

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



" ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ "

Νοσηλευτική Φροντιδα

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστριας: Μελεμενή Δέσποινας

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή)-----

Κούνης Γ. Νικόλαος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο υπογραφή

1)-----

2)-----

3)-----

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα -----

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	188 α
----------------------	-------

Ευχαριστώ αυτούς που με την αγάπη τους με βοήθησαν να τελειώσω τις σπουδές μου. Η εργασία αυτή αφιερώνεται στον Πατέρα μου στη Μητέρα μου και στον Παναγιώτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

---

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ. . . . .	Σελ. I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ. . . . .	" II
ΕΙΣΑΓΩΓΗ . . . . .	" IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'	
I. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ. . . . .	" I
II. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ. . . . .	" IO
III. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ. . . . .	" 16
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ. . . . .	" 22
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ. . . . .	" 25
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ. . . . .	" 26
- ΠΡΟΓΝΩΣΗ. . . . .	" 27
- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ. . . . .	" 28
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ. . . . .	" 30
IV. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ. . . . .	" 32
- ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ. . . . .	" 32
- ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ. . . . .	" 32
- ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. . . . .	" 36
- ΦΟΡΕΙΣ ΗΒSΑG. . . . .	" 36
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΡΟΝΟΣΙΑΣ. . . . .	" 37
V. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ. . . . .	" 38
VI. ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ. . . . .	" 39
VII. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ. . . . .	" 41
- ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ. . . . .	" 41
- ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ. . . . .	" 43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'	
VIII. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ. . . . .	" 46
- ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. . . . .	" 47

### III

- ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ. . . . .	Σελ. 48
IV. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. . . . .	" 55
- ΘΡΕΠΤΙΚΟ ΑΝΙΣΟΖΥΓΙΟ. . . . .	" 55
- ΥΔΑΤΟΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΑ ΑΝΙΣΟΖΥΓΙΑ. . . . .	" 57
- ΜΕΙΩΣΗ ΑΝΕΣΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ. . . . .	" 57
- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. . . . .	" 58
- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. . . . .	" 58
- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. . . . .	" 59
- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑΣ. . . . .	" 60
X. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ. . . . .	" 61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'	
XI. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	
ΘΕΣΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ. . . . .	" 63
- ΑΣΘΕΝΗΣ: "Ζ.Θ.". . . . .	" 63
- ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: "Ζ.Θ.". . . . .	" 64
- ΑΣΘΕΝΗΣ: "Μ.Δ.". . . . .	" 69
- ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: "Μ.Δ.". . . . .	" 70
XII. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. . . . .	" 76
XIII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ. . . . .	" 77

ΕΙΣΑΓΩΓΗ  
-----

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της διαγνωστικής ιολογίας είναι η οξεία ιογενή ηπατίτιδα.

Εξαιτίας της ποικιλίας ιών ηπατίτιδας που υπάρχουν και των τρόπων μετάδοσης, δημιουργούνται προβλήματα τόσο στη διερεύνηση της νόσου όσο και στην προφύλαξη απ' αυτήν.

Ο συστηματικός έλεγχος σε όλες τις φιάλες αίματος, η προσεκτική παρατήρηση των συμπτωμάτων των ασθενών, ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και οι σωστές συνθήκες υγιεινής, προφυλάσσουν τους ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό από τη λοίμωξη.

Η εργασία αυτή έχει σκοπό να γνωρίσουμε τη φύση της νόσου, τους κινδύνους από τη λοίμωξή της και τους τρόπους προφύλαξης ώστε να αποφύγουμε τη δημιουργία αυριανών ασθενών από την οξεία ιογενή ηπατίτιδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του πεπτικού συστήματος. Ζυγίζει 1400-1800 GR. Βρίσκεται στη δεξιά άνω κοιλία, κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος. Είναι ένα από τα σημαντικότερα όργανα του σώματος, διότι συμμετέχει στην εκτέλεση πολλαπλών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού.

Το ήπαρ είναι ευαίσθητο σε τραυματισμούς και μπορεί εύκολα να υποστεί ρήξη του παρεγχύματος. Περιβάλλεται από κάψα συνδετικού ιστού, την κάψα του GLISSON.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΙΡΕΣΗ

Το ήπαρ έχει σχήμα πυραμίδας όπου η βάση της φέρεται δεξιά και η κορυφή της φτάνει στη ξιφοειδή απόφυση του στέρνου Α.

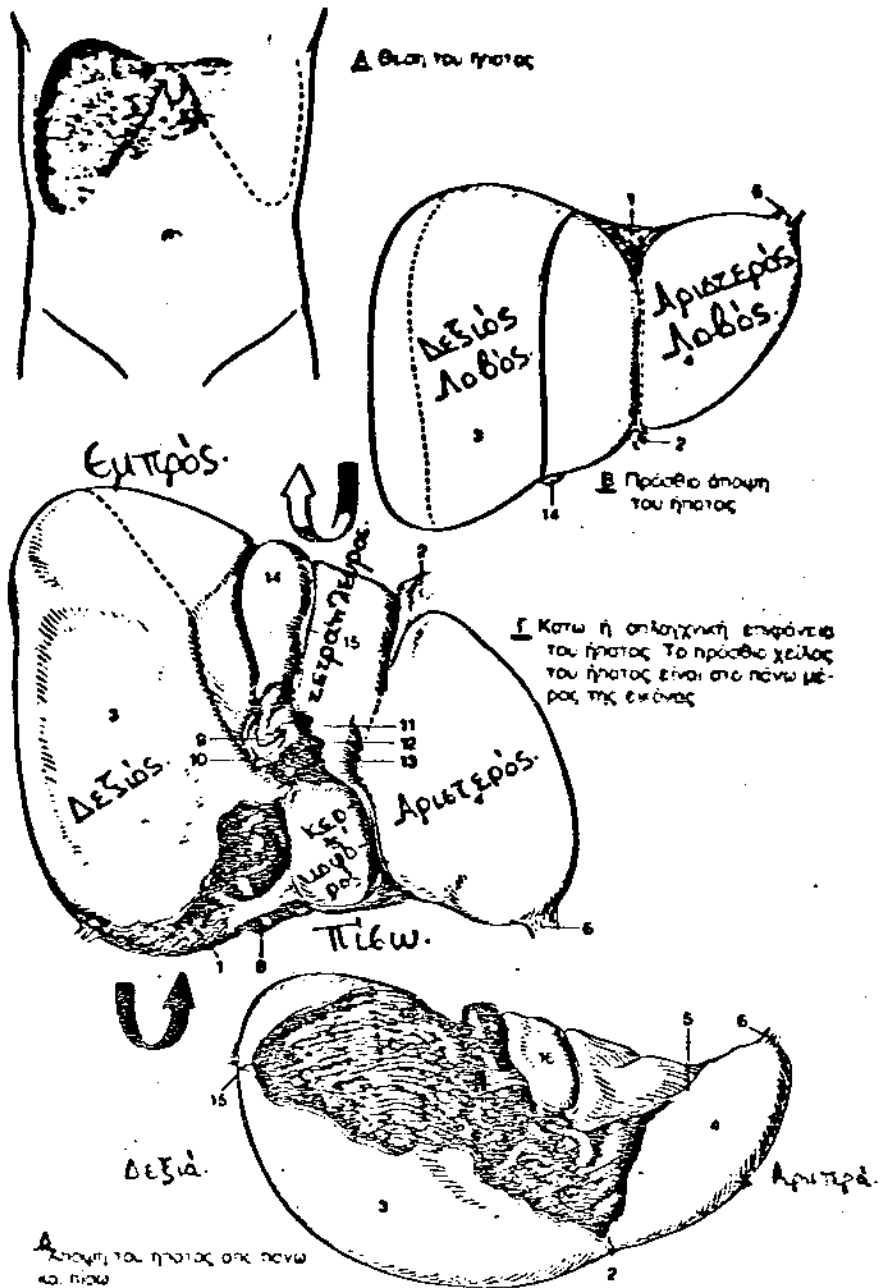
Στο ήπαρ διακρίνουμε δύο επιφάνειες, την άνω ή διαφραγματική Δ, Β και την κάτω ή σπλαχνική Γ.

Το μεγαλύτερο μέρος του ήπατος περιβάλλεται από περιτόναιο, εκτός από το τμήμα του οπίσθιου μέρους της κάτω επιφάνειας που έρχεται σε άμεση επαφή με το τενόντιο κέντρο του διαφράγματος. Το τμήμα αυτό καλείται γυμνή (από περιτόναιο) επιφάνεια του ήπατος ΒΓΔΙ.

Δ. Διαφραγματική επιφάνεια Η γυμνή επιφάνεια του ήπατος, τριγωνικού σχήματος ΒΓΔΙ, αφορίζεται από πτυχές του περιτοναίου σχηματίζοντας τους συνδέσμους, οι οποίοι είναι οι εξής:

Ι) Ο στεφανιαίος σύνδεσμος.

Το πρόσθιο και το οπίσθιο πέταλο του στεφανιαίου συνδέσμου σχηματίζεται από τις ανακάμφεις των τοιχωμάτων του περισπλάχνιου περιτοναίου.





## 2) Οι τρίγωνοι σύνδεσμοι.

Τα δύο πέταλα του στεφανιαίου σύνδεσμου συναντώνται στα δύο άκρα τους και αποτελούν το δεξιό και τον αριστερό τρίγωνο σύνδεσμο του ήπατος Δ15 και Δ5 αντίστοιχα.

## 3) Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος.

Σχηματίζεται από την ανάκαμψη του πρόσθιου πετάλου του στεφανιαίου σύνδεσμου ΒΓΔ2. Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος υποδιαίρει τη διαφραγματική επιφάνεια του ήπατος σε δεξιό ΒΓΔ3 και αριστερό ΒΓΔ4 ηπατικό λοβό.

## 4) Ο στρογγυλός σύνδεσμος.

Το ελεύθερο χείλος του δρεπανοειδούς συνδέσμου, από τον ομφαλό μέχρι το ήπαρ περιέχει το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος ΒΓ2 που είναι η αποφραχθείσα αριστερή ομφαλική φλέβα του εμβρύου.

## 5) Ο ηπατονεφρικός σύνδεσμος.

Η ανάκαμψη του οπίσθιου πετάλου του στεφανιαίου συνδέσμου σχηματίζει τον ηπατονεφρικό σύνδεσμο Δ7.

Η κάτω κοίλη φλέβα ΓΔ8 διέρχεται πίσω από τη γυμνή επιφάνεια του ήπατος για να περάσει στη συνέχεια από το τμήμα της κάτω κοίλης φλέβας του διαφράγματος.

Γ. Σπλαχνική επιφάνεια Εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες, τη δεξιά και αριστερή, οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους στην πύλη του ήπατος Γ9, Ι0-Ι3.

Η δεξιά οβελιαία αύλακα, σχηματίζει τον κυστικό βόθρο που φιλοξενεί τη χοληδόχο κύστη ΒΓ14. Στο πίσω μέρος της αύλακας διέρχεται η κάτω κοίλη φλέβα ΓΔ8.

Η αριστερή οβελιαία αύλακα, φιλοξενεί υπολείμματα εμβρυικών αγγείων: μπροστά το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος ΒΓ2 (αποφραχθείσα ομφαλική φλέβα) και πίσω το φλεβώδη σύνδεσμο, που εί-

ναι ο αποφραχθείς φλεβώδης πόρος.

Οι οβελιαίες αύλακες χωρίζουν το ήπαρ στους εξείς λοβούς:

1) Ο τετράπλευρος λοβός ΓΙ5.

2) Ο κερκοφόρος λοβός ΓΔΙ6.

3) Ο αριστερός λοβός ΒΓΔ4.

4) Ο δεξιός λοβός ΒΓΔ3.

Στους λοβούς σχηματίζονται εντύπωμα από τα παρακείμενα όργανα. Στην κάτω επιφάνεια του αριστερού ηπατικού λοβού έχουμε το γαστρικό εντύπωμα και στην κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού το δωδεκαδακτυλικό εντύπωμα, το νεφρικό εντύπωμα και το κοιλικό εντύπωμα. Στον τετράπλευρο λοβό παρατηρούμε το πυλωρικό εντύπωμα.

Ο ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος μεταφέρει στην πύλη του ήπατος τα αγγεία του ήπατος (ηπατική αρτηρία και πυλαία φλέβα). Γ9 κυστικός πόρος, ΓΙ0 κοινός ηπατικός πόρος, ΓΙΙ χοληδόχος πόρος, ΓΙ2 ιδίως ηπατική αρτηρία, ΓΙ3 πυλαία φλέβα.

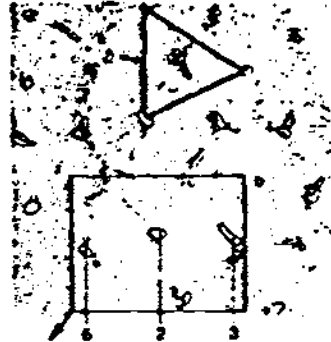
#### ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΙΡΕΣΗ

Υφή του ήπατος Α.Η κάψα του GLISSON η οποία, κάτω από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου, περιβάλλει το ήπαρ, εκπέμπει μέσα στο παρέγχυμα του ήπατος προσεκβολές που σχηματίζουν ένα σπογγιώδες δίκτυο χαλαρού συνδετικού ιστού (έλυτρα του GLISSON). Κάθε ένα από τα έλυτρα αυτά περιβάλλει κλάδο της ηπατικής αρτηρίας, κλάδο της πυλαίας φλέβας, ένα χοληφόρο πόρο και λεμφαγγεία. Στα μεσοδιαστήματα του δικτύου αυτού υπάρχουν τα επιθηλιακά κύτταρα του ήπατος που σχηματίζουν τα ηπατικά λόβια ΑΙ.

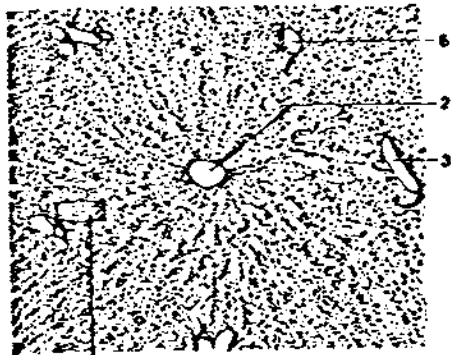
Α. Το ηπατικό λόβιο ΑΙ έχει σχήμα πυραμίδας με πολυγωνική επιφάνεια. Το μήκος του είναι 2Μ.Μ. και η διάμετρος του Ι-Ι,5 Μ.Μ. Κάθε ηπατικό λόβιο διελαύνεται από την κεντρική (3ή



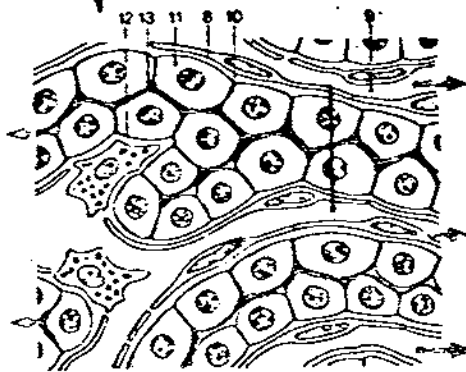
Α Τμήμα αγγειακού λοβίου (κατά Ρίχτλ)



Β Τμήμα ηπατός, με μεγεθυτικό φακό



Γ Τμήμα ηπατικού λοβίου (Λετομέρεια από το Α)



Δ Ηπατικά κύτταρα αιμοφόρα και χοληφόρα τριχοειδή (Λετομέρεια από το Γ)



Ε Είκοσι ηπατικών κυττάρων και τριχοειδή στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (σχηματικά)

ενδολόβια) φλέβα του A2. Οι ενδολόβιες φλέβες δέχονται αίμα από την πυλαία φλέβα και εκβάλουν σε εμβόλιμες φλέβες A3 οι οποίες αθροίζονται για να σχηματίσουν τις ηπατικές φλέβες. Κάθε ηπατικό λόβιο αποτελείται από τα εξής στοιχεία:

1) Τα επιθηλιακά ηπατικά κύτταρα ΔΙΙ που σχηματίζουν αναστομούμενες δοκίδες και φέρονται ακτινωτά από το κέντρο του λοβίου προς την περιφέρεια. Μεταξύ των κυττάρων του ενδοθηλίου υπάρχουν τα αστεροειδή κύτταρα του KUPFFER ΔΙ2, τα οποία έχουν φαγοκυττάρικες ικανότητες και πιθανώς μετέχουν στη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης. Η ανταλλαγή της ύλης γίνεται στη μεριά του κυττάρου που είναι στραμμένη προς το αγγείο.

2) Τα κολπόδη τριχοειδή του ήπατος ΔΕ9 βρίσκονται μεταξύ των δοκίδων και αποτελούν την οδό ανταλλαγής της ύλης του ήπατος. Μεταξύ του αγγειακού τοιχώματος ΔΕ8 των κολποειδών τριχοειδών ΔΕ9 και της επιφάνειας των παρακείμενων ηπατικών κυττάρων σχηματίζεται ο χώρος του DISSE ΔΕΙΟ που περιέχει μεμονωμένες δικτυωτές ίνες. Οι μικρολάχνες του ηπατικού κυττάρου έρχονται σε άμεση επαφή με το υλικό το οποίο από αίμα ΔΕ9 εισέρχεται στο χώρο του DISSE ΔΕΙΟ.

3) Τα χοληφόρα τριχοειδή ΔΕΙ3 σχηματίζονται μεταξύ δύο συνεχόμενων ηπατικών κυττάρων και δε διαθέτουν δικό τους τοίχωμα. Η κυτταρική μεμβράνη είναι πτυχωτή σ' αυτή τη θέση και έτσι το χοληφόρο τριχοειδές μπορεί να διευρύνεται όταν υπάρχει συμφόρηση του χοληφόρου συστήματος. Η χολή φέρεται από το κέντρο προς την περιφέρεια του λοβίου, στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους A7, που έχουν επιθηλιακό τοίχωμα. Αυτοί συνενώνονται διαρκώς με τους παρακείμενους και φερόμενοι προς τις πύλες του ήπατος σχηματίζουν το δεξιό και αριστερό ηπατικό πόρο από τους οποίους αρχίζει η εξωηπατική χοληφόρος οδός ΕΙ4. Πυρήνας του ηπατικού κυττάρου ΕΙ5 συσκευή του GOLGI.

4) Η πυλαία τριάδα (του GLISSON) που αποτελείται από κλάδο της ηπατικής αρτηρία A5, κλάδο της πυλαίας φλέβας A4 και ένα χοληφόρο πόρο A7. Η πυλαία τριάδα διελαύνει τα μεσολόβια διαστήματα.

A. Τα αγγεία και τα νεύρα που διέρχονται από την πύλη του ήπατος πορεύονται μεταξύ των δύο πετάλων του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου. Τα αγγεία είναι η ιδίως ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και ο κοινός ηπατικός πόρος, που περιέχει την αποχετευόμενη από το ήπαρ χολή. Το ήπαρ και η χοληδόχος κύστη νευρώνεται από το πρόσθιο πνευμονογαστρικό, που είναι η συνέχεια του αριστερού κλάδου του πνευμονογαστρικού. Η ιδίως ηπατική αρτηρία AI χορηγεί τη χολοκυστική αρτηρία για τη χολυδόχο κύστη A2. Δεξιά από την ιδίως ηπατική αρτηρία πορεύεται ο κοινός ηπατικός A3 και ανάμεσά τους, στο βάθος, η πυλαία φλέβα A4. Το βέλος A5 βρίσκεται στο επιπλοϊκό τρήμα. A6 κοινή ηπατική αρτηρία, A7 κοιλιακή αρτηρία, A8 αριστερή γαστρική αρτηρία, A9 σπληνική αρτηρία, A10 άνω μεσεντέρια φλέβα, A11 κάτω μεσεντέρια φλέβα.

ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΗ ΧΟΛΗΦΟΡΟΣ ΟΔΟΣ

ΚΑΙ

ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Με την εξωηπατική χοληφόρο οδό μεταφέρεται η χολή, δια μέσω του χοληδόχου πόρου, στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Ο κοινός ηπατικός πόρος A3 σχηματίζεται από την ένωση του δεξιού και αριστερού ηπατικού πόρου στις πύλες του ήπατος. Ο κυστικός πόρος AI3, εκφύεται από τη χοληδόχο κύστη και συνενώνεται με τον κοινό ηπατικό πόρο για να σχηματισθεί ο χοληδόχος πόρος AI4. Στη συνέχεια ο χοληδόχος πόρος, κατά το 77% των περιπτώσεων, εκβάλλει από κοινού με τον παγκρεατικό πόρο AI5 στο φύμα του VATER

Όχι από πάνω.

Αριστερά

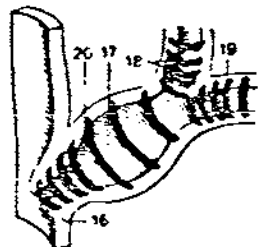
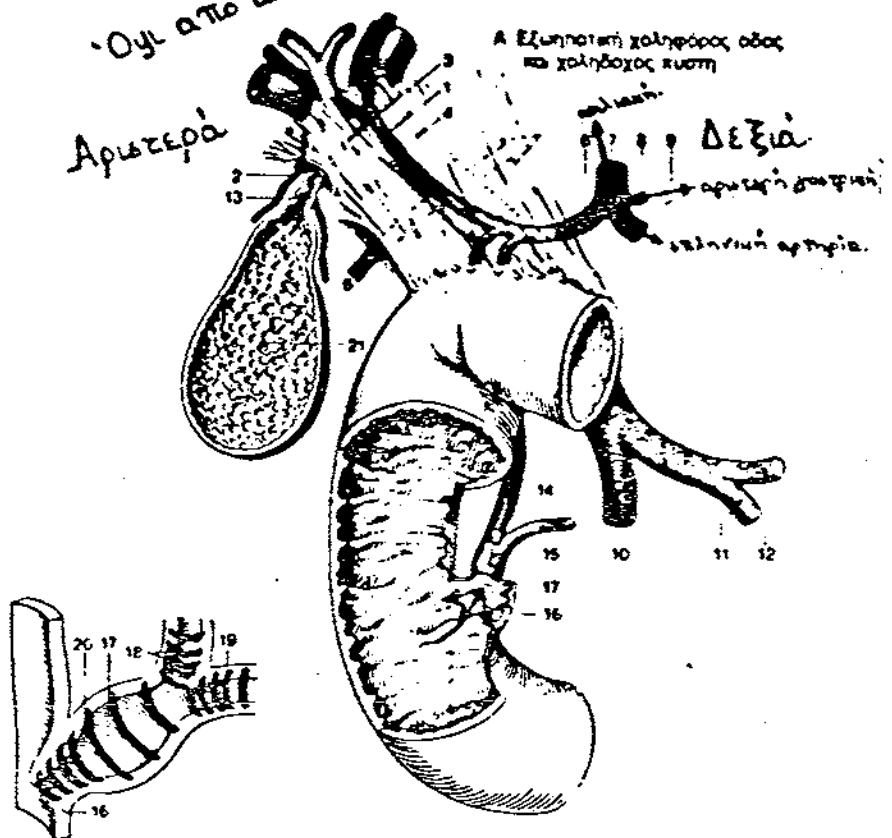
Δεξιά

Α Εξωηπατική χοληφόρος οδός και χοληδόχος κύστη

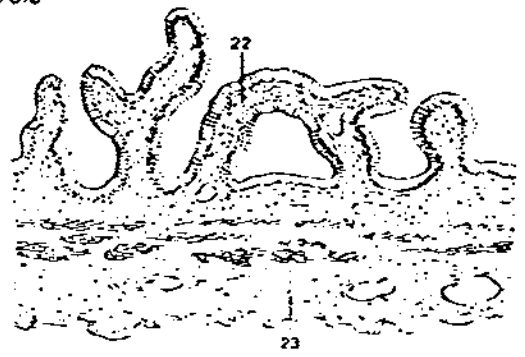
αριστερή σπληνική

αριστερή σπληνική

επένδυση σπληνός.



Β Κοινή εφόδη του χοληδόχου και του παγκρεατικού πόρου στο δωδεκοδακτύλο



Γ Τομή του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης

ABI6. Πάνω από 50% των περιπτώσεων οι δύο πόροι σχηματίζουν κοινή ηπατοπαγκρεατική λήκυνθο ABI7, η οποία κλείνει με δικό της σφιγκτήρα μυ, το σφιγκτήρα του ODDI B20. Ο βλεννογόνος της λήκυνθου έχει πτυχές που παρεμποδίζουν την παλινδρόμηση της χολής και του παγκρεατικού υγρού προς τους πόρους. Το τοίχωμα της εξωηπατικής χοληφόρου οδού έχει κυλινδρικό επιθήλιο, ελαστικές ίνες, λίγες μυικές ίνες και βλεννογόνιους αδένες στο βλεννογόνο χιτώνα.

Η χοληδόχος κύστη A2I βρίσκεται στον κυστικό βόθρο της κάτω επιφάνειας του ήπατος με τον οποίο συνδέεται με συνδετικό ιστό. Έχει χωρητικότητα 30-50 M.L. Ο αυχέννας της κύστης φέρεται προς τα άνω και πίσω ενώ ο πυθμένας της κύστης προέχει από το χείλος του ήπατος. Ο αυλός του αυχένα της χοληδόχου κύστης AI3 εμφανίζει σπειροειδείς πτυχές του βλεννογόνου που αποτελούν την ελικοειδή βαλβίδα του HEISTER.

Γ. Υφή. Ο βλεννογόνος εμφανίζει πτυχές, οι οποίες στις ιστολογικές τομές φαίνονται συχνά σαν "γέφυρες βλεννογόνου" Γ22. Το κυλινδρικό επιθήλιο περιέχει απορροφητικά κύτταρα με μικρολάχνες, κύτταρα με εκκριτικά κοκκία και λαγηνοειδή κύτταρα που αυξάνονται στις χρόνιες φλεγμονές. Το υπόλοιπο τοίχωμα αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και λεπτή μυική στιβάδα Γ23.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

---

Το ήπαρ, λόγω της ανατομικής του κατασκευής και θέσης του, εκτελεί σημαντικές λειτουργίες του οργανισμού. Κάθε ηπατικό λοβίο, διέρχεται μέσω της πυλαίας φλέβας, αίμα από το λεπτό έντερο και από ένα μέρος του παχέος εντέρου. Το αίμα αυτό περιέχει προϊόντα πέψης τα οποία μεταβολίζονται στο ήπαρ. Συνοπτικά, οι λειτουργίες του ήπατος είναι οι εξής:

- 1) Μεταβολισμός
- 2) Παραγωγή ουσιών
- 3) Εξουδετέρωση τοξικών ουσιών
- 4) Εκκρική λειτουργία
- 5) Δικτυοενδοθηλιακές
- 6) Αποθηκευτικές

### 1) Μεταβολισμός

Στο ήπαρ γίνεται ο μεταβολισμός των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών.

Οι υδατάνθρακες μετατρέπονται στο πεπτικό σωλήνα σε γλυκόζη, γαλακτόζη και φρουκτόζη. Στα ηπατικά κύτταρα κάτω από την επίδραση ειδικών ενζύμων, οι μονοζαχαρίτες (γαλακτόζη και φρουκτόζη), μετατρέπονται σε γλυκόζη. Στο ήπαρ η γλυκόζη σχηματίζεται σε γλυκογόνο και εναποθηκεύεται. Η διαδικασία σχηματισμού γλυκόζης σε γλυκογόνο στο ήπαρ, καλείται γλυκογόνογένεση. Η διάσπαση του γλυκογόνου και ο επανασχηματισμός γλυκόζης στα ηπατικά κύτταρα, καλείται γλυκονόλυση. Η μεταφορά της γλυκόζης από τα ηπατικά κύτταρα στο αίμα γίνεται με την επίδραση ενός ενζύμου της φωσφατάσης. Η οξειδωση ενός γραμμαρίου γλυκόζης στα μιτοχόνδρια των κυττάρων του σώματος γίνεται σταδιακά και απελευθερώνεται ενέργεια για το σχηματισμό 38 μορίων ATP.



Η πέψη των λιπών γίνεται κύρια στο λεπτό έντερο. Το ήπαρ συμμετέχει στο μεταβολισμό των λιπών με την έκκριση χολής. Τα λίπη γαλακτοματοποιούνται με την επίδραση των χολικών αλάτων που υπάρχουν στη χολή. Σκοπός της γαλακτοματοποίησης είναι να διευκολύνει τα λίπη στην απορρόφησή τους από το έντερο. Όταν τα αποθέματα υδατανθράκων του οργανισμού ελαττωθούν κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα, μέτριες ποσότητες γλυκόζης μπορούν να σχηματιστούν από τα λίπη.

Η συμμετοχή του ήπατος στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών είναι σημαντική. Με την πυλαία κυκλοφορία μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα, από τα οποία το ήπαρ συνθέτει λευκωματίνες, ινωδογόνο και προθρομβίνη. Επίσης στο ήπαρ συνθέτεται η ηπαρίνη και γίνεται η απαμίνωση των απαμίνωση των αμινοξέων. Από τη διάσπαση των αμινοξέων προέρχεται η αμμωνία, που χρησιμεύει στο ήπαρ για το σχηματισμό της ουρίας. Τέλος η διάσπαση του ουρικού οξέος γίνεται στο ήπαρ.

## 2) Παραγωγή ουσιών

Όταν τα ερυθροκύτταρα ολοκληρώσουν τον κύκλο της ζωής τους, που διαρκεί περίπου 120 μέρες, γίνονται πολύ εύθραστα για να μπορούν πια να επιβιώσουν μέσα στο κυκλοφορικό σύστημα, οι μεμβράνες τους θραύονται και η αιμοσφαιρίνη που απελευθερώνεται φαγοκυτταρώνεται από τα δικτυοενδοθηλιακά κύτταρα. Σ' αυτά η αιμοσφαιρίνη διασπάται πρώτα σε σφαιρίνη και αίμη. Ο δακτύλιος της τελευταίας μετατρέπεται γρήγορα σε χολερυθρίνη, η οποία απελευθερώνεται στο πλάσμα. Μέσα σε λίγες ώρες η χολερυθρίνη απορροφάται από τα ηπατικά κύτταρα όπου με τη βοήθεια του ενζύμου τρανσφεράση, ενώνεται με το γλυκουρονικό οξύ σχηματίζοντας την άμεση χολερυθρίνη, η οποία απεκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή. Η χολερυθρίνη στο έντερο μετατρέπεται σε ουροχολινογόνο και στη συνέχεια μετατρέπεται σε ουροχολίνη. Το μεγαλύτερο μέρος του ου-

ροχολιγόνου αποβάλλεται με τα κόπρανα, το υπόλοιπο μέρος του απορροφάται από το έντερο και με την πυλαία φλέβα μεταφέρεται στο ήπαρ. Στα ηπατικά κύτταρα ένα ποσοστό του ουροχολινογόνου μετατρέπεται σε χολερυθρίνη, ένα άλλο απεκκρίνεται σαν ουροχολινογόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος όπου αποβάλλεται δια μέσου των νεφρών στα ούρα.

Άλλες ουσίες οι οποίες παράγονται στο ήπαρ είναι το ινωδογόνο, η ορίνη, η προθρομβίνη, η ηπαρίνη, η αλκαλική φωσφατάση και οι τρανσαμινάσες.

### 3) Εξουδετέρωση τοξικών ουσιών

Το ήπαρ εξουδετερώνει τα τοξικά προϊόντα της πέψης, την τοξική επίδραση ορισμένων βαριών μετάλλων, όπως του υδραργύρου, καθώς επίσης και ορισμένων φαρμάκων και μικροβίων.

### 4) Εκκριτική λειτουργία

Η σπουδαιότερη εκκριτική λειτουργία του ήπατος είναι η εκκρίση της χολής. Η χολή παράγεται στα ηπατικά κύτταρα και εκκρίνεται στα χοληφόρα σωληνάκια ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα των ηπατικών δίσκων. Τα χοληφόρα σωληνάκια εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους, όπου η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς, φτάνοντας τελικά στον ηπατικό πόρο και τον κοινό χοληδόχο πόρο. Από εδώ η χολή ή ρέει απευθείας στον δωδεκαδακτύλο ή επιστρέφει προς τη χοληδόχο κύστη.

Το συνολικό ποσό της εκκρινόμενης καθημερινά χολής είναι κατά μέσο όρο 600-700 M.L., ενώ η μέγιστη χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι μόνο 40-70 M.L. Όμως μπορεί να αποθηκεύεται το ποσό της χολής που εκκρίνεται σε 12 ώρες, διότι γίνεται συμπύκνωση των συστατικών της και συνεχή απορρόφηση των μικροηλεκτολυτών της.

Για να κενωθεί η χοληδόχος κύστη πρέπει να γίνει χάλαση του

σφιγκτήρα του ODDI, ώστε η χολή να ρέει στο δωδεκαδάκτυλο, και σύσπαση της ίδιας της χοληδόχου κύστης ώστε να προωθηθεί το περιεχόμενό της προς αυτή την κατεύθυνση.

Η χοληδόχος κύστη αδειάζει το απόθεμα συμπυκνωμένης χολής, που περιέχει, μέσα στο δωδεκαδάκτυλο αντιδρώντας κυρίως στο ερέθισμα της χολοκυστοκινίνης. Όταν η τροφή δεν περιέχει λίπος, η χοληδόχος δεν αδειάζει καλά, όταν όμως η ποσότητα του λίπους είναι αρκετή, η κύστη αδειάζει σχεδόν τελείως περίπου σε μια ώρα.

	Σύνθεση χολής	
	Ηπατική χολή	Χολοκυστική χολή
Νερό	97,5 G/DL	92 G/DL
Χολικά άλατα	1,1 G/DL	6 G/DL
Χολερυθρίνη	0,04 G/DL	0,3 G/DL
Χοληστερόλη	0,1 G/DL	0,3 έως 0,9 G/DL
Λιπαρά οξέα	0,12 G/DL	0,3 έως 1,2 G/DL
Λεκιθίνη	0,04 G/DL	0,3 G/DL
Na	145 MEQ/L	130 MEQ/L
K	5 MEQ/L	12 MEQ/L
Ca	5 MEQ/L	23 MEQ/L
C	100 MEQ/L	25 MEQ/L
HCO	28 MEQ/L	10 MEQ/L

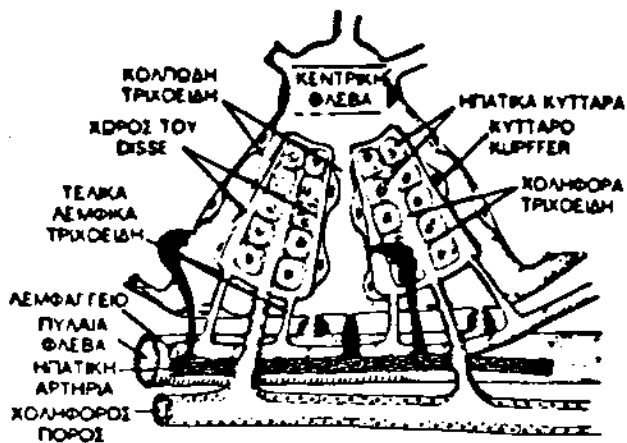
#### 5) Δικτυοενδοθηλιακές

Τα κύτταρα του KUPFFER των φλεβικών κόλπων του ήπατος εκτελούν λειτουργία μακροφάγων. Όταν τα μικρόβια εισβάλλουν στο ΓΕΣ, το αίμα της πυλαίας κυκλοφορίας περιέχει ένα μεγάλο αριθμό μικροβίων. Πριν όμως το αίμα αυτό μπει στην κυκλοφορία περνά από τους φλεβώδεις κόλπους του ήπατος, οι οποίοι επενδύονται εσωτερικά από ιστικά μακροφάγα του KUPFFER. Τα κύτταρα αυτά σχη-

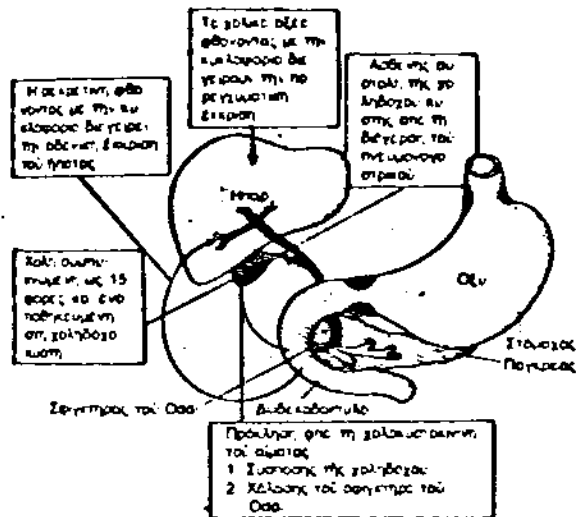
ματίζουν ένα αποτελεσματικό σύστημα σωματιδιακού ηθμού, όπου σχεδόν κανένα μικρόβιο του Γ.Ε.Γ. δεν περνάει από το αίμα της πυλαίας στη συστηματική κυκλοφορία.

#### 6) Αποθηκευτικές

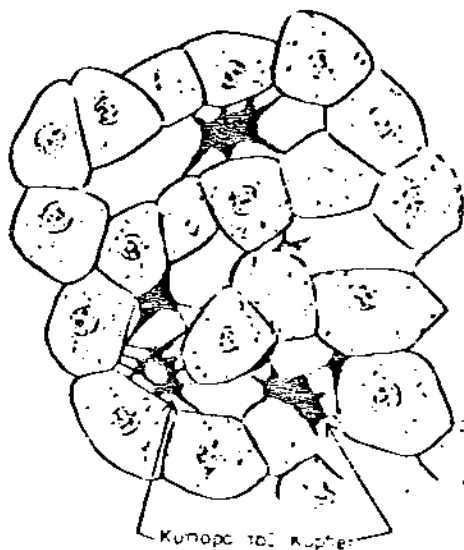
Στο ήπαρ αποθηκεύονται ουσίες χρήσιμες για τον οργανισμό όπως βιταμίνες Β, D, Κ, σίδηρος, χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται ως εφεδρικές σε περίπτωση ελλείψεως από τον οργανισμό.



Εικ. 43-8 Βασική υφή του ηπατικού λοβίου. Διακρίνονται οι ηπατοκυτταρικοί διακρί, το αμοιόφορο θύγείο, το χοληφόρο σύστημα και το λεμφικό σύστημα που αποτελείται από τους χώρους του Disse και το μεσολοβιαίο τριχοειδή αεμοφόγγειο (Guyton, A. C., Taylor, A. E. and Granger, H. J., *Circulatory Physiology: Dynamics and Control of the Body Fluids*, Philadelphia W. B. Saunders, 1975. Τροποποίηση από Elias H. *Am J Anat.* 85:379-426, 1949).



Εικ. 43-9. Μηχανισμοί της ηπατικής έκκρισης και της κένωσης της χοληδόχου κύστης.



Εικ. 5-8. Κύτταρα του Κυπφί που επενδύουν τους ελεβόεικους κόλπους του ήπατος με φερόκυτταρική αμοιόφιλη οξική μέλανη. (From Cornehauser et al: *Bailey's Textbook of Histology* Baltimore Williams and Wilkins Company, 1969)

## ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Είναι φλεγμονώδης νόσος του ήπατος και οφείλεται σε ποικίλα αίτια.

### ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα η λοίμωξη οφείλεται σε ιούς. Ανάλογα με τον ιό που προσβάλλει το ήπαρ, οι οξείες ηπατίτιδες διαχωρίζονται στις εξής μορφές:

Ηπατίτιδα Α, οφείλεται στον ιό Α και είναι ηπατίτιδα βραχείας επώσεως.

Ηπατίτιδα Β, οφείλεται στον ιό Β, ονομάζεται και ηπατίτιδα από ομόλογο ορό και είναι ηπατίτιδα μακράς επώσεως.

Ηπατίτιδα μη-Α και μη-Β, οι οποίες δεν οφείλονται σε ιούς Α και Β που αναφέραμε παραπάνω.

Ηπατίτιδα Α Ο ιός της ηπατίτιδας Α ανακαλύφθηκε το 1973 στις ΗΠΑ από τον PURCELL και τους συνεργάτες του σε κόπρανα πασχόντων από ηπατίτιδα Α.

Ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV) είναι ένας μη ελυτροφόρος μεγέθους 27N.M., θερμο-οξεο-και αιθεροάντοχος RNA ιός. Η αδρανόποιηση του ιού επιτυγχάνεται με βρασμό επί ένα λεπτό ή από την επαφή με φορμαλδεύδη και χλωρίνη ή με υπεριώδη ακτινοβολία.

Το αντιγόνο της ηπατίτιδας Α είναι HAV και τα αντισώματα που αναπτύσσονται έναντι του ιού Α είναι IGM και IGG. Στην οξεία φάση της νόσου είναι αυξημένα τα IGM αντισώματα και κατά τη φάση της αναρρώσεως τα IGG αντισώματα.

Ηπατίτιδα Β Το 1964 ο BLUMBERG με τους συνεργάτες του μελετώντας πολυμεταγγισθέντα άτομα, βρήκε στον ορό αιμοφιλικού Αυσ-

τραλού υθαγενή αντισώματα έναντι αντιγόνου, το οποίο ονόμασε Αυστραλιανό αντιγόνο.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV) αποτελείται από τρία είδη σωματιδίων:

1) Τα σωματίδια που έχουν διάμετρο 22N.M., με μορφή σφαιρική ή επίμηκη. Αποτελούν περίσσεια πρωτεΐνης του περιβλήματος του ιού.

2) Σφαιρικά σωματίδια DANE 42N.M. διαμέτρου αποτελούν τον άθικτο ιό της ηπατίτιδας Β.

3) Τα σωματίδια DANE έχουν ένα εσωτερικό εικοσαεδρικό πυρήνα με διάμετρο 27N.M.

Μετά από μελέτες που έγιναν στον ορό πασχόντων, ανακάλυψαν ένα επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBSAG). Το αντιγόνο αυτό διαχωρίζει την ηπατίτιδα Β από την ηπατίτιδα μη-Β. Τα επίμηκη, σφαιρικά σωματίδια (22N.M.) όπως και τα σωματίδια DANE (42 N.M.) έχουν το επιφανειακό αντιγόνο HBSAG. Το αντίσωμα έναντι στο επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β είναι το αντι-HBS.

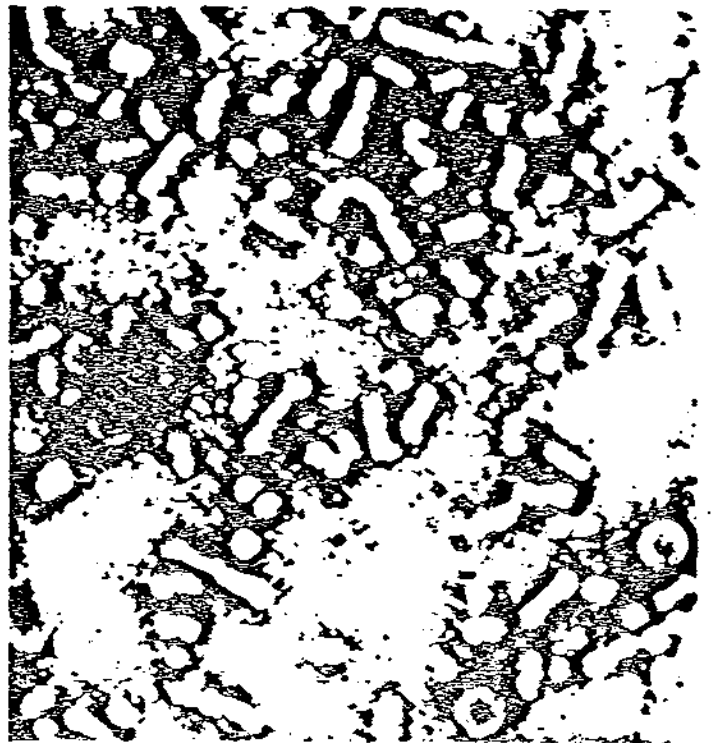
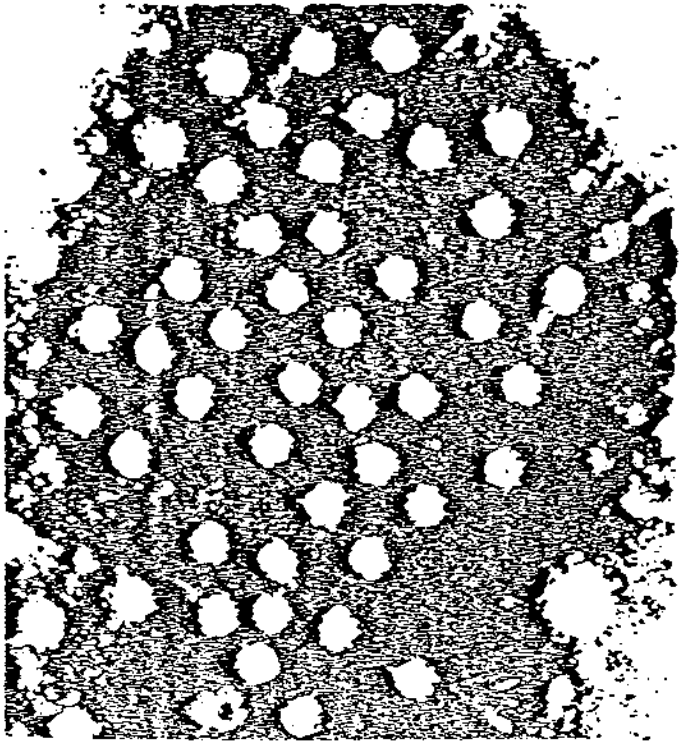
Ο πυρήνας των 27N.M. απομονωμένος μας δίνει το αντιγόνο πυρήνα (CORE) της ηπατίτιδας Β (HBCAG) και το αντίστοιχο αντίσωμα είναι το αντι-HBC. Μέσα στο σωματίδιο του πυρήνα βρίσκεται ένα διπλό περιελιγμένο DNA με μια DNA πολυμεράση. Η τελευταία ευθύνεται για τον διπλασιασμό του DNA του ιού. Η ηπατίτιδα Β έχει ένα τρίτο μη σωματιδιακό αντιγόνο Ε (HBEAG) το οποίο βρίσκεται μόνο σε HBSAG-θετικό ορό και ανοσολογικά και βιοχημικά διάφορο από το HBCAG. Το αντίσωμα έναντι στο HBEAG είναι το αντι-HBE.

Ο HBSAG-θετικός ορός που περιέχει HBEAG είναι πιθανότατα περισσότερο λοιμογόνος και συνοδεύεται από την παρουσία ιών ηπατίτιδας Β και DNA πολυμεράση απ'ότι ο HBEAG-αρνητικός ή αντι-HBE θετικός ορός.

ΕΙΚΟΝΑ 318-1

Ηλεκτρονική μικροφωτογραφία των γαρίτερών 27 nm σωματίδιων ηπατίτιδας Α και απομονωθέντων από κόπρανα ασθενούς με οξεία λοίμωξη από το

ηπατίτιδα Α και απομονωθέντων κερών ούρων από ασθενή με οξεία λοίμωξη από ηπατίτιδα Β (δεξιά) συμπληρωμένο, ορός από ασθενή με οξεία λοίμωξη από ηπατίτιδα Β ο οποίος φαίνεται οι σπληνοειδείς μορφές του κοί των 42 nm και το οραφικό σωματίδιο 27 nm εκτός των κοί αντίστοιχων ηπατίτιδα Β.





Σε ενήλικους ασθενείς από HBV έχουν βρεθεί αντι-HBS IGM και IGG. Μετά την πρώτη επαφή έχουμε την εμφάνιση IGM αντι-HBS η οποία είναι παροδική. Αντίθετα τα IGG αντι-HBS παραμένουν επί χρόνια μετά τη λοίμωξη.

Σε πρωτογενή ανοσοαπάντηση έχουμε παραγωγή αντι-HBS, μετά από οξεία λοίμωξη ή ανοσοποίηση. Η συνεχιζόμενη αύξηση του αντι-HBS τίτλου σημαίνει αναμνηστική απάντηση. Τέτοιου είδους απάντηση παρατηρείται σε ασθενείς και υγιεινονομικό προσωπικό μετά την εκ νέου επαφή με HBSAG, είτε μέσω μεταγγίσεως αίματος ή με νοσοκομειακή επαφή. Τα άτομα αυτά προστατεύονται από τα αντι-HBS και δεν νοσούν από HBV.

Μετά από έκθεση στο HBSAG τα αντι-HBS ανιχνεύονται 2 εβδομάδες έως 2 μήνες μετά από την εξαφάνιση του HBSAG στον ορό. Σε πολλές περιπτώσεις τα αντι-HBS δεν ανιχνεύονται στους χρόνιους φορείς του HBSAG.

Το αντίσωμα αντι-HBC εμφανίζεται εμφανίζεται στον ορό σε υψηλούς τίτλους 2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του HBSAG. Προηγείται του αντι-HBS κατά εβδομάδες ή μήνες. Επί απουσίας HBSAG και αντι-HBS η ύπαρξη υψηλών τίτλων HBC δείχνει εξελισσόμενη λοίμωξη. Σε μερικά άτομα επί χρόνια μετά την προσβολή μπορεί να υπάρχουν αντι-HBC στην κυκλοφορία περισσότερο απ'ότι τα αντι-HBS. Γι' αυτό τα αντι-HBC από μόνα τους δεν είναι ενδεικτικά HBV.

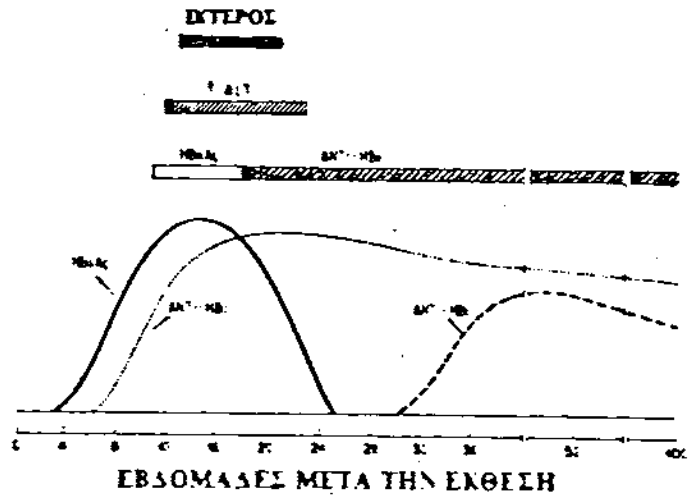
Τα αντισώματα αντι-HBE εμφανίζονται μετά από εξαφάνιση του HBEAG, συνήθως αργότερα απ'ότι τα αντι-HBS.

Ηπατίτιδα μη-A, μη-B Έρευνες και ορολογικές δοκιμασίες στην HAV και HBV οδήγησαν σε μια νόσο παρόμοια με την HBV κλινικά και ιστολογικά χωρίς όμως να παρουσιάζει αντιγόνο και αντίσωμα ίδιο με την HBV. Η λοίμωξη αυτή έχει συμβατή περίοδο επώασης και τρόπο μετάδοσης με την HAV και HBV, ονομάστηκε δε ηπατίτιδα μη-A και

μη-B. Αυτή η ηπατίτιδα είναι επιδημικής μορφής και πληροφορίες σχετικά με τους ιούς δεν έχουν αναπτυχθεί.

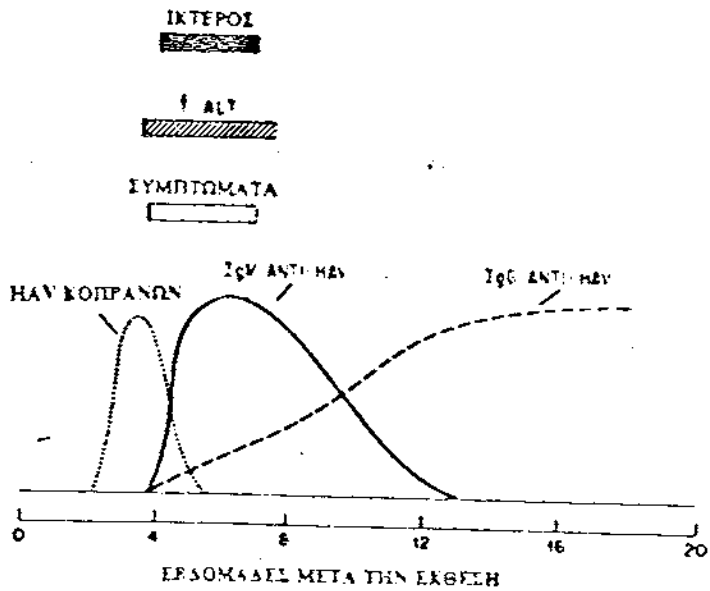
ΕΙΚΟΝΑ 318-3

Σχήμα τυπικών κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών οξείας, μο-  
κούς ηπατίτιδας τύπου Β.



ΕΙΚΟΝΑ 318-2

Σχήμα τυπικών κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών της οξείας  
μοκούς ηπατίτιδας τύπου Α.



## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ιογενής ηπατίτιδα επιδημιολογικά διαχωρίζεται στην ηπατίτιδα Α και στην ηπατίτιδα Β. Επειδή όμως υπάρχουν και άλλες μορφές ιών ηπατίτιδας, εκτός από τους ιούς ηπατίτιδας Α και Β, με τρόπους προσβολής παρόμοιους, ο ακριβέστερος τρόπος διαχωρισμού τους γίνεται με ορολογικές δοκιμασίες.

Ηπατίτιδα Α Ο ιός της ΗΑV μεταδίδεται με την οδό κόπρανα-στόμα. Τα κόπρανα μολύνουν τις τροφές και το νερό. Επίσεις μεγάλες επιδημίες εμφανίζονται στις υποανάπτυκτες χώρες λόγω της κακής προσωπικής υγιεινής και του συνωστισμού.

Ο χρόνος επώασης της ΗΑV είναι 15-45 ημέρες και εξάρσεις ηπατίτιδας Α παρατηρούνται αργά το φθινόπωρο και νωρίς το χειμώνα. Προσβάλλει συνήθως παιδιά και νέους.

Ηπατίτιδα Β Ο ιός της ΗΒV μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, σε μικρότερο βαθμό δε από το στόμα και τέλος με τη γενετήσιο επικοινωνία.

Το ΗΒSAG έχει βρεθεί σε κάθε βιολογικό υγρό των ασθενών από ΗΒV όπως σάλιο, δάκρυα, σπέρματικό υγρό, ΕΝΥ, αστίτη, γάλα, αθρικό υγρό, γαστρικό υγρό, ούρα, πλευριτικό υγρό και σπανιότερα στα κόπρανα. Το σπέρμα και το σάλιο έχουν αποδειχθεί τα περισσότερο λοιμογόνα όταν χορηγούνται διαδερμικά ή μη διαδερμικά σε πειραματόζωα.

Οι μεταγγίσεις αίματος είναι κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β. Στην Αγγλία βρέθηκε ότι μία ανα 1000 φιάλες αίματος περιέχει τον ιό. Στις ΗΠΑ το ποσοστό είναι μεγαλύτερο εξαιτίας της χρήσης αίματος επί αμοιβής και του μεγάλου αριθμού τοξικομανών. Η ΗΒV αποτελεί μεγάλο πρόβλημα στις μονάδες τεχνητού νεφρού, στις εγχειρήσεις ανοικτής καρδιάς διότι χρησιμοποι-

ούνται μεγάλες ποσότητες αίματος. Κίνδυνος για ηπατίτιδα Β υπάρχει και σε μεταγγίσεις παραγώγων αίματος ανάλογα με την παρασκευή τους.

α) Παράγωγα υψηλού κινδύνου είναι: οι συμπυκνωμένοι παράγοντες II, VII, VIII, IX και X. Το 20-30% των ασθενών που έλαβαν τα παραπάνω παράγωγα για πρώτη φορά νόσησαν από ηπατίτιδα Β.

β) Παράγωγα μέσου κινδύνου είναι: το πλήρες αίμα, τα συμπυκνωμένα ερυθρά, τα αιμοπετάλια μονήρου δότη και το πλάσμα.

γ) Ακίνδυνα παράγωγα είναι: η ανθρώπινη λευκωματίνη και οι άνοσες και υπεράνοσες σφαιρίνες λόγω προηγούμενης επεξεργασίας του σε θερμοκρασία 60°C και ψυχρής εκχύλισης με αιθανόλη.

Η μετάδοση HBV από το στόμα παρατηρείται σε άτομα με περιορισμένη αντίσταση και ο χρόνος επώασης της ηπατίτιδας Β είναι 30-180 ημέρες.

Η γενετήσιος επικοινωνία και η περινεογνική μετάδοση θεωρούνται οι σπουδαιότεροι τρόποι μη διαδερμικής μετάδοσης. Στην περινεογνική μετάδοση η λοίμωξη στο νεογνό συμβαίνει την ώρα του τοκετού και δεν είναι αποτέλεσμα του θηλασμού.

Ηπατίτιδα μη-A και μη-B Παρατηρείται σε άτομα που είχαν μεταγγισθεί αίμα ή πολλαπλές μονάδες παραγώγων αίματος. Δεν υπάρχει αποδεκτή μέθοδος για τον προσδιορισμό ηπατίτιδας μη-A & μη-B στο μεταγγιζόμενο αίμα. Τελευταία βρήκαν ότι η αύξηση της αλανίνης αμινοτρανσφεράσης ορού (ALT) στο αίμα του δότη, οδηγεί σε αύξηση της συχνότητας ηπατίτιδας στους λήπτες. Παρ'όλα αυτά η ύπαρξη πολλαπλών προσβολών ηπατίτιδας μη-A και μη-B μεταξύ ναρκωμανών και αιμορροφιλικών καθώς και περιπτώσεις με βραχεία ή μακρά περίοδο επώασης και σε διπλά διασταυρωμένες μελέτες σε χιμπατζήδες, έδειξαν ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι από ένα παράγοντες μη-A, μη-B ηπατίτιδας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 318-2

Συγκρίσεις ηπατίτιδας τύπου Α, τύπου Β και μη-Α, μη-Β

Εκδηλώσεις	Ηπατίτιδα Α (Λοιμώδης ηπατίτιδα MS 1 βροχία; επώσεως ηπατίτιδα)	Ηπατίτιδα Β (εξ ομολόγου ορού, MS-2, μακράς επώσεως ηπατίτιδα)	Μη-Α, Μη-Β ηπατίτιδα
Επώση	15-45 ημέρες (μέση 30)	30-180 ημέρες (μέση 60-90)	15-160 (μέση 50)
Έναρξη	Όξια	Συχνά ύπουλη	Ύπουλη
Εποχιακή συχνότητα	Φθινόπωρο-Χειμώνας	Όλο το χρόνο	Όλο το χρόνο
Ηλικία προτιμήσεως	Παιδιά, νεαροί ενήλικοι	Κάθε ηλικία	Κάθε ηλικία περισσότερο όμως ενήλικοι
Οδός μεταδόσεως			
Κοπραιο-στόμα	+++	-	Άγνωστη
Άλλες μη διαδερμικές*	+/-	++	++
Διαδερμικές	+/-	+++	+++
Σοβαρότητα	Ήπια	Συχνά σοβαρή	μέτρια
Προγνώση	Γενικά καλή	Καλή με την παροδο της ηλικίας	μέτρια
Μετάπτωση σε χρόνια	Όχι	Επίοτε (5-10)	Επίοτε (10-50%)
Προφύλαξη με ανοσοσφαιρίνες (ISG)	Καλή	Μερική	
Προφύλαξη με ανοσοσφαιρίνη ηπατίτιδας Β	(Δεν έχει εφαρμογή)	Καλή μετά από ταίχημα βελόνης-οξζουαλική επαφή, επαφή μητέρας-νεογνού	Δεν έχει εφαρμογή
Πολύ υψηλός τίτλος αντι-Hbs†		0,1-1,0%	Υπάρχει, αλλά αγνώστοι επιπολοσμοί
Ισορροπία	Σπάνια, αι όχι ανίκαρκτη		

\*Για παραδειγμα οξζουαλική επαφή ή επαφή μητέρας-νεογνού.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις που εμφανίζουν η ηπατίτιδα Α, Β και μη-Α, μη-Β είναι παρόμοιες. Το ήπαρ είναι διογκωμένο και ιστολογικά παρατηρούνται οι εξής μεταβολές:

α) Νέκρωση των ηπατικών κυττάρων κυρίως γύρω από την κεντρική φλέβα.

β) Κεντρολοβιώδης φλεγμονώδης διήθηση από μονοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.

γ) Φλεγμονώδης διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοκύτταρα.

Στους περισσότερους ασθενείς που εμφανίζουν αυτή την εικόνα, μετά το τέλος των συμπτωμάτων, το ήπαρ επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση. Ορισμένοι ασθενείς έχουν τέτοια εξέλιξη όπου η ηπατική νέκρωση να τους οδηγήσει στο θάνατο εντός εβδομάδων ή στην κίρρωση. Μεταξύ των λοβίων σχηματίζονται "γεφυρώσεις" οι οποίες αποτελούνται από φλεγμονώδη ράκη και εκφυλιζόμενα ηπατικά κύτταρα. Όταν η νέκρωση προσβάλλει αρκετά λοβία, η αλλοίωση καλείται πολυλοβιακή ηπατική νέκρωση. Στη μαζική ηπατική νέκρωση, η εικόνα που εμφανίζει το ήπαρ μεταθανάτια, είναι μικρό, συρρικνωμένο και μαλακό ήπαρ.

Μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο υλικού ηπατικής βιοψίας απέδειξαν ότι τα σωματίδια ΗΒSΑG βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα και σωματίδια ΗΒCΑG στον πυρήνα των ηπατοκυττάρων κατά τη διάρκεια λοίμωξης από ηπατίτιδα Β. Αυτές οι μορφολογικές παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι το DNA συντίθεται και αποθηκεύεται στα κεντρικά (πυρηνικά) σωματίδια στον πυρήνα, ενώ το επιφανειακό περίβλημα συναρμολογείται στο κυτταρόπλασμα σχηματίζοντας έτσι άθικτο ιό ηπατίτιδας Β.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της οξείας ιογενούς ηπατίτιδος ακολουθεί τρεις φάσεις εξέλιξης: 1. προϊκτερική φάση, 2. ικτερική φάση 3. μετικτερική φάση.

1. Προϊκτερική φάση: Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής είναι: ανορεξία, ναυτία, έμετος, κοπώσεις, αδιαθεσίες, αθραλγίες, μυαλγίες, πονοκέφαλος, φωτοφοβία, φαρυγγίτιδα, βήχας και καταρροή. Η διάρκεια αυτής της φάσης είναι 1 έως 2 εβδομάδες και ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει πυρετό που κυμένεται μεταξύ  $37,8^{\circ}\text{C}$  -  $38,8^{\circ}\text{C}$ . Πρίν την εμφάνιση του ίκτερου 1-5 ημέρες τα ούρα είναι σκοτεινόχροα και τα κόπρανα αποχρωματισμένα.

2. Ικτερική φάση: Με την εμφάνιση του ίκτερου τα γενικά συμπτώματα και ο πυρετός υποχωρούν. Συνήθως ο ασθενής χάνει (2,5 - 5KGR) Το ήπαρ είναι διογκωμένο και ευαίσθητο στην ψηλάφηση. Η σπληνομεγαλία και η αυχενική λεμφαδενοπάθεια εμφανίζονται στο 10-20% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα. Ο ίκτερος διαρκεί 2 εβδομάδες.

3. Μετικτερική φάση: Μετά την εξαφάνιση του ίκτερου ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα αλλά η πλήρη ανάρρωσή του χρειάζεται μεγαλύτερο διάστημα. Η διάρκεια της μετικτερικής φάσης είναι 2-12 εβδομάδες. Η πλήρης βιοχημική και κλινική αποδρομή αναμένεται σε 3-4 μήνες μετά την εισβολή του ίκτερου στα τρία τέταρτα των μη επιπλεγμένων ασθενών. Στους υπόλοιπους, η βιοχημική ανάνηψη μπορεί να παραταθεί.

ΕΡΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η χολερυθρίνη ορού αυξάνει όταν εμφανίζεται ο ίκτερος σε



ποσά που κυμαίνονται από 5-20MG/DL. Επίπεδα άνω των 20MG/DL που παραμένουν επί πολύ κατά τη διάρκεια της ιογενούς ηπατίτιδας μπορεί να κρύβουν σοβαρότερη νόσο.

Οι τρανσαμινάσες του ορού SCOT και SGPT και γαλακτική αφυδρογονάση LDH είναι αυξημένες και στην προϊκτερική φάση της οξείας ηπατίτιδας και προηγούνται της αυξήσεως της χολερυθρίνης. Οι τιμές των τρανσαμινασών σε ελαφρές μορφές της νόσου είναι 300-500μον/ML, σε βαρύτερες μορφές της νόσου είναι πάνω των 1000μον/ML.

Η αλκαλική φωσφατάση του ορού μπορεί να είναι φυσιολογική ή ελαφρώς ανυψωμένη σε επίπεδα 80-240μον.

Η παρατεταμένη τιμή του χρόνου προθρομβίνης(PT) μπορεί να σημαίνει ηπατοκυτταρική νέκρωση.

Ήπια ανυψωση του κλάσματος των γάμμα σφαιρινών είναι συνήθης.

Προσδιορισμός σακχάρου του αίματος. Ανεπαρκής πρόσληψη υδατανθράκων και φτωχές παρακαταθήκες γλυκογόνου του ήπατος μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία.

Το HBAG ανευρίσκεται θετικό στις περισσότερες μορφές ηπατίτιδας.

Βιοψία ήπατος βοηθά στη διαγνωση ηπατίτιδας αλλά σπάνια απαιτείται.

#### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η προγνωση για την ηπατίτιδα Α και Β είναι καλή, οι περισσότεροι ασθενείς αναρρωννύουν πλήρως μετά από την νόσο χωρίς κλινικά επακόλουθα. Οι παράγοντες που επιδρούν δυσμενώς στην πορεία της νόσου είναι: η προχωρημένη ηλικία και σοβαρή υποκειμενική νόσος, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η σοβαρή αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κακοήθης νόσος. Τα συμπτώ-

ματα που παρουσιάζουν είναι ασκίτης, περιφερικό οίδημα και συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας που σημαίνουν και χειρότερη πρόγνωση. Τα εργαστηριακά ευρήματα είναι παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης, τιμές χολερυθρίνης μεγαλύτερες από 20MG/DL και χαμηλή λευκοματίνη του ορού. Ασθενείς με τέτοια κλινική και εργαστηριακή εικόνα έχουν άμεση ανάγκη νοσοκομειακής φροντίδας. Ο βαθμός θνησιμότητας της HBV και HAV είναι χαμηλός. Η ηπατίτιδα μη-A, μη-B είναι λιγότερο σοβαρή απ' την HBV και ο βαθμός θνησιμότητας δεν είναι γνωστός.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Η λοιμώδης μονοπυρήνωση, λειμώξεις από απλό έρπητα, ιούς COXSACKIE, όπως η τοξοπλάσμωση έχουν παρόμοιους κλινικούς χαρακτήρες με την ιογενή ηπατίτιδα και προκαλούν αύξηση της τρανσαμινάσης και λιγότερο συχνά της χολερυθρίνης. Η διαπίστωση ότι η λοίμωξη οφείλεται στους παραπάνω ιούς και όχι στην ηπατίτιδα γίνεται όταν το HBSAG, το αντί-HBC και το IGM αντί-HAV είναι αρνητικά.

- Ιστορικό λήψεως φαρμάκων είναι σημαντικό γιατί πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν είτε εικόνα ηπατίτιδας ή χολοστάσης.

- Παλαιό ιστορικό "επαναλαμβανόμενων επεισοδίων" οξείας ηπατίτιδας φανερώνει πιθανότητα χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

- Αλκοολική ηπατίτιδα, όπου οι τρανσαμινάσες δεν είναι σημαντικά ανυψωμένες, έχουμε ευρήματα λιπώδους διήθησης του ήπατος στη βιοψία ουδετερόφιλη φλεγμονώδης αντίδραση και "αλκοολική υαλίνη" ενδεικτικό στοιχείο για την αλκοολική ηπατίτιδα.

- Αποφρακτικός ίκτερος. Η ιογενής ηπατίτιδα στον ηλικιωμένο συχνά διαγιγνώσκεται σαν αποφρακτικός ίκτερος, που οφείλεται σε χοληδοχολιθίαση ή καρκίνο του παγκρέατος. Επειδή η ηπατίτιδα σε ηλικιωμένα άτομα είναι πολύ σοβαρή και η εγχειρητική θνησιμότη-

τα υψηλή θα πρέπει να γίνονται λεπτομερείς εξετάσεις ώστε να αποκλεισθεί παρεγχυματική ηπατική νόσος.

- Η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με παθητική ηπατική συμφόρηση μπορεί να εμφανίζεται σαν οξεία ηπατίτιδα. Ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο ασθενιών γίνεται με τη φυσική εξέταση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ειδική θεραπεία για την τυπική οξεία ιογενή ηπατίτιδα δεν υπάρχει. Ο ασθενής δεν χρειάζεται να εισαχθεί στο νοσοκομείο, εκτός βέβαια από τις περιπτώσεις όπου επιβαρύνεται η γενική του κατάσταση λόγω:

- α) Παρατεινόμενου ικτέρου για διάστημα μεγαλύτερο των 14 ημερών.
- β) Όταν συνυπάρχει ηπατίτιδα με άλλη μεταβολική ή συστηματική νόσο και μετά από χειρουργική επέμβαση ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα Β.
- γ) Σε ηλικιωμένους ασθενείς εξαιτίας της υψηλής θνησιμότητας.
- δ) Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- ε) Όταν υπάρχει ηπατίτιδα κατά την κύηση.

Η παραμονή στην κλίνη είναι απαραίτητη μόνο όταν ο ασθενής παρουσιάζει ίκτερο και όταν αισθάνεται καλύτερα, εξαιτίας της ελάττωσης της φυσικής του δραστηριότητας.

Η διαίτα του ασθενούς θα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες και θρεπτικά συστατικά. Κατά την προϊκτερική φάση, τα λίπη θα είναι περιορισμένα για την αντιμετώπιση της ανορεξίας και του έμετου. Το οινόπνευμα απαγορεύεται. Η ενδοφλέβια σίτιση είναι απαραίτητη όταν ο ασθενής έχει επίμονο έμετο και δεν μπορεί να σιτισθεί απ' το στόμα.

Η φαρμακευτική αγωγή θα περιλαμβάνει φάρμακα που δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ και δεν προκαλούν παρενέργειες, όπως η χολόσταση. Η χορήγηση χολεστυραμίνης ανακουφίζει τον ασθενή από τον κνησμό στο ικτερικό στάδιο. Τα κορτικοστεροειδή δίδονται σε ίκτερο που διαρκεί πάνω από δίμηνο, σε ηπατίτιδα που υποτροπιάζει και σε βαρεία μορφή ηπατίτιδας. Τα κορτικοστεροειδή δια-

κόβονται ένα μήνα μετά την εξαφάνιση του ίκτερου.

Η βελτίωση της κατάστασης του ασθενή επιτυγχάνεται με την πτώση των τιμών της χολερυθρίνης, των τρανσαμινασών και την εξαφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων. Σε αυτή την κατάσταση ο ασθενής είναι ικανός να επιστρέφει σπίτι του και να ασχοληθεί με τις προηγούμενες δραστηριότητές του.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Οι πάσχοντες από οξεία ηπατίτιδα δεν αναρρινύουν πάντα , μερικές φορές μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές στην πορεία της νόσου όπως: 1. κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, 2. χρόνια ηπατίτιδα , 3. κίρρωση του ήπατος, 4. φορείς HBSAG και 5. σύνδρομο ορονοσίας.

1. Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα ονομάζεται η μαζική ηπατική νέκρωση. Είναι σπάνια επιπλοκή της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας , αλλά πολύ σοβαρή γιατί η θνησιμότητά της είναι υψηλή. Συνήθως εμφανίζεται μετά από ηπατίτιδα Β . Αρχικά ο ασθενής αισθάνεται αδυναμία, ανορεξία, ναυτία και έμετο. Καθώς όμως το ήπαρ ρικνώνεται ταχύτατα, εμφανίζονται συμπτώματα συγχύσεως, υπνηλίας, απροσανατολισμού, ασκίτη και οιδήματος, πράγμα που δείχνει ότι ο ασθενής έχει ηπατική ανεπάρκεια με εγκεφαλοπάθεια. Τελικά ο ασθενής εξαιτίας του εγκεφαλικού οιδήματος έχει γαστρεντερική αιμορραγία, ανεπνευστική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακό COLLAPSUS και νεφρική ανεπάρκεια. Το 80% των ασθενών που βρίσκονται σε κώμα αποθνίσκουν. Οι ασθενείς όμως που επιζούν μπορεί να έχουν πλήρη βιοχημική και ιστολογική αποκατάσταση.

Η θεραπεία του ασθενή με κεραυνοβόλο ηπατίτιδα επιβάλλει την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

- Η υποστήριξη του ασθενή περιλαμβάνει τη διατήρηση του ισοζυγίου του ύδατος. Σε περίπτωση γαστρεντερικής αιμορραγίας γίνεται μετάγγιση πλήρους αίματος ή πλάσματος.

- Γίνεται διόρθωση της υπογλυκαιμίας με χορήγηση σακχάρου-χου διλύματος.

- Οι αεροφόροι οδοί διατηρούνται ανοιχτοί για την αντιμετώπιση των αναπνευστικών προβλημάτων.

2. Χρόνια ηπατίτιδα είναι η συνεχιζόμενη ηπατική νέκρωση

που διαρκεί για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Ιστολογικά και κλινικά, η χρόνια ηπατίτιδα διακρίνεται στην χρόνια επιμένουσα και χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

α) Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα. Συχνά συγχέεται με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα αλλά η βασική διαφορά που υπάρχει μεταξύ τους είναι, ότι η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα σπάνια εξελίσσεται σε κίρρωση, δεν εμφανίζει υποτροπιάζοντα οξεία επεισόδια, δεν προκαλεί πυλαία υπέρταση ή παρεγχυματική ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια.

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή και τα κλινικά συμπτώματα μπορεί να λείπουν. Ο ασθενής είναι δυνατόν να παρουσιάζει εύκολη κόπωση, και δυσπεψία. Τα εργαστηριακά ευρύματα, χολερυθρίνη και τρανσαμινάσες παραμένουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Το ΗΒΑΓ βρίσκεται στο 80% των περιπτώσεως.

β) Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Παρατηρείται νέκρωση των ηπατικών κυττάρων που συχνά οδηγεί στην κίρρωση του ήπατος. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στο ήπαρ είναι:

1. Φλεγμονώδης διήθηση των πυλαίων διαστημάτων, με επέκταση σε όλο το ηπατικό λόβιο.

2. Στην περιοχή των λοβίων προς τα πυλαία διαστήματα παρατηρείται τέτοια ηπατοκυτταρική νέκρωση που το ήπαρ έχει όψη "κιμά" κρέατος.

3. Διαφράγματα από συνδετικό ιστό εκτείνονται από τις πυλαίες ζώνες στο λόβιο.

4. Δημιουργία ροζετών ως απάντηση της ηπατικής αναγέννησης. Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες και ιδιαίτερα τις νέες γυναίκες και τους εφήβους. Η νόσος μπορεί να ανακαλυφθεί τυχαία σε μερικά άτομα διότι είναι ασυμπτωματική. Σε άλλους ασθενείς έχει απότομη έναρξη, παρόμοια με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι η κόπωση, ο επίμονος υποτροπιάζον ί-

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



κτερος, κακουχία και ανορεξία.

Τα εργαστηριακά ευρήματα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας είναι παθολογικά αλλά δε συνβαδίζουν πάντα με την κλινική εικόνα της νόσου και την ιστολογική κατάσταση του ήπατος.

- Οι τιμές της χολερυθρίνης ορού, αλκαλικής φωσφατάσης και σφαιρινών μπορεί να είναι φυσιολογικές ή μέτρια αυξημένες.
- Το HBAG είναι θετικό στο 50% περίπου των ασθενών.
- Η βιοψία του ήπατος παρουσιάζει σοβαρή χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

- Οι τρανσαμινάσες είναι αυξημένες με τιμές που κυμαίνονται από 100-1000 μονάδες και σε σπάνιες περιπτώσεις μέχρι 4000 μονάδες.

- Η λευκοματίνη του ορού είναι ελαττωμένη σε ασθενείς με ενεργό νόσο ή σε εκείνους που πάσχουν από προχωρημένη κίρρωση.

- Ο χρόνος προθρομβίνης είναι μεγάλος όταν η νόσος είναι σε ενεργή φάση ή σε προχωρημένη κατάσταση.

Όσο αφορά τη διαφορική διάγνωση, η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα μπορεί να μοιάζει με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η εξακρίβωση όμως της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας γίνεται με την επίμονη των συμπτωμάτων και τις ενδείξεις των εργαστηριακών. Συχνά η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα συγχέεται με την χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα διότι έχουν παρόμοια συμπτώματα και εργαστηριακά ευρήματα. Η οριστική διάγνωση επιτυγχάνεται με βιοψία ήπατος. Νοσήματα του συνδετικού ιστού, όπως η ρευματοειδή αθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος διαγιγνώσκονται αντί της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Η εξακρίβωση της ηπατικής νόσου γίνεται από τις κλινικές και βιοχημικές εκδηλώσεις. Η νόσος του WILSON μπορεί να εκδηλωθεί σα χρόνια ενεργός ηπατίτιδα πριν την εμφάνιση των νευρολογικών συμπτωμάτων. Η διάγνωση τίθεται με τον προσδιορισμό χαλκού στα ούρα και σερούλοπλασμίνης στον ορό. Η

πρωτοπαθής χολική κίρρωση έχει ιστολογική ομοιότητα με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα στα αρχικά στάδια. Συμπτώματα όπως ο κνησμός, εργαστηριακά (αλκαλική φωσφατάση και χοληστερόλη) αυξημένα και ο χαρακτήρας της ιστολογικής εξελικτικότητας φανερώνουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Η πρόγνωση της νόσου σε ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία είναι κακή. Μετά από στατιστικές σε 71 ασθενείς, οι οποίοι δε δέχτηκαν θεραπεία, έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

Σύνολο ασθενών	71
Ίαση	11
Στασιμότητα	10
Κίρρωση	50 (από αυτούς οι 22 απέθανον)

Η θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας είναι παρόμοια με της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας. Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο μόνο όταν είναι απαραίτητο να καθοριστεί η σοβαρότητα και η έκταση της νόσου, διαπίστωση εξωηπατικής επεκτάσεως και βιοψία ήπατος. Στην ενεργό φάση της νόσου η αγωγή είναι υποστηρικτική και ο ασθενής παραμένει στο κρεβάτι μέχρι την ύφεση της νόσου. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει δύο θεραπευτικά σχήματα.

Ιε σχήμα: Πρεδνιζόνη

- α) Επί 1 εβδομάδα 60MG πρεδνιζόνης την ημέρα.
- β) Επί 1 εβδομάδα 40MG πρεδνιζόνης την ημέρα.
- γ) Επί 2 εβδομάδες 30MG πρεδνιζόνης την ημέρα.
- δ) Συντήρηση μέχρι υφέσεως 20MG πρεδνιζόνης ημερησίως για 6-12 μήνες συνήθως.
- ε) Σε ύφεση προοδευτική ελάττωση της δόσης μέχρι διακοπή της θεραπείας εντός 6 εβδομάδων.

στ) Σε υποτροπή επανάληψη των παραπάνω διαδικασιών.

2ε σχήμα: Συνδιασμός πρεδνιζόνης και αζαθειοπρίνης

- α) Επί 2 εβδομάδες:30MG πρεδνιζόνη την ημέρα.
- β) Επί 2 εβδομάδες:15MG την ημέρα.
- γ) Συντήρηση μέχρι ύφεσης:15MG την ημέρα.
- δ) Σε ύφεση προοδευτική ελάττωση της δόσης μέχρι διακοπής της θεραπείας εντός 6 εβδομάδων.
- ε) Σε υποτροπή επανάληψη των παραπάνω διαδικασιών.

Η χρησιμοποίηση κορτικοειδών βελτιώνει το αίσθημα κοπώσεως και ανορεξίας εντός μερικών ημερών ή εβδομάδων. Η βιοχημική βελτίωση αναμένεται σε μερικές εβδομάδες ή μήνες με πτώση των τιμών της χολερυθρίνης, των σφαιρινών και αύξηση της λευκωματίνης. Τα επίπεδα των τρανσαμινασών ελαττώνονται αλλά δεν είναι χρήσιμα διότι δε δείχνουν το βαθμό ανάρρωσης στον ασθενή. Η ιστολογική βελτίωση γίνεται μετά από 6-24 μήνες. Η χρήση των κορτικοστεροειδών θα πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί οι υποτροπές είναι συχνές συνήθως όταν διακόπτονται.

3. Κίρρωση του ήπατος είναι σπάνια επιπλοκή και γίνεται δια μέσω α)χρόνιας ενεργού ηπατίτιδος, β)βαρεία νεκρώσεως όταν δεν καταλήγει στο θάνατο στην οξεία φάση, γ)σε μετενεκρωτική ουλωση.

4. Φορείς HBSAG μετά την οξεία ηπατίτιδα Β το 10% των ασθενών παραμένουν HBSAG θετικοί για περισσότερο από 6 μήνες. Ορισμένοι από αυτούς καθαρίζουν το αντιγόνο από την κυκλοφορία τα επόμενα χρόνια, ενώ ένα μικρό ποσοστό παραμένει χρόνια HBSAG θετικό. Στον ορό αυτών των ασθενών το αντί-HBC υπάρχει σε υψηλούς τίτλους, αλλά το αντί-HBS σπάνια ανιχνεύεται.

Οι ασθενείς αυτοί συνήθως είναι:

- α) ασυμπτωματικοί φορείς.
- β) έχουν χαμηλού βαθμού χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.
- γ) έχουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Οι φορείς του ΗΒSΑG έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

5. Σύνδρομο ορονοσίας - σύνδρομο παρόμοιο με την ιερονοσία εμφανίζεται στην προϊκτερική φάση της ηπατίτιδας Β. Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής είναι αθραλγία, αθρίτιδα, εξανθημα, αγγειοοίδημα και σπάνια αιματουρία και πρωτεϊνουρία. Η διάγνωση γίνεται με τον προσδιορισμό των τρανσαμινασών, που συνήθως είναι ανυψωμένες και το ΗΒSΑG του ορού.

Σπάνιες επιπλοκές της ιογενούς ηπατίτιδας είναι η παγκρεατίτιδα, η μυοκαρδίτιδα, η άτυπη πνευμονία, η απλαστική αναιμία, η εγκάρσια μυελίτιδα και η περιφερική νευροπάθεια.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

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

Ποσοστό 15-20% από τους εργαζόμενους στην περίθαλψη έχουν ένα ή περισσότερα ορολογικά σημεία λοιμώξεως με HBV και το 1% είναι HBSAG θετικοί. Από αυτό το 1%, οι HBSAG θετικοί υγιείς εργαζόμενοι, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεως για HBV, ενώ οι ασυμπτωματικοί HBSAG θετικοί φορείς έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγιές προσωπικό. Εξαιτίας της έλλειψης συμπτωμάτων δε γίνεται δυνατή η αναγνώρισή τους και η λήψη προληπτικών μέτρων. Ασθενείς με υψηλό ποσοστό ασυμπτωματικών φορέων είναι αυτοί που έχουν, προηγούμενο ιστορικό ηπατίτιδας, ή πολλαπλών μεταγγίσεων, οι χρήστες ναρκωτικών, οι χρόνια πάσχοντες από ηπατική νόσο ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λευκαϊμία, νόσο του HODGKIN, οζώδη πολυαρτηρίτιδα, σύνδρομο DOWN και λέπρα. Ο έλεγχος των παραπάνω ομάδων ασθενών για HBSAG επιβάλλεται. Περιοδικές προφυλακτικές εξετάσεις για HBSAG και ο έλεγχος των τρανσαμινασών καθώς και η απομάκρυνση των HBSAG θετικών από τους ευαίσθητους ασθενείς, μειώνει τον κίνδυνο για προσβολή από HBV τόσο στους ασθενείς,

νείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι: 1. η χορήγηση άνοσης σφαιρίνης, 2. εμβολιασμός, 3. ο έλεγχος και η αντιμετώπιση των φορέων του HBSAG και 4. αποφυγή του κερδοσκοπικά προσφερόμενου αίματος.

1. α) Η προφύλαξη από ηπατίτιδα Α επιτυγχάνεται με χορήγηση άνοσης σφαιρίνης (IG) πλούσια σε αντί-HAV, πριν από την επαφή ή κατά την διάρκεια της πρώιμης περιόδου επώασης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθεί "παθητική ενεργητική" ανοσία.

- Για έκθεση σε ασθενή με HAV απαιτείται η χορήγηση 0,02M G/KG.

- Για ταξιδιώτες σε τροπικές χώρες λιγότερο από 3 μήνες χορηγείται 0,02ML/KG και για μεγαλύτερο διάστημα 0,05ML/KG κάθε 4-6 μήνες.

β) Για παθητική ανοσοπροφύλαξη από την ηπατίτιδα Β χορηγείται μια άνοση σφαιρίνη με υψηλό αντί-HBS τίτλο (HBIG) και IG.

- Άτομα που τυχαία τρυπήθηκαν με βελόνα από άτομο HBSAG θετικό πρέπει το συντομότερο δυνατό να τους χορηγηθεί δόση 0,06 ML/KGR. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί ένα μήνα αργότερα.

- Προφύλαξη με HBIG συνιστάται μετά από σεξουαλική επαφή με άτομα που έχουν ηπατίτιδα τύπου Β.

- Παιδιά που γεννιούνται από μητέρες HBSAG θετικές θα πρέπει να λαμβάνουν 0,5ML HBIG ενδομυϊκά και η ίδια δόση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε ηλικία 3 και 6 μηνών.

- Σε περιοχές που ενδημεί η ηπατίτιδα Β χορηγείται HBIG και λαμβάνονται μέτρα υγιεινής. Όταν όμως παρ'όλα τα μέτρα δεν

περιορίζεται η εξάπλωση του ιού χορηγείται IG σε δόση 0,05-0,07 ML/KG.

2. Εμβόλιο από καθαμένους μη λοιμογόνους 22NM τύπους HBSAG, που προέρχονται από το πλάσμα χρόνιων φορέων, αποδείχθηκε ασφαλές και πολύ δραστικό για την πρόληψη μεταδόσεως από HBV σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

3. Έλεγχος για HBSAG μεταξύ των ομάδων υψηλού κινδύνου (ναρκωμανών, πολυμεταγγιζόμενων κ.λ.π.) και σε HBSAG θετικούς αντιμετώπισή τους σαν δυνητικά λοιμογόνους, τόσο κατά τη νοσηλεία τους όσο και κατά τη διάρκεια εγχειρητικών ή άλλων επεμβάσεων.

4. Η καθιέρωση της δωρεάν προσφοράς αίματος, μειώνει τον κίνδυνο HBSAG θετικών αιμοδοτών. Η εμπορία αίματος ήταν κίνητρο για κερδοσκοπία όλων των περιθωριακών ατόμων. Αυτοί δε, ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Για τη μη-A, μη-B ηπατίτιδα, η επάρκεια της IG προφυλάξεως δεν έχει αποδειχθεί να είναι σταθερή. Τα μόνα δραστικά μέτρα, που περιορίζουν την ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση, είναι η αποφυγή του κερδοσκοπικά προσφερόμενου αίματος και η προφύλαξη από το HBSAG. Ο προσδιορισμός του ALT του αίματος του δότη, όπως περιγράφηκε προηγούμενα, μπορεί να αποβεί χρήσιμος στη μείωση της συχνότητας ηπατίτιδας μη-A, μη-B μετά από μετάγγιση.

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

I. Τοξική και φαρμακευτική ηπατίτιδα Διάφορες βιομηχανικές, τοξικές και φαρμακευτικές ουσίες όταν εισέλθουν στον οργανισμό προκαλούν ηπατική βλάβη. Υπάρχουν δύο τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας: α) αμεση τοξική, β) από ιδιοσυγκρασία.

α) Η τοξική ηπατίτιδα συναντάται σε φυσιολογικά άτομα και η τοξικότητά της εξαρτάται από τη δόση. Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ έκθεσης και εμφάνισης ηπατικής βλάβης είναι μικρός. Τοξική ηπατίτιδα προκαλούν συστηματικά δηλητήρια ή ουσίες που μετατρέπονται στο ήπαρ σε τοξικούς μεταβολίτες. Οι μορφολογικές διαταραχές που προκαλούν είναι χαρακτηριστικές για κάθε ουσία. Για παράδειγμα η δηλητηρίαση με κίτρινο φώσφορο τυπικά οδηγεί σε περιπυλαία βλάβη.

β) Η εμφάνιση ηπατίτιδας από ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις είναι ασύνηθης και όχι δόσοεξαρτώμενη. Η αντιδράσεις είναι ασύνηθης και όχι δόσοεξαρτώμενη. Η αντίδραση αυτή μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την έκθεση στο φάρμακο και οφείλεται: I. στην ευαισθησία του ξενιστή, II. σε ειδικούς παράγοντες και III. ανοσολογικά φαινόμενα. Οι μορφολογικές διαταραχές που προκαλούν οι ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις είναι περισσότερες από εκείνες των τοξικών αντιδράσεων. Η κλινική και μορφολογική εικόνα της ηπατίτιδας από υπερευαισθησία μπορεί να είναι δυσδιάκριτη από την ιογενή ηπατίτιδα ή να μοιάζει με εξωηπατική χολική απόφραξη, με μορφολογική ένδειξη χολοστάσεως και ελάχιστη ηπατοκυτταρική βλάβη.

Η θεραπεία της τοξικής φαρμακευτικής ηπατίτιδας είναι υποστηρικτική όπως και στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Απαιτείται η διακοπή του υπόπτου παράγοντα με την πρώτη αντίδραση. Στην άμε-



ση τοξική επίδραση θα πρέπει να δίνεται προσοχή στις βλάβες που παρουσιάζουν και τα άλλα ζωτικά όργανα, όπως νεφρά γιατί θα θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή.

Σε ασθενείς με ηπατικές διαταραχές θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής λήψη ιστορικού φαρμάκων που πήραν.

Ηπατικές βλάβες παρουσιάζουν τα παρακάτω φάρμακα:

ΑΚΕΤΑΜΙΝΟΦΑΪΝΗ  
(ΑΜΕΣΗ ΤΟΞΙΚΗ)

Η ακεταμινοφαίνη είναι ιδιαίτερα τοξική στο ήπαρ όταν χορηγηθεί σε μεγάλες δόσεις 10-15GR. και προκαλεί σοβαρή κεντρολοβιώδη ηπατική νέκρωση. Τα πρώτα συμπτώματα είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια, ο κοιλιακός πόνος και το SHOCK και εμφανίζονται 4-12 ώρες από την πρόσληψη. Μετά 24-48 ώρες όταν οι εκδηλώσεις αυτές υποχωρούν, η ηπατική βλάβη καθίσταται εμφανής.

Η θεραπεία της δηλητηρίασης από ακεταμινοφαίνη περιλαμβάνει γαστρική πλύση, υποστηρικτικά μέτρα, και από το στόμα χορήγηση ενεργοποιημένου άνθρακα ή χολεστυραμίνης, για την πρόληψη απορροφήσεως υπολειπόμενου φαρμάκου. Μετά από 4-10 ώρες από την πρόσληψη, εάν τα επίπεδα της ακεταμινοφαίνης είναι υψηλά, χορηγείται κυστεαμίνη ή κυστεΐνη.

Συνήθως οι ασθενείς που επέζησαν από υπέρβαση δόσης ακεταμινοφαίνης δεν εμφανίζουν επακόλουθα, αλλά σε παρατεταμένη ή επαναλαμβανόμενη χορήγηση ακεταμινοφαίνης σε θεραπευτικές δόσεις, έχει οδηγήσει σε ανάπτυξη χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας ή κίρρωσεως.

ΑΛΟΘΑΝΙΟ  
(ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Το αλοθάνιο χρησιμοποιείται στην αναισθησιολογία και έχει παρατηρηθεί ότι προκαλεί σοβαρή ηπατική νέκρωση σε μικρό αριθμό ασθενών που έχουν εκτεθεί στον παράγοντα αυτό. Η καθυστέρηση της εμφάνισης της ηπατικής βλάβης υποδουλώνει ότι το αλοθάνιο δεν

είναι μια άμεση ηπατοτοξινή αλλά ένας παράγοντας ευαισθητοποιήσεως. Οι ενήλικοι, οι παχύσαρκοι και οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην προκαλούμενη από το αλοθάνιο βλάβη. Την πρώτη εβδομάδα ο ασθενής εμφανίζει πυρετό, μέτρια λευκοκυττάρωση, ηωσινοφιλία, ναυτία και τάση προς έμετο. Ο ίκτερος συνήθως εμφανίζεται 7-10 ημέρες μετά την έκθεση. Οι τρανσαμινάσες είναι ανυψωμένες.

Ασθενείς με σοβαρή ηπατική προσβολή 20-40% έχουν πιθανότητα να πεθάνουν από ηπατίτιδα οφειλόμενη στο αλοθάνιο.

Μετά από αναισθησία με αλοθάνιο οι ασθενείς που εμφανίζουν πυρετό ή ίκτερο δε θα πρέπει να ξαναλάβουν τον παράγοντα αυτό.

#### ΑΝΤΙΣΥΛΗΠΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ (ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Η χορήγηση αντισυληπτικών από το στόμα που είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερονικών στεροειδών, οδηγεί σε σημαντική κατακράτηση BSP σε υψηλό ποσοστό ασθενών και σε μικρότερη έκταση σε αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης. Μικρός αριθμός ασθενών, εβδομάδες ή μήνες από τη λήψη αυτών, εμφανίζει χολόσταση με ίκτερο και ίκνησμο. Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει χολόσταση, με χολικά έμβολα στα διατεταμένα χολικά σωληνάκια, και έντονη χρώση των ηπατοκυττάρων με χολερυθρίνη. Με τη διακοπή του φαρμάκου σταματούν και τα φαινόμενα χολόστασης. Τα αντισυληπτικά απ' το στόμα αντεδεικνύονται σε ασθενείς με ιστορικό υποτροπιάζοντος ικτέρου της κυήσεως.

2. Αλκοολική ηπατίτιδα Είναι η εκφύλιση και νέκρωση του ήπατος που δημιουργείται από την κατάχρηση οινοπνευματοδών ποτών.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αλκοολικής ηπατίτιδας μοιάζουν με εκείνες της ιογενούς ή τοξικής ηπατίτιδας. Ο ασθενής αισθάνεται ανορεξία, ναυτία, τάση προς έμετο, κακουχία, κοιλιακές

ενοχλήσεις, παρουσιάζει δε απώλεια βάρους και ίκτερο. Ο πυρετός υπάρχει στο 50% των ασθενών. Υπάρχει ήπαρ πάντα διογκωμένο και σπλήνας μόνο στο ένα τρίτο των περιπτώσεων διογκωμένος. Άλλες εκδηλώσεις της αλκοολικής ηπατίτιδας είναι το οίδημα και ο ασκίτης. Ασθενείς οι οποίοι σταμάτησαν την κατανάλωση ποτού είχαν βελτίωση, ενώ αυτοί που συνέχισαν να πίνουν και να τρέφοντε πτωχά παρουσίασαν συμπτώματα ηπατικής απορρυθμίσσης.

Στα εργαστηριακά ευρήματα έχουμε αύξηση των επιπέδων της αλκαλικής φωσφατάσης, η SGOT είναι λιγότερη από 250 μονάδες και η SGPT είναι χαμηλότερη και κοντά στο φυσιολογικό. Το λεύκωμα του ορού είναι μειωμένο και υπάρχει συχνά αναιμία.

Η διάγνωση προκύπτει από τη βιοψία ήπατος και όχι από τα κλινικά συμπτώματα γιατί αυτά παρατηρούνται στο λιπαρό ήπαρ, κίρρωση κ.α.

Νόσος του ήπατος χοληφόρου δένδρου μπορεί να διαγνωστεί αντί της αλκοολικής ηπατίτιδος διότι έχουν παρόμοια συμπτώματα. Η διαφοροποίηση γίνεται με τη βιοψία ήπατος.

Η θεραπεία απαιτεί εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για να καθοριστεί η νοσηλεία και η φαρμακευτική αγωγή.

- Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η απαγόρευση του ποτού στον ασθενή.

- Η διαίτα θα πρέπει να περιέχει 1G/KG πρωτεΐνη τουλάχιστον και 2000-3000CAL την ημέρα. Για την αντιμετώπιση της ναυτίας τα γεύματα θα είναι τρία ή τέσσερα. Η κατακράτηση υγρών απαιτεί περιορισμό του αλατιού. Σε σημεία αρχόμενου ηπατικού κώματος θα μειώνεται η προσληψη των πρωτεϊνών σε επίπεδα 20-30 GR. την ημέρα ή και λιγότερο.

- Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει χορήγηση διουρητικών με μεγάλη προσοχή σε ασθενείς που παρουσιάζουν ίκτερο ή σημεία ηπατικής ανεπάρκειας. Επί παρουσία νόσου KORSAKOFF ο ασθενής

λαμβάνει παρεντερικά μεγάλες δόσεις θειαμίνης. Προσεκτική έρευνα για βακτηριδιακή λοίμωξη ή αιμορραγία απ' το ΓΕΣ και χορήγηση κατάλληλης θεραπείας. Τα ηρεμιστικά και διουρητικά θα πρέπει να αποφεύγονται σε ηλεκτρολυτική διαταραχή. Η χρήση των κορτικοστεροειδών στην οξεία αλκοολική ηπατίτιδα δεν είναι παραδεκτή απ' όλους, όπως και η ενδοφλέβια έγχυση ινσουλίνης και γλυκαγόνης η οποία θα πρέπει να μελετηθεί περισσότερο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

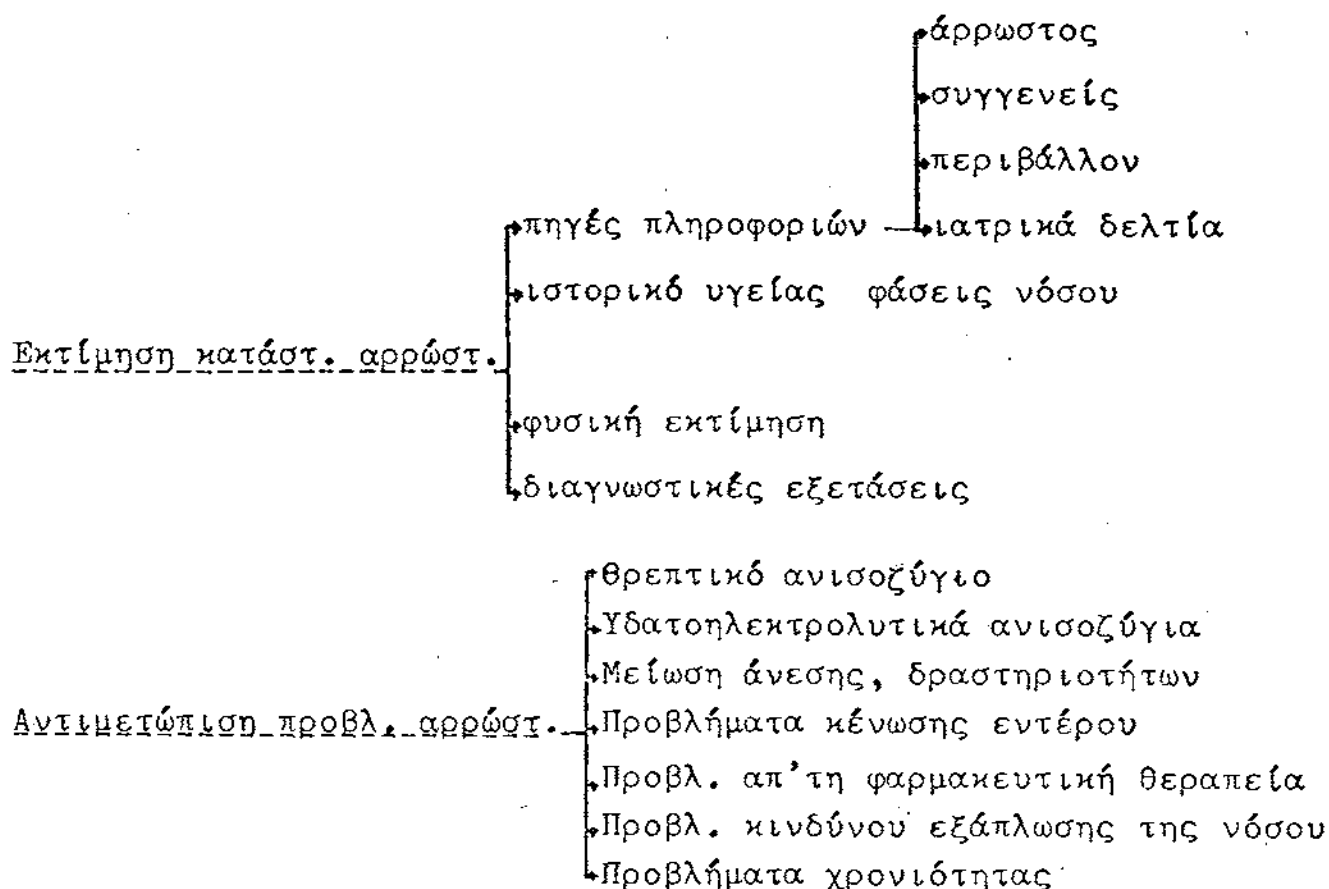
---

Η οξεία ηπατίτιδα είναι σοβαρή ηπατική λοίμωξη, με ποικιλία μορφών ορισμένες των οποίων έχουν άγνωστη αιτιολογία, πράγμα που καθιστά δύσκολη την αντιμετώπιση της νόσου.

Ο επιδημικός χαρακτήρας της οξείας ηπατίτιδας θέτει σε κίνδυνο την υγεία του υγειονομικού προσωπικού που έρχεται σ' επαφή με τους πάσχοντες, καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ηπατίτιδα όσο διαρκεί η νόσος και η διδασκαλία του πληθυσμού για την πρόληψη εξάπλωσης της νόσου.

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων από οξεία ηπατίτιδα περιλαμβάνει:



ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κατά τη διάρκεια της εξετάσεως του αρρώστου, ο ιατρός λαμβάνει ένα πλήρες ιστορικό, το οποίο σε συνδυασμό με τις εργαστηριακές εξετάσεις, θα πιστοποιήσει την ακριβή διάγνωση της ηπατίτιδας. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνει είναι από τον ίδιο τον άρρωστο, τους συγγενείς του, άλλα άτομα του περιβάλλοντός του καθώς και από τα ιατρικά δελτία.

Μας ενδιαφέρει ο τρόπος ζωής του ασθενούς, εάν είχε μεταγυισθεί τους τελευταίους 6 μήνες, εάν είχε επαφές με άτομα που έπασχαν από ηπατίτιδα, τυχόν ταξίδια του σε υποανάπτυκτες χώρες με υψηλό ποσοστό ηπατίτιδας. Επίσης ρωτάμε τον ασθενή εάν έφαγε αστρακοειδή, εάν τρυπήθηκε από μολυσμένη βελόνα και τι φάρμακα παίρνει. Τέλος εξετάζουμε το φάκελο του αρρώστου για παρελθούσα παρεντερική θεραπεία και ιστορικό ηπατίτιδας.

Η φυσική εκτίμηση περιλαμβάνει έλεγχο για ίκτερο σύμπτωμα που είναι εμφανέστερο στο σκληρό χιτώνα του βολβού και εξέταση της κοιλιάς. Το ήπαρ είναι διογκωμένο, αλλά μειώνεται το μέγεθός του 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Υπάρχει επίσης ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο κατά τη ψηλάφηση.

Στην πρωινή νοσηλεία γίνεται λήψη του βάρους του ασθενούς και της θερμοκρασίας του. Ο ασθενής ζυγίζεται νηστικός κάθε πρωί και συγκρίνεται το βάρος του με προηγούμενες τιμές. Η λήψη της θερμοκρασίας του είναι απαραίτητη διότι στην προϊκτερική φάση ο ασθενής συνήθως έχει πυρετό.

Ο ασθενής υποχρεούται να κάνει μια σειρά εργαστηριακών εξετάσεων οι οποίες θα επιβεβαιώσουν ή θα αποκλείσουν τη διάγνωση της ηπατίτιδας. Ο ρόλος της αδελφής είναι να ενημερώσει τον ασθενή για το είδος των εξετάσεων που θα κάνει, να τον προετοιμάσει ψυχολογικά, να τον ειδοποιήσει να είναι νηστικός το πρωί

που θα γίνει η αιμοληψία καθώς και όταν θα γίνει η συλλογή ούρων και τέλος να βοηθήσει στην εκτέλεση αυτών.

Εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας

<u>Εξέταση</u>	<u>Φυσιολογικές τιμές</u>	<u>Σχόλια</u>
Χρόνος προθρομβίνης.	12-15SEC.	Ο χρόνος προθρομβίνης είναι η πιο σπουδαία εξέταση στην εκτίμηση της παθολογικής λειτουργίας του ήπατος. Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος αυξάνει εξαιτίας μείωσης της προθρομβίνης, την οποία συνθέτει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Η αδυναμία του ήπατος να συνθέτει προθρομβίνη, όταν υπάρχει βιταμίνη Κ, δείχνει κλινικά σημαντική βλάβη του ηπατικού κυττάρου.
Αιματοκρίτης	35-45%	Ελαττωμένος στην προχωρημένη κίρρωση.
Λευκά αιμοσφαίρια.	5000-10000/MM	Φυσιολογικά στην αρχή της κίρρωσης και της ηπατίτιδας. Λευκοπενία με μεγάλο υπερδραστήριο σπλήνα στην κίρρωση. Λευκοπενία ακολουθεί τον πυρετό στην ηπατίτιδα.
Πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG) Βρωμοσουλφοφθαλεΐνη (BCP)	Μένουν στον ορό λιγότερο από 5% 45MIN. μετά την ένεσή τους.	Η δόση μειώνεται αν υπάρχουν ήδη κλινικά συμπτώματα. Η χρωστική κατακρατείται σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.
SGPT	5-35U/ML	Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων προκαλεί απε-
SGOT	5-40U/ML	

Εξέταση	Φυσιολογικές τιμές	Σχόλια
LDH	400U/ML (εξαρτάται από τη μέθοδο)	λευθέρωση αυτών των ενζύμων στο αίμα. Όμως τα φηλά επίπεδα του ορού δεν σχετίζονται άμεσα με τον βαθμό της ηπατικής βλάβης. Ανυψώσεις των επιπέδων τους συμβαίνουν και σε άλλες παθήσεις. Το αίμα παίρνει από φλέβα.
Αλκαλική φωσφατάση		Μέτρο χολικής απόφραξης.
Γλουταμινική τρανσεπτιδάση (γ-GT)		Ένζυμο που βρίσκεται στις χολυφόρους οδούς. Ανύψωση του επιπέδου του στην ηπατίτιδα.
Επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β (HBSAG)		Το HBSAG δεν υπάρχει φυσιολογικά στον ορό και η παρουσία του είναι διαγνωστική για την ηπατίτιδα τύπου Β. Οι εξετάσεις για ανίχνευση του HBSAG είναι ηλεκτροφορητικές, ανοσοενζυμικές και ραδιοανοσολογικές. Δεν βρίσκεται στον ορό αρρώστων με ηπατίτιδα Α.
Σπινθηρογράφημα ήπατος		Για τη διάγνωση χωροκατακτητικών επεξεργασιών.
Βιοψία ήπατος		Γίνεται για διαπίστωση της παθολογοανατομικής εικόνας της ηπατικής βλάβης.
Ηπατικές αιμοδυναμικές μελέτες (σε αρρώστους)		Σπληνοπυλαίαγραφία, χρησιμεύει για διαπίστωση επάρκειας της πυλαίας αι-



<u>Εξέταση</u>	<u>Φυσιολογικές τιμές</u>	<u>Σχόλια</u>
με υποφία κίρρωσης)		ματικής ροής (μειωμένη στην κίρρωση). Ενδοσκοπήση για διαπίστωση ύπαρξης και εκτίμηση βαθμού κίρσων οισοφάγου. Μέτρηση πυλαίας πίεσης.
Μεταβολισμός λευκωμάτων:		
Λευκωματίνη ορού	3,5-5,5G/100ML	Τα λευκώματα του ορού παράγονται στο ήπαρ. Η λευκωματίνη μειώνεται αξιοσημείωτα σε ηπατική ανεπάρκεια. Οι γ-σφαιρίνες συνήθως αυξάνονται σε ηπατικές παθήσεις.
Ινωδογόνο ορού	0,2-0,4G/100ML	
Σφαιρίνες ορού	2,5-3,5G/100ML	
Συνολική πρωτεΐνη	6,8G/100ML	
Αμμωνία ορού	30-70μG/100ML	Αύξηση σε ηπατική ανεπάρκεια απεκρίνονται πάνω από 3G γαλακτόζης στα ούρα.
Μεταβολισμός υδατανθράκων:		
Εξέταση ανοχής γαλακτόζης	Απέκριση στα ούρα λιγότερης από 3G	Σε ηπατική ανεπάρκεια απεκρίνονται πάνω από 3G γαλακτόζης στα ούρα.
Μεταβολισμός λιπιδίων		
Χολιστερίνη ορού	150-250MG/100ML	Τα λιπίδια μειώνονται σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.
Φωσfolιπίδια ορού	125-300MG/100ML	
Τριγλυκερίδια	30-135MG/100ML	
Μεταβολισμός χολερυθρίνης		
χολερυθρίνη ορού		
Άμεση (συζευγμένη, διαλυτή)	0,1-0,4MG/100ML	Η άμεση αυξάνεται σε αποφράξεις των χοληφόρων

<u>Εξέταση</u>	<u>Φυσιολογικές τιμές</u>	<u>Σχόλια</u>
Έμμεση (μη συζευγμένη, αδιάλυτη στο νερό)	0,2-0,7MG/100ML	οδών ή σε ελαττωμένη απέκκριση της συζευγμένης χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο. Η έμμεση αυξάνεται σε αιμολυτικές καταστάσεις, σε απουσία της γλυκουρονικής τρανσφεράσης και σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.
Χολερυθρίνη ούρων	Δεν υπάρχει	Το ουροχολινογόνο των ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου ενώ μειώνεται αξιολογημένα σε πλήρη απόφραξη. Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητη ή μειώνεται σε βλάβη του ηπατικού κυτταρου, ενώ μειώνεται σε απόφραξη.
Ουροχολινογόνο ούρων	0,4MG/24ώρες	
κοπράνων	40-200MG/24ώρες	

Από τις διαγνωστικές εξετάσεις που αναφέραμε θα αναπτύξουμε τη βιοψία ήπατος, διότι απαιτείται σημαντική νοσηλευτική φροντίδα για την προετοιμασία του ασθενή, βοήθεια κατά την εκτέλεσή της και παρακολούθηση του ασθενή μετά το τέλος της.

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

#### Φάση προετοιμασίας ασθενούς:

- Προετοιμάζουμε τον άρρωστο ψυχολογικά εξηγώντας του τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί, μειώνοντας έτσι το φόβο του και εξασφαλίζοντας τη συνεργασία του κατά την εκτέλεση της βιοψίας.

- Ελέγχουμε εάν έκανε ο ασθενής τις εξετάσεις αίματος για χρόνο προθρομβίνης, γενική, χρόνο ροής και πήξης, κοιτάζοντας το φάκελό του. Η βιοψία αντεδεικνυται όταν ο ασθενής έχει αιμορ-

ραγική διάθεση.

- Επιβεβαιώνεται, η ύπαρξη διαθέσιμου αίματος διότι ασθενείς με προβλήματα ήπατος έχουν πηκτικές διαταραχές.

- Δεν επιτρέπεται η χορήγηση υγρών και τροφής 4-8 ώρες πριν από την εξέταση του ασθενή. Κατευναστικά και αναλγητικά χορηγούνται σύμφωνα με εντολή ιατρού. Ενώ τα φάρμακά του χορηγούνται κανονικά.

- Πριν την εκτέλεση της βιοψίας γίνεται λήψη ζωτικών σημείων στον ασθενή και καταγραφή τους, σημείωση επίσης του χρόνου προθρομβίνης. Κατ'αυτόν το τρόπο έχουμε μια εικόνα της κατάστασης του ασθενή πριν τη βιοψία η οποία θα συγκριθεί με τη μεταβιοψική εικόνα του.

Η Νοσηλεύτρια έχει προετοιμάσει το δίσκο βιοψίας που περιέχει:

1. SET αποστειρωμένο με ειδικές βελόνες βιοψίας ήπατος, σύριγγα RECORD για αναρρόφηση, σύριγγα 5ML για τοπική αναισθησία με βελόνες, καφάκι για το αντισηπτικό, μαχαιρίδιο, σχιστό και τετράγωνο, τολύπια γάζας και γάζες τετράγωνες, λαβίδες (KOCHER και ανατομική).

2. Τοπικό αναισθητικό.

3. Αντισηπτικό.

4. Ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου.

5. Φιαλίδιο με διάλυμα φορμόλης 5% ή αντικειμενοφόρες πλάκες.

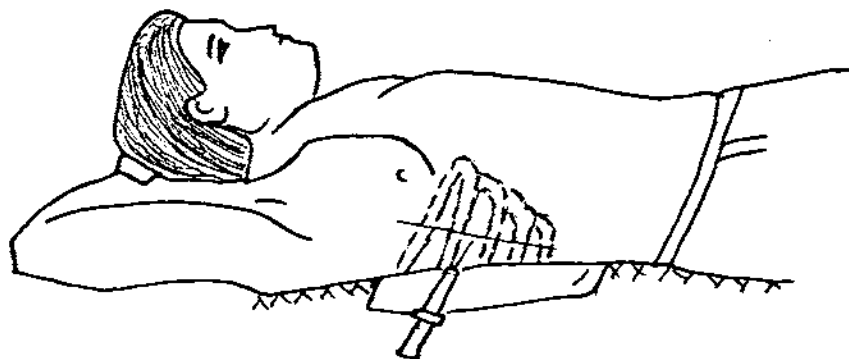
#### Φάση εκτέλεσης βιοψίας ήπατος

- Τοποθετείται ο άρρωστος σε υπτία θέση στο δεξιό άκρο του κρεβατιού με το δεξί άνω άκρο κάτω από το κεφάλι και το πρόσωπο στραμμένο αριστερά.

- Αποκαλύπτεται η άνω κοιλία, γίνεται αντισηψία στο δεξιό

υποχόνδριο και τοπική αναισθησία.

- Γίνεται καθαρισμός του σημείου βιοφίας, το οποίο βρίσκεται ένα μεσοπλεύριο διάστημα κάτω από το ανώτερο όριο της ηπατικής αμβλύτητας, 2CM πίσω από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.



- Εκτελείται από το γιατρό η αναισθησία του δέρματος, των μεσοπλεύριων ιστών και της ηπατικής κάψας για να είναι ανώδυνη η βιοφία.

- Ο γιατρός εισάγει τη βελόνα στο δέρμα αλλά όχι στο ήπαρ

- Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τον ασθενή να εισπνεύσει βαθιά 3-4 φορές και τη τελευταία φορά να κρατήσει την αναπνοή του. Με αυτό το τρόπο ακινητοποιείται το θωρακικό τοίχωμα, το διάφραγμα και το ήπαρ ανεβαίνουν ψηλότερα και η βελόνα εισάγεται στο ήπαρ και διάφραγμα.

- Ο χειρουργός εισάγει γρήγορα τη βελόνη βιοφίας μέσα στο ήπαρ, αναρροφά ιστό και αποσύρει (χρόνος 10 SEC).

- Μετά την έξοδο της βελόνης ο άρρωστος αναπνέει κανονικά

- Η τομή καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα.

#### Φάση παρακολούθησης ασθενούς

- Μετά τη βιοφία η νοσηλεύτρια βοηθεί τον ασθενή να γυρίσει δεξιά στο κρεβάτι, τοποθετεί μαξιλάρι στο δεξιό κλωβό και τον συμβουλεύει να μείνει ήσυχος σε αυτή τη θέση για 2-4 ώρες

- Ο άρρωστος μένει κλινήρης για 24 ώρες.
- Η νοσηλεύτρια καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή και προσέχει για σημεία που δείχνουν αιμορραγία και χολοπεριτονίτιδα.
- Όταν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς σταθεροποιηθούν δίνονται στον ασθενή ελαφρά δίαιτα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ  
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

I. Θρεπτικό ανισοζύγιο Οι ασθενείς με προβλήματα ηπατίτιδας θα πρέπει να τρέφονται καλά για να επιτυγχάνεται η επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Η διαίτά του θα πρέπει να είναι υπερθερμιδική (3000 θερμίδες), πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά. Όλα τα φαγητά μαγειρεύονται ελαφρά, ψητά ή βραστά.

Οι τροφές που επιτρέπονται είναι:

Γάλα κατά προτίμηση αποβουτυρωμένο, κρέμα, ρυζόγαλο, γιαούρτι.

Ποτά ή ροφήματα, καφές τσάϊ, αναψυκτικά.

Σούπες χωρίς λίπος με ντομάτα νωπή ή λαχανικά.

Κρέατα μοσχάρι, κοτόπουλο, άπαχα ελαφρά μαγειρευμένα.

Ψάρια βραστά ή ψητά άπαχα, νωπά ή κατεψυγμένα.

Τυριά μυζήθρα, κασσέρι.

Αυγά, ασπράδι αυγού ελεύθερα βραστό ή ποσέ.

Ψωμί λευκό ή πιτυρούχο, ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι.

Λαχανικά, κολοκύθια, αγκινάρες, πατζάρια, σπαράγγια, ντομάτα, αρακάς, φασολάκια.

Όλα τα φρούτα, κομπόστες, χυμοί φρούτων.

Επιδόρπια, μέλι, ζελέ φρούτων, μαρμελάδες, ζάχαρι, απλό κέϊκ, γλυκά με αποβουτυρωμένο γάλα και άσπρο αυγού.

Ελαιόλαδο ή μαργαρίνη σε περιορισμένη ποσότητα (I κουταλάκι σούπας).

Οι τροφές που απαγορεύονται είναι:

Πλήρες γάλα, σοκολατούχο γάλα.

Όλα τα οινοπνευματώδη ποτά.

Σούπες με λίπος.

Κρέατα χοιρινό, αρνί, κατσίκι, εντόσθια ζώων, αλαντικά, λουκάνικα, μπέικον, μυαλά.

Ψάρια κεφαλόπουλο, γάβρος, σαρδέλες, πάστα ψάρια, κονσερβοποιημένα.

Τυριά όλα εκτός των επιτρεπομένων.

Κρόκος αυγού, τηγανικά αυγά.

Πατάτες τηγανιτές, γαριδάκια, τσίπς, ζυμαρικά με σάλτες.

Λαχανικά μπάμιες, μελιτζάνες, κουνουπίδι, σέσκλα, σέλινα, σπανάκι, ραδικέτα.

Ξηροί καρποί, καρύδα, αβοκάντο, γλυκά που γίνονται με αυγά, σοκολάτα, και λίπη.

Καφτερές πιπεριές, ελιές, τουρσιά, λιπαρές σάλτσες, σαντιγύ, μουστάρδα.

Χορήγηση σημαντικών ποσών βιταμινών φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση σε ασθενείς με ηπατική βλάβη και είναι αναγκαίο να χορηγούνται σε ικανοποιητικά ποσά.

#### Ημερήσιες ανάγκες σε βιταμίνες

##### στον άνθρωπο

A	3,300IU.	B	3,0MG	Παντοθενικό οξύ	15,0MG
D	200 IU	B	3,6MG	Βιοτίνη	60,0MG
E	10 IU	B	4,0MG	Νιασίνη	40,0MG
C	100 MG	B	5,0MCG	Φυλλικό οξύ	400,0MCG

#### Ημερήσιες ανάγκες σε ιχνοστοιχεία

##### στον άνθρωπο

Χαλκός	0,5-4,5 MG	Μαγνήσιο	0,5-2 MG
Ψευδάργυρος	2-4 MG	Χρόμιο	2-55 µG
Σελήνιο	0,05-0,2MG	Ιώδιο	60-120 µG
Σίδηρο	1-4 MG		

2. Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια Το Υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο συχνά διαταράσσεται, στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των εμέτων. Γι' αυτό απαιτείται ρυθμική ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών και μέτρηση προσβαλλομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Αναγκαίες ποσότητες ηλεκτρολυτών

για τις ανάγκες αναβολισμού

Σε κάθε 1000 KCAL

Νάτριο	40-50	MEQ
Κάλιο	40	MEQ
Χλώριο	50	MEQ
Μαγνήσιο	8-12	MEQ
Ασβέστιο	2-5	MEQ
Φώσφορο	20-25	MEQ

3. Μείωση άνεσης, δραστηριοτήτων Ο ίκτερος συχνά συνοδεύεται από κνησμό. Ο κνησμός μπορεί να γίνει ένα αφόρητο σύμπτωμα, που κυριαρχεί στη συνείδηση του αρρώστου. Οφείλεται σε βλάβη των αισθητικών νεύρων του δέρματος από τη συγκέντρωση χολοχρωστικών. Συνήθως η ένταση του κνησμού έχει κάποια σχέση με την πυκνότητα και τη διάρκεια της παρουσίας των χολοχρωστικών μέσα στο δέρμα. Για την ανακούφιση του ασθενούς από τον κνησμό χορηγείται χολεστυραμίνη σε μικροκοκκιδώδη μορφή (4G τρεις φορές ημερησίως). Ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία. Επίσης, παρεμποδίζει την απορρόφηση διαφόρων άλλων φαρμάκων, καθώς και των λιποδιαλυτών βιταμινών.

Εξαιτίας του ίκτερου, ο ασθενής εμφανίζει αισθητικά προβλήματα, που εμείς θα πρέπει να κατανοούμε φροντίζοντας να μην υπάρχουν καθρέπτες στο δωμάτιο.



Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά για διαπίστωση απώλειας βάρους και σε άνοδο της θερμοκρασίας του, γίνεται λήψη ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα.

4. Προβλήματα κένωσης του εντέρου Ασθενείς με βαριάς μορφής ηπατίτιδα, επειδή είναι αναγκασμένοι να παραμένουν στο κρεβάτι για μεγάλο διάστημα, παρουσιάζουν προβλήματα δυσκοιλιότητας. Στη λύση του προβλήματος βοηθά:

- α) Το είδος της δίαιτας.
- β) Η χορήγηση άφθονων υγρών.
- γ) Οι χαμηλοί υποκλυσμοί.
- δ) Η κίνηση στα πλαίσια του δυνατού.

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

Η θεραπεία με πρεδνιζόνη(γλυκοκορτικοειδές) ενδείκνυται διότι δεν κατακρατά νάτριο όπως τα άλλα γλυκοκορτικοειδή.

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

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χολεστυραμίνης είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία.

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται στις παραπάνω περιπτώσεις είναι:

- Καθημερινά γίνεται λουτρό καθαριότητας στον άρρωστο και

προσέχεται το δέρμα για τυχόν φλεγμονές.

- Ο άρρωστος ζυγίζεται κάθε πρωί νηστικός και οι τιμές συγκρίνονται μεταξύ τους.

- Εξέταση αίματος και ούρων για πιθανή λοίμωξη.

- Λήψη αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας.

- TEST στο αίμα και στα ούρα για τον προσδιορισμό σακχάρου.

- Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών γιατί δε μεταβολίζονται στο ήπαρ.

- Μέτρηση προσβαλομένων και αποβαλομένων υγρών.

- Ελέγχουμε εάν ο άρρωστος έχει γαστρεντερικές διαταραχές.

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

6. Πρόβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου Η απομόνωση ασθενών με ηπατίτιδα σε δικό τους δωμάτιο και λουτρό είναι σπάνια απαραίτητη εκτός από τις περιπτώσεις ακράτειας κοπράνων για την ηπατίτιδα Α ή μη ελεγχόμενης αυτόματης αιμορραγίας για την ηπατίτιδα Β και μη-Α, μη-Β .

Τα κοπρανώδη υλικά και τα σεντόνια των ασθενών με ηπατίτιδα Α θα πρέπει να πιάνονται με γάντια. Σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β και μη-Α, μη-Β θα πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια κατά την επαφή με αίμα ή σωματικά τους υγρά.

Τα κλινოსκεπάσματα των ασθενών με ηπατίτιδα τοποθετούνται σε ειδικούς πλαστικούς κόκκινους σάκους, μπαίνουν στους κλιβάνους όπου το υλικό του σάκου διαλύεται μετά από μια ορισμένη θερμοκρασία και ελευθερώνει αποστειρωμένο τον ηματισμό.

Οι σκοραμίδες και τα ουροδοχεία των ασθενών με ηπατίτιδα δεν χρησιμοποιούνται από άλλους ασθενείς και αποστειρώνονται καθημερινά.

Η νοσηλεία των ασθενών με ηπατίτιδα γίνεται μετά τη νοσηλεία-

α των μη μολυσματικών ασθενών και τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται φυλάσσονται σε ειδικά κουτιά και αποστειρώνονται χωριστά από τα άλλα αντικείμενα του τμήματος.

Οι συσκευές και τα αντικείμενα μιας χρήσεως συλλέγονται σε ειδικούς σάκκους.

Τα δωμάτια των ασθενών με ηπατίτιδα απολυμνούνται.

7. Προβλήματα χρονιότητας Οι ασθενείς με σοβαρή μορφή ηπατίτιδας, επειδή έχουν ανάγκη μακροχρόνιας θεραπείας, παρουσιάζουν προβλήματα εξαιτίας της ακινησίας και έλλειψης απασχόλησής τους.

Η παρατεταμένη κατάκλιση οδηγεί σε δημιουργία κατακλίσεων στα σημεία του σώματος που πιέζονται. Για την πρόληψη των κατακλίσεων ο ασθενής αλλάζει θέσεις καθημερινά, τοποθετούνται κουλούρες στα σημεία του σώματος που πιέζονται και τέλος γίνεται μασάζ με οινόπνευμα για τη τόνωση της κυκλοφορίας του σώματος.

Παρότρυνση του ασθενούς να ασχολείται με ελαφρές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο, διότι έτσι μειώνεται το άγχος για την ασθένειά του και επιταχύνεται η θεραπεία του.

ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

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

Ο ασθενής που εξέρχεται από το νοσοκομείο, ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια πια αγωγή θα ακολουθεί για να μην επιδεινωθεί η κατάστασή του.

- Διατηρεί τη δίαιτά του αποφεύγοντας τα λίπη.
- Αποφεύγει να παίρνει φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή.
- Αποφεύγει τα οινοπνευματώδη ποτά για διάστημα I χρόνου.
- Διατηρεί τους κανόνες υγιεινής.
- Αποφεύγει την κόπωση.
- Φροντίζει να επανεξετάζεται για να διαπιστωθεί η ηπατική

λειτουργία.

Η Νοσηλεύτρια επισκέπτεται τα σχολεία, ελέγχει τα μέτρα υγιεινής που εφαρμόζονται και ενημερώνει τα παιδιά πως μπορούν να προφυλαχθούν από την αρρώστια. (ηπατίτιδα Α)

Η σχολαστική καθαριότητα ιδιαίτερα των χεριών, των τροφίμων, του νερού και της τουαλέτας είναι αρκετή. Αν κάποιος έχει την υποψία ότι μολύνθηκε πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του.

Υπάρχει ένας ειδικός ορός (γ-σφαιρίνη) που προφυλάσσει, αν γίνει έγκαιρα μια βδομάδα δηλαδή το πολύ μετά τη μόλυνση. Η χορήγηση γ-σφαιρίνης συνιστάται σαν προληπτικό μέτρο μόνο στα παιδιά που είχαν πολύ στενή επαφή με τον άρρωστο.

Αν παρουσιαστεί κρούσμα (ηπατίτιδας Α) στο σχολείο, αυτό δεν κλείνει ούτε γίνεται απολύμανση. Αυξάνουν τα μέτρα υγιεινής,

τα παιδιά πρέπει να πλένουν σχολαστικά τα χέρια τους και δε βάζουν τίποτε ακάθαρτο στο στόμα.

Συμετοχή της Νοσηλεύτριας σε σηζητήσεις στο ράδιο με θέμα προφύλαξη από ηπατίτιδα Α και Β. Πληροφορείται το κοινό για τους τρόπους μετάδοσης του ιού, καθώς και τους τρόπους προφύλαξης. Επειδή ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β είναι οι τοξικομανείς ενημερώνονται να χρησιμοποιούν σύριγγες μιας χρήσης. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι συμφωνούμε με τη χρήση ναρκωτικών, αλλά ότι φροντίζουμε τα ήδη θύματα των ναρκωτικών να μη γίνουν θύματα ηπατίτιδας Β.

Η σεξουαλική επαφή είναι ένας τρόπος μετάδοσης αντιγόνου ηπατίτιδας Β από φορείς σε υγιεινά άτομα με επακόλουθο τη νόσησή τους. Η ρύθμιση των σχέσεων μας θα έχει κίνητρο την ειληκρίνεια και το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και θα στοχεύει στην ηθική απολαβή. Γιατί η σωματική ολοκλήρωση συμβαδίζει με την πνευματική ολοκλήρωση.

Έρευνες για την ηπατίτιδα Α και Β θα πρέπει να ελκύουν το ενδιαφέρον της Νοσηλεύτριας να συμμετέχει με υποδείξεις στο ερωτηματολόγιο, συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων κ.α.λ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΗΤΩΣΕΩΝ

## ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Ι) Μαθήτρια Ζ.Θ. ετών 16, παραπέμπεται από τον οικογενειακό της ιατρό στο Νοσοκομείο Λοιμοδών Νοσημάτων με διάγνωση ικτερική συνδρομή.

Ο ιατρός των εξωτερικών ιατρίων κατά τη λήψη ιστορικού πληροφορείται ότι οι γονείς της Ζ.Θ. δεν πάσχουν από κανένα νόσημα. Η ίδια εδώ και επτά ημέρες παρουσίαζε συμπτώματα ανορεξίας, εμέτων και πόνο στο δεξιό υποχόνδριο. Επίσης εμφάνισε πυρετό 37,8°C-38,4°C για πέντε ημέρες. Πριν από τρεις ημέρες παρουσίασε αλλαγή στο χρώμα των ούρων και κοπράνων. Από χτες εμφάνησε αλλαγή στη χροιά του δέρματος. Κατά την αντικειμενική εξέταση το αναπνευστικό, νευρικό, κινητικό και καρδιακό ευρέθησαν φυσιολογικά. Στην εξέταση της κοιλιάς διαπιστώθηκε ψηλαφητή ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο και ευρέθει μετρίου βαθμού ηπατομεγαλία.

Η ασθενής εισάγεται στο τμήμα λοιμοδών με πιθανή διάγνωση "ηπατίτιδα". Η αρτηριακή πίεση της ασθενούς είναι: (125-85)MMHG, σφύξεις 75/MIN. και θερμοκρασία 36,8°C. Δίδονται παραπεμπτικά για βιοχημικές και μικροβιολογικές εξετάσεις. Φαρμακευτική αγωγή δε τίθεται μέχρι να έχουμε τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Η ασθενής αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό με όλα τα απαραίτητα προστατευτικά μέτρα για να μη μεταδοθεί ο ιός.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Ζ.Θ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ  
ΕΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ  
ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

1. Από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων την πρώτη μέρα νοσηλείας βρέθηκε αυξημένη: Η SGPT: 500 U/ML, η αλκαλική φωσφατάση: 150, η άμεση χολερυθρίνη: 4,2 MG/100 ML και η έμμεση χολερυθρίνη: 5,4 MG/100 ML.

• Εντός 15 ημερών να έχουμε μείωση στο ρυθμό αύξησης των αποτελεσμάτων και διατήρησή τους στα φυσιολογικά επίπεδα που είναι : SGPT: 5-35 U/ML, αλκαλική φωσφατάση 80 μον., άμεση χολερυθρίνη 0,1-0,4 MG/100 ML και έμμεση χολερυθρίνη 0,2 - 0,7 MG/100 ML.

• Επανάληψη των εργαστηριακών εξετάσεων για την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας κάθε δεύτερη μέρα και για την δεύτερη εβδομάδα νοσηλείας κάθε τρίτη μέρα.  
• Έλεγχος για ανίχνευση ΗΒΣΑg.

• Την τρίτη και πέμπτη μέρα νοσηλείας η SGPT : 600 U/ML, η αλκαλική φωσφατάση 185 μον., η άμεση χολερυθρίνη: 5MG /100 ML και η έμμεση χολερυθρίνη 6,2 MG/100 ML.  
• Την ενάτη μέρα νοσηλείας η SGPT: 130 U/ML, η αλκαλική φωσφατάση 78 μον., η άμεση χολερυθρίνη: 1 MG/100 ML και η έμμεση χολερυθρίνη: 0,8 MG/100ML.  
• Την δωδέκατη μέρα νοσηλείας η SGPT: 50 U/ML, η αλκαλική φωσφατάση 75 μον., η άμεση χολερυθρίνη: 0,6 MG/100 ML και η έμμεση χολερυθρίνη: 0,7 MG/100 ML.  
• Ο έλεγχος για ΗΒΣΑg είναι αρνητικός.

• Η αύξηση της SGPT δηλώνει βλάβη των ηπατοκυττάρων. Η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης δηλώνει χολική απόφραξη. Η αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης δηλώνει απόφραξη χοληφόρων οδών. Η αύξηση της έμμεσης χολερυθρίνης δηλώνει βλάβη ηπατοκυττάρων.  
• Η αποκατάσταση των τιμών δηλώνει αποκατάσταση της ηπατοκυτταρικής βλάβης.  
• Η αρνητική εξέταση ΗΒΣΑg δηλώνει ότι ο ασθενής έχει ΗΑΥ.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Ζ.Θ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ  
ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ  
ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

2. Ανορεξία.

Βελτίωση της όρεξης της ασθενούς εντός εβδομάδας με δίαιτα υπερθερμιδική, πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες και κτωχή σε λίπη.

• Τα γεύματα της ασθενούς να είναι συχνά και μικρά.  
• Η δίαιτα περιλαμβάνει : πρωινό : γάλα αποβουτυρωμένο-φρυγανιές-μέλι.  
10 πμ : χυμό φρούτων ή κομπόστα ή ζελέ φρούτων.  
Γεύμα : κρέας ή φάρσι (άπαχο) ψητό ή βραστό-αρακάς-ρύζι-φωμί λευκό ή πιτυρούχο  
5 μμ : ένα κομμάτι απλό κέικ  
δειπνο : μπιφτέκισχάρας ή ασπράδια αυγών-πουρές  
• Ενθαρρύνουμε την ασθενή να παίρνει την τροφή της.

• Τα γεύματα της ασθενούς είναι πέντε.  
• Η δίαιτά της περιλαμβάνει :  
πρωινό : γάλα αποβουτυρωμένο-φρυγανιές-μέλι.  
10 πμ : χυμό φρούτων ή ζελέ φρούτων.  
Γεύμα : κρέας ή φάρσι (άπαχο) ψητό ή βραστό-αρακάς-φωμί λευκό.  
5 μμ : ένα κομμάτι απλό κέικ.  
Δείπνο : μπιφτέκισχάρας ή ασπράδια αυγών - πουρέ.

• Η υπερθερμιδική δίαιτα με αυξημένη ποσότητα υδατανθράκων και πρωτεϊνών έχει σκοπό να προσφέρει αυξημένη ενέργεια στην ασθενή, δομικά υλικά ικανά να αναγεννήσουν και να επουλώσουν το ήπαρ.  
Η ελάττωση των λιπών στη διατροφή έχει σχέση με την ελαττωμένη έκκριση των χολικών αλάτων τα οποία προσλαμβάνουν τα λιπίδια και τα βοηθούν να απορροφηθούν από τον οργανισμό.



ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Ζ.Θ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

3. Ίκτερος - Κνησμός.

• Εντός 48 ωρών να απαλλαχθεί ο ασθενής από τον κνησμό. Παρακολούθηση του ικτέρου

• Καταγραφή του ικτέρου.  
• Καθημερινό λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι και μασάζ με λοσιόν.  
• Χορήγηση FENISTIL και QUESTRAN.  
• Παρακολούθηση στο χρώμα των κενώσεων και των ούρων.

• Γίνεται καταγραφή του ικτέρου στο δέρμα και στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού.  
• Η ασθενής κάνει καθημερινά ντους χωρίς να χρησιμοποιεί σαπούνι. Μετά κάνει μασάζ με λοσιόν σε όλο το σώμα.  
• Χορηγείται στην ασθενή TABL 2,5 MG FENISTIL 1X1 και σκόνη QUESTRAN 4 GR σε χυμό τρεις φορές την ημέρα.  
• Παρακολούθηση στο χρώμα των κενώσεων.

• Εξαιτίας της ηπατοκυτταρικής βλάβης έχουμε συγκέντρωση χολοχρωστικών στο δέρμα (ικτερος), οι οποίες δημιουργούν βλάβη στα αισθητικά νεύρα. (κνησμός).  
• Με το ντους γίνεται τόνωση και ενυδάτωση του δέρματος.  
• Το FENISTIL περιέχει διμεθινδέννη ουσία αντιαλλεργική και αντισταμινική για την αντιμετώπιση του κνησμού. Το QUESTRAN περιέχει χολεστυραμίνη η οποία δεσμεύει τα χολικά άλατα και τα απομακρύνει από το δέρμα, ανακουφίζοντας από τον κνησμό.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Ζ.Θ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

4. Απώλεια βάρους - αίσθημα κοπώσεως.

• Επαναφορά στο φυσιολογικό του βάρους εντός τριών ημερών. Προσπάθεια ανάκτησης των φυσικών δυνάμεων του ασθενούς το συντομότερο δυνατό.

• Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς και ανάπαυσή του.  
• Μέτρηση βάρους ασθενούς.  
• Λήψη ζωτικών σημείων  
• Χορήγηση βιταμινών.  
• Παρεντερική χορήγηση σακχαρούχων διαλυμάτων  
• Φροντίζουμε η ασθενής να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες.

• Η ασθενής περιορίζει τις δραστηριότητές της και αναπαύεται.  
• Κάθε πρωί γίνεται λήψη του βάρους της ασθενούς. Την πρώτη μέρα νοσηλείας το βάρος της ήταν 50 KGR. Την τρίτη μέρα Β : 48 KGR και μέμπτη μέρα Β : 46 KGR. Την ένατη μέρα Β : 49KGR  
• Λήψη ζωτικών σημείων θερμ. 36,90C, ΑΠ 90/60 MM HG - 110/70 MM HG, σφύξεις 60/MIN - 75/MIN.  
• Χορηγούνται συμπληρωματικές βιταμίνες (Α,Β,Υμπλεγμα, C και Κ).  
• Παρεντερική χορήγηση DEXTROSE 5% 1000 CC 1X1.

• Στην ικτερική φάση εξαιτίας της ηπατικής βλάβης έχουμε απώλεια βάρους (2,5 - 5 KGR) . Με την αγωγή που ακολουθήσαμε το βάρος του ασθενούς αποκαταστάθηκε.  
• Το αίσθημα κοπώσεως οφείλεται και αυτό στην ηπατοκυτταρική βλάβη και αποκαθίσταται με την αναγέννηση του ήπατος και τη σωστή διατροφή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

5. Η ασθενής παρουσιάζει άσχημη φυσιολογική κατάσταση

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

• Ενισχύουμε τη διάθεση της ασθενούς μόλις αντιληφθούμε ότι παρουσιάζει ψυχολογικό πρόβλημα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Ζ.Θ."

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

• Η Νοσηλεύτρια συζητεί με την ασθενή το πρόβλημα που την απασχολεί και την ενθαρρύνει.  
• Απομακρύνει καθρέπτες από το δωμάτιο.  
• Φροντίζει ώστε η ασθενής να ακολουθεί τη φαρμακευτική θεραπεία.  
• Επισκέπτεται συχνότερα την ασθενή.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

• Η Νοσηλεύτρια συζητεί με την ασθενή για το πρόβλημα που έχει από την αλλαγή του χρώματος στο δέρμα της. Υπενθυμίζεται στην ασθενή ότι η κατάστασή της είναι προσωρινή και ότι γρήγορα θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα στο πρόσωπό της.  
• Απομακρύνει καθρέπτες από το δωμάτιο.  
• Οι επισκέψεις στο δωμάτιο της ασθενούς είναι συχνότερες για να παρακολουθείται η κατάσταση της.  
• Φροντίζει ώστε η ασθενής να ακολουθεί την φαρμακευτική θεραπεία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

• Η κίτρινη χροιά του δέρματος και η εξάντληση έχουν δημιουργήσει κατάθλιψη στην ασθενή.  
• Από την επικοινωνία της με την νοσηλεύτρια και τη φαρμακευτική θεραπεία, η ασθενής ενισχύεται ψυχολογικά και σωματικά και ξεπερνά το πρόβλημα.

2) Ασθενής Μ.Δ. ιδιοτικός υπάλληλος ετών 43, εξετάστηκε από παθολόγο του ΙΚΑ, ο οποίος τον παρέπεμψε στο Νοσοκομείο Λοιμοδών με συμπτώματα ναυτία, έμετο, αδυναμία και εύκολη κόπωση.

Κατά την εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία από τον εφημερεύοντα ιατρό αναφέρει στο οικογενειακό του ιστορικό ότι η μητέρα του είχε πεθάνει από καρδιακή ανεπάρκεια και ο πατέρας του από σακχαρώδη διαβήτη. Στο ατομικό του ιστορικό αναφέρει ότι πάσχει από ιδιοπαθή υπέρταση είναι καπνιστής (25 τσιγάρα ημερησίως) και άγαμος.

Στην ακρόαση δεν ακούστηκαν παθολογικοί ψίθυροι. Στην συμπεριφορά του εμφάνιζε νεβροφυτικές διαταραχές. Κατά την εξέταση της κοιλίας, αυτή ήταν μαλακή και επώδυνη στο δεξιό ηποχόνδριο. Στη ψηλάφηση το ήπαρ είναι διογκωμένο ενώ ο σπλήνας είναι αψηλάφητος.

Η αρτηριακή πίεση του ασθενή είναι (150-110)MMHG, σφύξεις 90/MIN. και θερμοκρασία 36,8°C.

Ο ασθενής εισάγεται στο τμήμα λοιμοδών με πιθανή ηπατική ίωση. Στέλνονται παραπεμπτικά για ορολογικές και βιοχημικές εξετάσεις. Φαρμακευτική αγωγή δε τίθεται μέχρι να έχουμε τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Λαμβάνονται όλες οι απαραίτητες προφυλάξεις από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για να μη μεταδοθεί ο ιός που έχει προσβάλλει τον ασθενή.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Μ.Δ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

1. Από τα α-  
κοτελέσματα  
των εργαστη-  
ριακών εξε-  
τάσεων την  
πρώτη μέρα  
νοσηλείας  
βρέθηκε αυ-  
ξημένη η  
SGPT: 200U/ML

. Εντός 20 ημε-  
ρών να έχουμε  
μείωση στο ρυθ-  
μό αύξησης των  
αποτελεσμάτων  
και διατήρησή  
τους στα φυσιο-  
λογικά επίπεδα  
που είναι  
SGPT: 5-35 U/ML

. Επανάληψη των  
εργαστηριακών ε-  
ξετάσεων δύο φο-  
ρές την εβδομάδα  
. Έλεγχος για α-  
νίχνευση HB<sub>s</sub>Ag

. Την τέταρτη ημέρα  
νοσηλείας η SGPT: 300  
U/ML. Την έβδομη ημέ-  
ρα νοσηλείας η SGPT:  
500U/ML, η αλκαλική  
φωσφατάση 120μον, η  
έμμεση χολερυθρίνη 5  
MG/100 ML και η άμε-  
ση χολερυθρίνη 4,1  
MG/100 ML. Τη δωδέ-  
κατη ημέρα νοσηλείας  
η SGPT: 640 U/ML, η αλ-  
καλική φωσφατάση 150  
μον., η έμμεση χολε-  
ρυθρίνη 5,6 MG/100 ML  
και η άμεση χολερυθρί-  
νη 4,6 MG/100 ML. Την  
δεκάτη εβδομήνη ημέρα νο-  
σηλείας η SGPT: 100 U/ML,  
η αλκαλική φωσφατάση  
80 μον, η άμεση χολερυ-  
θρίνη 1,2 MG/100 ML,  
και η έμμεση χολερυθρί-  
νη 0,8 MG/100 ML.  
. Η απάντηση για το  
HB<sub>s</sub>Ag είναι θετική.

. Η αύξηση της SGPT δη-  
λώνει ηπατοκυτταρική  
βλάβη. Η αύξηση της αλ-  
καλικής φωσφατάσης δη-  
λώνει χολική απόφραξη.  
Η αύξηση της άμεσης  
χολερυθρίνης απόφραξη  
των χοληφόρων οδών. Η  
αύξηση της έμμεσης χο-  
λερυθρίνης βλάβη ηπα-  
τοκυττάρων. Η θετική α-  
πάντηση του HB<sub>s</sub>Ag δη-  
λώνει ότι ο ασθενής κά-  
σχει από HBV.  
Η προσοδευτική αποκατά-  
σταση των τιμών δηλώνει  
ηπατοκυτταρική αναγέν-  
νηση.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ; "Μ.Δ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

2. Ανορεξία.

. Βελτίωση της όρεξης του ασθενούς εντός εβδομάδας με διαίτα υπερθερμαδική, πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες και πτωχή σε λίπη.

. Τα γεύματα του ασθενή είναι συχνά και μικρά.

. Η διαίτα περιλαμβάνει πρωινό: γάλα αποβουτυρωμένο, φρυγανιά, μαρμελάδα, 10κμ: χυμό πορτοκαλιού, γεύμα: Κρέας ή φάρι βραστό ή ψητό-πατζάρια, αγκινάρες-φωμί λευκό.

5μμ : ζελέ φρούτων, δείπνο:μπιφτέκι-ασπράδια αυγών-ρύζι.

. Ο ασθενής ενδιαφέρεται να παίρνει τη τροφή του.

. Ο δίσκος που σερβίρεται το φαΐ είναι περιποιημένος.

. Τα γεύματα του ασθενή είναι πέντε.

. Η διαίτα του περιλαμβάνει : πρωινό: γάλα αποβουτυρωμένο-φρυγανιά-μαρμελάδα. 10 πμ : χυμό πορτοκαλιού

γεύμα : κρέας ή φάρι (άπαχο) βραστό ή ψητό-πατζάρια-αγκινάρες-φωμί λευκό.

5 μμ : ζελέ φρούτων δείπνο :μπιφτέκι-ασπράδια αυγών-ρύζι

. Ο δίσκος που σερβίρεται το φαΐ είναι περιποιημένος.

. Η αύξηση των υδατανθράκων και πρωτεϊνών στην τροφή έχει σκοπό να δώσει ενέργεια στον ασθενή και να βοηθήσει να αναγεννηθεί το ήπαρ.

Τα λίπη ελαττώνονται διότι δεν υπάρχουν πολλά χολικά άλατα ώστε να συνδεθούν μαζί τους και να απορροφηθούν από τον οργανισμό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Μ.Δ." ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
3. Κεφαλαλγία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εντός 24ώρου ο ασθενής να ανακουφιστεί από την κεφαλαλγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής θα πρέπει να αναπαύεται περισσότερες ώρες την ημέρα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνιστούμε στον ασθενή να ξεκουράζεται περισσότερο, ώστε να ηρεμεί από το άγχος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ανησυχία του ασθενή για την κατάστασή του συν τις ΝΦΔ που εμφανίζει του δημιουργούν έντονο πόνο στο κεφάλι.</li> <li>• Αναλγητικά δεν δίνουμε διότι μεταβολίζονται στο ήπαρ και είναι ηπατοτοξικά.</li> </ul>
4. Ναυτία - έμετοι	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εντός 48 ωρών να ανακουφιστεί ο ασθενής από την ναυτία και έμετο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα μετά από κάθε γεύμα.</li> <li>• Τα γεύματά του είναι συχνά και σε μικρές ποσότητες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα μετά από κάθε γεύμα.</li> <li>• Γεύματα μικρά και συχνά σε μικρές ποσότητες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η αυξανόμενη ηπατοκυτταρική βλάβη δημιουργεί πρόβλημα στην απορρόφηση γλυκόζης.</li> <li>• Με την μείωση των ποσοτήτων των γευμάτων καταστέλεται ο εμετός.</li> </ul>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Μ.Δ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

5. Άνοδος θερμοκρασίας.

• Εντός 48 ωρών η θερμοκρασία του ασθενούς να έρθει στα φυσιολογικά όρια.

• Λήψη τρίωρης θερμομέτρησης.  
• Λήψη ζωτικών σημείων.  
• Εφαρμογής δροσερών επιθεμάτων.  
• Λήψη υγρών.  
• Παρεντερική χορήγηση υγρών.

• Λήψη τρίωρης θερμομέτρησης: θερ.: 38,3°C  
• Τα ζωτικά σημεία είναι: ΑΠ: 120/90 MMHG  
σφύξεις: 70/MIN  
• Εφαρμογή δροσερών επιθεμάτων  
• Παρεντερική χορήγηση DEXRORE 5%/1000 γχλ.

• Ο οργανισμός του ασθενή είναι εξαντλημένος.  
• Χορηγούνται παρεντερικά υγρά διότι ο ασθενής εμφανίζει τάση για έμετο.  
• Ο συνδυασμός δροσερών επιθεμάτων και υγρών παρεντερικά μειώνουν τη θερμοκρασία στους 37° C.

6. Αλλαγή στο χρώμα των ούρων και κοπράνων.

• Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων και μέτρηση ούρων.

• Μέτρηση ούρων και καταγραφή των κενώσεων.

• Ούρα 24ώρου 2000CC και αριθμός κενώσεων 2-3 ημερησίως.

• Η αύξηση της χολερυθρίνης - αύξησης της χολικής απόφραξης, δημιουργεί αλλαγή στο χρώμα των κοπράνων.  
Την δέκατη μέρα νοσηλείας έχουμε αποκατάσταση στο χρώμα και αριθμό των κενώσεων.



ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Μ.Δ."

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ  
ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ  
ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

7. Ίκτε-  
ρος - Κνη-  
σμός.

. Εντός 48 ωρών να απαλλαχθεί ο ασθενής από τον κνησμό. Παρακολούθηση του ικτέρου.

. Καταγραφή του ικτέρου.  
. Καθημερινό λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι και μασάζ με λοσιόν.  
. Χορήγηση FENISTIL και QUESTRON  
. Παρακολούθηση στο χρώμα των κενώσεων.

. Γίνεται καταγραφή του ικτέρου στο δέρμα και στον σκληρό χιτώνα του οφθαλμού.  
. Ο ασθενής κάνει καθημερινά ντους και μασάζ σε όλο το σώμα με λοσιόν.  
. Χορηγείται στον ασθενή TABL FENISTIL 1Χ1 και σκόνη QUESTRON 4 GR X 3 ημερησίως σε χυμό πορτοκαλού διαλυμένη.  
. Παρακολούθηση στο χρώμα των κενώσεων.

. Εξαιτίας της ηπατοκυτταρικής βλάβης έχουμε συκέντρωση χολοχρωστικών στο δέρμα (ικτερος), οι οποίες δημιουργούν βλάβη στα αισθητικά νεύρα (κνησμός).  
. Με το ντους επιτυγχάνεται τόνωση και ενυδάτωση του δέρματος.  
. Το FENISTIL περιέχει διμεθιδίνη ουσία αντιαλλεργική για την αντιμετώπιση του κνησμού. Το QUESTRON περιέχει χολεστυραμίνη, η οποία δεσμεύει τα χολικά άλατα τα απομακρύνει ανακουφίζοντας από τον κνησμό. Η ουσία αυτή μπορεί να επηρεάσει το χρώμα των κενώσεων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ : "Μ.Δ."

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

8. Υπέρταση.

• Μείωση της αρτηριακής πίεσης εντός 24ώρου.

• Διακοπή ορού.  
• Χορήγηση ΙΟΝΙΤΕΝ.  
• Δήψη ζωτικών σημείων ανά τρίωρο.

• Διακοπή του ορού DEXTRORE 5% 1000CC  
• Χορήγηση ΙΟΝΙΤΕΝ TABL 10 MG 1X3  
• Δήψη αρτηριακής πίεσης 180-120) MM HG, σφύξεις : 90/MIN

• Ο κνησμός έχει αυξησει την υπέρταση που αισθάνεται ο ασθενής με αποτέλεσμα να έχει υπέρταση.  
• Ο ασθενής είναι υπέρτασικός και με την χορήγηση ΙΟΝΙΤΕΝ έχουμε αποκατάσταση της αρτηριακής του πίεσης (130-90) MM HG.

9. Αίσθημα κόπωσης.

• Προσκάθεια ανάκτησης των φυσικών δυνάμεων του ασθενούς το συντομότερο δυνατό.

• Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς και ανάπαυση.  
• Χορήγηση βιταμινών.

• Ο ασθενής περιορίζει τις δραστηριότητες του και αναπαύεται.  
• Χορηγούνται στον ασθενή βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και Κ).

• Το αίσθημα κόπωσης οφείλεται στην ηπατοκυτταρική βλάβη. Την 22η ημέρα νοσηλείας το ήπαρ έχει αναγεννηθεί και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τη μελέτη της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας και των χαρακτηριστικών περιπτώσεων, η αποκατάσταση ασθενούς με ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

- Σωστή σίτιση. Υπερθερμιδική πλούσια σε υδαάνθρακες και πρωτεΐνες.
- Ανακούφιση από τον κνησμό που προκαλεί ο ίκτερος. Χρήση χολεστυραμίνης.
- Ανάκτηση των φυσικών δυνάμεων του ασθενούς. Ξεκούραση και αποφυγή κάθε δραστηριότητας.
- Διδασκαλία κατά την έξοδό του για να μην έχουμε αρνητική απόκριση στη θεραπεία (επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας).
  - .Περιοδικός έλεγχος του ηπατικού κύκλου.
  - .Αποφυγή λιπών, οινοπνευματοδών ποτών και φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Γαρδίκας Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία".  
Έκδοση: Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1979.
2. Ιατρικός Οδηγός.  
Έκδοση: Λίτσας, Αθήνα 1989.
3. Καλφαρένζος Φ.Ε. "Τεχνητή Διατροφή".  
Έκδοση: Λίτσας, Αθήνα 1986.
4. Μαλγαρινού Α.Μ. - Κωνσταντινίδου Φ.Σ. "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική".  
Έκδοση: Ιεραποστολική Ένωση Αδελφών Νοσοκόμων "Η Ταβιθά", Τόμος Α', Αθήνα 1986.
5. Σαχλίνη Καρδάση Άννα - Πάνου Μαρία "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική".  
Έκδοση: Βήτα, Τόμος 2<sup>ο</sup>/Μ.ερος Β', Αθήνα 1985.

## ΞΕΝΗ

1. GOTH ANDRES. "Ιατρική Φαρμακολογία" (Μετάφραση και Απόδοση Μ. Μαρσέλος). Έκδοση: Λίτσας, Αθήνα 1982.
2. GOWIN DE EL. - GOWIN DE RL. "Κλινική Εξέταση και Διαφορική Διάγνωση" (Μετάφραση και Απόδοση Δ. Παπαναστασίου). Έκδοση: Λίτσας, Αθήνα 1981.
3. GUYTON MD. "Φυσιολογία Ανθρώπου" (Μετάφραση και Απόδοση Η. Κούβελας - Δ. Ευαγγέλου). Έκδοση: Λίτσας, Αθήνα 1984.
4. HARISON "Εσωτερική Παθολογία" (Μετάφραση και Απόδοση Δ. Βαρώνος). Έκδοση: Γρ. Παρισιάνος, Τόμος Γ', Αθήνα 1988.
5. KAHLE. W. - LEONHARDT. H. - PLATZEN. W. "Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου" (Μετάφραση και Απόδοση Ν. Παπαδόπουλος). Έκδοση: Λίτσας, Τόμος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 1985.
6. RICHARD RAVEL MD "κλινική Εργαστηριακή Ιατρική" (Μετάφραση και Απόδοση Ν. Καββαδίας). Έκδοση: Λίτσα, Αθήνα 1982.