

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : "ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ"

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Γεωργούση Παρασκευή

ΕΠΙΤΡΟΠΗ :

- α)
- β)
- γ)

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : Μάλιος Πολυξένη

Πάτρα, 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1301
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελίδα	
Ευχαριστήρια	1	
Πρόλογος	2	
Α΄ Μέρος		
Κεφάλαιο 1. Αιμοποιητικό Σύστημα		
1.1 Γενικά για το αίμα.....	3	
1.2 Ερυθροκύτταρα.....	4-5	
1.3 Λευκοκύτταρα.....	6-7	
Κεφάλαιο 2. Λευχαιμίες		
2.1 Ορισμός, Αιτιολογία, Παθοφυσιολογία.....	8	
2.2 Ταξινόμηση.....	9	
Κεφάλαιο 3. Οξεία Λευχαιμία		
3.1 Παθολογική ανατομία και ταξινόμηση.....	10-11	
3.2 Αιτιολογία, παθογένεια.....	12-13	
3.3 Διάγνωση.....	14-15	
3.4 Κλινική εικόνα.....	16-17	
3.5 Παράγοντες που σημαίνουν ευνοϊκή πρόγνωση.....	18	
3.6 Θεραπεία.....	19	
3.6.1 Υπαστήριξη.....	20	
3.6.2 Συνδυασμένη Χημειοθεραπεία.....	21-22	
3.6.3 Μεταμόσχευση μυελού των οστών.....	23-24	
3.6.4 Αυτόλογη Μεταμόσχευση.....	25	
Κεφάλαιο 4. Χρόνιες Λευχαιμίες.....		26
4.1 Χρόνια μυελογενής Λευχαιμία.....	27	
4.1.1 Διάγνωση, κλινική εικόνα θεραπεία.....	28-29	
4.2 Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία.....	30	
4.2.1 Διάγνωση, κλινική εικόνα, θεραπεία.....	31-32	

Β΄ μέρος

Κεφάλαιο 1: Νοσηλευτική Φροντίδα.....	33-34
1.1 Ανακούφιση από τα συμπτώματα της ασθένειας	
1.1.1 Πυρετός.....	35-36
1.1.2 Βξελκώσεις στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα....	36-37
1.1.3 Ανορεξία.....	37-38
1.1.4 Πόνος.....	38-39
1.1.5 Αναιμία.....	39-41
1.2 Πρόληψη έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της νόσου	42
1.2.1 Αιμορραγίες.....	42-43
1.2.2 Λοιμώσεις.....	43-44
1.3 Ώνημέρωση για τις παρενέργειες της θεραπείας....	45
1.3.1 Συνδυασμένη Ώημειοθεραπεία.....	46-49
1.3.2 Υποστήριξη.....	50-51
1.3.3 Μεταμόσχευση μυελού των οστών.....	52-53
1.3.4 Αναρρόφηση και βιοψία του μυελού των οστών.....	54
1.4 Ψυχολογική Υποστήριξη.....	55-56
Κεφάλαιο 2: Αντιμετώπιση ασθενή με λευχαιμία σύμφωνα με την μέθοδο της νοσηλευτική διεργασίας	
2.1 Παράδειγμα I.....	57-64
2.2 Παράδειγμα II.....	65-71
Συμπεράσματα	72-73
Επίλογος	74-75
Βιβλιογραφία.....	76-77

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Ευχαριστώ, θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια
κ. Γεωργούση Π. για την αμέριστη συμπα-
ράστασή της και την πολύτιμη βοήθειά της.

Αφιερώνω την πτυχιακή εργασία μου
στην οικογένειά μου.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η λευχαιμία αποτελεί μία ασθένεια η οποία αποτελεί πλήγμα.

Παρόλη την πρόοδο των επιστημών γενικότερα, και ειδικότερα της ιατρικής επιστήμης, αποτελεί νόσο της οποίας η πρόγνωση είναι δυσσώληνη.

Παρακάτω γίνεται μία προσπάθεια - όσο αυτό είναι δυνατόν - ανάλυσης της νόσου καθώς και της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζονται οι πάσχοντες από αυτήν.

Γι' αυτόν τον λόγο η συγκεκριμένη εργασία παρουσιάζει μία ειδική δομή.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται με γενικό τρόπο η ασθένεια από ιατρική άποψη, ενώ το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην νοσηλευτική φροντίδα την οποία είναι απαραίτητη να δεχθεί το άτομο που πάσχει από λευχαιμία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1.1: Γενικά για το αίμα

Το αίμα είναι υγρός ιστός, περιέχεται και κυκλοφορεί μέσα στο κυκλοφοριακό σύστημα.

Αποτελείται από τα έμμορφα συστατικά και το πλάσμα. Τα κύτταρα είναι τριών ειδών: τα ερυθροκύτταρα, τα λευκοκύτταρα και τα αιμοπετάλια.

Οι λειτουργίες του αίματος είναι:

Η μεταφορά του οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς και του διοξειδίου του άνθρακα από τους ιστούς στους πνεύμονες.

Η μεταφορά θρεπτικών ουσιών, ανόργανων ιόντων, βιταμινών κ.α. από τον γαστρεντερικό σωλήνα στους ιστούς.

Η μεταφορά ορμονών από τους ενδοκρινείς αδένες προς τους ιστούς.

Η μεταφορά άχρηστων ουσιών προς τα απεκκριτικά όργανα για απέκκριση.

Η μεταφορά και κατανομή της θερμότητας ώστε να διατηρείται σταθερή η θερμοκρασία του σώματος.

Και τέλος η συμβολή στην άμυνα του οργανισμού.

1.2: ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ

Η κυριότερη λειτουργία των ερυθροκυττάρων είναι να διακινούν την αιμοσφαιρίνη, που με την σειρά της μεταφέρει οξυγόνο από τους πνεύμονες στους ιστούς. Τα φυσιολογικά ερυθροκύτταρα είναι αμφίκυκλοι δίσκοι μέσης διαμέτρου περίπου 8μ. και στο κέντρο 1μ. και λιγότερο.

Ο μέσος αριθμός ερυθροκυττάρων είναι 5.200.000 ανά MM³ στον υγιή άνδρα και 4.700.000 στην υγιή γυναίκα.

Τα ερυθροκύτταρα προέρχονται από ένα κύτταρο γνωστό ως προερυθροβλάστη. Η προερυθροβλάστη σχηματίζει πρώτα την βασεόφιλη ερυθροβλάστη που αρχίζει την σύνθεση αιμοσφαιρίνης. Στην συνέχεια γίνεται πολυχρωματόφιλη και κατόπιν μεταπίπτει σε ορθόχρωμη. Σε αυτήν την φάση και εφόσον το ενδοπλασματικό δίκτυο έχει επαναρροφηθεί μερικώς το κύτταρο ονομάζεται δικτυοερυθροκύτταρο γιατί περιέχει ακόμα μικρή ποσότητα βασεόφιλου ενδοπλασματικού δικτύου. Στο φυσιολογικό αίμα η συνολική αναλογία δικτυοερυθροκυττάρων σε σχέση με όλα τα άλλα κύτταρα είναι λίγο μικρότερη από 1%. Μετά την πλήρη επαναφορά του δικτύου το κύτταρο είναι ώριμο ερυθροκύτταρο.

Κάθε κατάσταση που ελαττώνει την ποσότητα του οξυγόνου που μεταφέρεται στους ιστούς αυξάνει την ταχύτητα παραγωγής των ερυθροκυττάρων.

Ο μυελός των οστών δεν αντιδρά άμεσα στην υποξία, η παραγωγή των ερυθροκυττάρων διεγείρεται από αυτήν μόνο με τον σχηματισμό της ερυθροποιητίνης.

Στον σχηματισμό αυτής έχασικό ρόλο παίζουν οι ορμόνες. Συγκεκριμένα όταν βρεθούν σε υποξία, εκλύουν ένα ένζυμο το νεφρικό ερυθροποιητικό παράγοντα. Ο παράγοντας αυτός εκρίνεται στο αίμα όπου μέσα σε λίγα λεπτά αποσπά το γλυκοπρωτεϊνικό μόριο της ερυθροποιητίνης. Η τελευταία κυκλοφορεί στο αίμα για μία μέρα περίπου επιδρώντας στον μυελό των οστών και αυξάνοντας

την ερυθροποίηση.

Η βιταμίνη B12 είναι βασική θρεπτική ουσία για όλα τα κύτταρα του σώματος. Η έλλειψή της, προκαλεί μείωση της πυρηνικής ωρίμανσης και διαίρεσης και κατά συνέπεια ελαττώνει πολύ την ταχύτητα ερυθροποίησης.

Μετά την απελευθέρωσή τους από τον μυελό των οστών στο κυκλοφοριακό σύστημα, τα ερυθρά αιμοσφαίρια κυκλοφορούν, πριν καταστραφούν για εκατόν είκοσι μέρες περίπου.

Η αιμοσφαιρίνη που απελευθερώνεται από τα ερυθροκύτταρα όταν καταστραφούν, φαγοκυτταρώνεται σχεδόν αμέσως από τα δικτυο-ενδοθηλιακά κύτταρα.

1.3: ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΑ

Το σώμα διαθέτει ένα ειδικό σύστημα αντιμετώπισης των διάφορων λοιμογόνων και τοξικών παραγόντων. Το σύστημα αυτό αποτελείται από τα λευκοκύτταρα, το σύστημα των ιστικών μικροφάγων και το λεμφικό ιστό.

Στο αίμα υπάρχουν φυσιολογικά έξι τύποι λευκών αιμοσφαιρίων, ως εξής: πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα, πολυμορφοπύρρηνα ηωσινόφιλα, πολυμορφοπύρρηνα βασεόφιλα, μονοπύρρηνα, λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα. Υπάρχει επίσης μεγάλος αριθμός αιμοπεταλίων που αποτελούν τμήματα ενός μεγάλου και έβδομου τύπου κυττάρου του μυελού των οστών του μεγακαρυοκυττάρου.

Τα πολυμορφοπύρρηνα και τα μονοπύρρηνα κανονικά σχηματίζονται μόνο στον μυελό των οστών. Αντίθετα τα λεμφοκύτταρα και τα πλασματοκύτταρα παράγονται στα διάφορα λεμφικά όργανα, δηλαδή στους λεμφαδένες, το σπλήνα, το θύμο, τις αμυγδαλές και σε διάφορους λεμφικούς σχηματισμούς του εντέρου.

Μερικά από τα λευκοκύτταρα που σχηματίζονται στον μυελό των οστών, ιδιαίτερα τα κοκκιοκύτταρα παραμένουν μέσα σε αυτόν ώσπου να χρειαστούν στο κυκλοφορικό σύστημα. Όταν υπάρξει αυτή η ανάγκη, διάφοροι παράγοντες προκαλούν την απελευθέρωσή τους στην κυκλοφορία.

Τα ουδετερόφιλα και τα μονοπύρρηνα προσβάλλουν και καταστρέφουν κυρίως βακτηρίδια, ιούς και άλλους επιβλαβείς παράγοντες.

Μπορούν να συμπιεστούν και να περάσουν από τους πόρους των αιμοφόρων αγγείων με την διαδικασία της διαπύκνωσης.

Επίσης κινούνται δια μέσου ιστών με αμοιβαδοειδή κίνηση. Η κυριότερη όμως λειτουργία τους είναι η φαγοκυττάρωση.

Τα ηωσινόφιλα αποτελούν φυσιολογικά το 1-3% όλων των λευκοκυττάρων του αίματος. Είναι ασθενή φαγοκύτταρα αλλά εκδηλώνουν χημειοταξία. Ο αριθμός τους αυξάνει πολύ κατά τη διάρκεια

αλλεργικών αντιδράσεων, μετά από ένεση ξένου λευκώματος και κατά τις λοιμώξεις από παράσιτα.

Τα βασεόφιλα της κυκλοφορίας του αίματος, μοιάζουν πολύ με τα μεγάλα μαστοκύτταρα, που βρίσκονται αμέσως έξω από πολλά τριχοειδή του σώματος. Τα κύτταρα αυτά απελευθερώνουν μέσα στο αίμα ηπαρίνη ουσία που εμποδίζει την πήξη του. Είναι πιθανό ότι τα βασεόφιλα της κυκλοφορίας εκτελούν πρόμοιες λειτουργίες μέσα στο αίμα ή ακόμα, είναι πιθανόν ότι το αίμα απλώς μεταφέρει βασεόφιλα στους ιστούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

2.1: ΕΡΙΣΜΟΣ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι ετερογενής ομάδα από κακοήθη νεοπλασμάτα αναπτυσσόμενα από αιμοποιητικά κύτταρα.

Τα κύτταρα αυτών των νεοπλασμάτων πολλαπλασιάζονται στον μυελό των οστών και στους λεμφοειδής ιστούς και τελικά προσβάλλουν το περιφερικό αίμα και διηθούν άλλα οργανικά συστήματα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία είναι άγνωστη. Συγγενή σύνδρομα, ακτινοβολία και έκθεση σε χημικά προϊόντα είναι σημαντικοί παράγοντες σε μερικές περιπτώσεις.

Το πολλαπλασιαζόμενο κύτταρο είναι ένα ανώριμο κλωνικό μυελοειδές ή λεμφοειδές κύτταρο που μπορεί να παρουσιάσει ποικίλων βαθμών διαφοροποίηση. Αυτά τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα συσσωρεύονται στον μυελό των οστών αρχικώς διότι δεν κριμάζουν. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφανίζουν χαρακτηριστικές κυτταρογενετικές διαταραχές. Πολλοί ασθενείς με λευχαιμία εμφανίζουν παγκυτταροπενία, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ή συνωστισμού των κακοήθων κυττάρων στον μυελό των οστών ή αλληλοαντιδράσεώς τους με το μικροπεριβάλλον του μυελού των οστών. Η διήθηση των άλλων οργανικών συστημάτων από λευχαιμικά κύτταρα μπορεί να προκαλέσει τις ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις της προχωρημένης λευχαιμίας.

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι λευχαιμίες διακρίνονται σε : οξείες και χρόνιες.

Οι οξείες χωρίζονται σε :

Μυελογενείς ή μυελοβλαστικές	15%
Λεμφογενείς ή λεμφοβλαστικές	24-30%
Μονοκυσταρική	5%
Άτυπες, αταξιινόμητες	5-7%

Οι χρόνιες διακρίνονται σε :

Μυελογενής	24-30%
Λεμφογενής	24-30%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΣΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

3.1: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο μυελός των οστών στην οξεία λευχαιμία είναι τυπικά υπερκυτταρικός και βαριά διηθημένος με ένα μονόμορφο πληθυσμό λευχαιμικών βλαστών πολλά από τα φυσιολογικά στοιχεία του μυελού των οστών μειώνονται σημαντικά.

Για προγνωστικές και θεραπευτικές θεωρήσεις είναι κρίσιμος ο διαχωρισμός μεταξύ *ΘΜΛ και *ΘΛΛ. Αυτές οι διαταραχές ταξινομούνται με βάση την κυτταρική μορφολογία, τα κυτταροχημικά χαρακτηριστικά, τον ανοσολογικό φαινότυπο και το βαθμό της διαφοροποίησης. Μία συνεργαζόμενη γαλλο-αμερικανο-βρετανική ομάδα έχει διαιρέσει την ΘΛΛ σε τρεις υποτύπους και την ΘΜΛ σε επτά υποτύπους βασισμένους στα μορφολογικά χαρακτηριστικά των κυττάρων.

Οι λευχαιμικοί λεμφοβλάστες στην ΘΛΛ είναι τυπικώς μικρότεροι από ό,τι στην ΘΜΛ και έχουν στρογγυλούς ή συνεστραμμένους πυρήνες και μικρή ποσότητα κυτταροπλάσματος. Σε 79% των ασθενών με ΘΛΛ, αυτά τα κύτταρα περιέχουν τελική δεοξυνουκλεοτιδική τρανφεράση σπανίως ανευρισκόμενη σε κύτταρα της ΘΜΛ. Περίπου στο 60% των περιπτώσεων ΘΛΛ τα κύτταρα παρουσιάζουν το αντιγόνο ΘΛΛ αλλά είναι αρνητικά για επιφανειακή ανοσοσφαιρίνη ή για άλλους δείκτες των T-κυττάρων. Περίπου στο 20% των περιπτώσεων ΘΛΛ τα κύτταρα είναι τύπου T και εκφράζουν επιφανειακούς δείκτες των T-κυττάρων. Περίπου στο 5% των περιπτώσεων ΘΛΛ τα κύτταρα είναι τύπου B και εμφανίζουν τη λευχαιμική μορφή του νεοπλασματος B-κυττάρων, λεμφοστός BURMITT. Περίπου στο 15% των περιπτώσεων ΘΛΛ είναι τύπου μη-βενικού κυττάρων.

*ΘΜΛ: Οξεία γυελογενής λευχαιμία
ΘΛΛ: Οξεία λευφόγενής λευχαιμία

Οι βλάστες της ΘΜΑ είναι συνήθως μεγαλύτεροι από αυτούς που φαίνονται στην ΘΔΑ και έχουν μικρότερη πυρηνοκυτταροπλασματική σχέση. Το κυτταρόπλασμα των κυττάρων μπορεί να χρωματιστεί θετικά για τους ενζυμικούς δείκτες όπως η υπεροξειδάση ή η εστεράση και μπορεί να περιέχει ραβδία ΑΥΕR. Οι κλινικές διαφορές ανάμεσα στους επτά υποτύπους της ΘΜΑ στη FAB ταξινόμηση είναι λεπτότατες. Ασθενείς με οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία συχνά στην αρχή εκδηλώνουν διάχυτη ενδογγειακή πήξη.

Συγκεκριμένα η ταξινόμηση της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας είναι η εξής:

Μυελογενής χωρίς ωρίμανση.

Μυελογενής με κάποια ωρίμανση.

Προμυελοκυτταρική με υπέρ-κοκκίωση.

Μυελομονοκυτταρική.

Μονοκυτταρική.

Ερυθρολευχαιμία.

Μεγακαρρυοκυτταρική.

Ενώ η οξεία λεμφογενής λευχαιμία ταξινομείται σε :

Κοινός παιδικός τύπος.

Τύπος ενηλίκων.

Τύπος BUTCHITT'S.

3.2 : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΙΑ

Αξίζει να επιπλωθεί ότι η αιτιολογία της οξείας λευχαιμίας είναι ουσιαστικά άγνωστη τα τελευταία χρόνια πλὴν έχουν γίνει κατανοητοί οι μηχανισμοί που πιθανόν να συμβαίνουν. Ας εστιαστούν όμως οι τέσσερις παράγοντες που φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στις οξείες λευχαιμίες.

Κατ' αρχήν υπάρχουν οι λευχαιμογόνοι ιοί. Έχει αποδειχθεί ότι άμεσα μπορούν να προκαλέσουν λευχαιμία σε ζώα. Έχει βρεθεί λοιπόν ότι τα πτηνά μπορούν να πάθουν λευχαιμία όταν μολυνθούν από κάποιους ρετροϊούς. Για τον άνθρωπο δεν έχει βρεθεί μία τέτοια άμεση λευχαιμογόνος δράση, ού και φαίνεται πως χρειάζονται άλλα ερεθίσματα για να εκδηλωθεί οξεία λευχαιμία. Με άλλα λόγια μόνο ο ιός δεν φτάνει για να μεταμορφώσει τα ανθρώπινα κύτταρα αλλά απαιτείται και η συμβολή άλλων παραγόντων.

Η γενετική προδιάθεση είναι ένας παράγοντας που δεν έχει ερευνηθεί όσο θα έπρεπε. Υπάρχουν βέβαια χρωμοσωμικές ανωμαλίες σε μερικά νοσήματα που προδιαθέτουν σε λευχαιμία. Παραδείγματα τέτοιων συνδρόμων είναι το σύνδρομο ΒLΨΜΑ. Στις παραπάνω καταστάσεις είτε υπάρχει κάποια χρωμοσωμική διαταραχή, είτε μία διαταραχή στην επιδιόρθωση του DNA και φαίνεται ότι τέτοιες καταστάσεις προδιαθέτουν σε λευχαιμία. Πρέπει να επιπλωθεί ότι οι διαπιστωμένες αυτές νόσοι αποτελούν μόνο την κορυφή του παγόβουνου των διαταραχών των χρωμοσωμάτων, που υπάρχουν.

Στις χημικές επιδράσεις μπορεί να αναφερθεί ως παράδειγμα την δράση του βενζοχίου, ουσία η οποία δρα πάνω στον αναδιπλασιασμό του DNA και έχει λευχαιμογόνο δράση στα κύτταρα που διαιρούνται.

Η ιόντιζουσα ακτινοβολία προκαλεί λευχαιμία στα ζώα, και υπάρχει σχέση μεταξύ της έκθεσης σε ακτινοβολία και την ανά-

πτυξήςλευχαιμίας στον άνθρωπο.

Ένα σημαντικό ερώτημα σχετικά με την οξεία λευχαιμία είναι αν υπάρχουν και φυσιολογικά κύτταρα μαζί με τα λευχαιμικά. Και σε αυτό οι διάφορες περιπτώσεις λευχαιμιών δεν φαίνεται να συμπεριφέρονται το ίδιο.

~~2.2.2. Ακόμα.~~ . . . ο πρέπει να διευκρινιστεί είναι η έννοια της ύφεσης. Ύφεση δεν σημαίνει εξαφάνιση της νόσου. Αυτό που έχει επιτευχθεί είναι ελάττωση της λευχαιμικής μάζας η οποία είναι περίπου 10^8 ή 10^9 κύτταρα. Ηλικία πλήρης θεραπεία θα προέβλεπε το θάνατο όλων των λευχαιμικών κυττάρων. Αν κανείς όμως προσπαθήσει να εφαρμόσει μια τέτοια θεραπεία, ουσιαστικά θα σκότωνε και όλα τα αντίστοιχα φυσιολογικά κύτταρα.

3.3 : ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση τίθεται με :

Την εξέταση της μορφολογίας των κυττάρων η οποία σε πολλές περιπτώσεις τυπικές όμως δείχνει τον τύπο της λευχαιμίας.

Αυτό όμως μόνο του δεν αρκεί και συχνά χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση καθώς σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην μορφολογία των κυττάρων και στην προέλευσή τους.

Έτσι γίνονται εξετάσεις ιστοχημείας, ή καλύτερα κυτταροχημείας. Σε αυτές ανιχνεύονται ένζυμα ή χρωστικές στα κύτταρα. Οι κυριότερες ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι :

Υπεροξειδάση. Χαρακτηριστικά η αντίδραση υπάρχει στα κύτταρα της μυελικής σειράς δηλαδή κυρίως στους FAB τύπους.

PAS. Κυρίως την PAS δίνουν θετική τα κύτταρα στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία.

Μη ειδική εστεράση. Τη χρώση αυτή κατά κύριο λόγο δίνουν θετική τα μονοκύτταρα, και ο μυελοκυτταρικός τύπος της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας.

SUDAN BLACK : Βάφει όπως και η υπεριοξειδάση.

Τέλος με τη χρήση των μονοκλωνικών αντισωμάτων μπορεί να προσδιοριστεί το είδος των κυττάρων και είναι απαραίτητα να υπάρχουν για τις περιπτώσεις που οι υπόλοιπες μέθοδοι είναι αμφιβόλου αξιοπιστίας.

Τα μονοκλωνικά αντισώματα είναι λοιπόν απαραίτητα να υπάρχουν για 100% διάγνωση αλλά όχι απαραίτητα για κάθε άρρωστο.

Επίσης είναι χαρακτηριστικό στοιχείο της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας το οποίο είναι διαγνωστικό για τη νόσο όταν υπάρχει είναι τα σωματίδια AUR, που συναντώνται σε ποσοστό 10-20% των ασθενών με οξεία μυελογενή λευχαιμία, στα λευχαιμικά κύτταρα.

Παρατηρείται λοιπόν πως η διάγνωση της οξείας λευχαιμίας σπάνια παρουσιάζει δυσκολίες.

Συνήθως η πάθηση εκδηλώνεται με τη μορφή οξείας νόσου και με συμπτώματα ενδεικτικά.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες γίνονται είναι οι εξής:
Εξέταση αίματος : Τα αιματολογικά ευρήματα αποκλύπτουν, αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων με υπεροχή πάντοτε των βλαστών, αναιμία, θρομβοπενία, αύξηση των τιμών του ουρικού οξέος.

Βιοψία του μυελού των οστών.

Βιοψία λεμφαδένων.

Ακτινογραφία θώρακα για να διαπιστωθεί ενδεχόμενη διήθηση των αδένων του μεσοθωρακίου και των πνευμόνων.

Ακτινογραφία των οστών για να διαπιστωθούν σκελετικές αλλοιώσεις.

3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝΑ

Τα συμπτώματα και τα σημεία στην οξεία λευχαιμία αποδίδονται βασικά σε μηχανικές ή μεταβολικές-χημικές επιπτώσεις των λευχαιμικών κυττάρων στα όργανα στα οποία αθροίζονται, κυρίως δηλαδή στον μυελό των οστών, στον σπλήνα, στους λεμφαδένες στο ήπαρ.

Στον μυελό των οστών η βλαπτική επίδραση των λευχαιμικών κυττάρων είναι διπλή.

Εκτοπίζουν τα φυσιολογικά κύτταρα.

Καταστέλλουν την φυσιολογική αιμοποίηση.

Αποτελέσματα των παραπάνω είναι η αναιμία, οι αιμορραγίες και οι λοιμώξεις.

Η αναιμία μπορεί να είναι πολύ βαρεία οπότε οι ασθενείς αυτοί πρέπει να μεταγγιστούν.

Οι αιμορραγίες είναι συχνές και πολλές φορές είναι το σύμπτωμα που φέρνει τον ασθενή στον ιατρό. Αν ο αριθμός των αιμοπεταλιών που είναι φυσικά ελαττωμένος, πέσει κάτω από 10.000 υπάρχει πολύ σοβαρός κίνδυνος αιμορραγιών.

Οι λοιμώξεις είναι μεγάλο πρόβλημα στον λευχαιμικό άρρωστο καθώς ο οργανισμός έχει μειωμένη αμυντική ικανότητα. Έτσι εάν ένας τέτοιος ασθενής παρουσιάσει πυρετό είναι πολύ πιθανό να έχει κάποια λοίμωξη.

Κάλλιστα εξ' αιτίας της λευκοπενίας οι ασθενείς, συχνά, δεν αναπτύσσουν την τυπική εικόνα μιας συγκεκριμένης λοίμωξης και έτσι μπορεί να χαθεί η διάγνωση της λοίμωξης που εντούτοις υπάρχει.

Χρειάζεται λοιπόν προσοχή σε έλλειψη έκδηλων κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων της λοίμωξης.

Συχνά οι λευχαιμικοί ασθενείς αναπτύσσουν φλεγμονές καθώς δεν υπάρχουν αρκετά λευκά για να δημιουργήσουν εντοπισμένο απόστημα, ή αναπτύσσουν επιτευνόμενες λοιμώξεις του δέρματος.

Οι λοιμώξεις στους συγκεκριμένους ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται γρήγορα γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε σηψαιμία και τελικά στο θάνατο από σηπτικό SHOCK.

Άλλες κλινικές εκδηλώσεις στην οξεία λευχαιμία είναι τα οστικά άλγη.

Χαρακτηριστικά ο ασθενής πονά στο στήθος μετά από πίεση. Επίσης μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής υπερουριναιμία.

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΗΜΑΙΝΟΥΝ ΕΥΝΟΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Διάφοροι παράγοντες αναφέρονται, οι οποίοι όταν υπάρχουν ευνοούν την εξέλιξη του αρρώστου.

Η γρήγορη απάντηση στη θεραπεία αποτελεί ένα τέτοιο παράγοντα γιατί συνοδεύεται από ύφεση η οποία διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα.

Αναφέρεται επίσης ότι στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία ο NULL τύπου έχει καλύτερη πρόγνωση από την T ή B-CELL λευχαιμία.

Η λευχαιμία του κεντρικού νευρικού συστήματος αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο γιατί ακολουθείται από συχνές υποτροπές, ενώ αν υπάρχει και κάποια άλλη νόσος όπως καρδιακή ανεπάρκεια, ή χορήγηση φαρμάκων όπως συμβαίνει σε ηλικιωμένα άτομα, για κάποιες άλλες παθήσεις, αυτό επιδεινώνει την κατάσταση του ασθενή.

3.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικά

Βασικά η θεραπεία της οξείας λευχαιμίας συνίσταται στις παρακάτω τρεις κατευθύνσεις

Συνδυασμένη χημειοθεραπεία

Υποστήριξη

Μεταμόσχευση του μυελού των οστών.

Η πρώτη ύφεση μετά από θεραπεία επιτεύχθηκε το 1943 με την χορήγηση μεθοτρεξάτης που αποτελεί και το πρώτο φάρμακο που δόθηκε για οξεία λευχαιμία.

Σήμερα σε παιδιά με οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία που χορηγούνται φάρμακα παρατηρείται ύφεση πάνω από 80% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την οξεία μυελογενή λευχαιμία κυμαίνεται γύρω στο 50%.

Με τη χρήση χημειοθεραπείας η μέση επιβίωση στην οξεία μη λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι ένας χρόνος ενώ η αντίστοιχη επιβίωση στην λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι πέντε χρόνια.

Είναι λογικό πως για την διενέργεια ενός θεραπευτικού σχήματος, χρειάζεται υποστήριξη από άλλες ειδικότητες. Τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι καρδιοτοξικά, έτσι χωρίς την επίβλεψη κάποιου έμπειρου καρδιολόγου δεν θα πρέπει να γίνεται θεραπεία λευχαιμικού αρρώστου.

Το κέντρο που θεραπεύει οξεία λευχαιμία πρέπει να είναι εξοπλισμένο με μηχανήματα όπως υπερηχογράφους και αξονικό τομογράφο.

Χρειάζεται εμπειρία των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι γίνεται μία επιλογή των κέντρων που μπορούν να θεραπεύσουν λευχαιμίες και αυτό κατ'είσαφα είναι προτιμότερο όταν τα κέντρα αυτά είναι καλά οργανωμένα.

3.6.1 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η υποστήριξη του ασθενούς με οξεία λευχαιμία περιλαμβάνει μεταγγίσεις ερυθρών και αιμοπεταλίων, αντιβιοτικά, αποστείρωση εντέρου.

Η καλή νοσηλεία αποτελεί σπουδαίο παράγοντα και έχει να κάνει με το νοσηλευτικό προσωπικό. υφείλει να είναι προσεκτικό ειδικά κατά τη διάρκεια της φλεβοκέντησης.

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι στις χώρες που υπάρχουν νοσοκομεία με ειδικές μονάδες λευχαιμίας, υπάρχει καθορισμένο προσωπικό που καθώς είναι μόνιμο στην μονάδα έχει μάθει πια να κάνει καλύτερα την δουλειά του.

3.6.2 ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία:

τα κυριότερα φάρμακα με όλα από τα οποία ξεκινάει η θεραπεία των ενηλίκων με θΛΛ και αποτελούν θεραπεία εφόδου στη νόσο είναι:

Βινκριστίνη
Κορτικοειδή
Ασπαραγινάση
Αδριαμυκίνη.

Στα παιδιά χορηγούνται τα δύο πρώτα από αυτά γιατί απαντούν πιο εύκολα στη θεραπεία και γιατί έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ενήλικες.

Έταν οι ασθενείς δεν απαντούν στο θεραπευτικό σχήμα των τεσσάρων φαρμάκων τότε χορηγούνται πιο δραστικά αλλά λιγότερο δοκιμασμένα φάρμακα.

Έτσι ασθενείς καταλήγουν να παίρνουν αυτά, έχουν χειρότερη πρόγνωση, ακριβώς γιατί είναι, εκείνοι, οι οποίοι δεν απάντησαν στην αρχική θεραπεία εφόδου και όχι τόσο εξ' αιτίας της διαπιστωμένης τοξικότητας των εναλλακτικών αυτών φαρμάκων.

Στην οξεία μυελογενή λευχαιμία

ως κύρια φάρμακα χορηγού

Αραισιτίνη
Ώταουνομυκίνη
Θειογουανίνη

Ιδιαίτερα τα δύο πρώτα είναι πολύ δραστικά στην θΜΛ και αν δεν ανταποκριθεί σε αυτά κάποιος ασθενής είναι μάλλον σπάνιο να ανταποκριθεί σε κάποιο άλλο σχήμα.

Βέβαια μεγαλύτερη σημασία από την γνώση των φαρμάκων στην θεραπεία της οξείας λευχαιμίας έχει η στρατηγική της θεραπευ-

τικής αγωγής η οποία περιλαμβάνει:

- την έφοδο
- την συντήρηση.

Συγκεκριμένα υπάρχουν τρεις απόψεις πάνω στην εφαρμογή της βασικής στρατηγικής:

Έφοδος και στη συνέχεια διακοπή της θεραπείας

Έφοδος και συντήρηση με φάρμακα.

Έφοδος-εδραίωση της θεραπείας με τα ίδια φάρμακα με τα οποία επιτεύχθηκε η ύφεση αλλά σε ελαττωμένες δόσεις. Ακολουθεί συντήρηση

Η τρίτη άποψη φαίνεται να κερδίζει συνεχώς έδαφος στην θεραπεία της οξείας λευχαιμίας.

3.6.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Τρόποι μεταμόσχευσης:

- Μεταμόσχευση από πλήρως ΗCA-συμβατό αδερφό-η
- " από μερικά ή πλήρως ΗCA συμβατό συγγενικό ή όχι άτομο.
- Αυτόλογη μεταμόσχευση.

Η μεταμόσχευση μυελού από πλήρως συμβατό αδερφό/η πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη ύφεση στην ΟΜΑ ή μετά την πρώτη ή δεύτερη ύφεση στην ΟΑΑ γιατί έχει αποδειχθεί στην ΕΑΑ ότι αν γίνει υποτροπή, επιτυγχάνεται δεύτερη ύφεση σχεδόν με το ίδιο ποσοστό κάτι που δεν συμβαίνει με την οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία.

Για να επιτύχει η μεταμόσχευση θα πρέπει να γίνει χημειοθεραπεία σε μεγάλες δόσεις και ολόσωμη ακτινοθεραπεία ώστε να επιτευχθεί καταστροφή όλου του μυελού του δέκτη.

Στην συνέχεια ενίονται στον ασθενή δέκτη, κύτταρα φυσιολογικά του μυελού δότη τα οποία πηγαίνουν στον μυελό του δέκτη αναπτύσσονται και παράγουν άλλα κύτταρα. Αμέσως μετά τη διαδικασία της μεταμόσχευσης ακολουθεί μια περίοδος φοβερής παχυτταροπενίας.

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνεται η πενταετής επιβίωση ασθενών με μυελογενή λευχαιμία που υπέστησαν μεταμόσχευση του μυελού των οστών.

ΕΜΑ	% επιβίωση 5 χρόνων
Πόσος σε έξαρση	15-20
" σε 2η-4η ύφεση	25-35
" σε 1η "	35-70

Για την οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία υπάρχει

ΘΛΔ	% επιβίωση 5 χρόνων
Προχωρημένη ανθεκτική	1ε-2ε
Μερική 3η ή 4η ύφεση, υποτροπή	1ε-2ε
1η ή 2η ύφεση	~ 5ε

Η εφαρμογή όμως της μεταμόσχευσης μυελού σε ασθενείς >45 ετών ή <45 ετών χωρίς συμβατό αδερφό-η βρίσκεται ακόμη στο πειραματικό στάδιο.

3.6.4 ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Αυτόλογη είναι η μεταμόσχευση κυττάρων μυελού του ίδιου του ασθενούς, τα οποία συντηρούνται στους -90°C με έναν ιδιαίτερο τρόπο κατάψυξης όταν λαμβάνονται από τον ασθενή σε περίοδο ύφεσης της οξείας λευχαιμίας του.

Τα κύτταρα αυτά χορηγούνται στον ασθενή, όταν υποτροπιάσει με τη διαδικασία που έχει ήδη αναφερθεί.

Η αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού, είναι ένας νέος τρόπος θεραπείας που πιστεύεται, ότι θα επικρατήσει αν λυθούν τα προβλήματα που έχει, και ήδη εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει ετερόλογη.

Το σπουδαιότερο πρόβλημα είναι οι υποτροπές μετά τη μεταμόσχευση που συμβαίνουν συχνά και προφανώς οφείλονται στην παρουσία υπολειματικής νόσου στον μυελό. Για την καταστροφή των λευχαιμικών κυττάρων έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά μέσα όπως:

Φυσικά Μέσα

Ανοσολογικά Μέσα

Φαρμακολογικά Μέσα

Παρ'όλα αυτά φαίνεται πως δεν έχει επιτευχθεί η αποτελεσματική εξόντωση αυτών. Αν αυτό γίνει πραγματικότητα η αυτόλογη μετάγγιση ίσως αποτελέσει τη λύση στο πρόβλημα της θεραπείας της οξείας λευχαιμίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

Οι χρόνιες λευχαιμίες διακρίνονται όπως έχει ήδη αναφερθεί στην χρόνια μυελογενή λευχαιμία και στην χρόνια λεμφογενή.

4.1 ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Η χρόνια μυελογενής λευχαιμία κατατάσσεται συχνά τόσο στις μυελοϋπερπλαστικές διαταραχές, όσο και στις λευχαιμίες, διότι έχει ένα από τα βασικά γνωρίσματα των πρώτων: την ανεξέλεγκτη αύξηση όλων των μυελικών στοιχείων.

Στην λευχαιμία αυτή υπάρχουν κύτταρα όλων των σειρών, τα οποία έχουν ένα χαρακτηριστικό χρωμόσωμα, το χρωμόσωμα της Φιλαδέλφειας, του οποίου η παρουσία δείχνει ότι το γεγονός που προκαλεί την διαταραχή είναι κάποια μετάλλαξη ενός πολυδύναμου αρχέγονου κυττάρου.

Το χρωμόσωμα της Φιλαδέλφειας αντιπροσωπεύει την αμοιβαία μετάθεση ενός τμήματος του μακρού σκέλους του χρωματοσώματος είκοσι-δύο στο χρωμόσωμα εννέα. Ο βιολογικός μηχανισμός που βρίσκεται πίσω από αυτή την αναδιάταξη δεν είναι ακριβώς γνωστός, αλλά όπως όμως με πύσφατες έρευνες ίσως υπάρχει σχέση μεταξύ του χρωμοσώματος της Φιλαδέλφειας και της ενεργοποίησης κυτταρικών ογκογονιδίων.

Τα κυτταρικά ογκογονίδια είναι τμήματα ανθρώπινου DNA ομόλογα προς το DNA ιών, που προκαλούν, κακοήθεις υπερπλασίες σε άλλα ζωικά είδη. Για να προσδιοριστεί πάντως η έννοια αυτής της σχέσης απαιτούνται ακόμα πολλές έρευνες.

Η ΧΜΛ είναι συνήθως πάθηση των ενηλίκων, ηλικίας κατά μέσο όρο 40-50 ετών αλλά μερικές φορές προσβάλλει και παιδιά.

Η πάθηση δεν είναι οικογενής και οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν ιστορικό μεγάλου βαθμού έκθεσης στην επίδραση καρκινογόνων χημικών ουσιών ή μεγάλης δόσεως ραδιενέργειας.

Παρόλα αυτά επτά χρόνια μετά τις εκρήξεις του 1945 η συχνότητά της στην Ιαπωνία παρουσίασε σημαντική αύξηση.

4.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΙΚΩΝΑ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο τυπικός ασθενής με ΧΜΑ παρουσιάζει λίγα συμπτώματα και η πάθηση μπορεί να ανακαλυφθεί με κάποια συνηθισμένη γενική εξέταση αίματος. Όταν τίθεται η διάγνωση υπάρχουν σχεδόν πάντα σπληνομεγαλία, λευκοκυττάρωση, με μητρικά μυελοειδή κύτταρα στο περιφερικό αίμα και συχνά θρομβοκυττάρωση.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, μυελοϊνωσης με μυελοειδή μεταπλασία και λευχαιμοειδούς αντίδρασης δίνεται παρακάτω.

Στην αρχή η κατάσταση αντιμετωπίζεται εύκολα με περιοδική από του στόματος χημειοθεραπεία, με την οποία η γενική εξέταση αίματος επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα και η σπληνομεγαλία μειώνεται. Πρόκειται για την χρόνια φάση της ΧΜΑ η οποία διαρκεί τρία με πέντε χρόνια. Στην συνέχεια όμως η πορεία της πάθησης επιτυγχάνεται και ο έλεγχος του αριθμού των λευκοκυττάρων και του μεγέθους του σπλήνα γίνεται πιο δύσκολος ενώ αναπτύσσεται αναιμία και τελικά, θρομβοπενία, και είναι δυνατόν να παρουσιαστεί πυρετός και αδυναμία που επιτείνεται συνεχώς. Στο τέλος η ωρίμανση της κοκκιώδους σειράς σταματά και στο περιφερικό αίμα αυξάνονται διαρκώς οι αριθμοί των προμυελοκυττάρων και των μυελοβλαστών. Η φάση αυτή ονομάζεται "βλαστική" και προοιωνίζει την επέλευση του θανάτου μέσα σε τρεις με έξι μήνες.

Τα γεγονότα που προκαλούν την μετάπτωση της ΧΜΑ στην βλαστική φάση δεν είναι γνωστά. Συχνά, επιπλέον της παρουσίας του χρωμοσώματος της φηλαδέλφειας παρατηρείται η ανάπτυξη υπερδιπλοειδίας ή άλλων διαταραχών των χρωμοσωμάτων. Στο 25% περίπου των βλαστικών κρίσεων οι βλάστες φέρουν γνωρίσματα λευφογενούς προέλευσης όπως π.χ. τό ένζυμο τελική δεοξυνουκλεοτιδουλική τρανσφεράση. Το εύρημα αυτό έχει μεγάλη σημασία από θεοαπευτική

άποψη, διότι στις βλαστικές κρίσεις λεμφικού τύπου μπορούν να φανούν χρήσιμα τα φάρμακα που δρουν αποτελεσματικά στις κακοήθεις νεοπλασίες του λεμφικού ιστού. Γενικά πάντως η θεραπεία της βλαστικής κρίσης δεν είναι ικανοποιητική και οι υφέσεις που μπορούν να παρατηρηθούν είναι σύντομες.

Για να επιδιωχθεί ωστόσο η ίαση της ΧΜΑ απαιτείται νέα θεραπευτική στρατηγική. Ελπιδοφόρα ενδεχομένως στον τομέα αυτό εμφανίζεται η μεταμόσχευση μυελού των οστών υποψήφιοι για την οποία μπορούν να θεωρηθούν ασθενείς με χρόνιας φάσης ΧΜΑ, οι οποίοι έχουν δίδυμο ή άλλο αδερφό συμβατό ως προς το σύστημα ΗΛΑ, και της οποίας στόχος είναι η μακροχρόνια επιβίωση χωρίς τη νόσο.

4.2. ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Γενικά

Η χρόνια λεμφογενής λευχαιμία είχε περιγραφεί από το DR. WILLIAM DAMESHEK ως "αθροιστική νόσος από λεμφοκύτταρα χωρίς ανοσολογικές ικανότητες". Ο περιεκτικός αυτός ορισμός, ισχύει πράγματι για την πλειονότητα των περιπτώσεων. Η ΧΛΛ είναι πάθηση ηλικιωμένων ατόμων, προσβάλλει τους άνδρες δύο φορές συχνότερα από τις γυναίκες και όπως όλες οι λευχαιμίες παρατηρείται σε λευκούς πιο συχνά απ'όσο σε μαύρους.

Η αιτιολογία της ΧΛΛ είναι άγνωστη. Παρά την εμφάνισή της, μερικές φορές σε μέλη οικογενειών, δεν έχει βρεθεί σταθερή γενετική βάση αιτιολόγησής της, ούτε φαίνεται να προδιαθέτουν σε αυτήν η έκθεση στην ακτινοβολία ή η επίδραση άλλων μεταλλαξιογόνων παραγόντων όπως είναι τα αλκυλικτικά φάρμακα. Δεν έχουν επίσης βρεθεί σταθερές χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ούτε μέχρι σήμερα ενδείξεις που να στοιχειοθετούν κάποια λογενή αιτιολογία.

4.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΡΩΝΑ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διάγνωση της ΧΑΛ βασίζεται στην απόλυτη και επίμονη λεμφοκυττάρωση του περιφερικού αίματος, τα λεμφοκύτταρα του οποίου δεν είναι λιγότερα από 15.000/ML. Ο μυελός των οστών είναι υπερκυτταροβριθής, με αναλογία λεμφοκυττάρων μεγαλύτερη από 40%. Τα λεμφοκύτταρα τόσο του μυελού όσο και του περιφερικού αίματος ανήκουν στον τύπο του μικρού, καλά διαφοροποιημένου λεμφοκυττάρου. Ήδη από την αρχή ή σε μεταγενέστερα στάδια της πορείας της πάθησης μπορεί να παρατηρηθεί βαθμιαία διόγκωση των λεμφαδένων του ήπατος και του σπλήνα εξαιτίας της συσσώρευσης νεοπλασματικών λεμφοκυττάρων. Η απουσία ανοσοποιητικών ικανοτήτων από αυτόν τον αυξανόμενο λεμφοκυτταρικό πληθυσμό εκδηλώνεται με υπογαμμασφαιριναιμία - και προδιάθεση για λοιμώξεις - και με την εμφάνιση διαφόρων φαινομένων αυτοανοσίας, όπως η παραγωγή αντισωμάτων προς τα ερυθροκύτταρα του ασθενούς, η οποία προκαλεί αιμολυτική αναιμία με θετική αντίδραση COUMBS.

Τα νεοπλασματικά λεμφοκύτταρα της ΧΑΛ συνήθως προέρχονται από την κλωνική υπερπλασία λεμφοκυττάρων Β και στην κυτταροπλασματική μεμβράνη τους έχουν μόρια ανοσοσφαιρίνης του ίδιου ιδιοτύπου και με ελαφρές αλύσους εννισίου τύπου.

Μεγάλη συμβολή στην κατανόηση της φυσικής πορείας της ΧΑΛ αποτέλεσε το σύστημα κλινικής σταδιοποίησης της που επινόησε ο RAJ, σύμφωνα με το οποίο προσδιορίζεται η πρόγνωση ανάλογα με τα συμπτώματα του ασθενούς. Τα στάδια της πάθησης αντικατοπτρίζουν την έννοια της "αθροιστικής" φύσης της ΧΑΛ. Το στάδιο 0 συνίσταται μόνο σε λεμφοκυττάρωση, τα στάδια I και II αντιπροσωπεύουν την αύξηση της μάζας του νεοπλάσματος ενώ η αναιμία και η θρομβοπενία των σταδίων III και IV δείχνουν την κατάληψη του μυελού των οστών την παρεμπόδιση της αιμοποίησης και την ελάττωση του χρόνου ζωής των ερυθροκυττάρων

και των αιμοπεταλίων εξαιτίας της σπληνομεγαλίας. Όταν τίθεται η διάγνωση, οι περισσότερες περιπτώσεις βρίσκονται στα στάδια 0, I και II.

Όταν αναπτυχθούν συμπτώματα όπως λεμφαδενική διόγκωση και σπληνομεγαλία, προοδευτική αναιμία και θρομβοπενία, αποδεικνύονται ωφέλιμα τα αλκυλιωτικά φάρμακα και η πρεδυιζόνη.

Χρήσιμη μπορεί επίσης να φανεί η ακτινοβολία του σπλήνα ή των περοχών μαζικής λεμφαδενικής διόγκωσης.

Ι.ΕΦΑΛΛΙΕ 1

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με λευχαιμία οποιασδήποτε μορφής είναι ιδιαίτερα σημαντική, και παίζει αποφασιστικό ρόλο στην ψυχολογική ευεξία του ασθενή.

Συγκεκριμένα η νοσηλευτική φροντίδα οφείλει να βασίζεται σε συγκεκριμένους σκοπούς η επίτευξη των οποίων είναι πρωταρχικής σημασίας.

Καταρχήν επιβάλλεται να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ασθένειάς του. Και αναφερόμαστε σε ανακούφιση εφ' όσον έχουμε δει από τα προηγούμενα, πως η απαλλαγή είναι ανέφικτη. Θα πρέπει να καταβάλλουμε το μέγιστο των προσπαθειών μας και να φανούμε ιδιαίτερα παρατηρητικοί ώστε να έχουμε το δυνατόν καλύτερο αποτέλεσμα όσον αφορά τον συγκεκριμένο αντικειμενικό σκοπό μας.

Επίσης γνωρίζουμε πως είναι δυνατόν να υπάρξουν επιπλοκές από την εκδήλωση της ασθένειας. Επομένως βασικός στόχος και σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας θα είναι η πρόληψη, καθώς και η έγκαιρη διάγνωση αυτών των επιπλοκών. Ο ρόλος όμως του Νοσηλευτή-τριας σε αυτήν την περίπτωση είναι σύνθετος καθώς θα πρέπει να ανακουφίσει τον ασθενή σε περίπτωση που πλέον η εκδήλωση των συγκεκριμένων επιπλοκών θα είναι αναπόφευκτη.

Επιπλέον είναι αναγκαίο να ενημερώσουμε τον ασθενή για τις ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας η οποία θα προτιμηθεί στην εκάστοτε περίπτωση. Χωρίς την θέση του συγκεκριμένου σκοπού, είναι δυνατόν ο ασθενής να αρνηθεί μία συγκεκριμένη θεραπεία λόγω των προβλημάτων που του δημιουργεί.

Καταλήγοντας δεν θα πρέπει να αγνοήσουμε την σημασία της ψυχολογικής στήριξης του ασθενούς. Δεν θα πρέπει ποτέ να λείπει

από την νοσηλευτική φροντίδα, εφόσον η αποδοχή της αρρώστιας, αλλά και της κατάληξής της, είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Αυτά όπως αναφέρθηκαν παραπάνω είναι τα βασικά στοιχεία στα οποία οφείλει να βασιστεί ο νοσηλευτής-τρια ώστε να προσφέρει αληθινή βοήθεια στον ασθενή.

1.1 ΑΝΑΛΕΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

1.1.1 ΠΥΡΕΤΟΣ

Ο πυρετός είναι ένα από τα συμπτώματα που ταλαιπωρεί ιδιαιτέρως τον ασθενή ο οποίος πάσχει από λευχαιμία. Βασικός σκοπός του νοσηλευτή-τριας είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα ή τουλάχιστον η μείωσή της σε ανεκτά όρια.

Συγκεκριμένα οφείλει να καταγράφει τη θερμοκρασία του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα και να την αναγράφει στο φύλλο νοσηλείας του. Ιατ'αυτόν τον τρόπο είναι σε θέση να γνωρίζει την γενικότερη κατάσταση του αρρώστου εφόσον η εκδήλωση του πυρετού, πιθανόν υποδηλώνει κάποιο ενεργειακό ή θρεπτικό ανισοζύγιο. Επίσης σε κάθε αιφνίδια άνοδο της θερμοκρασίας είναι ικανό το νοσηλευτικό προσωπικό να επέμβει έγκαιρα καθώς και να ενημερώσει το θεράποντα ιατρό ο οποίος είναι υπεύθυνος για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Σε περίπτωση που αντιληφθεί άνοδο της θερμοκρασίας επιβάλλεται να δροσίσει το σώμα του αρρώστου με εξωτερικά μέσα όπως είναι οι ψυχρές κομπρέσες. Είναι δυνατή επίσης η διενέργεια ψυχρού λουτρού μέσα σε μπανιέρα. Σε αυτήν την περίπτωση ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να διατηρεί τη θερμοκρασία του νερού σταθερή και συγκεκριμένα κατά 1°C περίπου χαμηλότερη απ'αυτήν του σώματος.

Χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του ιατρού. Συνήθως το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται χορηγείται μέσω της ενδοφλέβιας οδού λόγω της ειμιονής του πυρετού, ταυτόχρονα συνεχίζει να αναγράφει την θερμοκρασία του αρρώστου ώστε να βεβαιωθεί για την πτώση του πυρετού. Παρακολουθεί τον ασθενή για την εμφάνιση εφίδρωσης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση αλλάζει τον ιματισμό του ασθενή και χορηγεί ταυτόχρονα άφθο-

να υγρά. Η σωστή ενυδάτωσή του είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς μειώνει την θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διούρησης αλλά και με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός.

Σε περίπτωση έντονης εφίδρωσης του αρρώστου ενεργεί ανάλογα, με την απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών.

Επιπλέον ο νοσηλευτής-τρια είναι απαραίτητο να παραμένει κοντά στον άρρωστο και αυτό επειδή παρέχεται στον ασθενή με αυτόν τον τρόπο μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας.

Στην φάση κατά την οποία εμφανίζονται τα φρίκια και το ρίγος, θα πρέπει αμέσως μετά να γίνεται μέτρηση και καταγραφή της θερμοκρασίας καθώς και ενημέρωση του γιατρού.

Ακόμη για να προληφθεί το φαινόμενο της διαταραχής του ισοζυγίου υγρών λόγω του υψηλού πυρετού ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να μετρά και να καταγράφει προσεκτικά τα προσλαμβανόμενα και τα αποβολόμενα υγρά, να παρακολουθεί τον ασθενή για σημεία αφυδάτωσης όπως δέρμα και βλενογόνοι στεγνοί, και να τον ικανοποιεί το αίσθημα δίψας.

Επίσης το διαιτολόγιο του ασθενούς θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεγμένο και να αποφεύγονται τροφές με κρυκεύματα και δύσπεπτες. Αντίθετα θα πρέπει να λαμβάνονται τροφές πλούσιες σε λευκώματα.

Από όλα τα παραπάνω έγινε φανερό ότι ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να βόσκειται στο πλευρό του ασθενή με λευχαιμία, ο οποίος εμφανίζει άνοδο της θερμοκρασίας του, να καταγράφει συχνά και με ακρίβεια κάθε μεταβολή της θερμοκρασίας που παρουσιάζει και να ενημερώνει έγκαιρα για οποιαδήποτε μεταβολή τον γιατρό.

1.1.2 Εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα.

Οι εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα είναι κάτι που παρατηρείται συνήθως στους πάσχοντες από λευχαιμία

και συνήθως οφείλεται στην επίδραση καποιας φαρμακευτικής ουσίας.

Το κύριο μέλημα του νοσηλευτή-τριας σε αυτήν την περίπτωση είναι η σωστή και ολοκληρωμένη περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Έτσι θα πρέπει μετά από κάθε γεύμα να γίνεται επιμελής καθαριότητα του στόματος. Συγκεκριμένα επιβάλλεται να γίνονται πλύσεις με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού. Θα πρέπει να γίνεται η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με πορ-κοτού ή με μαλακή οδοντόβουρτσα ώστε να αποφεύγεται η επιπλέον δημιουργία εξελκώσεων. Επίσης οι τροφές οι οποίες δίνονται θα πρέπει να είναι ανάλογες. Συγκεκριμένα επιβάλλεται να αποφεύγονται οι ερεθιστικές για τον λαν γόνο και ασήστες τροφές όπως οι ξινές, τα καρυκεύματα, οι σκληρές. Αντίθετα χρησιμοποιούνται μαλακές τροφές για την αποφυγή ερεθισμού του βλενογόνου.

1.1.3 Ανορεξία

Ο λευχαιμικός ασθενής παρουσιάζει πολλά και σοβαρά προβλήματα σε σχέση με την διατροφή του. Συγκεκριμένα συνήθως πάσχει από ανορεξία. Αυτό αφ'ενός συμβαίνει όπως ειπώθηκε παραπάνω από την εμφάνιση εξελκώσεων στην στοματική κοιλότητα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η ώρα του φαγητού να γίνεται ένα είδος μαρτυρίου για τον ασθενή με τελικό αποτέλεσμα την μείωση της ορέξεως αυτού. Αφ'ετέρου η ανορεξία του λευχαιμικού αρρώστου παρατηρείται λόγω της πίεσης του στομάχου από το ήπαρ και τον σπλήνα. Αυτό γίνεται λόγω της ηπατομεγαλίας και της σπληνομεγαλίας που αποτελεί και σύμπτωμα της ασθένειας.

Στην περίπτωση που είναι αδύνατον πλέον για τον ασθενή να τραφεί κανονικά οφείλει ο νοσηλευτής-τρια να προσφέρει στον

ασθενή την τροφή όσο το δυνατόν περισσότερο καλοσερβιρισμένη. Τα γεύματα θα πρέπει να είναι μικρά και συχνά, τοποθετημένα με δελεαστικό τρόπο, να σερβίρονται σε ευχάριστο περιβάλλον και να είναι πλούσια σε βιταμίνες, λευκώματα.

Αν παρόλα αυτά ο ασθενής δεν τρέφεται ούτε ενυδατώνεται ικανοποιητικά, τότε χορηγούνται παρεντερικά υγρά και τροφή. Έκπως καταλαβαίνουμε η σωστή θρέψη του ασθενή παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, γι' αυτό και ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να κινηήσει το ενδιαφέρον του ασθενή για την πρόσληψη τροφής.

1.1.4 Πόνος

Ο πόνος είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα τα οποία αναφέρονται στον λευχαιμικό ασθενή.

Ο πόνος είναι δυνατόν να εντοπισθεί σε διάφορα σημεία όπως στα οστά από τις λευχαιμικές διηθήσεις, στην στοματική κοιλότητα από την δημιουργία εξελκώσεων, στους μαλακούς ιστούς από την διόγκωση των λεμφαδένων.

Σαν πρώτο μέτρο για την μείωση του πόνου αποτελεί η ένεση στάση του ασθενή στο κρεβάτι. Θα πρέπει να ικανοποιούνται οι επιθυμίες του με την υποστήριξη των ευαίσθητων περιοχών. Επίσης θα πρέπει ο νοσηλευτής-τρια να μεριμνά ώστε να απαλλάξει τον ασθενή από το υπερβολικό βάρος των λευχειμάτων, δηλαδή να μειώνει την ποσότητα αυτών στα σημεία που κρίνεται απαραίτητο.

Βασικό ρόλο στην προφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την καταπολέμηση του πόνου, παίζει η απασχόληση του ασθενή με οτιδήποτε μοιάζει να τον ενδιαφέρει. Κατ'ευτόν τον τρόπο ο άρρωστος δεν ασχολείται συνεχώς με την ασθένειά του και την θλιβερή κατάληξή της, την οποία γνωρίζει, αντίθετα μειώ-

νεται το άγχος και η αγωνία του, καθώς η προσοχή του επικεντρώνεται σε διαφορετικά θέματα.

Επιπλέον γίνεται προσπάθεια να μειωθεί ο θόρυβος και η ένταση στο άμεσο περιβάλλον του ασθενή και τα επισκεπτήρια των συγγενών παίζουν ρόλο χαλαρωτικό και όχι επιβαρυντικό λόγω της συναισθηματικής φόρτισης στο πρόσωπο του αρρώστου.

Τέλος και εφ'όσον το νοσηλευτικό προσωπικό έχει χρησιμοποιήσει όλα τα παραπάνω καταφεύγει στα αναλγητικά μέσα. Αυτά δίνονται σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών και με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρξει σε σύντομο χρονικό διάστημα εθισμός, κάτι που αποτελεί σημαντικό πρόβλημα σε ασθενή που πάσχει από λευχαιμία.

1.1.5 Αναιμία.

Μέλος ένα από τα βασικότερα συμπτώματα το οποίο συνοδεύει όλες σχεδόν τις μορφές λευχαιμίας είναι η αναιμία. Η ανακούφιση του αρρώστου από αυτό το σύμπτωμα αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα.

Συγκεκριμένα η αναιμία είναι μια κατάσταση κατά την οποία έχουμε ελάττωση του όγκου των συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων κατά μονάδα όγκου αίματος και της ποσότητας της αιμοσφαιρίνης κατά 100 ML. Η ελάττωση του ποσού της αιμοσφαιρίνης που κυκλοφορεί σημαίνει ελάττωση του οξυγόνου που μεταφέρεται με το αίμα.

Για να περιοριστεί η υγρασία των ιστών η οποία οδηγεί σε εύκολη κόπωση, αδυναμία και ύπνοι θα πρέπει να γίνει προσπάθεια διατήρησης του ενεργειακού ισοζυγίου.

Όσοι λοιπόν για την αποφυγή της εύκολης κόπωσης το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να παρέχει τις συγκεκριμένες νοσηλευτικές φροντίδες προς τον ασθενή σύμφωνα με συγκεκριμένο τρόπο. Κατ'αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η σωστή παροχή βοή-

θειας και άνεσης προς τον ασθενή έτσι ώστε να περιορίζεται η σπατάλη των δυνάμεών του. Το συγκεκριμένο όμως πλάνο επιβάλλεται να έχει δημιουργηθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να μην αισθάνεται ανίκανος και απομονωμένος. Αντίθετα είναι χρέος του προσωπικού να ενισχύει τις δραστηριότητες του ασθενή οι οποίες δρουν ευεργετικά στην ευεξία αυτού, αντίθετα όμως δεν προκαλούν κόπωση. Επιπλέον ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να γνωρίζει ποια είναι τα όρια του συγκεκριμένου ασθενή και να μην προσπαθεί με υπερβολική αισιοδοξία, να τον παρασύρει σε δραστηριότητες οι οποίες θα του επιφέρουν επιπλέον κόπωση.

Ακόμη επιβάλλεται να υπάρχουν καθορισμένες χρονικές περιόδους κατά τις οποίες ο ασθενής θα αναπαύεται σε ένα ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον, χωρίς την παρέμβαση τρίτων προσώπων, και την συναισθηματική φόρτιση αυτού.

Επιπλέον σε περίπτωση παρτεϊνόμενης δύσπνοιας θα πρέπει να γίνεται χορήγηση οξυγόνου, πάντα σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Επίσης για τον λευχαιμικό ασθενή ο οποίος παρουσιάζει αναιμία, σαν βασική εκδήλωση της νόσου του, θα πρέπει το διαιτολόγιο να είναι προσεγμένο και πλούσιο σε λεύκιμα και σίδηρο. Ο σίδηρος είναι δυνατόν να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να ενημερωθεί και να τον λαμβάνει αμέσως μετά το φαγητό και αυτό επειδή ερεθίζει τον γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης θα πρέπει να ενημερωθεί να μην πίνει τον σίδηρο μαζί με το γάλα και αυτό επειδή το γάλα εμποδίζει την απορρόφησή του.

Επιπλέον θα πρέπει να γίνεται συχνά παρακολούθηση και μέτρηση της αιμοσφαιρίνης, και του αιματοκρίτη, έτσι ώστε όταν υπάρξει σημαντική μείωση αυτών να υπάρξει η δυνατότητα χορήγησης αίματος σύμφωνα πάντα με την οδηγία γιατρού.

Ακόμη λόγω της παρατεινόμενης αναιμίας είναι απαραίτητο να περιορίσουμε στο ελάχιστο δυνατό οποιαδήποτε απώλεια αίματος.

Κατ'αυτόν τον τρόπο επιβάλλεται να χρησιμοποιούνται μικρές, αιχμηρές και λεπτές βελόνες για τις ενέσεις, καθώς και να αποτρέπονται οι βίαιες και απότομες κινήσεις από μέρος του ασθενή.

Από όλα τα παραπάνω έγινε φανερό, πως η ανακούφιση του αρρώστου από την αναιμία είναι ιδιαίτερα δύσκολη αποστολή και απαιτεί το μέγιστο των προσπαθειών εκ μέρους του Κοσηλευτικού προσωπικού.

1.2. ΕΡΧΑΝΨΗ, ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Η έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών που παρουσιάζονται από την λευχαιμία οποιασδήποτε μορφής είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς και οι προσπάθειες που επιβάλλεται να γίνουν εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, για την ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα των επιπλοκών αυτών, είναι ζωτικώς σημαντικές. Παρακάτω θα αναλυθούν με λεπτομέρειες κάποιες από τις βασικότερες επιπλοκές της νόσου.

1.2.1. Αιμορραγίες.

Αποτελεί μία από τις βασικότερες επιπλοκές της ασθένειας. Είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή.

Πρωταρχικής σημασίας είναι η παρακολούθηση του αρρώστου για ενδείξεις και σημεία αιμορραγίας. Έτσι γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων. Σφυγμός, αρτηριακή πίεση. Περιπτώσεις όπως πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυσφυγμία, ζάλη ίσως αποτελούν συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας. Σε αυτήν την περίπτωση επιβάλλεται να γίνει άμεση ενημέρωση των ιατρών. Επιπλέον θα πρέπει να παρακολουθούνται τα ούρα, τα κόπρανα καθώς και τα τυχόν εμέσματα του ασθενή. Σε περίπτωση εμφάνισης αίματος, υπάρχει υποψία αιμορραγίας από το ουροποιητικό και το πεπτικό σύστημα αντίστοιχα.

Επιπλέον είναι αναγκαίο να γίνει ενημέρωση του ασθενή για τον κίνδυνο της συγκεκριμένης επιπλοκής. Μπορένως καταλαβαίνει την αξία της αποφυγής έστω και της παραμικρής κίνησης. Άρα ο άρρωστος γίνεται περισσότερο προσεκτικός. Αν πρόκειται για άτομο μικρής ηλικίας θα πρέπει τα παιχνίδια που επιλέγονται να είναι τα κατάλληλα και χωρίς αιχμηρές εκδορές προς αποφυγή τραυματισμού.

Κατά την περίπτωση όπου υπάρχει πλέον κάποιο συγκεκριμένο αιμορραγικό επεισόδιο θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ιδιαίτερα φύχραιμο και να ενεργεί με ταχύτητα. Βασικής σημασίας είναι η ακινητοποίηση του ασθενή, όσο διαρκεί το αιμορραγικό επεισόδιο. Σε περίπτωση εξωτερικής αιμορραγίας επιβάλλεται να ασκηθεί πίεση στο σημείο που αιμορραγεί. Η τοποθέτηση ψυχρού επισπαστικού στο συγκεκριμένο σημείο είναι αναγκαία. Επιπλέον σε περίπτωση αιμορραγίας είναι απαραίτητη η τοποθέτηση εμβόλισης φλέβας, έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ενδοφλέβιας έγχυσης ορού ή και αίματος. Κατόπιν οδηγίας ιατρού, παρέχονται και αιμοστατικά φάρμακα. Σε ασθενή με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγικού επεισοδίου αποφεύγεται η διενέργεια ενέσεων εκτός σοβαρής ανάγκης. Σε αυτήν την περίπτωση οι βελόνες που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να είναι μικρές, αιχμηρές και λεπτές. Αμέσως μετά την ένεση ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να ασκεί πίεση στο συγκεκριμένο σημείο, προς αποφυγή δημιουργίας αιματώματος.

Από όλα τα παραπάνω έγινε φανερό πως για την πρόληψη των αιμορραγιών, συμβάλλει η διαρκής επαγρύπνηση του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την συνεχή λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενή και γενικά κάθε ένδειξης που δηλώνει πως υπάρχει υποψία κάποιου αιμορραγικού επεισοδίου.

1.2.2 Λοιμώξεις.

Οι πάσχον από λευχαιμία εμφανίζουν αρκετά συχνά λοιμώξεις λόγω της κυκλοφορίας στο αίμα άωρων λευκοκυττάρων και την επίδραση της φαρμακευτικής κυρίως αγωγής.

Έτσι λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα με ιδιαίτερη προσοχή λόγω του ότι μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε θάνατο.

Για την πρόληψη της ήμιοιουργίας κάποιας λοίμωξης ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να παρακολουθεί στενά τον ασθενή. Κυρίως να μετρά σε τακτά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Θα πρέπει να τον ψηλαφά, ώστε να διακρίνει σμέσως κάθε μεταβολή στην θερμοκρασία του. Σε περίπτωση που υπάρξει εμφάνιση λοιμώξεως θα πρέπει να ειδοποιηθεί άμεσα ο θεράπων ιατρός.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση θα πρέπει να τηρηθούν ορισμένες λεπτομέρειες. Ιατρικήν επιβάλλεται ο ασθενής να μπει σε δωμάτιο μονόκλινο, έτσι ώστε να προφυλαχτεί από τα μικρόβια. Η επίπλωση θα πρέπει να είναι περιορισμένη, έτσι ώστε να εφαρμόζεται ταυτόχρονα απολύμανση. Με την τοποθέτηση του αρρώστου σε μοναχικό δωμάτιο επιτυγχάνεται η μείωση των επισκεπτών. Επίσης όσα επισκεπτήρια γίνονται θα πρέπει να είναι από άτομα οποία δεν είναι φορείς μικροβίων.

Ο νοσηλευτής-τρια από την πλευρά του επιβάλλεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην εκτέλεση της νοσηλείας. Οφείλει να πλένει τα χέρια του, πριν έρθει σε επαφή με τον ασθενή, και να χρησιμοποιεί ήσπητα ή και καθαρά αντικείμενα για την εκτέλεση των νοσηλειών.

Επίσης σε περίπτωση τοποθέτησης φλεβοκαθετήρα, οφείλει το νοσηλευτικό προσωπικό να τον αλλάζει κάθε δύο με τρεις ημέρες.

Γενικά θα πρέπει να τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις ώστε ο λευχαιμικός ασθενής που παρουσιάζει κάποια λοίμωξη να ανακάμψει το νωρίτερο δυνατόν.

1.3 ΕΛΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠ' ΑΥΤΕΣ.

Γενικά

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η θεραπεία της λευχαιμίας οποιασδήποτε μορφής συνίσταται στις παρακάτω τρεις κατευθύνσεις:

Συνδυασμένη χημειοθεραπεία.

Υποστήριξη

Μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Επιβάλλεται ο ασθενής να ενημερωθεί για τις παρενέργειες ... από την θεραπεία η οποία θα χρησιμοποιηθεί, καθώς και να γίνει προσπάθεια να ανακουφιστεί όσο είναι δυνατόν απ' αυτές.

Παρακάτω θα αναλυθούν διεξοδικά οι ενέργειες που είναι ανάγκη να γίνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών ανάλογα με το είδος της χημειοθεραπείας που χρησιμοποιείται.

1.3.1 Συνδυασμένη Χημειοθεραπεία

Είναι γνωστό πως κατά την εφαρμογή της συνδυασμένης χημειοθεραπείας οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πολλαπλές.

Είναι σημαντικό να βεβαιωθεί ο ασθενής πως οι τοξικές ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με λευχαιμία στην οποία εφαρμόζεται χημειοθεραπεία είναι πολύπλευρη και εξαρτάται από τις παρενέργειες οι οποίες είναι δυνατόν να εμφανιστούν κάθε φορά.

Καταρχήν υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης γαστρεντερικών διαταραχών. Αυτές είναι δυνατόν να εκδηλωθούν με εμέτους. Ο νοσηλευτής-τρια είναι υποχρεωμένος να παρατηρεί με ακρίβεια την συχνότητα των εμέτων, το χρώμα καθώς και την οσμή αυτών. Σαν βασικά νοσηλευτικά μέτρα είναι ο προγραμματισμός των γευσιμάτων ώστε να είναι συχνά και μικρά, η αποφυγή χορήγησης τροφών οι οποίες είναι ερεθιστικές για το πεπτικό σύστημα όπως αυτές με καρυκεύματα επίσης αποφεύγονται οι τροφές με έντονη οσμή. Η σωστή και επαρκής καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας του αρρώστου μετά από κάθε λήψη τροφής κρίνεται απαραίτητη.

Για την αντιμετώπιση των εμέτων επίσης χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα κατόπιν οδηγίας του θεράποντος ιατρού. Παρακολουθείται ο ασθενής για σημεία αφυδάτωσης, καθώς και αναγράφονται προσεκτικά τα προσλαμβανόμενα και αποβληθέντα υγρά κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου. Σε περίπτωση που παρατηρηθεί διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών είναι απαραίτητη η ενημέρωση των ιατρών, οπότε και θα υπάρξει διόρθωση αυτών. Επιπλέον παρατηρείται ο ασθενής για την περίπτωση εμφάνισης απίσχνασης, οπότε και λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για την

επαρκή θρέψη αυτού.

Η διαταραχή στο γαστρεντερικό σύστημα μπορεί επίσης να εκδηλωθεί και με την εμφάνιση διάρροιας. Στην συγκεκριμένη περίπτωση απαραίτητα παρατηρείται η ποσότητα, καθώς και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως. Επιπλέον οι τροφές οι οποίες επιλέγονται για το διαιτολόγιο του ασθενή θα πρέπει να είναι οι κατάλληλες και να μην περιέχουν κυτταρίνη. Μετά από οδηγία ιατρού γίνεται χορήγηση φαρμάκων για την και πολέμηση των διαρροϊκών κενώσεων. Επιπλέον είναι αναγκαία, η λήψη πολλών υγρών στην διάρκεια του 24ώρου, έτσι ώστε να μην υπάρξει διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Το Νοσηλευτικό προσωπικό έχει χρέος να παρατηρεί τον ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολή οξέωσης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται άμεση ενημέρωση του γιατρού, οπότε και κατόπιν οδηγιών γίνεται διόρθωση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

Στην άλλη παρενέργεια στην επίδραση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να χαρακτηριστεί η νευροτοξικότητα. Ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να παρακολουθεί τον άρρωστο για τα διάφορα συμπτώματα της ήπιας νευροπάθειας όπως είναι η απώλεια των "εν τω βάθει" αντανακλαστικών των τενόντων, ή η ύπαρξη πόνου στα άνω και κάτω άκρα. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να γίνει έγκαιρη ενημέρωση του ιατρού, οπότε είναι δυνατόν να επιβιβάζεται αλλαγή στο συγκεκριμένο σχήμα της χημειοθεραπείας.

Η εμφάνιση ηπατοξικότητας και νευροτοξικότητας είναι πιθανές παρενέργειες που είναι δυνατόν να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αναγκαίο να παρατηρεί τον ασθενή για την εμφάνιση διάφορων συμπτωμάτων όπως είναι πόνος στην κοιλιά, διάρροια, ίκτερος. Τα συμπτώματα αυτά πιθανόν δηλώνουν κάποια βλάβη του ήπατος. Επιπλέον γίνεται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανόμενων και

αποβαλλομένων υγρών στην διάρκεια του 24ώρου, καθώς και παρατηρείται ο ασθενής για την περίπτωση δημιουργίας οιδημάτων. Κάποια μεταβολή ποσότητας των ούρων πιθανόν να σημαίνει την εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας.

Απαραίτητη είναι η διενέργεια εξετάσεων που αφορούν τόσο την λειτουργία των νεφρών όσο και αυτή του ήπατος.

Οι διαφοροποιήσεις στην λειτουργία των ενδοκρινών αδένων είναι αναμενόμενες κατά την διάρκεια εφαρμογής του χημειοθεραπευτικού σχήματος, ως μέσου θεραπείας σε άτομο που πάσχει από λευχαιμία. Ο νοσηλευτής-τρια έχει χρέος να παρατηρεί τον ασθενή για συμπτώματα ενδοκρινικών διαταραχών όπως είναι η αμηνόρροια, η διαφοροποίηση των χαρακτηριστικών του φύλου. Θα πρέπει να εκτιμηθεί ο βαθμός της παροδικότητάς τους καθώς και να γίνει ενημέρωση των ιατρών.

Η αλωπεκία αποτελεί άλλο ένα πρόβλημα που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Προκαλεί συναισθηματική φόρτιση στον ασθενή. Γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει ο άρρωστος να κατανοήσει πως πρόκειται για μία παροδική πτώση των μαλλιών του, και πως θα ξαναθγούν οχτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Επιπλέον επειδή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας παρατηρείται πτώση των αιμοπεταλίων, θα πρέπει να γίνονται συχνές εξετάσεις για την μέτρηση αυτών. Επειδή στην συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής εμφανίζει πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να επιδείξει ιδιαίτερη προσοχή. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι πολύπλευρη καθώς έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Απότι αναφέρθηκε η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή ο οποίος υποβάλλεται σε συνδυασμένη χημειοθεραπεία, πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου.

Βασικό μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχθεί και να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

1.3.2 Υποστήριξη

Η υποστήριξη του ασθενούς με λευχαιμία περιλαμβάνει όπως έχει ήδη αναφερθεί μεταγγίσεις ερυθρών και αιμοπεταλίων, αντιβιοτικά και αποστείρωση εντέρου.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι μεταγγίσεις να γίνονται με τον ενδεδειγμένο τρόπο, και το νοσηλευτικό προσωπικό να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή κατά την διενέργεια αυτών.

Όπως είναι λογικό θα πρέπει το αίμα να ελέγχεται για τον καθορισμό της ομάδας αίματος, καθώς και να γίνεται πάντοτε διασταύρωση αίματος.

Στα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα είναι η τήρηση όλων των προϋποθέσεων ώστε να τοποθετείται το σωστό αίμα στον σωστό ασθενή. Γάuche φορά τα στοιχεία θα πρέπει να ελέγχονται με ιδιαίτερη σχολαστικότητα και σοβαρότητα.

Όσον αφορά την φλεβοκέντηση ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή εφόσον ο ασθενής που πάσχει από λευχαιμία είναι πολυμεταγγιζόμενο άτομο. Κατ'αρχήν επιβάλλεται η φλεβοκέντηση να γίνεται με ήπιο τρόπο έτσι ώστε να μην έχουμε την δημιουργία θρομβοφλεβίτιδας, η οποία δημιουργείται από τραυματισμό της φλέβας κατά τη διάρκεια της φλεβοκέντησης.

Σε περίπτωση όμως που ο ασθενής παραπονεθεί για πόνο, ή ο νοσηλευτής-τρια παρατηρήσει κάποιο οίδημα, οφείλει να διακόψει την παροχή αίματος.

Επιπλέον η τεχνική η οποία χρησιμοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό επιβάλλεται να είναι άσηπτη. Διόμα δε περισσότερο εφόσον στην συγκεκριμένη περίπτωση αναφερόμαστε στους πάσχοντες από λευχαιμία, οι οποίοι είναι περισσότερο, ευαίσθητοι στις μολύνσεις και στις λοιμώξεις.

Είναι σημαντικό ο ασθενής να παρακολουθείται για την εμφάνιση

νιση κάποιας αντίδρασης από την μετάγγιση. Όπως ένα σύμπτωμα που είναι δυνατόν να εμφανιστεί είναι ο πυρετός. Ιαταρχήν ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να επιβραδύνει την ροή του αίματος. Σε έντονη όμως πυρετική κίνηση οφείλει να διακόψει άμεσα την μετάγγιση και να ενημερώσει έγκαιρα τον ιατρό.

Επιπλέον εάν ο ασθενής εμφανίσει κάποιο εξάνθημα, ή κνησμό τότε υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης αλλεργίας, οπότε και πάλι διακόπτεται η μετάγγιση εφόσον τα συμπτώματα είναι έντονα.

Γενικά είναι αποδεκτό πως ο ασθενής στα πρώτα πέντε με δέκα λεπτά της μετάγγισης θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για οποιαδήποτε τυχόν αντίδραση παρουσιάσει.

1.3.3 ΜΕΤΑΦΑΣΧΕΛΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Αποτελεί μία σύγχρονη μέθοδο η οποία χρησιμοποιείται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια.

Για να επιτύχει η μεταμόσχευση θα πρέπει να γίνει χημειοθεραπεία σε μεγάλες δόσεις και ακτινοθεραπεία ώστε να επιτευχθεί καταστροφή όλου του μυελού του δέκτη.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας έχει ήδη αναφερθεί.

Επομένως είναι απαραίτητο να αναφερθεί στην φροντίδα που επιβάλλεται να παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας.

Αρχικά ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή και να απαντήσει σε όλα τα σχετικά ερωτήματά του ώστε να μειώσει την ανησυχία και το άγχος, το οποίο είναι λογικό να υπάρχει.

Το διαιτολόγιό του θα πρέπει να είναι ελαφρύ και να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και σε βιταμίνες.

Η περιοχή η οποία ακτινοβολείται κάθε φορά θα πρέπει να παραμένει καθαρή και στεγνή. Σε περίπτωση εμφάνισης ακτινοδερματίτιδας το νοσηλευτικό προσωπικό έχει χρέος να γνωρίζει πως είναι χρήσιμο να αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών. Επίσης είναι δυνατόν κατόπιν ιατρικής εντολής να τοποθετηθούν στην περιοχή αμυλούχες σλοιφές. Επίσης ο ασθενής ενθαρρύνεται και ενημερώνεται να αποφεύγει τα στενά ρούχα τα οποία και αυξάνουν τον ερεθισμό.

Εφόσον μετά την διενέργεια της ακτινοθεραπείας επιτευχθεί καταστροφή του μυελού των οστών ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, και επομένως είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς. Η νοσηλευτική φροντίδα έναντι στα προηγούμενα έχει ήδη αναφερθεί. Επιβάλλεται να γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος για την συχνή μέτρηση της αιμοσφαιρίνης,

του αιματοκρίτη καθώς και των αιμοπεταλίων για την αποφυγή κάποιας αιμορραγίας.

Όπως μπορούμε να δούμε ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να δείξει ιδιαίτερη προσοχή στον ασθενή ο οποίος πρόκειται να υποβληθεί σε μεταμόσχευση του μυελού των οστών, εφόσον οι ανάγκες του είναι αυξημένες, και οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζει είναι πολύ-πλευροι.

1.3.4 ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.

Η αναρρόφηση μυελού των οστών και βιοψία γίνεται με σκοπό να εξασφαλιστούν δείγματα μυελού των οστών για εξέταση.

Στην περίπτωση λευχαιμικού ασθενή γίνονται για να παρακολουθηθεί η πορεία της νόσου καθώς και η απόκριση του αρρώστου στη θεραπεία.

Ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή τη διαδικασία της παρακέντησης καθώς και τι θα αισθανθεί κατά τη διάρκειά της.

Σημαντικό είναι ο ασθενής να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση, δηλαδή σε ύπτια ή πρύνη θέση ανάλογα του σημείου που θα εκτελεστεί η παρακέντηση.

Στην συνέχεια ο νοσηλευτής-τρια ξυρίζει την περιοχή.

Τα αντικείμενα για την παρακέντηση βρίσκονται στο δίσκο παρακέντησης και περιέχει τα εξής : Βελόνες αναρρόφησης μυελού με στελεό, αποστειρωμένο τετράγωνο και σχοιστό, Βελόνες G22,25 δύο σύριγγες 20ML, τρεις σύριγγες 5 ML, τετράγωνες γάζες και τολύπα γάζης, τοπικό αναισθητικό, αποστειρωμένα γάντια, δίσκος ενέσεων, αντισηπτικό δέρματος, αντικειμενοφόρες πλάκες, δοκιμαστικός σωλήνας.

Επιτόπιν ο νοσηλευτής-τρια βοηθά τον ιατρό στην εκτέλεση της παρακέντησης, και στη συνέχεια ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας του αρρώστου για την ώρα εκτέλεσης της παρακέντησης, την περιοχή που χρησιμοποιήθηκε για την αναρρόφηση μυελού ή βιοψία, κλινική αντίδραση του αρρώστου, καθώς και τα τυχόν χορηγούμενα φάρμακα.

1.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Γνωρίζουμε πως η λευχαιμία είναι μια ασθένεια της οποίας η έκβαση είναι τις περισσότερες φορές δυσάρεστη.

Γι' αυτόν τον λόγο γίνεται φανερό ότι η ψυχολογική υποστήριξη τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειά του γενικότερα κρίνεται εντελώς απαραίτητη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας είναι ζωτικής σημασίας και αυτό επειδή από την επικοινωνία την οποία θα αναπτύξει με τον ασθενή και το περιβάλλον του, κρίνεται η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου.

Θα πρέπει να δοθούν απαραίτητες πληροφορίες εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού για την φύση και την κατάληξη της ασθένειας. Ειδικότερα όταν πρόκειται για χρόνια μορφή της νόσου, σε αυτήν την περίπτωση τα προβλήματα που δημιουργούνται από την ασθένειά του έχουν ευρύτερες διαστάσεις και προεκτάσεις τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του. Τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι συνήθως οικονομικής αλλά και κοινωνικής φύσεως.

Αντούτοις επιβάλλεται το νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίζει το δικαίωμα σε κάθε ασθενή, να διατηρεί την προσωπικότητά του και τις ιδιαιτερότητές του.

Ανεξάρτητα επομένως από την κατάληξη της ασθένειάς του και τον επικείμενο θάνατό, θα πρέπει να αναγνωρίζεται η αξία του ως άτομο.

Ταυτόχρονα όμως είναι αναγκαίο ο νοσηλευτής-τρια να προσπαθεί να ενημερώσει τον ίδιο καθώς και το οικείο περιβάλλον του για την κατάληξη. Η άρνηση της πραγματικότητας και η μη αποδοχή των όσων ουσιαστικά διαδραματίζονται, είναι δυνατόν να παίξει αρνητικό ρόλο.

Η θετική επικοινωνία της νοσηλεύτριας-τη με τον ασθενή

βοηθάει στην αποδοχή της αρρώστιας ή ακόμην και του θανάτου ο οποίος βρίσκεται κοντά.

Αρκετά σημαντικό είναι όμως το νοσηλευτικό προσωπικό να ελέγχει τα συναισθήματά του ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξει ψυχολογικά τα μέλη της οικογένειας του ασθενή καθώς και το ίδιο.

Διαπιστών **εξαλλοιπόν** πως η αληθινή επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο τον στηρίζει ψυχολογικά και τον βοηθάει να δεχτεί την φύση και την κατάληξη της ασθένειάς του.

ΥΠΟΦΑΛΛΙΟ 2

2.1. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ Ι

Νοσοκομείο : Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Πατρών.

Φύλο : Άρρεν

Ηλικία : 14 ετών

Ημερομηνία 1ης εισόδου : 15/11/93

Αιτιολογία: Ιδιαίτερα συζημένα λευκά έπειτα από τυχαίο έλεγχο.

Γίνεται εκτεταμένος έλεγχος στο ΠιΓΝΠ και τελικά η διάγνωση που γίνεται είναι οξεία λεμφογενής λευχαιμία.

Δίνεται θεραπευτική αγωγή και ταυτόχρονα γίνεται ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για την φύση της ασθένειας καθώς και την ευνοϊκή πρόγνωση αυτής. Ακολουθείται συγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα και η πορεία της νόσου εξελίσσεται ομαλά.

Έπειτα από έξι μήνες όμως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο επειδή υπάρχει παρατεινόμενο εμπύρετο και έντονη θρομβοπενία.

Παρακάτω αναλύονται με λεπτομέρειες οι νοσηλευτικές φροντίδες που πραγματοποιήθηκαν για την ανακούφιση του συγκεκριμένου ασθενή.

Πρόβλημα ή Αντικειμενικός Προγραμματισμός Εφαρμογή Κοσμηλευτικής Εκτίμηση
Ανάγκη που σκοπός Κοσμηλευτικής Κοσμηλευτικής Προτίδας Αποτελέσματος
Διαπιστώθηκε Προτίδας Προτίδας

σία του νερού καθορίστηκε
κατ' 1^ο C περίπου ελαττωμέ-
νη απ' αυτήν του σώματος
του ασθενή το περιβάλλον
του δωματίου ήταν δροσερό
και γίνονταν τακτική αλλαγή
του εφωμένου υμντισμού
του κρρώστου.

Έγινε χορήγηση αντιπυρετι-
κού ΙΕ. Ξαν σχήμα δόθηκε
AMP ARCTEL 1X4.

Ο ασθενής τέθηκε σε τρίωρη
θερμολέτρηση έτσι ώστε το
νοσηλευτικό προσωπικό γνώ-
ριζε κάθε μεταβολή της θερ-
μοκρασίας του ασθενή.

Ηρόδωτος ή Αντικειμενικός Προγραμματισμός Εμφρομική Νοσηλευτικής Εκτίμηση
 Ανάγκη που σκοπός Νοσηλευτικής Προσέγγισης Ψροντίδας Αποτελέσματα
 Επιβεβαιώθηκε τικής Ψροντίδας Ψροντίδας
 Η μείωση ου- ανακούφιση του Αντιμετώπιση του Ασθενής μου εμφάνισε πυρε- Στην τελευταία καλ-
 ρολοζώξεως ασθενή από τα πυρετού. Συχνές λή- τώ με ρίγος ο οποίος κυμάν- λιέργεια ούρων η ου-
 συμπτίματα της ψεις ούρων για καλ- θηκε στους 39-40°C. Η αντιμε- ρολοζώξεη υποχώρησε
 συγκεκριμένης λιέργεια. τώπιση του πυρετού έχει ήδη από η συγκεντρωση
 λοζώξεης και Δημιουργία ευχάρι- αναφεραθεί. Έγιναν πολλα- του μικροβίου ήταν
 πλήρη τήρηση στου περιβάλλοντος πλές λήψεις ούρων για την ΖΙΝ.ΙΙΟ/ΑΟΜ3.
 των Ιατρικών και τόνωση του ηθι- καλλιέργεια, ώστε να εντο-
 οηγίων για την κού του ασθενή. πιστεf το μικρόβιο. Για την
 θεραπεία αυτής. Ιαθαρυδότητα των γεν- λήψη καλλιέργειας τηρήθηκαν
 νητικών οργάνων. όλες οι απαραίτητες προϋπο-
 Λήψη υγρών. θέσεις. Συγκεκριμένα έγινε
 Χορήγηση κατάλληλου προσηκτικό πλύσιμο της έξω
 θεραπευτικού σχήμα- περιοχής των γεννητικών ορ-
 τος. γάνων. Το μικρόβιο που απο-
 μονώθηκε ήταν η Ήλεμψιέλα.
 Η θεραπεία που δόθηκε ήταν
 FL PERLACINE 4ml MG 1X2 IN.

Επιρόβλημα ή ανάγκη που διαπιστώθηκε	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής	Εφαρμογή Νοσηλευτικής	Εκτίμηση
τικής φροντίδας	Νοσηλευτικής φροντίδας	φροντίδας	Αποτελέσματος

(ασθενής παροτρύνθηκε στην άφθονη λήψη υγρών. Έγινε κτηρυδιότητα των γεννητικών οργάνων του ασθενή εφόσον κατά την διάρκεια των δύο πρώτων 24ώρων, ήταν ανήμπορος λόγω του πυρετού. Χρησιμοποιήθηκαν σκορπιδία, σαπουνι, χλιαρό νερό, πετσέτες. Επίσης η αλλαγή των εσωρούχων ήταν συχνή και επιβεβλημένη.

Εμφάνιση αποκατάσταση Συχνές εξετάσεις Καθημερινά λαμβάνοταν αίμα για Είχαμε άνοδο των αιμοπετρών- αιμοπεταλίων- αιμάτος. Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. Αιμοπεταλίων στις 52.000/CM³ λών το συντομότερο. βάλλοντος. Χορήγηση αιμοπεταλίων 43.000/CM³ με μετάγγιση. (ασθενής τοποθετήθηκε σε μονόκλινο δωμάτιο. Πρόγραμ-

Πρόβλημα ή Αντικειμενικός Προγραμματισμός Εφαρμογή Νοσηλευτικής
Ανήγκη που σκοπός νοσηλευ- Νοσηλευτικής Φροντίδας Αποτελέσματα
Διαπιστώθηκε τικής Φροντίδας Φροντίδας

ματίστηκε η χορήγηση αιμοπε-
ταλίων IN.

Για την μετάγγιση τηρήθηκαν
όλες οι απαραίτητες προϋπο-
θέσεις. Έγινε έλεγχος των
στειχέων και στις δύο επι-
κέτες στις φιάλες σε συνεργα-
σία με τον ιατρό. Παρατηρήθη-
κε προσεκτικά το ονοματεπώνυ-
μο του ασθενή, το πατρώνυμο του
και η ημερομηνία λήξεως.

Ο ασθενής παρατηρείτο για εκδή-
λωση κάποιας άμεσης αντίδρασης
όπως πυρετός, αιμόλυση.

Στην συνέχεια κατά τη διάρκεια
του επόμενου 24ώρου έγινε άλλες
δύο φορές χορήγηση αιμοπεταλίων.

Ηρόβλημα ή Αντικειμενικός Προγραμματισμός Εγκύμηση
 ανάγκη που σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας Αποτελέσματα
 διαπιστώθηκε κής φροντίδας
 εμφάνιση αιμορ- διακοπή της αι- μέτρηση των ζω- επιτυχής επέμβαση
 ρραγίας. μορραγίας τικών σημείων. και του ιατρικού
 Διατήρηση ανοικτής χεις κενώσεις. προσωπικού που είχε
 φλέβας. ΑΠ 85/60 MMHG σφ:62/MIN. σαν συνέπεια την
 Προγραμματισμός Μετά από οδηγία ιατρών το- διακοπή της αιμορρα-
 μετάγγισης. ποθετήθηκε ορός RINGERS γίας.
 Διενέργεια εργα- 1000CC.
 στηριακών εξετά- Έγινε λήψη αίματος για
 σεων. εργαστηριακό έλεγχο.
 ΗΤ:23^{ος} αιμοπετάλια 41.000/
 μm³. Έγινε μετάγγιση με πλή-
 ρες αίμα. Τηρήθηκαν όλες οι
 απαραίτητες προϋποθέσεις. Τα
 επόμενα 24ωρα έγιναν και άλ-
 λες μεταγγίσεις αίματος.

Πρόβλημα ή
 ανάγκη που
 επισημάνθηκε
 εμφάνιση ανη-
 συχίας και α-
 νασφάλειας στον
 ασθενή

Αντικειμενικός
 σκοπός Νοσηλευ-
 τικής φροντίδας
 μείωση ή και κατά-
 πολέμηση αυτών των
 συναισθημάτων.

Προγραμματισμός
 Νοσηλευτικής
 φροντίδας
 Διατήρηση φιλικού
 και ήρεμου περιβάλλο-
 ντος.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής
 φροντίδας
 Αποτελέσματα
 Ο ασθενής μας
 εμφάνισε ιδιαίτε-
 ρη ανησυχία για την πορεία
 της νόσου του. Γενικά έγινε
 περισσότερο αισιό-
 δοξος και φάνηκε
 να ξεπερνά την
 ανασφάλειά του.

2.2. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΙΙ

Νοσοκομείο : Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Πατρών.

Κλινική : Α΄ Παθολογική

Φύλλο : Άρρεν

Ηλικία : 57 ετών

Ημερομηνία εισόδου : 3/3/94

Η είσοδος έγινε για την διερεύνηση παρατεινόμενου εμπύρετου.

Στην γενική αίματος βρέθηκε υπέρμετρη αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων.

Από την φυσική κατάσταση βρέθηκε διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων καθώς και των λεμφαδένων της μηροβουβωνικής.

Μετά το τέλος της διενέργειας πλήρους εργαστηριακού ελέγχου η διάγνωση που έγινε ήταν οξεία μυελογενής λευχαιμία.

Ο ασθενής ακολούθησε θεραπευτικό σχήμα επαναλαμβανόμενο κάθε τέσσερις εβδομάδες.

Σαν τελευταία ημερομηνία εισόδου αναγράφεται η 25/7/94.

Το άτομο τελικά απεβίωσε.

Τις 25/7/94 εισήλθε με έντονους οστικούς πόνους, έντονη διόγκωση λεμφαδένων και αναιμία.

Η νοσηλευτική φροντίδα που έγινε δίνεται παρακάτω.

πρόβλημα ή Αντικειμενικός σκοπός Προγραμματισμός Εφαρμογή νοσηλευτικής έκτιμηση αποτε-
ανάγκη που διακρίνεται από νοσηλευτικής ηροντίδας φροντίδας λέσματος
πιστώθηκε ηροντίδας

κατά την διάρκεια της
μετάγγισης ο ασθενής πα-
ρακολουθείται για κά-
ποια αντίδραση κατά την
διάρκεια αυτής. Ο ρυθ-
μός ροής αρχικά ρυθμι-
ζόταν στις 15-20στ/1' και στην συνέχεια και
εφ'όσον ο ασθενής μας
δεν παρουσίαζε κανένα
πρόβλημα στις 40-50στ/1'
Επίσης ο άρρωστος προ-
γραμματίστηκε ώστε τα
γεύματά του να είναι
συχνά και μικρά.
Έγινε προσπάθεια να
προσπερθούν με δελεαστικό
τρόπο, εφ'όσον ο ασθενής

πρόβλημα ή Αντικειμενικός σκοπός Προγραμματισμός Εφαρμογή νοσηλευτικής Εκτίμηση αποτελέσματος

ανάγκη που νοσηλευτικής φροντίδας νοσηλευτικής φροντίδας

διαπιστώθηκε

νης μας παρουσίαζε απώ-
λεια της ορέξεώς του. Η
διατροφή όπως καθορίστηκε
από τον διατροφολόγο, σε συ-
νεργασία με το ιατρικό προ-
σωπικό, επισημάλδταν να είναι
πλούσια σε λεύκιμα και σίδη-
ρο. Ο σίδηρος χορηγείτο με
την μορφή φαρμάκων. (άρρω-
στός μας ενημερώθηκε ώστε
να τον πείρνει αμέσως μετά
την λήψη φαγητού γιατί δια-
φορετικά θα ερέθιζε τον βλε-
νογόνο του εντερικού σωλήνα.
Ο ασθενής μας όμως αντέδρασε
στην λήψη σιδήρου γι' αυτόν
τον λόγο άρχισε η παρεντερι-
κή χορήγησή του.

Πρόβλημα ή Αντικειμενικό σκο- Προγραμματισμός Κοση- Εφαρμογή Ηοσηλευτικής Ύκτιμηση
 σνάγκη που δια- πός οσηλευτικής λευτικής φροντίδας φροντίδας Αποτελέσματος
 υιστώθηκε φροντίδας
 εμφάνιση απόκτηση αισθήμα- Αδύνη των φυσικών Ε ασθενής μας Ε ασθενής μας
 κόπωσης τος ανάλυσης και αναγκών του ασθενούς. θηκε πως οι δραστηριό- αισθάνθηκε λιγό-
 ξεκούρασης Περιορισμός σπατάλης τητές του θα πρέπει να τερη κόπωση και
 των φυσικών του δυ- είναι περιορισμένες. βρύσκει καινού-
 νήμεων. Διατηρήσαμε το επισκε- ρια ενδιαφέροντα
 Ενίσχυση δοστηριο- πτήριο σε χαμηλή επίπεδα, μέσα στο θάλαμο
 τήτων που δεν προκαλούν περιορίζοντός το μόνο του.
 κόπωση. στα ήμεσα συγγενικά πρό-
 σωπα του ασθενή. Αφήσαμε
 τον αρρωστό μας να αναπαύ-
 εται σε τακτά χρονικά
 διαστήματα.

Ηοσηλευτικό Αντικειμενικός Προγραμματισμός Αξιολόγηση
 πρόβλημα ή σκοπός Ηοσηλευτικής φροντίδας Αποτελέσματος
 ανάγκη που τικής φροντίδας φροντίδας
 διειστώθηκε
 Κατήθλιψη του Ψυχολογική υπο- Ανάπτυξη καλής Ύγινη προσπάθεια να ανα- Ο ασθενής μπόρεσε
 ασθενή και του στήριξη του ασθενή επικοινωνίας με πτυχθεί μία αληθινή σχέση να αντικρύσει το
 οικογενειακού αλλά και του οικο- τον ασθενή και και μία ολοκληρωμένη επικοινωνία επερχόμενο τέλος
 περιβάλλοντος · Χένειακού του περι- ρισής της πραγματι- νωνία μεταξύ του προσωπικού με περισσότερο
 του. βάλλοντος. και του ασθενή. Ο ίδιος είχε θήρος.
 κατανοήσει την κατάρτη της
 ασθενούς του, όμως το προσω-
 πικό έπαιξε θετικό ρόλο στην
 αποδοχή αυτής, τόσο από τον
 ίδιο τον ασθενή όσο και από
 την οικογένειά του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι τύποι της λευχαιμίας ποικίλλουν:

Έτσι λοιπόν η λευχαιμία διακρίνεται σε οξεία και χρόνια.

Οι δύο αυτοί βασικοί τύποι υποδιαιρούνται σε παραπέρα τύπους.

Η αιτιολογία των λευχαιμιών είναι ουσιαστικά άγνωστη. Σήμερα όμως υπάρχουν ενδείξεις που συνηγορούν στην ιογενή αιτιολογία των λευχαιμιών. Επίσης συμπερασματικά η έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας αυξάνει τη συχνότητα των λευχαιμιών, λευκαιμογόνα δε δρουν ουσίες όπως το βενζόλιο και η φαινυλοβουταζόνη.

Τα συμπτώματα και σημεία στην λευχαιμία ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο αυτής γενικά όμως μπορούν να αναφερθούν η αναιμία, οι αιμορραγίες, οι λοιμώξεις και η διόγκωση ήπατος και σπληνός.

Η θεραπεία της λευχαιμίας συνίσταται στις παρακάτω τρεις κατευθύνσεις, συνδυασμένη χημειοθεραπεία, υποστήριξη και μεταμόσχευση του μυελού των οστών.

Το κέντρο που θεραπεύει την λευχαιμία θα πρέπει να είναι εξοπλισμένο με μηχανήματα υψηλών προδιαγραφών, τα οποία πολλές φορές είναι απαραίτητα για τον έλεγχο του λευχαιμικού αρρώστου.

Ασθενής με οξεία λευχαιμία <45 ετών πρέπει να διερευνάται προς την κατεύθυνση της μεταμόσχευσης του μυελού των οστών.

Όταν δεν υπάρχει συμβατός αδερφός-ή συζητάται το ενδεχόμενο αυτόλογης μεταμόσχευσης.

Σε όλες τις περιπτώσεις ο κύριος στόχος είναι η επίτευξη της ύφεσης με την συνδυασμένη χημειοθεραπεία.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που πάσχει από λευχαιμία οποιασδήποτε μορφής, απαιτεί υψηλό βαθμό υπευθυνότητας από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η ψυχολογική στήριξη του αρρώστου είναι απαραίτητη καθώς και η αντιμετώπισή του ως ατόμου με ολοκληρωμένη προσωπικό-

τητα καθώς και διάφορα μηένες σκαλιτησεις και ειδικιτερότητες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, ταυτόχρονα στηρίζει και τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου, καθώς ο αναμενόμενος θάνατος νέων κυρίως ατόμων δημιουργεί βαθύ πόνο στην οικογένεια.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως έγινε φανερό η λευχαιμία είναι μία ασθένεια η οποία δημιουργεί πολύπλευρα προβλήματα τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Οι απαιτήσεις λοιπόν όσον αφορά την προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αυξημένες, και απαιτούν υψηλό βαθμό υπευθυνότητας, και ευσυνείδησίας.

Οι πηγές μέσω των οποίων θα συλλέξει τις πληροφορίες του ο νοσηλευτής-τρια για την εκπλήρωση των αναγκών του ασθενή, είναι καταρχήν ο ίδιος ο έρρωστος. Επομένως το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να δείχνει προσοχή σε όσα ο ασθενής αναφέρεται, καθώς πολλές επιπλοκές είναι δυνατόν να αποφευχθούν με τον τρόπο αυτό. Επίσης το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου είναι δυνατόν να μας παρέχει χρήσιμες πληροφορίες, εφόσον γνωρίζει την ιδιοσυγκρασία του ασθενή και τις ιδιαιτερότητές του.

Συνεπώς μπορούμε να κατανοήσουμε την αξία δημιουργίας επικοινωνίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή-τριας. Επ'αυτόν τον τρόπο υποστηρίζεται ψυχολογικά ο έρρωστος να δεχθεί τις μεταβολές που δημιουργούνται στο σώμα του από την επίδραση της ασθένειας, καθώς και την ίδια τη φύση της ασθένειάς του και την πιθανή κατέληξή της.

Πατέπεκταση ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος και σημαντικός.

Μείζου σημαντική είναι η σωστή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτικού και κατρικού προσωπικού. Δυστυχιστικά είναι αδύνατον να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην θεραπεία του πάσχοντος από λευχαιμία.

Επιλήγοντας πιστεύω πως έδωσα κατά ένα γενικό τρόπο στοιχεία που αφορούν την συγκεκριμένη ασθένεια, αλλά και τα

προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν.

Πιστεύω πως έγινε κατανοητή η ανάγκη εξεύρεσης όλων εκείνων των τρόπων και μεθόδων, οι οποίες πραγματικώς θα οδηγήσουν στην εκπλήρωση των αναγκών του ασθενή.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Γαρδίκας Κ.Δ. "Ειδική Κοσολογία" τόμος 1ος, έκδοση 2η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού Γρ. Αθήνα 1984.

Γαρδίκας Κ.Δ. "Αιματολογία" τόμος 1ος έκδοση 2η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού Γρ. Αθήνα 1987.

Ανδρέι Βίτσης Λ. "Μεσαλάσφατα στο πλαίσιο της γενικής και Παθολογικής ανατομικής" τόμος Α', επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού Γρ. Αθήνα 1983.

Παλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Παθολογική-Χειρουργική" τόμος Β', μέρος 1ο εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1990.

Παλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Παθολογική-Χειρουργική" τόμος Β', μέρος 2ο εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1991.

Κπονίκος Δ. "Σημειώσεις Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου Πατρών" Ιάτρα 1991.

Σαχίνη - Γαρδίκης Α. "Παθολογική και Χειρουργική Κοσπλευτική" τόμος 2ος Β' επανέκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.

CECIL "Παθολογία" τόμος Α', Μετάφραση Νουτσόπουλος Χ, Ιατρικές εκδόσεις Αίττας, Αθήνα 1988.

GUYTON Α. "Φυσιολογία του ανθρώπου" τρίτη έκδοση μετάφραση Ευάγγελου Α. , Ιατρικές εκδόσεις Αίττας Αθήνα 1984.

HARRISON " Εσωτερική Παθολογία" 12η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανός Γρ. Αθήνα 1993.

ROBBINS "PATHOLOGIC BASIS OF DISEASE" 4 η EDITION, W.B. SAUNDERS COMPANY 1989.

