

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

*Πτυχιακή εργασία*

**Η Νοσηλευτική Επιστήμη**  
**στη πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση ασθενών με**  
**ηπατίτιδα Β και C**



**Εισηγήτρια**  
Παπαδημητρίου Μαρία  
Καθηγήτρια

**Επιμέλεια**  
Λυμπέρη Σταυρούλα  
Τεκτονίδου Αγγελική- Μαρία  
Σπουδάστριες

Πάτρα 2013

## ***Ευχαριστίες***

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας και εισηγήτρια της πτυχιακής εργασίας κα. Παπαδημητρίου Μαρία, για την άριστη συνεργασία που είχαμε καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακήςεργασίας αλλά και για τη συνολική βοήθεια που παρείχε για τη σύνταξη και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας, για την ψυχολογική και οικονομική τους υποστήριξη σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	7

### **Κεφάλαιο 1: Ηπατίτιδα, Επιδημιολογία και Ιστορική Αναδρομή**

1.1 Επιδημιολογία.....	9
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	13
1.3 Ορισμός και έννοια ηπατίτιδας.....	16

### **Κεφάλαιο 2 : Ανατομία-Φυσιολογία ήπατος**

2.1 <b>Ανατομία ήπατος</b> .....	18
2.1.1 Αγγείωση.....	20
2.1.2 Χοληφόρο σύστημα.....	21
2.1.3 Περιτοναϊκοί σύνδεσμοι.....	22
2.1.4 Λοβοί.....	22
2.1.5 Ανατομική λειτουργική.....	24
2.1.6 Άλλες λειτουργίες.....	25
2.2 <b>Φυσιολογία ήπατος</b> .....	26
2.2.1 Το ήπαρ και η λειτουργία του.....	28

### **Κεφάλαιο 3 : Μορφές ηπατίτιδων**

3.1 <b>Νόσοι ήπατος</b> .....	31
3.1.1 Κλινικό ιστορικό.....	32
3.2 <b>Αυτοάνοσες ηπατίτιδες</b> .....	33
3.2.1 Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1 .....	33
3.2.2 Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 2.....	35
3.2.3 Κλινικές εκδηλώσεις.....	35
3.2.4 Κρυψογενής ηπατίτιδα.....	36
3.2.5 Αλκοολική ηπατοπάθεια.....	36
3.2.6 Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος.....	37
3.2.7 Φαρμακευτική νόσος του ήπατος.....	38
3.3 <b>Ιογενείς ηπατίτιδες</b> .....	38
3.3.1 Ηπατίτιδα Α.....	39
3.3.2 Ηπατίτιδα Β.....	40
3.3.3 Ηπατίτιδα C.....	41
3.3.4 Ηπατίτιδα D.....	42
3.3.5 Ηπατίτιδα E.....	43

## **Κεφάλαιο 4 :Οξείες και Χρόνιες Ηπατίτιδες Β και C**

<b>4.1</b>	<b>Οξεία ιογενής ηπατίτιδα</b>	45
4.1.1	Κλινική εικόνα οξείας ιογενούς ηπατίτιδας	46
4.1.2	Ασυμπτωματική ηπατίτιδα	47
4.1.3	Εργαστηριακά ευρήματα	47
4.1.4	Αντιμετώπιση ιογενούς ηπατίτιδας	48
4.1.5	Συμπτώματα οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας	48
<b>4.2</b>	<b>Αίτια ηπατίτιδας</b>	49
4.2.1	Αίτια ηπατίτιδας Β	50
4.2.2	Αίτια ηπατίτιδας C	50
<b>4.3</b>	<b>Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα Β</b>	51
4.3.1	Τρόποι μετάδοσης	51
4.3.2	Κλινική εικόνα	52
4.3.3	Διάγνωση	52
4.3.4	Θεραπεία	52
<b>4.4</b>	<b>Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα C</b>	53
4.4.1	Τρόποι μετάδοσης	53
4.4.2	Διάγνωση	54
4.4.3	Θεραπεία	54

## **Κεφάλαιο 5 : Διάγνωση Ηπατίτιδων**

<b>5.1</b>	<b>Διαγνωστική προσέγγιση</b>	56
5.1.1	Αντικειμενική κλινική εξέταση	56
5.1.2	Απλές ακτινογραφίες κοιλίας και θώρακος	57
5.1.3	Μαγνητική τομογραφία	57
5.1.4	Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία	57
5.1.5	Διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία	57
<b>5.2</b>	<b>Βιοψία ήπατος</b>	58
5.2.1	Διαδερμική κατευθυνόμενη βιοψία ήπατος	58
5.2.2	Διασφαγιτιδική βιοψία ήπατος	59
5.2.3	Ενδείξεις και αντεδείξεις βιοψίας ήπατος	60
5.2.4	Προβλήματα κατά και μετά τη βιοψία ήπατος	60

## **Κεφάλαιο 6 :Επιπλοκές ηπατίτιδων**

<b>6.1</b>	<b>Κίρρωση ήπατος</b> .....	62
6.1.1	Αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος.....	63
6.1.2	Μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος.....	63
6.1.3	Αίτια εμφάνισης ηπατικής κίρρωσης.....	64
<b>6.2</b>	<b>Ασκίτης</b> .....	65
<b>6.3</b>	<b>Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα</b> .....	66
<b>6.4</b>	<b>Ηπατονεφρικό σύνδρομο</b> .....	66
<b>6.5</b>	<b>Ηπατική εγκεφαλοπάθεια</b> .....	66
<b>6.6</b>	<b>Γαστροοισοφαγικοί κίρσοι</b> .....	67
<b>6.7</b>	<b>Καρκίνος ήπατος</b> .....	68
6.7.1	Αίτια εμφάνισης καρκίνου ήπατος .....	68
6.7.2	Πρόληψη καρκίνου ήπατος.....	69
6.7.3	Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου ήπατος.....	69
6.7.3.1	Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου ήπατος.....	69

## **Κεφάλαιο 7: Πρόληψη και Θεραπεία**

<b>7.1</b>	<b>Πρόληψη ηπατίτιδας</b> .....	71
7.1.1	Αρχες πρόληψης ηπατίτιδας.....	71
<b>7.2</b>	<b>Πρόληψη-Θεραπεία ηπατίτιδας B</b> .....	74
7.2.1	Σε οξεία ιογενή ηπατίτιδα B.....	75
7.2.2	Σε χρόνια ιογενή ηπατίτιδα B.....	76
<b>7.3</b>	<b>Πρόληψη-Θεραπεία στην ηπατίτιδα C</b> .....	76
7.3.1	Σε οξεία ιογενή ηπατίτιδα C.....	77
7.3.2	Σε χρόνια ιογενή ηπατίτιδα C.....	80
<b>7.4</b>	<b>Μέτρα πρόληψης για τους επαγγελματίες υγείας</b> .....	81
<b>7.5</b>	<b>Προφύλαξη και θεραπεία μετά την επαφή</b> .....	83

## **Κεφάλαιο 8: Η Νοσηλευτική στη φροντίδα ηπατίτιδας**

<b>8.1</b>	<b>Νοσηλευτική προσέγγιση</b> .....	86
8.1.1	Νοσηλευτική παρέμβαση στις ηπατίτιδες.....	87
8.1.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με ηπατίτιδα.....	91
8.1.3	Εισαγωγή ασθενών με ηπατίτιδα στο νοσοκομείο.....	93
8.1.4	Η νοσηλευτική στη πρόληψη ηπατίτιδων.....	94
<b>8.2</b>	<b>Ενημέρωση και συμβουλές σε ασθενή με ηπατίτιδα</b> .....	96
<b>8.3</b>	<b>Ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με ηπατίτιδα με τη μεθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας</b> .....	100
8.3.1	Σκοποί νοσηλευτικής διεργασίας.....	100
8.3.2	Στάδια.....	101
8.3.3	Πρόγραμμα διδασκαλίας αρρώστου.....	102
8.3.4	Πρώτη περιπτωση ασθενούς με ηπατίτιδα C .....	104

8.3.5	Δεύτερη περίπτωση ασθενούς με κίρρωση ήπατος .....	112
8.3.6	Τρίτη περίπτωση ασθενούς με ηπατίτιδας Β.....	127
8.3.7	Τέταρτη περίπτωση ασθενούς με καρκίνο ήπατος.....	135

<i>Συμπεράσματα.....</i>	<i>147</i>
<i>Προτάσεις.....</i>	<i>148</i>
<i>Περίληψη.....</i>	<i>149</i>
<i>Summary.....</i>	<i>150</i>
<i>Παράρτημα.....</i>	<i>155</i>

## **Πρόλογος**

Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα που ζούμε η ιατρική επιστήμη καθώς και η τεχνολογία έχουν εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό που έχουν κατορθώσει να μειώσουν, να ελέγξουν ή ακόμα και να εξαλείψουν διάφορα λοιμώδη και μεταδιδόμενα νοσήματα που στο παρελθόν απασχολούσαν πολλούς επιστήμονες εξαιτίας της μεγάλης νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκαλούσαν.

Παρ' όλα αυτά όμως μερικές ασθένειες όπως οι ηπατίτιδες, παραμένουν στο επίκεντρο της προσοχής πολλών γιατρών και άλλων επιστημόνων μιας και τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από ιογενείς ηπατίτιδες ολοένα και αυξάνονται.

Οι ιογενείς ηπατίτιδες (όπως HAV, HBV, HCV, HDV και HEV) αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας γιατί αφορούν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης, μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, προκαλούν χρόνια προβλήματα υγείας που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο και απαιτούν δύσκολη και δαπανηρή θεραπεία. Στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων που νοσούν κυρίως από την ηπατίτιδα Β και C είναι πολύ μεγάλος και το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την είσοδο των οικονομικών μεταναστών κυρίως από τις Σκανδιναβικές, Βαλκανικές και Ανατολικές χώρες.

Όμως καθώς η ιατρική επιστήμη και η τεχνολογία συνεχίζουν να εξελίσσονται όλο και νέα δεδομένα προκύπτουν για την αντιμετώπιση, θεραπεία και τον έλεγχο των ηπατίτιδων. Οι έρευνες που γίνονται έχουν εμπλουτίσει τις γνώσεις των επιστημόνων για την παθοφυσιολογία των ηπατίτιδων με αποτέλεσμα την ανακάλυψη νέων φαρμάκων και μεθόδων θεραπευτικής προσέγγισης.

Επομένως, ως τελειόφοιτες φοιτήτριες της νοσηλευτικής επιστήμης, οι λόγοι για τους οποίους επιλέξαμε αυτό το θέμα για την πτυχιακή μας εργασία, είναι για να κατανοήσουμε καλύτερα την παθοφυσιολογία των ηπατίτιδων, να παραθέσουμε τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα για την νόσο αυτή ώστε να διευρύνουμε τις γνώσεις μας γύρω από αυτό το θέμα. Καθώς επίσης ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας που θα εργαζόμαστε στα νοσοκομεία να γνωρίζουμε τα μέτρα πρόληψης για την αποφυγή μετάδοσης των ιογενών ηπατίτιδων τόσο στους άλλους ασθενείς όσο και στους ίδιους μας εαυτούς.

Επιπλέον ένας ακόμη λόγος είναι να τονίσουμε την σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή στη θεραπευτική φροντίδα του ασθενούς μέσα και έξω από το νοσοκομείο.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες του τμήματος της νοσηλευτικής για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν αλλά και για την παρότρυνση τους να συμμετέχουμε ενεργά με ότι έχει σχέση με την επιστήμη μας (συνέδρια, σεμινάρια, εργασίες, έρευνες κ.τ.λ.) δυναμώνοντας με αυτόν τον τρόπο την αγάπη μας για την νοσηλευτική επιστήμη την οποία θα υπηρετούμε στο άμεσο μέλλον, με την αποφοίτησή μας από την σχολή. Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη εκφράζουμε προς τους γονείς μας για την στήριξη τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας.<sup>1</sup>

## *Εισαγωγή*

Οι ιογενείς ηπατίτιδες είναι πολύ συχνες στην Ελλάδα, ενώ και ο επιπολασμός άλλων ηπατικών νόσων (για παράδειγμα, αλκοολική και μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, ηπατοκυτταρικός καρκίνος) αυξάνει όπως και διεθνώς. Ο γιατρός πρέπει να είναι σε θέση να δώσει απάντηση τόσο σε κλινικά προβλήματα όσο και σε πολύ συνήθη καθημερινά ερωτήματα από τους ασθενείς και τους οικείους τους που αφορούν τις παθήσεις του ήπατος και των χοληφόρων (για τα εμβόλια ηπατίτιδας, τις μεταμοσχεύσεις, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων από το ήπαρ κ.α.)

Ηπατίτιδα ονομάζεται η διάχυτη νέκρωση και φλεγμονή του ηπατικού παρεγχύματος που προκαλείται από διάφορα αίτια όπως ιούς (ιογενής ηπατίτιδα), φάρμακα (φαρμακευτική ηπατίτιδα), ισχαιμία, μεταβολικούς, αυτοάνοσους, τοξικούς και άλλους παράγοντες. Η ηπατίτιδα μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Η χρόνια μπορεί να καταλήξει σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η συνηθέστερη μορφή οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας είναι η ιογενής.<sup>2</sup>

Σε όλον τον κόσμο περίπου δύο δισεκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β και 200 εκατομμύρια από την ηπατίτιδα C . Από τις ιογενείς ηπατίτιδες γενικά (Α, Β, C, D, E) εκείνες που μπορεί να μεταπέσουν σε χρόνιες μορφές και έτσι πιθανόν σε κίρρωση του ήπατος και καρκίνο ήπατος είναι οι ηπατίτιδες (Β, C, D)

Όλοι οι τύποι ηπατίτιδας έχουν παρόμοια εικόνα. Έτσι, 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), φαγούρα, αποχρωματισμός των κοπράνων και υπέρχρωση των ούρων.

Η ηπατίτιδα και οι μορφές της προσβάλλουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού και αποτελούν ως ένα βαθμό 'καθρέπτη' του βιοτικού επιπέδου ενός πληθυσμού. Μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο και συχνά απαιτούν μακροχρόνια και δαπανηρή θεραπευτική παρέμβαση και έχουν σημαντικές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ηπατίτιδα δεν έχουν ανάγκη από ειδική θεραπεία, αφού η νόσος τους αιτιάζεται στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Εξαιρέση αποτελεί μόνο η οξεία ηπατίτιδα C, που συχνά πρέπει να αντιμετωπίζεται με ειδική φαρμακευτική θεραπεία για να μη μεταπέσει σε χρόνια ηπατίτιδα. Αντίθετα, σημαντικό ποσοστό των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα έχει ανάγκη από ειδική φαρμακευτική θεραπεία που κυρίως στοχεύει στην εκρίζωση του Ίου της ηπατίτιδας ή και τη πρόληψη της ανάπτυξης κίρρωσης και καρκίνου ήπατος.<sup>2</sup>

*Σκοπός της εργασίας μας είναι να διαφοροποιηθούν τα είδη της ηπατίτιδας, να τονισθούν οι επιπλοκές διότι είναι πολύ σημαντικές καθώς και να αναφέρουμε κάποιες οδηγίες στη πρόληψη και στη βελτίωση ζωής ασθενών με ηπατίτιδα.*



# *Κεφάλαιο 1*

*Ηπατίτιδα, Επιδημιολογία*

*και Ιστορική αναδρομή*

## **1.1 Επιδημιολογία**

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1960 η ηπατίτιδα Α (HAV) αποτελούσε ένα συχνότατο, σχεδόν υποχρεωτικό νόσημα της παιδικής ηλικίας, σε πολλές περιοχές της γης. Στη συνέχεια, η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών επέφερε σημαντικές αλλαγές στην επιδημιολογία της νόσου. Η Ελλάδα, με βάση τις μελέτες της δεκαετίας του '60, αρχικά κατατάσσονταν στις χώρες υψηλής ενδημικότητας. Η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού και η βελτίωση των υγειονομικών παροχών, καθώς και των συνθηκών ύδρευσης και αποχέτευσης επέφεραν αλλαγή στον επιδημιολογικό χάρτη της Ελλάδας καθιστώντας την χώρα χαμηλής ενδημικότητας.<sup>3</sup>

Σήμερα περίπου 1,5 εκατ. νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως σε όλο τον κόσμο. Εκτεθειμένοι στον ιό της ηπατίτιδας Α είναι περισσότερο ενήλικες, κυρίως κατά την διάρκεια ταξιδιών σε χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Γενικά η εξάπλωση του ιού της ηπατίτιδας Α ευνοείται από κακές υγειονομικές συνθήκες και στενό συγχρωτισμό ατόμων, ενώ η συχνότητα των κρουσμάτων μειώνεται με την βελτίωση των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών.

Με βάση τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υπολογίζεται ότι, μετά το 2000 και παρά την εξάπλωση του εμβολιασμού, εξακολουθούν να εμφανίζονται περισσότερες από 5,000,000 νέες περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας Β (HBV) κάθε χρόνο παγκοσμίως και ότι το 5% του πληθυσμού της γης (350.000.000 άτομα) έχουν χρόνια ηπατίτιδα Β.

Στην Ελλάδα, η συχνότητα των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα υπολογίζεται μεταξύ 2%-3% ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την είσοδο των μεταναστών κυρίως από τις Σκανδιναβικές, Βαλκανικές και Ανατολικές χώρες.

Ενώ η ηπατίτιδα C (HCV) αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Η επιδημία από τον HCV έχει χαρακτηριστεί ως σιωπηλή επιδημία, αφού οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία λοίμωξη (περισσότεροι από 80%) είναι ασυμπτωματικοί και ως εκ τούτου δεν αναζητούν ιατρική φροντίδα (Ορφανίδου 2007).

Υπολογίζεται ότι νοσούν πάνω από 170 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο από τον ιό της ηπατίτιδας C. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C εκτιμάται ότι είναι περίπου 1,5%-2%, δηλαδή πάσχουν 160,000-220,000 Έλληνες.<sup>3</sup>

Η υψηλότερη συχνότητα συναντάται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών. Νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού ελέγχου του αίματος και των παραγώγων του 18 αλλά και γενικότερα της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας και των κανόνων αποστείρωσης. Πολλές όμως παλαιές περιπτώσεις παραμένουν ακόμη αδιάγνωστες. Έτσι, οι αριθμοί των διαγνωσμένων ασθενών με ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας, λόγω της αποκάλυψης ολόένα και περισσότερων παλαιών περιπτώσεων ηπατίτιδας C

. Υπολογίζεται ότι νοσούν πάνω από 170 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο από τον ιό της ηπατίτιδας C. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C εκτιμάται ότι είναι περίπου 1,5%-2%, δηλαδή πάσχουν 160,000-220,000 Έλληνες.<sup>3</sup>

Η υψηλότερη συχνότητα συναντάται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών. Νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού ελέγχου του αίματος και των παραγώγων του 18 αλλά και γενικότερα της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας και των κανόνων αποστείρωσης. Πολλές όμως παλαιές περιπτώσεις παραμένουν ακόμη αδιάγνωστες. Έτσι, οι αριθμοί των διαγνωσμένων ασθενών με ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας, λόγω της αποκάλυψης ολοένα και περισσότερων παλαιών περιπτώσεων ηπατίτιδας C

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) εκδηλώνεται σχετικά σπάνια, είναι συχνή στην Ιταλία και τη μέση ανατολή, μεταδίδεται παρεντερικά, αλλά είναι ατελής ιός και χρειάζεται τον ιό της ηπατίτιδας B για να μπορέσει ν' αναπτυχθεί. Επομένως, όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα B θα πρέπει να ελέγχονται για πιθανή ηπατίτιδα δ. Τέλος ο ιός της ηπατίτιδας E (HEV) δεν ενδημεί στην Ελλάδα.

Προκαλεί οξεία ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία ηπατίτιδα A. Η ηπατίτιδα B είναι μία από τις πιο κοινές λοιμώδεις νόσους στη παγκόσμια κοινότητα. Εκτιμάται ότι περίπου 350000000 άνθρωποι παγκοσμίως είναι φορείς του ιού της ηπατίτιδας B.

Παρά το γεγονός ότι σήμερα υπάρχουν διαθέσιμα δραστικά εμβόλια για την ηπατίτιδα B, οι νέες λοιμώξεις είναι συχνές. Στην Ευρώπη περίπου 1000000 άνθρωποι μολύνονται κάθε χρόνο, ενώ στις ΗΠΑ περίπου 200000-300000 άτομα. Αντίστοιχα δεδομένα από τις περιοχές της Ασίας και της Αφρικής δεν υφίστανται, αλλά δεδομένου του υψηλού επιπολασμού της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας B στις περιοχές αυτές η συχνότητα της λοίμωξης είναι πιθανόν να είναι πολύ υψηλότεροι χρόνιοι φορείς του ιού αντιπροσωπεύουν τη κύρια πηγή λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας B.<sup>4</sup>

Ο επιπολασμός της χρόνιας λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας B ποικίλει ευρέως. Μπορεί να υψηλός ( 8% ), ενδιάμεσος (2-7%) και χαμηλός (< 2%).

Οι περιοχές με υψηλό επιπολασμό αντιπροσωπεύουν το περίπου 45% του παγκόσμιου πληθυσμού και περιλαμβάνουν Αφρική και Ασία. Επίσης η λεκάνη του Ειρηνικού και Αμαζόνιου, Ασιατικές Δημοκρατίες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, περιοχές της Μέσης Ανατολής, Μικρά Ασία και Καραϊβική.

Επιπλέον οι περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Βουλγαρία και η Ρουμανία καθώς και η Αλβανία και η Μολδαβία έχουν στον γενικό τους πληθυσμό, επιπολασμό του ιού της ηπατίτιδας B μεταξύ 5-10%. Οι περιοχές με ενδιάμεση ενδημικότητα αντιπροσωπεύουν το 43% του παγκόσμιου πληθυσμού.

Αυτές περιλαμβάνουν χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, Μέσης Εντολής, Ιαπωνία, χώρες Δυτικής Ασίας και χώρες Κεντρικής και Νοτιάς Αμερικής. Αντιθέτως οι χώρες του κόσμου όπου ο επιπολασμός της φορίας του ιού της ηπατίτιδας B είναι χαμηλός με ποσοστό λιγότερο από 2% του παγκόσμιου πληθυσμού είναι οι χώρες Δυτικής Ευρώπης, της Βόρειας Αμερικής και η Αυστραλία.

Εντούτοις, ακόμα και σε αυτές τις χώρες παρατηρείται ποικίλος επιπολασμός της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β ανάλογα με τη φυλή και την εθνικότητα. Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της νόσου ποικίλει σχετιζόμενος με την ενδημικότητα της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Ο ιός της ηπατίτιδας Β έχει βρεθεί στο αίμα, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις, αίμα περιόδου, ιδρώτα, γάλα, δάκρυα και ουράατόμων που έχουν τη λοίμωξη.<sup>5</sup>

Στις περιοχές υψηλής ενδημικότητας ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι η προγεννητική μετάδοση και ο δια βίου κίνδυνος μόλυνσης με τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι μεγαλύτερος από 60%. Η περιγεννητική μετάδοση από μητέρα με HBsAg (+) μπορεί να είναι μέχρι 90%. Η λοίμωξη γενικώς μεταδίδεται στα πρώτα χρόνια της ζωής είτε κατά τη γέννηση ή λίγο μετά από αυτήν ή στη πρώτη παιδική ηλικία από έκθεση σε μελή του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος που είναι φορείς του ιού.

Στις περιοχές ενδιάμεσης ενδημικότητας η λοίμωξη κυρίως μεταδίδεται στη νηπιακή και παιδική ηλικία. Ο δια βίου κίνδυνος λοίμωξης στις περιοχές αυτές κυμαίνεται από 2-7%. Τέλος, στις περιοχές χαμηλής ενδημικότητας, ο δια βίου κίνδυνος λοίμωξης με τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι λιγότερος από 20%, ο δε κίνδυνος μετάδοσης είναι κυρίως οριζόντιος με κυριότερο παράγοντα τη σεξουαλική επαφή. Η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι το αίτιο του 50% περίπου των κίρρωσεων και το 70-90% περίπου του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, στην Νοτιοανατολική Ασία. Μεταξύ των 350000000 των φορέων του ιού της ηπατίτιδας Β το 7-30% πιστεύεται ότι έχει μολυνθεί με μεταλλαγμένο ιό της ηπατίτιδας Β ο οποίος εκφράζει λίγο ή καθόλου ε αντιγόνο. Μέχρι τώρα 4 κύριοι πρότυποι και 7 γονότυποι έχουν ταχτοποιηθεί, οι οποίοι δείχνουν κάποια γεωγραφική κατανομή.<sup>4</sup>

Οι γονότυποι έχουν κάποια κλινική σημασία η οποία δεν έχει επί του παρόντος διευκρινιστεί.

Η ενεργός ανοσοποίηση κατά του ιού της ηπατίτιδας Β είναι πλέον υπαρκτή στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Το πρώτο εμβόλιο κατά του ιού διοχετεύτηκε στην αγορά στα τέλη του 1981 και 5 χρόνια αργότερα, υπήρξε εναλλακτική λύση με ένα ανασυνδεδεμένο εμβόλιο.

Το 1995 θεωρήθηκε ότι ο εμβολιασμός μπορεί να προφυλάξει από τη λοίμωξη το 95% περίπου των νεαρών ενηλίκων που είχαν εμβολιαστεί. Το 1998 σε 80 χώρες είχαν εφαρμόσει πρόγραμμα εμβολιασμού και άλλες 10 με 20 χώρες σχεδίαζαν να το εφαρμόσουν τα επόμενα 10 χρόνια.

Η λοίμωξη που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας C αποτελεί σύγχρονο πρόβλημα δημοσίας υγείας μείζονος σημασίας. Περίπου 3% του πληθυσμού παγκοσμίως έχει μολυνθεί από τον ιό. Μετά τη μείωση της σημασίας της μετάγγισης αίματος ως παράγοντα κίνδυνου σε αναπτυγμένες χώρες, η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα εξάπλωσης του ιού.<sup>5</sup>

Αντίθετα στις ανεπτυγμένες χώρες η μετάδοση που οφείλεται σε μη ανασφαλείς νοσηλευτικές και ιατρικές πρακτικές αποτελεί τον κύριο παράγοντα κίνδυνου. Η επίπτωση της ηπατίτιδας C παρουσίασε αξιοσημείωτη πτώση από το 1990 και μετά στις ΗΠΑ όχι μόνο λόγω του αποτελεσματικού έλεγχου του αίματος αλλά και της

υιοθέτησης ασφαλέστερων πρακτικών μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Η λοίμωξη που οφείλεται στη ηπατίτιδα C αποτελεί σύγχρονο πρόβλημα δημοσίας υγείας μείζονος σημασίας. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, ο εκτιμώμενος αριθμός των ατόμων με αντίσωμα έναντι του HCV είναι 169,7 εκατομμύρια παγκοσμίως, με συνολικό επιπολάσω 2,9%.

Ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C όπως έχει οριστεί από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ΠΟΥ) παρουσιάζεται σε 6 περιοχές του κόσμου: Αφρική, Αμερική, Ανατολική Μεσόγειος, Ευρώπη, Νοτιοανατολική Ασία και Δυτικός Ειρηνικός επιπολασμός στη λοίμωξη στην Ευρώπη εκτιμάται στο 1% ενώ στην Αφρική ξεπερνά το 5%. Ο υψηλότερος επιπολασμός της λοίμωξης παρατηρείται στην Αίγυπτο με 18,1%.<sup>6</sup>

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει η εξάπλωση της λοίμωξης στην Αίγυπτο στην οποία ο επιπολασμός της είναι ιδιαίτερο υψηλός, γεγονός που έχει σαν συνέπεια υψηλή θνησιμότητα και θνητότητα από κίρρωση και από φαγοκυτταρικού καρκίνου. Η εκτεταμένη εξάπλωση του ιού οφείλεται σε ανεπαρκή αποστείρωση των συριγγών με τις όποιες γινόταν χορήγηση θεραπείας γιατί τη σχιστοσωμίαση μαζικά στον πληθυσμό.

Ο επιπολασμός αυξάνεται με την ηλικία και διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Η ηπατίτιδα C συγκριτικά με την ηπατίτιδα B παρατηρείται σε πολύ μικρότερη συχνότητα. Όμως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ηπατίτιδα C μεταπίπτει σε χρόνια λοίμωξη, σε αντίθεση με ηπατίτιδα B.

Στην χώρα μας ο υψηλός επιπολασμός της χρόνιας ηπατίτιδας B την τελευταία 20ετία οφειλόταν σε κάθετη ή ενδοοικογενειακή μετάδοση του ιού, με κυρία αίτια τις χαμηλές κοινοοικονομικές συνθήκες και τη κοινή χρήση συριγγών και βελονών πολλαπλών χρήσεων.

Τα τελευταία όμως χρόνια φαίνεται να έχει επέλθει σημαντική μείωση του επιπολασμού της νόσου (υπολογιζόμενη συχνότητα HBsAg μεταξύ 1,5 και 3%) . Πράγματι από ελληνικές δημοσιεύσεις στην διάρκεια 1971-1996 φαίνεται η σαφής μείωση του επιπολασμού του HBsAg σε αιμολυτικό πληθυσμό των Αθηνών από 4,9% στο 0,34% .

Η ίδια πτωτική τάση υπάρχει στους αιμοδότες και σε άλλες περιοχές της χώρας όπως για παράδειγμα στην Ήπειρο (μείωση από 3,5% στο 0,85% στη διάρκεια 1978-1997), ενώ σε αιμοδοτικό πληθυσμό της Κρήτης κατά τη διάρκεια 1994-1998, καταγράφηκε επιπολασμός του HBsAg 0,40%.

Στον αιμοδοτικό όμως πληθυσμό δεν συμπεριλαμβάνονται ομάδες υψηλού κίνδυνου και επομένως ο επιπολασμός της HBV λοίμωξης αναμένεται να είναι μικρότερος από ότι στον γενικό πληθυσμό και τις ομάδες υψηλού κίνδυνου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της διασποράς της λοίμωξης και καθυσυχασμό των υπηρεσιών υγείας.<sup>6</sup>

Πράγματι, η φορία του HBsAg στη χώρα μας ήταν 3,36% σε ομάδες υψηλού κίνδυνου (n=52079) στη διάρκεια 1980-2001 και 2,08% στον γενικό πληθυσμό (n=2644) στη διάρκεια 1986-2001. Σχετικά με την HCV στην Ελλάδα τα ποσοστά στον αιμοδοτικό πληθυσμό κυμαίνονται από 0,14% ως 0,83%. Από 15 ελληνικές

μελέτες που δημοσιεύτηκαν στον διεθνή ιατρικό τύπο στη διάρκεια 1991-2001 σε ομάδες υψηλού κίνδυνου (n=53537) προκύπτει ότι η συχνότητα της λοίμωξης είναι 5,77% επιπλέον από τις 5 μέχρι τώρα υπάρχουν διεθνείς ελληνικές δημοσιεύσεις που αφορούσαν γενικό πληθυσμό της χώρας (n=4841) κατά τη διάρκεια 1997-2001 , προκύπτει επιπολασμός 1,94% με ευρώς 0,6-7,3%, ποσοστά που είναι σημαντικά υψηλότερα από εκείνα των αιμοδοτών.

## **1.2 Ιστορική Αναδρομή**

Οι πρώτες περιγραφές επιδημικού ίκτερου έγιναν από τους Βαβυλώνιους κατά τον 5ο π.Χ. αιώνα ο Talmud ο βαβυλώνιος αναφέρεται στις φλεγμονές και ο όρος επιδημικός ίκτερος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη ενώ ο Γαληνός ήταν αυτός που μίλησε για την κίρρωση του ήπατος και τους λίθους της χολής. Στα τέλη του 18ου και στις αρχές του 19ου αιώνα, στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, αναγνωρίστηκαν οι γνωστές στις μέρες μας ιογενείς από ηπατοτρόπους ιούς ηπατίτιδες, ως μία ενιαία ξεχωριστή νοσολογική οντότητα για την περιγραφή της οποίας χρησιμοποιήθηκαν οι όροι: λοιμώδης ηπατίτιδα, επιδημική ηπατίτιδα και καταρροϊκός ίκτερος.

Κατά τη διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου όπου είχε προκληθεί επιδημία και στα αμέσως επόμενα χρόνια, αναγνωρίστηκε η ύπαρξη δύο διαφορετικών τύπων ηπατίτιδων που διέφεραν μεταξύ τους ως προς το τρόπο μετάδοσης, το χρόνο επώασης και τη φυσική εξέλιξη. Οι ηπατίτιδες αυτές αποδόθηκαν σε άγνωστους μεταδιδόμενους παράγοντες, που ο επιστημονικός κόσμος της εποχής εκείνης ήταν σχεδόν βέβαιος για την ιογενή φύση τους.

Έτσι, όταν ο Mac Callum το 1947 πρότεινε να ονομαστεί «ιός της ηπατίτιδας Α», ο μεταδιδόμενος παράγοντας που προκαλούσε τη λοιμώδη ηπατίτιδα και «ιός της ηπατίτιδας Β», ο μεταδιδόμενος παράγοντας που προκαλούσε την με την παρεντερική οδό μεταδιδόμενη ηπατίτιδα, η πρότασή του έτυχε γενικής αποδοχής. Αξιοσημείωτο γεγονός, είναι ότι την εποχή εκείνη δεν είχαν απομονωθεί οι υπεύθυνοι για τις δύο νόσους ιοί. Σταθμό στη μελέτη της ιστορίας των ιογενών ηπατίτιδων, αποτέλεσαν η ανακάλυψη από τον Blumberg και τους συνεργάτες του το 1963 στην Αυστραλία, του αποκαλούμενου «αυστραλιανού αντιγόνου» (το οποίο είναι το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β).<sup>7</sup>

Για την ανακάλυψη του αυτή ο B.Blumberg τιμήθηκε το 1977 με το βραβείο Nobel. Ενώ το 1973 επιτεύχθηκε η απομόνωση του ιού της ηπατίτιδας Α (HAV). Αποτέλεσμα των δύο αυτών επιστημονικών επιτυχιών ήταν η ανάπτυξη μεθόδων για την εργαστηριακή διάγνωση των δύο νόσων.

Η εφαρμογή στη κλινική πράξη των εργαστηριακών μεθόδων διάγνωσης ενίσχυσε την άποψη που από τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1970 είχε διατυπωθεί, σύμφωνα με την οποία υπήρχαν και άλλες μορφές ηπατίτιδας που οφειλόταν σ' άλλους αιτιολογικούς παράγοντες και τις οποίες ονόμαζαν μη-Α, μη-Β ηπατίτιδες. Το 1977 ανακαλύφθηκε από τους RIZZETO και συν ένα νέο αντιγόνο στο πυρήνα των

ηπατοκυττάρων, σε Ιταλούς ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα β που ονομάστηκε με το ελληνικό όνομα παράγοντας δ (δέλτα).

Μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι το αντιγόνο αυτό ήταν στη πραγματικότητα ένας ιός που είχε ικανότητα αναδιπλασιασμού μόνο με την παρουσία λοιμώξεων από HBV (Κούτης 1998). Το 1982 γίνεται διαθέσιμο στην αγορά το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β. Το 1987 αποδείχθηκε ότι στις μη-Α, μη-Β ηπατίτιδες υπάρχουν δύο ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες: ο ένας που έχει μακρύ χρόνο επώασης και μεταδίδεται όπως η ιός Β και έχει ονομασθεί ιός C , και ο άλλος με βραχύ χρόνο επώασης που μεταδίδεται όπως ο ιός Α έχει ονομασθεί ιός Ε (Αγγελάκης 1999). Όσον αφορά την αυτοάνοση ηπατίτιδα, χρονολογικά το 1950 πρώτος ο Waldenstrom περιέγραψε νοσολογική οντότητα σε νεαρή γυναίκα που εμφάνιζε κίρρωση, διήθηση ήπατος από πλασματοκύτταρα και αύξηση των γ-σφαιρίνων.

Το 1955 στην κατηγορία των παραπάνω ασθενών ανευρέθησαν: τα κύτταρα ερυθματώδους Λύκου (CLE) και πολλαπλά αντισώματα. Τα ευρήματα αυτά έδωσαν το όνομα στη νόσο αυτή σαν Λυκοειδή ηπατίτιδα (Lupoid Hepatitis). Σήμερα ο όρος δεν θεωρείται σωστός και αυτοάνοση ηπατίτιδα δεν σχετίζεται με το Σ.Ε.Λ. (Συστηματικό Ερυθματώδης Λύκος). Αργότερα η ηπατίτιδα ονομάστηκε «Αυτοάνοση Χρόνια Ενεργός Ηπατίτιδα» αλλά το 1992 διεθνής επιτροπή έδωσε το όνομα «Αυτοάνοση Ηπατίτιδα», που χρησιμοποιείται σήμερα.

Η ηπατίτιδα σαν νόσημα είναι γνωστή από πολύ παλιά, από το 1552 π.Χ. ο Talmud ο βαβυλώνιος αναφέρεται στις «φλεγμονές» του ήπατος. Ο επιδημικός χαρακτήρας των ηπατίτιδων κατεδείχθη κατά τη διάρκεια των παγκοσμίων πολέμων. Και φτάνουμε στο 2ο ήμισυ του 20ου αιώνα όπου συμβαίνουν οι «επαναστατικές» ορολογικές εξελίξεις – προσδιορισμοί για τις ιογενείς ηπατίτιδες, όπου ο προσδιορισμός – ανεύρεση – μελέτη και ανάλυση των δεικτών ηπατίτιδας (κυρίως της Β) δηλώνουν: <sup>8</sup>

- τη νόσο
- το στάδιο της νόσου
- το οξύ ή χρόνιο στάδιο της νόσου.

Αξιομνημόνευτοι χρονολογικοί σταθμοί είναι:

1.1947: Ο Mac Callum προτείνει το όνομα ηπ. Α – ηπ. Β.

2.1965: Ο Blumberg και συνεργάτες ανακαλύπτουν το Αυστραλιανό αντιγόνο που είναι σήμερα γνωστό σαν αντιγόνο επιφανείας ηπ. Β (HbsAg).

3.Ηπ. Α από Feinstone και συνεργάτες. Άνοιξε τον εργαστηριακό δρόμο για προσδιορισμό (HAV).

4.Ανακάλυψη του δέλτα παράγοντα από Rizzetto και συνεργάτες το 1977, έδωσε την ηπ. D.

5.Αρχικά οι κλινικοί γιατροί εξ αποκλεισμού των HAV και HBV λοιμώξεων έκαναν διάγνωση HCV και HEV.

Σήμερα πολλές γνώσεις για τα παραπάνω έχουν προστεθεί, διευρυνθεί, μεταβληθεί. Η πρόοδος των απεικονιστικών μεθόδων (spiral C.T.S. – MRI) όπως και η προώθηση των εργαστηριακών τεχνικών (P.C.R. → polymerase chain reaction) έχουν συντελέσει σε αυτό. Έτσι τελευταία αναφέρεται η αυτοάνοση ηπατίτιδα, η παλιά λυκοειδής ηπατίτιδα (Lupoid hepatitis), που δεν έχει καμία σχέση με Σ.Ε.Λ. και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλών αντισωμάτων. Χρονολογικά το 1950 πρώτος ο Waldenström περιέγραψε νοσολογική οντότητα σε νεαρή γυναίκα που

εμφάνιζε κίρρωση, διήθηση ήπατος από πλασματοκύτταρα και αύξηση των  $\gamma$  – σφαιρινών. Το 1955 στην κατηγορία των παραπάνω ασθενών ανευρέθησαν:

- Τα κύτταρα ερυθματώδους Λύκου (CLE)
- Πολλαπλά αντισώματα

Τα ευρήματα αυτά έδωσαν το όνομα στη νόσο αυτή σαν Λυκοειδή ηπατίτιδα (Lupoid Hepatitis). Σήμερα ο όρος θεωρείται αδόκιμος και η αυτοάνοση ηπατίτιδα δεν σχετίζεται με το Σ.Ε.Λ. (Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος). Αργότερα η νόσος ονομάστηκε «Αυτοάνοση Χρόνια Ενεργός Ηπατίτιδα» αλλά το 1992 διεθνής επιτροπή έδωσε το όνομα «Αυτοάνοση Ηπατίτιδα», που χρησιμοποιείται σήμερα. Η Α.Η. που γενικά χαρακτηρίζεται:

1. Από αύξηση των  $\gamma$ - σφαιρινών
2. Από παρουσία αυτοαντισωμάτων
3. «Περιπυλαία» φλεγμονή του ήπατος

εμφανίζει 3 τύπους:

**ΤΥΠΟΣ 1.** Αντιπυρηνικά αντισώματα Έναντι λείων μυϊκών ινών (τίτλοι 1:80) Κυρίως γυναίκες κάτω των 40 εμφανίζουν τη νόσο Συνοδεύεται από αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Ρευματοειδή αρθρίτιδα

**ΤΥΠΟΣ 2.** Αντισώματα προς το ήπαρ και τους νεφρούς μικροσωμιακά τύπου 1 (anti – LKM1)

**ΤΥΠΟΣ 3.** Αντισώματα προς διαλυτό αντιγόνο ήπατος (anti – soluble Liver antigen).

Τα κλινικά και τρέχοντα κριτήρια για τη διάγνωση της αυτοάνοσου ηπατίτιδας συνδυάζουν την κλινική, εργαστηριακή και ιστολογική ποικιλία της νόσου. Έτσι η διάγνωση δεν περιορίζεται πλέον στο με εμφάνιση συνδρόμου Cushing παχύσαρκο άτομο, ενήλικο θήλυ με ακμή, αμηνόρροια, κίρρωση του ήπατος και κύτταρα ερυθματώδους λύκου (C.L.E.), αλλά σήμερα η Α.Η. (η παλιά Lupoid Hepatitis) περιλαμβάνει όλες τις ηλικίες (από 9 μηνών – 77 ετών) και τα δύο φύλα, αδύνατους και παχύσαρκους ανθρώπους, συμπτωματικούς και ασυμπτωματικούς αρρώστους, ασθενείς θετικούς ή αρνητικούς ANA – SMA όπως και ασθενείς με οξεία κεραυνοβόλο εμφάνιση. Τα παραπάνω αποδεικνύουν ότι η Α.Η. δεν είναι μια απλή νόσος αλλά μια κατηγορία νοσημάτων και τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια ομολογούν (καταδεικνύουν) αυτές τις διάφορες εκφράσεις. Τα παρακάτω κριτήρια (εκδηλώσεις) που παλιότερα συσκοτίζαν ή απέκλειαν τη διάγνωση της Α.Η. σήμερα πλέον αναγνωρίζονται σαν εκδηλώσεις της νόσου.

1. Οξεία εκδήλωση – εμφάνιση Α.Η.: 40% των ασθενών εμφανίζουν οξεία έναρξη ή κεραυνοβόλο μορφή. Η διεθνής ιατρική άποψη για τη διάρκεια της νόσου για 6 μήνες, ώστε να γίνει χρόνια, δεν ισχύει για τους αρρώστους αυτούς.

2. Τμηματική (ενός λοβού) ηπατίτιδα: Χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένες κυτταρικές διηθήσεις που περιβάλλουν τα κολποειδή του ήπατος με ηπατοκυτταρικές εκφυλίσεις ή αναγεννητικές αλλοιώσεις.<sup>8</sup>



### ***1.3 Ορισμός και έννοια ηπατίτιδας***

Η ηπατίτιδα είναι γενικός όρος για ασθένειες που οφείλονται σε φλεγμονή του ήπατος από διάφορες αιτιολογίες. Η λέξη προσέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη ‘ήπαρ’ που σημαίνει συκώτι και από την κατάληξη –ήτις που δηλώνει τη φλεγμονή του οργάνου.

Η ηπατίτιδα διαχωρίζεται συνήθως σε οξεία και χρόνια και τις περισσότερες φορές οφείλεται σε ιούς που προσβάλλουν ειδικά το συκώτι προκαλώντας αντίστοιχους τύπους ηπατίτιδας όπως για παράδειγμα ηπατίτιδα Α, ηπατίτιδα Β κλπ. Η φλεγμονή στο ήπαρ όμως μπορεί να προκληθεί και από άλλα αίτια. Η πάθηση μπορεί να ακολουθεί υποκριτική πορεία, δηλαδή να μη προκαλεί κανένα έντονο σύμπτωμα ή αντίθετα να είναι κεραυνοβόλος όποτε ο ασθενής χρειάζεται πια μεταμόσχευση ήπατος.

Η ηπατίτιδα είναι λοίμωξη, δηλαδή φλεγμονή του ήπατος και είναι σοβαρή επειδή αφόρα το ήπαρ που αποτελεί το ‘πολυπλοκότερο εργοστάσιο’ του ανθρωπινού σώματος και είναι ένα από τα ζωτικά όργανα μαζί με τα νεφρά και το πάγκρεας.<sup>9</sup>

# Κεφάλαιο 2

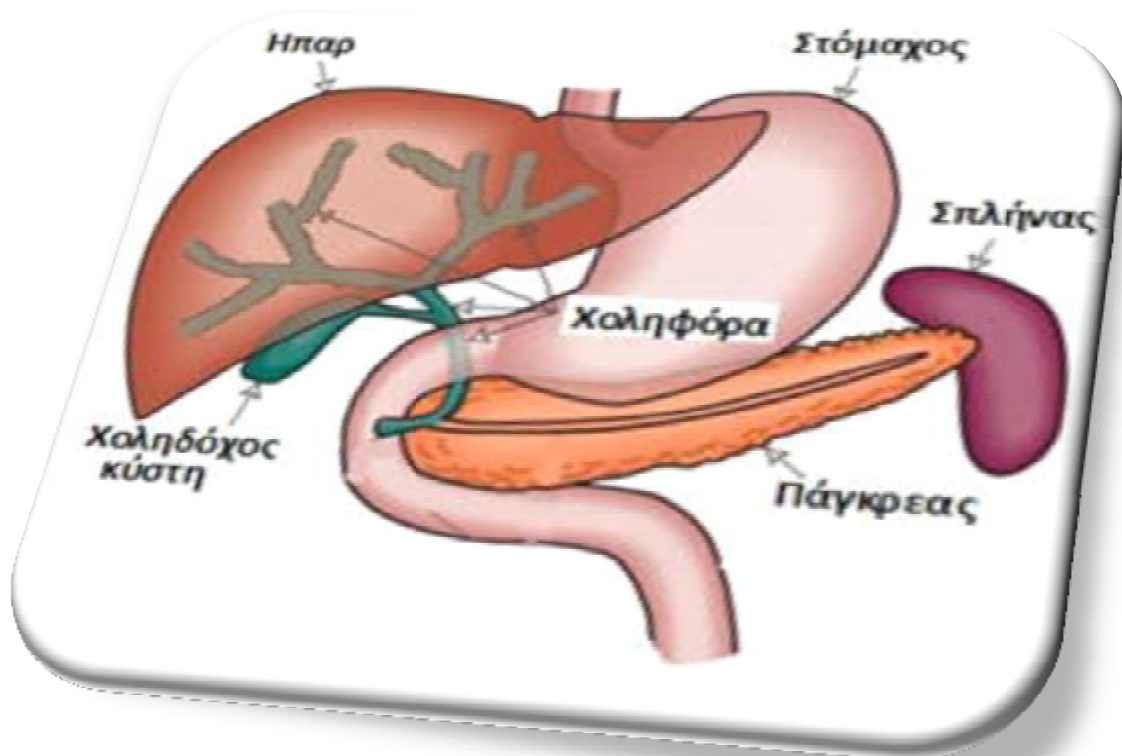
## Ανατομία και Φυσιολογία Ήπατος

## 2.1 Ανατομία ήπατος

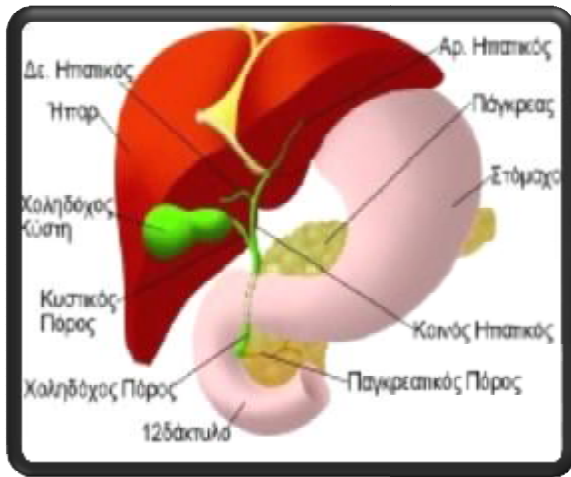
Όργανο που βρίσκεται στο δεξιό υποδιαφραγματικό χώρο, μεταξύ του διαφράγματος και του εγκάρσιου κόλου.

Επεκτείνεται στο ανώτερο τμήμα του επιγάστριου, μπροστά στο άνω μέρος του στομάχου, ως το αριστερό υποχόνδριο. Είναι λείο και έχει χρώμα καστανέρυθρο και συμπαγής σύσταση.

Το μέσο βάρος του ποικίλει από 1600-1800 γραμμάρια. Το ήπαρ περιβάλλεται από το περιτόναιο και από μια ινώδη κάψα. Στο ύψος της πύλης του ήπατος υπάρχει μια επενδυτική μεμβράνη από συνδετικό ιστό (η κάψα του Gilson) που περιβάλλει τα αιμοφόρα και χοληφόρα αγγεία και εισδύει μαζί με αυτά στο ηπατικό παρέγχυμα, σχηματίζοντας ένα διακλαδιζόμενο σύστημα συνδετικού ιστού.<sup>10</sup>



Μέσα από το ήπαρ περνούν περίπου 1500 κυβικά εκατοστόμετρα αίματος κάθε λεπτό της ώρας.



Στο ήπαρ υπάρχει διπλή αιματική κυκλοφορία:

Της θρέψης του οργάνου με την ηπατική αρτηριακού παρέχει στο όργανο αίμα πλούσιο σε οξυγόνο

Της πυλαίας φλέβας που μεταφέρει φλεβικό αίμα από το έντερο, τη σπλήνα και το πάγκρεας που περιέχει τις ουσίες που αφομοιωθήκαν με τη πέψη.

Το ήπαρ αποτελείται από πολυάριθμα στοιχειά όμοια μεταξύ τους, τα λόβια, καθένα από τα οποία έχει σχήμα που μοιάζει χοντρικά με πυραμίδα και σχηματίζεται από δοκίδες κύτταρων

που συγκλίνουν από τη περιφέρεια προς ένα κεντρικό αγγείο που αρχίζει από τη κορυφή της πυραμίδας και αυξάνει τη διάμετρο του πλησιάζοντας τη βάση από όπου και εξέρχεται εκβάλλοντας τις υπολόβιες φλέβες (κλάδοι που συρρέοντας σχηματίζουν τις ηπατικές φλέβες).<sup>9</sup>

- Στη κεντρική φλέβα του λοβίου συρρέουν και πολυάριθμα κολποειδή τριχοειδή που πορεύονται μεταξύ των κυτταρικών δοκίδων.
- Αυτά προέρχονται από τις διακλαδώσεις της πυλαίας φλέβας που βρίσκεται στα μεσολόβια διαστήματα. Μεταξύ των δοκίδων των ηπατικών κύτταρων σχηματίζονται τα χοληφόρα τριχοειδή που κατευθύνονται προς τη περιφέρεια του λοβίου όπου ενώνονται στις ρίζες των χοληφόρων πόρων.
- Το ήπαρ είναι μονοφυής αδένας, ο μεγαλύτερος του πεπτικού συστήματος, πολύ ανεπτυγμένος στα έμβρυα και στα νεογνά στα όποια καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της κοιλιακής χώρας. Είναι ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος, γιατί επιτελεί πολλαπλές λειτουργίες. Το απολυτό βάρος του ήπατος στον άντρα κυμαίνεται μεταξύ 1400-1800 γραμμάρια και στη γυναίκα μεταξύ 1200-1400.
- Το σχετικό βάρος στα έμβρυα και στα νεογνά είναι το 1/3 του σωματικού βάρους τους και στους ενήλικες 1/36.
- Η σύσταση του είναι μαλακή και εύκολα θρυμματίζεται και παρουσιάζει ρωγμές σε περίπτωση κοιλιακής κάκωσης. Λόγω της πολύ πλούσιας αγγειώδης του, τραυματισμός του οργάνου με ρήξη του σημαίνει κατακλυσμαία αιμορραγία. Στον ενήλικα το ήπαρ καταλαμβάνει τον κοιλιακό χώρο κάτω από τον δεξιό θολό του διαφράγματος, στο δεξιό υποχόνδριο.
- Το σχήμα του στη παιδική ηλικία προσαρμόζεται στον χώρο, ανάλογα με τα παρακείμενα όργανα και σε γενικές γραμμές είναι τριγωνικό σε είδος σφήνας με τη βάση του προς τα πάνω και πίσω και τη κορυφή κάτω και μπροστά.<sup>10</sup>

Εμφανίζει τρία χείλη:

- ü Το πρόσθιο
- ü Το δεξιό
- ü Το αριστερό

Και τρεις επιφάνειες:

- Ø Την άνω
- Ø Την κάτω
- Ø Την οπίσθια

Στο πρόσθιο χείλος υπάρχει η ομφαλική εντομή, μέσα στην οποία προσφύεται ο στρογγυλός σύνδεσμος του ήπατος (που δημιουργείται με την απόφραξη της αριστερής ομφαλικής φλέβας του εμβρύου) και η κυστική εντομή, μέσα στην οποία υπάρχει ο πυθμένας της χοληδόχου κύστης.

Η άνω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται με τον δρεπανοειδή σύνδεσμο σε δεξιό και αριστερό τμήμα. Η κάτω επιφάνεια είναι κοίλη, καλύπτεται από περιτόναιο και εμφανίζει την δεξιά και οβελιαία αύλακα, που προς τα πίσω ενώνονται με την εγκάρσια αύλακα και σχηματίζουν τις πύλες του ήπατος.

Από τις πύλες εισέρχονται στο συκώτι η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και τα νεύρα του ήπατος, ενώ βγαίνουν οι ηπατικοί πόροι και τα λεμφαγγεία του ήπατος.<sup>10</sup>

### 2.1.1 Αγγείωση

Η αιμάτωση του ήπατος είναι διπλή. Γίνεται από την ηπατική αρτηρία και από την πυλαία φλέβα. Η κοινή ηπατική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας η οποία εκφύεται από την κοιλιακή αορτή. Από την κοιλιακή αρτηρία εκφύονται επίσης η αριστερή γαστρική αρτηρία για την αιμάτωση του στομάχου και η σπληνική αρτηρία για την αιμάτωση του σπλήνα.

Η κοινή ηπατική αρτηρία χορηγεί την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία για την αιμάτωση του δωδεκαδακτύλου και της κεφαλής του παγκρέατος και συνεχίζει φερόμενη προς το ήπαρ ως ιδίως ηπατική αρτηρία, διαμέσου του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου προς τα έσω του χοληδόχου πόρου. Στο ύψος της πύλης του ήπατος διαιρείται σε δεξιό και αριστερό κλάδο.

Από τον δεξιό κλάδο εκφύεται η κυστική αρτηρία για την αιμάτωση της χοληδόχου κύστης. Η πυλαία φλέβα σχηματίζεται από την συμβολή της σπληνικής φλέβας με την άνω μεσεντερία φλέβα πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος.

Η σπληνική φλέβα δέχεται την συμβολή της κάτω μεσεντερίας φλέβας ενώ στο στέλεχος της πυλαίας εκβάλλουν η δεξιά και η αριστερή γαστρική φλέβα, η κυστική και η πυλωρική φλέβα και οι παρομφάλιες



φλέβες που συνοδεύουν τον στρογγύλο σύνδεσμο και αποτελούν οδό πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης με τις υποδόριες φλέβες του κοιλιακού τοιχώματος.

Το φλεβικό αίμα από τα μονοφυή κοιλιακά σπλάχνα (κατώτερη μοίρα του οισοφάγου, στόμαχος, γαστρεντερικός σωλήνας μέχρι άνω τμήμα του ορθού, σπλήνας, πάγκρεας) συλλέγεται στο πυλαίο φλεβικό σύστημα το οποίο με την πυλαία φλέβα φέρεται στο ήπαρ. Μέσα στο ήπαρ το αίμα διέρχεται από το τριχοειδικό σύστημα της πυλαίας φλέβας και τελικά με τις ηπατικές φλέβες εκβάλλει στην κάτω κοίλη φλέβα.<sup>7</sup>

Με την ηπατική αρτηρία γίνεται η θρεπτική λειτουργία του ήπατος και με τη πυλαία φλέβα η λειτουργική, γιατί με αυτή φέρονται στο ήπαρ χρήσιμα συστατικά, όπως προϊόντα πέψης και καταστροφής των ερυθρών αιμοσφαιρίων καθώς και ινσουλίνη. Από αυτά τα συστατικά, τα ηπατικά κύτταρα θα κατασκευάσουν τα εκκρίματά τους.

Η πυλαία φλέβα του ήπατος σχηματίζεται από τις φλέβες του στομάχου, του σπλήνα, του λεπτού και του παχέος εντέρου (εκτός από τη τελική μοίρα του απευθυσμένου) και πριν μπει στο ήπαρ διαιρείται στον δεξιό και αριστερό κλάδο. Η ηπατική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας και παρέχει οξυγονομένο αίμα στα ηπατικά κύτταρα.

Οι ηπατικές φλέβες στερούνται βαλβίδων και απάγουν από το ήπαρ το αίμα των άλλων συστημάτων κυκλοφορίας. Τα λεμφαγγεία του ήπατος δακρύνονται σε “επιπολείς” και “εν τω βάθει” και εκβάλλουν τη λέμφο στα ηπατικά διαφραγματικά και μέσω αυτών στα μεσωπνευμόνια λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα του ήπατος προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου. Συνοδεύουν την ηπατική αρτηρία και ακολουθούν μέσα στο ηπατικό παρέγχυμα τους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας και της πυλαίας φλέβας, γύρω από τους οποίους σχηματίζουν γαγγλιοφόρα πλέγματα.<sup>1,6</sup>

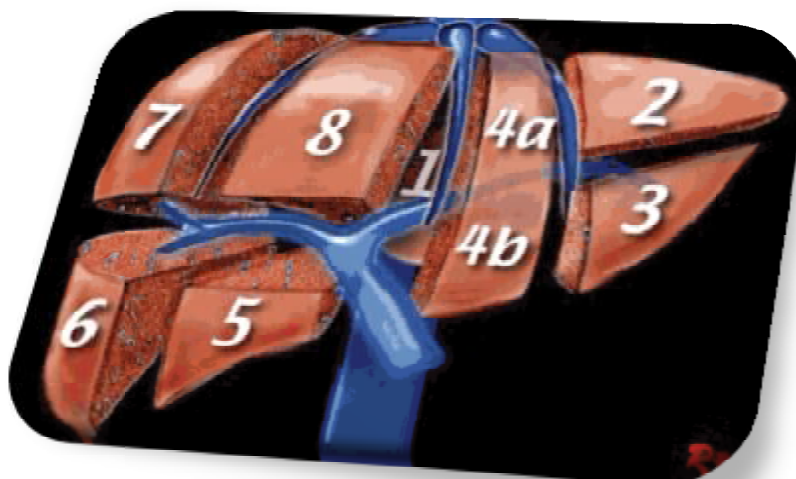
### **2.1.2 Χοληφόρο σύστημα**

Ο όρος χοληφόρο δέντρο οφείλεται στις διακλαδώσεις σαν δέντρου των χοληφόρων οδών. Η χολή που παράγεται στο ήπαρ, συλλέγεται στα χοληφόρα σωληνάρια, τα οποία συνενώνονται για να σχηματίσουν τους χοληφόρους πόρους.

Μέσα στο ήπαρ αυτοί οι πόροι ονομάζονται ενδοηπατικοί χοληφόροι πόροι, ενώ όταν εξέλθουν από αυτό αναφέρονται ως εξωηπατικοί. Οι ενδοηπατικοί πόροι τελικά αποχετεύονται στο δεξιό και αριστερό ηπατικό πόρο, οι οποίοι συνενώνονται για να σχηματίσουν τον κοινό ηπατικό πόρο.

Ο κυστικός πόρος από τη χοληδόχο κύστη συμβάλλει με τον κοινό ηπατικό για να σχηματίσει τον κοινό χοληδόχο πόρο. Η χολή είναι δυνατόν είτε να αποχετευτεί κατευθείαν στο δωδεκαδάκτυλο μέσω του κοινού χοληδόχου πόρου είτε να αποθηκευτεί προσωρινά στη χοληδόχο κύστη μέσω του κυστικού πόρου. Ο κοινός χοληδόχος πόρος και ο παγκρεατικός πόρος εκβάλλουν μαζί στο δεύτερο τμήμα του δωδεκαδάκτυλου, στο φύμα του Vater.<sup>11</sup>

Η χολή είναι ένα πηχτό καφεπράσινο μέχρι πρασινοκίτρινο βασικό διάλυμα που εκκρίνεται από τα κύτταρα του ήπατος, και μέσω του χοληφόρου πόρου μεταφέρεται στο δωδεκαδάκτυλο.



Σε

ορισμένα θηλαστικά όπως και στον

άνθρωπο συγκεντρώνεται σε μικρή αποθήκη, στη χοληδόχο κύστη και από εκεί απεκκρίνεται στον εντερικού σωλήνα, μέσω του δικτύου των χοληφόρων. Η Χολή παίζει σημαντικό ρόλο στην απορρόφηση και την πέψη του λίπους.

Η χολή συμπεριφέρεται ως αλκαλικό στις αντιδράσεις και συντίθεται από διάφορες οργανικές ενώσεις και ανόργανα ιόντα, διαλυμένα σε νερό. Περιλαμβάνει χολικά οξέα, λεκιθίνη, χοληστερόλη, χολερυθρίνη και πρωτεΐνες.

Οι χρωστικές ουσίες της χολής (χολερυθρίνη και χολοπρασίνη), προέρχονται από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης (των ερυθρών αιμοσφαιρίων) και είναι αυτές που δίνουν στη χολή το χρώμα της και που με τη σειρά της επηρεάζει το χρώμα των κοπράνων.<sup>8</sup>

### 2.1.3 Περιτοναϊκοί Σύνδεσμοι

Εκτός από ένα τμήμα που έρχεται σε άμεση επαφή με το διάφραγμα (την αποκαλούμενη γυμνή περιοχή), το μεγαλύτερο μέρος του ήπατος περιβάλλεται από περιτόναιο, μια λεπτή, διπλή μεμβράνη, που αποτρέπει την τριβή με τα άλλα όργανα. Το περιτόναιο αναδιπλώνεται για να σχηματίσει το δρεπανοειδή σύνδεσμο και το δεξί και αριστερό τριγωνικό σύνδεσμο του ήπατος.

Αυτοί οι σύνδεσμοι δε σχετίζονται σε καμία περίπτωση με τους αληθείς ανατομικούς συνδέσμους των αρθρώσεων και ουσιαστικά δεν έχουν λειτουργική σημασία, αλλά αποτελούν εύκολα αναγνωρίσιμα ανατομικά όρια. Εξαιρέση αποτελεί ο δρεπανοειδής σύνδεσμος, που συνδέει το ήπαρ με το οπίσθιο τμήμα του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος.<sup>5</sup>

### 2.1.4 Λοβοί

Παραδοσιακά η μακροσκοπική ανατομική διαιρεί το ήπαρ σε τέσσερις λοβούς βασίζομενη στα επιφανειακά χαρακτηριστικά. Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος είναι ορατός από την πρόσθια επιφάνεια του ήπατος. Αυτός χωρίζει το ήπαρ σε δεξί και αριστερό ανατομικό λοβό.

Αν ανασπαστεί το ήπαρ, για να αποκαλυφθεί η οπίσθια επιφάνεια του, παρατηρούνται άλλοι δύο λοβοί μεταξύ στον δεξιό και τον αριστερό. Αυτοί είναι ο κερκοφόρος (προς τα άνω) και ο τετράπλευρος (προς τα κάτω).

Στην οπίσθια επιφάνεια οι λοβοί διαχωρίζονται από τον φλεβώδη σύνδεσμο και το στρογγύλο σύνδεσμο του ήπατος (αριστερά βρίσκεται ο αριστερός λοβός), η

εγκάρσια σχισμή (ή πύλη του ήπατος) χωρίζει τον κερκοφόρο από τον τετράπλευρο λοβό και η δεξιά οβελιαία αύλακα, που υποδέχεται τη διερχόμενη κάτω κοίλη φλέβα, χωρίζει αυτούς τους δύο λοβούς από τον δεξιό λοβό του ήπατος.

Κάθε λοβός αποτελείται από λόβια, από το κέντρο των οποίων διέρχεται μια φλέβα που καταλήγει στις ηπατικές φλέβες, και μεταφέρει το αίμα έξω από το ήπαρ.

Στην επιφάνεια των λοβίων διέρχονται χοληφόρα, φλέβες και αρτηρίες που μεταφέρουν υγρά από και προς αυτά.

Το ήπαρ διαιρείται σε δυο λοβούς, δεξιό και αριστερό, από τους οποίους ο μεγαλύτερος είναι ο δεξιός. Η άνω επιφάνεια και των δυο λοβών είναι κυρτή, λεία, προσαρμοσμένη στο διάφραγμα και στο μπροστινό κοιλιακό τοίχωμα. κάτω επιφάνεια του ήπατος είναι επίπεδη και βλέπει προς τα κάτω και πίσω.

Σε αυτή την επιφάνεια διακρίνονται καλά οι δυο λοβοί, δεξιός και αριστερός, η κυστική αύλακα, που ονομάζεται έτσι γιατί περιέχει τη χοληδόχο κύστη, δυο μικροί συμπληρωματικοί λοβοί, ο κερκοφόρος και ο τετράπλευρος και τέλος η πύλη, δηλαδή η περιοχή όπου εισχωρούν τα αγγεία (ηπατική αρτηρία και πυλαία φλέβα) και από όπου εξέρχονται οι ηπατικοί πόροι.

Από το πίσω ηπατικό χείλος εξέρχονται οι ηπατικές φλέβες που συρρέουν στη κάτω κοίλη φλέβα.

Πάνω στους λοβούς παρατηρούνται το κοιλικό εντύπωμα, το νεφρικό εντύπωμα και το δωδεκαδακτυλικό και πυλωρικό εντύπωμα του ήπατος.<sup>12</sup>

Το ήπαρ στηρίζεται στη θέση του με :

Το ήπαρ στηρίζεται στη θέση του με :

- Τον τόνο των κοιλιακών μυών και των υποκειμένων σπλάχνων
- Τη διάφορα πίεσης που υπάρχει μεταξύ του θώρακα και της κοιλιάς
- Τον συνδετικό ιστό
- Την κάτω κοίλη φλέβα
- Τις πτυχές του περιτόναιου (σύνδεσμοι) που το συγκρατούν στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, στο διάφραγμα, στο στόμαχο και το δωδεκαδαχτύλου.

Αυτοί οι σύνδεσμοι είναι ο δρεπανοειδής, ο στεφανιαίος, οι τριγωνικοί (δεξιός και αριστερός).

Ως σύνδεσμος λειτουργεί και το έλασσον επίπλων.

Τα ηπατικά λόβια αποτελούν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος. Αυτές είναι μικρές περιοχές διαμέτρου 1 με 2 χιλιοστών, πενταγωνικού ή εξαγωνικού σχήματος, σαν πυραμίδες, από τις όποιες περνά η κεντρική ή ενδοφλέβια φλέβα. Μερικοί ερευνητές δέχονται ως ανατομική και λειτουργική μονάδα του ήπατος τον καλούμενο πυλαίο λοβό.

Αυτό έχει τριγωνικό σχήμα με κορυφές τις κεντρικές φλέβες τριών διπλανών ηπατικών λοβίων, από τα όποια η χολή αποχετεύεται με τον ίδιο μεσολόβιο χοληφόρο πόρο που βρίσκεται στο κέντρο του τριγώνου.

Κάθε ηπατικό λοβίο αποτελείται από συνδετικό ιστό, μέσα στον οποίο βρίσκονται τα ηπατικά κύτταρα, τα κολπωδη πυλαία τριχοειδή, τα τριχοειδή αγγεία της ηπατικής αρτηρίας και τα χοληφόρα σωληνάκια.

Τα ηπατικά κύτταρα, με μέγεθος που ποικίλει από 12μ μέχρι 25μ ανάλογα με το αν βρίσκονται ή όχι σε ενεργητική κατάσταση, εμφανίζουν ανώμαλο πολυγωνικό σχήμα. Το χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι ότι σε περίπτωση καταστροφής τους από κάποια αίτια γίνεται αμέσως κυτταρική διαίρεση των διπλανών κύτταρων και έτσι αντικαθίστανται. Σε αυτό οφείλεται και η μεγάλη αναγεννητική ικανότητα του ήπατος.<sup>4</sup>



Τα κολπωδη πυλαία τριχοειδή αγγεία καταλαμβάνουν τα κενά του δικτύου των ηπατικών κύτταρων και εκβάλλουν στην ενδοφλέβια κεντρική φλέβα. Το τοίχωμα τους αποτελείται από μια λεπτή μονό στιχιστρώση δικτυωτών κύτταρων, τα όποια καλούνται αστερο εϊδή κύτταρα του Kuppffer και ανήκουν στο δικτυο ενδοθηλιακο σύστημα του ήπατος. Μεταξύ των πυλαίων τριχοειδών και των ηπατικών κύτταρων παρεμβάλλεται λοφώδης χώρος, ο χώρος του Sisse.

Τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας διακλαδίζονται ανάμεσα στα ηπατικά λόβια και παρέχουν το απαραίτητο οξυγόνο στα ηπατικά κύτταρα. Τα χοληφόρα τριχοειδή σωληνάκια με αυλό 2μ με 3μ και χωρίς δικό τους τοίχωμα, δημιουργούνται στο μέσοδιάστημα των ηπατικών κύτταρων. Αυτά είναι η αρχή της ενδοηπατικής χοληφόρουοδού. Μέσα σε αυτά ρέει η χολή που παράγεται από τα ηπατικάκύτταρα. Έτσιτελικά σε κάθε λοβίουπάρχουνδιάφοραδίκτυα.

Αυτά είναι :

- à Το ερειστικό δίκτυο
- à Το εκκριτικό δίκτυο από τα ηπατικά κύτταρα
- à Το λειτουργικό δίκτυο που αποτελείται από τα τριχοειδήαγγεία της πυλαίας κυκλοφορίας
- à Το εκφορητικό δίκτυο από τα χοληφόρα τριχοειδή σωληνάκια
- à Το θρεπτικόδίκτυο που δημιουργείται από τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας<sup>13</sup>

### **2.1.5 Λειτουργική Ανατομική**

Η κεντρική περιοχή του ήπατος, από όπου εισέρχονται η πυλαία φλέβα και η ηπατική αρτηρία και εξέρχεται ο κοινός ηπατικός πόρος, ονομάζεται πύλη του ήπατος (hilum ή porta hepatis). Ο ηπατικός πόρος, η αρτηρία και η φλέβα χωρίζονται σε δεξιό και αριστερό κλάδο και τα τμήματα του ήπατος που δέχονται αυτούς τους κλάδους συνιστούν τον δεξιό και αριστερό λοβό του ήπατος αντίστοιχα. Οι λειτουργικοί λοβοί χωρίζονται από ένα νοητό επίπεδο που ενώνει την κοίτη της χοληδόχου κύστης με την κάτω κοίλη φλέβα.

Το επίπεδο αυτό χωρίζει το ήπαρ σε αληθή δεξιό και αριστερό λοβό. Οι δύο λοβοί οριοθετούνται επίσης από τη μέση ηπατική φλέβα. Ο δεξιός λοβός διαιρείται περαιτέρω σε πρόσθιο (δεξιό πλάγιο) και οπίσθιο (δεξιό παράμεσο) τμήμα από τη δεξιά ηπατική φλέβα.

Ο αριστερός λοβός διαιρείται σε μέσο (αριστερό παράμεσο) και πλάγιο (αριστερό πλάγιο) τμήμα από την αριστερή ηπατική φλέβα. Το μέσο τμήμα ονομάζεται επίσης τετράπλευρος λοβός. Στο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα κατά Couinaud (ή γαλλικό) οι λειτουργικοί λοβοί χωρίζονται περαιτέρω σε ένα σύνολο οχτώ τμημάτων. Ο κερκοφόρος λοβός αποτελεί μια ξεχωριστή δομή που δέχεται αίμα και από τους δύο αγγειακούς κλάδους, δεξιό και αριστερό.

Οι πιο γνώστες λειτουργίες του ήπατος είναι η παράγωγη και η έκκριση της χολής, η σύνθεση και η αποταμίευση των υδατανθράκων, η σύνθεση και ο μεταβολισμός των πρωτεϊνώνκαι των λιπών, καθώς και η ικανότητααποτοξίνωσης. Το ήπαρ συνδέεταιστενά με τον μεταβολισμό των υδατανθράκων. Μπορεί να μετατρέψει τη γλυκόζη σε γλυκογόνο και αντίθετα το γλυκογόνο σε γλυκόζη.<sup>13</sup>

Εκτός από αυτό, μπορεί να εναποθηκεύει τους υδατάνθρακες με τη μορφή γλυκογόνου και στη συνέχεια ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού, να τους εκχέου στο αίμα ως γλυκόζη.

Η γλυκόζη όπως είναι γνωστό είναι η ενεργητική ουσία που καταναλώνεται από τους μύες και τον εγκέφαλο αλλά είναι απαραίτητο να διατηρείται σταθερή η πυκνότητα του σακχάρου στο αίμα, είναι επομένως βασικής σημασίας η ύπαρξη ενός παράγοντα που να απομακρύνει το πλεόνασμα της γλυκόζης από το αίμα ή που να το εμπλουτίζει με γλυκόζη αν χρειάζεται.

Το ήπαρ εκτελεί αυτή τη λειτουργία, παράγοντας γλυκογόνο, όχι μόνο από τη γλυκόζη και από οποιοδήποτε άλλο υδατάνθρακα που προέρχεται από τις τροφές, αλλά ακόμα και από ουσίες πρωτεϊνικής φύσης και ενδεχομένως από τα λίπη.

Τα προϊόντα αποδόμησης των πρωτεϊνών των τροφών, δηλαδή τα αμινοξέα που απελευθερώνονται με τη δράση των πεπτικών ένζυμων, φτάνουν στο ήπαρ με τη πυλαία φλέβα. Από τα αμινοξέα το ήπαρ συνθέτει τα πρωτεϊνικά μόρια του σώματος. Έτσι η σύνθεση της αλβουμίνης γίνεται σχεδόν αποκλειστικά στο ήπαρ. Στο ήπαρ επίσης γίνεται η σύνθεση πολλών παραγόντων πήξης του αίματος, όπως το ινωδογόνο, η προθρομβίνη και η προαξελερίνη.<sup>8</sup>

### **2.1.6 Άλλες λειτουργίες**

Στενές και πολύπλοκες σχέσεις έχει το ήπαρ με διάφορες βιταμίνες όπως οι βιταμίνες Α, Β, Β<sub>2</sub>, Β<sub>6</sub> και το φυλλικό οξύ καθώς και η βιταμίνη Β<sub>12</sub> (οι 2 τελευταίες έχουν ιδιαίτερη σημασία για την αιμοποίηση). Από τη λειτουργικότητα του ήπατος εξαρτάται η απορρόφηση και η χρησιμοποίηση της βιταμίνης Κ.

Δεν έχει μικρότερη σημασία η αποτοξινωμένη λειτουργία του ήπατος, δηλαδή η ικανότητα μετατροπής των τοξικών ουσιών σε ανενεργές ουσίες. Έτσι με αυτή την ηπατική λειτουργία αποβάλλονται ουσίες βλαβερές όπως μορφίνη καθώς και τα βαρβιτουρικά και πολλά άλλα φάρμακα.

Από το πλήθος και τη σημασία αυτών των λειτουργιών γίνεται φανερό ότι κάθε αλλοίωση της λειτουργίας του ήπατος έχει συνέπειες σε ολόκληρο τον οργανισμό. Από το άλλο μέρος οι μεγάλες εφεδρικές ικανότητες του ηπατικού παρεγχύματος έχουν ως αποτέλεσμα μια ηπατική ανεπάρκεια να εκδηλώνεται μόνο σε περίπτωση διάχυτης βλάβης.

Οι πιο συχνές παθήσεις του ήπατος είναι οι ηπατίτιδες και η κίρρωση. Λιγότερο συχνές παθήσεις είναι τα αποστήματα και οι νεοπλασίες του ήπατος. Αυτός ο όρος αναφέρεται σε μια ομάδα παθήσεων των οποίων το υπόβαθρο χαρακτηρίζεται από μια εκφυλιστική αλλοίωση των ηπατικών κύτταρων μαζί με φλεγμονώδεις διεργασίες του συνδετικού ιστού του ήπατος.

Η ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε ιούς, τοξίνες, ή σε έλλειψη ορισμένων παραγόντων από τη διατροφή. Τον Δεκέμβριο του 1973 Αμερικανοί ερευνητές ανακοίνωσαν ότι αναγνώρισαν τον ιό της λοιμώδους ηπατίτιδας.

Η ιογενής ή λοιμώδης ηπατίτιδα οφείλεται στη μόλυνση του ανθρώπου με ένα παθογόνο παράγοντα ο οποίος μοιάζει με ιό, το αυστραλιανό αντιγόνο. Αυτό βρίσκεται στο αίμα των ζώων που πάσχουν από λοιμώδη ηπατίτιδα, μεταδίδεται από

το νερό ή τροφές μολυσμένες από απεκκρίματα (ούρα-κόπρανα) αυτών που έχουν προσβληθεί από τη νόσο αυτή.

Πολύ πιο βάρια είναι η λοιμώδης ηπατίτιδα που μεταδίδεται κατευθείαν από το αίμα του ασθενούς με μεταγγίσεις αίματος ή πλάσματος ή με βελόνες ενέσεων μολυσμένες με αίμα ατόμου που πάσχει ή είναι φορέας. Η ηπατίτιδα αυτή που μεταδίδεται από το αίμα απευθείας λέγεται εξ ομόλογου ορού. Από τον ιό προσβάλλονται τα ηπατικά κύτταρα. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων και της εξέλιξης της νόσου εξαρτάται από τη βαρύτητα της βλάβης των ηπατικών κύτταρων.

Στην αρχή η νόσος είναι συμπτωματική. Σε έναν δεύτερο χρόνο μπορεί να εμφανιστούν πονοκέφαλοι, αδυναμία, ανορεξία, ναυτία, εμετός, πόνοι στη κοιλία, πυρετός, και μια εβδομάδα περίπου από την αρχή της νόσου, ίκτερος, κιτρίνη χρώση του δέρματος και των βλεννογόνων. Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται πάνω από όλα στην πλήρη ανάπαυση στο κρεβάτι και στη χορήγηση βιταμινών και ενδεχομένως κορτικοειδών στις βαριές μορφές. Η εξέλιξη της ιογενούς ηπατίτιδας είναι τις περισσότερες φορές καλοήθης αλλά δεν είναι σπάνιες οι βαριές περιπτώσεις.<sup>13</sup>

### **2.2.1 Φυσιολογία Ήπατος**

Το ήπαρ παίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των λευκωμάτων και των λιπών με την βοήθεια της πυλαίας φλέβας η οποία συγκεντρώνει το αίμα απ' όλα τα πεπτικά όργανα.

Επομένως το αίμα μόλις συγκεντρωθεί από τις φλέβες του εντέρου, του παγκρέατος και του σπλήνα στη πυλαία φλέβα, το οποίο βρίσκεται στο ήπαρ, γίνεται η ανταλλαγή των ουσιών στα τριχοειδή αγγεία και στη συνέχεια το αίμα μέσω μιας από τις τρεις ηπατικές φλέβες που σχηματίζονται, εκβάλλει στην κάτω κοίλη φλέβα, με την οποία το αίμα εκβάλλει τελικά στην καρδιά και συγκεκριμένα στο δεξιό κόλπο.

Το ήπαρ με το μεταβολισμό των λευκωμάτων σχηματίζει τα αμινοξέα, από το μεταβολισμό των ζωικών πολυσακχαριτών σχηματίζει το γλυκογόνο και από το μεταβολισμό των φυτικών πολυσακχαριτών το άμυλο, επίσης από τον μεταβολισμό των λιπών σχηματίζονται λιπαρά οξέα και γλυκερίνη.

Το γλυκογόνο σχηματίζεται και αποθηκεύεται και στους μύες γι' αυτό έχουμε γλυκογόνο του ήπατος και γλυκογόνο των μυών. Όταν ο οργανισμός δε χρειάζεται γλυκόζη, ή περισσεύει, το ήπαρ την αποθηκεύει με την μορφή γλυκογόνου και όταν χρειασθεί, τότε διασπά το γλυκογόνο και λαμβάνει τη γλυκόζη που χρειάζεται. Επιπλέον στο ήπαρ παράγονται και αποθηκεύονται βιταμίνες και ιχνοστοιχεία τα οποία είναι απαραίτητα για τον οργανισμό όπως βιταμίνης K, η βιταμίνη A και η βιταμίνη B καθώς επίσης η προθρομβίνη και το ινωδογόνο που είναι ουσίες απαραίτητες για την πήξη του αίματος.

Επίσης με το αίμα μεταφέρονται στο ήπαρ διάφορα προϊόντα διάσπασης. Ένα προϊόν διάσπασης των αμινοξέων είναι η αμμωνία, η οποία είναι πραγματικό δηλητήριο για τον οργανισμό. Αυτήν την αμμωνία το ήπαρ την μεταβολίζει σε λιγότερο βλαβερές ουσίες, την ουρία, η οποία αποβάλλεται από τους νεφρούς.

Δεδομένου ότι η μορφή ενός οργάνου και η λειτουργία του είναι αλληλένδετα μπορούμε να παρομοιάσουμε το ήπαρ σαν πολύπλοκο χημικό εργαστήριο στο οποίο

γίνεται πολυσύνθετη χημική εργασία. Κάθε ηπατικό κύτταρο έχει στη διάθεση του όλα τα απαραίτητα υλικά (συστατικά του αίματος της πυλαίας φλέβας) για τη χημική λειτουργία του.<sup>1</sup>

Δηλαδή τη παράγωγη και έκκριση γλυκογόνου, ουρίας και χολής και όλα επίσης τα μεταφορικά μέσα (τριχοειδή χοληφόρα και τριχοειδή πυλαίας) για την έμμεση μεταφορά τους. Συνεπώς το ήπαρ και ειδικότερα το ηπατικό λοβίο, αποτελεί μικτό αδένιο πολύπλοκης κατασκευής, που παράγει εξωκρινή και ενδοκρινή στοιχειά. Η εξωκρινής μοίρα του ηπατικού λοβίου αποτελεί σωληνοειδή δικτυακό αδένιο, που παράγει χολή σε πόσο 500-600 κυβικά εκατοστόμετρα το 24ωρο. Η χολή είναι απαραίτητη για τη πέψη και απομύζηση των λιπών.

Η ενδοκρινής του μοίρα κάνει τη δόμηση και αποδόμηση του γλυκογόνου και τη παράγωγη ουρίας, ινωδογόνου, προθρομβίνης και πρωτεϊνών του αίματος.

Ακόμα με τα κύτταρα του Kupffer συμμετέχει στην άμυνα και αποτοξίνωση του αίματος από μικρόβια, χρωστικές ουσίες, τοξικά κατάλοιπα και πολλά άλλα που είναι άχρηστα για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Σύμπτωμα που εκφράζεται με κιτρινωπή όψη του δέρματος και των σκληρών χιτώνων στα ματιά και οφείλεται σε συσσώρευση χοληρυθρινής (ερυθρής χρωστικής ουσίας) που είναι προϊόν μεταβολισμού της αιμοσφαιρίνης στους ιστούς του σώματος. Μπορεί να οφείλεται σε εξωηπατικά ή ηπατικά αίτια.<sup>7</sup>

Από την αρχαιότητα ο ίκτερος έχει χαρακτηριστεί ως εκδήλωση ηπατικής νόσου. Η υπερχοληρυθριναιμία μπορεί να οφείλεται σε ανωμαλίες στον σχηματισμό, τη μεταφορά, τον μεταβολισμό, και την απέκκριση της χοληρυθρινής.

Η ολική χοληρυθρινή του όρου του αίματος είναι φυσιολογικά 0,2-1,2 χιλιοστά του γραμμάριου και ο ίκτερος μπορεί να μην είναι κλινικά αναγνωρίσιμος μέχρι ότου τα επίπεδα της φτάνουν στα 3 mg .

Από ανατομική άποψη η αύξηση του επιπέδου χοληρυθρινής στον ορό είναι προηπατική, ηπατική και μεταηπατική. Ο προηπατικός ίκτερος οφείλεται σε υπερπαραγωγή χοληρυθρινής (π.χ. μεγάλη αιμολυσία). Στον ηπατικό ίκτερο η αύξηση της χοληρυθρινής οφείλεται σε ποιοτική ή ποσοτική δυσλειτουργία των ηπατικών κύτταρων.

Ο μεταηπατικός ίκτερος είναι αποτέλεσμα δυσκολίας στη φυσιολογική απομάκρυνση της χοληρυθρινής από το ηπατικοχολικό σύστημα (πχ σε απόφραξη του κοινού χοληδόχου πόρου από χολόλιθο ή όγκο). Έτσι ανάλογα με την εντόπιση και την αίτια στους προηπατικούς ίκτερους κατατάσσονται αυτοί από αιμολυτικές αναμιξεις, αιμολυτικές αντιδράσεις, αιμάτωμα και έμφραγμα. Στους ηπατικούς κατατάσσονται αυτοί από υπερχοληρυθριναιμία που οφείλεται σε ηπατίτιδα από υπερχοληρυθριναιμία που οφείλεται σε ηπατίτιδα σύνδρομο Dubin-John-son, σύνδρομο Rotor, κίρρωση του ήπατος, κίρρωση χοληφόρων, λοιμώξεις του ήπατος από λοιμώδη μονοπυρήνωση, λεμφώματα και τοξίνες.<sup>11</sup>

### 2.2.2 Το ήπαρ και η λειτουργία του

Το μεγαλύτερο μέρος των πρωτεϊνών του πλάσματος (λευκωματίνες, παράγοντες πήξης, λιποπρωτεΐνες κ.ά.) παράγεται στο ήπαρ. Η ημερήσια σύνθεση λευκωματίνης είναι 200 – 400 mg/kg σωματικού βάρους. Ο ρυθμός συνθέσεως της μειώνεται επί νηστείας και αυξάνεται όταν υπάρχει παθολογική απώλεια λευκώματος.

Επί ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας οι τιμές των ηπατικής προέλευσης πρωτεϊνών στο πλάσμα μειώνονται με ρυθμούς που εξαρτώνται από το χρόνο ημιζωής τους. Σε οξεία ανεπάρκεια ( π. χ. Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα ) η μείωση αφορά ορισμένες πρωτεΐνες της πήξης με αποτέλεσμα παράταση του χρόνου προθρομβίνης.

Αντίθετα, αξιόλογη μείωση των λευκωματινών του ορού εμφανίζεται μετά από πάροδο αρκετών εβδομάδων και επομένως η τιμή τους επηρεάζεται μόνο σε χρόνιες καταστάσεις ( π.χ. προχωρημένο στάδιο ηπατικής κίρρωσης).

Ο κύριος όγκος των μεταβολικών διεργασιών που αφορούν τα αμινοξέα επιτελείται στο ήπαρ. Οι σημαντικότερες από αυτές αναφέρονται σε αφαίρεση αμινοομάδων. Κατά την οξειδωτική απαμίνωση αποσπάται η αμινοομάδα του αμινοξέος – η οποία τελικά μετατρέπεται σε ουρία – και προκύπτει ένα κετοξύ. Κατά την τρανσαμίνωση ανταλλάσσεται η αμινοομάδα με καρβονύλιο και προκύπτει πάλι κετοξύ.

Έτσι, π.χ., με δράση της πυροσταφυλικής τρανσαμίνωσης ( SGPT ) ηαλανίνη μετατρέπεται σε πυροσταφυλικό οξύ που χρησιμοποιείται στη νεογλυκογένεση. Στην κίρρωση παρατηρείται μείωση των αμινοξέων με πλευρική άλυσσο ( λευκίνη, βαλίνη, ισολευκίνη ), η οποία αποδίδεται σε αύξηση του μεταβολισμού τους στους γραμμωτούς μύες και τους νεφρούς.

Συνυπάρχει αύξηση των αρωματικών αμινοξέων ( τυροσίνη, φαινυλαλανίνη ), ίσως λόγω μειωμένου ρυθμού απαμίνωσης τους στο ήπαρ. Το αποτέλεσμα είναι ο λόγος των συγκεντρώσεων των δύο αυτών ομάδων αμινοξέων από 3 – 3,5 που είναι φυσιολογικά να μειώνεται κάτω του 1. Η μεταβολή αυτή πιθανώς επηρεάζει την εγκεφαλική λειτουργία και συμβάλλει στη γένεση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Το ήπαρ πρωτοστατεί στη ρύθμιση του μεταβολισμού των υδατανθράκων και ιδιαίτερα στη διατήρηση σταθερών των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα.

Οι βασικές λειτουργίες του ήπατος όσον αφορά τον μεταβολισμό υδατανθράκων μπορεί να διαιρεθούν σε:

- à Λειτουργίες παραγωγής γλυκόζης .εδώ περιλαμβάνονται η μετατροπή του γλυκογόνου σε γλυκόζη ( γλυκογονόλυση ) και η σύνθεση της γλυκόζης από μη υδατανθρακικές ουσίες ( γλυκονεογένεση ).
- à Λειτουργίες αποθήκευσης γλυκόζης με τη μορφή γλυκογόνου ( γλυκογονογένεση ) και
- à Μεταβολισμός των υπόλοιπων εξοζών ( κυρίως φρουκτόζης ) Συγκεκριμένα παραλαμβάνει από την κυκλοφορία περίπου το 40% της γλυκόζης που απορροφάται από το έντερο και τη μετατρέπει σε γλυκογόνο ( 5% ) και σε τριγλυκερίδια ( 35% ).<sup>1</sup>

Κύριο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία παίζει το ένζυμο γλυκοκινάση, που υπάρχει μόνο στο ήπαρ και καταλύει την 6 φωσφορυλίωση της γλυκόζης, ανοίγοντας το δρόμο για τη διάσπαση της ή τη σύνθεση γλυκογόνου.

Στα άλλα όργανα η φωσφορυλίωση αυτή καταλύεται από διαφορετικό ένζυμο, την εξοκινάση. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της γλυκοκινάσης είναι ότι η δραστηριότητα της δεν είναι σταθερή αλλά επηρεάζεται από ορισμένους παράγοντες. Συγκεκριμένα, το ένζυμο διεγείρεται από την ινσουλίνη και καταστέλλεται από τη νηστεία με αποτέλεσμα να τροποποιείται αναλόγως των συνθηκών ο ρυθμός κατανάλωσης της γλυκόζης μέσα στο κύτταρο.

Όταν ελαττώνεται η στάθμη της γλυκόζης στο αίμα το ήπαρ σταματά αμέσως κάθε κατανάλωση της, ενώ συγχρόνως προάγει σε πρώτη φάση τη διάσπαση του γλυκογόνου του προς γλυκόζη (γλυκογονόλυση) και στη συνέχεια τη νεογλυκογένεση, δηλαδή τη σύνθεση γλυκόζης από άλλες ουσίες εκτός υδατανθράκων (γαλακτικό ή πυροσταφυλικό οξύ, αμινοξέα).

Οι ασθενείς με βαριά ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια (π.χ. κεραινοβόλος ηπατίτιδα) εμφανίζουν συχνά σοβαρές υπογλυκαιμίες, επειδή οι μηχανισμοί αυτοί δεν μπορούν να λειτουργήσουν επαρκώς.

Η περίσσεια γλυκογόνου μέσα στο ήπαρ καταστέλλει την απαμίνωση των αμινοξέων άρα επιβραδύνει τη νεογλυκογένεση – καθώς και το σχηματισμό κετονικών σωμάτων, ενώ αντίθετα επιταχύνει άλλες διεργασίες, όπως η ακετυλίωση και η σύνδεση με γλυκουρονίδια διαφόρων ουσιών.

Επειδή οι δυο τελευταίοι μηχανισμοί συμβάλλουν σημαντικά στην αδρανοποίηση τοξικών ουσιών, καθίσταται προφανές ότι η προστασία των ηπατικών αποθεμάτων γλυκογόνου με τη 23 χορήγηση υδατανθράκων σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να βοηθήσει σημαντικά ασθενείς με πάσης φύσης οξεία ηπατοκυτταρική βλάβη.

Άρρωστοι με σοβαρές χρόνιες ηπατοπάθειες ( π.χ. κίρρωση ) παρουσιάζουν συχνά παθολογική καμπύλη ανοχής γλυκόζης. Το εύρημα αυτό συνδυάζεται με υπερινσουλιναιμία, πράγμα που δηλώνει αντίσταση προς την ινσουλίνη.

Η αντίσταση αυτή φαίνεται να οφείλεται αφ' ενός σε ελάττωση του αριθμού των ινσουλινικών υποδοχέων και αφ' ετέρου στο γεγονός, ότι μέρος της παραγόμενης ινσουλίνης παρακάμπτει το ήπαρ και περνά απ' ευθείας στη συστηματική κυκλοφορία μέσω πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων, που δεν υπήρχαν φυσιολογικά αλλά αναπτύχθηκαν λόγω της πυλαιίας υπέρτασης.<sup>13</sup>

# Κεφάλαιο 3

## Μορφές Ηπατίτιδας

### **3.1 Νόσοι του ήπατος**

Αν και υπάρχουν πολλές αίτιες ηπατικών νόσων, αυτές γενικά εκδηλώνονται με λίγα ευδιάκριτα πρότυπα τα οποία συνήθως ταξινομούνται ως ηπατοκυτταρικά, χολοστατικά ή μεικτά. Στις ηπατοκυτταρικές νόσους (όπως η ιογενής ηπατίτιδα ή η αλκοολική νόσος του ήπατος) κυριαρχούν τα χαρακτηριστικά της βλάβης του ήπατος, της φλεγμονής και της νέκρωσης.

Στις χολοστατικές νόσους όπως η χολολιθίαση ή η καλοήθης απόφραξη, η πρωτοπαθής χολική κίρρωση και σε ορισμένες φαρμακολογικές αιτιολογίας ηπατικές νόσους, κυριαρχούν τα χαρακτηριστικά της παρεμπόδισης της ροής της χολής. Στις μεικτές μορφές υπάρχουν και στοιχεία ηπατοκυτταρικής και χολοστατικής βλάβης.

Ο τρόπος έναρξης και τα χαρακτηριστικά συμπτώματα μπορούν γρήγορα να υποδείξουν μια διάγνωση, ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται υπόψη μείζονες παράγοντες κίνδυνου όπως η ηλικία και το φύλο του ασθενούς, ιατρικό έκθεσης ή επικίνδυνες συμπεριφορές.<sup>12</sup>

Στα τυπικά κλινικά συμπτώματα της ηπατικής νόσου περιλαμβάνονται ο ίκτερος, η κόπωση, ο κνησμός, το άλγος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς, η διάταση της κοιλιάς και η αιμορραγία του έντερου. Σήμερα ωστόσο, πολλοί ασθενείς διαγιγνώσκονται ότι έχουν ηπατική νόσο χωρίς να έχουν συμπτώματα από την ανεύρεση παθολογικών τιμών στις βιοχημικές εξετάσεις της ηπατικής λειτουργίας στα πλαίσια μιας συνήθους κλινικής εξέτασης ή προληπτικού έλεγχου, κατά την αιμοδοσία ή σε εξετάσεις για ασφάλιση ή πρόσληψη σε εργασία.

Η ευρεία διαθεσιμότητα συσκευών για τις βιοχημικές εξετάσεις της λειτουργίας του ήπατος καθιστά σχετικά απλή την απόδειξη ύπαρξης ηπατικής βλάβης καθώς επίσης και τον αποκλεισμό της σε κάποιον με πιθανολογούμενη ηπατική νόσο.<sup>4</sup>

***Η εκτίμηση των ασθενών με ηπατική νόσο θα πρέπει να κατευθύνεται προς:***

- *Την επαλήθευση μιας αιτιολογικής διάγνωσης*
- *Την εκτίμηση της βαρύτητας*
- *Τον προσδιορισμό του σταδίου της νόσου*

Η διάγνωση θα εστιαστεί στη κατηγορία της νόσου, ηπατοκυτταρική, χολοστατική ή μεικτή καθώς επίσης και στην ειδική αιτιολογική διάγνωση. Ο στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει γενικές και αξιοπρόσεκτες αρχές στην εκτίμηση των ασθενών με ηπατική νόσο.



### **3.1.1 Κλινικό ιστορικό**

Το κλινικό ιστορικό θα εστιαστεί στα συμπτώματα της ηπατικής νόσου, στη φύση τους, στον τρόπο έναρξης και στην πρόοδο καθώς και στους δυνητικούς παράγοντες κίνδυνου για ηπατική νόσο.

Στα συμπτώματα του ασθενούς περιλαμβάνονται μη ειδικά συμπτώματα όπως κόπωση, αδυναμία, ναυτία, έλλειψη όρεξης και αδιαθεσία, καθώς και πιο ειδικά για το ήπαρ συμπτώματα όπως ίκτερο, σκοτεινόχρωμα ουρά, αποχρωματισμός κοπράνων, κνησμός, κοιλιακό άλγος και μετεωρισμός.

Τα συμπτώματα μπορούν να υποδηλώνουν επίσης την παρουσία κίρρωσης του ήπατος, ηπατικής νόσου, τελικού σταδίου ή επιπλοκών της κίρρωσης, όπως η πυλαία υπέρταση. Γενικά το σύνολο των συμπτωμάτων και ο τρόπος έναρξης τους, παρά ένα ειδικό σύμπτωμα, οδηγούν στο συμπέρασμα μιας αιτιολογίας.

Η κόπωση αποτελεί το πιο σύνηθες και το πιο χαρακτηριστικό συμπτώματα της ηπατικής νόσου. Αυτή περιγράφεται ποικιλοτρόπως ως λήθαργος, αδυναμία, νοθρότητα, αδιαθεσία, αυξημένη ανάγκη για ύπνο, έλλειψη ζωτικότητας ή ενεργείας.

Η κόπωση της ηπατικής νόσου παρουσιάζεται ή είναι σοβαρή τις πρωινές ώρες μετά από επαρκή ξεκούραση.

Είναι συχνά διαλείπουσα και ποικίλλουσα σε βαρύτητα από ώρα σε ώρα και από σε μέρα σε μέρα. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να μην είναι ξεκάθαρο εάν η κόπωση οφείλεται στην ηπατική νόσο ή σε άλλα προβλήματα όπως το στρες, το άγχος και οι διαταραχές ύπνου.

Η ναυτία εμφανίζεται σε πιο σοβαρές ηπατικές νόσους και μπορεί να συνοδεύει τη κόπωση ή να προκαλείται από οσμές τροφών ή τη βρώση λιπαρών τροφών. Εμετός μπορεί να εμφανίσει, όμως σπάνια είναι επίμονος ή σημαντικός. Μειωμένη όρεξη με απώλεια βάρους εμφανίζεται συνήθως σε οξείες ηπατικές νόσους αλλά σπάνια σε χρόνιες, εκτός εάν υπάρχει προχωρημένη κίρρωση.

Η διάρροια δεν είναι συχνή στην ηπατική νόσο, εκτός αν υπάρχει βαρύς ίκτερος όπου η ανεπαρκής ποσότητα των χολικών οξέων που φθίνουν στο έντερο μπορεί να προκαλέσει σταγονόρροια.

Αίσθημα δυσφορίας στο δεξιό υποχόνδριο ή άλγος παρουσιάζονται σε πολλές ηπατικές νόσους και συνήθως χαρακτηρίζεται από ευαισθησία πάνω στη περιοχή του ήπατος. Το άλγος προκαλείται από τη διάταση ή τον ερεθισμό της κάψας του Glisson, η οποία περιβάλλει το ήπαρ και έχει πλούσια νεύρωση.

Το σοβαρό άλγος είναι το τυπικό εύρημα σε νόσο της χοληδόχου κύστης, σε ηπατικά αποστήματα και σε σοβαρή φλεβοαποφρακτική νόσο, αλλά περιστασιακά συνοδεύει την οξεία ηπατίτιδα.

Ο κνησμός εμφανίζεται σε οξείες ηπατικές νόσους, πρώιμως σε αποφρακτικό ίκτερο (από απόφραξη των χοληφόρων ή φαρμακευτική χολοσταση) και λίγο αργότερα στην ηπατοκυτταρική νόσο (οξεία ηπατίτιδα). Κνησμός εμφανίζεται επίσης και σε χρόνιες ηπατικές νόσους, τυπικά στις χολοστατικού τύπου όπως η πρωτοπαθής χολική κίρρωση και η σκληρωτική χολαγγειίτιδα όπου είναι συχνά και το αρχικό σύμπτωμα το οποίο εμφανίζεται πριν την έναρξη του ίκτερου. Ωστόσο, κνησμός μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηπατική νόσο, ιδιαίτερα όταν είναι παρούσα κίρρωση.<sup>4</sup>

### **3.2 Αυτοάνοσες ηπατίτιδες**

Οι αυτοάνοσες ηπατίτιδες εκδηλώνονται σε γενετικώς προδιατιθέμενα άτομα όταν εκτεθούν σε άγνωστο ακόμη περιβαλλοντικό παράγοντα. Είναι συχνότερες στις γυναίκες και χαρακτηρίζονται από πολυκλωνικά υπεργαμμασφαιριναιμία και από τη παρουσία μη οργανικών αυτοαντισωμάτων ( αντιπυρηνικό-ANA έναντι λειών μυϊκών ινών SMA έναντι μικροσωματιών ήπατος και νεφρού LKM τύπου 1 έναντι του ευδιάλυτου αντιγόνου – SLA) που ανιχνεύονται με έμμεσο ανοσοφθορισμο με βάση τα αυτοαντισώματα αυτά οι ασθενείς με αυτοκίνηση ηπατίτιδα διακρίνονται σε 3 ομάδες: <sup>6</sup>

à LKM

à SLA

à SMA

#### **3.2.1 Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1**

Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Συνοδεύεται από διαταραχή της ανοσορρυθμικής και μειωμένη δραστηριότητα των κατασταλτικών T-λεμφοκυττάρων. Αυτό οδηγεί σε παράγωγη αντισωμάτων έναντι αντιγόνων που εκφράζονται στη μεμβράνη των ηπατοκυττάρων, πολυσυστηματικές εκδηλώσεις και συνύπαρξη με διάφορα αυτόνοσα νοσήματα όπως θυρεοειδίτιδα Hashimoto, σύνδρομο Sjorgen, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, ρευματοειδή αρθρίτιδα, κλπ. Επίσης συχνά συνοδεύεται από εξανθήματα και αμηνόρροια.

Η ΑΗ εκδηλώνεται συνήθως (60%) μη ήπια συμπτώματα όπως αδυναμία, ανορεξία και απώλεια βάρους, βάρος στο δεξιό υποχόνδριο, αρθραλγίες και μυαλγίες, δερματικά εξανθήματα και ήπια ( < 38C ) πυρετική κίνηση. Στο 30% των περιπτώσεων εκδηλώνεται οξείως με ίκτερο.

Σπανιότερα εκδηλώνεται ως οξεία ηπατική ανεπάρκεια με ίκτερο, εγκεφαλοπάθεια και διαταραχές της ηπτικήςότητας. Το 10% των ασθενών είναι συμπτωματικοί, όποτε η διάγνωση τίθεται μετά από τυχαία κλινική ή εργαστηριακή εξέταση.

Κατά τη κλινική εξέταση μπορεί να διαπιστωθούν ίκτερος, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία και ασκίτης. Κιρσοί του οισοφάγου ανευρίσκονται στο 20% των ασθενών. Σημαντικό ποσοστό (20-80%) ασθενών ευρίσκεται ήδη στο στάδιο της κίρρωσης κατά τη διάγνωση. Εξωηπατικές εκδηλώσεις εμφανίζονται σε ποσοστό 63% των ασθενών. Αυτές είναι: <sup>6</sup>

à Θυρεοειδοπάθεια

à Ελκώδης κολίτιδα

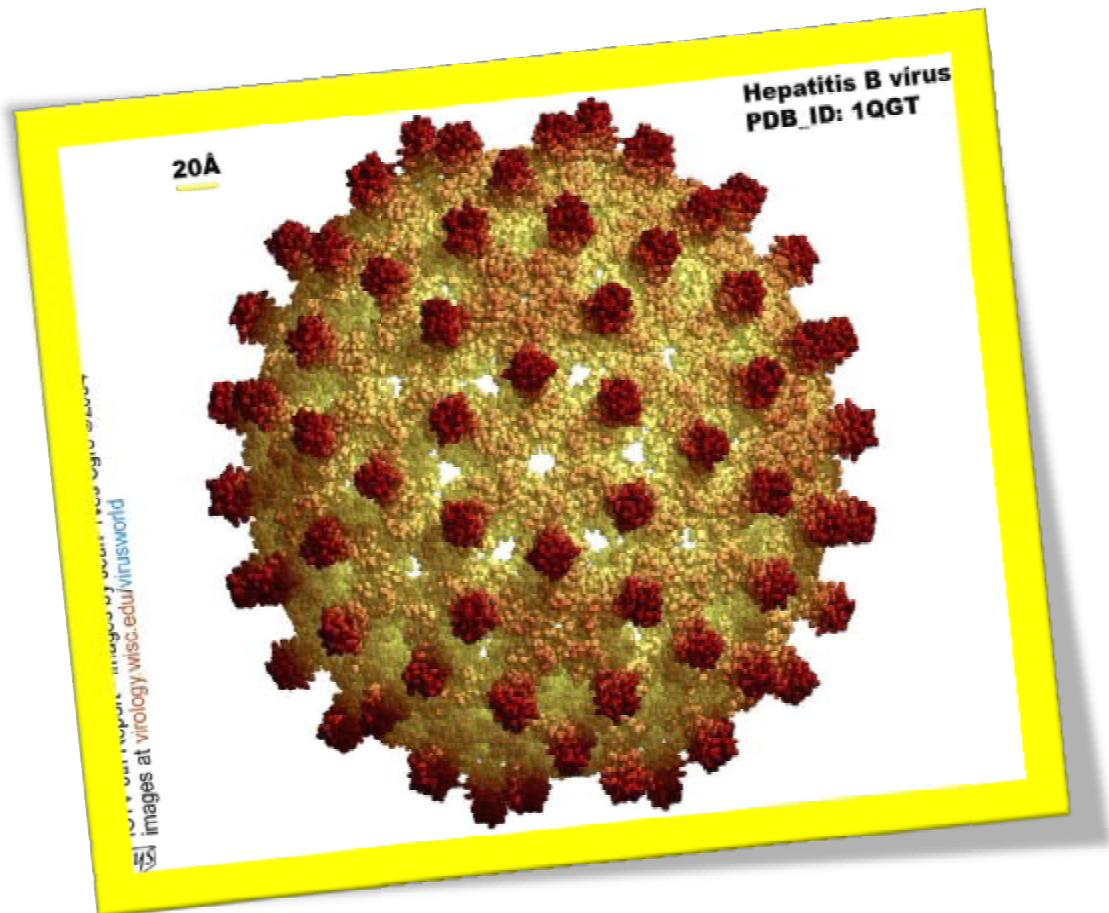
à Αιμολυτική αναιμία

à Θρομβοπενία

à Σακχαρώδης διαβήτης

à Άποιος διαβήτης

- à Μυασθένεια
- à Πνευμονικήένωση
- à Περικαρδίτιδα
- à Σπειραματονεφρίτιδα
- à Λειηνοειδήςπιτυρίαση
- à ΣύνδρομοSjogren
- à Ηωσινοφιλικόσύνδρομο



### 3.2.2 Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 2

Η αυτοάνοση ηπατίτιδα II που είναι συχνότερη στις γυναίκες, παρουσιάζει επιπολασμό σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, είναι εξαιρετικά σπάνια νόσος στις ΗΠΑ άλλα και στη χώρα μας. Στους ασθενείς με αυτοάνοση ηπατίτιδα II, τα ANA και SMA αντισώματα είναι αρνητικά, διαπιστώνονται συχνά αντιθυρεοειδικά (έναντι της θυρεοσφαιρίνης και των μικροσωματιών) και αντιτοιχωματικά του στομάχου αντισώματα, ενώ η υπεργαμμασφαιριναιμία δεν είναι τόσο εκσησημασμένη όπως στην αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1.

Το 42% των περιπτώσεων παρουσιάζουν θετικό το αντίσωμα έναντι της ηπατικής κυτοσολής 1 (αντί-LCI). Στο 30% των ασθενών, η νόσος αρχίζει ως οξεία ηπατίτιδα και εξελίσσεται ταχέως σε κίρρωση του ήπατος.

Στους ασθενείς με αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου II διαπιστώνονται συχνότερα εξωηπατικές εκδηλώσεις και σύνδρομα όπως λεύκη, θυρεοειδοπάθειες, ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα, μεγαλοβλαστική αναιμία, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, κυψελίδα, εντεροπάθεια από γλουτένη, δυστροφία των ονύχων και αλωπεκία.

Στους ασθενείς αυτούς τα κορτικοειδή αποτελούν αποτελεσματική θεραπεία αν και η πρόοδος της νόσου προς κίρρωση δεν αναστέλλεται πάντα.<sup>6</sup>

### 3.2.3 Κλινικές Εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις ασθενών με ΑΗ διαφέρουν σε αριθμό και βαρύτητα και διακρίνονται στις παρακάτω μορφές:

- **Ασυμπτωματική μορφή**

Το 20% περίπου των ασθενών δεν έχει εύρημα που να υποδηλώνει ηπατική νόσο και η διάγνωση τίθεται μετά από τυχαία κλινική ή εργαστηριακή εξέταση, με συχνότερα ευρήματα ηπατοσπληνομεγαλία και μέτρια ή μεγάλη αύξηση των αμινοτρανσφερασών. Σε ποσοστό περίπου 25% των ασθενών τίθεται καθυστερημένα η διάγνωση, ενώ ήδη έχουν εμφανίσει ίκτερο, ασκίτη, κίρρωση οισοφάγου και βρίσκονται στο στάδιο της κίρρωσης.

- **Οξεία μορφή**

Ένα μικρό ποσοστό ασθενών, στους οποίους πιθανώς έχει προηγηθεί μεγάλη ασυμπτωματική περίοδος, εμφανίζεται με εικόνα οξείας ικτερικής ηπατίτιδας, σπανίως κεραυνοβόλου.

- **Συμπτωματική μορφή**

Στους περισσότερους ασθενείς (60% των περιπτώσεων), η ΑΗ εκδηλώνεται με την τυπική κλινική εικόνα δηλαδή με κακουχία, καταβολή, ανορεξία, εύκολη κόπωση, ήπια πυρετική κίνηση (< 38°), απώλεια βάρους, αρθραλγίες, μυαλγίες, κνησμό με ή χωρίς εξάνθημα και διαταραχές εμμήνου ρύσης στις γυναίκες. Κατά την κλινική εξέταση μπορεί να συνυπάρχει ίκτερος, υπερτρίχωση, ακμή ή και τηλεαγγειεκτασίες. Το 50% των ασθενών αυτών, συγχρόνως ή κατά την εξέλιξη της ΑΗ, πάσχει και από άλλο αυτοάνοσο νόσημα σε ένα τουλάχιστον όργανο εκτός του ήπατος ή έχει κάποιο συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα. Συχνότερα συνυπάρχει δερματικό εξάνθημα

αυτοάνοσου αιτιολογίας, θυρεοειδίτιδα Hashimoto, αυτοάνοσος αιμολυτική αναιμία, ελκώδης κολίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα (PA) σύνδρομο Sjögren (SjS), συστηματικό σκληρόδερμα και πολυμυοσίτιδα.<sup>6</sup>

### **3.2.4 Κρυψιγενής Ηπατίτιδα**

Το 5-10% των περιπτώσεων οξείας ή χρόνιας ηπατίτιδας και κίρρωσης παραμένουν αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (κρυψιγενής ή ηπατίτιδα μη A-E). Περιπτώσεις κρυψιγενούς ηπατίτιδας έχουν κλινική έκφραση, γενετικό φαινότυπο και ανταπόκριση στα στεροειδή παρόμοια με τις αυτοάνοσες ηπατίτιδες. Δεν ανιχνεύονται αυτοαντισώματα ενώ μπορεί να συνυπάρχει χαρακτηριστική υπεργαμμασφαιριναιμία.

### **3.2.5 Αλκοολική ηπατοπάθεια**

Για την ανάπτυξη αλκοολικής κίρρωσης του ήπατος απαιτείται καθημερινή χρήση αιθυλικής αλκοόλης μεγαλύτερη από 20-40 gr στις γυναίκες, ενώ στους άντρες 40-60 gr για τουλάχιστον 10-12 χρόνια. Οι περισσότεροι δεν είναι εξαρτημένοι άλλα κάνουν αυξημένη χρήση συχνά στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής ξεπερνώντας τα όρια που αναφέρθηκαν.

Η συχνότητα της αλκοολικής ηπατοπάθειας αυξάνεται συνεχώς και στη χώρα μας. Οι γυναίκες είναι πλέον ευαίσθητες σε σχέση με τους άντρες για την πρόκληση ηπατικής νόσου.

Η σημαντική αυτή διάφορα οφείλεται στον μεταβολισμό της αιθυλικής αλκοόλης στο ήπαρ και στο ανώτερο πεπτικό (μειονεκτικότητα της αλκοολικής δευδρογένεσης του στομάχου). Η συχνότητα σε γυναίκες αυξάνεται συνεχώς λόγω κοινωνικής ανοχής και εύκολης ανεύρεσης.

Το 80% των ασθενών παρουσιάζουν λίπωση, το 10-35% αλκοολική ηπατίτιδα (στεατοηπατίτιδα) και το 10% κίρρωση (συχνά συνυπάρχουν). Η πορεία μετά τη λίπωση είναι άγνωστη και εξαρτάται από το γενετικό υλικό. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κίνδυνου είναι το φύλο, η συλλοίμωξη με τον HCV και η κακή διατροφή. Η παθογένεια είναι άγνωστη και αποδίδεται σε κυτταροτοξικότητα της ακεταλδεύδης σε ανοσιακή απάντηση σε νέο-αντιγόνα και σε παραγωγή κυτταρογόνων. Στις τελευταίες οφείλονται ο πυρετός, η λευκοκυττάρωση και η ανορεξία της αλκοολικής ηπατίτιδας.

Σημαντικό ρολό παίζουν και οι χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις HBV, HCV. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της κλινικής σημειολογίας της κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης είναι η άρνηση του ασθενούς να παραδεχτεί το πρόβλημα με αποτέλεσμα να αποκαλύπτεται αυτό από τις συνέπειες και τις επιπλοκές του.

Χρειάζεται διαφορική διάγνωση από τη μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα, που είναι η συχνότερη αιτία αυξήσεως των αμινοτρανσφεράσεων σε αιμοδότες. Δεν υπάρχει διαγνωστικός εργαστηριακός δείκτης της παρουσίας μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας και η διαφορική διάγνωση από την αλκοολική ηπατοπάθεια παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες. Το 80% των ασθενών με μη αλκοολική-στεατοηπατίτιδα παρουσιάζουν μικρή αύξηση των τρανσαμινάσεων και σπανιότερα αύξηση της ALP και της γ-GT.

Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από τη διακοπή του οινοπνεύματος. Η λίπωση που υποχωρεί σε 4-6 εβδομάδες και η φλεγμονή του ήπατος είναι αναστρέψιμα με τη διακοπή της αιθυλικής αλκοόλης.

Συχνά εκδηλώνεται παροδική επιδείνωση της κλινικής κατάστασης παρά τη διακοπή της χρήσεως. Οι ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα παρουσιάζουν θνητότητα 70%. Κακούς προγνωστικούς δείκτες αποτελούν η λευκοκυττάρωση, η ίνωση, ο ασκίτης, η εγκεφαλοπάθεια, η λειτουργική νεφρική ανεπάρκεια και η διαταραχή της πηκτικότητας.

Θεραπευτικώς τη μεγαλύτερη σημασία έχει η διακοπή του οινοπνεύματος που οδηγεί σε υποχώρηση της λιπώδους διήθησης των σωματίων του Mallory και πιθανόν και του συνδετικού ιστού, γεγονός που έχει μεγάλη σημασία για τη μείωση της πίεσης στο πυλαίο σύστημα.

Συνίσταται άμεση διακοπή της χρήσεως με τη βοήθεια της οικογένειας, της κοινωνικής υπηρεσίας και ειδικού ψυχιάτρου. Χορηγούνται βιταμίνες του συμπλέγματος Β (προ της χορήγησης υδατανθράκων για την πρόληψη του συνδρόμου Korsakoff) και φυλλικό οξύ ( για την αντιμετώπιση πιθανής έλλειψής του). Ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα και με ηπατική εγκεφαλοπάθεια πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με χορήγηση κορτικοειδών (πρεδνιζόλη 40 mg/ημερ για 4 εβδομάδες).<sup>11</sup>

### **3.2.7 Μη αλκοολική λιπώδη νόσος του ήπατος**

Οι λιπώσεις (στεατώσεις) και οι στεατοηπατίτιδες διακρίνονται σε αλκοολική και μη αλκοολική. Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος αναφέρεται στην λίπωση των ηπατοκυττάρων που μπορεί να συνοδεύεται από φλεγμονή και ίνωση σε άτομα που δε καταναλώνουν οινοπνευμα σε δόση που θεωρείται βλαπτική για το ήπαρ.

Όταν ιστολογικά διαπιστώνεται φλεγμονή, τίθεται η διάγνωση της στεατοηπατίτιδας(μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα) η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση του ήπατος.

Η νόσος αναγνωρίζεται, με αυξανόμενη συχνότητα, ως σημαντική αιτία χρόνιας ηπατοπάθειας και κίρρωσης. Η αύξηση επιπολασμού είναι παράλληλη με την αύξηση του σωματικού βάρους και τη συχνότητα της παχυσαρκίας στον γενικό πληθυσμό.

Η παλαιότερα διάχυτη αντίληψη ότι η κακή διατροφή μπορεί να προκαλέσει ηπατοπάθεια αποδίδεται πλέον στην πρόκληση μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας.

Η απώλεια βάρους οδηγεί σε υποχώρηση της λίπωσης του ηπατικού λοβίου. Επιπλέον εμφανίζεται σε παχύσαρκα άτομα που δεν παρουσιάζουν ΣΔ. Το 30-80% των παχύσαρκων πάσχουν από ΜΑΛΝΗ.

Ασθενείς με κεντρικού τύπου παχυσαρκία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ΜΑΛΝΗ.

Η νοσηρά παχυσαρκία προκαλεί σοβαρό αριθμό επιπλοκών στις όποιες πρέπει να προστεθεί η πιθανότητα ανάπτυξης κίρρωσης του ήπατος.

Η παθογένεια της νόσου αποδίδεται στην λίπωση που προκαλείται λήγω αντίστασης στην ινσουλίνη και στη χρόνια φλεγμονή λήγω του οξειδωτικού στρες με παραγωγή κυτταροκινών με δράση ενδοτοξινών ή και με άλλους παράγοντες. Σημαντικοί για τη πρόοδο της νόσου είναι περιβαλλοντικοί, οικογενειακοί και διαιτητικοί παράγοντες.<sup>13</sup>

### 3.2.8 Φαρμακευτική νόσος του ήπατος

Ηπατική βλάβη μπορεί να προκληθεί από εισπνοή, κατάποση ή παρεντερική χορήγηση διαφόρων φαρμακευτικών και χημικών ουσιών όπως πχ βιοχημικές τοξίνες (κίτρινος φώσφορος, τετραχλωράνθρακας και τριχλωραιθυλένιο) και συνηθέστερα από φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική. Είναι σημαντικό κάθε ασθενής που παρουσιάζεται με ίκτερο και μεταβολή των βιοχημικών εξετάσεων του ήπατος να ρωτάται λεπτομερώς για πιθανή έκθεση σε χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην εργασία ή στο σπίτι, για τη λήψη φάρμακων κατόπιν συνταγής ή χωρίς, βοτάνων ή εναλλακτικών φάρμακων.

Τα ηπατοτοξικά φάρμακα μπορούν να βλάψουν το ηπατοκύτταρο απευθείας πχ μέσω ελεύθερης ρίζας ή ενδιάμεσου μεταβολίτη που προκαλεί υπεροξειδωση των λιπιδίων της μεμβράνης. Κατ'άλλο τρόπο, το φάρμακο ή ο μεταβολίτης του είναι δυνατό να παραμορφώσει τις κυτταρικές μεμβράνες ή άλλα κυτταρικά μόρια, ή να παρακωλύσει βιοχημικές οδούς ή την κυτταρική ακεραιότητα.<sup>5</sup>

### 3.3 Ιογενείς Ηπατίτιδες

Είναι η λοίμωξη του οργανισμού με ιό, στην οποία η νέκρωση και φλεγμονή του ηπατικού παρεγχύματος ευθύνονται για τις περισσότερες κλινικές και εργαστηριακές διαταραχές. Περιλαμβάνει ευρύ φάσμα κλινικών συνδρόμων από τις βαρύτερες μορφές ηπατικής βλάβης με γρήγορη κατάληξη σε ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο. Προκαλείται από 5 τουλάχιστον ιούς ηπατίτιδας τον Α, Β, C, D και Ε έως και από άλλους ιούς που φέρονται ως ηπατιτιδομιμητικοί ιοί όπως ο ιός Epstein Barr, ο ιός του κίτρινου πυρετού.

Παρ'όλον ότι μεταξύ των διαφόρων τύπων (Α έως Ε) ιογενούς ηπατίτιδας υπάρχουν διαφορές από πλευράς επιπολασμού, κλινικής βαρύτητας εξωηπατικών εκδηλώσεων, εξελίξεως σε χρονιότητα και επιπλοκών, ωστόσο μια κοινή θεώρηση όλων εν γένει των τύπων οξείας και χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας είναι απαραίτητη. Άλλωστε, η κλινική διάκριση μεταξύ των διαφόρων ιολογικών τύπων ηπατίτιδας δεν είναι δυνατή.<sup>9</sup>

*Η ηπατίτιδα μπορεί να είναι είτε οξεία, να εμφανιστεί δηλαδή ξαφνικά λίγες εβδομάδες μετά τη μετάδοση του ιού και να αυτοϊαθεί σε λίγους μήνες, (χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ηπατίτιδα Α, που δε γίνεται ποτέ χρόνια) είτε χρόνια, η οποία μπορεί να προκληθεί από τους ιούς της ηπατίτιδας Β, D και κυρίως της ηπατίτιδας C. Η ιογενής ηπατίτιδα εξακολουθεί να μαστίζει εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους στον πλανήτη και αποτελεί τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 300.000 άνθρωποι είναι φορείς της ηπατίτιδας Β και 150.000 είναι φορείς της ηπατίτιδας C.*

Η ηπατίτιδα διαχωρίζεται συνήθως σε **οξεία** και **χρονία** και τις περισσότερες φορές οφείλεται σε ιούς που προσβάλλουν ειδικά το συκώτι προκαλώντας αντίστοιχους τύπους ηπατίτιδας -π.χ. ηπατίτιδα τύπου Β ή τύπου Α κ.λπ.

Η φλεγμονή στο ήπαρ όμως μπορεί να προκληθεί και από άλλα αίτια. Η πάθηση μπορεί να ακολουθήσει υποκλινική πορεία, δηλαδή να μην προκαλεί κανένα έντονο σύμπτωμα ή αντίθετα να είναι κεραυνοβόλος, οπότε ο ασθενής χρειάζεται μια μεταμόσχευση ήπατος.

Η μετάδοση των παραπάνω ιών ηπατίτιδας πραγματοποιείται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού, δηλαδή με τη κατανάλωση τροφίμων ή νερού που έχουν μολυνθεί από περιττώματα πάσχοντος ατόμου, στα οποία αποβάλλεται οίος.

Δεν υπάρχουν χρόνιοι «φορείς» αυτών των μορφών ιογενούς ηπατίτιδας. Μάλιστα, και το άτομο το οποίο πάσχει και το οποίο είναι σε θέση να μεταδώσει τη λοίμωξη μπορεί να μην παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα όταν βρίσκεται στο στάδιο επώασης της νόσου (που διαρκεί 2-3 εβδομάδες), ενώ παράλληλα αποβάλλει – σε μεγάλο βαθμό– τον ιό στα κόπρανα.<sup>8</sup>

Η κατανάλωση θαλασσινών, κυρίως οστρακοειδών, που η προέλευσή τους είναι άγνωστη (αλίευση σε μολυσμένα από αποχετεύσεις νερά), είναι δυνατό να προκαλέσει οξεία ηπατίτιδα Α ή Ε σε χώρες που ενδημεί η νόσος. Επίσης, η εποχιακή εργασία οικονομικών μεταναστών που προέρχονται από χώρες υψηλού επιπολασμού των ιογενών αυτών μορφών ηπατίτιδας σε ταβέρνες, εστιατόρια και ξενοδοχεία, σε συνδυασμό με την απουσία τήρησης των στοιχειωδών κανόνων προσωπικής υγιεινής (πλύσιμο χεριών πριν και μετά τη χρήση τουαλέτας, πριν την παρασκευή και διαχείριση τροφίμων κ.λπ.) μπορεί να αποτελεί την αιτία μετάδοσης των ιών της ηπατίτιδας Α και Ε. Προσοχή, λοιπόν, στην κατανάλωση οστρακοειδών αγνώστου προέλευσης, νερού από μη ελεγχόμενες πηγές και γενικότερα στην κατανάλωση ωμών φρούτων και λαχανικών, ιδιαίτερα όταν επισκέπτεστε «εξωτικούς» αλλά και δυνητικά «επικίνδυνους» προορισμούς.

Τα συμπτώματα των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα δεν εξαρτώνται από τον ιό της ηπατίτιδας του κάθε ασθενούς, αλλά από το αν η ηπατίτιδα είναι οξεία ή χρονία. 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.<sup>14</sup>

Τα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας, συνήθως, είναι ήπια (μοιάζει με απλή ίωση) έως ανύπαρκτα, ενώ κάποιοι ασθενείς κιτρινίζουν (ίκτερος) και έχουν σκοτεινόχρωμα ούρα (σαν κονιάκ). Σπάνια (<2%) η οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ βαριά πορεία, οπότε χαρακτηρίζεται ως κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα, με πολύ υψηλή θνητότητα (70-90%), αν δεν μεσολαβήσει επείγουσα μεταμόσχευση του ήπατος.

### **3.3.1 Ηπατίτιδα Α**

Ο ιός της ηπατίτιδας Α κατατάσσεται στους πικορναϊούς. Ο τυπικός από τους ιούς αυτού του γένους (HAV) είναι ένας μικρός, θετικής έλικας RNA ιός που παλαιότερα ονομάζονταν εντεροϊός 72.

Το RNA του ιού είναι μονής έλικας. Ο ιός της ηπατίτιδας Α που έχει ως πυρηνικό οξύ RNA υπάγεται στο γένος Hepatovirus. Ο HAV έχει ονομαστεί ηπατίτιδα βραχείας επώασης ή απλά λοιμώδης ηπατίτιδα. Ο HAV διασπείρεται με την κατανάλωση μολυσμένου ύδατος και τροφών και αποβάλλεται με τα κόπρανα 2 με 3 εβδομάδες



πριν και 1 εβδομάδα μετά την εγκατάσταση του ίκτερου. Ο HAV δεν αποβάλλεται σε σημαντικές ποσότητες στο σάλιο, τα ούρα ή το σπέρμα.

Η στενή επαφή με ένα προσβεβλημένο άτομο ή η κοπρανοστοματική μόλυνση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου αντανakλά τις περισσότερες περιπτώσεις και εξηγεί τις εξάρσεις της νόσου σε χώρους ιδρυμάτων όπως σχολεία και παιδικούς σταθμούς. Η νόσος εμφανίζεται σποραδικά ή κατά επιδημίες και έχει χρόνο επώασης 15-45 ημέρες.

Η κλινική εικόνα συνήθως είναι ήπια, ιδιαίτερα στα παιδιά στα οποία είναι υποκλινική ή παίρνει τη μορφή γαστρεντερίτιδας. Στους ενήλικες είναι πιο βαριά και παρατεταμένη. Ο πυρετός συνήθως είναι μέτριος και πιθανόν να υπάρχει αίσθημα δυσφορίας στο επιγάστριο.

Με την εμφάνιση του ίκτερου τα ούρα σκουραίνουν, τα κόπρανα παίρνουν ανοικτό χρώμα και η γενική συμπτωματολογία αρχίζει να υποχωρεί. Καθώς ο ίκτερος βαθαίνει, η όρεξη αποκαθίσταται και ο πυρετός επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια.

### **3.3.2 Ηπατίτιδα Β**

Ο ιός Β είναι DNA ιός διαμέτρου 42 nm. Αποτελείται από εξωτερικό περίβλημα το οποίο περιέχει το επιφανειακό αντιγόνο (HBsAg) και το πυρηνοκαψίδιο, που εκφράζει το αντιγόνο του πυρήνα (HBcAg) και το αντιγόνο (HBeAg) και περιέχει το DNA πολυμεράση. Πολλαπλασιάζεται στο ήπαρ.

Ο ιός και μικρά σφαιρικά και κυλινδρικά σωματίδια, τα οποία προέρχονται από το περίβλημα και έχουν μόνο αντιγονικές ιδιότητες, κυκλοφορούν στο αίμα.

Η ηπατίτιδα που προκαλείται από τον ιό Β αποτελεί σοβαρό ιατρικό πρόβλημα λόγω του ότι τα νοσούντα άτομα γίνονται συχνά φορείς και υπάρχει πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.

Υπολογίζεται ότι πάνω από 300 εκατομμύρια άτομα φέρουν τον ιό παγκοσμίως και από αυτούς περίπου 500.000 καταλήγουν από συνέπειες της νόσου.

Η μετάδοση του ιού ηπατίτιδας Β γίνεται κυρίως παρεντερικά ή σεξουαλικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένα βιολογικά υγρά (αίμα, σπέρμα). Ο ιός δεν μεταδίδεται από μαγειρικά σκεύη, τουαλέτες ή γενικότερα με την κοινωνική επαφή. Οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης στην ηπατίτιδα Β έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β γίνεται με φάρμακα που βοηθούν το ανοσοποιητικό σύστημα στη μάχη του εναντίον του ιού (υποδόριες ενέσεις ιντερφερόνης άλφα) ή με φάρμακα που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού (κυκλοφορούν 5 σκευάσματα). Συχνά τα φάρμακα δεν εκριζώνουν τον ιό, αλλά καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου αναστέλλοντας την ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Πιθανολογείται ότι στο άμεσο μέλλον οι συνδυασμοί φαρμάκων θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η πρόληψη της ηπατίτιδας Β στηρίζεται στον εμβολιασμό. Πρόληψη παρέχεται με εμβόλια που είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Στη χώρα μας γίνεται μεγάλη προσπάθεια περιορισμού της μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β μέσω ενημερωτικών εκστρατειών και εκτεταμένων προγραμμάτων εμβολιασμού. Σήμερα, είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός όλων των βρεφών και εφήβων.<sup>15</sup>

Η νόσος έχει χρόνο επώασης 30-180 ημέρες. Στην ηλικία <2 ετών, η λοίμωξη, συνήθως είναι ασυμπτωματική.

Στην ηλικία της πρώτης 10-ετίας παρουσιάζονται συμπτώματα σε ποσοστό 4-16% των προσβληθέντων. Στους ενήλικους η κλινική εκδήλωση είναι εμφανής στην

πλειονότητα των αρρώστων, 75-95%. Η τυπική οξεία ιογενής ηπατίτιδα αρχίζει με μια πρόδρομη φάση, που διαρκεί μερικές ημέρες και χαρακτηρίζεται από γενικά και από γαστρεντερικά συμπτώματα: κακουχία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, έμετο, μυαλγίες, κεφαλαλγία και ίσως ελαφρό πυρετό.

Άλλοτε είναι δυνατό να προεξάρχουν τα συμπτώματα της <<γρίπης>> ή να παρατηρηθεί αρθρίτιδα και κνίδωση που αποδίδεται σε εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων, ιδιαίτερα στην ηπατίτιδα Β. Οι καπνιστές συχνά αναφέρουν απέχθεια προς το κάπνισμα. Το ήπαρ είναι συνήθως διογκωμένο και ευαίσθητο στην ψηλάφηση και στο 20%, περίπου, των περιπτώσεων παρατηρείται και σπληνομεγαλία.

Η απελευθέρωση τρανσαμινασών (ALT και AST, SGPT και SGOT αντίστοιχα) από τα ηπατικά κύτταρα, εξαιτίας της οξείας βλάβης τους, συνεπάγεται αύξηση των τρανσαμινασών, συχνά σε επίπεδα που υπερβαίνουν το 20πλάσιο των φυσιολογικών. Παρατηρούνται επίσης χολερυθρινουρία, αύξηση της χολερυθρίνης του ορού και μικρή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού. Ο αριθμός των λευκοκυττάρων είναι φυσιολογικός ή ελαφρά ελαττωμένος<sup>16</sup>

### **3.3.4 Ηπατίτιδα C**

Η ηπατίτιδα C οφείλεται στον ιό HCV (HepatitisCvirus), ο οποίος έχει μονή έλικα RNA και έλυτρο και έχει χαρακτηριστεί ως Flavivirus της οικογένειας Flaviviridae. Ο ιός HCV κοινοποιήθηκε από τον παράγοντα nonA – nonB ο οποίος ήταν υπεύθυνος για την πλειονότητα των περιπτώσεων ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση, αλλά δεν υπήρχε η δυνατότητα να ελεγχθεί ορολογικά. Ο ιός HCV ελέγχεται ορολογικά. Ο ιός HCV είναι διαδεδομένος σε πολλές χώρες. Αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως.

Ειδικότερα στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 2% του γενικού πληθυσμού, δηλαδή 200.000 άνθρωποι, έχουν χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C. Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος.

Η πλειονότητα (75-80%) των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα C δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, αλλά δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς (65-85%) δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό και αναπτύσσουν στη συνέχεια χρόνια ηπατίτιδα C. Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C δεν έχουν συνήθως κανένα σύμπτωμα, αλλά 15-20% από αυτούς αναπτύσσουν κίρρωση εντός 20ετίας.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, εκρίζωση της ηπατίτιδας C επιτυγχάνεται σε ποσοστό 50 με 80%. Βασίζεται στη συνδυασμένη χορήγηση ενέσεων ιντερφερόνης-άλφα (συνήθως μία ένεση την εβδομάδα) και δισκίων ριμπαβιρίνης.

Τα φάρμακα χορηγούνται για 6 ή 12 μήνες και παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και γι' αυτό όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία, θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση από γιατρούς εξοικειωμένους με τα φάρμακα αυτά. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία και τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να μεγιστοποιούν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Δυστυχώς, για την ηπατίτιδα C δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο.<sup>17</sup>

Η ηπατίτιδα C παρουσιάζει οξεία συμπτώματα μόλις στο 15% των περιπτώσεων.

Τα συμπτώματα είναι τις περισσότερες φορές ήπια και ασαφή, συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης όρεξης, της κούρασης, της ναυτίας, των πόνων στους μύες ή τις αρθρώσεις και της απώλειας βάρους. Μόνο ελάχιστες περιπτώσεις οξείας λοίμωξης συνδέονται με ίκτερο.

Η λοίμωξη υποχωρεί χωρίς θεραπεία στο 10-50% των ανθρώπων, ενώ στις νεαρές γυναίκες υποχωρεί συχνότερα από ότι σε άλλα άτομα.

Ο κύριος τρόπος μετάδοσης στον ανεπτυγμένο κόσμο είναι η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών (XEN). Στον αναπτυσσόμενο κόσμο η ασθένεια μεταδίδεται κυρίως από μεταγγίσεις αίματος και μη ασφαλείς ιατρικές διαδικασίες.

Το αίτιο της μετάδοσης παραμένει άγνωστο στο 20% των περιπτώσεων, ωστόσο πολλές από αυτές τις περιπτώσεις οφείλονται πιθανότατα σε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

Το εάν η ηπατίτιδα C μπορεί να μεταδοθεί μέσω της σεξουαλικής επαφής δεν είναι γνωστό. Παρόλο που δεν υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής δραστηριότητας και της ηπατίτιδας C, δεν είναι ξεκάθαρο εάν η μετάδοση της ασθένειας οφείλεται στη χρήση ναρκωτικών, η οποία δεν αναφέρθηκε, ή στην ίδια τη σεξουαλική επαφή. Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για τα ετερόφυλα ζευγάρια που δεν έχουν άλλους σεξουαλικούς συντρόφους.

Οι σεξουαλικές πρακτικές που περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα τραυμάτων στο εσωτερικό τοίχωμα του πρωκτικού καναλιού, όπως η πρωκτική διείσδυση, ή που λαμβάνουν χώρα όταν υπάρχει επίσης σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, συμπεριλαμβανομένου του HIV ή του έλκους των γεννητικών οργάνων, ενέχουν κίνδυνο. Η κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών συνιστά τη χρήση προφυλακτικού για την πρόληψη της μετάδοσης της ηπατίτιδας C μόνο στα άτομα με πολλαπλούς συντρόφους.<sup>18</sup>

### **3.3.4 Ηπατίτιδα D**

Ένας τύπος ηπατίτιδας που προκαλείται από τον ιό δέλτα της ηπατίτιδας (HDV). Θεωρείται ως «ελαττωματικός» ιός, επειδή μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη μόνο όταν είναι παρών ο ιός της ηπατίτιδας B (HBV) και επομένως μπορεί να προληφθεί μέσω εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας B. Είναι σπάνιος στις Η.Π.Α.

Σε υγιείς ανθρώπους, ταυτόχρονη μόλυνση με HDV και HBV συνήθως προκαλεί οξεία νόσο και ανάρρωση με ανοσία. Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα B, μπορεί να προκαλέσει σοβαρή οξεία νόσο ή συχνότερα, χρόνια προοδευτική νόσο που μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση. Η θνησιμότητα είναι σχεδόν 10%.

Τα αντιγόνα ηπατίτιδας D (HDV RNA) βρίσκονται στο αίμα και στο ήπαρ και διεγείρουν την παραγωγή ενός αντισώματος που εμφανίζεται μόνο επί μικρό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια πρώιμης οξείας λοίμωξης. Ο ιός της ηπατίτιδας D μερικές φορές αναφέρεται ως δέλτα ηπατίτιδα.<sup>1</sup>

### 3.3.5 Ηπατίτιδα Ε

Η ηπατίτιδα Ε είναι υπεύθυνη για επιδημίες που συμβαίνουν κυρίως σε αναπτυσσόμενες χώρες και είναι σπάνια σε Δυτική Ευρώπη και Αμερική. Μεγάλες επιδημίες έχουν αναφερθεί σε χώρες Κεντρικής Ασίας καθώς και σε Βόρεια και Κεντρική Αφρική. Η μετάδοση της είναι παρόμοια με της ηπατίτιδας Α με τη κοπρανοστοματική οδό και σχετίζεται με συνθήκες πτωχής υγιεινής και κατανάλωση μολυσμένου νερού και τροφής. Έχει περίοδο επώασης 15-60 μέρες αλλά είναι λιγότερο μεταδοτική σε σχέση με την ηπατίτιδα Α. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε εγκύους λόγω του αυξημένου ποσοστού οξείας ηπατικής ανεπάρκειας από τη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Ε.<sup>6</sup>

Εμβόλιο κατά της Ηπατίτιδας



# Κεφάλαιο 4

## Οξείες και χρόνιες ηπατίτιδες

#### **4.1 Οξεία ιογενής ηπατίτιδα**

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 δικαιολογώντας έτσι την άγνοια πολλών ατόμων όταν πληροφορούνται για την ύπαρξη σημείων παλαιότερης οξείας ηπατίτιδας, που προκύπτει από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών-αιματολογικών εξετάσεων.

Τα κύρια συμπτώματα, όταν υπάρχουν, είναι έντονη αδυναμία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, έμετοι, μυαλγίες, αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο, αρθραλγίες, πυρετός και αποστροφή στο κάπνισμα, ενώ κάποιοι ασθενείς κιτρινίζουν (ίκτερος) και έχουν σκοτεινόχρωμα ούρα (σαν κονιάκ).

Σπάνια (<2%) η οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ βαρεία πορεία, οπότε χαρακτηρίζεται ως κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα. Η κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ υψηλή θνητότητα (70-90%), αν δεν μεσολαβήσει επείγουσα μεταμόσχευση του ήπατος. Προκαλείται από τους 5 ιούς της ηπατίτιδας καθένας από τους οποίους δεν θεωρείται κυτταροπαθογόνος, η δε οξεία ηπατική νέκρωση και φλεγμονή αποδίδονται σε ανοσιακή καταστροφή των μολυσμένων ηπατοκυττάρων. Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα διακρίνεται σε 4 τύπους.<sup>18</sup>

- 1. Λοιμώδης ηπατίτις (IH=infected Hepatitis) που προκαλείται από τον ιό A και έχει βραχύ χρόνο επώασης, δηλαδή 3-6 εβδομάδες.**
- 2. Ηπατίτις από ορόλογο ορό (SH=Serum Hepatitis) που προκαλείται από τον ιό B και έχει μακρό χρόνο επώασης, δηλαδή 3-6 μήνες.**
- 3. Ηπατίτις C η οποία είναι A, non B (non A, non B Hepatitis) και προκαλείται από ένα μικρό RNA ιό.**
- 4. Ηπατίτις E η οποία μεταδίδεται με το σίελο και τα κόπρανα.**

Η οξεία ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται στη δράση τοξικών ουσιών ή ιών. Αυτές που οφείλονται σε ιούς, εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας που εμφανίζονται, είναι σημαντικότερες και χωρίζονται σε 2 τύπους:

- Την επιδημική ηπατίτιδα και
- Ηπατίτιδα εξ ορόλογου ορού.

Η επιδημική μορφή οφείλεται στον ιό A και εμφανίζεται ιδιαίτερα σε κλειστές κοινωνίες (κολέγια, στρατόπεδα και άλλα). Μεταδίδεται με το νερό και τα τρόφιμα που έχουν μολυνθεί από τα κόπρανα πάσχοντων η υγιών φορέων.

Η ηπατίτιδα από ορό, αντίθετα, οφείλεται σε μόλυνση από τον ιό B και μεταδίδεται με σύριγγες που χρησιμοποιήθηκαν σε προηγούμενη φάση για ενέσεις ή τη λήψη δειγμάτων αίματος από άτομα που στο αίμα τους υπάρχει αυτός ο ιός. Από εδώ πηγάζει η ανάγκη να χρησιμοποιούνται σύριγγες και βελόνες απόλυτα αποστειρωμένες, για να καταφέρουμε να έχουμε μια επαρκή προφύλαξη.

Η ηπατίτιδα από ορό προσβάλλει άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στην επιδημική μορφή ηπατίτιδας, που προσβάλλει κυρίως νέους που δεν έχουν ακόμα συμπληρώσει τα 30 χρόνια ζωής.

Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα στην οξεία μορφή της θεραπεύεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Όμως στην περίπτωση της ηπατίτιδας από ορό μπορεί να υπάρξει κεραυνοβόλα εξέλιξη της νόσου. Καμιά φορά υπάρχει η μετατροπή σε χρόνιες μορφές, που μπορεί να εξελιχθούν σε κίρρωση του ήπατος.<sup>6</sup>

Η πλήρης ανάπαυση αποτελεί το βασικό στοιχείο της θεραπείας. Τα γεύματα πρέπει να είναι ελαφρά και θρεπτικά, με απόλυτη απαγόρευση των οινοπνευματωδών ποτών. Και το κάπνισμα επιπλέον αντενδείκνυται. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β, η βιταμίνη C και Κ και ορισμένα αμινοξέα έχουν ηπατοπροστατευτική δράση.

Η ηπατίτιδα μπορεί να είναι οξεία, να εκδηλωθεί δηλαδή ξαφνικά σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες μετά τη μόλυνση από ιό και να θεραπευθεί από μόνη της, ή μπορεί να γίνει χρόνια, όπου το αίτιο παραμένει και η νόσος εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς, σε μερικές περιπτώσεις και χωρίς συμπτώματα, για πολλά χρόνια.

Η χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να οδηγήσει σταδιακά σε καταστροφή του ήπατος και να απειλήσει τη ζωή του ανθρώπου. Οξεία ιογενής ηπατίτιδα είναι μια βραχυπρόθεσμη, ιογενής λοίμωξη. Αυτό συμβαίνει όταν πρέπει πρώτα να μολυνθεί με τον ιό και μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οξεία λοίμωξη οδηγεί σε χρόνια λοίμωξη. Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα είναι μια μακροχρόνια λοίμωξη που μπορεί να διαρκέσει μια ζωή.

Οι πιο γνωστοί ιοί ηπατίτιδας, είναι οι **A, B, C, D και E**.

Εκτός από τους παραπάνω ιούς ηπατίτιδας υπάρχουν και κάποιοι άλλοι ιοί που δεν προσβάλλουν αποκλειστικά το ήπαρ, αλλά μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα ταυτόχρονα με προσβολή και άλλων οργάνων του ανθρώπου και χαρακτηρίζονται ως ηπατοτρόποι ιοί.

Η οξεία ηπατίτιδα εμφανίζεται λίγες εβδομάδες έως μήνες μετά την είσοδο του ιού της ηπατίτιδας στο ανθρώπινο σώμα.<sup>19</sup>

#### **4.1.1 Κλινική εικόνα οξείας ιογενούς ηπατίτιδας**

Οι βλάβες που προκαλούν και οι 2 ιοί στο συκώτι είναι οι ίδιες και συνίστανται στη καταστροφή των κύτταρων όπου ο ιός εγκαθίσταται. Στην περίπτωση της ηπατίτιδας από τον ιό Α υπάρχει εγκατάσταση του Ίου στον πεπτικό σωλήνα, δημιουργώντας έτσι μια κλινική εικόνα με ναυτία, έμετο και διάρροια. Στην ηπατίτιδα από τον ιό Β, αντίθετα η εγκατάσταση του ιού είναι μόνο μέσα στο αίμα.

Η ικτερική φάση με την οποία πραγματοποιείται η εκδήλωση της νόσου αρχίζει σχεδόν ξαφνικά με αποβολή ούρων σκούρου χρώματος και οι σκλήροι των ματιών παίρνουν ένα κιτρινωπό χρώμα.

Στις μέρες που ακολουθούν ίκτερος εξαπλώνεται στο δέρμα όλου του σώματος. Στην κυκλοφορία υπάρχει αύξηση της χολερυθρίνης και μια σημαντική αύξηση των ένζυμων του ηπατοκυτταρου, αποτέλεσμα της καταστροφής τους, που βρίσκονται στο αίμα. Αυτά τα ένζυμα είναι οι τρανσαμινάσες (SGOT-SGPT) η αλδολάση και άλλα.

*Επίσης η κλινική εικόνα της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας χαρακτηρίζεται και από:*

- Ø *Πυρετό στο επίπεδο των 38 βαθμών Κελσίου*
- Ø *Αποστροφή στο κάπνισμα*
- Ø *Αρθραλγίες σαν να έχει το άτομο γρίπη*
- Ø *Ικτερική χροιά των επιπεφυκότων και του δέρματος μετά από 4 η 7 ημέρες από την προσβολή. Είναι όμως δυνατό και να μην παρουσιαστεί ίκτερος (ανικτερική μορφή)*
- Ø *Κατά την ψηλάφηση του ήπατος είναι δυνατό αυτό να βρεθεί διογκωμένο 2-3 δάχτυλα πιο κάτω από το δεξιό πλευρικό τόξο.*
- Ø *Εναισθησία κατά τη πίεση του ήπατος*
- Ø *Τα ουρά χρωματίζονται κολεοειδή σαν "κονιακ". Τα κόπρανα αποχρωματίζονται και γίνονται λεύκα σαν "στοκος". Τελος, οι δοκιμασίες λειτουργίας του ήπατος είναι ανώμαλες με αυξημένες στάθμες της τρανσαμινασης της αλανινης του ορου. Υπαρχει χαμηλός πυρετός με ναυτία-που δύναται να είναι οξεία-και εμετος. Οι*

ασθενείς συχνά αισθάνονται κουρασμένοι και καταθλιπτικοί για εβδομάδες ή ακόμα και μήνες μετά την οξεία φλεγμονή.

- Ø **Μη ικτερική ηπατίτιδα:** Είναι κοινή και για τους 3 τύπους της ηπατίτιδας. Υπάρχει ανορεξία, ζαλάδα και μερικές φορές πυρετός, αλλά όχι ίκτερος. Ωστόσο οι δοκιμασίες λειτουργίας του ήπατος δείχνουν μη φυσιολογικές τιμές και η βλάβη στο ήπαρ είναι ανεπαρκής για να προκαλέσει πραγματικό ίκτερο.
- Ø **Αρθραλγία και εξάνθημα:** Φαίνονται στο πρόδρομο στάδιο της ηπατίτιδας B. Ενομιζέτο ότι είναι συμπτώματα όμοια με την ασθένεια του όρου (οφειλόμενη στα ανοσοσυμπλοκα που σχηματίζονται μεταξύ του ιού της ηπατίτιδας και του αντισώματος) αν και υπάρχει συνήθως λίγο αντίσωμα σε αυτό το στάδιο της ασθένειας.
- Ø **Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια:** είναι μια σπάνια, αλλά σοβαρή παρενέργεια της ηπατίτιδας. Κεντρολοβιακή πλήρης νέκρωση οδηγεί σε μαζική ηπατική νέκρωση. Οι ασθενείς αναπτύσσουν προοδευτική ανεπάρκεια στο ήπαρ και η θνησιμότητα είναι υψηλή. Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη με την μη-A, μη-B ηπατίτιδα.
- Ø **Ιαιμία:** Ο ιός βρίσκεται στο αίμα κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης. Επίμονη ιαιμία είναι συχνή την ηπατίτιδα B, αλλά όχι στην ηπατίτιδα A στην οποία ο ιός συνήθως απομακρύνεται γρήγορα από το αίμα μετά την οξεία φάση.
- Ø **Ιός στα κόπρανα:** Τα κόπρανα είναι μολυσματικά στην ηπατίτιδα A. Ο ιός δεν είναι παρόν στα κόπρανα στην ηπατίτιδα B.<sup>20</sup>



#### **4.1.2 Ασυμπτωματική ιογενής ηπατίτιδα**

Αναγνωρίζεται με εργαστηριακές εξετάσεις σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε μόλυνση με τους ιούς ηπατίτιδας και σε καιρό επιδημίας ηπατίτιδας.

Είναι ανικτερική αλλά οι όροι ανικτερική και ικτερική ηπατίτιδα πρέπει να επιφυλάσσονται μόνο για ασθενείς με συμπτώματα ηπατίτιδας αλλά χωρίς ίκτερο.

Η διάγνωση γίνεται με ορολογική εξέταση και ανίχνευση του υπεύθυνου ιού και των αντισωμάτων έναντι των πρωτεϊνών του ιού.

Σε μερικές περιπτώσεις ακόμα και οι βιοχημικές διαταραχές (αύξηση τρανσαμινασών) είναι ελαφρότατες ή ανύπαρκτες. Αυτό συμβαίνει κυρίως στα νεογνά και βρέφη και αφορά στα 80% και 90% των περιπτώσεων ιογενούς ηπατίτιδας αυτής της ηλικίας. Γενικά, σε κάθε περίπτωση ιογενούς ηπατίτιδας αντιστοιχούν 10-30 ανικτερικές ή τελείως ασυμπτωματικές περιπτώσεις.<sup>20</sup>

#### **4.1.3 Εργαστηριακά ευρήματα**

Το πιο χαρακτηριστικό εργαστηριακό εύρημα σε κάθε ασθενή με ιογενή ηπατίτιδα είναι η αύξηση των ενζύμων του ήπατος (αμινοτρανσφερασών ή τρανσαμινασών), που απελευθερώνονται στο αίμα από την καθημερινή καταστροφή και αναγέννηση των ηπατοκυττάρων. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι η ανεύρεση αυξημένων τρανσαμινασών δεν σημαίνει υποχρεωτικά ιογενή ηπατίτιδα και ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε σειρά εργαστηριακών εξετάσεων για τη διερεύνηση του αιτίου της ηπατικής βλάβης.<sup>21</sup>



#### **4.1.4 Αντιμετώπιση Ιογενούς ηπατίτιδας**

Οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα δεν έχουν ανάγκη από ειδική θεραπεία, αφού η νόσος τους αυτοϊάται στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Εξαίρεση αποτελεί μόνον η οξεία ηπατίτιδα C, που συχνά πρέπει να αντιμετωπίζεται με ειδική φαρμακευτική θεραπεία για να μη μεταπέσει σε χρόνια ηπατίτιδα. Αντίθετα, σημαντικό ποσοστό των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα έχει ανάγκη από ειδική φαρμακευτική θεραπεία, που κυρίως στοχεύει στην εκρίζωση του ιού ηπατίτιδας και/ή την πρόληψη της ανάπτυξης κίρρωσης και καρκίνου ήπατος.

Το είδος της φαρμακευτικής θεραπείας διαφέρει ανάλογα με τον ιό ηπατίτιδας. Θεραπεία χρειάζονται όλοι οι ασθενείς με κίρρωση ήπατος. Ειδικά οι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση συχνά έχουν ανάγκη να υποβληθούν σε μεταμόσχευση ήπατος. Στην περίπτωση της οξείας ηπατίτιδας δεν υπάρχει ανάγκη ειδικής θεραπείας, παρά μόνο υποστηρικτική αγωγή και παρακολούθηση για την περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών. Εξαίρεση αποτελεί η οξεία ηπατίτιδα C, όπου η μετάπτωση σε χρονιότητα μειώνεται με τη βοήθεια ειδικής θεραπείας. Αντίθετα, ανάγκη από ειδική φαρμακευτική θεραπεία έχει σημαντικό ποσοστό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα. Η θεραπεία έχει σα στόχο την εκρίζωση του ιού της ηπατίτιδας και/ή την πρόληψη της ανάπτυξης κίρρωσης και καρκίνου του ήπατος.<sup>22</sup>

#### **4.1.5 Συμπτώματα οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας**

Τα συμπτώματα των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα διαφέρουν σημαντικά στην οξεία και τη χρόνια φάση. Η οξεία ηπατίτιδα προκαλείται και από τους 5 ιούς και αναπτύσσεται λίγες εβδομάδες έως μήνες μετά την είσοδο του ιού της ηπατίτιδας στο ανθρώπινο σώμα.

Τα συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας, συνήθως, είναι ήπια (παρόμοια με αυτά της απλής ίωσης) έως ανύπαρκτα, ενώ κάποιοι ασθενείς κιτρινίζουν (ίκτερος) και έχουν σκοτεινόχρωμα ούρα. Σπάνια (σε λιγότερο από 2% των περιπτώσεων) η οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ βαριά πορεία, οπότε χαρακτηρίζεται ως κεραυνοβόλος, με πολύ υψηλή θνητότητα (70-90%), εκτός και αν πραγματοποιηθεί επείγουσα μεταμόσχευση του ήπατος. Η οξεία ηπατίτιδα εμφανίζεται λίγες εβδομάδες έως μήνες μετά την είσοδο του ιού της ηπατίτιδας στο ανθρώπινο σώμα.

##### **Ø Τα κύρια συμπτώματα είναι:**

- έντονη αδυναμία, καταβολή
- ανορεξία
- ναυτία, έμετοι, διάρροιες
- μυαλγίες
- αίσθημα βάρους στο δεξιό άνω τμήμα της κοιλιάς
- αρθραλγίες, πονοκέφαλος
- πυρετός
- αποστροφή στο κάπνισμα

##### **Ø ενώ κάποιοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν:**

- ίκτερο (κιτρινίζουν)
- σκοτεινόχρωμα ούρα (σαν κονιάκ)
- αποχρωματισμό κοπράνων (σα στόκος)

Μερικές φορές δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα ή είναι πολύ ήπια. Η χρόνια ηπατίτιδα αναπτύσσεται στους ασθενείς που δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό

κατά τη φάση της οξείας ηπατίτιδας. Χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να προκαλέσουν μόνον οι ιοί ηπατίτιδας Β, D και C και ποτέ οι ιοί ηπατίτιδας Α και Ε.

Αν και οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα δεν εμφανίζουν συμπτώματα, η νόσος συχνά προκαλεί σοβαρές ζημιές ή και καταστρέφει το ήπαρ, όπως στην περίπτωση της ανάπτυξης κίρρωσης, που καταστρέφει τη δομή του οργάνου.

Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα προκαλείται από τους ιούς της ηπατίτιδας Β, C και D κι αναπτύσσεται στους ασθενείς που το αμυντικό τους σύστημα δεν κατορθώνει να αποβάλλει τον ιό. Στους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα, παρά την έλλειψη συμπτωμάτων πολλές φορές, η ύπαρξη του ιού εξακολουθεί να προκαλεί ερεθισμό και να καταστρέφει το ήπαρ. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ανάπτυξη ινώδους ιστού (ουλή) μέσα στο ήπαρ.

Εάν τα τρία τέταρτα του ήπατος μετατραπούν σε ινώδη ιστό, το ήπαρ δεν είναι πια σε θέση να λειτουργήσει σωστά, κατάσταση που ονομάζεται κίρρωση. Οι ασθενείς με κίρρωση μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί στα πρώτα στάδια της κίρρωσης, αλλά καθώς η ηπατική νόσος προοδευτικά επιβαρύνεται μπορεί να εμφανισθούν ασκίτης (υγρό στην κοιλιά), αιμορραγία από φλέβες του οισοφάγου (κίρσοι), εγκεφαλοπάθεια (αλλαγή της διανοητικής κατάστασης και συμπεριφοράς) ή ίκτερος. Όλοι οι ασθενείς με κίρρωση έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν 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>23</sup>

## **4.2 Αίτια Ηπατίτιδας**

Πολλοί άνθρωποι έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα, είτε ήπια συμπτώματα ή και καθόλου. Τα περιπτώματα ενός μολυσμένου ατόμου είναι πάντα μολυσματικά σε άλλους ανθρώπους. Όταν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα, συνήθως το κάνουν περίπου 15 έως 180 ημέρες μετά το άτομο έχει μολυνθεί.

Οι περισσότερες φλεγμονές του ήπατος, τόσο στην οξεία όσο και στη χρόνια ηπατίτιδα, οφείλονται συνήθως σε συγκεκριμένους ιούς, τον Α, Β, C, D, οι οποίοι και προκαλούν τους αντιστοιχούς τύπους ηπατίτιδας. Επίσης ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί και από άλλους μολυσματικούς φορείς, όχι απαραίτητα ιούς -π.χ. από το τοξόπλασμα. Συχνή αιτία της μη ιογενούς ηπατίτιδας είναι επίσης η άμετρη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Σπανιότερα ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί και από τοξίνες τροφίμων (π.χ. μανιταριών) όπως και από φαρμακευτικά σκευάσματα που μπορεί να περιέχουν παρακεταμόλη, αμοξυκλίνη, όπως και από αντιφυματικά φάρμακα και διάφορα άλλα σκευάσματα που επιβαρύνουν το συκώτι. Φλεγμονή στο ήπαρ επίσης μπορεί να προκαλέσουν και ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα όπως ο ερυθθηματώδης λύκος.

Ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί και από την αματοξίνη που περιέχεται σε ορισμένα μανιτάρια, από τον λευκό φωσφόρο, τον τετραχλωράνθρακα (χρησιμοποιείται στο στεγνό καθάρισμα), το χλωροφόρμιο και το τριχλωροαιθυλένιο. Ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί και λόγω απόφραξης στη χολή ή από αυτοάνοσα νοσήματα.<sup>8</sup>

### **4.2.1 Αίτια Ηπατίτιδας Β**

Η ηπατίτιδα τύπου Β μεταδίδεται κυρίως με το αίμα και τα προϊόντα του. Η μετάδοση γίνεται κυρίως παρεντερικώς ή με στενή επαφή συνήθως γενετήσια. Το αίμα της εμμήνου ρύσεως αποτελεί μέσο μεταδόσεως του ιού, γι' αυτό η από τους περισσότερους τηρούμενη αποφυγή της συνουσίας κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας αποτελεί άριστο προφυλακτικό μέτρο.

Ιδιαίτερα εκτεθειμένοι σε μόλυνση δια του ιού Β είναι α) Ιατροί και μάλιστα αναισθησιολόγοι, χειρουργοί, οδοντίατροι και προσωπικό κέντρων αιμοδιύλισης και εργαστηριακοί, β) Πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς λ.χ. αιμοφιλικοί, γ) Ομοφυλόφιλοι άνδρες, ιδίως επαγγελματίες, οι οποίοι αποτελούν σοβαρή εστία μόλυνσεως, δ) Τοξικομανείς ναρκωτικών με ενέσεις λόγω χρησιμοποίησεως κοινών μη αποστειρωμένων συρίγγων.

Σε πολλούς ασθενείς με ηπατίτιδα Β, παρά την επίμονη ανάκριση δεν ανευρίσκεται καμία παρεντερική έκθεση.

Από του στόματος ελάχιστη ποσότητα αίματος που περιέχει τον ιό ΗΒ μπορεί να μεταδώσει ηπατίτιδα. Αυτό συμβαίνει με φίλημα, με χρήση κοινής βούρτσας δοντιών ή ανώμαλων γενετήσιων τεχνικών.

Τέλος, μόλυνση με αρθρώποδα που απομυζούν αίμα, όπως κουνούπια ή κοριοί είναι δυνατή. Κάθετη μετάδοση από φορέα μητρός στο τέκνο επισυμβαίνει, και φαίνεται ότι είναι συχνή σε μερικές περιοχές.

Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι σε κάποιες περιοχές το ΗΒsAg ανευρίσκεται συχνά σε νεογέννητα. Η μόλυνση γίνεται κατά τον τοκετό ή στη συνέχεια λόγω της στενής επαφής. Αντιγοναιμία αναπτύσσεται στο νεογνό εντός των πρώτων δύο μηνών και συνήθως επιμένει. Στις περιπτώσεις αυτές, η μητέρα είναι συνήθως ΗΒeAg θετική.<sup>14</sup>

### **4.2.2 Αιτια ηπατιτιδας C**

Οι κύριοι οδοί μετάδοσης είναι οι μεταγγίσεις αίματος και η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, η οποία κατέχει πάνω από 40% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ. Η μετάδοση μέσω προϊόντων αίματος είναι τώρα ευτυχώς σπάνια, κατέχοντας μόνο το 4% όλων των οξέων λοιμώξεων από ΗCV.

Οι αιμορροφιλικοί που λαμβάνουν παράγοντες VIII ή IX διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν. Η επαγγελματική έκθεση μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας κατέχει το 4% των περιπτώσεων.

Τα ποσοστά της σεξουαλικής και κάθετης μετάδοσης είναι χαμηλά. Ο κίνδυνος από τατουάζ, τρύπημα του σώματος για αισθητικούς λόγους ( bodypiercing) και ενδορινικής χρήσης κοκαΐνης δεν καθορίζονται με σαφήνεια.<sup>7</sup>

### **4.3 Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα B**

#### **Ορισμός**

Ο ιός B (HBV) δεν είναι άμεσα κυτταροτοξικός και η λύση των επιμολυσμένων ηπατοκοκτάρων εξαρτάται από την ανοσοαπάντηση του ξενιστή. Οι ασθενείς που εμφανίζουν χρόνια ηπατίτιδα έχουν φτωχή κυτταρική ανοσοαπάντηση.

Αν η απάντηση είναι ιδιαίτερα φτωχή προκύπτει μια πολύ μικρή ηπατική βλάβη, και ο ιός συνεχίζει να πολλαπλασιάζεται, παρουσία μιας φυσιολογικής ηπατικής λειτουργίας.

Τέτοιοι ασθενείς είναι οι <<υγιείς φορείς>> που αντιπροσωπεύουν το 70-90%. Αν η απάντηση είναι σχετικά έντονη η ηπατοκυτταρική βλάβη συνεχίζεται και παρατηρείται εικόνα χρόνιας ηπατίτιδας.

Οι περισσότεροι ασθενείς σε αυτή την περίπτωση είναι ασυμπτωματικοί ή έχουν ήπια συμπτώματα. Η ασθένεια αποκαλύπτεται συχνά με μια τυχαία εξέταση αίματος.

Συχνά πάντως αισθάνονται μια γενική κόπωση και αδιαθεσία που την αποδίδουν σε άλλα αίτια.

Αν ο ασθενής με χρόνια ηπατίτιδα παρουσιάσει ίκτερο, αυτό συνήθως σημαίνει ότι η βλάβη στο συκώτι του έχει προχωρήσει σημαντικά. Οι εκτεταμένες βλάβες στους ιστούς του ήπατος ή η κίρρωσή του μπορεί να εκδηλωθεί με απώλεια βάρους, εύκολους μωλωπισμούς, αιμορραγική τάση, οιδήματα στα πόδια κ.λπ.

Τελικά η κίρρωση μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια και σε πολύ σοβαρή επιδείνωση λόγω βλαβών στον εγκέφαλο, οπότε ο ασθενής πέφτει σε κόμα.

#### **4.3.1 Τρόποι μετάδοσης**

Η μετάδοση του ιού γίνεται με τη διαδερμική ή διαβλεννογόνια έκθεση σε μολυσματικά βιολογικά υγρά που κατά κύριο λόγο είναι το αίμα και το σπέρμα.

Έτσι, οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, η περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί, η ενδοοικογενειακή διασπορά διαμέσου κυρίως αφανούς παρεντερικής έκθεσης (κοινή χρήση ξυραφιού, οδοντόβουρτσας, τραυματισμοί και επαφή με αίμα κ.ά.) και η μετάδοση διαμέσου μολυσμένης σύριγγας/βελόνας (χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, τραυματισμός σε επαγγέλματα υγείας, τρύπημα αυτιών, τατουάζ, βελονισμός κ.λ.π.).

Η χορήγηση αίματος και παραγόντων αυτού (πιθανότητα μόλυνσης περίπου 1:65.000) καθώς και η αιμοκάθαρση, λόγω των αυστηρών μέτρων ελέγχου που εφαρμόζονται δεν αποτελούν πλέον κύρια πηγή μόλυνσης.

Ο HBV δεν μεταδίδεται με τη χειραψία, την από κοινού χρήση της ίδιας πετσέτας ή των ίδιων σκευών διατροφής. Επίσης, αν και ο HBV έχει ανευρεθεί στο μητρικό γάλα, δεν υπάρχουν ενδείξεις για την πρόκληση HBV λοίμωξης σε νεογνά που θηλάζουν από μητέρες φορείς του ιού.

Ο ιός επιβιώνει στο εξωτερικό περιβάλλον τουλάχιστον 7 ημέρες και είναι 100 φορές πιο μολυσματικός από τον HIV.<sup>15</sup>

### **4.3.2 Κλινική εικόνα**

Το 5-10% των περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας Β γίνονται χρόνιες, συνήθως όταν η αρχική νόσος είναι ήπια ή αφανής. Περίπου το 1/3 αυτών των ασθενών έχει χρόνια ενεργό ηπατίτιδα με συνεχή καταστροφή του ήπατος και κατάληξη την ουλοποίηση, την κίρρωση, την ηπατική ανεπάρκεια ή το PHC.

Τα άλλα 2/3 έχουν χρόνια αδρανή ηπατίτιδα και είναι λιγότερο πιθανόν να έχουν προβλήματα. Η χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να ανακαλυφθεί τυχαία από την αύξηση των ηπατικών ενζύμων σε εξέταση του αίματος για άλλη αιτία. Τα χρόνια μολυσμένα άτομα αποτελούν την κύρια πηγή διάδοσης του ιού και κινδυνεύουν από κεραυνοβόλο νόσο εάν επιμολυνθούν από HDV.<sup>15</sup>

### **4.3.3 Διάγνωση**

Η διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη στηρίζεται παραδοσιακά στην ανίχνευση στον ορό ειδικών αντιγόνων του ιού καθώς και των αντισωμάτων που αναγνωρίζουν συγκεκριμένες πρωτεΐνες του ιού (ορολογικοί δείκτες).

**Οι ορολογικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη περιλαμβάνουν:**

- Αντιγόνο επιφάνειας *s* (HBsAg)
- Αντιγόνο *e* (HBeAg)
- Αντισώματα έναντι του αντιγόνου *e* (αντι-HBe)
- Αντισώματα έναντι του HBsAg (αντι-HBs)
- Αντισώματα έναντι του αντιγόνου Core (αντι-HBc): IgM ή ολικό

### **4.3.4 Θεραπεία**

Οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης στην ηπατίτιδα Β έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β γίνεται με φάρμακα που βοηθούν το ανοσοποιητικό σύστημα στη μάχη του εναντίον του ιού (υποδόριες ενέσεις ιντερφερόνης άλφα) ή με φάρμακα που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού (κυκλοφορούν 5 σκευάσματα).

Συχνά τα φάρμακα δεν εκριζώνουν τον ιό, αλλά καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου αναστέλλοντας την ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Πιθανολογείται ότι στο άμεσο μέλλον οι συνδυασμοί φαρμάκων θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η πρόληψη της ηπατίτιδας Β στηρίζεται στον εμβολιασμό. Πρόληψη παρέχεται με εμβόλια που είναι ασφαλή και αποτελεσματικά.

Στη χώρα μας γίνεται μεγάλη προσπάθεια περιορισμού της μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β μέσω ενημερωτικών εκστρατειών και εκτεταμένων προγραμμάτων εμβολιασμού. Σήμερα, είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός όλων των βρεφών και εφήβων.

#### **4.4. Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα C**

Η ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Ειδικότερα στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 2% του γενικού πληθυσμού, δηλαδή 200.000 άνθρωποι, έχουν χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C.

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος.

Η πλειονότητα (75-80%) των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα C δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, αλλά δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς (65-85%) δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό και αναπτύσσουν στη συνέχεια χρόνια ηπατίτιδα C.

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C δεν έχουν συνήθως κανένα σύμπτωμα, αλλά 15-20% από αυτούς αναπτύσσουν κίρρωση εντός 20ετίας.<sup>24</sup>

##### **4.4.1. Τρόποι μετάδοσης**

Η κύρια οδός μετάδοσης του ιού είναι σήμερα η παρεντερική χρήση ναρκωτικών, ενώ πριν το 1992 οι μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος ή παραγώγων του αποτελούσαν επίσης συνηθισμένο τρόπο διασποράς του ιού. Οι ιατρικές πράξεις, η επαγγελματική έκθεση σε μολυσμένο αίμα, η γενετήσια οδός (σεξουαλικές επαφές) και η κάθετη μετάδοση (από μητέρα σε παιδί) αποτελούν πρόσθετους τρόπους διασποράς του HCV, αν και έχουν πολύ μικρότερο κίνδυνο μετάδοσης.

##### ***Ειδικότερα, τρόποι μετάδοσης του HCV είναι:***

- ***Χρήση ενδοφλέβιων-παρεντερικών ναρκωτικών.***

Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης στην εποχή μας. Περισσότεροι από 80% των ατόμων που έχουν κάνει (έστω και βραχεία) ενδοφλέβια χρήση τοξικών ουσιών έχουν ηπατίτιδα C.

- ***Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες πήξης) πριν από το 1992.***

Ο τρόπος αυτός μετάδοσης ήταν πολύ συχνός σε πολυμεταγγιζόμενους (π.χ. ασθενείς με μεσογειακή αναιμία) και σε αιμορροφιλικούς ασθενείς. Ο HCV 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 (πλάσμα, αιμοπετάλια, παράγοντες της πήξης) θεωρούνται σήμερα ασφαλείς.

- ***Μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου στο παρελθόν (πριν από το 1992).***

- ***Αιμοκάθαρση.***

Περίπου 20-60% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν HCV λοίμωξη. Η πιθανότητα μετάδοσης του HCV στις μονάδες τεχνητού νεφρού έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια κυρίως λόγω της βελτίωσης των νοσηλευτικών πρακτικών.

- ***Σεξουαλική μετάδοση.***

Είναι σπάνια, αφού μόλις 2-4% των σταθερών ερωτικών συντρόφων ασθενών με HCV λοίμωξη βρίσκονται να έχουν μολυνθεί. Γι' αυτό, ασθενείς με HCV λοίμωξη

και μόνιμο ερωτικό σύντροφο μπορούν να έχουν ελεύθερες ερωτικές επαφές χωρίς να χρησιμοποιούν υποχρεωτικά προφυλακτικό. Η πιθανότητα σεξουαλικής μετάδοσης αυξάνει σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, με σεξουαλικές πρακτικές μεγάλου κινδύνου να προκαλέσουν αιμορραγία ή με ερωτικές σχέσεις κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρυσιας.<sup>24</sup>

#### **4.4.2. Διάγνωση**

Η διάγνωση χρόνιας HCV λοίμωξης τίθεται σαφώς σε έναν ασθενή με θετικά ταυτόχρονα anti-HCV και HCV RNA ορού τουλάχιστον από 6μήνου. Η περίπτωση αρνητικών anti-HCV και θετικού HCV RNA είναι σπανιότατη και συμβαίνει μόνο σε ασθενείς με σημαντικό βαθμό ανοσοκαταστολής.<sup>22</sup>

#### **4.4.3. Θεραπεία**

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, εκκρίωση της ηπατίτιδας C επιτυγχάνεται σε ποσοστό 50 με 80%. Βασίζεται στη συνδυασμένη χορήγηση ενέσεων ιντερφερόνης-άλφα (συνήθως μία ένεση την εβδομάδα) και δισκίων ριμπαβιρίνης.

Τα φάρμακα χορηγούνται για 6 ή 12 μήνες και παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και γι' αυτό όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία, θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση από γιατρούς εξοικειωμένους με τα φάρμακα αυτά.

Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία και τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να μεγιστοποιούν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Δυστυχώς, για την ηπατίτιδα C δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο.<sup>5, 6</sup>

# Κεφάλαιο 5

## Διάγνωση Ηπατίτιδων



## 5.1 Διαγνωστική προσέγγιση

Οι μέθοδοι διάγνωσης ηπατικών νόσων ταξινομούνται σε:

- ✓ Βιοχημικές δοκιμασίες που ελέγχουν τη λειτουργικότητα του ήπατος
- ✓ Ακτινολογικές εξετάσεις
- ✓ Αποφρακτικό ίκτερο (πέτρες στο χοληδόχο πόρο, εχινόκκοκος )
- ✓ Ίκτερο από φάρμακα
- ✓ Λοιμώδη μονοπυρήνωση.  
Χαρακτηρίζεται από διόγκωση των λεμφαδένων, ήπια ηπατοσπληνομεγαλία.  
Ήπιο πυρετό και μεταδίδεται με το σίελο (φιλί "νόσος των ερωτευμένων")
- ✓ Άλλες διαγνωστικές μεθόδους

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι πολλές από τις καλούμενες 'λειτουργικές δοκιμασίες' του ήπατος δεν ελέγχουν τη λειτουργικότητα του ήπατος αλλά στην πραγματικότητα είναι δοκιμασίες που ελέγχουν ηπατοκυτταρική βλάβη ή ακεραιότητα του συστήματος των χοληφόρων.<sup>25</sup>

### 5.1.1 Αντικειμενική κλινική εξέταση

Το 20% περίπου των ασθενών δεν έχει εύρημα που να υποδηλώνει ηπατική νόσο και η διάγνωση τίθεται μετά από τυχαία κλινική ή εργαστηριακή εξέταση, με συχνότερα ευρήματα ηπατοσπληνομεγαλίας και μέτρια ή μεγάλη αύξηση των αμινοτρανσφερασών. Σε ποσοστό περίπου 25% των ασθενών τίθεται καθυστερημένα η διάγνωση, ενώ ήδη έχουν εμφανίσει ίκτερο, ασκίτη, κίρσους οισοφάγου και βρίσκονται στο στάδιο της κίρρωσης.

Στους περισσότερους ασθενείς (60% των περιπτώσεων), η ΑΗ εκδηλώνεται με την τυπική κλινική εικόνα, δηλαδή με κακουχία, καταβολή, ανορεξία, εύκολη κόπωση, ήπια πυρετική κίνηση (<38 βαθμών Κελσίου), απώλεια βάρους, αρθραλγίες, μυαλγίες, κνησμό με ή χωρίς εξάνθημα και διαταραχές εμμήνου ρύσης στις γυναίκες. Κατά την κλινική εξέταση μπορεί να συνυπάρχει ίκτερος, υπερτρίχωση, ακμή ή τηλεαγγειεκτασίες .

Το 50% των ασθενών αυτών, συγχρόνως ή κατά την εξέλιξη της ΑΗ, πάσχει και από άλλο αυτοάνοσο νόσημα σε ένα τουλάχιστον όργανο εκτός του ήπατος ή έχει κάποιο συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα.

Συχνότερα συνυπάρχει δερματικό εξάνθημα αυτοάνοσου αιτιολογίας, θυρεοειδίτιδα Hashimoto, αυτοάνοσος αιμολυτική αναιμία, ελκώδης κολίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα(PA), συστηματικό σκληρόδερμα και πολυμυοσίτιδα<sup>25</sup>

### **5.1.2 Απλές RO θώρακος και κοιλίας**

Εκτός από τις πληροφορίες που λαμβάνονται για τα άλλα γειτονικά όργανα, εκτιμάται το μέγεθος του ήπατος, η πυκνότητά του, η ύπαρξη ασβεστοποιημένων χολόλιθων, 'πορσελανοειδούς' χοληδόχου κύστης, αέρα στα χοληφόρα ή στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης, ασβεστοποιημένων κύστεων εχινόκοκκου, κ.ά.<sup>25</sup>

### **5.1.3 Μαγνητική τομογραφία**

Η μη χρησιμοποίηση ιονίζουσας ακτινοβολίας, η σχετική ασφάλεια στη χορήγηση σκιαστικών σε σύγκριση με τα ιωδιούχα σκιαστικά που χρησιμοποιούνται στην αξονική τομογραφία και η μεγαλύτερη ειδικότητα και ευαισθησία της μεθόδου σε σχέση με τους υπέρηχους και την αξονική τομογραφία έχουν κάνει την μαγνητική τομογραφία απεικονιστική μέθοδο εκλογής για τις περισσότερες διάχυτες και εστιακές βλάβες του ήπατος.

Το φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα στις εικόνες με επιβάρυνση της T1 παραμέτρου έχει γενικώς πιο αυξημένη ένταση σήματος από εκείνη του σπληνός.

Τα αγγεία απεικονίζονται ανάλογα με την τεχνική που χρησιμοποιήσαμε είτε με πολύ χαμηλό σήμα οφειλόμενο στο φαινόμενο κενού ροής (flowvoid) στις ακολουθίες Spin-Echo, είτε με αυξημένο σήμα στις ακολουθίες GradientEcho (βαθμιδωμένης ηχούς). Στις εικόνες με επιβάρυνση της T2 παραμέτρου ο σπλήνας εμφανίζει γενικά πιο αυξημένο σήμα από το ήπαρ.

Η απεικόνιση των διάχυτων παθήσεων του ήπατος γίνεται με μαγνητική τομογραφία, όπως για παράδειγμα η λιπώδης διήθηση του ήπατος.<sup>26</sup>

### **5.1.4 Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία**

Το χοληφόρο δένδρο δεν σκιαγραφείται όταν τα επίπεδα της χολερυθρίνης του ορού είναι μεγαλύτερα από 2 mg/dl. Συνοδεύεται με συχνές αλλεργικές αντιδράσεις.

### **5.1.5 Διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία**

Δεδομένης της ευρείας χρήσης των τεχνικών εγκάρσιας απεικόνισης και της ERCP, σήμερα σχεδόν όλοι οι πάσχοντες υποβάλλονται σε χολαγγειογραφία σε συνδυασμό με διαδερμική παροχέτευση. Πρωταρχική ένδειξη για επέμβαση αποτελεί η επιβεβαίωση, ο εντοπισμός και ο χαρακτηρισμός αποφρακτικής νόσου του χοληφόρου δένδρου και, ενίοτε, η διάγνωση διαφυγής χολής.

Η χολαγγειογραφία μπορεί να αναδείξει απόφραξη χοληφόρων, να εντοπίσει το ύψος της απόφραξης και συχνά να αποφανθεί εάν το αίτιο της στένωσης είναι καλοήθες ή κακόηθες.

Ωστόσο, η εικόνα της χολαγγειογραφίας μπορεί να είναι ψευδώς θετική ή ψευδώς αρνητική. Βεβαίως, η τελική διάγνωση πρέπει να γίνεται με ιστολογική εξέταση.

Όταν τα χοληφόρα είναι διατεταμένα, η διαδερμική χολαγγειογραφία μπορεί να πραγματοποιηθεί σχεδόν σε κάθε περίπτωση.

Όταν το χοληφόρο σύστημα δεν είναι διατεταμένο, το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται από 60-96%, ανάλογα με τον αριθμό των προσπαθειών που επιχειρεί ο ακτινολόγος, προκειμένου να παρακεντήσει κάποιο χολαγγείο.

Η εξέταση έχει μεγάλη ακρίβεια (96%) στη διαφορική διάγνωση αποφρακτικού από ηπατοκυτταρικού τύπου ίκτερο.

Παρά τη σχετικά χαμηλή ευαισθησία, η κυτταρολογική εξέταση της χολής αξίζει να πραγματοποιείται σε κάθε περίπτωση, γιατί δεν εμπεριέχει κανένα επιπλέον κίνδυνο, είναι σχετική φθηνή εξέταση και επί θετικού για κακοήθεια αποτελέσματος αποφεύγονται άλλες εξετάσεις πιο δαπανηρές και επεμβατικές.

Τα αναφερόμενα ποσοστά ευαισθησίας της διά λεπτής βελόνας αναρρόφησης κυμαίνονται από 60-83%. Οι κύριες επιπλοκές της διηπατικής χολαγγειογραφίας είναι λοίμωξη και αιμορραγία. Σοβαρές επιπλοκές συμβαίνουν στο 3-8% των περιπτώσεων.<sup>26</sup>

## **5.2 Βιοψία ήπατος**

Η βιοψία του ήπατος είναι μία διαδικασία κατά την οποία εισάγεται στο ήπαρ μία κοίλη βελόνα προκειμένου να ληφθεί δείγμα ηπατικού ιστού.

Η βιοψία και η ιστολογική εξέταση του ηπατικού ιστού είναι χρήσιμη για τη διαφορική διάγνωση διάχυτων ή τοπικών παρεγχυματικών ηπατοπαθειών (π.χ. της κίρρωσης, της ηπατίτιδας, της αιμοχρωμάτωσης) ή της ηπατομεγαλίας.

Η βιοψία του ήπατος είναι μία διαδικασία που γίνεται στο κρεβάτι του αρρώστου και πραγματοποιείται υπό τοπική αναισθησία, κατά την οποία εισάγεται βελόνα παρακέντησης στο δεξιό δέκατο μεσοπλευρίο διάστημα στη μεσομασχαλιαία γραμμή. Η βελόνα παρακέντησης χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1883 από τον Ehrlich για αρκετά όμως χρόνια, χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστική μέθοδος.

Επαναχρησιμοποιήθηκε το 1939 από τους Lversen και τον Roholm. Η βιοψία λαμβάνεται ενώ ο ασθενής κρατάει την αναπνοή του σε θέση πλήρους εκπνοής, ώστε να σμικρυνθεί ο πλευροδιαφραγματικός κόλπος και να ελαττωθεί η πιθανότητα βλάβης του πνεύμονα καθώς και η μόλυνση της υπεζωκοτικής κοιλότητας.

Γενικά, ο άρρωστος με τη βιοψία αυτή ταλαιπωρείται ελάχιστα επειδή γίνεται με κλειστή τεχνική. Η βιοψία ήπατος μπορεί να γίνει διαδερμικά ή διασφαγιτιδικά.<sup>27</sup>

### **5.2.1 Διαδερμική κατευθυνόμενη βιοψία ήπατος**

Ο όρος 'βιοψία του ήπατος' είναι μια διαγνωστική διαδικασία, που χρησιμοποιείται για τη λήψη ενός μικρού κυλίνδρου ιστού ήπατος, ο οποίος μπορεί να εξετασθεί με μικροσκόπιο για να βοηθήσει στον προσδιορισμό της αιτίας ή το στάδιο της νόσου του ήπατος.

Η πρώτη διαδερμική κατευθυνόμενη βιοψία ήπατος περιγράφεται το 1972 από τους Rasmussen και συνεργάτες, ο οποίος πέτυχε τη λήψη ιστοτεμαχίου με τη βοήθεια των υπερήχων και χρησιμοποιώντας βελόνα 23 G. Σήμερα η κατευθυνόμενη βιοψία του ήπατος είναι μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες επεμβατικές εξετάσεις για τους ακτινολόγους στα μεγάλα νοσοκομεία.<sup>2, 5</sup>

Η διαγνωστική της προσέγγιση υπολογίζεται γύρω στο 90%, όταν χρησιμοποιούνται βελόνες με ευρύ αυλό 14-16 G. Αντίθετα, στην τυφλή βιοψία του ήπατος για μικρές κυρίως βλάβες η διαγνωστική ακρίβεια είναι πολύ μικρή και δεν ξεπερνά το 20%.

Η εξέλιξη της αξονικής τομογραφίας και της μαγνητικής τομογραφίας και οι υπερσύγχρονοι υπερηχογράφοι οδήγησαν στην εξέλιξη της τεχνικής και των αποτελεσμάτων της κατευθυνόμενης διαδερμικής βιοψίας του ήπατος.

Οι περισσότερες κατευθυνόμενες βιοψίες του ήπατος γίνονται για τη διερεύνηση διαφόρων χωροκατακτητικών εξεργασιών στο ήπαρ.

Ένδειξη για κατευθυνόμενη διαδερμική βιοψία έχουμε:

- Σε νεοπλάσματα του ήπατος (ηπατώματα, χολαγγειοκαρκινώματα, αγγειοσαρκώματα, κ.ά.)
- Σε μεταστατικούς όγκους του ήπατος (είναι 20 φορές συχνότεροι από τους πρωτοπαθείς όγκους)
- Για τη διάγνωση διάχυτων βλαβών. Όταν η τυφλή βιοψία για τεχνικούς λόγους ή λόγω μικρού μεγέθους του ήπατος είναι αδύνατη

Για την τεκμηρίωση της διάγνωσης και του καθορισμού των ηπατικών αποστημάτων κ.ά.<sup>27</sup>

### **5.2.2 Διασφαγιτιδική βιοψία ήπατος**

Η δειγματοληψία για ιστολογική διάγνωση διάχυτης ηπατοπάθειας γίνεται συνήθως με διαδερμική βιοψία ήπατος, η οποία μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα ασφαλής σε ασθενείς που εμφανίζουν μια από τις ακόλουθες καταστάσεις :

- *Σημαντικές διαταραχές πήξης (ενδογενής ή σχετιζόμενη με φαρμακευτική αγωγή)*
- *Προχωρημένος ασκίτης*
- *Υπέρβαρα άτομα*
- *Πολύ μικρού μεγέθους ήπαρ*

Σε αυτές τις περιπτώσεις προτιμάται η διασφαγιτιδική βιοψία του ήπατος. Η τεχνική που ακολουθείται είναι η εξής: Ειδική βελόνη βιοψίας (Quick-Core, Cook) εισάγεται, διαμέσου της έσω σφαγιτίδας, στη δεξιά ηπατική φλέβα και με την πίεση της σκανδάλης γίνεται η λήψη του ιστού.

Γενικά, απαιτούνται 3-6 δείγματα για τη λήψη ικανής ποσότητας ιστού για ανάλυση, αν και μερικοί επεμβατιστές λαμβάνουν 10 ή και περισσότερα. Συνιστάται η δειγματοληψία από διαφορετικές περιοχές του ήπατος.

Μετά από κάθε βιοψία εγχέεται σκιαγραφικό, ενώ στη θέση της εξαγγείωσης, αν αυτή διαφανεί, τοποθετούνται σωματίδια gelfoam.

Τα δείγματα της βιοψίας επαρκούν για την παθολογοανατομική διάγνωση σε > 90% των περιπτώσεων. Σε διάφορες σειρές, η διαγνωστική ακρίβεια με τη χρήση της βελόνης βιοψίας Quick-Core πλησιάζει το 100%. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος σε αυτήν την επέμβαση είναι η τρώση της κάψας του ήπατος.

Ενδοκοιλιακή αιμορραγία συμβαίνει σε < 6% των περιπτώσεων και σπανίως αποβαίνει μοιραία.

Άλλες επιπλοκές είναι η ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία στο σημείο λήψης, καθώς και δυσρυθμίες που προκαλούνται από τη δίοδο του καθετήρα μέσα από την καρδιά.<sup>28</sup>

### 5.2.3 Ενδείξεις και αντεδείξεις βιοψίας ήπατος

#### Ενδείξεις:

- à *Ανεξήγητη ηπατομεγαλία ή ηπατοσπληνομεγαλία*
- à *Επίμονες βιοχημικές διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας*
- à *Υποψία συστηματικής ή διηθητικής νόσου του ήπατος (π.χ. φυματίωση)*
- à *Υποψία πρωτοπαθούς ή μεταστατικού όγκου του ήπατος*
- à *. Κίρρωση του ήπατος*

#### Αντεδείξεις:

- à *Μη συνεργάσιμος άρρωστος*
- à *Διαταραχές πήκτικότητας του αίματος*
- à *Ασκίτης με πίεση*
- à *Τοπικές λοιμώξεις*
- à *Έλλειψη αρκετής ποσότητας συμβατού αίματος για την περίπτωση αιμορραγίας<sup>16, 27</sup>*

### 5.2.4 Προβλήματα μετά και κατά τη βιοψία

1.Αιμορραγία	Οφείλεται σε τρώση αιμοφόρων αγγείων
2.Διαρροή χολής (χολοπεριτόναιο) στην περιτοναϊκή κοιλότητα	Οφείλεται σε τυχαία διάτρηση χοληδόχου πόρου ή της χοληδόχου κύστεως
3.Πνευμοθώρακας που δημιουργείται από παρακέντηση του πνεύμονα	Προκαλείται όταν ο άρρωστος αναπνέει κατά τη στιγμή που η βελόνα εισάγεται στο ήπαρ
4.Πόνος	Συνήθως οφείλεται σε υποκαμικό αιμάτωμα

# Κεφάλαιο 6

## Επιπλοκές Ηπατίτιδας

## 6.1 Κίρρωση του ήπατος

Είναι η διάχυτη βλάβη του ήπατος, που χαρακτηρίζεται από ίνωση, δημιουργία αναγεννητικών οζιδίων και στοιχεία ηπατοκυτταρικής νέκρωσης πρόσφατης ή παλιάς. Η λέξη "κίρρωση" εμφανίσθηκε ως Ελληνογενής ξένος όρος από τη λέξη "κίρρος" που σημαίνει κιτρινωπός. Η κίρρωση είναι διεργασία που αφορά ολόκληρο το ηπατικό παρέγχυμα. Επομένως εστιακές βλάβες όπως η εστιακή οζώδης υπερπλασία, ακόμα και όταν συνοδεύονται από ίνωση, δεν πρέπει να ονομάζονται κίρρωση<sup>5, 7, 15</sup>

Η κίρρωση συνιστά ανατομολογική διάγνωση και αποτελεί την κατάληξη πολλών χρόνιων ηπατικών νόσων.

Η ηπατοκυτταρική νέκρωση και φλεγμονή είναι το αρχικό στάδιο της κίρρωτικής διεργασίας, που ακολουθείται από ανάπτυξη συνδετικού ιστού. Εξελίσσεται με σχηματισμό ινωδών διαφραγματιών και έντονη αναγεννητική δραστηριότητα των κυττάρων που οδηγεί στο σχηματισμό όζων.

Η διαδικασία της ίνωσης περνά από τα αρχικά στάδια, όπου οι αλλοιώσεις είναι αναστρέψιμες, σε ένα τελικό στάδιο όπου η εικόνα της κίρρωσης έχει πλέον εγκατασταθεί πλήρως και η κατάσταση θεωρείται μη αναστρέψιμη.

Κατά το χρόνο διάγνωσης της κίρρωσης, η νεκροφλεγμονώδης εξεργασία μπορεί να έχει υποχωρήσει και έτσι δεν περιλαμβάνεται στον ορισμό.

Η ακριβής συχνότητα της νόσου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, διότι η κίρρωση συχνά έχει υποκλινική, σιωπηρή πορεία και οι κλινικές εκδηλώσεις εμφανίζονται όταν οι βλάβες είναι ιδιαίτερα φανερές.

Η συχνότητά της διαφέρει από χώρα σε χώρα, ενώ μπορεί να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή της ίδιας χώρας. Η κίρρωση ακολουθεί αργή σιωπηρή πορεία και ο ασθενής μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικός. Η παραμονή του αιτίου και η εξέλιξη της νόσου έχουν δύο σοβαρές συνέπειες:

- **την ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια και τη**
- **πυλαία υπέρταση που θα εκδηλωθούν με άνοδο των τιμών της χολερυθρίνης, με αιμορραγική διάθεση, ασκίτη, εγκεφαλοπάθεια και με αιμορραγία από γαστροοισοφαγικούς κισσούς ή συμφορητική γαστροπάθεια.<sup>17, 28</sup>**

Αρχικά η κλινική εικόνα εμφανίζεται με ένα βάρος μετά τα γεύματα, ναυτία, ανορεξία. Προοδευτικά αρχίζει η αύξηση του όγκου του ήπατος και του σπλήνα. Η ενδοπεριτοναϊκή παρουσία υγρών (ασκίτης) αντιστοιχεί στην πραγματική εκδήλωση της νόσου.

Σε αυτή τη φάση μπορεί να εμφανιστούν επιφανειακά φλεβικά δίκτυα στην κοιλιακή χώρα και κισσοί του οισοφάγου και του αιμορροϊδικού πλέγματος .

Ο ίκτερος δεν είναι έντονος .Η τελική φάση είναι η πλήρης ηπατική ανεπάρκεια. Η θεραπεία βασίζεται κυρίως στην απομάκρυνση της παθογόνου αιτίας (για παράδειγμα το οινόπνευμα )στην χορήγηση πρωτεϊνών και βιταμινών του συμπλέγματος Β.

### **6.1.1 Αντιρροπούμενη κίρρωση**

Η κίρρωση θεωρείται αντιρροπούμενη όταν δεν παρατηρείται ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια. Ο ασθενής με αντιρροπούμενη κίρρωση μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικός και η διάγνωση γίνεται επί ευκαιρία κάποιου τυχαίου αιματολογικού ή βιομηχανικού ελέγχου, αιμοδοσίας ή χειρουργικής επέμβασης. Σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να προσέλθει στο γιατρό λόγω μη ειδικών ενοχλημάτων όπως καταβολή, ανορεξία ή πυρετό.<sup>29</sup>

### **6.1.2 Μη αντιρροπούμενη κίρρωση**

Η εμφάνιση των σοβαρών επιπλοκών της κίρρωσης, δηλαδή ίκτερου, ασκίτη, εγκεφαλοπάθειας και κίρρωσης ορίζει τη μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Ο ίκτερος οφείλεται στην ανεπάρκεια του ηπατοκυττάρου να απεκκρίνει την χολερυθρίνη.

Είναι συνήθως ήπιος, εκτός εάν η κίρρωση προέρχεται από βλάβη του χοληφόρου δένδρου (χολική κίρρωση) ή συνυπάρχουν άλλες παθολογικές κααστάσεις (νεόπλασμα, ιογενής ηπατίτιδα, χρόνια παγκρεατίτιδα, λιθίαση χοληφόρων, λοιμώξεις), οπότε και οι τιμές της χολερυθρίνης είναι δυσανάλογα υψηλές, σε σχέση με το βαθμό της ηπατοκυτταρικής βλάβης.

Η εμφάνισή του αποτελεί κακό προγνωστικό στοιχείο. Ο ασκίτης ορίζεται ως η συλλογή ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αποτελεί τη συνηθέστερη επιπλοκή της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης. Συνιστά εκδήλωση και άλλων καταστάσεων όπως νεοπλασμάτων ή φυματίωσης, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε ηπατική νόσο, απότοκος της πυλαιάς υπέρτασης και των συστηματικών αιμοδυναμικών διαταραχών που παρατηρούνται στην ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια.<sup>30,31</sup>

Η διαστολή των αγγείων της σπλαχνικής κυρίως κοίτης δημιουργεί συνθήκες μειωμένου δραστικού όγκου πλάσματος με ακόλουθη ενεργοποίηση των μηχανισμών κατακράτησης Na και νερού και σε συνδυασμό με την υπολευκωματιναιμία ευθύνονται παθογενετικά για το σχηματισμό του ασκίτη (θεωρία περιφερικής αγγειοδιαστολής).

Η εμφάνιση ασκίτη στον κίρρωτικό ασθενή συνοδεύεται από σημαντική μείωση της επιβίωσης και αποτελεί μια από τις βασικές ενδείξεις για μεταμόσχευση ήπατος. Συνήθως εισβάλλει προοδευτικά, μπορεί να συνοδεύεται από οίδημα των κάτω άκρων και στο 10% περίπου των περιπτώσεων από πλευριτική συλλογή.

Ο ασκίτης κλινικά γίνεται εύκολα αντιληπτός όταν η ποσότητα του υγρού είναι μεγάλη, ενώ σε μικρές συγκεντρώσεις σημαντική βοήθεια προσφέρει το υπερηχογράφημα. Διαγνωστική παρακέντηση πρέπει να εκτελείται σε κάθε κίρρωτικό ασθενή με πρωτοεμφανιζόμενο ασκίτη και σε κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο λόγω υποτροπής ή επιδείνωσης του ασκίτη.<sup>22</sup>



### 6.1.3 Αίτια εμφάνισης ηπατικής κίρρωσης

Σειρά παραγόντων προκαλεί κίρρωση του ήπατος. Χρόνιος αλκοολισμός είναι από τις πολύ συχνές αιτίες κίρρωσης του ήπατος στις περισσότερες χώρες. Επιπλοκές που προκαλούνται από κίρρωση του ήπατος είναι τα εξής:

- **Οίδημα και ασκίτη:** το νερό συσσωρεύεται στα πόδια (οίδημα αστραγάλου) και στην κοιλιά (ασκίτης). Παρατηρούνται μώλωπες και αιμορραγία. Μειωμένη παραγωγή των πρωτεϊνών πήξης του αίματος προκαλεί μπλε κηλίδες και το πρόσωπο.
- **Φαγούρα:** Αυξημένη χολή εναποτίθενται στο δέρμα και προκαλεί φαγούρα με κίρρωση του ήπατος.
- **Χολόλιθοι:** Χολόλιθοι αναπτύσσονται όταν η κίρρωση εμποδίζει τη χολή για την επίτευξη της χοληδόχου κύστης.
- **Τοξίνες στο αίμα ή του εγκεφάλου:** Όταν συκώτι αποτυγχάνει να αφαιρέσει τις τοξίνες από το αίμα, αυξημένες τοξίνες συσσωρεύονται στο αίμα και σταδιακά φτάνουν στον εγκέφαλο και μπορεί να προκαλέσουν ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Αυτές οι αυξημένες τοξίνες οδηγούν σε κακή ψυχική λειτουργία και προκαλούν αλλαγές στην προσωπικότητα, κώμα, ακόμη και τον θάνατο, αν η κίρρωση του ήπατος δεν αντιμετωπίζεται. Αυτή είναι η επιπλοκή ,μπορεί να αναπτυχθούν σε μεταγενέστερο στάδιο της νόσου.
- **Πυλαία υπέρταση:** η πυλαία φλέβα μεταφέρει το αίμα από τα έντερα και τη σπλήνα στο συκώτι. Όμως, η κίρρωση του ήπατος να εμποδίζει την κανονική ροή του αίματος μέσω της πυλαίας φλέβας, που αυξάνει την πίεση στην πυλαία φλέβα και προκαλεί πυλαίας υπέρτασης.
- **Η αντίσταση στην ινσουλίνη και διαβήτη τύπου 2:** Η κίρρωση μπορεί να προκαλέσει αντίσταση στην ινσουλίνη από ιστούς του σώματος. Η ινσουλίνη που παράγεται από τα β' κύτταρα του παγκρέατος, μετατρέπει τη γλυκόζη στο αίμα σε γλυκογόνο. Όταν η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι η ανάπτυξη, οι μύες του σώματος, λίπος, και τα κύτταρα του ήπατος δεν χρησιμοποιούν ινσουλίνη σωστά. Όμως, το πάγκρεας παράγει φυσιολογική ποσότητα ινσουλίνης, η οποία γίνεται περισσότερη, όταν δεν χρησιμοποιείται.
- **Αλκοολική ηπατοπάθεια:** Χρόνια αλκοολισμός είναι η κύρια αιτία της κίρρωσης του ήπατος. Κατανάλωση αλκοόλ περισσότερο από μια περίοδο 6 έως 10 ετών έχει υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κίρρωσης του ήπατος. Η φύση και το ύψος της κατανάλωσης οινοπνεύματος καθορίζει την ανάπτυξη κίρρωση του ήπατος. Σχεδόν το 15% των ατόμων που πίνουν βαριά αλκοόλ για περισσότερο από μια δεκαετία είναι επιρρεπείς σε έχουν κίρρωση του ήπατος.
- **Αυτοάνοση ηπατίτιδα:** αυτοάνοση ασθένεια που παράγει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που προσβάλλει το ήπαρ και προκαλεί φλεγμονή, βλάβες και προκαλεί κίρρωση του ήπατος.
- **Χρόνιας ηπατίτιδας C:** Ο ιός της ηπατίτιδας C είναι επίσης ένα από τα κύρια αιτία της χρόνιας ηπατικής νόσου και η κίρρωση του ήπατος. Λοίμωξη και φλεγμονή που προκαλείται από την αποζημίωση του ιού στο ήπαρ και οδηγεί σε κίρρωση του ήπατος.
- **Χρόνια ηπατίτιδα B και D:** Ο ιός της ηπατίτιδας B είναι πιθανόν η πιο συχνή αιτία κίρρωσης του ήπατος. Η ηπατίτιδα B, όπως και η ηπατίτιδα C, προκαλεί φλεγμονή

του ήπατος και της ζημίας που επί σειρά ετών προκαλεί κίρρωση του ήπατος. Ηπατίτιδα D προκαλεί επίσης κίρρωση του ήπατος.<sup>6, 28</sup>

Û **Μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα:** Πλεόνασμα λίπους συσσωρεύεται στο ήπαρ και τελικά προκαλεί ουλώδη ιστό. Αυτή η στεατοηπατίτιδα τις περισσότερες φορές σχετίζεται με τον διαβήτη, τον υποσιτισμό πρωτεΐνης, παχυσαρκία, στεφανιαία νόσο και στεροειδών φαρμάκων. Αυτός ο τύπος μη αλκοολικής ηπατίτιδα προκαλεί επίσης κίρρωση του ήπατος.

Û **Παραμπόδιση των χοληφόρων οδών:** Λόγω της απόφραξης των χοληφόρων οδών χολής δημιουργεί αντίγραφα ασφαλείας και να καταστρέφει το ήπαρ. Η πιο κοινή αιτία της απόφραξης της χολής είναι η κύρια χολική κίρρωση, μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή. Η διαταραχή αυτή μπορεί να προκαλέσει κίρρωση του ήπατος.

Û **Ναρκωτικά, τοξίνες και μολύνσεις:** Η παρατεταμένη χρήση ορισμένων φαρμάκων και κατάποση ορισμένων τοξινών αναμιγνύεται στα τρόφιμα. Η έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες, παρασιτική λοίμωξη του ήπατος, ηπατική επαναλαμβανόμενη συμφόρηση μπορεί να προκαλέσει κίρρωση του ήπατος.

Û **Καρδιακή κίρρωση:** Καρδιακή κίρρωση προκαλείται λόγω της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας που προκαλεί συμφόρηση στο ήπαρ και προκαλεί κίρρωση του ήπατος σπάνια σε ορισμένα άτομα με συγγενείς καρδιοπάθειες.

Û **Γαλακτοζαιμία** προκαλεί επίσης κίρρωση του ήπατος.<sup>32</sup>



## 6.2 Ασκήτης

Η έντονη κατακράτηση νατρίου είναι βασικό στοιχείο της δημιουργίας ασκίτη, παρόλο που η παθογένεσή της είναι αμφιλεγόμενη. Ένα βασικό συστατικό κάθε αποτελεσματικού προγράμματος θεραπείας είναι ο περιορισμός του νατρίου των τροφών. Για τους εξωτερικούς ασθενείς, η δίαιτα 2g νατρίου είναι η ελάχιστη ανεκτή. Η διαιτητική αγωγή είναι αρκετά αποτελεσματική στην αντιμετώπιση ήπιου προς μέτριο ασκίτη.

Το συχνότερα χρησιμοποιούμενο διουρητικό είναι η σπιρολακτίνη (200-400 mg/24h). Τα υποκατάστατα άλατος πρέπει να αποφεύγονται γιατί η σπιρολακτίνη προκαλεί κατακράτηση καλίου.

Όταν τα διουρητικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση έντονου ασκίτη, οδηγούν σε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και νεφρικής ανεπάρκειας. Σε αυτούς τους ασθενείς ασφαλέστερη και φθηνότερη είναι η συχνή παρακέντηση. Μπορούν να αφαιρεθούν τρία με πέντε λίτρα υγρού την ημέρα χωρίς επικίνδυνες αιμοδυναμικές μεταβολές.

Οι φλεβοπεριτοναϊκές αναστομώσεις δεν προτιμώνται λόγω της υψηλής συχνότητας απόφραξης και υποτροπιάζουσας λοίμωξης.

Μπορεί όμως να είναι ωφέλιμες σε επιλεγμένους ασθενείς σαν βραχυπρόθεσμες γέφυρες, όσο αναλαμβάνει η ηπατική λειτουργία ή μέχρι να μπορεί να διενεργηθεί η μεταμόσχευση. Η επέμβαση TIPS μπορεί να ναι αποτελεσματική σε ασθενείς με ασκίτη ανθεκτικό στα διουρητικά. Επιπλέον, επειδή η ετήσια επιβίωση των ασθενών με ανθεκτικό ασκίτη είναι μόνο 25%, αυτοί οι ασθενείς πρέπει να θεωρούνται υποψήφιοι για μεταμόσχευση ήπατος.<sup>33</sup>

### **6.3 Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα**

Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του ασκίτη, με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 10-27%. Ως ΑΒΠ ορίζεται η λοίμωξη του ασκίτικού υγρού χωρίς παρουσία προϋπάρχουσας λοίμωξης της περιτοναϊκής κοιλότητας ή άλλης φλεγμονώδους εστίας.

Οφείλεται συνήθως σε αιματογενή διασπορά των μικροβίων του εντερικού αυλού .

Η συμπτωματολογία της ΑΒΠ απέχει από τη θορυβώδη της περιτονίτιδας είτε παρουσιάζει (στο 1/3 των περιπτώσεων), είτε εμφανίζεται με επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας με συνοδό ήπιο κοιλιακό άλγος και πυρετό. Εάν δεν διαγνωσθεί και δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να αποβεί μοιραίο.

Η θνητότητά της έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία έτη. Σήμερα κυμαίνεται στο 20-40%. Το υψηλό ποσοστό υποτροπής της ΑΒΠ(40-70% εντός του πρώτου έτους) σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά θνητότητας θέτουν το ζήτημα της μακροχρόνιας προφυλακτικής αγωγής με αντιβίωση.<sup>27, 31</sup>

### **6.4 Ηπατονεφρικό σύνδρομο**

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο αποτελεί άλλη μια σοβαρή επιπλοκή της κίρρωσης που παρουσιάζεται στους κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη. Ορίζεται ως η προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας χωρίς μαρτυρία άλλων γνωστών στοιχείων νεφρικής ανεπάρκειας.

Φαίνεται ότι είναι το ακραίο αποτέλεσμα των αιμοδυναμικών διαταραχών που παρατηρούνται στην τελικού σταδίου ηπατική νόσο. Η κλινική εικόνα συνοψίζεται:

- Ø σε κίρρωτικό ασθενή με ανθεκτικό στην αγωγή ασκίτη,
- Ø ίκτερο,
- Ø πιθανόν και εγκεφαλοπάθεια, που εμφανίζει ολιγουρία.

Η πρόγνωση είναι απελπιστική. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς καταλήγουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Στο ηπατονεφρικό σύνδρομο οι νεφροί δεν παρουσιάζουν αλλοιώσεις και έτσι η νεφρική ανεπάρκεια διορθώνεται μετά από επιτυχή αντιμετώπιση της ηπατικής ανεπάρκειας (μεταμόσχευση ήπατος).<sup>34</sup>

### **6.5 Ηπατική εγκεφαλοπάθεια**

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια συνιστά σύνθετο νευρολογικό και ψυχιατρικό σύνδρομο που οφείλεται αφενός στην ανεπάρκεια του ηπατοκυττάρου να αδρανοποιήσει ουσίες που έχουν τοξική δράση στο Κ.Ν.Σ και αφετέρου στην ύπαρξη πυλαισυστηματικών αναστομών που επιτρέπουν την κατευθείαν είσοδο των παραπάνω ουσιών στη συστηματική κυκλοφορία, παρακάμπτοντας το ήπαρ. Σαν αιτίες της εμφάνισής της έχουν ενοχοποιηθεί :

- Ø η συσσώρευση αμμωνίας
- Ø οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αμμωνίας και λιπαρών οξέων
- ° η λανθασμένη αναστολή των νευρώνων μέσω νευροδιαβιβαστών.<sup>13, 31</sup>

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

- § *Απάθεια*
- § *Διαταραχή συμπεριφοράς*
- § *Δυσκολία στη συγκέντρωση*
- § *Ανικανότητα αντιγραφής σχημάτων*
- § *Υπνηλία*
- § *Ενώ ο πτερυγικός τρόμος είναι το χαρακτηριστικό εύρημα στην αντικειμενική εξέταση*
- § *Βαθμιαία ο ασθενής μπορεί να μεταπέσει σε λήθαργο και κόμα.*
- § *Αλλοτε πάλι μπορεί να παραμείνει επί μακρόν χωρίς σαφή συμπτωματολογία εκτός από τις διαταραχές της συμπεριφοράς και μικρή έκπτωση των πνευματικών δραστηριοτήτων που πιθανών να διακρίνονται από επεισόδια με ανώμαλη συμπεριφορά. Το 50-80% των κίρρωτικών βρίσκεται σε υποκλινική μορφή εγκεφαλοπάθειας.<sup>35</sup>*

## **6.6 Γαστροοισοφαγικοί κίρσοι**

Οι γαστροοισοφαγικοί κίρσοι αναπτύσσονται και η αιματική ροή του συστήματος της πυλαίας φλέβας λόγω αυξημένων πιέσεων, ακολουθεί την οδό των αντιστάσεων και παρακάμπει το ήπαρ δημιουργώντας πυλαιοσυστηματικές αναστομώσεις. Η ύπαρξη κίρσων σχετίζεται με τον βαθμό της ηπατικής λειτουργίας. Έτσι φάνηκε ότι το 60% των ασθενών με μη αντιρροπούμενη νόσο και το 30% των ασθενών με αντιρροπούμενη νόσο εμφανίζει κίρσους.

Από το σύνολο των κίρρωτικών υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο το 8% θα εμφανίσει κίρσους και από εκείνους με μικρούς κίρσους 10-20% ετησίως θα αναπτύξει ευμεγέθεις κίρσους .

Απο τους ασθενείς με κίρσους το 1/3 θα αιμορραγήσει κατά τη διάρκεια τη παρακολούθησης, συνήθως εντός του έτους από τη διάγνωσή τους. Το μέγεθος των κίρσων, η παρουσία ερυθρών κηλίδων στην επιφάνεια του και η βαρύτητα της ηπατικής δυσλειτουργίας αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κίρσορραγίας.

Αιμορραγία εκδηλώνεται επίσης όταν η διαφορά πίεσης ενσφήνωσης-ελεύθερης πίεσης ηπατικών φλεβών είναι μεγαλύτερη των 12mmHg. Σε κάθε επεισόδιο αιμορραγίας το υψηλό ποσοστό επαναιμορραγίας είτε άμεσα τις πρώτες μέρες είτε αργότερα είναι υψηλό.

Πιο συγκεκριμένα το 40% των ασθενών θα επαναιμορραγήσει μέσα στις πρώτες 72 ώρες, γεγονός που συνδέεται με το υψηλό ποσοστό θνητότητας σε κάθε επεισόδιο και

επιβάλλει στρατηγικές αντιμετώπισης. Επίσης η πλειοψηφία των ασθενών που θα αιμορραγήσουν από κισσούς και δεν λάβει θεραπεία, θα εκδηλώσει νέο επεισόδιο εντός του πρώτου έτους .

Ορισμένοι ασθενείς έχουν επανειλημμένα επεισόδια κισσορραγίας. Η επανειλημμένη αντιμετώπιση των κισσών με σκληροθεραπεία ή η απολίνωση μπορούν να εκριζώνουν τους κισσούς και να εμποδίσουν την υποτροπή της αιμορραγίας. Οι ασθενείς στους οποίους δεν αποδίδει η σκληροθεραπεία, είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση.<sup>36</sup>

## **6.7 Καρκίνος ήπατος**

Όταν ο αρχικός κακοήθης όγκος αναπτύσσεται σε κάποιο μέρος του ήπατος, ονομάζεται ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή κακοήθες ηπάτωμα ή πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος και, εάν ο όγκος στο ήπαρ προέρχεται από μεταστάσεις καρκίνου από άλλα όργανα, όπως από το παχύ έντερο, στομάχι κ.λπ., ονομάζεται μεταστατικός καρκίνος του ήπατος.

Στα παιδιά παρουσιάζεται ένας άλλος τύπος καρκίνου του ήπατος, το ηπατοβλάστωμα. Οι κακοήθεις όγκοι του ήπατος είναι πρωτοπαθείς ή μεταστατικοί.

Οι πρωτοπαθείς όγκοι είναι ηπατοκυτταρικής ή χολαγγειακής προέλευσης. Στους πρώτους υπάγεται το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και το ηπατοβλάστωμα και στους δεύτερους το χολαγγειοκαρκίνωμα.



Οι μεταστατικοί όγκοι είναι πολύ πιο συχνοί από τους πρωτοπαθείς.<sup>36, 37</sup>

### **6.7.1 Αίτια εμφάνισης καρκίνου ήπατος**

Ηπατίτιδες: Οι χρόνιες μολύνσεις του ήπατος από τους ιούς που προκαλούν ηπατίτιδα Β και C, είναι σε θέση να προκαλούν καρκίνο του ήπατος. Σε αριθμό ασθενών με τις εν λόγω ηπατίτιδες, αναπτύσσεται καρκίνος ήπατος μετά από πολλά χρόνια μόλυνσης.

- 1. Κίρρωση ήπατος:** Στη κίρρωση τα ηπατοκύτταρα καταστρέφονται και αντικαθίστανται από ινώδη ιστό. Περίπου 5% των ανθρώπων με κίρρωση παρουσιάζουν καρκίνο ήπατος.

2. *Άρρεν φύλο: Οι άνδρες παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα τη νόσο από ότι οι γυναίκες.*
3. *Οικογενειακό ιστορικό: Άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του ήπατος έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τη νόσο.*
4. *Ηλικία: Στους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών, η νόσος είναι συχνότερη.*<sup>38</sup>

### **6.7.2 Πρόληψη καρκίνου ήπατος**

Η αδυναμία επιτυχούς θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του ήπατος και η μικρή επιβίωση των ασθενών παρά τις θεραπευτικές εξελίξεις καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης της νόσου. Η πρόληψη του καρκίνου του ήπατος μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής.<sup>11, 25</sup>

#### **6.7.2.1 Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου του ήπατος**

Η πρωτογενής πρόληψη βασίζεται στη γνώση της αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στη λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β και στην ανάπτυξη της πρόληψης του καρκίνου του ήπατος.

Η ανεύρεση εμβολίου που αποτελείται από καθορισμένο επιφανειακό αντιγόνο του ιού της ηπατίτιδας Β που προέρχεται από πλάσμα φορέων είναι από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης στον αιώνα μας.

Μετά από τρεις δόσεις του εμβολίου, το 90% και πλέον των ενηλίκων αναπτύσσουν προστατευτικά αντισώματα.

Η δεύτερη δόση χορηγείται ένα μήνα μετά τη πρώτη και η τρίτη πέντε μήνες μετά τη δεύτερη. Το εμβόλιο προστατεύει από τη νόσο σε ποσοστό 80-95% τουλάχιστον για 2 χρόνια.

Η ανοσοποιητική ικανότητα και η αποτελεσματικότητα του εμβολίου στους νεφροπαθείς με χρόνια αιμοκάθαρση είναι πολύ χαμηλότερη από ότι στους υγιείς και για αυτό η χορηγούμενη δόση είναι διπλάσια.<sup>26, 38</sup>

#### **6.7.2.2 Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου του ήπατος**

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του ήπατος. Σε ασυμπτωματικό στάδιο, με εξέταση παρασυμπτωματικού ελέγχου της AFP (που θεωρείται αξιόπιστος δείκτης της νεοπλασίας σε άτομα με θετικό HBSAG). Εκτός της AFP η ανίχνευση φερίτινης και τρανσφερίνης χρησιμοποιήθηκαν σαν μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του ήπατος σε φορείς HBSAG σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.<sup>39</sup>

**Κεφάλαιο 7**  
**Πρόληψη και Θεραπεία**  
**Ηπατίτιδων**

## **7.1 Πρόληψη ηπατίτιδας**

Από την αρχαία εποχή ο άνθρωπος «ως κοινωνικό ον» συνειδητοποίησε την ανάγκη της πρόληψης των διάφορων παθήσεων. Η ανάγκη αυτή οδήγησε τον Ιπποκράτη να διατυπώσει την σοφή ρήση «κάλλιον το προλαμβάνειν ή θεραπεύειν». Η καλύτερη λοιπόν θεραπεία είναι η πρόληψη.<sup>12</sup>

### **7.1.1 Αρχές πρόληψης ηπατίτιδας**

Από την αρχαία εποχή ο άνθρωπος «ως κοινωνικό ον» συνειδητοποίησε την ανάγκη της πρόληψης των διάφορων παθήσεων. Η ανάγκη αυτή οδήγησε τον Ιπποκράτη να διατυπώσει την σοφή ρήση «κάλλιον το προλαμβάνειν ή θεραπεύειν».

Η καλύτερη λοιπόν θεραπεία είναι η πρόληψη. Ένας αρχαίος πάλι σοφός διατύπωσε μια άλλη σοφή ρήση το «παν μέτρον άριστον», το οποίο υποδηλώνει πως στη ζωή μας ότι και να κάνουμε πρέπει να το κάνουμε με μέτρο χωρίς να υπερβαίνουμε τα όρια, γιατί αλλιώς θα πρέπει να υποστούμε τις δυσάρεστες συνέπειες αυτής της υπέρβασης.

### **Μέτρα πρόληψης για την ηπατίτιδα Β**



Η πρόληψη της ηπατίτιδας Β στηρίζεται στον εμβολιασμό. Τα εμβόλια που κυκλοφορούν είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Στη χώρα μας γίνεται μεγάλη προσπάθεια περιορισμού της μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β μέσω ενημερωτικών εκστρατειών και εκτεταμένων προγραμμάτων εμβολιασμού. Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός των βρεφών είναι υποχρεωτικός από το 1998. Εμβολιασμός επίσης συνίσταται για όλα τα ευαίσθητα άτομα που ανήκουν στις ομάδες μεγάλου κινδύνου που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα Β θα πρέπει να μην μοιράζονται με άλλους βελόνες ή προσωπικά αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με το αίμα τους ( οδοντόβουρτσες, ξυραφάκια και ότι προκαλεί μικροτραυματισμό).

Όλα τα άτομα με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τις ερωτικές τους πράξεις. Σε περίπτωση έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β ενός ευαίσθητου ατόμου, η χορήγηση υψηλών ποσοτήτων εξουδετερωτικών αντισωμάτων με την ειδική υπεράνοση γ-σφαιρίνη παρέχει κάποιου βαθμού προστασία.

### **Συγκεκριμένα**

**Η ηπατίτιδα Β προλαμβάνεται με τα ακόλουθα:**

-  **Με τον έλεγχο των αιμοδοτών για αποκλεισμό των φορέων Ηπατίτιδας Β.**
-  **Με υπεύθυνη σεξουαλική ζωή, διατήρηση σταθερού σεξουαλικού συντρόφου, αποφυγή ανεξέλεγκτων σεξουαλικών σχέσεων, χρησιμοποίηση προφυλακτικών κατά τη σεξουαλική επαφή.**



- ✚ Χρησιμοποίηση αποστειρωμένων βελόνων και εργαλείων ή συριγγών και βελόνων μιας χρήσης.
- ✚ Με τον έλεγχο των εγκύων για εντοπισμό φορέων της Ηπατίτιδας Β και την έγκαιρη λήψη κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων για αποφυγή μετάδοσης του ιού στο νεογνό.
- ✚ Με την τήρηση Κανόνων Ατομικής Υγιεινής. Για παράδειγμα άμεσος καθαρισμός αίματος από τραύματα και αντικείμενα, κάλυψη ανοικτών πληγών, ατομική χρήση προσωπικών ειδών που μπορεί να λερωθούν με αίμα όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσα κλπ
- ✚ Με τη χορήγηση του εμβολίου της Ηπατίτιδας Β στις ακόλουθες ομάδες πληθυσμού

*Σε όλα τα νεογνά, παιδιά και εφήβους.*

*Σε Ομάδες Υψηλού Κινδύνου όπως:*

- à Ερωτικοί σύντροφοι και παιδιά ατόμων που είναι φορείς της Ηπατίτιδας Β.
- à Πολυμεταγγιζόμενα άτομα
- à Ασθενείς μονάδων αιμοκάθαρσης
- à Ομοφυλόφιλοι
- à Τοξικομανείς
- à Γυναίκες ελευθέρων ηθών.
- à Ταξιδιώτες σε περιοχές με υψηλή συχνότητα Ηπατίτιδας Β.
- à Σε άτομα που λόγω επαγγέλματος εκτίθενται στο αίμα όπως γιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό.
- à Με τη χορήγηση του εμβολίου σε συνδυασμό με την ειδική ανοσοσφαιρίνη για τον ιό Ηπατίτιδας Β. Η χορήγηση τους συνιστάται σε περιπτώσεις έκθεσης στον ιό ατόμων που δεν έχουν εμβολιαστεί και υπάρχει άμεσος κίνδυνος προσβολής τους από Ηπατίτιδες όπως:
- à Μετά από έκθεση σε αίμα μολυσμένο με τον ιό της Ηπατίτιδας Β, δια μέσου του δέρματος (τρύπημα βελόνας, δάγκωμα, πληγή, γδάρισμα) ή δια μέσου των βλεννογόνων.
- à Μετά από σεξουαλική επαφή με ασθενείς ή φορείς της Ηπατίτιδας Β.
- à Σε νεογέννητα από μητέρα ασθενή ή φορέα της Ηπατίτιδας Β.

**Μέτρα πρόληψης για την ηπατίτιδα C**

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

- Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να χρησιμοποιούν από άλλους ούτε να δίνουν σε άλλους αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με το αίμα τους, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες, αποτριχωτικές συσκευές κλπ.
- Η χλωρίνη αποτελεί το καλύτερο μέσο για καθαρισμό απολύμανση αντικειμένων κοινής χρήσης που έρχονται σε επαφή με αίμα ασθενούς με ηπατίτιδα C.
- Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε κανένα περιορισμό από οποιοδήποτε είδος εργασίας, απασχόλησης ή άθλησης.
- Τα προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη, ανταλλαγής βελόνων και συριγγών και επιμόρφωσης – τροποποίησης των επικίνδυνων συμπεριφορών θεωρούνται ότι μπορεί να βοηθήσουν στον περιορισμό της διασποράς της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, μία ειδική ομάδα του πληθυσμού που σήμερα έχει το μεγαλύτερο πρόβλημα ηπατίτιδας C.
- Σε περίπτωση τρυπήματος με μολυσμένη βελόνα δεν συνίσταται προληπτική χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ή αντιϊκών. Η πιθανή οξεία ηπατίτιδα C στον εργαζόμενο θα πρέπει να ελέγχει με αντισώματα για ηπατίτιδα C κατά την έκθεση και στη συνέχεια με τρανσαμινάσες, αντισώματα για ηπατίτιδα C και παρουσία ιού (HCV RNA ορού) 2-8 εβδομάδες αργότερα. Σε τεκμηρίωση οξείας ηπατίτιδας C είναι μάλλον χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση.
- Ασθενείς με ηπατίτιδα C και έναν μόνιμο ερωτικό σύντροφο δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν υποχρεωτικά προφυλακτικό, αλλά θα πρέπει να συμβουλευονται ότι τα προφυλακτικά μπορεί να ελαττώνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού.
- Προφυλακτικά όμως είναι απόλυτα απαραίτητα για ασθενείς με ηπατίτιδα C και πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, βραχυχρόνιες ερωτικές σχέσεις ή ομοφυλοφιλικές επαφές.
- Έχει υποστηριχθεί ότι ίσως η εκλεκτική καισαρική τομή να ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης της ηπατίτιδας C από τη θετική μητέρα στο νεογέννητο, αλλά αυτό δεν θεωρείται απόλυτα αποδεδειγμένο. Η πιθανή παρουσία ηπατίτιδας C σε νεογνά θετικών μητέρων ελέγχεται με ανίχνευση του ιού (HCV RNA ορού) μεταξύ του 2<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> μήνα ή με ανίχνευση αντισωμάτων για ηπατίτιδα C μετά το 15<sup>ο</sup> μήνα.
- Ο θηλασμός δεν θεωρείται ότι μεταδίδει τον ιό της ηπατίτιδας C.
- Η επιτυχής θεραπεία ενός ασθενούς με ηπατίτιδα C εκριζώνει τον ιό από το αίμα και εξαφανίζει την πιθανότητα μετάδοσης από αυτόν τον ασθενή.

## **7.2 Πρόληψη-θεραπεία ηπατίτιδας Β**

Η πρόληψη γίνεται με εμβολιασμό. Τα εμβόλια κατά της ηπατίτιδας Β αποτελούνται από πρωτεΐνη της επιφάνειας του ιού (αρχικώς από πλάσμα φορέων και σήμερα παρασκευαζόμενα με την τεχνολογία του ανασυνδυαζόμενου DNA ).

Είναι απολύτως ασφαλή και αποτελεσματικά. Συστήνεται γενικά εμβολιασμός που αφορά όχι μόνο τις ομάδες μεγάλου κινδύνου αλλά και τα νήπια, παιδιά, εφήβους και τα ευπαθή άτομα κάθε ηλικίας.

Η χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης με υψηλό τίτλο αντισωμάτων έναντι του HBsAg παρέχει περιορισμένης διάρκειας προστασία και χρησιμοποιείται σε ειδικές μόνο περιπτώσεις όπως : σε περίπτωση τρυπήματος με μολυσμένη βελόνα ευπαθούς ατόμου και σε μεταμοσχευόμενους ασθενείς.

Η θεραπεία της χρόνιας λοιμώξεως γίνεται με ενέσεις ιντερφερόνης-άλφα και νουκλεοσιδικά ανάλογα, με αντική δράση κυρίως έναντι της πολυμεράσης του ιού. Η αποτελεσματικότητά τους είναι σχετικά περιορισμένη και τα ποσοστά διατηρούμενων υφέσεων με κάθαρση της ιαμίας και ανάπτυξη αντισωμάτων κατά του HBsAg δεν ξεπερνούν τα 10% με 15%.

Σ' ένα μεγαλύτερο ποσοστό (30%) επιτυγχάνεται ύφεση χωρίς κάθαρση του HBsAg, άλλοτε άλλης διάρκειας. Μακροχρόνια συνδυασμένη θεραπεία με 2 ή περισσότερα νουκλεοσιδικά ανάλογα και ιντερφερόνη-άλφα βραδείας αποδεσμεύσεως αναμένεται στο μέλλον να εμποδίζει την ανάπτυξη ικής αντοχής επιτυγχάνοντας συνεχή καταστολή της αναπαραγωγής του ιού στην πλειονότητα των ασθενών.

Για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Β διατίθενται: ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και μια ειδική για τον ιό ηπατίτιδας Β ανοσοσφαιρίνη (υπεράνοση γ σφαιρίνη). Σε περιπτώσεις έκθεσης, στον ιό και άμεσου κινδύνου νόσησης είναι απαραίτητος ο συνδυασμός τους.<sup>40</sup>

### **Τέτοιες είναι:**

- Ø Στους ερωτικούς συντρόφους αυτών που πάσχουν από οξεία ηπατίτιδα**
- Ø Σε 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**
- Ø 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 παιδιά
- 2) Στους γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, οδοντίατρους, στο προσωπικό κέντρων αιμοδοσίας και αιματολογικών εργαστηρίων
- 3) Στο προσωπικό και ασθενείς μονάδων αιμοκάθαρσης

- 4) Σε πολυμεταγγιζόμενους (πχ.θαλασσαιμικοί) ή ασθενείς που λαμβάνουν προϊόντα αίματος (π.χ αιμοφιλικί)
- 5) Ομοφυλόφιλους
- 6) Τοξικομανείς
- 7) Εκδιδόμενες γυναίκες
- 8) Ταξιδεύοντες σε περιοχές με υψηλή συχνότητα ηπατίτιδας B.

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.<sup>41</sup>

### **7.2.1 Πρόληψη οξείας ιογενούς ηπατίτιδας B**

Η μετάδοση του HBV με το αίμα και τα παράγωγά του περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό αφότου καθιερώθηκε ο έλεγχος για την παρουσία HBsAg και anti-HBc. Τα επιπλέον προληπτικά μέτρα περιλαμβάνουν την αποφυγή ερωτικών επαφών με φορέα του HBV και τρόπων ζωής που διευκολύνουν την διάδοση του ιού.

Οι οικείοι και οι ερωτικοί σύντροφοι των φορέων του ιού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, όπως και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, οι λήπτες προϊόντων από δεξαμενές πλάσματος, οι νοσηλευτές που εκτίθενται σε αίμα και τα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες-φορείς.

Τα γενικά προληπτικά μέτρα για το αίμα και τα σωματικά υγρά εφαρμόζονται για να περιοριστεί η έκθεση στον HBV. Υποτίθεται ότι όλοι οι ασθενείς είναι μολυσμένοι. Ο χειρισμός του αίματος και των σωματικών υγρών πρέπει να γίνεται με γάντια, ιατρική μπλούζα και ματογυάλια.

Ειδική προσοχή απαιτείται για τις βελόνες και τα αιχμηρά εργαλεία. Τα μολυσμένα από τον HBV υλικά απολυμαίνονται με διάλυμα 10% χλωρίνης, αλλά, σε αντίθεση με πολλούς άλλους ιούς που διαθέτουν περίβλημα, ο HBV δεν αδρανοποιείται από τα απορρυπαντικά.

Υπεράνοση γ-σφαιρίνη δίνεται για παθητική ανοσοποίηση σε άτομα τα οποία τρυπήθηκαν με βελόνα που έχει χρησιμοποιηθεί σε θετικούς ασθενείς, σε άτομα που είχαν σεξουαλική επαφή με φορέα του ιού B και σε παιδιά που γεννιούνται από φορέα μητέρα. Η χορήγηση γίνεται το ταχύτερο δυνατόν, μέσα σε ώρες από τη μόλυνση. Ο εμβολιασμός καλό είναι να αρχίζει ταυτόχρονα με την υπεράνοση γ-σφαιρίνη.<sup>15, 37</sup>

Ο εμβολιασμός συνιστάται για βρέφη, παιδιά και ομάδες υψηλού κινδύνου. Είναι δε χρήσιμος ακόμη και σε νεογνά μητέρων θετικών στο HBsAg και σε άτομα που τυχαία ήλθαν σε επαφή με αίμα ή εκκρίσεις ατόμου HBsAg-θετικού.

Η ανοσοποίηση των μητέρων θα ελαττώσει τη συχνότητα της μετάδοσης στα βρέφη και στα άλλα παιδιά, περιορίζοντας έτσι τον αριθμό των χρόνιων φορέων HBV. Η πρόληψη της χρόνιας ηπατίτιδας B θα ελαττώσει την επίπτωση του PHC.

Τα εμβόλια κατά της ηπατίτιδας Β περιέχουν υπομονάδες του HBV. Το πρώτο εμβόλιο παρασκευάστηκε από σωματίδια HBsAg μεγέθους 22 nm που υπήρχαν στο πλάσμα ατόμων με χρόνιες λοιμώξεις.

Τα σύγχρονα εμβόλια είναι προϊόντα της γενετικής μηχανικής και παρασκευάζονται με ένθεση στο ζυμομύκητα *Saccharomyces cerevisiae* πλασμιδίου που περιέχει το γονίδιο S για το HBsAg. Η πρωτεΐνη αυτοσυναρμολογείται σε σωματίδια, γεγονός που ενισχύει την ανοσογονικότητα.<sup>41</sup>

### **7.2.2 Πρόληψη χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας Β**

Η προφύλαξη της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β βασίζεται στον εμβολιασμό. Στη χώρα μας, είναι υποχρεωτικός στα βρέφη και στους εφήβους. Επίσης, συστήνεται έλεγχος και εμβολιασμός όλων των ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως: οι πολυμεταγγιζόμενοι, τα άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, τα μέλη της οικογένειας θετικών φορέων της ηπατίτιδας Β, οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και τρόφιμοι διαφόρων ιδρυμάτων.

Τα νεογνά μητέρων με χρόνια ηπατίτιδα Β θα πρέπει να λαμβάνουν ειδική υπεράνοση γ-σφαιρίνη εντός 24-48 ωρών και μία δόση εμβολίου αμέσως μετά τον τοκετό. Το ίδιο εμβόλιο θα πρέπει να χορηγείται και σε άτομα που δεν έχουν εμβολιαστεί και έρχονται σε επαφή με τον ιό. Η υπεράνοση γ-σφαιρίνη προσφέρει ανοσία για 3 μήνες σε ποσοστό 70-75%.<sup>16, 32</sup>

### **7.3 Πρόληψη ηπατίτιδας C**

Δεν υπάρχει εμβόλιο, η δε χορήγηση γ-σφαιρίνης δεν είναι αποτελεσματική. Συστήνονται μέτρα αποφυγής εκθέσεως στον κίνδυνο της HCV λοίμωξης και σχολαστικός έλεγχος για HCV λοίμωξη του υπό μετάγγιση αίματος και παραγώγων του. Η πρόληψη που συνιστάται για την ηπατίτιδα D είναι η εξής:

- Û **Αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών**
- Û **Μη χρήση προσωπικών αντικειμένων άλλων ατόμων (ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες)**
- Û **Χρήση προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή. Ο ιός της ηπατίτιδας C μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, αλλά αυτό συμβαίνει σπάνια. Ασθενείς με σταθερούς συντρόφους δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν προφυλακτικό (αν και η χρήση του μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης), κάτι που συστήνεται σε όσους ασθενείς έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους. Άλλωστε το προφυλακτικό προστατεύει και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως AIDS, ηπατίτιδα Β, σύφιλη, χλαμύδια και άλλα.**
- Û **Για τους επαγγελματίες υγείας προτιμάται η χρήση γαντιών και χειρισμός βελονών και συριγγών, καθώς και άλλων αιχμηρών αντικειμένων με ασφάλεια.**
- Û **Κίνδυνος υπάρχει στα άτομα που πρόκειται να κάνουν τρύπημα ή τατουάζ σε σημεία του σώματος τους.**
- Û **Σε αιμοδότες ή δωρητές οργάνων**

- Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δε θα πρέπει να υποβάλλονται σε κανενός είδους περιορισμό στην εργασία τους ή την άθληση και δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη φαγητού, πετσέτες, ή ατομικές τουαλέτες
- Καλό είναι να γίνει το εμβόλιο τη ηπατίτιδας A και B.<sup>26</sup>

### 7.3.1 Πρόληψη οξείας ιογενούς ηπατίτιδας C

Ο κυριότερος τρόπος πρόληψης της λοίμωξης HCV είναι ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντισώματα (anti-HCV) και ο αποκλεισμός των οροθετικών ατόμων από την αιμοδοσία. Ο έλεγχος αυτός που είναι πλέον επιβεβλημένος στις μέρες μας, έχει περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού μέσω μετάγγισης.

**Τα κυριότερα μέτρα πρόληψης από τη λοίμωξη HCV κατά τον έλεγχο των αιμοδοτών είναι τα ακόλουθα:**

- Προσδιορισμός των αντισωμάτων (anti-HCV) σε κάθε μονάδα αίματος. Η παρουσία υψηλών τιμών ALT ή/και anti-HBc στον ορό του δότη βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τον κίνδυνο έκθεσης του λήπτη. Ο έλεγχος των αιμοδοτών για anti-HCV στη χώρα μας μετά το 1992 και ο αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για τη λοίμωξη HIV, οδήγησε στη μείωση του ποσοστού μετάδοσης της λοίμωξης HCV μετά από μετάγγιση.

- Λήψη αίματος μόνο από εθελοντές αιμοδότες

- Αυστηρές ενδείξεις μετάγγισης

- Χρήση παραγώγων αίματος που παρασκευάζονται με γενετική μηχανική, π.χ. παράγοντας πήξης VIII. Τα άτομα με ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών θα πρέπει να αποκλείονται από δωρεά αίματος, ιστών και οργάνων ή σπέρματος. Στα άτομα της κατηγορίας αυτής δίδονται οι ακόλουθες οδηγίες:

- Διακοπή της χρήσης των ουσιών

- Συμμετοχή και ολοκλήρωση θεραπευτικών προγραμμάτων κατά της κατάχρησης ουσιών, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων πρόληψης πιθανής υποτροπής

- Εμβολιασμός για την ηπατίτιδα A και B

*Αν συνεχίζεται η χρήση ουσιών:*

- Να μη γίνεται επαναχρησιμοποίηση ή κοινή χρήση συριγγών, βελονών και υπόλοιπου εξοπλισμού παρασκευής ουσιών. Αν ο εξοπλισμός έχει χρησιμοποιηθεί από άλλο άτομο, να πλένεται πρώτα με απορρυπαντικό και νερό

- Να χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες σύριγγες που λαμβάνονται από αξιόπιστη πηγή, όπως το φαρμακείο

- Να χρησιμοποιείται νέα αποστειρωμένη σύριγγα για την παρασκευή και την ενδοφλέβια έγχυση των ουσιών

- Αν είναι δυνατό, να χρησιμοποιείται αποστειρωμένο νερό κατά την παρασκευή του φαρμάκου, αλλιώς προτιμάται καθαρό νερό από αξιόπιστη πηγή, όπως το εμφιαλωμένο

- Να χρησιμοποιούνται καθαρά σκεύη και υλικά παρασκευής των ουσιών

- Να καθαρίζεται το σημείο της ένεσης με αλκοολούχο διάλυμα πριν την ένεση

- Να απορρίπτονται με ασφάλεια οι σύριγγες μετά τη χρήση.

Στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού με την κατάλληλη χρήση των προληπτικών μέτρων θα προληφθεί η μετάδοση του HCV στους χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και η απομόνωση των οροθετικών δεν θα είναι απαραίτητη.

***Τα ακόλουθα μέτρα είναι αναγκαία:***

- Οι ασθενείς πρέπει να έχουν συγκεκριμένα δωμάτια αιμοκάθαρσης και να γίνεται σχολαστικός καθαρισμός και απολύμανση του χώρου και των μηχανημάτων αιμοκάθαρσης

- Η κοινή χρήση βοηθητικών συσκευών, όπως δίσκοι φαρμάκων, πιεσόμετρα, λαβίδες, ψαλίδια και άλλα εργαλεία πολλαπλών χρήσεων πρέπει να αποφεύγεται

- Τα εργαλεία πολλαπλών χρήσεων πρέπει να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται μετά από κάθε χρήση

- Τα φάρμακα και τα υλικά δεν πρέπει να μοιράζονται μεταξύ ασθενών και η χρήση τροχήλατων με φάρμακα πρέπει να αποφεύγεται

- Η προετοιμασία των φαρμάκων πρέπει να γίνεται σε ξεχωριστό χώρο

- Οι καθαρές και οι μολυσμένες περιοχές πρέπει να είναι ξεχωριστές, όπως για παράδειγμα χωριστές τουαλέτες και λουτρά για ασθενείς και προσωπικό ή χειρισμός και αποθήκευση φαρμάκων μακριά από το χώρο χειρισμού χρησιμοποιημένου υλικού ή αίματος

- Συχνό και σχολαστικό πλύσιμο των χεριών

- Περιοδικός έλεγχος σε όλους τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και το προσωπικό για anti-HCV. Τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να εμβολιάζονται για την ηπατίτιδα A και την ηπατίτιδα B

- Διενέργεια αιμοκάθαρσης σε συγκεκριμένα μηχανήματα για τους οροθετικούς ασθενείς. Βασικό μέτρο για την πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης HCV στο νοσοκομείο είναι η ενημέρωση και η εκπαίδευση των ασθενών αλλά και του προσωπικού υγείας για τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα υγιεινής που προτείνονται από τα κέντρα ελέγχου νοσημάτων (CDC).

Πρωτόκολλα πρέπει να υπάρχουν σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα για την καταγραφή και παρακολούθηση πιθανής έκθεσης σε αίμα ή υγρά που περιέχουν αίμα. Στο σημείο αυτό, ο ρόλος του Νοσηλευτή Λοιμώξεων σε κάθε νοσοκομείο είναι σημαντικός, καθώς ευθύνεται για την πρόληψη, ανίχνευση, καταγραφή και παρακολούθηση των λοιμώξεων εντός του νοσοκομείου, με κύριο αντικειμενικό σκοπό την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λοιμώξεων. Ειδικότερα, ενθαρρύνεται η χρήση όσο το δυνατό περισσότερων συσκευών μιας χρήσης, η λήψη αίματος και άλλων βιολογικών υγρών με χρήση γαντιών, η απόρριψη αιχμηρών αντικειμένων και μολυσματικών υλικών σε ειδικούς κάδους και η απολύμανση επιφανειών που έρχονται σε επαφή με μολυσματικά υλικά. Επιπλέον, σε περίπτωση ατυχήματος (τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο) συνιστάται η άμεση εξέταση του ατόμου για anti-HCV και η επανεξέταση για anti-HCV, τρανσαμινάσες και HCV-RNA μετά 2-4 εβδομάδες.

Εάν διαπιστωθεί οροθετικότητα, συνιστάται η άμεση έναρξη αντιϊκής θεραπείας προκειμένου να ανασταλεί η μετάπτωση της νόσου σε χρόνια.

Άτομα με ιδιαίτερη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. ομοφυλόφιλοι, πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι) πρέπει να εκπαιδεύονται για να ακολουθούν τις παρακάτω οδηγίες:

- Αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα ή μονογαμικές μακροχρόνιες σχέσεις. Είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για την πρόληψη της εξάπλωσης της λοίμωξης HCV, καθώς και άλλων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως ο HIV

- Χρήση προφυλακτικών, που προστατεύουν τους ίδιους και τους συντρόφους τους από σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα

- Εμβολιασμό για την ηπατίτιδα Β και, όπου χρειάζεται, για την ηπατίτιδα<sup>41</sup>

- Οι σύντροφοι των οροθετικών ατόμων θα πρέπει να εκπαιδεύονται για τον κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξης και να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα

Στις οικογένειες ή ομάδες με οροθετικό μέλος, πρέπει να αποφεύγονται η κοινή χρήση βελονών, ξυραφιών/οδοντόβουρτσας και άλλων αιχμηρών αντικειμένων. Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την ανάγκη χρήσης ατομικών μαγειρικών σκευών ή την απομόνωση των οροθετικών ενηλίκων ή παιδιών από κοινωνικές, εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές δραστηριότητες.

Η κάθετη μετάδοση της λοίμωξης HCV από τη μητέρα στο παιδί θεωρείται ασυνήθης (περίπου στο 5%), ενώ ο ιός δε φαίνεται να μεταδίδεται μέσω του θηλασμού. Η πιθανότητα εμφάνισης του HCV σε νεογνά οροθετικών μητέρων συνιστάται να ελέγχεται με ανίχνευση του HCV-RNA μεταξύ του 2ου και 6ου μήνα ή με ανίχνευση του αντι-HCV μετά το 12<sup>ο</sup> ή 18<sup>ο</sup> μήνα. Ο έλεγχος ρουτίνας για τον HCV (δευτερογενής πρόληψη) γίνεται στις ακόλουθες κατηγορίες πληθυσμού με βάση τον κίνδυνο που διατρέχουν για λοίμωξη:

- Άτομα που έκαναν οποιαδήποτε στιγμή χρήση ενδοφλέβιων ουσιών, περιλαμβανομένων εκείνων που έκαναν πολλά χρόνια πριν και δεν θεωρούν τον εαυτό τους χρήστη ουσιών

- Άτομα με επιλεγμένες παθολογικές καταστάσεις, όπως:

- Λήψη παραγόντων πήξης που παρήχθησαν πριν το 1987

- Χρόνια αιμοκάθαρση

- Επίμονα υψηλά επίπεδα αμινοτρανσφεράσης αλανίνης (ALT).

- Πρώην λήπτες αίματος ή οργάνων, συμπεριλαμβανομένων:

- Εκείνων που ενημερώθηκαν ότι έλαβαν αίμα από δότη που διαγνώστηκε στη συνέχεια θετικός για HCV

- Εκείνων που έλαβαν αίμα ή παράγωγα αίματος πριν από το 1992

- Εκείνων που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση οργάνου πριν το 1992.<sup>40, 41</sup>

Επιπλέον, ο έλεγχος ρουτίνας για τον HCV γίνεται σε άτομα με βάση μια αναγνωρισμένη έκθεση στον ιό:

- Το προσωπικό υγείας μετά από τρύπημα με βελόνα, κόψιμο ή έκθεση του βλεννογόνου σε αίμα θετικό για HCV

- Τα παιδιά HCV-θετικών μητέρων.

Ατυχώς, δεν υπάρχει εμβόλιο έναντι του HCV και η προφύλαξη από τη μετάδοσή του περιορίζεται στη λήψη των γενικών μέτρων που προαναφέρθηκαν.



Οι δυσκολίες που εμποδίζουν την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού εμβολίου έναντι ιών όπως ο ιός HIV και ο HCV ώθησαν τους ερευνητές στο να προσπαθήσουν να κατασκευάσουν εμβόλια χρησιμοποιώντας DNA αντί πρωτεΐνης ως αντιγονικό διεγέρτη.

Έτσι γίνεται προσπάθεια κατασκευής εμβολίου που θα εισάγει ιικές πρωτεΐνες στον ξενιστή, οι οποίες έχουν ληφθεί από φαγοκύτταρα και έχουν υποστεί επεξεργασία από λεμφοκύτταρα του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας (MHC) τάξης II το οποίο προάγει την παραγωγή αντισωμάτων.

Γονιδιώματα που εκφράζουν ιικά αντιγόνα είναι δυνατό να εισαχθούν εντός των κυττάρων του ξενιστή, όπου συντελούν στην παραγωγή των αντίστοιχων ιικών πρωτεϊνών. Οι πρωτεΐνες αυτές δύνανται να ενεργοποιούν κυτταροτοξικά T λεμφοκύτταρα δια μέσου της MHC οδού τα οποία προστατεύουν ενάντια στη λοίμωξη απ' τον HCV αλλά και πιθανόν ν' αποδειχθούν χρήσιμα και στη θεραπεία της χρόνιας λοίμωξης.<sup>41</sup>

### **7.3.2 Πρόληψη χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας C**

Ο ιός της ηπατίτιδας C κυκλοφορεί με το αίμα και η ηπατίτιδα C είναι μια μεταδοτική νόσος. Πριν από την καθιέρωση του προληπτικού προαιμοδοτικού ελέγχου για την ανίχνευση του ιού της ηπατίτιδας C, η πλειονότητα των ασθενών μολυνόταν μέσω μολυσμένου αίματος (π.χ. από μεταγγίσεις). Μετά την εφαρμογή του ελέγχου των αιμοδοτών, η κύρια οδός μετάδοσης είναι η χρήση κοινής σύριγγας ή άλλων αντικειμένων από τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Παρόλα αυτά, στο 30% περίπου των περιπτώσεων λοίμωξης από ηπατίτιδα C η οδός της μόλυνσης είναι η χρήση κοινής σύριγγας ή άλλων αντικειμένων από τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Παρόλα αυτά, στο 20% περίπου των περιπτώσεων λοίμωξης από ηπατίτιδα C η οδός της μόλυνσης είναι άγνωστη.

Όλοι όσοι έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C είναι δυνητικοί φορείς μετάδοσης της.

***Αρκετά προληπτικά μέτρα μπορούν να αποτρέψουν την εξάπλωση της ηπατίτιδας C με το να:***

- *Μην επαναχρησιμοποιούνται βελόνες ή άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη λήψη ναρκωτικών ουσιών ή για τρυπήματα σε διάφορα σημεία του σώματος (piercing) ή για τη δημιουργία τατουάζ.*
- *Μην χρησιμοποιούνται από κοινού με άλλους αντικείμενα όπως ξυραφάκια, νυχοκόπτες, ψαλίδια, οδοντόβουρτσες.*
- *Να λαμβάνονται προφυλάξεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (π.χ. εάν δεν υπάρχει μόνιμος σύντροφος ή/και πρόκειται για ομοφυλόφιλο, καθώς και κατά τη σεξουαλική επαφή στη διάρκεια της εμμηνου ρύσης).*
- *Εάν παρουσιάζετε κάποιο σύμπτωμα της νόσου, να ενημερώνεται το συντομότερο δυνατόν ο ιατρός.*
- *Να γίνονται τακτικά εξετάσεις αίματος, ιδιαίτερα εάν εμφανιστεί κάποιο σύμπτωμα που σχετίζεται με τη νόσο.*

*Δυστυχώς δεν υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της ηπατίτιδας C. Οι επιστήμονες δεν είναι ιδιαίτερα αισιόδοξοι για την ανάπτυξη εμβολίου στο εγγύς μέλλον καθώς ο ιός (HCV) μεταλλάσσεται εξαιρετικά γρήγορα. Λόγω του ταχύτατου ρυθμού μετάλλαξης του HCV, οι επιστήμονες δυσκολεύονται να δημιουργήσουν σταθερές καλλιέργειες του ιού μέσα στις οποίες θα αναπτυχθεί το εμβόλιο. Η ανάπτυξη εμβολίου κατά του HCV καθίσταται ακόμα δυσκολότερη εξαιτίας του γεγονότος ότι υπάρχουν περισσότεροι από έξι γονότυποι του HCV.<sup>16, 31</sup>*

***Το πιο αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο είναι η αποφυγή επαφής με το αίμα άλλων μολυσμένων ατόμων και η ενημέρωση των ομάδων υψηλού κινδύνου (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών).***

#### ***7.4 Μέτρα πρόληψης για τους επαγγελματίες υγείας***

Καθημερινά ένας σημαντικός αριθμός ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που έρχεται σ' επαφή με βιολογικά υγρά μολυσμένα από τους ιούς της ηπατίτιδας B, C, διατρέχει τον κίνδυνο να μολυνθεί και να νοσήσει. Η ανάπτυξη λοίμωξης εξαρτάται από το είδος και τη λοιμογόνικότητα του ιού, την πυκνότητά του στο βιολογικό υγρό και το είδος της επαφής.

Οι λοιμώξεις αυτές μεταδίδονται στο υγειονομικό προσωπικό κυρίως από μικροτραυματισμούς, αυτό όμως συμβαίνει σε χαμηλό ποσοστό ενώ εξαιρετικά σπάνια οφείλονται σε επαφή βιολογικών υγρών με βλεννογόνους.

Ο συνηθέστερος τρόπος επαφής σε χώρους όπου γίνονται μικροεπεμβάσεις είναι ο τραυματισμός κατά την προσπάθεια κάλυψης της βελόνης με το κάλυμμα της. Τα μολυσμένα αιχμηρά εργαλεία απορρίπτονται σε στερεά δοχεία ενώ τα μολυσμένα βιολογικά υγρά σε πλαστικές σακούλες. Απαραίτητη είναι η πλήρης συνεργασία του προσωπικού κατά την ώρα των επεμβάσεων με σαφείς οδηγίες λειτουργίας.

Δεδομένου ότι η συχνότερη αιτία μετάδοσης του ιού είναι ο τραυματισμός με βελόνα ή νυστέρι η κύρια προσπάθεια εστιάζεται στην πρόληψη αυτών των ατυχημάτων. Έτσι, απαγορεύεται η κάλυψη των χρησιμοποιημένων βελονών με το κάλυμμα τους, διότι αυτή η κίνηση αποτελεί συχνή αιτία αυτοτραυματισμού.

Τα αιχμηρά μολυσμένα εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικό δοχείο, ποτέ επάνω στον ασθενή ή σε περιοχές που μπορεί να καλυφθούν με μαλακά υλικά όπως γάζες ή χαρτί. Αν ένα μολυσμένο αιχμηρό εργαλείο, όπως είναι το νυστέρι πρέπει να επαναχρησιμοποιηθεί, αυτό τοποθετείται σε ειδικό δοχείο, σε απόσταση από άλλα αντικείμενα ή καρφώνεται σε αποστειρωμένο σπόγγο για να είναι εύκολη η σύλληψη του.<sup>8</sup>

Η μη χρήση εργαλείων ευθύνεται για τραυματισμούς στη διάρκεια ραφής. Η ραφή πρέπει να γίνεται με βελονοκάτοχο και κατά το δέσιμο του κόμβου η μύτη της βελόνας συλλαμβάνεται από το βελονοκάτοχο. Τα αιχμηρά αντικείμενα τα παίρνει από το δίσκο εργαλείων, τα χρησιμοποιεί και τα επανατοποθετεί σε ασφαλές σημείο κατά προτίμηση το ίδιο άτομο, ενώ η παράδοση τέτοιων εργαλείων από χέρι σε χέρι πρέπει να αποφεύγεται. Στην αποφυγή παρομοίων ατυχημάτων συμβάλλει και η

συνεχής επικοινωνία των εργαζόμενων με σαφείς οδηγίες ή προειδοποιήσεις στηνδιάρκεια της επέμβασης.

Η απόρριψη των αιχμηρών εργαλείων πρέπει να γίνεται σε στέρεα δοχεία ενώ τα βιολογικά υγρά σε κλειστές πλαστικές σακούλες.

Τα πλαστικά γάντια πρέπει να φοριούνται σε κάθε περίπτωση που χρησιμοποιείται αιχμηρό εργαλείο όχι μόνο για να προστατεύουν από την

επαφή σε θέσεις όπου υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος αλλά και για να μειωθεί ο αριθμός των ιών που θα μολύνουν αν το αιχμηρόόργανο διαπεράσει το γάντι και τραυματίσει.

Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι ιδιαίτερα σε εργώδεις επεμβάσεις, στα γάντια παρατηρούνται μικρές τρύπες, για αυτό αυτά θα πρέπει να αντικαθίστανται ή και να φοριούνται διπλά.

Παράλληλα πρέπει να λαμβάνονται και προφυλάξεις τρυπήματος των γαντιών και τραυματισμού από θραύση γυάλινων δοχείων η από μεταλλικές ενδοπροσθέσεις.

Η συλλογή βιολογικών υγρών όπως της χολής ή πύου δεν πρέπει να γίνεται σε ανοικτά δοχεία ούτε γρήγορη εξώθηση τους από σύριγγα διότι μπορεί να εκτιναχθούν σταγονίδια και να μολύνουν τον εκτεθειμένο βλεννογόνο του προσωπικού.

Για τη συλλογή κατάλληλο είναι ένα κλειστό κύκλωμα από πλαστικό σάκο και πλαστικούς σωλήνες. Για τον ίδιο λόγο σε περιπτώσεις όπου γίνεται έγχυση υγρών τα οποία αναμιγνύονται με αίμα, όπως στη διάρκεια αγγειογραφίας, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σύριγγες οι οποίες βιδώνουν στο άκρο του καθετήρα.

Όσον αφορά την ηπατίτιδα Β η εισπνοή αίματος που έχει αεροποιηθεί (aerosolized) δεν μεταδίδει τη λοίμωξη. Επίσης, ο χώρος νοσηλείας θα πρέπει να διαθέτει συσκευή εμφύσησης αέρος, ώστε να μη χρειασθεί η εφαρμογή τεχνητής αναπνοής με τη τεχνική στόμα με στόμα, σε περίπτωση ανάνηψης.

Είναι σημαντικό, σε περίπτωση τραυματισμού το τραύμα να πλένεται αμέσως, αφού εξετασθεί αν υπήρξε έξοδος αίματος, η πλύση να γίνεται με νερό και σαπούνι επί 10 min, η χρήση αντιϊκών διαλυμάτων δεν συνιστάται. Αν η επαφή αφορά βλεννογόνο, χρησιμοποιείται μόνο νερό ή φυσιολογικός ορός.

Η περαιτέρω αντιμετώπιση εξαρτάται από το αν ο ασθενής είναι φορέας κάποιου από τα προαναφερθέντα νοσήματα, από την μεταδοτικότητα της νόσου και το είδος της επαφής. Η διαδικασία που θα ακολουθηθεί θα πρέπει να καθορίζεται υπεύθυνα από εξειδικευμένο προσωπικό αντιμετώπισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.<sup>41</sup>





### **7.5 Προφύλαξη και θεραπεία μετά την επαφή**

Ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β αποτελεί μια αποτελεσματική και ακίνδυνη μέθοδο προφύλαξης για αυτό συνιστάται όχι μόνο για την προφύλαξη του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και άλλων ομάδων υψηλού κινδύνου.

Σε κάθε τμήμα όπου υφίσταται

κίνδυνος επαφής και λοίμωξης, οι νεοδιοριζόμενοι θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους και να υποβάλλονται αμέσως σε εμβολιασμό.

Το 10-15% των εμβολιασθέντων που δεν αναπτύσσουν αντισώματα πρέπει να υποβάλλονται μια και δυο φορές σε επαναληπτικό εμβολιασμό διότι τελικά μέχρι και το 50% αυτών των ατόμων μπορεί να αναπτύξει αντισώματα. Το 90% των ατόμων που ανέπτυξε αντισώματα επί 9 χρόνια είναι ικανά, με επανάληψη του εμβολίου, να εμφανίζουν ταχέως αντισώματα και όπως έχει παρατηρηθεί δεν προσβάλλονται από τη νόσο.

Δυστυχώς είναι συνηθισμένο φαινόμενο οι εμβολιασθέντες να μη γνωρίζουν αν είχαν αναπτύξει αντισώματα γι' αυτό μετά από επαφή, τα άτομα αυτά ή αυτοί που δεν είχαν εμβολιαστεί ή δεν είχαν αναπτύξει αντισώματα ή είχαν στο προηγούμενο δίμηνο αντισώματα HBsAg <10mIU/mL, υποβάλλονται σε εμβολιασμό και λαμβάνουν ανοσοσφαιρίνη με αντισώματα κατά του ιού HBV.

Ειδικά για τα άτομα που αποδεδειγμένα δεν αναπτύσσουν αντισώματα, η ανοσοσφαιρίνη θα πρέπει να επαναχορηγείται ένα μήνα μετά, διότι ο μέσος χρόνος της ημίσειας ζωής της είναι 22 ημέρες. Στον όρο, η άνοδος των ανοσοσφαιρινών είναι προοδευτική για αυτό η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται από το πρώτο 24ωρο μετά την επαφή.

Κατά την προμήθεια της ανοσοσφαιρίνης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πόση είναι η ποσότητα των ανοσοσφαιρινών και οι συνθήκες αποθήκευσης. Η εμφάνιση [αντισωμάτων HBsAg καθίσταται ανιχνεύσιμη μετά από 1-6 μήνες, αν έγινε μόνο εμβολιασμός και μετά από 4-6 μήνες, αν έχει χορηγηθεί ανοσοσφαιρίνη.

Εφόσον ακολουθηθούν οι οδηγίες, η εμφάνιση λοίμωξης είναι ελάχιστα πιθανή, όπως, και ο κίνδυνος μετάδοσης της στο οικογενειακό περιβάλλον και στον ερωτικό σύντροφο.

Με τα σημερινά δεδομένα δεν υπάρχει φαρμακευτικό ή βιολογικό σκεύασμα που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C. Αυτοί που ήρθαν σ' επαφή με τον ιό θα πρέπει να παρακολουθούνται σε διάστημα 9 μηνών για τυχόν εμφάνιση της λοίμωξης, στη συνέχεια πρέπει να παρακολουθείται η ηπατική λειτουργία διότι, αν εμφανισθεί χρόνια ηπατίτιδα ενδείκνυται η χορήγηση ιντερφερόνης Α.<sup>38, 41</sup>

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η νόσος δεν μεταδίδεται εύκολα στο οικογενειακό περιβάλλον και ο κίνδυνος από σεξουαλική επαφή είναι περιορισμένος. Στον ασθενή και τους συγγενείς, κατά το χρόνο της πιθανής επώασης της νόσου,

δημιουργούνται σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, γι' αυτό θα πρέπει να παρέχεται στα άτομα αυτά ψυχολογική υποστήριξη, στηριζόμενη στην υπενθύμιση πως παρά την επαφή, το ποσοστό λοίμωξης είναι ιδιαίτερα χαμηλό.<sup>41</sup>

# Κεφάλαιο 8

## Η Νοσηλευτική στη φροντίδα

### Ηπατίτιδας

### **8.1 Νοσηλευτική Προσέγγιση**

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

Η λήψη ενός καλού ιστορικού οδηγεί σε διαφοροδιάγνωση της ηπατίτιδας από άλλες ηπατικές διαταραχές που προκαλούν παρόμοιες καταστάσεις, όπως αναφέρονται παρακάτω:

- à *Το ιστορικό του αρρώστου μπορεί συχνά να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες.*
- à *Η επαφή με ικτερικούς ασθενείς, τα ταξίδια σε χώρες με κακές συνθήκες υγιεινής ή η διαμονή κατά τις τελευταίες 40 ημέρες (η περίοδος επώασης της ηπατίτιδας Α είναι 15-40 ημέρες), σε περιοχή όπου είχε εμφανιστεί επιδημία ηπατίτιδας, καθώς και το ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών, ομοφυλοφιλικών σχέσεων, μεταγγίσεων αίματος ή παραγώγων του, χειρουργικών επεμβάσεων ή εξαγωγής δοντιών, σε χρονικό διάστημα από 6 εβδομάδων μέχρι 6 μηνών (περίοδος επώασης ηπατίτιδας Β) πριν από την εμφάνιση ίκτερου, συνηγορούν υπέρ της διαγνώσεως της ιογενούς ηπατίτιδας.*
- à *Υπέρ της ιογενούς ηπατίτιδας συνηγορεί και το ιστορικό συμπτωμάτων, όπως ανορεξίας, επιγαστρικού πόνου και / ή εμέτων, καταβολής δυνάμεων και πυρετικής κίνησης, που προηγούνται του ίκτερου. Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να αποδίδεται στη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικών με προηγηθείσα λήψη φαρμάκων, γνωστών ως δυννητικών αιτίων ίκτερου.*
- à *Ο χρόνος που παρεμβάλλεται από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την εκδήλωση του ίκτερου μπορεί να κυμαίνεται από μία εβδομάδα μέχρι και έξι μήνες, ανάλογα με το μηχανισμό μέσω του οποίου προκαλείται η ηπατική βλάβη ίκτερου (δηλαδή φαρμακογενής ίκτερος).*
- à *Το ιστορικό λήψης μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών κατά το αμέσως πριν από την εμφάνιση του ίκτερου χρονικό διάστημα είναι ενδεικτικό οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας.*
- à *Η νοσολογική αυτή οντότητα εκδηλώνεται, εκτός από τον ίκτερο, με πυρετό, κοιλιακό πόνο, τοπική αναισθησία και λευκοκυττάρωση και όταν δεν είναι γνωστή η προηγηθείσα κατάχρηση οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει στη λανθασμένη κλινική διάγνωση της χολολιθίασης ή άλλων χειρουργικών αιτίων ίκτερου.<sup>41</sup>*

Η χρόνια χρήση οινοπνεύματος (πάνω από 40 gr ημερησίως) ή το ιστορικό ιογενούς ηπατίτιδας Β ή C κατά το παρελθόν προσανατολίζουν στο ενδεχόμενο της χρόνιας ηπατικής νόσου (χρόνιας ηπατίτιδας ή ηπατικής κίρρωσης).

Όταν ο ίκτερος εμφανίζεται σε γυναίκα με ιστορικό χρόνιου επίμονου κνησμού, πρέπει να εγείρεται η υπόνοια της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης. Το ιστορικό επεισοδίων επιγαστρικού πόνου ή χολολιθίασης ή χολοκυστεκτομής σε ικτερικό άρρωστο είναι ενδεικτικό από τυπικό κολικό των χοληφόρων.

Οι παχύσαρκες, πολύτοκεςγυναίκες έχουν αυξημένη πιθανότητα να πάσχουν από χολολιθίαση. Ο επίμονος ανεξήγητος πόνος, που εντοπίζεται στο επιγάστριο και / ή τη ράχη και συνοδεύεται από ανορεξία και απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστικό του καρκίνου του παγκρέατος. Υποπτες για καρκίνο είναι και οι περιπτώσεις ανώδυνου ίκτερου με κλινικούς χαρακτήρες απόφραξης (αποχρωματισμό κοπράνων, κνησμό).

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, ο νοσηλευτής και ο γιατρός λαμβάνουν πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενή. Η λήψη του ιστορικού γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον. Το ιστορικό υγείας περιλαμβάνει πληροφορίες για το ατομικό ιστορικό, το κληρονομικό ιστορικό αλλά και για τις συνήθειες και για τον τρόπο ζωής του ασθενούς. Το ιστορικό υγείας αποτελείται από τη συγκέντρωση πληροφοριών κατά την προϊκτερική και ικτερική φάση της ηπατίτιδας.

### **8.1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στις ηπατίτιδες**

Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική, για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.

*Μέρος της φροντίδας του νοσηλευτή αποτελεί η ενημέρωση του ηπατικού ασθενή σχετικά με την πρόληψη διασποράς της ηπατίτιδας:*

- *Εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα Α, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον συμβουλέψει να ακολουθεί τις κάτωθι προφυλάξεις για 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου:*
- *Να πλένει προσεκτικά τα χέρια του μετά από τις κενώσεις και πριν τα γεύματα*
- *Να χρησιμοποιεί ξεχωριστά ατομικά είδη λουτρού εάν είναι δυνατόν, ή εάν αυτό δεν είναι εφικτό, να καθαρίζει το κάθισμα της τουαλέτας με χλωριούχο διάλυμα μετά τη χρήση*
- *Τα κλινοσκεπάσματα, οι πετσέτες και τα εσώρουχα να πλένονται ξεχωριστά από άλλα αντικείμενα σε καυτό νερό με σαπούνι*
- *Να μη δωρίζει αίμα ή να μην εργάζεται σε υπηρεσίες τροφίμων έως ότου κάτι τέτοιο εγκριθεί από τον ιατρό*
- *β) εάν ο ασθενής έχει ηπατίτιδα Β, C ή D, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον συμβουλεύσει να εφαρμόζει τις κάτωθι προφυλάξεις μέχρις ότου αρνητικοποιηθούν οι ειδικές εξετάσεις αντιγόνου-αντισώματος:*
- *Να πλένει τα χέρια προσεκτικά μετά το λουτρό*
- *Να μην μοιράζεται με άλλα άτομα τα προσωπικά του αντικείμενα (οδοντόβουρτσα, θερμόμετρο, πετσέτες)*
- *Να χρησιμοποιεί σκεύη φαγητού μιας χρήσεως ή να πλένει τα σκεύη χωριστά σε ζεστό νερό με σαπούνι*
- *Να μην μοιράζεται την τροφή του ή τα σκεύη φαγητού με άλλα άτομα*
- *Εάν γίνονται ενέσεις στο σπίτι (ινσουλίνη, βιταμίνη Β12) να χρησιμοποιούνται είδη μιας χρήσεως και να απομακρύνονται καταλλήλως για τη μείωση του κινδύνου να έρθουν άλλα άτομα σε επαφή με μολυσμένες βελόνες*
- *Να αποφύγει τις στενές ερωτικές επαφές ή να χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό.*
- *Να μη δωρίζει αίμα.<sup>38, 40</sup>*

Λόγω της έλλειψης γνώσεων του ηπατικού ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να δώσει ειδικές συμβουλές σχετικά με την πρόληψη περαιτέρω ηπατικής βλάβης που αφορά τον ίδιο τον ασθενή οι οποίες είναι:



- Να αποφεύγει την κατανάλωση οινοπνεύματος για τουλάχιστον 6 μήνες (πολλοί συνιστούν αποφυγή για ένα χρόνο)
- Να αποφεύγει την επαφή με βιομηχανικές τοξικές ουσίες (διαλυτικά χρωμάτων, ουσίες καθαρισμού που περιέχουν τετραχλωρίδια του άνθρακα)
- Να λαμβάνει ακεταμινοφαίνη μόνο όταν είναι απαραίτητο και να μην υπερβαίνει τη συσταθείσα δόση λόγω της δυννητικής της τοξικής δράσης στο ήπαρ
- Να λαμβάνει προφυλάξεις για την πρόληψη υποτροπής της ηπατίτιδας (ο ασθενής έχει ανοσία μόνο για τον συγκεκριμένο τύπο ιού που έχει προσβληθεί)
- Πλύση χεριών, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συριγγών μιας χρήσης, είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται
- Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό

**Ο νοσηλευτής θα πρέπει:**

- να εξακριβώσει τον συνήθη βαθμό κοινωνικότητας του ασθενούς
- να αξιολογήσει σημεία τυχόν κοινωνικής απομόνωσης (τυχόν απουσία των οικείων, αδυναμία επικοινωνίας μαζί τους και απόσυρση, έκφραση αισθημάτων απόρριψης λόγω του φόβου μεταδόσεως της ηπατίτιδας, ανομοιότητας ή μοναξιάς, εχθρότητα, κατάθλιψη)
- να εφαρμόσει μέτρα για την ελάττωση του αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης
- να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει τους λόγους που αισθάνεται απομονωμένος και να τον βοηθήσει στην ανάπτυξη σχεδίου δράσης για τη μείωση των αισθημάτων αυτών
- να δείξει αποδοχή του ασθενούς από μέρος του
- να ενθαρρύνει τους οικείους του να τον επισκέπτονται
- να ενθαρρύνει τον ασθενή να διατηρεί τηλεφωνική επαφή με άλλα άτομα
- να ενημερώνει τον ασθενή και το περιβάλλον του σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου και πρόληψης της διασποράς της με σκοπό την ελάττωση του φόβου τους για πιθανή μετάδοση

Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού (ImmuneSerumGlobulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου Α, κατά την περίοδο επώασης. Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και εξασφαλίζει ανοσία για 6-8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044-0,132 mL ανά kg βάρους σώματος. Πρόσφατες κλινικές δοκιμές με α-ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 5.000Uα-ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της ηπατίτιδας Β σε πάνω από το ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β (δείχνει την κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων.

Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σε ένα μεγάλο βαθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες.

Εξάλλου, είναι απαραίτητη η μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με ηπατίτιδα Β.

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.

Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους stress. Ειδικά μέτρα που λαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τη διευκόλυνση της ανάπαυσης του ασθενούς.<sup>24</sup>

41

- *ελαχιστοποίηση του θορύβου και των δραστηριοτήτων στο περιβάλλον του ασθενούς*
- *οργάνωση της νοσηλείας ώστε να υπάρχουν διαστήματα ανάπαυσης του ασθενούς χωρίς διακοπή*
- *περιορισμός του αριθμού και της διάρκειας των επισκέψεων προς τον ασθενή<sup>1</sup>*
- *Επαρκής θρέψη για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), υπερυδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.*
- *Εφαρμογή μέτρων για τη διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης.*

#### *Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη τροφής από το στόμα*

- *Λήψη μέτρων για την ελάττωση τις ναυτίας και των εμέτων*
- *Συμβουλή διαιτολόγου, εάν χρειάζεται, για την υποβοήθηση του ασθενούς στην επιλογή τροφών που καλύπτουν τις θρεπτικές ανάγκες και τις προσωπικές του προτιμήσεις, όπου αυτό είναι δυνατό.*
- *Ενθάρρυνση ασθενούς να αναπαύεται πριν τα γεύματα, για την ελαχιστοποίηση της εξάντλησης*
- *Διατήρηση του περιβάλλοντος καθαρού και ατμόσφαιρα ήρεμη και ευχάριστη*
- *Παρότρυνση ασθενούς να εκτελεί στοματική υγιεινή πριν τα γεύματα*
- *Προσφορά μικρών ποσών θρεπτικών τροφών και υγρών της προτιμήσεως του ασθενούς*
- *Προσφορά μεγαλύτερων ποσοτήτων τροφής το πρωί, γιατί η ναυτία και η ανορεξία δεν είναι τόσο έντονες το πρωί*
- *Περιορισμός λήψης υγρών με τα γεύματα (εκτός εάν έχουν υψηλή θρεπτική αξία) με σκοπό τη μείωση του αισθήματος πρώιμου κορεσμού και τη μη ελάττωση της λήψης τροφής*
- *Αύξηση της δραστηριότητας του ασθενούς, όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό ( η δραστηριότητα διεγείρει την όρεξη)<sup>29</sup>*

### **Καθοδήγηση ασθενούς να ακολουθεί τις κάτωθι διαιτητικές οδηγίες:**

- να αποφεύγει να παραλείπει γεύματα και 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 ( εκτός εάν οι τιμές αζωτούχων ορού είναι υψηλές ή υπάρχει κλινική εικόνα εγκεφαλοπάθειας) με σκοπό την προαγωγή της αποκατάστασης του ήπατος<sup>6,7</sup>

Χορήγηση σκευασμάτων βιταμινών (π.χ. βιταμίνη Κ,βιταμίνη C και βιταμίνες συμπλέγματος Β) επί εντολής.Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με μεγάλη προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη Κ.<sup>26, 39</sup>

Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα. Πιθανές επιπλοκές είναι η αιμορραγία και η προοδευτική εκφύλιση ήπατος.

Η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη παραγωγή παραγόντων πήξεως λόγω διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας και ελαττωμένης απορρόφησης βιταμίνης Κ.

Η θρομβοκυττοπενία λόγω υπερσπληνισμού (εάν η φλεβική συμφόρηση προκαλεί σπληνομεγαλία, ο σπλήνας καταστρέφει αιμοπετάλια σε ρυθμό ταχύτερο του φυσιολογικού)οδηγεί σε προοδευτική εκφύλιση του ήπατος, λόγω της εκτεταμένης ηπατικής νέκρωσης (σπάνια επιπλοκή που μπορεί αν εμφανισθεί σε άτομα με ηπατίτιδα C ή ηπατίτιδα Β).<sup>14, 37</sup>

### **Έλεγχος ασθενή για σημεία και συμπτώματα ασυνήθους αιμορραγίας:**

- πορφύρα, εκχυμώσεις
- αιμορραγία ούλων
- επίσταξη, αιμόπτυση
- παρατεταμένη αιμορραγία από σημεία παρακεντήσεων
- ασυνήθης αρθραλγία
- ύπαρξη αίματος στα κόπρανα, στα ούρα ή στους εμέτους
- μηνορραγία
- ανησυχία, σύγχυση
- ταχύ σφυγμό, ελαττωμένη αρτηριακή πίεση
- ελάττωση αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης
- Παρακολούθηση τιμών αιμοπεταλίων και του ελέγχου πήξεως ( χρόνος προθρομβίνης)

### Μέτρα πρόληψης αιμορραγιών:

- *χρησιμοποίηση των μικρότερων δυνατών βελόνων κατά τις ενέσεις και τις παρακεντήσεις αγγείων*
- *αποφυγή δραστηριοτήτων που αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού (π.χ. σκληρή οδοντόβουρτσα)*
- *να μη φουσά δυνατά τη μύτη του*
- *μείωση του κινδύνου πτώσεων*
- *εκτέλεση χειρισμών ,με προσοχή, που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο βλεννογόνο του ορθού (τοποθέτηση υπόθετου)*

### Αξιολόγηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων προοδευτικής ηπατικής εκφύλισης:

- *επιδείνωση των σημείων και συμπτωμάτων της ηπατίτιδας (π.χ. επίταση του ίκτερου, αδυναμία, ανορεξία, ναυτία και έμετοι)*
- *οίδημα, ασκίτης*
- *αιμορραγία*
- *εγκεφαλοπάθεια (π.χ. μεταβολή στον τρόπο γραφής, βραδύς ή δυσχερής τύπος ομιλίας, συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, αποπροσανατολισμός, λήθαργος)*
- *περαιτέρω επιδείνωση των τιμών των δοκιμασιών πήξεως*

Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δεν μπορεί να τα μεταβολίσει το ήπαρ. Οι πιο πολλοί άρρωστοι αναρρώνουν σε 4-12 εβδομάδες. Όμως, είναι δυνατή η υποτροπή στο 5-25% των ενηλίκων αρρώστων κατά τη διάρκεια των 4 πρώτων μηνών. Οι άρρωστοι με Α και Β ηπατίτιδα, γενικά, έχουν ανοσία διαρκείας προς τον ειδικό τύπο ιού. Επειδή όμως άρρωστοι που ανάρρωσαν ξαναπαρουσίασαν ηπατίτιδα Α, πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι ιοί τύπου Α.<sup>20, 31</sup>

#### **8.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με ηπατίτιδα Β και C**

Ο τρόπος μετάδοσης καθορίζει και τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης της λοίμωξης. Ο κυριότερος τρόπος πρόληψης της λοίμωξης HCV είναι ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντισώματα (anti-HCV) και ο αποκλεισμός των οροθετικών ατόμων από την αιμοδοσία.

Ο έλεγχος αυτός που είναι πλέον επιβεβλημένος στις μέρες μας, έχει περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού μέσω μετάγγισης. Τα κυριότερα μέτρα προφύλαξης από τη λοίμωξη HCV κατά τον έλεγχο των αιμοδοτών είναι τα ακόλουθα:

- *Προσδιορισμός των αντισωμάτων (anti-HCV) σε κάθε μονάδα αίματος. Η παρουσία υψηλών τιμών ALT ή/και anti-HBc στον ορό του δότη βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τον κίνδυνο έκθεσης του λήπτη. Ο έλεγχος των αιμοδοτών για anti-HCV στη χώρα μας μετά το 1992 και ο αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για τη λοίμωξη HIV, οδήγησε στη μείωση του ποσοστού μετάδοσης της λοίμωξης HCV μετά από μετάγγιση.*
- *Λήψη αίματος μόνο από εθελοντές αιμοδότες*

- *Αυστηρές ενδείξεις μετάγγισης*
  - *Χρήση παραγώγων αίματος που παρασκευάζονται με γενετική μηχανική, π.χ. παράγοντας πήξης VIII. Τα άτομα με ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών θα πρέπει να αποκλείονται από δωρεά αίματος, ιστών και οργάνων ή σπέρματος. Στα άτομα της κατηγορίας αυτής δίδονται οι ακόλουθες οδηγίες:*
    - *Διακοπή της χρήσης των ουσιών*
    - *Συμμετοχή και ολοκλήρωση θεραπευτικών προγραμμάτων κατά της κατάχρησης ουσιών, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων πρόληψης πιθανής υποτροπής*
    - *Εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Α και Β*
    - *Αν συνεχίζεται η χρήση ουσιών*
    - *Να μη γίνεται επαναχρησιμοποίηση ή κοινή χρήση σύριγγων, βελονών και υπόλοιπου εξοπλισμού παρασκευής ουσιών. Αν ο εξοπλισμός έχει χρησιμοποιηθεί από άλλο άτομο, να πλένεται πρώτα με απορρυπαντικό και νερό*
    - *Να χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες σύριγγες που λαμβάνονται από αξιόπιστη πηγή, όπως το φαρμακείο*
    - *Να χρησιμοποιείται νέα αποστειρωμένη σύριγγα για την παρασκευή και την ενδοφλέβια έγχυση των ουσιών*
    - *Αν είναι δυνατό, να χρησιμοποιείται αποστειρωμένο νερό κατά την παρασκευή του φαρμάκου, αλλιώς προτιμάται καθαρό νερό από αξιόπιστη πηγή, όπως το εμφιαλωμένο*
    - *Να χρησιμοποιούνται καθαρά σκεύη και υλικά παρασκευής των ουσιών*
    - *Να καθαρίζεται το σημείο της ένεσης με αλκοολούχο διάλυμα πριν την ένεση και*
    - *Να απορρίπτονται με ασφάλεια οι σύριγγες μετά τη χρήση.*
- Στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού με την κατάλληλη χρήση των προφυλακτικών μέτρων θα προληφθεί η μετάδοση του HCV στους χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και η απομόνωση των οροθετικών δεν θα είναι απαραίτητη.*
- *Οι ασθενείς πρέπει να έχουν συγκεκριμένα δωμάτια αιμοκάθαρσης και να γίνεται σχολαστικός καθαρισμός και απολύμανση του χώρου και των μηχανημάτων αιμοκάθαρσης*
  - *Η κοινή χρήση βοηθητικών συσκευών, όπως δίσκοι φαρμάκων, πιεσόμετρα, λαβίδες, ψαλίδια και άλλα εργαλεία πολλαπλών χρήσεων πρέπει να αποφεύγεται*
  - *Τα εργαλεία πολλαπλών χρήσεων πρέπει να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται μετά από κάθε χρήση*
  - *Τα φάρμακα και τα υλικά δεν πρέπει να μοιράζονται μεταξύ ασθενών και η χρήση τροχήλατων με φάρμακα πρέπει να αποφεύγεται*
  - *Η προετοιμασία των φαρμάκων πρέπει να γίνεται σε ξεχωριστό χώρο*
  - *Οι καθαρές και οι μολυσμένες περιοχές πρέπει είναι ξεχωριστές, όπως για παράδειγμα χωριστές τουαλέτες και λουτρά για ασθενείς και προσωπικό ή χειρισμός και αποθήκευση φαρμάκων μακριά από το χώρο χειρισμού χρησιμοποιημένου υλικού ή αίματος*
  - *Συχνό και σχολαστικό πλύσιμο των χεριών*
  - *Περιοδικός έλεγχος σε όλους τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και το προσωπικό για anti-HCV. Τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να εμβολιάζονται για την ηπατίτιδα Α και την ηπατίτιδα Β*

Ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι υποστηρικτικός και ταυτόχρονα ενεργός. Καθοδηγεί χωρίς να επιβάλλεται και παρεμβαίνει, ενώ είναι σημαντικό να παρατηρεί προσεκτικά τη λεκτική και τη μη λεκτική συμπεριφορά του ασθενή καθώς και να αξιολογεί τις ανάγκες του.

Εξίσου απαραίτητο είναι να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις του και να διευκολύνει την έκφραση τους.

Πολλές φορές τα μέλη του προσωπικού υγείας αναλαμβάνουν το ρόλο του «σωτήρα» και αντιμετωπίζουν τον φορέα ως θυμό των περιστάσεων, αυξάνουν το άγχος, της κατάθλιψη, και την αίσθηση αδυναμίας του.

Καθοδηγούν, συμβουλεύουν, αποφασίζουν, προστατεύουν, κρίνουν, μαλώνουν, ελέγχουν και με αυτή την συμπεριφορά ενισχύουν την εξάρτηση και την παθητικότητα του αρρώστου.

Όταν το μέλος του προσωπικού υγείας δεν καταφέρνει να αντιστρέψει ή να τροποποιήσει την συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου, τότε νιώθει μεγαλύτερη αδυναμία με αποτέλεσμα να θυμώνει, να αποστασιοποιείται ή να εγκαταλείπει τον ασθενή.<sup>36,38</sup>

Η ειλικρινής αυτογνωσία των κινήτρων που ωθούν τον επαγγελματία στην ανάληψη ενός ρόλου σωτήρα μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη παρέμβαση.

### ***8.1.3 Εισαγωγή ασθενών με ηπατίτιδα στο νοσοκομείο***

Η νοσηλεία των ασθενών με οξεία ιογενή ηπατίτιδα συχνά γίνεται στο σπίτι. Εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτείται μόνο εάν υπάρχουν σοβαρά κλινικά σημεία (επίμονοι έμετοι, ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια κ.τ.λ.) ή εργαστηριακά ευρήματα (σημαντική παράταση του χρόνου προθρομβίνης).

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα σπανιότερα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο για την ηπατική τους νόσο. Ο συνηθέστερος λόγος είναι η εισαγωγή τους για διενέργεια βιοψίας, οπότε παραμένουν στο νοσοκομείο 12-24 ώρες.

Αντίθετα, οι ασθενείς με επιπλοκές προχωρημένης κίρρωσης έχουν συχνά άμεση ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στην θεραπευτική φροντίδα των ασθενών με ηπατίτιδα.

Καθώς ο νοσηλευτής είναι αυτός που έρχεται πιο κοντά στον ασθενή και την οικογένειά του εντός και εκτός νοσοκομείου (στην κοινότητα) συζητώντας διάφορα θέματα υγείας που τους απασχολούν.

Επομένως ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα εξηγήσει στον ασθενή τη φύση και την παθογένεια της νόσου με απλά και κατανοητά λόγια και θα διδάξει τρόπους για τον έλεγχο της νόσου. Με κύριο σκοπό την πρόληψη, την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας του ασθενούς και της οικογένειά του.<sup>27,39</sup>

#### **8.1.4 Η νοσηλευτική στη πρόληψη ηπατίτιδων**

Ο ασθενής βγαίνοντας από το νοσοκομείο ενημερώνεται από τον νοσηλευτή που μπορεί να απευθυνθεί για να συνεχίσει την θεραπευτική του φροντίδα εκτός νοσοκομείου.

Την παροχή φροντίδας εκτός νοσοκομείου την αναλαμβάνουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ασχολούνται με την φροντίδα ατόμων υγιών, αρρώστων ή αναπήρων εκτός νοσοκομείου, στο χώρο της κοινότητας ή στο προσωπικό χώρο του ασθενούς στο σπίτι τους.

Με σκοπό την πρόληψη, την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας των ατόμων αυτών.

#### **Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Αν ο ασθενής με ηπατίτιδα είναι ηλικιωμένος μπορεί να απευθυνθεί στα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Στα κέντρα αυτά ανήκουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και παρέχεται νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση.<sup>41</sup>

**Το ΚΑΠΗ Απαρτίζεται από διάφορους επαγγελματίες υγείας όπως:**

- Νοσηλευτές
- Ιατρούς
- Φυσιοθεραπευτές
- Ψυχολόγους

#### **Ο κοινοτικός νοσηλευτής στο ΚΑΠΗ:**

- 1) Παρακολουθεί και μετρά ζωτικά σημεία του ασθενούς.
- 2) Χορηγεί τα φάρμακα που συνέστησε ο ιατρός στον άρρωστο.
- 3) Σχεδιάζει μαζί με το ασθενή ένα πρόγραμμα διατροφής και σωματικής άσκησης.
- 4) Προσφέρει ψυχολογική στήριξη σε άτομα τα οποία ζουν μόνα τους.
- 5) Διοργανώνει διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας με θέματα που απασχολούν την κοινότητα. ( για την ηπατίτιδα, το σακχαρώδη διαβήτη κτλ.) με σκοπό την ενημέρωση του κοινού.
- 6) Διοργανώνει διάφορες ψυχαγωγικές δραστηριότητες ( εκδρομές, θέατρο, χορό, μουσική, ζωγραφική) με σκοπό την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων και την ενισχύσει της ψυχολογικής τους διάθεσης.

#### **Κέντρα Υγείας :**

Άλλα μέρη όπου μπορούν να απευθύνονται οι ασθενείς με ηπατίτιδα είναι τα Κέντρα Υγείας(ΚΥ). Τα ΚΥ παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και λειτουργούν σε κάθε νομό της χώρας.

### **Σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι:**

- 1) Η παρακολούθηση και η νοσηλεία αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- 2) Η παροχή πρώτων βοηθειών σε έκτακτες περιπτώσεις.
- 3) Σχολική υγιεινή. Επισκέψεις από την ομάδα υγείας στα σχολεία της ευρύτερης περιοχής και ενημέρωση σε θέματα υγείας των μαθητών στα σχολεία.
- 4) Χορήγηση φαρμάκων σε υπερήλικες και χρόνιους ασθενείς.

### **Κατ' οίκον Φροντίδα:**

Η κατ' οίκον φροντίδα αποτελεί μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γιατί προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα στο περιβάλλον όπου ζει ασθενής. Παράγοντες που επιβάλλουν την κατ' οίκον νοσηλεία είναι:

- 1) Επειδή στα νοσοκομεία υπάρχει έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών και τα άτομα με χρόνια περιστατικά ή υπερήλικες κρατούν για πολύ χρόνο τα κρεβάτια, αναγκάζονται κάποια στιγμή να δώσουν εξιτήριο και να συνεχισθεί η νοσηλεία τους με τη συμμετοχή στη κατ' οίκον νοσηλεία τους.
- 2) Η ψυχολογία του ατόμου, το οποίο θέλει να απομακρυνθεί όσο το δυνατό γρηγορότερα από το περιβάλλον του νοσοκομείου και να βρεθεί στο χώρο του οικογενειακού του περιβάλλον.
- 3) Τέλος το κοινωνικό-οικονομικό κόστος για κάθε άρρωστο μειώνεται όταν περιορίζονται οι ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο.

### **Παροχή κατ' οίκον φροντίδα σε ασθενείς με ηπατίτιδα:**

Από την στιγμή που ο κοινοτικός νοσηλευτής θα αναλάβει να παράσχει νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι του υπερτασικού ασθενή θα πρέπει να καταστρώσει ένα σχέδιο φροντίδας.

Πρώτα απ' όλα θα συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που θα νοσηλεύσει. Τις πληροφορίες αυτές μπορεί να τις πάρει από το οικογενειακό του περιβάλλον, από τον ίδιο τον ασθενή ή από ιατρικές νοσηλευτικές πηγές όταν το άτομο νοσηλευόταν στο νοσοκομείο. Αφού συγκεντρώσει τις πληροφορίες θα κάνει ο ίδιος τις δικές του παρατηρήσεις.

Θα εξετάσει τι μέσα θα χρειαστεί στη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και τις παροχές που μπορεί να έχει το άτομο από τον ασφαλιστικό του φορέα. Θα πρέπει να ακολουθήσει όλες τις βασικές αρχές για κάθε νοσηλεία όπως χορήγηση φαρμάκων, πρόληψη επιπλοκών, εκπαίδευση του ατόμου για θέματα αυτοφροντίδας κτλ.

Επίσης ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τις προγραμματισμένες εξετάσεις, και προσπαθεί να κλείσει έγκαιρα το ραντεβού για να μην ταλαιπωρείται ο ασθενής.<sup>41</sup>



## **8.2 Ενημέρωση και συμβουλές σε ασθενή με ηπατίτιδα B και C**

Οι ιογενείς ηπατίτιδες συνεχίζουν να αποτελούν στην Ελλάδα, όπως και σε όλο τον κόσμο, σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Κάθε ασθενής με ηπατίτιδα αποτελεί δυνητική πηγή μόλυνσης για άλλους, ενώ η νόσος μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία του.

Η εκπαίδευσή τους επομένως σεπρακτικές που μειώνουν τον κίνδυνο επιδείνωσης της υγείας τους λόγω της λοίμωξης ή ελαττώνουν τον κίνδυνο διασποράς της λοίμωξης σε συνδυασμό με την κατάλληλη ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία αποτελούν κεφαλαιώδους σημασίας υποχρέωση των λειτουργών υγείας και της πολιτείας.

Εξίσου σημαντική είναι η ταυτοποίηση των ατόμων που ήρθαν σε επαφή με τον ασθενή και χρήζουν ανοσοπροφύλαξης ή άλλων προληπτικών μέτρων καθώς και η ανίχνευση επιδημιών ή εξάρσεων της λοίμωξης, η διερεύνηση των αιτιών και η λήψη των κατάλληλων μέτρων τερματισμού της επιδημίας.

Σε κάθε ασθενή με συμπτώματα ηπατίτιδας, όπως ανορεξία, ναυτία, καταβολή, εμέτους, υπέρχρωση ούρων, αποχρωματισμό κοπράνων και κοιλιακό άλγος, πρέπει να τίθεται η υπόνοια της ηπατίτιδας και να διενεργείται ο απαραίτητος ορολογικός έλεγχος για όλους τους συνήθεις ιούς της ηπατίτιδας.

### **Ηπατίτιδα B**

Οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα και ήπια κλινική εικόνα μπορούν να νοσηλευθούν στο σπίτι, εφόσον είναι εξασφαλισμένη η παρακολούθησή τους. Ασθενείς με βαριά οξεία ηπατίτιδα πρέπει να νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο για όσες ημέρες διαρκούν τα συμπτώματα καθώς και μέχρι την έναρξη της σαφούς υποχώρησης των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης ή μέχρι να επανέλθει στοφυσιολογικό ο χρόνος προθρομβίνης.

Δεν είναι απαραίτητη η απομόνωση σε ατομικό θάλαμο, ούτε η χρήση ατομικής τουαλέτας, εκτός εάν πρόκειται για ασθενείς με αιμορραγία. Δεν υπάρχει αποτελεσματική ειδική θεραπεία.

Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών πρέπει να αποφεύγεται. Απαιτείται συνήθως ανάπαυση ή περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας και πλούσια σε θερμίδες διαίτα ή χορήγηση παρεντερικής διατροφής, όταν υπάρχουν επίμονοι έμετοι.

Σε περίπτωση οξείας κεραυνοβόλου ηπατίτιδας ενδέχεται να είναι χρήσιμη η χορήγηση λαμβουδίνης, ενώ παράλληλα πρέπει να διερευνάται το ενδεχόμενο διακομιδής του ασθενούς σε κέντρο μεταμόσχευσης ήπατος.

Οι ασθενείς με οξεία ή χρόνια HBV-λοίμωξη μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε άλλους. Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος διασποράς της λοίμωξης απαιτούνται τα εξής:

**1. Έλεγχος για HBV λοίμωξη και ενδεχομένως εμβολιασμός όλων των μη άνοσων ατόμων του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς, όπως είναι οι διαμένοντες στο ίδιο σπίτι, οι σεξουαλικοί σύντροφοι και τα άτομα που χρησιμοποίησαν κοινή σύριγγα με τον ασθενή.**

2. Διερεύνηση της αναγκαιότητας χορήγησης εμβολίου ή και υπεράνοσης γ σφαιρίνης για ηπατίτιδα Β (HBIG) σε κάθε μη άνοσο άτομο που εκτέθηκε στο αίμα ή σε άλλα μολυσματικά υγρά του ασθενούς (π.χ. σεξουαλική επαφή) κατά τις προηγούμενες ημέρες.
3. Ενημέρωση του ασθενούς για τους τρόπους μετάδοσης σε άλλα άτομα και για την υποχρέωσή του να αναφέρει τη λοίμωξή του στο θεράποντα ιατρό του ή στον οδοντίατρο του καθώς επίσης και στο σεξουαλικό του σύντροφο. Επισημαίνεται η ανάγκη χρήσης προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή.
4. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει πλήρως ότι δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί από κοινού με άλλα άτομα οδοντόβουρτσες, ξυραφάκια, ξυριστικές μηχανές, λίμες ή ψαλίδια περιποίησης και κοπής νυχιών.
5. Πρέπει να διδαχθεί να καλύπτει αμέσως κάθε ανοιχτό τραύμα ή λύση της συνέχειας του δέρματός του καθώς και να προστατεύει τους άλλους από την έκθεσή τους στο αίμα του ή στις μολυσματικές του εκκρίσεις.
6. Τα άτομα με θετικό HbsAg δεν επιτρέπεται να γίνουν αιμοδότες ή δωρητές σπέρματος, ιστών και οργάνων.
7. Εάν πρόκειται για έγκυες γυναίκες, ενημερώνονται για τον κίνδυνο της περιγεννητικής μετάδοσης της λοίμωξης στο νεογνό και για την αναγκαιότητα του άμεσου εμβολιασμού σε συνδυασμό με χορήγηση ανοσοσφαιρίνης στο νεογνό αμέσως μετά τη γέννηση. Ο θηλασμός επιτρέπεται, εκτός εάν υπάρχει αιμορραγία ή τραύμα της θηλής του μαστού.
8. Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του ότι ο ιός δεν μεταδίδεται με το φιλί, με το αγκάλιασμα, με την τροφή ή με το νερό καθώς και με τη χρήση κοινών σκευών, πιάτων ή ποτηριών.
9. Το άτομο με θετικό HbsAg δεν απαιτείται να μεταβάλλει τη συνηθισμένη κοινωνική του συμπεριφορά ή να απομακρυνθεί από την εργασία του. Τα παιδιά δεν απομακρύνονται από το σχολείο τους ή από τους χώρους παιχνιδιού, εκτός εάν έχουν την τάση να δαγκώνουν.

Οι ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη εμφανίζουν χωρίς θεραπεία χρόνια ανενεργό φορεία σε ποσοστό 70-75% ή χρόνια ηπατίτιδα που εξελίσσεται σε κίρρωση (25-30%). Όλοι οι ασθενείς με χρόνια HBV-λοίμωξη και κυρίως οι πάσχοντες από κίρρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εξέλιξης της χρόνιας ηπατικής βλάβης απαιτείται η διερεύνηση της ύπαρξης ένδειξης χορήγησης ειδικής φαρμακευτικής θεραπείας.

Για το σκοπό αυτό απαιτείται η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, καλή φυσική εξέταση και κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος, όπως γενική αίματος, έλεγχος ηπατικών ενζύμων, προσδιορισμός χρόνου προθρομβίνης, HbeAg, anti-Hbe, HBV-DNA. Εκτός αυτών διενεργείται έλεγχος για άλλες ιογενείς ηπατίτιδες, όπως anti-HCV, anti-HDV και anti-HAV. Λόγω του κινδύνου εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος απαιτείται επίσης προσδιορισμός της α-FP καθώς και υπερηχογράφημα ήπατος σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Η φαρμακευτική θεραπεία αποσκοπεί στην καταστολή της αναπαραγωγής του ιού με τελικό στόχο την πρόληψη της ανάπτυξης ηπατικής ανεπάρκειας, κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Αυτό επιτυγχάνεται με δραστικά αντικά φάρμακα, όπως τα νουκλεοσιδικά ή νουκλεοτιδικά ανάλογα ή με φάρμακα με αντική και ανοσοτροποποιητική δράση, όπως η ιντερφερόνη. Μέχρι σήμερα έχουν λάβει έγκριση για θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β η ιντερφερόνη άλφα, η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη άλφα, η λαμβουδίνη, η διπιβαλική αντεφοβίρη και η ενδεκαβίρη.<sup>37, 40</sup>

## Ηπατίτιδα C

Όπως και με τις άλλες μορφές ηπατίτιδας, οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα C μπορούν συνήθως να νοσηλευτούν στο σπίτι, ενώ νοσηλεία στο Νοσοκομείο απαιτείται μόνο σε περίπτωση βαριάς κλινικής εικόνας.

Δεν είναι απαραίτητη η απομόνωσή τους σε ξεχωριστό δωμάτιο, ούτε η διάθεση ατομικής τουαλέτας, εκτός εάν υπάρχει αιμορραγική διάθεση. Λόγω της συχνής μετάπτωσης σε χρόνια νόσηση και με βάση μελέτες που έχουν γίνει σε μικρό αριθμό ασθενών φαίνεται σήμερα δικαιολογημένη η θεραπεία της οξείας ηπατίτιδας C με ιντερφερόνη-α.

Οι ασθενείς με οξεία ή χρόνια HCV-λοίμωξη μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε άλλους. Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος διασποράς της λοίμωξης απαιτούνται τα εξής:

- ¶ *Ενημέρωση του ασθενούς για τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης σε άλλα άτομα και για την υποχρέωσή του να αναφέρει τη νόσο του στο θεράποντα ιατρό ή στον οδοντίατρο καθώς επίσης και στο σεξουαλικό του σύντροφο.*
- ¶ *Καθίσταται σαφές ότι δεν επιτρέπεται η αιμοδοσία ή η δωρεά οργάνων ή σπέρματος. Δεν επιτρέπεται η από κοινού χρήση με άλλο άτομο ειδών ξυρίσματος, οδοντόβουρτσας, ονυχοκόπτη ή ψαλιδιού κοπής ή λίμας νυχιών και σύριγγας.*
- ¶ *Ο ασθενής πρέπει να καλύπτει αμέσως κάθε ανοιχτό τραύμα ή λύση της συνέχειας του δέρματός του και να προστατεύει τους άλλους από την έκθεσή τους στο αίμα του.*
- ¶ *Ενημέρωση για τον χαμηλό, αλλά υπαρκτό (3%-5%) κίνδυνο της περιγεννητικής μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο νεογνό κατά και μετά τον τοκετό με τη διευκρίνιση ότι δεν υπάρχει τρόπος προφύλαξης του νεογνού με φάρμακα ή με ανοσοσφαιρίνη. Δεν υπάρχουν στοιχεία ότι η διενέργεια καισαρικής τομής μειώνει τον κίνδυνο. Δεν αποθαρρύνεται η εγκυμοσύνη της οροθετικής ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι έχει καλή ηπατική λειτουργία. Ο θηλασμός επιτρέπεται, εκτός εάν υπάρχουν ρωγμές ή αιμορραγία στη θηλή του μαστού.*
- ¶ *Ο κίνδυνος μετάδοσης με τη σεξουαλική επαφή είναι χαμηλός, αλλά υπαρκτός και μπορεί να είναι χρήσιμη η χρήση προφυλακτικού λόγω του αισθήματος ασφάλειας και της προστασίας που ενδέχεται να παρέχει. Λόγω του χαμηλού κινδύνου, τα Κέντρα Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) δεν συνιστούν αλλαγή τακτικής και χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή, όταν πρόκειται για ζεύγος με ήδη μακράς διάρκειας (από πενταετίας τουλάχιστο) σταθερή μονογαμική σχέση.*
- ¶ *Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του ότι ο HCV δεν μεταδίδεται με την αφή, με το φίλημα, με το αγκάλιασμα, με το φτάρνισμα, με το βήχα, με το φαγητό ή με το νερό και με τα ποτήρια ή με τα πιάτα φαγητού.*

*Μπορούν κατά συνέπεια να χρησιμοποιούν τους ίδιους κοινόχρηστους χώρους και τα ίδια σκεύη φαγητού.*

- ¶ *Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C μπορούν να συνεχίσουν να ασχολούνται με την εργασία τους ή να πηγαίνουν στο σχολείο, εάν πρόκειται για παιδιά. Επιτρέπεται ή άσκηση όλων σχεδόν των επαγγελμάτων, συμπεριλαμβανομένης και της ενασχόλησης σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, σώματα ασφαλείας, πυροσβεστική, εστιατόρια, διακίνηση - εμπόριο τροφίμων και επαγγέλματα υγείας, με εξαίρεση ορισμένες χειρουργικές ειδικότητες.*
- ¶ *Οι πάσχοντες από ηπατίτιδα C επιτρέπεται να χρησιμοποιούν κοινόχρηστους χώρους και υπηρεσίες, όπως παιδικούς σταθμούς, σχολεία, σάουνα, αθλητικούς χώρους, πισίνες, καθώς δεν αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους. Εξαίρεση αποτελούν άτομα με ασυνήθιστη επιθετική συμπεριφορά ή αιμορραγική διάθεση ή γενικευμένη δερματοπάθεια.*

Κάθε ασθενής με HCV λοίμωξη πρέπει να ενημερώνεται για την πορεία της νόσου του, για τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την εξέλιξη της και για τις δυνατότητες πρόληψης της μετάπτωσης σε κίρρωση και σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Συγκεκριμένα συνιστώνται τα ακόλουθα:

- § *Πλήρης αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, διότι απεδείχθη ότι το αλκοόλ μειώνει την πιθανότητα ανταπόκρισης στη θεραπεία. Δεν υπάρχουν εντούτοις επαρκή δεδομένα για τη βλαπτική δράση της μικρής έως μέτριας (<40 g ημερησίως για τις γυναίκες ή <60 g ημερησίως για τους άνδρες) ποσότητας αλκοόλ σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C.*
- § *Εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας B και ενδεχομένως A (άτομα υψηλού κινδύνου, όπως ομοφυλόφιλοι), διότι ενδεχόμενη λοίμωξη από αυτούς τους ιούς μπορεί να επιδεινώσει δραματικά τη λόγω HCV χρόνια ηπατική βλάβη.*
- § *Υπερηχογράφημα ήπατος και προσδιορισμός της εμβρυϊκής σφαιρίνης ορού (α-FP) κάθε 6 μήνες σε ασθενείς που έχουν ήδη αναπτύξει κίρρωση, προκειμένου να διαγνωσθεί εγκαίρως πιθανή εξαλλαγή σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.*
- § *Διερεύνηση της ύπαρξης ένδειξης χορήγησης ειδικής φαρμακευτικής θεραπείας. Για το σκοπό αυτό απαιτείται εκτός από τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, καλή φυσική εξέταση, έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας και προσδιορισμός του ιικού φορτίου του πλάσματος (HCV RNA) με PCR καθώς και του γονότυπου του ιού. Ο προσδιορισμός του γονότυπου παρέχει*

**καθοριστικές πληροφορίες για την ιδανική διάρκεια της θεραπείας καθώς και για την ανταπόκριση στη θεραπεία ή την πιθανότητα υποτροπής.<sup>34</sup>**

Σαφής ένδειξη θεραπείας τίθεται, όταν υπάρχουν αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών και ανιχνεύσιμο HCV-RNA ορού (>50 IU/ml), ενώ κατά την ιστολογική εξέταση της ηπατικής βιοψίας ανευρίσκονται μετρίου τουλάχιστον βαθμού ίνωση και νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα.

Ασθενείς με φυσιολογικές τρανσαμινάσες ενδέχεται να έχουν έχουν σοβαρή ίνωση στο 30% των περιπτώσεων και για το λόγο αυτό θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται το ενδεχόμενο διενέργειας βιοψίας. Δεν έχει διευκρινισθεί ακόμη η χρησιμότητα της θεραπείας για ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C και ελάχιστου ή ήπιου βαθμού ίνωσης και νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας και η απόφαση σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να εξατομικεύεται.<sup>40, 41</sup>

### **8.3 Ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με ηπατίτιδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας**

#### **8.3.1 Σκοποί νοσηλευτικής διεργασίας**

Ο κύριος σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι ο νοσηλευτής να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα σε κάθε ασθενή ξεχωριστά ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του. Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να στηρίζεται στην αρχή της ολικής θεώρησης και προσεγγίσεως του ανθρώπου, υγιούς ή αρρώστου, ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Επομένως στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να καλύπτονται όλες οι πτυχές της υγείας (βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική).

#### **Βραχυπρόθεσμοι σκοποί:**

Διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών εντός φυσιολογικών ορίων όπως φαίνεται από:

- § Την φυσιολογική σπάργη του δέρματος
- § Το σταθερό φυσιολογικό βάρος.
- § Την αρτηριακή πίεση και σφυγμό εντός φυσιολογικών ορίων.
- § Το ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.
- § Το ειδικό βάρος εντός των φυσιολογικών ορίων.
- § Απουσία καρδιακών αρρυθμιών, μυϊκής αδυναμίας, ζάλης
- § Ουρία, αιματοκρίτης, ηλεκτρολύτες ορού και αέρια αίματος

- ¶ Την προφορική έκφραση για ύφεση του πόνου.
- ¶ Την ήρεμη έκφραση του προσώπου και την στάση του σώματος.
- ¶ Μείωση του πυρετού εντός των φυσιολογικών ορίων.
- ¶ Μείωση του αισθήματος του κνησμού όπως φαίνεται από: Την προφορική έκφραση του ασθενούς για αυτό.
- ¶ Την απουσία εκδορών στο δέρμα.
- ¶ Μείωση του αισθήματος της κόπωσης.
- ¶ Διατήρηση των ζωτικών σημείων εντός των φυσιολογικών ορίων ώστε να προάγουμε τη σωστή λειτουργία του οργανισμού και να μειώσουμε τις πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών.

### **Μακροπρόθεσμοί σκοποί:**

- ✚ Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει και να αποδεχθεί τη φύση της ασθένειας του ώστε να συμμορφωθεί στο θεραπευτικό σχήμα.
- ✚ Ελάττωση του αισθήματος της απομόνωσης όπως φαίνεται από:
  - ✚ Διατήρηση των σχέσεών του με τους οικείους του
  - ✚ Την προφορική έκφραση για ελάττωση των αισθημάτων της μοναξιάς και της απόρριψης.

### **8.3.2 Στάδια**

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ:**

Διαταραχή ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών που οφείλεται σε υπερβολική απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών λόγω επίμονων εμετών και μειωμένης πρόσληψης τροφής και υγρών.

**Διαταραχή της θρέψης, ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που σχετίζεται με:**

- ✚ Μειωμένη πρόσληψη τροφής (ανορεξία).
- ✚ Απώλεια θρεπτικών συστατικών λόγω επίμονων εμετών.
- ✚ Μειωμένο μεταβολισμό και αποθήκευση θρεπτικών συστατικών από το ήπαρ λόγω διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας από την νόσο. Πόνος στην άνω κοιλία λόγω ηπατικής φλεγμονής και αρθραλγία που σχετίζεται με την βλάβη των ιστών, λόγω ανοσοσυμπλεγμάτων που οφείλονται στην ιογενή λοίμωξη.

#### **Αίσθημα δυσφορίας λόγω του κνησμού και οφείλεται:**

- ¶ Σε ερεθισμό του δέρματος από χολικά άλατα που εναποτίθενται στο δέρμα λόγω απόφραξης των χοληφόρων και παρεμπόδισης της ροής της χολής.

- ¶ Σε ερύθημα (συχνά εμφανίζεται λόγω ενεργοποίησης του συστήματος του
- ¶ συμπληρώματος και σχηματισμού ανοσοσυμπλεγμάτων ως αντίδραση στην ιογενή λοίμωξη).
- ¶ Αίσθημα δυσφορίας λόγω ναυτίας και έμετου που σχετίζεται με την διέγερση του κέντρου του εμέτου λόγω διέγερσης των κεντρομόλων πνευμονογαστρικών ή συμπαθητικών οδών ως αποτέλεσμα σπλαχνικού ερεθισμού εξαιτίας της διαταραχής του ήπατος. Εύκολη κόπωση που οφείλεται σε ανεπαρκές επίπεδο θρέψης, αυξημένη κατανάλωση ενέργειας εξαιτίας της νόσου και δυσχέρεια κατά την ανάπαυση και τον ύπνο, λόγω των συχνών εξάρσεων, αισθήματος δυσφορίας και ξένου περιβάλλοντος. Κίνδυνος επιπλοκών όπως αιμορραγία και προοδευτική εκτομής ήπατος λόγω εκτεταμένης ηπατικής νέκρωσης.

### ***Κοινωνική απομόνωση που οφείλεται σε:***

- Προσωρινούς περιορισμούς για ορισμένες συνήθειες δραστηριότητες.
- Περιορισμό των επαφών με άλλα άτομα λόγω του φόβου μετάδοσης της ηπατίτιδας.
- Ελλιπής γνώση που σχετίζεται με την έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας και εκδηλώνεται με άγχος και ανησυχία.

### ***8.3.3 Πρόγραμμα διδασκαλίας αρρώστου***

Ο άρρωστος για να υιοθετήσει σωστές συνήθειες όσον αφορά τον έλεγχο της νόσου από την οποία πάσχει, θα πρέπει να γνωρίζει κάποια βασικά πράγματα για το τι είναι ηπατίτιδα. Έτσι πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο θα πρέπει να έχει διδαχθεί από τον νοσηλευτή πως θα φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του αλλά και τους τρόπους μετάδοσης της νόσου για την πρόληψη της διασποράς της. Επομένως το πρόγραμμα διδασκαλίας θα πρέπει να αποσκοπεί στο να:

- § Κατανοήσουν τις βασικές γνώσεις για την ηπατίτιδα ο άρρωστος και η οικογένειά του.
- § Να διορθωθούν λανθασμένες αντιλήψεις για την νόσο.
- § Να πείσουν τον άρρωστο ότι με το να είναι χρόνιος φορέας δεν παύει να μπορεί να κάνει μια φυσιολογική ζωή αρκεί να παίρνει τις απαραίτητες προφυλάξεις γι' αυτόν και τον κόσμο που τον περιβάλλει.

***Ο χώρος όπου θα διεξαχθεί το πρόγραμμα θα πρέπει να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις όπως:***

- ✓ ***Να είναι ήρεμος χωρίς θορύβους με επαρκή αερισμό, φωτισμό και άνετα καθίσματα.***

- ✓ *Να εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να κατανοήσει, να εκφραστεί και να μιλήσει ελεύθερα για θέματα που τον απασχολούν. Ο νοσηλευτής θα πρέπει με την σειρά του να:*
- ✓ *Να είναι ευγενικός*
- ✓ *Να αξιολογήσει το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς ώστε να προσαρμόσει την διδασκαλία στις ανάγκες του ασθενούς.*
- ✓ *Να ενημερώνει τον ασθενή για την χρονική διάρκεια της διδασκαλίας*
- ✓ *Να χρησιμοποιεί κατανοητό λεξιλόγιο και να αποφεύγει τους επιστημονικούς όρους τους οποίους ο ασθενής και οι οικογένεια του δεν τα κατανοούν εξαιτίας διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου.*
- ✓ *Να φροντίσει ώστε να μην διακόπτεται η εκπαίδευση από διάφορους επισκέπτες γιατί αποσπάται η προσοχή του ασθενούς.*
- ✓ *Στο τέλος της διδασκαλίας να ελέγχει κατά πόσο αυτά που είπε έγιναν κατανοητά να αποφεύγει τις κλειστές ερωτήσεις και να προωθεί τις ανοιχτές.*
- ✓ *Έτσι με αυτόν τον τρόπο ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μιλήσει και να εκφραστεί ελεύθερα.*



## 8.2.5 1<sup>η</sup> περίπτωση ασθενούς με ηπατίτιδα C

### Ιστορικό ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Ε.Κ

**Ηλικία:** 28

**Επάγγελμα:** φοιτητής Φιλολογίας

**Καταγωγή:** Αθήνα

**Οικογενειακή κατάσταση:** άγαμος

**Ημερομηνία εισόδου:** 25/11/2012. Ο κύριος Ε.Κ ετών 28, εισήλθε στα ΤΕΠ του Αγίου Ανδρέα στη Πατρα μετά από αιματολογικές εξετάσεις που έκανε και κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή του.

### **Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς**

Μητέρας : χρόνια υπέρταση και κατάθλιψη

Πατέρα: ορφανός πατρός

### **Ατομικό ιστορικό**

Φορέας HBV από βμήνου. καπνιστής και πρώην εθελοντής αιμοδότης. Ο Ε.Κ υπεβλήθη σε γενικές εξετάσεις προκειμένου να ελέγξει την κατάσταση της υγείας του και το αποτέλεσμα σε συνδυασμό με συμπτώματα ναυτίας και πόνο στο δεξιό υποχόνδριο ανησύχησε τον αιματολόγο καθώς και τον παθολόγο του νοσοκομείου που έκριναν απαραίτητη την περαιτέρω εξέτασή του και εν τέλει την εισαγωγή του.

### **Ζωτικά Σημεία ασθενούς:**

Θερμοκρασία: 36.5 °C

Αρτηριακή πίεση: 130/80mmHg

Σφύξεις: 85/min

Αναπνοές: 16/min

Ο ασθενής την ώρα της εξέτασής του ανέφερε στον ιατρό ότι είναι 6 χρόνια αιμοδότης και ότι ποτέ δεν είχε παρουσιάσει στο παρελθόν κάποιο πρόβλημα υγείας. Εκμυστηρεύτηκε όμως ότι τους τελευταίους μήνες είχε σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη με άτομο που δεν γνώριζε καλά και ότι είχε κάνει τατουάζ στη πλάτη. Κατόπιν κλινικής εξέτασης ο γιατρός διαπίστωσε τα εξής:

Φυσική εξέταση :

Καρδιά: S<sub>1</sub>Σευκρινείς –ρυθμικοί

Πνεύμονες :αναπνευστικό ψιθύρισμα φυσιολογικό

Κοιλιά: εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί

Ακολούθως με την συνεργασία του νοσηλευτή ελήφθησαν οι παρακάτω απαραίτητες εξετάσεις.

Τα εργαστηριακά ευρήματα έδειξαν:

**Βιοχημικές :**

Νάτριο ορού (Na):	135mmol/l	Φ.Τ (134 - 152mmol/l)
Σάκχαρο ορού:	90mg/dl	Φ.Τ (75 - 115 mg/dl)
Ουρία ορού:	50mg/dl	Φ.Τ (15 - 54mg/dl)
Αλβουμίνη:	2,8gr/dl	Φ.Τ (3,5 - 5,5 gr/dl)
Σφαιρίνες :	5,5gr/dl	Φ.Τ (2,5 - 3,4 gr/dl)
Τρανσαμινάσες SGOT :	45U/L	Φ.Τ (5 - 40 U/L)
Τρανσαμινάσες SGPT:	60U/L	Φ.Τ (10 - 50 U/L)
Αλκαλική φωσφατάση :	110U/L	Φ.Τ (34 - 104 U/L)
Τρανσαμινάσες SGPT:	70U/L	Φ.Τ (10 - 50 U/L)
Αλκαλική φωσφατάση :	110U/L	Φ.Τ (34 - 104 U/L)

**Αιμοδιάγραμμα:**

WBC Λευκά αιμοσφαίρια:	8K/ μl	Φ.Τ (4,0 - 11K/μl)
HCT Αιματοκρίτης :	45,00%	Φ.Τ (36,0 - 52,0 %)
MCV Μέσος όγκος RBC:	100fL	Φ.Τ (79,0 - 98,0 fL)
PLT Αιμοπετάλια:	180,00K/μl	Φ.Τ (150 - 400 K/μl)

**Εξέταση U/S ήπατος και χοληφόρων :**

Το ήπαρ απωθημένο προς τα κάτω με φυσιολογικές διαστάσεις και παρεγχυματική σύσταση σχετικά ανομοιογενής, αυξημένης ηχογένειας. Δεν παρατηρήθηκαν σαφείς εστιακές αλλοιώσεις εντός του ηπατικού παρεγχύματος.

Η χοληδόχος κύστη ελέγχεται με φυσιολογικές διαστάσεις και ομαλό τοίχωμα χωρίς ευρήματα λιθίασης. Τα ενδοηπατικά χολαγγεία δεν είναι διατεταγμένα. Μεγάλη ποσότητα ελεύθερου όγκου στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

**Εξέταση : TRIPLEX πυλαίας –ηπατικών φλεβών:**

Εξέταση προσβάσιμη. Εκ του δυνατού ελέγχου η πυλαία φλέβα αναγνωρίστηκε με καλή βατότητα, ορθή φορά και φυσιολογικές ταχύτητες ροής (~11cm/s.)

**Τελική Διάγνωση:**

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξαν πως ο ασθενής πάσχει ηπατίτιδα C. Έτσι, κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή του στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου για βέλτιστη παρακολούθηση και εξέταση του ασθενούς. Ακολουθεί η ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας, σε συγκεκριμένους αρρώστους που πάσχουν από Ηπατίτιδα.

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
<p>Ναυτία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής να ανακουφιστεί από το σύμπτωμα της ναυτίας</li> <li>• Να απαλλαγεί από την ναυτία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί ανατομική και λειτουργική θέση προς αποφυγή της ναυτίας</li> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</li> <li>• Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για εργαστηριακό έλεγχο (βιοχημικό)</li> <li>• Απομάκρυνση από</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε ημικαθιστή θέση στον ασθενή προς διερεύνηση της ζωτικής χωρητικότητας, καλύτερη αναπνοή και μείωση πίεσης στο διάφραγμα προς ανακούφιση από την ναυτία</li> <li>• Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: Θ:36.5 °C Α.Π:130/80 mmHg ΣΦ:80 /min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας υποχώρησε με την θέση που δόθηκε στον ασθενή καθώς και με τη χορήγηση υγρών iv για ενίσχυση του οργανισμού και την απομάκρυνση κάποιας κολόνιας που είχε κοντά του με κάποια έντονη οσμή</li> <li>• Τα Ζ.Σ δεν</li> </ul>

		<p>τον ασθενή ερεθιστικών ουσιών που επιδεινώνουν την ναυτία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>• Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με οδηγία ιατρού</li> <li>• Εκτίμηση-επανεκτίμηση της ναυτίας και γενικότερα της κλινικής εικόνας του ασθενούς</li> </ul>	<p>AN:19/min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή</li> <li>• Χορηγήθηκαν 1000 cc L/R κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>• Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο και τα αποτελέσματα είχαν ως εξής :</li> </ul> <p>Κάλιο ορού (K): 4 mmol/l Φ.Τ (3,8-5,5 mmol/l )</p> <p>Νάτριο ορού(Na): 139mmol/l Φ.Τ (134-152 mmol/l )</p> <p>Ασβέστιο ορού (Ca):</p>	<p>παρουσίασαν απόκλιση των φυσιολογικών τιμών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρατηρήθηκαν διαταραχές όσον αφορά τα βιοχημικά στοιχεία</li> </ul>
--	--	---	---	--

			<p>9mg/dl</p> <p>Φ.Τ (8,8-10,4 mg/dl)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Εγίνετο εκτίμηση και επανεκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα και η ναυτία παρουσίασε βελτίωση ενώ η κλινική του εικόνα παρέμεινε σταθερή</li></ul>	
--	--	--	--	--

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<p>Πόνος στο δεξιό υποχόνδριο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο</li> <li>• Απαλλαγή του ασθενούς από το πόνο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί στον ασθενή κατάλληλη θέση έτσι ώστε να επανέλθει χάλαση μυών προς ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• Να κληθεί ο θεράπων ιατρός προς διερεύνηση του πόνου και περαιτέρω οδηγίες</li> <li>• Να δοθεί φαρμακευτική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• . Δόθηκε στον ασθενή πλάγια θέση στο κρεβάτι</li> <li>• Εκκλήθη ο θεράπων ιατρός προς διερεύνηση του πόνου</li> <li>• Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή κατόπιν ιατρικής οδηγίας 1 amp Aprotel σε 100 cc N/S σε μισή ώρα</li> <li>• Ελλήφθησαν τα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η θέση που δόθηκε ανακούφισε σε έναν βαθμό τον ασθενή και σχετικά βελτιώθηκε ο πόνος μετά τη χορήγηση 1 amp Aprotel η οποία περιέχει ως δραστική ουσία την παρακεταμόλη και έχει αναλγητική και αντιπυρετική ιδιότητα</li> <li>• Ο πόνος οφειλόταν στην ηπατίτιδα</li> </ul>

		<p>αγωγή σύμφωνα με οδηγίες ιατρού</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Λήψη Ζ.Σ και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</li> <li>• Μέτρηση-αξιολόγηση του πόνου με βάση την κλίμακα του πόνου</li> <li>• Εκτίμηση-επανεκτίμηση του πόνου και της όλης κλινικής πορείας του αρρώστου</li> </ul>	<p>Ζωτικά σημεία και δεν είχαν παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια</p> <p>Θ: 36,3<sup>0</sup> C</p> <p>Α.Π.: 130/80 mmHg</p> <p>ΣΦ: 80/min</p> <p>ΑΝΑΠ: 18/min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ιατρός θα συνεχίσει να παρακολουθεί τον ασθενή και αν επιδεινωθεί η κατάσταση να χορηγήσει φάρμακα ιντερφερόνης και</li> </ul>	
--	--	---	---	--

			<p>ριμπαβιρίνης</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Έγινε εκτίμηση κατά πόσο ανακουφίστηκε από τον πόνο σύμφωνα με την κλίμακα Wong Baker , η οποία είναι μια κλίμακα προσώπων βαθμολόγησης του πόνου από 0 έως 10. Ο πόνος του ασθενούς αντιστοιχεί στο βαθμό 5</li></ul>	
--	--	--	--	--



## 8.2.6 2<sup>η</sup> Περίπτωση ασθενούς με κίρρωση ήπατος από ηπατίτιδα Β

### Ιστορικό ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Δ.Σ

**Ηλικία:** 60 ετών

**Επάγγελμα:** αγρότης

**Καταγωγή:** Πύργος

**Οικογενειακή κατάσταση:** άγαμος

**Ημερομηνία εισόδου:** 21/10/2012

Ο κύριος Δ.Σ, ετών 60, προσήλθε στα ΤΕΠ του

Υγείας Μέλαθρον στην Αθήνα με συμπτώματα αδυναμίας, κόπωσης, διάτασης της κοιλιακής χώρας, έντονο κοιλιακό πόνο καθώς και αναπνευστική δυσχέρεια.

Εξετάστηκε από τον ιατρό των ΤΕΠ και ελήφθη το οικογενειακό ιστορικό του.

### **Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς**

Μητέρας : Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης

Πατέρα: Χρόνιο βρογχικό άσθμα και εμφάνιση πνευμοθώρακα

### **Ατομικό ιστορικό**

Φορέας HBV από διετίας

Χρόνια αλκοολικός και καπνιστής

### **Ζωτικά Σημεία ασθενούς:**

Θερμοκρασία: 37<sup>0</sup>C

Αρτηριακή πίεση: 150/80mmHg

Σφύξεις: 95/min

Αναπνοές: 16/min

Ο ασθενής την ώρα της εξέτασής του ανέφερε στον ιατρό ότι τα συμπτώματα ξεκίνησαν 3 μέρες πριν την επίσκεψή του στο νοσοκομείο. Έντονη πυρετική κίνηση, καθώς και βάρος στην κοιλιά με έντονο πόνο που οδήγησαν σε απώλεια όρεξης, αδυναμία και κατά συνέπεια καταβολή δυνάμεων, ανησύχησαν ιδιαίτερα τον ασθενή. Τέλος, έγινε αναφορά για σταδιακή δύσπνοια κατά την διάρκεια της ημέρας αλλά και την ώρα του ύπνου.

Κατόπιν κλινικής εξέτασης ο γιατρός διαπίστωσε τα εξής:

Φυσική εξέταση :

Καρδιά: S<sub>1</sub> Σευκρινείς – ρυθμικοί

Πνεύμονες : αναπνευστικό ψιθύρισμα μη φυσιολογικό

Κοιλιά: εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί

Σχόλια: Ασκίτης, διάχυτη ευαισθησία κυρίως στο ΔΕ υποχόνδριο

Ακολουθώντας με την συνεργασία του νοσηλευτή ελήφθησαν οι παρακάτω απαραίτητες εξετάσεις.

Τα εργαστηριακά ευρήματα έδειξαν:

**Βιοχημικές :**

Νάτριο ορού (Na):	130mmol/l	Φ.Τ (134 - 152mmol/l )
Σάκχαρο ορού:	180 mg/dl	Φ.Τ (75 - 115 mg/dl)
Ουρία ορού:	60mg/dl	Φ.Τ (15 - 54mg/dl )
Αλβουμίνη:	2,8gr/dl	Φ.Τ (3,5 - 5,5 gr/dl )
Σφαιρίνες :	5,5gr/dl	Φ.Τ (2,5 - 3,4 gr/dl)
Τρανσαμινάσες SGOT :	60U/L	Φ.Τ (5 - 40 U/L )
Τρανσαμινάσες SGPT:	90U/L	Φ.Τ (10 - 50 U/L )
Αλκαλική φωσφατάση :	110U/L	Φ.Τ (34 - 104 U/L )

**Αιμοδιάγραμμα:**

WBC Λευκά αιμοσφαίρια:	6,9K/ μl	Φ.Τ (4,0 - 11K/μl)
HCT Αιματοκρίτης :	45,00%	Φ.Τ (36,0 - 52,0 %)
MCV Μέσος όγκος RBC:	100,70 FL	Φ.Τ (79,0 - 98,0 FL)
PLT Αιμοπετάλια:	169,00K/μl	Φ.Τ (150 - 400 K/μl)

**Εξέταση U/S ήπατος και χοληφόρων :**

Το **ήπαρ** απωθημένο προς τα κάτω με φυσιολογικές διαστάσεις και παρεγχυματική σύσταση σχετικά ανομοιογενής, αυξημένης ηχογένειας. Δεν παρατηρήθηκαν σαφείς εστιακές αλλοιώσεις εντός του ηπατικού παρεγχύματος.

Η **χοληδόχος κύστη** ελέγχεται με φυσιολογικές διαστάσεις και ομαλό τοίχωμα χωρίς ευρήματα λιθίασης. Τα ενδοηπατικά χολαγγεία δεν είναι διατεταγμένα. Μεγάλη ποσότητα ελεύθερου όγκου στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

**Εξέταση : TRIPLEX πυλαίας –ηπατικών φλεβών:**

Εξέταση δυσχερής λόγω παρουσίας ασκτικού υγρού. Εκ του δυνατού ελέγχου η πυλαία φλέβα αναγνωρίστηκε με καλή βατότητα, ορθή φορά και φυσιολογικές ταχύτητες ροής (~11cm/s.)

**Τελική Διάγνωση:**

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξαν πως ο ασθενής πάσχει από κίρρωση ήπατος και ηπατίτιδα Β. Έτσι, κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή του στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου για βέλτιστη παρακολούθηση και εξέταση του ασθενούς.

Ακολουθεί η ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας, στον συγκεκριμένο άρρωστο που πάσχει από Ηπατίτιδα Β.

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
<p>Έντονος πόνος στον ΔΕ υποχόνδριο της κοιλιακής χώρας λόγω κίρρωσης</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ανακουφισθεί ο ασθενής από τον πόνο</li> <li>• Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον πόνο το συντομότερο δυνατόν</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί στον ασθενή η κατάλληλη ανατομική-νοσηλευτική ανακουφιστική θέση</li> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</li> <li>• Λήψη των Ζ.Σ του ασθενή και καταγραφή τους στο διάγραμμα</li> <li>• Ενθάρρυνση για τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης για τη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση Fowler</li> <li>• Χορηγήθηκε ½amp Tramal σε 100cc N/S 0,9% σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> <li>• Έγινε λήψη των Ζ.Σ του ασθενή και είχαν ως εξής: Θ:37.5°C Α.Π:150/85mmHg ΣΦ: 80/min ΑΝ: 18/min</li> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε για</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά την εφαρμογή των τεχνικών χαλάρωσης που βοηθούν στο να εστιάζεται αλλού η προσοχή του ασθενή και την χορήγηση φαρμάκου που ανήκει στα ναρκωτικά-οπιοειδή (amp Tramal) με δραστική ουσία την μεπεριδίνη, η οποία διακόπτει τον πόνο στο επίπεδο του Κεντρικού Νευρικού</li> </ul>

		<p>μείωση της δυσφορίας λόγω πόνου</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτίμηση κάθε 2 ώρες αν έχει επιτευχθεί η ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• Εκτίμηση-επανεκτίμηση του πόνου και της γενικότερης κλινικής πορείας του ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών</li> <li>• Ενημέρωση-προετοιμασία του ασθενούς για περαιτέρω διαγνωστικό και εργαστηριακό έλεγχο (απεικονιστικές</li> </ul>	<p>απόσπαση της προσοχής του από τον πόνο με τη χρήση τηλεόρασης ή με συνομιλία με άλλα άτομα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η κλινική εικόνα του ασθενούς εκτιμάται συνεχώς με παρατήρηση</li> <li>• Έγινε εκτίμηση του κατά πόσο ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο σύμφωνα με την κλίμακα WongBaker, η οποία είναι μια κλίμακα προσώπων βαθμολόγησης του πόνου από 0 έως 10. Αξιολογήθηκε ότι ο πόνος του ασθενή</li> </ul>	<p>Συστήματος, έγινε δυνατή η ανακούφιση του ασθενή από το αίσθημα του πόνου μέσα σε 1 ώρα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν απηλλάγεται από τον πόνο λόγω ύπαρξης κίρρωσης</li> <li>• Ο συνδιασμός της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων επιβεβαίωσαν ότι ο ασθενής πάσχει από ηπατίτιδα Β και κίρρωση του ήπατος</li> </ul>
--	--	--	--	--

		<p>εξετάσεις όπως u/s, ακτινογραφίες, αξονικές, triplex) σύμφωνα με οδηγίες ιατρού</p>	<p>αντιστοιχεί στον βαθμό 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα εργαστηριακά ευρήματα για τις βιοχημικές και γενικές εξετάσεις στις οποίες υπεβλήθη ο ασθενής έδειξαν: Νάτριο ορού (Na): 130mmol/l Φ.Τ (134-152mmol/l) Σάκχαρο ορού: 180mg/dl ΦΤ (75-115mg/dl) Ουρία ορού: 60mg/dl Φ.Τ (15-54mg/dl) Αλβουμίνη: 2,8gr/dl Φ.Τ (3,5-5,5gr/dl) Σφαιρίνες: 5,5gr/dl</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>Φ.Τ (2,5-3,4gr/dl)</p> <p>Τρανσαμινάσες SGOT: 60U/L</p> <p>Φ.Τ (5-40U/L)</p> <p>Τρανσαμινάσες SGPT:90U/L</p> <p>Φ.Τ (10-50U/L)</p> <p>Αλκαλική φασφατάση:110U/L</p> <p>Φ.Τ (34-104U/L)</p> <p>Λευκά αιμοσφαίρια (WBC):6,9K/Μι</p> <p>Φ.Τ (4,0-11K/μl)</p> <p>Αιματοκρίτης (HCT):45,00%</p> <p>Φ.Τ (36,0-52,0%)</p> <p>Μέσος όγκος RBC(MCV):100,70FL</p> <p>Φ.Τ (79,0-98,0 FL)</p> <p>Αιμοπετάλια</p>	
--	--	--	---	--

			<p>(PLT):169,00K/μl Φ.Τ (150-400K/μl)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Έγινε εξέταση U/S ήπατος και χοληφόρων και τα αποτελέσματα είχαν ως εξής:</li><li>• Το ήπαρ αποθηκευμένο προς τα κάτω με φυσιολογικές διαστάσεις και παρεγχυματική σύσταση αυξημένης ηχογένειας</li><li>• Χοληδόχος κύστη φυσιολογικών διαστάσεων και ενδοηπατικά χολαγγεία μη διατεταγμένα</li></ul> <p>Εξέταση triplex πυλαίας –ηπατικών φλεβών</p>	
--	--	--	---	--

			<p>δυσχερής λόγω παρουσίας ασκιτικού υγρού</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Εξέταση triplex πυλαίας –ηπατικών φλεβών δυσχερής λόγω παρουσίας ασκιτικού υγρού</li></ul>	
--	--	--	---	--



Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Δύσπνοια λόγω της πίεσης στο διάφραγμα από το ασκитικό υγρό	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής να ανακουφιστεί από την δύσπνοια</li> <li>• Να επανέλθει η αναπνοή του σε φυσιολογικά επίπεδα</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί στον ασθενή η κατάλληλη κλινική-ανατομική και λειτουργική θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή του</li> <li>• Χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</li> <li>• Λήψη αρτηριακού αίματος για εργαστηριακό έλεγχο των αερίων του αίματος</li> <li>• Λήψη Ζ.Σ, καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα και αξιολόγηση αυτών</li> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ετέθη σε θέση ημι-Fowler με σκοπό την αύξηση της ζωτικής χωρητικότητας, για καλύτερη αναπνοή</li> <li>• Χορηγήθηκε οξυγόνο (O<sub>2</sub>) με μάσκα Venturi 28% 4L</li> <li>• Έγινε λήψη του αρτηριακού αίματος και ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά από την αναπνευστική δυσχέρεια μετά από την ημι-Fowler θέση, που του δόθηκε και την παροχή οξυγόνου. Οι αναπνοές επανήλθαν περίπου σε φυσιολογικά επίπεδα 20/min.</li> <li>• Ο ασθενής δεν απαλλάχθηκε</li> </ul>

		<p>ιατρική οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτίμηση και επανεκτίμηση της αναπνευστικής δυσχέρειας και γενικότερα της όλης κλινικής πορείας του ασθενούς</li> </ul>	<p>PaO<sub>2</sub>:75mmHg (Φ.Τ 80-100 mmHg)</p> <p>PaCO<sub>2</sub>:30 mmHg (Φ.Τ 35-45 mmHg)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε λήψη Ζ.Σ. και καταγραφή τους στο διάγραμμα και τα αποτελέσματα είχαν ως εξής Θ: 36.8 °C Α.Π. 170/100 mmHg ΣΦ:100/min ΑΝΑΠΝ:22/min</li> <li>• Επανεκτιμήθηκε ο ασθενής και η αναπνευστική δυσχέρεια δεν βελτιώθηκε</li> </ul>	<p>πλήρως από την αναπνευστική δυσχέρεια λόγω παραμονής της αιτίας δηλαδή της παρουσίας ασκτικού υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Για το λόγο αυτό κρίθηκε αναγκαία η διαδικασία της παρακέντησης του ασκτικού υγρού το συντομότερο δυνατό.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν παρουσίασε κάποια ιδιαίτερη</li> </ul>
--	--	--	--	--

			<p>πλήρως και η κλινική του εικόνα παρέμεινε σταθερή</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Δεν χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή</li></ul>	<p>παρέκκλιση που να οδηγήσει σε περαιτέρω επιπλοκή όπως αναπνευστική οξέωση, shock κλπ έως την παρακέντηση της κοιλίας</p>
--	--	--	--	---

<b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>  <b>(προβλήματα- ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Ασκίτης που οφείλεται στην ηπατίτιδα Β	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ανακουφισθεί ο ασθενής από την συμπτωματολογία του ασκίτη</li> <li>• Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον ασκίτη</li> <li>• Πρόληψη άλλων επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί η κατάλληλη κλινική ανατομική και λειτουργική θέση του ασθενή στο κρεβάτι προς ανακούφιση του.</li> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών στο διάγραμμα</li> <li>• Ενημέρωση του ασθενούς για κένωση της ουροδόχου κύστεως ,πριν την παρακέντηση για</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση fowler</li> <li>• Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα και είχαν ως εξής: Θ=36,5°C ΑΠ=140/80mmHg ΣΦ=80/min ΑΝ=20/min</li> <li>• Ο ασθενής ούρησε πριν την παρακέντηση</li> <li>• Ο ασθενής ζυγίστηκε και έγινε καταγραφή του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ανακουφίστηκε μετά την παρακέντηση κοιλίας, κατά την οποία, αφαιρέθηκε η απαιτούμενη ποσότητα (1,7lit )ασκίτικού υγρού της περιτοναϊκής κοιλότητας.</li> <li>• Με τη χορήγηση amp Lasix, η</li> </ul>

		<p>πρόληψη πιθανού τραυματισμού της κύστεως</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ζύγισμα του ασθενούς πριν και μετά την παρακέντηση</li> <li>• Ενημέρωση-ετοιμασία του ασθενή για την παρακέντηση κοιλίας σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού</li> <li>• Συγκέντρωση όλων των αντικειμένων και εργαστηριακών υλικών που θα χρειαστούν για την συγκεκριμένη</li> </ul>	<p>βάρους του στο διάγραμμα. B.Σ πριν :74 Kg Μετά: 72.3 Kg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε για την διαδικασία της παρακέντησης, του εδόθησαν απαντήσεις σε όλες τις απορίες και έτσι προετοιμάστηκε κατάλληλα (αντισηψία περιοχής της παρακέντησης)</li> <li>• Εξασφαλίστηκε το απαραίτητο υλικό για την συγκεκριμένη ανακουφιστική παρέμβαση</li> </ul>	<p>οποία περιέχει φουροσεμίδη (2ml/20mg) προλαμβάνεται η παθητική επαναρρόφηση του ύδατος και προάγεται η αποβολή του, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην εμφανίσει κάποια επιπλοκή.</p>
--	--	---	---	--

		<p>ενέργεια</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν επιπλοκές κατά και μετά την παρακέντηση</li> <li>• Αν χρειαστεί σύμφωνα με ιατρική οδηγία χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και παροχή οξυγόνου</li> <li>• Ακριβής καταγραφή της ποσότητας και των ποιοτικών χαρακτήρων του υγρού της παρακέντησης και μέριμνα αποστολής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε παρακολούθηση, κατά τη διάρκεια της παρακέντησης, για τυχόν δυσφορία, λιποθυμία, ταχυκαρδία-shock (απότομη μείωση μεγάλης ποσότητας ασκитικού υγρού)</li> <li>• Κατόπιν ιατρικής οδηγίας χορηγήθηκαν 2 ampLasixI.V και O<sub>2</sub> ρινικό 2 lt</li> <li>• Έγινε παρακέντηση και ακριβής καταγραφή της ποσότητας (1,7 lt), σύστασης και χρώματος του υγρού (χρώμα κιτρινόχρουν, με όψη ελαφρώς θολερή)</li> </ul>	
--	--	---	---	--

		<p>του για εργαστηριακό έλεγχο</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά την παρακέντηση 24ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, του σημείου παρακέντησης και γενικότερα της όλης κλινικής πορείας του ασθενούς</li> <li>• Συνεχή λήψη Ζ.Σ πρίνκαι μετά τη παρακέντηση</li> <li>• Συνεχή εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας του ασθενούς μετά την παρακέντηση κοιλίας</li> </ul>	<p>και αποστολή δείγματος του υγρού στο εργαστήριο για έλεγχο. Οι τιμές των στοιχείων του κοιλιακού ασκίτικού υγρού ήταν:(Κύτταρα: Λευκά 62 κκ.χ, Μονοκύτταρα 14 κκ.χ,Μεσοθηλιακά 24 κκ.χ,Ερυθρά 400 κκ.χPH:7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ζυγίστηκε μετά την παρακέντηση Β.Σ μετά: 72,3 Kg και έγινε καταγραφή στο δελτίο νοσηλείας</li> <li>• Έγινε παρακολούθηση των Ζ.Σ ανά 2ωρο και του σημείου</li> </ul>	
--	--	---	--	--

		για πρόληψη επιπλοκών	παρακέντησης για τυχόν εσωτερική αιμορραγία ή σημεία- συμπτώματα shock	
--	--	--------------------------	---	--



### 8.2.7 3<sup>η</sup> Περίπτωση ασθενούς με ηπατίτιδα Β

#### Ιστορικό ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Χ.

**Ηλικία:** 51 ετών

**Επάγγελμα:** Ελεύθερος Επαγγελματίας

**Καταγωγή:** Αθήνα

**Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος

**Ημερομηνία εισόδου:** 26-11-2012

Χρήστης ουσιών προσήλθε στις 26/11/2012 και ώρα 15:40 μ.μ στα ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας με συμπτώματα, αδυναμίας, ανορεξίας, απώλειας βάρους, θωρακικό και κοιλιακό άλγος. Η τελευταία χρήση ηρωίνης έγινε προ 2 ημέρου.

Ο ιατρός έκανε λήψη οικογενειακού και ατομικού ιστορικού:

#### **Οικογενειακό ιστορικό:**

Μητέρα: Απεβίωσε σε ηλικία 29 ετών κατά την διάρκεια τοκετού. Ελλιπές ιστορικό.

Πατέρα: Αγνώστου Πατρός

#### **Ατομικό ιστορικό:**

Ο ασθενής έδωσε την εντύπωση πως είναι καταθλιπτικός διότι αργούσε να απαντήσει στις ερωτήσεις και ήταν σχετικά επιθετικός σε κάθε ερώτηση που αφορούσε την υγεία του ή την οικογενειακή του κατάσταση

#### **Τα ζωτικά του σημεία είχαν ως εξής:**

Θερμοκρασία: 36,5°C

Αρτηριακή πίεση: 110/80 mmHg

Σφύξεις: 89/min

Αναπνοές: 18/min

Κατά την φυσική εξέταση ο γιατρός διέγινωσε τα εξής :

**Πνεύμονες :** Αναπνοή κ.φ

**Κοιλιά :** ψηλαφητό ήπαρ, άλγος επιγάστριου

**Καρδιά:** S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, ρυθμικοί

#### **Εργαστηριακές-Διαγνωστικές Εξετάσεις:**

Έγινε λήψη αίματος και ούρων για εργαστηριακό έλεγχο και οι τιμές που ανευρέθησαν είναι οι ακόλουθες:

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

**Εξέταση**

HB<sub>s</sub>Ag

Anti-HB<sub>s</sub>αρνητικό

Anti-HB<sub>c</sub>(ολικά) -ποιοτικό

Anti-HB<sub>c</sub>-1gM-ποιοτικό

**Αποτελέσματα**

θετικό

θετικό

θετικό

**Ευρήματα**

**Τιμές**

Ορός:

Χολερυθρίνη:

Ολική 3,8 mg/dl (Φ.Τ. 0,3-1,2 mg/dl)

Άμηση 5,5 mg/dl (Φ.Τ. 0-0,3 mg/dl)

AST 335 IU/L (Φ.Τ. 15-37 IU/L)

γGT 142 IU/L (Φ.Τ. 5-85 IU/L)

Ούρα:

Χολερυθρίνη θετικό

**Τελική Διάγνωση:** Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξαν πως ο ασθενής έχει προσβληθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Ακολουθεί η ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας, σε συγκεκριμένους αρρώστους που πάσχουν από Ηπατίτιδα Β.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ίκτερος λόγω της λοίμωξης από τον ιό HBV (χολερυθρίνη ορού: 3,8 mg/dl)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση του ασθενή από τον ίκτερο</li> <li>• Απαλλαγή του ασθενή από τον ίκτερο</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών (πυρηνικός ίκτερος κλπ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση-εκτίμηση και καταγραφή του βαθμού του ίκτερου</li> <li>• Εκτίμηση και επανεκτίμηση του χρώματος των ούρων και των κοπράνων</li> <li>• Λήψη αίματος για έλεγχο των επιπέδων της χολερυθρίνης</li> <li>• Χορήγηση υγρών για ενυδάτωση του ασθενή (I.V ή και peros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε λεπτομερής παρακολούθηση και εκτίμηση του βαθμού του ίκτερου καθώς και του χρώματος των ούρων και των κοπράνων</li> <li>• Έγινε λήψη αίματος και οι τιμές είχαν ως εξής: Ολική χολερυθρίνη αίματος: 3,2 mg/dl Άμεση χολερυθρίνη αίματος : 4,5 mg/dl</li> <li>• Χορηγήθηκαν στον</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ίκτερος και ο κνησμός άρχισαν σταδιακά να υποχωρούν με την ενυδάτωση του ασθενή και τη χορήγηση αντιισταμινικού φαρμάκου tb Clistin με δραστική ουσία την καρβινοξαμίνη, η οποία ανακουφίζει από συμπτώματα αλλεργικής αντίδρασης (κνησμός)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> <li>• Ιδιαίτερη φροντίδα του δέρματος, με λοσιόν ή άλλη χρήση φαρμάκων, και άλλων σημείων του σώματος που φέρουν τον ίκτερο προς ανακούφιση από κνησμό</li> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα του ασθενούς</li> </ul>	<p>ασθενή I.V 1000cc L-R καθώς και υγρά από το στόμα 1lt ημερησίως</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε tb Clistin 75 mg 1x1</li> <li>• Έγινε λουτρό 2 φορές ημερησίως χωρίς σαπούνι, επάλειψη του δέρματος με μαλακτική λοσιόν για ενυδάτωση και ελάττωση του κνησμού και χρησιμοποιήθηκε κολλύριο Refresh 2 σταγόνες σε κάθε οφθαλμό πρωί - βράδυ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέσα στο διάστημα 5 ημερών τα επίπεδα της χολερυθρίνης είχαν μικρή παρέκκλιση από τις φυσιολογικές τιμές: Ολική χολερυθρίνη αίματος: 1,4 mg/dl Άμεση χολερυθρίνη αίματος: 0,5mg/dl</li> <li>• Τα ούρα και οι κενώσεις σταδιακά απέκτησαν το φυσιολογικό τους χρώμα</li> </ul>
--	--	--	---	--

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικήςφροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικήςφροντίδας</b>	<b>Εκτίμησηαποτελέσματος</b>
<p>Απώλεια βάρους 6Kg που οφείλεται στην ηπατίτιδα Β . Το αρχικό βάρος του ασθενή ήταν 76Kg και μετά τη λοίμωξη 70 Kg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής να ανακτήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή</li> <li>• Καθημερινή συστηματική παρακολούθηση, ζύγισμα και καταγραφή του βάρους του αρρώστου</li> <li>• Φροντίδα και επιμέλεια ειδικής διαίτας του ασθενή κατόπιν επικοινωνίας με το διαιτολόγο του νοσοκομείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε να μειώσει τις δραστηριότητες, που του προκαλούν κόπωση όπως: άσκοπη κινητικότητα, ανεβοκατέβασμα σκάλας</li> <li>• Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά το πρωί στην ίδια ζυγαριά νηστικός και γίνεται ακριβής καταγραφή του βάρους του :70 Kg 71,5. 73,5 . 74,5 . 75.5 Kg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ανακτούσε σταδιακά το βάρος του μετά από την πρόσληψη ειδικής διαίτας πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και τη χορήγηση βιταμινών Α, Β, C, Κ</li> <li>• Σε διάστημα 25 ημερών επανήλθε στο αρχικό σωματικό του βάρος</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθάρρυνση του ασθενούς για βελτίωση της όρεξης να λαμβάνει ότι του προσφέρεται στη διαίτα και αν είναι δυνατόν να είναι της αρεσκείας του στα πλαίσια ειδικής διαίτας</li> <li>• Χορήγηση βιταμινών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες</li> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία όπως φάρμακα πρόκλησης όρεξης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Στον ασθενή χορηγείτο ειδική διαίτα Ηπατοπαθούς δηλαδή υψηλή σε πρωτεΐνες, πλούσια σε υδατάνθρακες και θερμίδες και φτωχή σε λίπος . Ελαμβάνετο υπόψιν και τις προτιμήσεις του</li> <li>• Έγινε ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει συμπληρωματικά γεύματα</li> <li>• Δόθηκε προσοχή στην εμφάνιση του δίσκου φαγητού για έκλυση της όρεξης του, όσο αυτό ήταν εφικτο</li> </ul>	
--	--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Επιμέλεια στην εμφάνιση παρουσίασης του δίσκου φαγητού</li></ul>		
--	--	--	--	--

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
<p>Έντονες διεγέρσεις λόγω στέρησης ναρκωτικών ουσιών</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να απαλλαγεί ο ασθενής από τις έντονες διεγέρσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την πρόληψη των κρίσεων σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> <li>• Λήψη προληπτικών μέτρων για την ασφάλεια του ασθενούς</li> <li>• Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (ψυχίατρο, ψυχολόγο)</li> <li>• Εκτίμηση - επανεκτίμηση της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής οδηγίας 1 amp Aloperidine 5mg/ml I.M</li> <li>• Τοποθετήθηκαν κάγκελα ασφαλείας στο κρεβάτι για την αποφυγή πτώσης του</li> <li>• Εκκλήθη αναγκαία η επίσκεψη ειδικών, όπως ψυχίατρο και ψυχολόγου στον ασθενή για περαιτέρω</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Με τη βοήθεια των ειδικών ο ασθενής αναπαύθηκε ενώ αποφεύχθηκαν οι κρίσεις στέρησης</li> <li>• Ο σκοπός δεν επιτεύχθηκε πλήρως, καθώς ο ασθενής χαλάρωσε και ηρέμησε προσωρινά με τη λήψη amp Aloperidine, που ανήκει στην κατηγορία νευροληπτικών</li> </ul>



		πορείας του αρρώστου και σχετική αναφορά στους ειδήμονες	ψυχολογική – ψυχιατρική βοήθεια	φαρμάκων και περιέχει αλοπεριδόλη, που ανήκει στην ομάδα των βουτυροφαινονών και έχει μεγάλο φάσμα δράσης σε ψυχωσικές καταστάσεις και σε ψυχοκινητική διέγερση
--	--	---	------------------------------------	--

### 8.3.8 4<sup>η</sup> περίπτωση ασθενούς με CA ηπατος

**Όνοματεπώνυμο :** Π.Κ.

**Ηλικία :** 72 ετών

**Επάγγελμα :** Δικηγόρος

**Καταγωγή :** Αθήνα

**Οικογενειακή κατάσταση:** Παντρεμένος

Ο κύριος Π.Κ. προσήλθε στα ΤΕΠ του Υγείας Μέλαθρον στην Αθήνα με συμπτώματα μειωμένης όρεξης , πυρετική κίνηση ( $38^{\circ}\text{C}$ ) πόνο στο άνω δεξιό μέρος της κοιλιάς και απώλεια βάρους. Εξετάστηκε από τον ιατρό των ΤΕΠ και ελήφθη το οικογενειακό ιστορικό του.

#### **Οικογενειακό ιστορικό ασθενους:**

***Μητέρα:*** Χρόνια αλκοολική και υπέρταση

***Πατέρας:*** Σακχαρώδης διαβήτης και χρόνια βρογχικό άσθμα

#### **Ατομικό ιστορικό ασθενούς:**

Χρόνια αλκοολικός και καπνιστής

#### **Ζωτικά σημεία:**

Θερμοκρασία: 37,9

Αρτηριακή πίεση: 150/80 mmHg

Σφύξεις: 93/min

Αναπνοές: 18/min

Ο ασθενής την ώρα της εξέτασης, ανέφερε στον ιατρό ότι τα συμπτώματα έχουν ξεκινήσει πριν από ένα μήνα αλλά τώρα έγιναν πιο έντονο με αποτέλεσμα την επίσκεψη του στο νοσοκομείο. Πυρετική διάθεση σε συνδυασμό με πόνο στη δεξιά χώρα της κοιλιάς όπου αντανακλάται στη πλάτη και τον ώμο.

Παρουσίασε επίσης απώλεια όρεξης και αδυναμία.

Φυσική εξέταση

Καρδιά: S<sub>1</sub>Σευκρινείς –ρυθμικοί

Θώρακας : Ήπια ελάττωση αναπνευστικού ψυθυρίσματος άμφω

Κοιλιά: Εντερικοί ήχοι παρόντες με ελαττωμένη ένταση

Ακολουθώς με τη βοήθεια του νοσηλευτή, ελήφθησαν οι παρακάτω εξετάσεις:

#### **Βιοχημικές εξετάσεις:**

Νάτριο ορού (Να):	137mml/l	Φ.Τ (134 - 152mml/l )
Ουρία ορού:	21mg/dl	Φ.Τ (15 - 54mg/dl )
Κρεατινίνη	1,1mg/dl	Φ.Τ (0,6- 1,3gr/dl )
Αλκαλική Φωσφατάση	<b>156 U/L</b>	Φ.Τ (50-136 U/L)
Γαλακτική Αφυδρογονάση(LDH)	<b>239U/L</b>	Φ.Τ (100-190U/L)
Κάλιο	4,2 mml/l	Φ.Τ (3,5-5,1 mml/l)

#### **Αιμοδιάγραμμα:**

WBCΛευκάαιμοσφαίρια:	5,19 K/ μl	Φ.Τ (4,0 - 11K/μl)
HCTΑιματοκρίτης :	42,7 %	Φ.Τ (36,0 - 52,0 %)
MCVMέσοςόγκοςRBC:	100FL	Φ.Τ (79,0 - 98,0 FL)
PLTΑιμοπετάλια:	155,00K/μl	Φ.Τ (150 - 400 K/μl)

#### **Εξέταση C/T άνω και κάτω κοιλίας**

Παρατηρείται υπόπυκνη χωροκατακτητική εξεργασία πλαγιοπλάγια διαμέτρου 8 εκ. με χαρακτήρες περισσότερο συμβατούς πρωτοπαθούς βλάβης. Το ήπαρ ελέγχεται με ύβωση του περιγράμματος και με αύξηση του μεγέθους του αριστερού λοβού και του κερκοφόρου ενώ ρικνός απεικονίζεται ο δεξιός ηπατικός λοβος (κιρρωτικής μορφολογίας ήπαρ). Δεν παρατηρείται διεύρυνση χοληφόρου δέντρου.

#### **Εξέταση C/Tθώρακος**

Μόλις που επισημαίνονται μικροζώδεις βλάβες κυρίως στα οπίσθια και έξω βασικά τμήματα των κάτω λοβων καθώς και η μικροζώδης βλάβη στο έξω τμήμα του μέσου λοβού. Δεν παρατηρούνται διεγχομένοι μεσοθωρακικοί ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

#### **Τελική εξέταση**

Κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή του στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου για παρακολούθηση και περαιτέρω εργαστηριακό και διαγνωστικό έλεγχο.

Λόγω απεικονιστικών εργαστηριακών ευρημάτων ο ιατρός της παθολογικής κλινικής εκρίνε απαραίτητο να γίνει μέτρηση στα πλαίσια της διαγνωστικής διερεύνησης. Να ελεγχθει ο ασθενής με καρκινικούς δείκτες προς αποκλεισμό άλλων καταστάσεων .

Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού ελήφθησαν οι περαιτέρω εξετάσεις και σταλθηκαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα είναι τα εξής

**Δείκτες Νεοπλασιών:**

Καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA) :	1,7ng/ml	Φ.Τ	Μη καπνιστες <5,0
			Καπνιστές <10,0
α Εμβρυική σφαιρίνη (AFP) :	<b>24628,4</b> ng/ml	Φ.Τ	0-8,17ng/ml
Καρκινικό αντιγόνο Ca19,9 :	6 U/mL	Φ.Τ	0-37U/mL
Ειδικό προστατικό αντιγόνο:	0,3ng/ml	Φ.Τ	0-4 ng/ml

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
<p>Μειωμένη όρεξη</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να επανέλθει η όρεξη του ασθενούς το συντομότερο δυνατό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέριμνα και φροντίδα για επάνοδο της όρεξης του ασθενούς</li> <li>• Λήψη αίματος για βιοχημικό και εργαστηριακό έλεγχο</li> <li>• Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως για αποφυγή αφυδάτωσης</li> <li>• Να δοθεί προσοχή στο διαιτολόγιο του ασθενή και να γίνει</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε μέριμνα και φροντίδα για επάνοδο της όρεξης του ασθενούς</li> <li>• Έγινε λήψη αίματος και ο εργαστηριακός έλεγχος είχε ως εξής:  Κάλιο ορού (K):  4 mmol/l  Φ.Τ (3,8-5,5 mmol/l )  Νάτριο ορού(Na):  133mmol/l  Φ.Τ (134-152 mmol/l )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι τιμές των ζωτικών σημείων δεν είχαν παρέκκλιση από τις φυσιολογικές  Θ:36.5 °C  Α.Π:140/80 mmHg  ΣΦ:85 /min  ΑΝ:19/min</li> <li>• Ο ασθενής μετά την χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών δεν παρουσίασε αφυδάτωση</li> <li>• Μετά την εφαρμογή</li> </ul>

		<p>συζήτηση με τη διαιτολόγο του νοσοκομείου για βοήθεια του ασθενή στην ανάκτηση της όρεξής του</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθάρρυνση του ασθενούς για βελτίωση της όρεξης να λαμβάνει ότι του προσφέρεται στη διαίτα και αν είναι δυνατόν να είναι της αρεσκείας του στα πλαίσια ειδικής διαίτας</li> <li>• Φαρμακευτική αγωγή για</li> </ul>	<p>Ασβέστιο ορού (Ca): 8,9mg/dl Φ.Τ (8,8-10,4 mg/dl)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκαν στον ασθενή 1000 cc N/S 0,9% εμπλουτισμένο με 1 ampNa και 1amp KCL για αποφυγή αφυδάτωσης</li> <li>• Στον ασθενή χορηγείτο ειδική διαίτα Ηπατοπαθούς δηλαδή υψηλή σε πρωτεΐνες, πλούσια σε υδατάνθρακες και θερμίδες και φτωχή σε λίπος .</li> </ul>	<p>των τεχνικών για πρόκληση της όρεξης με φαγητά της ειπολογής του ασθενους και τη διατροφή πλούσια σε βιταμίνες A,D,E Κ καθώς και του φαρμάκου που ανήκει στην κατηγορία των αντικαταθλιπτικών (tb Seropram) με δραστική ουσία τη Σιταλοπράμη που είναι εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και βοηθά στη</p>
--	--	---	--	--

		<p>πρόκληση όρεξης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση για την όρεξη του ασθενούς και την όλη πορεία του προβλήματος</p>	<p>Ελαμβάνετο υπόψιν και τις προτιμήσεις του</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε προσοχή στο διαιτολόγιο μετά από συζήτηση με τη διαιτολόγο καθώς η διατροφή του από το νοσοκομείο έγινε σύμφωνα με τις επιλογές του ασθενούς με διατροφή πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες Α, D, Ε, Κ</li> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής</li> </ul>	<p>διόρθωση συγκεκριμένων χημικών διαταραχών στον εγκέφαλο, η όρεξη του ασθενούς άρχισε σταδιακά να βελτιώνεται</p>
--	--	---	--	---

			αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία όπως φάρμακα για πρόκλησης της όρεξης 1 tb Seropram 20 mg 1x1	
--	--	--	--	--



<p>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>
<p>Πυρετός Θ:38 °C λόγω CA ήπατος</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό το συντομότερο δυνατό</li> <li>• Να επανέλθει ο ασθενής σε φυσιολογική θερμοκρασία</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων ανα 3 ώρες και καταγραφή τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα</li> <li>• Χρήση φυσικών μέσων ανακούφισης της ασθενούς από τον πυρετό</li> <li>• Σε περίπτωση εμμένουσας πυρετικής κίνησης, χορήγηση παρακεταμόλης σύμφωνα με ιατρική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγίνετο 3ωρη θερμομέτρηση και καταγραφή τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα <b>Θ= 37.5 °C</b> Α.Π:130/80 mmHg ΣΦ: 70/min ΑΝ: 18/min</li> <li>• Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο και τη μασχάλη για ανακούφιση από τον πυρετό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον υψηλό πυρετό με τη βοήθεια των ψυχρών επιθεμάτων και του λουτρού με χλιαρό νερό</li> <li>• Ο ασθενής δεν απηλλάγη από τον πυρετό, καθώς η θερμοκρασία του με τη λήψη ampApoTel, που περιέχει ως δραστική ουσία την</li> </ul>

		<p>οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για πρόληψη αφυδάτωσης</li> <li>• Συχνή αλλαγή ενδυμασίας λόγω έντονης εφίδρωσης για πρόληψη ψύξης</li> <li>• Αποφυγή εντριβών για την μη επιθυμητή άνοδο της θερμοκρασίας</li> <li>• Εφαρμογή ειδικού διαιτολογίου με χορήγηση ελαφράς τροφής από το στόμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγίνετο τακτική αλλαγή ενδυμασίας για αποφυγή επιπλοκών όπως πνευμονίας λόγω εφίδρωσης</li> <li>• Χορηγήθηκε σύμφωνα με ιατρική οδηγία στον ασθενή N/S0,9% 100cc με 1 amp apotel 1000 mg(7ml) σε μιση ώρα</li> <li>• Χορηγήθηκε 1000ccN/S 0,9% εμπλουτισμένος με 2 amp KCl και 1 amp NaCl</li> <li>• Έλαβε τροφή</li> </ul>	<p>παρακεταμόλη, η οποία έχει αναλγητική και αντιπυρετική ιδιότητα, μειώθηκε χωρίς όμως να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα εντός 24ώρου (Θ=37,2 °C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν εμφάνισε αφυδάτωση</li> </ul>
--	--	---	--	--

			πλούσια σε υδατάνθρακες, μέτρι α σε λευκώματα και λίπη	
--	--	--	---	--

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
<p>Απώλεια βάρους 5 Kg που οφείλεται στον καρκίνο ήπατος. Το αρχικό βάρος του ασθενή ήταν 65 Kg και μετά τη λοίμωξη 60 Kg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής να ανακτήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα δηλαδή αναλογικά με το ύψος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή</li> <li>• Καθημερινή συστηματική παρακολούθηση, ζύγισμα και καταγραφή του βάρους του αρρώστου</li> <li>• Φροντίδα- επιμέλεια ειδικής διαίτας του ασθενή κατόπιν επικοινωνίας με το διαιτολόγο του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε να μειώσει τις δραστηριότητες, που του προκαλούν κόπωση όπως: άσκοπη κινητικότητα, ανεβοκατέβασμα σκάλας</li> <li>• Ο ασθενής ζυγίζετο καθημερινά το πρωί στην ίδια ζυγαριά νηστικός και γίνεται ακριβής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ανακτούσε σταδιακά το βάρος του μετά από την πρόσληψη ειδικής διαίτας πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και τη χορήγηση βιταμινών A, B, C, K</li> <li>• Σε διάστημα 20 ημερών δεν επανήλθε ακριβώς στο αρχικό σωματικό του βάρος</li> </ul>

		<p>νοσοκομείου</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθάρρυνση του ασθενούς να λαμβάνει ότι του προσφέρεται στη διαίτα</li> <li>• Χορήγηση βιταμινών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες</li> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία όπως φάρμακα πρόκλησης όρεξης</li> <li>• Επιμέλεια στην εμφάνιση παρουσίασης του δίσκου φαγητού</li> </ul>	<p>καταγραφή του βάρους του :62Kg 63 Kg 65 Kg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Στον ασθενή χορηγείται ειδική διαίτα Ηπατοπαθούς δηλαδή υψηλή σε πρωτεΐνες, πλούσια σε υδατάνθρακες και θερμίδες και φτωχή σε λίπος</li> <li>• Έγινε ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει συμπληρωματικά γεύματα</li> <li>• Δόθηκαν συμπληρωματικά</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>βιταμίνες (A, B και C) για περαιτέρω βοήθεια του ήπατος</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί φάρμακο για πρόκληση της όρεξης</li><li>• Εδίδετο προσοχή στην εμφάνιση του δίσκου φαγητού προς έκλυση της όρεξης του, όσο αυτό ήταν εφικτό</li></ul>	
--	--	--	--	--

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
<p>Έντονος πόνος στον ΔΕ υποχόνδριο της κοιλιακής χώρας</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ανακουφισθεί ο ασθενής από τον πόνο</li> <li>• Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον πόνο το συντομότερο δυνατόν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί στον ασθενή η κατάλληλη ανατομική-νοσηλευτική ανακουφιστική θέση προς χάλαση μυών και ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</li> <li>• Λήψη των Ζωτικών Σημείων του ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση Fowler</li> <li>• Χορηγήθηκε ½amp Tramal σε 100ccN/S 0,9% σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> <li>• Έγινε λήψη των Ζ.Σ του ασθενή και είχαν ως εξής: Θ:37,2°C Α.Π:135/75 mmHg ΣΦ:80/min ΑΝ: 18/min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά την εφαρμογή των τεχνικών χαλάρωσης που βοηθούν στο να εστιάζεται αλλού η προσοχή του ασθενή και την χορήγηση φαρμάκου που ανήκει στα ναρκωτικά-οπιοειδή</li> </ul>

		<p>και καταγραφή τους στο διάγραμμα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθάρρυνση για τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης για τη μείωση της δυσφορίας λόγω πόνου</li> <li>• Εκτίμηση κάθε 2 ώρες αν έχει επιτευχθεί η ανακούφιση από τον πόνο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε για απόσπαση της προσοχής του από το πόνο-προτροπή για χρήση τηλεόρασης ή συνομιλία με άλλα άτομα</li> <li>• Έγινε εκτίμηση του κατά πόσο ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο σύμφωνα με την κλίμακα WongBaker, η οποία είναι μια κλίμακα προσώπων βαθμολόγησης του πόνου από 0 έως 10. Ο ασθενής ανέφερε</li> </ul>	<p>(ampTramal) με δραστική ουσία την μεπεριδίνη, η οποία διακόπτει τον πόνο στο επίπεδο του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, επιτεύχθηκε η ανακούφιση του ασθενή από το αίσθημα του πόνου μέσα σε 1 ώρα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν</li> </ul>
--	--	--	--	---



			ότι ο πόνος του αντιστοιχεί στο βαθμό 6.	απηλλάγη από τον πόνο λόγω υπαρξής CAήπατος <ul style="list-style-type: none"><li>• Γενικά, η αντιμετώπιση CA ήπατος είναι δυσχερής ιδιαίτερα αν ο όγκος είναι σχετικά μεγάλος και εμφανίζει μεταστάσεις. Συχνά η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο κατά το</li></ul>
--	--	--	--	---

				<p>οποιο ο όγκος δεν χειρουργείται. Σε ασθενή με βαρύτερη κατάσταση διενεργείται εμβολισμός ή χημειοεμβολισ μός. Στην περιπτωση του ασθενή που εισήλθε στο Υγείας Μέλαθρον, η κατασταση ηταν προχωρημένη και ο καρκινος μεταστατικος</p>
--	--	--	--	--

				σε πνεύμονα και απεβίωσε 40 μέρες μετά την εισαγωγή του και τη διάγνωση
--	--	--	--	--

## **Συμπεράσματα**

*Αν και όλοι έχουν ακούσει για την ηπατίτιδα Β, το πιθανότερο είναι ότι αρκετοί δεν έχουν συνειδητοποιήσει το μέγεθος του προβλήματος. Η εξάπλωση της νόσου παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με το επίπεδο υγείας σε κάθε χώρα. Στην Αφρική και την Απω Ανατολή υπολογίζεται ότι η χρόνια λοίμωξη με τον ιό αφορά το 10-15% του πληθυσμού, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες του Δυτικού κόσμου το ποσοστό πέφτει στο 1% και τα κρούσματα αφορούν κυρίως τις ομάδες υψηλού κινδύνου.*

*Η χώρα μας βρίσκεται σε μια ενδιάμεση κατάσταση με το αντίστοιχο ποσοστό να κυμαίνεται κοντά στο 3%, δηλαδή οι φορείς του ιού είναι περίπου 300.000 άτομα.*

*Απ' όσους προσβληθούν από τον ιό μόνο 5-10% θα εκδηλώσουν τη χρόνια μορφή της νόσου. Σύμφωνα με τις πρόσφατες διαπιστώσεις των επιστημόνων το 80% των περιπτώσεων καρκίνου του ήπατος στην Ελλάδα οφείλεται στην ηπατίτιδα Β, ενώ εκτιμάται ότι ένας στους δύο ασθενείς, που πάσχουν από ηπατίτιδα αυτής της μορφής, διατρέχει κίνδυνο να εκδηλώσει στο άμεσο μέλλον καρκίνο στο συκώτι. Οι θάνατοι που αποδίδονται στην ηπατίτιδα Β σε παγκόσμιο επίπεδο βρίσκονται στο επίπεδο των 250 χιλιάδων ανά έτος. Για να αλλάξει αυτό στο μέλλον λοιπόν πρέπει να γίνουν εφικτά τα εξής :*

- ▼ Είναι αναγκαία η συνεχής ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω στις μεθόδους διάγνωσης, πρόληψης και αντιμετώπισης των ιογενών ηπατίτιδων και εφαρμογή των μεθόδων αυτών στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. Μόνο με τον τρόπο αυτό θα καταστεί επιτυχής η πρόληψη της μετάδοσης των ηπατίτιδων, καθώς και της περαιτέρω ηπατικής βλάβης
- ▼ Το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β θεωρείται πολύ σημαντικό για την πρόληψη εμφάνισης της νόσου. Οι δυνατότητες θεραπευτική παρέμβασης στην ηπατίτιδα Β έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έχουν κατασκευαστεί φάρμακα τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν εκριζώνουν τον ιό αλλά καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου, αναστέλλοντας της ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου.
- ▼ Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των επιπλοκών, των ηπατικών νόσων, είναι καθοριστικός στην εξέλιξη της νόσου. Η αντίληψη και η αποδοχή του προβλήματος από τον ασθενή καθώς και η ενημέρωση και η κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος, είναι καθοριστικής σημασίας για καλύτερη ποιότητα ζωής.
- ▼ Όσον αφορά την ηπατίτιδα C οι επιστήμονες δεν έχουν κατασκευάσει ακόμα το εμβόλιο που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C και δυστυχώς ούτε αναμένεται να αναπτυχθεί εντός των επόμενων ετών. Γι' αυτό επιβάλλεται να τηρούνται από όλους τα γενικά μέτρα πρόληψης ώστε να αποφεύγεται η παρεντερική έκθεση στον ιό.

### ***Προτάσεις***

- ✓ Σωστή πληροφόρηση του πληθυσμού από άτομα που εργάζονται σε χώρους υγείας, σχετικά με τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνονται για τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ✓ Να εμβολιάζονται οι οικογένειες των φορέων του HBV.
- ✓ Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής (πλύσιμο χεριών μετά από κάθε χρήση της τουαλέτας και πριν από τη λήψη τροφής, χρησιμοποίηση διαφορετικής οδοντόβουρτσας, ξυραφιών, πετσέτας χεριών και μάνιου από τα άλλα μέλη της οικογένειας).
- ✓ Οι νοσηλευτές να αναλύουν τις συνέπειες της χρήσης ενδοφλεβίων ουσιών και να εξηγούν στους χρήστες ναρκωτικών τους κινδύνους από τη χρήση κοινής βελόνας ή άλλων εξαρτημάτων.
- ✓ Δημιουργία περισσότερων κέντρων αποτοξίνωσης, προσιτών σε κάθε κοινωνική ομάδα, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνσή τους.
- ✓ Κέντρα αποτοξίνωσης με περισσότερες υλικές υποδομές αλλά και εξειδικευμένο προσωπικό στο θέμα του αλκοολισμού και του εθισμού γενικότερα, ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει σε κάθε περίπτωση.
- ✓ Συνεπώς, πρέπει να δημιουργηθούν εκπαιδευτικά προγράμματα από αρμόδιους του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας ώστε να γίνεται ενημέρωση των σπουδαστών για τη γενικευμένη κινδυνότητα της Ηπατίτιδας Β, για τους τρόπους μετάδοσης και της εύκολης μετάδοσης της και εκπαίδευση τους για ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις ( εμβόλιο, ατομική προστασία, περιορισμός αριθμού συντρόφων ).
- ✓ Παράλληλα, να γίνεται υποχρεωτικός έλεγχος αντισωμάτων του HBV όλων των σπουδαστών κατά την εισαγωγή τους στο Α.Τ.Ε.Ι., και όχι μόνο των σπουδαστών των σχολών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, και εφόσον είναι αρνητικά τα αποτελέσματα να εμβολιάζονται.
- ✓ Πρέπει να συνειδητοποιήσουν τη σοβαρότητα της ασθένειας και όχι μόνο να εμβολιάζονται αλλά και να επανελέγχονται, ιδίως οι σπουδαστές του νοσηλευτικού τμήματος που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.
- ✓ Επίσης πρέπει να γίνεται δήλωση του κρούσματος στις υγειονομικές υπηρεσίες ώστε να παρακολουθείται η πορεία εξέλιξης της νόσου στα εκτεθημένα άτομα

## ***Περίληψη***

Η ιογενής ηπατίτιδα είναι μια ύπουλη ασθένεια, που ακόμα και στις ημέρες μας αποτελεί μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς δεν γίνεται αντιληπτή από την πρώτη στιγμή που θα προσβάλλει το άτομο, και ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες, που μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο.

**Σκοπός** της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση, η ενημέρωση, η διαφώτιση και η ενίσχυση των γνώσεων σχετικά με τις ηπατίτιδες, με απώτερο σκοπό την εκμάθηση και τη μετάδοση γνώσεων στους μελλοντικούς εργαζόμενους αλλά και στους εργαζόμενους στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, ώστε να είναι σε θέση να βοηθούν όσον αφορά την πρόληψη, την προφύλαξη, τη διάγνωση, την αιτιολογία, τις επιπλοκές που προκαλούνται στον ασθενή, τις θεραπείες που ακολουθούνται και κυρίως τη νοσηλευτική παρέμβαση-φροντίδα, η οποία παίζει κύριο και καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης της υγείας του ασθενή που πάσχει από κάποια μορφή ηπατίτιδας

Για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση οποιασδήποτε μορφής ηπατίτιδας, παραθέτουμε αναλυτικά όλες τις, μέχρι σήμερα, γνωστές μορφές ιογενούς ηπατίτιδας που διακρίνονται σε οξείες, χρόνιες και άλλες άτυπες μορφές ηπατίτιδας, καθώς και τους αιτιολογικούς παράγοντες ηπατοτρόπων ιών που τις προκαλούν (Ιός ηπατίτιδας Α-Ε: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV). Επίσης, για κάθε μορφή ηπατίτιδας αναλύουμε τον τρόπο μετάδοσης, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση και τη θεραπεία.

**Συμπέρασμα:** Ο εκπαιδευόμενος και καταρτισμένος νοσηλευτής, διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας, που έχει σκοπό την ελαχιστοποίηση της περαιτέρω επιδείνωσης της ηπατικής λειτουργίας και την ανακούφιση των συμπτωμάτων, και στην αξιολόγηση του αποτελέσματος της κάθε παρέμβασης, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Ο νοσηλευτής έχει χρέος να καθοδηγήσει, να ενημερώσει, να συμπαρασταθεί ψυχολογικά, να συμβουλευσει και να βοηθήσει τον ασθενή να επιστρέψει στην καθημερινότητά του και να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.

## *Summary*

Viral hepatitis is an insidious disease that even nowadays is a major public health problem, as it is perceived from the first moment that affects the individual, and depending on the stage it may cause serious consequences that can lead up to death. **The purpose** of this paper is to investigate, inform, enlighten and strengthen knowledge about hepatitis, with a view to learning and transmitting knowledge to future workers and workers in the health facility to be able to assist in the prevention, prophylaxis, diagnosis, etiology, complications caused to the patient, treatments used and especially the nursing - care intervention, which plays a major and decisive role in the evolution of health patient suffers from some form of hepatitis. To better understand and deal with any form of hepatitis, we present in detail all so far known types of viral hepatitis can be divided into acute, chronic and other informal forms of hepatitis and the etiologic factors viruses of the liver that cause (hepatitis A - E : (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV).

**In conclusion** the student and trained nurse plays a key role in assessing the condition of the patient, planning of nursing care in the implementation of nursing, which aims to minimize further deterioration of liver function and relieve symptoms, and evaluation the effect of each intervention, collaborating with other health professionals.

Also, for each form of hepatitis analyze the mode of transmission, clinical picture, diagnosis and treatment.

The nurse has a duty to instruct, to inform, sympathized psychologically, to advise and assist the patient to return to everyday life and be reintegrated into society without any problems.

## ***Βιβλιογραφία***

1. Αντωνιάδης Α. Χειρουργική του Ήπατος. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη 2007. σ. 25, 31-59, 70, 84-89, 198, 234
2. Γαλάνη Ν. Η χειρουργική ανατομική του ήπατος. Συνεχής χειρουργική μετεκπαίδευση.Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>.Εκδόσεις Χειρουργική Εταιρία Βορείου Ελλάδος. Θεσσαλονίκη 1995. σ. 363-365
3. Καλοφούτης Α. Κλινική Χημεία Δοκιμασίες και Τεχνικές.Επίτομος. Έκδοση 2<sup>η</sup>.Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2003.σ. 268-274, 282-284
4. DewitS. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και Πρακτική. Μετάφραση-Επιμέλεια Λαμπρινού Α. Λεμονίδου Χ. Τόμος 2<sup>ος</sup>. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ. 933, 1039,1040, 1055
5. Αντωνιάδης Α. Μαλιστόβας Ν. Ιατρική Μικροβιολογία.Επίτομος. Έκδοση 5<sup>η</sup>.Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2008. σ. 679-693
6. Αδαμόπουλος Π. Η Παθολογία στην Ιατρική Πράξη. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1998. σ. 463-472, 478-483, 485-487, 492, 493
7. BarrettJ. Βασικές Αρχές Μικροβιολογίας και Ανοσολογίας. Μετάφραση-Επιμέλεια Μανιάτης Α. Επίτομος. Έκδοση 2<sup>η</sup>. Αθήνα 2002. σ. 178, 181, 182
8. Γαρδίκας Κ. Ειδική Νοσολογία. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 4<sup>η</sup>. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2000. σ. 454, 455, 457, 458, 461-464 , 472-475, 479, 480, 485
9. Αγγελόπουλος Β. Κλινική Παθολογική Φυσιολογία. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 1<sup>η</sup>.Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα1971. σ.587, 588
10. Μπονάτσος Γ. Κακλαμάνος Ι. Γολεμάτης Β. Χειρουργική Παθολογία. Επίτομος. Έκδοση 4<sup>η</sup>. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2006. σ. 619-622
11. Πανταζής Κ. Μπροκαλάκη Η.Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στην πρόληψη μετάδοσης της ηπατίτιδας C. Περιοδικό Νοσηλευτική. Τόμος 47. Τεύχος 4<sup>ο</sup>.
12. Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 2<sup>ος</sup>. Έκδοση 2<sup>η</sup>. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2007. σ. 327-339
13. DeWitS. Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Μετάφραση-Επιμέλεια Κοτρώτσιου Ε. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα 2001. σ. 55-70, 76-88



14. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Επίτομος. Έκδοση 7<sup>η</sup>. Εκδόσεις Παπανικολάου. Αθήνα 2009. σ. 240-247, 249-262
15. Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα-Μια ολιστική προσέγγιση. Επίτομος. Έκδοση 2<sup>η</sup>. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 2004. σ. 103-105, 108
16. Παπαπαναγιώτου Ι. Κυριαζοπούλου - Δαλάινα Β. Ιατρική Μικροβιολογία και Ιολογία. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις UniversityStudioPress. Θεσσαλονίκη 2004. σ. 285, 288, 289, 299-301
17. Μουτσόπουλος Χ. Παθολογία. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1991. σ. 516-522, 525-536, 531-539, 543
18. Μουρίκης Δ. Χατζηγιάννου Α. Αγγειακή και Επεμβατική Ακτινολογία. Επίτομος. Έκδοση 2<sup>η</sup>. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2004. σ. 300-326, 549-553, 569, 570
19. Κοσκινάς Ι. Χρόνια Ηπατίτιδα Β. <http://www.healthview.gr> 23/8/2012
20. Mengert T. Eisenberg M. Copass M. Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής. Μετάφραση-Επιμέλεια Δαμιανός Α. και συνεργάτες. Επίτομος. Έκδοση 4<sup>η</sup>. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2000. σ. 499, 500-503
21. Baldonado A. Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Εκπαιδευτική πιστοποίηση στη Νοσηλευτική. Μετάφραση-Επιμέλεια Καραχάλιος Γ. Ταλαντοπούλου Μ. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 1999. σ. 364-368, 375
22. Τριχοπούλου Α. Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1986. σ. 242, 243
23. Ulrich S. Canale S. Wendell S. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. Μετάφραση-Επιμέλεια Αγγελόπουλος Μ και συνεργάτες. Επίτομος. Έκδοση 3<sup>η</sup>. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα 1998. σ. 791-803
24. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος Ηπατίτιδα C. Επιμέλεια κειμένου Γερμανίδης Γεώργιος, Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος. Αθήνα 2007 σ. 71-74
25. Walterf. Boron. Emile L. Βουλραερ Ιατρική φυσιολογία κυτταρική και μοριακή προσέγγιση. Μετάφραση-Επιμέλεια Κουτσιλιέρης Μιχαήλ, Τόμος 1, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα 2006. σ. 134-139

26. Kumar Cotran Robbins. Βασική παθολογική ανατομία. Μετάφραση-Επιμέλεια Διονύσης Σπ. Μπονίκος, Μαρία Μελαχροινού. 7 η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2008. σ. 116-129
27. Παπαηλίου Α. Δίαιτα, Θεωρία και Πράξη.Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1993. σ.301-306
28. Γαρδίκας Κ. Ειδική Νοσολογία. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 4<sup>η</sup>. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2000. σ. 454, 455, 457, 458, 461-464 , 472-475, 479, 480, 485
29. Lee Goldman, M.D-J.Claude Bennett, M.D. Νοσολογία( φυσιολογία-διάγνωση-θεραπεία). Μετάφραση-Επιμέλεια Ρούσσο Χαραλάμπος MD, MSc, PhD, MRS, FRCP (C) Τόμος 2 Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα 2001. σ. 890-976
30. Αφροδισιολογία , Ιωάννης Δ. Στρατηγός. Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος. Αθήνα 2004. σ. 100, 128-134
31. Βαγιανός Κ. Συντηρητική αντιμετώπιση θλαστικών ηπατικών κακώσεων στον ενήλικα. Εκδόσεις Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.Αθήνα 2000 σ. 10-11.
32. Χατζημπούγας Ι. Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, επίτομος, επανέκδοση, εκδοσεις GMDesing, Αθήνα 2002. σ. 123-125
33. RichardL. Draue, WayneVogl, AdamN.M. Mitchel, GRAY'SΑνατομία, Επιμέλεια μετάφραση Τουσίμης Δ, Σκανδαλάκης Π., τόμος 1, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2007. σ. 569,598-645
34. Davidson's, Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής, επιστημονικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003. σ. 123-154
35. Ζιάκας Ν, Εσωτερική Παθολογία, τομος 2, έκδοση 3, εκδόσεις universitystudiopress, Θεσσαλονίκη 2004. σ. 678, 690-723
36. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, οι μεγαλύτερες παθήσεις της εποχής, τόμος 4, εκδόσεις Υγεία, Αθήνα 1994. σ. 345-347
37. Εγκυκλοπαίδεια Σύγχρονη ιατρική, Ο γιατρός συμβουλεύει, τομος 4, εκδόσεις Υγεία, Αθήνα 1998. σ. 156-163
38. Δεσποίνα Σαπουντζή, Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα-μια ολιστική προσέγγιση, επιτομος, έκδοση 2, εκδόσεις Ελλην, Αθήνα 2004. σ. 89-94
39. Μαλγαρινού Μ. και συν. , Νοσηλευτική παθολογική-χειρουργική, τόμος 2, έκδοση 1, μέρος 1, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2006.

40. Ράπτης Σ., Εσωτερική παθολογία, τόμος 4, έκδοση 1, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1998. σ. 123-145
41. Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ, Νοσηλευτικές διεργασίες, παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, τομος 3, έκδοση 2, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004.

# Παράρτημα

*Σε μια κοινωνία όπου η δουλειά της νοσοκόμας προοριζόταν μόνο για τις τιποτένιες, τις πρόστυχες και τις αλκοολικές, η Φλόρενς Ναϊτινγκκίλ, μόλις στα δεκάξι της, τόλμησε να αντιτεθεί στην οικογένειά της και να ανατρέψει τα κοινωνικά ήθη και έθιμα. Τον Οκτώβριο του 1854 συνόδεψε μια ομάδα εθελοντριών νοσοκόμων στα πεδία της μάχης του Κριμαϊκού Πολέμου. Με δυναμισμό και αποφασιστικότητα εφάρμοσε πρώτη αντισηπτικές μεθόδους και εξυγίανε τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Το 1860 ίδρυσε στο Λονδίνο την πρώτη σχολή αδελφών νοσοκόμων, και τα κατορθώματά της έγιναν γνωστά σε όλο τον κόσμο. Ανάπηρη από το 1857 και εντελώς τυφλή από το 1901, πέθανε το 1910, αφού αφιέρωσε τις ημέρες της σε πρωτοποριακές μεθόδους εξυγίανσης στον τομέα της νοσηλευτικής. Εκατοντάδες μαρτυρίες και ιστορίες αναφέρονται στη γυναίκα που έτρεχε τις νύχτες στα στρατιωτικά νοσοκομεία, με μοναδικό φως μια λάμπα πετρελαίου - στη γυναίκα που δημιούργησε το επάγγελμα της σύγχρονης νοσηλεύτριας και έγινε γνωστή ως "Η κυρία με τη λάμπα".*



***“Νοσηλευτές μόνο ηρωικές φύσεις μπορούν να γίνουν” , Florence Nightingale, 1910.***

## **Σύντομη αναφορά στο έργο της πρώτης νοσηλεύτριας που δημιούργησε το επάγγελμα της σύγχρονης νοσηλεύτριας**

*Η Florence Nightingale είναι η πρώτη νοσηλεύτρια που έθεσε τις βάσεις της επιστημονικής νοσηλευτικής και κατέστησε το νοσηλευτικό έργο κοινωνικό λειτούργημα. Ήταν πρωτοπόρος στην περιποίηση των ασθενών και μεταρρυθμιστής των μεθόδων υγιεινής των νοσοκομείων εκείνης της εποχής.*

*Η Φλωρεντία, κόρη του εύπορου γαιοκτήμονα William Nightingale Embly και της Frances, γεννήθηκε στη Φλωρεντία της Ιταλίας - από εκεί πήρε και το όνομά της - στις 12 Μαΐου 1820. Είχε και μια μεγαλύτερη αδελφή, την Παρθενωπή, η οποία γεννήθηκε στη Νάπολη.*

*Με την επιστροφή των γονιών της στην Αγγλία, ύστερα από δύο χρόνια περιουσίας στην Ευρώπη, εντέλει εγκαταστάθηκαν για τους θερινούς μήνες στο λιβάδι Hurst στο Derbyshire, και για το χειμώνα στο Habshire. Σαν παιδί η Φλωρεντία είχε πολύ καλές σχέσεις με τον πατέρα της, ο οποίος ανέλαβε την εκπαίδευση αυτής και της αδελφής της. Καθώς ήταν απόφοιτος του πανεπιστημίου του Κέιμπριτζ, παρέδιδε στα δυο κορίτσια μαθήματα ελληνικών, λατινικών, γαλλικών, γερμανικών, ιταλικών, ιστορίας, φιλοσοφίας και μαθηματικών.*

*Η Φλωρεντία από μικρό παιδί είχε έφεση στη μελέτη, σε αντίθεση με την αδερφή της που υπερείχε στη ζωγραφική και τη ραπτική. Τα χρόνια πέρασαν και η Φλωρεντία έγινε μια ζωηρή και ελκυστική κοπέλα, η οποία εισέπραττε το θαυμασμό όλων. Η μητέρα της, μια αυταρχική γυναίκα, καθώς την έβλεπε να μεγαλώνει, το μόνο που σκεφτόταν ήταν να την αποκαταστήσει με ένα καλό σύζυγο, αλλά αυτή είχε άλλες ανησυχίες. Αρνήθηκε να παντρευτεί το Λόρδο Houghton's.*

*Το 1837, κατά τη διαμονή της στο σπίτι τους στο Embley, η Φλωρεντία άκουσε μια φωνή, τη φωνή του Θεού, όπως χαρακτηριστικά υποστήριζε, να την καλεί να εργαστεί για αυτόν. Έτσι, αποφάσισε κι ανακοίνωσε στους γονείς της ότι ήθελε να γίνει νοσοκόμα.*

*Οι γονείς της εναντιώθηκαν κατηγορηματικά στην απόφαση αυτή, διότι συνέδεαν την περιποίηση των ασθενών με τις γυναίκες της εργατικής τάξης. Παρ' όλα αυτά, η επιθυμία της ενισχύθηκε σε μια συνάντηση που είχε με την Elizabeth Blackwell - γιατρό στις Ηνωμένες Πολιτείες - στο νοσοκομείο του Αγίου Βαρθολομαίου στο Λονδίνο. Τελικά, το 1851, ο πατέρας της της έδωσε την άδεια να γίνει νοσοκόμα. Έτσι, ανέπτυξε ενδιαφέρον για τα κοινωνικά θέματα.*

*Έκανε επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων στα τοπικά χωριά και άρχισε να ερευνά τα νοσοκομεία και την περιποίηση. Το 1850 ταξίδεψε στην Ιταλία, την Αίγυπτο και την Ελλάδα. Επιστρέφοντας, όμως, στην Αγγλία μέσω Γερμανίας επισκέφθηκε το νοσοκομείο και το σχολείο Theodor Fliedner για τις διακονίσσες στο Kaiserswerth, κοντά στο Dusseldorf. Έπειτα από ένα χρόνο επέστρεψε ξανά για να καταρτιστεί ως νοσηλεύτρια, για τρεις μήνες. Δυο χρόνια αργότερα διορίστηκε ως επιθεωρητής ενός νοσοκομείου στο Λονδίνο. Το Μάρτιο του 1854 διεξήχθη ο Κριμαϊκός Πόλεμος (Ρωσία εναντίον Τουρκίας, Μ.*

Βρετανίας και Γαλλίας). Το Σεπτέμβριο, βρετανικές στρατιωτικές δυνάμεις αποβιβάστηκαν στην Κριμαία. Μέσα σε μερικές εβδομάδες περίπου 8.000 άτομα έπασχαν από χολέρα και ελονοσία, πράγμα που συντάραξε τη βρετανική κοινή γνώμη και προκάλεσε τη δημόσια κατακραυγή, με αποτέλεσμα η κυβέρνηση να αναγκαστεί να αλλάξει τον τρόπο δράσης που είχε μέχρι τότε.

Η Nightingale προσφέρθηκε εθελοντικά και εντός τριών ημερών έφυγε από την Αγγλία, επικεφαλής μιας ομάδας τριάντα οκτώ νοσηλευτών. Έφτασε στην Κωνσταντινούπολη, στο Σκούταρι, όπου υπήρχαν οι βρετανικές ιατρικές εγκαταστάσεις για τους στρατιώτες. Εκεί είχε να αντιμετωπίσει κάτι εξαιρετικά δύσκολο, καθώς τα στρατιωτικά νοσοκομεία βρίσκονταν σε άθλια κατάσταση.

Ήταν υπεύθυνη για την περίθαλψη πέντε χιλιάδων τραυματιών, που μέσα σε δύο μήνες διπλασιάστηκαν, ενώ οι νοσοκόμες που βρίσκονταν υπό την άμεση επίβλεψή της έφτασαν τις ογδόντα πέντε. Οι θάλαμοι ήταν γεμάτοι ποντίκια και ψύλλους και η καθαριότητα σχεδόν ανύπαρκτη. Οι τραυματίες ήταν άπλοτοι, χωρίς σκεπάσματα, χωρίς κατάλληλη τροφή, φορούσαν ακόμα τις στολές του στρατού, που ήταν πολύ βρώμικες.

Έπιπλα, ιματισμός και κλίνες δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των άμεσων νοσοκομειακών αναγκών. Οι τραυματίες κείτονταν στους διαδρόμους, πάνω σε ψάθες, ανάμεσα στις ακαθαρσίες. Κάτω από τέτοιες συνθήκες εμφανίστηκαν αρρώστιες όπως ο τύφος, η χολέρα και η δυσεντερία, κι έτσι προέκυψε ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ των πληγωμένων στρατιωτών.

Όμως, η Φλωρεντία ανέπτυξε μια καταπληκτική και ρηζικέλευθη δραστηριότητα που έμεινε ιστορική.

Χρειαζόταν, πράγματι, νοσηλεύτρια με ψυχικό σθένος και ξεχωριστή επιτηδειότητα για να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση. Έβαλε τους νοσοκόμους να καθαρίσουν τους ρυπαρούς θαλάμους και διαδρόμους και τις νοσοκόμες να κατασκευάσουν μαξιλάρια, στρώματα και ιματισμό για τους ασθενείς. Εγκατέστησε λουτρά, εξολόθρεψε τα έντομα και τα ποντίκια που μάστιζαν τα νοσοκομεία, προμηθεύτηκε νοσηλευτικό και φαρμακευτικό υλικό, φρόντισε για την αύξηση του αριθμού των γιατρών. Αργότερα, κατασκευάστηκαν μαγειρεία, πλυντήρια, καφενεία και δωμάτια για διάβασμα.

Υπερνικώντας τα εμπόδια κατάφερε να μετατρέψει ένα χώρο τρόμου σε παράδεισο, όπου οι ασθενείς μπορούσαν να αναρρώσουν. Παρόλα αυτά, οι ανώτεροι στρατιωτικοί υπάλληλοι και γιατροί αντιτέθηκαν στις απόψεις της σχετικά με τη μεταρρύθμιση των στρατιωτικών νοσοκομείων. Έβλεπαν με καχυποψία τις ενέργειές της, ερμήνευαν τα σχόλιά της ως επίθεση στον επαγγελματισμό τους και γενικά την έκαναν να αισθανθεί ανεπιθύμητη. Τελικά, κατάφερε να εξαλείψει τις αντιδράσεις αυτές, εφόσον σε ελάχιστο χρονικό διάστημα κατόρθωσε να περιορίσει τις κύριες αιτίες θνησιμότητας των τραυματιών (μολύνσεις, επιδημικές νόσους, κ.α.).

Η ίδια περνούσε πολλές ώρες μέσα στους θαλάμους, μέρα και νύχτα, και δεν υπήρχε σχεδόν κανένας στρατιώτης που να μην τον είχε περιποιηθεί προσωπικά. Κρατώντας μια λάμπα στο χέρι περπατούσε ανάμεσα στους διαδρόμους,



προκειμένου να παρακολουθήσει την πορεία των ασθενών της και να τους παρηγορήσει, αν χρειαζόταν, ακόμα και τις μεταμεσονύκτιες ώρες. Απέκτησε, έτσι το όνομα «η Κυρία με τη λάμπα».

Μέσα σε λίγους μήνες η Φλωρεντία κατάφερε να μειώσει τη θνησιμότητα από 40% σε 2,2%. Με την εργασία της απέδειξε ότι η σωστή νοσηλεία μπορεί να σώσει ανθρώπινες ζωές και πως η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη μαζί, που όποιος την ασκεί πρέπει να τη διδαχθεί και να την αγαπήσει. Με την ανάλυσή της η Φλωρεντία υποστήριζε ότι τα κοινωνικά θέματα μπορούν να μετρηθούν αντικειμενικά, να αναλυθούν μαθηματικά και να παρασταθούν γραφικά.

Αυτό αποτελούσε μια καινοτομία για την εποχή: το να συλλέξει κάποιος **στατιστικά στοιχεία**, να τα ταξινομήσει σε πίνακα, να τα ερμηνεύσει και να τα αναπαραστήσει γραφικά. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι έθεσε τις βάσεις για την επιστήμη των εφαρμοσμένων στατιστικών. Επίσης, εκτός από τη συλλογή στοιχείων συστηματοποίησε και τις πρακτικές αρχειοθέτησης.

Έτσι, μπορούσε να χρησιμοποιεί τα στοιχεία ως εργαλεία. Εφηύρε τα διαγράμματα «**πολικός-περιοχής**», στα οποία η στατιστική στην οποία αναφέρεται εμφανίζεται σαν μια σφήνα σε ένα κυκλικό διάγραμμα. Την άνοιξη του 1855 επισκέφθηκε τη Σεβαστούπολη, όπου επίσης εργάστηκε για την ανακαίνιση και βελτίωση των νοσηλευτικών μεθόδων. Εκεί προσβλήθηκε από τον επικίνδυνο κριμαϊκό πυρετό, αλλά απτόητη συνέχισε το έργο της. Παρέμεινε στην Κριμαία και μετά τον τερματισμό του πολέμου (Μάρτιος 1856), ωστόσο κι ο τελευταίος Άγγλος τραυματίας γυρίζει στην πατρίδα του.

Στις 16 Μαρτίου διορίστηκε, επισήμως, ως επιθεωρήτρια του τομέα αδελφών νοσοκόμων όλων των στρατιωτικών νοσοκομείων. Μετά τη λήξη του πολέμου επέστρεψε στην Αγγλία, αρνούμενη την επίσημη μεταφορά της στην πατρίδα, όπως και οποιαδήποτε άλλη δημόσια υποδοχή. Ο λαός την υποδέχθηκε με τιμές εθνικής ηρωίδας. Όμως, αυτή επέστρεψε αποφασισμένη να καταστρέψει αυτή την εικόνα που είχε ο κόσμος για αυτήν, καθώς και να επηρεάσει τη βρετανική κυβέρνηση με στόχο να βελτιώσει την ιατρική περίθαλψη, τη διατροφή και τις συνθήκες διαβίωσης του βρετανικού στρατού. Για τις ανεκτίμητες υπηρεσίες της η αγγλική κυβέρνηση δημιούργησε το ταμείο F.Nightingale, όπου ο αγγλικός λαός μπορούσε να καταθέτει τις δωρεές του.

Το 1860, η Φλωρεντία, χρησιμοποίησε από το ταμείο αυτό σαράντα πέντε χιλιάδες στερλίνες για να ιδρύσει τη Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Nightingale στο νοσοκομείο Άγιος Θωμάς, που ήταν μια σχολή πρωτοποριακή στο είδος της σε όλο τον κόσμο.

Στη Σχολή αυτή οι μαθήτριες διδάσκονταν θεωρητικά, αλλά και πρακτικά τη Νοσηλευτική Τέχνη.

Πολλές φορές τις συμβούλευε τα εξής: «Η αληθινή περιποίηση είναι μια υψηλή κλήση, μια αξιότιμη κλήση. Αλλά πώς βρίσκεται η τιμή; Να εργαστείτε σκληρά κατά τη διάρκεια της κατάρτισής σας, να μάθετε και να κάνετε όλα τα πράγματα τέλεια. Η τιμή δε βρίσκεται στην τοποθέτηση, απλά στην περιποίηση ή στη στολή



σας. Η τιμή βρίσκεται στην αγάπη της τελειότητας, της συνέπειας, στο να εργαστείτε σκληρά, στο να εργαστείτε υπομονετικά, στο να είστε έτοιμες να πείτε όχι «Πόσο έξυπνη είμαι» αλλά «Δεν είμαι ακόμα αντάξια και θα ζήσω για να αξίζω να κληθώ εκπαιδευμένη νοσοκόμα».

Για τις απόφοιτες της Σχολής αυτής είχε συντάξει τον πρώτο όρκο της Διπλωματούχου Αδελφής Νοσοκόμου. Κάθε χρόνο αυξανόταν ο αριθμός των εκπαιδευομένων νοσοκόμων, με αποτέλεσμα μετά από δεκαπέντε χρόνια όλα τα αγγλικά νοσοκομεία να έχουν τουλάχιστον μια νοσηλεύτρια τύπου Nightingale. Όταν μια νοσηλεύτρια έφευγε από κοντά της για να αναλάβει ανεξάρτητη υπηρεσία, της έλεγε: «Θυμήσου πάντα ότι όπου βρίσκεσαι ο κόσμος θα παρακολουθεί και θα λεπτολογεί ό,τι κάνεις, όχι μόνο σαν νοσηλεύτρια, αλλά και σαν γυναίκα. Να προσπαθείς κάθε σου λέξη, κάθε σου πράξη να είναι στο ύψος της αποστολής σου, στο ύψος της γυναικείας σου μορφής.».

Ως δεύτερη, χρονολογικά, Σχολή θεωρείται η Σχολή του New England Hospital στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης (1872) και ως τρίτη στον κόσμο ιδρύθηκε στην Ελλάδα η Σχολή των Αδελφών του Ευαγγελισμού (1875).

Επίσης, έπαιξε σπουδαίο ρόλο και στη μεταρρύθμιση των ασύλων. Από το 1857 έζησε, κυρίως στο Λονδίνο, ανάπηρη. Όμως, ποτέ δεν είχε αποδειχθεί ότι έπασχε οργανικά από κάποια ασθένεια, καθώς η αναπηρία της ήταν εν μέρει νευρωτική και εν μέρει σκόπιμη. Η όρασή της άρχισε να εξασθενεί σταδιακά, ώσπου το 1901 τυφλώθηκε εντελώς. Το χρονικό διάστημα που έμεινε στο κρεβάτι, είχε τεράστια αλληλογραφία και πολλούς επισκέπτες. Προς αναγνώριση της σκληρής εργασίας της είχε τιμηθεί από τη βασίλισσα Βικτωρία (1883) με το **βασιλικό Ερυθρό Σταυρό**.

Επίσης, το 1907 ο βασιλιάς της απένειμε το **παράσημο Αζίας**.

Ήταν η πρώτη φορά που γυναίκα έπαιρνε αυτό το παράσημο. Στις 13 Αυγούστου 1910 και σε ηλικία ενενήντα ετών, πέθανε στο σπίτι της στο Λονδίνο. Πριν πεθάνει είχε εκφράσει την επιθυμία της να ενταφιαστεί στον οικογενειακό της τάφο, στο μικρό εξοχικό νεκροταφείο του East Yellow στο Χαμπσάϊρ. Η ημερομηνία της γέννησής της έχει οριστεί ως η διεθνής Ημέρα των Αδελφών Νοσοκόμων. Το 1912 θεσπίστηκε προς τιμήν της το μετάλλιο του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού, το οποίο δίδεται σε νοσοκόμες και νοσοκόμους που διακρίνονται στην άσκηση του λειτουργήματός τους. Στην πλατεία Βατερλό στο Λονδίνο υπάρχει ένα άγαλμά της. Ακόμα, η μορφή της κοσμεί ένα αγγλικό χαρτονόμισμα.

Έχουν γυριστεί κινηματογραφικές ταινίες για τη ζωή της κι έχουν γραφτεί διάφορα βιβλία.

Κάποια από τα γραπτά της που γνωρίζουμε είναι τα εξής: Για την πρακτική κατάρτιση των διακονισσών στο ίδρυμα Kaiserswerth στο Ρήνο (1851), Μια συμβολή στην υγειονομική ιστορία του βρετανικού στρατού κατά τη διάρκεια του πρόσφατου πολέμου με τη Ρωσία (1859), Σημειώσεις για τα νοσοκομεία (1859) και επανεκδίδονται εντελώς διαφορετικές (1863), Σημειώσεις για την περιποίηση: Αυτό που είναι, και τι δεν είναι (1860) και διάφορα άλλα.

*Τα γραπτά της μαζί με τις πράξεις της μας δίνουν μια ολοκληρωμένη αντίληψη για την υγειονομική περίθαλψη. Έχουν επηρεάσει το σύγχρονο υγειονομικό σύστημα και πολύ συχνά λαμβάνονται υπόψη από όλους όσους σχετίζονται με αυτό. Παράλληλα, όμως, μας παρουσιάζουν και την ηθική διαμόρφωση των ατόμων που ασχολούνται με ένα τέτοιο επάγγελμα-λειτουργήμα.*

*Αν δεν υπάρχει αυτή η ηθική διαμόρφωση, τότε τα πράγματα είναι ελλιπή, χωρίς βαθύτερο νόημα, χωρίς πραγματικό σκοπό, οπότε, και χωρίς το σωστό αποτέλεσμα.*