί κλινική και βιοχημική ηπατίτιδα.

Οι παραπάνω ιοί καλύπτουν περίπου το 95% των ιογενών ηπατίτιδων, γεγονός που σημαίνει ότι κάποιοι άλλοι ιοί, που αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο των μη A – μη B – μη E, μελλοντικά πιθανώς να αυξήσουν τον αριθμό των ιών που προκαλούν ιογενή ηπατίτιδα.

4.4.1 ΑΛΛΟΙ ΙΟΙ

Κάποιοι άλλοι ιοί, που προκαλούν άλλες παθήσεις, μπορεί να προκαλέσουν κλινική και εργαστηριακή εικόνα ηπατίτιδας. Οι κυριότεροι είναι ο κυτταρομεγαλοϊός, ο ιός Epstein – Barr, ο ιός του απλού έρπητα και του κίτρινου πυρετού.

4.4.2. ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι οξεία ή χρόνια φλεγμονή του ήπατος και εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα παρεγχυματικής νέκρωσης που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος.

4.4.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η βιοψία του ήπατος μπορεί να αποκαλύψει με βεβαιότητα την αλκοολική ηπατίτιδα. Το σπινθηρογράφημα ήπατος με την χρήση κολλοειδούς θείου θα αποκαλύψει ανομοιογενή ηπατική πρόληψη του

ισοτόπου, σπληνομεγαλία και πρόσληψη από το μυελό των οστών. Το σπινθηρογράφημα ήπατος όμως δεν είναι ειδικό και σπάνια ενδείκνυται.

4.4.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα συμπτώματα της αλκοολικής ηπατίτιδας εμφανίζονται και σε νόσους του ηπατοχοληφόρου δένδρου όπως χολοκυστίτιδα, χολολιθίαση κ.α. Η διαδερμική βιοψία είναι ο μόνος σίγουρος τρόπος διαφοροποίησης εάν δεν υπάρχει αντένδειξη.

4.4.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της αλκοολικής ηπατίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από ασυμπτωματικό ασθενή με ήπαρ διογκωμένο, μέχρι ο ασθενής να είναι σε κρίσιμη κατάσταση που πεθαίνει γρήγορα. Η αλκοολική ηπατίτιδα παρουσιάζεται με πυρετό, ανορεξία, ναυτία, εμετούς, πόνους στην κοιλιά και επώδυνο ήπαρ και ίκτερο. Μπορεί να εμφανιστεί και ασκίτης. Η λευκοκυτάρρωση είναι συνηθισμένη και η σπληνομεγαλία καθώς και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια που καταλήγει σε κώμα σε ποσοστό 10-15% των περιπτώσεων.

4.4.6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Παρατηρείται αύξηση της αλκαλικής φωσφατάση του ορού, αλλά σπάνια ξεπερνά το τριπλάσιο της φυσιολογικής τιμής. Η χολερυθρίνη του ορού παρουσιάζεται αυξημένη στο 60-90% των ασθενών, καθώς και η –σφαιρίνη στο 50-70% των ασθενών. Το λεύκωμα του ορού είναι μειωμένο. Σε ασθενείς με βαριά νόσο παρατηρείται λευκοκυτάρρωση. Μερικές φορές παρατηρείται λευκοπενία που εξαφανίζεται μετά την διακοπή του ποτού. Ο

χρόνος προθρομβίνης όταν παραμείνει φυσιολογικός η θνησιμότητα είναι κατώτερη του 1% ενώ όταν είναι αυξημένος η θνησιμότητα είναι 15-20%.

4.4.7. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζεται συνήθως μετά από χρόνια υπερβολική κατανάλωση ποτού. Η ασφαλής δόση οινόπνεύματος δεν είναι καθορισμένη. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια κατανάλωσης ποτών και οινόπνεύματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να εμφανίσει ο πάθης αλκοολική ηπατίτιδα και κίρρωση. Οι ασθενείς που πάσχουν από αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζουν τις εκδηλώσεις μετά από λήψη οινόπνεύματος επί 5 χρόνια και οι περισσότεροι με αλκοολική κίρρωση αναφέρουν κατανάλωση οινόπνεύματος περίπου 200mg τουλάχιστο για 10 χρόνια.

4.4.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής θα πρέπει να διακόψει τελείως τη χρήση οινόπνευματωδών ποτών. Κατά την εμφάνιση ανορεξίας θα πρέπει να καταβάλλει προσπάθειες λήψης υδατανθράκων και θερμίδων για τη μείωση του ενδογενούς καταβολισμού πρωτεϊνών και τη πρόληψη υπογλυκαιμίας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση εύγεστων υγρών λευκωμάτων κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ ενδοφλέβιας και φυσιολογικής σίτισης.

Σημαντικό μέρος της θεραπείας είναι και η χορήγηση βιταμινών. Η χρήση κορτικοστεροειδών έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ορέξεως και επανφορά της ευεξίας.

4.4.9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η βαρύτητα της ηπατικής βλάβης έχει άμεση σχέση με τον χρόνο προθρομβίνης. Όταν ο χρόνος προθρομβίνης είναι μικρός και το ποσοστό θνησιμότητας 1 έτος είναι 7,1%. Όταν κατά την παραμονή στο νοσοκομείο αυξηθεί ο χρόνος προθρομβίνης το ποσοστό αυξάνεται σε 18%.

Ποσοστό θνησιμότητας 42% παρατηρείται σε άτομα που ο χρόνος προθρομβίνης είναι τόσο παρατεταμένος ώστε δεν μπορεί να γίνει βιοψία ήπατος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

5.1. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Τα κλινικά και ιστολογικά κριτήρια για τη διάγνωση, ταξινόμηση και θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας παραμένουν υπό αμφισβήτηση. Σαν χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να καθορισθεί η νεκροφλεγμονώδης ηπατική νόσος που συνεχίζει να υφίσταται για περίοδο 6 ή περισσότερων μηνών. Στην κλινική πράξη η συνεχής παρουσία αυξημένων τρανσαμινασών του ορού για περισσότερο από 6 μήνες παρέχει ένα απλό λειτουργικό ορισμό. Παρά τη διαφωνία σ' ένα αριθμό ειδικών σημείων, έχει γίνει γενικώς αποδεκτό ότι η χρόνια ηπατίτιδα εμφανίζεται με δύο μείζονες κλινικές μορφές : χρόνια επιμένουσα και χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

5.1.1. ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΜΕΙΝΟΥΣΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ιστορικά η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα (CPH) θεωρείται καλοήθης. Οι ασθενείς είναι σχεδόν πάντοτε ασυμπτωματικοί, σπανίως παρουσιάζουν φυσικά ευρήματα ηπατικής νόσου (ίκτερο, αραχνοειδείς, ευραγγείες, παλαμιαίο ερύθημα, σπληνομεγαλία) και αναπτύσσουν ήπια μόνο άνοδο των τρανσαμινασών του ορού (1.5 – 5πλάσιο). Η αλκαλική φωσφατάση είναι φυσιολογική έως ελάχιστα αυξημένη (1-2πλάσιο). Η συνθετική λειτουργία (λευκωματίνη, χρόνος προθρομβίνης) και η γ-σφαιρίνη είναι συνήθως φυσιολογικές.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει μικρή ή ουδεμία κυτταρική νέκρωση, μολονότι δυνατόν να παρατηρηθούν εστιακές περιοχές διαρροής ή νέκρωσης κυττάρων. Συχνά παρατηρείται έντονη πυλαία διήθηση από μονοπύρηνα κύτταρα ενώ η ίνωση είναι μικρή ή απουσιάζει.

Μολονότι η νόσος υποχωρεί αυτομάτως μόνο σε λίγους ασθενείς, η CPH σπανίως εξελίσσεται σε κίρρωση ή ηπατική ανεπάρκεια. Επειδή δεν

απαιτείται ειδική θεραπεία, η βιοψία ήπατος θεωρείται απαραίτητη για τον καθορισμό της μορφής της χρόνιας ηπατίτιδας. Η θεραπεία της CRH συνίσταται στη διαβεβαίωση του ασθενούς για την καλοήγη πορεία της νόσου και τον ετήσιο έλεγχο για ενδεχόμενες αλλαγές. Επανάληψη της βιοψίας ενδείκνυται μόνον εάν υπάρξουν σημαντικές αλλαγές στην πορεία της νόσου.

Μερικές φορές είναι δυσχερές να γίνει διαχωρισμός CHP από μη υποχωρήσασα οξεία ιογενή ηπατίτιδα στη βάση κλινικών, βιοχημικών ή ιστολογικών δεδομένων. Εντούτοις στην κλινική πράξη αυτό δεν αποτελεί σοβαρό δίλημμα επειδή αμφότερες οι παθήσεις είναι καλοήθειες και δεν απαιτούν ειδική θεραπεία. Εξαιρέσεις στον κανόνα αυτό θα αναπτυχθούν αργότερα²⁰.

5.1.2. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

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

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

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

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

5.1.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΧΕΗ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Η πορεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας ποικίλει και η νόσος μπορεί να επιμένει για μακρές περιόδους, χωρίς κλινικά εμφανή ηπατική νόσο. Αυτό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αληθινό στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, που συνοδεύεται από ηπατίτιδα Β ή C.

Αν δεν υποβληθούν σε θεραπεία, η θνησιμότητα είναι υψηλή (50-70%), κατά τη διάρκεια των λίγων πρώτων ετών της νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή κλινική νόσο και διαπιστωμένη ιστολογικά χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Επίσης σε ασθενείς με κίρρωση και σε εκείνους με ζωνοειδή νέκρωση, όπου ο θάνατος επέρχεται σαν αποτέλεσμα ηπατικής ανεπάρκειας και ηπατικού κώματος²¹.

5.1.4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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

5.1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια επεισοδίων της ενεργού νόσου ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα, με υποστηρικτική αγωγή. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη και για τον καθορισμό της σοβαρότητας της νόσου, για τη διαπίστωση της εξωηπατικής επεκτάσεως με διαδερμική βιοψία ήπατος.

Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως, η παρατεταμένη όμως ανάπαυση στην κλίνη μετά την ύφεση, δεν είναι απαραίτητη. Η θεραπεία με κορτικοειδή είναι η θεραπεία εκλογής σε συμπτωματικούς, HB>Ag αρνητικούς, ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και ταινιοειδή ηπατική νέκρωση. Τα κορτικοστεροειδή έχουν αποδειχθεί ότι είναι δραστικά στο να παρατείνουν την επιβίωση των ασθενών αυτών, κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της νόσου, τότε που η θνησιμότητα είναι υψηλή. Η θεραπεία χαρακτηρίζεται από πλήρη κλινική, βιοχημική και ιστολογική ύφεση και αναμένεται στο 60-80% των ασθενών.

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

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

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

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

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

Οι συνεχείς εξετάσεις παρακολούθησεως και η επαναλαμβανόμενη ηπατική βιοψία κάθε έξι (6) μήνες και ένα (1) χρόνο μετά την αρχική εκτίμηση της νόσου συχνά επωφελεί στο να εκτιμηθεί η φυσική πορεία της νόσου και να καθοριστεί αν αναπτύσσεται ίνωση ή κίρρωση.

Αν η νόσος έχει εξελιχθεί, μια προσπάθεια θεραπείας με κορτικοειδή είναι απαραίτητη. Εάν η αντικειμενική βελτίωση της κλινικής και βιοχημικής εικόνας της νόσου, δεν εμφανίζεται μετά από μερικούς μήνες θεραπείας, τα κορτικοειδή θα πρέπει να διακόπτονται. Σε μερικούς ασθενείς η

διακοπή αυτών ακολουθείται από κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση.

Όταν χρησιμοποιούνται κορτικοειδή,, η βελτίωση του αισθήματος κοπώσεως και ανορεξίας, εμφανίζονται συνήθως μέσα σε μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Η βιοχημική βελτίωση αναμένεται σε μερικές εβδομάδες ή μήνες με πτώση των τιμών της χολερυθρίνης και των σφαιρινών και αύξηση της λευκοματίνης.

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

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

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

Μια αρχική δόση 30 mg πρεδνιζόλης, που μειώνεται σταδιακά στ 10-20 mg αζαθειοπρίνης, έχει αποδειχθεί ότι είναι δραστική. Ο συνδυασμός αυτός αποφεύγει τις παρενέργειες των υψηλών δόσεων κορτικοειδών. Η αζαθειοπρίνη όμως, μόνη δεν είναι δραστική στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Η κάθε δεύτερη μέρα θεραπείας με κορτικοειδή, περιορίζει τον κίνδυνο παρενεργειών, δεν είναι όμως επαρκώς θεραπευτικά.

Η αντιογεννή χημειοθεραπεία με ιντερφερόνη ή βιδαραβίνη, μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία των HBsAg(+) ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

**ΔΙΑΦΟΡΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ
ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΝΕΡΓΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ
ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ**

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

ΣΥΝΟΨΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Τύπος	Αιτιολογία	Ιστολογικές Υποομάδες	Πρόγνωση	Θεραπεία
Χρόνια Επιμένουσα ηπατίτιδα	Αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΙΗ) Ιός ηπατίτιδας Β Ιός ηπατίτιδας C Ιός ηπατίτιδας D Φάρμακα	Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα Άλυτη οξεία ηπατίτιδα	Καλοήθης	Καθησύχαση και περιοδικός έλεγχος για ΑΙΗ Ιντερφερόνη α-2b για ηπατίτιδα Β, για ηπατίτιδα C Απόσυρση δυνητικώς βλαπτικών φαρμάκων
Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα	Αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΙΗ) Ιός ηπατίτιδας Β Ιός ηπατίτιδας C Ιός ηπατίτιδας D Φάρμακα (ισονιαζίδη, μεθυλ-ντόπα, νιτροφουραντοίνη)	1. Χρόνιος ενεργός ηπατίτιδα χωρίς κίρρωση. α. Μόνο με νέκρωση «κιμά» β. Γεφυροποιός ηπατική ή πολυλοβιδιακή νέκρωση 2. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα με κίρρωση. 3. Μη ενεργός κίρρωση.	1α. Πιθανώς όχι προκίρρωτική β. Με βεβαιότητα προκίρρωτική 2. Εγκατεστημένη κίρρωση 3. Εγκατεστημένη κίρρωση	1α. Καθησύχαση και περιοδικός έλεγχος για ΑΙΗ, ιντερφερόνη για ηπατίτιδα Β και C. β. Πρεδνιζόνη και αζαθειπρίνη για ΑΙΗ, ιντερφερόνη α-2b για ηπατίτιδα Β και C. 2. Πρεδνιζόνη και αζαθειοπρίνη για ΑΙΗ, ιντερφερόνη α-2b για ηπατίτιδα Β και C. 3. Προσεκτική παρακολούθηση. Απόσυρση δυνητικώς βλαπτικών φαρμάκων.

5.2. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Περίπου το 10% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα Β γίνονται χρόνιοι φορείς. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι ασυμπτωματικοί και παρουσιάζουν ήπιες μη ειδικές αλλοιώσεις ή CPH στη βιοψία ήπατος, ενώ 3-6% αναπτύσσουν εξελικτική ηπατική νόσο. Είναι σημαντικό να τονιστεί εκ νέου ότι όπως και στις άλλες μορφές χρόνιας ηπατίτιδας δεν υπάρχουν κλινικές ή βιοχημικές δοκομασίες οι οποίες να διαχωρίζουν σαφώς CAH από CPH. Ο βαθμός των κλινικών εκδηλώσεων δεν σχετίζεται απαραίτητα με τη βαρύτητα των ιστολογικών διαταραχών και η βιοψία ήπατος κρίνεται πάντοτε απαραίτητη για τον καθορισμό της αιτιολογίας και της πρόγνωσης καθώς επίσης και τον καθορισμό των θεραπευτικών προοπτικών.

Μόνο το 1/3 περίπου των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β αναφέρουν ιστορικό οξείας ιογενούς ηπατίτιδας. Συνηθέστερα ο ασθενής παρουσιάζεται με ήπια συμπτώματα αδιαθεσίας, κόπωσης και ανορεξίας, τα οποία μπορεί να προϋπάρχουν για αρκετό διάστημα προτού ο ασθενής αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Πολλοί ασθενείς και ιδιαίτερως ο μεγαλύτερης ηλικίας, θα έχουν ήδη αναπτύξει κίρρωση κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Τα συμπτώματα και τα φυσικά ευρήματα μπορεί να κυμαίνονται από ανορεξία και κόπωση έως κοιλιακό άλγος, αμηνόρροια, ασκίτη, ίκτερο, αρθραλγίες, ηπατοσπληνομεγαλί, αιμορραγούντες κισσούς και ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Όταν η νόσος αρχίζει σαν οξεία ηπατίτιδα ο ασθενής αρχικά εμφανίζεται να βελτιώνεται συχνά χάνοντας τα περισσότερα ή όλα τα συμπτώματα και γίνεται ανικτερικός. Εντούτοις οι τρανσαμινάσες παραμένουν αυξημένες, μολονότι οι τιμές μπορεί να έχουν διακυμάνσεις από το 2πλάσιο έως το 20πλάσιο από το φυσιολογικό. Το HBsAg είναι γενικώς πάντοτε θετικό παράλληλα με το anti – HBc. Σπάνια το HBsAg είναι αρνητικό αλλά το anti – HBc και το HBV-DNA είναι θετικά. Οι ορολογικοί δείκτες που υποδηλώνουν την παρουσία αυτοάνοσης απάντησης (αντιπυρηνικά, αντιμιτοχονδριακά και έναντι των λείων μυϊκών ινών αντισώματα) είναι σπάνιοι και η παρουσία τους πρέπει να εγείρει σοβαρά ερωτήματα όσον αφορά τη διάγνωση της χρόνιας ηπατίτιδας Β.

Η πρόγνωση σχετίζεται στενά με την υποκείμενη παθολογοανατομική εικόνα. Μολονότι τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης για χρόνια ηπατίτιδα Β υπολογίζονται στο 97% σ' αυτούς με CHP και 86% σε αυτούς με CAH και μόνο piecemeal νέκρωση, οι ασθενείς με CAH και κίρρωση έχουν 5ετή επιβίωση μόνο 55%. Ο θάνατος συνήθως οφείλεται σε ηπατική ανεπάρκεια ή επιπλοκές αυτής, ενώ 10-13% καταλήγουν από ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Σε μια προοπτική μελέτη η συχνότητα του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε ενήλικες φορείς του HBV από την Taiwan που προσεβλήθηκαν κατά τη γέννηση, ο κίνδυνος ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου και ήταν 96 φορές μεγαλύτερος από τους HBV – αρνητικούς μάρτυρες²².

5.3. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Μέχρι και το 60% των ασθενών με μετά από μετάγγιση ηπατίτιδα C αναπτύσσουν χρόνια ηπατική νόσο. Συνήθως ο ασθενής παρουσιάζει ήπια συμπτώματα και δεν έχει ίκτερο. Οι τρανσαμινάσες κυμαίνονται από 200-800 και μπορεί να παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις με ταχείες ανόδους και πτώσεις και μεσοδιάστημα με φυσιολογικές τιμές. Μολονότι η μετά από μετάγγιση ηπατίτιδα C προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες το 75% αυτών που ανέπτυξαν χρόνια ηπατίτιδα ήσαν άνδρες σε μια μελέτη. Παρόμοια με χρόνια ηπατίτιδα Β τα αυτοαντισώματα στην ορό, η υπεργαμμοσφαιριναιμία και τα στίγματα χρόνιας ηπατικής νόσου είναι σπάνια, μολονότι σε μερικές περιπτώσεις η δοκιμασία γι αντιπυρηνικά αντισώματα μπορεί να είναι θετική και να προκαλέσει σύγχυση με αυτοάνοση ηπατίτιδα.

Δεν υπάρχουν επαρκή ιστολογικά δεδομένα από προοπτικές μελέτες στην ομάδα των ασθενών αυτών, αλλά η CAH (συνήθως χωρίς γεφυρώσεις ή κίρρωση) είναι η συνηθέστερη εικόνα. Μολονότι αρχικά επιστεύετο ότι η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα C αποτελεί μια σχετικά καλοήγη νόσο, υπάρχουν ολοένα και αυξανόμενες ενδείξεις βραδείας εξέλιξης της προς κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια. Τουλάχιστον 20% των ασθενών

με CAH καταλήγει σε κίρρωση εντός 5-10 ετών. Η ηπατίτιδα C αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία κρυπτιγένοους κίρρωσης και συνήθη ένδειξη για μεταμόσχευση ήπατος στις Ην. Πολιτείες. Ισχυρή συσχέτιση φαίνεται ότι υπάρχει μεταξύ χρόνιας ηπατίτιδας C και ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, με ιδιαίτερα υψηλή συσχέτιση στην Ιαπωνία και Ισπανία. Η ηπατίτιδα A και η ηπατίτιδα E δεν προκαλούν CAH ή CPH, ενώ η ηπατίτιδα δ προκαλεί τις αλλοιώσεις αυτές μόνο σε ασθενείς που έχουν ήδη προσβληθεί από ηπατίτιδα B. Στην τελευταία περίπτωση η συχνότητα και η βαρύτητα της χρόνιας ηπατίτιδας είναι μεγαλύτερη από ότι μόνο με την ηπατίτιδα B.

5.4. ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Οι χημικές ουσίες μπορεί να προκαλέσουν ηπατική βλάβη κατά την εισπνοή, κατάποση ή παρεντερική πρόσληψη μεγάλη αριθμού αυτών. Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι βιομηχανικές τοξικές ουσίες, τα τοξικά κυκλικά πεπτίδια ορισμένων ειδών μανιταριών και πιο συχνά οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική. Είναι βασικό, σε κάθε άρρωστο να εμφανίζεται με ίκτερο ή διαταραχή στις ηπατικές λειτουργίες, να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ή έκθεση στην εργασία και στο σπίτι σε χημικές ουσίες ή φάρμακα.

Γενικά, δύο μείζονες τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας έχουν αναγνωρισθεί:

- Άμεση τοξική και
- Από ιδιοσυγκρασία

ΤΟΞΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

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

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

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

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

Η τετρακυκλίνη, όταν χορηγείται σε ενδοφλέβιες δόσεις μεγαλύτερες από 1, 5gr ημερησίως, οδηγεί σε μικροκυστική λιπώδη εναπόθεση στο ήπαρ. Η ηπατική βλάβη είναι συχνά μόνο η μια όψη της τοξικότητας και μπορεί να μην αναγνωρισθεί μέχρι να εμφανισθεί ίκτερος.

ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΕΣ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

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

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

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

- Αρθραλγίες
- Εξανθήματα
- Πυρετό
- Λευκοκυτάρρωση και

- Ηωσινοφιλία

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

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

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

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

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

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

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

- Η θεραπεία της τοξικής και φαρμακευτικής ηπατικής νόσου είναι υποστηρικτική, όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η διακοπή των ύποπτων παραγόντων ενδείκνυται όταν το πρώτο σημείο της παρενέργειας γίνει εμφανές.
- Στην περίπτωση της άμεσης τοξικής επιδράσεως, η προσβολή του ήπατος δεν θα πρέπει να τραβήξει από τους νεφρούς ή άλλα όργανα, η προσβολή των οποίων είναι πιθανή να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή.

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

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

Σε μερικά άτομα η νόσος ανακαλύπτεται τυχαία και η διάρκειά της είναι ασαφής. Στους υπόλοιπους εμφανίζεται η απότομη έναρξη, παρόμοια με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα, αλλά οι εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας συνήθως εκδηλώνονται στους επόμενους 12-14 μήνες.

ΜΕΡΟΣ
ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

6.1. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

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

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

Περιοδικές προφυλακτικές εξετάσεις για ΗΒSΑG και ο έλεγχος των τρανσαμινασών καθώς και η απομάκρυνση των ΗΒSΑG θετικών από τους ευαίσθητους ασθενείς, μειώνει τον κίνδυνο για προσβολή από ΗΒV τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.

6.2. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

1. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

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

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

6.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

A. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

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

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

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

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

B. ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Περιλαμβάνουν την ανοσοπροφύλαξη η οποία διενεργείται με δύο τρόπους:

- Ενεργητικώς, με εμβολιασμό και
- Παθητικώς, με ειδική (υπεράνοσο) ανοσοσφαιρίνη HBIG

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

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

Από τη στιγμή που τίθεται η υπόνοια της ηπατίτιδας μέχρι την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα ρόλο σημαντικό για όλα τα στάδια της νόσου. Ο επιδημιακός χαρακτήρας της οξείας ηπατίτιδας θέτει σε κίνδυνο την υγεία του υγειονομικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών από οξεία ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

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

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

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

7.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

Οι πληροφορίες για τις τυχόν αρρώστιες που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται, λαμβάνονται από τον ίδιο τον

ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον. Εκτός από το ατομικό ιστορικό, το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά πληροφορίες και για το κληρονομικό ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου.

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

7.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

A) ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ (ΠΡΟΪΚΤΕΡΙΚΗ)

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

B) ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ

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

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

Δ) Ο άρρωστος και οι οικογένειά του ερωτώνται για τυχόν επαφές με ικτερικά άτομα, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, λήψη οστρακοειδών, ταξίδι σε χώρα όπου τα μέτρα υγιεινής είναι φτωχά, μετάγγιση τους τελευταίους έξι μήνες, ενέσεις, τρύπημα αυτιών και ό,τι άλλο μπορεί να αποτελεί ένδειξη για μετάδοση πιθανής ηπατίτιδας. Ακόμα, παίρνονται πληροφορίες από το φάκελο του αρρώστου για παρελθούσα παρεντερική θεραπεία και ιστορικό ηπατίτιδας. Τέλος, ενδιαφέρει το είδος εργασίας του αρρώστου, οι συνθήκες κατοικίας, καθώς και τα φάρμακα που παίρνει²³.

7.2.2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- Η θεραπεία του αρρώστου μπορεί να είναι ελαφρά αυξημένη.
- Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές. Βρίσκεται συνήθως μειωμένο
- Κατά την εξέταση της κοιλιάς το ήπαρ είναι συνήθως ευαίσθητο και ψηλαφητό 2-3cm κάτω από το όριο των πλευρών. Το μέγεθος του ήπατος αρχίζει να μειώνεται 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ικτέρου. Πόνος ήπιος, σταθερός, υπάρχει στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο.
- Ο ίκτερος είναι ένα προεξάρχον σύμπτωμα της φυσικής εξέτασης και είναι πιο εμφανής στο σκληρό χιτώνα του βολβού.

7.2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

- 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.
- Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι: αύξηση των SGOT και SGPT 7-14 ημέρες πριν από την εκδήλωση του ικτέρου, αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης, κατακράτηση βρωμοσουλφοφθαλείνης, ελαφρά αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, ελαφρά υποπρωτεϊναιμία και ελαφρά αύξηση των γ-σφαιρινών. Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων.
- Η εξέταση ούρων και κοπράνων δείχνει φυσιολογικό ουροχολινογόνο ούρων αρχικά και κατόπιν αυξημένο, αυξημένη χολερυθρίνη ούρων και μειωμένα και τα δύο στα κόπρανα.

7.3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

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

Εξέταση	Φυσιολογικές Τιμές	σχόλια
<ul style="list-style-type: none"> Λευκά αιμοσφαίρια 	5.000 – 10.000/mm ³	<p>Φυσιολογικά στην αρχή της κίρρωσης και της ηπατίτιδας. Λευκοπενία με μεγάλο υπερδραστήριο σπλήνα στην κίρρωση.</p>

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

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

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

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

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

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

Ο ρόλος του νοσηλευτή – τριας, είναι:

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

χολής από το ηπατικό παρέγχυμα. Ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση, οι αναπνοές μετρώνται επανειλημμένα μέχρι να φθάσουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Σε περίπτωση που παρουσιαστεί απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια ειδοποιείται ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση της βιοψίας είναι βαριές, και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση²⁴.

7.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

7.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

- Άμεσοι και
- Έμμεσοι

A. Άμεσοι

1. Προαγωγή της σωστής θρέψης.
2. Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών
3. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων
4. Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινησίας
5. Αντιμετώπιση προβλημάτων από τη φαρμακευτική θεραπεία

6. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου

B. ΕΜΜΕΣΟΙ

1. Αποκατάσταση
2. Διαφώτιση

7.5.1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

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

Οι νοσηλευτές – τρεις καλούνται να βοηθήσουν τον ασθενή, ώστε να τρέφεται σωστά. Σε ασθενείς που εμφανίζουν εμέτους επιβάλλεται η ενδοφλέβια χορήγηση τροφής. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ανορεξία χωρίς εμέτους, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα που θα βοηθήσουν στη σωστή διατροφή τους. Η δίαιτά του θα πρέπει να είναι υπερθερμική (3.000 θερμίδες), πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.

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

Οι νοσηλευτές – τρεις εξηγούν στο ασθενή ότι η σωστή διατροφή του, παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωσή του και τον παροτρύνουν να τρώει όσο γίνεται περισσότερο.

Ο νοσηλευτής – τρία θα πρέπει να γνωρίζει τις επιτρεπόμενες και απαγορευμένες τροφές, για την καλύτερη κατάρτιση της καθημερινής δίαιτας του ασθενή.

ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

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

- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια
- Σούπες χωρίς λίπος με ντομάτα νωπή ή λαχανικά
- Επιδόρπια, μέλι, μαρμελάδες, ζελέ φρούτων, γλυκά με αποβουτυρωμένο γάλα και ασπράδι αυγού.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ:

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

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

ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

A	3.300 IV	B	3,0 MG	Παντοθ. Οξύ	15,0 MG
D	200 IV	B	3,6 MG	Βιοτίνη	60,0 MG
E	10 IV	B	4,0 MG	Νιασίνη	40,0 MG
C	100 IV	B	5,0 MG	Φυλικό Οξύ	400,0 MG

**ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΣΕ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ**

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

7.5.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

Το υδατοηλεκτρικό ισοζύγιο συχνά διαταράσσεται στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των εμέτων. Γι' αυτό απαιτείται ρύθμισή του με ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών και μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

**ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ**

Σε κάθε 1.000 KCAL

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

7.5.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

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

- Τοποθετείται στο πλάι του ασθενή νεφροειδές το οποίο απομακρύνεται αμέσως μόλις ο ασθενής κάνει έμετο, για την αποφυγή συνεχιζόμενου εμέτου, από τη μυρωδιά.
- Δίνουν στον ασθενή νερό να ξεπλύνει το στόμα του, για να φύγει η άσχημη γεύση από τα εμέσματα.

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

- Προς αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντιισταμινικά φάρμακα.
- Απομακρύνονται από το θάλαμο οι καθρέπτες, για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την εμφάνισή του.
- Για την αντιμετώπιση της ξηρότητας του δέρματος και του κνησμού ο ασθενής πρέπει να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, αυτό προφυλάσσει από τις λοιμώξεις τον ασθενή.
- Επειδή ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, πρέπει να παρακολουθούνται οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος και να καθαρίζονται σε συχνά διαστήματα.

Επειδή ο ασθενής εμφανίζει απώλεια βάρους, 2,5 – 5 Kg θα πρέπει:

- Να μετράται το βάρος του καθημερινά και να συγκρίνεται με τις προηγούμενες τιμές.
- Για την αντιμετώπιση της απώλειας βάρους παροτρύνεται ο άρρωστος να τρώει καθημερινά όλο και περισσότερο.

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

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

Πολλοί ασθενείς με ηπατίτιδα εμφανίζουν αίσθημα κοπώσεως και αδυναμία. Ο νοσηλευτής – τρια εξασφαλίζει:

- Άνετη θέση του ασθενή στο κρεβάτι.
- Πλούσια διαίτα.
- Ήσυχο περιβάλλον στον ασθενή.
- Ελεγχόμενη σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την ανάπαυση.

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

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

- Στην ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του.
- Στη διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ: αρρώστου – νοσηλευτή – γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή, απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.
- Στην αποθάρρυνση του αρρώστου να υιοθετήσει ένα ρόλο εξάρτησης.
- Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή.
- Συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.

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

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

Προβλήματα	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες
<p>Ναυτία και έμετος</p> <p>Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Φροντίστε τη στοματική κοιλότητα του ασθενούς, πριν και μετά από κάθε γεύμα. - Εφαρμόστε τεχνητή διατροφή, αν χρειάζεται - Παρακολουθείτε, αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα. - Ενισχύστε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. - Περιορίστε τις δραστηριότητες του αρρώστου. - Δώστε συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και Κ). - Χορηγείστε παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά. - Παρακολουθείστε συστηματικά το βάρος του αρρώστου. - Παρακινείστε τον ασθενή να μείνει στο κρεβάτι, για την προφύλαξη του ήπατος. - Χορηγείστε αντισπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ενισχύστε τον ασθενή να τρώει σιγά και να μασάει καλά την τροφή. - Παρακολουθείτε, γράφετε και αναφέρετε τα χαρακτηριστικά του πόνου.
--	--

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

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

7.5.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΙΝΗΣΙΑΣ

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

Ο ρόλος του νοσηλευτή – τριας σε αυτή την περίπτωση είναι υποστηρικτικός.

- Η νοσηλεύτρια – της πληροφορεί τον ασθενή ότι η συνεχής κατάκλιση δεν ωφελεί ιδιαίτερα την ασθένειά του και μπορεί να δημιουργήσει άλλα οργανικά προβλήματα όπως η κακή κένωση του εντέρου.
- Η απασχόληση με ενδιαφέροντα πράγματα μπορεί να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο εάν αυτό είναι δυνατόν. Η δημιουργική απασχόληση απορροφά την σκέψη του ασθενή από την κατάστασή του και τον απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει.
- Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει συνήθειες δραστηριότητες όταν υπάρχουν και είναι εφικτές και όταν δεν υπάρχουν να κινήσει το ενδιαφέρον του ασθενή για κάποιες από αυτές.
- Ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας αλλά δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί του, όταν λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα. Η αποφυγή συναναστροφής δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στον ασθενή.
- Λόγω των προβλημάτων κένωσης του εντέρου που παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς με βαριάς μορφής ηπατίτιδα, τη λύση του προβλήματος, βοηθά:
 - Το είδος της δίαιτας.
 - Η χορήγηση άφθονων υγρών
 - Οι χαμηλοί υποκλυσμοί
 - Η κίνηση στα πλαίσια του δυνατού

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

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

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

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

7.5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

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

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

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

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χολυστυραμίνης είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία.

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται στις περιπτώσεις αυτές, είναι:

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

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

7.5.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Εφόσον διαπιστωθεί η ύπαρξη ηπατίτιδας το πρώτο πράγμα που πρέπει να γίνει είναι η απομόνωση του ασθενή. Η απομόνωση όμως σε μεμονωμένο θάλαμο δεν αρκεί στην πρόληψη της νόσου.

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

1. Οι θάλαμοι και οτιδήποτε υπάρχει στους χώρους αυτούς που φιλοξενούν αρρώστους με ηπατίτιδα είναι μολυσμένοι.
2. Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς (νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό – συγγενείς) θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα.
3. Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται με επιμέλεια, μετά από κάθε νοσηλεία ή χρησιμοποίηση αντικειμένων που θεωρούνται μολυσμένα.

4. Τα κοπρανώδη υλικά και τα σεντόνια των ασθενών με ηπατίτιδα Α θα πρέπει να πιάνονται με γάντια. Σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β και C θα πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια κατά την επαφή με αίμα και σωματικά τους υγρά.
5. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής, όπως ουροδοχεία, σκωραμίδες θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση και να είναι ατομικά.
6. Τα κλινοσκεπάσματα του ασθενή στέλνονται πρώτα για αποστείρωση και κατόπιν πλένονται με το μη μολυσμένο ιματισμό.
7. Όλα τα είδη μιας χρήσεως που χρησιμοποιούνται για τις νοσηλείες του ασθενή, όπως σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορού, ουροσυλλέκτες θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς σάκους.
8. Όταν δεν είναι δυνατή η απομόνωση του ασθενή, ο άρρωστος τοποθετείται σε κρεβάτι που βρίσκεται στην άκρη του θαλάμου ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο προφυλάσσονται οι υπόλοιποι μη μολυσμένοι ασθενείς.
9. Όταν ο ασθενής εξέλθει από το νοσοκομείο γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη.

7.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

1. Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
2. Πλύση χεριών, απομόνωση λευχειμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συριγγών μιας χρήσης είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται.
3. Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό.
4. Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού (Immune Serum Globulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου Α κατά την περίοδο της επώασης. Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και εξασφαλίζει

ανοσία για 6-8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044-0,132 ml, ανά kg βάρους σώματος.

Πρόσφατες κλινικές δοκιμές με άλφα – ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 1.500 units άλφα – ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της ηπατίτιδας Β σε πάνω από το ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων. Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σ' ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου, είναι απαραίτητη η μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με ηπατίτιδα Β²⁵.

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

5. Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους στρες.
6. Επαρκής θρέψη για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), υπερευδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.
7. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολύ προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη Κ.
8. Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα.

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

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

10. Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση αρρώστου.

A. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

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

B. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

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

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

Γ. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

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

7.6.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

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

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

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

Δίνει λοιπόν τις εξής οδηγίες:

1. Περιορισμός δραστηριότητας για το διάστημα πάνω από πέντε (5) μήνες, μετά το ικτερικό διάστημα, ώστε να αποφεύγεται η κούραση και οι δυσάρεστες επιπλοκές.
2. Αποφυγή οινόπνευματων ποτών, τουλάχιστον για έξι (6) μήνες.
3. Αποφυγή λήψεως φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, γιατί υπάρχει η πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.
4. Μικρά και συχνά γεύματα για αποφυγή δυσπεπτικών προβλημάτων.

5. Η τροφή που θα πρέπει να δίνεται να είναι φτωχή σε λίπη, πλούσια σε υδατάνθρακες μέτρια ποσότητα λευκώματος. Πλούσια σε θερμίδες και σε ζωϊκό λεύκωμα, βοηθούν στη γρήγορη αποκατάσταση του ασθενή.
6. Οι χώροι που αναπτύσσονται συνήθως ο ιός της ηπατίτιδας, θα πρέπει να αποφεύγονται και να γίνεται σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.
7. Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας²⁶.

7.6.2. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

- Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην προφύλαξη των ατόμων από τις ηπατίτιδες είναι σημαντικός και επιτυγχάνεται με τη διαφώτιση. Επειδή η νοσηλεύτρια είναι το μοναδικό άτομο που βρίσκεται κοντά στον άρρωστο το μεγαλύτερο διάστημα με τις φροντίδες που του προσφέρει, διαθέτει αρκετές γνώσεις και πείρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.
- Εκτός όμως από τις οδηγίες που δίνει στον άρρωστο που εξέρχεται από το νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια επισκέπτεται τα σχολεία, ελέγχει τα μέτρα υγιεινής που εφαρμόζονται και ενημερώνει τα παιδιά πως μπορούν να προφυλαχθούν από τη νόσο (ηπατίτιδα Α).
- Η σχολαστική καθαριότητα ιδιαίτερα των χεριών, των τροφίμων, του νερού και των αποχωρητηρίων είναι αρκετή.
- Αν κάποιος έχει την υποψία ότι μολύνθηκε πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του.
- Αν παρουσιαστεί κρούσμα ηπατίτιδας Α σε σχολεία, αυξάνουν τα μέτρα υγιεινής, γίνεται απολύμανση και προληπτικά γίνεται εμβολιασμός των παιδιών.
- Η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β και C πρέπει να ανησυχεί ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της άμεσης

επαφής με το θέμα. Η νοσηλεύτρια σαν λειτουργός υγείας, θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς είτε από ιατρικά βιβλία και περιοδικά είτε από σεμινάρια σχετικά με το θέμα.

- Έτσι θα έχει τη δυνατότητα ενημέρωσης και διδασκαλίας του κόσμου. Μπορεί να συμβάλλει ενεργά μέσα από το χώρο που εργάζεται αλλά και έξω από αυτόν, σε συζητήσεις, μαθήματα υγιεινής που γίνονται σε σχολεία, για τον τρόπο προφύλαξης από τον ιό.
- Η νοσηλεύτρια έχει τα προσόντα να συμβάλλει στην πρόληψη μετάδοσης της νόσου, διδάσκοντας στον κόσμο τους κινδύνους που εγκυμονούν καθημερινά, από τις συναναστροφές μεταξύ των ανθρώπων και τον τρόπο ζωής τους.
- Επειδή ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β και C είναι οι τοξικομανείς ενημερώνονται να χρησιμοποιούν σύριγγες μιας χρήσεως. Δίχως αυτό όμως να σημαίνει ότι συμφωνούμε με τη χρήση ναρκωτικών που αποτελεί μάλιστα στις μέρες μας.
- Αλλά ότι φροντίζουμε τα ήδη θύματα των ναρκωτικών να μη γίνουν θύματα και της ηπατίτιδας Β και C.
- Η σεξουαλική επαφή είναι ένας τρόπος μετάδοσης αντιγόνου ηπατίτιδας Β και C από φορείς σε υγιή άτομα, με αποτέλεσμα τη νόσησή τους.
- Γι' αυτό η ρύθμιση των σχέσεών μας θα έχει κίνητρο το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και θα στοχεύει στις ηθικές απολαβές και όχι στις σωματικές.
- Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια να διδάξει τον κόσμο πόσο σημαντική είναι η πρόληψη και η ορθή συμπεριφορά απέναντι στην υγεία και τη ζωή.

7.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

Το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας 1-2% είναι πολύ ενθαρρυντικό. Η αναγκαιότητα της συνεισφοράς της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η οποία κατέχει και δύναται να προσφέρει πολλά, είναι αντιληπτή, διότι είναι προφανές ότι η κατάλληλα καταρτισμένη νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα να βοηθά όχι μόνο σε επιστημονική βάση αλλά και σε επίπεδο επικοινωνίας – συνεργασίας με τον ασθενή μιας και η επαφή μαζί του είναι αμεσότερη. Για το λόγο αυτό η γνωστοποίηση και η εφαρμογή των ακολούθων μέτρων κρίνεται απαραίτητη:

α) Σωστή και ευρεία ενημέρωση του πληθυσμού από άτομα που εργάζονται στο χώρο υγείας για θέματα που αφορούν την ιογενή ηπατίτιδα και για θέματα που αφορούν την πρόληψη και προφύλαξη της νόσου.

β) Να εμβολιάζονται όλοι όσοι θα ταξιδέψουν σε μέρος που ενδημεί η νόσος.

γ) Να γίνεται έλεγχος για τυχόν ύπαρξη αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) σε όλους.

δ) Να πραγματοποιείται έλεγχος (HBsAg) στα σχολεία και να εμβολιάζονται οι οικογένειες των φορέων του ιού B

ε) Συνιστάται διαφώτιση σχετικά με την πρόληψη νοσημάτων που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.

Μέσα στο χώρο των υγειονομικών κέντρων (νοσοκομεία, κέντρα Υγείας) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής μέτρα:

- 1) Έλεγχος του αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) σε όλο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- 2) Εμβολιασμός των αρνητικών (-) στο HBsAg, το αργότερο σε ένα μήνα από την πρόσληψή τους.

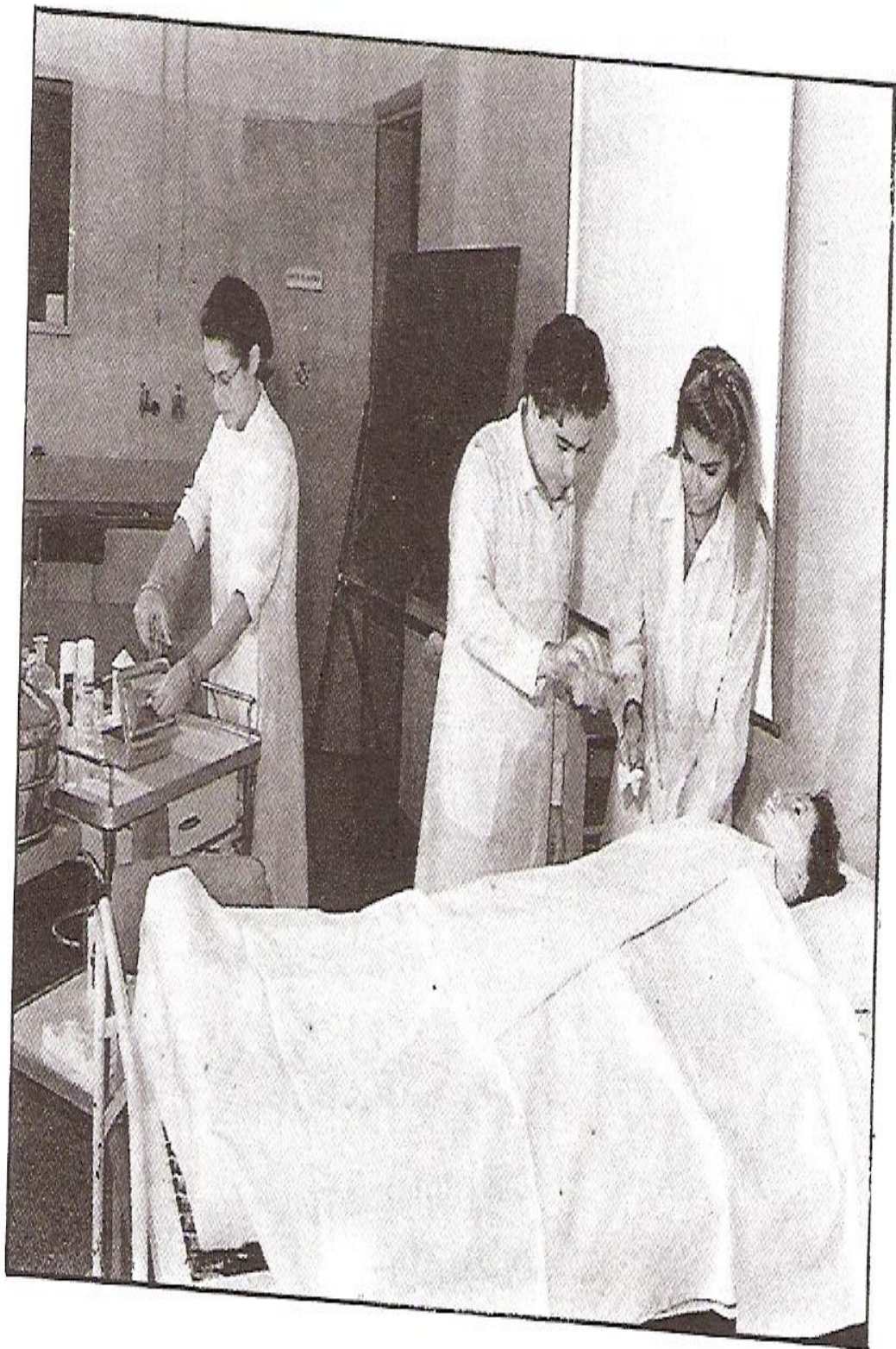
- 3) Προγράμματα επιμόρφωσης των ομάδων Υγείας με ευθύνη του κράτους
- 4) Χρησιμοποίηση συσκευών μιας χρήσης στα τμήματα, χειρουργεία, αιμοδοσία κ.α.
- 5) Το αυστραλιανό αντιγόνο HBsAg να αποτελεί εξέταση ρουτίνας για όλους τους νεοεισαχθέντες ασθενείς κάθε νοσοκομείου.
- 6) Κοινή προσπάθεια για ένα ανθρώπινο υγιές περιβάλλον.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μετά τα όσα ειπώθηκαν στην εργασία αυτή για τα συμπτώματα και προβλήματα που παρουσιάζει ένας ηπατοπαθής ασθενής, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση και πρόληψη των ηπατίτιδων. Οι παράγοντες αυτοί είναι πνευματικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί. Κάθε ηπατοπαθής ασθενής πρέπει να αποκτήσει γνώσεις για τη νόσο του. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει την άμεση ανάγκη να μην εκθέτει τον εαυτό του σε κινδύνους της νόσου. Αυτό θα το πετύχει με τον καλό σιτισμό, την αποφυγή υπερβολικής κόπωσης και τη διαμονή σε υγιεινό περιβάλλον.

Για την απόκτηση των γνώσεων πάνω στο θέμα της νόσου θα βοηθήσει η νοσηλεύτρια εξηγώντας τους κινδύνους και πώς να τους αποφύγει. Πολλές φορές το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας μπορεί να είναι χαμηλό. Η νοσηλεύτρια με την υγειονομική μονάδα οφείλει να βοηθήσει στην καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης του ασθενούς για την αποφυγή υποτροπιασμού της νόσου. Η οικογένεια βοηθά τον ασθενή να απαλλαγεί από άγχη και φροντίζει για την πλήρη σωματική αποκατάσταση του ασθενή, μετά τις οδηγίες του γιατρού.

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



ΜΕΡΟΣ

ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Ο ασθενής Παπαδόπουλος Ιωάννης εισήλθε στο νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ» στις 15.7.07 στην παθολογική κλινική του 5^{ου} ορόφου. Από την ιατρική εξέταση και έπειτα από τις εργαστηριακές εξετάσεις εκτιμάται ότι ο ασθενής πάσχει από τον ιό της ηπατίτιδας C. Σαν νοσηλευτές αναφέρουμε την νοσηλευτική διεργασία του ασθενούς για τα συμπτώματα που εμφανίζει λόγω της ηπατίτιδας C.

2. Ο ασθενής Νικόλαος Δημητρακόπουλος εισήλθε στο νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ» στις 20.6.05 στην παθολογική κλινική του 4^{ου} ορόφου. Από την ιατρική εξέταση και έπειτα από τις εργαστηριακές εξετάσεις εκτιμάται ότι ο ασθενής πάσχει από τον ιό της ηπατίτιδας B. Σαν νοσηλευτές αναφέρουμε την νοσηλευτική διεργασία του ασθενούς για τα συμπτώματα που εμφανίζει λόγω της ηπατίτιδας B.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Ι

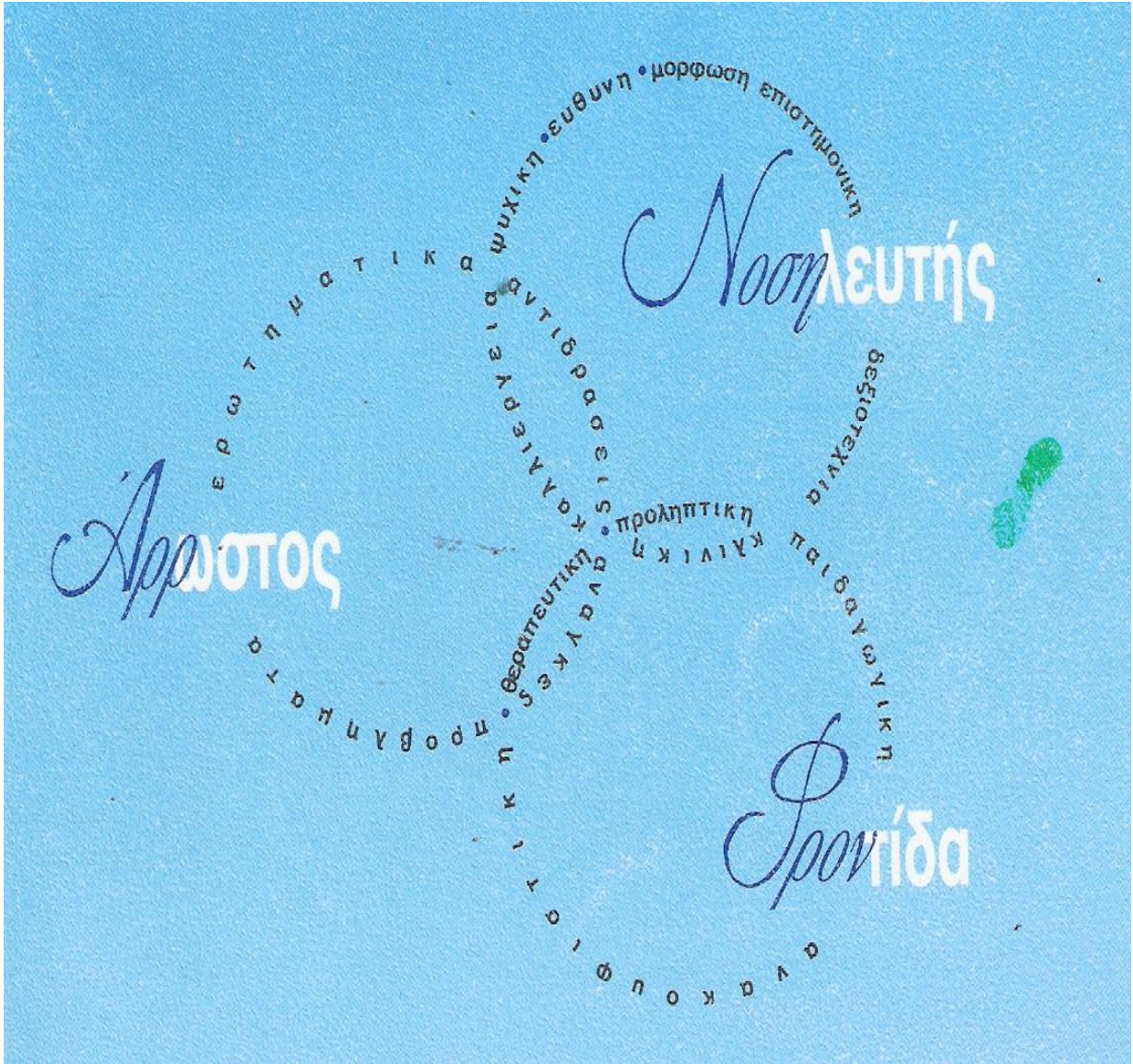
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ο ασθενής ανεβάζει θερμοκρασία 39°C κατά διαστήματα της ημέρας λόγω ηπατίτιδας C.</p> <p>Ψυχολογικές διαταραχές λόγω της ενημέρωσης του ότι πάσχει από ηπατίτιδα C.</p>	<p>Εντός 28 ωρών να επανέλθει η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Ο ασθενής έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης. Θα πρέπει να μάθει όλη την αλήθεια καθώς και τρόπους</p>	<p>Λήψη 3ωρης θερμομέτρησης. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. Παρακολούθηση ούρων. Χορήγηση αντιπυρετικών με ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Θα πρέπει η Νοσηλεύτρια να ενθαρρύνει τον άρρωστο και να μην απομακρύνεται από κοντά του. Θα πρέπει να του μάθει</p>	<p>Λήψη 3ωρης θερμομέτρησης. Ενίσχυση του ασθενούς να παίρνει υγρά. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου θερμοκρασίας. Παρακολούθηση ποσότητας και πυκνότητας ούρων. Χορήγηση αντιπυρετικών με ιατρικές οδηγίες για μείωση θερμοκρασίας.</p> <p>Ενθάρρυνση συζητήσεις. Συχνά τον παροτρύνουμε να δέχεται επισκεπτήριο των συγγενών και των αγαπημένων</p>	<p>Η λήψη υγρών βοήθησε στην πρόληψη αφυδάτωσης. Μειώθηκε η θερμ/σία χάρη στα ψυχρά επιθέματα. Η ποσότητα των ούρων και η πυκνότητά τους ήταν ικανοποιητική. Τα αντιπυρετικά βοήθησαν στη μείωση της θερμοκρασίας.</p> <p>Ο ασθενής ενθαρρύνεται όταν μιλάει και φαίνεται πιο ήρεμος. Η συνεύρεση με τα αγαπημένα και συγγενικά πρόσωπα τον κάνει να</p>

<p>Ίκτερος που οφείλεται στην ηπατίτιδα C.</p>	<p>αντιμετώπισης της ασθένειάς του.</p> <p>Να προλάβουμε να μην αυξηθεί ο βαθμός ίκτερου στον ασθενή.</p>	<p>πώς να αντιμετωπίζεται πρόβλημά του και να ζει με αυτό.</p> <p>Παρακολούθηση και καταγραφή του βαθμού ίκτερου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα των οφθαλμών. Παρακολούθηση στο χρώμα των ούρων και των κενώσεων.</p>	<p>του προσώπων. Διδασκαλία για να μάθει πώς να αντιμετωπίζει την ασθένειά του.</p> <p>Γίνεται καταγραφή βαθμού ίκτερου. Παρακολουθούνται τα ούρα και οι κενώσεις.</p>	<p>αισθάνεται πιο καλά ψυχολογικά. Η νοσηλεύτρια συζητώντας με τον ασθενή και ενθαρρύνοντάς τον, τον βοηθά να μειώνει τις ανασφάλειές του.</p> <p>Ο ασθενής εμφανίζει ίκτερο στο δέρμα και στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού. Τα ούρα και οι κενώσεις είναι χρωματισμένες.</p>
<p>Ασκιτικό υγρό που οφείλεται στην ηπατίτιδα C</p>	<p>Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον ασκίτη με παρακέντηση.</p>	<p>Ο ασθενής να ενημερωθεί για την παρακέντηση. Να τοποθετηθεί σε κατάλληλη θέση. Παρακολούθηση του ασθενή κατά την παρακέντηση. Να σημειωθεί η ποσότητα και ο χαρακτήρας του υγρού της παρακέντησης. Να χορηγηθούν διουρητικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο ασθενής για την παρακέντηση. Τοποθετείται σε κατάλληλη θέση και στηρίζεται με μαξιλάρια. Καταγραφή της ποσότητας του υγρού της παρακέντησης. Χορηγούνται διουρητικά. Ελέγχονται οι γάζες να μην διαφεύγει το υγρό.</p>	<p>Με παρακέντηση αφαιρέθηκε το υγρό και ανακουφίζεται ο ασθενής. Με τον έλεγχο των γαζών προλαμβάνουμε μόλυνση του τραύματος.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως που οφείλεται στην ηπατίτιδα Β.</p> <p>Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δηλώνουν ηπατική βλάβη. Θα ληφθεί αίμα για ανίχνευση HbsAg</p> <p>Έμετος που οφείλεται στην ηπατίτιδα Β</p>	<p>Υπερθερμιδική διαίτα και προσπάθεια ανάκτησης των φυσικών δυνάμεων του ασθενή. Καθημερινή λήψη βάρους του ασθενή και σύγκριση τιμών.</p> <p>Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις για εξακρίβωση αποτελεσμάτων</p> <p>Ανακούφιση του αρρώστου από τον έμετο</p>	<p>Επικοινωνία με τον διαιτολόγο να δίνονται τροφές πλούσιες σε θερμίδες. Να γίνεται καθημερινά ζύγισμα του ασθενή. Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή και ανάπαυση. Χορήγηση βιταμινών.</p> <p>Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τις εργαστηριακές εξετάσεις τον τρόπο λήψης του αίματος. Ενημέρωση να είναι νήστις για τη λήψη του αίματος.</p> <p>Να χορηγηθεί κατόπιν εντολής ιατρού lamp primperan (im). Να τεθεί ένας ορός Dextrose 5%</p>	<p>Ο ασθενής σιτίζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών. Χορηγούνται στον ασθενή βιταμίνες (Α, Β, συμπλέγματα και Κ).</p> <p>Ο άρρωστος ενημερώθηκε για τις εργαστηριακές εξετάσεις και τον τρόπο λήψης, καθώς επίσης να είναι νήστις στις 8 π.μ. για τη λήψη αίματος.</p> <p>Έγινε lamp Pimperan (im) ετέθη ορός Dextrose 5% 1000 cc</p>	<p>Βάρος 76 Kgr (από 80 που αναφέρει) το αίσθημα κοπώσεως οφείλεται σε ηπατοκυτταρική βλάβη.</p> <p>Ο ασθενής δέχθηκε την ενημέρωση και πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία για τις εργαστηριακές εξετάσεις.</p> <p>Ο ασθενής δεν εμφανίζει</p>

Κνησμός που οφείλεται στην ηπατίτιδα Β	Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον κνησμό	1000 cc Κατόπιν εντολής του γιατρού να προστεθεί στη φαρμακευτική αγωγή (1tb Nalomet). Καθημερινό μπάνιο χωρίς σαπούνι.	Χορήγηση 1tb κατόπιν εντολής ιατρού. Γίνεται καθημερινό μπάνιο του ασθενούς χωρίς σαπούνι, και στο τέλος χρησιμοποιείται λοσιόν.	
--	---------------------------------------	---	---	--



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ.** «Κλινική Φυσιολογία», Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός.
2. **ΝΙΚΗΤΑΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ – ΑΝΤΩΝΗΣ ΚΑΜΜΑΣ**, «Η Ανατομική του Ανθρώπου», Εκδόσεις M-EDITION, Αθήνα 1998, σελ. 472-478
3. **Χ.Μ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ – Δ.Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**, «Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991, σελ. 387-389, 398-402.
4. **Μ.Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ**, «Γενική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Α΄ , Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2001, σελ. 378-390.
5. **Κ.Δ. ΓΑΡΔΙΚΑ**, «Ειδική Νοσολογία», Νέα Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Μαρία Γ. Παρισιανού, Ναυαρίνου 20 – Αθήνα, σελ. 289-300.
6. **ΚΑΜΠΟΥΡΑ – ΝΙΦΛΗ Ε.**, «Ηπατίτιδα Β (HBV)», Τομή και Φροντίδα, Τεύχος 15, Αθήνα 1992, σελ. 20-35
7. **Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΙΟΥ**, «Ιογενής Ηπατίτιδα στην Ελλάδα», Ιατρική Τόμος 58, Τεύχος 4, Αθήνα 1991, σελ. 319-320.
8. **ΧΡ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ**, «Ιογενής Ηπατίτιδα – Μια Ανασκόπηση», Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 16, Τεύχος 1, Ιανουάριος 1993, σελ. 66-68.
9. **ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΑΚΑΛΟΣ**, «Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική», Τόμος 3^{ος} , Έκδοση Γ΄, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, σελ. 1614-1645.

- 10.Σ. ΑΝΟΥΣΗΣ – Μ. ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΟΓΛΟΥ, «Ιογενείς Ηπατίτιδες – Βιβλιογραφική Ανασκόπηση», Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 15, Τεύχος 5, Μάιος 1993, σελ. 371-381.
11. Δ.Κ. ΚΑΦΕΤΖΗΣ, «Εμβολιασμοί – Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β (HBV)», Ιατρικές Εξελίξεις, 1993, σελ. 7-10.
- 12.Χ. ΔΡΑΚΟΥΛΗΣ – Ε. ΤΣΟΥΚΑ, «Το Εμβόλιο για την Ηπατίτιδα Β», Ιατρική Ενημέρωση, Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 3, Μάιος, Ιούνιος 1993, σελ. 179-181.
- 13.Ν.Γ. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ – Π. Κ. ΒΛΑΒΙΑΝΟΣ, «Ηπατίτιδα C», Επιθεώρηση Υγείας, 1991, σελ. 17-23
- 14.Σ.Ι. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ, «Ηπατίτιδα C/1995/», Ιατρικές Εκδόσεις, Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σελ. 151-200.
- 15.ΚΛΑΟΥΣ – PETER MAIE «Ηπατίτιδα και Επακόλουθα της Ηπατίτιδας», George Thieme Verlag Stuttgart – New York, 4η Έκδοση 2, 1995, Μετάφραση Αθηνά Κουτραφουρή, σελ. 2-11, 18-23, 54-60, 78-80.
- 16.TOSHITSUGU ODA, «Hepatitis Vireses», University Park Press Baltimore, σελ. 53-58.
- 17.DUERDEN REID JEWSBURY, «Microbial and Parasitic Injection» ARNOLD: LONDON SYDNEY AUCKLAND, 1993, σελ. 273-274, 351-360.
- 18.JACK S. REMINGTON, MD. – MORTON N. SWARTZ, MD «Current Clinical Topics in Injections Diseases», σελ. 274-280.
19. <http://www.care.gr/enc/diseases/pediatrics/topic/?id=30>

20. <http://www.care.gr.mOg/topic/?=80>, «Ηπατίτιδες Η, Β, C. Διαφορές και Αντιμετώπιση», (Δημοσίευση 13/12/2002)
21. <http://www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559> , «Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α»
22. <http://www.care.gr/rnsq/topic/?id=1804>, «Από τα πιο Διαδεδομένα Λοιμώδη Νοσήματα η Ηπατίτιδα Β», (δημοσίευση 14/03/01).
23. <http://www.care.gr/mgg/topic/?=89>, «Ηπατίτιδα Β».
24. <http://www.care.gr/enc/disease/gynecology/topic/?id=31>, «Κύηση και Ηπατίτιδα Β»
25. <http://www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559>, «Εμβόλιο Ηπατίτιδας».
26. <http://www.care.gr.meg/topic/?id=4467>, «Υποχρεωτικό το Εμβόλιο για Ηπατίτιδα Β στα νεογέννητα στις Η.Π.Α.», (Δημοσίευση: 20/01/2002).

