

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΕΧΟΔΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θ Ε Μ Α :

ΟΞΕΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

Εισηγητής : ΓΕΩΡΓΙΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Σπουδαστής: ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Π Α Τ Ρ Α

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	810
----------------------	-----

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I, II
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
- Το αίμα	1
- Λευχαιμία	4
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
- Οξείες λευχαιμίες	6
- Ορισμός	6
- Το υπόστρωμα της νόσου	6
- Κλινική εικόνα	8
- Εργαστηριακές εξετάσεις	13
- Πρόγνωση της νόσου	15
- Διαφορική διάγνωση	16
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
- Θεραπεία	18
- Επιπλοκές και θεραπεία τους	25
- Άλλες σπάνιες μορφές οξείας λευχαιμίας	28
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
- Νοσηλευτική φροντίδα	31
- Νοσηλευτική παρέμβαση	31
- Ιστορικά ασθενών με οξεία λευχαιμία	44
- Σύγκριση ιστορικών - συμπεράσματα	50
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Μολονότι περιγραφές της λευχαιμίας βρέθηκαν αναγραφόμενες από την εποχή του Ιπποκράτη και μετά, παλαιότερες μικροσκοπικές παρατηρήσεις γίνονταν από το 1793. Η λευχαιμία αναγνωρίστηκε ως κλινική οντότητα από τον VIRCHOW το 1845. Μόνο ο VIRCHOW εξετίμησε ότι τα προσβεβλημένα κύτταρα ήταν λευκοκύτταρα και όχι πυοσφαίρια και πρότεινε το όνομα "λευχαιμία" (λευκό αίμα).

Ο VIRCHOW αργότερα παρατήρησε έναν τύπο στον οποίο κυριαρχούσε λεμφική διόγκωση. Μυελογενής μορφή λευχαιμίας περιγράφηκε από τον NEUMANN (1870) αλλά μόνο από την χρησιμοποίηση των χρωστικών μεθόδων του αίματος του EHRLICH αναγνωρίστηκαν η σπληνική και μυελογενής μορφές σαν ταυτόσημες.

Από τότε μέχρι σήμερα, ο αριθμός των ατόμων που προσβάλλονται από οξεία λευχαιμία, αυξάνεται με γοργό ρυθμό. Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες που έγιναν παγκόσμια, η συχνότητα των λευχαιμιών είναι περίπου 5/100.000 ατόμων κάθε χρόνο. Μεγαλύτερη συχνότητα λευχαιμίας άνω των 8/100.000 άτομα αναφέρεται στο Ισραήλ, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής Καναδά, Δανία και Ν. Ζηλανδία. Αντίθετα, σε άλλες χώρες η συχνότητα λευχαιμίας είναι κατά πολύ μικρότερη από το συνηθισμένο.

Παρά την βελτίωση των μέσων διαγνώσεως και την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου, η τελική έκβαση της είναι ο θάνατος. Στις Η.Π.Α. ο ρυθμός θανάτου από λευχαιμίες αυξήθηκε κατά 5,71 ανά 100.000 πληθυσμού μέσα σε 30 χρόνια. Στην Αγγλία και Ουαλία ο αριθμός θανάτων από λευχαιμίες αυξήθηκε σταθερά από 2,6 σε 4,8 τα τελευταία 13 χρόνια.

Η αύξηση αυτή των προσβληθέντων και των θανάτων από λευχαιμία, προκάλεσε ανησυχία στους επιστήμονες που προσπαθούν με έρευνες και μελέτες να ανακαλύψουν κάποιο φάρμακο που να θεραπεύει την λευχαιμία. Οι περισσότεροι άνθρωποι σήμερα, παραμένουν απληροφόρητοι ή παραπληροφορημένοι σχετικά με τη νόσο αυτή.

Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου και των θανάτων κυρίως σε άτομα νεαρής ηλικίας, με ώθησαν να ενημερωθώ σε επιστημονική βάση σχετικά με την οξεία λευχαιμία και να συντάξω αυτή την εργασία.

Σκοπός της πτυχιακής μου εργασίας είναι : Μια σύντομη παρουσίαση της εξέλιξης της νόσου στον ασθενή, τα μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται για μεγαλύτερη ύφεση, καθώς και η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή την τελευταία περίοδο της ζωής του.

Σε γενικές γραμμές η σειρά ανάπτυξης είναι η εξής :

- Μια σύντομη αναφορά στο αίμα και στα συστατικά του.
- Γενική αναφορά στις λευχαιμίες.
- Λεπτομερής περιγραφή της οξείας λευχαιμίας (αίτια, συμπτώματα, θεραπεία, επιπλοκές).
- Παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή κατά τον χρόνο διαμονής του στο Νοσοκομείο.
- Μια σύντομη παρουσίαση ιστορικών ασθενών πασχόντων από οξεία λευχαιμία.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

### ΤΟ ΑΙΜΑ

Το αίμα είναι ο μοναδικός υγρός ιστός του σώματος, που με τη συνεχή κυκλοφορία του μέσα στο καρδιαγγειακό σύστημα χρησιμεύει για την επικοινωνία των διαφόρων οστών και οργάνων του οργανισμού και για την διαρκή ανανέωση των συστατικών του εξωκυττάριου και, έμμεσα του ενδοκυττάριου υγρού τους. Το αίμα αποτελείται από το πλάσμα και τα έμμορφα συστατικά του, δηλαδή από κυτταρικά στοιχεία που είναι τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα.

Το πλάσμα του αίματος είναι κυρίως ένα υδατικό διάλυμα που περιέχει μεγάλο αριθμό πρωτεϊνών, ανόργανα άλατα, παράγοντες της πήξεως, βιταμίνες και πολλά άλλα οργανικά μόρια. Το πλάσμα μεταφέρει οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στα κύτταρα του σώματος και συγχρόνως απομακρύνει το διοξείδιο του άνθρακα, την ουρία και τα άχρηστα προϊόντα.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια αποτελούν την πλειονότητα των κυτταρικών στοιχείων του αίματος. Σε κάθε κυβικό χιλιοστόμετρο αίματος υπάρχουν 4,5-5 εκατομμύρια ερυθρά αιμοσφαίρια. Τα φυσιολογικά ερυθροκύτταρα είναι απύρρηνα και έχουν δισκοειδές σχήμα. Παράγονται στους αγγειακούς κόλπους του ερυθρού μυελού των οστών από εμπύρρηνα κύτταρα, τα οποία προέρχονται από το ενδοθήλιο των κόλπων. Το εσωτερικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων αποτελείται κυρίως από την αιμοσφαιρίνη, μια πλούσια σε σίδηρο πρωτεΐνη που δίνει στο κύτταρο ένα χαρακτηριστικό χρώμα και εξυπηρετεί το βασικό ρόλο της δέσμευσης και μεταφοράς του οξυγόνου. Για την παραγωγή και την εξέλιξη των ερυθρών αιμοσφαιρίων απαιτείται η παρουσία ορισμένων παραγόντων, όπως ο σίδηρος

ο χαλκός, η βιταμίνη Β12, το φυλλικό οξύ, η πυριδοξίνη και το λεύκωμα. Η έλλειψη οποιουδήποτε από τους παραπάνω παράγοντες μειώνει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων με αποτέλεσμα την αναιμία. Η μέση διάρκεια ζωής των φυσιολογικών ερυθρών αιμοσφαιρίων υπολογίζεται σε 100-120 ημέρες.

Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι εμπύρρηνα κύτταρα και διακρίνονται στις παρακάτω μορφές :

1. Πολυμορφοπύρρηνα ή Κοκλιοκύτταρα που διακρίνονται σε :

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| α) Ουδετερόφιλα | 55-65% |
| β) Ηωσινόφιλα   | 2-3%   |
| γ) Βασεόφιλα    | 0,5-1% |

2. Λεμφοκύτταρα 20-40%

3. Μεγάλα μονοπύρρηνα ή Μονοκύτταρα 5-8%

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων φυσιολογικά κυμαίνεται μεταξύ 5.000 - 10.000 κατά κυβικό χιλιοστόμετρο αίματος. Η πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων κάτω των 4.000/κχλ. καλείται λευκοπενία, ενώ η αύξηση τους πάνω από 10.000/κχλ καλείται λευκοκυττάρωση. Η πτώση του απόλυτου αριθμού πολυμορφοπύρρηνων κάτω των 2.000/κχ. αποτελεί σημαντικό σημείο για τα νοσήματα του αίματος. Τα πολυμορφοπύρρηνα παράγονται στον ερυθρό μυελό των οστών, τα λεμφοκύτταρα στα λεμφοαγγεία, και τα μεγάλα μονοπύρρηνα στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα. Ο βασικός ρόλος των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα είναι η άμυνα του οργανισμού.

Τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα είναι μικρά και πολύ εύθραυστα. Είναι τμήματα κυττάρων που προέρχονται από τα μεγακαρυοκύτταρα του μυελού των οστών. Δεν έχουν πυρήνα και ο αριθμός του κυμαίνεται γύρω στις 250.000 - 500.000

ανά κυβικό χιλιοστόμετρο αίματος. Η κύρια λειτουργία τους είναι η συμβολή τους στην πήξη του αίματος. Έχουν διάρκεια ζωής 4-10 ημέρες.



## Λ Ε Υ Χ Α Ι Μ Ι Α

Οι λευχαιμίες είναι νεοπλασματικές διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού. Χαρακτηρίζονται από υπερβολική ανάπτυξη του λευκοκυτταρικού ιστού, ο οποίος, κατά κανόνα, εκτός του μυελού, διηθεί διάφορα όργανα, όπως το ήπαρ, τον σπλήνα, τους λεμφαδένες κ.α. Συνυπάρχουν συνήθως στο περιφερικό αίμα ποιοτικές και ποσοτικές μεταβολές των λευκοκυττάρων. Οι λευχαιμίες διαιρούνται σε οξείες και χρόνιες.

Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα μη διαφοροποιημένα κύτταρα και η πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία είναι ταχεία. Η οξεία λευχαιμία είναι βαριάς μορφής και εισβάλλει απότομα.

Στις χρόνιες λευχαιμίες κυριαρχούν τα ώριμα ή καλά διαφοροποιημένα κύτταρα και η πορεία της νόσου είναι γενικά μακρύτερη.

Οι οξείες και χρόνιες λευχαιμίες υποδιαιρούνται ανάλογα με το είδος του κυττάρου που πάσχει σε λεμφογενείς και μυελογενείς.

Ως προς την συχνότητα, 20-30% των περιπτώσεων λευχαιμιών είναι χρόνιες μυελογενείς, 20-30% είναι χρόνιες λεμφογενείς και περίπου 20-30% είναι οξείες λεμφογενείς. Περίπου 15% του συνόλου των λευχαιμιών είναι οξείες μυελογενείς.

Η οξεία λεμφοβλαστική (λεμφογενής) λευχαιμία αφορά κυρίως παιδιά κάτω των 15 ετών και είναι η συχνότερη των οξείων λευχαιμιών. Αντίθετα η οξεία μυελοβλαστική (μυελογενής) αφορά άτομα 15-40 ετών καθώς και ηλικιωμένα άτομα και είναι κατά πολύ σπανιότερη.

Η χρόνια μυελογενής λευχαιμία απαντά σε άτομα ηλικίας 30-60 ετών, ενώ η χρόνια λεμφογενής προσβάλλει άτομα με-

γάλης ηλικίας άνω των 50 ετών.

Η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία των παιδιών έχει καλύτερη πρόγνωση από την οξεία μυελοβλαστική των ενηλίκων. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι φάρμακα που δίνουν καλά αποτελέσματα στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, δεν ωφελούν στην οξεία μυελοβλαστική και αντίστροφα. Γενικά όλοι οι τύποι είναι συνηθέστεροι στους άρρενες, ιδίως η χρόνια λεμφογενής, της οποίας η αναλογία ανδρών προς γυναίκες είναι 2:1.

Η παρακάτω στατιστική από τη Νέα Ζηλανδία δείχνει την επί τοις % συχνότητα των διαφόρων μορφών λευχαιμίας κατά τις διάφορες ομάδες ηλικιών.

Λ ε υ χ α ι μ ί ε ς

Ηλικία	Οξεία	Χρόνια μυελογενής	Χρόνια λεμφογενής
0-14 ετών	28	1	0
15-48 ετών	25	33	7
50 ετών	47	66	93

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Ι Ι

### ΟΞΕΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

#### ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι οξειές λευχαιμίες είναι πρωτοπαθής κακοήθεις νεοπλασίες των αιμοποιητικών οργάνων, στις οποίες υπάρχει ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (βλαστών) στον μυελό των οστών και αντικατάσταση των φυσιολογικών μυελικών κυττάρων. Οι βλάστες συνήθως, αλλά όχι πάντα, εμφανίζονται και στο περιφερικό αίμα.

#### ΤΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ακριβής αιτιολογία της λευχαιμίας είναι άγνωστη. Πιθανά αίτια είναι τα ακόλουθα :

- Ιοί : Για την λευχαιμία των ζώων έχει διαπιστωθεί ιογενής αιτιολογία, για τον άνθρωπο όμως δεν έχουν βρεθεί σίγουρες αποδείξεις. Η μεγάλη συχνότητα της νόσου στα μικρά παιδιά και η συγκέντρωση μερικές φορές, περιστατικών σε οικογένειες ή κοινότητες δείχνουν ότι στην οξεία λευχαιμία μπορεί να ενέχεται και κάποιο ιογενές ή περιβαλλοντικό αίτιο, όπως ο ιός Ε.Β. (EPSTEIN-BARR) ο οποίος έχει ανευρεθεί σε καλλιέργειες αίματος και μυελού, ατόμων που πάσχουν από οξεία και χρόνια λεμφογενή λευχαιμία.

- Γενετικοί παράγοντες : Η οξεία λευχαιμία παρατηρείται πολύ συχνά σε αρρώστους με χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως το σύνδρομο DOWN στο οποίο η οξεία λευχαιμία είναι 15-50 φορές συχνότερη από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αυξημένη συχνότητα της νόσου υπάρχει και σε άλλες συγγενείς χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως στην αναιμία FANCONI, στο σύνδρομο BLOOM και στην αταξία - τηλεαγγειεκτασία. Επίσης στη

λευχαιμία (1:5) και τα άλλα αδέρφια (1:72).

- Ιονίζουσα ακτινοβολία : Η σχέση μεταξύ υπέρμετρης ακτινοβολίας και λευχαιμίας έχει αποδειχθεί. Κύρια στοιχεία απόδειξης στηρίζονται στη χρήση της ακτινοβολίας "X" για τη θεραπεία της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας, διογκωμένου θύμου αδένος, πολυκυτταραιμίας, καρκίνου θυρεοειδούς. Δύο μόνο εξαιρέσεις υπάρχουν : α) υπερθυρεοειδισμός και β) ακτινοθεραπεία για καρκίνο τραχήλου μήτρας.

Συχνή εμφάνιση της νόσου παρατηρείται στους ακτινολόγους που δεν προστατεύονται αρκετά και σε άτομα που επιβίωσαν μετά τις εκρήξεις ατομικών βομβών.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία προκαλεί συνήθως μόνο μυελογενή λευχαιμία.

- Χημικές ουσίες : Ορισμένα φάρμακα και χημικές ουσίες, όπως οι αλκυλιωτικοί παράγοντες, η φαινυλοβουταζόνη και το βενζόλιο μπορεί να είναι λευχαιμιόγωνα. Οξεία μορφή λευχαιμίας και μάλιστα του σπάνιου ερυθρολευχαιμικού τύπου έχει παρατηρηθεί σε εργάτες υποδημάτων εκτιθεμένων στο βενζόλιο, σε συχνότητα μεγαλύτερη της αναμενόμενης σε μια έρευνα που έγινε στην Κωνσταντινούπολη (1947).

- Ιατρογενής λευχαιμία : Κατά τα τελευταία χρόνια ανακοινώθηκαν περίπου 400 περιπτώσεις οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας, συνήθως μυελομονοκυτταρικής σε ασθενείς κυρίως με νόσο HODGKIN'S, οι οποίοι υπέστησαν σε έντονη θεραπεία με συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται συνήθως 3-5 έτη μετά την θεραπεία για την βασική νόσο. Υπολογίζεται ότι περίπου 2% των εντατικά θεραπευμένων, ιδίως με συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας εμφανίζουν αυτή την επιπλοκή.

### ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρατηρείται εκτεταμένη αντικατάσταση του φυσιολογικού μυελού των οστών από βλάβες, με συνέπεια την καταστολή της φυσιολογικής αιμοποίησης. Άλλοι ιστοί, συγκεκριμένα οι λεμφαδένες (στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία), ο σπλήνας, το δέρμα και το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορούν επίσης να προσβληθούν.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος προσβάλλει συνήθως νεαρά άτομα και εισβάλλει απότομα με οξεία φαινόμενα, τα οποία εύκολα μπορεί να αποδοθούν σε κυνάγχη, αμυγδαλίτιδα, στοματίτιδα και λοίμωξη των ανωτέρων αναπνευστικών οδών.

Το αρχικό στάδιο της οξείας λευχαιμίας χαρακτηρίζεται άλλοτε από βαρεία αναιμία με έντονη ωχρότητα και εξάντληση, άλλοτε από αιμορραγικές ή και νεκρωτικές εκδηλώσεις από το στόμα και τον ρινοφάρυγγα και άλλοτε από αιμορραγική διάθεση από το δέρμα, τους βλεννογόνους και από διάφορα άλλα όργανα, η οποία οφείλεται στην συνυπάρχουσα θρομβοκυττοπενία τέλος, πολλές φορές υπάρχει συνδυασμός όλων των εκδηλώσεων.

Μπορεί να σημειωθεί διόγκωση των λεμφαδένων ή λόγω διηθήσεως ή αιμορραγίας, μπορεί τα πρώτα αξιόλογα συμπτώματα να είναι βήχας ή δύσπνοια (που προκύπτουν από διόγκωση του θύμου αδένος ή μεσοθωρακίων λεμφαδένων), ρευματοειδή αλγία, κοιλιακό άλγος ή ποικιλία νευρολογικών εκδηλώσεων. Πυρετός, κεφαλαλγία και γενική κακουχία μπορεί να εμφανιστούν αιφνίδια και να προκαλέσουν μεγάλη εξάντληση τα οποία υποδηλώνουν έτσι την εισβολή βαρείας κακοήθους λοίμωδους νόσου.

Σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζονται χαρακτηριστικά τα οποία υποδηλώνουν διφθερίτιδα, οστεομυελίτιδα της γνάθου, οξεία θυρεοειδίτιδα, επιπεφυκίτιδα, παροξυσμική ταχυκαρδία, υπερθυρεοειδισμό, υποξεία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, βρουκέλλωση, ρευματικό πυρετό, κεγχροειδή φυματίωση, πνευλικό όγκο και όγκο του μαστού.

Σπανίως και ειδικά σε ενήλικες, η έναρξη της νόσου μπορεί να είναι βραδεία και άτυπη. Ανεξήγητη αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυτταροπενική πορφύρα ή και τα τρία ευρήματα μπορεί να υπάρχουν επί ένα έτος και περισσότερο πριν αποκαλυφθεί η αληθινή φύση της νόσου. Μεγαλοσπληνία μπορεί να μην ανευρίσκεται, ούτε στερινή ευαισθησία και η εξέταση του μυελού των οστών δεν δίνει ασφαλή απάντηση. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται "προλευχαιμία".

- Λεμφαδένες : Η διόγκωση των λεμφαδένων σε οξεία λευχαιμία είναι, συνήθως, λιγότερο εμφανής από ότι σε χρόνια λευχαιμία. Σε πολλές όμως περιπτώσεις οξείας λευχαιμίας και κυρίως στην μονοκυτταρική μορφή, υπάρχει διόγκωση των τραχηλικών αδένων. Γενικευμένη αδеноπάθεια είναι πιθανότερο να βρεθεί σε λεμφοβλαστική λευχαιμία παρά σε άλλες μορφές. Οι αδένες σε οξεία λευχαιμία μπορεί να είναι πιο μαλακοί απ'ότι στη χρόνια λευχαιμία. Οι τραχηλικοί αδένες είναι ευαίσθητοι, ιδίως αν υπάρχει εμφανής λοίμωξη του στόματος.

- Ο Σπλήνας καθίσταται ψηλαφητός, αλλά δεν διογκώνεται όσο στη χρόνια λευχαιμία, το δε ήπαρ μπορεί να παρουσιάσει ελαφρά διόγκωση.

- Δέρμα : Πορφυρικές εκδηλώσεις είναι οι συνηθέστερες ανευρισκόμενες βλάβες του δέρματος. Αυτές περιλαμβάνουν

πετέχειες, εκχυμώσεις, διάχυτο εξάνθημα, που συνίσταται από κηλίδες και βλατίδες, γενικευμένες φλυκταινώδεις ακόμη και πομφολυγώδεις βλάβες, γενικευμένη απολεπιστική δερματίτιδα και ερπητοζωστήρα.

- Βλενογόνοι. Πορφυρικές εκδηλώσεις ανευρίσκονται στους βλενογόνους κυρίως της μύτης και της στοματικής κοιλότητας. Το πρώτο σύμπτωμα μπορεί να είναι απροσδόκητη αιμορραγία μετά από ελαφρό τραυματισμό τους, όπως εμφύσηση της μύτης, εξαγωγή οδόντος, αμυγδαλεκτομή, διάνοιξη περι-αμυγδαλικού αποστήματος, κ.α. Στον βλενογόνο του στόματος παρατηρούνται μεγάλες εκχυμώσεις οφειλόμενες σε επιμολύνσεις ιδίως από σπειροχαίτη και άλλους μικροοργανισμούς. Τα ούλα διογκώνονται και καμμία φορά σε βαθμό ώστε να καλύπτουν τα δόντια και συνήθως εμφανίζουν αιμορραγία, θρόμβους αίματος, εξελκώσεις ή νεκρώσεις.

- Από το κυκλοφορικό σύστημα παρατηρούνται εκδηλώσεις οφειλόμενες στην αναιμία, όπως ταχυκαρδία, δύσπνοια, στηθάγχια άλγη και αναιμία λειτουργικά φυσήματα.

- Από το αναπνευστικό σύστημα μπορεί να εμφανιστεί αναπνευστική απόφραξη. Δυνατή είναι η εμφάνιση υγρού στην υπεζωκοτική και την περικαρδιακή κοιλότητα ιδίως στο τελικό στάδιο της νόσου.

- Από το νευρικό σύστημα μπορεί να παρατηρηθούν συμπτώματα εξαρτώμενα από την εντόπιση των λευχαιμικών διηθησεων ή των αιμορραγιών στον εγκέφαλο ή στον νωτιαίο μυελό. Τα συμπτώματα αυτά είναι παράλυση του οπτικού και των κινητικών νεύρων του ματιού, ημιπληγία, κώφωση, σπασμοί και άλλα σημεία εγκεφαλίτιδας, μηνιγγίτιδας ή εγκάρσιας μυελίτιδας.

- Γαστρεντερικός σωλήνας. Ειδική διήθηση στον γαστρεντερικό σωλήνα είναι ασυνήθιστη σε οξείες λευχαιμίες μολογνότει έχουν βρεθεί λευχαιμικά οξέα στην σκωλικοειδή απόφυση, στα τυφλά κι στο ορθό. Στη μονοκυτταρική λευχαιμία έχουν περιγραφεί περιπτώσεις στις οποίες η κλινική εικόνα μοιάζει με τον τυφοειδή πυρετό ή τη δυσεντερία. Επίσης έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ασθενών με οξεία λευχαιμία οι οποίοι παρουσιάζουν έντονο κοιλιακό άλγος με μυϊκούς σπασμούς και εμέτους οφειλόμενοι σε εντερορραγία ή διατήρηση του εντέρου και περιτονίτιδα.

- Ουρογεννητική οδός : Η προσοχή πρέπει να στραφεί προς την ουρογεννητική οδό με την εμφάνιση αιματουρίας, άλγους και συμπτώματα νεφρίτιδας. Η λευχαιμική διήθηση μπορεί να προκαλέσει έκδηλη επιμήκυνση του νεφρού χωρίς παρεμπόδιση της κάθαρσης και των άλλων νεφρικών λειτουργιών.

- Οστά και αρθρώσεις : Έχουν αναφερθεί συμπτώματα στα οστά και στις αρθρώσεις σε οξείες λευχαιμίες κυρίως στα παιδιά. Τα συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνουν ρευματικό πυρετό, φυματιώδη σπονδυλίτιδα, βρουκέλωση ή νόσο του STILL.

Επίσης παρατηρούνται διόγκωση και παραμόρφωση των αρθρώσεων, αραιώσεις, κυστικές αλλοιώσεις και αυτόματα κατάγματα των οστών. Οι λευχαιμικές εστίες που υπάρχουν στα οστά ή στο κρανίο δημιουργούν πολλαπλά ογκίδια τα οποία είναι γνωστά με το όνομα "χλώρωμα".

- Οφθαλμοί, ώτα : Αιμορραγίες στους βυθούς των οφθαλμών συνήθως ανευρίσκονται σε οξεία λευχαιμία 70-90% των περιπτώσεων. Αιμορραγία επίσης υπάρχει στους επιπεφυκότες, στα βλέφαρα και σε άλλα μέρη των οφθαλμών.



Η κώφωση είναι αποτέλεσμα αιμορραγίας μέσα στο λαβύρινθο ή διηθήσεως του ακουστικού νεύρου.

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

**1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ :** Σε ασφαλή διάγνωση της οξείας λευχαιμίας οδηγεί η εξέταση αίματος, δια της οποίας διαπιστώνεται αφ'ενός η ύπαρξη αναιμίας και θρομβοκυττοπενίας και αφ'ετέρου οι μεταβολές του αριθμού και του τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων. Η ευρισκόμενη αναιμία είναι συνήθως ορθοχρωματική, συνοδεύεται από μακροκυττάρωση και συχνά από πολυχρωματοφιλία. Ο αριθμός των θρομβοκυττάρων κατέρχεται συνήθως κάτω από 100.000 κατά κ.χλστ. ο χρόνος ροής και ο χρόνος πήξης του αίματος παρουσιάζουν επιμήκυνση, η συστολή του θρόμβου είναι πλημμελής και το σημείο RUMPEL-LEEDE θετικό.

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων εμφανίζει αύξηση μέχρι 100.000 κατά κ.χ., αλλά στις αλευχαιμικές μορφές της νόσου διατηρείται σε φυσιολογικά όρια ή κατέρχεται μέχρι 1.000 ή λιγότερα λευκοκύτταρα κατά κ.χιλ., οπότε η διαφορική διάγνωση από άλλα νοσήματα είναι δύσκολη.

Μεγαλύτερη όμως σημασία για τη διάγνωση της οξείας λευχαιμίας έχει η εικόνα του λευκοκυτταρικού τύπου. Τα περισσότερα ανευρισκόμενα λευκοκύτταρα έχουν άωρο πυρήνα και είναι συνήθως άτυποι μυελοβλάστες, σπανίως είναι τυπικοί μυελοβλάστες. Οι παθολογικοί αυτοί μυελοβλάστες καλούνται παραμυελοβλάστες και μπορεί να ληφθούν σαν λεμφοκύτταρα ή σαν μονοπύρηννα λευκοκύτταρα.

Η αντίδραση της οξειδάσης, η οποία είναι θετική στα κύτταρα της μυελοβλαστικής σειράς, αποβαίνει συνήθως αρνητική στους παραμυελοβλάστες. Ενδιάμεσες μορφές εξέλιξης της μυελοβλαστικής σειράς, όπως προμυελοκύτταρα, μυελοκύτταρα και μεταμυελοκύτταρα, ανευρίσκονται σε σπάνιες περι-

πτώσεις, ενώ κατά κανόνα, εκτός από τους παραμυελοβλάστες, ανευρίσκονται ώριμα πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα.

Αυτή η εικόνα του αιματολογικού τύπου, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία άωρων μυελοβλαστών και ώριμων πολυμορφοπύρρηνων με πλήρη έλλειψη των ενδιαμέσων μορφών, είναι παθογνωμονική της νόσου και ονομάστηκε από την NAEGBELI "λευχαιμικό χάσμα". Δείχνει ότι οι παθολογικές αυτές μορφές δεν έχουν την ικανότητα της περαιτέρω ωρίμανσης, έτσι αυτά τα κύτταρα δεν έχουν τις αμυντικές ικανότητες των φυσιολογικών.

Χαρακτηριστική επίσης της οξείας λευχαιμίας είναι η εξαφάνιση των ηωσινόφιλων και βασεόφιλων λευκοκυττάρων, αντίθετα προς την χρόνια λευχαιμία κατά την οποία παρατηρείται αύξηση αυτών.

**2. ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ :** Ασφαλέστερη διαγνωστική μέθοδο αποτελεί η εξέταση λαμβανόμενου μυελού των οστών με στερνική παρακέντηση. Η πραγματική κυτταρολογική φύση των κυττάρων μπορεί να αναγνωρισθεί μόνο μ'αυτή την εξέταση. Ο αριθμός των μυελοβλαστών παρουσιάζει μεγάλη αύξηση, η αναλογία τους μπορεί να πλησιάσει το 100%.

Για τη διάκριση μεταξύ οξείας λεμφοβλαστικής και οξείας μυελογενούς λευχαιμίας, γίνονται κατάλληλες εργασίες με ιστοχημικές χρώσεις.

**3. ΒΙΟΨΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ :** Λήψη κυτταρικών στοιχείων των λεμφαδένων γίνεται με παρακέντηση αδένα.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η βαρύτητα της νόσου προχωράει προοδευτικώς αυξανόμενη μέχρι την -κατά κανόνα- κακή έκβασή της, μολονότι σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται αυτόματες υφέσεις των οξέων φαινομένων, οι οποίες διατηρούν μεγάλο χρονικό διάστημα, μέχρι να επανεμφανιστούν τα συμπτώματα της οξείας λευχαιμίας.

1. Στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (Ο.Λ.Λ.): για τον καθορισμό της πρόγνωσης λαμβάνουμε υπ' όψιν τα παρακάτω δεδομένα :

α) Ηλικία κάτω των δύο ετών και άνω των 12 ετών είναι δυσμενή προγνωστικά στοιχεία.

β) Αρχικός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων περιφερικού αίματος ανώτερος των  $20 \times 10^6/L$  είναι δυσμενές προγνωστικό σημείο.

γ) Βαρεία θρομβοπενία με αριθμό θρομβοκυττάρων μικρότερο του  $10 \times 10^6/L$  πριν από κάθε θεραπεία, συνιστά κακό προγνωστικό στοιχείο.

δ) Μορφολογία λεμφοβλαστών. Βλάστες μικρού μεγέθους (μικρολεμφοβλάστες μεγέθους 12 μ.) παρέχουν την καλύτερη πρόγνωση.

ε) Κατά πολλούς αξιόλογη διόγκωση ήπατος, σπληνός και λεμφαδένων συνιστούν δυσμενή προγνωστικά στοιχεία.

Γενικά, το 60% των περιπτώσεων οι οποίοι δεν ανήκουν στην κακή προγνωστική ομάδα εμφανίζουν με σωστή θεραπεία πλήρη αναστολή για περισσότερο από 4 ετη. Σήμερα είναι βέβαιο ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών με Ο.Λ.Λ. με καλή θεραπεία θεραπεύεται πλήρως. Υπολογίζεται ότι 50% των παιδιών που υποβλήθηκαν σε σωστή θεραπεία διάρκειας 3 1/2

έτη και πλέον, βρίσκονται σε καλή κατάσταση 8-10,5 έτη από την έναρξη της θεραπείας και χωρίς θεραπεία τουλάχιστον 5 έτη. Σπανίως εμφανίζεται υποτροπή της νόσου μετά την πάροδο διαιτίας από την λήξη της πλήρους θεραπείας των 3 ετών.

2. Στην οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία (Ο.Μ.Λ.): για τον καθορισμό πρόγνωσης, ισχύουν τα δεδομένα που αναφέρθηκαν στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. Οι πρόοδοι των τελευταίων ετών στη θεραπεία της Ο.Μ.Λ. δεν υπήρξαν τόσο εντυπωσιακοί όσο στη θεραπεία της Ο.Λ.Λ. Το ποσοστό ύφεσης με εντατική χημειοθεραπεία ανέρχεται σε 50-85%, η μέση διάρκεια της ύφεσης σε 12-18 μήνες ενώ 10-20% των ασθενών παραμένουν σε ύφεση περισσότερο από 5 έτη. Συνήθως χωρίς θεραπεία η νόσος διαρκεί επί 1-2 μήνες, υπάρχουν όμως και κεραυνοβόλες μορφές που επιφέρουν το θάνατο μέσα σε 2-3 εβδομάδες.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά την διαφορική διάγνωση της αλευχαιμικής μορφής της οξείας λευχαιμίας από της αιμορραγικής αλευκίας ή παμμυελοφθίσεως, στην οποία επίσης υπάρχουν θρομβοκυτταροπενία, αιμορραγική διάθεση, βαρεία απλαστική αναιμία και μερικές φορές, νεκρώσεις στην στοματική κοιλότητα. Αλλά ο μυελός των οστών παρουσιάζει μεγάλη ελάττωση του αριθμού των μυελοβλαστών και των ερυθροβλαστών, μείωση ή τέλεια έλλειψη των μυελοκυττάρων και μεγακαρυοκυττάρων, φυσιολογικό αλλά φαινομενικά αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων, γενικά, ο μυελός των οστών εμφανίζει εικόνα "κυτταρικής ερήμωσης", σε αντίθεση προς την οξεία λευχαιμία στην οποία υπάρχει πληθώρα τέτοιων κυτ-

τάρων.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας λευχαιμίας από την ιδιοπαθή θρομβοκυττοπενία ή νόσο του WERHOF βασίζεται στο ότι η τελευταία χαρακτηρίζεται από αιμορραγική διάθεση με ελαφρά μεθαιμορραγική αναιμία και αιματολογικώς από ελάττωση του αριθμού των θρομβοκυττάρων, ενώ τα υπόλοιπα κυτταρικά στοιχεία του αίματος παραμένουν φυσιολογικά, ο δε μυελός των οστών παρουσιάζει -εκτός από την αύξηση του αριθμού των μεγακαρυοκυττάρων- φυσιολογική εικόνα.

Το σκορβούτο διακρίνεται εύκολα γιατί τόσο η αιματολογική εικόνα όσο και το μυελόγραμμα είναι φυσιολογικά.

Η διάκριση από την στοματίτιδα ή την κυνάγχη των PLAUVINCENT, γίνεται με την εξέταση επιχρίσματος των εξελκώσεων και την ανεύρεση σ'αυτά, ειδικά παθογόνα αίτια όπως ατρακτόμορφα βακτηρίδια και σπειροχαίτη των PLANT-VINCENT.

Τέλος, η διαφορική διάγνωση από την διφθερίτιδα, τον τυφοειδή πυρετό και άλλα λοιμώδη νοσήματα, βασίζεται πάντα στις ειδικές μικροβιολογικές και ορολογικές αντιδράσεις.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κανένα από τα θεραπευτικά μέσα που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι τώρα, δεν έχει αποδώσει αξιόλογα αποτελέσματα εκτός από μια παράταση της ζωής του ασθενούς για μικρό χρονικό διάστημα.

Εάν η οξεία λευχαιμία μείνει χωρίς θεραπεία, η πρόγνωση της ως προς την επιβίωση είναι μικρότερα από λίγους μήνες. Πρόσφατες πρόοδοι στη θεραπεία της οξείας λευχαιμίας έχουν ριζικά μεταβάλλει την πρόγνωση και μπορούν να θεωρηθούν σαν μια από τις μεγαλύτερες επιτυχίες της σύγχρονης θεραπευτικής. Η βελτίωση στη θεραπεία έχει βασιστεί στα εξής:

1. Στη χημειοθεραπεία με ογκολυτικά φάρμακα για την ελάττωση ή την εκρίζωση του πληθυσμού των λευχαιμικών κυττάρων.
2. Στις μεταγγίσεις αίματος για διατήρηση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων και της τιμής της αιμοσφαιρίνης σε κανονικά επίπεδα.
3. Στην ακτινοθεραπεία δηλ. ακτινοβολία για την προφύλαξη του Κ.Ν.Σ.
4. Στην χορήγηση βιοθεραπευτικών. Έντονη αντιβίωση χρησιμοποιείται για την πρόληψη και καταπολέμηση των σηπτικών εκδηλώσεων και λοιμώξεων.
5. Στην μεταμόσχευση μυελού των οστών.
6. Στην ανοσιοθεραπεία.

Σκοπός της θεραπείας είναι η εξάλειψη των λευχαιμικών κυττάρων και η αποκατάσταση της λειτουργίας του μυελού των οστών. Η θεραπεία σχεδιάζεται πάντα με στόχο την μείωση, όσο είναι δυνατό, των λευχαιμικών κυττάρων ώστε να επιτευχθεί πλήρης ύφεση. Υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που είναι πιο αποτελεσματικά από άλλα. Η επιλογή της χημειοθερα-

πείας γίνεται πάντοτε ανάλογα με τον τύπο της λευχαιμίας. Η θεραπεία που συνίσταται στις δύο μορφές της οξείας λευχαιμίας είναι :

### 1. ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ.

Η θεραπεία είναι μακροχρόνια, γι' αυτό αποτελεί μεγάλη ψυχική δοκιμασία για τον ασθενή και το στενό περιβάλλον του.

Η ειδική αντιλευχαιμική ή ογκολυτική θεραπεία περιλαμβάνει τρεις φάσεις :

**A. Θεραπεία εφόδου ή πρόκληση ύφεσης:** Γίνεται εντατική θεραπεία με σκοπό την ελάττωση πληθυσμού των λευχαιμικών κυττάρων, όπου να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του μυελού των οστών. Σ' αυτό το στάδιο ο άρρωστος είναι κλινικά και αιματολογικά υγιής και λέγεται ότι βρίσκεται σε ύφεση. Τα φάρμακα που χορηγούνται είναι :

- Πρεδνιζόνη, 40 MG/M<sup>2</sup> ημερησίως από το στόμα για 28 ημερ.
- Βινκριστίνη, 1,5 MG (μέγιστη δόση 2 MG) ενδοφλεβίως μια φορά την εβδομάδα, δηλ. την 1η, 8η, 15η, 22α ημέρα.
- L-Ασπαραγινάση, ενδομυϊκώς (6000 μον/M<sup>2</sup>) 9 δόσεις για τρεις εβδομάδες, δηλαδή 3 δόσεις την εβδομάδα.
- Μεθοτρεξάτη, 12 MG ενδοραχιαίως από την πρώτη ημέρα της θεραπείας. Η έγχυση επαναλαμβάνεται μετά 2 και 4 εβδομάδες. Άλλες τρεις δόσεις χορηγούνται κατά την φάση της ακτινοβολίας του κρανίου.

Σε οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία δυσμενούς προγνώσεως απαιτείται εντονότερη θεραπεία δηλαδή προσθήκη ρουβιδομυκίνης (25 MG) εβδομαδιαίως την 21, 8η, 15η, 22η ημέρα και εν συνεχεία θειογουανίνη, κυτοσίνη-αραβινοσίδη, κυκλοφωσφamide και μεθοτρεξάτη ενδοραχιαίως. Μετά από 4-6 εβδομάδες απ' την έναρξη της θεραπείας εφόδου, επιτυγχάνεται η ύφεση.



Β. Προφυλακτική θεραπεία . Το γεγονός ότι στην Ο.Α.Α. οι υποτροπές από το Κ.Ν.Σ. ήταν συχνές, οδήγησε στην άποψη ότι τα λευχαιμικά κύτταρα θα ήταν δυνατόν να διατηρούνται σε περιοχές προστατευμένες π.χ. στο Κ.Ν.Σ. και στους χιτώνες των όρχεων, όπου δεν εκτίθενται στην επίδραση των κυτταροστατικών φαρμάκων. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η προφύλαξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος που αρχίζει από την αρχή της εμφάνισης της νόσου και περιλαμβάνει ακτινοβολία του Κ.Ν.Σ. (εφαρμόζεται μόνο στο κρανίο). Χορηγούνται :

- 1800 RAD σε 10 δόσεις επί 2 εβδομάδες στο κρανίο.
- Μεθοτρεξάνη ενδοραχιαίως.

Μερικά θεραπευτικά σχήματα περιλαμβάνουν αρχικά εντατική ενδοραχιαία θεραπεία με μεθοτρεξάτη μόνο ή σε συνδυασμό με κυτοσίνη-αραβινοσίδη ή υδροκορτιζόνη κάθε 2 μήνες. Η παρενέργεια της ακτινοβολίας του Κ.Ν.Σ. είναι η αλωπεκία. Η βαρύτητα και η διάρκεια της αλωπεκίας ποικίλλει από άρρωστο σε άρρωστο αλλά γενικά τα παιδιά χάνουν όλα τα μαλλιά τους προτού συμπληρωθεί η θεραπεία. Τα μαλλιά ξαναμεγαλώνουν μέσα σε λίγους μήνες αλλά μπορεί να είναι διαφορετικού χρώματος και υφής. Πυρετός, ευερεθιστότητα, λήθαργος, κεφαλαλγία, ναυτία και εμετοί συμβαίνουν λιγότερο συχνά.

Γ. Θεραπεία συντήρησης και σταθεροποίηση. Σκοπός είναι η απόπειρα καθολικής εκρίζωσης του πληθυσμού των λευχαιμικών κυττάρων που απόμειναν. Χορηγούνται :

- Μερκαπτοπουρίνη (75 MG) από το στόμα καθημερινά.
- Μεθοτρεξάτη (20 MG) μία φορά την εβδομάδα.
- Βινκριστίνη (1,5 MG) ενδοφλεβίως μια φορά το μήνα σε

συνδυασμό με Πρεδνιζόνη (40 MG) καθημερινά για 5 ημέρες. Σε 90% των περιπτώσεων Ο.Λ.Α. της παιδικής ηλικίας, η φάση εφόδου επιφέρει πλήρη κλινική και αιματολογική ύφεση. Η εικόνα του περιφερικού αίματος και του μυελού αποκαθίσταται στο φυσιολογικό. Οι βάστες εξαφανίζονται από τον μυελό τελείως ή σχεδόν τελείως.

Κατά κανόνα, σε όλη τη φάση συντήρησης ο ασθενής χαίρει άκρας υγείας. Διαδοχικά μυελογράμματα είναι απαραίτητα και μάλιστα μετά το τέλος της θεραπείας, κατά την κρίση του θεράποντος γιατρού. Η παρακολούθηση του περιφερικού αίματος πρέπει να γίνεται κάθε 15νθήμερο για αποφυγή λευκοπενίας ή θρομβοπενίας.

Η θεραπεία πρέπει να γίνεται σε ειδικά αιματολογικά κέντρα πλήρως εξοπλισμένα. Απαραίτητη είναι επίσης η συμπάρασταση του ιατρού και του νοσηλευτή για ενίσχυση του ασθενή με αισιόδοξη διάθεση.

Σε 20% περίπου των αρρένων με Ο.Λ.Α. γίνεται διήθηση των όρχεων. Σήμερα γίνεται δεκτό ότι εντατική θεραπεία, κατά την αρχική φάση, η οποία περιλαμβάνει ιδίως ασπαραγινάση ελαττώνει το ποσοστό αυτής της επιπλοκής. Αν εμφανιστεί αυτή η επιπλοκή γίνεται ακτινοθεραπεία με 2.400 RAD και στους δύο όρχεις.

Η διάρκεια θεραπείας συντήρησης, μπορεί να διακοπεί μετά από 3 έτη. Πολλοί όμως υποστηρίζουν ότι η θεραπεία πρέπει να είναι 5ετής.

Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου, επαναλαμβάνεται η αρχική θεραπεία εφόδου αλλά με εντονώτερο σχήμα :

- Πρεδνιζόνη (40 MG) ημερησίως για 28 ημέρες.
- Βινκριστίνη (1,5 MG) ενδοφλεβίως 1 φορά την εβδομάδα.

- Κυτοσίνη-αραβινοσίδη (300 MG) κάθε εβδομάδα.
- Ρουβιδομυκίνη (25 MG) ενδοφλεβίως κάθε εβδομάδα.
- L-ασπαραγινάση (6000 μον.) ενδομυϊκώς, 9 δόσεις για τρεις εβδομάδες.
- Δαουνομωσίνη ή αδριαμυκίνη είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμούς.

Συνήθως η εμφάνιση μιας υποτροπής είτε στο μυελό των οστών είτε εξωμυελικά σημαίνει ότι σταθερός έλεγχος της νόσου θα είναι αδύνατος.

## 2. ΟΞΕΙΑ μυελοβλαστική λευχαιμία.

Δυστυχώς, η οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία ανταποκρίνεται λιγότερο στη θεραπεία απ'ότι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. Τα φάρμακα τα οποία χορηγούνται για καταστροφή των μυελοβλαστών, καταστρέφουν σε μέγιστο ποσοστό και τα φυσιολογικά κύτταρα του αίματος με αποτέλεσμα παρατεταμένη μυελική απλασία μέχρις ότου τα φυσιολογικά πρόδρομα κύτταρα με πολλαπλασιασμό τους πληρώσουν τον μυελό. Στα καλύτερα κέντρα έχουν επιτευχθεί υφέσεις μέχρι και 70% των περιπτώσεων και πολλές από αυτές δεν διαρκούν περισσότερο από λίγους μήνες. Η θεραπεία συνήθως δεν περιλαμβάνει ακτινοβολία και προφύλαξη του Κ.Ν.Σ. Το πιο συνηθισμένο θεραπευτικό σχήμα που χρησιμοποιείται είναι το ακόλουθο:

### A. Φάση εφόδου:

- Δασυνορουβικίνη (70 MG) ενδοφλεβίως καθημερινά για 3 ημέρες.
- Κυτοσίνη-αραβινοσίδη (100 MG) ενδοφλεβίως ανά 12ωρο για 7 ημέρες.
- 6-θειογουανίνη (100 MG) από το στόμα, καθημερινά για 7 ημέρες.

- Πρεδνιζόνη (40 MG) από το στόμα καθημερινά για 7 ημέρες.
  - Βινκριστίνη (1 MG) ενδοφλεβίως την 1η και 7η ημέρα.
- Μετά την επίτευξη πλήρους ύφεσης και εφόσον ο ασθενής συνέρχεται, τα δε κοκκιοκύτταρα υπερβούν τα 1.000/ML, η θεραπεία συνεχίζεται.

#### Β. Φάση σταθεροποίησης:

- Δαουνουρβικίνη (70 MG) ενδοφλεβίως ημερησίως την 1η και 2η ημέρα.
- Κυτοσίνη-αραβινοσίδη, 6-θειογουανίνη και πρεδνιζόνη στις δόσεις της φάσης εφόδου, αλλά για 5 ημέρες.
- Πρεδνιζόνη (40 MG) για 5 ημέρες.
- Βινκριστίνη (1 MG) ενδοφλεβίως την 1η ημέρα.

#### Γ. Θεραπεία συντήρησης :

Κάθε μήνα :

- Κυτοσίνη-αραβινοσίδη (20-25 MG) υποδορίως ανά 6ωρο επί 5 ημέρες.
- 6-θειογουανίνη (100 MG) από το στόμα ανά 12ωρο επί 5 ημέρες.
- Πρεδνιζόνη (40 MG) από το στόμα ημερησίως επί 5 ημέρες.
- Βινκριστίνη (1 MG) ενδοφλέβια την 1η ημέρα.

**Μεταμόσχευση μυελού :** Εκτός από την χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης η μεταμόσχευση μυελού (σε ασθενείς κάτω των 40 ετών συνήθως) και η ανοσοθεραπεία.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη μεταμόσχευση μυελού είναι η ικανοποιητική ιστοσυμβατότητα. Επιβάλλεται να προηγηθεί πλήρης καταστροφή των λευχαιμικών κυττάρων με χημειοθεραπεία, η οποία βέβαια καταστρέφει και τον φυσιολογικό μυελό. Σε δεύτερο στάδιο χορηγείται ιστοσυμβατός μυελός, προτιμότερο σε συνδυασμό με ήπια ανοσοκατασταλτικά.

Σε πρόσφατες εργασίες με σύνολο εκατοντάδων ασθενών, φαίνεται ότι πάνω από 70% των ασθενών που υπέστησαν επιτυχή μεταμόσχευση ζουν άνω των 4 ετών σε πλήρη ύφεση.

Επίσης, μετά την επίτευξη πλήρους ύφεσης και μετά από αρκετό χρόνο εφαρμογής της θεραπείας συντήρησης, πολλά προσθέτουν ανοσοθεραπεία με ενέσεις λευχαιμικών κυττάρων (ειδική ανοσοθεραπεία), ή ενέσεις εμβολίου BCG (μη ειδική ανοσοθεραπεία). Υπέρμαχος της ενεργού ανοσοθεραπείας είναι ο Γάλλος αιματολόγος ΜΑΤΗΕ'. Η θεραπεία αυτή αποσκοπεί στη διέγερση των ανοσολογικών δυνάμεων του οργανισμού εναντίον των λευχαιμικών κυττάρων που βρίσκονται ακόμη στον οργανισμό.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ

1. **Λοίμωξη** : Εμπύρετα επεισόδια σε οξείες λευχαιμίες πρέπει να αποδίδονται σε λοιμώξεις. Η λοίμωξη είναι η κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας της οξείας λευχαιμίας. Εξάλλου τα κυτταροστατικά φάρμακα εκτός από την ουδετεροπενία που μπορεί να προκαλέσουν, διαταράσσουν και τον ανοσολογικό μηχανισμό.

Πολλές από τις βαρείες συστηματικές λοιμώξεις οφείλονται σε ενδογενείς παράγοντες. Σε θετική καλλιέργεια απομονώνονται, κατά κανόνα, βακτηρίδια αρνητικά κατά GRAM, ψευδομονάδες, κλεμπ-σιέλλες, κολοβακτηρίδια, πρωτεΐς, μύκητες, ιοί, βακτηριδιοειδές και σπάνια στρεπτόκοκκος και σταφυλόκοκκος. Γι' αυτό η αντιβιοτική θεραπεία έχει επείγοντα χαρακτήρα.

Αμέσως μετά τη λήψη καλλιεργειών αίματος, πτυέλων, ούρων, εκκρίματος της μύτης, του φάρυγγα και υπάρχοντων ελκωτικών επιφανειών, ο ασθενής υποβάλλεται αμέσως σε έντονη αντιβιοτική αγωγή. Προτιμάται ο συνδυασμός αμινογλυκοσιδών (γενταμικίνης, τοβραμυκίνης, αμινακίνης και νετιλμικίνης κυρίως για τα αρνητικά κατά GRAM βακτηρίδια, σε συνδυασμό με καρβενικιλλίνη, τικαρκιλλίνη ή αζλοκιλλίνη όταν πρόκειται για ψευδομονάδες), κεφαλοσπορίνης για τα περισσότερα θετικά κατά GRAM, αλλά και για αρκετά αρνητικά και κλινδαμυκίνη για το αναερόβιο βακτηριδιοειδές και για πολλά θετικά κατά GRAM.

Όταν πρόκειται για λοίμωξη από σταφυλόκοκο, συνίσταται ημισυνθετική πενικιλλίνη ανθεκτική στην πενικιλλινάση.

Εάν ο πυρετός παρά την αντιβιοτική αγωγή εξακολουθεί περισσότερο από 7 ημέρες, οι δε καλλιέργειες παραμένουν αρνη-

τικές, συνιστάται διακοπή της χορήγησης του αντιβιοτικού και αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο λοίμωξης από μύκητες και της χορήγησης αμφοτερικίνης. Η CANDIDA είναι το συνηθέστερο αίτιο θανατηφόρας λοίμωξης από μύκητες σε ασθενείς με λευχαιμία ή λέμφωμα.

Επίσης συχνά παρατηρούνται και λοιμώξεις πνεύμονος. Η ακριβής διάγνωση πολλές φορές είναι δύσκολη όταν ο ασθενής δεν έχει πτύελα. Τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα, όπως η διατραχειακή αναρρόφηση, η βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο, βιοψία πνεύμονος κ.λ.π. παρέχουν σημαντική διαγνωστική βοήθεια.

**2. Αιμορραγία :** Οι αιμορραγίες είναι μετά τις λοιμώξεις η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας αιτία θανάτου των ασθενών. Μεταγγίσεις αίματος επιβάλλονται για την αντιμετώπιση των επιπλοκών εξαιτίας της καταστολής του μυελού των οστών. Η αιμορραγία σχετίζεται συνήθως με την ανάπτυξη θρομβοκυταροπενίας. Συχνά προτιμάται η μετάγγιση συμπυκνωμένων αρυθροκυττάρων από το πλήρες αίμα για την αποφυγή υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας.

Η μετάγγιση εναιωρίματος, αιμοπεταλίων βοήθησε στον έλεγχο των αιμορραγικών εκδηλώσεων λόγω της θρομβοπενίας. Δυστυχώς όμως αναπτύσσονται αντισώματα κατά των αιμοπεταλίων σε 50% των ασθενών. εκτός αν βρεθεί δότης συμβατός του οποίου τα αιμοπετάλια λαμβάνονται με αιμοπεταλιοαφαίρεση.

Σε έκδηλη ουδετεροπενία μεταγγίζονται λευκοκύτταρα, δυστυχώς όμως η επιβίωση των λευκοκυττάρων είναι μικρή και η εξασφάλιση επαρκούς αριθμού λευκοκυττάρων για μετάγγιση είναι τεχνικά δύσκολη.

**3. Λευκοσταςία :** Πρόκειται για επιπλοκή που έχει εξακριβωθεί πρόσφατα. Συνίσταται στην απόφραξη των τριχοειδών του εγκεφάλου η οποία συμβαίνει όταν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι ψηλός σε συνδυασμό με ψηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης. Η απόφραξη οδηγεί σε θανατηφόρα εγκεφαλική ανοξία. Επίσης βαρειές πνευμονικές εκδηλώσεις εμφανίζονται συχνά από λευκοσταςία στους πνεύμονες.

Λευκοσταςία δημιουργείται κυρίως όταν στους πάσχοντες χορηγηθεί άφθονο αίμα πριν την μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων με τη χημειοθεραπεία. Η επιπλοκή αυτή είναι θανατηφόρα.

**4. Ανουρία :** Είναι συνέπεια της κρυσταλλοποίησης του ουρικού οξέος, το οποίο μπορεί να είναι αιτία απόφραξης των ουροφόρων σωληναρίων και νεφρικής ανεπάρκειας. Πριν την ανουρία, σημειώνεται η παρουσία ολιγουρίας και σε πολλές περιπτώσεις, πόνος στην κοιλιακή χώρα ή στην οσφυϊκή μοίρα. Η υπερουρεμία μπορεί να εξελιχθεί αποτελεσματικά με αύξηση της πρόσληψης υγρών, αλκαλοποίηση των ούρων και χορήγηση αλλοπουρινόλης.



## ΑΛΛΕΣ ΣΠΑΝΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

**1. ΟΞεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία :** Είναι σπάνιος τύπος και εμφανίζεται μόνο σε ενήλικες. Έχει κλινική διαδρομή ταυτόσημη με τις οξείες λευχαιμίες. Στο αίμα, εκτός από αναιμία και θρομβοπενία, ανευρίσκονται παθολογικά προμυελοκύτταρα σε ποσοστό 60-70%. Οι αιμορραγικές εκδηλώσεις είναι συχνές και οφείλονται κυρίως στη διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, η οποία είναι χαρακτηριστική του τύπου αυτής της οξείας λευχαιμίας.

Η πρόγνωση είναι κακή. Οι ασθενείς πεθαίνουν συχνά από ακατάσχετη αιμορραγία. Εφ'όσον όμως περάσει ο κίνδυνος από αιμορραγία και επέλθει ύφεση, η επιβίωση είναι πολλές φορές μικρότερη από την Ο.Μ.Λ.

Κατά την θεραπεία, προηγείται η χορήγηση ηπαρίνης και μετά εφαρμόζεται η αντιλευχαιμική χημειοθεραπεία. Επίσης βοηθάει πολύ και η μετάγγιση φυσιολογικών κοκκιοκυττάρων.

**2. ΟΞεία μυελομονοκυτταρική λευχαιμία :** Το περιφερικό αίμα εμφανίζει άφθονα μονοκύτταρα πολλά των οποίων είναι παθολογικά. Ο μυελός των οστών περιέχει άφθονα άωρα κύτταρα με χαρακτήρα μυελοβλάστη και μονοβλάστη και αρκετό αριθμό μονοκυττάρων.

Η πορεία της νόσου ποικίλλει. Συνήθως μεταπίπτει αθόρυβως σε χρόνια με τελική οξεία φάση. Κατά την χρόνια και αθόρυβη σχετικώς φάση περιοριζόμεθα μόνο σε μεταγγίσεις αίματος. Κατά την οξεία φάση, χορηγούνται τα αντιλευχαιμικά φάρμακα όπως στην ΟΜΛ αλλά, τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι λίγα.

**3. Ερυθρολευχαιμία:** Κατά την μορφή αυτή, στον μυελό υπάρχει αφθονία ερυθροβλαστών (με μεγαλοβλαστοειδή χαρακτήρα)

και μυελοβλαστών. Κατά την αρχική φάση, συχνά ανευρίσκονται στον μυελό κυρίως ερυθροβλάστες με μεγαλοβλαστοειδή χαρακτήρα, οπότε μπορεί εύκολα να γίνει σύγχυση με μεγαλοβλαστική αναιμία. Στο τελικό στάδιο ο ασθενής καταλήγει σε οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία.

Άλλες φορές η διαδρομή της νόσου είναι πολύ χρονιότερη και διαρκεί αρκετά έτη.

**4. Ανθεκτική αναιμία :** Κατά την ετερογενή αυτή ομάδα, ο μυελός είναι πλούσιος σε ερυθροβλάστες. Η αναιμία είναι ανθεκτική σε όλα τα αιματινικά φάρμακα που χορηγούνται. Μερικές εμφανίζονται σαν ανθεκτικές σιδηροβλαστικές αναιμίες. Οι περιπτώσεις αυτές διαρκούν αρκετά έτη, μετά όμως εμφανίζουν εικόνα ερυθρολευχαιμίας με τελική βραχεία φάση Ο.Μ.Λ.

Κατά τη φάση της ανθεκτικής αναιμίας χορηγούνται μόνο μεταγγίσεις αίματος. Όταν η νόσος πάρει τον τύπο της ερυθρολευχαιμίας ή της Ο.Μ.Λ., εφαρμόζεται η θεραπεία της Ο.Μ.Λ. συνήθως όμως χωρίς αποτέλεσμα.

**5. Προλευχαιμία (Δυσμυελοποιητικά σύνδρομα) :** Με τον όρο αυτόν περιγράφεται κλινική εικόνα χαρακτηριζόμενη από αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία, σε συνδυασμό με βαρεία διαταραχή ωριμάνσεως του μυελού. Στον μυελό ανευρίσκονται συχνά μεγαλοβλαστοειδείς ανωμαλίες της ερυθράς σειράς και αρκετός αριθμός άωρων κυττάρων της μυελικής σειράς. Το σύνδρομο αυτό φέρει και άλλα ονόματα όπως ανθεκτική αναιμία με βλάστες, ολιγοβλαστική λευχαιμία, έρπουσα οξεία λευχαιμία, κ.α. Οι περισσότεροι ασθενείς μετά από χρονικό διάστημα ετών, πεθαίνουν από λοιμώξεις ή θρομβοπενία χωρίς να εμφανίσουν λευχαιμική φάση.

Η θεραπεία συνίσταται σε μεταγγίσεις αίματος και αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Τα αντιλευχαιμικά φάρμακα δεν συνιστώνται εκτός από την τελική φάση της Ο.Μ.Λ. αλλά και τότε δεν αποδίδουν.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

**ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ :**

Οι αντικειμενικοί σκοποί των παρεχομένων νοσηλευτικών μέτρων στους πάσχοντες με οξεία λευχαιμία είναι :

- Άμεσοι :

α) Επάνοδος στο φυσιολογικό των εμμόρφων στοιχείων του αίματος και προσπάθεια να μεταπέσει η νόσος σε χρονιότητα.

β) Λήψη προφυλακτικών και προστατευτικών μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και της θεραπείας.

γ) Απαλλαγή από τις κλινικές εκδηλώσεις.

δ) Προαγωγή της άνεσης.

ε) Διόρθωση ανισοζυγιών.

στ) Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειας του να αποδεχθούν τη νόσο και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί.

- Μακροπρόθεσμοι :

Διδασκαλία της οικογένειας του ασθενή για τη φύση της νόσου, τη θεραπεία, τις επιπλοκές και την πρόγνωση.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ :**

- Η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή για εμφάνιση σημείων αιμορραγίας είναι απαραίτητη. Ούρα, κόπρανα, εμέσματα πρέπει να ελέγχονται για αίμα, ενώ παράλληλα θα γίνεται συχνός έλεγχος της επιφάνειας του δέρματος για πετέχειες και εκχυμώσεις.

- Ο άρρωστος θα πρέπει να προστατεύεται από πτώση. Ο Νοσηλευτής καλείται να περιφρουρήσει την ασφάλεια του ασθενούς γιατί η τυχόν πτώση του από την κλίνη δεν θα δημιουρ-

γήσει μόνο τους γνωστούς κινδύνους από την πτώση, αλλά μπορεί να συνοδευτεί και με αιμορραγία. Οι χειρισμοί επίσης πρέπει να είναι πολύ λεπτοί για την αποφυγή τραυματισμού.

- Εξέταση αίματος (ερυθρά, λευκά, Ηβ, αιμοπετάλια) θα πρέπει να γίνεται συχνά για να ελέγχεται η αιματολογική κατάσταση του αρρώστου και η τοξική επίδραση των φαρμάκων στον μυελό.

- Να γίνεται έλεγχος ηλεκτρολυτών, ουρίας, κρεατινίνης, ηπατικών ενζύμων και χολερυθρίνης.

- Για την αντιμετώπιση της αναιμίας (Ηβ κάτω των 8 GR/100 ML αίματος) γίνεται μετάγγιση πλήρους αίματος. Η θρομβοπενία αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις εναιωρήματος αιμοπεταλίων. Η μετάγγιση αιμοπεταλίων πρέπει να γίνεται 2-3 φορές την εβδομάδα (μέσος όρος ζωής αιμοπεταλίων 3-5 ημέρες).

- Κατά την εκτέλεση ενέσεων χρησιμοποιείται λεπτή βελόνα και εφαρμόζεται ελαφρά πίεση στο σημείο της ενέσεως μετά την αφαίρεση της βελόνας για την αποφυγή δημιουργίας αιματώματος.

- Για την πρόληψη και τυχόν εμφάνιση αιμορραγιών, ο νοσηλευτής πρέπει να παραμένει άγρυπνος και να παρακολουθεί τον ασθενή αυτό επιτυγχάνεται με την λήψη των ζωτικών σημείων (σφυγμών Α.Π.) και με την επισκόπησή του.

- Για την πρόληψη και αντιμετώπιση των θρομβοφλεβίτιδων (τοπικές-γενικές), ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψιν του:

α) η ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων να γίνεται από μεγάλα αγγεία τις περισσότερες φορές.

β) Να χορηγείται αντιπηκτικό (HEPARINE).

γ) Να γίνεται αλλαγή φλέβας.

δ) Αν εμφανιστούν θρομβοφλεβίτιδες, να εφαρμόζονται κομπρέσες αλουμινίου στο σημείο εκείνο.

ε) Να χορηγείται στον ασθενή τοπική αντιφλεγμονώδη αλοιφή.  
- Όταν ο ασθενής έχει προχωρημένη θρομβοπενία, πρέπει να αποφεύγονται οι ενέσεις, και η χορήγηση των φαρμάκων είναι προτιμότερο να γίνεται από το στόμα.

- Για πρόληψη της δυσκοιλιότητας και αποφυγή τραυματισμού του πρωκτού, χορηγούνται υπακτικά φάρμακα και κατάλληλη διαίτα.

- Χορήγηση καταπραϋντικών κατά την νύχτα για υποβοήθηση του ύπνου εξαιτίας του αυξημένου πόνου στα οστά και της ανησυχίας. Οκτώ ώρες ύπνου τη νύχτα και υπνάκια κατά το διάστημα της ημέρας θα πρέπει να ενθαρρύνονται.

- Λήψη μέτρων για αντιμετώπιση του πόνου και των ενοχλήσεων που συνοδεύουν την οξεία λευχαιμία (πόννοι οστών, πόνοι νεύρων, πονόλαιμος λόγω εξελκώσεων, ενόχληση που οφείλεται στη διόγκωση των οργάνων και των λεμφαδένων).

α) Εφαρμογή θερμών ή ψυχρών επιθεμάτων στο σημείο του πόνου.

β) Μείωση του βάρους των λευχαιμάτων.

γ) Κατάλληλη θέση του ασθενή στο κρεβάτι του.

δ) Μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος οι οποίοι ενοχλούν τον ασθενή.

ε) Συμπαράσταση του νοσηλευτή.

στ) Χορήγηση ήπιων ή ισχυρών αναλγητικών όπως CODEINE ή DEMEROL σε συνδυασμό με PHENERGAM και THORAZINE, σε ισχυρό πόνο, κατόπιν βέβαια εντολής γιατρού.

- Επί καταβολής δυνάμεων του ασθενή (κόπωση-αδυναμία),

προγραμματίζουμε την νοσηλευτική φροντίδα έτσι ώστε να διατηρήσουμε όσο το δυνατό τις δυνάμεις του :

- α) Τον ενισχύουμε ψυχολογικά.
- β) Του παρέχουμε συχνά χρονικά διαστήματα αναπαύσεων.
- γ) Τον ενθαρρύνουμε να διακόψει δραστηριότητες μέσα στα όρια της αντοχής του.
- ε) Έχουμε κοντά του ό,τι χρειάζεται.

- Όταν ο ασθενής εμφανίσει δύσπνοια, πρέπει :

- α) Σηκώνουμε το ερεσιώνωτο του κρεβατιού του.
- β) Τοποθετούμε μαξιλάρια για να βοηθήσουμε στην καλή ορθοπνεϊκή στάση του αρρώστου.
- γ) Χορηγούμε O<sub>2</sub> σε περίπτωση που ενδείκνυται.
- δ) Τον προφυλάσσουμε από τις μη αναγκαίες προσπάθειες.
- ε) Αποφεύγουμε να του δώσουμε τροφές που δημιουργούν αέρια-μετεωρισμό.

- Σε κνησμό και εξάνθημα δέρματος ακολουθεί :

- α) Σχολαστική ατομική καθαριότητα.
- β) Χρησιμοποίηση σαπουνιού με προσοχή.
- γ) Επάλειψη του δέρματος ελαφρά με ειδική Λοσιόν.

- Πολλές φορές ο ασθενής έχει αισθητικές ανωμαλίες (μούδιασμα άνω και κάτω άκρων) αίσθημα ψύχους, ο νοσηλευτής :

- α) Φροντίζει το κρεβάτι του αρρώστου να είναι θερμό με ελαφρές και ζεστές κουβέρτες.
- β) Προσέχει στην τοποθέτηση θερμοφόρας για αποφυγή εγκαύματος.

- Εξασφάλιση άνεσης του αρρώστου με έλεγχο του πυρετού :

- α) Ψυχρά επιθέματα (κομπρέσες) και ψυχρές πλύσεις μπορεί να ελαττώσουν τον πυρετό και να βελτιώσουν την άνεση του αρρώστου.

- β) Διατήρηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος σε χαμηλό επίπεδο.
- γ) Ο πυρετός πρέπει να μετράται και να αναγράφεται με ακρίβεια στα καθορισμένα χρονικά διαστήματα.
- δ) Ενισχύεται ο ασθενής από τον Νοσηλευτή να παίρνει άφθονα και δροσερά υγρά εάν φυσικά επιτρέπεται.
- ε) Παρακολουθούμε την ποσότητα και την πυκνότητα των ούρων.
- στ) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων με εντολή γιατρού.
- Η ασπιρίνη πρέπει να αποφεύγεται γιατί μεταβάλλει τη λειτουργία των αιμοπεταλίων και προκαλεί υποποδρομβιναίμια.
- Καθημερινός έλεγχος της στοματικής κοιλότητας για εμφάνιση εξελκώσεων - συχνά συμβαίνουν σε αρρώστους που παίρνουν μεθοτρεξάτη - και ενημέρωση γιατρού. Οι επώδυνες εξελκώσεις του στόματος και του φάρυγγα κάνουν την φροντίδα του στόματος απαραίτητη πριν από τα γεύματα και τουλάχιστον κάθε 2-3 ώρες :
- α) Αναισθησία του φάρυγγα με XYLOCAINE αυξάνει την άνεση του αρρώστου. Τροφή ή υγρά δεν θα πρέπει να χορηγούνται αν δεν επανέλθει το αντανακλαστικό της κατάποσης.
- β) Πλύση του στόματος με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου εναλλάξ με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού.
- γ) Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας ή σπάτουλας με τολύπιο βάμβακα για την απομάκρυνση των υπολειμμάτων της τροφής και των πηγμάτων του αίματος από τα δόντια και τα ούλα.
- δ) Σε περίπτωση αιμορραγίας των ούλων, αποφεύγεται η χρήση οδοντόβουρτσας και συνιστάται η αντισηψία της στοματικής κοιλότητας για αποφυγή μολύνσεων.



ε) Χορήγηση μαλακής δίαιτας για την αποφυγή του μηχανικού ερεθισμού της στοματικής κοιλότητας.

στ) Επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη για την αποφυγή δημιουργίας ρωγμών.

- Η ανορεξία που συχνά παρατηρείται, οφείλεται στις επώδυνες εξελκώσεις του στόματος, στη δυσφορία εξαιτίας της διόγκωσης του ήπατος και του σπληνα και πιθανόν στη χημειοθεραπεία ή την ακτινοβολία :

α) Επιτρέπεται ο άρρωστος να διαλέγει τις τροφές ανάλογα με τις προτιμήσεις του και ζητείται η συμβουλή διαιτολόγου αν είναι ανάγκη.

β) Δίαιτα πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες Β, C, Κ (φρούτα, ψωμί), σίδηρο (σπανάκι-αυγό-εντόσθια) και θερμίδες είναι η πιο αποτελεσματική για λευχαιμικούς αρρώστους.

γ) Προτιμότερα είναι τα μικρά και συχνά γεύματα-καλοσερβιρισμένα - όχι πολύ ζεστά και χωρίς πολλά μπαχαρικά ή άλλες ερεθιστικές ουσίες γιατί ο βλενογόνος του στόματος και του στομάχου είναι πολύ ευαίσθητος.

- Εάν οι έμμετοι αποτελούν σοβαρό πρόβλημα, θα πρέπει να χορηγούνται αντιεμετικά 1/2 ώρα πριν από το φαγητό και να ελέγχονται οι ηλεκτρολύτες του αίματος.

- Εάν ο άρρωστος δεν μπορεί να πάρει από το στόμα τροφή ή υγρά θα πρέπει αυτά να χορηγούνται παρεντερικά.

- Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης.

α) Άρρωστοι με λευχαιμία θα πρέπει να παίρνουν 3-4 λίτρα υγρών την ημέρα για πρόληψη της αφυδάτωσης και αραίωση του ουρικού οξέως που είναι αυξημένο εξαιτίας της ταχείας και αυξημένης καταστροφής των λευχαιμικών κυττάρων από τα αντιλευχαιμικά φάρμακα.

β) Κρύσταλλοι ουρικού οξέος σχηματίζονται στα ουροφόρα σωληνάρια, τα αποφράσσουν και προκαλούν νεφρική βλάβη (ανουρία).

γ) Χορήγηση αλλοπουρινόλης (100 MG 3-4 φορές την ημέρα) συνιστάται 24 ώρες πριν αρχίσει η χημειοθεραπεία για την αποφυγή σχηματισμού κρυστάλλων ουρικού οξέος.

δ) Έλεγχος του PH των ούρων (θα πρέπει να είναι 7,0 ή μεγαλύτερο). Εάν τα ούρα είναι όξινα χορηγούνται αλκαλοποιητικά φάρμακα, όπως διττανθρακικό νάτριο κάθε 6 ώρες ή DIAMOX.

- Η πρόληψη της λοίμωξης είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσηλευτικά προβλήματα, γιατί τα άωρα λευκοκύτταρα και η επίδραση των κυτταροστατικών περιορίζουν την άμυνα του αρρώστου στο μόλυνση. Η προφύλαξη από τις λοιμώξεις επιτυγχάνεται με τη λήψη των παρακάτω μέτρων :

α) Συνεχής έλεγχος των κυκλοφορουμένων κοκκιοκυττάρων.

Εάν τα κοκκιοκύτταρα είναι κάτω από 1000/κ.χιλ., υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης. Ο ασθενής πρέπει να απομονωθεί σε μοναχικό δωμάτιο.

β) Έγκαιρη διαπίστωση της λοίμωξης. Ο άρρωστος πρέπει να ελέγχεται συνέχεια για εμφάνιση φαρυγγίτιδας, ανύψωση θερμοκρασίας και ρίγη. Εάν υπάρχει υποψία μόλυνσης θα πρέπει να αρχίσει θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος μέχρι να εντοπίσει το μικρόβιο.

γ) Συχνές εξετάσεις αίματος, ούρων, πτυέλων, κοπράνων, επιχρίσματος στοματοφάρυγγα, εκκρίματος μύτης, εγκεφαλοωτιαίου υγρού και υλικού περιπρωκτικής περιοχής. Συχνός επίσης θα πρέπει να είναι και ο έλεγχος για πύωδεις συλλογές της περιπρωκτικής περιοχής και των γλουτών.

- δ) Ακτινογραφία θώρακα είναι επίσης απαραίτητη.
- ε) Μετάγγιση λευκοκυττάρων σε έκδηλη ουδετεροπενία για αύξηση της άμυνας του οργανισμού.
- στ) Χορήγηση προφυλακτικών δόσεων γ-σφαιρίνης σε επανειλημμένες λοιμώξεις που οφείλονται σε χαμηλές τιμές ανασοσφαιρίνης.
- ζ) Διατήρηση του ασθενή, της κλίνης και του περιβάλλοντός του καθαρά.
- η) Εφαρμογή ασήπτου τεχνικής κατά την εκτέλεση της νοσηλείας. Χρησιμοποίηση καθαρών αντικειμένων και καθαριότητα των χεριών σε κάθε μας επαφή με τον άρρωστο.
- θ) Μείωση του αριθμού των επισκεπτών σημαίνει μείωση φορέων μικροβίων.
- ι) Οι νοσηλευτές που φροντίζουν τον άρρωστο δεν θα πρέπει να φροντίζουν και άλλους αρρώστους που είναι δυναμικές πηγές μόλυνσης. Εάν ο νοσηλευτής έχει γρίπη ή άλλο παθόγονο μικρόβιο, θα πρέπει να φοράει μάσκα.
- ια) Προφύλαξη του ασθενή από ρεύματα αέρος.
- ιβ) Αποφυγή τοποθέτησης μόνιμου καθετήρα κύστης (FOLEY) και αντικατάστασή του με καθετήρα τριπλού αυλού (κλειστό σύστημα) για να γίνεται πλύση της κύστης κατά διαστήματα με αντιμικροβιακό διάλυμα.
- ιγ) Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση φλεβίτιδας σε περίπτωση τοποθέτησης φλεβοκαθετήρων. Οι φλεβοκαθετήρες θα πρέπει να αλλάζονται κάθε 2-3 ημέρες γιατί είναι εστίες λοίμωξης.
- ιδ) Εφόσον το επιτρέπει ο εξοπλισμός του νοσοκομείου, καλό θα ήταν να χορηγείται στον ασθενή αποστειρωμένη τροφή καθώς και ο αέρας του θαλάμου να διηθείται με ειδικά ισχυρά φίλτρα όπως συμβαίνει στα χειρουργεία.

- Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση τοξικών εκδηλώσεων κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.

α) Τοπικός ερεθισμός φλέβας. Παρακολουθείται η ενδοφλέβια έγχυση του φαρμάκου, γιατί συχνά προκαλείται τοπικός ερεθισμός της φλέβας. Οι άρρωστοι μπορεί να παραπονεθούν για αίσθημα καύσου, όταν γίνεται έγχυση μεθοτρεξάτης και πρεδνιζόνης. Γι' αυτό γίνεται ρύθμιση της ροής σε αργό ρυθμό και αλλαγή θέσης του άκρου του αρρώστου για την πρόληψη κράμπας. Είναι επίσης δυνατόν ο άρρωστος να παραπονείται για ναυτία, εμέτους και αίσθημα καύσου κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά την έγχυση του φαρμάκου.

β) Αλωπεκία. Σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται σε θεραπεία με βινκριστίνη και σε ακτινοβολήση του κρανίου.

1. Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου γι' αυτή την αλλαγή και ψυχολογική ενίσχυση του από τον νοσηλευτή.
2. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί περούκα, καπέλο ή μανδύλι στο κεφάλι.
3. Επίσης χρειάζεται προσοχή στο λούσιμο της κεφαλής του.
4. Συχνή αλλαγή των λευχαιμάτων του αρρώστου κατά την διάρκεια της τριχόπτωσης.

γ) Κατάργηση τενοντίων αντανεκλαστικών, αδυναμία να πιήσει κάτι με το χέρι, βλεφαρόπτωση, ιπποποδία. Συνήθως η βινκριστίνη προκαλεί νευροπάθεια. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου από τον γιατρό ή τον νοσηλευτή πριν και μετά τη θεραπεία με βινκριστίνη.

δ) Εκδηλώσεις από τον γαστρεντερικό σωλήνα, όπως εξελκώσεις στόματος (κυρίως επί θεραπείας με μεθοτρεξάτη),

ναυτία, έμετοι, δυσκοιλιότητα, κοιλιακά άλγη ακόμη και παραλυτικός ειλεός (επί θεραπείας με βινκριστίνη).

ε) Μεταβολές στην προσωπικότητα του αρρώστου, κατακράτηση νερού, υπέρταση, γαστρικά έλκη και σακχαρώδης διαβήτης συνήθως συμβαίνουν επί θεραπείας με πρεδνιζόνη.

στ) Άλλες παρενέργειες είναι διάρροια, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, στοματίτιδα, φλεβίτιδα, καταστολή του μυελού των οστών, σημεία τοξικότητας από την καρδιά (ταχυκαρδία, αρρυθμίες, ταχύπνοια, δύσπνοια).

ζ) Ελάττωση της σεξουαλικής ορμής, στείρωση, ανικανότητα και συμπτώματα εμμηνόπαυσης είναι κοινές παρενέργειες της χημειοθεραπείας και ο άρρωστος θα πρέπει να ενημερωθεί για τις δυναμικές αυτές μεταβολές.

- Καλή επικοινωνία με τον άρρωστο και την οικογένειά του.

α) Ενημέρωση για τη φύση της νόσου και τη θεραπεία χρησιμοποιώντας απλούς ορούς, ώστε να γίνουν κατανοητά αυτά που θα λεχθούν.

β) Εξασφάλιση γραπτών πληροφοριών σχετικά με τις λεπτομέρειες της θεραπείας της νόσου και των παρενεργειών.

γ) Διευκόλυνση κάθε επικοινωνίας με άλλους αρρώστους.

- Εκτίμηση της ικανότητας του αρρώστου για συμμετοχή στις δραστηριότητες.

Το σχέδιο φροντίδας του ασθενή θα πρέπει να καταστρώνεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να του επιτρέπει να εκτελεί όσο το δυνατό περισσότερες δραστηριότητες και να ζει μια φυσιολογική ζωή. Εάν είναι κατορθωτό, ο άρρωστος θα πρέπει να μένει στο σπίτι του, να συνεχίζει να εργάζεται ή να πηγαίνει σχολείο και να συμμετέχει στις κοινωνικές δραστηριότητες. Είναι πολύ βασικό για τον άρρωστο να έχει την

υποστήριξη των άλλων στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων.

- Απογοήτευση και κατάθλιψη υπάρχουν σχεδόν πάντοτε, όταν ο άρρωστος αντιμετωπίζει το πρόβλημα της αρρώστιας του που απειλεί τη ζωή του και των μεταβολών που μπορεί να εμφανίζει το σώμα του.

α) Ο Νοσηλευτής ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματα του σχετικά με τη θεραπεία και τα προβλήματα που προέρχονται απ'αυτή.

β) Υποστήριξη του αρρώστου συναισθηματικά για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα του και στο πρόγραμμα των ημερησίων δραστηριοτήτων του. Η ελπίδα για ύφεση μπορεί να είναι κρίσιμη για τον άρρωστο και την οικογένειά του. Παρόλα αυτά μια ρεαλιστική εκτίμηση και αξιολόγηση του τύπου της λευχαιμίας και της απόκρισης στη θεραπεία είναι απαραίτητα για την υποστήριξη του ηθικού του αρρώστου και της οικογένειάς του.

- Σήμερα με την εφαρμογή των θεραπευτικών σχημάτων, στον ασθενή με οξεία λευχαιμία επέρχεται ύφεση και έτσι μπορεί επί μήνες ή χρόνια να αισθάνεται καλά. Ο Νοσηλευτής διδάσκει στον άρρωστο κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο όπως :

- 1) Να προφυλάγεται από πηγές μόλυνσεως και κρουολογήματα.
- 2) Να καταφεύγει έγκαιρα στον θεράποντα ιατρό με την εμφάνιση οποιουδήποτε ενοχλήματος.
- 3) Να υποβάλλεται σε συστηματική ιατρική (κλινική, εργαστηριακή) παρακολούθηση. Η ανάγκη συνεχούς εργαστηριακής και ιατρικής παρακολούθησης του ασθενή από ειδικό (αιματολόγο) γιατρό γίνεται πεποίθηση του πάσχοντος, με την κατάλληλη διαπαιδαγώγησή του από τον νοσηλευτή.

- Επιβάλλεται ο νοσηλευτής να βοηθήσει τον ασθενή του, ο οποίος γνωρίζει τη φύση της νόσου του, να συνεχίσει τον αγώνα της ζωής. Προσπαθεί να του μεταδώσει την ελπίδα και την πίστη ότι σύντομα η επιστήμη θα ανακαλύψει την ριζική θεραπεία της νόσου.

- Η οξεία λευχαιμία είναι κυρίως νόσος της νεανικής ηλικίας και συχνά οδηγεί τον ασθενή στον θάνατο. Το νεαρό της ηλικίας του πάσχοντος ελκύει την συμπάθεια όχι μόνο της οικογένειάς του αλλά και των γνωστών του.

Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τους συγγενείς του ασθενούς πως είναι απαραίτητο να του συμπαρασταθούν με αγάπη, στοργή, κατανόηση του πόνου και ψυχολογική υποστήριξη.

Ο ασθενής την τελευταία φάση της ζωής του την περνάει συνήθως στο νοσοκομείο, σπανίως στο σπίτι του αν το επιθυμεί η οικογένειά του και δεν δημιουργείται ιδιαίτερος κίνδυνος για τον ασθενή. Η αποκλειστική αδελφή ή η επισκέπτρια αδελφή βοηθάει στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή που νοσηλεύεται στην οικία του.

Ανεξαρτήτως του αν ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του, ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια καλείται να δώσει κουράγιο στα μέλη της οικογένειάς του και να τα βοηθήσει να περάσουν με υπομονή τόσο τον φυσικό, όσο και τον συναισθηματικό πόνο τους από την ασθένεια του συγγενούς τους.

Ο Ιερέας του ιδρύματος, ο ψυχίατρος, ο Κοινωνικός Λειτουργός, καθώς και ο φυσικοθεραπευτής μαζί με τον νοσηλευτή, με την συμβουλή τους πρέπει να ανακουφίζουν τους συγγενείς και τον ίδιο τον ασθενή για την καλύτερη αντιμετώπιση του πιο σημαντικού γεγονότος της ζωής κάθε ανθρώπου, που εί-

ναι ο θάνατος.

Ο θάνατος των νέων κυρίως ατόμων δημιουργεί αβάστακτο πόνο στην οικογένειά τους. Ο νοσηλευτής ο οποίος ζει και αυτός από κοντά τον πόνο της οικογένειας, καλείται να ελέγχει τα συναισθήματα του και τη θλίψη του, για να μπορεί να ανακουφίσει τους θλιμμένους.



ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΔΕΥΧΑΙΜΙΑ

**Ιστορικό 1ο:**

Ο Τ.Δ. ηλικίας 76 ετών προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Γεν. Νοσοκομείου Πάτρας στις 10-10-86 με συμπτώματα βαρειάς αναιμίας. Το ιστορικό του αναφέρει : Σακχαρώδη διαβήτη, Ισχαιμική καρδιοπάθεια, έλκος δωδεκαδακτύλου, προστατεκτομή και αναταχθείσα βουβωνοκήλη.

Εισήχθη στην Π/Π με αιματοκρίτη (ΗΤ) 30%. Αρχισε θεραπεία με Fe παρεντερικά 2 GR χωρίς ανταπόκριση της αναιμίας. Τα λευκά αιμοσφαίρια και ειδικότερα τα πολυμορφόπυρνα ήταν κάτω του φυσιολογικού. Μέσα σε ένα μήνα με νέες εξετάσεις που του έγιναν, σημείωσαν πτώση Ο ΗΤ 25% τα λευκά και τα αιμοπετάλια. Στο μυελόγραμμα διαπιστώθηκε διήθηση από βλαστικά κύτταρα με ιστοχημικούς χαρακτήρες λεμφικής σειράς.

Στον ασθενή έγιναν 3 μεταγγίσεις αίματος. Το συμπέρασμα είναι οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία.

Στις 17-11-86 άρχισε θεραπεία με ONCORIN-MEDROL το L-10 και M.T.X. (μεθοτρεξάνη). 8-12-86 η θεραπεία συνεχίστηκε, πυρετός και άλλα σημεία λοίμωξης δεν εμφανίστηκαν. Στον θώρακα ακροάστηκαν ξηροί ρόγχοι, υπάρχει παράταση εκπνοής. Το ήπαρ και ο σπλήνας παρουσίασαν ελαφρά διόγκωση. Μικροί ανώδυνοι λεμφαδένες εμφανίστηκαν στον τράχηλο και στις μασχάλες. Σε νέες εξετάσεις βρέθηκαν : ΗΤ= 33,5% Λ= 2.700, Βλάστες 2%, αιμοπετάλια = 80.000.

Η θεραπεία σταμάτησε μετά από επιθυμία του συγγενικού του περιβάλλοντος και στις 15-1-1987 ο άρρωστος απεβίωσε με σημεία πνευμονικού οιδήματος.

## Ιστορικό 2ο:

Ο Τ.Α. 55 ετών διεγνώσθη τον Μάρτιο του 1983 ότι πάσχει από Ο.Μ.Λ. (οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία) που χαρακτηρίστηκε "αδιαφοροποίητη". Ο άρρωστος δεν είχε λεμφαδένες διογκωμένους παρά μόνο ήπαρ 4-5 CM και σπλήνα 7 CM. Στο περιφερικό αίμα είχε λευκά = 4.500 με 60% βλαστικά κύτταρα και χαμηλά αιμοπετάλια ενώ ο μυελός ήταν διηθημένος σε αναλογία 60-70% με βλαστικά κύτταρα.

Εισήχθη στο νοσοκομείο και άρχισε θεραπεία με ADROBLASTINA, VIENCRISTINE και MEDROL χωρίς καμμία βελτίωση, επιπλέον ο ασθενής είχε επανειλημμένες λοιμώξεις. Κατόπιν με το σχήμα ARA-C, TG, DM μπήκε σε πλήρη ύφεση. Για αρκετό καιρό βρισκόταν σε συντήρηση.

Στις 5-2-1984 εμφάνισε την 1η υποτροπή, με διήθηση μυελού 63%. Στις εξετάσεις που έκανε είχε ΗΤ 25%, λευκά 2.800 και αιμοπετάλια 30.000. Αφού πήρε 2 μονάδες αίματος, αποχώρησε από το νοσοκομείο.

Στις 21-2-84 εμφάνισε ουλορραγίες και την επόμενη εισήχθη στο νοσοκομείο με ΗΤ 22% και λευκά 1.800. Αφού του έγιναν πάλι μεταγγίσεις αίματος, διακομίστηκε στο Λαϊκό Νοσοκομείο της Αθήνας για πληρέστερη αντιμετώπιση.

Στις 25-6-1984 εισήχθη πάλι στο νοσοκομείο, του έγινε 1 σχήμα με ENDOXAN, ONCORIN, ARA-C + LANVIS και SEPTTRIN - ALN - DROX προφυλακτικώς και εξήλθε.

Στις 10-7-1984 επανεμφάνισε δυσεπίσχετες ρινορραγίες, ουλορραγίες, αιμορραγίες και μελαινες κενώσεις. Εισήχθη πάλι και μεταγγίζεται, παρουσίασε πυρετό χωρίς σημεία εστιακής λοίμωξης. Του έγινε υποστηρικτική θεραπεία με CLAFORAN - BRIKLIN - DALACIN.

Στις 31-7-1984 η νόσος βρισκόταν σε ύφεση για 2η φορά. Είχε ΗΤ 42%, Λευκά 6.000. Αποφασίστηκε να γίνονται σχήματα συντήρησης κάθε 40 ημέρες.

Στις 14-9-1984 του έγινε το 2ο σχήμα με ENDOXAN, ONCOVIN, ARA-C + LANVIS. Στις 12-10-1984 έγινε το 3ο σχήμα εδραίωσης - συντήρησης και στις 10-11-1984 το 4ο σχήμα.

Στις 19-12-1984 παρουσίασε αιματολογική επιδείνωση. Παρουσίασε πτώση ο ΗΤ και τα αιμοπετάλια και εμφανίστηκαν βλάβες. Επίκειται 2η υποτροπή. Ακολούθησαν 2 μεταγγίσεις και ο ασθενής έφυγε από το νοσοκομείο.

Στις 21-1-1985 εισήχθη στην κλινική με επώδυνη διόγκωση μασχαλιαίων αδένων και πυρετό 5 ημερών. Επίσης παρουσίασε κεφαλαλγία, έντονη κακουχία και θώρακα με αρκετούς ρεγχαζόντες. Πήρε τριπλό αντιβιοτικό σχήμα.

Μετά από αλληπάλληλες μεταγγίσεις και χωρίς καμμία ανταπόκριση στα νέα σχήματα, πέθανε στις 3-3-85 από εγκεφαλική αιμορραγία.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες Θεραπευτικά Μέτρα	Ερμηνεία/Αιτιολόγηση Νοσηλευτικών Δραστηριοτήτων, Θεραπευτικών Μέτρων
Πόνος	Μείωση της έντασης του πόνου	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατάλληλη θέση αρρώστου</li> <li>- Μείωση του βάρους των λευχειμάτων</li> <li>- Μείωση ερεθιστικών παραγόντων (θόρυβος, έντονος φωτισμός)</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.</li> <li>- Μείωση του άγχους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο υποχώρησε αλλά ξαναπαρουσιάστηκε εντονότερος λόγω των πολλαπλών λεμφικών διηθήσεων.</li> </ul>
Ανορεξία	Διόρθωση σωματικού βάρους	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τροφή της προτιμήσεως του αρρώστου</li> <li>- Μικρά και συχνά γεύματα</li> <li>- Δίαιτα πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες</li> <li>- Αν ο άρρωστος δεν τρέφεται από το στόμα χορηγείται τροφή και υγρά παρεντερικά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο άρρωστος δεν κατάφερε να πάρει υγρά από το στόμα και επιλέχθηκε η παρεντερική οδός με χορήγηση φυσιολογικού ορού.</li> </ul>
Πυρετός	Ρύθμιση θερμοκρασίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων</li> <li>- Τρίωρη θερμομέτρηση</li> <li>- Χορήγηση υγρών</li> <li>- Λουτρό</li> <li>- Χορήγηση αντιπυρετικών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο πυρετός υποχώρησε και ο ασθενής δεν παρουσίασε για τις επόμενες μέρες εξάρσεις πυρετού.</li> </ul>

**Νοσηλευτικά  
Προβλήματα**

**Αντικειμενικοί Σκοποί  
Νοσηλευτικής Φροντίδας**

**Νοσηλευτικές Δραστηριότητες  
Θεραπευτικά Μέτρα**

**Ερμηνεία/Αιτιολόγηση Νοσηλευ-  
τικών Δραστηριοτήτων, Θεραπευ-  
τικών Μέτρων**

Ανησυχία,  
φόβος

Εξασφάλιση άνετου και  
ήσυχου περιβάλλοντος

- Απομόνωση του αρρώστου από  
του άλλου ασθενή για πρόληψη  
λοιμώξεων και συχνές επισκέ-  
ψεις.

Εξελκώσεις της  
στοματικής κοι-  
λότητας

Μείωση της επέκτασης  
της φλεγμονής

- Συχνός καθαρισμός στοματι-  
κής κοιλότητας.  
- Τα χείλη επαλείφονται με  
γλυκερίνη.  
- Αποφεύγονται οι ερεθιστι-  
κές τροφές

- Σταδιακή υποχώρηση των εξελ-  
κώσεων της στοματικής κοιλό-  
τητας.

## Ιστορικό 2ο:

Ο Τ.Α. 55 ετών διεγνώσθη τον Μάρτιο του 1983 ότι πάσχει από Ο.Μ.Λ. (οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία) που χαρακτηρίστηκε "αδιαφοροποίητη". Ο άρρωστος δεν είχε λεμφαδένες διογκωμένους παρά μόνο ήπαρ 4-5 CM και σπλήνα 7 CM. Στο περιφερικό αίμα είχε Λευκά = 4.500 με 60% βλαστικά κύτταρα και χαμηλά αιμοπετάλια ενώ ο μυελός ήταν διηθημένος σε αναλογία 60-70% με βλαστικά κύτταρα.

Εισήχθη στο νοσοκομείο και άρχισε θεραπεία με ADROBLASTINA, VIENCRISTINE και MEDROL χωρίς καμμία βελτίωση, επιπλέον ο ασθενής είχε επανειλημμένες λοιμώξεις. Κατόπιν με το σχήμα ARA-C, TG, DM μπήκε σε πλήρη ύφεση. Για αρκετό καιρό βρισκόταν σε συντήρηση.

Στις 5-2-1984 εμφάνισε την 1η υποτροπή, με διήθηση μυελού 63%. Στις εξετάσεις που έκανε είχε ΗΤ 25%, Λευκά 2.800 και αιμοπετάλια 30.000. Αφού πήρε 2 μονάδες αίματος, αποχώρησε από το νοσοκομείο.

Στις 21-2-84 εμφάνισε ουλορραγίες και την επόμενη εισήχθη στο νοσοκομείο με ΗΤ 22% και λευκά 1.800. Αφού του έγιναν πάλι μεταγγίσεις αίματος, διακομίστηκε στο Λαϊκό Νοσοκομείο της Αθήνας για πληρέστερη αντιμετώπιση.

Στις 25-6-1984 εισήχθη πάλι στο νοσοκομείο, του έγινε 1 σχήμα με ENDOXAN, ONCORIN, ARA-C + LANVIS και SEPTTRIN - ALN - DROX προφυλακτικώς και εξήλθε.

Στις 10-7-1984 επανεμφάνισε δυσεπίσχετες ρινορραγίες, ουλορραγίες, αιμορραγίες και μελαινες κενώσεις. Εισήχθη πάλι και μεταγγίζεται, παρουσίασε πυρετό χωρίς σημεία εστιακής λοίμωξης. Του έγινε υποστηρικτική θεραπεία με CLAFORAN - BRIKLIN - DALACIN.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Νοσηλευτικές Δραστηριότητες Θεραπευτικά Μέτρα	Επιηνεία/Αιτιολόγηση Νοσηλευ- τικών Δραστηριοτήτων, Θεραπευ- τικών Μέτρων
Πόνος	Μείωση της έντασης του πόνου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατάλληλη θέση αρρώστου</li> <li>- Μείωση του βάρους των λευ- χειμάτων</li> <li>- Μείωση ερεθιστικών παραγό- ντων (θόρυβος, έντονος φωτι- σμός)</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικών φαρμά- κων.</li> <li>- Μείωση του άγχους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο πόνος υποχώρησε αλλά ξαναπα- ρουσιάστηκε εντονότερος λόγω των πολλαπλών λεμφικών διηθήσεων.</li> </ul>
Ανορεξία	Διόρθωση σωματικού βάρους	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τροφή της προτιμήσεως του αρρώστου</li> <li>- Μικρά και συχνά γεύματα</li> <li>- Δίαιτα πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες</li> <li>- Αν ο άρρωστος δεν τρέφεται από το στόμα χορηγείται τροφή και υγρά παρεντερικά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο άρρωστος δεν κατάφερε να πά- ρει υγρά από το στόμα και επιλέ- χτηκε η παρεντερική οδός με χο- ρήγηση φυσιολογικού ορού.</li> </ul>
Πυρετός	Ρύθμιση θερμοκρασίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση ψυχρών επιθε- μάτων</li> <li>- Τρίωρη θερμομέτρηση</li> <li>- Χορήγηση υγρών</li> <li>- Λουτρό</li> <li>- Χορήγηση αντιπυρετικών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο πυρετός υποχώρησε και ο α- σθενής δεν παρουσίασε για τις επόμενες μέρες εβάρσεις πυρε- τού.</li> </ul>

**ΠΑΡΕΙΣ ΠΑΤΡΑΣ**  
 ΒΙΒΛΙΟΦΗΚΗ

Νοσηλευτικά  
πρόβλήματα

Αντικειμενικοί Σκοποί  
Νοσηλευτικής Φροντίδας

Νοσηλευτικές Δραστηριότητες  
Θεραπευτικά Μέτρα

Ερμηνεία/Αιτιολόγηση Νοσηλευ-  
τικών Δραστηριοτήτων, Θεραπευ-  
τικών Μέτρων

Ανησυχία, φόβος Εξασφάλιση άνετου κλιν ή-  
συχου περιβάλλοντος

- Απομόνωση του αρρώστου από  
τους άλλους ασθενείς για πρό-  
ληψη λοιμώξεων και συχνές ε-  
πισκέψεις.



### Α Ξ Ι Ο Λ Ο Γ Η Σ Η

1. θετική απόκριση στη θεραπεία και τη νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Εάν η θεραπεία είναι αποτελεσματική επιτυγχάνεται ύφεση και αναμένεται παράταση της ζωής του αρρώστου.
- β. Κάθε μήνα θα πρέπει να γίνεται επαναξιολόγηση της χημειοθεραπείας και της φυσικής κατάστασης του αρρώστου. Ο άρρωστος και η οικογένειά του θα πρέπει να ενημερωθούν για τις παρενέργειες της θεραπείας και την ανάγκη συμμόρφωσης στο θεραπευτικό σχήμα.

2. Αξιολόγηση των ψυχολογικών αντιδράσεων του αρρώστου.

- α. Η συμβολή του ιερά, του ψυχιάτρου και του φυσιοθεραπευτή στη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου ώστε να μπορέσει να χειριστεί την αρρώστια του είναι αξιόλογη.
- β. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο και την οικογένειά του στην αντιμετώπιση των οικονομικών τους προβλημάτων.

3. Αρνητική απόκριση - επιπλοκές

Οι κοινές επιπλοκές της λευχαιμίας και τα συνηθέστερα αίτια θανάτου είναι :

- α. Λοίμωξη, β. Αιμορραγία, γ. Νεφρική ανεπάρκεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. "Κλινική Αιματολογία" MAXWELL M. WINTROBE, Τόμος ΙΙ.  
Εκδόσεις Κοβάνης - Ιατρικά βιβλία (1963).
2. "Σύγχρονη Παθολογία" : ALAN READ, D.W. BARRITT, L.  
HEWER. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας - Αθήνα (1984).
3. "Ειδική Νοσολογία". Κ.Δ. Γαρδίκια : Δ' Έκδοσις Τόμος Β' .  
Εκδόσεις Κ. Παρισιανος - Αθήνα (1984).
4. "Ειδική Νοσολογία" : Ν. Σταμπουλά.  
Ιατρικές εκδόσεις - Αθήνα.
5. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές  
Διαδικασίες" : Α. Σαχίνη - Καρδάση.  
Τόμος ΙΙ, Μέρος Α', - Αθήνα (1985).
6. "Λειτουργική Παθολογία" : Β.Θ. Αγγελόπουλου. Τόμος Α' .  
Εκδόσεις Παρισιάνος - Αθήνα (1971).
7. "Βασικές αρχές - Παθολογική, Χειρουργική" : Μ.Α. Μαλ-  
γαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου.  
Τόμος Β', Έκδοση 8η - Αθήνα (1985).
8. "Στοιχεία Φυσιολογίας" : Ρ. Αλιβιζάτου - Μοσχοβάκη.  
Εκδόσεις Παρισιάνος - Αθήνα (1984).