

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**"ΟΙ ΘΞΞΙΞΣ ΛΞΥΧΑΙΜΙΞΣ ΣΤΟΎΣ  
ΞΝΗΛΙΚΞΣ - ΝΟΣΗΛΞΥΤΙΚΗ ΠΑΡΞΜΒΑΞΗ"**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

**ΑΝΔΡΙΟΠΟΎΛΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΥΠΞΥΘΎΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΦΙΔΑΝΗ ΚΑΤΞΡΙΝΑ**

Πτυχιική εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής από το τμήμα  
Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας του  
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πατρας.

ΠΑΤΡΑ, ΣΞΠΤΞΜΒΡΙΟΣ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ	1924
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	

**ΟΙ ΟΞΕΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ**

**&**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

*Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη.*

*Σε ότι Δημιούργησα*

*Αγάπησα και*

*Ονειρεύτηκα.*

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Μέσα από την εργασία αυτή θέλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοηθούσαν τα τρισήμισα δύσκολα αλλά και επικοδομητικά χρόνια των σπουδών μου στη Νοσηλευτική.

*Ευχαριστώ θερμά:*

Την υπεύθυνη καθηγήτρια για την εκτέλεση της εργασία αυτής κα Φιδάκη Κατερίνα. Ολους τους καθηγητές της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. του τμήματος Νοσηλευτικής.

Τέλος ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τη μητέρα μου για την αμέριστη συμπαράστασή της καθώς το σύζυγό μου και τα παιδιά μου για την υπομονή που έδειξαν και το κουράγιο που μου έδειναν.

Με Τιμή

Η Σπουδάστρια της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π.  
του τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι

Πάτρας

ΜΑΡΙΑ ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ

## **ΠΕΡΙΟΧΟΜΕΝΑ**

<b>Πρόλογος</b>	<b>6</b>
<b>Κεφάλαιο Α</b>	
1. Επιδημιολογία της Νόσου	7
2. Στοιχεία του αίματος	8
3. Αιμοποίηση	11
<b>Κεφάλαιο Β</b>	
1. Ορισμός	14
2. Ταξινόμηση λευχαιμιών	14
3. Αιματολογική εικόνα	17
4. Παθολογοανατομική εικόνα	19
<b>Κεφάλαιο Γ</b>	
1. Αιτιολογία	21
2. Κλινική εικόνα	24
3. Εργαστηριακός έλεγχος	27
Η Νοσηλευτική στις Οξείες Λευχαιμίες	29
3.1. Γενικά περί Νοσηλευτικής Φροντίδας	29
3.2. Διάγνωση της Νόσου δια του κλινικού και παρακλινικού ελέγχου	31
α. Κλινική εξέταση	31
β. Η νοσηλεύτρια κατά την κλινική εξέταση	33
γ. Διαγνωστικές παρακλινικές εξετάσεις	34
δ. Νοσηλευτική Παρέμβαση στη βιογία μυελού των οστών	36
4. Διαφορική διάγνωση	39
5. Θεραπεία	41
α. Ογκολιτική θεραπεία	41
β. Θεραπεία υποστήριξης	42
γ. Μεταμόσχευση μυελού των οστών	42

5.1 Προβλήματα του ασθενούς και σκοποί της Νοσηλευτικής Παρέμβασης	46
5.2 Συμπτώματα της νόσου και Νοσηλευτική Παρέμβαση	48
5.3 Επιπλοκές της νόσου και Νοσηλευτική Παρέμβαση	52
5.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπείας και Νοσηλευτική Παρέμβαση	55
α. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της Χημειοθεραπείας	56
β. Επιπλοκές ή συμβάντα από μετάγγιση αίματος και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	63
γ. Ακτινοθεραπεία - ανεπιθύμητες ενέργειες	66
6. Πρόγνωση	67
<b>Κεφάλαιο Δ</b>	
1. Αποκατάσταση	68
2. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε ετοιμοδάντο ασθενή που πάσχει από Λευχαιμία	70
<b>Κεφάλαιο Ε</b>	
Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.	74
1. Περίπτωση ασθενούς με οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία (Ο.Μ.Λ.)	74
2. Περίπτωση ασθενούς με οξεία Λεμφοβλαστική λευχαιμία (Ο.Λ.Λ.)	80
<b>Συμπεράσματα</b>	<b>86</b>
<b>Επίλογος</b>	<b>87</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>88</b>

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν ένα από τα συχνότερα αίτια νοσηρότητας και θανάτου στη σύγχρονη εποχή. Αν και η διαγνωστική τους προσπέλαση έχει προοδεύσει τις τελευταίες δεκαετίες δεν έχουν γίνει σημαντικά βήματα στον τομέα της πρόληψης και κυρίως στην θεραπεία. Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη των πασχόντων αποτελεί τον κυριότερο τρόπο βοήθειας.

Στην παρούσα εργασία γίνεται ανασκόπηση των τρεχουσών απόψεων σχετικά με την επίπτωση στην κλινική εικόνα την διαγνωστική μέθοδο, την θεραπεία και την Νοσηλευτική φροντίδα των πασχόντων με Οξεία Λευχαιμία.

Σκοπός της εργασίας είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη Νοσηλευτική Φροντίδα στον ασθενή που πάσχει από Οξεία Λευχαιμία.

Η καλή και ολοκληρωμένη γνώση γύρω από τη φύση της νόσου σημαίνει αποτελεσματικότερη και πιο ολοκληρωμένη παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α**

### **1. Επιδημιολογία της νόσου**

Η θνησιμότητα που έχει ανακοινωθεί για όλους τους τύπους της λευχαιμίας στις Η.Π.Α. αυξήθηκε στο επίπεδο του 6,8% απότομα το χρόνο 1956, από τότε διατηρήθηκε σχετικώς σταθερή.

Η λευχαιμία αποτελεί Παγκόσμια Νόσο. Η ετήσια θνησιμότητα απ' αυτή στις διάφορες χώρες κυμαίνεται από 3-7% κατοίκους. Υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις σκανδιναβικές χώρες και το Ισραήλ και οι χαμηλότερες στη Χιλή και την Ιαπωνία.

Ακόμα μικρότερες τιμές ανακοινώνονται από μερικές χώρες που βρίσκονται στο στάδιο της ανάπτυξης, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται απλώς στην ανεπάρκεια των υγειονομικών υπηρεσιών και τη σφαλερή διάγνωση.

Η ΟΛΛ απαντά στα παιδιά και είναι η συχνότερη των οξείων λευχαιμιών. Αντίθετα η οξεία μυελοβλαστική (μυελογενής) και η οξεία μονοκυτταρική απαντούν στους ενήλικες και είναι κατά πολύ σπανιότερες.

Εχουν ανακοινωθεί κατά καιρούς συρρέουσες περιπτώσεις ή μικροεπιδημίες λευχαιμίας, γεγονός που θα μπορούσε να σημαίνει πιθανή λοιμώδη αιτιολογία. Όμως, πρόσφατες Επιδημιολογικές μελέτες σε καταστάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν ίσως να αντικατοπτρίζουν λοιμώδη τρόπο διασποράς, απέτυχαν στο να ενισχύσουν αυτή την υποψία.

Σε ελάχιστες καλά τεκμηριωμένες περιπτώσεις, λευχαιμική εξαλλαγή εμφανίστηκε σε κύτταρα μυελού που ελήφθησαν από φυσιολογικούς δότες μετά από μεταμόσχευση στους αμφιδελείς αδελφούς τους, οι οποίοι είχαν οξεία λευχαιμία και οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε έντονη χημειοθεραπεία καθώς και σε ακτινοβολία ολόκληρου τυ σώματος πριν από τη μεταμόσχευση μυελού. Όμως αυτό είναι ένα σπάνιο γεγονός.

## **2. Στοιχεία του Αίματος**

Το αίμα είναι το στοιχείο εκείνο με το οποίο γίνεται η ανταλλαγή αερίων και μεταβολιτών μεταξύ των κυττάρων, δηλαδή η χορήγηση  $O_2$  και θρεπτικών υλικών στα κύτταρα και απομάκρυνση απ' αυτά των προϊόντων μεταβολισμού τους και  $CO_2$ . Επίσης βοηθά τη διατήρηση της ισορροπίας του υγρού των ιστών (ομοιόσταση) δηλαδή την ισορροπία νερού και ηλεκτρολυτών στο σώμα, καθώς και για την μεταφορά θερμότητας, αντισωμάτων και αμυντικών κυττάρων.

Τα κύτταρα πλέον μέσα στο πλάσμα που αποτελεί το 56% του όγκου του αίματος. Το αίμα περιέχει περισσότερο από 90% νερό, 7-8% πρωτεΐνες πλάσματος και διάφορα ανόργανα άλατα. Οι πρωτεΐνες του πλάσματος μαζί με τα αμινοξέα των τροφών αποτελούν το σημαντικότερο δομικό υλικό για τα κύτταρα.

**Τα κύτταρα του αίματος:** Τα ερυθροκύτταρα χρησιμεύουν για την μεταφορά των αερίων: τα λευκύτταρα αντιπροσωπεύουν τους αμυντικούς μηχανισμούς. Τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα συμμετέχουν στους μηχανισμούς πήξης του αίματος.

**Ερυθροκύτταρα.** Ο αριθμός τους εξαρτάται από τις ανάγκες του σώματος σε  $O_2$  αλλά και από την επάρκεια του προσλαμβανόμενου  $O_2$ . Το ώριμο ερυθροκύτταρο του ανθρώπου δεν έχει πυρήνα, είναι μεταβλητού σχήματος ομοιογενούς σύστασης και έχει διάμετρο 7,5-8μ. Περισσότερο από 90% των στερεών συστατικών του αποτελούνται από αιμοσφαιρίνη, τη χρωστική του αίματος που περιέχει σίδηρο και στην οποία οφείλεται το ερυθρό χρώμα του αίματος. Περίπου 5-15% των ερυθροκυττάρων είναι διακτυοερυθροκύτταρα δηλαδή άωρα κύτταρα. Ο αριθμός των δικτυοκυττάρων αυξάνει μετά την απώλεια αίματος.

**Ομάδες αίματος.** Το ερυθροκύτταρο περιβάλλεται από το γλυκοκάλυμα, λεπτό στρώμα βλενοπολυσακχαριτών που καθορίζει την ομάδα αίματος.

**Αποδόμηση ερυθροκυττάρων.** Τα ερυθροκύτταρα διατηρούνται στην κυκλοφορία γύρω στις 3-4 εβδομάδες και μετά αποδομούνται στο σπλήνα και στο μυελό των οστών.

**Λευκοκύτταρα.** Ο αριθμός των λευκοκυττάρων ποικίλλει κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αύξηση του αριθμού τους πάνω από  $10.000/\text{mm}^3$  (λευκοκυττάρωση) είναι παθολογική ή ελάττωσή τους κάτω από  $2.000/\text{mm}^3$  (λευκοπενία- ακοκιοκυττάρωση) είναι επίσης παθολογική. Τα λευκοκύτταρα περιλαμβάνουν τα κοκκιοκύτταρα, τα μονοκύτταρα και τα λεμφοκύτταρα.

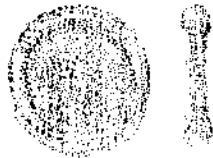
**Κοκκιοκύτταρα.** Είναι τα ουδετερόφιλα λευκοκύτταρα, τα πωσινόφιλα λευκοκύτταρα και τα βασεόφιλα λευκοκύτταρα.

**Αιμοπετάλια (Θρομβοκύτταρα).** Τα αιμοπετάλια διασπώνται εύκολα και ελευθερώνουν θρομβοκινάση, ομάδα ενζύμων για την πήξη του αίματος. Τα αιμοπετάλια έχουν μέγεθος 1-3μ. Δεν έχουν πυρήνα και για αυτό δεν θεωρούνται γνήσια κύτταρα.

*Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση*

---

**A Παράγωγα του ερυθρού μυελού των οστών**



Ερυθροκύτταρα



Λιμποπετάλια  
(θρομβοκύτταρα)



Ουδετερόφιλα  
κοκκιοκύτταρα



Ηωσινόφιλα  
κοκκιοκύτταρα

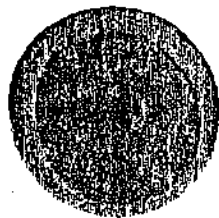


Βασεόφιλα  
κοκκιοκύτταρα

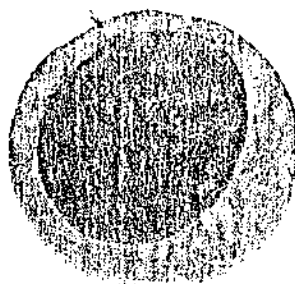


Μονοκύτταρο

**B Παράγωγα των λεμφοκυτταρικών οργάνων**



Μικρό λεμφοκύτταρο



Μεγάλο λεμφοκύτταρο

**Κύτταρα αίματος (κατά Faller)**

### **3. Αιμοποίηση**

Στον ενήλικα η αιμοποίηση γίνεται αποκλειστικά στο μυελό των πλατέων οστών, δηλαδή στις πλευρές, στο στήρνο στα οστά της πυέλου, στα σώματα των σπονδύλων και στα άκρα των μακρών οστών. Σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, όπως π.χ. στη μυελοσκλήρυνση, το ήπαρ και ο σπλήνας μπορεί να αναλάβουν την αιμοποίηση (εξωμυελική αιμοποίηση). Αν και υπάρχουν πολύδύναμα αρχέγονα κύτταρα, ικανά να διαφοροποιηθούν προς την κατεύθυνση οποιασδήποτε από τις κύριες κυτταρικές σειρές, δηλαδή σε ερυθροκύτταρα, κοκκιοκύτταρα και αιμοπετάλια ( και πιθανώς σε λεμφοκύτταρα) κανονικά τα κυτταρικά στοιχεία του αίματος προέρχονται από αρχέγονα κύτταρα του αίματος που παράγουν μια μόνο κυτταρική σειρά.

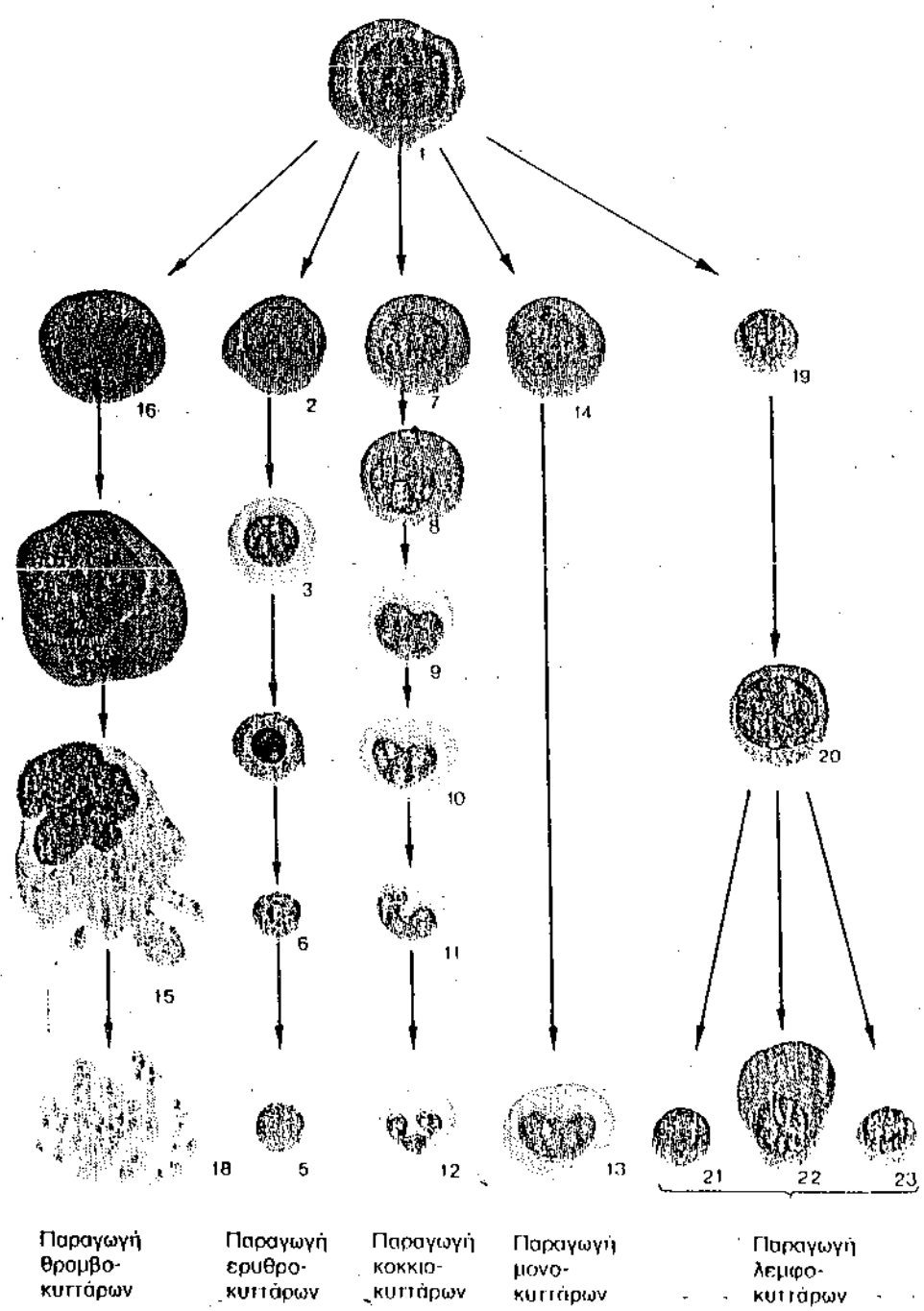
**Το ερυθροκύτταρο.** Η παραγωγή ερυθροκυττάρων απαιτεί επάρκεια αρχέγονων κυττάρων (ερυθροβλάστες), βασικών στοιχείων (σιδήρου,  $B_{12}$  και φυλλικού οξέος) και ορμονών (θυροξίνης, ανδρογόνων). Το κυριότερο ερέθισμα για την ερυθροποίηση είναι η ελάτωση της οξυγόνωσης του αρτηριακού αίματος. Αυτή προκαλεί την απελευθέρωση μιας γλυκοπρωτεΐνης, της ερυθροποιητίνης, από το νεφρικό φλοιό. Η ερυθροποιητίνη πιθανώς δρα σαν ένζυμο και μετατρέπει μια πρωτεΐνη που παράγεται από το ήπαρ σε δραστική ουσία για την αιμοποίηση. Κύρια λειτουργία των ερυθροκυττάρων είναι η μεταφορά του οξυγόνου με την αιμοσφαιρίνη. Το ώριμο ερυθροκύτταρο είναι απύρνηο και έχει περιορισμένη συνθετική ικανότητα. Ο χρόνος ζωής του είναι 100-120 ημέρες (κάθε μέρα παράγονται από το φυσιολογικό μυελό των οστών πάνω από  $200 \times 10^6$  ερυθροκύτταρα). Η μυελική παραγωγή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 6 φορές με επέκταση του αιμοποιητικού ιστού στο λιπώδη μυελό του

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

σκελετού. Είναι έτσι δυνατό να αντιρροπηθεί μία οξεία απώλεια αίματος ή μια αιμόλυση αρκεί να μην υπάρχει έλλειψη των παραγόντων που είναι απαραίτητοι για την ερυθροποίηση. Η καταστροφή των ερυθροκυττάρων γίνεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα όπου διασπώνται οι τέσσερις δακτύλιοι του μορίου της αίμης και παράγονται χολερυθρίνη και χολοπρασίνη που διακινούνται από το ήπαρ, ενώ ο σίδηρος και η σφαιρίνη ξαναχρησιμοποιούνται.

**Το λεμφοκύτταρο.** Τα λεμφοκύτταρα του μυελού των οστών είναι τύπου Β που παράγονται επίσης και στο σπλήνα και στους λεμφαδένες. Τα αρχέγονα Τ λεμφοκύτταρα παράγονται στο μυελό και στην συνέχεια μεταναστεύουν στο θύμα όπου διαφοροποιούνται και κατόπιν στο σπλήνα, στους λεμφαδένες και στο μυελό ως ώριμα Τ κύτταρα με ολοκληρωμένη λειτουργικότητα. Τα λεμφοκύτταρα είναι γενικά πολύ περισσότερο μακρόβια από τα άλλα κύτταρα του μυελού και μπορούν να ζήσουν για χρόνια.

Ανεπάρκεια του μυελού των οστών μπορούν να προκαλέσουν δύο τύπων βλάβες: εκείνες που επηρεάζουν την ικανότητα διαφοροποίησης των αρχέγονων κυττάρων και εκείνες που αλλοιώνουν το μικροπεριβάλλον του μυελού.



**Αιμοποίηση**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β**

### **1. Ορισμός**

Οι οξείες λευχαιμίες είναι παθήσεις στις οποίες υπάρχει ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (βλαστών) στο μυελό των οστών και αντικατάσταση των φυσιολογικών μυελικών κυττάρων. Οι βλάστες συνήθως αλλά όχι πάντα εμφανίζονται και στο περιφεριακό αίμα.

### **2. Ταξινόμηση λευχαιμιών**

Οι οξείες λευχαιμίες διαιρούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ) ή (ALL) και στην οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία (ΟΜΛ) ή (ANLL) που παρατηρούνται η πρώτη κυρίως σε παιδιά και η δεύτερη κυρίως σε ενήλικες, αν και περίπου 20% των λευχαιμιών των ενηλίκων είναι λεμφοβλαστικού τύπου. Η διάκριση των δύο τύπων έχει μεγάλη σημασία, διότι τόσο η φυσική πορεία όσο και η θεραπεία τους διαφέρουν. Η διάκριση βασίζεται κυρίως στην μορφολογία του μυελού των οστών, αλλά και σε ιστοχημικές χρώσεις και σε γνωρίσματα (δείκτες) του κυτταροπλάσματος και της επιφάνειας των βλαστών. Κατά την χρωμοσωμική ανάλυση των κυττάρων της οξείας λευχαιμίας δεν διαπιστώνεται η ύπαρξη κάποιας σταθερής διαταραχής αν και περιγράφονται διάφοροι ανώμαλοι καρυότυποι.

Η ετερογένεια που παρουσιάζουν και οι δύο μεγάλες κατηγορίες της οξείας λευχαιμίας οδήγησε στην μελέτη τους από μια ερευνητική ομάδα Γάλλων, Αμερικάνων και Βρετανών (FAB) (πίνακας 1) η οποία προσφάτως παρουσίασε μια κατάταξη των παθήσεων αυτών σε υποδιερέσεις που έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην μελέτη και στην θεραπεία τους. Έτσι οι μορφολογικοί υπότυποι της ΟΜΛ έχουν σχετικά σαφείς κλινικές σχέσεις



### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

με διάφορα νοσηρά σύνδρομα. (πίνακας 2) Οι λεμφοβλαστικές λευχαιμίες υποδιαιρούνται σε τρεις ομάδες (L1, L2, L3) με βάση το κυτταρικό μέγεθος, τον τύπο της χρωματίνης του πυρήνα, το σχήμα του πυρήνα, τα πυρήνια, την ποσότητα και την βασεοφιλία του πρωτοπλάσματος και τέλος την έκταση σχηματισμού κενοτοπίων στο πρωτόπλασμα.

Οι οξείες μυελογενείς λευχαιμίες υποδιαιρούνται σε έξι τύπους (M1 έως M6) που καθορίζονται σύμφωνα με την κατεύθυνση διαφοροποίησης και το βαθμό ωριμάνσεως.

Οι τύποι από M1 έως M3 εμφανίζουν κυρίως κοκκιοκυτταρική διαφοροποίηση και διαφέρουν ο ένας από τον άλλων έως προς το βαθμό ωριμάνσεώς τους. Ο τύπος M4 (μυελομονοκυτταρική λευχαιμία) χαρακτηρίζεται από κοκκιοκυτταρική και μονοκυτταρική διαφοροποίηση.

Στον τύπο M5 (μονοκυτταρική λευχαιμία) προεξάρχει κυρίως ή μονοκυτταρική διαφοροποίηση. Περιγράφονται δύο υπότυποι:

- a) Ο ελάχιστα διαφοροποιημένος (μονοβλαστικός) και
- β) Ο αδιαφοροποίητος στον οποίο υπάρχουν και μονοβλάστες και ωριμότερα κύτταρα της μονοκυτταρικής σειράς.

Στον τύπο M6 (ερυθρολευχαιμία) η ερυθροποιητική συνιστώσα υπερβαίνει συνήθως το 50% των εμπύρηνων κυττάρων στο μυελό των οστών, ενώ στο αίμα μπορεί να υπάρχουν και ερυθροβλάστες.

Ανάμεσα στους έμπειρους μορφολόγους, υπάρχει συνήθως λογικά απόλυτη συμφωνία στην αναγνώριση των μορφολογικών υπότυπων της οξείας λευχαιμίας. Απόλυτη διάκριση μεταξύ της ΟΛΛ και της ΟΜΛ μπορεί να γίνει από έμπειρους μορφολόγους στο 90% περίπου των περιπτώσεων.

**Πίνακας 1: Γαλλο-Αμερικανο-Βρετανική (FAB) ταξινόμηση της οξείας λευχαιμίας**

---

**Οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία**

M<sub>1</sub>-Οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία χωρίς διαφοροποίηση

M<sub>2</sub>-Οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία με διαφοροποίηση  
(επικράτηση μυελοβλαστών και προμυελοκυττάρων)

M<sub>3</sub>-Οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία

M<sub>4</sub>-Οξεία μυελομονοκυτταρική λευχαιμία

M<sub>5</sub>-Οξεία μονοκυτταρική λευχαιμία

M<sub>6</sub>-Ερυθρολευχαιμία

**Οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία**

L<sub>1</sub>-Επικράτηση "μικρών" κυττάρων (μεγέθους διπλάσιου του φυσιολογικού λεμφοκυττάρου) με ομοιογενή κυτταρικό πληθυσμό.

L<sub>2</sub>-Κύτταρα μεγαλύτερα των L<sub>1</sub>, κυτταρικός πληθυσμός περισσότερο ετερογενής

L<sub>3</sub>-Μεγάλα κύτταρα, "τύπου Burkitt", με άφθονο κενοτοπιώδες κυτταρόπλασμα

---

### 3. Αιματολογική εικόνα

Υπάρχει σαφής ένδειξη, ότι η ΟΛ αρχίζει συνήθως με το μετασχηματισμό ενός μόνο στελεχούς αιμοποιητικού κυττάρου. Η φύση της μοριακής βλάβης (βλαστών) που είναι υπεύθυνη για τις νεοπλαστικές ιδιότητες του μετασχηματισμένου κυττάρου είναι ασαφής, αλλά η κρίσιμη διαταραχή είναι ενδογενής και κληρονομούμενη από την γενιά του κυττάρου αυτού.

Η συσώρευση των λευχαιμικών βλαστών, καταστέλει τα φυσιολογικά αρχέγονα κύτταρα του αιμοποιητικού με άγνωστους μηχανισμούς προς το παρόν. Η καταστολή των φυσιολογικών αρχέγονων κυττάρων του αιμοποιητικού ιστού έχει δύο σημαντικά επακόλουθα:

- α) Οι κύριες εκδηλώσεις στις ΟΛ, οφείλονται στην προκύπτουσα αναιμία, λευκόπενία και δρόμβοπενία.
- β) Ο σκοπός της θεραπείας είναι η ελάτωση του του πληθυσμού των βλαστών σε τέτοιο βαθμό ώστε να επιτραπεί στα φυσιολογικά αρχέγονα κύτταρα να αναλάβουν και υποεριοχύσουν των λίγων λευχαιμικών βλαστών που επέζησαν.

Σε αρρώστους που πριν τη θεραπεία έχουν αναγνωρίσιμες καριοτυπικές ανωμαλίες στα λευχαιμικά τους κύτταρα και στους οποίους έχουν εκτελεστεί σειρές από κυτταρογενετικές μελέτες, έχει παρατηρηθεί εξαφάνιση των ανώμαλων μεταφάσεων στη διάρκεια των υφέσεων που προκαλούνται από τα φάρμακα. Όταν επέλθει υποτροπή, η αρχική ανώμαλη λευχαιμική σειρά επανεμφανίζεται. Το γεγονός της λευχαιμικής μετατροπής μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο των προγονικών σειρών των κυττάρων. Εάν η μεταμόρφωση συμβεί σ' ένα πρόδρομο κύτταρο

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

με ικανότητα διαφοροποίησης προς πρόδρομες μορφές και του ερυθροκυττάρου και του κοκκιοκυττάρου τότε θα προκύψει ερυθρολευχαιμία, ενώ αν η μεταμόρφωση συμβεί σ'ένα πρόδρομο κύτταρο που ήδη είναι εκτεθειμένο σε κοκκιοκυτταρική διαφοροποίηση, η λευχαιμία που θα προκύψει θα είναι μυελοβλαστική.

Επίσης έχουν περιγραφεί διπλοφαινοτυπικές λευχαιμίες που αποτελούνται από μεικτές υποομάδες πληθυσμού λεμφοβλαστών και μυελοβλαστών ή μονοβλαστών.

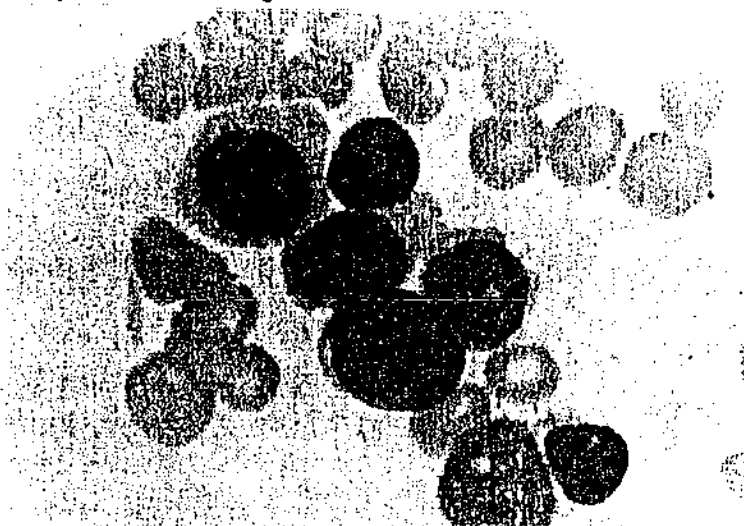
Σημαντικό χαρακτηριστικό της λευχαιμικής καταστάσεως είναι ότι λευχαιμικά κύτταρα είναι σχετικά αδρανή στην επίδραση των φυσιολογικών ρυθμιστικών μηχανισμών οι οποίοι διατηρούν το μέγεθος των φυσιολογικών αιμοποιητικών διαμερισμάτων μέσα σε στενά όρια. Συνέπεια αυτού είναι ότι τα λευχαιμικά κύτταρα συνεχίζουν να πολλαπλασιάζονται, μολονότι αργά μερικές φορές, και φθάνουν συχνά σε πολύ υψηλότερες πυκνότητες πληθυσμού απ' όσο τα αιμοποιητικά κύτταρα σε φυσιολογικά άτομα.

#### 4. Παθολογοανατομική εικόνα

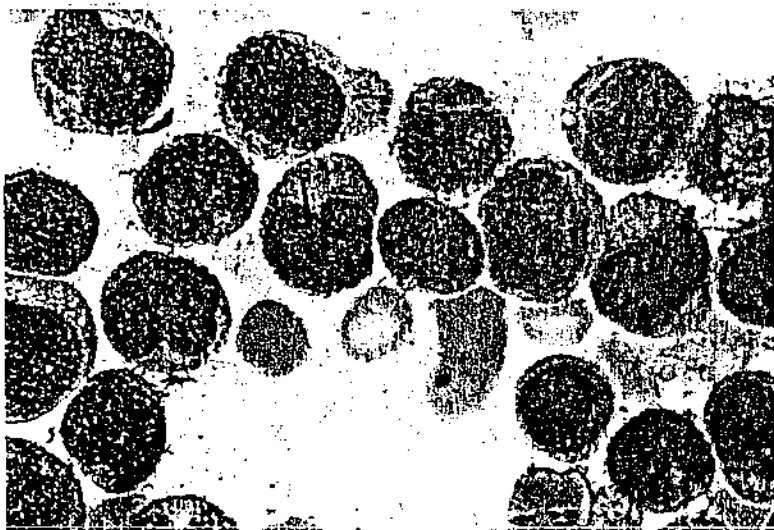
Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των λευχαιμιών περιλαμβάνουν δύο κατηγορίες.

- α) Τα ειδικά κυτταρολογικά γνωρίσματα κάθε τύπου λευχαιμίας που παρατηρούνται σε επιχρίσματα περιφερικού αίματος και σε υλικό παρακέντησης μυελού των οστών.
- β) Τις ιστικές αλλοιώσεις που είναι κοινές για όλες τις λευχαιμίες.

Στις Ο.Λ. πα παρατηρείται εκτεταμένη αντικατάσταση του φυσιολογικού μυελού των οστών από βλάστες, με συνέπεια καταστολή της φυσιολογικής αιμοποίησης που οδηγεί σε αναιμία, θρομβοκυτοπένια και λευκοπενία. Άλλοι ιστοί, συγκεκριμένα οι λεμφαδένες, ο σπλήνας, το δέρμα και το Κ.Ν.Σ. μπορούν επίσης να προσβληθούν. Η διήθηση των οστών και των μαλακών ιστών λαμβάνει τη μορφή νεοπλασματικών μαζών που λέγονται χλωρώματα. Οι μάζες αυτές εμφανίζονται και μέσα στο οστόν, είτε περιοριστικά σε οποιοδήποτε σημείο του σκελετού αλλά πιο συχνά στο κρανίο. Όταν πρωτοεξετάζονται εμφανίζουν ένα ανοικτό πράσινο χρώμα, λόγω παρουσίας μυελουπεροξειδάσης, το οποίο εξαφανίζεται ταχέως καθώς η χρωματοφόρος αυτή ουσία οξειδώνεται.



Μυελος επί οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας



Μυελός επί οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας μετά ραβδίων Auer



Μυελός επό οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας. Διακρίνονται ράβδια Auer

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ**

### ***I. Αιτιολογία***

Η αιτιολογία της λευχαιμίας παραμένει ακόμη άγνωστη, ορισμένοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι:

1. Ιονίζουσα ακτινοβολία
2. Χημικοί παράγοντες
3. Κληρονομικοί παράγοντες
4. Ιοί

**α. Ιονίζουσα ακτινοβολία:** Εκθέτει σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας (δηλαδή πάνω από 100 rads) συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα ΟΛΛ και ΟΜΛ. Όταν η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με χημειοθεραπεία ο κίνδυνος ανάπτυξης ΟΜΛ είναι μεγάλος. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα ενδείξεις, ότι οι δόσεις της ακτινοβολία που χρησιμοποιούνται στην ακτινοδιαγνωστική μπορούν να προκαλέσουν λευχαιμία στον ενήλικα, εκτός από τις περιπτώσεις υπερβολικής εκθέσεως, όπως συνέβαινε πιο παλιά με τους ακτινολόγους που εργάζονταν χωρίς κατάλληλη προστασία.

Η έκθεση του εμβρύου στις διάφορες ακτινοδιαγνωστικές διαδικασίες κατά τη διάρκεια της κύησης φαίνεται ότι μπορεί να συνεχιστεί με ελεφρά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμίας κατά την παιδική ηλικία, η έκταση όμως του κινδύνου αυτού δεν έχει καθοριστεί. Συζητείται επίσης κατά πόσο η ακτινοβολία της μητέρας πριν από τη σύλληψη του εμβρύου αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης λευχαιμίας στα παιδιά που γεννιούνται αργότερα.

**β. Χημικοί παράγοντες.** Οι λευχαιμίες που εμφανίζονται μετά από έκθεση σε χημικούς παράγοντες είναι συνήθως του τύπου οξείας ή χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας μάλλον παρά του λεμφοκυτταρικού τύπου. Η επαγγελματική έκθεση στο βενζόλιο και πιθανώς σε άλλες χημικές ουσίες συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα ανάπτυξης λευχαιμίας.

Ορισμένα φάρμακα όπως η χλωραμφαινικόλη ή φαινυλβουταζόνη, που είναι γνωστό ότι προκαλούν καταστολή του μυελού, πιθανώς να προκαλούν λευχαιμία. Οι αλκυλιωτικοί παράγοντες και μερικά άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη χημειοθεραπεία του καρκίνου πιθανώς να προκαλούν λευχαιμία στον άνθρωπο.

Ασθενείς με λεμφώματα, πολλαπλό μυέλωμα και άλλους τύπους καρκίνου που ζουν για αρκετό χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία τους, για τον πρωτογενή καρκίνο με κυτταροτοξικά φάρμακα, εμφανίζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο λευχαιμίας.

**γ. Κληρονομικοί παράγοντες.** Οι ασθενείς με σύνδρομο Down, ελάττωμα χαρακτηριζόμενο από τρισωμία του χρωμοσώματος 21, έχουν περίπου δώδεκα φορές υψηλότερη επίπτωση ΟΛ από αυτήν που αναμένεται σε συγκρίσιμες ηλικιακές ομάδες του γενικού πληθυσμού. Η επίπτωση του συνδρόμου Down αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία της μητέρας.

Αριθμός άλλων συγγενικών καταστάσεων συνοδεύεται επίσης από αυξημένη επίπτωση λευχαιμίας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η απλαστική αναιμία Fanconi, το σύνδρομο Bloom, η αταξία-τελαγγειεκτασία, το σύνδρομο Patou ή τρισωμία D, το σύνδρομο Wiskott-Aldrich, η συγγενής



Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

φυλοσύνδετη αγαμμασφαιριναιμία και η ακκοκιοκυττάρωση του Kostmann.

Η οικογενής λευχαιμία είναι σπάνια, αλλά έχουν ανακοινωθεί μερικές κατά τα άλλα φυσιολογικές οικογένειες, στις οποίες έχουν παρουσιαστεί πολλαπλές περιπτώσεις στη διάρκεια μιας ή περισσότερων γενεών. Τα κατά τ'άλλα φυσιολογικά αμφιθαλή αδέλφια και τα δίδυμα αδέλφια λευχαιμικών παιδιών παρουσιάζουν ελαφρά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμίας. Όταν ένας μονοζυγώτης δίδυμος εμφανίσει ΟΛ, ο άλλος έχει περίπου 20% πιθανότητα να εμφανίσει επίσης τη νόσο.

**δ. Ιοί.**

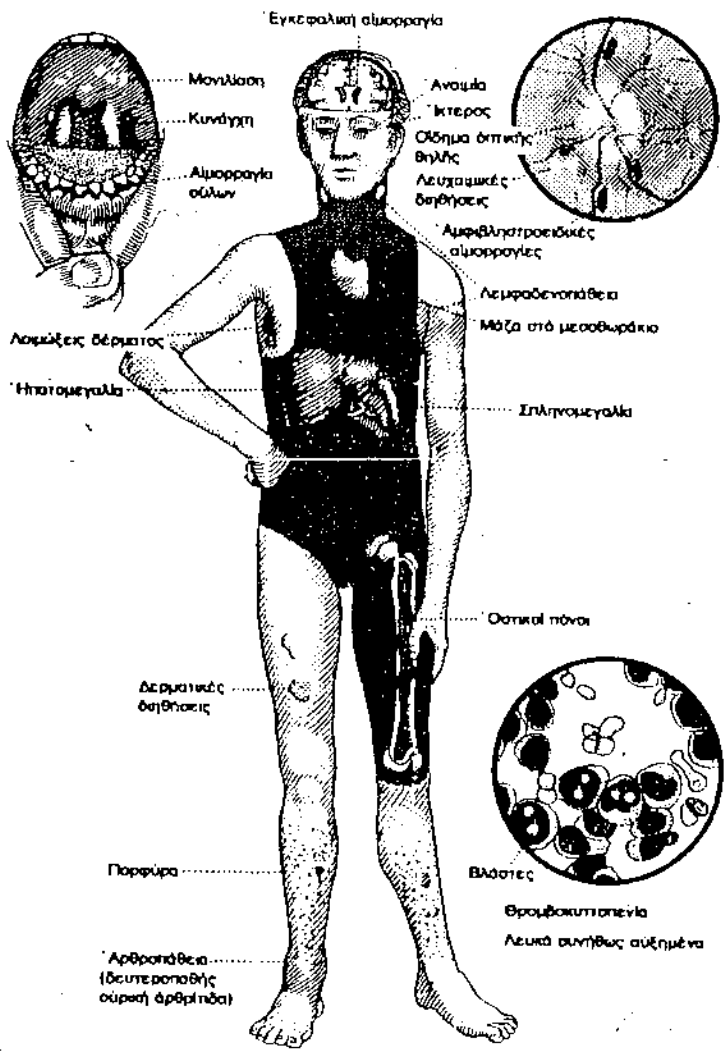
- α) Οι τύπου C-RNA ογκογόνοι ιοί προκαλούν λευχαιμία σε πολλά είδη ζώων, συμπεριλαμβανομένων των πιθήκων, ανάλογο όμως δεν έχει τεκμηριωθεί για τον άνθρωπο.
- β) Σε λευχαιμικούς ιστούς έχει ανιχνευθεί σωματίδιο που μοιάζει με ιό.
- γ) Σε λευχαιμικά κύτταρα ανθρώπου έχουν ανευρεθεί μόρια που σχετίζονται με μερικούς τύπους C-RNA.
- δ) Η πιο σταθερή ένδειξη για τον αιτιολογικό ρόλο των ιών στην ανάπτυξη λευχαιμιών είναι η πρόσφατη απομόνωση ενός HTLV ιού σε καλλιέργειες λευχαιμικών κυττάρων και η ανίχνευση Abs εναντίον του HTLV στον ορό ασθενών.

## **2. Κλινική εικόνα**

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει η οξεία λευχαιμία είναι, έντονη καταβολή, υψηλό πυρετό και αιμοραγία ή η έναρξη μπορεί να είναι ύπουλη, με προοδευτική αδυναμία, χαμηλό πυρετό, μικρά επεισόδια αιμορραγικής διαθέσεως ή υποτροπιάζουσες λοιμώξεις. Μερικές φορές δεν υπάρχει κανένα πρόδρομο σύμπτωμα και η διάγνωση γίνεται στη διάρκεια έρευνας για την εξακρίβωση της αιτίας κάποιας μηνορραγίας ή υπερβολικής αιμορραγίας μετά από κάποια οδοντιατρική πράξη. Είναι ενδεχόμενο να μην αποκαλύπτονται παθολογικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση ή αντίθετα να υπάρχουν πολλά τέτοια ευρήματα. Η διόγκωση των αμυγδαλών, των λεμφαδένων και του σπληνός είναι συνήθως εύρημα ειδικά στην ΟΛΛ και μπορεί να προκληθούν έμφρακτα του σπληνός υποκάμια αιμορραγία και σπανίως ρήξη του σπλήνα. Το ήπαρ και οι νεφροί ευρίσκονται επίσης συχνά διογκωμένα λόγω της λευχαιμικής διήθησεως. Η λευχαιμική διήθηση των ούλων, του δέρματος και άλλων ιστών είναι ιδιαίτερα συχνή στην μονοκυτταρική λευχαιμία. Εντοπισμένες νεοπλασματικές μάζες με πρασινωπή εμφάνιση (τα χλωρώματα) απαντούν μερικές φορές στο δέρμα τους οφθαλμικούς κόγχους ή άλλους ιστούς, στις κοκκιοκυτταρικές μορφές λευχαιμίας. Αιμορραγία συμβαίνει συνήθως στο γαστρεντερικό σωλήνα τον πνεύμονα και το εσωτερικό του κρανίου. Η θρομβοφλεβίτιδα και οι άλλες θρομβοεμβολικές διαταραχές είναι συχνές.

Οπουδήποτε στο γαστρεντερικό σωλήνα μπορεί να συμβεί νεοπλασματική διήθηση, εγκολασμός, αιμορραγία, λοίμωξη ή διάτρηση.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση



Ευρήματα οξείας λευχαιμίας

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Συχνά υπάρχει ευαισθησία του στέρνου και μπορεί να υπάρχει επίσης έντονο άλγος και ευαισθησία πολλών οστών και αρθρώσεων που οφείλονται σε οστικά έμφρακτα. Τα άλγη των οστών και αρθρώσεων είναι ιδιαίτερα συνήδη σε παιδιά με ΟΛΛ και μπορεί να διαγνωστούν λανθρασμένα ως ρευματοειδής αρθρίτιδα. Μερικές φορές παρατηρείται ανορεξία, απώλεια βάρους και ελάττωση της μυϊκής μάζας.

Τα νευρολογικά ευρήματα είναι ασυνήδη τη στιγμή της πρώτης εκδηλώσεως. Μπορεί να υπάρχει διήθηση των περιφεριακών νεύρων και των ριζών των νωπιαίων νεύρων. Επίσης μπορεί να υπάρχουν βαριά συμπτώματα που οφείλονται σε ενδοκρανιακή αιμορραγία, μεταξύ των οποίων είναι η κεφαλαλγία, ο έμετος, οι επιληπτικές κρίσεις, οι οπτικές διαταραχές και η αυχενική δυσκαμμία.

Ασθενείς με ΟΛΛ μπορεί να εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της νόσου λευχαιμική μηνιγγίτιδα που οφείλεται σε διήθηση της αραχνοειδής μήνιγγας. Εάν δεν ληφθούν, προφυλακτικά μέτρα, όπως η ενδορραχιαία χημειοθεραπεία ή η ακτινοβολία της κεφαλής.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η λευχαιμική διήθηση του υποθαλάμου μπορεί να προκαλέσει υπερφαγία, παχυσαρκία και διαταραχές της συμπεριφοράς. Μερικές φορές παρατηρείται επίσης παθολογική έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης ή γνήσιος άποιος διαβήτης.

### **3. Εργαστηριακός έλεγχος**

**α) Εξετάσεις αίματος.** Συνήθως υπάρχει κάποιος βαθμός αναιμίας, η οποία οφείλεται γενικά στη μειωμένη παραγωγή ερυθροκυττάρων, αν και μερικές φορές η αιμορραγία μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Η βαριά αιμολυτική αναιμία είναι σπάνια και η άμεση δοκιμασία Coombs είναι συνήθως αρνητική. Τα δικτυοκύτταρα είναι μειωμένα και τα ερυθροκύτταρα είναι συνήθως ορθοχρωματικά και ορθοκύτταρικά. Οι μεγαλοβλαστικές μεταβολές δεν διορθώνονται με τη χορήγηση βιταμίνης B<sub>12</sub> ή άλλων διατροφικών παραγόντων και φαίνεται πιθανό, ότι οι παθολογικοί ερυθροβλάστες σε αυτούς τους αρρώστους αποτελούν μέρος του λευχαιμικού πληθυσμού.

Ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι συνήθως μέτρια ή πολύ μειωμένος. Οι αιμορραγικές διαθέσεις σχετίζονται συνήθως με το βαθμό της θρομβοπενίας. Όταν η αιμορραγία συμβαίνει σε περιπτώσεις ασθενών με ικανοποιητικό αριθμό αιμοπεταλίων, τα αιμοπετάλια είναι συχνά ανώμαλα, λειτουργούν μειονεκτικά και μπορεί να προέρχονται από μεγακαρυοκύτταρα. Διάφορες διαταραχές της πηκτικότητας συμβαίνουν, από τις οποίες συχνότερη και σοβαρότερη είναι η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (DIC). Το ινωδογόνο και ο παράγοντας VIII της πήξης είναι αυξημένα.

Πολλές διαταραχές μπορεί να συμβούν στην διάρκεια της νόσου, οφειλόμενες σε σπυαιμία, ένδεια θρεπτικών ουσιών καθώς και σε μερικά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της λευχαιμίας (π.χ. L-ασπαραγινάση)

Συχνά υπάρχει ουδετεροπενία. Η βαρύτητά της σχετίζεται με την έκταση της διηθήσεως του μυελού από τα λευχαιμικά κύτταρα καθώς και με την παρουσία λοιμώξεως.

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

Ο αριθμός των λευχαιμικών κυττάρων στο περιφερικό αίμα μπορεί να ποικίλλει από κανένα κύτταρο μέχρι 1 εκατομμύριο ανά  $\text{mm}^3$  και μόνο σ'ένα 15% βρίσκονται πάνω από 100.000 ανά  $\text{mm}^3$ .

**2. Εξέταση του μυελού των οστών.** Έχει βασική σημασία. Στις αλευχαιμικές μορφές είναι ο μόνος τρόπος για να γίνει η διάγνωση. Η πραγματική κυτταρολογική φύση των κυττάρων μπορεί να αναγνωριστεί μόνο μ'αυτή την εξέταση.

Η αναλογία των βλαστών μπορεί να πλησιάσει το 100%. Θα πρέπει να γίνουν κατάλληλες ιστοχημικές χρώσεις για τη διάκριση μεταξύ οξείας λεμφοβλαστικής και οξείας μυελογενούς λευχαιμίας (πίνακας 2). Οι βλάστες της λεμφικής σειράς δίνουν π.χ. θετική αντίδραση PAS ενώ της μυελογενούς σειράς την αντίδραση της υπεροξειδάσης.

**Πίνακας 2: Εργαστηριακά στοιχεία που βοηθούν στην διάκριση μεταξύ οξείας μυελοβλαστικής και οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας**

	Οξεία Μυελοβλαστική	Οξεία Λεμφοβλαστική
1. Μορφολογία των λευχαιμικών βλαστών	Κυτταροπλασματικά κοκκία ενδεχομένων ραβδία του Auer Πολλά πυρήνια Υποδιαιρέσεις FAB (βλ. Πίνακα 1): $M_1$ - $M_6$	Απουσία κοκκίων κυτταρόπλασμα βασεόφιλο  Υποδιαιρέσεις FAB: $L_1$ - $L_3$
2. Ιστοχημικά γνωρίσματα	Αντίδραση μυελοϋπεροξειδάσης θετική	Αντίδραση μυελοϋπεροξειδάσης αρνητική χρώση PAS θετική
3. Κυτταροπλασματικά γνωρίσματα	-	Θετική αντίδραση τελικής δεσοξυνουκλεοτιδυλικής μεταφοράς (TDT)
4. Επιφανειακοί δείκτες (σε % των περιπτώσεων)	-	Δείκτες κυττάρων B(5%) Δείκτες κυττάρων T(15-20%) Κοινό αντιγόνο (CALLA) (50-65%)

\* Γραμμική συρροή κυτταροπλασματικών κοκκίων που χρωματίζονται ρόδινα με τη χρώση Wright

... Αντίδραση υπερωξειδικού οξέος - Schiff (Peridic Acid - Schiff)

... CALLA=Common Acute Lymphoblastic Leukemia Antigen (κοινό αντιγόνο της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας)

**3. Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις.** Η παραγωγή ουρικού οξέως είναι συχνά αυξημένη σε αρρώστους με μεγάλο αριθμό λευχαιμικών κυττάρων.

Το επίπεδο στο ορό και η απέκριση στα ούρα του ουρικού οξέως μπορεί να αυξηθεί μετά από θεραπεία με κυτταροτοξικά φάρμα. Τα επίπεδα του φωσφόρου και καλίου στον ορό και στα ούρα μπορεί να είναι επίσης αυξημένα καθώς και να εμφανιστεί υποφωσφαταιμία και υποκαλιαιμία. Τα επίπεδα της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) μπορεί να είναι αυξημένα σε μερικούς τύπους της ΟΜΛ. Τα επίπεδα της λυσοζύμης στον ορό και ούρα είναι συχνά αυξημένα στην οξεία μονοκυτταρική λευχαιμία.

Τα επίπεδα της πρωτεΐνης δεσμεύσεως της Βιταμίνης  $B_{12}$  στον ορό καθώς και της ελεύθερης βιταμίνης  $B_{12}$  μπορεί να είναι υψηλά στην οξεία κοκκιοκυτταρική λευχαιμία.

(Το ΕΝΥ μπορεί να παρουσιάζει αυξημένη πίεση, υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης και να περιέχει λευχαιμικά κύτταρα.)

## ***Η Νοσηλευτική στις οξείες λευχαιμίες***

### **3.1. Γενικά περί νοσηλευτικής φροντίδας**

Από τη στιγμή που ο ασθενής εισάγεται στην κλινική για την αντιμετώπιση του προβλήματος του μέχρι την τακτοποίηση και την έναρξη της θεραπείας μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα, κρίσιμο για την παραπέρα εξέλιξη της υγείας και της προσαρμογής του ατόμου.

Ο ασθενής που για πρώτη φορά μπαίνει στο νοσοκομείο αισθάνεται μόνος, βρίσκεται σ' ένα περιβάλλον άγνωστο, που συνήθως προκαλεί αποστροφή και φόβο μια και η παραμονή στο νοσοκομείο συνδέεται σχεδόν πάντα με πόνο, ταλαιπωρία και με το άγχος του θανάτου. Για τον περιορισμό

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

αυτών των συναισθημάτων επιβάλλεται να καταβληθεί προσπάθεια από όλο το προσωπικό και ιδιαίτερα το Νοσηλευτικό.

Πρέπει να γνωρίζει την επίδραση των πρώτων εντυπώσεων πάνω στην ψυχοσύνδεση, και τις αντιδράσεις του νεού ασθενή και να τον αντιμετωπίζει με προσοχή και υπευθυνότητα. Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι κοινωνικό όν και δεν αγαπά την απομόνωση. Η ασθένεια τον παίρνει από ένα εύθυμο περιβάλλον και τον μεταφέρει σ' ένα θλιβερό και ασυνήθιστο στο οποίο αισθάνεται ανίκανος και μόνος και ενώ πριν λίγο ήταν ένα ζωντανό και ενεργητικό μέλος της κοινωνίας, τώρα πρέπει να δεχθεί το ρόλο του εξαρτημένου ανθρώπου. Αυτός ο ασθενής έχει ανάγκη να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του και να αναγνωριστεί σαν άτομο, σαν ιδιαίτερη προσωπικότητα. Η Νοσηλεύτρια διαποτισμένη η ίδια από την πίστη στην αξία της προσωπικότητας και της ακεραιότητας του ανθρώπου, επιδιώκει να ικανοποιήσει αυτή την ανάγκη του αρρώστου και να βοηθήσει την οικογένειά του να αισθανθεί την ανάγκη της συγκεκριμένης συνεισφοράς στη θεραπεία και γρήγορη ανάρρωση του αρρώστου της.

Ο κάθε άνθρωπος συνήθως θέλει να γνωρίζει τι του συμβαίνει και δεν ικανοποιείται όταν παίρνει σύντομες ή αόριστες πληροφορίες.

Καθήκον της Νοσηλεύτριας είναι να μεταδώσει χρήσιμες γνώσεις σε θέματα της αρμοδιότητά της. Για να διδάξει σωστά και αποτελεσματικά τον άρρωστο της πρέπει να έχει πολλές γνώσεις πάνω στο θέμα για να μπορεί να μεταφέρει τις γνώσεις αυτές στο επίπεδο κάθε ασθενούς. Η μη ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς δημιουργεί φόβους, ανησυχίες, ερωτηματικά και έτσι χάνεται η εμπιστοσύνη του στους ανθρώπους στους οποίους έχει εμπιστευθεί το πιο πολύτιμο αγαθό την υγεία του.



Είναι πρακτικά αδύνατο με τα σημερινά δεδομένα να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες του ασθενούς, πρέπει όμως να γίνονται ευσυνείδητη προσπάθεια για την αντιμετώπιση και ικανοποίηση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών του, στην πιο κρίσιμη περίοδο της ζωής του μέσα στα πλαίσια του Νοσηλευτικού λειτουργήματος

### **3.2. Διάγνωση της νόσου διά του κλινικού και παρακλινικού ελέγχου**

Πρίν από την κλινική και παρακλινική εξέταση προηγείται η πλήρης λήψη του ιστορικού του προς εξέταση ατόμου.

Πηγές πληροφοριών	α. Άρρωστος β. Μέλη της οικογένειας γ. Διάφορα άλλα άτομα του περιβάλλοντος δ. Ιατρικά δελτία
Ιστορικό υγείας	α. Υποτροπή λοίμωξης ή πρόσφατες λοιμώξεις β. Έκθεση του αρρώστου σε τοξικές ουσίες ή σε ραδιενέργεια. γ. Ανορεξία, απώλεια βάρους δ. Λήθαργος, κόπωση, κακουχία ε. Μώλωπες που δημιουργούνται εύκολα, ρινορραγίες, ουλορραγίες ή εκχυμώσεις στ. Πόνο (οστά και κοιλιακή χώρα) ζ. Οικογενειακό ιστορικό σχετικά με χρόνια νοσήματα, καρκίνο, θάνατο.

#### **α. Κλινική Εξέταση**

Αυτή γίνεται με την χρησιμοποίηση των αισθήσεων της όρασεως, αφής, ακοής και αποσκοπεί στη διάγνωση της νόσου.

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Οι φυσικές ικανότητες των αισθήσεων πολλές φορές μεγεθύνονται με τη χρησιμοποίηση ειδικών οργάνων ή μηχανημάτων. Κατά την κλινική εξέταση σαν μέθοδος χρησιμοποιείται η επισκόπηση, η ψηλάφηση, η επίκρουση και η ακρόαση.

Μια πλήρης εκτίμηση όλων των συστημάτων και μια πλήρης αξιολόγηση της γενικής υγείας είναι απαραίτητο να γίνει σ' όλους τους αρρώστους.

1. Εύκολη κόπωση και γενική κακουχία, διάρκειας πολλών μηνών, ωχρότητα δέρματος λόγω αναιμίας που οφείλεται στην καταστολή της ερυθροποίησης και στις αιμορραγίες.
2. Πυρετός, είναι συχνός στην οξεία λευχαιμία. Στο 50% των αρρώστων υπεύθυνος για τον πυρετό αποδεικνύεται κάποιος λοιμώδης παράγοντας ενώ στους υπόλοιπους είναι άγνωστος αιτιολογός.
3. Πετέχειες και εκχυμώσεις του δέρματος και της στοματικής κοιλότητας είναι συχνές λόγω θρομβοπενίας παρατηρούνται επίσης εκτεταμένες ελκωτικές και νεκρωτικές εξεργασίες του στόματος και του φάρυγγα.
4. Ουλοραγία, ρινορραγία, αιμορραγία από το πεπτικό και το ουροποιητικό καθώς και τον κόλπο λόγω θρομβοπενίας.

Αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς δυνατόν να προκαλέσουν τύφλωση και η αιμορραγία του αυτιού κώφωση. 5. Οστικοί πόνοι και αδραλγίες λόγω λευχαιμικής διήθησης των οστών και αρθρίτιδα που οφείλεται στη υπερουρικαιμία.

Ευαισθησία τυ στέρνου συχνά παρατηρείται σε αυτούς τους αρρώστους. Οι άρρωστοι παραπονούνται για πόνο στο σημείο της πίεσης του στέρνου.

6. Διόγκωση σπλήνα, ήπατος και λεμφαδένων.

7. Ταχυκαρδία, καρδιακό φύσημα, απώλεια βάρους, δύσποινα μετά από κόπωση, μη ανοχή στη θερμότητα λόγω αυξημένου μεταβολισμού.
8. Βήχας, ρόγχοι, ταχύπνοια, μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι.
9. Λευχαιμική διήθηση του δέρματος.
10. Νευρολογικές εκδηλώσεις λόγω αιμορραγίας και λευχαιμικής διήθησης του Κ.Ν.Σ: ναυτία, έμετοι, λήθαργος, παράλυση κρανιακών νεύρων, οίδημα οπτικής θηλής, δύσκαμψια αυχένα, κεφαλαλγία, τύφλωση.

### **β. Η Νοσηλεύτρια κατά την κλινική εξέταση**

Πριν από την κλινική εξέταση η Νοσηλεύτρια εξηγεί στον ασθενή τι πρόκειται να γίνει, το σκοπό της εξέτασης, τι θα περιλαμβάνει αυτή η εξέταση και πως ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει κατά την εξέταση.

Παρακολουθείται ακόμη ο ασθενής να διατηρήσει χαλαρό μυϊκό και νευρικό σύστημα για τη διευκόλυνση της εξέτασης, και να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη για την προσδιορισμό της κατάστασης της κοιλίας και των οργάνων της πύελου.

Η Νοσηλεύτρια εξηγεί όταν πρόκειται για γυναίκα ότι δεν θα την εκθέσει περισσότερο απ' ότι χρειάζεται για μια επιτυχή εξέταση και ότι η ίδια θα απαραμείνει κοντά της σ' όλο το διάστημα της εξέτασης.

Ο ασθενής στη διάρκεια της ιατρικής εξέτασεως κατέχεται συνήθως από αίσθημα φόβου και ντροπής. Φόβο για το άγνωστο των ευρημάτων και τις συνέπειες τους και ντροπή, κυρίως οι γυναίκες για το είδος της εξέτασης.

Η επικοινωνία της Νοσηλεύτριας με τον ασθενή μπορεί να μειώσει ή να διαλύσει τα εμφανιζόμενο συναισθήματα ντροπής και φόβου.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Κατά την εξέταση η Νοσηλεύτρια βοηθά το γιατρό δίνοντας στον ασθενή κατάλληλη θέση, ελευθερώνοντας το εξεταζόμενο μέλος του σώματος ή προσφέρει στο γιατρό τα απαιτούμενα εργαλεία για την εξέταση

**γ. Διαγνωστικές παρακλινικές εξετάσεις**

1. Εξετάσεις αίματος
- Αιμοσφαιρίνη
  - Αιματοκρίτης
  - Λευκά αιμοσφαίρια
  - Λευκοκυτταρικός τύπος
  - Ινοδογόνο
  - Αιμοπετάλια
  - Αλκαλική φωσφατάση
  - Σίδηρος Fe ορού
  - Βιταμίνη B<sub>12</sub>
  - Ουρικό οξύ.

Τα αιματολογικά ευρήματα αποκαλύπτουν:

1.1. Αξιοσημείωτη αύξηση των λευκών αιμοσφαιριών(10.00-100.000/κχμ) με υπεροχή πάντοτε την βλαστών (άωρα κύτταρα).

1.2. Αναιμία

1.3 θρομβοπενία

1.4.Αύξηση των τιμών του ουρικού οξέως παρατηρείται στο 50% των αρρώστων.

2. Εξετάσεις ούρων ή κοπράνων

- Ειδικό βάρος
- Ανίχνευση για ΗΒ.

3.Βιογία μυελού των οστών

-Γίνεται λήψη μυελού των οστών. Το 70-95% των κυττάρων είναι βλάστες. Η βιογία του μυελού μπορεί να μην γίνει, αν στο περιφερικό αίμα ανευρίσκονται άπειροι βλάστες

- 4.Βιοψία λεμφαδένων -Γίνεται λήψη κυτταρικών στοιχείων των λεμφαδένων. Στο φυσιολογικό αδενόγραμμα το 90-95% αποτελείται από λεμφοκύτταρα περιφερικού αίματος και του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος.
- 5.Ακτινογραφία θώρακος -Γίνεται για διαπιστωθεί ενδεχόμενη διήθηση των αδένων του μεσοθωρακίου και των πνευμόνων.
- 6.Ακτινογραφία οστών -Γίνεται για διαπιστωθού ενδεχόμενες σκελετικές αλλοιώσεις

Η Νοσηλεύτρια ενημέρωνει τον ασθενή για την διαδικασία των εργαστηριακών εξετάσεων και τον βοηθάει να τις αποδεχθεί. Ιδιαίτερα βοηδιέται ο ασθενής να συνεργαστεί με τα μέλη της ομάδας υγείας για την εκτέλεση της παρακέντησης μυελού των οστών προκειμένου να γίνει το μυελόγραμμα.

*Η Νοσηλεύτρια για κάθε εξέταση πρέπει να γνωρίζει:*

- Το σκοπό τον οποίο γίνεται
- Τον τρόπο προετοιμασίας του ασθενούς
- Τον τόπο όπου θα γίνει η εξέταση
- Τα αντικείμενα ή όργανα που είναι απαραίτητα
- Τον τρόπο λήψης και την ανάλογη ποσότητα δείγματος.
- Τα μέτρα προφύλαξης του ασθενούς και του περιβάλλοντος σε περίπτωση που η εξέταση γίνεται με λήψη ραδιενεργών ουσιών.

Οι γνώσεις αυτές βοηθούν την Νοσηλεύτρια στην καλύτερη οργάνωση και παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

## **δ. Νοσηλευτική Παρέμβαση στη βιοψία μυελού των οστών.**

Η βιοψία μυελού των οστών γίνεται με σκοπό να εξασφαλιστούν δείγματα μυελού των οστών και οστό για εξέταση. Η περιοχή που συνήθως προτιμάται είναι η λαγόνια ακρολοφία (στέρνο).

Απαραίτητα αντικείμενα για την παρακέντηση:

### 1. Δίσκος παρακέντησης

- Βελόνες αναρρόφησης μυελού με στείλεό
- Αποστειρωμένο τετράγωνο και σχιστό.
- Βελόνες C 25 και 22.
- Δύο σύριγγες των 20ml
- Τρεις σύριγγες των 5 ml.
- Τετράγωνα γάζες και τολύπια γάζας.

### 2. Τοπικό αναισθητικό (1% προκαΐνη ή ξυλοκαΐνη)

### 3. Αποστειρωμένα γάντια

### 4. Δίσκος ενέσεων.

### 5. Αντισηπτικό δέρματος.

### 6. Υλικό εργαστηρίου

- Αντικειμενοφόρες πλάκες
- Καλυπρίδες
- Δοκιμαστικοί σωλήνες

### 7. Λαβή και λάμα μαχαιριδίου

### 8. Σωλήνες καλλιέργειας

- Πριν από την εκτέλεση της παρακέντησεως εξηγούμε στον ασθενή

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

τη διαδικασία και τι θα αισθανθεί κατά την διάρκεια της. Η εξήγηση θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το stress και να συνεργαστεί όσο το δυνατόν καλύτερα.

- Χορηγούμεν φάρμακα αν υπάρχει εντολή. Η δημερόλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για αναλγησία όσο και για κατευνασμό της αγωνίας.
- Τοποθετούμε τον ασθενή στο κρεβάτι με το γόνατο του ποδιού σε κάμψη.
- Γίνεται αντισηψία του δέρματος και τοποθετούνται τα αποστειρωμένα σχιστό και τετράγωνο.
- Η περιοχή διηθείται με προκαΐνη η ξυλακαΐνη μέσω του δέρματος και του υποδόριου ιστού μέχρι το περίοστεο.
- Μπορεί να γίνει μικρή τομή με το μαχαιρίδο.
- Η βελόνη εισάγεται κάθετα προς την επιφάνεια του οστού. Αφαιρείται ο στείλεός και συνδέεται η βελόνη με η σύριγγα. Αναρροφάται ένας μικρός όγκος αίματος και μυελού.
- Ο στείλεός αποσύρεται γύρω στο ένα εκατοστό και η βελόνη αφού προωθηθεί γύρω στο ένα εκατοστό μέσα στο οστό αφαιρείται έχοντας μέσα στον αυλό της ένα τεμάχιο οστού, το οποίο αφαιρείται με το στείλεό και τοποθετείται σε φιαλίδιο φορμόλης 10%.
- Εφαρμόζουμε πίεση πάνω στο σημείο παρακέντησης ώσπου να σταματήσει η αιμορραγία, αν υπάρχει, ή η μυελόρροια.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα στο σημείο παρακέντησης η οποία αφαιρείται μετά από 48 ώρες.
- Τοποθετούμε τον άρρωστο πάνω στην προσβλημένη πλευρά κατά την τεχνική.

Οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι απ' αυτή την παρακέντηση αν και σπάνιοι είναι:

- Οστεομυελίτιδα
- Αιμορραγία και αιμάτωμα σε αρρώστους με διαταραχές της πήξης.



#### **4. Διαφορική διάγνωση**

Όταν ο αριθμός των λευκοκυττάρων στο αίμα είναι αυξημένος, τότε ορισμένες λοιμώξεις (π.χ. μηνιγγοκοκκαιμία, φυματίωση) μπορεί να εκκληθούν κατά λάθος ως ΟΛ. Η πλειονότητα όμως των λευκοκυττάρων είναι πεισσότερο ώριμα στις λευχαιμοειδείς αντιδράσεις παρά στις ΟΛ και με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις θα καταλήξουμε στην ορθή διάγνωση.

Τα λεμφοκύτταρα είναι σημαντικά αυξημένα στον κοκκύτη, στη λοιμώδη μονοπυρήνωση και λιγότερο στην ανεμοβλογιά, στη λοιμώδη ηπατίτιδα και άλλες ιογενείς νόσους.

Αναιμία και θρομβοπενία είναι λιγότερο εμφανείς σε σύγκριση με την οξεία λευχαιμία. Τα λεμφοκύτταρα είναι μικρά και ώριμα στον κοκκύτη και στην λοιμώδη μονοκυττάρωση και θα πρέπει να διακρίνονται εύκολα από τους λεμφοβλάστες. Μολονότι λεμφοβλάστες που δεν μπορούν να αδιακριθούν από εκείνους που βρίσκονται στην ΟΛΛ είναι δυνατόν να παρτηρηθούν στη λοιμώδη μονοπυρήνωση και σε άλλες ιογενείς λοιμώξεις.

Άλλες χρήσιμες διαγνωστικές δοκιμασίες για τη λοιμώδη μονοπυρήνωση είναι η δοκιμασία Paul-Bunnell και η αύξηση των Abs έναντι του ιού Epstein-Barr. Τα ανώμαλα επίσης λεμφοκύτταρα στη λοιμώδη μονοπυρήνωση έχουν δείκτες κυττάρων T, ενώ το ίδιο συμβαίνει μόνο στα 25% περίπου των περιπτώσεων ΟΛΛ. Συνήθως δεν υπάρχει δυσκολία στη διαφορική διάγνωση μεταξύ της ΟΜΛ και της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας. Η παρουσία του χρωμοσώματος Philadelphia θεωρείται από μερικούς ειδικούς, ότι είναι διαγνωστική της βλαστικής φάσεως της χρόνιας μυελογογενούς λευχαιμίας.

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

Ορισμένοι συμπαγείς όγκοι οι οποίοι έχουν την τάση να προκαλούν μυελοφθισική αναιμία, συγχέονται μερικές φορές με την ΟΛ, ιδίως όταν δεν υπάρχουν εξωυελικές νεοπλασματικές μάζες προσπελάσιμες για βιοψία, επειδή τα κύτταρα του όγκου που διηθούν το μυελό μπορεί να μοιάζουν με τα λευχαιμικά κύτταρα. Στους όγκους αυτούς συγκαταλέγονται το νευροβλάστωμα το σάρκωμα του Ewing και το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα. Διήθηση του μυελού και του αίματος συμβαίνει συχνά στα μη Hodgkin λεμφώματα. Τα διάχυτο ιστοκυτταρικό λέμφωμα (δικτυοκυτταρικό σάρκωμα) μπορεί να συγχυθεί με την ΟΜΛ γιατί και στις δύο αυτές νόσους τα κύτταρα μπορεί να εμφανίζουν μονοκυτταροειδείς χαρακτήρες και μια τάση να διηθούν δέρμα και άλλους ιστούς.

Εν τούτοις η διήθηση των ούλων είναι συχνή στη γνήσια ΟΜΛ, ενώ το αντίθετο γίνεται στο γνήσιο ιστοκυτταρικό λέμφωμα.

Η απλαστική αναιμία που προκαλείται από φάρμακα χημικά μέσα ή άγνωστες αιτίες, μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα ως οξεία λευχαιμία, ιδιαίτερα όταν ο μυελός είναι υπερπλαστικός ή βρίσκεται σε αναγεννητική φάση, επειδή, μπορεί να υπάρχουν πουλυάριθμοι βλάστες και άλλα ανώριμα κύτταρα. Μερικοί άρρωστοι με απλαστική αναιμία πεθαίνουν από λοίμωξη ή αιμορραγία, μερικοί αναλαμβάνουν εν μέρει ή πλήρως, ενώ άλλοι αναπτύσσουν κεραυνοβόλα ΟΜΛ ή ορθοκυτταρική λευχαιμία.

Η ερυθρολευχαιμία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη στη διάγνωση της και μπορεί να συγχυθεί με την ιδιοπαθή επίμονη αναιμία, τη σιδηροβλαστική αναιμία και τη νυχτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία (PNH). Η δοκιμασία λύσεως με οξινοποιημένο ορό (Ham) είναι πολύ χρήσιμη στη διάγνωση της PNH.

## **5. Θεραπεία**

Κατά το τελευταίο τέταρτο του αιώνα καταβλήθηκαν προσπάθειες σε παγκόσμια κλίμακα για τη βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΟΛ. Η βελτίωση στη θεραπεία έχει βασισθεί στα εξής:

1. Στην πύο επιτυχημένη χρησιμοποίηση των ογκολυτικών φαρμάκων για την ελάττωση ή την εκκρίωση του πληθυσμού των λευχαιμικών κυττάρων.
2. Στην καλύτερη χρήση των υποβηθητικών μέσων π.χ. των μεταγγίσεων αίματος και αιμοπεταλίων και αντιμικροβιακών που επιτρέπουν στον άρρωστο να επιβιώνει στην περίοδο πριν από την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του μυελού.

**α. Ογκολυτική Θεραπεία.** Η βάση της θεραπείας της ΟΛ είναι η αποτελεσματική χρησιμοποίηση των ογκολυτικών φαρμάκων. Ο τρόπος δράσης και οι ειδικές παρενέργειες των κυρίων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της λευχαιμίας παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται καλύτερα όταν χορηγούνται σε συνδυασμούς και κατά διαστήματα-θεραπείας κατά ώσεις. Ελπίζεται ότι η επιτυχία τους θα είναι μεγαλύτερη όταν στο χρονοδιάγραμμα της χορήγησης των συνδυασμών τους εφαρμοστούν οι αρχές της κυτταροκινητικής. Οι κύριοι σκοποί της θεραπείας είναι α) Η πρόκληση ύφεσης. Εντατική θεραπεία γίνεται με σκοπό την ελάττωση του πληθυσμού του λευχαιμικών κυττάρων ώσπου 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. Ακόμα και τότε είναι πιθανό ότι υπάρχει ένας ουσιαστικός πληθυσμός λευχαιμικών κυττάρων.

**β. Η σταθεροποίηση και η θεραπεία συντήρησης.** Σκοπός είναι η απόπειρα καθολικής εκρίζωσης του πληθυσμού των λευχαιμικών κυττάρων που απόμειναν. Χρησιμοποιούνται τα ίδια φάρμακα σε αραιότερα διαστήματα ή άλλα διαφορετικά σε μια προσπάθεια να προληφθεί η ανάπτυξη αντίστασης. Για τη χρονική διάρκεια της θεραπείας συντήρησης υπάρχει διχογνωμία, αλλά πιθανώς πρέπει να είναι ένας χρόνος ή περισσότερο. Εάν συμβεί υποτροπή, ξαναεπιχειρείται πρόκληση ύφεσης με πιο έντατική θεραπεία.

**γ) Η προφυλακτική θεραπεία.** Το γεγονός ότι στην οξεία λεμφογενή λευχαιμία οι υποτροπές από το κεντρικό νευρικό σύστημα ήταν συχνές οδήγησε στην άποψη ότι τα λευχαιμικά κύτταρα θα ήταν δυνατό να διατηρούνται σε περιοχές προστατευμένες, π.χ. στο ΚΝΣ και τους χιτώνες των όρχεων, όπου δεν εκτίθεται στην επίδραση των κυτταροστατικών φαρμάκων.

Η προφυλακτική ακτινοβολήση του Κ.Ν.Σ και η ενδοραχιαία χορήγηση μεθοτρεξάτης βοήθησαν εξαιρετικά στην ελλάτωση της συχνότητας αυτών των επιπλοκών.

Η θεραπεία της οξείας λευχαιμίας δεν πρέπει να γίνεται από γιατρούς που δεν έχουν αρκετή πείρα στη χρήση ανάλογων φαρμάκων και στην κλινική πορεία της νόσου. Επίσης δεν υπάρχει ακόμα ιδανικό θεραπευτικό σχήμα και γίνονται διαρκώς τροποποιήσεις της αγωγής. Γι' αυτό το λόγο δεν δίνεται λεπτομερές πρωτόκολλο των φαρμάκων, αλλά μόνο οι γενικές γραμμές της χρήσης τους.

**Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία.** Τα πιο χρήσιμα φάρμακα για την επίτευξη της ύφεσης είναι η βινκριστίνη και η πρεδνιζολόνη. Χρήσιμα

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

επίσης μπορεί να φανούν η ασπαραγινάση και η ανταουνορουμπικίνη. Περίπου 95% των αρρώστων θα πρέπει να παρουσιάσουν πλήρη ύφεση μέσα σε λίγες εβδομάδες . Βασική είναι η προφύλαξη του Κ.Ν.Σ. Για δύο τουλάχιστον χρόνια είναι απαραίτητο να γίνεται θεραπεία συντήρησης με μερκαπτοπουρίνη και μεδοτρεζάτη.

**Οξεία μυελογενής λευχαιμία.** Τα πιο χρήσιμα φάρμακα είναι η κυταραβίνη , η νταουνορουμπικίνη και η θειογουανίνη. Η επίτευξη ύφεσης είναι δυσκολότερη απ' όσο στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία και μπορεί να χρειαστούν μέχρι δέκα εβδομάδες. Βαριά μυελική απλασία είναι ο κανόνας προτού παρατηρηθεί ύφεση. Στα καλύτερα κέντρα έχουν επιτευχθεί υφέσεις μέχρι 70% των περιπτώσεων, αν και πολλές από αυτές δεν διαρκούν περισσότερο από λίγους μήνες. Η θεραπεία συντήρησης γίνεται συνήθως σε μηνιαία διαστήματα με κυκλική χρησιμοποίηση συνδυασμών των πιο πάνω φαρμάκων. Συνήθως δεν γίνεται προφύλαξη του Κ.Ν.Σ. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σημερινή θεραπεία της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας δεν έχει επιτυχία και χρειάζονται νέες προσεγγίσεις του προβλήματος. Η ανοσοθεραπεία δεν έχει προσφέρει σημαντική βοήθεια.

**δ. Θεραπεία υποστήριξης.** Η θεραπεία με τα κυτταροστατικά δεν είναι η μόνη για τη βελτίωση της επιβίωσης στην Ο.Λ. Ιδιαίτερα χρήσιμες είναι οι μεταγγίσεις αίματος και προϊόντων του, κυρίως αιμοπεταλίων. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση παίζει και η γρήγορη διαπίστωση και θεραπεία των λοιμώξεων.

Σε άρρωστους με πυρετό πρέπει να γίνει κάθε προσπάθεια για να βρεθεί η πηγή της λοίμωξης, με επανειλημμένες καλλιέργειες αίματος, θεραπεία με συνδυασμό αντιμικροβιακών ευρέος φάσματος πρέπει να αρχίζει έγκαιρα. Ο συνδυασμός γενταμικίνης και καρμπενιλλίνης είναι αποτελεσματικός στις λοιμώξεις. Η στοματική και οισοφαγική μόλυνση πρέπει να θεραπεύονται με

*Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση*

χορήγηση αμφοτερικίνης ή μικοναζόλης.

Η όλη αντιμετώπιση του αρρώστου και των συγγενών του έχει ζωτική σημασία για τη διατήρηση του ηθικού του. Η επιτυχημένη θεραπεία της ΟΜΛ αποτελεί δυσάρεστη εμπειρία για τον άρρωστο, γιατί απαιτεί πολλές εβδομάδες νοσοκομειακής περίθαλψης. Τέτοια εναπτική θεραπεία δεν ενδεικνύεται για τους ηλικιωμένους αλλά ούτε και σε νεαρά άτομα πρέπει να επιμένει κανείς όταν η θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα.

**Πίνακας 3: Ογκολυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των οξείων λευχαιμιών**

Φάρμακο	Δράση	Τρόπος χορήγησης	Κλινική Εφαρμογή	Περενέργειες και ειδικές προφυλάξεις
1. Αλκυλιούντες παράγοντες	Αλκυλίωση των βάσεων του DNA. Επηρεάζουν το σχηματισμό αλυσίδων DNA			Όλοι προκαλούν καταστολή του μυελού, ναυτία και έμετο.
Κυκλοφωσφamide		Από το στόμα ή ΕΦ	ΟΛΛ.	Θρομβοκυττοπενία, απλωπεκία Αιμορραγική κυστίτιδα- διατήρηση μεγάλης διούρησης.
2. Αντικεταβολίτες	Επεμβαίνουν στη σύνθεση DNA			Όλοι προκαλούν καταστολή του μυελού
Μεθοτρεξάτη	Ανταγωνιστής του φυλλικού οξέως. Αναστέλει την αναγωγή του διϋδροφυλλικού	Από το στόμα ΕΦ ενδροραχιαία	ΟΛΛ-ΟΜΛ	Εξεκλώσεις στο στόμα και στο έντερο. Διάρροια. Ηπατική βλάβη, Προσεκτική χρήση στη νεφρική ανεπάρκεια.
Μερκαπτοπουρίνη	Ανταγωνιστές της πουρίνης	Από το στόμα	ΟΛΛ-ΟΜΛ	Άνορεξία, ναυτία, εμετός, Ικτερος- υπερουριχαιμία
Θειογουανίνη				
Κυταραβίνη	Ανταγωνιστής της πυραμιδίνης	ΕΦ ΥΔ και ενδροραχιαία	ΟΛΛ-ΟΜΛ	Μεγαλοπλαστικές αλλοιώσεις Διαταραχές του γαστρεντερικού ηπατική βλάβη, δερματίτιδα
3. Αντιμικροβιακά				
Νταουνορουμικίνη	Συμπλέγματα με DNA	ΕΦ	ΟΜΛ-ΟΛΛ	Καταστολή του μυελού, ναυτία, έμετος, απλωπεκία, δερματικά εξανθήματα πυρετός.
Ντοξορουμικίνη				Θρομβοφλεβίτιδα. Τοξικότητα από μυοκάρδιο. Ταχυκαρδία, αρρυθμία, σοβαρή μη αναστρέψιμη ανεπάρκεια. Δεν δίνονται σε αρρώστους με καρδιοπάθεια

*Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση*

4. Διάφοροι παράγοντες				
Βινκριστίνη (opcovin) Βινβλαστίνη (velbe)	Άγνωστη	ΕΦ	ΟΜΛ-ΟΛΛ	Καταστολή του μυελού, περιφερική νεφρίτιδα και του ΑΝΣ. Ηπατική νέκρωση, Αλωπεκία Ιστική νέκρωση
Ασπαραγινάση	Ελλάτώνει τη στάθμη της L-ασπαραγινάσης	ΕΦ	ΟΛΛ-ΟΜΛ	Αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις, πυρετός, ναυτία, έμετος, ηπατική βλάβη, μυχικές διαταραχές, υποκαλιαιμία
Κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη)	Άγνωστη Λεμφολυτική αναστέλει τη μίτωση	ΕΦ ΕΦ ή από το στόμα	ΟΛΛ	Πανσεληνοειδές πρόσωπο Υπέρταση Καταστολή των επινεφριδίων μύχωση, Γαστρεντερική αιμορραγία Οστεοπόρωση, ανασοκαταστολή. Συνήθως σε συνδυασμένη θεραπεία.

**γ. Η μετάμοσχευση μυελού των οστών.** Οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών χρησιμοποιούνται συνεχώς με αυξημένο ρυθμό στην ΟΛ. Η πλέον διαδεδομένη μέθοδος προετοιμασίας για τη ΜΜΟ είναι ο συνδυασμός χημειοθεραπείας- ακτινοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία κατά τη ΜΜΟ επιτελείται με την τεχνική της ολοσωμης ακτινοβολήσεως -ΟΣΑ η οποία έχει σαν κύριο σκοπό την ανοσοκαταστολή.

Για την επιτυχή ΜΜΟ απαιτείται δότης συμβατός όσον αφορά στο σύμπλεγμα HLA (πίνακας 4).

Όταν υπάρχει ο κατάλληλος δότης, ως πιθανοί υποψήφιοι γι' αυτή την πειραματική μέθοδο θεραπείας μπορούν να θεωρηθούν ασθενείς ηλικίας κάτω των 30 ετών, οι οποίοι με τη ΧΜΘ παρουσιάζουν πλήρη αρχική ύφεση. Οι επιπλοκές πάντως της ΜΜΟ είναι σοβαρές και περιλαμβάνουν οξείες ή χρόνιες αντιδράσεις μοσχεύματος προς ξενιστή, διάμεσο πνευμονίες και τις λοιμώξεις και αιμορραγικές διαταραχές που αναμένονται στη διάρκεια μιας αρχικής περιόδου μυελικής απλασίας. Πρόσθετος επίσης λόγος μεγάλης ανησυχίας είναι η μεταγενέστερη υποτροπή της λευχαιμίας που πιστεύεται

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

ότι οφείλεται σε ανεπαρκή εκρίζωση του λευχαιμικού κλώνου με την αρχική κυτταροτοξική θεραπεία.

Στις δύο μεγαλύτερες μελέτες που έχουν μέχρι σήμερα ανακοινωθεί, τα 60% περίπου των αρρώστων η ΟΜΛ, οι οποίοι έλαβαν μοσχεύματα ενώ ευρίσκονται στην πρώτη του ύφεση, επέζησαν χωρίς ένδειξη υποτροπής λευχαιμίας επί χρονικό διάστημα μέχρι και 4 έτη μετά από τη ΜΜΟ.

Τα αποτελέσματα σε αρρώστους στους οποίους έγινε ΜΜΟ σε περίοδο υποτροπής υπήρξαν λιγότερο ενθαρρυντικά και στη ΟΜΛ και ΟΛΛ, ενώ η συχνότητα υποτροπής ήταν μεγαλύτερη.

**Πίνακας 4: Επιλογή δότη για μεταμόσχευση μυελού των οστών.**

Συγγενής	Μονοζυγωτικός δίδυμος
Αλλογενής	ΗΛΑ γονοτυπικός όλοιο τέκνο ΗΛΑ φαινοτυπικός όμοιος δότης Τέκνο Γονέας Άλλο μέλος της οικογένειας Τυχαίος εθελοντής ΗΛΑ ανόμοιος δότης Μέλος της οικογένειας ΗΛΑΗ Τυχαίος δότης
Αυτόλογοι	Δότης ο ίδιος ο ασθενής

#### **5.1. Προβλήματα του αρρώστου και σκοποί της Νοσηλευτικής Παρέμβασης**

Ο άρρωστος ο οποίος πάσχει από οξεία Λευχαιμία παρουσιάζει πολλά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα, βιολογικά, ψυχολογικά, ιατρικά, οικογενειακά κ.α. Η νόσος από μόνη της είδη δημιουργεί δυσάρεστες κλινικές εκδηλώσεις και η θεραπεία στην συνέχεια έρχεται για να επιδινώσει την κατάσταση.



### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να είναι εξοπλισμένη με γνώση, πίστη, υπομονή και αγάπη για να μπορέσει να βοηθήσει όσο το δυνατόν καλύτερα τον άρρωστο.

Η γνώση των προβλημάτων του αρρώστου και ο σωστός Νοσηλευτικός Προγραμματισμός και φροντίδα θα συννοσήσουν στην αντιμετώπιση της νόσου.

#### **Προβλήματα του αρρώστου**

- α. Κίνδυνοι επιπλοκών (αιμορραγία, λοίμωξη, τύφλωση, νευρολογικές εκδηλώσεις).
- β. Μείωση άνεσης
- γ. Κακή διακίνηση οξυγόνου (μειωμένα ερυθρά)
- δ. Ενεργειακό και θρεπτικό ισοζύγιο (πυρετός, ανορεξία).
- ε. Ανισοζύγιο υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό (πυρετός έμετοι ανορεξία).
- στ. Μείωση ασφάλειας
- ζ. Μείωση δραστηριοτήτων (αίσθημα κόπωσης, αδυναμία)
- η. Κίνδυνοι από τη θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοβολία)

#### **Σκοποί της Νοσηλευτικής Παρέμβασης**

- α. Επάνοδος στο φυσιολογικό των έμμορφων στοιχείων του αίματος
- β. Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και της θεραπείας
- γ. Απαλλαγή από τις κλινικές εκδηλώσεις
- δ. Εξασφάλιση της άνεσης

ε. Διόρθωση ανισοζυγίων

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

## **5.2. Συμπτώματα της νόσου και Νοσηλευτικές Παρέμβασεις.**

Βασικά συμπτώματα της νόσου και Νοσηλευτικής Παρεμβάσεως:

### Πυρετός

- Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα
- Ψυχρές περιτυλίξεις και λουτρό με δροσερό νερό μπορεί να ελατώσουν τον πυρετό και να βελτιώσουν την άνεση του ασθενούς
- Εφαρμόζουμε υποδερμικό στρώμα αν υπάρχει
- Χορηγούμε άφθονο και δροσερό νερό αν επιτρέπεται
- Η ενυδάτωση μειώνει την θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διούρισης και προλαμβάνει την αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός.
- Χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα με ιατρική εντολή και παρακολουθούμε τα αποτελέσματα. Η ασπιρίνη πρέπει να αποφεύγεται γιατί μεταβάλλει τη λειτουργία των ΑΜΤ και προκαλεί υποδρομβιναιμία
- Αποφεύγονται οι τροφές με υψηλή θερμιδική αξία
- Προστατεύεται ο άρρωστος από κρυολογήματα με: την αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού (νυκτικό, σινδόνια, μαξιλαροθήκες) και την προφύλαξη του αρρώστου από τα ρεύματα.
- Ο πυρετός πρέπει να μετράται και να αναφέρεται με ακρίβεια στα καθορισμένα χρονικά διαστήματα

### Καταβολή δυνάμεων (κόπωση - αδυναμία)

- Αποτελεί ουσιαστικό πρόβλημα στις οξείες λευχαιμίες. Δύσκολα αντιμετωπίζεται διότι πολλοί είναι οι παράγοντες που την επιδεινώνουν όπως ο πυρετός, ανορεξία, ο πόνος, η απογοήτευση και αργότερα η φαρμακευτική αγωγή, μεταγγίση, ακτινοβολίες κτλ.
- Προγραμματίζουμε έτσι τη Ν.Φ ώστε να διατηρήσουμε όσο το δυνατόν τις δυνάμεις του
- Ενισχύση των δραστηριοτήτων που δεν προκαλούν

- κόπωση.
- Αποφυγή οτιδήποτε προκαλεί κόπωση ή διαταράσσει την ψυχία του αρρώστου.
  - Ενισχύεται το δικαιολόγιό του με λευκώματα
  - Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να δημιουργεί συχνά περιόδους αναπαύσεως όπως 8 ώρες ύπνου.
- Δύσπνοια
- Ανεβάζουμε το ερεισίνωτο του κρεβατιού
  - Τοποθετούμε μαξιλάρια για να βοηθήσουμε στην καλή ορθοπνοϊκή θέση του ασθενή.
  - Χορηγούμε  $O_2$  σε περίπτωση που ενδुकνεύεται
  - Προφύλάσσουμε τον ασθενή από τις μη αναγκαίες προσπάθειες.
  - Αποφεύγονται οι τροφές που δημιουργούν αέρια, μετεωρισμό
- Εκχυμώσεις- πετέχειες
- Σχολαστική ατομική καθαριότητα
  - Αποφεύγουμε τις τριβές κατά τις πλύσεις
  - Αποφεύγονται οι βίαιες κινήσεις και πότομοι χειρισμοί.
  - Τα νύχια του ασθενή να διατηρούνται κομμένα.
  - Κάνουμε επαλήθειες του δέρματος με ελαφρά λοσιόν για την προστασία του.
- Πόνος στα οστά και στις αρθρώσεις
- Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο με τα πιο κάτω μέτρα.
  - Μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων.
  - Κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι του και συχνή αλλαγή της θέσεως.
  - Απασχόληση του ασθενούς με κάτι που κινητοποιεί το ενδιαφέρον του και παρουσία προσώπου της εμπιστοσύνης του.
  - Ψυχολογική συμπαράσταση.
  - Τοποθέτηση στο σημείο που πονά δερμών ή γυχνών επιθεμάτων.
  - Χορήγηση ήπιων αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εκτολής.
  - Χορήγηση ισχυρών αναλγητικών όπως Demerol σε συνδιασμό με Phenergan σε ισχυρό πόνο κατόπιν ιατρικής εντολής.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Ανορεξία**
- Χορηγούμε καταπραΰντικά τη νύχτα για υποβοήθηση του ύπνου με ιατρική εντολή.
  - Παρατηρείται συχνά και οφείλεται συνήθως στις επώδυνες εξελκώσεις του στόματος, στη δυσφορία εξαιτίας της διόγκωσης του ήπατος και του σπλήνα.
  - Επιτρέπεται ο άρρωστος να διαλέγει τις τροφές του ανάλογα με τις προτιμήσεις του και τις συμβουλές του διαιτολόγου
  - Δίαιτα πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες και θερμίδες.
  - Μικρά και συχνά γεύματα χωρίς ερεθιστικές τροφές, διότι ο βλενογόνος του στόματος και του στομάχου είναι ευαίσθητος.
  - Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαρής.
  - Εάν δεν είναι δυνατή η λήψη τροφής και υγρών από το στόμα θα πρέπει να δοθούν παρεντερικά.
  - Για τους εμέτους χορηγούμε αντιεμετικά 1/2 ώρα πριν το γεύμα με ιατρική εντολή.
- Δυσκοιλιότητα**
- Για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας και αποφυγή τραυματισμού του πρωκτού χορηγούμε υπακτικά φάρμακα, άφθονα υγρά και δίαιτα πλούσια σε κυτταρίνη
  - Διδάσκεται ο άρρωστος να κάνει μαλάξεις στην κοιλιά (η μάλαξη ακολουθεί την κατεύθυνση του παχέος εντέρου).
- Διαταραχή ισοζυγίου υγρών ηλεκτρολυτών και βιοχημικών εξετάσεων**
- Ακριβή μέτρηση και αναγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.
  - Παρακολουθείται η ποσότητα και η πυκνότητα των ούρων
  - Ακριβή τήρηση ιατρικών οδηγιών σχετικά με την χορήγηση υγρών.
  - Αξιοποίηση σημείων αφυδάτωσης όπως αίσθημα δίψας, δέρμα και βλενογόνοι στεγνοί, βαθουλωμένα μάτια, απώλεια βάρους, αίσθημα κοπώσεως, καταβολή δυνάμεων, μείωση της ποσότητας των ούρων, αύξηση συχνότητας σφυγμών και αναπνοών
  - Αξιολόγηση σημείων αναπνευστικής μεταβολικής ακλάωσης, όπως απώλεια συνείδησης βαθειά και

- συχνή αναπνοή.
- Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης. Οι άρρωστοι με λευχαιμία θα πρέπει να παίρνουν 3-4 λίτρα υγρών την ημέρα για πρόληψη της αφυδάτωσης και αραίωσης του ουρικού οξέος που είναι αυξημένο εξαιτίας της ταχείας και αυξημένης καταστροφής των λευχαιμικών κυττάρων από τα αντιλευχαιμικά φάρμακα.
  - Έλεγχος του pH των ούρων, εάν τα ούρα είναι όξινα χορηγούνται αλκαλοποιητικά φάρμακα όπως διτανδρακικό νάτριο.
  - Να γίνεται συχνός έλεγχος ηλεκτρολυτών, ουρίας, κρεατίνης, ηπατικών ενζύμων και χολερυθρίνης.
  - Καλή επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του
- Ανυσιχία ασθενούς
- Ενημέρωση του ασθενούς για την φύση της νόσου και την θεραπεία χρησιμοποιώντας απλούς όρους ώστε να γίνουν κατανοητά αυτά που θα λεχθούν όσο και όταν πρέπει.
- Φροντίζουμε για την ανάπαυση την άνεση και ανακούφιση του αρρώστου.
  - Ικανοποιούμε τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του.
  - Διαθέτουμε χρόνο για να ακούσουμε αυτόν και την οικογένειά του.
  - Δείχνουμε συμπάθεια και κατανόηση στον πόνο του πάσχοντα.
  - Ενθάρρυνση της οικογένειας να φροντίζει τον πάσχοντα.
  - Διευκόλυνση επικοινωνίας με άλλους ασθενείς
- Απογοήτευση - Κατάθλιψη
- Υπάρχει σχεδόν πάντα όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει το πρόβλημα μιας χρόνιας αρρώστιας που απειλεί τη ζωή του και των μεταβολών που μπορεί να εμφανίσει το σώμα του.
  - Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα αισθήματα του σχετικά με τη νόσο
  - Υποστήριξη του ασθενούς συναισθηματικά για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις μεταβολές που θα συμβούν στο σώμα του από τη θεραπεία
  - Απόδοχη της ευερέδιστης συμπεριφοράς του

### *Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση*

- Χορήγηση πρεμιστικών φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού
- Ψυχιατρική εκτίμηση και στήριξη του ασθενούς από ψυχίατρο

### **5.3. Επιπλοκές της νόσου και Νοσηλευτική Παρέμβαση**

Οι πιο κοινές επιπλοκές στις λευχαιμίες είναι η Λοίμωξη, Αιμορραγία και η Αναιμία.

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τα κύρια αίτια θανάτου σε ασθενείς με κακοήδεις αιμοπάθειες (ΟΜΛ, ΟΛΛ, ΧΜΛ, ΧΛΛ, απλαστικής αναιμίας, κακοήδους λεμφώματος), που νεκροτομήθηκαν στο National Cancer Institute το 1972.

**Πίνακας 5**

Λοιμώξεις	(σύνολο)	79%
Αιμορραγία	(σύνολο)	21%
Άλλα αίτια	(σύνολο)	10%
Λοιμώξεις και αιμορραγία	(σύνολο)	10%

Τα μέτρα αντιμετώπισης αποσκοπούν:

- α. Στον έλεγχο και την καταπολέμηση των λοιμώξεων
- β. Στη διόρθωση της αναιμίας.
- γ. Στην πρόληψη και καταπολέμηση των αιμορραγιών.

Η λοίμωξη είναι συνηθέστερη σε ασθενείς με λευχαιμία και αποτελεί το συχνότερο αίτιο θανάτου. Η προφύλαξη του ασθενή από λοιμώξεις που καταλήγουν σε σηψαιμία κι έτσι επιταχύνουν το τραγικό τέλος, αποτελεί σπουδαία ευθύνη της Νοσηλεύτριας. Η προφύλαξη από τις λοιμώξεις επιτυγχάνεται με την λήψη των πιο κάτω μέτρων:

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Συνεχής έλεγχος των κυκλοφορούντων κοκιοκυττάρων. Εάν τα κοκιοκύτταρα είναι κάτω από 1000/κχμ υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης. Ο ασθενής πρέπει να απομονωθεί σε μοναχικό δωμάτιο.
- Έγκαιρη διαπίστωση της λοίμωξης. Ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται συνέχεια για εμφάνιση φαρρυγγίτιδας ανύψωση θερμοκρασίας και ρίγη. Εάν υπάρχει υποψία μόλυνσης θα πρέπει να αρχίσει θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέου φάσματος μέχρι να εντοπισθεί το μικρόβιο.
- Συχνές εξετάσεις ούρων, αίματος, πτυέλων, κοπράνων, επιχρίσματος στοματοφάρυγγα, Ε.Ν.Υ. και υλικού περιπρωκτικής περιοχής.
- Χρησιμοποίηση καθαρών αντικειμένων, χεριών, ρούχων κ.τ.λ. κατά την εκτέλεση κάθε Νοσηλευτικού έργου και επίσης χρησιμοποίηση μάσκας.
- Μείωση του αριθμού των επισκεπτών
- Αποφυγή τοποθέτησης μόνιμου καθετήρα (Foley)
- Ακτινογραφία θώρακα
- Χορήγηση νωπών λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να αποδειχθούν ωφέλιμα για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων, όταν οι ασθενείς εμφανίζουν βαριά ουδετεροπενία, απαιτείται όμως η χορήγηση μεγάλης ποσότητας επανελημμένα για το λόγο ότι η διάρκεια ζωής των κοκιοκυττάρων είναι βραχεία.

Διάφορα μέτρα βρίσκονται σήμερα υπό μελέτη σε μια προσπάθεια για τον περιορισμό της συχνότητας και της βαρύτητας των λοιμώξεων. Σ'αυτά περιλαμβάνονται ο προφυλακτικός αντιμικροβιακός εμβολιασμός, τα προγράμματα χορηγήσεως από το στόμα μη απορροφήσιμων αντιβιοτικών

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

για την αποστείρωση του γαστρεντερικού σωλήνα και η τοποθέτηση των ασθενών σε δωμάτια με συνεχή αερισμό ή μέσα σε στείρο περιβάλλον κατά τη διάρκεια της προσπάθειας για επίτευξη ύφεσης της νόσου.

Η αποτελεσματικότητα των μετρων αυτών δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί.

Η αιμορραγία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου των ασθενών μετά τις λοιμώξεις και οφείλονται συνήθως στην θρομβοπενία. Τα μέτρα πρόβλεψης και καταπολέμησης της αιμορραγίας είναι τα εξής:

- Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή για εμφάνιση σημείων αιμορραγίας, ούρα, κόπρανα, εμέσματα, πρέπει να ελέγχονται για αίμα, ενώ παράλληλα θα γίνεται έλεγχος της επιφάνειας του δέρματος για πετέχειες και εκχυμώσεις.
- Συχνή μέτρηση, αξιολόγηση και καταγραφή των ζωτικών παραμέτρων (σφυγμών και Α.Π.) του ασθενή για τυχόν αλλοίωση του χαρακτήρα τους.
- Οι IM, IV ενέσεις πρέπει να αποφεύγονται εξαιτίας της θρομβοπενίας και η χορήγηση φαρμάκων είναι προτιμότερο να γίνεται per os.
- Εξετάσεις αίματος (ερυθρά, λευκά, ΗΒ, ΗΤ, ΑΜΤ) θα πρέπει να γίνονται συχνά για να ελέγχεται η αιματολογική κατάσταση του ασθενή και η τοξική επίδραση των φαρμάκων στο μυελό των οστών
- Η θρομβοπενία αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις ΑΜΤ. Οι μεταγγίσεις ΑΜΤ θα πρέπει να γίνονται μόνον όταν χρειάζονται γιατί αργά ή γρήγορα πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα.

Το ΑΜΤ θα πρέπει να χορηγούνται μέσα σε λίγες μόνο ώρες από τη στιγμή της λήγει τους γιατί συνήθως δεν υπάρχουν διαθέσιμα μέσα



#### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

αποτελεσματικής γύζεως. Εάν αυτό δεν είναι δυνατόν θα πρέπει να διατηρηθούν σε θερμοκρασία δωματίου και όχι σε κατάψυξη γιατί προκαλείται μείωση της αποτελεσματικότητάς τους. Η φυσιολογική διάκριση ζωής των ΑΜΤ. είναι περίπου 3-5 ημέρες, τα μεταγγιζόμενα όμως στους λευχαιμικούς ασθενείς ζουν λιγότερο από το χρονικό αυτό διάστημα, ιδιαίτερα όταν υπάρχει λοίμωξη, πυρετός ή αιμορραγία και έτσι καμία φορά απαιτείται συχνότερη μετάγγιση. Σε ασθενείς με έντονη αιμορραγία εφαρμόζεται αντιπηκτική θεραπεία με ηπαρίνη.

Η αναιμία πρέπει να διορθώνεται με μεταγγίσεις πλήρους αίματος ή συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Το επίπεδο του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων που απαιτείται για την αποφυγή των συμπτωμάτων που απαιτείται για την αποφυγή των συμπτωμάτων που αποδίδονται στην αναιμία, ποικίλλει πολύ στους διάφορους ασθενείς. Εάν επιτευχθεί καλή ύφεση, η ερυθροποίηση θα αποκατασταθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο για διατήρηση όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο φυσιολογικό αριθμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Επίσης χρειάζεται καλή ενυδάτωση του ασθενή. Διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα, πρωτεΐνες, βιταμίνες (B, C, K) υδατάνθρακες.

Τροφές πλούσιες σε Fe και σκευάσματα Fe τα οποία δεν πρέπει να χορηγούνται με άδειο στομάχι διότι προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές.

#### **5.4. Ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπείας και Νοσηλευτική παρέμβαση**

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία λευχαιμιών αλλά και άλλων παθήσεων των αιμοποιητικών κυττάρων.

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού του κύκλου. Όλα σχεδόν τα ΧΜΘ φάρμακα προκαλούν έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλενογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το Κ.Ν.Σ.

#### *α. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας*

1. Γίνεται ομαδική (μέλη ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογενειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να ανπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα ΧΜΘ φάρμακα παράλληλα με την ενεργητική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του αρρώστου να αποδεχθεί να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίση τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας τον βαθμό κινητικότητας και τη συναισθηματική του κατάσταση.

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Στην συνέχεια στον πίνακα 6 αναπτύσσονται οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις και δραστηριότητες των κυριότερων ογκολυτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία των οξέων λευχαιμιών.

#### **Πίνακας 6: Ογκολυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των Οξείων λευχαιμιών**

<i>Φάρμακο</i>	<i>Τοξικές ενέργειες</i>	<i>Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις</i>
Αλκυλιούντες παράγοντες κυκλοφωσφamide	Καταστολή του μυελού (παρατηρείται 1-2 εβδομάδες μετά την τελευταία δόση)  * Ναυτία, έμετοι  * Αλωπεκία  * Αιμοραγική κυστίτιδα (όταν το φάρμακο δίνεται σε μεγάλες ή μικρές δόσεις) από τη συγκέντρωση του φαρμάκου στην ουροδόχο κύστη.	* Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια - Γίνεται διακοπή του φαρμάκου (με εντολή γιατρού) όταν τα λευκά αιμοσφαίρια και ΑΜΤ μειωθούν περισσότερο από 3.500/mm <sup>3</sup> και 100.000/mm <sup>3</sup> αντίστοιχα. - όταν τα λευκά είναι κατω από 200.000/mm <sup>3</sup> ο άρρωστος προστατεύεται από λοιμώξεις με μέτρα απομονώσεως. * Ενυδάτωση του αρρώστου * Αξιολόγηση των κενώσεων και έμετων Ενημερώνεται ο άρρωστος να περιμένει το πέσιμο των μαλλιών και ότι θα επαναεμφανιστούν μετά την θεραπεία - Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να χρησιμοποιήσει περούκα ή να καλύπτει το κεφάλι με μανδήλι * Χορηγούνται υγρά ενδοφλέβια (με εντολή γιατρού) πριν και μετά τη θεραπεία σε μεγάλες δόσεις φαρμάκου. - Αξιολογείται η αιματοουρία ή δυσουρία - Ενημερώνεται ο άρρωστος να ουρεί κάθε μία ώρα για πέντε ώρες (και κατά τις ώρες του ύπνου) - Παρακολουθούνται τα ούρα (ποσότητα, χρώμα παρουσία αίματος) μετά από κάθε ούρηση - Ενημερώνεται ο άρρωστος πως πρέπει να παίρνει την ημέρα 2-3 κιλά νερό.

*Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση*

<i>Φάρμακο</i>	<i>Τοξικές ενέργειες</i>	<i>Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις</i>
Ανιμεταβολίτες μεθοτρεξάτη	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ναυτία, έμετοι, διάρροια</li> <li>* Στοματίδια</li>   <li>* Καταστολή του μυελού των οστών (παρατηρείται μετά 24 ώρες από την πρώτη χορήγηση του φαρμάκου)</li> <li>* Αντίδραση από δέρμα (ερυθρότητα, εξάνθημα, ρωγμές)</li>   <li>* Τοξική βλάβη ήπατος</li>   <li>* Τοξική νεφρική βλάβη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Οι διαβητικοί άρρωστοι που κανουν ινσουλίνη πληροφορούνται πως μπορεί να παρουσιάσουν πτώση του σακχάρου του αίματος. (επηρεάζεται η δράση της ινσουλίνης). Στην περίπτωση αυτή ενημερώνεται ο γιατρός για ρύθμιση της δόσεως της ινσουλίνης.</li> <li>* Ενυδάτωση του αρρώστου</li>   <li>* Αξιολόγηση των κενώσεων και εμέτων</li> <li>* Συστηματική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολούθηση της καταστάσεων της στοματικής κοιλότητας</li> </ul> </li> <li>* Χορήγηση τροφής που δεν ερεθίζει το βλενογόνο της στοματικής κοιλότητας</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li>   <li>* Διατηρείται το δέρμα στεγνό και καθαρό</li>   <li>* Προστατεύεται ο άρρωστος από την έντονη ηλικιακή ακτινοβολία και γενικά από τις υπεριώδεις ακτίνες επειδή επιτείνουν τις δερματικές αντιδράσεις</li> <li>* Εργαστηριακός έλεγχος για εκτίμηση ηπατικής λειτουργίας               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενισχύεται ο άρρωστος να ξεκουράζεται</li> </ul> </li> <li>* Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση <math>\text{NaHCO}_3</math></li> <li>- Μέτρηση σωματικού βάρους για αξιολόγηση κατακράτσεως υγρών</li> <li>- Καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για αξιολόγηση ισοζυγίου και έγκαιρη διαπίστωση ολιγουρίας</li> <li>- Παρακολούθηση για οίδημα κάτω άκρων</li> </ul> </li> </ul>

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Φάρμακο	Τοξικές ενέργειες	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις
Μερκαπτοπουρίνη	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ναυτίες έμμετοι, διάρροια</li> <li>* Στοματίτιδα</li> <li>* Καταστολή του μυελού των οστών (παρατηρείται 9-14 ημέρες από την τελευταία δόση του φαρμάκου)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Δεν επιτρέπεται η χορήγηση οινοπνευματωδών ποτών</li> <li>* Ο άρρωστος παρακολουθείται για έγκαιρη διάγνωση των τοξικών ενεργειών και παρενεργειών του φαρμάκου, ενημερώνεται έγκαιρα ο γιατρός πιθανόν να χρειαστεί η διακοπή του φαρμάκου</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> </ul>
Θειογουανίνη	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ναυτία, έμετοι</li> <li>* Στοματίτιδα</li> <li>* Καταστολή του μυελού των οστών (παρατηρείται μετά από 1-4 εβδομάδες από την αρχή της θεραπείας)</li> <li>* Αστάθεια βαδίσματος</li> <li>* Ηπατική βλάβη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Βοηθείται ο άρρωστος στο βάδισμα και προστατεύεται από πτώσεις</li> <li>* Πριν αρχίσει η θεραπεία γίνεται έλεγχος ηπατικής λειτουργίας και συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την αρχή της θεραπείας</li> <li>- Ο άρρωστος παρακολουθείται για συμπτώματα ηπατικής βλάβης (έντονη κόπωση, ανορεξία κ.α.) και εμφάνιση ίκτερου. Σε εμφάνιση ίκτερου αναστέλεται η χορήγηση των φαρμάκων και ενημερώνεται ο γιατρός</li> <li>* Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να παίρνει πολλά υγρά για τη μείωση του ουρικού οξέος.</li> </ul>
Κυτταρίβινη	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Αύξηση ουρικού οξέος στο αίμα και τα ούρα</li> <li>* Ναυτία - έμετοι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ενυδατωση του αρρώστου και αξιολόγηση εμέτων</li> </ul>

*Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση*

<i>Φάρμακο</i>	<i>Τοξικές ενέργειες</i>	<i>Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Καταστολή του μυελού των οστών</li> <li>* Στοματίτιδα - οισοφαγίτιδα (5-7 ημέρες μετά την τελευταία δόση του φαρμάκου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Συστηματική φροντίδα στοματική κοιλότητας</li> <li>- Προσφορά μαλακών τροφών</li> </ul>
Αντιμικροβιακά νταουνορουμπικίνη	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Καταστολή του μυελού των οστών συχνά παρατεταμένη</li> <li>* Ναυτία έμετοι</li> <li>* Αλωπεκία</li> <li>* Δερματικά εξανθήματα</li> <li>* Πυρετός</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Ν.Π. γνωστή από την κυκλοφωσφαμίδη</li> <li>* Παρακολουθείται ο άρρωστος για σημεία δερματικού εξανθήματος. Επί εκδηλώσεις, τήρησης των ιατρικών οδηγιών</li> <li>* Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό λαμβάνοντας κατάλληλα Ν.Μ.</li> </ul>
Διάφοροι παράγοντες βινκριστίνη	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση. (έξω από την φλέβα)</li> <li>* Καταστολή του μυελού</li> <li>* Νευροτοξικότητα που έχει σχέση με                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- οξύ πόνο στις σιαγόνες</li> <li>- δυσκοιλιότητα που μπορεί να καταλήξει σε παραλυτικό ειλεό</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Προσεκτική παρακολούθηση του σημείου εγχύσεως για έγκαιρη διαπίστωση υποδόριας εγχύσεως. Σε υποδόρια έγχυση γίνεται φλεβοκέντηση σε άλλο σημείο. Στο σημείο της υποδόριας έγχυσης τοποθετούνται χλιαρές κομπρέσες για τη μείωση της τοπικής αντιδράσεως</li> <li>* Ν.Π. γνωστή</li> <li>* Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα της νευροτοξικότητας και ενημερώνεται ο γιατρός                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ανακουφίζεται από τον πόνο</li> <li>- προφυλάσσεται από την δυσκοιλιότητα με μέτρα όπως                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- ενθαρρύνεται στην λήψη υγρών και κυρίως χυμών φρούτων.</li> <li>- Εμπλουτίζεται το διαιτολόγιο με τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη.</li> <li>- Ενθαρρύνεται η κίνηση του αρρώστου και διδάσκεται να κάνει μασάζ στην κοιλιά</li> <li>- Αν τα πιο πάνω μέτρα δεν φέρουν αποτέλεσμα χορηγούνται καθαρτικά φάρμακα και γίνονται υποκλισμός με εντολή γιατρού</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

Φάρμακο	Τοξικές ενέργειες	Νοσπλευτικές Παρεμβάσεις
	* Περιφερική νευροπάθεια (αισθητικές διαταραχές)	- Παρακολουθείται ο άρρωστος για πόνο την κοιλιά, μετωρισμό και δυσκολία στην αποβολή αερίων. Η απουσία εντερικών ήχων είναι ενδεικτική παραλυτικού ειλεού. Σ' αυτήν την περίπτωση παράλληλα με την συμπτωματική αντιμετώπιση γίνεται και διακοπή φαρμάκων (με εντολή γιατρού) * Αξιολογείται ο άρρωστος για ελαφρό πόνο και μούδιασμα των άκρων, απώλεια των εν τω βάθει τενοντίων αντανακλαστικών. * Το φάρμακο διαλύεται σε φυσιολογικό ορό και διατηρείται στο υγείο για δύο εβδομάδες. Δεν πρέπει να εκτίθεται σε φως.
Βινβλαστίνη	* Καταστολή του μυελού των οστών * Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση * Ναυτία, έμετοι, διάρροια ή δυσκοιλιότητα * Νευροτοξικότητα με παραισθήσεις και απώλεια των εν τω βάθει τενοντίων αντανακλαστικών	* Ν. Π. γνωστή * Ν.Π. όπως στη βινκριστίνη * Ν.Π. γνωστή * Στις τοξικές ενέργειες και παρενέργειες του φαρμάκου είναι επιρρεπείς οι ηλικιωμένοι και άτομα με κακή υγεία.
Ασπαραγινάση	* Αλλεργική αντίδραση  * Ανοσοκατασταλτική δράση (μεγάλη μείωση λεμφοκυττάρων) * Υπεργλυκαιμία	* Η βινβλαστίνη διαλύεται με φυσιολογικό ορό αραιώνεται σε 5% Dextrose. Διατηρείται στο υγείο για 30 ημέρες. * Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα αλλεργικής αντιδράσεως όπως: εξανθήματα, αρθραλγίες, δύσπνοια - Είμαστε έτοιμη για την αντιμετώπιση αλλεργικού Shock (O <sub>2</sub> , επινεφρίνη κ.α) * Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις  * Παρακολουθείται ο άρρωστος για υπεργλυκαιμία, σακχαρουρία και πολυουρία, πιθανόν να επισπεύδονται από την Ασπαραγινάση.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

<i>Φάρμακο</i>	<i>Τοξικές ενέργειες</i>	<i>Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις</i>
	* Συμπτώματα από το Ν.Σ.	* Ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ζάλη, ίσως και μερικές εβδομάδες από τη θεραπεία ακόμη μπορεί να παρουσιάσει παρκινσονικά συμπτώματα, προστατεύεται ανάλογα.
* Παγκρεατοτοξικό		* Περιοδικά γίνονται εργαστηρικές εξετάσεις για διαπίστωση βλάβης του παγκρέατος. Συμβουλευτείται ο άρρωστος να ενημερώσει αμέσως το γιατρό αν παρουσιάσει ναυτία, πόνο στο στομάχι, έμετους (ύποπτα συμπτώματα για παγκρεατίτιδα)
* Νεφροτοξικό		* Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών. Αξιολογούνται τα αποβαλλόμενα ούρα για έγκαιρη διαπίστωση νεφρικής ανεπάρκειας καθώς και την εμφάνιση οιδημάτων και αύξηση της ΑΠ
Κορτικοστεροειδή πρενιζόλη	* Σύνδρομο Cushing	* Η Νοσηλεύτρια αξιολογεί - Τον άρρωστο για πανσεληνοειδές προσώπιο, υπερτίχωση, μυϊκή αδυναμία, υπέρταση οιδήματα, αμνηρόρροια κ.α και ενημερώνει το γιατρό
	* Κατακράτηση νερού	* Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών * Καθημερινή μέτρηση σωματικού βάρους * Δίαιτα άναλος
	* Υπέρταση	* Παρακολούθηση του αρρώστου για οιδήματα
	* Στερινοειδής διαβήτης	* Μέτρηση και καταγραφή της ΑΠ συστηματικά * Ελέγχεται το σάκχαρο των ούρων του διαβητικού αρρώστου πριν από τα γεύματα. Τα φάρμακα αυτά αυξάνουν το σάκχαρο του αίματος * Γίνονται περιοδικές εξετάσεις αίματος για σάκχαρο σε άρρωστο που δεν αναφέρει ιστορικό διαβήτη (στερινοειδής διαβήτης)
	* Καταστολή των επινεφριδίων	* Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας
	* Ψύχωση	* Παρακολούθηση του αρρώστου για αλλαγή συμπεριφοράς
	* Γαστρεντερική αιμορραγία	* Παρακολούθηση των κενώσεων για παρουσία αίματος καθώς και των εμεσμάτων
	* Οστεοπόρωση	* Χορήγηση τροφών πλούσιων σε Ca * Προστασία του αρρώστου από τον κίνδυνο αυτόματων καταγμάτων



*β. Επιπλοκές ή συμβάντα από μετάγγιση αίματος και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις)*

Η μετάγγιση αίματος είναι μία από τις επικίνδυνες Νοσηλευτικές διαδικασίες και θα πρέπει να γίνεται πάντοτε με μεγάλη προσοχή και ο ασθενής να γνωρίζει τους κινδύνους και τις επιπλοκές που ενδέχεται να συμβούν κατά την μετάγγιση αίματος. Οι μεταγγίσεις πλήρους αίματος ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων, πολύ συχνά αποτελούν μέσα απαραίτητα για την διόρθωση της αναιμίας στους λευχαιμικούς ασθενείς.

Εδώ καλείται η Νοσηλεύτρια να παρεί όλα τα γνωστά μέτρα για την ενεργητική επίδραση της μετάγγισης στον ασθενή. Παρακάτω θα αναφερδών στους κινδύνους και τις αντιδράσεις της μετάγγισης που πρέπει απαραίτητα να γνωρίζει κάθε Νοσηλεύτρια:

**1. Πυρετικές αντιδράσεις:** Οφείλονται την παρουσία πυρετογόνων ουσιών οι οποίες περιέχονται στο αίμα. Μπορούν να εμφανιστούν 1-3 ώρες από την έναρξη της μεταγγίσεως και σπάνια μέχρι 24 ώρες μετά, με υψηλό πυρετό και ρίγος.

Για την αντιμετώπιση τους ανάλογα με την ένταση των αντιδράσεων ή επιβραδύνουμε το ρυθμό αυτής ή διακόπτουμε την μετάγγιση και ενημερώνουμε το γιατρό και την Αιμοδοσία (για έλεγχο αίματος).

**2. Αλλεργικές αντιδράσεις:** Οφείλεται σε ευαισθησία του δέκτη έναντι πρωτεΐνης του δότη, τροφικής ή άλλης προέλευσης. Εμφανίζεται σε άτομα με ιστορικό αλλεργίας και σε συχνότητα 1% περίπου. Σ' αυτή έχουμε όλες τις εκδηλώσεις μιας αλλεργίας (αναφυλακτικά φαινόμενα, κνίδωση, ερυθρότητα προσώπου, ρίγος, πυρετός, οίδημα λάρυγγα σπάνια).

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

Στην περίπτωση αυτή γίνεται επιβράδυνση του ρυθμού μετάγγισης ή και διακοπή, ακόμα χορηγείται επινεφρίνη υποδόρια σε δόση 0,3ml διαλύματος 1/100 εάν ο ασθενής εμφανίζει βαριά αναπνευστική δυσχέρεια.

3. Αιμολυτικές αντιδράσεις: Οφείλονται σε μετάγγιση αίματος ασύμβατου με το αίμα του δέκτη ως προς τις ομάδες του συστήματος ABO ή στην παρουσία ανώμαλων συγκολλητινών π.χ. γυχρό συγκολλητινών.

Η αιμολυτική αντίδραση εμφανίζεται κατά την αρχή της μετάγγισης και αποτελεί σοβαρή και όχι σπάνια επιπλοκή των μεταγγίσεως. Τα συμπτώματα της αιμολυτικής αντιδράσεως είναι τα εξής: ρίγος, υψηλός πυρετός, έντονος πόνος στο οσφύ, ανησυχία, ερυθρότητα προσώπου, ναυτία, έμετοι, συσφικτικός προκάρδιος πόνος, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, δύσπνοια, Shock.

Σ'αυτή την περίπτωση γίνεται διακοπή της μετάγγισης αμέσως και ενημέρωση του γιατρού. Οι συνέπειες είναι ανάλογες της ποσότητας τους χορηγούμενου ασύμβατου αίματος.

4. **Υπερφόρτωση της κυκλοφορίας.** Οφείλεται στη χορήγηση μεγάλης ποσότητας αίματος ή σε ρυθμό ταχύτερο από ότι η καρδιά μπορεί να δεχθεί. Εκδηλώνεται με σημεία οξείας καρδιακής κάμψης, δύσπνοια υπό μορφή ταχύπνοιας, και δυσφορίας. Στην περίπτωση αυτή γίνεται διακοπή της μετάγγισης αμέσως και ενημέρωση του γιατρού. Η ενδοφλέβια γραμμή διατηρείται ανοιχτή σε διάλυμα 5% Dextose σε 0,5% διάλυμα NaCl.

- 5 **Σηψαιμία:** Οφείλεται στη χορήγηση αίματος μολυσμένου με γυχρόφιλα παθογόνα μικρόβια. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά τη χορήγηση των

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

πρώτων 50-100 ml αίματος και είναι τα εξής: υψηλός πυρετός, ρίγος, έντονη ερυθρότητα προσώπου, έντονη κεφαλαλγία, έμετοι, διάρροια, πόνος στην κοιλιά και τα άκρα, καταπληξία, σπασμοί και κώμα. Σ' αυτή την περίπτωση διακόπτουμε την μετάγγιση και ενημερώνουμε το γιατρό.

**6. Αναφυλακτική αντίδραση.** Είναι σπάνια και συνήθως συμβαίνει σε αρρώστους που έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι των IgA ανοσοσφαιρινών. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά τη χορήγηση λίγων ml αίματος και είναι: γενικευμένη ερυθρότητα, βρογχόσπασμος, οπισθοστερνικός πόνος, καταπληξία, απώλεια συνειδήσεως. Οι αντιδράσεις αυτές είναι συνήθως βαριές και δονυτικά θανατηφόρες. Γίνεται διακοπή της μετάγγισης και ενημέρωση του γιατρού.

**7. Εμβολή αέρα:** Μπορεί να συμβεί όταν το αίμα χορηγείται με πίεση και εντομεταξύ έχει κενωθεί η φιάλη, οπότε ο αέρας μπαίνει κατευθείαν στην κυκλοφορία ή όταν ο ελαστικός σωλήνας κατά την αλλαγή των φιαλών δεν έχει κενωθεί τελείως από αέρα. Τα συμπτώματα και σημεία που παρουσιάζονται είναι: πόνος στο θώρακα, βήχας αιμόπτυση, δύσπνοια, κυάνωση, υπόταση, αδύνατος σφυγμός. Στην περίπτωση αυτή κλείνουμε το ρυθμιστή ροής της συσκευής, τοποθετούμε τον ασθενή σε ελαφρά Trendelenburg θέση για να παγιδευτεί ο αέρας στις δεξιές κοιλότητες της καρδιάς, χορηγούμε O<sub>2</sub> και ενημερώνουμε το γιατρό.

**8. Μετάδοση νόσου.** Η ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού ελονοσία, AIDS και σύφιλη, μπορούν να μεταδοθούν μέσω μολυσμένου αίματος, πρέπει να ελέγχεται το αίμα με πολύ προσοχή.

**9. Υπερκαλιαιμία:** Προκαλείται εξαιτίας χορήγησης συντηρημένου αίματος (μεγάλες ποσότητες). Τα συμπτώματα της αντίδρασης είναι:

### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

ναυτία, κωλικός εντέρου, διάρροια μυϊκή αδυναμία, παραισθησία άνω και κατω άκρων γλώσσας - προσώπου, απάθεια, ελάττωση αριθμού των σφύξεων.

Γίνεται διακοπή της μετάγγισης και ενημέρωση του γιατρού.

**10. Υποσβεστιαμία:** οφείλεται στη δέσμευση ιόντων ασβεστίων από τα κιτρικά ανιόντα και παρατηρείται κατά τη χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων σε βραχύ χρονικό διάστημα συντηρημένου αίματος με κιτρικό νάτριο.

Ο ασθενής παρουσιάζει σπασμούς, κράμπες, περιστομικές και δακτυλικές παραισθησίες. Λαρυγγόσπασμούς καρδιακές αρρυθμίες, ακόμη και καρδιακή ανακοπή. Αμέσως γίνεται διακοπή της μετάγγισης και ενημέρωση του γιατρού.

#### *γ. Ακτινοθεραπεία - Ανεπιθύμητες ενέργειες*

Πολλές φορές κατά την θεραπεία των οξείων Λευχαιμιών γίνονται και Ακτινοθεραπείες σε συνδιασμό με την χημειοθεραπεία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της Ακτινοθεραπείας είναι:

- Καταβολή δυνάμεων
- Ναυτία - εμετοί
- Ανορεξία - Απώλεια βάρους
- Πυρετική δεκατική κίνηση
- Ακτινοδερματίτιδες
- Βλάβη γεννητικών αδένων
- Αλωπεκία

Η Νοσηλευτική Παρέμβαση στις πιο πάνω ανεπιθύμητες ενέργειες είναι γνωστή.

## **6. Πρόγνωση**

Η πρόγνωση για παιδιά με ΟΛΛ έχει βελτιωθεί δραματικά. Η εντατική χημειοθεραπεία επιτυγχάνει πλήρη ύφεση σε όλους σχεδόν τους ασθενείς.

Στη συνέχεια με συντηρητική χημειοθεραπεία μαζί με προφυλακτική ακτινοθεραπεία και ενδοραχιαία χημιοθεραπεία (για περίπτωση προσβολής του Κ.Ν.Σ.) επιτυγχάνεται μακροχρόνια διατήρηση ύφεσης περίπου 50% των ασθενών επιζούν 5 χρόνια μετά τη λήξη της θεραπείας. Ο μέσος όρος επιβίωσης ενηλίκων με ΟΛΛ είναι 2-3 έτη.

Στην ΟΜΛ η πρόγνωση παραμένει γενικά κακή και για τα παιδιά και για τους ενήλικους. Αν και σε ποσοστό 70% των ασθενών επιτυγχάνεται πλήρως ύφεση, αυτή είναι συνήθως μικρής διάρκειας.

Μόνο το 20% των ασθενών επιζούν μετά από 3 χρόνια ο δε μέσος όρος επιβίωσης είναι περίπου 1 έτος.

Μ' αυτά τα δεδομένα η μεταμόσχευση μυελού των οστών θα πρέπει να θεωρηθεί ως θεραπευτική επιλογή για αρρώστους κάτω από 40 ετών οι οποίοι διαθέτουν κατάλληλο δότη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄**

### **1. Αποκατάσταση**

Η διάγνωση της Λευχαιμίας μπορεί να αποτελέσει βαρύ ψυχολογικό πλήγμα για τον ασθενή και την οικογένεια του, για αυτό χρειάζεται υποστήριξη και ηθική συμπαράσταση. Οι ψυχίατροι και άλλο ιατρικό προσωπικό μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά χρήσιμοι, οι ασθενείς όμως εμπιστεύονται περισσότερο το δικό τους γιατρό για τη μεταβολή της πορείας της νόσου.

Σταθερές και συγκεκριμένες οδηγίες για το πόσο ακριβώς πρέπει να πληροφορείται ο ασθενής για την κατάστασή του δεν υπάρχουν γι'αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη πολλοί παράγοντες όπως η ηλικία, η συγκινησιακή σταθερότητα και η γενική κατάσταση του ασθενούς. Γενικά όμως η πιο συνετή μέθοδος αντιμετώπιζεως είναι εκείνη που προσεγγίζει την πλήρη αλήθεια με σκοπό τη διατήρηση της εμπιστοσύνης και της συνεργασίας του αρρώστου.

Υπάρχει σήμερα επαρκής πόροδος στη θεραπευτική αντιμετώπιση της λευχαιμίας που στις περισσότερες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί εκ των πραγμάτων να ενθαρρύνει τον ασθενή.

Αξιόλογη είναι η συμβολή του φυσιοθεραπευτή στην φυσική και συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή. Άλλοι φορείς που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ψυχολογική τόνωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Ιερείς και προπάντων οι συνανθρωποί του δηλ. ο κοινωνικός του περίγυρος, που θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουν με αγάπη και συναδελφικότητα και προπάντων να τον ενθαρρύνουν στις διάφορες εκδηλώσεις του. Σπουδαίο ρόλο παίζει η Νοσηλεύτρια που

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

διαπαιδαγωγώντας κατάλληλα τον ασθενή ώστε να αγνωρίζει την φύση της αρρώστειας του, τον βοηθάει να υιοθετήσει ένα τρόπο ζωής αξιόλογο και προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και απαιτήσεις. Εμφυτεύει σ' αυτόν την ελπίδα και την πίστη για τη ζωή βοηθώντας τον έτσι στον αγώνα για το καλύτερο αύριο της ασθένειάς του.

Βέβαια ο ασθενής αυτός πρέπει να γνωρίζει ότι η περίπτωση του ελέγχεται προσωρινά χωρίς να θεραπεύεται τελείως. Γι' αυτό η Νοσηλεύτρια τον ενημερώνει:

- α) Να προφυλάγεται από διάφορες πηγές μόλυνσης
- β) Να καταφεύγει έγκαιρα στον θεράποντα Ιατρό όταν παρουσιαστεί οποιοδήποτε ενόχλημα
- γ) Να υποβάλλεται σε συστηματική ιατρική (κλινική και εργαστηριακή) παρακολούθηση.

Η ανάγκη εργαστηριακής και κλινικής παρακολούθησης του μη νοσηλευμένου ασθενή που πάσχει από λευχαιμία από ειδικό (Αιματολόγο) γιατρό γίνεται πεποίθηση του πάσχοντα με την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση αυτού από την Νοσηλεύτρια. Τέλος μια καλή κουβεντα ότι σύντομα η επιστήμη θα ανακαλύψει τη ριζική θεραπεία της νόσου είναι το καλύτερο μυχολογικό τονωτικό φάρμακο.

## **2. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ετοιμοθάνατο ασθενή που πάσχει από λευχαιμία**

Ο ασθενής την τελευταία φάση της ζωής του την περνά συνήθως στο νοσοκομείο και η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμη να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, οι οποίες διακρίνονται σε φυσικές, συναισθηματικές και πνευματικές.

### **α) Φυσικές ανάγκες**

Ο ασθενής τις τελευταίες μέρες της ζωής του συνήθως έχει μειωμένη όρεξη και συχνά η φυσική προσπάθεια που καταβάλλει για τη διατροφή του είναι μεγάλη. Χρειάζεται όμως η διατροφή του ασθενή να είναι ικανοποιητική διότι αυτή παίζει σπουδαίο ρόλο στην ζωτικότητα των ιστών και έτσι προλαμβάνονται επιπρόσθετες επιπλοκές. Γι' αυτό όταν ο ασθενής αδυνατεί να λάβει τροφή και υγρά από το στόμα, καταφεύγουμε στην δρέψη του με ενδοφλέβια έγχυση ορού.

Μια άλλη μέριμνα της Νοσηλεύτριας είναι η φροντίδα του στόματος της μύτης και των ματιών. Όσο ο θάνατος πλησιάζει τόσο η κατάσταση γίνεται πιο δύσκολη και το περιεχόμενο του στόματος (σίελος, βλέννα) παραμένουν εκεί. Έτσι γίνεται απαραίτητη η χρησιμοποίηση τεχνητών μεσων για την ανάρρφωση τους. Το δέρμα χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα για να είναι στεγνό και καθαρό.

Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει δύσπνοια η πιο αναπαικτική θέση είναι η ημικαθιστική, θα πρέπει να αποφεύγεται η ύπτια θέση διότι η αναπνοή του γίνεται δύσκολη και θορυβώδης.

Εάν ο ασθενής δεν βρίσκεται σε μονόκλινο δωμάτιο, καλό θα είναι τις



### Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

τελευταίες του στιγμές να μεταφερθεί. Η απομόνωση αυτή είναι ευεργητική για αυτόν και του συγγενείς του, δίνοντας του κάποια άνεση κατά τις τελευταίες ώρες αλλά και για τους άλλους ασθενείς που αποφεύγουν έτσι να αντικρίσουν σκηνές θανάτου. Η Νοσηλεύτρια παίρνει κατάλληλα μέτρα για την προφύλαξη του. Οι διάφοροι τύποι περιορισμών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με σύνεση και κατανόηση διότι δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα στον ασθενή, ο οποίος κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής του θέλει να αισθάνεται ελεύθερος.

Οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς παραπονιούνται για μοναξιά, φόβο και ελαττωμένη όραση, τα οποία μεγαλοποιούνται σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Ένα άνετο φωτεινό και καθαρό περιβάλλον, κάνει λιγότερο δύσκολες τις τελευταίες στιγμές του.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται ακόμη στις συνομιλίες με άλλα πρόσωπα κοντά στον ασθενή. Ο γίδυρος είναι ενοχλητικός και ίσως ο ασθενής να νομίζει ότι του κρύβονται ορισμένα μυστικά. Η συζήτηση θεμάτων που γνωρίζουμε ότι ευχαριστούν τον ασθενή προσφέρει ανακούφιση και ακόμα όταν ο ετοιμοθάνατος δεν φαίνεται να ανταποκρίνεται σε ότι του λέγεται είναι ευγενικό και ανθρωπινό να μιλάμε.

Παρά την προσπάθεια της Νοσηλεύτριας να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή και να τον ανακουφίσει, είναι δυνατόν να μην ανακουφίζεται και να υποφέρει.

Τότε η Νοσηλεύτρια κατόπιν συνενόησης με τον γιατρό θα προχωρήσει στη χρήση φαρμάκων που ελαττώνουν τον πόνο και την ανησυχία.

Είναι μεγάλο απόκτημα της επιστήμης, η ανεύρεση φαρμάκων κατά του πόνου, και δεν πρέπει ο ασθενής να υποφέρει όταν υπάρχουν τα μέσα να

τον βοηθήσουν. Παράλληλα με τα διάφορα μέσα και η Νοσηλεύτρια είναι δυνατόν να συμβάλλει στην καταπράϋνση όχι μόνο του πόνου, αλλά και της φύσεως αγωνίας και ανησυχίας όταν η παρουσία της δημιουργεί ατμόσφαιρα κατανόησης, ελπίδες και αγάπης.

### **β) Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες**

Κάποτε ο ασθενής αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι πλησιάζει ο θάνατος. Αρχίζει να κάνει ερωτήσεις, να ζητά κάποια παρηγοριά και ίσως να περιμένει κάποιο θαύμα που θα του σώσει τη ζωή.

Ο τρόπος αντιμετώπισης τους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η κοσμοθεωρία περί ζωής και θανάτου ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο ένας φοβάται το θάνατο, ο άλλος τον βλέπει σαν λύτρωση και απαλλαγή από τον επίγειο πόνο και τη δυστυχία. Υπάρχει και μια μερίδα ασθενών που προσμένει το θάνατο αποβλέποντας στη χαρά μιας άλλης ζωής.

Η ηλικία επίσης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής δέχεται και αντιμετωπίζει το θάνατο π.χ. τα παιδιά δεν φοβούνται, οι έφηβοι και οι ενήλικες λυπούνται να εγκαταλείψουν τη ζωή. Τα πιο ηλικιωμένα άτομα συχνά περιμένουν τον θάνατο σαν φίλο. Ακόμα η αντίδραση του ανθρώπου που εγκαταλείπει τη ζωή, μεταβάλλεται από μέρα σε μέρα. Μερικές φορές είναι δυνατόν να θέλει να κρύψει κανείς τα αληθινά του αισθήματα ή να μην θέλει να πιστέψει την αλήθεια. Άλλοτε παρουσιάζεται γενναίος προσποιείται ότι δεν φοβάται το θάνατο με κύριο σκοπό να δει ποια είναι τα αισθήματα των άλλων. Ο φόβος είναι από τα πιο οδυνηρά συναισθήματα, και όπως είναι γνωστό είναι ο πιο έντονος που δοκιμάζει ο άνθρωπος.

Οι τελευταίες στιγμές της ζωής ενός ατόμου έχουν ύψιστη σημασία για την αιώνια αποκατάσταση της ψυχής του.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η συμβουλή του Ιερέα στην ικανοποίηση των πνευματικών αναγκών του ασθενούς είναι πολύ μεγάλη και η Νοσηλεύτρια δεν πρέπει να παραλείπει ή να αμελεί το βασικό καθήκον να φέρει τον ετοιμοθάνατο ασθενή σε επαφή με τον Ιερέα του Νοσοκομείου.

Είναι φανερό ότι μόνο η επαγγελματική κατάρτιση για το έργο της Νοσηλεύτριας είναι ανεπαρκής. Χρειάζεται παράλληλα ψυχική και πνευματική καλλιέργεια η οποία θα αντανακλά την ανάγκη και τον σεβασμό προς το συνάνθρωπό μας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

### **1. Περίπτωση ασθενούς με όξεια μυελοκυτταρική λευχαιμία (Ο.Μ.Λ.).**

<i>Όνομα ασθενούς</i>	: Χ.Α.
<i>Ηλικία ασθενούς</i>	: 32 ετών
<i>Διάγνωση εισόδου</i>	: Ο.Μ.Λ. (Οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία)
<i>Ημερομηνία εισαγωγής</i>	: 15.12.1994

Ο ασθενής προσήλθε στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του (Γ.Π.Π.Ν.Π.) με έντονη φαρυγγαλγία από 10ήμερου και αποβολή αίματος στα πύελα. Αναφέρει λιποθυμικό επεισόδιο προ εβδομάδας με απώλεια συνείδησης.

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι η εξής: ωχρότητα δέρματος επιπεφυκόντων εξελκόμενες αιμοραγικές αμυγδαλές, εκχυμωτικό οίδημα (ΑΡ) βλεφάρου και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. ΑΠ 90/60 mmHg θερμοκρασία 36,8°C σφύξεις 80/min.

*Ιστορικό ασθενούς.* Κατά τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής αναφέρει ότι την προηγούμενη της εισαγωγής του πήγε στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου Αγρινίου με έντονη φαρυγγαλγία από 10ήμερου. Στη γενική αίματος Λευκά 180.000 με βλάστες 63%, Ηt 34,6% ΑΜΤ 27.000. Ο ασθενής διακομίσθηκε στο Γ.Π.Π.Ν.Π. για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

Από το παρελθόν ιστορικό αναφέρει προ 15ετίας διαταραχές συμπεριφοράς (νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική), υπό αγωγή και χειρουργική επέμβαση για πυλωρική στένωση πριν 1 χρόνο. Δεν αναφέρει αναιμία στο παρελθόν.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσπλευτική παρέμβαση

Δίνεται ιατρική εντολή για τις παρακάτω εξετάσεις:

Γεν. αίματος, Τ.Κ.Ε. CT εγκεφάλου, ΗΚΓ, βυθοσκόπηση και μυελόγραμμα.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έχουν ως εξής:

**Γεν. Αίματος** : ΗΤ 32, ΑΜΤ 25.000, Λεύκα αιμοσφαίρια 170.000 με βλάστες 65%.

**Τ.Κ.Ε** : 40

**CT εγκεφάλου** : χωρίς παθολογικά ευρήματα

**Βυθοσκόπηση** : Στον (ΑΡ) οφθαλμό μαλακό εξίδρωμα ή πιθανή λευχαιμική διήθηση.

**Μυελόγραμμα** : Βλάστες 73% προμυελοκύτταρα 3-4%. Σχεδόν εξαφάνιση της μεγακαρυοκυτταρικής σειράς.

Κατά την αιματολογική εκτίμηση ο γιατρός αναφέρει ότι από τη μορφολογία των κυττάρων του περιφερικού αίματος και την εκτίμηση των χρώσεων φαίνεται ότι πρόκειται για M4 (οξεία μυελομονοκυτταρική Λευχαιμία) και θα αρχίσει αμέσως ΧΜΘ ως εξής:

Novautrone  $10\text{mg}/\text{m}^2 \times 3\text{d}$

Vepecid  $75\text{mg}/\text{m}^2 \times 7\text{d}$

Ara-C  $100\text{mg}/\text{m}^2 \times 7\text{d}$

Επίσης ο ασθενής θα παίρνει:

Amp Augmentin 1x4 I.V.

Solf Itexalen 1x3 p.o.

Dral Gel Dactarin

tb Zylloric 300mg 1x1

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Χαμηλά ΑΜΤ (17,000)	*Αύξηση των ΑΜΤ σε ικανοποιητικά επίπεδα *Πρόληψη αιμορραγικών εκδηλώσεων	*Χορήγηση ΑΜΤ με ΙΕ. *Λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του ασθενή για αιμορραγικές εκδηλώσεις λόγω της θρομβοπενίας	* Πίρθηκαν τα ζωτικά σημεία θερμ. 36,8°C ΑΠ 100/60mmHg Σφύξεις 78/min *Ετέθησαν 2 μονάδες ΑΜΤ αφού προηγουμένως έγιναν 1amp fenistil iv σε ογκομετρικό και 1 amp solu-Cortef 100mg iv. με ιατρική εντολή.	*Εργαστηριακός έλεγχος των ΑΜΤ έδειξε μικρή αύξηση θα χρειαστούν κι άλλες μονάδες *Συνεχίζεται η συχνή παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή και ο εργαστηριακός έλεγχος των ΑΜΤ.
Πυρετός (39,7°C)	Πτώση της θερμοκρασίας	*Τοποθέτηση υγρών επιδερμάτων * Χορήγηση αντιπυρετικού με ΙΕ. *Χορήγηση υγρών ενδοφλεβία για γρήγορη ενυδάτωση του ασθενή και πρόληψη αφυδάτωσης λόγω του πυρετού *Τρίωρη λήψη ζωτικών σημείων.	*Ετέθησαν υγρά επιδέματα *Έγινε 1amp Apotel σε ογκομετρικό iv. με ιατρική εντολή *Ετέθη ορός Dextrose 5% *Έγινε αλλαγή του ιματισμού του ασθενή *Εστάλησαν αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες ούρων *Προστέθηκε amp Soivetan 1gr 1x3 iv με ΙΕ.	Ο πυρετός υποχώρησε σε 36,9°C Συνεχίζεται η συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας του ασθενή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Χαμηλός Ht (26)	Αντιμετώπιση της αναιμίας με χορήγηση αίματος	*Διασταύρωση αίματος *Χορήγηση συμπυκνωμένων ερυθρών με ΙΕ. *Λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση για αντιδράσεις από τη μετάγγιση	*Έγινε αιμοληψία και στάλθηκε διασταύρωση αίματος *Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία. *Έτεδη 1 μον. αίμα με ΙΕ. *Από τη λήψη των ζωτικών διαπιστώθηκε θερμ. 38,3°C *Έγινε διακοπή μετάγγισης *Έτεδη lamp Apotel σε ογκομετρικό λν. με ΙΕ.	*Μετά το αντιπυρετικό ο πυρετός υποχώρησε σε 37° C. *Συνεχίστηκε η μετάγγιση *Από τον έλεγχο του Ht διαπιστώθηκε μικρή αύξηση *Θα χρειαστεί και 2η μονάδα αίματος.
Μυελική απλασία (αυξημένος αριθμός λευχαιμικών κυττάρων)	Εξάλειψη των λευχαιμικών κυττάρων και αποκατάσταση της λειτουργίας του μυελού των οστών μέσω της θεραπείας που θα ορίσουν οι γιατροί.	*Ενημέρωση του ασθενή και ψυχολογική στήριξη *Χορήγηση χημειοθεραπευτικού σχήματος *Πρόληψη επιπλοκών *Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.	*Δόθηκε Ι.Ε.να χορηγηθεί Ara-C 100 mg metrotexate 12,5 mg Depomedrol 40mg bolus με σφουονωπαία έγχυση *Έγινε λήψη των ζωτικών *Ετοιμάστηκε ο δίσκος για την σφουονωπαία έγχυση *Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη Νοσηλευτική πράξη και στήριχθηκε ψυχολογικά *Έγινε η ΧΜΘ *Τοποθετίθηκε ο ασθενής σε ύπτια θέση και Ενημερώθηκε να μείνει ακίνητος για 2ώρες. *Λήψη ζωτικών κάθε 1 ώρα.	*Ο ασθενής αν και στην αρχή αρνήθηκε την παρακέντηση τέλος πείσθηκε και συνεργάστηκε *Πάρθηκαν όλα τα μέτρα ασφαλείας και δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΙΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ολιγουρία (λόγω ελλωμένης ποσότητας αίματος)	Αποκατάσταση της διούρησης	*Ισοζύγιο προσλαμβανομένων - αποβαλλομένων υγρών *Τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστεως αν χρειαστεί *Χορήγηση διουρητικών	*Άρχισε ισοζύγιο προσλαμβανομένων- αποβαλλομένων υγρών. *Έτέθει καθετήρα ουροδόχου κύστεως με ΙΕ. *Έγιναν 2 amp Lasix iv με ΙΕ.	* Ο ασθενής παρουσίασε υπερουρικήμια η οποία αντιμετωπίστηκε * Η διούρηση αποκαταστάθηκε
Ανψυχία - Διέγερση	*Μείωση της έντασης και του άγχους του ασθενή	*Να γίνει συζήτηση της Νοσηλεύτριας με ασθενή του *Προφύλαξη του ασθενή (λόγω της διέγερσης) *Χορήγηση κατενευγαστικού αν χρειαστεί.	*Έγινε προσπάθεια να καθυψασθεί ο ασθενής *Έτέθησαν κάγκελα στο κρεβάτι λόγω έντονης διέγερσης και μη συνεργασίας (για πρόφυλαξη από πτώση και τραυματισμό) *Ζητήθηκε ψυχιατρική εκτίμηση *Έγινε 1 amp stedon 10mg iv με ΙΕ. *Προστέθηκε στη νοσηλεία του 1tb tavor 3mg 1x3	*Μετά από λίγη ώρα ο ασθενής πρέμισε λόγω καλής ενθάρυνσης από τον ψυχίατρο και Νοσηλευτικό προσωπικό.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Λευκοπενία (Λευκά αιμοσφαίρια [2,500])	*Αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων *Προφύλαξη του ασθενή από λοιμώξεις	*Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής *Εργαστηριακός έλεγχος των λευκών αιμοσφαιρίων *Μεταφορά του ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο με μάσκα	*Μεταφέρθηκε ο ασθενής σε μονόκλινο δάλαμο και ετέθει μάσκα *Έγινε ενημέρωση των συγγενών για τη μάσκα και ζητήθηκε αραίωση του επισκεπτηρίου. *Χορηγήθηκε απρ Solvefon 2 mg 1x3 και απρ Briklin 1x2 με Ι.Ε. *Πάρθηκαν καλλιέργειες αίματος και ούρων *Έγινε Ro θώρακος *Γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων	*Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μικρή αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων *Η αντιβιοτική αγωγή και τα μέτρα απομόνωσης και προφύλαξης συνεχίζονται.

## **2. Περίπτωση ασθενούς με οξεία Λεμβοβλαστική λευχαιμία (Ο.Λ.Λ.)**

Όνομα ασθενούς	: Γ.Τ.
Ηλικία ασθενούς	: 27 ετών
Διάγνωση εισόδου	: Ο.Λ.Λ. -ίκτερος-εμπύρετο-ίλιγγοι
Ημερομηνία εισαγωγής	: 18.5.1995

Η ασθενής εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γ.Π.Π.Ν.Π. με ζάλη-ίλιγγο και πυρετική κίνηση.

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει η ασθενής είναι η εξής: ικτερική χροιά επιπεφυκότων, ωχρότητα δέρματος, εκχυμώσεις απο δέσεις φλεβοκεντήσεων για τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα. Από την ακρόαση της καρδιάς :ταχυκαρδία σφύξεις 95/min ΑΠ 110/70mmHg και θερμοκρασία 38°C.

*Ιστορικό ασθενούς:* Η ασθενής πάσχει απο Ο.Λ.Λ. , ήταν σε ύφεση και ελάμβανε Purimethol 100mg 1x1, Iosec 1x2 και Solu-Medrol 16mg 1x1. Λόγω παν-ραγοειδίτιδας η οποία είχε διαπιστωθεί προ 3μήνου είχε απώλεια όρασης του αριστερού οφθαλμού. Αναφέρει ότι προ 1 μηνός παρουσίασε ζαλάδες και είχε λιποθυμικό επεισόδιο.

Επίσης αναφέρει ότι από την προηγούμενη της εισαγωγής της παρουσίασε πυρετό εως 38,5 καθώς και έντονη ζαλάδα με εμβοές των ώτων. Πριν 3 χρόνια αναφέρει αρθρίτιδα (πόνος στις αρθρώσεις του γόνατος και των δύο άκρων), η οποία διαγνώστηκε και αντιμετωπίστηκε. Η ασθενής εισάγεται στη Γ' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου για παιρετέρω διερεύνηση.

Οι οξείες λευχαιμίες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

*Εστάλησαν οι παρακάτω εργαστηριακές εξετάσεις:*

Γενική αίματος, Βιοχημικός έλεγχος, Διασταύρωση αίματος και Ακτινογραφία Θώρακος.

*Τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων έχουν ως εξής:*

**Γενική αίματος** : Ht 32, AMT 30,000, Λευκά αιμοσφαίρια 180,000.

**Βιοχημικές εξετάσεις** : Σάκχαρο 134, Ουρία 73, Ουρικό οξύ 3,7 ,  
Κάλλιο ορού 4,8 , Νάτριο ορού 129 ασβέστιο 6,2.

**Ρο Θώρακος** : Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Η ασθενής πρέπει να κάνει οσφυονωτιαία παρακέντηση και να αρχίσει την εξής αγωγή:

tb Medrol 16mg 1/2x1

td Filicine 5mg 1x1

Amp Solvetan iv 1gr 2x3

Amp Briklin iv 1x2

Syr Bisolvo 1x3

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
*Συνεχής πυρετική κίνηση	*Ανέυρεση του λοιμογόνου παράγοντα *Φαρμακευτική αντιμετώπιση	*Αιματολογικός εργαστηριακός έλεγχος *Λήψη εγκεφαλονοτιαίου υγρού για έλεγχο (ΕΝΥ) *Χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων	*Έγινε αιμοληγία και εστάλησαν αιμοκαλλιέργειες *Εστάλει γενική και καλλιέργεια ούρων *Ενημερώθηκε η ασθενής για την οφθωμοπαία παρακέντηση (ΟΝΠ) και τονίστηκε η αναγκαιότητα της. *Ετοιμάστηκε δίσκος ΟΝΠ και έγινε λήψη ΕΝΥ το οποίο εστάλη για εργαστηριακό έλεγχο *Χορηγήθηκαν στην ασθενή 1 amp Solveton 2 gr και μία amp Briklin IV με ΙΕ.	*Μετά τα αποτελεσμά των εργαστηριακών εξετάσεων και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σε τακτά χρονικά διαστήματα αντιμετωπίστηκε η πυρετική κίνηση ικανοποιητικά.
Ικτερική χροιά επιπεφυκότων	Αποκατάσταση της φυσιολογικής χροιάς του δέρματος	*Ψυχολογική στήριξη της ασθενούς (λόγω απώλειας όρασης του αριστερού οφθαλμού) *Οφθαλμολογική εκτίμηση για την ικτερική χροιά	*Έγινε συζήτηση με την ασθενή για το πρόβλημα των οφθαλμών της και διαβεβαιώθηκε ότι θα γίνει ότι το δυνατόν για την προφύλαξη του υγιούς οφθαλμού της. *Ενημερώθηκε οφθαλμίατρος για το πρόβλημα *Έγινε οφθαλμιατρική εξέταση *Ετέθησαν στην αγωγή της ασθενούς με Ι.Ε. τα εξής κολύρια : coll Maxidex 1 σταγ. x2 Coll phenylephvine 10% 1 σταγ. x3 Coll Cylopertolate 1% 1 σταγ x3 Coll Atropine 1% 1 σταγ x3	*Η ικτερική χροιά των επιπεφυκοτών υποχώρησε σημαντικά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>*Εκχυμώσεις των άκρων (λόγω φρεβοκεντήσεων )</p>	<p>* Αντιμέτωση των εκχυμώσεων            *Ανεύρεση περιφερικού αγγείου για τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής</p>	<p>*Τοποθέτηση αλοιφής στα σημεία των εκχυμώσεων            *Τοποθέτηση κομπρεσών αλουμινίου            *Ενημέρωση των γιατρών για το πρόβλημα των φλεβών της ασθενούς            *Ενημέρωση της ασθενούς για την πιθανή τοποθέτηση υποκλειδίου</p>	<p>*Έγινε επάλειψη με αλοιφή Lazonile στα σημεία των εκχυμώσεων            *Τοποθετήθηκαν επίσης κομπρέσες αλουμινίου.            *Έγινε διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με την τοποθέτηση των κομπρεσών και της αλοιφής            * Ενημερώθηκε η ασθενής ότι θα της τοποθετηθεί υποκλείδιος            *Ετοιμάστηκε το υλικό της υποκλειδίου            *Τοποθετήθηκε η ασθενής στην κατάλληλη θέση            *Πάρθηκαν τα κατάλληλα μέτρα ασυγίας            *Μετά την τοποθέτηση εστάλει η ασθενής για Ro δώρακος (έλεγχος για πνευμοδώρακα)            *Γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων</p>	<p>* Οι εκχυμώσεις αντιμετωπίστηκαν ικανοποιητικά</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
*Έμετοι	* Διακοπή των εμέτων *Αποφυγή της κακοσμίας της στοματικής κοιλότητας	*Χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης *Παρακολούθηση της ασθενούς για σημεία αφυδάτωσης *Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας	*Ενδαρύνθηκε η ασθενής να πίνει άφθονα υγρα *Χορηγήθηκε ορός Dextrose 5% με 2 amp KCl. *Δόθηκε στην ασθενή διάλυμα Hexalen για πλύσεις της στοματικής κοιλότητας *Γίνεται συχνή παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης *Έγινε 1 amp Primperan i.v. με I.E.	*Οι εμετοί σταμάτησαν *Έγινε διακοπή του ορού
Δυσκοιλιότητα	Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου	*Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη *Μαλάξεις στην κοιλιά *Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων	*Χορηγήθηκε στην ασθενή κατάλληλη διαίτα * Τοποθετήθηκαν 2 υπόθετα γλυκερίνης με I.E. *Έτέθη στην φαρμακευτική της αγωγή γάλα μαγνησίας 10cc x3 με I.E. Διδάχθηκε η ασθενής να κάνει μαλάξεις στην κοιλιά (οι μαλάξεις να ακολουθούν την κατεύθυνση του παχέως εντέρου)	*Η ασθενής απαλάχθηκε από τη δυσκοιλιότητα *Αποκαταστάθηκε η λειτουργία του εντέρου

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Φλεβοκομβική ταχυκαρδία ταχύπνοια (σφύξεις :125/min)	*Απαλλαγή από τα συμπτώματα *Μείωση των σφύξεων	*Τοποθέτηση της ασθενούς σε σωστή θέση *Ενημέρωση του γιατρού για το πρόβλημα *Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με Ι.Ε. αν δεν υποχωρήσει η ταχυκαρδία	*Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ημικαδιστική θέση *Ενημερώθηκε ο γιατρός και συνέστησε συχνή λήψη των σφύξεων και της Α.Π. *Δεν συνέστησε φαρμακευτική αγωγή	*Μειώθηκε η ταχυκαρδία και η ταχύπνοια. Οι σφύξεις έφτασαν σε 95/min

Οι σφύξεις λειψαίμενες στους ενήλικες - Νοσηλευτική παρέμβαση

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια ανασκόπησης του όλου θέματος σχετικά με τις υπάρχουσες απόψεις που αφορούν την ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενή με οξεία λευχαιμία.

Βέβαια το θέμα δεν καλύφθηκε πλήρως αλλά πιστεύω ότι έγινε μια ικανοποιητική παρουσίαση των πολύπλοκων προβλημάτων και τονίστηκε ιδιαίτερα η σημασία της Εξατομικευμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας που πρέπει να παρέχεται στον ασθενή. Η άρτια κατάρτιση του Νοσηλευτικού Προσωπικού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων, αλλά η ουσία της Νοσηλευτικής Φροντίδας βρίσκεται στην ικανότητα της Νοσηλεύτριας να συλλαμβάνει και να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του ασθενή ή την ικανότητα του να διαπραγματεύεται με προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της απειλής της υγείας του.

Η ικανότητα της Νοσηλεύτριας να αναγνωρίζει τα σημεία συμπεριφοράς είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εκπλήρωση του ρόλου της.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αθανάτου Κ.Ε.** : Κλινική Νοσηλευτική "Χορήγηση Φαρμάκων αρχές και Μέθοδοι" Επίτομος Έκδοση Β' Αθήνα 1990
- Ανωνίου Χ, Διονυσόπουλος Β:** Ελληνική Ιατρική "Θεραπεία Οξείας Λευχαιμίας" Τόμος 48ος Τεύχος 4ο . Εκδόσεις UNIVERSITY PRESS Ιούλιος -Αύγουστος 1982
- Αποστολίδης Μ, Καρδάς Β:** Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων "Λευχαιμία Μετά τη Χημειοθεραπεία" Τόμος 22ος Τεύχος 3,4 Μαΐος-Αύγουστος 1988
- Γαρδίκας Κ:** "Αιματολογία" Επίτομος Έκδοση 4η Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1981.
- Γαρδίκας Κ:** "Ειδική Νοσολογία" Επίτομος Έκδοση 3η Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1981
- Γαρδίκας Κ:**"Ειδική Νοσολογία" Τόμος 2ος Έκδοση 4η Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1984
- Γαρυπίδου Β:** Ελληνική Ιατρική "Χρωμοσωμικές ανωμαλίες στην Οξεία Μυελογενή Λευχαιμία" Τόμος 57ος Τεύχος 2ο Εκδόσεις UNIVERSITY PRESS Μάρτιος -Απρίλιος 1991
- Cecil:** Παθολογία Τόμος Α Έκδοση 1η Μετάφραση-Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1991
- Kahle, Leonharot H, Platzer W.** "Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου" Τόμος 22ος Έκδοση 1η Μετάφραση -Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1985

- Καϊπη Β.Γ. Δαρδούφας Κ, Παπαβασιλείου Κ:** Ιατρική Επιδέωρση  
Ενόπλων Δυνάμεών "Η ολόσωμη Ακτινοβόλση κατά τη  
μεταμόσχευση μυελού των οστών" Τόμος 5,6 Σεπτεμβριος -  
Δεκέμβριος 1991
- Κανδρεβιώτης Ν:** "Νεοπλάσματα στο πλούσιο της Γενικής και  
Παθολογικής ανατομικής Τόμος Α' Εκδοση 1η Επιστημονικές  
Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1983
- Κατσιλάμπρος Ν:** "Επίτομη Διαφορική Διαγνωστική " Επίτομος Εκδοση  
1η Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1988
- Μαλγαρινού Α.Μ., Κωνσταντινίδου Φ.Σ.:** "Νοσηλευτική Γενική,  
Παθολογική,Χειρουργική " Τόμος Α' Εκδοση 10η Εκδόσεις Ταβίδα  
Ιούλιος Αθήνα 1987
- Μαλγαρινού Α.Μ., Κωνσταντινίδου Φ.Σ.:** "Νοσηλευτική Παθολογική,  
Χειρουργική" Τόμος Β' Εκδοση 1η Μέρος 2ο Εκδόσεις Ταβίδα,  
Αθήνα 1991
- Μπαρμπουνάκη, Κωνσταντάτου:** "Χημειοθεραπεία " Επίτομος Εκδοση  
Δ' Εκδόσεις ΒΗΤΑ Ιούλιος Αθήνα 1989
- Παγώνη Μ. Χαρχαλάκης Ν:** Ελληνική Ιατρική "Δότες Κατάλληλοι για  
Αλλογενή Μεταμόσχευση μυελού των οστών" Τόμος 56ος Τεύχος  
4ο Εκδόσεις UNIVERSITY PRESS Ιούλιος -Αύγουστος 1990.
- Πάνου Μ:** "Παιδιατρική Νοσηλευτική " Επίτομος Εκδοση 1η , Εκδόσεις  
ΒΗΤΑ Αθήνα 1992
- Πλέσσας Σ:** "Διοικητική Του Ανθρώπου " Επίτομος Εκδοση 1η Εκδόσεις

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι οξείες λευχαιμίες είναι διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού.

Η κλινική τους εικόνα ποικίλη και παρουσιάζεται με έντονα συμπτώματα.

Η δυνατότητα θεραπευτικής παρεμβάσεως ποικίλη ευρέως και εξαρτάται από το είδος της οξείας λευχαιμίας.

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα οι ακτινοβολίες και οι επιπλοκές που παρουσιάζονται δημιουργούν στον ασθενή επιπρόσθετα προβλήματα και τον καταβάλλουν σωματικά και ψυχολογικά.

Η πρόγνωση είναι κακή και ιδιαίτερα στην οξεία μυελογενή λευχαιμία.

Τα τελευταία ιατρικά δεδομένα δείχνουν πως η μεταμοσχεύση μυελού των οστών είναι θεραπευτική μέθοδος εκλογής όταν βέβαια πληρούνται οι προϋποθέσεις όπως νεαρή ηλικία κατάλληλος δότης κ.λ.π. Η Νοσηλευτική Παρέμβαση σε ασθενή με οξεία Λευχαιμία συνίσταται στην ψυχολογική υποστήριξη αφενός και στην Νοσηλευτική αξιολόγηση των θεραπευτικών σχημάτων.

Κατάλληλη φροντίδα πρέπει να υπάρχει απο τη μεριά της Νοσηλεύτριας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή και την προετοιμασία του να δεχθεί και να συμβιώσει με την κακή κλινική του πορεία.

Είναι απαραίτητη η καλή ενημέρωση του αρρώστου για την ασθένιά του και η υπόδειξη τρόπων αντιμετώπισής της.

Η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας και η ανάπτυξη ψυχαγωγικών ενδιαφερόντων του ασθενή -μέσα στα πλαίσια των φυσικών δυνατοτήτων του- θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει καλύτερα την κατάσταση του. Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάται την υπενθύμιση για συχνή ιατρική παρακολούθηση και αυστηρή τήρηση των ιατρικών οδηγιών έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή κλινική πορεία.

Φαρμάκου Αθήνα 1988

**Ράγια Χ.Α.:** "Βασική Νοσηλευτική" Επίτομος Έκδοση 1η Αθήνα 1987.

**Read E. Alan, Babrit W.D. Zongtan Hewer R:** "Συγχρονή Παθολογία"  
Επίτομος Έκδοση 2η Επιμέλεια-Μετάφραση Μουτσόπουλος Χ.  
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1984

**Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.:** "Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτική" Τόμος 1ος Έκδοση Β' Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 1988

**Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.:** "Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτική" Τόμος 2ος, Έκδοση Β' Μέρος Α' Εκδόσεις ΒΗΤΑ  
Αθήνα 1988.

**Τσικρίκας Θ.:** Ιατρικά Χρονικά "Η μορφολογία του περιφερικού αίματος-  
μυελογραμμάτος και η σημασία τους για τον κλινικό γιατρό" Τόμος  
15ος Τεύχος 6,7,8 Ιούνιος-Ιούλιος-Αύγουστος 1992

**Φέσσης Φ.:** "Κλινική Ογκολογία" Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας  
Αύγουστος Αθήνα 1981

**Fridwan :** "Διαγνωστική Προσπέλαση στη Παθολογία" Επίτομος Έκδοση  
1η Αθήνα 1987

**Harrison:** "Εσωτερική Παθολογία" Τόμος Α' Έκδοση 10η Μετάφραση-  
Επιμέλεια Βαγιωνάκης Α, Βαρώνης Δ., Επιστημονικές Εκδόσεις  
Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1986.