

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ : ΠΑΝΙΤΣΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΚΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΣΤΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ:

1)..... ΥΠΟΓΡΑΦΗ

2) ..... "

3) ..... "

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

ΠΑΤΡΑ.....

Η Εργασία αυτή είναι

αφιερωμένη :

Στην Ελένη

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	484 β.
----------------------	--------

Μέσα από την εργασία αυτή θέλω να ευχαριστήσω όλους εκεί-  
νους που βοήθησαν με συμβουλές και ενθάρρυνση στο δύσκολο έρ-  
γο της συγγραφής της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

**Ευχαριστώ θερμά:**

Τον Υπεύθυνο καθηγητή για την εκτέλεση της εργασίας αυτής  
Κο Σπυρόπουλο Κώστα.

Όλους τους καθηγητές της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. του τμήματος  
Νοσηλευτικής.

Τέλος την Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Σχολής Πατρών Δις  
Νάνου Κυριακή.

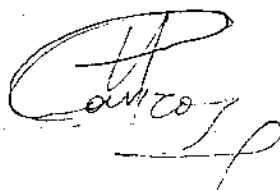
Με Τιμή

Η Σπουδάστρια της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π.

του τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.

Πάτρας

ΠΑΝΙΤΣΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Panitsa Christina', written over a horizontal dashed line.

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΩΝ .....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ .....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ .....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ X	
ΠΡΟΓΝΩΣΗ .....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ .....	29
1. Γενικά περί Νοσηλευτικής φροντίδας .....	29
2. Συμπτώματα της νόσου και νοσηλευτική αντιμετώπιση ...	31

3. Διάγνωση της νόσου δια του κλινικού και παρακλινικού ελέγχου .....	38
α. Κλινική εξέταση .....	39
β. Η αδελφή κατά την κλινική εξέταση .....	40
γ. Διαγνωστικές παρακλινικές εξετάσεις .....	41
δ. Στερνική παρακέντηση .....	42
4. Ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπείας και Νοσηλευτική αντιμετώπιση .....	44
5. Επιπλοκές νόσου και νοσηλευτική αντιμετώπιση .....	57
6. Αποκατάσταση .....	61
7. Νοσηλευτική φροντίδα ετοιμοθάνατου λευχαιμικού ασθενή .....	63
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u> .....	67
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ .....	68
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	87
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....	88
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	90

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν ένα από τα συχνότερα αίτια νοσηρότητας και θανάτου στην σύγχρονη εποχή . Αν και η διάγνωστική 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 κυριώτερο 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 από τις διάφορες μορφές λευχαιμίας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι λευχαιμίες είναι κακοήθεις νεοπλασίες αρχέγονων κυττάρων του αιμοποιητικού ιστού και χαρακτηρίζονται από :

1. Διάχυτη αντικατάσταση του μυελού από τα λευχαιμικά κύτταρα
2. Παρουσία μεγάλου αριθμού ανώριμων λευχαιμικών κυττάρων στο περιφερικό αίμα
3. Διάχυτες διηθήσεις ήπατος, σπληνός, λεμφαδένων και άλλων ιστών από τα λευχαιμικά κύτταρα.

Σύνηθες εργαστηριακό εύρημα στις λευχαιμίες είναι ο αυξημένος αριθμός των λευκοκυττάρων αίματος ο οποίος σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να φτάσει τις 500.000/mm<sup>3</sup>. Μερικές φορές μπορεί να είναι φυσιολογικός ή ελαττωμένος, κατάσταση που λέχεται αλευχαιμική ή λευκοπενική λευχαιμία.

Ακόμα πρέπει να τονιστεί ότι η κατά κανόνα φτωχή πρόγνωση των λευχαιμιών δεν είναι μόνο άμεσο αποτέλεσμα αύξησης λευκοκυττάρων αίματος αλλά αποτέλεσμα αναιμίας, θρομβοπενίας και απώλειας της φυσιολογικής λειτουργίας των λευκοκυττάρων, λόγω καταστολής των φυσιολογικών στοιχείων του μυελού από τα λευχαιμικά κύτταρα, καθώς επίσης της διήθησης των οργάνων και των ιστών από αυτά.

Για πρώτη φορά η παθολογική αυτή κατάσταση περιγράφηκε από τον Γερμανό Παθολογοανατόμο Robertis Virchow το 1845, ο οποίος και έδωσε σ' αυτή, την ονομασία **λευχαιμία**, γιατί παρατήρησε ότι το αίμα των πτωμάτων που έπασχαν από αυτή την ασθένεια εμφάνιζε ανοικτή ερυθρά χροιά σ' αντίθεση με το βαθύ ερυθρό χρώμα του φυσιολογικού αίματος.

Η λέξη **λευχαιμία** στην οποία έδωσε στην παθολογική αυτή κατάσταση ο Virchow, δεν δηλώνει τη φύση της νόσου, αλλά α-



πλώς ένα φαινομενικό χαρακτήρα και προέρχεται από την συνέ-  
νωση των ελληνικών λέξεων λευκός και αίμα (Λευχαιμία).

Γ Ε Ν Ι Κ Ο      Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      Ι

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΩΝ

α) οι λευχαιμίες ανάλογα με τον βαθμό ωρίμανσης των λευχαιμικών κυττάρων διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες .

Οι οξείες λευχαιμίες χαρακτηρίζονται από την παρουσία βλαστών και από τη μοιραία κατάληξη των P+s που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία, ενώ οι χρόνιες χαρακτηρίζονται αρχικά τουλάχιστον από την παρουσία πιο διαφοροποιημένων κυττάρων και ηπιότερη κλινική εικόνα .

Τελικά οι χρόνιες μπορεί να μεταπέσουν σε οξεία φάση με εμφάνιση στο περιφερικό αίμα μεγάλου αριθμού βλαστών ("βλαστική κρίση").

β) Ανάλογα με τον ιδιαίτερο κυτταρικό τύπου που προσβάλλεται διακρίνονται σε λεμφοκυτταρικές και μυελοκυτταρικές (λεμφογενείς και μυελογενείς). Μια απλή λοιπόν ταξινόμηση περιλαμβάνει τους εξής 4 τύπους λευχαιμιών :

- 1 . ALL (οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία)
2. CLL (χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία)
3. AML (οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία)
4. CML (χρόνια μυελοκυτταρική λευχαιμία)

Οι οξείες λευχαιμίες εμφανίζουν μεγάλη ετερογένεια τόσο μορφολογικά όσο και βάσει των κυτταρικών δεικτών επιφανείας.

Σήμερα είναι γένικα αποδεκτή η κατά FAB ταξινόμηση οξείων λευχαιμιών ή οποία παίρνει υπόψη της το βαθμό ωρίμανσης και την επικρατούσα κυτταρική σειρά.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι

### ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η θνησιμότητα που έχει ανακοινωθεί για όλους τους τύπους της λευχαιμίας στις Η.Π.Α. αυξήθηκε στο επίπεδο των 6,8% άτομα το χρόνο το 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 στην 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.

Ανάλογα με την ταξινόμηση των λευχαιμιών έχουμε :

- 1) ALL η συχνότερη αιτία θανάτου από κακοήγη νόσο, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, 50% κακοηθειών παιδικής ηλικίας μεταξύ 2-4 ετών.
- 2) μεταξύ 15-39 ετών ή πιο συχνή είναι η A.M.L.
- 3) CLL σε άτομα μεγάλης ηλικίας (μέση ηλικία 60 ετών).

Σε όλους τους τύπους λευχαιμίας οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες: 60% των λευχαιμιών είναι οξείες και από αυτές το 60% A.M.L., 40% των λευχαιμιών είναι χρόνιες και από αυτές τα 2/3 C.L.L.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι Ι Ι

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

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

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

**1. Ιονίζουσα ακτινοβολία:** Έκθεση σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας (δηλ. πάνω από 100 rads) συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα οξείας λεμφογενούς και οξείας και χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας. Όταν η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με χημειοθεραπεία ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας μη λευκοβλαστικής λευχαιμίας είναι μεγάλος.

Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα ενδείξεις, ότι οι δόσεις της ακτινοβολίας που χρησιμοποιούνται στην ακτινοδιαγνωστική μπορούν να προκαλέσουν λευχαιμία στον ενήλικα, εκτός από τις περιπτώσεις υπερβολικής εκθέσεως, όπως συνέβαινε πιά 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 συσχετισθεί με ελαφρά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμίας κατά την παιδική ηλικία, η έκταση όμως του κινδύνου αυτού δεν έχει καθορισθεί. συζητείται επίσης κατά πόσο η ακτινοβολία της μητέρας πριν από τη σύλληψη του εμβρύου αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης λευχαιμίας στα παιδιά που γεννιούνται αργότερα.

2. 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 μύελωμα και άλλους τύπους καρκίνου που ζούν για αρκετό χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία τους για τον πρωτογενή καρκίνο με κυτταροτοξικά φάρμακα, μάλλον εμφανίζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο λευχαιμίας.

3. 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.

4. Κληρονομικοί παράγοντες: Η CML χαρακτηρίζεται από μια ειδική χρωμοσωμική ανωμαλία, το χρωμόσωμα "Philadelphia" ( $Ph^1$ ). Στο 95% ασθενών με CML παρατηρείται μετάθεση ενός τμήματος του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 22 συνήθως στο χρωμόσωμα 9.

Ασθενείς με διάφορα σύνδρομα, που είναι γνωστό ότι οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες έχουν αυξημένη συχνότητα ανάπτυξης λευχαιμιών, όπως P+S με σύνδρομο αταξίας - τελαγγειεκτασίας, σύνδρομο Bloom αναιμία Fanconi, σύνδρομο Down (τρισωμία 21) οι οποίοι έχουν 10-20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης λευχαιμίας.

Ασθενείς με CML που δεν έχουν το  $Ph^1$  απαντούν λιγότερο στη θεραπεία και έχουν χειρότερη πρόγνωση, από ότι με CML που έχουν το  $Ph^1$  χρωμόσωμα.

Οι οικογένης λευχαιμία είναι σπάνια, πιστεύεται όμως ότι σε ορισμένες κατά τ' άλλα φυσιολογικές οικογένειες παρατηρήθηκαν πολλαπλά κρούσματα κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων γενεών. Στις οξείες λευχαιμίες η ύπαρξη ανωμαλίας στο καρυότυπο, σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση.

Όλες οι λευχαιμίες προκύπτουν από νεοπλασματικό μονοκλωνικό πολλαπλασιασμό αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Στις περισσότερες περιπτώσεις CLL τα κακοήθη λεμφοκύτταρα φέρουν δείκτες επιφανείας των Β-κυττάρων (μονοκλωνική ανοσοσφαιρίνη επιφανείας), ενώ σε μικρό μόνο ποσοστό τα κύτταρα σχηματίζουν Ε-ροζέτες δηλαδή είναι Τ-κύτταρα.

Η CLL είναι κατά κανόνα μονοκλωνική υπερπλασία των Β-κυττάρων, η οποία σχετίζεται με το διάχυτο καλώς διαφοροποιημένο λεμφοκυτταρικό λέμφωμα, πολλοί έτσι πιστεύουν ότι πρόκειται για δύο διαφορετικές εκδηλώσεις της ίδιας ουσιαστικά διαταραχής.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      Ι V

### ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η προέλευση των λεμφοβλαστικών λευχαιμιών καθορίζεται με βάση τα είδη των κακοήθων κυττάρων. Στο 65% όλων των περιπτώσεων ALL, οι βλάστες φέρουν μη ειδικούς δείκτες και τότε η ALL λέγεται Common ALL (CALL), επειδή τα non T και B κύτταρα φέρουν το λεγόμενο Common ALL antigen (CALLA).

Σε 15-20% όλων των περιπτώσεων ALL, οι βλάστες έχουν δείκτες T-κυττάρων (σχηματισμός E-ροζεττών) και σχετίζονται με το λεμφοβλαστικό λέμφωμα .

Στο 5% όλων των περιπτώσεων ALL, οι βλάστες εμφανίζουν ανοσοσφαιρίνη επιφανείας που υποδεικνύει ότι είναι B-κυτταρικής προέλευσης. Στο υπόλοιπο 10-15% δεν ανιχνεύεται κανένας δείκτης. Σε όλους τους τύπους ALL ανιχνεύεται το ένζυμο "τελική δεοξυβουκλεοτιδική τρανφεράση" (TdT) (αυτό το ένζυμο αντανακλά μια απόκλιση στη διαφοροποίηση των λευχαιμικών κυττάρων). Όλες οι οξείες λευχαιμίες χαρακτηρίζονται από έλλειψη ώριμων κυττάρων και υπεραύξηση των ανώριμων πρόδρομων μορφών.

Όταν φυσιολογικά Stem-cells διαιρούνται, το ένα από τα θυγατρικά κύτταρα προορίζεται για διαφοροποίηση προς συγκεκριμένη κατεύθυνση, ενώ το άλλο παραμένει αρχέγονο stem-cell με ικανότητα αυτοδιπλασιασμού. Όταν διαιρούνται όμως λευχαιμικά stem-cells η σχέση αυτή μεταβάλλεται, με επακόλουθο αύξηση των αδιαφοροποίητων κυττάρων.

Στις οξείες λευχαιμίες, υπάρχει συσσώρευση ανώριμων λευχαιμικών κυττάρων (βλάστες), που οφείλεται σε αδυναμία ωρίμανσης προς λειτουργικά τελικά κύτταρα (διαφοροποιημένα) και όχι σε ταχύ πολλαπλασιασμό των λευχαιμικών βλαστών.



Η αδυναμία ωρίμανσης των λευχαιμικών κυττάρων πιθανόν οφείλεται : α) στην σχετική έλλειψη ευαισθησίας των κυττάρων αυτών, προς τα φυσιολογικά σήματα που ρυθμίζουν την ανάπτυξη των αρχέγονων κυττάρων , β) σε ότι μπορεί να υπάρχει κάποια διαταραχή στη παραγωγή των ρυθμιστικών της ανάπτυξης παραγόντων.

Η συσσώρευση των λευχαιμικών βλαστών, καταστέλλει τα φυσιολογικά αρχέγονα κύτταρα του αιμοποιητικού, με αγνώστους μηχανισμούς προς το παρόν.

Η καταστολή των φυσιολογικών αρχέγονων κυττάρων του αιμοποιητικού ιστού έχει δύο σημαντικά επακόλουθα :

- 1) οι κύριες εκδηλώσεις στις οξείες λευχαιμίες, οφείλονται στην προκύπτουσα αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία.
- 2) Ο σκοπός της θεραπείας είναι η ελάττωση του πληθυσμού των βλαστών σε τέτοιο βαθμό ώστε να επιτραπεί στα φυσιολογικά αρχέγονα κύτταρα να αναλάβουν και να υπερिσχύσουν των λίγων λευχαιμικών βλαστών που επέζησαν.

Στην CML ο τύπος των κυττάρων που κυριαρχούν στις περισσότερες περιπτώσεις είναι της σειράς των κοκκιοκυττάρων μολονότι σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρήθηκε υπερίσχυση των ηωσινόφυλλων και βασεόφυλλων λευκοκυττάρων.

Η CLL χαρακτηρίζεται από την παραγωγή και την άθροιση λειτουργικά αδρανών αλλά μακράς διάρκειας ζωής λεμφοκυττάρων που φαίνονται μορφολογικά ώριμα.

---

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων συνήθως δεν είναι τόσο μεγάλος όσο στη CML, και μόνο στο 1/3 των ασθενών φτάνει τα 100.000 κύτταρα/mm<sup>3</sup> περίπου. Ασθενείς με προχωρημένη νόσο μπορούν επίσης να παρουσιασθούν με αναιμία, κοκκιοκυτταροπενία και θρομβοπενία.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V

### ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των λευχαιμιών περιλαμβάνουν δύο κατηγορίες : 1) τα ειδικά κυτταρολογικά γνωρίσματα κάθε τύπου λευχαιμίας που παρατηρούνται σε επιχρίσματα περιφερικού αίματος και σε υλικό παρακέντησης μυελού των οστών. 2) Τις ιστοικές αλλοιώσεις που είναι κοινές για όλες τις λευχαιμίες.

Στις οξείες λευχαιμίες παρατηρείται εκτεταμένη αντικατάσταση του φυσιολογικού μυελού των οστών από βλάστες, με συνέπεια καταστολή της φυσιολογικής αιμοποίησης που οδηγεί σε αναιμία, θρομβοκυτοπενία, και λευκοπενία. Άλλοι ιστοί, συγκεκριμένα οι λεμφαδένες (στην ALL), ο σπλήνας, το δέρμα και το Κ.Ν.Σ. μπορούν επίσης να προσβληθούν. Η διήθηση οστών και μαλακών ιστών στην AML 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.

Στην CLL παρατηρείται προοδευτικός πολλαπλασιασμός των λεμφοκυττάρων (συνήθως των Β) με διήθηση του μυελού των οστών και με λεμφοκυττάρωση στο περιφερικό αίμα, συνήθως υπάρχει διόγκωση των λεμφαδένων και σπληνομεγαλία.

Η κανονική λειτουργία των λεμφοκυττάρων ελαττώνεται και αναπτύσσεται, παράλυση των ανοσομηχανισμού. Στη CML ο σπλήνας

είναι συνήθως τεράστιος, η σύστασή του είναι σκληρή, το φυσιολογικό του χρώμα μπορεί να μεταβληθεί σε υπόφαιη απόχρωση.

Κατά τη διατομή τα μαλπιγιανά σωμάτια δεν φαίνονται και είναι συχνά τα αιμορραγικά εμφράγματα. Νορμοβλάστες και μεγακαρυοκύτταρα είναι συνήθως άφθονα. Οι λεμφαδένες στην CML μπορεί να είναι φυσιολογική στο μέγεθος ή ελαφρός διογκωμένοι, κατά τη διατομή είναι μαλακοί, λείοι και ομοιογενείς, τα κύτταρα που υπάρχουν είναι μικρά λεμφοκύτταρα ομοιόμορφα ως προς το μέγεθος και το χαρακτήρα.

Επίσης παρατηρούνται μικρά οξείδια στην επιφάνεια της τομής του ήπαρ ή ο ηπατικός ιστός είναι συνήθως συμπιεσμένος.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

#### ΟΣΕΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

1. **Εξετάσεις αίματος:** Παρατηρείται συνήθως κάποιου βαθμού αναιμία, που κατά γενικό κανόνα οφείλεται κυρίως στην ελαττωμένη παραγωγή ερυθροκυττάρων, καθώς και η αιμορραγία μπορεί καμιά φορά να αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Η βαριά αιμολυτική αναιμία είναι σπάνια, η δε άμεση δοκιμασία Combs είναι συνήθως (-) αρνητική.

Τα ΔΕΚ είναι ελαττωμένα, τα δε ερυθροκύτταρα είναι συνήθως νομοχρωματικά και νορμοκυτταρικά. Οι προβαθμίδες των ερυθρών αιμοσφαιρίων εμφανίζουν χαρακτήρα μεγαλοβλάστη, μπορεί δε να εμφανιστούν στο αίμα μικροκύτταρα και ερυθροβλάστες.

Οι μεγαλοβλαστικές αλλοιώσεις δεν παίρνουν μετά από χορήγηση βιταμίνης B<sub>12</sub> ή άλλων τροφικών παραγόντων, φαίνεται δε ότι οι ανώμαλοι ερυθροβλάστες στους ασθενείς αποτελούν μέρος του λευχαιμικού κυτταρικού πληθυσμού. Τα αιμοπετάλια είναι μέτρια ως πολύ ελαττωμένα.

Αιμορραγική τάση υπάρχει ανάλογα με το επίπεδο θρομβοπενίας. εκτός από τις ανωμαλίες της πήκτικότητας που μπορεί να αποδοθούν στην θρομβοκυτοπενία, παρατηρούνται και άλλες διαταραχές, από τις οποίες η πιο βαριά είναι DIC. Το ενωδογόνο και ο παράγοντας VIII της πήξης είναι αυξημένα, εν τούτοις κατά τη διαδρομή της νόσου είναι δυνατόν να εμφανιστούν ανωμαλίες, που οφείλονται σε λοιμώξεις, αποαντιστάθμιση ήπατος, ανωμαλίες θρέψεως και άλλες αιτίες.

Συχνά υπάρχει ουδετεροπενία. Η βαρυτητα της εξαρτάται από το βαθμό διήθησης του μυελού από λευχαιμικά κύτταρα και από την παρουσία λοιμώξεως. Περιγράφηκαν διάφορες ανωμαλίες των κοκκιοκυττάρων στην οξεία λευχαιμία, είναι όμως αμφίβολο αν αυτά ανήκουν στον παθοφυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό.

Ο αριθμός των λευχαιμικών κυττάρων στο περιφερικό αίμα ποικίλει από  $0-10^6/\text{mm}^3$ . Μόνο 15% P+s εμφανίζουν αριθμό λευχαιμικών κυττάρων  $> 100.000/\text{mm}^3$ . Μερικοί P+s εμφανίζονται με φυσιολογικό αριθμό ερυθροκυττάρων και αιμοπεταλίων και έχουν πολύ λίγες ή καμιά βλάστες στο αίμα.

Σε τέτοιες περιπτώσεις τα λευκά αιμοσφαίρια πρέπει να συμπυκνώνονται με φυγοκέντρηση και να ετοιμάζονται κεχρωσμένα παρασκευάσματα.

## 2. Εξέταση του μυελού των Οστών

Πρέπει πάντοτε να γίνεται αναρρόφηση μυελού και καθορισμός του τύπου των κυττάρων του.

Οι ασθενείς που δεν υποβάλλονται σε σχετική θεραπεία εμφανίζουν στο μυελό πέρα από 50% λευχαιμικά κύτταρα, η διάγνωση δε της οξείας λευχαιμίας πρέπει να θέτεται με μεγάλη επιφύλαξη, εάν ο κυτταρικός τύπος του μυελού εμφανίσει άωρα κύτταρα σε ποσοστό  $< 30\%$ .

Ακόμα και όταν ο μυελός των οστών είναι γεμάτος με λευχαιμικά κύτταρα, αυτά δεν μπορούν να αναρροφηθούν γιατί είναι καλά προσκολλημένα ή παγιδευμένα μέσα σε δίκτυο αποίνες. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται βιοψία με χειρουργική επέμβαση.

## 3. Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις

Η παραγωγή του ουρικού οξέος είναι συνήθως αυξημένη σε Pts με μεγάλο αριθμό λευχαιμικών κυττάρων.

Το επίπεδο στον ορό και η απέκκριση στα ούρα του ουρικού οξέος μπορεί να αυξηθεί μετά από θεραπεία με κύτταροτοξικά φάρμακα, επίπεδο φωσφόρου και καλίου στον ορό και τα ούρα αυξημένα ακόμα και μετά την θεραπεία, επίπεδο γαλακτικής αφυδρογόνωσης (LDH) στον ορό και της λυσοζύμης στον ορό και τα ούρα αυξημένα σε διάφορους τύπους AML.

Τα επίπεδα της πρωτεΐνης που δεσμεύει τη B<sub>12</sub> και της βιταμίνης B<sub>12</sub> μπορεί να είναι αυξημένα στην οξεία ή τη χρόνια κοκκιοκυτταρική λευχαιμία.

Το ENY μπορεί να βρίσκεται υπό αυξημένη πίεση, να εμφανίζει υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και χαμηλό επίπεδο γλυκόζης, να περιέχει δε λευχαιμικά κύτταρα.

### Χρόνια μυελοκυτταρική λευχαιμία (CML)

1. Όταν εμφανιστούν συμπτώματα υπάρχει συνήθως αναιμία (ορθόχρωμη/ορθοκυτταρική). Τα λευκοκύτταρα είναι αυξημένα, συνήθως πάνω από 50 και μερικές φορές μέχρι και  $500 \times 10^9/l$ .

Ο λευκοκυτταρικός τύπος παρουσιάζει ουδετεροφιλία με περισσότερες άωρες μορφές, δηλαδή ραβδοπύρηνα μεταμυελοκύτταρα, μυελοκύτταρα και μικρό αριθμό βλαστών. Μπορεί να υπάρχει αύξηση των βασεόφιλων, που αποτελεί και χαρακτηριστικό γνώσιμα της νόσου. Τα αιμοπετάλια είναι φυσιολογικά ή αυξημένα με παθολογικές μορφές. Ο αριθμός τους ελαττώνεται καθώς η νόσος προχωρεί.

2. Ο μυελός των οστών παρουσιάζει υπερπλασία της κοκκιοκυτταρικής σειράς, συνήθως με αύξηση και των μεγακαρυοκυττάρων.

3. Στον καρυότυπο βρίσκεται το παθολογικό χρώματόσωμα Philadelphia σε 80% περίπου των περιπτώσεων. Η παρουσία του

είναι όχι μόνο διαγνωστικής αλλά και προγνωστικής αξίας, γιατί οι άρρωστοι που έχουν το χρωμόσωμα έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους άλλους.

4. Η αλκαλική φωσφατάση των λευκοκυττάρων είναι ελαττωμένη.

5. Η τιμή της βιταμίνης B<sub>12</sub> του ορού είναι υψηλή, πάνω από 1000 ng/l και οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή τρανσκοβαλαμινών από τα κοκκιοκύτταρα .

### Χρόνια Λεμφοκυτταρική λευαιμία (CLL)

1. Το βασικό εύρημα στην CLL είναι η λεμφοκυττάρωση (>5X 10<sup>9</sup>/l), αποσυντιθεμένα λεμφοκύτταρα είναι συχνό εύρημα στο περιφερικό αίμα. Το λεμφοκύτταρο της CLL εμφανίζει πολύ καθυστερημένα μεταμόρφωση in vitro κατά την επίδραση μιτογενετικών ουσιών, όπως είναι η φυτοαιμοσυγκολλητίνη, σε σύγκριση με τα φυσιολογικά λεμφοκύτταρα.

2. Ο μυελός των οστών είναι διηθημένος από λεμφοκύτταρα, ενώ ο φυσιολογικός αιμοποιητικός ιστός παρουσιάζει διαφόρου βαθμού ελάττωση.

3. Οι μισοί σχεδόν Pts με CLL θα εμφανίσουν υπογαμμασφαιριναιμία που γίνεται προοδευτικά βαρύτερη κατά τη διάρκεια της νόσου. Η όψιμη υπερευαισθησία σε αντιγόνα όπως η φυματίνη δεν καταστάλλεται. Η CLL αποτελεί νεοπλασματική κακοήθεια των λεμφοκυττάρων (B-κύτταρα) που προέρχονται από το μυελό των οστών, περιγράφηκαν όμως και μικρός αριθμός περιπτώσεων με T-κύτταρα που προέρχονται από το θύμο αδένα.

Η τιμή της βιταμίνης B<sub>12</sub> του ορού είναι σε φυσιολογικά πλαίσια.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I I

### ΚΑΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα στις οξείες λευχαιμίες μπορεί να εμφανιστούν απότομα με βαριά εξάντληση, υψηλό πυρετό και αιμορραγία σε αντίθεση με τις χρόνιες λευχαιμίες που εισβάλλουν ύπουλα και αποκαλύπτονται τυχαία από αιματολογικές εξετάσεις.

Οι λευχαιμίες (οξείες-χρόνιες) έχουν πολυσυστιματική προσβολή. Η προσβολή των οργάνων δεν είναι στην ίδια έκταση και το ίδιο σημαντική για κάθε μορφή οξείας και χρόνιας λευχαιμίας.

Αναλυτικότερα η προσβολή των οργάνων έχει ως εξής :

Οι λεμφαδένες μπορεί να προσβληθούν σε όλες τις μορφές λευχαιμίας, η πιο εκσεσημασμένη όμως διόγκωση τους παρατηρείται στις λεμφογενείς λευχαιμίες και κυρίως στη CLL. Η λεμφαδενική διόγκωση δεν είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα των μυελογενών λευχαιμιών, εκτός από την AML όπου παρατηρείται σημαντική λεμφαδενοπάθεια.

Η προσβολή των διαφόρων λεμφαδενικών ομάδων του σώματος δεν είναι ομοιόμορφη.

Νεκρωτικές και αιμορραγικές εστίες παρατηρούνται όταν η διόγκωση του λεμφαδένα είναι ιδιαίτερα εκσεσημασμένη.

Μικρού βαθμού διόγκωση σπλήνα παρατηρείται σε όλες τις λευχαιμίες. Η πιο εκσεσημασμένη όμως σπληνομεγαλία είναι χαρακτηριστικό της CML. Οι σπλήνες αυτοί μπορεί να καταβάλουν όλη την κοιλιακή κοιλότητα και να φθάσουν μέχρι την ελάσσονα πύελο. Συχνά βρίσκονται σπληνικά έμφρακτα, στις CLL το βάρος του σπλήνα ξεπερνά τα 2,5 KGR. ,στις δε οξείες κυμαίνεται μεταξύ 500 και 1.000 GR. Όταν η διόγκωση του σπλήνα είναι μι-



κρή διατηρείται η φυσιολογική αρχιτεκτονική του δομή, με εστί-  
ες λευχαιμικής διήθησης. Στις πιο βαριές περιπτώσεις, η διήθη-  
ση είναι διάχυτη με κατάληψη όλου του σπληνικού παρεγχύματος  
από ομοιογενή πληθυσμό λευχαιμικών κυττάρων. Στις λεμφοκυττα-  
ρικές λευχαιμίες προσβάλλεται κυρίως ο λευκός πολφός.

Προσβολή ήπατος σε όλες τις περιπτώσεις, όμως δεν είναι  
τόσο έκδηλη η διόγκωση του ήπατος όσο του σπλήνα. Μεγαλύτερου  
βαθμού ηπατομεγαλία παρατηρείται στη CLL αλλά και σε αυτή σπά-  
νια το βάρος του ήπατος ξεπερνά τα 2,5 GR.

Συνήθως είναι διάχυτη η προσβολή του ήπατος αν και μπο-  
ρεί να είναι εστιακή θυμίζοντας μεταστατικό καρκίνο. Στις  
λεμφοκυτταρικές λευχαιμίες η διήθηση παρατηρείται γύρω από τα  
πυλαία διαστήματα, ενώ στις μυελοκυτταρικές είναι εμφανής πε-  
ρισσότερο στα κολποειδή ολοκλήρου του λοβίου.

Λευχαιμικές διηθήσεις ακόμα μπορεί να παρατηρηθούν στους  
νεφρούς, θυροειδή, επινεφρίδια, μυοκάρδιο. Στην ALL έχει σημα-  
σία η προσβολή του Κ.Ν.Σ. Λόγω αιματοεγκεφαλικού φραγμού εμπο-  
δίζεται η δράση των χορηγουμένων φαρμάκων με επακόλουθο τα  
λευχαιμικά κύτταρα να επιβιώνουν και να οδηγούν τελικά σε υπο-  
τροπή της νόσου. Τέλος ασθενείς με μονοκυτταρική λευχαιμία εμ-  
φανίζουν συχνά εξοίδηση και υπερτροφία στις παρυφές των ούλων  
και συχνά δευτεροπαθείς λοιμώξεις. Η διήθηση των ούλων είναι  
χαρακτηριστική μονοκυτταρικής λευχαιμίας.

---

Αναιμία και θρομβοπενία είναι χαρακτηριστικά οξείας λευ-  
χαιμίας, λόγω θρομβοπενίας υπάρχει αιμορραγική διάθεση. Στο  
δέρμα παρατηρούνται πετέχειες και εκχυμώσεις, στους δε ορογό-  
νους χιτώνες των κοιλοτήτων και σπλάχνων του σώματος αιμορρα-  
γίες (κυρίως καρδιά και πνεύμονες) ενδοπαρεγχυματικά αιματώ-  
ματα στον εγκέφαλο. Στην οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία

η απελευθέρωση παραγόντων που ενεργοποιούν το μηχανισμό πήξης, από τα κοκκία των λευχαιμικών κυττάρων, οδηγεί σε DIC. Η CML ανήκει στις μευλοϋπερπλαστικές διαταραχές άρα δεν είναι έκπληξη το γεγονός ότι στο 50% των περιπτώσεων παρατηρείται θρομβοκυττάρωση ( $7450.000/\mu\text{m}^3$ ) στα αρχικά στάδια της νόσου. Αν και ο ολικός αριθμός λευκοκυττάρων είναι συνήθως αυξημένος, εντούτοις η αμυντική ικανότητα των λευχαιμικών κυττάρων είναι ασήμαντη (ιδίως στις οξείες μορφές).

Συνεπώς υπάρχει λειτουργική λευκοπενία με αποτέλεσμα αυξημένη ευαισθησία σε σοβαρές βακτηριακές λοιμώξεις.

Οι λοιμώξεις αυτές είναι συχνές στη στοματική κοιλότητα, δέρμα, πνεύμονες, νεφρούς, κόλον, ουροδόχο κύστη.

Ασθενείς με ALL μπορεί να εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της νόσου λευχαιμική μηνιγγίτιδα, που οφείλεται σε διήθηση της αραχνοειδούς μήνιγγας, εάν δεν ληφθούν προφυλακτικά μέτρα, όπως η ενδορραχιαία χημειοθεραπεία ή η ακτινοβολία της κεφαλής. Η αραχνοειδής λευχαιμία μπορεί επίσης να παρατηρηθεί στην AML, αλλά σε συχνότητα μικρότερη από την παρατηρούμενη στην ALL. Σε σπάνιες περιπτώσεις η λευχαιμική διήθηση του υποθαλάμου μπορεί να προκαλέσει υπερφαγία, παχυσαρκία και διαταραχές της συμπεριφοράς. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται διαταραχή της εκκρίσεως της αντιδιουρητικής ορμόνης.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I I I

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία κάθε μορφής νόσου. Ενδεικτικά αναφέρονται ως βοηθούντα την Δ.Δ. τα πιο κάτω: Όταν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα είναι αυξημένος, ορισμένες λοιμώξεις (π.χ. μηνιγγοκοκκαιμία, φυματίωση) μπορεί να ληφθούν σαν οξεία λευχαιμία. Η πλειονότητα όμως των λευκοκυττάρων είναι περισσότερο ώριμα στις λευχαιμοειδείς αντιδράσεις παρά στις οξείες λευχαιμίες, με τις κατάλληλες μικροβιολογικές μελέτες θα πρέπει να καταλήξουμε στην ορθή διάγνωση.

Τα λεμφοκύτταρα μπορεί να είναι αυξημένα στον κοκκύτη, στη λοιμώδη μονοπυρήνωση, λοιμώδη λεμφοκυττάρωση και λιγότερο στην ανεμοβλογιά, τη λοιμώδη ηπατίτιδα και σε άλλους νόσους που οφείλονται σε ιούς.

Αναιμία και θρομβοπενία είναι λιγότερο εμφανείς σε σύγκριση με την οξεία λευχαιμία. Τα λεμφοκύτταρα είναι μικρά και ώριμα στον κοκκύτη και στη λοιμώδη μονοκυττάρωση και θα πρέπει να διακρίνονται εύκολα από τους λεμφοβλάστες. Μολονότι λεμφοβλάστες που δεν μπορούν να διακριθούν από εκείνους που βρίσκονται στην ALL είναι δυνατόν να παρατηρηθούν στην λοιμώδη μονοπυρήνωση και καμιά φορά 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 σημαντήρες των T-κυττάρων, ενώ τούτο παρατηρείται μόνο στο 20% των περιπτώσεων ALL. Δεν υπάρχει δυσκολία στη Δ.Δ.

ανάμεσα στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία και στην οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία . Η παρουσία του χρωμοσώματος "Philadelphia" θεωρείται παθογνωμικό της μυελογενούς λευχαιμίας.

Οι βλάστες σε ορισμένους Pts με οξείας λευχαιμία, εμφανίζουν όμοια ανωμαλία του καρυοτύπου και αντίθετα σε άλλους Pts με κατά τα άλλα άτυπη χρόνια μυελογενή λευχαιμία, το εύρημα αυτό λείπει.

Ορισμένοι συμπαγείς όγκου που έχουν την τάση να προκαλούν μυελοφθισική αναιμία λαμβάνονται σαν οξεία λευχαιμία ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν εξωμυελικές νεοπλασματικές μάζες για βιοψία, γιατί τα νεοπλασματικά κύτταρα που διηθούν το μυελό μπορεί να μοιάζουν με λευχαιμικά.

Στους όγκους αυτούς περιλαμβάνονται το νευροβλάστωμα, το σάρκωμα Ewing, μικροκυτταρικό Ca Πνεύμονα. Διήθηση του μυελού και του αίματος παρατηρείται συχνά σε λεμφώματα σπάνια όμως στη νόσο του Hodgkin . Το διάχυτο ιστιοκυτταρικό λέμφωμα (δικτυοκυτταρικό σάρκωμα) μπορεί να συγχέεται με την οξεία μονοκυτταρική λέυχαιμία, 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 μονοκυτταρική λευχαιμία, ενώ το αντίθετο γίνεται στο γνήσιο ιστιοκυτταρικό λέμφωμα.

Η απλαστική αναιμία που οφείλεται σε φάρμακα, χημικές ουσίες, άγνωστα αίτια μπορεί να εκληφθεί σαν οξεία λευχαιμία, ιδιαίτερα όταν ο μυελός των οστών είναι υπερπλαστικός ή βρίσκεται σε αναγεννητική φάση, γιατί μπορεί να υπάρχουν βλάστες και άλλα ανώριμα κύτταρα και μη φυσιολογικά μονοκύτταρα. Μερικοί Pts με απλαστική αναιμία πεθαίνουν από λοίμωξη ή αιμορραγία,

άλλοι αναλαμβάνουν, άλλοι αναπτύσσουν εξελισσόμενη οξεία μυελοβλαστική ή μονοκυτταρική λευχαιμία.

Θα αναφέρω ένα ειδικό διαφοροδιαγνωστικό πλάνο ανάμεσα στη χρόνια μυελοκυτταρική λευχαιμία και στις λευχαιμοειδείς αντιδράσεις.

Παράμετρος	Χρόνια μυελοκυτταρική	Λευχαιμοειδείς
	Λευχαιμία	Αντιδράσεις
Κλινική εικόνα	Συνήθως όχι συμπτώματα ή υπάρχουν σχετιζόμενα με τη σπληνομεγαλία	Συχνά υπάρχουν εκδηλώσεις της υποκείμενης νόσου (π.χ. Ca, λοίμωξη)
Από το Περιφερικό αίμα	Λευκοκυττάρωση σχετιζόμενη με το μέγεθος του σπλήνα, λίγοι βλάστες συνήθως, γειγιάντια αιμοπετάλια, ↑ βασεόφιλων	Λευκοκυττάρωση που δεν σχετίζεται με το μέγεθος του σπλήνα, αιμοπετάλια με φυσιολογική εμφάνιση, ΟΧΙ ↑ ηωσινόφιλων.
Από το μυελό των οστών	Υπερκυτταρικός, ↑ μεγακαρουκύτταρα (πρώιμα), <u>μυελική σειρά</u> = 10, ερυθρά αιμοσφαίρια 1 δεσπόζον κυτταρομυελοκύτταρο. ↑ βασεόφιλων	Ποικίλει η κυτταρική ποικιλότητα συνήθως κ.φ. μεγακαρουκύτταρα, κοκκιοκυτταρική πυραμίδα άθικτη, τα βασεόφιλα δεν είναι αυξημένα.
Αλκαλική φωσφατάση μυελοκυττάρων	Συνήθως ελαττωμένη	Συνήθως αυξημένη
Βιταμίνη B <sub>12</sub> Ορού	Σημαντική αύξηση	Ελαφρά αύξηση
Ανωμαλία καρύουτυπου (Ph <sup>1</sup> ανωμαλία )	Συνήθως υπάρχει	Απουσιάζει

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Χ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### ΟΞΕΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

Κατά το τελευταίο τέταρτο του αιώνα καταβλήθηκαν προσπάθειες σε παγκόσμια κλίμακα για την βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης της οξείας λευχαιμίας, η δε επιβίωση αυξήθηκε σημαντικά για την ALL και σε μικρότερο βαθμό για την οξεία μη λεμφοβλαστική λευχαιμία.

Πολλοί θεραπευτές θεραπεύουν σήμερα τη λευχαιμία με περισσότερο επιθετικά μέσα, κατευθύνοντας τις προσπάθειές τους προς την πλήρη εξάλειψη των λευχαιμικών κυττάρων μάλλον, παρά την ικανοποίηση της πρόσκαιρης αποδρομής. Η καλύτερη ευκαιρία για την καταστροφή όσο το δυνατόν περισσότερων λευχαιμικών κυττάρων είναι στην πρώτη διάγνωση της νόσου, γιατί κύτταρα που επιζούν έπειτα από την πρώτη θεραπευτική έφοδο και προκαλούν αργότερα υποτροπή της νόσου, είναι δυνατόν να εμφανίσουν αντίσταση στα φάρμακα, που αρχικά είχαν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικά.

Τα περισσότερα θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται σήμερα έχουν αναπτυχθεί κατά τρόπο εμπειρικό. Επειδή κανένα απ' αυτά δεν έχει ομοιόμορφη επιτυχία, δεν έχουν καθιερωθεί πρότυπα-θεραπευτικά σχήματα, γι' αυτό πρέπει να εφαρμόζονται κάτω από τη στενή παρακολούθηση γιατρού με σημαντική πείρα στη χρήση των ανάλογων φαρμάκων και στην κλινική πορεία της νόσου.

Ο θάνατος είναι δυνατόν να έλθει σύντομα στις οξείες λευχαιμίες, καμιά φορά μέσα σε λίγες μέρες από την διάγνωση

της νόσου. Εάν ο αριθμός των λευκοκυττάρων είναι πολύ ψηλός ή υπάρχουν ενδείξεις για διάσπαρτη ενδαγγειακή θρόμβωση (DIC) ή άλλες απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές, επιβάλλεται η άμεση έναρξη της θεραπείας, που θα ελαττώσει γρήγορα τον ολικό όγκο των λευχαιμικών κυττάρων. Τα πιο χρήσιμα φάρμακα για την επίτευξη ύφεσης στην ALL είναι η Βινκριστίνη και η Πρεδνιζόνη, γιατί οι δύο αυτοί παράγοντες είναι πολύ αποτελεσματικοί για την καταστροφή των λεμφοβλαστών, είναι δε λιγότερο τοξικοί για τα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού σε σύγκριση με τα περισσότερα άλλα φάρμακα περίπου 95% των αρρώστων θα πρέπει να παρουσιάσουν 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 μεθοτρεξάτη. Σε όλα σχεδόν τα σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα στην AML χρησιμοποιείται η αραβινοσύλ-κυτοσίνη σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα όπως είναι η δαουνουροβικίνη, η βινκριστίνη και τα ανάλογα των πουρίνων.

Στα καλύτερα κέντρα έχουν επιτευχθεί υφέσεις μέχρι και στο 70% των περιπτώσεων, αν και πολλές από αυτές δεν διαρκούν περισσότερο από λίγους μήνες. Η θεραπεία συντήρησης γίνεται συνήθως σε μηνιαία διαστήματα.

Η θεραπεία με τα κυτταροστατικά δεν είναι η μόνη υπεύθυνη για την βελτίωση της επιβίωσης στην οξεία Λευχαιμία. Ιδιαίτερα χρήσιμες είναι οι μεταγγίσεις αίματος και προϊόντων του κυρίως αιμοπεταλίων. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση παίζει και η γρήγορη διαπίστωση και θεραπεία των λοιμώξεων. Τα νωπά αιμοπετάλια αποδείχθηκε ότι είναι πολύ αποτελεσματικά για την προφύλαξη από βαριές αιμορραγικές επιπλοκές, ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται από ιστοσυμβατούς δότες, πρέπει δε να γίνονται με περίσκεψη και μόνο

όταν χρειάζονται, γιατί αργά ή γρήγορα πολλοί Pts αναπτύσσουν αντισταμοπεταλιακά αντισώματα.

Σε Pts με έντονη αιμορραγία, που οφείλεται σε DIC, πολλοί αιματολόγοι συνιστούν την άμεση εφαρμογή αντιπηκτικής αγωγής με ηπαρίνη, επίσης μερικοί αιματολόγοι ισχυρίζονται ότι ακόμα και στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει αιμορραγία, πρέπει να χορηγείται ηπαρίνη προφυλακτικά, εφόσον υπάρχουν βιοχημικές ενδείξεις για την παρουσία DIC.

Οι μεταγγίσεις νωπών λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να αποδειχθούν ωφέλιμες για την αντιμετώπιση λοιμώξεων, όταν οι Pts εμφανίζουν βαριά ουδετεροπενία.

Τις τελευταίες δεκαετίες έγιναν πολλές προσπάθειες για την αύξηση της καταστροφής των λευχαιμικών κυττάρων με τη χορήγηση υπερθανατηφόρων δόσεων κυτταροτοξικών φαρμάκων ή την ακτινοβολία ολόκληρου του σώματος και την επακόλουθη μεταμόσχευση μυελού των οστών από φυσιολογικούς δότες. Οι περισσότερες από αυτές τις προσπάθειες έχουν αποτύχει, η δε μεταμόσχευση του μυελού των οστών πρέπει να θεωρείται ακόμα ως πειραματική και επικίνδυνη μέθοδος για τη θεραπευτική αντιμετώπιση οξείας λευχαιμίας.

Πολλές προσπάθειες έγιναν ακόμη τα τελευταία χρόνια για την θεραπεία της οξείας λευχαιμίας με ανοσοθεραπεία, η τελική δε αξία των διαφόρων μεθόδων ανοσοθεραπείας παραμένει αβέβαιη.

---



### Χρόνια Μυελοκυτταρική Λευχαιμία

Η χρόνια φάση της τίθεται σε έλεγχο με χρήση αλκυλιωτικών παραγόντων που λαμβάνονται από το στόμα (το πιο εύχρηστο φάρμακο είναι η βουσουλφάνη). Η σπληνεκτομή μικρή μόνο θέση έχει στην αρχική αντιμετώπιση της CML, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε εκείνους τους Pts που έχουν υπερσπληνισμό. Κατά τη χρόνια φάση της νόσου η σπληνεκτομή δεν αποτρέπει την μετάπτωσή της σε βλαστική φάση. Η επιτάχυνση της νόσου εκδηλώνεται με μείωση στην ανταπόκριση βουσουλφάνης, με λευκοκυττάρωση, θρομβοκύτωση και αυξημένη σπληνομεγαλία. Σε περιπτώσεις, που δεν υπάρχουν ενδείξεις για μετάπτωση σε βλαστική φάση, το φάρμακο υδροξουρία (0,5-2 GR./HM PO) μπορεί να ελέγξει τις υπερπλαστικές εξεργασίες.

Η βλαστική φάση της CML δεν ανταποκρίνεται στα περισσότερα φαρμακευτικά προγράμματα απλά επιτεύχθηκαν υφέσεις σε ποσοστό 20% με χρησιμοποίηση βινκριστίνης και πρεδνιζόνης. Η μη δυνατότητα αιματολογικής ύφεσης στη βλαστική φάση της CML οφείλονται στο γεγονός ότι οι Pts αυτοί εμφανίζουν ίνωση του μυελού ή έχουν πλήρως αποστερηθεί του υπολειπόμενου πληθυσμού αιμοβλαστών που είναι ικανές να παράγουν ώριμα κυτταρικά στοιχεία. Εν τούτοις συμπτωματικοί όγκοι τίθονται σε έλεγχο με τοπική ακτινοθεραπεία.

### Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία

Η μεμονωμένη σπληνομεγαλία μπορεί να αντιμετωπισθεί με την ακτινοβολήση του σπλήνα, με επακόλουθο τη βελτίωση των συστηματικών εκδηλώσεων της νόσου στην οποία περιλαμβάνεται η ελάττωση της περιφερικής λεμφοκυττάρωσης. Όταν απαιτείται συστηματική θεραπεία η πλειονότητα των Pts τίθεται σε έλεγχο με λεμφοκυτοτοξικούς αλκυλιωτικούς παράγοντες ή με κορτικοστεροειδή.

Το φάρμακο εκλογής είναι η χλωραμβουκίλη 0,1-0,2 mgr/HM ή η κυκλοφωσφαμίδη 50-150 mgr/HM, οι παράγοντες αυτοί περιορίζουν τη διόγκωση των λεμφαδένων και του σπλήνα, καθώς και τη διήθηση του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα να διορθώνεται συχνά η αναιμία και η θρομβοκυτοπενία. Πλήρης αποδρομή της CLL μετά ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία είναι σπάνια.

Τα κορτικοστεροειδή εξασκούν αξιόλογη λεμφοκυττάρολυτική επίδραση χωρίς να προκαλούν καταστολή του μυελού, είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν χορηγούνται με αλκυλιωτικούς παράγοντες σε Pts με έντονη συμμετοχή του μυελού των οστών.

Ο κίνδυνος των λοιμώξεων είναι αυξημένος όταν τα στεροειδή χρησιμοποιούνται για μακρά χρονική περίοδο σε Pts που εμφανίζουν υπογαμμασφαιριναιμία ή κοκκιοκυτταροπενία.

Τα κορτικοστεροειδή είναι χρήσιμα για τη θεραπεία των επιπλοκών αυτοανοσοποίησης της CLL, όπως είναι η Coombs θετική αιμολυτική αναιμία, μπορεί η χρησιμοποίησή τους να αποβεί σωτηρία για τη ζωή του ασθενούς σε μια τέτοια περίπτωση. Αποδείχθηκε ότι η σπληνεκτομή δεν είναι ωφέλιμη στην CLL εκτός από μερικές περιπτώσεις, όπου η αιμολυτική αναιμία και η θρομβοκυτοπενία δεν ανταποκρίνονται σε Tx με κορτικοστεροειδή και σχετίζονται με υπέρμετρη καταστροφή ερυθροκυττάρων στο σπλήνα.

Εκτός από τη χρήση χημειοθεραπευτικών παραγόντων, η κλασματική ακτινοβολία ολόκληρου του σώματος και η ακτινοβολία του θύμου αδένος είχαν επιτυχία στην πρόκληση κλινικής ύφεσης της νόσου.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Χ

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση για παιδιά με ALL έχει βελτιωθεί θεαματικά. Η εντατική χημειοθεραπεία επιτυγχάνει πλήρη ύφεση σε όλους σχεδόν τους ασθενείς. Στη συνέχεια με συντηρητική χημειοθεραπεία μαζί με προφυλακτική ακτινοθεραπεία και ενδοραχιαία χημειοθεραπεία (για περίπτωση προσβολής του Κ.Ν.Σ.) επιτυγχάνεται μακροχρόνια διατήρηση ύφεσης. Περίπου 50% Pts επιζούν 5 χρόνια μετά τη λήξη θεραπείας. Ο μέσος όρος επιβίωσης ενηλίκων με ALL είναι 2-3 έτη.

Η AML έχει τη χειρότερη πρόγνωση. Αν και σε ποσοστό 70% των ασθενών επιτυγχάνεται πλήρης ύφεση, αυτή είναι συνήθως μικρής διάρκειας. Μόνο 20% Pts επιζούν μετά από 3 χρόνια, ο δε μέσος όρος επιβίωσης είναι περίπου 1 έτος.

Η μέση επιβίωση Pts με CML είναι 3-4 έτη και λίγο βελτιώνεται με τη θεραπεία. Ο θάνατος οφείλεται σε "βλαστική κρίση". Στο 1/4 των περιπτώσεων οι βλάστες έχουν το ένζυμο TdT που σημαίνει ότι είναι λεμφοβλάστες. Στα υπόλοιπα εμφανίζεται κρίση AML.

Η CLL έχει την καλύτερη πρόγνωση, η μέση επιβίωση μετά τη θεραπεία είναι στα 10 έτη, βλαστική κρίση είναι σπάνια, θάνατος επέρχεται από λοιμώξεις, διηθήσεις ζωτικών οργάνων οι αιτίες άσχετες προς τη νόσο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      ΧΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Γενικά περί Νοσηλευτικής φροντίδας

Από τη στιγμή που ο ασθενής εισάγεται στην κλινική για την αντιμετώπιση του προβλήματός 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 αυτών των συναισθημάτων επιβάλλεται να καταβληθεί προσπάθεια απ' όλο το προσωπικό και ιδιαίτερα το Νοσηλευτικό.

Πρέπει να γνωρίζει την επίδραση των πρώτων εντυπώσεων πάνω στην ψυχοσύνθεση, και της αντιδράσεις του νέου ασθενή και να τον αντιμετωπίζει με προσοχή και υπευθυνότητα. Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι κοινωνικό όν και δεν αγαπά την μόνωση. Η ασθένεια τον παίρνει από ένα εύθυμο περιβάλλον και τον μεταφυτεύει σ' ένα θλιβερό και ασυνήθιστο, στο-οποίο-αισθάνεται ανίκανος και μόνος ενώ πριν λίγο ήταν ένα ζωντανό και ευεργετικό μέλος της κοινωνίας, τώρα πρέπει να δεχθεί το ρόλο του εξαρτημένου ανθρώπου. Αυτός ο ασθενής έχει ανάγκη να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό και να αναγνωριστεί σαν άτομο, σαν

ιδιαίτερη προσωπικότητα.

Η αδελφή διαποτισμένη η ίδια από την πίστην στην αξία της προσωπικότητας και της ακεραιότητας του ανθρώπου, επιδιώκει να ικανοποιήσει αυτή την ανάγκη του αρρώστου και να βοηθήσει και 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 αδελφής είναι να μεταδώσει χρήσιμες γνώσεις σε θέματα της αρμοδιότητάς της, για να διδάξει σωστά και αποτελεσματικά τον άρρωστό της πρέπει να έχει πολλές γνώσεις πάνω στο θέμα, 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 εμπιστευτεί το πιο πολύτιμο αγαθό την υγεία του. Είναι πρακτικά αδύνατο με τα σημερινά δεδομένα να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες του ασθενούς, πρέπει όμως να γίνεται 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.

---

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς που πάσχει από Λευχαιμία αποσκοπούν στην :

1. Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της νόσου
2. Πρόληψη, και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και της θεραπείας.
3. Φροντίδα και διαικπεραίωση των εργαστηριακών και Διαγνωστικών εξετάσεων.

4. Προσπάθεια να μεταπέσει η νόσος στην χρονιότητα, για να παραταθεί ο χρόνος ζωής του ασθενή.
5. Βοήθεια του ασθενούς και της οικογένειάς του να αποδεχθούν τη νόσο και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί.
6. Διδασκαλία της οικογένειας του ασθενούς για τη φύση της νόσου, τη θεραπεία, τις επιπλοκές και την πρόγνωση.

## 2. Συμπτώματα της νόσου και νοσηλευτική αντιμετώπιση

Είναι πλέον πραγματικότητα ότι οι λευχαιμίες σαν νόσος από τη φύση τους, παρουσιάζουν πολλά συμπτώματα, που ενοχλούν τον ασθενή τις περισσότερες φορές έντονα και αφόρητα.

Βασικά συμπτώματα της νόσου και νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

**Πυρετός** : - πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα  
- Ψυχρές περιτυλίξεις και λουτρό με δροσερό νερό, μπορεί να ελαττώσουν τον πυρετό και να βελτιώσουν την άνεση του ασθενούς.  
- Εφαρμόζεται υποθερμικό στρώμα εάν υπάρχει.  
- Χορήγηση άφθνου και δροσερού υγρού εάν φυσικά επιτρέπεται.

Η ενυδάτωση μειώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διουρήσεως, παράλληλα προσλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός.

- 
- Διατήρηση της θερμοκρασίας σε χαμηλά επίπεδα
  - Προστατεύεται ο άρρωστος από κρυολογήματα με: την αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού (νυκτικό, σινδόνια, μαξιλαροθήκες) και την προφύλαξη του ασθενούς από τα ρεύματα.

- Αποφυγή τροφών με υψηλή θερμιδική αξία
- Στα μικρά παιδιά εφαρμόζεται ψυχρός υποκλι-  
σμός
- Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων κατόπιν εντολή  
γιατρού και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων.  
Η ασπιρίνη πρέπει να αποφεύγεται γιατί μετα-  
βάλλει τη λειτουργία των AMT και προκαλεί υπο-  
θρομβιναιμία.
- Ο πυρετός πρέπει να μετράται και να αναγράφε-  
ται με ακρίβεια στα καθορισμένα χρονικά δια-  
στήματα.

**Πόνος στα οστά** Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο με τα πιο  
και στις αθρό- κάτω μέτρα:

σεις

- Μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων
  - Κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι του  
και συχνή αλλαγή της θέσεως.
  - Τοποθέτηση στο σημείο που πονά θερμών ή ψυχρών  
επιθεμάτων
  - Μείωση παραγόντων του περιβάλλοντος που ενο-  
χλούν τον ασθενή.
  - Ψυχολογική συμπαράσταση
  - Απασχόληση του ασθενούς με κάτι που κινητο-  
ποιεί το ενδιαφέρον του και παρουσία προσώπου  
της εμπιστοσύνης του.
- 
- Χορήγηση ήπιων αναλγητικών κατόπιν εντολή  
γιατρού
  - Χορήγηση ισχυρών αναλγητικών όπως codeine ή  
Demerol σε συνδιασμό με Phenergan και Thorazine,  
σε ισχυρό πόνο.

- Χορήγηση καταπραϋντικών τη νύχτα για υποβοήθηση του ύπνου εξαιτίας του αυξημένου πόνου στα οστά και της ανησυχίας.

**Καταβολή δυνάμεων (κόπωσης-αδυναμία).**

Αποτελεί ουσιαστικό πρόβλημα στις λευχαιμίες και ειδικά στις οξείες, δύσκολα αντιμετωπίζεται διότι είναι πολλοί οι παράγοντες που την επιδεινώνουν όπως ο πυρετός, η ανορεξία, ο πόνος, η απογοήτευση και αργότερα η φαρμακευτική αγωγή, μεταγγίσεις, ακτινοβολίες κ.τ.λ.

Προγραμματίζουμε έτσι την Ν.Φ. ώστε να διατηρήσουμε όσο το δυνατόν τις δυνάμεις του.

- Ενίσχυση δραστηριοτήτων που δεν προκαλούν κόπωση.
- Αποφυγή σ' οτιδήποτε προκαλεί κόπωση ή διαταράσσει την ησυχία του ασθενούς.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να δημιουργεί συχνά περιόδους αναπαύσεως όπως 8 ώρες ύπνου, και υπνάκια κατά το διάστημα της ημέρας.
- Ενισχύεται το διαιτολόγιο του αρρώστου με λευκάματα.
- Πρέπει να βρίσκεται κοντά του ότι χρειάζεται.
- Σηκώνουμε το ερεισινωτό του κρεβατιού
- Τοποθετούμε μαξιλάρια για να βοηθήσουμε στην καλή ορθοπνοϊκή θέση του ασθενή

**Δύσπνοια**

- Χορήγηση O<sub>2</sub> σε περίπτωση που ενδείκνυται
- Προφύλαξη του ασθενούς από τις μη αναγκαίες προσπάθειες
- Αποφεύγονται οι τροφές που δημιουργούν αέρια-μετεωρισμό.



## Ανορεξία

Παρατηρείται συχνά και οφείλεται συνήθως στις επώδυνες εξελκώσεις του στόματος, στη δυσφορία εξαιτίας της διόγκωσης του ήπατος και του σπλήνα και πιθανόν στην χημειοθεραπεία ή την ακτινοβολία.

- Επιτρέπεται ο άρρωστος να διαλέγει τις τροφές του, ανάλογα με τις προτιμήσεις του, και ζητείται η συμβουλή του διαιτολόγου εάν είναι ανάγκη.
- Δίαιτα πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες και θερμίδες, είναι η πιό αποτελεσματική για λευχαιμίες.
- Μικρά και συχνά γεύματα, καλοσερβιρισμένα όχι πολύ ζεστά, και χωρίς αλαντικά ή άλλες ερεθιστικές τροφές, διότι ο βλεννογόμος του στόματος και του στομάχου είναι πολύ ευαίσθητος.
- Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαρή
- Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να πάρει από το στόμα τροφή ή υγρά θα πρέπει να δοθούν παρεντερικά.
- Εάν οι έμετοι αποτελούν σοβαρό πρόβλημα, θα πρέπει να δίδονται αντιεμετικά 1/2 ώρα πριν το φαγητό.
- Εξασφαλίζεται την ώρα του φαγητού περιβάλλον που δεν αναστέλλει τη διάθεση για φαγητό.

- Εκχυμώσεις - - Σχολαστική ατομική καθαριότητα
- Πετέχειες - - Αποφεύγονται οι τριβές κατά τις πλύσεις
- Αποφεύγονται οι βίαιες ή απότομες κινήσεις και χειρισμούς
- Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αιχμηρά και σκληρά αντικείμενα (παιχνίδια παιδιών)
- Τα νύχια των ασθενών να διατηρούνται κομμένα.
- Συχνές επαλείψεις του δέρματος με ελαφρά λωσιόν για την προστασία του.
- Αίσθημα - - Θερμό κρεβάτι με ελαφρές και ζεστές κουβέρτες
- Ψύχους:
- Αισθησιακές - - Προσοχή στην τοποθέτηση θερμοφόρας προς απο-  
ανωμαλίες - - φυγή εγκαύματος.
- (μούδιασμα  
χειρών-  
ποδιών
- Δυσκοιλιότη- - Για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας και απο-  
τα - - φυγή τραυματισμού του πρωκτού χορηγούνται  
υπακτικά φάρμακα και κατάλληλη δίαιτα, όπως  
τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη και άφθονα υγρά.
- Διδάσκεται ο άρρωστος να κάνει μαλάξεις στην  
κοιλιά (η μάλαξη ακολουθεί την κατεύθυνση  
του παχέος εντέρου).
- 
- Διαταραχή - - Ακριβή μέτρηση και αναγραφή προσλαμβανομένων  
ισοζυγίου - - και αποβαλλόμενων υγρών
- υγρών ηλεκτρο- - Παρακολουθείται η ποσότητα και η πυκνότητα των  
λυτών και βιο- - ούρων.
- χημικών εξε- - Ακριβή μέτρηση ιατρικών οδηγιών σχετικά με τη  
τάσεων - - χορήγηση υγρών (από το στόμα, παρεντερικώς)

- Έγκαιρη διάγνωση διαταραχής ισοζυγίου αγρών με: α) Αξιολόγηση σημείων αφυδάτωσης όπως αίσθημα δίψας, δέρμα και βλεννογόνοι στεγνοί, βαθουλωμένα μάτια, απώλεια βάρους, αίσθημα κοπώσεως, καταβολή δυνάμεων, μείωση της ποσότητας των ούρων, ούρα σκοτεινού χρώματος, αύξηση συχνότητας σφυγμών και αναπνοών. β) Αξιολόγηση σημείων αναπνευστικής μεταβολικής αλκαλώσεως, όπως απώλεια συνειδήσεως, βαθειά και συχνή αναπνοή.
- Ανακούφιση του αρρώστου από το αίσθημα της δίψας με τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και την πλύση του στόματος με δροσερό νερό.
- Διατήρηση του δέρματος μαλακού, σε περίπτωση ξηρότητας γίνονται επαλείψεις με λοσιόν και αποφεύγονται οι εντριβές με οινόπνευμα.
- Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης .Οι άρρωστοι με λευχαιμία θα πρέπει να παίρνουν 3-4 λίτρα υγρών την ημέρα για πρόληψη της αφυδάτωσης και αραίωση του ουρικού οξέος, που είναι αυξημένο εξαιτίας της ταχίας και αυξημένης καταστροφής των λευχαιμικών κυττάρων από τα αντιλευχαιμικά φάρμακα.
- Έλεγχος του ΡΗ των ούρων, εάν τα ούρα είναι όξινα χορηγούνται αλκαλοποιητικά

φάρμακα όπως διαττανθρακικό νάτριο ή  
Diamox.

Ανυσηχία ασθε-  
νούς

- Να γίνεται συχνός έλεγχος ηλεκτρολυτών, ουρίας, κρεατίνης, ηπατικών ενζύμων και χολερυθρίνης.
- Καλή επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου και τη θεραπεία , χρησιμοποιώντας απλούς όρους, ώστε να γίνουν κατανοητά αυτά που θα λεχθούν, όσο και όταν πρέπει.
- Φροντίζουμε την ανάπαυση, την άνεση και ανακούφιση του ασθενούς
- Ικανοποιούμε τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του
- Διαθέτουμε χρόνο για να ακούσουμε τον ασθενή και την οικογένειά του
- Δείχνουμε συμπάθεια και συμμετοχή στον πόνο του πάσχοντα.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας να φροντίζει τον πάσχοντα
- Διευκόλυνση κάθε επικοινωνίας με άλλους ασθενείς

Απογοήτευση -  
Κατάθλιψη

Υπάρχει σχεδόν πάντα, όταν ο ασθενής αντιμετώπιζει 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 αισθηματά 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.
- Αποδοχή της ευρέθιστης συμπεριφοράς του
- Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος
- Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού.

### 3. Διάγνωση της νόσου δια του κλινικού και παρακλινικού ελέγχου

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

#### Πηγές πληροφοριών

- Άρρωστος
- Μέλη της οικογένειας
- Διάφορα άλλα άτομα του περιβάλλοντος
- Ιατρικά δελτία

#### Ιστορικό Υγείας

- Υποτροπή λοίμωξης ή πρόσφατες λοιμώξεις
- Έκθεση του αρρώστου σε τοξικές ουσίες ή σε ραδιενέργεια
- Άνορεξία, απώλεια βάρους
- Λήθαργος, κόπωση, κακουχία
- Μώλωπες που δημιουργούνται εύκολα, ρινορραγίες, ουλορραγίες ή εκχυμώσεις
- Πόνος (οστά και κοιλιακή χώρα)
- Οικογενειακό ιστορικό με χρόνια νοσήματα, καρκίνο, θάνατο.

### α. Κλινική εξέταση

Αυτή γίνεται με τη χρησιμοποίηση από το γιατρό των αισθήσεων της οράσεως, αφής, ακοής και αποσκοπεί στη διάγνωση της νόσου.

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.

- Εύκολη κόπωση και γενική κακουχία, διαρκείας πολλών μηνών, ωχρότητα δέρματος λόγω αναιμίας, που οφείλεται στην καταστολή της ερυθροποίησης και στις αιμορραγίες.
- Ο πυρετός είναι συχνός . Στο 50% των αρρώστων υπεύθυνος για τον πυρετό αποδεικνύεται κάποιος λοιμώδης παράγοντας ενώ στους υπόλοιπους είναι αγνώστης αιτιολογίας.
- 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.
- Ουλορραγία, ρινορραγία, αιμορραγία από το πεπτικό και το ουροποιητικό καθώς και από τον κόλπο λόγω θρομβοπενίας.

---

- Αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς δυνατόν να προκαλέσουν τύλφωση, και αιμορραγία του αυτιού κύφωση.
- οστικοί πόνοι και αρθραλγίες λόγω λευχαιμικής διήθησης των οστών και αρθρίτιδα που οφείλεται στην υπερουρικαιμία (ευαισθησία στέρνου).

- Διόγκωση σπλήνα, ήπατος, λεμφαδένων και οι νεφροί συχνά διογκώνονται από λευχαιμική διήθηση.
- Ταχυκαρδία, καρδιακά φυσήματα, απώλεια βάρους, δύσπνοια μετά από κόπωση, μη ανοχή στη θερμότητα λόγω αυξημένου μεταβολισμού.
- Βήχας, ρόγχοι, ταχύπνοια, μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι.
- Λευχαιμική διήθηση δέρματος
- Νευρολογικές εκδηλώσεις λόγω αιμορραγίας και λευχαιμικής διήθησης του Κ.Ν.Σ. : ναυτία, εμετοί, λήθαργος, παράλυση κρανιακών νεύρων, οίδημα οπτικής θλής, δυσκαμψία αυχένα, κεφαλαλγία, τύφλωση.

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

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

Παρακολουθείται ακόμη ο προς εξέταση ασθενής να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό σύστημα για τη διευκόλυνση της εξέτασης, και να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη για τον προσδιορισμό της κατάστασης της κοιλίας και των οργάνων της πυελού. Η αδελφή εξηγεί όταν πρόκειται για γυναίκα ότι δεν θα την εκθέσει περισσότερο απ' ότι χρειάζεται για μια επιτυχή εξέταση και ότι η ίδια θα παραμείνει κοντά σ' όλο το διάστημα της εξετάσεως.

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

Η προαναφερθούσα επικοινωνία της αδελφής με τον ασθενή μπορεί να μειώσει ή να διαλύσει τα εμφανιζόμενα συναισθήματα ντροπής και φόβου . Κατά την εξέταση η αδελφή βοηθά τον γιατρό, δίνοντάς στον ασθενή κατάλληλη θέση, ελευθερώνοντας το εξεταζόμενο μέλος του σώματος ή προσφέρει στον γιατρό τα απαιτούμενα εργαλεία για την εξέταση.

### γ. Διαγνωστικές παρακλινικές εξετάσεις

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. Εξετάσεις αίματος          | - Αιμοσφαιρίνη<br>- Αιματοκρίτης<br>- Λευκά αιμοσφαίρα<br>- Λευκοκυτταρικός τύπος<br>- Ινοδογόνο<br>- Αιμοπετάλια<br>- Αλκαλική φωσφατάση<br>- Σίδηρος Fe ορού<br>- Βιταμίνη B <sub>12</sub><br>- Ουρικό οξύ       |
| 2. Εξετάσεις ούρων ή κοπράνων | - Ειδικό βάρος<br>- Ανίχνευση για HB   |
| 3. Μυελόγραμμα                | - Γίνεται λήψις μυελού των οστών, κυρίως του στέρνου, προκειμένου να διαγνωστούν διάφορες αιματολογικές παθήσεις.<br><br>Στον φυσιολογικό μυελόγραμμα παρατηρούνται όλες οι μορφές εξελίξης των διαφόρων κυττάρων. |
| 4. Αδενόγραμμα                | - Γίνονται λήψις κυτταρικών στοιχείων των λεμφαδένων, με παρακέντηση αδένων  |



Στο φυσιολογικό αδενόγραμμα το 90-95% αποτελείται από λεμφοκύτταρα και το 5-10%, από κύτταρα περιφερικού αίματος και του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος.

5. **Ακτινογραφία - θώρακος** - Γίνεται για να διαπιστωθεί ενδεχόμενη διήθηση των αδένων του μεσοθωρακίου και των πνευμόνων.
6. **Ακτινογραφία - Οστών** - Γίνεται για να διαπιστωθούν ενδεχόμενες σκελετικές αλλοιώσεις.

Η αδελφή ενημερώνει τον ασθενή για την διαδικασία των εργαστηριακών εξετάσεων και τον βοηθάει να τις αποδεχθεί. Ιδιαίτερα βοηθιέται ο ασθενής να συνεργαστεί με τα μέλη της ομάδας υγείας για την εκτέλεση της στερνικής παρακέντησεως προκειμένου να γίνει το μυελόγραμμα (ρουτίνα εξέταση για όλες τις λευχαιμίες).

Η αδελφή για κάθε εξέταση πρέπει να γνωρίζει :

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

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

#### δ. Στερνική παρακέντηση

Η παρακέντηση του στέρνου, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, αποτελεί σπουδαίο διαγνωστικό μέσο για τη διαπίστωση των λευχαι-

μιών και άλλων νόσων του αίματος.

Απαραίτητα αντικείμενα για την εκτέλεση στερνικής παρακέντησης :

1. Δίσκος στερνικής παρακέντησης

- Βελόνες αναρρόφησης μυελού με στείλεό
- Αποστειρωμένο τετράγωνο και σχιστό
- Βελόνες G 25 και 22
- Δύο σύριγγες των 20 ml
- Τρείς σύριγγες των 5 ml
- Τετράγωνες γάζες και τολύπια γάζης

2. τοπικό αναισθητικό (1% προκαΐνη ή Ξυλοκαΐνη)

3. Αποστειρωμένα γάντια

4. Δίσκος ενέσεων

5. Αντισηπτικό δέρματος

6. Υλικό εργαστηρίου

- Αντικειμενοφόρες πλάκες
- Καλυπτρίδες

Πριν την εκτέλεση της παρακέντησεως εξηγούμε στον ασθενή τη διαδικασία και τι θα αισθανθεί κατά τη διάρκειά της. Η εξήγηση βοηθεί τον ασθενή να αντιμετωπίσει το stress και να συνεργαστεί όσο το δυνατόν καλύτερα.

Ο ασθενής τοποθετείται σε υπτία θέση, γίνεται αντισηψία του δέρματος και τοποθετούνται τα αποστειρωμένα σχιστό και τετράγωνο στον θώρακα.

Η περιοχή διηθείται με προκαΐνη ή Ξυλοκαΐνη φροντίζοντας εκτός από το δέρμα και τα μαλακά μέρη να διηθηθεί με τοπικό αναισθητικό και το περισσότερο. Αφού αναισθητοποιηθεί η περιοχή της παρακέντησεως, η βελόνη του μυελού μαζί με τον στείλεό

της εισάγεται μέσω του φλοιού του οστού με μια ελαφρά περιστροφική κίνηση. Στη συνέχεια ο σπειλεός αφαιρείται και συνδέεται μια σύριγγα στη βλεόνη και αναρροφάται μυελός των οστών, κατά την αναρρόφηση ο ασθενής αισθάνεται ένα οξύ πόνο.

Αναρροφάται 0,5 ml μυελού, ο οποίος μετά την αφαίρεση της βελόνης επιστρώνεται πάνω στις αντικειμενοφόρους πλάκες πριν προλάβει να γίνει πήξη του αίματος. Εφαρμόζεται πίεση πάνω στο σημείο της παρακέντησης ώσπου να σταματήσει η αιμορραγία, αν υπάρχει, ή η μυελόρροια και κατόπιν τοποθετείται μικρή αποστειρωμένη γάζα η οποία αφαιρείται μετά από 48 ώρες.

Οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι από αυτή την παρακέντηση, αν και είναι σπάνιοι, είναι:

- Τρώση της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων
- Τρώση του οπίσθιου πετάλου του στέρνου.

Μετά την παρακέντηση δεν χρειάζεται καμμία προφύλαξη για τον ασθενή.

#### 4. Ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπείας και Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Επειδή η θεραπευτική αντιμετώπιση των λευχαιμιών προκαλεί πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες καθήκον της αδελφής είναι η ενημέρωση του αρρώστου για τις παραπάνω ενέργειες, η ανακούφιση τους ασθενούς απ' αυτές και η έγκαιρη διάγνωσή τους.

α. Στην συνέχεια αναπτύσσονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες των κυριότερων ογκολυτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των λευχαιμιών :

Ογκολυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των λευχαιμιών

Φάρμακο	Τρόπος χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
1. Αλκυλιούντες παράγοντες			όλοι προκαλούν καταστολή του μυελού, ναυτία και εμέτους	Όλοι οι άρρωστοι παρακολουθούνται για ναυτία και εμέτους και ανακουφίζονται ανάλογα καθώς και για συμπτώματα καταστολής του μυελού και ανακουφίζονται ανάλογα.
Κυκλοφωσφάμιδη (Endoxan)	Από το στόμα ή Ε.Φ.	Οξεία λεμφοβλαστική και χρόνια μυελογενής λευχαιμία	Θρομβοπενία, αλωπεκία Αιμορραγική κυστίτιδα- διατήρηση μεγάλης διουρήσεως	- Ενημερώνεται ο άρρωστος, πως θα πέσουν τα μαλλιά του και ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει περούκα. Υποστηρίζεται ψυχολογικά. Συχνή αλλαγή των λευχειμάτων και διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος από την τριχόπτωση. - Παρακολουθείται για αιματοουρία και συμπτώματα κυστίτιδας (συχνουρία, τσούξιμο στην ούρηση) - Χορηγούνται άφθονα υγρά για τον καθαρισμό των ούρων (κυστίτιδα) ή πρόληψη κυστίτιδας.

Φάρμακο	Τρόπος χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Βουσοιλφάνη (Myleran)	Από το στόμα	Χρόνια μυελογενής λευχαιμία	Αμηνόρροια, στειρότητα μελόχρωση του δέρματος, πνευμονική και ηπατική ίνωση, υπόταση	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενημερώνεται η άρρωστη για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας (αμηνόρροια, στείρωση) και υποστηρίζεται ψυχολογικά (σε νέο άτομο) να τις αποδεχθεί</li> <li>Σε παντρεμένη άρρωστη προετοιμάζεται ο σύζυγος για τις πιο πάνω επιπτώσεις της θεραπείας και βοηθείται να συμπαρασταθεί στη σύζυγο.</li> <li>- Ενημερώνεται και βοηθείται η άρρωστη να αποδεχθεί τη μελόχρωση του δέρματος.</li> <li>- Παρακολουθείται η Α.Π. του αίματος σε υπόταση χορηγούνται έφθονα υγρά και φάρμακα για την επαναφορά της στο φυσιολογικό, προστατεύεται ο άρρωστος από λιποθυμίες λόγω της υποτάσεως.</li> </ul>
Χλωραμβουκίλη (Leuceran)	Από το στόμα	Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία	Μεγάλη και μη ανατρέψιμη μυελική απαλασία	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ιδιαίτερα παρακολουθείται ο άρρωστος για αιμορραγίες, φλεγμονές και λαμβάνονται μέτρα προλήψεως ή αντιμετώπισεώς τους όταν εμφανιστούν.</li> </ul>

Φάρμακο	Τρόπος χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
			Δερματίτιδα	- Παρακολουθείται ο άρρωστος για εμφάνιση δερματίτιδας και ανακουφίζεται ανάλογα.
			Ηπατοτοξικό	- Παρακολουθείται ο άρρωστος για εκδήλωση συμπτωμάτων από την τοξική βλάβη στο ήπαρ.
2. Αντιμεταβολίτες				
Μεθοτρεξάτη	- Από το στόμα - Ε.Φ. - Ενδοραχιαία	- Οξεία λεμφογενής και μυελογενής λευχαιμία	- Όλα προκαλούν καταστολή του μυελού - Εξελκώσεις στο στόμα (στοματίτιδα, φαρυγγίτιδα) και στο έντερο	Όλοι οι άρρωστοι παρακολουθούνται για συμπτώματα καταστολής του μυελού και ανακουφίζονται ανάλογα. - Πλύσεις στοματικής κοιλότητας με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του Η <sub>2</sub> εναλλάξ με γλυκερίνη και λεμόνι. - Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας με πορτοκατόν καλυμμένο με βαμβάκι. - Πριν τη χορήγηση τροφής γίνεται αναισθησία με ΧΥΛΟCΑΙΝΗ για περιορισμό της δυσφαγίας. - Χορήγηση μαλακής και μη ερεθιστικής τροφής - Παρακολούθηση αριθμού και χαρακτηριστικών κενώσεων
			Διάρροια	

Φάρμακο	Τρόπος	Χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Θειογουανίνη	Από το στόμα	Οξεία λεμφοβλα- στική λευχαιμία	Ήπατική βλάβη	Ανορεξία, ναυτία, εμετος	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Αποφυγή τροφών με κυτταρίνη</li> <li>- Παρακολούθηση κενώσεων για παρουσία αίματος, λοιπής συνθέσεως, οσμής και υδαρότητας.</li> <li>- Ενίσχυση της ανάπαυσης και εμπλουτισμός διαιτολογίου με υδατάνθρακες, πρόληψη δυσπεψίας.</li> </ul>
		Οξεία μυελογενής και χρόνια μυελο- γενής λευχαιμία	Ίκτερος	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσεκτική χρήση στη νεφρική ανεπάρκεια</li> <li>- Η δόση ελαττώνεται όταν χορηγείται και αλοπουρινόλη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσφορά τροφής της προτιμήσεώς του.</li> <li>- Χορήγηση αντιεμετικών πριν το φαγητό</li> <li>- Περιορισμός υγρών</li> <li>- Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό</li> <li>- Παρατήρηση χαρακτηριστικών των εμεσμάτων</li> <li>- Περιορισμός κνησμού με πλύσεις δέρματος και επίπαση με τάλι</li> <li>- Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα αφυδατώσεως</li> </ul>

Φάρμακο	Τρόπος Χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Κυταραβίνη	Εφ, Υ.Δ. Ενδοραχιαία	Οξεία μυελογενής και οξεία λεμφο- γενής λευχαιμία	- Μεγαλοβλαστικές αλ- λοιώσεις - Διαταραχές ηπατική βλάβη, δερματίτιδα	- Προσοχή στο διαιτολόγιο, παρακολούθηση κενώσεων και εκ- δηλώσεως, όπως ναυτία και έ- μετοι. - Ενίσχυση διαιτολογίου σε υδα- τάνθρακες, - Χορήγηση εύπεπτης τροφής - Περιορισμός δραστηριοτήτων - Παρακολούθηση δέρματος για σημεία δερματίτιδας και πιστή τήρηση οδηγιών γιατρού.
3. Αντιμικρο- βιακά Νταουνορου- μπικίνη	Ε.Φ.	Οξεία μυελογενής και οξεία λεμφο- γενής λευχαιμία	- Καταστολή του μυελού συχνά παρατεταμένα - Ναυτία έμετοι  - Αλωπεκία  - Δερματικά εξανθήματα  - Πυρετός	- Λαμβάνονται τα κατάλληλα μέ- τρα για πρόληψη μολύνσεων - Οι Ν.Δ. που αναφέρονται πιο πάνω (θειογουανίνη) - Οι Ν.Δ. που αναφέρονται στη χορήγηση κυκλοφωσφamide - Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία δερματικού εξανθή- ματος, επί εκδηλώσεως ,τήρηση ιατρικών οδηγιών - Ανακούφιση αρρώστου από τον πυρετό λαμβάνοντας τα κατάλ- ληλα Ν.Μ.



Φάρμακο	Τρόπος χορηγήσεως	Χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
<p>4. Διάφοροι παράγοντες Βινκριστίνη (ONCOVIN) Βινβλαστίνη (VELBE)</p>	Ε.Φ.		<p>Οξεία λεμφοβλαστική και οξεία μυελογενής λευχαιμία</p>	<p>- Καταστολή του μυελού, ιδιαίτερα με την βινβλαστίνη - Περιφερική νευρίτιδα και του Α.Ν.Σ. που οδηγεί σε ειλεό</p> <p>- Ηπατική νέκρωση, ιδιαίτερα με τη βινκριστίνη</p> <p>- Αλωπεκία</p> <p>- Ιστική νέκρωση</p>	<p>- Ν.Δ. για την πρόληψη λοιμώξεων, αιμορραγίας - Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αναιμίας - Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο - Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασεως του αρρώστου - Προστατεύεται ο άρρωστος από την αδυναμία να πιάσει κάτι με το χέρι του - Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα ειλεού. - Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία ικτέρου - Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία πυλαίας υπερτάσεως και ανακούφιση του αρρώστου από τις επιπτώσεις της - Ν.Δ. που αναφέρονται στην χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης - Προσοχή να μην πάει το φάρμακο υποδόρια. Παρακολούθηση του άρρωστου για εμφάνιση φλεβίτιδας στη σύστοιχη φλέβα. Πρέπει να δίδεται σε γρήγορη έγχυση αραιωμένο σε ορό.</p>

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

Φάρμακο	Τρόπος	Χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Κορτικοστεροειδή (Πρενδιζόλη)	- Ε.Φ. - Ε.Φ. ή - Από το στόμα		Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πανσεληνοειδές προσωπείο</li> <li>- Υπέρταση</li> <li>- Καταστολή των επινεφριδίων</li> <li>- Ψύχωση</li> <li>- Γαστρεντερική αιμορραγία</li> <li>- Οστεοπόρωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καθημερινή μέτρηση σωματικού βάρους για αξιολόγηση κατακρατήσεως υγρών.</li> <li>- Χορήγηση τροφής πτωχής σε αλάτι</li> <li>- Μέτρηση ούρων και λαμβανόμενων υγρών</li> <li>- Παρακολούθηση άλλων σημείων κατακρατήσεως υγρών όπως οιδήματα.</li> <li>- Αύξηση όγκου αίματος από κατακράτηση υγρών</li> <li>- Μέτρηση και καταγραφή ΑΠ συστηματικά</li> <li>- Παρακολούθηση άλλων σημείων, υπερφορτώσεως κυκλοφορίας, όπως δύσπνοια, οιδήματα.</li> <li>- Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα ανεπάρκειας επινεφριδίων.</li> <li>- Παρακολούθηση αρρώστου για αλλαγή συμπεριφοράς.</li> <li>- Παρακολούθηση κενώσεων αρρώστου για παρουσία αίματος καθώς και των εμεσμάτων</li> <li>- Χορήγηση τροφών που περιέχουν Ca</li> </ul>

Φάρμακο	Τρόπος	Χορηγήσεως	Κλινική εφαρμογή	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Ασπαραγινάση	Ε.Φ.		Οξεία λεμφοβλα- στική και οξεία μυελογενής λευ- χαιμία	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανοσοκαταστολή</li> <li>- Αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις</li>   <li>- Πυρετός</li> <li>- Ναυτία, εμετοί</li> <li>- Ηπατική βλάβη</li>   <li>- Νευρολογικές βλάβες</li> <li>- Ψυχικές διαταραχές</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προστασία του αρρώστου από τον κίνδυνο αυτόματων καταγμάτων</li> <li>- Προφύλαξη του αρρώστου από μολύνσεις</li> <li>- Λήψη πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού σχετικά με τις αλλεργίες ευαίσθητες αρρώστου από μολύνσεις</li> <li>- Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αναφυλακτικά και είναι έτοιμη η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση τους.</li> <li>Ανακούφιση αρρώστου με τις ανάλογες Ν.Δ.</li> <li>Ανακούφιση αρρώστου με τις ανάλογες Ν.Δ.</li> <li>Περιορισμός κοπώσεως, ενίσχυση διαιτολογίου με υδατάνθρακες, πρόληψη δυσπεψίας.</li> <li>Παρακολουθείται ο άρρωστος και εφαρμόζονται οι ανάλογες Ν.Δ.</li> <li>- Συναισθηματική υποστήριξη</li> <li>- Κατανόηση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με ψυχικές διαταραχές.</li> </ul>

## β. Επιπλοκές η συμβάντα από μετάγγιση αίματος και Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Η μετάγγιση αίματος είναι μια από τις πιο 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 τη διόρθωση της αναιμίας στους λευχαιμικούς ασθενείς.

Εδώ καλείται η αδελφή να πάρει όλα τα γνωστά μέτρα για την ευεργετική και όχι δυσμενή επίδραση της μετάγγισης στον ασθενή. Κι ας αναφερθούμε στους κινδύνους και τις αντιδράσεις μιας μετάγγισης που πρέπει να απαραίτητα να γνωρίζει κάθε αδελφή:

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

Για την αντιμετώπισή τους, ανάλογα με την ένταση των αντιδράσεων ή επιβραδύνουμε τον ρυθμό αυτής, ή διακόπτουμε την μετάγγιση και ενημερώνουμε τον γιατρό και την αιμοδοσία (για έλεγχο του αίματος).

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

Στην περίπτωση αυτή γίνεται επιβράδυνση του ρυθμού μετάγγισης ή και διακοπή, ακόμη χορηγείται επινεφρίνη υποδόρια, σε δόση 0,3 ml διαλύματος 1/1000, 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 συγκολλητικών π.χ. ψυχρό συγκολλητινών.

Η αιμολυτική αντίδραση εμφανίζεται κατά την αρχή της μετάγγισης και αποτελεί σοβαρή και όχι σπάνια επιπλοκή των μεταγγίσεων. Τα συμπτώματα της αιμολυτικής αντίδρασης είναι τα εξής : ρίγος, υψηλός πυρετός, έντονος πόνος στο σσφύ, ανησυχία, ερυθρότητα προσώπου, ναυτία και εμετοί, συσφικτικός προκάρδιος πόνος, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, δύσπνοια , σόκ. Στη περίπτωση αυτή γίνεται διακοπή της μετάγγισης αμέσως και ενημέρωση του γιατρού. Οι συνέπειες είναι ανάλογες της ποσότητας του 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 συνήθως με σημεία οξείας καρδιακής κάμψης, δηλαδή δύσπνοια, υπομορφή ταχύπνοιας και δυσφορία. Στη περίπτωση αυτή γίνεται διακοπή της μετάγγισης αμέσως και ενημέρωση του γιατρού, η ενδοφλέβια γραμμή διατηρείται ανοιχτή με-διάλυμα 5% Dextrose σε 0,5% διάλυμα NaCl.

**5. Σηψαιμία:** Οφείλεται στη χορήγηση αίματος μολυσμένου με ψυχρόφιλα παθογόνα μικρόβια. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά τη χορήγηση των 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. Στην περίπτωση αυτή γίνεται διακοπή της μετάγγισης και ενημέρωση του γιατρού.

**6. Αναφυλακτική αντίδραση:** Είναι σπάνια και συνήθως συμβαίνει σε αρρώστους που έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι των IgA ανοσοσφαιρινών. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά τη χορήγηση πολύ λίγων ml αίματος, και είναι τα εξής : Γενικευμένη ερυθρότητα, βρογχοσπασμός με κοπιώδη αναπνοή, οπισθοστερνικός πόνος, καταπληξία, απώλεια συνειδήσεως, βαριά γαστρεντερική δυσφορία και διάρροια . Οι αντιδράσεις αυτές είναι συνήθως βαριές και δυνητικά θανατηφόρες, γίνεται διακοπή της μετάγγισης αμέσως και ενημέρωση του γιατρού για να δοθούν οι απαραίτητες ιατρικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της αντίδρασης.

**7. Εμβολή αέρα:** Μπορεί να συμβεί όταν το αίμα χορηγείται με πίεση και εντωμεταξύ έχει κενωθεί η φιάλη, οπότε ο αέρας μπαίνει κατευθείαν στην κυκλοφορία ή όταν ο ελαστικός σωλήνας κατά την αλλαγή των φιαλών δεν έχει τελείως κενωθεί από αέρα.

Τα κυριότερα συμπτώματα και σημεία είναι : πόνος στο θώρακα, βήχας, αιμόπτυση, δύσπνοια, κυάνωση, ανησυχία, υπόταση, αδύνατος σφυγμός. Στην περίπτωση αυτή κλείνουμε τον ρυθμιστή ροής της συσκευής, τοποθετούμε τον ασθενή σε ελαφρά Trendelenburg θέση για να παγιδευτεί ο αέρας στις δεξιές κοιλότητες της καρδιάς και χορηγούμε O<sub>2</sub>.

**8. Μετάδοση νόσου:** Ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού, ελονοσία, AIDS και σύφιλη, μπορούν να μεταδοθούν από το αίμα του δότη στο δέκτη μέσω μολυσμένου αίματος. Πρέπει να επιλέγονται οι δότες με πολύ προσοχή.

**9. Υπερκαλαιμία :** Προκαλείται εξαιτίας χορήγησης συντηρημένου αίματος (μεγάλες ποσότητες). Τα συμπτώματα της αντίδρασης είναι : ναυτία, κωλικός εντέρου, διάρροια, μυϊκή αδυναμία,

παραίσθησία χεριών - ποδιών - γλώσσας - προσώπου, χαλαρή παράλυση, απάθεια, ελάττωση του αριθμού των σφύξεων, καρδιακή αναπνοή.

Γίνεται διακοπή της μετάγγισης και ενημέρωση του γιατρού.

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

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

**γ. Γενικές Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την εμφάνιση αντίδρασης στη μετάγγιση αίματος**

- Ειδοποιείτε αμέσως το γιατρό και την Τράπεζα Αίματος
- Διακόψτε τη χορήγηση αίματος αλλά διατηρείστε τη φλέβα ανοιχτή με τη χορήγηση δεξτρόζης ή διαλύματος χλωριούχου Νατρίου, για την περίπτωση που θα χρειαστεί να χορηγηθούν αμέσως φάρμακα.
- Κρατείστε τη φιάλη αίματος και τη συσκευή και στείλτετα στην Αιμοδοσία για έλεγχο της συμβατότητας και καλλιέργεια.
- Πάρτε δείγματα αίματος από τον ασθενή για αιμοσφαιρίνη, καλλιέργεια και επανάληψη καθορισμού της ομάδας

---

- Πάρτε ζωτικά σημεία του ασθενή
- Μην αφήνετε τον ασθενή μόνο του.

δ. Ακτινοθεραπεία - Ανεπιθύμητες ενέργειες

- Γενική καταβολή δυνάμεων
- Ναυτία - εμετούς
- Ανορεξία - Απώλεια βάρους
- Πυρετός

Νοσηλευτική αντιμετώπιση (γνωστή)

5. Επιπλοκές νόσου και νοσηλευτική αντιμετώπιση

Η χρόνια λεμφογενής λευχαιμία σε αντίθεση με την χρόνια μυελογενής δεν εξελίσσεται σε οξεία βλαστική κρίση, αντίθετα δεν είναι σπάνια η εξέλιξη αυτής σε λεμφοσάρκωμα. οι πιο κοινές επιπλοκές στις λευχαιμίες είναι η **Λοίμωξη, Αιμορραγία, Αναιμία**.

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τα κύρια αίτια θανάτου σε ασθενείς με κακοήθεις αιμοπάθειες (οξείες λευχαιμίες), CLL, CML, απλαστικής αναιμίας, κακοήθους λεμφώματος) που νεκροτομήθηκαν στο National Cancer Institute το 1972.

Λοιμώξεις	(σύνολο)	79%
Αιμορραγία	"	21%
Άλλα αίτια	"	10%
Λοιμώξεις και αιμορραγία	"	10%
Αιμορραγία (μόνη)		11%

Τα μέτρα αντιμετώπισης αποσκοπούν :

1. Στον έλεγχο και την καταπολέμηση των λοιμώξεων
2. Στην διόρθωση της αναιμίας
3. Στην πρόληψη και καταπολέμηση των αιμορραγιών

Η **Λοίμωξη** είναι συνηθέστατη 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 αδελφής. Η προφύλαξη από τις λοιμώξεις επιτυγχάνεται με τη λήψη των πιο κάτω μέτρων :

- Συνεχής έλεγχος των κυκλοφορουμένων κοκκιοκυττάρων. Εάν τα κοκκιοκύτταρα 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 φαρυγγίτιδας, ανύψωση θερμοκρασίας και ρίγη. Εάν υπάρχει υποψία μόλυνσης θα πρέπει να αρχίσει θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέου φάσματος μέχρι να εντοπιστεί το μικρόβιο.
- Συχνές εξετάσεις αίματος, ούρων, πτυέλων, κοπράνων, επιχρίσματος στοματοφάρυγγα, εκκρίματος μύτης, Ε.Ν.Υ., και υλικού περιπρωκτικής περιοχής.  
Συχνός επίσης θα πρέπει να είναι και ο έλεγχος για πυώδεις συλλογές της περιπρωκτικής περιοχής και των γλουτών
- Χρησιμοποίηση καθαρών αντικειμένων , χεριών, ρούχων, κ.τ.λ. κατά την εκτέλεση κάθε νοσηλευτικού έργου. Οι αδελφές που φροντίζουν τον ασθενή δεν θα πρέπει να φροντίζουν και άλλους ασθενείς που είναι δυναμικές πηγές μόλυνσης. Η επαφή τους θα πρέπει να γίνεται πάντα με μάσκα.
- Μείωση του αριθμού των επισκεπτών, που είναι φορείς μικροβίων.
- Αποφυγή τοποθέτησης μόνιμου καθετήρα κύστης (Foley) και αντικαταστασή του με καθετήρα τριπλού αυλού (κλειστό σύστημα) για να γίνεται πλύση της κύστης με αντιμικροβιακό διάλυμα.

- Παρακολούθηση του ασθενή για εμφάνιση φλεβίτιδας σε περίπτωση τοποθέτησης φλεβοκαθετήρων. Οι φλεβοκαθετήρες θα πρέπει να αντικαθιστούνται κάθε 2-3 ημέρες.
- Ακτινογραφία θώρακα
- Χορήγηση νωπών λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να αποδεχθούν ωφέλιμες για την αντιμετώπιση λοιμώξεων, όταν οι ασθενείς εμφανίζουν βαριά ουδετεροπενία, απαιτείται όμως η χορήγηση μεγάλης ποσότητας επανελημμένα για το λόγο ότι η διάρκεια ζωής των κοκκιοκυττάρων είναι βραχεία.

**Συμπέρασμα :** 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 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 μέτρων αυτών δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί.

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 αποδίδονται στην αναιμία, ποικίλλει πολύ στους διάφορους ασθενείς. Εάν επιτευχθεί καλή ύφεση, η ερυθροποίηση θα αποκατασταθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο για διατήρηση στο φυσιολογικό ή πολύ κοντά στο φυσιολογικό, τον αριθμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Επίσης χρειάζεται καλή ενυδάτωση του ασθενή και διαιτολόγιο πλούσιο σε πρωτεΐνες, λευκώματα,

βιταμίνες (B,C,K), υδατάνθρακες, τροφές πλούσιες σε Fe (σπανάκι, αυγό, εντόσθια) και σκευάσματα Fe τα οποία δεν πρέπει να χορηγούνται με άδεια στομάχι διότι προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές.

Η αιμορραγία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου των ασθενών μετά τις λοιμώξεις και οφείλεται συνήθως στην θρομβοπενία.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη και την καταπολέμηση 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 σφυγμών και τις Α.Π. του ασθενή για τυχόν αλλοίωση του χαρακτήρα τους.

- Χρησιμοποίηση μικρών, αιχμηρών και λεπτών βελονών για τις ενέσεις.

- Πίεση πρέπει να εφαρμόζεται στα σημεία των ενέσεων για μερικά λεπτά, για την αποφυγή δημιουργίας αιματώματος.

- Οι ενέσεις πρέπει να αποφεύγονται εξαιτίας της θρομβοπενίας και η χορήγηση φαρμάκων είναι προτιμότερο να γίνεται από το στόμα.

- Εξετάσεις αίματος (ερυθρά, λευκά, ΗΒ, Ηt, 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 νωπών ΑΜΤ. Οι μεταγγίσεις των ΑΜΤ θα πρέπει να γίνονται μόνον όταν χρειάζονται γιατί αργά ή γρήγορα πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα. Τα ΑΜΤ πρέπει κατά προτίμηση να χορη-

γούνται μέσα σε λίγες μόνο ώρες από τη στιγμή της λήψεως τους, γιατί συνήθως δεν υπάρχουν διαθέσιμα μέσα αποτελεσματικής ψύξεώς τους. Εάν αυ τό δεν είναι δυνατό, θα πρέπει να διατηρηθούν σε θερμοκρασία δωματίου και όχι σε κατάψυξη διότι προκαλείται μείωση της αποτελεσματικότητάς τους. Η φυσιολογική διάρκεια ζωής των Α.Μ.Τ. είναι περίπου 2 μέρες, τα μεταγγιζόμενα όμως στους λευχαιμικούς ασθενείς ζούν λιγότερα από το χρονικό αυτό διάστημα, ιδιαίτερα όταν υπάρχει λοίμωξη, πυρετός, η αιμορραγία κι έτσι καμιά φορά απαιτείται η καθημερινή ή και συχνότερη μετάγγιση. Σε ασθενείς με έντονη αιμορραγία, που οφείλεται σε DIC, εφαρμόζεται αντιπηκτική θεραπεία με ηπαρίνη.

Η οδελφή καλείται να πάρει τα γνωστά μέτρα για ευεργετική και όχι δυσμενή επίδραση της μεταγγίσεως στον ασθενή.

## 6. Αποκατάσταση

Η διάγνωση της λευχαιμίας μπορεί να αποτελέσει βαρό ψυχολογικό πλήγμα για τον ασθενή και τους στενούς συγγενείς τους, γι' 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' όψιν πολλοί παράγοντες, όπως η ηλικία, η συγκινησιακή σταθερότητα και η γενική κατάσταση του ασθενούς. Κατά γενικό όμως κανόνα η πιο σοφή παρέμβαση συνίσταται στο να λέγεται η αλήθεια για τη συγκράτηση της εμπιστοσύνης και της συνεργασίας του ασθενούς.

Υπάρχει σήμερα επαρκής πρόοδος 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 στη 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 πρό πάντος οι συνάνθρωποί του, αυτοί δηλ. που τον περιτριγυρίζουν στο σπίτι, στο σχολείο, στο γραφείο ή στο εργοστάσιο και που θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουν με αγάπη και συναδελφικότητα και προπαντός να τον ενθαρρύνουν στις διάφορες εκδηλώσεις του.

Σπουδαίο ρόλο παίζει η νοσηλεύτρια διαπαιδαγωγώντας κατάλληλα τον ασθενή ούτως ώστε να γνωρίσει τη φύση της αρρώστειάς του, βοηθώντας τον έτσι να υιοθετήσει ένα τρόπο ζωής αξιοπρεπή και προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και απαιτήσεις. Εμφυτεύει σ' αυτόν τον 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 περίπτωσή του ελέγχεται προσωρινά χωρίς να θεραπεύεται τελείως. Γι' αυτό η αδελφή τον ενημερώνει :

- 1) Να προφυλάγεται από διάφορες πηγές μόλυνσης και κρυολογήματος
- 2.) ~~Να καταφεύγει έγκαιρα στον θεράποντα γιατρό όταν παρουσιασθεί οποιοδήποτε ενόχλημα~~
- 3) Να υποβάλλεται σε συστηματική ιατρική (κλινική και εργαστηριακή) παρακολούθηση.

Η ανάγκη συνεχούς εργαστηριακής και κλινικής παρακολούθησης του μη νοσηλευόμενου λευχαιμικού ασθενή από ειδικό (αιματολόγο) γιατρό, γίνεται πεποίθηση του πάσχοντα με την κατάλληλη

διαπαιδαγώγηση αυτού από την αδελφή.

Τέλος μια καλή κουβέντα - ότι σύντομα η επιστήμη θ' ανακαλύψει τη ριζική θεραπεία της νόσου, είναι το καλύτερο ψυχολογικό τονωτικό φάρμακο, μα και τόσο ανθρώπινο.

## 7. Νοσηλευτική φροντίδα ετοιμοθανάτου λευχαιμικού ασθενή

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

### A. 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, δεν εγκαταλείπεται αλλά καταφεύγουμε στην θρέψη αυτού με την ενδοφλέβια έγχυση ορού.

Μια άλλη μέριμνα της αδελφής 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, βλέννη) παραμένουν εκεί, έτσι γίνεται απαραίτητη η  

---

χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων για την αναρρόφησή τους. Το δέρμα χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα. Η φροντίδα της αδελφής θα στραφεί στο πώς θα διατηρήσει στεγνό και καθαρό το σώμα του ασθενή.

Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια η πιο ανα-  
παιτική θέση είναι η ημικαθιστική, θα πρέπει να αποφεύγεται η  
υπτία θέση διότι η αναπνοή του γίνεται δύσκολη και θορυβώδης  
Εάν ο λευχαιμικός ασθενής δεν βρίσκεται σε μονόκλινο δωμάτιο,  
καλό θα είναι τις τελευταίες του στιγμές να μεταφερθεί. Η απο-  
μόνωση αυτή είναι ευεργετική όχι μόνο γι' αυτόν και τους συγ-  
γενείς του, δίνοντάς τους κάποια άνεση κατά τις τελευταίες ώρες  
αλλά και για τους άλλους ασθενείς που αποφεύγουν έτσι να αντι-  
κρίσουν σκληρές θανάτου. Η αδελφή παίρνει κατάλληλα μέτρα για  
την προφύλαξή του. Οι διάφοροι τύποι περιορισμών θα πρέπει να  
χρησιμοποιούνται με σύνεση και κατανόηση διότι δημιουργούν δυ-  
σάρεστο συναίσθημα στον ασθενή, ο οποίος κατά τις τελευταίες  
στιγμές της ζωής του θέλει να αισθάνεται ελεύθερος.

Οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς παραπονούνται για μοναξιά, φό-  
βο, και ελαττωμένη όραση, τα οποία μεγαλοποιούνται σ' ένα  
σκοτεινό δωμάτιο. Ένα άνετο φωτεινό και καθαρό περιβάλλον,  
κάνει περισσότερο εύκολες τις τελευταίες στιγμές του.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται ακόμη στις συνομιλίες με άλλα  
πρόσωπα κοντά στον ασθενή. Ο ψίθυρος είναι ενοχλητικός και  
ίσως ο ασθενής να νομίζει ότι του κρύβονται ωρισμένα μυστικά.  
Η συζήτηση θεμάτων που γνωρίζουμε ότι ευχαριστούν τον ασθενή προ-  
σφέρει ανακούφιση. Κι όταν ακόμη ο ετοιμοθάνατος δεν φαίνε-  
ται ν' ανταποκρίνεται σε ότι του λέγεται, είναι ευγενικό και  
ανθρώπινο να του μιλάμε.

---

Παρά την προσπάθεια της αδελφής να ικανοποιήσει τις α-  
νάγκες του ασθενή και να τον ανακουφίσει, είναι δυνατόν να  
μην ανακουφίζεται και να υποφέρει.

Τότε η αδελφή κατόπιν συνεννόησης με το γιατρό θα προχω-  
ρήσει στη χρήση φαρμάκων, που ελαττώνουν τον πόνο και την  
ανησυχία.

Είναι μεγάλο απόκτημα της επιστήμης η ανεύρεση φαρμάκων κατά του πόνου και δεν θα πρέπει ο ασθενής να υποφέρει όταν υπάρχουν τα μέσα να τον βοηθήσουν. Παράλληλα με τα διάφορα μέσα και η αδελφή είναι δυνατόν να συμβάλλει στην καταπράυνση όχι μόνο του πόνου, αλλά κάθε φύσεως αγωνίας και ανησυχίας, όταν η παρουσία της δημιουργεί ατμόσφαιρα κατανόησης, ελπίδας 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 του.

Ο τρόπος της αντιμετώπισέως 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 ακόμη 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 πιά ηλικιωμένα άτομα συχνά περιμένουν τον θάνατο σαν φίλο. Ακόμη 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 γεναίος, προσποιείται ότι δεν φοβάται το θάνατο με κύριο σκοπό να δει ποιά 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.

Επίσης, ο ασθενής διακατέχεται από αίσθημα ανασφάλειας, θέλει όλους τους δικούς του γύρω του, αλλά δυστυχώς στο περιβάλλον του νοσοκομείου δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθεί αυτή η ανάγκη.

Οι τελευταίες στιγμές της ζωής ενός ατόμου έχουν ύψιστη σημασία για την αιώνια αποκατάσταση της ψυχής του. Μια ειλικρινής μετάνοια σ' αυτό έστω το κατώφλι του θανάτου, ακολουθούμενη από ειλικρινή εξομολόγηση, είναι δυνατόν να ανοίξει τον παράδεισο, όπως τον άνοιξε το "Μνήσθητί μου Κύριε" το οποίο με πίστη και συντριβή πρόσφερε ο ληστής πάνω στο σταυρό. Η συμβουλή του Ιερέα στην ικανοποίηση των φυσικών αναγκών του ασθενούς είναι πολύ μεγάλη και η αδελφή δεν θα 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 αδελφής είναι ανεπαρκής. Χρειάζεται παράλληλα ψυχική και πνευματική καλλιέργεια, η οποία θα αντανakλά την αγάπη και τον σεβασμό προς το συνάνθρωπό μας.

---

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Α

ΕΠΩΝΥΜΟ : Γ.

ΟΝΟΜΑ : Δ.

ΗΛΙΚΙΑ : 79 ετών

ΔΙΑΜΟΝΗ : Πύργος

ΕΙΣΟΔΟΣ : 15-9-88

ΚΛΙΝΙΚΗ : Π/Π Πατρών

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : αναιμία H+:26%, ↑↑↑ ΤΚΕ, πυρετός 38°C, καρδιακή ανεπάρκεια - ορθόπνοια.

ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Καρδιακή ανεπάρκεια, εκφυλιστική ορθροπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης.

Φάρμακα : Persantin 75 mgr, tbl intenSain.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

**Γενική κατάσταση:** Μέτριου βαθμού γενική κατάσταση. Ωχρότητα επιπεφυκότων - δέρματος, καλή επικοινωνία.

ΑΠ: 150/70 mmHg, Θ: 38°C, Σφύξεις : 70/min

**Λεμφαδένες :** Τραχηλικοί - Μασχαλιαίοι - Βουβωνικοί : Δεν παρατηρείται διάγνωση, αναισθησία ή στοιχεία φλεγμονής.

**Μαστοί:** Δεν παρατηρείται ευαισθησία, ψηλαφητά οζίδια, εκκριμα.

**Θυροειδής:** Δεν παρατηρείται διόγκωση, ευαισθησία, ψηλαφητά οζίδια.

**Θώρακας:** φυσιολογικής μορφολογίας θώρακος, έκπτυξη ημιθωρακίων κφ, φυσιολογική μετάδοση κινήσεων, πνευμονικός ήχος στην επίκρουση κφ, υγροί ήχοι στους πνεύμονες αμφ.

**Καρδιά:** -ψηλαφητή καρδιακή ώση στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα στην Α μεσοκλειδική γραμμή, ήχοι ευκρινείς, δεν ακρούονται επιπρόσθετοι ήχοι ή φυσήματα, ήπιου βαθμού διόγκωση σφαγίτιδων δεν παρατηρούνται οιδήματα σφυρών.

**Κοιλιά :** Δεν παρατηρείται μετεωρισμός κοιλιάς, ουλές, ραβδώσεις, προπετέχειες, φυσιολογικής έντασης και συχνότητας

εντερικοί ήχοι, μαλακή - ευπύεστη - ανώδινη κατά την ψηλάφηση. Υποχόνδρια δεν ψηλαφώνται μάζες, δακτυλικού ορθού (-).

**Αγγεία :** Ψηλαφητά σημεία στις κροταφικές κερκιδικές, μηριαίες, ιγνυιακές και κνημιαίες.

**ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ :**

Γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος, ΗΚΓ, Ρο θώρακος, Ρο κοιλίας, ουροκαλλιέργεια, γενική ούρων, αιμοκαλλιέργεια.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε : ↓ Η+, Λευκά: 42.000 <sup>μικρ</sup>  
, ΑΜΠ κφ, ↑ LDH, ↑ χολερυθρίνη, ↑ κρεατίνη.

Από τον αιματολογικό έλεγχο πιθανή διάγνωση AML .

**ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ Ν.**

**ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (γνώστη)**

**ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ :** 16-9-88: Ο ασθενής χθές βράδυ παραπονέθηκε για επεισόδιο δύσπνοιας που συνοδεύεται από πυρετική κίνηση μέχρι 38°C, δεν αναφέρει προκάρδιο άλγος η κάποιο άλλο σύμπτωμα. Από τη φυσική εξέταση έχουμε ωχρότητα επιπεφυκότων - δέρματος, τρίζοντες α. κουρφής πνεύμονα, μέτριου βαθμού οίδημα σφυρών. ΑΠ: 140/90 mm Hg, Σφύξεις : 85 /min , Ht: 28%. Από τον ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε πύκνωση α: πνεύμονα, αναμένονται βιοψία οστών - μυελός οστών .

Αγωγή : S Normal	TTS Pancoran 1X1
S Clecose 5% 1X2	Adalat 1X3
aup Lasix 1X2	Μεταγγίσεις +++
tbi Zyloric 1X1	iuj Solvetan 2X3 εφ.
aup Digoxin 1/2X1	aup Euphyllin 1X2 (ορούς)

Αύριο ο ασθενής θα αρχίσει χημειοθεραπεία. (Ενημερώθηκαν οι συγγενείς και ο ίδιος ο ασθενής).

19-9-88: Μέτρια γενική κατάσταση, ο ασθενής αναφέρει δύσπνοια. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται ωχρότητα δέρματος, λεπτοί τρίζοντες δ. κορυφής. ΑΠ: 150/80 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ: 39°C, αναπνοές -30/min, Ht: 32%(μετά από 2 μεταγγίσεις), εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος .

Αγωγή : Αλλαγή αντιβίωσης με προσθήκη Primaxin 1X4

tbl Rimocetaride 2X1

tbl Besix 1/2X1

Χημειοθεραπεία Ara-c 150 mgrX1 (για 1 βδομάδα)

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή για τα λοιπά προβλήματα .

20-9-88: Μέτρια γενική κατάσταση. Ο ασθενής συνεχίζει να πυρέσσει, επίσης παραπονείται για δύσπνοια κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται ωχρότητα δέρματος, διάσπαρτοι συρρίκτοντες, αφμ, τρίζοντες δ κορυφής , ΑΠ: 140/90 mmHg, Σφύξεις : 95/min  
Αέρια αίματος : pH: 7,4, PCO<sub>2</sub>: 37, PO<sub>2</sub>: 71,2.

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή.

22-9-88: Καλή γενική κατάσταση, απύρετος, όχι δύσπνοια. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται ωχρότητα δέρματος, συρρίκτοντες σ' όλα τα πνευμονικά πεδία, λίγοι τρίζοντες στην δ. κορυφή .

ΑΠ: 150/80 mmHg, Σφύξεις : 70/min, Θ: 37°C

Έγινε μυελόγραμμα και Ro θώρακος (βελτίωση δ πυκνώσης).

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή.

---

23-9-88: Καλή γενική κατάσταση, απύρετος, όχι δύσπνοια, ίδια ευρήματα από τη φυσική εξέταση. ΑΠ: 140/80 mmHg, Σφύξεις: 70/min, Θ: 37,7°C . Εστάλη πλήρης γενικός έλεγχος.

Μυελόγραμμα : 40% βλάστες (προφορική απάντηση).

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή και γίνονται σκέψεις για νέα χημειοθεραπεία.

27-9-88: Καλή γενική κατάσταση, όχι δύσπνοια κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται ωχρότητα δέρματος, αναπνευστικό ψιθύρισμα κφ, ΑΠ: 160/80 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ: 37,7°C.

Εργαστηριακός έλεγχος : H+= 26%, ↓↓ ΑΜΠ.

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή, ο ασθενής μεταγγείσθηκε με : 2Μ. αίμα και 4. Μ. ΑΜΠ.

29-9-88: Καλή γενική κατάσταση, ο ασθενής αναφέρει πυρετική κίνηση με ρίγος και χωρίς άλλα συνοδά ευρήματα. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται διάσπαρτοι τρίζοντες συρρίκτοντες, αμφ, λεπτοί τρίζοντες δ κορυφής, όχι αιμορραγικά σημεία : ΑΠ: 150/80 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ: 38,8°C . Εργαστηριακός έλεγχος: ↓ ΑΜΠ.

RO θώρακος : τενειοηδής ατελεκτασία δ κορυφής άνω πνευμονικού πεδίου. Συνεχίζεται η ίδια αγωγή, → απρ Primaxin, ο ασθενής μεταγγίσθηκε με 2 Μ. ΑΜΠ.

30-9-88: Γενική κατάσταση αμετάβλητη, ο ασθενής αναφέρει δεκατική πυρετική κίνηση κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται συρρέουσες πετέχειες και εκχυμώσεις στους γλουτούς, ΑΠ: 140/60 mmHg , Σφύξεις : 75/min, Θ: 37,8°C.

Εργαστηριακός έλεγχος : ↓ ΑΜΠ

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή

3-10-88: Ο ασθενής αναφέρει αίσθημα καύσου, πόνου της γλώσσας και δυσκαταποσία καθώς και ↑ του πυρετού με συνοδό ρίγος.

~~Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται ωχρότητα προσώπου, διάσπαρτοι τρίζοντες αμφ, μυκητίαση στοματικής κοιλότητας, επέκταση πετεχειών στους γλουτούς.~~

ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 78/min , Θ: 38,2°C

Εργαστηριακός έλεγχος : H+: 28%, ΑΜΠ ↓ , Λευκά ↓

Αγωγή : (Αλλαγή) Azactan inj,  
Daclacin inj 1X4  
Mycostatin drops 1 gr. X 5  
Fungiron inj (για την αντιμετώπιση της μυκη-  
τιάσης στόματος και οισοφάγου).

Ο ασθενής μεταγγείσθηκε 5 Μ. ΑΜΠ.

5-10-88: Ο ασθενής αναφέρει τα ίδια συμπτώματα λόγω μυκη-  
τιάσεως στοματικού βλενογόννου, οισοφάγου, αδυναμία κατάποσης  
Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται ήχοι τρίζοντες αμφ. στις  
βάσεις των πνευμόνων κυρίως δεξιά, μετεωρισμός κοιλίας. Δεν  
παρατηρούνται νέες πετέχειες, εκχυμώσεις γλουτών. ΑΠ: 120 mmHg ,  
Σφύξεις : 100/min, Θ: 38,6°C.

Εργαστηριακός έλεγχος : Η+= 28,5%, ΑΜΠ: 8000 uux

Λευκά: 400 uux

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή .

6-10-88: Γενική κατάσταση αμετάβλητη, ο ασθενής αναφέρει  
τα ίδια συμπτώματα όπως χθές, δεν παρατηρούνται νέα παθολογι-  
κά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

ΑΠ: 120/80 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ: 37,8°C

Εστάλη αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.

Αγωγή : Συνεχίζεται η ίδια αγωγή έγινε διακοπή στα εξής φάρμα-  
κα: †tbl Digoxin, Adalat, tbl Zyloric, tbl Besix, amp. Euphyllin .

Μεταγγείσθηκε με 4.Μ. ΑΜΠ.

---

8-10-88: Ο ασθενής αναφέρει καταβολή, αδυναμία αλλά μικρή  
βελτίωση των συμπτωμάτων λόγω μυκητίασης εξέλκωσεως του στο-  
ματικού βλενογόννου.

ΑΠ: 130/70 mmHg , Σφύξεις : 90/min, Θ: 36°C

Αγωγή : Συνεχίζεται η ίδια, μεταγγείσθηκε με 4.Μ. ΑΜΠ.

13-10-88: Αναφέρει ότι αισθάνεται σαφώς καλύτερα. Τα συμπτώματα της μυκητιάσεως στόματος - φάρυγγα - οισοφάγου έχουν υποχωρήσει, φυσιολογική κένωση χθές.

ΑΠ: 130/70 mmHg, Σφύξεις : 65/min, Θ: 36,6°C

Εργαστηριακός έλεγχος : Η+: 28,3%, Λευκά : 1000 uux

ΑΜΠ: 28.000 uux

Συνεχίζεται η ίδια αγωγή

17-10-88: Ο ασθενής αναφέρει αίσθημα υποκείμενης βελτίωσης έντονο ξηρό βήχα και διαρροϊκές κενώσεις από 2 μέρες (5 χθές).

Δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 90/min, Θ: 36,5°C

Εργαστηριακός έλεγχος : Παρατηρείται σαφή άνοδος όλων των σειρών.

Αγωγή : Με την υποψία κολίτιδας λόγω αντιβιοτική αγωγή

Προστέθηκε : Fibrandyx 1X4 P.O (από 2 ημέρας).

19-10-88: Ο ασθενής αισθάνεται καλά, οι διαρροϊκές κενώσεις συνεχίζονται, αλλά ο αριθμός είναι μικρότερος από χθές.

Καλή η γενική του κατάσταση, δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 85/min, Θ: 37°C

Εργαστηριακός έλεγχος : Η+: 31%, Λευκά : 1.900 uux

HB: 10,2 gr AMΠ: 94000 uux

Αύριο θα γίνει RO θώρακος

Αγωγή: ~~Συνεχίζεται η ίδια~~ Fungizon fl

20-10-88: Ο ασθενής αναφέρει πυρετό μέχρι 38°C, όχι όμως έντονο βήχα. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται ξηροί ρόγχοι αριστερά, κοιλία χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 130/70 mmHg, Σφύξεις : 100/min (ρυθμός κανονικό)

RO θώρακος : Παρατηρείται διήθηση αριστερά, εικόνα συμβατή Πνευμονίας. Αγωγή : Προστέθηκαν tbl Ciproxin 500 mgr.



25-10-88: Ο ασθενής αναφέρει ότι ο πυρετός συνεχίζεται χω-  
ρίες νέα συμπτώματα, κένωση κφ χθές.

Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήμα-  
τα.

ΑΠ: 130/70 mmHg , Σφύξεις : 100/min, Θ: 37,7°C

κρίθηκε σκόπιμη η επανάληψη της RO θώρακος και στάλθηκε πλή-  
ρης εργαστηριακός έλεγχος.

Αγωγή : Έγινε αντικατάσταση του Ciproxin με:


Solvetan 2gr X3

Briklin 500 ccX2 (λόγω μικροβιακού παράγοντα ανθεκτικό  
στο ciproxin).

27-10-88: Ο ασθενής αναφέρει έντονο άλγος στο αριστερό  
άνω άκρο (χθές), που υφέθηκε μετά τη ν αφαίρεση του φλεβοκα-  
θετήρα. συνεχίζει όμως από τη νύχτα μέχρι και τώρα να πονά  
έντονα (έγινε αλλαγή φλεβικής οδού, τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα  
σε μεγάλη φλέβα).

Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρή-  
ματα. ΑΠ: 140/90 mmHg , Σφύξεις: 95/min, Θ: 39°C

Εργαστηριακός έλεγχος : Καλή αιματολογική εικόνα, Υποκαλιαιμία.

Αγωγή :  στα εξής φάρμακα : Fungizone: Solvetan, Briklin  
και αντικατάσταση με Primaxin 500 nrg 1X4 (εφ), επίσης προ-  
σθήθηκε amp Kcl 2X2 στον ορό .

30-10-88: Ο ασθενής βρίσκεται στην ίδια κατάσταση, υπο-  
χώρησε όμως ο πόνος στο αριστερό άνω άκρο.

Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 140/85 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ: 38,5°C

(χωρίς να βρεθεί εστία μόλυνσης)

Αγωγή : Συνεχίζεται η ίδια

1-11-88: Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση. Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 140/90 mmHg , Σφύξεις : 80/min, Θ: 36,5°C.

Αγωγή : Συνεχίζεται η ίδια

#### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (3-11-88)

Ο ασθενής βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση . Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται παθολογικά ευρήματα. ΑΠ: 140/85 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ: 36,5°C. Σήμερα θα φύγει ο ασθενής από το Νοσοκομείο με την εξής διάγνωση : AML (εμπύρετος λοίμωξης, πνευμονία και μυκητίαση σε αποδρομή) χωρίς θεραπεία για την AML .

Αποκατάσταση ασθενούς (γνωστή).

ΕΠΩΝΥΜΟ : Ζ...

ΟΝΟΜΑ : Ε.....


ΗΛΙΚΙΑ : 35 ετών

ΔΙΑΜΟΝΗ : Πάτρα

ΕΙΣΟΔΟΣ : 14-9-88

ΚΛΙΝΙΚΗ : Π/Π Πατρών

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Η ασθενής εμφάνισε έντονη καταβολή δυνάμεων και πυρετό ως 38,4°C από 10ημέρου. Επίσης παρουσίασε φαρυγγαλγία και αναιμία (H+:17%). Πριν 3ημέρου παρουσίασε μητρορραγία με παρουσία μεγάλων πηγμάτων.

**ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Δεν παρουσίασε ρινορραγίες, ουλορραγίες τελευταία παρουσίασε υστερτροφία ούλων και μώλωπες που σχηματίζονταν εύκολα, μετά από επιπόλαια κτυπήματα. Όχι πετέχειες, όχι αρθραλγίες, όχι πόνο στο στέρνο, μόνο άλγος στον αυχάινα. Ο κύκλος της Ε.Ρ. ήταν πάντα κανονικός (28 ± 2 μέρες) με 5 μένες εμμηνόρρια. Από 5ετίας παρουσίαζε κατά την εμμηνόρρια πηγμάτα αίματος που δεν προϋπήρχαν. Πριν 4 μήνες επισκέπτηκε Γυναικολόγο όπου διαπίστωσε μικρή  μεγέθους μήτρας και εδόθησαν αντισυλληπτικά χάπια. Επίσης η ασθενής είχε παρατηρήσει κατά τις μέρες τις εμμηνόρριας άλγος κατά την απόδευση. Αναπνευστικό ελεύθερο, καθώς κυκλοφορικό και ουροποιητικό. Ακόμη αναφέρει ιστορικό γαστρίτιδος και ευερέθιστου εντέρου.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

**Γενική κατάσταση:** Άτομο με καλή θρέψη και όψη μέτριας πάσχοντος, εμφάνιζε σπίλο και δ. κάτω χείλος, ωχρότητα δέρματος και παλάμης, πετέχειες στα άνω και κάτω άκρα και στο υπογάστριο. Εκχυμώσεις στο βραχίονα και επιπεφυκότης.

**Αλλεργία - χρήση φαρμάκων :** όχι αλλεργίες, όχι φάρμακα.

**Κεφαλή - οφθαλμοί - ριναί - φάρυγξ:** Κεφαλή συμμετρική χωρίς ευαισθησία στους παραρίνιους κόλπους, βλέφαρα κφ, βηθός,

κφ, όχι σημεία αιμορραγίας, όχι πύον, φάρυγγας εξέρυθρος, αμυγδαλίτης υπερτροφικός ούλα υπερτροφικά.

**Καρδιά :** φουήματα : S1>S2, όχι φουήματα, όχι τριβή, καρδιακοί ώσεις στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα 7,5 εκ. αριστερής μεσοπλεύριας γραμμής.

ΑΠ: 115/70mmHg , θ: 37,1°C, Σφύξεις : 140/min

**Πνεύμονες - ρόγχος:** Ημιθωράκια συμμετρικά, δονήσεις συμμετρικές, εντερικοί ήχος, κφ, κοιλιά μαλακή χωρίς ευαισθησία.

**Διόγκωση ήπατος:** Αψηλάφητο, εύρος επικρουστικά 9 CM.

**Διόγκωση σπληνός:** ↑ όριο σπληνός, μαλακός ψηλαφητός 1-2 CM .

**Ψηλαφητή μάζα:** όχι **Μασχάλη :** 'Οχι **Βουβώνες :** 'Οχι

**Αδενοπάθεια - Τράχηλος:** Μικροί τραχηλικοί και υπογνάθιοι αδένες.

**Ουρογεννητικό σύστημα:** Εξωτερικά γεννητικά όργανα κφ, νεφρά αψηλάφητα μικρή, ↑ αύξηση ορίων μήτρας.

**'Ακρα - οστά - αρθρώσεις :** όχι ευαισθησία κατά μήκος, όχι θερμότης, όχι σκλήρυνση, όχι πλαδαρότης και ατροφίες μυών.

**Νευρικό σύστημα :** όχι αυχαινική δυσκαμψία, όχι barre , μυϊκή ισχύς κφ, αισθητικότητα (επιπολή ή εντοβάθ) κφ, μνήμη κφ.

#### ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

**Εξετάσεις αίματος:** Ερυθρά αιμοσφαίρια : 210.000 uux.

Λευκά αιμοσφαίρια : 26.000 uux.

Αιμοσφαιρίνη : 6,4 gr

Αιματοκρίτης : 17%

Σίδηρος ορού : 100 gr

**Μυελόγραμμα :** Κυταροβρίθεια ↑ στην ερυθρά σειρά του μυελού.

Υπερτροφία η πολυχρωματόφυλλη ερυθροβλάστες.

Ro θώρακος : Δεν αναδεικνύονται αδρά παθολογικά ευρήματα  
ΗΚΓ : Παρατηρείται φλεβοκομβική ταχυκαρδία.

### ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΤΗΣ Ν. ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Γνωστή)

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ : 15-9-88: Ίδια γενική κατάσταση της ασθενούς κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 120/min,  $\theta = 37,8^{\circ}\text{C}$

Αγωγή: Μετά συμβουλή γυναικολόγου tbl Mordial 125 mgr

16-9-88: Ίδια γενική κατάσταση όπως χθές. ΑΠ: 120/70 mmHg  
Σφύξεις : 110/min,  $\theta : 37,4^{\circ}\text{C}$

Αγωγή : Η ασθενής αρχίζει σχήμα Ara-c και

- Daunoplastina
- Primperan
- 1 M. αίμα

19-9-88: Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται αιμορραγίες από τα ούλα, μύτη, στόμα, όχι νέες πετέχειες. Συνεχίζεται η μητρορραγία, και θα γίνει γυναικολογική εξέταση γι' αποκλεισμό γυναικολογικής πάθησης.

ΑΠ: 120/75, Σφύξεις 90/λεπτό,  $\theta : 37^{\circ}$

Εστάλη βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος

20-9-88: Καλή γενική κατάσταση, δεν υπάρχουν εστίες αιμορραγίας, πλην της μητρορραγίας. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις: 80/min,  $\theta : 37,9^{\circ}\text{C}$ .

---

Έγινε γυναικολογική εξέταση (κόλποσκόπηση) : κόλπος κφ, παραμήτρια ελεύθερα, σταγονοειδής αιμορραγία. Επίσης έγινε υπερηχογράφημα : Παραμήτρια κφ, τα εξαρτήματα δεν παρουσιάζουν αλοιώσεις.

21-9-88: Ίδια γενική κατάσταση της ασθενούς. Από αντικειμενική εξέταση στην στοματοφαρυγγική κοιλότητα δεν υπάρχουν

εστίες αιμορραγίας, αμυγδαλές εξέρυθρες, ούτε εικόνα μηκυτιάσεως παρά μόνο υπερτροφικά ούλα. Όχι λαμφαδένες, θώρακας με φυσιολογικό αναπνευστικό ψυθίρισμα, Υπαρ κφ, Σπλήν ψηλαφητός ως 2 CM. Η ασθενής αναφέρει ότι οι μητρορραγίες έχουν ελαττωθεί. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 75/min, Θ: 39,2°C. Μεταγγείσθηκε με 2 Μ. αίμα και 6.Μ. ΑΜΠ.

23-9-88: Η ασθενής αναφέρει μικρή βλατίδα στην δ. πορεία, φαίνεται να είναι μάλλον από δείγμα εντόνου. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται καινούργιες πετέχειες στους βραχίονες - μηρούς - γόνατα, θώρακας χωρίς ευρήματα, κοιλιά μαλακή - ευπίεστη - ανώδυνη.

ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 74/min, Θ: 37°C

Εργαστηριακός έλεγχος : H+: 32%, ΑΜΠ > 10.000 uux

27-9-88: Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται εκχύμωση δ κάτω βλεφάρου στο σημείου όπου είχε παρατηρηθεί μικρή βλατίδα, μικρές πετέχειες στο υπογάστρο, θώρακος, κοιλιά, καρδιά χωρίς ευρήματα. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 73/min, Θ: 36,8°C. Ακόμη η ασθενής αναφέρει αιματουρία.

Εστάλη πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος, και γενική ούρων, επίσης έχει καθοριστεί να γίνει οφθαλμική εξέταση.

28-9-88: Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται εκχύμωση δ. βλεφάρου και υπόσφαγμα στο δ. οφθαλμό, θώρακος - κοιλιά - καρδιά χωρίς παθολογικά ευρήματα. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 70/min  
~~Θ: 37°C~~

Γενική ούρων : βρέθηκε άφθονη βλέννη.

Η ασθενής μεταγγείσθηκε με 3 Μ. ΑΜΠ.

30-9-88: Η ασθενής παρουσιάζει ήπιο άλγος. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται στο μαστό της γύρω από το άνω της θηλής ερυθρότητα και μικρή διόγκωση του μαζικού αδένου που είναι επώδυνη μη συμβιώμενη όμως με το δέρμα και άλλα μέρη

του μαστού . Θώρακος - κοιλία - καρδιά χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 120/75 mmHg, Σφύξεις : 70/min, Θ: 37,2°C

Εστάλη Γενική αίματος (υποψία μαστίτιδος) και λόγω της ανοσοκαταστολής η ασθενής τέθηκε σε προσωρινή αγωγή με : ημιπενέμη 500 mgr/6h (IV).

3-10-88: Ίδια γενική κατάσταση, δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

ΑΠ: 120/70 mmHg , Σφύξεις : 75/min, Θ: 36,7°C

Έγινε νέα αναρρόφηση μυελού.

4-10-88: Η ασθενής παρουσιάζει πετέχειες και αιμορραγίες από το στοματοφάρυγγα και εκχυμώσεις από τις φλεβοκεντήσεις θώρακος - κοιλία - καρδιά χωρίς νέα παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 125/75 mmHg , Σφύξεις : 75/min, Θ: 38,2°C

Απάντηση μυελού : παρουσιάζει βλάστες πάνω από 20% (προσφ. απαν.)

Η ασθενής μεταγγείσθηκε με 4.Μ. ΑΜΠ και 1 Μ. αίμα.

5-10-88: Η ασθενής παρουσιάζει επιγαστραλγία, η κοιλία είναι μαλακή - ευπίεστη με ελάχιστη ευαισθησία στο ιδίως επιγάστριο. Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 70/min, Θ: 37°C

11-10-88: Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται εκχύμωση α. βραχίονα ιδίως από τις φλεβοκεντήσεις , όχι νέα παθολογικά

ευρήματα. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 70/min, Θ: 36,9°C.

Σήμερα έγινε νέα αναρρόφηση μυελού μετά την εκτίμηση του μυελογράμματος θα αρχίσει πιθανόν χημειοθεραπεία.

14-10-88: Ίδια γενική κατάσταση, κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα. ΑΠ: 120/70 mmHg Σφύξεις : 70/min, Θ : 36,8°C. Η ασθενής αρχίζει αγωγή με αλλοπουρινόλη 400 mgr/24 h.

19-10-88: Δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα. κατά τη φυσική εξέταση, μόνο μικρές πετέχειες εμφανίζονται στο άνω τριτημόριο του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Επίσης θρομβοφλεβίτιδα εντοπίσθηκε στο αντιβράχιο. ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις: 68/min, Θ: 36,9°C. Τελείωσε η χημειοθεραπεία, λόγω της τοξικότητας που παρουσίασε η ασθενής. Προστέθηκε Vancomycine.

21-10-88: Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται στοματοφάρυγγας χωρίς φλεγμονή, αναπνευστικό ψιθύρισμα κφ, κοιλία μαλακή - ευπίεστη - ανώδυνη, ουροποιογεννητικό κφ, θρομβοφλεβίτιδα α αντιβράχιου σε αποδρομή, όχι βήχας, όχι συχνουρία. ΑΠ : 130/75 mmHg, Σφύξεις : 68/min, Θ: 37,9°C.

24-10-88: Η ασθενής εμφάνισε μικροπετεχειώδες εξάνθημα των μηρών, δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

Αγωγή : Δόθηκε Solvetan, Briclin. Η ασθενής μεταγγείσθηκε 2 Μ. ΑΜΠ.

26-10-88: Η ασθενής εμφάνισε αιμάτωμα στο δ. μάτι στην περιοχή του αμφιβληστροειδούς, μικρή ερυθρότητα αμφ. στους μα- στού. ακόμη παρουσιάζει επιγαστραλγία ( η οποία υφίσταται επί λήψη γεύματος), πετέχειες στους μηρούς, μικρή πετέχεια εντοπίσθηκε στο βλενογόνο του στόματος, ευκρινείς καρδιακοί τόν- νοι αναπνευστικό ψιθύρισμα κ.φ. ΑΠ: 140/80 mmHg, Σφύξεις : 75/min, Θ: 36,8°C.

27-10-88: Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται τα εξής : Το αιμάτωμα δεν παρουσιάζόταν το δ. μάτι του αμφιβληστροει- δούς και παρουσιάστηκε εκχύμωση στο κάτω βλέφαρο, πετέχειες έντονες που προϋπήρχαν εδώ και 3 μέρες. Λοιπά συστήματα χωρίς νέα παθολογικά ευρήματα. ΑΠ: 130/80 mmHg, Σφύξεις : 75/min, Θ: 38,4°C. Η ασθενής μεταγγείσθηκε με 1Μ. αίμα και 5 Μ. ΑΜΠ.



31-10-88: Ίδια γενική κατάσταση της ασθενούς . Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ : 135/75 mmHg, Θ : 37,4°C, Σφύξεις : 70/min

Η ασθενής μεταγγείσθηκε με 4 Μ. ΑΜΠ.

Αγωγή : tbl αλλοπουρινόλη	1X3
tbl Mordiuil	1X3
amp Vanconycine	1X4
Salvetan, Briklin	2 gr X 3
amp Τομπραμυκίνης	80 mgr X3
Lasonil creme	1X3

1-11-88: Ίδια γενική κατάσταση της ασθενούς, δεν παρατηρείται καμμία μεταβολή κατά τη φυσική εξέταση. ΑΠ : 125/75 mmHg, Σφύξεις : 70/min, Θ : 37°C.

Η ασθενής μεταγγείσθηκε με 4 Μ. ΑΜΠ.

2-11-88: Ίδια γενική κατάσταση της ασθενούς . Κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται παθολογικά ευρήματα.

ΑΠ: 120/75 mmHg, Σφύξεις : 68/min, Θ : 36,7°C

#### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (3-11-88)

Η ασθενής βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται : θώρακος κφ, αναπνευστικό ψιθύρισμα χωρίς παθολογικούς ρόγχους, καρδιακοί τόνοι ευκρινείς, κοιλιά μαλακή - ευπίεστη - ανώδυνη.

~~Λοιπή φυσική εξέταση χωρίς καινούργια παθολογικά ευρήματα.~~

ΑΠ: 120/70 mmHg, Σφύξεις : 65/min, Θ : 36,5°C

Εργαστηριακός έλεγχος : H+: 36,6%

Σήμερα η ασθενής θα φύγει από το Νοσοκομείο με την εξής διάγνωση AML.

Αγωγή : - φυλλικό οξύ  
- Mordiuil 1X2

Αποκατάσταση ασθενούς (γνωστή).

ΕΠΩΝΥΜΟΝ : Κ....

ΟΜΑΔΑ : Γ....

ΗΛΙΚΙΑ : 85 ετών

ΔΙΑΜΟΝΗ: Πάτρα

ΚΛΙΝΙΚΗ : ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ Π.Ν.Π.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ : 15-1-87

ΑΙΤΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ : δύσπνοια, ταχύπνοια, σύγχυση, αναιμία H+:21%

**ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:** Ο ασθενής πάσχει από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια. Προ 2μήνου παρουσίασε σταδιακή επιδείνωση γενικής κατάστασης και στις αρχές Ιανουαρίου εισήχθη στο Κ.Ν. Θώρακος Πατρών. Εκεί διαπιστώθηκε βαριά αναιμία και λευκοκυττάρωση και διακομίστηκε για νοσηλεία στην Π.Ν. κλινική.

Κατά την προέλευσή του ήταν έντονα δυσπνοιϊκός, ταχυπνοιϊκός, συγχυτικός με κυάνωση, παρά τη βαρεία αναιμία του H+: 21% Δεν υπήρχε νευρολογική διαταραχή δεν διαπιστώθηκε έμφραγμα, η διερεύνησή του δεν οδήγησε στην διάγνωση της C.M.L. Ο ασθενής μπήκε σε ανακουφιστική αγωγή για την Χ.Α.Π. σε caps Hydrea 1.500/ημ.

Με την ↓ των λευκών βελτιώθηκε και το αναπνευστικό πρόβλημα και η συγχυτική κατάσταση του ασθενή, κάτι που δικαιολόγησε σαν πιθανή αιτία την λευκόσταση στην πνευμονική και συστηματική κυκλοφορία. Κατά τη νοσηλεία του μεταγγίστηκε με 3 μονάδες αίμα. Σε ερώτηση παραδέχεται σωματική κακουχία, εφιδρώσεις, πυρετική κίνηση από 4 μήνου περίπου διάστημα στο οποίο έχασε ~ 10 kgg σωματικού βάρους.

**ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Πνευμονία το 1955, Ασματοειδής βρογχίτις από το 1955, Υπερτασική καρδιοπάθεια από το 1973, καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, ήπιος σακχαρώδης διαβήτης.

**ΕΠΑΓΓΡΑΜΑ - ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ :** Συνταξιούχος αγρότης. Δεν υπήρξε καπνιστής, πίνει μέτριες ποσότητες οινοπνευματωδών .

**ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ :** Digoxin, Lasix, Thro-Dur

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** Αισθητά βελτιωμένος από απόψεως καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας σε σχέση με την αρχική του εικόνα. Δεν έχει σημεία κάμψης, θώραξ εμφυσηματικός με συρίττοντες - ρεγχάγοντες διάχυτοι και λίγοι υγροί στις βάσεις. Κοιλιά μαλακή ανώδυνη, ήπαρ ψηλαφητό 2-3 CM, σπλήν πολύ διογκωμένος ψηλαφάται 6-7 CM από το αρ. πλευρικό τόξο, λαμπαδένες δεν υπάρχουν, νευρολογικών - κφ, προστάτης μέτρια διογκωμένος.

ΑΠ: 140/90 mmHg , Σφύξεις : 90/min, ρυθμικές αναπνοές 20/min.

**ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** 17-3-87

Ο ασθενής είναι αισθητά βελτιωμένος, δυσπνοιεί λιγότερο, απύρετος, βαδίζει καλύτερα, δεν έχει γενικά συμπτώματα.

Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται θώραξ εμφυσηματικός με τραχύτητα ψιθυρίσματος, κοιλιά μαλακή, ήπαρ 4-5 CM, σπλήνας ~ 5 CM, όχι εξάνθημα. ΑΠ: 145/90 mmHg, Σφύξεις : 80/min, θ : 36,6°C.

Εργαστηριακός έλεγχος : Η+ : 34%, Λευκά : 3600

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** 4-5-87

Ο ασθενής είναι σε πολύ βελτιωμένη κατάσταση. ΑΠ: 145/85 mmHg, Σφύξεις: 78/min, θ : 36,5°C . Εργαστηριακός έλεγχος : Η+: 34%, Λευκά : 13.000 uux Αγωγή : Hydrea

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** : 12-6-87

Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρείται τραχύτητα αναπνευστικού ψιθυρίσματος, χωρίς υγρά ακροαστικά, ήπαρ 4-5 CM , σπλήνας 5-6 CM, λεμπαδένες δεν ψηλαφώνται.

ΑΠ: 170/95 mmHg, Σφύξεις : 80/min, θ : 36,8°C.

Εργαστηριακός έλεγχος : Λευκά 9.600 uux

Αγωγή : Hydrea

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 7-7-87:**

Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση, κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα. ΑΠ: 150/95 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ : 36,8°C. Αγωγή : Hydrea

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 11-10-87**

Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση χωρίς λοιμώξεις ή εμπύρετα επεισόδια, αναπνευστικό καλό χωρίς ιδιαίτερα δυσπνοιϊκά φαινόμενα μόνο με τραχύτητα ψιθυρίσματος, ήπαρ 2-3 CM, σπλήνας 3-4 CM, ανώδυνα, λεμφαδένες δεν υπάρχουν ΑΠ: 150/85 mmHg, Σφύξεις : 75/min, Θ : 36,8°C.

Αγωγή : Hydrea

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 17-12-87**

Ο ασθενής αισθάνεται καλά, δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

ΑΠ : 145/90 mmHg, Σφύξεις : 78/min, Θ : 36,7°C

Αγωγή : Hydrea

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 14-1-88**

Ο ασθενής αισθάνεται πολύ καλά, δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση, μόνο εκχυμώσεις - πετέχειες στα άνω άκρα που αναφέρει ότι προέρχονται μετά από τραύματα.

ΑΠ: 145/80 mmHg, Σφύξεις : 78/min, Θ : 36,7°C

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 1-3-88**

Ο ασθενής βρίσκεται σε σχετικά καλή κατάσταση, αναφέρει μικρή αποβολή αίματος από τη μύτη. Δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

ΑΠ: 150/80 mmHg, Σφύξεις : 76/min, Θ : 36,7°C

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 7-5-88**

Ο ασθενής βρίσκεται σε σχετικά καλή γενική κατάσταση, κατά τη φυσική εξέταση παρατηρούνται αναιμικοί ωχροί επιπεφυκώτες, ήπαρ 5 CM, σπλήνας 6-7 CM, λεμφαδένες αψηλάφητοι.

ΑΠ: 145/80 mmHg, Σφύξεις : 78/min, Θ : 36,8°C

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 13-6-1988**

Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση κατά τη φυσική εξέταση δεν παρατηρούνται νέα παθολογικά ευρήματα

ΑΠ: 145/80 mmHg, Σφύξεις : 76/min, Θ : 36,8°C

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 25-11-1988**

Παρέμεινε ο ασθενής μέχρι σήμερα στο σπίτι του χωρίς να παρακολουθείται. Επανήλθε με ωχρότητα, δύσπνοια, βήχα, χωρίς απόχρεμψη, ήπαρ-σπλήνας 7 CM έκαστον κάτω του πλευρικού τόξου. Αναφέρεται ότι γενική αίματος που έγινε έδειχνε επιδείνωση της κατάστασής του. ΑΠ: 150/90 mmHg, Σφύξεις : 80/min, Θ : 37,3°C.  
Αγωγή : Myleran 300 mgr

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 3-1-1989**

Ο ασθενής εμφάνισε αδυναμία, κόπωση, αδιαθεσία, μικρή δύσπνοια, σημαντική ωχρότης, σφαγίτιδες διογκωμένες, κοιλιά μαλακή ανώδυνη, διογκωση σπληνός (8-9 CM), ήπαρ 3-4 CM,

ΑΠ : 130/90 mmHg, Σφύξεις : 90/min, Θ : 38°C

Εργαστηριακός έλεγχος : H+ : 18%

Ο ασθενής θα εισαχθή για μεταγγίσεις.

(Δεν είναι δυνατή η παραπέρα παρακολούθηση του ασθενούς).

---

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Η λευχαιμία είναι νοσολογική οντότητα ποικίλης κλινικής εικόνας, βαρύτητας και προγνώσεως.

Η δυνατότητα θεραπευτικής παρεμβάσεως ποικίλη ευρέως και εξαρτάται από τα είδη της λευχαιμίας. κακή πρόγνωση και μικρή θεραπευτική παρέμβαση υπάρχει για τις οξείες μορφές, καλύτερη σαφώς πρόγνωση παρατηρείται για τις χρόνιες.

Ειδικώς η CLL έχει επιβίωση η οποία συνήθως κυμαίνεται από 2 μέχρι και 10 έτη.

Η Νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην ψυχολογική υποστήριξη αφενός και στην πρέπουσα χρησιμοποίηση των θεραπευτικών σχημάτων.

Η χρήσιμη τοποθέτηση του πάσχοντος στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον έχει πρωταρχική σημασία.

Έντονη φροντίδα πρέπει να υπάρχει από τη μεριά του νοσηλευτού για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η διακριτική παρέμβαση και εξοικίωση με το γεγονός του επερχομένου θανάτου επαφίωντας στον συνεπή χειρισμό του θέματος από τη μεριά του νοσηλευτού.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α:

1. Η λευχαιμία ποικίλει σε κλινική εικόνα.
  2. Η πρόγνωση κυμαίνεται ευρέως από λίαν πενιχρά μέχρι και 10 έτη.
  3. Η θεραπεία πρέπει πάντα να εξατομικεύεται
  4. Τα αποτελέσματά της ποικίλουν και εξατομικεύονται
  5. Η Νοσηλευτική φροντίδα είναι σημαντική σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προετοιμασία του ασθενούς να δεχθή και να συμβιώσει με την κακή κλινική του πορεία.
-

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Η λευχαιμία αποτελεί κακοήθη νεοπλασία που σχετίζεται με το αιμοποιητικό σύστημα. Έχει πολλαπλή κλινική εικόνα και ποικίλη πρόγνωση.

Έγινε ανασκόπηση του όλου θέματος σχετικά με τις τρέχοντες απόψεις που αφορούν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

S U M M A R Y

Leuchemia is a malignant disorder concerning the white blood cells . The clinical picture is variable and the prognosis is poor until very well . We did a reviw of this subject in raltion with the current aspects of medical and nursing care.

---



Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

Έκδοση 4η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος  
Αθήνα 1984.

2. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος  
Αθήνα 1987.

3. ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Στο πλαίσιο της Γενικής και Παθολογικής ανατομικής,  
Τόμος Α', Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος  
Αθήνα 1983.

4. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Γ. ΙΩΑΝΝΗ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Τεύχος Ι, Ιατρικές εκδόσεις Αλέξανδρου Δ. Σιώκη  
Θεσσαλονίκη 1983

5. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Τόμος Α', Έκδοση 7η

Αθήνα 1984

6. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Τόμος Β', έκδοση 10η

Αθήνα - Απρίλιος 1988

7. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ  
Εκδόσεις Β, Αθήνα 1984.
8. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Π. ΓΕΩΡΓΙΟΣ  
ΤΑ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος  
Αθήνα 1984.
9. ΧΑΝΤΗΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΙΦΙΚΡ.  
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ  
2ος Τόμος, Εκδόσεις Καραβία  
Αθήνα 1962
10. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (Λευχαιμία, λεμφώματα, συμπαγείς  
όγκοι).  
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας  
Αθήνα 1979.
11. WINTROBE M.D. MAXWELL  
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ  
Τόμος 2ος, Εκδόσεις Κοβάνης  
Αθήνα 1963
12. READ, ALAN E., BARRITT , DW HEWER LANGTON R.  
~~ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ~~  
'Έκδοση Β', Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας  
Αθήνα 1984

13. HARRISON

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Τόμος Γ', Έκδοση 8η

Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος

Αθήνα 1982

14. DEGOWIN

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αθήνα 1987

15. FRIDMAN

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Αθήνα 1987

16. ΜΠΟΝΙΚΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ (Καθηγητής Παθολογοανατόμος)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΙΙ

Έκδοση , Πάτρα 1986

