

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

<<ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ>>

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ

ΑΓΟΥΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑΣ

ΑΡΚΑΔΙΑΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ

1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	164
----------------------	-----

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή είναι μια " προσπάθεια " προσέγγισης ενός θέματος που έχει απασχολήσει πολύ κόσμο : τις λευχαιμίες.

Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει μερικές γενικές πληροφορίες γύρω από τις οξείες και τις χρόνιες λευχαιμίες την νοσηλευτική φροντίδα ατόμων που πάσχουν από λευχαιμία και την θεραπεία της αρρώστειας αυτής.

Επίσης περιλαμβάνονται πέντε (5) ιστορικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο " ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ " Πατρων, καθώς και η νοσηλευτική διεργασία σε κάθε άρρωστο.

Με την εργασία μας αυτή, πιστεύουμε ότι προσφέρουμε μια μικρή συμβολή στην μελέτη και διερεύνηση του νοσηλευτικού προβλήματος των λευχαιμιών που η θεραπεία τους είναι δύσκολη και ακόμη πιο δύσκολη η νοσηλευτική τους φροντίδα.-

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α .

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'	σελ. I
Ο ρ ι σ μ ό ς	" I
Τ α ξ ι ν ό μ η σ η	" I-2
Συχνότητα , ηλικία και κατανομή κατά φύλλο	" 2
Αιτιολογία λευχαιμίας	" 3-4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'	" 5
Οξεία λευχαιμία (μυελογενής, λεμφογενής, λεμφοκυτταρική	" 5
Κλινικά χαρακτηριστικά	" 5-6
Διάγνωση	" 6-7
Θεραπεία	" 7-9
Πρόγνωση	" 9-10
Χρόνια λευχαιμία	" II
Χρόνια μυελογενής λευχαιμία	" II
Παθολογοανατομία	" II
Κλινικά συμπτώματα	" II-14
Διάγνωση	" 14
Θεραπεία	" 14-15
Πρόγνωση	" 15

Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία	σελ. 16
Παθολογοανατομία	" 16
Κλινικά χαρακτηριστικά	" 16-17
Διάγνωση	" 17
Θεραπεία	V 17-18
Πρόγνωση	" 18

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

Νοσηλευτική φροντίδα	" 19
Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου	" 19-25
Πρόληψη, διάγνωση και ανακούφιση του αρρώστου	" 25-27
Ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία	" 27-28
Ηθική βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του	" 28-30
Ακτινοθεραπεία	" 31 - 33
Χημειοθεραπεία	" 33- 36
Ογκολυτικά φάρμακα	" 37-46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Περιγραφή ολοκληρωμένης και εξειδικευμένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σε συγκεκριμένους αρρώστους με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας .	" 47
--	------

ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ	σελ. 47-50
Νοσηλευτική διεργασία	" 51-54
ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ	" 55-59
Νοσηλευτική διεργασία	" 60-63
ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ Λ.	" 64-57
Νοσηλευτική διεργασία	" 68-70
ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ Λ.	" 71-78
Νοσηλευτική διεργασία	" 79-81
ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ Λ.	" 82-85
Νοσηλευτική διεργασία	" 86-87
ΚΕΦ. Ε'	
Συζήτηση επί των περιγραφομένων	" 88-89

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'.

Λ Ε Υ Χ Α Ι Μ Ι Ε Σ .

Ορισμός :

Ως λευχαιμίες ορίζονται παθολογικές καταστάσεις, άγνωστης μέχρι σήμερα αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μεγάλου βαθμού ειδικού τύπου λευκοκυττάρων.

Ανάλογα του τύπου της λευχαιμίας και της δραστηρότητας της εφαρμοζόμενης θεραπείας ο θάνατος των ασθενών έρχεται μετά από διάστημα που κυμαίνεται από λίγες μέρες μέχρι δεκαετίες μετά την διάγνωση της νόσου.

Όλοι οι τύποι της λευχαιμίας με εξαίρεση μερικών περιπτώσεων, είναι θανατηφόρες.

Ταξινομήσεις :

Οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες.

Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία οδηγεί στο θάνατο.

Στις χρόνιες κυριαρχούν τα ώριμα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου είναι μακρότερη.

Η οξεία λευχαιμία διακρίνεται στους παρακάτω τύπους :

- | | |
|-------------------------------|---|
| α) Μυελοβλαστική ή μυελογενής | } συχνές μορφές οξείας
λευχαιμίας . |
| β) Λεμφοβλαστική ή λεμφογενής | |
| γ) Μονοκυτταρική | |
| δ) Προμυελοκυτταρική | } σπάνιες μορφές οξείας
λευχαιμίας . |
| ε) Ηωσινοφιλική | |
| στ) Βασεοφιλική | |
| ζ) Λεμφοσαρκωματική | |

Η χρόνια λευχαιμία διακρίνεται στους παρακάτω τύπους :

- α) Μυελογενή
- β) Λεμφογενής
- γ) Μονοκυτταρική σπάνιες μορφές χρόνιων λευχαιμιών
- δ) Βασεοφιλική
- ε) Λεμφοσαρκωματική

Συχνότητα , ηλικία , και κατανομή κατά φύλο.-

Μεγαλύτερη συχνότητα λευχαιμίας 8/100,000 άτομα αναφέρεται στο Ισραήλ, Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδά, Δανία και Ζηλανδία.

Αντίθετα σ' άλλες χώρες την βρίσκουμε σε μικρότερο ποσοστό.

Η συχνότητα των διαφόρων τύπων της λευχαιμίας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία.

Τήλοξεία μυελοβλαστική λευχαιμία, την συναντάμε μεταξύ 15-40 χρόνων και σε ηλικιωμένα άτομα.

Η Οξεία Λεμφοβλαστική αφορά κυρίως ασθενείς κάτω των 15 ετών,

Η χρόνια μυελογενής μεταξύ 30-60 χρόνων και η χρόνια λεμφογενής προσβάλλει άτομα μεγάλης ηλικίας άνω των 50 ετών.

Απο στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη από τις διάφορες μορφές. Ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας η οξεία μυελοβλαστική, η χρόνια μυελοκυτταρική και η χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία.

Η λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου της παιδικής ηλικίας, αλλά καλύπτουν αναλογία μόνο 3,60/ο σχετικά με τους θανάτους από καρκίνο του γενικού πληθυσμού.

Όλοι οι τύποι λευχαιμίας είναι πιο συνηθισμένη στους άνδρες

Η χρόνια λεμφογενής είναι σε αναλογία ανδρών προς τις γυναίκες 2:1 .

Αιτιολογία λευχαιμίας του ανθρώπου .

Η αιτιολογία της λευχαιμίας αν και είναι άγνωστη, έχουν διαπιστωθεί ορισμένοι συντελεστικοί παράγοντες.

1) Η Ιονίζουσα ακτινοβολία σε σχετικώς μεγάλες δόσεις, αποτελεί προδιαθετικό παράγοντα για την εμφάνιση της οξείας μυελοβλαστικής και της χρόνιας μυελοκυτταρικής λευχαιμίας.

Οι παρατηρήσεις αφορούν αυτούς που επιβίωσαν από τις εκρήξεις της ατομικής βόμβας στην HIROSIMA και του NA - GASAKI και τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπευτική ακτινοβολία.

2) Λευχαιμιόγόνες χημικές ουσίες . Το βενζόλιο είναι λευχαιμιόγνο.

Οξεία μορφή λευχαιμίας και μάλιστα του σπάνιου ερυθρολευχαιμικού τύπου έχει παρατηρηθεί στους εργάτες βενζολίου σε συχνότητα μεγαλύτερη από αυτή που περιμέναμε. Ενδιαφέρουσα είναι η μεγαλύτερη συχνότητα παρουσίας λευχαιμίας σε εργάτες υποδημάτων που εκτίθενται σε βενζόλιο στην Κων/πολη (1974).

Επίσης ορισμένα φάρμακα όπως η φαινυλβουταζόνη, θεωρούνται ως υποπτοι συντελεστικοί παράγοντες της εμφάνισης λευχαιμίας. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι λευχαιμίας που έχουν παρουσιαστεί από τέτοια θεραπεία είναι η οξεία μυελοβλαστική, και χρόνια μυελογενής λευχαιμία.

3) Γενετικοί παράγοντες . Η επίδραση γενετικών παραγόντων συνάγεται από ορισμένες παρατηρήσεις.

Τα παιδιά τα οποία πάσχουν από σύνδρομο DOWΝ που χαρακτηρίζεται από τρισώμια του χρωμοσώματος 21, εμφανίζουν οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία σε συχνότητα τουλάχιστον τριπλάσια από τα φυσιολογικά παιδιά. Οι περιπτώσεις οικογε-

-νούς λευχαιμίας είναι σπάνιες, αλλά έχουν παρατηρηθεί όσον αφορά τη χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία σε συχνότητα που δικαιολογεί την δημιουργία υποφιών για την συμμετοχή γενε-
-τικού παράγοντα σ' αυτή την νόσο.

Προδιάθεση για οξεία λευχαιμία με συχνότητα 200/ο είναι η προσβολή του άλλου ομοίου διδύμου όταν το άλλο προσβληθεί απο οξεία λευχαιμία πριν απο το 6ον έτος. Πιο ενδιαφέρον είναι ότι η προσβολή του δευτέρου παρουσιάζεται εντός μηνών απο το πρώτο.

4) **Θ** **Ιός**. Έχει αποδειχθεί ότι η λευχαιμία των ποντικών και ένας αριθμός άλλων θηλαστικών καθώς και των ορνίθων σχετίζεται αιτιολογικά προς τον ιό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις έχει αποδειχθεί ότι ο ιός μεταβιβάζεται κληρονομικά, καθώς ότι μπορεί ν' αποβληθεί με το γάλα της μήτρας. Η συχνότητα της λευχαιμίας στους ποντικούς στους οποίους είναι γνωστό, ότι είναι φορείς του ιού, ποικίλει απο στέλεχος σε στέλεχος, μετά απο επίδραση ακτινοβολίας ή άλλων λευχαιμιογόνων παραγόντων ή συχνότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί ή να επηρεασθεί η ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται η λευχαιμία.

Απο τις παρατηρήσεις αυτές βγαίνει το συμπέρασμα ότι η παρουσία ενός ιού είναι ουσιώδης για την ανάπτυξη της λευχαιμίας, αλλά και, ότι διάφοροι περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες είναι δυνατόν να μεταβάλλουν την συχνότητα κατά την οποία εμφανίζεται λευχαιμία απο την ύπαρξη του ιού.

Όσον αφορά την λευχαιμία του ανθρώπου οι ενδείξεις που υπάρχουν, ότι είναι δυνατόν να προκαλείται απο ιό, είναι αμφίβολες.

ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ
(ΛΕΜΦΙΚΗ, ΜΥΕΛΙΚΗ, ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ)

Λόγω της ίδιας κλινικής εικόνας όλων των τύπων της οξείας λευχαιμίας θα την εξετάσουμε απο κοινού.

Η οξεία λεμφική λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη απ' όλες τις οξείες λευχαιμίες, και ο πιο συχνός τύπος λευχαιμίας στα παιδιά, που εμφανίζεται συχνά με υπολευχαιμική μορφή. Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου απο τα κακοήθη νοσήματα στην παιδική ηλικία.

Η οξεία μυελική και η μονοκυτταρική λευχαιμία παρατηρείται σ' όλες τις ηλικίες. Προσβάλλονται όλα τα φύλλα. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις είναι ίδιες με τους χρόνιους τύπους, αλλά εδώ υπερισχύουν οι μυελοβλάστες και λεμφοβλάστες. Ο σπλήνας και οι λεμφαδένες δεν είναι συνήθως τόσο διογκωμένοι όσο στους χρόνιους τύπους.

Κλινικά χαρακτηριστικά.

Η νόσος αρχίζει σιγά - σιγά αλλά η κλινική εκδήλωση είναι απότομη. Υπάρχει πυρετός, γενική κακουχία και γρήγορη εξελισσόμενη αναιμία. Έχουμε αιμορραγίες των ούλων ή άλλες αιμορραγικές εκδηλώσεις και πετέχειες που είναι συνηθισμένες και οφείλονται κυρίως στην θρομβοπενία. Ακόμα κυνάγχη και έλκη του στόματος ή του φάρυγγα παρατηρούνται συχνά και οφείλονται στην ελλάτωση των φυσιολογικών πολυμορφοπηρυννων. Η υπερτροφία των ούλων αποτελεί συχνό σύμπτωμα της μονοκυτταρικής λευχαιμίας.

Μυαλγίες και αρθραλγίες είναι δυνατόν να παρατηρηθούν.

Ο σπλήνας και συχνά το ήπαρ διογκωνονται κατά τα τελικά στάδια της νόσου. Οι τραχηλικοί λεμφαδένες είναι δυνατόν να διογκωθούν δευτεροπαθώς λόγω της σήπτικής φάρυγγιτιδωσης, ενώ στην οξεία λεμφική λευχαιμία η διογκωση αυτών και

των άλλων αδένων είναι συνηθισμένες.

Η εξέταση του αίματος δείχνει μεγάλου βαθμού ισοχρωμία, ισοκυτταρική αναιμία. Στο αίμα βρίσκονται συχνά νορμοβλάστες και αυξημένος αριθμός δικτυοερυθροκυττάρων λόγω της διαταραχής του ερυθροποιητικού ποτού του μυελού από τη λευχαιμική διήθηση.

Τα αιμοπετάλια είναι συνήθως ελαττωμένα και ο χρόνος ροής παρατεταμένος. Ο αριθμός των λευκών είναι δυνατόν να είναι φυσιολογικός ή ελαττωμένος, συνήθως όμως είναι αυξημένος 20.000 - 50.000 ανά κ.χ.

Τα ανώτερα κύτταρα αποτελούν τα 30-90% των λευκών.

Η διάκριση των διαφόρων τύπων άωρων λευκοκυττάρων είναι συχνά δύσκολη, αλλά στην οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία τα μυελοκύτταρα και τα κοκκιοκύτταρα, ενώ στην οξεία λεμφική, τα λεμφοκύτταρα και στην οξεία μονοκυτταρική, τα μονοκύτταρα αποτελούν τα περισσότερα από τα υπόλοιπα λευκά και βοηθούν στη διάγνωση.

Ο μυελός εμφανίζει σημαντική υπερίσχυση των άωρων λευκοκυττάρων ώστε τα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού εξαφανίζονται σχεδόν πλήρως.

Διάγνωση.

Κατά τα αρχικά στάδια αυτή η νοσηρή κατάσταση μπορεί να ληφθεί ως λοιμώδης νόσος, ως κεχροειδής φυματίωση, οξύς ρευματικός πυρετός, ή λοιμώδης μονοπυρήνωση, η οποία έχει μεγάλη σημασία στην διαφορική διάγνωση.

Η απλαστική αναιμία, η ακοκκιοκυτταραιμία και η αιμολυτική αναιμία είναι δυνατόν να μοιάζουν με τη λευχαιμία.

Η γρήγορη εξελισσόμενη αναιμία, η διόγκωση του σπλήνα, του ήπατος, των λεμφαδένων ως και η ανεύρεσις στο αίμα περιφερικόαιμα άωρων λευκοκυττάρων δηλώνουν την διάγνωση, η οποία βεβαιώνεται με την εξέταση του μυελού, στην οποία δείχνει μεγά-

λη αύξηση αυτών, αναλόγως του τύπου της λευχαιμίας, άωρων λευκοκυττάρων.

Στην αλευχαιμική μορφή ή διάγνωση είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του ελαττωμένου ή φυσιολογικού αριθμού των λευκών αλλά η προσεκτική εξέταση των επιστρώσεων του αίματος ή της λευκοκυτταρικής στοιβάδας μπορεί ν' αποκαλύψει σωρα κύτταρα και η εξέταση του μυελού αποδουκνύει την τυπική εικόνα της οξείας λευχαιμίας.

Θεραπεία.

Η έξαση στην οξεία λευχαιμία δεν έχει παρατηρηθεί και εάν εξαιρεθεί η λεμφική λευχαιμία των παιδιών, η πρόγνωση είναι καθ' ολοκλήρου τόσο κακή ώστε μόνο συμπτωματική ή ανακουφιστική θεραπεία είναι δυνατόν να προσφερθεί.

Η ακτινοθεραπεία αποδείχτηκε χωρίς αξία και αντεδεικνυθαι. Η Χημιοθεραπεία με αντιμεταβολικά και κυτταροτοξικούς παράγοντες είναι δυνατόν να προκαλέσει παροδική ύφεση σε μερικούς ασθενείς, αλλά η μεγάλη τους αξία φαίνεται στην οξεία λεμφική λευχαιμία των παιδιών στα οποία η σύγχρονη χορήγηση κορτικοστερινοειδών μπορεί να παρατείνει το χρόνο επιβιώσεως απο λίγες εβδομάδες ως δυο χρόνια ή και περισσότερο σε πολλές περιπτώσεις.

Ολα αυτά τα φάρμακα είναι τοξικά και μπορούν να καταστείλουν σημαντικά την αιμοποίηση και να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες.

Η λεπτομερής δοσολογία ποικίλει από περίπτωση σε περίπτωση, και πρέπει να καθορίζεται κατόπιν επανειλημμένων αιματολογικών εξετάσεων.

Η μερικαπτοπουρίνη και η μεθοπτερίνη είναι παραδείγματα αντιμεταβολιτών που στερούν τα γρήγορα διαιρούμενα κύτταρα απο ουσιώδεις παράγοντες.

Τα αλκαλοειδές βινηριστίνη και η κυκλοφωσφαμίδη, η οποία

ανήκει στην ομάδα των αλκυλικών παραγόντων, είναι παραδείγματα φαρμάκων που αναστέλλουν την μύτωση των κυττάρων. Τα φάρμακα αυτά είναι περισσότερο αποτελεσματικά στην οξεία λεμφική λευχαιμία παρά σ' άλλους τύπους, αλλά αναπτύσσεται ανθεκτικότητα προς αυτά και η νόσος υποτροπιάζει.

Η Πρενδιζόνη βοηθά σ' όλες τις περιπτώσεις της οξείας λευχαιμίας, καθώς δρα στα τριχοειδή και μειώνει την αιμορραγική διάθεση που οφείλεται στη θρομβοπενία. Επίσης η λεμφολυτική δράση είναι αξιόλογη στη λεμφική λευχαιμία, όπου αποτελεί, το φάρμακο εκλογής, αφ' ενός για την πρόκληση της αρχικής ύφεσης και αφ' ετέρου για την μετέπειτα χρήση κατά την έξαρση, όταν γίνεται η αλλαγή του αφ' ενός χημιοθεραπευτικού φαρμάκου σ' άλλο.

Οι μεταγγίσεις αίματος και τα αντιβιοτικά που δίνονται από το στόμα αποτελούν σημαντικά υποβοηθητικά μέτρα για την αντιμετώπιση της γρήγορης εξελισσόμενης αναιμίας, των αιμορραγιών, και της λοιμώξεως η οποία συχνά συνοδεύει την ακοκκιοκυτταραιμία.

Στους ενήλικες λίγες περιπτώσεις οξείας λευχαιμίας ανταποκρίνονται στην θεραπεία, με παροδική ύφεση, ενώ η μυελοβλαστική και η μονοκυτταρική λευχαιμία δεν απαιτούν καθόλου στη θεραπεία, ανεξάρτητα από ηλικία.

Ένας γενικός τρόπος θεραπείας της οξείας λευχαιμίας στα παιδιά έχει ως εξής:

Μετά την μετάγγιση αίματος, εάν αυτή είναι αναγκαία, χορηγείται πρενδιζόνη σε δόση 40-60 mg ημερησίως, και εβδομαδιαίες ενδοφλέβιες ενέσεις βινκριστίνης σε δόση 0,05 mg ανά kg βάρους σώματος.

Όταν η εικόνα του αίματος έχει επανέλθει στο φυσιολογικό (συνήθως εντός 3-4 εβδομάδων περίπου) αρχίζει θε-

ραπεία με METHOTREXATE για τη διατήρηση της ύφεσης, χορηγείται σε δόση 0,5mg ανα kg βάρους σώματος σε ενδομυϊκές ενέσεις 2 φορές την εβδομάδα.

Η δόση της πρεδνιζόλης βαθμιαία ελαττώνεται κατά τις επόμενες 4-6 εβδομάδες και επαναχορηγείται με βινκριστίνη.

Όταν εμφανιστεί αιματολογική υποτροπή η θεραπεία με METHOTREXATE διακόπτεται.

Μετά την επίτευξη της δεύτερης ύφεσης και για την διατήρηση αυτής χορηγείται μερκαπτοπουρίνη απο το στόμα σε δόση 2,5 ανά kg βάρους σώματος ημερησίως και τα χορηγούμενα φάρμακα για την πρόκληση της ύφεσης διακόπτονται μέχρι καταστεί αναγκαία κατά την επόμενη έξαρση της νόσου.

Εάν επιτευχθεί τρίτη ύφεση, αυτή είναι δυνατόν να διατηρηθεί με κυκλοφωσφamide που χορηγείται σε δόση 2mg ανα kg βάρους σώματος.

Κατά την περίοδο αυτή οι πιθανότητες για παραπάνω βελτίωση είναι ελάχιστες.

Οι τοξικές αντιδράσεις των φαρμάκων είναι δυνατόν να απαιτήσουν τροποποίηση της θεραπείας οποιαδήποτε στιγμή και η προβολή των μηνίγγων χρειάζεται θεραπεία με ενδοραχιαίες ενέσεις METHOTREXATE.

Διάφοροι μέθοδοι θεραπείας έχουν ανακοινωθεί κατά τις οποίες εφαρμόζεται έντονη χημειοθεραπεία σε συνδιασμό με διάφορα κυτταροτοξικά φάρμακα σε μια προσπάθεια για εκρίζωση της λευχαιμικής επεξεργασίας.

Αυτή η θεραπευτική αγωγή συνοδεύεται απο μεγάλου βαθμού αναστολές του μυελού και απαιτεί ειδικά μέτρα με νοσηλεία κάτω απο άσχημες συνθήκες.

Πρόγνωση.

Η κατάσταση είναι θανατηφόρα συνήθως μέσα σε λίγες εβδο-

μάδες εκτός και αν η πορεία της νόσου τροποποιηθεί με την χημειοθεραπεία.

Ο θάνατος επέρχεται απο την αναιμία απο δευτεροπαθής λοίμωξη ή αιμορραγία.

Παροδικές υφέσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν στην μονοκυτταρική λευχαιμία.

Χ Ρ Ο Ν Ι Ε Σ

Λ Ε Υ Χ Α Ι Μ Ι Ε Σ

Χ Ρ Ο Ν Ι Α Μ Υ Ε Λ Ο Γ Ε Ν Η Σ Λ Ε Υ Χ Α Ι Μ Ι Α .

Είναι νόσος ενηλίκων κυρίως 30-60 ετών, άν και κατά τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα της νόσου παραμένει υψηλή και μετά το 60ον έτος.

Είναι σπάνια κάτω των 20 ετών και σπανιώτατη κάτω των 15. Είναι ελαφρά συχνότερη στους άνδρες .
Αντιπροσωπεύει τα 15-20ο/οι όλων των λευχαιμιών των ενηλίκων
Α συχνότητα της υπολογίζεται σε 1.5/100000 άτομα ανά έτος.

Π α θ ο λ ο γ ο α ν α τ ο μ ί α .

Ο μυελός επεκτείνεται σ' όλα τα επιμήκη οστά, έχει χρώμα φαιόν, είναι ημικτώδης, και αποτελείται κυρίως απο μεγαλοκύτταρα και νεαρά πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα.

Λευχαιμικές διηθήσεις βρίσκονται στο ήπαρ, στο σπλήνα, στους λεμφαδένες και στα περισσότερα όργανα του σώματος.

Κ λ ι ν ι κ ά σ υ μ π τ ώ μ α τ α .

Η έναρξη της αρρώστιας είναι βραδυτάτη.
Είναι βέβαιο ότι για την εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων προηγείται κάποιο μακρό στάδιο - μπορεί και χρόνια - κατά τον οποίο η νόσος είναι ασύμπτωτος.

Έχει παρατηρηθεί σε μερικές περιπτώσεις ότι η νόσος όπου έχει γίνει αντιληπτή τυχαία κατά τα αρχικά στάδια, ακολουθή-σε μεγάλο διάστημα χωρίς κλινικές εκδηλώσεις.

Αναφέρονται περιπτώσεις κατά τις οποίες έγινε τυχαία εξέταση στο αίμα σε υγιή άτομα, έδειξε λευκοκυττάρωση ή, οποία προοδευτικά φτάνει στα λευχαιμικά ύψη.

Το ενδιαφέρον για αυτές τις περιπτώσεις είναι το ότι από

τη διάγνωση της λευκοκυττάρωσης μέχρι την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων, το διάστημα που μεσολαβεί υπερβαίνει τα 2-3 χρόνια.

Τα πιο συχνά ενοχλήματα που φέρνουν τον ασθενή στο γιατρό είναι κόπωση, αδυναμία, δύσπνοια και ωχρότητα.

Ανορεξία και απώλεια βάρους είναι συνηθισμένες.

Σπάνια ο ασθενής πηγαίνει στο γιατρό για βάρος στην περιοχή της κοιλιάς λόγω της διόγκωσης του ήπατος.

Αυτό είναι συχνότερο σύμπτωμα στις γυναίκες.

Αντικειμενικά είναι δυνατόν να υπάρχει ωχρότητα.

Σπληνομεγαλία αποκαλύπτεται 90ο/ο των περιπτώσεων.

Διόγκωσις λεμφαδένων δεν υπάρχει .

Η ύπαρξη διογκωμένων αδένων σημαίνει την ύπαρξη οξείας φάσης.

Σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου είναι:

α) συμπτώματα που θυμίζουν υπερθυροειδισμό, όπως νυχτερινοί ιδρώτες, αντοχή προς το ψύχος, αυξημένη όρεξη, απώλεια βάρους.

Αυτά οφείλονται στον υπερμεταβολισμό από την αυξημένη μάζα του λευχαιμικού ιστού, υποχωρούν όμως με την ύφεση της αρρώστιας με την θεραπεία.

β) εκδηλώσεις ουρικής αρθρίτιδος ή κώλικός νεφρού από ουρολίθους.

γ) εκδηλώσεις σπληνικού εμφράκτου που προκαλεί έντονο πόνο.

Πρέπει να τονιστεί ότι κατά το χρόνο παρουσιάσεως της νόσου πολλοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και η κυριωτέρα αιτία ανακαλύψεως της νόσου είναι τυχαία εξέταση αίματος.

Αίμα: Κατά τα αρχικά στάδια δεν έχουμε αναιμία.

Συγκεκριμένα όταν η διάγνωση είναι τυχαία, οι τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης είναι φυσιολογικές.

Όταν ο άρρωστος πηγαίνει στο γιατρό εξαιτίας των ενοχλημάτων υπάρχει κατά κανόνα αναιμία.

Μολονότι η συνάρτηση δεν είναι απόλυτη, ο βαθμός της αναιμίας συμβαδίζει με την βαρύτητα της νόσου.

Τα αίτια της αναιμίας στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία είναι ποικίλα.

Βασική αιτία είναι η κατάληψη του μυελού των οστών από μυελικό ιστό.

Άλλοι παράγοντες είναι :

- α) χρόνια αιμοραγία που οφείλεται στην θρομβοπενία
- β) Υποπλασία ή απλασία του μυελού από την χορήγηση κυτταροτοξικού φαρμάκου ή ακτινοθεραπείας.

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι αυξημένος σε 50.000 - 500.000 ανά κ.χ. ή και περισσότερο και αποτελείται από νεαρά άτομα πολυμορφοπυρήνα και μυελοκύτταρα.

Κατά το τελικό στάδιο της νόσου η εμφάνιση αυξημένου αριθμού μυελοβλαστών αποτελεί την ύπαρξη οξείας φάσεως.

Ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι αυξημένος κατά την αρχή της νόσου, αλλά βαθμιαία αναπτύσσεται θρομβοπενία.

Άλλα ευρήματα είναι :

- α) Η αλκαλική φωσφατάση των κόκκιοκυττάρων είναι ελαττωμένη στην χρόνια μυελογενή λευχαιμία,
- β) ο σίδηρος του ορού είναι λίγο ελαττωμένος
- γ) η βιταμίνη B12 του ορού, είναι αυξημένη σε πολλές περιπτώσεις.
- δ) Το μυελόγραμμα . Τα ευρήματα του μυελού, είναι τα εξής :
 - 1) Ο μυελός είναι κυτταροβριθέστατος
 - 2) Η ερυθρά σειρά έχει υποστεί μεγάλη ελάττωση ή σχεδόν έχει τελείως εξαφανιστεί.

3) Στα κύτταρα της λευκής σειράς παρατηρείται σημαντική εκτροπή προς τα αριστερά, σε σύγκριση με το φυσιολογικό μυελό.

Δ ι ά γ ν ω σ η .

Αυτή γίνεται απο την χαρακτηριστική εικόνα του αίματος.

Η διάγνωση της σπάνιας υπολευχαιμικής ή αλευχαιμικής μορφής είναι δύσκολη.

Η παρακέντηση του μυελού είναι απαραίτητη, για τον αποκλεισμό καταστάσεων οι οποίες επίσης προκαλούν λευκοερυθροβλαστική εικόνα αίματος.

Τα πολυμορφοπύρρηνα της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας έχουν έλλειψη της αλκαλικής φωσφατοίσης, βάση της οποίας και γίνεται η διαφορική διάγνωση από τα λευκοκύτταρα που βρίσκουμε στις λευχαιμοειδείς αντιδράσεις.

Σε μεγάλη αναλογία περιπτώσεων βρίσκουμε στα μυελοκύτταρα του μυελού και του αίματος χαρακτηριστική ανωμαλία του χρωματοσώματος 21 που καλείται χρωματόσωμα " Φιλαδέλφεια ".

Θ ε ρ α π ε ί α .

Η ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές μέθοδοι ανακουφιστικής θεραπείας για την επαναφορά των περισσότερων ασθενών σε ασυμπτωματικό στάδιο.

Η ακτινοθεραπεία στο σπλήνα ελαττώνει το μέγεθος του και τον αριθμό των λευκών και συγχρόνως βελτιώνει την αναιμία και γενικά την υγεία.

Η δόσις ρυθμίζεται με συχνές εξετάσεις αίματος και η θεραπεία διακόπτεται οσότου ο αριθμός των λευκοκυττάρων ελαττωθεί σε 20.000 περίπου ανα κ.χ. ή ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειωθεί σημαντικά.

Ακτινοβολία χορηγείται πάλι όταν η νόσος υποτροπιάσει, συνήθως μετά απο 9 μήνες περίπου.

Μεταγγίσεις αίματος είναι αναγκαίες όταν η αναιμία είναι μεγάλου βαθμού και σε μερικές περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ένδειξη αιμολύσεως τα κορτικοστεροειδή είναι δυνατόν να αποδειχθούν ωφέλιμα.

Κατά την χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται ο αλκυλιούχος παράγοντας ~~BUSULFAN~~. Χορηγείται από το στόμα σε δόσεις 4 mg ημερησία και προκαλεί παροδική αλλά ικανοποιητική κλινική και αιματολογική ύφεση σε μεγάλη αναλογία περιπτώσεων.

Η συνεχόμενη δόση συντηρήσεως 2 mg ημερησίως συνεχίζεται και ρυθμίζεται σύμφωνα με τα αποτελέσματά των συχνών εξετάσεων αίματος και της γενικής καταστάσεως του αρρώστου.

Πρέπει να τονιστεί ότι όλα αυτά τα φάρμακα είναι ικανά να προκαλέσουν έντονη αναστολή της αιμοποίησης και η χορήγηση τους απαιτεί προσεκτική αιματολογική παρακολούθηση.

Η τόσο γρήγορη καταστροφή των παθολογικών λευκοκυττάρων μπορεί να προκαλέσει αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος και ακόμη ουρική νεφροπάθεια.

Π ρ ό γ ν ω σ η.

Η νόσος έχει χρόνια πορεία με προσευτική αύξηση των γενικών συμπτωμάτων της αναιμίας.

Ανεξάρτητα του τύπου της χορηγούμενης θεραπείας η μέση διάρκεια της ζωής από την διάγνωση κυμαίνεται μεταξύ 2 και 3 ετών αν και μερικοί ασθενείς ζούν περισσότερο.

Το τελικό οξύ στάδιο της νόσου παρουσιάζεται από την εμφάνιση αυξημένου αριθμού μυελοβλαστών σε αναλογία 10-150/ο ή και περισσότερο από την σημαντική αναιμία και των αιμορραγιών.

ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες ή στις γυναίκες και σε ηλικία μεταξύ 45-75 ετών.

Παθολογοανατομία.

Οι λεμφαδένες είναι λίγο διογκωμένοι όπως και οποίο δήποτε μέρος του σώματος που βρίσκεται λεμφικός ιστός, η δε φυσιολογική υφή αυτών έχει αντικατασταθεί από μάζα λεμφοκυττάρων.

Μέτριοι διογκώνονται ο σπλήνας και το ήπαρ και διηθούνται από τα λεμφοκύτταρα τα οποία τελικά αντικαθιστούν τον ερυθροποιητικό και μυελικό ιστό.

Κλινικά χαρακτηριστικά.

Η έναρξη της νόσου είναι ύπουλη σε αντίθεση με τη χρόνια μυελογεγή λευχαιμία, η ανάπτυξη της αναιμίας έπέρχεται με βραδύτερο ρυθμό, χαρακτηριστικό σημείο είναι η διογκωση των λεμφαδένων της τραχηλικής, μασχαλιαίας και βουβωνικών χωρών.

Οι αδένες είναι ανώδυνοι. Ο σπλήνας είναι ψηλαφητός αλλά συνήθως μικρότερος από τη χρόνια μυελογεγή λευχαιμία.

Το ήπαρ είναι επίσης δυνατό να είναι διογκωμένο.

Οι αιμορραγικές εκδηλώσεις είναι λιγότερες από τη χρόνια μυελογεγή λευχαιμία.

Παρ' όλα αυτά όμως υπάρχει αυξημένη προδιάθεση για επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις η οποία οφείλεται πιθανώς στην διαταραχή των ανοσοποιητικών μηχανισμών.

Η εξέταση του περιφερικού αίματος συνήθως δείχνει μικρού βαθμού αναιμία, η οποία επιτείνεται.

Επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αιμολυτικού τύπου αναιμία. Ο αριθμός των λευκών είναι αυξημένος μέχρι 500.000 ανά κ.χ.

Από αυτά τα κύτταρα το 95% περίπου είναι λεμφοκύτταρα.

Λεμφοβλάστες δεν ανευρίσκονται μόνο στο τελικό στάδιο της αρρώσ-

τίας.

Τα αιμοπετάλια είναι συνήθως ελαττωμένα και είναι δυνατόν να παρατηρηθεί πτώση αυτών κάτω από 100.000 ανά κ.χ.

Σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει αναιμία, απώλεια βάρους, πυρετός, νυχτερινοί ιδρώτες, ωχρότητα, δύσπνοια.

Επίσης συχνός είναι ο έρπης ζωστήρας.

Δ ι ά γ ν ω σ η .

Όταν ο αριθμός των λευκών είναι πολύ μεγάλος η διάγνωση είναι εύκολη από την εξέταση των επιστρώσεων του αίματος. Όταν ο αριθμός των λευκών είναι μικρότερος των 30.000 ανά κ.χ η εξέταση του μυελού είναι ουσιώδης.

Η χρόνια λεμφική λευχαιμία πρέπει να διαχωριστεί από την 1) λευκοκοκκίωμα και τους άλλους τύπους δικτυώσεως στα οποία η είκονα του αίματος δεν είναι χαρακτηριστική και τάσποια συνήθως παρατηρούνται σε ανώτερη ηλικία,

2) την λοιμώδη μονοκυρήνωση η οποία έχει οξεία εμπύρετο έναρξη -διογκωμένους, μαλακούς και ευαίσθητους λεμφαδένες, αυξημένα μονοκύτταρα και άστυα λεμφοκύτταρα, συχνά θετική στη δοκιμασία PAUL-BUNNELL και 3) φυματιώδη τραχηλική λεμφαδενίτιδα, η οποία εμφανίζεται σε νεαρά άτομα αλλά δεν συνοδεύεται συνήθως από διογκώσεις των λεμφαδένων άλλης περιοχής του σώματος ή του σπλήνα.

Θ ε ρ α π ε ί α .

Γενικά η ακτινοθεραπεία και η χημιοθεραπεία πρέπει να βάλλονται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, εφ' όσον η κλινική κατάσταση του ασθενή παραμένει ικανοποιητική. Αυτό παρατηρείται συνήθως στους ηλικιωμένους ασθενείς να παραμείνουν με χρόνια λεμφική λευχαιμία, οι οποίοι δυνατόν να παραμείνουν σε σχετικά καλή υγεία σε μεγάλο χρονικό διάστημα ή όταν δεν υπάρχει αναιμία για αρκετά χρόνια.

Όταν η θεραπεία θεωρηθεί απαραίτητη τότε μπορεί να εφαρμοστεί η ακτινοβολία του σπλήνα ή η χημιοθεραπεία.

Γενικά στη χρόνια λεμφογενή λευχαιμία τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι λιγότερο ικανοποιητικά παρά στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

Το πιο ικανοποιητικό μέχρι τώρα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι ο αλκυλιούχος παράγοντας CHLORAMUCIL.

Η δόση είναι 0,1 - 0,2 mg/kg βάρους σώματος ημερήσια, υπό μορφή δισκίων, επί 2-8 εβδομάδες, ανάλογα με την αιματολογική εικόνα.

Τα κορτικοστεροειδή είναι αξιόλογα για περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ένδειξη αιμολυτικής αναιμίας.

Π ρ ό γ ν ω σ η.

Η πορεία της νόσου είναι βραδύτερης εξελίξεως από της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, αλλά ο θάνατος επέρχεται συνήθως μετά από 5 χρόνια από την διάγνωση.

ΜΕΡΟΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με λευχαιμία αποσκοπούν στην :

- 1) Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας
- 2) Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της αρρώστιας και ανακούφιση του αρρώστου από τις εκδηλώσεις του.
- 3) Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, την ανακούφιση του, απ' αυτές και την έγκαιρη διάγνωση τους.
- 4) Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειας του να κατανοήσουν την φύση της αρρώστιας, να την αποδεχθούν και να προετοιμαστούν για την κατάληξη της αρρώστιας (θάνατο).

Στην συνέχεια αναπτύσσονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες, που η εφαρμογή τους θα συμβάλλει στην υλοποίηση των σκοπών.

I. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου.

α) Ο Πόνος που εμφανίζεται στους μαλακούς ιστούς από την διόγκωση των λεμφαδένων, στα οστά από λευχαιμικές διηθήσεις και στις εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας ανακουφίζεται με την κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, υποστήριξη των επώδυνων περιοχών, μείωση του βάρους των λευχειμάτων στην επώδυνη περιοχή, μείωση ερεθιστικών παραγόντων του περιβάλλοντος, όπως θόρυβος, έντονος φωτισμός κ. ά. χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, μείωση του άγχους και του φόβου που δημιουργεί ο πόνος, απασχόληση του αρρώστου με κάτι που κινητοποιεί το ενδιαφέρον του και παρουσία προσώπου της εμπιστοσύνης του. Για την ανακούφιση του πόνου από την στοματική κοιλότητα

αναφέρεται στην συνέχεια.

β) Ο πυρετός συχνό σύμπτωμα επιβαρύνει την γενική κατάσταση του αρρώστου.

Τα προβλήματα που είναι δυνατόν να παρουσιάσει ο άρρωστος με πυρετό και οι νοσηλευτικές ανάγκες που δημιουργούν τα προβλήματα, παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί *

<u>Άλλα Προβλήματα</u>	<u>Νοσηλευτικές ανάγκες</u>
1. Πυρετός	Μείωση του πυρετού. Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.
2. Φρίκια, ρίγος	Ανακούφιση του αρρώστου από τα φρίκια και το ρίγος.
3. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών	Διατήρηση ισοζυγίου υγρών. Πρόληψη κρυολογήματος.
4. Εφιδρώσεις	Διατήρηση ισοζυγίου υγρών. Διατήρηση αρρώστου στεγνού και καθαρού.
5. Γενικευμένα μυϊκά άλγη	Ανακούφιση από τα μυϊκά άλγη
6. Καταβολή δυνάμεων	Σωματική τόνωση
7. Άνορεξία	Αύξηση της διαθέσεως για φαγητό
8. Νευρικές αντιδράσεις	Μείωση ανακούφιση του αρρώστου από τις νευρικές αντιδράσεις δηλ.

α) Κεφαλαλγία	Ανακούφισή του απο την κεφαλαλγία
β) Φωτοφοβία	Μείωση των παραγόντων που αυξάνουν την φωτοφοβία.
γ) Ανησυχία	Αξιολογήση σταδίου εξελίξεως του πυρετού
δ) Παραλήρημα	Μείωση του παραληρήματος
ε) Σπασμοί	Προστασία του αρρώστου απο αυτοβλάβη
στ) Απώλεια προσανατολισ- μου στο χώρο, χρόνο κ.ά.	Κατανόηση της αλλαγής της συμπεριφο- ράς του αρρώστου και βοήθεια του αρ- ρώστου
9) Δυσκοιλιότητα	Διατήρηση φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου
10) Πτώση πυρετού	Συνεχής αξιολόγηση και προσδιορισμός των αναγκών του αρρώστου.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες σε σχέση με την νοσηλευτική ανάγκη του αρρώστου με πυρετό περιγράφονται στην συνέχεια.

1) Η νοσηλεύτρια δροσίζει το σώμα με εξωτερικά μέσα, όπως ψυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με δροσερό νερό στο οποίο διαλύει αλάτι ή αραιώνει οινόπνευμα.

2) Όταν το δέρμα είναι κρύο κάνει εντριβές με οινόπνευμα για την τοπική ενίσχυση της κυκλοφορίας.

3) εφαρμόζει υποθερμικό στρώμα. Η θερμότητα αποβάλλεται με την αγωγιμότητα

4) Χορηγεί στον άρρωστο άφθονα και δροσερά υγρά για την μείωση της θερμοκρασίας του σώματος με την αύξηση της διουρήσεως.

5) Εφαρμόζει στον άρρωστο δροσερό λουτρό σε μπανιέρα
6) Προστατεύει τον άρρωστο απο κρυολόγημα με την αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού, την προφύλαξη του αρρώστου απο ρεύματα αέρα.

7) Χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα που καθόρισε ο γιατρός και παρακολουθεί την δράση τους

8) Μετρά και καταγράφει την θερμοκρασία του σώματος στα προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα (ζωρο - βωρο κ.α)

γ) Οι εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα που τις περισσότερες φορές είναι ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου, περιορίζουν πολύ την άνεση του αρρώστου, επιτείνουν την ανορεξία και προκαλούν δυσφαγία.

Γι' αυτό χρειάζεται φροντισμένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας σπασδήποτε μετά τα γεύματα και πλύσεις με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού.

Η καθαριότητα πρέπει να γίνεται με μαλακή οδοντόβουρτσα ή πορτ - κοτον με βαμβάκι (αποφυγή ουλορραγίας) για την απομάκρυνση των υπολειμάτων της τροφής και την πηγμάτωση του αίματος.

Τα χείλη επαλείφονται με γλυκερίνη για την αποφυγή ρωγμών.

Αποφεύγονται οι ερεθιστικές του βλενογόνου τροφές (ξυνές, σκληρές, καρυκεύματα,) χρησιμοποιούνται μαλακές τροφές

για την αποφυγή ερεθισμού του βλενογόννου. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας κρίνεται απαραίτητη και όταν τα ούλα αιμορραγούν. Για τον περιορισμό του πόνου κατά τα γεύματα, γίνεται αναισθησία του φάρυγγα με ξυλοκαΐνη· η χορήγηση υγρών επιτρέπεται μετά την επαναφορά των αντανακλαστικών.

δ) Η ανορεξία που παρατηρείται στον άρρωστο, ειτός απο τις εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα, ενισχύεται και απο την πίεση που ασκεί στο στομάχι το διογκωμένο ήπαρ και ο σπλήνας, τη χημιοθεραπεία ή και την ακτινοβολία.

Περιορίζεται όταν προσφέρεται στον άρρωστο ή τροφή της προτιμήσεως του σε ποικιλία, καλοσερβιρισμένη, σε περιβάλλον ευχάριστο, σε μικρά αλλά συχνά γεύματα και εφόσον έχουν ληφθεί τα μέτρα της πιο πάνω παραγράφου.

Η διαίτα του είναι πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες και υψηλής θερμιδικής αξίας για την κάλυψη αναγκών του οργανισμού.

Η ενυδάτωση και η διατροφή του ασθενούς γίνεται δύσκολη λόγω της βαριάς καταστάσεως των αιμορραγόντων ούλων και του ποματισμού της μύτης για την αντιμετώπιση της ρινορραγίας κ.α.

Γι' αυτό αν ο άρρωστος δεν τρέφεται ούτε ενυδατώνεται ικανοποιητικά απο το στόμα, χορηγείται τροφή και υγρά παρεντερικά.

Με την ενυδάτωση (3 - 4 λίτρων υγρών την μέρα) προλαμβάνεται νεφρική βλάβη (ανουρία), που προκαλείται από τον σχηματισμό κρυστάλλων ουρικού οξέως στα ουροφόρα σωληνάρια (το ουρικό οξύ είναι αυξημένο από την μεγάλη καταστροφή λευχαιμικών κυττάρων από τα φάρμακα).

ε) Η αναιμία συνοδεύει όλες σχεδόν τις μορφές λευχαιμίας.

Τα πιο συνηθισμένα νοσηλευτικά προβλήματα του αρρώστου με αναιμία είναι :

1) Περιορισμός της ανέσεως του αρρώστου από την παρουσία συμπτωμάτων: εύκολη κόπωση, καταβολή δυνάμεων, αδυναμία, δύσπνοια, στοματίτιδα, γλωσσίτιδα, δυσφαγία.

α) Διατήρηση ενεργειακού ισοζυγίου για τον περιορισμό της υποξείας των ιστών που οδηγεί σε εύκολη κόπωση, καταβολή δυνάμεων, αδυναμία και δύσπνοια.

Ειδικότερα αποφεύγεται η κόπωση με ανεξάρτητες νοσηλευτικές δραστηριότητες, όπως κάλυψη φυσικών αναγκών του αρρώστου, αναπαυτική θέση στο κρεβάτι, αποφυγή συγκινησίων κ. ά.

Όταν δεν είναι δυνατόν να διατηρηθεί ενεργειακό ισοζύγιο ανακουφίζεται ο άρρωστος από την δύσπνοια με την χορήγηση οξυγόνου.

β) Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας.

2) Βοήθεια του αρρώστου να συνεργαστεί με την ομάδα υγείας για την αποδοχή των μέσων αντιμετώπισης της νόσου.

α) Κατανόηση της σκοπιμότητας των εργαστηριακών εξετάσεων και τον τρόπο που θα

βοηθήσει ο ίδιος την πραγματοποίησή τους.

Σ' αυτό βοηθάει η κατάλληλη ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με την εξέταση και η εξασφάλιση δυνατής άνεσης κατά την διάρκεια των εξετάσεων και μετά από αυτές.

στ) Η εξασφάλιση καλού ύπνου, κυρίως κατά την νύχτα, ξεκουράζει τον αρρώστο, μειώνει την ένταση των πιο πάνω καταστάσεων και τον βοηθάει για την καλύτερη αντιμετώπιση.

Για το σκοπό αυτό χορηγούνται ηρεμιστικά φάρμακα (με οδηγία γιατρού)

α) Πρόληψη , εγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της νόσου και ανακούφιση του αρρώστου από τις εκδηλώσεις τους.

Στις επιπλοκές της νόσου αναφέρονται οι αιμορραγίες και οι λοιμώξεις.

Η αιμορραγία αποτελεί επιπλοκή που οφείλεται κυρίως στην μείωση των αιμοπεταλίων.

Γι' αυτό συνίσταται παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αιμορραγίας. Η λήψη των ζωτικών σημείων (σφυγμοί και ΑΠ) πρέπει να ελέγχονται συχνά.

Εφ' όσον ο λευχαιμικός αρρώστος βρίσκεται σε κίνδυνο αιμορραγίας συνίσταται κατά την εκτέλεση των ενέσεων να χρησιμοποιείται λεπτή βελόνα και να εφαρμόζεται στο σημείο της ενέσεως για μερικά λεπτά πίεση.

Ακόμα βοηθάται ο αρρώστος για την εύκολη εκκένωση του εντερικού σωλήνα, διότι κάθε έντονη προσπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγία.

Αποφεύγεται ή λήψις ξηρών τροφών καθώς και οι βίαιοι χειρισμοί κατά την φροντίδα του στόματος.

Η καθαριότητα της μύτης γίνεται με ήπιες κινήσεις. Η πρόληψη της ουλορραγίας αναφέρεται πιο πάνω.

Η επιλογή του κατάλληλου (σε κατασκευή και χρήση) παιχνιδιού για το λευχαιμικό παιδί αποτελεί βασικό μέτρο προφύλαξης αυτού απο την αιμορραγία.

Στην παρακολούθηση του αρρώστου συμπεριλαμβάνεται και η παρατήρηση των κοπράνων και των ούρων για τυχόν αιμορραγία, τόνον του ουροποιητικού όσον και του πεπτικού συστήματος.

Η προφύλαξις του αρρώστου απο τις λοιμώξεις αποτελεί μεγάλης σπουδαιότητας ευθύνη της αδελφής, γιατι η λοιμώξη και η σηψαιμία αποτελούν τις σοβαρότερες επιπλοκές του αρρώστου, οι οποίες επιδινώνουν την κατάσταση και επιταχύνουν το τέλος.

Η προφύλαξη απο τις λοιμώξεις επιτυγχάνεται με την λήψη των παρακάτω μέτρων.

α) Με την διατήρηση του δωματίου και του περιβάλλοντος του αρρώστου καθαρή.

β) Με την εφαρμογή ασηπτου τεχνικής κατά την εκτέλεση ασήπτων νοσηλείων.

γ) Δια της χρησιμοποιήσεως καθαρών αντικειμένων, χεριών κ.λ.π. για την εκτέλεση κάθε νοσηλείας ή οτιδήποτε άλλο.

δ) Οι επισκέπτες αλλά και το προσωπικό, που νοσηλεύει τον άρρωστο δεν θα πρέπει να είναι φορείς παθογόνων μικροβίων.

ε) Με την τοποθέτηση του αρρώστου σε μονόκλινο δωμάτιο

στ) Για την έγκαιρη διαπίστωση της λοιμώξεως παρακολουθείται τη θερμοκρασία του σώματος, επισκοπούνται και ψηλαφούνται περιοχές ευπαθείς στις λοιμώξεις και προσέχουμε στην φύση ορισμένων απεικρισμάτων.

ζ) Αν υπάρχει μεγάλη ανάγκη τοποθετήσεως καθετήρα ουροδόχου κύστεως είναι προτιμότερος ο καθετήρας τριπλού αυλού (κλειστό σύστημα) για να γίνεται πλύση ουροδόχου κύστεως με αντισηπτικό διάλυμα.

η) Ο άρρωστος με φλεβοκαθετήρα παρακολουθείται για την εμφάνιση φλεβίτιδας, γίνεται δε η αλλαγή του κάθε 2 έως 3 ημέρες.

3). Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθυμητες ενέργειες της θεραπείας, την ανακούφιση του απ' αυτές και την έγκαιρη διάγνωση τους.

α) Για πολλά απ' τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορεί ο άρρωστος να παραπονεθεί για αίσθημα καύσου στην εκταση του γαστρεντερικού σωλήνα τόσο κατά την διάρκεια της εγχύσεως όσον και αμέσως μετά από αυτή.

β) Εκτιμούνται οι δυνατότητες του αρρώστου να συμμετέχει σε δραστηριότητες και ενισχύεται σ' αυτές.

γ) Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να εκφράσει τα συναισθήματα του για την θεραπεία και ενισχύεται η πίστη του στην αποτελεσματικότητα της.

δ) Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας για

τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή τοξικές εκδηλώσεις της θεραπείας και βοηθείται κατάλληλα στην αντιμετώπιση τους.

4. Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειας του να αποδεχθούν την αρρώστια, να αποδεχθούν και να προετοιμαστούν για τον επερχόμενο θάνατο.

1) Η νοσηλεύτρια αναπτύσει καλή επικοινωνία με τον αρρωστο και τα μέλη της οικογενειάς του και προσπαθεί να τους δώσει απαραίτητες πληροφορίες για την φύση της αρρώστιας. Όταν προκειται για χρόνια μορφή της νόσου αναγνωρίζει και κατανοεί τα ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα, που συνήθως δημιουργεί στον άρρωστο και την οικογένειά του και συμβάλλει στην αντιμετώπιση τους.

2) Ο άρρωστος, έστω και αν πάσχει από χρόνιο και αθεράπευτο νόσημα με άμεσο τον επικείμενο θάνατο, διατηρεί τα ανθρώπινα δικαιώματα του, δηλ. την αξία του σαν άτομο. Αυτό δε, γίνεται ιδιαίτερα σεβαστό από τα μέλη της ομάδας υγείας.

3) Η αρνηση της πραγματικότητας αποτελεί μηχανισμό άμυνας που χρησιμοποιεί ο άρρωστος ή η οικογένεια του για να αντιδράσουν στο άγχος που δημιουργεί η φύση της αρρώστιας και η πραγματικότητα του θανάτου που έρχεται.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να διακρίνει αν η αρνηση της πραγματικότητας είναι παροδική ή αποτελεί τέλεια αποκοπή από την πραγματικότητα.

Η θετική επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τον άρρωστο ή τους συγγενείς βοηθάει στην αποδοχή της αρρώστιας ή και του θανάτου που πλησιάζει. Ακόμη ο άρρωστος και η οικογένεια του βοηθούνται να βρουν το νόημα που υπάρχει στο γεγονός ότι υποφέρει με υπομονή

4) Βοηθούνται μέλη της οικογένειας του αρρώστου να κατα-

νοήσουν πως ο άρρωστος έχει ανάγκη να εκδηλώσει τα αισθήματα που δοκιμάζει απο την φύση της αρρώστιας και απο την αναμονή του θανάτου.

Ο άρρωστος απο λευχαιμία την τελευταία φάση της ζωής του την περνάει συνήθως στο νοσοκομείο, σπάνια στο σπίτι του, όταν όμως η οικογένεια του επιθυμεί αυτό, οι συνθήκες το επιτρέπουν και η παραμονή δεν δημιουργεί ιδιαίτερους κινδύνους για τον ασθενή.

Η αποκλειστική αδελφή ή η επισκέπτρια αδελφή βοηθά για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή στο σπίτι του.

Ανεξάρτητα αν ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του, η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να κάνουν υπομονή τόσο στον φυσικό όσο και στον συναισθηματικό πόνο που επέρχεται απο τον θάνατο του συγγενή τους.

Ο ιερέυς του ιδρύματος ή της ενορίας ανακουφίζουν τον άρρωστο και την οικογένεια του.

Ακόμη ο ιερέυς και η αδελφή από κοινού βοηθούν τον ασθενή για την καλύτερη αντιμετώπιση του πιο σημαντικού γεγονότος της ζωής του ανθρώπου, τον θάνατο.

Ο θάνατος των νέων κυρίως ατόμων δημιουργεί αβάστακτο πόνο στην οικογένεια.

Η αδελφή ή οποία και αυτή ζει τον πόνο της οικογένειας πρέπει να ελέγχει τα συναισθήματα της για να μπορέσει να ανακουφίσει τους λυπημένους.

Σήμερα με την εφαρμογή δραστικών μέτρων για την αντιμετώπιση της νόσου φαρμάκων, ο άρρωστος με οξεία λευχαιμία, όχι σπάνια, ανακουφίζεται απο τα εντονα συμπτώματα και για μήνες ή και για χρόνια αισθάνεται καλά.

Ο ασθενής που βρίσκεται σ' αυτή την κατάσταση, ενθαρρύνεται να συνεχίσει τις δραστηριότητες του (στο σχολείο, στο σπίτι, στην εργασία κ.λ.π.) στην ζωή.

Παρ' όλα αυτά όμως πρέπει να γνωρίζει ότι η αρρώστια έχει ελεχθεί προσωρινά χωρίς να έχει θεραπευτεί.

Ο ασθενής διδάσκεται:

1) Προφυλάσσεται από διάφορες πηγές μόλυνσεως και κρυολογήματος

2) Καταφεύγει σε οποιοδήποτε ενόχλημα, στο γιατρό.

3) Υποβάλλεται σε συστηματική ιατρική (κλινική, εργαστηριακή παρακολούθηση).

Αυτό μπορεί να γίνει και εκτός νοσοκομείου, σε ειδικό αιματολόγο γιατρό.

Α κ τ ι ν ο θ ε ρ α π ε ί α

Η ακτινογραφία των κακοήθων νεοπλασιών εφαρμόζεται από 5ετίας με συνεχή διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής της.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να εφαρμοστεί σε κάποια επιφάνεια, να χορηγηθεί με μορφή διαλύματος ραδιοϊσοτόπου ή και να εμφυτευθεί μέσα σε ιστό ή όργανο.

Το αποτέλεσμα της ακτινοβολίας οφείλεται στην ευαισθησία την οποία παρουσιάζουν τα νεοπλασματικά κύτταρα έναντι της ακτινοβολίας. Οι ειδικοί λαμβάνοντας υπόψη την υφή του κακοήθους όγκου καθορίζουν το είδος, την ποσότητα και την διάρκεια της ακτινοβολίας.

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των εφαρμοζομένων τεχνικών δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Οι βλάβες αυτές εμφανίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή ακτινοβολίας στο άτομο που αμεσα έχει εκτεθεί σε ακτινοβολία.

2) Βλάβη των γεννητικών αδένων και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους.

Οι βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή της ακτινοβολίας στο άτομο είναι: η ανασταλτική, ή νευρωτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα:

α. Μείωση των αιμοπεταλίων και ερυθρών αιμοσφαιρίων και έτσι θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση και αναιμία και

β. Ανοκκιοκυττάρωση και ευπάθεια σε μικροβιακές λοι-

μώξεις.

Ακόμη εμφανίζονται τοπικές βλάβες που εκδηλώνονται με ερυθρότητα του δέρματος γύρω από την νεοπλασία που μπορεί να φτάσει μέχρι νέκρωση.

Η ακτινοβολία επίσης μπορεί, να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως :

α. γενική καταβολή δυνάμεων

β. ναυτία, εμετούς

γ. ανορεξία

δ. απώλεια βάρους

ε. πυρετό

Με την εμφάνιση αυτών των αντιδράσεων η καλή νοσηλευτική συνίσταται :

1. Στην χορήγηση ηρεμιστικών και φαρμάκων για την αναστολή της ναυτίας.

2. Στην μέριμνα υδάτωσης και επαρκούς σίτισης του ασθενούς. Χορηγούνται εκχυλίσματα ήπατος και βιταμίνης Β και Γ.

Χρήση ραδιοϊσοτόπων

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην ιατρική για διαγνωστικό και θεραπευτικό σκοπό, χορηγούμενα ενδοφλέβια, από το στόμα και τοποθετούνται μέσα σε κοιλότητες.

I. Διαγνωστικός σκοπός

Για διαγνωστικό σκοπό τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούνται

είναι :

α. Σίδηρος

ε. Φώσφορος

β. Χρώμιο

στ. Βρώμιο

γ. Κοβάλτιο

ζ. Υδράργυρος

δ. Χρυσός

η. Ιώδιο

Η για διαγνωστικό σκοπό χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσοτόπων είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτις δόση.

2. Θεραπευτικός σκοπός

Η χορήγηση θεραπευτικής δόσης ραδιοϊσοτόπων είναι επικίνδυνη για το περιβάλλον.

Ο ασθενής που έλαβε αυτό σε μορφή διαλύματος και όχι σε στερεή μορφή, έχει ραδιενεργό αιμα, ουρα, κόπρανα, σίελο και άλλα εκκρίματα για ορισμένο διάστημα.

Ο ασθενής που έλαβε ραδιενεργό ουσία, αποτελεί ισχυρή πηγή ακτινοβολίας και μόλυνσης και πρέπει να μένει σε ιδιαίτερο δωμάτιο μόνος του.

Το Νοσηλευτικό ίδρυμα στα οποία χρησιμοποιούνται ραδιενεργές ουσίες για διαγνωστικό ή θεραπευτικό σκοπό, όσο χρόνο φροντίζει ασθενείς που εκπέμπουν ραδιενέργεια, απαιτείται να γνωρίζει πως θα προφυλάσσει το περιβάλλον και τον εαυτό του από την καταστρεπτική επίδραση της ραδιενέργειας.

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μία μοντέρνα μέθοδος θεραπείας

και αναφέρεται στην χρήση φαρμάκων και παρασκευασμάτων για την θεραπεία νόσου. Προέρχεται απο τον συνδυασμό δύο λέξεων, "χημικός" και "θεραπεία".

Η χημειοθεραπεία δίνεται:

1. απο το στόμα
2. ενδομυϊκά π.χ. BLEO
3. ενδοφλέβια
4. υποδόρια π.χ. BLEOMYCIN, ARACYTIN
5. ενδαρτηριακά
6. με έγχυση στις κοιλότητες (ενδοραχιαία, περιτοναϊκή, υπεζωκοτική, ενδαρθρική, και ενδοκυστική).

Πως δρα η χημειοθεραπεία.

Το χημειοθεραπευτικό παρασκεύασμα δρα στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίσει την ανάπτυξη του, τον πολλαπλασιασμό και τελικά να επιφέρει την καταστροφή του.

Το κάθε φάρμακο δρα με τον δικό του τρόπο π.χ. το PLATINOL δρα με άλλο τρόπο και το ENDOXAN με άλλο.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν και τα φυσιολογικά κύτταρα που γρήγορα διαιρούνται όπως και τα παθολογικά.

Τα φυσιολογικά κύτταρα όμως έχουν την τρομακτική ικανότητα να αναγεννιούνται.

Ποιός συμμετέχει στην χορήγηση της χημειοθεραπείας

Τα κυτταροστατικά φάρμακα συνήθως προετοιμάζονται και χορη-

γούνται στον άρρωστο απο ειδικά εκπαιδευμένο και πεπει-
ραμένο γιατρό και νοσηλεύτρια -η.

Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής λαμβάνει το φάρμακο
εξαρτάται απο το είδος του φαρμάκου και την περίπτωση του.

Ο γιατρός ορίζει το είδος του φαρμάκου και ελαττώνει ή
αυξάνει την δόση ανάλογα με την περίπτωση.

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία ;

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρ-
τώνται απο ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων :

1. Απο τον τύπο της νεοπλασίας

2. Απο τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει
θετικά στην θεραπεία

3. Απο το πως ο ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε παρε-
νέργεια

4. Απο τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή
ανεπάρκεια κ.λ.π.)

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος
αναπαύσεως.

Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπεί-
ας. Αυτοί οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει
απο ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας.

Που γίνεται η χημιοθεραπεία ;

Η Χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε εξωτερικούς

ασθενείς, αν και πολλές φορές είναι απαραίτητη μικρή ή μεγάλη περίοδος νοσηλείας σε Νοσοκομείο, για να παρακολουθηθεί η δράση θεραπείας στον οργανισμό του αρρώστου.

Αυτό όμως εξαρτάται απο το ιδιαίτερο πρόγραμμα της Χημειοθεραπείας, της οποίας οι δόσεις εξαρτώνται απο την επιφάνεια του σώματος (βάρος, ύψος) και απο τις μετρήσεις του αίματος (Λευκά, Ερυθρά, Λιμοπετάλια).

Επίσης εξαρτάται απο τον ίδιο τον άρρωστο (κατάσταση του), τις προτιμήσεις του γιατρού και τέλος την πολιτική του Νοσοκομείου.

ΠΩΣ ΚΑΙ ΠΟΣΑ ΚΥΤΤΑΡΟΦΩΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μία ή περισσότερες ημέρες και να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα φάρμακα.

Η θεραπεία με περισσότερα απο ένα φάρμακα αναφέρεται δε " ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ " , και τότε έχουμε τα λεγόμενα σχήματα.

Ο αριθμός των σχημάτων (κύκλων) για κάθε άρρωστο, εξαρτάται απο την τοξικότητα των φαρμάκων, π.χ. σε θεραπεία με PLATINOL, θα χρειασθούν 5-6 σχήματα, και απο την περίπτωση του αρρώστου π.χ. σε HODGKIN I2 σχήματα εφ' όσον η αρρώστια έχει μπει σε ύφεση.

Ογκολυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία αιματολογικών κακοηθειών και νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Φάρμακο	Τρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Ι) Δלקιλιογντες παράγοντες		Ολοο προκαλούν καταστολή του μυελού, ναυτία και εμετούς.	Ολοο οι αρρωστοο παρακολουθούνται για ναυτία, καεί εμετούς και ανακουφίζονται ανάλογα καθώς και για τα συμπτώματα καταστολής του μυελού και ανακουφίζονται ανάλογα.
Μουστίνη	Ενδοφλέβια	Ι) Νέκρωση των ιστών Εγκεφαλική βλάβη, σπασμοί, ιλίγγουο 2) Δίνεται με γρήγορη ενδοφλέβια εγχύση ορού.	Ι) Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε το φάρμακο να μην πάει υποφώρα 2) Ο άρρωστος παρακολουθείται για ιλίγγουο και σπασμούς. 3) Χορηγείται το φάρμακο αραιωμένο σε ορό
Κυκλοφωσμημίδα	Απο το στόμα ή ΕΦ	Ι) Μικρότερη θρομβοπενία απο τη μουστίνη, αλωπεκία.	Ι) Ενημερώνεται ο άρρωστος πως θα πέσουν τα μαλλιά του (αλωπεκία) και ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει προουκα. Υποσθνήριζεται ψυχολογικά. Διατηρείται το περιβάλλον καθαρό απο τις τρίχες που πέφτουν.

Ανεπιθύμητες ενέργειες
ειδικές προφυλάξεις

2) Αιμορραγική κυστίτιδα
διατήρηση μεγάλης διου-
ρήσεως

2) Παρακολουθείται για αι-
ματουρία και συμπτώμα-
τα κυστίτιδας (συχνοου-
ρία, τσούξιμο στην ού-
ρηση)
3) Χρησιμοποιούνται άφθονα υγ-
ρά για τον καθαρισμό
των ούρων (κυστίτιδα)
ή πρόληψη κυστίτιδας.

Βουσουλάφ-
νη
Απο το στόμα

Αμνηόρροια, στειρότητα,
μελαγχρωση του δέρματος,
πνευμονική και ηπατική
ίνωση, υποταση.

I) Ενημερώνεται η άρρωστη
για τις ανεπιθύμητες εν-
έργειες της θεραπειας
(αμνηόρροια, στείρωση)
και υποστηρίζεται ψυχο-
λογικά (σε νεο άτομο) να
τις αποδεχθεί. Σε παντε-
-μένη άρρωστη προετοιμά-
ζεται ο σύζυγος για τις
πιο πάνω επιπτώσεις της
θεραπειας και βοηθείται
να συμπαρασταθεί στη σύ-
ζυγο.

2) Ενημερώνεται και βοη-
θείται ή άρρωστη να απο-
δεχθεί τη μελαγχρωδη του
δέρματος. Παρακολουθείται
η Α.Π. του αίματος σε μη-
τασα χορηγούνται αφθονα
υγρα και φαρμακα για την
επανάφορα της στο φυσιολο-
γικό. Προστατεύεται ο άρ-
ρωστος απο λιποθυμίες λόγω
της υποτάσεως

• Μεγάλη και μη ανεπρέ-
ψιμη μυελική σπλαχνία.

Ιδιαίτερα παρακολουθείται ο άρρωστος για αιμορραγίες, φλεγμονές και λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ή αντιμετώπισης τους όταν εμφανιστούν.

Φάρμακο	Πρόπος χορήγησης Από το στόμα	Ανεπιθύμητες ενέργειες Εξιδρώσεις, Προφυλάξεις 1) Δερματίτιδα 2) Ηπατοτοξικό	Νοσηλευτικές δραστηριότητες 1) Παρακολουθείται ο άρρωστος για εμφάνιση δερματίτιδας και ανακουφίζεται απ' αυτή ανάλογα. 2) Παρακολουθείται ο άρρωστος για εκδήλωση συμπτωμάτων από την τοξική βλάβη στο ήπαρ
Χλωραμβουκίλη	Απο το στόμα		
Μελφάλη	Απο το στόμα		
2) Αντιμεταβολίτες.		Όλα προκαλούν καταστολή του μυελού	Όλοι οι άρρωστοι παρακολουθούνται για συμπτώματα κατάστολής του μυελού και ανακουφίζονται ανάλογα.
Μεθοτρεξάτη	Απο το στόμα Ενδοφλέβια Ενδοραχιαία	Εξελκώσεις στο στόμα (στοματίτιδα, φαρυγγίτιδα) και στο έντερο Διάρροια	Πλύσεις στοματικής κοιλότητας με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου ενώ αλλάξ με γλυκερίνη και λεμόνι. Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας με πορτοκατόν καλλυμένο με βαμβάκι. Πριν την χορήγηση τροφής γίνεται αναισθησία του φάρυγγα με ξυλοκαΐνη για περιορισμό δυσφαγίας. Χορήγηση τροφής και μη ερεθιστικής τροφής. Παρακολούθηση αριθμού και χαρακτηριστικών κενώσεων.

- Αποφυγή τροφών με κυτταρίνη
- Παρακολούθηση κενώσεων για παρουσία αίματός, λείψης συνθέσεως, οσμής και υδαρότητας

Ενίσχυση της αναπαύσης και εμπλουτισμός διαιτολογίου με υδατάνθρακες, πρόληψη δυσπεψίας.

- Προσφορά τροφή της προτιμήσεως του
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν το φαγητό.
- Περιορισμός υγρών
- Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό
- Παρατήρηση χαρακτηριστικών των εμεσμάτων.

- Περιορισμός κνησμού με πλύσεις δέρματος και επίπασση με τάλκ
- Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης.

• Ηπατική Βλάβη

- Ανορεξία, ναυτία, εμετός

• Απο το στόμα

νη

• Ικτερος

- Προσεκτική χρήση στη νεφρική ανεπάρκεια.

Μεγαλοβλαστικές αλλοιώσεις

Διαταραχές ηπατική βλάβη δερματίτιδα.

Ενδοφλέβια

Υποδόρια

Ενδοραχιαία

Κυτταροβίνη

- Προσοχή στο διαιτολόγιο, παρακολούθηση κενώσεων και εκδηλώσεις όπως ναυτία, εμετοί.
- Ενίσχυση διαιτολογίου σε υδατάνθρακες, χορήγηση ευπεπτης τροφής, περιορισμός δραστηριοτήτων.

Φάρμακο	Τρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
	Ειδικές προφυλάξεις		Παρακολούθηση δέρματος για σημεία δερματίτιδας και πιστή τήρηση οδηγιών γιατρού.
		Συνήθως χρησιμοποιείται μαζί με άλλα κυτταροστατικά και χορηγείται σε νεφρική ανεπάρκεια.	Παρακολούθηση αρρώστου για αξιολόγηση σημείων επιβαρύνσεως της νεφρικής λειτουργίας.
3) Αντιμικροβιακά	Νταουνορούμπικίνη	Καταστολή του μυελού συχνά παρατεταμένη. Ναυτία, εμετοί	Λαμβάνονται τα αναφερόμενα μέτρα για πρόληψη λοιμώξεων.
		Αλωπεκία	Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται πιο πάνω (ελλογούανίνη).
		Δερματικά εξανθήματα	Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορήγηση κυκλοφωσφamide.
		Πυρετός	Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία δερματικού εξανθήματος, επι εκδήλωσεως, τήρηση ιατρικών οδηγιών.
			Ανακούφιση αρρώστου από το πυρετό.
4) Διάφοροι παράγοντες	Ενδοφλέβια	Καταστολή του μυελού ιδιαίτερα με τη Βινβλαστίνη.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες για την πρόληψη λοιμώξεων αιμορραγίας.
		Περιφερική νευρίτιδα και του αυτόνομου νευρικού συστήματος που οδηγεί σε είλεο.	Ανακούφιση αρρώστου από τα συμπτώματα της αναμίας.
Βινβλαστίνη			Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
Βινβλαστίνη			

Φάρμακο Τρόπος χορηγ-
γήσεως

Ανεπιθύμητες ενέργειες,
Ιδιαιτέρες προφυλάξεις

Νοσηλευτικές δραστηριότητες.

• Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασε-
ως του αρρώστου.

• Προστατεύεται ο άρρωστος απο την
αδυναμία να πιάσει κάτι με το χέ-
ρι.

• Παρακολούθηση του αρρώστου για συμ-
πτώματα έλλειου.

• Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία
ιχτέρου

• Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία
πυλαίας υπερτάσεως και ανακούφιση
του αρρώστου απο τις επιπτώσεις της

• Νοσηλευτικές δραστηριότητες που α-
ναφέρονται στη χορήγηση κυκλοφωφα-
μίδης.

• Προσοχή να μην πάει το φάρμακο υπο-
δορία. Παρακολούθηση αρρώστου για συμ-
πτώματα φλεβίτιδας στη σύστοιχη φλέ-
βα.

• Πρέπει να δίνεται σε γρήγορη έγχυση
αραιωμένο σε ορό.

• Ηπατική νέκρωση

Ιδιαίτερα με τη βινκ-
ριστίνη

• Αλωπεκία

• Ιστοτική νέκρωση

Φάρμακο Τρόπος χορήγησης Ενδικοί προφυλαξείς

Προκαρβαζίνη . Από το στόμα

- Ναυτία και εμετοί
- Νευρολογικές διαταραχές.
- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα από το νευρικό σύστημα όπως αδυναμία να πιάσει κάτι με το χέρι, ιπποπόδια, βλεφαροπτιση.
- Απαραίτητη η αξιολόγηση του νευρικού συστήματος του αρρώστου πριν και μετά την θεραπεία
- Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορήγηση βινκριστίνης.
- Περιοδική ιατρική εξέταση για έγκαιρη διάγνωση όγκου.

Κορτικοστεροειδή . Ενδοφλέβια ή ενδοφλέβια ή από το στόμα.

- Καταστολή του μυελού
- Μπορεί να έχει ογκογόνο δράση
- Παρελθονοειδές προσώπιο.
- Χορήγηση τροφής πτωχή σε αλάτι.
- Μέτρηση ούρων και λαμβανόμενων υγρών
- Παρακολούθηση άλλων σημείων κατακρατήσεως υγρών όπως οιδήματα

Φάρμακο	Τρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες Ειδικές Προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
	• Υπέρταση		• Αυξηση όγκου αίματος από κατακράτηση υγρών
			• Μετρηση και καταγραφή Α.Π. συστηματικά.
			• Παρακολούθηση άλλων σημείων υπερφορτώσεως κυκλοφορίας, όπως δύσπνοια, οίδημα.
	• Καταστολή των επινεφριδίων		• Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα ανεπάρκειας επινεφριδίων
	• Ψύχωση		• Παρακολούθηση του αρρώστου για αλλαγή συμπεριφοράς
	• Γαστρεντερική αιμορραγία.		• Παρακολούθηση κενώσεων αρρώστου για παρουσία αίματος καθώς και των εμεσμάτων (αν έχει.)
	• Οστεοπόρωση		• Χορήγηση τροφών που περιέχουν ασβέστιο.
	• Ανοσοκαταστολή		• Προστασία αρρώστου από τον κίνδυνο αυτόματων καταγμάτων.
			• Προφύλαξη του αρρώστου από μολύνσεις.

Φάρμακο	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Ασπαραγίνα	Ειδικοί προφυλάξεις	
Ενδοφλέβια νόση	Αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις.	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού σχετικά με τις αλλεργικές ευαισθησίες του αρρώστου. • Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία και συμπτώματα αναφυλακτικά και είναι ειδικά μη η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση τους. • Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορήγηση ειλογουανίνης.
	<ul style="list-style-type: none"> • Πυρετός • Ναυτία, εμετοί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός κοπώσεως, ενίσχυση διαιτολογίου με υδατάνθρακες, πρόληψη δυσπεψίας.
	Ηπατική βλάβη	<ul style="list-style-type: none"> • Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στην προκαρβαζίνη.
	Νευρολογικές βλάβες	<ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματική υποστήριξη.
	Ψυχικές διαταραχές.	<ul style="list-style-type: none"> • Κατανόηση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με ψυχικές διαταραχές.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΡ-
ΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΜΥΕΛΟΓΕΝΟΥΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

Η ασθενής Α.Ε. ετών 69, προσήλθε στο Νοσοκομείο 'Αγιος
Ανδρέας στις 25-11-88 στα Β.Ι.

Προσηλεια : 25-11-88 μέχρι 10-6-88 οπότε απεβίωσε.

Αιτία εισόδου : Πονοκέφαλος, λιποθυμικό επεισόδιο, τροφώδης
εμετός. Αναφέρεται καταβολή, αδυναμία, ανορεξία. Αιμ/της =
= 28%.

Υπέρταση από θετίας.

Άλλα προβλήματα : Αλλεργική ρινίτιδα

Υστερεκτομή προ 25ετίας

Χολοκυστεκτομή προ 18 ετών.

Χρήση γαλαζόπετρας για επαλειφή σώματος από πολλά χρόνια
για γριπώδεις καταστάσεις.

Κλινική εξέταση : Διόγκωση του δεξιού λοβού του ήπατος. Ο-
ρατή διόγκωση Δ-κοιλίας με διάχυτη αμβλύτητα στη Δ-πλάγια
κοιλιακή χώρα.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Οξεία λεμφογενής λευχαιμία, πιθανή εγκεφαλική αι-
μορραγία.

Εργαστηριακά ευρήματα :

18-4-89 : Αιμ/της = 32,2%, Αιμ/νη = 10,8%, Λευκά 4.100,
ΑΜΤ 45.000, και ΤΚΕ 60 ΜΜ.

9-5-89 : Αιμ/της 32,1%, Αιμ/νη = 10,8%, Λευκά = 300,
ΑΜΤ 12.000 και Αλκαλ. Φωσφ. 59, Ca⁺⁺ = 9,5,
Κ⁺ = 2,4, Σάκχαρο 230.

25-9-89 : Αιμ/της = 31,8%, Αιμ/νη = 10,76%, Λευκά = 2.400,
AMT = 26.000

ΗΛ/ση Λευκωμάτων :

29-11-88 : Λευκωμ. 49,2 $\alpha_1 = 5$ $\alpha_2 = 12,9$ $\beta = 13,4$ $\gamma = 19,5$

27-2-89 : Λευκωμ. 58,6 $\alpha_1 = 3,2$ $\alpha_2 = 5,6$ $\beta = 8,8$ $\gamma = 19,9$

25-5-89 : Λευκωμ. 58,2 $\alpha_1 = 5,0$ $\alpha_2 = 11,1$ $\beta = 9,9$ $\gamma = 11,3$

Rδ θώρακος 21-4-89 : Αύξηση ορίων καρδιάς

ΥΠΕΡΗΧΟΙ άνω και κάτω κοιλίας 2/12/88.

Οι διαστάσεις και η ηχογένεια του ήπατος και του σπληνός είναι φυσιολογικές, δεν αναδεικνύεται εστιακή παρεγχυματική βλάβη αυτών.

Το μέγεθος των νεφρών είναι φυσιολογικό.

Πάχος και ηχογένεια του παρεγχύματός των φυσιολογικά.

Δεν αναδεικνύεται πυελοκαλυκίλική διάταση.

CT εγκεφάλου : 13-5-89

Κλινικά ευρήματα : Δυσθυμία, διαταραχή προσανατολισμού, διέγερση, ελαφρά σύγχυση αναιτίως.

Γνωμάτευση : Αναδεικνύεται αιμορραγική εστία στην προσθία - έσω επιφάνεια και των 2 μετωπιαίων λοβών.

Αίμα υπάρχει και στον υπαραχνοειδή χώρο μεταξύ των 2 μετωπιαίων λοβών.

Βιοψία μυελού : 1-12-88

Μικρότατο ιστοτεμάχιο μυελού των οστών καταλλειμένο από βλάστες. Εικόνα συμβατή με μυελοϋπερπλαστική νόσο.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ : (3ο μετά 2ο σχήμα TAD) 8-2-90

Ευχερής αναρρόφηση. Υλικό με φυσιολογική κυτταροβρίθεια.

Η ερυθρά σειρά αποτελεί το 17% και ωριμάζει φυσιολογικά, με υπεροχή των πολυχρωματοφίλων ερυθροβλαστών και χωρίς να παρατηρούνται σ' αυτήν άλλες αλοιώσεις.

Η κοκκιώδης σειρά αποτελεί το 70% και ωριμάζει φυσιολογικά μέχρι πολυμορφοκυρήνου, το οποίο αποτελεί και το προέχων κύτταρο της σειράς.

Τα ΠΜΚ αποτελούν το 6% ενώ τα βλαστικά κύτταρα 1%.

Το λεμφικό στοιχείο αποτελείται από ώριμα λεμφοκύτταρα, περίπου 10% και τα πλασμοκύτταρα 1-2% εμφανίζονται με φυσιολογική μορφολογία.

Μ.Κ.Χ. Αυξημένα αναλογικά με φυσιολογική μορφολογία.

Σίδηρος μυελού : Αυξημένος εξωκυττάριος.

Συμπέρασμα : ΟΜΑ (ερυθρό Α) σε ύφεση.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

20-1-89 : Πολύ καλή κατάσταση. Ακύρετη, χωρίς αιμορραγικές εκδηλώσεις. Βγήκε στις 16-1 αφού ολοκλήρωσε Β σχήμα εφόδου TAD.

Παίρνει χημειοπροφύλαξη με CIPROXIN και ZYROLIC POS.

Αιματολογική εικόνα πολύ καλή. Επίνοδος 24-1.

12-4-89 : Κανένα πρόβλημα. Αισθάνεται καλά. ΑΠ 170/95, της δόθηκε MODURETIC.

ΠΛΑΝΟ : Μυελόγραμμα σε 10 ημέρες.

Από το περιφερικό αίμα εμφάνιση βλαστικών κυττάρων, μεγάλου μεγέθους με κενोटόπια. Προφανής υποτροπή της νόσου. Θα επιταχυνθεί το μυελόγραμμα.

25-4-89 : Υποκειμενικά : Αισθάνεται καλά, σήμερα ρωτά πότε θα φύγει.

Αντικειμενικά: $\theta = 35,7^{\circ} \text{C}$, ΑΠ = 140/80, σφυξ. = 84/MIN
2-3 μικροαιμορραγίες στα χείλη και στο δεξιό έξω πλάγιο της γλώσσας διαμέτρου - 5 MM.

Δεν παρατηρούνται άλλες αλοιώσεις σε οποιοδήποτε άλλο σημείο.

5-5-89 : Έντονα καταθλιπτικά στοιχεία σήμερα. Αισθάνεται αδύναμη και ανόρεκτη. Αναφέρει χτες και προχτές ούρα χρώματος κονιάκ.

Αντικειμενικά : $\theta = 38^{\circ} \text{C}$, ΑΠ = 140/80, σφ. = 74/MIN
Δεν παρατηρούνται νέα στοιχεία αιμορραγικής διάθεσης ή στοιχεία ενδεικτικά λοίμωξης.

Πήρε χτες 6 μονάδες AMT και 1 μονάδα αίμα. Σήμερα θα πάρει 4 μονάδες AMT και μία μονάδα αίμα.

30-5-89 : Κατόπιν συνεννόησης η ασθενής πιθανότητα χρειάζεται νέο σχήμα. Απομένει στους συγγενείς να αποφασίσουν.

Παρουσιάζει αγνωσία χρόνου και προσανατολισμού.

Πιθανότης προχωρημένων εγκεφαλικών μεταστάσεων.

31-5-89 : Η ασθενής εξέρχεται σήμερα σε προβληματική κατάσταση, λόγω αρνήσεως των συγγενών να λάβει νέο χημειοθεραπευτικό σχήμα.

Έλαβε αναλγητικά κοκ ηρεμιστική αγωγή με HYPNOSTEDONE και MEDAMOL και σύσταση για ALGAPHAN.

10-6-89 : Η άρρωστη απεβίωσε στο σπίτι της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΤΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Τροφώδης έμετος</p>	<p>1. Ανακούφιση της ασθενούς από τη δυσχέρεια και τη δυσσομία.</p>	<p>α) Τοποθέτηση του κεφαλιού προς τα πλάγια και χρήση νεφροειδούς. Αποσύρεται το νεφροειδές για να μην προκληθεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετος. β) Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με εντολή γιατρού.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε. Δεν επαναλήφθηκε τροφώδης έμετος.</p>
<p>Καταβολή δυνάμεων, αδυναμία, ανορεξία</p>	<p>2. Παρεμπδισή της επανάληψης του έμετου.</p>	<p>α) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. β) Παρεντερική θρέψη.</p>	<p>Η άρρωστη εξακολουθεί να χάνει βάρος με πολύ αργό ρυθμό.</p>
	<p>Προσπάθεια διατήρησης του ασθενούς σε ένα σταθερό βάρος.</p>	<p>Παρακολούθηση των καθημερινών απαιτούμενων θερμίδων της αρρώστου. Ενίσχυση της ασθενούς ώστε να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Περιορισμός δραστηριοτήτων της αρρώστου.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>Αλλεργική ρινίτιδα (από χρόνια) που προκάλεσε οίδημα και αναπνευστική δυσλειτουργία.</p>	<p>Διατήρηση ανοικτής της αναπνευστικής οδού. Διατήρηση ανταλλαγής αερίων.</p>	<p>Με εντολή γιατρού χορήγηση συμπληρωματικών βιταμινών (Α, Β σύμπλεγμα, κ.ο.κ.) Χορήγηση παρεντερικώς σακχαρούχων υγρών. Συστηματική παρακολούθηση του βάρους του ασθενούς.</p>	<p>Με τα φάρμακα το οίδημα υποχώρησε.</p>
<p>Μικροαιμορραγίες στα χείλη.</p>	<p>Σταμάτημα της αιμορραγίας. Πρόληψη μολύνσεων.</p>	<p>- Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας με κορν-κοτόν καλυμένο με βαμβάκι. - Ενημέρωση γιατρού και αλλαγής φαρμάκου.</p>	<p>Αποφεύχθηκε η μόλυνση. Οι μικροαιμορραγίες όμως δεν σταμάτησαν εντελώς.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

		<p>- Επαλοιφή των χειλιών με γλυκερίνη για την αποφυγή ρωγμών. - Σχολαστική καθαριότητα και τήρηση των όρων ασφί-φίας - αντισηψίας.</p>	
<p>Καταθλιπτικά στοιχεία Η ασθενής ρωτούσε πρό-τε θα γυρίσει σπίτι της.</p>	<p>Ενθάρρυνση και καθυσύ-χαση της ασθενούς.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη με συζήτηση. Συζήτηση με τους συγγε-νείς για να την βοηθήσουν και αυτοί. Με σύσταση γιατρού χορήγη-ση αντικαταθλιπτικών φαρ-μάκων.</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε για χρονι-κό διάστημα 2-3 ημερών. Μετά την διακοπή των φαρμάκων ξαναπαρουσιάστηκε το πρόβλημα.</p>
<p>Προετοιμασία της α-σθενούς για εξετά-σεις υπερήχων.</p>	<p>Ικανοποιητική προετοι-μασία της άρρωστης.</p>	<p>Από το πρωί ενημέρωση της άρρωστης να μην ουρήσει και να μην φάει μέχρι να γίνει η εξέταση.</p>	<p>Ικανοποιητική συνεργασία. Έγιναν οι εξετάσεις.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΞΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Υπέρταση

Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

- Εξασφάλιση συγκινησιακής ανάπαυσης, με ενημέρωση των συγγενών.
- Με σύσταση γιατρού χορήγηση MODURETIC (αντιυπερτασικού φαρμάκου).
- Συστηματική μέτρηση της ΔΠ.

Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο ασθενής Σ.Α., ετών 47 (Β.Γ. = 1938) εισήλθε στο Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας στις 7/1/85.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ : 4/2/85 μέχρι 1/6/88 οπότε απεβίωσε.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Από 3μήνου αδυναμία, πυρετός με ρίγος 37,5° C.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΔΕΚ. 1984)

Εργαστηριακός έλεγχος : Ενδεικτικά αναφέρονται :

7/1/1985 : Αιμ/της = 35%, Λευκά = 4.000, ΑΜΤ = κφ

7/2/85 : Αιμ/της 35%, ΔΕΚ 3,6%, Λευκά = 6.400, ΑΜΤ κφ, ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ = ύφεση, COOMBS (-)

21/3/86 : Η = 37%, Λευκά = 3.400, ΑΜΤ = κφ, Ουρικό οξύ = 5,3 Σακχ. = 108.

2/7/86 : Αιμ/της = 33%, Λευκά = 6.500, ΑΜΤ κφ, Ουρικό οξύ = 3, Αλκ. φωσφ. = 23, Κρεατ. = 1,0.

29/10/86 : Αιμ/της = 34%, Λευκά = 3.400, ΑΜΤ κφ, Σακχ. = 130

4/3/87 : Αιμ/της = 38%, Λευκά = 10.800, ΑΜΤ κφ, Λευκώματα = 6,4

3/6/87 : Αιμ/της = 35%, ΗΔ 10,36%, Λευκά = 3.300, ΑΜΤ = 150.000 και ΤΚΕ = 10 ΜΙΝ, Ουρικό οξύ = 3,0, Σακχ. = 114.

24/11/87 : Αιμ/της = 36%, Λευκά = 7.900, ΑΜΤ κφ, ΤΚΕ = 5 ΜΙΝ.

9/5/88 : Αιμ/της = 32%, Λευκά = 550, ΑΜΤ < 10.000, Κ⁺ = 2,1, Σακχ. = 131 και Ca⁺⁺ = 8.

31/5/88 : Αιμ/της = 34%, Λευκά 1100, Π = 8%, Λ = 37%, ΒΑ = 5, ΑΜΤ < 10.000. Ουρία - Κρεατίνη 73/1,1, Ουρικό 6,2, Τρανσαμινάσες 36-23, Λευκωμ. - Λευκωμ. = 4,9/2,3, χολεур. = 1,50.

Έχει πάρει 2 φορές ADL-ONCORIN ανά 15ήμερο και συνεχή χορήγηση MEDROL. Πέρασε προ 15ημέρου από φάση απλασίας για την οποία και νοσηλεύτηκε στην κλινική.

Άλλα προβλήματα : - Σακχαρώδης διαβήτης

- Περιεδρικό απόστημα χειρουργηθέν 6/85

- Ετερόζυγη β - Μεσογ. αναιμία

- Ψυχρός όζος δ. λοβού θυροειδούς αδ.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑΤΑ :

1ο 12/1984

2ο 4/2/85

3ο 11/2/87

4ο 4/11/87

5ο 28/1/88. Αναρρόφηση δυσχερής. Κυτταροβρίθεια αυξημένη.

Ερυθρά σειρά - 8% με τις γνωστές μικρού βαθμού διαταραχές της ετερόζυγης αιμοσφαιρινοπάθειας.

Κοκκιάδης σειρά - 5% με φυσιολογική ωρίμανση και κοκκίωση.

Μεγακαρυοκύτταρα υπάρχουν αρκετά.

Υπάρχει υψηλού βαθμού διήθηση του μυελού από βλαστικά κύτταρα μικρού μεγέθους με λίγο πρωτόπλασμα και πυρήνια με 1-3 πυρήνια.

Σε ελάχιστα κύτταρα υπάρχουν κενोटόπια. Ποσοστό διήθησης - 85%.

Μικρή αύξηση μαστοκυττάρων.

Fe = Εξωκυττάριος αρκετός (++) . Παθολογική αύξηση του ενδοκυττάρου.

Αρκετοί παθολογικοί σιδηροβλάστες. Μερικοί δακτυλιοειδείς.

Συμπέρασμα : Υποτροπή Ο.Λ.

Ε.Ν.Υ.

17/4/85 : Πολυμορφοπύρηννα : Ελάχιστα

Ερυθροκύτταρα :

Μη φυσιολογικά κύτταρα : όχι

Άτυπα κύτταρα : όχι

Σχόλιο : Αρνητικό για κακοήθεια

11/12/87 : Ελάχιστα κύτταρα εκ των μηνίγγων.

Λεμφοκυτταρικά στοιχεία δεν ανευρέθησαν.

26/1/88 : Ελάχιστα κυτταρικά στοιχεία.

Σχόλιο : Αρνητικό για λεμφικά κύτταρα.

ΗΚΓ : Διάγραμμα στα φυσιολογικά όρια.

ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

24/2/88 : Οστών : Σπινθηρογράφημα στα όρια του φυσιολογικού.

18/3/88 : Ήπατος - Σπληνός :

Το ήπαρ απεικονίζεται με μετρίου βαθμού αυξημένες διαστάσεις και με κανονικό σχήμα, βρίσκεται δε, σε φυσιολογική θέση.

Η πρόσληψη του ραδιενεργού κολλοειδούς από το ΔΒΕ του ήπατος είναι φυσιολογική και η κατανομή του ελαφρά ανομοιογενής.

Ο σπλήνας απεικονίζεται με πολύ αυξημένες διαστάσεις και προσλαμβάνει το ραδιεν. κολλοειδές έντονα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Ευρήματα συμβατά με την υποκείμενη νόσο.

ΗΛ/ΣΗ ΛΕΥΚΟΜΑΤΩΝ

4/3/87 : Λευκωμ. 60,6 $\alpha_1 = 1,9$ $\alpha_2 = 9,6$ $\beta = 10,5$ $\gamma = 17,5$

2/9/87 : Λευκωμ. 58,3 $\alpha_1 = 4,4$ $\alpha_2 = 12,5$ $\beta = 11,4$ $\gamma = 13,5$

12/5/88 : Λευκωμ. 44,3 $\alpha_1 = 3,5$ $\alpha_2 = 10,0$ $\beta = 11,9$ $\gamma = 30,3$

Β8 θώρακος : 27-3-88 : Ύπαρξη υγρού στον ΔΕ πλευροδιαφραγματικό χώρο και πύκνωση στην ΔΕ βάση.

Α-Τ κοιλίας : 21-3-88 : Υπάρχει μεγάλη ποσότητα υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα άμφω.

Υπάρχει τριγωνική σκίαση στην δεξιά βάση που εκκινά από τον υπεζωκότα και συνεχεται με την σύσταξη πύλη.

Υπάρχει μεγάλη ποσότητα ασκητικού υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Πορεία Νόσου :

4-2-85 : Αυξημένη κυτταροβρίθεια. Όλες οι σειρές υπάρχουν και ωριμάζουν. Συμπέρασμα, οξεία λεμφογενής λευχαιμία. Θα κάνει χημειοθεραπεία με **METHOTREXATE**.

25-4-85: Από τη 2η μέρα **METHOTREXATE** έχει πονοκέφαλο που είναι ιδιαίτερα έντονος στην όρθια θέση.

Δεν έχει άλλα προβλήματα. Δεν έχει δυσκαμφία.

Έχει ελάχιστους τριζοντες στην αριστερή βάση.

9-10-85: Ο ασθενής αναφέρει επιμονή της κεφαλαλγίας κυρίως του μετωπιαίου λοβού.

14-2-86: Καλή γενική κατάσταση. Αναφέρει μόνο ελαφρά κεφαλαλγία κατά διαστήματα. Πνεύμονες, καρδιά, φυσιολογικά. Ήπαρ, σπλήνας, αφηλάφητος.

Λεμφαδένες (-).

9-10-86: Σε καλή κατάσταση. Παραπονιέται για αίσθημα βάρους άκρων. Παραδέχεται πολυουρία - πολυδιψία - σάκχαρο αίματος κος. Έγινε θεραπεία με 2 MG **ONCORIN**. Συστήθηκε **MEDROL**, διαίτα διαβητικού, υποστήριξη με 20 IV **LEUTE**, απώλεια βάρους και παρακολούθηση σακχάρου.

- 29-1-87 : Εμφανίστηκε όγκος μεγέθους 2x2 στο δεξιό λοβό του θυμοειδούς, δεν υπάρχουν σημεία θυρεοτοξικά.
- 27-3-87 : Παραπονιέται για ριγιτική νευραλγία αριστερού άνω άκρου.
Ο άρρωστος πάντως έχει αρκετές εκφυλιστικές αλλοιώσεις στην Δ-Μ.Σ.Σ.
- 22-7-87 : Προ 5ήμερου ο άρρωστος παρουσίασε προκάρδιο συσφιγκτικό άλγος και εφίδρωση. ΗΚΓ χωρίς αλλοιώσεις.
Συστήθηκε ελάττωση καπνίσματος και παρακολούθηση.
- 21-10-87: Παραπονιέται για μετωπιαία κεφαλαλγία και ζάλη, αίσθημα αστάθειας. Rθ κρανίου φυσιολογική.
Rθ ΑΜΣΣ : σπονδυλαρθρίτιδα. Δόθηκε αγωγική με VERTICO - VOMEX.
- 12-11-87: Καλή κατάσταση, απύρετος χωρίς ενοχλήσεις. Στο μυελό καμμία ένδειξη υποτροπής νόσου.
- 16-12-87: Τα συμπτώματα διαβήτη εξακολουθούν.
Συνεχίζει DAONIL. Κλινικά καλά, όχι λεμφαδένες ή σπλήνας.
- 27-1-88 : 10ήμερη οσφυαλγία αλλά και γενικευμένα οστικά άλγη και πυρετός όχι σταθερός έως 38° C χωρίς ρίγος.
Εφιδρώσεις. Ψηλαφητοί τραχηλικοί μασχαλιαίοι και βουβωνικοί λεμφαδένες.
Σπλήνας (+) Μεγάλη ευαισθησία στην πίεση.
- 6-5-88 : Βαριά γενική κατάσταση. ΑΠ = 120/80 Σφ = 98 θ = 38,5° C. Έντονο καθολικό οίδημα. Λόγω επιδείνωσης μεταφέρθηκε σπίτι του.
- 1-6-88 : θάνατος.

Ποσότητα του ασθενούς Σ.Α. από 4-2-85 μέχρι 1-6-88

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
 ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>Έμετος</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενούς - Διατήρηση σταθερού του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καταμέτρηση των εμέτων ως προς τον αριθμό και τον χαρακτήρα. - Τοποθέτηση σωλήνα I.B.VIN α) Με σύσταση ιατρού συνεχής αναρρόφηση. β) Διατήρηση της συσκευής κλειστής και καθαρής τροφής. - Μηχορήγηση τροφής ασθενούς (με εντολή ιατρού). - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. 	<p>Παρακολούθηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενούς από τους εμετούς. - Παρακολούθηση αποβαλλόμενων υγρών. - Αποφυγή κακοσμίας και εστίας μόλυνσας του περιβάλλοντος. - Μέριση των εκκρίσεων. - Μετά την διακοπή της χημειοθεραπείας οι έμετοι σταματούν.
<p>Χρόνιος σακχαρώδης διαβήτης</p>	<p>Ρύθμιση σακχάρου του αίματος</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Συστηματική παρακολούθηση του σακχάρου του αίματος 	<p>Το σάκχαρο του αίματος ρυθμίστηκε αφού ο ασθενής ενημερώθηκε και συνεργάστηκε στον έλεγχο της διατροφής του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Πολυουρία, Πολυδιψία, Δύσχηση σακχάρου του αίματος.		<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση ΔΑΘΝΥΣ με εντολή γκατρού - Δίαιτα διαβητικού. - Ενημέρωση του ασθενούς. 	Το σάκχαρο του αίματος ρυθμίστηκε αφού ο ασθενής ενημερώθηκε και συνεργάστηκε στον έλεγχο της διατροφής τους.
Διάρροιες	Ανακούφιση από τα συμπτώματα.	<ul style="list-style-type: none"> Σύσταση στον ασθενή να παίρνει αντιδιαρροϊκά φάρμακα και κολλά υγρά. Επίσης να αποφεύγει λιπαρές, κυτταρινούχες ή πικάντικες τροφές. - Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. 	Ο ασθενής συνεργάστηκε και ρυθμίστηκε και αυτό το πρόβλημα.
Τριχόπτωση	Αντιμετώπιση της τριχόπτωσης.	<ul style="list-style-type: none"> Υπενθύμιση ότι όταν σταματήσει η χημειοθεραπεία και γίνει καλά ο ασθενής θα ξαναρχίσει η τριχοφυΐα. 	- Ο ασθενής εξακολουθεί να στενοχωριέται όσο χάνει και άλλα μαλλιά, αλλά την ώρα του επισκεπτηρίου φοράει με δική του θέληση τη περούκα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- Ο ασθενής παραπο-
νιέται για βάρος στα
κάτω άκρα και οίδημα.

Περιορισμός του οι-
δήματος.

- Παρότρυνση για την
χρήση κασκέτου και ακόμα
και περούκας
- Σύσταση στον ασθενή να
χρησιμοποιεί κάσκα φύ-
ζης 20 λεπτά πριν τη
θεραπεία και 20 λεπτά
μετά τη θεραπεία.

- Με την εφαρμογή της κά-
σκας εμποδίζεται το χημειο-
θεραπευτικό φάρμακο να ανέ-
βει στο τριχωτό της κεφα-
λής.

Το οίδημα περιορίστηκε μέ-
σα σε διάστημα 2 εβδομάδων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- Ρύθμιση της ταχύτητας ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια.
- Αποφυγή ενέσεως φαρμάκων σε σιδηματώδεις λ- στούς.-

ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Η ασθενής Σ.Χ., ετών 57, εισάγεται στο Νοσοκομείο "Άγιος Ανδρέας" στις 30-9-83.

Νοσηλεία : 30-9-83 ως 24-7-87 με διαστήματα εξόδου.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Συμπτωματολογία πυρετίου επιδρώσεων, αδυναμίας και απώλειας βάρους για 2μηνο περίπου, μη υποχωρούντα με ανάπαυση και συνήθη φαρμακευτική αγωγή.

Σε γενομένη γενική αίματος διαπιστώθηκε μεγάλη λευκοκυττάρωση και της συστήθηκε εισαγωγή.

Άλλα προβλήματα : Κιρσοί κάτω άκρων από 7ετίας.

- Βξωμήτριος κύηση —→ εξαρτηματεκτομή
- Διόρθωση σκολιωτικού ρινικού διαφράγματος

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Κλινικά παρουσίαζε τραχύτητα αναπνευστικού ολυθιρίσματος, κοιλία μαλακή, ήπαρ μόλις ψηλαφητό 1 CM και σπλήνα 5 CM.

Στις 30-4-86 αναφέρει πυρετική δεκαητική κίνηση.

Ακρόαση πνευμόνων με στοιχεία βρογχίτιδας.

Συνταγή με SIR AMIXIL 500 MG, 1 X 4.

SIR MUCOTEBOL 1 X 3

Στις 25-6-86 αναφέρει βήχα με απόχρεμψη. Από 5ήμερο είναι απύρετη.

ΑΠ 120/70 MM HG Σφ. 70 MIN

SIR CHOLEDYL, TABL AMOXIL.

Στις 24-9-86 παραπονιέται για κνησμό και ακαθόριστη επιβάρυνση γενικής κατάστασης.

Κλινικά : Δροφάδες όχι εξάνθημα, λίγοι υγροί στις βάσεις άμφω.

Μικροί λεμφαδένες μασχαλιαίοι, ήπαρ και σπλην σε σταθερό μέγεθος.

Αγωγή με HYDREA 1,5 G + JULORIC.

6-3-87 : Μικρή πυρετική κίνηση ιδίως το απόγευμα. Της συστήθηκε παρακολούθηση του πυρετού.

18-5-87 : Από εβδομάδες πυρετός που φθάνει ως 38,5° C.

Κακουχία, Rθ θώρακος χωρίς πύκνωση.

Αγωγή με MOXACEF και CHOLEDYL.

10-7-87 : Πολύ καλή κατάσταση, πυρετός, γενικά συμπτώματα, βλαστική εκτροπή.

13-7-87 : Πολύ καλή κατάσταση. Δεν υπάρχουν σημεία εστιακής λοίμωξης. Σπλήνας στα 2-3 CM. Έχει έντονη ζάλη, αδιαθεσία. Εισάγεται στο Νοσοκομείο.

Έναρξη θεραπείας με MYLERAN 8 MG/D, ZYLORIC. Διακοπή HYDREA.

18-7-87 : Πολύ καλή κατάσταση, γενικευμένα άλγη, πυρετός, δύσπνοια.

Έγινε ΜΑΝΤΟΥΧ. Συνεχής παύση HT 28%.

Η άρρωστη αρνείται μετάγγιση λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων.

24-7-87 : Η άρρωστη επιβαρύνθηκε περαιτέρω, έκανε υπερπυρεξία θ 40,9° C και σηπτικό SHOCK με ΑΠ 60/MM HG.

Δεν ανταποκρίθηκε στην χορήγηση COLU-MEDROL και απέβλεψε.

Εργαστηριακά ευρήματα :

Αναφέρονται ενδεικτικά :

Στις 30-5-86 : Αιμ/της 27%, Λευκά : 132.000. Αιμοπετάλια : κ.φ.

Στις 10-6-87 : Αιμ/της 32%, Λευκά · 23.400, Αιμοπετάλια 120.000

Στις 8-7-87 : Αιμ/της 34%, Λευκά 824.000, Αιμοπετάλια 200.000

Στις 17-7-87 : Αιμ/της 30%, Λευκά 120.000, Αιμοπετάλια 100.000

Στις 20-7-87 : Αιμ/της 28%, Λευκά 109.600, Αιμοπετάλια 150.000

Την ημέρα απεβίωσης 22-7-87, Αιμ/της 27%, Λευκά 190.000, Αιμοπετάλια 80.000.

Βιοψία μυελού οστών στις 26-5-87.

Παθολογοανατομική Διάγνωση

Μικρότατο τεμάχιο μυελού των οστών εμφανίζουν διάχυτη και ικανού βαθμού αύξηση του ενώδους υποστρώματος.

Παρατηρούνται άφθονα κύτταρα κοκκιώδους σειράς, τόσο ώριμες μορφές, όσο και νησίδες βλαστών.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ : 25-5-87.

Μυελός κυτταροβρυθέστατος με εξαφάνιση του ενδομυελικού λίπους.

Το 95 - 98% των εμπύρηνων κυττάρων αποτελούνται από κύτταρα της κοκκιώδους σειράς, η οποία εμφανίζει εντονώτατη υπερπλασία με σημαντική αριστερή στροφή, με αύξηση των βλαστικών κυττάρων, αλλά ωρίμανση υπάρχει.

Υπάρχει εντυπωσιακή ηωσινοφιλία σε ποσοστό 20% του συνόλου των εμπύρηνων κυττάρων.

Μεγακοφουκύτταρα βρέθηκαν ελάχιστα και ερυθροβλάστες λίγοι με σημεία δισερυθροποίησης (ατελή διαχωρισμό πυρήνων).

Σίδηρος μυελού : Υπάρχει, αλλά γενικά εμφανίζεται ελαττωμένος.

ΠΡΩΤΕΙΝΟΓΡΑΜΜΑ : 6-3-87.

Λευκωματίνες	: 55,2%
α ₁ σφαιρίνες	: 4,6%
α ₂ σφαιρίνες	: 12,6%
β σφαιρίνες	: 17,5%
γ σφαιρίνες	: 10,1%

Νοσηλεία της ασθενούς Σ. Χ. 30-9-83 έως 24-7-87

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πυρετός

Ανακούφιση από τον πυρετό.

- Χορηγούνται στον άρρωστο άφθονα και δροσερά υγρά για την μείωση της θερμοκρασίας του σώματος με την αύξηση της διούρησής.
- Εφαρμόζεται υποθερμικό στρώμα. Η θερμότητα αποβάλλεται με την αγωγιμότητά.
- Χορηγούνται αντιπυρετικά φάρμακα που όρισε ο γιατρός και παρακολουθεί τη δράση τους.
- Εφαρμόζεται στον άρρωστο δροσερό λουτρό σε μανιέρα.
- Μέτρηση και καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος στα προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα.

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν ο πυρετός εξακολούθησε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>Δύσπνοια</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση της δύσπνοιας. - Αποκατάσταση ή διατήρηση επαρκούς ανταλλαγής αερίων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατάλληλη θέση του αρθρώστου. - Χορήγηση O₂ με μάσκα. - Αντιμετώπιση του πόνου που δημιουργείται με την δυσκολία της αναπνοής. 	<p>Διαστήματα υφέσεως και εξάρσεως της δύσπνοιας.</p>
<p>Εκνευρισμός και φόβος.</p>	<p>Καθησύχηση της ασθενούς</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Προσπάθεια να εμπνεύσει με στην ασθενή ώστε να μας εκμυστηρευτεί τους φόβους της και από που πηγάζουν. Της αναφέρουμε πρακτικές λύσεις που θα της δώσουν ηθική βοήθεια. Την βοηθάμε σ'άλλα προβλήματα και θέματα που την πιέζουν. 	<p>Η ασθενής πλησιάζει και φαίνεται ότι αρχίζει να απολαμβάνει το σήμερα.</p>

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΣΘΕΝΗ

<p>Μετά από εξετάσεις αίματος φαίνεται ότι η ασθενής έχει ανααιμία που πρέπει να αντιμετωπισθεί, αφού ο αιματοκρίτης είναι αρκετά χαμηλός.</p>	<p>- Αντιμετώπιση της αναιμίας.</p>	<p>- Η ασθενής δεν δεχόταν μετάγγιση αίματος λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων.</p>	<p>Παρά τις προσπάθειες να πειστεί η άρρωστη ότι η μετάγγιση αίματος έχει μεγάλη σημασία για την ζωή της, αρνήθηκε την μετάγγιση</p>
<p>Δερματίτιδα.</p>	<p>- Αντιμετώπιση της δερματίτιδας.</p>	<p>- Ενημέρωση του γιατρού. - Περιποίηση της πάσχουσας περιοχής με αντιμικροβιακή αλοιφή, - Συχνή καθαριότητα και περιποίηση του δέρματος.</p>	<p>- Η δερματίτιδα μετά από κάποιο διάστημα υποχώρησε.</p>

ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΔΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο ασθενής Κ. Α., ετών 71, εισάγεται στο Νοσοκομείο "Άγιος Ανδρέας" στις 20-6-86.

Νοσηλεία : Από 20-6-86 μέχρι 3-9-87 με διαστήματα εξόδου. Στις 3-9-87 με επιθυμία του ίδιου και των συγγενών διακόπτεται κάθε θεραπευτική παρέμβαση και παραλαμβάνεται στο σπίτι του.

Πορεία νόσου : 20/6/86.

Υποκειμενικά : Αναφέρει αυχεναλγία αριστερά.

Καυσο γαστρικό, απύρετος.

Αντικειμενικά : ΔΠ 120/80

Πνεύμονες : Μουσικοί ήχοι άμφω.

Καρδιά : S₁, S₂ ευκρινείς. Φύσημα όχι.

Κοιλία : Ήπαρ ψηλαφητό 2-3 CM. Σπλήνας αφηλάφητος.

Λεμφαδένες : 4-5 τραχηλικοί αριστερά.

6-10-86 : Αναφέρει απογευματινό πυρετό με φρίκια, καταβολή, μικρή ανορεξία όχι απώλεια βάρους. Έχει μικρό ελάχιστο παραγωγικό βήχα και δύσπνοια προσπάθειας.

Αντικειμ. : Υγροί στην δ. βάση. Ήπαρ - σπλην - λεμφαδένες - στα αυτά επίπεδα. Παραπονιέται για δυσφορικά ενοχλήματα. Συστήθηκε R8 θώρακος - γεν. ούρων - ουρολογική εξέταση. Αγωγή με SEPTIN - CHOTEDYL.

5-1-87 * Επιδείνωση γενικής κατάστασης. Ο πυρετός εξακολουθεί από 20ήμερου μέχρι 38 χωρίς συνοδά, πλην επιδρώσεων και καταβολής.

Αναφέρεται και διαπιστούται σημαντική διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων άμφω. Στη δ. μασχάλη ψηλαφάται αδέν 3x4 CM υπόσκληρος, επώδυνος και 2-3 μικρότερος 1,5x1,5CM.

Ομοίως δεξιά. Στον τράχηλο 3-4 1x1,5 CM ελαφρά επώδυνοι.

Μικρά βουβωνικοί, ήπαρ, μόλις ψηλαφητός, σπλην αφηλάφητος, πνεύμονες καθαροί. Θα αλλαχθεί το σχήμα. Στο αίμα 17% ΠΑΚ βλαστ.

ΟΔΗΓΙΕΣ : Ένδειξη για μυελό και βιοψία. Διήθηση 90%.

Άρχισε COP.

26/1/87 : Ο πυρετός εξακολουθεί χωρίς συγκεκριμένο μοτίβο, έχει αραιές επιδρώσεις και καταβολή δυνάμεων, όχι απώλεια βάρους.

Λεμφαδένες πρακτικά στο ίδιο μέγεθος με πριν. Ο μεγαλύτερος 3x4 CM στην δ. μασχάλη και 3-4 μικρότεροι 1,5 x 1,5 στην δ. μασχάλη δύο 2 x 2,5 CM, 1-2 μικρότεροι.

Βουβωνικοί 2-3, 1x1,5 CM, ήπαρ, σπλην αφηλάφητοι.

Τραχηλικοί 3-4 εκατέρωθεν 1x1,5 CM ελαφρά επώδυνοι.

θα κάνει δεύτερο COP.

16/2/87 : Ο πυρετός εξακολουθεί μέχρι 38-38,5° C, χωρίς ρίγος με λίγες επιδρώσεις.

Δεν υπάρχουν σημεία λοίμωξης.

Σαφής υποχώρηση του μεγέθους των λεμφαδένων. Στην αρ. μασχάλη ο μεγαλύτερος 2x2,5 CM και 2-3 μικρότεροι. Στον τράχηλο άμφω 3-4 1x1 CM. Μικροί βουβωνικοί, ήπαρ μόλις ψηλαφητό, σπλην αφηλάφητος. Υποχώρηση του αριθμού των λευκών. Θα κάνει τρίτο COP.

ΟΔΗΓΙΕΣ : 26-2-87 : Σημεία γαστρίτιδος - Αγωγή με ZANTAC ALUSCHOX.

30-4-87 : Και νέα εισαγωγή λόγω επανεμφάνισης υψηλού πυρετού μέχρι 39°, χωρίς σημεία εστιακής λοίμωξης. Παρουσία σε επώδυνη διόγκωση λεμφαδένων αρ. μασχάλης. Εκεί υπάρχει ένας αδένας 3-4 CM. Δεν υπήρχαν τοπικοί λόγοι που

να δικαιολογούν φλεγμονώδες αίτιο. Στην ψηλάφηση άλγουν λίγο οι τραχηλικοί λεμφαδένες, πιθανώς λόγω διάτασης της κάψας. Η διερεύνηση του εμπύρετου ήταν αρνητική για λοίμωξη.

Πιθανολογείται εκτροπή της νόσου.

ΠΑΑΝΟ : Βιοψία μασχαλιαίου αδένος ή σταδιοποίηση

SCAN ήπατος.

CT κοιλίας - οστικός έλεγχος

U/S κοιλίας.

Παρέμεινε νοσηλευόμενος μέχρι 10/4 οπότε έγινε η βιοψία. Εξήλθε απύρετος → συνεχίζει αντί TB αγωγή. Οι καλλιέργειες ήταν στείρες. Πήρε αρχική σχήμα MANDOKEF SOLUGTAN χωρίς να ανταποκριθεί και ο πυρετός έπεσε με 4ήμερη αγωγή AZACTAM.

Στην CI κοιλίας αλλά και στους U/S διαπιστώνεται η ύπαρξη μεγάλων λεμφαδένων παραορτικών, ενώ το SCAN απεικονίζει διόγκωση και μεγάλη ανομοιογένεια ήπατος - σπληνός.
15-4-87 : Έγινε βιοψία που έδειξε διάχυτο καλώς διαφοροποιημένο λέμφωμα με αυξημένο αριθμό μιτώσεων. Στο μεταξύ το μετεγχειρητικό τραύμα διαπυήθηκε, έκανε υψηλό πυρετό και παίρνει ήδη τριπλό αντιβιοτικό σχήμα.

16-4-87 : Από το παθολογοανατομικό με λεπτομερέστερη εξέταση του αδένος βρέθηκαν άφθονα κύτταρα HODGKIN και ωριμάμενα κύτταρα STERNBERG. Τέθηκε η διάγνωση HODGKIN με λεμφοκυτταρική επικράτηση.

Η διάγνωση αυτή είναι περισσότερο αποδεκτή και ταιριάζει με την κλινική πορεία του αρρώστου, ο οποίος ουδέποτε είχε λεμφοκυττάρωση, τα λεμφοκύτταρα στο αίμα δεν ήταν εκείνα της Χ.Α.Α. δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία με LOURECAN και MEDROL και παρουσιάζει κυματοειδή πυρετό

χωρίς να ανευρίσκεται ποτέ εστία λοίμωξης.

16-4-87 : Ήδη έχει αρχίσει από 3μήνου αντι TBC χωρίς ανταπόκριση στον πυρετό.

Με τα δεδομένα αυτά και της πρόσφατης CT κοιλίας θα πρέπει να θεωρηθεί στάδιο IV.

θα αρχίσει Μ.Ο.Ρ.Ρ. σήμερα την 1η φάση και θα επανέλθει 23/4 για την 2η.

23/4 : Λευκά 23.000, Π 2%. Δεν έγινε CARYOLYSINE μόνο 0,5 MG ONCORIN. Διακοπή NATULAN.

30-4-87 : Ο άρρωστος πυρέσει μέχρι 39,6° C, χωρίς ρίγος. Εστία λοίμωξης δεν ανευρίσκεται. Διαπιστούται σαφής διάγνωση των οπισθίων ή άνω τραχηλικών λεμφαδένων. Σε κάθε τραχηλική περιοχή ψηλαφώνται 7-8 ελαφρά επώδυνοι τεταμένοι κινητοί ελαστικοί λεμφαδένες μεγέθους 1x1,5 CM. Μεγαλύτεροι ψηλαφώνται στις μασχάλες και τις βουβωνικές χώρες. Αιματολογικά υπάρχει απόλυτη λεμφοκυττάρωση με αυξημένο αριθμό προλεμφοκυττάρων.

3-7-87 : Δυσανεξία στο MOPP. Υπάρχουν λόγοι αμφισβήτησης της διάγνωσης της νόσου HODGKIN. Ο άρρωστος παρουσιάζει από 10ημέρου διάρροιες και κοιλιακά άλγη, ενώ ο πυρετός εξακολουθεί να εμφανίζεται. Παίρνει αγωγή ψευδομεμβρανώδους κολίτιδος και αντι TBC. Έγινε μυελόγραμμα με διήθηση > 90% από λεμφοκύτταρα και σχεδόν πλήρη έλλειψη κοκκιώδους σειράς.

θα εφαρμοσθεί επιθετική θεραπεία με CHOP επί ανθεκτικού λεμφώματος, θα κάνει σήμερα 1ο σχήμα.

Αμέσως με την ολοκλήρωση του CHOP ο πυρετός υποτροποίασε. Μια αιμοκαλλιέργεια θετικοποιήθηκε για GTO-MM-βακτηρίδια. Επανάρχισε αντι TBC αγωγή που είχε διακοπή επί 5ημέρου λόγω αυξήσεων WCT.

Η κατάσταση του είναι βαριά. Είναι ανδρεκτος, έχει χάσει πολύ σωματικό βάρος.

Οι λεμφαδένες του σε ακμή, ελαφρά επώδυνη. Μεγάλη ουδετεροπενία αλλά και των ΠΑΚ.

Επίμονες και ανθεκτικές υποκαλιαιμίες.

Σκέψεις για εφαρμογή αμφοτερικίνης.

30-7-87 : Πήρε για μερικές ημέρες FUNGIZONE αλλά διεκόπη η θεραπεία αργότερα λόγω έλλειψης του φαρμάκου. Στο μεταξύ από 10ημέρου ο άρρωστος έχει σταθερά $> 1.500 \text{ ΠΜΝ/ΜΜ}^3$ και ελάχιστα ΠΛ. Οι λεμφαδένες του φάνηκε να μικραίνουν, θεωρήθηκε ανταπόκριση στην θεραπεία και στις 26-7-87 έκανε το 2ο CHOP.

Προβλήματα από εξωαγγειακή έκχυση χημειοθεραπείας. Ο άρρωστος τις πρώτες ημέρες μετά το σχήμα εμφανίζει προσωρινά ανταπόκριση αλλά σύντομα έρχεται νέα επιδείνωση.

Σκέψεις για εφαρμογή καθημερινής χημειοθεραπείας.

10-8-87 : Επηρεασμένη γενική κατάσταση, αλλά απύρετος. Από 6-8 άρχισε καθημερινή αγωγή με TABL ENDOXAN 100 MG. Θα εξέλθει σήμερα με RIMACTACID και SEPTTRIN.

18-8-87 : Εισαγωγή στην Π.Π. Ο άρρωστος σε βαριά κατάσταση με υψηλό πυρετό, εμμετούς. Η κοιλιά επώδυνη. Αρχίζει διπλό σχήμα. Διακοπή αντί - TB αγωγής.

24-8-87 : Σε βαριά κατάσταση από 5ημέρου με διάρροιες, εμμέτους, ανορεξία. Η κοιλιά διαχύτως επώδυνη με (+) REBOUND. Έγιναν U/S χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στην R8

κοιλίας αέρας στο λεπτό και υδραερικά επίπεδα. Από χθες με κλινική διάγνωση ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα, διεκόπησαν τα αντιβιοτικά και άρχισε FIBRANTYL. Ο άρρωστος έχει βαρείες υποκαλιαιμίες είναι κάτισχος και έχει αναπτύξει υπολευκωματωαιμικά οιδήματα.

Δεν σιτίζεται. Πυρετός εξακολουθεί.

3-9-87 : Με επιθυμία των συγγενών και του ιδίου διακόπτεται κάθε θεραπευτική παρέμβαση και ο άρρωστος παραλαμβάνεται στο σπίτι του.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ : Ενδεικτικά αναφέρονται :

21-1-87 : Αιμ/της 38%, Λευκά 12.400, Π+Ρ 11, Χ 71, ΑΜΤ κ.φ.

9-4-87 : Αιμ/της 35%, Λευκά 860, Π+Ρ 2, Λ 46, Μ 8 ΑΜΤ κφ

ΤΚΕ Αλκ. φωσφ. 55, σακχ. 100

GOT → 62 CDT 123

9-6-87 : Αιμ/της 31%, Αιμ/νη 10,1 G%, Λευκά 13.100, ---

Π=23, Δ=67, Μ=2, ΑΜΤ κφ.

23-7-87 : Αιμ/της 27%, Αιμ/νη 9,2 G%, Λευκά 3.000, Π=43

Δ=56 ΑΜΤ κφ GOT=26, GDT= 24

3-9-87 : Αιμ/της 33%, Αιμ/νη 10,5 G%, Λευκά 4.500, Π=6

Δ=92, Μ=2 ΑΜΤ κφ ΤΚΕ=34, Αλκ. φωσφ. =46, Λευκωμ.

3,9-2,1, χολερυθρ. 0,83, Σακχ. 83.

Ηλ. Λευκωμάτων.

27-5-87 : Λευκωματίνες 55,2 $\alpha_1=5$ $\alpha_2=12,9$ $\beta=14,6$ $\gamma=12,3$

17-8-87 : Λευκωματίνες 53,2 $\alpha_1=5,5$ $\alpha_2=12,7$ $\beta=13,8$ $\gamma=14,7$

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

30-3-87 : Παρατηρείται εκσεσημασμένη διόγκωση των μασχαλιαίων και υπερκλειδίων λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα ιδιαίτερα αριστερά.

Τα πνευμονικά πεδία απεικονίζονται εντός του φυσιολογικού. Σαφής ένδειξη χωροκατακτητικής ή άλλης παθολογικής επεξεργασίας στην περιοχή του μεσοπνευμονίου δεν παρατηρείται.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ

Χορηγήθηκε από του στόματος σκιαγραφικό μέσο. Παρατηρείται διόγκωση των παραορτικών λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα η οποία αρχίζει περίπου από το ύψος του O_2-O_3 και εκτείνεται μέχρι και του διχασμού της αορτής. Σημειώνεται επιπρόσθετα διόγκωση των μεσεντερίων λεμφαδένων αμέσως κάτωθεν της κεφαλής του παγκρέατος.

Υφίσταται επίσης διόγκωση των κοινών και έξω λαγονίων λεμφαδένων αμφοτερόπλευρά.

Ο σπλην, το πάγκρεας, το ήπαρ και οι νεφροί απεικονίζονται εντός του φυσιολογικού.

Δεν υφίσταται καμμία ένδειξη συλλογής υγρού εντός της κοιλίας.

Ο υπόλοιπος έλεγχος της άνω και κάτω κοιλίας αποβαίνει αρνητικός για παθολογικά ευρήματα.

Βιοψία μυελού :

3-7-87 : Μυελός των οστών διάχυτος διηθημένος από μικρά λεμφοειδή κύτταρα. Σημειώνεται η αύξηση του αριθμού των ηωσινοφίλων κυττάρων και του ινώδους στρώματος. Η απουσία REED STERNBERG κυττάρων, καθώς και η μονομορφία του κυτταρικού διηθήματος προσανατολίζει προς την διάγνωση της διηθήσεως του μυελού από χρόνια λεμφογενή λευχαιμία παρά από νόσο HODGKIN.

10-4-87 : Νόσος HODGKIN του τύπου της λεμφοκυτταρικής περιοχής.

12-1-87 : Ισοτεμάχιο μυελού των οστών εμφανίζουν διάχυτη διήθηση από μικρά λεμφοκύτταρα, εικόνα απολύτως συμβατή με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία.

R8 θώρακος : Αύξηση ορίων καρδιάς. Προβολή τόξου ανιούσας αορτής.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ : 3-7-87.

Αναρρόφηση λίγο δυσχερής. Υλικό λίγο, πηγμένο κατά τόπου, Ενδομυελικό λίπος δεν φαίνεται. Διήθηση από λεμφοκύτταρα σε ποσοστό $> 90\%$ με λίγο πρωτόπλασμα και αποχρωματικό πυρήνα με 1 πυρήνιο,

Οι φυσιολογικές αιμοποιητικές σειρές υπολείπονται σε αναλογία, η κοκκιώδης σειρά είναι ανύπαρκτη.

Μεγαλοκύτταρα δεν βρέθηκαν, ούτε στοιχεία ύποπτα για νόσο HODGKIN.

Σίδηρος μυελού : Δεν μπορεί να εκτιμηθεί εξωκυττάριος, ενδοκυττάριος, πάντως δεν υπάρχει.

Νοσηλεία του Ασθενούς Κ. Α. από 20-6-86 μέχρι 30-9-87

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
 ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>Παραγωγικός βήχας με βλεννώδεις αποχρέμψεις.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση της συχνότητας, διάρκειας και τύπου του βήχα. - Εκτίμηση της ποιότητας, ποσότητας και οσμής της απόχρεμψης. - Προετοιμασία του ασθενούς για R8 θώρακος. 	<p>Κατά διαστήματα εξάρσεις και υφέσεις του βήχα.</p>
<p>Γαστρορραγία από χρόνια που σαν αποτέλεσμα είχε μελάνες κενώσεις.</p>	<p>Άμεση αντιμετώπιση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή κάθε παράγοντα που ερεθίζει το στομάχι - Παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι. Όλες του οι φυσικές ανάγκες ικανοποιούνται από την αδελφή. - Παρακολούθηση των κενώσεων του αρρώστου για παρουσία αίματος. 	<p>Τα συμπτώματα υποχώρησαν χωρίς να χρειαστεί μετάγγιση αίματος</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

		<ul style="list-style-type: none"> - Επιμελημένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας - Περιορισμένη λήψη υγρών και τροφής από το στόμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση του πυρετού. Με σύσταση γιατρού χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. - Τεχνική άσηπτη για την αλλαγή του τραύματος. - Σχολαστική καθαριότητα τόσο του ασθενούς όσο και των χεριών της νοσηλεύτριας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το διαπύημα υποχώρησε σε διάστημα 7 ημερών. - Η σχολαστική καθαριότητα εξακολούθησε να εφαρμόζεται.
<p>Διαπύηση μετεγχειρητικού τραύματος, αύξηση του πυρετού.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορισμός της μόνυσης. - Ανάγκη για τήρηση πολύ καθαρού περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με σύσταση γιατρού ο άρρωστος καλύφθηκε με FUCIDIN τοπικά και συστηματικά. - Επαλειφή τοπικά με FUCIDIN - Περιποίηση της πάσχουσας περιοχής με τήρηση δρων ασηφίας-αντισηφίας. 	<p>Επούλωση σε 20 ημέρες. Υποχώρησε το άλγος.</p>	
<p>Εξωαγγειακή έκχυση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.</p>	<p>Υποχώρηση της τοπικής νέκρωσης. Ανακούφιση από το άλγος.</p>			

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Βαρεία υποκαλιαιμία

Αποκατάσταση του ισο-
ζυγίου των ηλεκτρο-
λυτών.

Δόγω πολύ βαρείας κατάστα-
σης, απίσχνασης, ο άρρωστος
μεταφέρθηκε σπίτι του από
τους συγγενείς του, όπου και
απεβίωσε.

ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο ασθενής Κ. Ι., ετών 74, εισάγεται στο Νοσοκομείο Αγρινίου.

Νοσηλεία : 23-12-88 έως 25-12-88.

Αιτία εισόδου : Πυρετός - καταβολή

Εμφάνιση υψηλού πυρετού έως 39° C με ρίγος και σωματική κακουχία και καταβολή. θεωρήθηκε κοινό εμπύρετο και θεραπεύτηκε με κοινή αντιβίωση. Ο πυρετός όμως επανεμφάνιστηκε. Στη γενική αίματος βρέθηκαν 75.000 λευκά με 85% βλαστικά και 22.000 αιμοπετάλια. Με υποψία οξείας λευχαιμίας ο άρρωστος παραπέμφθηκε για διεύρυνση και θεραπεία στο Νοσοκομείο Πατρών "Άγιος Ανδρέας".

Να σημειωθεί ότι ανέφερε μικρή καταβολή λίγες ημέρες νωρίτερα χωρίς να εμφανίσει αιμορραγικές εκδηλώσεις από το δέρμα ή αλλού. Δεν αναφέρει οστικά άλγη, ανορεξία, ή απώλεια βάρους.

Νοσηλεία : 12-1-89 έως 15-7-89 όπου απεβίωσε με διαστήματα εξόδου.

12-1-89 : Εμφάνιση πυρετού έως 39° C χωρίς ρίγος και επιδείνωση γενικής κατάστασης. Παραπονιέται για ήπια διουρικά ενοχλήματα. Στον θώρακα επίσης ακροώνται υγροί ρόγχοι στην αρ. βάση. Απόχρεμψη δεν έχει, μόνο λίγο βήχα ξερό. Δεν δυσπνοεί. Στην Rθ θώρακος ασαφοποιείται η αρ. βάση.

Ολοκλήρωσε σήμερα το TAD. Εμφάνιση πετεχαιώδους εξανθήματος στα άκρα. Μείζονες αιμορραγίες δεν υπάρχουν. Πάρθηκαν καλλιέργειες. Θα αρχίσει διπλό σχήμα.

14-1-89 : Ο πυρετός εξακολουθεί μέχρι 39° C με μονήρη πυρετικά κύματα. Η εικόνα δεν είναι σαφής λοίμωξη αναπνευστικού. Η περιπρωκτική περιοχή ελεύθερη.

Καλύπτεται με περίεργο σχήμα CIPROXIN DICLOXIL.

15-1-89 : Ενισχύεται η εντύπωση λοίμωξης αναπνευστικού. Κορύφωση τοξικότητας. Εξακολουθεί ο πυρετός.

17-1-89 : Κάποια βελτίωση κλινική αλλά το ίδιο κυτταροπενικός. Φενικευμένο αιμορραγικό εξάνθημα χωρίς μείζονες αιμορραγίες. Από τον θώρακα, αναπν. φιθύρισμα δεξιά. Θα κάνει νέα RΘ θώρακος σήμερα. Κάμψη του πυρετού. Υποστηρικτικά μέσα ακόμη MYCOSTATIN, ZYROLIC HEXOGEN, περιπρωκτικές πλύσεις.

29-3-89 : Πολύ καλή κατάσταση. Μοναδικό ενόχλημα η μικρή δυσκαμψία δ. άνω άκρου χωρίς άλγος ή σημεία φλεγμονής. Κατά τα λοιπά είναι άπυρετος, έχει όρεξη, αισθάνεται καλά.

Αντικ. Α.Π. 140 ήπαρ μόλις ψηλαφητό. Σπλην, λεμφαδένες αφηλάφητοι, θώραξ καθάρως, κοιλία μαλακή ανώδυνη.

23-6-89 : Προσέρχεται σε κακή κατάσταση. Από χθές πυρετός έως $38,3^{\circ}$ C με φρίκια και επώδυνη διόγκωση αρ. γαστροκνημίας.

Εκεί υπάρχει στίλβουσα ερυθρότητα διάχυτη, το δέρμα είναι τεταμένο και ο μυς σκληρός και επώδυνος. Η εικόνα είναι συμβατή με οξεία εν τη βάσει θρομβοφλεβίτιδα. Αιμορραγικές εκδηλώσεις δεν υπάρχουν.

Ήπαρ : 1 CM. Σπλην ±

Εισαγωγή στην κλινική για χημειοθεραπευτικό σχήμα και αντιπηκτική αγωγή.

12-7-89 : Ο ασθενής βρίσκεται στην ίδια βαριά κατάσταση, τρίζοντες άμφω ιδίως δεξιά. Από α/α θωρακοσκίαση άμφω.

Μέγιστη : $37,4^{\circ}$ C. Αναφέρει μέλαινα κένωση. Ο ασθενής

παραπονιέται για δύσπνοια* παρουσιάζει ορθόπνοια ΔΠ=125-
- 70 MMG σφ 120 MIN.

Αγωγή : NORMAL, GLYCOSE, KCL

ZYLORIC CIPROXIN (2X3) BICLOCIL (4X4)

MYCOSTATIN, στοματικές πλύσεις.

15-7-89 : Ο ασθενής φαίνεται εξασθενημένος. Μέγιστη θερμοκρασία 38,5° C.

Ο άρρωστος την ίδια μέρα απεβίωσε.

Εργαστηριακά ευρήματα :

Αναφέρονται ενδεικτικά :

12-1-89 : Αιμ/της 38,4%, Αιμ/νη 12,4%, Λευκά 40.500
Αιμοπετάλια 23.000

16-1-89 : Αιμ/της 24,1%, Αιμ/νη 8,2%, Λευκά 3.100,
Αιμοπετάλια 4.000

26-1-89 : Αιμ/της 37,1%, Αιμ/νη 12,7%, Λευκά 600, Αιμοπετάλια 27.000

23-6-89 : Αιμ/της 24%, Λευκά 180.000, Αιμοπετάλια 60.000

6-7-89 : Αιμ/της 26,7%, Αιμ/νη 8,8%, Λευκά 200, Αιμοπετάλια 3.000

12-7-89 : Αιμ/της 39,3%, Αιμ/νη 12,1%, Λευκά 15.200,
Αιμοπετάλια 12.000

14-7-89 : Αιμ/της 41,7%, Αιμ/νη 13,9%, Λευκά 10.400, Αιμοπετάλια 22.000

15-7-89 : θάνατος.

Βιοψία δέρματος δεξιού κλαγίου θωρακικού τοιχώματος
17-5-89.

Παθολογοανατομική διάγνωση : Ιστοτεμάχιο δέρματος εμφανίζουν διήθηση του χορίου από λευχαιμικά κύτταρα.

Μυελόγραμμα : 6-1-89.

Αναρρόφηση εύκολη, υλικό με αυξημένη κυτταροβρίθεια και εξαφάνιση του λίπους. Ερυθρά σειρά σχεδόν ανύπαρκτη < 3%, με λίγα στοιχεία κακής αιμοσφαιρινοποίησης ή διαταραχές ωρίμανσης ή του πυρήνα. Ολοκληρωτική κατάληψη του μυελού > 95% από βλαστικά κύτταρα. Μεγακαρυοκύτταρα ελάχιστα. Σίδηρος εξωκυττάριος δεν υπάρχει, ενδοκυττάριος δεν μπορεί να εκτιμηθεί ελλείψει ερυθροβλαστών.

Μυελόγραμμα : 29-3-89.

Αναρρόφηση εύκολη. Υλικό με φυσιολογική κυτταροβρίθεια. ερυθρά σειρά αναλογικά καλή με στοιχεία μεγαλοβλαστοειδούς ωρίμανσης. Μεγακαρυοκύτταρα κφ τόσο σε αναλογία όσο και σε μορφολογία.

Μικρού βαθμού ηωσινοφιλία και πλασμακυττάρωση.

Αρκετά σιδηροφάγα φαγοκύτταρα.

Σίδηρος φυσιολογικές και ο έξω και ο ενδοκυττάριος.

Συμπέρασμα : Μυελός επί οξείας μονοκυτταρικής λευχαιμίας σε πλήρη ύφεση, με έμφανη όμως βλαστικά κύτταρα στο όριο του ορισμού της ύφεσης.

Πρωτεΐνογράμμα : 12-1-89.

Λευκωματίνες : 45,0% $\alpha_1\sigma\phi=8,1\%$ $\alpha_2\sigma\phi=15,6\%$ $\beta\sigma\phi=12,6\%$ $\gamma\sigma\phi=18,7\%$.

Πρωτεΐνογράμμα : 10-7-89

Λευκωματίνες 58,3%, $\alpha_1\sigma\phi=3,9\%$ $\alpha_2\sigma\phi=9,4\%$ $\beta\sigma\phi=11\%$ $\gamma\sigma\phi=17,4\%$

Νοσηλεία του ασθενούς Κ. Ι. από 12-1-89 μέχρι 15-7-89

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ανορεξία, απώλεια βάρους

Αποκατάσταση της όρεξης του ασθενούς.

- Δίνουμε τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και πρωτεΐνες.
- Προσκαθούμε να δίνουμε μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. Επίσης συνιστούμε να κάνει έναν περίπατο εφ' όσον μπορεί πριν από το γεύμα.
- Προσκαθούμε τα γεύματά του να είναι ελκυστικά και θεραπευτικής αξίας.

Ο ασθενής καταλαβαίνει το πρόβλημά του και προσπαθεί και μόνος του να το αντιμετωπίσει παίρνοντας μικρά και συχνά γεύματα.

Εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα.

Αντιμετώπιση των εξελκώσεων.

- Μετά τα γεύματα κλύσεις του στόματος με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού. Η καθαριότητα πρέπει να γίνεται με μαλακή οδοντόβουρτσα ή πορτοκί με βαμβάκι για την απομάκρυνση των απολλεϊμάτων της τροφής και των κημάτων του αμύγδαλου.

Ικανοποιητική βελτίωση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα από τις εξελκώσεις.

<p>Τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά από κάποιο διάστημα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφεύγονται οι ερεθιστικές του βλεννογόνου τροφές, χρησιμευοποιούνται μαλακές τροφές για την αποφυγή του ερεθισμού του βλεννογόνου. - Για τον περιορισμό του πόνου κατά τα γεύματα γίνεται αναισθησία του φάρυγγα με ζυλοκαΐνη. 	<p>Αντιμετώπιση του πόνου.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ύψωση του οιδήματος. 	<p>Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα με συμπτώματα οιδήματος και πόνου.</p>
<p>Τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά από κάποιο διάστημα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλιννοσκελεπασμάτων. - Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, για ανακούφιση του αρρώστου, κατόπιν εντολής του γιατρού. - Απόλυτη ακινητικότητα του άκρου για να μην μετακινήσει ο θρόμβος. - Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με σύσταση γιατρού. 	<p>Αντιμετώπιση του πόνου.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ύψωση του οιδήματος. 	<p>Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα με συμπτώματα οιδήματος και πόνου.</p>

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε'

Συζήτηση επι των περιγραφομένων περιπτώσεων.

Μέσα απ' αυτή την εργασία μπορεί κανείς να δει πόσο σοβαρά είναι τα προβλήματα των λευχαιμικών και πόσα προβλήματα αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Σ' όλα τα περιστατικά που αναφέραμε η πορεία της ασθένειας ήταν μακροχρόνια (απο 6 μήνες μέχρι 10 χρόνια), η θεραπεία δύσκολη, η νοσηλευτική φροντίδα επίπονη, το δε αποτέλεσμα μοιραία κατάληξη.

Σε όλες τις περιπτώσεις ωστόσο ο ρόλος της νοσηλεύτριας ήταν τεράστιος. Ακόμα και όταν ο άρρωστος εφθανε σε σημείο που καμιά θεραπευτική αγωγή δεν θα τον ωφελούσε και η μόνη θεραπεία που γινόταν ήταν απλώς ανακουφιστική, το καθήκον της νοσηλεύτριας δεν σφραματούσε.

Η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον λευχαιμικό ασθενή με τις πολλαπλές ανάγκες, δεν περιορίζεται μόνο στην εφαρμογή της θεραπείας αλλά αναφέρεται ακίμα και στην:

- Τήρηση σχολαστικής καθαριότητας στο περιβάλλον του ασθενή όσο και στην ίδια σε οποιαδήποτε νοσηλευτική ενέργεια καθώς οι άρρωστοι αυτοί είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις που μπορούν να φέρουν μοιραίο αποτέλεσμα.

- Προσφορά υποστηρικτικής βοήθειας στον άρρωστο με την ανακούφιση από τον πόνο, την ενθάρυνση της κινητικότητας,

την παρακολούθηση για συμπτώματα αιμορραγίας.

• Πρόληψη και άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστειας.

- Βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί την θεραπεία και να συνεργαστεί με την ομάδα υγείας στην εφαρμογή της.

-Βοήθεια των μελών της οικογένειας του αρρώστου ώστε να αποδεχθούν την αρρώστια και να συμβάλουν στην υποβάσταξη του αρρώστου

-Ικανοποίηση όχι μόνο των βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του λευχαιμικού ασθενή

Βέβαια οι ευθύνες της νοσηλεύτριας δεν περιορίζονται στο χώρο του Νοσοκομείου.

Μια σωστή νοσηλεύτρια πρέπει να συμβαλλει στην σωστή ενημέρωση του πληθυσμού γύρω από την λευχαιμία και τα αίτια που την προκαλούν και τέλος πρέπει να είναι σωστά πληροφορημένη με όντι καινούργιο υπάρχει στην νοσηλευτική φροντίδα του λευχαιμικού ασθενή, να το αποδέχεται και να το εφαρμόζει.

Βεβαια όλα αυτά απαιτούν ένα πολύ μεγαλύτερο αριθμό αδελφών από τους ήδη υπάρχοντες, μια κάποια εξειδίκευση ίσως, και οπωσδήποτε την εφαρμογή σεμιναρίων για επιμόρφωση των νοσηλευτριών.

Ας ελπίσουμε ότι οι αρμόδιοι θα καταλάβουν κάποτε την προσφορά της νοσηλευτριας και θα δημιουργήσουν τα κίνητρα για μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτριών, καλύτερα ενημερομένων που θα έχει σαν αποτέλεσμα την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Δ "Ειδική Νοσολογία", τόμος 2ος, έκδοση 4η, εκδόσεις Παρλιάνος Γ., ΑΘΗΝΑ 1975.
- DAVIDSON S "Εσωτερική Παθολογία, γενικαί αρχαί και πρακτική εφαρμογή", τόμος 1ος, έκδοση 9η, εκδόσεις Εκπαιδευτική βιβλιοθήκη, ΑΘΗΝΑ 1969.
- HARRISON R "Εσωτερική παθολογία", επίτομος, έκδοση 6η, εκδόσεις Παρλιάνος Γ., ΑΘΗΝΑ 1975.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ "Νοσηλευτική, παθολογική χειρουργική", τόμος 1ος έκδοση 8η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η Ταβιθά" ΑΘΗΝΑ 1985.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ "Νοσηλευτική, Παθολογική, χειρουργική" τόμος 2ος, μέρος 1ο, έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η Ταβιθά", ΑΘΗΝΑ 1987
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ "Νοσηλευτική, παθολογική, χειρουργική" τόμος 2ος, μέρος 2ο, έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η Ταβιθά", ΑΘΗΝΑ 1987
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α - ΠΑΝΟΥ Μ "Παθολογική, και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες", τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1985.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α - ΠΑΝΟΥ Μ "Παθολογική, και χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες", τόμος 2ος, μέρος 2ο, έκδοση 1η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1985.-