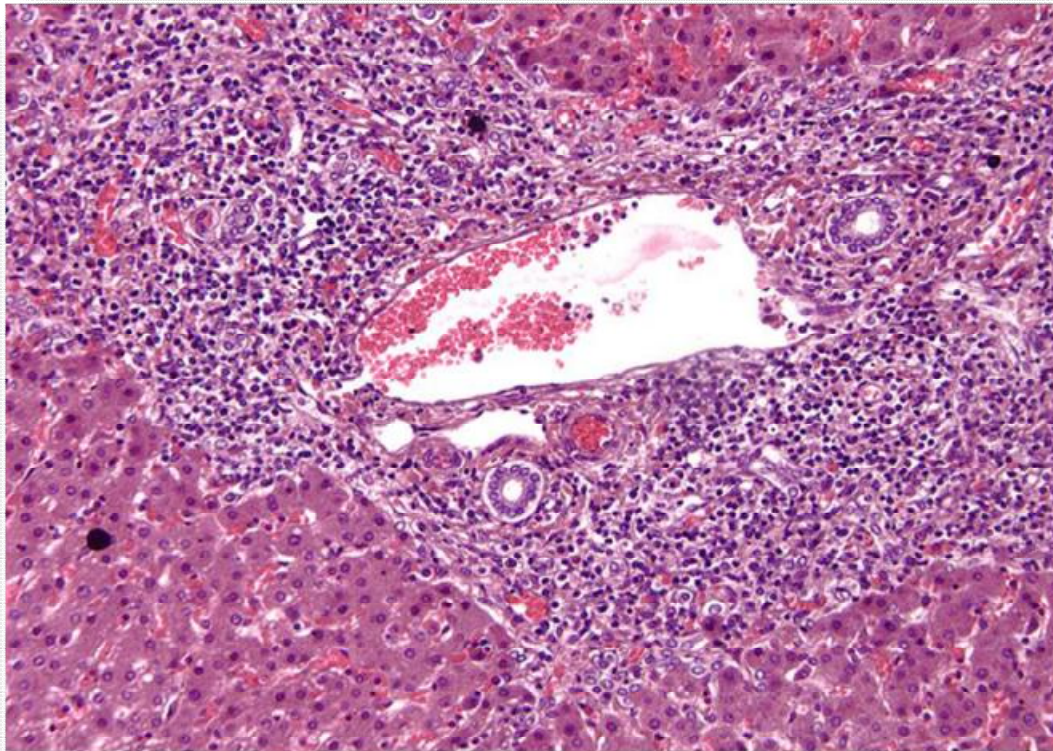




ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

**Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
*ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ***



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
ΒΑΧΑΒΙΟΛΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΣΗ:
ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**

ΠΑΤΡΑ 2008

**Ένα μεγάλο και εγκάρδιο
ευχαριστώ στους γονείς μου,
για την αμέριστη
συμπράσταση, ηθική
υποστήριξη και την ανατροφή
που μου έδωσαν.**

Με σεβασμό και αγάπη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της υλοποίησης της εργασίας αυτής, με θέμα «Ιογενείς Ηπατίτιδες και Αντιμετώπιση», θα ήθελα να εκφράσω ολόθερμες ευχαριστίες στον καθηγητή κ. Θ. Ζήση για την εμπιστοσύνη που επέδειξε προς το πρόσωπό μου με την ανάθεση του συγκεκριμένου θέματος.

Ένα μεγάλο και εγκάρδιο ευχαριστώ στον κ. Ελ. Χριστακόπουλο για όλα όσα μου προσέφερε κατά την προετοιμασία του θέματος αυτού.

Αγαπημένοι μου γονείς, Σαράντο και Αντωνία, σας ευχαριστώ από καρδιάς για την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια, να είστε πάντα καλά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες είναι ιδιαίτερα σημαντικά νοσήματα, επειδή προσβάλλουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Αποτελούν ως ένα βαθμό «καθρέπτη» του βιοτικού επιπέδου ενός πληθυσμού.

Οι ιογενείς ηπατίτιδες έχουν ιδιαίτερη σημασία διότι είναι συχνές, είναι μεταδοτικές από άνθρωπο σε άνθρωπο, έχουν μακροχρόνιες και σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και η θεραπεία τους είναι μακροχρόνια και δαπανηρή, ενώ η πρόληψη αποτελεί τον κύριο τρόπο προφύλαξης για την δημόσια υγεία.

Οι σημαντικότεροι από κλινική άποψη είναι οι ιοί της ηπατίτιδας Α, Β, C, D (ή δ) και Ε, οι οποίοι, αφού μολύνουν τον άνθρωπο, κυκλοφορούν μέσω του αίματος και προσβάλλουν κυρίως το ήπαρ, προκαλώντας αρχικά οξεία φλεγμονή του οργάνου αυτού και στην συνέχεια χρόνια φλεγμονή σε μερικές περιπτώσεις.

Συνολικά στην Ελλάδα κύρια σημασία για την δημόσια υγεία, έχουν οι ιοί της ηπατίτιδας Β και C. Η ηπατίτιδα Α προκαλεί οξεία ηπατίτιδα μόνο και έχει ευνοϊκή εξέλιξη, ενώ με την βελτίωση του επιπέδου ζωής η συχνότητά της στην χώρα μας έχει υποχωρήσει σημαντικά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ | 4 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 5 |
| ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ | 5 |
| Τί είναι ηπατίτιδα;..... | 5 |
| Πώς επηρεάζεται το ήπαρ;..... | 5 |
| Αίτια ιογενούς ηπατίτιδας..... | 5 |
| Κλινική εικόνα ιογενούς ηπατίτιδας..... | 6 |
| Οξεία ιογενής ηπατίτιδα..... | 6 |
| A. Οξεία ηπατίτιδα από ιό A..... | 6 |
| B. Οξεία ηπατίτιδα από ιό B..... | 6 |
| Παθολογική ανατομική..... | 7 |
| Πορεία και εξέλιξη της ιογενούς ηπατίτιδας..... | 8 |
| Οξεία μη ικτερική ηπατίτιδα..... | 8 |
| Πρόγνωση..... | 8 |
| Χρόνια ηπατίτιδα..... | 9 |
| A. Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα..... | 9 |
| B. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα..... | 10 |
| Εργαστηριακά ευρήματα των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα..... | 10 |
| Διενέργεια βιοψίας ήπατος..... | 11 |
| Δίαιτα σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα..... | 11 |
| Είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα;..... | 11 |
| Θεραπεία για τους ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα..... | 12 |
| Θεραπεία σε οξεία κεραυνοβόλο ηπατίτιδα..... | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2..... | 14 |
| ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ A..... | 14 |
| Εισαγωγή..... | 14 |
| Επιδημιολογία..... | 14 |
| Κλινική εικόνα και εξέλιξη..... | 15 |
| Πρόληψη..... | 15 |
| Άτομα υψηλού κινδύνου..... | 16 |
| Θεραπεία..... | 16 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3..... | 18 |
| ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ B..... | 18 |
| Εισαγωγή..... | 18 |
| Επιδημιολογία..... | 18 |
| Κλινική εικόνα και εξέλιξη οξείας HBV..... | 19 |
| Κλινική πορεία χρόνιας HBV λοίμωξης..... | 20 |
| Φυσική πορεία χρόνιας HBV λοίμωξης..... | 21 |
| § Φάση της ανοχής..... | 21 |
| § Φάση της κάθαρσης..... | 21 |
| § Φάση της ενσωμάτωσης..... | 22 |
| § Φάση ενεργοποίησης μεταλλαγμένου ιού..... | 22 |
| Φορείς HBsAg..... | 22 |
| Χρόνιος ανενεργός φορέας του HBV..... | 23 |
| Διάγνωση ορολογική-ιολογική..... | 24 |
| Πρόληψη..... | 24 |
| Εμβόλιο έναντι της ηπατίτιδας B..... | 25 |
| Παρακολούθηση ανενεργών φορέων..... | 27 |
| Προληπτικός έλεγχος για ΗΚΚ..... | 27 |
| Αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας B-Hepatitis B associated antigen (HBsAg)..... | 27 |

| | |
|--|----|
| Αντίσωμα κατά του αντιγόνου επιφανείας ηπατίτιδας Β (anti-HBs)..... | 28 |
| Αντιγόνο πυρήνος ηπατίτιδας Β-HBcAg..... | 28 |
| Αντίσωμα κατά του αντιγόνου πυρήνος ηπατίτιδας Β-anti-HBc..... | 28 |
| Αντιγόνο e ηπατίτιδας Β-HBeAg..... | 28 |
| Θεραπευτικά σχήματα..... | 29 |
| § Κλασική ή πεγκυλιωμένη ΙΦΝ (Peg-IFNa)..... | 29 |
| § Λαμβουδίνη..... | 29 |
| § Αδεφοβίρη..... | 30 |
| § Εντεκαβίρη..... | 30 |
| § Κλασική ΙΦΝ..... | 30 |
| § Peg-IFNa..... | 30 |
| § Λαμβουδίνη έπ' αόριστον..... | 31 |
| § Διπιβαλική αδεφοβίρη έπ' αόριστον..... | 31 |
| Νεότερα νουκλεοτιδικά ανάλογα:..... | 31 |
| § Εμτρισιταμπίνη (FTC)..... | 31 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4..... | 33 |
| ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C..... | 33 |
| Παθογόνο Αίτιο..... | 33 |
| Μετάδοση και ομάδες υψηλού κινδύνου..... | 33 |
| § Μεταγγίσεις και προϊόντα αίματος..... | 34 |
| § Σεξουαλική μετάδοση..... | 35 |
| § Αιμοκάθαρση..... | 35 |
| § Λοιμώξεις στην παιδική ηλικία..... | 35 |
| § Εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας..... | 36 |
| § Ιστορικό φυλάκισης..... | 36 |
| Επιπολασμός της HCV λοίμωξης..... | 36 |
| Οξεία ηπατίτιδα C..... | 37 |
| Κλινικά χαρακτηριστικά..... | 38 |
| § Περίοδος επώασης..... | 38 |
| § Συμπτώματα..... | 38 |
| § Τρόπος μεταβολής των βιοχημικών δεικτών της HCV λοίμωξης..... | 38 |
| Κεραυνοβόλος (Fulminant) Ηπατίτιδα C..... | 38 |
| § Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια:..... | 38 |
| § Συχνότητα..... | 39 |
| § Βαρύτητα:..... | 39 |
| Εξέλιξη της οξείας ηπατίτιδας C..... | 39 |
| § Υποχώρηση της λοίμωξης:..... | 39 |
| § Φυσιολογικές τιμές ALT/HCV-RNA(+):..... | 40 |
| § Ανύψωση των τιμών της ALT/HCV-RNA(+):..... | 40 |
| Χρόνια ηπατίτιδα C..... | 40 |
| Παράγοντες κινδύνου που προδιαθέτουν σε μετάπτωση της οξείας ηπατίτιδας C σε χρόνια..... | 40 |
| Προσδιορισμός ασθενών..... | 41 |
| Κλινικά συμπτώματα..... | 41 |
| Σημασία της μεταβολής των βιοχημικών και ιολογικών παραμέτρων..... | 41 |
| Πρόοδος σε κίρρωση..... | 42 |
| Λοιμώξεις από περισσότερους ιούς..... | 42 |
| Ιστολογία..... | 42 |
| Ιστολογικά χαρακτηριστικά της χρόνιας ηπατίτιδας C..... | 43 |
| Ορισμοί του τύπου και της βαρύτητας της νόσου..... | 43 |
| Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (HCC)..... | 44 |

| | |
|---|------------|
| Πρόγνωση..... | 44 |
| Νοσήματα/σύνδρομα που έχουν σχέση με την HCV λοίμωξη..... | 45 |
| Θεραπεία..... | 45 |
| Ποιοί ασθενείς με ηπατίτιδα C πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία;..... | 46 |
| Πρόληψη..... | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5..... | 48 |
| ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ D ΚΑΙ E | 48 |
| Εισαγωγή..... | 48 |
| Επιδημιολογία..... | 48 |
| Κλινική εικόνα και εξέλιξη..... | 48 |
| Πρόληψη..... | 49 |
| Ιός της ηπατίτιδας E- Γενικά χαρακτηριστικά..... | 49 |
| Συμπτώματα ασθένειας..... | 49 |
| Διάγνωση..... | 50 |
| Συσχετιζόμενα τρόφιμα..... | 50 |
| Πρόληψη..... | 50 |
| Ευπαθείς πληθυσμοί..... | 50 |
| Ιός της ηπατίτιδας F..... | 50 |
| Ιός της ηπατίτιδας G..... | 50 |
| Ηπατίτιδα μη-A, μη-B..... | 51 |
| ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ | 52 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6..... | 53 |
| ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ B ΚΑΙ C ΜΕΤΑ ΑΠΟ | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΙΜΑ Ή ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΥΓΡΑ | 53 |
| Εμβολιασμός έναντι του ιού της ηπατίτιδας B..... | 54 |
| I. Σχήμα εμβολιασμού-επαναληπτικές δόσεις:..... | 54 |
| II. Έλεγχος δεικτών ηπατίτιδας πριν τον εμβολιασμό:..... | 55 |
| III. Ανταπόκριση στον εμβολιασμό..... | 55 |
| Μέτρα προφύλαξης επαγγελματιών υγείας πριν και μετά από έκθεση στους HIV, HBV, HCV..... | 56 |
| Οι κυριότερες οδηγίες του ΚΕΕΛ για την πρόληψη των τραυματισμών..... | 57 |
| Αντιμετώπιση μετά από επαγγελματική έκθεση..... | 58 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7..... | 60 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ | 60 |
| Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου..... | 60 |
| Προβλήματα του αρρώστου..... | 61 |
| Σκοποί της φροντίδας..... | 62 |
| Παρέμβαση..... | 62 |
| Αξιολόγηση..... | 64 |
| ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ | 65 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ | 66 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ | 94 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 97 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 101 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 102 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 103 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 106 |



ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

Τί είναι ηπατίτιδα:

Ηπατίτιδα ονομάζεται η διάχυτη νέκρωση και φλεγμονή (ερεθισμός) του ήπατος (συκωτιού). Αν και ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από πολλά αίτια, όπως ιούς, τοξίνες και φάρμακα, στην κοινή γνώμη ο όρος «ηπατίτιδα» κατά κανόνα αποδίδεται στις ηπατίτιδες από ιούς ή ιογενείς ηπατίτιδες.¹

Πώς επηρεάζεται το ήπαρ:

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος. Ζυγίζει 1400-1800g. Βρίσκεται στη δεξιά άνω κοιλία, κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος.²

Οι λειτουργίες του ήπατος διακρίνονται σε:

- § Μεταβολικές²
- § Αιματολογικές²
- § Εξουδετερωτικές τοξικών ουσιών²
- § Εκκριτικές²
- § Δικτυοενδοθηλιακές.²

Εξαιτίας των πολυάριθμων λειτουργιών του μπορεί να θεωρηθεί το κεντρικό εργοστάσιο αποτοξίνωσης, αποθήκης ενέργειας και συνεχούς παραγωγής ζωτικών παραγόντων για τον οργανισμό μας. Όμως παρά τις εξαιρετικές ικανότητες αντοχής και αναγέννησης υπάρχουν μερικοί ιοί όπως αυτοί της ηπατίτιδας Β και C, το αλκοόλ, ορισμένα φάρμακα και τοξικές ουσίες, που μπορούν να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στο συκώτι. Η κίρρωση του ήπατος είναι μια προοδευτική κατάσταση απώλειας ηπατικού ιστού και αντικατάστασής του από ινώδη ιστό, όπου σταδιακά επέρχεται απώλεια των λειτουργιών του ήπατος.³

Αίτια ιογενούς ηπατίτιδας.

Οι πιο γνωστοί ιοί ηπατίτιδας χαρακτηρίζονται με τα 5 αρχικά γράμματα της αγγλικής αλφαβήτου και είναι οι ιοί ηπατίτιδας Α, Β, C, D (ή δ) και Ε. Όταν κάποιος από αυτούς τους ιούς εισέλθει στο ανθρώπινο σώμα, μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος σχεδόν αποκλειστικά στο ήπαρ και προκαλεί φλεγμονή του οργάνου αυτού, δηλαδή ηπατίτιδα. Εκτός από τους παραπάνω ιούς ηπατίτιδας υπάρχουν και κάποιοι άλλοι ιοί που δεν προσβάλλουν αποκλειστικά το ήπαρ, αλλά μπορεί να

προκαλέσουν ηπατίτιδα ταυτόχρονα με προσβολή και άλλων οργάνων του ανθρώπου και χαρακτηρίζονται ως ηπατομυητιδική.¹

Κλινική εικόνα ιογενούς ηπατίτιδας.

1. Αρχικά ναυτία, έμετοι, κακουχία και ευαισθησία στην ηπατική χώρα.⁴
2. Πυρετός που δεν υπερβαίνει συνήθως τους 38°C και διαρκεί για λίγες μόνο ημέρες στις περισσότερες περιπτώσεις.⁴
3. Ίκτερος, συνήθως 4-7 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Γρήγορα με την εμφάνιση του ικτέρου, ο πυρετός και τα γενικά φαινόμενα υποχωρούν και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Ο ίκτερος διαρκεί συνήθως γύρω στις 2 εβδομάδες και σε ικανό αριθμό καθίσταται αποφρακτικός. Συνοδεύεται εμφανώς από αποχρωματισμό των κοπράνων.⁴
4. Διόγκωση και ευαισθησία στην πίεση του ήπατος. Μεγαλοσπληνία ανευρίσκεται σε 20% των περιπτώσεων.⁴
5. Μερικές φορές συνυπάρχει διόγκωση λεμφαδένων, αρθραλγίες, εξάνθημα ερυθρηματώδες ή κνιδωτικό.⁴
Η νόσος διαρκεί συνήθως 2-6 εβδομάδες, μερικές φορές όμως διαρκεί 2-3 μήνες.⁴

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα.

Μπορεί να οφείλεται σε διάφορους ιούς (όπως της λοιμώδους μονοπυρήνωσης, του κίτρινου πυρετού, του μεγαλοκυτταροϊού, του απλού έρπητα κ.λπ.). Στην πράξη μιλώντας για ιογενή ηπατίτιδα εννοούμε λοίμωξη από δύο συγκεκριμένους ιούς, τον ιό Α (της λοιμώδους ηπατίτιδας) και τον ιό Β (της άλλοτε καλουμένης ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού). Οι δύο αυτές μορφές ιογενούς ηπατίτιδας παρουσιάζουν ανάλογη κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από πυρετό και ίκτερο μέσης συνήθως βαρύτητας, διαφέρουν όμως από άποψη τρόπου μετάδοσης και επιδημιολογίας.⁴

A. Οξεία ηπατίτιδα από ιό Α.

Η οξεία ηπατίτιδα από ιό Α, παρουσιάζεται σποραδικά ή με μορφή μικρών συνήθως επιδημιών, προσβάλλει συνήθως παιδιά και νέους, έχει επώαση 2 εβδομάδων και σπανιότερα μέχρι 6 εβδομάδων, μεταδίδεται συνήθως με τις τροφές και το νερό, τα οποία μολύνονται από τα κόπρανα. Σπάνια μεταδίδεται παρεντερικώς. Έχει κατά κανόνα άριστη πρόγνωση. Μετά τη 10^η ημέρα από την εμφάνιση του ικτέρου τα κόπρανα σπάνια μεταδίδουν τη νόσο.⁴

B. Οξεία ηπατίτιδα από ιό Β.

Η οξεία ηπατίτιδα από ιό Β, έχει επώαση 20-160 ημερών. Συνήθως ο χρόνος από τη μόλυνση μέχρι την έναρξη των συμπτωμάτων είναι

περίπου 7-8 εβδομάδες. Προσβάλλει κάθε ηλικία. Μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, αν και θεωρείται σχεδόν βέβαιο ότι μεταδίδεται και από το στόμα, με τα κόπρανα (όπως ο ιός Α), ενδεχομένως δε και με γενετήσια επικοινωνία. Μεταγίσεις αίματος είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού. Αυτή η ηπατίτιδα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα σε μονάδες αιμοδιύλισης (τεχνητού νεφρού), όπως και σε μονάδες εγχειρήσεων ανοικτής καρδιάς λόγω των μεγάλων ποσοτήτων αίματος, όπως το πλάσμα, το ινωδογόνο, η αντιαμοφιλική γλοβουλίνη κ.α. μεταδίδουν τη νόσο. Σκευάσματα ανθρώπινης λευκωματίνης ή γ-γλοβουλίνης είναι ασφαλή γιατί κατά την παρασκευή ο ιός καταστρέφεται.⁴

Σύριγγες, σκαριφιστήρες, βελόνες, οδοντιατρικά εργαλεία, μεταδίδουν τη νόσο. Η νόσος είναι αρκετά συχνή σε τοξικομανείς γιατί η ίδια σύριγγα και βελόνα χρησιμοποιούν συχνά από περισσότερα του ενός άτομα. Η πρόγνωση της ηπατίτιδας από ιό Β είναι σαφώς χειρότερη από εκείνη του ιού Α. Σε μερικές σειρές σημειώθηκε θνησιμότητα 20%.⁴

Παθολογική ανατομική.

Οι αλλοιώσεις στους δύο τύπους ηπατίτιδας είναι ταυτόσημοι. Το ήπαρ είναι συχνά διογκωμένο. Ιστολογικά ανευρίσκονται: α) Νέκρωση των ηπατικών κυττάρων κυρίως γύρω από την κεντρική φλέβα. Τα κύτταρα είναι άλλοτε εξοιδημένα, άλλοτε συρρικνωμένα. Γύρω από την κεντρική φλέβα διαπιστώνεται συνήθως σύμπτωση του δικτύου ρετικουλίνης χωρίς όμως παραγωγή ινών κολλαγόνου, όπως στην περίπτωση αλκοολικής ηπατίτιδας. β) Κεντρολοβιώδης φλεγμονώδης διήθηση από μονοπυρήνα και πλασματοκύτταρα. γ) Φλεγμονώδης διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοκύτταρα.⁴

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι αλλοιώσεις υποχωρούν και η υφή του ήπατος επανέρχεται στα φυσιολογικά. Στις υπόλοιπες λίγες περιπτώσεις η εικόνα ποικίλλει. α) Η νέκρωση είναι συρρέουσα, διαφραγματικές ρετικουλίνες ενώνουν κεντρολοβιώδεις περιοχές με πυλαία διαστήματα (παθητικά διαφράγματα από τη σύμπτωση της ρετικουλίνης). Αυτή η ιστολογική εικόνα ονομάζεται από μερικούς υποξεία ηπατική νέκρωση που μπορεί να εξελιχθεί προς θάνατο εντός εβδομάδων ή προς κίρρωση. β) Αναπτύσσονται άφθονα ινώδη ακανόνιστα διαφραγμάτια: Μεθηπατιτιδική ίνωση. Οι αλλοιώσεις υπενθυμίζουν κάπως κίρρωση, πρέπει όμως να ερμηνεύονται με προσοχή. γ) Αναπτύσσεται έκδηλος πυλαία φλεγμονώδης αντίδραση που επεκτείνεται προς τις γειτονικές περιοχές του λοβίου. Συνυπάρχουν διαφραγμάτια από ίνες κολλαγόνου. Αποκατάσταση είναι πιθανή αν και μετάπτωση προς χρόνια ενεργό ηπατίτιδα είναι δυνατή. δ) Ανευρίσκονται έκδηλες αλλοιώσεις χολοστασίας (χολοστατική ηπατίτιδα).⁴

Πορεία και εξέλιξη της ιογενούς ηπατίτιδας.

Υποχώρηση είναι ο κανόνας.⁴

Υποτροπές. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν επανειλημμένες προσβολές οξείας ηπατίτιδας με τελική έκβαση την ίαση.⁴

Κερανοβόλος ηπατίτιδα. Σε μερικές περιπτώσεις οι αρχικές εκδηλώσεις αδυναμία, ανορεξία, ναυτία και εμετοί είναι εντονότερες από τις συνήθειες και δεν υποχωρούν. Μετά από λίγες ημέρες από την έναρξη η κατάσταση επιδεινώνεται αφού προστίθενται συγγυτικά φαινόμενα, παραλήρημα και κώμα, δηλαδή εκδηλώσεις ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως εντός 2-3 εβδομάδων από την έναρξη της νόσου.⁴

Αυτή η βαριά μορφή προκαλείται συνηθέστερα από τον ιό Β.⁴

Ιστολογικά ανευρίσκεται διάχυτη νέκρωση ολόκληρου σχεδόν του λοβίου διάχυτη σε όλο το ήπαρ. Τα ηπατοκύτταρα εξαφανίζονται και αντικαθίστανται από φλεγμονώδη κύτταρα και κύτταρα Kuppfer. Η θνησιμότητα είναι πολύ υψηλή. Παρ' όλα αυτά 10-15% των ασθενών με βαρύ κώμα αποκαθίστανται.⁴

Εξέλιξη προς χρόνια ηπατίτιδα (επιμένουσα ή ενεργό). Σύμφωνα με τους περισσότερους αυτή η εξέλιξη αφορά σχεδόν αποκλειστικά τον ιό Β.⁴

Εξέλιξη προς κίρρωση. Είναι σπανιότατη και επιτελείται μέσω:

§ Χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας,⁴

§ βαριάς νέκρωσης όταν δεν καταλήγει σε θάνατο κατά την οξεία φάση,⁴

§ μετανεκρωτική ούλωση (post-necrotic scarring).⁴

Οξεία μη ικτερική ηπατίτιδα.

Η συχνότητά της αγνοείται και εφόσον λείπει η κύρια εκδήλωση, ο ίκτερος, η διάγνωση δεν είναι δυνατή. Κατά πολλούς η συχνότητά της είναι πολύ μεγαλύτερη (10πλάσια) της ικτερικής.⁴

Αυτό συνάγεται από πειράματα σε εθελοντές που μολύνθηκαν με κόπρανα ή αίμα. Οι πάσχοντες παρουσιάζουν αίσθημα κακουχίας με ναυτία και εμέτους. Αυτά τα άτομα έχουν ενδιαφέρον πιθανώς γιατί αποτελούν:⁴

§ Πηγή διατήρησης του ιού μεταξύ των επιδημιών,⁴

§ πηγή μετάδοσης του ιού ως δότες,⁴

§ σημαντική αιτία κρυψιγενούς κίρρωσης.⁴

Πρόγνωση.

Η πρόγνωση της ηπατίτιδας από ιό Α είναι καλή και η θνησιμότητα υπολογίζεται σε 0,1-0,2%. Η θνησιμότητα από ηπατίτιδα από ιό Β είναι μεγαλύτερη και σύμφωνα με διάφορες στατιστικές ανέρχεται μέχρι 20%. Η μεγαλύτερη ηλικία όπως και η βασική νόσος (εφόσον η μετάγγιση αίματος είναι η συνηθέστερη αιτία μόλυνσης) εν μέρει ευθύνονται γι'

αυτό. Μικρό ποσοστό εξελίσσεται προς χρόνια ηπατίτιδα ή κίρρωση. Η ηπατίτιδα στην κύηση δεν έχει χειρότερη πρόγνωση από τη συνήθη και θέμα διακοπής της κύησης δεν υπάρχει.⁴

Χρόνια ηπατίτιδα.

Ο όρος χρόνια ηπατίτιδα έχει προκαλέσει μεγάλη σύγχυση, γιατί διάφοροι ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο με διάφορες έννοιες. Ως χρόνια ηπατίτιδα θα μπορούσε να οριστεί η συνεχιζόμενη βλάβη των ηπατικών κυττάρων που συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση κατά τα πυλαία διαστήματα ή το παρέγχυμα ή αμφότερα. Μεγάλη πρόοδο αποτέλεσε η ιστολογική ταξινόμηση της χρόνιας ηπατίτιδας σε χρόνια επιμένουσα (chronic active ή aggressive hepatitis), το 1968, από την Ευρωπαϊκή Εταιρία Μελέτης του Ήπατος. Η διάκριση είναι βασικά ιστολογική, όμως από κλινική και από προγνωστική άποψη οι δύο μορφές διαφέρουν μεταξύ τους.⁴

Σε πολλές περιπτώσεις χρόνιας ηπατίτιδας, αυτή αποτελεί συνέχεια οξείας ηπατίτιδας. Όταν δεν ανευρίσκεται τυπικό επεισόδιο προηγηθείσας οξείας ηπατίτιδας, η παρουσία ΗΒΑg δείχνει τη μόλυνση που προηγήθηκε που προκάλεσε πιθανώς ανικτερική προσβολή. Από τις δύο μορφές ηπατίτιδας εκείνη από ιό Β μεταβάλλεται σε χρόνια. Δεν υπάρχει ομοφωνία για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να θεωρηθεί η ηπατίτιδα χρόνια. Οι περισσότεροι από τους ειδικούς το καθορίζουν σε ένα έτος.⁴

Η χρόνια ηπατίτιδα, ιδιαίτερα η ενεργός, μπορεί να προκληθεί και από τα φάρμακα, συγκεκριμένα οξυφαινισατίνη (καθαρτικό), μεθοτρεξάτη και α-methyldopa. Σε άλλες περιπτώσεις η νόσος θεωρείται ότι έχει αυτοάνοσο αμιγώς μηχανισμό, υπέρ του οποίου συνηγορεί η συνύπαρξη χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις.⁴

A. Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.

Κλινικά συμπτώματα ελλείπουν ή είναι αόριστα και ασθενή, όπως εύκολη κόπωση και δυσπεψία. Αντικειμενικά εκτός από ελαφρά διόγκωση του ήπατος σε μερικές περιπτώσεις, δεν διαπιστώνεται τίποτε άλλο. Εργαστηριακά η τιμή της χολερυθρίνης είναι φυσιολογική, ενώ των τρανσαμινασών δεν είναι καθόλου ή μερικές φορές μέτρια αυξημένη. Το ΗΒΑg με τις νεότερες τεχνικές ανευρίσκεται σε 80% των περιπτώσεων.⁴

Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη αντίδραση κυρίως από μονοπυρήνα και πλασματοκύτταρα που περιορίζεται κατά τα πυλαία διαστήματα. Η λοβιδιακή αρχιτεκτονική παραμένει ανέπαφη αλλά αλλοιώσεις οξείας ηπατίτιδας μπορούν ακόμα να συνυπάρχουν. Οι Popper και Schaffer γι' αυτή τη μορφή, αντί του όρου χρόνια επιμένουσα προτιμούν τον όρο χρόνια πυλαία ηπατίτιδα.⁴

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε υγιή άτομα αλλά φορείς του HBsAg ανευρίσκονται κατά κανόνα ιστολογικές βλάβες χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας.⁴

Η πρόγνωση είναι καλή και καμία θεραπεία δεν απαιτείται. Σε πολύ λίγους μόνο ασθενείς η νόσος μεταβάλλεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.⁴

B. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

Πρόκειται συνήθως για νέες γυναίκες. Οι περισσότερες παραπονιούνται για καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, ενοχλήματα στο δεξιό υποχόνδριο, ελαφρό ίκτερο, αμηνόρροια και όχι σπάνια πολυαρθραλγία. Πολλές όμως από τις ασθενείς είναι ασυμπτωματικές.⁴

Αντικειμενικά διόγκωση του ήπατος είναι σταθερό εύρημα, ενώ μεγαλοσπληνία δεν είναι σπάνια.⁴

Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η κατά διαδρομή της παρεμβολής επεισοδίων επιδείνωσης της ηπατικής βλάβης που χαρακτηρίζονται από σαφή ίκτερο, υποκειμενικά ενοχλήματα και πυρετό. Ασκίτης εμφανίζεται σε τελικά στάδια. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως από ηπατικό κόμμα και σπανιότερα από αιμορραγία κίρσων οισοφάγου ή από ηπάτωμα.⁴

Ενδιαφέροντα είναι:

- § Η συνύπαρξη διαφόρων άλλων αυτοάνοσων παθήσεων, ιδιαίτερα ποικίλων αγγειίτιδων, θυρεοειδίτιδας, ιδιοπαθούς θρομβοπενικής πορφύρας, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, δερματομυοσίτιδας, αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας.⁴
- § Η παρουσία διαφόρων αυτοαντισωμάτων.⁴

Εργαστηριακά ευρήματα των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα.

Το πιο χαρακτηριστικό εργαστηριακό εύρημα σε κάθε ασθενή με ιογενή ηπατίτιδα είναι η αύξηση των ενζύμων του ήπατος (αμινοτρανσφερασών ή τρανσαμινασών), που απελευθερώνονται στο αίμα από την καθημερινή καταστροφή και αναγέννηση των ηπατοκυττάρων. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι η ανεύρεση αυξημένων τρανσαμινασών δεν σημαίνει υποχρεωτικά ιογενή ηπατίτιδα και ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε σειρά εργαστηριακών εξετάσεων για τη διερεύνηση του αιτίου της ηπατικής βλάβης.¹

Η αύξηση των τρανσαμινασών είναι ιδιαίτερα μεγάλη σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα (>400 IU/L) και ίσως να συνοδεύεται από υψηλή τιμή χολερυθρίνης του ορού και αποβολή χολερυθρίνης στα ούρα (στους ασθενείς με ίκτερο και σκούρα ούρα σαν κονιάκ).¹

Αντίθετα, σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα παρατηρείται μικρή ή μέτρια αύξηση των τρανσαμινασών (>200 IU/L) και μόνο σπάνια υπάρχουν εξάρσεις της νόσου με μεγάλες αυξήσεις των τρανσαμινασών που μπορεί να φθάσουν σε επίπεδα οξείας ηπατίτιδας (>400 IU/L).¹

Διενέργεια βιοψίας ήπατος.

Στη βιοψία ήπατος εκτιμάται η έκταση των αλλοιώσεων στο ηπατικό παρέγχυμα σε ιστολογικό επίπεδο. Η εκτέλεση βιοψίας ήπατος θεωρείται απαραίτητη στις περισσότερες περιπτώσεις πριν την έναρξη της θεραπείας, καθώς το επίπεδο ίνωσης καθορίζει την πρόγνωση της νόσου και επηρεάζει την απόφαση για τη χρησιμότητα της θεραπείας.⁵

Η βιοψία ήπατος δεν είναι απαραίτητη σε ασθενή με οξεία ηπατίτιδα, αλλά είναι συχνά αναγκαία σε ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα, για να εκτιμηθεί η πραγματική έκταση της βλάβης του ήπατος.⁵

Η βιοψία ήπατος γίνεται στο κρεβάτι του αρρώστου, είναι ανώδυνη, διαρκεί μερικά λεπτά και σε έμπειρα χέρια παρουσιάζει ελάχιστες επιπλοκές.⁵

Δίαιτα σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα.

Οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα πρέπει να αποφεύγουν πλήρως την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και δυνητικά ηπατοτοξικών φαρμάκων. Επίσης, επειδή έχουν συχνά ναυτία και στομαχικά ενοχλήματα, πρέπει να τρώνε εύπεπτες τροφές συνήθως πλούσιες σε υδατάνθρακες και χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Γενικά θα πρέπει να ακολουθείται η διάθεση του ασθενούς για φαγητό, αρκεί να λαμβάνονται αρκετά υγρά για να προληφθεί η αφυδάτωση. Η δίαιτα και η ανάπαυση δεν επιταχύνουν την ανάρρωση ούτε επηρεάζουν την πορεία των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα. Κοινωνική χρήση οινοπνευματωδών ποτών επιτρέπεται μετά από 6 μήνες και εφόσον η οξεία ηπατίτιδα αυτοϊάθηκε.¹

Η δίαιτα των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα είναι ελεύθερη με εξαίρεση την αποφυγή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Γενικά οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα θα πρέπει να προσπαθούν να διατηρούν φυσιολογικό σωματικό βάρος και οι παχύσαρκοι θα πρέπει να προσπαθούν να αδυνατήσουν. Μόνον οι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση ήπατος συχνά χρειάζεται να υποβάλλονται σε συγκεκριμένους διαιτητικούς περιορισμούς μετά από συμβουλή του γιατρού τους. Οι παλαιότερα συνιστώμενες δίαιτες (αποφυγή λιπαρών τροφών, σοκολάτας, αυγών, κόκκινου κρέατος κ.λπ.) ή η χορήγηση βιταμινών δεν έχουν βρεθεί να ωφελούν και δεν έχουν θέση στη διατροφή των ασθενών αυτών.¹

Είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα;

Η νοσηλεία των ασθενών με οξεία ιογενή ηπατίτιδα συχνά γίνεται στο σπίτι. Εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτείται μόνον εάν υπάρχουν σοβαρά κλινικά σημεία (επίμονοι έμετοι, ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια) ή

εργαστηριακά ευρήματα (σημαντική παράταση του χρόνου προθρομβίνης).¹

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα σπανιότατα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο για την ηπατική τους νόσο. Ο συνηθέστερος λόγος είναι η εισαγωγή τους για διενέργεια βιοψία ήπατος, οπότε παραμένουν στο νοσοκομείο 12-24 ώρες. Αντίθετα, οι ασθενείς με επιπλοκές προχωρημένης κίρρωσης έχουν συχνά άμεση ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο.¹

Θεραπεία για τους ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα.

Θεραπεία: Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει.⁴

- Ø Εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν επιβάλλεται, εκτός από ορισμένες κατηγορίες ασθενών, τις εξής:⁴
 - A. Βαριά διαδρομή της νόσου ή ίκτερο που επιτείνεται 14 ημέρες από την εμφάνισή του.⁴
 - B. Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.⁴
 - Γ. Ασθενείς με ηπατίτιδα Β μετά από χειρουργική επέμβαση ή σε περίπτωση συνύπαρξης με άλλη μεταβολική ή συστηματική νόσο.⁴
 - Δ. Ηπατίτιδα στην κύηση.⁴
- Ø Παραμονή στο κρεβάτι. Συνιστάται ανάπαυση στο κρεβάτι μέχρι υποχώρησης του ικτέρου και επαναχρωματισμού των κοπράνων. Καμία απόδειξη δεν υπάρχει ότι η ανάπαυση συντομεύει τη νόσο ή μειώνει το ενδεχόμενο χρονιότητας.⁴
- Ø Η τροφή του αρρώστου πρέπει να είναι εύπεπτη, πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες και σχετικά φτωχή σε λιπαρές ουσίες.⁶
- Ø Κατάλληλη είναι η παρεντερική χορήγηση ηπατικών εκχυλισμάτων με το σύμπλεγμα των βιταμινών Β, βιταμινών Α, Κ και C για αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων. Τα γλυκοκορτικοειδή είναι το φάρμακο που περισσότερο ενδείκνυται, καλή είναι και η ενδοφλέβια έγχυση γλυκόζης προς αύξηση του γλυκογόνου του ήπατος και προστασία του ηπατικού κυττάρου από τοξικές επιδράσεις.⁶
- Ø Η εμφάνιση τρόμου, παραληρήματος, ελάττωση ή εξάλειψη της ηπατικής αμβλύτητας φανερώνουν εξέλιξη της νόσου σε οξεία δυστροφία του ήπατος και ηπατικό κώμα. Στην περίπτωση αυτή κρίνεται κατάλληλη η διατροφή του αρρώστου από την ενδοφλέβια οδό και η κατάργηση των λευκωμάτων, για να αποφύγουμε αύξηση της απορροφήσεως αμμωνίας από το έντερο.⁶
- Ø Κορτικοστεροειδή δεν συνιστώνται για κάθε περίπτωση, κατά πολλούς μάλιστα παρατείνουν τη νόσο. Ωστόσο πολλοί θεωρούν σκόπιμη τη χορήγησή τους σε:⁴
 - A. Ίκτερο που παρατείνεται πέρα από δίμηνο.⁴
 - B. Υποτροπιάζουσα ηπατίτιδα.⁴
 - Γ. Βαριά ηπατίτιδα.⁴

Χορηγείται πρεδνιζόνη σε δόση 30mg ημερησίως. Όταν ο ίκτερος αρχίζει να υποχωρεί η δόση βαθμιαία ελαττώνεται, ενώ το φάρμακο διακόπτεται περίπου 1 μήνα από την πλήρη εξαφάνιση του ικτέρου.⁴

Παρά το γεγονός ότι πολλοί κλινικοί δεν αντιστέκονται στον πειρασμό χορήγησης κορτικοστερινοειδών στις παρακάτω περιπτώσεις, λίγοι μόνο πιστεύουν ότι αυτά παρέχουν βοήθεια. Αντίθετα, πολλοί δέχονται ότι παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη ανοσίας όπως συνάγεται από το μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπών ή από την παρατεταμένη πορεία και την πιθανή αύξηση του ποσοστού των φορέων του ΗΒΑg σ' αυτούς που λαμβάνουν κορτικοστερινοειδή.⁴

Θεραπεία σε οξεία κεραυνοβόλο ηπατίτιδα.

- Ø Διάλυμα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως. Διάλυμα αμινοξέων ή φρουκτόζης- που συνιστώνται από μερικούς κλινικούς- αποφεύγονται. Ιδιαίτερα η φρουκτόζη μπορεί να δρα και βλαπτικά στο ήπαρ. Η γλυκόζη χορηγείται ως 20-40% διάλυμα με καθετήρα στην άνω κοίλη φλέβα. Μεγάλες ποσότητες γλυκόζης είναι απαραίτητες για την καταπολέμηση της συχνά συνυπάρχουσας έντονης και ανθεκτικής υπογλυκαιμίας.⁴
- Ø Τίποτα από το στόμα.⁴
- Ø Καθαρτικά, υποκλυσμοί και αποστείρωση του εντέρου με νεομυκίνη.⁴
- Ø Καταπολέμηση της υπογλυκαιμίας.⁴
- Ø Η θέση των κορτικοστερινοειδών είναι αμφίβολη. Πάντως ο αρχικός ενθουσιασμός έχει υποχωρήσει.⁴

Από τις υπόλοιπες μη συντηρητικές μεθόδους όπως οι αφαιμαξομεταγγίσεις, πλασματοκάθαρση, αιμοδιύλιση, δίοδος του αίματος του ασθενούς δι' ετερολόγου ήπατος ή άνθρακος κ.α. καμία δεν έχει αποδώσει σοβαρά. Δείχθηκε ότι ο αρχικός ενθουσιασμός για κάθε μία από τις παραπάνω μεθόδους βαθμιαία εκλείπει όταν ο αριθμός των περιπτώσεων μεγαλώσει.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

Εισαγωγή.

Η ηπατίτιδα Α ονομάζεται επίσης επιδημικός ίκτερος, λοιμώδης ηπατίτιδα και καταρροϊκός ίκτερος.⁷ Ευθύνεται για 20-25% των περιπτώσεων κλινικά έκδηλης ηπατίτιδας στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ στις αναπτυσσόμενες το ποσοστό είναι πολύ υψηλότερο. Οφείλεται σε ένα μικρό συμμετρικό RNA εντεροϊό, με διάμετρο 27nm. Ο άνθρωπος φαίνεται ότι είναι ο μόνος φυσικός ξενιστής του ιού, ο οποίος εισέρχεται στον οργανισμό κυρίως από την κοπρανο-στοματική οδό, απορροφάται στο λεπτό έντερο και φθάνει δια της πυλαίας στο ήπαρ, από όπου απομακρύνεται με τη χολή και αποβάλλεται στα κόπρανα.⁸

Η ηπατική βλάβη είναι αποτέλεσμα ανοσολογικής απάντησης στη λοίμωξη (δράση των Τ-λεμφοκυττάρων) και όχι απευθείας ηπατοτοξικότητας του ΗΑV. Το αντίσωμα αντι-ΗΑV εμφανίζεται στον ορό, καθώς αρνητικοποιούνται τα κόπρανα, φθάνει στην υψηλότερη τιμή του μετά από μήνες και ανιχνεύεται για πολλά χρόνια. Το IgM αντι-ΗΑV πιθανότατα παρέχει ανοσία, ενώ η εμφάνιση IgM αντι-ΗΑV στον ορό είναι πιο χρήσιμη διαγνωστικά, καθώς σημαίνει πρόσφατη λοίμωξη. Το IgM αντι-ΗΑV παραμένει 2-6 μήνες και σε χαμηλό τίτλο μέχρι έναν χρόνο. Χρόνιοι φορείς του ΗΑV δεν έχουν διαπιστωθεί.⁸

Επιδημιολογία.

Αναφέρονται 200.000 περιπτώσεις τον χρόνο στις ΗΠΑ (9,2 ανά 100.000 πληθυσμού) και 6.500 στην Αγγλία, αλλά αυτό φαίνεται ότι αντιπροσωπεύει μόνο το 20% του συνόλου. Επιδημίες εμφανίζονται κάθε 5 με 10 χρόνια με εποχιακή έξαρση το φθινόπωρο. «Υποεπιδημικές» χώρες είναι η Σκανδιναβία και η Ελβετία με μικρό ποσοστό μεταναστών από ενδημικές χώρες. Σήμερα, με την ανεύρεση στον ορό των IgG αντι-ΗΑV αντισωμάτων, έχουμε καλύτερα επιδημιολογικά δεδομένα (στη Σουηδία 29% σε σύγκριση με τη Γιουγκοσλαβία 96,9%). Αναφέρονται περισσότερα από δέκα εκατομμύρια κρούσματα τον χρόνο σε παγκόσμια κλίμακα.⁸

Ενώ η κύρια οδός μετάδοσης της νόσου είναι η κοπρανο-στοματική, έχει παρατηρηθεί σπάνια παρεντερική μετάδοση από μετάγγιση αίματος δότου που βρίσκεται στο στάδιο επώασης. Η μετάδοση συνήθως σχετίζεται με τη συσσώρευση πληθυσμού, κακές συνθήκες διαβίωσης και

υγιεινής-καθαριότητας. Σε χώρες με βελτιούμενες συνθήκες διαβίωσης ο επιπολασμός της νόσου, που προσβάλλει κυρίως τις ηλικίες 15-50 ετών, ελαττώνεται.⁸

Το μολυσμένο νερό, τα οστρακοειδή και γενικά τροφές που δεν καθαρίστηκαν ή δεν παρασκευάστηκαν σωστά είναι υπεύθυνα για τις περισσότερες περιπτώσεις μετάδοσης ηπατίτιδας Α και επιδημιών.⁸

Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό στις αναπτυγμένες χώρες ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, οι ομοφυλόφιλοι, τα παιδιά που διαβιούν σε ιδρύματα και οι πολυμεταγγιζόμενοι, π.χ. αιμοφιλικοί που παίρνουν μεταγγίσεις παράγοντα VIII.⁸

Κλινική εικόνα και εξέλιξη.

Ο χρόνος επώασης είναι 15-50 ημέρες (μέσος όρος 28 ημέρες). Η κλινική εικόνα ποικίλλει. Στα παιδιά είναι ήπια, ακόμα και υποκλινική ή ανικτερική, ενώ στους ενήλικες συνήθως σοβαρότερη και πιο παρατεταμένη. Η νόσος κλασσικά διαδράμει σε τέσσερα στάδια (επώασης, προϊκτερικό, ικτερικό και αναρρώσεως) και χαρακτηρίζεται από γενικά συμπτώματα (κακουχία, εύκολη κόπωση, μυαλγίες, ανορεξία, ναυτία, εμετός), ίκτερο και κνησμό, όταν η ηπατίτιδα εμφανισθεί με χολοστατική μορφή. Μια άλλη μορφή είναι η υποτροπιάζουσα ηπατίτιδα Α και αρθραλγία ή αρθρίτις, αγγειίτις και σπειραματονεφρίτις.⁸

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή, η ανάρρωση συνήθως πλήρης μετά από λίγες εβδομάδες και η θνητότητα από κεραυνοβόλο ηπατίτιδα σε επιδημίες μικρότερη από 1/1000. Η ηπατίτιδα Α ευθύνεται για λιγότερο από 1% των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας. Χρονιότητα δεν αναπτύσσεται.⁸

Πρόληψη.

Γενικά μέτρα:

Γενικά η ηπατίτιδα Α δεν θεωρείται σημαντικός επαγγελματικός παράγοντας κινδύνου. Απαιτείται σχολαστικός καθαρισμός των χεριών και των τροφίμων (μύδια). Η λήψη απλών μέτρων ατομικής και δημόσιας υγιεινής (ύδρευση, αποχέτευση) συμβάλλουν αποφασιστικά στον περιορισμό της μετάδοσης.⁸

Παθητική – ενεργητική ανοσοποίηση:

Η παθητική ανοσοποίηση κατά της ηπατίτιδας εφαρμόζεται από το 1945. Η φυσιολογική ανθρώπινη γ-σφαιρίνη (ISG) περιέχει αντι-HAV αντισώματα.⁸

Η ενδομυϊκή χορήγησή της, πριν από την έκθεση στον HAV ή σε πρώιμο στάδιο της περιόδου επώασης, έχει αποδειχθεί ότι προσλαμβάνει την κλινική εκδήλωση της νόσου.⁸

Η προληπτική χορήγηση 0,02ml/kg ISG σε άτομα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών με οξεία ηπατίτιδα Α θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα (2 εβδομάδες από την έκθεση στον ιό). Συνιστάται επίσης η χορήγηση ISG σε όσους ταξιδεύουν σε ενδημικές περιοχές. Η χορηγούμενη δόση είναι 0,5ml για παιδιά και 2,0ml για ενήλικες.⁸

Σήμερα γίνονται μελέτες για το κατά πόσο μπορεί ένα εμβόλιο να μειώσει τη συχνότητα της ηπατίτιδας Α σε μια κοινότητα. Σε χώρες όπου έχουν βελτιωθεί οι συνθήκες υγιεινής παρατηρείται δραματική πτώση της ηπατίτιδας Α σε μικρά παιδιά και εμφάνιση σε μεγαλύτερα.⁸

Το πρώτο εμβόλιο περιγράφηκε από τους Provost-Hilleman το 1978. Μέχρι σήμερα έχουν παρασκευαστεί και δοκιμάζονται πολλοί τύποι εμβολίου από εξασθενημένα στελέχη του ιού Α ή με ανασυνδυασμό του DNA. Πιθανόν να χρησιμοποιηθούν εμβόλια με αδρανοποιημένο ιό. Τα αποτελέσματα υπήρξαν ενθαρρυντικά, με ελάχιστες παρενέργειες. Η ανοσογονικότητα των εμβολίων από αδρανοποιημένο ιό Α είναι εξαιρετικά υψηλή, με ορομετατροπή που φθάνει το 100% μετά από χορήγηση δύο μόνο δόσεων, με μεσοδιάστημα 4 εβδομάδων. Αποτελέσματα 25.000 εθελοντών έδειξαν ανοσολογική απάντηση στο 95,7 και 99,8% μετά από την πρώτη και τη δεύτερη δόση. Η διάρκεια της προφύλαξης είναι άγνωστη.⁸

Άτομα υψηλού κινδύνου.

Άτομα υψηλού κινδύνου, στα οποία ενδείκνυται ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Α, είναι:⁸

- § Ταξιδιώτες σε ενδημικές περιοχές,⁸
- § ομοφυλόφιλοι,⁸
- § στρατιωτικοί,⁸
- § εκστρατευτικά σώματα,⁸
- § προσωπικό και τρόφιμοι βρεφο-νηπιακών σταθμών,⁸
- § τοξικομανείς,⁸
- § πληθυσμός ενδημικών χωρών,⁸
- § τρόφιμοι ιδρυμάτων και πιθανώς πάσχοντες από χρόνια ηπατίτιδα Β ή C.⁸

Αναμένεται στο άμεσο μέλλον ο υποχρεωτικός εμβολιασμός των παιδιών σε παγκόσμια κλίμακα.⁸

Θεραπεία.

Δεν απαιτείται ειδική θεραπεία για την ηπατίτιδα Α. Η νόσος υποχωρεί από μόνη της και ουδέποτε καταλείπει χρονιότητα. Συνιστάται ανάπαυση κατά το οξύ στάδιο χωρίς αυτό να είναι ευρέως αποδεκτό. Ο περιορισμός του ασθενούς προκειμένου να αποφευχθεί διασπορά της νόσου δεν έχει πρακτική αξία καθότι κατά κανόνα με την έναρξη των συμπτωμάτων ο ιός σταματάει να απεκκρίνεται στα κόπρανα. Εφόσον οι

παράμετροι ηπατικής λειτουργίας είναι καλές (χρόνος προθρομβίνης, λευκωματίνες, απουσία κλινικών σημείων ηπατικής εγκεφαλοπάθειας) ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί κατ' οίκον. Παρουσία σημείων ηπατικής εγκεφαλοπάθειας (ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, βυθιότητα, αστήριξη) μαρτυρούν οξεία ηπατική ανεπάρκεια και ο ασθενής πρέπει να προωθείται σε ειδικά κέντρα με μονάδες εντατικής θεραπείας ηπατοπαθών. Ένδειξη για μεταμόσχευση ήπατος είναι η παρουσία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας συν 2 τουλάχιστον από τα παρακάτω:³

1. Ηλικία <10 ή >40.³
2. Χολερυθρίνη >17mg/dl.³
3. Έναρξη εγκεφαλοπάθειας σε διάστημα >7 ημέρες από την έναρξη του ικτέρου.³
4. Χρόνος προθρομβίνης >50sec.³

Είναι εντυπωσιακό ότι η ηλικία παίζει καθοριστικό ρόλο και στη θνητότητα σε περίπτωση οξείας ηπατικής ανεπάρκειας από ηπατίτιδα Α. Συγκεκριμένα, η θνητότητα από 30% σε ηλικίες 16-40 αυξάνεται σε 65% μεταξύ 40-50 και φθάνει το 100% σε ηλικίες >50. Επίσης υπολογίζεται ότι στο 20% των θανάτων από ηπατίτιδα Α, συνυπάρχει χρόνια ηπατική νόσος και συνήθως κίρρωση.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Εισαγωγή.

Το 1965 ο Blumberg αναγνώρισε το αυστραλιανό αντιγόνο ως τον αιτιολογικό παράγοντα της ηπατίτιδας Β, ανακάλυψη για την οποία βραβεύθηκε αργότερα με το βραβείο Νόμπελ Ιατρικής. Το αυστραλιανό αντιγόνο ή αντιγόνο επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg) μαζί με τον πυρήνα του ιού, που περιέχει DNA πολυμεράση, DNA διπλής έλικας, αντιγόνο του πυρήνα (HBeAg) και αντιγόνο «e» (HBeAg), συναποτελούν το σωματίδιο Dane, δηλαδή τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), έναν DNA ιό της οικογένειας hepadna, διαμέτρου 42nm, μεταδιδόμενο με το αίμα και τα σωματικά υγρά. Η εξαιρετικά ενδιαφέρουσα μοριακή βιολογία του HBV ξεφεύγει από τα όρια της βραχείας αυτής παρουσίασης.⁸

Επιδημιολογία.

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί μια νόσο με παγκόσμια κατανομή της οποίας οι επιπτώσεις στον άνθρωπο είναι βαρύτερες. Το πρόβλημα της ηπατίτιδας Β διαφέρει από χώρα σε χώρα και η διαφοροποίηση βασίζεται στον επιπολασμό των φορέων, οι οποίοι αποτελούν τη δεξαμενή διασποράς του ιού. Γεωγραφικά υπάρχουν περιοχές με υψηλό επιπολασμό φορέων του HBsAg, υψηλή ενδημικότητα (8-15%), όπως η Ν. Αφρική, η Κίνα, οι υπο-Σαχάριες περιοχές, στις οποίες το ποσοστό οροθετικότητας για δείκτες λοιμώξεως HBV ανέρχεται σε 70-90%, περιοχές με μέση ενδημικότητα (2-7%), όπως η Μέση Ανατολή, η Β. Αφρική, η Νότια και Κεντρική Αμερική και η Ελλάδα, στις οποίες το ποσοστό οροθετικότητας είναι 20-55% και τέλος οι χώρες με χαμηλή ενδημικότητα φορέων (0,1-1,0%), όπως είναι η Δυτική Ευρώπη, Σκανδιναβία, Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία, Καναδάς και Βόρεια Αμερική, με ποσοστό οροθετικότητας 4-6%. Φαίνεται ότι ο πραγματικός αριθμός των περιπτώσεων είναι δεκαπλάσιος από αυτόν που διαγιγνώσκετε. Ο αριθμός των φορέων ανέρχεται παγκόσμια σε 300 εκατομμύρια. Το 75% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 15-39 χρόνων.⁸

Ομάδες πληθυσμού με υψηλό κίνδυνο μόλυνσεως με HBV είναι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι ομοφυλόφιλοι, τα άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, νεογνά μητέρων με θετικούς δείκτες HBV

λοιμώξεως, πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς, ασθενείς μονάδων τεχνητού νεφρού, ανοσοκατασταλμένα άτομα και φυσικά ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.⁸

Ο HBV ανευρίσκεται στο αίμα και σε εξιδρωματικές βλάβες (δερματικές βλάβες) ασθενών με οξεία ή χρόνια HBV λοίμωξη. Μέτριοι τίτλοι ιού ανευρίσκονται στο σπέρμα, στις κοιλικές εκκρίσεις και στο σίελο. Επίσης, ανευρίσκεται στη χολή, στο παγκρεατικό υγρό, στο πλευριτικό υγρό, στο ασκίτικό υγρό και στα δάκρυα. Τα ούρα και τα κόπρανα δεν αποτελούν πηγές μόλυνσης ηπατίτιδας Β.⁸

Ο τρόπος μετάδοσης και η ηλικία προσβολής ποικίλουν σημαντικά. Εξάλλου η ηλικία του αρρώστου κατά τη μόλυνση αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα εγκατάστασης της χρονιότητας. Η μετάδοση περί και αμέσως μετά τη γέννηση, από μητέρα χρόνιο φορέα (κάθετη μετάδοση), αποτελεί σημαντικό πρόβλημα σε μικρές χώρες (Ανατολική Ασία), όπου ένα μεγάλο ποσοστό (70-90%) βρεφών μολύνονται και μεταπίπτουν σε χρόνιους φορείς. Υπολογίζεται ότι περισσότερο από το 25% των παιδιών-φορέων θα πεθάνουν από ηπατοκυτταρικό καρκίνο ή κίρρωση στην ενήλικη ζωή. Σε μη ενδημικές περιοχές η λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β επικεντρώνεται στις ομάδες υψηλού κινδύνου, λόγω της συχνής επαφής τους με το αίμα ή σωματικά υγρά. Έτσι η ηπατίτιδα Β είναι ένας αναγνωρισμένος επαγγελματικός κίνδυνος για το υγειονομικό προσωπικό. Φαίνεται λοιπόν ότι 12.000 εργαζόμενοι στον τομέα υγείας μολύνονται στις ΗΠΑ και από αυτούς 200 πεθαίνουν από τις ανώτερες επιπτώσεις της λοίμωξης.⁸

Τέλος, βρέθηκε ότι, παρ' όλους τους ελέγχους στις τράπεζες αίματος, υπό τις καλύτερες συνθήκες, οι πιθανότητες μόλυνσεως μετά από μετάγγιση μολυσμένου με HBV αίματος από δότη κατά το χρόνο επώσεως της νόσου είναι μεγαλύτερες απ' ό,τι για HBV λοίμωξη ή για AIDS.⁸

Κλινική εικόνα και εξέλιξη οξείας HBV.

Η κλινική εικόνα της οξείας ηπατίτιδας Β ποικίλει από μια ανικτερική υποκλινική μορφή, μέχρι την κεραυνοβόλο ηπατίτιδα. Η συνήθης κλινική εικόνα τείνει να είναι σοβαρότερη από την αντίστοιχη της ηπατίτιδας Α ή C, διαρκεί λιγότερο από 4 μήνες, ενώ ο ίκτερος σπάνια παρατείνεται πέραν των 4 εβδομάδων. Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις παρατεταμένης, πέραν των 100 ημερών, χολοστατικής ηπατίτιδας. Άλλωστε παρουσιάζονται συμπτώματα συμβατά με νόσο ανοσοσυμπλεγμάτων με πρόδρομα φαινόμενα οροανοσίας (αλλεργικό εξάνθημα, πυρετός, αρθροπάθεια, πολυρογονίτις).⁸

Στις εξωηπατικές εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνονται πολυαρτηρίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, ρευματική πολυμυαλγία, μεικτή κρυσφαιριναιμία, σύνδρομο Guillain-Barre και μυοκαρδίτιδα, που

πιστεύεται ότι οφείλονται σε κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα που περιέχουν HBsAg.⁸

Κλινική πορεία χρόνιας HBV λοίμωξης.

Το 3-5% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα από τον ιό Β θα αναπτύξει κίρρωση, ετησίως. Προγνωστικοί παράγοντες εξέλιξης και ανάπτυξης ίνωσης-κίρρωσης είναι η ηλικία, η δραστηριότητα του ιού, η παρουσία γεφυροποιού νέκρωσης στον ηπατικό ιστό, η συλλοίμωξη με τον ιό δ (HDV) ή τον ιό C (HCV) και η κατανάλωση αλκοόλης.⁹

Το 2-10% των ασθενών με κίρρωση θα εκδηλώσει ρήξη της αντιρρόπησης ετησίως. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός ή περισσότερων από τα κάτωθι:⁹

- § ανάπτυξη ασκίτικης συλλογής (50%),⁹
- § ρήξη κίρσων οισοφάγου (9%),⁹
- § εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας,⁹
- § αύξηση των επιπέδων της χολερυθρίνης (21%).⁹

Περισσότερες από 1 εκδηλώσεις εμφανίζονται σε >30% των ασθενών. Η 5ετής επιβίωση ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση είναι 14-35%, σε αντίθεση με την επιβίωση ασθενών με καλώς αντιρροπούμενη κίρρωση που είναι 70-80%.⁹

Η ετήσια συχνότητα αυτόματης κάθαρσης του HBsAg είναι 1% και η κλινική πορεία εξαρτάται από το στάδιο της υποκείμενης ηπατικής βλάβης, είναι όμως γενικά πολύ καλή. Ως προς το θέμα της ανάπτυξης ΗΚΚ, μετά από την κάθαρση του HBsAg, εξαρτάται από την έναρξη ή μη της καρκινογένεσης σε σχέση με το χρόνο κάθαρσης του ιού.⁹

Η ετήσια επίπτωση ΗΚΚ είναι 0,5% σε HBsAg(+), 0,8% σε HBsAg (+) με χρόνια ηπατίτιδα και 1,5-6,6% σε HBsAg (+) με κίρρωση. Το 60-90% των HBsAg(+) ασθενών με ΗΚΚ έχουν κίρρωση, και η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι >20/1. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΗΚΚ είναι το φύλο, η ηλικία, η συλλοίμωξη με HCV και, ενδεχομένως, ο γονότυπος του HBV.⁹

Η διάγνωση του ΗΚΚ βασίζεται στο συνδυασμό της α FP και των ευρημάτων των απεικονιστικών μεθόδων. Σε ασθενείς με κίρρωση η διάγνωση του ΗΚΚ τεκμηριώνεται με την παρουσία α FP>400ng και συμβατή απεικονιστική εικόνα σε μια απεικονιστική μέθοδο (αξονική ή μαγνητική τομογραφία).⁹

Σε ασθενείς με μικρότερες ή φυσιολογικές τιμές α FP, η διάγνωση του ΗΚΚ τεκμηριώνεται με τα συμβατά απεικονιστικά ευρήματα σε 2 διαφορετικές τεχνικές απεικόνισης. Σε 20-30% των ασθενών με ΗΚΚ η α FP είναι <10ng. Αύξηση της α FP παρατηρείται και στις εξάρσεις της λοίμωξης που συνοδεύονται από αναγεννητική δραστηριότητα και είναι συνήθως παροδική.⁹

Φυσική πορεία χρόνιας HBV λοίμωξης.

Ο HBV προκαλεί οξεία και χρόνια ηπατοκυτταρική βλάβη που οφείλεται στην ανοσιακή απάντηση του ξενιστή και όχι σε κυτταροτοξικότητα του ιού. Η οξεία λοίμωξη έχει ευρύ φάσμα κλινικής έκφρασης που κυμαίνεται από την ασυμπτωματική μορφή μέχρι τη βαριά ικτερική ηπατίτιδα και, σε ελάχιστες περιπτώσεις (<1/1.000), την κεραινοβόλο μορφή. Η εξέλιξη της οξείας λοίμωξης από τον ιό HBV εξαρτάται κυρίως από την ηλικία του ξενιστή.⁹

Όσο μικρότερη η ηλικία, τόσο συχνότερη η χρόνια εξέλιξη, που στα νεογνά φθάνει σε ποσοστό 90%, στα παιδιά 30-40%, ενώ στους ενήλικες κυμαίνεται σε ποσοστό 5-10%, αφορώντας ιδιαίτερα σε τοξικομανείς και ομοφυλόφιλους. Η φυσική πορεία της χρόνιας λοίμωξης εξαρτάται από την αλληλεπίδραση του ιού και του ξενιστή και χαρακτηρίζεται από τέσσερεις φάσεις που διαρκούν άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα και διακρίνονται από συγκεκριμένους ορολογικούς, βιοχημικούς και ιστολογικούς δείκτες.⁹

Διαγνωστικά κριτήρια παρελθούσας HBV λοίμωξης:

- ✚ HBsAg(-)
- ✚ Anti-HBc(+) + anti-HBs(+)
- ✚ ALT/AST: φυσιολογικές
- ✚ HBV DNA (-) ή σπάνια (+) με πολύ ευαίσθητη μέθοδο.

Πίνακας 1: Κριτήρια χαρακτηρισμού της HBV λοίμωξης ως παρελθούσας.⁹

§ Φάση της ανοχής.

Χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ιαιμίας (>1.000.000 copies/ml), HBeAg(+), χαμηλά επίπεδα IgM anti-HBc αντισωμάτων, φυσιολογικές αμινοτρανσφεράσες, ήπιες αλλοιώσεις στη βιοψία του ήπατος και ανοσοϊστοχημική έκφραση του HBc στον πυρήνα των ηπατοκυττάρων.⁹

§ Φάση της κάθαρσης.

Χαρακτηρίζεται από την ανοσιακή αντίδραση του ξενιστή και παρατηρούνται αυξημένες αμινοτρανσφεράσες, σχετικά χαμηλά επίπεδα ιαιμίας, αυξημένα επίπεδα IgM anti-HBc αντισωμάτων, παρουσία HBeAg ή ασταθούς HBeAg ή anti-HBe ή ταυτόχρονη ανίχνευση HBeAg και anti-HBe και ιστολογικές αλλοιώσεις χρόνιας ηπατίτιδας με ανοσοϊστοχημική έκφραση HBc αντιγόνου στον πυρήνα και το πρωτόπλασμα των ηπατοκυττάρων (HBeAg (+) χρόνια ηπατίτιδα).⁹

Η φάση αυτή δύναται να διαρκέσει άλλοτε άλλο διάστημα (μέχρι και πολλά χρόνια). Η μέση ετήσια συχνότητα αυτόματης ορομετατροπής από HBeAg(+) σε anti-HBe(+) είναι 10-15% και στα 2/3 των ασθενών προηγείται αιφνίδια αύξηση των αμινοτρανσφερασών. Η ενεργοποίηση του ιού μετά από την ορομετατροπή είναι 10-20%.⁹

§ Φάση της ενσωμάτωσης.

Χαρακτηρίζεται από την ενσωμάτωση του γονιδιώματος και του ιού στο γενετικό υλικό του ξενιστή και εκφράζεται με φυσιολογικές αμινοτρανσφεράσες, πολύ χαμηλά επίπεδα ιαιμίας, HBeAg(-), anti-HBe(+), χαμηλά επίπεδα IgM anti-HBc (<0,400) και ιστολογικές αλλοιώσεις που έχουν επισυμβεί στο προηγούμενο στάδιο. Στη φάση αυτή παραμένει μικρή ποσότητα υπολειπόμενου ιού επισωματικά που διατηρεί την ικανότητα επανεργοποίησης (ανενεργός φορέας).⁹

Σε μικρό ποσοστό (2%) ασθενών είναι δυνατόν να παρατηρηθεί εξαφάνιση του HBsAg και ανάπτυξη υψηλού τίτλου anti-HBc αντισωμάτων λόγω μείωσης της παραγωγής του HBsAg.⁹

Στην τελευταία περίπτωση η χορήγηση μιας δόσης εμβολίου διαφοροποιεί τη λανθάνουσα χρονία από την ιαθείσα HBV λοίμωξη (ουδεμία ορολογική μεταβολή στην πρώτη περίπτωση, αύξηση των anti-HBs αντισωμάτων στη δεύτερη).⁹

§ Φάση ενεργοποίησης μεταλλαγμένου ιού.

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από την ενεργοποίηση του προπυρηνικά μεταλλαγμένου ιού (στέλεχος που λόγω μιας μεταλλαγής στη θέση 1896 που ευνοείται στους γονότυπους B, C, D, E του ιού-έχει χάσει την ικανότητα παραγωγής της HBe πρωτεΐνης). Στην Ελλάδα επικρατεί (>90%) ο γονότυπος D. Τα άτομα με ενεργοποίηση του προπυρηνικά μεταλλαγμένου ιού (HBeAg (-) χρόνια ηπατίτιδα) έχουν αυξημένες αμινοτρανσφεράσες (μόνιμα ή περιοδικά), σημαντική ιαιμία (μικρότερη της αντίστοιχης των HBeAg θετικών, αλλά >100.000 copies/ml), σχετικά αυξημένα επίπεδα IgM anti-HBc και ιστολογική εικόνα ενεργού νόσου με άλλοτε άλλη έκφραση του HBc αντιγόνου στα ηπατοκύτταρα. Τα άτομα αυτά έχουν ποικιλόμορφη κλινική πορεία, συχνά με διακύμανση των ALT/AST και των επιπέδων του HBV-DNA του ορού.⁹

Φορείς HBsAg.

Κατηγορίες αρρώστων που εμφανίζονται σαν «φορείς» HBsAg:

1. Το σύνολο των αρρώστων με οξεία ή χρόνια ηπατική πάθηση.⁸
2. Άρρωστοι που βρίσκονται σε ακτινοθεραπεία.⁸
3. Άρρωστοι που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή (υποψήφιοι για μεταμόσχευση νεφρών-μεταμόσχευση μυελού οστών).⁸

4. Άρρωστοι με λευχαιμίες (οξείες ή χρόνιες)-κακοήθη νοσήματα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (Δ.Ε.Σ.).⁸
5. Άρρωστοι που πάσχουν από οξώδη πολυαρτηρίτιδα (ασθένεια του κολλαγόνου συνεκτικού ιστού).⁸
6. Άρρωστοι με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.)-άρρωστοι που έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού.⁸
7. Ταξιδιώτες ή μετανάστες που προέρχονται από περιοχές που εμφανίζουν υψηλό ποσοστό ηπατίτιδας Β.⁸
8. Αιμολήπτες (ανεπαρκής έλεγχος-διατηρημένες φιάλες αίματος).⁸
9. Άνθρωποι που παίρνουν ναρκωτικά, φυλακισμένοι, διανοητικά καθυστερημένοι (ειδική μνεία για το σύνδρομο Down), άνθρωποι που κάνουν ή έχουν «τατουάζ», σχεδιασμούς στο σώμα τους, ομοφυλόφιλοι.⁸

Χρόνιος ανενεργός φορέας του HBV.

Ως χρόνιος ανενεργός φορέας της HBV λοίμωξης χαρακτηρίζεται ο ασθενής που παρουσιάζει:⁹

- § HBsAg(+) για >6 μήνες,⁹
- § κατ' εξακολούθηση φυσιολογικές αμινοτρανσφεράσες (τουλάχιστον 3 μετρήσεις κάθε 1-3 μήνες τον πρώτο χρόνο),⁹
- § χαμηλά επίπεδα HBV-DNA ορού (<100.000 copies/ml),⁹
- § απουσία κλινικο-εργαστηριακών ευρημάτων συμβατών με παρουσία χρόνιας ηπατικής νόσου (π.χ. αγγειοματώδεις σπίλοι, ηπατικές παλάμες, υπερσπληνισμός κ.λπ.). Το όριο των 100.000 copies/ml έχει επιλεγεί αυθαίρετα, ενώ κατά κανόνα οι ασθενείς με χρόνια ανενεργό φορέα του HBV διαθέτουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα HBV-DNA (30.000 copies/ml).⁹

Διαγνωστικά κριτήρια ανενεργού φορέα του HBV

- ⊕ HBsAg(+) >6 μήνες
- ⊕ ALT/AST: συνεχώς φυσιολογικές
- ⊕ HBV-DNA στο αίμα <10⁵ copies/ml
- ⊕ Βιοψία ήπατος δεν απαιτείται
- ⊕ HBeAg(-), anti-HBe(+)
- ⊕ IgM anti-HBc <0.200

Πίνακας 2: Κριτήρια του ασθενούς ως ανενεργού φορέα της HBV λοίμωξης.⁹

Διάγνωση ορολογική-ιολογική.

Η ανίχνευση της πρωτεΐνης της επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg, «Αυστραλιανό αντιγόνο») στον ορό είναι πολύ ευαίσθητη (ανιχνεύεται σε επίπεδα 0,02-1ng/ml) και η παρουσία του HBsAg για >6 μήνες υποδηλώνει χρόνια HBV λοίμωξη. Το anti-HBs είναι IgG αντίσωμα και η ανίχνευσή του σε συνδυασμό με την παρουσία anti-HBc σημαίνει ίαση και ανοσία για επαναμόλυνση. Η παρουσία μόνο anti-HBs σημαίνει επιτυχή εμβολιασμό.⁹

Το HBeAg παριστά την πρωτεΐνη του πυρηνοκαψιδίου του ιού. Συνοδεύεται από ιαιμία σε υψηλό τίτλο (>100.000), εκφράζοντας ενεργό πολλαπλασιασμό του ιού και αυξημένη μεταδοτικότητα. Το anti-HBe είναι IgG αντίσωμα έναντι του HBeAg και η παρουσία του εκφράζει χαμηλό πολλαπλασιασμό του φυσικού στελέχους του ιού. Το τελευταίο δεν ισχύει για τον προπυρηνικά μεταλλαγμένο ιό που δε δύναται να παράγει HBeAg. Το HBcAg δεν ανιχνεύεται στον ορό, αλλά μόνο στο ήπαρ με ανοσοϊστοχημεία και συνεχίζεται θετικά με την ιαιμία και τον ιικό πολλαπλασιασμό.⁹

Το anti-HBc (ολικό ή IgG) είναι αντίσωμα έναντι του HBcAg και υπάρχει στην οξεία, χρόνια και παλαιά λοίμωξη από τον HBV. Ο ποιοτικός προσδιορισμός του anti-HBc IgM δίνει αποτέλεσμα «θετικό» στην οξεία ηπατίτιδα Β.⁹

Οι τίτλοι του anti-HBc IgM («ποσοτικός» προσδιορισμός) προσδιορίζονται με ανοσοενζυμική μέθοδο σε IMX αναλυτή και αποτελούν χρήσιμο δείκτη ενεργότητας του ιού στη χρόνια λοίμωξη.⁹

Ο προσδιορισμός του HBV-DNA γίνεται με την αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (polymerase chain reaction-PCR) και η ιαιμία σχετίζεται με την ενεργότητα του ιού. Η διάκριση των ανενεργών φορέων από τους πάσχοντες από ενεργό ηπατοκυτταρική βλάβη με anti-HBe με βάση την ιαιμία δεν είναι σαφής. Έχει προταθεί το όριο των 10^5 , αλλά πιθανόν να είναι πολύ μικρότερο (10^3).⁹

Πρόληψη.

Παθητική ανοσοποίηση:

Επιτυγχάνεται με τη χορήγηση υπερανόσου γ-σφαιρίνης (HBIG) που παρασκευάζεται από δεξαμενή πλάσματος που περιέχει αντι-HBs αντισώματα σε υψηλούς τίτλους. Προσφέρει παθητική ασφάλεια για περιορισμένο χρόνο έναντι της ηπατίτιδας Β.⁸

Η κυριότερη ένδειξη χορήγησης της HBIG είναι η απλή έκθεση στον HBV, συνήθως με αίμα θετικό στο HBsAg, που μπορεί να μολύνει τον λήπτη μετά από μικροτραυματισμό, κατάποση και επαφή με βλεννογόνους ή τους επιπεφυκότες. Θα πρέπει να χορηγείται σε 48 ώρες μετά την έκθεση. Επίσης η HBIG μπορεί να χορηγηθεί σε νεογνά μητέρων φορέων του HBsAg, 112 ώρες από τη γέννηση. Η ταυτόχρονη

χορήγηση εμβολίου καλύπτει κατά 90%. Χορηγείται επίσης επαναληπτικά για πρόληψη επαναμολύνσεως ηπατικού μοσχεύματος.⁸

Ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμός):

Ενδείκνυται στις παρακάτω ομάδες πληθυσμού:

1. Πολυμεταγγιζόμενοι (αιμοφιλικοί, μεσογειακή αναιμία).⁸
2. Ασθενείς και προσωπικό μονάδων τεχνητού νεφρού, ογκολογικών και αιματολογικών μονάδων.⁸
3. Ασθενείς με συγγενή ή επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια.⁸
4. Τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων διανοητικώς καθυστερημένων ατόμων.⁸
5. Ναρκομανείς, ομοφυλόφιλοι.⁸
6. Εργαζόμενοι και ταξιδιώτες σε ενδημικές περιοχές.⁸
7. Νεογνά μητέρων φορέων του HBsAg.⁸
8. Γυναίκες και παιδιά σε χώρες με υψηλή συχνότητα φορέων.⁸
9. Οικογενειακό περιβάλλον και σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων του HBsAg.⁸
10. Τυχαία έκθεση σε αίμα θετικό στο HBsAg.⁸
11. Ιατροί, οδοντίατροι, φοιτητές, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.⁸

Όλες οι κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία η εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων, που αποσκοπούν στην πρόληψη της μετάδοσης του ιού και τη μείωση του αριθμού των φορέων. Είναι γνωστό ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης ηπατώματος είναι 217 φορές μεγαλύτερος στους φορείς HBsAg απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό.⁸

Ο εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας Β άρχισε το 1980. Η αποτυχία στην εφαρμογή εμβολιασμού των ομάδων υψηλού κινδύνου και η ανάπτυξη νέων και ασφαλών εμβολίων με σύγχρονες μεθόδους, σε συνδυασμό με τις τεράστιες επιπτώσεις της ηπατίτιδας Β, επιβάλλουν την καθιέρωση μιας νέας πολιτικής για τον μαζικό εμβολιασμό κατά την παιδική ηλικία, πράγμα που συνιστά και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.⁸

Εμβόλιο έναντι της ηπατίτιδας Β.

Η εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού εμβολιασμού αποτελεί την καλύτερη στρατηγική πρόληψης της λοίμωξης από τον HBV και δραματικής μείωσης των επιπλοκών της λοίμωξης αυτής. Τα εμβόλια είναι ιδιαίτερα ασφαλή και αποτελεσματικά και παράγονται με την τεχνική του ανασυνδυασμένου DNA.⁹

Σε υγιή άτομα το εμβόλιο χορηγούμενο σε 3 δόσεις των 10mg (0,1 και 6 μήνες) προκαλεί επαρκή απάντηση στο 94% των ατόμων. Δεν ενδείκνυται εμβολιασμός σε άτομα με anti-HBc(+) και/ή anti-HBs(+), γι'

αυτό και απαιτείται προέλεγχος για να μην γίνεται άσκοπος εμβολιασμός.⁹

Η απάντηση στον εμβολιασμό (έλεγχος 1-3 μήνες μετά την 3^η δόση) διακρίνεται σε:⁹

§ καλή (anti-HBs>100IU/L),⁹

§ χαμηλή (anti-HBs=10-100IU/L),⁹

§ κακή (anti-HBs μη ανιχνεύσιμα ή <10IU/L).⁹

Η απάντηση και ο τίτλος των anti-HBs αντισωμάτων εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες που περιλαμβάνουν την παχυσαρκία, την ηλικία και την ανοσολογική επάρκεια του ατόμου. Τίτλος αντισωμάτων anti-HBs>10IU/L μετά από εμβολιασμό θεωρείται προστατευτικός έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β.⁹

Στα άτομα που δεν έχουν αναπτύξει αντισώματα με το κλασικό σχήμα, επανάληψη του εμβολιασμού με διπλή δόση είναι δυνατόν να είναι αποτελεσματική σε ποσοστό περίπου 20%.⁹

Σχεδόν το 90% των εμβολιασθέντων ατόμων παρουσιάζουν ανιχνεύσιμα επίπεδα anti-HBs 5 χρόνια μετά από τον εμβολιασμό. Η απώλεια ανιχνεύσιμων anti-HBs μετά από εμβολιασμό δε σημαίνει απώλεια της ανοσίας. Η ανοσιακή μνήμη παραμένει άθικτη εξασφαλίζοντας 100% προστασία έναντι του ιού σε άτομα που ανέπτυξαν αρχικά τίτλο anti-HBs>10IU/L μετά από εμβολιασμό. Επομένως, μετά από επιτυχή εμβολιασμό δε χρειάζονται επαναληπτικές δόσεις εμβολίου. Εξαίρεση αποτελούν οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, στους οποίους συνιστάται έλεγχος του τίτλου των anti-HBs κάθε 6-12 μήνες και η χρήση επαναληπτικών δόσεων με στόχο τη διατήρηση σε επίπεδα >100IU/L.⁹

Ομάδες ενηλίκων αυξημένου κινδύνου με ανάγκη για εμβολιασμό

- ✚ Ομοφυλόφιλοι
- ✚ Ετεροφυλόφιλοι ερωτικοί σύντροφοι ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη [HBsAg(+)]
- ✚ Ετεροφυλόφιλοι με πολλαπλούς (>3) ερωτικούς συντρόφους
- ✚ Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- ✚ Αιμοκαθαιρόμενοι
- ✚ Εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας
- ✚ Τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων ή πνευματικά καθυστερημένων
- ✚ Φυλακισμένοι και προσωπικό φυλακών
- ✚ Πολυμεταγγιζόμενοι και αιμορροφιλικοί

Πίνακας 3: Πληθυσμιακές ομάδες με υψηλό κίνδυνο για λοίμωξη από ιό HBV, που πρέπει να εμβολιάζονται.⁹

Παρακολούθηση ανενεργών φορέων.

Ο έλεγχος και η παρακολούθηση ασθενούς με χρόνια HBV λοίμωξη και φυσιολογικές ALT/AST περιλαμβάνει:⁹

1. αρχική αξιολόγηση της δραστηριότητας του ιού και της παρούσας υποκείμενης ηπατικής νόσου,⁹
2. παρακολούθηση των ALT/AST ανά 3μηνο τον 1^ο χρόνο,⁹
3. έλεγχο των ALT/AST ανά 6μηνο, μετά τον 1^ο χρόνο και αξιολόγηση του τίτλου των IgM anti-HBc αντισωμάτων.⁹

Η ανεύρεση τίτλου IgM anti-HBc αντισωμάτων >0,400 που παραμένει υψηλός για διάστημα >6 μηνών, αποτελεί δείκτη ανοσιακής αντίδρασης και ένδειξη ενεργοποίησης του ιού, που είναι δυνατόν να παραβλεφθεί λόγω πιθανής βραχυχρόνιας αύξησης των αμινοτρανσφερασών.⁹

Μικρό ποσοστό ασυμπτωματικών φορέων του HBV (<5%) παρουσιάζει ιστολογική εικόνα ανενεργού ίνωσης ή κίρρωσης, βλάβη που έχει δημιουργηθεί στη φάση της κάθαρσης του ιού. Η πιθανότητα ενεργοποίησης του ιού σε ασθενείς με μη ενεργό νόσο είναι 20%.⁹

Προληπτικός έλεγχος για ΗΚΚ.

Οι ασθενείς με κίρρωση πρέπει να υποβάλλονται υποχρεωτικά σε μέτρηση της α 1-εμβρυϊκής σφαιρίνης και σε υπερηχογράφημα ήπατος ανά 6μηνο (μέσος χρόνος διπλασιασμού του ΗΚΚ). Σε περίπτωση ύποπτης εστίας απαιτείται η διενέργεια ελικοειδούς (spiral) αξονικής τομογραφίας ή/και μαγνητικής τομογραφίας, απαραίτητα με έγχυση σκιαγραφικού ή παραμαγνητικής ουσίας αντίστοιχα.⁹

Αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας B-Hepatitis B associated antigen (HBsAg).

Το αντιγόνο αυτό ήταν γνωστό παλαιότερα σαν «Αυστραλιανό αντιγόνο» επειδή αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από τον Blumberg το έτος 1965 σε ένα ιθαγενή της Αυστραλίας.¹⁰

Χρονολογικά εμφανίζεται σαν το πρώτο αντιγόνο στον ορό ανθρώπων που προσβάλλονται από ηπατίτιδα Β, ενώ κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης οι τίτλοι του HBsAg βαθμιαία ελαττώνονται μέχρι να εξαφανιστούν. Σε ποσοστό που κυμαίνεται από 0,1% μέχρι 20% στον γενικό πληθυσμό και που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως:¹⁰

1. Γεωγραφική τοποθεσία¹⁰
2. Συνθήκες γενικής υγιεινής¹⁰
3. Ταξικούς παράγοντες¹⁰
4. Κοινωνική τάξη¹⁰
5. Φύλο¹⁰
6. Ηλικία¹⁰

Αντίσωμα κατά του αντιγόνου επιφανείας ηπατίτιδας B (anti-HBs).

Το αντίσωμα αυτό δεν έχει σχέση με την οξεία φάση αλλά με την ανάρρωση από οξεία ηπατίτιδα B.¹⁰

Σαν αντίσωμα με μακροχρόνια ζωή είναι ένας καλός «δείκτης» για την εκτίμηση:¹⁰

§ Της ανάρρωσης ατόμου και οξείας ηπατίτιδας B.¹⁰

§ Της ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού στον ιό της ηπατίτιδας B (δηλαδή, η ανεύρεση θετικού anti-HBs αντισώματος είναι δείκτης προσβολής από ηπατίτιδα B έστω και αν δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα και πρέπει να ερευνηθεί από το γιατρό).¹⁰

Αντιγόνο πυρήνος ηπατίτιδας B-HBcAg.

Το αντιγόνο αυτό δεν υπάρχει στον ορό (θεωρητικά υπάρχει σε πολύ μικρές ποσότητες), αλλά είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί.¹⁰

Αντίσωμα κατά του αντιγόνου πυρήνος ηπατίτιδας B-anti-HBc.

Μεγάλης σημασίας αντίσωμα. Θεωρητικά μπορεί να δείχνει την αναδίπλωση (replication) του ιού της ηπατίτιδας B και επομένως την λοιμογόνο παρουσία του ιού της ηπατίτιδας B (HBV) στο ήπαρ ακόμα και όταν δεν ανιχνεύεται HBsAg στο αίμα. Παρουσιάζεται στην αρχή της ηπατίτιδας B ενώ ακόμα υπάρχει HB-s αντιγοναιμία (HBsAg+). Χαρακτηριστική είναι η παρουσία του ακόμα και σε χαμηλούς τίτλους, για πολλά χρόνια, συνοδεύοντας συνήθως το anti-HBs. Υψηλοί τίτλοι του αντισώματος αυτού συνοδεύουν τους «χρόνιους φορείς» της ηπατίτιδας B.¹⁰

Αντιγόνο e ηπατίτιδας B-HBeAg.

Το αντιγόνο αυτό αποτελείται από ένα σύνολο διαλυτών πρωτεϊνών. Φαίνεται να έχει σχέση με τη σύνθεση του ιού της ηπατίτιδας B. Πιθανό να αποτελεί ένα μικρό συστατικό του αντιγόνου πυρήνος (core antigen) ή των προϊόντων αποικοδόμησης του αντιγόνου αυτού.¹⁰

Εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων στην οξεία φάση της ηπατίτιδας B προκαλώντας την παραγωγή του αντισώματος κατά του e αντιγόνου (anti-HBe) σε σύντομο διάστημα από την εξαφάνιση του αντιγόνου αυτού. Η παρουσία του αντιγόνου e θεωρείται ότι δηλώνει την παρουσία μεγάλων ποσών ιού ηπατίτιδας και η εμφάνιση του anti-HBe συνοδεύει τυπικά το κλινικά οξύ στάδιο της ηπατίτιδας B.¹⁰

Η αντισωματική αυτή απάντηση (δηλαδή, η εμφάνιση anti-HBe δεν παρατηρείται στα άτομα που τελικά θα καταλήξουν χρόνια φορείς της ηπατίτιδας B). Έτσι ευνόητο είναι ότι η παραγωγή anti-HBe είναι ένα σημαντικά προσδιοριστικό σημείο που δείχνει την υποχώρηση της ηπατίτιδας B και την αρχή της ανάρρωσης.¹⁰

Η παρουσία του HBe συνοδεύει επίσης τους «φορείς» της ηπατίτιδας B και την πιθανότητα μετάδοσης της νόσου, π.χ. γυναίκες «φορείς ηπατίτιδας B» που είναι θετικές (HBe+) θεωρείται ότι μπορεί να μεταδώσουν τη νόσο στους απογόνους τους.¹⁰

Από το σύνολο των ατόμων που προσβάλλονται από ηπατίτιδα B, το 5-10% καταλήγουν στο στάδιο του «χρόνιου φορέα» ηπατίτιδας B. Η εμφάνιση του HBsAg κατά την είσοδο και επώαση της ηπατίτιδας B φθάνει σε υψηλούς τίτλους (σχεδόν πάντα >100mg/ml) και διατηρείται για χρόνια, δεκαετίες ή ισόβια.¹⁰

Θεραπεία χρόνιας HBV.

Στόχοι θεραπείας:

Οι άμεσοι στόχοι της θεραπείας της χρόνιας HBV ηπατίτιδας είναι η ύφεση των συμπτωμάτων του ασθενούς, όταν υπάρχουν και η υποχώρηση της φλεγμονής στο ήπαρ. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται με την καταστολή του ιϊκού πολλαπλασιασμού [HBV-DNA <100.000 γονιδιώματα/ml και παρουσία HBeAg(-)/anti-HBe(+)] (ιολογική ανταπόκριση) και την ομαλοποίηση των ALT/AST (βιοχημική ανταπόκριση). Οι απώτεροι στόχοι της θεραπείας είναι η εκρίζωση του HBV, η πρόληψη της ανάπτυξης κίρρωσης ή/και ΗΚΚ και η βελτίωση της επιβίωσης. Η εκρίζωση του HBV υποδηλώνεται με HBsAg(-), συνήθως anti-HBs(-) και HBV-DNA(-) στον ορό και στο ήπαρ με PCR. Όμως, είναι αναμφίβολο εάν μπορεί να εκριζωθεί ο HBV, λόγω της παραμονής υπολειμματικού ενσωματωμένου ιού στο ήπαρ και σε εξωηπατικές θέσεις, που μπορεί να αναζωπυρωθεί σε συνθήκες ΗΒανοσοκαταστολής.⁹

Θεραπευτικά σχήματα.

HBeAg (+) χρόνια HBV λοίμωξη.

§ Κλασική ή πεγκυλιωμένη ΙΦΝ (Peg-IFNa).

Η χορήγηση κλασικής ΙΦΝ σε δόση 3-10MU για διάστημα 3-6 μηνών συσχετίζεται με απώλεια του HBeAg σε ποσοστό 24% (8,3-30,4%) και εμμένουσα βιοχημική ύφεση σε ποσοστό 26% (18-34%). Η θεραπεία με Peg-IFNa-2a, 180mg/εβδομάδα, για 24 εβδομάδες, επιφέρει απώλεια του HBeAg, μείωση του HBV-DNA (<500.000 copies/ml) και ομαλοποίηση της ALT, σε ποσοστό 28% στο τέλος της παρακολούθησης των 24 εβδομάδων, μετά τη διακοπή της θεραπείας.⁹

§ Λαμβουδίνη

Η ορομετατροπή HBeAg σε anti-HBe με τη χορήγηση λαμβουδίνης είναι της τάξεως του 17-20% τον 1^ο χρόνο θεραπείας, 27% τον 2^ο, 40% τον 3^ο, 47% τον 4^ο και 50% τον 5^ο χρόνο. Η αύξηση αυτή της

πιθανότητας ορομετατροπής, δυστυχώς, συνοδεύεται από αύξηση της ανάδυσης μεταλλαγμένου στελέχους του ιού (IMDD, ανθεκτικό στη λαμβουδίνη), που είναι της τάξεως του 14% τον 1^ο χρόνο και 69% τον 5^ο χρόνο.⁹

§ *Αδεφοβίρη*

Η διπιβαλική αδεφοβίρη στην HBeAg (+) χρόνια HBV λοίμωξη προκαλεί απώλεια του HBeAg σε ποσοστό 23% τον 1^ο χρόνο, 46% τον 2^ο χρόνο και 53% τον 3^ο χρόνο και ορομετατροπή σε anti-HBe σε ποσοστό 14%, 33%, και 46% αντίστοιχα. Στην περίπτωση χορήγησης αδεφοβίρης η πιθανότητα ανάπτυξης διαφυγής είναι 3% μετά τον 2^ο χρόνο χορήγησης του φαρμάκου. Σε HBeAg (+) ασθενείς που έχουν αναπτύξει διαφυγή στη λαμβουδίνη χορηγείται αδεφοβίρη.⁹

§ *Εντεκαβίρη*

Η χορήγηση του νεότερου νουκλεοσιδικού αναλόγου επέφερε στον 1^ο χρόνο ορομετατροπή του HBeAg σε ποσοστό 21% και μη ανιχνεύσιμο HBV-DNA (<300 copies/ml) σε ποσοστό 67%.⁹

HBeAg (-) χρόνια HBV λοίμωξη

§ *Κλασική ΙΦΝ*

Ιολογική και βιοχημική ανταπόκριση στο τέλος της θεραπείας με ΙΦΝ επιτυγχάνεται σε ποσοστό 40-90%, αλλά υποτροπή εμφανίζεται σε ποσοστό 30-90%. Συνολικά παραμένουσα ανταπόκριση (ιολογική και βιοχημική) μετά από 2-4 χρόνια παρακολούθησης είναι της τάξεως του 10-15% σε ασθενείς που λαμβάνουν 5MU για χρονικό διάστημα 12 και 24 μηνών. Σε ένα ποσοστό που φθάνει το 32% των ασθενών που ευρίσκονται σε παραμένουσα ανταπόκριση παρατηρείται κάθαρση του HBsAg.⁹

§ *Peg-IFNa*

Η Peg-IFNa-2a 180mg/εβδομάδα με ή χωρίς λαμβουδίνη αξιολογήθηκε σε σύγκριση με μονοθεραπεία με λαμβουδίνη για διάστημα 12 μηνών σε ασθενείς με χρόνια HBeAg (-) λοίμωξη. Τα αποτελέσματα 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας έδειξαν: α) βιοχημική ανταπόκριση σε ποσοστό 59% για την Peg-IFN, 60% για την Peg-IFN+λαμβουδίνη και 44% για τη λαμβουδίνη και β) ιολογική ανταπόκριση (HBV-DNA <20.000copies/ml) 43%, 44% και 29%, αντίστοιχα. Απώλεια του HBsAg παρατηρήθηκε σε μικρό ποσοστό ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Peg-IFN+/-λαμβουδίνη, αλλά σε κανέναν ασθενή που έλαβε μονοθεραπεία με λαμβουδίνη.⁹

§ Λαμβουδίνη έπ' αόριστον

Η ανάπτυξη μεταλλαγμένων στελεχών στην πολυμεράση του ιού αποτελεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα στη μακροχρόνια χορήγηση της λαμβουδίνης. Το 60-70% των ασθενών στην 3ετία αναπτύσσει ανθεκτικά στελέχη του, αργά ή γρήγορα, οδηγούν σε βιοχημική και ιολογική διαφυγή και επιβάρυνση της ιστολογικής εικόνας. Από την άλλη, υπάρχει ένα 30% των ασθενών που παραμένει σε ύφεση μετά από 4-5 έτη συνεχούς χορήγησης λαμβουδίνης. Το πρόβλημα της διαφυγής του ιού έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία στις περιπτώσεις κίρρωτικών ασθενών με οριακή ηπατική λειτουργία. Ευτυχώς όχι συχνά (15% των περιπτώσεων) η διαφυγή προκαλεί έντονη βιοχημική έξαρση με αποτέλεσμα τη ρήξη της αντιρρόπησης της υποκείμενης νόσου. Στις περιπτώσεις διαφυγής του ιού στη λαμβουδίνη, η επιλογή είναι η χορήγηση ή ακόμα καλύτερα η συγχορήγηση (ιδιαίτερα στην περίπτωση ασθενούς με κίρρωση) της αδεφοβίρης, που δρα αποτελεσματικά στα ανθεκτικά στη λαμβουδίνη στελέχη αλλά και στο φυσικό στέλεχος του ιού.⁹

§ Διπιβαλική αδεφοβίρη έπ' αόριστον

Η χορήγηση αδεφοβίρης για 2-3 χρόνια έδειξε ιολογική ανταπόκριση (μη ανιχνεύσιμο HBV-DNA με PCR) 71% και 77%, αντίστοιχα και βιοχημική ανταπόκριση 72% και 67%, αντίστοιχα. Η συχνότητα, ευτυχώς, της ανάπτυξης μεταλλαγών στην αδεφοβίρη είναι 0% τον 1^ο χρόνο, 3% το 2^ο χρόνο και 11% τον 3^ο χρόνο θεραπείας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι τα ανθεκτικά στελέχη του ιού στην αδεφοβίρη είναι ευαίσθητα στη λαμβουδίνη.⁹

Νεότερα νουκλεοτιδικά ανάλογα:

Τα τελευταία 5 χρόνια, τα νουκλεοτιδικά ανάλογα, από του στόματος χορηγούμενοι αντικοί παράγοντες, χρησιμοποιούνται ή δοκιμάζονται στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β. Λόγω του ότι παρατηρήθηκε αδυναμία εκρίζωσης της HBV λοίμωξης ή τουλάχιστον διατήρησης μόνιμης ύφεσης μετά τη διακοπή της θεραπείας και επικράτηση μεταλλαγμένων ανθεκτικών στελεχών ώθησαν ερευνητική προσπάθεια στη δοκιμή νεότερων νουκλεοτιδικών.¹¹

§ Εμτρισιταμίνη (FTC)

Είναι κυτιδινικό ανάλογο (5-φθοριωμένο παράγωγο της λαμβουδίνης) που φωσφορυλιώνεται ενδοκυτταρικά στην ενεργό τριφωσφορική μορφή του.¹¹

Σε μια διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη χορηγήθηκε εμτρισιταμίνη 25, 100 ή 200mg την ημέρα σε 98 Ασιάτες ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β (77 HBeAg+ και HBeAg- 21) για 48 εβδομάδες.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα στην ομάδα των HBeAg αρνητικών ασθενών, η διάμεση τιμή μείωσης του HBV-DNA ήταν 2,7 log₁₀, 2,5 log₁₀ και 2,6 log₁₀ για τις δοσολογικές ομάδες των 25, 100 και 200mg αντίστοιχα, το ποσοστό του μη ανιχνεύσιμου HBV-DNA 76% και το ποσοστό των ασθενών, με φυσιολογικές τρανσαμινάσες στο τέλος των 48 εβδομάδων 95%.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Ιός της Ηπατίτιδας C.

Το 1989, απομονώθηκε κατά τρόπο πλέον αναμφισβήτητο ένας παρεντερικά μεταδιδόμενος παράγοντας που στη συνέχεια ονομάστηκε ιός της ηπατίτιδας C (HCV). Διαπιστώθηκε στη συνέχεια ότι ο HCV ήταν υπεύθυνος για περίπου 90% όλων των περιπτώσεων NANB (Μη-Α, Μη-Β) ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση αίματος και ηπατίτιδες αγνώστου προέλευσης.⁷

Υπολογίζεται ότι περίπου 500 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον HCV. Ο HCV προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% των λοιμώξεων στους ενήλικες. Από τα άτομα με χρόνια λοίμωξη 30%-60% αναπτύσσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και 5%-20% μπορεί να καταλήξουν σε κίρρωση.⁷

Στις ΗΠΑ οι πάσχοντες από χρόνια ηπατίτιδα C εκτιμάται στις 3.900.000 ομοίως κάθε χρόνο πεθαίνουν 8.000 άτομα λόγω της ηπατίτιδας C. Στην Ελλάδα ο αριθμός των φορέων υπολογίζεται στις 200.000.⁷

Ο επιπολασμός του ιού της ηπατίτιδας C σε ομάδες υψηλού κινδύνου είναι υψηλός (Αιμορροφιλικοί & αιμοδιαλυόμενοι, Μεσογειακή Αναιμία, χρήση ναρκωτικών).⁷

Παθογόνο Αίτιο.

Ο ιός HCV φαίνεται ότι ανήκει στην οικογένεια των Flaviviridae και ειδικότερα στο γένος των ιών Pestivirus. Μέχρι σήμερα 6 διαφορετικοί γονότυποι του ιού έχουν ταυτοποιηθεί σε όλο τον κόσμο και περισσότεροι υπότυποι.⁷

Στην Ελλάδα φαίνεται ότι επικρατεί ο γονότυπος 1b με συχνότητα 47% όπως και στις γειτονικές χώρες. Ακολουθεί ο 3a (22%) και ο 1a (11,6%). Στη Θράκη επικρατεί ο 2a ενώ αυξημένη συχνότητα παρουσιάζει το 4a στην Κρήτη που σχετίζεται με την αντίστοιχη συχνότητα στην Αφρική.⁷

Μετάδοση και ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ο HCV φαίνεται ότι μεταδίδεται κυρίως μέσω επαφής με μολυσμένο αίμα (π.χ. μέσω χρήσης κοινών συρίγγων από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών), αν και σε ποσοστό περίπου 50% των μολυσμένων ασθενών

(οι αποκαλούμενες «σποραδικές περιπτώσεις») δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθεί κάποιος εμφανής παράγοντας κινδύνου.¹²

Τρόποι μετάδοσης:

- ✚ Χρήση κοινών βελονών ή συρίγγων
- ✚ Αιμοκάθαρση
- ✚ Τατουάζ
- ✚ Τραυματισμός από βελόνα ή αιχμηρά αντικείμενα
- ✚ Σίελος (δάγκωμα)
- ✚ Περιγεννητικώς (ασυνήθης τρόπος)
- ✚ Σεξ (ασυνήθης τρόπος)
- ✚ Μετάγγιση αίματος (ασυνήθης τρόπος λόγω του ελέγχου των αιμοδοτών)
- ✚ Προϊόντα αίματος (π.χ. παράγων VII) (καθίστανται ασφαλή μετά από θέρμανση σε ατμό).

Ομάδες υψηλού κινδύνου:

- ✚ Χρήστες ΕΦ ναρκωτικών
- ✚ Άτομα με ιστορικό φυλάκισης
- ✚ Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
- ✚ Εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας, οι οποίοι εκτίθενται σε νυγμούς από βελόνες ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα
- ✚ Άτομα που έχουν μεταγγισθεί πριν καθιερωθεί ο έλεγχος των αιμοδοτών
- ✚ Πολυμεταγγιζόμενα άτομα
- ✚ Αιμορροφιλικοί, στους οποίους είχαν χορηγηθεί παράγοντες πήξεως, πριν από την εφαρμογή μεθόδων ελέγχου και εν θερμώ κατεργασίας αυτών.

Πίνακας 4: Πιθανοί τρόποι μετάδοσης και ομάδες υψηλού κινδύνου της ηπατίτιδας C.¹²

§ Μεταγγίσεις και προϊόντα αίματος

Αν και οι μεταγγίσεις αίματος και προϊόντων αίματος αποτελούσαν στο παρελθόν την κυριότερη αιτία μόλυνσης από τον HCV, η εισαγωγή μεθόδων ελέγχου του προς μετάγγιση αίματος προσδιορίζει σχεδόν σε ποσοστό 100% τους μολυσμένους από τον HCV αιμοδότες.¹³

Επίσης οι παράγοντες πήξεως είναι δυνατόν πλέον να καταστούν ελεύθεροι-ιών μέσω της κατεργασίας τους εν θερμώ. Παρά ταύτα, ο κίνδυνος μόλυνσης, αν και ελάχιστος, αυξάνεται σε ασθενείς στους οποίους απαιτείται η μετάγγιση μεγάλων ποσοτήτων αίματος.¹³

Επίσης υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός αιμορροφιλικών ασθενών, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C, λόγω μόλυνσής τους πριν από τον προσδιορισμό και την ταυτοποίηση του HCV. Περίπου 25% των μολυσμένων από τον HCV ατόμων σε ολόκληρο τον κόσμο αναφέρουν ιστορικό μετάγγισης αίματος.¹²

§ Σεξουαλική μετάδοση

Σε αντίθεση με την ηπατίτιδα B, ο HCV δεν φαίνεται να μεταδίδεται εύκολα μέσω της σεξουαλικής επαφής, είτε της ετεροσεξουαλικής, είτε της ομοσεξουαλικής. Σε μια σχετική μελέτη δεν επιτεύχθηκε η ανεύρεση του ιού σε δείγματα σπέρματος.¹⁴ Φαίνεται όμως πως τα άτομα τα οποία έχουν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον HCV. Anti-HCV αντισώματα και HCV-RNA έχουν ανιχνευθεί στο σπείρο. Πάντως, δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί κατά πόσον η HCV λοίμωξη είναι δυνατόν να μεταδοθεί μέσω του φιλήματος, αν και έχει τεκμηριωθεί η μετάδοση της λοίμωξης μέσω ανθρώπινου δαγκώματος.¹⁵

§ Αιμοκάθαρση

Η μετάδοση του HCV είναι επίσης δυνατή μεταξύ ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, αν και ο κίνδυνος αυτός έχει μειωθεί με τη λήψη αυστηρότερων μέτρων ελέγχου και με τον έλεγχο των αιμοκαθαυομένων ασθενών για anti-HCV αντισώματα.¹⁴

§ Λοιμώξεις στην παιδική ηλικία

Η κάθετη μετάδοση του HCV από τη μητέρα στο παιδί φαίνεται ασυνήθης, εκτός αν το παιδί είναι επίσης HIV-θετικό. Όμως, η σύγκριση των γονοτύπων του ιού δείχνει ότι ο HCV συχνά μεταδίδεται από τη μητέρα στο παιδί καθώς και από το ένα μέλος της οικογένειας στο άλλο.¹⁶ Ο κίνδυνος ενδο-οικογενειακής διασποράς του HCV είναι ιδιαίτερα μεγάλος σε περίπτωση ασθενών με υψηλό ιικό φορτίο. Σε περιοχές όπου ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης είναι υψηλός, τα παιδιά είναι δυνατόν να μολυνθούν από βρώμικες (μολυσμένες) βελόνες ή σύριγγες που έχουν χρησιμοποιηθεί για τον εμβολιασμό ή τη χορήγηση βιταμινοθεραπείας σε άλλα παιδιά.¹⁷

§ *Εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας*

Μια άλλη ομάδα κινδύνου είναι οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας, οι οποίοι κατά τη διάρκεια της εργασίας τους υφίστανται τυχαίο ενοφθαλμισμό με μολυσμένο αίμα ή σίελο. Έχει αναφερθεί ότι ένα μοναδικό τρύπημα με βελόνα που έχει μολυνθεί από αίμα HCV-RNA-θετικού ατόμου συνεπάγεται κίνδυνο 10% μετάδοσης της HCV λοίμωξης.¹⁸

Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι ο HCV είναι ο συνηθέστερος παρεντερικά μεταδιδόμενος παθογόνος παράγοντας στον οποίο εκτίθονται όσοι κάνουν ενέσεις.¹⁸

Η επιμόλυνση των δειγμάτων ελέγχου κατά τη διενέργεια των ανοσομεθόδων θεωρείται ως ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για την μετάδοση της HCV λοίμωξης στα εργαστήρια των νοσοκομείων. Η επαφή μολυσμένων δειγμάτων με επιφάνειες του δέρματος που έχουν υποστεί λύση της συνέχειάς τους, η πρόκληση τραυματισμών κατά την αφαίρεση των μεταλλικών καλυμμάτων από τα φιαλίδια που περιέχουν λυοφιλοποιημένες ουσίες καθώς και ο απρόσεκτος χειρισμός ή απόρριψη συρίγγων και βελονών, αποτελούν πιθανούς τρόπους μετάδοσης της HCV λοίμωξης. Σε μια αναφορά από την Αυστραλία αναφέρεται επίσης ως πιθανή οδός μετάδοσης της HCV λοίμωξης η χρησιμοποίηση μολυσμένων, με αναπνευστικές εκκρίσεις ασθενούς, σωλήνων, που χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια για την παροχή αναισθησίας σε άλλους νοσηλευμένους.¹⁹

§ *Ιστορικό φυλάκισης*

Πράξεις που διευκολύνουν τη μετάδοση του HCV και του HBV (π.χ. η χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών και οι ερωτικές επαφές χωρίς προφυλάξεις) φαίνεται ότι είναι ευρέως διαδεδομένες στις φυλακές και στα διάφορα αναμορφωτικά ιδρύματα. Συνεπώς δεν εκπλήσει το γεγονός ότι ο κίνδυνος μετάδοσης της HCV λοίμωξης είναι αυξημένος στα άτομα που κρατούνται σε φυλακές ή σε αναμορφωτικά ιδρύματα. Σε μια μελέτη που έγινε στην Ουαλλία και αφορούσε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, διαπιστώθηκε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό anti-HCV οροθετικότητας μεταξύ εκείνων των χρηστών που είχαν ιστορικό φυλάκισης, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν (46% έναντι 29%, αντιστοίχως $p < 0,05$).¹⁹

Επιπολασμός της HCV λοίμωξης.

Μελέτες που έχουν γίνει σε αιμοδότες και σε έγκυες γυναίκες, έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός των anti-HCV αντισωμάτων είναι χαμηλός στη Β. Ευρώπη και στις ΗΠΑ (0-1,6%), ελαφρά υψηλότερος στη Ν. Ευρώπη και στην Ασία (0-1,9%) και πολύ υψηλότερος στην Αφρική (1,7-5,2%). Όμως, σε μια σχετική Ιταλική μελέτη βρέθηκε ότι 10% του πληθυσμού

των εργατών ενός εργοστασίου ήταν anti-HCV(+), γεγονός που κατά τους συγγραφείς υποδηλώνει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του επιπολασμού των anti-HCV αντισωμάτων.²⁰

Επιπλέον σε Ιαπωνική μελέτη διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα ανεύρεσης anti-HCV αντισωμάτων αυξάνεται με την ηλικία και κυμαίνεται από 0,2% στους αιμοδότες ηλικίας κάτω των 20 ετών έως 3,9% στους αιμοδότες ηλικίας άνω 51 ετών. Εξάλλου, σε Γαλλική μελέτη διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης μεταξύ των υγιών αιμοδοτών και δοτών οργάνων ήταν γενικά χαμηλός, αλλά εμφάνιζε σημαντική μεταβλητότητα στην ομάδα των εγκύων γυναικών, σε συνάρτηση με τη χώρα προέλευσής τους.²⁰

Μεταξύ των ασθενών με χρόνια NANB ηπατίτιδα, μέχρι και 90% των περιπτώσεων που σχετίζονται με μετάγγιση και περισσότερο από 70% με σποραδικές περιπτώσεις είναι θετικό για anti-HCV ή/και για HCV-RNA. Σε μια Ισπανική μελέτη εξάλλου διαπιστώθηκε anti-HCV οροθετικότητα σε ποσοστό 64% των 97 αιμορροφιλικών ασθενών και σε ποσοστό 70% των 83 χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών με χρόνια NANB ηπατίτιδα. Ο έλεγχος του HCV-RNA με PCR αποδεικνύει ότι το ποσοστό ανεύρεσης HCV λοίμωξης σε αιμορροφιλικούς είναι ακόμα υψηλότερο.²⁰

Οξεία ηπατίτιδα C.

Διάγνωση:

Ο χρόνος ανάπτυξης των anti-HCV αντισωμάτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή. Σε ορισμένους ασθενείς τα anti-HCV αντισώματα (ειδικά το anti-c 22 και το anti-c 33) είναι δυνατόν να εμφανισθούν ακόμα και 2 έως 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της ηπατίτιδας, ενώ σε άλλους ασθενείς είναι δυνατόν να εμφανισθούν μήνες μετά την ανύψωση των αμινοτρανσφερασών στον ορό. Ορισμένοι μάλιστα ασθενείς με αυτοπεριοριζόμενη νόσο δεν αναπτύσσουν ποτέ anti-HCV αντισώματα- ίσως λόγω των πολύ μικρών ποσοτήτων των κυκλοφορούντων ικών αντιγόνων-αν και είναι δυνατόν να βρίσκονται θετικοί για HCV-RNA με PCR. Σε ασθενείς με μετα-μετάγγιση NANB ηπατίτιδα (δηλαδή ακαθόριστη HCV ή non-A, non-B, non-C [NANBNC] λοίμωξη) το θέμα είναι δυνατόν να περιπλακεί από την παθητική μεταφορά anti-HCV αντισωμάτων από τον αιμοδότη, με αποτέλεσμα να ανευρίσκονται παροδικά θετικά αποτελέσματα αμέσως μετά τη μετάγγιση.¹²

Με βάση τα ανωτέρω και δεδομένης της περιορισμένης διαθεσιμότητας της PCR για τον έλεγχο του HCV-RNA, η διάγνωση της οξείας ηπατίτιδας C εξακολουθεί να βασίζεται κυρίως στο ιστορικό του ασθενούς, στην επιδημιολογία της λοίμωξης και στον αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατίτιδας. Αρκετές ιστολογικές ιδιαιτερότητες χαρακτηρίζουν την οξεία HCV λοίμωξη, αλλά καμία ιστολογική εικόνα δεν είναι ειδική

της νόσου. Για το λόγο αυτό δεν συνίσταται η διενέργεια ηπατικής βιοψίας για τη διάγνωση-ρουτίνας της οξείας ηπατίτιδας C.¹²

Κλινικά χαρακτηριστικά.

§ Περίοδος επώασης

Η περίοδος επώασης της οξείας ηπατίτιδας C κυμαίνεται από 6 έως 12 εβδομάδες, αν και σε ασθενείς που μολύνονται από προϊόντα αίματος, όπως π.χ. από παράγοντα VII μπορεί να είναι σημαντικά βραχύτερη από 2 έως 24 ημέρες. Η μέση περίοδος επώασης είναι 7-8 εβδομάδες.²¹

§ Συμπτώματα

Ενώ τα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας A και B είναι παρόμοια, η οξεία ηπατίτιδα C είναι ήπια ή ασυμπτωματική λοίμωξη, με πολύ ελαφρότερη ηπατική συμπτωματολογία.²¹

Μια μειονότητα ασθενών είναι δυνατόν να εμφανίσει πρόδρομα συμπτώματα, όπως πυρετό, σκουρόχρωμα ούρα, κακουχία, ναυτία, κοιλιακά ενοχλήματα ή ίκτερο.²¹

§ Τρόπος μεταβολής των βιοχημικών δεικτών της HCV λοίμωξης

Στην οξεία ηπατίτιδα C, τα επίπεδα της ALT εμφανίζουν είτε ταχεία ανύψωση και στη συνέχεια απότομη πτώση, είτε ανύψωση και στη συνέχεια παραμονή τους σε υψηλά επίπεδα, είτε τέλος χαρακτηριστικές αυξομειώσεις για διάστημα εβδομάδων ή μηνών.²¹

Κεραυνοβόλος (Fulminant) Ηπατίτιδα C.

§ Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια:

Ορίζεται η σοβαρή οξεία ηπατική ανεπάρκεια που προέρχεται από κλινική εγκεφαλοπάθεια μέσα σε διάστημα λιγότερο των 2 εβδομάδων από την εμφάνιση του ικτέρου [θεωρώντας ότι επίπεδα του παράγοντα πήξης V (προαξελερίνης) στον ορό <50% αποτελούν δείκτη σοβαρής οξείας ανεπάρκειας]. Η εμφάνιση των προαναφερθέντων σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων αλλά μικρότερο των 3 μηνών μετά την εμφάνιση του ικτέρου, ορίζεται ως υποκεραυνοβόλος (subfulminant) ηπατική ανεπάρκεια. Εκτός από τον ίκτερο, στα κλινικά χαρακτηριστικά της σοβαρής, οξείας ηπατικής ανεπάρκειας περιλαμβάνονται οι διαταραχές της πήξης, η πυλαία υπέρταση, η νεφρική ανεπάρκεια, οι αναπνευστικές και καρδιαγγειακές διαταραχές, οι μεταβολικές ανωμαλίες και η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης βακτηριακών και μυκητιασικών λοιμώξεων. Στις εκδηλώσεις της εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνονται, κατά αύξοντα σειρά βαρύτητας, η αδυναμία στήριξης, η σύγχυση και το κώμα.²²

§ Συχνότητα

Η ακριβής συμβολή της HCV λοίμωξης στην συνολική συχνότητα εμφάνισης NANB κεραινοβόλου ηπατίτιδας δεν έχει ακόμα αποσαφηνισθεί. Anti-HCV αντισώματα έχουν ανιχνευθεί περίπου στο 50% των Ιαπώνων ασθενών με κεραινοβόλο NANB ηπατίτιδα, αλλά σε πολύ λίγους ασθενείς Δυτικών χωρών. Το θέμα περιπλέκεται από την καθυστερημένη εμφάνιση των δεικτών της HCV λοίμωξης και από την περιστασιακή παρουσία δεικτών άλλων ιών, όπως π.χ. του HBV, του ιού της ηπατίτιδας Ε. Στην προαναφερθείσα Ιαπωνική μελέτη, η φαινομενικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κεραινοβόλου ηπατίτιδας C στην Ιαπωνία σε σύγκριση με τις Δυτικές χώρες αποδίδεται σε έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω πιθανούς λόγους:²³

1. Στον σχετικά υψηλότερο επιπολασμό του HCV στο γενικό πληθυσμό της Ιαπωνίας (σε σχέση με άλλες βιομηχανοποιημένες χώρες).²³
2. Στο γεγονός ότι αρκετές από τις αναφερθείσες περιπτώσεις βρίσκονταν υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία, η διακοπή της οποίας είχε δυσμενή επίδραση λόγω αντιρροπιστικής «αναπήδησης» της ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού των ασθενών.²³
3. Στους ειδικούς γονότυπους του HCV που επικρατούν στην Ιαπωνία.²³

§ Βαρύτητα:

Έχει αναφερθεί ότι είναι πιθανότερο η κεραινοβόλος NANB ηπατίτιδα να αποβεί πιο θανατηφόρος απ' ό,τι η κεραινοβόλος ηπατίτιδα Α ή Β. Στην προαναφερθείσα Ιαπωνική μελέτη διαπιστώθηκε, ότι η οροθετική κεραινοβόλος ηπατίτιδα C και οι περισσότερες περιπτώσεις NANB κεραινοβόλου ηπατίτιδας χαρακτηρίζονται από βραδύτερη και λιγότερο σοβαρή, αλλά πιο επίμονη ηπατοκυτταρική καταστροφή, σε σύγκριση με την κεραινοβόλο ηπατίτιδα Β. Η συνδυασμένη HBV/HCV λοίμωξη αυξάνει δυνητικά τον κίνδυνο πρόκλησης κεραινοβόλου ηπατίτιδας. Οι ηλικιωμένοι ή ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς είναι εξάλλου ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην εκδήλωση προοδευτικής ηπατοπάθειας.²³

Εξέλιξη της οξείας ηπατίτιδας C.

Η εξέλιξη της οξείας ηπατίτιδας C είναι δυνατόν να ακολουθήσει αδρά τρεις οδούς:

§ Υποχώρηση της λοίμωξης:

Μόνο το 20% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα C, εμφανίζει φυσιολογικές τιμές ALT 6 μήνες έως 1 έτος μετά την έναρξη της νόσου, με εξαφάνιση των anti-HCV αντισωμάτων και του HCV-RNA.²¹

§ *Φυσιολογικές τιμές ALT/HCV-RNA(+):*

Ένα ποσοστό ασθενών, περίπου 20% εμφανίζει φυσιολογικές τιμές ALT, αλλά παραμένει HCV-RNA(+). Στους ασθενείς αυτούς ο HCV προκαλεί προοδευτική ηπατική βλάβη, παρά την παρουσία φυσιολογικών επιπέδων αμινοτρανσφερασών.²¹

§ *Ανύψωση των τιμών της ALT/HCV-RNA(+):*

Σε ποσοστό 60-80% η οξεία ηπατίτιδα C μεταπίπτει σε χρόνια, με αυξημένα (συνήθως αυξομειούμενα) επίπεδα ALT, anti-HCV αντισώματα και ύπαρξη HCV-RNA στον ορό.²¹

Χρόνια ηπατίτιδα C.

Ασθενείς που δεν ομαλοποιούν τα επίπεδα των τρανσαμινασών στον ορό τους ή/και δεν χάνουν τους δείκτες της HCV λοίμωξης 6 μήνες μετά την έναρξη της οξείας ηπατίτιδας θεωρείται ότι πάσχουν από χρόνια HCV λοίμωξη, αν και οι διακυμάνσεις της ALT (με παροδικές περιόδους ομαλοποίησής της) ενδέχεται να προκαλέσουν διαγνωστική σύγχυση. Η σοβαρότητα της χρόνιας HCV λοίμωξης ποικίλει από ασθενή σε ασθενή, αλλά κατά κανόνα προκαλεί προοδευτική ηπατική βλάβη, ακόμα και απουσία συμπτωμάτων, ενώ οδηγεί συχνά σε ηπατική ανεπάρκεια ή σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή και σε θάνατο. Ορισμένοι γονότυποι του HCV προδιαθέτουν πιθανώς σε πιο σοβαρές μορφές χρόνιας ηπατίτιδας, αν και απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων μελετών για να επιβεβαιωθούν αυτά τα προκαταρκτικά ευρήματα. Οι λόγοι για τους οποίους η HCV λοίμωξη μεταπίπτει συχνά σε χρονιότητα δεν έχουν ακόμα αποσαφηνισθεί.²⁴

Παράγοντες κινδύνου που προδιαθέτουν σε μετάπτωση της οξείας ηπατίτιδας C σε χρόνια.

Τα παρακάτω χαρακτηριστικά έχουν προσδιορισθεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου, που προδιαθέτουν την ανάπτυξη χρόνιας ηπατίτιδας C:²⁵

- § Ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση (σε αντιδιαστολή με τις σποραδικές HCV λοιμώξεις, όπου το μέγεθος του ενοφθαλμίσματος είναι σαφώς μικρότερο).²⁵
- § Παρεντερική έκθεση στον ιό.²⁵
- § Μεγάλος όγκος μεταγγιζόμενου αίματος.²⁵
- § Μετάγγιση αγορασμένου αίματος.²⁵
- § Σοβαρή συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου.²⁵
- § Πολυφασική διακύμανση των επιπέδων της ALT.²⁵
- § Anti-HCV οροθετικότητα.²⁵
- § Άρρεν φύλο.²⁵

Προσδιορισμός ασθενών.

Η παρακολούθηση των ασθενών με οξεία τύπου C [anti-HCV(+)] ή NANBNC [anti-HCV(-)] ηπατίτιδα είναι ο καλύτερος τρόπος προσδιορισμού των ασθενών που αναπτύσσουν χρόνια HCV λοίμωξη. Περίπου ποσοστό 90% των περιπτώσεων που σχετίζονται με προηγούμενα μετάγγιση αίματος, τελικά εμφανίζουν anti-HCV αντισώματα στον ορό. Στους ασθενείς που παραμένουν anti-HCV(-), η HCV ιαμμία επιβεβαιώνεται με προσδιορισμό του HCV με PCR. Διάφορα ιστολογικά ευρήματα είναι επίσης χαρακτηριστικά (όχι όμως και καθοριστικά) όσον αφορά τη διάγνωση της χρόνιας ηπατίτιδας C και χρησιμεύουν στη διαφορική διάγνωση αυτής της νόσου από την αυτοάνοσο ηπατίτιδα και τη χρόνια ηπατίτιδα B.¹²

Ο προσδιορισμός των σποραδικών περιπτώσεων χρόνιας ηπατίτιδας C είναι πλέον δυσχερής και οι περισσότερες περιπτώσεις έρχονται στο φως μέσω ελέγχου των υποψηφίων αιμοδοτών λόγω παρουσίας μη-ειδικών συμπτωμάτων (π.χ. χρόνιας κόπωσης ή απώλειας της όρεξης) ή λόγω ανύψωσης των επιπέδων των ALT στον ορό.¹²

Κλινικά συμπτώματα.

Η πλειονότητα των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C δεν εμφανίζει συμπτώματα ή εμφανίζει ήπια μέχρι τα τελευταία στάδια της νόσου, οπότε υφίσταται σοβαρή ηπατοπάθεια και κίρρωση (η παρουσία ικτέρου αποτελεί σημείο πτωχής πρόγνωσης). Ορισμένοι ασθενείς προσέρχονται στον ιατρό μόνον μετά την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Εν τούτοις, σε μελέτες που σχεδιάστηκαν για να εκτιμήσουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία των ασθενών, αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C, σημειώνουν σημαντικά χειρότερα σκορ από το γενικό πληθυσμό σε ένα σημαντικό αριθμό δραστηριοτήτων.¹²

Αν και η νόσος επιδεινώνεται βραδέως στους περισσότερους ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη, σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται ταχεία ανάπτυξη κίρρωσης, ιδιαίτερα όταν η μόλυνση συμβεί σε μεγάλη ηλικία, το άτομο κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή συνυπάρχει λοίμωξη από τον HBV ή τον HIV.¹²

Σημασία της μεταβολής των βιοχημικών και ιολογικών παραμέτρων.

Τα επίπεδα της ALT στον ορό εμφανίζουν διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια μηνών ή ετών στους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C και σε γενικές γραμμές κυμαίνονται μεταξύ 2 έως 8 φορές των ανώτερων φυσιολογικών ορίων, αν και μπορεί να σημειωθούν υψηλότερες τιμές ή ακόμα και παροδικά φυσιολογικά επίπεδα δραστηριότητας του ενζύμου.²⁶

Όμως και σε περιπτώσεις όπου τα επίπεδα της ALT βρίσκονται συνεχώς εντός φυσιολογικών ορίων (παρουσία HCV λοίμωξης) η ηπατική ιστολογία είναι δυνατόν να συνεχίζει να επιδεινώνεται. Το ποσοστό αυτών των ασθενών που προοδεύει σε κίρρωση και σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί.²⁶

Τα επίπεδα της γ-GT τείνουν να είναι υψηλότερα σε σύγκριση με άλλες μορφές ιογενούς ηπατίτιδας.²⁵

Το IgG κλάσμα των ανοσοσφαιρινών στον ορό είναι συχνά αυξημένο.²⁵

Τιμές AST υψηλότερες των τιμών της ALT υποδηλώνουν κίρρωση.²⁵

Χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης στον ορό υποδηλώνουν κίρρωση.²⁵

Παράταση του χρόνου προθρομβίνης υποδηλώνει κίρρωση.²⁵

Επίπεδα HCV-RNA: Συνεχώς αυξάνονται οι ενδείξεις ότι η παρουσία HCV-RNA στον ορό, ακόμα και απουσία ανύψωσης των τρανσαμινασών, αποτελεί δείκτη ηπατικής βλάβης. Εξάλλου η αύξηση των επιπέδων της ALT δεν σχετίζεται κατ' ανάγκη με ιστολογική δραστηριότητα της νόσου.²⁵

Πρόοδος σε κίρρωση.

Μετά από μια περίοδο κατά μέσο όρο 20 ετών, τουλάχιστον 20% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C αναπτύσσουν κίρρωση, ενώ διατρέχουν και αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Σε ορισμένες ομάδες ασθενών όμως, παρατηρείται πρόοδος της νόσου προς βαρύτερες μορφές ηπατοπάθειας μέσα σε βραχύτερο χρονικό διάστημα.²⁷

Λοιμώξεις από περισσότερους ιούς.

Είναι σήμερα γνωστή η ύπαρξη λοιμώξεων από περισσότερους του ενός ιούς, π.χ. του HCV και του HBV με ή χωρίς τον ιό της ηπατίτιδας δέλτα (HDV). Ο HCV φαίνεται ότι καταστέλλει τον πολλαπλασιασμό του HBV αλλά ακόμα και τον πολλαπλασιασμό του HDV σε ορισμένους ασθενείς, ενδέχεται δε να αποτελεί το αίτιο της χρόνιας ενεργού ηπατοπάθειας στην μη αναπαραγωγική, δέλτα-αρνητική HBV λοίμωξη. Επιπλέον, η συνδυασμένη χρόνια HCV/HBV λοίμωξη είναι γνωστόν ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης όχι μόνο σοβαρής ηπατοπάθειας και κίρρωσης, αλλά και τον κίνδυνο ανάπτυξης όχι μόνο σοβαρής ηπατοπάθειας και κίρρωσης, αλλά και τον κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.²⁸

Ιστολογία.

Συστάσεις για βιοψία ήπατος:

Σε ασθενείς στους οποίους υφίσταται υποψία χρόνιας ηπατίτιδας C, συνίσταται η διενέργεια ηπατικής βιοψίας για τη διαφορική διάγνωση της λοίμωξης από άλλες αιτίες πρόκλησης ηπατίτιδας και για την εκτίμηση

του βαθμού της ηπατικής βλάβης και της κίρρωσης. Η αποκαλούμενη «τυφλή» διαδερμική βιοψία ήπατος είναι δυνατόν να αποτύχει να εντοπίσει υφιστάμενη κίρρωση σε ποσοστό έως και 20% των ασθενών με αντιρροπούμενη ηπατοπάθεια, λόγω σφάλματος κατά τη λήψη του δείγματος ή λόγω της μακρο-οζώδους υφής του ήπατος. Η διενέργεια ηπατικής βιοψίας αντενδείκνυται σε ορισμένες ομάδες ασθενών, όπως σε άτομα με σοβαρές διαταραχές του μηχανισμού πήξης του αίματος ή με διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων οδών. Συνεπώς σε ορισμένες περιπτώσεις ενδείκνυται η λήψη ηπατικής βιοψίας διαφλεβικά ή υπό λαπαροσκοπικό έλεγχο.²⁹

Ιστολογικά χαρακτηριστικά της χρόνιας ηπατίτιδας C.

Ένα χαρακτηριστικό ιστολογικό γνώρισμα της χρόνιας ηπατίτιδας C είναι η συσσώρευση λεμφοειδών στοιχείων ή η παρουσία λεμφοζιδίων εντός των πυλαίων διαστημάτων. Τα ευρήματα αυτά απαντώνται είτε μεμονωμένα είτε στα πλαίσια μιας γενικευμένης φλεγμονώδους διήθησης των πυλαίων διαστημάτων, σε συνδυασμό με ποικίλους βαθμούς βλάβης των χοληφόρων. Ηπίου βαθμού διαβρωτική νέκρωση και λοβιδιακή κυτταρική δραστηριότητα καθώς και στεάτωση απαντώνται στα $\frac{3}{4}$ περίπου των ασθενών. Με ιστοχημικές τεχνικές είναι δυνατόν να δειχθεί η ύπαρξη του HCV αντιγόνου, διεσπαρμένου καθ' όλη την έκταση του ηπατικού ιστού. Όσο μεγαλύτερο το φορτίο του HCV, τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της φλεγμονής και τόσο μεγαλύτερες ποσότητες ιού ανευρίσκονται σε δείγματα βιοψίας ασθενών με περισσότερο προχωρημένη ηπατοπάθεια. Το HCV-RNA μπορεί επίσης να προσδιοριστεί με τη χρήση της PCR.¹²

Περίληπτικά, τα συνήθη ευρήματα σε ένα δείγμα ηπατικής βιοψίας κάποιου ασθενούς με χρόνια ηπατίτιδα C είναι τα ακόλουθα:¹²

- § Ελαφράς μορφής χρόνια ηπατίτιδα.¹²
- § Αθροίσεις λεμφοειδών στοιχείων ή λεμφοζίδια.¹²
- § Λοβιδιακή δραστηριότητα (συμπεριλαμβάνεται η ύπαρξη στεάτωσης και οξεοφίλων σωματίων).¹²
- § Διασπαρμένα ηπατοκύτταρα που χρωματίζονται θετικά για το αντιγόνο του HCV (HCV-Ag).¹²
- § Μεγαλύτερος βαθμός φλεγμονής σε δείγματα με μεγαλύτερο φορτίο του HCV.¹²
- § HCV-RNA(+) με την αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR).¹²

Ορισμοί του τύπου και της βαρύτητας της νόσου.

Οι ιστολογικές κατηγορίες της χρόνιας επιμένουσας, χρόνιας ενεργού ή χρόνιας λοβιδιακής ηπατίτιδας δεν θεωρούνται πλέον κατάλληλες για την ταξινόμηση των διαφόρων τύπων χρόνιας ηπατίτιδας, γιατί στην

πραγματικότητα αποτελούν διαφορετικούς βαθμούς βαρύτητας της νόσου παρά διαφορετικές νοσολογικές οντότητες. Ανάλογα με τον ρυθμό του ιικού πολλαπλασιασμού, τους ανοσολογικούς μηχανισμούς του ξενιστή και διαφόρους άλλους τροποποιητικούς παράγοντες, οι ασθενείς είναι δυνατόν να προοδεύσουν/μεταπέσουν είτε από τη μια κατηγορία στην άλλη, είτε από μια από τις κύριες κατηγορίες χρόνιας ηπατίτιδας (χρονία επιμένουσα/χρονία ενεργός) σε κίρρωση ή σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Από κλινικής πλευράς, η χρόνια ηπατίτιδα περιγράφεται πλέον γενικότερα ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή (mild, moderate or severe, αντιστοίχως).³⁰

Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (HCC).

Συσχέτιση με τον HCV:

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ χρόνιας ηπατίτιδας C και πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (HCC). Υπάρχει επίσης η άποψη ότι επειδή το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί υψηλότερο παράγοντα κινδύνου για τον ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα C απ' ό,τι η ηπατική ανεπάρκεια ή η αιμορραγία από κίρρους του οισοφάγου, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε υπέρηχο ήπατος και έλεγχο των επιπέδων της Α-φετοπρωτεΐνης στον ορό.¹²

Επίδραση της Κίρρωσης:

Είναι γνωστόν ότι η κίρρωση αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου στην ανάπτυξη του πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος και ότι περίπου 97% των ασθενών με HCV λοίμωξη και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν υποκείμενη κίρρωση. Σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει με τον HBV, δεν υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι το γονιδίωμα του HCV ενσωματώνεται στο γονιδίωμα των ηπατοκυττάρων του ξενιστή.¹²

Είχε αναφερθεί η άποψη ότι υφίσταται άμεση αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ χρόνιας HCV λοίμωξης και ανάπτυξης HCC-απουσία κίρρωσης.¹²

Πρόγνωση.

Οι ασθενείς με anti-HCV (+) ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είχαν σημαντικά χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με τους ασθενείς με HBsAg(+) ή σχετιζόμενο- με κατάχρηση-αλκοόλης ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, εφόσον στις περιπτώσεις αυτές οι όγκοι τείνουν να είναι πολυεστιακοί και κατά κανόνα διαγιγνώσκονται καθυστερημένα. Για τους λόγους αυτούς, είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι anti-HCV(+) ασθενείς με σοβαρή υποκείμενη ηπατοπάθεια (ιδιαίτερα μάλιστα αν πρόκειται για κίρρωση) να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο για τον έγκαιρο εντοπισμό τυχόν αναπτυσσομένου καρκινώματος.¹²

Νοσήματα/σύνδρομα που έχουν σχέση με την HCV λοίμωξη.

Η HCV λοίμωξη έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση ενός αριθμού άλλων συνδρόμων-νοσημάτων, εκτός της αυτοάνοσης ηπατίτιδας:²⁹

§ **Σύνδρομο Sjogren:** Η HCV λοίμωξη είναι δυνατόν να «πυροδοτήσει» μια τοπική ανοσολογική αντίδραση, που έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση λεμφοκυτταρικής σιελοαδενίτιδας, δηλαδή την πρόκληση ιστολογικών αλλοιώσεων στους σιελογόνους αδένες που είναι χαρακτηριστικές του συνδρόμου Sjogren- σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C.²⁹

§ **Ιδιοπαθής μεικτή κρυσφαιριναιμία (EMC):** Η ανοσολογική ανταπόκριση του οργανισμού στον HCV είναι πιθανόν να ανέχεται επίσης στην πρόκληση της ιδιοπαθούς μεικτής κρυσφαιριναιμίας. Οι πάσχοντες από τη νόσο αυτή εμφανίζουν συχνότητα τόσο anti-HCV, όσο και HCV-RNA οροθετικότητα, στα δε κρυσ-ιζήματα ανευρίσκονται ιικά σωματίδια του HCV και συμπλέγματα HCV-αντιγόνου και ομολόγου αντισώματος. Η α-Ιντερφερόνη έχει υποδειχθεί ως πιθανή θεραπεία για την αντιμετώπιση αυτής της νόσου.²⁹

§ **Αλκοολική ηπατοπάθεια:** Περίπου το 1/3 των ασθενών με αλκοολική ηπατοπάθεια είναι οροθετικοί για anti-HCV αντισώματα ή και για HCV-RNA. Η παρουσία HCV-RNA δεν επηρεάζει υποχρεωτικά τη μορφολογία των ηπατικών βλαβών, αλλά φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης σοβαρής μορφής ηπατοπάθειας και κίρρωσης. Επιπλέον, η παρουσία του HCV μπορεί να επηρεάσει την επιβίωση των ασθενών. Μια ομάδα ερευνητών διαπίστωσε ότι η 4ετής επιβίωση των ασθενών με αλκοολική ηπατίτιδα και δείκτες HCV λοίμωξης ήταν μειωμένη κατά 50% σε σύγκριση με εκείνη των ασθενών που δεν είχαν δείκτες ιογενούς ηπατοπάθειας (24% έναντι 49%, $p=0,008$).³⁰

Θεραπεία.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, εκρίζωση της ηπατίτιδας C επιτυγχάνεται σε περισσότερους από 80% των ασθενών με γονότυπο 2 ή 3 και περίπου σε 50% των ασθενών με γονότυπο 1 ή 4. Βασίζεται στη συνδυασμένη χορήγηση ενέσεων α-Ιντερφερόνης (συνήθως μια ένεση την εβδομάδα) και δισκίων ριμπαβιρίνης. Τα φάρμακα χορηγούνται για 6 ή 12 μήνες ανάλογα με το γονότυπο του κάθε ασθενούς.³

Τα φάρμακα που χορηγούνται για θεραπεία της ηπατίτιδας C παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και γι' αυτό όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση από γιατρούς εξοικειωμένους με τα φάρμακα αυτά. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία

και τόσο οι ασθενείς όσο οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να μεγιστοποιούν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.³

Ποιοί ασθενείς με ηπατίτιδα C πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία;

Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C θα πρέπει να εκτιμώνται από γιατρό με εμπειρία στα νοσήματα του ήπατος. Η απόφαση για θεραπεία λαμβάνεται αφού συνεκτιμηθούν διάφοροι παράγοντες με σημαντικότερους ίσως το γονότυπο και τη σοβαρότητα των βλαβών στη βιοψία ήπατος.³

Θεραπεία γενικά συστήνεται για τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κίρρωσης. Συνήθως αυτοί οι ασθενείς έχουν επίμονα παθολογικές τιμές τρανσαμινασών. Θεραπεία φαίνεται ότι χρειάζεται και για τους ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα C για να προληφθεί η συχνή ανάπτυξη χρόνιας ηπατίτιδας.³

Οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών θα πρέπει αρχικά να συνοδεύονται με προγράμματα απεξάρτησης και να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία με μεθαδόνη. Θεραπεία για την ηπατίτιδα C συνήθως χορηγείται μετά από επιτυχή απεξάρτηση από τα ναρκωτικά.³

Πρόληψη.

Δυστυχώς, δεν υπάρχει και ούτε προβλέπεται να αναπτυχθεί εντός των επομένων ετών εμβόλιο που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν έχουν ακόμη ανιχνευθεί. Γι' αυτό επιβάλλεται να τηρούνται από όλους προσεκτικά γενικά μέτρα πρόληψης, ώστε να αποφεύγεται η παρεντερική έκθεση όλων σε δυνητικά μολυσμένα αντικείμενα. Ειδικότερα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης του ιού από άτομα με γνωστή ηπατίτιδα C είναι:³

- Ø Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να χρησιμοποιούν από άλλους ούτε να δίνουν σε άλλους αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με το αίμα τους, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες, αποτριχωτικές συσκευές κ.πλ.³
- Ø Η χλωρίνη αποτελεί το καλύτερο μέσο για καθαρισμό-απολύμανση αντικειμένων κοινής χρήσης που έρχονται σε επαφή με αίμα ασθενούς με ηπατίτιδα C.³
- Ø Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη φαγητού, ατομικές πετσέτες ή ατομικές τουαλέτες.³
- Ø Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε κανένα περιορισμό από οποιοδήποτε είδος εργασίας, απασχόλησης ή άθλησης.³
- Ø Τα προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη, ανταλλαγής βελονών και συρίγγων και επιμόρφωσης-τροποποίησης των επικίνδυνων

συμπεριφορών θεωρούνται ότι μπορεί να βοηθήσουν στον περιορισμό της διασποράς ηπατίτιδας C στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, μια ειδική ομάδα του πληθυσμού που σήμερα έχει το μεγαλύτερο πρόβλημα ηπατίτιδας C.³

- Ø Σε περίπτωση τρυπήματος με μολυσμένη βελόνα δεν συνιστάται προληπτική χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ή αντικών. Η πιθανή οξεία ηπατίτιδα C στον εργαζόμενο θα πρέπει να ελέγχεται με αντισώματα για ηπατίτιδα C κατά την έκθεση και στη συνέχεια με τρανσαμινάσες, αντισώματα για ηπατίτιδα C και παρουσία ιού (HCV-RNA ορού) 2-8 εβδομάδες αργότερα. Σε τεκμηρίωση οξείας ηπατίτιδας C είναι μάλλον χρήσιμη η θεραπευτική παρέμβαση.³
- Ø Έχει υποστηριχθεί ότι ίσως η εκλεκτική καισαρική τομή να ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης της ηπατίτιδας C από τη θετική μητέρα στο νεογέννητο, αλλά αυτό δεν θεωρείται απόλυτα αποδεδειγμένο. Η πιθανή παρουσία ηπατίτιδας C σε νεογνά θετικών μητέρων ελέγχεται με ανίχνευση του ιού (HCV-RNA ορού) μεταξύ του 2^{ου} και 6^{ου} μήνα ή με ανίχνευση αντισωμάτων για ηπατίτιδα C μετά το 15^ο μήνα.³
- Ø Ο θηλασμός δεν θεωρείται ότι μεταδίδει τον ιό της ηπατίτιδας C.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ D ΚΑΙ E

Εισαγωγή.

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) είναι ένας μικρός RNA-ιός διαμέτρου 36nm, που είναι μειονεκτικός και απαιτεί την «προστασία» του HBV, περιβαλλόμενος από HBsAg, προκειμένου να πολλαπλασιασθεί και να προκαλέσει λοίμωξη. Η σύνθεση του HDV μπορεί να παρεμποδίσει την εμφάνιση δεικτών ηπατίτιδας B και τον πολλαπλασιασμό του HBV. Ταυτόχρονη λοίμωξη με τους ιούς καλείται συλλοίμωξη, ενώ ο HDV μπορεί να επιλοίμωξη ενός χρόνιου φορέα HBsAg. Ηπατίτιδα D χωρίς την παρουσία του HBV δεν είναι δυνατή.⁸

Επιδημιολογία.

Η ηπατίτιδα D έχει παγκόσμια κατανομή, ενδημεί στη Νότια και Νοτιοανατολική Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή, Ινδίες, Νοτιοανατολική Ασία, Νότια Αμερική και ορισμένες περιοχές της Αφρικής. Τα τελευταία χρόνια με τον αποτελεσματικότερο έλεγχο της HBV λοίμωξης, ο επιπολασμός της ηπατίτιδας D, τουλάχιστον στην Ιταλία, έχει ελαττωθεί. Στην Ελλάδα βρέθηκε επιλοίμωξη με HDV στο 2,4% φορέων του HBsAg. Ο HDV προσβάλλει συχνότερα τις ίδιες ομάδες υψηλού κινδύνου που προσβάλλει και ο HBV, ιδίως χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς, αφού ο τρόπος μετάδοσής του είναι ίδιος με αυτόν του HBV.⁸

Κλινική εικόνα και εξέλιξη.

Η οξεία λοίμωξη με HDV και HBV έχει τους ίδιους χαρακτήρες με την οξεία ηπατίτιδα B και συνήθως υποχωρεί. Περίπου το 1/3 των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας B οφείλεται σε συλλοίμωξη D.⁸

Η επιλοίμωξη D σε έναν φορέα του HBsAg μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ακόμη και κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, όπως επίσης και μια απλή τρανσαμινασαιμία. Η χρόνια ηπατίτιδα D είναι συχνή και οδηγεί σε επιτάχυνση της εξέλιξης προς κίρρωση. Λόγω όμως της καταπίεσης του πολλαπλασιασμού του HBV, οι κίρρωτικοί D είναι καλοί υποψήφιοι για ηπατική μεταμόσχευση, αφού η προσβολή του μοσχεύματος είναι σπάνια. Τέλος, ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος είναι σπανιότερος επί HDV-λοίμωξης.⁸

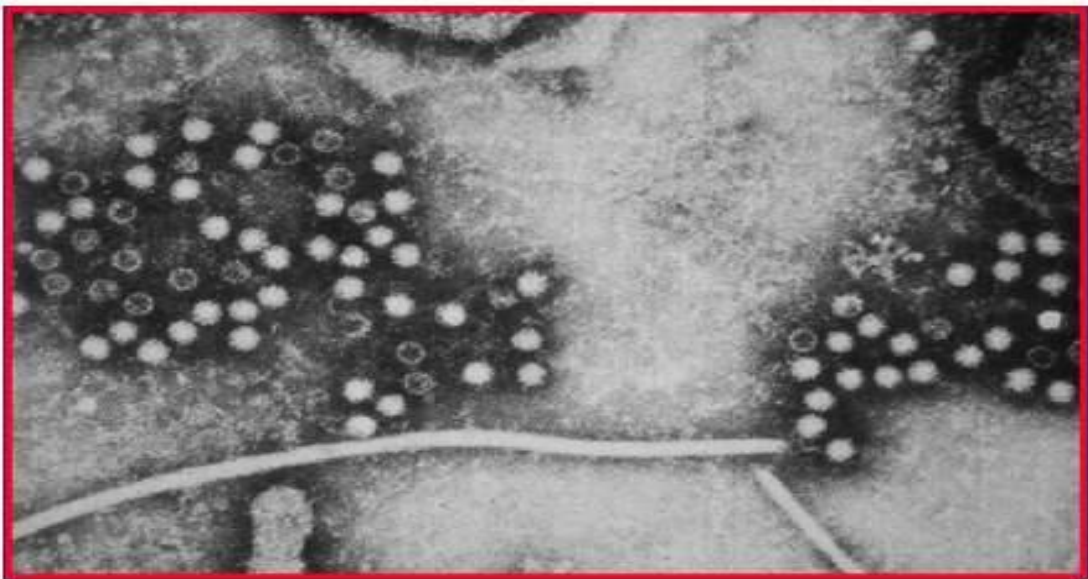
Πρόληψη.

Ο εμβολιασμός του HBV είναι αποτελεσματικός και για την πρόληψη της ηπατίτιδας D. Οι φορείς του HBsAg πρέπει να προειδοποιούνται για τον κίνδυνο μόλυνσης από HDVν αν π.χ. συνεχίζουν πρακτικές, όπως η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.⁸

Ιός της ηπατίτιδας E- Γενικά χαρακτηριστικά.

Ο ιός της ηπατίτιδας E (HEV) έχει διάμετρο 32-34nm και είναι ιδιαίτερα ευμετάβλητος. Σε σχέση με τις φυσικοχημικές του ιδιότητες θεωρείται ότι είναι παρόμοιος με τους ιούς Calici.³¹

Hepatitis E Virus



Εικόνα 1: Ιός της ηπατίτιδας E (HEV).

Συμπτώματα ασθένειας.

Η ασθένεια που προκαλείται από τον HEV καλείται ηπατίτιδα E ή εντερικώς μεταδιδόμενη μη-A, μη-B ηπατίτιδα (ET-NANBH). Άλλες ονομασίες είναι: περιττωματική-στοματική μη-A, μη-B ηπατίτιδα και παρόμοια με την μη-A, μη-B ηπατίτιδα.³¹

Η ηπατίτιδα που προκαλείται από τον HEV δεν ξεχωρίζεται κλινικώς από την ηπατίτιδα A. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αδιαθεσία, ανορεξία, πόνους στην κοιλιακή χώρα, αρθραλγία και πυρετό. Η μολυσματική δόση δεν είναι γνωστή.³¹

Η περίοδος επώασης για την ηπατίτιδα E ποικίλει από 2 έως 9 εβδομάδες. Η ασθένεια είναι συνήθως ήπια και αποχωρεί μέσα σε 2 εβδομάδες. Ο βαθμός θνησιμότητας είναι 0,1-1% εξαιρουμένων των εγκύων. Αυτή η ομάδα αναφέρεται ότι έχει βαθμό θνησιμότητας που πλησιάζει το 20%.³¹

Διάγνωση.

Η διάγνωση της ηπατίτιδας E βασίζεται σε επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ξεσπασμάτων της, καθώς και από την απόρριψη των ιών της ηπατίτιδας A και B με ορολογικούς ελέγχους. Η επιβεβαίωση απαιτεί την τακτοποίηση ικών σωμάτων 27-34nm με ανοσολογικό ηλεκτρονικό μικροσκόπιο στα κόπρανα των ασθενών με οξεία συμπτώματα.³¹

Συσχετιζόμενα τρόφιμα.

Ο HEV δεν έχει απομονωθεί άμεσα από τα τρόφιμα. Ο HEV μεταδίδεται μέσω της περιττωματικής και στοματικής οδού. Έχει καταγραφεί μετάδοση του ιού διαμέσου του νερού και από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η πιθανότητα μετάδοσης υπάρχει και διαμέσω των τροφίμων, όταν αυτά επεξεργάζονται και γενικότερα χειρίζονται από μολυσμένα άτομα. Εξαιτίας της δυσκολίας του διαχωρισμού της ηπατίτιδας E από την A, δεν μπορεί να απορριφθεί το γεγονός ότι έχουν υπάρξει περιπτώσεις μολύνσεων μέσω της τροφής.³¹

Πρόληψη.

Η ασθένεια μπορεί να αποφευχθεί με κατάλληλες συνθήκες υγιεινής και με τη θέρμανση (πάνω από 80°C) των τροφίμων.³¹

Ευπαθείς πληθυσμοί.

Η ασθένεια αυτή παρατηρείται συχνότερα σε νεαρά άτομα και μέσης ηλικίας ενήλικες (15-40 χρονών). Οι έγκυες γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ασθένεια με οξεία συμπτώματα και πολύ μεγάλη θνησιμότητα έχει αναφερθεί σε αυτή την ομάδα.³¹

Ιός της ηπατίτιδας F.

Ο «ιός» της ηπατίτιδας F παρατηρήθηκε μόνο μια φορά στην ιστορία στην Γαλλία. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 1994 «ανακάλυψε» έναν DNA ιό στα κόπρανα ασθενών με κρούσματα οξείας ηπατίτιδας και μάλιστα οι ερευνητές είχαν κατορθώσει να προκαλέσουν οξεία ηπατίτιδα σε πιθήκους που εμβολίασαν με τον ιό. Έκτοτε κανένα άλλο κρούσμα ηπατίτιδας F δεν έχει αναφερθεί.³²

Ιός της ηπατίτιδας G.

Το 1995 η εταιρία βιοτεχνολογίας Genelabs ανακοίνωσε την ανακάλυψη ενός καινούργιου ιού από τον ορό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα. Η Genelabs ονόμασε τον ιό, ιό της ηπατίτιδας G.³³

Ο ιός αυτός είναι μέλος της οικογένειας Flaviviridae, είναι μονόκλωνος RNA ιός και το γονιδίωμά του κωδικοποιεί μια πολυπρωτεΐνη που αποτελείται από 3.000 αμινοξέα. Μεταγενέστερες

μελέτες έδειξαν ότι πολλαπλασιάζεται στα λεμφοκύτταρα του οργανισμού. Είναι συχνό εύρημα στον ορό ασθενών, δεν προκαλεί οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα και κατά πάσα πιθανότητα δεν είναι νοσογόνος για τον άνθρωπο.³³

Ηπατίτιδα μη-Α, μη-Β.

Ευαίσθητες ορολογικές δοκιμασίες για την ταυτοποίηση και των δύο τύπων ηπατίτιδας Α και Β, οδήγησαν στην αναγνώριση περιπτώσεων ηπατίτιδας με περιόδους επώασης και τρόπους μεταδόσεως συμβατούς με λοιμώδη νόσο, χωρίς όμως ορολογική ένδειξη λοιμώξεως από ηπατίτιδα Α ή Β. Αυτές οι περιπτώσεις οι επιλεγόμενες μη-Α, μη-Β ταυτοποιήθηκαν αρχικά μεταξύ ληπτών αίματος και δεν σχετίζονται ορολογικά με τον ιό Epstein-Barr ή τον μεγαλοκυτταροϊό (εκτός από σπάνιες εξαιρέσεις) ή με άλλους ιούς που είναι γνωστό, ότι προσβάλλουν το ήπαρ. Υπάρχει ένας ή περισσότεροι από τους μη-Α, μη-Β ιούς και έχουν ενοχοποιηθεί για μια ποικιλία επιδημιολογικών μορφών μεταδόσεως της ηπατίτιδας. Αν και ο ιός (ιοί) ή το αντιγόνο αυτού δεν έχει ταυτοποιηθεί οριστικά.³⁴



ΜΕΡΟΣ 2°

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΑΝΤΙ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΜΕΤΑ

ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΙΜΑ Ή

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΥΓΡΑ

Η στρατηγική προφύλαξης του υγειονομικού προσωπικού έναντι μόλυνσης με τους ιούς της ηπατίτιδας Β και C, περιλαμβάνει: ³⁵

- 1) την εφαρμογή των βασικών μέτρων προφύλαξης** για κάθε ασθενή. Κεντρικά σημεία αποτελούν το πλύσιμο των χεριών μετά από κάθε επαφή με ασθενή, η χρησιμοποίηση προστατευτικών φραγμών (γάντια) κατά τη διάρκεια χειρισμών με κίνδυνο έκθεσης και ο προσεκτικός χειρισμός και η ασφαλής διευθέτηση κάθε αιχμηρού αντικειμένου ³⁵
- 2) τον εμβολιασμό** για την ηπατίτιδα Β όλου του υγειονομικού προσωπικού και ³⁵
- 3) την εφαρμογή πρωτοκόλλου** για την εκτίμηση της έκθεσης, την αντιμετώπιση και την παρακολούθηση, μετά από κάθε επαγγελματικό ατύχημα. ³⁵

Ως **υγειονομικό προσωπικό** στην παρούσα αναφορά, ορίζονται οι ιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτές, φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής, προσωπικό εργαστηρίων, τραυματιοφορείς, προσωπικό ΕΚΑΒ, εργαζόμενοι στην καθαριότητα, διευθέτηση κι αποκομιδή απορριμμάτων, άτομα δηλαδή που κατά την εργασία τους έρχονται σε στενή επαφή με ασθενείς ή αίμα ή άλλα σωματικά υγρά ή μολυσμένα αντικείμενα και εργαλεία. ³⁵

Ως **επαγγελματική έκθεση** ορίζεται κάθε τυχαία έκθεση σε δυνητικά μολυσματικά σωματικά υγρά ή αντικείμενα κατά τη διάρκεια της εργασίας. ³⁵

Εμβολιασμός έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β.

I. Σχήμα εμβολιασμού-επαναληπτικές δόσεις:

Όλο το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να εμβολιάζεται έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β και κατά προτίμηση πριν την έναρξη της εργασίας τους. Η χορήγηση γίνεται ενδομυϊκά στο **δελτοειδή μυ**, σε τρεις δόσεις: 0,1 και στους 6 μήνες. **Εναλλακτικά**, μπορεί να χορηγηθεί σε 4 δόσεις (επιταχυνόμενο σχήμα): 0, 1, 2 και 12 μήνες, ιδιαίτερα σε ανοσοκατασταλαμένους ή σε περιπτώσεις που **απαιτείται** ταχεία ανοσοποίηση (π.χ. σε περιπτώσεις μετά από έκθεση). Σε περίπτωση μη τήρησης του χρονοδιαγράμματος ο εμβολιασμός πρέπει να συνεχίζεται και να μην ξεκινά από την αρχή. Μεταξύ δεύτερης και τρίτης δόσης, θα πρέπει να μεσολαβεί διάστημα τουλάχιστον 2 μηνών.³⁵

Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β είναι **ασφαλές** και **αποτελεσματικό**, παρέχοντας προφύλαξη (>95%) προ και μετά από έκθεση σε μολυσματικό υλικό.³⁵

Τίτλος αντισωμάτων anti-HBs > 10 IU/L μετά από εμβολιασμό, θεωρείται προστατευτικός έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β.³⁵

Ο προστατευτικός τίτλος αντισωμάτων μειώνεται προοδευτικά σε χαμηλά ή ακόμη και σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα στο 30% των εμβολιασθέντων, 15 χρόνια μετά από τον εμβολιασμό. Ωστόσο, μελέτες μακράς παρακολούθησης σε επαγγελματίες υγείας και σε άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου έδειξαν ότι η ανοσιακή μνήμη **παραμένει άθικτη**, ακόμη και με μη ανιχνεύσιμους τίτλους αντισωμάτων, εξασφαλίζοντας 100% προστασία έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β σε άτομα που ανέπτυξαν αρχικά τίτλο αντισωμάτων anti-HBs > 10 IU/L μετά από εμβολιασμό.³⁵

Στα 20 χρόνια κυκλοφορίας του εμβολίου, καμία χρόνια HBV λοίμωξη δεν έχει τεκμηριωθεί σε άτομα ανταποκριθέντα στον εμβολιασμό.³⁵

Με βάση τα έως σήμερα βιβλιογραφικά δεδομένα, **δεν υπάρχουν ενδείξεις** ότι χρειάζονται επαναληπτικές δόσεις εμβολίου για τις δύο πρώτες δεκαετίες μετά από επιτυχή εμβολιασμό και ως εκ τούτου, **περιοδικοί έλεγχοι τίτλου αντισωμάτων δεν συνιστώνται**. Στο ερώτημα αν χρειάζονται επαναληπτικές δόσεις εμβολίου κατά την 3^η δεκαετία μετά τον εμβολιασμό, θα απαντήσουν μελλοντικές μελέτες.³⁵

Ανοσοκατασταλαμένα άτομα ανταποκρίνονται σε μικρότερο βαθμό από τους υγιείς και χρειάζονται μεγαλύτερες (διπλάσιες) ή περισσότερες δόσεις του εμβολίου. Έτσι, συνιστάται ο έλεγχος τίτλου αντισωμάτων κάθε 12 μήνες και χορήγηση επαναληπτικών δόσεων με σκοπό τη διατήρηση anti-HBs > 10 IU/L.³⁵

Για τους επαγγελματίες υγείας, που έχουν εμβολιασθεί στο παρελθόν και δεν έχουν ελεγχθεί ως προς την αντισωματική ανταπόκριση, συνιστάται έλεγχος του τίτλου anti-HBs και στη συνέχεια επαναληπτική

δόση του εμβολίου, αν χρειάζεται. Σε περίπτωση που το ιστορικό του εμβολιασμού δεν είναι σαφές, συνιστάται εκ νέου εμβολιασμός.³⁵

II. Έλεγχος δεικτών ηπατίτιδας πριν τον εμβολιασμό:

Η απόφαση για έλεγχο δεικτών ηπατίτιδας πριν από τον εμβολιασμό, εξαρτάται από τη σχέση κόστους-ωφέλειας, η οποία στηρίζεται σε τρεις μεταβλητές: το κόστος του εμβολίου, το κόστος του ελέγχου και τον αναμενόμενο επιπολασμό άνοσων ατόμων στο συγκεκριμένο πληθυσμό.³⁵

Έλεγχος για παρελθούσα λοίμωξη πρέπει να γίνεται σε ενήλικους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. υγειονομικό προσωπικό).³⁵

Σε έλεγχο ρουτίνας πριν την έναρξη του εμβολιασμού, μπορεί να ελέγχεται μόνο ένας δείκτης, το anti-HBc ή το anti-HBs. Η παρουσία anti-HBc υποδηλώνει επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας B στο παρελθόν, χωρίς να διαχωρίζει τους χρόνιους φορείς από τους έχοντες φυσική ανοσία. Η παρουσία anti-HBs υποδηλώνει ανοσία είτε φυσική, είτε μετά από εμβολιασμό.³⁵

Για τους παραπάνω λόγους και δεδομένης της απουσίας μελετών επιπολασμού της φυσικής ανοσίας στο υγειονομικό προσωπικό της χώρας μας, **ο έλεγχος του anti-HBc συνιστάται προ του εμβολιασμού.** Επί θετικού αποτελέσματος, συνιστάται συμπληρωματικός έλεγχος των άλλων δεικτών για τον ιό της ηπατίτιδας B (anti-HBs και HBsAg) και επί αρνητικών αποτελεσμάτων εμβολιασμός.³⁵

Η ανεύρεση **μεμονωμένου anti-HBc** (HBsAg και anti-HBs αρνητικά) έχει τέσσερις πιθανές ερμηνείες:³⁵

§ **Περίοδος παραθύρου** σε οξεία λοίμωξη (μέτρηση IgM anti-HBc).³⁵

§ **Ύπαρξη φυσικής ανοσίας** με μη ανιχνεύσιμους τίτλους anti-HBs ή **ψευδώς θετικό anti-HBc** (χορήγηση μιας δόσης εμβολίου και ανεύρεση τίτλου anti-HBs > 50 IU/L μετά από ένα μήνα, είναι ενδεικτική ύπαρξης φυσικής ανοσίας, ενώ στην αντίθετη περίπτωση, ολοκληρώνεται ο εμβολιασμός με δύο επιπλέον δόσεις, θεωρώντας ότι πρόκειται για ψευδώς θετικό anti-HBc).³⁵

§ **Χρόνιοι φορείς** με μη ανιχνεύσιμα επίπεδα HBsAg (μέτρηση HBV DNA).³⁵

III. Ανταπόκριση στον εμβολιασμό.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ελέγχονται 1-2 μήνες μετά το πέρας του εμβολιασμού, ώστε να μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια το σχήμα της προφύλαξης μετά από πιθανή έκθεση.³⁵

Σε όσους δεν ανταποκρίθηκαν στον εμβολιασμό (anti-HBs < 10 IU/L), χορηγούνται άλλες τρεις δόσεις εμβολίου (2^{ος} κύκλος) και ελέγχεται ξανά ο τίτλος anti-HBs. Η πιθανότητα απάντησης είναι 30-50%.³⁵

Οι μη ανταποκριθέντες μετά το δεύτερο κύκλο, είναι επίνοσοι σε HBV λοίμωξη και μετά από κάθε έκθεση πρέπει να λαμβάνουν προφύλαξη με υπεράνοση γ-σφαιρίνη (HBIG).³⁵

Εναλλακτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος της μη ανταπόκρισης μετά από τον πρώτο κύκλο εμβολιασμού είναι:³⁵

§ χορήγηση τριών ενδοδερμικών δόσεων του εμβολίου (5mg) ανά δύο εβδομάδες³⁵

§ χορήγηση αυξημένων (διπλάσιων) δόσεων του εμβολίου.³⁵

Σε όσους ανταποκρίθηκαν στον εμβολιασμό με χαμηλούς τίτλους αντισωμάτων (anti-HBs 10-100 IU/L), συνιστάται η χορήγηση μιας επιπλέον δόσης του εμβολίου.³⁵

Μέτρα προφύλαξης επαγγελματιών υγείας πριν και μετά από έκθεση στους HIV, HBV, HCV.

A. Το πλύσιμο των χεριών μετά από κάθε επαφή με ασθενή.³⁵

B. Οι προφυλάξεις φραγμού για πρόληψη δερματικής ή βλεννογόνιου επαφής με το αίμα και άλλα σωματικά υγρά.³⁵

Συγκεκριμένα το προσωπικό θα πρέπει:³⁵

§ Να φορά ειδικές μπλούζες οι οποίες εμπρός τουλάχιστον πρέπει να έχουν αδιάβροχη επένδυση ώστε να προφυλάσσονται τα ρούχα του.³⁵

§ Να φορά γάντια τα οποία πρέπει να αλλαχθούν αμέσως αν σχισθούν κατά την διάρκεια της επεμβατικής πράξης. Όπου υπάρχει κίνδυνος να σχισθεί το γάντι π.χ. κατά την διάρκεια ορθοπεδικών επεμβάσεων πρέπει να χρησιμοποιούνται διπλά γάντια.³⁵

§ Να φορά μάσκα η οποία πρέπει να αλλάζεται αμέσως μετά.³⁵

§ Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να υπάρχει για την προστασία των ματιών κατά την διάρκεια των επεμβάσεων όπου αναμένεται εκτόξευση υγρών, σταγονιδίων αίματος ή άλλων σωματικών υγρών. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται προστατευτικά γυαλιά ευρέως οπτικού πεδίου ή ασπίδες προσώπου.³⁵

§ Το προσωπικό που ασχολείται με τοκετούς και καισαρικές τομές πρέπει να φορά ρόμπα, γάντια και γυαλιά ευρέως οπτικού πεδίου και κατά την διάρκεια του τοκετού αλλά και όταν χειρίζεται τον πλακούντα ή το νεογνό μέχρι να πλυθεί από το αίμα και το αμνιακό υγρό. Απαραιτήτως θα πρέπει να φορά γάντια όταν χειρίζεται τον ομφαλό του νεογνού.³⁵

§ Ο προσεκτικός χειρισμός και η ασφαλής διεύθετηση κάθε αιχμηρού αντικειμένου. Η συγκέντρωση όλων των αιχμηρών πρέπει να γίνεται αυστηρά στα ειδικά αδιάτρητα κουτιά τα υπόλοιπα δε υλικά τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί όπως βαμβάκι, γάζες, κ.λπ. στους σάκους των μολυσματικών.³⁵

§ Η σωστή αποστείρωση και απολύμανση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για αιματηρές πράξεις είναι υψίστης σημασίας.³⁵

Εργαλεία που χρησιμοποιούνται για αιματηρές πράξεις θα πρέπει να αποστειρώνονται στο αυτόκαυστο μετά από καλό πλύσιμο. Κατά τη διάρκεια του πλυσίματος θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χοντρά γάντια.³⁵

Για την απολύμανση ευαίσθητων εργαλείων μπορεί να χρησιμοποιηθούν:³⁵

1. διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης 70% για 1 λεπτό³⁵
2. διάλυμα γλουταραλδεύδης 1% για 15 λεπτά³⁵
3. διάλυμα NaOH πυκνότητας 40 mmol/L για 5 λεπτά.³⁵

§ Η σωστή απολύμανση και καθαριότητα των επιφανειών (σύμφωνα με τις οδηγίες της N.E.A.) από το προσωπικό καθαριότητας και τις βοηθούς θαλάμου. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν οι επιφάνειες των νοσηλευτικών τμημάτων που καλούνται να καθαρίσουν έχουν έλθει σε επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά. Σ' αυτή την περίπτωση συστήνεται αρχικά η προσεκτική απομάκρυνση του βιολογικού υλικού με απορροφητικό χαρτί (απαραίτητη η χρήση γαντιών) το οποίο ρίπτεται στα μολυσματικά. Εν συνεχεία ρίπτεται διάλυμα απολυμαντικού ή αδιάλυτη οικιακή χλωρίνη στο σημείο που υπήρχε το βιολογικό υλικό και αφήνεται να δράσει για 10 λεπτά. Τέλος γίνεται καθαριότητα σύμφωνα με τα πρωτόκολλα.³⁵

§ Η εφαρμογή πρωτοκόλλου για την εκτίμηση, την αντιμετώπιση και την παρακολούθηση μετά από κάθε επαγγελματική έκθεση ή ατύχημα του υγειονομικού προσωπικού.³⁵

Το ΚΕΕΛ, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην επαγγελματική έκθεση έχει συντάξει ειδικά πρωτόκολλα για την πρόληψη των ατυχημάτων όσο και την αντιμετώπιση μετά την έκθεση.³⁵

Οι κυριότερες οδηγίες του ΚΕΕΛ για την πρόληψη των τραυματισμών.

1. Μην επανατοποθετείτε το κάλυμμα των βελονών, μετά την χρησιμοποίησή της σύριγγας. Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά αυτόν τον τρόπο. Τοποθετείστε τα χρησιμοποιημένα με ασφάλεια στο πλησιέστερο κουτί για τα αιχμηρά.³⁵
2. Τοποθετείστε κουτιά για αιχμηρά αντικείμενα στα καρότσια νοσηλείας και όπου κρίνετε πως είναι απαραίτητο, για να αποφύγετε την ανάγκη να καλύψετε την βελόνη με το καπάκι της.³⁵
3. Κλείστε τα κουτιά αιχμηρών όταν γεμίσουν κατά τα δύο τρίτα και απομακρύνετε τα στον χώρο της αποκομιδής τους. Μην πιέζετε τα αιχμηρά αντικείμενα στο γεμάτο κουτί. Τοποθετείστε αμέσως ένα νέο κουτί. Τα κουτιά κλείνουν ερμητικά και δεν πρέπει να ξανανοιχθούν για κανένα λόγο. Έχουν συμβεί ατυχήματα από γεμάτα κουτιά που προεξέχουν τα αιχμηρά αντικείμενα.³⁵

4. Σχεδιάστε την ασφαλή χρήση και απομάκρυνση των αιχμηρών πριν αρχίσετε την νοσηλεία στον ασθενή.³⁵
5. Απομακρύνετε αμέσως και σωστά όλα τα αιχμηρά αντικείμενα στα ειδικά κουτιά ώστε να αποφευχθεί ο δικός σας τυχαίος τραυματισμός, των συναδέλφων σας αλλά και των ασθενών. Μην εγκαταλείπετε αιχμηρά αντικείμενα μετά την νοσηλεία για να τακτοποιήσει κάποιος άλλος συνεργάτης σας.³⁵
6. Μην ανταλλάσετε αιχμηρά αντικείμενα χέρι με χέρι αλλά αφήστε τα σε επίπεδη επιφάνεια για να τα πάρει ο χρήστης (ειδικά στο χειρουργικό τραπέζι). Να τηρείται η **τεχνική (non touch)** σε όλες τις ιατρονοσηλευτικές πράξεις.³⁵
7. Μην τοποθετείτε χρησιμοποιημένη ή μη βελόνη στην τσέπη σας.³⁵
8. Μην χρησιμοποιείτε το δάκτυλό σας σαν οδηγό σε συρραφή τραύματος.³⁵
9. Μην ξεχνάτε ότι οι απρόσεκτα πεταμένες βελόνες και μαχαιρίδια ή σπασμένα γυαλιά στο πάτωμα μαζεύονται μόνο με λαβίδα και τοποθετούνται στο πλησιέστερο κουτί αιχμηρών και ποτέ με τα χέρια.³⁵
10. Μην ακουμπάτε ποτέ αιχμηρά αντικείμενα στο κρεβάτι του ασθενούς, γιατί υπάρχει κίνδυνος να ξεχαστούν και να τρυπηθεί νοσηλευτής ή ασθενής.³⁵
11. Μην πετάτε βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα στους πλαστικούς σάκους απορριμμάτων αλλά ΜΟΝΟ στο κουτί των αιχμηρών αντικειμένων. Συχνά τραυματίζεται το προσωπικό καθαριότητας με αυτόν τον τρόπο.³⁵
12. Βεβαιωθείτε ότι είστε άνοσοι έναντι της ηπατίτιδος-B.³⁵
13. Αναφέρατε τον τραυματισμό συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο ατυχημάτων του ΚΕΕΛ. Ο τραυματισμός ή η έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά πρέπει να καταγράφεται άμεσα, ώστε να υπάρχει σημείο αναφοράς του ατυχήματος και να εξασφαλίζεται σωστή αντιμετώπιση και παρακολούθηση.³⁵

Αντιμετώπιση μετά από επαγγελματική έκθεση.

1. Παροχή άμεσης φροντίδας στο σημείο της έκθεσης:
 - A. Σχολαστικό πλύσιμο του τραύματος με σαπούνι και νερό ή αντισηπτικό.³⁵
 - B. Σχολαστικό πλύσιμο βλεννογόνων π.χ. μάτια με άφθονο νερό ή φυσιολογικό ορό μόνο.³⁵
2. Εκτίμηση του κινδύνου μετάδοσης κατά την έκθεση.
 - A. Τύποι έκθεσης με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης:
 - § Διαδερματικός τραυματισμός π.χ. τρύπημα με βελόνη.³⁵
 - § Έκθεση βλεννογόνων π.χ. εκτόξευση βιολογικών υγρών.³⁵
 - § Δέρμα με συνυπάρχουσα δερματίτιδα ή λύση της συνεχείας του.³⁵

§ Δάγκωμα.³⁵

B. Τύπος βιολογικού υγρού με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης:

§ Αίμα³⁵

§ Βιολογικά υγρά που περιέχουν ορατά αίμα.³⁵

§ Δυνητικά μολυσματικά υγρά (ΕΝΥ, αρθρικό, πλευριτικό, περικαρδιακό, αμνιακό, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις).³⁵

§ Απευθείας έκθεση σε υψηλή συγκέντρωση ιού π.χ. στα εργαστήρια.³⁵

Γ. Μολυσματικότητα της πηγής έκθεσης.

Έλεγχος επί γνωστής πηγής έκθεσης. Λήψη αίματος από την «πηγή» και εξέταση για HBS ag, anti-HCV, HIV. Παράλληλα λήψη αίματος και από τον παθόντα για έλεγχο των ιδίων παραγόντων. Σε περίπτωση άγνωστης πηγής, π.χ. τρύπημα από βελόνα σε απορρίμματα, ο έλεγχος γίνεται στον παθόντα μόνο, ενώ δεν συνίσταται έλεγχος της βελόνας ή του αιχμηρού αντικειμένου που προκάλεσε τον τραυματισμό.³⁵

Δ. Χορήγηση προφύλαξης μετά από έκθεση ύποπτη για μετάδοση HBV. (HBS ag θετικό). Χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (HBIG) εντός 24 ωρών αν δεν είναι δυνατόν ή τουλάχιστον μέσα στην εβδομάδα από την έκθεση αν το άτομο που τραυματίστηκε έχει anti-HBS αρνητικό. Ταυτόχρονα χορήγηση εμβολίου κατά της ηπατίτιδας Β στον δελτοειδή μύ (το εμβόλιο γίνεται σε διαφορετικό σημείο από αυτό της υπεράνοσης γ-σφαιρίνης). Η ίδια τακτική εφαρμόζεται στο άτομο που έχει εκτεθεί σε τραυματισμό και το αντικείμενο τραυματισμού είναι άγνωστης προέλευσης ενώ το άτομο που τραυματίστηκε είναι anti-HBs αρνητικό. Πρόληψη δια εμβολιασμού για HCV δεν υπάρχει.³⁵

Ε. Παρακολούθηση για HBV: συνίσταται έλεγχος για anti-HBs ag 3-6 μήνες μετά την έκθεση, για νομοιατρικούς λόγους.³⁵

Παρακολούθηση για HCV: συνίσταται επαναληπτικός έλεγχος με anti-HCV στους 3-6 μήνες ή και PCR-C στις 4-6 εβδομάδες. Για το HIV συνίσταται εκτίμηση της μολυσματικότητας της πηγής έκθεσης και αναλόγως κατά την κρίση του λοιμωξιολόγου μπορεί το άτομο που έχει εκτεθεί να τεθεί υπό αντιρετροϊκή αγωγή άμεσα και υπό παρακολούθηση ή απλά υπό παρακολούθηση μόνο.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

Η ακρίβεια ενός καλού ιστορικού υγείας και της φυσικής εξέτασης είναι ιδιαίτερης σημασίας για άρρωστο με ηπατίτιδα, αφού θα βοηθήσει την υγειονομική ομάδα στην παροχή καλύτερης φροντίδας υγείας σ' αυτόν.²

1. Ιστορικό υγείας

α. Πρόδρομη φάση (προϊκτερική). Συνήθως διαρκεί 3-4 ημέρες. Ο άρρωστος, αρχικά, παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία. Καθώς η φλεγμονή επεκτείνεται, παρουσιάζονται ναυτία και έμετοι και ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται αποστροφή προς τα φαγητά και δυσγευσία του τσιγάρου. Μπορεί ακόμα να αισθάνεται αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά, αναφέρει ότι νοιώθει αίσθημα πληρότητας και ενόχληση στο επιγάστριο ή το δεξιό υποχόνδριο, όψιμα στη φάση αυτή. Μπορεί επίσης να υπάρχουν πυρετός και συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα της γρίπης, ειδικά στην ηπατίτιδα τύπου Α. Σπάνια, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει δερματικό εξάνθημα, κνησμό, αγγειονευρωτικό οίδημα ή πολυαρθρίτιδα. Τις τελευταίες μέρες αυτής της φάσης, ο άρρωστος μπορεί να παρατηρήσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων του.²

β. Ικτερική φάση. Χαρακτηρίζεται από ίκτερο, που φθάνει στο μεγαλύτερο βαθμό του σε μία ή δύο εβδομάδες και διαρκεί 6-8 εβδομάδες. Κατά τη φάση αυτή ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ο πυρετός μειώνονται. Σε αρκετές περιπτώσεις, αυτό το στάδιο δεν παρουσιάζεται (ανικτερική ηπατίτιδα).²

γ. Η περίοδος ανάρρωσης διαρκεί 3-4 μήνες. Στη διάρκειά της ο άρρωστος αισθάνεται εύκολη κόπωση.²

δ. Ο άρρωστος και η οικογένειά του ερωτώνται για τυχόν επαφές με ικτερικά άτομα, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, λήψη οστρακοειδών, ταξίδι σε χώρα όπου τα μέτρα υγιεινής είναι φτωχά, μετάγγιση τους τελευταίους 6 μήνες, ενέσεις, τρύπημα αυτιών και ό,τι άλλο μπορεί να αποτελεί ένδειξη για μετάδοση πιθανής ηπατίτιδας. Ακόμα, παίρνονται

πληροφορίες από το φάκελο του αρρώστου για παρελθούσα παρεντερική θεραπεία και ιστορικό ηπατίτιδας. Τέλος, ενδιαφέρει το είδος της εργασίας του αρρώστου, οι συνθήκες κατοικίας, καθώς και τα φάρμακα που παίρνει.²

2. Φυσική εκτίμηση

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

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α.** Κατά τη διάρκεια του σταδίου επώασης και πρώιμα στο οξύ στάδιο, το 80% των αρρώστων με ηπατίτιδα τύπου Β έχει το αντιγόνο HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) στον ορό τους.²
- β.** Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι: αύξηση των SGOT και SGPT 7-14 ημέρες πριν από την εκδήλωση του ικτέρου, αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης, κατακράτηση βρωμοσουλφοφθαλεΐνης, ελαφρά αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, ελαφρά υποπρωτεΐναιμία και ελαφρά αύξηση των γ-σφαιρινών. Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων.²
- γ.** Η εξέταση ούρων και κοπράνων δείχνει φυσιολογικό ουροχολινογόνο ούρων αρχικά και κατόπιν αυξημένο, αυξημένη χολερυθρίνη ούρων και μειωμένα και τα δύο στα κόπρανα.²

Προβλήματα του αρρώστου.

- § Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμετοι, ανορεξία)²
- § Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (έμετοι)²
- § Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (κνησμός, κακουχία, πόνος, αίσθημα κόπωσης)²
- § Προβλήματα κένωσης εντέρου (ακινησία)²
- § Προβλήματα χρονιότητας²
- § Προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου²
- § Μείωση ασφάλειας (κίνδυνοι επιπλοκών)²

Σκοποί της φροντίδας.

1. Άμεσοι

- α.** Πρόληψη μετάδοσης της νόσου ²
- β.** Προαγωγή επαρκούς θρέψης ²
- γ.** Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψη συνεπειών της ²
- δ.** Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες ²
- ε.** Απασχόληση του αρρώστου ²

2. Μακροπρόθεσμοι

- α.** Πλήρης ανάρρωση από την ηπατίτιδα ²
- β.** Πρόληψη υποτροπής ²
- γ.** Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρηση ιδεώδους βάρους ²

Παρέμβαση.

- 1.** Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική, για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.²
- 2.** Πλύση χεριών, απομόνωση λευχειμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συρίγγων μιας χρήσης, είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται.²
- 3.** Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό.²
- 4.** Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού (Immune Serum Globulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου Α, κατά την περίοδο επώασης. Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και εξασφαλίζει ανοσία για 6-8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044-0,132 ml ανά kg βάρους σώματος.²

Πρόσφατες κλινικές δοκιμές με άλφα-ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 5.000 units άλφα-ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της ηπατίτιδας Β σε πάνω από το ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων. Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σε ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου, είναι απαραίτητη μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με ηπατίτιδα Β.²

Μακροχρόνια χορήγηση χαμηλής δόσης ιντερφερόνης σε αρρώστους με ηπατίτιδα C είχε επίσης ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η ιντερφερόνη είναι υπό έρευνα και για τη θεραπεία της ηπατίτιδας D.²

5. Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους stress.²
6. Επαρκής θρέψη για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), υπερυδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστο για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.²
7. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολλή προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη K.²
8. Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα.²
9. Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μπορεί να τα μεταβολίσει το ήπαρ.²

Οι πιο πολλοί άρρωστοι αναρρώνουν σε 4-12 εβδομάδες. Όμως, είναι δυνατή η υποτροπή στο 5-25% των ενηλίκων αρρώστων κατά τη διάρκεια των 4 πρώτων μηνών. Οι άρρωστοι με Α και Β ηπατίτιδα, γενικά, έχουν ανοσία διαρκείας προς τον ειδικό τύπο ιού. Επειδή όμως άρρωστοι που ανάρρωσαν ξαναπαρουσίασαν ηπατίτιδα Α, πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι ιοί τύπου Α.²
10. Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση αρρώστου.²
 - α. Ηπατίτιδα Α**
 - § Ενθάρρυνση άριστων πρακτικών υγιεινής ²
 - § Διδασκαλία αρρώστου για καλή ατομική υγιεινή ²
 - § Προσεκτική εξέταση ατόμων που χειρίζονται τροφές ²
 - § Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ενδομυϊκά ή υποδόρια μέσα σε λίγες μέρες από την έκθεση ατόμων σε ηπατίτιδα Α ²
 - § Χρήση γαντιών στο χειρισμό δοχείων και μολυσμένων λευχειμάτων ²
 - β. Ηπατίτιδα Β**
 - § Εξέταση δοτών αίματος για αποκλεισμό φορέων ²

- § Χρήση γαντιών στις ενδοφλέβιες εγχύσεις ή στο χειρισμό αντικειμένων μολυσμένων με αίμα αρρώστων με ηπατίτιδα Β²
 - § Προτείνεται εμβόλιο ηπατίτιδας Β για άτομα υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β²
 - § Ανοσοσφαιρίνη ηπατίτιδας Β πρέπει να χορηγείται μέσα σε 72 ώρες από την άμεση έκθεση σε ιό ηπατίτιδας (λύσεις συνεχείας δέρματος)²
 - § Μετάγγιση αίματος μόνο όταν δικαιολογείται²
 - § Χρήση υποκατάστατων αίματος, όταν είναι δυνατό²
 - § Χρήση βελόνων και συρίγγων μιας χρήσης, προσεκτική απόρριψή τους²
 - § Διδασκαλία όλων των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση να μη δώσουν αίμα για έξι μήνες, ώστε να παρέλθει η περίοδος επώασης.²
- γ. Ηπατίτιδα C**
- § Ίδια όπως στην ηπατίτιδα Β, εκτός του ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο.²

Αξιολόγηση.

Επιπλοκές

- § Μεθηπατιτιδικό σύνδρομο. Χαρακτηρίζεται από σύμπλεγμα ασαφών συμπτωμάτων, που μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση, αδυναμία, κακουχία, ανορεξία και κοιλιακή δυσχέρεια και συνήθως διαρκεί 6-12 μήνες. Η συνέχιση θεραπευτικής ανάπαυσης και καλής θρέψης είναι μεγάλης σημασίας στην πρόληψη δευτεροπαθούς λοίμωξης.²
- § Σπάνια, η ηπατίτιδα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μετανεκρωτική κίρρωση.²



ΜΕΡΟΣ 3º

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1^ο

Νοσηλευτής 42 ετών, ο οποίος εργάζεται στη ΜΕΘ ενηλίκων 10 χρόνια, παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα: ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, τάση προς έμετο (πρωινή). Ο ίδιος υποπτεύεται τη νόσο και παρακολουθεί στα ούρα του χρώμα σαν κονιάκ. Προσήλθε στο λοιμωξιολόγο και προέβησαν σε βιοχημικές εξετάσεις τα αποτελέσματα των οποίων ήταν: αυξημένα ηπατικά ένζυμα, αύξηση των λευκωμάτων, της σφαιρίνης, χολερυθρίνης, προθρομβίνης, των τρανσαμινασών και της αλκαλικής φωσφατάσης. Επίσης προέβηκε σε έλεγχο για AIDS και ηπατίτιδα και βρέθηκε θετικό αυστραλιανό αντιγόνο.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---|---------------------------------|---|--|--|
| <p>Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμετοι, ανορεξία)</p> | <p>Προαγωγή επαρκούς θρέψης</p> | <p>- Αξιολογείτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα υποθρεψίας:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. σωματικό βάρος κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία και τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς 2. παθολογικές τιμές ουρίας και χαμηλές τιμές λευκωματίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και τρανσφερίνης 3. αδυναμία και εξάντληση 4. στοματίτιδα <p>- Καταμετράτε το ποσοστό των γευμάτων που καταναλώνει ο ασθενής. Αναφέρατε ανεπαρκή πρόσληψη.</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για τη διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης.</p> | <p>- Εφαρμογή μέτρων για την αύξηση από του στόματος πρόσληψης τροφής:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 μέτρα για την ελάττωση της ναυτίας και των εμέτων 2. συμβουλευθείτε διαιτολόγο εάν χρειάζεται για την υποβοήθηση του ασθενούς στην επιλογή τροφών, που καλύπτουν τις θρεπτικές ανάγκες και τις προσωπικές του προτιμήσεις όπου αυτό είναι δυνατό 3. ενθάρρυνση ασθενούς να αναπαύεται πριν τα γεύματα για την ελαχιστοποίηση της εξάντλησης 4. διατήρηση άνετου και καθαρού περιβάλλοντος 5. παρότρυνση ασθενούς να εκτελεί στοματική υγιεινή πριν τα γεύματα 6. περιορισμός της λήψης υγρών με τα γεύματα, με σκοπό τη μείωση του αισθήματος πρόωμου κορεσμού και της ελάττωσης της λήψης τροφής 7. αύξηση δραστηριότητας του ασθενούς όσο επιτρέπεται (διεγείρει την όρεξη) | <p>Ο ασθενής διατηρεί επαρκές επίπεδο θρέψης όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. το σωματικό βάρος εντός των φυσιολογικών ορίων για την ηλικία και το ανάστημα 2. τις φυσιολογικές τιμές ουρίας, λευκωματίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και τρανσφερίνης 3. τη βελτιωμένη μυϊκή ισχύ και ανοχή στην κόπωση 4. τον υγιή στοματικό βλεννογόνο. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|--|--|--------------------------|
| | | | <p>- Ενθάρρυνση ασθενούς να καταναλώνει γεύματα καλώς ισορροπημένα και υψηλής θρεπτικής αξίας (συμπλήρωση των γευμάτων με μικρά εδέσματα εάν η θερμιδική πρόσληψη είναι ανεπαρκής)</p> <p>- Βοήθεια και καθοδήγηση του ασθενούς να ακολουθήσει τις κάτωθι διαιτητικές οδηγίες: 1. να αποφεύγει να παραλείπει τα γεύματα 2. να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε θερμίδες (2.000-3.0000 θερμίδες ανά ημέρα) και υδατάνθρακες, εάν δεν ανέχεται τις τροφές, να πίνει θρεπτικά υγρά ή χυμούς φρούτων 3. να διατηρεί μέτρια έως υψηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, με σκοπό την προαγωγή της αποκατάστασης του ήπατος 4. χορήγηση σκευασμάτων βιταμινών (βιταμίνη Κ, βιταμίνες συμπλέγματος Β, βιταμίνη C) επί εντολής.</p> <p>- Καταμέτρηση θερμίδων 72 ωρών επί εντολής. Αναφορά των αποτελεσμάτων στον διαιτολόγο και τον ιατρό.</p> <p>-Συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με εναλλακτικές μεθόδους σίτισης (π.χ. παρεντερική διατροφή, σίτιση μέσω σωλήνα) εάν ο ασθενής δεν καταναλώνει επαρκή τροφή ή υγρά για την κάλυψη των θρεπτικών του αναγκών.</p> | |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|---|---|---|--|
| Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών | Αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών | <p>- Αξιολογείτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα των εξής:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. έλλειμμα όγκου υγρών: <ol style="list-style-type: none"> α. μείωση σπαργής δέρματος, ξηροί βλεννογόνοι, δίψα β. αιφνίδια απώλεια βάρους κατά 2% και άνω γ. χαμηλή αρτηριακή πίεση ή/και ορθοστατική υπόταση δ. ασθενής, ταχύς σφυγμός ε. βραδύς χρόνος πληρώσεως μικρών φλεβών (άνω των 3-5sec) στ. ελάττωση της παροχής ούρων με αύξηση του ειδικού βάρους τους ζ. αύξηση ουρίας και αιματοκρίτη 2. υποκαλιαιμία (π.χ. καρδιακές αρρυθμίες, ορθοστατική υπόταση, μυϊκή αδυναμία, παραισθησίες, ναυτία και έμετοι, διάταση κοιλίας, ασθενείς ή απόντες εντερικοί ήχοι) 3. υποχλωραιμία και μεταβολική αλκάλωση (π.χ. ζάλη, ευερεθιστότητα, μυϊκοί σπασμοί, υποαερισμός) <p>- Παρακολουθείτε τις τιμές ηλεκτρολυτών ορού και αερίων αίματος. Αναφέρατε παθολογικές τιμές.</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση διαταραχών του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> | <p>- Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του αισθήματος ναυτίας και εμέτων</p> <p>- Χορήγηση συμπληρωμάτων υγρών και ηλεκτρολυτών επί εντολής</p> <p>- Διατήρηση της πρόσληψης υγρών τουλάχιστον 2.500 ml ανά ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων για την αύξηση της από του στόματος πρόσληψης</p> <p>- Μετά την υποχώρηση της ναυτίας και των εμέτων, βοηθείστε τον ασθενή στην επιλογή τροφών πλούσιων σε κάλιο (π.χ. μπανάνες, σταφίδες, σύκα, βερίκοκα, πατάτες, λευκά φασόλια, χυμός πορτοκαλιού) και νάτριο (π.χ. επεξεργασμένο τυρί, κονσερβαρισμένες σούπες και λαχανικά)</p> <p>- Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα διαταραχής του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών επιμένουν ή επιδεινώνονται.</p> | <p>Ο ασθενής διατηρεί το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. τη φυσιολογική σπαργή δέρματος 2. τους υγρούς βλεννογόνους 3. το σταθερό σωματικό βάρος 4. την αρτηριακή πίεση και σφυγμό εντός των φυσιολογικών ορίων για τον ασθενή, που διατηρούνται σταθερές κατά τις αλλαγές της θέσης του σώματος 5. χρόνος πληρώσεων μικρών φλεβών κάτω των 3-5 sec 6. ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών 7. ειδικό βάρος ούρων εντός των φυσιολογικών ορίων 8. κοιλία μαλακή, χωρίς διάταση, με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους 9. απουσία καρδιακών αρρυθμιών, μυϊκής αδυναμίας, παραισθησεων, σπασμών και ζάλης. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-------------------------|---|--|---|
| Πόνος | Ανακούφιση από τον πόνο | <ul style="list-style-type: none"> - Καθορίστε το συνήθη τρόπο αντίδρασης του ασθενούς στον πόνο - Αξιολογείστε την αντίληψη του ασθενούς στον πόνο όσον αφορά την εντόπιση, την ένταση και τον τύπο του. Χρησιμοποιείτε αριθμητική κλίμακα για τη διαβάθμιση της έντασης του πόνου - Αξιολογείστε μη προφορικά σημεία πόνου (π.χ. ρυτίδωση μετώπου, προφύλαξη της κοιλίας, τρίψιμο των αρθρώσεων, διστακτικότητα στις κινήσεις, ανησυχία) - Αξιολογείστε παράγοντες που φαίνονται να αυξάνουν ή να μειώνουν τον πόνο - Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του πόνου | <ul style="list-style-type: none"> - Συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την εφαρμογή θερμότητας στις επώδυνες αρθρώσεις - Εφαρμογή ή βοήθεια στην εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων ύφεσης του πόνου (π.χ. μασάζ ράχης, αλλαγή θέσης, τεχνικές χαλάρωσης, ήρεμη συζήτηση, ήσυχο περιβάλλον, δραστηριότητες απόσπασης της προσοχής) - Χορήγηση αναλγητικών επί εντολής, έχοντας υπόψη τα κάτωθι: <ul style="list-style-type: none"> 1. συνήθως συνιστώνται χαμηλότερες δόσεις ναρκωτικών αναλγητικών διότι το ήπαρ δεν μπορεί να μεταβολίσει τα φάρμακα αυτά σε φυσιολογικό ρυθμό 2. μπορεί να συσταθεί χορήγηση ακεταμινοφαίνης (παρά την πιθανή ηπατοτοξική της δράση) αντί ακετυλοσαλικυλικού οξέος λόγω του αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας με το δεύτερο - Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα ανωτέρω μέτρα δεν ανακουφίσουν επαρκώς τον ασθενή από τον πόνο του | <p>Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση του πόνου όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. την προφορική έκφραση για ύφεση του πόνου 2. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τη θέση σώματος 3. την αυξημένη συμμετοχή στις δραστηριότητες |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-----------------------------|-----------------------|---|---|---|
| Αίσθημα δυσφορίας : κνησμός | Προαγωγή άνεσης | <ul style="list-style-type: none"> - Αξιολογείστε τον κνησμό του ασθενούς όσον αφορά την έναρξη, τα χαρακτηριστικά, την εντόπιση και τους παράγοντες που τον αυξάνουν ή τον μειώνουν - Διδασκαλία του ασθενούς για μέτρα ύφεσης του κνησμού | <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση ψυχρών υγρών επιθεμάτων στις περιοχές του δέρματος που παρουσιάζουν κνησμό - Επάλειψη μαλακτικών κρεμών ή αλοιφών για την πρόληψη της ξηρότητας - Επάλειψη μαλακτικής κρέμας, σόδας ή ειδικώνσκευασμάτων κατά το λουτρό - Λήψη λουτρού με χλιαρό νερό και ήπια σαπούνια - Προσεκτικό στέγνωμα του δέρματος ώστε να μην παραμένει η υγρασία - Διατήρηση δροσερού περιβάλλοντος - Ενθάρρυνση του ασθενούς σε δραστηριότητες για να αποσπάται η προσοχή του - Εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης - Χρησιμοποίηση τεχνικών διέγερσης του δέρματος (π.χ. μαλάξεις, δονήσεις, άσκηση πίεσης) στα σημεία κνησμού - Συμβουλευέστε τον ασθενή να φορά χαλαρά βαμβακερά ενδύματα - Χορήγηση των κάτωθι φαρμάκων επί εντολής: <ul style="list-style-type: none"> 1. αντιισταμινικά 2. χολεστυραμίνη για τη δέσμευση των χολικών αλάτων και την ελάττωση της εναπόθεσής τους στο δέρμα - Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα ανωτέρω μέτρα αποτύχουν να μειώσουν τον κνησμό ή εάν το δέρμα εμφανίζει εξελκώσεις | <p>Ο ασθενής εμφανίζει ύφεση του κνησμού όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. την προφορική έκφραση για αυτό 2. την απουσία εκδορών στο δέρμα |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------------------------|-----------------------|--|---|--|
| Αίσθημα δυσφορίας : ναυτία και έμετοι | Προαγωγή άνεσης | <ul style="list-style-type: none"> - Ελέγξτε τον ασθενή για ναυτία και εμέτους - Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση της ναυτίας και των εμέτων | <ul style="list-style-type: none"> - Απομάκρυνση των δυσάρεστων οσμών από το περιβάλλον (προκαλούν φλοιώδη διέγερση του κέντρου του εμέτου) - Διδασκαλία του ασθενούς να αλλάζει αργά τη θέση του σώματός του (η ταχεία κίνηση διεγείρει την κεντρομόλο αιθουσαιοπαρεγκεφαλική οδό με συνοδό διέγερση της ζώνης των χημειούποδοχέων) - Να εκτελείται στοματική υγιεινή μετά από κάθε έμετο και πριν από τα γεύματα - Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές, αργές αναπνοές όταν αισθάνεται ναυτία - Ενθάρρυνση του ασθενούς να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπη, για να αποφεύγεται η βραδεία κένωση του στομάχου και να μειώνεται η ναυτία που οφείλεται σε διαταραχή της πέψης των λιπών - Συμβουλέψτε τον ασθενή να προτιμά τις ξηρές τροφές και να αποφεύγει να πίνει υγρά με τα γεύματα εάν αισθάνεται ναυτία - Προσφέρετε μικρά συχνά γεύματα και συμβουλέψτε τον ασθενή να μασά τις τροφές αργά - Συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει τροφές που ερεθίζουν το γαστρικό βλεννογόνο (π.χ. καρυκευμένες τροφές, καφεϊνούχα ποτά) - Συμβουλέψτε τον ασθενή να αναπαύεται μετά τα γεύματα με ανυψωμένη την κεφαλή της κλίνης - Χορήγηση επί εντολής αντιεμετικών (οι φαινοθειαζίνες αντενδείκνυται λόγω της δυνητικής τους χολοστατικής δράσης). | <p>Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση της ναυτίας και των εμέτων όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. τα λεγόμενα του ότι έχει υποχωρήσει η ναυτία 2. την απουσία εμέτων |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-----------------------|------------------------------------|--|---|--|
| Δυσανεξία στην κόπωση | Προαγωγή άνεσης και δραστηριοτήτων | <p>- Αξιολογείστε σημεία και συμπτώματα δυσανεξίας στην κόπωση:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. προφορικές εκδηλώσεις για αίσθημα εξάντλησης και αδυναμίας 2. δύσπνοια εκ μόχθου, θωρακικός πόνος, εφίδρωση ή ζάλη 3. παθολογική μεταβολή της καρδιακής συχνότητας στην κόπωση (π.χ. αύξηση συχνότητας κατά 20 παλμούς ανά λεπτό πάνω από τις τιμές ηρεμίας, ελάττωση συχνότητας, συχνότητα που δεν επανέρχεται στα αρχικά επίπεδα εντός 3 λεπτών μετά τη διακοπή της κόπωσης, μεταβολή από ρυθμικό σε άρρυθμο σφυγμό) 4. μειωμένη συστολική αρτηριακή πίεση ή σημαντική αύξηση (10-15mm Hg) της συστολικής ή της διαστολικής πίεσης κατά την κόπωση <p>- Εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση της ανοχής στην κόπωση</p> | <p>- Διατήρηση των περιορισμών δραστηριότητας σύμφωνα με τις εντολές</p> <p>- Ελαχιστοποίηση του θορύβου και των δραστηριοτήτων στο το περιβάλλον του ασθενούς</p> <p>- Οργάνωση της νοσηλείας ώστε να υπάρχουν διαστήματα ανάπαυσης του ασθενούς χωρίς διακοπή</p> <p>- Περιορισμός του αριθμού και της διάρκειας των επισκέψεων προς τον ασθενή</p> <p>- Βοήθεια του ασθενούς στην αυτοεξυπηρέτησή του όσο χρειάζεται</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του αισθήματος δυσφορίας</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων για τη διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης</p> <p>- Αύξηση της δραστηριότητας του ασθενούς σταδιακά όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό</p> <p>- Διακοπή κάθε δραστηριότητας που προκαλεί θωρακικό πόνο, δύσπνοια, ζάλη ή έντονη εξάντληση ή αδυναμία</p> | <p>Ο ασθενής εμφανίζει αυξημένη ανοχή στην κόπωση όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. τα λεγόμενά του ότι αισθάνεται λιγότερο εξαντλημένος και αδύναμος 2. την ικανότητα να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες χωρίς δύσπνοια εκ μόχθου, θωρακικό πόνο, εφίδρωση, ζάλη και σημαντική μεταβολή των ζωτικών σημείων |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--------------------------------|-----------------------|--|---|--|
| Πιθανές επιπλοκές (αιμορραγία) | Προαγωγή ασφάλειας | <p>- Ελέγξτε τον ασθενή και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα ασυνήθους αιμορραγίας:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. πετέχειες, πορφύρα, εκχυμώσεις 2. αιμορραγία ούλων 3. παρατεταμένη αιμορραγία από σημεία παρακεντήσεων 4. επίσταξη, αιμόπτυση 5. ασυνήθης αρθραλγία 6. αύξηση της κοιλιακής περιμέτρου 7. ύπαρξη αίματος στα κόπρανα, στα ούρα ή στα εμέσματα 8. ανησυχία, σύγχυση 9. ελαττωμένη αρτηριακή πίεση και ταχύς σφυγμός 10. ελάττωση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης <p>- Παρακολουθείτε τις τιμές των αιμοπεταλίων και του ελέγχου πήξεως (π.χ. χρόνος προθρομβίνης, μερικός χρόνος ενεργού θρομβοπλαστίνης, χρόνος ροής). Αναφέρατε παθολογικές τιμές.</p> <p>- Εάν ο αριθμός αιμοπεταλίων είναι χαμηλός, ο έλεγχος της πήξεως παθολογικός ή οι τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης ελαττώνονται, ελέγξτε τα κόπρανα, τα ούρα και τα εμέσματα για ύπαρξη αίματος. Αναφέρατε θετικά αποτελέσματα.</p> | <p>- Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη αιμορραγιών:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Χρησιμοποιείτε τις μικρότερες δυνατές βελόνες κατά τις ενέσεις και τις παρακεντήσεις αγγείων 2. Εφαρμόζετε ελαφρά παρατεταμένη πίεση στα σημεία παρακεντήσεων 3. μέτρηση της αρτηριακής πίεσης μόνο όταν είναι αναγκαίο και αποφεύγετε να φουσκώνετε υπερβολικά τον αεροθάλαμο 4. υποδείξτε στον ασθενή να αποφεύγει δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού (π.χ. ξύρισμα με ξυριστικές λεπίδες, σκληρή οδοντόβουρτσα) 5. ανασηκώστε τα πλάγια προστατευτικά κιγκλιδώματα της κλίνης εάν ο ασθενής είναι συγχυτικός ή ανήσυχος 6. εκτελείτε με προσοχή χειρισμούς που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο βλεννογόνο του ορθού (π.χ. τοποθέτηση υπόθετου, κλύσμα) 7. εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του κινδύνου πτώσεων (π.χ. συμβουλευτείτε τον ασθενή να φορά υποδήματα ή παντόφλες με αντιολισθητικές επιφάνειες) 8. συμβουλευτείτε τον ασθενή να μη φυσά τη μύτη του δυνατά και να μην έχει εργώδεις κενώσεις-συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την πιθανή χορήγηση υπακτικών επί ενδείξεως | <p>Ο ασθενής δεν εμφανίζει ασυνήθη αιμορραγία όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. το δέρμα και τους βλεννογόνους που είναι ελεύθεροι από πετέχειες, πορφύρα, εκχυμώσεις και ενεργό αιμορραγία 2. την απουσία ασυνήθους αρθραλγίας 3. την μη αύξηση της κοιλιακής περιμέτρου 4. την απουσία ύπαρξης αίματος στα κόπρανα, στα ούρα και στα εμέσματα |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|---|---|--|
| | | <p>- Αξιολογείστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock (π.χ. ανησυχία, σύγχυση, σημαντική ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, ταχύς νηματοειδής σφυγμός, ταχείες αναπνοές, ψυχρό και ωχρό δέρμα, παροχή ούρων κάτω των 30 ml ανά ώρα)</p> <p>- Προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση, για έλεγχο της αιμορραγίας, εφόσον έχει προγραμματιστεί</p> <p>- Υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τους οικείους του.</p> | <p>9. χορηγείστε τα κάτωθι επί εντολής για τη βελτίωση της ηλεκτρικής του αίματος:</p> <p>α. βιταμίνη K (π.χ. φυτοναδιόνη) παρεντερικά</p> <p>β. αιμοπετάλια</p> <p>γ. πρόσφατο αίμα ή πλάσμα (το ήπαρ πιθανώς αδυνατεί να απομακρύνει τα συντηρητικά που περιέχονται στο συντηρημένο αίμα).</p> <p>10. εάν εμφανιστεί αιμορραγία που δεν υποχωρεί αυτομάτως:</p> <p>α. εφαρμόστε σταθερή παρατεταμένη πίεση στα σημεία αιμορραγιών εάν είναι δυνατόν</p> <p>β. εάν εμφανιστεί επίσταξη, τοποθετείστε τον ασθενή σε υψηλή θέση Fowler- εφαρμόστε πίεση και τοποθετείστε πάγο στην περιοχή της μύτης</p> <p>γ. συνεχίστε την παροχή οξυγόνου σύμφωνα με τις εντολές</p> <p>δ. εάν εμφανιστεί αιμορραγία από το στομάχι ή τον οισοφάγο:</p> <ul style="list-style-type: none"> - τοποθετείστε τον ασθενή σε πλάγια θέση για τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης - βοηθείστε στην τοποθέτηση γαστροοισοφαγικού σωλήνα με αεροθάλαμο, διατηρείστε την πίεση του αεροθαλάμου, εκτελείτε αναρροφήσεις και πλύσεις με φυσιολογικό ορό επί εντολής - βοηθείστε στη χορήγηση βαζοπρεσίνης επί εντολής για τη σύσπαση των σπλαχνικών αγγείων και την ελάττωση της ροής αίματος προς την πυλαία φλέβα - βοηθείστε κατά την εκτέλεση ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας επί εντολής. | <p>5. τα ζωτικά σημεία εντός των φυσιολογικών ορίων για τον ασθενή</p> <p>6. σταθερές ή βελτιωμένες τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης.</p> |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|--|--|---|---|
| Κοινωνική απομόνωση | Απασχόληση του αρρώστου | <ul style="list-style-type: none"> - Εξακριβώστε τον συνήθη βαθμό κοινωνικότητας του ασθενούς - Αξιολογείστε σημεία κοινωνικής απομόνωσης (π.χ. απουσία των οικείων, αδυναμία επικοινωνίας και απόσυρση, έκφραση αισθημάτων απόρριψης, ανομοιότητας ή μοναξιάς, εχθρότητα, κατάθλιψη). | <ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης: 1. βοηθείστε τον ασθενή να εντοπίσει τους λόγους που αισθάνεται απομονωμένος και βοηθείστε τον στην ανάπτυξη σχεδίου δράσης για τη μείωση των αισθημάτων αυτών 2. δείξτε αποδοχή του ασθενούς από μέρους σας 3. ενθαρρύνετε τους οικείους του να τον επισκέπτονται 4. ενθαρρύνετε τον ασθενή να διατηρεί τηλεφωνική επαφή με άλλα άτομα 5. ενημερώστε τον ασθενή και τους οικείους του σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου και πρόληψης της διασποράς της, με σκοπό την ελάττωση του φόβου τους για πιθανή μετάδοση της νόσου. | <p>Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση του αισθήματος απομόνωσης όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. τη διατήρηση των σχέσεών του με τους οικείους του 2. την προφορική έκφραση για ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς και απόρριψης. |
| Έλλειμμα γνώσεων | Πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας σε άλλα άτομα | <ul style="list-style-type: none"> - Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση του αρρώστου - Οδηγίες για την πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας | <ul style="list-style-type: none"> - Εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα Α, συμβουλευτείτε τον να ακολουθεί τις κάτωθι προφυλάξεις για 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ικτέρου: 1. να πλένει προσεκτικά τα χέρια του μετά από τις κενώσεις και πριν τα γεύματα 2. να χρησιμοποιεί ξεχωριστά ατομικά είδη λουτρού εάν είναι δυνατόν 3. να μη δωρίζει αίμα έως ότου εγκριθεί από τον ιατρό - Εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα Β, C ή D, συμβουλευτείτε τον να εφαρμόζει τις ακόλουθες προφυλάξεις μέχρις ότου αρνητικοποιηθούν οι ειδικές εξετάσεις αντιγόνου/αντισώματος: 1. να πλένει τα χέρια προσεκτικά μετά το λουτρό | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας σε άλλα άτομα |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|---|--|--|
| | | <p>- Οδηγίες σχετικά με τρόπους πρόληψης περαιτέρω ηπατικής βλάβης.</p> | <p>2. να μην μοιράζεται με άλλα άτομα τα προσωπικά του αντικείμενα (π.χ. οδοντόβουρτσα, θερμόμετρο, πετσέτες) 3. να χρησιμοποιεί σκεύη φαγητού μιας χρήσεως 4. να μην μοιράζεται την τροφή του ή τα σκεύη φαγητού με άλλα άτομα 5. εάν γίνονται ενέσεις στο σπίτι (π.χ. ινσουλίνη, βιταμίνη B₁₂) να χρησιμοποιούνται είδη μιας χρήσεως και να απομακρύνονται καταλλήλως για τη μείωση του κινδύνου να έρθουν άλλα άτομα σε επαφή με μολυσμένες βελόνες 6. να αποφύγει τις στενές ερωτικές επαφές ή να χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό 7. να μην δωρίζει αίμα.</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων πρόληψης ηπατικής βλάβης: 1. να αποφεύγει την κατανάλωση οινοπνεύματος για τουλάχιστον 6 μήνες (πολλοί συνιστούν αποφυγή για ένα χρόνο) 2. να αποφεύγει την επαφή με βιομηχανικές τοξικές ουσίες (π.χ. διαλυτικά χρωμάτων, ουσίες καθαρισμού που περιέχουν τετραχλωρίδια του άνθρακα) 3. να λαμβάνει ακεταμινοφαίνη μόνο όταν είναι απαραίτητο και να μην υπερβαίνει τη συσταθείσα δόση λόγω της δυνητικής της τοξικής δράσης στο ήπαρ 4. να λαμβάνει προφυλάξεις για την πρόληψη υποτροπής της ηπατίτιδας: α. εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα Α, συμβουλευτείτε τον σε τρόπους μείωσης του κινδύνου για ηπατίτιδα Β, C και D:</p> | <p>2. Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη περαιτέρω ηπατικής βλάβης.</p> |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|--|--|--|
| | | | <p>1. να δέχεται αίμα αυτόλογο ή αίμα από δότη που είναι γνωστό ότι δεν έχει ηπατίτιδα, όταν απαιτηθούν μεταγγίσεις</p> <p>2. να αποφεύγει τις στενές ερωτικές επαφές με άτομα που είναι γνωστοί φορείς ηπατίτιδας</p> <p>3. να αποφεύγει να μοιράζεται τρόφιμα και σκεύη τροφής ή να πιάνει αντικείμενα τουαλέτας που χρησιμοποιούνται και από άλλους</p> <p>4. να αποφεύγει την επαφή με μολυσμένες βελόνες</p> <p>β. εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα Β ή D:</p> <p>1. συμβουλευτείτε τον σε τρόπους πρόληψης εμφάνισης ηπατίτιδας Α</p> <p>2. συμβουλευτείτε τον σχετικά με τρόπους μείωσης του κινδύνου ηπατίτιδας C</p> <p>γ. εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα C, συμβουλευτείτε τον σχετικά με τρόπους πρόληψης της ηπατίτιδας Β, D και Α</p> <p>- Εξηγείστε στον ασθενή ότι η συμμόρφωση προς τη συσταθείσα διαίτα θα επιταχύνει την αποκατάσταση του ήπατος και θα μειώσει τον κίνδυνο περαιτέρω ηπατικής βλάβης</p> <p>- Συμβουλευτείτε τον ασθενή να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπη μέχρις ότου τα συμπτώματα όπως η ναυτία και η δυσπεψία υποχωρήσουν</p> <p>- Τονίστε τη σημασία που έχει να αναφέρει τα κάτωθι σημεία και συμπτώματα:</p> <p>1. επίμονη ή υποτροπιάζουσα απώλεια της όρεξης, ναυτία και έμετοι ή απώλεια βάρους</p> <p>2. επίμονη εξάντληση</p> <p>3. επίταση του κνησμού ή κίτρινη χροιά του δέρματος</p> <p>4. παρουσία αίματος στα κόπρανα, τα ούρα ή τα εμέσματα-παρατεταμένη ή υπερβολική αιμορραγία από τη μύτη, το στόμα ή το δέρμα, έντονες εκχυμώσεις, έντονη κεφαλαλγία ή αιφνίδιος πόνος στη ράχη ή την κοιλία</p> | <p>3. Ο ασθενής κατανοεί τη λογική και τη σύνθεση της συσταθείσας διαίτας.</p> <p>4. Ο ασθενής γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.</p> |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|--|---|--|
| | | | <p>5. μεταβολές στη συμπεριφορά, την ομιλία ή τη γραφή</p> <p>- Τονίστε στον ασθενή τη σημασία της συμμόρφωσης προς το πρόγραμμα ιατρικών επισκέψεων εξωνοσοκομειακά και των προγραμματισμένων εργαστηριακών εξετάσεων (οι τιμές ηπατικών ενζύμων και οι ορολογικοί δείκτες δίνουν στοιχεία σχετικά με την ανοσολογική επάρκεια, την ύπαρξη κατάστασης φορέα της νόσου και της χρονιότητας της νόσου, στοιχεία που βοηθούν να καθοριστεί η ανάγκη για πρόσθετη αγωγή π.χ. ιντερφερόνη άλφα).</p> <p>- Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με το επιτρεπόμενο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Τονίστε τη σημασία της ανάπαυσης κατά τη διάρκεια του σταδίου αναρρώσεως (από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες).</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενούς:</p> <p>α. συμπεριλάβετε και τους οικείους του στην ανωτέρω εκπαίδευση εάν αυτό είναι δυνατόν</p> <p>β. ενθαρρύνετε τη διατύπωση ερωτήσεων και διαθέστε χρόνο για την αποσαφήνιση των πληροφοριών που έχουν δοθεί</p> <p>γ. δώστε γραπτές οδηγίες σχετικά με το πρόγραμμα των επισκέψεων στον ιατρό και τις εργαστηριακές εξετάσεις, τους περιορισμούς στις δραστηριότητες και για τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.</p> | <p>5. Ο ασθενής κατανοεί την ανάγκη συμμόρφωσης στο συσταθέν πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, των εργαστηριακών εξετάσεων και του επιτρεπόμενου επιπέδου σωματικής δραστηριότητας.</p> |

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2^ο

Χρόνιος αλκοολικός ασθενής, ετών 59, προσήλθε στο παθολογικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, παραπονούμενος για διάταση της κοιλίας, δυσπεπτικά ενοχλήματα, κίτρινη χροιά του δέρματος, καταβολή δυνάμεων και αδυναμία. Ακολούθησαν κλινικές εξετάσεις, βιοχημικός και τεχνολογικός έλεγχος και διαπιστώθηκε ότι πάσχει από χρόνια ηπατίτιδα Β μετά από καταστροφή των ηπατικών κυττάρων εξαιτίας του αλκοόλ και λοίμωξη του ήπατος.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|----------------------------------|---|---|---|--|
| Αναποτελεσματικός τύπος αναπνοής | Προαγωγή επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας | <p>- Ελέγξτε για σημεία και συμπτώματα αναποτελεσματικού τύπου αναπνοής (ταχείες και επιπόλαιες αναπνοές, δύσπνοια, επιστράτευση των επικουρικών αναπνευστικών μυών κατά την αναπνοή).</p> <p>- Παρακολουθείτε και αναφέρατε για:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. παθολογικές τιμές αερίων αίματος 2. σημαντικές μεταβολές στα αποτελέσματα της οξυμετρίας . <p>- Εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση του τύπου αναπνοής.</p> | <p>- Εφαρμογή μέτρων για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. μέτρα για την αύξηση της μυϊκής ισχύος και της ανοχής στην κόπωση 2. μέτρα για την αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών, με σκοπό την ελάττωση της συγκέντρωσης υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα και του κινδύνου πλευριτικής συλλογής 3. βοηθείστε τον ασθενή να στρέφεται από τη μια πλευρά στην άλλη τουλάχιστον κάθε 2 ώρες όσο είναι κλινήρης 4. τοποθετείστε τον ασθενή σε θέση ημι-Fowler – τοποθετείστε μαξιλάρια για την αποφυγή της διολίσθησης του ασθενούς προς τα κάτω 5. συμβουλευτείτε τον ασθενή να αναπνέει βαθιά ή να χρησιμοποιεί το σπιρόμετρο με ορισμένο στόχο τουλάχιστον κάθε 2 ώρες 6. συμβουλευτείτε τον να αποφεύγει τις τροφές που παράγουν αέρια (π.χ. φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια), ανθρακούχα ποτά και τα μεγάλα γεύματα, με σκοπό τη πρόληψη διάτασης του στομάχου και άσκησης πρόσθετης πίεσης στο διάφραγμα 7. βοηθείστε τον στην εφαρμογή αγωγής με αναπνοή με διαλείπουσα θετική πίεση (IPPB) επί εντολής | <p>Ο ασθενής εμφανίζει βελτίωση του τύπου της αναπνοής όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> α. τη φυσιολογική συχνότητα και βάθος αναπνοών β. την ελάττωση της δύσπνοιας γ. τα αέρια αίματος εντός των φυσιολογικών ορίων. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|---|---|---|---|
| Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών | Αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών | <p>- Ελέγξτε για σημεία και συμπτώματα:</p> <p>α. πλεονάσματα όγκου υγρών:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. αύξηση σωματικού βάρους 2. αύξηση αρτηριακής πίεσης (μπορεί να μην αυξάνεται εάν τα υγρά έχουν μετακινηθεί έξω από το ενδαγγειακό χώρο) 3. εμφάνιση ή επίταση τρίτου καρδιακού τόνου 4. προσλαμβανόμενα υγρά περισσότερα από τα αποβαλλόμενα 5. μεταβολή στο επίπεδο συνείδησης 6. χαμηλό νάτριο ορού 7. βραδύς χρόνος κενώσεως μικρών φλεβών (πέραν των 3-5 sec) 8. δύσπνοια, ορθόπνοια 9. περιφερικά οιδήματα 10. διάταση των τραχηλικών φλεβών 11. ελάττωση ή εξάλειψη των αναπνευστικών ήχων <p>β. αύξηση του διάμεσου χώρου:</p> | <p>8. αυξάνετε τη σωματική δραστηριότητα όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό</p> <p>9. χορηγείτε με προσοχή κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, μη χορηγείτε το φάρμακο και συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν η συχνότητα αναπνοών είναι κάτω των 12 ανά λεπτό</p> <p>10. βοηθείστε κατά την εκτέλεση παρακέντησης του θώρακος με σκοπό την αφαίρεση του πλευριτικού ή του περιτοναϊκού υγρού για την αύξηση της έκπτυξης των πνευμόνων</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του πλεονάζοντος όγκου υγρών:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. διατηρείτε τους περιορισμούς πρόσληψης υγρών σύμφωνα με τις εντολές 2. περιορίστε την πρόσληψη νατρίου 3. εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της επανόδου υγρών στον ενδαγγειακό χώρο, με σκοπό την αύξηση της νεφρικής αιμάτωσης και τη μείωση της παραγωγής ADH 4. χορηγείτε διουρητικά επί εντολής (οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης [π.χ. σπιρονολακτόνη] χρησιμοποιούνται συχνά από την αρχή) <p>- Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη περαιτέρω αύξησης του διάμεσου χώρου και την αύξηση της επανόδου υγρών εντός του ενδαγγειακού χώρου:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του πλεονάζοντος όγκου υγρών | <p>Ο ασθενής εμφανίζει αποκατάσταση της διαταραχής ισοζυγίου υγρών, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. τη μείωση του σωματικού βάρους προς το φυσιολογικό 2. την αρτηριακή πίεση και τον σφυγμό που είναι εντός των φυσιολογικών ορίων και που διατηρούνται σταθερές στις αλλαγές θέσης 3. την απουσία τρίτου καρδιακού τόνου 4. το ισοζύγιο υγρών 5. το σύνηθες επίπεδο συνείδησης 6. το νάτριο ορού που επανέρχεται προς το φυσιολογικό |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|---|---|--|
| | | <p>1. ασκίτης, όπως φαίνεται από:</p> <p>α. την αύξηση της περιμέτρου της κοιλίας</p> <p>β. τον αμβλύ ήχο επίκρουσης της κοιλίας με σημεία μετακινούμενης αμβλύτητας</p> <p>γ. την παρουσία του σημείου της αντιτυπίας (αίσθημα κυματισμού από το υγρό, που γίνεται αντιληπτό ψηλαφητά)</p> <p>δ. τον προεξέχοντα ομφαλό και λαγόνιους βόθρους</p> <p>2. δύσπνοια και εξασθένηση ή εξάλειψη των αναπνευστικών ήχων</p> <p>3. σημεία ελάττωσης του ενδαγγειακού όγκου (π.χ. ορθοστατική υπόταση, ταχύς αδύνατος σφυγμός, μείωση παροχής ούρων)</p> <p>- Παρακολουθείτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών θώρακος. Αναφέρατε ευρήματα πνευμονικής αγγειακής συμφόρησης, πλευριτικής συλλογής ή πνευμονικού οιδήματος</p> <p>- Παρακολουθείτε τα επίπεδα λευκωματινών ορού. Αναφέρατε τιμές κάτω του φυσιολογικού.</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών.</p> <p>- Ελέγξτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα υποκαλιαιμίας (π.χ. καρδιακές αρρυθμίες, ορθοστατική υπόταση, μυϊκή αδυναμία, παραισθησίες, ναυτία και έμετοι, εξασθένηση των εντερικών ήχων, χαμηλές τιμές καλίου ορού)</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη της υποκαλιαιμίας.</p> | <p>2.ενθαρρύνετε τον ασθενή να αναπαύεται κατά διαστήματα σε ύπτια θέση εφόσον το ανέχεται (η ύπτια θέση διευκολύνει την επαναφορά υγρών στον ενδαγγειακό χώρο)</p> <p>3.χορηγείστε λευκωματίνες πτωχές σε άλας, επί εντολής, για την αύξηση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης</p> <p>4.προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική τοποθέτηση φλεβοπεριτοναϊκής παράκαμψης εάν έχει προγραμματισθεί</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων για την αντιμετώπιση υποκαλιαιμίας:</p> <p>1. χορηγείστε ενδοφλεβίως και από του στόματος σκευάσματα καλίου σύμφωνα με τις εντολές</p> | <p>7.τον χρόνο κενώσεως μικρών φλεβών κάτω των 3-5sec</p> <p>8.την ελάττωση της δύσπνοιας, των περιφερικών οιδημάτων και της διάτασης των τραχηλικών φλεβών</p> <p>9.τη βελτίωση των αναπνευστικών ήχων</p> <p>10.την εξάλειψη του ασκίτη.</p> <p>Ο ασθενής διατηρεί ασφαλή επίπεδα καλίου ορού, όπως φαίνεται από:</p> <p>1.το ρυθμικό σφυγμό (60-100 ανά λεπτό)</p> <p>2.την αρτηριακή πίεση που διατηρείται σταθερή στις αλλαγές θέσεως</p> |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|---|--|--|
| | | <p>- Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα υπονατριαιμίας (π.χ. ναυτία, κοιλιακές κράμπες, σύγχυση, λήθαργος, αδυναμία, μυϊκός τρόμος, σπασμοί, χαμηλές τιμές νατρίου ορού)</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη της υπονατριαιμίας</p> | <p>2. παρακολουθείτε τις τιμές καλίου ορού και την παροχή ούρων όταν δίδεται συμπληρωματικά κάλιο- συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν οι τιμές καλίου αυξάνονται πάνω από το φυσιολογικό ή η παροχή ούρων είναι κάτω των 30 ml/ώρα</p> <p>3. εάν ο ασθενής λαμβάνει διουρητικό που προκαλεί αποβολή καλίου ή υπάρχουν σημεία και συμπτώματα υποκαλιαιμίας, ενθαρρύνετε τον ασθενή να λαμβάνει τροφές και υγρά πλούσιες σε κάλιο.</p> <p>- Εφαρμογή μέτρων για αντιμετώπιση υπονατριαιμίας:</p> <p>1. διατηρείστε τους περιορισμούς υγρών σύμφωνα με τις εντολές</p> <p>2. χορηγείτε διουρητικά της αγκύλης (π.χ. φουροσεμίδη)-τα διουρητικά της αγκύλης προκαλούν σχετικά ισότονη διούρηση έτσι ώστε η αποβολή ύδατος επέρχεται χωρίς περαιτέρω υπονατριαιμία</p> <p>3. χορηγείτε υπέρτονα διαλύματα επί εντολής (δεν χρησιμοποιούνται συνήθως εκτός εάν η υπονατριαιμία είναι βαριά, λόγω του κινδύνου υπερβολικής αυξήσεως του ενδαγγειακού όγκου).</p> | <p>3. τον συνήθη μυϊκό τόνο και μυϊκή ισχύ</p> <p>4. την απουσία παραισθήσεων, ναυτίας και εμέτων</p> <p>5. την μαλακή κοιλία, χωρίς διάταση, με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους</p> <p>6. τις τιμές καλίου ορού εντός των φυσιολογικών ορίων.</p> <p>Ο ασθενής διατηρεί ασφαλή επίπεδα νατρίου ορού, όπως φαίνεται από:</p> <p>1. την απουσία ναυτίας και συσπάσεων των κοιλιακών μυών</p> <p>2. το σύνηθες επίπεδο συνείδησης</p> <p>3. την συνήθη μυϊκή ισχύ</p> <p>4. την απουσία μυϊκού τρόμου και σπασμών</p> <p>5. το νάτριο ορού εντός των φυσιολογικών ορίων.</p> |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-----------------------|---------------------------------|--|--|--|
| Διαταραχές της θρέψης | <p>Προαγωγή επαρκούς θρέψης</p> | <p>- Ελέγξτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα υποθρεψίας:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. σωματικό βάρος κάτω του φυσιολογικού για το ανάστημα και τη διάπλαση του ασθενούς 2. μειωμένες τιμές λευκωματίνης, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, B₁₂, φολικού οξέος, τρανσφερίνης και τιμών λευκοκυττάρων 3. πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου κάτω του φυσιολογικού 4. αδυναμία και εξάντληση 5. στοματίτιδα <p>- Καταμετράτε το ποσοστό των γευμάτων που καταναλώνει ο ασθενής. Αναφέρατε μειωμένη πρόσληψη</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου θρέψης</p> <p>- Συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με εναλλακτικές μεθόδους σίτισης (π.χ. παρεντερική διατροφή, σίτιση μέσω σωλήνα) εάν ο ασθενής δεν προσλαμβάνει επαρκή τροφή ή υγρά για την κάλυψη των θρεπτικών του αναγκών.</p> | <p>- Εφαρμογή μέτρων για την αύξηση της από του στόματος πρόσληψης τροφής:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. μέτρα για την ύφεση του κοιλιακού πόνου και της δυσπεψίας 2. ενθαρρύνετε τον ασθενή να αναπαύεται πριν τα γεύματα για την ελαχιστοποίηση της εξάντλησης 3. προσφέρετε μικρές ποσότητες θρεπτικών τροφών και υγρών της προτιμώσεως του ασθενούς 4. ανυψώνετε την κεφαλή της κλίνης όσο γίνεται ανεκτό κατά τα γεύματα για την ύφεση της δύσπνοιας και του αισθήματος πλήρωσης του στομάχου 5. περιορίστε την πρόσληψη υγρών κατά τα γεύματα <p>- Βοηθείστε τον ασθενή για τη συμμόρφωσή του στις ακόλουθες διατροφικές οδηγίες:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. να αποφεύγει να παραλείπει γεύματα 2. να προσλαμβάνει μέτρια έως υψηλή ποσότητα πρωτεϊνών 3. να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε θερμίδες (2.000-3.000 θερμίδες ανά ημέρα) και υδατάνθρακες <p>- Χορηγείστε τα ακόλουθα επί εντολής:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. τα ιχνοστοιχεία (π.χ. ψευδάργυρος, μαγνήσιο, σελήνιο) 2. σκευάσματα βιταμινών (π.χ. λιποδιαλυτές βιταμίνες, συμπλέγματα βιταμινών B, φολικό οξύ). <p>- Εκτελείτε καταμέτρηση θερμίδων 72 ωρών επί εντολής. Αναφέρατε το αποτέλεσμα στον διαιτολόγο και τον ιατρό.</p> | <p>Ο ασθενής εμφανίζει βελτίωση του επιπέδου θρέψης, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. το σωματικό βάρος εντός των φυσιολογικών ορίων (το βάρος υπολογίζεται μετά την αποβολή του πλεονάζοντος όγκου υγρών) 2. τη βελτίωση των επιπέδων λευκωματίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, βιταμίνης B₁₂, φολικού οξέος, τρανσφερίνης και αριθμού λεμφοκυττάρων 3. το πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου που πλησιάζει στις φυσιολογικές τιμές 4. τη βελτιωμένη μυϊκή ισχύ και αντοχή στην κόπωση. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΗΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--------------------------------|-------------------------|---|--|--|
| Πόνος : κοιλιακός | Ανακούφιση από τον πόνο | <ul style="list-style-type: none"> - Καθορίστε το συνήθη τρόπο αντίδρασης του ασθενούς προς τον πόνο - Αξιολογείστε την αντίληψη του ασθενούς προς τον πόνο όσον αφορά την εντόπιση, την ένταση και τον τύπο του πόνου - Ελέγξτε για ύπαρξη παραγόντων που φαίνονται να επιτείνουν ή να μειώνουν τον πόνο. | <ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του πόνου - Βοηθείστε στην εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων ύφεσης του πόνου (π.χ. αλλαγή θέσης, τεχνικές χαλάρωσης, ήσυχο περιβάλλον, δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή) - Χορήγηση αναλγητικών επί εντολής. | <p>Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση του κοιλιακού πόνου, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τη θέση του σώματος 2.τον αυξημένο βαθμό συμμετοχής στις δραστηριότητες. |
| Αίσθημα δυσφορίας : κνησμός | Απαλλαγή από τον κνησμό | <ul style="list-style-type: none"> - Αξιολογείστε την ένταση του κνησμού, όσον αφορά την έναρξη, τα χαρακτηριστικά, την εντόπιση και τους παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν την έντασή του - Συμβουλευτέ τον ασθενή σχετικά με μέτρα για την ύφεση του κνησμού. | <ul style="list-style-type: none"> - Μέτρα για την ύφεση του κνησμού: 1.τοποθέτηση δροσερών, υγρών επιθεμάτων στις περιοχές του κνησμού 2.τοποθέτηση αλοιφών τακτικά για την πρόληψη της ξηρότητας του δέρματος 3.διατήρηση δροσερού περιβάλλοντος 4.εφαρμογή τεχνικών διέγερσης της αιμάτωσης του δέρματος (π.χ. μασάζ, άσκηση πίεσης, δονήσεις) στα σημεία κνησμού 5.συμβουλευτέ τον ασθενή να φορά χαλαρά βαμβακερά ενδύματα, τα οποία πρέπει να πλένονται με ήπια σαπούνια - Χορήγηση επί εντολής: 1. αντιισταμινικά 2. χολεστυραμίνη για τη δέσμευση των χολικών αλάτων και την ελάττωση της συγκέντρωσής τους στο δέρμα | <p>Ο ασθενής εμφανίζει ύφεση του κνησμού, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.τα λεγόμενά του 2.το ότι ο ασθενής δεν τρίβει ή ξύνει το δέρμα του. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|------------------------------|----------------------------------|--|---|---|
| Αίσθημα δυσφορίας : Δυσπεψία | Προαγωγή της άνεσης του ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> - Ελέγξτε τον ασθενή για ύπαρξη παραπόνων για δυσπεψία (π.χ. επιγαστρική δυσφορία, αίσθημα πληρώσεως, ναυτία) - Καθορίστε εάν συγκεκριμένες τροφές ή υγρά συμβάλλουν στην εμφάνιση δυσπεψίας. - Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση της δυσπεψίας. | <ul style="list-style-type: none"> - Μέτρα για την ελάττωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης: 1.διατηρείτε την κεφαλή της κλίνης ανυψωμένη για 2-3 ώρες μετά τα γεύματα 2.δώστε μικρά και συχνά γεύματα, αντι για 3 μεγάλα την ημέρα 3.εφαρμογή μέτρων για την αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών, με σκοπό την ελάττωση του ασκίτη - Συμβουλευστε τον ασθενή να μασάει αργά τις τροφές - Συμβουλευστε τον να αποφεύγει τροφές και υγρά που μπορεί να προκαλέσουν γαστρικό ερεθισμό - Να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπη - Χορήγηση αντιόξινων και ανταγωνιστές των υποδοχέων ισταμίνης₂ (π.χ. φαμοτιδίνη, ρανιτιδίνη) επί εντολής, για τη μείωση της οξύτητας του γαστρικού περιεχομένου και την ελάττωση του οισοφαγικού ερεθισμού σε περίπτωση παλινδρόμησης. | Ο ασθενής αναφέρει ύφεση της δυσπεψίας. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|------------------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| Αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεως | Προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς | <p>- Αξιολογείστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα λοιμώξεως:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. αύξηση θερμοκρασίας 2. ρίγη 3. επιτάχυνση σφυγμού 4. παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι 5. ούρα θολερά και δύσοσμα 6. παράπονα για αυξημένη συχνότητα, έπειξη ή καύσος κατά την ούρηση 7. παρουσία λευκοκυττάρων, μικροβίων ή αζωτούχων ουσιών στα ούρα 8. θερμότητα, άλγος, ερυθρότητα, οίδημα ή ασυνήθη εκροή υγρού σε κάποιο σημείο 9. παράπονα για επίταση της αδυναμίας ή της εξάντλησης 10. αύξηση του αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων και σημαντική μεταβολή στο λευκοκυτταρικό τύπο <p>- Στείλετε δείγματα για καλλιέργειες σύμφωνα με τις εντολές (π.χ. ούρα, πτύελα, αίμα). Αναφέρατε θετικά αποτελέσματα</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη λοιμώξεως.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη λύσης της συνέχειας του δέρματος 2. Διατήρηση της μέγιστης επιτρεπόμενης πρόσληψης υγρών 3. Εφαρμογή καλής τεχνικής καθαρισμού των χεριών 4. Διατήρηση αυστηρά άσηπτης τεχνικής κατά τη διάρκεια όλων των επεμβατικών πράξεων (π.χ. καθετηριασμοί, παρακεντήσεις φλεβών και αρτηριών, ενέσεις) 5. Αλλαγή στους σωλήνες ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και εναλλαγή στα σημεία εισαγωγής τους 6. Προστασία του ασθενούς από άλλα άτομα με λοίμωξη 7. Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του άγχους, με σκοπό την πρόληψη υπερβολικής έκκρισης κορτιζόλης (η κορτιζόλη αναστέλλει τις ανοσολογικές αντιδράσεις) 8. Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της στάσης των αναπνευστικών εκκριμάτων 9. Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της κατακράτησης ούρων, με σκοπό την πρόληψη της στάσης των ούρων 10. Εφαρμογή μέτρων για την αποφυγή εισόδου μικροβίων εντός της ουροφόρου οδού. | <p>Ο ασθενής παραμένει ελεύθερος λοιμώξεων, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. την απουσία πυρετού και ρίγους 2. το σφυγμό εντός των φυσιολογικών ορίων 3. τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους 4. την αποβολή διαυγών ούρων, χωρίς ύπαρξη παραπόνων για αυξημένη συχνότητα, έπειξη ή καύσος κατά την ούρηση 5. την απουσία θερμότητας, ερυθρότητας, άλγους, οιδήματος ή ασυνήθους εκροής υγρού από κάποιο σημείο 6. την απουσία παραπόνων για αυξημένη αδυναμία και εξάντληση 7. τον αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και τον λευκοκυτταρικό τύπο εντός των φυσιολογικών ορίων 8. τα αρνητικά αποτελέσματα των καλλιεργειών. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|
| Κίνδυνοι επιπλοκών (αιμορραγία) | Προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς | <p>- Αξιολογείτε τον ασθενή και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα ασυνήθους αιμορραγίας:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. πετέχειες, πορφύρα, εκχυμώσεις 2. αιμορραγία ούλων 3. παρατεταμένη αιμορραγία από τα σημεία παρακεντήσεων 4. επίσταξη, αιμόπτυση 5. ασυνήθης αρθραλγία 6. περαιτέρω αύξηση της περιμέτρου της κοιλίας 7. ύπαρξη αίματος στα κόπρανα, τα ούρα ή τα εμέσματα 8. ανησυχία, σύγχυση 9. ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και επιτάχυνση του σφυγμού 10. μείωση της τιμής αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης <p>- Παρακολουθείτε τις τιμές των αιμοπεταλίων και τις εξετάσεις της πήκτικότητας του αίματος. Αναφέρατε παθολογικές τιμές</p> <p>- Εάν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι χαμηλός, ο έλεγχος της πήξεως παθολογικός ή οι τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης μειώνονται ελέγξατε τα κόπρανα, τα ούρα και τα εμέσματα για ύπαρξη αίματος. Αναφέρατε θετικά αποτελέσματα</p> <p>- Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη αιμορραγιών.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του κινδύνου αιμορραγίας από τον οισοφάγο 2. Χρησιμοποίηση μικρών βελονών κατά τις ενέσεις και κατά τις παρακεντήσεις φλεβών και αρτηριών 3. Εφαρμογή σταθερής παρατεταμένης πίεσης στα σημεία παρακεντήσεων μετά από ενέσεις και παρακεντήσεις αγγείων 4. Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης μόνο όταν είναι αναγκαίο 5. Εκτέλεση με μεγάλη προσοχή χειρισμών που μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμούς 6. Χορήγηση των ακόλουθων επί εντολής για τη βελτίωση της πήκτικότητας του αίματος: <ol style="list-style-type: none"> α. βιταμίνη Κ (π.χ. φυτοναδιόνη) παρεντερικά β. αιμοπετάλια γ. πρόσφατο αίμα ή πλάσμα <p>- Εάν εμφανισθεί αιμορραγία που δεν υποχωρεί αυτομάτως:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.εφαρμογή παρατεταμένης πίεσης στις περιοχές αιμορραγίας 2.τοποθέτηση του ασθενούς σε υψηλή θέση Fowler 3.συνέχιση της παροχής οξυγόνου 4.χορήγηση παρεντερικά βιταμίνης Κ και παράγωγα αίματος επί εντολής 5.έλεγχος σημείων και συμπτωμάτων υποογκαιμικού shock. | <p>Ο ασθενής δεν εμφανίζει ασυνήθη αιμορραγία, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.το δέρμα και τους βλεννογόνους που είναι ελεύθεροι από πετέχειες, πορφύρα, εκχυμώσεις και ενεργό αιμορραγία 2.την απουσία ασυνήθους αρθραλγίας 3.την απουσία περαιτέρω αύξησης της περιμέτρου της κοιλίας 4.την απουσία ύπαρξης αίματος στα κόπρανα, ούρα και τα εμέσματα 5.τα ζωτικά σημεία εντός των φυσιολογικών ορίων για τον ασθενή 6.τις σταθερές ή βελτιωμένες τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|-------------------------------------|--|--|---|
| Κίνδυνοι επιπλοκών (ηπατονεφρικό σύνδρομο) | Προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> - Ελέγξτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα ηπατονεφρικού συνδρόμου (π.χ. αύξηση ουρίας και κρεατινίνης ορού, χαμηλό νάτριο ούρων, παροχή ούρων κάτω των 30 ml ανά ώρα) - Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του κινδύνου ηπατονεφρικού συνδρόμου. | <ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμογή μέτρων για τη διατήρηση επαρκούς νεφρικής αιμάτωσης: <ol style="list-style-type: none"> 1. διατηρείτε επαρκή πρόσληψη υγρών, εάν ο ασθενής βρίσκεται σε περιορισμό προσλαμβανομένων υγρών- χορηγείστε τη μέγιστη επιτρεπόμενη ποσότητα υγρών 2. χορηγείστε τα ακόλουθα επί εντολής για την αύξηση του δραστικού ενδαγγειακού όγκου: <ol style="list-style-type: none"> α. λευκωματίνη πτωχή σε άλας β. διαλύματα που αυξάνουν τον όγκο. | <p>Ο ασθενής διατηρεί επαρκή νεφρική λειτουργία, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.τις τιμές ουρίας και κρεατινίνης ορού, εντός των φυσιολογικών ορίων 2.τις φυσιολογικές τιμές νατρίου ούρων 3.την παροχή ούρων τουλάχιστον 30 ml ανά ώρα. |
| (Αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου) | | <ul style="list-style-type: none"> - Αξιολογείτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας από κίρσους οισοφάγου (π.χ. αιματέμεση, αίμα στα κόπρανα, μέλαινα, ελάττωση αρτηριακής πίεσης, επιτάχυνση σφυγμού) - Παρακολουθείτε τις τιμές ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Αναφέρατε τη μείωση των τιμών αυτών - Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του κινδύνου αιμορραγίας των κίρσων του οισοφάγου. | <ul style="list-style-type: none"> - Συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει δραστηριότητες, όπως εργώδεις κενώσεις, βήχας, φτέρνισμα και σκύψιμο, με σκοπό την πρόληψη αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης- συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με τη χορήγηση υπακτικών εάν υπάρχει ένδειξη. - Χορήγηση βιταμίνης Κ και παράγωγα του αίματος επί εντολής για τη βελτίωση της πήκτικότητας του αίματος - Εάν εμφανισθούν σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας κίρσων οισοφάγου: <ol style="list-style-type: none"> 1.τοποθετείστε τον ασθενή σε θέση πλάγιας κατάκλισης για τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης 2.διατηρείστε την παροχή οξυγόνου σύμφωνα με τις εντολές | <p>Ο ασθενής δεν εμφανίζει αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. την απουσία αιματέμεσης, αίματος στα κόπρανα και μέλαινας 2.την αρτηριακή πίεση και τον σφυγμό εντός των φυσιολογικών ορίων για τον ασθενή 3.τις σταθερές ή βελτιωμένες τιμές ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------|-----------------------|--|---|--------------------------|
| | | | <p>3. βοηθήστε στην τοποθέτηση γαστρο-οισοφαγικού σωλήνα με αεροθάλαμο (π.χ. σωλήνας Sengstaken-Blakemore)- διατηρείτε την πίεση του αεροθαλάμου και εκτελέστε αναρροφήσεις σύμφωνα με τις εντολές</p> <p>4. βοηθείστε στη χορήγηση βαζοπρεσίνης επί εντολής, για τη σύσπαση των σπλαγχνικών αγγείων και την ελάττωση της ροής αίματος στην πυλαία φλέβα (η νιτρογλυκερίνη μπορεί να δοθεί ταυτόχρονα για την ελάττωση των παρενεργειών του φαρμάκου)</p> <p>5. βοηθείστε κατά την εκτέλεση ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας εφόσον αποφασιστεί</p> <p>6. χορηγείτε βιταμίνη Κ παρεντερικά και παράγωγα αίματος σύμφωνα με τις εντολές</p> <p>7. αξιολογείτε και αναφέρατε αμέσως σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock</p> <p>8. υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τους οικείους του.</p> | |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---|-------------------------------------|---|--|---|
| Κίνδυνοι επιπλοκών (ηπατική εγκεφαλοπάθεια) | Προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς | <p>- Αξιολογείτε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας (βραδύς τύπος ομιλίας, αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική διαταραχή, διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα, λήθαργος, χαρακτηριστικός τρόμος χεριών, ηπατική δύσοσμη αναπνοή, βραδεία αντίδραση στα ερεθίσματα).</p> <p>- Παρακολουθείτε τις τιμές αζωτούχων ορού. Αναφέρατε αύξησή τους.</p> <p>-Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του κινδύνου ηπατικού κώματος</p> | <p>- Χορήγηση με ιδιαίτερη προσοχή σε κατασταλτικά φάρμακα του ΚΝΣ όπως ναρκωτικά, υπνωτικά και αγχολυτικά (πολλά από τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται στο ήπαρ και μπορούν να προδιαθέσουν σε ηπατικό κώμα).</p> <p>- Εάν εμφανισθούν σημεία και συμπτώματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας:</p> <p>1. διατηρείτε τον ασθενή αυστηρώς επί κλίνης για την ελάττωση των μεταβολικών απαιτήσεων του ήπατος</p> <p>2. διατηρείτε τους περιορισμούς προσλαμβανομένων πρωτεϊνών σύμφωνα με τις εντολές (συνήθως μεταξύ 0-40 γραμμαρίων ανά ημέρα)</p> <p>3. εξασφαλίστε υψηλή πρόσληψη υδατανθράκων ή χορηγείτε γλυκόζη ενδοφλεβίως, με σκοπό την παροχή άμεσα διαθέσιμης πηγής ενέργειας και την ελάττωση του μεταβολισμού των ενδογενών πρωτεϊνών</p> <p>4. χορηγείτε τα ακόλουθα φάρμακα επί εντολής:</p> <p>α. νεομυκίνη με σκοπό την καταστροφή των εντερικών βακτηρίων και την ελάττωση της διάσπασης των πρωτεϊνών</p> <p>β. λακτόζη για τη διέγερση της κάθαρσης του εντερικού περιεχομένου και τη δημιουργία όξινου περιβάλλοντος στο έντερο</p> <p>5. εφαρμόστε τα γενικά μέτρα ασφάλειας</p> <p>6. υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τους οικείους του.</p> | <p>Ο ασθενής δεν εμφανίζει ηπατική εγκεφαλοπάθεια, όπως φαίνεται από:</p> <p>1. τη συνήθης ομιλία</p> <p>2. το σύννηθες επίπεδο συνείδησης</p> <p>3. την απουσία του χαρακτηριστικού τρόμου χεριών και της ηπατικής δύσοσμης αναπνοής</p> <p>4. τα επίπεδα αζωτούχων ορού εντός των φυσιολογικών ορίων.</p> |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|---|---|--|---|
| <p>Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού</p> | <p>Βοήθεια για την αντιμετώπιση ψυχικών προβλημάτων</p> | <p>- Εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για την υποβοήθηση του ασθενούς στην προσαρμογή του στις μεταβολές της εμφάνισης, στο βαθμό εξάρτησης, στη σωματική λειτουργία και στον τρόπο ζωής.</p> | <p>1.Ενθάρρυνση του ασθενούς να συζητά τις ανησυχίες του σχετικά με τη γονιμότητά του με τον ιατρό-συζητείστε μαζί του εναλλακτικές μεθόδους τεκνοποίησης</p> <p>2.Ενημέρωση του ασθενούς ότι πολλές από τις μεταβολές στην εμφάνιση πιθανόν να ελαττωθούν με τη συμμόρφωση στο πρόγραμμα αγωγής</p> <p>3.Εφαρμογή μέτρων για τη βελτίωση όσο το δυνατόν της σεξουαλικής λειτουργίας του ασθενούς</p> <p>4.Βοήθεια του ασθενούς να επιτύχει τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτητοποίηση από τους άλλους:</p> <p>α. εφαρμογή μέτρων για την αύξηση της μυϊκής ισχύος του ασθενούς και της ανοχής του στην κόπωση</p> <p>β. συμβουλευθείτε τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες και τους ειδικούς στην επαγγελματική αποκατάσταση σχετικά με την αξιολόγηση του χώρου κατοικίας του ασθενούς πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο, ώστε να εντοπιστούν τρόποι κατάλληλης διαρρύθμισης του οικιακού περιβάλλοντος ώστε να μπορεί ο ασθενής να ζει όσο το δυνατόν ανεξάρτητα</p> <p>γ. τονίστε στον ασθενή τα οφέλη από τη χρήση φορητής συσκευής οξυγόνου, εάν αυτή έχει συσταθεί</p> <p>5.Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετέχει όσο το δυνατόν περισσότερο στην αυτοεξυπηρέτησή του, έτσι ώστε να αποκατασταθεί το αίσθημα ανεξαρτησίας και αυτοεκτίμησης.</p> | <p>Ο ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στις μεταβολές της εμφάνισης, στον βαθμό εξάρτησης από τους άλλους, στην σωματική λειτουργία και στον τρόπο ζωής του.</p> |

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προστασία από τον ιό της ηπατίτιδας Α.

Ο ακρογωνιαίος λίθος στην πρόληψη της ηπατίτιδας Α είναι η τήρηση των κανόνων υγιεινής και μπορείτε να προστατευθείτε εάν:

- Ø Πλένετε τα χέρια σας πριν από την ετοιμασία και κατανάλωση τροφής και μετά από κάθε χρήση τουαλέτας, αλλαγή πάνας σε παιδιά ή χρήσης προφυλακτικού.³⁶
- Ø Εάν βρεθείτε σε χώρες με αυξημένη ενδημικότητα, πίνετε εμφιαλωμένο νερό, μη χρησιμοποιείτε παγάκια και μην πλένετε φρούτα και λαχανικά με νερό βρύσης.³⁶
- Ø Αποφεύγετε να μοιράζεστε τρόφιμα, ποτά και τσιγάρα με άλλους.³⁶
- Ø Σε περίπτωση φυσικών καταστροφών, όπου το δίκτυο ύδρευσης-αποχέτευσης μπορεί να έχει υποστεί ζημιές, συμβουλευθείτε τις τοπικές αρχές για την καταλληλότητα του πόσιμου νερού.³⁶
- Ø Ο ιός της ηπατίτιδας Α αδρανοποιείται στιγμιαία με το βρασμό του νερού και των τροφών, με την παστερίωση και τη χρήση οικιακής χλωρίνης (για επιφάνειες).³⁶
- Ø Για την πρόληψη της ηπατίτιδας Α υπάρχει αποτελεσματικό ειδικό εμβόλιο (χορήγηση ανοσοσφαιρίνης), που προέρχεται από αδρανοποιημένο ιό και είναι ασφαλές και χωρίς σημαντικές παρενέργειες.³⁶

Προστασία από τον ιό της ηπατίτιδας Β.

- Ø Ο εμβολιασμός αποτελεί το καλύτερο μέτρο πρόληψης.³⁶
- Ø Σε περίπτωση που χρησιμοποιείτε ενδοφλέβια ναρκωτικά, μη μοιράζεστε βελόνες, σύριγγες ή άλλα αντικείμενα και εμβολιαστείτε για την ηπατίτιδα Α και Β.³⁶
- Ø Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή.³⁶
- Ø Μη μοιράζεστε ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες κ.λπ.³⁶
- Ø Σκεφθείτε τους κινδύνους εάν επιθυμείτε να κάνετε τατουάζ ή τρύπημα διαφόρων σημείων του σώματος.³⁶
- Ø Εάν είστε επαγγελματίας υγείας εμβολιαστείτε για την ηπατίτιδα Β.³⁶

- Ø Εάν εκτεθείτε στον ιό της ηπατίτιδας Β, υπάρχει τρόπος προφύλαξης (με τη χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης και ταυτόχρονης έναρξης του εμβολιασμού).³⁶

Εάν είστε φορέας ηπατίτιδας Β:

- Ø Μη γίνετε αιμοδότης ή δωρητής οργάνων.³⁶
- Ø Μη μοιράζεστε προσωπικά σας αντικείμενα που μπορεί να φέρουν αίμα επάνω τους με άλλους (π.χ. ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες κ.λπ.).³⁶
- Ø Καλύψτε κάθε ανοιχτή πληγή ή τραύμα και καθαρίστε πιτσιλιές αίματος με αδιάλυτη χλωρίνη.³⁶
- Ø Εμβολιαστείτε για την ηπατίτιδα Α.³⁶

Εάν είστε έγκυος:

- Ø Εξεταστείτε για την ηπατίτιδα Β. Μητέρες με ηπατίτιδα Β μπορεί να μεταδώσουν τη νόσο στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η χορήγηση ειδικής σφαιρίνης (HBIG) και του εμβολίου της ηπατίτιδας Β στο νεογνό κατά τη διάρκεια του 20ώρου μειώνει θεαματικά την πιθανότητα μετάδοσης (προστασία > 90-95%).³⁶

Προστασία από τον ιό της ηπατίτιδας C.

- Ø Μην κάνετε χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών.³⁶
- Ø Μη μοιράζεστε προσωπικά σας αντικείμενα.³⁶
- Ø Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή. Ο ιός της ηπατίτιδας C μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, αλλά αυτό συμβαίνει σπάνια. Ασθενείς με σταθερούς συντρόφους δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν προφυλακτικό (αν και η χρήση του μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης), κάτι που συστήνεται σε όσους ασθενείς έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.³⁶
- Ø Εάν είστε επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιείτε γάντια και χειριστείτε με ασφάλεια βελόνες, σύριγγες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα.³⁶
- Ø Σκεφθείτε τους κινδύνους για την υγεία σας εάν πρόκειται να κάνετε τατουάζ ή τρύπημα σημείων του σώματος. Μπορεί να μολυνθείτε εάν τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν δεν έχουν αποστειρωθεί σωστά κι εάν δε λαμβάνονται όλα τα μέτρα υγιεινής εκ μέρους του επαγγελματία (π.χ. πλύσιμο χεριών, χρήση γαντιών μιας χρήσης).³⁶

Εάν είστε φορέας ηπατίτιδας C:

- Ø Μη γίνετε αιμοδότης ή δωρητής οργάνων.³⁶
- Ø Μη μοιράζεστε προσωπικά σας αντικείμενα που μπορεί να φέρουν αίμα επάνω τους με άλλους.³⁶
- Ø Καλύψτε κάθε ανοιχτή πληγή ή τραύμα.³⁶
- Ø Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δε θα πρέπει να υποβάλλονται σε κανενός είδος περιορισμό στην εργασία τους ή την άθληση και δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη φαγητού, πετσέτες ή ατομικές τουαλέτες.³⁶
- Ø Εμβολιαστείτε για την ηπατίτιδα A και B.³⁶
- Ø Εμβόλιο για την ηπατίτιδα C δεν υπάρχει.³⁶

Προστασία από τον ιό της ηπατίτιδας D.

- Ø Τα μέτρα πρόληψης για την ηπατίτιδα B προφυλάσσουν ταυτόχρονα και από την ηπατίτιδα D, διότι η ηπατίτιδα D παρουσιάζεται μόνο σε άτομα με ηπατίτιδα B (φορείς ή ασθενείς) και ο τρόπος μετάδοσής της είναι ο ίδιος όπως στην ηπατίτιδα B.³⁶

Προστασία από τον ιό της ηπατίτιδας E.

- Ø Με την τήρηση των κανόνων Ατομικής Υγιεινής και Εφαρμογή Μέτρων Υγιεινής του Περιβάλλοντος για αποφυγή διασποράς των ιών με τα μολυσμένα κόπρανα όπως και στην ηπατίτιδα D.³⁶
- Ø Εμβόλιο: η ανοσοσφαιρίνη για την πρόληψη της ηπατίτιδας E δεν υπάρχει.³⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Στους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα, παρά την έλλειψη συμπτωμάτων πολλές φορές, η ύπαρξη του ιού εξακολουθεί να προκαλεί ερεθισμό και να καταστρέφει το ήπαρ. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ανάπτυξη ινώδους ιστού (ουλή) μέσα στο ήπαρ.
- Ø Όλοι οι ασθενείς με κίρρωση έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του ήπατος.
- Ø Στην περίπτωση της οξείας ηπατίτιδας δεν υπάρχει ανάγκη ειδικής θεραπείας, παρά μόνο υποστηρικτική αγωγή και παρακολούθηση για την περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών. Εξαιρέση αποτελεί η οξεία ηπατίτιδα C, όπου η μετάπτωση σε χρονιότητα μειώνεται με τη βοήθεια ειδικής θεραπείας. Αντίθετα, ανάγκη από ειδική φαρμακευτική θεραπεία έχει σημαντικό ποσοστό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα.
- Ø Η ηπατίτιδα A έχει ενδημικό χαρακτήρα σε περιοχές του πλανήτη καθώς και η μετάδοση του ιού ευνοείται από κακές συνθήκες διαβίωσης. Η βελτίωση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού και των συνθηκών ύδρευσης και αποχέτευσης στη χώρα μας, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των κρουσμάτων και τα νέα περιστατικά πλέον να αφορούν ταξιδιώτες σε αναπτυσσόμενες χώρες ή άτομα που ήρθαν σε επαφή με ασθενείς.
- Ø Η ηπατίτιδα A είναι καλοήθης νόσος, αυτοπεριοριζόμενη σε μερικές εβδομάδες και ποτέ δεν οδηγεί σε χρόνια ηπατίτιδα.
- Ø Για τον ιό της ηπατίτιδας A δεν υπάρχει ειδική θεραπεία. Εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτείται μόνο εάν υπάρχουν σοβαρά συμπτώματα (επίμονοι έμετοι, επιπλοκές) ή υποψία κεραυνοβόλου ηπατίτιδας.
- Ø Για την πρόληψη της ηπατίτιδας A υπάρχει αποτελεσματικό και ασφαλές εμβόλιο, που προέρχεται από αδρανοποιημένο ιό. Απαιτούνται 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών που επιτυγχάνουν προστασία για μεγάλο χρονικό διάστημα (20 χρόνια).

- ⊘ Η ηπατίτιδα Β αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας. Από τα 2 δισεκατομμύρια ανθρώπους που έχουν μολυνθεί παγκοσμίως, περισσότεροι από 350 εκατομμύρια έχουν χρόνια λοίμωξη. Οι ασθενείς με χρόνια διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου, επιπλοκές που είναι υπεύθυνες για 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως.
- ⊘ Το χρονικό διάστημα από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων, κυμαίνεται από 45-180 ημέρες (περίοδος επώασης). Οξεία ηπατίτιδα με εμφάνιση ικτέρου, συμβαίνει σε < 10% των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών και σε 30-50% των ενηλίκων, ενώ οι υπόλοιπες περιπτώσεις δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα.
- ⊘ Ως χρόνιος φορέας ηπατίτιδας Β ορίζεται κάποιος που συνεχίζει να έχει τον ιό στο αίμα του για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες. Ένας φορέας συνήθως δεν έχει συμπτώματα, αλλά παραμένει μολυσμένος με τον ιό για χρόνια και μπορεί να μεταδώσει τον ιό και σε άλλους. Όλοι οι χρόνιοι φορείς πρέπει να παρακολουθούνται δια βίου, γιατί πιθανώς να έχουν χρόνια βλάβη στο ήπαρ που μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η ταυτόχρονη κατάχρηση αλκοόλ είναι παράγοντας που επιταχύνει την εξέλιξη της ηπατικής νόσου προς κίρρωση.
- ⊘ Για την οξεία ηπατίτιδα Β, γενικά δεν χρειάζεται θεραπεία, εκτός από ξεκούραση και υποστηρικτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (π.χ. ενυδάτωση σε περίπτωση εμέτων).
- ⊘ Για την χρόνια ηπατίτιδα Β, έγκριση έχουν πάρει 3 φάρμακα: α) ιντερφερόνη άλφα, β) η λαμβουδίνη και γ) η διπιβαλική αδεφοβίρη. Τα φάρμακα αυτά δρουν ενισχύοντας την άμυνα του οργανισμού, μειώνοντας τον πολλαπλασιασμό του ιού της ηπατίτιδας Β και επιβραδύνοντας την ηπατική νόσο. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορούν ακόμα να εκριζώσουν τον ιό της ηπατίτιδας Β. Η χορήγησή τους γίνεται μόνο από εξειδικευμένους γιατρούς και πάντα κάτω από ιατρική παρακολούθηση.
- ⊘ Από το 1982 υπάρχει ασφαλές κι αποτελεσματικό εμβόλιο και είναι το πρώτο προληπτικό εμβόλιο έναντι ενός σοβαρού καρκίνου (ηπατοκυτταρικού). Χορηγείται σε 3 δόσεις ενδομυϊκά (0,1 και σε 6 μήνες). Εάν το πρόγραμμα του εμβολιασμού διακοπεί μετά την πρώτη δόση, η δεύτερη πρέπει να δοθεί όσο γίνεται πιο γρήγορα. Η δεύτερη και η τρίτη δόση πρέπει να απέχουν τουλάχιστον 2 μήνες. Εάν

καθυστερήσει μόνον η τρίτη δόση, θα πρέπει να χορηγηθεί με την πρώτη ευκαιρία και να μην αρχίζει ο εμβολιασμός εξ' αρχής.

- Ø Αν και μερική κάλυψη παρέχεται με την πρώτη και δεύτερη δόση, πλήρης κάλυψη προϋποθέτει και τις 3 δόσεις του εμβολίου.
- Ø Υποχρεωτικός είναι σήμερα ο εμβολιασμός των βρεφών και παιδιών και συνιστάται στα άτομα που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου.
- Ø Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας το οποίο οδηγεί σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα από τις επιπλοκές του τελικού σταδίου της ηπατικής νόσου. Η δημόσια εκπαίδευση, η εφαρμογή των πρωτοβάθμιων μεθόδων πρόληψης, η πρόσβαση στις δομές υγείας και η επισήμανση των προσβεβλημένων από ιό της ηπατίτιδας C ασθενών με υψηλού βαθμού κίνδυνο για την εξέλιξη της νόσου, παραμένουν σημαντικές προκλήσεις τόσο για τους δημιουργούς πολιτικής υγείας, όσο και για τους κλινικούς ιατρούς. Η πρόσφατη ανάπτυξη των νεότερων και ειδικών αντιϊκών θεραπειών για τη λοίμωξη από ηπατίτιδα C παρέχει μερικές από τις αιτίες για αναπτέρωση της αισιοδοξίας στο μέλλον, για τους ασθενείς που απέτυχαν να φθάσουν σε επαρκή απόκριση ή παραμένουν ακατάλληλοι για τα τωρινά θεραπευτικά σχήματα.
- Ø Ποσοστό 60-80% των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον HCV εμφανίζουν μετάπτωση της νόσου τους σε χρόνια. Τα άτομα αυτά συνεχώς ζουν υπό την απειλή μιας δυνητικά θανατηφόρου νόσου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος στα άτομα με χρόνια ηπατίτιδα C θεωρείται ότι υπερβαίνει ακόμα και τον κίνδυνο εμφάνισης ηπατικής ανεπάρκειας-δηλαδή το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί πολύ γρήγορα σε ορισμένους ασθενείς και να εμφανίσει στη συνέχεια μεταστατική διασπορά. Η ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος συσχετίζεται ισχυρά με την πρόοδο της νόσου σε κίρρωση, που επισυμβαίνει τουλάχιστον στο 29% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C μέσα σε μια 20ετία από την αρχική λοίμωξη.
- Ø Η ηπατίτιδα D εκδηλώνεται ως συλλοίμωξη, δηλαδή ταυτόχρονη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας B, που σχετίζεται με σοβαρή οξεία νόσηση και αυξημένο κίνδυνο (2-20%) ανάπτυξης οξείας ηπατικής ανεπάρκειας. Επίσης εκδηλώνεται και ως επιλοίμωξη, δηλαδή εμφάνιση οξείας ηπατίτιδας D σε χρόνιους φορείς ηπατίτιδας B. Η

επιλοίμωξη είναι πιο συχνή από τη συλλοίμωξη και οδηγεί πιο συχνά σε χρόνια ηπατίτιδα D και κίρρωση.

- Ø Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την ηπατίτιδα D. Οι περισσότερες περιπτώσεις συλλοίμωξης αυτοιώνται, ενώ ασθενείς με επιλοίμωξη χρειάζονται θεραπεία όταν είναι πλέον ξεκάθαρο ότι έχουν χρόνια ηπατίτιδα D (χορήγηση ιντερφερόνης).
- Ø Ο μόνος τρόπος πρόληψης έναντι του ιού της ηπατίτιδας D είναι ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα B, ενώ ήδη χρόνιους φορείς ηπατίτιδας B θα πρέπει να συστήνεται αποφυγή συνηθειών υψηλού κινδύνου για λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας D (π.χ. αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών).
- Ø Η ηπατίτιδα E είναι λιγότερο μεταδοτική σε σχέση με την ηπατίτιδα A και δεν οδηγεί σε χρονιότητα. Η τήρηση των κανόνων υγιεινής, όπως και στην ηπατίτιδα A, αποτελεί το μοναδικό τρόπο προστασίας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ηπατίτιδα είναι μια πολύ σοβαρή νόσος, διότι προκαλεί βαριές επιπλοκές και οδηγεί στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του πάσχοντος. Τα πιο συχνά αίτια της είναι οι ιογενείς λοιμώξεις.

Όπως συμβαίνει στα περισσότερα οξεία ή χρόνια νοσήματα, έτσι και στις ιογενείς ηπατίτιδες, όπου η θεραπεία είναι σχετικά δύσκολη, η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης τόσο για το άτομο, όσο και το κοινωνικό σύνολο και την δημόσια υγεία γενικότερα, είναι η πρόληψη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα αίτια ηπατοπάθειας παγκοσμίως. Συχνά απαιτούν μακροχρόνια και δαπανηρή θεραπευτική παρέμβαση και έχουν σημαντικές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία.

Τα συμπτώματα των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα δεν εξαρτώνται από τον ιό της ηπατίτιδας του κάθε ασθενούς, αλλά από τη φάση ή το στάδιο της ηπατίτιδας. Οι φάσεις ή τα στάδια της ηπατίτιδας μπορεί απλά να χωρισθούν στην αρχική φάση της οξείας και τη φάση της χρόνιας ηπατίτιδας.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με τα νοσήματα αυτά έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και έχει συμβάλει τόσο στην αντιμετώπιση και ίαση, όσο και στην αποφυγή της κακής εξέλιξης και της εμφάνισης επιπλοκών στους ηπατοπαθείς.

Συμπερασματικά, οι ιογενείς ηπατίτιδες είναι συνήθη νοσήματα στην Ελλάδα και προσβάλλουν σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού, ειδικά μετά την μετακίνηση ομάδων από χώρες του εξωτερικού, στις οποίες ενδημούν οι ιοί, προς την χώρα μας. Συνήθως η εξέλιξή τους είναι ευμενής, αλλά σε σημαντικό ποσοστό μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ηπατοπάθειες που σε συνδυασμό με την σημαντική μεταδοτικότητά τους τις καθιστούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την δημόσια υγεία. Η αντιμετώπισή τους σε εξειδικευμένα κέντρα με ειδική θεραπευτική αγωγή είναι πολύ αποτελεσματική, ενώ ο καλύτερος τρόπος προφύλαξης του πληθυσμού είναι η σωστή ενημέρωση και η προφύλαξη από την έκθεση στον ιό.

Τέλος, η σωστή ενημέρωση τόσο των ασθενών, όσο και του κοινού, οδηγεί στην αποφυγή παρεξηγήσεων, κοινωνικών προκαταλήψεων και χωρίς λόγο περιθωριοποίησης των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

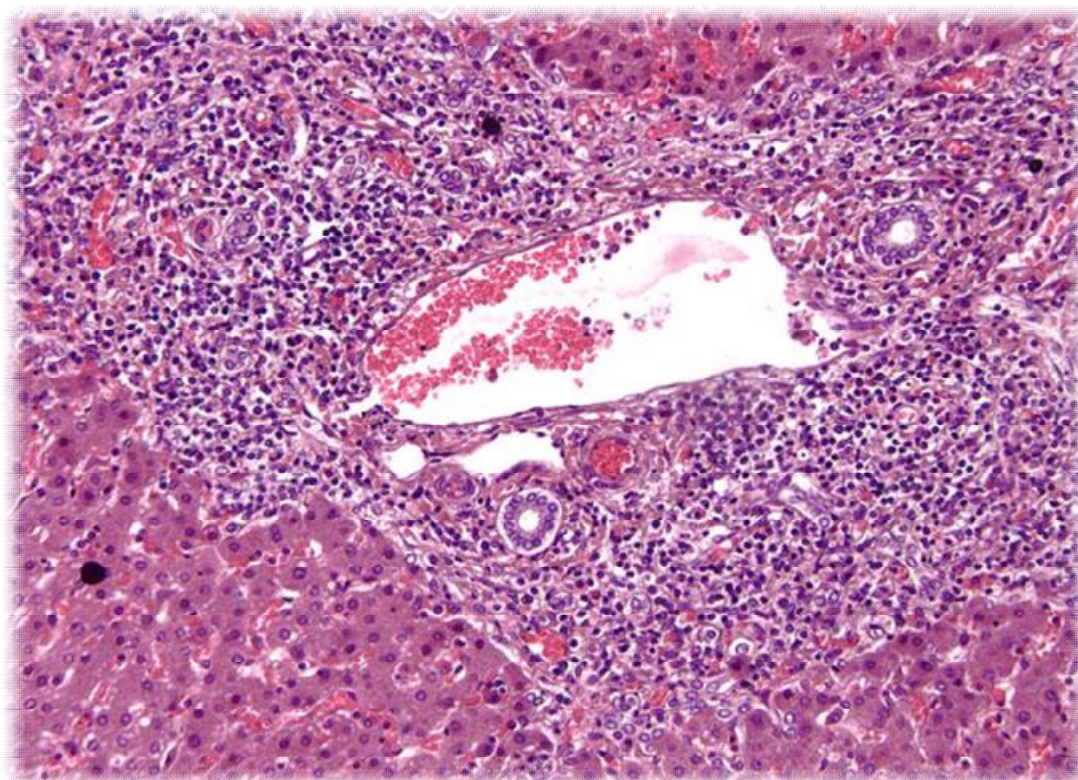
1. <http://www.iatronet.gr> (1999-2008), 21/4/08
2. **Άννα Σαχίνη-Καρδάση-Μαρία Πάνου.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος 2^{ος} , Β΄ Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002, σ. 276, 327-332.
3. <http://www.eligast.gr>. (2003), 21/4/08
4. **Κ. Λ. Γαρδίκια.** Ειδική νοσολογία. Επίτομος. Νέα Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος-Μαρία Παρισιάνου, Αθήνα, σ. 289-300.
5. [http://www.vima askliriou.gr](http://www.vima.askliriou.gr) (2008), 21/4/08
6. **Μ. Α. Μαλγαρινού-Σ. Φ. Κωνσταντινίδου.** Νοσηλευτική-Γενική-Παθολογική-Χειρουργική. Τόμος Α΄, Έκδοση 24^η. Αθήνα 2002, σ. 380-381.
7. **Δετοράκης Ιωάννης.** Βασικές αρχές της υγιεινής. Επίτομος. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003, σ. 43-54.
8. **Αχ. Αναγνωστόπουλος-Α. Παπαδόπουλος.** Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός. Θεσσαλονίκη 2004, σ. 555-560.
9. **Ιωάννης Σ. Κοσκινάς.** Ιατρικό Θέμα-Χρόνια Ηπατίτιδα Β. Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος-Ιανουάριος 2007, σ. 14-21.
10. **Blumberg BS.** A “new” antigen in leukemia sera. JAMA 1965, p. 541.
11. **Παναγιώτα Νικολάου.** Γαστρεντερολογικά Χρονικά 2005, σ. 49.
12. **Sherlock S.** Viral hepatitis C. Curr Opin Gastroenterol 1993, p.341-348.
13. **Van der Poel CL, Cuypers HT, Reesink HW.** Hepatitis C virus six years on. Lancet 1994, p. 475-479.

14. **Morris AJ, Rassam SW, Brown D, Dusheiko GM.** Detection of HCV RNA in body fluids of patients with chronic hepatitis C infection. *Hepatology* 1992, p.570.
15. **Dusheiko GM, Smith M, Scheuer PJ.** Hepatitis C virus transmitted by human bite. *Lancet* 1990, p.503-504.
16. **Nishiguchi S, Kuroki T, Fukuda K.** Vertical transmission of hepatitis C virus (HCV) confirmed by partial sequencing of the HCV genome in mothers and children. *Hepatology* 1992, p. 577.
17. **Chou WS, Sheu L, Sheu SH.** Household contact might be a minor route to transmit hepatitis C virus infection in the family. *Hepatology* 1992, p. 523.
18. **Cummins AJ, Tedder RS.** Inadequate information on needlestick accidents. *Lancet* 1992, p. 339.
19. **Simmonds P, McOmish F, McCullough P.** Contamination of immunoassay controls with hepatitis C virus. *Lancet* 1992, p. 1607.
20. **Esteban JL, Esteban R, Viladomiu L.** Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain. *Lancet* 1989, p. 294.
21. **Schmilovitz-Weiss H, Levy M, Thompson N, Dusheiko G.** Viral markers in the treatment of hepatitis B and C. *Gut* 1993, p. 26-35.
22. **Gerlich WH, Thomssen A.** Terminology, structure and laboratory diagnosis of hepatitis viruses. *Oxford Textbook of Clinical Hepatology*. Oxford: Oxford University Press 1991, p. 537-539.
23. **Gimson AES, White YS, Eddleston AL.** Clinical and prognostic differences in fulminant hepatitis type A, B and non-A, non-B. *Gut* 1983, p. 1194-1198.
24. **Lau JYN.** Hepatitis C virus: From epidemiology and molecular virology to immunobiology. *Hepatology* 1994, p. 760-762.
25. **Feray C, Gigou M, Samuel D.** Hepatitis C (HCV) RNA and hepatitis B (HBV) DNA in patients with fulminant hepatitis. *Hepatology* 1991, p. 130.

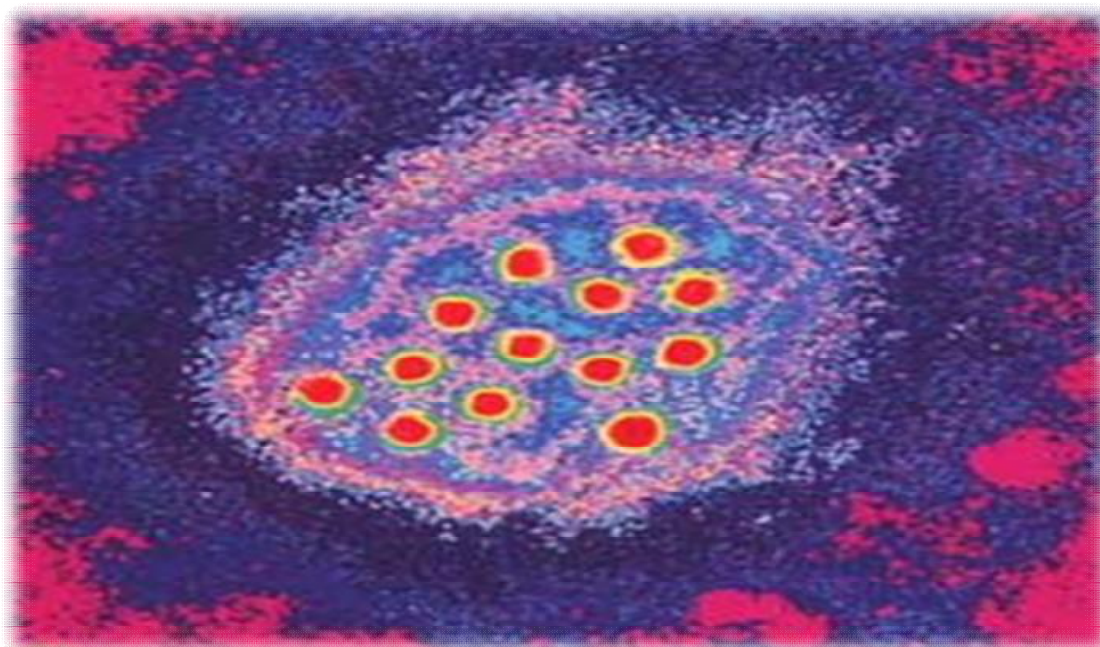
26. **Tanno H, Fay O, Fay F, Sapene C.** Absence of relapse in patients with type C chronic hepatitis. *J Hepatol* 1992, p. 600.
27. **Davis GL, Balart LA, Schiff ER.** Assessing health-related quality of life in chronic hepatitis C using the sickness impact profile. *Clin Therap* 1994, p. 334-343.
28. **Fong TL, Waggoner JG, Banks SM, Hoofnagle JH.** The significance of antibody to hepatitis C virus in patients with chronic hepatitis B. In: Hollinger FB, Lemon SM, Margolis HS. *Viral Hepatitis and Liver Disease* Baltimore: Williams & Wilkins 1991, p. 413-415.
29. **Misiani R, Bellavita P, Fenili D.** Hepatitis C virus infection in patients with essential mixed cryoglobulinemia. *Ann Intern Med* 1992, p. 577.
30. **Mendenhall CL, Seeff L, Diehl AM.** Hepatitis B and C serological markers: Relationship to alcoholic hepatitis and cirrhosis. In: Hollinger FB, Lemon SM, Margolis HS. *Viral Hepatitis and Liver Disease*. Baltimore: Williams & Wilkins 1991, p. 448-450.
31. <http://www.cfsan.fda.gov/~mow/intro.html> (December 2007), 4/5/08
32. **Deka N.** Isolation of the novel agent from human stool samples that is associated with sporadic non-A, non-B hepatitis. *Journal of Virology* 1994, p. 102.
33. **Stapleton JT.** Virus type C: A beneficial infection? *Journal of Clinical Microbiology* 2004, p. 319.
34. **Harrison.** Εσωτερική Παθολογία. Τόμος Δ', Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών, σ. 2373.
35. <http://www.keel.gr> (Νοέμβριος 2004) Αθήνα, 4/5/08
36. <http://www.paidiatros.gr> (2007), 4/5/08



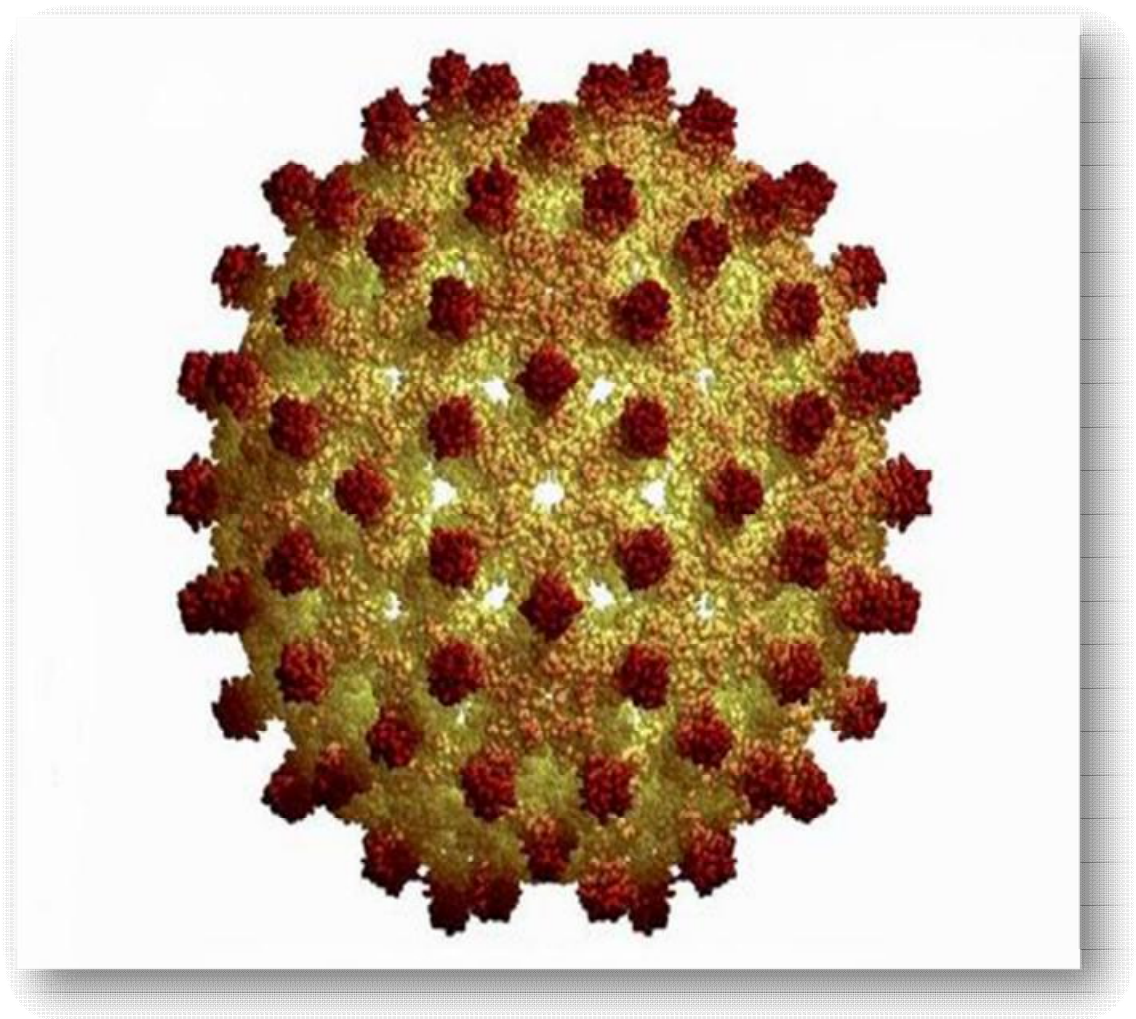
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



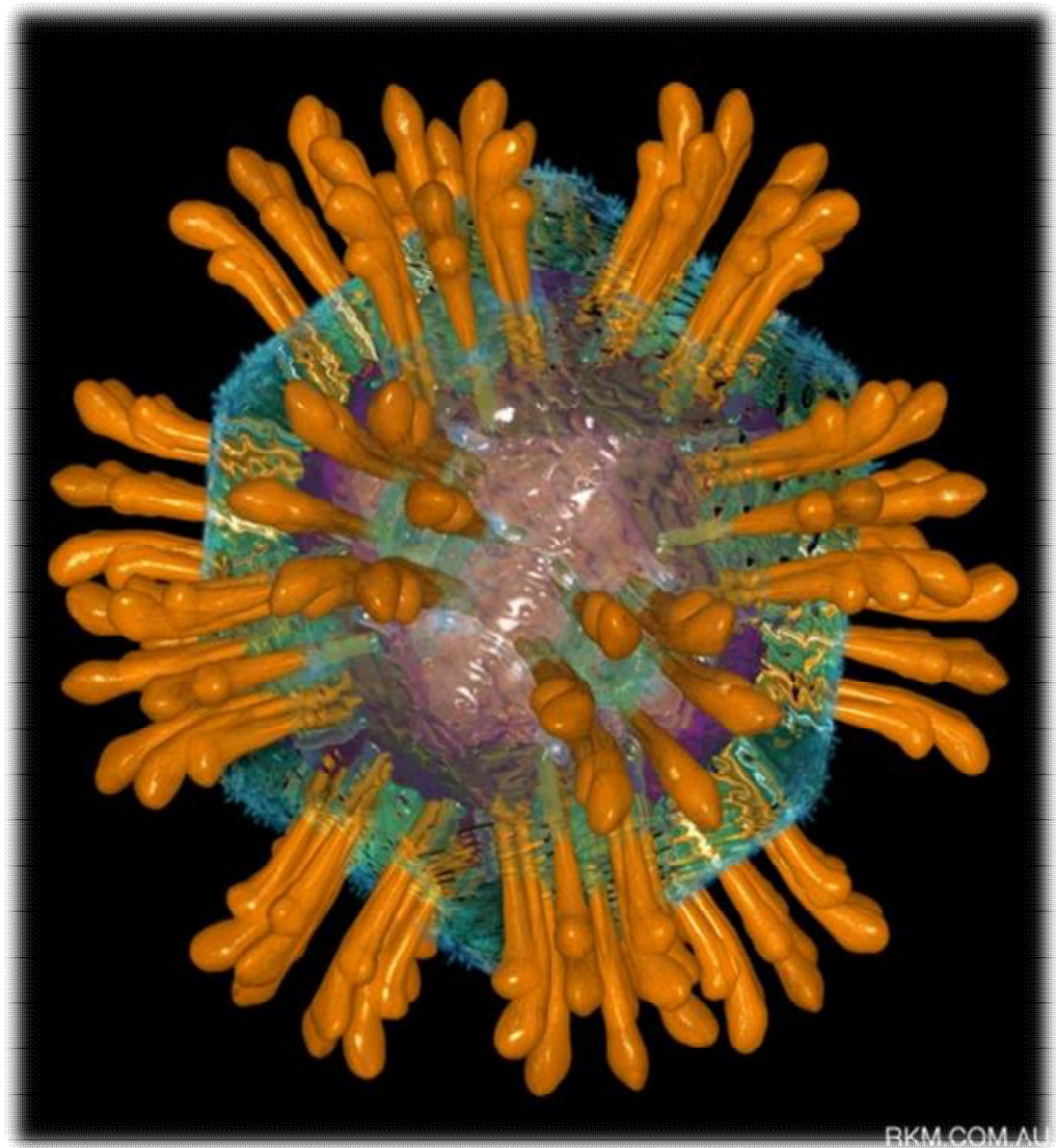
Εικόνα 1: Χρόνια HIV λοίμωξη.



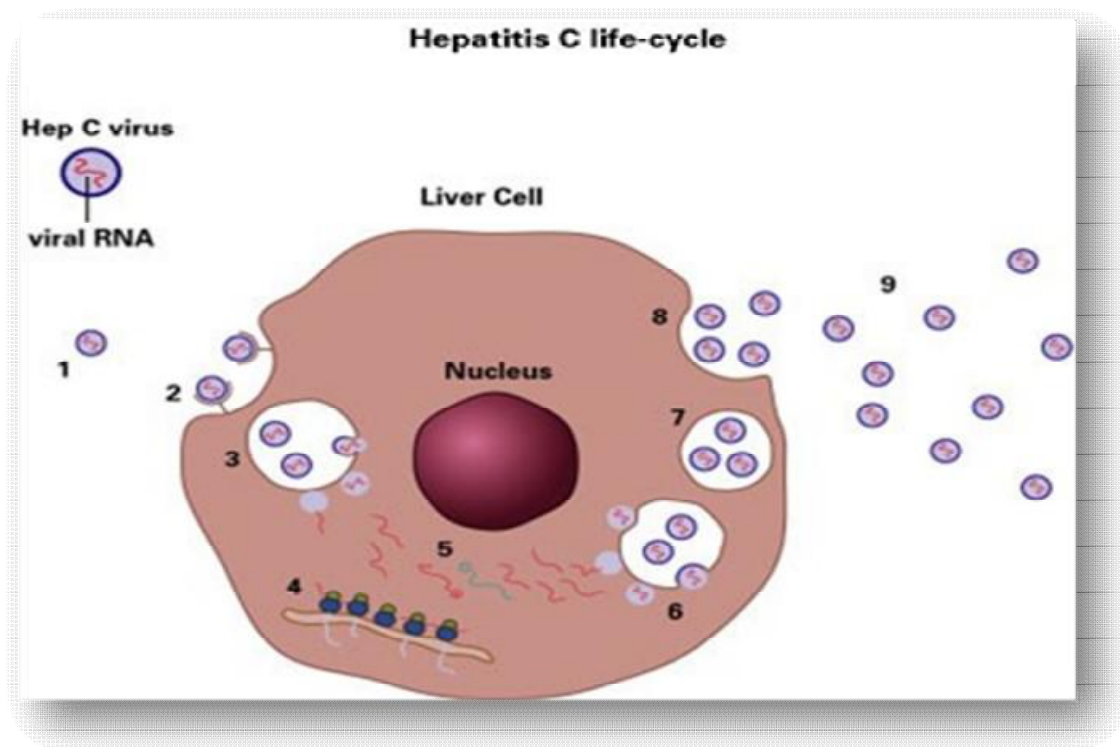
Εικόνα 2: Ιός της ηπατίτιδας Α.



Εικόνα 3: Ιός της ηπατίτιδας Β.



Εικόνα 4: Ιός της ηπατίτιδας C.



Εικόνα 5: Εξέλιξη της ηπατίτιδας C.

Hepatitis E Virus



Εικόνα 6: Ιός της ηπατίτιδας E.