



Πανεπιστήμιο Πατρών

Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ ΑΣΛΑΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ ΦΩΤΙΟΣ ΣΠΥΡΑΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2020



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αυτή η εργασία έχει ως θέμα της την νοσηλευτική διαχείριση από την κατάχρηση αλκοόλ και διαφαίνεται από τον αλκοολισμό γενικότερα και στα διάφορα συστήματα ειδικότερα. Χωρίζεται σε δύο σκέλη τα οποία και αναλύονται παρακάτω.

Στο πρώτο μέρος στο πρώτο κεφάλαιο ως άλλη εισαγωγή εκτίθεται η ιστορία του αλκοόλ και του εθισμού από αυτό και το σύνδρομο απόσυρσης και τα δεινά του. Έπειτα παρουσιάζεται η παθολογία διαφόρων συστημάτων από το αλκοόλ. Πρώτο είναι το ήπαρ, δεύτερο το ΓΕΣ, τρίτο το καρδιαγγειακό και τέταρτο το νευρικό. Σε όλα αυτά τα συστήματα δίνεται η προσοχή στη νοσηλευτική πράξη.

Έπειτα έρχεται το δεύτερο μέρος, το ειδικό στο οποίο φαίνεται ο τρόπος συλλογής δεδομένων και ο σκοπός αυτής της εργασίας. Υπάρχει και μια ανάλυση των δεδομένων που φαίνεται στην παράγραφο των στατιστικών και των πινάκων. Τέλος στο δεύτερο μέρος η προσωπική άποψη του συντάκτη είναι έκδηλη, κυρίως στα συμπεράσματα.

Τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία.

## **ABSTRACT**

This work deals with the nursing management of alcohol abuse and is evident from alcoholism in general and in the various systems in particular. It is divided into two parts which are analyzed below.

In the first part of the first chapter as another introduction is presented the history of alcohol and addiction from it and withdrawal syndrome and its sufferings. Then the pathology of various systems from alcohol is presented. First is the liver, second is the GES, third is the cardiovascular and fourth is the nervous. In all these systems, attention is paid to the nursing practice.

Then comes the second part, the special which shows how to collect data and the purpose of this work. There is also an analysis of the data shown in the statistics and tables section. Finally in the second part the personal point of view of the author is evident, mainly in the conclusions.

Finally, the bibliography is listed.

## Περιεχόμενα

ΜΕΡΟΣ 1ο : ΓΕΝΙΚΟ .....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ .....	8
1.1 ΕΘΙΣΜΟΣ.....	10
1.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	12
1.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	14
1.4 ΣΥΝΟΨΗ 1 <sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> ΗΠΑΡ.....	17
2.1. ΣΤΕΑΤΩΣΗ Ή ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ .....	18
2.2. ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΗΤΙΤΙΔΑ Ή ΣΤΕΑΤΟΝΗΠΑΤΗΤΙΔΑ .....	19
2.3. ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ .....	21
2.3.1. ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.....	22
2.3.2 ΑΣΚΙΤΗΣ.....	23
2.3.3 ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ.....	24
2.3.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ.....	24
2.4 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ.....	25
2.5 ΣΥΝΟΨΗ 2 <sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ .....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	28
3.1. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΑΡΥΓΓΑΣ .....	29
3.1.2. ΟΥΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ .....	30
3.2. ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ .....	32
3.2.1. ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ .....	32
3.2.2 ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ .....	33
3.3. ΣΤΟΜΑΧΙ.....	35
3.3.1 ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ.....	35
3.3.2 ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	37
3.4. ΣΥΝΟΨΗ 3 <sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ .....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ .....	39
4.1. ΥΠΕΡΤΑΣΗ .....	40

4.2. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ .....	42
4.2.1. ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	42
4.2.2. ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	43
4.2.3. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ(Ο.Ε.Μ.)Ή ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ .....	43
4.2.4. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	45
4.3. ΣΥΝΟΨΗ 4 <sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ .....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	48
5.1. ΝΕΥΡΩΝΙΚΕΣ ΟΓΚΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ.....	50
5.2. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ.....	54
5.3 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (Α.Ε.Ε.) .....	56
5.4. ΣΥΝΟΨΗ 5 <sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ .....	58
ΜΕΡΟΣ 2 <sup>ο</sup> : ΕΙΔΙΚΟ .....	59
ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	59
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ .....	61
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	62
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 .....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2 .....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 .....	66
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	72

## ΜΕΡΟΣ1ο : ΓΕΝΙΚΟ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία εκθέτονται κάποιες νοσογόνες καταστάσεις που προκύπτουν από τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλ. Θα μπορούσε να υπάρχει και της πρόσκαιρης κατάχρησης , αλλά δεν προκαλεί σοβαρά και χρόνια προβλήματα ώστε να θεωρείται η επιτομή της νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι εκθέτονται θέματα όπως τι προκαλεί ο χρόνιος αλκοολισμός κοινωνικά στο άτομο , τι προβλήματα προκαλεί η απόσυρση του ατόμου από το αλκοόλ και τι διάφορες σωματικές ασθένειες προκαλεί. Επειδή είναι πραγματικά πάρα πολλές τις έχω χωρίσει ανά σύστημα , ώστε να υπάρξει μια οργάνωση .

Στην αρχή κάθε κεφαλαίου ,όπου αναλύεται η παθολογία κάθε συστήματος , αναλύεται και η ανατομία και η φυσιολογία του εκάστοτε συστήματος, ώστε να γίνει όσο το δυνατόν πιο αντιληπτή η σημαντικότητά του. Κάποιες φορές μπορεί να μην περιλαμβάνει ένα ολόκληρο σύστημα αλλά μόνο ένα όργανο.

Τώρα η σειρά με την οποία είναι κατανεμημένα τα κεφάλαια δεν είναι αντιπροσωπευτική σε κάτι. Το μόνο που μπορεί να ειπωθεί είναι ότι προσπάθησα όσο το δυνατόν να βάλω το σύστημα που επηρεάζει την παθολογία των άλλων πιο μπροστά από τα υπόλοιπα. Αλλά όπως είναι γνωστό οι λειτουργίες του σώματος είναι αλληλένδετες , έτσι μπορεί να υπάρχουν αναφορές σε προηγούμενα κεφάλαια ή ρήτρες για επόμενα.

Τέλος η νοσηλευτική παρέμβαση για την εκάστοτε νοσογόνο κατάσταση εκθέτεται στο τέλος κάθε υποενότητας, μετά την περιγραφή της κάθε ασθένειας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Η κατανάλωση ποτού ακολουθεί τον άνθρωπο σε όλη την καταγεγραμμένη πορεία του στον χρόνο. Πρώτη εμφάνιση γραπτών ντοκουμέντων γίνεται στην Κίνα το 10.000 π.Χ. με την καταγραφή ποικιλίας ποτών προς κατανάλωση. Ακολουθεί η Αίγυπτος το 4.000 π.Χ. με τα δύο κύρια ποτά της την μύρα και το κρασί, ένα ενδιαφέρον σημείο είναι ότι ο θεός Όσιρις, θεότητα της Αιγύπτου, θεωρούνταν ως ο προστάτης του κρασιού. Αυτό δείχνει ότι η ανθρωπότητα το ίδιο σημαντικό το κρασί με το ευνοϊκό κλίμα για τις καλλιέργειες και τη σοδειά.

Αυτή η γραμμή λατρείας ακολουθείται και από τους Βαβυλώνιους περί τα 2.700 π.Χ., όπου λάτρευαν μια θεά του κρασιού και έκαναν προσφορές στους θεούς σε μύρα και κρασί. Αυτό δείχνει τον φόβο των ανθρώπων προς τους θεούς τους και την προσπάθεια εξευμενισμού τους με κάτι αρκετά πολύτιμο και νόστιμο.

Οι επόμενοι στην ιστορία που είχαν ως κύριο μέσο διασκέδασης το ποτό, και κυρίως το κρασί, ήταν οι Έλληνες. Δηλαδή ήταν μια από τις κύριες καλλιέργειες της αρχαιότητας, ο τρύγος ήταν αφορμή για οινοποσία και γλέντι. Τέλος διοργανώνονταν συμπόσια και όργια με κύριο πρωταγωνιστή το κρασί. Τη σκυτάλη από τους Έλληνες πήραν οι Ρωμαίοι, οι οποίοι όσον αφορά το κρασί είχαν και παρόμοιο θεό λατρείας του.

Οι Έλληνες πέρασαν τη γνώση της αμπελουργίας στους Ρωμαίους, οι οποίοι τη μετέδωσαν στους προγόνους των σημερινών δυτικών Ευρωπαίων που την πέρασαν σ' όλη την υφήλιο.

Τελευταίοι έρχονται οι Ισραηλίτες το 1.000 π.Χ., ως προς τις αναφορές στους πολιτισμούς των αρχαίων. Έπειτα οι αναφορές στο ποτό και κυρίως το κρασί είναι μέσα από θρησκευτικές δοξασίες. Τότε, με την εμφάνιση των τριών κύριων μονοθεϊστικών θρησκειών αρχίζει να καταδικάζεται η υπέρμετρη οινοποσία από τον ίδιο το Θεό και τους αντιπροσώπους του στη γη.

Έτσι τα θρησκευτικά βιβλία των μουσουλμάνων, των εβραίων, των χριστιανών και κάποιων ανατολικών θρησκειών αναφέρουν τις αρνητικές επιδράσεις της ακατάσχετης οινοποσίας.

Διάφορες βιβλικές φιγούρες λένε ότι πίνοντας ξεπερνούν τα όρια και πληγώνουν τους αγαπημένους τους. Γενικώς από τα χριστιανικά βιβλία υποστηρίζεται η χρήση



αλκοόλ με μέτρο όμως, ενώ στον μουσουλμανισμό καταδικάζεται η χρήση του ακόμα και για ιατρικούς σκοπούς. Τέλος ο Βούδας έλεγε ότι το αλκοόλ θολώνει την κρίση και το χαρακτήριζε ως δηλητήριο.

Το μεσαίωνα από την άλλη, αυτήν τη σκοταδιστική εποχή, το καθαρό νερό στις μεγάλες πόλεις της Ευρώπης το καθαρό νερό σπάνιζε έτσι θεωρούνταν υγιέστερη η κατανάλωση αλκοόλ. Υπήρχαν βέβαια και τα ροφήματα και το γάλα αλλά συνήθως τα έπιναν παιδιά, και κυρίως το γάλα. Εδώ παρατηρείται και ο πρώτος κοινωνικός διαχωρισμός με βάση το αλκοόλ. Η μύρα θεωρούνταν ποτό για την κατώτερη τάξη ενώ το κρασί για τους επιφανείς.

Στα χρόνια της μεταρρύθμισης από τον Λούθερ Κινγκ στοχοποιείτο ως αμαρτωλός ο μέθυσος. Μολαταύτα η χρήση αλκοόλ στην Ευρώπη παρέμεινε υψηλή ως και την Βιομηχανική Επανάσταση. Οι εργάτες έπρεπε να είναι αξιόπιστοι άρα έπρεπε να μετριάσουν το αλκοόλ ώστε να είναι νηφάλιοι κατά τις ώρες εργασίας.

Ο Γάλλος ψυχίατρος PHELLIPE PINEL (1745-1826) ήταν ο πρώτος που συνδύασε τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλης με τη μελαγχολία, μια από τις τέσσερις τότε γνωστές ψυχασθένειες. Και φτάνουμε στους BENJAMIN RUSH και EMIL KRAEPLIN, οι οποίοι υποστήριξαν ότι πρόκειται περί ψυχικής διαταραχής η ακατάσχετη χρήση αλκοόλης. Και οι τρεις ήταν διακεκριμένοι επιστήμονες στο αντικείμενό τους και μάλιστα γνωστοί ακόμα και σήμερα. Ο KRAEPLIN μάλιστα θεωρείται ως ο πατέρας της ψυχιατρικής, γερμανός στην καταγωγή. (Arne Küüt, 2019)

Ο PINEL και ο RUSH υπερασπίστηκαν σε όλη τους τη ζωή τη θέση τους ότι ο αλκοολισμός είναι ψυχική διαταραχή. Σήμερα όντως ο αλκοολισμός συγκαταλέγεται σε μία από αυτές. Μάλιστα αναφέρεται από την τρίτη έκδοση του DSM ως και την τελευταία μέσα στα βιβλία αυτά. Το DSM απαριθμεί όλες τις γνωστές ψυχικές διαταραχές μαζί με τα συμπτώματά τους.

## 1.1 ΕΘΙΣΜΟΣ

Ο αλκοολισμός ως ψυχική ασθένεια δύσκολα αναγνωρίζεται από τον ίδιο τον ίδιο τον ασθενή. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στη μη αναζήτηση βοήθειας από τον ασθενή, άρα και στην καθυστερημένη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Μέσα από διάφορες έρευνες η επιστημονική κοινότητα προσπαθεί να προσδιορίσει την αιτιολογία του. Ο Επικρατέστερος παράγοντας για την ανάπτυξη αλκοολικής διαταραχής είναι ο γενετικός. Από μελέτες που έχουν γίνει σε διδύμους, σε κοντινούς συγγενείς αλλά και σε παιδιά αλκοολικών, τα οποία έχουν μεγαλώσει μακριά τους, η πιθανότητα ανάπτυξης αλκοολικής είναι υψηλότερη από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Για να μιλήσουμε και λίγο στατιστικά το 50-60% των αλκοολικών περιπτώσεων οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Επίσης ένας καίριος παράγοντας για την ανάπτυξη αλκοολικής διαταραχής σε συνάρτηση με τη γενετική προδιάθεση είναι το περιβάλλον. (Antoni FA, n.d.)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το αλκοόλ και η ανθρωπότητα συμβαδίζουν από καταβολής κόσμου, πως λοιπόν δεν θεωρείται ο κάθε πότης αλκοολικός; Τι είναι αυτό που προκαλεί εθισμό και εντέλει κατάχρηση;

Ο κύριος υπαίτιος για την αρχική ενθάρρυνση κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών είναι ο εγκέφαλος. Λόγω της ενισχυτικής δράσης του αλκοόλ στον οργανισμό, (π.χ. αυξημένη δύναμη, θετικά συναισθήματα, πνευματική διέγερση) λαμβάνεται ως θετικό ερέθισμα από τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα την έκκριση ντοπαμίνης. (DB, 1998) Έτσι λαμβάνεται ως ενθάρρυνση αυτή η αντίδραση με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ. Εντέλει όπως όλοι γνωρίζουμε τα αποτελέσματα της κατάχρησης αλκοόλ έστω και για μια φορά κάθε άλλο παρά ενδυναμωτικά είναι. Δηλαδή υπάρχουν τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα από τα αρχικά, όπως είναι η εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων, η σωματική αδυναμία αλλά και η νοητική κατάπτωση.

Σε αυτό το σημείο καμπής είναι που εμφανίζεται η επόμενη δόση αλκοόλης ως το μόνο ευχάριστο πράγμα. Γενικώς προκαλείται ένα αίσθημα προσμονής, όπου η εύρεση του αντικειμένου της απόλαυσης προκαλεί άγχος που με τη σειρά του οδηγεί στην εξαρτημένη κατανάλωση αλκοόλ. Επομένως οδηγούμαστε στο κλασικό μοτίβο εθισμού, όπου ο ενδιαφερόμενος πιστεύει ότι έχει τον έλεγχο και οδηγείται σε ολοένα και πιο πολλές αποτυχημένες προσπάθειες για τη διακοπή του.

Αυτό είναι ένα από τα γνωστότερα συμπτώματα εθισμού. Τα οποία εκτός της απώλειας ελέγχου περιλαμβάνουν την ολοένα και μεγαλύτερη ανοχή, άρα αυξανόμενη δόση αφιέρωση χρόνου στην εξεύρεση αλκοόλ (μυραρίες, αγορά, στέκια κ.λπ.). Ένα άλλο καίριο πρόβλημα είναι η λέπτυνση των οικογενειακών σχέσεων, των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, η αποξένωση από το εργασιακό περιβάλλον. Που σημαίνει μείωση των διαπροσωπικών σχέσεων. Τέλος ένα άλλο ανησυχητικό σημείο εξάρτησης είναι περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων στέρησης να απαλύνονται με αλκοόλ, ή περισσότερη κατανάλωση για την αποφυγή εμφάνισής τους. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής νιώθει παγιδευμένος και δεν ζητάει βοήθεια παρά συνεχίζει με περισσότερο ζήλο αυτή την επιβλαβή συνήθεια.

Από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ένας εθισμένος πρέπει να αντιμετωπίζεται με έλλειψη εμπιστοσύνης στον συγκεκριμένο τομέα. Εν ολίγοις για οποιονδήποτε λόγο καταλήξει ένας αλκοολικός υπό την φροντίδα των νοσηλευτών πρέπει να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη αυτή η συνήθεια , και να διακόπτεται αρχικά στα πλαίσια της νοσηλείας. Φυσικά αφού γίνει η αναγνώριση του προβλήματος πρέπει να παραπεμφθεί σε ειδικούς φορείς, όπως είναι οι ανώνυμοι αλκοολικοί και το ΚΕΘΕΑ, και οπωσδήποτε στον ψυχολόγο του νοσοκομείου.

## 1.2 ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση είναι περίπλοκη μιας και δεν πρέπει να δοθεί βάση μόνο στο πρόβλημα με το αλκοόλ αλλά και στο υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι συνήθως αποξενώνονται από την οικογένεια, από τους φίλους και την εργασία τους, κοντολογίς από όλες τις ανθρώπινες επαφές.

Έτσι προτού αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του αλκοολισμού πρέπει να συσφιχτούν οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις. Έχει βρεθεί ότι όταν η οικογένεια έχει ενεργή συμμετοχή η αποτοξίνωση βαίνει καλύτερα. Συνήθως όταν υπάρχει υποστήριξη ο πάσχων αναπτύσσει διάφορες ικανότητες για την αποφυγή εξαρτητικών συμπεριφορών και έχει κίνητρο ώστε να αναζητήσει θεραπεία και να παραμείνει σε αυτήν.

Όμως ένα μεγάλο πρόβλημα είναι ότι η όλη διαδικασία είναι ψυχοφθόρα για τα μέλη της οικογένειας. Λόγω αυτού πρέπει να γίνεται προληπτική αντιμετώπιση της ψυχολογικής δυσφορίας των μελών μέσω κάποιου ειδικού. Επίσης το να έχει κάποιο μέλος της οικογένειας μια αρρώστια πόσο μάλλον μια εξάρτηση είναι αρκετά αγχώδης κατάσταση, και το άγχος δημιουργεί εντάσεις. Έτσι πρέπει να εκτονώνεται κάπως αυτό το άγχος, μέσω λόγου χάριν της συζήτησης, ή την επίσκεψη σε ψυχολόγο ή συνομιλώντας με ανθρώπους που περνάνε τα ίδια. Τελευταία λύση είναι τα ηρεμιστικά χάπια αλλά δεν προτείνονται έναντι των άλλων μεθόδων και είναι η τελευταία λύση.

Τέτοιοι οργανισμοί που ειδικεύονται στην αποκατάσταση αυτών των ανθρώπων είναι οι ανώνυμοι αλκοολικοί (ΑΑ) και το ΚΕΘΕΑ (Todd, n.d.). Και οι δύο αυτοί οργανισμοί δεν ειδικεύονται μόνο στην απεξάρτηση από το αλκοόλ αλλά και από άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες και καταστάσεις όπως είναι το διαδίκτυο και τα ναρκωτικά. Οι ΑΑ (Αnon., 1967) δημιουργήθηκαν το 1935 στο Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών από τους BILL WILSON και Dr BOB SMITH και οι δύο διένυαν μια περίοδο απεξάρτησης. Η αποτοξίνωση που πρότειναν και που ισχύει ακόμα και σήμερα βασίζεται σε δώδεκα βήματα, τα οποία και θα παρατεθούν. Δεν τα παραθέτω αυτολεξεί αλλά το νόημα παραμένει το ίδιο.

1. Παραδοχή αδυναμίας από τη χρήση αλκοόλ και ότι από αυτό χάθηκε ο έλεγχος της ζωής.

2. Πίστη σε μια δύναμη ανώτερη που θα βοηθούσε στην επανάκτηση της ψυχικής και πνευματικής υγείας.
3. Απόφαση για ολοκληρωτική παράδοση στην ανώτερη δύναμη, όποιο νόημα έχει αυτή για τον καθένα.
4. Πορεία προς μια βαθειά και ακριβή καταγραφή του εαυτού.
5. Αναγνώριση σφαλμάτων, αποδοχή και παραδοχή αυτών στην ανώτερη δύναμη και σε κάποιον τρίτο.
6. Ετοιμότητα για αποδοχή βοήθειας από την ανώτερη δύναμη και για διόρθωση των ελαττωμάτων του χαρακτήρα.
7. Χωρίς εγωισμό με ταπεινότητα εξητήθη η βοήθεια.
8. Φτιάξιμο ενός καταλόγου που περιλαμβάνει τα ονόματα ανθρώπων που έχουν βλάβει και προθυμία για επανόρθωση σφαλμάτων του παρελθόντος.
9. Διόρθωση του κακού σε αυτούς ανθρώπους, αν είναι δυνατόν χωρίς να βλάπτουν αυτούς ή άλλους.
10. Παραδοχή λαθών.
11. Βελτίωση επαφής με την ανώτερη δύναμη (τι θέλει από αυτούς και απόκτηση δύναμης από το άτομο για πραγματοποίησή της).
12. Πνευματικό ξύπνημα :προσπάθεια μεταφοράς μηνυμάτων σε όλους τους πάσχοντες και με βάση τις αρχές τους να δημιουργήσουν έναν νέο τρόπο ζωής.

Το ΚΕΘΕΑ μαζί και οι ΑΑ προτείνουν επικοινωνία και σύσφιξη των σχέσεων με την οικογένεια. Επίσης γίνονται ομαδικές συνεδριάσεις ώστε το άτομο να έρχεται σε επαφή με άλλους (είτε συγγενείς είτε παθόντες). Τέλος εκτός από ομαδικές γίνονται και ατομικές συνεδριάσεις καθώς και ενημερωτικές δράσεις.

### 1.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Για να συμβεί κάτι τέτοιο πρέπει να προϋπάρχει χρόνια κατανάλωση (5-10 χρόνια) και να μειωθεί σημαντικά η συνηθισμένη δόση. Συνήθως συμβαίνει σε προσπάθεια διακοπής ή κατά τη διάρκεια νοσηλείας, όταν αναγκάζεται να κάνει αποχή.

Συνήθως εκδηλώνεται 6-24 ώρες μετά το τελευταίο ποτό και 72 ώρες μετά ψάχνει για άλλες ουσίες αν δεν καταφέρει να βρει ποτό. Το στερητικό σύνδρομο χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τον χαρακτήρα του.

Πρώτη κατηγορία είναι η πιο ήπια και η πιο ολιγοήμερη. Λέγεται έλασσον σύνδρομο απόσυρσης και προκαλεί ήπια αύξηση δραστηριότητας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ). Δηλαδή παρατηρούνται συμπτώματα όπως ναυτία, ανορεξία, τρόμος, ταχυκαρδία, υπέρταση, διαταραγμένος ύπνος και άγχος. Δεν παρατηρούνται διαταραχές επιπέδου συνείδησης, όμως μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθεί αποπροσανατολισμός ως προς τον χρόνο. Η μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων παρατηρείται 24-36 ώρες μετά τη διακοπή. Η πλειονότητα συνέρχεται χωρίς θεραπεία μετά από λίγες μέρες.

Ένα ποσοστό της τάξεως του 20-25% θα εμφανίσει σοβαρότερα συμπτώματα. Εδώ έρχεται η δεύτερη κατηγορία που είναι σοβαρότερη από την προηγούμενη. Ως εκδήλωση έχει τις εκδηλώσεις της ελάσσονος και παρατηρούνται επιπλέον διαταραχές προσανατολισμού, ψευδαισθήσεις, πυρετός και εφίδρωση. Η κορύφωση των συμπτωμάτων παρατηρείται μεταξύ εικοσιτετραώρου και πενήνταώρου.

Η χειρότερη εκδήλωση είναι το τρομώδες παραλήρημα. Χαρακτηρίζεται ως διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Εκδηλώνεται με δραματική υπερδραστηριότητα Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και ΑΝΣ. Δηλαδή τρόμος, σύγχυση, ακατανόητη ομιλία, πυρετός, παραληρηματικές ιδέες, οπτικές ψευδαισθήσεις (σπάνια ακουστικές ή απτικές), ψυχοκινητική διέγερση και μυδρίαση. Υπάρχουν και επιπλοκές όπως τραύμα, αρρυθμίες αιμοδυναμική αστάθεια, υποθερμία και πιο σπάνια σπασμοί.

Το τρομώδες παραλήρημα δεν εκδηλώνεται πριν την τρίτη μέρα διακοπής. Είναι ύπουλο γιατί εμφανίζεται χωρίς προηγούμενα συμπτώματα, ή αν υπήρξαν παρατηρείται μια απατηλή βελτίωση πριν την εκδήλωσή του. Ένα σύνηθες γνώρισμά του είναι ότι εμφανίζεται σε χρόνιους αλκοολικούς και σε περιπτώσεις αλκοολικών

που έχουν ξαναντιμετωπίσει στερητικό σύνδρομο. Το τρομάδες παραλήρημα δεν είναι απλή υπόθεση, άνθρωποι πεθαίνουν λόγω κυκλοφοριακής κατάρρευσης. Έτσι εάν συνυπήρχαν υποκείμενα νοσήματα ο ασθενής πρέπει να μπει σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Επιπλέον θεραπεία αποτελεί κι η υποστηρικτική αγωγή η οποία αποτελείται από αναπλήρωση υγρών, ηλεκτρολυτών και βιταμινών (ορός). Επίσης σε περιπτώσεις διαταραγμένου επιπέδου συνείδησης στον ορό προστίθενται θειαμίνη και γλυκόζη. Σε διεγερτικούς ασθενείς προτείνεται η καθήλωσή τους (δέσιμο στο κρεβάτι) ώσπου να δράσουν τα φάρμακα.

Το κυρίως φάρμακο για το τρομάδες παραλήρημα είναι οι βενζοδιαζεπίνες. Ένα φάρμακο που επίσης προτείνεται είναι η αντιεπιληπτική φαινοβαρβιτάλη όπως και η αλοπεριδόλη ως επικουρικό φάρμακο.

Όλα αυτά τα μέτρα είναι για την καταστολή του ατόμου όταν είναι σε οξεία φάση, μόλις ρυθμιστεί η κατάσταση πρέπει σίγουρα να παραπεμφθεί σε πρόγραμμα αποκατάστασης.

Τώρα όσον αφορά τις ηπιότερες εκδηλώσεις του συνδρόμου η θεραπεία δεν είναι τόσο παρεμβατική. Δίνεται πάλι υποστηρικτική αγωγή (ανεφοδιασμός, επανακύλιση, χειρότερη εξέλιξη). Αλλά μια διαφορά είναι ότι φάρμακα δίνονται ως προληπτικά για χειρότερες καταστάσεις.

## **.1.4 ΣΥΝΟΨΗ 1<sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Σ' αυτό το κεφάλαιο είδαμε την ιστορία του αλκοόλ από τότε που ο άνθρωπος ανακάλυψε τη γραφή. Έπειτα τη λατρεία του μέσω των θεών προστάτευαν που το προστάτευαν ανά τον αρχαίο κόσμο. Έπειτα που δαιμονοποιήθηκε κατά κάποιο τρόπο από τις τρεις μεγάλες μονοθεϊστικές θρησκείες. Έπειτα είδαμε την κοινή πορεία του με την ιατρική. Και μετά την πρώτη φορά που συνδέθηκε με κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, από τους Pinel, Rush και Kraepelin. Κατέταξαν έτσι τον αλκοολισμό στον κατάλογο των ψυχικών νοσημάτων, που βρίσκεται ακόμα και σήμερα.

Έπειτα μιλήσαμε για τον εθισμό και το μηχανισμό πίσω από αυτόν. Είδαμε πόσο επιζήμιος είναι για την ψυχική υγεία και την κοινωνική ευημερία του πάσχοντος. Καθώς είναι ευάλωτος από την εμφάνιση κατάθλιψης, υπάρχει αποξένωση από κάθε ανθρώπινη σχέση. Έπειτα από κάποια στιγμή ο αλκοολικός εξαρτάται από το ποτό για να βρίσκει παρηγοριά.

Στην προσπάθεια, των ασθενών, να κόψουν το ποτό εμφανίζεται πολλές φορές το σύνδρομο στέρησης. Το οποίο έχει διαβαθμίσεις και εμφανίζει κυρίως νευρολογικά προβλήματα και κάποια συμπτώματα από το γαστρεντερικό (ΓΕΣ) και το καρδιαγγειακό. Αν και πολλοί είδαμε το ξεπερνάνε υπάρχουν κάποιοι που καταλήγουν από αυτό και οι οποίοι είναι σύνηθες ν έχουν ξαναπεράσει στο παρελθόν. Τέλος είδαμε την φαρμακευτική και τη νοσηλευτική αντιμετώπιση.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι αναφέρθηκαν και δύο οργανισμοί γνωστοί για τη δράση τους κατά του αλκοολισμού. Το πώς δηλαδή τον αντιμετωπίζουν, ποια είναι η μέθοδός τους και τι απαιτούν από τον άρρωστο.

Εδώ λοιπόν τελειώνει το κομμάτι της αποκοπής από το αλκοόλ.

Στο επόμενο κεφάλαιο ξεκινάει η ανασκόπηση στο κακό που κάνει η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ στο σώμα, αρχίζοντας με το ήπαρ.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΗΠΑΡ

Το αλκοόλ εισέρχεται στο ήπαρ για να μεταβολιστεί. Ας όμως λίγο γι' αυτό το όργανο προτού μιλήσουμε για τις καταστροφικές συνέπειες της αλκοόλης πάνω του.

Το ήπαρ βρίσκεται στο δεξί υποχόνδριο θόλο του σώματος κάτω από τον δεξιό πνεύμονα και με επέκταση προς το αριστερό υποχόνδριο. Η αιμάτωσή του διασφαλίζεται από τα κυριότερα αγγεία του, τις ηπατικές φλέβες και την φλέβα, για την οποία γίνεται λόγος σε αυτό το κεφάλαιο παρακάτω. Ένα άλλο όργανο το οποίο εξαρτάται και έμμεσα οφείλει την ύπαρξή του στο ήπαρ, είναι η χοληδόχος κύστη, η οποία επαφίεται στο ήπαρ.

Ας υπεισέλθουμε και στη χρησιμότητα αυτού του οργάνου στο ανθρώπινο σώμα:

- Ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπιδίων και των πρωτεϊνών.
- Ρυθμίζει την παραγωγή και την έκκριση της χοληστερόλης.
- Προκαλεί τη β-οξείδωση λιπαρών οξέων, είναι μια εναλλακτική πηγή ενέργειας όταν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα είναι χαμηλά, που ως γνωστόν είναι η τροφή των κυττάρων.
- Παράγει και εκκρίνει χολικό οξύ, το οποίο χρησιμεύει στην απορρόφηση των λιπών και αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη.
- Έχει και ενδοκρινή μοίρα από την οποία εκκρίνονται κάποιες από τις σημαντικότερες ορμόνες του σώματος, όπως: ο αυξητικός παράγοντας, η αγγειοτενσίνη και οι κυτοκίνες. Επιπλέον παίζει σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση της βιταμίνης D, και συμβάλλει στη μετατροπή της T4 (θυροξίνη) σε T3 (τριιωδοθυρονίνη), την ενεργή μορφή της ορμόνης του θυρεοειδούς.
- Αποτοξινώνει τον οργανισμό από φάρμακα, ορμόνες και άλλες χημικές ουσίες όπως είναι το αλκοόλ και οι τοξικοί μεταβολίτες του μεταβολισμού των κυττάρων.
- Αποθηκεύει βιταμίνες (B12) και είναι απαραίτητα για τον οργανισμό και συγκεκριμένα για το αιμοποιητικό.

Το ήπαρ είναι ένα όργανο το οποίο σε περίπτωση που αφαιρεθεί κομμάτι του έχει την ικανότητα να αναδημιουργείται. Όμως η απόδοσή του εξαρτάται από τη ροή του

αίματος σε αυτό. Αν λοιπόν υπάρχει κάποια αλλοίωση στον ιστό η αιμάτωση γίνεται δύσκολη υπόθεση άρα και η ικανότητα αυτοϊασης σε αυτές τις περιοχές.

## **2.1. ΣΤΕΑΤΩΣΗ Ή ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ**

Αξίζει να σημειωθεί ότι για να επηρεάσει το αλκοόλ το ήπαρ η κατάχρηση πρέπει να είναι χρόνια. Σε αυτό το κεφάλαιο θα δούμε ασθένειες που τις καλύπτει όλες η ομπρέλα του χαρακτηρισμού ALD (Alcoholic Liver Disease), δηλαδή ασθένεια του ήπατος προκαλούμενη από το αλκοόλ.

Το συχνότερο εύρημα σε έναν χρόνια αλκοολικό είναι η στεάτωση. Επιπλέον είναι η πρώτη μορφή ηπατικής βλάβης σε χρόνιους αλκοολικούς.

Γενικώς το ήπαρ είναι ένα όργανο που φυσιολογικά περιβάλλεται από λίπος όπως και όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος που βρίσκονται στην κοιλιακή χώρα. Κατά τη στεάτωση όμως, ή πιο συνηθισμένα λιπώδες ήπαρ, το λίπος που φυσιολογικά περιβάλλει το ήπαρ αυξάνεται κατά 5% μίνιμουμ για να πούμε ότι έχουμε παθολογικό εύρημα. η πρόγνωση αυτής της ασθένειας είναι φτωχή, καθώς μπορεί να συνυπάρχουν φλεγμονή και κατασταλτικές αλλαγές, όπως σωματία Mallory.

Τα συμπτώματά της ποικίλουν, από τη μια μπορεί να είναι ανύπαρκτα και η διάγνωση να προκύψει τυχαία, ή από την άλλη ο ασθενής μπορεί να νιώθει πίεση στο δεξιό υποχόνδριο, γαστρεντερικές ανωμαλίες και να εμφανίζεται και διόγκωση ήπατος.

Η στεάτωση εμφανίζεται με δυο μορφές, στη μια, που είναι και αυτή και τη φτωχότερη πρόγνωση, χαρακτηριστική είναι η περιχάραξη του πυρήνα από σταγονίδια. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει είτε από ρήξη ήπατος είτε από εξωτερική αιτία. Στην άλλη μορφή, που είναι πιο ήπια και χρονίζει, υπάρχει διαταραχή του μεταβολισμού του ηπατικού λίπους. Αυτή η μορφή έχει συνδεθεί ως πρώιμο στάδιο της στεατοηπατίτιδας, της ίνωσης και της κίρρωσης του ήπατος. (Dis., 1968)

Επιπροσθέτως λόγω στεάτωσης αυξάνεται η σύνθεση τριγλυκεριδίων, η οποία είναι άλλος ένας δρόμος για την εξέλιξη της νόσου στις προαναφερθείσες παθήσεις. Αυτό επιτυγχάνεται ως εξής: η σύνθεση τριγλυκεριδίων αυξάνει την ανάπτυξη ουλώδους ιστού.

Η διάγνωση αυτής της ασθένειας τίθεται κυρίως με υπέρηχο κοιλίας. Η καλύτερη θεραπεία και πρόγνωση είναι η διακοπή του αλκοόλ. Συνήθως επειδή για τους αλκοολικούς είναι δύσκολο να το κόψουν, απέχουν ώσπου να περάσουν τα συμπτώματα κι έπειτα ξανακυλούν. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που τελειώνει είτε με την πλήρη αποχή του ατόμου είτε με εξέλιξη της νόσου.

## **2.2. ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΗΤΙΤΙΔΑ Ή ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΗΤΙΔΑ**

Η στεατοηπατίτιδα θεωρείται το επόμενο στάδιο της στεάτωσης, γι' αυτό και δεν μπορεί να αναφερθεί η μια χωρίς την άλλη. Η στεατοηπατίτιδα είναι η πρώτη συνέπεια της συνεχιζόμενης κατανάλωσης αλκοόλ μετά από διαγνωσμένη στεάτωση. Το κακό με αυτή είναι ότι είναι δύσκολο να την καταλάβει ο ασθενής πριν φτάσει στην κίρρωση.

Ας εξηγηθώ. Η αλκοολική ηπατίτιδα έχει τα ίδια συμπτώματα με την στεάτωση, δηλαδή πίεση στο δεξιό υποχόνδριο, γαστρεντερικές διαταραχές και ένα καινούριο μεγάλωμα ήπατος, αυτό όσον αφορά την ήπια μορφή. Η βαριάς μορφής αλκοολική ηπατίτιδα γίνεται αισθητή έπειτα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αυτή η μορφή περιγράφεται περισσότερο ως σύνδρομο παρά ως αρρώστια. Εκτός από τα προαναφερθέντα συμπτώματα εμφανίζεται και ίκτερος με ή χωρίς άλλα σημάδια ηπατικής ανεπάρκειας.

Πριν προχωρήσουμε στο πως θα μοιάζει αυτός ο ασθενής ας αναφερθούμε λίγο στον ίκτερο. Είναι ένα σημάδι ότι το ήπαρ δεν δουλεύει πολύ καλά. Λόγω του αλκοόλ ανεβαίνουν επίπεδα συζευγμένης χολερυθρίνης στο αίμα προκαλώντας την χαρακτηριστική κίτρινη χροιά του δέρματος των βλεννογόνων και των επιπεφυκότων. Τα επίπεδα της χολερυθρίνης είναι από 3mg/dl, ενώ η φυσιολογική τιμή είναι μεταξύ 2,5-3 mg/dl. (P., 2014;)

Έτσι λοιπόν ο ασθενής με ίκτερο είναι αποπροσανατολισμένος λόγω εγκεφαλοπάθειας ή από ντελίριο λόγω αλκοόλ. Μπορεί να υπάρχουν σημάδια πυλαίας υπέρτασης, κίρσοι οισοφάγου και οξεία επιδείνωση της νευρικής λειτουργίας. Στα μη ειδικά συμπτώματα συγκαταλέγονται η αυξημένη θερμοκρασία και λευκοκυττάρωση που παραπέμπουν σε οξεία κοιλία και η οποία πρέπει να

αποκλειστεί. Επιπλέον μαζί με το παραπάνω λίπος στα κύτταρα ο ιστός χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη και κατασταλτικές αλλαγές.

Τώρα όσον αφορά την εξέταση που πρέπει να γίνει, αφού ο ασθενής έχει ίκτερο πρέπει να εξετασθεί για ασκίτη που είναι και παρελκόμενο της πυλαίας υπέρτασης. Αλλά μια μη επεμβατική μέθοδος είναι το υπερηχογράφημα, αλλά δεν μπορεί να διακρίνει αν πρόκειται για στεάτωση ή για στεατοηπατίτιδα. Μετά ακολουθούν διάφορα τεστ. Το πιο σημαντικό από αυτή είναι το centrum test cytochrome fragment 18M65 ή 18M30.

Προτείνεται και μια άλλη διαγνωστική επεμβατική μέθοδος η οποία είναι η βιοψία ήπατος. Βέβαια είναι σε εξαιρετικές περιπτώσεις, για ασθενείς με παρατεταμένη πορεία ασθένειας χωρίς βελτίωση για διάστημα απαρχής 6-8 μηνών. Δηλαδή περισσότερο είναι μέθοδος για να αποκλείσει άλλες πιθανές εξηγήσεις παρά για διάγνωση.

Η θεραπεία περιορίζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της εικόνας.

Δηλαδή πρώτον είναι απαραίτητα η αποχή από το αλκοόλ. Για να βελτιωθούν το βάρος, που οδηγεί τους ασθενείς στον γιατρό, και μαζί η φλεγμονώδης διήθηση και οι κατασταλτικές αλλαγές. Το επόμενο που πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής είναι ο ίκτερος. Πρώτα πρέπει να ανιχνευθεί η ποσότητα της χολερυθρίνης, μέσω εξέτασης ούρων. Η θεραπεία και γι' αυτό είναι η αποχή. Φυσικά τυχόν γαστρεντερικές ανωμαλίες (ναυτία/έμετος/διάρροια/δυσκοιλιότητα) αντιμετωπίζονται ανακουφιστικά και υποστηρικτικά. Η υψηλή θερμοκρασία ρυθμίζεται με αντιπυρετικά και η φλεγμονή με Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), που δρουν και αντιπυρετικά.

### 2.3. ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Η ίνωση του ηπατικού παρεγχύματος περιγράφεται ως κατασκευαστική αλλαγή του ηπατικού ιστού. Είναι απόρροια μακροχρόνιας χρήσης αλκοόλης, η οποία προκαλεί αλκοολική ηπατίτιδα. Η στεατοηπατίτιδα προκαλεί συνεχή πρηξίματα του ήπατος, τα οποία προκαλούν πληγή στο ηπατικό παρέγχυμα, κι όταν παρέλθουν αρκετές και μεγάλες διογκώσεις σχηματίζεται ουλή. Μετά από επαναλήψεις, και χωρίς την απομάκρυνση του εκλυτικού παράγοντα, δημιουργείται και εγκαθίσταται τεράστια ινωτική μάζα, η οποία διαφέρει από την αρχική σύνθεση του ιστού, και που υποβιβάζει την αρχική παραγωγή του ήπατος.

Η ίνωση είναι κυρίως μια μέση κατάσταση, είναι η τελική συνέπεια όλων των παθήσεων του ήπατος από την αλκοόλη. Είναι όμως και η κατάσταση πριν την κίρρωση του ήπατος. Κατά την ίνωση διαφυλάσσεται ένα μέρος της πρότερης ηπατικής λειτουργίας, αλλά είναι μια μη αναστρέψιμη κατάσταση που χρίζει άμεσης αντιμετώπισης. (Pellicoro, 2014)

Η κύρια αντιμετώπιση της ίνωσης είναι αποχή από το αλκοόλ και ρύθμιση της ηπατίτιδας εάν υφίσταται. Εάν γίνει έγκαιρα η αποχή η πρόγνωση της επερχόμενης κίρρωσης θα είναι αρκετά πιο ευόπινη από ότι αν δεν γινόταν. Και μάλιστα η έγκαιρη αποχή μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης κίρρωσης.

Το πρόβλημα με την ίνωση είναι ότι μπορεί να δίνει ως μοναδικό σύμπτωμα ένα βάρος στο δεξί υποχόνδριο. Κι έτσι στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν τίθεται διάγνωση προτού φτάσει στην κίρρωση.

Η λέξη κίρρωση προέρχεται από την αρχαία λέξη *κιρρός* που σημαίνει κίτρινος, εννοώντας προφανώς τον ίκτερο που τη συνοδεύει. Η κίρρωση είναι μια χρόνια, μη αναστρέψιμη, προοδευτική νόσος. Το κύριο γνώρισμά της είναι η νέκρωση των ηπατικών κυττάρων, η οποία προκαλεί ανωμαλίες στο εσωτερικό του ήπατος αλλά και στην ενδοκρινή του μοίρα. (Ramstedt, 2001)

Συνήθως οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί για πολύ καιρό, ώσπου φτάνουν στο κατώφλι του γιατρού όταν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα. Εσωτερικά στο ήπαρ η κίρρωση προκαλεί πλήρη καταστροφή του ηπατικού ιστού, ανώμαλη λειτουργία και συσσώρευση τοξικών ουσιών στον οργανισμό.

Οι επιπλοκές της είναι κυρίως που την κάνουν τόσο απειλητική για τη ζωή. Οι κυριότερες είναι πυλαία υπέρταση, ασκίτης, εσωτερική αιμορραγία, σύγχυση και αλλαγή συμπεριφοράς, σπληνομεγαλία και ρήξη ήπατος. Η αντιμετώπισή της είναι δύσκολη και πολλές φορές μάταιη. (EASL-ALEH, n.d.)

Η εσωτερική αιμορραγία το μόνο που απαιτεί από τον νοσηλευτή είναι να την αναγνωρίσει, συνήθως εκδηλώνεται με πτώση της θερμοκρασίας και της νοητικής λειτουργίας, ένα αρκετά σημαντικό σημείο είναι η χαμηλή αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και υψηλές σφύξεις. Τότε ο ασθενής θα πρέπει να μπει άμεσα στο χειρουργείο.

### **2.3.1. ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Η πυλαία φλέβα είναι το κύριο αγγείο αιμάτωσης του ήπατος, καθώς το 75% περίπου του συνολικού όγκου αίματος που περνάει από το ήπαρ προέρχεται από αυτήν. Η πυλαία φλέβα προκύπτει από τη συμβολή της σπληνικής και της άνω μεσεντέριας φλέβας. Έτσι μεταφέρει φλεβικό αίμα από τα όργανα του γαστρεντερικού της κοιλιάς, τον σπλήνα και το πάγκρεας. Δηλαδή το αίμα που μεταφέρει είναι πλούσιο σε τοξικές μεταβολικές ουσίες του οργανισμού. Οι φυσιολογικές τιμές πίεσης αυτής της φλέβας κυμαίνονται από το 5 με 10mmHg, οποιαδήποτε τιμή άνω των 10 mmHg θεωρείται υπέρταση.

Η πυλαία υπέρταση για να είναι παθολογική και να έχει επιπλοκές πρέπει να υφίσταται διαρκώς και χρονίως. Τότε ο οργανισμός προσπαθώντας να μειώσει την πίεση, δημιουργεί αναστομώσεις σε άλλες περιοχές του σώματος, ώστε αρκετό αίμα που θα πήγαινε κανονικά εκεί και μετά στο ήπαρ να καθαριστεί, πηγαίνει κατευθείαν στην κανονική κυκλοφορία του αίματος.

Οι αναστομώσεις που δημιουργούνται ώστε να μην επιβαρύνεται η πυλαία είναι στον οισοφάγο και το θόλο του στομάχου, στον ομφαλό και στο ορθό. Κάθε μια αναστόμωση έχει και μια αρνητική συνέπεια, δηλαδή δημιουργούνται κίρσοι στον οισοφάγο και το στομάχι διευρύνονται οι φλέβες γύρω από τον ομφαλό και είναι ορατές και εξωτερικά και δημιουργούνται κίρσοι στο ορθό που μοιάζουν στην συμπτωματολογία με αιμορροΐδες. Άλλα προβλήματα που προκαλούνται από την

παράκαμψη της πυλαίας φλέβας είναι ο ασκίτης, η ηπατική εγκεφαλοπάθεια και η σπληνομεγαλία.

Η πυλαία υπέρταση μπορεί να υφίσταται για χρόνια χωρίς να δίνει συμπτώματα, οι επιπλοκές της όμως δίνουν συμπτώματα κι έτσι διαγιγνώσκεται συνήθως εμπειρικά. Η διάγνωση απεικονιστικά τίθεται με διάφορες εξετάσεις, όπως μέτρηση πίεσης πυλαίας φλέβας, η οποία εξέταση είναι αρκετά παρεμβατική και τείνει να καταργηθεί, υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία κοιλίας, triplex , όπου ελέγχεται η βατότητα και η αιματική ροή του αγγείου καθώς και ενδοσκόπηση.

Η κλινική εικόνα μπορεί να περιλαμβάνει ασκίτη, σπληνομεγαλία, ηπατική εγκεφαλοπάθεια , μπορεί να αναπτυχθούν και σημάδια ηπατικής ανεπάρκειας.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την θεραπεία του εκάστοτε προβλήματος. Δηλαδή για τους χρόνιους αλκοολικούς την κίρρωση. Εξηγείται παρακάτω η αντιμετώπισή της. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι οι β-αναστολείς βοηθάνε στη ρύθμιση της πίεσης της πυλαίας.

### **2.3.2 ΑΣΚΙΤΗΣ**

Ο ασκίτης χαρακτηρίζεται από την υπερβολική συλλογή υγρού στο περιτόναιο. Η κοιλιά πρήζεται και ο ασθενής είναι δυσλειτουργικός λόγω του βάρους που σηκώνει. Λόγω αυτού υπάρχουν και επιπλοκές, όπως οσφυαλγίες, εμβολή που μπορεί να αποβεί μοιραία. Γι' αυτό χρίζει άμεσης αντιμετώπισης.

Κυρίως η αντιμετώπιση του ασκίτη γίνεται με διουρητικά, μείωση του άλατος από τη διατροφή, ώστε να μη γίνεται κατακράτηση. Όταν είναι μεγάλο το πρόβλημα τότε μπορεί να γίνει παρακέντηση υγρού, ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής. Φροντίζοντας έναν ασθενή με ασκίτη, ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει με ευλάβεια το ισοζύγιο υγρών, να ζυγίζει τον ασθενή του και να επιμένει στην καθημερινή έγερση του ασθενούς, για να αποφευχθεί ει δυνατόν η εμβολή.

### 2.3.3 ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ

Η λειτουργία του σπλήνα είναι να συσσωρεύει και να καταστρέφει τα κύτταρα του αίματος, όταν αυτά γερνούν ή παθαίνουν βλάβη. Επίσης είναι υπεύθυνος και τη δημιουργία των λευκών αιμοσφαιρίων. Έτσι μπορεί να θεωρηθεί και όργανο του αιμοποιητικού και του ανοσοποιητικού συστήματος.

Μετά από αυτή τη μικρή εισαγωγή ας εξηγήσουμε τον τίτλο. Σπληνομεγαλία μπορεί να προκληθεί όταν προϋπάρχουν στο σώμα ηπατικές νόσοι, όπως για παράδειγμα η πυλαία υπέρταση. Τότε λόγω αυξημένης ροής του αίματος στην περιοχή ο σπλήνας διογκώνεται. (Burton R, 2018)

Η σπληνομεγαλία, παρόλα αυτά, δεν είναι παθολογική από μόνη της. Για να υπάρξουν ευρήματα πρέπει να οδηγήσει σε υπερσπληνισμό. Ο οποίος χαρακτηρίζεται από έντονη δραστηριότητα του σπλήνα .

Τα παθολογικά σημεία του υπερσπληνισμού είναι λευκοπενία, θρομβοπενία, και αναιμία, μπορεί να εμφανιστεί ένα από τα τρία ή συνδυασμός τους. Οι κλινικές εκδηλώσεις αυτών είναι λοιμώξεις, αιμορραγίες και αναιμίες.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις υπερσπληνισμού τότε η μόνη θεραπεία είναι η αντιμετώπιση των επιλοκών και η σπληνεκτομή. Η οποία γίνεται μόνο σε περίπτωση υπερσπληνισμού και αν το μέγεθος του σπλήνα κάνει τον ασθενή να δυσφορεί. Από μόνη της η σπληνομεγαλία δεν αποτελεί ένδειξη σπληνεκτομής.

### 2.3.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

Η διάγνωση της αλκοολικής κίρρωσης τίθεται κατ' αρχήν με υπερηχογράφημα. Μ' αυτό τον τρόπο διακρίνουμε αν πρόκειται για ηπατική νόσο ή για φράξιμο λόγω πληγής. Επίσης αν γίνει έγκαιρα (προσυμπτωματικός έλεγχος) μπορεί να εντοπισθεί σε θεραπεύσιμο στάδιο.

Μια άλλη εξέταση με καλύτερη απεικόνιση είναι η αξονική τομογραφία, που έχει ευκρινέστερη απεικόνιση άρα και περισσότερη αξιοπιστία. (National Clinical Practice Guide, n.d.)

Η κύρια όμως εξέταση επεμβατικού χαρακτήρα, που προτιμάται ακόμα και σήμερα, είναι η βιοψία ήπατος. Η λήψη δείγματος γίνεται διαδερμικά και απαιτείται 24ωρη



νοσηλεία. Παρατηρείται συνήθως πόνος, δυσφορία, αιμορραγία και μπορεί και χολόσταση.

Σιγά-σιγά λοιπόν αναπτύσσονται νέες μέθοδοι λιγότερο επεμβατικές. Μία εξ αυτών είναι η ελαστογραφία.

Η αντιμετώπιση της κίρρωσης γίνεται ανάλογα την έκτασή της . Αν είναι τόσο εκτεταμένη που η λειτουργία του ήπατος παρεμποδίζεται σε βαθμό υποτυπώδους λειτουργίας, δηλαδή ανεπάρκεια, η λύση είναι μονόδρομος: μεταμόσχευση. Αν πάλι η λειτουργία του είναι επαρκής τότε συστήνεται η ,μόνιμη διακοπή του αλκοόλ, για να διασφαλιστεί η εναπομείνουσα λειτουργία, και εκτομή του νοσούντος τμήματος.

## 2.4 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Όταν ο ασθενής φτάνει στο σημείο της κίρρωσης, τότε μια αρκετά πιθανή λύση είναι η μεταμόσχευση. Πρώτον για να γίνει κάτι τέτοιο πρέπει να αξιολογηθεί η κατάσταση του ήπατος του ασθενούς και το αν η μεταμόσχευση θα του δώσει μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης από μια άλλη θεραπεία. Δεύτερον, ένα πιο πιεστικό πρόβλημα, αξιολογείται αν ο ασθενής μπορεί να επιβιώσει του χειρουργείου και να συμμορφωθεί ισοβίως. (SJ, 1993)

Ένα παράδοξο με τη μεταμόσχευση ήπατος είναι ότι, ενώ οι περισσότεροι, τα τελευταία χρόνια, που χρίζουν μεταμόσχευσης πάσχουν από κάποια νόσο του ήπατος λόγω αλκοόλ, η κοινή γνώμη είναι διχασμένη ως προς τη δωρεά οργάνων σ' αυτούς τους ανθρώπους. Από μια έρευνα με ανώνυμα ερωτηματολόγια που έγινε προκύπτει ότι οι υποψήφιοι δότες θα προτιμούσαν να δώσουν το συκώτι τους σε κάποιον που δεν ευθύνεται η συμπεριφορά του για την κατάστασή του.

Δυστυχώς τα μοσχεύματα δεν είναι αρκετά για όλους όσους τα χρειάζονται. Για να ευαισθητοποιηθούν οι πιθανοί δότες πρέπει απαραίτητα να ενημερωθεί το κοινό από γνώσεις του αντικειμένου (νοσηλευτές, γιατροί), να γίνουν επενδύσεις στο συγκεκριμένο κομμάτι της υγείας και έργα υποδομής (νοσοκομεία, ερευνητικά εργαστήρια αποκλειστικά γι' αυτό). Κατ' εμέ πρέπει να χαλαρώσουν κάπως οι

επικρίσεις από τον χώρο των θρησκειών ώστε να μην επηρεάζονται πιθανοί δότες.  
(Filingeri V, n.d.)

Για να γίνει μια μεταμόσχευση πραγματικότητα πρέπει να συνεργαστούν πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας όπως ψυχολόγοι, γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί. Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' όλο αυτό εκτός του να ετοιμάσει τεχνικά τον ασθενή για το χειρουργείο, και να τον προετοιμάσει για το τι έπεται του χειρουργείου είναι να τον προετοιμάσει και ψυχολογικά. (RH, 1996)

Γενικώς σε τέτοιες καταστάσεις ο νοσηλευτής καθησυχάζει τον ασθενή, τον εξηγεί τη διαδικασία με απλό κατανοητό τρόπο, δεν τον επικρίνει, τον ακούει και τον παραπέμπει σε διάφορους ειδικούς ανάλογα με το θέμα που θα προκύψει κάθε φορά.

## 2.5 ΣΥΝΟΨΗ 2<sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Σ' αυτό το κεφάλαιο αναλύθηκε ένα μόνο όργανο, το ήπαρ. Το ήπαρ είναι μια κατηγορία από μόνο του, είναι αδένας, συμμετέχει ενεργά στην πέψη της τροφής, στην αποθήκευση και παραγωγή κάποιων βιταμινών (π.χ. D) και ρυθμίζει το ποσοστό του λίπους στο σώμα. Επιπλέον μεταβολίζει διάφορες βλαβερές ουσίες φιλτράροντας το αίμα, όπως είναι το αλκοόλ. Αν θα μπορούσε να περιγραφεί χονδροειδώς το ήπαρ θα αποκαλούντο εργοστάσιο του σώματος.

Όμως με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το ήπαρ δεν μπορεί να ανταπεξέλθει και εμφανίζονται προβλήματα. Όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με την παθολογία του ήπατος από το αλκοόλ, ανήκουν σε μια μεγάλη οικογένεια ασθενειών την ALD (Alcoholic Liver Disease), που σημαίνει ασθένεια του ήπατος προκαλούμενη από κατάχρηση αλκοόλ, σε ελεύθερη μετάφραση.

Οι κυριότερες αυτές ασθένειες είναι το λιπώδες ήπαρ, η αλκοολική ηπατίτιδα, η ίωση του ήπατος, που είναι περισσότερο κατάσταση παρά ασθένεια και η κίρρωση του ήπατος.

Όταν δυσλειτουργεί το ήπαρ το εκδηλώνει με διάφορους τρόπους, συνήθως είναι ήδη αργά. Λέγοντας αργά εννοώ εμφάνιση επιπλοκών όπως ασκίτη, ίκτερο κ.λπ., τα οποία με τη σειρά προέρχονται κατά βάση από την κίρρωση του ήπατος.

Τις περισσότερες φορές όταν ο ασθενής φτάνει στο στάδιο της κίρρωσης, η μεταμόσχευση είναι μονόδρομος. Αν πάλι προληφθεί εγκαίρως η ηπατική ανεπάρκεια και διασωθεί επαρκές ποσοστό λειτουργικότητας, το μόνο σκληροπυρηνικό μέτρο που πρόκειται να ληφθεί είναι η άπαξ αποχή από το αλκοόλ.

Αυτά εν ολίγοις αναφέρθηκαν στο παρόν κεφάλαιο. Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθούν οι δυσλειτουργίες που προκαλεί το αλκοόλ στο ΓΕΣ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το γαστρεντερικό σύστημα είναι ένας συνεχής σωλήνας που ξεκινάει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Μέσα σε αυτόν τον σωλήνα γίνεται η χημική και η μηχανική διάσπαση της τροφής. Δηλαδή διαλύεται η τροφή σε μεγάλα μόρια (υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπος) και έπειτα αυτά διαλύονται στα εξ'ων συνετέθη, δηλαδή σάκχαρα, αμινοξέα και γλυκογόνο αντιστοίχως.

Η μηχανική διάλυση συντελείται μέσω της φυσικής διάλυσης της τροφής. Η χημική διάλυση γίνεται μέσω ενζύμων που εκκρίνονται από το πάγκρεας, το στομάχι, τη χοληδόχο κύστη και το λεπτό έντερο, καθώς και από το υδροχλωρικό οξύ(HCl) του στομάχου.

Τα όργανα που απαρτίζουν το ΓΕΣ είναι με τη σειρά: στόμα, φάρυγγας, οισοφάγος, στομάχος, λεπτό έντερο (δωδεκαδάχτυλο, νήστιδα, ειλεός) και παχύ έντερο(τυφλό, σκωληκοειδής απόφυση, κόλον, ορθό, πρωκτικός σωλήνας)

Η διαδικασία της πέψης(μηχανική και χημική διάσπαση, απορρόφηση θρεπτικών ουσιών και αποβολή άχρηστων και άπεπτων) αρχίζει από το στόμα, καθώς εισάγεται η τροφή. Μέσω των δοντιών και της γλώσσας γίνεται μηχανική διάσπαση, ενώ η σίελος, που συντελεί στην ομογενοποίηση και την ύγρανση της τροφής, ώστε να κατεβαίνει ευκολότερα στον οισοφάγο, συντελεί στην χημική διάσπαση του αμύλου και μικρό βαθμό των λιπιδίων.

Έπειτα η τροφή ως βλωμός πλέον περνάει από τον φάρυγγα στον οισοφάγο. Ο οισοφάγος είναι ένας απλός σωλήνας που οδηγεί την τροφή από το στόμα στο στομάχι με περισταλτικές κινήσεις ώστε να γίνεται καλύτερη προώθηση. Είναι φτιαγμένος να μην έρχεται σε επαφή με τα στομαχικά υγρά. Έτσι αυτά τα δύο όργανα χωρίζονται μέσω του κατώτερου οισοφαγικού σφικτήρα.

Περνάει λοιπόν η τροφή στον στομάχο όπου εκεί γίνεται η πλήρης διάσπαση(μηχανική) της τροφής. Το στομάχι είναι ένας σάκος που εκκρίνει πεπτικά ένζυμα και οξέα(κυρίως HCl) και δημιουργεί έναν αρκετά όξινο χυμό(pH 2). Η τροφή εκεί και ελεγχόμενα , μέσω του πυλωρικού σφιγκτήρα, περνάει στο λεπτό έντερο. Το περιβάλλον του λεπτού εντέρου είναι αλκαλικό, οπότε ο όξινος χυμός του στομάχου

εισέρχεται σιγά-σιγά ώστε να προλαβαίνει να αλλάζει το pH και να μην δημιουργείται φλεγμονή. Άλλοι μηχανισμοί προστασίας είναι η παραγωγή βλέννας και η δράση των ουσιών – ρυθμιστών του pH του εντέρου. Παρόλα αυτά τα ενδοθηλιακά κύτταρα του εντέρου ανανεώνονται κάθε τρεις με τέσσερις μέρες. Στο πρώτο τμήμα του εντέρου, το δωδεκαδάχτυλο, όπου εκεί γίνεται η έκκριση των παγκρεατικών ενζύμων, από την εξωκρινή μοίρα του παγκρέατος, και της χολής από τη χοληδόχο κύστη, μέσω του κοινού χοληφόρου πόρου, γίνεται επιπλέον διάσπαση της τροφής από τις προαναφερθείσες ουσίες. Η έκκρισή τους είναι ελεγχόμενη από τον σφικτήρα του Oddi.

Μετά ακολουθεί η νήστιδα, όπου και γίνεται και το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης, στο μέσον περίπου της νήστιδας. Στο τελικό σημείο του ειλεού του λεπτού εντέρου απορροφάται η βιταμίνη B12.

Το έντερο διαθέτει τις χαρακτηριστικές του μικρολάχνες, οι οποίες αυξάνουν το εμβαδόν της επιφάνειας απορρόφησης, αλλά όχι και τον όγκο που καταλαμβάνει. Έτσι έχει μεγαλύτερη επιφάνεια απορρόφησης και μπορεί να συσπειρώνεται και να διπλώνεται μέσα στην κοιλιά.

Μετά το λεπτό έντερο ακολουθεί το παχύ. Στην ουσία στο παχύ έντερο γίνεται απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών. Καθώς οδηγούνται τα κόπρανα πλέον μέσα από τον αυλό του παχέος εντέρου παράγεται και εκκρίνεται βλέννα, που αναμειγνύεται μ' όλα τα άπεπτα και τα απόβλητα. Γίνονται λοιπόν μια μάζα, η οποία αποβάλλεται από το σώμα.

### **3.1. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΑΡΥΓΓΑΣ**

Το στόμα είναι το σημείο εισόδου της τροφής στον πεπτικό σωλήνα. Το στόμα είναι μια κοιλότητα στην οποία περιέχονται τα δόντια και η γλώσσα, τα οποία συντελούν στην αρχική μάσηση, άλεση και ομογενοποίηση της τροφής με τη βοήθεια της σιέλου. Μετά η τροφή περνάει στον στοματοφάρυγγα. Ο φάρυγγας είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό όργανο, καθώς είναι αυτός που διαχωρίζει το πεπτικό από το αναπνευστικό σύστημα.

Όταν εισάγεται λοιπόν καθημερινώς αρκετή ποσότητα αιθανόλης, έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται η φυσιολογική χλωρίδα του στόματος.

Το στόμα και κατ' επέκτασιν ο φάρυγγας, βρίθει από δυνητικά παθογόνους μικροοργανισμούς. Ανήκουν όμως στη φυσιολογική χλωρίδα, που σημαίνει ότι σε συγκεκριμένο αριθμό και θέση οι μικροοργανισμοί ευεργετούν τον οργανισμό. Με την κατάχρηση αλκοόλης διαταράσσεται η ισορροπία, το ανοσοποιητικό σύστημα ατνεί, κι έτσι δεν μπορεί να κρατήσει υπό έλεγχο τους παραπάνω μικροοργανισμούς.

Τα κύρια βακτήρια που μπορούν να προκαλέσουν ζημιά ανήκουν στις οικογένειες Actinomyces, Leptorichia, Cardiobacterium, Neisseria.

Αυτές οι οικογένειες είναι παθήσεις των ούλων και των δοντιών. Επίσης λόγω της μειωμένης δράσης του ανοσοποιητικού στην περιοχή, οι αλκοολικοί είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού (φάρυγγας).

### **3.1.2. ΟΥΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ**

Οι κύριες ασθένειες που έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση αιθανόλης είναι η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα. Κατά κάποιο τρόπο η μια ασθένεια αποτελεί συνέχεια της άλλης.

Όσον αφορά την ουλίτιδα η λέξη είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτική, φλεγμονή των ούλων. Η αιθανόλη έχει την τάση να αφυδατώνει στο πέρασμά της, δεν αποτελεί εξαίρεση και η στοματική κοιλότητα. Για το στόμα αφυδάτωση σημαίνει μειωμένη παραγωγή σιέλου. Η σίελος μεταξύ άλλων περιέχει βακτηριοκτόνα ένζυμα, τα οποία κρατάνε υπό έλεγχο τα δυνητικώς παθογόνα της μικροβιακής χλωρίδας του στόματος. Έτσι αυξάνονται τα συγκεκριμένα βακτήρια, τα οποία είναι υπεύθυνα για την τερηδόνα και την πλάκα των δοντιών. Η τερηδόνα αποτελεί σύμπλεγμα μικροβίων και των τοξινών τους τα οποία κατακάθονται στα δόντια, η πλάκα είναι αυτό το μείγμα όταν έχει κατακάτσει πάνω στα δόντια και εμμένει τουλάχιστον μια μέρα στα δόντια και απομακρύνεται από το βούρτσισμα. Λόγω της αφυδάτωσης είναι πιο εύκολος ο σχηματισμός πλάκας. (Backhed, et al., 2005)

Η πλάκα αποτελεί την κύρια αιτία της ουλίτιδας, με την οποία έχει συνδεθεί άρρηκτα ο αλκοολισμός σύμφωνα με μελέτες. Τα συμπτώματά της είναι αναμενόμενα, δηλαδή ερυθρότητα, πρήξιμο και αίμα στη περιοχή των ούλων. Μπορεί βεβαίως να συνυπάρχει πόνος και ενόχληση.

Ευτυχώς είναι μια αντιστρεπτή ασθένεια, και τα μέσα αντιμετώπισής της είναι κυρίως φάρμακα (αντιβιοτικά), πάντα σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, συστήνεται η καθημερινή στοματική υγιεινή με ειδική οδοντόκρεμα και φυσικά συχνή επανεξέταση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό.

Η ουλίτιδα είναι σχετικά απλή και συνηθισμένη ασθένεια, τις περισσότερες φορές δεν χρειάζεται καν φαρμακοθεραπεία. Όμως αν αφηθεί χωρίς φροντίδα η φυσική της συνέχεια είναι η περιοδοντίτιδα. (Ley, et al., 2006)

Εδώ θα ήθελα να αναφέρω ότι δεν είναι συχνό φαινόμενο κάποιος να εμφανίζει περιοδοντίτιδα, παρά μόνο σε περιπτώσεις υπάρχουσας ουλίτιδας και μη καλής στοματικής υγιεινής. Όμως στους αλκοολικούς είναι συχνό φαινόμενο γι' αυτό και αναφέρεται.

Κατά αυτή τη νόσο η πλάκα εισέρχεται από την επιφάνεια των δοντιών στον χώρο ανάμεσα στα ούλα και τα δόντια. Αυτό γίνεται λόγω του ερεθισμού των ούλων από τα βακτήρια που περιέχει η πλάκα. Έπειτα σχηματίζονται περιοδοντικοί παθολογικοί χώροι, σαν θύλακες αέρα, ανάμεσα στα ούλα και στα δόντια. Η εξέλιξη της νόσου αν αφηθεί είναι η εμφάνιση των θυλάκων, η χαλάρωση των ούλων και τελικώς η αποκόλληση των δοντιών από τα φατνία τους.

Τα συμπτώματα λοιπόν εκτός από τα κοινά με την ουλίτιδα και των προαναφερθέντων είναι επιπλέον η συλλογή πυώδους ορού, η δημιουργία αποστημάτων στα ούλα, η κακοσμία του στόματος και τέλος η μορφολογική αλλαγή των οδοντοστοιχιών. Αν η ασθένεια αφηθεί χωρίς θεραπεία μέχρι ένα συγκεκριμένο στάδιο τότε η μετεξέλιξη των συμπτωμάτων είναι σίγουρη με ή χωρίς θεραπεία.

Η περιοδοντίτιδα έχει δύο προτεινόμενες θεραπείες οι οποίες είναι η συντηρητική, αλλά παρεμβατική και η χειρουργική. Η συντηρητική μέθοδος περιλαμβάνει την απομάκρυνση της πλάκας και της πέτρας ( η εξέλιξη της πλάκας) από τη ρίζα των δοντιών. Χειρουργικώς γίνεται το ίδιο μόνο πιο παρεμβατικά και μόνο σε ανεπάρκεια της συντηρητικής μεθόδου.

## 3.2. ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ο οισοφάγος όπως προαναφέρθηκε είναι ένας σωλήνας που οδηγεί την τροφή από το στόμα στο στομάχι. Γενικώς είναι ένα όργανο που είναι φτιαγμένο για περιβάλλον με ουδέτερο Ph. Έτσι όταν προκαλείται παλινδρόμηση και το περιεχόμενο του στομάχου έρχεται σε επαφή με τον οισοφάγο ο τελευταίος πληγώνεται.

### 3.2.1. ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η ατονία του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Τι σημαίνει αυτό. Η αιθανόλη προκαλεί μείωση της πίεσης του συγκεκριμένου σφιγκτήρα και μειώνει το βαθμό συστολής του. Επίσης επηρεάζει την κινητικότητα του οισοφάγου και λόγω αυτού μειώνεται ο βλεννογονικός καθαρισμός.

Αφού λοιπόν είναι χαλαρός ο σφιγκτήρας το περιεχόμενο του στομάχου παλινδρομεί στον οισοφάγο. Λόγω του ότι είναι όξινο προκαλεί ερεθισμό στο επιθήλιο του οισοφάγου. Αλλά αυτό θα εξηγηθεί αργότερα.

Η διάγνωση προκύπτει κυρίως από τα συμπτώματα και το ιστορικό. Αλλά για επιβεβαίωση γίνονται και εξετάσεις. Όπως είναι η οισοφαγοσκόπηση (για να διαπιστωθεί η ύπαρξη φλεγμονής στο επιθήλιο και ατονίας στον σφιγκτήρα) και η μέτρηση του Ph του οισοφάγου.

Τα συμπτώματα της οισοφαγικής παλινδρόμησης είναι καύσος με την ύπαρξη περιεχομένου στον οισοφάγο ή στο στόμα και ερυγές. Ένα πολύ χαρακτηριστικό σημείο είναι ο οπισθοστερνικός πόνος που υποχωρεί συνήθως με την κατανάλωση φαγητού ή αντιόξινων φαρμάκων. (N.J. Shaheen, 2006)

Μερικά μέτρα πρόληψης της περαιτέρω εξέλιξης είναι η ανασηκωμένη κεφαλή την ώρα του ύπνου. Προτείνεται ο ασθενής να μην κατακλίνεται αμέσως μετά το γεύμα αλλά να περιμένει 2 με 3 ώρες. Φυσικά απαραίτητη είναι πλήρης διακοπή του αλκοόλ και η σχεδόν μηδενική κατανάλωση λιπών.

Για την πρόληψη της φλεγμονής του οισοφάγου, κι άλλα χειρότερα σενάρια, προτείνονται φάρμακα που μειώνουν την οξύτητα του στομάχου. Άλλα φάρμακα που



προτείνονται είναι οι ανταγωνιστές υδρογόνου (H<sub>2</sub>) και οι ανταγωνιστές πρωτονίων. Επίσης για την αύξηση του τόνου του σφιγκτήρα προτείνεται σιζαπρίδη.

Όταν ο οισοφάγος έρχεται σε επαφή με τα γαστρικά περιεχόμενα τότε εμφανίζονται διάφορες επιπλοκές. Πρώτη στη λίστα είναι η οισοφαγίτιδα, λόγω συνεχών ερεθισμών. Αν υφίσταται για καιρό δίχως ρύθμιση τότε μπορεί να σχηματιστούν και έλκη και μετονομάζεται σε ελκώδη οισοφαγίτιδα. Τα έλκη ως πληγές μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία, η οποία εκδηλώνεται ως αιματέμεση. (Hong YJ, 2013.) Τέλος μια πιο απειλητική επιπλοκή είναι ο οισοφάγος Barret.

Το στομάχι έχει πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο οισοφάγος κυλινδρικό. Μετά από χρόνια επαφή με τα γαστρικά υγρά, ο οισοφάγος προσπαθώντας να προστατευθεί από τις βλαβερές τους συνέπειες μετατρέπει το επιθήλιό του σε πλακώδες ακριβώς όπως του στομάχου, αυτός είναι ο οισοφάγος Barret. Κατ' αυτόν τον τρόπο όμως χάνει την ευκαμψία του που τόσο χρησιμεύει στην προώθηση της τροφής. Έτσι προκύπτει και δυσκαταποσία λόγω αυτού. (NJ, 2016)

### 3.2.2 ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Οι κίρσοι οισοφάγου οφείλονται εξ ολοκλήρου στην πυλαία υπέρταση, αλλά βρίσκονται σ' αυτό το κεφάλαιο λόγω παθολογίας. Τι εννοώ, η συμπτωματολογία των κίρσων εστιάζεται πλήρως στον οισοφάγο. Επίσης είναι μέσο για να διαγνωσθεί η πυλαία υπέρταση καθότι διαπιστώνεται η ύπαρξή της μέσα από τις επιπλοκές της.

Λόγω των παρακάμψεων που δημιουργούνται σ' άλλα σημεία του σώματος για την αποσυμφόρηση της πυλαίας φλέβας δημιουργείται και στις φλέβες του κατώτερου σημείου του οισοφάγου μια τέτοια παράκαμψη. Εκεί λόγω ξαφνικού φόρτου και ουσιών που επ' ουδενί θα έπρεπε να είναι εκεί, οι φλέβες του οισοφάγου διογκώνονται. Κι έτσι δημιουργούνται οι λεγόμενοι κίρσοι. (GE., 2005)

Το αίμα λιμνάζει στις διατεταμένες φλέβες οισοφάγου και πολλές φορές, λόγω χαλαρωμένων αγγείων, εξαγγειώνεται. Τότε υπάρχει αιμορραγία και είναι η κύρια επιπλοκή των κίρσων. Η αιμορραγία εκδηλώνεται κυρίως με αιματέμεση, επειδή η εστία είναι κοντά στο σημείο εξόδου (στόμα) το χρώμα του αίματος θα είναι ζωνηρό κόκκινο. Σπανίως θα υπάρξει μέλαινα κένωση (δείγμα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό). (Chu CL, 2012)

Η αιμορραγία είναι μεγάλη συνήθως οπότε υπάρχουν και σημάδια μεγάλης απώλειας αίματος: ταχυκαρδία, υπόταση, ψυχρό, υγρό, κολλώδες δέρμα, σύγχυση. Συνήθως όλα αυτά εκτός της σύγχυσης εκδηλώνονται πρώτα από τα άκρα κι όχι από τα σώμα και το κεφάλι, καθώς ο οργανισμός εκεί προσπαθεί να κρατήσει σταθερή την ομοιόστασή του.

Η διάγνωση είναι απλή. Πρώτον ο αλκοολικός ασθενής προδιαθέτει σε υποψία για πυλαία υπέρταση. Οπότε γίνονται γενικές εξετάσεις αίματος, εξετάσεις πηκτικότητας και ηπατικής λειτουργίας. Αυτά για να ανιχνευθούν οι ουσίες που κυκλοφορούν ελεύθερες στο αίμα λόγω πυλαίας υπέρτασης, να επιβεβαιωθεί η ηπατική βλάβη, που συνεπάγεται πυλαία υπέρταση. Και να αποκλειστεί η πιθανότητα χαμηλού ποσοστού αιμοπεταλίων που σημαίνει αυτόματες αιμορραγίες.

Η αντιμετώπιση των κισμών χωρίζεται σε τρία στάδια.

Το πρώτο στάδιο ή σκέλος καλύτερα αναφέρεται σε διαγνωσμένους κισμούς, προτού δώσουν επιπλοκές. Η αντιμετώπιση είναι απλή και γνωστή. Φάρμακα που ρίχνουν την πίεση στην πυλαία φλέβα (προπανολόλη) και διακοπή αλκοόλ για την αντιμετώπιση της ίδιας της πυλαίας υπέρτασης.

Το δεύτερο σκέλος αναφέρεται στην αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας από ρήξη κισμών. Η αντιμετώπιση αυτή τη φορά είναι πιο επείγουσα και προϋποθέτει νοσηλεία, και συγκεκριμένα σε Μ.Ε.Θ.

Εκεί χορηγούνται αίμα και υγρά ενδοφλεβίως για αναπλήρωση. Επίσης για τη μη χειρουργική αντιμετώπιση τοποθετούνται ελαστικοί δακτύλιοι για την απολίνωση των κισμών. Χορηγούνται βασοπρεσσίνη και νιτρογλυκερίνη για την αποφυγή υπερδραστηριότητας της καρδιάς λόγω υποογκαιμίας και άρα αυξημένης αιμορραγίας στο σημείο. Επίσης προτείνεται και η σκληροθεραπεία, η οποία γίνεται και προληπτικά χωρίς θεαματικά αποτελέσματα.

Αν οι παραπάνω μέθοδοι αποτύχουν γίνεται χειρουργείο, στο οποίο ξαναενώνονται οι κλάδοι της πυλαίας φλέβας με την κάτω κοίλη φλέβα. Δηλαδή παύουν να ισχύουν οι παθολογικές παρακάμψεις και μέσω χειρουργείου δημιουργούνται πιο βιώσιμες.

Το ίδιο πράγμα μπορεί να γίνει και ενδοσκοπικά με καθετηριασμό σφαγίτιδας διασφαγιτιδική ενδοσκοπική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση ή αλλιώς TIPS. Όπου

τοποθετείται ένας δακτύλιος από την σφαγίτιδα στο ήπαρ μέσω φλεβικού δικτύου. Και γίνεται έτσι η τοποθέτηση ώστε να ενώνει τους κλάδους της ηπατικής με την πυλαία. Όπως είναι φυσικό αυτή η μέθοδος απαιτεί ειδικό εξοπλισμό, εξειδικευμένο και έμπειρο σε αυτή την τεχνική αγγειοχειρουργό και φυσικά την πλήρη συγκατάθεση του ασθενούς.

Το τρίτο σκέλος έχει να κάνει με τις υποτροπές της αιμορραγίας και την πρόκλησή τους. Δηλαδή δεν σημαίνει ότι οι κίρσοι αιμορραγώντας μια φορά δεν θα ξανά αιμορραγήσουν, ο κίνδυνος μάλιστα είναι πολύ υψηλός. Έτσι αφού περάσει η κρίση εφαρμόζονται ενδοσκοπικές τεχνικές, χορηγούνται β-αναστολείς για μείωση της πίεσης και άρα κινδύνου αιμορραγίας, μπορεί να εφαρμοσθεί η μέθοδος TIPS ή η χειρουργική αναστόμωση της πυλαίας την κάτω κοίλη φλέβα και τέλος προτείνεται η μεταμόσχευση ήπατος στο έσχατο σημείο της ηπατική δυσλειτουργίας.

### **3.3. ΣΤΟΜΑΧΙ**

Το στομάχι είναι ένας ασκός στον οποίο αποθηκεύεται η τροφή όπως φτάνει από τον οισοφάγο, πολτοποιεί με χημικά μέσα και αναδεύσεις την τροφή και τέλος την ομογενοποιεί με τα γαστρικά υγρά και ένζυμα. Στο στομάχι παράγονται εκκρίνονται και δρουν περίπου 7 ένζυμα (πίνακας), τα οποία σε συνδυασμό με το HCl πολτοποιούν την τροφή μετατρέποντάς την σε γαστρικό χυμό, ο οποίος προωθείται στον δωδεκαδάχτυλο, το αρχικό τμήμα του λεπτού εντέρου.

#### **3.3.1 ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ**

Αν και στο στομάχι επικρατούν όξινες συνθήκες, το γαστρικό ενδοθήλιο δεν είναι φτιαγμένο για να αντέχει σε όξινο περιβάλλον. Έτσι επικαλύπτεται με ένα στρώμα βλέννης, το οποίο καλύπτει όλο το γαστρικό ενδοθήλιο κάθε στιγμή, και σε κάθε σημείο, καθώς ανανεώνεται πολύ συχνά.

Έχει ότι η αιθανόλη συμβάλλει στις μειωμένες τιμές κιτρικού οξέος και προσταγλανδίνης, που αυξάνουν την σύνθεση νέων πρωτεϊνών, την ανανέωση των επιθηλιακών κυττάρων και ενισχύουν την επιδιορθωτική ικανότητα για τη δημιουργία νέου ιστού. (Castell DO, 2004 )

Αν συνδέσουμε αυτά τα δύο μαζί και ως επιπλέον στοιχείο δούμε ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τις ανάγκες για ανανέωση του βλεννογόνου, βλέπουμε ότι υπάρχει έλλειψη των πρωτεϊνών που το κάνουν και το στομάχι είναι πιο ευάλωτο στο γαστρικό οξύ.

Φαίνεται λοιπόν ότι κομμάτια του γαστρικού ενδοθηλίου μένουν γυμνά και ανυπεράσπιστα απέναντι στο HCl του στομάχου. Προκύπτει λοιπόν με τη συχνή επαφή ερεθισμός και έπειτα φλεγμονή στα εκτεθειμένα κομμάτια.

Αυτός είναι ο μηχανισμός πίσω από τη γαστρίτιδα. Τα συμπτώματα που προκαλούνται είναι πρώτο και κύριο ο πόνος στο επιγάστριο. Δεύτερο μετά από κατανάλωση μικρής ποσότητας φαγητού παρατηρείται αδικαιολόγητος κορεσμός. Λόγω ερεθισμού ο άρρωστος δεν νιώθει την όρεξη για φαί, μπορεί να συμβάλλουν επίσης σε αυτό η συνηθισμένη συνοδεία των συμπτωμάτων από ναυτίες και εμέτους.

Ο ασθενής περιγράφει επιδεινούμενο, ανυποχώρητο πόνο στο επιγάστριο, υποχωρεί μόνο μόνο με αντιόξινα ή με τη λήψη τροφής, όμως όταν τελειώσει η δράση τους επιστρέφει και ο πόνος. Μπορεί να υπάρξουν και επιπλοκές όπως αιματέμεση μέλαινες κενώσεις, λόγω αιμορραγίας στο ανώτερο πεπτικό.

Η διάγνωση προκύπτει από το ιστορικό του ασθενούς και τη φυσική εξέταση. Λόγω αιμορραγίας και αδυναμίας ο ασθενής δεν τρέφεται σωστά και αυτό φαίνεται στον οργανισμό ως αναιμία και απώλεια βάρους. Η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος διάγνωσης της γαστρίτιδας είναι η γαστροσκόπηση, η οποία προσφέρει την ευκαιρία συλλογής δείγματος από τις ερεθισμένες και άρα τη δυνατότητα βιοψίας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπισή της είναι εκτός της ποής από το αλκοόλ, η φαρμακοθεραπεία και η κατάλληλη διατροφή. Οι τροφές που προτιμώνται σε αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι επουδενεί λίπη και καυτερά. Επίσης προτιμώνται τροφές με ήπιο pH και ευκολοχώνευτες. Τα φάρμακα είναι τα εξής:

- ✓ Αναστολείς αντλίας υδρογόνου (πραζόλες)
- ✓ Ανταγωνιστές υποδοχέων ισταμίνης (ρανιτιδίνη)
- ✓ Επικαλυπτικοί παράγοντες (αντιόξινα ή σουκραλφάνη)

Αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα τότε μπορεί να οδηγήσει σε χειρότερα σενάρια, όπως είναι το έλκος στομάχου και η χρόνια σιδηροπενική αναιμία.

### 3.3.2 ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το έλκος στομάχου είναι απόρροια της γαστρίτιδας. Ενώ στη γαστρίτιδα δημιουργούνται ερεθισμοί λόγω ελλιπούς στρώματος βλεννογόνου, στο έλκος το γαστρικό υγρό έχει παρεισφρήσει στο βλεννογόνο και εντοπίζεται στο στομαχικό ενδοθήλιο. Εκεί δημιουργούνται διάφορες πληγές, έλκη.

Τα συμπτώματα που αναφέρονται είναι πρώτα απ' όλα πόνος. Εντοπίζεται στο επιγάστριο και μπορεί να εμφανιστεί σε περίοδο νηστείας ή κορεσμού. Πολλές φορές ο πόνος ανακουφίζεται με τη λήψη τροφής ή αντιόξινων αλλά υποτροπιάζει πάλι μετά από 2-4 ώρες. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν δυσπεψία, ναυτία και έμετος.

(Anandan R, 1999.)

Η διάγνωση έπειτα από τη λήψη ιστορικού προκύπτει με γαστροσκόπηση, στην οποία λαμβάνονται δείγματα για να σταλούν για βιοψία για αποκλεισμό τυχούσας κακοήθειας.

Η αντιμετώπιση του έλκους γίνεται με φάρμακα τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη είναι αυτή που λαμβάνεται αγωγή για τη μείωση της όξινης έκκρισης του στομάχου. Αυτό επιτυγχάνεται με αναστολείς αντλίας πρωτονίων ή αναστολείς υποδοχέων H<sub>2</sub> (υδρογόνου). Και η δεύτερη κατηγορία είναι για την ενίσχυση της άμυνας του βλεννογόνου, τέτοια φάρμακα είναι η σουκραλφάνη. Το βισμούθιο, φάρμακα που μιμούνται τις προσταγλανδίνες, όπως είναι η μισοπροστόλη και εννοείται αντιόξινα. (S., 1986)

Υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί στην διατροφή όσον αφορά το έλκος. Πρώτο-πρώτο στις απαγορεύσεις έρχεται το αλκοόλ, μετά η μάσηση τσίχλας, λόγω του ότι προκαλεί έκκριση γαστρικού οξέος ενώ το στομάχι είναι κενό. Έπειτα απαγορεύονται τροφές οι οποίες απαιτούν ώρα για να διαλυθούν, τέτοιες είναι τα λίπη και το κρέας (όσο πιο κόκκινο είναι τόσο περισσότερη ώρα κάνει για να διαλυθεί. Απαγορεύονται επιπροσθέτως και τα μπαχαρικά.

Στο έλκος δίνουμε βάση γιατί είναι μια κατάσταση που δίνει επιπλοκές και μάλιστα σοβαρές. Οι κυριότερες εξ αυτών είναι:

- i. Αιμορραγία. Εκδηλώνεται με αιματέμεση ή μέλαινα κένωση. Μπορεί να συνυπάρχει και πόνος, λόγω έλκους και για το ότι το στον γαστρεντερικό σωλήνα δρα σαν υπακτικό. Χαρακτηριστικό αυτού του πόνου είναι ότι παύει να υφίσταται μόλις σταματήσει η αιμορραγία. Η αιμορραγία αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπική ηλεκτροκαυτηρίαση ή σε περίπτωση σε περίπτωση υποτροπιασμού γίνεται χειρουργείο.
- ii. Διάτρηση στομάχου. Δηλαδή δημιουργία οπής. Που σημαίνει ότι το περιεχόμενο του στομάχου, όσο όξινο κι αν είναι, χύνεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το στομάχι και γενικώς το εσωτερικό του πεπτικού σωλήνα βρίθεται μικροβίων, σε περίπτωση διάτρησης λοιπόν εκτός από τα γαστρικά οξέα, εισβάλλουν και τα μικρόβια του στομάχου (πίνακας) στην περιτοναϊκή κοιλότητα, που είναι στείρα περιοχή. Έτσι με μαθηματική ακρίβεια οδηγούμαστε στην περιτονίτιδα. Η τελευταία εκδηλώνεται με έντονο διάχυτο πόνο στην κοιλιακή χώρα. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο σημείο καθότι ανήκει στην κατηγορία της οξείας κοιλίας. Ε περίπτωση διάτρησης η αντιμετώπιση είναι πάντα χειρουργική και μάλιστα άμεση. Εάν συνυπάρχει με περιτονίτιδα χορηγούνται ενδοφλέβια πολύ ισχυρά αντιβιοτικά ευρέως φάσματος (πίνακας).
- iii. Πυλωρική στένωση. Το χρόνιο έλκος κοντά στην περιοχή του πυλωρού προκαλεί πάχυνση του τοιχώματος γύρω από τον σφιγκτήρα. Ο πυλωρός δεν ανοίγει σε όλο του εύρος λόγω παρακώλυσης, έτσι ο στομάχος δεν αδειάζει σωστά και την ώρα που πρέπει. Ο ασθενής λοιπόν αισθάνεται επιγαστρική δυσφορία. Η συντηρητική αντιμετώπιση είναι η εισαγωγή σωλήνα Levine για την παροχέτευση του περιεχομένου του στομάχου και άρα την απομάκρυνση του εκλυτικού παράγοντα για ένα διάστημα. Σε περίπτωση αποτυχίας γίνεται χειρουργική διάνοιξη.

### 3.4. ΣΥΝΟΨΗ 3<sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Σ' αυτό το κεφάλαιο είδαμε πως η κατάχρηση αλκοόλ επηρεάζει τον πεπτικό σωλήνα. Από τη στοματική κοιλότητα ως και το στομάχι, καθώς εκεί σταματάει η πορεία του αλκοόλ, είδαμε την παθογένεια και τη μετεξέλιξή της σε κάθε όργανο. Το επόμενο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στο καρδιαγγειακό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ

Η καρδιά είναι ένα όργανο ζωτικής σημασίας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την κυκλοφορία του αίματος. Η δομή της είναι ως εξής: αριστερή και δεξιά πλευρά, οι οποίες απαγορεύεται να επικοινωνούν διά ροπάλου.

Η αριστερή πλευρά της καρδιάς δέχεται και προωθεί στην κυκλοφορία καθαρό οξυγονωμένο αίμα ανά 3 δευτερόλεπτα του λεπτού. Ενώ η δεξιά δέχεται το βρώμικο πλέον αίμα της κυκλοφορίας και το ωθεί προς τους πνεύμονες για να οξυγονωθεί.

Η κάθε πλευρά της καρδιάς αποτελείται από μια κοιλία και έναν κόλπο. Η αριστερή κοιλία από τον αριστερό κόλπο της καρδιάς διαχωρίζεται από τη διγλώχινα ή μιτροειδή βαλβίδα. Το αίμα φτάνει από τους πνεύμονες μέσω των πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο, ο οποίος συσπάται και το ωθεί στην αριστερή κοιλία. Από εκεί το αίμα φεύγει μέσω της αορτής και περνάει από όλο το σώμα, όπου και επιστρέφει πάλι στην καρδιά αυτή τη φορά στον δεξιό κόλπο, μέσω των άνω και κάτω κοίλης φλέβας, και του στεφανιαίου κόλπου. Από εκεί προωθείται στη δεξιά κοιλία όπου και δεν μπορεί ναπισωγυρίσει λόγω της τριγλώχινας βαλβίδας. Έπειτα το αίμα μέσω πνευμονικών φλεβών φεύγει και πηγαίνει στους πνεύμονες να καθαριστεί.

Αυτός είναι ο κύκλος του αίματος όπως γίνεται κάθε τρία δευτερόλεπτα, δηλαδή όσο ο ένας χτύπος της καρδιάς απέχει από τον άλλον. Όμως για να γίνει πραγματικότητα υπάρχουν κάποια δομικά χαρακτηριστικά που τον διευκολύνουν. Φερειπείν τα τοιχώματα της αριστερής κοιλίας είναι 3 εκατοστά παχύτερα από ότι της δεξιάς, σε κάθε αναστόμωση (π.χ. αορτή- καρδιά) υπάρχει και μια βαλβίδα ώστε να εμποδίζει τυχόν παλινδρομήσεις, καθώς και η δομή του ίδιου του μυοκαρδίου που είναι ιστολογικά παρόμοια με τους σκελετικού μυς και λειτουργικά με τους λείους.

Για να δουλέψει ένα τόσο περίπλοκο σύστημα χρειάζεται σωστό συγχρονισμό. Αυτός ο συγχρονισμός προκύπτει από το ερεθισματοαγωγό σύστημα της καρδιάς.

Το ερεθισματοαγωγό έχει ως κύριο εκπρόσωπό του τον φλεβόκομβο, ο οποίος βρίσκεται στον δεξιό κόλπο της καρδιάς, και λειτουργεί ως βηματοδότης, δίνοντας ρυθμό στην καρδιά, εκπολώνοντάς την.

Ο φλεβόκομβος δίνει σήμα και γίνεται η συστολή των κόλπων, κατά την οποία το αίμα προωθείται ταυτόχρονα και από τους δύο κόλπους στις αντίστοιχες κοιλίες.

Έπειτα το σήμα πάει στον κολποκοιλιακό κόμβο, ο οποίος είναι η μόνη οδός επικοινωνίας για τις κοιλίες. Η εντολή που δίνει είναι η καθυστέρηση της συστολή των κόλπων ώστε να γίνει η πλήρωση των κοιλιών με αίμα.

Έπειτα το σήμα πάει στο δεμάτιο του His και προχωράει μέσω αριστερού και δεξιού κλάδου του δεματίου στις ίνες Purkinje, και από εκεί στον κοιλιακό μυ. Έτσι γίνεται η συστολή των κοιλιών.

#### 4.1. ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ο αλκοολισμός συμβάλλει στην παθογένεια του καρδιαγγειακού. Το αλκοόλ αυτό καθ' αυτό δεν δημιουργεί την υπέρταση, αλλά συμβάλλει στη δημιουργία του υποστρώματος για την πρόκληση της υπέρτασης. Τι εννοώ: η υπέρταση κατά βάση είναι μια ιδιοπαθής ασθένεια και ουδέποτε έχει συσχετισθεί η αιτιολογία της με το αλκοόλ. Όμως κάποια πιο έμμεσα γεγονότα ότι δε είναι άσχετα το ένα με το άλλο.

Μια λογική ποσότητα αλκοόλης την ημέρα ορίζεται ως 20g για τους άντρες και 10-15g για τις γυναίκες. Αυτή η ποσότητα όμως είναι ένα ποτό για τις γυναίκες και δύο για τους άντρες αυστηρά. ( Aging Statistics.: U.S. Department of Health and Human Services; .., 2014) Αλλά αυτό δεν λέγεται κατάχρηση. Τα αποτελέσματα ωστόσο της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ φαίνονται αρχικά με την πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης. Διότι βραχυπρόθεσμα δεν δημιουργεί κανένα πρόβλημα.

Ένας πιθανός μηχανισμός πρόκλησης υπέρτασης από το αλκοόλ είναι η μείωση παραγωγής κιτρικού οξέος που είναι υπεύθυνο για τη ρύθμιση του καρδιακού τόνου. Έτσι τα αιμοφόρα αγγεία γίνονται άτονα , αναγκάζοντας την καρδιά να αυξήσει την πίεση με την οποία στέλνει το αίμα. (Dalle-Donne I, 2006) Ωστε να καταφέρει να φτάσει στον προορισμό του.

Ένας άλλος πιθανός μηχανισμός είναι ότι η κατάχρηση αλκοόλ οδηγεί στην καταστροφή του ενδοθηλίου. Κάθε ασυνέχεια του ενδοθηλίου φτιάχνεται από το θρομβοκύτταρα. Κάθε τι που κατακάθεται στο ενδοθήλιο του αγγείου, ή κάθε πληγή εκλαμβάνεται ως ασυνέχεια που πρέπει να διορθωθεί. (Bau PF, 2005)



Έτσι το πρώτο θρομβοκύτταρο που εντοπίζει την ασυνέχεια επικάθεται προσκαλώντας κι άλλα διερχόμενα τα οποία επικάθονται κι αυτά και σχηματίζουν ένα σφιχτό σχηματισμό γνωστό ως θρόμβο. Γενικώς από τη φύση είναι προγραμματισμένα τα αιμοπετάλια όταν βλέπουν ένα ενεργοποιημένο όμοιό τους κύτταρο να προσκολλώνται κι αυτά ώστε να σταματήσουν την πηγή μιας τυχόν αιμορραγίας. Στην προκειμένη περίπτωση όμως μ' αυτή την αντίδραση μένουν κολλημένα πάνω στο ενδοθήλιο καλώντας κι άλλα, σχηματίζοντας αθηρωματική πλάκα.

Η αθηρωματική πλάκα μπορεί να ξεκινήσει είτε από ασυνέχεια, είτε από επικαθόμενο μόριο χοληστερίνης στον κατά τ' άλλα λείο αυλό του αγγείου. Το αποτέλεσμα όμως είναι ίδιο, μειώνει τη διάμετρο του αυλού, αναγκάζοντας την καρδιά να αυξάνει την πίεση καθώς και το ίδιο το αγγείο.

Για την ανάπτυξη υπέρτασης ωστόσο συμβάλλουν και κάποιοι γενετικοί παράγοντες. Όπως είναι η κληρονομικότητα, που είναι πολύ ισχυρός παράγοντας. Το γυναικείο φύλο, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου από τους άντρες αν παρεκτραπούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Και τέλος η ηλικία καθώς η εμφάνιση της νόσου έχει συνδεθεί αποκλειστικά μόνο με πότες που διανύουν τη 2<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής τους. Στους μεγαλύτερους υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της.

Η αναγνώριση της υπέρτασης από τον ασθενή είναι δύσκολο να γίνει, καθώς δεν έχει πολλά προειδοποιητικά σημάδια. Το μόνο σύμπτωμα που είναι αποδεκτό αλλά πολύ γενικό είναι ο πονοκέφαλος. Η παθολογική αύξηση της τιμής της αρτηριακής πίεσης (Α.Π.) θεωρείται ότι είναι 40-70 mmHg για τη συστολική, από το ανώτατο απόλυτα φυσιολογικό όριο (120 mmHg ) και 40-60 mmHg για τη διαστολική από το ανώτατο όριο της (80mmHg). Βέβαια για να αναγνωρισθεί πλήρως η ασθένεια πρέπει να γίνουν τουλάχιστον τρεις μετρήσεις σε ανύποπτο χρόνο και σε κατάσταση ηρεμίας.

Η θεραπεία της νόσου γίνεται είτε συντηρητικά, με τη διακοπή του άλατος, του καπνίσματος και φυσικά του ποτού, με πρόγραμμα άσκησης ή με αντιυπερτασική αγωγή. Οι κατηγορίες των αντιυπερτασικών φαρμάκων είναι πέντε :

- 1) Ινότροπα
- 2) Διουρητικά

- 3) Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης
- 4) Β- αδρενεργικοί ανταγωνιστές
- 5) Ανταγωνιστές αλδοστερόνης

## 4.2. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Ο σχηματισμός αθηρωματικών πλακών στα αγγεία είναι μητέρα πολλών παθογενών καταστάσεων για την καρδιά όπως είναι η στεφανιαία νόσος. Τα στεφανιαία αγγεία αιματώνουν τον καρδιακό μυ και απομακρύνουν τις βλαβερές ουσίες του μεταβολισμού. Ο σχηματισμός πλακών λοιπόν όπως είπαμε και πριν μειώνει τη διάμετρο του αυλού και καθιστά ανελαστικά τα αγγεία. Έτσι μειώνεται η ροή του αίματος, άρα και η οξυγόνωση της καρδιάς, οπότε και η αντοχή της (Beckemeier ME, 1998). Σε προχωρημένη στεφανιαία νόσο εμφανίζεται η σταθερή στηθάγχη.

### 4.2.1. ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η σταθερή στηθάγχη είναι αποτέλεσμα της ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Εκδηλώνεται με προκάρδιο πόνο, που περιγράφεται ως συσφικτικός και μερικές φορές αντανακλά στο αριστερό άνω άκρο, το σαγόι και τη ράχη.

Ο πόνος από μόνος του δεν είναι αντιπροσωπευτικός, καθώς είναι προειδοποιητικός και είναι δείγμα και άλλων ασθενειών οργάνων που εδράζονται στην περιοχή του θώρακα. Ως και έντονο άγχος μπορεί να σημαίνει. Στη στηθάγχη όμως ο πόνος εκδηλώνεται πάντα μετά από άσκηση, από ένα πλούσιο γεύμα ή συγκίνηση. Στη σταθερή στηθάγχη η σωματική άσκηση που θα κάνει τον πόνο να εμφανιστεί θα είναι κομμάτι της ρουτίνας του ασθενούς και πάντοτε θα εκδηλώνεται μετά από αυτήν. Ανάλογα την συχνότητα εμφάνισης και το ποσοστό δυσκολίας της άσκησης καθορίζεται η σοβαρότητα της πάθησης. (Blomqvist G, 1970)

Ένας τρόπος να διαπιστωθεί η ύπαρξη στηθάγχης είναι με ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), το οποίο θα δείχνει πτώση του ST διαστήματος για όσο υφίσταται ο πόνος.

Η στηθάγχη κρατάει 2-3 λεπτά, συνήθως περνάει με ηρεμία από πλευράς ασθενή, όπως το να κάτσει, να διακόψει την άσκηση κ.λπ. Επίσης η χορήγηση από του στόματος νιτρώδους χαπιού βοηθάει.

#### **4.2.2. ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ**

Η ασταθής στηθάγχη είναι το επόμενο στάδιο της νόσου. Η ασταθής στηθάγχη προκύπτει έπειτα από εκτενέστερη βλάβη και σχηματισμό θρόμβου στα στεφανιαία αγγεία. Ενώ η σταθερή προκαλείται έπειτα από αυξανόμενο παραγόμενο έργο, η ασταθής είναι ανεξάρτητη αυτού και μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και σε κατάσταση ηρεμίας.

Η περιγραφή του πόνου είναι ίδια με της σταθερής μόνο που μπορεί να διαρκεί από 3-30 λεπτά και να μην παρέρχεται το επεισόδιο ούτε με ηρεμία ούτε με νιτρογλυκερίνη. Οι κρίσεις είναι εντονότερες και συχνότερες από αυτές της σταθερής.

Τα ευρήματα από το ΗΚΓ μπορεί να ποικίλουν. Όπως να είναι φυσιολογικά ή να υπάρχει ανόσπαση ή κατάσπαση του ST διαστήματος για ένα 24ωρο ή το κύμα Q να είναι νεκρό.

Η ασταθής στηθάγχη είναι ένα ενδιάμεσο στάδιο. Έτσι μπορεί να μείνει στάσιμη ή να εξελιχθεί σε άλλες μορφές στηθάγχης όπως σταθεροποιημένη ή ασυμπτωματική (ή σιωπηλή) ή και σε χειρότερες μορφές της στεφανιαίας νόσου, όπως είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και ο αιφνίδιος θάνατος.

#### **4.2.3. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ(Ο.Ε.Μ.) Ή ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ**

Το Ο.Ε.Μ. είναι η πιθανότερη έκβαση της ασταθούς στηθάγχης. Προκύπτει από την απόλυτη διακοπή παροχής αίματος στην καρδιά. Δηλαδή σε κάποιο στεφανιαίο αγγείο ένα κομμάτι πλάκας που ήταν στην κυκλοφορία μπαίνει σαν έμβολο στο αγγείο και σφηνώνει. Διακόπτεται, λοιπόν, η ροή και το κομμάτι της καρδιάς που αιμάτωνε το συγκεκριμένο αγγείο ισχαιμεί. Η ζημιά εκτιμάται με βάση το αν υπήρχε

παράπλευρη κυκλοφορία από πριν ώστε να μπορεί να παρακαμφθεί το συγκεκριμένο κομμάτι. Ένα ακόμα εργαλείο εκτίμησης είναι το βάθος της ισχαιμίας από το ενδοκάρδιο στο επικάρδιο.

Εκδηλώνεται με αιφνίδιο πόνο, ο οποίος δεν υποχωρεί με νιτρώδη ή μορφίνη και διαρκεί πάνω από μισή ώρα, μπορεί να διαρκέσει και ώρες. Ο ασθενής για να περιγράψει το πόνο δείχνει την γροθιά του, εννοώντας ότι είναι σαν σφίξιμο. Ο πόνος επεκτείνεται προς τράχηλο, κάτω γνάθο, ώμους, βραχίονες, αγκώνες, καρπούς, κυρίως προς την αριστερή πλευρά του σώματος. Μπορεί να υπάρξει και επέκταση προς το επιγάστριο ακόμα. (Child JS, 1979)

Τα συνοδά συμπτώματα της καρδιακής προσβολής είναι δύσπνοια, ναυτία, έμετος, κόπωση, εφίδρωση και αίσθημα παλμών.

Ένας ασθενής που παθαίνει έμφραγμα πρέπει να διακομισθεί άμεσα σε νοσοκομείο ώστε να του παρασχεθεί η κατάλληλη φροντίδα. Αυτοί οι ασθενείς μπαίνουν σε μονάδα εμφραγμάτων. Τα φάρμακα που δίνονται εκεί είναι ποικίλα.

Τα φάρμακα που δίνονται είναι κυρίως για τις επιλοκές που προκαλεί το έμφραγμα στην καρδιά. Για το άλγος και τη δύσπνοια χορηγούνται οπιοειδή, οξυγόνο και νιτρώδη. Το έμφραγμα μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες, ποτέ όμως δεν δίνεται προληπτική αντιαρρυθμική αγωγή αλλά αν διαγνωσθούν κοιλιακές αρρυθμίες χορηγείται αμινοδαρόνη ή λιδοκαΐνη. Επίσης όσον αφορά τις αρρυθμίες ελέγχεται τακτικά η κοιλιακή συχνότητα για κολπική μαρμαρυγή. Τα φάρμακα που βοηθάνε σ' αυτήν την περίπτωση είναι οι β- αποκλειστές ή πάλι η αμινοδαρόνη. (Emberson JR, 2006;)

Για τη διάγνωση ο πιο σίγουρος τρόπος είναι το ΗΚΓ όπου σαν χαρακτηριστικό εύρημα υπάρχει ανύψωση του ST διαστήματος, έτσι μπορεί να διαγνωσθεί και ένα σιωπηλό έμφραγμα καθότι μπορεί να υφίσταται ατή η ανωμαλία για μήνες.

Ανάλογα τη σοβαρότητα, το ποσοστό του οργάνου που αποκλείστηκε, αντιμετωπίζεται είτε χειρουργικά, είτε συντηρητικά. Πρώτον γίνεται στεφανιογραφία ως διαγνωστική μέθοδος. Κι έπειτα υπάρχουν δύο τρόποι επεμβατικής αποκατάστασης:

- Μπαλονάκι (stents), που γίνεται σε στένωση αρτηρίας και θεωρείται επεμβατική μη χειρουργική μέθοδος.
- Χειρουργική μέθοδος αρτηριοστεφανιαίας παράκαμψης (by-pass)

Η ανάρρωση απαιτεί αλλαγή στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής του ασθενούς. Δηλαδή χαλαρή άσκηση χωρίς υπερβολές για ενδυνάμωση της καρδιάς, συστήνεται να ζει σε ήρεμο περιβάλλον χωρίς εντάσεις, διακοπή αλκοόλ και καπνίσματος, σωστή διατροφή και σωστή χρήση φαρμάκων.

Εν κατακλείδι ένα σημαντικό κεφάλαιο είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις η βλάβη είναι τόσο εκτεταμένη που δεν διορθώνεται. Η εναπομείνουσα λειτουργία είναι τόσο μικρή που δεν επαρκεί για τις ανάγκες του σώματος. Τότε καταλήγει στη καρδιακή ανεπάρκεια.

#### **4.2.4. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να έχει ως αιτιολογία της το έμφραγμα, λόγω του χαμηλού ποσοστού εναπομείναντα υγιούς ιστού, την υπέρταση, λόγω υπερτροφίας μυοκαρδίου, ή από μυοκαρδιοπάθειες, που προκαλούν λέπτυνση ή πάχυνση του τοιχώματος της καρδιάς, και προκαλούνται μεταξύ άλλων και από τοξικές ουσίες όπως είναι το αλκοόλ. Εν πάσει περιπτώσει το αποτέλεσμα είναι ότι μειώνεται δραματικά η συστηματικότητά της και άρα και η απόδοσή της. (Fernández-Checa JC, 1998)

Ο ασθενής νιώθει συχνά κουρασμένος, να δυσπνοεί έπειτα από έντονη προσπάθεια (ανάλογα τον χαρακτήρα της δύσπνοιας και την ταχύτητα που εμφανίζεται φαίνεται πόσο σοβαρή είναι η ανεπάρκεια). Συνήθως παρατηρούνται πρησμένα άκρα (αστράγαλοι) και αύξηση σωματικού βάρους (λόγω κατακράτησης υγρών). Τέλος ο ασθενής αναφέρει δυσκολία στον ύπνο και βήχα.

Κάποιες επιπλοκές που επέρχονται είναι καρδιακές αρρυθμίες, η αίσθηση των άκρων, άνω και κάτω, είναι ψυχρή. Παρά την αύξηση βάρους παρατηρείται μειωμένη όρεξη, και πολλές φορές ο ασθενής αναφέρει δυσφορία στο στήθος. Τέλος σαν επιπλοκή μπορεί να εμφανιστεί και ο ασκίτης.

Η καλύτερη αντιμετώπιση για τη καθυστέρηση της ολιστικής καρδιακής ανεπάρκειας αφορά κυρίως την διατροφή, την όσο το δυνατόν λιγότερη πρόσληψη υγρών, την άσκηση και τη διακοπή του αλκοόλ και του καπνίσματος. Δεν υπάρχει τρόπος επαναφοράς της χαμένης λειτουργίας, παρά μόνο επιδείνωση του προβλήματος.

Όσον αφορά τη διατροφή συστήνεται η ποικιλία στις τροφές και μείωση του άλατος, των λιπαρών, των φρέσκων φρούτων και λαχανικών, του κρέατος, του ψαριού και των αυγών. Επίσης πρέπει να περιορίζεται και η πρόσληψη των υγρών (πόσιμων και βρώσιμων). Η άσκηση συστήνεται επειδή συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργίας της καρδιάς μέσω αγγειογένεσης και στον έλεγχο του σωματικού βάρους.

Δουλειά του νοσηλευτή είναι να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα. Γι' αυτό πρέπει να πείσει τον ασθενή πόσο σημαντικό είναι να ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού, και να αλλάξει τρόπο ζωής με γνώμονα την ελάχιστη επίδραση της αρρώστιας στην καθημερινότητά του. Επίσης επιβάλλεται να δημιουργηθεί μια επαγγελματική σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας ούτως ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα και να αναφέρει με ευκολία διάφορες αλλαγές και να διαγιγνώσκονται έγκαιρα οι εξελίξεις της ασθένειας. Παρόλα αυτά η συνήθης κατάληξη της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η αναγκαιότητα για μεταμόσχευση.

#### **4.3. ΣΥΝΟΨΗ 4<sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Σ' αυτό το κεφάλαιο ασχοληθήκαμε με την καρδιά και τα περιφερικά αγγεία ως προς την παθολογία τους από το αλκοόλ. Η παθολογία του καρδιαγγειακού μοιάζει με αλληλουχία πεπερασμένων βημάτων.

Λέγοντας αυτό εννοούμε ότι η παθολογία του καρδιαγγειακού ξεκινάει με αυξημένη πίεση, σε χρόνιους πάντα αλκοολικούς. Η υπέρταση μπορεί να οφείλεται σε δύο παράγοντες. Ο ένας είναι σχετική ακαμψία που προκαλείται από το αλκοόλ και ο άλλος η αθηρωματική πλάκα.

Το επόμενο στάδιο είναι η στένωση των αγγείων της καρδιάς, που είναι μητέρα πολλών νοσημάτων. Τέτοια είναι η σταθερή και η ασταθής στηθάγχη και το έμφραγμα. Στένωση δεν παρατηρείται μόνο στα στεφανιαία αγγεία αλλά και στα

περιφερικά αγγεία, κυρίως των ποδιών. Αλλά λόγω του ότι αιματώνουν την καρδιά και υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές, δεν δίνεται η δέουσα σημασία.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα μιλήσουμε για το νευρικό σύστημα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από ένα κύριο όργανο και τη μεταπίπτουσα συνέχειά του, τον νωτιαίο μυελό και ένα αχανές δίκτυο νευρών που εκτείνεται σ' όλο το σώμα. Ο εγκέφαλος βρίσκεται προστατευμένος στο άνω μέρος του κρανίου.

Επιπλέον ανάμεσα στο κρανίο και τον εγκέφαλο βρίσκονται τρία στρώματα υμένων: οι μήνιγγες, η σκληρά, η αραχνοειδής και η χοριοειδής από έξω προς τα μέσα.

Ως προστασία του ο εγκέφαλος έχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ), που από το όνομα γίνεται φανερό ότι περιβάλλει και το νωτιαίο μυελό. Το ΕΝΥ λειτουργεί σαν το αίμα και υγρά που υπάρχουν γύρω από τα όργανα. Δηλαδή τροφοδοτεί τον εγκέφαλο με θρεπτικά συστατικά και τον προστατεύει από κραδασμούς και λοιμώξεις. Τα θρεπτικά συστατικά περνάνε από το αίμα στο ΕΝΥ μέσω αιματοεγκεφαλικού φραγμού, κι έτσι το αίμα δεν έρχεται σ' άμεση επαφή με τον εγκέφαλο παρ' όλη την αγγείωσή του.

Ο εγκέφαλος ως αρκετά περίπλοκο όργανο χωρίζεται σε πέντε συνεχόμενα τμήματα, το καθένα υπεύθυνο για διαφορετική λειτουργία.

Πρώτο τμήμα που θα αναφερθεί είναι ο πρόσθιος ή τελεγκέφαλος. Απαρτίζεται από τα δύο μεγάλα ημισφαίρια, από τη φαιά και τη λευκή ουσία (φλοιός και εσωτερικό του εγκεφάλου αντίστοιχα). Το δεξί και το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου χωρίζονται από μια μεγάλη σχισμή με μερικές συνδετικές δομές, γνωστές ως συνδέσμους. Αυτά είναι το μεγάλο μεσολόβιο και οι πρόσθιοι, οπίσθιοι και οι ιπποκάμπιοι δεσμοί. Είναι σημαντικός ο ρόλος των συνδέσμων μιας και η συνεργασία των ημισφαιρίων προεικάζει την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου. Στα ημισφαίρια καταφθάνουν πληροφορίες από διαφορετικές περιοχές του σώματος και για να υπάρξει ολοκληρωμένη εικόνα πρέπει να ανταλλάσσονται πληροφορίες.

Στον τελεγκέφαλο εντοπίζονται πέντε κύριες περιοχές: μετωπιαίος, βρεγματικός, κροταφικός και ινιακός λοβός καθώς και η νήσος Reil. Σ' αυτές τις περιοχές καταφθάνουν και εκφράζονται σωματικές πληροφορίες, κινητικές λειτουργίες καθώς και λειτουργίες υψηλού επιπέδου όπως η μάθηση και ο συλλογισμός. Αρκετή πληροφορία εμμέσως μέσω υποθαλάμου στα ημισφαίρια.

Στον μέσο κροταφικό λοβό εντοπίζονται η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος. Η αμυγδαλή συμβάλλει στη δημιουργία συναισθημάτων, ενώ ο ιππόκαμπος στη μνήμη και στον



προσανατολισμό στον χώρο. Η σύνδεση του ιππόκαμπου με τον υποθάλαμο του δίνει τη δυνατότητα επιρροής στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, για το οποίο θα γίνει λόγος παρακάτω.

Το δεύτερο τμήμα που εξετάζουμε είναι ο διεγκέφαλος. Ο διεγκέφαλος αποτελείται από τον θάλαμο και τον υποθάλαμο. Η θέση είναι ανάμεσα στα εγκεφαλικά ημισφαίρια και το στέλεχος. Η λειτουργία αυτού του τμήματος του εγκεφάλου είναι κυριολεκτικά η λειτουργία του θαλάμου και του υποθαλάμου.

Ο πρώτος εξ' αυτών επεξεργάζεται αισθητικές πληροφορίες τις οποίες στέλνει στον φλοιό που με τη σειρά του στέλνει κινητικά σήματα. Ο υποθάλαμος τώρα έχει υπό την εποπτεία του τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος, του αναπαραγωγικού συστήματος, της πείνας και της δίψας, του καρδιακού ρυθμού, την ισορροπία αλάτων και ύδατος, το Αυτόματο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ) και κάποιες ενδοκρινικές λειτουργίες. Συγκεκριμένα ελέγχει την έκκριση ορμονών από την υπόφυση.

Τρίτο στη σειρά τμήμα είναι ο μέσος εγκέφαλος. Ως μέρος του μέσου εγκεφάλου θεωρείται μόνο το πρόσθιο μέρος του εγκεφαλικού στελέχους. Η λειτουργία του είναι σχετικά μονομερής, δηλαδή έχει υπό την εποπτεία του τις οφθαλμικές κινήσεις και μεταδίδει οπτικές και ακουστικές πληροφορίες. Περιέχει επίσης την μέλαινα ουσία, η οποία έχει να κάνει με τον έλεγχο της κινητικής δραστηριότητας, στα εγκεφαλικά πλαίσια πάντοτε.

Τέταρτο τμήμα είναι ο οπίσθιος εγκέφαλος, που αποτελείται από τη γέφυρα και την παρεγκεφαλίδα. Η οποία βρίσκεται μεταξύ εγκεφαλικού φλοιού και νωτιαίου μυελού. Η θέση της είναι κοντά στο στέλεχος που θα αναφερθεί σε λίγο. Η λειτουργία της έχει να κάνει με την έκφραση αισθητικών και κινητικών πληροφοριών. Το σημαντικότερο γνώρισμα της παρεγκεφαλίδας είναι η ιδιοδεκτικότητά της. Δηλαδή η ασυνείδητη αντίληψη της στάσης του σώματος, του προσανατολισμού μέσα στο χώρο και της κίνησης μέσα σε αυτόν.

Η γέφυρα βρίσκεται πάνω από τον προμήκη. Η λειτουργία της είναι να ρυθμίζει την αναπνοή και αποτελεί δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ νωτιαίου μυελού και παρεγκεφαλίδας.

Πέμπτο και τελευταίο τμήμα είναι ο προμήκης μυελός. Ο προμήκης μυελός έχει ως ανατομική του συνέχεια τον νωτιαίο μυελό. Έχει κυρίως αυτόνομες λειτουργίες όπως ρύθμιση των καρδιαγγειακών και αναπνευστικών λειτουργιών, της κατάποσης, του εμέτου αλλά και του αντανακλαστικού του βήχα (πνιγμονή).

Ένα άλλο σημαντικό όργανο του νευρικού συστήματος είναι ο νωτιαίος μυελός. Όπως αναφέρθηκε επάνω είναι η συνέχεια του προμήκη μυελού που καταλήγει στο ινιακό τμήμα. Από εκεί ξεκινάει η σπονδυλική στήλη(Σ.Σ.), η οποία περικλείει τον μυελό προστατεύοντάς τον. Ο νωτιαίος μυελός δεν εκτείνεται σε όλο το εύρος της Σ.Σ. παρά μόνο μέχρι την οσφυϊκή μοίρα αφήνοντας κατά μέρος την ιεροκοκκυγική.

Για προστασία διαθέτει κι αυτός τρεις μήνιγγες (ίδια διάταξη, ίδια ονόματα με του εγκεφάλου), αλλά το ΕΝΥ εδώ βρίσκεται και κυκλοφορεί μεταξύ αραχνοειδούς και χοριοειδούς μήνιγγας.

Ο νωτιαίος μυελός διαθέτει 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων οργανωμένα σε τρία πλέγματα.

- Πλέγμα 1<sup>ο</sup>: αυχενικό πλέγμα , νευρώνει το πίσω μέρος της κεφαλής και τον αυχένα
- Πλέγμα 2<sup>ο</sup>: βραχιόνιο πλέγμα, τα νεύρα του καταλήγουν στα άνω άκρα
- Πλέγμα 3<sup>ο</sup>: οσφυοϊερό πλέγμα, νευρώνει τα κάτω άκρα.

Λέγοντας νωτιαία νεύρα πάντοτε εννοούμε κινητικά και αισθητικά νεύρα από κάθε πλέγμα.

Η παθολογία του νευρικού συστήματος δεν είναι άμεση και συγκεκριμένη. Για να μιλήσουμε για παθολογικά ευρήματα πρέπει να υφίσταται χρόνια και βαριά κατανάλωση από τον ενδιαφερόμενο(40γρ/μέρα για τις γυναίκες και 60γρ/μέρα για τους άνδρες ως κατώτατο όριο). Έτσι σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναλύσουμε τις αλλοιώσεις που παρατηρούνται και τις πιθανές εκβάσεις αυτών.

## **5.1. ΝΕΥΡΩΝΙΚΕΣ ΟΓΚΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ**

Οι νευρωνικές ογκομετρικές απώλειες εκδηλώνονται περισσότερο με μείωση της λευκής ουσίας και σε μικρότερο ποσοστό της φαιάς. Η κύρια μείωση παρατηρείται

στις περιοχές του μετώπου και των κροτάφων. Επίσης ο χώρος μεταξύ των ελίκων μεγαλώνει και παρατηρείται μείωση του όγκου του μεσολοβίου.

Η έμμεση συνέπεια αυτής της κατάστασης είναι ένα είδος άνοιας γνωστό ως μετωποκροταφική εκφύλιση. Φυσικά για να συμβεί κάτι τέτοιο πρέπει να συνυπάρχουν μοριακές και κυτταρικές μεταβολές, όπως καταστροφή των νευρώνων για να εγκατασταθεί η ασθένεια. Δηλαδή δεν είναι θέσφατο αλκοολισμός ίσον άνοια.

Δεν είναι μια πάθηση αλλά μια οικογένεια νοσημάτων που έχουν ως κοινό παρονομαστή αυτή τη χαρακτηριστική εκφύλιση και παρόμοια συμπτώματα. Γι' αυτό εμφανίζονται συνήθως με διαφορετικά ονόματα, γιατί αποτελούν διαφορετικούς τύπους εκφύλισης. Οι ιδιαιτερότητα αυτής της ασθένειας είναι ότι εμφανίζεται σε μικρότερες ηλικίες (45-64 έτη). Ένα χαρακτηριστικό της είναι ότι τα πρώτα συμπτώματά της παρερμηνεύονται ως ψυχικές διαταραχές. (Fadil, 2009)

Τα συμπτώματά της χωρίζονται σε τρεις δυάδες: την προοδευτικά επιδεινούμενη μεταβολή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, την προοδευτικά επιδεινούμενα διαταραχή του λόγου και την προοδευτικά επιδεινούμενη διαταραχή της κίνησης.

Δυστυχώς η ασθένεια αυτή είναι μη αναστρέψιμη, έτσι ό,τι σύμπτωμα εμφανισθεί δεν μπορεί να ιαθεί παρά μόνο να μετριαστεί.

Επειδή όπως προείπαμε είναι μια οικογένεια νοσημάτων με κοινά γνωρίσματα, οι γιατροί έχουν φτιάξει ένα σύστημα ταξινόμησης κατά πρωτοεμφανιζόμενα συμπτώματα.

- ❖ Με κύριο σύμπτωμα τη συμπεριφορική αλλαγή, με κύριο εκπρόσωπο την FLD άνοια. Της οποίας τα συμπτώματα έχουν ως εξής:
  1. Άρση αναστολών: εμφανίζουν ανάρμοστους τρόπους πέραν της συνηθισμένης τους συμπεριφοράς. Ξαφνικά μπορεί να λένε «κρύα» και ακατανόητα πράγματα ως αστεία. Μπορεί να εμφανίζουν παράτολμες συμπεριφορές, κάνοντας προφανές το ότι έχουν άγνοια κινδύνου.
  2. Απάθεια: έλλειψη ενδιαφέροντος και κινητοποίησης, ακόμα και για τις βασικές ανάγκες.

3. Απώλεια ενσυναίσθησης: δεν αντιλαμβάνονται την συναισθηματική κατάσταση των άλλων και δείχνουν ψυχροί και αδιάφοροι για την συναισθηματική κατάσταση των άλλων.
4. Στερεότυπες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές: επαναλήψεις φράσεων ή κινήσεων ή εμφάνισης εμμονής.
5. Υπερφαγία και αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες: καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα φαγητού και μπορεί να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή καπνού. Μπορεί επίσης να εμφανίσουν εμμονή με ένα συγκεκριμένο είδος τροφής.
6. Απώλεια ευαισθησίας: δεν κατανοούν ότι έχουν πρόβλημα.
7. Εκτελεστική δυσλειτουργία: ατονούν οι ανώτερες γνωστικές λειτουργίες όπως σχεδιασμός, εκτίμηση κατάστασης, λήψη αποφάσεων.

❖ Με κύριο σύμπτωμα την αφασία (διαταραχή του λόγου).

Αυτή είναι η δεύτερη μεγάλη κατηγορία και διαιρείται σε τρεις κύριες διακριτές παθήσεις:

- I. Σημασιολογική άνοια (SD) : παρατηρείται μείωση της μνήμης που αφορά το λεξιλόγιο όσο και της σημασιολογικής μνήμης. Έτσι παραμένει η ροή του λόγου υπάρχει δυσκολία στην εύρεση λέξεων.
  - II. Προϊούσα μη ρέουσα αφασία (PNFA): αυτή είναι το ακριβώς αντίθετο από την προηγούμενη. Δηλαδή υπάρχει λεξιλόγιο , η ροή του λόγου είναι ακατάληπτη.
  - III. Λογοπενική προϊούσα αφασία (Logoropenic PPA): αποτελεί πρόσφατο εύρημα και είναι η λιγότερο συχνή από τις τρεις. Ο ασθενής δυσκολεύεται να κατονομάσει και να επαναλάβει μια φράση.
- ❖ Με κύριο σύμπτωμα τις κινητικές διαταραχές. Δεν είναι συχνό φαινόμενο να εμφανίζονται ως πρώτο σύμπτωμα. Δηλαδή πάντα υπάρχει κάποιος συνδυασμός με γνωστική ακόμα κι αν θεωρούνται πρώτη εκδήλωση της νόσου. Υπάρχουν τέσσερις υποτύποι που αντιπροσωπεύουν αυτή την κατηγορία:
- 1) Φλοιοβασικό σύνδρομο (CBS): τα κινητικά συμπτώματα που δίνει είναι παρόμοια με αυτά του Parkinson. Αρχικά προσβάλλει τη μια πλευρά του

σώματος και στο άνω άκρο παρατηρείται δυσχρησία (ακούσιες κινήσεις και τινάγματα).

- 2) Σύνδρομο προϊούσας υπερκινητικής παράλυσης (PSPI). Εκδηλώνεται με έντονη συμμετρική δυσκαμψία των κεντρομυελικών μυών ως εξής: βραδύτητα, αστάθεια, πτώσεις, βλέμμα έκπληξης, δυσαρθρία και διαταραχή στις οφθαλμικές κινήσεις.
- 3) Μετωποκροταφική άνοια με παρκινσονισμό. Δίνει παρόμοια συμπτώματα με το Parkinson.
- 4) Μετωποκροταφική άνοια ή νόσος του κινητικού νευρώνα. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι αυτά της μετωποκροταφικής άνοιας συν προοδευτικά επιδεινούμενη μυϊκή αδυναμία.

Δυστυχώς η διάγνωση όπως προείπαμε στα αρχικά στάδια είναι δύσκολη και συχνά λανθασμένη. Γι' αυτό προτού βγει πόρισμα πρέπει να ληφθούν υπόψιν διάφορα ευρήματα από διάφορες εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής. Πρώτο και κύριο είναι η λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση, ώστε να αξιολογηθούν η κατάχρηση αλκοόλ και τα νευρολογικά ευρήματα (ασυνήθιστη συμπεριφορά, ακούσιες κινήσεις κ.λπ.). κι έτσι αποκτάμε μια εικόνα για το πλάνο εξετάσεων που πρέπει να ακολουθηθεί. Έτσι προκύπτει ο νευροψυχολογικός έλεγχος για αρχή και οι εξετάσεις αίματος για αργότερα, για να αποκλειστεί η πιθανότητα κάποιας άλλης νόσου. Μια άλλη εξέταση που είναι αρκετά χρήσιμη είναι η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Είναι απεικονιστική μέθοδος και βοηθάει ώστε να αποσαφηνιστεί ποιες περιοχές του εγκεφάλου είναι αλλοιωμένες.

Η αντιμετώπιση όπως πάντοτε έχει δύο σκέλη, το φαρμακευτικό και το συντηρητικό. Δυστυχώς από τη στιγμή που εμφανιστεί η ασθένεια δεν υπάρχει κανένας τρόπος να ιαθεί. Όμως με τις θεραπείες μπορούν να βελτιωθούν τα συμπτώματα και να διατηρηθεί η λειτουργικότητα για όσο το δυνατόν γίνεται, εξαρτάται από τον ασθενή και τη συμμόρφωσή του στην θεραπεία. (Sadock, 2008)

Τα φάρμακα που προτείνονται είναι τα αντικαταθλιπτικά (βελτίωση διάθεσης, άγχους και συμπεριφορικών διαταραχών), τα άτυπα αντιψυχωσικά (άγχος, διέγερση ή επιθετικότητα) και τα αντιπαρκινσονικά (L- Dopa).

Παρόλη την ομοιότητα των δύο ασθενειών, όσον αφορά τις κινητικές διαταραχές, τα φάρμακα δεν έχουν την ίδια δραστηριότητα, καθώς έχουν λιγότερη απόδοση.

Κατά τ' άλλα είναι ένας ψυχιατρικός ασθενής με κινητικά προβλήματα. Πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν τα συμπεριφορικά συμπτώματα και ώσπου να δράσουν τα φάρμακα ο ασθενής πρέπει να περιορίζεται. Συνήθως ο περιορισμός γίνεται σε κάποια ψυχιατρική κλινική. Το πρόβλημα όμως με αυτά τα φάρμακα είναι ότι δρουν αργά οπότε πρέπει να περιορισθεί για αρκετές μέρες ίσως και εβδομάδες. Όσον αφορά τα κινητικά προβλήματα πρέπει να υπάρχει βοήθεια από μέρους του νοσηλευτή στην έγερση, στην περιποίηση και στη βάδιση, καθώς πιθανώς να δυσκολεύεται.

## 5.2. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

Κανονικά ανήκει σε άλλο κεφάλαιο, καθώς είναι απόρροια της πυλαίας υπέρτασης. Αλλά επειδή δίνει πολλά συμπτώματα του νευρικού αποφάσισα να το εντάξω εδώ.

Η αιτιολογία της είναι προφανής, οι τοξικές ουσίες από τον μεταβολισμό των κυττάρων δεν φιλτράρονται από το ήπαρ και κυκλοφορούν στο αίμα. Έτσι φτάνουν στον εγκέφαλο, σπάνε τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και προκαλούν την ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Οι τοξικές ουσίες που το προκαλούν είναι η αμμωνία(NH<sub>3</sub>), η οποία προκύπτει με τον μεταβολισμό των πρωτεϊνών. Επόμενες είναι διάφορες αμίνες, οι οποίες παίζουν το ρόλο ψευδών νευροδιαβιβαστών. Με το αλκοόλ αυξάνεται η παραγωγή του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), το οποίο είναι νευροτοξικό. Τέλος αυξάνεται η παραγωγή των ενδογενών βενζοδιαζεπινών, που προκαλούν καταστολή του νευρικού συστήματος. (Sundaram V, 2009)

Η πρόληψη αυτής της ασθένειας είναι λίγο πολύ γνωστή. Φερειπειν προκαλείται από την πυλαία υπέρταση, οπότε την αντιμετωπίζουμε (πως: έχει εξηγηθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο). Η πυλαία υπέρταση δεν προκαλείται μόνη της, συνήθως έχει και αιτιολογία., έτσι όσο γίνεται δυνατόν αντιμετωπίζουμε την κίρρωση (έχει

αναφερθεί ήδη μέσα στην εργασία ο τρόπος αντιμετώπισής της) και τα παρελκόμενά της. Λόγω πυλαίας υπέρτασης το ήπαρ παρακάμπτεται, επιπλέον παράγονται και βενζοδιαζεπίνες στον οργανισμό. Έτσι συνδυάζοντας αυτά τα δύο προκύπτει ότι δεν δίνουμε ηρεμιστικά σ' αυτούς τους ασθενείς. Και φυσικά κάτι που τονίζεται από την αρχή της εργασίας λέμε στον άρρωστο να διακόψει τι αλκοόλ. Η κλινική εικόνα του έχει ως εξής. Παρατηρούνται διαταραχές προσωπικότητας, περίεργη συμπεριφορά, αλλαγή διάθεσης, αδυναμία κρίσης, κοντολογίς ψυχιατρικές εκδηλώσεις. Επίσης διαταράσσεται η αντίληψη του ατόμου, καθώς και το επίπεδο συνείδησης (π.χ. απάθεια, σύγχυση, λήθαργος, κώμα). Κυρίως συμβαίνει λόγω λανθασμένων νευροδιαβιβαστών, γιατί αποκόπτεται ο εγκέφαλος από τα εκτελεστικά όργανα. Το άτομο δεν μπορεί να φέρει εις πέρας διάφορες εντολές που του δίνονται (π.χ. « φέρε...»). Και τέλος αυτά τα άτομα τα περιβάλλει μια χαρακτηριστική μυρωδιά.

Μετά την φυσική εξέταση γίνονται και κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις για πιστοποιημένη διάγνωση. Όπως αν είναι τα επίπεδα της NH<sub>3</sub> υψηλά. Επιπλέον γίνεται ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ).

Αν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί και να μην υπάρξει μόνιμη βλάβη. Οι ενέργειες του νοσηλευτή έχουν ως εξής:

- a. Απομάκρυνση του ασθενή από το αλκοόλ.
- b. Μείωση όσο γίνεται του τοξικού εντερικού περιεχομένου. Δηλαδή φροντίζει η δίαιτα του ασθενούς να είναι φτωχή σε πρωτεΐνες, να χορηγεί υπακτικά και πόσιμα καθαρκτικά καθώς και διάφορα αντιβιοτικά για την καταπολέμηση των βακτηρίων του παχέος εντέρου.
- c. Υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να είναι σε κωματώδη κατάσταση και να χρειάζεται διασωλήνωση και νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ.
- d. Κ φυσικά μπαίνει στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος για την οποία έχει γίνει λόγος προηγουμένως.

### 5.3 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (Α.Ε.Ε.)

Το Α.Ε.Ε. προκαλείται από ξαφνική διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος σε περιοχή του εγκεφάλου ή εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία του οργάνου. Το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: διακοπή αιματικής ροής με αρχική υποξία και τελική νέκρωση των κυττάρων του εγκεφάλου. Οπότε παρουσιάζεται διαταραχή στις λειτουργίες που υπάγονται στην συγκεκριμένη περιοχή.

Λέγοντας διαταραχή μπορεί να εννοείται μερική ή ολική απώλεια της ομιλίας, της αισθητικότητας, της μυϊκής ισχύος, της όρασης και της μνήμης. Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται αποκατάσταση αυτών των λειτουργιών μερικώς ή πλήρως, κάποιες όμως περιπτώσεις μπορεί να προκαλούν εκτεταμένη ζημιά και ο ασθενής να υποκύψει.

Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν δύο τύποι εγκεφαλικού επεισοδίου και κατατάσσονται ανάλογα με τον τρόπο πρόκλησής του. Ο πρώτος τύπος ονομάζεται Αγγειακό Αιμορραγικό Επεισόδιο και όπως μαρτυράει η ονομασία του προκαλείται από αιμορραγία εσωτερική ή εξωτερική του εγκεφάλου. Ο δεύτερος τύπος ονομάζεται Ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και προκαλείται από διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος σε περιοχή του εγκεφάλου. Ο δεύτερος τύπος είναι πιθανότερο να συνδεθεί με το αλκοόλ μιας και το επικρατέστερο αίτιο πρόκλησης είναι η αθηρωματική πλάκα, που προκαλεί στένωση ή απόφραξη αγγείων. (Mohr, et al., 2004)

Η διάγνωση προκύπτει πρωτίστως από φυσική εξέταση, από νευρολογικά και αιματολογικά ευρήματα, από την απεικόνιση του εγκεφάλου και της αγγείωσής του, από δοκιμασίες καρδιακής λειτουργίας, ΗΕΓ, δηλαδή από μια σειρά εξετάσεων. Το πιο σημαντικό όμως είναι η άμεση διάγνωσή του κατά την φυσική εξέταση και η άμεση νοσηλεία του ασθενούς. Υπάρχει τόση βιασύνη στο συγκεκριμένο θέμα γιατί ο εγκέφαλος είναι αρκετά ευπαθής. Διότι από τη στιγμή που κόβεται η ροή του αίματος περνάνε μόνο *τρία* λεπτά πριν αρχίσει η νέκρωση των κυττάρων.

Ο εγκέφαλος είναι ένα πολυπράγμον όργανο που ελέγχει πολλές και διαφορετικές λειτουργίες στις διάφορες περιοχές του. Γι' αυτό και τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα την πληγείσα περιοχή. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι τα εξής:



- ✓ Αιμωδία ή παρουσίαση αδυναμίας σε άνω και κάτω άκρο, στο πρόσωπο και χαρακτηριστικά στη μία πλευρά του σώματος
- ✓ Επηρεάζεται η σύνδεση του ατόμου με το περιβάλλον του παρουσιάζοντας σύγχυση, διαταραχές στην ομιλία και την αντίληψη.
- ✓ Παρουσιάζονται διαταραχές βάδισης, αστάθεια ή ίλιγγος
- ✓ Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει ανυπόφορη κεφαλαλγία.

Η αντιμετώπιση όπως ειπώθηκε πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική. Κυρίως εστιάζει στη διάλυση των θρόμβων εν προκειμένω. Ένα πολύ καλό μέσο είναι το φάρμακο Τρα (θρομβολυτικό) το οποίο πρέπει να δίνεται σε διάστημα 4 ½ ωρών από την αρχή των συμπτωμάτων για να υπάρχει καλύτερη πρόγνωση.

Μια συμπληρωματική φαρμακοθεραπεία για καλύτερη έκβαση της νόσου είναι η ρευστοποίηση αίματος, η μείωση της πίεσης και της χοληστερίνης. Μπορεί να βοηθήσει και η τοποθέτηση stents. Ο ασθενής απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και πάλι υπάρχει η πιθανότητα να απεβιώσει.

Εάν επιβιώσει πρέπει να γίνει αποκατάσταση. Άλλοι ασθενείς θα ανακάμψουν πλήρως, άλλοι μερικώς και σε άλλους θα μείνουν δυσλειτουργίες ανάλογα την πληγείσα περιοχή.

Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζει, μετά το πέρας του κινδύνου, ως μόνιμες βλάβες είναι τα εξής:

- Δυσλειτουργίες μνήμης και προσοχής
- Διαταραχές στην ομιλία και την αντίληψη του προφορικού λόγου
- Δυσκαταποσία
- Πιθανή είναι η εμφάνιση συγκινησιακών προβλημάτων (π.χ. κατάθλιψη)
- Είναι πιθανή η απώλεια όρασης και μάλιστα από τη μία μόνο πλευρά
- Συχνή είναι η εμφάνιση απώλειας ισχύος ή αδυναμία στη μία πλευρά του σώματος
- Μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές στην ισορροπία ή στην ικανότητα βάδισης

Η αποκατάσταση αυτών των προβλημάτων περιλαμβάνει ανάλογα το πρόβλημα παρακολούθηση από νευρολόγο, λογοθεραπευτή, ψυχοθεραπευτή, οφθαλμίατρο, ορθοπαιδικό και φυσικά νοσηλεύτη.

Ο νοσηλευτής έχει χρέος να επικοινωνεί με τον ασθενή και να παρατηρεί δυσλειτουργίες και να τις αναφέρει στον εκάστοτε ειδικευμένο ιατρό. Επίσης είναι επιφορτισμένος με το καθήκον να μάθει στον ασθενή πιο υγιεινούς τρόπους ζωής και να τον μνήσει σε αυτούς. Όπως την ελάττωση του αλατιού, την κατανάλωση τροφών που δεν είναι πλούσιες σε χοληστερόλη και την άσκηση σε καθημερινή βάση. Κυρίως όμως πρέπει να έχει υπ' ευθύνη του τον ασθενή με δυσλειτουργίες, καθότι εξαρτάται από τον νοσηλευτή ο συγκεκριμένος άνθρωπος.

Τέλος ο νοσηλευτής δεν πρέπει να δείχνει δυσαρέσκεια προς τον ασθενή και ιδιαίτερα αν έχει διαταραχές ομιλίας πρέπει να έχει την υπομονή να περιμένει τον ασθενή να εκφραστεί

#### **5.4. ΣΥΝΟΨΗ 5<sup>ου</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Σ' αυτό το κεφάλαιο αναφέρθηκαν ασθένειες του εγκεφάλου τις οποίες μπορεί να πάθει ο πότης έπειτα από μακρόχρονη κατάχρηση αλκοόλης.

Όσον αφορά την άνοια δεν είναι σίγουρη η κατάληξη σε αυτήν, καθώς ένα ποσοστό της συγκεκριμένης άνοιας συνδέεται με το ποτό. Έπειτα η ηπατική εγκεφαλοπάθεια κι το Α.Ε.Ε. οφείλουν τη ύπαρξή τους σε επιδράσεις από δυσλειτουργίες άλλων συστημάτων (ήπαρ- καρδιαγγειακό αντίστοιχα).

Μολαταύτα είναι σημαντικό κεφάλαιο, διότι ο αλκοολισμός προκαλείται από ψυχιατρική βλάβη και προκαλεί κιάλας. Έτσι γνωρίζοντας αυτό μπορεί να γίνει καλύτερη κατανόηση του ασθενούς.

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>: ΕΙΔΙΚΟ

### ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ένας πρωταρχικός σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει την κοινωνικοοικονομική διάσταση του αλκοολισμού. Μέσα από αυτή διαφαίνονται διάφορες πτυχές του αλκοολισμού, όπως είναι η αιτιολογία. Είναι βασικό να γνωρίζουμε ότι παρουσιάζει κληρονομική προδιάθεση, διότι είναι μια αρχή για την πρόβλεψη της νόσου, την στοχευμένη ενημέρωση και αφορμή για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Λέγοντας αυτά εννοώ ότι ο νοσηλευτής βάσει οικογενειακού ιστορικού μπορεί να γνωρίζει τα άτομα με κληρονομική προδιάθεση σε μια περιοχή και να οργανώσει ημερίδες με πληθυσμό-στόχο τα συγκεκριμένα άτομα. Αλλά πιο βασική είναι η εύρεση κοινών χαρακτηριστικών στο γονιδίωμα και η απόδειξη ότι όντως είναι υπεύθυνα για τον αλκοολισμό με 100% σιγουριά. Έτσι μπορούν οι ερευνητές στο μέλλον να καταφέρουν να απενεργοποιήσουν αυτά τα γονίδια.

Αυτή η θεωρία βέβαια έχει ένα κενό. Πάντοτε τα γονίδια που εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον έχουν την πιθανότητα να μην εκφραστούν σε εχθρικό γι' αυτά περιβάλλον. Το ίδιο συμβαίνει και με τα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τον αλκοολισμό. Αν το άτομο αναπτύξει απέχθεια για το αλκοόλ δεν σημαίνει ότι τα γονίδια παύουν να υφίστανται, απλώς το περιβάλλον δεν τα ευνοεί. Υπάρχουν πολλά σενάρια και δεν μπορώ να υπεισέλθω τη στιγμή που η έκφραση αυτών των γονιδίων εξαρτάται από τον πολύ απρόβλεπτο δείκτη «ανθρώπινος παράγοντας». Τα πιο συνήθη και τετριμμένα σενάρια λένε ότι το άτομο μεγάλωσε σε ήρεμο και στοργικό περιβάλλον, ότι είχε αντιδραστικό χαρακτήρα απέχθεια γι' αυτή τη συνήθεια είτε τη ζούσε είτε όχι κι ότι τα πρότυπά του ήταν εντελώς διαφορετικά από αυτά των εξαρτήσεων.

Μια άλλη πτυχή του αλκοολισμού είναι η ηθελημένη απομόνωση του ατόμου από το φιλικό, εργασιακό και οικογενειακό του περιβάλλον. Πάλι σκοπός αυτής της εργασίας είναι να δείξει ότι ο αλκοολισμός επιδρά στον ψυχισμό του ατόμου. Δηλαδή η κατάχρηση αλκοόλ, έστω και για ένα βράδυ, αρνητικά συναισθήματα και ενοχές. Ένας χρόνιος αλκοολικός έχει να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα συνεχώς συν τα συμπτώματα εθισμού.

Οπότε εγώ υποθέτω ότι το άτομο ψάχνει διέξοδο, κι αφού οι άνθρωποι γύρω του απαιτούν και οι υποχρεώσεις τρέχουν, αποτραβιέται μην μπορώντας να το διαχειριστεί και το χειρότερο είναι ότι κλείνεται όλο και πιο πολύ στον εαυτό του μην αφήνοντας τους άλλους να τον πλησιάσουν. Έτσι πέφτει σε έναν φαύλο κύκλο αποξένωσης και εξάρτησης χωρίς να αποζητά κανένα από τα δύο. Έτσι λόγω αυτού του νοσηρού ψυχισμού σπάνια θα αποφασίσει να μπει σε πρόγραμμα αποτοξίνωσης.

Εδώ τίθεται ένα άλλο θέμα που αφορά την απόσυρση. Λανθασμένη θεωρώ τη άποψη της κοινής γνώμης ότι όλα γίνονται με τη θέληση του ατόμου. Εγώ θεωρώ ότι όλα αρχίζουν από την θέληση και τελειώνουν με την συνεχή απόρριψη του περιβάλλοντος που ο ίδιος απέρριψε.

Στα αρχικά στάδια της αποτοξίνωσης το μυαλό του ασθενούς είναι συγκεχυμένο και δεν είναι σε θέση να παίρνει λογικές αποφάσεις, ούτε τα συναισθήματά του να έχουν λογικό αντίκτυπο.

Οπότε η απόφαση για απεξάρτηση λαμβάνεται είτε από κάποιον από το στενό του περιβάλλον, είτε από τον λόγω μιας έκλαμψης διαύγειας.

Έπειτα είναι και το σωματικό που πρέπει να ληφθεί. Οι αλκοολικοί υποφέρουν από αρκετές σωματικές επιπλοκές, τις οποίες περιγράψαμε κιάλας. Η παρουσίαση αυτών των παθήσεων δεν είχε ως στόχο τη δαιμονοποίηση του αλκοόλ και το διαχωρισμό σε πότες και μη. Είναι απλώς μια παρουσίαση από το πιο απλό που μπορεί να συμβεί ως το πιο σύνθετο. Το τελευταίο προκαλείται από το πρωτογενές αίτιο που είναι η ασθένεια που προκαλεί το αλκοόλ και πάει αλυσιδωτά. Όμως η πορεία του ασθενούς δεν είναι απαραίτητα αυτή.

Αυτός νομίζω είναι ο κύριος σκοπός αυτής της εργασίας, να προβληματίσει, όχι να φοβίσει. Δεν ξέρω αν τα καταφέρνει με την ψυχρή παρουσίαση των πραγμάτων, αλλά πιστεύω ότι έτσι είναι το σωστό. Δηλαδή, μιλώντας για ένα πρόβλημα, πρέπει να υπάρχει ψυχρή, αντικειμενική παρουσίαση κατά πρώτον. Κατά δεύτερον πρέπει να ορίζεται η πιθανότητα, κάτι που παρουσιάζεται παρακάτω και την εγκυρότητα την κρίνει ο αναγνώστης ανάλογα τη βιβλιογραφία.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση είναι από ελληνικά και ξένα μέσα. Τη σήμερα εποχή έχουμε την ευλογία και συνάμα κατάρα να ζούμε στον κόσμο του διαδικτύου. Εκεί μπορεί να βρει κανείς έγκυρες, αξιόπιστες πληροφορίες και σαχλές, ημιμαθείς σελιδούλες.

Γι' αυτό ήταν δύσκολη η συλλογή υλικού. Οι καλύτερες πληροφορίες ήταν σε έγκυρα, διεθνή μέσα όπως το PubMed. Σ' αυτό το σημείο το σημείο θα ζητήσω συγγνώμη από το αναγνωστικό κοινό, διότι τα αγγλικά δεν είναι το δυνατό μου σημείο και μπορεί να υπάρχουν κάποιες ανακρίβειες στη μετάφραση. Στην ελληνική το πιο έγκυρο ήταν το Google Scholar και το Heal Link. Αλλά τα συγκεκριμένα είχαν αρκετά εξειδικευμένα θέματα και πτυχιακές εργασίες. Έτσι δεν θέλησα να υποκλέψω ιδέες από κάποιον άλλον φοιτητή.

Τελευταία βάση δεδομένων που χρησιμοποίησα με πολλή επιφύλαξη και αρκετή διασταύρωση πηγών είναι το ίδιο το Google. Όταν η αποτυχία εύρεσης πληροφοριών για μια συγκεκριμένη πάθηση ήταν γεγονός, κατέφευγα εκεί. Στο τέλος βρήκα ένα υποφερτό site και συνέλεξα πληροφορίες για κάποια θέματα που ήταν αδύνατο να βρω αλλού, εμπιστευόμενη τις γνώσεις μου, τα βιβλία που κατά καιρούς προμηθεύομαι και την κρίση μου όπου ήταν δυνατόν.

Όπως προείπα χρησιμοποίησα σε κάποιες περιπτώσεις τα βιβλία επικουρικά. Σε κάποιες άλλες όμως τα χρησιμοποίησα εξ ολοκλήρου για την εύρεση και καταγραφή πληροφοριών.

Συλλέγοντας πληροφορίες από όλα αυτά τα μέσα είναι εύκολο να μπερδευτεί κάποιος. Γι' αυτό οργανώθηκα όπως πίστευα ότι στο δικό μου μυαλό ταιριάζει. Αν ήταν σωστό το σύστημά μου δεν μπορεί να τι κρίνει κανείς παρά μόνο εξ του αποτελέσματος. Η μέθοδός μου λοιπόν ήταν η εύρεση υλικού, η καταγραφή σημειώσεων, η διασταύρωση με άλλες πηγές, η συνένωση των πληροφοριών σε γραπτό κείμενο με συνοχή του λόγου και τέλος η λογοκρισία αυτού καθώς το αντέγραφα στον υπολογιστή.

Ελπίζω η εργασία μου ως τώρα να ήταν τερπνή ως προς την ανάγνωση και πάνω από όλα κατανοητή.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχίζοντας αυτό το εγχείρημα βρήκα πάρα πολλές άσχετες πληροφορίες μεταξύ τους που είχαν ως κοινό το αλκοόλ. Έτσι προσπάθησα να βρω όσο το δυνατόν γινόταν το ποσοστό της συσχέτισης των περισσότερων στοιχείων με το θέμα.

Πράγματι είναι εύκολο να βρεθούν αναφορές για χίλια δυο πράγματα τα οποία συσχετίζονται με το αλκοόλ. Υπάρχουν μάλιστα και πολλά θέματα από αυτά που τα παρέλειψα. Τα βασικότερα όμως που είναι σχεδόν κλασικά αναφέρονται εδώ μέσα. Ακόμα και γι' αυτά οι πληροφορίες σχετικά με την συσχέτιση ήταν λιγοστές.

Αλλά ας μη μακρηγορώ κι ας αρχίσω τα θέματα με τη σειρά που εμφανίζονται στην εργασία. Πρώτο θέμα λοιπόν ήταν ο αλκοολισμός ανά τον κόσμο.

Το 2018 η μέση κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ήταν 6,1 L/ημέρα ανά άτομο. Και μάλιστα παρουσιάζει μείωση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Τα πρωτεία κατανάλωσης αλκοόλ παγκοσμίως τα έχουν οι άνδρες έναντι των γυναικών. Το ίδιο ισχύει και για τη χώρα μας. Έτσι την υψηλότερη κατανάλωση την έχουν οι άνδρες και στη χώρα μας.

Αν αναλογιστούμε τα προηγούμενα ποσοστά θα συνειδητοποιήσουμε ότι η κατανάλωση αλκοόλ στη χώρα μας είναι πολύ υψηλή. Επιπροσθέτως υπάρχει και άλλη απόδειξη περί αυτού και είναι τα ποσοστά ολοκληρωτικής αποχής για την ίδια περίοδο: 8,3%.

Σε παγκόσμια κλίμακα τώρα το αλκοόλ ευθύνεται για το 3,2% των θανάτων ανά τον κόσμο. Συνυπολογίζοντας την πρόωμη θνησιμότητα ή την αναπηρία (inability) λόγω αλκοόλ το ποσοστό ανέρχεται στο 4% παγκοσμίως. Στην Ευρώπη το ποσοστό φθάνει το 9,2%, με τους άνδρες να υπερτερούν. Τέλος πάλι εγχώρια υπολογίζεται ότι 200.000 Έλληνες έχουν αλκοολική εξάρτηση, και 5.000 θάνατοι ετησίως προκαλούνται από το αλκοόλ.

Σε στερεητικό σύνδρομο φθάνουν, κατά κύριο λόγο, χρήστες που το έχουν ξαναβιώσει, που έχουν κάποιο υποκείμενο νόσημα ή που είναι χρόνιοι χρήστες.

Έπειτα έρχεται το ήπαρ. Πρώτον μιλήσαμε για στεάτωση, όπου η πλειοψηφία των αλκοολικών υποφέρει από αυτήν καθώς και από σπληνομεγαλία. Επόμενος κρίκος

στην αλυσίδα της ALD είναι η στεατοηπατίτιδα, όπου το 25-30% των αλκοολικών θα νοσήσει από αυτό. Το ποσοστό της ίνωσης και της κίρρωσης είναι 8-20%. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι το 50% όλων των κιρρώσεων παγκοσμίως είναι αλκοολικής προέλευσης.

Έπειτα παρατέθηκε το σύστημα του γαστρεντερικού. Μέσα σε από το κεφάλαιο λοιπόν αναφέρθηκε η ασθένεια “οισοφάγος Barret”. Αυτή η ασθένεια είναι πρόδρομος για καρκίνο του οισοφάγου. Ο καρκίνος του οισοφάγου αν και δεν αναφέρθηκε στο κείμενο είναι αρκετά συχνός στους αλκοολικούς. Συγκεκριμένα το αλκοόλ ευθύνεται για 20-30% των παγκόσμιων περιπτώσεων καρκίνου του οισοφάγου. Δεν αναφέρω το πιο σύνηθες σύμπτωμα του ΓΕΣ που είναι το αίσθημα καύσου και οι οισοφαγίτιδες είναι μια αρκετά ακίνδυνη ασθένεια και δεν μπορώ να φανταστώ ερευνητές να τη μελετούν.

Το επόμενο κεφάλαιο ήταν αφιερωμένο στο καρδιαγγειακό. Ο κύριος υπαίτιος για όλα τα δεινά του καρδιαγγειακού είναι η υπέρταση. Αλλά η υπέρταση είναι ως επί το πλείστον ιδιοπαθής ασθένεια (90%, γι' αυτό και είναι δύσκολο να ερευνηθεί συναρτήσει του αλκοόλ). Βέβαια υπάρχουν κι άλλες ασθένειες όπως η ασταθής στηθάγχη και η στεφανιαία νόσος που έχουν συσχετισθεί άμεσα με τον χρόνιο αλκοολισμό και τη μεγάλη ηλικία. Συγκεκριμένα η ασταθής στηθάγχη κατέχει ένα ποσοστό τα τάξεως 35,4% σε συγκερασμό με τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλ. Μια άλλη ασθένεια που κρίνεται εκ του αποτελέσματος είναι το έμφραγμα. Έχει βρεθεί ότι το 54,5% όλων των περιπτώσεων εμφράγματος ‘έχει συνδεθεί με την κατάχρηση αλκοόλ (πρόσκαιρη ή χρόνια). φυσικά και σε αυτή την ασθένεια παίζει ρόλο η ηλικία και οι επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως είναι η υπέρταση.

Για το επόμενο κεφάλαιο δεν έχω πολλά να παραθέσω μιας και ήταν δύσκολο εξ αρχής να βρω στοιχεία. Δεδομένα υπάρχουν μόνο για τη μετωποκροταφική άνοια. Αυτός λοιπόν είναι ο τελευταίος από τους συχνότερους τύπους άνοιας, έχοντας ένα ποσοστό 5-10% των συνολικών περιπτώσεων. Βέβαια αυτό το ποσοστό αναφέρεται με επιφύλαξη μιας και είναι δύσκολη η διάγνωσή της.

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Από έρευνα που έγινε σε ποντίκια και συγκεκριμένα σε αναλύσεις ούρων και κοπράνων αρσενικών και θηλυκών αξιολογήθηκε σε δύο χρόνους κατά πόσο σχετίζονται με την αιθανόλη οι τοξικές μεταβολικές ουσίες. Έτσι τώρα παρουσιάζονται:

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

Σε 1<sup>ο</sup> χρόνο με την αιθανόλη σχετίζονται οι εξής ουσίες:

δ- γλυκόζ η	λ- αργιν ίνη	Λ- ασπαραγί νη	Λ-γλουταμίνη	Λ- προλί νη	Λ- τροπτοφάνη	Λ-βαλίνη
Λ- ισολευ κίνη / λ- λευκί νη	λ- λυσίν η	λ- φαινυλαλ αλίνη	3- υδροξυισοβου τυρικό οξύ	Λ- τυροσ ίνη	Αριδίνη	Ορνιθίνη
Δ- μαλτόζ η	Δ- ριβόζ η	Δ- κυστίνη	Τριμεθυλαμιν ικό ν-οξίδιο	γουαν ίνη	Υδροξυφαινυλ ακτικό οξύ	Ινδολαλα κτικό οξύ



## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

Σε δεύτερο χρόνο:

Χολίνη	υποξανθίνη	Λ-γλουταμίνη	Λ-προλίνη	Λ-βαλίνη
Πυρογλουταμικό οξύ	Δ-ριβόζη	Λ-γλουταμινικό οξύ	Κυτοσίνη	Ακετυλοκαρνητίνη
Λ-ισολευκίνη / λ-λευκίνη	Λ-σερίνη	μεθυλαμίνη	Νακρίνη	Λ-γλουταμίνη
Δ-γλυκόζη	Λ-αλανίνη	Λ-λυσίνη	Λ-θρεονίνη	Νιανσιναμίδη
τριμεθυλαμίνη	Υδροξυφαινυλακτικό οξύ	Πυρογλουταμικό οξύ	Δ-ξυλόζη	Λ-ασπαραγίνη
Λ-μεθιονίνη	Λ-τρυπτοφάνη	ορνιθίνη	Τρυπταμίνη	Ινδολαλακτικό οξύ
Γλυκίνη	Λ-ασπαρτικό οξύ	Λ-φαινυλαλανίνη	Λ-τυροσίνη	Πιτερσκήνη
3-υδροξυισοβουτυρικό οξύ	Λ-ακετυλοκαρνιτίνη			

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ένζυμα που δρουν στο στομάχι για την πέψη της τροφής και ουσίες που διασπούν:

<b>Αμυλάση</b>	<b>Άμυλο και γλυκογόνο</b>
<b>Λιπάση</b>	<b>Λίπη</b>
<b>Πρωτεάση</b> <b>1. Πρωτεΐνάση</b> <b>2. Πεπτιδάση</b> <b>3. Πρωτεολυτικό ένζυμο</b>	<b>Πρωτεΐνες</b>
<b>Διαστάση</b>	<b>Άμυλο</b>
<b>Λακτάση</b>	<b>Λακτόζη</b>
<b>φωσφατάση</b>	<b>Διάσπαση ενώσεων φωσφόρου</b>
<b>Μαλτάση</b>	<b>Μαλτόζη</b>

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Έπειτα από λήψη ιστορικού προκύπτει ότι ο ασθενής κάνει 20 χρόνια κατάχρηση αλκοόλ, έχει ξανανοσηλευτεί για σύνδρομο στέρησης κι ότι ο πατέρας του ήταν επίσης αλκοολικός. Έχει διέγερση, επιθετική συμπεριφορά και εισήχθη μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Έχει 11 στην κλίμακα της Γλασκώβης με συγκεχυμένη ομιλία. Τέλος παρουσιάζει υπερχρωματισμό κερατοειδών και όπως αναφέρει ο ίδιος υπερχρωματισμό ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο ασθενής είναι διεγερτικός, αυτοκαταστροφικός, εν ενεργεία αλκοολικός, μειωμένα αντανακλαστικά και ικτερικός.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

#### 1. ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ

- i. Αυτοκαταστροφικός
- ii. Διεγερτικός
- iii. Αργά αντανακλαστικά
- iv. Ικτερικός

#### 2. ΕΠΙΛΥΣΗ

- i. Ο ασθενής μπαίνει υπό συνεχή επιτήρηση, ελέγχονται τακτικά τα πράγματά του για τυχόν όπλα και το παράθυρό του μένει πάντα κλειδωμένο.
- ii. Τοποθετούνται προφυλακτικά κάγκελα γύρω από το κρεβάτι του, αν κριθεί αναγκαίο δένεται στο κρεβάτι ωσότου ηρεμήσει (όχι παραπάνω από ένα 24ωρο).
- iii. Αποτελεί δείγμα εγκεφαλοπάθειας, απομακρύνονται όλα τα δυνητικά εμπόδια, δίνεται βοήθεια στην έγερση, στήριξη στη βάδιση και τη αυτοφροντίδα. Συστήνεται υποπρωτεϊνούχος διαίτα και συχνοί υποκλυσμοί για καθαρισμό εντέρου.
- iv. Ο ασθενής μπαίνει στο ισοζύγιο, παρακολουθούνται οι κενώσεις του και η θερμοκρασία του ανά τρίωρο.

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Ο ασθενής συνοδεύεται πάντοτε είτε από νοσηλευτικό προσωπικό, είτε από συνοδό. Είναι ήσυχος, συμμορφώνεται στην αγωγή του και η θερμοκρασία του κυμαίνεται μεταξύ 36,4 με 36,9 βαθμούς κελσίου. Παρουσιάζει πρόβλημα

στην αυτοφροντίδα, γι' αυτό τέθηκε ουροκαθετήρας. Τέθηκαν προφυλακτικά κάγκελα αλλά λόγω ηρεμίας αφαιρέθηκαν. Το ισοζύγιο του ασθενούς ήταν 2.600 προσλαμβανόμενα με 2.500 αποβαλλόμενα. Η ομιλία του είναι συγκεχυμένη ακόμα. Συνεχίζει να υφίσταται υπερχρωματισμός ούρων και υποχρωματισμός κοπράνων.

#### ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ο ασθενής συνεχίζει να τελεί υπό επιτήρηση, η παρακολούθηση θερμοκρασίας γίνεται ανά βάρδια, συνεχίζει να παρακολουθείται το ισοζύγιο του καθώς και το χρώμα των ούρων και των κοπράνων. Συνεχίζει με την ίδια διαίτα και συνεχίζουν και οι υποκλυσμοί.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτό το κεφάλαιο το βρίσκω ως και το πιο ενδιαφέρον γιατί μου δίνεται η ευκαιρία να τεκμηριώσω και να σχολιάσω τη δουλειά μου.

Ξεκινώντας με το πρώτο κεφάλαιο, αυτό που μου έκανε εντύπωση είναι η κληρονομικότητα. Δηλαδή ότι μία λαϊκή δοξασία αποδεικνύεται επιστημονική. Το κακό μ' αυτή την παραδοχή είναι η δυσκολία εύρεσης στόχου, γιατί είναι πολύ θολό το πεδίο.

Να εξηγηθώ, είναι πολύ δύσκολο να στοχεύσεις κάποιον βάσει γονιδιακής έκφρασης, σήμερα ειδικά. Διότι στη σημερινή εποχή γεννιούνται χωρίς και η μάνα να ξέρει τον πατέρα, μέσω δότη, μέσω της ευχαρίστησης της μιας βραδιάς και μέσω βιασμού. Το επόμενο είναι η διευρυμένη διαδικασία υιοθεσίας από χώρα σε χώρα. Και τέλος εξαρτάται και από το ίδιο το άτομο και περιβάλλον.

Μια ενδιαφέρουσα εμβάθυνση πάνω στο θέμα θα είναι η εμβάθυνση του θέματος πάνω στην παιδική ηλικία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, καθώς και στην προσοχή που λάμβανε το άτομο ως παιδί. Με λίγα λόγια τη δική του υποσυνείδητη παρακίνηση ως προς το ποτό.

Στα ηπατικά προβλήματα θα ήθελα να αναφέρω περισσότερο τη στάση της κοινής γνώμης όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Είναι αρκετά λυπητερή η στάση της αλλά και κατανοητή από και άποψη.

Το ανθρώπινο είδος έχει επιβιώσει κατηγοριοποιώντας τα ερεθίσματα που λαμβάνει κάθε στιγμή. Έτσι ακριβώς γίνεται και με τον αλκοολισμό. Διότι είναι κοινή άποψη και κατά βάση σωστή ότι θα γίνει η μεταμόσχευση και θα ξαναρχίσει τις ίδιες συνήθειες. Επομένως είναι εύλογο να πει κάποιος ότι πρέπει να δοθεί σε κάποιον με υγιείς συνήθειες. Από την άλλη όμως ο κίρρωτικός χωρίς κατάχρηση στο ιστορικό του να το απορρίψει, να έχει υποκείμενα νοσήματα, να έχει μεγάλη ηλικία. Εδώ μπαίνει το ηθικό ερώτημα: με ποιο κριτήριο πρέπει να δίνονται τα μοσχεύματα;

Κατά τη γνώμη μου τα κριτήρια πρέπει να είναι πρέπει να είναι η ηλικία, η παραγωγικότητα, και η καλή υγεία του ατόμου. Και πάλι όμως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα απόρριψης του μοσχεύματος.

Γενικώς η λίστα αναμονής για μοσχεύματα ανά τον κόσμο είναι ατελείωτη και κάθε μέρα μεγαλώνει, οι διαδικασίες απόκτησης δυσκίνητες που ανθεί τα παραεμπόριο οργάνων με αμφιβόλου προέλευσης μοσχεύματα.

Κι εδώ έρχεται να τεθεί ένα πολύ μεγάλο ερώτημα, γιατί τόσο λίγα μοσχεύματα, τη στιγμή που καθημερινά πεθαίνουν νέοι υγιείς άνθρωποι; Κι είναι και ενδιαφέρον θέμα για διερεύνηση η στάση του κόσμου απέναντι στη δωρεά οργάνων με τεκμηρίωση.

Στο τελευταίο συμπέρασμα που έφτασα είναι τα βάθος του χρόνου και η ποσότητα της κατάχρησης για την πρόκληση βλαβών στο σώμα. Το ερώτημα που γεννιέται είναι γιατί αυτοί οι άνθρωποι φτάνουν σε αυτό το σημείο τη στιγμή που έχουν τόσο χρόνο να το αποτρέψουν; Η απάντηση βρίσκεται στον ίδιο τον εθισμό και την επίδρασή του στα συναισθήματα και την αποξένωση του ατόμου. Ακόμα κι αν δεν απομονωθεί από τον περίγυρό του οι αγαπημένοι μας έχουν την τάση να φοράνε παρωπίδες για την πορεία της υγείας μας, γενικά τους φοβίζει το σενάριο της νοσηρότητας.

Ένα ακόμα συμπέρασμα που συνέλαβα είναι ότι οι συγγενείς είναι φυγόπονοι όσον αφορά την αποτοξίνωση. Πείθουν τον εαυτό τους ότι είναι ευτυχημένος ο ασθενής έτσι και επαναπαύονται σε αυτή την κατάσταση. Για μένα αυτή η στάση είναι που κρίνει ακατάλληλους τους συγγενείς να παράσχουν βοήθεια και στήριξη. Γι' αυτό κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης ο ασθενής πρέπει να είναι μακριά και χωρίς καμία επικοινωνία από το σύνηθες περιβάλλον του.

Από αυτό το φαινόμενο βγαίνει ως θέμα διερεύνησης η ψυχολογία των γύρω του ασθενούς και πως επηρεάζει την κρίση και τις πράξεις τους, καθότι ένα άτομο για να αποξενωθεί χρειάζεται αδιαφορία και από τα δύο μεριές.

Ένα τελευταίο θέμα που θα ήθελα να θίξω είναι το πόσο ταμπού είναι ο εθισμός στις μέρες μας. Δηλαδή υπάρχει πολλή επίκριση και περιθωριοποίηση από την ίδια την κοινωνία και σε ανθρώπους που απλώς είναι συγγενείς. Κάθε φορά που τίθεται ένα τέτοιο θέμα είναι σαν να υπάρχει μια συγκάλυψη, σαν να είναι ένα ειδικό έγκλημα το οποίο αν θαφτεί θα πάψει αυτομάτως και να υπάρχει. Αυτή η στάση της κοινωνίας είναι που ωθεί αυτού τους ανθρώπους να μην αναζητήσουν βοήθεια παρά να βυθιστούν πιο βαθιά στην ντροπή και την εξάρτηση.

Έτσι λοιπόν προκύπτει ότι πρέπει να γίνει μια αντικειμενική και αποστασιοποιημένη προσέγγιση του θέματος, ώστε να βγουν έγκυρα αποτελέσματα και έπειτα να γίνει ενημέρωση στο κοινό με τρόπο όχι δαιμονοποίησης αλλά ως φαινομένου.

Νομίζω ότι με αυτό τον τρόπο θα γίνει μια πιο ήρεμη προσέγγιση του θέματος και θα φωτιστούν κάποια μονοπάτια ώστε να ακολουθηθούν με προσοχή ώστε να υπάρξει κατανόηση και σωστή στάση απέναντι στο θέμα και τους ανθρώπους.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- EASL-ALEH , n.d. Clinical Practice Guidelines: Non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *Journal of Hepatology*, p. Vol. 63Issue 1.
- Aging Statistics.: U.S. Department of Health and Human Services; ., 2014. *Administration for Community Living*, Washington, DC: Administration on Aging.
- Anandan R, R. R. S. N. D. T., 1999.. Protective effects of *Picrorrhiza kurroa* against HCl/ethanol-induced ulceration in rats... *Fitoterapia*, p. 70(5):498–501.
- Anon., 1967. *AS BILL SEES IT*. 1η επιμ. s.l.:s.n.
- Antoni FA, H. E. L. P. N. J. S. J., n.d. 1. *Antoni FA, Hunter EF, Lowry PJ, Noble JM, Seckl JR, 19 Atriopeptin: an endogenous corticotropin-release inhibiting hormone. Endocrinology 130, 1753–1755.* s.l.:s.n.
- Arne Kүүт, K. R. K. K. R. I., 2019. 2. *Arne Kүүт, Kaie Ritslaid, Keio Kүүт, Risto Ilves State of the Art on the Conventional Processes for Ethanol Production. Ethanol, 61-101.*, s.l.: s.n.
- Backhed, F. και συν., 2005. Host-Bacterial Mutualism in the Human Intestine. *Science*, p. 1915–1920. .
- Bau PF, B. C. N. A. R. G., 2005. Early and late effects of alcohol ingestion on blood pressure and endothelial function.. *Alcohol*, p. ;37(1):53–58.
- Beckemeier ME, B. P. ..., 1998. Fatty acid ethyl esters: Potentially toxic products of myocardial ethanol metabolism. *Journal of Molecular and Cellular Cardiology.*, p. 30(11):2487–2494..
- Blomqvist G, S. B. M. J., 1970. Acute effects of ethanol ingestion on the response to submaximal and maximal exercise in man.. *Circulation.*, p. 42(3):463–470.
- Burton R, S. N., 2018. No level of alcohol consumption improves health. . *Lancet*, pp. P987-8..
- Castell DO, M. J. T. R. O. R. A. R., 2004 . the pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease - oesophageal manifestations. *Aliment. Pharmacol.* ;20 Dec, pp. Suppl 9:14-25..
- Child JS, K. R. L. J. P. M., 1979. Cardiac effects of acute ethanol ingestion unmasked by autonomic blockade.. *Circulation*, p. ;59(1):120–125..
- Chu CL, Z. Y. L. G. L. C. L. Z. Q. Q. G. X. Y. T. Z. T. Z. C. R.-J. L. Y., 2012. Microalterations of esophagus in patients with non-erosive reflux disease: in-vivo



- diagnosis by confocal laser endomicroscopy and its relationship with gastroesophageal reflux. *Am. J. Gastroenterol*, Ιούνιος, pp. 107(6):864-74.
- Dalle-Donne I, R. R. C. R., 2006. Biomarkers of oxidative damage in human disease.. *Clinical Chemistry*, p. ;52(4):601–623. .
- DB, M., 1998 . *Alcohol-related disease. Emergency Medicine*. 4th Edition επιμ. In Rosen P, Barkin R (eds).: Mosby..
- Dis., M. C. A. J. D., 1968. *Anabolic steroid therapy as an adjunct to diet in alcoholic hepatic steatosis*. s.l.:s.n.
- Emberson JR, B. D., 2006;. Effect of alcohol on risk of coronary heart disease and stroke: Causality, bias, or a bit of both?. *Vascular Health and Risk Management*, p. 2(3):239–249..
- Fadil, H. B. A. H. E. A. B. M. K. E. J. S. L. M. A., 2009. «Early Onset Dementia». *International Review of Neurobiology*, p. 84: 245–262.
- Fernández-Checa JC, K. N. G.-R. C. C. A., 1998. Mitochondrial glutathione: Importance and transport. . *Seminars in Liver Disease*., p. 18(4):389–401..
- Filingeri V, F. S. S. D. S. F. O. F. T. G., n.d. *A retrospective analysis of 1.011 percutaneous liver biopsies performed in patients with liver transplantation or liver disease: ultrasonography can reduce complications?*, s.l.: Eur Rev Med.
- GE., B., 2005 . The lower oesophageal sphincter.. *Motil.*, 17 .Jun, pp. Neurogastroenterol Suppl 1:13-21..
- Hong YJ, K. S. H. J. L. Y. P. K., 2013. . Inhibitory effects of cabbage juice and cabbage-mixed juice on the growth of AGS human gastric cancer cells and on HCl-ethanol induced gastritis in rats.. *J Food Sci Nutr*, p. 42:682–689..
- Ley, R. E., Peterson, D. A. & Gordon, J. I., 2006. Ecological and Evolutionary Forces Shaping Microbial Diversity in the Human Intestine. *Cell*. 124 (4, p. 837–848. .
- Mohr, J. P., Choi, D., Grotta, J. & Wolf, P., 2004. *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*.. New York: Churchill Livingstone.
- N.J. Shaheen, R. H. D. M., 2006. .*The burden of gastrointestinal and liver diseases*. s.l.:s.n.
- National Clinical Practice Guide, n.d. *Alcohol-use DISORDERS .NICEUIDELINE ON DIAGNOSIS, ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF HARMFUL DRINKING AND ALCOHOL DEPENDENCE. THE NICE GUIDELINE ON DIAGNOSIS,ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF HARMFUL DRINKING AND ALCOHOL DEPENDENCE* , s.l.: s.n.

NJ, S., 2016. *ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of Barrett's esophagus*. s.l.:s.n.

P., S., 2014;. Pathology of alcoholic liver disease, can it be differentiated from nonalcoholic steatohepatitis?. *World J Gastroenterol.*, pp. 1674-9..

P. A. R. P. I. J. F. J., 2014. *Nat Rev Immunol.* Στο: *Liver fibrosis and repair: immune regulation of wound healing in a solid organ*. s.l.:s.n.

RH, W., 1996. *Current Indications, contraindications, and timing for liver transplantation*. Bustil RW, kliatmulm, WB Sanders, Philadelphia.

R. M. A., 2001. *Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries.*, s.l.: s.n.

S., M., 1986. Will anti-ulcer drugs soon differ only in their side effects?. *Fortschritte Der Medizin*, p. 104(3):918–920.

Sadock, B. J. S. V. A. (. σ. 5., 2008. *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. (3η έκδοση επιμ. Philadelphia: : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins..

SJ, M., 1993. *Difficult managment problems in fulminant hepatic failure*. s.l., s.n.

Sundaram V, S. O., 2009. «Hepatic encephalopathy: pathophysiology and emerging therapies». *Med. Clin. North Am.*, July , pp. 93 (4): 819–36,.

Todd, M. S. κ. C., n.d. *Οικογενειακή θεραπεία για την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση*. s.l.:s.n.

Netter's βασικές αρχές φυσιολογίας του ανθρώπου, Εκδότες: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD

Gray's ανατομία (1,2), Εκδότες: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD