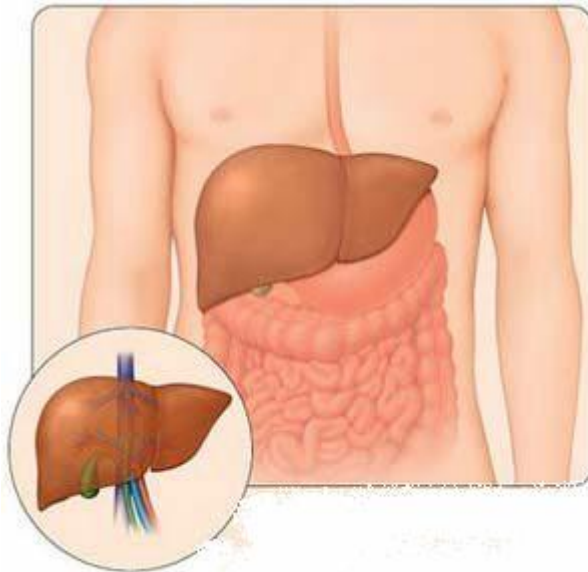


ΤΕΙ Πάτρας
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

***Θέμα : «Κίρρωση ήπατος, αλκοολισμός και νοσηλευτική
παρέμβαση»***



Εισηγητής:

Dr. Ζήσης Θ.

Σπουδάστριες:

Παππά Χριστίνα

Πάτρα, 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	VIII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	3
ΉΠΑΡ.....	3
1.1 Ανατομία ήπατος.....	3
1.1.1 Οι επιφάνειες του ήπατος.....	4
1.1.2 Οι λοβοί του ήπατος.....	5
1.1.3 Τα αγγειακά τμήματα του ήπατος.....	6
1.1.4 Οι αρτηρίες του ήπατος.....	7
1.1.5 Οι φλέβες του ήπατος.....	8
1.1.6 Η νεύρωση του ήπατος	8
1.2.1 Οι βασικές λειτουργίες του ήπατος.....	9
1.3. Παθοφυσιολογία ήπατος.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	13
ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.....	13
2.1 Διαχωρισμός νόσων του ήπατος.....	13
2.1.1 Ιογενής ηπατίτιδες.....	13
2.1.2 Οξεία φλεγμονώδης νόσος.....	17
2.1.3 Νεοπλάσματα του ήπατος.....	18
2.1.4 Γλυκογονιάσεις	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	20
ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	20
3.1 Ορισμός κίρρωσης ήπατος.....	20
3.2 Αίτια κίρρωσης ήπατος.....	20

3.3	Επιδημιολογικά δεδομένα.....	21
3.4	Μορφές κίρρωσης.....	22
3.5	Κλινικά χαρακτηριστικά κίρρωσης.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο		25
ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.....		25
4.1	Εισαγωγή.....	25
4.2	Ορισμός αλκοολικής νόσου του ήπατος.....	26
4.3	Αιτιολογία αλκοολικής νόσου του ήπατος.....	27
4.4	Διαγνωστική στρατηγική.....	28
4.4.1	Κλινικά συμπτώματα.....	28
4.4.2	Κλινικά ευρήματα.....	29
4.5	Μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας.....	30
4.5.1	Λιπώδες ήπαρ.....	30
4.5.2	Αλκοολική ηπατίτιδα.....	31
4.5.3	Αλκοολική κίρρωση.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο		34
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....		34
5.1	Κλινική εξέταση.....	34
5.1.1	Διαγνωστική προσέγγιση.....	34
5.2	Διάγνωση νοσημάτων του ήπατος.....	35
5.2.1	Φόρτιση του ήπατος με γαλακτόζη.....	35
5.2.2	Δοκιμασία αποκαθάρσεως με γαλακτόζη.....	36
5.2.3	Λευκώματα του πλάσματος.....	36
5.2.4	Προθρομβίνη πλάσματος.....	36
5.2.5	Τρανσαμινάσες.....	37
5.2.6	Δοκιμασία βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης (B.S.P).....	37
5.3	Ακτινολογικές εξετάσεις.....	38

5.4 Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι	39
5.4.1 Βιοψία ήπατος.....	39
5.4.2 Λαπαροσκόπηση	40
5.4.3 Οισοφαγοσκόπηση.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	42
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ	42
6.1 Θεραπεία κίρρωσης ήπατος	42
6.2 Η θεραπεία του οιδήματος σε κίρρωση	44
6.3 Διαιτητική παρέμβαση	45
6.4 Μεταμόσχευση ήπατος	46
6.3.1 Στάδια μεταμόσχευσης	47
6.3.2 Επιπλοκές μεταμόσχευσης.....	48
6.3.3 Φαρμακευτική αγωγή μεταμόσχευσης	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	50
ΚΥΡΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ.....	50
7.1. Πυλαία υπέρταση	50
7.2 Ασκίτης	50
7.2.1 Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα.	51
7.3 Ηπατική εγκεφαλοπάθεια	52
7.4 Αιμορραγία των κίρσων του οισοφάγου.....	54
7.5 Ηπατονεφρικό σύνδρομο	55
7.6 Ηπατοπνευμονικό σύνδρομο.....	56
7.7 Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	59
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	59
8.1 Ορισμός του Αλκοολισμού	59
8.2 Αίτια αλκοολισμού.....	61
8.3 Μορφές Αλκοολισμού	61
8.4 Αλκοολικές παθήσεις.....	62
8.5 Το σύνδρομο στέρησης.....	64
8.6 Θεραπευτική αγωγή αλκοολισμού:.....	64
8.7 Συμβουλές για γονείς	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	68
ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	68
1.1 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	68
1.2 Προβλήματα του αρρώστου.....	71
1.3 Σκοποί της φροντίδας.....	72
1.4 Αξιολόγηση	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	76
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	76
2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση	76
2.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις	85
2.2.1 Νοσηλευτική διάγνωση : Αίσθημα δυσφορίας, δυσπεψίας.....	85
2.2.2 Νοσηλευτική διάγνωση : Δυσανεξία στην κόπωση	86
2.2.3 Νοσηλευτική διάγνωση : Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.....	86
2.2.4 Νοσηλευτική διάγνωση : Διαταραχή της νοητικής λειτουργίας.....	87
2.3 Νοσηλευτική φροντίδα μεταμόσχευσης ήπατος.....	88
2.4 Πρόληψη	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	93
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	93
1.1 Περιστατικό 1 ^ο	93
1.2 Περιστατικό 2 ^ο	100
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	107
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πάρα πολύ τους γονείς μας τόσο για την κατανόηση τους όσο και για την ψυχολογική τους υποστήριξη τόσο καιρό και τους φίλους μας Αποστόλη, Κατερίνα, Νάυση και Νικολέττα για την βοήθεια τους στην διεκπεραίωση της εργασίας μας. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας κ. Ζήση για την πολύτιμη βοήθεια του.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μια πολύ διαδεδομένη και σημαντική νόσος της παθολογίας είναι η κίρρωση του ήπατος, η οποία απασχολεί πολύ τον σύγχρονο πολιτισμό καθώς εμφανίζονται όλο και περισσότερες περιπτώσεις. Η κίρρωση είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονώδη ανάπτυξη του συνδετικού ιστού, με προοδευτική καταστροφή των ηπατικών κυττάρων και οξιδική αναγέννηση τους.

Η κίρρωση εκτός από τα χρόνια προβλήματα που προκαλεί στον ασθενή δημιουργεί και πολλές ψυχολογικές διαταραχές σε αυτόν. Η νόσος αυτή μπορεί να προκληθεί σε διαφορετικές κάθε φορά ηλικίες και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον διαφορετικό κάθε φορά τρόπο προσέγγισης του κάθε ασθενή.

Ξεδομένου ότι η κίρρωση είναι μια σύγχρονη νόσος που ολοένα και αυξάνεται, σκοπός της εργασίας μας αποτελεί αφενός η ευαισθητοποίηση του κοινού όσο αφορά τις επιπτώσεις του αλκοολισμού στον ανθρώπινο οργανισμό και αφετέρου η επαγρύπνηση των επαγγελματιών υγείας όσο αφορά τη συμβολή τους απέναντι στον ασθενή με κίρρωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κίρρωση ανήκει στις 10 συχνότερες αιτίες θανάτου στο δυτικό κόσμο. Αν και είναι κατά μεγάλο μέρος το αποτέλεσμα της κατάχρησης του αλκοόλ, εντούτοις και άλλοι παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η κατάρρευση ολόκληρης της αρχιτεκτονικής του ήπατος.

Το ήπαρ είναι από τα μεγαλύτερα όργανα του σώματος. Οι ουσίες που εκκρίνει είναι βασικής σημασίας για την επιβίωση του ανθρώπου ωστόσο τυχόν αλλαγές που μπορεί να υπάρξουν στην λειτουργία του όπως στην κίρρωση δημιουργούν πολλά και πολύπλοκα προβλήματα σε έναν ασθενή.

Τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ένας ασθενής με κίρρωση είναι σωματικά αλλά και ψυχολογικά. Είναι μία χρόνια νόσος με σημαντικές και επικίνδυνες επιπλοκές, για το λόγο αυτό ένας τέτοιος ασθενής χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση.

Σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση του κάθε ασθενούς έχουν οι ομάδες υγείας και πόσο μάλλον το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς του, για το λόγο αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός και πολύπλευρος. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθένειες είναι σημαντικός και πόσο μάλλον σε περιπτώσεις κίρρωσης μίας τόσο πολύπλοκης και επικίνδυνης ασθένειας.

Εκτός από την πρόληψη, την διάγνωση αλλά και την θεραπεία ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην διδασκαλία του ασθενή για αποδοχή της νόσου του, ψυχολογική υποστήριξη, αλλά και κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος.

*Πρώτο
μέρος*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΉΠΑΡ

1.1 Ανατομία ήπατος

Το ήπαρ είναι ένα από τα μεγαλύτερα και τα πιο σημαντικά όργανα του σώματος, είναι βάρους περίπου 1600 – 2000 g, αποτελεί το 1/ 50 του συνολικού βάρους του σώματος ενήλικου. Είναι σχετικά μεγαλύτερο κατά τη βρεφική ηλικία, και αποτελεί το 1/8 του βάρους κατά τη γέννηση.¹

Είναι αδενικό κοιλιακό όργανο, που διαρρέεται από αίμα προερχόμενο από το έντερο και το οποίο ασκεί έναν πολλαπλό έλεγχο στη χημική σύσταση του κυκλοφορούντος αίματος και του οργανισμού γενικότερα. Είναι προσαρτημένο στον εντερικό σωλήνα, καταλαμβάνει το δεξιό υποχόνδριο, εκκρίνει τη χολή και εκτελεί πολλαπλές μεταβολικές λειτουργίες.¹

Το ήπαρ εντοπίζεται κυρίως στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς, όπου καταλαμβάνει ολόκληρο σχεδόν το δεξιό υποχόνδριο, μέρος του επιγαστρίου και εκτείνεται στο αριστερό υποχόνδριο. Η χροιά του ήπατος είναι καστανέρυθη. Όμως κατά τη διάρκεια της ζωής το ήπαρ είναι μαλακό με ηηκτώδη σύσταση.²

Καλύπτεται και προστατεύεται από την οστεοχονδρική θωρακική κοιλότητα.

Μετατοπίζεται με τις αναπνευστικές κινήσεις, λόγω της σύνδεσης του με το διάφραγμα, το δρεπανοειδή και τους τριγωνικούς συνδέσμους.



Εικόνα 1

Μετατοπίσεις του ήπατος συμβαίνουν με κάθε αλλαγή της στάσεως του σώματος που επηρεάζει το διάφραγμα. Φυσιολογικά, το ήπαρ εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το δεξιό πλευρικό χείλος. Η ψηλάφηση του γίνεται εύκολα, αν ζητηθεί από τον ασθενή να εισπνεύσει βαθιά ώστε να μετακινηθεί το διάφραγμα και το ήπαρ προς τα κάτω.²

1.1.1 Οι επιφάνειες του ήπατος

Το ήπαρ παρουσιάζει διαφραγματική και σπλαχνική επιφάνεια. Οι επιφάνειες αυτές διαχωρίζονται μεταξύ τους από το οξύ κάτω χείλος.

- Η *διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος* είναι λεία και κυρτή, διότι προσαρμόζεται στην κοίλη κάτω επιφάνεια του διαφράγματος.
- Η *σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος* βλέπει προς τα κάτω, πίσω και αριστερά και διαχωρίζεται από τη διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος με το κάτω χείλος.²

Η σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος καλύπτει τα εξής ανατομικά στοιχεία :

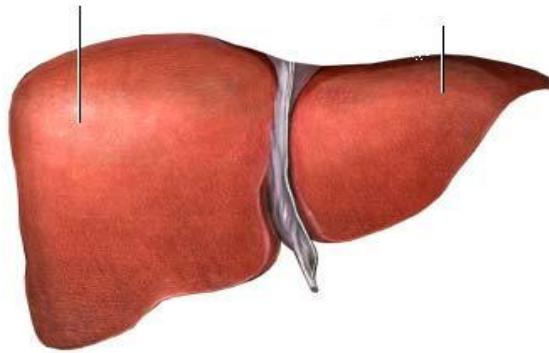
- το άνω δεξιό τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας του στομάχου
- την άνω μοίρα του δωδεκαδάκτυλου
- το έλασσον επίπλουν
- τη χοληδόχο κύστη
- τη δεξιά κολική καμπή
- πολλά αγγεία και νεύρα που σχετίζονται με τα παραπάνω στοιχεία. 2

Η σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο. Στη σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος είναι μία εγκάρσια σχισμή μήκους 5εκ περίπου που καλείται πύλη του ήπατος. Περιέχει την πυλαία φλέβα, την ηπατική αρτηρία, το νευρικό πλέγμα του ήπατος, τους ηπατικούς πόρους

και λεμφαγγεία.

Αριστερός λοβός

Δεξιός λοβός



1.1.2 Οι λοβοί του ήπατος

Το ήπαρ όπως και τα περισσότερα όργανα, είναι “ιεραρχικά” δομημένο. Σύμφωνα με τα μεγάλα αγγεία, το ήπαρ διαιρείται πρώτα σε δύο λοβούς, τον αριστερό και το δεξιό λοβό, οι οποίοι υποδιαιρούνται σε τμήματα και αυτά πάλι σε μικρότερα τμήματα μέχρι που τελικά διακρίνουμε ως μικρότερη λειτουργική μονάδα τα, ηπατικά λοβία διαμέτρου 1mm περίπου και ύψους 1-2 mm. Ο κάθε λοβός έχει τη δική του αρτηριακή παροχή, καθώς και τη δική του φλεβική και λεμφική παροχέτευση.³

Για περιγραφικούς λόγους , περιγράφεται επίσης ένας κερκοφόρος και ένας τετράπλευρος λοβός όπου αποτελούν μέρη του αριστερού λοβού.

Ø *Ο δεξιός λοβός του ήπατος.* Τα όρια μεταξύ του λειτουργικού δεξιού λοβού και των άλλων λοβών καθορίζονται από τον κυστικό και την αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας, καθώς και από μία νοητή γραμμή στη διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος που διέρχεται από τον πυθμένα της χοληδόχου κύστης και από την κάτω κοίλη φλέβα²

Ø *Ο κερκοφόρος λοβός του ήπατος.* Ο κερκοφόρος λοβός εντοπίζεται μεταξύ της αύλακας του φλεβώδους συνδέσμου και της αύλακας της

κάτω κοίλης φλέβας. Αποτελεί μέρος του λειτουργικού αριστερού λοβού και προς τα κάτω αφορίζεται από την πύλη του ήπατος.²

Ø *Ο τετράπλευρος λοβός του ήπατος.* ο τετράπλευρος λοβός εντοπίζεται μεταξύ της αύλακας του στρογγυλού συνδέσμου και του κυστικού βόθρου, ενώ προς τα πίσω αφορίζεται από την πύλη του ήπατος. Μεγάλο μέρος του αποτελεί τμήμα του λειτουργικού αριστερού λοβού.²

Ø *Ο αριστερός λοβός του ήπατος.* Ο λειτουργικός λοβός περιλαμβάνει τον κερκοφόρο καθώς και μεγάλο μέρος του τετράπλευρου λοβού. Ο αριστερός διαχωρίζεται από τον κερκοφόρο και τον τετράπλευρο λοβό με την αύλακα του στρογγυλού συνδέσμου και την αύλακα του φλεβώδους συνδέσμου.²

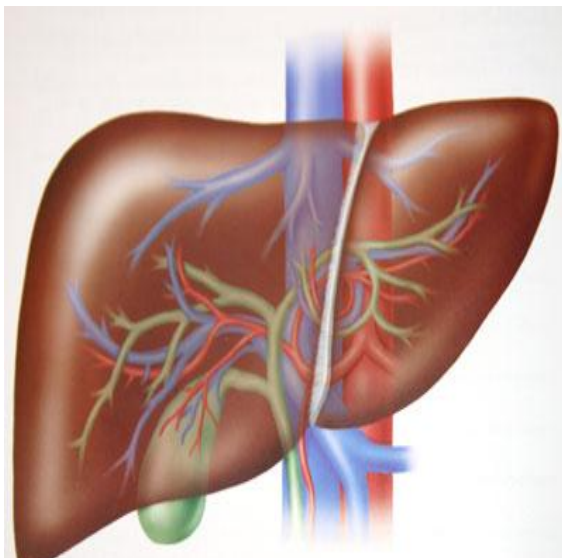
1.1.3 Τα αγγειακά τμήματα του ήπατος

Ο δεξιός και ο αριστερός λοβός λειτουργούν χωριστά. Καθένας από αυτούς έχει τη δική του αρτηριακή και πυλαία αιμάτωση, καθώς και τη δική του φλεβική παροχέτευση. Ο δεξιός ηπατικός πόρος απάγει τη χολή από το δεξιό λοβό, ενώ ο αριστερός ηπατικός πόρος απάγει τη χολή από τον αριστερό λοβό. Στο δεξιό και στον αριστερό λοβό εισέρχονται ο δεξιός και ο αριστερός κλάδος της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας, ενώ εξέρχονται ο δεξιός και ο αριστερός ηπατικός πόρος. Μέσα σε κάθε λοβό η διάταξη των κύριων κλάδων της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας είναι αρκετά σταθερή. Ένα οριζόντιο επίπεδο που διέρχεται από τους λοβούς χωρίζει το ήπαρ σε οκτώ ή εννέα τμήματα, εάν ο κερκοφόρος μετρηθεί χωριστά.²

1.1.4 Οι αρτηρίες του ήπατος

Το ήπαρ έχει διπλή αιμάτωση από την ηπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα. Η δεξιά και η αριστερή ηπατική αρτηρία φέρουν οξυγονωμένο αίμα στο ήπαρ, ενώ η πυλαία φλέβα φέρει φλεβικό αίμα, το οποίο περιέχει τα προϊόντα της πέψης που απορροφήθηκαν από τη γαστρεντερική οδό. Το αρτηριακό αίμα κατευθύνεται προς την κεντρική φλέβα των ηπατικών λοβίων. Η κοινή ηπατική αρτηρία εκφύεται από τον κορμό της κοιλιακής αρτηρίας και κατευθύνεται προς τα εμπρός και δεξιά μέσα στο οπίσθιο τοίχωμα του επιπλοϊκού θυλάκου.^{2,3}

Πορεύεται κάτω από το επιπλοϊκό τρήμα και φθάνει στην άνω μοίρα του δωδεκαδάκτυλου. Μετά τη χορήγηση της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας διέρχεται μεταξύ των πετάλων του ελάσσονος επιπλόου, ως ιδίως ηπατική αρτηρία.³



Εικόνα 3

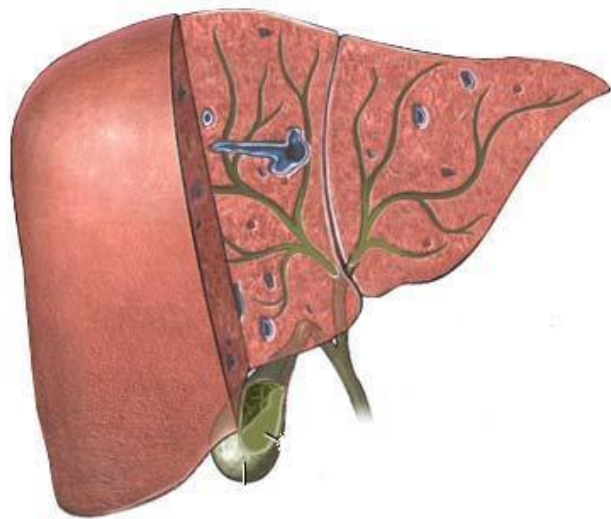
Η πυλαία φλέβα , που προσκομίζει το περισσότερο αίμα στο ήπαρ, σχηματίζεται πίσω από τον αυχένα του παγκρέατος με τη συνένωση τη άνω μεσεντέριας με τη σπληνική φλέβα. Πορεύεται μέσα στο ελεύθερο δεξιό χείλος του ελάσσονος επιπλόου, πίσω από το χοληδόχο πόρο και την ηπατική αρτηρία και μπροστά από το επιπλοϊκό τρήμα. Η πυλαία φλέβα τελειώνει στο δεξιό άκρο της πύλης του ήπατος, όπου διχάζεται σε δεξιό και αριστερό κλάδο, ο καθένας από τους οποίους αρδεύει περίπου το μισό ήπαρ.²

1.1.5 Οι φλέβες του ήπατος

Οι ηπατικές φλέβες που απάγουν το αίμα από το ήπαρ σχηματίζονται με τη συνένωση των κεντρικών φλεβών των λοβίων του. Οι ηπατικές φλέβες εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα αμέσως κάτω από το διάφραγμα. Υπάρχει άνω και κάτω ομάδα ηπατικών φλεβών. Η άνω ομάδα μπορεί να αποτελείται μόνο από μια δεξιά και μία αριστερή φλέβα, συνήθως όμως υφίσταται μια μέση φλέβα προερχόμενη από τον κερκοφόρο λοβό. Η κάτω ομάδα αποτελείται από 16-18 μικρές φλέβες, οι οποίες απάγουν αίμα από το δεξιό λοβό συμπεριλαμβανομένου τμήματος του κερκοφόρου λοβού.^{2,3}

1.1.6 Η νεύρωση του ήπατος

Τα νεύρα του ήπατος περιέχουν τόσο συμπαθητικές, όσο και παρασυμπαθητικές ίνες. Τα νεύρα φθάνουν στο ήπαρ μέσω του ηπατικού πλέγματος, το κύριο παραγωγό του κοιλιακού πλέγματος, το οποίο επίσης δέχεται ίνες από το αριστερό και δεξιό πνευμονογαστρικό νεύρο και



Εικόνα 4

το δεξιό φρενικό νεύρο. Το ηπατικό νευρικό πλέγμα συνοδεύει την ηπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα, καθώς και τους κλάδους τους και εισέρχεται στο ήπαρ μέσω της πύλης του.^{2,3}

1.2 Φυσιολογία του ήπατος

Το ήπαρ αποτελεί το κυρίως εργοστάσιο του σώματος. Οι λειτουργίες του είναι πολυπληθείς. Οι χημικές επεξεργασίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα στο ήπαρ είναι στενά συνδεδεμένες με τον μεταβολισμό των πρωτεϊνών,

των λιπών και των υδατανθράκων.⁴

Είναι όργανο θεμελιώδους σημασίας για το μεταβολισμό του οργανισμού. Πραγματικά, όλες οι αντιδράσεις του ενδιάμεσου μεταβολισμού, δηλαδή αυτές που αφορούν στις μεταβολικές αλυσίδες, οι οποίες καταλήγουν στη σύνθεση ή στην αποικοδόμηση των συμπλοκών μορίων, πραγματοποιούνται στα ηπατικά κύτταρα. Η τεράστια φυσιολογική σημασία του ήπατος εξηγείται από τις αξιοσημείωτες βιοχημικές δυνατότητες του, σε συνδυασμό με τον εξαιρετικά πλούσιο ενζυμικό εξοπλισμό του και την πλεονεκτική θέση του στο κυκλοφορικό σύστημα.⁴

1.2.1 Οι βασικές λειτουργίες του ήπατος

Το ήπαρ παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον ανθρώπινο οργανισμό και αυτό λόγω του ουσιών που εκκρίνει αλλά και των λειτουργιών που εκτελεί. Οι πιο σημαντικές λειτουργίες του ήπατος είναι :

- *Μεταβολισμός των υδατανθράκων*

Το ήπαρ συνδέεται στενά με τον μεταβολισμό των υδατανθράκων, μπορεί και μετατρέπει τη γλυκόζη σε γλυκογόνο και αντίθετα το γλυκογόνο σε γλυκόζη, εκτός αυτού, μπορεί εναποθηκεύει τους υδατάνθρακες υπό τη μορφή γλυκογόνου και εν συνεχεία, ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού, να τους εκχέει στο αίμα ως γλυκόζη. Η γλυκόζη είναι η ενεργητική ουσία που καταναλίσκεται από τους μυς και τον εγκέφαλο και είναι απαραίτητο να διατηρείται σταθερή η πυκνότητα σακχάρου στο αίμα και αυτή την λειτουργία την εκτελεί το ήπαρ.⁵

- *Μεταβολισμός των λευκωμάτων*

Τα αμινοξέα που απελευθερώνονται υπό την δράση των πεπτικών ενζύμων, φθάνουν στο ήπαρ δια της πυλαίας φλέβας από την εντερική πέψη. Από τα αμινοξέα αυτά το ήπαρ συνθέτει τα πρωτεϊνικά μόρια του

σώματος. Εκτός από την χρησιμοποίησή τους για την σύνθεση των πρωτεϊνών τα αμινοξέα μπορεί να υποστούν και άλλες τροποποιήσεις, όπως η διάσπαση τους σε ουρία ή η μεταβολή ενός αμινοξέος σε ένα άλλο. Στο ήπαρ γίνεται επίσης η σύνθεση πολλών παραγόντων του αίματος όπως το ινωδογόνο, η προθρομβίνη, οι σφαιρίνες και λευκωματίνες.⁵

- *Μεταβολισμό των λιπών*

Το ήπαρ παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη μεταφορά των λιπιδίων και στη διατήρηση της σταθερότητας του ποσοστού τους στο κυκλοφορούν αίμα. Η μορφή μεταφοράς αυτών των λιπιδίων, τα οποία προέρχονται από διάφορες πηγές αντιπροσωπεύεται από τις λιποπρωτεΐνες του πλάσματος. Αυτές συντίθενται στο ήπαρ, με το συνδυασμό τριγλυκεριδίων, τα οποία σχηματίζονται από λιπαρά οξέα στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο. Το ήπαρ εξασφαλίζει εξάλλου τη ρύθμιση της ποσότητας της χοληστερόλης στο αίμα.¹

- *Αποτοξίνωση*

Η βασικότερη λειτουργία του ήπατος είναι ο μεταβολισμός, η αποτοξίνωση και η απενεργοποίηση τόσο των ενδογενών όπως στεροειδή και άλλες ορμόνες όσο και των εξωγενών ουσιών όπως φάρμακα και τοξίνες. Η δράση ορισμένων φαρμάκων ελαττώνεται και διαρκεί λιγότερο αν τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιηθούν επανειλημμένα, αυτό εν μέρει οφείλεται σε μεταβολικές εξεργασίες στα ηπατικά κύτταρα. Επειδή το άρρωστο ήπαρ μεταβολίζει τα φάρμακα βραδύτερα από το φυσιολογικό επιβάλλεται προσοχή στη χορήγηση κατευναστικών σε άτομα με ηπατοπάθεια.⁴

- *Παραγωγή χολής*

Η χολή είναι ένα σύνθετο απεκκρινόμενο προϊόν, που παράγεται από το ήπαρ. Η έκκριση της χολής έχει δύο κύριες λειτουργίες :

- την αποβολή πολλών ενδογενών και εξωγενών υπολειμματικών προϊόντων όπως η χολερυθρίνη και η χοληστερόλη από τον οργανισμό
- την προαγωγή της πέψης και της απορρόφησης των λιπών από το έντερο

Στενές και πολύπλοκες σχέσεις έχει το ήπαρ με διάφορες βιταμίνες. Έχει την ικανότητα να μετατρέπει αδρανείς μορφές ορισμένων σημαντικών ορμονών και βιταμινών σε δραστικότερες μορφές. Η παρουσία της χολής είναι απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης Κ.⁴

1.3. Παθοφυσιολογία ήπατος

- *Μεταβολισμός υδατανθράκων*

Σε καταστάσεις νηστείας σπάνια παρατηρείται υπογλυκαιμία. Για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν δύο εξηγήσεις :

- το ήπαρ αδυνατεί να διατηρήσει την ομοιόσταση της γλυκόζης, μόνο όταν η λειτουργικότητα του μειωθεί στα 20%
- τα νεφρά έχουν μεγάλη δυνατότητα για γλυκονεογένεση.⁴

Υπογλυκαιμία παρατηρείται γενικά σε οξείες κεραυνοβόλες παθήσεις του ήπατος και σε σπάνιες περιπτώσεις με κίρρωση ήπατος. Τα πιθανά αίτια ηπατογενούς υπογλυκαιμίας είναι :

- μειωμένη σύνθεση και καταβολισμός του γλυκογόνου
- μειωμένη γλυκονεογένεση.

Μετά από σίτιση στα άτομα με παθήσεις του ήπατος παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος. Η υπεργλυκαιμία συχνά συνοδεύεται και από αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης στις περιόδους νηστείας ή μετά το γεύμα. Αυτό εξηγείται ή γιατί υπάρχει αντίσταση στην ινσουλίνη ή αυξημένη έκκριση ινσουλίνης.⁴

- *Μεταβολισμός λιπιδίων – λιποπρωτεϊνών*

Σε παθήσεις του ήπατος είναι επόμενο να παρατηρηθούν διαταραχές στα επίπεδα λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών του πλάσματος. Τέτοιες διαταραχές είναι η αύξηση των επιπέδων χοληστερόλης στο πλάσμα, καταστάσεις αποφρακτικού ίκτερου, καταστάσεις ελεύθερης χοληστερόλης καθώς επίσης και η αύξηση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων.⁵

- *Μεταβολισμός πρωτεϊνών*

Σε περιπτώσεις βαριάς ηπατικής βλάβης μειώνεται η σύνθεση ουρίας με συνέπεια αύξηση των επιπέδων της αμμωνίας του αίματος που είναι πολύ τοξική για τα κύτταρα του οργανισμού. Παρατηρείται επίσης συγκέντρωση στο πλάσμα ορισμένων ορμονών όπως το ινωδογόνο, απτοσφαιρίνη.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

2.1 Διαχωρισμός νόσων του ήπατος

Παρά τη μεγάλη ποικιλία τους, οι παθήσεις του ήπατος μπορούν να διαιρεθούν σε :

1. οξείες φλεγμονώδεις ή ιογενείς νόσους (ηπατίτιδες, αποστήματα)
2. χρόνιες φλεγμονώδεις νόσους όπως η κίρρωση
3. νεοπλάσματα (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής καρκίνος ήπατος)
4. ηπατικές εντοπίσεις διαφόρων γενικών παθήσεων όπως οι κοκκιωματώσεις, γλυκογονιάσεις.¹

2.1.1 Ιογενείς ηπατίτιδες

- *Οξεία ηπατίτιδα*

Η οξεία ηπατίτιδα αναπτύσσεται λίγες εβδομάδες έως μήνες μετά την είσοδο του ιού της ηπατίτιδας στο ανθρώπινο σώμα. Οξεία ηπατίτιδα προκαλούν όλοι οι ιοί ηπατίτιδας.⁶

Συμπτώματα: τα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας συνήθως είναι ήπια (μοιάζει με απλή ίωση) έως ανύπαρκτα δικαιολογώντας



Εικόνα 5

έτσι την άγνοια πολλών ατόμων όταν πληροφορούνται για την ύπαρξη σημείων παλαιότερης οξείας ηπατίτιδας, που προκύπτει από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών-αιματολογικών εξετάσεων. Τα κύρια

συμπτώματα όταν υπάρχουν είναι : έντονη αδυναμία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, έμετοι, μυαλγίες, αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο, αρθραλγίες, πυρετός και αποστροφή στο κάπνισμα, ενώ κάποιοι ασθενείς έχουν ίκτερο και έχουν σκοτεινόχρωμα ούρα (σαν κονιάκ). Σπάνια (<2%) η οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ βαριά πορεία, οπότε χαρακτηρίζεται ως κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα. Η κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ υψηλή θνητότητα (70-90%), αν δεν μεσολαβήσει επείγουσα μεταμόσχευση του ήπατος.^{6,1}

Παράγοντες ανάρρωσης : οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα πρέπει να αποφεύγουν πλήρως την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και δυνητικά ηπατοτοξικών φαρμάκων. Επίσης, επειδή έχουν συχνά ναυτία και στομαχικά ενοχλήματα, πρέπει να τρώνε εύπεπτες τροφές συνήθως πλούσιες σε υδατάνθρακες και χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Γενικά θα πρέπει να ακολουθείται η διάθεση του ασθενούς για φαγητό, αρκεί να λαμβάνονται αρκετά υγρά για να προληφθεί η αφυδάτωση. Η δίαιτα και η ανάπαυση δεν επιταχύνουν την ανάρρωση ούτε επηρεάζουν την πορεία των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα. Κοινωνική χρήση οινοπνευματωδών ποτών επιτρέπεται μετά από 6 μήνες και εφόσον η οξεία ηπατίτιδα έχει θεραπευτεί.⁶

- *Χρόνια ηπατίτιδα*

Χρόνια ηπατίτιδα αναπτύσσεται στους ασθενείς που δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό κατά τη φάση της οξείας ηπατίτιδας. Χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να προκαλέσουν μόνον οι ιοί ηπατίτιδας Β, D και C και ποτέ οι ιοί ηπατίτιδας Α και Ε.⁶

Συμπτώματα: οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα δεν έχουν κανένα απολύτως σύμπτωμα, αν και σε μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι αναφέρουν σχετικά συχνότερα κόπωση σε σχέση με υγιή πληθυσμό. Παρά την απουσία όμως συμπτωμάτων, η χρόνια ηπατίτιδα συχνά εξακολουθεί να

προκαλεί ερεθισμό και να καταστρέφει το ήπαρ. Έτσι, ένα ποσοστό των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα αναπτύσσει κίρρωση, που σημαίνει σχεδόν πλήρη καταστροφή της δομής του ήπατος.⁶

Διαιτητικοί περιορισμοί : η διαίτα των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα είναι ελεύθερη με εξαίρεση την αποφυγή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Γενικά οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα θα πρέπει να προσπαθούν να διατηρούν φυσιολογικό σωματικό βάρος και οι παχύσαρκοι θα πρέπει να προσπαθούν να αδυνατίσουν. Μόνον οι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση ήπατος συχνά χρειάζεται να υποβάλλονται σε συγκεκριμένους διαιτητικούς περιορισμούς μετά από συμβουλή του γιατρού τους. Οι παλαιότερα συνιστώμενες δίαιτες (αποφυγή λιπαρών τροφών, σοκολάτας, αυγών, κόκκινου κρέατος κλπ) ή η χορήγηση βιταμινών δεν έχουν βρεθεί να ωφελούν και δεν έχουν θέση στη διατροφή των ασθενών αυτών.⁷

Εργαστηριακά ευρήματα

Το πιο χαρακτηριστικό εργαστηριακό εύρημα σε κάθε ασθενή με ιογενή ηπατίτιδα είναι η αύξηση των ενζύμων του ήπατος (αμινοτρανσφερασών ή τρανσαμιναςών), που απελευθερώνονται στο αίμα από την καθημερινή καταστροφή και αναγέννηση των ηπατοκυττάρων. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι η ανεύρεση αυξημένων τρανσαμιναςών δεν σημαίνει υποχρεωτικά ιογενή ηπατίτιδα και ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε σειρά εργαστηριακών εξετάσεων για τη διερεύνηση του αιτίου της ηπατικής βλάβης.

Η αύξηση των τρανσαμιναςών είναι ιδιαίτερα μεγάλη σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα (>400 IU/L) και ίσως να συνοδεύεται από υψηλή τιμή χολερυθρίνης του ορού και αποβολή χολερυθρίνης στα ούρα (στους ασθενείς με ίκτερο και σκούρα ούρα σαν κονιάκ).⁶

Αντίθετα, σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα παρατηρείται μικρή ή μέτρια αύξηση των τρανσαμιναςών (<200 IU/L) και μόνο σπάνια υπάρχουν

εξάρσεις της νόσου με μεγάλες αυξήσεις των τρανσαμινασών που μπορεί να φθάσουν σε επίπεδα οξείας ηπατίτιδας (>400 IU/L).⁶

- *Άλλες μορφές ιογενής ηπατίτιδας*

Η **λοιμώδης ηπατίτιδα** μεταδίδεται συνήθως με τροφές ή ποτά που έχουν μολυνθεί από κόπρανα. Μπορεί όμως να μεταδοθεί και με μόλυνση του αίματος.

Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί υπό μορφή σποραδικών περιπτώσεων ύστερα από επαφή με πάσχον άτομο ή υπό μορφή μεγάλων επιδημιών ύστερα από εκτεταμένη μόλυνση του νερού ή των τροφών. Πολλές φορές έχουν προκληθεί επιδημίες από κατανάλωση μυδιών ή στρειδιών που προέρχονται από μολυσμένα νερά. Η νόσος εκδηλώνεται 15-40 ημέρες μετά την μόλυνση.¹

Η **ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού** που προκαλεί συμπτώματα 50-160 ημέρες μετά την μόλυνση μεταδίδεται συνήθως με μια ένεση.

Ο ιός μπορεί να βρίσκεται στο πλήρες αίμα, στο πλάσμα, στο ινωδογόνο ή στην αντισταμοφιλική σφαιρίνη. Ακόμη μολύνσεις προέρχονται και από τη χρήση εργαλείων, όπως συριγγών, βελόνων ή μολυσμένων νυστεριών από αίμα το οποίο περιέχει τον ιό.¹

Τόσο η ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού όσο και η λοιμώδης ηπατίτιδα προκαλούν τις ίδιες βλάβες στον ηπατικό ιστό, που συνίσταται σε φλεγμονή και καταστροφή ηπατικών κυττάρων. Η αρχιτεκτονική του ήπατος δεν επηρεάζεται και με την ανάρρωση ο ηπατικός ιστός επανέρχεται στο φυσιολογικό. Οι προσβολές από ιογενή ηπατίτιδα ποικίλλουν, από ελαφριά αδιαθεσία μέχρι βαριά νόσηση, με αποκορύφωμά της κόμα και θάνατο.¹

Πρόληψη

Για την πρόληψη εξάπλωσης της *λοιμώδους ηπατίτιδας* επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην πρακτική της εξυγίανσης, ιδίως ως προς την διάθεση των κοπράνων. Σε άτομα και ιδιαίτερα σε έγκυες γυναίκες που έρχονται σε στενή επαφή με άρρωστο από λοιμώδη ηπατίτιδα γίνεται μερικές φορές ένεση γ-σφαιρίνης για να προληφθεί η εξάπλωση της νόσου.

Η *ηπατίτιδα* εξ *ομολόγου ορού* προλαμβάνεται με την αποφυγή της χρησιμοποίησης προϊόντων του αίματος και με τη χρησιμοποίηση συριγγών και βελόνων μιας χρήσης. Το αίμα που προορίζεται για μετάγγιση πρέπει να εξετάζεται για αυστραλιανό αντιγόνο.¹

Θεραπεία ιογενούς ηπατίτιδας

- Ένα άτομο εξαιτίας της νόσου πρέπει να μείνει στο κρεβάτι για όσο διάστημα έχει ίκτερο.
- Στην αρχή της νόσου όταν υπάρχει τάση για ναυτία συνίσταται δίαιτα φτωχή σε λίπη.
- Επίσης συνίσταται στον ασθενή να αυξάνει βαθμιαία τη σωματική άσκηση μετά την ανάρρωση και να απέχει από οινόπνευματώδη επί έξι μήνες ή ένα χρόνο τουλάχιστον.⁸

2.1.2 Οξεία φλεγμονώδης νόσος

- *Ηπατικό απόστημα*

Τα πυώδη αποστήματα του ήπατος είναι λιγότερο συχνά από άλλοτε, λόγω της ανάπτυξης της αντιβιοθεραπείας των λοιμώξεων και της πρωιμότερης διάγνωσης της οξείας σκωληκοειδίτιδας, που ήταν η συχνότερη αιτία ηπατικού αποστήματος. Αποστήματα του ήπατος μπορούν να προκληθούν από τραυματισμό του ήπατος, από οποιαδήποτε φλεγμονή του πεπτικού σωλήνα από τη πυλαία οδό, από την ηπατική αρτηρία σε

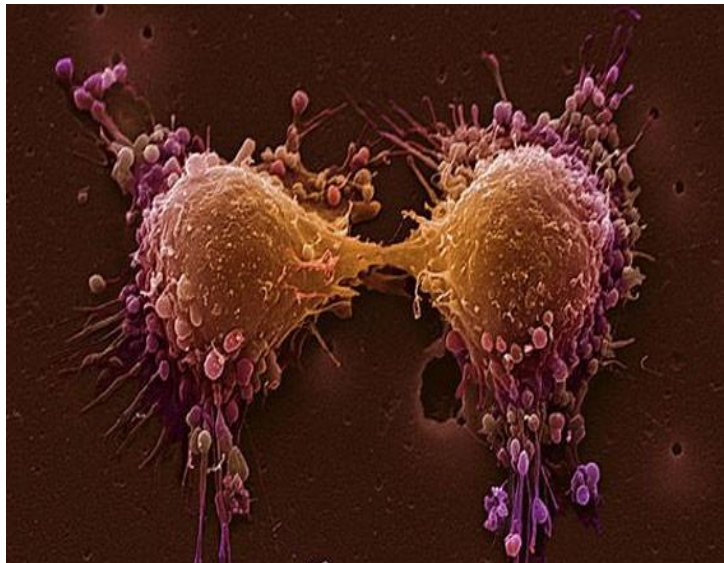
σηψαιμικές καταστάσεις.^{9,1}

Συμπτώματα : τα συμπτώματα του ηπατικού αποστήματος είναι, το ρίγος και πόνος στην ηπατική χώρα, η εφίδρωση, καταβολή, υψηλός πυρετός, σφυγμό συχνό και μικρό, γλώσσα ξηρή, ευαισθησία και διόγκωση του ήπατος και μερικές φορές ίκτερο.

Επιπλοκές – θεραπεία : οι σπουδαιότερες επιπλοκές είναι η ρήξη του αποστήματος προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Θεραπευτικά συνίσταται αντιβίωση και χειρουργική διάνοιξη του αποστήματος.⁹

2.1.3 Νεοπλάσματα του ήπατος

Το ήπαρ προσβάλλεται τόσο από καλοήθεις όσο και από κακοήθεις όγκους. Οι καλοήθεις είναι σπάνιοι και συνήθως αθόρυβοι (αδένωμα, χολαγγείωμα, αιμαγγείωμα). Οι κακοήθεις διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς.¹⁰



Εικόνα 6

- *Πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι του ήπατος*

Στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. συνοδεύει συνήθως κίρρωση του ήπατος. Το 10-15% των κίρρωτικών εμφανίζουν κακοήθες ηπάτωμα, ιδιαίτερα σε αλκοολικούς με βαριά κίρρωση το ποσοστό ανέρχεται σε 30%.

Συμπτώματα : πόνος στην ηπατική χώρα και διόγκωση του οργάνου. Μπορεί να εμφανιστεί ασκίτης, συχνά πυρετός και αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, προοδευτικός ίκτερος. Επίσης εμφανίζονται τα γενικά συμπτώματα των νεοπλασιών όπως ανορεξία, καταβολή δυνάμεων,

έμετοι, ναυτία, μυϊκή αδυναμία κτλ.¹⁰

Διάγνωση - Θεραπεία : η διάγνωση γίνεται από τα κλινικά συμπτώματα όταν αυτά είναι οδηγητικά. Η λαπαροσκόπηση δεν βοηθάει πάντοτε στην διάγνωση, ενώ το σπινθηρογράφημα συμβάλλει σε αυτήν. Η αορτογραφία είναι αποκαλυπτική. Η θεραπεία δεν είναι ικανοποιητική. Η βιοψία με παρακέντηση μπορεί να αποδώσει αποτελέσματα. Θεραπευτικές προσπάθειες γίνονται με χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων, επίσης γίνεται λοβεκτομή χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η ακτινοθεραπεία δεν βοηθάει. Τέλος έχει δοκιμασθεί μεταμόσχευση ήπατος είτε ορθότοπη (στην περιοχή του ήπατος) είτε ετερότοπη (σε άλλες περιοχές).¹⁰

- *Δευτεροπαθείς κακοήθεις όγκοι.*

Πρόκειται για μεταστατικούς όγκους από καρκίνωμα του πεπτικού συστήματος, πνεύμονα, παγκρέατος, νεφρού, μελανώματος κ.τ.λ.¹⁰

2.1.4 Γλυκογονιάσεις

Οι γλυκογονιάσεις, οφείλονται σε μεγάλη κατακράτηση γλυκογόνου στους ιστούς. Είναι κληρονομικές και διαφόρων τύπων με διαφορετικά ενζυμικά και ανατομικά ελλείμματα και ποικιλία στη βαρύτητα και στην πορεία της νόσου.

Συμπτώματα

Σε όλους τους τύπους υπάρχει αδυναμία διατήρησης φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Το πρώτο σημείο γλυκογονίασης στο βρέφος είναι συνήθως διόγκωση του ήπατος. Η σπλήνα δεν είναι διογκωμένη όπως στις διαταραχές εναπόθεσης των λιπιδίων.

Διάγνωση

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την αδυναμία επαρκούς ύψωσης της στάθμης της γλυκόζης στο αίμα ως αντίδρασης στη διέγερση της διάσπασης γλυκογόνου στο ήπαρ.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

3.1 Ορισμός κίρρωσης ήπατος

Η κίρρωση του ήπατος είναι μία μη αναστρέψιμη τροποποίηση της κανονικής αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος και του αγγειακού δικτύου, εξαιτίας του σχηματισμού αναγεννητικών όζων και λωρίδων συνδετικού ιστού. Ο καθορισμός της αιτιολογίας αποδεικνύεται συχνά αδύνατος με βάση τη μικροσκοπική εμφάνιση του κίρρωτικού ήπατος και για το λόγο αυτό πρέπει να βασίζεται στις πληροφορίες από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τις βιοχημικές και ορολογικές δοκιμασίες.¹¹

3.2 Αίτια κίρρωσης ήπατος

Λοιμώξεις : Ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και πιθανώς και άλλοι ιοί.

Φάρμακα και τοξίνες : αλκοόλ, μεθοτρεξάτη, ισονιαζίδη, αμιοδαρόνη.

Χολική απόφραξη : χολική ατρησία, λίθοι του κοινού χοληδόχου πόρου, κυστική ίνωση, πρωτοπαθείς σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

Μεταβολικές διαταραχές : νόσος του Wilson, νόσος αποθήκευσης γλυκογόνου, κληρονομική αιμοχρωμάτωση.

Αυτοάνοσα νοσήματα : χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, πρωτοπαθείς χολική κίρρωση.

Καρδιαγγειακό : χρόνια δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, σύνδρομο Budd – Chiari, φλεγμοαποφρακτική νόσος.

Διάφορα : νεογνική ηπατίτιδα, μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, σαρκοείδωση.¹¹

3.3 Επιδημιολογικά δεδομένα

Ο αλκοολισμός θεωρείται σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που απασχολούν τις κοινωνίες σε ολόκληρο σχεδόν τον κόσμο. Σύμφωνα με πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, 5 - 10% του γενικού πληθυσμού στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κάνει κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, ενώ η επικράτηση του αλκοολισμού στους νοσοκομειακούς ασθενείς κυμαίνεται από 12% στις γυναικολογικές κλινικές, μέχρι 25 – 30% στις παθολογικές και ψυχιατρικές κλινικές και 75% περίπου σε μεγάλα κέντρα αποτοξίνωσης.

Η κίρρωση του ήπατος αποτελεί ένα από τα πιο σπουδαία προβλήματα υγείας στον κόσμο. 50.000 μέχρι 100.000 ασθενείς πεθαίνουν κάθε χρόνο από ηπατίτιδα Β και 1.000.000 ασθενείς πεθαίνουν από κίρρωση ήπατος, πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος ή άλλη πάθηση που συνοδεύεται από λοίμωξη. Παγκοσμίως 200.000 είναι φορείς (δηλαδή 1 στους 22 κατοίκους της γης) του ιού Β που μπορεί να προκαλέσει κίρρωση. Η αλκοολική κίρρωση είναι η πιο συχνή μορφή ηπατοπάθειας στις Η.Π.Α. Το 1990 πάνω από 27.000 άνθρωποι πέθαναν από ηπατική ανεπάρκεια στις Η.Π.Α. Το 10-20% των χρόνιων αλκοολικών έχουν κλινική ή μορφολογική ένδειξη κίρρωσης. Σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες οι Ελλάδα κατέχει πλέον την 8^η θέση από την 20^η που είχε σε συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, μεταξύ των δυτικών χωρών, πράγμα που σημαίνει ότι το ποσοστό αρχίζει και αυξάνεται, είναι ένα ανερχόμενο επιδημιολογικό πρόβλημα.^{12,13}

3.4 Μορφές κίρρωσης

Η κίρρωση ανάλογα με τη διάμετρο των παθολογικών όζων χωρίζεται σε:

1. Μικροοζώδη κίρρωση όταν οι όζοι είναι διαμέτρου μικρότερης των 3mm

2. Μακροοζώδη κίρρωση όταν οι όζοι είναι διαμέτρου μεγαλύτερης των 3mm

3. Μικτή κίρρωση.³

Υγιές ήπαρ



Ήπαρ με κίρρωση



Εικόνα 7

Από άποψη αιτιολογίας η κίρρωση διακρίνεται σε :

1. *Κρυψιγενής κίρρωση*, στην οποία δεν ανευρίσκεται κανένα αίτιο. Είναι λογικό να θεωρήσει κανείς ότι πριν από αυτή την κίρρωση προηγείται στάδιο κρυψιγενούς χρόνιας ηπατίτιδας χωρίς ένδειξη ιογενούς, φαρμακευτικής ή αυτοάνοσης αιτιολογίας.

Μπορεί να βρεθεί σε συνδυασμό με άλλα νοσήματα όπως : μεταβολικές διαταραχές, λοιμώδη νοσήματα (πχ. βρουκέλλωση, σχιστοσωμίαση), διηθητικές νόσοι (σαρκοείδωση), γαστρεντερικές διαμάχες (χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, κυστική ίνωση του παγκρέατος), χημικές δηλητηριάσεις.¹⁰

2. *Μετανεκρωτική κίρρωση*, είναι μια νόσος που μορφολογικά

διακρίνεται σε : εκτεταμένη απώλεια ηπατοκυττάρων, σύμπτωμα του στρώματος και ίνωση και ανώμαλα οζίδια που ποικίλουν σε σχήμα. Το αίτιο είναι ακόμα άγνωστο. Κύριος αιτιολογικός παράγοντας έχει ενοχοποιηθεί πολλές φορές η ιογενή ηπατίτιδα. Μικρό ποσοστό προέρχεται από δηλητηρίαση από βιομηχανικές ουσίες, δηλητήρια ή φάρμακα. Προσβάλλει γυναίκες με την ίδια συχνότητα με τους άντρες. Η σπληνομεγαλία μπορεί να είναι το μόνο κλινικό σημείο της κίρρωσης.¹⁰

3. *Χολώδης κίρρωση*, αφορά μια νόσο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημεία χρόνιας διαμάχης στην έκκριση χολής και μορφολογική ένδειξη προοδευτικής ηπατικής καταστροφής με κέντρο τα ενδοηπατικά χοληφόρα. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή όταν υπάρχει φλεγμονή και ίνωση των ενδοηπατικών χοληφόρων ή δευτεροπαθή όταν υπάρχει απόφραξη χοληδόχου πόρου ή των μεγάλων κλάδων του.⁶

4. *Καρδιακή κίρρωση*, είναι σπάνια επιπλοκή, εμφανίζεται σε ανεπάρκεια της τριγλώχινος ή συμπιεστική περικαρδίτιδα, στις οποίες η φλεβική πίεση παραμένει υψηλή, δημιουργείται αύξηση της πίεσης στις ηπατικές φλέβες, υποξία ή νέκρωση των κυττάρων. Η καρδιακή κίρρωση σπάνια διαγιγνώσκεται προ του θανάτου , επειδή τα σημεία και τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας επισκιάζουν την ηπατική νόσο.⁶

5. *Κίρρωση επί αιμοχρωμάτωσης* από εναπόθεση υπερβολικής ποσότητας σιδήρου στο ήπαρ και ίνωσης.¹⁰

6. *Αλκοολική κίρρωση* είναι συχνή σε βαρείς αλκοολικούς. Ο μηχανισμός της τοξικής δράσης του οινοπνεύματος στο ήπαρ και κατά ακολουθία η πρόκληση της αλκοολικής ηπατίτιδας καταλήγουν σε κίρρωση.⁶

3.5 Κλινικά χαρακτηριστικά κίρρωσης

Όλες οι μορφές κίρρωσης μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικές ή μπορεί να παρουσιάζουν μη ειδικά συμπτώματα ή ειδικά συμπτώματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις οφείλονται στην ηπατική ανεπάρκεια και στην πυλαία υπέρταση.

Τα μη ειδικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία, καταβολή δυνάμεων, λήθαργο, ανορεξία, απώλεια βάρους, κοιλιακό άλγος, εναλλαγές ύπνου – αφύπνισης, ναυτία, έμετο, κνησμό, δυσπεπτικά ενοχλήματα.¹¹

Τα ειδικά συμπτώματα εξαιτίας της ηπατικής συνθετικής δυσλειτουργίας περιλαμβάνουν:

1. ίκτερο λόγω αδυναμίας πρόσληψης και αποβολής της χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο
2. διαταραχές πήκτικότητας οι οποίες οδηγούν εύκολα σε αιμορραγίες
3. ασκίτη
4. αιμορραγικές εκδηλώσεις λόγω έλλειψη παραγόντων πήξης
5. ενδοκρινικές διαταραχές, σε άρρενες ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν σημάδια θηλεοποίησης (γυναικομαστία), ατροφία των όρχεων και απώλεια τριχών και σε γυναίκες αμηνόρροια
6. είναι συχνά τα θερμά άκρα, κυάνωση και δύσπνοια απαντούν ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια πιθανών λόγω αρτηριοφλεβικών αναστομών στην περιφέρεια του πνεύμονα.¹⁰

Τα μη ειδικά συμπτώματα εξαιτίας της πυλαίας υπέρτασης είναι :

1. διόγκωση σπλήνας
2. ασκίτης
3. κυριότερη και πιο επικίνδυνη εκδήλωση οι κίρσοι του οισοφάγου.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

4.1 Εισαγωγή

Ο αλκοολισμός παραμένει μια από τις βασικότερες αιτίες ηπατικής δυσπραγίας σε όλο τον κόσμο παρά την εκστρατεία ενημέρωσης που έχει αναληφθεί κατά τα τελευταία χρόνια σχετικά με τις βλαπτικές επιδράσεις της αιθανόλης στο ήπαρ και στα άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η κακή διατροφή και η μεταβολή της ανοσολογικής κατάστασης του ατόμου από την παρουσία της αιθανόλης ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση αλκοολικής ηπατοπάθειας. Η διάγνωση της νόσου γίνεται με την αξιολόγηση του κλινικού ιστορικού, του βιοχημικού ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας και, κατά κύριο λόγο, όπου είναι δυνατόν, με την ηπατική βιοψία.¹³

Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι συνήθως μη ειδικές και κυμαίνονται από την απλή ασυμπτωματική ηπατική διόγκωση μέχρι τις κλινικές εκδηλώσεις πυλαίας υπερτάσεως και προχωρημένης ηπατικής ανεπάρκειας. Οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις είναι αυτές της λιπώδους διήθησης του ήπατος (στεάτωση), της αλκοολικής ηπατίτιδας (στεατονέκρωση), της ηπατικής ίνωσης και, τελικά, της αλκοολικής κίρρωσης. Εκτός από τη διακοπή της χρήσης του αλκοόλ, την επαρκή θερμιδική υποστήριξη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών, δεν φαίνεται να υπάρχει άλλη θεραπεία αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας. Η ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος για την αντιμετώπιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας τελικού σταδίου είναι σήμερα αποδεκτή, υπό ορισμένες προϋποθέσεις.¹³

4.2 Ορισμός αλκοολικής νόσου του ήπατος

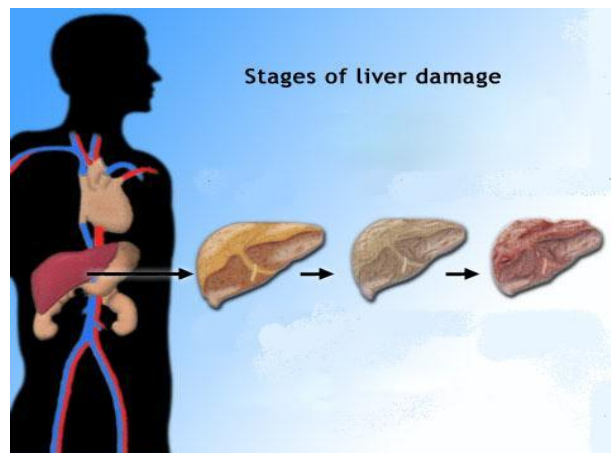
Αλκοολική νόσος του ήπατος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το φάσμα των ηπατικών βλαβών που σχετίζονται με τον οξύ ή χρόνια αλκοολισμό. Η αλκοολική νόσος του ήπατος εκφράζεται με τρεις κατά βάση, κλινικές μορφές :

α) το λιπώδες ήπαρ αλκοολικής αιτιολογίας ή αλκοολική στεάτωση

β) την αλκοολική ηπατίτιδα

γ) την αλκοολική κίρρωση του ήπατος

Αν και οι τρεις αυτές μορφές συνήθως περιγράφονται ως ξεχωριστές κλινικοπαθολογικές



Εικόνα 8

οντότητες, συνδυασμός κλινικών

εκδηλώσεων και ιστικών βλαβών και από τις τρεις μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας συχνά συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή. Ενώ το λιπώδες ήπαρ είναι μία φυσική εκδήλωση τόσο του οξέως όσο και του χρόνιου αλκοολισμού, οι διαθέσιμες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι το λιπώδες ήπαρ αφ' εαυτού δεν μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση κίρρωσης. Από την άλλη πλευρά η αλκοολική ηπατίτιδα, σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται να είναι πρόδρομος κατάσταση της αλκοολικής κίρρωσης. Επειδή το αλκοόλ διεγείρει την ένωση και την σύνθεση του κολλαγόνου στο ήπαρ, είναι πιθανό να συμβεί κίρρωση, τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις, χωρίς να υπάρχει ηπατίτιδα.¹³

4.3 Αιτιολογία αλκοολικής νόσου του ήπατος

Η αλήθεια για την παθογένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας αγγίζει και τους δύο παράγοντες :

- την πλημμελή διατροφή
- την άμεση δράση του οινοπνεύματος στο ήπαρ

Οι δύο παράγοντες μπορεί να δρουν συνεργικά. Το οινόπνευμα ενδέχεται να αυξάνει τις ελάχιστες ημερήσιες απαιτήσεις σε χολίνη, φυλλικό οξύ και άλλες θρεπτικές ουσίες. Ανεπαρκής διατροφή από την άλλη πλευρά, και κατά κύριο λόγο ανεπαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών, μπορεί να προάγει την τοξική δράση του οινοπνεύματος στο ήπαρ, αφού του στερεί απαραίτητα αμινοξέα και ένζυμα.¹³

Η συμβολή της κακής διατροφής στην εμφάνιση και προοδευτική επιδείνωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας θεωρείται σήμερα βέβαιη, όμως οι αλληλεξαρτήσεις μεταξύ υπερκατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, κακής θρέψης και βαρύτητας της ηπατικής νόσου φαίνεται ότι δεν είναι απλές.¹³

Ο αλκοολισμός ευθύνεται, βέβαια, και για την κακή θρέψη και για την ηπατική δυσπραγία, η οποία όμως πάλι επιτείνεται από την πλημμελή διατροφή. Η κακή θρέψη που συχνά συνοδεύει το χρόνια αλκοολισμό δεν οφείλεται μόνο στην κακή πέψη και στην εντερική δυσαπορρόφηση, αλλά κατά κύριο λόγο στη μερική και πολλές φορές στην ολική αντικατάσταση του φυσιολογικού διαιτολογίου από το οινόπνευμα, το οποίο αν και έχει μεγάλη θερμιδική απόδοση (κάθε γραμμάριο αιθανόλης αποδίδει 7,1 θερμίδες), στερούνται βιταμινών, μετάλλων, πρωτεϊνών και άλλων θρεπτικών ουσιών απαραίτητων για τη σωματική δόμηση.¹⁴

4.4 Διαγνωστική στρατηγική

4.4.1 Κλινικά συμπτώματα

Εφόσον το οινόπνευμα ασκεί βλαπτικές επιδράσεις και σε άλλα συστήματα του οργανισμού, εκτός από το ήπαρ, φυσικό είναι ασθενείς με αλκοολική ηπατοπάθεια να προσέρχονται για πρώτη φορά στο γιατρό με προέχοντα κλινικά συμπτώματα από άλλο σύστημα όπως το κεντρικό ή το περιφερικό νευρικό σύστημα, το καρδιαγγειακό, το αιμοποιητικό και τέλος το μυοσκελετικό.¹³

Συστηματικές εκδηλώσεις επί αλκοολισμού

Νευρολογικές :

- Τρομώδες παραλήρημα
- Παρεγκεφαλιδική ατροφία
- Κεντρική μυελινόλυση

Γαστρεντερικές :

- Γαστρίτιδα, πεπτικό έλκος
- Καρκίνος στόματος, λάρυγγα, φάρυγγα, οισοφάγου
- Διάρροια, δυσαπορρόφηση
- Οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα
- Αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος
- Αλκοολική ηπατίτιδα και κίρρωση
- Ηπατοκυτταρικός καρκίνος

Καρδιαγγειακές :

- Αρρυθμίες
- Στηθάγχη

- Αρτηριακή υπέρταση
- Καρδιομυοπάθεια

Μεταβολικές :

- Δυσανεξία στη γλυκόζη
- Υπερλιπιδαιμία
- Υπομαγνησισαιμία
- Κετοξέωση

Αιματολογικές :

- Αναιμία
- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία.¹³

4.4.2 Κλινικά ευρήματα

Μικρή αύξηση της οξαλοξεικής τρανσαμινάσης (SGOT) ή μόλις ψηλαφητό ήπαρ είναι συνήθως τα μόνα ευρήματα που υποδουλώνουν ηπατική νόσο σε ασθενείς. Θ ήταν σφάλμα να πιστεύουμε ότι ένας αλκοολικός, για να είναι ηπατοπαθής, πρέπει οπωσδήποτε να έχει ηπατομεγαλία, ίκτερο, ασκίτη ή αιμορραγίες από το πεπτικό. Προχωρημένη ηπατική βλάβη μπορεί, πολλές φορές, να παραμείνει τελείως ασυμπτωματική.^{13,14}

Από άποψη βιοχημικού ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας, αν και δεν υπάρχουν ειδικές δοκιμασίες για την αλκοολική ηπατοπάθεια, ο προσδιορισμός ορισμένων δεικτών επάρκειας και ακεραιότητας του ηπατικού κυττάρου, σε συνδυασμό πάντοτε με το θετικό για αλκοολισμό ιστορικό του ασθενούς, μπορούν να πληροφορήσουν τον κλινικό γιατρό για την πιθανότητα αλκοολικής νόσου του ήπατος. Έτσι, παθολογικές τιμές

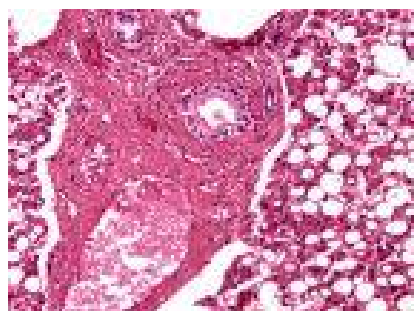
χολερυθρίνης και λευκωματινών του ορού είναι πάντοτε ενδεικτικές προχωρημένης ηπατικής βλάβης, χωρίς όμως να είναι ειδικές για την αλκοολική ηπατοπάθεια. Αντίθετα, ο προσδιορισμός των τρανσαμινασών του ορού φαίνεται ότι συμβάλλει περισσότερο στη διαπίστωση ηπατοκυτταρικής βλάβης από οινόπνευμα. Τα επίπεδα της πυροσταφυλικής (SGPT), ακόμη και σε βαριά αλκοολική ηπατίτιδα συνήθως είναι ελαφρώς αυξημένα.¹³

Δύο απλές δοκιμασίες που βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση επί αλκοολικών ασθενών είναι ο προσδιορισμός του μέσου όγκου των ερυθροκυττάρων και ο προσδιορισμός του ουρικού οξέως του ορού. Μακροκυττάρωση μπορεί να παρατηρηθεί σε κάθε ηπατική βλάβη ανεξαρτήτως αιτιολογίας είναι όμως περισσότερο συχνή και πιο εκσεσημασμένη στο χρόνια αλκοολισμό. Αύξηση του ουρικού οξέος παρατηρείται σε αναλογία 10% στους αλκοολικούς και είναι ανάλογη προς τη βαρύτητα του αλκοολισμού.¹³

4.5 Μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας

4.5.1 Λιπώδες ήπαρ

Το λιπώδες ήπαρ είναι η πλέον συχνή μορφή αλκοολικής ηπατοπάθειας. Η δημιουργία του λιπώδους ήπατος δεν απαιτεί οπωσδήποτε μακρόχρονη χρήση οινόπνευματων ποτών, διότι μπορεί να

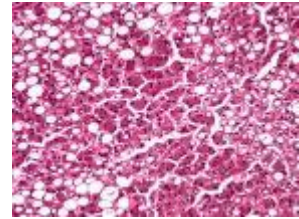


δημιουργηθεί και μετά από βραχύχρονη κατάχρηση οινόπνευματος. Στις περιπτώσεις που η χρήση αλκοόλης διακοπεί, οι κλινικές εκδηλώσεις υποχωρούν σε διάστημα ημερών, ενώ οι ιστικές βλάβες αποκαθίστανται σε διάστημα 2-3 εβδομάδων. Εξαιρέση αποτελούν οι παχύσαρκοι, οι διαβητικοί και οι ασθενείς με βαριά παγκρεατίτιδα, στους οποίους η λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι δυνατόν να επιμείνει, παρά τη διακοπή

του οινοπνεύματος. Αντίθετα, στις περιπτώσεις που η κατάχρηση αιθανόλης συνεχίζεται, αλλά και σε ένα ποσοστό ασθενών εξελίσσονται σε αλκοολική ηπατίτιδα και τελικά σε κίρρωση.¹³

Κλινική εικόνα

Οι ασθενείς με λιπώδες ήπαρ, στην πλειονότητα τους είναι ασυμπτωματικοί και μόνο μικρό ποσοστό αναφέρει ακαθόριστο πόνο (συνήθως αίσθημα βάρους) κατά το δεξιό υποχόνδριο ή μη ειδικά



συμπτώματα από τα γαστρεντερικό σύστημα, όπως ανορεξία, ναυτία και αίσθημα βάρους στο επιγάστριο. Σε μικρό ποσοστό το λιπώδες ήπαρ είναι δυνατόν να συνδυάζεται με σημαντική ενδοηπατική χολόσταση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ο ίκτερος, η αιμολυτική αναιμία και η υπερλιπιδαιμία μπορεί να είναι τα προεξέχοντα κλινικά και βιοχημικά ευρήματα. Γενικά, η κλινική πράξη δείχνει ότι η λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι κατάσταση αναστρέψιμη και δεν αποτελεί προστάδιο ηπατικής κίρρωσης.¹⁴

4.5.2 Αλκοολική ηπατίτιδα

Η αλκοολική ηπατίτιδα η αλκοολική στεατονέκρωση είναι οι όροι που χαρακτηρίζουν τις ιστικές, κυρίως αλλοιώσεις του ήπατος.¹⁵

Κλινικά χαρακτηριστικά

Ανάλογα με την βαρύτητα των ιστικών βλαβών του ήπατος, η αλκοολική ηπατίτιδα είναι δυνατόν να είναι ασυμπτωματική ή, αντίθετα, να εμφανισθεί ευθύς εξ αρχής με βαθύ ίκτερο και βαριά γενική κατάσταση του ασθενούς. Η νόσος εισβάλλει, συνήθως με ανορεξία, κακουχία, ναυτία, εμέτους, απώλεια βάρους και ακαθόριστους κοιλιακούς πόνους. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώνεται διόγκωση του ήπατος, σχεδόν σε όλους τους ασθενείς. Ίκτερος, πυρετός, ασκίτης, σπληνομεγαλία και τελικά

ηπατική εγκεφαλοπάθεια είναι συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις κλινικώς βαρύτερες περιπτώσεις αλκοολικής ηπατίτιδας.^{15,6}

Κλινικά ευρήματα

Η SGOT είναι συνήθως αυξημένη, οι τιμές της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης ποικίλουν από τα φυσιολογικά μέχρι υψηλά επίπεδα. Η γ-GT μπορεί να βρεθεί αυξημένη, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί ειδικό εργαστηριακό εύρημα για την αλκοολική ηπατίτιδα. Η τελική διάγνωση και η πρόγνωση της μελλοντικής πορείας του ασθενούς εξασφαλίζονται μόνο με τη βιοψία του ήπατος.^{15,6}

4.5.3 Αλκοολική κίρρωση

Η αλκοολική κίρρωση είναι η τελική και μη αναστρέψιμη μορφή της ηπατικής νόσου των αλκοολικών και συνήθως εξελίσσεται αργά και ύπουλα. Η αλκοολική κίρρωση μπορεί να επικάθεται σε λιπώδες ήπαρ ή να συνυπάρχει με αλκοολική ηπατίτιδα.¹³

Σημεία και συμπτώματα

Η αλκοολική κίρρωση μπορεί να μην προκαλέσει κανένα σύμπτωμα για μεγάλες χρονικές περιόδους. Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να είναι ύπουλη ή σπάνια απότομη. Συχνή είναι η εμφάνιση αισθήματος αδυναμίας, εύκολης κόπωσης και απώλεια βάρους.

Σε προχωρημένη κίρρωση παρατηρείται συχνά ανορεξία, με συνοδό ναυτία, περιστασιακούς εμέτους. Μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές της έμμηνου ρύσης, ανικανότητα, στειρότητα, και επώδυνη διόγκωση των μαστών στους άνδρες.¹³

Η αιματέμεση αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα. Στο 70% των περιπτώσεων το ήπαρ, είναι διογκωμένο, ψηλαφητό όχι όμως σκληρό και εμφανίζει αμβλύ ή οζώδες χείλος, επίσης ο αριστερός λοβός μπορεί να προέχει.

Ο ίκτερος είναι ήπιος αρχικά και επιδεινώνεται στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Ο ασκίτης, το περιφερικό οίδημα και το πλευρικό υγρό είναι ευρήματα των προχωρημένων σταδίων. Η αναστροφή του ύπνου, ο αποπροσανατολισμός, το παραλήρημα, η νωθρότητα και το κώμα εμφανίζονται επίσης πολύ αργά. Μπορεί να παρατηρηθεί πυρετός ο οποίος συνήθως αντικατοπτρίζει την παρουσία κάποιας επιπλοκής όπως η αλκοολική ηπατίτιδα, αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται σπληνομεγαλία.¹³

Κλινικά ευρήματα

Η ηπατομεγαλία είναι συχνό εύρημα, αν και σε ασθενείς με πολύ προχωρημένη κίρρωση, το ήπαρ είναι συνήθως μικρό και συρρικνωμένο. Αρχικά, το κίρρωτικό ήπαρ είναι κιτρινόχρωμο, λιπώδες και διογκωμένο και συνήθως ζυγίζει περισσότερο από 2 kg. Με την πάροδο των ετών, μετασχηματίζεται σε φαιό, ρυτιδωμένο, στερούμενο λίπους όργανο το οποίο ζυγίζει λιγότερο από 1kg.¹⁴

Η αναιμία είναι επίσης ένα συχνό εύρημα, στα αίτια περιλαμβάνονται η καταστολή της ερυθροποίησης από το οινόπνευμα, η αιμόλυση, ο υπερσπληνισμός και η λανθάνουσα ή έκδηλη απώλεια αίματος από το γαστρεντερική οδό. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να είναι χαμηλός, φυσιολογικός ή αυξημένος και αντικατοπτρίζει την παρουσία λοίμωξης. Η θρομβοκυτταροπενία μπορεί να εμφανιστεί στην αλκοολική κίρρωση.¹⁵

Οι διαταραχές πηκτικότητας μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας της σύνθεσης παραγόντων πήξης στο ήπαρ. Εμφανίζεται αύξηση της SGOT, της αλκαλικής φωσφατάσης και της χολερυθρίνης. Η λευκωματίνη του ορού είναι χαμηλή, ενώ η γ-σφαιρίνη είναι αυξημένη.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

5.1 Κλινική εξέταση

Στην κλινική εξέταση, οι ασθενείς μπορούν να έχουν στίγματα χρόνιας ηπατικής νόσου, παλαμιαίο ερύθημα, αραχνοειδή αγγειώματα, διόγκωση των παρωτίδων και εκχυμώσεις. Η ψηλάφηση της κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει ευμέγεθες ή περιορισμένο ήπαρ, σπληνομεγαλία, ασκίτη ή διατεταμένες επιπολής φλέβες του κοιλιακού τοιχώματος.¹⁶

5.1.1 Διαγνωστική προσέγγιση

Μετά τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού και την κλινική εξέταση, τα πλήρη εργαστηριακά δεδομένα, την ακτινολογική εξέταση και τις ιστολογικές μελέτες μπορεί να είναι απαραίτητο να τεθεί η διάγνωση και το πιθανό αίτιο της κίρρωσης.¹⁶

Η πλήρης μέτρηση των κυττάρων του αίματος μπορεί να δείξει αναιμία, λευκοπενία ή θρομβοκυτταροπενία. Η βιοχημεία του ορού δείχνει αυξημένα επίπεδα χολερυθρίνης και χαμηλό επίπεδο λευκωματίνης. Αρκετές ακόμα ορολογικές δοκιμασίες είναι απαραίτητες για να τεθεί το αίτιο : ιογενής ορολογία για ηπατίτιδα Β (HBsAg), C (anti – HCV Ab) και ποσοτικά DNA και RNA επίπεδα για το προφίλ της δραστηριότητας ακολούθως. Οι απεικονιστικές μελέτες (υπέρηχος ή αξονική τομογραφία εξέταση του δείγματος της βιοψίας του ήπατος είναι συχνά το κλειδί για τη διάγνωση. Τα μικροαδενώματα, η λιπώδης διήθηση συνήθως συνοδεύουν την αλκοολική κίρρωση. Η βιοψία του ήπατος είναι απαραίτητη για την σταδιοποίηση της νόσου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν προγνωστικό για την εξέλιξη της νόσου.¹⁷

5.2 Διάγνωση νοσημάτων του ήπατος

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος είναι από τα σπουδαιότερα και δυσκολότερα κλινικά προβλήματα. Η βαρύτητα της προγνώσεως ορισμένων από τις παθήσεις του ήπατος και ο κίνδυνος της ζωής του ασθενή, εάν η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμοσθεί έγκαιρα, κάνουν μεγαλύτερη την αξία της έγκαιρης και ακριβούς διαγνώσεως.¹³

Οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος στηρίζονται στις λειτουργίες του και κατατάσσονται ως εξής :

- δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό, όπως ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών κτλ
- χρόνος προθρομβίνης αίματος
- δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό των υδατανθράκων όπως δοκιμασία ανοχής γαλακτόζης
- δοκιμασίες στηριζόμενες στον μεταβολισμό των λιπιδίων όπως προσδιορισμό της χοληστερίνης
- δοκιμασίες στηριζόμενες στην έκκριση χρωστικών ουσιών όπως η δοκιμασία της βρωμοσουλφοφθαλείνης (BPS)
- δοκιμασίες στηριζόμενες στην αντιτοξική ικανότητα του ήπατος όπως η δοκιμασία του ιππουρικού οξέος
- δοκιμασίες στηριζόμενες στον προσδιορισμό των ενζύμων του αίματος όπως τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση.⁹

5.2.1 Φόρτιση του ήπατος με γαλακτόζη

Η φόρτωση του ήπατος με λακτόζη αποτελεί τον καλύτερο έλεγχο του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Στηρίζεται στο γεγονός ότι η γαλακτόζη μεταβάλλεται στο ήπαρ σε γλυκόζη, γλυκογόνο το οποίο αποταμιεύεται σε αυτό. Διαταραχές της λειτουργίας αυτής προκαλούν μεγαλύτερη

γαλακτοζουρία (δηλαδή ανικανότητα του ήπατος για σύνθεση γλυκόζης).

Δίνεται στον ασθενή (νηστικό) το πρωί 40gr. γαλακτόζη, διαλυμένη σε 250-500κ.εκ. νερό και ελέγχεται το ποσό της γαλακτόζης που αποβάλλεται από τα ούρα μέσα σε πέντε ώρες, που φυσιολογικά θα πρέπει να είναι κάτω από 3gr.^{16,9}

5.2.2 Δοκιμασία αποκαθάρσεως με γαλακτόζη

Γίνεται ενδοφλέβια ένεση 1gr. γαλακτόζης κατά χιλιόγραμμο βάρους του ασθενή με τη μορφή υδατικού διαλύματος 50%. Παίρονται δείγματα φλεβικού αίματος πριν από την ένεση και 75 λεπτά της ώρας μετά από την ένεση. Στα φυσιολογικά άτομα το αίμα καθαρίζεται από τη γαλακτόζη σε 2 ώρες, σε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας το αίμα δεν καθαρίζεται σε 2 ώρες.⁹

5.2.3 Λευκώματα του πλάσματος

Εκτεταμένη του ηπατικού παρεγχύματος φανερώνει η ελάττωση του ολικού ποσού των πρωτεϊνών. Με την ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων παρατηρούμε ότι η γ-σφαιρίνη είναι η πρώτη από τις πρωτεΐνες του πλάσματος, που αποκλίνει από τις φυσιολογικές τιμές σε περιπτώσεις φλεγμονών και εκφυλιστικών παθήσεων του ήπατος και είναι εκείνη που τελευταία ξανάρχεται στη φυσιολογική κατάσταση μετά την αποκατάσταση της ηπατικής βλάβης.⁹

5.2.4 Προθρομβίνη πλάσματος

Το ήπαρ είναι η πηγή της προθρομβίνης του αίματος. Για την σύνθεση της είναι αναγκαία η λιποδιαλυτή βιταμίνη Κ. Υποθρομβιναιμία εμφανίζεται επομένως στις ηπατοπάθειες είτε από ατελή σύνθεση της προθρομβίνης, εξαιτίας βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος, είτε από κακή απορρόφηση της βιταμίνης Κ, εξαιτίας της αποφράξεως των χοληφόρων οδών και αναστολή της ροής της χολής στο έντερο. Η παρεντερική

χορήγηση της βιταμίνης K χρησιμεύει για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ ηπατοκυτταρικού και μεθπατικού αποφρακτικού ίκτερου.⁹

5.2.5 Τρανσαμινάσες

Οι τρανσαμινάσες βρίσκονται κυρίως στον καρδιακό μυ, στο ήπαρ, στους μύς του σκελετού, στα νεφρά και στο πάγκρεας. Οι φυσιολογικές τιμές φθάνουν τις 10 – 40 μονάδες. Αύξηση της πυκνότητας τους στο αίμα παρατηρείται, όσες φορές γίνεται διαρροή του ενζύμου από τους ιστούς που αναφέραμε. Σε περίπτωση ηπατοπάθειας έχουμε διαρροή των ενζύμων και έτσι αύξηση των τρανσαμινασών. Για να μετρηθεί η πυκνότητα της τρανσαμινάσης στο αίμα, παίρνονται 4-5κ.εκ αίμα από τον ασθενή, χωρίς ιδιαίτερη προετοιμασία.⁹

5.2.6 Δοκιμασία βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης (B.S.P)

Η δοκιμασία περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση 5χλσγρ B.S.P, κατά χιλιόγραμμο βέρους του ασθενούς. Μετά από μία ώρα υπολογίζεται το ποσό της χρωστικής, που έχει κατακρατηθεί στην κυκλοφορία. Η κατακράτηση της χρωστικής στο αίμα θα είναι αυξημένη, όταν έχουμε βλάβη της λειτουργίας των ηπατικών κυττάρων πχ. Στην φυσιολογική λειτουργία του ήπατος, όταν περάσει μια ώρα από την ενδοφλέβια χορήγηση της B.S.P, το ποσό της χρωστικής που κατακρατήθηκε σε αυτό δεν ξεπερνά το 5%. Η δοκιμασία απεκκρίσεως της B.S.P είναι από τις πιο ευαίσθητες και αξιόπιστες μεθόδους για την διαπίστωση ελαφρών και πρώιμων διαταραχών της λειτουργίας του ηπατικού παρεγχύματος σε περιπτώσεις ανικτερικών και ελαφρών ικτερικών καταστάσεων.⁹

Ένζυμα	Ηπατίτιδα	Αποφρακτικός ίκτερος	Κίρρωση	Μεταστατικό καρκίνωμα
Αλκαλική φωσφατάση	Ελαφρά αυξημένη	έντονα αυξημένη	ελαφρά αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
S.G.O.T	έντονα αυξημένη	μέτρια	μέτρια	Μέτρια
S.P.T	έντονα αυξημένη	μέτρια αυξημένη	μέτρια αυξημένη	μέτρια αυξημένη

Πίνακας 1.13 Μεταβολές τιμών των ενζύμων στις ηπατοπάθειες

5.3 Ακτινολογικές εξετάσεις

Οι ακτινολογικές εξετάσεις που γίνονται προκειμένου να πληροφορηθούμε τυχόν αλλοιώσεις του ήπατος είτε είναι σημαντικές είτε ασήμαντες είναι :

1. απλή ακτινογραφία κοιλιάς, μπορεί να παρατηρηθούν αλλοιώσεις του ήπατος αν υπάρχουν
2. αγγειογραφικός έλεγχος : αρτηριογραφία ηπατικής αρτηρίας, αγγειογραφία κάτω κοίλης φλέβας, αγγειογραφία πυλαίας φλέβας
3. ακτινογραφίες του γαστρεντερικού σωλήνα με τη χρήση ακτινοσκιερών ουσιών
4. ραδιο-ισοτοπικός έλεγχος του ήπατος : επιτυγχάνεται με τη χορήγηση μίας ουσίας που είναι συσκευασμένη με τεχνητό. Με την εξέταση αυτή λαμβάνουμε πληροφορίες για το σχήμα, το μέγεθος, και τη λειτουργία του ήπατος. Επίσης πληροφορούμαστε για ενδογενείς ή εξωγενείς όγκους ή την ύπαρξη κύστης
5. αξονική τομογραφία του ήπατος (CT) : επιτυγχάνεται με την επεξεργασία των στοιχείων που καταγράφονται στον ηλεκτρονικό

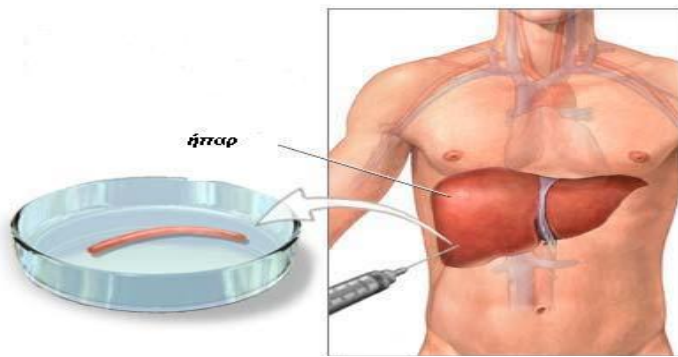
υπολογιστή από τη λήψη με ακτίνες εγκάρσιων διατομών του σώματος. Αποτελεί σημαντική πρόοδο στη διάγνωση διαφόρων παθήσεων του ανθρώπινου σώματος ιδιαίτερα στην έρευνα παθήσεων ή όγκων του ήπατος

6. υπερηχογραφική απεικόνιση του ήπατος : επιτυγχάνεται με ηχητικά κύματα που εκπέμπονται από μια εστία και αντανακλώνται ποικιλώτρωπα από τους διάφορους ιστούς. Είναι πολύ χρήσιμη και ακίνδυνη μέθοδος στη διάγνωση τυχόν παθήσεων της κοιλιάς, όγκων, κύστεων, αποστημάτων, ασκίτη, πυλαίας υπέρτασης, θέσης και αιτίας της απόφραξης.^{9,7}

5.4 Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι

5.4.1 Βιοψία ήπατος

Η βιοψία του ήπατος είναι μια εξαιρετικά χρήσιμη μέθοδος για τη διάγνωση διαφόρων παθήσεων του ήπατος.



Εικόνα 9

Ενδείξεις βιοψίας του ήπατος :

- α) ανεξήγητη ηπατομεγαλία ή σπληνομεγαλία
- β) επίμονες βιοχημικές διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας
- γ) ίκτερος άγνωστης αιτιολογίας
- δ) κίρρωση του ήπατος
- ε) υποψία πρωτοπαθούς ή μεταστατικού όγκου του ήπατος
- στ) υποψία συστηματικής ή διηθητικής νόσου του ήπατος (φυματίωση).¹⁶

Αντενδείξεις βιοψίας του ήπατος

- α) βαριά αναιμία
- β) τοπικές λοιμώξεις
- γ) ασκίτης με πίεση
- δ) διαταραχές πήκτικότητας του αίματος
- ε) υποψία εχινόκοκκου.¹⁶

Νοσηλευτική παρέμβαση βιοψίας του ήπατος

Μετά την βιοψία ήπατος τοποθετούμε τον ασθενή στην κατάλληλη θέση. Τον βοηθάμε δηλαδή να γυρίσει το σώμα το δεξιά, τοποθετούμε ένα μαξιλάρι κάτω από την κατώτερη θωρακική κοιλότητα και συμβουλεύουμε τον ασθενή να παραμείνει ήσυχος στη θέση αυτή για 2-4 ώρες. Συμπιέζοντας το ήπαρ στην θωρακική κοιλότητα κοντά στο σημείο της βιοψίας προλαμβάνεται η αιμορραγία και η χημική περιτονίτιδα.¹⁶

5.4.2 Λαπαροσκόπηση

Με την διαδικασία της λαπαροσκόπησης αποκτάμε άμεση αντίληψη για τις επιφάνειες του ήπατος, χοληφόρων κύστεων αλλά και άλλων κοιλιακών οργάνων.¹⁶

Νοσηλευτική παρέμβαση

Εξηγούμε στον ασθενή για το είδος της εξέτασης αλλά και το λόγο που γίνεται. Ακούμε τυχόν απορίες και απαντάμε με απλά και κατανοητά λόγια. Μετά την εξέταση αφήνουμε τον ασθενή να ξεκουραστεί και να ηρεμήσει. Ελέγχουμε τακτικά το τραύμα για τυχόν μόλυνση ή αιμορραγία.¹⁶

5.4.3 Οισοφαγοσκόπηση

Οισοφαγοσκόπηση είναι η άμεση επισκόπηση του οισοφάγου που ελέγχει τον περισταλισμό ή τυχόν όγκους του, γίνεται για διαπίστωση ρήξης των κισμών του οισοφάγου.¹⁷

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η προετοιμασία του άρρώστου περιλαμβάνει εξήγηση για το τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση. Ο ασθενής δεν πρέπει να τραφεί μετά τα μεσάνυχτα για την αποφυγή εμέτων κατά την διάρκεια της εξέτασης. Μετά την εξέταση απαγορεύεται να πάρει υγρά η στερεά τροφή από το στόμα για 2-4 ώρες μέχρι να επανέλθει το φαρυγγικό αντανακλαστικό. Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα διάτρησης, όπως, πυρετό, πόνο, αιμορραγία, αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη που δηλώνει κάποιο τραυματισμό.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

6.1 Θεραπεία κίρρωσης ήπατος

Η ριζική θεραπεία της ηπατικής κίρρωσης δεν υπάρχει. Κατάλληλη όμως αγωγή επιτρέπει μακροχρόνια επιβίωση ιδιαίτερα όταν η διάγνωση γίνεται έγκαιρα. Τα μέτρα που αποβλέπουν στην σταθεροποίηση της κατάστασης και την ανακούφιση του ασθενούς από τα ενοχλήματα είναι:

- απομάκρυνση από την εργασία και ανάπαυση
- δίαιτα πλούσια σε ζωικά λευκώματα και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη
- παροχή βιταμινούχων σκευασμάτων
- ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, φρουκτόζης,
- ανάλατη δίαιτα
- οι σχετικές εγχειρήσεις αναστομώσεως πυλαίας –σπληνικής – νεφρικής φλέβας αποτελούν την τελευταία προσπάθεια φυγής από το αδιέξοδο.⁹

Η αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση του ήπατος είναι σοβαρά νοσήματα και απαιτούν εκτεταμένη ιατρική επίβλεψη και θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι προτιμότερη η εισαγωγή στο νοσοκομείο για αρχική μελέτη και καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως για την καθοδήγηση, για την δίαιτα και τη φαρμακευτική αγωγή.¹³

Επί απουσίας ενδεικτικών σημείων ηπατικού κώματος θα πρέπει να χορηγείται δίαιτα που να περιέχει 12kg πρωτεΐνης την ημέρα. Επειδή ο ασθενής με αλκοολική ηπατίτιδα έχει μειωμένη όρεξη ή να έχει ναυτία, οι τροφές θα πρέπει να χορηγούνται σε 3 ή 4 μικρά γεύματα την ημέρα, με

επιπλέον χορήγηση παρασκευάσματος αυγού. Μπορούν να χορηγηθούν βιταμίνες σε μορφή πολυβιταμινούχων σκευασμάτων. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει ότι ούτε η δίαιτα ούτε οι βιταμίνες προστατεύουν τα ήπαρ από την επίδραση του αλκοόλ, για το λόγο αυτό το αλκοόλ απαγορεύεται αυστηρώς.¹⁴

Ο ασκίτης και το οίδημα μπορεί να εξαφανισθούν μόνο με την κατάκλιση. Η περισσότερο επίμονη κατακράτηση υγρών θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με περιορισμό του αλατιού χρησιμοποιώντας δίαιτες που περιέχουν 1-2g NaCl, την ημέρα. Ο περιορισμός του νερού και ο περιορισμός των υγρών σε ποσότητα που ισοδυναμούν στις μετρούμενες απώλειες υγρών της προηγούμενης μέρας, μπορεί να καταστούν απαραίτητα αν υπάρχει υπονατριάμια.¹⁵

Σε ασθενείς με ενεργό νόσο (δηλαδή ίκτερο ή σημεία ηπατικής ανεπάρκειας) θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν διουρητικά με μεγάλη προσοχή ώστε να προληφθεί απώλεια ηλεκτρολυτών και ηπατική εγκεφαλοπάθεια.¹⁴

Η αναιμία θα πρέπει να διαγιγνώσκεται και να διορθώνεται κατάλληλα. Η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος και ιδιαίτερα στους αλκοολικούς που είναι συχνή απαιτεί θεραπεία αποκαταστάσεως. Ο πυρετός ιδιαίτερα όταν είναι χαμηλός και δεν συνοδεύεται από ρίγος ή άλλα σημεία φλεγμονής μπορεί να είναι εκδήλωση της αλκοολικής ηπατίτιδας. Εντούτοις η ύπαρξη επίμονου πυρετού με ρίγος, απαιτεί πλήρη και γρήγορη έρευνα για σηπτική εστία, ιδιαίτερα λοίμωξη.¹³

Βλαπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα τα διουρητικά και τα ηρεμιστικά, θα πρέπει να αποφεύγονται και κάθε ηλεκτρολυτική διαμάχη θα πρέπει να αποκαθίστανται γρήγορα. Ο ρόλος των κορτικοστεροειδών στην οξεία αλκοολική ηπατίτιδα παραμένει αντικείμενο μελέτης.¹⁵

6.2 Η θεραπεία του οιδήματος σε κίρρωση

Η θεραπεία του οιδήματος σε κίρρωση του ήπατος ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου. Έτσι ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ηπατική βλάβη, συνήθως αποβάλλουν τουλάχιστον 40 mEq νατρίου το 24ωρο και διατηρούν φυσιολογικό το νάτριο του ορού τους. Στην κατάσταση αυτή το ισοζύγιο του ύδατος μπορεί να επιτευχθεί με άναλο δίαιτα (<50 mEq νατρίου το 24ωρο) και κατάκλιση (σε κίρρωτικούς όπως και σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια κατά την κατάκλιση μεγιστοποιείται η ιστική αιμάτωση, οπότε αυξάνεται η ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης και η αποβολή του νατρίου, με ή χωρίς χρήση διουρητικών).¹⁸

Ωστόσο οι περισσότεροι κίρρωτικοί ασθενείς φαίνεται να χρειάζονται διουρητικά, από τη δράση των οποίων έχει ιδιαίτερη σημασία ο ρυθμός απώλειας των υγρών. Έτσι με τη χρήση τους και την επακόλουθη αποβολή ύδατος, κινητοποιείται το οίδημα (για να αποκατασταθεί ο όγκος του πλάσματος που μειώθηκε), όμως η αποβαλλόμενη ποσότητα δεν πρέπει να ξεπερνά τα 500-750 ml/24ωρο επειδή η επιθετικότερη διούρηση μπορεί να οδηγήσει σε υποογκαιμία και αζωθαιμία (τονίζεται ότι δε χρειάζεται έντονη διούρηση όταν δεν υπάρχει ασκίτης υπό τάση).¹⁷

Η λευκωματίνη χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος, με στόχο την αύξηση του όγκου του πλάσματος. Παρ' όλα όμως αυτά η χορήγησή της δεν πετυχαίνει πάντοτε την αναμενόμενη βελτίωση στην κυκλοφορία και στη νεφρική αιμάτωση, πιθανότατα λόγω της πολύ μεγάλης αγγειοδιαστολής που υπάρχει στη σπλαχνική κυκλοφορία των ασθενών αυτών. Έτσι αφού οι ωφέλειες από την εφαρμογή της λευκωματίνης στην κίρρωση του ήπατος είναι πολύ μικρές, σήμερα δεν υποστηρίζεται η χρήση της σε τέτοιες περιπτώσεις. Αντίθετα αυτή βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματική στην προστασία της νεφρικής λειτουργίας, όταν εκτελείται παρακέντηση της κοιλιάς και παροχέτευση μεγάλων όγκων

υγρών (ακόμη και του συνόλου του ασκитικού υγρού).¹⁸

Έχει ιδιαίτερη σημασία σε κίρρωτικούς ασθενείς να αποφεύγεται η πρόκληση υποκαλιαμικής αλκάλωσης, αφού πολλοί από αυτούς εμφανίζουν τότε ηπατικό κώμα. Ειδικότερα η υποκαλιαμία προκαλεί ηπατικό κώμα επειδή επιτείνει την παραγωγή αμμωνίας από τα νεφροσωληναριακά κύτταρα, με αποτέλεσμα οι ποσότητες αυτές να προστίθενται στα ήδη υψηλά επίπεδα που υπάρχουν στο αίμα, λόγω της ηπατικής ανεπάρκειας.¹⁹

Η σύγχυση, η υπνηλία και άλλα σημεία αρχόμενου ηπατικού κώματος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ταχεία μείωση της πρόσληψης πρωτεϊνών σε επίπεδο 20-30gr την ημέρα ή και λιγότερο. Θα πρέπει να γίνεται προσεκτική έρευνα για την ύπαρξη βακτηριδιακής λοιμώξεως ή αιμορραγίας από το γαστρεντερικό, περιλαμβανομένης και της αναρροφήσεως γαστρικού περιεχομένου και θα πρέπει να εφαρμόζεται γρήγορα κατάλληλη θεραπεία για τη λοίμωξη ή για την αιμορραγία.¹⁹

6.3 Διαιτητική παρέμβαση

Η κίρρωση οφείλεται επίσης στην κακή διατροφή. Είναι δυνατόν να γίνει κάποιου βαθμού αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων αν η δίαιτα περιέχει τις απαραίτητες ουσίες εκτός αν έχει γίνει καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος.²⁰

Στη οξεία φάση ο ασθενής πρέπει να παίρνει μόνο γάλα, δημητριακά, φρυγανιές, μαγειρεμένα φρούτα, ρύζι και πουρέ πατάτας. Όταν η υγεία του ασθενή βελτιωθεί η δίαιτα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και χαμηλή σε λίπος. Αν η κίρρωση προχωρήσει σε ηπατικό κώμα η πρωτεΐνη ελαττώνεται σε ποσότητες ανοχής (20-40 gr), εάν συνυπάρχει και νερό στην περιτοναϊκή κοιλότητα η δίαιτα πρέπει να είναι περιορισμένη σε αλάτι και να περιέχει τροφές με μεγάλη ποσότητα

βιταμινών.²¹

Οι λιποδιαλυτές πρωτεΐνες πρέπει να χορηγούνται σε μικρές ποσότητες. Η τροφή θα πρέπει να συμπληρώνεται με όλες τις βιταμίνες, ειδικά τη βιταμίνη Κ αφού οι αιμορραγίες που εμφανίζονται στην κίρρωση οφείλονται στην έλλειψη της. Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη σε ποσότητες μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές γιατί βελτιώνει την αντίσταση των ηπατικών κυττάρων σε ορισμένες τοξίνες ειδικά επιβλαβής για το ήπαρ.²⁵

Η ομάδα βιταμινών Β πρέπει να προστίθεται στη διαίτα σε μεγάλη ποσότητα για να ενισχύσει το μεταβολισμό των υδατανθράκων της διαίτας. Χρησιμοποιείται η παρεντερική οδός σε ασθενείς με κίρρωση του οισοφάγου.²⁰

6.4 Μεταμόσχευση ήπατος



Εικόνα 10

Η κίρρωση είναι η μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ και η μεταμόσχευση ήπατος είναι η μόνη επιτυχής θεραπεία σε μη

αναστρέψιμη προχωρημένη νόσο. Η μεταμόσχευση ήπατος έχει μεγάλη επιτυχία στις περιπτώσεις προχωρημένης και γενικής ανίατης ηπατοπάθειες. Το 70-80% των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος επιζούν αρκετά χρόνια και συνήθως με καλή ποιότητα ζωής. Μεταμόσχευση εκτελείται συχνότερα σε κίρρωση από πρωτοπαθή χολική κίρρωση, αλκοολική ηπατοπάθεια, ηπατίτιδα C, αυτοάνοση ηπατίτιδα κτλ.²⁰

Η μεταμόσχευση ήπατος δεν είναι πλέον πειραματική. Με βελτιωμένη χειρουργική τεχνική και καλύτερα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα έχει γίνει επιτυχής θεραπεία με ηπατική νόσο τελικού σταδίου με μακράς διάρκειας επιβίωση. Δυστυχώς το χάσμα μεταξύ των αριθμών των πτωματικών δοτών και δεκτών συνεχίζει να μεγαλώνει. Στο μέλλον, με κατάλληλη επιλογή και δέκτη, με περαιτέρω εκλεκτικότητα στη χειρουργική τεχνική και αυξημένη εμπειρία, η μεταμόσχευση θα μπορεί να δώσει ανώτερα αποτελέσματα.^{20,7}

6.3.1 Στάδια μεταμόσχευσης

- ***Λίγο πριν τη μεταμόσχευση***

Όταν βρεθεί το μόσχευμα, ο ασθενής προετοιμάζεται αμέσως για το χειρουργείο. Αν το ήπαρ προέρχεται από ζώντα δότη, τόσο ο ίδιος όσο και ο λήπτης μπαίνουν στο χειρουργείο ταυτόχρονα. Στην περίπτωση που το ήπαρ προέρχεται από πτωματικό δότη, η μεταμόσχευση ξεκινά μόλις φτάσει το μόσχευμα στο νοσοκομείο και αφού έχει ήδη προετοιμαστεί ο ασθενής και οι χειρουργοί έχουν αφαιρέσει το άρρωστο ήπαρ του.²¹

- ***Κατά τη διάρκεια της επέμβασης***

Η επέμβαση διαρκεί συνήθως από 4 μέχρι 14 ώρες. Όσο χρόνο η χειρουργική ομάδα αφαιρεί το άρρωστο ήπαρ του λήπτη, μια άλλη ομάδα ετοιμάζει το νέο ήπαρ. Κατά την αφαίρεση του οργάνου αποσυνδέονται οι

χοληφόροι πόροι, ενώ τα αιμοφόρα αγγεία που το τροφοδοτούν αποκόπτονται και συνδέονται με μηχανήμα εξωσωματικής κυκλοφορίας. Στη συνέχεια, το υγιές ήπαρ τοποθετείται στο σώμα και συνδέεται με τους χοληφόρους πόρους και τα αγγεία, ώστε να αποκατασταθεί η αιμάτωση και η λειτουργικότητά του.²¹

- **Μετά την επέμβαση**

Μετά τη μεταμόσχευση ο ασθενής οδηγείται για λίγες μέρες στη μονάδα εντατικής θεραπείας, ενώ παραμένει στο νοσοκομείο περίπου 3 εβδομάδες για να ελεγχθεί αν το ήπαρ δουλεύει κανονικά. Επιπλέον, χορηγούνται φάρμακα για την αποφυγή της απόρριψης του μοσχεύματος και την πρόληψη πιθανών λοιμώξεων. Οι γιατροί εξετάζουν την περιοχή της επέμβασης για την ύπαρξη αιμορραγίας, λοίμωξης ή σημαδιών απόρριψης, αλλά και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του, ενώ ο ασθενής αυτό το διάστημα ενημερώνεται για τα φάρμακα και τις προφυλάξεις που θα πρέπει να λαμβάνει σε ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή του.²¹

6.3.2 Επιπλοκές μεταμόσχευσης

Για την καλύτερη παρακολούθηση αυτών των ασθενών το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν. Αυτές μπορεί να είναι :

- αιμορραγία
- επιπλοκές από τα χοληφόρα (απόφραξη, χολαγγειίτιδα, διαφυγή από την αναστόμωση)
- θρόμβωση της πυλαίας φλέβας ή της ηπατικής αρτηρίας
- επιπλοκές από το αναπνευστικό (ατελεκτασία, λοιμώξεις, υδροθώρακας)
- νεφρική ανεπάρκεια. Αντιμετωπίζεται με τη μέθοδο της συνεχούς

αιμοδιήθησης απόρριψη.²¹

6.3.3 Φαρμακευτική αγωγή μεταμόσχευσης

Η φαρμακευτική αγωγή αυτών των ασθενών περιλαμβάνει : Καταστολή (ΜΕΘ), Ινοτρόπα, Αναλγησία, Αντιόξινα, Αντιβίωση, Διπλή ή τριπλή ανοσοκαταστολή Κορτικοστεροειδή (Medrol), Κυκλοσπορίνη (Neoral) ή Tacrolimus (Prograf), Mycophenolate Mofetil (Cell Cept)] και σε ορισμένες περιπτώσεις (απόρριψη), χορηγούνται Αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη (ATG), αντιλεμφοκυτταρική σφαιρίνη (ALG) ή Μονοκλωνικά αντισώματα, Αντικά φάρμακα έναντι της ηπατίτιδος Β (Hepatect, Aunative, Zeffix).²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΚΥΡΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

7.1. Πυλαία υπέρταση

Η αυξημένη αντίσταση στη ροή του αίματος μέσα από την πυλαία φλέβα μπορεί να αναπτυχθεί σε ποικίλες περιπτώσεις, οι οποίες μπορούν να διακριθούν σε προηπατικές, ενδοηπατικές και μεταηπατικές αιτίες.

Οι κύριες προηπατικές παθήσεις είναι η αποφρακτική θρόμβωση και η στένωση της πυλαίας φλέβας, πριν από τη διακλάδωση της μέσα στο ήπαρ.

Οι κύριες μεταηπατικές αιτίες είναι η σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας της καρδιάς, και η απόφραξη της εξωηπατικής μοίρας της ηπατικής φλέβας.

Η κυρία ενδοηπατική αιτία είναι η κίρρωση, η οποία προκαλεί τις περισσότερες φορές πυλαία υπέρταση. Σπανιότερη είναι η σχιστοσωμίαση, η γενική λιπώδης αλλοίωση, η σαρκοείδωση και νόσοι που επηρεάζουν την πυλαία μικροκυκλοφορία, των οποίων παράδειγμα αποτελεί η οζώδης εκφυλιστική υπερπλασία.²¹

7.2 Ασκίτης

Ονομάζεται η συγκέντρωση μεγάλης ποσότητας υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ασκίτης γίνεται κλινικά εμφανής όταν το υγρό που έχει συγκεντρωθεί υπερβαίνει τα



Εικόνα 11

500ml. Το πιο ευαίσθητο κλινικό σημείο του ασκίτη είναι η μετακινούμενη αμβλύτητα, αλλά με το υπερηχογράφημα ανιχνεύονται εύκολα και οι μικρές ποσότητες υγρού.¹¹

Οι ασθενείς με κίρρωση στους οποίους αναπτύσσεται ασκίτης χρειάζονται διαγνωστική παρακέντηση της κοιλίας. Οι ενδείξεις περιλαμβάνουν νεοδημιουργούμενο ασκίτη, κλινική επιδείνωση με κοιλιακό άλγος και αλλαγές στην διανοητική κατάσταση.¹¹

Παράγοντες που δημιουργούν ασκίτη στην κίρρωση είναι τα χαμηλά επίπεδα λευκωματίνης ορού, ο αποκλεισμός της ηπατικής αποβολής με υπερπαραγωγή λέμφου και η πυλαία φλεβική υπέρταση. Ο ασκίτης μπορεί να είναι ήπιος, μέτριος ή σοβαρός στη βάση της ποσότητας του υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.¹⁴

Θεραπεία

Αρχικά η θεραπεία περιλαμβάνει περιορισμό της πρόσληψης άλατος και χρησιμοποίηση διουρητικών από το στόμα. Τέτοια διουρητικά είναι η σπειρονολακτόνη σε συνδυασμό με τη φουροσεμίδη. Περίπου 20% των ασθενών ανταποκρίνονται στον περιορισμό της πρόσληψης του άλατος. Περισσότεροι από το 90% των ασθενών ανταποκρίνονται στη συνδυασμένη θεραπεία των διουρητικών. Η μέγιστη δόση σπειρονολακτόνης είναι 400mg/ημέρα. Η αμιλορίδη, 10-20 mg/ημέρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί για την σπειρονολακτόνη, αν υπάρχουν αντενδείξεις όπως ευαίσθητη γυναικομαστία. Η διούρηση πρέπει να προκαλείται με πολλή προσοχή, γιατί η επιθετική διουρητική αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε υποκαλιαιμία και σε ελάττωση του όγκου του πλάσματος, με συνέπεια ηπατική εγκεφαλοπάθεια και ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας.¹⁴

7.2.1 Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα.

Σε κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη εμφανίζεται πολλές φορές αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή να παρουσιαστούν κοιλιακοί πόνοι, αυξανόμενος ασκίτης, πυρετός και

προοδευτική εγκεφαλοπάθεια.²¹

Γίνεται παρακέντηση η οποία αποκαλύπτει ασκитικό υγρό με αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων μεγαλύτερο από 500ml. Οι καλλιέργειες του ασκитικού υγρού δίνουν τα καλύτερα αποτελέσματα τα οποία είναι 80-90% θετικά.²¹

Η θεραπεία συνίσταται στην ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών όπως αμπικιλίνη ή κεφοτετάνη. Η θνητότητα της επιπλοκής αυτής είναι αρκετά μεγάλη.²¹

7.3 Ηπατική εγκεφαλοπάθεια

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια είναι σύνθετο νευροψυχιατρικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να επιπλέξει την προχωρημένη ηπατοπάθεια ή την εκτεταμένη πυλαιοσυστηματική παράπλευρη κυκλοφορία.

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια διακρίνεται σε δυο κύριες μορφές, την οξεία και τη χρόνια.¹⁹

Η *οξεία ηπατική εγκεφαλοπάθεια* παρατηρείται συνήθως στα πλαίσια της κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας και το σπουδαιότερο ρόλο στην εξέλιξή της παίζει το εγκεφαλικό οίδημα. Συνοδεύεται συχνά από κώμα και έχει αυξημένη θνητότητα.

Η *χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια* παρατηρείται συνήθως σε χρόνιες παθήσεις του ήπατος, εκδηλώνεται συχνά με τη μορφή λεπτών διαταραχών της νευρικής λειτουργίας και πολλές φορές είναι αναστρέψιμη.

Η παθογένεση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας αποδίδεται σε αδυναμία του ήπατος να απομακρύνει από την κυκλοφορία αζωτούχες ενώσεις ή άλλες τοξικές ουσίες που προσλαμβάνονται ή που σχηματίζονται στο γαστρεντερικό σωλήνα.¹¹

Παράγοντες

Οι κοινοί αντιδραστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας, γαστρεντερική αιμορραγία, υπερβολική πρόσληψη πρωτεΐνης, αλκοόλ, ηρεμιστικά ή υπνωτικά, εγχείρηση, ηπάτωμα, μόλυνση, αφυδάτωση, δυσκοιλιότητα και τοποθέτηση χειρουργικής αναστόμωσης ή TIPS. Ιδιαίτερα υπεύθυνη για την πρόκληση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας θεωρείται η αμμωνία, που παράγεται κατά την απαμίνωση των αμινοξέων και κατά τη μικροβιακή υδρόλυση των αζωτούχων ενώσεων στο έντερο.¹⁴

Κλινικά γνωρίσματα

Τα κλινικά γνωρίσματα της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνουν:

- διαταραχές των ανώτερων νευρικών λειτουργιών (διαταραχές της νόησης και της προσωπικότητας, άνοια, ανικανότητα αντιγραφής απλών σχημάτων - δηλαδή κατασκευαστική απραξία – διαταραχές της συνείδησης)
- διαταραχές της νευρομυϊκής λειτουργίας (πτερυγοειδή τρόμο, αύξηση των αντανακλαστικών)
- σπάνια ένα παρκινσονοειδές σύνδρομο και προϊούσα παραπληγία.⁶

Στάδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας

Συνήθως η ηπατική εγκεφαλοπάθεια διαιρείται σε στάδια ανάλογα με τη βαρύτητά της :

- Στάδιο 1: ήπια σύγχυση και αποπροσανατολισμός
- Στάδιο 2 η αστηριξία είναι συνεπώς παρούσα και ο ασθενής έχει εμφανείς αλλαγές της προσωπικότητας
- Στάδιο 3 ο ασθενής έχει υπνηλία, είναι αποπροσανατολισμένος σε διέγερση

- Στάδιο 4 ο ασθενής είναι σε κωματώδη κατάσταση

Η διαφορική διάγνωση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνει την υπογλυκαιμία, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα, τη μηνιγγίτιδα και τη λήψη μεγάλης ποσότητας κατευναστικών φαρμάκων. Αυτές οι καταστάσεις παρατηρούνται συχνά σε ηπατοπαθείς, ιδιαίτερα αλκοολικούς ασθενείς.¹¹

Θεραπεία

Στην αντιμετώπιση περιλαμβάνεται :

- ταυτοποίηση και διόρθωση κάθε προδιαθεσικού παράγοντα
- μείωση και εξάλειψη του υποστρώματος παραγωγής αζωτούχων ενώσεων α) με διαιτητικό περιορισμό των λευκωμάτων ειδικά σε ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα, μόνο σε περιπτώσεις ελαφράς εγκεφαλοπάθειας η πρόσληψη 40-60 g την ημέρα μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη β) με καθαρισμός του εντέρου, είναι σημαντικός κυρίως σε περιπτώσεις στις οποίες η εγκεφαλοπάθεια οφείλεται σε οξεία γαστρεντερική αιμορραγία ή δυσκοιλιότητα
- μείωση των μικροβίων του παχέος εντέρου με χορήγηση νεομυκίνης από το στόμα
- παρεμπόδιση της διάχυσης της αμμωνίας από το έντερο η οποία πραγματοποιείται με τη χορήγηση λακτουλόζης, ενός δισακχαρίτη που δεν απορροφάται.²¹

7.4 Αιμορραγία των κισμών του οισοφάγου

Η αιμορραγία των κισμών είναι η πιο δυσοίωνη επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης με θνητότητα 30-60%. Συχνότερα αιμορραγούν οι κισσοί και η αιμορραγία προκαλείται όταν η μεγάλη τάση του τοιχώματος τους οδηγήσει στην ρήξη του.²¹

Η αιμορραγία μπορεί να εκδηλωθεί ως αιματέμεση, αποβολή αίματος

από τον ορθό, μέλαινα ή με συνδυασμό αυτών των φαινομένων. Μπορεί να προκαλέσει καταπληξία, να σταματήσει αυτόματα ή να υποτροπιάσει. Η ελάττωση της ηπατικής σύνθεσης παραγόντων της πήξης εξαιτίας της ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας και η θρομβοκυτταροπενία εξαιτίας του υπερσπληνισμού μπορούν να προκαλέσουν επιπλέον δυσκολίες στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας των κισσών.²¹

Θεραπεία

Η αρχική αντιμετώπιση των υποπτευόμενων αιμορραγούντων κισσών απαιτεί άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο και προστασία των αεροφόρων οδών από μαζική αιμορραγία. Αποτελεσματικά φάρμακα πρόληψης της αιμορραγίας των κισσών είναι οι μη εκλεκτικοί β-αποκλειστές (προπρανολόλη και ναδολόλη) και οι μονονιτρικές ενώσεις (μονονιτρικός ισοορβίτης), που προκαλούν ελάττωση της ροής και της πίεσης του αίματος στο σύστημα της πυλαίας.²³

Με σκοπό την ελάττωση της σπλαχνικής ροής αίματος χορηγούνται ενδοφλεβίως σωματοστατίνη και αγγειοπιεσίνη, οι οποίες χρησιμοποιούνται και στην οξεία αιμορραγία των οισοφαγικών κισσών, ώσπου να εφαρμοσθεί ενδοσκοπική ή χειρουργική θεραπεία.²³

Αποτελεσματικό προσωρινό μέτρο είναι ο επιπωματισμός του οισοφάγου με αεροθάλαμο. Οι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν σε αποπίεση του πυλαίου συστήματος είτε με διάφορες χειρουργικές μεθόδους είτε με αιματηρή ακτινολογική μέθοδο.¹⁵

7.5 Ηπατονεφρικό σύνδρομο

Το ηπατινεφρικό σύνδρομο είναι ένας ευκρινής τύπου προοδευτικής οξείας νεφρικής ανεπάρκειας που αναπτύσσεται σε έναν ασθενή με κίρρωση στον οποίο όλες οι άλλες αιτίες της νεφρικής δυσλειτουργίας έχουν αποκλειστεί. Είναι ένας λειτουργικός τύπος νεφρικής ανεπάρκειας.

Αν η ηπατική νόσος βελτιωθεί, η νεφρική λειτουργία επιστρέφει στο φυσιολογικό.²¹

Τυπικά, οι νεφροί παρουσιάζουν φυσιολογική ιστολογική εικόνα. Αγγειογραφικά διαπιστώνεται έντονη συστολή των αγγείων του νεφρικού φλοιού, η οποία εξαφανίζεται όταν οι νεφροί αυτοί μεταμοσχεύονται σε άτομα χωρίς κίρρωση. Η δυσλειτουργία των νεφρών χαρακτηρίζεται από ελάττωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης, ολιγουρία, ελάττωση του νατρίου των ούρων και αζωθαιμία. Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι συνήθως προοδευτικό και θανατηφόρο και η διάγνωση του πρέπει να τεθεί μόνο αφού αποκλεισθούν η ένδεια όγκου πλάσματος και οι άλλες μορφές οξείας νεφρικής βλάβης.²⁴

Θεραπεία

Για να αποκλεισθεί η προνεφρική αζωθαιμία πρέπει να χορηγηθούν στους ασθενείς μεγάλες ποσότητες διαλυμάτων αύξησης του όγκου των υγρών. Αντιμετώπιση του ηπατονεφρικού συνδρόμου γίνεται επίσης με την χορήγηση μικρών δόσεων αγγειοπρεσίνης, οκτρεοτιδης ή νοραδρεναλίνης, ώστε να αυξηθούν οι συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις και, έτσι, να αυξηθεί η νεφρική ροή του αίματος. Άλλη αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης του ηπατονεφρικού συνδρόμου είναι η μεταμόσχευση του ήπατος.^{11,14}

7.6 Ηπατοπνευμονικό σύνδρομο

Το ηπατοπνευμονικό σύνδρομο είναι ένα κλινικό σύνδρομο που αναγνωρίζεται με αυξανόμενη συχνότητα δηλαδή στο 10-15 % των περιπτώσεων κίρρωσης και χαρακτηρίζεται από διαταραχές της οξυγόνωσης του αρτηριακού αίματος ασθενών με χρόνια ηπατοπάθεια ή πυλαία υπέρταση.²⁵

Η παθοφυσιολογία του συνίσταται σε ενδοπνευμονική αγγειακή βλάβη της αρχιτεκτονικής του ήπατος. Οι αγγειακές διαταραχές συνίστανται σε προτριχοειδική διάταση, άμεσες αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες και διάταση των υπεζωκοτικών αγγείων.¹⁴

Η διάταση των ενδοπνευμονικών αγγείων διαπιστώνεται με σκιαγραφική υπερηχοκαρδιογραφία, με την οποία αποκαλύπτεται καθυστέρηση της απεικόνισης των μικροσωληναρίων των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων. Η αγγειακή διάταση οδηγεί σε ελάττωση της μεταφοράς οξυγόνου από τις κυψελίδες στο κεντρικό ρεύμα των ερυθρών αιμοσφαιρίων μέσα στα τριχοειδή, με αποτέλεσμα μια λειτουργική ενδοπνευμονική διαφυγή από τα δεξιά προς τα αριστερά, η οποία βελτιώνεται με την χορήγηση οξυγόνου 100%.²⁶

Τα κλινικά γνωρίσματα κυμαίνονται από τις διαταραχές της ανταλλαγής των αερίων μέχρι την έντονη υποξαιμία που προκαλεί δύσπνοια ακόμα και κατά την ανάπαυση. Συχνά η κατάσταση απαιτεί χορήγηση οξυγόνου και περιορίζει σημαντικά την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών.²⁶

Θεραπεία

Προς το παρόν δεν υπάρχει αποδεδειγμένη συντηρητική θεραπεία. Το ηπατοπνευμονικό σύνδρομο είναι όπως και το ηπατονεφρικό, λειτουργική διαταραχή που τις περισσότερες φορές εξαφανίζεται μετά την μεταμόσχευση του ήπατος.²⁶

7.7 Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

Τα νεοπλάσματα του ήπατος προέρχονται είτε από τα ηπατικά παρεγγυτικά κύτταρα (ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα) είτε από τους χοληφόρους πόρους (χολοαγγειοκαρκίνωμα).¹⁰

Η παρουσία ηπατοκυτταρικού καρκινώματος μπορεί να περάσει

απαρατήρητη, μέχρι την επιδείνωση της κατάστασης του κίρρωτικού ασθενή που προηγούμενα ήταν σταθερή. Συμπτώματα είναι η εμφανής καχεξία, αίσθημα αδυναμίας, απώλεια βάρους.¹⁰

Φυσική εξέταση : είναι θετική για ευαίσθητο διογκωμένο ήπαρ και μερικές φορές ψηλαφάτε μάζα. Στην ακρόαση μπορεί να αποκαλυφθεί φύσημα πάνω από τον όγκο ή μπορεί να ακουστεί ήχος τριβής.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποκαλύπτουν λευκοκυττάρωση, φυσιολογικό ή αυξημένο αιματοκρίτη λόγω παραγωγής ερυθροποιητίνης από τον όγκο. Συχνό φαινόμενο είναι η αιφνίδια και σταθερή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του όρου. Σημαντικές διαγνωστικές και αποκαλυπτικές μέθοδοι ενημέρωσης είναι η αρτηριογραφία και η διαδερμική ηπατική βιοψία.²⁴

Η πορεία της νόσου είναι συνήθως ταχεία και οδηγεί στο θάνατο είτε λόγω αιμορραγίας του γαστρεντερικού ή ηπατικής ανεπάρκειας. Η χημειοθεραπεία δεν έχει αποδειχθεί να παρατείνει τη ζωή. Η μεταμόσχευση του ήπατος έχει δοκιμασθεί στην θεραπεία του καρκίνου αλλά η υποτροπή του όγκου και η συχνή εμφάνιση μεταστάσεων μετά τη μεταμόσχευση περιόρισαν την μέθοδο αυτή.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

8.1 Ορισμός του Αλκοολισμού

Ο Αλκοολισμός είναι μια πρωτογενής και χρόνια ασθένεια, της οποίας η εξέλιξη και οι εκδηλώσεις επηρεάζονται από γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Ο εν λόγω εθισμός είναι πολλές φορές θανατηφόρος.²⁷

Χαρακτηρίζεται, σε συνεχή ή περιοδική βάση, από : μειωμένη ικανότητα ελέγχου χρήσης της ουσίας, έντονη και συνεχή πνευματική ενασχόληση με το «ναρκωτικό» αλκοόλ, τη χρήση αλκοόλ παρά όλες τις δυσμενείς συνέπειες, όπως επίσης διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης και ιδιαίτερα άρνηση.²⁷

Ο χαρακτηρισμός «πρωτογενής» αναφέρεται στη φύση του αλκοολισμού ως μια νοσολογική οντότητα, ώστε να διαχωριστεί περαιτέρω από άλλες παθοφυσιολογικές καταστάσεις που πιθανόν να συνδέονται με αυτήν.²⁸

«Προϊούσα» και «θανατηφόρα» συχνά σημαίνει ότι η ασθένεια επιμένει στο χρόνο και ότι οι σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές έχουν συχνά αθροιστικό χαρακτήρα και πιθανόν να αναπτυχθούν περαιτέρω όσο συνεχίζεται η κατανάλωση αλκοόλ. Ο αλκοολισμός οδηγεί σε πρόιμο θάνατο από λήψη υπερβολικής δόσης οινοπνεύματος, από οργανικές επιπλοκές που σχετίζονται με τον εγκέφαλο, το ήπαρ, την καρδιά και πολλά άλλα όργανα, όπως επίσης μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία, την ανθρωποκτονία, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και άλλα τραυματικά συμβάντα.²⁹

«Μειωμένη ικανότητα ελέγχου» σημαίνει ανικανότητα να περιορίσει κάποιος τη χρήση αλκοόλ ή να περιορίσει, κάθε φορά που πίνει, τις ποσότητες οινοπνεύματος που καταναλώνει και τις συνέπειες που προκύπτουν από τις διάφορες συμπεριφορές της πόσης.

«Έντονη και συνεχής πνευματική ενασχόληση με τη χρήση αλκοόλ» σημαίνει ότι το άτομο εστιάζει την προσοχή του στο «ναρκωτικό» αλκοόλ, στη ψυχοτρόπο δράση του και στη χρήση του. Ως εκ τούτου, η ανάλογη σπουδαιότητα που αποδίδει το άτομο στην ουσία συχνά το κάνει να διοχετεύει όλη του τη ενέργεια στη χρήση και να παραβλέπει σημαντικές υποχρεώσεις στη ζωή του.²⁹

«Δυσμενείς συνέπειες» σημαίνει είτε προβλήματα που έχουν να κάνουν με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είτε έκπτωση σε τομείς όπως: α) η σωματική υγεία (π.χ. σύνδρομο στέρησης από το αλκοόλ, ασθένειες του ήπατος, γαστρίτιδες, αναιμία, νευρολογικές διαταραχές) β) η ψυχική λειτουργία (π.χ. έκπτωση στο γνωστικό επίπεδο, μεταβολές στη διάθεση και τη συμπεριφορά) γ) οι διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. συζυγικά προβλήματα, κακοποίηση τέκνων, έκπτωση των κοινωνικών σχέσεων και συναναστροφών) δ) η ενασχόληση (π.χ. προβλήματα στις μαθητικές ή εργασιακές επιδόσεις), όπως επίσης και νομικής, οικονομικής και πνευματικής φύσεως προβλήματα.²⁹

Η λέξη «άρνηση» χρησιμοποιείται εδώ όχι μόνο με την καθαρά ψυχαναλυτική έννοια ενός και μόνο μηχανισμού άμυνας που αποκηρύσσει την σπουδαιότητα των γεγονότων, αλλά με την ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει και τους ψυχολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι στοχεύουν στο να αποτρέψουν να περάσει στο συνειδητό η πραγματικότητα ότι, η χρήση αλκοόλ δεν είναι η λύση, αλλά η αιτία των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο. Η άρνηση γίνεται ζωτικό κομμάτι της ασθένειας και ένα μείζον εμπόδιο προς τη διαδικασία ανάρρωσης.²⁷

8.2 Αίτια αλκοολισμού

Οι αιτίες του αλκοολισμού δεν έχουν πλήρως διερευνηθεί. Τα άτομα στις σύγχρονες κοινωνίες συχνά υφίστανται την επίδραση παραγόντων που ευνοούν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Μερικοί από αυτούς είναι:

- το οικογενειακό περιβάλλον (έλλειψη στοργής, αγάπης, τρυφερότητας, ενδιαφέροντος και συμπαράστασης, ύπαρξη διαταραγμένης συμβίωσης, κ.α.)
- το κοινωνικό περιβάλλον (ατομικισμός, αδιαφορία, έλλειψη φίλων, αντιξοότητες, καταπίεση, κ.α.)
- το οικονομικό περιβάλλον (σκληρός ανταγωνισμός, ανασφάλεια, οικονομική δυσχέρεια, ανεπάρκεια αγαθών, κ.α.)
- το ιδιοσυστατικό, ψυχοπνευματικό, ηθικό και μορφωτικό υπόστρωμα του ατόμου (χαμηλό διανοητικό και μορφωτικό επίπεδο, άνοια, μοναξιά, απογοήτευση, προσωπικό αδιέξοδο, αίσθημα ανικανοποίητου, τάση φυγής, έλλειψη υπευθυνότητας, μειωμένη αυτοεκτίμηση, κ.α.).²⁹

Ιστορικό αλκοολισμού σε μία οικογένεια αυξάνει τις πιθανότητες να υιοθετήσει κάποιος την ανθυγιεινή αυτή συνήθεια. Οι άνδρες φαίνεται ότι είναι πιο επιρρεπείς αναλογικά με τις γυναίκες. Κάποιοι πίνουν με σκοπό να απαλύνουν το άγχος τους, την κατάθλιψη, την ένταση, την μοναξιά, την χαμηλή αυτοεκτίμηση ή την δυστυχία τους.²⁷

8.3 Μορφές Αλκοολισμού

Οξύς αλκοολισμός. Γνωστός και σαν αιθυλική κρίση (ή κοινώς "μεθύσι"). Τα πρώτα συμπτώματα της μέθης εμφανίζονται όταν συγκεντρωθεί στο αίμα περισσότερο από 0,2% οινόπνευμα. Σε αυτό το στάδιο παρατηρείται ελάττωση της οπτικής και ακουστικής οξύτητας, στο πρόσωπο εμφανίζεται ερυθρότητα συνοδευόμενη από αίσθημα θερμότητας

και υπάρχει αυξημένη αποβολή ούρων. Όταν η πυκνότητα του οίνοπνεύματος φθάσει μεταξύ 1-1,5 γραμμ. στο αίμα, τότε παρατηρείται ευφορία, διέγερση και υπερκινητικότητα, τόνωση της αυτοπεποίθησης, παραγνώριση ή υποτίμηση του κινδύνου. Τα συμπτώματα αυτά συχνά ακολουθούν η μελαγχολία και η κατάπτωση.³⁰

Χρόνιος αλκοολισμός. Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 40-50 ετών, βασικό στοιχείο των οποίων είναι η χρόνια χρήση αλκοόλ (για 10 ή περισσότερα χρόνια). Ο αλκοολικός σ' αυτή τη φάση, εμφανίζεται καχεκτικός, ανέκφραστος, ανήσυχος, με αλλοιώσεις στο δέρμα του προσώπου όπως διαστολή των πόρων και κοκκίνισμα ιδιαίτερα στη μύτη και στα μάτια. Έχει ένα ασπροκίτρινο χρώμα και το δέρμα φαίνεται αυλακωμένο από λεπτές διατεταμένες φλέβες.³⁰

8.4 Αλκοολικές παθήσεις

Γεγονός είναι ότι η υψηλή και καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει, ουσιαστικά, τον κίνδυνο πρόκλησης πολλών ασθενειών καθώς και τη θνησιμότητα. Παθήσεις, που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να είναι :

- Νευρολογικές αλκοολικές διαταραχές:
- Αλκοολική πολυνευροπάθεια, με κύρια συμπτώματα παραισθήσεις, μυϊκή αδυναμία και αδυναμία βαδίσσεως
- Χρόνια αλκοολική εγκεφαλοπάθεια, με κλινικές εκδηλώσεις ψυχώσεις, μελαγχολία, τάσεις αυτοκτονίας κ.λπ.. Τελικό στάδιο είναι η άνοια (ανίατη πάθηση)
- Καρδιακές αλκοολικές διαταραχές:
- Υπέρταση
- Υπερτροφία - διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων, η οποία οδηγεί σε

καρδιακή ανεπάρκεια (μείωση της απόδοσης της καρδιάς, η οποία, συνήθως, οδηγεί στο θάνατο)

- Αλκοολική υπογλυκαιμία : Προκαλεί ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμο των χεριών, κεφαλαλγίες και μπορεί να οδηγήσει σε προκωματώδη κατάσταση
- Αναπνευστικές αλκοολικές διαταραχές:
- Πνευμονία
- Σύνδρομο "ύπνου - άπνοιας" (διαταραχή ή / και σταμάτημα της αναπνοής, κατά τη διάρκεια του ύπνου)
- Γαστρεντερικές αλκοολικές διαταραχές:
- Καρκίνος του οισοφάγου
- Οξεία γαστρίτιδα
- Χρόνιο πεπτικό έλκος
- Παγκρεατίτιδα
- Αναιμία (λόγω μη απορρόφησης της βιταμίνης B12 και του φυλλικού οξέος)
- Η κίρρωση του ήπατος : Είναι η σημαντικότερη ασθένεια που προκαλείται, ως επί το πλείστον, από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Είναι η καταστροφή των ηπατικών κυττάρων, με αποτέλεσμα τη νέκρωση του ήπατος - ηπατική ανεπάρκεια - και το θάνατο.
- Οι χρόνια αλκοολικοί "ασθενείς" είναι περισσότερο επιρρεπείς, σε όλες τις λοιμώξεις και στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου.²⁷

8.5 Το σύνδρομο στέρησης

Μια από τις πιο χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του αλκοολισμού είναι το σύνδρομο στέρησης που προκαλείται όταν διακόπτεται η κατανάλωση αλκοόλ.³⁰

Συμπτώματα

Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της αλκοολικής στέρησης είναι η τρεμούλα, η αδυναμία, οι διάρροιες και η άφθονη εφίδρωση. Γενικά, αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται κάθε πρωί όταν το αλκοόλ έχει εξαφανιστεί από την κυκλοφορία του αίματος και υποχωρούν όταν ο ασθενής καταναλώσει κάποιο αλκοολούχο ποτό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι εκδηλώσεις της στέρησης είναι πιο σοβαρές. Χαρακτηρίζονται από μεγάλη ανησυχία, τρεμούλα, εφίδρωση, υψηλό πυρετό, απώλεια του προσανατολισμού, διανοητική σύγχυση, σπασμούς και τρομακτικές παραισθήσεις κυρίως οπτικές, στις οποίες ο ασθενής πιστεύει ότι βλέπει να τον καταδιώκουν και να τον απειλούν.³⁰

Γενικά τα συμπτώματα υποχωρούν αυθόρμητα μέσα σε λίγες ημέρες. Καλό θα ήταν να εισαχθεί ο ασθενής στο νοσοκομείο καθώς με την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να μειωθούν και να προληφθούν ενδεχόμενες άνοδοι της θερμοκρασίας, που θα μπορούσαν να έχουν μοιραία εξέλιξη.³⁰

8.6 Θεραπευτική αγωγή αλκοολισμού:

Η θεραπεία απαιτεί την πλήρη και οριστική καταστολή της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, γι' αυτό και ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει την κατάσταση του και να είναι σίγουρος για την επιθυμία του να θεραπευτεί. Η πρώτη φάση της θεραπείας συνίσταται στην αποτοξίνωση, κατά τη διάρκεια της οποίας συνιστάται η εισαγωγή του ασθενούς σε ειδικό κέντρο, για να ελεγχθεί η ανάπτυξη του συνδρόμου στέρησης και η πραγματοποίηση διαφόρων εξετάσεων με σκοπό την

ανίχνευση και αντιμετώπιση των βλαβών που χαρακτηρίζουν τη χρόνια αλκοολική τοξίνωση.³⁰

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού περιλαμβάνει μια σειρά φαρμακευτικών, ψυχολογικών παραγόντων. Αρκετοί φαρμακευτικοί παράγοντες, παλαιότεροι αλλά και νεότεροι, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, η δισουλφιράμη, η ναλτρεξόνη, η ακαμπροσάτη, χρησιμοποιούνται σήμερα με ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο κατά τη φάση της σωματικής αποτοξίνωσης όσο και κατά τη φάση της αποκατάστασης.³¹

Η ψυχοθεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα των φυσικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ψυχονευρώσεων και των διαταραχών, καθώς και ατομικές και ομαδικές τεχνικές. Ο σκοπός της θεραπείας πραγματοποιεί κάποια μικρή αλλαγή στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, έτσι ώστε να μπορεί να αντέξει στη στέρηση του ποτού έστω και προσωρινά. Η μοναδική ψυχολογική τεχνική που αναπτύχθηκε ειδικά για τον αλκοολισμό συνίσταται στο να πετύχει από μέρους του ασθενούς την αναγνώριση και αποδοχή της πραγματικής του κατάστασης, γεγονός στο οποίο συνήθως αντιστέκονται οι αλκοολικοί. Μια τέτοια αποδοχή μπορεί μετά να συνοδευτεί από μια θεραπευτική-αποκαταστατική αγωγή.^{31,28}

8.7 Συμβουλές για γονείς

Κάποιες κατευθυντήριες κινήσεις και συμβουλές μπορούν να συνοψιστούν, για τους γονείς, στα εξής :

1. πρέπει να δίνουν οι ίδιοι το καλό παράδειγμα με το να μην καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά ιδιαίτερα μπροστά στα παιδιά
2. πρέπει να είναι ικανοί να ακούνε τα παιδιά τους προσεκτικά και πρέπει να θέτουν σαφείς όρους για την κατανάλωση αλκοόλ σπίτι. Εάν ένα ισχυρό και ξεκάθαρο σύστημα αξιών μεταδοθεί στα παιδιά, τους

παρέχει ένα πλαίσιο στήριξης όταν λαμβάνουν αποφάσεις

3. αφού τα Μ.Μ.Ε. (διαφημίσεις, ταινίες) αποτελούν τις κύριες πηγές πληροφόρησης των παιδιών σχετικά με το αλκοόλ, οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αξιολογούν τα μηνύματα των Μ.Μ.Ε.
4. οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν μια θετική εικόνα του εαυτού τους ενθαρρύνοντας τα να επιτύχουν και να μη τα συγκρίνουν με άλλα παιδιά
5. οι γονείς μπορούν και πρέπει να μάθουν να ανιχνεύουν τη χρήση του αλκοόλ σε πρώιμο στάδιο, και να μάθουν τι μπορούν να κάνουν μετά.³²

Δεύτερο μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1.1 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Οι πληροφορίες που συλλέγονται για να γίνει το ιστορικό υγείας του ασθενούς είναι από τον ίδιο τον ασθενή όταν είναι σε θέση να μιλήσει, από το οικογενειακό περιβάλλον, από άλλα άτομα του περιβάλλοντος του αλλά και από νοσηλευτικές ή ιατρικές εμπειρίες.³³

1. Ιστορικό υγείας

α) Γενικευμένη αδυναμία, ατονία και έκδηλη κόπωση είναι συνήθη παράπονα. Ο άρρωστος μπορεί ακόμα να παραπονείται για αίσθημα δυσφορίας στην άνω κοιλία ή αμβλύ πόνο στο δεξιό υποχόνδριο. Συχνό σύμπτωμα είναι η ναυτία και οι εμετοί και μπορεί να αναφέρονται πρωινές ερυγές, δυσκοιλιότητα ή διάρροια.

β) Ο άρρωστος πρέπει να ρωτηθεί για κάθε επεισόδιο ελαφρού ικτέρου, οίδημα ποδοκνημικών αρθρώσεων, μεταβολές στο χρώμα των ούρων ή των κοπράνων και κνησμό (συμβαίνει σπάνια).

γ) Στις γυναίκες πρέπει να λαμβάνεται ιστορικό έμμηνης ρήσης και στους άνδρες να σημειώνεται κάθε αλλαγή στη λειτουργία του γεννητικού συστήματος.

δ) Πρέπει να ερευνάται η χρήση αλκοόλ από τον άρρωστο και να γίνονται ερωτήσεις ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη οποιουδήποτε ιστορικού ηπατικής λοίμωξης, νόσου των χοληφόρων, καρδιακής νόσου, μεταβολικής ανωμαλίας ή γαστρεντερικών προβλημάτων. Τέλος, πρέπει να σημειώνονται τυχόν λήψη φαρμάκων από τον άρρωστο ή έκθεση του σε χημικές ουσίες.³³

2. Φυσική εκτίμηση

Η εκδήλωση της υπατικής κίρρωσης είναι ύπουλη και οι μεταβολές στη φυσική κατάσταση συνήθως παρουσιάζονται όψιμα, εξαιτίας της ικανότητας του ήπατος να διατηρεί τη λειτουργία του ακόμη και μετά από απώλεια μάζας του μέχρι 75%.

α) Μπορεί να είναι εμφανής η απώλεια βάρους, το οποίο πρέπει να προσδιορίζεται και να συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές του.

β) Εξετάζονται οι επιφάνειες του δέρματος ολόκληρου του σώματος, καθώς και οι βλεννογόνοι.

- Συνήθως φαίνεται η χαρακτηριστική κίτρινη ικτερική χροιά, ιδιαίτερα εμφανής είναι στο σκληρό χιτώνα των οφθαλμών.
- Εξαιτίας μειωμένης σύνθεσης των παραγόντων πήξης μπορεί να υπάρχουν πορφύρα και εκχυμώσεις.
- Με την μείωση του καταβολισμού των οιστρογόνων από το ήπαρ, οι άνδρες συχνά παρουσιάζουν αλωπεκία και ελάττωση των τριχών του εφηβαίου, γυναικομαστία καθώς και σφύζοντες αραχνοειδείς σπίλους στο άνω μισό του σώματος.
- Οι παλάμες μπορεί να παρουσιάζουν ερυθρότητα, τα άκρα πληκτροδακτυλία και ο παράμεσος και ο μικρός δάκτυλος κάμψη.
- Το δέρμα είναι ξηρό και συχνά υπάρχει μυοσκελετική ατροφία.
- Η γλώσσα μπορεί να είναι οιδηματώδεις και κόκκινη.

γ) Λαμβάνεται η θερμοκρασία του σώματος. Μπορεί να διαπιστωθεί διαλείπων, χαμηλού βαθμού πυρετός στο 25-50% των αρρώστων.

δ) Σημειώνεται κάθε παθολογική συλλογή υγρού. Αρχικά, ο άρρωστος εμφανίζει ασκίτη, που σύντομα ακολουθείται από περιφερικό οίδημα.

ε) Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην εξέταση της κοιλιάς.

- Μπορεί να υπάρχει δερματική βλάβη που έχει την εικόνα κεφαλής της μέδουσας
- Ο βαθμός ασκίτη εκτιμάται με έλεγχο της μετακινούμενης αμβλύτητας
- Μπορεί να είναι ακουστά αγγειακά φυσήματα στην άνω κοιλία
- Υπάρχει ηπατομεγαλία και τα όρια του ήπατος είναι σταθερά και στρογγυλά
- Ο σπλήνας μπορεί να είναι ψηλαφητός

στ) Κατά την διάρκεια δακτυλικής εξέτασης διαπιστώνεται η αύξηση αιμορροΐδων και η ψηλάφηση δείχνει συχνά προστατική ατροφία εξαιτίας αύξησης των οιστρογόνων. Μπορεί να διαπιστωθεί και ατροφία όρχεων.³³

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

α) Για τον έλεγχο της απεκκριτικής ικανότητας γίνεται η δοκιμασία βρωμοσουλφοφθαλεΐνης ή πράσινου της ινδοκυανίνης, που είναι η πιο ευαίσθητη λειτουργική δοκιμασία του ήπατος.

β) Επειδή το ήπαρ αποθηκεύει βιταμίνη Κ και συνθέτει με αυτή αντιπηκτικούς παράγοντες, προσδιορίζεται ο χρόνος προθρομβίνης, που συνήθως είναι μεγαλύτερος από το φυσιολογικό.

γ) Η αναιμία συχνά είναι αποτέλεσμα απώλειας αίματος από ρήξη κιστών του οισοφάγου, ένδειας φυλλικού οξέος, υπερλειτουργίας του σπλήνα και τοξική επίδραση του αλκοόλ στο αίμα. Αντανακλάται στο χαμηλό αιματοκρίτη και στα μειωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια.

δ) Εξαιτίας ένδειας φυλλικού οξέος, υπερινσουλινισμού και επίδρασης του αλκοόλ, μπορεί να υπάρχει λευκοπενία και θρομβοπενία.

ε) Η αμμωνία αυξάνεται εξαιτίας αδυναμίας του ήπατος να τη μετατρέψει σε ουρία.

στ) Η αλκαλική φωσφατάση του ορού , ένα μέρος της οποίας συνθέτεται στο ήπαρ και εκκρίνεται από το ήπαρ στις χοληφόρους οδούς, αυξάνεται.

ζ) Η χολερυθρίνη εκκρίνεται στο ήπαρ και απεκκρίνεται στη χολή. Με την ηπατική δυσλειτουργία, η έμμεση και η ολική χολερυθρίνη αυξάνονται.

η) Η χολερυθρίνη και το ουροχολινογόνο των ούρων είναι επίσης σε υψηλά επίπεδα.

θ) Τα ένζυμα του ορού, όπως η γλουταμινική τρανσαμινάση και η πυροσταφυλική τρανσαμινάση είναι αυξημένες, αλλά δεν αποτελούν ειδικές ενδείξεις ηπατικής πάθησης.

ι) Επειδή το ήπαρ συνθέτει πολλά λιπίδια, η χοληστιρίνη, τα φωσφολιπίδια του ορού και τα τριγλυκερίδια μπορεί να είναι ελαττωμένα.

ια) Η λευκωματίνη του ορού για τον ίδιο λόγο θα είναι μειωμένη, ενώ οι σφαιρίνες αυξάνονται.

ιβ) Συχνά γίνεται σπινθηρογράφημα ήπατος για προσδιορισμό του μεγέθους του και για χρησιμοποίησή του ως οδηγού στη βιοψία του ήπατος.

ιγ) Μπορεί να γίνει βιοψία του ήπατος για αξιολόγηση των μικροσκοπικών κυτταρικών μεταβολών.

ιδ) Αγγειογραφία ήπατος μπορεί να γίνει για αξιολόγηση των κυκλοφορικών μεταβολών έχουν σχέση με την πυλαία υπέρταση.

ιε) Γίνεται οισοφαγοσκόπηση και οισοφαγογαστροσκόπηση, για άμεση επισκόπηση των κίρσων του οισοφάγου και του γαστρικού βλεννογόνου.³³

1.2 Προβλήματα του αρρώστου

Ο ασθενής που πάσχει από κίρρωση ήπατος αντιμετωπίζει πολλαπλά και πολύπλοκα προβλήματα, τα οποία είναι :

- Πλημμελής οξυγόνωση ιστών (αναιμία, αναπνευστική λειτουργία).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, κακή πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, ελλιπής χρησιμοποίηση των θρεπτικών ουσιών, αφού πάσχει το κύριο μεταβολικό όργανο).
- Ενεργειακό ανισοζύγιο (χαμηλός πυρετός, ενδοκρινική διαταραχή).
- Διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών (έμετοι, ασκίτης, υδροθώρακας).
- Διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας (ελλιπής οξυγόνωση ιστών).
- Μείωση δραστηριοτήτων (αίσθημα αδυναμίας, μυϊκή ατροφία).
- Κίνδυνοι επιπλοκών (αιμορραγίες, λοιμώξεις, νευρικό σύστημα).
- Πόνος, δυσφορία (ασκίτης, ηπατομεγαλία).
- Αλλαγή σωματικού ειδώλου (οίδημα, αλωπεκία, γυναικομαστία).
- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου (αποδοχή της ασθένειας, αποδοχή και εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, οικονομικά, διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων).³³

1.3 Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι σκοποί φροντίδας:

- α. Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων
- β. Προαγωγή επαρκούς θρέψης και πρόληψης ενδειών
- γ. Αντιμετώπιση αναιμίας
- δ. Αποφυγή τραυματισμών
- ε. Πρόληψη και αντιμετώπιση υδατοηλεκτρολυτικών ανισοζυγίων
- στ. Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης
- ζ. Προαγωγή επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας
- η. Απαλλαγή από πόνο και κνησμό

θ. Πρόληψη τοξικών καταστάσεων

ι. Βοήθεια στην αντιμετώπιση ψυχικών προβλημάτων.³³

2. Μακροπρόθεσμοι

α. Επίτευξη και διατήρηση ιδεώδους σωματικού βάρους με υγιή μυϊκή μάζα

β. Πρόληψη επιπλοκών

γ. Διακοπή αλκοόλ.

3. Προτεραιότητες φροντίδας

Οι προτεραιότητες της φροντίδας επικεντρώνεται στα υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια, τα νευρολογικά και θρεπτικά προβλήματα και στη βελτίωση της οξυγόνωσης των ιστών.³³

1.4 Αξιολόγηση

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα

α. Ο άρρωστος βιώνει μειωμένο κίνδυνο αιμορραγίας :

- δεν υπάρχει ανοικτή αιμορραγία (μέλαινα, αιματέμεση, αιματώματα, εκχυμώσεις)
- ελαχιστοποιεί κίνδυνο τραύματος (φυσά την μύτη του ήπια, χρησιμοποιεί μαλακή βούρτσα δοντιών, αποφεύγει προσπάθεια κατά την αφόδευση, αποφεύγει πτώσεις εφαρμόζοντας μέτρα ασφαλείας).

β. Αυξάνει τη θρεπτική πρόσληψη, η διαίτα του στηρίζεται σε ειδικές θρεπτικές ανάγκες, και ανάγκες σε βιταμίνες. Δεν καταναλώνει αλκοόλ. Κερδίζει βάρος χωρίς αύξηση ασκίτη ή οιδήματος .

γ. Το δέρμα του είναι ακέραιο, με φυσιολογική ελαστικότητα και χωρίς οίδημα :

- Χρησιμοποιεί λοσιόν για πρόληψη κνησμού και ξηρότητας

- Προσέχει τα σημεία πίεσης και αποφεύγει τραυματισμό του δέρματος.

δ. Δείχνει αυξημένη ανοχή σε δραστηριότητα. Χρησιμοποιεί περιόδους ανάπαυσης και χαλάρωσης, όταν είναι ανάγκη. Δείχνει αυξημένη δύναμη, αίσθημα ευεξίας, διάθεση αυτοφροντίδας και σχεδιάζει δραστηριότητες για αποφυγή περιττής προσπάθειας.³³

2. Επιπλοκές

α. Με την μείωση της ηπατικής λειτουργίας δεν γίνεται επαρκώς η μετατροπή της αμμωνίας σε ουρία, με αποτέλεσμα την αύξηση της στο αίμα. Η αύξηση της αμμωνίας στο αίμα εμποδίζει το φυσιολογικό μεταβολισμό του εγκεφαλικού κυττάρου, με αποτέλεσμα το ηπατικό κώμα.

Αρχικά, ο άρρωστος παρουσιάζει μια ελαφρά απάθεια ή ευφορία και ασυντονισμό που εξελίσσεται σε μείωση μνήμης, σύγχυση και αναστροφή ρυθμού του φυσιολογικού ύπνου. Ο άρρωστος είναι ανήσυχος και μαζεύει τα σκεπάσματά του. Επακολουθεί λήθαργος και τέλος ο άρρωστος πέφτει σε κώμα. Σπάνια παρουσιάζει σπασμούς, συνήθως όμως υπάρχουν ακαμψία, μεγάλη αντανακλαστικότητα και ένας χαρακτηριστικός πτερυγοειδής τρόμος των χεριών. Επίσης ο άρρωστος παρουσιάζει δύσσομη απόπνοια.³³

Για μείωση της αμμωνίας που παράγεται στο έντερο και απορροφάται, χορηγείται υποπρωτεϊνούχα δίαιτα με πολλές θερμίδες, για μείωση του ενδογενούς καταβολισμού αμινοξέων.

Η νεομυκίνη, επειδή απορροφάται πολύ λίγο από το έντερο, όταν χορηγείται μειώνει τα μικρόβια του εντέρου, των οποίων η δράση στα αμινοξέα προκαλεί εκτός των άλλων και την παραγωγή αμμωνίας. Συχνά χορηγείται λακτουλόζη που επειδή οξιντοποιεί το κόλο, μειώνει την απορρόφηση αμμωνίας.

β. Η αρχική αντιμετώπιση στοχεύει στον έλεγχο της αιμορραγίας και την πρόληψη του shock. Γίνονται μεταγγίσεις αίματος για τον έλεγχο υπότασης, ενώ για την μείωση της αιμορραγίας μπορεί να χορηγηθεί βαζοπρεσίνη ενδοφλέβια. Επίσης χορηγείται και βιταμίνη Κ.

Συχνά γίνεται πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για τον έλεγχο της αιμορραγίας και για αφαίρεση του αίματος από το στομάχι. Η πλύση εφαρμόζεται συνεχώς, ώσπου το υγρό επιστροφής να είναι καθαρό. Επίσης γίνεται συχνή φροντίδα στόματος.

Αν η συντηρητική αγωγή δεν σταματήσει την αιμορραγία, επιχειρείται χειρουργική παρέμβαση.³³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση

Αν δεν υπάρχουν επιπλοκές από το νευρικό και το κυκλοφορικό:

1. Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη και θερμίδες. Η δίαιτα χορηγείται σε 4 μικρά γεύματα την ημέρα με θρεπτικά συμπληρωματικά ανάμεσα σε αυτά. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει ότι του προσφέρει η δίαιτα και καταβάλλεται προσπάθεια ώστε το περιβάλλον να ενισχύει την όρεξη για φαγητό.

Γίνεται συχνή φροντίδα στόματος και περιορίζονται οι κινήσεις του αρρώστου, για μείωση ναυτίας και εμέτων. Αν είναι ανάγκη χορηγούνται αντιεμετικά. Ο άρρωστος διδάσκεται για το θέμα της διαίτας, προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής θρέψη μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.⁹

2. Η κατακράτηση υγρών, που οφείλεται στην πυλαία υπέρταση αντιμετωπίζεται με συνδυασμό περιορισμού νατρίου και νερού, διουρητικής θεραπείας και ενδοφλέβιας χορήγησης λευκωματίνης φτωχής σε νάτριο. Γίνεται προσεκτική μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καθημερινή ζύγιση του αρρώστου. Μετριέται ακόμα η περίμετρος της κοιλιάς.

Για διευκόλυνση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας ο άρρωστος τοποθετείται σε ψηλή ανάρροπη θέση στο κρεβάτι. Διδάσκεται να αποφεύγει :

- Συντηρημένες τροφές
- Υδρογονωμένα λάδια (μαργαρίνη κτλ) που περιέχουν αλάτι και

αλατισμένο φρέσκο βούτυρο

- Πλύση του στόματος με αλατόνερο
- Σόδα φαγητού
- Αντιόξινα (αν παίρνει), που περιέχουν νάτριο

3. Η θεραπευτική ανάπαυση μειώνει το αίσθημα κόπωσης και βελτιώνει την όλη κατάσταση του αρρώστου. Όμως πρέπει να λαμβάνονται όλα τα νοσηλευτικά μέτρα για μείωση των επιπλοκών από αυτόν τον περιορισμό του αρρώστου στο κρεβάτι.

4. Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή θρέψη, συμπληρώματα σιδήρου.

5. Επειδή ο άρρωστος είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, τα πιθανά σημεία λοίμωξης παρακολουθούνται στενά. Περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης του δέρματος καθαρίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ενθαρρύνεται η ατομική υγιεινή του αρρώστου. Η θερμοκρασία παρακολουθείται τακτικά και ελαχιστοποιείται η έκθεση του αρρώστου σε πηγές μόλυνσης.

6. Εξαιτίας του ικτέρου και του κνησμού, η ρήξη του δέρματος αποτελεί δυνητικό πρόβλημα. Για έλεγχο του κνησμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί χολεστυραμίνη, που χορηγείται συνήθως με χυμούς φρούτων. Δυνατή η εμφάνιση παρενεργειών : ναυτία, διάρροια και δυσκοιλιότητα και ένδεια της βιταμίνης K εξαιτίας μείωσης της απορρόφησής της. Μείωση υποξίας των ιστών (διόρθωση αναιμίας), η οποία αυξάνει τον κνησμό, ελαχιστοποίηση εφίδρωσης, μείωση αγωνίας και συγκινησιακού stress, αποφυγή ή ελαχιστοποίηση τριβής και αποφυγή ξηρότητας του δέρματος (μπάνιο χωρίς σαπούνι και χρησιμοποίηση μαλακτικής λοσιόν). Η κατάσταση του δέρματος πρέπει να ελέγχεται τακτικά και ο άρρωστος να γυρίζει συχνά, ενώ πρέπει να του γίνεται τακτικά πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία πίεσης. Τα νύχια να κόβονται, για πρόληψη λύσης συνέχειας

του δέρματος.

7. Φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ και αποβάλλονται από αυτό χρησιμοποιούνται με πολύ προσοχή. Αν είναι δυνατόν, αποφεύγονται τα ναρκωτικά, τα κατευναστικά, τα υπνωτικά και τα βαρβιτουρικά.

8. Με τον άρρωστο συζητείται το πρόβλημα αλλαγής σωματικού ειδώλου. Του δίνεται ευκαιρία να εξωτερικεύσει κάθε σκέψη του.¹³

Η μετέπειτα φροντίδα του κίρρωτικού αρρώστου επικεντρώνεται στη διακοπή χρήσης αλκοόλ.³³

Αν υπάρχουν διαταραχές προβαίνουμε στις εξής νοσηλευτικές πράξεις:

1. Ανορεξία

- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά.
- Φροντίζουμε ώστε να δίνεται η τροφή σε ικανοποιητική ποικιλία.
- Προσφέρουμε τον δίσκο περιποιημένο.
- Αν βοηθάμε τον ασθενή να παίρνει την τροφή του, μην του δίνουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε.⁹

2. Ναυτία και έμετος

- Φροντίζουμε την στοματική κοιλότητα του ασθενή, πριν και μετά από κάθε γεύμα.
- Εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή, αν χρειάζεται.⁹

3. Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως

- Παρακολουθούμε αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα

λευκωμάτων και υδατανθράκων.

- Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του αρρώστου.
- Δίνουμε συμπληρωματικές βιταμίνες
- Χορηγούμε παρεντερικός σακχαρούχα υγρά.
- Παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του αρρώστου.⁹

4. Κοιλιακοί πόνοι

- Παρακινούμε τον ασθενή να μείνει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος. Χορηγούμε αντισπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρώει σιγά και να μασάει καλά την τροφή.
- Παρακολουθούμε, γράφουμε και αναφέρουμε τα χαρακτηριστικά του πόνου.⁹

5. Αιματέμεση

- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αγωνίας, αισθήματος γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας και ανησυχίας.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αιμορραγίας και shock.
- Γράφουμε τα ζωτικά σημεία σε συχνά χρονικά διαστήματα.
- Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του ασθενή.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά την διάρκεια μετάγγισης.¹³
- Βοηθάμε τον γιατρό, για την εισαγωγή καθετήρα στομάχου και οισοφάγου.
- Μετράμε και γράφουμε το χαρακτήρα, το χρόνο και την ποσότητα

των εμέτων.

- Εφαρμόζουμε σχολαστική περιποίηση του στόματος.
- Διατηρούμε τον ασθενή νηστικό, αν αυτό είναι ιατρική εντολή.
- Χορηγούμε βιταμίνη Κ, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Παρακολουθούμε συνεχώς τον ασθενή κατά την διάρκεια επεισοδίων αιμορραγίας.
- Διατηρούμε ανοιχτή φλέβα και φροντίζουμε για ενυδάτωση του αρρώστου και πιθανή μετάγγιση.
- Παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων.
- Δίνουμε κρύα υγρά από το στόμα, μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας και κατόπιν ιατρικής εντολής.⁹

6. Μέλαινα κένωση

- Παρακολουθούμε κάθε κένωση για το χρώμα, τη σύσταση και την ποσότητα.
- Εκτελούμε οπωσδήποτε τοπική καθαριότητα μετά την κένωση.⁹
- ***Ανωμαλίες κενώσεων εντερικού σωλήνα***
- Εξασφαλίζουμε μια κένωση την ημέρα.
- Παρακολουθούμε το χρώμα, την υφή, τη σύσταση και τον αριθμό των κενώσεων.
- Σε δυσκοιλιότητα εξασφαλίζουμε αρκετά υγρά και τροφή που να περιέχει κυτταρίνη.
- Σε διάρροια, περιορίζουμε τα υγρά, χορηγούμε την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, σημειώνουμε τον αριθμό των κενώσεων και παρακολουθούμε για συμπτώματα αφυδάτωσης.⁹

8. Ίκτερος

- Παρακολουθούμε και γράφουμε το βαθμό του ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.
- Απαλλάσσουμε τον ασθενή από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του, κάνουμε λουτρό καθαριότητας του ασθενή, χωρίς σαπούνι και μετά κάνουμε μασάζ με λοσιόν.
- Παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.⁹

9. Οίδημα των άκρων

- Περιορίζουμε το χλωριούχο νάτριο.
- Χορηγούμε διουρητικά, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Περιποιούμαστε προσεχτικά το δέρμα.
- Γυρίζουμε και αλλάζουμε συχνά θέση στον ασθενή.
- Σηκώνουμε τα κάτω άκρα του κατά διαστήματα.
- Ζυγίζουμε καθημερινά τον ασθενή και σημειώνουμε το βάρος του.
- Σημειώνουμε με ακρίβεια τα υγρά που λαμβάνονται και αποβάλλονται.
- Εφαρμόζουμε παθητικές κινήσεις των άκρων, μέσα στα όρια που επιτρέπονται για ενίσχυση της κυκλοφορίας.
- Χρησιμοποιούμε δακτύλιο για πτέρνες, αγκώνες κ.λ.π.
- Ρυθμίζουμε προσεχτικά και παρακολουθούμε την ταχύτητα ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια.
- Αποφεύγουμε την ένεση φαρμάκων σε οίδηματώδεις ιστούς.⁹

10. Ασκίτης

- Βοηθάμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση.
- Φροντίζουμε ο ασθενής να ουρήσει, πριν από αυτήν.
- Τοποθετούμε τον ασθενή σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση και τον στηρίζουμε με μαξιλάρια.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της παρακέντησης.
- Ελέγχουμε τις γάζες να μην διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.
- Χορηγούμε διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού.
- Περιορίζουμε το χλωριούχο νάτριο.
- Σημειώνουμε τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Τηρούμε με ακρίβεια δελτίο ισοζυγίου υγρών.
- Φροντίζουμε προσεχτικά το δέρμα.
- Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για να βοηθήσουμε τη αναπνοή του.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα κώματος.⁹

11. Υδροθώρακας και δύσπνοια

- Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση.
- Αλλάζουμε συχνά θέση.
- Βοηθάμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση του θώρακα.
- Στηρίζουμε τον ασθενή και τον διατηρούμε σε ορθή θέση κατά τη διάρκεια της παρακέντησης.

- Σημειώνουμε το ποσό και το χαρακτήρα του υγρού που αναρροφήθηκε.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για βήχα, δύσπνοια και συχνότητα σφυγμού.⁹

12. Πυρετός

- Σημειώνουμε τη θερμοκρασία στα χρονικά διαστήματα που καθορίστηκαν.
- Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά.
- Εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα.
- Παρακολουθούμε την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων.⁹

13. Αιμορραγικές εκδηλώσεις: εκχυμώσεις, αιμορραγίες των ούλων.

- Αποφεύγετε τη δημιουργία τραύματος.
- Διατηρούμε ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή.
- Διδάσκουμε τον ασθενή να μην προσπαθεί να αποβάλλει τις βλέννες από τη μύτη με δύναμη.
- Αποφεύγουμε τη δημιουργία τραύματος των ούλων κατά το βούρτσισμα των δοντιών.
- Ενισχύουμε τη λήψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνη C.
- Χρησιμοποιούμε πολύ λεπτές βελόνες για ενέσεις.⁹

14. Νευροψυχικές διαταραχές: διανοητική σύγχυση, ασυνεργία, αταξία, υπνηλία, λήθαργος, κώμα

- Περιορίζουμε τις πρωτεΐνες.
- Χορηγούμε μικρά και συχνά γεύματα, πλούσια σε υδατάνθρακες.

- Χορηγούμε ενδοφλέβια σακχαρούχα διαλύματα με εντολή γιατρού.
- Διατηρούμε το περιβάλλον ζεστό και ελεύθερο από ρεύματα αέρα.
- Παρακολουθούμε τους ηλεκτρολύτες του αίματος.
- Χορηγούμε χυμό πορτοκαλιού σε περιπτώσεις αυξημένης διούρησης και αποβολής μεγάλης ποσότητας ασκитικού υγρού.
- Τοποθετούμε τους προφυλακτήρες στο κρεβάτι
- Περιορίζουμε τις επισκέψεις.
- Τοποθετούμε τον ασθενή σ μονόκλινο δωμάτιο αν αυτό είναι δυνατόν.
- Προλαμβάνουμε τη δημιουργία κατακλίσεων.
- Αποφεύγουμε ναρκωτικά και βαρβιτουρικά.
- Εφαρμόζουμε τεχνητή διατροφή.⁹

15. Αναιμία

Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή θρέψη, μεταγγίσεις αίματος, συμπληρώματα σιδήρου και θεραπεία με βιταμίνη 12. Ακόμη χορηγείται βιταμίνη Κ. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προετοιμασία της μετάγγισης. Εξηγεί τον σκοπό και τον τρόπο εκτέλεσης.

Οι επιπλοκές που παρατηρούνται οφείλονται συνήθως στην ύπαρξη πυρετογόνων ουσιών. Δημιουργούνται αιμολυτικές αντιδράσεις, αλλεργικές και αναφυλακτικές. Παρατηρείται ακόμη υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος.⁹

Ίσως εμφανιστούν αντιδράσεις και μετά από την πάροδο του χρόνου εξαιτίας της μετάγγισης του αίματος, όπως λοιμώξεις, ηπατίτιδα, ελονοσία κ.λ.π. Ο νοσηλευτής παρατηρεί τον ασθενή για τυχόν αλλαγή των ζωτικών σημείων, ανησυχία, ρίγος, ναυτία, εμέτους, ερυθρότητα προσώπου,

δύσπνοια, βήχα, οίδημα και εκτελεί τα ανάλογα νοσηλευτικά μέτρα.⁹

16. Κιρσοί οισοφάγου

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του αρρώστου για την διαπίστωση ολιγαιμικού shock. Η απώλεια αίματος μπορεί να εμφανιστεί σαν μέλαινα κένωση. Παρακολουθείται κάθε κένωση του ασθενή για το χρώμα, την σύσταση και την ποσό. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται συνέχεια για συμπτώματα αγωνίας, αδυναμίας, ανησυχίας. Περιορίζονται οι δραστηριότητες του , γίνονται μεταγγίσεις, χορηγείται ενδοφλέβια αγγειοτενσίνη και βιταμίνη Κ.¹³

Φροντίζει ο νοσηλευτής για την καθαριότητα του στόματος, εξασφαλίζει ανοιχτή φλέβα για τυχόν μετάγγιση, προσφέρει κρύα υγρά από το στόμα μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.^{13,17}

2.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις

2.2.1 Νοσηλευτική διάγνωση : Αίσθημα δυσφορίας, δυσπεψίας

Το αίσθημα της δυσφορίας και της δυσπεψίας μπορεί να οφείλεται σε :

α) διαταραχές της πέψης των λιπών, λόγω απόφραξης των χοληφόρων και παρεμπόδισης της ροής της χολής

β) παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου, λόγω αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, που οφείλεται στον ασκίτη

γ) διαταραχής της γαστρεντερικής λειτουργίας, λόγω συμφόρησης της γαστρεντερικής οδού, που οφείλεται σε πυλαία υπέρταση

Νοσηλευτικές πράξεις

- Καθορίστε εάν συγκεκριμένες τροφές ή υγρά συμβάλλουν στην εμφάνιση δυσπεψίας

- Δώστε μικρά και συχνά γεύματα, αντί για 3 μεγάλα την ημέρα
- Συμβουλευτείτε τον ασθενή να μασάει τις τροφές αργά
- Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα ανωτέρω μέτρα αποτύχουν να ελέγξουν τη δυσπεψία.³⁴

2.2.2 Νοσηλευτική διάγνωση : Δυσανεξία στην κόπωση

Η δυσανεξία στην κόπωση σχετίζεται με:

- Ιστική υποξία λόγω αναιμίας που οφείλεται σε:

α) μειωμένη παραγωγή ερυθροκυττάρων λόγω ελαττωμένης προσλήψεως βιταμινών και μετάλλων

β) αυξημένη καταστροφή ερυθροκυττάρων λόγω υπερσπληνισμού

γ) απώλεια αίματος επί εμφανίσεως αιμορραγίας

- δυσχέρεια κατά την ανάπαυση και τον ύπνο λόγω δύσπνοιας, δυσφορίας, άγχους και ξένου περιβάλλοντος

Νοσηλευτικές Πράξεις

- διατηρήστε τη χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές
- εφαρμοστέ μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου θρέψης
- χορηγήστε συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια επί εντολής.³⁴

2.2.3 Νοσηλευτική διάγνωση : Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης

Που οφείλεται σε:

- αδυναμία, εξάντληση και δύσπνοια
- διαταραχή του επιπέδου συνείδησης

Νοσηλευτικές Πράξεις

- εφαρμοστέ μέτρα για την αύξηση της μυϊκής ισχύος και της ανοχής στην κόπωση
- εφαρμοστέ μέτρα για τη διατήρηση του καλύτερου δυνατού επιπέδου συνείδησης
- εφαρμοστέ μέτρα για τη βελτίωση του τύπου της αναπνοής με σκοπό την ελάττωση της δύσπνοιας.³⁴

2.2.4 Νοσηλευτική διάγνωση : Διαταραχή της νοητικής λειτουργίας

Που οφείλεται σε διαταραχές του νευρικού συστήματος λόγω συγκέντρωσης τοξικών ουσιών, ελλείψεως ορισμένων βιταμινών, υποξίας εάν η αναιμία είναι μέτρια έως βαριά

Νοσηλευτικές πράξεις

- Ελέγχουμε τον ασθενή για διαταραχές του επιπέδου συνείδησης
- Εφαρμόζουμε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου θρέψης
- Χορηγούμε κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως ναρκωτικά, υπνωτικά και αγχολυτικά με μεγάλη προσοχή
- Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του ηπατικού κώματος και την ελάττωση των επιπέδων εγκεφαλικών τοξινών
- Επαναπροσδιορίζουμε τον ασθενή ως προς τα οικεία πρόσωπα, τον τόπο και το χρόνο σε περίπτωση διαταραχής του επιπέδου συνείδησης
- Απευθυνόμαστε στον ασθενή με το όνομα του.
- Παροτρύνουμε τον ασθενή να εκτελεί μία μόνο δραστηριότητα και του διαθέτουμε επαρκή χρόνο για την εκτέλεση της.³⁴

2.3 Νοσηλευτική φροντίδα μεταμόσχευσης ήπατος

Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενή με μεταμόσχευση ήπατος περιλαμβάνει :

- *Όσο υποστηρίζεται μηχανικά η αναπνοή του:*
 - Ακτινογραφία θώρακος
 - Αλλαγή των σωλήνων του αναπνευστήρα
 - Αναρροφήσεις των εκκρίσεων από τον ενδοτραχειακό σωλήνα. Οι αναρροφήσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή και όχι σε υπερβολικό αριθμό για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αιμορραγίας από την τραχεία ή τους βρόγχους. Ο μεγάλος αριθμός βρογχοαναρροφήσεων μπορεί να καταστρέψει την ακεραιότητα και να αναστείλει την λειτουργία των κροσσών του επιθηλίου των αναπνευστικών οδών
 - Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας γίνονται 3 φορές την ημέρα με αντισηπτικό διάλυμα και στη συνέχεια χορηγείται αντιμυκητιασικό, συνήθως με τη μορφή σταγόνων ή gel, δεδομένου ότι οι ανοσοκατασταλαμένοι ασθενείς εμφανίζουν συχνά μυκητιάσεις της στοματικής κοιλότητας.²²
 - *Μετά την αποσωλήνωση και εφόσον το επιτρέπει η αναπνευστική λειτουργία, αλλά και γενικότερα η γενική κατάσταση του ασθενούς, μεταφέρεται σε θάλαμο αυξημένης φροντίδας, όπου συνεχίζεται η φροντίδα που ήδη έχει αρχίσει στη ΜΕΘ.*²²
 - *Συμπληρωματικά ακολουθούνται τα ακόλουθα :*
 - Χορηγείται οξυγόνο
 - Παρακολουθείται ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης με παλμικό οξύμετρο

- Προσδιορίζονται τα αέρια αίματος κάθε τρεις ώρες
- Μετρείται η ΑΠ και οι σφύξεις ανά 30 λεπτά. Εφόσον αποκατασταθεί η αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς, οι προηγούμενες μετρήσεις μπορούν να γίνονται ανά 2 ώρες και αργότερα ανά 3 ώρες. Η μέτρηση της θερμοκρασίας και της ΚΦΠ γίνονται ανά 3 ώρες
- Γίνεται καθημερινά περιποίηση του εγχειρητικού τραύματος (αλλαγή) και συχνός έλεγχος για πιθανή αιμορραγία
- Αλλάζονται καθημερινά τα συστήματα χορήγησης υγρών και οι γραμμές μέτρησης ΑΠ και της ΚΦΠ
- Επίσης γίνεται περιποίηση των σημείων εισόδου των διάφορων αρτηριακών και φλεβικών καθετήρων και αλλάζονται οι γάζες που τα επικαλύπτουν. Η τοποθέτηση αντισηπτικού, π.χ. Betadine, βοηθά να αποφευχθούν οι τοπικές λοιμώξεις
- Αντικαθίστανται οι μεγάλοι καθετήρες χορήγησης υγρών (σφαγιτιδικός / μηριαίος), κάθε 3-4 ημέρες και ο καθετήρας Folley κάθε 5-6 ημέρες
- Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη μετακίνηση του ασθενούς ώστε να μην μετακινηθούν οι παροχετεύσεις και κυρίως ο σωλήνας Kehr, εφόσον βέβαια έχει τοποθετηθεί στην εγχείρηση. Στην περίπτωση που μετακινηθεί, προκαλείται χολοπεριτόναιο από την έξοδο της χολής από την οπή εξόδου του σωλήνα Kehr από τον χοληδόχο πόρο, μία κατάσταση με μεγάλη θνητότητα η οποία πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί χειρουργικά
- Γίνεται έλεγχος και καταγραφή της ποσότητας και της σύστασης του υγρού των παροχετεύσεων (αιματηρό, οροαιματηρό, ασκητικό, χολοβαφές, χολώδες). Είναι σύνηθες οι ασθενείς αυτοί να

παράγουν μία ποσότητα ασκитικού υγρού λόγω της πυλαίας υπέρτασης που είχαν προεγχειρητικά ή να παρουσιάσουν αιμορραγία εξαιτίας των διαταραχών της πήξης και του εκτεταμένου εγχειρητικού τραύματος από την μεταμόσχευση

- Ελέγχουμε τον ρινογαστρικό σωλήνα ως προς τη θέση και την βατότητά του, αρχικά ανά ώρα και με την εξέλιξη της ανάρρωσης ανά 8 ώρες και γίνεται ο υπολογισμός του ισοζυγίου υγρών. Παρακολουθούμε την λειτουργία του εντέρου (αριθμός και μορφή κενώσεων). Επίσης κάθε πρωί ο ασθενής ζυγίζεται και ακολουθείται συστηματικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας και κινησιοθεραπείας.²³

Οι ασθενείς με μεταμόσχευση οργάνου είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε λοιμώξεις. Για το λόγο αυτό το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο και χρησιμοποιεί μάσκα, ποδονάρια και μπλούζα. Εάν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι $<3000\text{mm}^3$, ο ασθενής απομονώνεται. Αντικαθίσταται μία φορά την εβδομάδα ο καθετήρας κύστεως, η αρτηριακή πίεση και ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας και, σύμφωνα με πρωτόκολλα εξετάσεων, ο νοσηλευτής-τρια λαμβάνει καλλιέργειες τραχειοβρογχικών εκκρίσεων, υγρών παροχέτευσης, ούρων, αίματος και στέλνει μετά από κάθε αφαίρεση καθετήρα ή παροχέτευσης το άκρο του για καλλιέργεια.²³

2.4 Πρόληψη

Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι το μισό περίπου των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος στη χώρα μας, πάσχουν από κίρρωση ιογενούς αιτιολογίας, Β ή C. Αυτό σημαίνει ότι δυνητικά υπάρχει η πιθανότητα μετάδοσης της ιογενούς ηπατίτιδας εφόσον ο νοσηλευτής έρθει σε αιματογενή επαφή με τον ασθενή λόγω χάρη, τραυματισμός με χρησιμοποιημένη σύριγγα κ.λπ. Συνεπώς θα πρέπει να λαμβάνονται με προσοχή όλα τα μέτρα προφύλαξης για την μη μετάδοση

της ίωσης, ενώ σε περίπτωση που κάποιος τραυματιστεί, πρέπει να απευθυνθεί στον θεράποντα ιατρό του για την προφυλακτική αντιμετώπιση μιας τέτοιας πιθανότητας. Ευνόητο το γεγονός πως όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τέτοιου είδους μονάδες, θα πρέπει να εμβολιαστεί ενάντια στην ηπατίτιδα Β.²⁴

Τρίτο μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1.1 Περιστατικό 1^ο

Στις 28/6/2008 εισήχθη στην παθολογική κλινική στο Π.Γ.Ν Ρίου ο κ.Π.Ι. ετών 42 με συμπτώματα υψηλό πυρετό προ 24ώρου, ικτερική χροιά αλλά και έντονη ανησυχία. Η τελική διάγνωση είναι κίρρωση του ήπατος.

Πάσχει από αλκοολική κίρρωση του ήπατος και έχει νοσηλευθεί αρκετές φορές και πολλές φορές με διαφορετικά συμπτώματα. Είναι χρόνια αλκοολικός και καπνιστής, και παρά τις συστάσεις του γιατρού για διακοπή λείψεις του οينوπνεύματος συνεχίζει την χρήση.

Κατά την εισαγωγή του :

Α.Π 160/80 mmHg

Θερμοκρασία 38,7 οC

Έγινε δακτυλική εξέταση για μέλαινα (-)

Έγινε ακρόαση πνευμόνων χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά προβλήματα

Κοιλιά μετεωρισμένη, με ευαισθησία στο επιγάστριο.

Η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί είναι : Tb Lasix, tb Neurobion, tb Filicine, tb Albactone, tb Ezipol.

Με την σωστή νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα ο ασθενής παίρνει εξιτήριο στις 4/6/08

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1. Κατά την εισαγωγή του στις 28/6/08 ο ασθενείς έχει υψηλό πυρετό	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα	Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα. Να γίνει τακτικός έλεγχος της θερμοκρασίας. Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα. Να γίνει αιμοληψία για την ανεύρεση της αιτίας που προκάλεσε τον πυρετό	Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Έγινε αιμοληψία για εργαστηριακό έλεγχο. Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά. Η θερμοκρασία καταγράφεται ανά τρίωρο. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για ανακούφιση	Ο πυρετός έπεσε στους 37,5 οC, ο ασθενείς ανακουφίστηκε. Το πρόβλημα του πυρετού εξακολουθεί να υπάρχει, η θερμοκρασία ανεβαίνει τις απογευματινές ώρες. Συνέχεια στην νοσηλευτική φροντίδα μέχρι υποχώρησης του πυρετού.

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
2. Ο ασθενής στις 29/6/08 παραπονιέται για διάρροιες, καταβολή δυνάμεων και ναυτία.	Καταστολή της ναυτίας και αντιμετώπιση της διάρροιας με πρόσληψη επαρκής θερμιδικής τροφής. Μείωση της ανορεξίας.	Να χορηγηθεί δίαιτα στον ασθενή πλούσια σε πρωτεΐνες. Περιορίζονται οι δραστηριότητες του και χορηγούνται συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ,.Αντιεμετικά φάρμακα μετά από οδηγίες του γιατρού.	Ο ασθενής τρέφεται με γάλα, σούπα και λιωμένη τροφή. Γίνονται καθαρτικοί υποκλυσμοί για την προστασία της εντερικής χλωρίδας. Χορηγήθηκαν αντιεμετικά και συμπληρωματικά βιταμίνης Α, Β, Κ.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε. Σταμάτησε η διάρροια και ο ασθενής τρέφεται κανονικά χωρίς ναυτία. Νιώθει καλύτερα και σηκώνεται από το κρεβάτι του.

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>3. Ο ασθενής παρουσιάζει αναιμία. Ο αιματοκρίτης του βρίσκεται στο 25%. Παρουσιάζει επίσης υποπρωτεϊναιμία καθώς και ελαττωμένη προθρομβίνη</p>	<p>Διόρθωση της αναιμίας και της υποπρωτεϊναιμίας.</p>	<p>Να χορηγηθούν 2 μονάδες αίμα για την αναιμία. Να γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και να χορηγηθεί βιταμίνη Κ σύμφωνα με την εντολή του γιατρού.</p>	<p>Χορηγήθηκαν 2 μονάδες αίμα για την αναιμία και 4 μονάδες πλάσμα για την υποπρωτεϊναιμία. Κατά και μετά την χορήγηση αίματος υπήρχε συνεχή παρακολούθηση ζωτικών σημείων. Χορηγήθηκε βιταμίνη Κ για σχηματισμό προθρομβίνης.</p>	<p>Η νοσηλευτική φροντίδα επέδωσε και η κατάσταση του ασθενή έχει εμφανή αποτελέσματα.</p>

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
4. Έντονες διεγέρσεις λόγω στέρησης του αλκοόλ	Ηρεμία και ανάπαυση του ασθενή.	Να χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα για την πρόληψη κρίσεων. Να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την ασφάλεια του.	Χορηγήθηκαν ηρεμιστικά φάρμακα ανά 8ωρο. Τοποθετήθηκαν κάγκελα ασφαλείας στο κρεβάτι του για αποφυγή πτώσεις του.	Ο ασθενής χαλάρωσε και ηρέμησε. Αναπαικτικέ ενώ αποφεύχθηκαν οι κρίσεις στέρησης.

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
5. Εντονη ικτερική χροιά, δέρμα ξηρό	Υποχώρηση του ίκτερου και του κνησμού.	Χυμοί φρούτων στον ασθενή, αποφυγή ξηρότητας του δέρματος.	Χορηγήθηκαν χυμοί φρούτων, λουτρό καθαριότητας, χωρίς σαπούνι, Επάλειψη με τονωτική λοσιόν.	Μικρή υποχώρηση ίκτερου. Ανακούφιση του ασθενή από τον κνησμό. Το δέρμα του μαλάκωσε.

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>6. Ο ασθενής ανησυχεί για την κατάσταση της υγείας του. Εκνευρίζεται πολλές φορές με τα οικεία του πρόσωπα αλλά και με το νοσηλευτικό προσωπικό, δεν είναι καθόλου συνεργάσιμος κατά την θεραπευτική του αγωγή.</p>	<p>Εμπύχωση του ασθενή, απόκτηση συνεργασίας με το προσωπικό αλλά και αίσθημα ασφάλειας και άνεσης στο χώρο του νοσοκομείου.</p>	<p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή για τους λόγους που άλλαξε η κατάσταση της υγείας του και τους τρόπους που θα μπορέσει να επανέλθει στα φυσιολογικά. Ψυχολογική υποστήριξη.</p>	<p>Έγινε ενημέρωση με ήρεμο και κατανοητό τρόπο για τους λόγους της κατάστασης του. Πληροφορήθηκε για το πόσο σημαντική είναι η αποδοχή του θεραπευτικού σχήματος αλλά και η συνεργασία στο να αντιμετωπίσει την κατάσταση.</p>	<p>Ο ασθενής φαίνεται πιο ήρεμος, δείχνει συνεργασία και αν και υπάρχει ακόμα το αίσθημα ανασφάλειας δείχνει να το καταπολεμεί.</p>

1.2 Περιστατικό 2^ο

Στις 15/5/07 εισήχθη στην παθολογική Β΄ του Π.Γ.Ν Ρίου ο ασθενής Μ.Β. ηλικίας 51 ετών με έντονο αίσθημα διόγκωση κοιλίας και ανορεξία.

Η διάγνωση είναι ασκίτης και ανορεξία.

Είναι αλκοολικός και καπνιστής 30 χρόνια και η διατροφή του είναι ελλιπείς λόγω ανορεξίας. Έχει αλκοολική κίρρωση και έχει νοσηλευθεί ξανά με συμπτώματα ασκίτη.

Κατά την εισαγωγή του:

Α.Π 150/80mmHg

Θερμοκρασία 36,6οC

Έγινε δακτυλική εξέταση για μέλαινα (-)

Έγινε ακτινογραφία κοιλιάς και πραγματοποιήθηκε αιμοληψία για εργαστηριακές εξετάσεις.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν tb. Lasix, tb Aldactone. Dyphalac sir. Οι ορροί που χορηγήθηκαν είναι Dextrose 5% 2000cc + 8 amp Na + 4 amp k και Dextrose 10% + 8 amp Na + 3 amp k.

Παρά τις προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ο ασθενής κατέληξε σε κώμα στις 18/5/07 και απεβίωσε την επόμενη στις 8πμ.

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>1. Ο ασθενής έχει ασκίτη. Εξ' αιτίας του ασκίτη παρουσιάζει έντονη διόγκωση κοιλιάς, αυξημένη πίεση στο στομάχι και αναπνευστική επιβάρυνση λόγω της πίεσεως που ασκείται στο διάφραγμα.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και αντιμετώπιση του ασκίτη.</p>	<p>Να χορηγηθούν διουρητικά φάρμακα στον ασθενή μετά από εντολή ιατρού. Να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του 24ωρου. Να εξασφαλιστεί αναπαυτική θέση για διευκόλυνση της αναπνοής του. Να χορηγηθεί Dextrose 5% ανα 24ωρο.</p>	<p>Χορηγήθηκαν διουρητικά (σπειρονολακτόνη-φουροσεμίδη) συστηματικά ανα 24ωρο. Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε Dextrose 5%.</p>	<p>Ο ασθενής νιώθει καλύτερα αλλά δεν αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά ο ασκίτης.</p>

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>2. Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην κένωση ου εντερικού σωλήνα. Η δυσφορία και το αίσθημα πληρότητας κάνουν τον ασθενή να δυσανασχετεί.</p>	<p>Ανακούφιση από τα συμπτώματα και αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα.</p>	<p>Να χορηγηθεί υπακτικό καθαρτικό μετά από ιατρική εντολή για την φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα.</p>	<p>Χορήγηση υπακτικού καθαρτικού (σιρόπι λακτουλόζης) κατόπιν ιατρικής οδηγίας τρεις φορές την ημέρα για την δημιουργία όξινου pH στο παχύ έντερο. . Χορήγηση νεομυκίνης από το στόμα (4g ημερησίως) για την καταστροφή της μικροβιολογικής χλωρίδας του παχέος εντέρου</p>	<p>Ικανοποιητική βελτίωση του ασθενή από τα συμπτώματα.</p>

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>3. Ο ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει ασκίτη παρά την διουρητική αγωγή που του εφαρμόζεται.</p>	<p>Ανάταξη του ασκίτη. Ανακούφιση του ασθενή.</p>	<p>Να γίνει εκκενωτική παρακέντηση και να ενημερωθεί ο ασθενής για την όλη διαδικασία αλλά και το λόγο που γίνεται. Να παρθεί και να σταλεί το δείγμα για εξέταση. Να ελέγχονται τακτικά οι γάζες του τραύματος για τυχόν εκροή.</p>	<p>Ο ασθενής ούρησε, ενημερώθηκε και τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση. Έγινε παρακέντηση κοιλιάς από την οποία αφαιρέθηκαν 2 lt υγρό. Στάλθηκε δείγμα για εξετάσεις. Έγινε τακτικός έλεγχος στις γάζες χωρίς ύπαρξη εκροής.</p>	<p>Λόγω της αφαίρεσης του υγρού ο ασθενής ανακουφίστηκε και βελτιώθηκε αισθητά ο ασκίτης.</p>

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>4. Ο ασθενής εξέφρασε τους φόβους για την κατάσταση της υγείας του. Δείχνει δυσφορία πολλές φορές και ανησυχία.</p>	<p>Καθησύχηση του ασθενή. Προσπάθεια εξάλειψης των φόβων και των ανησυχιών του. Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης αλλά και συνεργασίας με το προσωπικό του νοσοκομείου</p>	<p>Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη παρούσα κατάσταση του. Να δημιουργηθεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης ώστε να μπορεί ο ασθενής να εκφράσει τους προβληματισμούς του στο νοσηλευτή.</p>	<p>Έγινε συζήτηση της κατάστασης του ασθενή με απλά και κατανοητά λόγια. Εκφράστηκε η κατανόηση του νοσηλευτή για τις φοβίες του ασθενή και ενημερώθηκε ο ασθενής για τη σημασία του θεραπευτικού σχήματος αλλά και για τη σημασία της συνεργασίας.</p>	<p>Ο ασθενής δείχνει ήρεμος. Παρακολουθεί τη νοσηλεία και συνεργάζεται. Έχει δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης καθώς εκφράζει ότι τον απασχολεί.</p>

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>5. Η κατάσταση παρά την αρχική βελτίωση επιβαρύνεται. Ο ασθενής παθαίνει μεταβολική οξέωση, η οποία είναι μια παθολογική διεργασία που εκδηλώνεται με αποπροσανατολισμό, αδυναμία, απώλεια συνείδησης και λήθαργό.</p>	<p>Αντιμετώπιση της μεταβολικής οξέωσης. Αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.</p>	<p>Να χορηγηθούν διττανθρακικά νάτρια(25 amp) μετά από ιατρική οδηγία και να μειωθούν αργότερα σε 10amp ημερησίως. Να ενημερωθούν οι συγγενής για την κατάσταση του ασθενή αλλά και για την λήψη μέτρων ασφαλείας.</p>	<p>Χορηγήθηκαν 25amp διττανθρακικό νάτριο η οποίες μετά μειώθηκαν σε 10amp. Τοποθετήθηκαν κάγκελα στο κρεβάτι για τυχόν πτώση. Ενημερώθηκαν οι συγγενείς.</p>	<p>Επήλθε μικρή διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης.</p>

Πρόβλημα του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>6. Ο ασθενής πέφτει σε ηπατικό κώμα το οποίο οφείλεται σε τοξικές ουσίες (αμμωνία) που εισέρχονται στην γενική κυκλοφορία και προκαλούν δηλητηρίαση. Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές από το Κ.Ν.Σ.(υπέρπνοια, αναπνευστική αλκάλωση, αταξία των άκρων, υπνηλία, λήθαργος και πλήρες κώμα.</p>	<p>Να συνέλθει ο ασθενής από το ηπατικό κώμα και να μην δημιουργηθούν περαιτέρω προβλήματα.</p>	<p>Να τοποθετηθούν κάγκελα στο κρεβάτι.Να χορηγηθούν οροί εμπλουτισμένοι με 2 amp K. Να χορηγηθούν 3 μονάδες πλάσμα για την διόρθωση της υποπρωτεϊναιμίας. Να γίνεται η μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Χορηγήθηκαν 1500cc Dextrose 5% και βιταμινούχο σκεύασμα σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Τοποθετήθηκαν προφυλακτικές. Χορηγήθηκαν 3 μονάδες πλάσμα. Γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Ο ασθενής εξακολουθεί να παραμένει σε ηπατικό κώμα και στις 7 πμ. απεβίωσε.</p>

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Σωστή και πλήρης ενημέρωση του κοινού γύρω από τη νόσο και τις επιπλοκές της, με την σωστή ενημέρωση θα μπορέσουμε να προλάβουμε επικίνδυνες καταστάσεις για την υγεία.
2. Δημιουργία περισσότερων κέντρων αποτοξίνωσης, προσιτών σε κάθε κοινωνική ομάδα, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνσή τους.
3. Κέντρα αποτοξίνωσης με περισσότερες υλικές υποδομές αλλά και εξειδικευμένο προσωπικό στο θέμα του αλκοολισμού και του εθισμού γενικότερα, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει σε κάθε περίπτωση.
4. Ενεργοποίηση όλων των κοινωνικών φορέων (π.χ καλύτερα νοσοκομεία, αύξηση νοσηλευτικού προσωπικού).
5. Ενίσχυση των νοσοκομείων, κέντρων υγείας και κέντρων αποτοξίνωσης με επιστημονικά καταρτισμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό για τη σωστή λειτουργία και απόδοσή τους στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.
6. Ενημέρωση των μαθητών για το αλκοόλ και τις επιπτώσεις του στην υγεία.
7. Μελλοντικές κατευθύνσεις για βελτίωση των διαγνωστικών τεχνικών ώστε να επιτραπεί η διάγνωση των χρόνιων ηπατικών νόσων νωρίτερα.
8. Προσπάθεια βελτίωσης των φαρμακευτικών μέσων, με συνεχείς έρευνες ώστε να παρεμποδιστεί η εξέλιξη των ηπατικών νόσων σε κίρρωση.
9. Ανεύρεση υλικών και φαρμακευτικών μέσων ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην μεταμόσχευση ήπατος.
10. Θεσμοθέτηση νόμου απαγόρευσης οινοπνευματωδών ποτών σε

ανήλικα άτομα, χωρίς την συνοδεία ενήλικα.

11. Πρέπει να υποδειχθεί στους γονείς να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες που ενισχύουν την προσωπική τους ανάπτυξη και βοηθούν στην καταπολέμηση της πλήξης έτσι ώστε να μην είναι επιρρεπείς σε εθίσθηκες ουσίες όπως το αλκοόλ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Το αλκοόλ, ο υποσιτισμός και ο τρόπος ζωής γενικά είναι οι κύριες αιτίες που προκαλούν κίρρωση του ήπατος.
2. Το πρόβλημα έλλειψης επιστημονικού νοσηλευτικού προσωπικού με ειδικότητα δεν προωθεί την λύση σημαντικών προβλημάτων υγείας όπως ο αλκοολισμός και η κίρρωση του ήπατος.
3. Η κίρρωση είναι ένα σύγχρονο, χρόνια νόσημα το οποίο έχει πολλές και πολύπλοκες επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου.
4. Ελλιπής ενημέρωση των πολιτών γύρω από το θέμα του αλκοολισμού και τις συνέπειες του.
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των επιπλοκών, των ηπατικών νόσων, είναι καθοριστικός στην εξέλιξη της νόσου.
6. Η αντίληψη και η αποδοχή του προβλήματος από τον ασθενή αλλά και η ενημέρωση και κατανόηση του για το θεραπευτικό σχήμα παίζουν σημαντικό ρόλο στην καλύτερη ποιότητα ζωής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πάπυρους Λάρους Μπριτάνικα, “ήπαρ-κίρρωση”, Τόμος 27, Αθήνα 1980
2. Moore L. K., “Κλινική ανατομία I”, Τόμος I, Επιστημονικές Εκδόσεις ‘Πασχαλίδης’, Αθήνα 1998
3. Lippert, “Ανατομική : κείμενο και άτλαντας, Ελληνικοί και Λατινικοί όροι, Μετάφραση – Επιμέλεια : Νηφόρος Ν., Παπαδόπουλος Ν., Επίτομος, Εκδόσεις ‘Παρισιάνος’, Αθήνα 1993
4. Boron F. W., Boulpraer E. L., “Ιατρική φυσιολογία : Κυτταρική και μοριακή προσέγγιση”, Τόμος II, Επιστημονικές Εκδόσεις ‘Πασχαλίδης’, Αθήνα 2006
5. “Δομή : Όλες οι γνώσεις για όλους” έγχρωμη εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 6^{ος}, Εκδόσεις ‘Δομή’, Αθήνα
6. Ράπτης Σ.Α., “Εσωτερική παθολογία”, Τόμος 2^{ος}, Επιστημονικές Εκδόσεις ‘Παρισιάνου’, Αθήνα 2006
7. www.iatronet.gr
8. www.iatritek.org
9. Μαργαρινού Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ, “Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική” Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις ‘Η ΤΑΒΙΘΑ’, Αθήνα 2002
10. Γαρδίκια Κ.Δ. “Ειδική νοσολογία : νοσήματα του ήπατος”, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις ‘Παρισιάνου’ Αθήνα
11. Runge S.M., Greganti M.A., “Παθολογία 1”, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις ‘Πασχαλίδης’, Αθήνα 2006
12. www.lifo.gr

13. Αφρουδάκης Α.Π., 'Αλκοολική νόσος του ήπατος', Ιατρική 64 Τ, Εκδόσεις : Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, Αθήνα Νοέμβριος 1993, 5: 463-470

14. Kumur – Contron – Robbins, “ Ήπαρ και χοληφόροι οδοί”, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις 'Παρισιάνου', Αθήνα 2000

15. Παπαδημητρίου Μ. “Εσωτερική παθολογία”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Studio Press University, Αθήνα

16. Baldonado A. “Γενική Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική”, Μετάφραση-Επιμέλεια : Καραχάλιος Γ., Επίτομος Εκδόσεις 'Ελλην', Αθήνα 1996

17. Mergert T.Z. “Εγχειρίδιο επείγουσας θεραπευτικής”, Επίτομος, Εκδόσεις 'Πασχαλίδης' Αθήνα 2000

18. www.healthline.com

19. www.biotrine.com

20. www.medlok.net

21. Andreoli B.- Curpenter P- “Βασική παθολογία”, Τόμος 1^{ος} , Εκδόσεις 'Λίτσας', Αθήνα 2000

22. www.esos.gr

23. www.hepemeditations.org

24. Χανιώτης Φ. “Παθολογία”, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις 'Λίτσα', Αθήνα 1997

25. www.health.in.gr

26. Νταλέκος Γ.Ν. “Ήπατο-πνευμονικό σύνδρομο: Λειτουργική ανεπάρκεια των πνευμόνων στην κίρρωση του ήπατος “, Ιατρική 63, Εκδόσεις : Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, Τόμος 63, Μάιος 1993, 5:449-453

27. www.kepka.org
28. www.ygeia.pblogs.gr
29. www.diet-net.gr
30. Αποστόλου Μ. “Εγκυκλοπαίδεια Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας”, Εκδόσεις ‘Δομική’ Αθήνα 2002
31. Παπαγεωργίου Ε. “Εξαρτήσεις στη ζωή μας”, Εκδόσεις ‘Παρισιάνος’, Επίτομος, Αθήνα 2004
32. www.mednet.gr
33. Σαχίνη Α.- Καρδάση, Πάνου Μ., “Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική : Νοσηλευτικές διαδικασίες”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις ‘ΒΗΤΑ’, Αθήνα 2000
34. Ulrich – Canale – Wendell, “ Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική : σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας”, Επίτομος, Εκδόσεις ‘Λαγός’, Αθήνα 1997