

**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ
ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΡΕΝΤΖΕΠΗ ΦΩΤΕΙΝΗ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΛΕΝΗ ΜΠΑΤΖΗ**

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2672

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ 1
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	ΣΕΛ 2
ΟΡΙΣΜΟΣ	
Ταξινόμηση	
Συχνότητα , ηλικία και κατανομή	ΣΕΛ 3
Κατά φύλλο	
Αιτιολογία λευχαιμίας	<< 4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β	<< 6
Οξεία λευχαιμία (Μυελογενής , Λεμφογενής , λεμφοκυτταρική	
Κλινικά χαρακτηριστικά	
Διάγνωση	<< 7
Θεραπεία	<< 8
Πρόγνωση	<< 11
Χρόνια λευχαιμία	<< 12
Χρόνια μυελογενής λευχαιμία	

Παθολογοανατομία	
Κλινικά συμπτώματα	
Διάγνωση	<< 14
Θεραπεία	<< 14-15
Πρόγνωση	<< 16
Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία	<< 16
Παθολογοανατομία	
Κλινικά χαρακτηριστικά	<< 17
Διάγνωση	<< 18
Θεραπεία	
Πρόγνωση	Σελ. 20

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ ΣΕΛ 21

Νοσηλευτική φροντίδα	
Ανακούφιση του αρρώστου από τα Συμπτώματα της νόσου.	
Πρόληψη , διάγνωση και ανακούφιση του αρρώστου	
Ενημέρωση του αρρώστου για την Θεραπεία.	
Ηθική βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του	<< 29
Ακτινοθεραπεία	<< 30

Χημειοθεραπεία	<< 32
Ογκολυτικά φάρμακα	<< 35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ ΣΕΛ 36

Περιγραφή ολοκληρωμένης και εξειδικευμένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σε συγκεκριμένους αρρώστους με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας .

ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ

ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ << 36

Νοσηλευτική διεργασία

ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ

ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ << 39

Νοσηλευτική διεργασία

ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ Λ. << 45

Νοσηλευτική διεργασία

ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ Λ. <<48

Νοσηλευτική διεργασία

ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ Λ. << 56

Νοσηλευτική διεργασία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε ΣΕΛ 60

Συζήτηση επί των περιγραφομένων

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή είναι μια προσπάθεια προσέγγισης ενός θέματος που έχει απασχολήσει πολύ κόσμο τις λευχαιμίες.

Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει μερικές γενικές πληροφορίες γύρω από τις οξείες και τις χρόνιες λευχαιμίες την νοσηλευτική φροντίδα ατόμων που πάσχουν από λευχαιμία και την θεραπεία της αρρώστιας αυτής.

Επίσης περιλαμβάνονται πέντε (5) ιστορικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο «ΡΙΟ» Πατρών ,καθώς και η νοσηλευτική διεργασία σε κάθε άρρωστο.

Με την εργασία μου αυτή , πιστεύω ότι προσφέρω μια μικρή συμβολή στην μελέτη και τη διερεύνηση του νοσηλευτικού προβλήματος των λευχαιμιών που η θεραπεία τους είναι δύσκολη και ακόμη πιο δύσκολη η νοσηλευτική τους φροντίδα.

Τέλος μέσα από αυτή την εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές της Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα την καθηγήτρια κα Μπατζή καθηγήτρια με την οποία συνεργάστηκα για την ολοκλήρωσή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Λ Ε Υ Χ Α Ι Μ Ι Ε Σ

Ορισμός:

Ως λευχαιμίες ορίζονται παθολογικές καταστάσεις άγνωστης μέχρι σήμερα αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μεγάλου τύπου λευκοκυττάρων. Ανάλογα του τύπου της λευχαιμίας και της δραστηρότητας της εφαρμοζόμενης θεραπείας ο θάνατος των ασθενών έρχεται μετά από διάστημα που κυμαίνεται από λίγες μέχρι δεκαετίες μετά την διάγνωση της νόσου. Όλοι οι τύποι της λευχαιμίας με εξαίρεση μερικών περιπτώσεων είναι θανατηφόρες.

Ταξινόμησης :

Οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα κύτταρα η Δε πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία οδηγεί στο θάνατο. Στις χρόνιες κυριαρχούν τα ώριμα κύτταρα η Δε πορεία της νόσου είναι μακρότερη. Η οξεία λευχαιμία διακρίνεται στους παρακάτω τύπους:

α)Μυελοβλαστική ή μυελογενής
β)Λεμφοβλαστική ή λεμφογενής
γ)Μονοκυτταρική

συχνές μορφές οξείας λευχαιμίας

δ)Προμυελοκυτταρίνη
ε)Ηωσινοφιλική
στ)Βασεοφιλική
ζ)Λεμφοσαρκοματική

σπάνιες μορφές οξείας λευχαιμίας

Η χρόνια λευχαιμία διακρίνεται στους παρακάτω τύπους:

A) Μυελογενή

B) Λεμφογενής

Γ) Μονοκυτταρική **σπάνιες μορφές χρόνιων λευχαιμιών**

Δ) Βασεοφιλική

Ε) Λεμφοσαρκωματική

Συχνότης , ηλικία , και κατανομή κατά φύλο.

Μεγαλύτερη συχνότητα λευχαιμίας 8/1000.000 άτομα αναφέρεται στο Ισραήλ , Ηνωμένες Πολιτείες , Καναδά , Δανία και Ζηλανδία.

Αντίθετα σ' άλλες χώρες την βρίσκουμε σε μικρότερο ποσοστό.

Η συχνότητα των διαφόρων τύπων της λευχαιμίας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία.

Την οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία, την συναντήσαμε μεταξύ 15-40 χρονών και σε ηλικιωμένα άτομα .

Η οξεία Λεμφοβλαστική αφορά κυρίως ασθενείς κάτω των 15 ετών.

Η χρόνια μυελογενής μεταξύ 30-60 χρονών και η χρόνια λεμφογενής προσβάλλει άτομα μεγάλης ηλικίας άνω των 50 ετών.

Απο στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη από τις διάφορες μορφές.

Ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας η οξεία μυελοβλαστική, η χρόνια μυελοκυτταρική και η χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία.

Η λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου της παιδικής ηλικίας, αλλά καλύπτουν αναλογία μόνο 3,6% σχετικά με τους θανάτους από καρκίνο του γενικού πληθυσμού.

Όλοι οι τύποι λευχαιμίας είναι πιο συνηθισμένη στους άνδρες.

Η χρόνια λεφγογενής είναι σε αναλογία ανδρών προς τις γυναίκες 2 Ι.

Αιτιολογία λευχαιμίας του ανθρώπου.

Η αιτιολογία της λευχαιμίας αν και είναι άγνωστη, έχουν διαπιστωθεί ορισμένοι συντελεστικοί παράγοντες.

- 1) Η Ιονίζουσα ακτινοβολία σε σχετικά μεγάλες δόσεις αποτελεί προδιαθετικό παράγοντα για την εμφάνιση της οξείας μυελοβλαστικής και της χρόνιας μυελοκυτταρικής λευχαιμίας. Οι παρατηρήσεις αφορούν αυτούς που επιβίωσαν από τις ακρήξεις της ατομικής βόμβας στην Και τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπευτική ακτινοβολία
- 2) Λευχαιμογενές χημικές ουσίες. Το βενζόλιο είναι λευχαιμογόνο.
- 3) Οξεία μορφή λευχαιμίας και μάλιστα του σπάνιου ερυθρολευχαιμικού τύπου έχει παρατηρηθεί στους εργάτες βενζολίου σε συχνότητα μεγαλύτερη από αυτή που περιμένουμε. Ενδιαφέρουσα είναι η μεγαλύτερη συχνότητα λευχαιμίας σε εργάτες υποδημάτων που εκτίθενται σε βενζόλιο στην Κων/πόλη (1974). Επίσης ορισμένα φάρμακα όπως φαινυλβουταζόνη, θεωρούνται ως ύποπτοι συντελεστικοί παράγοντες της εμφανίσεως λευχαιμίας. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι λευχαιμίας που έχουν παρουσιαστεί από τέτοια θεραπεία είναι η οξεία μυελοβλαστική και χρόνια μυελογενής λευχαιμία.
- 4) Γενετικοί παράγοντες. Η επίδραση γενετικών παραγόντων συνάγεται από ορισμένες παρατηρήσεις.

Τα παιδιά τα οποία πάσχουν από σύνδρομο

Που χαρακτηρίζεται από τρισώμια του χρωματοσώματος 21, εμφανίζουν οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία σε συχνότητα τουλάχιστον τριπλάσια από τα φυσιολογικά παιδιά. Οι περιπτώσεις οικογενούς λευχαιμίας είναι σπάνιες, αλλά έχουν παρατηρηθεί όσον αφορά τη χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία σε συχνότητα που δικαιολογεί την δημιουργία υποψιών για τη συμμετοχή γενετικού παράγοντα σ' αυτή τη νόσο.

Προδιάθεση για οξεία λευχαιμία με συχνότητα 20% είναι η προσβολή του άλλου ομοίου διδύμου όταν το άλλο προσβληθεί από οξεία λευχαιμία πριν από το 6^{ον} έτος.

Πιο ενδιαφέρον είναι ότι η προσβολή του δεύτερου παρουσιάζεται εντός μηνών από το πρώτο .

5) Ο Ιός. Έχει αποδειχθεί ότι η λευχαιμία των ποντικών και ένας αριθμός άλλων θηλαστικών καθώς και των ορνίθων σχετίζεται αιτιολογικά προς τον ιο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις έχει αποδειχθεί ότι ο ιός μεταβιβάζεται κληρονομικά , καθώς ότι μπορεί ν' αποβληθεί με το γάλα της μήτρας. Η συχνότητα της λευχαιμίας στους ποντικούς στους οποίους είναι γνωστό, ότι είναι φορείς του ιού ποικίλει από στέλεχος σε στέλεχος , μετά από επίδραση ακτινοβολίας ή άλλων λευχαιμογόνων παραγόντων η συχνότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί ή να επηρεαστεί η ηλικία κατά την εμφανίζεται η λευχαιμία.

Από τις παρατηρήσεις αυτές βγαίνει το συμπέρασμα ότι η παρουσία ενός ενός ιού είναι ουσιώδης για την ανάπτυξη της λευχαιμίας, αλλά και ότι διάφοροι περιβαντολογικοί και γενετικοί παράγοντες είναι δυνατόν να μεταβάλλουν την συχνότητα κατά την οποία εμφανίζεται η λευχαιμία από την ύπαρξη του ιού.

Όσον αφορά την λευχαιμία του ανθρώπου οι ενδείξεις που υπάρχουν είναι ότι είναι δυνατόν να προκαλείται από τον ιό είναι αμφίβολες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΛΕΜΦΙΚΗ, ΜΥΕΛΙΚΗ, ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ)

Λόγω της ίδιας κλινικής εικόνας όλων των τύπων της οξείας λευχαιμίας θα την εξετάσουμε απο κοινού.

Η οξεία λεμφική λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη απ΄ όλες τις οξείες λευχαιμίες και ο πιο συχνός τύπος λευχαιμίας στα παιδιά, που εμφανίζεται συχνά με υπολευχαιμική μορφή.

Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου από τα κακοηθή νοσήματα στην παιδική ηλικία.

Η οξεία μυαλική και η μονοκυτταρική λευχαιμία παρατηρείται σ΄ όλες τις ηλικίες. Προσβάλλονται όλα τα φύλλα. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις είναι ίδιες με τους χρόνιους τύπους, αλλά εδώ υπερισχύουν οι μυελοβλάστες και λεμφοβλάστες. Ο σπλήνας και οι λεμφαδένες δεν είναι συνήθως τόσο διογκωμένοι όσο στους χρόνιους τύπους.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η νόσος αρχίζει σιγά – σιγά αλλά η κλινική εκδήλωση είναι απότομη. Υπάρχει πυρετός , γενική κακουχία και γρήγορη εξελισσόμενη αναιμία. Έχουμε αιμορραγίες των ούλων ή άλλες αιμορραγικές εκδηλώσεις και πετέχειες που είναι συνηθισμένες και οφείλονται κυρίως στη θρομβοπενία. Ακόμη κυνάγχη και έλκη του στόματος η του φάρυγγα παρατηρούνται συχνά και οφείλονται στην ελάττωση των φυσιολογικών πολυμορφοπυρήνων. Η υπερτροφία των ούλων αποτελεί συχνό σύμπτωμα της μονοκυτταρικής λευχαιμίας.

Μυαλγίες και αρθραλγίες είναι δυνατό να παρατηρηθούν.

Όσον αφορά την λευχαιμία του ανθρώπου οι ενδείξεις που υπάρχουν είναι ότι είναι δυνατόν να προκαλείται από τον ιό είναι αμφίβολες.

ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

(ΛΕΜΦΙΚΗ, ΜΥΕΛΙΚΗ, ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ)

Λόγω της ίδιας κλινικής εικόνας όλων των τύπων της οξείας λευχαιμίας θα την εξετάσουμε από κοινού.

Η οξεία λεμφική λευχαιμία είναι η πιο συνηθισμένη απ' όλες τις οξείες λευχαιμίες και ο πιο συχνός τύπος λευχαιμίας στα παιδιά, που εμφανίζεται συχνά με υπολευχαιμική μορφή.

Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου από τα κακοηθή νοσήματα στην παιδική ηλικία.

Η οξεία μυελική και η μονοκυτταρική λευχαιμία παρατηρείται σ' όλες τις ηλικίες. Προσβάλλονται όλα τα φύλλα. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις είναι ίδιες με τους χρόνιους τύπους, αλλά εδώ υπερισχύουν οι μυελοβλάστες και λεμφοβλάστες. Ο σπλήνας και οι λεμφαδένες δεν είναι συνήθως τόσο διογκωμένοι όσο στους χρόνιους τύπους.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η νόσος αρχίζει σιγά – σιγά αλλά η κλινική εκδήλωση είναι απότομη. Υπάρχει πυρετός, γενική κακουχία και γρήγορη εξελισσόμενη αναιμία. Έχουμε αιμορραγίες των ούλων ή άλλες αιμορραγικές εκδηλώσεις και πετέχειες που είναι συνηθισμένες και οφείλονται κυρίως στη θρομβοπενία. Ακόμη κυνάγχη και έλκη του στόματος ή του φάρυγγα παρατηρούνται συχνά και οφείλονται στην ελάτωση των φυσιολογικών

πολυμορφοπυρήνων. Η υπερτροφία των σύλων αποτελεί συχνό σύμπτωμα της μονοκυτταρικής λευχαιμίας.

Μυαλγίες και αρθραλγίες είναι δυνατό να παρατηρηθούν.

Ο σπλήνας και συχνά το ήπαρ διογκώνονται κατά τα τελικά στάδια της νόσου. Οι τραχηλικοί λεμφαδένες είναι δυνατόν να διογκωθούν δευτεροπαθώς λόγω της σηπτικής φαρυγγίτιδος ενώ στην οξεία λεμφική λευχαιμία η διόγκωση αυτών και των άλλων αδένων είναι συνηθισμένες.

Η εξέταση του αίματος δείχνει μεγάλου βαθμού ισοχρωμία, ισοκυτταρική αναιμία. Στο αίμα βρίσκονται συχνά νορμοβλάστες και αυξημένος αριθμός δικτυοερυθροκυττάρων λόγω της διαταραχής του ερυθροποιητικού ιστού του μυελού από τη λευχαιμική διήθηση.

Τα αιμοπετάλια είναι συνήθως ελαττωμένα και ο χρόνος ροής είναι παρατεταμένος. Ο αριθμός των λευκών είναι δυνατόν να είναι φυσιολογικός ή ελαττωμένος, συνήθως όμως είναι αυξημένος 20.000-50.000 ανά κ.χ.

Τα ανώτερα κύτταρα αποτελούν τα 30-90 % των λευκών.

Η διάκριση των διαφόρων τύπων άωρων λευκοκυττάρων είναι συχνά δύσκολη, αλλά στην οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία τα μυελοκύτταρα και τα κοκκιοκύτταρα, ενώ στην οξεία λεμφική τα λεμφοκύτταρα αποτελούν τα περισσότερα από τα υπόλοιπα λευκά και βοηθούν στη διάγνωση.

Ο μυελός εμφανίζει σημαντική υπερίσχυση των άωρων λευκοκυττάρων ώστε τα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού εξαφανίζονται σχεδόν πλήρως.

Διάγνωση

Κατά τα αρχικά στάδια αυτή η νοσηρή κατάσταση μπορεί να ληφθεί ως λοιμώδης νόσος, κεχροειδής φυματίωση, οξύς ρευματικός πυρετός, ή λοιμώδης μονοπυρήνωσις, η οποία έχει μεγάλη σημασία στην διαφορική διάγνωση.

Η απλαστική αναιμία, η ακκοκυκωταραιμία και η αιμολυντική αναιμία είναι δυνατόν να μοιάζουν με τη λευχαιμία

Η γρήγορη εξελισσόμενη αναιμία η διόγκωση του σπλήνα του ήπατος των λεμφαδένων ως και η ανευρεσις στο αίμα περιφερικόαιμα άωρων λευκοκυττάρων δηλώνουν την διάγνωση η οποία βεβαιώνεται με την εξέταση του μυελού στην οποία δείχνει μεγάλη αύξηση αυτών του τύπου της λευχαιμίας άωρων λευκοκυττάρων.

Στην αλευχαιμική μορφή η διάγνωση είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του ελαττωμένου ή φυσιολογικού αριθμού των λευκών αλλά η προσεκτική εξέταση των επιστρώσεων του αίματος ή της λευκοκυτταρικής στοιβάδας μπορεί ν' αποκαλύψει άωρα κύτταρα και η εξέταση του μυελού αποδुकνύει την τυπική εικόνα της οξείας λευχαιμίας.

Θεραπεία

Η ίαση της οξείας λευχαιμίας δεν έχει παρατηρηθεί και εάν εξαιρεθεί η λεμφική λευχαιμία των παιδιών, η πρόγνωση είναι καθ' ολοκλήρου τόσο κακή ώστε μόνο συμπτωματική ή ανακουφιστική θεραπεία είναι δυνατόν να προσφερθεί.

Η ακτινοθεραπεία αποδεικτικέ χωρίς αξία και αντιδεικνύεται

.Ηχημιοθεραπεία με αντιμεταβολικά και κυτταροτοξικούς παράγοντες είναι δυνατόν να προκαλέσει παροδική ύφεση σε μερικούς ασθενείς, αλλά η μεγάλη τους αξία φαίνεται στην οξεία λεμφική λευχαιμία των παιδιών στα οποία η σύγχρονη χορήγηση κορτικοστεροειδών μπορεί να παρατείνει το χρόνο επιβιώσεως από λίγες εβδομάδες ως δύο χρόνια ή και περισσότερο σε πολλές περιπτώσεις.

Όλα αυτά τα φάρμακα είναι τοξικά και μπορούν να καταστείλουν σημαντικά την αιμοποίηση και να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες.

Η λεπτομερής δοσολογία ποικίλει από περίπτωση σε περίπτωση και πρέπει να καθορίζεται κατόπιν επανειλημμένων αιματολογικών εξετάσεων.

Η μερκαπτοπουρίνη και η μεθοπτερίνη είναι παραδείγματα αντιμεταβολικών που στερούν τα γρήγορα διαιρούμενα κύτταρα από ουσιώδες παράγοντες.

Τα αλκαλοειδής βινηριστίνη και η κυκλοφωσφαμίδη, η οποία ανήκει στην ομάδα των αλκυλικών παραγόντων, είναι παραδείγματα φαρμάκων που αναστέλλουν την μίτωση των κυττάρων. Τα φάρμακα αυτά είναι περισσότερο αποτελεσματικά στην οξεία λεμφική λευχαιμία παρά σ' άλλους τύπους, αλλά αναπτύσσεται ανθεκτικότητα προς αυτά και η νόσος υποτροποιάζει.

Η πρενδιζόνη βοηθά σ' όλες τις περιπτώσεις της οξείας λευχαιμίας καθώς δρά στα τριχοειδή και μειώνει την αιμοραγική διάθεση που οφείλεται στη θρομβοπενία. Επίσης η λεμφολυτική δράση είναι αξιόλογη στη λεμφική λευχαιμία, όπου αποτελεί το φάρμακο εκλογής αφ' ενός και αφ' ετέρου για την μετέπειτα χρήση κατά την έξαρση όταν γίνεται η αλλαγή του αφ' ενός χημιοθεραπευτικού φαρμάκου σ' άλλο.

Οι μεταγγίσεις αίματος και τα αντιβιοτικά που δίνονται από το στόμα αποτελούν σημαντικά υποβοηθητικά μέτρα για την αντιμετώπιση της γρήγορης εξελισσόμενης αναιμίας των αιμορραγιών και της λοιμώξεως ως η οποία συχνά συνοδεύει την ακοκκυτοταρραιμία.

Στους ενήλικες λίγες περιπτώσεις οξείας λευχαιμίας ανταποκρίνονται στη θεραπεία με παροδική ύφεση ενώ η μυελοβλαστική και η μονοκυτταρική λευχαιμία δεν απαιτούν καθόλου στη θεραπεία, ανεξάρτητα από ηλικία.

Ένας γενικός τρόπος θεραπείας της οξείας λευχαιμίας στα παιδιά έχει ως εξής: Μετά την μετάγγιση αίματος εάν αυτή είναι αναγκαία χορηγείται πρενιζόνη 4- ημερησίως και εβδομαδιακές ενδοφλέβιες ενέσεις βινκριστίνης σε δόση 0,0 ανά βάρους σώματος .

Όταν η εικόνα του αίματος έχει επανέλθει στο φυσιολογικό (συνήθως εντό 3-4 εβδομάδων περίπου) αρχίζει θεραπεία με για τη διατήρηση της ύφεσεως, χορηγείται σε δόση 0,5 ανά βάρους σώματος σε ενδομυικές ενέσεις 2 φορές την εβδομάδα.

Η δόση της πρενιζόλης βαθμιαία ελαττώνεται κατά τις επόμενες 4-6 εβδομάδες και επαναχορηγείται με βινκριστίνη.

Όταν εμφανιστεί αιματολογική υποτροπή η θεραπεία με διακόπτεται.

Μετά την επίτευξη της δεύτερης ύφεσης και για την διατήρηση αυτής χορηγείται μερκαπτοπουρίνη από το στόμα σε δόση 2,5 ανά Βάρους σώματος ημερησίως και τα χορηγούμενα φάρμακα για την πρόκληση της ύφεσης διακόπτονται μέχρι να καταστεί αναγκαία κατά την επόμενη έξαρση της νόσου.

Εάν επιτευχθεί τρίτη ύφεση αυτή είναι δυνατόν να διατηρηθεί με κυκλωσαμίδη που χορηγείται σε δόση 2 ανά βάρους του σώματος .

Κατά την περίοδο αυτή οι πιθανότητες για παραπάνω βελτίωση είναι ελάχιστες.

Οι τοξικές αντιδράσεις των φαρμάκων είναι δυνατόν να απαιτήσουν τροποποίηση της θεραπείας οποιαδήποτε στιγμή και προβολή των μηγγιών χρειάζεται θεραπεία με ενδοραχιαίες ενέσεις

Διάφοροι μέθοδοι θεραπείας έχουν ανακοινωθεί κατά τις οποίες εφαρμόζεται έντονη χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με διάφορα κυτταροξυκά φάρμακα σε μια προσπάθεια για εκρίζωση της λευχαιμικής επεξεργασίας .

Αυτή η θεραπευτική αγωγή συνοδεύεται από μεγάλο βαθμού αναστολής του μυελού και απαιτεί ειδικά μέτρα με νοσηλεία κάτω από άσηπτες συνθήκες.

Πρόγνωση

Η κατάσταση είναι θανατηφόρα συνήθως μέσα σε λίγες εβδομάδες εκτός και αν η πορεία της νόσου τροποποιηθεί με την χημειοθεραπεία.

Ο θάνατος επέρχεται από την αναιμία από δευτεροπαθείς λοίμωξη ή αιμορραγία.

Παροδικές υφέσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν στην μονοκυτταρική λευχαιμία.

ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Είναι νόσος ενηλίκων κυρίως 30-60 ετών, αν και κατά τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα της νόσου παραμένει υψηλή και μετά το 60ον έτος.

Είναι σπάνια κάτω των 20 ετών και σπανιότατη κάτω των 15. Είναι ελαφρά συχνότερη στους άνδρες.

Αντιπροσωπεύει τα 15-20% όλων των λευχαιμιών των ενηλίκων . Η συχνότητά της υπολογίζεται σε 1.5/100.000 άτομα ανά έτος.

Παθολογοανατομία

Ο μυελός επεκτείνεται σ' όλα τα επιμήκη οστά , έχει χρώμα φαιόν, είναι πηκτώδης, και αποτελείται κυρίως από μεγαλοκύτταρα και νεαρά πολυμυρφοπύρρηνα λευκοκύτταρα.

Λευχαιμικές διηθήσεις βρίσκονται στο ήπαρ, στο σπλήνα, στους λεμφαδένες και στα περισσότερα όργανα του σώματος.

Κλινικά συμπτώματα

Η έναρξη της αρρώστιας είναι βραδύτατη.

Είναι βέβαιο, ότι για την εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων προηγείται κάποιο μακρό στάδιο - μπορεί και χρόνια - κατά τον οποίο η νόσος είναι αθόρυβος.

Γ) εκδηλώσεις σπληνικού εμφράκτου που προκαλεί έντονο πόνο.

Πρέπει να τονιστεί ότι κατά το χρόνο παρουσίασεως της νόσου πολλοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και η κυριότερα αιτία ανακαλύψεως της νόσου είναι τυχαία εξέταση αίματος.

ΑΙΜΑ: κατά τα αρχικά στάδια δεν έχουμε αναιμία.

Συγκεκριμένα όταν η διάγνωση είναι τυχαία, οι τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης είναι φυσιολογικές.

Όταν ο άρρωστος πηγαίνει στο γιατρό εξαιτίας των ενοχλημάτων υπάρχει κατά κανόνα αναιμία.

Μολονότι η συνάρτηση δεν είναι απόλυτη, ο βαθμός της αναιμίας συμβαδίζει με την βαρύτητα της νόσου.

Τα αίτια της αναιμίας στη χρόνια μυελογική λευχαιμία είναι ποικίλα.

Βασική αιτία είναι η κατάληψη του μυελού των οστών από μυελικό ιστό.

Άλλοι παράγοντες είναι :

A) χρόνια αιμορραγία που οφείλεται στην θρομβοπενία

B) υποπλασία ή απλασία του μυελού από την χορήγηση κυτταροτοξικού φαρμάκου ή ακτινοθεραπείας..

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι αυξημένος σε 50.000 - 500.000 ανά κ.χ. ή και περισσότερο και αποτελείται από νεαρά άτομα πολυμορφοπύρρηνα και μυελοκύτταρα.

Κατά το τελικό στάδιο της νόσου η εμφάνιση αυξημένου αριθμού μυελοβλαστών αποτελεί την ύπαρξη οξείας φάσεως.

Ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι αυξημένος κατά την αρχή της νόσου, αλλά βαθμιαία αναπτύσσεται θρομβοπενία.

Άλλα ευρήματα είναι:

A) Η αλκαλική φωσφατάση των κοκιοκυττάρων είναι ελαττωμένη στην χρόνια μυελογενή λευχαιμία,

B) Ο σίδηρος του ορού είναι λίγο ελαττωμένος.

Γ) Η βιταμίνη B12 του ορού, είναι αυξημένη σε πολλές περιπτώσεις.

Δ) Το μυελόγραμμα . Τα ευρήματα του μυελού είναι τα εξής:

1) Η μυελός είναι κυτταροβριθέστατος.

2) Η ερυθρά σειρά έχει υποστεί μεγάλη ελάττωση ή σχεδόν έχει τελείως εξαφανισθεί.

3) Στα κύτταρα της λευκής σειράς παρατηρείται σημαντική εκτροπή προς τα αριστερά, σε σύγκριση με το φυσιολογικό μυελό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτή γίνεται από την χαρακτηριστική εικόνα του αίματος.

Η διάγνωση της σπάνιας υπολευχαιμικής ή αλευχαιμικής μορφής είναι δύσκολη.

Η παρακέντηση του μυελού είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό καταστάσεων οι οποίες επίσης προκαλούν λευκοερυθροβλαστική εικόνα αίματος.

Τα πολυμορφοπύρρηνα της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας έχουν έλλειψη της αλκαλικής φωσφατοίσης, βάση της οποίας και γίνεται η διαφορική διάγνωση αυτών από τα λευκοκύτταρα που βρίσκουμε στις λευχαιμοειδείς αντιδράσεις.

Σε μεγάλη αναλογία περιπτώσεων βρίσκουμε στα μυελοκύτταρα του μυελού και του αίματος χαρακτηριστική ανωμαλία του χρωματοσώματος 21 που καλείται χρωματόσωμα "Φιλαδέλφεια".

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές μέθοδοι ανακουφιστικής θεραπείας για την επαναφορά των περισσότερων ασθενών σε ασυμπτωματικό στάδιο.

Η ακτινοθεραπεία στο σπλήνα ελαττώνει το μέγεθος του και τον αριθμό των λευκών και συγχρόνως βελτιώνει την αναιμία και γενικά την υγεία.

Η δόσις ρυθμίζεται με συχνές εξετάσεις αίματος και η θεραπεία διακόπτεται ωσότου ο αριθμός των λευκοκυττάρων ελαττωθεί σε 20.000 περίπου ανά κ.χ. ή ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειωθεί σημαντικά.

Ακτινοβολία χορηγείται πάλι όταν η νόσος υποτροπιάσει , συνήθως μετά από 9 μήνες περίπου.

Μεταγγίσεις αίματος είναι αναγκαίες όταν η αναιμία είναι μεγάλου βαθμού και σε μερικές περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ένδειξη αιμολύσεως τα κορτικοστεροειδή είναι δυνατόν να αποδειχθούν ωφέλιμα.

Κατά την χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται ο αλκυλιούχος παράγοντας BUSULPHAN. Χορηγείται από το στόμα σε δόσεις 4 mg ημερήσια και προκαλεί παροδική αλλά ικανοποιητική κλινική και αιματολογική ύφεση σε μεγάλη αναλογία περιπτώσεων.

Η συνεχόμενη δόση συντηρήσεως 2 mg ημερησίως συνεχίζεται και ρυθμίζεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα περιπτώσεων.

Η συνεχόμενη δόση συντηρήσεως 2 mg ημερησίως συνεχίζεται και ρυθμίζεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συχνών εξετάσεων αίματος και της γενικής καταστάσεως του αρρώστου.

Πρέπει να τονιστεί ότι όλα αυτά τα φάρμακα είναι ικανά να προκαλέσουν έντονη αναστολή της αιμοποίησης και η χορήγησή τους απαιτεί προσεκτική αιματολογική παρακολούθηση.

Η τόση γρήγορη καταστροφή των παθολογικών λευκοκυττάρων μπορεί να προκαλέσει αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος και ακόμη ουρική νεφροπάθεια.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η νόσος έχει χρόνια πορεία με προοδευτική αύξηση των γενικών συμπτωμάτων της αναιμίας.

Ανεξάρτητα του τύπου της χορηγούμενης θεραπείας η μέση διάρκεια της ζωής από την διάγνωση κυμαίνεται μεταξύ 2 και 3 ετών αν και μερικοί ασθενείς ζουν περισσότερο.

Το τελικό οξύ στάδιο της νόσου παρουσιάζεται από την εμφάνιση αυξημένου αριθμού μυελοβλαστών σε αναλογία 10-15% ή και περισσότερο από την σημαντική αναιμία και των αιμορραγιών.

ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες ή στις γυναίκες και σε ηλικία μεταξύ 45 - 75 ετών.

Παθολογοανατομία

Οι λεμφαδένες είναι λίγο διογκωμένοι όπως και οποιοδήποτε μέρος του σώματος που βρίσκεται λεμφικός ιστός, η Δε

φυσιολογική υφή αυτών έχει αντικατασταθεί από μάζα λεμφοκυττάρων.

Μέτριοι διογκώνονται ο σπλήνας και το ήπαρ και διηθούνται από τα λεμφοκύτταρα τα οποία τελικά αντικαθιστούν τον ερυθροποιητικό και μυελικό ιστό.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η έναρξη της νόσου είναι ύπουλη σε αντίθεση με τη χρόνια μυελογενή λευχαιμία, η ανάπτυξη της αναιμίας επέρχεται με βραδύτερο ρυθμό, χαρακτηριστικό σημείο είναι η διόγκωση των λεμφαδένων της τραχηλικής, μασχάλιαίας και βουβωνικών χωρών.

Οι αδένες είναι ανώδυνοι. Ο σπλήνας είναι ψηλαφητός αλλά συνήθως μικρότερος από τη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

Το ήπαρ είναι επίσης δυνατό να είναι διογκωμένο.

Οι αιμορραγικές εκδηλώσεις είναι λιγότερες απ'ότι στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

Παρόλα αυτά όμως υπάρχει αυξημένη προδιάθεση για επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις η οποία οφείλεται πιθανώς στην διαταραχή των ανοσοποιητικών μηχανισμών.

Η εξέταση του περιφερειακού αίματος συνήθως δείχνει μικρού βαθμού αναιμία, η οποία επιτείνεται.

Επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αιμολυτικού τύπου αναιμία.

Ο αριθμός των λευκών είναι αυξημένος μέχρι 500.000 ανά κ.χ.

Από αυτά τα κύτταρα το 95% περίπου είναι λεμφοκύτταρα.

Λεμφοβλάστες δεν ανευρίσκονται μόνο στο τελικό στάδιο της αρρώστιας

Τα αιμοπετάλια είναι συνήθως ελαττωμένα και είναι δυνατόν να παρατηρηθεί πτώση αυτών κάτω από 100.000 ανά κ.χ.

Σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει αναιμία, απώλεια βάρους, πυρετός, νυκτερινοί ιδρώτες, ωχρότητα, δύσπνοια.

Επίσης συχνός είναι ο έρπης ζωστήρας.

Διάγνωση

Όταν ο αριθμός των λευκών είναι πολύ μεγάλος η διάγνωση είναι εύκολη από την εξέταση των επιστρώσεων του αίματος. Όταν ο αριθμός των λευκών είναι μικρότερος των 30.000 ανά κ.χ. η εξέταση του μυελού είναι ουσιώδης.

Η χρόνια λεμφική λευχαιμία πρέπει να διαχωριστεί από την 1) λευκοκοκκίωμα και τους άλλους τύπους δικτυώσεως στα οποία η εικόνα του αίματος δεν είναι χαρακτηριστική και τα οποία συνήθως παρατηρούνται σε ανώτερη ηλικία, 2) την λοιμώδη μονοπυρήνωση η οποία έχει οξεία εμπύρετο έναρξη - διογκωμένους μαλακούς και ευαίσθητους λεμφαδένες, αυξημένα μονοκύτταρα και άτυπα λεμφοκύτταρα, συχνά θετική στη δοκιμασία PAULBUHHEL και 3) φυματιώδη τραχηλική λεμφαδενίτιδα, η οποία εμφανίζεται σε νεαρά άτομα αλλά δεν συνοδεύεται συνήθως από διογκώσεις των λεμφαδένων άλλης περιοχής του σώματος ή του σωλήνα.

Θεραπεία

Γενικά η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία πρέπει ν' αναβάλλονται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο εφόσον η κλινική κατάσταση του ασθενή παραμένει ικανοποιητική. Αυτό παρατηρείται συνήθως στους ηλικιωμένους ασθενείς να

Έχει παρατηρηθεί σε μερικές περιπτώσεις ότι η νόσος όπου έχει γίνει αντιληπτή τυχαία κατά τα αρχικά στάδια, ακολουθεί σε μεγάλο διάστημα χωρίς κλινικές εκδηλώσεις.

Αναφέρονται περιπτώσεις κατά τις οποίες έγινε τυχαία εξέταση στο αίμα σε υγιή άτομα, έδειξε λευκοκυττάρωση η οποία προοδευτικά φθάνει στα λευχαιμικά ύψη.

Το ενδιαφέρον για αυτές τις περιπτώσεις είναι το ότι από τη διάγνωση της λευκοκυττάρωσης μέχρι την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων, το διάστημα που μεσολαβεί υπερβαίνει τα 2-3 χρόνια.

Τα πιο συχνά ενοχλήματα που φέρνουν τον ασθενή στο γιατρό είναι κόπωση, αδυναμία δύσπνοια και ωχρότητα.

Ανορεξία και απώλεια βάρους είναι συνηθισμένες.

Σπάνια ο ασθενής πηγαίνει στο γιατρό για βάρος στην περιοχή της κοιλιάς λόγω της διόγκωσης του ήπατος.

Αυτό είναι συχνότερο σύμπτωμα στις γυναίκες.

Αντικειμενικά είναι δυνατόν να υπάρχει ωχρότητα.

Σπληνομεγαλία αποκαλύπτεται 90% των περιπτώσεων.

Διόγκωσις λεμφαδένων δεν υπάρχει.

Η ύπαρξη διογκωμένων αδένων σημαίνει την ύπαρξη οξείας τάσης.

Σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου είναι :

A) συμπτώματα που θυμίζουν υπερθυρεοειδισμό, όπως νυκτερινοί ιδρώτες, αντοχή προς το ψύχος, αυξημένη όρεξη, απώλεια βάρους.

Αυτά οφείλονται στον υπερμεταβολισμό από την αυξημένη μάζα του λευχαιμικού ιστού, υποχωρούν όμως με την ύφεση της αρρώστιας με την θεραπεία.

B) εκδηλώσεις ουρικής αρθρίτιδος ή κωλικός νεφρού από ουρόλιθους.

παραμείνουν σε σχετικά καλή υγεία σε μεγάλο χρονικό διάστημα ή όταν δεν υπάρχει αναιμία για αρκετά χρόνια.

Όταν η θεραπεία θεωρηθεί απαραίτητη τότε μπορεί να εφαρμοστεί η ακτινοβολία του σπλήνα ή η χημειοθεραπεία.

Γενικά στη χρόνια λεμφογενή λευχαιμία τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι λιγότερο ικανοποιητικά παρά στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

Το πιο ικανοποιητικό μέχρι τώρα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι ο αλκυλιούχος παράγοντας CHLORAMUCIL.

Η δόση είναι 0,1 -0,2 mg/kg βάρους σώματος ημερήσια, υπό μορφή δισκίων, επί 2-8- εβδομάδες, ανάλογα με την αιματολογική εικόνα.

Τα κορτικοστεροειδή είναι αξιόλογα για περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ένδειξη αιμολυτικής αναιμίας.

Πρόγνωση

Η πορεία της νόσου είναι βραδύτερης εξέλιξεως από της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, αλλά ο θάνατος επέρχεται συνήθως μετά από 5 χρόνια από την διάγνωση.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με λευχαιμία αποσκοπούν στην:

- 1) Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας
- 2) Πρόληψη , έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της αρρώστιας και ανακούφιση του αρρώστου από τις εκδηλώσεις του.
- 3) Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας την ανάκούφιση του από αυτές και την έγκαιρη διάγνωσή τους
- 4) Ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του να κατανοήσουν την φύση της αρρώστιας να την αποδεχθούν και να προετοιμαστούν για την κατάληξη της αρρώστιας (θάνατο).
- 5) Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες που η εφαρμογή τους θα συμβάλλει στην υλοποίηση των σκοπών.

I. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου .

A) Ο πόνος που εμφανίζεται στους μαλακούς ιστούς από την διόγκωση των λεμφαδένων στα οστά από λευχαιμικές διηθήσεις και στις εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας ανακουφίζεται με την κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι υποστήριξη των επώδυνων περιοχών μείωση βάρους των λευχημάτων στην επώδυνη περιοχή μείωση ερεθιστικών παραγόντων του περιβάλλοντος όπως θόρυβος έντονος φωτισμός κ .α. χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μείωση του άγχους και του φόβου που πόνου από την στοματική δημιουργεί ο πόνος , απασχόληση του αρρώστου με κάτι που κινητοποιεί το ενδιαφέρον του και παρουσία προσώπριου της εμπιστοσύνης του

Για την ανακούφιση του κοιλότητα αναφέρεται στη συνέχεια.

B) Ο πυρετός συχνό σύμπτωμα επιβαρύνει την γενική κατάσταση του αρρώστου.

Τα προβλήματα που είναι δυνατόν να παρουσιάσει ο άρρωστος με πυρετό και οι νοσηλευτικές ανάγκες που δημιουργούν τα προβλήματα , παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί

Άλλα προβλήματα

Νοσηλευτικές ανάγκες

Άλλα προβλήματα	Νοσηλευτικές ανάγκες
I. Πυρετός	Μείωση του πυρετού. Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.
2. Φριγκία ,ρίγος	Ανακούφιση του αρρώστου από τα φριγκία και το ρίγος Διατήρηση ισοζυγίου υγρών
3 διαταραχή ισοζυγίου υγρών	
4 Εφιδρώσεις	Διατήρηση ισοζυγίου υγρών. Διατήρηση αρρώστου στεγνού και καθαρού
5 Γενικευμένα μυικά άγλη	Ανακούφιση από τα μυικά έγλη
6 Καταβολή δυνάμεων	Σωματική τόνωση
7 Ανορεξία	Αύξηση της διαθέσεως για φαγητό
8 Νευρικές αντιδράσεις	Μείωση ανακούφισης του αρρώστου από τις νευρικές αντιδράσεις δηλ.

α)Κεφαλαλγία	Ανακούφιση του από την κεφαλαλγία
β)Φωτοφιβία	Μείωση των παραγόντων που αυξάνουν την φωτοφοβία
γ)Ανησυχία	Αξιολόγηση σταδίου εξέλιξης του πυρετού
δ)Παραλήρημα	Μείωση του παραληρήματος
ε)Σπασμοί	Προστασία του αρρώστου από αυτοβλάβη
στ)Απώλεια προσανατολισμού στο χώρο, χρόνο κ.α.	Κατανόηση της αλλαγής της συμπεριφοράς του αρρώστου και βοήθεια του αρρώστου
9)Δυσκοιλιότητα	Διατήρηση φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου
10)Πτώση πυρετού	Συνεχής αξιολόγηση και προσδιορισμός των αναγκών του αρρώστου

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες σε σχέση με την νοσηλευτική ανάγκη του αρρώστου με πυρετό περιγράφονται στην συνέχεια.

- Ι) Η νοσηλεύτρια δροσίζει το σώμα με εξωτερικά μέσα όπως ψυχρές περτυλίξεις λουτρό με δροσερό νερό στο οποίο διαλύει αλάτι ή αραιώνει οινόπνευμα .
- 6) Όταν το δέρμα είναι κρύο κάνει εντριβές με οινόπνευμα για την τοπική ενίσχυση της κυκλοφορίας .
 - 7) Εφαρμόζει υποθερμικό στρώμα. Η θερμότητα αποβάλλεται με την αγωγιμότητα.
 - 8) Χορηγεί στον άρρωστο άφθονα και δροσερά υγρά για την μείωση της θερμοκρασίας του σώματος με την αύξηση της διουρήσεως.
 - 9) Εφαρμόζει στον άρρωστο λουτρό σε μπανιέρα
 - 10) Προστατεύει τον άρρωστο από κρυολόγημα με την αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού την προφύλαξη του αρρώστου από ρεύματα αέρα.
 - 11) Χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα που καθόρισε ο γιατρός και παρακολουθεί την δράση του
 - 12) Μετρά και καταγράφει την θερμοκρασία του σώματος στα προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα (3ωρο- 6ωρο κ.α)

Γ) οι εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα που τις περισσότερες φορές είναι ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου περιορίζουν πολύ την άνεση του αρρώστου επιτείνουν την ανορεξία και προκαλούν δυσφαγία .

Γι' αυτό χρειάζεται φροντισμένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας οπωσδήποτε μετά τα γεύματα και πλύσεις με αραιωμένο διάλυμα γλυκερίνης και λεμ ονιού.

Η καθαριότητα πρέπει να γίνεται με μαλακή οδοντόβουρτσα ή πόρτ – κότον με βαμβάκι (αποφυγή ουλορραγίας) για την απομάκρυνση των υπολλειμάτων τροφής και την πηγμάτωση του αίματος .

Τα χείλη επαλείφονται με γλυκερίνη για την αποφυγή ρωγμών.

Αποφεύγονται οι ερεθιστικές του βλενογόνου τροφές (ξυνές , σκληρές, καρυκεύματα) χρησιμοποιούνται μαλακές τροφές για την αποφυγή ερεθισμού του βλενογόνου. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας κρίνεται απαραίτητη και όταν τα ούλα αιμορραγούν. Για τον περιορισμό του πόνου κατά τα γεύματα, γίνεται αναισθησία του φάρυγγα με ξυλοκαΐνη, η χορήγηση υγρών επιτρέπεται μετά την επαναφορά των αντανακλαστικών.

δ) Η ανορεξία παρατηρείται στον άρρωστο, εκτός από τις εξελκώσεις της στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα, ενισχύεται και από την πίεση που ασκεί στο στομάχι το διογκωμένο ήπαρ και ο σπλήνας, τη χημιοθεραπεία ή και την ακτινοβολία.

Περιορίζεται όταν προσφέρεται στο άρρωστο η τροφή της προτιμήσεως του σε ποικιλία, καλοσερβιρισμένη, σε περιβάλλον ευχάριστο, σε μικρά αλλά συχνά γεύματα και εφόσον έχουν ληφθεί τα μέτρα της πιο πάνω παραγράφου

Η διαίτα του είναι πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες και υψηλής θερμιδικής αξίας για την κάλυψη αναγκών του οργανισμού

Η ενυδάτωση και η διατροφή του ασθενούς γίνεται δύσκολη λόγω της βαριάς καταστάσεως των αιμορραγόντων ούλων και του ποματισμού της μύτης για την αντιμετώπιση της ρινορραγίας κ.α.

Γι' αυτό αν ο άρρωστος δεν τρέφεται ούτε ενυδατώνεται ικανοποιητικά από το στόμα, χορηγείται τροφή και υγρά παρεντερικά.

Με την ενυδάτωση(3-4 λίτρων υγρών την μέρα) προλαμβάνεται νεφρική βλάβη(ανουρία), που προκαλείται από τον σχηματισμό κρυστάλλων ουρικού οξέως στα ουροφόρα σωληνάκια(το ουρικό οξύ είναι αυξημένο από την μεγάλη καταστροφή λευχαιμικών κυττάρων από τα φάρμακα)

Ε) Η αναιμία συνοδεύει όλες σχεδόν τις μορφές λευχαιμίας.

Τα ποία συνηθισμένα νοσηλευτικά προβλήματα του αρρώστου με αναιμία είναι:

Ι) Περιορισμός της ανέσεως του αρρώστου από την παρουσία συμπτωμάτων: εύκολη κόπωση, καταβολή δυνάμεων, αδυναμία, δύσπνοια, στοματίτιδα, γλωσίτιδα, δυσφαγία.

α) Διατήρηση ενεργειακού ισοζυγίου για τον περιορισμό της υποξείας των ιστών που οδηγεί σε εύκολη κόπωση, καταβολή δυνάμεων, αδυναμία και δύσπνοια .

Ειδικότερα αποφεύγεται η κόπωση με ανεξάρτητες νοσηλευτικές δραστηριότητες όπως η κάλυψη φυσικών αναγκών του αρρώστου αναπαυτική θέση στο κρεβάτι, αποφυγή συγκινήσεων κ.α

Όταν δεν είναι δυνατόν να διατηρηθεί ενεργειακό ισοζύγιο ανακουφίζεται ο άρρωστος από την δύσπνοια με την χορήγηση οξυγόνου.

Β) Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας.

2) Βοήθεια του αρρώστου να συνεργαστεί με την ομάδα υγείας για την αποδοχή των μέσων αντιμετώπισης της νόσου.

Α) Κατανόηση της σκοπιμότητας των εργαστηριακών εξετάσεων και τον τρόπο που θα βοηθήσει ο ίδιος την πραγματοποίησή τους.

Σ' αυτό βοηθάει η κατάλληλη ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με την εξέταση και η εξασφάλιση δυνατής άνεσης κατά την διάρκεια των εξετάσεων και μετά από αυτές.

Στ) Η εξασφάλιση καλού ύπνου κυρίως κατά τη νύχτα ξεκουράζει τον άρρωστο μειώνει την ένταση των πιο πάνω καταστάσεων και τον βοηθάει για την καλύτερη αντιμετώπιση.

Για τον σκοπό αυτό χορηγούνται ηρεμιστικά φάρμακα (με οδηγία γιατρού).

Α) Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της νόσου και ανακούφιση του αρρώστου από τις εκδηλώσεις τους.

Στις επιπλοκές της νόσου αναφέρονται οι αιμορραγίες και οι λοιμώξεις.

Η αιμορραγία αποτελεί επιπλοκή που οφείλεται κυρίως στη μείωση των αιμοπεταλίων.

Γι' αυτό συνιστάτε παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αιμορραγίας. Η λήψη των ζωτικών σημείων(σφυσμοί και ΑΠ) πρέπει να ελέγχονται συχνά.

Εφ' όσον ο λευχαιμικός άρρωστος βρίσκεται σε κίνδυνο αιμορραγίας συνιστάται κατά την εκτέλεση των ενέσεων να χρησιμοποιείται λεπτή βελόνα και να εφαρμόζεται στο σημείο της ενέσεως για μερικά λεπτά πίεση.

Ακόμα βοηθάτε ο άρρωστος για την εύκολη εκκένωση του εντερικού σωλήνα διότι κάθε έντονη προσπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγία.

Ηγείται η λήψης ξηρών τροφών καθώς και οι βίαιοι

Κατά τη φροντίδα του στόματος.

Η καθαριότητα της μύτης γίνεται με ήπιες κινήσεις. Η πρόληψη ουλοραγίας αναφέρεται πιο πάνω.

Η επιλογή του κατάλληλου (σε κατασκευή και χρήση) παιχνιδιού για το λευχαιμικό παιδί αποτελεί βασικό μέτρο προσφυγής αυτού από την αιμορραγία .

Στην παρακολούθηση του περιλαμβάνεται και η παρατήρησης των κοπράνων και των ούρων για τυχόν αιμορραγία του ουροποιητικού όσον και του πεπτικού συστήματος.

Η προφύλαξη του αρρώστου από τις λοιμώξεις αποτελεί μεγάλης σπουδαιότητας ευθύνη της αδελφής γιατί η λοίμωξη και η Αποτελούν τις σοβαρότερες επιπλοκές του αρρώστου οι οποίες επιδεινώνουν την κατάσταση και επιταχύνουν το τέλος.

Η προφύλαξη από τις λοιμώξεις επιτυγχάνεται με την λήψη των παρακάτω μέτρων:

Α) Με την διατήρηση του δωματίου και του περιβάλλοντος του αρρώστου καθαρή.

Β) Με την εφαρμογή άσηπτου τεχνικής κατά την εκτέλεση ασηπτών νοσηλειών.

Γ) Δια της χρησιμοποίησεων καθαρών αντικειμένων χεριών κ λ .π για την εκτέλεση κάθε νοσηλείας ή οτιδήποτε άλλο.

Δ) Οι επισκέπτες αλλά και το προσωπικό που νοσηλεύει τον άρρωστο δεν θα πρέπει να είναι φορείς παθογόνων μικροβίων.

Ε) Με την τοποθέτηση του αρρώστου σε μονόκλινο δωμάτιο

Στ) Για την έγκαιρη διαπίστωση της λοιμώξεως παρακολουθείτε τη θερμοκρασία του σώματος , επισκοπούνται και ψηλαφούνται περιοχές ευπαθείς στις λοιμώξεις και προσέχουμε την φύση ορισμένων απεκκριμάτων.

Ζ) Αν υπάρχει μεγάλη ανάγκη τοποθετήσεως καθετήρα ουροδόχου κύστεως είναι προτιμότερος ο καθετήρας τριπλού αυλού (κλειστό σύστημα για να γίνεται πλύση ουροδόχου κύστεως με αντισηπτικό διάλυμα.

Η) Ο άρρωστος με φλεβοκαθετήρα παρακολουθείται για την εμφάνιση φλεβίτιδας , γίνεται Δε η αλλαγή του κάθε 2 έως 3 ημέρες.

3) Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας την ανακούφιση του απ' αυτές και την έγκαιρη διάγνωσή τους

Α) Για πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορεί ο άρρωστος να παραπονεθεί για αίσθημα καύσου στην έκταση του γαστρεντερικού σωλήνα τόσο κατά τη διάρκεια της εγχύσεως όσον και αμέσως μετά από αυτή.

Β) Εκτιμούνται οι δυνατότητες του αρρώστου να συμμετέχει σε δραστηριότητες και ενισχύεται σε αυτές.

Γ) Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να εκφράσει τα συναισθήματα του για την θεραπεία και ενισχύεται η πίστη του στην αποτελεσματικότητα της.

Δ) Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας για τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή τοξικές εκδηλώσεις της θεραπείας και βοηθείται κατάλληλα στην αντιμετώπιση τους .

4. Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειας του να αποδεχθούν την αρρώστια να αποδεχθούν και να προετοιμαστούν για τον ερχόμενο θάνατο .

1) Η νοσηλεύτρια αναπτύσσει καλή επικοινωνία με τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας του και προσπαθεί να τους δώσει απαραίτητες πληροφορίες για τη φύση της αρρώστιας. Όταν πρόκειται για χρόνια μορφή της νόσου αναγνωρίζει και κατανοεί τα ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα που συνήθως δημιουργεί στον άρρωστο και την οικογένειά του και συμβάλει στην αντιμετώπισή τους .

2) Ο άρρωστος έστω και αν πάσχει από χρόνιο και αθεράπευτο νόσημα με άμεσο τον επικείμενο θάνατο διατηρεί τα ανθρώπινα δικαιώματα του δηλαδή την αξία του σαν άτομο. Αυτό δε γίνεται ιδιαίτερα σεβαστό από τα μέλη της ομάδας υγείας.

3) Η άρνηση της πραγματικότητας αποτελεί μηχανισμό άμυνας που χρησιμοποιεί ο άρρωστος ή οικογένεια του για να αντιδράσουν στο

άγχος που δημιουργεί η φύση της αρρώστιας και η πραγματικότητα του θανάτου που έρχεται.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να διακρίνει αν η άρνηση της πραγματικότητας είναι παροδική ή αποτελεί τέλεια αποκοπή από την πραγματικότητα .

Η θετική επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τον άρρωστο ή τους συγγενείς βοηθάει στην αποδοχή της αρρώστιας ή και του θανάτου που πλησιάζει. Ακόμη ο άρρωστος και η οικογένεια του βοηθούνται να βρουν το νόημα που υπάρχει στο γεγονός ότι υποφέρει με υπομονή.

6) Βοηθούνται τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου να κατανοήσουν πως ο άρρωστος έχει ανάγκη να εκδηλώσει τα αισθήματα που δοκιμάζει από την φύση της αρρώστιας και από την αναμονή του θανάτου.

Ο άρρωστος από λευχαιμία την τελευταία φάση της ζωής του την περνάει συνήθως στο νοσοκομείο , σπάνια στο σπίτι του , όταν όμως η οικογένεια του επιθυμεί αυτό οι συνθήκες το επιτρέπουν και η παραμονή δεν δημιουργεί ιδιαίτερους κινδύνους για τον ασθενή.

Η αποκλειστική αδελφή ή επισκέπτρια αδελφή βοηθά για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή στο σπίτι του.

Ανεξάρτητα αν ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του , η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να κάνουν υπομονή τόσο στον φυσικό όσο και στον συναισθηματικό πόνο που επέρχεται από τον θάνατο του συγγενούς τους. Ο ιερέας του ιδρύματος ή της ενορίας ανακουφίζουν τον άρρωστο και την οικογένεια του.

Ακόμη ο ιερέας και η αδελφή από κοινού βοηθούν τον ασθενή για την καλύτερη αντιμετώπισή του πιο σημαντικού γεγονότος της ζωής του άνθρωπο , τον θάνατο.

Ο θάνατος των νέων κυρίως ατόμων δημιουργεί αβάστακτο πόνο στην οικογένεια.

Η αδελφή η και αυτή ζει τον πόνο της οικογένειάς πρέπει να ελέγχει τα συναισθήματα της για να μπορέσει να ανακουφίσει τους λυπημένους.

Σήμερα με την εφαρμογή δραστικών μέτρων για την αντιμετώπιση της νόσου φαρμάκων ο άρρωστος με οξεία λευχαιμία όχι σπάνια ανακουφίζεται από τα έντονα συμπτώματα και για μήνες ή και για χρόνια αισθάνεται καλά.

Ο ασθενής που βρίσκεται σ' αυτή την κατάσταση ενθαρρύνεται να συνεχίσει τις δραστηριότητές του (στο σχολείο ,στο σπίτι , στην εργασία κ λ .π) στην ζωή.

Παρ' όλα αυτά όμως πρέπει να γνωρίζει ότι η αρρώστια έχει ελεγχθεί προσωρινά χωρίς να έχει θεραπευτεί.

Ο ασθενής διδάσκεται

1) Προφυλάσσεται από διάφορες πηγές μόλυνσεως και κρυολογήματος

2) καταφεύγει σε οποιοδήποτε ενόχλημα , στο γιατρό.

3) Υποβάλλεται σε συστηματική ιατρική (κλινική εργαστηριακή παρακολούθηση).

Αυτό μπορεί να γίνει και εκτός νοσοκομείου , σε ειδικό αιματολογικό γιατρό.

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινογραφία των κακοηθών νεοπλασιών εφαρμόζεται από 5 ετία με συνεχή διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής της.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να εφαρμοστεί σε κάποια επιφάνεια να χορηγηθεί με μορφή διαλύματος ραδιοϊσότοπου ή και να εμφυτευθεί μέσα σε ιστό ή όργανο.

Το αποτέλεσμα της ακτινοβολίας οφείλεται στην ευαισθησία την οποία παρουσιάζουν τα νεοπλασματικά κύτταρα έναντι της ακτινοβολίας. Οι ειδικοί λαμβάνοντας υπόψιν την υφή του κακοηθούς όγκου καθορίζουν το είδος , την ποσότητα και την διάρκεια της ακτινοβολίας. Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των εφαρμοσμένων τεχνικών δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Οι βλάβες αυτές εμφανίζονται σε δύο κατηγορίες:

- 1) Βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή ακτινοβολίας στο άτομο που άμεσα έχει εκτεθεί σε ακτινοβολία.
- 2) Βλάβη των γενετικών αδένων και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους .

Οι βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή της ακτινοβολίας στο άτομο είναι η ανασταλτική, η νευρωτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα

A. Μείωση των αιμοπεταλίων και ερυθρών αιμοσφαιρίων και έτσι θρομβοπένια, αιμορραγική διάθεση και αναιμία και

B) Ακοκκιοκυττάρωση και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Ακόμη εμφανίζονται τοπικές βλάβες που εκδηλώνονται με ερυθρότητα του δέρματος γύρω από την νεοπλασία που μπορεί να φτάσει μέχρι νέκρωση.

Η ακτινοβολία επίσης μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- A. γενική καταβολή δυνάμεων
- B. ναυτία , εμετούς
- Γ. ανορεξία
- Δ. απώλεια βάρους
- E. πυρετό

Με την εμφάνιση αυτών των αντιδράσεων η καλή νοσηλευτική συνιστάται:

1. Στην χορήγηση ηρεμιστικών και φαρμάκων για την αναστολή της ναυτίας
2. Στη μέριμνα υδάτωσης και επαρκούς σίτισης του ασθενούς. Χορηγούνται εκχυλίσματα ήπατος και βιταμίνης Β και G .

Χρήση ραδιοισοτόπων

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην ιατρική για διαγνωστικό και θεραπευτικό σκοπό χορηγούνται ενδοφλέβια από το στόμα και τοποθετούνται μέσα σε κοιλότητες.

1. Διαγνωστικός σκοπός

Για διαγνωστικό σκοπό τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούνται είναι:

- A. Σίδηρος

Β. Χρώμιο

Γ. Κοβάλτιο

Δ. Χρυσός

Η για διαγνωστικό σκοπό χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσότοπων είναι επικίνδυνη για το περιβάλλον.

Ο ασθενής που έλαβε αυτό σε μορφή διαλύματος και όχι σε στερεή μορφή έχει ραδιενεργό αίμα, ούρα, κόπρανα, σίελο και άλλα εκκρίματα για ορισμένο διάστημα.

Ο ασθενής που έλαβε ραδιενεργό ουσία, αποτελεί ισχυρή πηγή ακτινοβολίας και μόλυνσης και πρέπει να μένει σε ιδιαίτερο δωμάτιο μόνος του.

Το Νοσηλευτικό ίδρυμα στα οποία στα οποία χρησιμοποιούνται ραδιενεργές ουσίες για διαγνωστικό ή θεραπευτικό σκοπό, όσο χρόνο φροντίζει ασθενείς που εκπέμπουν ραδιενέργεια απαιτείται να γνωρίζει πως θα προφυλάσσει το περιβάλλον και τον εαυτό του από την καταστρεπτική επίδραση της ραδιενέργειας.

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μια μοντέρνα μέθοδος θεραπείας και αναφέρεται στη χρήση φαρμάκων και παρασκευασμάτων για την θεραπεία νόσου.

Προέρχεται από τον συνδυασμό δύο λέξεων , « χημικός και Θεραπεία.»

Η χημειοθεραπεία δίνεται :

1. από το στόμα
2. ενδομυϊκά π.χ BILEO
3. ενδοφλέβια
4. υποδόρια π.χ BLEOMCIN , ARACYTIN
5. ενδαρτηριακά
6. με έγχυση στις κοιλότητες (ενδοραχιαία , περιτοναϊκή , υπεζωκοτική , ενδαρθρική και ενδοκυστική) .

Πώς δρα η χημειοθεραπεία :

Το χημειοθεραπευτικό παρασκεύασμα δρα στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζει την ανάπτυξη του το πολλαπλασιασμό και τελικά να επιφέρει την καταστροφή του.

Το κάθε φάρμακο δρά με τον δικό του τρόπο π.χ. το PLATINOL δρα με άλλο τρόπο και το ENDOXAN με άλλο.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν και τα φυσιολογικά κύτταρα που γρήγορα διαιρούνται όπως και τα παθολογικά.

Τα φυσιολογικά κύτταρα όμως έχουν την τρομακτική ικανότητα να αναγεννιούνται.

Ποίος συμμετέχει στην χορήγηση της χημειοθεραπείας.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα συνήθως προετοιμάζονται και χορηγούνται στον άρρωστο από ειδικά εκπαιδευμένο και πεπειραμένο γιατρό και νοσηλεύτρια -η.

Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής λαμβάνει το φάρμακο εξαρτάται από το είδος του φαρμάκου και την περίπτωση του.

Ο γιατρός ορίζει το είδος του φαρμάκου και ελαττώνει ή αυξάνει την δόση ανάλογα με την περίπτωση.

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία :

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων

1. Από τον τύπο της νεοπλασίας
2. Από τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στην θεραπεία.
3. Από το πως ο ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε παρενέργεια.
4. Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη , καρδιακή ανεπάρκεια κ.λ.π.)

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος αναπαύσεως.

Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτοί οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες παρανέργειες της θεραπείας.

Που γίνεται η χημειοθεραπεία:

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε εξωτερικούς ασθενείς αν και πολλές φορές είναι απαραίτητη μικρή ή μεγάλη περίοδος νοσηλείας σε Νοσοκομείο , για να παρακολουθηθεί η δράση θεραπείας στον οργανισμό του αρρώστου.

Αυτό όμως εξαρτάται από το ιδιαίτερο πρόγραμμα της Χημειοθεραπείας της οποίας οι δόσεις εξαρτώνται από την επιφάνεια του σώματος (βάρος , ύψος) και από τις μετρήσεις του αίματος (Λευκά , Ερυθρά , Αιμοπετάλια).

Επίσης εξαρτάται από τον ίδιο τον άρρωστο (κατάσταση του), τις προτιμήσεις του γιατρού και τέλος την πολιτική του Νοσοκομείου.

ΠΩΣ ΚΑΙ ΠΟΣΑ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μια ή περισσότερες ημέρες και να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα φάρμακα.

Η θεραπεία με περισσότερα από ένα φάρμακα αναφέρεται σε «ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .» και τότε έχουμε τα λεγόμενα σχήματα.

Ο αριθμός των σχημάτων (κύκλων) για κάθε άρρωστο εξαρτάται από την τοξικότητα των φαρμάκων, π. χ. σε θεραπεία με PLATINOL θα χρειαστούν 5-6 σχήματα και από την περίπτωση του αρρώστου π. χ. σε HODGKIN 12 σχήματα εφ' όσον η αρρώστια έχει μπει σε ύφεση.

Ογκολυτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία αιματολογικών κακοηθειών και νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Φάρμακα	Τρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες Ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
1) Αλκλιούντες παράγοντες		Όλοι προκαλούν καταστολή του μυελού, ναυτία και εμετούς.	Όλοι οι άρρωστοι παρακολουθούνται για ναυτία και εμετούς και ανακουφίζονται ανάλογα.
Μουστίνη	Ενδοφλεβία	1) Νέκρωση των ιστών Εγκεφαλική βλάβη, σπασμοί ιλίγγους 2) Δίνεται με γρήγορη ενδοφλέβια έγχυση ορού.	1) Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε το φάρμακο να μην πάει υποδόρια. 2) Ο άρρωστος παρακολουθείται για ιλίγγο και σπασμούς. 3) Χορηγείται το φάρμακο αραιωμένο σε ορι
Κυκλοφωσמידη	Απο το στόμα ή ΕΦ	1) Μικρότερη θρομβοπενία απο τη μουστίνη, αλωπεκία. Αιμορραγική κυστίτιδα διατήρηση μεγάλης διουρήσεως.	2) Ενημερώνεται ο άρρωστος πως θα πέσουν τα μαλλιά του (αλωπεκία) και ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει περούκα. Υποστηρίζεται ψυχολογικά . Διατηρείται το περιβάλλον καθαρό απο τις τρίχες που πέφτουν. Παρακολουθείται για αιματοουρία και σμπτώματα κυστίτιδας (συχνουουρία , τσούξιμο στην ούρηση) 3) Χορηγούνται άφθονα υγρά για τον καθαρισμό των ούρων (κυστίτιδα) ή πρόληψη κυστίτιδας.

<p>Βουσουλφάνη</p>	<p>Απο το στόμα</p>	<p>Αμηνόροια , στειρότητα , μελαγχρωση του δέρματος , πνευμονική και ηπατική ίνωση , υπόταση.</p>	<p>1) Ενημερώνεται η άρρωστη για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας (αμηνόροια , στειρωση) Και υποστηρίζεται ψυχολογικά(σε νέο άτομο να τις αποδεχθεί. Σε παντρεμένοι άρρωστη προετοιμάζεται ο άντρας της για τις πιο πάνω επιπτώσεις της θεραπείας και βοηθείται να συμπαρασταθεί στη σύζυγό .</p> <p>2) Ενημερώνεται και βοηθείται ή άρρωστη να αποδεχθεί τη μελάγχρωση του δέρματος. Παρακολουθείται η Α.Π του αίματος σε υπόσταση χορηγούνται άφθονα υγρά και φάρμακα για την επαναφορά της στο φυσιολογικό. Προστατεύεται ο άρρωστος απο λιποθυμίες λόγω της υποστάσεως. Ιδιαίτερα παρακολουθείται ο άρρωστος για αιμορραγιες , φλεγμονές και λαμβάνονται μέτρα προλήψεως ή αντιμετώπισεως τους ότε εμφανιστούν.</p>
		<p>Μεγάλη και μη ανατρέψιμη μυελική απλασία</p>	

Φάρμακο	Τρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Χλωρανβουκλίλη	Από το στόμα	1) Δερματίτιδα 2) Ηπατοτοξικό	1) Παρακολουθείται ο άρρωστος για εμφάνιση δερματίτιδας και ανακουφίζεται από αυτήν ανάλογα 2) Παρακολουθείται ο άρρωστος για εκδήλωση συμπτωμάτων από την τοξική βλάβη στο ήπαρ
Μελφαλάνη	Από το στόμα		
2) Αντιμεταβολιτές		Όλα προκαλούν καταστολή του μυελού	Όλοι οι άρρωστοι παρακολουθούνται για συμπτώματα καταστολής του μυελού και ανακουφίζονται ανάλογα.
Μεθοτρεξάτη	Από το στόμα Ενδοφλέβια Ενδοραχιαία	Εξελκώσεις στο στόμα (στοματίτιδα, φαρυγγίτιδα) και στο έντερο Διάρροια	Πλύσεις στοματικής κοιλότητας με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου εν εναλλαξ με γλυκερίνη και λεμόνι. Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας με πορτοκτόν καλυμένο με βαμβάκι. Πριν την χορήγηση τροφής γίνεται αναισθησία του φάρυγγα με ξυλοκαΐνη για περιορισμό δυσφαγίας. Χορήγηση τροφής και μη ερεθιστικής τροφής

			<p>Παρακολούθηση αριθμού και χαρακτηριστικών κενώσεων. Αποφυγή τροφών με κυτταρίνη. Παρακολούθηση κενώσεων για παρουσία αίματος, λοιπής συνθέσεως, οσμής και υδαρατότητας</p>
<p>Θειογονανίνη</p>	<p>Απτό στόμα</p>	<p>Ηπατική βλάβη</p> <p>Ανορεξία, ναυτία, εμετός</p> <p>Ίκτερος</p> <p>Προσεκτική χρήση στη νεφρική ανεπάρκεια.</p>	<p>Ενίσχυση της αναπαύσης και εμπλουτισμός διαιτολογίου με υδατάνθρακες, πρόληψη δυσπεψίας. Προσφορά τροφής της προτιμησεώς του. Χορήγηση αντιεμετικών πριν το φαγητό. Περιορισμός υγρών. Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό Παρατήρηση χαρακτηριστικών των εμεσμάτων. Περιορισμός κνησμού με πλύσεις δέρματος κ επίταση με ταλκ. Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα αφυδατώσεως</p>
<p>Κυτταροβίνη</p>	<p>Ενδοφλέβια Υποδόρια Ενδοραχιαία</p>	<p>Μεγαλοβλαστικές αλλοιώσεις. Διαταραχές, ηπατική βλάβη δερματίτιδα.</p>	<p>Προχρή στο διαιτολόγιο, παρακολούθηση κενώσεων και εκδηλώσεις όπως ναυτία, εμετοί. Ενίσχυση διαιτολογίου σε υδατάνθρακες , χορήγηση τροφής, περιορισμός δραστηριοτήτων.</p>

Φάρμακο	Πρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες, Ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
		<p>Συνήθως χρησιμοποιείται μαζί με άλλα κυτταροστατικά και χορηγείται σε νεφρική ανεπάρκεια.</p>	<p>Παρακολούθηση δέρματος για σημεία δερματίτιδας και πιστή τήρηση οδηγιών γιατρού. Παρακολούθηση αρρώστου για αξιολόγηση σημείων επιβαρύνσεως της νεφρικής λειτουργίας.</p>
<p>3) Αντιμικροβιακά. Νταουνορούμπικίνη</p>	<p>Ενδοφλέβια</p>	<p>Καταστολή του μυελού συχνά παρατεταμένη. Αλωπεκία Δερματικά εξανθήματα Πυρετός</p>	<p>Λαμβάνονται τα αναφερόμενα μέτρα για πρόληψη λοιμώξεων. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται πιο πάνω (θειογουανίνη) Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης. Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία δερματικού εξανθήματος , επι εκδηλώσεως , τήρηση ιατρικών οδηγιών Ανακούφιση του αρρώστου απο τον πυρετό.</p>

<p>4) Διάφοροι παράγοντες: Βινκριστίνη Βιβλαστίνη</p>	<p>Ενδοφλέβια</p>	<p>Κατάστολή του μυελού ιδιαίτερα με τη βιβλαστίνη. Περιφερική νευρίτιδα και του αυτόνομου νευρικού συστήματος που οδηγεί σε ειλέο.</p>	<p>Νοσηλευτικές δραστηριότητες για την πρόληψη λοιμώξεων αιμορραγίας. Ανακούφιση αρρώστου από τα συμπτώματα της αναμίας. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόν</p>
---	-------------------	---	--

Φάρμακο

Τρόπος
χορηγήσεως

Ανεπιθύμητες
ενέργειες
Ειδικές προφυλάξεις

Νοσηλευτικές δραστηριότητες

			<p>Εκτίμηση της νευρολογικής καταστάσεως του αρρώστου.</p> <p>Προστατεύεται ο άρρωστος απο την αδυναμία να πιάσει κάτι με το χέρι .</p> <p>Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα ειλεού.</p> <p>Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία ικτέρου.</p> <p>Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία πυλαίας υπερτάσεως και ανακούφιση το αρρώστου απο τις επιπτώσεις της .</p> <p>Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορηγηση κυκλοφωσφαιδης.</p> <p>Προσοχή να μην πάρει το φάρμακο υποδόρια. Παρακολούθηση αρρώστου γ συμπτώματα φλεβίτιδας στη σύστοιχη φλέβα.</p> <p>Πρέπει να δίνεται σε γρήγορη έγχυση αραιωμένο σε ορό.</p>
		<p>Ηπατική νέκρωση Ιδιαίτερα με τη βινκριστίνη.</p>	
		<p>Αλωπεκία Ιστική νέκρωση</p>	

<p>Προκαρβαζίνη</p>	<p>Απο το στόμα</p>	<p>Νευρολογικές διαταραχές</p>	<p>Που αναφέρονται στη θειογουανίνη. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα απο το νευρικό σύστημα όπως αδυναμία να πιάσει κάτι με το χέρι, ιπποπόδια , βλεφαρόπτωση. Απαραίτητη η αξιολόγηση του νευρικού συστήματος του αρρώστου πριν και μετ την θεραπεία. Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορήγηση βινκριστίνης. Περιοδική ιατρική εξέταση για έγκαιρη διάγνωση όγκου.</p>
<p>Κορτικοστεροειδή</p>	<p>Ενδοφλέβια Ενδοφλεβια ή απο το στόμα.</p>	<p>Πανσεληνοειδές προσώπείο.</p>	<p>Καθημερινή μέτρηση σωματικού βάρου για αξιολόγηση κατακρατήσεως υγρών. Χορήγηση Τροφής πτωχή σε αλάτι. Μέτρηση ούρων και λαμβανομένων υγρών. Παρακολούθηση άλλων σημείων κατακρατήσεως υγρών όπως οιδήματα.</p>

Φάρμακο

Τρόπος
χορηγήσεως

Ανεπιθύμητες ενέργειες
Ειδικές προφυλάξεις

Νοσηλευτικές δραστηριότητες

Υπέρταση

Αύξηση όγκου αίματος απο κατακράτις υγρών.

Μέτρηση και καταγραφή Α.Π συστηματικά.

Παρακολούθηση άλλων σημείων υπερφορτώσεως κυκλοφορίας, όπως δύσπνοια, οιδήματα.

Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα ανεπάρκειας, επινεφριδίων.

Παρακολούθηση κενώσεων αρρώστου γ

Παρουσία αίματος καθώς και των εμεσμάτων (αν έχει .)

Χορήγηση τροφών που περιέχουν ασβέστιο.

Προστασία αρρώστου απο τον κίνδυνο αυτομάτων καταγμάτων.

Προφύλαξη του αρρώστου απο μολύνσεις.

Καταστολή των επινεφριδίων.

Ψύχωση

Γαστρεντερική αιμορραγία.

Οστεοπόρωση.

Ανοσοκαταστολή

Φάρμακα	Τρόπος χορήγησης	Ανεπιθύμιες ενέργειες Ειδικές προφυλάξεις	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
<p>Ασπαραγινάση</p>	<p>Ενδοφλέβια</p>	<p>Αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις</p> <p>Πυρετός, ναυτία, εμμετοί</p> <p>Ηπατική βλάβη</p> <p>Νευρολογικές βλάβες Ψυχικές διαταραχές</p>	<p>Λήψη πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού σχετικά με τις αλλεργικές ευαισθησίες του αρρώστου.</p> <p>Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία και συμπτώματα αναφυλακτικά και είναι έτοιμη η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση τους.</p> <p>Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη χορήγηση θειογουανίνης.</p> <p>Περιορισμός κόπωσης, ενίσχυση διατολογίου με υδατάνθρακες, πρόληψη δυσπεψίας.</p> <p>Νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στην προκαρβαζίνη.</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη</p> <p>Κατανόηση και παροχή βοήθειας στο άρρωστο με ψυχικές διαταραχές</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΜΥΕΛΟΓΕΝΟΥΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

__ Η ασθενής Α.Ε. ετών 69 , προσήλθε στο Νοσοκομείο ΡΙΟ στις
25-11-95 στα Ε.Ι.

Νοσηλεία 25-11-95 μέχρι 10-6-96 οπότε απεβίωσε.

Αιτία εισόδου Πονοκέφαλος , λιποθυμικό επεισόδιο, τροφώδης εμετός.

Αναφέρεται καταβολή , αδυναμία , ανορεξία . Αιμ/της =28%

Υπέρταση από 8ετίας.

Άλλα προβλήματα Αλλεργική ρινίτιδα

Υστερεκτομή προ 25ετίας

Χολοκυστεκτομή προ 18 ετών

Χρήση γαλαζόπετρας για επαλειφή σώματος από πολλά χρόνια για
γριπώδεις καταστάσεις.

Κλινική εξέταση Διόγκωση του δεξιού λοβού του ήπατος . Ορατή
διόγκωση Δ-κοιλιάς με διάχυτη αμβλύτητα στη Δ-πλαγιά κοιλιακή χώρα.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Οξεία λεμφογενής λευχαιμία , πιθανή εγκεφαλική
αιμορραγία.

Εργαστηριακά ευρήματα:

18-4 -96 : Αιμ/της = 32,2% , Αιμ/νη =10,8, Λευκά 4.100, ΑΜΤ 45.000,
και ΤΚΕ 60 ΜΜ.

9-5-96 : Αιμ/της 32,1% , Αιμ/νη = 10,8% , Λευκά= 300

AMT 12.000 και Αλκαλ. Φωσφ. 59, $ca^{++}=9,5$ $k^{+}=2,4$

Σακχαρο 230 .

25-6-96: Αιμ/της = 31,8 % , Αιμ/νη = 10,7 G% , Λευκά = 2.400,

AMT= 26.000

Ηλ/ση Λευκωμάτων :

29-11-95 : Λεύκωμ. 49,2 $\alpha_1=5$ $\alpha_2=12,9$ $\beta=13,4$ $\gamma=19,5$

27-2-96: Λευκώμ. 58,2 $\alpha_1=3,2$ $\alpha_2=5,6$ $\beta=8,8$ $\gamma=19,9$

25-5-96: Λευκώμ. 58,2 $\alpha_1=5,0$ $\alpha_2=11,1$ $\beta=9,9$ $\gamma=11,3$

Rδ θώρακος 12/4/89: αύξηση ορίων καρδιάς

ΥΠΕΡΗΧΟΙ άνω και κάτω κοιλίας 2/12/95 Οι διαστάσεις και η ηχογένεια του ήπατος και του σπλήνος είναι φυσιολογικές , δεν αναδεικνύεται εστιακή καρεγχυματική βλάβη αυτών.

Το μέγεθος των νεφρών είναι φυσιολογικό.

Πάχος και ηχογένεια του παρεγχύματος των φυσιολογικά.

Δεν αναδεικνύεται πυελοκαλυκτική διάταση.

CT εγκεφάλου : 13-5-96

Κλινικά ευρήματα: Δυσθυμία , διαταραχή προσανατολισμού, διέγερση, ελαφρά σύγχυση αναιτίως.

Γνωμάτευση : Αναδεικνύεται αιμορραγική εστία στην πρόσθια έσω επιφάνεια και των 2 μετωπιαίων λοβών.

Αίμα υπάρχει και στον υπαραχνοειδή χώρο μεταξύ των 2 μετωπιαίων λοβών.

Βιοψία μυελού : 1-12-95

Μικρότατο ιστοτεμάχιο μυελού των οστών καταλλειμένο απο βλάστες.

Εικόνα συμβατή με μυελουπερπλαστική νόσο.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ: (3^ο μετά 2^ο σχήμα TAD) 8-2-97

Ευχερής αναρρόφηση. Υλικό με φυσιολογική κυτταροβρίθει

Η ερυθρά σειρά αποτελεί το 17% και ωριμάζει φυσιολογικά με υπεροχή των πολυχρωματόφιλων ερυθροβλαστών και χωρίς να παρατηρούνται σ' αυτήν άλλες αλλοιώσεις.

Η κοκκιώδεις σειρά αποτελεί το 70 % και ωριμάζει φυσιολογικά μέχρι πολυμορφοκυρήνου το οποίο αποτελεί και το προέχων κύτταρο της σειράς.

Τα ΠΜΚ αποτελούν το 6% ενώ τα βλαστικά κύτταρα 1% .

Το λεμφικό στοιχείο αποτελείται από ώριμα λεμφοκύτταρα , περίπου 10% και τα πλασμοκύτταρα 1-2% εμφανίζονται με φυσιολογική μορφολογία.

Σίδηρος μυελού : Αυξημένος εξωκυττάριος.

Συμπέρασμα : ΟΜΛ (ερυθρό Λ) σε ύφεση.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

20-1-96 : Πολύ καλή κατάσταση. Απύρετη , χωρίς αιμορραγικές εκδηλώσεις . Βγήκε στις 16-1 αφού ολοκλήρωσε Β σχήμα εφόδου TAD. Παίρνει χημειοπροφύλαξη με CIPROXIN _ και ZYROLIC POS. Αιματολογική εικόνα πολύ καλή . Επάνοδος 24-1

12-4-96 : Κανένα πρόβλημα. Αισθάνεται καλά . ΑΠ 170/95, της δόθηκε MODURETIC.

ΠΛΑΝΟ: Μυελόγραμμα σε 10 ημέρες

Από το περιφερικό αίμα εμφάνιση βλαστικών κυττάρων, μεγάλου μεγέθους με κενοτόπια. Προφανής υποτροπή της νόσου . Θα επιταχυνθεί το μυελόγραμμα.

25-4-96 : Υποκειμενικά : Αισθάνεται καλά , σήμερα ρωτά πότε θα φύγει.

Αντικειμενικά : $\theta = 35,7 \text{ c}$, $\text{ΑΠ} = 140/80$, σφυξ. = $84/\text{ΜΠΝ}$ 2-3
μικροαιμορραγίες στα χείλη και στο δεξιό έξω πλάγιο της γλώσσας
διαμέρου ~ 5ΜΜ.

Δεν παρατηρούνται άλλες αλλοιώσεις σε οποιοδήποτε άλλο σημείο.

5-5-96: Έντονα καταθλιπτικά στοιχεία σήμερα. Αισθάνεται αδύναμη
και ανόρεκτη. Αναφέρει χτες και προχτές ούρα χρώματος κονιάκ.

Αντικειμενικά : $\Theta = 38$ $\text{ΑΠ} = 140/80$,

$\Sigma\phi. = 74/\text{ΜΠΝ}$

Δεν παρατηρούνται νέα στοιχεία αιμορραγικής διάθεσης ή στοιχεία
ενδεικτικά λοίμωξης.

Πήρε χτες 6 μονάδες ΑΜΤ και 1 μονάδα αίμα. Σήμερα θα πάρει 4
μονάδες ΑΜΤ και μία μονάδα αίμα.

30-5-96: Κατόπιν συνενόησης η ασθενής πιθανότατα χρειάζεται νέο
σχήμα. Απομένει στους συγγενείς να αποφασίσουν.

Παρουσιάζει αγνωσία χρόνου και προσανατολισμού.

Πιθανότης προχωρημένων εγκεφαλικών μεταστάσεων.

31-5-96: Η ασθενής εξέρχεται σήμερα σε προβληματική κατάσταση ,
λόγω αρνήσεως των συγγενών να λάβει νέο χημειοθεραπευτικό σχήμα.

Έλαβε αναλγητικά κοκ ηρεμιστική αγωγή με HYPNOSTEDONE και
MEDAMOL και σύσταση για ALGAPHAN.

10-6-96: η άρρωστη απεβίωσε στο σπίτι της.

ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο ασθενής Σ.Α , ετών 47 (Ε.Γ = 1938) εισήλθε στο Νοσοκομείο ΡΙΟ
στις 7-1-94

ΝΟΣΗΛΕΙΑ : 4-2-94 μέχρι 1-6-97 οπότε απεβίωσε.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Απο 3μηνου αδυναμία, πυρετός με ρίγος $37,5^{\circ}\text{C}$

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Οξεία Λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΔΕΚ. 1993)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΝΤΙΑΣ
Τροφώδης εμετός	1. Ανακούφιση της ασθενούς από τη δυσχέρεια και τη δυσσομία. 2. Παρεμπόδιση της επανάληψης του εμετού	α) Τοποθέτηση του κεφαλίου προς τα πλάγια και χρήση νεφροειδούς. Αποσύραται το επιπρόσθετη ναυτία και εμετός. β) Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με εντολή γιατρού. α) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. β) Παρεντερική θρέψη	Η ασθενής ανακουφίστηκε. Δεν επαναλήφθηκε τροφώδης εμετός.
Καταβολή δυνάμεων, αδυναμία, ανορεξία	Προσπάθεια διατήρησης του ασθενούς σε ένα σταθερό βάρος.	Παρακολούθηση των καθημερινών απαιτούμενων θερμίδων της αρρώστου. Ενίσχυση της ασθενούς ώστε να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Περιορισμός δραστηριοτήτων του αρρώστου.	Η άρρωστη εξακολουθεί να χάνει πολύ βάρος με πολύ αργό ρυθμό.

		<p>Με εντολή γιατρού χορήγηση συμπληρωματικών βιταμινών (A, B σύμπλεγμα κ.ο.κ) . Χορήγηση παρεντερικώς σακχαρούχων υγρών. Συστηματική παρακολούθηση του βάρους του ασθενούς.</p>	
<p>Αλλεργική ρινίτιδα (απο χρόνια) που προκάλεσε οίδημα και ανπνευστική δυσλειτουργία.</p>	<p>Διατήρηση ανοικτής της αναπνευστικής οδού. Διατήρηση ανταλλαγής αερίων.</p>	<p>-Τοποθέτηση της ασθενούς σε ημικαθιστική θέση. Αντιετώπιση της αλλεργίας με φάρμακα σύστασης γιατρού. - Διδασκαλία του αρρώστου για τον τρόπο απαλλαγής από την ρινική συμφόρηση.</p>	<p>Με τα φάρμακα το οίδημα υποχώρησε.</p>
<p>Μικροαιμορραγίες στα χείλη.</p>	<p>Σταμιάττμα της αιμορραγίας. Πρόληψη μολύνσεων.</p>	<p>-Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας με πορν- κοτόν καλυμένο με βαμβάκι. -Ενημέρωση ιατρού και αλλαγή φαρμάκου.</p>	<p>Αποφεύχθηκε η μόλυνση. Οι μικροαιμορραγίες όμως δεν σταμάτησαν εντελώς.</p>
		<p>-Επαλοιφή των χειλιών με σλυκερίνη για αποφυγή ρωγμών. -Σχολαστική καθαριότητα και τήρηση των όρων ασφαφίας – αντισηφίας .</p>	

<p>Καταθλιπτικά στοιχεία. Η ασθενής ρωτούσε πότε θα γυρίσει σπίτι της.</p>	<p>Ενθάρρυνση και καθησύχαση ασθενούς.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη με συζήτηση. Συζήτηση με τους συγγενείς για να την βοηθήσουν και αυτοί. Με σύσταση γιατρού χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε για χρονικό διάστημα 2-3 ημερών. Μετά τη διακοπή των φαρμάκων ξαναπαρουσιάστηκε το πρόβλημα.</p>
<p>Προετοιμασία της ασθενούς για εξετάσεις υπερηχων.</p>	<p>Ικανοποιητική προετοιμασία της άρρωστης.</p>	<p>Απο το πρωί ενημέρωση της άρρωστης να μην ουρήσει και να μην φάει μεχρι να γίνει η εξέταση.</p>	<p>Ικανοποιητική συνεργασία. Έγιναν οι εξετάσεις.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.
Υπέρταση	Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση συγκινησιακής ανάπαυσης , με ενημέρωση των συγγενών. -Με σύσταση γιατρού χορήγηση MODURETIC (αντυπερτασικού φαρμάκου.) - Συστηματική μέτρηση της ΑΠ. 	Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Εργαστηριακός έλεγχος : Ενδεικτικά αναφέρονται

7/1/1994: Αιμ/της = 35% , Λευκά~4.000, AMT = κφ

7/2/1994: Αιμ/της= 35%, ΔΕΚ 3,6 % , Λευκά ~6.400,

AMT κφ , ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ = ύφεση , GOOMDS (-)

21-3-95: Η =37%, Λευκά= 3400, AMT = κφ Ουρικό οξύ =5,3

Σακχ.= 108.

2-7-95 :Αιμ/της= 33% , λευκά= 6500, AMT κφ , Ουρικό οξύ = 3, Αλκ.

Φωσφ.= 23, Κρεατ. = 1,0.

29-10-95: Αιμ/της = 34% , Λευκά ~ 3.400 , AMT κφ , Σακχ. =130

4-3-96 : Αιμ/της = 38% , Λευκά ~10.800 , AMT κφ ,

Λευκώματα =6,4

3-6-96 : Αιμ/της=35% , HD 10,3 G% , Λευκά = 3.300 ,

AMT ~ 150.000 και ΤΚΕ =10 ΜΙΝ , Ουρικό οξύ = 3,0,

Σακχ. =114.

24-11-96 : Αιμ/της = 36% , Λευκά = 7.900 , AMT κφ , ΤΚΕ = 5ΜΙΝ.

9-5-97 : Αιμ/της = 32% , Λευκά = 550 , AMT < 10.000 ,

31-5-97 : Αιμ/της = 34% , Λευκά 1100 , Π = 8% , Λ= 37%

ΒΛ = 5 , AMT < 10.000: Ουρία – Κρεατίνη 73/1,1,

Ουρικό 6,2, Τρανσαμινάσες 36-23 , Λευκώμ. – Λευκώμ. =

4,9/2,3, χολευσρ. = 1,50.

Έχει πάρει 2 φορές ADL – ONCORIN ανά 15ήμερο και συνεχή χορήγηση MEDROL. Πέρασε προ 15ημέρου απο φάση απλασίας για την οποία και νοσηλεύτηκε στην κλινική.

Άλλα προβλήματα : - Σακχαρώδης διαβήτης

- Περιεδρικό απόστημα χειρουργηθέν 6/85
- Ετερόζυγη β- Μεσογ. Αναιμία
- Ψυχρός όζος δ. λοβού θυροειδούς αδ.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑΤΑ :

1° 12/1/93

2° 4/2/94

3° 11/2/96

4° 4/11/96

5° 28/2/97. Αναρρόφηση δυσχερής . Κυτταροβρίθεια αυξημένη.
Ερυθρά σειρά ~ 8% με τις γνωστές μικρού βαθμού διαταραχές της
ετερόζυγης αιμοσφαιρινοπάθειας.
Κοκκιώδης σειρά ~ 5% με φυσιολογική ωρίμανση και κοκκίωση.
Μεγακαρυκύτταρα υπάρχουν αρκετά.

Υπάρχει υψηλού βαθμού διήθηση του μυελού απο βλαστικά κύτταρα
μικρού μεγέθους με λίγο πρωτόπλασμα και πυρήνα με 1-3 πυρήνια.

Σε ελάχιστα κύτταρα υπάρχουν κενοτόπια. Ποσοστό διήθησης ~85%.

Μικρή αύξηση μαστοκυττάρων.

Fe = Εξωκυττάριος αρκετός (++) . Παθολογική αύξηση του
ενδοκυττάριου.

Αρκετού παθολογικοί σιδηροβλάστες . Μερικοί δακτυλαιοειδείς.

Συμπέρασμα : Υποτροπή Ο.Λ.

E.N.Y

17/4/94 : Πολυμορφοπύρηννα : Ελάχιστα

Ερυθροκύτταρα :

Μη φυσιολογικά κύτταρα : όχι

Άτυπα κύτταρα : όχι

Σχόλιο : Αρνητικό για κακοήθεια

11/12/96 : Ελάχιστα κύτταρα εκ των μηνίγγων.

Λεμφοκυτταρικά στοιχεία δεν ανευρέθησαν.

26/1/97 : Ελάχιστα κυτταρικά στοιχεία.

Σχόλιο : Αρνητικό για λεμφικά κύτταρα.

ΗΓΚ : Διάγραμμα στα φυσιολογικά όρια.

ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

24/2/97: Οστών : Σπινθηρογράφημα στα όρια του φυσιολογικού.

18/3/97: Ήπατος – Σπλήνος :

Το ήπαρ απεικονίζεται με μετριού βαθμού αυξημένες διαστάσεις και με κανονικό σχήμα , βρίσκεται δε , σε φυσιολογική θέση .

Η πρόσληψη του ραδιενεργού κολλοειδούς απο το ΔΕΣ του ήπατος είναι φυσιολογική και η κατανομή του ελαφρά ανομοιογενής.

Ο σπλήνας απεικονίζεται με πολύ αυξημένες διαστάσεις και προσλαμβάνει το ραδιεν. Κολλοειδές έντονα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ευρήματα συμβατά με την υποκείμενη νόσο.

ΗΛ/ΣΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΩΝ

4/3/96 :Λευκώματα 60,6 $\alpha_1=1,9$ $\alpha_2=9,6$ $\beta=10,5$ $\gamma=17,5$

2/2/96 :Λευκώματα 58,3 $\alpha_1=4,4$ $\alpha_2=12,5$ $\beta=11,5$ $\gamma=17,5$

12/5/97:Λευκώματα 44,3 $\alpha_1=3,5$ $\alpha_2= 10,0$ $\beta=11,9$ $\gamma=30,0$

RQ θώρακος : 27-3-88 : Ύπαρξη υγρού στον ΔΕ πλευροδιαφραγματικό χώρο και πύκνωση στην ΔΕ βάση.

A-T κοιλίας : 21-3-88 : Υπάρχει μεγάλη ποσότητα υγρού στην
Υπεζωκοτική κοιλότητα αμφώ.

Υπάρχει τριγωνική σκίαση στην δεξιά βάση που ξεκινά από τον
υπιζωκότα και συνεχεται με την σύσταχη πύλη.

Υπάρχει μεγάλη ποσότητα ασκητικού υγρού στην περιτοναϊκή
κοιλότητα.

Πορεία νόσου :

4-2-94 : Αυξημένη κυτταροβρίθεια. Όλες οι σειρές υπάρχουν και
ωριμάζουν. Συμπέρασμα, οξεία λεμφογενής λευχαιμία . Θα κάνει
χημειοθεραπεία με METHOTREXATE.

25-4-94 : Απο τη 2^η μέρα METHOTREXATE έχει πονοκέφαλο που
είναι ιδιαίτερα έντονος στην όρθια θέση.

Δεν έχει άλλα προβλήματα . Δεν έχει δυσκαμψία.

Έχει ελάχιστους τρίζοντες στην αριστερή βάση.

9-10-94: Ο ασθενής αναφέρει επιμονή της κεφαλαλγίας κυρίως του
μετωπιαίου λοβού .

14-2-95 : Καλή γενική κατάσταση . Αναφέρει μόνο ελαφρά κεφαλαλγία
κατά διαστήματα. Πνεύμονες , καρδιά , φυσιολογικά. ήπαρ , σπλήνας ,
αψηλάφητος.

Λεμφαδένες (-).

9-10-95 : Σε καλή κατάσταση . Παραπονιέται για αίσθημα βάρους
άκρων. Παραδέχεται πολουρία – πολυδιφία – σάκχαρο αίματος κος.
Έγινε θεραπεία με 2 MG ONCORIN. Συστήθηκε MEDROL , διαίτα
διαβητικού υποστήριξη με 2^ο IV LEUTE , απώλεια βάρους και
παρακολούθηση σακχάρου.

29-1-96 : Εμφανίστηκε όγκος μεγέθους 2x2 στο δεξιό αδένα
του θυμοειδούς , δεν υπάρχουν σημεία θυρεοτοξίκωσης

27-3-96 : Παραπονιέται για ριγτική νευραλγία αριστερόν

άνω άκρου.

Ο άρρωστος πάντως έχει αρκετές εκφυλιστικές αλλοιώσεις

Στην Α-Μ.Σ.Σ

22-7-96 : προ 5ημέρου ο άρρωστος παρουσίασε προκάρδιον

συσφιγκτικό άλγος και εφίδρωση. ΗΓΚ χωρίς

αλλοιώσεις.

Συστήθηκε ελάττωση καπνίσματος και παρακολούθηση.

21-10-96: Παραπονιέται για μετωπιαία κεφαλαλγία και αίσθημα ξένο

αστάθειας. RQ κρανίου φυσιολογική.

RQ ΑΜΣΣ: σπονδυλανθρίτιδα . Δόθηκε αγωγή

VERTICO – VOMEX.

12-11-96: Καλή κατάσταση , απύρετος χωρίς ενοχλήσεις

μυελό καμία ένδειξη υποτροπής νόσου.

16-12-96: Τα συμπτώματα διαβήτη εξακολουθούν.

Συνεχίζει DAONIL . Κλινικά καλά , όχι λευκά

ή σπλήνας.

27-1-97 :10ήμερη οσφυαλγία αλλά και γενικευμένα

άλγη και πυρετός όχι σταθερός έως 38⁰C

και ρίγος.

Εφιδρώσεις. Ψηλαφητοί τραχηλικοί μασχαλιαίοι και

Βουβωνικοί λεμφαδένες.

Σπλήνας (+) Μεγάλη ευαισθησία στην πίεση

6-5-97 : Βαριά γενική κατάσταση. ΑΠ = 120/80 θ=38,5⁰C

Νοσηλεία του ασθενούς Σ.Α από 4-2-94 μέχρι 2-6-97

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΚΟΠΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Εμετοί</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση ασθενούς. - Διατήρηση σταθερού ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> -Καταμέτρηση των εμετών ως προς τον χαρακτήρα. <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση σωλήνα LEVIN. A) Με σύσταση συνεχής αναρρόφισης. B) Διατήρηση της συσκευής κλειστής και καθαρής τροφής. -Μηχορήγηση τροφής ασθενούς(με εντολή ιατρού.) - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. 	<p>Παρακολούθηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ανακούφιση του ασθενούς από τους εμετούς. -Παρακολούθηση αποβαλλομένων υγρών. -Αποφυγή κακοσμίας και εστίας μολύνσεως του περιβάλλοντος . - Μείωση των εκκρίσεων. - Μετά την διακοπή της χημειοθεραπείας οι εμετοί σταματούν.
<p>Χρόνιος σακχαρώδης διαβήτης.</p>	<p>Ρύθμιση σακχάρου του αίματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Σύστηματική παρακολούθηση του σακχάρου του αίματος. 	<p>Το σάκχαρο του αίματος ρυθμίστηκε αφού ο ασθενής ενημερώθηκε και συνεργάστηκε στον έλεγχο της διατροφής του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Πολυουρία , Πολυδιψία , Αύξηση σακχάρου του αίματος.		<p>-Χορήγηση DAONYL με εντολή γιατρού.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δίαιτα διαβητικού. - Ενημέρωση του ασθενούς 	<p>Το σάκχαρο του αίματος ρυθμίστηκε αφού ο ασθενής ενημερώθηκε και συνεργάστηκε στον έλεγχο διατροφής τους .</p>
Διάρροιες	Ανακούφιση απο τα συμπτώματα.	<p>Σύσταση στον ασθενή να παίρνει αντιδιαρροικά φάρμακα και πολλά υγρά. Επίσης να αποφεύγει λιπαρές , κυτταρινούχες τροφές .</p> <p>- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς .</p>	<p>Ο ασθενής συνεργάστηκε και ρυθμίστηκε και αυτό το πρόβλημα.</p>
Τριχόπτωση	Αντιμετώπιση της τριχόπτωσης .	<p>Υπενθύμιση ότι όταν σταματήσει η χημειοθεραπεία και γίνει καλά ο ασθενής θα ξαναρχίσει η τριχοφυΐα.</p>	<p>- Οσθενής εξακολουθεί να στεναχωρείται όσο χάνει και άλλα μαλλιά αλλά την ώρα του επισκεπτηρίου φοράει με δική του θέληση την περούκα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>- Ο ασθενής παραπονιέται για βάρος στα κάτω άκρα και οίδημα.</p>	<p>Περιορισμός του οιδήματος.</p>	<p>- Παρότρυνση για την χρήση κασκέτου ακόμα και περούκας. - Σύσταση στον ασθενή να χρησιμοποιεί κάσκα φύξεως 20 λεπτά μετά τη θεραπεία.</p>	<p>Με την εφαρμογή της κάσκας εμποδίζεται το χημειοθεραπευτικό φάρμακο να ανέβει στο τριχωτό της κεφαλής .</p>
<p>- Ο ασθενής παραπονιέται για βάρος στα κάτω άκρα και οίδημα.</p>	<p>Περιορισμός του οιδήματος.</p>	<p>Περιορισμός Na cl. Χορήγηση διουρητικών με ιατρική σύσταση. Προσεκτική περιποίηση του δέρματος. Αλλαγή θέσης του ασθενούς Καθημερινό ζύγισμα του ασθενούς . Εφαρμογή παθητικών κινήσεων στα κάτω άκρα για ενίσχυση της κυκλοφορίας.</p>	<p>Το οίδημα περιορίστηκε σε διάστημα δύο εβδομάδων.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
		<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση της ταχύτητας ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια. Αποφυγή ενέσεως φαρμάκων σε οίδηματώδεις ιστούς. 	

Έντονο καθολικό οίδημα .Μετά επιδείνωσης μεταφέρθηκε σπίτι του.

1-6-97 : Θάνατος .

ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Η ασθενής Σ.Χ , ετών 57 , εισάγεται στο Νοσοκομείο «ΡΙΟ» στις 30-9-92.

Νοσηλεία : 30-9-92 ως 24-7-96 με διαστήματα εξόδου.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Συμπτωματολογία πυρετίου επιδρώσεων, αδυναμίας και απώλειας βάρους για 2μηνο περίπου , μη υποχωρούντα με ανάπαυση και συνήθη φαρμακευτική αγωγή.

Σε γενομένη γενική αίματος διαπιστώθηκε μεγάλη λευκοκυττάρωση και της συστήθηκε εισαγωγή.

Άλλα προβλήματα : Κιρσοί κάτω άκρων από 7ετίας.

- Εξώμητριος κύηση → εξαρτηματεκτομή
- Διόρθωση σκολιοτικού ρινικού διαφράγματος.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Κλινικά παρουσίαζε τραχύτητα αναπνευστικού ολυθιρίσματος , κοιλία μαλακή , ήπαρ μόλις ψηλαφητό 1 CM και σπλήνα 5 CM.

Στις 30-4-95 αναφέρει πυρετική δεκατική κίνηση.

Ακρόαση πνευμόνων με στοιχεία βρογχίτιδας.

Συνταγή με SIR AMIXIL 500 MG , 1X4.

SIR MUCOTEHOL 1X3.

Στις 25-6-95 αναφέρει βήχα με απόχρεμψη. Απο 5ήμερο είναι απύρετη.

ΑΠ 120/70 MM HG Σφ. 70 MIN

SIR CHOLEDYL , TABL AMOXIL.

Στις 24-9-95 παραπονιέται για κνησμό και ακαθόριστη επιβάρυνση γενικής κατάστασης.

Κλινικά : Δροσάδες όχι εξάνθημα , λίγοι υγροί στις βάσεις άμφω.

Μικροί λεμφαδένες μασχαλιαίοι , ήπαρ και σπλήν σε σταθερό μέγεθος .

Αγωγή με HYDREA 1,5 G + ZULORIC.

6-3-96 : Μικρή πυρετική κίνηση ιδίως το απόγευμα. Της συστήθηκε παρακολούθηση του πυρετού.

18-5-96 : Απο εβδομάδες πυρετός που φθάνει ως 38,5⁰C . Κακουχία, RQ θώρακος χωρίς πύκνωση.

Αγωγή με MOXACEF και CHOLEDIL.

10-7-96 : Πολύ καλή κατάσταση , πυρετός , γενικά συμπτώματα , βλαστική εκτροπή.

13-7-96 : Πολύ καλή κατάσταση . Δεν υπάρχουν σημεία εστιακής λοίμωξης. Σπλήνας στα 2-3 CM . Έχει έντονη ζάλη , αδιαθεσία .

Εισάγεται στο Νοσοκομείο .

Έναρξη θεραπείας με MYLERAN 8 MG/D , ZYLORIC. Διακοπή HYDREA.

18-7-96 : Πολύ καλή κατάσταση , γενικευμένα άλγη , πυρετός , δύσπνοια.

Έγινε MANTOUX. Συνεχής παύση ΗΤ 28%.

Η άρρωστη αρνείται μετάγγιση λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων.

24-7-96 : Η άρρωστη επιβαρύνθηκε περαιτέρω , έκανε υπερπυρεξία θ 40,9⁰C και σηπτικό SHOCK με ΑΠ 60/ΜΜ ΗG.

Δεν ανταποκρίθηκε στην χορήγηση COLU- MEDROL και απεβίωσε.

Εργαστηριακά ευρήματα :

Αναφέρονται ενδεικτικά :

Στις 30-5-95 : Αιμ/της 27% , Λευκά : 132.000. Αιμοπετάλια : κ.φ.

Στις 10-6-96 : Αιμ/της 32% , Λευκά : 23.400 , Αιμοπετάλια 120.000

Στις 8-7-96 : Αιμ/της 34% , Λευκά : 824.000 , Αιμοπετάλια 200.000.

Στις 17-7-96 : Αιμ/της 30% , Λευκά 120.000 , Αιμοπετάλια 120.000

Στις 20-7-96 : Αιμ/της 28% , Λευκά 109.600 , Αιμοπετάλια 150.000

Την ημέρα απεβίωσης 22-7-96 , Αιμ/της 27% , Λευκά 190.000,
Αιμοπετάλια 80.000.

Βιοψία μυελού οστών στις 26-5-96.

Παθολογοανατομική Διάγνωση

Μικρότατο τεμάχιο μυελού των οστών εμφανίζουν διάχυτη και ικανού βαθμού αύξηση του ινώδους υποστρώματος.

Παρατηρούνται άφθονα κύτταρα κοκκιώδους σειράς , τόσο ώριμες όσο και νησίδες βλαστών .

Νοσηλεία του ασθενούς Σ.Χ 30-9-92 έως 24-7-96

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Πυρετός	Ανακούφιση απο τον πυρετό	<p>Χορηγούνται στον άρρωστο άφθονα και δροσερά υγρά για την μείωση της θερμοκρασίας του σώματος με την διούρηση.</p> <p>Εφαρμόζεται υποθερμικό στρώμα. Η θερμότητα αποβάλλεται με την αγωγιμότητα.</p> <p>Χορηγούνται αντιπυρετικά φάρμακα που όρισε ο γιατρός και παρακολουθεί τη δράση τους.</p> <p>Εφαρμόζεται στον άρρωστο δημοιρό λουτρό σε μισανέμη.</p> <p>Μέτρηση και καταγραφή θερμοκρασίας του σώματος στα προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα.</p>	<p>Παρά τις προσπάθειες που έγιναν ο πυρετός εξακολούθησε.</p>

<p>Μετά απο εξετάσεις αίματος φαίνεται ότι η ασθενής έχει αναιμία που πρέπει να αντιμετωπισθεί αφού ο αιματοκρίτης είναι αρκετά χαμηλός .</p>	<p>- Αντιμετώπιση της αναιμιας.</p>	<p>Η ασθενής δεν δεχόταν μετάγγιση αίματος λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων.</p>	<p>Παρά τις προσπάθειες να πειστεί η άρρωστη ότι η μετάγγιση αίματος έχει μεγάλη σημασία για την ζωή της , αρνήθηκε την μετάγγιση.</p>
<p>Δερματίδα</p>	<p>- Αντιμετώπιση της δερματίτιδας .</p>	<p>Ενημέρωση του γιατρού. Περιποίηση τής πάσχουσας περιοχής με αντιμικροβιακή αλοιφή. Συχνή καθαριότητα και περιποίηση του δέρματος.</p>	<p>- Η δερματίδα μετά από κάποιο διάστημα υποχώρησε.</p>

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ : 25-5-96.

Μυελός κυττατοβρυθέστατος με εξαφάνιση του ενδομυελικού λίπους .

Το 95 –98% των εμπύρηνων αποτελούνται από κύτταρα της κοκκιώδους σειράς , η οποία εμφανίζει εντονότατη υπερπλασία με σημαντική αριστερή στροφή , με αύξηση των βλαστικών κυττάρων αλλά ωρίμανση υπάρχει.

Υπάρχει εντυπωσιακή ηωσινοφιλία σε ποσοστό 20% του συνόλου των εμπύρηνων κυττάρων.

Μεγακοφουκύτταρα βρέθηκαν ελάχιστα και ερυθροβλάστες λίγοι με σημεία δυσερυθροποίησης (ατελή διαχωρισμό πυρήνων) .

Σίδηρος μυελού : Υπάρχει , αλλά γενικά εμφανίζεται ελαττωμένος .

ΠΡΩΤΕΙΝΟΓΡΑΜΜΑ : 6-3-96.

Λευκωματίνες : 55,2%

α₁ Σφαιρίνες : 4,6%

α₂ Σφαιρίνες : 12,6 %

β Σφαιρίνες : 17,5%

γ σφαιρίνες : 10,1%

ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο ασθενής Κ.Λ. , ετών 71 , εισάγεται στο Νοσοκομείο ΡΙΟ στις 20-6-96.

Νοσηλεία : Από 20-6-96 μέχρι 3-9-97 με διαστήματα εξόδου.

Στις 3-9-97 με επιθυμία του ίδιου και των συγγενών διακόπτεται κάθε θεραπευτική παρέμβαση και παραλαμβάνεται στο σπίτι του.

Πορεία νόσου : 20-6-96.

Υποκειμενικά : Αναφέρει αυχεναλγία αριστερά

Καύσο γαστρικό , απύρετος .

Αντικειμενικά : ΑΠ 120/80

Πνεύμονες : Μουσικοί ήχοι αμφώ.

Καρδιά : S₁, S₂ ευκρινείς. Φύσημα όχι.

Κοιλία : Ήπαρ ψηλαφητό 2-3 CM. Σπλήνας

Αψηλάφητος.

Λεμφαδένες : 4-5 τραχηλικοί αριστερά.

6-10-96 : Αναφέρει απογευματινό πυρετό με φρίκια κατάβολή , μικρή ανορεξία όχι απώλειες βάρους . Έχει μικρό ελάχιστα παραγωγικό βήχα και δύσπνοια προσπάθειας.

Αντικειμ. : Υγροί στην δ. βάση. Ήπαρ – σπλήν – λεμφαδένες – στα αυτά επίπεδα . Παραπονιέται για δυσφορικά ενοχλήματα. Συστήθηκε RQ θώρακος – γεν., ούρων – ουρολογική εξέταση . Αγωγή με SEPTRIN_ CHOTEDYL.

5-1-97 : Επιδείνωση γενικής κατάστασης. Ο πυρετός εξακολουθεί από 20ημέρου μέχρι 38 χωρίς συνοδεία , πλήν επιδρώσεων και καταβολής.

Αναφέρεται και διαπιστώνεται σημαντική διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων αμφώ. Στη δ. μασχάλη ψηλαφάτε αδένας 3X4 CM υπόσκληρος , επώδυνος και 2-3 μικρότερος 1,5X1, 5CM.

Ομοίως δεξιά . Στον τράχηλο 3-4 1X1, 5 CM ελαφρά επώδυνοι.

Μικρά βουβωνικοί , ήπαρ , μόλις ψηλαφητός , σπλήν αψηλάφητος , πνεύμονες καθαροί. Θα αλλαχθεί το σχήμα . Στο αίμα 17% ΠΑΚ βλαστ. ΟΔΗΓΙΕΣ : Ένδειξη για μυελό και βιοψία. Διήθηση 90%. Άρχισε COP.

26-1-97 : Ο πυρετός εξακολουθεί χωρίς συγκεκριμένο μοτίβο , έχει αραιές επιδρώσεις και καταβολή δυνάμεων , όχι απώλεια βάρους.

Λεμφαδένες πρακτικά στο ίδιο μέγεθος με πρίν. Ο μεγαλύτερος 3X4 CM, στη δ. μασχάλη δύο 2 X 2,5 CM, 1-2 μικρότεροι.

Βουβωνικοί 2-3, 1X1,5 CM, Ήπαρ σπλην αψηλάφητοι.

Τραχηλικοί 3-4 εκατέρωθεν 1X1,5 CM ελαφρά επώδυνοι.

Θα κάνει δεύτερο COP.

16/2/97 : ο πυρετός εξακολουθεί μέχρι 38-38,5 ° C χωρίς ρίγος με λίγες εφιδρώσεις.

Δεν υπάρχουν σημεία λοίμωξης .

Σαφής υποχώρηση του μεγέθους των λεμφαδένων. Στην αρ. μασχάλη ο μεγαλύτερος 2X2,5 CM και 2-3 μικρότεροι. Στον τράχηλο άμφω 3-4 1X1 CM. Μικροί βουβωνικοί, ήπαρ μόλις ψηλαφητό, σπλήν αψηλάφητος. Υποχώρηση του αριθμού των λευκών. Θα κάνει τρίτο COP.

ΟΔΗΓΙΕΣ: 26-2-97 : Σημεία γαστρίτιδος – αγωγή με ZANTAC ALUCHOX.

30-4-97 : Και νέα εισαγωγή λόγω επανεμφάνισης υψηλού πυρετού μέχρι 39, χωρίς σημεία εστιακής λοίμωξης. Παρουσία σε επώδυνη διόγκωση λεμφαδένων αρ. μασχάλης. Εκεί υπάρχει ένας αδένας 3-4 CM.

Δεν υπήρχαν τοπικοί λόγοι που να δικαιολογούν φλεγμονώδες αίτιο. Στην ψηλάφηση άλγουν λίγο λιτραχηλικοί λεμφαδένες, πιθανώς λόγω διάτασης της κάψας. Η διερεύνηση του εμπύρετου ήταν αρνητική για λοίμωξη.

Πιθανολογείται εκτροπή της νόσου.

ΠΛΑΝΟ : Βιοψία μασχαλιαίου αδένος ή σταδιοποίηση

SCAN ήπατος.

CT κοιλίας – αστικός έλεγχος

U/S κοιλίας.

Παρέμεινε νοσηλευόμενος μέχρι 10/4 οπότε έγινε η βιοψία . Εξήλθε απύρετος συνεχίζει αντί TB αγωγή . Οι καλλιέργειες ήταν στείρες . Πήρε αρχική σχήμα MANDOKEF SOLUCTAN χωρίς να ανταποκριθεί και ο πυρετός έπεσε με 4ήμερη αγωγή AZACTAM.

Στην CI κοιλίας αλλά και στους U/S διαπιστώνεται η ύπαρξη μεγάλων λεμφακδένων παραορτικών , ενώ το SCAH απεικονίζει διάγωση και μεγάλη ανομοιογένεια ήπατος - σπλήνος.

15-4-97 : Έγινε βιοψία που έδειξε διάχυτο καλώς διαφοροποιημένο λέμφωμα με αυξημένο αριθμό μιτώσεων . Στο μεταξύ το μετεγχειρητικό τραύμα διαπυήθηκε , έκανε υψηλό πυρετό και παίρνει ήδη τριπλό αντιβιοτικό σχήμα.

16-4-97 : Απο το παθολογοανατομικό με λεπτομερέστερη εξέταση του αδένος βρέθηκαν άφθονα κύτταρα hodkin και ωρισμένα κύτταρα STERNBERG . Τέθηκε η διάγνωση HODKIN λεμφοκυτταρική επικράτηση.

Η διάγνωση αυτή είναι περισσότερο αποδεκτή και ταιριάζει με την κλινική πορεία του αρρώστου , ο οποίος ουδέποτε είχε λεμφοκυττάρωση, τα λεμφοκύτταρα στο αίμα δεν ήταν εκείνα της Χ.Λ.Α. δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία με LOURECAN και MEDROL και παρουσιάζει κυματοειδή πυρετό χωρίς να ανευρίσκεται ποτέ εστία λοίμωξης.

16-4-97 : Ήδη έχει αρχίσει από 3μήνου αντί TBC χωρίς ανταπόκριση στον πυρετό.

Με τα δεδομένα αυτά και της πρόσφατης CT κοιλίας θα πρέπει να θεωρηθεί στάδιο IV .

Θα αρχίσει Μ.Ο.Ρ.Ρ σήμερα την 1^η φάση και θα επανέλθει 23/4 για την 2^η.

23/4 : Λευκά 23.000 , Π 2% . Δεν έγινε CARYOLISINE μόνο 0,5 MG ONCORIN. Διακοπή natulan.

30-4-97 : Ο άρρωστος πυρρέσει μέχρι 39,6 ° C χωρίς ρίγος.

Εστία λοίμωξης δεν ανευρίσκεται. Διαπιστούται σαφής διάγνωση των οπισθίων ή άνω τραχηλικών λεμφαδένων. Σε κάθε τραχηλική περιοχή ψηλαφώνται 7-8 ελαφρά επώδυνοι τεταμένοι κινητικοί ελαστικοί λεμφαδένες μεγέθους 1x1, 5 CM. Μεγαλύτεροι ψηλαφώνται στις μασχάλες και τις βουβωνικές χώρες. Αιματολογικά υπάρχει απόλυτη λεμφοκυττάρωση με αυξημένο αριθμό προλεμφοκυττάρων.

3-7-97 : Δυσανεξία στο MOPP. Υπάρχουν λόγοι αμφισβήτησης της διάγνωσης της νόσου hodkin. Ο άρρωστος παρουσιάζει από 10 ημέρου διάρροιες και κοιλιακά άλγη , ενώ ο πυρετός εξακολουθεί να εμφανίζεται. Παίρνει αγωγή φευδιμεμβρανώδους κολίτιδος και αντι TNC. Έγινε μυελόγραμμα με διήθηση > 90% από λεμφοκύτταρα και σχεδόν πλήρη έλλειψη κοκκιδώδους σειράς.

Θα εφαρμοσθεί επιθετική θεραπεία με CHOP επί ανθεκτικού λεμφώματος , θα κάνει σήμερα 1° σχήμα

Αμέσως με την ολοκλήρωση του CHOP ο πυρετός υποτροποίασε . Μια αιματοκαλλιέργεια θετικοποιήθηκε για GTO-MM- βακτηρίδια. Επανάρχισε αντι TBC αγωγή που που είχε διακοπή επί 5ημέρου λόγω αυξήσεων WCT .

Η κατάσταση του είναι βαριά. Είναι ανόρεκτος , έχει χάσει πολύ σωματικό βάρος.

Οι λεμφαδένες του σε ακμή , ελαφρά επώδυνη . Μεγάλη ουδετεροπενία αλλά και των ΠΛΚ .

Επίμονες και ανθεκτικές υποκαλιαιμίες.

Σκέψεις για εφαρμογή αμοτερικίνης.

30-7-97 : Πήρε για μερικές ημέρες FUNGIZONE αλλά διεκόπη η θεραπεία αργότερα λόγω έλλειψης του φαρμάκου. Στο μεταξύ από 10ημέρου ο άρρωστος έχει σταθερά > 1.500 ΠΜΝ / ΜΜ³ και ελάχιστα ΠΛ . Οι λεμφαδένες του φάνηκε να μικραίνουν , θεωρήθηκε ανταπόκριση στη θεραπεία και στις 26-7-97 έκανε το 2^ο CHOP.

Προβλήματα από εξωαγγειακή έκχυση χημειοθεραπείας.

Ο άρρωστος τις πρώτες ημέρες μετά το σχήμα εμφανίζει προσωρινά ανταπόκριση αλλά σύντομα έρχεται νέα επιδείνωση.

Σκέψεις για εφαρμογή καθημερινής χημειοθεραπείας.

10-8-97 : Επηρεασμένη γενική κατάσταση , αλλά απύρετος .

Απο 6-8 άρχισε καθημερινή αγωγή με TABL ENDOXAN 100 MG.

Θα εξέλθει σήμερα με RIMACTACID και SEPTRIN.

18-8-97 : Εισαγωγή στην Π.Π ο άρρωστος σε βαριά κατάσταση με υψηλό πυρετό , εμμετούς . Η κοιλιά επώδυνη. Αρχίζει διπλό σχήμα . Διακοπή αντί – TB αγωγής.

24-8-97 : Σε βαριά κατάσταση απο 5ημέρου με διάρροιες , εμμετούς , ανορεξία . Η κοιλιά διαχύτως επώδυνη με (+) REBOYND.

Έγιναν U/S χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στην RQ - κοιλίας αέρας στο λεπτό και υδραερικά επίπεδα. Από χθές με κλινική διάγνωση ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα , διεκόπησαν τα αντιβιοτικά και άρχισε FIBRANTYL.

Ο άρρωστος έχει βαρειές υποκαλιαιμίες είναι κατίσχος και έχει αναπτύξει υποματωαιμικά οιδήματα.

Δεν σιτίζεται . Πυρετός εξακολουθεί.

3-9-97 : Με επιθυμία των συγγενών και του ίδιου διακόπτεται κάθε θεραπευτική παρέμβαση και ο άρρωστος παραλαμβάνεται στο σπίτι του.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ : Ενδεικτικά αναφέρονται :

21-1-97 : Αιμ/της 38% , Λευκά 12.400 , Π+Ρ 11 χ 71 , ΑΜΤ κ.φ

9-4-97 : Αιμ/της 35% , Λευκά 860 , Π+Ρ 2 , Λ 46 , Μ 8 ΑΜΤ κφ

ΤΚΕ Αλκ. Φωσφ. 55 , σακχ. 100

GOT → 62 CDT 123

9-6-97 : Αιμ/της 31% , Αιμ/νη 10,1 G% , Λευκά 13.100 ,

Π=23 , Λ= 67 , Μ=2 , ΑΜΤ κφ.

23-7-97: Αιμ/της 27% , Αιμ/νη 9,2 G % , Λευκά 3.000 , Π=43

Λ=92 , Μ=2 ΑΜΤ κφ GOT=26 , GDT=24.

3-9-97 : Αι/της 33% , Αιμ/νη 10,5 G% , Λευκά 4.500 , Π=6 , Λ=92 ,

Μ=2 ΑΜΤ κφ ΤΚΕ-34 , Αλκ. Φωσφ. =46 , Λευκωμ. 3,9-2,1

Χολερυθρ. 0,83 , Σακχ. 83.

Ηλ. Λευκωμάτων.

27-5-97 : Λευκωματίνες 55,2 $\alpha_1=5$ $\alpha_2=12,9$ $\beta=14,6$ $\gamma=12,3$

17-8-97 : Λευκωματίνες 53,2 $\alpha_1=5,5$ $\alpha_2=12,7$ $\beta=13,8$ $\gamma=14,7$

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

30-3-97 : Παρατηρείται εκσεσημασμένη διόγκωση των μασχαλιαίων και υπερκλειδίων λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα ιδιαίτερα αριστερά .

Τα πνευμονικά πεδία απεικονίζονται εντός φυσιολογικού . Σαφής ένδειξη χωροκατακτητικής ή άλλης παθολογικής επεξεργασίας στην περιοχή του μέσο πνευμονίου δεν παρατηρείται.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ

Χορηγήθηκε απο του στόματος σκιαγραφικό μέσο. Παρατηρείται διόγκωση των παραορτικών λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα η οποία αρχίζει περίπου απο το ύψος του και εκτείνεται μέχρι και του διχασμού της αορτής. Σημειώνεται επιπροσθετα διόγκωση των μεσεντερίων λεμφαδένων αμέσως κάτωθεν της κεφαλής του παγκρέατος.

Υφίσταται επίσης διόγκωση των κοινών και έξω λαγονίων λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα.

Ο σπλην , το πάγκρεας , το ήπαρ και οι νεφροί απεικονίζονται εντός του φυσιολογικού.

Δεν υφίσταται καμμία ένδειξη συλλογής υγρού εντός της κοιλίας.

Ο υπόλοιπος έλεγχος της άνω και κατω κοιλιάς αποβαίνει αρνητικός για παθολογικά ευρήματα .

Βιοψία μυελού :

3-7-97 : Μυελός των οστών διάχυτος διηθημένος απο μικρά λεμφοειδή κύτταρα . Σημειώνεται η αύξηση του αριθμού των ηωσινοφίλων κυττάρων και του ινώδους στρώματος .

Η απουσία REED STERNBERG κυττάρων , καθώς και η μονομορφία του κυτταρικού

διηθήματος προσανατολίζει προς την διάγνωση της διηθήσεως του μυελού από χρόνια λεμφογενή λευχαιμία παρά από νόσο HODGKIN.

10-4-97 : Νόσος HODGKIN του τύπου της λεμφοκυτταρικής περιοχής.

12-1-97 : Ισοτεμάχιο μυελού των οστών εμφανίζουν διάχυτη διήθηση απο μικρά λεμφοκύτταρα , εικόνα απολύτως συμβατή με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία.

Νοσηλεία του Ασθενούς Κ. Λ από 20-6-96 μέχρι 30-9-97

ΠΡΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΡΟΝΤΙΑΣ
Παργωγικός βήχας με βλεννώδεις αποχρέμψεις,	Ανακούφιση του ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση της συχνότητας, διάρκειας και τύπου του βήχα. - Εκτίμηση της ποιότητας, ποσότητας και οσμής της απόχρεμψης. - Προετοιμασία του ασθενούς για RQ θώρακος. 	Κατά διαστήματα εξάρσεις και υφέσεις του βήχα.
Γαστρορραγία από χρόνια που σαν αποτέλεσμα είχε μελανές κενώσεις.	Άμεση αντιμετώπιση	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή κάθε παράγοντα που ερεθίζει το στομάχι. - Παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι. Όλες του οι φυσικές ανάγκες ικανοποιούνται απο την αδελφή. - Παρακολούθηση των κενώσεων του αρρώστου για παρουσία αίματος. 	Τα συμπτώματα υποχώρησαν χωρίς να χρειαστεί μετάγγιση αίματος.

<p>Διατύηση μετεγχειρητικού τραύματος, αύξηση του πυρετού.</p>	<p>-Περιορισμός της μόλυνσης. - Ανάγκη για τήρηση πολύ καθαρού περιβάλλοντος.</p>	<p>-Επιμελημένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. -Περιορισμένη λήψη υγρών και τροφής απο το στόμα.</p> <p>-Αντιμετώπιση του πυρετού. Με σύσταση γιατρού χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. - Σχολαστική καθαριότητα τόσο του ασθενούς όσο και των χεριών της νοσηλεύτριας.</p>	<p>- Το διαπύημα υποχώρηση σε διάστημα 7 ημερών. - Η σχολαστική καθαριότητα εξακολουθήσε να εφαρμόζεται.</p>
<p>Εξωαγγειακή έκχυση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου</p>	<p>Υποχώρηση της τοπικής νέκρωσης. Ανακούφιση από το άλγος.</p>	<p>- Με σύσταση γιατρού ο άρρωστος καλύφθηκε με FUCIDIN τοπικά και συστηματικά. - Επαιλεψή τοπικά με FUCIDIN. - Περιποίηση της πάσχουσας περιοχής με τήρηση όρων ασηψίας – αντισηψίας.</p>	<p>Επούλωση σε 20 ημέρες. Υποχώρησε το άλγος.</p>
<p>Βαρεία υποκαλιαιμία</p>	<p>Αποκατάσταση του ισοζυγίου των</p>		

Βαρεία υποκαλιαιμία	Αποκατάσταση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.		
			Λόγω πολύ βαρείας κατάστασης, απίσχασης, ο άρρωστος μεταφέρθηκε σπίτι του από τους συγγενείς του όπου και απεβίωσε.

Rδ θώρακος : Αύξηση ορίων καρδιάς . Προβολή τόξου ανιούσας αορτής.

ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ : 3-7-97

Αναρρόφηση λίγο δυσχερής. Υλικό λίγο , πηγμένο κατά τόπου , Ενδομυελικό λίπος δεν φαίνεται. Διήθηση από λεμφοκύτταρα σε ποσοστό > 90% με λίγο πρωτόπλασμα και αποχρωματικό πυρήνα με 1 πυρήνιο .

Οι φυσιολογικές αιμοποιητικές σειρές υπολείπονται σε αναλογία , η κοκκιώδης σειρά είναι ανύπαρκτη.

Μεγαλοκύτταρα δεν βρέθηκαν , ούτε στοιχεία ύποπτα για νόσο HODGKIN .

Σίδηρος μυελού : Δεν μπορεί να εκτιμηθεί εξωκυττάριος , ενδοκυττάριος , πάντως δεν υπάρχει.

ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο ασθενής Κ.Ι. , ετών 74 , εισάγεται στο Νοσοκομείο ΡΙΟ.

Νοσηλεία : 23-12-96.

Αιτία εισόδου : Πυρετός –Καταβολή

Εμφάνιση υψηλού πυρετού έως 39⁰C με ρίγος και σωματική κακουχία και καταβολή . Θεωρήθηκε κοινό εμπύρετο και θεραπεύτηκε με κοινή αντιβίωση . Ο πυρετός όμως επανεμφανίστηκε. Στη γενική αίματος βρέθηκαν 75.000 λευκά με 85% βλαστικά και 22.000 αιμοπετάλια. Με υποψία οξείας λευχαιμίας ο άρρωστος παραπέμφθηκε για διεύρυνση και θεραπεία στο Νοσοκομείο Πατρών « Άγιος Ανδρέας .»

Να σημειωθεί ότι ανέφερε μικρή καταβολή λίγες ημέρες νωρίτερα χωρίς να εμφανίσει αιμορραγικές εκδηλώσεις από το δέρμα ή αλλού . Δεν αναφέρει οστικά άλγη , ανορεξία ή απώλειας βάρους.

Νοσηλεία: 12-1-97 έως 15-7-97 όπου απεβίωσε με διαστήματα εξόδου.

12-1-97: Εμφάνιση πυρετού έως 39⁰ C χωρίς ρίγος και επιδείνωση γενικής κατάστασης. Παραπονιέται για ήπια διουρητικά ενοχλήματα .

Στον θώρακα επίσης ακροώνται υγροί ρόγχοι στην αρ. βάση .

Απόχρεμψη δεν έχει, μόνο λίγο βήχα ξερό.

Δεν δυσπνοεί. Στην RQ θώρακος ασαφοποιείται η αρ . βάση.

Ολοκλήρωσε σήμερα το TAD. Εμφάνιση πετεχαιωδούς εξανθήματος στα άκρα . Μείζονες αιμορραγίες δεν υπάρχουν . Πάρθηκαν καλλιέργειες . Θα αρχίσει διπλό σχήμα.

14-1-97 : Ο πυρετός εξακολουθεί μέχρι 39⁰C με μονήρη πυρετικά κύματα. Η εικόνα δεν είναι σαφής λοίμωξη αναπνευστικού. Η περιπρωκτική περιοχή ελεύθερη.

Καλύπτεται με περιέργο σχήμα CIPROXIN DICLOCIL.

15-1-97 : Ενισχύεται η εντύπωση λοίμωξης αναπνευστικού.

Κορύφωση τοξικότητας. Εξακολουθεί ο πυρετός.

17-1-97 : Κάποια βελτίωση κλινική αλλά το ίδιο κυτταροπενικός .

Γενικευμένο αιμορραγικό εξάνθημα χωρίς μείζονες αιμορραγίες.

Απο τον θώρακα , αναπν. Ψιθύρισμα δεξιά . Θα κάνει νέα RQ θώρακος σήμερα . Κάμψη του πυρετού .

Υποστηρικτικά μέσα ακόμη MYCOSTATIN , ZYROLIC HEXOBEN , περιπρωκτικές πλύσεις.

29-3-97 : Πολύ καλή κατάσταση. Μοναδικό ενόχλημα η μικρή δυσκαμψία δ- άνω άκρου χωρίς άλγος ή σημεία φλεγμονής.

Κατά τα λοιπά είναι απύρετος , έχει όρεξη , αισθάνεται καλά.

Αντικ. Λ.Π 140 ήπαρ μόλις ψηλαφητό. Σπλήν , λεμφαδένες αψηλάφητοι, θώραξ καθαρός, κοιλία μαλακή ανώδυνη .

23-6-97 Προσέρχεται σε κακή κατάσταση. Από χθές πυρετός έως 38,3⁰

με φρίκια και επώδυνη διόγκωση αρ. γαστροκνημίας.

Εκεί υπάρχει στίλβουσα ερυθρότητα διάχυτη , το δέρμα είναι τεταμένο και ο μυς σκληρός και επώδυνος . Η εικόνα είναι συμβατή με οξεία εν τη βάσει θρομβοφλεβίτιδα. Αιμορραγικές εκδηλώσεις δεν υπάρχουν.

Ήπαρ : 1CM . Σπλήν ±

Εισαγωγή στην κλινική για χημειοθεραπευτικό σχήμα και αντιπηκτική αγωγή.

12-7-97 : Ο ασθενής βρίσκεται στην ίδια βαριά κατάσταση τρίζοντες άμφω ιδίως δεξιά . Απο α/α θωρακοσκίαση άμφω.

Μέγιστη : 37,4 °c . Αναφέρει μέλαινα κένωση . Ο ασθενής παραπονιέται για δύσπνοια , παρουσιάζει ορθόπνοια ΑΠ=125-70 MMG σφ 120 MIN.

ΑΓΩΓΗ : NORMAL , CLYCOSE , KCL

ZYLORIC CIPHOXIN (2x3) BICLOCIL (4x4)

MYCOSTATIN ,στοματικές πλύσεις .

15-7-97 : Ο ασθενής φαίνεται εξασθενημένος. Μέγιστη θερμοκρασία 38,5°c

Ο άρρωστος την ίδια μέρα απεβίωσε.

Εργαστηριακά ευρήματα :

Αναφέρονται ενδεικτικά :

12-1-97 : Αιμ/της 38,4 % , Αιμ/νη 12,4 % , Λευκά 40.500

Αιμοπετάλια 23.000

16-1-97 : Αιμ/της 24,1% , Αιμ/νη 8,2% , Λευκά 3.100 ,

Αιμοπετάλια 4.000

26-1-97: Αιμ/της 37,1% , Αιμ/νη 12,7% , Λευκά 600 ,

Αιμοπετάλια 27.000

23-6-97: Αιμ/της 24% , Λευκά 180.000 ,
Αιμοπετάλια 60.000.

6-7-97 : Αιμ/της 26,7 % , Αιμ/νη 8,8 % , Λευκά 200 ,
Αιμοπετάλια 3.000

12-7-97: Αιμ/της 39,3% , Αιμ/νη 12,1 % , Λευκά 15.200 ,
Αιμοπετάλια 12.000

14-7-97: Αιμ/της 41,7% , Αιμ/νη 13,9 % , Λευκά 10.400 ,
Αιμοπετάλια 22.000

15-7-97: Θάνατος.

Βιοψία δέματος δεξιού πλαγίου θωρακικού τοιχώματος

17-5-97.

Παθολογοανατομική διάγνωση : Ιστοτεμάχιο δέρματος εμφανίζουν
δήθηση του χορίου απο λευχαιμικά κύτταρα.

Μυελόγραμμα : 6-1-97.

Αναρρόφηση εύκολη , υλικό με αυξημένη κυτταροβρίθεια και
εξαφάνιση του λίπους. Ερυθρά σειρά σχεδόν ανύπαρκτη < 3% , με λίγα
στοιχεία κακής αιμοσφαιρινοποίησης ή διαταραχές ωρίμανσης ή του
πυρήνα . Ολοκληρωτική κατάληψη του μυελού > 95% απο βλαστικά
κύτταρα. Μεγακαρυοκύτταρα ελάχιστα.

Σίδηρος εξωκυττάριος δεν υπάρχει , ενδοκύτταριος δεν μπορεί να
εκτιμηθεί ελλείψει ερυθροβλαστών.

Μυελόγραμμα : 29-3-97

Αναρρόφηση εύκολη . Υλικό με φυσιολογική κυτταροβρίθεια.
Ερυθρά σειρά αναλογικά καλή με στοιχεία μεγαλοβλαστοειδούς
ωρίμανσης . Μεγακαρυοκύτταρα κφ τόσο σε αναλογία όσο και σε
μορφολογία .

Μικρού βαθμού ηωσινοφιλία και πλασμακυττάρωση.

Αρκετά σιδηροφάγα φαγοκύτταρα.

Νοσηλεία του ασθενούς Κ.Ι. από 12-1-97 μέχρι 15-7-97

Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Ανορεξία , απώλεια βάρους	Αποκατάσταση της όρεξης του ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Δίνουμε τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και πρωτεΐνες. - Προσπαθούμε να δίνουμε μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. <p>Επίσης συνιστούμε να κάνει έναν περίπατο εφ' όσον μπορεί πριν από το γεύμα .</p> <p>-Προσπαθούμε τα γεύματα του να είναι ελκυστικά και θεραπευτικής αξίας.</p>	Ο ασθενής καταλαβαίνει το πρόβλημα του και προσπαθεί και μόνος του να το αντιμετωπίσει παίρνοντας μικρά και συχνά γεύματα.
Εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα.	Αντιμετώπιση των εξελκώσεων .	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά τα γεύματα πλύσεις του στόματος με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού. Η καθαριότητα πρέπει να γίνεται με μαλακή οδοντόβουρτσα ή πόρτ – 	Ικανοποιητική βελτίωση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα από τις εξελκώσεις.

		<p>κότον με βαμβάκι για την απομάκρυνση των υπολειμάτων της τροφής και των πημάτων του αίματος.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αποφεύγονται οι ερεθιστικές του βλεννογόνου τροφές, χρησιμοποιούνται μαλακές τροφές για την αποφυγή του ερεθισμού του βλεννογόνου. - Για τον περιορισμό του πόνου κατά τα γεύματα γίνεται αναισθησία του φάρυγγα με ξυλοκαΐνη. 	
<p>Εν το βάθει θρομβοφλεβίτιδα με συμπτώματα οιδήματος και πόνου.</p>	<p>Αντιμετώπιση του πόνου.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ύφεση του οιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων. - Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων , για ανακούφιση του αρρώστου , κατόπιν εντολής του γιατρού. - Απόλυτη ακινητικότητα 	<p>Τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά από κάποιο διάστημα</p>

			<p>του αίκρου για να μην μετακινήθει ο θρόμβος.</p> <p>- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με σύσταση γιατρού.</p>	
--	--	--	---	--

Σίδηρος φυσιολογικές και ο έξω και ο ενδοκυττάριος.

Συμπέρασμα : Μυελός επί οξείας μονοκυτταρικής λευχαιμίας σε πλήρη ύφεση , με εμφανή όμως βλαστικά κύτταρα στο όριο του ορισμού της ύφεσης.

Πρωτεινόγραμμα : 12-1-97

Λευκωματίνες : 45,0 % $\alpha_1\sigma\phi=8,1\%$ $\alpha_2\sigma\phi=15,6\%$ $\beta\sigma\phi=12,6\%$
 $\gamma\sigma\phi=18,7\%$

Πρωτεινόγραμμα: 10-7-97

Λευκωματίνες 58,3% $\alpha_1\sigma\phi=3,9\%$ $\alpha_2\sigma\phi=9,4\%$ $\beta\sigma\phi=11\%$ $\gamma\sigma\phi=17,4\%$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Συζήτηση επι των περιγραφομένων περιπτώσεων .

Μέσα απ' αυτή την εργασία μπορεί κανείς να δει ποσο σοβαρά είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Σ' όλα τα περιστατικά που αναφέραμε η πορεία της ασθένειας ήταν μακροχρόνια (απο 6 μήνες μέχρι 10 χρόνια) , η θεραπεία δύσκολη , η νοσηλευτική φροντίδα επίμονη , το δε αποτέλεσμα μοιραία κατάληξη .

Σε όλες τις περιπτώσεις ωστόσο ο ρόλος της νοσηλεύτριας ήταν τεράστιος . Ακόμα και όταν ο άρρωστος έφθανε σε σημείο που καμία θεραπευτική αγωγή δεν θα τον ωφελούσε και η μόνη θεραπεία που γινόταν ήταν απλώς ανακουφιστική , το καθήκον της νοσηλεύτριας δεν σταματούσε.

Η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον λευχαιμικό ασθενή με τις πολλαπλές ανάγκες δεν περιορίζεται μόνο στην εφαρμογή της θεραπείας αλλά αναφέρεται ακόμα και στην :

Τήρηση σχολαστικής καθαριότητας στο περιβάλλον του ασθενή όσο και στην ίδια σε οποιαδήποτε νοσηλευτική ενέργεια καθώς οι άρρωστοι αυτοί είναι απίρρεπείς στις λοιμώξεις που μπορούν να φέρουν μοιραίο αποτέλεσμα.

Προσφορά υποστηρικτικής βοήθειας στον άρρωστο με την ανακούφιση από τον πόνο , την ενθάρρυνση της κινητικότητας ,την παρακολούθηση για συμπτώματα αιμορραγίας.

-Πρόληψη και άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας .

-Βοήθεια του αρρώστου να συνεργαστεί να αποδεχθεί την θεραπεία και να συνεργαστεί με την ομάδα υγείας στην εφαρμογή της.

-Βοήθεια των μελών της οικογένειας του αρρώστου να ώστε να αποδεχθούν την αρρώστια και να συμβάλλουν στην υποβάσταξη του αρρώστου.

-Ικανοποίηση όχι μόνο των βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών

- αναγκών του λευχαιμικού ασθενή. -

Βέβαια οι ευθύνες της νοσηλεύτριας δεν προορίζονται στο χώρο του Νοσοκομείου.

Μια σωστή νοσηλεύτρια πρέπει να συμβάλλει στην σωστή ενημέρωση του πληθυσμού γύρω από την λευχαιμία και τα αίτια που την προκαλούν και τέλος πρέπει να είναι σωστά πληροφορημένη με ότι καινούργιο υπάρχει στην νοσηλευτική φροντίδα του λευχαιμικού ασθενή , να το αποδέχεται και να το εφαρμόζει.

Βέβαια όλα αυτά απαιτούν ένα πολύ μεγαλύτερο αριθμό αδελφών από τους ήδη υπάρχοντες , μια κάποια εξειδίκευση ίσως και οπωσδήποτε την εφαρμογή σεμιναρίων για επιμόρφωση των νοσηλευτριών.

Ας ελπίσουμε ότι οι αρμόδιοι θα καταλάβουν κάποτε την προσφορά της και θα δημιουργήσουν τα κίνητρα για μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτριών , καλύτερα ενημερωμένων που θα έχει σαν αποτέλεσμα την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΡΑΙΚΑΣ Δ « Ειδική Νοσολογία .» τόμος 2^{ος} , έκδοση 4^η , εκδόσεις
Παρισιάνος Γ . , ΑΘΗΝΑ 1975.

VIDSON S « Εσωτερική Παθολογία , γενικάί αρχαί και πρακτική
εφαρμογή « , τόμος 1^{ος} , έκδοση 9^η εκδόσεις Επιστημονική βιβλιοθήκη ,
ΑΘΗΝΑ 1969.

HARRISON R « Εσωτερικοί παθολογία .» επίτομος , έκδοση 6^η ,
εκδόσεις Παρισιάνος Γ . , ΑΘΗΝΑ 1975.

ΛΓΑΡΙΝΟΥ Α – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ « Νοσηλεύτική ,
παθολογική χειρουργική .» τόμος 2^{ος} , μέρος 2^ο , έκδοση 9^η εκδόσεις
Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων « Η Ταβιθά .» ,
ΑΘΗΝΑ 1987.

ΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α – ΠΑΝΟΥ Μ « Παθολογική , και
Χειρουργική Νοσηλευτική , Νοσηλευτικές διαδικασίες « , τόμος 1^{ος}
έκδοση 1^η , εκδόσεις ΒΗΤΑ ΑΘΗΝΑ 1985 .

ΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α- ΠΑΝΟΥ Μ .» Παθολογική και
χειρουργική Νοσηλευτική , Νοσηλευτικές διαδικασίες .» , τόμος 2^{ος} ,
μέρος 2^ο , έκδοση 1^η , εκδόσεις ΒΗΤΑ , ΑΘΗΝΑ 1985.

