

Τ.Ε.Ι.: ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

"Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α"

Θ Ε Μ Α

"ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ"



Εισηγητής θέματος:

κ. Κούνης

Σπουδάστρια:

Τζούρτζου Αγγελική

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	8627
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	6
Δοκιμασίες ελέγχου του ήπατος.....	8
Διαχωρισμός των ηπατιών δοκιμασιών.....	8
Διαγνωστικές εξετάσεις ήπατος.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	12
Οξεία ιογενής ηπατίτιδα.....	12
Αντιγονικές ιδιότητες των ιών της ηπατίτιδας.....	12
Χημική απάντηση στη λοίμωξη με ιο ηπατίτιδας.....	15
Παθολογική ανατομική.....	17
Κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις.....	20
Πρόγνωση.....	23
Επιπλοκές και επακόλουθα.....	23
Διαφορική διάγνωση.....	25
Θεραπεία και πρόληψη.....	26
Τοξική και φαρμακευτική ηπατίτιδα.....	30
Ηπατοτοξικότητα ακεταμινοφαίνης.....	32
Ηπατοτοξικότητα από αλοθάνιο.....	33
Ηπατοτοξικότητα από μεθυλντόπα.....	34
Ηπατοτοξικότητα από ισονιαζίδης.....	34
Ηπατοτοξικότητα της χλωροπρομαζίνης.....	35
Ηπατοτοξικότητα των αντισυλληπτινών από το στόμα.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	78
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Είναι διαπιστωμένο από έρευνες πολλών ετών ότι οι ηπατίτιδες είναι από τις πλέον σοβαρότερες λοιμώξεις και αυτό διαφαίνεται από την έξαρση που υπάρχει στις μέρες μας.

Ο λόγος που επιχείρησα ν'ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα, είναι γιατί πιστεύω πως οι συγκεκριμένες λοιμώξεις παρουσιάζουν ποικίλο ενδιαφέρον, λόγω της πολυπλοκότητας του θέματος αφ'ενός και αφετέρου γιατί επιθυμώ να ρίξω ένα "λιθαράκι" στην έρευνα και διαφώτιση της νόσου.

Είναι διαπιστωμένο πως η έγκαιρη και ακριβή διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία, εξ'αιτίας της βαρείας πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών.

Στην αρχή της εργασίας μου αναφέρομαι στην Ανατομία και Φυσιολογία του ήπατος. Συνεχίζω με την αναφορά στις κυριώτερες διαγνωστικές εξετάσεις του ήπατος. Στη συνέχεια επεκτείνομαι στις μορφές ηπατίτιδων και στις επιπλοκές τους. Στο τέλος αναφέρομαι στη Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα και στη Νοσηλευτική διεργασία περιπτώσεων ασθενών που παρουσιάζουν ηπατολογικά προβλήματα.

Επίσης θα 'θελα να τονίσω πως η νοσηλευτική φροντίδα είναι ένα πολύτιμο αγαθό, είναι λειτούργημα και αποτελεί έργο κοινωνικό στον ευαίσθητο αυτό τομέα, της υγείας.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω θερμά όσους με βοήθησαν στην εργασία αυτή και ιδιαίτερα τον κ. Κούνη για την καθοδήγησή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

1.1 Η ΠΑΡ

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

Το βάρος του ανέρχεται στα 1400-1600 gr. στους άνδρες και στα 1200-1400 στις γυναίκες.

1.2 Εξωτερική Μορφολογία

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

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

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

Επίσης διακρίνονται και τρεις επιφάνειες (η άνω, η κάτω και η οπίσθια).

Η άνω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται από τον 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 διακρίνονται 3 μοίρες:

α) η άνω μοίρα, β) η πρόσθια και γ) η 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 πυλωρικό εντύπωμα και στον αριστερό λοβό, 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 λοβούς:

α) ο δεξιός λοβός, που δεν καλύπτεται από περιτόναιο και στον οποίο εμφανίζεται το επινεφρίδιο εντύπωμα.

β) ο αριστερός λοβός, στον οποίο εμφανίζεται το οισοφαγικό εντύπωμα.

γ) ο κερκοφόρος λοβός, ο οποίος σχηματίζει δύο αποφύσεις: την κερκοειδή και το θηλοειδή φύμα.

1.3 Υφή του Ήπατος

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

α) Τα ηπατικά λοβία παριστάνουν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος. Έχουν διάμετρο 0,7-2 m.m 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 συνιστάται 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.

β) Οι χοληφόροι πόροι παριστάνουν το εκφορητικό μέρος της εξωκρινούςμοίρας 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 στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

γ) Αγγεία του ήπατος. Το ήπαρ εμφανίζει δύο προσαγωγά αγγεία, την πυλαία φλέβα, την ηπατική αρτηρία και παρα πολλά απαγωγά αγγεία που ονομάζονται ηπατικές φλέβες.

δ) Νευρώνες του ήπατος. Τα νεύρα του ήπατος προσέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους, του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου.

ε) Εκφορητική οδός του ήπατος. Τέλος η εκφορητική οδός του ήπατος αποτελείται από: α) τους χοληφόρους, β) τον κοινό ηπατικό πόρο, γ) τη χολοκύστη, δ) τον κυστικό πόρο και ε) τον χοληδόχο πόρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

2.1 Το ήπαρ, όπως αναφερθήκαμε και στην Ανατομία, είναι ο πιο μεγάλος αδένας του ανθρωπίνου σώματος.

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

- 1) Μεταβολισμός
 - α) υδατανθράκων
 - β) πρωτεϊνών
 - γ) λιπών
- 2) Παραγωγή διαφόρων ουσιών.
- 3) Αποταμίευση.
- 4) Έκκριση

Οι παραπάνω λειτουργίες του ήπατος αναλύονται ξεχωριστά παρακάτω.

1) Μεταβολισμός

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

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των υδατανθράκων είναι η εξής:

Η γλυκόζη που απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα κατά τη 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 γλυκογένεση. Ακόμη το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αιμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα.

Πρωτεΐνες

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών είναι σημαντική και εδώ. Με την βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσό των λευκωμάτων και του ινωδογόνου του πλάσματος.

Ακόμη συνθέτει ικανοποιητικό ποσό α' και β' σφαιρίνες και τις περισσότερες από τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος.

Σε φυσιολογικά άτομα το ήπαρ είναι το μοναδικό όργανο, στο οποίο γίνεται η αμονίωση των αιμινοξέων. Από την διάσπαση των αιμινοξέων 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 απορρόφησή του από τον εντερικό σωλήνα.

2) Παραγωγικές Ιδιότητες

Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μία από τις σπουδαιότερες παραγωγικές λειτουργίες του ήπατος. Η χολερυθρίνη σχηματίζεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η χολερυθρίνη αυτή ονομάζεται έμμεση και μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα ηπατικά κύτταρα. Εκεί με την επίδραση του ενζύμου τρανσφεράση, ενώνεται με το γλυκουρανικό οξύ, σχηματίζοντας έτσι 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).

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 φωσφατάση 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 σωληνάκια 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 εκκρινόμενης χολής είναι κατά μέσον όρο: 600-700 ml., ενώ η μέγιστη χωρητικότητα της χοληδόχου κύστεως είναι μόνο 40-70ml. Ωστόσο η χοληδόχος κύστη έχει την ικανότητα να αποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται για 12 ώρες από το ήπαρ. Κι αυτό γιατί το νερό, το νάτριο, το χλώριο και άλλοι ηλεκτρολύτες απορροφώνται συνεχώς από τον βλεννογόνο της, με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση των άλλων συστατικών της, όπως των χολικών αλάτων, της χοληστερόλης και της χολερυθρίνης.

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

4) Αποταμιευτική Λειτουργία

Το ήπαρ 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 απ'τον οργανισμό όταν θα τις έχει ανάγκη.

5) Αντιτοξική Λειτουργία

Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφούνται 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 ή μη τοξικές.

2.2 ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος είναι ένα από τα σπουδαιότερα 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. 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.

2.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

Η κατάταξη των πιο εύχρηστων και ουσιωδών ηπατικών δοκιμασιών έχει ως εξής:

- 1) Δοκιμασίες που στηρίζονται στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών
 - α) Πρωτείνες πλάσματος.
 - β) Δοκιμασία κροκυδώσεως κεφαλίνης.
 - γ) Δοκιμασία θολερότητας θεικού ψευδαργύρου.
 - δ) Δοκιμασία κολλοειδούς χρυσού.
 - ε) Προθρομβίνη πλάσματος.
- 2) Δοκιμασίες της εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος
 - α) Δοκιμασία ανοχής της γαλακτόζης.
 - β) Προσδιορισμός χολερυθρίνης αίματος.
 - γ) Προσδιορισμός χολερυθρίνης ούρων.
 - δ) Προσδιορισμός ουροχολινογόνου ούρων και κοπράνων.
 - ε) Δοκιμασία απέκκρισης της βρωμοσουλφονοφθαλείνης (B.S.P.).
- 3) Δοκιμασίες μεταβολικής λειτουργίας του ήπατος
 - α) Δοκιμασία ανοχής της γαλακτόζης.
 - β) Δοκιμασία αποκάθαρσης της γαλακτόζης.
 - γ) Προσδιορισμός ολικής χοληστερίνης και εστέρων της.
- 4) Δοκιμασίες μεταβολών των ενζύμων του αίματος
 - α) Προσδιορισμός αλκαλικής φωσφατάσης.
 - β) Προσδιορισμός χοληστερινάσης.
 - γ) Προσδιορισμός τρανσαμινασών (SGOT, GPT).
 - δ) Προσδιορισμός αφυδρογονασών.

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Όπως είδαμε παραπάνω υπάρχει μεγάλος αριθμός ηπατικών δοκιμασιών που βοηθούν στην αξιολόγηση της κατάστασης κάποιας ηπατοπάθειας, παρ'όλα αυτά τα διαγνωστικά προβλήματα παραμένουν. Υπάρχουν άλλες εξετάσεις που δίνουν τη λύση σ'αυτά τα προβλήματα και είναι πολύ πιο πειστικές από τις ηπατικές δοκιμασίες. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

- 1) Το σπινθηρογράφημα ήπατος.
- 2) Η λαπαροσκόπηση.
- 3) Η βιοψία ήπατος.
- 4) Η αγγειογραφία.

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

1) Σπινθηρογράφημα ήπατος (scanning)

Το σπινθηρογράφημα έχει σκοπό την απεικόνιση κάθε φύσεως όγκων μέσα στο ήπαρ, που δεν μπορούν να ψηλαφηθούν ή να εξακριβωθούν με άλλο τρόπο. Χρησιμοποιείται ο απαριθμητής σπινθηρισμών για την εξέταση αυτή.

Η συσκευή αυτή εφαρμόζεται κατάλληλα στην ηπατική χώρα και στη συνέχεια επιτυγχάνεται η αποτύπωση, με τη μορφή στίξεων ή μικρών γραμμών πάνω στο ακτινογραφικό χαρτί, των σπινθηρισμών από τη ραδιενέργεια.

Το φυσιολογικό ήπαρ, απεικονίζεται στο σπινθηρογράφημα με τριγωνικό περίπου σχήμα, σε ύπαρξη όγκου όμως ή κύστεως, το σπινθηρογράφημα εμφανίζει κατά τόπου ελλείψεις των στίξεων.

2) Λαπαροσκόπηση

Κατά τη λαπαροσκόπηση εισάγεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ενδοσκοπιο από τομή 3-4cm του μέτρου, στη μέση γραμμή, μετά από τοπική αναισθησία.

Στη συνέχεια εισάγεται αέρας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για να κινείται ελεύθερα ο σωλήνας του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις. Σε περίπτωση ασκίτη, αφαιρείται αρκετή ποσότητα υγρού, πριν την ενδοσκόπηση.

Το πλεονέκτημα της εξετάσεως αυτής είναι ότι, αποκτούμε άμεση αντίληψη για τις επιφάνειες του ήπατος στο μεγαλύτερο μέρος τους, της χοληδόχου κύστεως, άλλων κοιλιακών οργάνων και του περιτοναίου.

3) Βιοψία ήπατος

Η βιοψία ήπατος έχει σαν σκοπό την παραλαβή τμήματος του ηπατικού παρεγχύματος, το οποίο στη συνέχεια ελέγχεται ιστολογικά.

Αν και ακριβές σημείο παρακέντησης δεν υπάρχει, το σημείο καθορίζεται συνήθως από 2cm περίπου πίσω από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, στο μεσοπλευρικό διάστημα που αντιστοιχεί κάτω από το ανώτερο όριο της ηπατικής αμβλύτητας. Τα κυριότερα διαγνωστικά προβλήματα που συντελούν για τη διενέργεια της βιοψίας είναι τα εξής:

- α) διάγνωση πρωτοπαθούς ή μεταστατικού νεοπλασματος του ήπατος.
- β) διάγνωση άλλων συστηματικών παθήσεων που προκαλούν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στο ήπαρ.

γ) διαφορική διάγνωση μεταξύ αποφρακτικού και ηπατοκυτταρικού ικτέρου όταν δεν είναι δυνατή με τις άλλες δοκιμασίες.

δ) έλεγχο των αποτελεσμάτων της θεραπείας που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις χρόνιας ηπατίτιδας.

Οι κυριότερες αντενδείξεις για να γίνει η βιοψία του ήπατος είναι:

- α) η ελάττωση της προθρομβίνης κάτω από το 30%
- β) η αιμορραγική διάθεση
- γ) η παθητική υπεραιμία του ήπατος
- δ) η ύπαρξη φλεγμονής στη βάση του δεξιού ημιθωρακίου.

4) Αγγειογραφία ήπατος

Με την αγγειογραφία γίνεται δυνατή η σκιαγράφιση των κλάδων της πυλαίας φλέβας. Η εξέταση αυτή στηρίζεται στην ταχύτητα έγχυσης μέσα 3'' 40 κ.εκ. πυκνού ιωδιούχου σκευάσματος και στην γρήγορη και διαδοχική λήψη ακτινογραφιών της περιοχής που εξετάζεται.

Υπάρχουν δυο τρόποι έγχυσης του σκευάσματος:

1) Απ'ευθείας έγχυση στην πυλαία φλέβα ή σε κάποιον από τους κλάδους της κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Σ'αυτή την περίπτωση έχουμε την πυλαιογραφία.

2) Με κατάλληλη παρακέντηση του σωλήνα, δια μέσου του δέρματος και έτσι έχουμε την σπληνοπυλαιογραφία.

Η διαγνωστική αξία της σπληνοπυλαιογραφίας έχει ως εξής:

- α) Την διαπίστωση και εντόπιση ενδοηπατικών όγκων.
- β) Την διάκριση μεταξύ της ενδοηπατικής απόφραξης της πυλαίας και της εξωηπατικής απόφραξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο Ξ Ε Ι Α Η Π Α Τ Ι Τ Ι Δ Α

3.1 ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα είναι μια συστηματική λοίμωξη που κυρίως προσβάλλει το ήπαρ.

Κλασσικά ενοχοποιούνται δυο τύποι ιών (Α και Β) ως αιτιολογικοί παράγοντες στις συστηματικές λοιμώξεις, αλλά έχουν περιγραφεί πρόσφατα και άλλοι (μη Α, μη Β). Οι ιοί Α και Β μπορούν τώρα να διαχωρισθούν απ' τις αντιγονικές τους ιδιότητες; είναι όμως γνωστά, ότι προκαλούν κλινικά παρόμοιο νόσο στον άνθρωπο.

Τα συνώνυμα που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της ηπατίτιδας Α είναι: λοιμώδης ηπατίτιδα, ηπατίτιδα βραχείας επώσεως και MS -1 ηπατίτιδα.

Η ηπατίτιδα Β περιγράφεται ως ηπατίτιδα από ομόλογο ορό, ηπατίτιδα μακράς επώσεως, MS -2 ηπατίτιδα ή ηπατίτιδα με θετικό το επιφανειακό αντιγόνο (HBsAg).

3.2 ΑΝΤΙΓΟΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Ηπατίτιδα Α:

Ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV) είναι ένας θερμο-οξεο και αιθεροάντοχος RNA ιός με φυσιολογικά χαρακτηριστικά των εντεροϊών της υποομάδας των πικιορναϊών.

Η αδρανοποίηση του ιού επιτυγχάνεται με βρασμό επί 1' ή από την επαφή με φορμαλδεΰδη και χλωρίνη ή με την υπεριώδη ακτινοβολία.

Όλα τα στελέχη του ιού που απομονώθηκαν μέχρι σήμερα δεν διαχωρίζονται ανοσολογικά και ανήκουν σε ένα ορότυπο. Ο ιός υπάρχει στο ήπαρ, τη χολή, τα κόπρανα και το αίμα, κατά τη διάρκεια της τελευταίας περιόδου επώσεως και την οξεία προϊκτερική φάση της νόσου, αλλά η αποβολή ιών στα κόπρανα ελαττώνονται γρήγορα μόλις εμφανισθεί και αναπτυχθεί σε ιστοκαλλιέργειες και είναι ο μόνος ανθρώπινος ιός ηπατίτιδας που καλλιεργείται *in vitro*.

Ηπατίτιδα Β

Η ιογενής αυτή λοίμωξη είναι μοναδική στο ότι οι συγκεντρώσεις του αντιγόνου του ιού στο αίμα μπορεί να φθάσει στα 500 mg/ml. Οι μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο του ορού, έδειξαν την παρουσία ποικίλων σωματιδίων που σχετίζονται με τη λοίμωξη ηπατίτιδας Β.

Έχουν παρατηρηθεί τρεις τύποι σωματιδίων. Τα πολυαριθμότερα είναι τα 22 nm σωματίδια που εμφανίζονται ως σφαιρικές ή επιμήκεις ινιδώδεις μορφές.

Αυτά είναι αντιγονικά ταυτόσημα με την έξω επιφάνεια ή το περίβλημα του ιού της ηπατίτιδας Β και πιστεύεται ότι αποτελούν

περίσσεια πρωτεΐνης του περιβλήματος του ιού.

Λιγότερο συχνά εμφανίζονται στον ορό μεγάλα 42 nm σφαιρικά σωματίδια Dane, που αποτελούν τον άθικτο ιό της ηπατίτιδας Β (HBV). Τα μεγάλα αυτά σωματίδια έχουν χαρακτηριστικά έναν εξωτερικό χιτώνα και ένα εσωτερικό εικοσαεδρικό πυρήνα που έχει διάμετρο 27 nm. Προηγούμενες μελέτες απέδειξαν ότι αντιορός που λαμβάνεται από αιμορροφιλικούς που έχουν εκτεθεί επανειλημμένα σε ιούς ηπατίτιδας από πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος, μπορούν να σχηματίσουν μια διαχωριστική γραμμή στην ανοσοδιάχυση σε άγαρ (gell) μ'ένα αντιγόνο παρόν στον ορό που πάσχουν από ηπατίτιδα.

Το αντιγόνο αυτό αρχικά ονομάστηκε Αυστραλιανό αντιγόνο και αναφέρεται στη συνέχεια ως επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBs Ag).

Οι παρατηρήσεις αυτές παρείχαν την πρώτη ορολογική δοκιμασία για το διαχωρισμό της ηπατίτιδας Β από την ηπατίτιδα μη Β. Η απομόνωση από τον ορό των διαφόρων σωματιδίων που σχετίζονται με τη λοίμωξη της ηπατίτιδας Β και η ανίχνευση αντισωμάτων σε αντιγόνα που σχετίζονται με τα σωματίδια αυτά επέτρεψαν μια πιο ολοκληρωμένη αντίληψη της αντιγονικής συνθέσεως του ιού της ηπατίτιδας Β. Τα επιμήκη σωληνώδη και μικρά, HBsAg μπορεί να μετρηθούν στα κλινικά εργαστήρια και είναι ειδικό για λοίμωξη από ηπατίτιδα Β.

Υπάρχει ένα κοινό αντιδρών αντιγόνο ομάδας, το α, που υπάρχει σε όλους τους HBsAg θετικούς ορούς. Επιπλέον το HBsAg μπορεί να περιέχει μερικά ειδικά, των υπότυπων αντιγόνα, δηλαδή :d, γ, w, r όπως επίσης και άλλα. Οι υπότυποι αυτοί του HBsAg παρέχουν βοήθεια στην επιδημιολογική μελέτη της ηπατίτιδας Β και κυρίως στον τρόπο μεταδόσεως. Π.χ. μελέτες για ηπατίτιδα μεταξύ των ασθενών και προσωπικού σε μονάδα αιμοδιυλίσεως έχουν δείξει, ότι οι ενδεικτικές περιπτώσεις έχουν ταυτόσημους HBsAg υπότυπους.

Η κλινική πορεία και η έκβαση της νόσου είναι ανεξάρτητες από τον υπότυπο. Ο άθικτος υποτιθέμενος ιός των 42 nm μπορεί να διασπασθεί και το κεντρικό σωματίδιο πυρήνας των 27 nm μπορεί να απομονωθεί. Το αντιγόνο του, αναφέρεται ως αντιγόνο πυρήνα (core) της ηπατίτιδας Β (HBcAg) και το αντίστοιχο αντίσωμα είναι το αντιHBc.

Μέσα στο σωματίδιο πυρήνα ανευρίσκεται ένα διπλό περιελιγμένο DNA που συνοδεύεται από μια DNA πολυμεράση. Έτσι ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να ταξινομηθεί ως ένας DNA ιός.

Ένα τρίτο αντιγόνο που σχετίζεται με την ηπατίτιδα Β είναι το αντιγόνο c της ηπατίτιδας Β (HBcAg). Το HBcAg είναι διαλυτό μη σωματιδιακό αντιγόνο το οποίο ευρίσκεται μόνο σε HBcAg - θετικό ορό και είναι ανοσολογικά και βιοχημικά διάφορο από το HBcAg και την DNA πολυμεράση, αλλά φαίνεται να είναι ένα εσωτερικό ευστατικό του πυρήνα του ιού ηπατίτιδας Β (HBV). Αρχικά το HBcAg και το αντίσωμα του (αντί-HBc), ανιχνεύθηκαν με σχετικά μη ευαίσθητες τεχνικές, όπως η ανοσοδιάχυση σε πηκτική (gel), σήμερα όμως χρησιμοποιούνται οι πολύ πιο ευαίσθητοι ραδιοανοσοπροσδιορισμοί και οι ενζυμικοί ανοσοπροσδιορισμοί.

Ο HBsAg - θετικός ορός που περιέχει HBcAg είναι πιθανότατα περισσότερο λοιμογόνος και συνοδεύεται από την παρουσία ιών ηπατίτιδας Β και DNA πολυμεράσης απ'ότι ο HBcAg - αρνητικός ή αντι - HBc θετικός ορός. Π.χ. οι ασυμπτωματικοί φορείς HBsAg που είναι μητέρες και έχουν θετικό HBc Ag σχεδόν πάντα μεταδίδουν τη λοίμωξη στα παιδιά τους. Κάθε άτομο με λοίμωξη από ηπατίτιδα Β, αναπτύσσει παροδικά HBcAg νωρίς κατά την πορεία θετικού HBc Ag

σχετίζεται με συνεχιζόμενο αναδιπλασιασμό του ιού και μπορεί να συνοδεύει χρόνια ηπατίτιδα.

Η εξαφάνισή του επίσης είναι προμήνυμα βιοχημικής βελτίωσης και υποχώρησης της λοιμώξεως.

Δυστυχώς το HBC Ag δεν είναι επαρκής χαρακτήρας για να χρησιμοποιηθεί προγνωστικά και να υποκαταστήσει, τη μορφολογική εκτίμηση της σοβαρότητας σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα.

Ηπατίτιδα C

Η πρόοδος στο πεδίο της ιογενούς ηπατίτιδας υπήρξε τα τελευταία χρόνια αλματώδης.

Πολύ πρόσφατα στους μεγάλους σταθμούς της προστέθηκαν τα σημαντικά βήματα προς την αποκάλυψη και περιγραφή του ιού C, υπεύθυνου για τη μεγάλη πλειοψηφία των μετά μετάγγιση, αλλά και πολλών σποραδικών περιπτώσεων ηπατίτιδας NANB.

Τον Μάιο του 1988 στα εργαστήρια της εταιρείας Chiron και μετά από 6 χρόνια έρευνας, έγινε το σημαντικότερο βήμα στην ανακάλυψη του αιτίου της NANB ηπατίτιδας.

Ανθρώπινος παράγοντας VIII, που είχε ενοχοποιηθεί για τη μετάδοση NANB ηπατίτιδας, χορηγήθηκε ενδοφλέβια σε χιμπατζή που στη συνέχεια ανέπτυξε χρόνια ηπατίτιδα.

Πλάσμα από αυτόν τον χιμπατζή δόθηκε σε άλλον, δημιουργώντας έτσι μια λοιμογόνο δεξαμενή. Με φυγοκέντρηση και εκχύλιση των πυρηνικών οξέων του 2ου χιμπατζή δημιουργήθηκε το συμπληρωματικό του cDNA.

Στη συνέχεια κλωνοποιήθηκε σε φάγο λ gt-11 και μέσω ζυμομύκητα έγινε η παραγωγή μιας βιβλιοθήκης cDNA. Ένα εκατομμύριο περίπου κλώνοι από τη βιβλιοθήκη αυτή και ορός ασθενούς με NANB ηπατίτιδα, υποβλήθηκαν σε ειδική ηλεκτροφορητική κατεργασία μέχρι που απομονώθηκε μια μονή θετική πλάκα, η 5-1-1.

Αυτή χρησιμοποιήθηκε σαν γονιδιακός ανιχνευτής και αναγνώρισε τον μεγαλύτερο κλώνο 81 που περιείχε 353 ζεύγη βάσεων. Περαιτέρω πειράματα με Southern - blot με τον κλώνο 81, έδειξαν ότι συσχετίζεται μόνο με RNA πάσχοντος χιμπατζή ή ανθρώπου.

Το RNA αυτό αντιστοιχεί στο γονίδιο του ιού. Πρόκειται για RNA μονή έλικας ή θετική πολικότητας, διαμέτρου 30-60 nm.

Με τα υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι ο ιός C δεν χρησιμοποιεί προγονιδίωμα DNA για τον πολλαπλασιασμό του και δεν μοιάζει με κανέναν απ'τους γνωστούς ηπατοτρόπους ιούς. Μοιάζει με ιούς του γένους Flavī και Pestis. Στην ίδια κατηγορία είναι και ο ιός του κίτρινου πυρετού.

Με τεχνικές ανασυνδυασμού των κλώνων του τμήματος του ιού που απομονώθηκε, έγινε δυνατό να παραχθούν οι αντιγονικές εκφράσεις των 5-1-1 και c 100 -3.

Πρόκειται για μη δομικά πολυπεπίδια που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση των αντισωμάτων στον ορό.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι που χρησιμοποιούνται η RIBA και η ELISA. Η RIBA θεωρείται ειδικότερη, ενώ η ELISA πλέον ευαίσθητη. Και οι δύο αυτοί μέθοδοι πάντως χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά.

3.3 ΧΗΜΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Υπάρχει μια μη ειδική αύξηση των ανοσοσφαιρινών του ορού κατά τη διάρκεια της οξείας ιογενούς λοίμωξης. Οι IgG και IgM του ορού, αυξάνουν στο 1\3 περίπου των ασθενών στην οξεία φάση της λοίμωξης.

Η αύξηση όμως της IgG είναι πιο χαρακτηριστική κατά τη διάρκεια της οξείας ηπατίτιδας τύπου Α.

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως της ιογενούς ηπατίτιδας μπορεί να υπάρχουν αντισώματα έναντι των λείων μυϊκών ινών και άλλων κυτταρικών στοιχείων και μπορεί να βρεθούν χαμηλοί τίτλοι ρευματοειδούς παράγοντα, αντιπυρηνικών αντισωμάτων και ετερόφιλων αντισωμάτων. Τα αντισώματα αυτά είναι μη ειδικά και μπορούν επίσης να σχετίζονται και με άλλες ιογενείς νόσους. Αντίθετα τα ειδικά αντισώματα του ιού που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή μετά τη λοίμωξη απ'τον ιό της ηπατίτιδας, είναι ορολογικά σημεία διαγνωστικής σημασίας.

Αντισώματα της ηπατίτιδας Α

Αντί -HAV μπορεί να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως νόσου, όταν η τρανσαμινάση του ορού είναι αυξημένη και ανιχνεύονται ακόμη στα κόπρανα HAV C ιοί ηπατίτιδας Α.

Αυτή η πρώιμη αντισωματική απάντηση είναι κυρίως της τάξεως IgM και παραμένει επί αρκετούς μήνες. Κατά την διάρκεια της αναρρώσεως αντι-HAV της ομάδας των IgG καθίστανται τα κυριώτερα αντισώματα.

Η διάγνωση της ηπατίτιδας Α γίνεται κατά τη διάρκεια της οξείας νόσου με την ανεύρεση υψηλού τίτλου αντι-HAV της ομάδας IgM.

Μετά την οξεία φάση τα αντι-HAV παραμένουν ανιχνεύσιμα επ'αόριστο και οι ασθενείς με αντι-HAV ορού, είναι άνοσοι σε επαναμόλυνση. Πράγματι τα υπάρχοντα αντι-HAV σε παρασκευάσματα άνοσης σφαιρίνης, ευθύνονται για την προστασία εναντίον μόλυνσεως από ηπατίτιδα Α.

Αντισώματα στην ηπατίτιδα Β

Ειδικά αντισώματα εναντίον του HBsAg (αντί HBs) έχουν αποδειχθεί με ανοσοπροσδιορισμούς στο γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς που αναρρώνουν από ηπατίτιδα Β.

Σε μελέτες ενηλίκων ασθενών έχουν αποδειχθεί IgM αντι-HBs απαντήσεις. Η εμφάνιση των IgM αντί HBs μετά την πρώτη επαφή παροδική, ενώ η IgG αντί-HBs παραμένει επί χρόνια μετά από τη λοίμωξη.

Σε θελοντές αιμοδότες το αντι-HBs κυμαίνεται από 5-10%, είναι όμως υψηλότερο σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, μεγαλύτερες ομάδες ηλικιών και σε άτομα που εκτίθενται συχνά σε παράγωγα αίματος.

Η πρωτογενή ανοσοαπάντηση με την παραγωγή αντι-HBs συμβαίνει μετά από την οξεία λοίμωξη ή την ανοσοποίηση. Η συνεχιζόμενη αύξηση στους αντι-HBs τίτλους σημαίνει αναμνηστική απάντηση. Μια τέτοια αναμνηστική αντί-HBs απάντηση έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς και ιατρικό προσωπικό με προϋπάρχον αντι-HBs μετά την νεώτερη

επαφή με HBsAg, είτε μέσω μεταγγίσεως αίματος ή με νοσοκομειακή επαφή. Τα άτομα αυτά δεν αναπτύσσουν βιοχημική ή κλινική οξεία ηπατίτιδα Β μετά την επαφή, πράγμα που σημαίνει, ότι τα αντι-HBs προστατεύουν από την επαναλοίμωξη με ιό της ηπατίτιδας Β. Υπάρχει σημαντική διακύμανση στο χρόνο εμφάνισης των αντι-HBs μετά την έκθεση στο HBsAg ή λοίμωξη από οξεία ηπατίτιδα Β.

Σε μερικούς ασθενείς τα αντι-HBs ανιχνεύονται 2 εβδομάδες έως 2 μήνες μετά από την εξαφάνιση του HBsAg απ'τον ορό. Σε πολλές περιπτώσεις όμως τα αντι-HBs δεν ανιχνεύονται νωρίτερα από 4-6 μήνες ή και περισσότερο μετά από την εξαφάνιση του HBsAg. Τα αντι-HBs είναι σπάνια ανιχνεύσιμα στους χρόνιους φορείς των HBsAg. Τα αντισώματα στο ιογενές πυρηνικό αντιγόνο (αντι-HBc) εμφανίζονται στον ορό σε υψηλούς τίτλους περίπου 2 εβδομάδες μετά από την εμφάνιση του HBsAg. Κατά τη διάρκεια του "χάσματος" μεταξύ της εξαφάνισης του HBsAg και της εμφάνισης του αντι-HBs, τα αντι-HBc μπορεί να είναι τα μόνα ορολογικά σημεία της πρόσφατης HBV λοίμωξης.

Το χρονικό αυτό διάστημα μπορεί να είναι βραχύ, όπως στην οξεία λοίμωξη.

Αντισώματα στην ηπατίτιδα C

Στη χρόνια μη Α, μη Β ηπατίτιδα, τα αντι-HCV ανιχνεύονται σε 60-85% των ασθενών και στην κρυφίγενή κίρρωση 40-70%. Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β, αντι-HCV αντισώματα ανιχνεύονται σε 5-15%.

Σε αυτοάνοσο χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και πρωτοπαθή χολική κίρρωση, το 5-10% των ασθενών είναι θετικοί.

Σε ασθενείς με αλκοολική νόσο του ήπατος έχουν βρεθεί υψηλά ποσοστά αντι-HCV θετικότητας (25%), ενώ έχει δειχθεί ότι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση είναι θετικοί πολύ συχνότερα από μη κίρρωτικούς ασθενείς 35%.

Τέλος 40-75% των ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν αντι-HCV αντισώματα.

3.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Οι τυπικές αλλοιώσεις της ηπατίτιδας Α και Β όπως της μη Α, μη Β, είναι συχνά παρόμοιες και συνίστανται πανλοβιώδη διήθηση με ιμανοπύρρηνα κύτταρα, νέκρωση ηπατικών κυττάρων, υπερπλασία των κυττάρων του Kupffer και χολόσταση κοιλίλου βαθμού.

Η διήθηση με μονοπύρρηνα συνίσταται από μικρά λεμφοκύτταρα και ηωσινόφιλα είναι δυνατόν να διαπιστωθούν.

Η ηπατοκυτταρική βλάβη συνίσταται από ηπατοκυτταρική εκφύλιση και νέκρωση, διόγκωση των κυττάρων και οξεία εκφύλιση. Μεγάλα λεμφοκύτταρα είναι δυνατόν να εμφανιστούν στη χρόνια, όχι όμως στην οξεία ηπατίτιδα Β. Τα κύτταρα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι περιέχουν HBsAg και μπορεί να ταυτοποιηθούν ιστοχημικά, με ορσεΐνη ή αλδεΐδη της φουσκίνης. Μια ιστολογική αλλοίωση, η ταινιοειδής ή γεφυροειδής ηπατική νέκρωση, παρατηρείται σε μερικούς ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα.

Οι "γεφυρώσεις" μεταξύ των λοβίων, προκύπτουν από ευρείες περιοχές κυτταρικής νεκρώσεως, με σύμπτωση του δικτυωτού πλέγματος. Χαρακτηριστικά, οι "γέφυρες" αποτελούνται από πυκνό δίκτυο, φλεγμονώδη ράχη και εκφυλιζόμενα ηπατικά κύτταρα, τα οποία συνδέουν τα παρακείμενα πυλαία διαστήματα, την πυλαία προς κεντρική φλέβα.

Πολλοί από τους ασθενείς με την αλλοίωση αυτή είχαν μια υποξεία πορεία, που κατέληγε στο θάνατο σε διάστημα μερικών εβδομάδων μέχρι μηνών, ή κατέληγε σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και μετανεκρωτική κίρρωση.

Πιο πρόσφατες παρατηρήσεις απέτυχαν να αποδείξουν τη σχέση της ταινιοειδούς ηπατικής νεκρώσεως και της κακής προγνώσεως των ασθενών αυτών.

Αν και η συχνότητα της γεφυρώσεως μπορεί να είναι υψηλότερη ανάμεσα σε νοσοκομειακούς αρρώστους με σοβαρή οξεία ηπατίτιδα και αν και η κίρρωση, η χρόνια ηπατίτιδα, ακόμα και ο θάνατος έχουν παρατηρηθεί στην ομάδα αυτή, η συχνότητα της ταινιοειδούς νεκρώσεως σε μη επιπεπλεγμένη οξεία ιογενή ηπατίτιδα, είναι πιθανώς της τάξεως του 1-5%.

Προοπτικές μελέτες απέτυχαν να αποδείξουν διαφορά στην πρόγνωση μεταξύ ασθενών με οξεία ηπατίτιδα, που έχουν ταινιοειδή νέκρωση και σε εκείνους που δεν έχουν. Όταν η συρρέουσα νέκρωση, είναι περισσότερο σοβαρή και προσβάλλει αρκετά λόβια, η αλλοίωση καλείται πολυλοβιακή ηπατική νέκρωση.

Αυτή φαίνεται να έχει κακή πρόγνωση. Στη μαζική ηπατική νέκρωση (νευραυνοβόλος ηπατίτιδα) η αλλοίωση στη μεταθανάτια εξέταση, είναι η ανεύρεση μικρού, συρρικνωμένου και μαλθακού ήπατος. Η ιστολογική εξέταση αποκαλύπτει μαζική νέκρωση των ηπατοκυττάρων των περισσότερων λοβίων, με εκτεταμένη συμπλήρωση και ίνωση του δικτυωτού σχήματος, πλέγματος του οργάνου.

Οι μελέτες των αντισωμάτων με ανοσοφθορισμό επιτρέπουν την εντόπιση του HBsAg στο κυτταρόπλασμα των προσβεβλημένων κυττάρων.

Σε αντίθεση τα HbcAg προεξέχουν στους πυρήνες, αλλά αρκετές ποσότητες εμφανίζονται στο κυτταρόπλασμα. Μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, υλικού βιοψίας ήπατος έχουν αποδείξει την παρουσία σωματιδίων HBsAg στο κυτταρόπλασμα και σωματίδια HBsAg στον πυρήνα των ηπατοκυττάρων κατά τη διάρκεια λοιμώξεως από ηπατίτιδα Β.

Στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα C υπάρχουν κοινές ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις με τους άλλους τύπους ιογενούς ηπατίτιδας και αμφιλεγόμενες διαφορές.

Στην πρόδρομη φάση οι αλλοιώσεις είναι ήπιες και χαρακτηρίζονται από οίδημα των ηπατοκυττάρων, ελαφρά υπερπλασία των κυττάρων Kupffer και λεμφοκυτταρική διήθηση των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων.

Στην κύρια φάση της νόσου η νέκρωση του ηπατοκυττάρου, η φλεγμονή και η αναγεννητική δραστηριότητα είναι τα κύρια στοιχεία της βλάβης. Τα ηπατοκύτταρα υφίστανται εκφύλιση του κυτταροπλάσματος, διαδικασία η οποία αν δεν ανακοπεί, οδηγεί σε νέκρωση του ηπατοκυττάρου. Η νέκρωση αφορά μεμονωμένα ηπατοκύτταρα ή ομάδες ηπατοκυττάρων κυρίως στη ζώνη γύρω από την κεντρική φλέβα.

Η φλεγμονή με έντονο το λεμφοκυτταρικό στοιχείο εντοπίζεται κυρίως γύρω από νεκρωμένα ηπατοκύτταρα αλλά και στα πυλαία διαστήματα και τα κολποειδή, μακροφάγα, πολυμορφοπύρρηνα ή ηωσινόφιλα.

Τα κύτταρα Kupffer είναι έντονα υπερπλαστικά και μπορεί να παρατηρηθεί χολόσταση. Πολλοί όπως ο Dignes υποστηρίζουν την παρουσία ενδεικτικών αλλοιώσεων και σημειώνουν ότι:

1) Η βάση της αλλοίωσης είναι κυτταροπαθολογική στην ηπατίτιδα C, ενώ στην ηπατίτιδα B αυτή θεωρείται ανοσολογική αρχή (έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση).

2) Ο κεντρολοβιακός χαρακτήρας της βλάβης είναι εντονότερος στην ηπατίτιδα C.

3) Τα κύτταρα Kupffer είναι πιο υπερπλαστικά στην ηπατίτιδα C.

4) Η ηπατίτιδα A είναι νόσος κυρίως πυλαίας και περιπυλαίας σ'αντίθεση με την B και C οι οποίες έχουν πανλοβιακό χαρακτήρα.

Η παραμένουσα φλεγμονή στα πυλαία διαστήματα αποτελεί δυσμενές προγνωστικό στοιχείο για εξέλιξη σε χρονιότητα. Η γεφυροποιός νέκρωση είναι βαρύτερη αν και σπανιότερος τύπος οξείας ιογενούς ηπατίτιδας (συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα).

Τη "γέφυρα" αποτελούν νεκρωμένα ηπατοκύτταρα, φλεγμονή και ίνες του στρώματος που έχουν συμπέσει. Η πρόγνωσή της είναι δυσμενής και τα ποσοστά θνητότητας κυμαίνονται ανάλογα με τους Boyer και Klatskin 19%, Ware 30%.

Η κεραινοβόλος μορφή είναι ακόμη βαρύτερη με εκτεταμένη νέκρωση ακόμη και ολόκληρων λοβίων. Ιστολογικά εκτός από τη νέκρωση, συνήθως παρατηρούνται ζώνες υγιών ηπατοκυττάρων γύρω από τα πυλαία διαστήματα.

Το ποσοστό θνητότητας κυμαίνεται από 60-90% και την πρόγνωση εκτός των άλλων φαίνεται να επηρεάζει η ηλικία και ο τύπος του ιού (νεαρά άτομα καλύτερη πρόγνωση, ο ιός C βαρύτερη πρόγνωση).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ιογενής ηπατίτιδα έχει ταξινομηθεί σε δύο ξεχωριστούς επιδημιολογικούς τύπους:

- τη λοιμώδη ηπατίτιδα (ηπατίτιδα A) και
- την ηπατίτιδα από ομόλογο ορό (ηπατίτιδα B).

Οι διαφοροποιήσεις αυτές βασίζονται στις προηγούμενες παρατηρήσεις ότι η ηπατίτιδα A έχει βραχύτερο χρόνο επώασης (15-45 ημέρες), μεγαλύτερο βαθμό μολυσματικότητας και συνήθη οδό προσβολής της οδού: κόπρανα - στόμα.

Ενώ η ηπατίτιδα Β έχει μακρότερο χρόνο επώασης (30-180 ημέρες), είναι λιγότερο μολυσματική και πιστεύουν ότι μεταδίδεται μόνο απ'την παρεντερική οδό.

Έχει αναγνωρισθεί τώρα ότι ο σαφής διαχωρισμός μεταξύ ηπατίτιδας Α και Β δεν μπορεί να γίνει μόνο από κλινικές και επιδημιολογικές εκδηλώσεις, γιατί οι τρόποι προσβολής αλληλοκαλύπτονται και επιπλέον, υπάρχουν και άλλοι ιοί της ηπατίτιδας εκτός από τους Α και Β.

Οι πιο ακριβείς μέθοδοι για το διαχωρισμό των διαφόρων τύπων ηπατίτιδας, απαιτούν ειδικές ορολογικές δοκιμασίες.

1. Η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά απ' την οδό: κόπρανα-στόμα.

Η διάδοση του ιού ενισχύεται από την κοινή προσωπική υγιεινή και το συνωστισμό, και μεγάλες επιδημίες, όπως και σποραδικές περιπτώσεις έχουν παρατηρηθεί από μολυσμένα τρόφιμα, νερό, γάλα και οστρακοειδή. Η ενδοοικογενειακή και ενδοϊδρυματική διασπορά είναι επίσης συχνή. Πρώιμες επιδημιολογικές παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια έξαρση της ηπατίτιδας Α, αργά το φθινόπωρο και το χειμώνα.

Στις θερμές ζώνες, επιδημικά κύματα περιγράφονται κάθε 5-20 χρόνια, καθώς νέα τμήματα ευπαθών πληθυσμών εμφανίζονται. Παρόλ'αυτά, στις αναπτυγμένες χώρες η επίπτωση της ηπατίτιδας Α έχει μειωθεί, κυρίως σαν αποτέλεσμα της βελτιωμένης υγιεινής και οι κυκλικές αυτές εξάρσεις δεν παρατηρούνται πλέον. Δεν έχουν βρεθεί καταστάσεις ιοφορίας ΗΑV μετά την οξεία ηπατίτιδα τύπου Α. Η διατήρηση του ιού στη φύση εξαρτάται κυρίως από τη μη επιδημική αφανή υποκλινική λοίμωξη.

2. Η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται διαδερμικά, αλλά ο όρος "ηπατίτιδα από ομόλογο ορό" είναι μια ανακριβής ετικέτα για το επιδημιολογικό φάσμα της ΗΒV που είναι σήμερα γνωστό.

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι πολλές περιπτώσεις ηπατίτιδας Β προκύπτουν από λιγότερο εμφανείς οδούς μη διαδερμικής μεταδόσεως. Το ΗBsAg έχει ανευρεθεί σχεδόν σε κάθε βιολογικό υγρό των πασχόντων ατόμων: σάλιο, δάκρυα, σπερματικό υγρό, ΕΝΥ, ασκίτη, γάλα, γαστρικό υγρό, ούρα, πλευρικό υγρό και ακόμη σπανιότερα τα κόπρανα.

Αν και υπάρχει αφθονία ενδείξεων ότι τα κόπρανα δεν είναι λοιμογόνα, το λιγότερο μερικά απ'τα υγρά του σώματος - περισσότερο το σπέρμα και το σάλιο - έχουν αποδειχθεί λοιμογόνα όταν χορηγούνται διαδερμικά ή μη σε πειραματόζωα.

Οι δύο σπουδαιότερες οδοί -μη διαδερμικοί - που θεωρούνται ότι έχουν τη μεγαλύτερη σημασία, είναι η περινεογνική μετάδοση και η σεξουαλική επαφή.

Υψηλοί βαθμοί προσβολής από ΗΒV, παρατηρούνται στους συζύγους των οξέων πασχόντων ασθενών, στο προσωπικό και τους φιλοξενούμενους των ιδρυμάτων καθυστερημένων νοσητικά.

Στις υποανάπτυκτες χώρες, όπως στην Αφρική νότια της Σαχάρας, η μεγάλη επαφή μεταξύ των νομάδων θεωρείται το σπουδαιότερο αίτιο για τη διατήρηση υψηλής συχνότητας ΗBs αντιγοναιμίας στον πληθυσμό.

Η περιγεννητική μετάδοση συμβαίνει κύρια σε νεογνά που γεννιούνται από μητέρες φορείς ΗBsAg ή μητέρες με οξεία

ηπατίτιδα Β στον τρίτο μήνα κηΐσεως.

Η περιγεννητική μετάδοση είναι σπάνια στη Βόρεια Αμερική και Δυτική Ευρώπη, συμβαίνει όμως με μεγαλύτερη συχνότητα στην Άπω Ανατολή και τις υπανάπτυκτες χώρες.

Αν και ο ακριβής τρόπος της περιγεννητικής μεταδόσεως είναι άγνωστος η επιδημιολογική ένδειξη υποδηλώνει ότι η λοίμωξη συμβαίνει την ώρα του τοκετού και δεν είναι αποτέλεσμα θηλασμού.

Η περιγεννητική μετάδοση του ΗΒV σχετίζεται με ΗΒC αντιγοναιμία. Οι μητέρες ΗΒCΑg θετικές σχεδόν πάντα, και οι ΗΒCΑg αρνητικές σχεδόν ποτέ δεν μεταδίδουν τον ΗΒV στα παιδιά τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις η οξεία λοίμωξη του νεογνού είναι κλινικά ασυμπτωματική, το παιδί όμως είναι πολύ πιθανό να γίνει φορέας του ΗΒSΑg.

Πάνω από 200 εκατομμύρια φορείς του ΗΒSΑg στον κόσμο συνθέτουν τη σπουδαιότερη αποθήκη ηπατίτιδας Β στον άνθρωπο.

Το ΗΒSΑg ορού είναι ασύνηθες (0,1 - 0,5%) σε φυσιολογικό πληθυσμό στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη, όμως επιπολασμός 5-15% έχει βρεθεί στην άπω Ανατολή και 30% περίπου σε άτομα με σύνδρομο DOWN, λεπρωματώδη λέπρα, λευχαιμία, νόσο του Hodgkin, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σε αιμοκάθαρση και σε ναρκομανείς.

Ο συνήθης έλεγχος των αιμοδοτών για ΗΒSΑg και ο περιορισμός των εμπορικών πηγών αίματος, έχει περιορίσει σημαντικά την επίπτωση της ηπατίτιδας Β μετά τη μετάγγιση, αλλά η ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα. Η επίπτωση της μορφής αυτής ηπατίτιδας περιγράφεται να είναι 0,3 - 9 περιπτώσεις στις 1.000 μεταγγίσεις.

Ο κίνδυνος ανικτερικής ηπατίτιδας μετά τη μετάγγιση είναι μεγαλύτερος από εκείνο της κλινικής ηπατίτιδας με ίκτερο.

3. Η ηπατίτιδα C είναι νόσος με παγκόσμια κατανομή. Σε σύγκριση με τις ηπατίτιδες Α και Β για την μεν Αφρική και Ασία ευθύνεται για περισσότερο του 50% των ηπατίτιδων, ενώ για την Ευρώπη, Β.Αμερική και Αυστραλία για το 20 - 25%.

Η παρεντερική οδός φαίνεται ότι αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης, με τον ιό της ηπατίτιδας C υπεύθυνο μέχρι το 90% των μετά μετάγγιση ηπατίτιδων.

Αιμοδοτές που είχαν ενοχοποιηθεί για μετάδοση ηπατίτιδας μη - Α, μη - Β βρέθηκαν αντι -HCV θετικοί σε ποσοστό 88%. Γενικά η συχνότητα ανίχνευσης αντι -HCV αντισωμάτων μεταξύ εθελοντών αιμοδοτών στις διάφορες χώρες κυμαίνεται σε 0,5 - 1,5%.

Η μη παρεντερική μετάδοση της ηπατίτιδας C σε άτομα συμβιούντα με φορείς ή έχοντας σεξουαλικές σχέσεις με αυτούς κυμαίνεται μεταξύ 4-8%.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από ιό της ηπατίτιδας C παρουσιάζουν κυρίως πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς, ασθενείς σε αιμοδιάλυση, χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως και νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται συχνά σ'επαφή με αίμα χωρίς τη λήψη μέτρων. Μετάδοση της νόσου καθέτως (σε νεογνά) δεν έχει τεκμηριωθεί σαφώς.

Συνοψίζοντας, η σποραδική μορφή της νόσου είναι υπεύθυνη για άνω του 40% των περιστατικών ηπατίτιδας C.

3.5 " ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ"

α) Συμπτώματα και σημεία:

Τα πρόδρομα συμπτώματα της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι ποικίλα και συστηματικά. Τα αρχικά συμπτώματα: ανορεξίας, ναυτίας, εμέτου, κοπώσεως, αδιαθεσίας, αρθραλγιών, μυαλγιών, πονοκεφάλου, φωτοφοβίας, φαρυγγίτιδας, βήχα και καταρροής, μπορεί να προηγούνται της εμφάνισης ικτέρου 1-2 εβδομάδες.

Η ναυτία, ο έμετος και η ανορεξία, συχνά συνοδεύονται από διαταραχές της γεύσης και της όσφρησης.

Σκοτεινόχροα ούρα και αποχρωματισμένα κόπρανα μπορεί να παρατηρηθούν 1-5 ημέρες πριν την εμφάνιση κλινικού ικτέρου.

Με την εισβολή του κλινικού ικτέρου τα πρόδρομα συμπτώματα συνήθως περιορίζονται, αλλά σε μερικούς ασθενείς, ελαφρά απώλεια βάρους (2,5 -5kg) είναι συχνή και μπορεί να συνεχισθεί κατά τη διάρκεια όλης της ικτερικής φάσεως.

Το ήπαρ είναι διογκωμένο και ευαίσθητο και μπορεί να συνοδεύεται από πόνο του δεξιού άνω τεταρτημορίου. Η σπληνομεγαλία και η λεμφαδενοπάθεια εμφανίζεται στο 10-20% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα. Κατά τη διάρκεια της αποδρομής, τα γενικά φαινόμενα εξαφανίζονται, συνήθως παραμένει μικρή διόγκωση του ήπατος και ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας.

Η διάρκεια της μετικτερικής φάσεως, κυμαίνεται από 2-12 εβδομάδες, συνήθως είναι περισσότερο παρατεταμένη στην οξεία ηπατίτιδα Β και στην μη Α - μη Β ηπατίτιδα.

Η πλήρης βιοχημική και κλινική αποδρομή αναμένεται 3-4 μήνες μετά την εισβολή του ικτέρου στα 3/4 των μη επιπλεγμένων ασθενών. Στους υπόλοιπους, η βιοχημική ανάνηψη μπορεί να παραταθεί.

Η κλινική εικόνα της οξείας ηπατίτιδας C είναι παρόμοια μιας τυπικής ιογενούς ηπατίτιδας. Είναι πρόδρομο στάδιο μη ειδικών συμπτωμάτων κυρίως από το γαστρεντερικό, ακολουθείται από την εισβολή του ικτέρου (25%) και την ύφεση των συμπτωμάτων.

Ο χρόνος επώασης μετά τη μετάγγιση είναι κατά μέσον όρο 7,8 εβδομάδες σε αντίθεση με τη Β που είναι 11,8. Γενικά τόσο η κλινική εικόνα όσο και οι τιμές των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης είναι χαμηλότερες.

Όσον αφορά την κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, η ευθύνη του ιού C είναι άγνωστη. Στις ΗΠΑ η NANB ενοχοποιείται για το 40% των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, της οποίας η πρόγνωση είναι δυσμενής. Ιδιαίτερα σε φορείς Β η θνητότητα φθάνει το 80%.

Η απουσία ενός πρώιμου διαγνωστικού δείκτη κάνει ιδιαίτερα δύσκολη τη διάγνωση και τη μελέτη της οξείας C ηπατίτιδας, που θα γίνει με αποκλεισμό και παρακολούθηση της οροαναστροφής.

Αυτό όμως μπορεί να καθυστερήσει έως 12 μήνες μετά τη μόλυνση. Περιπτώσεις με ήδη θετικό αντίσωμα, πρέπει να θεωρούνται μάλλον εξάρσεις χρόνιας C ηπατίτιδας.

Έτσι η διαφορική διάγνωση θα γίνει με την Α, την Β και τις άλλες ιογενείς ηπατίτιδες και με καταστάσεις επίσης που συνοδεύονται από οξεία φλεγμονή και νέκρωση του ήπατος (νόσος Wilson, ισχαιμική ηπατίτιδα κ.λ.π.).

β) Εργαστηριακά ευρήματα:

Οι τρανσαμινάσες του ορού SCOT και SGPT εμφανίζουν αύξηση κατά τη διάρκεια της πρόδρομης φάσης της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Τα επίπεδα των ενζύμων αυτών δεν σχετίζονται επαρκώς με το βαθμό της ηπατικής βλάβης. Τα επίπεδα αιχμής κυμαίνονται από 400-4.000 IU ή περισσότερο.

Στα επίπεδα αυτά συνήθως φθάνουν, όταν ο ασθενής είναι ικτερικός και μειώνονται προοδευτικά κατά τη διάρκεια της φάσεως ανανήψεως απ' την οξεία ηπατίτιδα.

Ο ίκτερος είναι συνήθως ορατός στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού ή στο δέρμα, όταν η χολερυθρίνη ξεπερνά τα 2,5 mg/dl. Όταν εμφανίζεται ο ίκτερος, η χολερυθρίνη ορού τυπικά αυξάνει από 5-25 mg/dl. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ολική χολερυθρίνη είναι κατά το ήμισυ συζευγμένη και μη συζευγμένη.

Η ουδετεροπενία και λεμφοπενία είναι παροδικές και ακολουθούνται από σχετική λεμφοκυττάρωση. Άτυπα λεμφοκύτταρα (από 2-20%) είναι συνήθη κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως.

Σημαντικός είναι ο προσδιορισμός του χρόνου προθρομβίνης (PT) σε ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Η παρατεταμένη τιμή μπορεί να σημαίνει ηπατοκυτταρική νέκρωση και χειρότερη πρόγνωση. Επίσης παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης μπορεί να εμφανισθεί σε μικρή αύξηση των επιπέδων χολερυθρίνης και τρανσαμινασών.

Σε συμπτώματα υπογλυκαιμίας είναι χρήσιμος ο προσδιορισμός του σακχάρου του αίματος. Η παράταση ναυτίας και του εμέτου, η ανεπαρκής πρόσληψη υδατανθράκων και οι φτωχές παρακαταθήκες γλυκογόνου του ήπατος, μπορεί να συμβάλλουν σε σπάνια επεισόδια υπογλυκαιμίας, σε ασθενείς με μη επιπλεγμένη ιογενή ηπατίτιδα.

Η αλκαλική φωσφατάση του ορού, μπορεί να είναι φυσιολογική ή ελεφρά ανυψωμένη: 80-240 IU.

Σε ορισμένους ασθενείς έχει παρατηρηθεί ήπια μικροσκοπική αιματοουρία και ελάχιστη πρωτεϊνουρία.

γ) ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένας αριθμός ορολογικών δοκιμασιών είναι διαθέσιμος για τη διάγνωση της ηπατίτιδας Α και Β.

Μετά τη λοίμωξη με HBV, το πρώτο ορολογικό σημείο που ανιχνεύεται στον ορό είναι το HBsAg. Αυτό προηγείται της ανυψώσεως των τρανσαμινασών και των κλινικών συμπτωμάτων και παραμένει ανιχνεύσιμο κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ικτερικής φάσης της οξείας ηπατίτιδας Β και μετά.

Στις τυπικές περιπτώσεις, το HBsAg δεν ανιχνεύεται 1-2 μήνες μετά την εισβολή του ικτέρου.

Τα επίπεδα του HBsAg σπάνια είναι πολύ χαμηλά για να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια λοιμώξεως με HBV. Σ' αυτές περίπου 10% των περιπτώσεων, οι δοκιμασίες για αντι-HBc και αντι-HBs μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση της ηπατίτιδας Β.

Ο τίτλος του HBsAg έχει μικρή σχέση με τη σοβαρότητα της κλινικής νόσου. Οι τίτλοι είναι υψηλότεροι σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και σε φυσιολογικούς φορείς, χαμηλότεροι σε χρόνια ηπατική νόσο και πολύ χαμηλοί στην οξεία κεραυνοβόλο ηπατίτιδα. Ένας άλλος ανοσολογικός δείκτης, που μπορεί να είναι πολύτιμος σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β, είναι το HBeAg.

Οι δοκιμασίες για τον ιό της ηπατίτιδας Α στα κόπρανα ή στον ορό δεν είναι διαθέσιμες στην καθημερινή πράξη. Έτσι, η διάγνωση της ηπατίτιδας Α βασίζεται στην ανίχνευση του αντι-HBV.

Η διάγνωση της ηπατίτιδας C θα στηριχθεί στην παρουσία του anti-HCV, στον ορό, στην αξιολόγηση της κλινικοβιοχημικής εικόνας, στον αποκλεισμό άλλου αιτίου και στη βιοψία ήπατος.

3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Όλοι οι προηγούμενοι υγιείς ασθενείς με ηπατίτιδα A αναρρώνουν πλήρως από τη νόσο, χωρίς κλινικά επακόλουθα.

Στην οξεία ηπατίτιδα B το 90% των ασθενών έχουν πολύ καλή πορεία και αναρρώνουν πλήρως. Υπάρχουν όμως μερικές κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις, που υποδηλώνουν μια περισσότερο επιπλεγμένη και παρατεινόμενη πορεία.

Οι ασθενείς σε προχωρημένη ηλικία και σοβαρή υποκειμενική νόσο, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η σοβαρή αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κακοήθης νόσος, μπορεί να έχουν παρατεταμένη πορεία και εκδηλώνουν πιο εύκολα σοβαρή ηπατίτιδα.

Επιπλέον παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης, χαμηλή λευκωματίνη ορού, υπογλυκαιμία και τιμές χολερυθρίνης μεγαλύτερες από 20 mg/dl σημαίνουν σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη.

Οι ασθενείς μ'αυτές τις κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις έχουν ανάγκη ταχείας εισαγωγής σε νοσοκομείο. Ο βαθμός θνησιμότητας όμως αυξάνει σημαντικά με την ηλικία και την υποκείμενη συστηματική νόσο.

3.7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ

Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης φάσεως της οξείας ηπατίτιδας B, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνδρομο που μοιάζει με την ορονοσία και χαρακτηρίζεται από: αρθραλγία, αρθρίτιδα, εξάνθημα, αγγειοοίδημα και σπάνια αιματοουρία και πρωτεϊνουρία.

Το σύνδρομο αυτό απαντά πριν από την έναρξη του ίκτερου στο 5-10% των ασθενών με ηπατίτιδα B. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με τον προσδιορισμό των τρανσαμινασών, που κατά κανόνα είναι ανυψωμένες και το HBsAg του ορού.

Η σοβαρότερη επιπλοκή της ιογενούς ηπατίτιδας είναι η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα (μαζική ηπατίτιδα νέκρωση). Κυρίως εμφανίζεται στην ηπατίτιδα B, λιγότερο στην μη-A, μη-B και σπάνια στην ηπατίτιδα A.

Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα: εγκεφαλοπάθειας που στην πράξη καταλήγουν σε κώμα. Το ήπαρ είναι μικρό και ο χρόνος προθρομβίνης, ιδιαίτερα παρατεταμένος. Τα κλινικά σημεία: συγχύσεως, υπνηλίας αποπροσανατολισμού, ασίτη και οιδήματος δείχνουν ότι ο ασθενής έχει ηπατική ανεπάρκεια με εγκεφαλοπάθεια.

Το εγκεφαλικό οίδημα, η αιμορραγία απ'το γαστρεντερικό, η αναπνευστική ανεπάρκεια, το καρδιαγγειακό collarsus και η νεφρική ανεπάρκεια, είναι καταληπτικά φαινόμενα.

Η θνησιμότητα είναι εξαιρετικά υψηλή (μεγαλύτερη από 80% σε ασθενείς με κώμα), οι ασθενείς όμως που επιζούν μπορεί να έχουν πλήρη βιοχημική και ιστολογική αποκατάσταση.

Μετά την οξεία ηπατίτιδα B, το 10% περίπου των ασθενών, παραμένουν ABsAg θετικοί για περισσότερο από 6 μήνες.

Οι περισσότεροι από αυτούς καθαρίζουν το αντιγόνο απ'την

κυκλοφορία τους στα επόμενα χρόνια. Ένα όμως μικρό ποσοστό παραμένει χρόνια HBsAg θετικό.

Στον ορό των ασθενών αυτών, αντι-HBc υπάρχει σε υψηλούς τίτλους, αλλά το αντι-HBs σπάνια ανιχνεύεται.

Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να είναι:

- 1) Ασυμπτωματικοί φορείς
- 2) Να έχουν χαμηλού βαθμού χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.
- 3) Να έχουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Η πιθανότητα να γίνει κάποιος φορέας του HBsAg, μετά την οξεία λοίμωξη από HBV είναι ιδιαίτερα υψηλή:

- α) Στα νεογνά,
- β) στ' άτομα με σύνδρομο Down,
- γ) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση και
- δ) σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή.

Μετά από ηπατίτιδα μη-A, μη-B το 40-50% των ασθενών με νόσο που οφείλεται σε μετάγγιση υπάρχουν βιοχημικοί δείκτες ανώμαλης ηπατικής λειτουργίας για περισσότερο από ένα χρόνο.

Αντίθετα, η ηπατίτιδα A δεν προκαλεί ηπατική νόσο.

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι μια σημαντική επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας B, που συμβαίνει στο 3% περίπου των περιπτώσεων. Αυτή η επιπλοκή σπάνια συμβαίνει μετά από ηπατίτιδα A, αλλά μπορεί να συμβεί σε ασθενείς με ηπατίτιδα μη-A μη-B μετά από μετάγγιση.

Μερικά κλινικά και βιοχημικά στοιχεία μαρτυρούν τη μετάπτωση της οξείας ηπατίτιδας σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα:

- 1) η μη πλήρης αποδρομή των κλινικών συμπτωμάτων: της ανορεξίας, της απώλειας βάρους, της κοπώσεως και της επίμονης ηπατομεγαλίας,
- 2) η παρουσία "ταινιοειδών" ηπατικών νεκρώσεων στην ηπατική βιοψία, κατά τη διάρκεια της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας,
- 3) η συνεχιζόμενη ύπαρξη HBsAg 6 μήνες ή περισσότερο μετά την οξεία ηπατίτιδα που υποδηλώνει χρόνια ιογενή λοίμωξη του ήπατος,
- 4) αποτυχία των τρανσαμινασών, της χολερυθρίνης και της αλακαλικής φωσφατάσης να επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα σε 6-12 μήνες μετά την οξεία νόσο.

Στις σπάνιες επιπλοκές της ιογενούς ηπατίτιδας περιλαμβάνεται η παγκρεατίτιδα, η μυοκαρδίτιδα, η απλαστική αναιμία, η εγκάρσια μυελίτιδα και η περιφερική νευροπάθεια.

Οι εφ'όρου ζωής φορείς του HBsAg έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

3.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

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

Ένα πλήρες ιστορικό λήψεως φαρμάκων είναι σημαντικό, γιατί πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν είτε εικόνα ηπατίτιδας ή χολόσταση. Σημαντικό επίσης είναι το παλαιό ιστορικό ανεξήγητων "επαναλαμβανομένων επεισοδίων" οξείας ηπατίτιδας.

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

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

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

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

Μια άλλη κλινική εικόνα που μπορεί να μιμείται την οξεία ηπατίτιδα είναι η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με παθητική ηπατική συμφόρηση.

Η φυσική εξέταση είναι συνήθως επαρκής να διαχωρίσει τις δύο αυτές παθήσεις.

3.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

α) Θεραπεία της οξείας προσβολής

Ειδική θεραπεία για την τυπική οξεία ιογενή ηπατίτιδα δεν υπάρχει.

Η νοσηλεία σε νοσοκομείο μπορεί να απαιτηθεί για διαγνωστικούς λόγους σε σοβαρή κλινικά νόσο και για τον ηλικιωμένο ασθενή, εξαιτίας της υψηλής θνησιμότητας.

Οι περισσότεροι ασθενείς ωστόσο δεν έχουν ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η αυστηρή και παρατεταμένη κατάκλιση δεν είναι ιδιαίτερα πλήρη ανάνηψη, όμως πολλοί ασθενείς αισθάνονται καλύτερα με την ελάττωση της φυσικής τους δραστηριότητας.

Υψηλή θερμιδική δίαιτα είναι επιθυμητή και επειδή πολλοί ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ναυτία αργά την ημέρα, η μεγαλύτερη ποσότητα θερμίδων θα πρέπει να δίδεται το πρωί.

Η ενδοφλέβια σίτιση είναι απαραίτητη στο οξύ στάδιο, όταν ο ασθενής έχει επίμονο εμετό και δεν μπορεί να σιτιθεί απ'το στόμα. Θα πρέπει ν'αποφεύγονται φάρμακα που προκαλούν παρενέργειες, όπως η χολόσταση, ή εκείνα που μεταβολίζονται απ'το ήπαρ.

Αν υπάρχει έντονος κνησμός, η χορήγηση χολεστυραμίνης έχει καλά αποτελέσματα. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή δεν έχει αξία, στις μη επιπλεγμένες μορφές οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Η απομόνωση των ασθενών με ηπατίτιδα σε δικό τους δωμάτιο και λουτρό είναι σπάνια απαραίτητη, εκτός απ'την περίπτωση ακράτειας κοπράνων για την ηπατίτιδα Α, ή μη ελεγχόμενη αυτόματη αιμορραγία για την ηπατίτιδα Β και μη-Α μη-Β.

Επειδή οι περισσότεροι νοσοκομειακοί ασθενείς με ηπατίτιδα Α αποβάλλουν λίγο ή καθόλου HAV, η πιθανότητα μεταδόσεως HAV είναι χαμηλή.

Για ασθενείς με ηπατίτιδα Β και μη-Α μη-Β θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην προφύλαξη από το αίμα, δηλαδή αποφυγή άμεσης επαφής με αίμα χωρίς γάντια και άλλα σωματικά υγρά. Οι εντερικές προφυλάξεις στους ασθενείς αυτούς δεν είναι απαραίτητες.

Οι ασθενείς θα πρέπει να εξέρχονται απ'το νοσοκομείο όταν υπάρχει σημαντική κλινική βελτίωση, πτωτική τάση των τιμών χολερυθρίνης, τρανσαμινασών και φυσιολογικός χρόνος προθρομβίνης.

Για ασθενείς με οξεία σοβαρή κλινική ηπατίτιδα ή "ταιννοειδή νέκρωση" συχνά χρησιμοποιήθηκε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, εντούτοις ελεγχόμενες μελέτες δεν κατάφεραν ν'αποδείξουν τη δραστηριότητα των στεροειδών στη θεραπεία του τύπου αυτού και έχει φανεί πως η στεροειδική θεραπεία μπορεί να είναι επικίνδυνη σε μερικούς ασθενείς.

Στην κεραυνοβόλο ηπατίτιδα ο σκοπός της θεραπείας είναι η υποστήριξη του ασθενούς με:

- α) διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ανοιχτών αεροφόρων οδών,
- β) υποστήριξη της κυκλοφορίας,
- γ) έλεγχο της αιμορραγίας,
- δ) διόρθωση της υπογλυκαιμίας και θεραπεία άλλων επιπλοκών όπως της κωματικής καταστάσεως.

Θα πρέπει να μειωθεί η πρόσληψη πρωτεϊνών και θα πρέπει να χορηγείται απ'το στόμα νεομυκίνη ή λαϊτουλόζη. Μια όμως τέτοια θεραπεία σε ελεγχόμενες μελέτες δεν αποδείχθηκε δραστική.

Κατά παρόμοιο τρόπο, η αφαιμαξομετάγγιση, η πλασμαφαίρεση και η αμοδιάχυση δεν αποδείχθηκαν να βελτιώνουν την επιβίωση.

β) Κίνδυνοι για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό

Σποραδικές εξάρσεις οξείας ιογενούς ηπατίτιδας, κυρίως τύπου Β, έχουν περιγραφεί σε προσωπικό τραπεζών αίματος, στους εργαστηριακούς παρασκευαστές, στις νοσοκόμες, τους γιατρούς και τους οδοντίατρους.

Η έκθεση στους ιούς της ηπατίτιδας μπορεί να προκύψει από επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά, την έναρξη και συντήρηση ενδοφλέβιων καθετήρων, τη λήψη αίματος, την αλλαγή χειρουργικών επιδέσμων, το χειρισμό χειρουργικών εργαλείων, το τσίγγιμα των σεντονιών, τα παθολογοανατομικά υλικά και πολλούς άλλους χειρισμούς.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Αμβέρσα του Βελγίου για την Π.Ο.Υ έδειξε ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν 300 εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας, ως αποτέλεσμα της ηπατίτιδας Β.

Ο κίνδυνος λοίμωξης από ηπατίτιδα Β μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι 10 φορές μεγαλύτερος συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να επιβιώσει για μια εβδομάδα σε θερμοκρασία περιβάλλοντος σε διάφορες επιφάνειες όπως χειρουργικά εργαλεία, σύριγγες.

Περίπου το 20-30% των εργαζομένων στην περίθαλψη έχουν ένα ή περισσότερα ορολογικά σημεία λοιμώξεων με HBV και το 1% είναι HBsAg θετικοί.

Ο ασυμπτωματικοί HBsAg θετικοί φορείς αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγιές προσωπικό, επειδή δεν ταυτοποιούνται εύκολα, λόγω έλλειψης συμπτωμάτων, όπως ο ίκτερος, που επιτρέπουν την αναγνώριση και λήψη προληπτικών μέτρων. Περίπου το 1% όλων των εισαγωγών σε μεγάλα νοσοκομεία είναι HBsAg (+), το 90% όμως αυτών δεν ταυτοποιούνται.

Οι ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό ηπατίτιδας ή πολλαπλών μεταγγίσεων, οι ασθενείς από περιοχές όπου η ηπατίτιδα Β είναι ενδημική και οι ναρκομανείς θα πρέπει να ελέγχονται για HBsAg, λόγω του υψηλού ποσοστού φορέων του HBsAg μεταξύ των ομάδων αυτών.

Αν είναι θετικοί, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν δυνητικά λοιμογόνοι και θα πρέπει να λαμβάνονται κατάλληλες προφυλάξεις κατά τη διάρκεια εγχειρητικών ή άλλων επεμβάσεων.

Παρόλα αυτά όμως πρόσφατα το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κρούει τον κώδωνα του κινδύνου και συνιστά τον εμβολιασμό του υγειονομικού προσωπικού.

Ύστερα από έρευνες που έγιναν, αποδείχθηκε πως οι υψηλές συχνότητες δεικτών ηπατίτιδας Β στους εργαζόμενους στα νοσοκομεία της χώρας μας, επιβεβαιώνουν την ύπαρξη κινδύνου.

γ) Προφύλαξη

Όλα τα σκευάσματα της άνοσης σφαιρίνης (IG) περιέχουν αντι-HAV, αν και οι τίτλοι μπορεί να διαφέρουν.

Όταν χορηγούνται πριν από την επαφή ή κατά τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου επώσεως η IG είναι δραστική στο να προλάβει την κλινικά εμφανή τύπου Α ηπατίτιδα. Σε μερικές περιπτώσεις η IG δεν προλαμβάνει τη νόσο, αλλά περιορίζοντας την καθιστά αφανή. Σαν αποτέλεσμα παραμένει επί μακρό "παθητική - ενεργητική" ανοσία.

Για έκθεση (οικιακή, ιδρυματική) σε ασθενή με ηπατίτιδα Α απαιτείται η χορήγηση 0,02 ml/kg. Για τυχαία επαφή (γραφείο, εργοστάσιο, σχολείο, νοσοκομείο) δεν είναι απαραίτητη η χορήγηση σφαιρίνης, ούτε για τους ηλικιωμένους που είναι άνοσοι.

Όταν εμφανίζονται εξάρσεις ηπατίτιδας Α είναι συνήθως αργά ώστε η χορήγηση IG να είναι δραστική, εντούτοις η προφύλαξη μπορεί να προλάβει τη νόσο σε δευτερογενείς περιπτώσεις.

Για τους ταξιδιώτες σε υποανάπτυκτες χώρες απαιτείται IG προφύλαξη. Όταν τα ταξίδια αυτά διαρκούν λιγότερο από 3 μήνες χορηγείται 0,02 ml/kg, για μεγαλύτερο διάστημα χορηγείται δόση 0,05 ml/kg κάθε 4-6 μήνες.

Για παθητική ανοσοπροφύλαξη από την ηπατίτιδα Β, τόσο το πρότυπο παρασκεύασμα IG (με πολύ μέτρια επίπεδα αντι-HBs) και μια άνοση σφαιρίνη με υψηλό αντι-HBs με τίτλο (HBIG) έχουν αξιολογηθεί.

Σήμερα, η HBIG απαιτείται για προφύλαξη, μετά την επαφή, σε άτομα που τυχαία τρυπήθηκαν με βελόνα από άτομο HBsAg (+).

Μια δόση 0,06 ml/kg χορηγείται το συντομότερο δυνατό μετά την επαφή. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί ένα μήνα αργότερα.

Οι περισσότεροι συνιστούν προφύλαξη με HBIG μετά την έκθεση, για τους συζύγους ή άλλους με σεξουαλική επαφή με άτομα που έχουν ηπατίτιδα Β.

Ύστερα από μελέτη που ανακοινώθηκε, μια δόση HBIG είναι ανώτερη από μια δόση IG. Η προφύλαξη μετά την έκθεση με HBIG απαιτείται επίσης για παιδιά που γεννιούνται από μητέρες HBsAg θετικές.

Αμέσως μετά την γέννηση, τα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνουν 0,5 ml/kg HBIG (im) και η ίδια δόση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε ηλικία 3 και 6 μηνών.

Για προφύλαξη, μετά την επαφή εναντίον της ηπατίτιδας Β σε ενδημικές περιοχές, η IG είναι δραστική, όπως και η HBIG στην πρόληψη της οξείας λοίμωξης. Τα αντι-HBsAg θετικά άτομα δεν απαιτούν ανοσοπροφύλαξη.

Όλες αυτές οι ενδείξεις για τις σφαιρίνες επανεκτιμώνται, δεδομένου ότι η ενεργητική ανοσοποίηση με εμβόλιο HBV είναι πλέον διαθέσιμη.

Η ανοσοποιητική ικανότητα, η ασφάλεια και η επάρκεια έχουν δοκιμασθεί με ένα εμβόλιο παρασκευαζόμενο από καθαρωμένους μη λοιμογόνους 22 nm τύπους HBsAg, προερχόμενους από το πλάσμα χρόνιων φορέων.

Το εμβόλιο που χρησιμοποιείται σήμερα είναι το Engerix από ανασυνδυασμένο DNA. Το εμβόλιο αυτό αποδείχτηκε ασφαλές και πολύ δραστικό στην πρόληψη μεταδόσεως από HBV σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Το εμβόλιο (Engerix) χορηγείται σε 3 δόσεις των 1 ml(im) σε μεσοδιαστήματα 0,1,6 μήνες.

Εφ'όσον έχουν αναγνωρισθεί ομάδες αυξημένου κινδύνου για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C, είναι δυνατή ως ένα βαθμό

και η πρόληψη της νόσου, κυρίως με έλεγχο των αιμοδοτών.

Η παρουσία δεικτών όπως η αύξηση της πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης και η παρουσία του αντι-HBc, οι οποίοι είχαν δειχθεί να εντοπίζουν περίπου το 60% των φορέων του ιού C, ίσως προ το παρόν πρέπει να συνεχισθεί γιατί είναι δυνατόν να ανιχνευθούν φορείς του ιού που δεν έχουν αντισώματα στο αίμα τους έναντι αυτού.

Ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντι-HCV αντισώματα αναμένεται να ελαττώσει την συχνότητα της μετά μετάγγισης ηπατίτιδας κατά 70-80%.

Η εφαρμογή της τεχνικής της αλυσωτής αντίδρασης πολυμεράση, με την οποία είναι δυνατή η κατάδειξη του RNA του ιού της ηπατίτιδας C, τόσο στον ορό, όσο και στο ήπαρ θα βελτιώσει τα παραπάνω αποτελέσματα.

Βεβαίως, με την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων θα ελαττωθεί η συχνότητα της μετά μετάγγισης ηπατίτιδας, η οποία όμως είναι υπεύθυνη μόνο για το 5-10% των περιπτώσεων ηπατίτιδας C, ενώ δεν θα μεταβληθεί η επίπτωση της σποραδικής μορφής της νόσου.

Αναπάντητο παραμένει το ερώτημα για τη θέση της ανοσοπροφύλαξης στην μετά μετάγγιση ηπατίτιδα.

Ελεγχόμενη μελέτη χορήγησης ανόσου γ-σφαιρίνης, σε ασθενείς που υπέστησαν καρδιοχειρουργική επέμβαση έδειξαν όφελος σε σχέση με τους μάρτυρες.

Φαίνεται ότι ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντι-HCV αντισώματα είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος περιορισμού της νόσου.

3.10 ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Οι χημικές ουσίες μπορεί να προκαλέσουν ηπατική βλάβη κατά την εισπνοή κατάποση ή παρεντερική πρόσληψη μεγάλου αριθμού αυτών.

Σ'αυτές περιλαμβάνονται οι βιομηχανικές τοξικές ουσίες, τα τοξικά κυκλικά πεπτίδια ορισμένων ειδών μαντιταριών και πιο συχνά οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική.

Είναι βασικό, σε κάθε άρρωστο που εμφανίζεται με ίκτερο ή διαταραχή στις ηπατικές λειτουργίες, να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ή έκθεση στην εργασία και στο σπίτι σε χημικές ουσίες ή φάρμακα.

Γενικά δύο μείζονες τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας έχουν αναγνωρισθεί:

1) άμεση τοξική και 2) από ιδιοσυγκρασία.

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

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

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

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

Η τετρακυκλίνη, όταν χορηγείται σε ενδοφλέβιες δόσεις μεγαλύτερες από 1,5 gr ημερησίως, οδηγεί σε μικροκυστική λιπώδη εναπόθεση στο ήπαρ.

Η ηπατική βλάβη είναι συχνά μόνο η μια όψη της τοξικότητας και μπορεί να μην αναγνωρισθεί μέχρι να εμφανισθεί ίκτερος.

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

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται στην ευαισθησία του ξενιστή (μεταβολική αντίδραση), σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να είναι ανοσολογικής φύσεως.

Ενδείξεις για την ύπαρξη των κλασικών μηχανισμών υπερευαισθησίας δεν υπάρχουν. Παρ'όλα αυτά εξωηπατικές εκδηλώσεις υπερευαισθησίας είναι συχνές σε μερικές φαρμακευτικές αντιδράσεις και περιλαμβάνουν: αρθραλγίες, εξανθήματα, πυρετό, λευκοκυττάρωση και ηωσινοφιλία.

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

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

(π.χ. αλοθάνιο) ή να μοιάζει κλινικά με εξωηπατική χολική απόφραξη (π.χ. χλωροπρομαζίνη).

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

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

Για παράδειγμα: τα αντισυλληπτικά απ'το στόμα, που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου - προγεστερόνης, μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας και επομένως σε ίκτερο.

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

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

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

- Στην περίπτωση της άμεσης τοξικής επιδράσεως, η προσβολή του ήπατος δεν θα πρέπει να τραβήξει από τους νεφρούς ή και άλλα όργανα, η προσβολή των οποίων είναι πιθανή και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή.

Οι ακόλουθοι χαρακτήρες εμφανίζονται σαν ηπατικές αντιδράσεις σε μερικούς πρωτότυπους παράγοντες.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΚΕΤΑΜΙΝΟΦΑΙΝΗΣ

(ΑΜΕΣΗ ΤΟΞΙΝΗ)

Η ακεταμινοφαίνη (Tylenol), ένα αναλγητικό και αντιπυρετικό που χορηγείται χωρίς συνταγή, έχει προκαλέσει σοβαρή κεντρολοβιώδη ηπατική νέκρωση, όταν λήφθηκε σε μεγάλες ποσότητες ή σε απόπειρες αυτοκτονίας.

Μια μόνο δόση 10-15 gr, μπορεί να προκαλέσει ηπατική βλάβη. Η θανατηφόρος κεραυνοβόλα νόσος συνδέεται με πρόσληψη 25 gr ή περισσότερο. Τα επίπεδα αίματος της ακεταμινοφαίνης σχετίζονται με τη σοβαρότητα της ηπατικής βλάβης.

Η ναυτία, ο εμετός, η διάρροια, ο κοιλιακός πόνος και το shock είναι πρώιμες εκδηλώσεις και εμφανίζονται 4-12 ώρες μετά την πρόσληψη. 24-48 ώρες αργότερα, όταν υποχωρούν οι εκδηλώσεις αυτές, η ηπατική βλάβη είναι εμφανής.

Οι μέγιστες διαταραχές και η ηπατική ανεπάρκεια μπορεί να γίνουν εμφανείς μέχρι 4-6 ημέρες μετά την πρόσληψη. Μπορεί να υπάρχει νεφρική ανεπάρκεια και βλάβη του μυοκαρδίου.

Η ηπατοτοξικότητά της ακεταμινοφαίνης οφείλεται στον τοξικό μεταβολίτη. Όταν σχηματίζονται μεγάλες ποσότητες του μεταβολίτη αυτού, τα επίπεδα γλουταθειόνης του ήπατος πέφτουν και ο μεταβολίτης συνδέεται με μακρομόρια, πυρηνόφιλα του ηπατοκυττάρου.

Η ηπατική βλάβη μπορεί να ενισχυθεί από προηγούμενη πρόσληψη οινοπνεύματος ή άλλων φαρμάκων, που διεγείρουν το σύστημα οξειδάσης μικτής λειτουργίας.

-Η θεραπεία της υπερβάσεως στη δόση ακεταμινοφαίνης περιλαμβάνει: τη γαστρική πλύση, υποστηρικτικά μέτρα και από το στόμα χορήγηση ενεργοποιημένου άνθρακα ή χολεστυραμίνης, για την πρόληψη απορροφήσεως υπολειπόμενου φαρμάκου.

Κανείς απ'τους τελευταίους παράγοντες δεν φαίνεται να είναι δραστικός όταν δοθεί 30 min μετά την πρόσληψη ακεταμινοφαίνης. Όταν χρησιμοποιηθούν, θα πρέπει η γαστρική έκπλυση να προηγηθεί, πριν χορηγηθούν άλλα φάρμακα απ'το στόμα.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΛΟΘΑΝΙΟ

(ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Το αλοθάνιο, είναι ένας μη εκρηκτικός φθοριωμένος υδρογονάνθρακας, που χρησιμοποιείται στην αναισθησιολογία, από άποψη κατασκευής είναι παρόμοιος με το χλωροφόρμιο.

Έχει περιγραφεί ότι προκαλεί: σοβαρή ηπατική νέκρωση σε μικρό αριθμό ατόμων, πόλλοι απ' τους οποίους έχουν εκτεθεί προηγούμενα στον παράγοντα ευαισθητοποιήσεως.

Το αλοθάνιο δεν είναι μια άμεση ηπατοτοξίνη, αλλά ένας παράγοντας ευαισθητοποίησης. Οι εκδηλώσεις υπερευαισθησίας όμως εμφανίζονται σε λιγότερες απ' το 25% των περιπτώσεων.

Μια γενετική προδιάθεση φαίνεται ότι οδηγεί σε ιδιοσυγκρασιακή μεταβολική αντιδραστικότητα.

Οι ενήλικοι, οι παχύσαρκοι και οι γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην προκαλούμενη από αλοθάνιο βλάβη. Την πρώτη εβδομάδα μετά τη χορήγηση αλοθανίου, μπορεί να εμφανισθούν: πυρετός, μέτρια λευκοκυττάρωση και ηωσινοφιλία. Ο ίκτερος συνήθως εμφανίζεται 7-10 ημέρες μετά την έκθεση μπορεί όμως να εμφανισθεί και νωρίτερα.

Συμπτώματα όπως: η ναυτία και ο έμετος προηγούνται της εισβολής του ικτέρου. Η ηπατομεγαλία είναι συνήθως ελαφρά η ευαισθησία όμως του ήπατος είναι συνήθης. Οι τρανσαμινάσεις είναι ανυψωμένες.

Το ποσοστό θνησιμότητας από ηπατίτιδα οφειλόμενη στο αλοθάνιο δεν είναι γνωστό, αλλά πρέπει να κυμαίνεται από 20-40% σε περιπτώσεις με σοβαρή ηπατική προσβολή.

-Σε ασθενείς στους οποίους εμφανίσθηκε πυρετός ανεξήγητος με καθυστέρηση, ή ίκτερος μετά από αναισθησία με αλοθάνιο, θα πρέπει να συνιστάται αυστηρά να μην ξαναλάβουν τον παράγοντα αυτό.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΜΕΘΥΛΝΤΟΠΑ

(ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Μικρές αλλοιώσεις στις ηπατικές δοκιμασίες έχουν περιγραφεί στο 5% περίπου των ασθενών, που λαμβάνουν τον αντιυπερτασικό αυτό παράγοντα. Οι διαταραχές αυτές υποχωρούν παρά τη συνεχιζόμενη χορήγηση του φαρμάκου.

- Πρόδρομα συμπτώματα : πυρετού, ανορεξίας και αδιαθεσίας μπορεί να παρατηρηθούν λίγες ημέρες πριν απ' την εμφάνιση του ικτέρου. Ορολογικά σημεία αυτοανοσίας σπάνια ανευρίσκονται και λιγότεροι από 5% των ασθενών εμφανίζουν Coombs θετική αιμολυτική αναιμία.

Στο 13% περίπου των ασθενών με ηπατοτοξικότητα από μεθυλντόπα, οι κλινικές, βιοχημικές και ιστολογικές αλλοιώσεις είναι εκείνες της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας.

Με τη διακοπή του φαρμάκου, η διαταραχή συνήθως υποχωρεί, αν και η εξέλιξη έχει παρατηρηθεί σε μερικούς ασθενείς.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΣΟΝΙΑΖΙΔΗΣ

(ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Περίπου το 10% των ασθενών, που λαμβάνουν ισονιαζίδη, εμφανίζουν αύξηση των τρανσαμινασών κατά τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας.

Αυτό φαίνεται να παριστάνει την τοξική αντίδραση σ'ένα μεταβολίτη του φαρμάκου. Είτε σταματήσει είτε όχι η χορήγηση ισονιαζίδης, οι τιμές αυτές (συνήθως < 200 units) επιστρέφουν στο φυσιολογικό σε λίγες εβδομάδες.

Το 1% των ασθενών περίπου, εμφανίζει νόσο που δύσκολα διακρίνεται απ'την ιογενή ηπατίτιδα περίπου οι μισοί την εμφανίζουν τους 2 πρώτους μήνες της θεραπείας, ενώ στους υπόλοιπους η κλινική νόσος καθυστερεί για μήνες.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει μορφολογικές αλλοιώσεις παρόμοιες με την ιογενή ηπατίτιδα ή την ταινιοειδή ηπατική νέκρωση.

Η νόσος μπορεί να είναι σοβαρή με θνησιμότητα 10%. Η σοβαρότητα της ηπατικής βλάβης φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα είναι σε ασθενείς άνω των 50 και η μικρότερη κάτω των 20 ετών.

Ο πυρετός, το εξάνθημα, η ηωσινοφιλία και άλλες εκδηλώσεις φαρμακευτικής αλλεργίας είναι σπάνιες. Σε λίγους ασθενείς έχει παρατηρηθεί όμοια εικόνα με την χρόνια ηπατίτιδα.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΛΩΡΟΠΡΟΜΑΖΙΝΗΣ

(ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Στο 1% περίπου των ασθενών που λαμβάνουν χλωροπρομαζίνη, η ενδοηπατική χολόσταση με ίκτερο, εμφανίζεται μετά από 1-4 εβδομάδες θεραπείας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις ο ίκτερος έχει περιγραφεί μετά από απλή έκθεση. Η εισβολή μπορεί να είναι απότομη με πυρετό, εξάνθημα, αρθραλγίες, λεμφαδινοπάθεια, ναυτία, έμετο και επιγαστρικό πόνο. Ο κνησμός του ίκτερου, των σκοτεινόχρωων ούρων και των αποχρωματισμένων κοπράνων.

Η ηωσινοφιλία με ή χωρίς λευκοκυττάρωση μπορεί να υπάρχει. Επίσης η μέτρια ανύψωση της αλκαλικής φωσφατάσης και η μέτρια ανύψωση των τρανσαμινασών μπορεί να παρατηρηθούν (100-200 μονάδες).

Η βιοψία του ήπατος αποκαλύπτει χολόσταση, χολικά έμβολα στα διατεταμένα χοληφόρα σωληνάρια και πυκνή πυλαία διήθηση με πολυμορφοπύρρηνα, ηωσινόφιλα και μονοπύρρηνα.

- Ο ίκτερος και ο κνησμός συνήθως υποχωρούν μέσα σε 4-8 εβδομάδες μετά τη διακοπή της θεραπείας χωρίς επακόλουθα και η θνησιμότητα είναι σπάνια.

Η χολεστυραμίνη μπορεί να βοηθήσει στον κνησμό. Σε μικρό αριθμό ασθενών ο ίκτερος παρατείνεται για μήνες ή χρόνια.

Τέλος, σπάνια μπορεί να αναπτυχθεί μια κατάσταση που μοιάζει με την πρωτοπαθή κίρρωση.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΠ' ΤΟ ΣΤΟΜΑ

(ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ)

Η χορήγηση αντισυλληπτικών απ' το στόμα, που είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερονικών στεροειδών, οδηγεί σε σημαντική κατακράτηση BSP σε υψηλό ποσοστό ασθενών. Εβδομάδες ή μήνες μετά την λήψη των παραγόντων αυτών, σε μικρό αριθμό ασθενών, εμφανίζεται: χολόσταση με ίκτερο και κνησμό.

Ιδιαίτερα ευαίσθητοι είναι οι ασθενείς που εμφάνισαν υποτροπιάζοντα ιδιοπαθή ίκτερο της κυήσεως, σοβαρό κνησμό κατά την κύηση, ή οικογενειακό ιστορικό των διαταραχών αυτών.

Οι εργαστηριακές μελέτες, με την εξαίρεση των λειτουργικών ηπατικών δοκιμασιών είναι φυσιολογικές.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει χολόσταση, με χολικά έμβολα στα διατεταμένα χολικά σωληνάρια και έντονη χρώση των ηπατοκυττάρων με χολερυθρίνη.

Η κατάσταση είναι αναστρέψιμη με τη διακοπή των φαρμάκων και δεν έχουν παρατηρηθεί επακόλουθα.

Τα αντισυλληπτικά απ' το στόμα αντενδείκνυνται σε ασθενείς με ιστορικό υποτροπιάζοντος ίκτερου της κυήσεως.

Ονοματολογία και χαρακτηριστικά των αντιγόνων και αντισωμάτων της ηπατίτιδας

Τύπος* ηπατίτιδας	Διάμετρος σωματιδίου σε nm	Περιγραφή	Αντιγόνο (σε συντομία)	Αντίστοιχο αντισώμα (σε συντομία)	Παρατηρήσεις
A	27	Εικοσαεδρικό ιογενές σωματίδιο	Ίός ηπατίτιδας A (HAV)	Αντίσωμα ηπατίτιδας A (αντι-HAV)	RNA ιός, που ανευρίσκεται στα κόπρανα και τον ορό στην αρχή της νόσου
B	42		Επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας B (HBsAg). Αντιγόνο του πυρήνα της ηπατίτιδας B (HBcAg)	Αντίσωμα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου της ηπατίτιδας B (αντι-HBs) Αντίσωμα εναντίον του εις τον πυρήνα του σωματιδίου Dane αντιγόνου (αντι-HBc)	DNA ιός, που ανευρίσκεται στον ορό
				αντι-HBc	Ο πυρήνας περιέχει DNA και DNA πολυμεράση, υπάρχει στον πυρήνα του ηπατοκυττάρου όχι όμως στον ορό
	27	Πυρήνας του ιού, εικοσαεδρικός	HBcAg		Το HBsAg είναι ανιχνεύσιμο σε >90% των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα B. Ευρίσκεται στον ορό, το υγρό του σώματος και το ηπατοκυτταρικό κυτταρόπλασμα. Το αντι-HBs εμφανίζεται μετά τη B λοίμωξη. Είναι προστατευτικό αντισώμα
	22	Εμφανίζεται σε σφαιρικές και ωληνοειδείς μορφές και οι δύο έχουν τις ίδιες αντιγονικές ιδιότητες όπως η επιφάνεια του ιού. Παριστούν περίσσεια του περιβλήματος ιού	HBsAg	αντι-HBs	Αντιγόνο κοινό σε όλα τα σωματίδια HBsAg
		Αντιγονικοί υπό-τυποι: Αντιδρών της ομάδας		αντι-/a	Χρήσιμα στις επιδημιολογικές έρευνες
		Ειδικά του τύπου	d ή y, ω ή r	αντι d ή y, ω ή r	Το HBsAg ευρίσκεται σε ορό HBsAg - θετικό μόνο. Συσχετίζεται με τη λοιμογόνα δύναμη και ύπαρξη των σωματιδίων θθικτου ιού. Το HBeAg είναι ένα εσωτερικό συστατικό του πυρήνα HBV.
	Μη σωματιδιακά	Διαλυτή πρωτεΐνη	HBeAg	αντι-HBe	

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

Εκδηλώσεις	Ηπατίτιδα Α (Λοιμώδης ηπατίτιδα MS-1 βραχείας επώσεως ηπατίτιδα)	Ηπατίτιδα Β (Εξ ομολόγου ορού, MS-2; μακράς επώσεως ηπατίτιδα)	Μη-Α, Μη-Β ηπατίτιδα
Επώση Έναρξη Εποχιακή συχνότητα Ηλικία προτιμήσεως	15-45 ημέρες (μέση 30) Οξεία Φθινόπωρο-Χειμώνας Παιδιά, νεαροί ενήλικοι	30-180 ημέρες (μέση 60-90) Συχνά ύπουλη Όλο το χρόνο Κάθε ηλικία	15-260 (μέση 50) Υπουλή Όλο το χρόνο Κάθε ηλικία περισσότερο όμως ενήλικοι
Οδός μετάδοσης: Κόπρνα - στόμα Άλλες μη διαδερμικές* Διαδερμικές Σοβαρότητα Πρόγνωση	+++ +/- +/- Ήπια Γενικά καλή	- ++ +++ Συχνά σοβαρή Καλή με την πάροδο της ηλικίας Ενίοτε (5-10)	Παρεντερικό ++ +++ μέτρια μέτρια
Μετάπτωση σε χρονιότητα Προφύλαξη με ανοσοφαιρίνες (ISG) Προφύλαξη με ανοσοφαρίνη ηπατίτιδας Β (Πολύ ψηλός τίτλος αντι-HBs)	Όχι Καλή (δεν έχει εφαρμογή)	Μερική Καλή μετά από τσίμπημα βελόνης-σεξουαλική, επαφή μητέρας νεογνού	Ενίοτε (10-50%) Δεν έχει εφαρμογή
Ισοφορία	Σπάνια, αν όχι ανύπαρκτη	0,1-1,0%	Υπάρχει, αλλά άγνωστο επιπολασμού

*Για παράδειγμα σεξουαλική επαφή ή επαφή μητέρας-νεογνού

Μερικά χαρακτηριστικά της τοξικής και φαρμακευτικής ηπατικής βλάβης

Χαρακτηριστικό	Άμεση επίδραση	τοξική	Ιδιοσυγκρα-σία			Άλλα
	(π.χ. τε- τραχλωρα- νθρακας)	(π.χ. ακε- ταμινοφαί- νη)	(π.χ. αλοθά- νιο)	(π.χ. ισο- νιαζιδή)	(π.χ. χλωρο- προμαζίνη)	(π.χ. αντι- συλληπτικά από το στόμα)
Προκαθορισμένη δόση-εξαρτώμενη τοξικότητα	+	+	0	0	0	+
Λανθάνουσα περίοδος	Βραχεία	Βραχεία	Άλλοτε άλλη	Άλλοτε άλλη	Άλλοτε άλλη	Άλλοτε άλλη
Αρθραλγία πυρετός, εξάν- θημα, ημωίνο-φιλία Ηπατική μορφο- λογία	0	0	+	0	+	0
	Νέκρωση λιπώδης διήθησης	Κεντρολο- βιόδης νέκρωση	Παρόμοια με την ιογενή ηπατίτιδα	Παρόμοια με την ιογενή ηπατίτιδα	Χολόσταση με πυλαία φλεγ- γμονή	Χολόσταση χωρίς πυ- λαία φλεγ-μονή

1.

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C
Παρεντερικά
- Επαφή με αίμα ή προϊόντα αίματος
- Μολυσμένες βελόνες, σύριγγες ή όργανα
Δια σεξουαλικής επαφής
Συμβίωση με φορείς του ιού

2.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ αντι-HCV ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ	
HBsAg	5-30%
Χρόνια Μη-A ηπατ.	60-80%
Κρυψιγενής κίρρωση	40-70%
Αυτοάνοσος χρόνια ενεργός ηπατίτις	10-44%
Πρωτοπαθής χολική κίρρωση	10-40%
Αλκοολική κίρρωση	35%
Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα	40-75%

3.

ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C	
Πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς	
Αιμορροφιλικοί	(65-80%)
Ασθενείς σε αιμοδιάλυση	(6-20%)
Μεταμοσχευθέντες ασθενείς	
Χρήστες ναρκωτικών ΕΦ	(150-70%)
Σεξουαλικοί σύντροφοι ή άτομα που συμβιούν με φορείς	(6-8%)
Φορείς Αυστραλιανού αντιγόνου	(5-30%)
Εργαζόμενοι στον τομέα Υγείας	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

"ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ"

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ: Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι μια παθολογική κατάσταση με ποικίλη αιτιολογία, που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη ηπατική νέκρωση, ενεργό φλεγμονή και ίνωση, που μπορεί να οδηγήσει ή να συνοδεύεται από κίρρωση.

Ενώ τα σημεία και τα συμπτώματα της χρόνιας ηπατικής νόσου είναι τυπικά, οι εκδηλώσεις συστηματικής προσβολής είναι συχνές και οι εξωηπατικές εκδηλώσεις καθώς και οι οροανοσολογικές διαταραχές μπορεί να προσξάρχουν στην κλινική εικόνα.

Η εμφάνιση αυτών των εκδηλώσεων οδήγησε στη χρήση μιας ποικιλίας όρων για την περιγραφή της νόσου.

Στους όρους αυτούς περιλαμβάνεται:

- α) η αυτοάνοση ηπατίτιδα,
- β) η λυκοειδής ηπατίτιδα,
- γ) η οξεία νεανική κίρρωση,
- δ) η πλασματοκυτταρική ηπατίτιδα,
- ε) η υποξεία ηπατίτιδα και
- στ) η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

- Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος όρος, για την κλινικοπαθολογική αυτή οντότητα, παρά την αιτιολογία και τις κλινικές ποικιλίες της.

4.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πολλαπλοί αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Πιθανόν ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας Β ή ιό μη-Α μη-Β τύπου C ηπατίτιδας. Στο 1/3 των ασθενών η νόσος αρχίζει απότομα, μετά από νόσο οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

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

Οι λοιμώξεις με μη-Α μη-Β ιούς, που επιμένουν μπορεί να είναι υπεύθυνες για περιπτώσεις χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, μετά από μετάγγιση ή σποραδικές λοιμώξεις με ιούς μη-Α μη-Β.

Επιπλέον η μετάπτωση της από ηπατίτιδα Β προκαλούμενης ταινιοειδούς ηπατίτιδας έχει παρατηρηθεί, καθώς επίσης και της ηπατίτιδας C που ενοχοποιείται στην παθογένεια μερικών περιπτώσεων χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Τα φάρμακα ενοχοποιούνται στην παθογένεια μερικών περιπτώσεων. Εκδηλώσεις τυπικές χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας έχουν ανευρεθεί σε μερικούς ασθενείς, σχετιζόμενες με πρόσληψη καθαρτικών που περιέχουν οξυφαινισατίνη.

Στους ασθενείς αυτούς, επιπλέον χορήγηση οξυφαινισατίνης οδηγεί σε έξαρση της νόσου, ενώ η διακοπή οδηγεί σε κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση αυτής.

Φάρμακα όπως: η μεθυλντόπα, η ισονιαζίδη, η **νιτροφουραντοΐνη** και άλλα έχουν ενοχοποιηθεί σαν αιτιολογικοί παράγοντες σε λίγους ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως τόσο χημικοί όσο και ιογενείς παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στην πρόκληση χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

4.3 ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις ότι η εξελικτική παρεγχυματική κυτταρική καταστροφή σε ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα περιέχει και μια επίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος, που καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες.

Οι ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη αυτή περιλαμβάνονται στα ακόλουθα δεδομένα:

- (1) Στο ήπαρ οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις συνίστανται κύρια από **μικρά λεμφοκύτταρα** και πλασματοκύτταρα, σε συνδυασμό με ηπατοκυτταρική καταστροφή και αντικατάσταση από ινώδη ιστό.
- (2) Συχνά ανευρίσκεται μια ποικιλία κυκλοφορούντων "αυτοαντισωμάτων", όπως τα αντιλειμοκυττάρια, αντιμιτοχονδριακά και αντιθυρεοειδικά αντισώματα.
- (3) Η παραμονή του (HBsAg) στον ορό και το αντίσωμα έναντι του αντιγόνου C (HBcAg) στο ηπατικό κύτταρο, μετά την προσβολή από οξεία ηπατίτιδα Β, συχνά συνοδεύεται με την ανάπτυξη χρόνιας ενεργού ή χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας.
- (4) Άλλα "αυτοάνοσα" νοσήματα όπως: η **θυρεοειδίτιδα, η ελκώδης κολίτιδα, η coombs θετική αιμολυτική αναιμία, η υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα και το σύνδρομο Sjogren** μπορεί να συνοδεύονται από χρόνια ενεργό ηπατίτιδα ή παρατηρούνται σε συγγενείς των πασχόντων.
- (5) Τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA-B1 ή B8 και DRW3 και DRW4, είναι επικρατέστερα του αναμενόμενου, σε ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα χωρίς HBsAg.
- (6) Τελικά η χρήση κορτικοστεροειδών που πιστεύεται ότι έχει επίδραση σε ποικιλία ανοσολογικών και αυτοάνοσων διαταραχών, είναι συχνά επωφελής στη θεραπεία σοβαρής χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις, ότι οι κυτταρικές ανοσιακές αντιδράσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Υποστηρίζεται ότι τα λεμφοκύτταρα ευαισθητοποιούνται σε παραλλαγμένα ή νέα αντιγόνα, που υπάρχουν στις μεμβράνες των ηπατοκυττάρων.

Οι χημικοί ανοσιακοί μηχανισμοί μπορεί να είναι υπεύθυνοι για μερικές από τις κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Ειδικότερα, οι εξωηπατικές εκδηλώσεις όπως: οι αρθραλγίες, η αρθρίτιδα, το εξάνθημα και η σπειραματονεφρίτιδα, φαίνεται να προκαλούνται από την εναπόθεση κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων.

4.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Αν και τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα μπορεί να την υποπτευθεί κανείς απ'το ιστορικό και τα φυσικά ευρύματα, η βιοψία ήπατος είναι απαραίτητη για να τεθεί η διάγνωση. Στις βασικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στο ήπαρ, περιλαμβάνονται:

- (1) μια πυκνή μονοπυρηνική και πλασματοκυτταρική διήθηση των πυλαίων διαστημάτων, με ευρεία επέκταση της φλεγμονώδους διηθήσεως μέσα στο ηπατικό λόβιο,
- (2) τα διαφράγματα από συνδετικό ιστό που εκτείνονται απ'τις πυλαίες ζώνες στο λόβιο, απομονώνοντας παρεγχυματικά κύτταρα σε αποικίες,
- (3) ένδειξη ηπατικής αναγέννησης με σχηματισμό "ροζετών", πάχυνση των ηπατοκυτταρικών πετάλων και αναγεννητικά "ψευδολόβια".

Υπάρχει μορφολογική ένδειξη, ότι σε μερικές περιπτώσεις η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, εξελίσσεται σε ή συνοδεύεται από αναπτυξη κίρρωσης.

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα ιστολογικά, χαρακτηρίζεται από "piece meal" νέκρωση, φλεγμονή και ίνωση. Piece meal νέκρωση θεωρείται η απομόνωση ομάδας ή με μονωμένων ηπατοκυττάρων γειτονικά των πυλαίων διαστημάτων από φλεγμονώδη στοιχεία.

Η φλεγμονή - κυρίως λεμφοκυτταρική - αφορά τα πυλαία διαστήματα με επέκταση στα παρακείμενα λόβια. Η ίνωση εμφανίζεται με την παρουσία κολλαγονικών διαφραγμάτων στα πυλαία και επέκταση περικυτταρικά στα κολποειδή.

Ιστολογικά σύμφωνα με τον Anderson υπάρχουν ενδεικτικές αλλοιώσεις της χρόνιας ενεργού τύπου C ηπατίτιδας:

- α) παρατηρούνται σκόρπια σταγονίδια λίπους στο κυτταρόπλασμα που δεν παρατηρούνται στην ηπατίτιδα B,
- β) η περικυτταρική και ενδοκολποειδική ίνωση, είναι εντονότερη στην ηπατίτιδα C, ενώ η αναγεννητική της δραστηριότητα μικρότερη,
- γ) τέλος θεωρείται ότι η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα C έχει ταχύτερη εξέλιξη σε κίρρωση σε σχέση με τη B.

Η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα συγχέεται με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Ενώ οι κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας επιμένουσας και της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας μπορεί κατά κάποιο τρόπο να είναι όμοιες, η σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων είναι: ότι η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα σπάνια, αν όχι ποτέ, εξελίσσεται σε κίρρωση.

Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με βεβαιότητα μόνο με τη βιοψία ήπατος. Η χρόνια επιμένουσα ιστολογικά χαρακτηρίζεται από: λεμφοκυτταρική διήθηση των πυλαίων διαστημάτων που δεν επεκτείνεται στα λόβια.

Υπάρχουν βέβαια ορισμένες ενδεικτικές ιστολογικές διαφορές που σχετίζονται με τον αιτιοπαθογενετικό παράγοντα (τον τύπο του ιού):

- α) Μεγαλύτερη διεύρυνση πυλαίων διαστημάτων, εντονότερη λεμφοκυτταρική διήθηση (λεμφοζίδια).
- β) Πιο υπερπλαστικά Kupffer στη σχετιζόμενη με τον ιό C ηπατίτιδα.

- γ) Απουσία κυττάρων ground-glass που παρατηρούνται στην ηπατίτιδα Β.
- δ) Απουσία της χαρακτηριστικής μορφολογίας λιθοστρώτου των αναγεννημένων ηπατικών δοκίδων, που παρατηρείται στη Β.

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας και της χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας συγκρίνονται παρακάτω.

4.5 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το κλινικό φάσμα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας εκτείνεται από ασυμπτωματική νόσο μέχρι θανατηφόρο ηπατική ανεπάρκεια.

Προσβάλλει όλες τις ομάδες ηλικιών, είναι συχνότερη στις νεαρές γυναίκες και στους έφηβους. Περίπου 2/3 των ασθενών, η νόσος έχει ύπουλη εισβολή για περίοδο μερικών εβδομάδων ή μηνών.

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

Τα συμπτώματα που είναι συχνά στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα είναι:

- α) η κόπωση πολύ συχνά,
- β) ο επίμονος ή υποτροπιάζων ίκτερος στο 80% των τυπικών περιπτώσεων,
- γ) κακουχία,
- δ) ανορεξία και
- ε) μικρός πυρετός.

Σε μερικούς αρρώστους οι επιπλοκές της κίρρωσεως όπως: ο ασκίτης, οι αιμορραγούντες κίρσοι, η εγκεφαλοπάθεια, ο υπερσπληνισμός ή οι διαταραχές πήκτικότητας, μπορεί να είναι τα συμπτώματα που θα φέρουν τον άρρωστο στο γιατρό.

Σε άλλους, οι εξωηπατικές εκδηλώσεις προεξάρχουν της κλινικής εικόνας και η νόσος του ήπατος είναι τελείως αφανής.

Στις υπάρχουσες εξωηπατικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται η αμηνόρροια, η αιματηρή διάρροια, ο κοιλιακός πόνος, η αρθραλγία η αρθρίτιδα, τα πομπώδη ή βλατιδώδη εξανθήματα, η ακμή, το οζώδες ερύθημα, η πλευρίτιδα, η περικαρδίτιδα, η αναιμία, η αζωθαιμία και το σύνδρομο κερατοεπιπεφυκίτιδας και ξηροστομίας.

Αυτές οι εξωηπατικές εκδηλώσεις και οι παθολογικές ορολογικές αντιδράσεις, είναι συχνότερες στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες και σε ασθενείς δίχως ορολογική ένδειξη προηγηθείσας ηπατίτιδας Β.

Η πορεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας ποικίλλει και η νόσος μπορεί να επιμένει για μακρές περιόδους, χωρίς κλινικά εμφανή ηπατική νόσο.

Αυτό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αληθινό στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, που συνοδεύεται από ηπατίτιδα Β ή C.

Η ιστολογική βλάβη μπορεί ν'αναστραφεί πλήρως, προτού εκδηλωθεί κίρρωση σε μερικούς ασθενείς HBsAg (t), μετά την αυτόματη κάθαρση απ'την αντιγοναιμία.

Αν δεν υποβληθούν σε θεραπεία, η θνησιμότητα είναι υψηλή (50-70%), κατά τη διάρκεια των λίγων πρώτων ετών της νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή κλινική νόσο και διαπιστωμένη ιστολογικά

χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Επίσης σε ασθενείς με κίρρωση και σ'εκείνους με ζωνοειδή νέκρωση, όπου ο θάνατος επέρχεται σαν αποτέλεσμα ηπατικής ανεπάρκειας και ηπατικού κώματος.

Το πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι μια ασυνήθης επιπλοκή της (HBsAg) αρνητικής χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ακόμη και όταν η νόσος έχει εξελιχθεί σε μετανεκρωτική κίρρωση.

Αυτό βρίσκεται σ'αντίθεση με τους μακροχρόνιους φορείς HBsAg με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, με ή χωρίς κίρρωση, στους οποίους η επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι αυξημένη.

4.6 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι πάντοτε παθολογικές, μπορεί να μη σχετίζονται με τη σοβαρότητα, κλινική και ιστολογική, των περιπτώσεων.

Πράγματι μερικοί ασθενείς έχουν φυσιολογική χολερυθρίνη ορού, αλκαλική φωσφατάση και σφαιρίνες με μικρές αυξήσεις των τρανσαμινασών ή θετικό HBsAg και ακόμη έχουν βιοψία ήπατος συμβατή με σοβαρή χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Στις τυπικές περιπτώσεις η χολερυθρίνη είναι μέτρια αυξημένη (από 3-10 mg/dl). Η ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (SCOT) και η αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (SGPT) είναι αυξημένες και κυμαίνονται από: 100-1.000 μονάδες, αν και έχουν περιγραφεί και τιμές μέχρι 4.000 μονάδες.

Το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β μπορεί να ευρεθεί στο 20-30% των ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και συχνότερα στους άνδρες απ'ό,τι στις γυναίκες.

Υπεργαμμασφαιριναιμία (S 2,5 mg/dl) είναι συχνή, ιδιαίτερα στους ασθενείς με εκτεταμένη πλασματοκυτταρική διήθηση του ήπατος.

Ελαφρά υπολευκωματιναιμία απαντά σε ασθενείς με ενεργό νόσο ή προχωρημένη κίρρωση.

Η αλκαλική φωσφατάση μπορεί να είναι μέτρια αυξημένη ή κοντά στο φυσιολογικό. Ο χρόνος προθρομβίνης είναι συχνά επιμηκυνσμένος, ιδιαίτερα σε προχωρημένη νόσο ή κατά τη διάρκεια ενεργών φάσεων.

Ποικιλία παθολογικών ορολογικών αντιδράσεων και κυκλοφορούντων "αυτοαντισωμάτων" ανευρίσκεται σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Μερικές απ'αυτές είναι μη ειδικές και ανευρίσκονται και σε άλλες ιογενείς νόσους. Τα κυκλοφορούντα αντισώματα έναντι του DNA, IgG, των λείων μυών και των μιτοχονδρίων ενισχύουν την άποψη, ότι η χρόνια ηπατίτιδα είναι πράγματι συστηματική νόσος.

4.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Νωρίς κατά την πορεία της, η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα μπορεί να μοιάζει με την οξεία ιογενή ηπατίτιδα.

Παρόλ'αυτά η επιμονή των συμπτωμάτων, περιλαμβανομένων και των βιοχημικών διαταραχών, όπως οι αυξημένες τρανσαμινάσεις και η χολερυθρίνη, το ΗΒsAg τους επόμενους μήνες, δείχνουν ότι υπάρχει χρόνια ηπατική βλάβη.

Η σημαντικότερη νοσολογική οντότητα, που συγχέεται συχνά με τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, είναι η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.

Όπως είναι διαπιστωμένο, στη χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα, η έναρξη μοιάζει συχνά με την οξεία ηπατίτιδα. Οι τρανσαμινάσεις είναι συχνά αυξημένες σε μέτρια επίπεδα στη χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα και μπορεί να υπάρχει ΗΒsAg στον ορό.

Η κόπωση, η ανορεξία, η κακουχία, ο πόνος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο και η ηπατομεγαλία, μπορεί να συνοδεύουν τόσο τη χρόνια επιμένουσα όσο και τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Έτσι η οριστική διάγνωση μπορεί να τεθεί μόνο με βιοψία ήπατος, δεδομένου ότι: ο διαχωρισμός μεταξύ χρόνιας ενεργού και χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας δεν μπορεί να γίνει με κλινικά και βιοχημικά κριτήρια.

Ο διαχωρισμός είναι σημαντικός, επειδή η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα, δεν είναι μια εξελικτική διαταραχή και σπάνια αν όχι ποτέ οδηγεί σε κίρρωση και δε χρειάζεται θεραπεία.

Η ύπαρξη εξηπατικών εκδηλώσεων στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, όπως: η πλευρίτιδα, η αρθρίτιδα και οι αρθραλγίες, μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση με νοσήματα του συνδετικού ιστού.

Η ύπαρξη κλινικών και βιοχημικών εκδηλώσεων ξεχωρίζουν σαφώς τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα απ'τα παραπάνω νοσήματα.

Στην εφηβική ηλικία, η νόσος του Wilson μπορεί να υπάρχει με εκδηλώσεις χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, πριν οι νευρολογικές εκδηλώσεις γίνουν εμφανείς.

Η σερουλοπλασμίνη ορού και οι προσδιορισμοί χαλκού στα ούρα βοηθούν στη διάγνωση. Αργότερα, στην πορεία της νόσου, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν μετανεκρωτική κίρρωση χωρίς ένδειξη ενεργού ηπατίτιδας.

Η κατάσταση αυτή, που καλείται κρυψιγενής κίρρωση, μπορεί επίσης να παριστάνει τελικά στάδια άλλων ηπατικών νοσημάτων (π.χ. πρωτοπαθής χολική κίρρωση).

Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση, μπορεί να έχει ιστολογική ομοιότητα με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια.

Στην πρωτοπαθή χολική κίρρωση όμως, ο κνησμός που προεξάχει, σε συνδυασμό με αυξημένη αλκαλική φωσφατάση και χοληστερόλη και ο χαρακτήρας της ιστολογικής εξελικτικότητας συνήθως επιτρέπουν το διαχωρισμό απ'τη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

4.8 Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Κατά την διάρκεια επεισοδίων της ενεργού νόσου ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα, με υποστηρικτική αγωγή.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη και για τον καθορισμό της σοβαρότητας και εκτάσεως της νόσου, για τη διαπίστωση της εξωηπατικής επεκτάσεως με διαδερμική βιοψία ήπατος.

Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως, η παρατεταμένη όμως ανάπαυση στην κλίνη μετά την ύφεση, δεν είναι απαραίτητη.

Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή είναι η θεραπεία εκλογής σε συμπτωματικούς, HBsAg αρνητικούς, ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και ταινιοειδή ηπατική νέκρωση. Τα κορτικοστεροειδή έχουν αποδειχθεί ότι είναι δραστηνά στο να παρατείνουν την επιβίωση των ασθενών αυτών, κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της νόσου, τότε που η θνησιμότητα είναι υψηλή.

Απάντηση

Η θεραπεία χαρακτηρίζεται από πλήρη κλινική, βιοχημική και ιστολογική ύφεση και αναμένεται στο 60-80% των ασθενών.

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

Η επίδραση των κορτικοστεροειδών στη φυσική εξέλιξη της HBsAg θετική χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας είναι λιγότερο ξεκαθαρισμένη.

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

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

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

Οι συνεχείς εξετάσεις παρακολούθησεως και η επαναλαμβανόμενη ηπατική βιοψία 6 μήνες και 1 χρόνο μετά την αρχική εκτίμηση της νόσου συχνά επωφελεί στο να εκτιμηθεί η φυσική πορεία της νόσου και να καθοριστεί αν αναπτύσσεται ίνωση ή κίρρωση.

Αν η νόσος έχει εξελιχθεί, μια προσπάθεια θεραπείας με κορτικοειδή είναι απαραίτητη.

Εαν η αντικειμενική βελτίωση της κλινικής και βιοχημικής εικόνας της νόσου, δεν εμφανίζεται μετά από μερικούς μήνες θεραπείας, τα κορτικοστεροειδή θα πρέπει να διακόπτονται. Σε μερικούς ασθενείς η διακοπή αυτών ακολουθείται από κλινική, βιοχημική και ιστολογική βελτίωση.

Όταν χρησιμοποιούνται κορτικοειδή, η βελτίωση του αισθήματος κοπώσεως και ανορεξίας, εμφανίζονται συνήθως μέσα σε μερικές ημέρες ή εβδομάδες.

Η βιοχημική βελτίωση αναμένεται σε μερικές εβδομάδες ή μήνες, με πτώση των τιμών της χολερυθρίνης και των σφαιρινών και αύξηση της λευκωματίνης.

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

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

Άλλα θεραπευτικά σχήματα έχουν δοκιμασθεί στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές απ'τα κορτικοστεροειδή.

Μια αρχική δόση 30 mg **πρεδνιζόλης**, που μειώνεται σταδιακά στα 10-20 mg σε συνδυασμό με 50-75 mg **αζαθειοπρίνης**, έχει αποδειχθεί ότι είναι δραστική.

Ο συνδυασμός αυτός αποφεύγει τις παρενέργειες των υψηλών δόσεων κορτικοειδών. Η **αζαθειοπρίνη** όμως, **μόνη** δεν είναι δραστική στη θεραπεία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Η κάθε δεύτερη μέρα θεραπείας με κορτικοειδή, περιορίζει τον κίνδυνο παρενεργειών, δεν είναι όμως επαρκώς θεραπευτικά.

Η αντιογεννή χημειοθεραπεία με **ιντερφόνη** ή **βιδαραβίνη**, μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία των HBsAg (+) ασθενών με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Διαφορικά γνωρίσματα της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας και χρόνιας επιμένουσας ηπατίτιδας.

Εκδηλώσεις	Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα	Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα
Κλινικά:		
Έναρξη σαν την οξεία ιογενή ηπατίτιδα.	30%	70%
Υποτροπιάζοντα οξέα επεισόδια.	Συχνά	Ασυνήθη
Εξωηπτική προσβολή (π.χ. αρθραλγίες, πλευρίτιδα, κολίτιδα)	Συνήθης	Σπάνια
Πρόγνωση	Άλλοτε άλλη	Καλή
Ιστολογία ήπατος		
Εστιακή νέκρωση	Χαρακτηριστική	Ασταθής
Εστία φλεγμονής	Πυλαία εκτεινόμενη στα λόβια	Πυλαία
Αρχιτεκτονική λοβίου	Κατάλυση	Διατήρηση
Ίνωση	Συχνή	Ελαφρά
Εξέλιξη σε κίρρωση	Συχνή	Σπάνια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 " ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ"

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

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.

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

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

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών από οξεία ηπατίτιδα περιλαμβάνει:

- > άρρωστος
- > συγγενείς
- > περιβάλλον
- > πηγές πληροφοριών -> ιατρικά δελτία
- > ιστορικό υγείας, φάσεις νόσου

Εκτίμηση γενικής κατάστασης ασθενούς

- > φυσική εκτίμηση
- > διαγνωστικές εξετάσεις

-> θρεπτικό ανισοζύγιο.

-> Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια.

-> Μείωση άνεσης, δραστηριοτήτων.

Αντιμετώπιση προβλημάτων ασθενούς -> Προβλήματα κένωσης εντέρου.

- > Προβλήματα απ'τη φαρμακευτική θεραπεία.
- > Προβλήματα χρονιότητας.

Παρακάτω θα αναφερθούν αναλυτικά οι νοσηλευτικές διαδικασίες.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

5.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

Οι πληροφορίες για τις τυχόν αρρώστιες που έχει περάσει ο ασθενής ή για τα συμπτώματα που αισθάνεται λαμβάνονται από τον ίδιο τον ασθενή, τους συγγενείς του καθώς και από τα ιατρικά δελτία.

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 τους τελευταίους 6 μήνες, εάν τρυπήθηκε με μολυσμένη βελόνα ή αν ταξίδεψε σε υποανάπτυκτες χώρες με υψηλό ποσοστό ηπατίτιδας.

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

Μόλις ληφθεί το ιστορικό του αρρώστου, ο ασθενής προγραμματίζεται για εργαστηριακές 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.

Γίνονται αιμοληψίες για τον ακριβή προδιορισμό των θρομβοκυττάρων και της πηκτικότητας του αίματος.

Αναλυτικά οι αιματολογικές εξετάσεις έχουν ως εξής:

1. Χρόνος προθρομβίνης: (Φ.τ. 12" - 15"). Εμφανίζεται αυξημένος σε ηπατική πάθηση εξαιτίας μείωσης της προθρομβίνης, την οποία συνθέτει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Η αδυναμία του ήπατος να συνθέσει προθρομβίνη, όταν υπάρχει βιταμίνη Κ, δείχνει κλινικά σημαντική βλάβη του ηπατικού κυττάρου.

2. SGPT (Φ.τ. 5-35 v/ml)

SGOT (Φ.τ. 5-40 v/ml)

LDH (400 v/ml).

Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων προκαλεί απελευθέρωση των ενζύμων αυτών στο αίμα. Ανυψώσεις τους όμως συμβαίνουν και σε άλλες παθήσεις.

3. Αλκαλική φωσφατάση. Αποτελεί μέτρο χολικής απόφραξης.

4. γ-γλουταμινική τρανσεπεπτιδάση (γ-GT). Αύξηση στην ηπατίτιδα Β.

5. HBsAg (επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β). Δεν υπάρχει φυσιολογικά στον ορό και η παρουσία του είναι διαγνωστική στον ορό των αρρώστων με ηπατίτιδα Β. Δεν βρίσκεται στον ορό των αρρώστων με ηπατίτιδα Α.

6. Σφαιρίνες ορού (Φ.τ. 2,5-3,5 mg/100ml). Οι γ-σφαιρίνες αυξάνονται σε ηπατική βλάβη.

7. Μεταβολισμός λιπιδίων:

Χοληστερίνη ορού (Φ.τ. 150-250 mg/100ml)

Φωσφολιπίδια ορού (Φ.τ. 125-300 mg/100ml)

Τριγλυκερίδια ορού (Φ.τ. 30-135 mg/100ml)

Μειώνονται σε βλάβες των ηπατικών κυττάρων.

8. Μεταβολισμός χολερυθρίνης:

'Αμηση χολερυθρίνη (Φ.τ. 0,1-0,4 mg\100ml)

'Εμμεση χολερυθρίνη (Φ.τ. 0,2-0,7 mg\100ml)

Αυξάνονται σε βλάβες των ηπατικών κυττάρων.

9. Μεταβολισμός υδατανθράκων:

Εξέταση ανοχής γαλακτόζης (απέκριση στα ούρα λιγότερη από 3G).

-Σε ηπατική ανεπάρκεια απεκκρίνονται πάνω από 3G γαλακτόζης στα ούρα.

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

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

Κατά τη βιοψία ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι πολύ σημαντικός. Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη βιοψία ήπατος διακρίνεται σε 3 φάσεις:

α) Φάση προετοιμασίας του ασθενής

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

- Ελέγχουμε εάν έκανε ο ασθενής τις εξετάσεις αίματος για χρόνο προθρομβίνης, χρόνο ροής και πήξης, μελετώντας το φάκελό του. Η βιοψία αντενδείκνυται όταν ο ασθενής έχει αιμορραγική διάθεση.

- Επιβεβαιώνεται η ύπαρξη διαθέσιμου αίματος γιατί οι ασθενείς με προβλήματα ήπατος έχουν πηκτικές διαταραχές.

- Δεν επιτρέπεται η χορήγηση υγρών 4-8 ώρες πριν από την εξέταση. Κατευναστικά και αναλγητικά χορηγούνται σύμφωνα με εντολή ιατρού. Τα φάρμακα του χορηγούνται κανονικά.

- Πριν την εκτέλεση της βιοψίας γίνεται λήψη ζωτικών σημείων στον ασθενή και καταγραφή τους.

Έτσι εξασφαλίζουμε μια εικόνα της κατάστασης του ασθενή πριν τη βιοψία, η οποία θα συγκριθεί με τη μεταβιοψική εικόνα του.

Η Νοσηλεύτρια-της έχει προετοιμάσει το δίσκο βιοψίας που περιέχει:

1. SET αποστειρωμένο με βελόνες ειδικές με στυλεό.
2. Σύριγγες RECORD για αναρρόφηση.
3. Σύριγγες και βελόνες για τοπική αναισθησία.
4. Τολύπια βάμβακος, γάζες.
5. Τετράγωνο και σχιστό αποστειρωμένο.
6. Λαβίδα, νεφροειδές.
7. Γάντια αποστειρωμένα.
8. Ευλοκαΐνη.
9. Αντισηπτικό.
10. Φυσιολογικός ορός.
11. Διάλυμα φορμόλης 5-10%.

β) Φάση εκτέλεσης βιοψίας ήπατος.

- Τοποθετείται ο άρρωστος σε ύπτια θέση με μαξιλάρι κάτω από τη δεξιά πλευρά του θώρακα για να υπάρχει ελαφρά κλίση του κορμού προς τα αριστερά.

Το σύστοιχο χέρι είναι ανυψωμένο και το στηρίζει κάτω απ' το

κεφάλι του για να γίνει καλύτερο άνοιγμα των μεσοπλευρίων διαστημάτων.

- Αποκαλύπτεται η άνω κοιλία, γίνεται αντισηψία στο δεξιό υποχόνδριο και τοπική αναισθησία.

- Γίνεται καθορισμός του σημείου βιοψίας, το οποίο βρίσκεται ένα μεσοπλευριο διάστημα κάτω από το ανώτερο όριο της ηπατικής αμβλύτητας, 2 cm πίσω από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

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

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

- Ο γιατρός εισάγει γρήγορα τη βελόνα βιοψίας μέσα στο ήπαρ, αναρροφά ιστό και αποσύρει.

- Μετά την έξοδο της βελόνας, ο άρρωστος αναπνέει κανονικά.

- Η τομή καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα.

- Τέλος η νοσηλεύτρια φροντίζει έτσι ώστε το φιαλίδιο με τον ιστό να φθάσει με ασφάλεια και χωρίς καθυστέρηση στο εργαστήριο (παραπεμπτικό, ετικέτα με τα στοιχεία του αρρώστου ημερομηνία, κλινική).

γ) Φάση παρακολούθησης του ασθενή

- Μετά τη βιοψία, η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο να γυρίσει δεξιά στο κρεβάτι, τοποθετεί μαξιλάρια κάτω από τις πλευρές και τον συμβουλεύει να παραμείνει ήρεμος σ' αυτή τη θέση για 2-4 ώρες.

- Ο σφυγμός, η Α.Π, οι αναπνοές μετρώνται σε τακτά διαστήματα μέχρι να φθάσουν στα φυσιολογικά επίπεδα.

- Σε περίπτωση που παρουσιασθεί απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια, ειδοποιείται ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση βιοψίας είναι βαρείες και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.

- Όταν τα ζωτικά σημεία του ασθενή είναι φυσιολογικά χορηγούνται υγρά μετά από 3-4 ώρες.

- Τέλος ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και φροντίζει το χρησιμοποιημένο υλικό.

5.3 "ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ"

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

A. 'ΑΜΕΣΟΙ

1. Προαγωγή της σωστής θρέψης.
2. Φυσιολογικό ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.
3. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.
4. Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινησίας.
5. Αντιμετώπιση προβλημάτων απ'τη φαρμακευτική θεραπεία.
6. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

B. 'ΕΜΜΕΣΟΙ

1. Αποκατάσταση.
2. Διαφώτιση.

1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

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

Οι νοσηλευτές-τριες καλούν να βοηθήσουν τον ασθενή ώστε να τρέφεται σωστά.

Σε ασθενείς που εμφανίζουν εμέτους επιβάλλεται η ενδοφλέβια χορήγηση τροφής. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ανορεξία χωρίς εμέτους, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα που θα βοηθήσουν στη σωστή διατροφή τους.

Η δίαιτά του θα πρέπει να είναι υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.

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

Οι νοσηλευτές-τριες εξηγούν στον ασθενή ότι η σωστή διατροφή του, παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωσή του και τον παροτρύνουν να τρώει όσο γίνεται περισσότερο.

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.
- Λάδι ή βούτυρο νωπό (σε περιορισμένη ποσότητα).
- Γάλα αποβουτηρωμένο, τσάϊ, κρέμες, τυριά άπαχα.
- Φρούτα χωρίς φλοιό, κομπόστες, χυμοί φρούτων.
- Κρέατα και ψάρια άπαχα ελαφρά μαγειρεμένα.
- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια.
- Σούπες χωρίς λίπος με ντομάτα νωπή ή λαχανικά.
- Επιδόρπια, μέλι, μαρμελάδες, ζελέ φρούτων, γλυκά με αποβουτηρωμένο γάλα και ασπράδι αυγού.

Απαγορευμένες τροφές:

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

Η χορήγηση σημαντικών ποσών βιταμινών έχει ευεργητική επίδραση σε ασθενείς με ηπατική βλάβη και είναι αναγκαίο να χορηγούνται σε ικανοποιητικές ποσότητες. Ειδικότερα οι βιταμίνες της ομάδας Β και Κ.

Ημερήσιες ανάγκες σε βιταμίνες στον άνθρωπο.

A	3,300 IV	B	3,0 MG	Παντοθ. οξύ	15,0 MG
D	200 IV	B	3,6 MG	Βιοτίνη	60,0 MG
E	10 IV	B	4,0 MG	Νιασίνη	40,0 MG
C	100 IV	B	5,0 MG	Φολλικό οξύ	400,0 MG

Ημερήσιες ανάγκες σε ιχνοστοιχεία στον άνθρωπο.

Χαλκός	0,5-4,5 MG	Ιώδιο	60-12 MG
Ψευδάργυρος	2-4 MG	Χρώμιο	2-55 MG
Σίδηρος	1-4 MG	Μαγνήσιο	0,5-2 MG
Σελήνιο	0,05-0,2 MG		

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

Το υδατοηλεκτρικό ισοζύγιο συχνά διαταράσσεται στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των εμέτων.

Γι' αυτό απαιτείται ρύθμισή του με ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών και μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.

Αναγκαίες ποσότητες ηλεκτρολυτών
για τις ανάγκες αναβολισμού

Σε κάθε 1000 KCAL

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

3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Κατά την οξεία φάση της ηπατίτιδας, ο ασθενής παρουσιάζει: εμέτους και ανορεξία. Οι νοσηλεύτριες βοηθούν τον ασθενή κατά τη διάρκεια των εμέτων.

- Τοποθετείται στο πλάϊ του ασθενή νεφροειδές το οποίο απομακρύνεται αμέσως μόλις ο ασθενής κάνει έμετο, για την αποφυγή συνεχιζόμενου εμέτου, από τη μυρωδιά.

- Δίνουν στον ασθενή νερό να ξεπλύνει το στόμα του, για να φύγει η άσχημη γεύση από τα εμέσματα.

Ένα βασικό σύμπτωμα της ηπατίτιδας είναι ο ίκτηρος. Το δέρμα του ασθενή και οι επιπεφυκίτες εμφανίζουν ικτεριική χροιά. Ο ίκτηρος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή και επίσης ο κνησμός ή το δερματικό εξάνθημα, δημιουργούν ανησυχία στον ασθενή.

- Προς αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντισταμινικά φάρμακα (π.χ. Nalaeet)

- Απομακρύνονται απ'το θάλαμο οι καθρέπτες, για να μην επηρεάζεται αρνητικά ο ασθενής από την εμφάνισή του.

- Για την αντιμετώπιση της ξηρότητας του δέρματος και του κνησμού ο ασθενής πρέπει να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, αυτό προφυλάσσει από τις λοιμώξεις τον ασθενή.

- Επειδή ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, πρέπει να παρακολουθούνται οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος και να καθορίζονται σε συχνά διαστήματα.

Επειδή ο ασθενής εμφανίζει απώλεια βάρους, 2,5-5kg θα πρέπει:

- Να μετράται το βάρος του καθημερινά και να συγκρίνεται με τις προηγούμενες τιμές.

- Για την αντιμετώπιση της απώλειας βάρους παροτρύνεται ο άρρωστος να τρώει καθημερινά όλο και περισσότερο.

Σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να φάει από μόνος του, γίνεται χορήγηση τροφής ενδοφλεβίως.

- Μέτρηση θερμοκρασίας και Α.Π γίνονται καθημερινά και σημειώνονται στο διάγραμμα του αρρώστου, σε περίπτωση απόκλισης απ'τα φυσιολογικά όρια ενημερώνεται ο γιατρός και λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα.

Πολλοί ασθενείς με ηπατίτιδα εμφανίζουν αίσθημα κόπωσης και αδυναμία. Ο νοσηλεύτριες εξασφαλίζει:

- Άνετη θέση του ασθενή στο κρεβάτι.

- Πλούσια δίαιτα.

- Ήσυχο περιβάλλον στον ασθενή.

- Ελεγχόμενη σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την ανάπαυση.

Έτσι εξασφαλίζεται ανάκτηση των δυνάμεων του αρρώστου και σταδιακή εξαφάνιση της κόπωσης.

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

- Στην ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του.

- Στη διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ: αρρώστου-νοσηλεύτη-γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή, απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.

- Στην αποθάρρυνση του αρρώστου να υιοθετήσει ένα ρόλο εξάρτησης.

- Διάφορες συζητήσεις που ευχαριστούν τον ασθενή.

- Συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου απ'την υγειονομική ομάδα και κυρίως απ'το νοσηλευτικό προσωπικό, ανυψώνει το ηθικό του και καταπολεμάει το άγχος του.

4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΙΝΗΣΙΑΣ

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

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

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

- Η απασχόληση με ενδιαφέροντα πράγματα μπορεί να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο εάν αυτό είναι δυνατόν. Η δημιουργική απασχόληση απορροφά την σκέψη του ασθενή από την κατάστασή του και τον απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει.

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

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

- Λόγω των προβλημάτων κένωσης του εντέρου που παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς με βαριάς μορφής ηπατίτιδα, τη λύση του προβλήματος βοηθά:

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

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

Ο ασθενής δεν πρέπει να μένει ακίνητος στο κρεβάτι, αλλά με βοήθεια να γυρίζει και απ'την αριστερή και απ'τη δεξιά πλευρά του, ώστε να μην πιέζεται μόνο ένα σημείο του σώματος του.

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

Οι αρρώστοι που παραμένουν κλινήρεις, επηρεάζονται αρνητικά απ'το γεγονός ότι δεν μπορούν να αυτοσυντηρηθούν. Γι'αυτό θα πρέπει να ενισχύονται ψυχολογικά με διάφορες συζητήσεις, συχνό και ευχάριστο επισκεπτήριο που βοηθούν ψυχολογικά τον ασθενή.

5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

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

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

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

Ανεπιθύμητες ενεργειες της χολεστυραμίνης είναι η δυσκοιλιότητα και η ναυτία.

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται στις περιπτώσεις αυτές είναι:

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

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

6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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

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

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

7. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

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

Για να επανέλθει όμως χρειάζεται να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του γιατρού.

Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για τη διδασκαλία του αρρώστου για να επιτευχθεί πλήρης αποκατάσταση.

Δίνει λοιπόν τις εξής οδηγίες:

- 1) Περιορισμός δραστηριότητας για διάστημα πάνω από 5 μήνες μετά το ικτερικό διάστημα, ώστε να αποφεύγεται η κούραση και οι δυσάρεστες επιπλοκές.
- 2) Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών, τουλάχιστον για 6 μήνες.
- 3) Αποφυγή λήψεως φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, γιατί υπάρχει η πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.
- 4) Μικρά και συχνά γεύματα για αποφυγή δυσπεπτικών προβλημάτων.
- 5) Η τροφή του θα πρέπει να είναι φτωχή σε λίπη, πλούσια σε υδατάνθρακες μέτρια ποσότητα λευκώματος. Πλούσια σε θερμίδες και σε ζωϊκό λεύκωμα, βοηθούν στην γρήγορη αποκατάσταση του ασθενή.
- 6) Οι χώροι που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός της ηπατίτιδας θα πρέπει να αποφεύγονται και να γίνεται σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.
- 7) Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας.

8. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

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

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

Η σχολαστική καθαριότητα ιδιαίτερα των χεριών, των τροφίμων, του νερού και των αποχωρητηρίων είναι αρκετή.

Αν κάποιος έχει την υποψία ότι μολύνθηκε πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του.

Αν παρουσιαστεί κρούσμα (ηπατίτιδας Α) σε σχολεία, αυξάνουν τα μέτρα υγιεινής, γίνεται απολύμανση και προληπτικά γίνεται εμβολιασμός των παιδιών.

Η συνεχή αύξηση των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β και C πρέπει ν' ανησυχεί ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της άμεσης

επαφής με το θέμα. Η νοσηλεύτρια σαν λειτουργός υγείας, θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς είτε από ιατρικά βιβλία και περιοδικά είτε από Σεμινάρια με το σχετικό θέμα.

Έτσι θα έχει τη δυνατότητα ενημέρωσης και διδασκαλίας του κόσμου. Μπορεί να συμβάλλει ενεργά μέσα από το χώρο που εργάζεται αλλά και έξω απ'αυτόν, σε συζητήσεις, μαθήματα Υγιεινής που γίνονται σε σχολεία, για τον τρόπο προφύλαξης απ'τον ιδό.

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

Επειδή ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β και C είναι οι τοξικομανείς ενημερώνονται να χρησιμοποιούν σύριγγες μιας χρήσεως. Δίχως αυτό όμως να σημαίνει ότι συμφωνούμε με τη χρήση ναρκωτικών που αποτελεί μάλιστα στις μέρες μας.

Αλλά ότι φροντίζουμε τα ήδη θύματα των ναρκωτικών να μη γίνουν θύματα και της ηπατίτιδας Β και C.

Τέλος η σεξουαλική επαφή είναι ένας τρόπος μετάδοσης αντιγόνου ηπατίτιδας Β και C από φορείς σε υγιή άτομα, με αποτέλεσμα τη νόσησή τους.

Γι'αυτό η ρύθμιση των σχέσεών μας θα έχει κίνητρο το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και θα στοχεύει στις ηθικές απολαβές και όχι στις σωματικές.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

**"ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
ΘΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ"**

6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1ο

Η ασθενής Α.Γ. ετών 16, παραπέμπεται από τον οικογενειακό της ιατρό στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νοσημάτων στις 8-1-94 με διάγνωση ικτερική συνδρομή.

Συμπτώματα: Πόνο στην κοιλιακή χώρα και γαστρεντερικές διαταραχές.

Στα εξωτερικά ιατρεία αναφέρεται κληρονομικό και ατομικό ιστορικό.

Κληρονομικό ιστορικό: Οι γονείς είναι υγιείς χωρίς κανένα πρόβλημα.

Ατομικό ιστορικό: Παιδικές ασθένειες.

Πηγή ιστορικού: Η Α.Γ.

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

- Πόνος στην κοιλιακή χώρα και συγκεκριμένα στο δεξιό υποχόνδριο.

- Γαστρεντερικές διαταραχές (έμετοι, ναυτία)

- Εύκολη κόπωση.

- Θερμοκρασία ($37,8^{\circ}\text{C}$ - $38,5^{\circ}\text{C}$).

Πριν από 3 ημέρες παρατήρησε:

- Αλλαγή στη χροιά των ούρων και των κοπράνων.

Πριν από 2 ημέρες παρατήρησε:

- Αλλαγή στη χροιά του δέρματος.

Κατά την αντικειμενική εξέταση του εφημερεύοντα ιατρού διαπιστώθηκε ότι το άτομο είναι φυσιολογικό.

Από την εξέταση των συστημάτων δεν ανευρίσκονται παθολογικά ευρήματα.

Χαρακτηριστικά:

Το αναπνευστικό, το κινητικό, το καρδιακό και το νευρικό σύστημα είναι φυσιολογικά.

Στο πεπτικό σύστημα παρουσιάζει:

- Κοιλιά μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση.

- Ήπαρ ψηλαφητό, μικρού βαθμού ηπατομεγαλία, ενώ ο σπλήνας είναι αψηλάφητος. Η θερμοκρασία της ασθενούς είναι: 37°C , η αρτηριακή πίεση: $125/85\text{ mmHg}$ και οι σφύξεις: $70/\text{min}$.

Μετά την εξέτασή της στα εξωτερικά ιατρεία δίνονται παραπεμπτικά για βιοχημικές και ορολογικές εξετάσεις και η ασθενής εισάγεται στο Τμήμα Λοιμωδών με πιθανή διάγνωση "ηπατίτιδα", για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Φαρμακευτική αγωγή δεν τίθεται προς το παρόν. Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στο Τμήμα Λοιμωδών, αρχίζει ο προγραμματισμός για την αντιμετώπιση της κατάστασής της.

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

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Η ασθενής λόγω της σημείωσης σε μονοκλινο θάλαμο, αισθάνεται ανησυχία, φόβο και άγχος λόγω αλλαγής περιβάλλοντος.	Γνωριμία της ασθενούς με το νοσηλικά προσωπικό. Απολλογή της ασθενούς από φόβο, άγχος και ανησυχία.	Να γίνει γνωριμία της ασθενούς με το νοσηλικά προσωπικό. Να απολαγεί η ασθενής από συναισθήματα που μπορεί να επιβραδύνουν την κατάστασή της.	Έγινε η γνωριμία. Τόνηση του ηθικού της ασθενούς μετά από συζήτηση.	Η ασθενής αισθάνεται άνετα που γνώρισε το προσωπικό και εξοικιώθηκε με το περιβάλλον. Κατόνως τα προβλήματα και εξουδετερώθηκαν οι φόβοι.
Αναρέξια	Λήψη ζυτικών σημείων. Βελτίωση της όρεξης της ασθενούς με δίαιτα υπερθερμιδική, πλούσια σε υδατόφορες και πρωτεϊνές φτωχή σε λίπη.	Να λαμβάνονται ζυτικά σημεία καθημερινά. Εδόθηκε εντολή για ειδική δίαιτα που απογορεύει τα λίπη, συντηρητικές τροφές, άσπρια. Τα γεύματα της ασθενούς να είναι μικρά και συχνά.	Έγινε λήψη ζυτικών σημείων. Η ασθενής αιτιάζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών.	θ = 37 C, σφ. = 50/min. Α.Π. = 123/85 mmHg Η ασθενής δέχτηκε το φαγητό με όρεξη.
Ίκτερος	Παρακολούθηση ίκτερου. Καθημερινή μέτρηση ούρων, έλεγχος κοπράνων.	Εδόθη εντολή να γίνεται καθημερινή μέτρηση ούρων, έλεγχος του χρώματος των κοπράνων. Καταγραφή του ίκτερου.	Έγινε η μέτρηση ούρων και ο έλεγχος κοπράνων. Γίνεται καταγραφή του ίκτερου στο δέρμα και στο σκληρό χιτώνα του σφραλαμού.	Σύνολο ούρων 12ώρου = 1.100cc χρωματισμένα. Τα κόπρανα αποχρωματισμένα. Εξ' αιτίας της ηπατοκυτταρικής βλάβης έχουμε συγκέντρωση χολοχρωστικών στο δέρμα (ίκτερος).
Κνησμός	Εντός 48h να απαλαχθεί η ασθενής απ' τον κνησμό.	Καθημερινά λουτρά καθαριότητας χωρίς σαπούνι και μασάζ με λουσιών. Εδόθη εντολή χορήγησης Fenistil και Qvestran.	Η ασθενής κάνει καθημερινά ντους χωρίς σαπούνι. Μετά κάνει μασάζ με λουσιών σ' όλο το σώμα. Χορηγείται στην ασθενή Tabl Fenistil 2,5 mg (1x1) και σκόνη Qvestran 4gr (1x3) σε χυμό.	Με το ντους γίνεται ενυδάτωση και τόνωση του δέρματος. Το Fenistil περιέχει μεθιδόνη, ουσία αντιαλλεργική και αντιισταμινική για την αντιμετώπιση του κνησμού. Το Qvestran περιέχει χολεστυραμίνη η οποία δεσμεύει τα χολικά άλατα και τα απαμακρύνει από το δέρμα, ανακουφίζοντας από τον κνησμό.

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

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΙΜΕΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΜΟΡΤΙΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Απώλεια βάρους - σιόβημα κοπώσεως.	Καθημερινή μέτρηση βάρους και επανασφαρό στο φυσιολογικό εντός 3 ημερών. Προσπάθεια ανάκτησης των φυσικών δυνάμεων της ασθενούς.	Μέτρηση βάρους της ασθενούς. Λήψη ζωτικών σημείων. Περιορισμός των δραστηριοτήτων και ανάπαυση. -Χρήση βιταμινών. -Παραντερική χορήγηση σακχαρώχων διαλυμάτων. -Φροντίζουμε η ασθενής να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες.	Κάθε πρωί γίνεται μέτρηση του βάρους της ασθενούς. Την 1η ημέρα νοσηλείας το βάρος της ήταν 50 kg. Την 3η ημέρα Β: 48 kg. Την 5η ημέρα Β: 46 kg. Την 9η ημέρα Β: 49 kg. Το ζωτικό σημείο που λήφθηκαν είναι θερμ.: 36,9 C Α.Π.: 90/60 mmHg - 110/70 mmHg αφ.: 60 - 75 \ λ min. Χορηγούνται συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β, C και Κ). Παραντερική χορήγηση Dextrose 5% 1.000cc (1x1). Η ασθενής περιορίζει τις δραστηριότητες της και αναπαύεται.	Στην ικτερική φάση έχουμε απώλεια βάρους (2,5-5 kg). Με την αγωγή που ακολουθήσαμε έγινε αποκατάσταση του βάρους της ασθενούς. Το σιόβημα κοπώσεως σφείλεται κι αυτό στην ηπατοκυτταρική βλάβη και αποκαθίσταται με την αναγέννηση του ήπατος και τη σωστή διατροφή.
Η ασθενής παρουσιάζει όχληση ψυχολογική κατάσταση.	Μόλις αντιληφθούμε ότι η ασθενής παρουσιάζει ψυχολογικό πρόβλημα, ενισχύουμε την διάθεσή της.	Η νοσηλεύτρια συζητεί με την ασθενή το πρόβλημα που την απασχολεί και την ενθαρρύνει. -Απομακρύνει καθρέπτες απ' το δωμάτιο. -Φροντίζα ώστε η ασθενής να ακολουθεί τη φαρμακευτική θεραπεία. -Να επισκέπτεται συχνά την ασθενή.	Η νοσηλεύτρια συζητεί με την ασθενή για το πρόβλημα που έχει από την αλλαγή του χρώματος στο δέρμα της. Υπενθυμίζεται στην ασθενή ότι η κατάσταση της είναι προσωρινή και ότι γρήγορα θ' αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα του δέρματος της. Απομακρύνει καθρέπτες απ' το δωμάτιο. Επισκέπτεται την ασθενή.	Η κίτρινη χροιά και η εφόντληση έχουν δημιουργήσει καταθλιψη στην ασθενή. Από την επικοινωνία της με την νοσηλεύτρια και τη φαρμακευτική θεραπεία, η ασθενής ενισχύεται ψυχολογικά και σωματικά και ξεπερνά το πρόβλημα.
Η ασθενής λόγω της νόσου θεωρείται μολυσματική.	Προφύλαξη και πρόληψη μετάδοσης του ιού.	Τήρηση αυστηρών μέτρων για πρόληψη επιδημίας στο χώρο του νοσοκομείου.	Οι νοσηλευτικές φροντίδες γίνονται με τις απαραίτητες προφυλάξεις (γάντια). Να γίνεται καθαρσιότητα του θώρακου και τα προσωπικά αντικείμενα της ασθενούς να μη χρησιμοποιούνται από άλλους ασθενείς.	Τηρήθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, τόσο για το προσωπικό του νοσοκομείου, όσο και για τους υπόλοιπους ασθενείς.

Από τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων αίματος και ούρων αποδεικνύεται η ύπαρξη ηπατοπάθειας. (1η ημέρα)

Αναλυτικά:

Η SGPT είναι αυξημένη: 500 u/ml,
η αλκαλική φωσφατάση: 150 u/ml,
η άμεση χολερυθρίνη: 4,5 mg/100 ml,
η έμμεση χολερυθρίνη: 5,4 mg/100 ml.

Η Τ.Κ.Ε. είναι 15 χιλιοστ., η ουρία 25 και το σάκχαρο φυσιολογικό: 85 mg%. Κατά την γενική εξέταση ούρων ανευρίσκεται όξινη αντίδραση, το ειδικό Β:1022, τα πυοσφαίρια: 2-3.

Δίνεται παραπεμπτικό για την ανίχνευση (HBsAg).

Την 3η ημέρα νοσηλείας, το ήπαρ εξακολουθεί να είναι ψηλαφητό. Οι απαντήσεις του εργαστηρίου δείχνουν ότι το (HBsAg) είναι αρνητικό.

Η γενική κατάσταση της άρρωστης εξελίσσεται ομαλά και προς βελτίωση. Την 9η ημέρα νοσηλείας της ασθενούς τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων είναι:

Η SGPT: 122 u/ml (εμφανίζει βελτίωση),
η αλκαλική φωσφατάση: 76 u/ml,
η άμεση χολερυθρίνη: 1,1 mg/100 ml,
η έμμεση χολερυθρίνη: 0,8 mg/100 ml.

Η κατάσταση της ασθενούς βελτιώνεται. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων έχει υποχωρήσει.

Η εξέταση για την ανίχνευση του (HAV) στον ορό της ασθενούς είναι θετική και οδηγεί τους γιατρούς στην διάγνωση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας Α.

Η ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο μέχρι να σταθεροποιηθούν οι βιοχημικές τιμές. Συνεχίζεται η ίδια αγωγή. Μετά από 5 ημέρες από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε:

-SGPT: 56 u/ml.

-Αλκαλική φωσφατάση: 84 u/ml.

-Άμεση χολερυθρίνη: 0,4 mg/100 ml.

-Έμμεση χολερυθρίνη: 0,7 mg/100 ml.

Ύστερα από τα αποτελέσματα αυτά των εργαστηριακών εξετάσεων και σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ασθενούς, δίνεται εξιτήριο στην ασθενή με τις σχετικές οδηγίες:

- Περιορισμός των δραστηριοτήτων μέχρι να επανέλθει ο οργανισμός στην φυσιολογική του κατάσταση.
- Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Αποφυγή λιπών.
- Αποφυγή λήψης φαρμάκων.
- Αποφυγή χώρων όπου εμφανίζονται κρούσματα ηπατίτιδας Α.

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2ο

Ο ασθενής Δ.Μ., 28 ετών, δημόσιος υπάλληλος επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Νοσοκομείου του Ρίου, με συμπτώματα επίμονων εμέτων και κόπωσης.

Στα εξωτερικά ιατρεία αναφέρεται ατομικό, κοινωνικό και κληρονομικό ιστορικό.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

- Παιδικά νοσήματα: Ιλαρά, ερυθρά, γαστρεντερίτιδα.
- Εμβολιασμοί: Δεν θυμάται ο ασθενής.
- Χειρουργικές επεμβάσεις: Σκωληκοειδεκτομή.
- Αλλεργίες: Δεν αναφέρει.
- Μεταγγίσεις αίματος: Όχι.
- Φάρμακα: Όχι.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Μητέρας: Αναφέρει αναμνηστικό ηπατίτιδας.

Πατέρας: Αναφέρει υπέρταση.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

- Εργαζόμενος.
- Άγαμος.
- Συνήθειες: Περιστασιακός πότης, καπνίζει 1 πακέτο ημερησίως και κάνει άστατη ζωή.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ.

Τα υποκείμενα συμπτώματα που αναφέρει στον ιατρό είναι οι έμετοι που άρχισαν πριν από 1 εβδομάδα.

Οι έμετοι παρουσιάζονταν κάθε φορά που σιτιζόταν. Ο ασθενής όπως αναφέρει, παρουσίαζε υπέρχρωση ούρων.

Κατά την αντικειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό, ο ασθενής εμφανίζει: ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκώτων.

Η κοιλιά του είναι ευπίεστη, μαλακή, μέτρια επώδυνη στο δεξιό υποχόνδριο, το ήπαρ ψηλαφητό και ο σπλήνας ψηλάφητος. Τα ζωτικά σημεία του είναι:

- Θερμοκρασία: 36,7°C.
- Α.Π.: 120/60 mmHg.
- Σφύξεις: 75/min.

Ο γιατρός πιστεύει πως πρόκειται για ιογενή λοίμωξη του ήπατος και γίνεται εισαγωγή του ασθενή στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου στις 15-12-1993.

Στέλνονται παραπεμπτικά για βιοχημικές εξετάσεις. Ο ασθενής στην κλινική αντιμετωπίζεται σαν περιστατικό ηπατίτιδας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού και τοποθετείται σε μονόκλινο θάλαμο. Δίνονται οδηγίες ώστε οι νοσηλείες να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή μετάδοσης του ιού.

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΥΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
15-12-1993 Π.Π.Η.Π	Ο ασθενής είναι ανήσυχος, αγχώμενος λόγω της επιμόνωσης του.	Γνωριμία του ασθενή με το νοσηλευτικό προσωπικό και απαλλογή του ασθενή απ'τους φόβους του.	Να γίνει γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό και να απαλλαγεί ο ασθενής απ'τους φόβους.	Έγινε γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Τόνωση του ηθικού του ασθενή μετά από αυζήτηση με τη νοσηλεύτρια.	Ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα. Κατανοήσε τα προβλήματα, δέχτηκε τη αυζήτηση αρκετά καλά. Εξουδετερώθηκαν οι φόβοι του.
		Λήψη ζωτικών σημείων.	Να λαμβάνονται 2.Σ καθημερινά.	Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων.	Θ:36,6 C Α.Π: 130/60 mmHg Σφ.: 75/min.
	Ο ασθενής έχει δύο εμέτους.	Ο ασθενής εμφανίζει εμέτους.	Κατόπιν εντολής του ιατρού να χορηγηθεί 1 amp Primperan 1.μ. και να τεθεί σός Ο\W 5% 1000cc.	Έγινε 1 amp Primperan 1.μ. Ετέθη σός Dextrose 5% 1000cc.	Ο ασθενής άρχισε να νοιώθει καλύτερα και να υποχώρησαν οι έμετοι. Ο ασθενής δέχτηκε την τοποθέτηση του σρού σκετικά ήρεμα.
	Τ'αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν σαβερή ηπατοκυτταρική βλάβη.	Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις. Επανελέγχος.	Να πληροφωρηθεί ο ασθενής για τις εργαστηριακές εξετάσεις.	Ενημέρωση του ασθενή να είναι νήπιος την επομένη στις 8 π.μ για λήψη αίματος.	Ο ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση.
16-12-1993	Ανορεξία.	Ειδική διαιτητική αγωγή.	Ειδική εντολή για ειδική διαίτα που περιλαμβάνει: τροφή πλούσια σε υδατόανθρακες μέτρια ποσότητα λευκώματος, πλουσια σε θερμίδες και φτωχή σε λίπη.	Ο ασθενής αιτιάζεται σύμφωνα με το διαιτολόγο των ηπατοπαθών.	Ο ασθενής δέχτηκε το φαγητό.
16-12-1993 Π.Π.Η.Π.	Απ'το σπινθηρογράφημα των εργαστηριακών εξετάσεων υπάρχει απόκλιση σε μεγάλο βαθμό απ'τις φυσιολογικές τιμές.	Να γίνει λήψη εργαστηριακών εξετάσεων.	Ενημέρωση του ασθενή ότι θα γίνει λήψη αίματος.	Οι εργαστηριακές εξετάσεις έγιναν.	Τ.Κ.Ε. - χρόνος προθρομβίνης - αλκαλική φωσφ. - ολική και άμεση χοληρυθρίνη - λευκακυτταρικός τύπος - Γενική σφύρα - αντίγκωση ΗBSAg.
18-12-1993	Δυσκοιλότητα.	Ο ασθενής μπορεί να ενεργήσει.	Κατόπιν εντολής του ιατρού να χορηγηθεί Syr. Dupha lac (15ccx3).	Ο ασθενής δέχτηκε το φάρμακο.	Ο ασθενής ενεργήθηκε.

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΣΩΠΑΤΑ	ΚΩΣΙΑΝΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
20-12-1993 Π. Π. Ν. Π.	Κνηρμός.	Ο ασθενής αναφέρει κνησμό.	Να γίνει καθαριότητα του ασθενή για την ελάττωση του κνησμού και κατόπιν εντολής ιατρού χορήγηση στην φαρμακευτική αγωγή 1 tabl Na Ismet (1x1) ημερησίως.	Καθαριότητα του ασθενή με νερό, εδόθη η tabl Na Ismet.	Ο ασθενής ανακουφίζεται απ' τον κνησμό με το μπάνιο και το Na Ismet βοήθη στην καταπολέμηση του κνησμού.
	Απίστεια βάρους.	Καθημερινή λήψη - μέτρηση βάρους.	Να γίνεται καθημερινή μέτρηση βάρους.	Έγινε η μέτρηση βάρους.	Ο ασθενής ζυγίζει 68 kgf λιγότερο απ' ότι ζυγίζει την 1η ημέρα.
	Ο ασθενής βρίσκεται ακόμη σε μολυσματικό στάδιο λόγω ύπρξης HBsAg (+) στον ορό του.	Λήψη ζωτικών σημείων.	Να γίνεται μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων.	Έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων.	Θερμοκρασία: 37 C Α.Π. : 133\60 mmHg Σφύξεις: 78\min.
	Ίκτερος.	Παρακολούθηση χροιάς των ούρων.	Καταγραφή του ικτέρου.	Έγινε η παρακολούθηση χροιάς των ούρων.	Το ούρα του ασθενή παραμένουν χρωματισμένα.
25-12-1993	Κατάκλιση.	Αποφυγή πρόσθετων προβλημάτων (κατακλίσεις).	Πρόληψη των κατακλίσεων στα σημεία του σώματος που πιέχονται λόγω της ακινησίας.	Γίνονται μαλάξεις και εντριβές με οινόπνευμα και χρησιμοποιείται κούλουρος.	Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκιδίων παραμένει.
3-1-1994	Ώχλημη ψυχολογική κατάσταση λόγω της μακροχρόνιας παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο και λόγω της νόσου.	Μόλις αντιληφθούμε την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή ενισχύουμε τη διάθεσή του.	Ηθική τόνωση του ασθενή.	Η νοσηλεύτρια συζητά με τον ασθενή και φροντίζει για πιο συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.	Ο ασθενής αισθάνεται ευχάριστα όταν βρίσκεται κοντά με δικούς τους ανθρώπους και όταν αντιλαμβάνεται το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων έχουν ως εξής:
2η ημέρα νοσηλείας:

- SGOT : 636 u/ml.
- SGPT : 890 u/ml.
- Ο χρόνος προθρομβίνης (PT): 13" \16"
- Αλκαλική φωσφατάση: 100 u/ml.
- Ολική χολερυθρίνη: 13,4 mg/100 ml.
- Άμεση χολερυθρίνη: 10,5 mg/100 ml.
- Τ.Κ.Ε.: 3 χιλιοστ.
- Αιμοσφαιρίνη (Hb): 14,9 g/100 ml.
- Αιματοκρίτης (Ht): 41,6%.

Στον λευκοκυτταριό τύπο έχουμε:

- Λευκά: 9.400
- Πολυμορφοπύρηνα: 72
- Λεμφοκύτταρα: 22
- Μονοπύρηνα: 7
- Ηωσινόφιλα: 2
- Βασεόφιλα: 1

Από τη γενική ούρων τα αποτελέσματα δείχνουν:

- Όξινη αντίδραση.
- Πολλά πλακώδη.
- Πυοσφαίρια 6-7.
- Λίγη βλέννη.
- Ερυθρά 2-3.

Από τα αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων αποδεικνύεται η ύπαρξη HBsAg (+) στον ορό του ασθενή. Ύστερα από την απάντηση αυτής της εξέτασεως λαμβάνονται πιο αυστηρά μέτρα. Όλες οι νοσηλείες γίνονται προσεχτικά, ειδικά οι αιμοληψίες.

Την 3η ημέρα νοσηλείας, συνεχίζεται η ίδια αγωγή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε:

- SGOT : 602 u/ml.
- SGPT : 750 u/ml.
- Ολική χολερυθρίνη: 11 mg/100 ml.

Την 6η ημέρα νοσηλείας ο ορός Dextrose 5% 1000cc διακόπτεται. Από την 8η έως την 13η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής βελτιώνεται. Η σίτισή του είναι κανονική και έχει όρεξη.

Την 18η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκιδίων αρχίζει να υποχωρεί. Τα ούρα αρχίζουν να εμφανίζουν φυσιολογική χροιά και οι κενώσεις του είναι φυσιολογικές.

Τα ζωτικά σημεία του έχουν ως εξής:

- Θερμοκρασία: 36,5°C
- Α.Π.: 125/60 mmHg.
- Σφ.: 75 min.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή είναι φυσιολογικά. Την 23η ημέρα νοσηλείας από τους θεράποντες ιατρούς αποφασίστηκε η έξοδος του ασθενή απ' το νοσοκομείο.

Η γενική κατάσταση του ασθενή είναι πολύ καλή. Τα ούρα είναι φυσιολογικά και ο ίκτερος έχει υποχωρήσει.

Τ'αποτελέσματα των βιοχημικών, εξετάσεων έχουν ως εξής:

- SGPT: 60 u/ml.
- SGOT: 55 u/ml.
- Αλκαλική φωσφατάση: 50 u/ml.

- Ολική χολερυθρίνη: 1,9 mg\100 ml.

Ο ασθενής εξέρχεται απ'το Νοσοκομείο με διάγνωση ηπατίτιδας Β. Οι οδηγίες που δίνονται απ'τον ιατρό είναι:

- α) Επανάληψη των εξετάσεων μετά από 2 εβδομάδες.
- β) Επανεξέταση των ορολογικών δεικτών μετά από διάστημα 3 μηνών.
- γ) Διαιτολόγιο - τροφές που επιτρέπονται και τροφές που απαγορεύονται για την μη επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.
- δ) Απαγορεύονται τα οινοπνευματώδη ποτά και το κάπνισμα.
- ε) Να απέχει από δραστηριότητες που μπορεί να επιβαρύνουν την κατάστασή του.
- στ) Τέλος γίνεται ενημέρωση του αρρώστου για τον κίνδυνο εξάπλωσης του ιού απ'τον ίδιο, (να προφυλλάσει τον εαυτό του και τους γύρω, όσον αφορά τη σεξουαλική του συμπεριφορά).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3ο

Ο Λ.Β., ηλικίας 40 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν.Π "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" στις 10-11-1993, με συμπτώματα εύκολης κόπωσης, εμέτων και απώλειας βάρους.

Κατά την υποκειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό, ο ασθενής αναφέρει τους εμέτους που άρχισαν πριν από 7 ημέρες και την απώλεια βάρους πριν από 1 μήνα περίπου.

Κατά την αντικειμενική εξέταση, ο ασθενής εμφανίζει ιντερικτή χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων.

Η κοιλία του είναι μαλακή και επώδυνη στο δεξιό υποχόνδριο. Κατά την ψηλάφηση το ήπαρ είναι δογκωμένο, ενώ ο σπλήνας αψηλάφητος. Ο ασθενής αναφέρει κληρονομικό και ατομικό ιστορικό.

Κληρονομικό Ιστορικό

- Μητέρας: Έχει πεθάνει από καρδιακή ανεπάρκεια.
- Πατέρας: Πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη.

Ατομικό Ιστορικό

- Παιδικά νοσήματα: Ερυθρά, ανεμοβλογιά.
- Εμβολιασμοί: Δεν θυμάται ο ασθενής.
- Νοσήματα ωρίμου ηλικίας: Αναφέρει έλκος στομάχου πριν από 4 χρόνια.
- Αλλεργία: Δεν αναφέρει.
- Φάρμακα: Όχι.
- Μεταγγίσεις αίματος: Μία φορά μετά από αυτοκινητιστικό ατύχημα.

Κοινωνικό Ιστορικό

- Ιδιωτικός Υπάλληλος.
- Άγαμος
- Συνήθειες: Καπνίζει 2 πακέτα την ημέρα, είναι περιστασιακός. Πότης, πίνει 3-4 καφέδες ημερησίως. Δίχνει άτομο αγχώδης και νευρικό.

Στην ακρόαση δεν ακούστηκαν παθολογικοί ψίθυροι. Τα ζωτικά σημεία του ασθενή έχουν ως εξής:

Α.Π.: 140\80 mmHg
Σφύξεις: 90\ min
Θερμοκρασία: 36,8 °C

Ο ασθενής εισάγεται στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου, για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και διάγνωση της νόσου.

Στέλνονται παραπεμπτικά για ορολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
10-11-1993	Ο ασθενής αισθάνεται ανησυχία και φόβο.	Γνωριμία του ασθενή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Λήψη ζυτικών σημείων.	Να γίνει γνωριμία του ασθενή με το προσωπικό. Να λαμβάνονται ζυτικά σημεία καθημερινά.	'Έγινε λήψη ζυτικών σημείων.	Α.Π. : 145\80 mmHg Σφύξεις: 90\μντη Θερμ. : 36,8 C
	Απύλεια βάρους και αισθήματα κόπωσης.	Υπερθερμιδική διαίτα και προσπάθεια ανάκτησης των φυσικών δυνάμεων του ασθενή. Καθημερινή λήψη βάρους του ασθενή και σύγκριση των τιμών.	Να δίνονται τριπλές ημερήσιες σε θερμίδες. Να γίνεται καθημερινό ζύγισμα του ασθενή. Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή και ανάπαυση. Χορήγηση βιταμινών.	Ο ασθενής σιτίζεται σύμφωνα με το δισκολόγιο των ηπατασθών. Περιτορίζει τις δραστηριότητες του και αναπαύεται. Χορηγούνται στον ασθενή βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα και Κ).	Βόρος : 76kgf (από 80kgf που αναφέρει). Το αίσθημα κόπωσης αφείται σε ηπατοκαρδιακή βλάβη.
11-11-1993	Τ' αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν ηπατική βλάβη θα ληφθεί αίμα για αντίγνωση (Hbs\Ag).	Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις.	Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τις εργαστηριακές εξετάσεις.	Ενημέρωση να είναι νήσιος στις 8 π.μ. για τη λήψη αίματος.	Ο ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση.
	'Έμετος.	Ανακούφιση του αρρώστου απ' τον έμετο.	Να χορηγηθεί κατόπιν εντολής 1 amp Primperan (im). Να τεθεί 1 ορός Dextrose 5% 1.000cc.	'Έγινε 1 amp Primperan (im) εντόλη ορός Dextrose 5% 1000cc.	Ο ασθενής δεν εμφανίζει εμέτους μετά τη χορήγηση Primperan. Με τον ορό Dextrose επιτυγχάνουμε ενυδάτωση.
13-11-1993	Κνησμός	Ν' απαλλαγεί ο άρρωστος απ' τον κνησμό.	Κατόπιν εντολής ιατρού να προστεθεί στη φαρμακευτική αγωγή 1tb (NaIomet) (1x1).	Δίδεται tb NaIomet ημερησίως.	Με την αγωγή αυτή υποχωρεί σιγά-σιγά ο κνησμός.
		Καθημερινό ντους χωρίς σαπούνι.	Καθημερινό ντους χωρίς σαπούνι.	Γίνεται καθημερινό ντους και χρησιμοποίηση λουσιών.	Με τα ντους και τη λουσιών επιτυγχάνεται ενυδάτωση του δέρματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΩΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
13-11-1993	Τ' αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν απόκλιση των τιμών απ' τα φυσιολογικά όρια HbSAg (-). Δεν υπάρχει ενδειξη HAV. Ανίχνευση (HbSAg).	Ενημέρωση για εργαστηριακές εξετάσεις.	Να ενημερωθεί ο άρρωστος για εργαστηριακές εξετάσεις.	Ενημερώθηκε ο άρρωστος να παραμείνει νηστίας την επομένη στις 8 π.μ. για λήψη αίματος.	Ο ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση.
14-11-1993	Ίκτερος. Ανορεξία.	Παρακολούθηση και καταγραφή βθμού ικτέρου του δέρματος και σκληρού χιτώνα του σφραλαμού. Βελτίωση της όρεξής του ασθενή με διαίτα υπερθερμιδική πλούσια σε υδατανθρακούς και πρωτεΐνες. Πτυχή σε λίπη.	Να παρακολουθείται και να καταγράφεται ο βθμός ικτέρου. Να παρακολουθείται το χρώμα των κενάσεων και των αύρων.	Γίνεται καταγραφή του ικτέρου. Παρακολουθείται το χρώμα των αύρων και των κενάσεων.	Ο ασθενής εμφανίζει ίκτερο στο δέρμα και στο σκληρό χιτώνα του σφραλαμού. Τα αύρα είναι χρωματισμένα και τα κήφωνα αποχρωματισμένα.
			Τα γεύματα του ασθενή είναι συχνά και μικρά. Η διαίτα περιλαμβάνει: Πρωινό: γάλα αποβουτυρωμένο, φρυγανιές, μαρμελάδα. 10π.μ.: χυμό περτοκαλιού. Γεύμα: Κορέας, ή ψάρι βραστό ή ψητό πατζαρία-ψωμί λευκό. 5μ.μ.: ζελέ φρούτων Δείπνο: μπιφτέκι-σαπρόδια αυγών-ρύζι. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να παίρνει την τροφή του. Ο δίσκος που σερβίρεται το φαί του να είναι περιποιημένος.	Τα γεύματα του ασθενή είναι μικρά και συχνά. Ο δίσκος που σερβίρεται το φαγητό του είναι περιποιημένος.	Η αύξηση των υδατανθράκων στην τροφή έχει σκοπό να δώσει ενέργεια στον ασθενή και να βοηθήσει την αναγέννηση του ήπατος. Τα λίπη ελαττώνονται γιατί δεν υπάρχουν πολλά χολικά άλατα για να συνδεθούν και να απορροφηθούν απ' τον οργανισμό.
15-11-1993	Τ' αποτελέσματα των εργαστηριακών δηλώνουν ύπαρξη (HbSAg). Κεφαλαλγία.	Πρόληψη μετάδοσης του ιού στο νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σ' επαφή με το άρρωστο (αίμα).	Να χρησιμοποιούνται γάντια κατά την επαφή με αίματα του αρρώστου. Τ' αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο άρρωστος να είναι αποστειρωμένα.	Εφαρμόζονται μέτρα προφυλακτικής μετάδοσης του ιού.	Στον σπρό του ασθενή εμφανίστηκε ιός της ηπατίτιδας C.
		Ν' ανακουφισθεί ο άρρωστος απ' την κεφαλαλγία.	Να αναπαύεται ο ασθενής περισσότερες ώρες την ημέρα.	Συνιστούμε στον ασθενή ν' αναπαύεται ώστε να προμεί απ' το άγχος.	Αναληγτικά αποφεύγονται γιατί δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ και είναι ηπατοτοξικά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
18-11-1993	Πυρετός	Εντός 48h να επανέλθει στα φυσιολογικά όρια η θερμοκρασία του ασθενή.	-Λήψη ζυγής θερμομέτρησης. -Λήψη υγρών. -Λήψη ζιτικών σημείων. -Παραντερική χορήγηση υγρών. Κατόπιν εντολής ιατρού να γίνει 1amp Apotel (im).	-Λήψη ζυγής θερμομέτρησης. Θερμ.: 38,5 C Α.Π.: 140\80 mmHg Σφ.: 85\min Συνεχίζει παραντερική χορήγηση Dextrose 5% 1000cc (ixl). Έγινε 1 amp Apotel (im).	Ο οργανισμός του ασθενή είναι εξαντλημένος. Η χορήγηση υγρών και αντιπυρετικού (Apotel) μειώνουν τη θερμοκρασία στους 37 C.
20-11-1993	Ψυχολογικές διαταραχές.	Ο άρρωστος έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης.	Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο και να μην απομακρύνεται απ'αυτόν.	Ενθάρρυνση του ασθενή με συζητήσεις. Συχνά επισκεπτήριο συγγενών και φίλων.	Η απομόνωση του ασθενή από οικεία πρόσωπα (συγγενείς και φίλους) δημιουργεί άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Η νοσηλεύτρια αυξήσαντας με τον ασθενή και ενθαρρύνοντας τον βοηθάει και μειώνει τις ανασφάλειές του.
25-11-1993	Ασκίτης.	Να απαλλαγεί ο ασθενής απ' τον ασκίτη με παρακέντηση.	Ο ασθενής να ενημερωθεί για την παρακέντηση. Να τοποθετηθεί ο άρρωστος σε κατάλληλη θέση. Παρακολούθηση του ασθενή κατά την παρακέντηση. Να σημειωθεί η ποσότητα και ο χαρακτήρας του υγρού της παρακέντησης. Να χορηγηθούν διουρητικά σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.	Ενημερώθηκε ο ασθενής για την παρακέντηση τοποθετείται σε κατάλληλη θέση και σπριζείται με μαξιλάριο. Καταγραφή της ποσότητας του υγρού της παρακέντησης. Χορηγούνται διουρητικά. Ελεγχονται οι γόζες να μη διαφεύγει υγρό.	Με την παρακέντηση αφαιρείται το υγρό και ανακουφίζεται ο ασθενής. Με τον έλεγχο των γοζών προλαμβάνουμε μόλυνση του τρούματος.

Την 1η ημέρα νοσηλείας τα εργαστηριακά αποτελέσματα έχουν ως εξής:

SGPT: 30 u/ml

SCOT: 41 u/ml

LDH: 120

Ολική χολερυθρίνη: 3,5 mg/100 ml

Άμεση χολερυθρίνη: 0,60 mg/100 ml

Από την γενική ούρων έχουμε:

Όξινη αντίδραση.

Πυοσφαίρια: 3-4

Ερυθρά: 1-2

Χολοχρωστικές: +++

Στέλνεται παραπεμπτικό για ανίχνευση HBsAg. Την 3η ημέρα νοσηλείας τ'αποτελέσματα έχουν ως εξής:

SGPT: 35 u/ml

SCOT: 43 u/ml

LDH: 125.

Όλική χολερυθρίνη: 3,7 mg/100 ml

Άμεση χολερυθρίνη: 0,65 mg/100 ml

HBsAg (-).

Στέλνεται παραπεμπτικό για HBsAg. Την 5η ημέρα νοσηλείας τ'αποτελέσματα δείχνουν την ύπαρξη HbcAg. Την 15η ημέρα νοσηλείας, μετά από βιοψία ήπατος, διαπιστώθηκε κίρρωση του ήπατος.

Ο άρρωστος παραμένει στο νοσοκομείο μέχρι τις 10-12-1993. Σ'αυτό το διάστημα η κατάσταση του ήταν βαρεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Όπως έχει διαπιστωθεί η μετάδοση της ηπατίτιδας C γίνεται ύστερα από μετάγγιση αίματος. Όπως είδαμε στο τρίτο περιστατικό ο ασθενής είχε μεταγγιστεί μία φορά πριν από 4 χρόνια όπως αναφέρει. Ο ιός πιθανόν να υπήρχε για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά ανακαλύφθηκε με τις εξετάσεις ανίχνευσης του ιού.

Ο ασθενής εκδήλωσε συμπτώματα τυπικής ηπατίτιδας, αλλά είχαμε μετάπτωση σε κίρρωση του ήπατος που είναι χαρακτηριστική για την ηπατίτιδα C.

Πολλοί από τους ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο, δεν παρουσιάζουνε πάντοτε ίκτερο.

Τα περισσότερα περιστατικά ηπατίτιδας C νοσηλεύονται για άλλες παθήσεις και πολλές φορές τυχαία ανιχνεύεται ο ιός.

Ο ασθενής μας είχε κακή έκβαση της νόσου λόγω της μετάπτωσης σε κίρρωση. Αν είχε ανιχνευθεί ο ιός νωρίτερα είχε πιθανότητες θεραπείας.

Όσο για το δεύτερο περιστατικό, ο τρόπος μετάδοσης παρέμενε άγνωστος. Δεν παρατηρήθηκε διαδερμική έκθεση του ασθενή.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι ο ασθενής αυτός ανήκει στο 50% των περιπτώσεων τα οποία δεν έχουν ιστορικό διαδερμικής έκθεσης.

Απ'τη στιγμή που το HBsAg έχει ανευρεθεί σε όλα σχεδόν τα βιολογικά υγρά των πασχόντων, θα μπορούσαν να ενοχοποιηθούν πολλοί παράγοντες για την μετάδοση της νόσου στον συγκεκριμένο ασθενή.

Ένας από αυτούς υποθέτουμε πως θα μπορούσε να είναι η σεξουαλική επαφή. Εξ'άλλου ο ασθενής είναι ένα νέο άτομο και σίγουρα έχει σεξουαλικές σχέσεις.

Ο ασθενής αυτός είχε καλή έκβαση της νόσου όπως αναμενόταν γιατί είχε όλους τους απαραίτητους παράγοντες που συντελούν στην καλή έκβαση της νόσου.

Τέλος όσον αφορά το πρώτο περιστατικό η ασθενής μας προσβλήθηκε από τον ιό της ηπατίτιδας A και αποκαταστάθηκε πλήρως, μετά από την παραμονή της στο νοσοκομείο και τις ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες που της παρασχέθησαν.

Παρατηρούμε λοιπόν πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία του ασθενή καθώς και η έγκαιρη διάγνωση.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Συνοψίζοντας όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα πρέπει να τονιστεί πως οι ηπατίτιδες είναι παθήσεις που εμφανίζουν μεγάλη έξαρση στις μέρες μας.

Ειδικότερα εκείνες του τύπου Β και C, οι οποίες δημιουργούν δυσάρεστες επιπτώσεις στους ασθενείς, με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται για αρκετό χρονικό διάστημα και αναγκάζονται να απέχουν απ' τις δραστηριότητές τους.

Η νοσηλευτική μαζί με την ιατρική επιστήμη βρίσκονται κοντά στους ανθρώπους αυτούς, δίνοντας συνεχώς τη μάχη για τη ζωή και την αποκατάσταση της υγείας.

Γι' αυτό λοιπόν χρέος της νοσηλευτικής και συνεπώς των "υπηρετών" της - των νοσηλευτριών - είναι να προφυλάσσει τους ασθενείς κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην επιβαρύνεται η κατάσταση τους. Αυτό ευπιτυγχάνεται με την υγιεινή διαβίωση, την αποφυγή υπερβολικής κοπώσεως και τη σωστή διατροφή.

Οι φορείς της ηπατίτιδας Β και C δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερο τρόπο, ούτε σαν κάτι το "ξεχωριστό", γιατί αποτελούν μέρος του κοινωνικού συνόλου, το οποίο χρειάζεται απαραίτητως τη βοήθειά μας, όσο και την ηθική συμπαράστασή μας για την πλήρη αποκατάστασή τους.

Βέβαια το άτομο που μπορεί περισσότερο από κάθε άλλον να προσφέρει βοήθεια σε όλους τους τομείς, δεν είναι κανένα άλλο παρά η νοσηλεύτρια, η οποία έχει τις γνώσεις ν' αντιμετωπίσει από τη μια μεριά την ασθένεια και από την άλλη να προφυλάξει τον εαυτό της και το περιβάλλον γύρω της, καθώς έχει γνώση τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας.

Πέρα όμως από το ειδικευμένο προσωπικό είναι πάρα πολύ σημαντική η ενημέρωση του κόσμου, τόσο για τον τρόπο μετάδοσης των ηπατίτιδων, όσο και για την πρόληψή τους, πράγμα που είναι το ισχυρότερο όπλο για τη διασφάλιση της υγείας.

Επιπλέον ο κόσμος θα απέφυγε τις ταλαιπωρίες και τους κινδύνους και ίσως τον πανικό, αν γινόταν σωστή πρόληψη και ελαχιστοποιούνταν οι τρόποι μετάδοσης της νόσου.

Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια να προσφέρει κοινωνικό έργο και να συμβάλλει με την ενημέρωση στην ελαχιστοποίηση των κρουσμάτων της ηπατίτιδας.

Δεν θα πετύχει όμως τίποτε από τα παραπάνω αν μέσα της δεν κλείνει συναισθήματα αγάπης, αφοσίωσης και πίστης προς τον συνάνθρωπό της, που στην προκειμένη περίπτωση είναι ένας ασθενής ηπατοπαθής, που περισσότερο από κάθε τι έχει ανάγκη από τις φροντίδες της.

"ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ"
ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ.,** "ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ"
Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.
- ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π. ΣΑΒΒΑ.,** "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΥ"
Εκδόσεις Αφοι Κυριακίδη, Τόμοι I, II
Θεσσαλονίκη 1985.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.,** "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ"
Επιστημ. Εκδόσεις Παρισιάνος, Έκδοση 4η
Αθήνα 1984.
- ΚΑΦΕΤΖΗΣ Δ.Κ.,** "ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ-ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (HBV)"
Ιατρικές εξελίξεις, 1993:2, 7-10.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ,**
"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ"
Έκδοση 10η, Τόμος Α', Αθήνα 1987.
- ΠΛΕΣΣΑΣ-ΣΤΑΥΡΟΥ,** "ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ"
Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΩΝ-ΤΥΠΟΣ, Αθήνα 1988.
- ΣΑΧΙΝΗ ΑΝΝΑ-ΚΡΔΑΣΗ-ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ,**
"ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ"
Μέρος Β', Τόμος II, Αθήνα 1985.
- ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ Ν.Γ.-ΒΛΑΒΙΑΝΟΣ Π.Κ.,** "ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C",
Επιθεώρηση Υγείας,
1991:2, 17-23.

Ξ Ε Ν Η

- ΓΟΥΤΟΝ Μ.Δ.,** "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ"
Μετάφραση Α. Ευαγγέλου, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ,
Έκδοση Γ', Αθήνα 1984.
- HARRISON,** "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ"
Έκδοση 10η, Τόμος Γ', Αθήνα 1988.
- KRUPP CHATTON W.,** "ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ"
Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος,
Τόμος Α', Αθήνα 1986.

