



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΤΟΥΛΙΑΤΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΤΣΑΜΠΡΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΔΡ. ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2010

Περιεχόμενα

Πρόλογος	ii
Περίληψη	iii
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
Κεφάλαιο 1^ο	
1.1 Στοιχεία Ανατομίας	1
1.2 Στοιχεία Φυσιολογίας	5
1.3 Ήπαρ και οι λειτουργίες του	9
Κεφάλαιο 2^ο	
2.1 Ορισμός της Κίρρωσης	13
2.2 Φυσική λειτουργία της Κίρρωσης	14
2.3 Παθοφυσιολογία της ηπατικής γνώσης	14
2.4 Διάκριση κίρρωσης	16
2.5 Αλκοολική κίρρωση	20
2.6 Κρυπτογενής / μετιογενής ή μετανευρωτική κίρρωση	23
2.7 Χολική κίρρωση	26
2.8 Καρδιακή κίρρωση	32
2.9 Άλλα αίτια	33
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Κεφάλαιο 3^ο	
3.1 Κλινική εκδήλωση της Κίρρωσης	34
3.2 Οι κυριότερες επιπλοκές της κίρρωσης του Ήπατος στον οργανισμό	36
3.3 Διάγνωση	39
3.4 Θεραπεία	47
3.5 Πρόγνωση	49
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
Κεφάλαιο 4^ο	
4.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση	51
4.2 Εξειδικευμένη νοσηλευτική διεργασία	57
Περιστατικό 1 ^ο	59
Περιστατικό 2 ^ο	63
Επίλογος	68
Βιβλιογραφία	69

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κίρρωση του ήπατος αποτελεί χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από α) ατροφία και εκφύλιση των ηπατικών κυττάρων και β) την ανάπτυξη άφθονου συνδετικού *ιστού* όπου συμπιέζονται τα ηπατικά κύτταρα και τα αγγεία του ήπατος, Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε αύξηση της πίεσεως στην πυλαία φλέβα (πυλαία υπέρταση) ενώ το ήπαρ σταδιακά μικραίνει σε όγκο και η επιφάνεια του γίνεται ηβώδης.

Η εργασία μας με το θέμα της κίρρωσεως ίου ήπατος περιλαμβάνει:

α) Το γενικό μέρος :

Ανατομία , φυσιολογία του ήπατος.

β) Το ειδικό μέρος:

-Αίτια, Μορφές κίρρωσεως, Παθολογία, Κλινική Εικόνα, θεραπεία.,
Επιπλοκές

-Νοσηλευτική διεργασία και φροντίδα ασθενή με κίρρωση του ήπατος.

Περίληψη

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο όργανο μεταβολισμού του σώματος και επιτελεί πολλές λειτουργίες όπως : παραγωγή απέκκριση της χολής, μεταβολισμός των πρωτεϊνών, μεταβολισμός των υδατανθράκων, των λιπιδίων, αδρανοποίηση ουσιών κ.ά.

Ο μεγάλος αριθμός των λειτουργιών τις οποίες επιτελεί το ήπαρ στο μεταβολισμό, συνεπάγεται και μεγάλο αριθμό διαταραχών κατά τη διάρκεια παθήσεων που προσβάλλουν το όργανο αυτό.

Μια τέτοια πάθηση είναι η κίρρωση του ήπατος, δηλαδή η γενικευμένη ίνωση του οργάνου, η οποία συνδυάζεται με την παρουσία αναγεννητικών όζων.

Τα κυριότερα αίτια της είναι : λοιμώδη (ηπατίτιδα Β, C, D), μεταβολικά νοσήματα, αλκοόλ, φάρμακα, αυτοάνοσα νοσήματα, παθήσεις των χοληφόρων.

Οι σημαντικότεροι τύποι κίρρωσης είναι : η αλκοολική κίρρωση, η μετανεκρωτική κίρρωση, η χολική κίρρωση και η καρδιακή κίρρωση.

Όλοι οι τύποι της κίρρωσης έχουν παρόμοια σημεία και συμπτώματα, τα οποία αποτελούν εκδηλώσεις της διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας και της φλεβικής συμφόρησης που επέρχεται, λόγω πυλαίας υπέρτασης, ο βαθμός των οποίων καθορίζει την πρόγνωση και τη θεραπεία της νόσου.

Η κίρρωση του ήπατος έχει και επιπλοκές όπως : ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ηπατονεφρικό σύνδρομο, ενδοκρινολογικές διαταραχές.

Η θεραπευτική αγωγή έχει στόχο : την απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα, εφόσον είναι δυνατόν, την ελαχιστοποίηση περαιτέρω επιδείνωσης της ηπατικής λειτουργίας, τη βελτίωση του επιπέδου θρέψης, τη σωματική ανάπαυση για μείωση των μεταβολικών

απαιτήσεων του ήπατος, τη ρύθμιση του ισοζυγίου και ηλεκτρολυτών, την πρόληψη των επιπλοκών, την ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα, την διδασκαλία του αρρώστου για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα κ.ά.

Σε περίπτωση κίρρωσης τελικού σταδίου, ενδείκνυται η μεταμόσχευση ήπατος, μετά από αξιολόγηση και επιλογή του αρρώστου, σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα.

ABSTRACT

Liver is the biggest metabolism organ of our body and carries out many functions such as: production and excretion of bile, metabolism of proteins, carbohydrates and lipids, inactivation of substances etc. The big number of functions the liver carries out entails a big number of disorders during the diseases which affect this organ.

One such disease is liver cirrhosis that is the extensive fibrosis of the organ combined with the existence of regenerative nodules.

The principal causes of this disease are: infectious diseases (hepatitis B, C, D), metabolic diseases, alcohol consumption, drugs, autoimmune diseases and diseases of the Biliary.

The basic types of cirrhosis are: alcoholic cirrhosis, metanectotic cirrhosis, biliary cirrhosis and cardiac cirrhosis.

All types of cirrhosis have similar signs and symptoms which constitute the manifestations of the liver function disorder or the venous congestion which occurs due to portal hypertension. The degree of the symptoms determines the prognosis and treatment of the disease.

Liver cirrhosis has also got many complications. Some of them are: Ascites, Hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, endocrine disorders etc.

The therapeutic treatment has various aims. First of all, it's the removal of the causative factor, if it's possible. Secondly, the minimization of further deterioration of the liver function. What's more, it's the improvement of the nutrition level and the physical rest in order to reduce the metabolic needs of the liver. Another aim is the regulation of the balance and the electrolytes and the prevention of further complications. Finally, the treatment focuses on the patient's relief from the symptoms and their preparation for their post-hospital care.

In cases of the cirrhosis in the final stage, liver transplant is recommended. This can take place after the evaluation and selection of the patient according to scientific data.

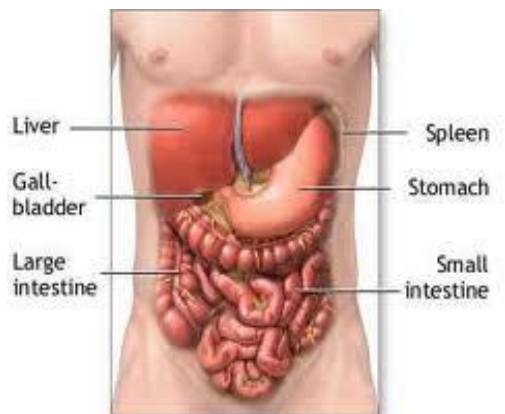
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του πεπτικού συστήματος και είναι από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου συστήματος. Αποτελεί το κεντρικό βιοχημικό εργαστήριο του οργανισμού και πιστεύεται ότι εκτελεί περισσότερες από 70 ζωτικές λειτουργίες*'

Το ήπαρ είναι ογκώδης αδένας του γαστρεντερικού συστήματος, το βάρος του αντιστοιχεί στο 2% του βάρους του ενήλικου και ανέρχεται στους άντρες σε 1.400-1800gr και στις γυναίκες σε 1.200gr-1,400gr ,ενώ στα νήπια είναι ΤΟ 5% του βάρους τους.

Το ήπαρ βρίσκεται στην άνω κοιλία αμέσως κάτω από το διάφραγμα όπου καταλαμβάνει το δεξιό υποχόνδριο, τη μεγαλύτερη μοίρα του ιδίως του υπογαστρίου και ένα μέρος του αριστερού υποχονδρίου όπου εκτείνεται έως το αριστερό κάθετο επίπεδο της κοιλίας.



adam.com

Η θέση του ήπατος επηρεάζεται από το φύλο και τη ηλικία, έτσι βρίσκεται χαμηλότερα στις γυναίκες όπως και κατά τη γεροντική ηλικία, οπότε τα προς τα κάτω όρια του είναι δυνατόν να βρίσκονται 4-5εκ. πιο

κάτω από ότι στον ενήλικα. Η θέση του ήπατος είναι δυνατόν να επηρεαστεί από παθήσεις των πνευμόνων όπως το εμφύσημα που προκαλούν μετατόπιση του διαφράγματος προς τα κάτω.

Παρά το μεγάλο βάρος του, και μολονότι δεν οπισθοτεριτοναϊκο όργανο το ήπαρ έχει σταθερή θέση, γεγονός που οφείλεται κυρίως στη σύνθεση του με την κάτω κοίλη φλέβα δια μέσου των ηπατικών φλεβών.

Η όψη του ήπατος είναι λεια και χαρακτηρίζεται από καστανερεθρη χροιά. Η χροιά του ήπατος προσδιορίζεται από καστανοκιτρινο χρώμα που έχουν οι ιστοί του ηπατικού παρεγχύματος και από το ερυθρό της πλούσιας αιμάτωσης του. Η χροιά του ήπατος αλλάζει σε διάφορες παθήσεις, έτσι το ήπαρ είναι πρασινωπό σε ίκτερο, ωχροκιτρινο σε λιπώδη διήθηση ιοχρωμο σε φλεβική συμφοριση.

Κατά τη μετωπιαία όψη το ηπαρ μοιάζει με σφήνα που η βάση της είναι δεξιά και η κορυφή της αριστερά. Από πάνω μοιάζει με αυγό, κατά επιμήκη άξονα που διαιρέθηκε λοξά και του οποίου το κύριο μέρος στρέφεται προς τα άνω. Από κάτω έχει σχήμα ανώμαλου τετράπλευρου ενώ σε μια οβελιαία τομή μοιάζει με κόμμα η σφήνα που η βάση της είναι προς τα πίσω και άνω και η κορυφή της προς τα εμπρός και άνω.

Το ήπαρ παρουσιάζει τρεις επιφάνειες, την άνω διαφραγματική την οπίσθια και την κάτω η σπλαχνική. Έχει επίσης και τρία χείλη, το πρόσθιο η κατω, το δεξιό και αριστερό X < L

ΤΑ ΧΕΙΛΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ .Το πρόσθιο χείλος είναι οξύ και διακρίνουμε σε αυτό την ομφαλική και την κυστική εντομή.

Το δεξιό χείλος προβάλλεται σε μια οβελιαία γραμμή που διέρχεται αντίστοιχα προς τη μέση μασχαλιαία γραμμή από τον ενδέκατο πλευρικό χονδρό και φτάνει προς τα πίσω μέχρι το έξω χείλος του δεξιού νεφρού.

Το αριστερό χείλος είναι οξύτερο από όλα και προβάλλεται αντίστοιχα προς τον έβδομο πλευρικό χόνδρο. Βρίσκεται σε απόσταση 2εκ. περίπου από το θωρακικό τοίχωμα και σπανία αναπτύσσεται έως τον

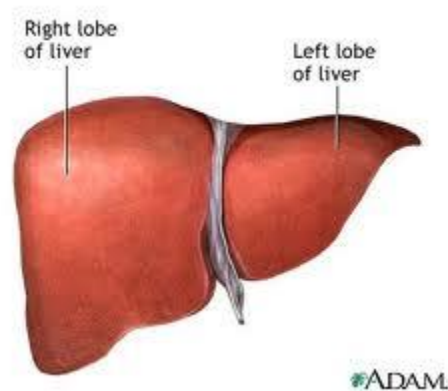
σπλήνα.³

ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. Η διαφραγματική η άνω επιφάνεια εφαρμόζει στην κάτω (κοιλιακή) επιφάνεια του διαφράγματος, ανάμεσα στις δυο ανατομικές δομές παρεμβάλλεται περιτόναιο έκτος από μια μικρή τριγωνική περιοχή, όπου τα δυο πέταλα του δρεπανοειδή συνδέσμου απομακρύνονται το ένα από το άλλο, για να μεταπέσουν στο πρόσθιο πέταλο του στεφανιαίου συνδέσμου. Η πρόσφυση του δρεπανοειδή συνδέσμου βρίσκεται περίπου 2εκ. δεξιά της μέσης γραμμής του σώματος και διαίρει το ήπαρ σε δυο μεγάλα τμήματα, τον δεξιό και τον αριστερό λοβό. Ο αριστερός λοβός υπολείπεται του δεξιού, εφόσον περιλαμβάνει το ¼ περίπου από τον συνολικό όγκο του ήπατος.

Σπλαχνική επιφάνεια είναι προς τα κάτω, αριστερά και πίσω, καλύπτεται από περιτόναιο, έκτος από τις πύλες του ήπατος, τον βόθρο της χοληδόχου κύστης και την πρόσφυση του στρογγυλού σύνδεσμο (αριστερή οβελιαία αύλακα). Είναι υποκοίλη και χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη δυο οβελιαίων αυλακών (δεξιά και αριστερή), οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους από μια τρίτη που σχηματίζεται από τις πύλες του ήπατος και η οποία φέρεται εγκάρσια. Η δεξιά οβελιαία αύλακα αρχίζει από την κυστική εντομή του προσθίου χείλους του ήπατος και φέρεται οβελιαία προς τα πίσω, είναι αβαθής αλλά ευρεία σχηματίζοντας έτσι τον λεγόμενο κυστικό βόθρο, που υποδέχεται τη χοληδόχο κύστη. Η δεξιά οβελιαία αύλακα υποσημειώνεται και μετά το δεξιό πέρασ των πυλών του ήπατος έως την αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας στην οπίσθια επιφάνεια. Η αριστερή οβελιαία αύλακα η επικουρική σχισμή αρχίζει από την ομφαλική εντομή του προσθίου χείλους και φέρεται έως την οπίσθια επιφάνεια, αντίστοιχα προς τη σχισμή του φλεβώδη συνδέσμου.⁴

Έχει διαφορετικό βάθος από άτομο σε άτομο και υποδέχεται τον στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος (στο τμήμα της πριν από τις πύλες) και

τον φλεβώδη σύνδεσμο (στο τμήμα της μετά τις πυλές). Οι πύλες του ήπατος είναι μια βαθιά αύλακα που φέρεται εγκάρσια μεταξύ των οβελιαίων αυλακών στα σημεία όπου διαμορφώνονται τα πέρατα των προσθίων και περισσότερο εκσεσημασμένων τμημάτων τους. Έτσι που το σύνολο των αυλακών της σπλαχνικής επιφανείας διαμορφώνεται, στην κάτω επιφάνεια του ήπατος, το σχήμα ενός κεφαλαίου ητα(H). Αντίστοιχα προς τις πύλες του ήπατος εισδύουν στο ηπατικό παρέγχυμα οι κλάδοι της ηπατικής αρτηρίας ,η πυλαία φλέβα και κλαδη του υπατικού φυτικού νευρικού πλέγματος, ενώ εξέρχονται ο αριστερός και ο δεξιός ηπατικός πορος και τα λεμφαγγεία του ήπατος. Όλα τα ανατομικά αυτά μέρη περιλαμβάνονται μεταξύ των δυο πέταλων του ελάσσονος επιπλοου, των οποίων η πρόσφυση διαμορφώνει τα όρια των πυλών. Οι ηπατικοί πόροι βρίσκονται προς τα πρόσω, οι κλάδοι της πυλαίας φλέβας προς τα πίσω και ανάμεσα τους οι κλάδοι της ηπατικής αρτηρίας.⁴



Οι ΛΟΒΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ Από λειτουργικής άποψης ,το ηπαρ διαιρείται από το επίπεδο που διέρχεται από τον κυστικό βόθρο και από την αύλακα της κάτω κοίλης φλέβας ,σε δυο λοβούς ,τον αριστερό και τον δεξιό λοβο. Ο κάθε λοβος έχει τη δική του αρτηριακή παροχή καθώς και τη δική του φλεβική και λεμφική παροχетеυση.Για περιγραφικούς λόγους, περιγράφεται επίσης ένας κερκοφορος και ένας τετράπλευρος λοβος.

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

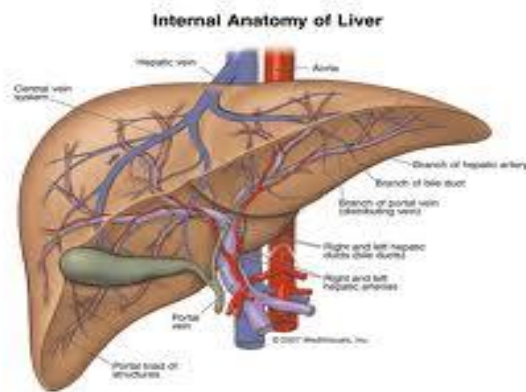
Ο κερκοφορός λοβός του ήπατος Εντοπίζεται μεταξύ της αύλακας του φλεβώδους συνδέσμου κάτω αύλακας της κάτω κοίλης φλέβας. Αποτελεί μέρος του λειτουργικού αριστερού λοβού και προς τα κάτω αφορίζεται από την πύλη του ήπατος. Προς τα δεξιά ο κερκοφόρος παρουσιάζει μικρή απόφυση μοιάζει με ουρα από κερκοειδή απόφυση. Η απόφυση αυτή διαχωρίζει την πυλαία φλέβα από την κάτω κοίλη φλέβα και σχηματίζει γέφυρα μεταξύ του κερκοφορού λοβού και του δεξιού λοβού. Ανω κόλπωμα του επιπλοικού θηλακού εκτείνεται προς τα πάνω ,πίσω από τον κερκοφορο λοβό.

Ο τετράπλευρος λοβός του ήπατος .Εντοπίζεται μεταξύ της αύλακας του στρογγυλού συνδέσμου και του κυστικού βοθρου ενώ προς τα πίσω αφορίζεται από την πύλη του ήπατος .Μεγάλο μέρος του αποτελεί τμήμα του λειτουργικού αριστερού λοβού. Το τμήμα του κάτω χείλους που βρίσκεται μεταξύ της εντομής του στρογγυλού συνδέσμου και του κυστικού βοθρου σχηματίζεται από τον τετράπλευρο λοβό.

Ο αριστερός λοβός του ήπατος .Περιλαμβάνει τον κερκοφορο λοβό καθώς και μεγάλο μέρος του τετράπλευρου λοβού.Ο αριστερός λοβός διαχωρίζεται από τον κερκοφορο και τον τετράπλευρο με την αύλακα του στρογγυλού συνδέσμου και την αύλακα του φλεβώδους συνδέσμου,ενώ στη διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος διαχωρίζεται από αυτούς με την πρόσφυση του στρογγυλού συνδέσμου.⁵

1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.Ο δεξιός και αριστερός λοβός λειτουργούν χωριστά. Καθένας από αυτούς έχει τη δίκη του αρτηριακή και πυλαία αιμάτωση, καθώς και τη δική του φλεβική παροχέτευση. Ελάχιστη αλληλοεπικάλυψη υπάρχει μεταξύ των κυρίων λοβών το ήπατος .Με παρομοιο τροπο,ο δεξιός ηπατικός πορος απαγει τη χολή από τον δεξιό λοβο, ενώ ο αριστερός ηπατικός πορος απαγει τη χολη από τον αριστερό λοβό. Στο δεξιό και στον αριστερό λοβο εισερχονται ο δεξιός και αριστερός κλάδος της πυλαίας φλέβας και της ιδίως ηπατικής αρτηρίας,ενώ εξερχονται ο δεξιός και ο αριστερός ηπατικός πορος .Μέσα σε κάθε λοβό η διάταξη των κύριων κλάδων της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας είναι αρκετά σταθερή ώστε να είναι δυνατή η περιγραφή τεσσάρων πυλαίων η αγγειακών τμημάτων.Ενα οριζόντιο επίπεδο που διέρχεται από όλους τους λοβούς χωρίζει το ήπαρ σε οχτώ τμήματα ή εννέα εάν ο κερκοφόρος λοβός μετρηθεί χωριστά. Οι ηπατικές φλέβες βρίσκονται μεταξύ των τμημάτων και παροχετεύουν το αίμα των παρακείμενο σε αυτές τμημάτων.



ΑΡΤΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΦΛΕΒΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. Το ήπαρ έχει διπλή αιμάτωση από την ηπατική αρτηρία (30%) και από την πυλαία φλέβα(70%).Η δεξιά και η αριστερή ηπατική αρτηρία φέρουν οξυγονωμένο αίμα στο ήπαρ, ενώ η πυλαία φλέβα φέρει φλεβιο αίμα, το οποίο περιέχει τα προϊόντα της πέψεως που απορροφήθηκαν από την

γαστρεντερική οδό. Το αρτηριακό αίμα κατευθύνεται προς την κεντρική φλέβα των ηπατικών λοβίων. Η κοινή ηπατική αρτηρία εκφύεται από τον κορμό της κοιλιακής αρτηρία και κατευθύνεται προς τα εμπρός και δεξιά μέσα στο οπίσθιο τοίχωμα του επιπλοίου θυλάκου. Πορεύεται κατω από το επιπλοικο τρήμα και φθάνει στην ανω μοίρα του δωδεκαδάκτυλου. Με τη χορηγήση της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας διερχεται μεταξύ των πέταλων του ελεσσοнос επιλοου μπροστά από την πυλαία φλέβα και στα αριστερά του χοληδοχου πόρου. Κοντά στην πυλη του ήπατος η ιδίως ηπατική αρτηρία διχαζεται σε δεξιό και αριστερό τελικό κλάδο,τη δεξιά και αριστερή ηπατική αρτηρία. Παραλλαγές των ηπατικών αρτηριών είναι συχνές.

Η πυλαία φλέβα, που προσκομίζει το περισσότερο αίμα στο ήπαρ, σχηματίζεται πίσω από τον αυχένα του παγκρέατος με την συνένωση της άνω μεσεντεριας με τη σπληνικη φλέβα. Πορεύεται μέσα στο ελεύθερο δεξιό χείλος του ελασσοнос επιλοου,πισω από το χοληδοχο πορο και την ηπατικη αρτηρία και μπροστά από το επιπλοικο τρημα.Η πυλαία φλέβα τελειώνει στο δεξιό άκρο της πύλης του ήπατος οπου διχαζεται σε δεξιό και αριστερό κλάδο, ο καθένας από τους οποίους αρδεύει περίπου το μισό ήπαρ.

Οι ηπατικές φλεβες απαγουν το αιμα από το ήπαρ σχηματίζονται με την συνένωση των κεντρικών φλεβών των λοβίων του.Οι ηπατικές φλέβες εκβάλλουν στη κάτω κοίλη φλέβα αμέσως κάτω από το διαφραγμα. υπάρχει άνω και κάτω κοίλη φλέβα αμέσως κάτω από το διάφραγμα. Υπάρχει ανω και κάτω ομαδα ηπατικών φλεβών. Η άνω ομάδα μπορεί να αποτελείται μόνο από μια δεξιά και μια αριστερή φλέβα, συνήθως όμως υφίσταται μια μέση φλέβα προερχόμενη από τον κερκοφορο λοβό. Η κάτω ομάδα αποτελείται από 6-18 μικρές φλέβες ,οι οποίες απάγουν αιμα από το δεξιό λοβό, συμπεριλαμβανομένου τμήματος του κερκοφορου λοβού.

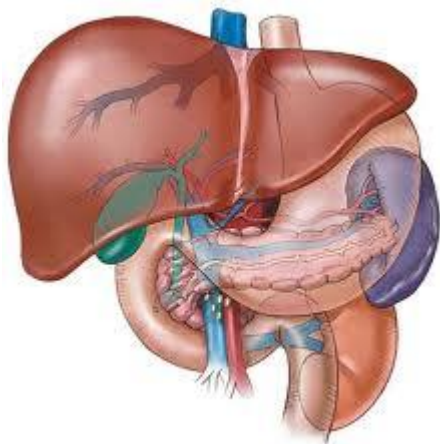
ΛΕΜΦΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. Τα περισσότερα από τα εν τω βάθει λεμφαγγεία του ήπατος συγκλίνουν προς την πύλη του ήπατος και καταλήγουν στους ηπατικούς λεμφαδενες οι οποίοι βρίσκονται διάσπαρτα κατά μήκος των ηπατικών αγγείων και πόρων στο έλασσον επίπλουν, όπως ο κυστικός λεμφαδένας που βρίσκεται κοντά στον αυχένα της χοληδοχου κύστης και ο λεμφαδένας του επιπλοικου τμήματος. Απαγωγή λεμφαγγεία από τους ηπατικούς λεμφαδενες εκβάλλουν στους κοιλιακούς λεμφαδενες , οι οποίοι βρίσκονται συγκεντρωμένοι γύρω από τον κορμό της κοιλιακής αρτηρίας και τα εγγύς τμήματα των κλάδων της. Η λεμφος αυτών των λεμφαδενων εισέρχεται στο μείζονα θωρακικό πορο. Μερικά από τα εν τω βάθει λεμφαγγεία ακολουθούν τις ηπατικές φλεβες έως το τμήμα της κάτω κοιλς φλέβας στο διάφραγμα και εκβάλλουν στη μέση ομάδα των φρενικών λεμφαδένων. Τα απαγωγή λεμφαγγεία των λεμφαδένων αυτων εκβάλλουν στους παραστερνικούς λεμφαδενες . Τα περισσότερα από τα επιπολης λεμφαγγεία του ήπατος συνενώνονται με τα εν τω βάθει λεμφαγγεία στην πύλη του ήπατος και εκβάλλουν στους ηπατικούς λεμφαδενες , οι οποίοι με τη σειρά τους εκβάλλουν στους κοιλιακούς λεμφαδενες . Τα λεμφαγγεία της γυμνής επιφανείας του ήπατος διαπερνούν το διαφραγμα και εκβάλλουν στους διαφραγματικούς και τους μεσοπνευμονιους λεμφαδενες. Η λεμφος αυτών των λεμφαδενων διοχετεύεται στον ελασσονα και στο μείζονα θωρακικό πορο.

ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. Τα νεύρα του ήπατος περιέχουν τόσο συμπαθητικές όσο και παρασυμπαθητικές ίνες . Τα νεύρα φτάνουν στο ήπαρ μέσω του ηπατικού πλέγματος , το κύριο παραγωγό του κοιλιακού πλέγματος το οποίο επίσης δέχεται ίνες από το αριστερό και το δεξιό πνευμονογαστρικο νεύρο και το δεξιό φρενικό νεύρο. Το ηπατικό νευρικό πλέγμα συνοδευει την ηπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα καθώς και τους κλάδους τους και εισέρχεται στο ήπαρ μεσω της πύλης

του. 2.5.6.7

1.3 ΗΠΑΡ ΚΑΙ ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ

Το ήπαρ όπως προαναφέρθηκε είναι ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος γιατί σε αυτό εκτελούνται πολλές από τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Από το σύνολο των λειτουργιών θεωρούνται απαραίτητες για τη ζωή του άτομου οι εξής



-παραγωγή της χολής (εξωκρινής έκκριση του αδένου), η οποία αφενός γαλακτωματοποιεί τα λίπη, κάτι που είναι απαραίτητο για την πέψη τους, και αφετέρου αποβάλλει τις χολοχρωστικές που παραγονται από την καταστροφή των ερυθροκυττάρων, και πολλές άλλες ουσίες (όπως χοληστερίνη και άλατα).

-σύνθεση δομικών υλικών του οργανισμού από ουσίες που προσάγονται στο ήπαρ διάμεσου της πυλαίας φλέβας μετά την απορρόφηση τους από το έντερο και συγχρόνως η αποθήκευση πολλών από αυτές (λειτουργία του μεταβολισμού των λιπών, υδατανθράκων και πρωτεϊνών).

-άμυνα του οργανισμού για το στο ήπαρ υπάρχει μεγάλος αριθμός στοιχείων (κυττάρων και αντισωμάτων) που συμμετέχουν στην προάσπιση του οργανισμού από βλαπτικούς παράγοντες.

- αιμοποιητική και αιμοσθητική λειτουργία
- διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Πιο αναλυτικά οι λειτουργίες του ήπατος περιγράφονται παρακατω

ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ ΧΟΛΗΣ. Η χολή που παράγεται στα ηπατοκυτταρα μεταφερεται προς τα μικρά χολαγγειολια που βρίσκονται μεταξύ των ηπατοκυτταρων εντός το λοβίου και ακολοθουν προς τους κλαδίσκους του χολαγγειακου δένδρο που βρίσκονται στα πυλαία διαστήματα και προς τους μεγαλύτερους ενδοηπατικούς και εξωηπατικούς χοληφορους κλάδους. Πιστεύεται ότι η παραγωγή της χολής στο επίπεδο των χολαγγειων του ηπατικού λοβίου είναι πολύ μεγαλύτερος και ότι υπεύθυνη για την τελική ελατωση του όγκου είναι η επαναρροφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών με μηχανισμούς αναλογους των αντίστοιχων νεφρικών σωληνάρων. Η χολή αποθηκεύεται εντός της χοληδοχου κύστης όπου απελευθερώνεται μετά την πρόσληψη τροφής στο δωδεκαδάκτυλο.

ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ. Η χολερυθρινη παράγεται από τον καταβολισμό της αιμης της αιμοσφαιρίνης ,της μυοσφαιρίνης και ένζυμων με πλούσια περιεκτικότητα σε αιμη. Το ήπαρ κάτεχε ι κεντρική θέση στο μεταβολισμό της χολερυθρινης και στην απομακρυνση της με τη χολή. Η μέση παραγωγή χολερυθρινης είναι 250mg έως 350mg/24 ωρο και σε ποσοστό περίπου 70% προέρχεται από τον καταβολισμό της αιμοσφαιρίνης.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ. Τα αμινοξέα που μεταφέρονται με την πυλαία κυκλοφορία ,από τη διάσπαση των πρωτεϊνών του εντερικού σωλήνα, προσλαμβάνονται σε μεγάλο ποσοστό από τα ηπατοκυτταρα και χρησιμοποιούνται για την παραγωγή ίδιων πρωτεϊνών των ηπατοκυτταρων. Επιπλέον η διάσπαση μέρους των αμινοξέων οδηγεί στην παραγωγή ουρίας. Σε περιόδους νηστείας ,τα

ηπατοκυτταρα χρησιμοποιούν τα αμινοξέα κυρίως για γλυκονεογενεση ,ενώ η παραγωγή πρωτεϊνών και η σύνθεση ουρίας ελαττώνονται. Το σύνολο της αλβουμινης πλάσματος και το μεγαλύτερο μέρος των σφαιρινων παράγονται στο ήπαρ.

ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΙ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ. Το ήπαρ αποθηκεύει μεγάλες ποσότητες των λιποδιαλυτών βιταμινών A,D και E. Τα ηπατικά αποθέματα της βιταμίνης K είναι μικρότερα και γρήγορα εξαντλούνται σε καταστάσεις ελαττωμένης προσλήψεως ή απορροφήσεως από το έντερο. Η βιταμίνη K είναι απαραίτητη για την ενεργοποίηση από τα ηπατοκύτταρα των παραγόντων II (προθρομβίνη),VII,IX και X της πήξεως .Το ήπαρ είναι το κύριο όργανο αποθήκευσεως του σιδήρου ως φεριτίνης και αιμοσιδηρίνης και απεκκρίσεως του χαλκού (με τη χολή προς τον εντερικό σωλήνα).

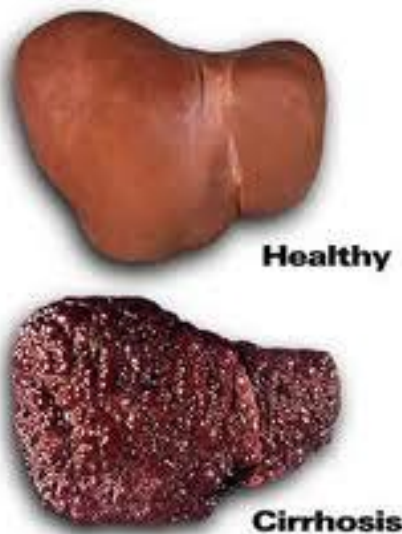
ΣΥΝΘΕΣΗ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ. Σε χρονιές ηπατικές παθήσεις παρατηρούνται συχνά διαταραχές των λιποπρωτεινων , είναι εκπτώσεως της ικανότητας των ηπατοκυτταρων να απομακρύνουν λιποπρωτεινικα συμπλέγματα από την κυκλοφορία. Επίσης σε ορισμένους ασθενείς παρατηρείται παλινδρόμηση χολής προς το πλάσμα. Η συχνότερη διαταραχή σε ασθενείς με αλκοολικού τύπου ηπατοπαθεια είναι η υπερτριγλυκεριδαιμια (250-500) που οφείλεται σε συνδυασμό αυξημένης συνθέσεως λιπαρών οξέων και ελαττωμένης οξειδωσεως τους λογω των μεταβολικών επιδράσεων της αλκοολης Σε ασθενείς με προχωρημένη χρονιά παρεγχυματική υπατοπαθεια παρατηρείται σημαντικη ελάττωση της χοληστερόλης ορού, συχνά σε επίπεδα κάτω των 100mg/dl ,λογω ελαττωμένης ηπατικής συνθέσεως .Αντιθέτως η χοληστερόλη αυξανεται,λογω ελαττωμενης απεκκρισεως λιπιδων προς τα χολαγγεια ,σε ασθενείς με χρονιά χολοστατικα συνδρομα(π.χ πρωτοπαθείς χολική κίρρωση) εφοσον δεν αναπτύσσεται ηπατικη.

ΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. Τα ηπατοκύτταρα αποτελούν το 85% περίπου του κυτταρικού πληθυσμού του ήπατος .την πλειονότητα των υπολοίπων κυττάρων αποτελούν τα κύτταρα του Kupffer, που ασκούν σημαντική ανοσιακή λειτουργία. Τα κύτταρα αυτά συνιστούν το μεγαλύτερο πληθυσμό φαγοκυτταρων και παρέχουν το 80% περίπου της φαγοκυτταρικής ικανότητας του ανθρώπινου σώματος. Τα κύτταρα Kupffer φαγοκυτταρωνουν τραυματισμένα ή γερασμένα ερυθροκυτταρα, μικρόβια,ιως ανοσοσυμπλεγματα ενδοτοξινες .Χαρακτική ιδιότητα των κυττάρων του Kupffer είναι ότι δεν ενεργοποιούν ανοσιακες απαντήσεις έναντι των αντιγόνων που προσλαμβάνουν αντίθεση με τα μακροφαγα άλλων ιστών. Με τον τρόπο αυτό αποτρεπεται η ανοσιακη απαντηση, ιδιαίτερα έναντι αντιγόνων που εισέρχονται στη πυλαία κυκλοφορία από τον εντερικό σωλήνα. Η έκπτωση του μηχανισμού αυτού πιστεύεται ότι ευθύνεται για την υπεργαμμασφαιριναιμια που συχνά παρατηρείται σε ασθενείς με χρονιές ηπατικές παθήσεις και δυσλειτουργία του δικτυοενδοθηλιακου συστήματος του ήπατος. Σε ασθενείς με κίρρωση,η διαταραχή της λειτουργικής ικανότητας των κυττάρων Kupffer προδιαθέτει σε επεισόδια βακτηριαιμίας, σοβαρές συστηματικές λοιμώξεις και ενδοτοξιναιμια με αποτέλεσμα αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.^{7.8.9}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ορισμός της κίρρωσης

Ο ορισμός της κίρρωσης του ήπατος είναι μορφολογικός. Η κίρρωση του ήπατος είναι μία διάχυτη εξεργασία που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ίνωση και καταστροφή της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος με δημιουργία ανώμαλων οζίων. Κατά κανόνα, είναι επακόλουθο ηπατοκυτταρικής νέκρωσης. Η απάντηση του ηπατικού ιστού στη νέκρωση συνίσταται σε σύμπτωση των ηπατικών λοβίων, σχηματισμό διάχυτων ινωδών διαφραγμάτων και οζώδη αναγέννηση των ηπατοκυττάρων. Έτσι, ανεξαρτήτως του αιτίου που προκαλεί την ηπατοκυτταρική νέκρωση, το τελικό αποτέλεσμα είναι κλινικά και ιστολογικά το ίδιο ή σχεδόν το ίδιο. Στο ιστολογικό παρασκεύασμα, η νέκρωση δεν είναι εμφανής στα προχωρημένα στάδια της νόσου, και η διαφοροδιάγνωση του αιτίου που προκάλεσε την κίρρωση είναι συχνά αδύνατος.¹⁰



2.2 Φυσική ιστορία κίρρωσης

Η κίρρωση του ήπατος είναι μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου και στις ΗΠΑ αποτελεί την 11η κατά σειρά αιτία θανάτου στη δεκαετία του 190. Η φυσική ιστορία της κίρρωσης χαρακτηρίζεται από ένα παρατεταμένο προκλινικό στάδιο που ακολουθείται από ένα βραχύτερο κλινικό στάδιο, οπότε και αναπτύσσονται οι διάφορες κλινικές επιπλοκές. Η κίρρωση του προκλινικού σταδίου χαρακτηρίζεται ως αντιρροπούμενη και του κλινικού ως μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Η κατάληξη της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης, αν δεν γίνει μεταμόσχευση ήπατος, είναι ο θάνατος του ασθενούς.¹¹

2.3 Παθοφυσιολογία της ηπατικής ίνωσης

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα όσον αφορά την παθογένεια της κίρρωσης κατευθύνεται προς το μεταβολισμό του κολλαγόνου συνδετικού ιστού και τη φυσιολογία των ινών που απαρτίζουν το σκελετό του ήπατος. Δεν έχει διευκρινισθεί γιατί μία συγκεκριμένη ηπατική βλάβη σε ορισμένους ασθενείς οδηγεί σε ίαση και τέλεια "επισκευή" των βλαμμένων ηπατικών δοκίδων και σε άλλους έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού και μόνιμη διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος.

Ο μεταβολισμός του ηπατικού κολλαγόνου είναι δυναμικό φαινόμενο. Μεγάλο μέρος του κολλαγόνου υποστρώματος του ήπατος αντικαθίσταται συνεχώς από νεοπαραγόμενο. Οι τυπικοί ινοβλάστες

εντοπίζονται μόνο στα πυλαία διαστήματα, ενώ οι μυοϊνοβλάστες, που επίσης παράγουν κολλαγόνο, βρίσκονται στο χώρο του Disse. Οι πρόδρομες μορφές των ινοβλαστών είναι τα κύτταρα Ito, που είναι λιποκύτταρα πλούσια σε βιταμίνη Α και βρίσκονται στα κολλοειδή. Σε υπερπαραγωγή κολλαγόνου εντοπίζονται σε ολόκληρο το ηπατικό λόβιο.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι κολλαγόνου και είναι αυξημένοι σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την αιτία της κίρρωσης. Η αυξημένη σύνθεση του κολλαγόνου οφείλεται σε αύξηση του αριθμού των ινοβλαστών, αλλά και σε υπερπαραγωγή κολλαγόνου από κάθε κύτταρο ξεχωριστά.

Η διαταραχή των μηχανισμών που διατηρούν την ομοιοστασία μεταξύ των ηπατοκυττάρων και του υποστρώματος φαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη της ηπατικής ίνωσης. Στο σημείο αυτό εμπλέκονται οι κυτοκίνες και οι αυξητικοί παράγοντες του ήπατος, οι οποίοι φαίνεται ότι ελέγχουν το μεταβολισμό του κολλαγόνου.

Οι κυτοκίνες είναι *πρωτεΐνες* που δρουν σαν ορμόνες. Σα μεσολαβητικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην επικοινωνία τόσο μεταξύ ήπατος και του υπόλοιπου οργανισμού όσο και μεταξύ διαφόρων θέσεων ενδοηπατικά. Ρυθμίζουν το διάμεσο μεταβολισμό αμινοξέων, πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπιδίων και μετάλλων. Στο ήπαρ παράγονται κυρίως από τα κύτταρα Kupffer, ιντερλευκίνη-1 (IL-1), ιντερλευκίνη-6 (IL-6), παράγοντας νέκρωσης των όγκων α (TNF-α).

Η ηπατική αναγεννητικότητα αναστέλλεται από τις κυτοκίνες, ενώ η αναγεννητική δραστηριότητα του παρεγχύματος που παρατηρείται μετά από προσβολή ιογενούς ηπατίτιδας ή μετά από μερική ηπατεκτομή πιθανόν να εκλύεται από αυξητικούς παράγοντες του ήπατος, όπως ο αυξητικός παράγοντας της επιδερμίδας (EGF) και οι μετατρεπτικοί αυξητικοί παράγοντες α και β1 (TGFα, TGF-β1), η δράση των οποίων

φαίνεται ότι επιτελείται μέσω ειδικών υποδοχέων που εκφράζονται κυρίως στην ηπατοκυτταρική μεμβράνη.^{8,12}

2.4 Διάκριση κίρρωσης

Ιστολογικά όλοι οι τύποι κίρρωσης χαρακτηρίζονται από τρία στοιχεία:

- 1 σημαντική διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ήπατος,
- 2 ίνωση (ουλοποίηση) λόγω αυξημένης εναπόθεσης ινώδους ιστού και κολλαγόνου και
- 3 αναγεννητικούς όζους που περιβάλλονται από ουλώδη ιστό.⁹

Μορφολογική διάκριση

Η κίρρωση του ήπατος μπορεί να ταξινομηθεί και να διακριθεί μορφολογικά στους εξής τύπους:

- στο μικροοζώδη ,
- στο μεγαλοοζώδη και
- στο μεικτό τύπο

Η μικροοζώδης κίρρωση χαρακτηρίζεται από μικρούς, παρόμοιου μεγέθους αναγεννητικούς όζους, από ινώδη διαφράγματα που διατάσσονται σε ολόκληρο το ηπατικό παρέγχυμα με αξιοσημείωτη ομοιογένεια και από το ότι συμμετέχουν όλα τα ηπατικά λόβια.

Η μεγαλοοζώδης κίρρωση χαρακτηρίζεται από διαφορετικού μεγέθους ινώδη διαφράγματα και όζους και από την παρουσία φυσιολογικών λοβίων εντός των μεγάλων όζων. Συχνά παρατηρούνται πολλαπλά πυλαία διαστήματα μέσα στα ινώδη διαφράγματα σε παραπλήσιες θέσεις, αποτέλεσμα της σύμπτωσης του συνδετικού ιστού,

μετά από καταστροφή και απώλεια ηπατοκυττάρων και της ανάπτυξης νέου κολλαγόνου συνδετικού ιστού: ¹⁰

Διάκριση αναλόγως του βαθμού ενεργότητας

Η ενεργότητα καθορίζεται από το βαθμό και την έκταση της συνεχιζόμενης ηπατοκυτταρικής νέκρωσης και φλεγμονώδους διήθησης. Η ενεργότητα αποτελεί μέτρο της εξελικτικότητας της κίρρωτικής εξεργασίας.¹⁰

Αιτιολογική διάκριση

Η αιτιολογική ταξινόμηση της κίρρωσης υπερέχει, χωρίς όμως να είναι πάντοτε επιτυχής. Αυτή αφορά το αίτιο το οποίο έδρασε αρχικά και το οποίο είναι δυνατόν ενίοτε να μην υπάρχει πλέον.

- Ιογενής ηπατίτιδα (B, B και D, C)
- Κατάχρηση αλκοόλ.
- Αυτοάνοσες ηπατοπάθειες.
- Νοσήματα των χοληφόρων (πρωτοπαθής χολική κίρρωση, σκληρυντική χολαγγειίτιδα και σπάνια σήμερα η απόφραξη των εξωηπατικών χοληφόρων).
- Μεταβολικά νοσήματα (NASH ή μη αλκοολική στεατοηπατίτις, αιμοχρωμάτωση, νόσος του Wilson, έλλειψη αντιθρυψίνης και άλλο σπανιότερα όπως κυστική ίνωση, γλυκογονώσεις νόσος Gaucher).
- Κώλυμα στην φλεβική αποχέτευση του ήπατος (απόφραξη των ηπατικών φλεβών, καρδιακή ανεπάρκεια).
- Φάρμακα και τοξικές ουσίες.⁹

Η παθολογοανατομική εικόνα δεν αποδεικνύει συνήθως το αίτιο της κίρρωσης, η οποία είναι πιθανό να οφείλεται σε περισσότερα από ένα

αίτια. Σε μικρό ποσοστό κίρρωτικών το αίτιο δεν ανευρίσκεται, παρά τη λεπτομερή διερεύνηση (κρυψιγενής κίρρωση).¹¹

Διάκριση από κλινική άποψη

Η πιο ενδιαφέρουσα διάκριση είναι σε καλώς αντιρροπούμενη και σε μη αντιρροπούμενη.

Η αντιρροπούμενη κίρρωση συχνά ανακαλύπτεται τυχαία ή λόγω χρόνιας παρακολούθησης των ασθενών εξαιτίας γνωστής χρόνιας ηπατοπάθειας. Τα συμπτώματα, εάν υπάρχουν, είναι άτυπα (συνήθως κόπωση), ενώ σημεία χρόνιας ηπατικής νόσου (αγγειωματώδεις σπίλοι, ηπατικές παλάμες, ηπατοσπληνομεγαλία) μπορεί να μην υπάρχουν ή να μην αξιολογηθούν επαρκώς. Συνήθη εργαστηριακά ευρήματα είναι η αύξηση των γ-σφαιρινών και ίσως ήπια αύξηση των τρανσαμινασών. Η διάγνωση κατά κανόνα τίθεται με βιοψία ήπατος.¹¹

Μη αντιρροπούμενη χαρακτηρίζεται η κίρρωση η οποία εμφανίζει μία η περισσότερες από τις εξής επιπλοκές:

- Ίκτερο.
- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια.
- Ασκίτη
- Αιμορραγία του πεπτικού οφειλόμενη σε πυλαία υπέρταση

Οι επιπλοκές αυτές είναι συνέπειες της ηπατικής ανεπάρκειας ή / και της πυλαίας υπέρτασης και είναι επακόλουθα της εξέλιξης της κίρρωτικής εξεργασίας.¹⁰

Η ταξινόμηση των διαφόρων τύπων κίρρωσης, η βασιζόμενη είτε μόνο στην αιτιολογία ή μόνο στη μορφολογία, δεν είναι ικανοποιητική. Ένας συγκεκριμένος ιστολογικός τύπος μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικά παθογενετικά αίτια, ενώ, από την άλλη πλευρά, το ίδιο παθογενετικό αίτιο μπορεί να προκαλέσει μορφολογικές αλλοιώσεις.

Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι τύποι κίρρωσης μπορούν εύχρηστα να ταξινομηθούν ως αιτιολογικά και μορφολογικά καθοριζόμενες οντότητες, ως εξής:

- Αλκοολική κίρρωση.
- Κρυπτογενής και μετιογενής ή μετανεκρωτική κίρρωση.
- Χολική κίρρωση.
- Καρδιακή κίρρωση.¹³



2.5 Αλκοολική κίρρωση

Ο μηχανισμός με τον οποίο το οινόπνευμα προκαλεί χρόνια ηπατοπάθεια και κίρρωση, δεν είναι πλήρως κατανοητός. Πάντως, η μακροχρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος σχετίζεται με διαταραχή της σύνθεσης και της έκκρισης των πρωτεϊνών, με βλάβη των μιτοχονδρίων, με υπεροξειδωση των λιπιδίων, με σχηματισμό ακεταλδεϋδης που αλληλεπιδρά με τις κυτταρικές πρωτεΐνες και τα λιπίδια των μεμβρανών, με κυτταρική υποξία και με κυτταροτοξικότητα τόσο μέσω κυττάρων, όσο και μέσω αντισωμάτων. Η σχετική σημασία των παραπάνω παραγόντων στην πρόκληση κυτταρικής βλάβης είναι άγνωστη. Τέλος, ενώ η οξεία ηπατική βλάβη (π.χ. λόγω έκθεσης σε οινόπνευμα ή σε άλλες τοξίνες) μπορεί να είναι πλήρως αναστρέψιμη σε ένα άτομο με φυσιολογικό ήπαρ, είναι δυνατόν να αρκεί για τη μη αναστρέψιμη διαταραχή της ισορροπίας (π.χ. ηπατονεφρικό σύνδρομο) σε ένα ασθενή με κίρρωση.⁹

Αν και πολλοί βαρείς πότες αναπτύσσουν ηπατομεγαλία και συσσώρευση λίπους, μόνο μια μειοψηφία (-20%) θα αναπτύξουν αλκοολική ηπατίτιδα ή κίρρωση.

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αυτών των πιο σοβαρών συνεπειών είναι οι ακόλουθοι:

- Διάρκεια και μέγεθος κατανάλωσης αλκοόλ. Ο μέσος όρος λήψης αλκοόλ που απαιτείται για την ανάπτυξη κίρρωσης έχει εκτιμηθεί ως η τακτική κατανάλωση 80 g αιθανόλης ημερήσια για 20 έτη. Ωστόσο, ο σχετικός κίνδυνος χρόνιας ηπατικής βλάβης αυξάνεται σημαντικά ακόμα και με μικρότερη ποσότητα, όπως 40 έως 60 g ημερησίως (80 g αιθανόλης ισοδυναμούν με 8 μπύρες, 1 L κρασιού, μισό ποτήρι αλκοολούχου ποτού). Μόνο η συνολική

ποσότητα και όχι το είδος του ποτού ή ο τρόπος πρόσληψης επηρεάζουν την εξέλιξη.

- *Φύλο*, Οι γυναίκες έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης κίρρωσης συγκριτικά με τους άνδρες, με πρόσληψη της ίδιας αναλογικά ποσότητας αλκοόλ.

- *Ηπατίτιδα B ή C*. Συνυπάρχουσα ηπατική νόσος, οποιουδήποτε είδους, μπορεί να επιταχύνει την ηπατική βλάβη σε έναν βαρύ πότη. Ειδικότερα, σε ασθενείς με αλκοολική κίρρωση, έχει αναφερθεί ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα αντισωμάτων για τον ιό της ηπατίτιδας C (10 - 40%). Η ηπατίτιδα C σε αυτόν τον πληθυσμό δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά με προηγούμενες μεταγγίσεις ή ενδοφλέβια χρήση φαρμάκων, που είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C.

- *Γενετικοί παράγοντες*. Αν και έχει σαφώς αποδειχθεί μια κληρονομική προδιάθεση για τον αλκοολισμό, μια γενετικά καθορισμένη ευαισθησία σε ηπατική βλάβη στους υπερβολικούς πότες είναι λιγότερο βέβαιη.

- *Κατάσταση θρέψης*. Η φτωχή διατροφή, σε πρωτεΐνες και θερμίδες, είναι εξαιρετικά συχνή στους αλκοολικούς. Ο λόγος δεν είναι μόνο η φτωχή πρόσληψη τροφής αλλά και ανωμαλίες του μεταβολισμού. Αν και η φτωχή διατροφή μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη αλκοολικής ηπατικής νόσου, η επαρκής σίτιση δεν αναστρέφει την εξέλιξη της. Αντιθέτως διάφορες μελέτες υποδεικνύουν την παχυσαρκία ως παράγοντα κινδύνου, fe

Παθολογοανατομία

Λιπώδες ήπαρ. Η στεάτωση ή το λιπώδες ήπαρ είναι μια αναστρέψιμη, μικρής διάρκειας συνέπεια της τοξικότητας του αλκοόλ. Μεγάλα σταγονίδια λίπους γεμίζουν τα ηπατοκύτταρα, μετατοπίζοντας τον πυρήνα και μεγεθύνοντας τα ηπατικά λόβια. Η βλάβη παρατηρείται ακόμα και σε αλκοολικούς με καλή θρέψη και προκαλείται από αυξημένη παραγωγή και ελαττωμένη οξειδωση λιπαρών οξέων μέσα στο ήπαρ, όπως και από περιφερική λιπόλυση με αυξημένη ηπατική πρόσληψη λιπιδίων. Η βλάβη δεν προδικάζει την ανάπτυξη αλκοολικής ηπατίτιδας ή κίρρωσης αλλά κάποιες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι δεν είναι μια αθώα βλάβη. Το λιπώδες ήπαρ δεν είναι παθογνωμονικό αλκοολικής ηπατικής νόσου, μπορεί να παρατηρηθεί σε φαρμακο-επαγόμενη ηπατική νόσο, σε παχυσαρκία, σε υπερτριγλυκεριδαιμία, σε σακχαρώδη διαβήτη, σε υποθρεψία, στο σύνδρομο Reye, στη διάρκεια κύησης και κατά τη διάρκεια θεραπείας με παρεντερική διατροφή.

Περιφλεβιακή ίνωση. Η εναπόθεση συνδετικού ιστού γύρω από την κεντρική φλέβα, γνωστή και ως σκληρυντική υαλινική νέκρωση, υποδηλώνει αυξημένη πιθανότητα εξέλιξης σε πανλοβιώδη κίρρωση. Η βλάβη μπορεί να αναπτυχθεί σε απουσία σοβαρής φλεγμονής. Η προϊούσα περιφλεβιακή ίνωση μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη των κεντρικών φλεβών και μετακολποειδή πυλαία υπέρταση.

Αλκοολική Κίρρωση. Η περιφλεβιακή ίνωση συχνά εξελίσσεται σε πανλοβιώδη κίρρωση, η οποία μπορεί να είναι είτε μικροοζώδης, είτε μακροοζώδης. Καθώς η ουλοποίηση συνεχίζεται, το όργανο συρρικνώνεται λόγω σύσπασης των ινωδών ταινιών από τα αστεροειδή κύτταρα. Σε μικροσκοπικό επίπεδο, η απώλεια των κολποειδών διαμερισμάτων μπορεί να συμβάλει στη διαταραχή της ανταλλαγής θρεπτικών ουσιών κατά μήκος του υπενδοθηλιακού χώρου ανάμεσα στο αίμα των κολποειδών και τα ηπατοκύτταρα, επιδεινώνοντας με αυτόν τον

τρόπο την έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας. Σε έναν κίρρωτικό ασθενή που συνεχίζει την κατανάλωση αλκοόλ, τα παθολογοανατομικά στοιχεία τόσο του λιπώδους ήπατος, όσο και της ηπατίτιδας μπορεί να εμμένουν. Δεν έχει διευκρινιστεί εάν η ηπατίτιδα είναι απαραίτητος επαγωγέας της κίρρωσης.¹⁴

Πρόγνωση και θεραπεία.

Το λιπώδες ήπαρ υποχωρεί πλήρως 4-6 εβδομάδες μετά τη διακοπή του αλκοόλ.

Σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη κίρρωση, η αποχή αποτελεί ένα κρίσιμο στοιχείο για την παράταση της επιβίωσης. Σε ασθενείς με αποχή, στους οποίους υπάρχει εξέλιξη σε μη αντιρροπούμενη ηπατική ανεπάρκεια, η ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί μια καλή επιλογή. Η επιβίωση ασθενών με αλκοολική κίρρωση μετά τη μεταμόσχευση είναι η ίδια με άλλες μορφές κίρρωσης και τα ποσοστά υποτροπής είναι μικρότερα από 15% εάν ο ασθενής διατηρήσει αποχή τουλάχιστον για 6 μήνες πριν την επέμβαση.¹⁴

2.6 Κρυπτογενής / μετιογενής ή μετανεκρωτική κίρρωση

Ορισμός. Η μετανεκρωτική κίρρωση αντιπροσωπεύει την τελική κοινή οδό πολλών τύπων προχωρημένης ηπατικής βλάβης. Οι όροι, *μακροοζώδης, μεθηπατιτιδική και πολυλοβιακή κίρρωση*, είναι συνώνυμοι με τη *μετανεκρωτική κίρρωση*. Ο όρος *κρυπτογενής κίρρωση* έχει χρησιμοποιηθεί εναλλάξ με τη *μετανεκρωτική κίρρωση*, αλλά ο προσδιορισμός αυτός πρέπει να επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις στις οποίες είναι άγνωστη η αιτία της κίρρωσης (περίπου 10% του συνόλου

των κίρρωτικών). Η μετανεκρωτική κίρρωση χαρακτηρίζεται μορφολογικά από:

1. Εκτεταμένη, συρρέουσα απώλεια ηπατοκυττάρων.
2. Σύμπτωση του στρώματος και ίνωση, με σχηματισμό πλατιών ταινιών συνδετικού ιστού, οι οποίες περιέχουν τα "απομεινάρια" πολλών πυλαίων τριάδων.
3. Ανώμαλα οζίδια αναγεννούμενων ηπατοκυττάρων, ποικίλου μεγέθους, από μικροσκοπικά έως διαμέτρου αρκετών εκατοστών.¹³

Αιτιολογία. Η μετανεκρωτική κίρρωση είναι μορφολογικός όρος που αναφέρεται σε ένα ορισμένο στάδιο προχωρημένης ηπατικής νόσου, ειδικής ή άγνωστης αιτιολογίας (κρυπτογενής). Τα επιδημιολογικά και ορολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η ιογενής ηπατίτιδα (ηπατίτιδα Β ή C) αποτελεί τον αιτιολογικό παράγοντα για το ένα τέταρτο έως τρία τέταρτα των περιπτώσεων της φαινομενικά κρυπτογενούς μετανεκρωτικής κίρρωσης. Στις περιοχές όπου ενδημεί η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (π.χ. νοτιοανατολική Ασία, κάτωθεν της Σαχάρας Αφρική), έως και το 15% του πληθυσμού μπορεί να αποκτήσει τη λοίμωξη στην πρώιμη παιδική ηλικία, ενώ μπορεί τελικά να αναπτυχθεί κίρρωση στο ένα τέταρτο αυτών των χρόνιων φορέων. Παρότι η HBV λοίμωξη έχει πολύ χαμηλότερο επιπολασμό στις ΗΠΑ, είναι σχετικά συχνή σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. πολυγαμικούς ομοφυλόφιλους άνδρες, χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών) και συμβάλλει στην αυξημένη επίπτωση κίρρωσης. Στις ΗΠΑ, η ηπατίτιδα C ευθύνεται για πολλές περιπτώσεις κίρρωσης μετά από μεταγγίσεις αίματος. Πριν εισαχθεί ο έλεγχος των εθελοντών αιμοδοτών για την ηπατίτιδα C, η νόσος εμφανιζόταν στο 5 έως 10% των ληπτών αίματος. Σε ποσοστό πάνω από 20% αυτών που επιβιώνουν επί 20 έτη ή περισσότερο, μπορεί τελικά να

αναπτυχθεί κίρρωση. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που προηγουμένως είχαν χαρακτηριστεί ότι είχαν κρυπτογενή κίρρωση, έχουν στοιχεία ηπατίτιδας C.

Μετανεκρωτική κίρρωση μπορεί επίσης να αναπτυχθεί στους ασθενείς με αυτοάνοση ηπατίτιδα. Σε μερικές περιπτώσεις, η προχωρημένη αλκοολική ηπατοπάθεια και η πρωτοπαθής χολική κίρρωση μπορεί να οδηγήσουν σε μετανεκρωτική κίρρωση^{13,14}

Παθολογοανατομία. Το μετανεκρωτικό ήπαρ είναι τυπικά συρρικνωμένο σε μέγεθος, παραμορφωμένου σχήματος και αποτελούμενο από οζίδια ηπατοκυττάρων, χωριζόμενα μεταξύ τους από πυκνές και πλατιές ινώδεις ταινίες. Η μικροσκοπική εικόνα συμβαδίζει με τη μακροσκοπική εντύπωση: τα οζίδια εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία μεγέθους, με μεγάλες ποσότητες συνδετικού ιστού να διαχωρίζει τις αποδιοργανωμένες νησίδες αναγεννητικού παρεγχύματος.¹⁵

Κλινική εικόνα. Στους ασθενείς με κίρρωση άγνωστης αιτιολογίας, στους οποίους υπάρχει πρόοδος σε μετανεκρωτικό στάδιο, οι κλινικές εκδηλώσεις αποτελούν συνέχεια των οφειλομένων στην αρχική νοσηρή διεργασία. Τα συμπτώματα συνήθως σχετίζονται με την πυλαία υπέρταση και τα επακόλουθά της, όπως ο ασκίτης, η μεγαλοσπληνία, ο υπερσπληνισμός, η εγκεφαλοπάθεια και η αιμορραγία των οισοφαγικών κισμών. Οι αιματολογικές διαταραχές και αυτές της ηπατικής βιολογίας μοιάζουν με αυτές που παρατηρούνται σε άλλους τύπους κίρρωσης. Σε μικρό αριθμό ασθενών με μετανεκρωτική κίρρωση, η διάγνωση τίθεται τυχαία κατά τη διάρκεια εγχείρησης ή μετά θάνατον ή με την ηπατική βιοψία με βελόνη, που εκτελείται στα πλαίσια της διερεύνησης μιας ασυμπτωματικής μεγαλοηπατοσπληνίας.¹⁵

Διάγνωση και πρόνωση Πρέπει να τίθεται η υπόνοια μετανεκρωτικής κίρρωσης σε ασθενείς με συμπτώματα και σημεία

κίρρωσης ή πυλαίας υπέρτασης. Η διαδερμική ή διεγχειρητική βιοψία επιβεβαιώνει τη διάγνωση, παρότι η ανομοιομορφία της παθολογοανατομικής διεργασίας μπορεί να οδηγήσει σε δειγματοληπτικό σφάλμα. Η διάγνωση της κρυπτογενούς κίρρωσης επιφυλάσσεται για τους ασθενείς στους οποίους δεν μπορεί να καταδειχθεί κάποια αιτία. Το 75% περίπου των ασθενών παρουσιάζουν προοδευτική νόσο, παρά την υποστηρικτική θεραπεία και καταλήγουν εντός 1 έως 5 ετών από τις επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων της μαζικής κίρρωσης, της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και της ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.¹³

Θεραπεία. Η θεραπεία συνήθως περιορίζεται στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της πυλαίας υπέρτασης, συμπεριλαμβανομένων του ελέγχου του ασκίτη, της αποφυγής των φαρμάκων και της υπερβολικής πρόσληψης πρωτεϊνών, τα οποία προκαλούν ηπατικό κώμα, και της άμεσης αντιμετώπισης των λοιμώξεων. Στους ασθενείς με ασυμπτωματική κίρρωση, αρκεί μια υποστηρικτική θεραπεία "αναμονής". Στους ασθενείς στους οποίους η μετανεκρωτική κίρρωση αναπτύχθηκε ως αποτέλεσμα μιας αντιμετώπισιμης κατάστασης, η περαιτέρω πρόοδος της νόσου μπορεί να περιορισθεί με τη θεραπεία που κατευθύνεται έναντι της πρωτοπαθούς διαταραχής (π.χ. νόσος του Wilson, αιμοχρωμάτωση).¹³

2.7 Χολική κίρρωση

Ορισμός. Η χολική κίρρωση οφείλεται σε βλάβη ή παρατεταμένη απόφραξη του ενδοηπατικού ή του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος. Σχετίζεται με διαταραχή της απέκκρισης της χολής, καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος και προοδευτική ίνωση. Η πρωτοπαθής χολική

κίρρωση χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή και ινώδη καταστροφή και απόφραξη των ενδοηπατικών χολαγγειολίων. Η δευτεροπαθής χολική κίρρωση είναι αποτέλεσμα της μακροχρόνιας απόφραξης των μεγάλων εξωηπατικών πόρων. Παρότι η πρωτοπαθής και η δευτεροπαθής χολική κίρρωση αποτελούν ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες, όσον αφορά τη γενεσιουργό αιτία, πολλά κλινικά χαρακτηριστικά είναι παρόμοια.¹⁵

Πρωτοπαθής Χολική κίρρωση

Αιτιολογία και παθογένεια. Το αίτιο της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης (ΠΧΚ) παραμένει άγνωστο. Πολλές παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι πιθανώς συμμετέχει κάποια διαταραχή της ανοσολογικής απόκρισης. Η ΠΧΚ σχετίζεται συνήθως με ποικιλία διαταραχών που θεωρούνται αυτοάνοσης αρχής, όπως το σύνδρομο CREST (αποτιτανώσεις, φαινόμενο Raynaud, διαταραχή της οισοφαγικής κινητικότητας, σκληροδακτυλία, τελαγγειεκτασία), το σύνδρομο sicca (ξηροφθαλμία και ξηροστομία), η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα και η νεφρική σωληναριακή οξέωση.¹³

Παθολογική ανατομία Η ΠΧΚ διαίρειται συχνά σε τέσσερα στάδια με βάση τα μορφολογικά ευρήματα. Το πρωιμότερα αναγνωριζόμενο στάδιο (στάδιο I), που καλείται *χρόνια μη πυώδης καταστροφική χολαγγειίτιδα*, αποτελεί μια νεκρωτική, φλεγμονώδη διεργασία των πυλαίων τριάδων. Χαρακτηρίζεται από καταστροφή των μέσου μεγέθους και μικρών χολαγγείων, από πυκνή διήθηση από κύτταρα οξείας και χρόνιας φλεγμονής, από ήπια ίνωση και ενίοτε, από λίμναση της χολής. Μερικές φορές, ανευρίσκονται περιχολαγγειακά κοκκιώματα και λεμφοζίδια πλησίον των προσβεβλημένων χολαγγείων. Ακολούθως, η φλεγμονώδης διήθηση γίνεται λιγότερο έντονη, ο αριθμός των

χολαγγείων μειώνεται, ενώ υπερπλάσσονται τα μικρότερα χολαγγεία(στάδιο II). Η εξέλιξη της νόσου σε περίοδο μηνών έως ετών οδηγεί σε μείωση των μεσολόβιων πόρων, απώλεια ηπατικών κυττάρων και επέκταση της περιπυλαίας ίνωσης, με σχηματισμό δικτύου ουλώδους συνδετικού ιστού (στάδιο III). Τελικά, αναπτύσσεται κίρρωση, η οποία μπορεί να είναι μικροοζώδης ή μακροοζώδης (στάδιο IV).¹⁵

Κλινική εικόνα Συμπτώματα και σημεία. Πολλοί ασθενείς με ΠΧΚ είναι ασυμπτωματικοί και η νόσος ανιχνεύεται αρχικά με βάση τα αυξημένα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, κατά τη διάρκεια ενός συνηθισμένου ελέγχου. Οι πλειοψηφία αυτών των ασθενών παραμένουν ασυμπτωματικοί επί μακρές περιόδους, παρότι πολλοί μπορεί τελικά να αναπτύξουν προϊούσα ηπατική βλάβη.

Μεταξύ των ασθενών με συμπτωματική νόσο, το 90% είναι γυναίκες ηλικίας 35 έως 60. Συχνά, το πρωιμότερο σύμπτωμα είναι ο κνησμός, ο οποίος μπορεί να είναι γενικευμένος ή να περιορίζεται αρχικά στις παλάμες και τα πέλματα. Επίσης, η κόπωση αποτελεί συχνά προέχον πρώιμο σύμπτωμα. Μετά την παρέλευση αρκετών μηνών ή ετών μπορεί να εμφανισθεί ίκτερος και βαθμιαία μελάγχρωση των εκτεθειμένων επιφανειών του δέρματος. Οι άλλες πρώιμες κλινικές εκδηλώσεις της ΠΧΚ αντανακλούν τη διαταραχή της απέκκρισης της χολής. Περιλαμβάνουν τη στεατόρροια και τη δυσαπορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών, με συνήθη επακόλουθα τον εύκολο μωλωπισμό (έλλειψη βιταμίνης K), τα οστικά άλγη λόγω της οστεομαλακίας (έλλειψη βιταμίνης D), η οποία παρουσιάζεται τυπικά σε συνδυασμό με οστεοπόρωση, ενίοτε τη νυκταλωπία (έλλειψη βιταμίνης A) και τη δερματίτιδα (πιθανώς από έλλειψη βιταμίνης E και / ή απαραίτητων λιπαρών οξέων. Η παρατεταμένη αύξηση των λιπιδίων του ορού, ειδικά της χοληστερόλης προκαλεί την υποδόρια εναπόθεση λιπιδίων γύρω από τα μάτια (ξανθελάσματα), καθώς και πάνω από τις αρθρώσεις και τους

τένοντες . Με την πάροδο των μηνών ή των ετών, ο κνησμός, ο ίκτερος και η υπέρχρωση του δέρματος, βραδέως επιδεινώνονται. Τελικά αναπτύσσονται σημεία ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας και πυλαίας υπέρτασης και εμφανίζεται ασκίτης. Η εξέλιξη μπορεί να ποικίλλει. Ενώ ένα ποσοστό ασυμπτωματικών ασθενών μπορεί να μη δείχνει σημεία προόδου επί μια δεκαετία ή και περισσότερο, σε άλλους μπορεί να επέλθει ο θάνατος λόγω ηπατικής ανεπάρκειας σε διάστημα 5 έως 10 ετών από την εμφάνιση των πρώτων σημείων της νόσου. Αυτή η άρση της αντίρροπης συχνά εκλύεται από ανεξέλεγκτη κίρσορραγία ή λοίμωξη.

Η φυσική εξέταση μπορεί να είναι εντελώς φυσιολογική στην πρώτη φάση της νόσου, όταν οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί ή όταν ο κνησμός αποτελεί το μόνο σύμπτωμα. Αργότερα, μπορεί να υπάρχει ποικίλου βαθμού ίκτερος, υπέρχρωση των εκτεθειμένων περιοχών του δέρματος, ξανθελάσματα και ξανθώματα των τενόντων και του δέρματος, μέτρια έως έντονη μεγαλοηπατία, μεγαλοσπληνία και πληκτροδακτυλία. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν οστική ευαισθησία, σημεία συμπίεσης από τη σπονδυλική στήλη, εκχυμώσεις, γλωσσίτιδα και δερματίτιδα. Σε ποσοστό μέχρι και 75% των ασθενών μπορούν να ανευρεθούν κλινικά στοιχεία συνδρόμου sicca και στο 25% ορολογικά στοιχεία αυτοάνοσης θυρεοειδοπάθειας. Άλλες καταστάσεις που απαντώνται με αυξημένη συχνότητα περιλαμβάνουν τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το σύνδρομο CREST, τη σκληροδερμία την κακοήθη αναιμία και τη νεφρική σωληναριακή οξέωση. Η οστική νόσος είναι συχνά ένα σημαντικό πρόβλημα που απαντάται στην πορεία της νόσου. Παρότι εμφανίζεται οστεομαλακία, λόγω της ελαττωμένης απορρόφησης της βιταμίνης D, ακόμα συχνότερη είναι η ταχέως προϊούσα οστεοπόρωση σε αυτό των πληθυσμό ασθενών, την πλειοψηφία του οποίου αποτελούν μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.^{14,13}

Διάγνωση. Πρέπει να τίθεται η υπόνοια της ΠΧΚ σε μεσήλικες γυναίκες με ανεξήγητο κνησμό ή αυξημένο επίπεδο αλκαλικής φωσφατάσης, στις οποίες μπορεί να υπάρχουν και άλλα κλινικά ή εργαστηριακά χαρακτηριστικά παρατεταμένης διαταραχής της χολικής απέκκρισης. Παρότι η θετική δοκιμασία των AMA αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό στοιχείο, παρατηρούνται και ψευδώς θετικά αποτελέσματα και για το λόγο αυτό πρέπει να εκτελείται βιοψία ήπατος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Σπάνια, η δοκιμασία των AMA μπορεί να είναι αρνητική στους ασθενείς με ιστολογικά χαρακτηριστικά ΠΧΚ. Συνήθως, αυτοί οι ασθενείς έχουν αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης E2, αν εκτελεσθούν δοκιμασίες που χρησιμοποιούν αυτά τα ειδικά αντιγόνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, με ιστολογικά χαρακτηριστικά ΠΧΚ και αρνητικά τα AMA, ανευρίσκονται αντιπυρηνικά αντισώματα και αντισώματα έναντι των λείων μυϊκών ινών (όπως στην αυτοάνοση ηπατίτιδα), οπότε εφαρμόζεται ο όρος αυτοάνοση *χολαγγειίτιδα*. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρέπει να διερευνάται η χοληφόρος οδός για τον αποκλεισμό αντιμετώπισης εξωηπατικής απόφραξης, ειδικά στα πλαίσια της συχνότατης παρουσίας συνοδού χολολιθίασης.¹⁵

Θεραπεία. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την πρωτοπαθή χολική κίρρωση. Τα γλυκοκορτικοειδή είναι αναποτελεσματικά και στην πράξη μπορεί να επιδεινώσουν την οστική νόσο. Έχει δοκιμασθεί η d-πενικιλλαμίνη λόγω της ικανότητάς της να δεσμεύει χηλικά το χαλκό και λόγω των πιθανών αντι-ινωτικών και ανοσορρυθμιστικών δράσεών της. Εντούτοις, το φάρμακο φαίνεται αναποτελεσματικό και παρουσιάζει υψηλή συχνότητα μη αποδεκτών παρενεργειών. Αν και ορισμένοι έχουν υποστηρίξει ότι η αζαθειοπρίνη μπορεί να βοηθά στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου, αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί. Η κολχικίνη φάνηκε ότι έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου στους συμπτωματικούς ασθενείς και πρέπει να

δοκιμάζεται (0,6 mg p.o, δις ημερησίως), εκτός αν προκύψει δυσανεξία από το πεπτικό. Η θεραπεία με χαμηλή δόση μεθοτρεξάτης ή με κυκλοσπορίνη έχει αναφερθεί ότι αναχαιτίζει ή και αντιστρέφει την εξέλιξη της νόσου, αλλά δεν υπάρχουν οριστικές μελέτες και τα φάρμακα αυτά δε συνιστώνται για χρήση ρουτίνας. Μόνο η θεραπεία με ουρσοδιόλη (ουρσοδεοξυχολικό οξύ ή αρκτοδεοξυχολικό οξύ, 13 έως 15 mg/kg ημερησίως) παρατηρήθηκε σταθερά ότι επιτυγχάνει συμπτωματική βελτίωση και βελτίωση των βιοχημικών δεικτών του ορού στους ασθενείς με κλινικά έκδηλη ΠΧΚ. Ο μηχανισμός δράσης του αρκτοδεοξυχολικού οξέος παραμένει σκοτεινός. Ο παράγοντας αυτός είναι γενικά καλά ανεκτός και ασφαλής και πρέπει να δοκιμάζεται στους ασθενείς με ΠΧΚ. Πάντως, πιθανώς εμφανίζει μικρή ικανότητα πρόληψης της τελικής ανάπτυξης κίρρωσης.

Η θεραπεία κατευθύνεται γενικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Όπως σημειώθηκε, το αρκτοδεοξυχολικό οξύ μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων και να προσδώσει αίσθημα ευεξίας στον ασθενή. Παρότι ο μηχανισμός του παρατεταμένου κνησμού δεν είναι εντελώς ξεκαθαρισμένος, η χολεστυραμίνη, μια από του στόματος χορηγούμενη ρητίνη που δεσμεύει τα χολικά άλατα, μπορεί να βοηθήσει, σε δόσεις 8 έως 12 g ημερησίως, στη μείωση του κνησμού και της υπερχοληστερολαιμίας. Ενίοτε, εκτελείται ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος για τον ανθεκτικό κνησμό. Για τον έλεγχο του κνησμού έχουν δοκιμασθεί η ριφαμπικίνη, οι ανταγωνιστές των οπιοπεπτιδικών υποδοχέων, η πλασμαφαίρεση και το υπεριώδες φως, με ποικίλα αποτελέσματα. Η στεατόρροια μπορεί να μειωθεί με δίαιτα με χαμηλά λιπαρά και με αντικατάσταση των τριγλυκεριδίων μακράς αλύσου της διατροφής από τριγλυκερίδια μέσης αλύσου. Πρέπει να χορηγούνται οι λιποδιαλυτές βιταμίνες Α και Κ, παρεντερικά, ανά τακτά διαστήματα, για την πρόληψη ή τη διόρθωση της νυκταλωπίας και της

υποπροθρομβιναιμίας, αντίστοιχα. Μπορεί να είναι απαραίτητη η χορήγηση συμπληρώματος ψευδαργύρου, εάν η νυκταλωπία είναι ανθεκτική στη βιταμίνη Α. Η οστεομαλακία και η οστεοπόρωση μπορεί να βελτιωθούν με χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου, σε συνδυασμό με βιταμίνη D από το στόμα. Η πρόοδος της ΠΧΚ οδηγεί στις τυπικές επιπλοκές της προχωρημένης ηπατικής νόσου.

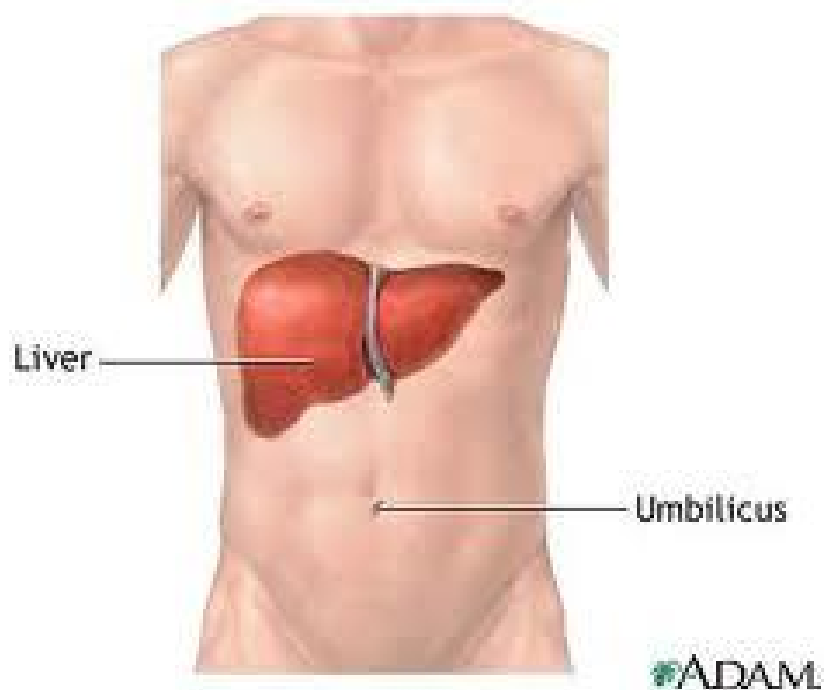
Τα τελευταία χρόνια έγινε εμφανές ότι η ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία για τους ασθενείς με προχωρημένη ΠΧΚ. Η διαστρωματική ανάλυση των ασθενών με ποικιλομορφία παραγόντων κινδύνου, με τη χρήση ενός αξιολογημένου προγνωστικού μοντέλου, κατέδειξε αύξηση της επιβίωσης σε όλες τις ομάδες. Έτσι η ηπατική μεταμόσχευση αποτελεί θεραπεία εκλογής για την προχωρημένη ΠΧΚ.^{13,14,15}

2.8 Καρδιακή κίρρωση

Δημιουργείται σε ανεπάρκεια της τριγλώχινος ή συμπιεστική περικαρδίτιδα, στις οποίες η φλεβική πίεση παραμένει υψηλή επί μακρόν. Δημιουργείται αύξηση της πίεσης στις υπατικές φλέβες, υποξία και κεντρολοβιαδής ατροφία ή νέκρωση των κυττάρων.

2.9 Άλλα αίτια

Άλλα αίτια-κρυπογενής δωδεκαδακτυλική παράκαμψη ,κυστική ινώση .σακχαρώδης διαβήτης, σαρκοειδωση και χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου συσχετίζονται με ηπατική κίρρωση.¹⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Κλινική εκδήλωση της κίρρωσης του ήπατος

Η εκδήλωση της κίρρωσης του ήπατος είναι δυνατόν να περιλαμβάνει συμπτώματα και ευρήματα που έχουν σχέση με τη δυσλειτουργία των ηπατοκυτταρων καθώς επίσης και με τις επιπλοκές της νόσου.

Διαταραχές της θρέψης. Η γενική κατάσταση υγείας είναι συχνά διαταραγμένη και οι ασθενείς παραπονιούνται για ανορεξία

Ίκτερος. Είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του ήπατος να μεταβολήσει τη χολερυθρίνη και υποδηλώνει ότι η ηπατοκυτταρική νέκρωση έχει υπερκεράσει την ικανότητα .

Πυρετός. Συνεχείς πυρετός σε επίπεδα 37, 5-38OC απαντάται συχνά σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

Κιρσοί του οισοφάγου. Διαπιστώνονται στην ενδοσκόπηση και είναι αποτέλεσμα της πυλαίας υπέρτασης.

Υπερανάπτυξη μικροβίων στο λεπτό έντερο απαντάται σε ποσοστό 30%.

Η στεατορροια είναι συχνή και οφείλεται πιθανώς σε μειωμένη ηπατική σύνθεση και έκκριση χοληκών αλάτων στο έντερο.

Διόγκωση των παρωτιδων και παλάμες του Dupuytren ανευρίσκονται σε ασθενείς με αλκοολική κίρρωση.

Πληκτροδακτύλια και υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια ανευρίσκονται σε ασθενείς με αλκοολική κίρρωση.

Χολολιθίαση απαντάται σε συχνότητα 30% περίπου. Οι λίθοι είναι χολερυθρινικοί και είναι αποτέλεσμα ελάττωσης της σχέσεις χολικών αλάτων.

Εκτός από τα παραπάνω έχουμε επίσης :

- Φούσκωμα της κοιλιάς
- Αδυναμία, εξάντληση
- Ναυτία
- Απώλεια ή πρόσληψη βάρους
- Ούρα σκούρου χρώματος
- Ερυθρότητα των παλαμών
- Αιματέμεση, λόγω των κιρσών του οισοφάγου
- Στις γυναίκες, διαταραχές περιόδου
- Στους άνδρες, γυναικομαστία
- Ευρυαγγείες
- Πόνος στην κοιλιά, ιδιαίτερα στην ηπατική περιοχή, πάνω δεξιά στην κοιλιά¹⁸

Η έναρξη της κίρρωσης γίνεται ύπουλα, αργά αλλά σταθερά χωρίς θορυβώδη εικόνα και με ελάχιστα ειδικά συμπτώματα.

Άτομα που παρουσιάζουν σημεία ή συμπτώματα που πιθανόν να έχουν σχέση με κίρρωση του ήπατος (ιδιαίτερα κίτρινο χρώμα δέρματος, πρήξιμο κοιλιάς, απώλεια βάρους) πρέπει άμεσα να συμβουλευονται το γιατρό τους, οι ασθενείς που έχουν περάσει ηπατίτιδα και άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί¹⁹.

3.2 Οι κυριότερες επιπλοκές της Κίρρωσης του Ήπατος στον οργανισμό



Ασκίτης

Με τον όρο ασκίτης αναφέρεται στη συλλογή περίσσειας ποσότητας υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Συνήθως είναι κλινικά ανιχνεύσιμος όταν έχουν συγκεντρωθεί τουλάχιστον 500ml υγρού, αλλά μπορεί να συγκεντρωθούν και πολλά λίτρα και να προκαλέσουν μαζική διάταση κοιλίας. Είναι συνήθως ένα ορώδες υγρό που περιέχει έως 3gr/dl πρωτεΐνης (κυρίως αλβουμίνης) καθώς και τις ίδιες συγκεντρώσεις διαλυτών ουσιών όπως γλυκόζη, νάτριο και κάλιο όπως στο αίμα. Το υγρό αυτό μπορεί να περιέχει πολύ λίγα μεσοθηλιακά κύτταρα και μονοπύρρηνα λευκοκύτταρα. Η εισροή ουδετερόφιλων υποδηλώνει δευτερογενή λοίμωξη ενώ τα ερυθροκύτταρα φανερώνουν πιθανό διάχυτο ενδοκοιλιακό καρκίνο. Σε μακροχρόνιο ασκίτη η διαρροή του περιτοναϊκού υγρού μέσα στα λεμφαγγεία που διέρχονται από το διάφραγμα μπορεί να προκαλέσει υδροθώρακα, πιο συχνά στη δεξιά πλευρά.

Πυλαία Υπέρταση

Η αυξημένη αντίσταση στη ροή του αίματος στην πυλαία φλέβα μπορεί να αναπτυσσεται σε μια ποικιλία καταστάσεων, που μπορούν να διαχωριστούν σε προηπατικές, ενδοηπατικές και μεθηπατικές αιτίες. Οι μείζονες προηπατικές καταστάσεις είναι η αποφρακτική θρόμβωση και η στένωση της πυλαίας φλέβας πριν την διακλάδωσή της μέσα στο ήπαρ. Η μαζική σπληνομεγαλία μπορεί επίσης να εκτρέψει μεγάλη ποσότητα αίματος στη σπληνική φλέβα. Οι κυριότερες μεθηπατικές αιτίες είναι η σοβαρή δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, η συσφικτική πρικαρδίτιδα και η απόφραξη της ηπατικής φλεβικής εξόδου. Η κυριότερη ενδοηπατική αιτία είναι η κίρρωση, η οποία προκαλεί τις περισσότερες περιπτώσεις της πυλαίας υπέρτασης. Η πυλαία υπέρταση στην κίρρωση είναι αποτέλεσμα αυξημένης αντίστασης στην πυλαία ροή στο επίπεδο των κολποειδών και συμπίεσης των κεντρικών φλεβών, περιφλεβική ίνωση και επεκτεινόμενα παρεγχυματικά οζίδια. Οι αναστομώσεις ανάμεσα στο αρτηριακό και πυλαίο σύστημα στα ινώδη διαφράγματα επίσης οδηγούν σε πυλαία υπέρταση επιβάλλοντας την αρτηριακή πίεση στο χαμηλής πίεσης σύστημα της πυλαίας φλέβας. Εκδηλώσεις της πυλαίας υπέρτασης είναι συχνά η αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία λόγω του υπερσπληνισμού.

Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια

Κατά τη διαδρομή οξείας ή χρόνιας πάθησης του ήπατος μπορούν να εμφανιστούν νευρολογικές εκδηλώσεις, παράγοντες που ευνοούν την εμφάνισή τους είναι γαστρεντερική αιμορραγία, συστηματικές λοιμώξεις, υπερβολική χορήγηση διουρητικών, υποκαλιαιμία, δυσκοιλιότητα. Από άποψη μηχανισμού τοξικές ουσίες, που παράγονται στο παχύ έντερο και εξουδετερώνονται φυσιολογικά από το ήπαρ, εισέρχονται στη

συστηματική κυκλοφορία. Αυτό συμβαίνει ή όταν το ηπατικό κύτταρο πάσχει ή όταν υπάρχει αναστόμωση πυλαίας και συστηματικής κυκλοφορίας είτε λόγω πάθησης είτε κατόπιν εγχείρισης (πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης). Η ουσία που κυρίως ενοχοποιείται είναι η αμμωνία, η οποία παράγεται από τις πρωτεΐνες με τη δράση των μικροβίων, η οποία φυσιολογικά καταβολίζεται στο ήπαρ προς ουρία.

Υψηλές πυκνότητες αμμωνίας παρεμβαίνουν στο μεταβολισμό του ΚΝΣ. Η αμμωνία σε υψηλές πυκνότητες ελαττώνει αξιόλογα τις αποθήκες ενέργειας του νευρικού ιστού, έτσι λοιπόν επιφέρει κατανάλωση πολύτιμων προϊόντων και διαταράσσει έτσι τη λειτουργία του εγκεφάλου από άποψη αποθηκών ενέργειας. Η κλινική εικόνα της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας είναι η ανησυχία του ασθενή, η αϋπνία, συγχετικά φαινόμενα και διεγερτικά φαινόμενα, λήθαργο, προκόμα και κώμα.

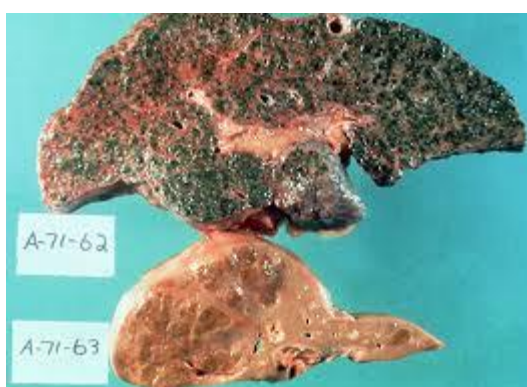
Ηπατονεφρικό σύνδρομο

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο αναφέρεται στην εκδήλωση νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική νόσο, στους οποίους δεν υπάρχουν ενδογενείς μορφολογικές ή λειτουργικές αιτίες για την νεφρική ανεπάρκεια. Εξαιρούνται από αυτό τον ορισμό η συνακόλουθη βλάβη και στα δύο όργανα, όπως μπορεί να προκύψει με έκθεση σε ορισμένες μυκοτοξίνες. Επίσης, εξαιρούνται σε περιπτώσεις προχωρημένης ηπατικής ανεπάρκειας, στις οποίες η κυκλοφοριακή καταπληξία οδηγεί σε οξεία σωληνιακή νέκρωση και νεφρική ανεπάρκεια. Η νεφρική λειτουργία βελτιώνεται ταχέως, εφόσον αναστραφεί η ηπατική ανεπάρκεια. Η έναρξη αυτού του συνδρόμου τυπικά προαναγγέλεται από την ελάττωση του ποσού των απεκκρινόμενων από τα νεφρά ούρων, η οποία σχετίζεται με την αύξηση των τιμών του αζώτου της ουρίας και της κρεατινίνης. Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να διαρκέσει για

εβδομάδες ως μήνες, όπως σε κίρρωτους ασθενείς, των οποίων ο ασκίτης ανθίσταται στη διουρητική θεραπεία.

Κίρρωση του Ήπατος και Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος

Όλοι οι τύποι της ηπατικής κίρρωσης προδιαθέτουν στην εμφάνιση πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκίνου και από την άποψη αυτή η κίρρωση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως προκαρκινωματώδη κατάσταση, στην οποία οι αναγεννητικοί όζοι με έντονο κυτταρικό πολλαπλασιασμό είναι δυνατόν να εκτραπούν στην πορεία προς εμφάνιση καρκίνου. Σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο η συχνότητα να συνυπάρχουν και κίρρωση ποικίλει και κυμαίνεται από 30 – 80%, ενώ η εμφάνιση ηπατοκυτταρικού καρκίνου στην κίρρωση ανέρχεται σε ποσοστό 10-30%.



3.3 Διάγνωση

Η διάγνωση της κίρρωσης του ήπατος στηρίζεται στο ιστορικό του ασθενούς καθώς επίσης ή το οικογενειακό ιστορικό. Ο ασθενής πρέπει να ερωτάται εάν είναι αλκοολικός και ένα πάσχει από άλλες παθήσεις όπως ηπατίτιδες, χολοαγγειίτιδα ή Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Στη συνέχεια έχουμε την φυσική εξέταση όπου μπορεί να δείξει πρώιμα ευρήματα ή επιβραδυνόμενες εκδηλώσεις.

Τα πρώιμα ευρήματα περιλαμβάνουν :

- Γαστρεντελογικές διαταραχές όπως ανορεξία, ναυτία, δυσπεψία
- Άλγος στο Δ. υποχόνδριο το οποίο προκαλείται από τη διόγκωση του ήπατος
- Διογκωμένο ψηλαφητό ήπαρ
- Χαμηλός πυρετός¹⁸

Οι επιβραδυνόμενες εκδηλώσεις είναι :

- Ασκίτης
- Πυλαία υπέρταση
- Ηπατονεφρικό σύνδρομο, το οποίο εκδηλώνεται με προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια
- Ενδοκρινείς διαταραχές

Στις εργαστηριακές εξετάσεις παρατηρείται αναιμία η οποία είναι συνήθως αποτέλεσμα της απώλειας αίματος από ρήξη κισσών του οισοφάγου.

Έχουμε αύξηση της χολερυθρίνης του ορού, αύξηση του επιπέδου αμμωνίας του αίματος, ελάττωση της αλκαλικής φωσφάτασης και τρανσαμινάσεως του ήπατος, παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης. Από τους ηλεκτρολύτες του ήπατος έχουμε υπακαλιαιμία, υποκατρίαυμία και αλκαλωση²².

Απλή ακτινογραφία

Η εξέταση μπορεί να αρχίσει με μια απλή ακτινογραφία σε πρηνή θέση ή οπισθοπρόσθια φορά των ακτινών για μελέτη των

ακτινομορφολογικών χαρακτηριστικών της ηπατικής σκιάς. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηπατικής σκιάς που μελετάμε ακτινολογικά είναι η θέση, το μέγεθος, η ομαλότητα των παρυφών και η ομοιογένεια της σκιάς του ήπατος.

Συγχρόνως μελετώντας και τα γύρω μόρια, όπως ο δεξιός νεφρός, για πιθανά παθολογικά ευρήματα που μπορεί να ευθύνονται για τα ενοχλήματα του αρρώστου. Η απλή ακτινογραφία κατά μέτωπο μπορεί να συμπληρωθεί με πλάγια και με όρθιες ακτινογραφίες, όπως στην περίπτωση διερεύνησης για υποδιαφραγματικό απόστημα ή σε ρήξη κοίλου ενδοκοιλιακού οργάνου.

Η απλή ακτινογραφία τείνει να αποκατασταθεί τελείως από τις μοντέρνες απεικονιστικές μεθόδους οι οποίες δίνουν υπεύθυνες πληροφορίες και για την αρχιτεκτονική των διαφόρων οργάνων και αλλοιώσεων²³.

Αγγειογραφική Μελέτη

Η αγγειογραφική μελέτη του ήπατος μετά τη χρησιμοποίηση των μοντέρνων απεικονιστικών μεθόδων, έχει γίνει μια βοηθητική μέθοδος. Γίνεται με δύο τρόπους :

α. Αρτηριογραφία της ηπατικής αρτηρίας. Με τη μέθοδο Seldinger προχωρεί σε εκλεκτική σκιαγράφιση της κοιλιακής αρτηρίας και των κλάδων του Αλληρείου τρίποδα, δηλ. της ηπατικής, της σπληνικής και της αριστερής γαστρικής αρτηρίας. Η μέθοδος αποβλέπει στη μελέτη της ηπατικής κυκλοφορίας και ενδείκνυται σε περιπτώσεις αγγειακών ανωμαλιών και ογκόμορφων επεξεργασιών.

β. Σπληνοπυλαιοφλεβογραφία. Γίνεται με έγχυση της σκιερής ουσίας στο παρέγχυμα του σπλήνα και σκιαγράφιση του σπληνοπυλαιϊκού

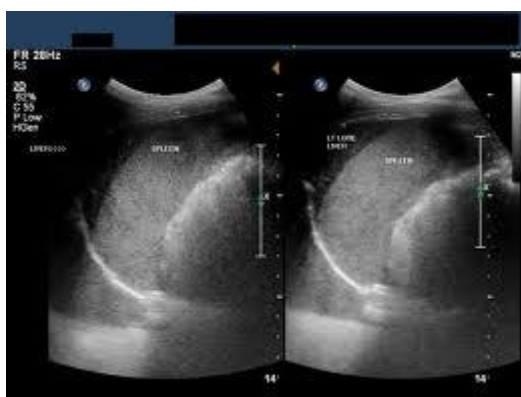
άξονα, δηλ. της σπληνικής φλέβας και της πυλαίας φλέβας με τους κλάδους τους. Η εξέταση αυτή γίνεται για την διερεύνηση πυλαίας υπέρτασης.

Υπερηχογραφική Μελέτη

Η υπερηχογραφία είναι η χρονικά πρώτη απεικονιστική εξέταση για την προσέγγιση του ήπατος, των χοληφόρων οδών και του παγκρέατος. Είναι γνωστά τα πλεονεκτήματα που διέπουν τη χρήση της υπερηχογραφίας και αυτό αφορά στην εύκολη προσπέλαση στην υπερηχογραφία των ασθενών και των ιατρών, το χαμηλό κόστος και την έλλειψη ιονίζουσας ακτινοβολίας.

Πραγματική επανάσταση δημιούργησε η χρησιμοποίηση των υπερήχων στη διαγνωστική διερεύνηση του ήπατος και των χοληφόρων. Κατέστη δυνατή η μελέτη της υφής του παρεγχύματος, διαφορική διάγνωση μεταξύ κυστικής και συμπαγούς αλλοίωσης, αναγνώριση αιμαγγειωμάτων ή νεοπλασιών, πρωτοπαθών ή μεταστατικών.

Χρησιμοποιείται ευρύτατα στην υποβοήθηση επεμβατικών τεχνικών όπως βιοψίας με βελόνα, παροχέτευσης κοιλοτήτων, διαδερμικής χολαγγειογραφίας και άλλων μικροεπεμβάσεων στο ήπαρ και τα χοληφόρα. Η εξέταση αποτελεί απαραίτητο μέρος της μελέτης της άνω κοιλίας.



Υπολογιστική τομογραφία

Η υπολογιστική τομογραφία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διάγνωση της ηπατικής νόσου και ιδιαίτερα στην αναζήτηση τοπικών εστιών, διαφορική διάγνωση μεταξύ καλοηθών ή κακοηθών μαζών, σταδιοποίηση ασθενών με καρκίνο προεγχειρητικά και μετεγχειρητική παρακολούθηση. Είναι μέθοδος εκλογής στην αξιολόγηση του χοληφόρου δένδρου ή περιηπατικών συλλόγων.

Μαγνητικός Συντονισμός

Ο μαγνητικός συντονισμός έχει δημιουργήσει επανάσταση στη νευροδιάγνωση και τη μελέτη του μυοσκελετικού συστήματος, στην περιοχή μεταξύ διαφράγματος – ηβικής σύμφυσης, διατηρείται σαν εξέταση δεύτερης γραμμής.

Με τα σημερινά δεδομένα η μέθοδος χρησιμοποιείται για συμπλήρωση άλλων μεθόδων, για καλύτερο χαρακτηρισμό μιας αλλοίωσης. Στην περίπτωση του ήπατος είναι ίσως καλύτερη από την υπολογιστική τομογραφία αλλά υστερεί στην αναζήτηση ή αποκλεισμό πλείστων εξωηπατικών όσων.

Γίνονται τομές σε διάφορα επίπεδα, κυρίως το εγκάρσιο, γιατί προσφέρονται για επίδειξη των μείζονων αγγειακών μορίων.

Χρησιμοποιούνται τεχνικές T₁ και T₂, καθώς και μετά από IV έγχυση παραμαγνητικής ουσίας.

Σπινθηρογράφημα

Παρουσιάζει το μέγεθος του ήπατος αλλά και του σπλήνα και αναδεικνύει τυχόν ανομοιογένεια στη σύστασή του (όπως και στην κίρρωση) και έλλειμμα σκιαγράφησης που μπορεί να παριστάνουν κύστες, όγκους ή μεγάλους αναγεννητικούς όζους. Υπό φυσιολογικές

συνθήκες η σπονδυλική στήλη δεν απεικονίζεται. Τυχόν εμφάνισή της υποδηλώνει ότι το ραδιοφάρμακο δεν προσελήφθη στο βαθμό που θα έπρεπε από τα κύτταρα Kupffer και άρα υπάρχει μεγάλης έκτασης καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος ή αντικατάστασή του από μη λειτουργικό ινώδη ιστό.

Βιοψία ήπατος

Γίνεται συνήθως τυφλά διαδερμικά αλλά μπορεί να γίνει και κάτω από υπερηχογραφική καθοδήγηση ή λαπαροσκόπηση. Ιδιαίτερα ενδείκνυται για τη διάγνωση κίρρωσης του ήπατος, χρόνιας ηπατίτιδας ή διήθησης από ξένο ιστό αλλά και για τη διάγνωση ηπατικών νεοπλασμάτων, ενώ σε οξεία ηπατίτιδα δεν προσφέρει βοήθεια. Προκειμένου να υποβληθεί ένας άρρωστος σε βιοψία ήπατος απαιτείται να μην έχει σοβαρή θρομβοπενία (αιμοπετάλια άνω των 80.000/ml) και ο χρόνος προθρομβίνη του ασθενούς να μην υπερβαίνει το χρόνο μάρτυρος πάνω από 3 sec. Η βιοψία αντενδείκνυται σε διαταραχές της πήξης που δεν διορθώνονται με την κατάλληλη αγωγή, σε μεγάλη παρατεταμένη απόφραξη του χοληδόχου πόρου και σε ύπαρξη εχινόκοκκων κύστεων στο ήπαρ.

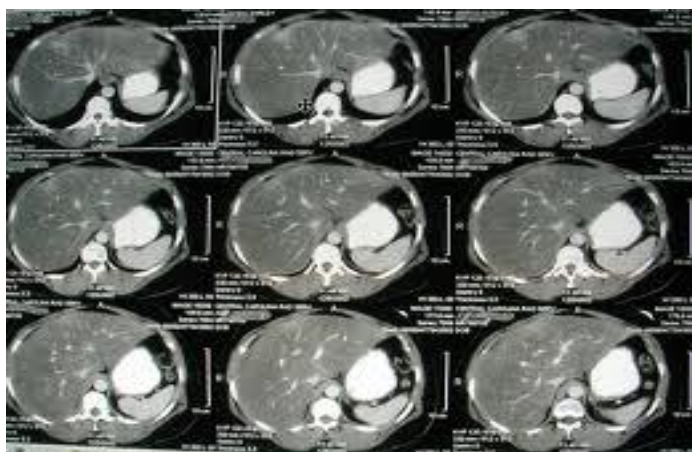
Υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη βιοψία

Εδώ πρέπει να υπογραμμισθούν οι περιορισμοί και τα προβλήματα που υπάρχουν στην παθολογοανατομική διάγνωση δυσπλαστικού όζου από μικρό ηπατοκυτταρικό καρκίνο που αναπτύσσεται στο έδαφος της κίρρωσης. Απαιτούνται συνήθως περισσότερα από δύο ιστοτεμάχια που έχουν ληφθεί με βελόνα ικανοποιητικής διαμέτρου (περίπου 1,5 χιλ.). απαιτείται ιστός που να προέρχεται από το παρακείμενο «φυσιολογικό» ηπατικό παρέγχυμα. Παρά τα μέτρα αυτά συχνά απαιτείται επανάληψη της βιοψίας για να προκύψει αξιόπιστη ιστολογική διάγνωση και κυρίως

ο αποκλεισμός της κακοήθειας. Στις περιπτώσεις αυτές η υπερηχογραφία και η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη παρακέντηση αποκτούν ιδιαίτερη σημασία επειδή η βελόνα οδηγείται σε πραγματικό χρόνο στη βλάβη, υπάρχει απόδειξη ότι ο ιστός προέρχεται πραγματικά από τη μικρή εστιακή βλάβη στο ηπατικό παρέγχυμα και αποφεύγονται οι επιπλοκές επειδή στη διάρκεια της παρακεντήσεως είναι ορατά τα αγγεία που περιέχονται και περιβάλλουν τη βλάβη.

Τέλος μια πολύ σημαντική εξέταση είναι η fibroscan. Είναι η προηγμένη τεχνολογία που χρησιμοποιείται για να γνωρίζουν την ακαμψία του ήπατος και προσδιορίζεται από τη χρήση ελαστικών κυμάτων. Είναι μια μη επεμβατική τεχνική που βοηθά στην αξιολόγηση του βαθμού βλάβης της ηπατικής λειτουργία σε λίγα λεπτά^{18,19,21}.

Η αφθονία διαγνωστικών μεθόδων στη μελέτη ήπατος ή χοληφόρων καθιστά πολλές φορές προβληματική την εκλογή κατάλληλης. Είναι απαραίτητη η στενή συνεργασία του κλινικού ιατρού με τον απεικονιστή στη λήψη αποφάσεων για την επιλογή του είδους της εξέτασης. Ο απεικονιστής θα κάνει τυχόν απαιτούμενες προσαρμογές της εξέτασης στο συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα.



ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΙΜΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ				
Ένζυμο	Ηπατίτιδα	Αποφρακτικός ίκτερος	Κίρρωση	Μεταστατικό καρκίνωμα
1) Αλκαλική φωσφάταση	Ελαφρά αυξημένη	Έντονα αυξημένη	Ελαφρά αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
2) Χολινεστέραση	Ελαττωμένη	Φυσιολογική	Ελαττωμένη	Ελαττωμένη
3) SGOT	Έντονα αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
4) G.P.T.	Έντομα αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη	Μέτρια αυξημένη
5) Ισικιτρική Δυτ. Δρογένωση (ICD)	Έντονα αυξημένη	Φυσιολογική	Ελαφρά αυξημένη	Μέτρια αυξημένη

3.4 Θεραπεία

Ριζική θεραπεία της κίρρωσης δεν υπάρχει, η κατάλληλη όμως αγωγή επιτρέπει μακροχρόνια επιβίωση ιδιαίτερα όταν η διάγνωση γίνεται έγκαιρα. Τα μέτρα που εφαρμόζονται αποβλέπουν στη σταθεροποίηση της καταστάσεως και την ανακούφιση του ασθενούς από τα ενοχλήματα.

Τα μέτρα αυτά είναι :

- Απομάκρυνση του αρρώστου από την εργασία και ανάπαυση
- Δίαιτα πλούσια σε ζωικά λευκώματα και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη
- Παροχή βιταμινικών σκευασμάτων, ιδίως της ομάδας Β και των βιταμινών C, Κ και Α
- Ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, φρουκτόζης, αμινοξέων ηπατικού εκχυλίσματος
- Στους αλκοολικούς επιβάλλεται διακοπή του αλκοόλ

Στον ασκίτη συνιστώνται :

- Άναλη δίαιτα
- Διουρητικά φάρμακα. Εάν τα διουρητικά δεν φέρουν αποτέλεσμα τότε διενεργείται παρακέντηση της κοιλιάς με προσοχή στον κίνδυνο των μολύνσεων
- Για αποφυγή υποκαλιαιμίας σε μεγάλη διούρηση ή αφαίρεση ασκίτικού υγρού δίνεται χυμός πορτοκαλιού²¹.

Διαιτητική Παρέμβαση

Η κίρρωση οφείλεται και στην κακή διατροφή. Αν η διαίτα περιέχει τις απαραίτητες ουσίες, είναι δυνατό να γίνει κάποιου βαθμού αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων, εκτός και αν έχει γίνει καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος με ανάπτυξη συνδετικού ιστού.

Στην οξεία φάση ο ασθενής πρέπει να παίρνει μόνο γάλα, δημητριακά, γαλατόπιτες, φρυγανιές, ρύζι και πουρέ πατάτας. Όταν η υγεία του ασθενή βελτιωθεί κάπως, η διαίτά του πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και χαμηλή σε λίπος.

Αν η κίρρωση προχωρήσει σε ηπατικό κώμα, η πρωτεΐνη ελαττώνεται σε ποσότητες ανοχής (20-40gr). Εάν συνυπάρχει και νερό στην περιτοναϊκή κοιλότητα, η διαίτα θα πρέπει να είναι περιορισμένη σε αλάτι και να περιέχει τροφές με μεγάλη ποσότητα βιταμινών.

Οι λιποδιαλυτές πρωτεΐνες θα πρέπει να χορηγούνται σε πολύ μικρές ποσότητες. Η τροφή θα πρέπει να συμπληρώνεται με όλες τις βιταμίνες. Ειδικά η βιταμίνη Κ είναι απαραίτητα, γιατί οι αιμορραγίες που συχνά εμφανίζονται στην κίρρωση οφείλονται στην έλλειψή της. Η βιταμίνη C αν και είναι υδατοδιαλυτή, είναι απαραίτητη σε ποσότητες μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές γιατί βελτιώνει την αντίσταση των ηπατικών κυττάρων σε ορισμένες τοξίνες, ειδικά επιβλαβείς για το ήπαρ.

Η ομάδα βιταμινών Β πρέπει να προστίθεται στη διαίτα σε μεγάλη ποσότητα για να ενισχύει τον μεταβολισμό των υδατανθράκων της διαίτας. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί η παρεντερική οδός κυρίως σε ασθενείς με κίρρωση του οισοφάγου²⁴.

Μεταμόσχευση Ήπατος

Η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος σε άνθρωπο έγινε μετά από πολυετή πειραματική εργασία το 1963 στο Colorado των ΗΠΑ από το γιατρό Starzl.

Οι μεταμοσχεύσεις του ήπατος είναι από τις δυσκολότερες, πρώτον λόγω των πολλαπλών απαιτούμενων αναστομώνσεων, δεύτερον λόγω της μεγάλης ευπάθειας του ηπατικού κυττάρου και τρίτον λόγω της πολλαπλής αποστολής ή λειτουργικότητας του ήπατος.

Αυτοί είναι οι λόγοι για τους οποίους ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων είναι μικρός: η άμεση εγχειρητική θνητότητα αρκετά μεγάλη και τα απώτερα αποτελέσματα σχεδόν πενιχρά.

Μεταμοσχεύσεις ήπατος γίνονται σε πρωτοπαθή νεοπλασμάτα του ήπατος, σε κίρρωση και κυρίως σε βρέφη που εμφανίζουν ατρησία των χοληφόρων. Η βαρύτητα των παθήσεων αυτών ίσως είναι και ένας επιπρόσθετος παράγοντας των πενιχρών αποτελεσμάτων.

Η μεταμόσχευση ήπατος όμως θεωρείται το μόνο θεραπευτικό μέσο της επιστήμης κατά του πρωτοπαθούς κακοήθη όγκου²².

3.5 Πρόγνωση κίρρωσης

Η συνολική πρόγνωση της κίρρωσης είναι φτωχή. Αρκετοί άρρωστοι εμφανίζονται με προχωρημένη νόσο και βαριές επιπλοκές που έχουν μεγάλη θνητότητα. Συνολικά μόνο το 25% των αρρώστων επιζούν 5 χρόνια από τη διάγνωση, αλλά όταν η ηπατική λειτουργικά είναι καλή 50% επιζούν μέχρι 5 χρόνια και 25% μέχρι 10 χρόνια. Η πρόγνωση είναι καλύτερη όπου η υποκείμενη αιτία της κίρρωσης μπορεί να διορθωθεί, όπως στον αλκοολισμό, την αιμοχρωμάτωση και τη νόσο Wilson.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις δίνουν μόνο μια αδρή ένδειξη για την πρόγνωση σε κάθε άρρωστο. Η επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας όπως φαίνεται από την εμφάνιση ίκτερου, ασκίτη και εγκεφαλοπάθειας δείχνουν φτωχή πρόγνωση εκτός αν βρεθεί θεραπεύσιμη υποκείμενη αιτία όπως λοίμωξη. Η αυξανόμενη τιμή χολερυθρίνης πλάσματος, η

πτώση της λευκωματίνης του ορού, η έντονη υποτατρίαμία και ο παρατεταμένος ΡΤ, όλα έχουν κακή πρόγνωση. Η πορεία της κίρρωσης είναι αβέβαιη, καθώς επισυμβαίνουν επιπλοκές μπορεί να προκαλέσουν το θάνατο αναπάντεχα²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η κίρρωση του ήπατος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και συνήθως προκαλεί μακροχρόνια νοσηρότητα. Συχνά εκδηλώνεται σε νέους ενήλικους και είναι σημαντική αιτία πρόωρου θανάτου.

Όπως έχει αναφερθεί στο κεφάλαιο της κλινικής εικόνας της κίρρωσης του ήπατος, τα συχνότερα ενοχλήματα είναι αδυναμία, κόπωση, απώλεια βάρους και μη ειδικά συμπτώματα από το πεπτικό όπως ανορεξία, ναυτία, έμετος, δυσφορία και διάταση της κοιλίας από αέρια ή υγρό. Οι υπόλοιπες κλινικές εκδηλώσεις οφείλονται κυρίως στην πυλαία υπέρταση και την ηπατική ανεπάρκεια.

Βλέπουμε λοιπόν πως ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει πληθώρα προβλημάτων και ο νοσηλευτής, με την παρέμβασή του, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή του χρήστη υγείας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση ξεκινά από την είσοδο του αρρώστου στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και συνεχίζεται στο νοσηλευτικό τμήμα όπου θα παραμείνει ο ασθενής.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο τμήμα, αφού τακτοποιηθεί σε θάλαμο νοσηλείας με ήσυχο, καθαρό και ευχάριστο περιβάλλον, ο νοσηλευτής λαμβάνει ένα πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό, όπου καταγράφει εκτός από τα στοιχεία του ασθενούς, τα προβλήματά του (αδυναμία, κόπωση, πόνο στο δεξιό υποχόνδριο, κ.α.). Κάνει ερωτήσεις προκειμένου να διαπιστωθεί η χρήση αλκοόλ και η ύπαρξη οποιουδήποτε ιστορικού ηπατικής λοίμωξης (ηπατίτιδα Α, Β, C), νόσου των χοληφόρων, καρδιακής νόσου, μεταβολικών ανωμαλιών και

γαστρεντερικών προβλημάτων. Καταγράφεται επίσης η λήψη φαρμάκων και η έκθεση σε χημικές ουσίες.

Στη συνέχεια γίνεται η φυσική εξέταση, από όπου θα διαπιστωθούν τα προβλήματα και θα τεθεί η νοσηλευτική διάγνωση. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται και διαπιστώνονται τα εξής:

- Απώλεια βάρους, η οποία πρέπει να προσδιορίζεται και να συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές του βάρους του αρρώστου.
- Εξετάζεται η επιφάνεια του δέρματος όλου του σώματος καθώς και οι βλεννογόνοι.
- Μπορεί να παρατηρηθεί ίκτερος, ιδιαίτερα στο σκληρό χιτώνα των οφθαλμών.
- Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν εκχυμώσεις ή πορφύρα, εξαιτίας μειωμένης σύνθεσης πρωτεϊνών.
- Οι παλάμες μπορεί να παρουσιάζουν ερυθρότητα και τα άκρα πληκτροδακτυλία.
- Η γλώσσα μπορεί να είναι οίδηματώδης ή κόκκινη
- Λόγω του ασκίτη ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει πόνους, δυσφορία, περιφερικά οίδημα, αλλαγή σωματικού ειδώλου.
- Μείωση των δραστηριοτήτων (αίσθημα αδυναμίας).
- Διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας.
- Αιμορραγία. Διερευνάται η ύπαρξη αίματος στα ούρα ή στα κόπρανα.

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής φροντίζει για τα παρακάτω:

- Εξασφαλίζει ανοικτή φλεβική γραμμή, τοποθετώντας φλεβοκαθετήρα.
- Λαμβάνει αίμα, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, βιοχημικές, χρόνος προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης).

- Λαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- Εάν ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια, υποξαιμία, μελάγχρωση, χορηγεί O₂, μετά τη λήψη αερίων αίματος (προκειμένου να καθοριστεί η ποσότητα του παρεχόμενου O₂
- Καθημερινή μέτρηση σωματικού βάρους.
- Αντιμετώπιση της ανορεξίας (εάν εμφανιστεί), με δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη (2000 - 3000 θερμίδες ημερησίως). Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά και προσφέρονται σε περιποιημένο δίσκο. Μπορεί εάν χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν και συμπληρώματα πρωτεΐνης. Καταβάλλεται προσπάθεια ώστε το οικείο περιβάλλον του ασθενούς να ενισχύει την όρεξη. Παρέχεται βοήθεια στον άρρωστο αν δεν μπορεί να σιτιστεί μόνος του.
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, για μείωση ανορεξίας, ναυτίας και εμέτου, καθώς και απομάκρυνση των δυσάρεστων μυρωδιών.
- Εάν η πρόσληψη τροφής από το στόμα είναι αδύνατη, χορηγεί ο νοσηλευτής άφθονα υγρά από την ενδοφλέβια οδό, μετά από ιατρική οδηγία.
- Λόγω πυλαίας υπέρτασης και ασκίτη, ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει κατακράτηση νερού και νατρίου από τους νεφρούς (περιφερικά οίδημα). Αυτό αντιμετωπίζεται με αυστηρό ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών. Περιορίζεται η πρόσληψη νατρίου και νερού και παρακολουθούνται τα επίπεδα λευκωματίνης του ορού. (Οι λευκωματίνες διατηρούν την κολλοειδωσμοτική πίεση του πλάσματος). Εάν χρειαστεί χορηγείται ενδοφλεβίως λευκωματίνη καθώς και διουρητικά, μετά από οδηγία ιατρού.
- Ο ασθενής παρακολουθείται για τυχόν παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή και για συμπτώματα υποκαλιαιμίας, αφού τα

διουρητικά φάρμακα προκαλούν αποβολή καλίου. Χορηγούνται ενδοφλεβίως ή από το στόμα σκευάσματα καλίου εάν χρειαστεί, μετά από ιατρική οδηγία και ο ασθενής ενθαρρύνεται να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε κάλιο.

- Ο ασθενής καλό είναι να αναπαύεται κατά διαστήματα σε ύπτια θέση, εφόσον το ανέχεται, καθώς η θέση αυτή διευκολύνει την επαναφορά των υγρών στον ενδαγγειακό χώρο)
- Για διευκόλυνση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση.
- Περιορίζονται οι δραστηριότητες του ασθενούς.
- Μετράται η περίμετρος της κοιλίας σε συχνά διαστήματα.
- Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία κατά τακτά διαστήματα, για πιθανή διαπίστωση επιπλοκών, όπως αναιμία, αιματέμεση, μέλαινα κένωση, κιρσορραγία, ηπατική εγκεφαλοπάθεια)
- Σε περίπτωση αιμορραγίας ο άρρωστος διατηρείται σε πλήρη ακινησία και δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα. Χορηγείται βιταμίνη Κ μετά από ιατρική οδηγία και ο ασθενής παρακολουθείται συχνά κατά την διάρκεια αυτών των επεισοδίων (χρώμα κενώσεων, εμέτων).
- Σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας, όπως στην κιρσορραγία, η κατάσταση του αρρώστου επιδεινώνεται και είναι επικίνδυνη, διότι αυτή η αιμορραγία είναι δύσκολο να ελεγχθεί, αφού υπάρχουν και προβλήματα πήκτικότητας. Αν χρειαστεί πραγματοποιείται και μετάγγιση αίματος με συμπυκνωμένα ερυθρά, φρέσκο πλάσμα και αιμοπετάλια, μετά πάντα από ιατρική οδηγία.
- Τοποθετείται ο ασθενής σε πλάγια κατάκλιση για αποφυγή του κινδύνου εισρόφησης.

- Ο νοσηλευτής προσφέρει βοήθεια στον ιατρό κατά την τοποθέτηση γαστροοισοφαγικού σωλήνα.
- Εάν χρειαστεί ο ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργική επέμβαση.
- Ενισχύεται συναισθηματικά ο άρρωστος και ο νοσηλευτής είναι δίπλα του σε ότι και αν χρειαστεί (αλλαγή θέσης, λουτρό καθαριότητας, καθαρή κλίνη, τοποθέτηση ουροκαθετήρα, ατομική υγιεινή κ.α.).
- Σε περίπτωση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, που οφείλεται σε διαταραχές της λειτουργίας του Κ.Ν.Σ. λόγω συγκέντρωσης τοξικών ουσιών (π.χ. αζωτούχες ουσίες) στον εγκέφαλο ή σε τοξική δράση οινόπνευματος (παρατηρείται στην αλκοολική κίρρωση), ελέγχουμε τον ασθενή για διαταραχές του επιπέδου συνείδησης (π.χ. σύγχυση, διαταραχές μνήμης, προσωπικότητας, συγκέντρωσης). Με σκοπό την πρόληψη περαιτέρω νευρολογικής βλάβης, χορηγείται δίαιτα υποπρωτεϊνούχος, με πολλές θερμίδες για μείωση του καταβολισμού των αμινοξέων, χορηγείται βιταμίνη Β η , χορηγούνται ηπακτικά και γίνονται υποκλισμοί με νεομυκίνη και λακτουλόζη, για την απομάκρυνση των αζωτούχων ουσιών από το έντερο. Η νεομυκίνη και η λακτουλόζη μειώνουν την απορρόφηση της αμμωνίας από το έντερο.
- Σε περιπτώσεις διαταραχής του επιπέδου συνείδησης τοποθετούνται στην κλίνη προστατευτικά κάγκελα, διότι ο ασθενής κινδυνεύει από πτώση και τραυματισμό εάν είναι σε σύγχυση ή διέγερση. Επίσης χορηγούνται κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ., όπως υπνωτικά και ναρκωτικά, με μεγάλη προσοχή (διότι τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται στο ήπαρ) και μετά από ιατρική οδηγία.
- Σε περίπτωση ασκίτη ο νοσηλευτής βοηθά τον ιατρό για την διενέργεια παρακέντησης ασκίτικού υγρού. Δηλαδή τοποθετεί το

ασθενή σε αναπαυτική θέση κατάλληλη για παρακέντηση, παρακολουθεί το άρρωστο και τα ζωτικά του σημεία κατά τη διάρκεια της παρακέντησης και σερβίρει τον ιατρό με τα απαραίτητα για την παρακέντηση εργαλεία. Μετά το πέρας της παρακέντησης καταγράφει την ποσότητα και το χρώμα του υγρού, περιποιείται και αλλάζει το τραύμα για πρόληψη μόλυνσεως. Αξιολογεί και αναφέρει σημεία φλεγμονής, αύξηση της θερμοκρασίας σώματος, ρίγος, ταχυσφυγμία κ.α. Χορηγεί δίαιτα άναλης λευκοματίνης. Τηρεί το ισοζύγιο υγρών με μεγάλη ακρίβεια. Παρακολουθεί την ποσότητα των ούρων και αξιολογεί τις παρατηρήσεις των ασθενών για συχνουρία και καύσο κατά την ούρηση. Παρακολουθεί για πόνο, ερυθρότητα, οίδημα, για αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και μεταβολή του τύπου τους και υποψιαζόμαστε αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα που παρατηρείται στον ασκίτη. Λαμβάνονται καλλιέργειες αίματος και ασκίτικου υγρού και στέλνονται στο μικροβιολογικό εργαστήριο, για αναγνώριση του υπεύθυνου μικροοργανισμού. Ανάλογα με το αποτέλεσμα και μετά από ιατρική οδηγία καθορίζεται η θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί. Γίνεται επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς. Τα χέρια πριν και μετά από κάθε νοσηλευτική πράξη πρέπει να πλένονται επαρκώς. Παροτρύνουμε και τον ασθενή να κάνει το ίδιο.

- Ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση στον άρρωστο, συζητά μαζί του την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και του δίδει την ευκαιρία να εξωτερικεύσει την σκέψη του. Αυτό στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ του νοσηλευτή και του αρρώστου. Χρειάζεται επομένως παρατηρητικότητα, ευγένεια, ήθος, επιστημονική κατάρτιση και το κυριότερο αγάπη για τον συνάνθρωπο και ψυχική δύναμη από το νοσηλευτή για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του χρήστη υγείας.

- Επειδή οι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις, ο νοσηλευτής παρακολουθεί στενά τα πιθανά σημεία λοίμωξης, όπως είναι οι περιοχές παρακέντησης και ρήξης της συνεχείας του δέρματος. Γι' αυτό καθαρίζονται και αλλάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Εφαρμόζεται σχολαστική ασηψία κατά τις επεμβατικές τεχνικές (φλεβοκέντηση, παρακέντηση, καθετηριασμός). Τέλος ενθαρρύνεται η ατομική υγιεινή του αρρώστου.
- Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει και τη διδασκαλία του αρρώστου και των οικείων του για πιστή τήρηση των οδηγιών που του δίδονται, τονίζοντας στον ασθενή τη σημασία της συμμόρφωσης στο πρόγραμμα φροντίδας. Εξηγεί την λογική των πιθανών παρενεργειών που μπορεί να εμφανιστούν και την σημασία της ορθής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής. Δίδεται χρόνος στον ασθενή για ερωτήσεις και αποσαφήνιση των αποριών του, ώστε κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο να γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη.

4.2 Εξειδικευμένη νοσηλευτική διεργασία

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το χρήστη υγείας, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του χρήστη υγείας.

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων, που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του χρήστη υγείας και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί.

Είναι μια σειρά από ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του χρήστη υγείας και της οικογένειάς του.²⁹

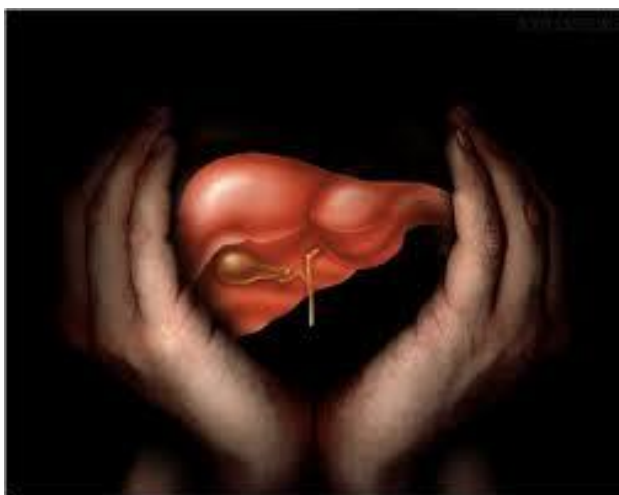
Σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας:

- Η διατήρηση της υγείας του αρρώστου.
- Η πρόληψη της νόσου.
- Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
- Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του χρήστη υγείας.³⁰

Στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας:

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πέντε:

1. *Αξιολόγηση* ατόμου / χρήστη υγείας. Προσδιορισμός των προβλημάτων του και νοσηλευτική διάγνωση.
2. *Αντικειμενικός σκοπός* της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
3. *Προγραμματισμός* νοσηλευτικής φροντίδας.
4. *Εφαρμογή* νοσηλευτικής φροντίδας.
5. *Εκτίμηση αποτελέσματος* της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας



4.2 Εξειδικευμένη νοσηλευτική Παρέμβαση

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^Η

Στις 25/4/2010 εισήχθη στο Π.Π. Νοσοκομείο Ρίου ο κύριος Τ.Κ., ηλικίας **47** ετών, κάτοικος Πάτρας.

Ο ασθενής έχει νοσηλευθεί επανειλημμένα λόγω ασκίτη, κίρρωσης ήπατος, ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Τις τελευταίες ημέρες παρουσίασε ανορεξία, αδυναμία, περιοφθαλμικό οίδημα, διάρροιες, συγγυτική κατάσταση, ασκίτη, ίκτερο.

Έγινε Η.Κ.Γ. Πάρθηκαν τα ζωντανά σημεία. Ο ασθενής βρέθηκε άπυρετος με Α.Π. 130/75 mmHg και αναπνοές φυσιολογικές. Έγιναν στον ασθενή γενικές εξετάσεις και ακτινογραφίες θώρακος.

Εισήχθη με πλήρη αποπροσανατολισμό. Έχει γίνει στο παρελθόν διαγνωστική και εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας.

Έγινε στον ασθενή καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως και γίνεται μέτρηση ούρων ανά 6 ώρες.

Ανά 6 ώρες επίσης γίνεται και έλεγχος της Α.Π.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στον ασθενή είναι : D/W 5%, Aldactone Tb, Stedon Tb, Mefoxil amp, Duphalac sir, Lasix.

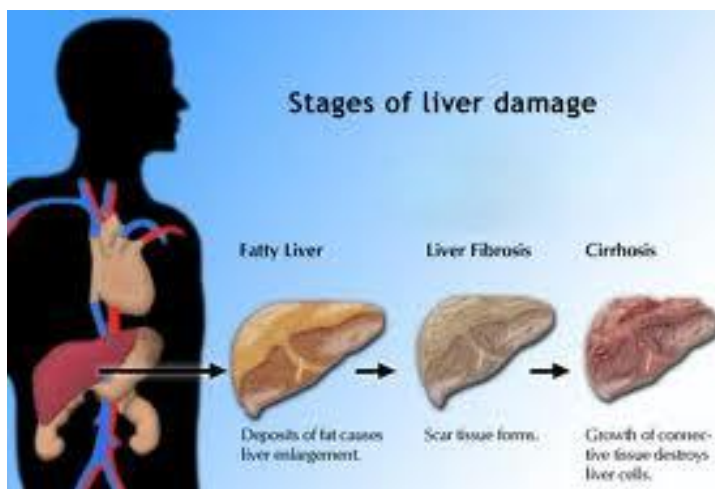
Στις 26/5/2010 ο ασθενής πήρε 2 μονάδες πλάσμα.

Είναι σε δίαιτα ηπατοπαθούς, άναλος, διαβητικού 1.800 θερμίδες.

Ο ασθενής είναι καπνιστής και πότης. Λόγω στέρησης του αλκοόλ είναι διεγερτικός, γι'αυτό χορηγούνται ηρεμιστικά»

Έγινε παρακέντηση κοιλίας, Ο ασθενής συνεχίζει την φαρμακευτική αγωγή και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές οδηγίες»

Ο ασθενής αισθάνεται *πολύ* καλύτερα. Σταματά η χορήγηση ορών και λακτουλόζης. Συνεχίζεται η διουρητική αγωγή και οι βιταμίνες. Με αυτή την αγωγή συν την χορήγηση ηρεμιστικών φεύγει από το νοσοκομείο.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Ανορεξία Αδυναμία Καταβολή δυνάμεων	Μείωση της ανορεξίας Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή.	Να χορηγηθεί δίαιτα στον ασθενή, πλούσια σε πρωτεΐνες. Φροντίζεται η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε γεύμα. Περιορίζονται οι δραστηριότητες του και χορηγούνται συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ.	Ο ασθενής σιτίζεται ικανοποιητικά και ενυδατώνεται. Η τροφή εί- ναι της αρεσκείας του, ωραία σερβιρισμένη. Περιέχει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων, υδα- τανθράκων και πρωτεϊνών. Δίνονται συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ. Περιορίζονται οι δραστηριότητες του αρ- ρώστου.	Μειώθηκε η ανορεξία, ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα και ανέκτησε κάπως τις δυνάμεις του.
2) Ο ασθενής παρουσι- άζει ικτερική χροιά.	Υποχώρηση του ίκτηρου	Να χορηγούνται χυμοί φρούτων στον ασθενή.	Χορηγούνται χυμοί φρούτων.	Μικρή υποχώρηση ίκτηρου.
3) Έντονες διεγέρσεις λόγω στέρησης αλκοόλ.	Ήσυχία και ηρεμία ασθενή.	Να χορηγείται ανά δωρο ηρεμιστικό για την πρόληψη της κρίσεως του ασθενή. Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή πτώσης από το κρεβάτι.	Να χορηγείται ανά δωρο, ηρεμιστικό φάρμακο, ώστε να προλαμβάνεται η έναρξη της κρίσης. Τοποθετήθηκαν προστατευτικά κάγκελα στο κρεβάτι του για την αποφυγή πτώσης του.	Ο ασθενής χαλάρωσε και ηρέμησε. Αποφεύχθηκαν οι κρίσεις στέρησης.
4) Ο ασθενής εξακολουθεί να	Ανακούφιση του ασθε- νή από τα συμπτώματα	Λήψη δείγματος και να σταλεί για εξέταση.	Γίνεται παρακέντηση κοιλίας. Ενημερώνεται ο	Ανακούφιση του ασθενή, μείωση της

παρουσιάζει ασκίτη.	και ανάταξη του ασκίτη.	Τοποθέτηση ασθενή σε ανάρροπη θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του. Έλεγχος στις γάζες του τραύματος για τυχόν εκροή.	ασθενής γι'αυτή την ενέργεια, πως θα γίνει, για ποιο λόγο και τα αποτελέσματα που θα φέρει. Προετοιμάζεται κατάλληλα (ούρησε, πήρε τη σωστή θέση). Κατά την παρακέντηση αφαιρούνται 2 It υγρό. Το δείγμα στάλθηκε για εξέταση. Μετά την παρακέντηση τοποθετείται ο ασθενής σε ανάρροπη θέση. Ελέγχονται οι γάζες.	δυσφορίας.
5) Άγχος, ανησυχία και δυσφορία του ασθενή.	Η εμπύχωση του ασθενή και πίστη στην καλή έκβαση της ασθένειάς του.	Ενημέρωση ασθενή για την αλλαγή της κατάστασης του και για το πως θα επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την κατάλληλη θεραπεία	Εξήγηση με ήρεμο τρόπο για ποιο λόγο παρουσιάζει αυτή την αλλαγή, που οφείλεται, πως θα επανέλθει στο φυσιολογικό μετά από κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Προσπαθούμε με αυτόν τον τρόπο να μειώσει το αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης.	Ο ασθενής καθησυχάζει και αρχίζει να περιμένει υπομονετικά την βελτίωση της κατάστασής του.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^Η

Στις 5/8/2010 εισήχθη στο Π.Π Νοσοκομείο Ρίου ο κύριος Λ.Γ. ηλικίας 53 ετών.

Ο ασθενής έχει νοσηλευθεί επανειλημμένα λόγω ασκίτη, κίρρωσης ήπατος.

Ο ασθενής τις τελευταίες δύο εβδομάδες αναφέρει ανορεξία, καταβολή δυνάμεων και έντονη εφίδρωση. Αυτά τα συμπτώματα παρέμειναν όλο το διάστημα ώσπου μια μέρα πριν την εισαγωγή παρουσίασε πυρετό με ρίγος, δύσπνοια, βήχα, έντονη διέγερση, κοιλιακά άλγη και διάρροια. Είναι χρόνιος αλκοολικός.

Το 2000 χειρουργήθηκε για οξεία παγκρεατίτιδα.

Το 2001 διαγνώσθηκε αλκοολική κίρρωση. Ο ασθενής τον τελευταίο καιρό παραπονείται για παραισθήσεις. Βαρεία η κατάσταση του κατά την εισαγωγή. Παρατηρήθηκε ασκίτης. Έγιναν διάφορες εξετάσεις και βρέθηκε ο ασθενής να έχει HbsAg(+).

Έγινε επίσης έλεγχος σακχάρου και βρέθηκε απορυθμισμένος. Δόθηκε κρυσταλλική ινσουλίνη. Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία. Α.Π. 180/90 mmHg. Θερμοκρασία 38,8. Έγινε Η.Κ.Γ. και ακτινογραφία θώρακος. Ετέθη υποκλείδιος αρτηρία και καθετήρας ουροδόχου κύστεως.

Λόγω δύσπνοιας χορηγήθηκε O₂ με μάσκα Venturi 35% 8 lit

Επί έντονη διέγερση ετέθη ορρός με Meminevrin. Επί πυρετού 38,9 έγινε μια amp Aprotel.

Γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Βρίσκεται σε δίαιτα άναλος, διαβητικών 1800 θερμίδες.

Ο ασθενής έκανε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας όπου συγκεντρώθηκαν οι εξής κλινικές πληροφορίες : Ασκίτης, κίρρωση, σήψη. Για τον ασκίτη έγινε παρακέντηση κοιλίας.

Η δακτυλική εξέταση του ασθενούς ήταν αρνητική για μάζα ή αίμα.

Κατά την ορθοσκόπηση μέχρι τα 20 era ο βλεννογόνος βρέθηκε έντονα υπεραίμικος, οιδηματώδης, επικαλυπτόμενος υπό υδαρών κοπράνων, κιτρινοπράσινου χρώματος. Δεν παρατηρήθηκαν ψυδομεμβράνες.

Ο ασθενής κάπνιζε και έπινε αλκοόλ.

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στον ασθενή :

Rocephin amp., Dalacin amp., Aerolin σε νεφελοποιητή, HeminevrflrsyT^ Voncon amp., N/S 0,9%, D/W 5%.

Ο ασθενής παρουσίασε καλύτερευση την 8η ημέρα της νοσηλείας του.

Ο πυρετός η διάρροια, η εφίδρωση και η δύσπνοια υποχώρησαν και ο ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι.

Τις τελευταίες 4 ημέρες της νοσηλείας του στην κλινική, είναι καλά. Σταματά η χορήγηση ορρών. Δίνεται η κατάλληλη αγωγή για το σπίτι και ο ασθενής φεύγει από την κλινική.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Πυρετός	Πτώση του πυρετού και ανακούφιση του αρρώστου.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Λήψη αίματος για την ανεύρεση του αιτίου που προκάλεσε τον υψηλό πυρετό. Μέτρηση θερμοκρασίας του ασθενή κάθε 3ωρο. Μέτρηση και καταγραφή των ούρων του 24ωρου. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή προς ανακούφισή του.	Του χορηγείται αντιπυρετικό φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Έγινε αιμοληψία για εργαστηριακό έλεγχο προς εντοπισμό της αιτίας του πυρετού. Χορηγούνται άφθονα υγρά. Ελέγχεται ανά τρίωρο η θερμοκρασία του σώματος και σημειώνεται. Μετρούνται και καταγράφονται τα αποβαλλόμενα ούρα του 24ωρου. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για την ανακούφιση του ασθενή.	Ο πυρετός έπεσε στους 37,5° C Ο ασθενής ανακουφίστηκε και ησύχασε. Το πρόβλημα του πυρετού όμως εξακολουθεί να υπάρχει γιατί ο ασθενής ανεβάζει πάλι τη θερμοκρασία σε υψηλά επίπεδα κυρίως τις απογευματινές ώρες
2) Δύσπνοια	Αποκατάσταση, βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας,	Αλλαγή θέσης στον ασθενή, εφαρμογή Ο φάρμακα βρογχοδιασταλτικά από το στόμα.	Τοποθετείται ο ασθενής σε ανάρρωση θέση. Χορήγηση 02 35% 8 lt	Βελτιώθηκε η αναπνοή του. Αισθάνθηκε καλύτερα.
3) Έντονα	Ανακούφιση από τον	Χορήγηση	1) Χορηγήθηκε αντισπασμωδικό	Ο ασθενής ανακου-

κοιλιακά άλγη, διάρροια, ανορεξία, ναυτία.	πόνος, καταστολή της διάρροιας επαρκής θερμιδική πρόσληψη τροφής με καταστολή της ναυτίας.	αντισπασμωδικών με εντολή γιατρού και περιορισμός στις κινήσεις του ασθενή προς αποφυγή τραυματισμού του ήπατος.	φάρμακο κατά την οδηγία γιατρού. Περιορίστηκαν οι κινήσεις του ασθενή για την προφύλαξη του ήπατος. 2) Ο ασθενής τρέφεται με γάλα, σούπα και λιωμένη τροφή. 3) Γίνονται καθαρκτικοί υποκλισμοί για την προστασία της εντερικής χλωρίδας Συστηματική χορήγηση υπακτικών καθαρκτικών για τη δημιουργία όξινου pH στο παχύ έντερο που διευκολύνει τη δέσμευση της αμμωνίας.	φίσηκε. Σταμάτησε η διάρροια που οφείλεται στην κακή απορρόφηση των λιπών. Ο ασθενής παίρνει τα απαραίτητα χωρίς να προξενείτε ναυτία.
4) Άγχος και φόβοι ασθενούς για την κατάσταση του.	Η καθησύχηση του ασθενή, η εξάλειψη των ανησυχιών του και η εμπιστοσύνη στην υγειονομική ομάδα του νοσοκομείου.	Να έλθουμε σ'επαφή με τον ασθενή έτσι ώστε να μας εξωτερικεύσει τους φόβους του και να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του.	Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την κατάστασή του, παρακίνηση να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Εξήγηση με απλά λόγια της νοσηλείας που θα του παρέχουν. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο γινόταν νοσηλεία, ώστε να εμπιστευθεί τους γιατρούς και τους νοσηλευτές.	Ο ασθενής ηρέμησε, παρακολουθεί τη νοσηλεία που του παρέχεται, εμπιστεύεται τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.
5) Ασκίτης	Ανακούφιση του	Εκκενωτική παρακέν-	Βοηθάμε τον ασθενή κατά την	Έγινε παρακέντηση.

	ασθενή.	τηση. Αφαίρεση υγρού	<p>παρακέντηση. Φροντίζεται να ουρήσει πριν από αυτήν. Τοποθετείται ο ασθενής σε κατάλληλη αναπαυτική θέση και τον στηρίζουμε με μαξιλάρια. Παρακολουθείται κατά την παρακέντηση. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Σημειώνεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας του υγρού της παρακέντησης. Ελέγχονται οι γάζες να μην διαφύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα. Χορηγούνται διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού. Περιορίζονται το ClNa. Σημειώνονται τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Φροντίζεται το δέρμα. Τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρροπη θέση για να βοηθήσουμε την αναπνοή του. Χορηγείται χυμός πορτοκαλιού. Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα πιθανού κώματος</p>	Αφαιρέθηκε υγρό, Ο ασθενής ανακουφίστηκε.
--	---------	----------------------	---	---

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να θίξει ένα μεγάλο πρόβλημα της Νοσηλευτικής, την περίθαλψη των κίρρωτικών ασθενών.

Βέβαια σωστότερο δεν θα ήταν η επιδίωξη της πλέον καλύτερης θεραπείας, αλλά η εφαρμογή όσο δυνατόν περισσότερων και καλύτερων προληπτικών μεθόδων. Αυτό βέβαια συνίσταται στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις προφυλάξεις που πρέπει να πάρει για την αποφυγή της νόσου, καθώς και για τους κίνδυνους που κρύβει η υπερβολική χρήση του οινοπνεύματος.

Το θέμα της πρόληψης για νόσους όπως η κίρρωση του ήπατος απαιτεί έναν προγραμματισμό ο οποίος θα εφαρμόζεται από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες και στα πλαίσια των μέσων μαζικής ενημέρωσης .

Βιβλιογραφία

- 1) Λουκάς Μ. – Λάζος Γ. Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Εκδόσεις University Studio Press
- 2) Rutz R. – Pabs P. Άτλας Ανατομική του Ανθρώπου
- 3) Keitz L. Moore Κλινική Ανατομία Ι. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης (1992)
- 4) Ζήσης Θ. Σημειώσεις Ανατομίας Ι. Πάτρα (1999)
- 5) Jacob S. Ανατομία του Ανθρώπου. Μετάφραση – Επιμέλεια Κοντής Χ. Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα (2003)
- 6) Γαρδίκια Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία 4^η Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου 1984
- 7) Ρούπα Ζ. – Τσίκος Ν. – Χατζηπέτρου Μ. Νοσηλευτική. Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων Αθήνα (2000)
- 8) Kumar V. – Cotran R. Robbins S. Βασική Παθολογοανατομία. Αθήνα (2000)
- 9) Stein J. H. Παθολογία Τόμος Ι. Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα (1997)
- 10) Νικολοπούλου Β., Λαμπροπούλου – Καρατζά Χ. Παθολογία ΙΙ, Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος, Τεύχος 3^ο Πανεπιστήμιο Πατρών (2005)
- 11) Παπαθεοδωρίδης Γ. Κίρρωση ήπατος : Αιτιολογία – Φυσική Ιστορία. 6^ο Πανελλήνιο ηπατολογικό συνέδριο. Θεσσαλονίκη (1999)
- 12) Τηνιακού Ντ. Παθολογική Ανατομική ΙΙΙ Εκτυπωτικό Κέντρο Πανεπιστήμιο Πατρών (1998)
- 13) Goldman L., Bennett C. Νοσολογία, Γενική Επιμέλεια : Ρολυσσος Χ. Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα
- 14) Wilson, Kasper, Longo. Εσωτερική Παθολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου
- 15) Ράπτης Σ. Παθολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα (2002)

- 16) Μπαρούτση Κ. Στοιχεία Νοσολογίας. Εκδόσεις Πατάκη Αθήνα (2004)
- 17) Δίκη Ε., Κισσούλη Α., Λυκοστράτη Κ. Νοσολογία. Εκδόσεις Σαββάλα (2002)
- 18) www.medlook.net (20/8/2010)
- 19) www.scumdoctor.com (21/8/2010)
- 20) Ζιάκας Γ. Εισαγωγή στην Παθολογία. University Studio Press. Θεσσαλονίκη (2001)
- 21) www.mednet.gr
- 22) Χατζηγιάννης Σ. Ηπατίτιδα C. Αθήνα (1998)
- 23) Μπενάκης Πιρ. Εισαγωγή στην ακτινοδιαγνωστική απεικόνιση, Νηρέας Ε.Π.Ε. Αθήνα (1997)
- 24) Πλέσσας Σ. Διαιτητική του Ανθρώπου. Τρίτη Έκδοση. Εκδόσεις Φάρμακον – Τύπος Αθήνα (1998)
- 25) Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2^{ος} Τόμος Εκδόσεις Βήτα
- 26) Μαλγαρινού μ., Κωνσταντινίδου Σ. Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική
- 27) Ulrich, Canale, Wendell Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
- 28) Μιχαλοπούλου Α. – Μ., Μιχαλοπούλου Ε. Ο ρόλος των Νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας του σώματος του ασθενούς. Τριμηνιαίο περιοδικό του ΕΣΝΕ Τόμος 41 Τεύχος 3 Ιούλιος – Σεπτέμβριος (2002)
- 29) Σημειώσεις από Θεωρία Βασική Νοσηλευτική Ι ΑΤΕΙ Πατρών (2004)
- 30) Σαββοπούλου Γ. Βασική Νοσηλευτική Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση Αθήνα (2003)