



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ  
ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ**

**Σπουδαστές**

**Βλάχος Αντώνης**

**Τρύπας Γιώργος**

**Εισηγητής**

**Δρ. Μπατσολάκη Μ.**

**Πάτρα, Μάρτιος 2011**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η χρήση ουσιών στις μέρες μας έχει γίνει σύνηθες φαινόμενο. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι λόγω ψυχολογικών και οικονομικών προβλημάτων ψάχνουν να βρουν διέξοδο σε παραισθησιογόνες ουσίες. Στην εργασία αυτή θα μελετήσουμε τη δράση του αλκοόλ και τα προβλήματα που προκύπτουν από την κατάχρησή του.

Το αλκοόλ σε μικρές ποσότητες δεν προκαλεί προβλήματα στον οργανισμό αντίθετα σε μεγάλες ποσότητες και σε συνεχή χρήση γίνεται καταστροφικό και προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα είναι η κίρρωση του ήπατος με την οποία θα ασχοληθούμε και θα εξετάσουμε, καθώς και η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον αλκοολικό ασθενή.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   |    |
|---|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....  | 1  |
| ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ .....  | 1  |
| 1.1. Εισαγωγή .....   | 1  |
| 1.2. Ιστορική ανάδρομη .....  | 2  |
| 1.3. Χημική Σύσταση –Ιδιότητες.....   | 4  |
| 1.4. Αιθυλική αλκοόλη και οινοπνευματώδη ποτά .....                         | 6  |
| – Απορρόφηση και μεταβολισμός της αιθυλικής αλκοόλης .....                  | 7  |
| – Επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στον οργανισμό .....                      | 7  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....  | 9  |
| ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.....                       | 9  |
| 2.1. Ορισμός Αλκοολισμού .....  | 9  |
| 2.2. Αίτια .....  | 10 |
| – Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες .....                                 | 11 |
| – Ψυχολογικοί παράγοντες.....   | 12 |
| – Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κοινωνικό-πολιτισμικοί και οικονομικοί) ..... | 13 |
| 2.3. Ανοχή, Εθισμός, Εξάρτηση .....   | 14 |
| 2.4. Οξεία αλκοολική δηλητηρίαση (μέθη).....                                | 16 |
| – Κοινή μέθη (αλκοολική τοξίκωση κατά DSM –III).....                        | 17 |
| – Παθολογική μέθη.....  | 17 |
| 2.5. Χρόνια αλκοολική συμπεριφορά.....                                      | 18 |
| 2.6. Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην ποιότητα ζωής του ατόμου .....         | 20 |
| 2.7. Οι κυριότερες κλινικές μορφές αλκοολισμού .....                        | 22 |
| 2.8. Καρδιαγγειακό Σύστημα. ....  | 24 |
| 2.9. Νευρικό Σύστημα .....  | 26 |
| 2.10. Άλλα συστήματα. ....  | 27 |
| 2.11. Οστεοπενία σε αλκοολικούς.....  | 28 |
| 2.12. Αλκοόλ και κρανιοεγκεφαλική κάκωση.....                               | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° .....   | 36 |
| ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.....   | 36 |
| 3.1. Ανατομία ήπατος .....  | 36 |
| 3.2. Λειτουργίες ήπατος .....   | 36 |
| 3.3.1. Ορισμός κίρρωσης.....  | 38 |

|   |    |
|---|----|
| 3.3.2. Αίτια κίρρωσης.....                        | 38 |
| 3.3.3. Μορφές κίρρωσης.....                       | 39 |
| 3.3.4. Κλινικά χαρακτηριστικά κίρρωσης .....      | 44 |
| 3.3.5. Διάγνωση .....                             | 45 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο .....                                 | 48 |
| ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....             | 48 |
| 4.1. Επιπλοκές κίρρωσης.....                      | 48 |
| – Πυλαία υπέρταση .....                           | 48 |
| – Ασκίτης.....                                    | 48 |
| – Αιμορραγία κιστών οισοφάγου .....               | 49 |
| – Ηπατική εγκεφαλοπάθεια .....                    | 50 |
| – Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα .....                  | 52 |
| 4.2. Θεραπεία κίρρωσης ήπατος.....                | 52 |
| – Διαιτητική παρέμβαση.....                       | 54 |
| – Μεταμόσχευση ήπατος.....                        | 54 |
| – Στάδια μεταμόσχευσης .....                      | 55 |
| – Επιπλοκές μεταμόσχευσης .....                   | 56 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο .....                                 | 57 |
| 5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πρόληψη .....    | 57 |
| – Νοσηλευτική παρέμβαση .....                     | 57 |
| – Νοσηλευτική φροντίδα μεταμόσχευσης ήπατος ..... | 63 |
| – Πρόληψη.....                                    | 65 |
| 5.2 Νοσηλευτική διεργασία.....                    | 65 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....                                    | 80 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....                                | 81 |



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

#### 1.1. Εισαγωγή



Είναι γνωστή σε όλους και διαχρονική η ρήση της Παλαιάς διαθήκης «οίνος ευφραίνει καρδίαν ανθρώπων». Πράγματι το αλκοόλ υπήρξε και συνεχίζει να είναι σύντροφος του ανθρώπου και στις διάφορες μορφές αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα για ένα καλό φαγητό, για ένα καλό γλέντι, για μια φιλική κουβέντα αλλά και για κάποιες στιγμές προσωπικής χαλάρωσης, ακόμα αποτελεί μια από τις μεγάλες βιομηχανίες που προσφέρει δουλειά σε εκατομμύρια ανθρώπους.

Όμως από την απλή χρήση αλκοόλ μέχρι την κατάχρηση και την εξάρτηση υπάρχει μια διαχωριστική γραμμή τα όρια της οποίας δεν είναι σαφή. Οι προγονοί μας έλεγαν «Μέτρον άριστον». Διότι ενώ η χρήση προάγει την κοινωνικότητα η κατάχρηση του το καθιστά μέσο αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Η παραβίαση λοιπόν του «μέτρου» φαίνεται να συνιστά την παθολογική χρήση η οποία ακολουθεί μια εξελικτική πορεία και περιγράφεται στην αρχή ως κατάχρηση με σημαντικότερη διαταραχή την εξάρτηση, η οποία αποτελεί ένα σύμπλοκο ψυχοβιολογικό φαινόμενο.

Το άτομο αρχίζει από μια πρώτη επαφή με το αλκοόλ με σκοπό την ευθυμία και την φυγή από το άγχος και της καθημερινότητας. Στην συνέχεια «πειραματίζεται» στην αντοχή του με αυτό, στη φάση αυτή ανακαλύπτει με κάποιο δέος ότι πάσχει από «κενά μνήμης» καθώς ξεχνά τις δραστηριότητες του σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας αλκοόλ. Κατόπιν -αν δεν διακόψει- περνά σε ένα τρίτο στάδιο όπου το άτομο ανακαλύπτει την ακατανίκητη ανάγκη του για αλκοόλ και αρχίζει το δράμα του πασχίζοντας κατά καιρούς να περιορίσει αισθητά την κατανάλωση σε επίπεδα σχετικής κοινωνικής αποδοχής. Κάποιοι θα περάσουν στο επόμενο στάδιο. Είναι αυτοί που δεν επέστρεψαν στα προηγούμενα ή δεν σταθεροποιήθηκαν στο τρίτο. Στη φάση αυτή το άτομο ζει ουσιαστικά πια για το επόμενο ποτό εγκαταλείποντας κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες, παραμελώντας ταυτόχρονα τον εαυτό του και την οικογένεια του.

Παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση του αλκοολισμού μπορεί να είναι κατά περίπτωση βιολογικοί-γενετικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί (κοινωνικοί - πολιτισμικοί - οικονομικοί) καθώς επίσης υπαρξιακοί, οι οποίοι δυνητικά μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην κατάχρηση με συνέπεια την εμφάνιση ποικίλων και σοβαρότατων σωματικών και ψυχικών επιπλοκών. Τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών επηρεάζουν αρνητικά την λειτουργικότητα του ατόμου και την ποιότητα της ζωής του<sup>17</sup>.

## **1.2. Ιστορική ανάδρομη**

Στα βάθη της ιστορίας χάνονται τα πρώτα ίχνη χρήσης αλκοολούχων ποτών. Συγκεκριμένες οι αναφορές στα Ομηρικά Έπη. Σύμβολο χαράς, εορταστικό, απαραίτητο συμπλήρωμα κάθε σημαντικού γεύματος και μάλιστα από τότε διαχωρισμένο σε υψηλές και μέτριες ποιότητες με έναν δικό του θεό τον Διόνυσο και αμέτρητους, θεραπευτές. Ακόμα και στα πνευματικά συμπόσια της Αρχαίας Αθήνας η μέτρια κατανάλωση οίνων θεωρείτο ότι βοηθούσε στην ανταλλαγή σκέψεων και απόψεων. Επικίνδυνο παιχνίδι όμως για τον άμαθο, αυτόν που δεν μπορούσε να

κρατήσει το «μέτρον», χλευασμός ήδη στα αρχαία κείμενα για τον μέθυσσο, γι' αυτόν που το οινόπνευμα του πήρε την κρίση τον ζάλισε και τον τύφλωσε, όπως φρόντισε να κάνει και ο πολυμήχανος Οδυσσεάς στον κύκλωπα Πολύφημο.

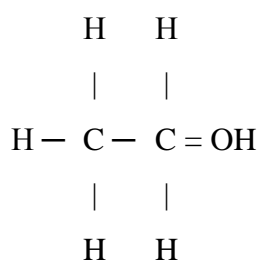
Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως την παρασκευή του κρασιού διδάχθηκαν από τον Διόνυσο. Συγκεκριμένα όταν μεγάλωσε ο Διόνυσος ανακάλυψε το αμπέλι και το κρασί και περιπλανήθηκε στον κόσμο διδάσκοντας στους ανθρώπους την καλλιέργεια του αμπελιού. Από το 6000 π.Χ. παράγονται μύρες και κρασιά από τη ζυμωτική δράση των μυκήτων της μαγιάς πάνω σε ορισμένα σάκχαρα. Όμως, μόνο το 800 μ.Χ. παρήγαν για πρώτη φορά την αιθυλική αλκοόλη, το δραστικό συστατικό των οινόπνευματων, σε πιο συμπυκνωμένη μορφή. Εικάζεται ότι κάποιος Άραβας, που ήταν γνωστός με το όνομα Τζαχρ Ιμπν Χαιναν, ανακάλυψε τη διαδικασία της απόσταξης και ήταν ο πρώτος που έφτιαξε ένα πιο δυνατό ποτό που είχε παρόμοια δράση με του κονιάκ ή της βότκας. Ήδη ο Πλάτων συστήνει στην επιστολή του προς τους νέους πλήρη αποχή από την χρήση οίνου μέχρι 18 ετών, μέχρι τα 25 μόνο με τη σύγχρονη παρουσία κάποιου αλλού μεγαλύτερου σε ηλικία ενήλικα, ενώ την συμμετοχή στα Ελευσίνια Μυστήρια τον συμβουλεύει μόνο εάν κάποιος έχει κλείσει τα 30 χρόνια της ζωής του. Από τότε όμως πέρασαν χιλιάδες χρόνια. Αυτά όμως που ίσχυαν τότε φαίνεται να ισχύουν και σήμερα. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο κάνουν συχνή χρήση οινόπνευματων ποτών, το γιορτάζουν, χαίρονται, διασκεδάζουν, κλείνουν δουλείες και καταπίνουν ίσως και κανά φαρμάκι με κανένα ποτηράκι. Εκατομμύρια είναι όμως και αυτοί που έχασαν τον έλεγχο, που τους «πήρε από κάτω», τους διέλυσε την οικογένεια, τους σταμάτησε από δουλεία, τους κατέστρεψε την ψυχή και το σώμα τους οδήγησε νωρίς στο θάνατο. «Νερό της φωτιάς» το ονόμασαν οι Ινδιάνοι (άμαθοι μέχρι την αποικιοποίηση της Αμερικής στο οινόπνευμα), γιατί πράγματι κάηκαν με αυτό.

Σήμερα, η από πολλών ετών βιομηχανοποίηση και εμπορευματοποίηση των οινόπνευματων ποτών κατήργησε σταδιακά τις παραδοσιακές σχέσεις με αυτό και οπωσδήποτε ζούμε σε μια κατάσταση, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο αρκετά διαφορετική από τι πριν 25-30 χρόνια. Τα αμερικανό-ευρωπαϊκά ήθη και έθιμα εισήλθαν τις τελευταίες μια-δυο δεκαετίες και στον ελληνικό χώρο αλλάζοντας σταδιακά τον αλκοολικό χάρτη της πατρίδας μας. Εδώ βέβαια θα πρέπει να κάνουμε μια παρένθεση και να πούμε ότι ο αλκοολισμός (λόγω ίσως έλλειψης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών) ήταν και είναι το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα των πρώην

ανατολικών κρατών, στην ελληνική όμως κοινωνία καθοριστικό ρόλο έπαιξαν οι εκ δυτικών εισαγόμενες συνήθειες. Τελικά όλοι πίνουν ή σχεδόν όλοι<sup>1</sup>.

### 1.3. Χημική Σύσταση –Ιδιότητες του αλκοόλ.

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική «al Kohl». Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει τον χημικό τύπο C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH.



Όπως δείχνει και το παραπάνω διάγραμμα, ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Άλλα είδη αλκοόλης μπορούν να παραχθούν προσθέτοντας ή αφαιρώντας άτομα άνθρακα και υδρογόνου. Η αιθυλική αλκοόλη όμως, είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση.

Η κοινή αλκοόλη ή αιθυλική αλκοόλη ή οινόπνευμα προέρχεται από την ζύμωση σακχαρούχων ποτών με την επίδραση του ζυμώματος της ζύμης του ζύθου. Κατά τη ζύμωση αυτή το σάκχαρο διασπάται σε 2 άτομα οινόπνευματος και 2 άτομα ανθρακικού οξέος. Από την απόσταξη της ουσίας η οποία υπέστη τη ζύμωση λαμβάνεται η αλκοόλη αραιωμένη σε πολύ νερό, με αλλεπάλληλες αποστάξεις λαμβάνεται καθαρή (χωρίς νερό). Τελείως άνυδρη αλκοόλη δεν είναι δυνατόν να ληφθεί μόνο με αποστάξεις, γι' αυτό δε χρησιμοποιούνται και ουσίες που απορροφούν το νερό (κάλιο, ασβέστιο). Επιπλέον κατά τη ζύμωση των σακχαρούχων παράγονται κι άλλες ουσίες, όπως γλυκερίνη και ηλεκτρικό οξύ. Αλκοόλη κατά τον παραπάνω τρόπο εξάγεται και από το κρασί, απ' όπου και το όνομα αυτής «οινόπνευμα» (Esprit de vin).

Όσον λιγότερο νερό περιέχει το οινόπνευμα τόσο ελαφρύτερο ειδικά είναι και τόσο ταχύτερα ζέει (βράζει). Ανάλογα με την περιεκτικότητα σε νερό η αλκοόλη διακρίνεται σε :

- . Απόλυτη αλκοόλη (Alcohol absolutus) που περιέχει 1% ως 5% νερό.



- Αλκοόλη τελείως καθαρή (Spiritus) που περιέχει 9% ως 10% νερό (αλκοόλη 90 ή 91 βαθμών).
- Αλκοόλη καθαρή (Spiritus Dilutus) που περιέχει 31% ως 35% νερό (αλκοόλη 65 ως 69 βαθμών).

Έρχονται κατόπιν τα οينوπνευματώδη ποτά τα οποία έχουν την εξής σειρά ανάλογα με την περιεκτικότητα αυτών σε αλκοόλη:

| Είδος                                  | Παραδείγματα συγκεκριμένων ποτών | Περιεκτικότητα σε αλκοόλ % U/U | Μέθοδος παραγωγής   |
|--|----------------------------------|--------------------------------|---|
| <b><u>Μύρες</u></b>                    | Ξανθές                           | 3-6                            | Ζύθος πριν τη βράση ζυμωμένος με μαγιά και χούμελη για άρωμα.                                   |
|  | Μαύρες                           | 4-6                            |   |
| <b><u>Επιτραπέζια κρασιά</u></b>       | Κόκκινα, άσπρα και ροζέ          | 8-14                           | Ζύμωση πατημένων σταφυλιών ή χυμού σταφυλιού.   |
|  | Σαμπανιζέ: σαμπάνια              | 12                             | Δεύτερη ζύμωση με κατακράτηση του διοξειδίου του άνθρακα.                                       |
| <b><u>Γλυκά κρασιά και κοκτέιλ</u></b> | Τσέρι, Πορτό, Μαδέρα, Βερμούτ    | 15-20                          | Κοινά κρασιά με προσθήκη κονιάκ ή οينوπνεύματος υψηλής πυκνότητας και απόσταγμα φυτών για άρωμα |
| <b><u>Αποσταγμένα κρασιά</u></b>       | Ουίσκι                           | 40                             | Άμεση απόσταξη του σταφυλόζουμου μετά τη ζύμωση   |
|  | Κονιάκ                           | 37-40                          | Διπλή απόσταξη από τη ζύμωση πολτοποιημένου κριθαριού ή καλαμποκιού                             |
|  | Ρούμι                            | 40                             | Απόσταξη από ζύμωση μολλασών  |
|  | Τζίν                             | 37-40                          | Άγευστα αποστάγματα εμπλουτισμένα σε δεύτερη απόσταξη με μούρα κ. λ. π.                         |
|  | Βότκα                            | 37, 5                          | Απόσταξη σιταριού   |
| <b><u>Λικέρ</u></b>                    | Βενεδικτίνη Σαρτρέζ, Κιρς        | 20-55                          | Ουδέτερα οينوπνεύματα με προσθήκη αρωματικών ουσιών   |

Η αιθυλική αλκοόλη συνοδεύεται συνήθως και από μικρές ποσότητες διάφορων άλλων αλκοολών όπως μεθυλικής, αμυλικής, βουτυρικής, προπυλικής.

Η απόλυτη αλκοόλη έχει βάρος 100° στο ακοόμετρο σε θερμοκρασία +15° και ζέει σε 78°. Είναι υγρή, άχρωμη, ευκίνητη, με ευχάριστη οσμή και γεύση καυτική. Στη φαρμακευτική χρησιμοποιείται αλκοόλη 95° (που περιέχει 6.19 νερό)<sup>2</sup>.

#### **1.4. Αιθυλική αλκοόλη και οινοπνευματώδη ποτά**

Το βασικό συστατικό όλων των οινοπνευματωδών ποτών είναι η αιθυλική αλκοόλη που αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί παραδεκτή κοινωνική συνήθεια που η έναρξη της συμπίπτει με την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου. Τα πρωτόγονα όμως οινοπνευματώδη παρασκευάσματα είχαν χαμηλή περιεκτικότητα σε αιθυλική αλκοόλη (οινόπνευμα) και με πολύ καλή θέληση θα συγκρίνονταν με το σημερινό κρασί και την μύρα. Η μεγάλη «πρόοδος» έγινε από τους Αλχημιστές που με την απόσταξη παρασκεύασαν συμπυκνωμένα διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης. Στους προγονούς αυτούς των σημερινών οινοπνευματωδών ποτών αποδόθηκαν σημαντικές ιδιότητες που απευθύνονταν σε πολύ ευαίσθητες περιοχές της ανθρώπινης ματαιοδοξίας. Έτσι το ούισκι που σημαίνει νερό της ζωής υποστηρίχθηκε πως προκαλεί «μακροζωία, όξυνση του νου και διέγερση της σεξουαλικής δραστηριότητας». Οι ιδιότητες αυτές εγγυήθηκαν την αυξανόμενη ζήτηση και προσοδοφόρα εμπορία. Έκτοτε η παρασκευή οινοπνευματωδών ποτών εξελίχθηκε σε ιδιαίτερη επιστήμη με ανεξέλεγκτη παραγωγή και κατανάλωση.

Με βάση τις τρέχουσες διατάξεις στον τόπο μας, οινοπνευματώδη ποτά ορίζονται «αυτά που περιέχουν σαν βασικό συστατικό την αιθυλική αλκοόλη «ποτοποιίας» με εξαίρεση το κρασί και τη μύρα». Η περιεκτικότητα αιθυλικής αλκοόλης (βαθμός) ποικίλει στα διάφορα ποτά, ενώ οι προσμίξεις και οι χρωστικές δίνουν τους ιδιαίτερους ποιοτικούς χαρακτήρες. Η περιεκτικότητα οινοπνεύματος στα πιο συνηθισμένα ποτά του τόπου μας είναι: μύρα = 3, 6 gr%, ηδύποτα διάφορα = 20 gr%, κρασί = 9-13 gr%, τσίπουρο = 30 gr%, ούισκι, τζιν = 40 gr%. Η χρήση αυτών των προϊόντων προσφέρει 7 θερμίδες για κάθε γραμμάριο αιθυλικής αλκοόλης και

προκαλεί «διαταραχές» ως αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσεως του οίνοπνεύματος.

#### **– Απορρόφηση και μεταβολισμός της αιθυλικής αλκοόλης**

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ' όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος (ταχύτερη απορρόφηση στο λεπτό έντερο). Η ταχύτητα της απορροφήσεως εξαρτάται από την περιεκτικότητα οίνοπνεύματος στο οίνοπνευματώδες ποτό, από το περιεχόμενο του στομάχου και από την ταχύτητα διαβάσεως στο έντερο. Μετά την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και τα βιολογικά υγρά. Έτσι ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εμπνεόμενο αέρα, στα ούρα, και σε περίπτωση εγκυμοσύνης στη κυκλοφορία του εμβρύου. Η ταχύτητα με την οποία η αλκοόλη περνάει από το αίμα στους ιστούς εξαρτάται από την αιματώδη των οργάνων.

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι. Η μέγιστη όμως μεταβολική ικανότητα δεν ξεπερνάει τα 200 ως 240 gr το 24ωρο, γεγονός που σημαίνει πως σε μεγαλύτερες παροχές αυξάνει συνεχώς η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα και στους ιστούς. Υπογραμμίζεται επίσης πως η παρουσία αλκοόλης «θέτει» απόλυτη προτεραιότητα στο μεταβολισμό της σε βάρος όλων των άλλων μεταβολικών λειτουργιών του ήπατος, γεγονός που συνεπάγεται διαταραχές της θρέψεως.<sup>19</sup>

#### **– Επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στον οργανισμό**

Η αιθυλική αλκοόλη ανάλογα με την πυκνότητα της στο αίμα εξασκεί φαρμακολογική δράση και επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων και οργάνων. Αν και η κύρια δράση της αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) προκαλεί επίσης ταχυκαρδία, πτώση της πίεσεως, πολυουρία, γαστρίτιδα, και δυσαπορρόφηση πολλών σημαντικών θρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, ασβέστιο, ψευδάργυρος, μαγνήσιο κ.α.) που είναι σημαντικά για πολλές λειτουργίες διάφορων οργάνων.

Η δράση της αιθυλικής αλκοόλης στο ΚΝΣ εξαρτάται απόλυτα από το επίπεδο της στο αίμα (βαθμός δηλητηριάσεως). Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα ξεπεράσει τα 40 mg%. Σε μια πρώτη φάση εξασθενεί η μνήμη και η προσοχή, ο λόγος γίνεται φλύαρος (σπάνια και έξυπνος), ενώ η αυτοπεποίθηση

περισσεύει. Προοδευτικά παρατηρούνται διαταραχές στο συναίσθημα που «αιωρείται» και δεν είναι σπάνιες οι συναισθηματικές εκρήξεις. Η εκτέλεση λεπτών χειρισμών και η αντίδραση σε ερεθίσματα παραβλάπτονται σοβαρά. Σε μεγαλύτερες αυξήσεις της συγκεντρώσεως η συνείδηση προοδευτικά «θολούται» και τελικά επέρχεται κώμα (απώλεια συνειδήσεως). Ο θάνατος είναι σπάνιος σε οξεία δηλητηρίαση, αλλά μπορεί να συμβεί από παράλυση του κέντρου της αναπνοής, όταν η πυκνότητα στο αίμα υπερβεί τα 450-500 mg%. Το «ευφορικό αποτέλεσμα της ελαφριάς δηλητηριάσεως δίνει την εντύπωση πως η δράση της αλκοόλης στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ερεθιστική<sup>3</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

#### 2.1. Ορισμός Αλκοολισμού



Δεν υπάρχει ακριβής ορισμός του αλκοολισμού. Αποτελεί μια περιληπτική έννοια για τις διάφορες οξείες και χρόνιες καταστάσεις δηλητηρίασης απ' το αλκοόλ, όπως παθολογική μέθη, αλκοολομανία, χρόνιο αλκοολισμό, delirium tremens, αλκοολικές ψευδαισθήσεις.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, σαν αλκοολισμός χαρακτηρίζονται «καταστάσεις κατά τις οποίες γίνεται υπερβολική χρήση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα και προς ζημία της σωματικής υγείας ή και της κοινωνικής θέσης του καταναλωτή»

Αυτό που έχει σημασία είναι ότι ο αλκοολισμός διαφεύγει συχνά την διάγνωση του γιατρού. Κι αυτό γιατί ο αλκοολικός αρνείται τις περισσότερες φορές ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ και μόνο συγγενείς, φίλοι και άνθρωποι από την εργασία του μπορούν να δώσουν ακριβείς πληροφορίες.

Επίσης ο αλκοολικός συχνά εκλογικεύει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δυσκολίες σαν αιτίες κι όχι σαν αποτέλεσμα του ότι πίνει.

Ο αλκοολικός δεν έρχεται εύκολα για θεραπεία. Τις πιο πολλές φορές θα πρέπει να εξαναγκασθεί από τους στενούς συγγενείς ή τους φίλους ή τους προϊστάμενους

του ή κυριολεκτικά να εκβιαστεί ότι θα χάσει την γυναίκα του, τα παιδιά του ή τη δουλειά του, αν δεν δεχθεί θεραπεία<sup>4</sup>.

## 2.2. Αίτια

Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Απ' αυτούς σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί, οι οποίοι κυρίως ευθύνονται για οικογενή εμφάνιση του αλκοολισμού. Θεωρίες για την γενετική θεωρία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομουμένη ευαλωτότητα στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβείται με αυξημένη δραστηριότητα των ενδορφινών, με αυξημένη χαλάρωση των ευαίσθητων ατόμων από το αλκοόλ ή προδιάθεση για ανάπτυξη μεγάλης ανοχής κ.α.

Η οικογενής φύση του αλκοολισμού, βέβαια, στοιχειοθετείται από μελέτες που βρήκαν ότι ο κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ είναι τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε στενούς συγγενείς αλκοολικών, καθώς και σε υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών και επίσης ότι είναι μεγαλύτερος σε μονοζυγώτες από ότι σε δυζυγώτες δίδυμους.

Οπωσδήποτε, όμως, οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν μόνο ένα μέρος του κίνδυνου ανάπτυξης αλκοολισμού, καθώς ένα άλλο μέρος προέρχεται από περιβαλλοντικούς ή διαπροσωπικούς δηλαδή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σαν τέτοιους αναφέρουμε την επικρατούσα πολιτισμική στάση απέναντι στο αλκοόλ, τις προσδοκίες για τα αποτελέσματα του αλκοόλ πάνω στην διάθεση και την συμπεριφορά, το στρες, την ταυτοποίηση των παιδιών με τις συνήθειες χρήσης αλκοόλ με των γονιών τους, την ψυχοδυναμική ενοχοποίηση υπερπροστατευτικών μητέρων (που προάγουν την καθήλωση στο στοματικό στάδιο, η οποία πιθανολογείται ότι οδηγεί σε αλκοολισμό) κ.α.

Θα πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός αλκοολικών έχει ταυτόχρονα και άλλες ψυχικές διαταραχές, που μπορεί να συμβάλουν και αυτές στην παθολογική χρήση του αλκοόλ, όπως διαταραχές της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη), αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού), σχιζοφρένεια. Ακόμα, συχνά βρίσκουμε σε αλκοολικούς διαταραχή της διαγωγής (στην εφηβεία), αντικοινωνική διαγωγή ή αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας.

## – Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες

Από τα μέσα περίπου του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η περί «εκφυλισμού» θεωρία -εκφυλισμός ως προς ένα ιδεατό τύπο ανθρώπου ή σε σχέση προς τους γεννήτορες – συνδύαζε τις τότε επικρατούσες για την κληρονομικότητα ιδέες με τις τότε γενικότερες κοινωνικό-πολιτισμικές αντιλήψεις, για να εξηγηθεί η ψυχική αρρώστια. Καίρια θέση εντός του ερμηνευτικού αυτού σχήματος κατείχε ο αλκοολισμός: ο κοινωνικός εκφυλισμός δημιουργεί πότες και αυτοί με την σειρά τους τίκτουν και γεννούν βιολογικά και κοινωνικά εκφυλισμένους, διαιώνοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Οι ιδέες αυτές παρέμειναν επί πολλές δεκαετίες κυρίαρχες και άρχισαν να κλονίζονται κυρίως από το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα και μετά.

Κατά το τελευταίο τέταρτο του αιώνα μας ο πυρήνας του προβληματισμού αυτού ο βιολογικός και γενετικός καθορισμός δεν έχει εγκαταλειφθεί. Αν και σε διαφορετικό τώρα επίπεδο, εικάζεται και συζητείται ευρέως η πιθανότητα του γενετικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού. Η πρόσφορα στατιστικών δεδομένων που συνηγορούν υπέρ ενός οικογενειακού χαρακτήρα του όλου φαινομένου, είναι μεν άφθονη, αλλά η επισήμανση πολλαπλών και σύνθετων μεθοδολογικών προβλημάτων στις σχετικές έρευνες-κυρίως δίδυμων και υιοθετημένων παιδιών-περιορίζει ασφαλώς την εμβέλεια ενός γενετικού ντετερμινισμού στον αλκοολισμό. Άλλωστε, μέχρι σήμερα δεν έχει διατυπωθεί καμία απόλυτος βέβαια πρόταση για τον τρόπο με τον οποίο μεταβιβάζεται η πολυγενετική φύση της διαταραχής, η οποία δύναται να εκδηλωθεί απρόβλεπτα και με ποικίλους τρόπους.

Πολλαπλές επίσης φαίνεται να είναι, κατά τους υποστηρικτές, και οι συνέπειες αυτής της δυναμικής κληρονομικότητας: α) Ιδιαίτεροι ευφορική απάντηση στην οξεία χρήση αλκοόλ, β) Ταχεία ανάπτυξη κυτταρικής ή μεταβολικής ανοχής, γ) Ιδιαίτεροι ευαισθησία -μετά από χρόνια χρήση- στην ανάπτυξη εγκεφαλοπαθειών, δ) Εκδήλωση ατομικών διαφορών στο μεταβολισμό της αιθανόλης, ε) ανάπτυξη ψυχολογικών χαρακτηριστικών (π.χ. επίπεδο άγχους) που ευνοούν την ανάπτυξη μιας προδιαθεσικής προς τον αλκοολισμό προσωπικότητας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν πρόσφατες σχετικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι λαοί της Ανατολής, κατά ένα σημαντικό, ποσοστό παρουσιάζουν μια άμεση αντίδραση υπερευαισθησίας (γενική δυσφορία, σωματικά κακουχία) στο αλκοόλ. Η ιδιομορφία αυτή δρα προστατευτικά (αποφυγή αλκοόλ) θεωρείται πιθανώς

γενετικά προσδιορισμένη. Εξηγούνται έτσι, εν μέρη τουλάχιστον, διάφορες που διαπιστώνονται μεταξύ εθνών, αλλά και ατόμων, στη στάση τους (και στις αντιδράσεις) έναντι του αλκοόλ.

Πάντως, κατά τον Goodwin, οι γενετικοί παράγοντες δεν εύνουν με βεβαιότητα, παρά μόνο μερικές ιδιαίτερες μορφές αλκοολισμού με σύνδρομο εξάρτησης.<sup>24</sup>

### – Ψυχολογικοί παράγοντες

**α) Το πρόβλημα της αλκοολικής προσωπικότητας.** Καθώς δύσκολα μπορεί να αποδοθεί η αλκοολική συμπεριφορά σε μια ενιαία, αυτόνομη ψυχοπαθολογική δομή, δύσκολα γίνεται δεκτή και ύπαρξη της ονομαζόμενης «αλκοολικής προσωπικότητας». Εντούτοις, εύκολα διαπιστώνει ότι αρκετοί μεταξύ των αλκοολικών παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, ώστε – παρά τις κριτικές- ο G. Barnes πρότεινε τον όρο «κλινική αλκοολική προσωπικότητα» για να εκφράσει παρατηρήσιμες ψυχολογικές παραμέτρους που αναπτύσσονται, κατόπιν καταχρήσεως αλκοόλ, σε μια ορισμένη προαλκοολική οργάνωση τις προσωπικότητας. Οι σχετικές με την αναζήτηση αυτής της βασικής προσωπικότητας έρευνες δεν έχουν μέχρι στιγμής καταλήξει σε κανένα γενικώς αποδεκτό συμπέρασμα. Το πρόβλημα περιπλέκεται βεβαίως, αν ληφθεί υπόψη και ο «δευτερογενής αλκοολισμός», η εκδήλωση δηλαδή αλκοολικής συμπεριφοράς στα πλαίσια διάφορων ψυχικών νοσημάτων, με ψυχοπαθολογικά στοιχεία ευνοϊκά στην προδιάθεση για αλκοολισμό (π.χ. η παρορμητικότητα).

Συνήθης μέθοδος διερεύνησης της κλινικής αλκοολικής προσωπικότητας είναι η δια ψυχομετρικών και προβληματικών δοκιμασιών (MMPI, Rorschach, TAT κ.λ.π.), οι οποίες φαίνεται να αποσπών μερικές ενδιαφέρουσες, για τον κλινικό, παρατηρήσεις. Κατά τον G. Barnes η παρορμητικότητα, το άγχος, η κατάθλιψη, οι δυσκολίες στη σεξουαλική ταυτοποίηση, η αδυναμία του Εγώ, αποτελούν στοιχεία από τα πλέον συχνά απαντώμενα α στους αλκοολικούς. Έτσι, το αλκοόλ δύναται να χρησιμοποιείται από ένα άτομο με σκοπό να μειωθεί η υποκειμενική κακουχία που αισθάνεται λόγω ιδιαίτερα οξυμένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμών που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς εξ αιτίας της βασικής αδυναμίας του Εγώ.

**β) Ψυχαναλυτικές απόψεις.** Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του αλκοολισμού προσκρούει στο ίδιο εμπόδιο που συναντά και η ψυχομετρική αξιολόγηση της προσωπικότητας του αλκοολικού, δηλαδή στην αδυναμία ομογενοποιήσεις του



φαινομένου σε μια ενιαία νοσογραφική οντότητα. Εντούτοις, η ψυχαναλυτική προσέγγιση παρουσιάζει μέγιστο θεωρητικό αλλά και πρακτικό θεραπευτικό ενδιαφέρον. Ο αλκοολικός έχει ισχυρή την ανάγκη «να πει» και τούτο αντιστοιχεί σε αλλά βασική ανάγκη που προκύπτει από την παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης και προσωπικότητας. Στο στάδιο αυτό η λήψη τροφής και η λιμπιντική δραστηριότητα παραμένουν συνδεδεμένες ως προς την ικανοποίηση που προσδίδουν, η δε σχέση του υποκείμενου με τον άλλο είναι σχέση εξάρτησης. Ο αλκοολικός, παλινδρομώντας, βρίσκεται σε εξάρτηση με το αντικείμενο εντός μιας συναισθηματικής ανωριμότητας. Αδυνατεί έτσι να αναπτύξει την ταυτοποίηση του, το πέρασμα του στην ανεξάρτητη αυτόνομη ζωή του ενήλικος και την εγκατάσταση ώριμων σχέσεων με τους άλλους.

Με την ευφορία της μέθης πραγματοποιεί επιθυμίες και φαντασιώσεις με παντοδυναμία και δίχως άγχος. Η κυριαρχούσα ομοφυλοφιλική δομή της επιθυμίας στον αλκοολικό αντιστοιχεί σε μια ναρκισσιστικοί παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας, ενώ η καταθλιπτική διάσταση της αλκοολικής συμπεριφοράς συνάγεται από την τεχνητή μανία που επιζητείται στο αλκοόλ, με τίμημα βεβαίως την (μαζοχιστική) αυτοκαταστροφικότητα. από κλινικούς, κυρίως, συγγραφείς τονίζεται η παρανοειδής διάθεση και καταφυγή στον αλκοολισμό ως άμυνα στην ψύχωση.

#### **– Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κοινωνικό-πολιτισμικοί και οικονομικοί)**

Η χρήση του αλκοόλ συνδέεται στενός με πρωτόγονες μυθικές και θρησκευτικές τελετουργίες, απόηχος των οποίων θα μπορούσε να θεωρηθεί η παραδοσιακή χρήση του στις σύγχρονες ιδιωτικές ή δημόσιες τελετουργικές συναθροίσεις (οικογενειακές, φιλικές, δημόσιες συγκεντρώσεις, κ.λ.π.). Στα σύγχρονα ήθη, εξακολουθεί να είναι κοινότατη η ομαδική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών που «απελευθερώνει, τονώνει, ζεσταίνει». Στην «κατά μονάς» χρήση του συνήθως δεν επιτρέπονται εύκολα τέτοιες απαιτήσεις ή άλλοθι. Ακόμη, σε λεκές δοξασίες αξιολογούνται ιδιαίτερα οι δυναμογόνες ιδιότητες του αλκοόλ.

Στην εξάπλωση, περιορισμό ή απαγόρευση της χρήσης του αλκοόλ καθοριστικός ήταν και ο ρόλος των κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων. Γύρω από την λεκάνη της Μεσόγειου, η χρήση του αλκοόλ συμβαδίζει με την εξάπλωση του ελληνορωμαϊκού πολιτισμού (του ιουδαίο-χριστιανικού στη συνέχεια) ενώ η

κατανάλωση καννάβηως εξαπλώθηκε στις ισλαμικές κυρίως χώρες όπου το αλκοόλ ήταν απαγορευμένο από τη θρησκεία.

Η κατακόρυφη αύξηση του αλκοολισμού των τελευταίων δεκαετιών στις αναπτυγμένες κυρίως κοινωνίες –ιδιαιτέρα μεταξύ των νέων και των γυναικών- δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί μόνο με βάση την ψυχοπαθολογία.

Η κακή κοινωνικό-οικονομική πραγματικότητα, οι δυσκολίες στην επαγγελματική κατάσταση, αλλά και η ευμάρεια που υποτιμά τις συναισθηματικές ανάγκες, η μόνωση, η εξαφάνιση του ατόμου μέσα στη συλλογικότητα, αλλά και ο άκρατος ατομικισμός, ο φετιχισμός των αντικειμένων και των Αγάθων, είναι μερικοί μόνο πιεστικοί παράγοντες της καθημερινότητας σε τεχνοκρατικές, διευθυντικές κοινωνίες που επένδυσαν υπερβολικά στον ορθολογισμό, εξορίζοντας κάθε φαντασία. Η καταφυγή ατόμων ή ομάδων στο αλκοόλ εκφράζει κατά άλλους μια ορισμένη «στάση ζωής», κατά άλλους μια ορισμένη «μυθολογία απόδρασης» από επιβαλλόμενους, προκατασκευασμένους τρόπους ζωής. Παρά το γεγονός της νόμιμης διακίνησης των αλκοολούχων ποτών, το αλκοόλ γίνεται μερικές φορές σύμβολο αμφισβήτησης ή εξέγερσης, αν και σε μικρότερο βαθμό από άλλες ουσίες.

Η διάκριση της επιμέρους αμιγούς επιδράσεως, είτε των κοινωνικών, είτε των επαγγελματικών ή οικονομικών παραγόντων, στην ανάπτυξη αλκοολικής συμπεριφοράς δεν είναι ευχερής. Η χαμηλή τιμή πωλήσεως των οινοπνευματωδών ποτών, η σχετική διαφήμιση, ιδιαίτερα αυτή που εντάσσει το ποτό ως στοιχείο αναπόσπαστο μέσα σε «ελκυστικά» πρότυπα ζωής, τα πολιτισμικά στερεότυπα, το υποβιβασμένο είδος εργασίας, η εργασία που «εκθέτει στον κίνδυνο» (ταβέρνα, καφενείο κ.λ.π.), είναι μερικοί παράγοντες που δύνανται να δράσουν ανεξάρτητα ένας-ένας ή συνεργικά, μόνοι τους ή και σε συνδυασμό με του πιθανούς βιολογικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες<sup>4</sup>.

### **2.3. Ανοχή, Εθισμός, Εξάρτηση**

Οι αντιδράσεις ενός ατόμου στο αλκοόλ καθορίζονται από καταστάσεις που σχετίζονται μεταξύ τους και περιγράφονται με τους όρους : ανοχή, εθισμός, εξάρτηση.

Η ανοχή εδράζει τη σχέση μεταξύ συγκέντρωσης αλκοόλ στον οργανισμό και του βαθμού των, επιθυμητών ή όχι, εκδηλώσεων που αυτό προκαλεί (π.χ. μέθη).

Ποικίλει στα διάφορα άτομα, πιθανολογείται ο γενετικός καθορισμός του βαθμού της και επηρεάζεται από τις συνθήκες διατροφής, καθώς και την σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Εξαρτάται από την ηλικία και αυξάνει με την χρονιότητα της πρόληψης αλκοόλ, επιτρέποντας έτσι την αύξηση της κατανάλωσης χωρίς «συνέπειες». Με την περαιτέρω εξέλιξη της χρονιότητας αρχίζει να μειώνεται αισθητά τότε και η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται, η μέθη επέρχεται γρήγορα και χωρίς τα «θετικά», κατά την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς, στοιχεία της.

Ο εθισμός περιγράφει την νεοεγκατασταθείσα ισορροπία του διαταραγμένου μεταβολισμού που επιβάλει την αναγκαία πλέον συμμετοχή του αλκοόλ στη διατροφή, και εκφράζει την επίκτητη ανύψωση της ανοχής. Η εξάρτηση εγκαθίσταται συνήθως βραδέως μετά την παρέλευση αρκετού χρόνου από την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς και σχετίζεται, κατά ένα τουλάχιστον μέρος, με τα ανωτέρω.

Σύμφωνα με το ICD-9 (ΠΟΥ 1975), το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης ορίζεται και ως εξής: «ψυχική και συνήθως σωματική επίσης κατάσταση, αποτέλεσμα της πρόσληψης αλκοόλ, που χαρακτηρίζεται από αντιδράσεις της συμπεριφοράς και άλλες, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν πάντοτε μια παρορμητική ανάγκη για λήψη αλκοόλ με συνεχή ή περιοδικό τρόπο με σκοπό να αισθανθεί (το άτομο) τα ψυχικά τα ψυχικά αποτελέσματα και μερικές φορές να εξαλείψει την απορρέουσα από την αποχή κακουχία μπορεί, ή όχι, να υπάρξει εθισμός».

Η έναρξη της εξάρτησης εκδηλώνεται αρχικά:

-ως απώλεια του έλεγχου με υπερβολική κατά περιόδους χρήση αλκοόλ. Σιγά-σιγά, τα κενά καταχρήσεως διαστήματα περιορίζονται και εμφανίζονται στερνικά φαινόμενα, δηλαδή σωματικά και ψυχικά συμπτώματα όπως: τρόμος των Χείρων, ναυτία, εμετοί, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη.

-ως αδυναμία αποχής από το αλκοόλ, δηλαδή ως συνεχής, καθημερινή κατανάλωση. Στερητικά φαινόμενα, ως τα ανωτέρω, ενισχύουν αυτή τη συμπεριφορά και ωθούν στην «κάλυψη» τους –και στην κυριολεξία- με μικρές δόσεις αλκοόλ, καθώς η ανοχή έχει στο μεταξύ μειωθεί.

Η εξάρτηση, κατά την ΠΟΥ (1978), πιστοποιείται από: α) την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν μειώνεται η αλκοολαιμία, β) την έκδηλη και ομολογημένη από τον τάση «να πει» για να μειώσει αυτά τα συμπτώματα, γ) την εντός 30'-60' ανακούφιση εκ των συμπτωμάτων μετά την λήψη της δόσης αλκοόλ

που καθόρισε ο ίδιος ως επαρκή. Χαρακτηριστική είναι η πρωινή λήψη της δόσης, μετά τη μεγαλύτερη σε χρόνο «υποχρεωτική» αποχή της νύχτας που προηγήθηκε.

Ο G. Gerwin αναφερόμενος στη συχνά υποτιμώμενη ψυχολογική εξάρτηση (σε μια τοξικομανία), επιστά την προσοχή στους κίνδυνους που υποκρύπτει η ελαχιστοποίηση αυτής της ψυχολογικής πλευράς και προβάλλει την αλληλοδιαπλοκή που πράγματι υπάρχει μεταξύ «ψυχοκοινωνικών» μηχανισμών» και «τοξικοεξάρτησης».

Κατά τον Seevers μια πρώτη χρήση τοξικής ουσίας δύναται, είτε να ανταμείψει ή όχι, είτε να προκαλέσει αποστροφή. Στην πρώτη περίπτωση μόνο η ανταμοιβή οδηγεί, μέσω θετικής ενίσχυσης, στην εγκατάσταση μιας πρωτογενούς ψυχολογικής εξάρτησης, η οποία καταλήγει στη χρόνια κατάχρηση. Με μερικές τοξικές ουσίες αναπτύσσεται μια δευτερογενής ψυχική εξάρτηση που οφείλεται σε αρνητική τώρα ενίσχυση λόγω της ανοχής.

Χωρίς να έχει απαντηθεί οριστικά και αναντίρρητα το βασικό ερώτημα της πρωταρχικότητας της βιολογικής ή της ψυχολογικής εξάρτησης στον αλκοολισμό, η πλειοψηφία των συγγραφέων τείνει σήμερα να αποδεχθεί ότι η ψυχολογική εξάρτηση είναι δευτερογενής, εν΄Ιδη «αυτό-συντηρήσεις» της βιολογικής εξάρτησης.

Οι βιομηχανικοί μηχανισμοί που ενέχονται στην ανάπτυξη της βιολογικής ανοχής και εξάρτησης, αλλά και της μεταξύ τους σχέσης, βρίσκονται στο στάδιο γόνιμων πολλαπλών ερευνητικών υποθέσεων και εργασιών: επίδραση, άμεση ή έμμεση δια βιοσυνθέσεως της ακεταλδεύδης (παράγωγο του μεταβολισμού της αιθανόλης) σε κύτταρα και νευροδιαβιβαστές επίδραση του αλκοόλ στις νευρωνικές μεμβράνες και τροποποίηση τους ώστε να «αντέξουν» στην αιθανόλη η επαναχορήγηση αλκοόλ σε στερητικό σύνδρομο επαναφέρει τις κυτταρικές μεμβράνες σε συνθήκες έναντι των οποίων είχαν προσαρμοσθεί<sup>5</sup>.

#### **2.4. Οξεία αλκοολική δηλητηρίαση (μέθη)**

«Δηλητηρίαση» όχι εκ λάθους, αλλά συνήθως «σκόπιμη» ή «μη ελεγχόμενου βαθμού», η μέθη αποτελεί εμπειρία σχετικά κοινή και όχι κατά ανάγκη πάντοτε παθολογική.

Μερικές φορές η καταφυγή στη μέθη, (αψηφώντας τις συνέπειες) εκδηλώνει μια τάση αυτοκαταστροφικότητας άλλοτε επιτρέπει απλώς την άρση των εσωτερικών αναστολών, τη βίωση μιας έκτασης.

Δεν Είναι τυχαίο ότι η λέξη μέθη δεν χρησιμοποιείται στη γλώσσα μόνο κατά κυριολεξία (: Μεθύστε με το αθάνατο κρασί του «21).

#### **– Κοινή μέθη (αλκοολική τοξίκωση κατά DSM –III)**

Παρά τις ατομικές διαφορές στην ανοχή του αλκοόλ, η περί τα 0.8 gr/l αλκοολαιμία θεωρείται ως όριο πέραν του οποίου αρχίζει το πρώτο στάδιο της οξείας δηλητηρίασης με αλκοόλ.

Κατ' αυτό τροποποιούνται: το θυμικό (γίνεται ευφορικό, διαχυτικό ή και καταθλιπτικό) και η συμπεριφορά (αίρονται οι αναστολές, μειώνεται ο έλεγχος του εαυτού, εκδηλώνεται η ευφορία, η παντοδυναμία ή/ και ευερεθιστότητα, επιθετικότητα).

Υψηλότερη ακόμη αλκοολαιμία (περί τα 2 gr/l) εισάγει στο δεύτερο στάδιο. Προστίθενται κινητικές διαταραχές (αταξικό χαρακτηριστικό βάδισμα, χονδροειδής τρόμος των άκρων, δυσαρθρία, ασυνεργία κινήσεων), οι διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς οξύνονται (ψυχοκινητική έ-ξαρση), ο λόγος γίνεται ασυνάρτητος και η κριτική ικανότητα εξασθενεί.

Εν μέσω λαβυρινθικών διαταραχών, ναυτίας και εμετών, αισθητηριακής και αισθητικής υπαισθησίας, υπέρπνοιας, ταχυκαρδίας, η εγρήγορση αρχίζει να προσβάλλεται, οδηγώντας σε νοητική σύγχυση, υπνηλία, λήθαργο.

Με αλκοολαιμία πέραν των 3 gr/l. Το άτομο πέφτει σε βαθύ κώμα. Παρατηρείται μυδρίαση, υποτονία, κατάργηση των αντανακλάσεων, υποθερμία, εξασθένηση του σφυγμού, υπόταση. Η όλη εικόνα παρέρχεται μετά από μερικές ώρες, δυνατόν όμως να οδηγήσει σε καρδιαγγειακό collapsus ακόμη και θανατηφόρο, όταν δεν ληφθούν κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα.

#### **– Παθολογική μέθη**

(Παθολογική μέθη κατά ICD-9, τοποθετείται μεταξύ των αλκοολικών ψυχώσεων. Ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση κατά DSM-III).

Παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας, χρόνια ψύχωση ή οργανική εγκεφαλική βλάβη. Στην εκδήλωσή της μικρό ρόλο φαίνεται να παίζει η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώθηκε.

Κλινικώς εμφανίζεται ως:

- διεγερτική μέθη: παροξυσμική έκρηξη οργής (και με ασήμαντες αφορμές), βίαιες λόγω και έργω - έτερο- ή αυτό-επιθετικές πράξεις, διάρκειας μέχρι μερικών ωρών που καταλήγει σε ύπνο ή σπανιότερα σε κώμα.
- ιμευδαισθητική μέθη: αναπτύσσεται ονειρισμός, όπου η παραισθητικώς παραποιημένη πραγματικότητα αναμειγνύεται με, πλούσια σε απειλητικό, διωκτικό περιεχόμενο, οπτική και ακουστική ψευδαισθητική παραγωγή.
- παραληρητική μέθη: ηπιότερη κλινική εικόνα» κυριαρχεί το παραλήρημα με ποικίλα θέματα: ζηλοτυπίας, διώξεως, μεγαλομανιακό, αυτοκαταγγελίας μυθοπλαστικών παραβάσεων ή εγκλημάτων.
- μέθη με «σπασμούς»: εμφάνιση επιληπτικής κρίσης σε προδιατεθειμένα άτομα ή γνωστούς επιληπτικούς.<sup>25</sup>

## **2.5. Χρόνια αλκοολική συμπεριφορά**

Η παρατεταμένη κατάχρηση αλκοόλ συνιστά το χρόνιο αλκοολικό σύνδρομο με χαρακτηριστική, πέραν της εξάρτησης, σημειολογία. Εκδηλώνεται είτε ως πρωτογενής, είτε ως δευτερογενής δηλαδή ως συνακόλουθο (όχι απολύτως ως αποτέλεσμα) μιας ψυχικής νόσου ή διαταραχής της προσωπικότητας που προϋπάρχουν της αλκοολικής συμπεριφοράς. Κατά την Πρώτη και συχνότερη μορφή, η κατανάλωση αλκοόλ γίνεται συνήθως εκτός της οικίας, δεν οδηγεί πάντοτε σε μέθη και είναι καθημερινή. Δυνατόν όμως να εκ-δηλώνεται και με παροξυντικό τρόπο: «κρίσεις» δηλαδή έντονης κατάχρησης αλκοόλ με ελεύθερα μεγάλα μεσοδιαστήματα. Στην περίπτωση αυτή οι διαταραχές συμπεριφοράς κατά τη μέθη είναι βαρύτερες. Συν τω χρόνω, τα ελεύθερα καταχρήσεως μεσοδιαστήματα σμικρύνονται και οι διαταραχές της συμπεριφοράς γίνονται ηπιότερες, (διαλείπουσα εκδήλωση). Ακραία μορφή παροξυντικής αλκοολικής συμπεριφοράς περιγραφόταν από τον Magnan ως διψομανία.

Η δευτερογενής αλκοολική συμπεριφορά (καθημερινή ή παροξυσμική) μπορεί να εμφανισθεί σε:

- μανιο-καταθλιπτική ψύχωση ή αντιδραστική κατάθλιψη
- διαταραχές προσωπικότητας (πιθανή συνύπαρξη με τοξικομανία)

- σχιζοφρενικές ψυχώσεις
- μεταιχμιακές (border-line) καταστάσεις
- νευρώσεις

Η **εμφάνιση** ενός χρόνιου αλκοολικού είναι χαρακτηριστική και γνωστότατη: εξέρυθρα το πρόσωπο και οι βλεννογόνοι, απόπνοια αλκοόλης κατά την εκπνοή, υπερλίπωση ή αντίθετα απίσχνανση, λεπτός τρόμος στα χέρια, πιθανώς πελαγρικά εξανθήματα, λόγω αβιταμίνωσης, στο δέρμα.

Τα **σωματικά** συμπτώματα είναι: τρόμος των χειρών και της γλώσσας, σημεία πολυνευροπάθειας (πόνος στην πίεση των μυϊκών μαζών, συσπάσεις – κράμπες – των γαστροκνημίων κλπ.), οπτική πολυνευρίτις. Επίσης συμπτώματα εκ της διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας, γαστρίτις, πρωινοί χολώδεις εμετοί, πιθανώς καρδιακή ανεπάρκεια. Ο μεταβολισμός είναι διαταραγμένος και δυνατόν να αναπτυχθούν ενδοκρινικές διαταραχές (κυρίως εκ της ατροφίας όρχεων ή ωοθηκών).

Τα **ψυχικά** συμπτώματα, πέραν της βασικής ψυχοπαθολογίας του ατόμου, προσδίδουν μαζί με τα σωματικά, σημειολογική ενότητα και αφορούν τη συναισθηματική ζωή, το χαρακτήρα και τις ανώτερες ψυχονοητικές λειτουργίες:

Η συναισθηματική παλινδρόμηση εκδηλώνεται συνήθως με επιφανειακή και υπερβολική συναισθηματικότητα, με παιδαριώδεις αιτήσεις «συγγνώμης», που εναλλάσσονται με κυνική αδιαφορία ή βίαιες ενέργειες κατά της οικογένειάς του. Οι σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον είναι εξίσου επιφανειακές και μη αυθεντικές. Η συναισθηματική και σεξουαλική ανασφάλεια, το γεγονός ότι ο αλκοολικός συναντά συχνά και αναπότρεπτα την αποστροφή που εκδηλώνει ο σεξουαλικός του σύντροφος, συμβάλλουν στη δημιουργία εδάφους ευνοϊκού για την ανάπτυξη παθολογικής ζηλοτυπίας. Μια δευτερογενής καταθλιπτική κατάσταση δεν είναι σπάνια, ενώ το άγχος είναι συχνότερο το πρωί και το απόγευμα.

Στο χαρακτήρα παρατηρείται αστάθεια (ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα) που επιβαρύνει τις διαταραγμένες διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις, ωθώντας τον αλκοολικό σε περαιτέρω συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση. Την κατάσταση αυτή επιτείνει η γενικώς απορριπτική έως εχθρική, εναντίον του, κοινωνική στάση.

Τα κενά της μνήμης είναι από τα πρωιμότερα και εμφανέστερα συμπτώματα διαταραχής των ανώτερων ψυχονοητικών λειτουργιών· συνήθως παραμένουν υποκλινικά (και αναστρεπτά) αν δεν ενταθεί και συνεχισθεί η αλκοολική –βλαπτική επί των κυττάρων του εγκεφάλου– δράση. Η νοητική έκπτωση εκφράζει μια

εγκεφαλική δυσλειτουργία (πρώιμη αρχόμενη εγκεφαλική ατροφία) και αφορά την κριτική ικανότητα και τις πολύπλοκες αντιληπτικές και κινητικές δεξιότητες.

Χαρακτηριστικό σημείο της συνολικής αλκοολικής συμπεριφοράς, άμεσα διαπιστούμενο ήδη από την πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη, είναι η συνήθης άρνηση ή ελαχιστοποίηση από τον άρρωστο του αλκοολισμού του και των συνεπειών, («πίνω όπως όλος ο κόσμος, το σταματώ όποτε θέλω»)<sup>23</sup>

## **2.6. Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην ποιότητα ζωής του ατόμου**

Ο αλκοολισμός ως μία κοινωνικο-ιατρική ασθένεια καταβάλλει όλα τα όργανα, όλα τα συστήματα και όλες τις περιοχές της ανθρώπινης λειτουργίας.

Όσον αφορά τις σωματικές επιπλοκές μπορεί να προσβληθεί κάθε σύστημα οργάνων του σώματος όπως: το γαστρεντερικό, το καρδιαγγειακό και το νευρικό (κεντρικό-περιφερειακό) με συνέπεια την εμφάνιση γαστρίτιδας, ηπατίτιδας, κίρρωσης ήπατος, καρκίνου οισοφάγου ή στομάχου, αγγειοκαρδιοπάθεια, περιφερειακή νευροπάθεια, ενώ η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει στην εγκεφαλοπάθεια wernicke και το σύνδρομο korsakof που συνιστούν επείγουσα ιατρική κατάσταση.

Εξάλλου πολύ σημαντικές είναι οι επιπλοκές στις έγκυες γυναίκες που μπορεί να οδηγήσουν στην αποβολή ή στην ανάπτυξη αλκοολικού εμβρυϊκού συνδρόμου.

Όσον αφορά τις οργανικές ψυχικές διαταραχές κυριότερες είναι: η αλκοολική τοξίκωση (αλκοολική μέθη), η στερητική διαταραχή από αλκοόλ (αλκοολικό στερητικό σύνδρομο), το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα (τρομώδες παραλήρημα), η άνοια συνδεόμενη με τον αλκοολισμό, παραληρητικές διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, και άλλες ψυχικές διαταραχές.

Τα ποικίλα συμπτώματα αυτών των διαταραχών επηρεάζουν το άτομο το οποίο απαντάει σε όλα αυτά ως ενιαία βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα.

Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ προσδίδει στο άτομο χαρακτηριστική εξωτερική εμφάνιση. Είναι γνωστή σε όλους μας η εικόνα του αλκοολικού με το εξέρυθρο πρόσωπο, την απόπνοια αλκοόλης κατά την εκπνοή, την υπερλίπωση ή αντίθετα απίσχνανση, τον λεπτό τρόμο στα χέρια και τα πιθανά πελαγρικά εξανθήματα, λόγω αβιταμίνωσης, στο δέρμα.

Στα σωματικά συμπτώματα τα οποία έχουν αναφερθεί πιο πάνω θα πρέπει να προσθέσουμε τις μεταβολικές διαταραχές καθώς επίσης και την εμφάνιση



ενδοκρινικών διαταραχών προερχόμενες κυρίως από την ατροφία των όρχεων ή των ωοθηκών.

Από την άλλη πλευρά τα ψυχικά συμπτώματα όπως, η συναισθηματική παλινδρόμηση, οι επιφανειακές σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον, η αστάθεια του χαρακτήρα, η συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση, η νοητική έκπτωση, τα κενά της μνήμης, το άγχος και η επιθετική συμπεριφορά συμπληρώνουν την κλινική εικόνα του χρόνιου αλκοολικού και επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα της ζωής του.

Συγκεκριμένα, η συναισθηματική ζωή του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση η οποία εκδηλώνεται με επιφανειακή και υπερβολική συναισθηματικότητα, συχνές είναι οι παιδαριώδεις αιτήσεις «συγνώμης» που εναλλάσσονται με κυνική αδιαφορία ή βίαιες ενέργειες κατά της οικογένειάς του. Η αγάπη και η συντροφικότητα απουσιάζουν, ενώ οι σεξουαλικές σχέσεις είναι ανύπαρκτες. Συνέπεια όλων αυτών είναι η συναισθηματική και σεξουαλική ανασφάλεια που βιώνει ο αλκοολικός -και η οποία εκδηλώνεται με ξεσπάσματα ζηλοτυπίας προς την ερωτική του σύντροφο. Οικογένειες με κάποιον αλκοολικό υφίστανται βίαια, στιγματίζονται και αντιμετωπίζονται από την κοινωνία μας μάλλον ρατσιστικά. Τα παιδιά των αλκοολικών διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν και τα ίδια αλκοολικά, ενώ οι γυναίκες αλκοολικών ανδρών είναι γενικά πιο διαταραγμένες από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι προστριβές συχνά οδηγούν σε διαζύγιο, αυτοκτονίες ή εγκλήματα.

Βίαη συμπεριφορά εκδηλώνεται και προς το φιλικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Διαταράσσονται οι διαπροσωπικές σχέσεις, φιλίες σβήνουν, εκμηδενίζονται οι κοινωνικές επαφές, διαλύεται η κοινωνική συνοχή.

Ο αλκοολικός, με ελάχιστες εξαιρέσεις, δεν μπορεί να ασκήσει με σταθερότητα και αποδοτικότητα ένα επάγγελμα, όταν αυτό μάλιστα έχει πολλές απαιτήσεις. Το πάθος του για το ποτό μειώνει την σωματική δύναμη και αντοχή, τη διάθεση για εργασία και κυρίως την απόδοση σε ποσότητα, ποιότητα και φυσικά την ικανοποίηση της δημιουργίας ή της επιτυχίας. Η υπνηλία ή η υπερδιέγερση, η λήψη ή η στέρηση μειώνουν τις δυνατότητες για εργασία. Ο εργοδότης, όταν πρόκειται για υπάλληλο, λόγω της ασυνέπειάς του και της μειωμένης απόδοσης αλλά και της κακής συμπεριφοράς ή των απουσιών θα τον απολύσει. Αν είναι ελεύθερος επαγγελματίας δεν μπορεί να ανταγωνιστεί αυτούς που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, σε ποιότητα, ταχύτητα, συνέπεια και αναγκάζεται να αλλάζει συχνά εργασία και επαγγέλματα τα

οποία πολλές φορές είναι κατώτερα των προσόντων του, πέφτοντας θύμα εκμετάλλευσης γεγονός που συχνά οδηγεί στην ανεργία. Ο οικονομικός μαρασμός στερεί όχι μόνο τα απαραίτητα για τον εαυτό του αλλά και για την οικογένειά του, τα παιδιά του και ταυτόχρονα προσφέρει άλλη μία «δικαιολογία» για ακόμη ένα ποτηράκι.

Εξάλλου ένα μεγάλο μέρος των θανάτων από ατυχήματα οφείλεται την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης.

Τέλος η ανυπαρξία δραστηριοτήτων στον ελεύθερο χρόνο, η απουσία ενδιαφερόντων δίνουν την αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα. Τις μικροχαρές διαδέχονται τα μεγάλα προβλήματα αλλά και δευτερεύοντα, επιμέρους οδηγώντας στην κοινωνική απομόνωση, την παραίτηση, την κατάθλιψη και την καταστροφή. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αλκοολικός μπαίνει στην. . . κόλαση από την πύλη. . . του παραδείσου.<sup>21</sup>

## **2.7. Οι κυριότερες κλινικές μορφές αλκοολισμού**

Υιοθετούμε την ταξινόμηση ΠΟΥ πρότεινε ο Fouquet το 1951. Η ταξινόμηση αυτή αξιολογεί διάφορους παράγοντες: την ανοχή, τον τρόπο χρήσης της τοξικής ουσίας, τον ψυχολογικό παράγοντα και ενδεχομένως τον κοινωνικό παράγοντα.

**Οι αλκοολίτιδες** (alcoholites) αντιπροσωπεύουν στη Γαλλία το 45 έως 50 % του ανδρικού αλκοολισμού και το 5% του γυναικείου αλκοολισμού. Έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: η προνοσηρή προσωπικότητα είναι φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική, η τοξίκωση προκαλείται κυρίως με κρασί ή μπίρα, καταναλώνονται καθημερινά και συνεχώς σημαντικές ποσότητες συνήθως με παρέα, σπάνια προκαλείται κατάσταση μέθης, υπάρχει μια γενική προτίμηση για τα οινοπνευματώδη ποτά και τέλος δε γεννάται αίσθημα ενοχής, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά έβλεπαν ανέκαθεν τους άλλους να πίνουν στην οικογένειά τους ή στη δουλειά τους. Επίσης τα άτομα αυτά έχουν την τάση να εμφανίσουν εξάρτηση και ζηλοτυπία απέναντι στο/στη σύζυγο. Η σεξουαλικότητα τους είναι φυσιολογική για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται στο τέλος της εφηβείας, η ανοχή είναι υψηλή, οι τοξικές συνέπειες σημαντικές, η διάρκεια είκοσι έως σαράντα χρόνια. Η εξέλιξη μπορεί να περιλαμβάνει είτε την αυθόρμητη ελάττωση της κατανάλωσης στην αρχή της γεροντικής ηλικίας είτε την εμφάνιση επιπλοκών: α) ηπατοπεπτικές ή

πολυνευριτιδικές προσβολές, β) επιπλοκές της στέρησης κατά τη διακοπή της τοξίκωσης, και γ) εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση.

**Οι αλκοολώσεις ή αλκοολικές νευρώσεις** (alcoooloses ou nevroses alcooliques) αφορούν στη Γαλλία το 40 έως 45% του ανδρικού αλκοολισμού και το 88 έως 85% του γυναικείου αλκοολισμού. Υπάρχουν: α) Προτίμηση για τα απεριτίφ και τα ισχυρά ποτά, κατανάλωση ασυνεχής, συχνά μοναχική και κρυφή. β) Μέθη συχνή και άτυπη. γ) Περιορισμένη έλξη και μερικές φορές απέχθεια για το οινόπνευμα. δ) Αίσθημα ενοχής και προσπάθεια αντίστασης στην τάση για κατάχρηση.

Η ηλικία έναρξης τοποθετείται πιο αργά και η σωματοψυχική αποδιοργάνωση είναι πιο γρήγορη από ό,τι στην αλκοολίτιδα. Παρατηρούνται σοβαρές και πρώιμες διαταραχές της σεξουαλικότητας και της κοινωνικής συμπεριφοράς, τα ελεύθερα μεσοδιαστήματα είναι όλο και πιο σπάνια και βραχυχρόνια, οι ψυχιατρικές επιπλοκές είναι συχνές.

**Οι συνοπτικές αλκοολώσεις** (somalcoooloses), **διψομανία** (dipsomanie). Αφορούν το 5% του ανδρικού αλκοολισμού και το 15% του γυναικείου αλκοολισμού. Η κατανάλωση είναι αποκλειστικά διαλείπουσα με μορφή σύντομων κρίσεων διάρκειας μερικών ωρών ή ημερών, κατά τις οποίες το άτομο πίνει κρυφά και χωρίς επιλογή όποιο οινόπνευματώδες ποτό βρει (μερικές φορές φωτιστικό οινόπνευμα ή κολόνια). Η κρίση καταλήγει σε κωματώδη μέθη. Όταν το άτομο δεν είναι σε κρίση, παρατηρείται απέχθεια για το οινόπνευμα. Η ενοχή είναι πολύ έντονη. Η έναρξη τοποθετείται μετά την ηλικία των 30 ετών, η διάρκεια ποικίλλει και η εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση είναι πιθανή.

**Ο αλκοολισμός ως σύμπτωμα** άλλης διαταραχής πρέπει να εξετασθεί χωριστά. Εδώ η εξάρτηση είναι καθαρά ψυχολογική, το οινόπνευμα χρησιμοποιείται ως καταπραϋντικό από άτομα που υποφέρουν ψυχικά και σωματικά. Η λανθάνουσα ψυχιατρική πάθηση (αγχώδης ή φοβική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, οργανική εγκεφαλική διαταραχή) μπορεί να συγκαλυφθεί για πολύ καιρό από την αλκοολική συμπεριφορά. Η διακοπή της χρήσης συμβαδίζει με τη βελτίωση της ψυχικής διαταραχής, σε μερικές περιπτώσεις όμως η αλκοολική συμπεριφορά παραμένει και εξελίσσεται προς αλκοολική νεύρωση.

### **Κλινική εικόνα του χρόνιου αλκοολικού εμποτισμού**

Όλες οι κλινικές μορφές καταλήγουν σε χρόνιο αλκοολικό εμποτισμό (impregnation alcoolique chronique), που παρουσιάζει τα ακόλουθα γνωρίσματα:

- **Χαρακτηριστική εμφάνιση:** ζωηρόχρωμο προσωπείο, δύσοσμα χνώτα, εφιδρώσεις, τρόμος.
- **Σωματικά συμπτώματα** από το ήπαρ, το νευρικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα, τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν με πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.
- **Σταθερά παραμένουσες ψυχικές μεταβολές:** διαταραχές του χαρακτήρα (ευερεθιστότητα, οξυθυμία, αστάθεια του θυμικού), συναισθηματικές διαταραχές (εγωκεντρισμός, ανεύθυνη συμπεριφορά, ελάττωση των ηθικών αναστολών), διανοητικές διαταραχές, ιδίως «κενά μνήμης» (παλίμψηστος μνήμη, palimpseste). Ολόκληρη η ύπαρξη του ασθενούς οργανώνεται γύρω από το ποτό με ένα σύστημα δικαιολογιών και εκλογικεύσεων, με εναλλαγές επιθετικότητας και ενοχής και με άκαρπες προσπάθειες να σταματήσει να πίνει από μόνος του.<sup>17</sup>

## 2.8. Καρδιαγγειακό Σύστημα.

Η συσχέτιση μεταξύ αλκοολισμού και συμφορητικής μυοκαρδιοπάθειας αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1873. Ακολούθησαν οι ανακοινώσεις των Bollinger και Steel που αναφέρονταν επίσης στην συσχέτιση των δύο καταστάσεων. Η συσχέτιση όμως αυτή αποδόθηκε σε συνυπάρχουσα θρεπτική ανεπάρκεια (έλλειψη θειαμίνης και πρωτεΐνης) ή σε τοξικές πρόσθετες ουσίες. Οι Aalsmer και Weuckebach υπέθεσαν ότι η καρδιοπάθεια που οφείλεται σε νόσο beri - beri και η αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια σε υποσιτιζόμενα άτομα έχουν κοινή αιτιολογική βάση. Τα κοινά κλινικά χαρακτηριστικά αυτών των δύο καταστάσεων είναι η διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων, η ταχυκαρδία, η αυξημένη φλεβική πίεση και το περιφερικό οίδημα.

Η μείωση όμως της καρδιακής παροχής και της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου, που παρατηρούνται στην αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια προκαλούν εντελώς διαφορετική αιμοδυναμική εικόνα από αυτή που παρουσιάζεται με υψηλή καρδιακή παροχή και θερμά άκρα στην έλλειψη θειαμίνης.

Η ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων από την κατάχρηση οινοπνεύματος οφείλεται σε διάφορους παράγοντες ή πρόσθετες ουσίες. Η καρδιοπάθεια της μπύρας του Μονάχου, που χαρακτηριζόταν από εκτεταμένα περιφερικά οίδηματα, αποδόθηκε στη μεγάλη λήψη υγρών από την υπερβολική κατανάλωση μπύρας. Στα μέσα της

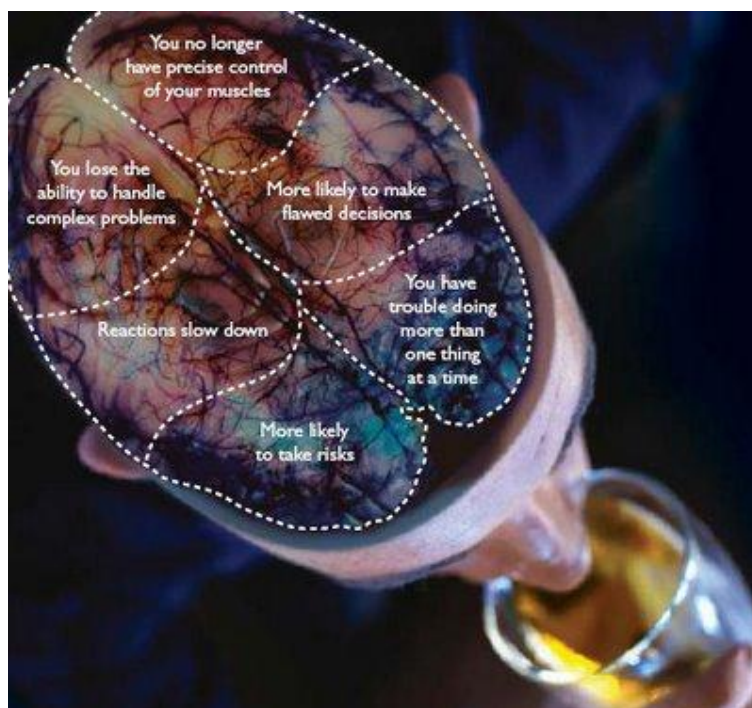
δεκαετίας του 1960 μερικοί καταναλωτές μπύρας στις δυτικές ΗΠΑ και στο Βέλγιο πέθαναν από οξεία προσβολή μυοκαρδιοπάθειας, που προήλθε από το χλωριούχο κοβάλτιο που χρησιμοποιήθηκε για τη σταθεροποίηση του αφρού της μπύρας. Εκτεταμένη νέκρωση του μυοκαρδίου εκδηλώθηκε σε ποντίκια και σε ανθρώπους και στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο τα μιτοχόνδρια ήταν διογκωμένα, το σαρκοπλασματικό δίκτυο διατεταμένο και τα μιτοϊνίδια παρουσίαζαν εκφύλιση. Κατακρημνίσεις κοβαλτίου και ασβεστίου παρατηρούνται μέσα στα μιτοχόνδρια, πράγμα που σημαίνει ότι πιθανόν η απομάκρυνση του ασβεστίου από τους ιστούς και την κυκλοφορία είναι υπεύθυνη για τη σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια.

Άλλα χαρακτηριστικά τοξικότητας των αλάτων κοβαλτίου είναι η εκδήλωση πολυκυτταραιμίας και υγράς περικαρδίτιδας. Αν και τα άλατα κοβαλτίου χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία μερικών μορφών αναιμίας, η εμφάνιση μυοκαρδιοπάθειας στα άτομα αυτά είναι σπανιότατη. Υπάρχουν όμως μερικές ανακοινώσεις για άτομα που παρουσίασαν καρδιακή ανεπάρκεια μετά από ιατρογενή η επαγγελματική έκθεση (σε βιομηχανίες) σε κοβάλτιο. Οι πότες οίνου στη Σκωτία έχουν εμφανίσει στο παρελθόν μυοκαρδιοπάθεια μαζί με χαρακτηριστικά χρόνιας δηλητηρίασης από αρσενικό εξαιτίας της ύπαρξης μικρών ποσοτήτων αλάτων αρσενικού σ' αυτά τα κρασιά.

Αν και οι διαταραχές της θρέψης και οι τοξικές ουσίες μπορεί να αυξήσουν ή να τροποποιήσουν τα κλινικά χαρακτηριστικά της αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας, η ύπαρξη απευθείας συσχέτισης μεταξύ οινοπνεύματος και καρδιακής βλάβης έχει επιβεβαιωθεί. Σκύλοι που τρέφονται κανονικά και χορηγόταν σ' αυτούς αλκοόλη, που αποτελούσε το 36% της ενέργειας που λάμβαναν, εμφάνισαν δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας μετά από 18 μήνες.

Άνθρωποι που τρέφονταν ικανοποιητικά αλλά που ήταν πότες οινοπνευματωδών, εμφάνισαν καρδιακή ανεπάρκεια μετά την κατανάλωση 336 - 448 gr ούισκι την ημέρα για μερικούς μήνες. Η καρδιακή ανεπάρκεια ήταν ανατρέψιμη και η καρδιακή λειτουργία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα μερικές εβδομάδες μετά την παύση της λήψης των οινοπνευματωδών. Μελέτες σε ποντίκια επίσης, που τρέφονταν κανονικά, έχουν επιβεβαιώσει την πρόκληση των βιοχημικών και αιμοδυναμικών διαταραχών που προήλθαν από τη χορήγηση αλκοόλης, καθώς και το ανατρέψιμό τους μετά την παύση της χορήγησής της.<sup>24</sup>

## 2.9. Νευρικό Σύστημα



Στο χρόνιο αλκοολισμό παρατηρούνται βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις τόσο στο περιφερικό όσο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο χαρακτήρας που κυριαρχεί στην προσβολή στο περιφερικό νευρικό σύστημα είναι η αλκοολική πολυνευροπάθεια (πολυνευρίτιδα).

Η αλλοίωση αυτή χαρακτηρίζεται από κατά τμήματα προσβολή των νεύρων με προοδευτική εξέλιξη βαρέων εκφυλιστικών αλλοιώσεων των νευραξόνων που αρχίζουν με μια κατά τμήματα κατάτμηση του αντίστοιχου ελύτρου της μυελίνης που οφείλεται πιθανώς σε μια προηγηθείσα εκφύλιση των κυττάρων του Schwann ή σε εκφύλιση ολόκληρου του νευρώνα, κατά την οποία τα κύτταρα που βρίσκονται στο κέντρο καταστρέφονται. Κλινικά η αλκοολική πολυνευροπάθεια εκδηλώνεται με πόνους στις περιοχές των προσβληθέντων.

**Εργαστηριακά ευρήματα:** Παρατηρείται αύξηση του πυροσταφυλικού οξέος στο αίμα. Σήμερα ιδιαίτερη αξία έχει η μέτρηση των επιπέδων της τρανσκετολάσεως στο αίμα η οποία βρίσκεται ελαττωμένη (φ.τ. 100-160 mg). Το HEG παρουσιάζει βραδείς ρυθμούς και πτώση του δυναμικού. Στο οξύ στάδιο παρατηρείται ελάττωση της ροής του αίματος του εγκεφάλου και της ολικής κατανάλωσης οξυγόνου σε αυτόν.

**Νευροπαθολογικά ευρήματα:** Νευρωνική εκφύλιση και νευρονοφαγία παρατηρούνται συμμετρικά στο θάλαμο, υποθάλαμο, μαστία, φαιά ουσία, πυρήνες

και στο σκόληκα της παρεγκεφαλίδας. Στικτές αιμορραγίες παρατηρούνται στο 20%. Στην παρεγκεφαλίδα επέρχεται καταστροφή κυρίως των κυττάρων του Purkinje.

**Θεραπεία:** Η χορήγηση θειαμίνης 50 - 100 mg IV ή IM για 3 - 4 ημέρες δίνει θεαματικά αποτελέσματα. Αρχικά αποκαθίστανται τα οφθαλμοκινητικά φαινόμενα, στη συνέχεια τα ψυχοκινητικά και τελευταία τα παρεγκεφαλιδικά και πολυνευριδικά. Πλήρης αποκατάσταση όλων των κλινικών φαινομένων παρατηρείται στο 20%. Η θνησιμότητα ανέρχεται σε 17% και οφείλεται σε υπατική βλάβη και λοιμώξεις του αναπνευστικού ή ουροποιητικού συστήματος. Η χορήγηση γλυκόζης πριν από την χορήγηση της θειαμίνης μπορεί να έχει ολέθρια αποτελέσματα.

Η εμφάνιση διαταραχών των ψυχοκινητικών και οφθαλμοκινητικών λειτουργιών σε συνδυασμό με ιστορικό αλκοολισμού ή πλημμελούς διατροφής, πάντοτε πρέπει να δημιουργεί την υπόνοια της εγκλεφαλοπάθειας Wernicke.

Η χορήγηση θειαμίνης και μάλιστα πριν την χορήγηση γλυκόζης δίνει θεαματικά αποτελέσματα. Σε κωματώδεις καταστάσεις άγνωστης αιτιολογίας κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση B1 σαν ρουτίνα σε συνδυασμό βέβαια με τη χορήγηση γλυκόζης ναλομόνης (Narcan) και φλουμαζελίνης (Anexate).

## **2.10. Άλλα συστήματα.**

Το αλκοόλ, επίσης, προκαλεί βλάβες και σε άλλα συστήματα. Βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις παρατηρούνται στους όρχεις στον χρόνια αλκοολισμό, οι οποίες αποδίδονται στην άμεση επίδραση του οινοπνεύματος στους όρχεις επιφέροντας πρωτοπαθή αλκοολική ατροφία των όρχεων. Προσβάλλονται τόσο τα κύτταρα των ορχικών σωληναρίων, δηλαδή το γεννητικό επιθήλιο, όσο και τα διάμεσα κύτταρα, εμφανίζοντας όλα εκφυλιστικές αλλοιώσεις, ούτως ώστε η παραγωγή κυττάρων εντός των ορχικών σωληναρίων και η περαιτέρω διαφοροποίηση αυτών εμφανίζει βαριά διαταραχή ή αίρεται τελείως, τα διάμεσα κύτταρα προοδευτικά εξαφανίζονται.

Επιπλέον η αλκοολική ηπατοπάθεια μπορεί επίσης να επιφέρει εκφυλιστικές αλλοιώσεις και ατροφία των όρχεων όπως αυτή απαντά στην ηπατική κίρρωση (δευτεροπαθής αλκοολική ατροφία των όρχεων).

Ο χρόνιος αλκοολισμός θεωρείται ότι αποτελεί την αιτία διαφόρων συγγενών νόσων και διαμαρτιών στη διάπλαση. Ιδιαίτερος ο αλκοολισμός της μητέρας έχει

επικίνδυνες συνέπειες για το παιδί, δεδομένου ότι το οινόπνευμα διέρχεται από τον πλακούντα και επενεργεί βλαπτικά με άμεσο τρόπο στο έμβρυο.

Βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις του γεννητικού επιθηλίου ενδέχεται επίσης να είναι αιτία συγγενών διαμαρτιών.

Βαριές διαταραχές ενδέχεται επίσης να παρατηρηθούν και στο αιμοποιητικό σύστημα, ιδιαίτερα όμως στο μυελό των οστών στο χρόνια αλκοολισμό.

Οι διαταραχές αυτές ενδέχεται να είναι πρωτοπαθείς, προκαλούμενες από άμεση επίδραση του οινοπνεύματος στο μυελό των οστών, ή δευτεροπαθείς οφειλόμενες σε διαιτητικές διαταραχές και στην Κακή διατροφή καθώς και ανεπάρκεια βιταμινών, ειδικά δε του φυλικού οξέος. Ενδέχεται ως εκ τούτου, να εμφανισθεί αναιμία διαφόρων τύπων (απλαστική, υπόχρωμη, μεγαλο βλαστική) λευκοπενία και ακοκκιοκυτταραιμία.

Νεφρικές αλλοιώσεις στο χρόνια αλκοολισμό αναπτύσσονται ως επί το πλείστον υπό τη μορφή αρτηριο- και αρτηριολο - σκληρύνσεως. Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής καρδιακή ανεπάρκεια μπορούν να επιφέρουν νεφρική ανεπάρκεια λόγω των κυκλοφορικών διαταραχών και της στάσεως στους νεφρούς. Σπάνια παρατηρείται αμυλοειδής εκφύλιση των νεφρών.

Μεταξύ των βαρειών βλαβερών επιδράσεων που προκαλούνται από το οινόπνευμα, περιλαμβάνεται επίσης και η οστεοπενία.<sup>22</sup>

### **2.11. Οστεοπενία σε αλκοολικούς.**

Οι χρόνια αλκοολικοί έχουν αυξημένη συχνότητα καταγμάτων όχι μόνο γιατί παρουσιάζουν μειωμένη οστική μάζα αλλά και γιατί περιπλέκονται συχνά σε ατυχήματα, φιλονικίες κ.λ.π.

Η οστική μάζα στους αλκοολικούς βρέθηκε ελαττωμένη σε βιοψίες οστών από νεκροτομές καθώς και σε μετρήσεις της οστικής πυκνότητας σε ζώντες αλκοολικούς με τη χρήση της φασματοφωτομετρίας. Πειραματικά δεδομένα από τους Saville και Lieber (1965) δείχνουν ότι η χρόνια χορήγηση οινοπνεύματος σε επίμυς ελαττώνει την οστική πυκνότητα και το μέγεθος της κνήμης σε συσχέτισμό με ελάττωση του μεγέθους του πειραματόζωου. Οι Mezey et al (1979) δεν διαπίστωσαν ελάττωση της οστικής πυκνότητας χορηγώντας οινόπνευμα σε πειραματόζωα, παρατήρησαν όμως ότι πολλά από τα ζώα αυτά ανέπτυξαν οστεομαλακία. Οι Dalen και Lamke (1976)



μέτρησαν το περιεχόμενο σε ανόργανα άλατα των οστών σε διάφορα μέρη του σκελετού 7 αλκοολικών ασθενών. Υπολόγισαν ότι η ετήσια λεία ανόργανης μάζας στους αλκοολικούς είναι κατά το 2% μεγαλύτερη από εκείνη των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Έτσι θεώρησαν ότι το οινόπνευμα έχει άμεση τοξική επίδραση στα οστά όσον αφορά την ανάπτυξή τους.

Παραπέρα αποδείξεις της αιτιολογικής συσχέτισης μεταξύ οινοπνεύματος και οστεοπενίας παρασχέθηκαν από τον Nilson (1970), ο οποίος βρήκε ότι σε ασθενείς με κατάγματα των ισχίων υπάρχει υψηλή συχνότητα κατάχρησης οινοπνεύματος. Ο συγγραφέας αυτός βρήκε σημαντική διαφορά στην οστική μάζα μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών (μετρώντας την οστική πυκνότητα στο αντιβράχιο). Η διαφορά στους αλκοολικούς δεν είναι αμέσως εμφανής σε νέα άτομα, αλλά γίνεται καταφανής και υπερβαίνει το 25% έναντι του υγιούς πληθυσμού σε αλκοολικούς άνω των 70 ετών. Ο συγγραφέας θεωρεί ως υπεύθυνους τους διαιτητικούς παράγοντες και φέρει σαν επιχείρημα το γεγονός ότι οι αλκοολικοί έχουν μικρότερο βάρος σώματος από τους αντίστοιχους μάρτυρες τουλάχιστον κατά 5 kg (λιγότερη λήψη τροφής, λιγότερη άσκηση) και η περίμετρος του δεξιού τους βραχίονα είναι μικρότερη κατά 1 cm. Σε χειρότερη μοίρα βρίσκονται οι αλκοολικοί που είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε γαστρεκτομή.

Η ισχυρότερη πάντως μαρτυρία για ύπαρξη οστεοπενίας στους αλκοολικούς προσκομίσθηκε από τον Saville (1965) την κλασική του μελέτη από νεκροτομές αλκοολικών στην πόλη της Νέας Υόρκης. Το καθαρό βάρος της μετά την αφαίρεση του λίπους οστικής τέφρας των αλκοολικών ήταν 111 mg σε σύγκριση με 142 mg των μη αλκοολικών ανδρών. Η ίδια διαφορά σημειώθηκε και στις γυναίκες. Η οστική μάζα ενός άρρενος αλκοολικού ηλικίας 40 - 50 ετών ήταν ίδια με εκείνη μιας γυναίκας 70 ετών. Υπήρχε επίσης ελάττωση του βάρους του σώματος στους αλκοολικούς όπως και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Οι Seeman et al (1983) αξιολόγησαν τους παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με κατάγματα σπονδύλων. Ο σχετικός κίνδυνος για την ανάπτυξη κατάγματος σπονδύλου ήταν 2,3 για το κάπνισμα και 2,4 για τη χρήση οινοπνεύματος. Η τοξική αυτή επίδραση στο σκελετό δεν ήταν εμφανής σε νεότερες ηλικίες, γιατί απαιτείται αρκετός καιρός πριν οι παράγοντες αυτοοδηγήσουν σε ικανή απώλεια οστικής μάζας και σε κατάγματα. Σε αντίθεση με το κάπνισμα και με τη λήψη οινοπνεύματος, η παχυσαρκία ήταν προστατευτική για την οστική μάζα, λόγω της αυξημένης μετατροπής οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό.

### **Αίτια οστεοπενίας στον αλκοολισμό.**

Έλλειψη ασβεστίου: Αυξημένη απέκκριση.

Ελαττωμένη απορρόφηση.

Έλλειψη Βιταμίνης D: Ελαττωμένη απορρόφηση.

Ελαττωμένη σύνθεση 25 (OH) CC.

Πτωχές διαιτητικές συνήθειες.

Ενδοκρινικά αίτια: Υπερκορτιζολαιμία.

Χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης.

Δίαιτες παραγγελλόμενες από τους ιατρούς: Πτωχές σε νάτριο

Πτωχές σε πρωτεΐνες.

Απώλειες πρωτεϊνών: Παρακεντήσεις.

Αιμορραγία κισσών οισοφάγου.

### **2.12. Αλκοόλ και κρανιοεγκεφαλική κάκωση**

Έτσι, ένα μεγάλο ποσοστό τροχαίων ατυχημάτων, που έχουν σαν αποτέλεσμα Κ.Ε.Κ. έρχεται σαν συνέπεια της λήψης αλκοόλ, χωρίς να μπορούμε συνήθως να χαρακτηρίσουμε κάποια ποσότητα υπερβολική ή όχι, γιατί αυτό έχει άμεση σχέση με την ανοχή που παρουσιάζει το άτομο στο αλκοόλ.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν μεγάλη μάστιγα στις ημέρες μας, κατέχοντας τη πρώτη θέση στα θανατηφόρα ατυχήματα. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες στατιστικές, ο αριθμός τους ετησίως ανέρχεται, στην Ευρώπη σε 3.000.000 και στις Η.Π.Α. σε 10.000.000. Το 70-80% των περιστατικών οφείλεται σε τροχαία ατυχήματα και μόνο το υπόλοιπο 20-30% σε κάποια άλλα αίτια.<sup>19</sup>

### **ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**



Τα περισσότερα περιστατικά τροχαίων ατυχημάτων, έχει αποδειχθεί ότι συμβαίνουν σε συγκεκριμένες περιστάσεις, όπως:

1. τους καλοκαιρινούς μήνες
2. τα σαββατοκύριακα
3. όταν ο καιρός επιτρέπει την έξοδο.

Τα θύματα είναι συνήθως ηλικίας 16-21 ετών (Ε.Σ.Υ.Ε. 1997) και τα ατυχήματα συμβαίνουν κυρίως σε αστικές περιοχές, αλλά και σε εθνικές οδούς. Η κύρια αιτία, που προκαλεί τα ατυχήματα, είναι η λήψη alcohol και η ανάπτυξη υπερβολικής ταχύτητας. Οι λόγοι που οδηγούν τα άτομα να καταφύγουν στη λήψη αλκοόλ είναι η επιθυμία τους:

1. να καταφέρουν να χαλαρώσουν
2. να μειώσουν το άγχος και τη νευρικότητα τους
3. να τονίσει τον ανδρισμό στους άνδρες
4. να ενταχθούν οι νέοι σε ένα ευρύτερα αποδεκτό κοινωνικό σύνολο, γιατί έτσι απαιτεί η μόδα
5. να οπλιστούν με θάρρος και κουράγιο, προκειμένου να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις
6. να καταφέρουν να ξεφύγουν, έστω και για λίγο, από τη πραγματικότητα

Σύμφωνα με στατιστικές που υπάρχουν, το 40% των αλκοολικών παθαίνει κάποια στιγμή της ζωής του ατύχημα. Επίσης, το 60% των οδηγών και το 25% των πεζών, που παθαίνει ατύχημα είναι κάτω από την επήρεια αλκοόλ. Από το μέτρο του αλκοτέστ που εφαρμόζεται σύμφωνα με τα στοιχεία και τα αποτελέσματα που δόθηκαν στον τύπο για το 1997 16 και αφορούν την περιοχή της Αττικής, έχουμε ότι:

#### **Αποτελέσματα αλκοτέστ**

|                   |        |                |
|-------------------|--------|----------------|
| Έλεγχοι           | 45.022 |                |
| Μεθυσμένοι οδηγοί | 4.944  | (ποσοστό 11%)  |
| Αυτόφωρο          | 444    | (ποσοστό 9%)   |
| Κατασχέσεις       | 413    | (ποσοστό 8,4%) |

Επίσης άλλα στοιχεία που αφορούν παλαιότερα έτη και αφορούν όλη τη χώρα, έχουν ως εξής:

#### **1993**

|                   |        |                 |
|-------------------|--------|-----------------|
| Σύνολο τροχαίων   | 22.165 |                 |
| Μεθυσμένοι οδηγοί | 1.674  | (ποσοστό 7,56%) |

|                   |     |                   |
|-------------------|-----|-------------------|
| Νεκροί            | 794 | (ποσοστό 47,5%)   |
| Βαριά τραυματίες  | 559 | (ποσοστό 33,4%)   |
| Ελαφρά τραυματίες | 321 | (ποσοστό 19, 18%) |

## 1994

|                   |        |                  |
|-------------------|--------|------------------|
| Σύνολο τροχαίων   | 22.222 |                  |
| Μεθυσμένοι οδηγοί | 1.825  | (ποσοστό 8. 3%)  |
| Νεκροί            | 863    | (ποσοστό 47. 3%) |
| Βαριά τραυματίες  | 649    | (ποσοστό 35. 6%) |
| Ελαφρά τραυματίες | 313    | (ποσοστό 17. 2%) |

Στο ίδιο διάστημα και αναφορικά με τα περιστατικά που δέχθηκε η Μ.Ε.Θ. του νοσοκομείου Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, από Ιουνίου 1997 μέχρι και Ιανουαρίου 1998, ήταν 24 ασθενείς, ενώ το ίδιο διάστημα το προηγούμενο έτος είχε δεχθεί 36. Τα περισσότερα περιστατικά, σχεδόν το 75% νοσηλεύτηκαν κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Το δείγμα είναι πολύ μικρό, αλλά σαφώς ενδεικτικό της ανάγκης που υπάρχει να ληφθούν από τους ειδικούς κάποια συγκεκριμένα μέτρα.

Τη πρώτη θέση στα ατυχήματα εξαιτίας λήψης αλκοόλ κατέχουν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα αποτελούν τη κυριότερη αιτία, καλύπτοντας τις μισές περιπτώσεις των ατυχημάτων που συμβαίνουν στους ενήλικες και το ένα τρίτο των παιδικών.

Για κάθε δέκα ασθενείς που θα υποστούν ΚΕΚ από αυτοκινητιστικό, οι επτά (7) θα παραμείνουν με βαριά κάκωση και οι τρεις θα πεθάνουν από αυτή. Το 70% αυτών των περιπτώσεων θα καταλήξει μέσα στις 24 πρώτες ώρες. Αυτό δείχνει ότι, ο εγκέφαλος παραμένει από τα πιο δύσκολα, να αντιμετωπιστούν, όργανα.

Οι βλάβες που υφίσταται ο εγκέφαλος είναι:

1. αιμάτωμα, αποτελεί τη σοβαρότερη κατάσταση
2. μώλωπας
3. διάσειση

και έχουν σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη οιδήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται σαν τοπικό ή γενικευμένο. Καθώς παρουσιάζεται αύξηση του οιδήματος, παρατηρείται ταυτόχρονη αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης (φυσιολογική τιμή 0-15 mmHg). Επειδή η παραμικρή εγκεφαλική βλάβη οδηγεί σε αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης, εξαιτίας ανάπτυξης οιδήματος, θεωρείται αποτελεσματικό η επιθετική

επέμβαση να αρχίσει, όταν η τιμή της ενδοκράνιας πίεσης θα έχει φτάσει στο 25 mmHg.

Στατιστικά στοιχεία αναφέρουν ότι στις Η.Π.Α. κάθε 15 sec συμβαίνει μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ανεξαρτήτου αιτιολογίας και κάθε 12 sec κάποιος καταλήγει εξαιτίας της.

Επίσης σε έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α., μεταξύ δύο κατηγοριών ασθενών-οδηγών, που η μία είχε κάνει χρήση αλκοόλ, ενώ η άλλη δεν είχε κάνει, αλλά και οι δύο κατηγορίες είχαν υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι εκείνοι που είχαν πάρει αλκοόλ:

1. είχαν υποστεί εγκεφαλική βλάβη σοβαρότερης μορφής
2. παρουσίασαν βλάβες σε πολλά συστήματα
3. είχαν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας

Αποδείχθηκε γενικά ότι αυτοί που χρησιμοποιούν αλκοόλ:

1. σε μεγάλο ποσοστό δεν φέρουν ζώνη
2. παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά εμφάνισης άπνοιας και μεταβολικών διαταραχών
3. παρεμποδίζουν την έγκαιρη εξακρίβωση νευρολογικών διαταραχών, μειώνοντας τις πιθανότητες ασφαλούς διάγνωσης. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας.

**Άλλες κατηγορίες που παθαίνουν συνήθως τροχαίο ατύχημα, με συνέπεια Κ.Ε.Κ. είναι:**

1. Οι ευρισκόμενοι σε κατάσταση stress
2. Που δεν λαμβάνουν κανένα μέτρο προφύλαξης
3. Οι υπερβαίνοντες το όριο ταχύτητας
4. Οι αναλφάβητοι
5. Οι ηλικιωμένοι
6. Οι έχοντες πρόβλημα όρασης
7. Οι λαμβάνοντες φάρμακα, που επιδρούν στον νευρομυϊκό έλεγχο

Στα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ και έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση μια φορά, οι πιθανότητες πρόκλησης δευτέρας είναι τριπλάσιες, ενώ σε εκείνους που έχουν πάθει δύο φορές Κ.Ε.Κ οι πιθανότητες να πάθουν και τρίτη φορά είναι 8πλάσιες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Είναι φανερό ότι, Οι επαναλαμβανόμενες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, έχουν άμεση σχέση με τη

συμπεριφορά που συνηθίζει να έχει το άτομο και συνήθως αυτό έχει άμεση σχέση με τη χρήση αλκοόλ.<sup>17</sup>

### Γενικά

Η αντιμετώπιση του ασθενή με Κ.Ε.Κ. περιλαμβάνει τρία στάδια:

**1ο στάδιο:** Το οποίο ακολουθεί την οξεία φάση της κάκωσης, κατά την οποία ο ασθενής παραμένει για ημέρες, εβδομάδες ή ακόμα και για μήνες σε Μ.Ε.Θ., χρονικό διάστημα κατά το οποίο το νευρικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει παροδικές ή μη βελτιώσεις.

**2ο στάδιο:** Διαφόρου χρονικής διάρκειας και αυτό, κατά το οποίο ο ασθενής εγκαταλείπει τη Μ.Ε.Θ., μεταβαίνει σε νευροχειρουργική κλινική. Το επίπεδο συνείδησης γίνεται συνήθως φυσιολογικό και τις περισσότερες φορές βελτιώνονται τα διάφορα μετατραυματικά κατάλοιπα.

**3ο στάδιο:** Αρχίζει από την ημέρα που ο ασθενής εγκαταλείπει τη Ν/Χ κλινική, διατηρώντας τα διάφορα νευρολογικά ή ψυχικά προβλήματα και πηγαινέει ανάλογα με την κατάσταση του στο σπίτι ή σε κάποιο άλλο εξειδικευμένο κέντρο αποκατάστασης

Οι προσπάθειες για αποκατάσταση του ασθενή έχουν αρχίσει από το πρώτο στάδιο, κατά το οποίο του γίνεται ενεργητική και παθητική αναπνευστική φυσικοθεραπεία, παθητικές κινήσεις των αρθρώσεων, χειρομαλάξεις των μυών, ακρόαση μουσικής, συνομιλία μαζί του για τη βελτίωση του επιπέδου συνείδησης. Η αποκατάσταση γίνεται ακόμα πιο έντονη όταν ο ασθενής εγκαταλείπει τη Μ.Ε.Θ. Από τα διάφορα στοιχεία αποδεικνύεται ότι, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι απόλυτα συνυφασμένες με τον κακό και άστατο τρόπο ζωής, τον οποίον βιώνουν κάποια άτομα. Αυτό δεν σημαίνει ότι άλλες ομάδες του πληθυσμού δεν έχουν πιθανότητες να υποστούν κάποια στιγμή κάποιο ατύχημα, αλλά τα ποσοστά και οι πιθανότητες για να συμβεί κάτι τέτοιο είναι σαφώς μειωμένα.

Μια από τις βασικές αιτίες όπως αποδείχθηκε είναι και η συνήθεια πολλών ατόμων να καταφεύγουν στη λήψη αλκοόλ. Το αλκοόλ για αυτούς τους ανθρώπους αποτελεί το μέσον που θα τους οδηγήσει στους επτά ουρανούς. Θα τους κάνει να ξεφύγουν από τη πραγματικότητα και ελπίζουν ότι μετά από αυτό θα δουν τις καταστάσεις με άλλο μάτι και θα αποκτήσουν τη ενέργεια ψυχής που τους χρειάζεται για να συνεχίσουν τον δρόμο τους.

Γίνεται σαφές, ότι αυτός ο τρόπος ζωής επιβαρύνει σημαντικά τα έξοδα του κράτους. Από τη μια πλευρά, γίνεται εκροή συναλλάγματος προς άλλες χώρες για την

εισαγωγή αλκοόλ και από την άλλη, το κράτος καλείται με τα διάφορα ταμεία, να καλύψει οικονομικά την μακροχρόνια νοσηλεία και παραμονή σε ειδικές μονάδες των ατόμων που υφίστανται κάποιο ατύχημα. Και μιλάμε για καταστάσεις από την απλή διάσειση μέχρι τον πολύ βαρύ τραυματισμό.

Κατά καιρούς, καταβάλλεται από τους ειδικούς προσπάθεια να ληφθούν κάποια μέτρα (πρόστιμο για την μη χρήση των ζωνών ασφαλείας, για παραβίαση του ορίου ταχύτητας), αλλά τα μέτρα αυτά συνήθως ξεθυμαίνουν γρήγορα και έτσι δεν μπορούμε να δούμε αν πραγματικά θα επέφεραν κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα.

Η αναγκαιότητα της κατάστασης επιβάλλει την λειτουργία επιτροπής, στην οποία θα συμμετέχει και εκπρόσωπος του νοσηλευτικού κλάδου και θα έχει σαν κύριο και μοναδικό σκοπό της, την εξεύρεση μέτρων και μεθόδων (ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα που αφορούν τους κινδύνους που εγκυμονεί η χρήση του αλκοόλ, των συνεπειών που έχουν τα τροχαία ατυχήματα, της καλύτερης σήμανσης και φωτισμού των οδών και άλλα παρόμοια μέτρα παρέμβασης), που θα μειώσουν αυτή τη σύγχρονη μάστιγα, η οποία καθημερινά οδηγεί στον θάνατο πολλά άτομα, εξαιτίας ανευθυνότητας ή έλλειψης αυτοελέγχου τις περισσότερες φορές.

Πρέπει επιτέλους να γίνει κατανοητό από όλους ότι η ζωή μας σε καμία περίπτωση δεν είναι μιας χρήσης, αλλά πολλαπλών και συνεχών χρήσεων τόσων, όσων να καταφέρουμε να εκπληρώσουμε τον ρόλο που έχουμε κληθεί να παίξουμε, χρεώνοντας μας με τον λιγότερο δυνατό κόστος όσον αφορά τη ποιότητα ζωής. Άλλωστε ένας ακόμα θάνατος για πολλούς δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά μόνο μια είδηση σε κάποιο «παράθυρο» ή στοιχείο σε κάποιο ποσοστό, αλλά για το άτομο που τον βιώνει και την οικογένεια του σαφώς αναδεικνύεται μια και μοναδική πραγματικότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

#### 3.1. Ανατομία ήπατος

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

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

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

Καλύπτεται και προστατεύεται από την οστεοχονδρική θωρακική κοιλότητα.

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

Μετατοπίσεις του ήπατος συμβαίνουν με κάθε αλλαγή της στάσεως του σώματος που επηρεάζει το διάφραγμα. Φυσιολογικά, το ήπαρ εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το δεξιό πλευρικό χείλος. Η ψηλάφηση του γίνεται εύκολα, αν ζητηθεί από τον ασθενή να εισπνεύσει βαθιά ώστε να μετακινηθεί το διάφραγμα και το ήπαρ προς τα κάτω<sup>6</sup>.

#### 3.2. Λειτουργίες ήπατος

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

- *Μεταβολισμός των υδατανθράκων*



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

- *Μεταβολισμός των λευκωμάτων*

Τα αμινοξέα που απελευθερώνονται υπό την δράση των πεπτικών ενζύμων, φθάνουν στο ήπαρ δια της πυλαίας φλέβας από την εντερική πέψη. Από τα αμινοξέα αυτά το ήπαρ συνθέτει τα πρωτεϊνικά μόρια του σώματος. Εκτός από την χρησιμοποίησή τους για την σύνθεση των πρωτεϊνών τα αμινοξέα μπορεί να υποστούν και άλλες τροποποιήσεις, όπως η διάσπαση τους σε ουρία ή η μεταβολή ενός αμινοξέος σε ένα άλλο. Στο ήπαρ γίνεται επίσης η σύνθεση πολλών παραγόντων του αίματος όπως το ινωδογόνο, η προθρομβίνη, οι σφαιρίνες και λευκωματίνες.

- *Μεταβολισμό των λιπών*

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

- *Αποτοξίνωση*

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

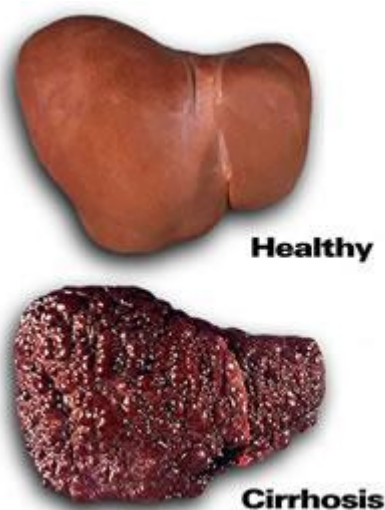
- *Παραγωγή χολής*

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

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

Στενές και πολύπλοκες σχέσεις έχει το ήπαρ με διάφορες βιταμίνες. Έχει την ικανότητα να μετατρέπει αδρανείς μορφές ορισμένων σημαντικών ορμονών και βιταμινών σε δραστικότερες μορφές. Η παρουσία της χολής είναι απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης Κ.<sup>7</sup>

### 3.3.1. Ορισμός κίρρωσης



Η κίρρωση του ήπατος είναι μία μη αναστρέψιμη τροποποίηση της κανονικής αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος και του αγγειακού δικτύου, εξαιτίας του σχηματισμού αναγεννητικών όζων και λωρίδων συνδετικού ιστού. Ο καθορισμός της αιτιολογίας αποδεικνύεται συχνά αδύνατος με βάση τη μικροσκοπική εμφάνιση του κίρρωτικού ήπατος και για το λόγο αυτό πρέπει να βασίζεται στις πληροφορίες από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τις βιοχημικές και ορολογικές δοκιμασίες<sup>4</sup>.

### 3.3.2. Αίτια κίρρωσης

*Λοιμώξεις:* Ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και πιθανώς και άλλοι ιοί. *Φάρμακα και τοξίνες :* αλκοόλ, μεθοτρεξάτη, ισονιαζίδη, αμιοδαρόνη.

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

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

*Αυτοάνοσα νοσήματα* : χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, πρωτοπαθείς χολική κίρρωση.

*Καρδιαγγειακό* : χρόνια δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, σύνδρομο Budd -Chiari, φλεγοαποφρακτική νόσος.

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

### **3.3.3. Μορφές κίρρωσης**

Οι περισσότεροι τύποι κίρρωσεως μπορούν να ταξινομηθούν ως ακολούθως:

1) αλκοολική, 2) μετανεκρωτική, 3) χολική (πρωτοπαθής, ή δευτεροπαθής).

Οι όροι, Laenunee, μικροοζώδης, πυλαία και λιπώδης κίρρωση έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τον τύπο αυτό της χρόνιας ηπατικής νόσου.

#### **1) Αλκοολική κίρρωση.**

Καθώς ο αλκοολισμός συνεχίζεται και η ηπατική νόσος προχωρεί, ηπατοκύτταρα καταστρέφονται, ινοβλάστες ανευρίσκονται στις περιοχές βλάβης και διεγείρεται ο σχηματισμός κολλαγόνου. Καθώς η ηπατοκυτταρική μάζα μειώνεται, το ήπαρ συρρικνώνεται σε σχήμα αποκτώντας μια λεπτή οζώδη εμφάνιση και καθίσταται σκληρό.

Η αλκοολική κίρρωση είναι μια εξελισσόμενη νόσος, αλλά η κατάλληλη θεραπεία και η αυστηρή αποφυγή οινοπνεύματος μπορούν να σταματήσουν τη νόσο και να επιτρέψουν την αποκατάσταση και λειτουργική βελτίωση.

Η αλκοολική κίρρωση μπορεί να είναι κλινικά αφανής και περίπου το 10% των περιπτώσεων αποκαλύπτονται τυχαία στη λαπαροτομία. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, αλλά η διαφορά αυτή μειώνεται σταθερά στα τελευταία χρόνια, μιας και οι συνήθειες στο ποτό άλλαξαν σε πολλές δυτικές χώρες. Αν και η μέση ηλικία έναρξεως των συμπτωμάτων είναι τα 50 χρόνια, η κίρρωση μπορεί να ανευρεθεί σε αλκοολικούς ασθενείς στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής<sup>2</sup>.

Μετά από περίοδο εβδομάδων ή μηνών, ο ασθενής εμφανίζει προοδευτική αδυναμία, κόπωση, ανορεξία, ελαφρά απώλεια βάρους, ίκτερο, οίδημα των σφυρών

και διάταση της κοιλίας που οφείλεται σε ασκίτη. Ένα σκληρό και διογκωμένο ήπαρ μπορεί να είναι το μόνο σημείο της νόσου, αλλά και επιπρόσθετα ευρήματα, στα οποία περιλαμβάνεται η μυϊκή αδυναμία, ο ίκτερος, η γυναικομαστία, η ατροφία των όρχεων, η διαταραχή της έμμηνης ρύσης, η αμηνόρροια, το ερύθημα των παλαμών, η σπληνομεγαλία και ο ασκίτης, μπορεί να παρατηρηθούν απ' τον κλινικό. Η απώλεια των τριχών του σώματος, η διόγκωση των παρωτίδων, η πληκτροδακτυλία είναι συχνά, αλλά λιγότερο ειδικά κλινικά σημεία. Χαμηλός πυρετός χωρίς ρίγος είναι συχνός.

Τα σημεία πυλαίας υπερτάσεως και ο ασκίτης γίνονται όλο και περισσότερο εμφανή. Οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση καταλήγουν με ηπατικό κώμα, που ενεργοποιείται από αιμορραγία κιστών οισοφάγου ή παρεμπύπτουσα λοίμωξη. Η οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα και το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος απαντούν σε μεγαλύτερη συχνότητα σε κίρρωτικούς ασθενείς, απ' ό,τι σε φυσιολογικά άτομα.

Οι εργαστηριακές μελέτες συχνά χωρίς σημαντικά ευρήματα στο αλκοολικό λιπώδες ήπαρ, εκτός από μικρή αύξηση της SGOT. Σε σοβαρότερη αλκοολική ηπατική νόσο. Υπάρχει αναιμία. Η αιτιολογία είναι σύνθετη και η οξεία ή χρόνια απώλεια αίματος απ' το γαστρεντερικό, η ανεπάρκεια φολικού οξέος, ο υπερσπληνισμός και η τοξική επίδραση του οινοπνεύματος στο μυελό των οστών είναι συμβάλλοντα αίτια. Η λευκοπενία και θρομβοκυτοπενία μπορεί να προκύψουν από υπερσπληνισμό. Οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος αποκαλύπτουν ανύψωση των επιπέδων αλκαλικής φωσφατάσης. Η λευκωματίνη ορού είναι χαμηλή, ενώ οι σφαιρίνες αυξημένες. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ανεπάρκεια παραγόντων της πήξεως είναι συχνή, όπως φαίνεται από την επιμήκυνση του χρόνου προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης.

Εάν δεν υπάρχουν αντενδείξεις στους περισσότερους ασθενείς θα πρέπει να εκτελείται διαδερμική ηπατική βιοψία με βελόνα, προς επιβεβαίωση της διαγνώσεως και καθορισμό του σταδίου και της φάσεως εξελίξεως της νόσου.

Οι ασθενείς με κίρρωση, που διακόπτουν το οινοπνεύμα και προσλαμβάνουν σωστή διατροφή έχουν πενταετή επιβίωση 60% περίπου σε αντίθεση με εκείνους που συνεχίζουν να πίνουν, οι οποίοι έχουν πενταετή επιβίωση 40%. Η θνησιμότητα είναι υψηλότερη σε ασθενείς με επιπλοκές, όπως η αιμορραγία κιστών του οισοφάγου ή ο ασκίτης.

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

Επί απουσίας σημείων ηπατικού κόματος, θα πρέπει να χορηγείται διαίτα που να περιέχει 1g/kg πρωτεΐνης και 2000 – 3000 cal την ημέρα. Επειδή ο πάσχων από αλκοολική ηπατίτιδα συχνά δεν έχει όρεξη ή έχει ναυτία, οι τροφές θα πρέπει να χορηγούνται σε τρία ή τέσσερα μικρά γεύματα. Η χορήγηση βιταμινών μπορούν να χορηγηθούν.

Ο ασκίτης και το οίδημα μπορεί να εξαφανισθούν μόνο με την κατάκλιση.

Η σύγχυση, η υπνηλία και άλλα σημεία αρχόμενου ηπατικού κόματος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με μείωση της προσλήψεως πρωτεϊνών σε επίπεδα 20 – 30 g την ημέρα ή και λιγότερο. Βλαπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα τα διουρητικά και τα ηρεμιστικά, θα πρέπει να αποφεύγονται. Παρά τις μελέτες, ο ρόλος των κορτικοστεροειδών στην οξεία αλκοολική ηπατίτιδα παραμένει αντικείμενο διαμάχης. Προκαταρκτικές μελέτες υπαινίσσονται ότι η ενδοφλέβια έγχυση ινσουλίνης και γλυκαγόνης μπορεί να ωφελεί.

Η αναιμία θα πρέπει να διορθώνεται κατάλληλα με θεραπεία υποκατατάσεως.

Η ύπαρξη επίμονου πυρετού με ρίγος απαιτεί πλήρη και γρήγορη έρευνα για σηπτική εστία, ιδιαίτερα λοίμωξη των ουροφόρων, πνευμονία<sup>5</sup>.

## **2) Μετανεκρωτική κίρρωση.**

Ο τύπος αυτός, ο συχνότερος τύπος κίρρωσεως σε παγκόσμια βάση, χαρακτηρίζεται μορφολογικά από εκτεταμένη απώλεια ηπατοκυττάρων και ανώμαλα μεγάλα οζίδια που ποικίλλουν σε σχήμα.

Το αίτιο της μετανεκρωτικής κίρρωσεως είναι ακόμα άγνωστο. Επιδημιολογικές μελέτες ενοχοποιούν την ιογενή ηπατίτιδα σαν τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα.

Η μετανεκρωτική κίρρωση προσβάλλει τις γυναίκες με την ίδια συχνότητα, όπως και τους άνδρες. Όπως και στην αλκοολική κίρρωση, λίγοι ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση μπορεί να έχουν μικρή κλινική ένδειξη προχωρημένης κίρρωσεως και η διάγνωση τίθεται σε εγχείρηση ή νεκροτομικά ή με βιοψία ήπατος. Γύρω στο 25% οι ασθενείς εμφανίζονται με σημεία και συμπτώματα ενδεικτικά ενεργούν ηπατίτιδας, αλλά συχνά με άτυπες εκδηλώσεις, όπως ο έντονος ίκτερος, ο

ασκίτης και εκδηλώσεις πυλαίας υπερτάσεως. Η σπληνομεγαλία μπορεί να είναι το μόνο σημείο μετανεκρωτικής κίρρωσεως. Μερικοί ασθενείς έχουν προσβολές πόνου της άνω κοιλίας, αιφνίδια έναρξη ανεξήγητου ασκίτη, επεισόδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, ή ριζική αιμορραγία κιστών οισοφάγου. Τα σημεία και συμπτώματα της μετανεκρωτικής κίρρωσεως μοιάζουν μ' εκείνα της αλκοολικής και αντιπροσωπεύουν απώλεια ηπατοκυτταρικής μάζας, προχωρημένης πυλαίας υπερτάσεως και διαταραχές στο μεταβολισμό νερού και ηλεκτρολυτών. Οι ασθενείς με μετανεκρωτική κίρρωση εμφανίζουν μικρότερη αδυναμία και περισσότερο επίμονο ίκτερο απ' ό,τι οι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση.

Οι περισσότερες εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις είναι μη διαγνωστικές και η βιοψία με βελόνα είναι οι καθοριστικές διαγνωστικές μέθοδοι. Το 75% των ασθενών έχουν εξελικτική νόσο παρά τη θεραπεία υποστηρίξεως και μετά 1 – 5 χρόνια απολήγουν στο θάνατο από βαριά αιμορραγία κιστών οισοφάγου, ηπατικό κώμα ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Επειδή η αρχική αιτία της νόσου σπάνια διαπιστώνεται ή θεραπεύεται, η μακροχρόνια αγωγή με επαρκή ανάπαυση, έλεγχο του ασκίτη, αποφυγή φαρμάκων ή μεγάλης προσλήψεως πρωτεΐνης που μπορεί να προκαλέσει ηπατικό κώμα, η γρήγορη αντιμετώπιση των λοιμώξεων και η χειρουργική θεραπεία της πυλαίας υπερτάσεως είναι τα ενδεικνύόμενα μέτρα.

### **3) Χολική κίρρωση**

Ο όρος χολική κίρρωση αφορά μια νόσο, χαρακτηρίζεται από κλινικά και χημικά σημεία χρόνιας διαταραχής στην έκκριση χολής και μορφολογική ένδειξη προοδευτικής ηπατικής καταστροφής, με κέντρο τα ενδοηπατικά χοληφόρα.

Το αίτιο της χολικής κίρρωσεως είναι ακόμη άγνωστο. Η παρατήρηση ότι το 90% των περιπτώσεων απαντά σε γυναίκες μέσης ηλικίας, ενισχύει έντονα την ενδοκρινική συμβολή. Η έναρξη της χολικής κίρρωσεως έχει οδηγήσει στην αποδοχή, ότι η ιογενής καταστροφή των ηπατοκυττάρων και των κυττάρων των χοληφόρων είναι η απαρχή της νόσου.

Πολλοί ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση είναι ασυμπτωματικοί και η νόσος αρχικά ανιχνεύεται από την ανεύρεση αυξημένης αλκαλικής φωσφατάσης. Η νόσος μπορεί να παραμένει κλινικά αφανής για πολλά χρόνια. ο ασθενής εμφανίζει γενικευμένο κνησμό που ακολουθείται από σκοτεινόχροα ούρα, αποχρωματισμένα κόπρανα και ίκτερο. Για περίοδο μηνών ή ετών ο κνησμός, ο ίκτερος, η υπέρχρωση

αυξάνουν βραδέως. Στη συνέχεια ο κνησμός και η εναπόθεση λιπιδίων μειώνονται, εμφανίζεται ασκίτης και οίδημα. Το πλείστο των συμπτωματικών ασθενών αποθνήσκει σε διάστημα 5-10 χρόνων από την εμφάνιση των πρώτων σημείων της νόσου. Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς, που ανακαλύπτονται τυχαία βάσει της αυξημένης αλκαλικής φωσφατάσης, έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση.

Η χολική κίρρωση συχνά διαγιγνώσκεται σε προσυμπτωματικό στάδιο, λόγω της μεγάλης διαδόσεως των εξετάσεων αίματος προληπτικά. Η πρωιμότερη εργαστηριακή διαταραχή είναι η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης σε διπλάσια ή πενταπλάσια επίπεδα, που συνοδεύεται από φυσιολογική ή ελαφρά αυξημένη χολερυθρίνη και τρανσαμινάσες. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, η χολερυθρίνη προοδευτικά αυξάνει. Οι τρανσαμινάσες σπάνια ξεπερνούν τις 150 – 200 μονάδες.

Η βιοψία ήπατος μπορεί να είναι διαγνωστική της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσεως. Θετικά μιτοχονδριακά αντισώματα υποδηλώνουν την ύπαρξη πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσεως.

Η μεγαλύτερη διαγνωστική προσπάθεια θα πρέπει να στραφεί προς τη μηχανική χολική απόφραξη. Τούτο μπορεί να γίνει με τη διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία. Αν οι εξετάσεις αυτές δεν αποδώσουν και η κατάσταση παραμένει συγκεχυμένη, η ερευνητική λαπαροτομία με εγχειρητική χολαγγειογραφία είναι ενδεδειγμένη.

Η πλήρης διόρθωση κάθε μηχανικής αποφράξεως στη ροή της χολής είναι το σημαντικότερο βήμα στην πρόληψη και θεραπεία της δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσεως. Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή επιπλοκών της νόσου. Ο κνησμός μπορεί να βοηθήσει από αντιισταμινικά ή τοπικές αλοιφές. Η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών μπορεί να μειώσει τον κνησμό. Ο περιορισμός του αλατιού και η προσεκτική χρήση διουρητικών από το στόμα προλαμβάνουν τον ασκίτη και το οίδημα.

Κίρρωση μπορεί να ευρεθεί σε συνδυασμό με τα παρακάτω νοσήματα.

1. Μεταβολικές διαταραχές: γαλακτοζαιμία, κληρονομική δυσανεξία της φρουκτόζης,
2. Λοιμώδη νοσήματα: βρουκέλλωση
3. Δηθητικές νόσοι: σαρκοείδωση
4. Γαστρεντερικές διαταραχές: χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, κυστική ίνωση του παγκρέατος<sup>10</sup>.

### 3.3.4. Κλινικά χαρακτηριστικά κίρρωσης



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

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

**Τα ειδικά συμπτώματα εξαιτίας της ηπατικής συνθετικής δυσλειτουργίας περιλαμβάνουν.**

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

**Τα μη ειδικά συμπτώματα εξαιτίας της πυλαίας υπέρτασης είναι:**

1. διόγκωση σπλήνας
2. ασκίτης
3. κυριότερη και πιο επικίνδυνη εκδήλωση οι κίρσοι του οισοφάγου<sup>15</sup>.



### 3.3.5. Διάγνωση

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο η ανάλυση και περιγραφή των ηπατικών δοκιμασιών.

Το φάσμα των λειτουργιών του ήπατος είναι τόσο μεγάλο ώστε είναι αδύνατο με μια μόνο δοκιμασία να εκτιμηθεί επαρκώς η λειτουργική επάρκεια του οργάνου.

Χολερυθρίνη ορού (Φυσιολογικές τιμές: Ολική 0.3-1.0 mg/dl). Ο προσδιορισμός χρησιμεύει για αποκάλυψη ικτέρου και εκτίμηση της βαρύτητας του.

Ένζυμα.

Τρανσαμινάσες όπως η SGOT και SGPT. Η SGOT, ένζυμο, ανευρίσκεται στον καρδιακό μυ, το ήπαρ και τους σκελετικούς μυς. Μετά από κυτταρική βλάβη εκλύεται στο αίμα σε μεγάλες ποσότητες, ιδίως μετά από ηπατοκυτταρική βλάβη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η SGPT είναι πρωτοπλασματικό ένζυμο κυρίως των κυττάρων του ήπατος και λιγότερο καρδιάς και σκελετικών μυών.

Προσδιορισμός των τρανσαμινασών είναι πολύ χρήσιμος για τη διάγνωση πρώιμης ή μη ικτερικής ηπατίτιδας, ενώ διαδοχικοί προσδιορισμοί βοηθούν στην παρακολούθηση της πορείας οξείας ηπατικής βλάβης. Παρατεταμένη ανύψωση των τιμών είναι ένδειξη μη υποχώρησης οξείας ηπατίτιδας. Απότομη πτώση των τιμών σε ηπατοπαθή του οποίου η κλινική εικόνα επιδεινώνεται αποτελεί ένδειξη βαριάς νεκρώσεως του ήπατος.

Φυσιολογικές τιμές: SGOT : 5-20 iu/l

SGPT : 5-30 iu/l

(γ-GT). Το ένζυμο αυτό βρίσκεται σε διάφορους ιστούς. Οι τιμές του ενζύμου στον ορό είναι αυξημένες σε χολόσταση και ηπατοκυτταρική νόσο. Είναι επίσης αυξημένη σε καταχραστές οινοπνεύματος.

Φυσιολογικές τιμές: 9-50 iu/l

Γαλακτική αφυδρογονάση. Ο προσδιορισμός του ενζύμου δεν αποτελεί δείκτη ηπατοκυτταρικής βλάβης αλλά πολύ αυξημένες τιμές βρίσκονται σε νεοπλάσματα.

Φυσιολογικές τιμές: 45-100 iu/l

Αλκαλική φωσφατάση. Πρόκειται για φωσφομονοεστεράση, ομάδας ισοενζύμων που παράγονται από τα οστά, το ήπαρ, το έντερο και του πλακούντα.

Φυσιολογικές τιμές: 3-13 μονάδες

Ανοσοσφαιρίνες. Διαταραχή των ανοσοσφαιρινών του ορού είναι συχνή για χρόνιες νόσους του ήπατος.

## **ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ**

Σήμερα η βιοψία αυτή θεωρείται σχεδόν ακίνδυνη, εφόσον γίνεται από πεπειραμένους ιατρούς και λαμβάνονται οι ενδεικνυόμενες προφυλάξεις. Πρέπει να προστεθεί ότι η χειρουργική βιοψία του ήπατος παρέχει πολύ μεγαλύτερα αποτελέσματα γιατί το δείγμα που λαμβάνεται είναι μεγαλύτερο. Γι' αυτό ο παθολόγος πρέπει να ενθαρρύνει τον χειρουργό να λαμβάνει κομμάτι ήπατος για βιοψία σε όλους τους ασθενείς με πιθανή νόσο ήπατος.

Μεγαλοηπατία, είναι συχνή ένδειξη<sup>8</sup>.

Μεγαλοσπληνία.

Ίκτερος.

Πυρετός άγνωστης αιτιολογίας.

## **Οισοφαγοσκόπηση**

Είναι η άμεση επισκόπηση οισοφάγου που ελέγχει τον φυσικό περισταλισμό του, την φύση του βλενογόνου του και άλλες εξεργασίες που υπάρχουν. Γίνεται για διαπίστωση ρήξης κιστών οισοφάγου.

## **ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΗΠΑΤΟΣ**

Έχει σκοπό την απεικόνιση κάθε είδους όγκων μέσα στο ήπαρ που δεν μπορούν να ψηλαφηθούν με άλλο τρόπο. Γίνεται για να διαπιστωθεί το μέγεθος του ήπατος, η θέση του και το σχήμα του.

## **ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΗΠΑΤΟΣ**

Επιτυγχάνεται με την επεξεργασία των στοιχείων που καταγράφονται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή από την λήψη με ακτίνες εγκάρσιων διατομών του σώματος.

## **ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

Επιτυγχάνεται με ηχητικά κύματα που εκπέμπονται από μια εστία και αντανακλώνται από τους διάφορους ιστούς. Είναι πολύ χρήσιμη και ακίνδυνη μέθοδος στη διάγνωση τυχόν παθήσεων της κοιλιάς, όγκων.

## **ΑΠΛΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 4.1. Επιπλοκές κίρρωσης

##### – Πυλαία υπέρταση

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

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

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

Η κυρία ενδοηπατική αιτία είναι η κίρρωση, η οποία προκαλεί τις περισσότερες φορές πυλαία υπέρταση. Σπανιότερη είναι η σχιστοσωμίαση, η γενική λιπώδης αλλοίωση, η σαρκοείδωση και νόσοι που επηρεάζουν την πυλαία μικροκυκλοφορία, των οποίων παράδειγμα αποτελεί η οζώδης εκφυλιστική υπερπλασία<sup>10</sup>.

##### – Ασκίτης

Ονομάζεται η συγκέντρωση μεγάλης ποσότητας υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ασκίτης γίνεται κλινικά εμφανής όταν το υγρό που έχει συγκεντρωθεί υπερβαίνει τα 500ml. Το πιο ευαίσθητο κλινικό σημείο του ασκίτη είναι η μετακινούμενη αμβλύτητα, αλλά με το υπερηχογράφημα ανιχνεύονται εύκολα και οι μικρές ποσότητες υγρού.

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

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

## **Θεραπεία**

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

### **– Αιμορραγία κισμών οισοφάγου**

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

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

## **Θεραπεία**

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

Με σκοπό την ελάττωση της σπλαχνικής ροής αίματος χορηγούνται ενδοφλεβίως σωματοστατίνη και αγγειοπιεσίνη, οι οποίες χρησιμοποιούνται και στην

οξεία αιμορραγία των οισοφαγικών κηρσών, ώσπου να εφαρμοσθεί ενδοσκοπική ή χειρουργική θεραπεία.

Αποτελεσματικό προσωρινό μέτρο είναι ο επιπωματισμός του οισοφάγου με αεροθάλαμο. Οι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν σε αποπίεση του πυλαίου συστήματος είτε με διάφορες χειρουργικές μεθόδους είτε με αιματηρή ακτινολογική μέθοδο<sup>21</sup>.

#### **– Ηπατική εγκεφαλοπάθεια**

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

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

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

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

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

#### **Παράγοντες**

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

#### **Κλινικά γνωρίσματα**

*Τα κλινικά γνωρίσματα της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνουν:*

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

### **Στάδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας**

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

- Στάδιο 1: ήπια σύγχυση και αποπροσανατολισμός
- Στάδιο 2 η αστηριξία είναι συνεπώς παρούσα και ο ασθενής έχει εμφανείς αλλαγές της προσωπικότητας
- Στάδιο 3 ο ασθενής έχει υπνηλία, είναι αποπροσανατολισμένος σε διέγερση
- Στάδιο 4 ο ασθενής είναι σε κωματώδη κατάσταση

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

### **Θεραπεία**

Στην αντιμετώπιση περιλαμβάνεται:

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

## – Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

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

Η παρουσία ηπατοκυτταρικού καρκινώματος μπορεί να περάσει απαρατήρητη, μέχρι την επιδείνωση της κατάστασης του κίρρωτικού ασθενή που προηγούμενα ήταν σταθερή. Συμπτώματα είναι η εμφανή καχεξία, αίσθημα αδυναμίας, απώλεια βάρους.

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

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

Η πορεία της νόσου είναι συνήθως ταχεία και οδηγεί στο θάνατο είτε λόγω αιμορραγίας του γαστρεντερικού ή ηπατικής ανεπάρκειας. Η χημειοθεραπεία δεν έχει αποδειχθεί να παρατείνει τη ζωή. Η μεταμόσχευση του ήπατος έχει δοκιμασθεί στην θεραπεία του καρκίνου αλλά η υποτροπή του όγκου και η συχνή εμφάνιση μεταστάσεων μετά τη μεταμόσχευση περιόρισαν την μέθοδο αυτή<sup>9</sup>.

## 4.2. Θεραπεία κίρρωσης ήπατος

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

- απομάκρυνση από την εργασία και ανάπαυση
- δίαιτα πλούσια σε ζωικά λευκώματα και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη
- παροχή βιταμινούχων σκευασμάτων
- ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, φρουκτόζης,
- ανάλατη δίαιτα



- οι σχετικές εγχειρήσεις αναστομώσεως πυλαίας -σπληνικής - νεφρικής φλέβας αποτελούν την τελευταία προσπάθεια φυγής από το αδιέξοδο.

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

Επί απουσίας ενδεικτικών σημείων ηπατικού κόματος θα πρέπει να χορηγείται διαίτα που να περιέχει 12kg πρωτεΐνης την ημέρα. Επειδή ο ασθενής με αλκοολική ηπατίτιδα έχει μειωμένη όρεξη ή να έχει ναυτία, οι τροφές θα πρέπει να χορηγούνται σε 3 ή 4 μικρά γεύματα την ημέρα, με επιπλέον χορήγηση παρασκευάσματος αυγού. Μπορούν να χορηγηθούν βιταμίνες σε μορφή πολυβιταμινούχων σκευασμάτων. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει ότι ούτε η διαίτα ούτε οι βιταμίνες προστατεύουν τα ήπαρ από την επίδραση του αλκοόλ, για το λόγο αυτό το αλκοόλ απαγορεύεται αυστηρώς.

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

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

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

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

### **– Διαιτητική παρέμβαση**

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

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

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

Η ομάδα βιταμινών Β πρέπει να προστίθεται στη διαίτα σε μεγάλη ποσότητας για να ενισχύσει το μεταβολισμό των υδατανθράκων της διαίτας. Χρησιμοποιείται η παρεντερική οδός σε ασθενείς με κισσούς του οισοφάγου<sup>13</sup>.

### **– Μεταμόσχευση ήπατος**

Η κίρρωση είναι η μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ και η μεταμόσχευση ήπατος είναι η μόνη επιτυχής θεραπεία σε μη αναστρέψιμη προχωρημένη νόσο. Η μεταμόσχευση ήπατος έχει μεγάλη επιτυχία στις περιπτώσεις προχωρημένης και γενικής ανίατης ηπατοπάθειας. Το 70-80% των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος επιζούν αρκετά χρόνια και συνήθως με καλή ποιότητα ζωής. Μεταμόσχευση εκτελείται συχνότερα σε κίρρωση από πρωτοπαθή χολική κίρρωση, αλκοολική ηπατοπάθεια, ηπατίτιδα C, αυτοάνοση ηπατίτιδα κτλ.

Η μεταμόσχευση ήπατος δεν είναι πλέον πειραματική. Με βελτιωμένη χειρουργική τεχνική και καλύτερα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα έχει γίνει επιτυχής θεραπεία με ηπατική νόσο τελικού σταδίου με μακράς διάρκειας επιβίωση. Δυστυχώς

το χάσμα μεταξύ των αριθμών των πτωματικών δοτών και δεκτών συνεχίζει να μεγαλώνει. Στο μέλλον, με κατάλληλη επιλογή και δέκτη, με περαιτέρω εκλεκτικότητα στη χειρουργική τεχνική και αυξημένη εμπειρία, η μεταμόσχευση θα μπορεί να δώσει ανώτερα αποτελέσματα.

#### – Στάδια μεταμόσχευσης

- *Λίγο πριν τη μεταμόσχευση*

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

- *Κατά τη διάρκεια της επέμβασης*

Η επέμβαση διαρκεί συνήθως από 4 μέχρι 14 ώρες. Όσο χρόνο η χειρουργική ομάδα αφαιρεί το άρρωστο ήπαρ του λήπτη, μια άλλη ομάδα ετοιμάζει το νέο ήπαρ. Κατά την αφαίρεση του οργάνου αποσυνδέονται οι χοληφόροι πόροι, ενώ τα αιμοφόρα αγγεία που το τροφοδοτούν αποκόπτονται και συνδέονται με μηχάνημα εξωσωματικής κυκλοφορίας. Στη συνέχεια, το υγιές ήπαρ τοποθετείται στο σώμα και συνδέεται με τους χοληφόρους πόρους και τα αγγεία, ώστε να αποκατασταθεί η αιμάτωση και η λειτουργικότητα του.

- *Μετά την επέμβαση*

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

#### – Επιπλοκές μεταμόσχευσης

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

- αιμορραγία
- επιπλοκές από τα χοληφόρα (απόφραξη, χολαγγειίτιδα, διαφυγή από την αναστόμωση)
- θρόμβωση της πυλαίας φλέβας ή της ηπατικής αρτηρίας
- επιπλοκές από το αναπνευστικό (ατελεκτασία, λοιμώξεις, υδροθώρακας)
- νεφρική ανεπάρκεια. Αντιμετωπίζεται με τη μέθοδο της συνεχούς αιμοδιήθησης απόρριψη<sup>10</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### 5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πρόληψη

#### – Νοσηλευτική παρέμβαση

##### Διατροφή.

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

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

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

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

- Συντηρημένες τροφές
- Υδρογονωμένα λάδια (μαργαρίνη κτλ) που περιέχουν αλάτι και αλατισμένο φρέσκο βούτυρο
- Πλύση του στόματος με αλατόνερο
- Σόδα φαγητού
- Αντιόξινα (αν παίρνει), που περιέχουν νάτριο

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

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

5. Επειδή ο άρρωστος είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, τα πιθανά σημεία λοίμωξης παρακολουθούνται στενά. Περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης του δέρματος

καθαρίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ενθαρρύνεται η ατομική υγιεινή του αρρώστου. Η θερμοκρασία παρακολουθείται τακτικά και ελαχιστοποιείται η έκθεση του αρρώστου σε πηγές μόλυνσης.

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

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

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

Η μετέπειτα φροντίδα του κίρρωτικού αρρώστου επικεντρώνεται στη διακοπή χρήσης αλκοόλ.<sup>2</sup>

**Αν υπάρχουν διαταραχές προβαίνουμε στις εξής νοσηλευτικές πράξεις:**

### **1. Ανορεξία**

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

### **2. Ναυτία και έμετος**

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

### **3. Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως**

- Παρακολουθούμε αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων.
- Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του αρρώστου.
- Δίνουμε συμπληρωματικές βιταμίνες
- Χορηγούμε παρεντερικός σακχαρούχα υγρά.
- Παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του αρρώστου.

#### **4. Κοιλιακοί πόνοι**

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

#### **5. Αιματέμεση**

- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αγωνίας, αισθήματος γαστρικής πληρώσεως, αδυναμίας και ανησυχίας.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα αιμορραγίας και shock.
- Γράφουμε τα ζωτικά σημεία σε συχνά χρονικά διαστήματα.
- Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του ασθενή.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά την διάρκεια μετάγγισης.
- Βοηθάμε τον γιατρό, για την εισαγωγή καθετήρα στομάχου και οισοφάγου.
- Μετράμε και γράφουμε το χαρακτήρα, το χρόνο και την ποσότητα των εμετών.
- Εφαρμόζουμε σχολαστική περιποίηση του στόματος.
- Διατηρούμε τον ασθενή νηστικό, αν αυτό είναι ιατρική εντολή.
- Χορηγούμε βιταμίνη Κ, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Παρακολουθούμε συνεχώς τον ασθενή κατά την διάρκεια επεισοδίων αιμορραγίας.
- Διατηρούμε ανοιχτή φλέβα και φροντίζουμε για ενυδάτωση του αρρώστου και πιθανή μετάγγιση.
- Παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων.
- Δίνουμε κρύα υγρά από το στόμα, μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας και κατόπιν ιατρικής εντολής.

#### **6. Μέλαινα κένωση**

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

#### **7. Ίκτερος**

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

#### **8. Οίδημα των άκρων**

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

#### **9. Ασκίτης**



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

#### **10. Υδροθώρακας και δύσπνοια**

- Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση.
- Αλλάζουμε συχνά θέση.
- Βοηθάμε τον ασθενή κατά την παρακέντηση του θώρακα.
- Στηρίζουμε τον ασθενή και τον διατηρούμε σε ορθή θέση κατά τη διάρκεια της παρακέντησης.
- Σημειώνουμε το ποσό και το χαρακτήρα του υγρού που αναρροφήθηκε.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για βήχα, δύσπνοια και συχνότητα σφυγμού.

#### **11. Πυρετός**

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

#### **12. Αιμορραγικές εκδηλώσεις: εκχυμώσεις, αιμορραγίες των ούλων.**

- Αποφεύγετε τη δημιουργία τραύματος.
- Διατηρούμε ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή.

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

### **13. Νευροψυχικές διαταραχές: διανοητική σύγχυση, ασυνεργία, αταξία, υπνηλία, λήθαργος, κώμα**

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

### **14. Αναιμία**

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

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

Ίσως εμφανιστούν αντιδράσεις και μετά από την πάροδο του χρόνου εξαιτίας της μετάγγισης του αίματος, όπως λοιμώξεις, ηπατίτιδα, ελονοσία κ.λ.π. Ο νοσηλευτής παρατηρεί τον ασθενή για τυχόν αλλαγή των ζωτικών σημείων, ανησυχία, ρίγος, ναυτία, εμετούς, ερυθρότητα προσώπου, δύσπνοια, βήχα, οίδημα και εκτελεί τα ανάλογα νοσηλευτικά μέτρα<sup>3</sup>.

## 15. Κιρσοί οισοφάγου

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

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

### – Νοσηλευτική φροντίδα μεταμόσχευσης ήπατος

Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενή με μεταμόσχευση ήπατος περιλαμβάνει:

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

- Προσδιορίζονται τα αέρια αίματος κάθε τρεις ώρες
- Μετριέται η ΑΠ και οι σφύξεις ανά 30 λεπτά. Εφόσον αποκατασταθεί η αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς, οι προηγούμενες μετρήσεις μπορούν να γίνονται ανά 2 ώρες και αργότερα ανά 3 ώρες. Η μέτρηση της θερμοκρασίας και της ΚΦΠ γίνονται ανά 3 ώρες
- Γίνεται καθημερινά περιποίηση του εγχειρητικού τραύματος (αλλαγή) και συχνός έλεγχος για πιθανή αιμορραγία
- Αλλάζονται καθημερινά τα συστήματα χορήγησης υγρών και οι γραμμές μέτρησης ΑΠ και της ΚΦΠ
- Επίσης γίνεται περιποίηση των σημείων εισόδου των διάφορων αρτηριακών και φλεβικών καθετήρων και αλλάζονται οι γάζες που τα επικαλύπτουν. Η τοποθέτηση αντισηπτικού, π.χ. Betadine, βοηθά να αποφευχθούν οι τοπικές λοιμώξεις
- Αντικαθίστανται οι μεγάλοι καθετήρες χορήγησης υγρών (σφαγιτιδικός / μηριαίος), κάθε 3-4 ημέρες και ο καθετήρας Folley κάθε 5-6 ημέρες
- Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη μετακίνηση του ασθενούς ώστε να μην μετακινηθούν οι παροχετεύσεις και κυρίως ο σωλήνας Kehr, εφόσον βέβαια έχει τοποθετηθεί στην εγχείρηση. Στην περίπτωση που μετακινηθεί, προκαλείται χολοπεριτόναιο από την έξοδο της χολής από την οπή εξόδου του σωλήνα Kehr από τον χοληδόχο πόρο, μία κατάσταση με μεγάλη θνητότητα η οποία πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί χειρουργικά
- Γίνεται έλεγχος και καταγραφή της ποσότητας και της σύστασης του υγρού των παροχετεύσεων (αιματηρό, οροαιματηρό, ασκητικό, χολοβαφές, χολώδες). Είναι σύνηθες οι ασθενείς αυτοί να παράγουν μία ποσότητα ασιατικού υγρού λόγω της πυλαίας υπέρτασης που είχαν προεγχειρητικά ή να παρουσιάσουν αιμορραγία εξαιτίας των διαταραχών της πήξης και του εκτεταμένου εγχειρητικού τραύματος από την μεταμόσχευση
- Ελέγχουμε τον ρινογαστρικό σωλήνα ως προς τη θέση και την βατότητα του, αρχικά ανά ώρα και με την εξέλιξη της ανάρρωσης ανά 8 ώρες και γίνεται ο υπολογισμός του ισοζυγίου υγρών. Παρακολουθούμε την λειτουργία του εντέρου (αριθμός και μορφή κενώσεων). Επίσης κάθε πρωί ο ασθενής ζυγίζεται και ακολουθείται συστηματικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας και κινησιοθεραπείας<sup>4</sup>.

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

### – Πρόληψη

Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι το μισό περίπου των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος στη χώρα μας, πάσχουν από κίρρωση ιογενούς αιτιολογίας, Β ή C. Αυτό σημαίνει ότι δυνητικά υπάρχει η πιθανότητα μετάδοσης της ιογενούς ηπατίτιδας εφόσον ο νοσηλευτής έρθει σε αιματογενή επαφή με τον ασθενή λόγω χάρη, τραυματισμός με χρησιμοποιημένη σύριγγα κ.λπ. Συνεπώς θα πρέπει να λαμβάνονται με προσοχή όλα τα μέτρα προφύλαξης για την μη μετάδοση της ίωσης, ενώ σε περίπτωση που κάποιος τραυματιστεί, πρέπει να απευθυνθεί στον θεράποντα ιατρό του για την προφυλακτική αντιμετώπιση μιας τέτοιας πιθανότητας. Ευνόητο το γεγονός πως όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τέτοιου είδους μονάδες, θα πρέπει να εμβολιαστεί ενάντια στην ηπατίτιδα Β<sup>1</sup>.

## 5.2 Νοσηλευτική διεργασία

### Περιστατικό 1<sup>ο</sup>

Στις 28/11/2010 εισήχθη στην παθολογική κλινική στο Π.Γ.Ν Ρίου ο κ. Π.Ι. ετών 42 με συμπτώματα υψηλό πυρετό προ 24ώρου, ικτερική χροιά αλλά και έντονη ανησυχία. Η τελική διάγνωση είναι κίρρωση του ήπατος.

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

Κατά την εισαγωγή του :

Α.Π 160/80 mmHg

Θερμοκρασία 38,7 °C

Έγινε δακτυλική εξέταση για μέλαινα (-)

Έγινε ακρόαση πνευμόνων χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά προβλήματα

Κοιλιά μετεωρισμένη, με ευαισθησία στο επιγάστριο.

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

Με την σωστή νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα ο ασθενής παίρνει εξιτήριο στις 06/12/2010.

| Πρόβλημα του Αρρώστου  | Αντικειμενικός σκοπός                                   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|---|---|---|--|
| <p>1. Κατά την εισαγωγή του στις 28/11/2010 ο ασθενείς έχει υψηλό πυρετό</p> | <p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</p> | <p>Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα. Να γίνει τακτικός έλεγχος της θερμοκρασίας. Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα. Να γίνει αιμοληψία για την ανεύρεση της αιτίας που προκάλεσε τον πυρετό</p> | <p>Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου βάσει των ιατρικών οδηγιών: Amp Apotel 1X1 Έγινε αιμοληψία για εργαστηριακό έλεγχο. Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά. Η θερμοκρασία καταγράφοταν ανά τρίωρο. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για ανακούφιση</p> | <p>Ο πυρετός έπεσε στους 37,5 °C, ο ασθενείς ανακουφίστηκε. Το πρόβλημα του πυρετού εξακολουθεί να υπάρχει, η θερμοκρασία ανεβαίνει τις απογευματινές ώρες. Συνέχεια στην νοσηλευτική φροντίδα μέχρι υποχώρησης του πυρετού.</p> |

| Πρόβλημα του αρρώστου   | Αντικειμενικός σκοπός  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|--|--|---|--|
| <p>2. Ο ασθενής στις 29/11/2010 παραπονιέται για διάρροιες, καταβολή δυνάμεων και ναυτία.</p> | <p>Καταστολή της ναυτίας και αντιμετώπιση της διάρροιας με πρόσληψη επαρκής θερμιδικής τροφής.<br/>Μείωση της ανορεξίας.</p> | <p>Να χορηγηθεί διαίτα στον ασθενή πλούσια σε πρωτεΐνες.<br/>Περιορίζονται οι δραστηριότητες του και χορηγούνται συμπληρωματικά βιταμίνες Α, Β, Κ. Αντιεμετικά φάρμακα μετά από οδηγίες του γιατρού.</p> | <p>Ο ασθενής τρέφεται με γάλα, σούπα και λιωμένη τροφή.<br/>Γίνονται καθαρτικοί Υποκλυσμοί(fleet enema) για την προστασία της εντερικής χλωρίδας.<br/>Χορήγηση Αντιεμετικού φαρμάκου βάσει ιατρικών οδηγιών: Amp primperan 1X2 και συμπληρωματικών βιταμίνης Α, Β, Κ(konakion).</p> | <p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε.<br/>Σταμάτησε η διάρροια και ο ασθενής τρέφεται κανονικά χωρίς ναυτία. Νιώθει καλύτερα και σηκώνεται από το κρεβάτι του.</p> |



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

| Πρόβλημα του αρρώστου                                 | Αντικειμενικός σκοπός                  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|--|--|---|---|
| <p>4. Έντονες διεγέρσεις λόγω στέρησης του αλκοόλ</p> | <p>Ηρεμία και ανάπαυση του ασθενή.</p> | <p>Να χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα για την πρόληψη κρίσεων. Να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την ασφάλεια του.</p> | <p>Χορηγήθηκαν ηρεμιστικά φάρμακα(tab.lexotanil 1,5mg) ανά 8ωρο.<br/>Τοποθετήθηκαν κάγκελα ασφαλείας στο κρεβάτι του για αποφυγή πτώσεις του.</p> | <p>Ο ασθενής χαλάρωσε και ηρέμησε. Αναπνευστικέ ενώ αποφεύχθηκαν οι κρίσεις στέρησης.</p> |

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

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

## Περιστατικό 2°

Στις 15/08/2010 εισήχθη στην παθολογική Β' του Π.Γ.Ν Ρίου ο ασθενής Μ.Β. ηλικίας 51 ετών με έντονο αίσθημα διόγκωση κοιλίας και ανορεξία.

Η διάγνωση είναι ασκίτης και ανορεξία.

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

Κατά την εισαγωγή του:

Α.Π 150/80mmHg

Θερμοκρασία 36,6οC

Έγινε δακτυλική εξέταση για μέλαινα (-)

Έγινε ακτινογραφία κοιλίας και πραγματοποιήθηκε αιμοληψία για εργαστηριακές εξετάσεις.

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

Παρά τις προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ο ασθενής κατέληξε σε κόμα στις 18/08/2010 και απεβίωσε την επόμενη στις 8πμ.

| Πρόβλημα του Αρρώστου  | Αντικειμενικός σκοπός   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|---|---|---|--|
| <p><b>1.</b> Ο ασθενής έχει ασκίτη. Εξαιτίας του ασκίτη παρουσιάζει έντονη διόγκωση κοιλιάς, αυξημένη πίεση στο στομάχι και αναπνευστική επιβάρυνση λόγω της πίεσεως που ασκείται στο διάφραγμα.</p> | <p>Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και αντιμετώπιση του ασκίτη.</p> | <p>Να χορηγηθούν διουρητικά φάρμακα στον ασθενή μετά από εντολή ιατρού. Να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του 24ωρου. Να εξασφαλιστεί αναπαυτική θέση για διευκόλυνση της αναπνοής του. Να χορηγηθεί Dextrose 5% ανα 24ωρο.</p> | <p>Χορηγήθηκαν διουρητικά σπειρονολακτόνη-φουροσεμίδη(amp lasix i.v.) 1x2 συστηματικά ανά 24ωρο. Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε Dextrose 5% 1000 ml.</p> | <p>Ο ασθενής νιώθει καλύτερα αλλά δεν αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά ο ασκίτης.</p> |

| Πρόβλημα του Αρρώστου   | Αντικειμενικός σκοπός   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος                                      |
|---|---|---|--|---|
| <p>2. Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην κένωση ου εντερικού σωλήνα. Η δυσφορία και το αίσθημα πληρότητας κάνουν τον ασθενή να δυσανασχετεί.</p> | <p>Ανακούφιση από τα συμπτώματα και αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα.</p> | <p>Να χορηγηθεί υπακτικό καθαρτικό μετά από ιατρική εντολή για την φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα.</p> | <p>Χορήγηση υπακτικού καθαρτικού σιρόπι λακτουλόζης (sir.duphalac 20cc)1x3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας τρεις φορές την ημέρα για την δημιουργία όξινου pH στο παχύ έντερο..<br/>Χορήγηση νεομυκίνης από το στόμα 4g ημερησίως(tab.nivemycin) για την καταστροφή της μικροβιολογικής χλωρίδας του παχέος εντέρου</p> | <p>Ικανοποιητική βελτίωση του ασθενή από τα συμπτώματα.</p> |

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



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

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

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

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως είδαμε παραπάνω το αλκοόλ καταστρέφει την υγεία του ανθρώπου, οικογένειες διαλύονται, και τα παιδιά βλάπτονται από τους γονείς που μεθούν. Η κυβέρνηση, τα κοινωνικά προγράμματα θα πρέπει να βάλουν σκοπό να εμποδίσουν την αύξηση της χρήσης του αλκοόλ. Το πρόβλημα πρέπει κάποια στιγμή να λάβει τέλος. Ξεκινώντας με τρόπους πρόληψης, παρέχοντας την κατάλληλη υποστήριξη και θεραπεία κατά την αποτοξίνωση του αλκοολικού θα μετριάσουμε το φαινόμενο.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη νόσο και τις επιπλοκές.
2. Δημιουργία κέντρων αποτοξίνωσης για το κοινό.
3. Ενεργοποίηση των κοινωνικών φορέων.
4. Ενημέρωση των μαθητών για το αλκοόλ και τις επιπτώσεις στην υγεία τους.
5. Ψήφιση νόμου που να απαγορεύει τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε ανήλικα άτομα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γαρδίκας Κ., *Ειδική νοσολογία*, Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 2000
2. Andreoli B., *Βασική παθολογία*, Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 2000
3. Γουλιέλμου Ι. *Ειδική νοσολογία* Εκδόσεις Πασχαλίδης Θεσσαλονίκη 1990
4. Canale B., *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική* Εκδόσεις Λαγος Αθήνα 1997
5. Κρικέλης Γ., *Φυσική Εξέταση και διάγνωση* Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1990
6. Lipert H., *Ανατομική : Κείμενο και Άτλαντας Ελληνικοί και Λατινικοί όροι* Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1993
7. Moore L., *Κλινική Ανατομία I* Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 1998
8. Μαλγαρινού Μ. Κωσταντινίδου Σ., *Νοσηλευτική Παθολογική, Χειρουργική*, Εκδόσεις Ταβιθά Αθήνα 2002
9. Μουτσόπουλος Χ., *Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας*, Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990
10. Νταλέκος Γ., *Ηπατοπνευμονικό σύνδρομο :Λειτουργική ανεπάρκεια των πνευμόνων στην κίρρωση του ήπατος, μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών*, Αθήνα 1993
11. Pearce E., *Ανατομία και Φυσιολογία για νοσηλευτές* Εκδόσεις, Πασχαλίδης Αθήνα 1995
12. Richard S., *Κλινική Ανατομική*, Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1992
13. Ράπτης Σ., *Εσωτερική Παθολογία*, Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 2006
14. Σαββοπούλου Γ., *Βασική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις Ταβιθά Αθήνα 2004
15. Σαχίνη-Καρδάση Α. Πανου Μ., *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις Β Αθήνα 2000
16. Φερτάκης Α., *Παθολογική Φυσιολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 1993
17. Παπαγεωργίου Ε., *Γενικά Περί αλκοολισμού των νέων*, Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1994
18. Boron F. Bouïrap E., *Ιατρική Φυσιολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 2006
19. Αφρουδάκης Α.Π., *Αλκοολική νόσος του ήπατος*, Έκδοση Εταιρείας ιατρικών σπουδών, Αθήνα 1993
20. Kumur-Contron, *Ήπαρ και χοληφόροι οδοί*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000

21. Καραχάλιος Γ., *Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996
22. Χανιώτης Φ., *Παθολογία*, Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1997
23. Παπαγεωργίου Ε., *Εξαρτήσεις στην ζωή μας*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004
24. Τζάφρη Τ., *Ναρκοτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ*, Εκδόσεις Ψυχογίος, Αθήνα 2000
25. Σπέτζος Δ., *Απαγορευμένες Ουσίες*, Εκδόσεις Όμβρος, Αθήνα 1993
26. Ποταμιανός Γ., *Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης. Αλκοόλ*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999
27. Τσαρούχας Κ., *Αλκοόλ: ένα σκληρό ναρκωτικό*, Εκδόσεις Άγκυρα, Ιούνιος 2000
28. Αποστόλη Ι., *Αλκοολισμός: η θεραπεία του εθισμού*, Οκτώβριος 2006