

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΘΕΜΑ: ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : κα ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ : ΜΠΑΧΑ ΓΙΑΣΕΜΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2008**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΜΕΡΟΣ Α΄.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	4
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	4
1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....	5
1.3 ΠΕΝΤΕ ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ.....	6
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	7
1.5 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ.....	8
1.6 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	11
2.1 ΔΡΑΣΗ.....	11
2.1.1 ΤΙ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΤΑ ΠΟΤΑ.....	12
2.1.2 ΤΟ ΚΡΑΣΙ.....	12
2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	14
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
2.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ.....	16
2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	17
2.4.1 ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	18
3.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ.....	18
3.1.1 ΤΡΟΜΩΔΕΣ ΠΑΡΑΛΛΗΡΗΜΑ.....	20
3.1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ.....	22
3.1.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ.....	22
3.1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ.....	24
3.1.5 ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ.....	24
3.1.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΕΦΡΑ.....	26
3.1.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ.....	26
3.1.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ.....	26
3.1.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΜΥΣ.....	26
3.1.10 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.....	27
3.1.11 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ.....	27
3.1.12 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	27
3.1.13 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	32
4.1 ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	32
4.1.1 ΓΙΑΤΙ ΠΙΝΕΙ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	33
4.1.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	35
5.ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ.....	35
5.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	37

5.1.2 ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	39
5.1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	41
5.1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	41
5.1.5 ΠΟΡΕΙΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	42
ΜΕΡΟΣ Β΄.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	43
1.1 ΝΟΣΗΛΕΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	43
1.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	45
1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	48
2.1 ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ.....	48
2.2 ΠΡΟΛΗΨΗ – ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ.....	51
2.3 ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ.....	52
2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59

# **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι εξαρτήσεις από ουσίες και φάρμακα αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών , με πολλαπλές ιατρικές , κοινωνικές και ηθικές προεκτάσεις .

Από όλες τις εθιστικές ουσίες , το οινόπνευμα είναι η ευρύτερα διαθέσιμη και η πλέον πολιτισμικά αποδεκτή.

Στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες , το 90% των ανθρώπων καταναλώνουν οινόπνευμα κάποια στιγμή της ζωής τους και περίπου το 30% εμφανίζουν προβλήματα που συνδέονται με το οινόπνευμα. Ο υψηλός επιπολασμός της κατάχρησης και της εξάρτησης από το οινόπνευμα , καθώς και το ότι σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα που μπορεί να φέρει έναν ασθενή στο γιατρό μπορεί να παραχθεί από την κατάχρηση , την εξάρτηση , την τοξίκωση , ή την στέρηση του οινοπνεύματος , καθιστά απαραίτητο να γίνεται εκτίμηση της χρήσης του κατά την λήψη οποιουδήποτε παθολογικού ή ψυχιατρικού ιστορικού.<sup>1</sup>

## **ΜΕΡΟΣ Α΄**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Ο όρος αλκοολισμός αναφέρεται για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840 και περιγράφει τη χρόνια χρήση του αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες. Αλκοολικός είναι όχι μόνο το άτομο που πίνει σε υπερβολικό βαθμό αλλά και το πλήθος των προβλημάτων που συνεπάγεται η χρήση.

Πολλοί ορισμοί δόθηκαν για τον αλκοολισμό και τον αλκοολικό όπως : "Η εμμονή του μυαλού και η αλλεργία του σώματος", "ο αλκοολικός είναι ένα πολύ άρρωστο άτομο, θύμα μιας ύπουλης, προοδευτικής αρρώστιας που συχνά είναι θανατηφόρα".

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας όρισε τον αλκοολικό ως το άτομο του οποίου η συμπεριφορά( κατανάλωση αλκοόλ) παρεκκλίνει από τα πολιτιστικά του πρότυπα. Το 1995 αναγνώρισε τον αλκοολισμό ως ασθένεια.

Σαν ουσία το αλκοόλ δεν διαφέρει από τα ναρκωτικά. Σαν ιδέα το αλκοόλ λανσάρεται ως τρόπος ζωής, διαφημίζεται ποικιλοτρόπως, καταλήγει στα σπίτια μας και γίνεται αναγκαίο στις συναναστροφές μας. Στην Ελλάδα μπορεί να το προμηθευτεί από το ψυλικάτζίδικο ή σούπερ μάρκετ της γειτονιάς . Το αλκοόλ είναι νόμιμη, εξαρτησιογόνος ουσία. Το αλκοόλ γενικά θεωρείται κατευναστικό ναρκωτικό και αναισθητικό.

Ως εξάρτηση από το οινόπνευμα ορίζεται στο DSM-IV-TR(Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία) η καταναγκαστική χρήση οινόπνευματος που συνοδεύεται από τρία ή περισσότερα μείζονα προβλήματα που συνδέονται με το οινόπνευμα και επιμένουν για 12 συναπτούς μήνες . Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι: εμφάνιση ανοχής ή στέρησης , αφιέρωση μεγάλου μέρους του χρόνου των καθημερινών δραστηριοτήτων στην λήψη της ουσίας , συνέχιση της χρήσης παρά την εμφάνιση αρνητικών ψυχικών ή σωματικών συνεπειών και επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες ελέγχου της πρόσληψης του οινόπνευματος .

Η διάγνωση της κατάχρησης του οινόπνευματος τίθεται όταν γίνεται χρήση οινόπνευματος υπό επικίνδυνες συνθήκες (π.χ. σε συνδυασμό με οδήγηση).

Η κατάχρηση , δηλαδή , προσδιορίζεται βάσει μόνο των αρνητικών συνεπειών της επανειλημμένης χρήσης και διαφέρει από την εξάρτηση κατά το ότι δεν περιλαμβάνει την ύπαρξη ανοχής , στέρησης ή καταναγκαστικής χρήσης .

Η κατάχρηση οινόπνευματος μπορεί να εξελιχθεί σε εξάρτηση από το οινόπνευμα. Τέλος, η δυσπροσαρμοστική χρήση οινόπνευματος μπορεί να περιλαμβάνει: συνεχή χρήση τα σαββατοκύριακα , ή επεισόδια μαζικής λήψης οινόπνευματος που εναλλάσσονται με περιόδους αποχής.<sup>2</sup>

## **1.2. ΜΟΡΦΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

### **ΟΞΥΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.**

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 οινόπνευματος 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.

### ΧΡΟΝΙΟΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.

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.<sup>4</sup>

### 1.3 ΠΕΝΤΕ ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Ουσιαστικά δεν υπάρχει ένας τύπος αλκοολισμού αλλά ΠΕΝΤΕ διαφορετικοί και συγκεκριμένα:

- i. **Ο αλκοολισμός ΑΛΦΑ τύπου** έχει σαφή ψυχογενή αίτια και οφείλεται, στον εθισμό που προκαλείται από την συστηματική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών για την επιτυχή καταστολή και τον έλεγχο ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων. Τα άτομα αυτού του τύπου βοηθούνται σχετικά εύκολα αντικαθιστώντας το αλκοόλ με κάποια αγχολυτικά - ηρεμιστικά ενώ υποστηρίζονται ταυτόχρονα και με έντονη αναλυτική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.
- ii. **Ο αλκοολισμός ΒΗΤΑ τύπου** αφορά περιπτώσεις υπερβολικής χρήσης αλκοόλ από άτομα που "ζούνε δημόσια" και αναγκάζονται να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ επειδή το απαιτούν οι κοινωνικοί-οικονομικές τους συνθήκες. Τέτοια άτομα μπορεί να παρουσιάσουν οργανικά προβλήματα (π.χ. με το ήπαρ) αλλά συνήθως δεν δημιουργούν ψυχική ή οργανική εξέταση.
- iii. **Ο αλκοολισμός ΓΑΜΑ τύπου** αφορά έντονη ψυχική και οργανική εξάρτηση από το αλκοόλ που εκδηλώνεται με την ανικανότητά του ατόμου να σταματήσει το ποτό ακόμα και όταν συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας και με την τάση να αυξάνει τη συχνότητα και την ποσότητα της "δόσης" του καθώς ο εθισμός

στο αλκοόλ δημιουργεί μια αντίστοιχη ενοχή. Όταν στερηθούν αλκοόλ έστω και για ελάχιστο χρονικό διάστημα παρουσιάζουν άμεσα συμπτώματα του "στερητικού συνδρόμου" έχουν ταχυκαρδία, νευρικότητα, έντονη εφίδρωση, αίσθηση ναυτίας και ανεξέλεγκτο διάχυτο τρέμουλο.<sup>4</sup>

iv. **Ο αλκοολισμός ΔΕΛΤΑ τύπου** αν και έχει στοιχεία ψυχικής και οργανικής εξάρτησης ( όπως και ο γάμα τύπος ) διαφέρει στο σημείο όπου ο αλκοολικός δέλτα τύπου κατορθώνει να σταματήσει την κατανάλωση αλκοόλ λίγη ώρα πριν πέσει στο πάτωμα με χαμένες τις αισθήσεις τους δηλαδή λίγη ώρα πριν λιποθυμήσει.

**Ο αλκοολισμός ΕΨΙΛΟΝ τύπου**, γνωστός παλιότερα και σαν "διψομανία" αναφέρεται στα άτομα που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ για κάποια χρονικά διαστήματα (ίσως μέρες στη σειρά, ακόμη και βδομάδες) καταλήγοντας μετά σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή κέντρο αποτοξίνωσης. Εκεί, αφού επιτύχουν την αποτοξίνωση, την οργανική απελευθέρωση από την εξάρτηση τους στο αλκοόλ θα παραμείνουν "καθαροί" για κάποιο χρονικό διάστημα που συνήθως μεσολαβεί μέχρι και την επόμενη κρίση "διψομανίας" που τερματίζει, σε φαυλοκυκλική επανάληψη, το "στέγνωμα" τους σε κάποιο κέντρο αποτοξίνωσης.<sup>4</sup>

## **1.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ**

Οι παράγοντες είναι:

▼ **Κοινωνικοί.** Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού.

▼ **Πολιτισμικοί.** Υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Ενδιαφέρον

παρουσιάζουν κοινότητες όπου ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες.

✓ **Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες.** Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μέσω γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν τη πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά. Δηλαδή υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να παράγουν τον αλκοολισμό.<sup>8</sup>

## **1.5ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ**

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολύπλοκο πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Αναπτύσσεται συνήθως σε μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από τάση απομόνωσης, μειωμένη αυτοεκτίμηση, υπερτροφικό εγώ, απελπισία, μοναξιά, φόβους, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία. Σημαντικό ρόλο στην εγκατάσταση του αλκοολισμού παίζουν παράγοντες κοινωνικοί και πολιτιστικοί, όπως επίσης και το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου. Ο αλκοολισμός επηρεάζει σοβαρά τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική κατάσταση του ατόμου. Είναι μια παθολογική κατάσταση που χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση σε ειδικό θεραπευτικό κέντρο. Βασικός όρος για την επιτυχία της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η απόφαση του ίδιου του ατόμου να απεξαρτηθεί.

Καμιά θεραπεία δεν μπορεί να γίνει αναγκαστικά. Χρειάζεται η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην όλη θεραπευτική διαδικασία η οποία διαρκεί πολύ, είναι δύσκολη και απαιτεί όλες τις δυνάμεις του. Μέσα από αυτήν θα μπορέσει να συνειδητοποιήσει τις αιτίες εξάρτησής του. Να ξεπεράσει τις αδυναμίες του. Να αποκαταστήσει τις βλάβες του



οργανισμού, που οφείλονται στη δράση του οινοπνεύματος. Να μάθει τρόπους σωστής άμυνας απέναντι στο αλκοόλ, ώστε να μην καταφύγει ξανά σε αυτό μόλις βρεθεί μπροστά σε δυσκολίες και προβλήματα.

Σήμερα ο αλκοολικός ο σύγχρονος, έχει να κάνει με έναν άνθρωπο, που είναι κοντά στη μέση ηλικία. Έχει μια μακρά σχέση περίπου οκτώ με δέκα χρόνια με το αλκοόλ. Είναι επιφορτισμένος με οικογενειακές, επαγγελματικές και άλλες ευθύνες. Είναι δηλαδή καθημερινός άνθρωπος. Στον αλκοολισμό υπερισχύουν οι άνδρες ενώ υπάρχει και ο γυναικείος αλκοολισμός σε χαμηλότερο επίπεδο.. Οι γυναίκες εξαρτώνται με μεγαλύτερη ταχύτητα από το αλκοόλ και πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες επιπλοκές.<sup>3</sup>

## **1.6 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

### **1. ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΙΟΛΟΓΙΚΑ**

- Ψυχολογική και κοινωνική δυσλειτουργία (δυσπροσαρμογή) (πρώιμο ή όψιμο εύρημα) .
- Συζυγικά προβλήματα, διαζύγιο, ή χωρισμός.
- Άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία.
- Κοινωνική απομόνωση ή συχνές μετακινήσεις σε νέους τόπους.
- Κακοποίηση παιδιού ή συζύγου.
- Συλλήψεις σχετιζόμενες με οινόπνευμα ή νομικά προβλήματα (λιγότερο πιθανά σε γυναίκες).
- Ενασχόληση με ψυχαγωγική πόση .
- Επανελημμένες απόπειρες για διακοπή ή ελάττωση του ποτού.
- Ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που δεν σχετίζονται με το ποτό.
- Προβλήματα εργασίας (καθυστέρηση, απουσίες, ελαττωμένη παραγωγικότητα, διαπροσωπικά προβλήματα στην δουλειά, συχνές αλλαγές εργασίας).

- Προσωρινές αμαυρώσεις και απώλειες συνείδησης (δεν θυμάμαι τι συνέβη κατά την διάρκεια πόσης του οινοπνεύματος).
- Παράπονα από τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους σχετικά με την συμπεριφορά του , η οποία σχετίζεται με το οινόπνευμα (δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς).

## 2. ΟΡΓΑΝΙΚΑ

- Γαστρεντερικό – ανορεξία, ναυτία , εμετοί, κοιλιακός πόνος, σημεία στίγματα (αραχνοειδή σωμάτια) χρόνιας ηπατικής νόσου, νόσος πεπτικού έλκους, παγκρεατίτιδα, γαστρεντερικές κακοήθειες.
- Καρδιαγγειακό- ελαφρά υπέρταση (π.χ. 140/95 mmHg), αρρυθμίες ή αίσθημα παλμών (υπερκοιλιακές), καρδιομυοπάθειες .
- Αναπνευστικό – πνευμονία εισρόφησης, βρογχίτιδα και χρόνια πνευμονική νόσος σχετιζόμενη με κάπνισμα τσιγάρου .
- Ουροποιογεννητικό – ανικανότητα, διαταραχές εμμήνου κύκλου, ατροφία όρχεων.
- Ενδοκρινικό /Μεταβολικό – Υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία , εμφάνιση Cushing, γυναικομαστία.
- Δερματολογικό - σημάδια ατυχημάτων ή τραύματος, καψίματα (κυρίως καψίματα από τσιγάρο ), μώλωπες σε διάφορα στάδια ίασης, κακή υγιεινή.
- Μυοσκελετικό – παλαιά κατάγματα και κατάγματα σε επούλωση ποικίλων σταδίων , μυοπάθεια .
- Νευρολογικό – γνωστικά ελλείμματα (π.χ. ελαφρά έκπτωση της πρόσφατης μνήμης ), περιφερική νευροπάθεια, σύνδρομο Wernicke-Korsakoff.
- HEENT: εξέρυθρα πρόσωπα, υπερτροφία παρωτίδων, κακή υγιεινή στόματος, κακοήθειες κεφαλής και τραχήλου – αυχένα.<sup>9</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 ΔΡΑΣΗ

Η τοξικότητα του αλκοόλ είναι γνωστή. Για πάνω από εκατό χρόνια γιατροί και νευρολόγοι γνωρίζουν, ότι το αλκοόλ είναι πολύ επικίνδυνο για το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Το οινόπνευμα απορροφάται ευχερώς και ταχέως από το γαστρεντερικό σωλήνα (ιδίως το λεπτό έντερο), είναι ιδιαίτερα υδροδιαλυτό και κατανέμεται σε ολόκληρο το σώμα . Η συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα κορυφώνεται μέσα σε 30 με 90 λεπτά από την λήψη.

Ο ταχύς ρυθμός λήψης ή το άδειο στομάχι επιταχύνουν την κορύφωση της συγκέντρωσης του στο αίμα. Γρήγορη αύξηση της συγκέντρωσης του οινοπνεύματος στο αίμα συνεπάγεται υψηλότερο βαθμό τοξίκωσης. Η τοξίκωση είναι εντονότερη στη φάση της ανόδου της συγκέντρωσης του οινοπνεύματος στο αίμα απ' ότι στη φάση της καθόδου της . Το 90% του οινοπνεύματος υφίσταται μεταβολισμό με οξείδωση το ήπαρ, ενώ το υπόλοιπο αποβάλλεται αμετάβλητο από τους πνεύμονες και τους νεφρούς . Το οινόπνευμα μετατρέπεται από την αλκοολική αφυδρογονάση σε ακεταλδεΐδη, η οποία με την σειρά της μετατρέπεται σε οξικό οξύ από την αλδεϋδική αφυδρογονάση. Το σώμα μεταβολίζει ανά ώρα περίπου 15dL οινοπνεύματος, τα οποία αντιστοιχούν σε ένα ποτό μέτριας ποσότητας (12g αιθανόλης , που περιέχονται σε 375 ml μύρας , 125ml κρασιού ή 30-45ml ποτού με 40% περιεκτικότητα στο οινόπνευμα). Τα ένζυμα των ασθενών που πίνουν πολύ , υφίστανται επαγωγή και μεταβολίζουν το οινόπνευμα ταχύτερα .

Η αιθυλική αλκοόλη είναι ένα μικρού μεγέθους λιπόφιλο μόριο, που διέρχεται σχεδόν ελεύθερα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Αποτέλεσμα αυτής της ιδιότητας είναι η ταχεία εξομοίωση των επιπέδων αλκοόλης στο ΚΝΣ , με αυτών του αίματος , ούτως ώστε, όταν μιλάμε για επίπεδα αλκοόλης στο αίμα να αναφερόμαστε πραγματικά στα αντίστοιχα επίπεδα της στο ΚΝΣ.

Παρά το γεγονός, ότι η ευαισθησία των ατόμων στο αλκοόλ ποικίλει, η λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλης προκαλεί αρχικά διέγερση , λόγω άρσης των αναστολών. Σε περαιτέρω όμως αύξηση των

επιπέδων της, επέρχεται καταστολή της λειτουργίας του δικτυωτού ενεργοποιητικού σχηματισμού και του φλοιού, που συνεπάγεται ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων , που εκτείνονται από την ήπια έκπτωση των κινητικών δεξιοτήτων και την επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης ως την κινητική ασυνέργεια, την υπνηλία, το κώμα και το θάνατο. <sup>2</sup>

### **2.1.1 ΤΙ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΤΑ ΠΟΤΑ<sup>3</sup>**

ΠΟΤΟ(100γρ.)	Αλκοόλ	Πρωτεΐνες	Λιπίδια	Υδατάνθρακες	Νερό
Κρασί(λευκό)	9,9%	0,1 γρ	-	4,2 γρ	85,6γρ
Κρασί(κόκκινο)	15,3%	0,1 γρ	-	7,7γρ	76,7γρ
Μπίρα	4-5%	-	-	ίχνη	92,1γρ
Ούζο	40%	-	-	ίχνη	58,2γρ
Τζιν, ουίσκι, βότκα	42,5%	-	-	ίχνη	57,5γρ
ΚΟΝΙΑΚ	40%	-	-	ίχνη	64γρ
Ρακί, τσίπουρο	36%	-	-	ίχνη	64γρ

### **2.1.2 ΤΟ ΚΡΑΣΙ**

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι γιατροί σε σημαντικό αριθμό ερευνών εξέτασαν την επίδραση στην υγεία της μέτριας κατανάλωσης κρασιού και άλλων αλκοολούχων ποτών. Ιδιαίτερα εξετάστηκε η επίδραση του κόκκινου κρασιού στην καρδιά και το αγγειακό σύστημα. Τα θετικά αποτελέσματα της μέτριας κατανάλωσης του κρασιού για την καρδιά και για τη μείωση της πίεσης, αποδόθηκαν στις αντιοξειδωτικές ουσίες όπως οι φλαβονοειδείς που περιέχονται σε αυτό. Οι ουσίες αυτές περιέχονται και σε άλλα τρόφιμα όπως τα σταφύλια και ο χυμός.

Παράλληλα ο συσχετισμός που βρέθηκε, πιθανόν να οφείλεται σε άλλους παράγοντες που έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής αυτών που πίνουν κρασί σε μέτριες ποσότητες, όπως η αυξημένη σωματική άσκηση, η διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη.<sup>3</sup>

Μέχρι σήμερα δεν έχει ακόμη αποδειχθεί ότι η αιτία των θετικών που παρατηρούνται σε αυτούς που πίνουν κρασί με μέτρο, είναι πράγματι το κρασί. Τονίζεται παράλληλα ότι ακόμη και εάν αποδειχθεί ότι οι αντιοξειδωτικές ουσίες που περιέχονται σε αυτό είναι η αιτία των θετικών για το καρδιαγγειακό σύστημα, οι ουσίες αυτές υπάρχουν και σε άλλα τρόφιμα που δεν περιέχουν αλκοόλ.

Με βάση τα δεδομένα αυτά, συστήνεται σε αυτούς που δεν άρχισαν ακόμη να πίνουν αλκοολούχα ποτά, να μην αρχίσουν.

Σε αυτούς που ήδη πίνουν συστήνεται να πίνουν με μέτρο. Αυτό σημαίνει κατά μέσο όρο ένα έως δυο ποτά ημερησίως για τους άνδρες και ένα ποτό για τις γυναίκες.

Ένα ποτό ισοδυναμεί με:

- 355 χιλιοστά του λίτρου μύρας
- 118 χιλιοστά του λίτρου κρασιού

και από 30 έως 45 χιλιοστά του λίτρου πιο δυνατών αλκοολούχων ποτών

Παράλληλα οι επιστημονικές έρευνες για τις δράσεις του αλκοόλ και του κρασιού συνεχίζονται. Μέχρι σήμερα έχει αποδειχθεί ότι το αλκοόλ προκαλεί μια μικρή αύξηση στο αίμα της καλής χοληστερόλης HDL. Όμως η τακτική σωματική άσκηση έχει το ίδιο αποτέλεσμα.

Η ρεσβερατρόλη που περιέχεται στο κρασί και μερικά άλλα αλκοολούχα ποτά, μειώνει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Αυτό συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου δημιουργίας θρόμβων μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων. Σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο θρόμβωσης, αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση της ασπιρίνης.

Πρόσφατη έρευνα που έγινε από Έλληνες γιατρούς, έδειξε ότι σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μέχρι δύο ποτά την ημέρα, σχετίζεται με μείωση του κινδύνου νέας στένωσης των στεφανιαίων αγγείων. Το αλκοόλ φαίνεται ότι το πετυχαίνει αυτό λόγω του ότι μειώνει τη φλεγμονή. Παρά τα θετικά αυτά στοιχεία, δεν υπάρχουν δεδομένα που αφορούν την εξέλιξη των ασθενών

που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική και τη σχέση της με τη μακροχρόνια κατανάλωση αλκοόλ.<sup>3</sup>

Επίσης ακόμη μια πρόσφατη έρευνα που έγινε στη Βοστώνη έδειξε ότι σε ασθενείς που πάσχουν από υψηλή πίεση, η ελαφριά μέχρι μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο θανάτου λόγω καρδιακής ανεπάρκειας.

Βλέπουμε λοιπόν ότι ενώ η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και ο αλκοολισμός είναι πηγή πολλών κακών, η μέτρια κατανάλωση μπορεί να συνοδεύεται από θετικά αποτελέσματα.

Τονίζουμε το γεγονός ότι υπάρχουν καλύτεροι τρόποι παρά το αλκοόλ για να βελτιώσει κάποιος την υγεία του και να μειώσει τους μακροχρόνιους κινδύνους για την καρδιά του.

Η υγιεινή διατροφή, η σωματική άσκηση, ο έλεγχος του σωματικού βάρους και οι συμβουλές του γιατρού για τη μείωση της χοληστερόλης δεν μπορούν να αντικατασταθούν από το κρασί ή άλλο αλκοολούχο ποτό.<sup>3</sup>

## **2.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV-TR ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ Ή ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Δυσπροσαρμοστικός τρόπος χρήσης μιας ουσίας, που προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία, η οποία εκδηλώνεται με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, που υφίστανται οποτεδήποτε για 12 συναπτούς μήνες.<sup>6</sup>

1. **Ανοχή**, που ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:
  - Ανάγκη λήψης σαφώς αυξημένης ποσότητας της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.

- Σαφώς μειωμένη επίδραση της ουσίας εφόσον συνεχίζεται η χρήση της ίδιας ποσότητας.

2. **Στέρηση**, που εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:
  - Το χαρακτηριστικό για την ουσία στερητικό σύνδρομο.
  - Η ίδια η ουσία (ή μία στενή συγγενική )ουσία λαμβάνεται για την αποφυγή ή την ανακούφιση από στερητικά συμπτώματα.
3. **Λήψη της ουσίας** σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερη περίοδο από ότι αρχικά σκόπευε ο χρήστης.
4. **Υπαρξη επίμονης επιθυμίας** ή ανεπιτυχών προσπαθειών να ελαττωθεί η χρήση της ουσίας .
5. **Ο χρήστης** δαπανά πολύ χρόνο σε δραστηριότητες απαραίτητες για να αποκτήσει την ουσία(π.χ. επισκέπτεται πολλούς γιατρούς προς λήψη συνταγών ή διανύει μεγάλες αποστάσεις για να την βρει ), για να λάβει την ουσία, (π.χ. συνεχές κάπνισμα ) ή για να ανανήψει από την επίδραση της.
6. **Το άτομο εγκαταλείπει** ή μειώνει σημαντικές κοινωνικές , επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης της ουσίας .
7. **Το άτομο συνεχίζει** να χρησιμοποιεί την ουσία μολονότι γνωρίζει ότι έχει επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που πιθανότατα έχει προκληθεί ή επιδεινώνεται από την ουσία (π.χ. συνεχίζει να λαμβάνει κοκαΐνη μολονότι αναγνωρίζει ότι αυτή του έχει προκαλέσει κατάθλιψη , ή συνεχίζει να πίνει οινοπνευματώδη μολονότι ξέρει ότι η λήψη οινοπνεύματος έχει επιδεινώσει το πεπτικό του έλκος.)<sup>6</sup>

## **2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

### **ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ**

- 10% των ανδρών , 3,5% των γυναικών.
- 7% όλων των ποτών έχουν 3 ή περισσότερα συμπτώματα εξάρτησης .
- Ο επιπολασμός δια βίου για τους ενήλικες είναι 11,5% - 15,7% .

### **ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΗ ΗΛΙΚΙΑ**

- Όλες οι ηλικίες.
- Ο μέγιστος επιπολασμός των προβλημάτων πόσης βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα 18-29 ετών. Υποομάδες κάποιων ηλικιών έχουν υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού.

### **ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΟ ΦΥΛΟ**

- Άρρεν > θήλυ (ελαφρώς).<sup>5</sup>

### **2.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ<sup>5</sup>**

<b>Τύπος χρήσης</b>	<b>Ποσοστό του πληθυσμού (%)</b>
Χρήση οινοπνεύματος τουλάχιστον μία φορά	90
Τρέχουσα χρήση οινοπνεύματος	60-70
Παροδικά προβλήματα από την χρήση	Άνδρες: 10+ Γυναίκες: 5+
Εξάρτηση	Άνδρες: 10+ Γυναίκες: 3-5+



## **2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Τα δεδομένα που υποδηλώνουν την ύπαρξη γενετικής αιτιολογικής συνιστώσας στον αλκοολισμό περιλαμβάνουν τα ακόλουθα :

1. Οι στενοί συγγενείς των αλκοολικών έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο για αλκοολισμό από ότι ο γενικός πληθυσμός .
2. Ο μονοζυγωματικός δίδυμος ενός αλκοολικού διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι ο διζυγωματικός δίδυμος .
3. Τα παιδιά αλκοολικών γονέων που έχουν υιοθετηθεί από άλλες οικογένειες εξακολουθούν να παρουσιάζουν τετραπλάσιο κίνδυνο αλκοολισμού από ότι ο γενικός πληθυσμός. Η οικογενής συσχέτιση είναι ισχυρότερη για το άρρεν τέκνο αλκοολικού πατέρα. Επίσης , η επιρρέπεια προς την χρήση οινοπνεύματος και τις συνέπειες επηρεάζεται από την εθνικότητα και το πολιτισμικό πλαίσιο . Επί παραδείγματι , σε πολλούς Ασιάτες το οινόπνευμα, ακόμα και η λήψη ελάχιστων ποσοτήτων, προκαλεί τοξικές επιδράσεις (π.χ. τοξίκωση, έξαψη, ζάλη, κεφαλαλγία). Κάποιες εθνικές ομάδες, όπως οι Εβραίοι και οι Ασιάτες, εμφανίζουν χαμηλή συχνότητα εξάρτησης από το οινόπνευμα, ενώ άλλες, όπως οι Ινδιάνοι, οι Εσκιμώοι και κάποιες ομάδες Αμερικανών ανδρών Ισπανικής καταγωγής εμφανίζουν υψηλή συχνότητα. Παρά το ότι, πάντως, τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι γενετικοί παράγοντες υπεισέρχονται στην αιτιολογία του αλκοολισμού, συγκεκριμένη αιτία για την κατάσταση αυτή δεν έχει ακόμα βρεθεί.

***Καθώς ο αλκοολισμός είναι μια σύνθετη νόσος, με πολυπαραγοντική αιτιολογία εκτός από τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται:***

- Πιθανοί βιολογικοί δείκτες – νευροδιαβιβαστές εγκέφαλο , υποδοχείς κυτταρικής μεμβράνης, ενζυμικά συστήματα (μονοαμινοξειδάση και αδενυλοκυκλάση).
- Δεν υπάρχουν αποδείξεις για μια χαρακτηριστική προδιαθεσική προσωπικότητα. <sup>2</sup>

### **2.4.1 ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ;**

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:

- i. το Οικογενειακό Περιβάλλον (έλλειψη στοργής, αγάπης, τρυφερότητας, ενδιαφέροντος και συμπαράστασης, ύπαρξη διαταραγμένης συμβίωσης, ορφάνια, κ.α.)
- ii. το Κοινωνικό Περιβάλλον (ατομικισμός, αδιαφορία, έλλειψη φίλων, αντιξοότητες, καταπίεση, κ.α.)
- iii. το Οικονομικό Περιβάλλον (σκληρός ανταγωνισμός, ανασφάλεια, οικονομική δυσχέρεια, ανεπάρκεια).<sup>3</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ**

Η υπερκατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών συνδέεται: με την υπέρταση, με διάφορους τύπους υπερλιπιδαιμιών, με αύξηση της συχνότητας των ατυχημάτων αλλά και με τον καρκίνο του ήπατος, του στόματος, του λάρυγγα και του οισοφάγου. Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων ποτών οδηγεί σε παχυσαρκία λόγω των πολλών θερμίδων των οινοπνευματωδών, ενώ η κατάχρηση οδηγεί σε αλκοολισμό, ο οποίος συνοδεύεται από μείωση του σωματικού βάρους, λόγω διαταραχής της απορρόφησης άλλων θρεπτικών συστατικών και αφυδάτωσης. Το αλκοόλ επηρεάζει καταλυτικά τον ανθρώπινο οργανισμό και συγκεκριμένα τα παρακάτω συστήματα.

**Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) :** Υπάρχουν πολλά σύνδρομα από το ΚΝΣ που η σχέση τους με τον χρόνια αλκοολισμό είναι στενή και αναμφισβήτητη.

Η Εγκεφαλοπάθεια Wernicke, η οποία χαρακτηρίζεται από σύγχυση, οφθαλμοπληγία (κυρίως έξω ορθών) και αταξία. Το συγχετικό στάδιο μπορεί να είναι μέρος της εναρκτήριας συμπτωματολογίας, συνήθως όμως αναπτύσσεται αργότερα, εντός ημερών ή εβδομάδων,

κυρίως αν ο ασθενής δεν λάβει εγκαίρως θεραπεία. Η συγχοιτική κατάσταση χαρακτηρίζεται από απάθεια, διαταραχή προσανατολισμού και μνήμης. Επίσης, υπάρχει οριζόντιος ή κάθετος νυσταγμός, νωθρό κινητικό αντανακλαστικό (διατηρείται αυτό της προσαρμογής) και κορμική αταξία.

Ενίοτε υπάρχει υποθερμία και ορθοστατική υπόταση λόγω κεντρικής (υποθάλαμος) προσβολής του αυτόνομου νευρικού συστήματος και δεν είναι σπάνια η εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας. Πολλοί ασθενείς προσέρχονται με συμπτώματα στέρησης του οινοπνεύματος, δηλαδή με τρόμο και οξεία συγχοιτική κατάσταση (έλλειψη προσανατολισμού, ψευδαισθήσεις κ.α.). τα περισσότερα συμπτώματα όπως η οφθαλμοπληγία θα υποχωρήσουν γρήγορα μετά την έναρξη της θεραπείας, αλλά η βάδιση βελτιώνεται αργότερα. Η συγχοιτική κατάσταση βαθμιαία υποχωρεί, είναι δυνατόν όμως να παραμείνει διαταραχή μνήμης που εξελίσσεται σε σύνδρομο Korsakoff. Ενίοτε η πορεία είναι μη αναστρέψιμη και έχει αναφερθεί θνητότητα μέχρι και 20% των περιπτώσεων.

Σαν θεραπεία συνίσταται η χορήγηση θειαμίνης 50-100 mg ημερησίως *per os* για λίγες ημέρες. Είναι σημαντικό σε ασθενείς υψηλού κινδύνου πριν την ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης να χορηγηθούν θειαμίνη και σύμπλεγμα βιταμινών Β.

Το Σύνδρομο Korsakoff, μια νοητική διαταραχή, κατά την οποία η μνήμη προσβάλλεται δυσανάλογα εν σχέση προς άλλες νοητικές λειτουργίες. Η διαταραχή της μνήμης αφορά τόσο στην πρόσφατη, όσο και στην αναδρομική μνήμη, καθόσον οι ασθενείς δεν μπορούν να ανακαλέσουν γεγονότα που συνέβησαν αρκετά χρόνια πριν από την έναρξη της νόσου. Οι ασθενείς δημιουργούν, χαρακτηριστικά, μυθοπλασίες για κάλυψη των μνημονικών τους κενών. Συχνά υπάρχει διαταραχή του προσανατολισμού σε χώρο και χρόνο. Για την θεραπεία του πέραν της χορήγησης θειαμίνης, κάποιο περιοριστικό ρόλο μπορεί να έχουν η κλονιδίνη και η προπανολόλη, αλλά το σύνδρομο είναι ιδιαίτερα ανθεκτικό και η βελτίωση, όπου υπάρχει, είναι αργή και ατελής.

Η Νόσος Marchiafava – Bignami, ένα σπάνιο νόσημα, που προσβάλλει χρόνιους αλκοολικούς που είχαν κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων ερυθρού οίνου, με κύρια επίπτωση σε ηλικία 40 έως 60 ετών. Θεωρείτο νόσημα Ιταλών αλλά παρατηρήθηκε και σε άλλες εθνότητες.

Στη νόσο παρατηρείται προσβολή του σώματος του μεσολόβιου που εμφανίζεται συρρικνωμένο και με κοιλότητες.

Κλινικά, αν και παρατηρούνται συμπτώματα που οφείλονται σε βλάβες του μεσολόβιου (απραξία, σύνδρομο διαχωρισμού), η εικόνα είναι περισσότερο σύνθετη με βραδυψυχισμό, απάθεια, αστάθεια στη βάδιση, τρόμο, ημιπάρεση. Σε οξείες περιπτώσεις υπάρχουν σπασμοί και βαθμιαία εμφάνιση κώματος.

Σαν θεραπεία χρησιμοποιείται η ενδοφλέβια χορήγηση θειαμίνης και γλυκόζης. Η νόσος είναι βαριά με συχνά μοιραία κατάληξη.

Η Αλκοολική Νευροπάθεια, πρόκειται για αισθητικοκινητική πολυνευροπάθεια αξονικού τύπου, που προσβάλλει κυρίως τα περιφερικά τμήματα των άκρων. Η υποκείμενη αισθητική συμπτωματολογία (παραισθησίες, δυσαισθησίες) συνοδεύεται από αντικειμενική προσβολή της επιπόλης και της εν τω βάθει αισθητικότητας. Επιπλέον, παρατηρείται αδυναμία και ατροφίες στα περιφερικά τμήματα των άκρων. Συνήθως συνυπάρχουν και άλλα ευρήματα χρόνιου αλκοολισμού, όπως ηπατική κίρρωση ή αλκοολική παρεγκεφαλιδική εκφύλιση.

Θεραπευτικά συνίσταται η διακοπή του αλκοόλ και η χορήγηση βιταμινών.<sup>3</sup>

### **3.1.1 ΤΡΟΜΩΔΕΣ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ(ΝΤΕΛΙΡΙΟ)**

Το Ντελίριο από στέρηση οινόπνευματος(Τρομώδες παραλήρημα – Delirium Tremens) που συνήθως εμφανίζεται μόνο σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα σωματικής υγείας και μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από μεγάλες ποσότητες οινόπνευματος, όταν διακόψουν ή ελαττώσουν τη χρήση. Εμφανίζεται σπανιότερα από την στέρηση οινόπνευματος. Απαντάται στο 1-3% των εξαρτημένων από οινόπνευμα.

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς είναι το ντελίριο, η εκσεσημασμένη υπερδραστηριότητα του αυτόνομου (π.χ. ταχυκαρδία, εφίδρωση, πυρετός, άγχος ή αϋπνία), σύννοδες εκδηλώσεις (π.χ. εναργείς οπτικές, απτικές ή οσφρητικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, διέγερση, τρόμος, πυρετός και επιληπτικές κρίσεις οι οποίες όταν εμφανίζονται, πάντοτε προηγούνται του ντελίριου), και οι τυπικές εκδηλώσεις (π.χ. παραληρητικές ιδέες δίωξης, οπτικές ψευδαισθήσεις εντόμων ή μικρών ζώων, απτικές ψευδαισθήσεις)

Στο τρομώδες παραλήρημα απαραίτητη είναι η παθολογική διερεύνηση η οποία γίνεται με την λήψη πλήρους ιστορικού, την αντικειμενική εξέταση και μια σειρά από εργαστηριακές εξετάσεις. Τέτοιες είναι η γενική αίματος, ηλεκτρολύτες (περιλαμβανομένων ασβεστίου και μαγνησίου), γενικός βιοχημικός έλεγχος, δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας, χολερυθρίνη, ουρία, κρεατινίνη, γλυκόζη νηστείας, χρόνος προθρομβίνης, αλβουμίνη, ολικές πρωτεΐνες, HbsAg, βιταμίνες Β, φυλλικό οξύ, αμυλάση ορού, Mayer κοπράνων, γενική ούρων, μέτρηση φαρμάκων στα ούρα, ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), ακτινογραφία θώρακος. Άλλες εξετάσεις που μπορούν να γίνουν είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), η οσφυονωτιαία παρακέντηση, η

αξονική τομογραφία εγκεφάλου και η ακτινολογική διερεύνηση του γαστρεντερικού σωλήνα.<sup>6</sup>

### **Η θεραπεία στο τρομώδες παραλήρημα περιλαμβάνει:**

1. Λήψη ζωτικών σημείων ανά 6ωρο.
2. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς
3. Περιορισμός περιβαλλοντικών ερεθισμάτων
4. Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών, αντιμετώπιση συνοδών παθολογικών προβλημάτων (π.χ. λοίμωξη, κάκωση κεφαλής)
5. Αν ο ασθενής είναι αφυδατωμένος, ενυδάτωση.
6. Χλωροδιαζεποξείδη: 25 – 100 mg από το στόμα ανά 6ωρο (μπορεί εναλλακτικά να χορηγηθούν άλλα κατασταλτικά – υπναγωγά σε ισοδύναμες δόσεις). Χορήγηση αναλόγως των αναγκών για την αντιμετώπιση διέγερσης, τρόμου, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, των σφύξεων ή της θερμοκρασίας.
7. Θειαμίνη: 100 mg από το στόμα μια με τρεις φορές την ημέρα
8. Φυλλικό οξύ: 1 από το στόμα ημερησίως.
9. Ένα πολυβιταμινούχο σκεύασμα ημερησίως.
10. Θεϊκό μαγνήσιο: 1 g ενδομυϊκά ανά 6 ωρο για 2 ημέρες (στους ασθενείς με επιληπτικές κρίσεις μετά την διακοπή της χρήσης οινόπνευματος).
11. Αφού ο ασθενής σταθεροποιηθεί, σταδιακή μείωση της δόσης του χλωροδιαζεποξειδίου κατά 20% κάθε 5-7 ημέρες.
12. Χορήγηση υπναγωγών για να κοιμάται ο ασθενής επαρκώς.
13. Αντιμετώπιση τυχόν υποσιτισμού.
14. Αυτό το θεραπευτικό σχήμα επιτρέπει μεγάλη ευελιξία στη χορήγηση χλωροδιαζεποξειδίου. Αν το κατασταλτικό χορηγείται σε σταθερή βάση, εξασφαλίστε ότι δεν θα δίνεται σε περίπτωση που ο ασθενής κοιμάται ή αργεί να αντιδράσει στα ερεθίσματα. Η συνολική δόση της βενζοδιαζεπίνης (Διαζεπάμη) που απαιτείται ποικίλλει ευρύτατα από ασθενή σε ασθενή, λόγω των ιδιοσυγκρασιακών διαφορών, της κατανάλωσης οινόπνευματος σε διαφορετικές ποσότητες και της τυχόν παράλληλης χρήσης άλλων ουσιών. Καθότι πολλοί απ' αυτούς τους ασθενείς εμφανίζουν έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας, μπορεί επίσης να είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια ο χρόνος ημίσειας ζωής για την αποβολή του φαρμάκου.
15. Τα αντιψυχωσικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε γενικές γραμμές με επιφύλαξη, διότι είναι δυνατόν να εκλύσουν επιληπτικές κρίσεις. Αν ο ασθενής είναι διεγερτικός, έχει ψυχωσικά συμπτώματα και εμφανίζει σημεία τοξικότητας από τις βενζοδιαζεπίνες (αταξία, κολλώδη ομιλία) παρόλο που

εξακολουθεί να βρίσκεται σε διέγερση, τότε σκεφτείτε να χορηγήσετε ένα αντιψυχωσικό υψηλής ισχύος (όπως η αλοπεριδόλη ή η φλουφαιναζίνη), που είναι λιγότερο πιθανό να εκλύσει επιληπτικές κρίσεις απ' ό,τι ένα αντιψυχωσικό χαμηλής ισχύος.

Επίσης μπορούν να προκληθούν και άλλες παθήσεις του ΚΝΣ από διαταραχές της διατροφής που οφείλονται στην κατάχρηση οινόπνευματος όπως η οπτική νευροπάθεια και η πελλάγρα.<sup>6</sup>

### **3.1.2 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ**

Στο αλκοόλ η πέψη δεν γίνεται όπως στα άλλα υγρά. Η απορρόφηση από το σώμα αρχίζει μέσω του στόματος και του λάρυγγα, με αποτέλεσμα να προκαλεί πονόλαιμους και έλκος. Το αλκοόλ μπορεί επίσης να προκαλεί γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση. Στην πάθηση αυτή ο άνω σφικτήρας του στομαχιού, λόγω της δράσης του αλκοόλ δεν παραμένει κλειστός μετά από την κατάποση. Το αποτέλεσμα είναι η επαναφορά του γαστρικού περιεχομένου προς τον οισοφάγο. Ο ασθενής παρουσιάζει κάψιμο στον οισοφάγο, πόνο και τάση για εμετό. Εάν αυτό δεν διορθωθεί, το κάτω μέρος της βλεννογόνου του οισοφάγου υφίσταται φλεγμονή και βλάβες. Επίσης το αλκοόλ ερεθίζει το στομάχι με αποτέλεσμα την εμφάνιση εμέτων και πόνων ως αποτέλεσμα της ύπαρξης γαστρικού έλκους. Τέλος μπορεί να εμφανιστούν και σύνδρομα δυσαπορρόφησης.<sup>1</sup>

### **3.1.3 ΠΑΓΚΡΕΑΣ**

#### **ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ**

##### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η οξεία παγκρεατίτιδα υποδηλώνει οξεία φλεγμονή του παγκρέατος. Διακρίνεται παθολογοανατομικώς σε οίδηματώδη και νεκρωτική.

##### **ΑΙΤΙΑ**

Το 60% των περιπτώσεων αποδίδεται σε χολολιθίαση ή κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, ενώ το 30% είναι

<<ιδιοπαθείς>> από τις οποίες τα 2/3 αποδίδονται σε μικροχολολιθίαση. Η συχνότερη αιτία στην Ελλάδα είναι η χολολιθίαση.(70%)

## **ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ**

### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Χρόνια παγκρεατίτιδα ονομάζεται η χρόνια φλεγμονή και ίνωση του παγκρέατος που οδηγεί σε μη αναστρέψιμη βλάβη της μορφολογίας του , μακροσκοπικώς και μικροσκοπικώς (αδενοκυψέλες, μικροί και μεγάλοι πόροι), με επιπτώσεις στην εξωκρινή και ενδοκρινή λειτουργία του. Η χρόνια παγκρεατίτιδα χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- 1. την χρόνια λιθιασική (98%) (αίτια αλκοολισμός , κυστική ίνωση)**
- 2. την χρόνια αποφρακτική (2%) (αίτια νεόπλασμα , τραύμα ή στένωση του φύματος του Vater , δισχιδές πάγκρεας ).**

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Οι κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας παγκρεατίτιδας ποικίλλουν από την βαριά νόσηση με μόνιμο έντονο κοιλιακό πόνο και εξωκρινή ή και ενδοκρινή ανεπάρκεια του παγκρέατος μέχρι την σχετικώς ήπια νόσηση με διαλείποντα επεισόδια κοιλιακού πόνου. Η χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να είναι και τελείως ασυμπτωματική, διαγιγνωσκομένη μόνο χειρουργικώς ή νεκροτομικώς. Η νόσος μπορεί να διαγνωσθεί σε ασθενείς που αναφέρουν άλγος επιγαστρίου ή σύνδρομο δυσαπορρόφησης(στεατόρροια).

Το 15% των ασθενών με αλκοολική παγκρεατίτιδα δεν έχει πόνο. Εκδηλώνει μόνο σύνδρομο δυσαπορροφήσεως ή και δευτεροπαθή σακχαρώδη διαβήτη. Συνολικώς, το 30-40% των ασθενών παρουσιάζει δευτεροπαθή σακχαρώδη διαβήτη (με δυνατότητα εκδήλωσης μικρό – και μακροαγγειοπάθειας ) και δυσαπορρόφηση (στεατόρροια , διάρροια , απώλεια βάρους ).

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία αρχίζει με τον καθορισμό της αιτία της χρόνιας παγκρεατίτιδας , αφού η άρση της μπορεί να βοηθήσει θεραπευτικώς.

Δεν υπάρχει δυνατότητα θεραπευτικής παρεμβάσεως στις διαδικασίες της φλεγμονής και της ινώσεως , ενώ η αποφρακτική παγκρεατίτιδα είναι δυνατόν να βελτιωθεί με την ενδοσκοπική ή χειρουργική άρση της αποφράξεως . Η αποχή από την χρήση της αιθυλικής αλκοόλης πρέπει να είναι απόλυτη και εφόρου ζωής . Όμως η διακοπή της αιθυλικής αλκοόλης δεν συνεπάγεται πάντοτε και εξαφάνιση του πόνου.

Στόχος της θεραπείας αποτελούν η ανακούφιση του πόνου , η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της εξωκρινούς μοίρας και ο έλεγχος του σακχαρώδη διαβήτη .<sup>1</sup>

### **3.1.4 ΚΑΡΔΙΑ**

Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, τη μυοκαρδιοπάθεια, τον αιφνίδιο θάνατο και το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Επίσης αυτού του είδους οι αρρυθμίες και οι διαταραχές στην αρτηριακή πίεση μπορούν να προκαλέσουν αγγειακή εγκεφαλοπάθεια. Στη Γαλλία που έχει την υψηλότερη κατά κεφαλήν κατανάλωση στον κόσμο, το 19,1% των πρώρων θανάτων στους άνδρες και το 13% στις γυναίκες αποδίδεται στην κατανάλωση οινοπνεύματος.<sup>1</sup>

### **3.1.5 ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συγκαταλέγει το οινόπνευμα στις καρκινογόνες ουσίες. Οι Doll και Peto το 1981 εκτιμούσαν ότι το 3% όλων των κακοήθων νεοπλασιών οφείλονταν στο οινόπνευμα. Οι περισσότερες έρευνες έχουν διαπιστώσει μικρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση οινοπνεύματος και την πρόκληση ορισμένων νεοπλασμάτων -κυρίως καρκίνου του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του ήπατος και λιγότερο του παγκρέατος), χωρίς όμως να έχει αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός της καρκινογένεσης.

Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο των γυναικών για καρκίνο του μαστού. Για κάθε αλκοολούχο ποτό που καταναλώνεται καθημερινά από τις γυναίκες, αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου του μαστού κατά 6%. Αντίθετα ενώ το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 33% όλων των καρκίνων που εμφανίζονται, εντούτοις δεν προκαλεί καρκίνο μαστού.

Επιπρόσθετα, η κατανάλωση αλκοόλ είναι υπεύθυνη για την πρόκληση του 4% των καρκίνων του μαστού που καταγράφονται στις



ανεπτυγμένες χώρες. Οι γυναίκες πίνουν όλο και περισσότερο αλκοολούχα ποτά. Εάν το φαινόμενο αυτό συνεχιστεί, τότε υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να αυξηθούν και τα περιστατικά καρκίνου του μαστού που οφείλονται στο αλκοόλ.

Οι βαρυσήμαντες αυτές διαπιστώσεις προκύπτουν από την πιο μεγάλη έρευνα που έγινε μέχρι σήμερα για το θέμα της σχέσης καρκίνου του μαστού, αλκοόλ και καπνίσματος.

Η έρευνα έγινε από το **Cancer Research UK**, που είναι μια από τις πλέον αναγνωρισμένες επιστημονικές οργανώσεις για την έρευνα στον καρκίνο στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στην έρευνα αυτή συμπεριλήφθηκε το 80% του συνόλου των πληροφοριών που υπάρχουν παγκοσμίως σχετικά με τον καρκίνο μαστού, καπνίσματος και αλκοόλ. Τα στοιχεία που εξετάστηκαν αφορούσαν 150.000 γυναίκες από διάφορες χώρες του κόσμου.

Η σημασία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι συμπεριέλαβε ένα πολύ μεγάλο αριθμό γυναικών και κατάφερε για πρώτη φορά να διαχωρίσει τις επιδράσεις του αλκοόλ και του καπνίσματος όσον αφορά το ρόλο τους στην πρόκληση καρκίνου του μαστού.

Το γεγονός ότι οι νεαρές γυναίκες πίνουν περισσότερα αλκοολούχα ποτά σήμερα παρά στο παρελθόν, αυξάνει τις ανησυχίες για περισσότερους καρκίνους του μαστού.

Το αλκοόλ μέχρι σήμερα αποδεικνύεται ότι μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για διάφορους καρκίνους όπως αυτούς του λάρυγγα, του ήπατος και του μαστού. Από την άλλη μεριά όμως έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο για καρδιακά και εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια

Οι ερευνητές τονίζουν ότι οι αντιφατικές αυτές επιδράσεις του αλκοόλ, πρέπει να ερμηνευθούν σε σχέση με την ηλικία των γυναικών. Πριν από την ηλικία των 60, ο καρκίνος του μαστού είναι σημαντικότερη αιτία θανάτου παρά οι καρδιοπάθειες. Μετά την ηλικία των 65 ετών, ο κίνδυνος από τις καρδιακές παθήσεις γίνεται μεγαλύτερος σε σύγκριση με τον καρκίνο του μαστού. Έτσι στις ηλικίες άνω των 65 ετών, οι προστατευτικές ιδιότητες της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ, γίνονται περισσότερο εμφανείς.

Συμπερασματικά θα τονίσουμε το γεγονός ότι η μεγάλη αυτή έρευνα δείχνει ότι η κατανάλωση του αλκοόλ αυξάνει ουσιαστικά τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να προβληματίσει ιδιαίτερα λόγω του ότι παρατηρείται μια σημαντική αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ από νεαρές γυναίκες που με τον τρόπο αυτό εκτίθενται περισσότερο.<sup>1</sup>

### **3.1.6 ΝΕΦΡΑ**

Το αλκοόλ μπορεί να μειώσει τη λειτουργία των νεφρών, που είναι να διατηρούν τη σωστή ισορροπία των υγρών και των ηλεκτρολυτών στο σώμα. Έτσι μπορεί να προκληθούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές που οδηγούν σε οξεία σύγχυση. Τέτοιες διαταραχές μπορεί να είναι η υπογλυκαιμία, η υπεργλυκαιμία, η υπονατρίαζαμία, η υπερασβεστιαζαμία, η υπομαγνησαζαμία και η υποφωσφαταιμία.<sup>1</sup>

### **3.1.7 ΑΙΜΑ**

Το αλκοόλ μειώνει τη δυνατότητα του σώματος να παράγει συστατικά του αίματος με αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας, λευκοπενίας, θρομβοπενίας καθώς και μόλυνση του όπου μπορεί να προκληθούν λοιμώδη νοσήματα (ιδίως μηνιγγίτιδα συνήθως από πνευμονιόκοκκο ή μηνιγγιτιδόκοκκο).<sup>1</sup>

### **3.1.8 ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ**

Όσα άτομα αναφέρουν ιστορικό χρόνιας κατανάλωσης οινοπνεύματος παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα επιπλοκών, μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας και μεγαλύτερη θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται τόσο στις άμεσες όσο και στις μακροπρόθεσμες συνέπειες της τοξικής δράσης του οινοπνεύματος. Στις άμεσες συνέπειες περιλαμβάνεται και μια χαρακτηριστική μορφή πνευμονίας, που τη συναντάμε συχνά σε αλκοολικούς. Όταν μάλιστα οι ξένες ουσίες περιέχουν οινόπνευμα, οι πνευμονίες αυτές είναι ιδιαίτερα βαριές. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες συνίστανται κυρίως στην εξασθένηση της άμυνας του οργανισμού στις λοιμώξεις, εξαιτίας ανοσολογικών μεταβολών, όπως είναι η μείωση του αριθμού και της κινητικότητας των λευκών αιμοσφαιρίων.<sup>1</sup>

### **3.1.9 ΜΥΣ**

Το αλκοόλ προκαλεί αδυναμία μυών με αποτέλεσμα την επιρρέπεια στα πεσίματα. Έτσι παρατηρείται αύξηση στην συχνότητα των κακώσεων. Τέτοιες μπορεί να είναι το αιμάτωμα(επισκληρίδιο,

υποσκληρίδιο και ενδοεγκεφαλικό), κακώσεις του νωτιαίου μυελού, η μετατραυματική επιληψία, η νευροπάθειες από πίεση και κακώσεις του βραχιονίου πλέγματος (πάρεση του Σαββατόβραδου), ο μετατραυματικός υδροκέφαλος με συμπτώματα (υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης) καθώς και κακώσεις με μυϊκή σύνθλιψη και σύνδρομα διαμερισμάτων.<sup>1</sup>

### **3.1.10 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ - ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ**

Σύμφωνα με επιδημιολογικές στατιστικές η κατάχρηση αλκοόλ οδηγεί σε αυξημένο αριθμό οδικών δυστυχημάτων και αυτοκτονιών. Σε άτομα που η κατανάλωση αλκοόλ γίνεται εθισμός, τα κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα που προκύπτουν, μπορούν να καταστρέψουν τη ζωή τους.<sup>4</sup>

### **3.1.11 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ**

Ο αλκοολισμός της εγκύου γυναίκας μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο του εμβρυϊκού αλκοολισμού με σοβαρές συνέπειες για το παιδί που συμπεριλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου κατά τη γέννηση, μειωμένες πνευματικές ικανότητες και χαμηλό βάρος γέννησης.

Οι τρεις βασικότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με τα οινοπνευματώδη ποτά είναι τα κακοήθη νεοπλάσματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και η κίρρωση του ήπατος. Από τα αποτελέσματα 150 επιδημιολογικών ερευνών προκύπτει ότι ο σχετικός κίνδυνος θανάτου (από όλα τα αίτια) για όσους πίνουν σε σχέση με αυτούς που δεν πίνουν είναι 1,1 όταν η κατανάλωση κυμαίνεται σε 3-4 ποτά ημερησίως, ενώ αυξάνεται στο 1,4 περίπου, όταν τα ημερήσια ποτά ξεπερνούν τα 6.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το αλκοόλ κατατάσσεται στην τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως.<sup>4</sup>

### **3.1.12 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Το αλκοόλ έχει μια πάρα πολύ μεγάλη κρυμμένη θνησιμότητα, που έχει να κάνει με τροχαία, εργατικά ατυχήματα, πνιγμούς, φωτιές. Στην

Ελλάδα το ποσοστό των τροχαίων με αιτία το ποτό ανέρχεται στο 40% που σημαίνει ότι 1.100 άτομα το χρόνο χάνουν τη ζωή τους στην ασφαλτο λόγω της χρήσης αλκοόλ. Επίσης η υπερβολική χρήση αλκοόλ οδηγεί σε βίαιες επιθέσεις και εγκληματικότητα λόγω της μειωμένης αντίληψης του αλκοολικού.

Ο αλκοολισμός εκτός από τις κοινωνικές προκαλεί και οικογενειακές επιπτώσεις γι' αυτό αποκαλείται συχνά οικογενειακή ασθένεια. Και αυτό λόγω του αντίκτυπου που έχουν τα εξαρτημένα από το αλκοόλ μέλη στους γύρω τους. Οι περισσότερες διαταραχές που προκαλεί η εξάρτηση αφορούν τη συμπεριφορά. Με τον καιρό η οικογενειακή ζωή μπορεί να γίνει δυσβάσταχτη και να μετατραπεί σε καθημερινό μαρτύριο.

Στην ουσία οι οικογένειες με κάποιο διαταραγμένο μέλος λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο. Έχοντας προσαρμοστεί στο πρόβλημα η οικογένεια θα πρέπει να κάνει σημαντικές αναπροσαρμογές για να μπορέσει το αλκοολικό μέλος να αναζητήσει θεραπεία.

Στο ένα άκρο ο αλκοολικός είναι σαν ένοικος μέσα στην οικογένεια. Η οικογένεια τον απομονώνει και τον αποκλείει, περιμένει ελάχιστα από αυτόν και του δίνει ελάχιστα. Στο άλλο άκρο ο αλκοολικός βρίσκεται συνεχώς στο επίκεντρο της οικογένειας. Υπάρχει όμως και η πιθανότητα σε μια οικογένεια στην οποία κάποιος αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού, τα άλλα μέλη της οικογένειας όσο καλές προθέσεις και να έχουν να συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέψουν τη συνέχιση της κατανάλωσης του αλκοόλ. Μπορεί να προστατεύουν το αλκοολικό μέλος να βρίσκουν δικαιολογίες να πιστεύουν στα άλλοθι να συμβάλλουν στη συγκάλυψη. Οι πράξεις του αλκοολικού εκτείνουν αναπόφευκτα το επίπεδο άγχους της οικογένειας.

Ένας όρος που χρησιμοποιείται περισσότερο για να περιγράψει τις επιδράσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια είναι η συν-εξάρτηση. Ο όρος συνεξαρτημένος χρησιμοποιείται για το επηρεαζόμενο άτομο.

Η οικογένεια του αλκοολικού;

«Το πρόβλημα είναι πρώτα της οικογένειας και μετά του ατόμου που κάνει κατάχρηση ή έχει εξάρτηση από το αλκοόλ. Διότι από τη στιγμή που ένας άνθρωπος έχει μια τέτοια σχέση με το αλκοόλ, είναι ανεπαρκής. Δεν μπορεί να παίξει το ρόλο του οικογενειάρχη, του συζύγου, του πατέρα, του μοντέλου πάνω στον οποίο θα στηριχθούν τα παιδιά. Δεν

μπορεί να αντεπεξέλθει στις οικονομικές υποχρεώσεις που δημιουργούνται, πόσο μάλλον να ρυθμίζει τα οικονομικά. Ταυτόχρονα μπαίνει και ο παράγων προσωπικότητα. Τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και βεβαίως οι εξαρτημένοι από αυτό, λειτουργούν καταστροφικά τόσο σε προσωπικό επίπεδο, όσο και σε οικογενειακό και εργασιακό. Ακόμη περισσότερο καταστροφικά για τους γύρω τους λειτουργούν τα άτομα εκείνα που εκφράζονται βίαια αφού πιουν. Το παιδί που μεγαλώνει με πατέρα ή μητέρα καταστροφικό, επιθετικό, βίαιο, που είναι προβληματικός πότης ή εξαρτημένος, εξοικειώνεται με τη χρήση του αλκοόλ. Πολύ συχνά συναντάμε παιδιά τέτοια που μπαίνουν πρόωρα στις εξαρτήσεις. Δεν γνωρίζουμε όμως αν αυτό οφείλεται στην κληρονομικότητα ή το μόντελινγκ και τη συμπεριφορά. Δηλαδή αν οι ψυχολογικές επιπτώσεις διαμορφώνουν ένα τέτοιο πλαίσιο. Επομένως ο γονέας αυτός δεν κάνει απλά κακό, αλλά καταστρέφει την οικογένεια και ειδικότερα τα παιδιά του».<sup>2</sup>

### **3.1.13 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Μία από τις πιο χαρακτηριστικές επιπτώσεις της αυξημένης κατανάλωσης οινοπνεύματος στον άνθρωπο είναι οι διαταραχές που προκαλούνται άμεσα στη συμπεριφορά του και μακροπρόθεσμα στην ψυχική του υγεία. Άτομα που ξεπερνούν τα 10 ποτά την ημέρα -τονίζει ο αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής- εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, καθώς και καταστροφική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, αυξάνεται η επίπτωση των σεξουαλικών προβλημάτων, των διαταραχών της προσωπικότητας, της αμνησίας, της νοητικής έκπτωσης, των παραισθήσεων, του τρόμου.

Συγκεκριμένα μπορεί να εμφανίσουν τοξίκωση από οινόπνευμα, που ονομάζεται και απλή μέθη, και είναι η πρόσφατη πρόσληψη μιας ποσότητας οινοπνεύματος που αρκεί για την πρόκληση οξείας δυσπροσαρμοστικής μεταβολής της συμπεριφοράς.

Η ήπια τοξίκωση μπορεί να προκαλέσει χαλάρωση, φλυαρία, ευφορία ή άρση των αναστολών, η βαριά τοξίκωση συχνά οδηγεί σε περισσότερο δυσπροσαρμοστικές μεταβολές, όπως μεταξύ άλλων: επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, αστάθεια της διάθεσης, έκπτωση της κριτικής ικανότητας και έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας.

Οι πάσχοντες εμφανίζουν τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω: κολλώδη ομιλία, κινητική ασυνέργια, αστάθεια βάδισης, νυσταγμό, μνημονική έκπτωση, εμβροντησία, εξέρυθρο πρόσωπο. Η βαριά τοξίκωση μπορεί να προκαλέσει απόσυρση, ψυχοκινητική επιβράδυνση,

διαλείψεις, και τελικά μείωση των νοητικών λειτουργιών, κώμα και θάνατο. Πιθανές επιπλοκές της τοξίκωσης από οινόπνευμα είναι: τροχαία ατυχήματα, κακώσεις της κεφαλής, κατάγματα πλευρών, εγκληματικές ενέργειες, φόνος και αυτοκτονία. Η αντιστοιχία ανάμεσα στη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα και στις ψυχικές του επιδράσεις παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Συγκέντρωση	Αναμενόμενη επίδραση
20-30 mgr/dl	Επιβράδυνση κινητικών επιδόσεων και μείωση της ικανότητας σκέψης
30-80 mgr/dl	Επιδείνωση των κινητικών και γνωσιακών προβλημάτων
80-200 mgr/dl	Επιδείνωση της ασυνέργιας και της διαταραχής της κρίσης Περαιτέρω γνωσιακή έκπτωση
200-300 mgr/dl	Νυσταγμός, έντονα κολλώδης ομιλία, διαλείψεις
>300 mgr/dl	Διαταραχές ζωτικών σημείων και κίνδυνος θανάτου

Σε άτομα που εμφανίζουν τοξίκωση από οινόπνευμα θα πρέπει να γίνεται πλήρης παθολογική εκτίμηση όπως διερεύνηση για ενδεχόμενο υποσκλειρίδιο αιμάτωμα, συνοδό λοίμωξη ή τοξίκωση από άλλες ουσίες αφού το οινόπνευμα συχνά λαμβάνεται σε συνδυασμό με άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ, όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά. Αυτοί οι συνδυασμοί μπορεί να εμφανίζουν συνέργια στην κατασταλτική επίδραση του ΚΝΣ και είναι δυνητικά θανατηφόροι. Η ορθή εκτίμηση της παρούσας ψυχικής κατάστασης του ασθενούς και η διάγνωση τυχόν συνυπάρχουσας ψυχικής διαταραχής συνήθως προϋποθέτουν την επανεκτίμηση του ασθενούς όταν παρέλθει η τοξίκωση από οινόπνευμα μπορεί να παράγει στην οξεία φάση σχεδόν οποιοδήποτε ψυχιατρικό σύμπτωμα. Η μέτρηση της συγκέντρωσης του οινοπνεύματος στο αίμα έχει κατά κύριο λόγο νομική αξία, σπάνια είναι απαραίτητη στην κλινική εκτίμηση, καθότι ο βαθμός της ανοχής στις επιδράσεις του οινοπνεύματος ποικίλλει μεταξύ των ασθενών.

Παραλλαγή της τοξίκωσης από οινόπνευμα είναι η ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση από οινόπνευμα, της οποίας η εμφάνιση είναι σπάνια και αμφισβητούμενη. Οι ασθενείς εμφανίζουν δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (συχνά επιθετική ή βίαιη) μετά από λήψη μικρής ποσότητας οινοπνεύματος, που δεν θα προκαλούσε τοξίκωση στους περισσότερους ανθρώπους. Η συμπεριφορά του ατόμου θα πρέπει να διαφέρει ουσιαστικά από της συμπεριφορά του όταν δεν έχει πει. Οι ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση από οινόπνευμα.<sup>5</sup>

Η θεραπεία τόσο της τοξίκωσης όσο και της ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση από οινόπνευμα είναι συνήθως μόνο υποστηρικτική. Επίσης μπορεί να χορηγηθούν διάφοροι διατροφικοί παράγοντες (ιδίως θειαμίνη, βιταμίνη B12, φυλλικού οξέως). Τέλος μπορεί να χρειαστεί παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν επιπλοκές (π.χ. επιθετικότητα, κώμα, κάκωση κεφαλής, πτώσεις).

Σε περιόδους τοξίκωσης μπορεί να εμφανιστούν διαλείψεις κατά τις οποίες ο ασθενής εμφανίζει πλήρη προχωρητική αμνησία, ενώ φαίνεται σαν να είναι σε πλήρη εγρήγορση. Ενίοτε μπορούν να διαρκέσουν για αρκετές ημέρες, κατά τις οποίες ο ασθενής εκτελεί σύνθετες δραστηριότητες, όπως μακρινά ταξίδια, για τις οποίες αργότερα δεν διατηρεί καμιά ανάμνηση. Οι ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε διαλείψεις.

Η προκαλούμενη από οινόπνευμα ψυχωτική διαταραχή με ψευδαισθήσεις (στο παρελθόν ήταν γνωστή ως αλκοολική ψευδαισθήτωση) εμφανίζεται ως εναργείς και επίμονες ψευδαισθήσεις (συχνά οπτικές και ακουστικές), χωρίς παραλήρημα, που εμφανίζονται (συνήθως μέσα σε 2 ημέρες) μετά από ελάττωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος από άτομο εξαρτημένο από το οινόπνευμα.

Η διαταραχή μπορεί να επιμείνει και να εξελιχθεί σε μια χρονιότερη μορφή, που είναι κλινικώς παρόμοια με την σχιζοφρένεια. Είναι σπάνια διαταραχή και έχει αναλογία αρρένων- θηλέων 4:1. για να εκδηλωθεί η διαταραχή προϋποθέτει τουλάχιστον δεκαετή εξάρτηση από το οινόπνευμα. Αν ο ασθενής εμφανίζει διέγερση, μπορεί να του χορηγηθούν: βενζοδιαζεπίνες (π.χ. 1-2 mg λοραζεπάμης ή 5-10 mg διαζεπάμης από το στόμα ή ενδομυϊκά) ή χαμηλές δόσεις αντιψυχωσικού υψηλής ισχύος (π.χ. 2-5 mg αλοπεριδόλης από το στόμα ή ενδομυϊκά ανά 4ωρο ή 6ωρο αναλόγως των αναγκών).

Τέλος άλλη μια ψυχιατρική διαταραχή που συνδέεται με την χρήση οινοπνεύματος είναι η στέρηση οινοπνεύματος η οποία αρχίζει αρκετές ώρες μετά την διακοπή ή την ελάττωση παρατεταμένης (τουλάχιστον για κάποιες μέρες) και μεγάλης κατανάλωσης οινοπνεύματος. Θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω εκδηλώσεις: υπερδραστηριότητα του αυτόνομου, τρόμος άκρων χειρών, αϋπνία, ναυτία ή έμετος, παροδικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, άγχος, κρίσεις grand mal, ψυχοκινητική διέγερση. Μπορεί να υπάρχουν διαταραχές της αντίληψης (π.χ. ψευδαισθήσεις) με ακέραιο τον έλεγχο της πραγματικότητας.<sup>5</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4.1 ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**

Σωματική και ψυχική βία μέσα στην οικογένεια, προσωπικά και κοινωνικά αδιέξοδα, προσπάθεια ανταπόκρισης σε πολλαπλούς ρόλους ως εργαζόμενη, σύζυγος και μητέρα, οικονομικά προβλήματα, ανεργία, αποκλεισμοί. Παράγοντες που διαμορφώνουν ευνοϊκό υπόβαθρο για την «φυγή» από την πραγματικότητα μέσω του αλκοόλ.

Ο γυναικείος αλκοολισμός για την Ελληνική κοινωνία τις περασμένες δεκαετίες ήταν σαν να μην υπήρχε, καθώς οι περισσότεροι πίστευαν ότι περιοριζόταν σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Η εικόνα της γυναίκας που πίνει περισσότερο από τα κοινωνικώς αποδεκτά πρότυπα ή που καταναλώνει οινόπνευμα μόνη της στο σπίτι ή στο μπαρ, παρέπεμπε σε γυναίκες μειωμένης ηθικής υπόστασης. Με αποτέλεσμα η αλκοολική γυναίκα να μην έφτανε σχεδόν ποτέ στο σημείο να ζητήσει βοήθεια για να μη στιγματιστεί η ίδια και ο οικογενειακός της περίγυρος.

Σήμερα η κατάσταση είναι περισσότερο ορατή. Τα αποτελέσματα επιδημιολογικών μετρήσεων μας δείχνουν ότι τα τελευταία 20 χρόνια υπάρχει σαφής αύξηση στην κατανάλωση οινοπνεύματος από το γυναικείο πληθυσμό. Από το 8% που ήταν η εκτίμηση για την γυναικεία κατάχρηση αλκοόλ το 1966, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 35% το 2000.

Ταυτόχρονα όμως διαπιστώνεται τάση μείωσης της χρήσης από νεότερη σε μεγαλύτερη ηλικία, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη, ενώ τα περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση του αλκοόλ αναφέρονται από γυναίκες ηλικίας 21 έως 34 ετών (Greenfield, 2002), όπως υποστηρίζει η κλινική ψυχολόγος Βαλέρια Πομίνι σε συνέντευξή της στην εφημερίδα «Ελευθεροτυπία» και προσθέτει ότι σύμφωνα με την επιδημιολογική έρευνα του ΕΠΨΥ το 2004 στο γενικό πληθυσμό, φαίνεται ότι στην Ελλάδα οι γυναίκες πίνουν γενικά λιγότερο και πιο σποραδικά από τους άνδρες, σε αναλογία περίπου 1:3.<sup>7</sup>



### **4.1.1 ΓΙΑΤΙ ΠΙΝΕΙ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ;**

Μια γυναίκα καταφεύγει στο αλκοόλ για διαφόρους λόγους.

#### **Υπερφόρτωση υποχρεώσεων**

Οι πολλαπλοί κοινωνικοί ρόλοι της σύγχρονης ενήλικης γυναίκας, ειδικά όταν είναι εργαζόμενη, σύζυγος και μητέρα, μπορεί να συνδέονται με μια κατάσταση υπερφόρτωσης υποχρεώσεων ή και με σύγκρουση ρόλων, καταστάσεις που μπορούν να την οδηγήσουν στη συχνότερη αναζήτηση χαλάρωσης ή και αποφυγής των προβλημάτων, μέσω της χρήσης οινοπνεύματος.

#### **Μίμηση ρόλων**

Η μειωμένη κοινωνική εξουσία που ακόμα η γυναίκα διαθέτει και η πίεση να προσαρμόζεται σε «ανδρικά» πρότυπα, χωρίς να έχει απαλλαχτεί από τις παραδοσιακές «γυναικείες» υποχρεώσεις. Υψηλότερος βαθμός άγχους συχνά συνδέεται με αυτήν την κατάσταση, όπου η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να αναπτύσσεται στα πλαίσια γρηγορότερης προσπάθειας προσαρμογής και «μίμησης» του ανδρικού ρόλου ή ως «παρηγορητική» συνήθεια που μειώνει την αίσθηση άγχους, ανασφάλειας, ανεπάρκειας, κ.λπ.

#### **Αλκοολικός σύντροφος/βία**

Η κατάχρηση οινοπνεύματος από το σύντροφο/σύζυγο θεωρείται σημαντικότατος παράγοντας κινδύνου αναφορικά με την ανάπτυξη της κατάχρησης οινοπνεύματος στις γυναίκες. Εν τούτοις το να είναι θύματα σωματικής βίας αποτελεί συχνή εμπειρία για τις γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και κυρίως στα πλαίσια της σχέσης με το σύντροφό τους. Το αποτέλεσμα συχνά καταλήγει και πάλι σε μια κατάσταση φαύλου κύκλου. Από τη μία πλευρά όταν η γυναίκα πίνει αυξάνεται ο κίνδυνος να γίνει θύμα σωματικής κακοποίησης, από την άλλη το να έχει υποστεί βία αυξάνει τον κίνδυνο να κάνει η ίδια κατάχρηση αλκοόλ.<sup>7</sup>

## **Κακοποίηση**

Πολλαπλές μελέτες σε εξαρτημένες από το αλκοόλ γυναίκες συμφωνούν στο εύρημα της αυξανόμενης συχνότητας επεισοδίων σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης στη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και κυρίως από άτομα που ανήκουν στο οικογενειακό περιβάλλον. Η κατάχρηση οινοπνεύματος στις γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης παρουσιάζεται συνήθως σε νεότερη ηλικία. Σε αυτές τις περιπτώσεις το αλκοόλ, όπως και άλλες ουσίες, φαίνεται να λειτουργεί ως "φάρμακο" που απαλύνει τις βασανιστικές αναμνήσεις, τον ψυχικό πόνο και το αφόρητο άγχος, που συνήθως συνδέονται με τις τραυματικές αυτές εμπειρίες.<sup>7</sup>

### **4.1.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Η κατάχρηση οινοπνεύματος προκαλεί σημαντικές σωματικές και ψυχικές δυσλειτουργίες τόσο σε άντρες όσο και στις γυναίκες. Ο γυναικείος οργανισμός όμως ανταποκρίνεται τελείως διαφορετικά στο αλκοόλ απ' ότι ο αντρικός. Οι επιπλοκές στις γυναίκες επέρχονται γρηγορότερα και με μικρότερες ποσότητες οινοπνεύματος κι αυτό γιατί η ικανότητα μεταβολισμού του οινοπνεύματος στο γυναικείο οργανισμό είναι σημαντικά μικρότερη απ' ότι στον αντρικό.

Οι ηπατικές διαταραχές και η κίρρωση, η υπέρταση, η αναιμία, οι γαστρορραγίες, το έλκος στομάχου, ο καρκίνος του μαστού είναι μερικές από τις συχνότερες σωματικές παθήσεις που σχετίζονται με τη χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος στις γυναίκες. Σοβαρές επιπτώσεις διαπιστώνονται επίσης στη γονιμότητα και στο σύστημα αναπαραγωγής, όπως διαταραχές της ωορρηξίας, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, καθώς και προβλήματα στειρότητας. Η υπερκατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με την εμφάνιση ενός ευρέος φάσματος διαταραχών στους απογόνους.

Όσον αφορά τα νευρολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα που προκαλούνται από το αλκοόλ, ο Ι.Α. Λιάππας, αναπληρωτής καθηγητής Ψυχιατρικής, στην Ψυχιατρική Κλινική Αιγινήτειου Νοσοκομείου αναφέρει και πάλι στην εφημερίδα «Ελευθεροτυπία»:

Νευρολογικές διαταραχές όπως οι επιληπτικές κρίσεις, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η ατροφία της παρεγκεφαλίδας, η

συνδρομή Wernicke - Korsakoff, η μνημονική συσκότιση (black outs) και η αλκοολική άνοια αποτελούν συχνές επιπλοκές της κατάχρησης οινοπνεύματος.

Είναι γνωστό ότι ποσοστό 40-70% των αλκοολικών εμφανίζουν παράλληλα συμπτώματα και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Επίσης, ένα υψηλό ποσοστό εξ αυτών αναφέρει συμπτωματολογία η οποία εντάσσεται στα πλαίσια διαταραχής προσωπικότητας ή κάνει παράλληλη χρήση και άλλων εθιστικών ουσιών όπως για παράδειγμα της κοκαΐνης.

Οι συχνότερες ψυχιατρικές καταστάσεις που παρατηρούνται στους αλκοολικούς ασθενείς είναι οι αγχώδεις και καταθλιπτικού τύπου διαταραχές. Καταθλιπτικά συμπτώματα αναφέρονται σε ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών, επεισόδιο όμως μείζονος κατάθλιψης καταγράφεται σχεδόν στο 20% εξ αυτών. Οι αγχώδεις διαταραχές που συχνότερα συνυπάρχουν στα άτομα με κατάχρηση οινοπνεύματος είναι οι κρίσεις πανικού, οι φοβίες διαφόρων τύπων και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

Ένα ποσοστό έως και 5% των χρόνιων αλκοολικών μπορεί να εμφανίσει ψυχωσικού τύπου επεισόδια. Η αυξημένη συννοσηρότητα ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές και τον αλκοολισμό επιβαρύνει την πρόγνωση της εξάρτησης από το οινόπνευμα και απαιτεί ιδιαίτερους θεραπευτικούς χειρισμούς.<sup>7</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **5. ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

#### **ΟΡΙΣΜΟΣ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Κίρρωση είναι η χρόνια διάχυτη διεργασία που χαρακτηρίζεται από ίνωση, σχηματισμό όζων και διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος. Η λέξη εμφανίστηκε ως Ελληνογενής ξένος όρος από την λέξη «κίρρος» που σημαίνει κιτρινωπός. Η κίρρωση είναι διεργασία που αφορά ολόκληρο το ηπατικό παρέγχυμα. Επομένως εστιακές βλάβες όπως η εστιακή οζώδης υπερπλασία, ακόμα και όταν συνοδεύονται από ίνωση, δεν πρέπει να ονομάζονται κίρρωση. Επίσης η παρουσία ίνωσης δεν είναι συνώνυμη της κίρρωσης όπως στην συγγενή

ηπατική ίνωση, όπου η παρουσία της ίνωσης δεν συνοδεύονται από διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ηπατικού λόβιου και για αυτό δεν πρέπει να αποκαλείται κίρρωση.

Η κίρρωση συνιστά ανατομολογική διάγνωση και αποτελεί την κατάληξη πολλών χρόνιων ηπατικών νόσων. Η ηπατοκυτταρική νέκρωση και φλεγμονή είναι το αρχικό στάδιο της κίρρωτικής διεργασίας, που ακολουθείται από ανάπτυξη συνδετικού ιστού, εξελίσσεται με σχηματισμό ινωδών διαφραγματιών και έντονη αναγεννητική δραστηριότητα των κυττάρων που οδηγεί στο σχηματισμό όζων. Η διαδικασία της ίνωσης περνά από τα αρχικά στάδια, όπου οι αλλοιώσεις είναι αναστρέψιμες, σε ένα τελικό στάδιο όπου η εικόνα της κίρρωσης έχει πλέον εγκατασταθεί πλήρως και η κατάσταση θεωρείται μη αναστρέψιμη. Κατά το χρόνο διάγνωσης της κίρρωσης, η νεκροφλεγμονώδης εξεργασία μπορεί να έχει υποχωρήσει και έτσι δεν περιλαμβάνεται στον ορισμό.

Η κίρρωση ταξινομείται μορφολογικά σε μικρό-μεγαλοοζώδη και σε μεικτό τύπο ανάλογα με την διάμετρο των όζων. Στο μικροοζώδη τύπο διάμετρος των όζων είναι μικρότερη των 3εκ. στο μεγαλοοζώδη τύπο είναι μεγαλύτερη των 3εκ, ενώ στο μεικτό τύπο ανευρίσκονται και τα δύο μεγέθη όζων.

Η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα και ο αλκοολισμός αποτελούν τα συχνότερα αίτια κίρρωσης παγκοσμίως. Στη λεκάνη της Μεσογείου η χρόνια ηπατίτιδα από τους ιούς Β και C συνιστά το συχνότερο αίτιο, ενώ στην Ευρώπη και ΗΠΑ ο αλκοολισμός κατέχει την πρωτεύουσα θέση. Τα περισσότερα από τα άλλα αίτια είναι σπάνια. Στην κρυψιγενή κίρρωση δεν ανευρίσκεται αιτία και δεν πρέπει να θεωρείται ως ενιαία οντότητα μια και αρκετοί παράγοντες αποτελούν δυνητικά την αιτιολογία της.

Η ακριβής συχνότητα της νόσου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, διότι η κίρρωση συχνά έχει υποκλινική, σιωπηρή πορεία και οι κλινικές εκδηλώσεις εμφανίζονται όταν οι βλάβες είναι ιδιαίτερα εκσεσημασμένες. Στο 1/3 των περιπτώσεων περίπου η κίρρωση αποτελεί νεκροτομικό εύρημα, ενώ άγνωστο παραμένει το ποσοστό των αδιάγνωστων περιπτώσεων. Κίρρωση ανευρίσκεται στο 5% περίπου των νεκροτομών, ενώ παρατηρείται σημαντική αύξηση ποσοστού στις Δυτικές χώρες αποδίδεται στον αλκοολισμό. Η συχνότητα της διαφέρει από χώρα σε χώρα, ενώ μπορεί να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή της ίδιας χώρας.<sup>1</sup>

## **5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η **κίρρωση** ακολουθεί αργή σιωπηρή πορεία και ο ασθενής μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικός. Η παραμονή του αιτίου και η εξέλιξη της νόσου έχουν **δύο σοβαρές συνέπειες** :

1. την ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια
2. την πυλαία υπέρταση

που θα εκδηλωθούν με :

- άνοδο των τιμών της χολερυθρίνης
- με αιμορραγική διάθεση
- ασκίτη
- εγκεφαλοπάθεια
- αιμορραγία από γαστροοισοφαγικούς κισσούς
- Συμφορητική γαστροπάθεια<sup>1</sup>

### **Αντιρροπούμενη κίρρωση**

Η κίρρωση θεωρείται αντιρροπούμενη όταν δεν παρατηρείται ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια. Ο ασθενής με αντιρροπούμενη κίρρωση μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικός και η διάγνωση γίνεται επ'ευκαιρία κάποιου τυχαίου αιματολογικού ή βιοχημικού ελέγχου, αιμοδοσίας ή χειρουργικής επέμβασης . Σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να προσέλθει στον γιατρό λόγω μη ειδικών ενοχλημάτων όπως καταβολή , ανορεξία ή πυρετό.

### **Μη αντιρροπούμενη κίρρωση**

Η εμφάνιση των σοβαρών επιπλοκών της κίρρωσης , δηλαδή ικτέρου , ασκίτη , εγκεφαλοπάθειας και κισσορραγίας ορίζει την μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

- **Ο ίκτερος** οφείλεται στην ανεπάρκεια του ηπατοκυττάρου να απεκκρίνει την χολερυθρίνη . Είναι συνήθως ήπιος , εκτός αν η

κίρρωση προέρχεται από βλάβη του χοληφόρου δένδρου (χολική κίρρωση) ή συνυπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις (νεόπλασμα , ιογενής ηπατίτιδα κ.τ.λ. ).

- **Ο ασκίτης** συνήθως εισβάλλει προοδευτικά , μπορεί να συνοδεύεται από οιδήματα των κάτω άκρων και στο 10% περίπου των περιπτώσεων από πλευριτική συλλογή. Διαγνωστική παρακέντηση πρέπει να εκτελείται σε κάθε κίρρωτικό ασθενή με πρωτοεμφανιζόμενο ασκίτη .
- **Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ).** Ως ΑΒΠ ορίζεται η λοίμωξη του ασκίτικού υγρού χωρίς παρουσία προϋπάρχουσας λοίμωξης της περιτοναϊκής κοιλότητας ή άλλης φλεγμονώδους εστίας . Οφείλεται συνήθως σε αιματογενή διασπορά των μικροβίων του εντερικού αυλού. Η συμπτωματολογία της ΑΒΠ απέχει από την θορυβώδη της περιτονίτιδας είτε απουσιάζει στο 1/3 των περιπτώσεων, είτε εμφανίζεται με επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας με συνοδό ήπιο κοιλιακό άλγος και πυρετό.
- **Το ηπατονεφρικό σύνδρομο** ορίζεται ως η προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας χωρίς μαρτυρία άλλων γνωστών στοιχείων νεφρικής ανεπάρκειας. Η κλινική ανεπάρκεια συνοψίζεται : σε κίρρωτικό ασθενή με ανθεκτικό στην αγωγή ασκίτη , ίκτερο , πιθανόν και εγκεφαλοπάθεια , που εμφανίζει oligουρία. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς καταλήγουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- **Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια** συνιστά σύνθετο νευρολογικό και ψυχιατρικό σύνδρομο που οφείλεται αφενός στην ανεπάρκεια του ηπατοκυττάρου να αδρανοποιήσει ουσίες που έχουν τοξική δράση στο Κ.Ν.Σ και αφετέρου στην ύπαρξη πυλαιοσυστηματικών αναστομών που επιτρέπουν την κατευθείαν είσοδο των παραπάνω ουσιών στην συστηματική κυκλοφορία , παρακάμπτοντας το ήπαρ . Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει απάθεια , διαταραχές συμπεριφοράς , δυσκολία στην συγκέντρωση , ανικανότητα αντιγραφής σχημάτων , υπνηλία, ενώ ο πτερυγοειδής τρόμος είναι το χαρακτηριστικό εύρημα στην αντικειμενική εξέταση . Βαθμιαία ο ασθενής μπορεί να μεταπέσει σε λήθαργο και κόμα .
- **Οι γαστροοισοφαγικοί κίρσοι** αναπτύσσονται καθώς η αιματική ροή του συστήματος της πυλαίας φλέβας , λόγω αυξημένων πιέσεων , ακολουθεί την οδό των μειωμένων αντιστάσεων και παρακάμπτει το ήπαρ δημιουργώντας πυλαιοσυστηματικές αναστομές . Το μέγεθος των κίρσων , η

παρουσία ερυθρών κηλίδων στην επιφάνεια τους και η βαρύτητα της ηπατικής δυσλειτουργίας αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο της κίρρωσης . Αιμορραγία εκδηλώνεται επίσης όταν η διαφορά πίεσης ενσφήνωσης – ελεύθερης πίεσης ηπατικών φλεβών είναι μεγαλύτερη των 12mmHg.<sup>1</sup>

### **5.1.2 ΆΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

#### **i. Θρέψη – γενική κατάσταση**

Η μειωμένη δράση και η κακή γενικά κατάσταση αποτελούν τα συνηθέστερα κλινικά ευρήματα . Ο κίρρωτικός παραπονείται για απώλεια δυνάμεων , καταβολή και ανορεξία . Η μυϊκή μάζα μειώνεται και έχουν παρατηρηθεί διαταραχές μεταβολισμού των υδατανθράκων και του λίπους .

#### **ii. Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό.**

Η χολολιθίαση και το πεπτικό έλκος απαντώνται συχνότερα στην κίρρωση. Η κίρρωση αποτελεί έναν από τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος , ιδίως εάν οφείλεται σε λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β, C και αιμοχρωμάτωση.

#### **iii. Εκδηλώσεις από το ενδοκρινικό**

Ο σακχαρώδης διαβήτης και ο υπογοναδισμός αποτελούν συνήθεις διαταραχές στην κίρρωση . Οφείλονται κατά κύριο λόγο στην μειωμένη αποδομή των ορμονών από το ήπαρ και στην παράκαμψη τους από το ήπαρ λόγω της παραπλεύρου κυκλοφορίας .

**iv. Εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό – αναπνευστικό.**

Το 30-60% των κίρρωτικών εμφανίζει μείωση περιφερικών αντιστάσεων και αύξηση της καρδιακής παροχής . Ταχυκαρδία , υπόταση , ζεστά άκρα και συστολικό φύσημα συνιστούν τα συχνότερα συμπτώματα και σημεία. Η μη αντιρροπούμενη κίρρωση συνοδεύεται στο 50% των περιπτώσεων από μείωση της μερικής πίεσης του διαλυμένου οξυγόνου στο αίμα , φαινόμενο που οφείλεται σε ενδοπνευμονικές αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις και διαταραχή της σχέσης αερισμού / αιμάτωσης . Επίσης παρατηρείται απώλεια του τόνου των πνευμονικών αγγείων και ελαττωμένη ανταπόκριση στην υποξία. Ηπατο-πνευμονικό είναι το σύνδρομο με τις ανωτέρω λειτουργικές διαταραχές

**v. Εκδηλώσεις από το δέρμα**

Τα αραχνοειδή αγγειώματα, οι ηπατικές παλάμες και τα λευκά νύχια αποτελούν συνήθη κλινικά σημεία του κίρρωτικού και η παρουσία τους βοηθά σημαντικά στην διαγνωστική προσέγγιση.

**vi. Λοιμώξεις – Πυρετός**

Η ηπατική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από σημαντική δυσλειτουργία του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος , οπότε οι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις κυρίως από μικρόβια που προέρχονται από τον εντερικό σωλήνα. Ο πυρετός είναι συχνό εύρημα στη μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Μπορεί να οφείλεται σε λοίμωξη όμως να είναι άμεσο αποτέλεσμα της κίρρωτικής εξεργασίας .<sup>1</sup>



### **5.1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Αναιμία , λευκοπενία και θρομβοπενία είναι συνήθη ευρήματα στη γενική εξέταση του δέρματος και είναι ενδεικτικά υπερσπληνισμού . Η αναιμία μπορεί να είναι νορμοκυτταρική ή μακροκυτταρική , κυρίως ε αλκοολικούς . Όταν υπεισέρχεται και ο παράγοντας αιμορραγία από το πεπτικό η αναιμία γίνεται υπόχρωμη . Ο χρόνος προθρομβίνης και η λευκωματίνη του ορού συνιστούν δείκτες αξιολόγησης της ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας . Η χολερυθρίνη μπορεί να κυμαίνεται εντός φυσιολογικών ορίων ή να παρουσιάζει ελαφρώς υψηλές τιμές . Η οξαλοξική αμινοτρανσφεράση είναι κατά κανόνα περισσότερο επηρεασμένη από την πυροσταφυλική αργινική. Η αλκαλική φωσφατάση είναι διπλάσια του φυσιολογικού στα 2/3 των ασθενών και η γ-γλουταμινο τρανσφεράση (γ-Gt) αποτελεί ίσως τον πιο ευαίσθητο δείκτη ηπατικής δυσπραγίας . Αύξηση της IgM παρατηρείται στην πρωτοπαθή χολική κίρρωση , της IgG στην αυτοάνοση και της IgA συνήθως στην αλκοολική κίρρωση. Τέλος σε βαριά ηπατική ανεπάρκεια παρατηρούνται αύξηση της αμμωνίας και χαμηλές τιμές ουρίας αίματος λόγω δυσλειτουργίας της μεταβολικής οδού που μετατρέπει την ουρία σε αμμωνία.<sup>1</sup>

### **5.1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Ο έλεγχος συμπληρώνεται με τον απεικονιστικό έλεγχο της περιοχής της άνω κοιλίας . Το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία βοηθούν στον ακριβέστερο καθορισμό του μεγέθους του ήπατος και του σπληνός. Ιδιαίτερα χρήσιμη εξέταση αποτελεί η ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού με την οποία θα διαπιστωθεί η ύπαρξη και το μέγεθος γαστροοισοφαγικών κισσών . Επειδή η κίρρωση αποτελεί παθολογοανατομικό όρο , η διάγνωση της αντιρροπούμενης μορφής απαιτεί βιοψία ήπατος και ιστολογική μελέτη.<sup>1</sup>

### **5.1.5 ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Η κίρρωση αποτελεί προοδευτικά εξελισσόμενη κατάσταση ποικίλης αιτιολογίας , που συνήθως διακρίνεται από ένα αρχικό ασυμπτωματικό ή με ήπιες κλινικές εκδηλώσεις στάδιο , το οποίο ακολουθείται από το στάδιο εμφάνισης των σοβαρών συνεπειών της νόσου . Η νόσος άλλοτε ακολουθεί αργή πορεία , άλλοτε παραμένει στάσιμη για μεγάλα διαστήματα και άλλοτε εμφανίζει ταχεία εξέλιξη . Η πρόγνωση της νόσου καθορίζεται από μία πληθώρα παραγόντων όπως η αιτιολογία , επιδημιολογικά χαρακτηριστικά , κλινικοί και εργαστηριακοί παράμετροι και τέλος από την δυνατότητα αποτελεσματικής αιτιολογικής θεραπείας και αντιμετώπισης των επιπλοκών .Αποτελεί ωστόσο γενικό κανόνα το γεγονός ότι η ανάπτυξη κάποιας από τις επιπλοκές της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης ακολουθείται από δυσμενή πρόγνωση . Έτσι η επιβίωση 2 έτη μετά την εμφάνιση του ασκίτη δεν υπερβαίνει το 50% , ενώ οι ασθενείς με ηπατονεφρικό σύνδρομο συνήθως καταλήγουν μετά από λίγες εβδομάδες ή μήνες . Από τους ασθενείς με ασκίτη που θα αναπτύξουν ΑΒΠ μόνο το 20% θα ξεπεράσει την διαιτία. Η θνησιμότητα του πρώτου επεισοδίου κίρρωσης ανέρχεται στο 30-50% περίπου. Υπολογίζεται ότι κάθε έτος το 10% περίπου των ασθενών με αντιρροπούμενη νόσο μεταπίπτει σε μη αντιρροπούμενη και ότι η βετής επιβίωση κατέρχεται από το 54% στο 21% αντιστοίχως .

Η καθιέρωση τα τελευταία χρόνια της μεταμόσχευσης του ήπατος ως της ριζικής θεραπευτικής προσέγγισης ασθενών με κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια επιβάλλει τον όσο το δυνατόν ακριβέστερο προσδιορισμό του προσδόκιμου της επιβίωσης κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

Από τα προταθέντα σχήματα η ταξινόμηση κατά Child-Pugh αποτελεί σήμερα το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο σύστημα για τον καθορισμό της βαρύτητας της νόσου ανεξαρτήτως αιτιολογίας . Το σύστημα στηρίζεται σε πέντε παραμέτρους , χρησιμοποιεί κλίμακα βαθμολόγησης για την ποσοτική εκτίμηση της βαρύτητας , από το 1 έως το 3 , με το 3 να εκφράζει την σοβαρότερη βλάβη και διακρίνει τους κίρρωτικούς σε τρεις κατηγορίες .

Όταν η κίρρωση οφείλεται σε νόσο των χοληφόρων οι τιμές της κλίμακας για την χολερυθρίνη πρέπει να τροποποιούνται και η αξιολόγηση να διαφοροποιείται . Όλες οι σοβαρές συνέπειες της κίρρωσης όπως και η επιβίωση είναι στενά συνδεδεμένες με την κλίμακα του Child-Pugh.

Η βετής θνητότητα υπολογίζεται στο 17% για τους ασθενείς Α κατά Child-Pugh και φτάνει στο 80% για εκείνους του σταδίου C. Πρόσφατες μελέτες με μεγάλο αριθμό ασθενών στις οποίες

χρησιμοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης έχουν αναδείξει πληθώρα παραγόντων που επηρεάζουν με ανεξάρτητο τρόπο ο καθένας την επιβίωση .

Η παράταση του χρόνου προθρομβίνης , ο ασκίτης , η ηλικία , η ποσότητα ημερήσιας κατανάλωσης οιοπνεύματος , η εγκεφαλοπάθεια , τα επίπεδα λευκωματινών ορού , η κίρσορραγία , το μέγεθος των κίρσων, η πίεση στην πυλαία φλέβα και η θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες που σχετίζονται με την επιβίωση .<sup>1</sup>

## **ΜΕΡΟΣ Β΄**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

- **ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ**

Η αντιμετώπιση ενός κίρρωτικού ασθενούς στην λήψη γενικών μέτρων , στην καταπολέμηση του αιτίου και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών . Στα γενικά μέτρα περιλαμβάνεται η πλήρης αποχή από το οινόπνευμα.

Όλες οι εν ψυχρώ , μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση θα πρέπει να αποφεύγονται , διότι εμφανίζουν υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα που σχετίζεται με τον βαθμό της ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας .

Η χορήγηση της λαμβιβουτίνης δημιουργεί καλύτερες συνθήκες για την μεταμόσχευση ασθενών με τελικού σταδίου νόσο οφειλόμενης σε χρόνια λοίμωξη από τον ιό Β. Επίσης η ιντερφερόνη επιμηκύνει την επιβίωση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β που ανταποκρίνονται στην θεραπεία. Τέλος η χορήγηση ιντερφερόνης φαίνεται να μειώνει το κίνδυνο ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε ασθενείς με κίρρωση από τον ιό C.

Ο στόχος της αντιμετώπισης του ασκίτη είναι η δημιουργία αρνητικού ισοζυγίου άλατος. Έτσι ο διαιτητικός περιορισμός του άλατος και η χορήγηση διουρητικών αποτελούν την θεραπεία εκλογής .

Η αφαίρεση μεγάλων ποσοτήτων ασκίτικου υγρού (>5 λίτρα ) συνιστά ιδιαίτερα αποτελεσματική , γρήγορη και ασφαλή μέθοδο για την αντιμετώπιση των ασθενών με ανθεκτικό ασκίτη αλλά και ασκίτη υπό τάση.

Η κεφοταξίμη και η σιπροφλοξασίνη για πέντε μέρες αποτελεί το φάρμακο της πρώτης γραμμής για την ΑΒΠ.

Η αντιμετώπιση της εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνει δίαιτα , φάρμακα και αποφυγή των εκλυτικών παραγόντων . Ο σκοπός της δίαιτας και των φαρμάκων είναι η μείωση του φορτίου των αζωτούχων ουσιών από το έντερο . Ο περιορισμός της ποσότητας του ημερησίου λευκώματος σε λιγότερο από 40 γραμμάρια φαίνεται να βοηθά την ήπια μορφή της εγκεφαλοπάθειας ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις προτείνεται πλήρης στέρηση του λευκώματος . Τον ακρογωνιαίο λίθο της φαρμακευτικής αγωγής αποτελούν η λακτουλόζη και η λακτιλόλη σε δόσεις που επιτυγχάνουν 2-3 μαλακές κενώσεις την ημέρα.

Η αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας περιλαμβάνει υποστηρικτικά μέτρα όπως η χορήγηση υγρών , μεταγγίσεις , προστασία των αεροφόρων οδών , χορήγηση αγγειοδραστικών φαρμάκων , ενδοσκοπική σκληροθεραπεία ή απολίνωση , σωλήνα επιπωματισμού , TIPS και επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις .

Σήμερα η μεταμόσχευση του ήπατος αποτελεί την μοναδική θεραπεία που λύνει οριστικά το πρόβλημα των απειλητικών για την ζωή επιπλοκών της ηπατικής κίρρωσεως .<sup>1</sup>

## • ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Συχνά απαραίτητες και ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Η οικογενειακή θεραπεία θα πρέπει να εστιάζεται στις συνέπειες που έχει η χρήση του οινοπνεύματος στα άλλα μέλη της οικογένειας . Οι ασθενείς θα πρέπει να πιεστούν να αποκηρύξουν το <<δικαίωμα τους στο ποτό>> και να αναγνωρίσουν τις καταστροφικές συνέπειες της εξάρτησης τους στην οικογένειά τους .<sup>5</sup>

## **Μετά την ανάρρωση**

Οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν στους αναρρώσαντες αλκοολικούς να τηρήσουν ισόβια αποχή από το οινόπνευμα και τους αποτρέπουν από τις προσπάθειες να μάθουν να πίνουν κανονικά .<sup>5</sup>

## 1.2ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού ξεκινά με την οργανική αποτοξίνωση σε κάποιο κέντρο ή κλινική την ίδια ώρα που παρέχονται ψυχοφάρμακα υποστήριξης των οργανικών και ψυχικών συστημάτων. Δυστυχώς μόνη η αποτοξίνωση ΔΕΝ δίνει σχεδόν κανένα μακρόχρονα αξιόλογο αποτέλεσμα όσο και αν σε βραχύχρονη θεώρηση το άτομο φαίνεται να ανακτά τις δυνάμεις του και να λειτουργεί.

Πιο αποτελεσματική είναι η μικτή θεραπευτική αγωγή δηλαδή οργανική αποτοξίνωση\_(με παροχή συγγενών ψυχοφαρμάκων) με αναλυτικο-υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Παράλληλα ενημερώνεται το οικογενειακό περιβάλλον ώστε να εξαλειφθούν τα παθογενή στοιχεία στην οικογένεια με εφαρμογή "οικογενειακής θεραπείας".

Ο οίνος πράγματι «...ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου...», μειώνοντας στρες και άγχος (...ένα ποτηράκι για να πάνε κάτω τα...φαρμάκια!..) Προσοχή, όμως. Οι Ιάπωνες με μια παροιμιακή έκφραση που την σερβίρουν μισό -αστεία, μισοσοβαρά μαζί με το ποτήρι του εθνικού τους ποτού, του "σάκι". λένε ..."πρώτα το άτομο παίρνει ένα ποτό, μετά το ποτό παίρνει ένα ποτό και τελικά αν δεν προσέξουμε το ποτό παίρνει το...άτομο"

Η ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία της εξάρτησης από τον αλκοολισμό έχει στόχο, πέρα από την αποχή, τη νοηματοδότηση και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου.

Όταν το άτομο βρίσκεται στη φάση της επιβλαβούς χρήσης, αρχίζει να παρουσιάζει ελαφρά σωματικά και ψυχικά προβλήματα. Στη φάση της κατάχρησης, οι επιπτώσεις στην υγεία του είναι εντονότερες. Εμφανίζει στερητικό σύνδρομο, αποσύρεται από επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, παρουσιάζει προβλήματα στις οικογενειακές του σχέσεις και έχει προσπαθήσει ανεπιτυχώς να ελέγξει τη χρήση. Στη φάση της αλκοολικής εξάρτησης, η δυσλειτουργία του ατόμου επιδεινώνεται περαιτέρω τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.

Ορισμένοι, υποτιμώντας την ψυχολογική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ, πιστεύουν ότι η σωματική αποτοξίνωση σε κάποια κλινική θα λύσει το πρόβλημα. Η διακοπή της χρήσης οινοπνεύματος είναι ένα πολύ ουσιαστικό βήμα, αλλά για να μπορέσει το άτομο να

σταθεροποιήσει την αποχή απαιτείται και η ψυχική του απεξάρτηση σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο. Η ατομική ψυχοθεραπεία, οι ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών, οι οικογενειακές συνεδρίες και άλλες τεχνικές τον βοηθούν στο να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτογνωσία και αυτοεκτίμηση και τον εκπαιδεύουν να διαχειρίζεται με λειτουργικό τρόπο τα προβλήματα που παρουσιάζονται.

Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου παίζει και η οικογένειά του. Καλό θα είναι, το άτομο να κατανοήσει το οικογενειακό του σύστημα και τους παράγοντες που συνέβαλαν στην εξαρτητική συμπεριφορά του, και να προσπαθήσει να αναπτύξει λειτουργικές σχέσεις με την οικογένειά του. Στις περιπτώσεις που το άτομο αρνείται να αναζητήσει θεραπεία, η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας είναι αναγκαία προκειμένου να συνεχίσει να είναι λειτουργική και να μη διαλυθεί.<sup>2</sup>

## 1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο σκοπός της θεραπείας είναι μακροχρόνια πλήρης αποχή. Οι υποτροπές είναι συχνές. Αρχικά απαιτείται αποτοξίνωση, με νοσηλεία αν αυτό είναι απαραίτητο, και αντιμετώπιση τυχόν στερητικών συμπτωμάτων. Τυχόν συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αντιμετωπισθούν όταν ο ασθενής αποτοξινωθεί.<sup>5</sup>

- **Εναισθησία** : Κρίσιμης σημασίας, αλλά συχνά δύσκολο να επιτευχθεί. Ο ασθενής θα πρέπει να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα με το ποτό. Κάποιες φορές ο ασθενής εμφανίζει έντονη άρνηση, που θα πρέπει να ξεπεραστεί για να μπορέσει να συνεργαστεί στην αναζήτηση της θεραπείας. Αυτό συχνά απαιτεί την συνεργασία της οικογένειας, των φίλων, του εργοδότη και άλλων. Μπορεί να χρειαστεί να τονιστεί στον ασθενή ότι, αν συνεχίσει και πίνει, κινδυνεύει να χάσει την δουλειά του, την οικογένεια του και την υγεία του. Έχει χρησιμοποιηθεί η ατομική ψυχοθεραπεία, εντούτοις, ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι αφενός αποτελεσματικότερη και αφετέρου καλύτερα αποδεκτή από

πολλούς ασθενείς , που βλέπουν την εξάρτηση από το οινόπνευμα περισσότερο ως κοινωνικό παρά ως προσωπικό πρόβλημα .<sup>5</sup>

- **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1. **Δισουλφιράμη (Antabuse) :** Εάν ο ασθενής επιθυμεί η αποχή του από το οινόπνευμα να ενισχύεται και από επιπλέον δέσμευση , πέραν της δικής τους θέλησης , μπορεί να λαμβάνει δισουλφιράμη σε ημερήσια δόση 25 με 500 mg. Η συνήθης δόση είναι 250 mg ημερησίως. Οι ασθενείς που λαμβάνουν δισουλφιράμη βιώνουν μια εξαιρετικά δυσάρεστη αντίδραση αν λάβουν ακόμα και μικρή ποσότητα οινοπνεύματος. Αυτή η αντίδραση, που προκαλείται από προκαλείται από συσσώρευση ακεταλδεϋδης λόγω αναστολής της αλδεϋδικής αφυδρογονάσης, περιλαμβάνει: εξάψεις , κεφαλαλγία, αίσθημα παλμών στην κεφαλή και τον τράχηλο, δύσπνοια, ταχυκαρδία, υπόταση, άγχος, αδυναμία και σύγχυση. Επιπλοκές απειλητικές για καρδιοπάθεια, εγκεφαλική θρόμβωση, διαβήτη και διάφορες άλλες παθήσεις δεν μπορούν να λάβουν δισουλφιράμη διότι υπάρχει κίνδυνος θανατηφόρας αντίδρασης. Η δισουλφιράμη είναι χρήσιμη μόνο παροδικά, συμβάλλοντας στην εγκαθίδρυση μακροπρόσθεμης αποχής και στην αλλαγή της μακροχρόνιας συνήθειας του ασθενούς να ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες του με την βοήθεια του οινοπνεύματος.

2. **Ναλτρεξόνη:** Αυτή η ουσία αμβλύνει την βασανιστική επιθυμία για λήψη οινοπνεύματος, πιθανότατα εμποδίζει την απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών. Με αυτόν τον τρόπο βοηθά τον ασθενή να επιτύχει την αποχή από το οινόπνευμα, προλαμβάνοντας τις υποτροπές και μειώνοντας την κατανάλωση οινοπνεύματος. Για τους περισσότερους ασθενείς συνιστάται δόση 50mg μία φορά την ημέρα.

**Άλλες ουσίες:** Η ακαμπροζάτη, σε δόση 2000mg ημερησίως και στα πλαίσια ενός ευρύτερου θεραπευτικού προγράμματος φαίνεται να αυξάνει τα ποσοστά επίτευξης αποχής. Μπορεί να επιδρά στα συστήματα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος. Η βουσπιρόνη μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2.1 ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ (Α.Α.)**

Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα της οργάνωσης "Ανώνυμοι Αλκοολικοί" που ξεκίνησε το 1934, σήμερα έχει εκατοντάδες τοπικά και εθνικά παραρτήματα σε δεκάδες χώρες και στηρίζεται στη αρχή της βοήθειας του αλκοολικού από άλλους άνδρες και γυναίκες που είχαν το ίδιο πρόβλημα και το ξεπέρασαν με επιτυχία. Η οργάνωση "ανώνυμοι αλκοολικοί" θεωρεί το πρόβλημα σαν προσωπική ασθένεια και κοινωνική παθολογία.

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί είναι μία αδελφότητα ανδρών και γυναικών που μοιράζονται την πείρα, την ελπίδα για να μπορέσουν να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν άλλους να αναρρώσουν από το αλκοολισμό.

Μοναδική προϋπόθεση, για να γίνει κανένας μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει. Η συμμετοχή στο Α. Α. δεν χρειάζεται ούτε συνδρομή ούτε δίδακτρα.

Η αδελφότητα Α. Α. δεν συνδέεται με καμιά Αίρεση, Δόγμα, Πολιτική Οργάνωση, Οργανισμό ή Ίδρυμα, έτσι δεν παίρνει μέρος σε οποιαδήποτε διαφωνία όπως και δεν αποφασίζει ή δεν αντιτίθεται σε οποιονδήποτε σκοπό..

Ο τίτλος « Ανώνυμοι Αλκοολικοί Α. Α. » στηρίζεται στον απόλυτο σεβασμό της ανωνυμίας, ενώ παράλληλα αποδεικνύει ότι ο κοινός σκοπός προηγείται των ονομάτων.



. Ανώνυμοι Αλκοολικοί: Διεθνής οργάνωση που έχει σκοπό τη θεραπεία των αλκοολικών. Ιδρύθηκε το 1935 και από τότε, λειτουργώντας με βάση πάντα τις ίδιες θεραπευτικές αρχές (τα διάσημα "12 βήματα"), φιλοξένησε αμέτρητα μέλη. Λειτουργεί υπό τη μορφή τοπικών θεραπευτικών ομάδων.<sup>10</sup>

### **▼ ΤΙ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ Α.Α.**

1. Τα μέλη των Α.Α. μοιράζονται την πείρα, την δύναμη και την ελπίδα τους με όσους έρχονται σε επαφή μαζί τους για το πρόβλημα τους με το αλκοόλ. Αλληλοϋποστηρίζονται και προσφέρουν ο ένας στον άλλο χωρίς να κρίνουν την προέλευση του καθενός.<sup>10</sup>
2. Τα μέλη διατηρούν την ανωνυμία τους και το πρόγραμμα αναπτύσσεται μεταξύ τους, στις συγκεντρώσεις των Α.Α.<sup>10</sup>

### **ΤΙ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ Α.Α.**

1. Δεν προπαγανδίζουν το πρόγραμμα τους, αλλά προσφέρουν βοήθεια σε όποιον τη ζητήσει εθελοντικά.
2. Δεν επιδιώκουν να κάνουν μέλη.
3. Δεν αναλαμβάνουν και δεν χρηματοδοτούν έρευνες.
4. Δεν παίρνουν μέρος σε συμβούλια κοινωνικών υπηρεσιών.
5. Δεν παρακολουθούν ή προσπαθούν να ελέγξουν τα μέλη τους.
6. Δεν κάνουν ιατρικές ή ψυχολογικές διαγνώσεις και προβλέψεις.
7. Δεν παρέχουν κέντρα αποτοξίνωσης ή υπηρεσίες νοσηλείας, νοσοκομεία, φάρμακα, ή οποιαδήποτε ιατρική και ψυχιατρική θεραπεία.
8. Δεν αναμιγνύονται σε θρησκευτικά ζητήματα.
9. Δεν παρέχουν κατοικία, φαγητό, ρουχισμό, εργασία, χρήματα ή άλλες κοινωφελείς και κοινωνικές υπηρεσίες.
10. Δεν προσφέρουν οικογενειακό ή επαγγελματικό προσανατολισμό.

**11.** Δεν δέχονται χρήματα για τις υπηρεσίες τους ή οποιαδήποτε προσφορά από πηγές εκτός των **A.A.**, εκτός από την ελάχιστη συνδρομή των μελών που θέλουν και μπορούν, με στόχο την κάλυψη των εξόδων στέγης για τις συγκεντρώσεις τους.

**12.** Δεν χορηγούν συστατικές επιστολές σε επιτροπή προσωρινής αποφυλάκισης, δικηγόρους ή δικαστικούς υπαλλήλους.

**13.** ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΝΑΙ ΣΤΕΓΝΟ και δεν συνιστώνται υποκατάστατα ή χρήση άλλων ουσιών.<sup>10</sup>

### **ΟΙ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ ΤΩΝ Α.Α.**

**1. Ανοιχτές συγκεντρώσεις:** μπορούν να συμμετέχουν αλκοολικοί και όσοι ενδιαφέρονται για το πρόβλημα του αλκοολισμού. Γίνονται κάθε πρώτη και Τρίτη Κυριακή του μήνα και η παρακολούθηση τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβει κανείς πως λειτουργεί το πρόγραμμα των **A.A.** Στις ανοιχτές συγκεντρώσεις τα μέλη μοιράζονται την ιστορία τους. Περιγράφουν τις εμπειρίες τους με το αλκοόλ, πως ήρθαν στους **A.A.** και πως έχει αλλάξει η ζωή τους.

**2.** Στις **κλειστές συγκεντρώσεις** δυνατότητα συμμετοχής έχουν όσοι είναι αλκοολικοί ή πιστεύουν πως έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ.

**3.** Τα μέλη των **A.A.** κάνουν συγκεντρώσεις και σε κέντρα θεραπείας - κλινικές -νοσοκομεία - κέντρα αποτοξίνωσης - φυλακές.

**4.** Τα μέλη των **A.A.** μπορούν να κάνουν **πληροφοριακές συγκεντρώσεις** σε οργανισμούς που θα το ζητήσουν, καθώς και στα ΜΜΕ. Αυτές οι ενημερωτικές συγκεντρώσεις δεν είναι κανονικές συγκεντρώσεις των **A.A.**.

**5.** Τα μέλη των **A.A.** **διατηρούν την ΑΝΩΝΥΜΙΑ τους** και χρησιμοποιούν μόνο το όνομα τους. Δεν εμφανίζονται στα ΜΜΕ (TV) με το πρόσωπό τους.

Οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι είναι μία αδελφότητα ανδρών και γυναικών που μοιράζονται μεταξύ τους τις εμπειρίες τους, τη δύναμη και την

ελπίδα τους για να μπορέσουν να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν άλλους να αναρρώσουν από τον αλκοολισμό.

**Η μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κάποιος /α μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει.**

Τα μέλη των Α.Α. δεν πληρώνουν εγγραφή, ούτε συνδρομές για τις υπηρεσίες που προσφέρονται - συντηρούμαστε με δικές μας συνεισφορές. Οι Α.Α. δεν συνδέονται με κανένα θρήσκευμα, καμία αίρεση, πολιτικό κόμμα, οργανισμό ή ίδρυμα. Δεν παίρνουν μέρος σε καμία διαμάχη και δεν υποστηρίζουν ούτε αντιτίθενται σε οτιδήποτε σκοπούς.<sup>12</sup>

Στις συναντήσεις των Α.Α. τα μέλη μοιράζονται την εμπειρία της ανάρρωσής τους με οποιοδήποτε άτομο με πρόβλημα ποτού το οποίο ζητάει βοήθεια, και δίνουν προσωπική βοήθεια ή "υποστήριξη" (sponsorship) στους αλκοολικούς που έρχονται στο Α.Α.

Η παρουσία σε "κλειστές" συγκεντρώσεις είναι περιορισμένη σε άτομα που είναι αλκοολικοί ή που νομίζουν πως έχουν πρόβλημα με το ποτό.

Μη αλκοολικοί επισκέπτες είναι ευπρόσδεκτοι στις "ανοιχτές" συναντήσεις των Α.Α.<sup>12</sup>

## **2.2 ΠΡΟΛΗΨΗ – ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ**

### **• ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ TV**

Σημαντικό ρόλο στο πρόβλημα του αλκοολισμού παίζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Ο κόσμος είναι απαραίτητο μέσα από αυτά να διδάσκεται τις επιπτώσεις και τα προβλήματα που προκαλεί το αλκοόλ και ο εθισμός τους σε αυτό. Θα πρέπει να υπάρχουν κάποιες ενημερωτικές εκπομπές για το πρόβλημα του αλκοολισμού και πώς να αποφεύγεται αυτό για την διδασκαλία των ατόμων που παρακολουθούν τα μέσα αυτά και για αποφυγή από την συγκεκριμένη πάθηση και για όσους πάσχουν ήδη από

αυτό κατάλληλα προγράμματα και ενημέρωση που μπορούν δηλαδή να απευθυνθούν και να ζητήσουν βοήθεια να ενημερώνονται ποιοι οργανισμοί ειδικεύονται σε αυτή την <<αρρώστια>> και πως μπορούν να επικοινωνήσουν με τα συγκεκριμένα τμήματα.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ο τύπος είναι ισχυρά όπλα για την πρόληψη και την διδασκαλία των ατόμων που είτε πάσχουν είτε όχι αρκεί βέβαια να υπάρχει μια σωστή και έγκυρη πληροφόρηση γύρω από αυτό το θέμα.<sup>2</sup>

## **2.3ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ**

Όταν κάποιος πίνει, το οινόπνευμα μπαίνει στον οργανισμό του. Ένα μέρος του οινόπνευματος απορροφάται στο στομάχι αλλά το περισσότερο προχωρά στο λεπτό έντερο από όπου πολύ γρήγορα μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί μεταφέρεται σε όλα τα όργανα του σώματος.

Η μικρή ή μέτρια κατανάλωση οινόπνευματος (περίπου 15-40 γραμμάρια /ημέρα για έναν ενήλικο άντρα και 10-30 γραμμάρια /ημέρα για μια ενήλικη γυναίκα)έχει θετικές επιδράσεις στον οργανισμό =>

1)Κάνει καλό στην λειτουργία της καρδιάς επειδή μειώνει το λίπος που συσσωρεύεται στις αρτηρίες της.

2)Φτιάχνει τη διάθεση<sup>5</sup>

## **2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

### **1. Σε ασθενή με κίρρωση ήπατος.**

- **ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Στις 25/9/2008 εισήχθη στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός ο κος Κώστας Παπαδόπουλος ηλικίας 45 ετών κάτοικος Αθηνών με υψηλό πυρετό , αφυδάτωση και πόνο στην περιοχή της κοιλίας και κρίθηκε η εισαγωγή του στο νοσοκομείο λόγω ιστορικού κίρρωσεως ήπατος.

Ο κύριος Παπαδόπουλος είχε ξανά νοσηλευτεί το 2001 με τυμπανισμό κοιλίας όπου και έγιναν τότε οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις και διεγνώσθη κίρρωση ήπατος. Νοσηλεύεται στο δωμάτιο 610 της Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων. Ο ασθενής εισήχθη στο θάλαμο με καροτσάκι συνοδευμένος από την οικογένεια του.

Ο ασθενής είναι γνώστης της κατάστασης του αλλά δεν συνειδητοποιεί την σοβαρότητα της κατάστασης του. Η διανοητική του κατάσταση είναι αρκετά καλή , έχει καλή επικοινωνία . Χρόνια προβλήματα υγείας όπως υπέρταση και παθήσεις καρδιάς.

Είχε ατύχημα με την μοτοσικλέτα που οδηγούσε πριν ένα χρόνο και νοσηλεύτηκε πάλι στο νοσοκομείο για 4 μέρες με εγκεφαλική διάσειση.

Έχει συστηθεί μία δίαιτα την οποία όμως δεν ακολουθεί πλήρως , έχει κένωση μία φορά το 24ωρο και έχει αϋπνίες λόγω των διουρητικών που παίρνει έχοντας πρόβλημα πολυουρίας με αποτέλεσμα να διακόπτεται ο ύπνος του.

Ζει με την οικογένεια του έχει άριστη επικοινωνία και όλες οι αισθήσεις του λειτουργούν κανονικά.

1)ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΑΤΟΜΟΥ/ΑΝΑΓΚΕΣ,ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1)Πόνος στην περιοχή της κοιλιάς λόγω της κηρώσεως .</p> <p>2) Πυρετός 39,5C λόγω λοίμωξης στην ηπατική περιοχή.</p>	<p>Αποσυμφόρηση του πόνου μέσα σε 1 ώρα.</p> <p>Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε ένα 8ωρο.</p>	<p>i)Χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής. ii)Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>i)Χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής. ii) 3ωρη μέτρηση θερμοκρασίας. iii) Χορήγηση πολλών υγρών.</p>	<p>i)Χορηγούμε σε 100cc φυσιολογικό ορό μία +amp Dynast at ii) Μετράμε πίεση, θερμοκρασία, σφύξεις.</p> <p>Χορηγούμε στον ασθενή αντιπυρετικά. Παίρνουμε κάθε 3 ώρες την θερμοκρασία.. Χορηγούμε 1000cc υγρά κ αρκετούς χυμούς.</p>	<p>Ο πόνος υποχώρησε μέσα σε μία ώρα. Ο ασθενής επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>

13

1)ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΑΤΟΜΟΥ/ΑΝΑΓΚΕΣ,ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3)Αφυδάτωση που οφείλεται σε ανεπαρκή λήψη υγρών.	Ενυδάτωση του άρρωστου μέσα στο 24ωρο.	Χορήγηση υγρών. Αύξηση της ποσότητας των προσλαμβανόμενων υγρών πάνω από 500cc σε κάθε βάρδια.	Δίνουμε στον άρρωστο 200cc υγρά μέχρι να κοιμηθεί.	Επαναφορά προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών στα φυσιολογικά επίπεδα.
4)Δυσκλιλιότητα που οφείλεται σε φτωχή διαίτα.	Κένωση του εντέρου σε κανονικά διαστήματα μέσα σε ένα 24ωρο.	Μεσημεριανό με υψηλή περιεκτικότητα σε κυτταρίνη. Υγρά κάθε 2 ώρες.	Δίνουμε στον άρρωστο μεσημεριανό πλούσιο σε κυτταρίνη και του δίνουμε και αρκετά υγρά.	Επαναφορά του εντέρου στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα στο 24ωρο.

13

## **2)Σε ασθενή με τρομώδες παραλήρημα**

- ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στις 29/9/2008 εισήχθη στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός η δεσποινίς Μαρία Κατράκη ετών 30 κάτοικος Πειραιά η οποία είχε έντονη κρίση άγχους , εφίδρωση και βρισκόταν σε τρομώδες παραλήρημα.

Αμέσως της παρείχαν τις πρώτες φροντίδες και κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή της στο τμήμα της Παθολογικής. Η δεσποινίς Κατράκη είχε νοσηλευτεί και στο παρελθόν με επιληπτική κρίση που προήλθε από διακοπή της χρήση του οινοπνεύματος .

Η ασθενής είναι ένα χρόνια αλκοολικό άτομο με προσπάθειες ελλάτωσης ή και διακοπής του αλκοόλ που όμως συχνά τις δημιουργούν κρίσεις άγχους , ταχυκαρδίες , ντελίριο, μανία καταδίωξης και αρκετά άλλα ψυχωτικά προβλήματα λόγω του αλκοόλ.

Είχε ξανά νοσηλευτεί και παλιότερα στην ψυχιατρική πτέρυγα όπου παρακολουθήθηκε από ειδικούς ψυχιάτρους οι οποίοι συνέστησαν μια φαρμακευτική αγωγή και διακοπή του αλκοόλ και εντάσσοντας την σε ειδικά προγράμματα για αλκοολικούς .

Η ασθενής δεν αντιμετωπίζει καθόλου το πρόβλημα της σημαντικό με αποτέλεσμα να μην διακόπτει τον εθισμό της στο ποτό και σε συνδυασμό με την λήψη των χαπιών μαζί με το αλκοόλ έχει κρίσεις ψυχωτικές , επιληπτικές κρίσεις, αύξηση της πίεσης και των παλμών της καρδιάς .

Η ασθενής δεν συνεργάζεται με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό λόγω του ότι η ψυχολογική της κατάσταση δεν βρίσκεται στα φυσιολογικά επίπεδα.



2)ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΑΤΟΜΟΥ/ΑΝΑΓΚΕΣ,ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1)Ταχυκαρδία λόγω ψυχικών διαταραχών.</p> <p>2)Αφυδάτωση που οφείλεται σε ανεπαρκή λήψη υγρών.</p>	<p>Επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας της καρδιάς μέσα σε ένα μισάωρο.</p> <p>Ρύθμιση του ισοζυγίου του αρρώστου μέσα στο 8ωρο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Χορήγηση αντιαγγολυτικών.</li> <li>•ΗΚΓ</li> <li>•Χορήγηση υγρών</li> <li>•Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών ανά μία ώρα.</li> </ul>	<p>Χορηγούμε ειδική αγωγή κατόπιν συνεννοήσεως με τον γιατρό.</p> <p>Καθησυχάζουμε τον άρρωστο</p> <p>Συνεχής καταγραφή της καρδιακής λειτουργίας μέσω μόνιτορ.</p> <p>Χορηγούμε υγρά στον ασθενή κάθε 2 ώρες και μετράμε κάθε μία ώρα την ποσότητα των αποβαλλομένων υγρών</p>	<p>Επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε ένα μισάωρο.</p> <p>Επαναφορά της φυσιολογικής κατάστασης του ασθενή μέσα σε 8 ώρες.</p>

13

2)ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΑΤΟΜΟΥ/ΑΝΑΓΚΕΣ,ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3)Αυπνία λόγω εκσεσημασμένης υπερδραστηριότητας του αυτόνομου.	Σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς μέσα σε ένα 24ωρο.	Χορήγηση υπναγωγών-κατασταλτικών.	Χορηγούμε στον άρρωστο κάθε 4 ώρες υπναγωγά ή κατασταλτικά.	Επαναφορά της κλινικής εικόνας του άρρώστου μέσα σε ένα 24ωρο.
4) Κρίση επιληψίας που οφείλεται σε διακοπή του οινοπνεύματος.	Επαναφορά του άρρώστου στην φυσιολογική του κατάσταση μέσα σε ένα 48ωρο.	Χορήγηση μαγνησίου ενδομυϊκά..	Χορηγούμε στον άρρωστο κατόπιν ιατρικής οδηγίας θεικό μαγνήσιο 1g ανά 6 ώρες για 2 μέρες.	Επαναφορά της φυσιολογικής κατάστασης του ασθενή μέσα σε 48 ώρες.

13

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. ΣΤΕΦΑΝΟΣ Ι. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΤΟΜΟΣ Α, ΙΑΤΡ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΕΚΔΟΣΗ 2002.
2. [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) (21/12/07)
3. [www.imlaxis.gr](http://www.imlaxis.gr) (28/12/07)
4. [www.healthvisitor.gr](http://www.healthvisitor.gr) (3/01/08)
5. ΚΑΡΛΑΝ ΑΝΔ ΣΑΔΟΚΣ (ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΩΣΤΑΣ ΣΟΛΔΑΤΟΣ), ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΚΔΟΣΗ 2004.
6. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΤΟΜΗ ΘΕΩΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗΣ, ΤΟΜΟΣ Α, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΕΚΔΟΣΗ 2003.
7. [http:// psychognosia.blogspot.com/2007/03/blog-post.html](http://psychognosia.blogspot.com/2007/03/blog-post.html) (21/01/08)
8. [www.live-pedia.gr](http://www.live-pedia.gr) (28/01/08)
9. [www.portraftinews.gr](http://www.portraftinews.gr) (03/02/08)
10. [www.neo.gr](http://www.neo.gr) (01/03/08)
11. ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ DOWN TOWN ΤΕΥΧΟΣ 526, 15-21/12/2005, ΣΕΛ.63.
12. [www.alanon.gr](http://www.alanon.gr) (23/03/08)
13. Dr. ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ, ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΜΙΑ ΒΙΟ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΕΚΔΟΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ <<Η ΤΑΒΙΘΑ>> Σ.Α., ΑΘΗΝΑ 1999.

