

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

ΘΕΜΑ: "ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΩΝ"

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Κούνης Νικόλαος

Επιδάστρια:

Ρήγα Μαγδαληνή



Επιτροπή εγκρίσεως πτυχιακής
εργασίας:

1. Κούνης Νικόλαος
- 2.
- 3.

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα

| | |
|----------------------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 349 |
|----------------------|-----|



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

| | Σελ. |
|--|-----------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | I |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ | |
| ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ..... | 1 |
| ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ..... | 5 |
| ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ..... | 9 |
| ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ..... | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ..... | 14 |
| ΑΝΤΙΓΟΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ..... | 14 |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ..... | 17 |
| ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... | 19 |
| ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ..... | 21 |
| ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ.... | 23 |
| ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ..... | 26 |
| Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα..... | 27 |
| Χρόνια ηπατίτιδα..... | 27 |
| Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα..... | 27 |
| Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα..... | 28 |
| Παθολογική ανατομία..... | 28 |
| Αιτιολογία..... | 29 |
| Ανοσοπαθογένεια..... | 30 |
| Κλινικά χαρακτηριστικά..... | 31 |
| Πορεία της νόσου..... | 32 |
| Εργαστηριακά ευρήματα..... | 32 |
| Διαφορική διάγνωση..... | 33 |

| | Σελ. |
|---|------|
| Θεραπεία..... | 35 |
| ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΘΕΣΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ..... | 36 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΕΣΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ..... | 38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ | |
| ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ..... | 40 |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ..... | 42 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 44 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ | |
| ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ..... | 45 |
| Διάγνωση..... | 45 |
| Διαφορική διάγνωση..... | 45 |
| Κλινική εικόνα..... | 45 |
| Εργαστηριακά ευρήματα..... | 46 |
| Θεραπεία..... | 47 |
| Πρόγνωση..... | 47 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ | |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ..... | 48 |
| ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ..... | 55 |
| ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ..... | 56 |
| ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪ- ΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ..... | 57 |
| ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ..... | 58 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 72 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 73 |

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Οι ηπατίτιδες θεωρούνται σαν τις πιο σοβαρότερες και σημαντικότερες λοιμώξεις, και αποτελούν το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της εποχής μας. Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος είναι ένα από τα δυσκολότερα και σπουδαιότερα κλινικά προβλήματα.

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία, αν σκεφθεί κανείς τη βαρύτητα της πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών.

Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις αποφάσισα να γράψω αυτήν την εργασία. Ελπίζω να συμβάλω και εγώ έστω και ελάχιστα στη διαφώτιση και παρουσίαση της νόσου.

Στην αρχή της εργασίας μου, αναφέρομαι στην ανατομία και φυσιολογία του ήπατος. Συνεχίζω με την αναφορά στις κυριότερες διαγνωστικές εξετάσεις του ήπατος.

Στη συνέχεια επεκτείνομαι στις μορφές των ηπατίτιδων και τις επιπλοκές τους.

Στο τέλος αναφέρομαι στη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα, και σε μερικές περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν ηπατολογικά προβλήματα.

Θα ήθελα τέλος να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον ιατρό και επιβλεποντα καθηγητή μου κ. Κούνη, που με βοήθησε να φέρω εις πέρας την εργασία αυτή.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις καθηγήτριες της Νοσηλευτικής, που συμβάλουν καθημερινά στον τομέα της Υγείας, μιας και η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό στον άνθρωπο και αποτελεί τη βάση για μια ευτυχισμένη ζωή.

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι υπηρεσία, είναι αγαθό στον νοσηλευόμενο ασθενή, είναι θυσία και προσφορά, έργο κοινωνικό, εί-

ναι λειτούργημα. Και για να είναι πάντα πρέπει να εμείς να συμβάλλουμε καθημερινά, όχι μόνο ψυχικά και σωματικά αλλά και πνευματικά. Και κυρίως πνευματικά γιατί η "υγεία μόνο με τη γνώση κερδίζεται.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΗΠΑΡ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας και συγχρόνως ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρωπίνου σώματος, εξ αιτίας των πολλών και σημαντικών λειτουργιών που επιτελεί.

Το βάρος ανέρχεται στα 1400 - 1600 γραμ. στους άνδρες, και στα 1200 - 1400 στις γυναίκες.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Το σχήμα του ήπατος είναι σφηνοειδές με τη βάση να φέρεται προς τα δεξιά.

Διακρίνονται τρία χείλη (το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό) καθώς και τρεις επιφάνειες (την άνω, την κάτω, και την οπίσθια).

Το πρόσθιο χείλος είναι ψηλαφητό και αντιστοιχεί στη γραμμή που φέρεται από τον πλευρικό χόνδρο της 7ης αριστερής πλευράς στον πλευρικό χόνδρο της δεξιάς 9ης πλευράς.

Το δεξιό και το αριστερό χείλος του ήπατος φέρονται από τους πλευρικούς χόνδρους των αντιστοίχων πλευρών.

Η άνω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται από το δρεπανοειδή σύνδεσμο σε 2 λοβούς, τον αριστερό και το δεξιό. Ο δεξιός λοβός του ήπατος είναι μεγαλύτερος και αποτελεί τα 5/6 του ήπατος.

Στην άνω επιφάνεια του ήπατος διακρίνουμε επίσης 3 μοίρες: α) την άνω μοίρα, β) την πρόσθια και γ) την δεξιά μοίρα.

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται και αυτή από περιτόναιο και εμφανίζει 2 οβελιαίες αύλακες: α) την δεξιά και β) την αριστερή που ενώνονται μεταξύ τους.

Με τις οβελιαίες αύλακες η κάτω επιφάνεια του ήπατος χωρίζεται σε τρεις λοβούς: α) τον δεξιό, β) τον αριστερό και γ) τον τετράπλευρο.

Στους λοβούς αυτούς συναντάμε διάφορα εντύπωμα που παράγονται από τα παρακείμενα όργανα. Έτσι στον δεξιό λοβό συναντάμε τον κοιλικό και το δωδεκαδακτυλικό εντύπωμα. Στον τετράπλευρο λοβό παρατηρούμε το πλωρικό εντύπωμα και στον αριστερό το γαστρικό εντύπωμα.

Η οπίσθια επιφάνεια του ήπατος εμφανίζει δύο αύλακες: α) την δεξιά και β) την αριστερή.

Η δεξιά αύλακα αρχίζει πίσω από τις πύλες του ήπατος και υποδέχεται την κάτω κοίλη φλέβα.

Η αριστερή αύλακα είναι η προς τα πίσω συνέχεια της ομώνυμης αύλακας της κάτω επιφάνειας και υποδέχεται τον φλεβώδη σύνδεσμο. Η δεξιά και η αριστερή αύλακα χωρίζουν την οπίσθια επιφάνεια σε τρεις λόγους:

- α) ο δεξιός λοβός που δεν καλύπτεται από περιτόναιο και στον οποίο εμφανίζεται το επινεφριδίο εντύπωμα.
- β) ο αριστερός λοβός στον οποίο εμφανίζεται το οισοφαγικό εντύπωμα.
- γ) ο κερκοφόρος λοβός ο οποίος σχηματίζει δύο αποφύσεις την κερκοειδή και το θηλοειδές φύμα.

ΥΦΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από το περιτόναιο εκτός από τις θέσεις στις οποίες προσφύονται οι διάφοροι σύνδεσμοι.

Τα κυριώτερα στοιχεία του ήπατος είναι, τα ηπατικά λοβία, οι χοληφόροι πόροι, τα αγγεία, και τα νεύρα του ήπατος.

1. Τα ηπατικά λοβία παριστάνουν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος. Έχουν διαμετρο 0,7 - 2MM και εμφανίζουν σχήμα πολύπλευρης πυραμίδας, από την κορυφή της οποίας διέρχεται η κεντρική ή ενδολόβια φλέβα. Οι ενδολόβιες φλέβες είναι η αρχή των ηπατικών φλεβών και εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες τις υπολόβιες.

Μερικοί θεωρούν ως ανατομική μονάδα του ήπατος το λεγόμενο πυλαίο λοβίο.

Το λοβίο αυτό είναι τρίγωνο και συνίσταται από τα προσκείμενα τμήματα τριών ηπατικών λοβίων. Κάθε ηπατικό λοβίο αποτελείται από ερειστικό υπόστρωμα μέσα στο οποίο βρίσκονται:

α) τα ηπατικά κύτταρα, β) τα κολπώδη πυλαία τριχοειδή, γ) τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας, δ) τα χοληφόρα σωληνάρια.

2. Οι χοληφόροι πόροι: παριστάνουν το εκφορητικό μέρος της εξωκρινούς μοίρας του ήπατος και διακρίνονται στους περιλόβιους και στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

Οι περιλόβιοι χοληφόροι πόροι είναι πολύ λεπτοί, περιβάλλουν το ηπατικό λοβίο και παριστάνουν την συνέχεια των χοληφόρων σωληναρίων. Εκβάλλουν τελικά στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

3. Αγγεία του ήπατος: Το ήπαρ εμφανίζει δύο προσαγωγά αγγεία, την πυλαία φλέβα, την ηπατική αρτηρία και πάρα πολλά απαγωγά αγγεία που ονομάζονται ηπατικές φλέβες.

α) Πυλαία φλέβα

Η πυλαία φλέβα συναθροίζει το αίμα από το στομάχι, το έντερο, τον σωλήνα και το πάγκρεας και διεισδύει από τις πύλες του ήπατος μέσα σ' αυτό. Στη συνέχεια αποσχίζεται σε δύο κλάδους, τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί αποσχίζονται σε ολοένα μικρότερους κλάδους, οι τελευταίοι από τους οποίους πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα και ονομάζονται μεσολόβιοι.

Η πυλαία φλέβα δεν χρησιμεύει στην θρέψη του ήπατος αλλά μεταφέρει σ' αυτό χρήσιμα συστατικά από το έντερο, τον σωλήνα και το πάγκρεας, τα οποία θα βοηθήσουν τα ηπατικά κύτταρα στην παρασκευή των ηπατικών εκκριμάτων.

β) Ηπατική αρτηρία

Η ηπατική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας, διεισδύει στο ήπαρ από τις πύλες και αποσχίζεται σε δύο κλάδους, τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί αποσχίζονται συνεχώς και καταλήγουν τελικά στους μεσολόβιους κλάδους που πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα.

Η ηπατική αρτηρία είναι το τροφικό αγγείο του ήπατος. Διανέμεται στο συνδετικό ιστό του ήπατος, στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων, στους χοληφόρους πόρους, και παρέχει οξυγονωμένο αίμα στα ηπατικά κύτταρα.

γ) Ηπατικές φλέβες

Οι ηπατικές φλέβες αρχίζουν από τις ενδολόβιες φλέβες, οι οποίες όταν εξέρχονται από τα ηπατικά κύτταρα, εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Από τις υπολόβιες αυτές φλέβες αθροίζονται οι ηπατικές φλέβες.

4. Νευρώνες του ήπατος: Τα νεύρα του ήπατος προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους, του πνευμονογα-

στρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου.

5. Εκφορητική οδός του ήπατος: τέλος η εκφορητική οδός του ήπατος αποτελείται:

α) τους χοληφόρους πόρους, β) τον κοινό ηπατικό πόρο, γ) τη χολοκύστη, δ) τον κυστικό πόρο και ε) τον χοληδόχο πόρο.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το ήπαρ, όπως είπαμε και πιο πάνω στην Ανατομία, είναι ο μεγαλύτερος αδένας του ανθρώπινου σώματος.

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

1. Μεταβολισμός

- α) υδατανθράκων
- β) πρωτεϊνών
- γ) λιπών

2. Παραγωγή διαφόρων ουσιών

3. Αποταμίευση

4. Αποτοξίνωση

5. Έκκριση

Οι παραπάνω λειτουργίες του ήπατος αναλύονται ξεχωριστά πιο κάτω.

1. Μεταβολισμός

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

Υδατάνθρακες

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των υδατανθράκων είναι η εξής: Η γλυκόζη που απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα κατά την διάρκεια της πέψης, μεταφέρεται δια μέσου της πυλαίας κυκλοφορίας στο ήπαρ. Το ποσό της γλυκόζης που δεν είναι απαραίτητο για την άμεση κυκλοφορία μετατρέπεται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται σ' αυτό. Η διαδικασία αυτή λέγεται γλυκογονογένεση. Ακόμη το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα.

Πρωτεΐνες

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών είναι και εδώ σημαντική. Με την βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσό των λευκωματικών και του ινωδογόνου του πλάσματος. Ακόμη συνθέτει ικανό ποσό α' και β' σφαιρίνες και τις περισσότερες από τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος.

Σε φυσιολογικά άτομα το ήπαρ είναι το μοναδικό όργανο, στο οποίο γίνεται η αμομίνωση των αμινοξέων. Από την διάσπαση των αμινοξέων προέρχεται η αμμωνία, που χρησιμοποιείται στο ήπαρ για τον σχηματισμό της ουρίας.

Επίσης το ήπαρ θεωρείται ότι είναι το κύριο όργανο διάσπασης του ουρικού οξέος.

Λίπη

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των λιπών συνίσταται στην έκκριση της χολής, η οποία ενεργοποιεί την λίπανση του παγκρέατος που γαλακτοματοποιεί τα λίπη διευκολύνοντας έτσι την απορρόφηση του από τον εντερικό σωλήνα.

2. Παραγωγικές ιδιότητες

Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μια από τις σπουδαιότερες παραγωγικές λειτουργίες του ήπατος. Η χολερυθρίνη σχηματίζεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η χολερυθρίνη αυτή ονομάζεται έμμεση και μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα ηπατικά κύτταρα. Εκεί με την επίδραση του ενζύμου τρανσφεράση, ενώνεται με το γλυκουρανικό οξύ, σχηματίζει την άμεση χολερυθρίνη, η οποία εκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή.

Όταν η χολερυθρίνη εισέρχεται στο έντερο μετατρέπεται με την δράση διαφόρων ενζύμων σε κοπροχολινογόνο (ουροχολινογόνο) και στη συνέχεια μετατρέπεται σε κοπροχολίνη (ουροχολίνη).

Το μεγαλύτερο μέρος του ουροχολινογόνου αποβάλλεται με τα κόπρανα, ένα ποσοστό όμως απορροφάται από το έντερο και με την πυλαία φλέβα μεταφέρεται στο ήπαρ. Εκεί ένα μέρος μετατρέπεται σε χολερυθρίνη, ένα μέρος επανεκκρίνεται σαν ουροχολινογόνο στον έντερο κι ένα άλλο μέρος εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και αποβάλλεται δια μέσου των νεφρών στα ούρα.

Εκτός από την παραγωγή χολερυθρίνης, το ήπαρ συμβάλλει σημαντικά στην παραγωγή του ινωδογόνου, της ορίνης και των σφαιρινών του πλάσματος, της προθρομβίνης, της ηπαρίνης, της ουρίας, της βιταμίνης Α' και διαφόρων ενζύμων, όπως η αλκαλική φωσφατιάση και οι τρανσαμινάσες.

3. Εκκριτική λειτουργία

Το κυριότερο προϊόν που εκκρίνει το ήπαρ είναι η χολή. Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η παραγόμενη χολή εκκρίνεται μέσα στα χοληφόρα σωληνάρια που βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα. Η χολή εκκρίνεται συνεχώς

από τα ηπατικά κύτταρα και φυσιολογικά αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειασθεί στο 12δάκτυλο. Το συνολικό ποσό της καθημερινά εκρινόμενης χολής ανέρχεται σε 600-700ML ενώ η χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι μόνο 40-70ML.

Η χοληδόχος κύστη έχει την ικανότητα να αποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται για 12 ώρες από το ήπαρ επειδή το νερό, το νάτριο, το χλώριο και άλλοι ηλεκτρολύτες απορροφώνται συνεχώς από τον βλενογόνο της με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση των άλλων συστατικών της.

Εκτός από τη χολή το ήπαρ εκκρίνει και ορισμένες χρωστικές πορφυρίνες καθώς και ένζυμα όπως (φωσφατάση, τρανσαμινάσες, χολινεστεράση κ.λ.π.).

4. Αποταμιευτική λειτουργία

Το ήπαρ εκτός από τις παραπάνω λειτουργίες που επιτελεί, θεωρείται και σαν το κατ' εξοχήν όργανο αποταμίευσης ουσιών που είναι χρήσιμες στον οργανισμό. Τέτοιες ουσίες είναι οι βιταμίνες Β, D, Κ, ο σίδηρος, ο χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές αποταμιεύονται στο ήπαρ για να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό όταν θα τις έχει ανάγκη.

5. Αντιτοξική λειτουργία

Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφώνται απ' το έντερο εισέρχονται με την πυλαία φλέβα στη γενική κυκλοφορία και στη συνέχεια μεταφέρονται στο ήπαρ. Το ήπαρ έχει την ικανότητα αυτές τις τοξικές ουσίες να τις μετατρέπει με οξείδωση σε ουσίες λιγότερο τοξικές, η καθόλου τοξικές. Τέτοιες ουσίες είναι: η ινδόλη, η σκατόλη, η φαινόλη και μέσα στο ήπαρ συνδέονται μεθειϊκό οξύ και κάλιο ή με το γλυκουρονικό οξύ. Η ινδοξυλη, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας συνδέεται με τοθειϊκό οξύ και το κάλιο,

σχηματίζοντας την ινδικάνη, η οποία απεκκρίνεται με τα ούρα.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος είναι ένα από τα σπουδιότερα και δυσκολότερα κλινικά προβλήματα. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία αν σκεφθεί κανείς την βαρύτητα της πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών.

Υπάρχουν πολλές εργαστηριακές εξετάσεις και δοκιμασίες που έχουν σαν σκοπό τον έλεγχο της φυσιολογικής λειτουργίας του ήπατος.

Για τη μελέτη κάποιας ηπατοπάθειας δεν είναι αναγκαίο αλλά ούτε και δυνατόν να εφαρμοστούν όλες οι δοκιμασίες σ' ένα μόνο ασθενή. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνεται μια προσεκτική επιλογή των εξετάσεων, στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής ώστε να διευκρινισθεί με σαφήνεια η μορφή της νόσου.

Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι χρήσιμες και ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α) την διαφορική διάγνωση του ικτέρου
- β) την επιβεβαίωση της παρουσίας κάποιας ηπατοπάθειας
- γ) την πρόγνωση κάποιας ηπατοπάθειας
- δ) την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

Οι πιο εύχρηστες και πιο ουσιώδεις ηπατικές δοκιμασίες θα μπορούσαν να καταταχθούν ως εξής:

Ι. Δοκιμασίες που στηρίζονται στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών

- α) Πρωτεΐνες πλάσματος
- β) Δοκιμασία κροκυδώσεως κεφαλίνης - χοληστερίνης
- γ) Δοκιμασία θολερότητας θειικού ψευδαργύρου

δ) Δοκιμασία κολλοειδούς χρυσού.

ε) Προθρομβίνη πλάσματος

2. Δοκιμασίες της εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος

α) Δοκιμασία ανοχής της χολερυθρίνης

β) Προσδιορισμός χολερυθρίνης αίματος

γ) Προσδιορισμός χολερυθρίνης ούτων

δ) Προσδιορισμός ουροχολινογόνου ούρων και κοπράνων

ε) Δοκιμασία απέκκρισης της βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης (B.S.P.)

3. Δοκιμασίες της μεταβολικής λειτουργίας του ήπατος

α) Δοκιμασία ανοχής της γαλακτόζης

β) Δοκιμασία αποκαθαρσης της γαλακτόζης

γ) Προσδιορισμός ολικής χοληστερίνης και εστέρων της

4. Δοκιμασίες μεταβολών των ενζύμων αίματος

α) Προσδιορισμός αλκαλικής φωσφατάσης

β) Προσδιορισμός χοληστερινάσης

γ) Προσδιορισμός τρανσαμινασών (SGOT, TGPT)

δ) Προσδιορισμός αφυδρογονασών

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Όπως είδαμε πιο πάνω υπάρχει μεγάλος αριθμός ηπατικών δοκιμασιών που μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση της κατάστασης κάποιας ηπατοπάθειας, παρ' όλα αυτά τα διαγνωστικά προβλήματα παραμένουν. Τη λύση σ' αυτά τα προβλήματα την δίνουν άλλες εξετάσεις πολύ πιο πειστικές από τις ηπατικές δοκιμασίες. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

1. Το σπινθηρογράφημα ήπατος

2. Η λαπαροσκόπηση

3. Η βιοψία του ήπατος

4. Η αγγειογραφία

Οι παραπάνω εξετάσεις μας δίνουν μια πλήρη εικόνα του ήπατος και σχεδόν πάντα επιβεβαιώνουν την πιθανή διάγνωση που τίθεται με βάση τα αποτελέσματα των ηπατικών δοκιμασιών.

Η διαγνωστική αξία τους είναι τεράστια αλλά η χρησιμοποίησή τους δεν είναι αναλογη της διαγνωστικής αξίας τους γιατί είναι πολύπλοκες, ταλαιπωρούν τον ασθενή και γίνονται μόνο από ειδικευμένους γιατρούς.

1. Σπινθηρογράφημα ήπατος

Για την διενέργεια της εξέτασης χρησιμοποιείται ο απαριθμητής σπινθηρισμών. Η συσκευή αυτή εφαρμόζεται κατάλληλα στην ηπατική χώρα και τη συνέχεια επιτυγχάνεται η αποτύπωση με τη μορφή στίξεων ή μικρών γραμμών πάνω στο ακτινογραφικό χαρτί των σπινθηρισμών από τη ραδιενέργεια.

Στο σπινθηρογράφημα το φυσιολογικό ήπαρ εμφανίζεται έχοντας περίπου τριγωνικό σχήμα. Σε περιπτώσεις ύπαρξης όγκου ή κύστης το σπινθηρογράφημα εμφανίζεται με κατά τόπους ελλείψεις ή σημαντικές αρραιώσεις των στίξεων. Το σπινθηρογράφημα ήπατος αυξάνει τη διαγνωστική αξία της βιοψίας του ήπατος καθοδηγώντας το γιατρό στο ακριβές σημείο παρακέντησης.

2. Λαπαροσκόπηση

Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της εξέτασης είναι η ικανότητα άμεσης οπτικής επαφής του ήπατος. Αυτό επιτυγχάνεται με την εισαγωγή ενδοσκοπίου στην κοιλιακή χώρα ύστερα από τομή 3-5 εκ. στη μέση γραμμή μετά από τοπική αναισθησία. Μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου εισάγεται και αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα για να διευκολυνθεί η κίνηση του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις και για να μην καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από το επιπλουν και τις εντερικές ελικες.

3. Βιοψία ήπατος

Η βιοψία ήπατος έχει σαν σκοπό την παραλαβή τμήματος του ηπατικού παρεγχύματος, το οποίο ελέγχεται ιστολογικά στη συνέχεια. Ακριβές σημείο παρακέντησης δεν υπάρχει αλλά συνήθως το σημείο αυτό βρίσκεται στη μέση μασχαλιαία γραμμή κάτω από το χείλος του πρόσθιου οδοντωτού μυ. Αυτό σημαίνει ότι η βελόνα πριν φθάσει στο ηπατικό παρέγχυμα διέρχεται τον υπεζωκότα, το διάφραγμα, και το περιτόναιο.

Τα κυριότερα διαγνωστικά προβλήματα που συνηγορούν στη διενέργεια βιοψίας είναι τα εξής:

- α) διαφορική διαγνώση μεταξύ αποφρακτικού και ηπατοκυτταρικού ικτέρου, όταν δεν είναι δυνατή με τις άλλες δοκιμασίες.
- β) Διάγνωση πρωτοπαθούς ή μεταστατικού νεοπλασματος του ήπατος.
- γ) Διάγνωση άλλων συστηματικών παθήσεων που προκαλούν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στο ήπαρ.
- δ) Έλεγχο των αποτελεσμάτων της θεραπείας που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις κίρρωσης ή χρόνιας ηπατίτιδας.

Προϋποθέσεις που απαιτούνται για την εκτέλεση της βιοψίας είναι:

1. Εισαγωγή στο νοσοκομείο
2. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων να είναι πάνω από 100.000 Lmm³.
3. Ο χρόνος προθρομβίνης του ασθενή αν είναι μεγαλύτερος από 3" χορηγείται βιταμίνη K μέχρι να αποκατασταθεί, διαφορετικά χορηγείται συμπυκνωμένα προϊόντα των παραγόντων πήξεως.
4. Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να μείνει 24 ώρες στο νοσοκομείο για παρακολούθηση του.

4. Αγγειογραφία ήπατος

Με την αγγειογραφία γίνεται δυνατή η σκιαγράφηση των κλάδων

της πυλαίας φλέβας. Η εξέταση αυτή στηρίζεται στην ταχύτητα έγχυσης μέσα σε 3 δευτερόλεπτα 40 κ.εκ. πυκνού ιωδιούχου σκευάσματος και στην γρήγορη και διαδοχική λήψη ακτινογραφιών της περιοχής που εξετάζεται: Η έγχυση του ιωδιούχου σκευάσματος γίνεται με δύο τρόπους.

1. Απ' αυθείας έγχυση στην πυλαία φλέβα ή σε κάποιον από τους κλάδους της, κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Σ' αυτή την περίπτωση έχουμε την πυλαιογραφία.
2. Με κατάλληλη παρακέντηση του σωλήνα δια μέσου του δέρματος, οπότε έχουμε την διαδερματική σπληνοπυλαιογραφία.

Η διαγνωστική αξία της σπληνοπυλαιογραφίας συνίσταται στα εξής:

- α) Την διάκριση μεταξύ ενδοηπατικής απόφραξης της πυλαίας και της εξωηπατικής απόφραξης
- β) Η διαπίστωση της ύπαρξης και εκτάσεως της παραπλεύρου κυκλοφορίας.
- γ) Η διαπίστωση και εντόπιση ενδοηπατικών όγκων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

Η Π Α Τ Ι Τ Ι Δ Ε Σ

1. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Οξεία ηπατίτιδα είναι η συστηματική λοίμωξη που προσβάλλει κατά κύριο λόγο το ήπαρ. Έχουν εντοπισθεί δύο τύποι ιών που είναι ένοχοι για τη λοίμωξη αυτή.

- α) Ο ιός Α (η λεγόμενη ηπατίτιδα από ιό ή λοιμώδη ηπατίτιδα ή ηπατίτιδα βραχείας επώασης).
- β) Ο ιός Β (η λεγόμενη ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού ή ηπατίτιδα μακράς επώασης ή ηπατίτιδα θετική ως προς επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β CHB_5Ag)

Μπορεί να συμμετέχουν και άλλοι ιοί όχι όμως τόσο σημαντικοί όπως:

- α) ο ιός της λοιμώδους μονοπυρήνωσης
- β) ο ιός του κίτρινου πυρετού
- γ) οι ιοί Coxsackie
- γ) ο ιός του απλού έρπη κ.ά.

ΑΝΤΙΓΟΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Ο ιός της ηπατίτιδας Α επιζεί μετά θέρμανση στους 56°C για 30" επίδραση αιθέρα και σε διάλυμα χλωρίου για 30'.

Ο ιός υπάρχει στα κόπρανα των ασθενών κατά την αρχική φάση της λοίμωξης.

Μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο διηθημάτων κοπράνων από ασθενείς έχουν δείξει την παρουσία "ιοειδών" σωματιδίων μεγέθους

27nm που στοιβάζονται ή συγκοιώνται από ορό ασθενών που αναρρώνουν από ηπατίτιδα Α και από άνοση σφαιρίνη ορού που περιέχει αντίσωμα ηπατίτιδας Α. Η τεχνική αυτή της άνοσης ηλεκτρονικής μικροσκοπήσεως αποτέλεσε σημαντική πρόοδο στην ανίχνευση της ηπατίτιδας Α.

Η αδρανοποίηση του ιού της ηπατίτιδας Α από RNA όση παρέχει την ένδειξη ότι είναι ιός RNA που ανήκει στην οικογένεια των εντεροϊών.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Η ιογενής αυτή λοίμωξη στον άνθρωπο είναι μοναδική γιατί οι πυκνότητες σχετικές προς τον ιό αντιγόνου στο αίμα μπορεί να φτάσουν τα 50mg ανά 100ml.

Διάφορες ηλεκτρονικές μικροσκοπικές μελέτες έχουν δείξει την εμφάνιση διαφόρων ιοειδών σωματιδίων που έχουν σχέση με τη λοίμωξη από ηπατίτιδα Β.

1. Σωματίδια των 22 νανομέτρων.

Είναι τα πιο πολλά με σφαιρικές, νηματοειδείς και σωληνοειδής μορφές (200nmή και μακρότερες). Αυτά έχουν σχέση με την εξωτερική επιφάνεια ή κάλυμμα (HBsAg) του ιού της ηπατίτιδας Β.

2. Μεγάλα σφαιρικά σωματίδια DANE 42nm.

Είναι πολύ λίγα και πιστεύεται ότι παριστάνουν τον άθικτο ιό της ηπατίτιδας Β. Έχουν εξωτερικό κάλυμα και εσωτερικό σφαιρικό πυρήνα διαμέτρου περίπου 27nm.

3. Με υπερφυγοκέντρηση χλωριούχου καισίου έχουν απομονωθεί ιοειδή σωματίδια από τον ορό ατόμων με ηπατίτιδα Β.

Με τα παραπάνω δίνεται μια πλήρη εικόνα της αντιγονικής σύνθεσης των σωματιδίων που έχουν σχέση με τη λοίμωξη από ηπατίτιδα Β.

Πιο πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο αντιορός που λαμβάνεται από αιμοφιλικούς που υποτίθεται ότι εκτίθενται επανειλημμένα σε ηπατίτιδα με τις πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος, αντιδρούν σχηματίζοντας γραμμή ηζαματίνης με διάχυση σε ζελατίνη άγαρ με αντιγόνο που υπάρχει στον ορό ατόμων με ηπατίτιδα.

Το αντιγόνο αυτό ονομάζεται αρχικά αυστραλιανό αντιγόνο ή αντιγόνο που σχετίζεται με ηπατίτιδα. Στη συνέχεια αναφέρθηκε σαν επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β (Η Β_S Ag) γιατί το αντιγόνο αυτό ανιχνευόταν μόνο σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β.

Μ'αυτές τις παρατηρήσεις έδωσαν την πρώτη ορολογική δοκιμασία για τη διάκριση μεταξύ ηπατίτιδας Α και Β.

Με την απομόνωση των διαφόρων ιοειδών σωματιδίων που έχουν σχέση με τη λοίμωξη ηπατίτιδας Β από τον ορό και η ικανότητα αναπτύξεως αντισωμάτων εναντίον των αντιγόνων που έχουν σχέση μ' αυτά τα σωματίδια, κατέστησαν δυνατή τη πληρέστατη κατανόηση της αντιγονικής σύνθεσης της ηπατίτιδας Β.

Τα μικρά σωληνοειδή και τα μικρά σωματίδια (22nm) έχουν το ΗΒ_SAg το οποίο υπάρχει και στην επιφάνεια του σωματιδίου DANE 42nm. Το ΗΒ_SAg μπορεί να μετρηθεί σε κλινικά εργαστήρια και είναι ειδικό για τη λοίμωξη της ηπατίτιδας Β.

Παραπάνω ορολογικές αντιδράσεις του ΗΒ_SAg έχουν δείξει μία περίπλοκη αντιγονική δομή που δεν αποτελεί ιδιότητα του ξενιστή αλλά του ίδιου του αντιγόνου. Η ανάλυση των αντιδράσεων αυτών έχει οδηγήσει μέχρι τώρα στην αναγνώριση αριθμού διαφόρων αντιγονικών προσδιοριστικών παραγόντων. Υπάρχει ένα κοινό αντιγόνο α, σ' όλους ΗΒ_SAg - θετικούς ορούς. Επίσης το ΗΒ_SAg μπορεί να περιέχει πολλά δευτερεύοντα (ειδικού τύπου) αντιγόνα, κυρίως d, c, w, ή r.

Αυτοί οι διαφορετικοί τύποι του HB_sAg δίνουν πρόσθετους επιδημιολογικούς σημαντήρες για την εκτίμηση της μεταδόσεως της λοίμωξης της ηπατίτιδας Β.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Οι τυπικές μορφολογικές βλάβες της ηπατίτιδας Α και Β είναι παρόμοιες τις περισσότερες φορές.

Οι μορφολογικές βλάβες συνίσταται σε:

- Διήθηση μονοπυρήνων κυττάρων σ' όλα τα ηπατικά λοβία
- Νέκρωση ηπατοκυττάρων
- Υπερπλασία των κυττάρων του Kupffer
- Διάφορους βαθμούς χολοστάσεως

Η διήθηση με μονοπύρηνα συνίσταται κυρίως σε μικρά λεμφοκύτταρα αν και αρκετές φορές παρατηρούνται ηωσιόφιλα και πλασματοκύτταρα. Η βλάβη των ηπατοκυττάρων συνίσταται σε εκφύλιση και νέκρωση, απόπτωση, διόγκωση και οξεοφιλική εκφύλιση. Μεγάλα ηπατοκύτταρα που το πρωτόπλασμά τους μοιάζει με γυαλί μπορεί να παρατηρηθούν σε περίπτωση ηπατίτιδας Β.

Η νέκρωση των ηπατοκυττάρων είναι φανερή στα κύτταρα γύρω από την κεντρική φλέβα των ηπατικών λοβίων. Αυτό συμβαίνει γιατί τα κεντρικά τμήματα των ηπατικών λοβίων εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε κάθε είδους βλάβη λόγω του ότι έχουν μειωμένη αιμάτωση.

Κατά την οξεία ηπατίτιδα σε ορισμένο ασθενείς παρατηρείται υποξεία ηπατική νέκρωση που είναι ένδειξη για χειρότερη πρόγνωση. Μ' αυτή τη βλάβη ανευρίσκεται "γέφυρωση" μεταξύ των λοβίων, επειδή η νέκρωση προκαλεί σε εκτεταμένες περιοχές απόπτωση ηπατοκυττάρων με κατάρρευση του δικτυωτού πλαισίου. Η "γέφυρα" αποτελείται από συμπυκνωμένο δίκτυο, φλεγμονώδη κατάλοιπα και ηπατοκυτ-

ταρα που υφίστανται εκφύλιση και που γεφυρώνουν προσκείμενες πυλαίες περιοχές, πυλαίες προς κεντρικές φλέβες, ή κεντρική φλέβα προς κεντρική φλέβα. Η βλάβη αυτή είναι πολύ σημαντική γιατί αρκετός αριθμός προσβλημένων ατόμων μπορεί να έχει είτε υποξεία πορεία που καταλήγει σε θάνατο μετά μερικές εβδομάδες ή μήνες, είτε να εμφανίζει χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και μετανεκρωτική κίρρωση. Η συχνότητα της γεφύρωσης στην οξεία ηπατίτιδα είναι γύρω στο 5%. Σε ασθενείς με βαριά ηπατίτιδα Β μπορεί να φθάσει σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Όταν η νέκρωση αυτή είναι βαρύτερη και νεκρώνει αρκετά λοβία η βλάβη ονομάζεται υποξεία πολυλοβιανή ηπατική νέκρωση. Στη μαζική ηπατική νέκρωση (κεραυνοβόλος ηπατίτιδα, οξεία κίτρινη ατροφία) εντυπωσιακό κατά την νεκροψία είναι το εύρημα μικρού, ρικνού και μαλακού ήπατος. Κατά την ιστολογική εξέταση ανευρίσκονται μαζική νέκρωση και απόπτωση ηπατοκυττάρων από τα περισσότερα λοβία με εκτεταμένη σύμπτωση και συμπύκνωση του δικτυωτού πλαισίου.

Εκτός από τις παραπάνω μορφολογικές βλάβες αναφέρονται και δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ηπατίτιδας από ιό:

1. Διατήρηση ανέπαφου και δικτυωτού υποστρώματος, από συνδετικό ιστό των ηπατικών λοβίων. Μ' αυτό δεν αλλοιώνεται η στοιχειώδης αρχιτεκτονική του ήπατος γεγονός που έχει μεγάλη σημασία για την αποκατάσταση φυσιολογικών ηπατικών λοβίων.

2. Αναγέννηση ηπατικών κυττάρων. Η αναγέννηση γίνεται κατά μήκος του ινώδους σκελετού. Έτσι η αρχιτεκτονική του ηπατικού λοβίου δεν αλλιώνεται έστω και αν πρόκειται για βαριά ηπατίτιδα. Η αναγέννηση αυτή αποδεικνύεται με την παρουσία πολυάριθμων μιτωτικών μορφών, μονοπύρηνων κυττάρων και το σχηματισμό "ροζέτ-

τας" ή "ψευδοαδένων".

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ιογενής ηπατίτιδα είχε ταξινομηθεί σε δύο επιδημιολογικά διαφορετικούς τύπους:

- Λοιμώδη ηπατίτιδα (ηπατίτιδα Α)
- Ηπατίτιδα από ορό (ηπατίτιδα Β)

Οι διακρίσεις αυτές είχαν γίνει γιατί σε παλαιότερες παρατηρήσεις πίστευαν ότι:

1. Η ηπατίτιδα Α είχε: μικρότερο χρόνο επώασης, υψηλό βαθμό μεταδοτικότητας, οδός μετάδοσης τα κόπρανα και το στόμα, ενώ
2. Η ηπατίτιδα Β είχε: μακρότερη περίοδο επώασης, λιγότερη μεταδοτικότητα, μετάδοση μόνο από την παρέντερική οδό.

Τώρα όμως έχει αποδειχθεί ότι δεν μπορεί να γίνει διακριση μεταξύ ηπατίτιδας Α και Β μόνο με βάση τα κλινικά ή επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.

Η μέτρηση του $HB_{S}Ag$ στο ορό αποτελεί όλο και μεγαλύτερη κλινική σημασία. Το $HB_{S}Ag$ είναι 0 σπάνιο (0,1 με 1,0%) σε φυσιολογικούς πληθυσμούς στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Δυτική Ευρώπη.

Στις τροπικές χώρες φθάνει σε ποσοστό 3-30%, όπως σε ασθενείς με σύνδρομο Down, λεπρωματώδη λέπρα, λευχαιμία, νόσο του Hodgkin, οξώδη πολυαρθρίτιδα, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση και σε ναρκομανείς που χρησιμοποιούν βελόνα.

Ορός που περιέχει $HB_{S}Ag$ είναι λοιμογόνος. Ποσότητα 0,001ml μπορεί να προκαλέσει ηπατίτιδα Β.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει προοδευτική αύξηση της επιπτώσεως της ηπατίτιδας Β στον πληθυσμό και σε ασθενείς που

νοσηλεύονται σε νοσοκομεία με οξεία ηπατίτιδα. Τα αίτια γι' αυτό δεν είναι σαφή. Πιστεύεται ότι μπορεί να απεικονίζει αύξηση της καταχρησης φαρμάκων. Οι στατιστικές μπλέκονται στο γεγονός ότι η ηπατίτιδα Β είναι κλινικά βαρύτερη και ασθενείς μ' αυτή τη νόσο καταφεύγουν πιο συχνά στον ιατρό από εκείνους με ηπατίτιδα Α.

Σε πολλούς ασθενείς δεν υπάρχει ιστορικό γνωστής παρεντερικής εκθέσεως πράγμα που δημιουργεί την πιθανότητα σκοτεινών οδών μεταδόσεως της λοίμωξης με ηπατίτιδα Β.

Το HB_SAg έχει εντοπισθεί στο σπέρμα, στο σάλιο, στο μητρικό γάλα, τα δάκρυα, το αρθρικό υγρό, το εντερικό και γαστρικό υγρό και πιο σπάνια στα ούρα και στα κάπρανα. Το μέγεθος της μόλυνσης από υγρά του σώματος δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί. Υπάρχουν όμως αναφορές σε περιπτώσεις υποθετικής μεταδόσεως της ηπατίτιδας Β από στενή επαφή.

Η μητρική ηπατίτιδα Β δεν φαίνεται να μεταδίδεται (με τον πλακούντα) στο έμβρυο. Παρ' όλα αυτά έχει εντοπισθεί το HB_SAg στον ορό βρέφους από μητέρες που έπασχαν από ηπατίτιδα Β, ιδίως σ' αυτές που έπασχαν κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Αυτό μας κάνει να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η πιθανότητα οδός μεταδοσης ήταν μια σύνθεση της μητρικής - εμβρυικής κυκλοφορίας κατά το τρίμηνο, είτε κατά τη στιγμή του τοκετού ή τη στενή επαφή μεταξύ μητέρας και παιδιού κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.

Υπάρχουν υψηλά ποσοστά στην προσβολή από ηπατίτιδα Β σε συζύγους και γενικά σε γενετήσιους συντρόφους και σε ιδρύματα. Αυτό ενισχύει την ένδειξη ότι η μετάδοση μπορεί να επέλθει δια μέσου των παρεντερικών ή λανθανουσών παρεντερικών οδών.

Η εξέταση των αιμοδοτών για HB_SAg και η κατάργηση των εμπο-

ρικών πηγών αίματος έχει μειώσει σημαντικά το ποσοστό μετάδοσης της ηπατίδας Β από μεταγγίσεις. Το ποσοστό μετάδοσης της ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται από 0,9 - 9 περιπτώσεις ανά 1.000 μεταγγιζόμενες μονάδες ή μεταξύ 0,5 - 1,3 περιπτώσεων ανά 100 ασθενών που υφίστανται μετάγγιση αίματος.

Μεγάλος κίνδυνος λογενούς ηπατίτιδας υπάρχει μετά από μετάγγιση παραγώγων αίματος, ο οποίος εξαρτάται από τη μέθοδο με την οποία κατεργάζονται τα προϊόντα αυτά. Ηπατίτιδα έχει εμφανισθεί σε ποσοστό 20-30% των ατόμων που λαμβάνουν για πρώτη φορά τα προϊόντα αυτά. Μεγαλύτερος κίνδυνος παρουσιάζεται κατά τη χρήση πολλαπλών συγκεντρωμένων προϊόντων δοτών όπως ινωδόγονου και συγκεντρωμένων παραγόντων II, VII, VIII, IX και X.

Στη μέση επικινδυνότητα περιλαμβάνεται το πλήρες αίμα, τα συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα αιμοπετάλια που προέρχονται από ένα μόνο δότη και το πλάσμα.

Καμμία επικινδυνότητα περιλαμβάνονται: η ανθρώπινη λευκωματίνη, κλάσμα πρωτεΐνης πλάσματος, άνοση και υπεράνοση σφαιρίνη σφαιρού εξ' αιτίας προηγούμενης κατεργασίας αυτών των ουσιών με θέρμανση στους 60°C και εκχυλίσεως με ψυχρή αιθανόλη. Τα κατεψυγμένα, κατεργασμένα με γλυκερόλη ερυθρά αιμοσφαίρια μπορεί να συνεπάγονται μειωμένο κίνδυνο ηπατίτιδας.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα πρόδρομα συμπτώματα της οξείας λογενούς ηπατίτιδας είναι ποικίλα. Η νοσος εμφανίζει τρία στάδια:

1. Πρόδρομο ή προϊντερικό

2. Ικτερικό

3. Στάδιο αποκατάστασης ή μεταϊκτερικό

1) Κατά το πρόδρομο στάδιο που διαρκεί συνήθως 1-2 εβδομάδες μερικές φορές και περισσότερο, έχουμε συμπτώματα ανορεξίας, ναυτίας, εμέτου, κακουχίας, φαρυγγίτιδας, βήχα και κόρυζας. Η ναυτία και ο εμετός έχουν άμεση σχέση με ορισμένες αλλοιώσεις της όσφρησης ή της γεύσης. Χαμηλός πυρετός $37,8^{\circ}\text{C}$ έως $38,8^{\circ}\text{C}$ παρατηρείται πιο συχνά στην ηπατίτιδα Α σε σύγκριση με την ηπατίτιδα Β. Σπάνια τα συμπτώματα αυτά μπορεί να συνοδεύονται με πυρετό $39,4^{\circ}\text{C}$ - 40°C . Σκούρα ούρα και ανοιχτόχρωμα (χρώματος πηλού) κόπρανα μπορεί να παρατηρηθούν 1-5 ημέρες πριν την εμφάνιση του κλινικού ικτέρου.

2) Κατά το δεύτερο στάδιο του κλινικού ικτέρου τα πρόδρομα συμπτώματα συνήθως μειώνονται. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρείται σταθερή απώλεια βάρους γύρω στα 2,5-5 kg. Η απώλεια αυτή είναι συνηθισμένη και μπορεί να διαρκέσει σ' όλη την ικτερική φάση. Σ' αυτή τη φάση το ήπαρ διογκώνεται και καθίσταται ευαίσθητο. Μπορεί να συνοδεύεται με πόνο και δυσφορία στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς. Σε σπάνιες περιπτώσεις προσέρχονται ασθενείς με εικόνα χολοστάσεως που αποτελεί ένδειξη για εξωηπατική απόφραξη των χοληφόρων οδών. Σε ποσοστό 10-20% των ασθενών υπάρχει σπληνομεγαλία και αυχενική αδеноπάθεια. Σπάνιες φορές εμφανίζονται μερικά αραχνοειδή αγγειώματα κατά τη διάρκεια της ικτερικής φάσεως που εξαφανίζονται κατά την ανάρρωση.

3) Κατά το στάδιο της αποκατάστασης η μεταϊκτερική τα συστηματικά συμπτώματα εξαφανίζονται σταδιακά. Μερικές φορές όμως εξακολουθούν να παραμένουν κάποια διόγκωση του ήπατος και ανωμαλίες στην ηπατική λειτουργία. Η διάρκεια του μεταϊκτερικού σταδίου κυμαίνεται από 2-12 βδομάδες. Στην οξεία ηπατίτιδα Β ό-

μως μπορεί να διαρκέσει και περισσότερο.

Ο ασθενής εξακολουθεί και εμφανίζει κόπωση και δυσπεπτικά ενοχλήματα, μέχρι να επέλθει η πλήρης ίαση. Η πλήρης κλινική και βιοχημική ανάρρωση πρέπει να αναμένεται μέσα σε 3 ή 4 μήνες μετά την εμφάνιση του ικτέρου. Αυτό ισχύει για τα τρία τέταρτα ανεπίπλοκων περιπτώσεων. Στους υπόλοιπους η βιοχημική ανάρρωση μπορεί να καθυστερήσει.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Κατά την πρόδρομη φάση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας οι τρανσαμινάσες του ορού εμφανίζουν αύξηση και προηγούνται της ανόδου του επιπέδου της χολερυθρίνης.

Το πραγματικό επίπεδο των ενζύμων αυτών δεν συσχετίζεται καλά με το βαθμό της βλάβης των ηπατοκυττάρων. Τα κορυφαία επίπεδα κυμαίνονται μεταξύ 400 και 4.000 IU ή και παραπάνω. Τα επίπεδα αυτά εμφανίζονται συνήθως κατά το χρόνο που ο ασθενής βρίσκεται στη φάση του κλινικού ικτέρου και μεώνονται κατά τη φάση της ανάρρωσης.

Η διάγνωση ανιωτερικής ηπατίτιδας είναι δύσκολη και απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας. Μερικές φορές βασίζεται μόνο στην αύξηση της τρανσαμινάσης αν και μπορεί να εμφανισθεί ελαφριά αύξηση της συνεζευγμένης χολερυθρίνης του ορού.

Ο ίκτερος είναι συνήθως ορατός στον σκληρό χιτώνα του οφθαλμού ή στο δέρμα, όταν οι τιμές της χολερυθρίνης του ορού υπερβαίνουν τα 2,5mg ανά 100ml. Όταν εμφανισθεί ο ίκτερος, η χολερυθρίνη του ορού ανέρχεται τυπικά σε επίπεδα που κυμαίνονται μεταξύ 5 και 20mg ανά 100ml.

Η χολερυθρίνη του ορού μπορεί να ανεβαίνει συνεχώς, παρά

την πτώση των επιπέδων της τρανσαμινάσης του ορού. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ολική χολερυθρίνη είναι εξίσου κατανεμιμένη μεταξύ των κλασμάτων της συνευζευγμένης και της μη συνευζευγμένης.

Η απόλυτη στάθμη των επιπέδων της χολερυθρίνης του ορού φαίνεται να έχει προγνωστική σημασία. Έτσι επίπεδα άνω των 20 mg ανά 100 ml που εκτείνονται και διατηρούνται μέχρι τα τέλη της πορείας της ιογενούς ηπατίτιδας μπορεί να προκαλούν ένδειξη για βαρύτερη νόσο. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις με υποκείμενη αιμολυτική αναιμία, όπως ανεπάρκεια της δεϋδρογενάσης της 6-φωσφορικής γλυκόζης και δρεπανοκυτταρική αναιμία που παρουσιάζουν αύξηση της χολερυθρίνης του ορού η οποία οφείλεται σε παρεμπόδιση αιμόλυση. Στους ασθενείς αυτούς έχουν παρατηρηθεί επίπεδα χολερυθρίνης μεταξύ 30 και 100mg ανά 100ml. Τα ποσοστά αυτά δεν αποτελούν ένδειξη για χειρότερη πρόγνωση.

Σπουδαία σημασία έχει η μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης (PT) σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα. Η αύξησή του μπορεί να σημαίνει εκτεταμένη νέκρωση ηπατοκυττάρων και να υποδηλώνει χειρότερη πρόγνωση. Ο προσδιορισμός του σακχάρου του αίματος είναι χρήσιμος σε ασθενείς με συμπτώματα υπογλυκαιμίας.

Η παρουσία του HB_sAg στην κυκλοφορία είναι η μόνη άμεση δοκιμασία για τη διάκριση της Α και Β ηπατίτιδας. Η συνεχής μέτρηση του HB_sAg κατά την πορεία της ηπατίτιδας Β, έχει δείξει ότι η εμφάνισή του μπορεί να παραμείνει ανιχνεύσιμη σ' όλη την ικτερική και βιοχημική φάση της οξείας ηπατίτιδας Β. Μερικές φορές όμως βρίσκεται σε χαμηλά ή μη ανιχνεύσιμα επίπεδα όταν ο ασθενής εξετάζεται για πρώτη φορά ή βρίσκεται στις 4-5 βδομάδες μετά την έναρξη του ικτέρου.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μερικές ιογενείς νόσοι όπως λοιμώδης μονοπυρήνωση, νόσοι οφειλόμενες σε κυταρομεγαλοϊό, απλό έρπητα και ιό του Coxsackie και τοξοπλάσμωση μπορεί να έχουν κοινά κλινικά χαρακτηριστικά με την ιογενή ηπατίτιδα και προκαλούν άνοδο της τρανσαμινάσης του ορού, και λιγότερο συχνά άνοδο του επιπέδου της χολερυθρίνης του ορού.

Ορολογικές δοκιμασίες, όπως το διαφορετικό ετερόφιλο, το αντίσωμα του ιού Epstein - Barr και οι δοκιμασίες δεσμεύσεως του συμπληρώματος για τους παράγοντες αυτούς μπορεί να χρησιμεύουν για την διαφορική διάγνωση, όταν ο προσδιορισμός του HB_sAg είναι αρνητικός. Πλήρες φαρμακευτικό ιστορικό του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο. Πολλά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν εικόνα οξείας ηπατίτιδας ή χολοστάσεως. Μπορεί να έχει στο ιστορικό του ανεξήγητα επανελημμένα επεισόδια οξείας ηπατίτιδας. Αυτό θα πρέπει να καταστήσει τον ιατρό προσεκτικό για την πιθανότητα ότι η νόσος είναι χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

Η αλκοολική ηπατίτιδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Συνήθως οι τρανσαμινάσες του ορού δεν εμφανίζουν σημαντική άνοδο, μπορεί να υπάρχουν άλλα στίγματα αλκοολισμού. Το εύρημα της λιπώδους διηθήσεως, ουδετεροφιλικής φλεγμονώδους αντιδράσεως και "αλκοολικής αλίνης", κατά την ηπατική βιοψία θα μπορούσε να οφείλεται σε βλάβη που συμβαδίζει με τον αλκοολισμό και όχι με ιογενή ηπατική βλάβη. Συμπτώματα όπως, πόνος στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς, ναυτία και έμετο, πυρετό και ίκτερο, μπορεί να συγχέονται με οξεία χολοκυστίτιδα, λίθο του κοινού ηπατικού πόρου, ή με ανιούσα χολοαγγειίτιδα. Επειδή όμως οι ασθενείς με οξεία ιογενής ηπατίτιδα ανέχονται δύσκολα την εγχείρηση, θα πρέπει να αποκλεισθεί αυτή

η διάγνωση. Η διαδερματική βιοψία ήπατος μπορεί να χρειαστεί πριν καταλήξουν στην απόφαση της εγχείρησης. Σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας η ιογενής ηπατίτιδα διαγιγνώσκεται συχνά λανθασμένα σαν αποφρακτικός ίκτερος εξ' αιτίας λίθου του κοινού ηπατικού πόρου ή καρκινώματος του παγκρέατος.

Επειδή η οξεία ηπατίτιδα σ' αυτούς τους αρρώστους μπορεί να είναι πολύ βαριά, και η εγχειρητική θνησιμότητα υψηλή, μια σε βάθος εκτίμηση συμπεριλαμβανομένων εργαστηριακών δοκιμασιών μπορεί να είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό πρωτογενούς νόσου του ηπατικού παρεγχύματος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Κατά την αρχική φάση της οξείας ηπατίτιδας παρουσιάζονται συμπτώματα "ορονοσιοειδούς" συνδρόμου. Αυτό χαρακτηρίζεται από αρθραλγίες ή αρθρίτιδα, εξάνθημα, αγγειακό οίδημα και σπάνια αιματουρία και πρωτεϊνουρία. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται πριν του κλινικού ίκτερου γι' αυτό και πολλές φορές γίνεται εσφαλμένη διάγνωση ρευματοειδούς αρθρίτιδας ή άλλων αγγειακών νόσων του κολλαγόνου όπως ερυθματώδης λύκος. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται σε ποσοστό 5-10% των ασθενών με ηπατίτιδα Β. Η διάγνωση μπορεί όμως να εξακριβωθεί με μέτρηση της SCOT που είναι σχεδόν πάντα αυξημένη και του HB_sAg του ορού.

Οι πιο σημαντικές επιπλοκές της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι:

α) κεραυνοβόλος ηπατίτιδα, β) χρόνια επιμένουσα, γ) χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

I. ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα εμφανίζεται μετά κυρίως από ηπατίτιδα Β, και είναι η πιο επίφοβη επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας.

Οι ασθενείς εμφανίζουν συνήθως σημεία εγκεφαλοπαθειας και μπορεί να πέσουν σε βαθύ κώμα. Το ήπαρ είναι μικρό και ο χρόνος προθρομβίνης αρκετά παρατεταμένος. Ο συνδυασμός ήπατος που εμφανίζει ταχεία συρίκνωση, ταχεία άνοδο του επιπέδου της χολερυθρίνης και σημαντική παράταση του χρόνου προθρομβίνης καθώς και κλινικά συμπτώματα συγχύσεως, αποπροσανατολισμού, υπνηλίας, ασκίτη και οιδήματος δείχνουν ότι ο ασθενής έχει ηπατική ανεπάρκεια με εγκεφαλοπάθεια. Όταν υπάρχουν ενδείξεις συμπίεσεως του εγκεφαλικού στελέχους και γαστρεντερική αιμορραγία, σήψη, αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακή κατέρρευση, και νεφρική ανεπάρκεια, τότε μπορούμε να πούμε ότι ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο. Η θνησιμότητα είναι πολύ υψηλή. Ποσοστό άνω των 80% των ασθενών που πέφτουν σε βαθύ κώμα. Όσοι όμως από τους ασθενείς επιζούν μπορεί να εμφανίσουν πλήρη ιστολογική και βιοχημική ανάρρωση.

II. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο όρος χρόνια ηπατίτιδα χρησιμοποιείται υποδηλώνοντας την χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση του ήπατος που συνεχίζεται χωρίς βελτίωση για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Η χρόνια ηπατίτιδα διακρίνεται:

α) την χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα, και β) την χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

A. Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα

Η μορφή αυτή της ηπατίτιδας αντιπροσωπεύει μια βασικά καλοήγη νόσο με καλή πρόγνωση. Χαρακτηρίζεται από την διφύση των πυλαίων διαστημάτων και τη φλεγμονώδη διήθηση τους από μονοπύρηνά

Κλινική εικόνα: Ο ασθενής παρουσιάζεται από ανορεξία, δυσπεψία, δυσφορία, εύκολη κόπωση, άλγος στο δεξιό υποχόνδριο και νωθρότητα. Κατά την σωματική εξέταση υπάρχει μια ελαφρά διόγκωση του ήπατος όχι όμως σε όλες τις περιπτώσεις. Εργαστηριακά η τιμή της χολερυθρίνης και των τρανσαμινασών παραμένουν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή και σπάνια μεταπίπτει σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Ειδική θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου δεν απαιτείται. Η αποφυγή κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων καθώς και η καθυσύχασση του ασθενή βοηθούν στην καλύτερη έκβαση της νόσου.

B. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη ηπατική νέκρωση, ενεργό φλεγμονή και προϊούσα ίνωση, που μπορεί να οδηγήσει ή να συνοδεύεται από κίρρωση. Παρ' όλο που τα σημεία και τα συμπτώματα της χρόνιας νόσου του ήπατος είναι τυπικά, οι εκδηλώσεις της συστηματικής βλάβης είναι συνιθισμένες και τα εξωηπατικά χαρακτηριστικά και οι ορονοσολογικές ανωμαλίες μπορεί να κυριαρχούν πάνω στην κλινική εικόνα.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Την χρόνια ενεργό ηπατίτιδα πρέπει να την υποψιασθούμε από το κλινικό ιστορικό και τα φυσικά ευρήματα. Η βιοψία του ήπατος είναι απαραίτητη για την εξακρίβωση της διάγνωσης. Τα κύρια ιστολογικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στο ήπαρ περιλαμβάνουν:

1. Πυκνή διήθηση από μεγάλα μονοπύρρηνα και πλασματοκύτταρα, στις πυλαίες ζώνες που επαυξάνει σε μεγάλο βαθμό τις περιοχές αυτές με επέκταση της φλεγμονώδους διήθησης μέσα στο ηπατικό λοβίο.

2. Καταστροφή των ηπατοκυττάρων στην περιφέρεια του ηπατικού λοβίου με διάβρωση της περιμετρικής πλάκας.
3. Διαφράγματα από συνδετικό ιστό που εκτείνονται από τις πυλαίες ζώνες μέσα στο λοβίο, απομ νόνωντας τα πράγματικά κυτταρα σε σωρούς και περιβάλλοντας τους χοληφόρους πόρους.
4. Ένδειξη ηπατικής αναγέννησης με σχηματισμό "ροζετών" παχυνσθ- πλακών των ηπατοκυττάρων των αναγεννητικών "ψευδολοβίων".

Κατά την αρχική πορεία της νόσου σε μερικούς ασθενείς μπορεί να παρατηρηθεί η "γεφυρωτική βλάβη" της υποξείας ηπατικής νέκρωσης. Η επίμονη όμως της βλάβης αποτελεί ένδειξη για την παρουσία βαριάς νόσου. Σε πολλές περιπτώσεις η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα προχωράει ή μπορεί να συνοδεύεται από την εμφάνιση κίρρωσης. Κατά την βιοψία ηπατος η παρουσία κίρρωσης μπορεί να καταδειχθεί σε ποσοστό 30-50% των ασθενών.

Στη συνέχεια σειρά βιοψιών αποκαλύπτει πολλές φορές πρόοδο της ίνωσης σε κίρρωση, κατά δε την αυτοψία μπορεί να βρεθεί μετανεκρωτική κίρρωση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Η λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας Β (πιο σημαντικός και συνηθέστατος παράγοντας). Περίπου το 1/3 από τους ασθενείς, η χρόνια ηπατίτιδας αρχίζει απότομα μετά από νόσο από οξεία ιογενή ηπατίτιδα, κυρίως ηπατίτιδα Β. Η επίμονη παραμονή του επιφανειακού αντιγόνου της ηπατίτιδας Β (HB_sAg) στον ορό, παρατηρείται σε ποσοστό 20-30% των ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.
2. Η λοίμωξη από κυτομεγαλοϊό, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, που διατηρούνται σε ανοσολογική καταστολή έχει μεγάλη σημασία.
3. Ορισμένα φάρμακα συμμετέχουν στην παθογένεια. Τυπικά χαρακτηριστικά:

έχουν διαπιστωθεί σε ασθενείς σε συνδυασμό με τη λήψη καθαρικών παρασκευασμάτων που περιέχουν οξυφαινισατίνη. Η άλφα μεθυλδοπα, και η ισονιαζίδη έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες σε μερικούς ασθενείς.

ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πολλές ενδείξεις υπάρχουν ότι στην προϊούσα καταστροφή των παρεγχυματικών κυττάρων σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα ενέχεται η αλληλεπίδραση με το ανοσολογικό σύστημα, που μπορεί να ρυθμίζεται ή να ελέγχεται από γενετικούς παράγοντες. Ενδείξεις που υποστηρίζουν την άποψη αυτή είναι:

1. Οι ιστοπαθολογικές βλάβες στο ήπαρ αποτελούνται κυρίως από μικρά λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα σε συνδυασμό με προϊούσα καταστροφή ηπατοκυττάρων και αντικατάστασή τους από ινώδη ιστό.

2. Διάφορα κυκλοφορούμενα αυτοαντισώματα εντοπίζονται συχνά, όπως αντισώματα έναντι λείων μυϊκών ινών, μιτοχονδριακά και αντιθυροειδικά αντισώματα.

3. Η επιμονή του HB_sAg στον όρο μετά από κρίση οξείας ηπατίτιδας Β.

4. Άλλες αυτοάνοσοι νόσοι, όπως θυροειδίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, Coombs-θετική αιμολυτική αναιμία, υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα.

Χημικά ανοσολογικοί μηχανισμοί μπορεί να είναι υπεύθυνοι για τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Έτσι εξωηπατικά χαρακτηριστικά όπως αρθραλγίες, αρθρίτιδα, εξάνθημα και σπειραματονεφρίτιδα φαίνεται ότι προκαλούνται από τη μεσολάβηση κυκλοφορουμένων άνοσων συμπλεγμάτων.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το κλινικό φάσμα της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας εκτείνεται από ασυμπτωματική νόσο στο ένα άκρο μέχρι θανατηφόρα ηπατική ανεπάρκεια στο άλλο. Προσβάλλει όλες τις ομάδες ηλικιών αλλά είναι συχνότερη σε νέες γυναίκες και εφήβους.

Στα 2/3 περίπου από τους ασθενείς η νόσος έχει ύπουλη έναρξη για περίοδο αρκετών βδομάδων μέχρι και μηνών. Σε μερικά άτομα η νόσος αποκαλύπτεται τυχαία η δε διάρκειά της είναι αβέβαιη. Στους υπόλοιπους παρατηρείται απότομη έναρξη που μοιάζει με οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Τα χαρακτηριστικά της χρόνιας ενεργός ηπατίτιδας εμφανίζονται μετά από 12 - 24 μήνες. Η κόπωση αποτελεί κοινό σύμπτωμα. Ο επίμονος ή υποτροπιάζων ίκτερος παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 80% των περιπτώσεων.

Συμπτώματα κακουχίας, ανορεξίας και χαμηλού πυρετού που αποτελούν ένδειξη για την παρουσία οξείας ηπατίτιδας είναι συνηθισμένα σ' όλη την πορεία της νόσου.

Σε ορισμένους ασθενείς οι επιπλοκές της κίρρωσης μπορεί να είναι τα πρώτα χαρακτηριστικά που θα οδηγήσουν στο γιατρό. Σ' άλλους όμως τα εξωηπατικά χαρακτηριστικά κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, ενώ για ηπατική νόσο δεν υπάρχει καμιά υποψία. Εξωηπατικά χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν: αμηνόρροια, αιματηρή διάρροια (από σύγχρονη ελκώδη κολίτιδα), κοιλιακό πόνο, αρθραλγία ή αρθρίτιδα, βλατιδώδη ή κηλιδώδη εξανθήματα, ακμή, οξείες ερυθρήματα, πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, αναιμία, αζωθαιμία και σύνδρομο ξήρανσης (κερατοεπιπεφυκίτιδα και ξηροστομία).

Τα εξωηπατικά αυτά χαρακτηριστικά είναι συχνότερα στην γυναίκα σε σύγκριση με τον άνδρα και σε HB_sAg - αρνητικούς σε σύγκριση με HB_sAg - θετικούς ασθενείς.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία της νόσου είναι ποικίλη. Μπορεί να υποχωρήσει σε κλινικά αδρανή φάση, αν και η ηπατοκυτταρική νέκρωση που συνεχίζεται ή η εξέλιξή της σε κίρρωση μπορεί να εμφανισθεί.

Η ιστολογική βλάβη μπορεί να αναστραφεί εντελώς μόνη της πριν την εμφάνιση της κίρρωσης σε μερικούς HB_sAg-θετικούς ασθενείς μετά την αυτόματη κάθαρση της αντιγοναιμίας τους. Σε μερικούς ασθενείς μπορεί να παρατηρηθούν κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά πρωτογενούς κίρρωσης των χοληφόρων. Αν η νόσος παραμείνει χωρίς θεραπευτική αγωγή το ποσοστό θνησιμότητας είναι υψηλό γύρω στο 50-75%, μέσα στα πρώτα λίγα χρόνια της νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένα χρόνια ενεργό ηπατίτιδα με κίρρωση και σ' εκείνους με υποξεία πολυλυβιανή ηπατική νέκρωση, οπότε ο θάνατος επέρχεται σαν αποτέλεσμα ηπατικής ανεπάρκειας με ηπατικό κώμα.

Θάνατος που επέρχεται αργότερα οφείλεται στην επιπλοκή της κίρρωσης - αιμορραγίας από κίρσους ή παρεμπύπτουσα λοίμωξη. Το ηπάτωμα είναι ασυνήθιστη αλλά αναγνωρισμένη επιπλοκή.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Μερικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικές τιμές χολερυθρίνης, αλκαλικής φωσφατάσης και σφαιρίνης του ορού, με μικρή μόνο άνοδο της τρανσαμινάσης ή θετικότητα για το HB_sAg, έχουν όμως βιοψία που αποδεικνύει την παρουσία βαριάς χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας. Σε τυπικές περιπτώσεις η χολερυθρίνη του ορού εμφανίζει μέτρια άνοδο 3-10mg ανά 100ml.

Το επιφανειακό αντιγόνο Β (HB_sAg) μπορεί να βρεθεί σε ποσοστό 20-30%. Η υπεργαμμασφαιριναιμία (2,5mg ανά 100ml) είναι συνηθισμένη ιδιαίτερα σε ασθενείς με εκτεταμένη διήθηση του ήπατος

με πλασματοκύτταρα.

Ελαφρή υπολευκωματιναιμία εμφανίζεται σε ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση. Τα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης μπορεί να είναι μέτρια, αυξημένα ή φυσιολογικά. Ο χρόνος προθρομβίνης είναι συχνά αυξημένος προς το τέλος της πορείας ή κατά τη διάρκεια των ενεργών φάσεων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αρχικά η πορεία της χρόνιας ενεργός ηπατίτιδας μπορεί να μοιάζει με τυπική οξεία λογενή ηπατίτιδα. Η επιμονή όμως των συμπτωμάτων μαζί με τις βιοχημικές ανωμαλίες, όπως τα αυξημένα επίπεδα τρανσαμινάσης και χολερυθρίνης του ορού στους επόμενους μήνες δείχνουν ότι υπάρχει χρόνια ηπατική νόσο. Η κύρια ιστολογική οντότητα που συγχέεται συχνά με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα είναι η χρόνια επίμονη ηπατίτιδα.

Διακριτικά χαρακτηριστικά χρόνια ενεργούς και χρόνιας επίμονης ηπατίτιδας.

| Χαρακτηριστικά | Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα | Χρόνια επίμονη ηπατίτιδα |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Κλινικά: | | |
| Έναρξη έως οξείας λογενής ηπατίτιδας | 30% | 70% |
| Υπότροπιάζοντα οξέα επεισόδια | Συνήθη | Ασυνήθη |
| Εξωηπατική βλάβη (π.χ. αρθραλγίες, πλευρίτιδα, κολίτιδα) | Συνήθη | Σπάνια |
| Πρόγνωση | Πενιχρή | Καλή |
| Ιστολογία ήπατος | | |

| Χαρακτηριστικά | Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα | Χρόνια επίμονη ηπατίτιδα |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Τμηματική νέκρωση | Χαρακτηριστική | Ασταθής |
| Σημείο φλεγμονής | Πυλαίο, εκτεινόμενο στο λοβίο | Πυλαίο |
| Αρχιτεκτονική των λοβίων | Διαταράσσεται | Διατηρείται |
| Ίνωση | Συνήθης | Ελαφρή |
| Εξέλιξη σε κίρρωση | Συνήθης | Σπάνια |

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα στην χρόνια επίμονη ηπατίτιδα η έναρξη της νόσου μοιάζει σε αρκετές περιπτώσεις με οξεία ηπατίτιδα. Η οριστική διάγνωση μπορεί να εξακριβωθεί με βιοψία ήπατος, γιατί διαφοροποίηση μεταξύ χρόνιας ενεργούς και επίμονης ηπατίτιδας δεν μπορεί να γίνει με βάση μόνο τα κλινικά και βιοχημικά κριτήρια.

Η παρουσία εξηπατικών εκδηλώσεων στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα όπως, πλευρίτιδα αρθρίτιδα - αρθραλγίες μπορεί να προκαλέσει σύγχυση με νόσους του συνδετικού ιστού, όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

Κατά την εφηβεία η νόσος του Wilson μπορεί να εμφανίσει χαρακτηριστικά χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας ώσπου να γίνουν εμφανείς οι νευρολογικές εκδηλώσεις. Ο προσδιορισμός της σερουπλασμίνης του ορού, του χαλκού του ορού, και των ούρων και η μέτρηση των επιπέδων του χαλκού στο ήπαρ θα δώσει τη διάγνωση.

Μερικοί ασθενείς κατά το τέλος της πορείας της νόσου, μπορεί να εμφανίσουν μετανεκρωτική κίρρωση χωρίς ένδειξη ενεργούς ηπατίτιδας. Η βλάβη αυτή ονομάζεται κρυπτογενής κίρρωση, μπορεί επίσης να αντιπροσωπεύει το τελικό στάδιο άλλων καταστροφικών

ηπατικών νόσων (π.χ. πρωτογενούς κίρρωσης των χοληφόρων). Η πρωτογενής κίρρωση των χοληφόρων μπορεί να έχει ιστολογικές ομοιότητες με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα κυρίως στις αρχές της νόσου. Η επικράτηση του κνησμού και η έντονη αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και χοληστερόλης του ορού, η παρουσία υψηλών τίτλων αντιμιτοχονδριακών αντισωμάτων και η μορφή της ιστολογικής εξέλιξης επιτρέπει τη διαφοροποίηση από τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η παραμονή στο Νοσοκομείο μπορεί να χρειασθεί για τον προσδιορισμό της βαρύτητας και της εκτάσεως της νόσου, την εξακρίβωση εξωηπατικής βλάβης, και την επιβεβαίωση της διάγνωσης με διαδερματική βιοψία του ήπατος.

Περιορισμός της δραστηριότητας κατά τη διάρκεια των ενεργών φάσεων. Μετά την ύφεση δεν χρειάζεται παρατεταμένη κατάκλιση.

Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στη βαριά χρόνια ενεργό ηπατίτιδα με κίρρωση ή υποξεία πολυλοβιανή ηπατική νέκρωση και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην παράταση της επιβίωσης κατά τα πρώτα χρόνια της νόσου όπου το ποσοστό θνησιμότητας είναι υψηλό.

Η θεραπεία με πρεδνιζόνη ή πρεδνιζολόνη αρχίζει με δόση 40 - 60mg την ημέρα. Η δοσολογία μειώνεται σταδιακά σε διάστημα 2-3 μηνών σε ποσοστό 15-20mg την ημέρα. Κατά την χρησιμοποίηση κορτικοστεροειδών η βελτίωσή της κόπωσης και της ανορεξίας είναι αισθητή μέσα σε λίγες μέρες ή αρκετές εβδομάδες. Η βιοχημική βελτίωση αναμένεται μετά από αρκετές εβδομάδες ή και μήνες με πτώση των επιπέδων της χολερυθρίνης του ορού και άνοδο της λευκωματίνης του ορού.

Η μείωση των κατασταλτικών δόσεων κορτικοστεροειδών πρέπει

να γίνεται με επιφύλαξη ιδιαίτερα σε χαμηλότερα επίπεδα πρεδνιζόνης γιατί ακόμα και μικρές μειώσεις της θεραπείας μπορεί να συσχετισθούν με κλινική επιδείνωση.

Κατά τη θεραπεία χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας σε ηλικιωμένα άτομα και σε ασθενείς που εμφανίζουν μεγάλες παρενέργειες από κορτικοστεροειδή έχουν χρησιμοποιηθεί άλλες θεραπείες.

Αρχική δόση πρεδνιζόνης 10-20mg σε συνδυασμό με 70-75mg αζαθειοπρίνης. Με τη θεραπεία αυτή απογεύγονται οι δυσμενείς επιδράσεις της υψηλής δοσολογίας των κορτικοστεροειδών.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Κατά την ηπατίτιδα Α οι θανατηφόρες περιπτώσεις είναι ασυνήθιστες. Ποσοστό 0,1-0,2% μπορεί να φθάσει στον θάνατο.

αν και η κλινική ανάρωση μπορεί να χρειασθεί ένα μήνα ή και περισσότερο δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα περίπτωση μετάπτωσης της σε χρόνια ηπατίτιδα. Γενικά όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα Α, που προηγουμένα ήταν υγιείς, αναρρώνουν χωρίς επακόλουθα.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα Β που προηγουμένα ήταν υγιείς αναρρώνουν εντελώς χωρίς κλινικά επακόλουθα. Υπάρχουν όμως μερικά κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά που αποτελούν ένδειξη για πιο περίπλοκη και παρατεταμένη πορεία της νόσου.

Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας και με σοβαρές υποκείμενες ιατρικές νόσους, όπως συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, βαριά αναιμία, σακχαρώδη διαβήτη και κακοήθεια, έχουν παρατεταμένη πορεία και το πιθανότερο είναι να εμφανίσουν υποξεία ηπατική νέκρωση.

Εργαστηριακά γνωρίσματα όπως ασκίτης, περιφερικό οίδημα, συμπτώματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, αποτελούν ένδειξη για δυσμενή πρόγνωση. Πρόσθετα γνωρίσματα όπως αύξηση του χρόνου προθρομβίνης, ελάττωση της λευκωματίνης του ορού, υπογλυκαιμία, και τιμές χολερυθρίνης του ορού άνω των 20mg ανά 100ml αποτελούν ένδειξη για βαριά ηπατοκυτταρική νόσο. Το ποσοστό θνησιμότητας της ηπατίτιδας Β είναι περίπου 1-2% το οποίο αυξάνεται σημαντικά από τις ηλικίες, και τις εξανθητικές νόσους.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η άνοσος γ-σφαιρίνη του ορού είναι σε ποσοστό 80-90% αποτελεσματική για την πρόληψη της ηπατίτιδας Α, αν χορηγηθεί 1-2 εβδομάδες από την έκθεση στην μόλυνση.

Η άνοσος γ-σφαιρίνη είναι δυνατόν να εμποδίσει την εμφάνιση της λοίμωξης ή να την εξασθενήσει ώστε να εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα. Συνίσταται στα μέλη της οικογένειας του ασθενή, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα, και στις έγκυες γυναίκες. Σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί σε σχολεία ή ιδρύματα όταν υπάρχει ένδειξη επιδημικής έξαρσης.

Η άνοσος γ-σφαιρίνη δεν είναι εξακριβωμένη για την προστασία της από ηπατίτιδα Β. Τα τελευταία όμως χρόνια εισηχθή προφυλακτικό εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β. Το εμβόλιο αυτό περιέχει το αντιγόνο HB_sAg το οποίο δεν έχει λοιμογόνο ισχύ και παράγει αντισώματα. Η αποτελεσματικότητά του είναι σημαντική και δεν προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Ειδική θεραπεία της τυπικής οξείας ιογενούς ηπατίτιδας δεν υπάρχει. Η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να χρειαστεί για την σωστή διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν όμως και μερικές περιπτώσεις ασθενών που είναι αναγκαίο να εισαχθούν στο νοσοκομείο και είναι οι παρακάτω:

- α) Ασθενείς που παρουσιάζουν ταυτόχρονα με την ηπατίτιδα και κάποια άλλη νόσο.
- β) Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, επειδή η πρόγνωση είναι βαρύτερη.
- γ) Ασθενείς που παρουσιάζουν ίκτερο που παρατείνεται για διάστημα μεγαλύτερο των 14 ημερών.
- δ) Σε περιπτώσεις ηπατίτιδας κατά την κύηση.
- ε) Σε ασθενείς με τιμή χολερυθρίνης άνω των 20mg ανά 100ml ή παρατεταμένο χρόνο προθρομβίνης.

Η αναγκαστική και παρατεταμένη κατάκλιση δεν είναι απαραίτητη για την πλήρη ανάρρωση, συνιστάται όμως κατά την ικτερική φάση, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται καλύτερα με τον περιορισμό της δραστηριότητας. Διαιτολόγιο πλούσιο σε θερμίδες είναι επιθυμητό. Όταν όμως οι ασθενείς αισθάνονται τάση για έμετο και ναυτία είναι προτιμώτερο η κύρια λήψη των θερμίδων να γίνεται το πρωί.

Η ενδοφλέβια διατροφή απαιτείται κατά το οξύ στάδιο αν ο ασθενής εμφανίζει επίμονο εμετό και δεν μπορεί να συνεχίσει τη λήψη της τροφής από το στόμα. Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν βλαπτικές αντιδράσεις, όπως η χολόσταση, και εκείνα που μεταβολίζονται στο ήπαρ, πρέπει να αποφεύγονται. Αν εμφανιστεί έν-

τονος κνησμός η χρήση ρητίνης που προσλαμβάνει τα χολικά άλατα όπως χολεστουραμίνη ανακουφίζουν τον ασθενή.

Η θεραπεία με κορτικοειδή δεν έχει αξία στην ανεπίπλοκη τυπική οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Πολλοί πιστεύουν ότι ούτε επιβραδύνουν τον ρυθμό νέκρωσης των ηπατικών κυττάρων, ούτε βοηθούν στην αναγέννησή τους, ενώ αντίθετα παρεμποδίζουν την ανάπτυξη της ανοσίας.

Οι ασθενείς μπορούν να βγούν από το νοσοκομείο όταν υπάρχει σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, σημαντική κάθοδο στις τιμές της τρανσαμινάσης και της χολερυθρίνης του ορού, και όταν ο χρόνος προδρομβίνης έχει φθάσει σε φυσιολογικά επίπεδα. Μικρή αύξηση της SCOT δεν θεωρείται αντένδειξη για τη σταδιακή ανάληψη της φυσιολογικής δραστηριότητας.

Σε ασθενείς με βαρεία κλινική ηπατίτιδα ή υποξεία ηπατική νέκρωση συχνά έχουν χρησιμοποιηθεί κορτικοστεροειδή. Παρ' όλα αυτά η αποτελεσματικότητα κατά τη χρήση των στεροειδών δεν έχει εξακριβωθεί. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί η χρήση στεροειδών να είναι επικίνδυνη.

Στην κεραυνοβόλα ηπατίτιδα στόχος της θεραπείας είναι να ενισχυθεί ο ασθενής με τη διατήρηση της ισορροπίας των υγρών του σώματος και της αεροφόρας οδού, ενίσχυση της κυκλοφορίας, έλεγχος της αιμορραγίας, διόρθωση της υπογλυκαιμίας και των άλλων επιπλοκών της κωματώδους κατάστασης με την ελπίδα να επέλθει αναγέννηση και ανόρθωση του ήπατος. Η λήψη πρωτεΐνης πρέπει να περιορίζεται και να χορηγείται νεομυκίνη από το στόμα.

Παρ' όλο που έχουν χορηγηθεί πολλές δόσεις κορτικοστεροειδών, η αξία τους δεν έχει εξακριβωθεί κατά τον ίδιο τρόπο και η διήθηση αίματος μέσα από ήπαρ χοίρου και η αιματοδιαπότιση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Τοξική και φαρμακογενής ηπατίτιδα είναι η ηπατική βλάβη που προέρχεται από την εισπνοή, τη λήψη ή την παρεντερική χορήγηση διαφόρων χημικών παραγόντων. Σ' αυτά περιλαμβάνονται βιοχημικές τοξίνες (π.χ. τετραχλωριούχος άνθρακας, τριχλωροαιθυλένιο, κίτρινος φώσφορος), τα τοξικά κυκλικά πεπτίδια ορισμένων ειδών *Amanita* και *Galerina* (δηλητηρίαση απόμανιτάρια), και συχνότερα φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στην ιατρική για θεραπευτικούς σκοπούς. Σημαντικό είναι να ερωτάται κάθε ασθενής που εμφανίζει ίκτερο ή ελαττωματική λειτουργία ήπατος, προσεκτικά για την εκθεσή του σε χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη δουλειά ή στο σπίτι του και για φάρμακα που παίρνονται με συνταγή ή αγοράζονται χωρίς συνταγή.

Έχουν αναγνωρισθεί δύο τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας.

1. Άμεση τοξική
2. Ιδιοσυγκρασιακή

Τοξική είναι η ηπατίτιδα που εμφανίζεται σε άτομα που εκτίθενται στο βλαπτικό παράγοντα και που εξαρτάται από τη δόση της τοξικής ουσίας.

Παράγοντες που προκαλούν τοξική ηπατίτιδα είναι γενικά:

- α) Συστηματικά δηλητήρια
- β) Ουσίες που μετατρέπονται στο ήπαρ σε τοξικούς μεταβολίτες

Οι άμεσες ηπατοτοξίνες προκαλούν μορφολογικά αλλοιώσεις που είναι χαρακτηριστικές και μπορούν να αναπαραχθούν για την κάθε

τοξίνη. Μερικά παραδείγματα είναι ο τετραχλωριούχος άνθρακας και το τριχλωροαιθυλένιο που προκαλούν χαρακτηριστικά κεντρολοβιανή νέκρωση κατά ζώνες, ενώ η δηλητηρίαση από κίτρινο φώσφορο προκαλεί περιπυλαία βλάβη. Οι τοξίνες του *Amanita phalloides* προκαλεί συνήθως μαζική ηπατική νέκρωση. Η τετρακυκλίνη όταν χορηγείται σε ενδοφλέβιες δόσεις πάνω από 1,5mg την ημέρα, οδηγεί σε λιπώδες ήπαρ. Συνήθως η ηπατική βλάβη σ' αυτές τις περιπτώσεις αποτελεί τη μια όψη της τοξικότητας και μπορεί να περάσει απαρατήρητη μέχρι να εμφανισθεί ο ίκτερος.

— **Ιδιοσυγκρασιακή:** Η εμφάνιση της ηπατίτιδας στις ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις είναι συνήθως σπάνια και απρόβλεπτη. Η αντίδραση δεν εξαρτάται από τη δόση και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την έκθεση του ασθενή με το φάρμακο ή και μετά από μικρό χρονικό διάστημα απ' αυτή.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται στη μοναδική ευπάθεια του ξενιστή σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να προκαλούνται με ανοσολογικό μηχανισμό. Έχει ακόμα διατυπωθεί ότι στην φαρμακευτική ηπατίτιδα διαδραματίζουν κάποιο ρόλο οι λεμφοκυτταρικοί μηχανισμοί. Αυτά όμως είναι μόνο υποθέσεις γιατί δεν έχει αποδειχθεί ακόμα τίποτα.

Εξωηπατικές πάντως εκδηλώσεις υπερευαισθησίας είναι συνηθισμένες σε ορισμένες φαρμακευτικές αντιδράσεις και περιλαμβάνουν αρθραλγίες, εξανθήματα, πυρετό, λευκοκυττάρωση και ηωσινοφιλία.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις οδηγούν σε μορφολογικές αλλοιώσεις που εμφανίζουν μεγαλύτερη ποικιλία από τις αλλοιώσεις που προκαλούν οι τοξίνες με άμεση δράση. Ένας και μόνο παράγον-

τας μπορεί πολλές φορές να προκαλέσει ποικιλία βλαβών, αν και ορισμένες βλάβες έχουν την τάση να επικρατούν. Ανάλογα με τον παράγοντα που επιδρά, η ιδιοσυγκρασιακή ηπατίτιδα μπορεί να προκαλέσει κλινική και μορφολογική εικόνα, που να μην διακρίνεται από την ιογενή ηπατίτιδα ή να μοιάζει κλινικά με εξωηπατική απόφραξη του χοληδόχου πόρου με μορφολογικές ενδείξεις χολοστάσεως και ελάχιστη ηπατοκυτταρική βλάβη.

Όλες οι δυσμενείς ηπατικές φαρμακευτικές αντιδράσεις δεν μπορούν να ταξινομηθούν μέσα στα πλαίσια του τοξικού ή ιδιοσυγκρασιακού τύπου. Για π.χ. τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα και συνδυάζουν οιστρογόνα και προγεστερονοειδές ενώσεις, προκαλούν πάντοτε βλάβη της ηπατικής λειτουργίας και μερικές φορές ίκτερο. Παρ' όλα αυτά δεν προκαλούν όμως νέκρωση ή λιπώδη διήθηση (στα κατώτερα είδη).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η φαρμακευτική ηπατίτιδα εμφανίζει την ίδια εικόνα και τα ίδια εργαστηριακά ευρήματα μιας κοινής ηπατίτιδας που οφείλεται σε ιό. Δυστυχώς δεν υπάρχει κανένα διαγνωστικό στοιχείο ούτε και η βιοψία του ήπατος μπορούν να λύσουν το πρόβλημα, γιατί αρκετά φάρμακα προξενούν ιστολογικές αλλοιώσεις ίδιες με της ηπατίτιδας από ιό. Το μόνο που μπορεί να βοηθήσει είναι το αναμνηστικό του αρρώστου. Και αυτό όμως δεν είναι σίγουρο γιατί πρόσφατη λήψη φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει ηπατική βλάβη που δεν οφείλεται στην λήψη του φαρμάκου αλλά σε ηπατίτιδα από ιό. Μερικά άλλα στοιχεία που μπορούν να μας οδηγήσουν στη διάγνωση της φαρμακευτικής ηπατίτιδας είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις ή τα συμπτώματα νε-

φρικής ανεπάρκειας. Το αναμνηστικό του αρρώστου που αναφέρεται σε γνωστές ηπατοτοξικές ουσίες όπως, τετραχλωράνθρακα, χλωροφόρμιο, φώσφορο μπορούν να οδηγήσουν στην διάγνωση.

θα νααφερθούν πιο κάτω μερικά είδη των παθολογικών αντιδράσεων του ήπατος προς ορισμένους χαρακτηριστικούς παράγοντες:

1. Ηπατοτοξικότητα του τετραχλωριούχου άνθρακα (άμεση τοξί-
νη)

φρικής ανεπάρκειας. Το αναμνηστικό του αρρώστου που αναφέρεται σε γνωστές ηπατοτοξικές ουσίες όπως, τετραχλωράνθρακα, χλωροφόρμιο, φώσφορο μπορούν να οδηγήσουν στην διάγνωση.

Θα αναφερθούν πιο κάτω μερικά είδη των παθολογικών αντιδράσεων του ήπατος προς ορισμένους χαρακτηριστικούς παράγοντες:

1. Ηπατοτοξικότητα του τετραχλωριούχου άνθρακα (άμεση τοξίνη)

| Αίτια | Κλινικά συμπτώματα | Εργαστηριακά χαρακτηριστικά | Παθολογικά γνωρίσματα | Πόγνωση |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|
| 1. Ακούσια εισπνοή | Κεφαλαλγία ζάλη | Άνοδος της ταν-σαμινάσης του ορού | Κεντρολοβιανή ηπατική νέκρωση | Κατά την πρώτη εβδομάδα ο θάνατος οφείλεται σε ηπατική βλάβη. |
| 2. Εσκευμένη λήψη ναυτία | υπνηλία ναυτία | ορού | Διάσπαση λιπώδη διήθηση | Αργότερα όμως σε νεφρική βλάβη. |
| 3. Αναρρόφηση διαμέσου του δέρματος | έμετος και αγγειοκινητική κατέριψη ίκτερος - ηπατομεγαλία | | Αζωθαιμία - λευκωματουρία - ολιγουρία που φθάνει και σε ανουρία | |

2. Ηπατοτοξικότητα των αντισυλληπτικών που λαμβάνονται από το στόμα (χολοστατική αντίδραση).

| Αίτια | Εργαστηριακά συμπτώματα | Κλινικά συμπτώματα |
|---|--|--|
| Λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα οιστρογόνων και προγεστερόνης | 1. Αύξηση της κατακρατήσεως της BSP 2. Αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού | 1. Ενδοηπατική χολόσταση 2. Κνησμό 3. Ίτερο 4. Βύσματα χολής σε διευρυσμένα χολικά τριχοειδή. |

3. Ηπατοτοξικότητα του αλοθανίου (ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση)

| Αίτια | Κλινικά συμπτώματα | Εργαστηριακά συμπτώματα | Πρόγνωση |
|--|---|---|---|
| Λήψη αλο- θανίου εκ- ρηκτικό φθοριωμέ- νου υδρο- γονάνθρα- κα παρόμοιο χλωροφόρ- μιο | 1. Πυρετός- μέτρια λευ- κοκυττάρω- ση, ηωνισο- φιλία 2. Ίκτερος 3. Ναυτία 4. Ηπατομε- γαλία | Οι τρανσαμινάσες του ορού εμφανί- ζουν αύξηση | 1. 20-40% περιπτώσεις με βαριά ηπατική βλά- βη. 2. Σπάνιες περιπτώ- σεις έχουν εμφανίσει κίρρωση του ήπατος α- πό επανελλημένες κρί- σεις ηπατίτιδας από αλοθάνιο |

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικής και φαρμακογενούς ηπατίτιδας είναι σε μεγάλο βαθμό δυνατή όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η διακοπή της χορήγησης του ύποπτου παράγοντα ενδείκνυται μόλις παρουσιασθεί σημείο δυσμενούς αντίδρασης. Στην περίπτωση των άμεσων τοξινών η ηπατική βλάβη δεν πρέπει να αποσπά την προσοχή από νεφρική ή άλλη οργανική βλάβη που μπορεί να πειλήσει την επιβίωση.

Στην περίπτωση δηλητηριάσεως απόμανιτάρια η θεραπεία με το πειραματικό φάρμακοθειοκτικό οξύ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη αν και η αποτελεσματικότητά του είναι αβέβαιη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

ΙΙ. ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΙΤΙΤΙΔΑ

Ο αλκοολική ηπατίτιδα είναι οξεία ή χρόνια φλεγμονή του ήπατος και εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα παρεγχυματικής νέκρωσης που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η βιοψία του ήπατος μπορεί να αποκαλύψει με βεβαιότητα την αλκοολική ηπατίτιδα. Το σπινθηρογράφημα ήπατος με την χρήση κολοειδούς θείου θα αποκαλύψει ανομοιογενή ηπατική πρόσληψη του ισότοπου, σπληνομεγαλίας και πρόσληψη από το μυελό των οστών. Το σπινθηρογράφημα ήπατος όμως δεν είναι ειδικό και σπάνια ενδείκνυται.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα συμπτώματα της αλκοολικής ηπατίτιδας εμφανίζονται και σε νόσους του ηπατοτοχοληφόρου δένδρου όπως χολοκυστίτιδα, χολολιθίαση κ.ά. Η διαδερματική βιοψία είναι ο μόνος σίγουρος τρόπος διαφοροποίησης εάν δεν υπάρχει αντένδειξη.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της αλκοολικής ηπατίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από ασυμπτωματικό ασθενή με ήπαρ διογκωμένο, μέχρι ασθενή σε κρίσιμη κατάσταση που πεθαίνει γρήγορα. Η αλκοολική ηπατίτιδα παρουσιάζεται με πυρετό, ανορεξία, ναυτία, εμέτους, πόνους στην κοιλιά, διάρροιες και επώδυνο ήπαρ και ίκτερο. Μπορεί να εμφα-

νιστεί και ασκίτης. Η λευκοκυττάρωση είναι συνηθισμένη και η σπληνομεγαλία καθώς και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, που καταλήγει σε κώμα σε ποσοστό 10-15% των περιπτώσεων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Παρατηρείται αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, αλλά σπάνια ξεπερνά το τριπλάσιο της φυσιολογικής τιμής.

Η χολερυθρίνη του ορού παρουσιάζεται αυξημένη στο 60-90% των ασθενών, καθώς και η γ-σφαιρίνη στο 50-70% των ασθενών. Η SCOT είναι φυσιολογική σε ποσοστό 15-25% των ασθενών. Το λεύκωμα του ορού είναι μειωμένο. Σε ασθενείς με βαριά νόσο παρατηρείται λευκοκυττάρωση. Μερικές φορές παρατηρείται λευκοπενία που εξαφανίζεται μετά τη διακοπή του ποτού. Ο χρόνος προθρομβίνης όταν παραμείνει φυσιολογικός η θνησιμότητα είναι κατώτερη του 1% ενώ όταν είναι αυξημένος η θνησιμότητα είναι 15-20%.

ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζεται συνήθως μετά από χρόνια υπερβολική κατανάλωση ποτού. Η ασφαλής δόση οινοπνεύματος δεν είναι καθορισμένη. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια κατανάλωσης ποτών και οινοπνεύματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να εμφανίσει ο πότης αλκοολική ηπατίτιδα και κίρρωση.

Οι ασθενείς που πάσχουν από αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζουν τις εκδηλώσεις μετά την λήψη οινοπνεύματος επί 5 χρόνια και οι περισσότεροι με αλκοολική κίρρωση αναφέρουν κατανάλωση οινοπνεύματος περίπου 200mg για 10 τουλάχιστον χρόνια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής θα πρέπει να διακόψει τελείως τη χρήση οινοπνευματώδων ποτών. Κατά την εμφάνιση ανορεξίας θα πρέπει να καταβάλει προσπάθειες λήψης υδατανθράκων και θερμίδων για τη μείωση του ενδογενούς καταβολισμού πρωτεϊνών και την πρόληψη υπογλυκαιμίας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση ευγεστων υγρών λευκωμάτων κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ ενδοφλέβιας και φυσιολογικής σίτισης.

Σημαντικό μέρος της θεραπείας είναι και η χορήγηση βιταμινών. Η χρήση κορτικοστεροειδών έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της ορέξεως και την επαναφορά της ευεξίας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η βαρύτητα της ηπατικής βλάβης έχει άμεση σχέση με το χρόνο προθρομβίνης. Όταν ο χρόνος προθρομβίνης είναι μικρός και το ποσοστό θνησιμότητας στο ένα έτος είναι 7,1%. Όταν κατά την παραμονή στο νοσοκομείο αυξηθεί ο χρόνος προθρομβίνης το ποσοστό αυξάνεται σε 18%.

Ποσοστό θνησιμότητας 42% παρατηρείται σε άτομα που ο χρόνος προθρομβίνης είναι τόσο παρατεταμένος ώστε δεν μπορεί να γίνει βιοψία ήπατος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ε Μ Π Τ Ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

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

Σημαντικά βήματα έχουν γίνει για την επίλυση του θέματος, αν και υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος για την διαλεύκανση του προβλήματος. Το πρόβλημα υπάρχει σ' όλα τα νοσοκομεία στον ίδιο βαθμό και αφορά, το προσωπικό, τον ασθενή και τους οικείους του.

Από τη στιγμή που τίθεται η υπόνοια ηπατίτιδας μέχρι την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα ρόλο σημαντικό για όλα τα στάδια της νόσου.

Η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού συνίσταται:

1. εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή
2. εκτίμηση ιδιαίτερων προβλημάτων του ασθενή

Οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών μέτρων σε πάσχοντες από ηπατίτιδα συνίσταται:

1. Προαγωγή σωστής θρέψης
2. Φυσιολογικό ισοζύγιο ηλεκτρολυτών
3. Απασχόληση του αρρώστου
4. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου

Παρακάτω θα αναφερθούν πιο αναλυτικά οι νοσηλευτικές διαδικασίες.

1. Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής και ο γιατρός παίρνουν πληροφορίες για το ιστορικό του αρρώστου.

Η ακρίβεια των πληροφοριών θα βοηθήσει στην παροχή καλύτερης φροντίδας. Οι πληροφορίες για τις τυχόν αρρώστιες, που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται παίρνονται από τον ίδιο τον ασθενή, που είναι η καλύτερη πηγή πληροφόρησης ή από τους συγγενείς του αρρώστου.

Εκτός από το ατομικό ιστορικό το νοσηλευτικό προσωπικό ζητάει πληροφορίες, και για το κληρονομικό ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου. Ο ασθενής ρωτάτε εάν έκανε μετάγγιση αίματος το τελευταίο διάστημα, εάν τρυπήθηκε με μολυσμένη βελόνα, ή αν ταξίδεψε σε περιοχές με περιορισμένα μέτρα υγιεινής.

Μόλις ληφθεί το ιστορικό του αρρώστου, ο ασθενής προγραμματίζεται για δοκιμαστικές εξετάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη διάγνωση της νόσου.

Ο ασθενής ενημερώνεται και ενθαρρύνεται πριν από κάθε εξέταση, και γίνεται η σχετική προετοιμασία για κάθε εξέταση. Οι περισσότερες εξετάσεις έχουν σχέση με τη λήψη αίματος. Γίνονται αιμοληψίες για τον ακριβή προσδιορισμό των θρομβοκυττάρων και της πήκτικότητας του αίματος.

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

Κατά τη βιοψία ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός. Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει να γίνουν όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις που θα αποδεικνύουν, ότι ο ασθενής είναι ικανός να υποστεί τέτοια είδους εξέταση. Ο σφυγμ και η αρτηριακή πίεση του ασθενή παρακολουθούνται συχνά και η πυρετική κίνηση του ασθενή, για να μπορέσει ο γιατρός να εντοπίσει την ύπαρξη φλεγμονής ή λοίμωξης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να

φροντίσει για την ύπαρξη αίματος, γιατί υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας κατά τη βιοψία. Επίσης θα πρέπει να φροντίσει ο νοσηλεύτης να είναι έτοιμα όλα τα εργαλεία που είναι απαραίτητα για την εκτέλεση της βιοψίας.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για τη βιοψία είναι:

1. Σετ βελονών με στυλεό
2. Σύριγγες RECORD
3. Βελόνες και σύριγγες για την τοπική αναισθησία
4. Τολύπια βάμβακος, γάζες
5. Τετράγωνο κοινό και σχιστό αποστειρωμένο
6. Λαβίδα
7. γάντια αποστειρωμένα
8. Τετράγωνα αλλαγών
9. Ξυλοκαΐνη
10. Κολλόδιο
11. Φυσιολογικός ορός
12. Διάλυμα φορμόλης 5-10%

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

Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας είναι:

- Βοηθά τον γιατρό στην εκτέλεση της παρακέντησης
- Συμπαραστήκεται στον ασθενή

Είναι υπεύθυνη για την απολύμανση της περιοχής που θα γίνει η παρακέντηση και για το σερβίρισμα όλων των εργαλείων και αντι-

κειμένων που θα χρειαστούν.

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

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κατά τη διάρκεια της νόσου ο ασθενής παρουσιάζει εμέτους. Οι έμετοι διαταράσσουν το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών γι' αυτό επιβάλλεται να γίνουν προσπάθειες για την επαναφορά του ισοζυγίου στα φυσιολογικά.

Γίνεται καθημερινή μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών με σκοπό τη διαπίστωση των διαταραχών και τη διαπίστωση των ανάγκών του ασθενή σε ηλεκτρολύτες.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

Οι ασθενείς με ηπατίτιδα παρουσιάζουν προβλήματα σωστής θρέψης που οφείλονται στην ανορεξία και στους εμέτους. Οι νοσηλευτές καλούνται να βοηθήσουν τον ασθενή ώστε να τρέφεται σωστά. Σε ασθενείς που εμφανίζουν εμέτους επιβάλλεται η ενδοφλέβια χο-

ρήγηση τροφής.

Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ανορεξία χωρίς εμέτους, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα που θα βοηθήσουν στη σωστή διατροφή του. Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά και ο δίσκος θα πρέπει να είναι περιποιημένος. Ο ασθενής παροτρύνετε να τρώει όσο γίνεται περισσότερο. Χωρίς να καταπιέζεται αλλά με ήρεμο τρόπο, οι νοσηλευτές εξηγούν στον ασθενή ότι η σωστή διατροφή του παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάστασή του. Λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες προτιμήσεις του ασθενή όταν είναι δυνατόν.

Οι ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα έχουν ανάγκη από τροφές με πολλές θερμίδες, πρωτεΐνες και βιταμίνες για την αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων. Τα λίπη αποφεύγονται, γιατί για τη διάσπαση των λιπών χρειάζεται ενεργοποίηση του ήπατος, πράγμα που δεν επιδιώκεται στην οξεία φάση της νόσου.

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

Επιτρεπόμενες τροφές:

- Άρτος μιας μέρας, φρυγανιές
- Γάλα αποβουτυρωμένο, τσάϊ, κρέμες, τυριά απαχα
- Φρούτα χωρίς φλοιό, κομπόστες, χυμοί φρούτων
- Λάδι ή βούτυρο νωπό.
- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια
- Κρέατα και ψάρια άπαχα, μοσχάρι, κοτόπουλο

Απαγορευμένες τροφές:

- Λίπη και έλαια
- Παχύ κρέας και ψάρι, αλλαντικά
- Σοκολάτες, γλυκά

- Συντηρημένες τροφές
- Μπαχαρικά - καρικεύματα
- Όσπρια
- Οινοπνευματώδη ποτά
- Ξηροί καρποί

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Κατά την οξεία φάση της ηπατίτιδας, ο ασθενής παρουσιάζει εμέτους και ανορεξία. Οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθούν τον ασθενή κατά τη διάρκεια των εμέτων. Τοποθετείται στο πλάϊ του ασθενή νεφροειδές το οποίο απομακρύνετε αμέσως μόλις ο ασθενής κάνει εμετό, για την αποφυγή συνεχιζόμενου εμέτου, από την μυρωδιά. Δίνουν στον ασθενή νερό να ξεπλύνει το στόμα του για να φύγει η γεύση από τα εμέσματα. Ένα βασικό σύμπτωμα της ηπατίτιδας είναι ο ίκτερος. Το δέρμα του ασθενή και οι επιπεφυκότες εμφανίζουν ικτερική χροιά. Ο ίκτερος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή, και ακόμα ο κνησμός ή τοδερματικό εξάνθημα δημιουργούν ανησυχία στον άρρωστο. Για την αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντισταμινικά φάρμακα. Από τον θάλαμο απομακρύνονται οι καθρέπτες για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την εμφάνισή του. Το φως του θαλάμου δεν πρέπει να είναι έντονο γιατί ο ασθενής ενοχλείται. Για την αντιμετώπιση του κνησμού και της ξηρότητας του δέρματος πρέπει ο ασθενής να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, πράγμα που προφυλάσσει τον ασθενή από τις λοιμώξεις. Επειδή ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις θα πρέπει να παρακολουθούνται οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος και να καθαρίζονται σε συχνά διαστήματα.

Ο ασθενής εμφανίζει απώλεια βάρους όπως αναφέρθηκε 2,5-5KG.

Μετράται το βάρος του ασθενή καθημερινώς και συγκρίνεται με τις προηγούμενες τιμές. Για την αντιμετώπιση της απώλειας του βάρους ο ασθενής παροτρύνετε να τρώει καθημερινά όσο γίνεται περισσότερο. Στην περίπτωση που δεν μπορεί ο ασθενής να φάει από μόνος του γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση τροφής. Η θερμοκρασία και η αρτηριακή πίεση μετρώνται καθημερινώς και σημειώνονται στο διάγραμμα του ασθενή. Σε περίπτωση απόκλισης από τα επιτρεπτά όρια ενημερώνεται ο γιατρός και λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές, παραμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα κλινήρης. Η κατάκλιση αυτή μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετα προβλήματα. Για την πρόληψη αυτών των προβλημάτων λαμβάνονται ορισμένα μέτρα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό παροτρύνει τον ασθενή να κινείται όσο μπορεί. Ήξ' αιτίας της ακινησίας δημιουργούνται προβλήματα κένωσης του εντέρου. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων χορηγούνται φάρμακα ή γίνονται υποκλυσμοί. Ένα άλλο πρόβλημα της ακινησίας είναι οι κατακλίσεις στα σημεία του σώματος που πιέζονται. Ο ασθενής θα πρέπει να μην μένει ακίνητος στο κρεβάτι αλλά με βοήθεια να γυρίζει και από την αριστερή και την δεξιά πλευρά του ώστε να μην πιέζεται μόνο ένα σημείο του σώματός του.

Τα κλινοσκεπάσματα θα πρέπει να είναι τεντωμένα ώστε να μην κοκινίζουν το δέρμα και δημιουργούν κατακλίσεις.

Οι άρρωστοι που παραμένουν κατακεκλιμένοι επηρεάζονται αρνητικά από το γεγονός ότι δεν είναι ικανοί να αυτοσυντηρηθούν.

Γι' αυτό θα πρέπει να ενισχυθούν ψυχολογικά για να μην αισθάνονται άσχημα. Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή, συχνό και ευχάριστο επισκεπτήριο βοηθούν στην ψυχολογική ενίσχυση του ασθενή. Φυσικά το επισκεπτήριο του ασθενή θα πρέπει να ε-

νημερωθεί για τα προληπτικά μέτρα που θα πάρουν για να μην εξαπλώσουν την νόσο. Δεν πρέπει να αποφεύγεται η συναμοστροφή μαζί του παρ' όλο που θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας. Η αποφυγή συναμοστροφής δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα στον ασθενή που δεν βοηθούν στην αποκατάστασή του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό παροτρύνει τον ασθενή να αναπτύξει συνήθειες δραστηριότητες όταν υπάρχουν και όταν δεν υπάρχουν, να κινηθεί, ν'αναπτύξει το ενδιαφέρον του ασθενή. Αυτό πρέπει να γίνεται, γιατί η πλήρης ακινησία δημιουργεί όπως είπαμε επιπρόσθετα προβλήματα.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί η ύπαρξη ηπατίτιδας το πρώτο που πρέπει να γίνει είναι η απομόνωση του ασθενή. Η απομόνωση όμως σε μεμονωμένο θάλαμο δεν αρκεί στην πρόληψη της νόσου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει:

1. Οι θάλαμοι και οτιδήποτε υπάρχει μέσα στους θαλάμους που φιλοξενούν αρρώστους με ηπατίτιδα είναι μολυσμένο.
2. Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα.
3. Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται με επιμέλεια, μετά από κάθε νοσηλεία ή χρησιμοποίηση αντικειμένων που θεωρούνται μολυσμένα.
4. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής, όπως ουροδοχεία, σκωραμίδες θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.
5. Τα κλινοσκεπάσματα του ασθενή στέλνονται πρώτα για αποστείρωση, και κατόπιν πλένονται με τα μη μολυσμένα λινά.
6. Όλα τα είδη μιας χρήσεως που χρησιμοποιούνται για τις νοσηλείες του ασθενή, όπως σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορού, ου-

ροσυλέκτες, θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς σάκκους.

7. Σε περίπτωση, που δεν είναι δυνατή η απομόνωση του ασθενή, ο άρρωστος τοποθετείται σε κρεβάτι που βρίσκεται στην άκρη του θαλάμου και οι νοσηλείες και οι φροντίδες του ασθενή γίνονται αφού τελειώσει η φροντίδα των άλλων ασθενών.
8. Όταν ο ασθενής φύγει από το νοσοκομείο γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο ασθενής μετά την οξεία φάση της νόσου, μπορεί να αποχωρήσει από το Νοσοκομείο. Χρειάζεται κάποιο χρονικό διάστημα για να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση. Για να επανέλθει όμως χρειάζεται να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δώσει ο γιατρός.

1. Περιορισμός δραστηριότητας για διάστημα πάνω από 5 μήνες μετά το ικτερικό διάστημα ώστε να αποφεύγεται η κούραση και οι δυσάρεστες επιπλοκές.
2. Η τροφή του θα πρέπει να είναι φτωχή σε λίπη, πλούσια σε υδατάνθρακες, μέτρια ποσότητα λευκώματος. Πλούσια σε θερμίδες και σε ζωϊκό λεύκωμα, βοηθούν στη γρήγορη αποκατάσταση του ασθενούς.
3. Μικρά και συχνά γεύματα, για αποφυγή δυσπεπτικών προβλημάτων.
4. Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών, τουλάχιστον για 6 μήνες.
5. Αποφυγή των χώρων, που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός της ηπατίτιδας, και σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.
6. Αποφυγή λήψης φαρμάκων, χωρίς συνταγή γιατρού γιατί υπάρχει η πιθανότητα επιβαρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Α. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται με το νερό, τα τρόφιμα, τα κόπρανα, τα οποία περιέχουν τον ιό δύο εβδομάδες πριν την εμφάνιση του ικτέρου και κατά τις πρώτες μέρες μετά την εμφάνισή του. Επομένως θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα υγιεινής προπάντων κατά τη φάση της μεταδοτικότητας, τα οποία θα αναφερθούν παρακάτω:

1. Απομόνωση των ασθενών σε χωριστό δωμάτιο και μπάνιο.
2. Ειδική μέριμνα για την ασφαλή αποχέτευση των κοπράνων, υγρών του σώματος, γαντιών.
3. Τήρηση προφυλακτικών μέτρων όπως: πλύσιμο των χεριών μετά την εξέταση του ασθενή
4. Τα εσώρουχα, κλινოსκεπάσματα, τα σκεύη του ασθενή, θα πρέπει να βράζονται ή να κλιβανίζονται.

Όσον αφορά για την ηπατίτιδα Β η προσοχή μας θα πρέπει να στρέφεται:

1. Στην εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων για τον τρόπο μετάδοσης του ΗΒg.
2. Επιμελές πλύσιμο χεριών και μεγάλη προσοχή κατά τη λήψη αίματος, ενδοφλεβίων υγρών και κατά τη διάρκεια της μετάγγισης.
3. Χρησιμοποίηση αποστειρωμένων γαντιών ή μιας χρήσεως σε κάθε επαφή με τον άρρωστο ή στη χρήση συριγγών και βελονών μιας χρήσης.
4. Αποστείρωση εργαλείων σε κλίβανο για 60' σε ξηρή θέρμανση στους 100° ή με βρασμό για 20'.
5. Απαγόρευση μεταγγίσεως πλούσιμου αίματος.

6. Εξέταση αιμοδοτών για HB_sAg και τρανσαμινάσης του ορού.

B. ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Σταδιακά κρούσματα οξείας ιογενούς ηπατίτιδας έχουν αναφερθεί σε νοσοκόμους, ιατρούς, οδοντοιάτρους, τραπεζών αίματος, τεχνικούς εργαστηρίων από επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος.

Ασυμπτωματικοί θετικοί ως προς HB_sAg φορείς αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγειονομικό προσωπικό γιατί δεν έχουν εμφανή κλινικά χαρακτηριστικά για τη λήψη προφυλακτικών μέσων.

Εξάρσεις οξείας ηπατίτιδας έχουν εμφανισθεί σε γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε μονάδες αιμοδιύλισης και ογκολογίας.

Ασθενείς με ιστορικό ηπατίτιδας, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λευχαιμία, σύνδρομο DOWN πρέπει να υποβάλλονται σε προσδιορισμό του HB_sAg. Αν είναι θετικοί αντιμετωπίζονται σαν λοιμογόνοι και εφαρμόζονται κατάλληλα μέτρα κατά τις εγχειρήσεις.

Στις μονάδες αιμοδιύλισης η χρησιμοποίηση γαντιών, μπλούζας, και ο έλεγχος για HB_sAg έχουν μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

Η ασθενής Κ.Α., 27 χρονών επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Νοσοκομείου του Ρίου, για συμπτώματα κόπωσης και επίμονων εμέτων.

Στα εξωτερικά ιατρεία αναφέρεται κληρονομικό και ατομικό ιστορικό που περιλαμβάνει:

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΜΗΤΕΡΑΣ: Αναφέρει αναμνηστικό ηπατίτιδας

ΠΑΤΕΡΑΣ: Αναφέρει υπέρταση, καρδιοπάθεια

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: πλευρίτιδα, γαστρεντερίτιδα, Μαυτι (+)

ΠΗΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Κ.Α.

Τα υποκειμενικά συμπτώματα που αναφέρει στο γιατρό είναι έμετοι που άρχισαν πριν από 6 ημέρες. Οι έμετοι παρουσιάζονται κάθε φορά που σιτίζονταν. Κατά την διάρκεια των εμέτων η ασθενής παρατήρησε και αλλαγή στο χρώμα των ούρων.

Κατά την εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό, η ασθενής εμφανίζει ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων.

Η κοιλιά της είναι μαλακή, ευπίεστη, το ήπαρ ψηλαφητό και ο σπλήνας αψηλάφητος. Η θερμοκρασία της είναι 37°C και η αρτηριακή πίεση 110/60 mmHg. Ο ιατρός των εξωτερικών ιατρείων, πιστεύει ότι πρόκειται για λοίμωξη του ήπατος, και γίνεται εισαγωγή στην παθολογική κλινική του Νοσοκομείου για περαιτέρω έλεγχο και διαιτητική αγωγή. Η εισαγωγή γίνεται στις 9.10.89.

Η ασθενής στην κλινική αντιμετωπίζεται σαν περιστατικό ηπατίτιδας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Η άρρωστη τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο για αποφυγή μετάδοσης της νόσου. Οι νοσηλεύες δίνονται οδηγίες να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση του ιού στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην καθαριότητα του θαλάμου, καθώς και των αντικειμένων που χρησιμοποιεί η ασθενής.

Οι οδηγίες του ιατρού είναι:

- Τακτική λήψη θερμοκρασίας, σφυγμών, και αρτηριακής πίεσης
- Καθημερινό ζύγισμα της ασθενούς

- Έλεγχος της ποσότητας και χροιάς των ούρων
- Έλεγχος των κενώσεων
- Καθημερινές αιμοληψίες για την παρακολούθηση των βιοχημικών και ουρολογικών δεικτών
- Σίτιση της ασθενούς σύμφωνα με το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών της κλινικής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------------|---|--|--|--|
| 9-10-89 Π.Π.Ν.Π. | Γνωριμία της ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό. | Να γίνει γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό. | Έγινε η γνωριμία με το προσωπικό | Η ασθενής χάθηκε που δεν την βλέπουν μόνο σαν άρρωστη. |
| | Γνωριμία με τους χώρους του τμήματος | Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για τους χώρους και τη λειτουργία του τμήματος | Έγινε η ενημέρωση για τους χώρους και τη λειτουργία του τμήματος. | Η ασθενής χάθηκε που γνώρισε τους χώρους και τη λειτουργία του τμήματος. |
| | Απαλλαγή της ασθενούς από φόβο, άγχος, ανησυχία λόγω αλλαγής περιβάλλοντος. | Να απαλλαγεί η ασθενής από συναισθήματα που θα επηρεάσουν την κατάσταση της. | Τόνωση του ηθικού της ασθενούς μετά από συζήτηση με τη νοσηλεύτρια. | Κατανόησε τα προβλήματα. Δέχτηκε την συζήτηση αρκετά καλά. |
| | Βοήθεια της ασθενούς να εκφράσει τους φόβους και να απαλλαγεί. | Να βοηθήσουμε την ασθενή να εκφράσει τους φόβους της . | Εξωτερικεύθηκαν οι φόβοι και βοηθήθηκε η ασθενής μετά απο συζήτηση να απαλλαγεί από τους φόβους της. | Εξουδετερώθηκαν οι φόβοι. Ηρέμησε η ασθενής και δέχτηκε την κατάσταση. |
| | Λήψη ζωτικών σημείων. | Να λαμβάνονται Ζ.Σ. καθημερινά. | Έγινε λήψη ζωτικών σημείων | θ = 37°C ΑΠ = 110/60mmHg σφ = 74min |
| | Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις | Να πληρωφορηθεί η ασθενής για τις εργαστηριακές εξετάσεις | Ενημέρωση. να είναι νήστης για τη λήψη αίματος που θα γίνει στις 8 π.μ. | Η ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση. |
| 9-10-89 Π.Π.Ν.Π. | Ειδική διαιτητική αγωγή | Εδόθη εντολή για ειδική διαίτα που περιλαμβάνει: τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες - μέτρια ποσότητα λευκώματος - πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε λίπη. | Η ασθενής σιτίζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών. | Η ασθενής δέχτηκε το φαγητό με όρεξη |

| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΣΙΟΛΟΓΗΣΗ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------------|--|---|---|---|
| | Η ασθενής μπορεί να ενεργηθεί | Μετά από οδηγίες του Ιατρού εδόθησαν 15 cc x ³ DUPHALAC | Η ασθενής δέχτηκε το φάρμακο | Ενεργήθηκε η ασθενής. |
| 10-10-89 Π.Π.Ν.Π. | Να γίνει λήψη εργαστηριακών εξετάσεων. | Ενημέρωση της ασθενούς ότι θα γίνει λήψη αίματος. | Οι εργαστηριακές εξετάσεις έγιναν. | T.K.E. - χρόνος προθρομβίνης - αλκαλική φωσφατάση SCPT - ολική και άμεση χοληρυθρίνη λευκοκυτταρικός τόπος - Γενική ούρων - ανίχνευση HB _s Ag. |
| | Λήψη ζωτικών σημείων. | Να γίνει μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων. | Έγινε η μέτρηση των ζωτικών σημείων. | Θερμοκρασία = 36,8°C Σφύξεις = 70/min Α.Π. = 125/80 mmHg |
| | Καθημερινή λήψη - μέτρηση βάρους | Να γίνεται μέτρηση του βάρους καθημερινά | Έγινε η μέτρηση του βάρους. | Η ασθενής ζυγίζει 68 kg |
| | Η ασθενής έχει επίμονους εμέτους. | Μετά από εντολή του Ιατρού ετέθησαν τρεις οροί: N/S 0,9% 1x2 D/W 5% 1x1 | Ετέθησαν οι οροί στην ασθενή. | Η ασθενής δέχτηκε την τοποθέτηση του ορού σχετικά ήρεμα. |
| 10-10-89 Π.Π.Ν.Π. | Η ασθενής παρουσιάζει εμέτους. | Μετά από εντολή Ιατρού ετέθησαν 2 amp Pamperegan στον ορό (N/S 0,9%) | Ενημερώθηκε η ασθενής για την φαρμακευτική αγωγή. | Η ασθενής άρχισε να νοιώσει καλύτερα και να μην έχει πολλούς εμέτους. |
| | Η ασθενής αναφέρει κνησμό | Να γίνει καθαριότητα της ασθενούς για την ελάττωση του κνησμού χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής Nalomet 1x1 ημερησίως. | Καθαριότητα της ασθενούς με σαπούνι και νερό. | Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα μετά το μπάνιο. |

Το απόγευμα της δεύτερης ημέρας της παραμονής της ασθενούς στην κλινική ήρθαν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων τα οποία είναι:

SCOT = 636 - SGPT = 885

Ο χρόνος προθρομβίνης είναι 12", η αλκαλική φωσφατάση 95, ~~καί~~ η και η χολερυθρίνη ανεβασμένη.

Τα αιμοπετάλια ανέρχονται στις 144.000, ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι 5.900, τα πολυμορφοπύρρηνα 58, τα λεμφοκύτταρα 33.

Από τη γενική ούρων έχουμε:

Πολλά πλακώδη - λίγη βλέννη - πυοσφαίρια 6-7, ερυθρά 2-3, όξινη αντίδραση.

Από τα αποτελέσματα των ουρολογικών εξετάσεων αποδிகνύεται η ύπαρξη ΗΒΑg(+) στον ορρό της ασθενούς.

Μετά την απάντηση αυτής της εξέτασεως, λαμβάνονται πιο αυστηρά μέτρα προφύλαξης και υγιεινής. Όλες οι νοσηλείες γίνονται προσεκτικά και πάντα με γάντια κυρίως οι αιμοληψίες.

Την 3η ημέρα νοσηλείας, η ασθενής παρουσιάζει αύξηση θερμοκρασίας στο 37,3°C, οι σφύξεις 65/min.

Τα ούρα παραμένουν χρωματισμένα. Συνεχίζεται η ίδια αγωγή στην ασθενή. Η ασθενής παρουσιάζει σταθερή βελτίωση μέχρι την όγδοη μέρα.

Κλινικά είναι απύρρετη, ζωτικά σημεία φυσιολογικά, κλινική εξέταση χωρίς ιδιαιτερότητες. Ο κνησμός έχει υποχωρήσει, αλλά η ικτερική χροιά του δέρματος παραμένει σχετικά.

Τα ούρα παρουσιάζουν κάποια βελτίωση, είναι λιγότερο χρωματισμένα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε:

SCOT = 602 - SGPT = 730

ολική χολερυθρίνη 11,0mg / 100ml

Η ασθενής ενθαρρύνεται ψυχολογικά γιατί είναι επηρεασμένη από την κατάσταση της. Το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να ενισχύσει την ασθενή, να αναπτύξει δραστηριότητες που δεν θα τις θυμίζουν την κατάστασή της.

Η ασθενής από την όγδοη μέχρι την 18η ημέρα νοσηλείας παραμένει στην ίδια κατάσταση με σχετικά βελτιωμένες τις εργαστηριακές εξετάσεις.

19η ημέρα νοσηλείας:

Κατά την 19η ημέρα νοσηλείας η ασθενής παρουσιάζει φανερή βελτίωση. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων έχει αρχίσει να υποχωρεί. Τα όυρα αρχίζουν να εμφανίζουν την φυσιολογική χροιά τους, ενώ οι κενώσεις είναι φυσιολογικές.

Η θερμοκρασία είναι 36,6°C, η αρτηριακή πίεση 110/60mmHg, σφύξεις 70/min. Οι βιοχημικές εξετάσεις επιβεβαιώνουν την ομαλή πορεία της κατάστασης της ασθενούς. Η SCOT είναι 26,7, η SGPT είναι 390, η ολική χολερυθρίνη 2,5mg/100ml.

Η ασθενής αποφασίζεται από τους ιατρούς, να παραμείνει μερικώς μέρες μέχρι να φθάσουν οι βιοχημικές εξετάσεις στα φυσιολογικά όρια. Μετά από πέντε ημέρες παραμονής της ασθενούς και αφού γίνεται καθημερινός έλεγχος των βιοχημικών εξετάσεων, αποφασίζεται από τους ιατρούς, να γίνει εξιτήριο της ασθενούς.

Οι τελικές εργαστηριακές εξετάσεις, παρουσιάζουν φανερή βελτίωση. Τα ούρα της ασθενούς είναι φυσιολογικά, ο ίκτερος έχει υποχωρήσει, η SGPT είναι 65 u/ml, η αλκαλική φωσφατάση 50, η ολική χολερυθρίνη 1,9mg/100ml. Τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά και η κλινική εξέταση δεν παρουσιάζει ιδιαιτερότητες. Η ασθενής εξέρχεται από το Νοσοκομείο με διάγνωση ηπατίτιδας Β.

Δίνονται οδηγίες σχετικά με το διαιτολόγιο και τις τροφές

που πρέπει να αποφεύγει η ασθενής, ώστε να μην επιβαρρύνεται η λειτουργία του ήπατος. Επίσης δίνονται οδηγίες επανεξέτασης του ηπατικού κύκλου μετά από 20 ημέρες, και επανεξέταση των ορολογικών δεικτών μετά από 3 μήνες.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

Η ασθενής Μ.Α. επισκέφθηκε το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας στις 17.11.89.

Συμπτώματα: πόνος στην κοιλιακή χώρα και γαστρεντερικές διαταραχές. Στα εξωτερικά ιατρεία αναφέρει ατομικό και κληρονομικό ιστορικό.

Κληρονομικό ιστορικό: Οι γονείς είναι υγιείς χωρίς κανένα πρόβλημα.

Ατομικό ιστορικό: Παιδικές ασθένειες

Πηγή ιστορικού: Η Μ.Α.

Η ασθενής αναφέρει στον εφημερεύοντα ιατρό, συμπτώματα, που αρχίζουν από δεκαήμερο και είναι:

- Πόνος στην κοιλιακή χώρα και συγκεκριμένα στο δεξιό υποχόνδριο.
- Γαστρεντερικές διαταραχές, δηλ. έμετοι, ναυτία.
- Εύκολη κόπωση
- θερμοκρασία 38,5°C

μετά από 3 ημέρες παρατήρησης:

- Αλλαγή στην χροιά των ούρων και των κοπράνων

Μετά από 2 ημέρες παρουσίασε:

- Αλλαγή στη χροιά του δέρματος

Το τελευταίο την οδήγησε να επισκεφθεί το νοσοκομείο. Κατά την εξέταση του εφημερεύοντα ιατρού διαπιστώθηκε ότι είναι άτομο

φυσιολογικό. Από την εξέταση των συστημάτων, δεν ανευρίσκονται παθολογικά κλινικά ευρήματα.

Το αναπνευστικό, το κινητικό και νευρικό σύστημα είναι φυσιολογικά. Καρδιολογικά δεν ανευρίσκονται φυσήματα και οι καρδιακοί τόνοι είναι ευκρινείς.

Στο πεπτικό σύστημα όμως παρουσιάζει:

- Κοιλιά μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση
- Ήπαρ ψηλαφητό, ενώ ο σπλήνας είναι αψηλάφητος

Η θερμοκρασία της ασθενούς είναι 37°C, οι σφύξεις 50/min η αρτηριακή πίεση 130/70 mmHg.

Μετά την εξέταση της στα εξωτερικά ιατρεία δίνονται βιοχημικές και ορολογικές εξετάσεις, και η ασθενής εισάγεται στην παθολογική κλινική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την διάγνωση της νόσου.

Φαρμακευτική αγωγή δεν τίθεται προς το παρόν. Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην παθολογική κλινική αρχίζει ο προγραμματισμός για την αντιμετώπιση της κατάστασής της.

Ν Ο Σ Η Δ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---|---|--|---|---|
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟ- ΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ 17-11-89 | Γνωριμία της ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους χώρους του τμήματος. | Να γίνει γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους χώρους του τμήματος. | Έγινε η γνωριμία | Η ασθενής χάρηκε που γνώρισε το προσωπικό και εξοικιώθηκε με το περιβάλλον. |
| | Απαλλαγή της ασθενούς από φόβο, άγχος, ανησυχία λόγω αλλαγής περιβάλλοντος | Να απαλλαγεί η ασθενής από συναισθήματα, που μπορεί να επιβαρύνουν την κατάστασή της. | Τόνωση του ηθικού της ασθενούς μετά από συζήτηση. | Κατανόησε τα προβλήματα και εξουδετωρώθηκαν οι φόβοι. |
| | Λήψη ζωτικών σημείων | Να λαμβάνονται Ζ.Σ. καθημερινά | Έγινε λήψη ζωτικών σημείων | Θ = 37°C, σφ. = 50/min. Α.Π. = 130/70mmHg |
| | Ενημέρωση και λήψη εργαστηριακών εξετάσεων. | Πληροφορήθηκε η ασθενής τις εργαστηριακές εξετάσεις. | Η ασθενής ήταν νήστης και έγινε λήψη αίματος. | Η ασθενής δέχθηκε να γίνει η λήψη αίματος χωρίς κανένα πρόβλημα. |
| | Καθημερινή μέτρηση βάρους και ούρων - έλεγχος κοπράνων. | Εδόθη εντολή να γίνεται καθημερινή μέτρηση βάρους και ούρων - έλεγχος του χρώματος των κοπράνων. | Έγινε η μέτρηση βάρους - ούρων και ο έλεγχος κοπράνων. | Β = 54Kg Συνολο ούρων 12ώρου = 1.100cc χρωματισμένα. Τα κόπρανα αποχρωματισμένα. |
| | Ειδική διαιτητική αγωγή | Εδόθη εντολή για ειδική δίαιτα όπου απαγορεύει τα λίπη, συντηρητικές τροφές, ξηρούς καρπούς, όσπρια και μπαχαρικά. | Η ασθενής σιτίζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών. | Η ασθενής δέχτηκε το φαγητό με όρεξη. |

| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---------------------------|---|---|--|--|
| 17-11-89 | <p>Να γίνει α/α θώρακος</p> <p>Προφύλαξη και πρόληψη μετάδοσης του ιού.</p> | <p>Εδόθει εντολή να γίνει α/α θώρακος</p> <p>Τήρηση αυστηρών μέτρων για πρόληψη επιδημίας στο χώρο του Νοσοκομείου.</p> | <p>Η ακτινογραφία θώρακος έγινε</p> <p>Οι νοσηλευτικές φροντίδες γίνονται με τις απαραίτητες προφυλάξεις (γάντια). Ελάττωση υγιεινής και καθαριότητας του θαλάμου καθώς και της αποχέτευσης.</p> | <p>Η ακτινογραφία είναι φυσιολογική</p> <p>Τηρήθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης.</p> |

Από τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων αίματος και ούρων αποδεικνύεται η ύπαρξη ηπατοπάθειας.

Η SGPT είναι ανεβασμένη 704 u/ml, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/16", η αλκαλική φωσφατάση ανέρχεται στα 180, η ολική χολερυθρίνη είναι 6,6mg/100ml η άμεση 5,6mg/100ml. Η Τ.Κ.Ε. είναι 15 χιλιστ., η Η = 15, η ουρία 25, και το σάκχαρο φυσιολογικό 85mg%.

Τα Δ = 590, τα πολυμορφοπύρρηνα 52, τα λεμφοκύτταρα 45, και τα μονοπύρρηνα 3.

Κατά την γενική εξέταση ούρων ανευρίσκεται όξινη αντίδραση το ειδικό βάρος 1022, τα πυοσφαίρια 2-3, ενώ οι χολοχρωστικές +++ . Δίνεται παραπεμπτικό για την ανίχνευση HB_sAg.

Κατά την 3η ημέρα, το ήπαρ εξακολουθεί να είναι ψηλαφητό και ο σπλήνας αψηλάφητος. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων παραμένει. Η ασθενής σιτίζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο.

Πρωινό: γάλα - φρυγανιές - μαρμελάδα

10 π.μ.: Χυμός φρούτων ή κομπόστα

Γεύμα : Κρέας ή ψάρι άπαχο ψητό ή βραστό

Πουρές ζυμαρικά - πατάτες ψητές ή βραστές

Κομπόστα ή 1 ώριμο φρούτο

Δείπνο: Μπιφτέκι σχάρας - πουρές ή ζυμαρικά - κομπόστα

Συνεχίζεται η καθημερινή λήψη της θερμοκρασίας, σφύξεων και αρτηριακής πίεσεως, καθώς και η μέτρηση βάρους και ο έλεγχος των κοπράνων. Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, ενισχύεται με ενημερωτική συζήτηση σχετικά με την ασθένειά της, καθώς και με ευχάριστες συζητήσεις.

Το HB_sAg είναι αρνητικό. Τις επόμενες μέρες η γενική κατάσταση της ασθενούς εξελίσσεται ομαλά και προς το καλύτερο.

Την 9η ημέρα παραμονής της ασθενούς στην κλινική, τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων είναι:

χρόνος προθρομβίνης 12"/15", η SGPT είναι 122 U/ML και εμφανίζει σαφή βελτίωση. Η αλκαλική φωσφατάση είναι 76, η άμεση χολερυθρίνη 1,1mg/100ml, ενώ η ολική ανέρχεται 1,5mg/100ml.

Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων έχει υποχωρήσει και ο αποχρωματισμός των κοπράνων έχει εκλείψει.

Μια ειδική εξέταση για την ανίχνευση του HAV στον ορό της ασθενούς αποβαίνει θετική και οδηγεί τους γιατρούς στην διάγνωση της οξείας λογενούς ηπατίτιδας Α.

Η ασθενής παραμένει στην κλινική μέχρι να ομαλοποιηθούν όλοι οι βιοχημικοί δείκτες. Συνεχίζετε η ίδια διατροφική αγωγή.

Μετά από 4 ημέρες από τον εργαστηριακό έλεγχο της ασθενούς έχουμε:

- χρόνος προθρομβίνης 12"/14"
- SGPT 56 U/ML
- Αλκαλική φωσφατάση 84
- ολική χολερυθρίνη 0,8mg/100ml
- άμεση χολερυθρίνη 0,4mg/100ml

Μετά από αυτά τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και σε συνδυασμό με τη γενική κατάσταση της ασθενούς αποφασίζεται να δοθεί εξιτήριο στην ασθενή με τις σχετικές οδηγίες:

- Περιορισμός των δραστηριοτήτων μέχρι ο οργανισμός να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση.
- Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου, και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας.

- Αποφυγή λιπών, γιατί ο μεταβολισμός των λιπών επιβάλλει ενεργοποίηση του ήπατος, η οποία δεν είναι επιθυμητή σ' αυτό το στάδιο.
- Αποφυγή λήψης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, γιατί υπάρχει πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.
- Αποφυγή των χώρων που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός της ηπατίτιδας και σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Μετά των όσων ειπώθηκαν στην εργασία αυτή για τα συμπτώματα και προβλήματα που παρουσιάζει ένας ηπατοπαθής ασθενής, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση και πρόληψη των ηπατίτιδων.

Οι παράγοντες αυτοί είναι πνευματικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί. Κάθε ηπατοπαθής ασθενής πρέπει να αποκτήσει γνώσεις για τη νόσο του. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει την άμεση ανάγκη να μην εκθέτει τον εαυτό του σε κινδύνους της νόσου.

Αυτό θα το πετύχει με τον καλό σιτισμό, την αποφυγή υπερβολικής κόπωσης και τη διαμονή σε υγιεινό περιβάλλον.

Για την απόκτηση των γνώσεων πάνω στο θέμα της νόσου θα βοηθήσει η νοσηλεύτρια εξηγώντας τους κινδύνους και πώς να τους αποφύγει.

Πολλές φορές το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, μπορεί να είναι χαμηλό. Η νοσηλεύτρια μαζί με τη συνεργασία της υγειονομικής ομάδας οφείλει να βοηθήσει τον ασθενή.

Όλοι μαζί συμβάλλουν όσο το δυνατό στη καλύτερη διαβίωση των συνθηκών διαβίωσης του ασθενούς, για την αποφυγή υποτροπιασμού της νόσου. Η οικογένεια βοηθάει τον ασθενή να απαλλαγεί από άγχη και φροντίζει για την πλήρη σωματική αποκατάσταση του ασθενή, μετά από οδηγίες του ιατρού.

Η υγειονομική μονάδα, η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου φροντίζουν για την αποκατάσταση σωματικών, κοινωνικών και επαγγελματικών ικανοτήτων του αρρώστου.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ., "ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ)", Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.
2. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ., "ΕΠΕΞΗΓΗΣΙΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ", Ιατρικές εκδόσεις Λεοντιάδη, Εκδοσις Β', Αθήνα 1965.
3. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π. ΣΑΒΒΑ, "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΥ", Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη, Τόμου Ι, ΙΙ, Θεσσαλονίκη 1985.
4. Κ.Δ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ, "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ", Επιστημ. Εκδόσεις Παρισιάνος, Εκδοσις Δ', Τόμος Α', Αθήνα 1984.
5. Α. ΓΟΥΤΟΝ Μ.Δ., "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ", Μετάφραση Α. Ευαγγέλου, Ιατρικές Εκδόσεις ΑΤΛΑΣ, Έκδοση Γ', Αθήνα 1972.
6. HARRISON, "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ", Έκδοση 8η, Τόμος Γ', Αθήνα 1982.
7. KRUPP CHATTON WERDEGAR, "ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ", Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Τόμος Α', Αθήνα 1986.
8. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Έκδοση 10η, Τόμος Α', Αθήνα 1987.
9. ΠΛΕΣΣΑΣ - ΣΤΑΥΡΟΥ, "ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ", Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΩΝ - ΤΥΠΟΣ, Αθήνα 1984.
10. ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΚΑΡΔΑΣΗ - ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ", μέρος Β', Τόμος 2ος, Αθήνα 1985.

11. WALLACH JACQUES M.D., "ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, Νοέμ-
βριος 1975.

