



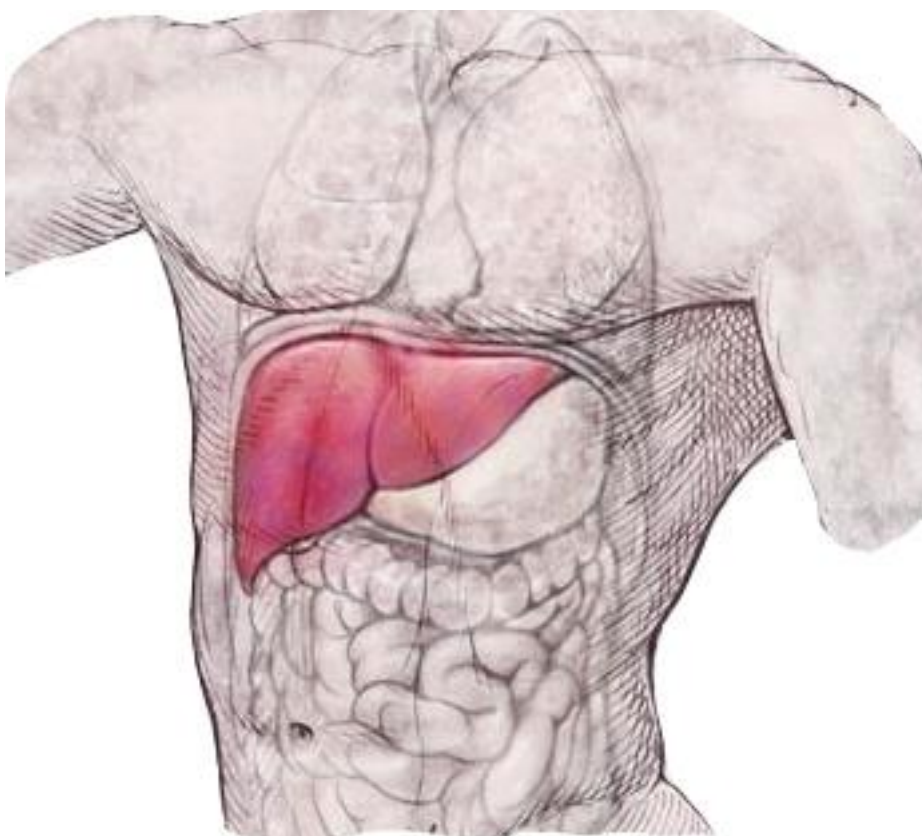
**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΣΕΡΑΦΕΙΜ Ι. ΤΣΙΡΩΝΗΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ Μ.**

**ΠΑΤΡΑ 2012**

*Στους γονείς μου, στα αδέρφια μου, στους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής και σε όλους όσους με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια.*



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
Α ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	10
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΉΠΑΤΟΣ.....	10
1.1 Ήπαρ.....	11
1.2 Εξωτερική Μορφολογία.....	11
1.3 Λειτουργίες του Ήπατος.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	14
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ.....	14
2.1 Ορισμός Ηπατίτιδας.....	15
2.2 Επιδημιολογία.....	15
2.3 Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα.....	16
2.4 Χρόνια Ιογενής Ηπατίτιδα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	19
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α.....	19
3.1 Ορισμός Ηπατίτιδας Α.....	20
3.2 Επιδημιολογία.....	20
3.3 Κλινική εικόνα.....	21
3.4 Οδός Μετάδοσης.....	22
3.5 Διάγνωση.....	23
3.6 Πρόγνωση.....	24
3.7 Θεραπεία Ηπατίτιδας Α.....	24
3.8 Πρόληψη.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	26
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.....	26
4.1 Ηπατίτιδα Β: Από τα πιο διαδεδομένα λοιμώδη νοσήματα.....	27
4.1.1 Ορισμός Ηπατίτιδας Β.....	27
4.1.2 Συχνότητα και Επιδημιολογία.....	27
4.1.3 Οδός Μετάδοσης.....	28
4.1.4 Κλινική Εικόνα και Συμπτώματα.....	28
4.1.5 Διάγνωση και Εργαστηριακές Εξετάσεις.....	29
4.2 Διαφορική Διάγνωση.....	30

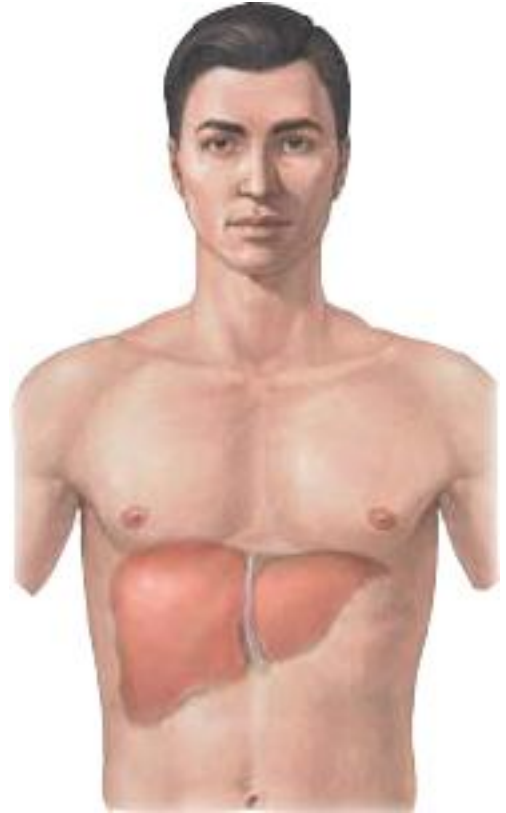
4.3 Αντιμετώπιση και Θεραπεία Ηπατίτιδας Β.....	30
4.4 Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β.....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> .....	<b>33</b>
<b>ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C</b> .....	<b>33</b>
5.1 Ο Ιός της Ηπατίτιδας C.....	34
5.2 Επιδημιολογία.....	34
5.3 Κλινική εικόνα.....	35
5.4 Τρόποι μετάδοσης.....	35
5.5 Διάγνωση.....	37
5.6 Πρόγνωση.....	38
5.7 Θεραπεία.....	38
5.8 Πρόληψη.....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b> .....	<b>40</b>
<b>ΝΕΟΙ ΤΥΠΟΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ</b> .....	<b>40</b>
6.1 Νέοι Ηπατικοί Ιοί.....	41
6.2 Ηπατίτιδα D.....	41
Επιδημιολογία.....	41
Κλινική εικόνα.....	41
Τρόπος μετάδοσης.....	41
Διάγνωση.....	42
Πρόγνωση.....	42
Θεραπεία.....	42
Πρόληψη.....	42
6.3 Ηπατίτιδα E.....	42
Επιδημιολογία.....	42
Κλινική εικόνα.....	43
Τρόπος μετάδοσης.....	43
Διάγνωση.....	43
Πρόγνωση.....	43
Θεραπεία.....	43
Πρόληψη.....	43
6.4 Ηπατίτιδα F.....	43
6.5 Ηπατίτιδα G.....	44
Επιδημιολογία.....	44

Κλινική εικόνα.....	44
Τρόπος μετάδοσης.....	44
Διάγνωση.....	44
Πρόληψη.....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b> .....	<b>46</b>
<b>ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ</b> .....	<b>46</b>
<b>7.1. Χρόνια Ηπατίτιδα</b> .....	<b>47</b>
7.1.1. Χρόνια Επιμένουσα Ηπατίτιδα.....	47
7.1.2. Χρόνια Ένεργος Ηπατίτιδα.....	47
7.1.3. Κλινικές Εκδηλώσεις ΧΕΗ.....	48
7.1.4. Εργαστηριακά Ευρήματα.....	49
7.1.5. Θεραπεία.....	49
<b>7.2. Τοξική και Φαρμακευτική Ηπατίτιδα</b> .....	<b>51</b>
<b>Ή Β ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></b> .....	<b>55</b>
<b>ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ</b> .....	<b>55</b>
<b>8.1 Κίνδυνοι για το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό</b> .....	<b>56</b>
<b>8.2 Προφύλαξη από τον Ιό της Ηπατίτιδας Α</b> .....	<b>56</b>
<b>8.3 Προφύλαξη από τον Ιό της Ηπατίτιδας Β</b> .....	<b>58</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></b> .....	<b>59</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b> .....	<b>59</b>
<b>9.1 Νοσηλευτική Φροντίδα Ηπατίτιδων</b> .....	<b>60</b>
<b>9.2 Εκτίμηση της Γενικής Κατάστασης του Ασθενή</b> .....	<b>60</b>
9.2.1 Ιστορικό Υγείας.....	61
9.2.2 Φυσική Εκτίμηση.....	61
9.2.3 Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	62
9.2.4 Προβλήματα του Ασθενή.....	63
9.2.5 Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ασθενή.....	64
9.2.6 Προαγωγή της Σωστής Θρέψης.....	64
9.2.7 Φυσιολογικό Ισοζύγιο Ηλεκτρολυτών.....	66
9.2.8 Αντιμετώπιση Συμπτωμάτων.....	66
9.2.9 Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ακνησίας.....	71
9.2.10 Αντιμετώπιση Προβλημάτων Από τη Φαρμακευτική Αγωγή.....	72
9.2.11 Πρόληψη Μετάδοσης Της Νόσου.....	73

9.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση Στην Αποκατάσταση και τη Διαφώτιση.....	73
9.3.1 Αποκατάσταση Ασθενούς.....	76
9.3.2 Διαφώτιση.....	77
<b>Τ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b> .....	79
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</b> .....	79
10.1 Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διεργασία.....	79
10.2 Περιστατικό με Ηπατίτιδα C.....	79
10.3 Περιστατικό με Ηπατίτιδα B.....	85
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	89
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	91
<b>SUMMARY</b> .....	95
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	96

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ηπατίτιδα είναι μια ασθένεια του ήπατος που χαρακτηρίζεται από βλάβη στο συκώτι εξαιτίας ορισμένων φλεγμονωδών κυττάρων. Η λέξη προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη ήπαρ (γεν. ήπατος) που σημαίνει συκώτι και από το -ίτις που φανερώνει φλεγμονή. Η κατάσταση μπορεί να περιοριστεί μόνη της, δηλαδή η ασθένεια να θεραπευτεί χωρίς επιπλέον θεραπείες ή μπορεί να προχωρήσει προκαλώντας μεγάλη ζημιά στο ήπαρ. Οξεία ηπατίτιδα είναι η ηπατίτιδα που διαρκεί έως 6 μήνες και η Χρόνια ηπατίτιδα είναι η ηπατίτιδα που διαρκεί για πάνω από 6 μήνες. Μια ομάδα ιών γνωστών και ως ηπατικοί ιοί προκαλούν τις περισσότερες περιπτώσεις ηπατικών βλαβών παγκόσμια. Η ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από τοξίνες (κυρίως το αλκοόλ), άλλες μολύνσεις ή από μια αυτοάνοση διαδικασία. Μπορεί να πάρει μια υποκλινική πορεία στην οποία να μην προκαλέσει κανένα σύμπτωμα. Ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται άσχημα όταν η βλάβη στο συκώτι έχει προχωρήσει τόσο ώστε να μην μπορεί να προστατεύσει τον οργανισμό από βλαβερές ουσίες. Ο ιός μπορεί να προκαλέσει ανεξέλεγκτη συγκρότηση του αίματος καθώς και να σταματήσει την δημιουργία χολής με συνέπεια ο ασθενής να μην μπορεί να χωνέψει.<sup>1</sup>



**Σκοπός** της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνήσουμε όχι μόνο τους ήδη γνωστούς, αλλά και τους νέους τύπους ηπατίτιδας και να αποκτήσουμε γνώσεις σχετικά με τα αίτια που τις προκαλούν, τη κλινική εικόνα που παρουσιάζουν και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.

**Μεθοδολογία:** Τα στοιχεία για την βιβλιογραφική ανασκόπηση συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2011. Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικά συγγράμματα, έγκυρες ηλεκτρονικές διευθύνσεις και ιατρικά περιοδικά.

### *Ιστορική αναδρομή*

Η ιογενής ηπατίτιδα είναι αναμφίβολα η πιο γνωστή ασθένεια παγκοσμίως και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Η πρώτη μορφή ηπατίτιδας ανακαλύφθηκε το 1965 από τον Blumberg, ο οποίος έδειξε το δρόμο για τον καθορισμό της ιογενούς ηπατίτιδας Β, με την ανακάλυψη του αντιγόνου επιφανείας που ονομάστηκε αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg), για την οποία βραβεύτηκε με το Νόμπελ Ιατρικής.<sup>1</sup>

Πέντε χρόνια αργότερα, το 1973 ανακαλύφθηκε ο ιός της ηπατίτιδας Α από τους Fein stone, οι οποίοι τον ανίχνευσαν στα κόπρανα εθελοντών που μολύνθηκαν πειραματικά με το πρωτότυπο MS-1 στέλεχος του ιού.

Στις αρχές της δεκαετίας του 70, η ευρεία χρήση καθώς και η ακρίβεια των διαγνωστικών τεχνικών για τον ιό της ηπατίτιδας Α και της ηπατίτιδας Β είχαν καταστήσει σαφές, ότι ένας σημαντικός αριθμός οξείων και χρόνιων ηπατιτίδων δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί σε κάποιον από τους δυο αυτούς ιούς. Μετά από την εισαγωγή μεθόδων διαγνωστικού ελέγχου για τον HBV στα κέντρα αιμοδοσίας βρέθηκαν ασθενείς που εμφάνισαν ηπατίτιδα μετά από μεταγγίσεις αίματος αλλά ήταν ορό-αρνητικοί για τους ιούς της ηπατίτιδας Α και Β. Αργότερα το 1989 το RNA του ιού απομονώθηκε για πρώτη φορά και ο νέος ιός ονομάστηκε «ιός της ηπατίτιδας μη-Α και μη-Β ή της ηπατίτιδας C».<sup>2</sup>



# Ἄ ΜΕΡΟΣ

*ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>*

*ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΉΠΑΤΟΣ*

### **1.1 Ήπαρ**

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του ανθρώπινου σώματος, ζυγίζει 1800 gr., της άνω δεξιάς κοιλίας, ακριβώς κάτω από τους πνεύμονες. Αποτελείται από δυο λοβούς, τον μεγαλύτερο σε μέγεθος δεξιό λοβό, κάτω από τον οποίο βρίσκεται η χοληδόχος κύστη και ακουμπά στα σπλάχνα της άνω κοιλίας και τον μικρότερο, αριστερό λοβό. Η κατώτερη επιφάνειά του καλύπτεται από περιτόναιο. Από την κάτω του επιφάνεια εισέρχεται η πυλαία φλέβα, με την οποία δέχεται όλο το αίμα από τον πεπτικό σωλήνα. Ο δεξιός λοβός συγκεκριμένα είναι σχεδόν έξι φορές μεγαλύτερος από τον αριστερό.<sup>2</sup>

### **1.2 Εξωτερική Μορφολογία**

Το σχήμα του ήπατος είναι σφηνοειδές με τη βάση να φέρεται προς τα δεξιά. Διακρίνονται τρία χείλη (το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό).

Το πρόσθιο χείλος είναι ψηλαφητό και αντιστοιχεί στη γραμμή που φέρεται από τον πλευρικό χόνδρο της έβδομης αριστερής πλευράς, στον πλευρικό χόνδρο της ένατης δεξιάς πλευράς.<sup>2</sup>

Το δεξιό και το αριστερό χείλος του ήπατος φέρονται από τους πλευρικούς χόνδρους των αντίστοιχων πλευρών. Επίσης διακρίνονται και τρεις επιφάνειες (η άνω, η κάτω και η οπίσθια).

Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από το περιτόναιο εκτός από τις θέσεις τις οποίες προσφύονται οι διάφοροι σύνδεσμοι. Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι, τα ηπατικά λοβία, οι χοληφόροι πόροι, τα αγγεία και τα νεύρα του ήπατος.<sup>2</sup>

### **1.3 Λειτουργίες του Ήπατος**

Η ανατομική του θέση και το ότι δέχεται διαμέσου της πυλαίας φλέβας το αίμα, το καθιστούν σαν τον κύριο ρυθμιστή του μεταβολισμού των διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές πριν εισέλθουν στην γενική κυκλοφορία διέρχονται από τα ηπατικά κύτταρα. Το ήπαρ ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που είναι οι εξής:

✓ Μεταβολισμός α) υδατανθράκων β) πρωτεϊνών γ) λιπών

- ✓ Παραγωγή διαφόρων ουσιών
- ✓ Αποταμίευση
- ✓ Έκκριση<sup>2</sup>

### **1. Μεταβολισμός**

Το ήπαρ θεωρείται σαν το κύριο όργανο μεταβολισμού διαφόρων ουσιών κα κυρίως των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών.

#### ø Υδατάνθρακες

Το ποσό της γλυκόζης, που δεν είναι απαραίτητο για την άμεση κυκλοφορία, μετατρέπεται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται σ' αυτό. Η διαδικασία αυτή λέγεται γλυκογένεση. Ακόμη το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα.

#### ø Πρωτεΐνες

Με τη βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα, από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσό των λευκωμάτων και του ινωδογόνου του πλάσματος. Ακόμη συνθέτει ικανοποιητικό ποσό α' και β' σφαιρίνες και τις περισσότερες από τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος. Επίσης το ήπαρ θεωρείται ότι είναι το κύριο όργανο διάσπασης του ουρικού οξέος.<sup>3</sup>

### **2. Παραγωγικές Ιδιότητες**

Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μία από τις σπουδαιότερες παραγωγικές λειτουργίες του ήπατος. Η χολερυθρίνη σχηματίζεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η χολερυθρίνη αυτή ονομάζεται έμμεση και μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα ηπατικά κύτταρα. Η άμεση χολερυθρίνη σχηματίζεται από την ένωση του κλυκουρανικού οξέος με την έμμεση χολερυθρίνη και εκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή. Εκτός από την παραγωγή χολερυθρίνης, το ήπαρ συμβάλλει σημαντικά στην παραγωγή ινωδογόνου, της ορίνης και των σφαιρινών του πλάσματος, της προθρομβίνης, της ηπαρίνης, της ουσίας, της βιταμίνης Α και διαφόρων ενζύμων, όπως η αλκαλική φωσφατάση και οι τρανσαμινάδες.<sup>4</sup>

### **3. Εκκριτική Λειτουργία**

Το κυριότερο προϊόν που εκκρίνει τα ήπαρ είναι η χολή. Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα και φυσιολογικά αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρι ότου χρειαστεί στο 12δάκτυλο. Το συνολικό ποσό της καθημερινά εκκρινόμενης χολής είναι κατά μέσο όρο: 600–700 ml. Ωστόσο η χοληδόχος κύστη έχει την

ικανότητα να αποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται για 12 ώρες από το ήπαρ. Εκτός από τη χολή το ήπαρ εκκρίνει και ορισμένες χρωστικές πορφυρίνες και ένζυμα, όπως φωσφατάση, τρανσαμινάσες.<sup>4</sup>

#### **4. Αποταμιευτική Λειτουργία**

Το ήπαρ θεωρείται σαν το κατ' εξοχήν όργανο αποταμίευσης ουσιών που είναι χρήσιμες στον οργανισμό. Τέτοιες ουσίες είναι: οι βιταμίνες B, D, K, ο σίδηρος, ο χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές αποταμιεύονται στο ήπαρ για να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό όταν θα τις έχει ανάγκη.<sup>2</sup>

#### **5. Αντιτοξική Λειτουργία**

Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφούνται από το έντερο εισέρχονται με την πυλαία φλέβα στη γενική κυκλοφορία και στη συνέχεια μεταφέρονται στο ήπαρ. Το ήπαρ έχει την ικανότητα, αυτές τις τοξικές ουσίες να τις μετατρέπει με οξείδωση σε ουσίες λιγότερο τοξικές ή μη τοξικές.<sup>3</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΙΑΤΙΤΙΔΕΣ

## *2.1 Ορισμός Ηπατίτιδας*

Ηπατίτιδα είναι η εκτεταμένη φλεγμονή του ήπατος, που προκαλεί εστιακή εκφύλιση και νέκρωση των ηπατικών κυττάρων με χαρακτηριστική κλινική, βιοχημική μορφολογική εικόνα.

Οι παράγοντες που έχουν αναγνωρισθεί ως αιτία ιογενούς ηπατίτιδας είναι ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV), ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV), ο ιός της ηπατίτιδας μη-Α και μη-Β ή και C (HCV), ο ιός δέλτα ή ιός της ηπατίτιδας D (HDV) και οι ιοί των ηπατιτίδων E, F και G. Από τους ιούς αυτούς, οι ιοί Β, C και D σε πολύ μεγάλο ποσοστό μεταπίπτουν σε χρονιότητα.<sup>4</sup>

## *2.2 Επιδημιολογία*

Η ανάπτυξη πολλών σύγχρονων εργαστηριακών τεχνικών για την ανίχνευση των αντισωμάτων και των αντιγόνων των ιών έδωσε την δυνατότητα να μελετηθούν τεκμηριωμένα το νοσολογικό και επιδημιολογικό φάσμα της νόσου.

Έτσι, μετά από μελέτες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι η ηπατίτιδα Α έχει παγκόσμια κατανομή, ενδημεί σε χώρες με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Επίσης σποραδικά κρούσματα μπορεί να εμφανιστούν και στις αναπτυγμένες χώρες, στις οποίες ο επιπολασμός της νόσου συνέχεια ματαιώνεται. Επιδημίες της ηπατίτιδας Α είναι συχνές σε καταστάσεις συνωστισμού και κακών υγειονομικών συνθηκών.<sup>5</sup>

Όσον αφορά την ηπατίτιδα Β, λοιμώξεις από τον ιό HBV παρατηρούνται σε όλο τον κόσμο με μεγάλες όμως διαφορές στην επίπτωση της νόσου. Αντίθετα σε πληθυσμούς με ενδιάμεση και χαμηλή επίπτωση της νόσου η σημαντικότερη αύξηση της διαμόλυνσης του πληθυσμού με τον HBV παρατηρείται σε μεγαλύτερες ηλικίες ιδιαίτερα στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες ή ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Ακόμα η χρόνια ηπατίτιδα Β απαντάται σε υψηλά ποσοστά 5-10% στις χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας και της Αφρικής, 3-5% στις χώρες της λεκάνης της Μεσογείου και σε ποσοστό < 1% στις χώρες της βόρειας Αμερικής και της βόρειας Ευρώπης. Επίσης ο HBV έχει υψηλό επιπολασμό στους ομοφυλόφιλους και στους τοξικομανείς, στις τράπεζες αίματος, στα ιατρικά επαγγέλματα και στους νοσηλευτές.

Η μόλυνση του πληθυσμού από τον ιό HBV ανέρχεται στα 2 δισεκατομμύρια και από αυτούς 350 εκατομμύρια περίπου είναι χρόνιοι φορείς. Είναι ένας DNA ιός διαμέτρου 42 nm.<sup>5</sup>

Γεγονός είναι, ότι η ηπατίτιδα Β αποτελεί ακόμη το αίτιο του 67% των περιπτώσεων οξείας ικτερικής ηπατίτιδας στην Αθήνα, την Μακεδονία και την Κρήτη και είναι υπεύθυνη για το 50-80% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκίνου στην Ελλάδα. Όπως συμβαίνει με την ηπατίτιδα Β έτσι και η C έχει παγκόσμια κατανομή με μεγάλες διαφορές όσον αφορά την επίπτωση στους άνδρες νεαρής ηλικίας ενώ οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός.

Οι ηπατίτιδες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες.<sup>3</sup>

### ***2.3 Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα***

Είναι οξεία φλεγμονή ολόκληρου του ηπατικού παρεγχύματος. Παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από νέκρωση του ηπατικού κυττάρου που συνδυάζεται με λευκοκυτταρική, ιστοκυτταρική αντίδραση και διήθηση. Νέκρωση παρατηρείται κυρίως στο κέντρο του ηπατικού λοβιδίου, ενώ τα πυλαία διαστήματα εμφανίζουν τη μεγαλύτερη κυτταροβρίθεια.

Η οξεία ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε διάφορους ιούς (όπως της λοιμώδους μονοπυρήνωσης, του κίτρινου πυρετού, του μεγαλοκυτταροϊού, του απλού έρπητα κ.λπ.). Στην πράξη μιλώντας για ιογενή ηπατίτιδα εννοούμε λοίμωξη από δύο συγκεκριμένους ιούς, τον ιό Α (της λοιμώδους ηπατίτιδας) και τον ιό Β (της άλλοτε καλούμενης ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού). Οι δύο αυτές μορφές ιογενούς ηπατίτιδας παρουσιάζουν ανάλογη κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από πυρετό και ίκτερο μέσης συνήθως βαρύτητας, διαφέρουν όμως από άποψη τρόπου μετάδοσης και επιδημιολογίας.<sup>3</sup>

Η οξεία ηπατίτιδα αναπτύσσεται λίγες εβδομάδες έως μήνες μετά την είσοδο του ιού της ηπατίτιδας στο ανθρώπινο σώμα. Οξεία ηπατίτιδα προκαλούν όλοι οι ιοί ηπατίτιδας. Τα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας συνήθως είναι ήπια (μοιάζει με απλή ίωση) έως ανύπαρκτα. Τα κύρια συμπτώματα όταν υπάρχουν, είναι έντονη αδυναμία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, έμετοι, μυαλγίες, αρθραλγίες, πυρετός και αποστροφή στο κάπνισμα, ενώ κάποιοι ασθενείς κιτρινίζουν (ίκτερος) και έχουν σκουρόχρωμα ούρα (σαν κονιάκ). Σπάνια (< 2%) η οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ βαριά



πορεία, οπότε χαρακτηρίζεται ως κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα, η οποία έχει πολύ υψηλή θνητότητα (70-90%) αν δεν μεσολαβήσει επείγουσα μεταμόσχευση του ήπατος.<sup>5</sup>

#### *2.4 Χρόνια Ιογενής Ηπατίτιδα*

Ως χρόνια ηπατίτιδα θα μπορούσε να οριστεί συνεχιζόμενη βλάβη των ηπατικών κυττάρων που συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση κατά τα πυλαία διαστήματα ή το παρέγχυμα ή αμφότερα και η οποία συνεχίζει χωρίς σημεία βελτίωσης για τουλάχιστον έξι μήνες.

Μερικές φορές η διαταραχή επιμένει για πολλά χρόνια. Αν και η χρόνια ηπατίτιδα είναι συχνά ήπιας μορφής και χωρίς συμπτώματα, μπορεί ωστόσο με αργό ρυθμό, να προκαλέσει κίρρωση του ήπατος.

Ο ιός που συνήθως προκαλεί χρόνια φλεγμονή είναι ο ιός της ηπατίτιδας C. Λιγότερο συχνά οι ιοί της ηπατίτιδας B και D ευθύνονται για τη χρόνια ηπατίτιδα. Ο ιός της ηπατίτιδας A δεν έχει αποδειχτεί ότι οδηγεί σε χρόνια ηπατίτιδα. Η υποβόσκουσα αιτία της αυτοάνοσης χρόνιας ηπατίτιδας δεν είναι ακόμα γνωστή, αλλά η διαταραχή είναι πιο κοινή για τις γυναίκες παρά για τους άντρες.<sup>2</sup>

Μερικά φάρμακα που περιλαμβάνουν τη μεθυλντόπα και την ισονιαζίδη μπορεί να προκαλέσουν χρόνια ηπατίτιδα. Η νόσος του Wilson και η ανεπάρκεια της α1-αντιθρυψίνης μπορούν επίσης να εμφανιστούν ως χρόνια ηπατοπάθεια. Η διαταραχή μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα συνεχούς υπερβολικής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Επιπροσθέτως, η χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε σπάνιες μεταβολικές νόσους κατά τις οποίες η φλεγμονή του ήπατος προκαλείται από υπερβολικές ποσότητες ορισμένων ιχνοστοιχείων που συσσωρεύονται στο σώμα. Για παράδειγμα, κατά την κληρονομική διαταραχή της αιμοχρωμάτωσης υπάρχουν μη φυσιολογικά υψηλά επίπεδα σιδήρου στο αίμα και στους ιστούς.<sup>3</sup>

Οι ασθενείς με κίρρωση μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί στα πρώτα στάδια της κίρρωσης, αλλά η ηπατική νόσος προοδευτικά επιβαρύνεται και μπορεί να εμφανιστούν ασκίτης (υγρό στην κοιλιά), αιμορραγία από φλέβες (κίρσους) του οισοφάγου, εγκεφαλοπάθεια ή ίκτερος. Όλοι οι ασθενείς που προσβάλλονται από χρόνια ηπατίτιδα και κίρρωση αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο του φυσιολογικού κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του ήπατος. Η επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας (ηπατική ανεπάρκεια) και ο καρκίνος του ήπατος αποτελούν τις δύο πιο συχνές αιτίες θανάτου των ασθενών με κίρρωση.<sup>5</sup>



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

### **3.1 Ορισμός Ηπατίτιδας Α**

Οι πιο συχνές λοιμώδεις ηπατίτιδες είναι οι ιογενείς ηπατίτιδες για τις οποίες ευθύνονται πολλοί ιοί. Ένας από αυτούς είναι και ο ιός της ηπατίτιδας Α. Αποτελεί την πρώτη μορφή ηπατίτιδας. Έγινε γνωστή γύρω στο 1940 και ονομάστηκε στην αρχή «λοιμώδης ηπατίτιδα». Κατατάσσεται μεταξύ των συχνότερων λοιμωδών νοσημάτων, διότι προκαλεί οξεία λοίμωξη, η οποία σχεδόν ποτέ δεν μεταπίπτει σε χρόνια μορφή και αφήνει μόνιμη ανοσία (δηλ. ο ασθενής δεν υπάρχει περίπτωση να νοσήσει ξανά από ηπατίτιδα Α). Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοϊάται σύντομα και δεν εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία. Μεταδίδεται δια της εντερικής οδού από έναν RNA-ιό, μεγέθους 27nm (HAV: Hepatitis-A-Virus).<sup>3</sup>

### **3.2 Επιδημιολογία**

Η ηπατίτιδα Α έχει παγκόσμια κατανομή. Είναι ενδημική αλλά και με επιδημικές εξάρσεις. Η επίπτωση αυξάνεται περισσότερο το φθινόπωρο και χειμώνα απ'ότι το καλοκαίρι και την άνοιξη. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, σ'όλο τον κόσμο καθορίζονται τρεις τύποι ενδημικότητας της νόσου, η υψηλή, η ενδιάμεση και η χαμηλή.

Αναφέρονται 200.000 περιπτώσεις τον χρόνο στις ΗΠΑ και 6.500 στην Αγγλία, αλλά αυτό φαίνεται ότι αντιπροσωπεύει μόνο το 20% του συνόλου. Στα αναπτυσσόμενα κράτη, που αποτελούν περιοχές υψηλής ενδημικότητας, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού προσβάλλεται στην παιδική ηλικία. Έτσι, ουσιαστικά όλος ο πληθυσμός μετά την ηλικία αυτή, είναι προστατευμένος από τη νόσο.<sup>4</sup>

Στα ανεπτυγμένα κράτη, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των συνθηκών υγιεινής οδήγησε σε θεαματική πτώση του επιπολασμού της HAV λοίμωξης. Ωστόσο, σε ορισμένες περιοχές της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης υπάρχουν ακόμη ενδημικές εστίες της νόσου.

Στις χώρες ενδιάμεσης ενδημικότητας ποσοστό 30-50 % των νεαρών ενηλίκων είναι άνοσοι.<sup>5</sup>

Στις χώρες χαμηλής ενδημικότητας το σύνολο σχεδόν των νεαρών ατόμων είναι ευαίσθητο στη λοίμωξη, με αποτέλεσμα η εμφάνιση επιδημιών να είναι θεωρητικά δυνατή κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν ομάδες

πληθυσμών, όπως μετανάστες, πρόσφυγες που ζουν σε στρατόπεδα, σε φτωχικές γειτονιές, τσιγγάνοι.<sup>5</sup>

### **3.3 Κλινική εικόνα**

Η ηπατίτιδα Α είναι παγκόσμια νόσος που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Α. Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 15-50 ημέρες και η κλινική εικόνα εμφανίζει «Γριπώδες Σύνδρομο» και συχνά προστίθεται και ο ίκτερος. Αίμα και κόπρανα περιέχουν τον ιό κατά την πρόδρομο φάση. Τα κόπρανα περιέχουν τον ιό για δύο εβδομάδες πριν από την εμφάνιση του ίκτερου και κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εμφάνισή του.

Η κλινική εικόνα ποικίλει. Στα παιδιά είναι ήπια ακόμα και υποκλινική ή ανικτερική ή παίρνει τη μορφή γαστρεντερίτιδας, ενώ στους ενήλικες άνω των 40 ετών και στις έγκυες γυναίκες καθώς και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι συνήθως σοβαρότερη και πιο παρατεταμένη. Η νόσος κλασικά διαδράμει σε 4 στάδια: επώασης, προϊκτερικό, ικτερικό και αναρρώσεως.<sup>2</sup>

Κατά την προϊκτερική φάση που διαρκεί μερικές ημέρες έως εβδομάδες εμφανίζεται ανορεξία, ναυτία, αδυναμία και καταβολή. Εμετοί, διάρροια, κεφαλαλγία, αποστροφή του καπνίσματος και του αλκοόλ. Ο πυρετός συνήθως είναι μέτριος και πιθανόν να υπάρχει αίσθημα δυσφορίας στο επιγάστριο.

Το ήπαρ είναι ψηλαφητό και ευαίσθητο. Η εμφάνιση υπερχρόων ούρων (η απόχρωση τους μοιάζει με τσάι ή κονιάκ) και ο αποχρωματισμός των κοπράνων (ανοικτό κίτρινο χρώμα) υποδηλώνουν την επικείμενη εμφάνιση της ικτερικής φάσης, οπότε συνήθως τα συμπτώματα της νόσου υποχωρούν. Η ικτερική φάση διαρκεί 1-4 εβδομάδες και ακολουθείται από την φάση ανάρρωσης του ασθενή που πιθανόν να διαρκέσει μέχρι και 6 μήνες ως την πλήρη βιοχημική αποκατάσταση.<sup>3</sup>

Μερικές φορές η ικτερική φάση παρατείνεται και παρατηρείται εγκατάσταση κνησμού σε διάστημα 2-3 εβδομάδες. Η εμφάνιση κνησμού υποδηλώνει την ύπαρξη χολοστατικής μορφής ηπατίτιδας. Κλινικώς η διόγκωση του ήπατος ανευρίσκεται στο 70% των ασθενών και του σπληνός στο 20%. Η αποδρομή του ίκτερου στην πλειονότητα των ασθενών γίνεται σε διάστημα 3-6 εβδομάδων.<sup>4</sup>

### 3.4 Οδός Μετάδοσης

Όπως συμβαίνει και με τους περισσότερους παράγοντες μετάδοσης ενός ορισμένου αριθμού άλλων επιδημικών μολυσματικών ασθενειών (π.χ. τυφοειδής πυρετός, πολιομυελίτιδα), ο ιός περνώντας στα κόπρανα του ασθενή, ακολουθεί τη μοίρα των περιττωμάτων: υπόνομοι, πέταγμα στα ποτάμια και σε ορισμένες θάλασσες. Έτσι τα όστρακα είναι συχνά μολυσμένα και μεταδίδουν την αρρώστια, γεγονός το οποίο προκαλεί συχνά την εμφάνιση τοπικών ενδημιών και επιδημιών. Μια διαρροή λυμάτων υπονόμου μπορεί να μολύνει το δίκτυο ύδρευσης. Εξαιτίας της κοπρανο-στοματικής οδού μετάδοσης, μέσο μετάδοσης λοίμωξης από ηπατίτιδα Α, μπορεί να αποτελέσουν τρόφιμα, όπως: φρέσκο γάλα, χάμπουργκερ, μακαρόνια, κρύο κρέας, γλυκίσματα, κ.λ.π.<sup>4</sup>

Ο ιός της ηπατίτιδας Α προκαλεί νόσο μετά από χρόνο επώασης ποικίλης διάρκειας, ο οποίος κατά κανόνα κυμαίνεται μεταξύ 21-42 ημερών. Μετά από την έναρξη της νόσου, ο ιός αποβάλλεται με τα κόπρανα για μικρό ακόμα χρονικό διάστημα, ενώ κλινικά αξιοσημείωτο είναι ότι τα μολυσμένα άτομα αποβάλλουν τον ιό κυρίως κατά την διάρκεια της προκλινικής φάσης. Σε παλαιότερες φάσεις, 14 ημέρες μετά την πρώτη εκδήλωση σκουρόχρωμων ούρων δεν ήταν πια δυνατόν να ανιχνευθεί ο ιός στα κόπρανα.<sup>2</sup>

Η ηπατίτιδα Α, όπως και η ηπατίτιδα Β, εμφανίζεται πολύ συχνά σε ιδρύματα διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Η σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Α είναι γνωστή αλλά σπάνια. Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α σε μονάδες αιμοδιάλυσης είναι ασυνήθιστη. Η μετάδοσή της από χρήστες ναρκωτικών, γεγονός που είναι γνωστό για τις ηπατίτιδες Β και C, είναι άνευ σημασίας για την ηπατίτιδα Α. Το ίδιο ισχύει για την μετάδοσή της από τη μητέρα στο έμβryo. Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α με μετάγγιση αίματος είναι σπάνια.

Συνοψίζοντας, το σημαντικότερο κίνδυνο για λοίμωξη από HAV αποτελούν οι κακές συνθήκες υγιεινής με δυνατότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Α από ένα μολυσμένο άτομο σε ένα υγιές μέσω τις κοπρανο-στοματικής οδού. Συνεπώς, ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν οι ταξιδιώτες, άρρενες, ομοφυλόφιλοι, τρόφιμοι ιδρυμάτων διανοητικά καθυστερημένων ατόμων και παιδιά σε παιδικούς σταθμούς.<sup>5</sup>

### 3.5 Διάγνωση

Τα αντισώματα κατά της ηπατίτιδας τύπου Α εμφανίζονται νωρίς στην πορεία της νόσου και τείνουν να παραμένουν στον ορό. Τόσο τα αντισώματα IgM, όσο και τα αντισώματα IgG είναι θετικά νωρίς μετά την έναρξη της νόσου. Μέγιστοι τίτλοι των αντισωμάτων IgG παρατηρούνται μετά από ένα μήνα νόσου και μπορεί να επιμείνουν για χρόνια. Οι μέγιστοι τίτλοι των αντισωμάτων IgM εμφανίζονται κατά την πρώτη εβδομάδα της κλινικής νόσου και συνήθως εξαφανίζονται μετά από περίοδο 8 εβδομάδων. Επομένως, η μέτρηση αυτών των αντισωμάτων αποτελεί άριστη δοκιμασία για τη διαπίστωση της οξείας ηπατίτιδας Α. Η παρουσία αντί-HAV αντισωμάτων είναι ενδεικτική (1) προηγούμενης έκθεσης σε HAV, (2) μη μολυσματικότητας και (3) ανοσίας στην επανεμφάνιση λοίμωξης με HAV. Δεν υποδηλώνει ότι υπήρξε προηγούμενη, κλινικά έκδηλη ηπατίτιδα ούτε επιβεβαιώνει ότι υπάρχει εξελισσόμενη ηπατοπάθεια, εκτός αν παρατηρηθεί αναστροφή του τίτλου.<sup>6</sup>

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Στο προϊκτερικό στάδιο κυρίως αυξάνονται οι τρανσαμινάσεις σε υψηλά επίπεδα, η αλκαλική φωσφατάση αυξάνεται σε διπλάσιες ή τριπλάσιες τιμές πάνω από τα φυσιολογικά όρια (Φ.Τ:98-279 u/L), ενώ στα ούρα ανιχνεύεται χολερυθρίνη. Κατά την προϊκτερική φάση παρατηρείται συνήθως λευκοπενία και υψηλή ταχύτητα καθίζησης που ομαλοποιούνται με την εμφάνιση του ίκτερου.<sup>4</sup>

Με την εμφάνιση του ίκτερου αυξάνεται η ολική χολερυθρίνη με σχέση άμεση/έμμεση μισή-μισή. Φυσιολογικά, η έμμεσος και η άμεσος χολερυθρίνη (ολική) ανέρχεται στο 0,1 -0,2 mg/dl. Υπεροχή της άμεσης χολερυθρίνης παρατηρείται στη χολοστατική μορφή. Ο χρόνος προθρομβίνης αυξάνεται, ιδιαίτερα στην κεραυνοβόλο μορφή και είναι κακό προγνωστικό σημείο. Τα λευκά είναι χαμηλά και υπάρχει σχετική λεμφοκυττάρωση. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών είναι αυξημένη.

Αυξημένα ηπατικά ένζυμα είναι:

SGOT = γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση.(Φ.Τ: 8-33 u/L)

α. SGPT = γλουταμινική πυροσταφιλική τρανσαμινάση (Φ.Τ: 4-36 u/L)

β. LDH = γαλακτική αφυδρογονάση. (Φ.Τ 120-240 u/L)

Παράταση του χρόνου προθρομβίνης (Φ.Τ: 10-13 sec)<sup>7</sup>

### *3.6 Πρόγνωση*

Η πρόγνωση της ηπατίτιδας Α είναι καλή με θνητότητα μικρότερη από 0,1% σε μεγάλες επιδημίες καθώς και με πλήρη αποκατάσταση το αργότερο μέσα σε 6 μήνες. Ο ιός της ηπατίτιδας Α είναι υπεύθυνος για λιγότερο από το 1% των κεραυνοβόλων ιογενών ηπατιτίδων. Η λοίμωξη με HAV δεν μεταπίπτει σε χρονιότητα καθώς η ανίχνευση του αντισώματος IgG anti-HAV σημαίνει μόνιμη ανοσία.<sup>7</sup>

### *3.7 Θεραπεία Ηπατίτιδας Α*

Η θεραπεία μιας οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι ανεξάρτητη από το εκάστοτε αίτιο. Η παραμονή στο κρεβάτι είναι η συχνότερη συνιστώμενη θεραπεία. Η κλινική πείρα δείχνει, ότι οι ασθενείς, εξαιτίας των έντονων συμπτωμάτων της νόσου, προτιμούν έτσι και αλλιώς την ξεκούραση στο κρεβάτι. Γενικά, οι περισσότεροι ασθενείς ξέρουν να εκτιμούν από μόνοι τους την κινητική τους δραστηριότητα.

Ένα ποσοστό των ασθενών διαμαρτύρεται για ναυτία και εμέτους. Σε ακατάσχετους εμέτους ενδείκνυται αγωγή με εγχύσεις, η οποία περιλαμβάνει χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θερμίδων. Τα διαλύματα γλυκόζης θεωρούνται ως τα πιο κατάλληλα για αυτή την περίπτωση.<sup>8</sup>

Η χορήγηση στεροειδών δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα. Όταν είναι απαραίτητη η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, θα πρέπει να χορηγούνται με τη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία. Πολυάριθμα φάρμακα προτείνονται με τη μορφή έγχυσης ως «κοκτέιλ προστατευτικά του ήπατος». Αυτά είναι ακριβά, άχρηστα και σε αρκετές περιπτώσεις όχι ακίνδυνα για τον ασθενή. Επομένως, μια τέτοια θεραπεία δεν είναι ότι καλύτερο. Πολλοί ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα που εμφανίζει χολόσταση υποφέρουν από έντονο κνησμό. Σε αυτή την περίπτωση είναι κατάλληλη η χορήγηση φαρμάκων που δεσμεύουν τα χοληνεργικά οξέα και ίσως η χορήγηση αντιισταμινικών.

Η διαιτητική αγωγή των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα χωρίς επιπλοκές είναι πλέον ελεύθερη, διότι η πορεία της νόσου δεν επηρεάζεται από το είδος της διατροφής. Δεν υπάρχει ειδική διατροφή που να δρα προστατευτικά στο ήπαρ/Τέλος, η ενδοφλέβια σίτιση είναι απαραίτητη μόνο στο οξύ στάδιο, όταν ο ασθενής έχει επίμονο πυρετό και δεν μπορεί να σιτιστεί από το στόμα.<sup>9</sup>



### 3.8 Πρόληψη

Η πρόληψη περιλαμβάνει:

1. Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής – καθαριότητας (π.χ σχολαστικό πλύσιμο των χεριών πριν από το φαγητό και μετά την αφόδευση)
2. Εκπαίδευση του προσωπικού βρεφονηπιακών σταθμών για την σωστή εφαρμογή κανόνων υγιεινής κατά την περιποίηση των μικρών παιδιών.
3. Απαραίτητη είναι η επεξεργασία του νερού που χρησιμοποιείται για πόση και πλύσιμο, με διήθηση και χλωρίωση. Το νερό πρέπει να βράζεται όταν υπάρχει υποψία ότι είναι μολυσμένο με τον ΗΑV.
4. Επιβάλλεται η εξασφάλιση σύγχρονων συστημάτων αποχέτευσης και ύδρευσης.
5. Βελτίωση μεθόδων επεξεργασίας τροφίμων. Τα θαλασσινά, τα οποία προέρχονται από μολυσμένες περιοχές, πριν να καταναλωθούν, πρέπει να μαγειρεύονται σε θερμοκρασίες 85-90° C για 4 λεπτά τουλάχιστον.<sup>8</sup>

Επίσης, σήμερα υπάρχει δυνατότητα τόσο παθητικής όσο και ενεργητικής ανοσοποίησης:

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

Ενεργητική Ανοσοποίηση: Όσον αφορά την ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμό): υπάρχουν δύο τύποι εμβολίου που κυκλοφορούν στο εμπόριο, το Havrix και Vaqta. Το εμβόλιο χορηγείται ενδομυϊκά στο δελτοειδή. Δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με ιστορικό υπερευαισθησίας. Η ανοσογονικότητα του εμβολίου είναι πολύ υψηλή. Αναπτύσσονται αντισώματα με υψηλό τίτλο στο 95-100% των εμβολιασθέντων. Η διάρκεια της ανοσίας υπολογίζεται σε πάνω από 20 χρόνια και η ανοσολογική μνήμη είναι ισχυρή για πολλά χρόνια.<sup>9</sup>

# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>*

## *ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β*

#### ***4.1 Ηπατίτιδα Β: Από τα πιο διαδεδομένα λοιμώδη νοσήματα***

Η ηπατίτιδα Β, από την οποία πάσχουν 300.000 άνθρωποι στην Ελλάδα είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα λοιμώδη νοσήματα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις πρωτοποριακές έρευνες από την Ελλάδα, που αφορούν τη χρόνια ηπατίτιδα Β από μεταλλαγμένο ιό, γνωστή ως ηπατίτιδα Β με αρνητικό αντιγόνο.

Ο τύπος αυτός αποκτάται στην παιδική συνήθως ηλικία και εκδηλώνεται πολλές δεκαετίες μετά, ύστερα από σιωπηρή, χωρίς συμπτώματα διαδρομή της λοίμωξης. Είναι ιδιαίτερα συχνός στη Μεσόγειο και την Ασία και σχετικά ανθεκτικός στη θεραπεία.<sup>10</sup>

Το ποσοστό όμως είναι μεγαλύτερο, όταν η μετάδοση συμβεί κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία. Η χρόνια ηπατίτιδα Β αποτελεί όμως παγκοσμίως και σοβαρό προδιαθεσικό παράγοντα ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Το νεόπλασμα αναπτύσσεται 25-30 χρόνια μετά τη μόλυνση, ενώ είναι πολύ συχνότερο, όταν συνυπάρχει με τον ιό του AIDS. Οι συνέπειες της ηπατίτιδας Β, δηλαδή η κίρρωση και ο καρκίνος του ήπατος, έχουν ως αποτέλεσμα ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως σε ολόκληρο τον κόσμο.<sup>10</sup>

##### ***4.1.1 Ορισμός Ηπατίτιδας Β***

Ο ιός της ηπατίτιδας Β, είναι οξεία ηπατική φλεγμονή, η οποία προκαλείται από RNA-ιό μεγέθους 3nm (σωματίδιο Dane), μεταδιδόμενη από άνθρωπο σε άνθρωπο, κάθετα ή περιγεννητικά, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ιώμενη, αν και μερικά περιστατικά εξελίσσονται σε μακροχρόνια κατάσταση μικροβιοφορίας ή μεταπίπτουν σε χρόνια ηπατίτιδα, είτε σε μεθηπατιδική κίρρωση του ήπατος.<sup>11</sup>

##### ***4.1.2 Συχνότητα και Επιδημιολογία***

Οι φορείς της οξείας ηπατίτιδας Β σε όλο τον κόσμο, υπολογίζονται σε περισσότερα από 300 εκατομμύρια. Σε μερικές, μάλιστα, χώρες το ποσοστό του HbsAg-θετικού πληθυσμού φτάνει μέχρι και 30%.

Πριν από την απομόνωση και τον αποκλεισμό (με τις συστηματικές ορολογικές εξετάσεις) των αιμοδοτών φορέων του ιού, η μεγάλη αιτία των ιογενών ηπατίτιδων Β, ήταν οι μεταγγίσεις αίματος.

Αλλά υπάρχουν και πολλοί άλλοι τρόποι μόλυνσης από το αίμα πάσχοντος ατόμου. Για παράδειγμα, με τις ενδομυϊκές ή ενδοφλέβιες ενέσεις που γίνονται με πλημμελώς αποστειρωμένο υλικό. Αυτή η αιτία, συχνή άλλοτε, έχει γίνει σήμερα πολύ πιο σπάνια χάρη στις σύριγγες της μιας χρήσεως. Η μετάδοση με τη σύριγγα εξηγεί την εξαιρετικά μεγάλη συχνότητα της ηπατίτιδας Β στους νέους τοξικομανείς που κάνουν ενέσεις ναρκωτικών.<sup>12</sup>

Η συχνότητα της ηπατίτιδας Β είναι σημαντική και σε ορισμένα εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα: μονάδες τεχνητού νεφρού για άτομα που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ογκολογικά κέντρα κ.ά. Στα κέντρα αυτά η προστασία του προσωπικού έχει την πρώτη θέση.

Ο ιός Β μπορεί ακόμη να μεταδοθεί και με άλλους τρόπους, όπως π.χ. με τη σεξουαλική επαφή. Η μόλυνση είναι δυνατή με την ετεροσεξουαλική επαφή, αλλά η συχνότητα στην περίπτωση αυτή δεν είναι πολύ καλά καθορισμένη. Αντίθετα, η μόλυνση στους ομοφυλόφιλους άνδρες είναι πολύ πιο συχνή.

Η μετάδοση από μητέρα σε παιδί, τη στιγμή της γέννησης, είναι βέβαιη. Αυτή εξηγεί την εξαιρετικά μεγάλη συχνότητα της μόλυνσης με τον ιό Β σε ορισμένες χώρες της Αφρικής και της Ασίας για παράδειγμα.<sup>12</sup>

#### **4.1.3 Οδός Μετάδοσης**

Η μορφή αυτή της ηπατίτιδας μεταδίδεται όταν ο ιός εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτό μπορεί να γίνει με τη σεξουαλική επαφή (για αυτό και η ηπατίτιδα Β παίζει όλο και μεγαλύτερο ρόλο ως αφροδίσιο νόσημα), με τρύπημα από μολυσμένη βελόνα, κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών ή άλλων επεμβάσεων, με την μετάγγιση αίματος και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης μεταδίδεται με το τατουάζ, τις ξυριστικές μηχανές και τις οδοντόβουρτσες.<sup>13</sup>

#### **4.1.4 Κλινική Εικόνα και Συμπτώματα**

Τα πρόδρομα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας Β είναι ποικίλα και συστηματικά. Στην αρχή παρουσιάζεται κακουχία, ανορεξία, μυαλγία, εύκολη κόπωση, ναυτία,

έμετοι και πυρετός. Βαθμιαία παρουσιάζεται πόνος στο άνω δεξιά τμήμα της κοιλίας, ανορεξία, ίκτερος, ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία.<sup>13</sup>

#### *4.1.5 Διάγνωση και Εργαστηριακές Εξετάσεις*

Χωρίς την βοήθεια εργαστηριακών δεδομένων, είναι αδύνατη η διάκριση της ηπατίτιδας Β από την ηπατίτιδα Α. Και στις δύο περιπτώσεις βρίσκουμε τα εργαστηριακά σημεία της ηπατοκυτταρικής νέκρωσης και σε ορισμένους ασθενείς επιπλέον στοιχεία ενδεικτικά χολοστατικής μορφής εξέλιξης.

Έτσι, προσδιορίζονται εργαστηριακά η δραστηριότητα της GPT και γGT καθώς και της συγκέντρωσης της χολερυθρίνης και του σιδήρου στον ορό. Μετά από δύο εβδομάδες περίπου, εμφανίζονται σημεία ανάρρωσης και βαθμιαία επανέρχεται η όρεξη και υποχωρεί ο ίκτερος και ο πυρετός. Σε 10% των ασθενών η ηπατίτιδα μεταπίπτει σε χρόνια (χρόνια ηπατίτιδα) και οι ίδιοι γίνονται χρόνιαι φορείς.<sup>14</sup>

Σπάνια η νόσος μπορεί από την πρώτη στιγμή της λοίμωξης να ακολουθήσει πολύ επιθετική μορφή (κεραυνοβόλος μορφή) με νέκρωση του ήπατος και να προχωρήσει σε κόμα και ενδεχομένως σε θάνατο. Επίσης, συνίσταται και η διενέργεια ηλεκτροφόρησης ορού.<sup>15</sup>

Το αυστραλιανό αντιγόνο και οι δείκτες ηπατίτιδας στο αίμα θέτουν τη διάγνωση και δείχνουν το στάδιο της νόσου που είναι ο ασθενής. Το αυστραλιανό αντιγόνο, ανιχνεύεται στο αίμα του μολυσμένου ασθενή. Στη συνέχεια μέσα στο επόμενο εξάμηνο περίπου, η μεγάλη πλειοψηφία, περίπου το 80%, αυτοϊάται (δηλαδή θεραπεύεται από μόνη της χωρίς κάποια ιατρική παρέμβαση). Σε αυτή την περίπτωση, δεν ανιχνεύεται πλέον το αυστραλιανό αντιγόνο, οπότε ο ασθενής δεν μεταδίδει τη νόσο. Επίσης, ανιχνεύονται αντισώματα στο αίμα που εξασφαλίζουν ανοσία απέναντι στη νόσο.<sup>16</sup>

Στο υπόλοιπο ποσοστό, περίπου το 20%, το αυστραλιανό αντιγόνο παραμένει στο αίμα, ενώ αντισώματα δεν αναπτύσσονται και ο ασθενής λέμε ότι πάσχει από χρόνια ηπατίτιδα Β. Πρόκειται για ένα σοβαρό νόσημα που χρειάζεται τακτική παρακολούθηση και συχνά ενδονοσοκομειακό έλεγχο.<sup>16</sup>

## **4.2 Διαφορική Διάγνωση**

Πολλές ιογενείς λοιμώξεις, όπως η λοιμώδης μονοκυρήνωση, εκείνες που οφείλονται σε κυτταρομεγαλοϊούς, στον απλό έρπητα και η τοξοπλάσμωση έχουν μερικούς κλινικούς χαρακτήρες, που παρομοιάζουν προς την ιογενή ηπατίτιδα και προκαλούν αύξηση της τρανσαμινάσης και λιγότερο συχνά της χολερυθρίνης.<sup>15</sup>

Δοκιμασίες όπως ο ετερόφιλος διαχωρισμός και τα ορολογικά τεστ για τους παράγοντες αυτούς, μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διάγνωση, όταν το HBsAg, το αντι-HBc και το IgM αντί-HAV είναι αρνητικά.

Ένα πλήρες ιστορικό λήψεως φαρμάκων είναι σημαντικό, γιατί πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν είτε εικόνα ηπατίτιδας ή χολόσταση. Σημαντικό επίσης είναι το παλαιό ιστορικό ανεξήγητων «επαναλαμβανόμενων επεισοδίων» οξείας ηπατίτιδας.<sup>15</sup>

Θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη και η αλκοολική ηπατίτιδα, όπου συνήθως οι τρανσαμινάσες δεν είναι τόσο σημαντικά ανυψωμένες, μπορεί όμως να υπάρχουν άλλα στίγματα αλκοολικά και ευρήματα λιπώδους διηθήσεως του ήπατος στη βιοψία που είναι περισσότερο συμβατή με την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ό,τι με την ιογενή βλάβη του ήπατος.

Επειδή η οξεία ηπατίτιδα μπορεί να υπάρχει με πόνο του δεξιού άνω τεταρτημορίου της κοιλίας, ναυτία και έμετο, πυρετό και ίκτερο, συγχέεται συχνά με την οξεία χολοκυστίτιδα ή την ανιούσα χολαγγειίτιδα.<sup>16</sup>

Οι ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα ανέχονται τη χειρουργική επέμβαση άσχημα, γι' αυτό είναι σημαντικό να αποκλεισθούν οι παραπάνω διαγνώσεις και η διαδερμική βιοψία μπορεί να είναι απαραίτητη πριν από την λαπαροτομία.

Η ιογενής ηπατίτιδα στον ηλικιωμένο συχνά διαγνώσκεται σαν αποφρακτικός ίκτερος, που οφείλεται σε χοληδοχολιθίαση ή καρκίνο του παγκρέατος.

Μια άλλη κλινική εικόνα που μπορεί να μιμείται την οξεία ηπατίτιδα είναι η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με παθητική ηπατική συμφόρηση. Η φυσική εξέταση είναι συνήθως επαρκής να διαχωρίσει της δύο αυτές παθήσεις.<sup>16</sup>

## **4.3 Αντιμετώπιση και Θεραπεία Ηπατίτιδας Β**

Δεν υπάρχει ικανοποιητική θεραπεία μέχρι στιγμής. Όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος, έχει καλή εξέλιξη. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι:

κλινοστατισμός και ανάπαυση, αποφυγή λίπους και αλατιού στην τροφή διότι τα λιπαρά γεύματα προκαλούν ναυτία, αποφυγή οινοπνεύματος (κατά την οξεία φάση μιας ιογενούς ηπατίτιδας απαγορεύουμε απόλυτα το οινόπνευμα).<sup>14</sup>

Όσον αφορά τις φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται, είναι: (α) χορήγηση της ουσίας νεβιραπίνης, και (β) κορτιζόνης, πιθανώς, στην κεραυνοβόλο μορφή. Στην κεραυνοβόλο μορφή που απειλεί τη ζωή, γίνεται μεταμόσχευση ήπατος.

Οι χρόνιοι φορείς πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά με εξετάσεις που περιλαμβάνουν και τις τρανσαμινάσες. Μερικοί εκ των χρόνιων φορέων μπορεί να εκδηλώσουν μετά από πολλά χρόνια κίρρωση ή νεόπλασμα του ήπατος. Για αυτό το λόγο, η συχνή παρακολούθησή τους είναι αναγκαία.<sup>14</sup>

#### **4.4 Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β**

Η κλινική ταξινόμηση του εμβολίου της ηπατίτιδας Β, διακρίνεται σε:

1. ανοσοενισχυτικά
2. ανοσορρυθμιστικά.

Η χορήγηση του εμβολίου θεωρείται απολύτως αναγκαία σε ορισμένες ομάδες ατόμων με υψηλή συχνότητα λοίμωξης από το HBV, όπως: 1) υγειονομικό προσωπικό, 2) ασθενείς και προσωπικό ειδικών μονάδων, 3) εργαζόμενοι σε τράπεζες αίματος, 4) αιματομεταγγιζόμενα άτομα, 5) νεογνά φορέων HBsAg, 6) άτομα που έρχονται σε επαφή με ασθενείς με οξεία HB ή χρόνιους φορείς, 7) τρόφιμοι ιδρυμάτων για διανοητική καθυστέρηση ή παιδικών ιδρυμάτων, 8) άτομα που κάνουν χρήση ενέσιμων φαρμάκων, 9) ερωτικοί σύντροφοι πασχόντων ή χρόνιων φορέων, 10) ταξιδιώτες σε χώρες που ενδημεί ο HBV.<sup>17</sup>

Έχουν αναφερθεί παρενέργειες τοπικές, όπως ερύθημα, σκληρότητα δέρματος, τοπικός πόνος, καθώς και γενικές, όπως οξεία εμπύρετα νοσήματα και μικροενοχλήσεις (ζάλης, γρίπης, κόπωσης και πόνου στο στήθος).

Σπανιότατα έχουν αναφερθεί γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετοι, διάρροια), μυοσκελετικές διαταραχές (γενικευμένοι πόνοι, αρθραλγίες και φλεγμονές αρθρώσεων), δερματικές βλάβες (έρπης ζωστήρ, ψωρίαση, εξανθήματα) και νευρολογικές διαταραχές (τρόμο, αστάθεια βαδίσματος).

Επίσης, μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία και υπόταση.<sup>18</sup>

Διαθέσιμα Σκευάσματα:

- i. ENGERIX
- ii. INFANRIX – HEP
- iii. RECOMBIVAX<sup>19</sup>

Την δεκαετία που διανύουμε, τέθηκε θέμα μαζικού εμβολιασμού από την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO). Υπάρχει πλέον ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και για την ηπατίτιδα Β και για την ηπατίτιδα Α. Στην χώρα μας πλέον, ο εμβολιασμός έναντι των συγκεκριμένων ιών είναι συστηματικός και γίνεται για την μεν ηπατίτιδα Β, τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, για δε την ηπατίτιδα Α, τα πρώτα σχολικά χρόνια.

Όλα τα νεογέννητα παιδιά στις Η.Π.Α. θα πρέπει να εμβολιάζονται ενάντια στην ηπατίτιδα Β κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, όπου γεννιούνται, προκειμένου να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση από τις μητέρες με ηπατίτιδα, προτείνουν Αμερικανοί επιστήμονες.<sup>20</sup>

Η νέα αυτή οδηγία, προέκυψε από την ανησυχία για πιθανή μόλυνση του παιδιού από τη μητέρα, στην οποία λόγω λάθους ή παράλειψης δεν έχει γίνει διάγνωση για την ασθένεια, ενώ πολλοί γιατροί δηλώνουν την ανησυχία τους ότι υπάρχουν παιδιά τα οποία δεν εμβολιάζονται λόγω των φόβων που είχαν εκφραστεί για παλαιότερα εμβόλια που περιείχαν κάποια συντηρητική ουσία με βάση τον υδράργυρο.

Μέχρι και πρόσφατα το συγκεκριμένο εμβόλιο ήταν απαραίτητο μόνο για τα νεογέννητα των οποίων η μητέρα ήταν γνωστό ότι είναι μολυσμένη ή δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τη νόσο στη μητέρα.

Η νέα αυτή οδηγία περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα παιδικών εμβολιασμών των ΗΠΑ για το 2002, το οποίο ετοίμασε η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς της χώρας.

Πρόκειται για τη μοναδική αλλαγή στη φετινή σειρά των παιδικών εμβολιασμών που δημοσιεύεται στο τεύχος Ιανουαρίου του επιστημονικού περιοδικού «Pediatrics».<sup>21</sup>



# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>*

## *ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C*

### 5.1 Ο ιός της Ηπατίτιδας C

Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV) απομονώθηκε το 1989 και θεωρήθηκε υπεύθυνος για το 70-90% των μετά μετάγγιση ηπατιτίδων στις χώρες όπου γινόταν έλεγχος για τον ιό B. Ο ιός αντιπροσωπεύει μεγάλο μέρος από την ηπατίτιδα μη A-μηB.

Ο ιός της ηπατίτιδας C είναι ατελώς χαρακτηρισμένος ιός μονήρους έλικας RNA με διάμετρο 50-60 nm, του οποίου το γονιδίωμα ανακαλύφθηκε πρόσφατα και περιέχει 3011 αμινοξέα και 9033 νουκλεοτίδια. Ανήκει στους flavi- ιούς<sup>10</sup>.

Ο ιός HCV είναι διαδεδομένος σε πολλές χώρες. Η νόσος μεταπίπτει σε χρόνια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση, όπως και στην ηπατίτιδα B.<sup>22</sup>

### 5.2 Επιδημιολογία

Η ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 300 εκατομμύρια φορείς του ιού, περίπου 2,5 εκατομμύρια στην Ευρώπη. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου 170,000 περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας C εμφανίζονται κάθε χρόνο και σε αντίθεση με την HBV λοίμωξη, το 70-80% από αυτές θα εξελιχθούν σε χρόνια ηπατίτιδα. Επίσης 8,000-10,000 θάνατοι κάθε χρόνο οφείλονται στις χρόνιες επιπλοκές της HCV λοιμώξεως και 1,000 μεταμοσχεύσεις ήπατος εκτελούνται γι' αυτήν την ένδειξη.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 1-2% του γενικού πληθυσμού (100,000-200,000 άνθρωποι), έχουν χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C. Η υψηλότερη συχνότητα ηπατίτιδας C συναντάται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών.<sup>22</sup>

Οι νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά μετά την αρχή της δεκαετίας του 1990, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού ελέγχου του αίματος και των παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες της πήξης), της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας στα νοσοκομεία και των σύγχρονων κανόνων αποστείρωσης.

Όμως, πολλές παλαιές περιπτώσεις ηπατίτιδας C παραμένουν ακόμη αδιάγνωστες και οι πάσχοντες δεν το γνωρίζουν. Έτσι ο αριθμός των διαγνωσμένων ασθενών με ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας με την ανεύρεση των παλαιών αυτών ασθενών.<sup>23</sup>

### 5.3 Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι 14-182 ημέρες και η κλινική εικόνα της ηπατίτιδας C ποικίλει πάρα πολύ. Κυμαίνεται από ασυμπτωματική λοίμωξη χωρίς ίκτερο μέχρι την εμφάνιση κεραυνοβόλου νόσου και θανάτου σε λίγες ημέρες.<sup>23</sup>

Οι περισσότεροι άνθρωποι με ηπατίτιδα C δεν παρουσιάζουν κανένα σημείο ή σύμπτωμα της νόσου. Μόνο το 25 % των νοσούντων που θα μολυνθούν από τον ιό θα έχουν συμπτώματα στην αρχική οξεία φάση. Τα συνηθισμένα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της γρίπης όπως αδυναμία, μείωση της όρεξης, ναυτία και τάση για εμετό, πυρετός, εύκολη κούραση και ήπιοι πόνοι στην κοιλιά. Λιγότερο συχνά συμπτώματα είναι να αποκτήσουν τα ούρα μια σκούρα απόχρωση (σαν τσάι ή κονιάκ) και το δέρμα και το λευκό των ματιών να πάρουν κίτρινο χρώμα(ίκτερος).

Η συχνότητα εμφάνισης κεραυνοβόλου ηπατίτιδας C ποικίλει κατά γεωγραφικές περιοχές. Στις αναπτυγμένες χώρες είναι σπάνια, ενώ στην Ιαπωνία το 50% των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας οφείλεται στον ιό HCV.<sup>23</sup>

### 5.4 Τρόποι μετάδοσης

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος. Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της ηπατίτιδας C είναι:

- ⊗ Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης στην εποχή μας. Περισσότεροι από 80 % των ατόμων που έχουν κάνει ενδοφλέβια χρήση τοξικών ουσιών έχουν ηπατίτιδα C.
- ⊗ Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες της πήξης) πριν από το 1992. Ήταν ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού πριν από το 1992 (« Ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση»). Ο τρόπος αυτός μετάδοσης ήταν πολύ συχνός σε πολυμεταγγιζόμενους (π.χ. ασθενείς με μεσογειακή αναιμία) και σε ασθενείς με διαταραχές της πήξης (π.χ. αιμορροφιλία). Ο ιός της ηπατίτιδας C ανακαλύφθηκε το 1989 και ο γενικευμένος έλεγχος του αίματος στα κέντρα αιμοδοσίας ξεκίνησε στην Ελλάδα και διεθνώς στην αρχή του 1992. Οι μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του είναι σήμερα ασφαλείς.
- ⊗ Μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου στο παρελθόν (πριν από το 1992). Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θεωρούνται σήμερα απόλυτα ασφαλείς.<sup>24</sup>

- ∅ Αιμοκάθαρση (τεχνητός νεφρός). Ο τρόπος αυτός μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C έχει ελαττωθεί σημαντικά τα 10 τελευταία χρόνια. Οι σύγχρονες μονάδες τεχνητού νεφρού είναι ασφαλείς.
- ∅ Ιατρικές πράξεις (τρύπημα με βελόνα ή μολυσμένο εργαλείο) και επεμβάσεις αισθητικής (τατουάζ, τρύπημα σημείων του σώματος κτλ.). Παλαιότερα ήταν συχνός τρόπος μετάδοσης (χρήση βελόνων-συριγγών πολλαπλών χρήσεων ή μολυσμένων εργαλείων), ιδιαιτέρως σε χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ο παραπάνω τρόπος μετάδοσης ηπατίτιδας C είναι πλέον πολύ μικρός, εάν τηρούνται οι κανόνες αποστείρωσης και ορθής νοσηλείας. Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C μετά από ένα τρύπημα με μολυσμένη βελόνα είναι περίπου 2-6 %.
- ∅ Η γενετήσια (σεξουαλική) μετάδοση. Μόλις 2-4 % των σταθερών ερωτικών συντρόφων ασθενών με ηπατίτιδα C βρίσκονται να έχουν μολυνθεί, συχνά ίσως και λόγω έκθεσης στον ίδιο παράγοντα (π.χ. χρήση βελόνων πολλαπλών χρήσεων-ναρκωτικών). Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C σε σταθερά μονογαμικά ετεροφυλοφιλικά ζευγάρια είναι μικρότερη από 1% το χρόνο, αλλά αυξάνει αρκετά σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή με ομοφυλοφιλικές επαφές.<sup>23</sup>
- ∅ Η κάθετη μετάδοση (από μητέρα σε παιδί κατά τον τοκετό). Συμβαίνει στο 2-5 %. Η πιθανότητα μετάδοσης αυξάνει σε 20 % όταν πρόκειται για μητέρες που πάσχουν από συλλοίμωξη με τον ιό του AIDS. Η καισαρική τομή δεν ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης. Ο θηλασμός δεν μεταδίδει τον ιό και δεν πρέπει να διακόπτεται ή να αποφεύγεται.
- ∅ Ενδοοικογενειακή μετάδοση του ιού. Είναι σπάνια. Το κάθε άτομο μιας οικογένειας πρέπει να έχει ατομικά δικά του και να μην μοιράζεται με άλλους αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με αίμα, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες, αποτριχωτικές συσκευές κ.α. Σημαντική ομάδα κινδύνου φαίνεται να αποτελούν οι σύζυγοι ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο από ηπατίτιδα C οι οποίοι έχουν αντισώματα έναντι του ιού σε ποσοστό 27%. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με τα χρόνια της συζυγικής ζωής, ενώ δεν έχει παρατηρηθεί σε έγγαμο βίο μικρότερο των 10 ετών.
- ∅ Άγνωστος τρόπος μετάδοσης (σποραδικές περιπτώσεις). Στο 30-40% των ασθενών με ηπατίτιδα C δεν αποκαλύπτεται ποτέ έκθεση σε κάποιο γνωστό παράγοντα κινδύνου (αφανής παρεντερική μετάδοση).<sup>24</sup>

Τρόποι με τους οποίους δεν μεταδίδεται ο ιός:

- Με το κράτημα του χεριού.
- Με το φτάρνισμα ή το βήχα.
- Με το αγκάλιασμα ή το φιλί.
- Με την κατανάλωση τροφίμων ή ποτών.
- Με την κοινή χρήση ποτηριών ή πιάτων.
- Με το θηλασμό.
- Με τη μετάγγιση ελεγχόμενου αίματος ή παραγώγων του.
- Με τις συνήθειες δραστηριότητες στην εργασία και στο σπίτι.<sup>25</sup>

### 5.5 Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση αντισωμάτων κατά του ιού anti-HCV με τη χρήση ανοσοενζυμικών μεθόδων.

Ο έλεγχος για την ανίχνευση των αντισωμάτων γίνεται με τις τεχνικές ELISA και RIBA. Χρησιμοποιώντας τις τεχνικές αυτές μπορεί να γίνει η ανεύρεση αντισωμάτων στο αίμα του ασθενούς τα οποία ο οργανισμός παράγει εναντίον του ιού της ηπατίτιδας C. Η εμφάνιση anti-HCV με τη σύγχρονη ανοσολογική δοκιμασία ELISA μπορεί να διαπιστωθεί από τη 10η-12η εβδομάδα και μέχρι 9-10 μήνες μετά από τη στιγμή της έκθεσης. Η παρουσία anti-HCV δεν είναι ενδεικτική ούτε του επιπέδου πολλαπλασιασμού του ιού, ούτε από μόνη της, για το τι συμβαίνει στο ήπαρ. Παρόλο το ότι η σύγχρονη δοκιμασία μπορεί να βοηθάει στη μείωση της επίπτωσης ηπατίτιδας από μετάγγιση-σήμερα η επίπτωση είναι 4-7 %-σύντομα θα διατίθεται περισσότερο εξειδικευμένο αντίσωμα και ίσως δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου.<sup>25</sup>

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο PCR (αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης) είναι σε θέση να κάνει έλεγχο για το ριβονουκλεϊκό οξύ του ιού (HCV RNA) ή για το ιϊκό φορτίο καθώς και να ελέγξει για διάφορους υπότυπους του ιού (γονότυπους). Έτσι με τον έλεγχο αυτό μπορούμε να γνωρίζουμε εάν ο ιός είναι παρών στο αίμα καθώς και την ποσότητα αυτού.<sup>26</sup>

Στις εξετάσεις για ηπατίτιδα C πρέπει να υποβάλλονται οι παρακάτω ομάδες:

- Όσοι έχουν αυξημένες τιμές ενζύμων του ήπατος (τρανσαμινάσες).
- Πρώην και ενεργοί χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών.
- Όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του ή μεταμόσχευση οργάνου πριν από το 1992.

- ο Όσοι υποβάλλονται σε τεχνητό νεφρό.
- ο Όσοι εκτέθηκαν παρεντερικά σε δυνητικά μολυσμένα ιατρικά εργαλεία.
- ο Ερωτικοί σύντροφοι ατόμων με ηπατίτιδα C.
- ο Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.
- ο Παιδιά μητέρων με ηπατίτιδα C.
- ο Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα B, λοίμωξη με το HIV ή ηπατική νόσο από κατάχρηση οινόπνευματος.<sup>26</sup>

### **5.6 Πρόγνωση**

Η κλινική πορεία και εξέλιξη της HCV λοιμώξεως ποικίλει ευρέως μεταξύ μιας τυπικής οξείας ηπατίτιδας και μιας βραδέως και αθόρυβα εξελισσόμενης χρόνιας λοίμωξης (60-80%) που οδηγεί σε κίρρωση του ήπατος μέσα σε 3-20 χρόνια στο 20-25% των περιπτώσεων και με ελάχιστη επίδραση στη θνητότητα κατά τη διάρκεια των πρώτων 20 χρόνων. Εξάλλου, σ'ένα μεγάλο αριθμό ασθενών θα εμφανιστούν επιπλοκές τελικού σταδίου χρόνιας ηπατοπάθειας όπως εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας, πυλαίας υπερτάσεως και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Τέλος, η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα σπάνια παρατηρείται μετά από μόλυνση HCV.<sup>24</sup>

### **5.7 Θεραπεία**

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία βασίζεται σήμερα στο συνδυασμό υποδοριών ενέσεων ιντερφερόνης μία φορά την εβδομάδα και χαπιών ριμπαβιρίνης καθημερινά. Στόχος της θεραπείας είναι η ίαση του ασθενούς (εκρίζωση του ιού). Η επιτυχής θεραπεία εκριζώνει τον ιό από το αίμα και το ήπαρ και μηδενίζει την πιθανότητα μετάδοσης. Εκρίζωση του ιού της ηπατίτιδας C επιτυγχάνεται σε περισσότερους από 80% των ασθενών με γονότυπο 1 ή 4.<sup>25</sup>

Η θεραπεία διαρκεί συνήθως 6 ή 12 μήνες και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορεί να έχουν παρενέργειες. Γι'αυτό όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C που είναι υποψήφιοι για θεραπεία θα πρέπει αρχικά να εκτιμώνται από γιατρό με εμπειρία στα νοσήματα του ήπατος και να παρακολουθούνται τακτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C θα πρέπει να αποφεύγουν πλήρως την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και να διατηρούν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να βοηθήσει στην καθυστέρηση της εξέλιξης της ηπατικής νόσου και συνίσταται θερμά.<sup>25</sup>

### **5.8 Πρόληψη**

Δυστυχώς, δεν υπάρχει και ούτε προβλέπεται να αναπτυχθεί εντός των επόμενων ετών εμβόλιο που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C. Επιπρόσθετα οι περισσότεροι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν έχουν ακόμα ανιχνευθεί. Γι' αυτό επιβάλλεται να τηρούνται από όλους προσεκτικά γενικά μέτρα πρόληψης ώστε να αποφεύγεται η παρεντερική έκθεση όλων σε δυνητικά μολυσμένα αντικείμενα.<sup>26</sup> Ειδικότερα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης του ιού από άτομα με γνωστή ηπατίτιδα C είναι τα ακόλουθα:

- Πρέπει να εφαρμόζονται όλα τα προληπτικά μέτρα, που αναφέρονται και για την ηπατίτιδα B.
- Ιδιαίτερη σημασία έχει η πληροφόρηση του ιατρουγειονομικού προσωπικού για τον κίνδυνο μετάδοσης και τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνουν για τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένης και της ηπατίτιδας C.
- Θεωρείται επίσης σκόπιμη η λήψη μέτρων για την αποφυγή της σεξουαλικής μετάδοσης της HCV. Ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την εφαρμογή προγραμμάτων αποφυγής διασποράς του HCV με παρεντερική οδό, ιατρογενώς καθώς και μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (προγράμματα ανταλλαγής συριγγών κλπ.)
- Η προφυλακτική χρήση ανοσοσφαιρίνης IG μετά από έκθεση στον ιό, δεν συνιστάται.
- Η θεραπεία με interferon alfa-2b έχει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς σε ποσοστό >25% των περιπτώσεων με χρόνια ηπατίτιδα C. Η συνοδός μείωση του ιϊκού φορτίου περιορίζει και τη μολυσματικότητα των ασθενών.<sup>26</sup>

# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>*

## *ΝΕΟΙ ΤΥΠΟΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ*



## **6.1 Νέοι Ηπατικοί Ιοί**

Η πρόοδος στη μοριακή βιολογία έχει οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων ηπατικών ιών. Αυτοί είναι ο ιός της ηπατίτιδας D, E, F και G.<sup>27</sup>

## **6.2 Ηπατίτιδα D**

Η ηπατίτιδα D οφείλεται στον ιό HDV, ο οποίος για να πολλαπλασιαστεί απαιτεί την βοηθητική δράση του HBV. Έχει διάμετρο 36nm, πυρήνα από μονή έλικα RNA, ο οποίος περιβάλλεται από HDAg αντιγόνο και καλύπτεται από HbsAg αντιγόνο, δηλαδή καλύπτεται από το s αντιγόνο του ιού HBV. Ο χρόνος επώασης είναι από 30-180 ημέρες.<sup>27</sup>

### **Επιδημιολογία**

Η ηπατίτιδα D έχει παγκόσμια κατανομή, ενδημεί στη Νότια και Νοτιοανατολική Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή, Ινδίες, Νοτιοανατολική Ασία, Νότια Αμερική και ορισμένες περιοχές της Αφρικής. Τα τελευταία χρόνια με τον αποτελεσματικό έλεγχο της HBV λοίμωξης, ο επιπολασμός της ηπατίτιδας D, τουλάχιστον στην Ιταλία, έχει ελαττωθεί. Στην Ελλάδα βρέθηκε επιλοίμωξη με HDV στο 2,4% φορέων του HBsAg.<sup>27</sup>

### **Κλινική εικόνα**

Η οξεία λοίμωξη με HDV και HBV έχει τους ίδιους χαρακτήρες με την οξεία ηπατίτιδα B και συνήθως υποχωρεί. Η επιλοίμωξη D σε έναν φορέα του HbsAg μπορεί να προκαλέσει σοβαρή, ακόμη και κεραυνοβόλο, ηπατίτιδα όπως επίσης και μια απλή τρανσαμινασαιμία και πιθανόν να παρουσιάσουν ίκτερο.<sup>28</sup>

### **Τρόπος μετάδοσης**

Ο ιός D μεταδίδεται όπως και ο ιός HBV, δηλαδή με το αίμα, με τα κολπικά υγρά, από την νοσούσα μητέρα στο παιδί και με την μετάγγιση με μολυσμένο αίμα. Συνήθως παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και στις ομάδες υψηλού κινδύνου του ιού B.<sup>28</sup>

## **Διάγνωση**

Η ανεύρεση του IgM anti-D και του IgM anti-HBc ταυτόχρονα είναι επιβεβαιωτική της συλλοίμωξης. Το IgM anti-D εμφανίζεται μέσα σε μια εβδομάδα και εξαφανίζεται σε έξι εβδομάδες και στη συνέχεια ανιχνεύεται το IgM anti-D. Στην επιλοίμωξη παρατηρείται ενεργοποίηση φορέων της B, οι οποίοι μπορεί για αρκετό διάστημα να βρίσκονταν σε φάση ηρεμίας. Η διάγνωση θα γίνει από την ταυτόχρονη ανεύρεση του IgM anti-D και του IGg anti-HBc.<sup>28</sup>

## **Πρόγνωση**

Η πρόγνωση δεν είναι καλή, οι φορείς της ηπατίτιδας D εμφανίζουν υψηλή θνησιμότητα. Σε πολλές πρόσφατες επιδημίες οξείας ταυτόχρονης HBV και HDV λοίμωξης, ανάμεσα σε τοξικομανείς, η θνητότητα ανέρχεται στο 5%.<sup>28</sup>

## **Θεραπεία**

Δυστυχώς ειδική θεραπεία για την ηπατίτιδα D δεν έχει βρεθεί. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι συμπτωματική, η χορήγηση ιντερφερόνης μπορεί να προκαλέσει κάποια ύφεση, συνήθως όμως παρατηρείται υποτροπή μετά την διακοπή. Συνιστάται ανάπαυση και καλή διατροφή.<sup>29</sup>

## **Πρόληψη**

Η πρόληψη είναι ίδια με αυτήν της B ηπατίτιδας, δηλαδή συνιστάται στον εμβολιασμό και στην υγιεινή του σώματος. Ο εμβολιασμός έναντι του ιού B προστατεύει και έναντι του ιού D.<sup>29</sup>

### **6.3 Ηπατίτιδα E**

Πρόκειται για μια μορφή ηπατίτιδας για την οποία είναι υπεύθυνος ο ιός E (HEV), ένας RNA ιός διπλής αλυσίδας, διαμέτρου 27-34nm που ανήκει στην οικογένεια των Caliciviridae. Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 15-64 ημέρες. Ο ιός αυτός προκαλεί μόνο οξεία ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία ηπατίτιδα A.<sup>30</sup>

## **Επιδημιολογία**

Προκαλεί επιδημίες στις Ινδίες, Μέση Ανατολή, Αφρική, Κεντρική Αμερική και σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Η νόσος εκδηλώνεται κυρίως σε χώρες με χαμηλή υγειονομική στάθμη και οι επιδημίες που παρουσιάζονται είναι κυρίως

υδατογενείς. Είναι πιο συχνή στους νεαρούς ενηλίκους, ενώ σπάνια στα παιδιά και τους ηλικιωμένους.<sup>30</sup>

### **Κλινική εικόνα**

Η ηπατίτιδα E παρουσιάζει την ίδια κλινική εικόνα με την ηπατίτιδα A. Συνήθως παρουσιάζεται ίκτερος, εντερίτιδα και ιαιμία.<sup>30</sup>

### **Τρόπος μετάδοσης**

Η μετάδοση του ιού γίνεται με τη στοματοπεπτική οδό, αφού ο ιός αποβάλλεται με τα κόπρανα των ασθενών. Η μετάδοση του ιού κυρίως γίνεται μέσω της μόλυνσης του νερού και των τροφών.<sup>30</sup>

### **Διάγνωση**

Τα αντισώματα IgM anti-HEV στην οξεία φάση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διάγνωση. Δοκιμές για την ορολογική εξακρίβωση για την μόλυνση του ιού HEV θα μπορέσουν να είναι διαθέσιμες στο κοντινό μέλλον.<sup>30</sup>

### **Πρόγνωση**

Το ποσοστό θνητότητας τη νόσου είναι παρόμοιο με αυτό της ηπατίτιδας A. Ωστόσο στις έγκυες γυναίκες το ποσοστό θνητότητας μπορεί να φτάσει στο 20%, κυρίως σ' αυτές που μολύνονται στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, οδηγεί σε εξαιρετικά υψηλά ποσοστά κεραυνοβόλου ηπατίτιδας με θανατηφόρο εξέλιξη.<sup>30</sup>

### **Θεραπεία**

Δεν έχει βρεθεί εμβόλιο ακόμη. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι συμπτωματική.<sup>30</sup>

### **Πρόληψη**

Στην πρόληψη της HEV λοίμωξης σημαντικό και ουσιώδη ρόλο κατέχει η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης.<sup>30</sup>

## **6.4 Ηπατίτιδα F**

Η ηπατίτιδα F οφείλεται στον ιό HFV ένα toga-ιό και είναι η αιτία κεραυνοβόλων σποραδικών κρουσμάτων τα οποία παλαιότερα αποδίδονταν στον παράγοντα non-A,non-B.<sup>31</sup>

## 6.5 Ηπατίτιδα G

Εντατικές προσπάθειες με τη χρησιμοποίηση των νεότερων μεθόδων μοριακής βιολογίας αποκάλυψαν την ύπαρξη του ιού της ηπατίτιδας G. Η ηπατίτιδα G οφείλεται στον ιό HGV, ο οποίος προκαλεί σποραδικά κρούσματα ηπατίτιδας, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλα ηπατικά κύτταρα με συγκύτια. Είναι ένας RNA ιός της ομάδας flaviviridae μονής αλυσίδας. Προκαλεί πολύ ήπια οξεία ηπατίτιδα.<sup>31</sup>

### Επιδημιολογία

Τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης της νόσου ανέρχονται στο 20-30% σε άτομα υψηλού κινδύνου.<sup>31</sup>

### Κλινική εικόνα

Έχουν περιγράψει περιπτώσεις οξείας κεραινοβόλου ηπατίτιδας, καθώς και απλαστικής αναιμίας ως επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας που αποδίδονται σε μεταλλαγές του HGV. Η κλινική του σημασία δεν έχει όμως ακόμη πλήρως διευκρινισθεί. Η προκαλούμενη αιμία αποκαλύπτεται με την ανίχνευση του HGV-RNA με την τεχνική της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης.<sup>31</sup>

### Τρόπος μετάδοσης

Ο ιός HGV μεταδίδεται παρεντερικά, γι' αυτό βρίσκεται σε υψηλή συχνότητα. Στα άτομα υψηλού κινδύνου παρεντερικής εκθέσεως σε αίμα και προϊόντα αίματος (τοξικομανείς, αιμορροφιλικοί, πολυμεταγγιζόμενοι, αιμοκαθαιρόμενοι κ.λ.π.) είναι επόμενο να συνυπάρχει συχνά με λοιμώξεις με τους άλλους ιούς ηπατίτιδας (B, C) που έχουν τον ίδιο τρόπο μεταδόσεως. Λόγω του χαμηλού τίτλου αιμίας φαίνεται ότι ο ιός δεν μεταδίδεται ευχερώς με τη σεξουαλική επαφή. Πιστεύεται όμως ότι είναι δυνατή η κάθετη μετάδοση στο έμβρυο και στο νεογνό.<sup>31</sup>

### Διάγνωση

Προσφάτως χρησιμοποιείται ορολογική ανίχνευση αντισωμάτων προς το E2 τμήμα της επιφανείας του ιού. Με τον τρόπο αυτό αποκαλύφθηκε ότι σε αντίθεση προς τον HGV ελάχιστο μόνο ποσοστό της HGV/GBV-C οξείας λοιμώξεως καταλήγει σε χρόνια λοίμωξη. Τα anti-E2 αντισώματα είναι εξουδερωτικά και η εμφάνισή τους συνοδεύεται με απομάκρυνση του ιού.<sup>31</sup>

## **Πρόληψη**

Εφαρμογή γενικών μέτρων αποφυγής των παρεντερικών μεταδιδόμενων ιώσεων. Δεν συνιστάται έλεγχος αιμοδοτών γιατί αφενός δεν είναι προς το παρόν ξεκαθαρισμένη η κλινική της σημασία και αφετέρου ο έλεγχος για ηπατίτιδα Β και C αποκλείει και το μεγαλύτερο ποσοστό των φορέων ηπατίτιδας G.<sup>31</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

## *7.1. Χρόνια Ηπατίτιδα*

Ο όρος χρόνια ηπατίτιδα έχει προκαλέσει μεγάλη σύγχυση, γιατί οι διάφοροι ερευνητές, χρησιμοποιούν τον όρο με διάφορες έννοιες. Ως χρόνια ηπατίτιδα θα μπορούσε να οριστεί η συνεχιζόμενη βλάβη των ηπατικών κυττάρων, που συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση κατά τα πύλαια διαστήματα ή το παρέγχυμα ή αμφότερα. Μεγάλη πρόοδο αποτέλεσε η ιστολογική ταξινόμηση της χρόνιας ηπατίτιδας σε:

- Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.
- Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.<sup>32</sup>

### *7.1.1. Χρόνια Επιμένουσα Ηπατίτιδα*

Κλινικά συμπτώματα εκλείπουν ή είναι αόριστα και ασθενή, όπως εύκολη κόπωση και δυσπεψία. Αντικειμενικά εκτός από ελαφρά διόγκωση του ήπατος σε μερικές περιπτώσεις, δεν διαπιστώνεται τίποτε άλλο. Εργαστηριακά η τιμή της χολερυθρίνης είναι φυσιολογική, ενώ των τρανσαμινασών δεν είναι καθόλου ή μερικές φορές μέτρια αυξημένη. Το ΗΒΑg με τις νεότερες τεχνικές ανευρίσκεται σε 80% των περιπτώσεων.<sup>33</sup>

Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη αντίδραση κυρίως από μονοπύρηνα και πλασματοκύτταρα που περιορίζεται κατά τα πύλαια διαστήματα. Η λοβιδιακή αρχιτεκτονική παραμένει ανέπαφη, αλλά αλλοιώσεις οξείας ηπατίτιδας μπορούν ακόμα να συνυπάρχουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε υγιή άτομα, αλλά φορείς του ΗΒΑg, ανευρίσκονται κατά κανόνα ιστολογικές βλάβες χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας. Η πρόγνωση είναι καλή και δεν απαιτείται καμία θεραπεία. Σε πολύ λίγους ασθενείς, η νόσος μεταβάλλεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.<sup>33</sup>

### *7.1.2. Χρόνια Ενεργός Ηπατίτιδα*

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι μια παθολογική κατάσταση με ποικίλη αιτιολογία, που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη ηπατική νέκρωση, ενεργό φλεγμονή και ίνωση, που μπορεί να οδηγήσει ή να συνοδεύεται από κίρρωση.<sup>33</sup>

Πολλαπλοί αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Πιθανόν ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας Β ή ιό C ηπατίτιδας. Στο 1/3 των ασθενών η νόσος αρχίζει απότομα, μετά από νόσο οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Συνεχής ύπαρξη HBsAg στον ορό, ανευρίσκεται στο 20-30% των ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, πράγμα που σημαίνει ότι η παραμένουσα λοίμωξη με ιό Β μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Τα φάρμακα ενοχοποιούνται στην παθογένεια μερικών περιπτώσεων. Στους ασθενείς αυτούς, επιπλέον χορήγηση φαρμάκων οδηγεί σε έξαρση της νόσου, ενώ η διακοπή οδηγεί σε κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση αυτής.<sup>33</sup>

### *7.1.3. Κλινικές Εκδηλώσεις ΧΕΗ*

Το κλινικό φάσμα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας εκτείνεται από ασυμπτωματική νόσο μέχρι θανατηφόρο ηπατική ανεπάρκεια. Προσβάλλει όλες τις ομάδες ηλικιών αλλά είναι συχνότερη στις νεαρές γυναίκες και στους εφήβους. Περίπου στα 2/3 των ασθενών, η νόσος έχει ύπουλη εισβολή για περίοδο μερικών εβδομάδων ή μηνών.

Σε μερικά άτομα η νόσος ανακαλύπτεται τυχαία και η διάρκεια της είναι ασαφής. Στους υπόλοιπους, εμφανίζεται η απότομη έναρξη, παρόμοια με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα, αλλά οι εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας συνήθως εκδηλώνονται στους επόμενους 12-24 μήνες.

Τα συμπτώματα που είναι συχνά στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, είναι:

- Κόπωση (πολύ συχνά).
- Επίμονος ή υποτροπιάζων ίκτερος στο 80% των τυπικών περιπτώσεων.
- Κακουχία.
- Ανορεξία.
- Μικρός πυρετός.<sup>34</sup>

Σε μερικούς αρρώστους οι επιπλοκές της κίρρωσης, όπως ο ασκίτης, οι αιμορραγούντες κίρσοι, η εγκεφαλοπάθεια, ο υπερσπληνισμός ή οι διαταραχές πηκτικότητας, μπορεί να είναι τα συμπτώματα που θα φέρουν τον άρρωστο στο γιατρό. Σε άλλους, οι εξωηπατικές εκδηλώσεις προεξάρχουν της κλινικής εικόνας και η νόσος του ήπατος είναι τελείως αφανής.<sup>32</sup>

Στις υπάρχουσες εξωηπατικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται η αμηνόρροια, η αιματηρή διάρροια, η κοιλιακός πόνος, η αρθραλγία, η αρθρίτιδα, τα πομπώδη ή



βλατιδώδη εξανθήματα, η ακμή, το οζώδες ερύθημα, η πλευρίτιδα, η περικαρδίτιδα, η αναιμία, η αζωθαιμία και το σύνδρομο κερατοεπιπεφυκίτιδας και ξηροστομίας.<sup>32</sup>

Αυτές οι εξωηπατικές εκδηλώσεις και οι παθολογικές ορολογικές αντιδράσεις, είναι συχνότερες στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες και σε ασθενείς δίχως ορολογική ένδειξη προηγηθείσας ηπατίτιδας Β.<sup>32</sup>

Η πορεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας ποικίλει και η νόσος μπορεί να επιμένει για μακρές περιόδους, χωρίς κλινικά εμφανή ηπατική νόσο. Αυτό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αληθινό στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, που συνοδεύεται από ηπατίτιδα Β ή C.

Αν δεν υποβληθούν σε θεραπεία, η θνησιμότητα είναι υψηλή (50-70%), κατά τη διάρκεια των λίγων πρώτων ετών της νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή κλινική νόσο και διαπιστωμένη ιστολογικά χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Επίσης σε ασθενείς με κίρρωση και σε εκείνους με ζωνοειδή νέκρωση, όπου ο θάνατος επέρχεται σαν αποτέλεσμα ηπατικής ανεπάρκειας και ηπατικού κόματος.<sup>34</sup>

#### **7.1.4. Εργαστηριακά Ευρήματα**

1. Η χολερυθρίνη του ορού βρίσκεται συχνά φυσιολογική, μερικές φορές αυξημένη, σπάνια άνω των 5 mg/100 ml.
2. Οι τρανσαμινάσες του ορού είναι κατά κανόνα αυξημένες, ιδιαίτερα άνω των 100 Units/ml, μερικές φορές μέχρι 1000 Units/ml.
3. Η λευκωματίνη του ορού είναι σαφώς ελαττωμένη, ενώ οι γ-γλοβουλίνες σαφώς αυξημένες. Κατά την ηλεκτροφόρηση ανευρίσκεται συχνά στην περιοχή των γ-γλοβουλινών στενή, αρκετά ευδιάκριτη, ταινία που παρέχει συχνά μονοκλωνική μορφή.
4. ΗΒΑg ανευρίσκεται με τις νεότερες μεθόδους σε 50% των περιπτώσεων.<sup>35</sup>

#### **7.1.5. Θεραπεία**

Κατά τη διάρκεια επεισοδίων της ενεργού νόσου ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα, με υποστηρικτική αγωγή. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη και για τον καθορισμό της σοβαρότητας και εκτάσεως της νόσου, για τη διαπίστωση της εξωηπατικής επεκτάσεως με διαδερμική βιοψία ήπατος. Ο περιορισμός της φυσικής

δραστηριότητας ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως, η παρατεταμένη όμως ανάπαυση στην κλίνη μετά την ύφεση, δεν είναι απαραίτητη. Η θεραπεία με κορτικοειδή είναι η θεραπεία εκλογής σε συμπτωματικούς, HBsAg αρνητικούς, ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και ταινιοειδή ηπατική νέκρωση. Τα κορτικοστεροειδή έχουν αποδειχθεί ότι είναι δραστικά στο να παρατείνουν την επιβίωση των ασθενών αυτών, κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της νόσου, τότε που η θνησιμότητα είναι υψηλή. Η θεραπεία χαρακτηρίζεται από πλήρη κλινική, βιοχημική και ιστολογική ύφεση και αναμένεται στο 60-80% των ασθενών.<sup>33</sup>

Η θεραπεία, είτε με πρεδνιζόλη είτε με προδνιζολόνη, θα πρέπει να αρχίζει με δόση 40–60 mg την ημέρα. Η δόση αυτή μπορεί βαθμιαία να μειωθεί μέσα σε 2-3 μήνες σε 15-20 mg την ημέρα.

Η επίδραση των κορτικοστεροειδών στη φυσική εξέλιξη της HBsAg χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας είναι λιγότερο ξεκαθαρισμένη.<sup>33</sup>

Είναι δύσκολο να ελεγχθεί η θεραπεία των ασυμπτωματικών HBsAg φορέων, που έχουν ένδειξη μόνο χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας στην ηπατική βιοψία.

Σ' αυτούς τους ασθενείς η νόσος μπορεί να είναι ήπια και η θεραπεία με κορτικοειδή συχνά συνοδεύεται από μικρή βελτίωση των τιμών αμινοτρανσφεράση και της ιστολογίας του ήπατος.<sup>27</sup>

Κατά παρόμοιο τρόπο στους ασυμπτωματικούς HBsAg θετικούς ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, η αξία των κορτικοειδών δεν έχει αποσαφηνισθεί με βεβαιότητα και μια καλή ανταπόκριση έχει πράγματι περιγραφεί σε μερικούς ασθενείς.

Οι συνεχείς εξετάσεις παρακολουθήσεως και η επαναλαμβανόμενη ηπατική βιοψία κάθε έξι μήνες και ένα χρόνο μετά την αρχική εκτίμηση της νόσου συχνά επωφελεί στο να εκτιμηθεί η φυσική πορεία της νόσου και να καθοριστεί αν αναπτύσσεται ίνωση ή κίρρωση.<sup>27</sup>

Αν η νόσος έχει εξελιχθεί, μια προσπάθεια θεραπείας με κορτικοειδή είναι απαραίτητη. Εάν η αντικειμενική βελτίωση της κλινικής και βιοχημικής εικόνας της νόσου, δεν εμφανίζεται μετά από μερικούς μήνες θεραπείας, τα κορτικοειδή θα πρέπει να διακόπτονται. Σε μερικούς ασθενείς η διακοπή αυτών ακολουθείται από κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση.

Όταν χρησιμοποιούνται κορτικοειδή, η βελτίωση του αισθήματος κοπώσεως και ανορεξίας, εμφανίζονται συνήθως μέσα σε μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Η βιοχημική βελτίωση αναμένεται σε μερικές εβδομάδες ή μήνες, με πτώση των τιμών της χολερυθρίνης και των σφαιρινών και αύξηση της λευκωματίνης.<sup>27</sup>

Τα επίπεδα τρανσαμινασών συνήθως πέφτουν γρήγορα, αλλά η απόλυτη τιμή των τρανσαμινασών μόνο δε φαίνεται να είναι χρήσιμος δείκτης αναρρώσεως στο συγκεκριμένο άρρωστο.<sup>27</sup>

Η ελάττωση των κατασταλτικών δόσεων των κορτικοστεροειδών, θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, ιδιαίτερα σε χαμηλότερες δόσεις πρεδνιζόλης.

Άλλα θεραπευτική σχήματα έχουν δοκιμαστεί στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές από τα κορτικοστεροειδή.<sup>33</sup>

Μια αρχική δόση 30mg πρεδνιζόλης, που μειώνεται σταδιακά στα 10–20mg αζαθειοπρίνης, έχει αποδειχθεί ότι είναι δραστική. Ο συνδυασμός αυτός αποφεύγει τις παρενέργειες των υψηλών δόσεων κορτικοειδών. Η αζαθειοπρίνη όμως, μόνη δεν είναι δραστική στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Η κάθε δεύτερη μέρα θεραπείας με κορτικοειδή, περιορίζει τον κίνδυνο παρενεργειών, δεν είναι όμως επαρκώς θεραπευτικά.

Η αντιογενή χημειοθεραπεία με ιντερφόνη ή βιδαραβίνη, μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία των HBsAg (+) ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.<sup>33</sup>

## *7.2. Τοξική και Φαρμακευτική Ηπατίτιδα*

Οι χημικές ουσίες μπορεί να προκαλέσουν ηπατική βλάβη κατά την εισπνοή, κατάποση ή παρεντερική πρόσληψη μεγάλου αριθμού αυτών. Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι βιομηχανικές τοξικές ουσίες, τα τοξικά κυκλικά πεπτίδια ορισμένων ειδών μανιταριών και πιο συχνά οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική. Είναι βασικό, σε κάθε άρρωστο που εμφανίζεται με ίκτερο ή διαταραχή στις ηπατικές λειτουργίες, να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ή έκθεση στην εργασία και στο σπίτι σε χημικές ουσίες ή φάρμακα.

Γενικά, δύο μείζονες τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας, έχουν αναγνωρισθεί:

- Άμεση τοξική.
- Από ιδιοσυγκρασία.<sup>2</sup>

### ΤΟΞΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η τοξική ηπατίτιδα είναι εκείνη που απαντά σε αποδεδειγμένα φυσιολογικά άτομα, που εκτίθενται σε βλαπτικούς παράγοντες και είναι δοσοεξαρτώμενη.

Η λανθάνουσα περίοδος από την έκθεση μέχρι την εμφάνιση ηπατικής βλάβης είναι συνήθως μικρή (συντά μερικές ώρες) αν και οι κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να εμφανισθούν με καθυστέρηση 24-48 ωρών.

Οι παράγοντες που προκαλούν τοξική ηπατίτιδα είναι γενικά συστηματικά δηλητήρια ή μεταβολίτες. Η άμεση ηπατοτοξική δράση οδηγεί σε μορφολογικές διαταραχές, που είναι χαρακτηριστικές και αναπαραγωγίμες για κάθε τοξίνη.<sup>35</sup>

Για παράδειγμα, ο τετραχλωράνθρακας και το τριχλωροαιθυλένιο προκαλούν χαρακτηριστική νέκρωση της κεντρολοβιώδους ζώνης, ενώ η δηλητηρίαση με κίτρινο φώσφορο τυπικά οδηγεί σε περιπυλαία βλάβη.

Η τετρακυκλίνη, όταν χορηγείται σε ενδοφλέβιες δόσεις μεγαλύτερες από 1,5 gr ημερησίως, οδηγεί σε μικροκυστική λιπώδη εναπόθεση στο ήπαρ. Η ηπατική βλάβη είναι συχνά μόνο η μια όψη της τοξικότητας και μπορεί να μην αναγνωρισθεί μέχρι να εμφανισθεί ίκτερος.<sup>35</sup>

#### ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Στις ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις, η εμφάνιση ηπατίτιδας είναι ασυνήθης και δύσκολα μπορεί να προβλεφθεί, η απάντηση δεν είναι δοσοεξαρτώμενη και μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την έκθεση στο φάρμακο.

Οι ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις, μπορεί να οφείλονται στην ευαισθησία του ξενιστή (μεταβολική αντίδραση), σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να είναι ανοσολογικής φύσεως.<sup>36</sup>

Ενδείξεις για την ύπαρξη των κλασσικών μηχανισμών υπερευαισθησίας δεν υπάρχουν. Παρ' όλα αυτά εξωηπατικές εκδηλώσεις υπερευαισθησίας είναι συχνές σε μερικές φαρμακευτικές αντιδράσεις, που περιλαμβάνουν:

- αρθραλγίες
- εξανθήματα
- πυρετό
- λευκοκυττάρωση
- ηωσινοφιλία.<sup>36</sup>

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις οδηγούν σε μορφολογικούς χαρακτήρες, που είναι περισσότεροι απ' ότι εκείνοι που προκαλούνται από την άμεση τοξική επίδραση.

Ανάλογα με τον υπεύθυνο παράγοντα, η ηπατίτιδα από υπερευαισθησία (ιδιοσυγκρασία) μπορεί να οδηγήσει σε κλινική και μορφολογική εικόνα δυσδιάκριτη

από την ιογενή ηπατίτιδα (π.χ. αλοθάνιο) ή να μοιάζει με εξωηπατική χολική απόφραξη (π.χ. χλωροπρομαζίνη).<sup>36</sup>

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις μπορεί επίσης να έχουν εικόνα ζωνοειδούς ηπατικής νεκρώσεως (π.χ. μεθυλντόπα) ή σπάνια ηπατικά κοκκινώματα (π.χ. σουλφοναμίδες).

Όλες οι ηπατικές παρενέργειες δεν μπορούν να περιγραφούν σαν τοξικές ή του τύπου ιδιοσυγκρασίας.

Για παράδειγμα: τα αντισυλληπτικά από το στόμα, που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου-προγεστερόνης, μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας και επομένως σε ίκτερο.<sup>36</sup>

Δεν προκαλούν όμως νέκρωση ή λιπώδεις αλλοιώσεις. Οι εκδηλώσεις υπερευαισθησίας γενικά απουσιάζουν, αλλά η συγγενής ευαισθησία στην ανάπτυξη χολόστασης από αντισυλληπτικά δισκία έχει τεκμηριωθεί.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να αναπαράγονται σε ορισμένες καταστάσεις μετά από μια ασυμπτωματική περίοδο, που οδηγεί στην υποτροπή των σημείων, των συμπτωμάτων και των βιοχημικών αλλοιώσεων.

Η θεραπεία της τοξικής και φαρμακευτικής ηπατικής νόσου είναι υποστηρικτική, όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η διακοπή των ύποπτων παραγόντων ενδείκνυται όταν το πρώτο σημείο της παρενέργειας γίνει εμφανές.

Στην περίπτωση της άμεσης τοξικής επιδράσεως, η προσβολή του ήπατος δεν θα πρέπει να τραβήξει από τους νεφρούς ή άλλα όργανα, η προσβολή των οποίων είναι πιθανό να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή.<sup>37</sup>

Το κλινικό φάσμα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας εκτείνεται από ασυμπτωματική νόσο μέχρι θανατηφόρο ηπατική ανεπάρκεια. Προσβάλλει όλες τις ομάδες ηλικιών, είναι συχνότερη στις νεαρές γυναίκες και στους εφήβους. Περίπου 2/3 των ασθενών, η νόσο έχει ύπουλη εισβολή για περίοδο μερικών εβδομάδων ή μηνών.

Σε μερικά άτομα η νόσος ανακαλύπτεται τυχαία και η διάρκεια της είναι ασαφής. Στους υπόλοιπους, εμφανίζεται η απότομη έναρξη, παρόμοια με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα, αλλά οι εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας συνήθως εκδηλώνονται στους επόμενους 12-14 μήνες.<sup>37</sup>

# 'B ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

### **8.1 Κίνδυνοι για το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό**

Μεταξύ των ηπατίτιδων που αναφέραμε, η ηπατίτιδα Β συνήθως προσβάλλει το προσωπικό τραπεζών αίματος, τους εργαστηριακούς παρασκευαστές, τους νοσηλευτές, τους γιατρούς και τους οδοντιάτρους. Η έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας γίνεται μετά από επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά, κατά την αναρρόφηση, τη λήψη αίματος, τη συντήρηση ενδοφλέβιων καθετήρων, την αλλαγή χειρουργικών επιδέσμων, το τίναγμα σεντονιών, τη φροντίδα των καθετήρων, των χειρουργικών εργαλείων και τα παθολογοανατομικά υλικά. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση επαφής με αίμα ή σωματικά υγρά, στα παραπάνω άτομα, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος να προσβληθούν από ηπατίτιδα Β.<sup>29</sup>

Ποσοστό 15-20% από τους εργαζόμενους στην περίθαλψη έχουν ένα ή περισσότερα ορολογικά σημεία λοιμώξεως με HBV και το 1% είναι HBSAG θετικοί. Από αυτό το 1%, οι HBSAG θετικά υγιείς εργαζόμενοι, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεως για HBV, ενώ οι ασυμπτωματικοί HBSAG θετικοί φορείς έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγιές προσωπικό. Εξαιτίας της έλλειψης συμπτωμάτων δε γίνεται δυνατή η αναγνώρισή τους και η λήψη προληπτικών μέτρων. Ασθενείς με υψηλό ποσοστό ασυμπτωματικών φορέων είναι αυτοί που έχουν, προηγούμενο ιστορικό ηπατίτιδας ή πολλαπλών μεταγίσεων, οι χρήστες ναρκωτικών, οι χρόνια πάσχοντες από ηπατική νόσο ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λευκαίμια, νόσο του HODGKIN, οζώδη πολυαρθρίτιδα, σύνδρομο DOWN και λέπρα. Ο έλεγχος των παραπάνω ομάδων ασθενών για HBSAG επιβάλλεται.<sup>29</sup>

Περιοδικές προφυλακτικές εξετάσεις για HBSAG και ο έλεγχος των τρανσαμινασών καθώς και η απομάκρυνση των HBSAG θετικών από τους ευαίσθητους ασθενείς, μειώνει τον κίνδυνο για προσβολή από HBV τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.<sup>29</sup>

### **8.2 Προφύλαξη από τον Ιό της Ηπατίτιδας Α**

#### **1. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

Η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται από την κοπρανο-στοματική οδό. Σχετικά λοιπόν με την προφύλαξη, πρέπει να αναφερθούν όλα εκείνα τα μέτρα που εμποδίζουν τη λοίμωξη από μολυσμένο υλικό. Αυτό σημαίνει κατ' αρχήν άριστη προσωπική υγιεινή και από



την άλλη αυστηρές προδιαγραφές υγιεινής, κυρίως για άτομα που ασχολούνται με τρόφιμα. Άτομα που ταξιδεύουν σε περιοχές με υψηλή επίπτωση ηπατίτιδας Α θα πρέπει να προειδοποιούνται, ώστε να αποφεύγουν όχι καλά μαγειρεμένη τροφή, μη βρασμένο πόσιμο νερό, σαλάτες, ωμά φρούτα, παγωτά κ.λ.π. Έτσι προφυλάσσονται όχι μόνο από μια πιθανή γαστρεντερίτιδα αλλά και από την ηπατίτιδα Α.<sup>38</sup>

Από νεώτερα στοιχεία προκύπτει ότι μπορεί να μειωθεί η συχνότητα τουλάχιστον μιας σχετικής κλινικής ηπατίτιδας Α με το να μαγειρεύεται η τροφή σε φούρνο μικροκυμάτων. Είναι γνωστό, ότι μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (60 δευτερόλεπτα) τα μικροκύματα μπορούν να αδρανοποιήσουν ορισμένους ιούς. Ωστόσο απουσιάζουν στοιχεία σχετικά με την άμεση δράση των μικροκυμάτων στον ιό της ηπατίτιδας Α.<sup>38</sup>

## 2. ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ

Η εφαρμογή θερμότητας οδηγεί σε μερική ή πλήρη αδρανοποίηση του ιού: ο ΗΑV αδρανοποιείται με 20λεπτη θέρμανση στους 75°C. Μερική αδρανοποίηση επιτυγχάνεται με θέρμανση στους 60°C για πάνω από 4 ώρες. Η θέρμανση στους 85°C για ένα λεπτό αδρανοποιεί πλήρως τον ΗΑV.<sup>39</sup>

Με βάση την κλινική εμπειρία τονίζεται συνεχώς ότι η αποστείρωση των εργαλείων σε βραστό νερό (για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 15 λεπτών) είναι αρκετή για να καταστρέψει τη μολυσματικότητα των ιών της ηπατίτιδας. Είναι αμφίβολο αν αυτή η μέθοδος είναι κατάλληλη να προστατέψει απόλυτα από τη μετάδοση της ηπατίτιδας, όταν δεν έχει προηγηθεί καλός μηχανικός καθαρισμός των εργαλείων. Γι' αυτό και χρησιμοποιείται μόνο σε έκτακτες καταστάσεις.

Το οινόπνευμα σε αντίθεση με τη φορμαλδεΐδη, δεν καταστρέφει τη μολυσματικότητα του ιού της ηπατίτιδας Α. Η φορμαλίνη αντιθέτως αδρανοποιεί στους 37°C τόσο τον ιό της ηπατίτιδας Α και Β και συνιστάται για την απολύμανση εργαλείων, γαζών, κρεβατιών κ.τ.λ. καθώς και για την απολύμανση επιφανειών των διαφόρων χώρων.

Για την απολύμανση των ενδοσκοπικών μπορεί να χρησιμοποιηθεί γλουταραλδεΐδη. Πρέπει να τονιστεί ότι η μολυσματικότητα του ιού δεν μεταβάλλεται από την επίδραση του ψύχους.<sup>39</sup>

### *8.3 Προφύλαξη από τον Ιό της Ηπατίτιδας Β*

A.ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ: Ο περιορισμός της μετάδοσης του HBV από τους φορείς του HBsAg και γενικά τους πάσχοντες από οξεία ηπατίτιδα Β και η προφύλαξη από τη νόσο υγιών ατόμων είναι ο κύριος στόχος των γενικών μέτρων.

Ειδικότερα στα γενικά μέτρα εντάσσεται το συχνό πλύσιμο των χεριών, η χρήση γαντιών μιας χρήσεως, η χρήση συρίγγων και βελόνων μιας χρήσεως και η ορθή διάθεσή τους, η αποστείρωση ιατρικών οργάνων και εργαλείων καθώς και η αποστείρωση πάσης φύσεως υλικού που ενδέχεται να μολύνει τους υγιείς. Επίσης, πρέπει να γίνεται αυστηρή επιλογή των δοτών αίματος.<sup>40</sup>

Αποκλείονται τα άτομα που έχουν ιστορικό ηπατίτιδας και θετικό Αυστραλιανό αντιγόνο. Ακόμη η οργάνωση ενός κεντρικού αρχείου με σύστημα Η/Υ, σε κάθε νοσοκομείο και υγειονομική υπηρεσία, για τους φορείς και τους αιμοδότες, θα συντελέσει σε μέγιστο βαθμό στη μείωση της συχνότητας ΗΒ, που διασυνδέεται με τις μεταγγίσεις. Η αναφορά των παραπάνω γενικών μέτρων γίνεται για το υγειονομικό προσωπικό.

Σε ό,τι αφορά το γενικό πληθυσμό, συνίσταται συχνό και επιμελές πλύσιμο των χεριών, όροι υγιεινής διαβίωσης και για τους ενεργά σεξουαλικά νέους και νέες, η χρήση προφυλακτικού, όπως και στο AIDS, διότι η ηπατίτιδα Β είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος.

B.ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ: Περιλαμβάνουν την ανοσοπροφύλαξη, η οποία διενεργείται με δύο τρόπους:

- i. Ενεργητικώς, με εμβολιασμό.
- ii. Παθητικώς, με ειδική (υπεράνοσο) ανοσοσφαιρίνη HBIG.<sup>40</sup>

*ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*

### **9.1 Νοσηλευτική Φροντίδα Ηπατίτιδων**

Οι ηπατίτιδες θεωρούνται από τις σοβαρότερες και σημαντικότερες λοιμώξεις και αποτελούν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της εποχής μας.

Από τη στιγμή που τίθεται η υπόνοια της ηπατίτιδας μέχρι την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα ρόλο σημαντικό για όλα τα στάδια της νόσου. Ο επιδημικός χαρακτήρας της οξείας ηπατίτιδας θέτει σε κίνδυνο την υγεία του υγειονομικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών από οξεία ηπατίτιδα ασθενών περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.
- Εκτίμηση ιδιαίτερων προβλημάτων του ασθενή. Οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών μέτρων σε πάσχοντες από ηπατίτιδα συνίστανται:
- Προαγωγή σωστής θρέψης.
- Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών.
- Απασχόληση του αρρώστου.<sup>41</sup>

### **9.2 Εκτίμηση της Γενικής Κατάστασης του Ασθενή**

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, ο νοσηλευτή-τρια και ο γιατρός παίρνουν πληροφορίες για το ιστορικό του αρρώστου. Η ακρίβεια των πληροφοριών βοηθά στην παροχή καλύτερης φροντίδας.

Οι πληροφορίες για τυχόν αρρώστιες που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται, λαμβάνονται από τον ίδιο τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον. Εκτός από το ατομικό του ιστορικό, το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά πληροφορίες και για το κληρονομικό ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου.

Τέλος, ο νοσηλευτής ρωτά τον ασθενή εάν έκανε μετάγγιση τους τελευταίους έξι μήνες, εάν τρυπήθηκε με μολυσμένη βελόνα ή να ταξίδεψε σε χώρα με υψηλό ποσοστό ηπατίτιδας.<sup>41</sup>

### 9.2.1 Ιστορικό Υγείας

Α) ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ (ΠΡΟΪΚΤΕΡΙΚΗ): Συνήθως διαρκεί 3-4 ημέρες. Ο άρρωστος αρχικά παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία. Καθώς η φλεγμονή επεκτείνεται, παρουσιάζονται ναυτία και εμετοί και ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται αποστροφή προς τα φαγητά και δυσγευσία του τσιγάρου. Μπορεί ακόμη να αισθάνεται αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά αναφέρει ότι νιώθει αίσθημα πληρότητας και ενόχληση στο επιγάστριο ή το δεξιό υποχόνδριο. Μπορεί, επίσης να υπάρχουν πυρετός και συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα της γρίπης, ειδικά στην ηπατίτιδα Α. Σπάνια, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει δερματικό εξάνθημα, κνησμό, αγγειονευρωτικό οίδημα ή πολυαρθρίτιδα. Τις τελευταίες ημέρες αυτής της φάσης, ο άρρωστος μπορεί να παρατηρήσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων του.<sup>42</sup>

Β) ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ: Χαρακτηρίζεται από ίκτερο, που φτάνει στον μεγαλύτερο βαθμό του σε μία ή δύο εβδομάδες και διαρκεί 6–8 εβδομάδες. Κατά τη φάση αυτή ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ο πυρετός μειώνονται. Σε αρκετές περιπτώσεις αυτό το στάδιο δεν παρουσιάζει ίκτερο (ανικτερική ηπατίτιδα).

Γ) ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: διαρκεί 3-4 μήνες. Στη διάρκειά της ο άρρωστος αισθάνεται εύκολη κόπωση.

Δ) Ο άρρωστος και η οικογένειά του ερωτώνται για τυχόν επαφές με ικτερικά άτομα, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, λήψη οστρακοειδών, ταξίδι σε χώρα όπου τα μέτρα υγιεινής είναι φτωχά, μετάγγιση τους τελευταίους έξι μήνες, ενέσεις, τρύπημα αυτιών και ότι άλλο μπορεί να αποτελεί ένδειξη για μετάδοση πιθανής ηπατίτιδας. Ακόμα, παίρνονται πληροφορίες από τον φάκελο του αρρώστου για παρελθούσα, παρεντερική θεραπεία και ιστορικό ηπατίτιδας. Τέλος, μας ενδιαφέρει το είδος της εργασίας του αρρώστου, οι συνθήκες κατοικίας, καθώς και τα φάρμακα που παίρνει.<sup>42</sup>

### 9.2.2 Φυσική Εκτίμηση

Κατά τη φυσική εκτίμηση του αρρώστου εξετάζονται τα ακόλουθα:

- Η θερμοκρασία του αρρώστου μπορεί να είναι ελαφρά αυξημένη.

- Παίρνεται το βάρος σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές. Βρίσκεται συνήθως μειωμένο.
- Κατά την εξέταση της κοιλιάς, το ήπαρ είναι συνήθως ευαίσθητο και ψηλαφητό 2-3 cm κάτω από το όριο των πλευρών. Το μέγεθος του ήπατος αρχίζει να μειώνεται 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Πόνος ήπιος, σταθερός υπάρχει, στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο.
- Ο ίκτερος είναι ένα προεξάρχον σύμπτωμα της φυσικής εξέτασης και είναι πιο εμφανή στον σκληρό χιτώνα του βολβού.<sup>42</sup>

### 9.2.3 Διαγνωστικές Εξετάσεις

Η αξιολόγηση των εξετάσεων της ηπατικής λειτουργίας διακρίνεται από τα εξής:

I. Κατά τη διάρκεια του σταδίου επώασης και πρώιμα στο οξύ στάδιο, το 80% των αρρώστων με ηπατίτιδα τύπου Β έχει το αντιγόνο HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) στον ορό τους.

II. Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι: αύξηση των SGOT και SGPT 7-14 ημέρες πριν από την εκδήλωση του ίκτερου, αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης, κατακράτηση βρωμοσουλφοφθαλείνης, ελαφρά αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, ελαφρά υποπρωτεϊναιμία και ελαφρά αύξηση των γ-σφαιρινών. Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων.

III. Κατά την εξέταση ούρων και κοπράνων, το ουροχολινογόνο των ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται αξιοσημείωτα σε πλήρη απόφραξη. Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητο ή μειώνεται σε βλάβη του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται σε απόφραξη.<sup>43</sup>

Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος προθρομβίνης αυξάνει εξαιτίας της μείωσης της προθρομβίνης. Ο αιματοκρίτης είναι ελαττωμένος μόνο σε περίπτωση προχωρημένης κίρρωσης.

Εκτός όμως από τον αιματολογικό έλεγχο ο ασθενής προγραμματίζεται για άλλες εξετάσεις όπως η βιοψία του ήπατος.

Σκοπός της βιοψίας του ήπατος είναι η λήψη ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα, για να διαγνωστεί ιστολογικά η ηπατική πάθηση.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη βιοψία του ήπατος διακρίνεται σε τρεις φάσεις:

- Φάση προετοιμασίας του ασθενή.

- Φάση εκτέλεσης της βιοψίας.
- Φάση παρακολούθησης του ασθενή.<sup>44</sup>

Κατά την εκτέλεση της βιοψίας του ήπατος ο ασθενής ετοιμάζεται ψυχολογικά. Ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνουν τον ασθενή για τη βιοψία, για τον σκοπό που πρέπει να γίνει και τι πρόκειται να αντιμετωπίσει κατά την εκτέλεσή της. Με την ενημέρωση απαλλάσσεται ο ασθενής από το άγχος και γίνεται περισσότερο συνεργάσιμος κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας είναι να:

- Βοηθά τον γιατρό στην εκτέλεση της παρακέντησης.
- Συμπαραστέκεται στον ασθενή.
- Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την απολύμανση της περιοχής που θα γίνει η παρακέντηση και για το σερβίρισμα όλων των εργαλείων και αντικειμένων που θα χρειαστούν.
- Τοποθετεί τον ασθενή σε κατάλληλη θέση.<sup>43</sup>

Μετά την εκτέλεση της παρακέντησης καλύπτει το τραύμα για να περιοριστεί ο κίνδυνος των μολύνσεων. Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Ο ασθενής τοποθετείται γυρισμένος προς τα δεξιά και κάτω από τις πλευρές τοποθετούνται μαξιλάρια. Η θέση αυτή είναι η πιο κατάλληλη, γιατί η μεμβράνη που περιβάλλει το ήπαρ έχει χάσει τη συνέχειά της και λόγω της παρακέντησης, πιέζεται πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και έτσι δεν έχουμε απώλεια αίματος ή χολής από το ηπατικό παρέγχυμα. Ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση, οι αναπνοές μετρώνται επανειλημμένα μέχρι να φτάσουν στα φυσιολογικά επίπεδα. Σε περίπτωση που παρουσιαστεί απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια ειδοποιείται ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση της βιοψίας είναι βαριές και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.<sup>42</sup>

#### ***9.2.4 Προβλήματα του Ασθενή***

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής είναι τα ακόλουθα:

- Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμετοι, ανορεξία).
- Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (έμετοι).
- Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (κνησμός, κακουχία, πόνος, αίσθημα κόπωσης).

- Προβλήματα κένωσης εντέρου (ακινήσια).
- Προβλήματα χρονιότητας.
- Προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου.
- Μείωση ασφάλειας (κίνδυνοι επιπλοκών).<sup>42</sup>

### *9.2.5 Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ασθενή*

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή, οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας, διακρίνονται σε:

- Άμεσους.
- Έμμεσους.

#### **A. Άμεσοι:**

1. Προαγωγή της σωστής θρέψης.
2. Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών.
3. Αντιμετώπιση συμπτωμάτων.
4. Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινήσιας.
5. Αντιμετώπιση προβλημάτων από τη φαρμακευτική θεραπεία.
6. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

#### **B. Έμμεσοι:**

1. Αποκατάσταση.
2. Διαφώτιση.<sup>43</sup>

### *9.2.6 Προαγωγή της Σωστής Θρέψης*

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα παρουσιάζουν προβλήματα σωστής θρέψης που οφείλονται στην ανορεξία και στους εμετούς.

Οι νοσηλευτές-τριες καλούνται να βοηθήσουν τον ασθενή, ώστε να τρέφεται σωστά. Σε ασθενείς που εμφανίζουν εμετούς επιβάλλεται η ενδοφλέβια χορήγηση τροφής. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ανορεξία χωρίς εμετούς, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα που θα βοηθήσουν στη σωστή διατροφή τους. Η διαίτά του θα πρέπει να είναι υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.<sup>25</sup>

Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά και ο δίσκος θα πρέπει να είναι περιποιημένος.



Οι νοσηλευτές-τριες εξηγούν στον ασθενή ότι η σωστή διατροφή του, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωσή του και τον παροτρύνουν να τρώει όσο γίνεται περισσότερο. Θα πρέπει να καταναλώνει γεύματα καλώς ισορροπημένα και υψηλής θρεπτικής αξίας.<sup>25</sup>

Θα πρέπει να περιορίζουν τη λήψη υγρών με τα γεύματα (εκτός αν έχουν υψηλή θρεπτική αξία) με σκοπό τη μείωση του αισθήματος πρώιμου κορεσμού και την ελάττωση της λήψης τροφής.

Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να γνωρίζει τις επιτρεπόμενες και απαγορευμένες τροφές, για την καλύτερη κατάρτιση της καθημερινής δίαιτας του ασθενή.<sup>25</sup>

#### Επιτρεπόμενες Τροφές:

- Άρτος μιας μέρας, φρυγανιές.
- Λάδι ή βούτυρο νωπό(σε περιορισμένη ποσότητα).
- Γάλα αποβουτυρωμένο, τσάι, κρέμες, τυριά άπαχα.
- Φρούτα χωρίς φλοιό, κομπόστες, χυμοί φρούτων.
- Κρέατα και ψάρια άπαχα ελαφρά μαγειρεμένα.
- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια.
- Σούπες χωρίς λίπος με ντομάτα νωπή ή λαχανικά.
- Επιδόρπια, μέλι, μαρμελάδες, ζελέ φρούτων, γλυκά με αποβουτυρωμένο γάλα και ασπράδι αυγού.<sup>41</sup>

#### Απαγορευμένες Τροφές:

- Λίπη και έλαια.
- Πλήρες γάλα, σοκολατούχο γάλα.
- Σούπες με λίπος.
- Όλα τα οινοπνευματώδη ποτά.
- Παχύ κρέας και ψάρι, αλλαντικά.
- Κρόκος αυγού, τηγανιτά αυγά.
- Τροφές με συντηρητικά.
- Όσπρια.
- Μπαχαρικά-καρυκεύματα.
- Ξηροί καρποί.<sup>41</sup>

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθάει και να καθοδηγεί τον ασθενή να ακολουθεί τις κάτωθι διαιτητικές οδηγίες:

- Να αποφεύγει να παραλείπει γεύματα.
- Να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε θερμίδες (2.000-3.000 θερμίδες ανά ημέρα) και υδατάνθρακες.
- Εάν δεν ανέχεται τις τροφές να πίνει θρεπτικά υγρά ή χυμούς φρούτων.
- Να διατηρεί μέτρια έως υψηλή πρόσληψη πρωτεϊνών με σκοπό την προαγωγή της αποκατάστασης του ήπατος.
- Η χορήγηση σημαντικών ποσών βιταμινών έχει ευεργετική επίδραση σε ασθενείς με ηπατική βλάβη και είναι αναγκαίο να χορηγούνται σε ικανοποιητικές ποσότητες. Ειδικότερα, οι βιταμίνες της ομάδας Β και Κ.
- Διατήρηση του περιβάλλοντος καθαρό και την ατμόσφαιρα ήρεμη και ευχάριστη.<sup>25</sup>

### *9.2.7 Φυσιολογικό Ισοζύγιο Ηλεκτρολυτών*

Το υδατοηλεκτρικό ισοζύγιο συχνά διαταράσσεται στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των εμετών. Γι' αυτό απαιτείται ρύθμισή του με ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών και μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.<sup>33</sup>

### *9.2.8 Αντιμετώπιση Συμπτωμάτων*

Κατά την οξεία φάση της ηπατίτιδας, ο ασθενής παρουσιάζει: εμέτους και ανορεξία.

Οι νοσηλευτές-τριες βοηθούν τον ασθενή κατά τη διάρκεια των εμετών:

- ✓ Τοποθετείται στο πλάι του ασθενή νεφροειδές το οποίο απομακρύνεται αμέσως μόλις ο ασθενής κάνει εμετό, για την αποφυγή συνεχιζόμενου εμετού, από τη μυρωδιά.
- ✓ Δίδεται στον ασθενή νερό να ξεπλύνει το στόμα του, για να φύγει η άσχημη γεύση από τα εμέσματα.
- ✓ Ένα βασικό σύμπτωμα της ηπατίτιδας είναι ο ίκτερος. Το δέρμα του ασθενή και οι επιπεφυκότες εμφανίζουν ικτερική χροιά. Ο ίκτερος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή και επίσης ο κνησμός ή το δερματικό εξάνθημα, δημιουργούν ανησυχία στον ασθενή.<sup>5</sup>
- ✓ Προς αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντιισταμινικά φάρμακα.

- ✓ Απομακρύνονται από το θάλαμο οι καθρέπτες, για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την εμφάνισή του.
- ✓ Για την αντιμετώπιση της ξηρότητας του δέρματος και του κνησμού ο ασθενής πρέπει να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, αυτό προφυλάσσει από της λοιμώξεις τον ασθενή.<sup>5</sup>
- ✓ Επειδή ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, πρέπει να παρακολουθούνται οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης του δέρματος και να καθαρίζονται σε συχνά διαστήματα.
- ✓ Επειδή ο ασθενής εμφανίζει απώλεια βάρους, 2,5–5kg θα πρέπει να μετράται το βάρος του καθημερινά και να συγκρίνεται με της προηγούμενες τιμές.<sup>5</sup>
- ✓ Για την αντιμετώπιση της απώλειας βάρους παροτρύνεται ο αρρώστος να τρώει καθημερινά όλο και περισσότερο. Σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να φάει από μόνος του, γίνεται χορήγηση τροφής παρεντερικά.
- ✓ Μέτρηση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης γίνονται καθημερινά και σημειώνονται στο διάγραμμα του αρρώστου, σε περίπτωση απόκλισης από τα φυσιολογικά όρια ενημερώνεται ο γιατρός και λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα
- ✓ Πολλοί ασθενείς με ηπατίτιδα εμφανίζουν αίσθημα κοπώσεως και αδυναμία. Ο νοσηλευτής–τρια εξασφαλίζει:
  1. Άνετη θέση του ασθενή στο κρεβάτι.
  2. Πούσια δίαιτα.
  3. Ήσυχο περιβάλλον στον ασθενή.
  4. Ελεγχόμενη σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την ανάπαυση.

Έτσι, εξασφαλίζεται ανάκτηση των δυνάμεων του αρρώστου και σταδιακή εξαφάνιση της κόπωσης.<sup>6</sup>

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις από τη νόσο επηρεάζουν τον ασθενή, γι' αυτό καλείται ο νοσηλευτής–τρια να συμβάλλει:

- Ø Στην ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του.
- Ø Στη διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ: αρρώστου-νοσηλευτή-γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή, απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.
- Ø Στην αποθάρρυνση του αρρώστου να υιοθετήσει ένα ρόλο εξάρτησης.
- Ø Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή.
- Ø Συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου από την υγειονομική ομάδα και κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό, ανυψώνει το ηθικό του και καταπολεμά το άγχος του.<sup>6</sup>

### Προβλήματα-Νοσηλευτικές Δραστηριότητες:

#### A)Ανορεξία :

- Ενίσχυση ασθενή να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά.
- Παροχή βιταμινούχων σκευασμάτων.
- Χορήγηση διαιτολογίου –αν χρειάζεται– για την υποβοήθηση του ασθενούς στην επιλογή τροφών που καλύπτουν τις θρεπτικές του ανάγκες και είναι συμβατές με τις προτιμήσεις του.
- Παρακολούθηση των γευμάτων του ασθενούς και του σωματικού του βάρους.
- Αν ο ασθενής δεν καταναλώνει την επαρκή ποσότητα τροφής ή υγρών, χρησιμοποίηση εναλλακτικών μεθόδων θρέψης (παρεντερική διατροφή).
- Αύξηση της δραστηριότητας του ασθενούς όσο είναι εφικτό (η δραστηριότητα διεγείρει την όρεξη).
- Λήψη μέτρων για την ελάττωση της ναυτίας και των εμετών. Προσφέρετε μεγαλύτερα ποσά τροφής το πρωί, γιατί η ανορεξία συχνά δεν είναι τόσο έντονη νωρίς το πρωί.
- Αν βοηθάτε τον ασθενή να παίρνει την τροφή του, μην του δώσετε την εντύπωση ότι βιάζεστε.<sup>7</sup>

#### B) Ναυτία και έμετος:

- Φροντίστε τη στοματική κοιλότητα του ασθενούς, πριν και μετά από κάθε γεύμα καθώς και μετά από κάθε έμετο.
- Απομακρύνετε τις δυσάρεστες οσμές από το περιβάλλον.
- Συμβουλέψτε τον ασθενή να αλλάζει αργά τη θέση του σώματός του.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να παίρνει βαθιές, αργές αναπνοές όταν αισθάνεται ναυτία.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπη για να αποφεύγεται η βραδεία κένωση του στομάχου και να μειώνεται η ναυτία που οφείλεται σε διαταραχή της πέψης των λιπών.
- Προσφέρετε μικρά συχνά γεύματα και συμβουλέψτε τον ασθενή να μασά τις τροφές αργά.

- Συμβουλευτέ τον ασθενή να αναπαύεται μετά τα γεύματα με ανυψωμένη την κεφαλή της κλίνης.
- Χορηγήστε επί ιατρικής εντολής αντιεμετικά.<sup>6</sup>
- Εφαρμόστε τεχνητή διατροφή, αν χρειάζεται.

Γ) Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως:

- Παρακολουθείτε, αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα. Ενισχύστε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων.
- Περιορίστε τις δραστηριότητες του αρρώστου.
- Δώστε συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και Κ).
- Χορηγείστε παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά.
- Παρακολουθείστε συστηματικά το βάρος του αρρώστου.
- Παρακινείστε τον ασθενή να μείνει στο κρεβάτι, για την προφύλαξη του ήπατος. Οργανώστε τη νοσηλεία ώστε να υπάρχουν διαστήματα ανάπαυσης του ασθενούς χωρίς διακοπή.<sup>6</sup>
- Χορηγείστε αντισπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.
- Ενισχύστε τον ασθενή να τρώει σιγά και να μασάει καλά την τροφή.
- Παρακολουθείτε, γράφετε και αναφέρετε τα χαρακτηριστικά του πόνου.
- Περιορίστε τον αριθμό και τη διάρκεια των επισκέψεων προς τον ασθενή.
- Βοηθήστε τον ασθενή στην αυτοεξυπηρέτησή του όσο χρειάζεται.<sup>7</sup>

Δ) Ανωμαλίες κενώσεως εντερικού σωλήνα:

- Εξασφαλίστε μία κένωση την ημέρα
- Παρακολουθείτε το χρώμα, την υφή, τη σύσταση και τον αριθμό των κενώσεων.
- Σε δυσκοιλιότητα εξασφαλίστε αρκετά υγρά και τροφή που να περιέχει κυτταρίνη.
- Σε διάρροια, περιορίστε τα υγρά, χορηγείστε τα φάρμακα που παρήγγειλε ο ιατρός, γράψτε τον αριθμό των κενώσεων και παρακολουθείτε τον ασθενή για συμπτώματα αφυδατώσεως.<sup>7</sup>

#### Ε) Ίκτερος:

- Παρακολουθείστε και γράφετε το βαθμό ίκτερου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.
- Απαλλάξτε τον ασθενή από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του, επιμεληθείτε λουτρό καθαριότητας του ασθενούς, χωρίς σαπούνι, και μετά κάνετε μασάζ με λοσιόν.
- Παρακολουθείτε το χρώμα των κενώσεων για αποχρωματισμό και των ούρων για υπέρχρωση.
- Αποφυγή του κνησμού με χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων.<sup>32</sup>

#### ΣΤ) Ασκίτης:

- Βοηθείστε τον ασθενή κατά την παρακέντηση.
- Φροντίστε ο ασθενής να ουρήσει, πριν από αυτήν.
- Τοποθετείστε τον ασθενή σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση και στηρίξτε τον με τα μαξιλάρια.
- Παρακολουθείτε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της παρακεντήσεως.<sup>32</sup>
- Σημειώστε την ποσότητα και τον χαρακτήρα του υγρού της παρακεντήσεως.
- Ελέγχετε τις γάζες να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.
- Χορηγείτε διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού.
- Περιορίστε το NaCL.
- Καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ακριβής τήρηση του δελτίου ισοζυγίου υγρών.
- Φροντίστε προσεκτικά το δέρμα.
- Τοποθετείστε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για να βοηθήσετε την αναπνοή του.
- Παρακολουθείτε τον ασθενή για συμπτώματα πιθανού κώματος.<sup>32</sup>

#### Η) Πυρετός:

- Σημειώνετε τη θερμοκρασία στα χρονικά διαστήματα που καθορίστηκαν.
- Ενισχύετε τον ασθενή να παίρνει υγρά.
- Εφαρμόστε ψυχρά επιθέματα σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα.
- Παρακολουθείστε την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων.

- Πιθανή χορήγηση αντιπυρετικών μετά από εντολή ιατρού.
- Αλλαγή λευχημάτων.
- Προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη.
- Διατήρηση του ασθενούς ζεστού.<sup>32</sup>

### 9.2.9 Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ακινησίας

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα κλινήρεις, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι δραστηριότητες τους και να δημιουργούνται πρόσθετα προβλήματα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας σε αυτή την περίπτωση είναι υποστηρικτικός.

• Η νοσηλεύτρια-της πληροφορεί τον ασθενή ότι η συνεχής κατάκλιση δεν ωφελεί ιδιαίτερα την ασθένειά του και μπορεί να δημιουργήσει αλλά οργανικά προβλήματα όπως η κακή κένωση του εντέρου.

• Η απασχόληση με ενδιαφέροντα πράγματα μπορεί να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο εάν είναι δυνατόν. Η δημιουργική απασχόληση απορροφά την σκέψη του ασθενή από την κατάστασή του και τον απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει.<sup>34</sup>

• Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει συνήθειες δραστηριότητες όταν υπάρχουν και είναι εφικτές και όταν δεν υπάρχουν να κινήσει το ενδιαφέρον του ασθενή για κάποιες από αυτές.

• Ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας αλλά δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί του, όταν λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα. Η αποφυγή συναναστροφής δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στον ασθενή.<sup>34</sup>

Λόγω των προβλημάτων κένωσης του εντέρου που παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς με βαριάς μορφής ηπατίτιδα, τη λύση του προβλήματος, βοηθά: το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών, οι χαμηλοί υποκλυσμοί, η κίνηση στα πλαίσια του δυνατού.

Λόγω της συνεχούς κατάκλισης του ασθενή υπάρχει ο κίνδυνος επιπρόσθετων προβλημάτων εκτός αυτών που αναφερθήκανε παραπάνω. Ένα σημαντικό πρόβλημα της ακινησίας είναι οι κατακλίσεις στα σημεία του σώματος που πιέζονται.<sup>6</sup>

Ο ασθενής δεν πρέπει να μένει ακίνητος στο κρεβάτι, αλλά με βοήθεια να γυρίζει και από την αριστερή και από την δεξιά πλευρά του, ώστε να μην πιέζεται μόνο ένα

σημείο του σώματος. Τα κλινοσκεπάσματα θα πρέπει να είναι τεντωμένα, για να μην κοκκινίζουν το δέρμα και δημιουργούν κατακλίσεις.

Οι άρρωστοι που παραμένουν κλινήρεις, επηρεάζονται αρνητικά από το γεγονός ότι δεν μπορούν να αυτοσυντηρηθούν. Γι' αυτό θα πρέπει να ενισχύονται ψυχολογικά με διάφορες συζητήσεις, συχνό και ευχάριστο επισκεπτήριο που βοηθούν ψυχολογικά τον ασθενή.<sup>6</sup>

### *9.2.10 Αντιμετώπιση Προβλημάτων από τη Φαρμακευτική Αγωγή*

Η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών σε βαριές καταστάσεις ηπατίτιδας μετά από παρατεταμένη χρήση, προκαλεί υπερτρίχωση, οστεοπόρωση, επιδείνωση, σακχαρώδους διαβήτη, επιδείνωση πεπτικού έλκους, ψυχωτική αντίδραση, υπέρταση, εξασθένηση των αμυντικών μηχανισμών εναντίον βαριών λοιμώξεων και ασκεί καταβολική επίδραση σε υποστηρικτικούς ιστούς όπως των οστών, των μυών και του δέρματος.

Η θεραπεία με πρεδνιζόλη (γλυκοκορτικοειδές) ενδείκνυται διότι δεν κατακρατά νάτριο όπως άλλα γλυκοκορτικοειδή.<sup>33</sup>

Η αζαθειοπρίνη έχει ανοσοκατασταλτική δράση, χορηγείται σε συνδυασμό με την πρεδνιζόλη και οι τοξικές της εκδηλώσεις περιλαμβάνουν καταστολή του μυελού των οστών, γαστρεντερικές διαταραχές, αλωπεκία και εμφάνιση λοιμώξεων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χολεστυραμίνης είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία.

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται στις περιπτώσεις αυτές, είναι:

- Καθημερινά γίνεται λουτρό καθαριότητας στον άρρωστο και δίνεται προσοχή στο δέρμα για φλεγμονές.
- Ο άρρωστος ζυγίζεται κάθε πρωί νηστικός και συγκρίνονται οι τιμές μεταξύ τους.
- Εξέταση ούρων και αίματος για πιθανή λοίμωξη.
- Τεστ στο αίμα και στα ούρα για τον προσδιορισμό σακχάρου.
- Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Ελέγχουμε αν ο άρρωστος παρουσιάζει γαστρεντερικές διαταραχές.

Σε πιθανή εκδήλωση διαταραχής ενημερώνουμε τον ιατρό και εκτελούμε οδηγίες του.



### **9.2.11 Πρόληψη Μετάδοσης της Νόσου**

Εφ' όσον διαπιστωθεί η ύπαρξη ηπατίτιδας, το πρώτο πράγμα που πρέπει να γίνει είναι η απομόνωση του ασθενή. Η απομόνωση όμως σε μεμονωμένο θάλαμο δεν αρκεί στην πρόληψη της νόσου.<sup>29</sup>

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει, τα εξής προφυλακτικά μέτρα:

- 1.Οι θάλαμοι και οτιδήποτε υπάρχει στους χώρους αυτούς που φιλοξενούν αρρώστους με ηπατίτιδα είναι μολυσμένοι.
- 2.Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς (νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, συγγενείς) θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα.
- 3.Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται με επιμέλεια, μετά από κάθε νοσηλεία ή χρησιμοποίηση αντικειμένων που θεωρούνται μολυσμένα.
- 4.Τα κοπρανώδη υλικά και τα σεντόνια των ασθενών με ηπατίτιδα Α θα πρέπει να πιάνονται με γάντια. Σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β και C θα πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια κατά την επαφή με αίμα και σωματικά τους υγρά.<sup>32</sup>
- 5.Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής, όπως ουροδοχεία και σκωραμίδες θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση και να είναι ατομικά.
- 6.Τα κλινοσκεπάσματα του ασθενή στέλνονται πρώτα για αποστείρωση και κατόπιν πλένονται με τον μη μολυσμένο ιματισμό.
- 7.Όλα τα είδη μίας χρήσεως που χρησιμοποιούνται για τις νοσηλείες του ασθενή, όπως σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορού, ουροσυλλέκτες, θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς σάκους.
- 8.Όταν δεν είναι δυνατή η απομόνωση του ασθενή, ο άρρωστος τοποθετείται σε κρεβάτι που βρίσκεται στην άκρη του θαλάμου ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο προφυλάσσονται οι υπόλοιποι μη μολυσμένοι ασθενείς.
- 9.Όταν ο ασθενής εξέλθει από το νοσοκομείο γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη.<sup>32</sup>

### **9.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Αποκατάσταση και τη Διαφώτιση**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ακολουθούνται κατά την αποκατάσταση και διαφώτιση είναι οι ακόλουθες:

- 1) Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
- 2) Πλύση χεριών, απομόνωση λευχειμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μίας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συριγγών μίας χρήσης, είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται.
- 3) Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό.
- 4) Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού (Immune Serum Globulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου A, κατά την περίοδο επώασης. Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και εξασφαλίζει ανοσία για 6-8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044-0,132 mL ανά Kg βάρους σώματος.<sup>40</sup>

Πρόσφατες κλινικές δοκιμές με άλφα-ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 5.000 units άλφα-ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της ηπατίτιδας B σε πάνω από το ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας B (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων. Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σ' ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου, είναι απαραίτητη μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με ηπατίτιδα B. Μακροχρόνια χορήγηση χαμηλής δόσης ιντερφερόνης σε αρρώστους με ηπατίτιδα C είχε επίσης ενθαρρυντικά αποτελέσματα . Η ιντερφερόνη είναι υπό έρευνα και για τη θεραπεία της ηπατίτιδας D.<sup>28</sup>

- 5) Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους στρες.
- 6) Επαρκής θρέψη για epούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), υπερυδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.<sup>40</sup>
- 7) Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολύ προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη K.

8) Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα.

9) Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μπορεί να μεταβολίσει το ήπαρ.

10) Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση αρρώστου: <sup>40</sup>

#### A. Ηπατίτιδα A:

- Ενθάρρυνση άριστων πρακτικών υγιεινής.
- Διδασκαλία αρρώστου για καλή ατομική υγιεινή.
- Προσεκτική εξέταση ατόμων που χειρίζονται τροφές.
- Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ενδομυϊκά ή υποδόρια μέσα σε λίγες μέρες από την έκθεση ατόμων σε ηπατίτιδα A.
- Χρήση γαντιών στο χειρισμό δοχείων και μολυσμένων λευχειμάτων.<sup>5</sup>

#### B. Ηπατίτιδα B:

- Εξέταση δοτών αίματος για αποκλεισμό φορέων.
- Χρήση γαντιών στις ενδοφλέβιες εγχύσεις ή στο χειρισμό αντικειμένων μολυσμένων με αίμα αρρώστων με ηπατίτιδα B.
- Προτείνεται εμβόλιο ηπατίτιδας B για άτομα υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα.
- Ανοσοσφαιρίνη ηπατίτιδας B πρέπει να χορηγείται μέσα σε 72 ώρες από την άμεση έκθεση σε ιό ηπατίτιδας (λύσεις συνεχείας δέρματος).<sup>10</sup>
- Μετάγγιση αίματος μόνο όταν δικαιολογείται.
- Χρήση υποκατάστατων αίματος, όταν είναι δυνατό.
- Χρήση βελόνων και συριγγών μίας χρήσης, προσεκτική απόρριψή τους.
- Διδασκαλία όλων των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση να μην δώσουν αίμα για έξι μήνες, ώστε να παρέλθει η περίοδος επώασης.<sup>13</sup>

#### Γ. Ηπατίτιδα C:

Ίδια όπως στην ηπατίτιδα B, εκτός του ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο.

Η απομόνωση του αρρώστου με λοιμώδες νόσημα και τα μέτρα περιορισμού της διασποράς του, επιτυγχάνεται όταν έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω:

1. Τα δωμάτια με τα ιδιαίτερα λουτρά στα οποία νοσηλεύονται πάσχοντες από λοιμώδες νόσημα και το περιεχόμενό τους (έπιπλα, νοσηλευτικό υλικό κ.λ.π) θεωρούνται μολυσμένα.
2. Οι χώροι έξω από τα δωμάτια αυτά και τα αντικείμενα που υπάρχουν εκεί θεωρούνται καθαρά και πρέπει να διατηρούνται καθαρά.
3. Τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο που βρίσκεται σε απομόνωση πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτική μπλούζα.

4. Μάσκα συνιστάται να χρησιμοποιείται σε νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια.<sup>25</sup>
5. Μετά από χρήση μολυσμένων αντικειμένων και την εκτέλεση οποιασδήποτε νοσηλείας τα χέρια πλένονται με μεγάλη προσοχή. Να υπάρχουν κατάλληλοι νιπτήρες για το πλύσιμο των χεριών, να έχουν βρύσες με ζεστό και κρύο νερό που η λειτουργία τους να ρυθμίζεται με το πόδι, υγρό σαπουνι, αντισηπτική διάλυση και χαρτί.
6. Οι συνθήκες διαμονής στην απομόνωση πρέπει να είναι υγιεινές, άνετες και ευχάριστες.
7. Εφαρμογή της τρέχουσας απολύμανσης, δηλαδή συνεχής απολύμανση των αντικειμένων τα οποία έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο, το άμεσο περιβάλλον του (έπιπλα δωματίου, δάπεδο).<sup>26</sup>

### *9.3.1 Αποκατάσταση Ασθενούς*

Ο ασθενής μετά την οξεία φάση της νόσου, μπορεί να αποχωρήσει από το νοσοκομείο. Χρειάζεται όμως κάποιο χρονικό διάστημα για να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση.

Για να επανέλθει όμως χρειάζεται να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του γιατρού. Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για τη διδασκαλία του αρρώστου για να επιτευχθεί πλήρης αποκατάσταση. Δίνει λοιπόν τις εξής οδηγίες:

1. Περιορισμός δραστηριότητας για πάνω από πέντε μήνες, μετά το ικτερικό διάστημα, ώστε να αποφεύγεται η κούραση και οι δυσάρεστες επιπλοκές.
2. Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών, τουλάχιστον για έξι μήνες.
3. Αποφυγή λήψεως φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, γιατί υπάρχει η πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.<sup>38</sup>
4. Μικρά και συχνά γεύματα για αποφυγή δυσπεπτικών προβλημάτων.
5. Η τροφή του θα πρέπει να είναι φτωχή σε λίπη, πλούσια σε υδατάνθρακες μέτρια σε ποσότητα λευκόματος. Πλούσιο γεύμα σε θερμίδες και σε ζωικό λεύκωμα, βοηθούν στην γρήγορη αποκατάσταση του ασθενή.
6. Οι χώροι που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός της ηπατίτιδας θα πρέπει να αποφεύγονται και να γίνεται σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.

7.Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας.<sup>39</sup>

### **9.3.2 Διαφώτιση**

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην προφύλαξη των ατόμων από τις ηπατίτιδες είναι σημαντικός και επιτυγχάνεται με τη διαφώτιση. Επειδή, η νοσηλεύτρια είναι το μοναδικό άτομο που βρίσκεται κοντά στον άρρωστο το μεγαλύτερο διάστημα με τις φροντίδες που του προσφέρει, διαθέτει αρκετές γνώσεις και πείρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.

Εκτός όμως από τις οδηγίες που δίνει στον άρρωστο που εξέρχεται από το νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια επισκέπτεται τα σχολεία, ελέγχει τα μέτρα υγιεινής που εφαρμόζονται και ενημερώνει τα παιδιά πως μπορούν να προφυλαχθούν από τη νόσο, (ηπατίτιδα Α).<sup>45</sup>

Η σχολαστική καθαριότητα ιδιαίτερα των χεριών, των τροφίμων, του νερού και των αποχωρητηρίων είναι αρκετή. Αν κάποιος έχει την υποψία ότι μολύνθηκε πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του. Αν παρουσιαστεί κρούσμα ηπατίτιδας Α σε σχολεία, αυξάνουν τα μέτρα υγιεινής, γίνεται απολύμανση και προληπτικά γίνεται εμβολιασμός των παιδιών.<sup>45</sup>

Η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β και C πρέπει να ανησυχεί ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της άμεσης επαφής με το θέμα. Η νοσηλεύτρια σαν λειτουργός υγείας, θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς είτε από ιατρικά βιβλία και περιοδικά είτε από σεμινάρια σχετικά με το θέμα.

Έτσι, θα έχει τη δυνατότητα ενημέρωσης και διδασκαλίας του κόσμου. Μπορεί να συμβάλλει ενεργά μέσα από το χώρο που εργάζεται αλλά και έξω από αυτόν, σε συζητήσεις, μαθήματα υγιεινής που γίνονται σε σχολεία, για τον τρόπο προφύλαξης από τον ιό.<sup>45</sup>

Η νοσηλεύτρια έχει τα προσόντα να συμβάλλει στην πρόληψη μετάδοσης της νόσου, διδάσκοντας στον κόσμο τους κινδύνους που εγκυμονούν καθημερινά, από τις συναναστροφές μεταξύ των ανθρώπων και τον τρόπο ζωής τους.

Επειδή ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β και C είναι οι τοξικομανείς, ενημερώνονται να χρησιμοποιούν σύριγγες μίας χρήσεως, δίχως αυτό όμως να σημαίνει ότι συμφωνούμε με τη χρήση ναρκωτικών που αποτελεί μάστιγα στις

ημέρες μας, αλλά ότι φροντίζουμε τα ήδη θύματα των ναρκωτικών να μην γίνουν θύματα της ηπατίτιδας Β και C.<sup>2</sup>

Τέλος, η σεξουαλική επαφή είναι ένας τρόπος μετάδοσης αντιγόνου ηπατίτιδας Β και C από φορείς σε υγιή άτομα, με αποτέλεσμα τη νόσησή τους. Γι' αυτό η ρύθμιση των σχέσεών μας θα έχει κίνητρο το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και θα στοχεύει στις ηθικές απολαβές και όχι στις σωματικές.

Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια να διδάξει στον κόσμο πόσο σημαντική είναι η πρόληψη και η ορθή συμπεριφορά απέναντι στην υγεία και τη ζωή.<sup>2</sup>

# 'Τ ΜΕΡΟΣ

# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>*

## *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΤΑΣΙΑ*

### *10.1 Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διεργασία*

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Η μέθοδος ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, που χρησιμοποιείται στη Νοσηλευτική διεργασία, περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών, βασιζόμενα στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου.

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου/αρρώστου.
2. Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.
3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Αξιολόγηση/εκτίμηση του αποτελέσματος.<sup>46</sup>

### *10.2 Περιστατικό με Ηπατίτιδα C*

Ο ασθενής Θ.Β., 89 ετών, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στο γενικό κρατικό νοσοκομείο Πατρών « Άγιος Ανδρέας », στην παθολογική κλινική, στις 3-1-2008 και ώρα 16:10 μ.μ.

Προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αιματέμεσης, δυσκοιλιότητας και καταβολής δυνάμεων. Επίσης ανεβρέθει ότι ο ασθενής έχει κίρσους οισοφάγου, αναιμία, κίρρωση ήπατος και ασκитικό υγρό.

Σε αξονική τομογραφία που υπεβλήθη ευρέθη ότι η χοληδόχος κύστη χαρακτηρίζεται από έντονη οίδηματώδη διόγκωση του τοιχώματος. Δεν ετέθη Levin λόγω των κίρσων οισοφάγου.



Αμέσως ετέθη σε δίαιτα, περιορισμένη κινητικότητα, 3ωρη μέτρηση αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας, καθώς και μέτρηση ούρων 24ωρου. Επιπλέον ο ασθενής λαμβάνει σε καθημερινή βάση 6 (FFP) ασκούς πλάσμα.

Άρχισε αγωγή με:

- R/L 500cc 1x2
- Amp. Meprofen 1x1
- Amp. Karavit 1x1
- Humam Albumin 100 1x1
- Amp. Lasix (μετά από το Humam) 1/2x1
- Aldactone 50 1x1

Υπεβλήθη σε βιοχημικές εξετάσεις οι οποίες έδειξαν:

- Αιματοκρίτη (HCT) : 22,1
- Αιμοσφαιρίνη (HGB) : 7,4
- Τρανσαμινάσες SGOT :150 u/l (Φ.Τ 5-50 u/l)
- Χολερυθρίνη :2,2 mg/dl (Φ.Τ 0,1-0,2 mg/dl)
- Αλκαλική φωσφατάση :265 u/l (Φ.Τ 50-135 u/l)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ηπατίτιδα C και κίρρωση του ήπατος.

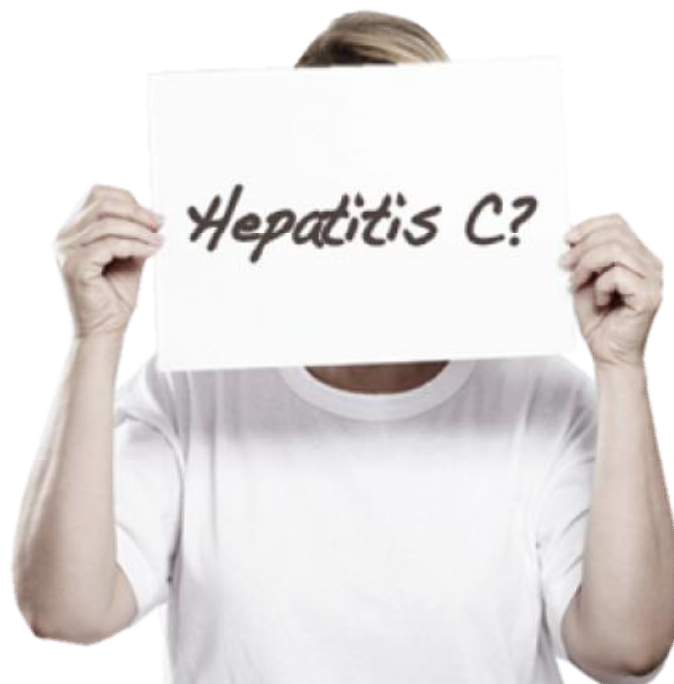
## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΧΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Απ
1)Αιματέμεση που οφείλεται σε αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου.	<p>* Η ανακούφιση του ασθενούς που θα φαίνεται από την απουσία αιματέμεσης.</p> <p>* Συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>*Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αιμορραγίας και shock.</p> <p>*Παρακολούθηση για συμπτώματα αδυναμίας και ανησυχίας.</p> <p>*Καταγραφή των ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>*Διατήρηση ανοικτής φλέβας, ενυδάτωση του αρρώστου και πιθανή μετάγγιση.</p> <p>*Εφαρμογή σχολαστικής περιποίησης της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>*Συχνή παρακολούθηση του ασθενούς.</p> <p>*Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>*Χορήγηση ορού Ringers 500 cc 1x2,κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>*Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>*Έγινε εφαρμογή διαιτολογίου κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	*Μ εφε πρ ων ανέ αισ καλ αιμ στε

<p>2)Καταβολή δυνάμεων που οφείλεται σε αναιμία</p>	<p>*Ενδυνάμωση του οργανισμού με βιταμίνη B12 και σίδηρο.</p> <p>*Ρύθμιση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης.</p>	<p>*Χορήγηση τροφών πλούσιες σε σίδηρο και βιταμίνες B 12.</p> <p>*Χορήγηση πλάσματος για την αύξηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης.</p> <p>*Χορήγηση υγρών για τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>*Ο ασθενής έλαβε τροφές πλούσιες σε σίδηρο και βιταμίνες B12.</p> <p>*Χορηγήθηκαν 6 ασκοί (FFP) πλάσματος μετά από εντολή ιατρού.</p> <p>*Χορηγήθηκε ορός Dextrose 5% 1000cc.</p>	<p>*Ο αισκαλμπικιν</p> <p>*Ο αιμαυξιδιαιμ</p>
<p>3) Δυσκοιλιότητα που οφείλεται σε διαταραχές της θρέψης.</p>	<p>*Να ανακουφιστεί ο ασθενής και να εξαλειφθεί η δυσκοιλιότητα.</p>	<p>*Ενισχύουμε τον ασθενή να λαμβάνει τα γεύματά του.</p> <p>*Να σιτίζεται με μικρά γεύματα και σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>*Εάν δεν ενεργηθεί τότε να γίνει υποκλυσμός κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	<p>*Χορήγηση τροφών πλούσιες σε σίδηρο, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.</p> <p>*Εγινε υποκλυσμός κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>*Ο ενεαναισκοιμαλ</p>
<p>4) Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, κακή πέψη, απορρόφηση, και χρησιμοποίηση των θρεπτικών ουσιών λόγω κίρρωσης του ήπατος).</p>	<p>*Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών.</p> <p>*Αντιμετώπιση ναυτίας και εμετών και προαγωγή επαρκούς θρέψης.</p>	<p>*Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη και θερμίδες.</p> <p>*Περιορισμός άσκοπων κινήσεων.</p> <p>*Περιορισμός του αλκοόλ.</p> <p>*Φροντίδα στόματος και περιορισμός κινήσεων.</p> <p>*Χορήγηση αντιεμετικών.</p>	<p>*Χορηγήθηκε δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη 1g/kg βάρους σώματος και 2.000-3.000 θερμίδες το 24ωρο.</p> <p>*Το αλκοόλ περιορίστηκε στο ελάχιστο.</p> <p>*Εγινε η φροντίδα της υγιεινής του στόματος και ελαττώθηκαν οι άσκοπες κινήσεις.</p>	<p>*ΑθρεπρέΗξαστιειδιθρεανέανέβιτι</p>

			*Χορηγήθηκαν αντιεμετικά με εντολή ιατρού.	
5) Δερματικές λοιμώξεις και οιδήματα που οφείλονται σε κίρρωση του ήπατος.	*Πρόληψη τοξικών καταστάσεων.	*Παρακολούθηση πιθανών σημείων λοίμωξης.  *Τακτικός καθαρισμός περιοχών φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος.  *Ατομική υγιεινή αρρώστου.	*Καθαρίστηκαν σχολαστικά οι περιοχές φλεβοκέντησης και τα σημεία ρήξης του δέρματος.  *Πραγματοποιήθηκε λουτρό καθαρισμού του αρρώστου.  *Χορηγήθηκε χολεστυραμίνη με χυμούς φρούτων για έλεγχο του κνησμού.	*Τακτική φαρμακευτική αγωγή και οιδ
6) Ίκτερος στο δέρμα και τους επιπεφυκότες λόγω ηπατίτιδας C.	*Συστηματική παρακολούθηση ασθενούς για τα συμπτώματα του ίκτερου.  *Καταπολέμηση κνησμού δέρματος.  *Καταπολέμηση ανησυχίας ασθενή λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκώτων.	*Παρακολούθηση και καταγραφή του βαθμού ίκτερου δέρματος και σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.  *Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων για αποχρωματισμό και των ούρων για υπέρχρωση.  *Λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι για αντιμετώπιση της ξηρότητας.  *Χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων.  *Απομακρύνουμε τους καθρέπτες από το δωμάτιο και ενθαρρύνουμε	*Έγινε καταγραφή του βαθμού ίκτερου.  *Καταγράφηκε το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.  *Πραγματοποιήθηκε το λουτρό καθαριότητας.  *Χορηγήθηκαν αντιισταμινικά φάρμακα κατόπιν εντολής ιατρού.  *Πραγματοποιήθηκε συζήτηση και ο ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματα για το πρόβλημα του.	*Ο ίκτερος και ο κνησμός του δέρματος.  *Τακτική φαρμακευτική αγωγή.  *Ο ίκτερος και ο κνησμός επιμένουν.  *Απομακρύνουμε τους καθρέπτες από το δωμάτιο και ενθαρρύνουμε

		ψυχολογικά τον ασθενή.		
--	--	------------------------	--	--



### *10.3 Περιστατικό με Ηπατίτιδα Β*

Η ασθενής Κ.Γ. ,ετών 63, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στο γενικό κρατικό νοσοκομείο Πατρών « Άγιος Αντρέας », στην παθολογική κλινική, στις 29-12-2007 και ώρα 11:00μ.μ.

Διαπιστώθηκε ότι η ασθενής είχε παρατεινόμενο εμπύρετο (από 38,5 έως 39,8), ασκίτη και αλλαγή στο χρώμα των ούρων και κοπράνων. Οι εργαστηριακές της εξετάσεις έδειξαν ότι ο αιματοκρίτης της ήταν 31,5 και η αιμοσφαιρίνη της 10,7. πραγματοποιήθηκε παρακέντηση κοιλίας για να αναιρεθεί το ασκитικό υγρό και να σταλεί για μικροβιολογική, χημική, κυτταρολογική και μικροσκοπική εξέταση. Το σημείο παρακέντησης είναι στο έξω ήμισυ της νοητής γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.

Αμέσως η ασθενής ετέθη σε δίαιτα με τροφές φτωχές σε λιπαρά και πλούσιες σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και σίδηρο, 3ωρη μέτρηση αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας και μέτρηση ούρων 24ωρου.

Η ασθενής άρχισε αγωγή με:

- ✓ N/S 1000cc 1x1
- ✓ Amp. Apotel σε 100cc N/S
- ✓ Amp. Karavit 1x1 Amp. Lordin 1x1

Υπεβλήθη σε βιοχημικές εξετάσεις οι οποίες έδειξαν:

- Αιματοκρίτη (HCT): 32,6
- Αιμοσφαιρίνη (HGB): 10,8
- Τρανσαμινάσες: SGOT:132 u/l (Φ.Τ 5-50 u/l)
- Χολερυθρίνη: 2,4 mg/dl (Φ.Τ 0,1-0,2 mg/dl)
- Αλκαλική φωσφατάση: 285 u/l (Φ.Τ 50-135 u/l)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ηπατίτιδα Β.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΧΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Απ
1) Η ασθενής παρουσιάζει πυρετό 38,5 °C λόγω ηπατίτιδας Β.	<p>*Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα εντός 24ωρου.</p> <p>*Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό.</p> <p>*Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών λόγω συχνών εφιδρώσεων.</p>	<p>*Λήψη 3ωρης θερμομέτρησης.</p> <p>*Να εφαρμοστούν ψυχρά επιθέματα.</p> <p>*Πιθανόν χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>*Χορήγηση υγρών για διατήρηση του ισοζυγίου και πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>*Παρεντερική χορήγηση υγρών σύμφωνα με οδηγίες ιατρού.</p> <p>*Διατήρηση λευχημάτων στεγνών.</p>	<p>*Λήψη 3ωρης θερμομέτρησης και καταγραφή στο διάγραμμα του ασθενούς.</p> <p>*Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα.</p> <p>*Δόθηκε 1 amp Aprotel για να πέσει ο πυρετός κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>*Ενθάρρυνση για λήψη υγρών από το στόμα.</p> <p>*Χορήγηση φυσιολογικού ορού 0,9% (1000 cc).</p> <p>*Αλλάχθηκαν τα λευχήματα.</p>	<p>*Ο μετ 37,</p> <p>*Σι με τρέ επο φυ επί</p> <p>*Π αφι την υγρ</p>
2) Αλλαγή στο χρώμα των ούρων και κοπράνων.	<p>*Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων και μέτρηση των ούρων.</p>	<p>*Μέτρηση των ούρων και καταγραφή των κενώσεων.</p>	<p>*Μέτρηση ούρων 2000cc 24ώρου και αριθμός κενώσεων 2-3 ημερησίως.</p>	<p>*Η χολ αύε χολ απέ δημ αλλ χρο κοστ</p> <p>*Τ1 νοσ έχο απκ</p>

				στο αρι κεν
3) Ασκίτης που οφείλεται στην ηπατίτιδα Β.	<p>*Ανακούφιση της ασθενούς από την υπερβολική συγκέντρωση ασκητικού υγρού στην περιτοναϊκή χώρα.</p> <p>* Ισορροπία του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. *Να αισθάνεται άνετα στο κρεβάτι και να είναι χαλαρές οι κινήσεις της.</p>	<p>*Ενημέρωση της ασθενούς για την παρακέντηση.</p> <p>*Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση.</p> <p>*Παρακολούθηση της ασθενούς.</p> <p>*Έλεγχος των γαζών να μην διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.</p> <p>*Να χορηγηθούν διουρητικά σύμφωνα με οδηγίες ιατρού.</p>	<p>*Ενημερώθηκε η ασθενής για την παρακέντηση.</p> <p>*Τοποθετήθηκε η ασθενής στην κατάλληλη θέση.</p> <p>*Αλλαγή γαζών λόγω διαφυγής του ασκητικού υγρού.</p> <p>*Χορήγηση διουρητικών.</p>	*Α υγρ ασφ αν αισ καλ κιν στο της
4)Θρεπτικό ανισοζύγιο.	<p>*Προαγωγή επαρκούς θρέψης.</p> <p>*Καταπολέμηση ανορεξίας και εμετών.</p>	<p>*Δίαιτα υπερθερμιδική, υπερυδατανθρακούχα, και υπερπρωτεϊνούχα.</p> <p>*Μικρά και συχνά γεύματα.</p> <p>*Απομάκρυνση δυσάρεστων οσμών από το περιβάλλον.</p> <p>*Λήψη μέτρων για την ελάττωση της ναυτίας και των εμετών.</p> <p>*Ενθάρρυνση ασθενή για αργές, βαθιές αναπνοές.</p> <p>*Εφαρμογή παρεντερικής</p>	<p>*Χορηγήθηκε η κατάλληλη διαιτητική αγωγή.</p> <p>*Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>*Δημιουργήθηκε ευχάριστο περιβάλλον κατά τη διάρκεια του γεύματος.</p> <p>*Εφαρμόστηκε παρεντερική διατροφή όπου ο ασθενής δεν κατανάλωσε επαρκή ποσότητα τροφής.</p>	*Μ να εμε αξ θρε πρέ



		διατροφής, εάν χρειάζεται.		
5) Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού.	*Βοήθεια για την αντιμετώπιση ψυχικών προβλημάτων.	*Υποβοήθηση της ασθενούς στην προσαρμογή του στις μεταβολές της εμφάνισης και στο να αποδεχτεί την ασθένεια του.	*Ενημέρωση της ασθενή ότι οι αλλαγές στην εμφάνιση του θα ελαττωθούν με την εκτέλεση του ιατρικού-νοσηλευτικού προγράμματος.  *Ενθάρρυνση της ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της καθώς και να συμμετέχει όσο το δυνατόν περισσότερο στην αυτοεξυπηρέτηση της ώστε να αποκατασταθεί το αίσθημα ανεξαρτησίας και αυτοεκτίμησης.	*Ε πρ σι της την της περ βα εξό του





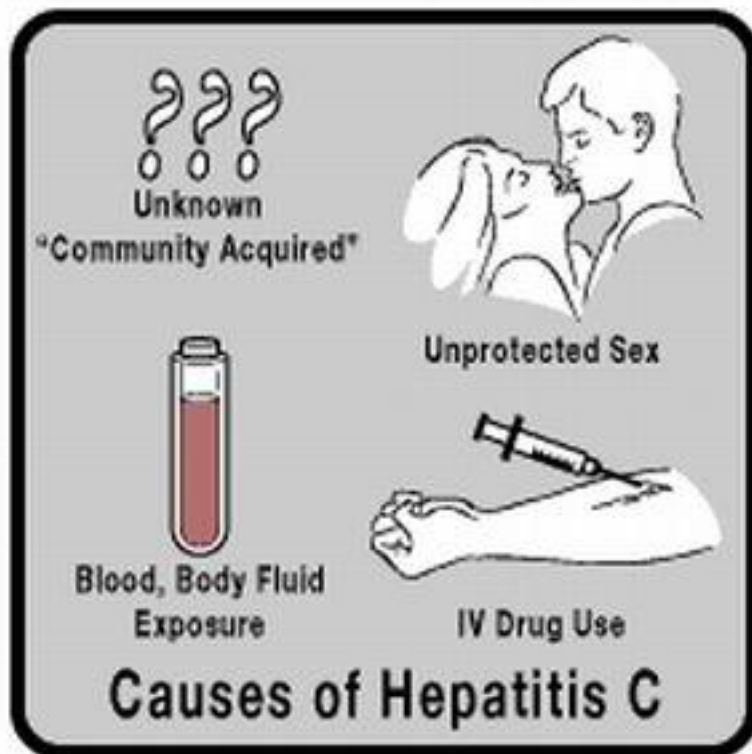
## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα προαναφερόμενα στοιχεία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ηπατίτιδες είναι από τα πιο διαδεδομένα λοιμώδη νοσήματα. Αποτελούν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της εποχής μας με πολλές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στα άτομα που έχουν προσβληθεί απ' τη νόσο. Παρ' όλα αυτά θεωρούνται ασθένειες με ευνοϊκή πορεία και καταλήγουν σε πλήρη ανάρρωση εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις. Από τη στιγμή που θα διαγνωσθεί ο ιός μέχρι και την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει πολυσήμαντο ρόλο για όλα τα στάδια της νόσου τόσο σε επιστημονικό όσο και σε επικοινωνιακό-ψυχολογικό επίπεδο. Οι νοσηλευτές σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό οφείλουν να παρέχουν τη φροντίδα τους στον ασθενή και να συμβάλλουν στην καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης του. Ο εμβολιασμός έναντι των ιών της ηπατίτιδας Α και Β κρίνεται αναγκαίος και αποτελεσματικός τα πρώτα χρόνια και τους πρώτους μήνες ζωής του παιδιού αντίστοιχα, για την πρόληψη της νόσου.

Για την πρόληψη από τους ιούς των ηπατίτιδων παρατίθενται οι ακόλουθες προτάσεις:

- Άριστη προσωπική υγιεινή.
- Αυστηρές προδιαγραφές υγιεινής τροφίμων.
- Ατομικές σύριγγες και βελόνες.
- Αποστείρωση ιατρικών οργάνων και εργαλείων.
- Χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Αυστηρή επιλογή δοτών αίματος.
- Εμβολιασμός ατόμων που πρόκειται να ταξιδέψουν σε χώρες που ενδημεί η νόσος.
- Σε χώρους εργασίας της υγείας: πλύσιμο χεριών, χρήση γαντιών, απολύμανση γαζών, κρεβατιών και εργαλείων.
- Εμβολιασμός και προγράμματα επιμόρφωσης των ομάδων Υγείας με εύθιγη του κράτους.
- Έλεγχος του αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) στο νοσηλευτικό και ιατρουγειονομικό προσωπικό..

- ü Σωστή και ευρεία ενημέρωση του πληθυσμού από καταρτισμένα άτομα για θέματα που αφορούν την ιογενή ηπατίτιδα καθώς και την πρόληψη και προφύλαξη από τη νόσο.
- ü Διδασκαλία αγωγής υγείας και ΠΦΥ από κοινοτικούς νοσηλευτές.
- ü Κοινή προσπάθεια για ένα υγιές περιβάλλον για όλους.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα σημαντικότερα αίτια που προκαλούν ηπατίτιδα είναι οι ιοί και απ' αυτούς συχνότεροι είναι οι ιοί Ηπατίτιδας Α, Β, C, D και Ε. Έτσι μιλάμε για ηπατίτιδα Α, για ηπατίτιδα Β, C, κ.λπ.

Όλοι οι τύποι ηπατίτιδας έχουν παρόμοια εικόνα. Αρχικά παρουσιάζονται γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα κακουχίας και κόπωση, ανορεξία, ναυτία, εμετός, διάρροια καθώς και μέτριος πυρετός. Μπορεί ακόμα να υπάρχει και πόνος στην περιοχή του ήπατος (πάνω δεξιό μέρος της περιοχής της κοιλιάς). Η φάση αυτή, είναι δυνατόν να διαρκέσει από 1 έως 3 εβδομάδες, οπότε τα παραπάνω συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν και εμφανίζονται τα τυπικά συμπτώματα της ηπατίτιδας που είναι: ίκτερος (κίτρινο χρώμα δέρματος, βλεννογόνων, επιπεφυκότων), κνησμός, αποχρωματισμός των κοπράνων και υπέρχρωση των ούρων.

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Ο ιός ηπατίτιδας Α αποβάλλεται στα κόπρανα αυτών που έχουν μολυνθεί 15 μέρες πριν την εμφάνιση του ίκτερου και άλλες τόσες μετά την εμφάνιση αυτού, με μικρότερο όμως ποσοστό αποβολής στη φάση αυτή και συνεπώς μικρότερο κίνδυνο μετάδοσης. Μέσω λοιπόν αυτής της οδού, μπορούν να μολυνθούν τα χέρια, όταν δεν πλένονται καλά ή μπαίνουν στο στόμα αντικείμενα, νερό και τρόφιμα και από κει με την κατάποση να μπει ο ιός στον οργανισμό. Με το αίμα η μετάδοση είναι σπάνια.

Η ηπατίτιδα Α έχει γενικά καλή πρόγνωση. Ουδέποτε χρονίζει και δεν είναι πάντα απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Αυτό εξαρτάται απ' την βαρύτητα των συμπτωμάτων και βέβαια την κρίση του γιατρού που παρακολουθεί τον πάσχοντα. Ειδική θεραπεία για τους πάσχοντες από ηπατίτιδα Α δεν υπάρχει. Έτσι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσουμε τον ιό είναι να τον προλάβουμε. Πώς; Η εφαρμογή των κανόνων ατομικής υγιεινής (πλύσιμο χεριών πριν από το φαγητό και μετά την αφόδευση), μέτρα για την αποφυγή μόλυνσης του περιβάλλοντος (απολύμανση αποχωρητηρίων, κατάλληλη ύδρευση και αποχέτευση), αυστηρός έλεγχος της τήρησης κανόνων υγιεινής σε χώρους παρασκευής φαγητού κ.λπ. μπορούν να εμποδίσουν την κύρια οδό μόλυνσης που είναι "πρωκτός-στόμα". Ιδιαίτερη έμφαση

στα παραπάνω πρέπει να δώσουν τα ιδρύματα για παιδιά με νοητική καθυστέρηση, ψυχιατρεία, φυλακές κ.λπ. Αν υπάρχει υποψία έκθεσης στον ιό (π.χ. κρούσμα ηπατίτιδας στην οικογένεια) ή επίκειται επίσκεψη σε περιοχή ή χώρα που ενδημεί η ηπατίτιδα Α μπορεί να χορηγηθεί ένας ειδικός ορός (απλή γ σφαιρίνη) που προφυλάσσει, εφόσον χορηγηθεί έγκαιρα. Ακόμη υπάρχει και εμβόλιο εναντίον του ιού της ηπατίτιδας Α. Δεν χρειάζεται να κλείσει το σχολείο, θα πρέπει όμως να ενταθούν τα μέτρα προφύλαξης που αναφέρθηκαν παραπάνω.

## **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β**

Η ηπατίτιδα Β είναι πιο σοβαρή από την Α επειδή μπορεί να πάρει χρόνια μορφή ή να καταλήξει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι από ήπια ως πολύ σοβαρά, γι' αυτό στις περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας Β είναι σχεδόν πάντα απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μεταδίδεται: α) με τη σεξουαλική επαφή με πάσχοντες από οξεία ηπατίτιδα Β ή με φορείς ηπατίτιδας Β, β) από την έγκυο μητέρα στο νεογνό (είτε αυτή είναι φορέας, είτε πάσχει από οξεία ηπατίτιδα Β), γ) μέσω του αίματος ή παραγώγων αίματος φορέων ή πασχόντων, δ) μέσω βελονών ή συριγγών που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί (χρήστες ΕΦ ναρκωτικών) ή με αιχμηρά αντικείμενα (ξυραφάκια, βελόνες για τρύπημα αυτιών, ψαλιδάκια για μανικιούρ κ.λπ.) αν χρησιμοποιούνται χωρίς να έχουν αποστειρωθεί και διαπεράσουν το δέρμα ή με οδοντόβουρτσα, ε) με μετάγγιση-αυτός ο τρόπος όμως μετάδοσης σήμερα, δεν είναι ουσιαστικός, αφού όλοι οι αιμοδότες ελέγχονται για την παρουσία του ιού Β με ευαίσθητες μεθόδους.

Για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Β διατίθενται: ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και μια ειδική για τον ιό ηπατίτιδας Β ανοσοοφαιρίνη (υπεράνοση γ σφαιρίνη). Σε περιπτώσεις έκθεσης, στον ιό και άμεσου κινδύνου νόσησης είναι απαραίτητος ο συνδυασμός τους. Τέτοιες είναι: 1) στους ερωτικούς συντρόφους αυτών που πάσχουν από οξεία ηπατίτιδα, 2) σ' αυτούς που έχουν υποστεί τυχαίο ενοφθαλμισμό του ιού ύστερα από τρύπημα με βελόνα που είχε χρησιμοποιηθεί σε πάσχοντα ή έχουν τραυματιστεί από αιχμηρά αντικείμενα μολυσμένα από αίμα ή σωματικά υγρά πάσχοντα, 3) σε νεογέννητα που προέρχονται από μητέρα φορέα του ιού.

Μόνο ο εμβολιασμός είναι αρκετός στις ακόλουθες περιπτώσεις:

1) στους ερωτικούς συντρόφους και στα παιδιά αυτών που πάσχουν από ηπατίτιδα λόγω του κινδύνου που έχουν μετάδοσης του ιού μέσω της σεξουαλικής επαφής για τους πρώτους και της στενής και παρατεταμένης επαφής, όσον αφορά το παιδιά, 2) στους γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, οδοντίατρους, 3) στο προσωπικό κέντρων αιμοδοσίας και αιματολογικών εργαστηρίων, 4) στο προσωπικό και ασθενείς μονάδων αιμοκάθαρσης, 5) σε πολυμεταγγιζόμενους (π.χ. θαλασσαιμικοί) ή ασθενείς που λαμβάνουν προϊόντα αίματος (π.χ. αιμοφιλικό), 6) σε ομοφυλόφιλους, 7) τοξικομανείς, 8) εκδιδόμενες γυναίκες, 9) ταξιδεύοντες σε περιοχές με υψηλή συχνότητα ηπατίτιδας Β.

Ενδέχεται επίσης ο εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας Β να μπει και στο βασικό πρόγραμμα εμβολιασμού των παιδιών.

Τέλος, και εδώ, είναι πάντα απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των κανόνων ατομικής καθαριότητας. Για την προφύλαξη ή καλύτερα για την μείωση της πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών επιπλοκών στους χρόνιους φορείς κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και βέβαια με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος γιατρού είναι δυνατή η χορήγηση ιντερφερόνης, ενός προϊόντος άμυνας του οργανισμού έναντι των ιών.

### **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C**

Η ηπατίτιδα C χαρακτηρίζεται από ήπια νόσηση, σε σημαντικό ποσοστό μεταπίπτει σε χρόνια, ενώ μπορεί να προκαλέσει και σοβαρές επιπλοκές όπως κίρρωση και καρκίνο. Μεταδίδεται όπως και η Β, μέσω του αίματος και παραγώγων του με κύρια οδό όμως τις μεταγγίσεις (90% των ηπατιτίδων μετά από μετάγγιση οφείλονται στον ιό C). Σήμερα βέβαια γίνεται έλεγχος με ευαίσθητες μεθόδους όλων των αιμοδοτών για τον ιό της ηπατίτιδας C, και έτσι ο κίνδυνος μετάδοσης μέσω αυτής της οδού έχει μειωθεί εξαιρετικά. Τέλος και εδώ όπως και στην Β, ο ρόλος της ιντερφερόνης για τους χρόνιους φορείς είναι σημαντικός.

### **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D**

Ο ιός της ηπατίτιδας D προσβάλλει μόνο φορείς του ιού της ηπατίτιδας Β, τους οποίους και επιβαρύνει. Συμπτώματα, θεραπεία, και προφύλαξη είναι ίδια όπως και στην Β.

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Ε

Μοιάζει με την Α, τόσο στον τρόπο μετάδοσης όσο και στη θεραπεία και στην προφύλαξη. Βρίσκεται σε επιδημικές ή ενδημικές μορφές σε μερικά μέρη του κόσμου, όχι όμως στη χώρα μας.

**28 ΙΟΥΛΙΟΥ**  
**ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ**

**Μην αφήνετε την ηπατίτιδα να σας “βγάλει απο το παιχνίδι”**

**Ενημερωθείτε!  
Αντιμετωπίστε την!!**

  
**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΜΕΛΕΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ**



## *SUMMARY*

The most important causes which provoke hepatitis are viruses and the most frequent of them are hepatitis A, B, C, D and E. There are talking about hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C e.t.c.

All the types of hepatitis have similar image. So, initially they appear general symptoms such a feeling fatigue and tired anorectic, nausea, vomit, diarrhea as well medium fever. There is, also some pain in the liver area (upper right part of the abdominal area). This phase is possible to take from one to three weeks. Consequently the above symptoms sequin to retreat and begin to be appearing the typical symptoms such as jaundice (yellow pigmentation of the skin muses), itchiness discoloration of the stool and of the urine.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1.Κακλαμάνης Ν, Καρμιάς Α, Η Ανατομική του ανθρώπου, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup> Εκδόσεις M-Edition, Αθήνα 1998, σ.427-478.
- 2.Μοτσόπουλος Χ. Μ, Εμμανουήλ Α. Σ, Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σ.387-389, 398-402.
- 3.Μπάκαλος Α, Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική, Τόμος 3<sup>ος</sup>, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1997, σ.1614-1645.
- 4.Μαλγαρινού Α. Μ, Κωσταντινίδου Φ. Σ, Γενική Παθολογική-Χειρουργική, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 19<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2001, σ.378-390.
- 5.Λοιμώδη Νοσήματα: Επιδημιολογία, Πρόληψη, Προφύλαξη, [www.care.gr/enc/diseases/pediatrics/topic/?id=30](http://www.care.gr/enc/diseases/pediatrics/topic/?id=30), 30/10/2011.
- 6.Ηπατίτιδες Η, Β, C. Διαφορές και Αντιμετώπιση, [www.care.gr/mOg/topic/?id=80](http://www.care.gr/mOg/topic/?id=80), 10/11/2011.
- 7.Μαίε Κ. Ρ, Ηπατίτιδα και επακόλουθα της Ηπατίτιδας, Μετάφραση: Κουτραφουρή Α, Επίτομος, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις George Thieme Verlag Stuttgart, Νέα Υόρκη 1995, σ.2-11, 18-23, 54-60, 78-80.
- 8.Γαρδίκας Κ. Α, Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα, σ.289-230.
- 9.Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α, [www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559](http://www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559), 15/11/2011.
- 10.Από τα πιο διαδεδομένα Λοιμώδη Νοσήματα η Ηπατίτιδα Β, [www.care.gr/rnsg/topic/?id=1804](http://www.care.gr/rnsg/topic/?id=1804), Αθήνα 14/03/2001.
- 11.Πάπαευαγγέλου Γ, Ιογενής Ηπατίτιδα στην Ελλάδα, Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 58<sup>ος</sup>, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Αθήνα 1991, σ.319-320.
- 12.Οδα Τ, Hepatitis Viruses, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις University Park Press Baltimore, σ.53-58.
- 13.Καμπουρά-Νίφλη Ε, Ηπατίτιδα Β (HBV), Περιοδικό Τομή και Φροντίδα, Τεύχος 15<sup>ο</sup>, Έκδοση 20<sup>η</sup>, Αθήνα 1992, σ.20-35.
- 14.Ηπατίτιδα Β, [www.care.gr/mgg/topic/?id=89](http://www.care.gr/mgg/topic/?id=89), 16/12/2011.
- 15.Ανούσης-Σουγιούλτζογλου Μ, Ιογενής Ηπατίτιδες-Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 15<sup>ος</sup>, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, Αθήνα 1993, σ.371-381.
- 16.Παπαϊωάννου Χ, Ιογενής Ηπατίτιδα-Μια Ανασκόπηση, Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 16<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Αθήνα 1993, σ.66-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στις Ηπατίτιδες.

- 17.Εμβόλιο Ηπατίτιδας, [www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559](http://www.care.gr/enc/drugs/topic/?id=559), 12/11/2011.
- 18.Καφρετζής Δ. Κ, Εμβολιασμοί, Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β (HBV), Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ιατρικές Εξελίξεις, Αθήνα 1993, σ.7-10.
- 19.Δράκουλης Χ, Τσούκα Ε, Το Εμβόλιο για την Ηπατίτιδα Β, Ιατρική Ενημέρωση, Τόμος 7<sup>ος</sup>, Τεύχος 3<sup>ο</sup>, Αθήνα 1993, σ.179-181.
- 20.Κύηση και Ηπατίτιδα Β, [www.care.gr/enc/diseases/gynecology/topic/?id=31](http://www.care.gr/enc/diseases/gynecology/topic/?id=31), 12/11/2011.
- 21.Υποχρεωτικό το Εμβόλιο για Ηπατίτιδα Β στα νεογέννητα στις ΗΠΑ, [www.nooz.gr/page.ashx?pid=9&aid=284130](http://www.nooz.gr/page.ashx?pid=9&aid=284130), 20/01/2002.
- 22.Jewsbury D. R, Microbial and Parasitic Injection, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Arnold: London Sydney Auckland, London 1993, σ.273-274, 351-360.
- 23.Remington J. S, Swartz M. N, Current Clinical Topics in Injections Diseases, 1995, σ.274-280.
- 24.Τζαμπουράς Ν. Γ, Βλαβιανός Π. Κ, Ηπατίτιδα C, Περιοδικό Επιθεώρηση της Υγείας, Αθήνα 1991, σ.17-23.
- 25.Χατζηγιάννης Ι, Ηπατίτιδα C, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στις Ηπατίτιδες, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1996, σ.151-200.
- 26.Ηπατίτιδα C: Μια «σιωπηλή» μάστιγα, [www.nooz.gr/page.ashx?pid=9&aid=285759](http://www.nooz.gr/page.ashx?pid=9&aid=285759), Αθήνα 25/09/2002.
- 27.Σαχίνη Α, Πάνου Μ, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σ.276-278, 326-332.
- 28.Κουτσούβελης Ι, Η μουσική Ιντερφερόνη στη χρόνια Ηπατίτιδα, Περιοδικό Νοσοκομειακά Χρονικά, Τόμος 52<sup>ος</sup>, Αθήνα 1992, σ.117-119.
- 29.Γουλιά Ε. Γ, Κατευθυντήριες Γραμμές για την Πρόληψη της Μετάδοσης του HBV/HIV στα Άτομα που ασχολούνται με την Φροντίδα Υγείας, Περιοδικό Νοσηλευτική, Τόμος 32<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Αθήνα 1993, σ.44-48.
- 30.Saule B. M, Lanson E. L, Preston G. A, Injections and Nursing Practice Prevention and Control, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, London 1995, σ.389-396.
- 31.Ronald I. D, Injections Diseases, Επίτομος Έκδοση 3<sup>η</sup>, σ.38-40.
- 32.Μπεσμπέας Σ. Σ, Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, σ.96, 317-343.

33. *Γουλιά Ε. Γ*, Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup> Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 1991, σ.215-216.
34. *Τσακρακλίδης Β*, Βασική Ανατομική, Επίτομος, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1999, σ.189-191.
35. *Herbert L*, Ανατομική, Κείμενο και Άτλαντας, Μετάφραση: Νηφόρος Ν, Επίτομος, Έκδοση 5<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1993, σ.516-519.
36. *Pearce E*, Ανατομία και Φυσιολογία για Νοσηλευτές, Μετάφραση-Επιμέλεια: Αβραάμ Χ, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πέργαμος, Λευκωσία 1995, σ.282-291.
37. *Πλέσσας Τ. Σ, Κανέλλος Ε*, Φυσιολογία του Ανθρώπου 1, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Φαρμάκο-Τύπος, Αθήνα 1997, σ.28.
38. *Ulrich, Canale, Wendell*, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας, Μετάφραση: Αγγελόπουλος Γ, Νικολακάς Ν. Π, Λορεντζιάδης Λ. Μ, Επιμέλεια: Σακοράφας Χ. Γ, Επίτομος, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 1997, σ.791-803.
39. *Harrison T. R*, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 12<sup>η</sup>, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 1994, σ.1725-1744.
40. *Πάπαευαγγέλου Γ*, Το πρόβλημα της Ηπατίτιδας Β παγκοσμίως και η Ελληνική πραγματικότητα, Επιδημιολογία-Πρόληψη, Πρακτικά 26<sup>ου</sup> Ετήσιου Πανελλήνιου Ιατρικού Συνεδρίου «Σύγχρονη Διάσταση της Ηπατίτιδας Β και C», Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000, σ.7-9.
41. *Αναγνωστόπουλος Α, Παπαδόπουλος Α*, Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Θεσσαλονίκη 2004, σ.555-560.
42. *Δουμπόγιας Ι, Τσακρής Α*, Κλινική Μικροβιολογία, Επίτομος, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000, σ.225-241.
43. *Γαρδίκας Κ. Α*, Ειδική Νοσολογία, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 4<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1998, σ.453-472.
44. *Γαρδίκας Κ. Α*, Ειδική Νοσολογία, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Νέα Έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός-Μαρία Γ. Παρισιανού, Αθήνα, σ. 289-301.
45. *Ζέλλου Α*, Νέες Ηπατίτιδες, [www.iatrikionline.gr/deltio\\_50c/04\\_B.htm](http://www.iatrikionline.gr/deltio_50c/04_B.htm), Αθήνα 2004.
46. *Σαββοπούλου Γ*, Βασική Νοσηλευτική – Μία Βιοψυχοκοινωνική Προσεγγίση, Επίτομος, Έκδοση 4<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2004, σ. 20.