

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Τ.Ε.Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α :

" ΟΞΕΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ "

Εισηγητής : ΑΛΕΤΡΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Σπουδαστής : ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Π ά τ ρ α : Οκτώβριος 1988

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΛΕΓΧΗΣ	1616
--------------------	------



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

1. Π ρ ό λ ο γ ο ς	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. Β ι β λ ι ο γ ρ α φ ί α	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 γινόταν 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 πυροσφαίρια 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 ταυτώσημες.

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 Ουα-

λία 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

Τ Ο Α Ι Μ Α :

Το αίμα είναι ο μοναδικός υγρός ιστός του σώματος, που με τη συνεχή κυκλοφορία του μέσα στο καρδιαγγειακό σύστημα χησιμεύει για την επικοινωνία των διαφόρων οστών και οργάνων του οργανισμού και για τη διαρκή ανανέωση των συστατικών του εκκυττάριου 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 ακύρηνα και έχουν δισκοειδές σχήμα. Παράγονται στους αγγειακούς κόλπους του ερυθρού μυελού των οστών από εμπύρηνα κύτταρα, τα οποία προέρχονται από το ενδοθήλιο των κόπλων. 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 B₁₂, 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 εμπύρηννα κύτταρα και διακρίνονται στις παρακάτω μορφές:

1. Πολυμορφοπύρηννα ή Κοκλιοκύτταρα που διακρίνονται σε :
 - α) Ουδετερόφιλα 55 - 65 %
 - β) Ηωσινόφιλα 2 - 3 %
 - γ) Βασεόφιλα 0,5 - 1 %
2. Λεμφοκύτταρα 20 - 40 %
3. Μεγάλα μονοπύρηννα 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/κ.χλ. καλείται λευκοπενία, ενώ η αύξηση τους πάνω από 10.000/κ.χλ. καλείται λευκοκυττάρωση. Η πτώση του απόλυτου αριθμού πολυμορφοπύρηννων κάτω των 2.000/κ.χλ. αποτελεί σημαντικό σημείο για να νοσήματα του αίματος. Τα πολυμορφοπύρηννα παράγονται στον ερυθρό μυελό των οστών, τα λεμφοκύτταρα στα λεμφογάγγλια, και τα μεγάλα μονοπύρηννα στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα. Ο βασικός ρόλος των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα είναι η άμυνα του οργανισμού.

Τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα είναι μικρά και πολύ εύ-

θραυστα. 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.ά. Συνυπάρχουν συνήθως στο περιφερικό αίμα ποιοτικές και ποσοτικές μεταβολές των λευκοκυττάρων. Οι λευχαιμίες διαίρουνται 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) αφορούν 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 μεγάλης 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

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ :

Οι οξειές λευχαιμίες είναι πρωτοπαθείς 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 λογικής 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 E.B. (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 συχνό-

τερη 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 προδιατίθενται οι μονοωογενείς αδελφοί πασχόντων από λευχαιμία (1:5) και τα άλλα αδέλφια (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 αγκυλοποιικτικής 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 τη 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 οξέα 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 βλενογόνους 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 διη-

θήσεως ή αιμορραγίας, μπορεί τα πρώτα αξιόλογα συμπτώματα να είναι βήχας ή δύσπνοια (που προκύπτουν από διόγκωση του θύμου αδένου ή μεσοθωρακικών λεμφαδένων), ρευματοειδή άλγη, κοιλιακό άλγος ή ποικιλία νευρολογικών εκδηλώσεων. Πυρετός, κεφαλαλγία και γενική κακουχία μπορεί να εμφανισθούν αιφνίδια και να προκαλέσουν μεγάλη εξάντληση τα οποία υποδηλώνουν έτσι την εισβολή βαρείας κακοήθους λοιμώδους νόσου.

Σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζονται χαρακτηριστά τα οποία υποδηλώνουν διφθερίτιδα, οστεομυελίτιδα της γνάθου, οξεία θυροειδίτιδα, επιπεφυκίτιδα, παροξυσμική ταχυκαρδία, υπερθυροειδισμό, υποξεία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, βρουκάλλωση, ρευματικό πυρετό, κεγχροειδή φυματίωση, πυελικό 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 στερνική ευαισθησία και η εξέταση του μυελού των οστών δεν δίνει ασφαλή απάντηση. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται "προ-λευχαιμία".

- 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 αδενοπάθεια είναι πιθανότερο να βρεθεί σε λεμφοβλαστική λευχαιμία παρά σε άλλες μορφές. Οι αδένες σε ο-

ξεία λευχαιμία μπορεί να είναι πιο μαλακοί αο'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 περιαμυγδαλικού αποστήματος, κ.ά. Στον βλενογόνο του στόματος παρατηρούνται μεγάλες εκχυμώσεις οφειλόμενες σε επιμολύνσεις ιδίως από σπειροχαίτη και άλλους μικροοργανισμούς. Τα ούλα διογκώνονται και καμιά 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, στηθάγχη, κά άλγη και αναιμία λειτουργικά φυσήματα.

- Από το αναπνευστικό σύστημα μπορεί να εμφανιστεί αναπνευστική απόφραξη. Δυσταντή είναι η εμφάνιση υγρού στην υπεζω-

κοτική και την περικαρδιακή κοιλότητα ιδίως στο τελικό στάδιο της νόσου.

- Από το νευρικό σύστημα μπορεί να παρατηρηθούν συμπτώματα εξαρτώμενα από την εντόπιση των λευχαιμικών διηθήσεων 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 μολονότι έχουν βρεθεί λευχαιμικά οζία στην σκωλικοειδή απόφυση, στο τυφλά και 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 εμμέτους οφειλόμενοι σε εντερορραγία ή διάτρηση 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 RUMFEL-LEEDS 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 λιγώτερα 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 μονοκύρηνα 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 περιπτώσεις, ενώ κατά κανόνα, εκτός από τους παραμυελοβλάστες, ανευρίσκονται ώριμα πολυμορφοπύρηννα ουδετερόφιλα.

Αυτή η εικόνα του αιματολογικού τύπου, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία άωρων μυελοβλαστών και ώριμων πολυμορφοπύρηννων με πλήρη έλλειψη των ενδιάμεσων μορφών, είναι παθογνωμονική της νόσου και ονομάστηκε από τον NAEGELI "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. Εξέταση του μυελού των οστών : 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. Βιοψία λεμφαδένων : 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) Βαρειά θρομβοπενία με αριθμό θρομβοκυττάρων μικρότερο του $10 \times 20^6/L$ 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 έτη. 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 διαρκείας 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 διετίας 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, του τυφοειδή πυρετό και άλλα λοιμώδη νοσήματα, βασίζεται πάντα στις ειδικές μικροβιολογικές και ορολογικές αντιδράσεις.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

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. Στη 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 τη μείωση, όσο είναι δυνατό,

των λευχαιμικών κυττάρων ώστε να επιτευχθεί πλήρης ύφεση. Υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που είναι πιο αποτελεσματικά από άλλα. Η επιλογή της χημειοθεραπείας γίνεται πάντοτε ανάλογα με τον τύπο της λευχαιμίας. Η θεραπεία που συνίσταται στις δύο μορφές της οξείας λευχαιμίας είναι :

1. Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία.

Η θεραπεία είναι μακροχρόνια, γι' αυτό και 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/M² ημερησίως από το στόμα για 28 ημερ.
- Βινκριστίνη, 1,5 MG (μεγίστη δόση 2 MG) ενδοφλεβίως μια φορά την εβδομάδα, δηλ. την 1ην, 8ην, 15ην, 22α ημέρα.
- L- Ασπαραγινάση, ενδομυϊκώς (6000 μον/M²) 9 δόσεις για τρεις εβδομάδες, δηλαδή 3 δόσεις την εβδομάδα.
- Μεθοτρεξάτη, 12 MG ενδορραχιαίως 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 απαιτεί-

ται εντονώτερη θεραπεία δηλαδή προσθήκη ρουβιδομυκίνης (25 MG) εβδομαδιαίως την 21, 8η, 15η, 22η ημέρα και εν συνεχείαθειο-γουανίνη, κυτοσίνη-αραβινοσίδη, κυκλοφωσφαμίδιο και μεθοτρεξάτη ενδορραχιαίως. Μετά από 4-6 εβδομάδες απ' την έναρξη της θεραπείας εφόδου, επιτυγχάνεται η ύφεση.

B. Προφυλακτική θεραπεία. Το γεγονός ότι στην Ο.Λ.Λ. 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 ενδορραχιαίως.

Μερικά θεραπευτικά σχήματα περιλαμβάνουν αρχικά εντατική ενδορραχιαία 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 έμμετοι 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.Λ. 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 15ήμερο για αποφυγή λευκοπενίας ή θρομβοπενίας.

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

Σε 20% περίπου των αρρένων με Ο.Λ.Λ. 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.
- Ι-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. Οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία.

Δυστυχώς, η οξεία μυελοβλάστική 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 κολλαπλασιασμό 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 συνη-

θισμένο θεραπευτικό σχήμα που χρησιμοποιείται είναι το ακόλουθο:

A. Φάση εφόδου:

- Δαουνουρουβικίνη (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 εφ'όσον ο ασθενής συνέρχεται, τα δε κοκκιοκύτταρα υπερβούν τα 1.000/ML, η θεραπεία συνεχίζεται.

B. Φάση στεθαροποίησης :

- Δαουνουρουβικίνη (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 πλήρους καταστροφής 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 ζούν 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 MATHE'. 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 βαρειές συστηματικές λοιμώξεις οφείλονται σε ενδογενείς παράγοντες. Σε θετική καλλιέργεια απομονώνονται, κατά κανόνα, βακτηρίδια αρνητικά κατά GRAM, ψευδομονάδες, κλεμπσιέλλες, κολοβακτηρίδια, πρωτεΐς, μύκητες, ιοί, βακτηριδιοειδές και σπάνια στρεπτόκοκκος και σταφυλόκοκκος. Γι'αυτό η αντιβιοτική θεραπεία έχει επείγοντα χαρακτήρα.

Αμέσως μετά τη λήψη καλλιιεργειών αίματος, πτυέλων, ούρων, εκκρίματος της μύτης, του φάρυγγα και υπαρχόντων 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 σταφυλόκοκκο, συνιστάται ημισυνθετική πενικιλλίνη ανθεκτική στην πενικιλλινασία.

Εάν ο πυρετός παρά την αντιβιοτική αγωγή εξακολουθεί πε

ρισσότερο από 7 ημέρες, οι δε καλλιέργειες παραμένουν αρνητικές, 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 βροχοσκόπιο, 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 αιμοπεταλιοφαίρεση.

Σε έκδηλη ουδετεροπενία μεταγγίζονται λευκοκύτταρα, δυστυχώς όμως η επιβίωση των λευκοκυττάρων είναι μικρή και η εξα-

σφάλιση 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 βαρείες 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. ΟΞΕΙΑ 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. ΟΞΕΙΑ μυελομονοκυτταρική λευχαιμία: Το περιφερικό αίμα εμφανίζει άφθονα μονοκύτταρα πολλά των οποίων είναι παθολογικά. Ο μυελός των οστών περιέχει άφθονα άωρα κύτταρα με χαρακτηριστήρα μυελοβλάστη και μονοβλάστη και αρκετό αριθμό μονοκυττάρων.

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

3. Ερυθρολευχαιμία : Κατά τη μορφή αυτή, στον μυελό υπάρχει αφθονία ευθροβλαστών (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 λυελού. 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, έρκουσα οξεία λευχαιμία, κ.ά. 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

Σκοποί της φροντίδας :

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 ανισοζυγίων.

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

- Μακροπεόθεσμοι :

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 δημιουργήσει 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 βελόνη 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 υπόψη 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 κομπρέσσες 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 δίαιτα.

- 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, πόννοι 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) Συμπράσταση του νοσηλευτή.

στ) Χορήγηση ήπιων ή ισχυρών αναλγητικών όπως CODEINE ή DE-

MEROL σε συνδυασμό με PHENERGAN 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 ερεισίωτο του κρεβατιού του.
- β) Τοποθετούμε μαξιλάρια για να βοηθήσουμε στην καλή ορθοπνεϊκή στάση του αρρώστου.
- γ) Χορηγούμε O_2 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 νοσηλετής :

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

- Βεβαίωση 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 υποποθρομβιναιμία.

- 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 τη 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 σπλήνα 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, K (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 ουσίες γιατί ο βλενογόμος 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 σωληνάκια, τα αποφράζουν 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 στη μόλυνση. Η προφύλαξη από τις λοιμώξεις επιτυγχάνεται με τη λήψη των παρακάτω μέτρων :

α) Συνεχής έλεγχος των κυκλοφορούμενων 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, εγκεφαλωτιαίου υγρού και υλικού περιπρωκτικής περιοχής. Συχνός επίσης θα πρέπει να είναι και ο έλεγχος για πυώδεις 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 παθογόνο μικρόβιο, θα πρέπει να φοράει μάσκα.

ια) Προφύλαξη του ασθενή από ρεύματα αέρος.

ιβ) Αποφυγή τοποθέτησης μόνιμου καθετήρα κύστης (FOLLEY) και αντικατάστασή του με καθετήρα τριπλού αυλού (κλειστό σύστη-

μα) 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 τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

α) Τοπικός ερεθισμός φλέβας. Παρακολουθείται η ενδοφλέβια έγχυση του φαρμάκου, γιατί συχνά προκλείεται 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 τη διάρκεια ή αμέσως μετά την έγχυση του φαρμάκου.

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

1) Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου για 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 τη διάρκεια της τριχόπτωσης.

γ) Κατάργηση τενοντίων αντανακλαστικών, αδυναμία να πιάνει 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 προσωπικότητά 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 ζεί 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 αισθήματά 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 ημερήσιων 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 θερ

πεία 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 έξοδο του από το νοσοκομείο όπως:

- 1) Να προφυλάγεται από πηγές μόλυνσεως και κρυολογήματα.
- 2) Να καταφεύγει έγκαιρα στον θεράποντα γιατρό 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 γάπη, στογή, κατανόηση του πόνου του 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 Φυσιολογικός μαζί με τον νοσηλευτή, με την συμβουλή τους πρέπει να ανακουφίζουν τους συγγενείς και τον ίδιο τον ασθενή για τη καλύτερη αντιμετώπιση του πιο σημαντικού γεγονότος της ζωής κάθε ανθρώπου, που είναι ο θάνατος.

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

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ιστορικό Ιο :

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, Ισχυρική καρδιοπάθεια, έλκος δώδεκαδακτύλου, προστατεκτομή και αναταχθείσα βουβωνοκήλη.

Εισήχθη στην Π/Π με αιματοκρίτη (HT) 30%. Αρχισε θεραπεία με Fe παρεντερικά 2 GR χωρίς ανταπόκριση της αναιμίας. Τα λευκά αιμοσφαίρια και ειδικότερα τα πολυμορφοπύρρηνα ήταν κάτω του φυσιολογικού. Μέσα σ'ένα μήνα με νέες εξετάσεις που του έγιναν, σημείωσαν πτώση Ο HT 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: HT= 33,5%, Λ= 2.700, Βλάστες 2%, αιμοπετάλια =80.000.

Η θεραπεία σταμάτησε μετά από επιθυμία του συγγενικού του περιβάλλοντος και στις 15-1-87 ο άρρωστος απεβίωσε με σημεία πνευμονικού οιδήματος.

Ι σ τ ο ρ ι κ ό 2ο :

Ο Τ.Α. 55 ετών διεγνώσθη τον Νάρτιο του 1983 ότι πάσχει από Ο.Μ.Λ. (οξεία μυελοβλαστική λυχαιμία) 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 καμιά βελτίωση, επιπλέον ο ασθενής είχε επανελλημμένες λοιμώξεις. Κατόπιν με το σχήμα ARA-C, TG, DM μπήκε σε πλήρη ύφεση. Για αρκετό καιρό βρισκόταν σε συντήρηση.

Στις 5-2-84 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 απ'το νοσοκομείο.

Στις 21--284 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 25-6-84 εισήχθη πάλι στο νοσοκομείο, του έγινε 1 σχήμα με ENDOXAN, ONCORIN, ARA-C + LANVIS και SEPTTRIN - AINDROX προφυλακτικώς και εξήλθε.

Στις 10-7-84 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 31-7-84 η νόσος βρισκόταν σε ύφεση για 2η φορά. Είχε ΗΤ 42%, Λευκά 6.000. Αποφασίστηκε να γίνονται σχήματα συντήρησης κάθε 40 μέρες.

Στις 14-9-84 του έγινε 2ο σχήμα με ENDOXAN, ONCOVIN, ARA-C + LANVIS. Στις 12-10-84 έγινε το 3ο σχήμα εδραίωσης-συντήρησης και στις 10-11-84 το 4ο σχήμα.

Στις 19-12-84 παρουσίασε αιματολογική επιδείνωση. Παρουσίασε πτώση ο ΗΤ και τα αιμοπετάλια και εμφανίστηκαν βλάστες. Επικείται 2η υποτροπή. Ακολούθησαν 2 μεταγίσεις και ο άσθενής έφυγα απ'το νοσοκομείο.

Στις 21-1-85 εισήχθη στη κλινική με επώδυνη διόγκωση μασχαλιαίων αδένων και πυρετό 5 ημερών. Επίσης παρουσίασε κεφαλαλγία, έντονη κακουχία και θώρακα με αρκετούς ρεγχάζοντες. Πήρε τριπλό αντιβιοτικό σχήμα.

Μετά από αλλεπάλληλες μεταγίσεις και χωρίς καμιά ανταπόκριση στα νέα σχήματα, πέθανε στις 3-3-85 από εγκεφαλική αιμορραγία.

Ι σ τ ο ρ ι κ ό 3 ο :

Η Κ.Π. 52 ετών, στις αρχές Δεκεμβρίου 1985, παρουσίασε καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους - 4 KGR, χωρίς πυρετό. Επισκέφθηκε παθολόγο ιατρό ο οποίος διαπίστωσε πολυαδενικό σύνδρομο και σπληνομεγαλία και συνέστησε αιματολογικό έλεγχο. Η γενική αίματος έδειχνε ΗΤ 25%, λευκά 96.000 με λεμφοκυταρικό τύπο και βλάστες και αιμοπετάλια 15.000.

Εισήχθη στην Π/Π του Γεν.Νοσοκομείου Πάτρας στις 11-12-85

και διαγνώστηκε Ο.Α.Α. με διήθηση μυελού - 100% από βλάστες. Υποστηρίχθηκε με 6 μεταγγίσεις αίματος και αιμοπεταλίων και άρχισε το 1ο σχήμα με ADRIBLASTINA-ONCOVIN-MEDROL. Δεν παρουσίασε λοιμώξεις-αιμορραγίες.

20-1-86 : Βελτίωση υποκειμενική χωρίς ενοχλήματα. Κατά το μυελόγραμμα παρατηρήθηκε σημαντική υπερπλασία της ερυθράς σειράς. Οι βλάστες δεν ξεπερνούν το 5% του συνόλου. Τα μεγάλα ρυοκύτταρα είναι σχετικά αυξημένα. Η νόσος βρίσκεται σε ύφεση. Απόφαση γιατρού ήταν να πάρει 2 εβδομαδιαία σχήματα με ONCOVIN-MEDROL και στη συνέχεια συντήρηση με MTX-EDOXAN και 6-AIP. Επίσης άρχισε η ακτινοβολήση του κρανίου 2.400 RADS σε 15 δόσεις και χορήγηση MTX με ενδοραχιαίες ενέσεις.

20-3-86 : Παρουσίασε καλή γενική κατάσταση χωρίς ενοχλήματα, απύρετη καλή όρεξη και ελαφρά αύξηση βάρους. Η ακρόαση των πνευμόνων φυσιολογική, το ήπαρ και ο σπλήνας αψηλάφητα. Το μυελόγραμμα έδειξε βλάστες 70% και φυσιολογικές σειρές ελαττωμένες.

Στις 18-6-86 ανέφερε αδυναμία στο βάδισμα, αρθραλγίες, ταχυκαρδία, διαρροϊκές κενώσεις από 7ημέρου περίπου, και τραχηλικούς λεμφαδένες ελαφρά επώδυνους. Έχει πάρει 3 εβδομαδιαία σχήματα ADRIBLASTINA-ONCOVIN-MEDRAL. Το 4ο σχήμα ανεβλήθη λόγω έντονης τοξικότητας. Η ασθενής εξήλθε απ'το νοσοκομείο.

Στις 5-11-86 επανήλθε η ασθενής, σημαντική ωχρή, κλινικά επιβαρυνμένη, δυσπνοεί με την προσπάθεια, εμφάνισε μετεωρισμό κοιλίας. Στην αγωγή προστέθηκε PARINETHOL-MTX και διακόπηκε η ADRIBLASTINA. Η γενική κατάστασή της επιβαρύνεται. Παρουσίασε συμπτώματα υπερμεταβολισμού (εφιδρώσεις, αδυναμία, ανορεξία,

ζάλη, λιποθυμική διάθεση). Παρουσίασε σημαντική ωχρότητα, ταχυκαρδία (σφ.125/MIN), διάχυτα κοιλιακά άλγη, κεντρικοί ήχοι τάσεως. Στο περιφερικό αίμα εμφανίστηκε αύξηση βλαστών, και στο μυελόγραμμα διαπιστώθηκε διήθηση του μυελού από βλάστες σε ποσοστό 90%, συνεπάγεται υποτροπή της νόσου,

Στις 14-11-86 αποφασίστηκε να πάρει το πρωτόκολλο θεραπείας L-10 με ONCOVIN-MEDROL και MTX ενδορραχιαίως σε 2 εγχύσεις. Η γεν. αίματος έδειξε HT 27%, λευκά 1500, αιμοπετάλια 120.000. Στη διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίασε σημαντική αύξηση τρανσαμινασών και μικρή υπερχλορυθριναιμία, εικόνα συμβατή με οξεία ηπατίτιδα. Το HBSAG ήταν 2 φορές (-). Εξήλθε στις 28-11-86 απύρετη με 1.500 λευκά.

Επανήλθε στις 7-1-87 με έντονα σημεία τοξικότητας του φαρμάκου. Εμφάνισε έλκη στοματοφάρυγγος, δυσχέρεια καταπόσεως, κακουχία, πετεχειώδες εξάνθημα αραιό και μεγάλη ρινορραγία. Υποστηρίχθηκε με 2 μεταγγίσεις αίματος. Πέρασε φάση οξείας τοξικότητας χωρίς εμπύρετα επεισόδια μολονότι ήταν σε προφύλαξη με διπλό σχήμα. Επίσης παρουσίασε δυσχέρεια ομιλίας, χωρότητα, βάδιζε υποβασταζόμενη, αραιούς εντερικούς ήχους, επίχρηση γλώσσα και ακρομελική αδυναμία.

Επίσης άρχισε σχήμα υποτροπής με TENIPOSIDE, ARA-C δύο φορές την εβδομάδα.

Στις 10-2-87 η κατάσταση της ήταν πολύ βαρεία. Ο HT και τα αιμοπετάλια πέφτουν συνεχώς. Εμφάνισε αιματοουρία, εντερορραγία και ουλορραγία. Τα αιμοπετάλια ήταν 15.000 και ο HT 17%. Της έγιναν μεταγγίσεις αίματος. Εμφανίστηκε υπνηλία και πυρετός 37,5°C . Έγινε το 4ο σχήμα TENIPOSIDE-ARA-C . Ο πυρετός

σημείωσε άνοδο ως 39,5^οC με ρίγος και η ασθενής περιέπεσε σε προκωματώδη κατάσταση.

Στις 20-2-87 η ασθενής απεβίωσε σε υπερπυρεξία (σηπτικό SHOCK, κεντρογενής υπερπυρεξία από εγκεφαλική αιμορραγία) .

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κάνοντας μια σύγκριση των ιστορικών που αναφέραμε, διαπιστώνουμε ορισμένες ομοιότητες και διαφορές όσον αφορά την εμφάνιση, την εξέλιξη και την αντιμετώπιση της νόσου σε κάθε ασθενή. Οι δύο ασθενείς (ιστοικό 1ο και 3ο) έπασχαν από Ο.Λ.Λ. ενώ στο 2ο ιστορικό ο ασθενής έπασχε από Ο.Μ.Λ.Ο. Οι δύο τύποι οξείας λευχαιμίας διαφέρουν ως προς την πρόγνωση της νόσου (οι ασθενείς με Ο.Λ.Λ. έζησαν λιγότερους μήνες απ'ότι ο ασθενής με Ο.Μ.Λ.).

Όσον αφορά τα συμπτώματα της νόσου, τα κοινά σημεία και στα τρία ιστορικά είναι ότι οι ασθενείς παρουσίασαν συμπτώματα αναιμίας και ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε πτώση ΗΤ, αιμοπετάλιων και λευκών αιμοσφαιρίων, ενώ υπήρχε αύξηση βλαστικών κυττάρων.

Επίσης όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν σπληνομεγαλία και ελαφρά διόγκωση ήπατος, ενώ στο 3ο ιστορικό ο ασθενής σαν πρώτα συμπτώματα ανέφερε επιπλέον και ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων.

Τα θεραπευτικά σχήματα που χορηγήθηκαν διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της οξείας λευχαιμίας και την βαρύτητα της, έχουν όμως ένα κοινό σημείο : την χορήγηση TAB.MEDROL (κορτιζόνη). Έτσι στο ιστορικό 1ο και 3ο χορηγούνται : ONCOVIN-M.T.X.-MEDROL, και το σχήμα συντήρησης: ENDOXAN-6-MP. Στο 2ο ιστορικό χορηγείται: ADRIBLASTINA-VINCRISTINE-ARA-C-MEDROL και το σχήμα συντήρησης: ENDOXAN-ONCOVIN-ARA-C+LANVIS. Στα ιστορικά 2 και 3 αποτέλεσμα της θεραπείας ήταν να προκηθεί ύφεση για αρ-

κετό χρονικό διάστημα.

Στα συμπτώματα που εμφανίστηκαν αργότερα στους ασθενείς υπήρχαν επίσης ομοιότητες και διαφορές. Τα κοινά σημεία και στα τρία ιστορικά είναι η διάγκωση επώδυνων λεμφαδένων και προβλήματα αναπνευστικού συστήματος. Αιμορραγίες, ρινορραγίες, ουλοραγίες, αδυναμία, έντονη κακουχία και πυρετό παρουσίασαν τα ιστορικά 2ο και 3ο.

Αλληπάλληλες λοιμώξεις εμφάνισε μόνο το 2ο ιστορικό, ενώ αδυναμία στο βάδισμα, αρθραλγία, ταχυκαρδία, κοιλιακά άλγη, ενοχλήματα στο έντερο, κετέχειες, εξελκώσεις και συμπτώματα υπερμεταβολισμού παρουσίασε το 3ο ιστορικό.

Ο θάνατος επήλθε στον πρώτο ασθενή από πνευμονικό οίδημα και στους άλλους δύο από εγκεφαλική αιμορραγία.

Το συμπέρασμα είναι ότι εκτός από ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά της νόσου που εμφανίζονται στους ασθενείς, η εξέλιξη και η βαρύτητα της εξαρτάται από τον τύπο λευχαιμίας και από το ανοσολογικό σύστημα του ασθενή. Τελική έκβαση της νόσου είναι ο θάνατος για κάθε ασθενή, με διαφορά τον χρόνο ύφεσης.

. . . .

Είναι αλήθεια θλιβερό να βλέπει κανείς τόσους ανθρώπους, περισσότερο νεαρής ηλικίας να προσβάλλονται από οξεία λευχαιμία και να καταλήγουν στον θάνατο. Αν και η πρόοδος της επιστήμης έχει προχωρήσει πολύ, κανένα θεραπευτικό μέσο δεν έχει επιφέρει αξιόλογο αποτέλεσμα εκτός από μια μικρή παράταση ζωής.

Υπάρχει πάντα η αισιοδοξία για την ανακάλυψη και χρησιμοποίηση επιτυχών θεραπευτικών μέσων που θα λύσουν ριζικά το πρόβλημα της λευχαιμίας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

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.Γαρδίκας: Δ' Έκδοσις Τόμος Β'. Εκδόσεις Κ.Παρισιάνος - 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.Μαλγαρινού- Σ.Φ. Κωνσταντινίδου. Τόμος Β', Έκδοση 8η - Αθήνα (1985).
8. "Ετοιχεία Φυσιολογίας": Ρ. Αλιβιζάτου - Μοσχοβάκη. Εκδόσεις Παρισιάνος - Αθήνα (1984) .

