ಅಕ್ಯೂಟ್ ಮೈಎಲೋಯ್ಡ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ (ಎಎಂಎಲ್)

ಪರಿವಿಡಿ

ತೀವ್ರವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ (ಎಎಂಎಲ್) ಎಂದರೇನು?

ಎಎಂಎಲ್ ನಿಂದ ಯಾರು ಪ್ರಭಾವಿತರಾಗುತ್ತಾರೆ?

ಎಎಂಎಲ್ ಗೆ ಕಾರಣವೇನು?

ಎಎಂಎಲ್ ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಯಾವುವು?

ಎಎಂಎಲ್ ಗಾಗಿ ಯಾವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ?

ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ?

ಎಎಂಎಲ್ ನ ಉಪವಿಧಗಳು ಯಾವುವು?

ಎಎಂಎಲ್ ಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಯಾವುವು?

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಯಾವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ? ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅವಕಾಶವೇನು?

ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗವು ಹಿಂತಿರುಗಿದರೆ ಏನು?

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಒಟ್ಟು ಅವಧಿ ಎಷ್ಟು? ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಭೇಟಿ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದ ಅನುಸರಣೆ ಅಗತ್ಯವಿದೆ? ತಡವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಾವುದೇ ಪರಿಣಾಮಗಳು?

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗ ಎಂದರೇನು? ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿವೆಯೇ?

- **ತೀವ್ರವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ (ಎಎಂಎಲ್) ಎಂದರೇನು?**

ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯಿಂದ ರಕ್ತದ ಪೂರ್ವಗಾಮಿ ಕೋಶಗಳು ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಕೋಶ ಅಥವಾ ಲಿಂಫಾಯಿಡ್ ಕೋಶವಾಗಬಹುದು. ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಕೋಶವು ಈ ಕೆಳಗಿನ 3 ವಿಧದ ರಕ್ತ ಕಣಗಳನ್ನು ರಚಿಸಬಹುದು: 1. ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಆಮ್ಲಜನಕ ಮತ್ತು ಇತರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸಾಗಿಸುವ ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು. 2. ಗಾಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವಿಕೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವ

ಪ್ಲೇಟ್‌ಲೆಟ್‌ಗಳು. 3. ಸೋಂಕು ಮತ್ತು ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು. ಒಂದು ಲಿಂಫಾಯಿಡ್ ಕೋಶವು ಈ ಕೆಳಗಿನ 3 ವಿಧದ ರಕ್ತ ಕಣಗಳನ್ನು ರಚಿಸಬಹುದು: 1. ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ಪ್ರತಿಕಾಯಗಳನ್ನು (ಒಂದು ರೀತಿಯ ಪ್ರೋಟೀನ್) ಮಾಡುವ ಬಿ ಜೀವಕೋಶಗಳು. 2. ಹೊಸ ಮತ್ತು ಪುನರಾವರ್ತಿತ ಸೋಂಕುಗಳ ವಿರುದ್ಧ ನೇರವಾಗಿ ಹೋರಾಡುವ ಟಿ ಕೋಶಗಳು ಮತ್ತು ಬಿ-ಲಿಂಫೋಸೈಟ್ಸ್ ಪ್ರತಿಕಾಯಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. 3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ಮತ್ತು ವೈರಸ್‌ಗಳ ಮೇಲೆ ದಾಳಿ ಮಾಡುವ ನ್ಯಾಚುರಲ್ ಕಿಲ್ಲರ್ ಕೋಶಗಳು.

ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಎಂಬುದು ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ಸೋಂಕುಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾದಲ್ಲಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕುತ್ತವೆ. ಇದರಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ವೇಗವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿದರೆ, ಅದನ್ನು ತೀವ್ರವಾದ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಪ್ರಗತಿಯಾಗುವ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾಗಳನ್ನು ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಅಥವಾ ಎಎಂಎಲ್ ನಲ್ಲಿ, ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಬ್ಲಾಸ್ಟ್ಸ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುವ ಅಸಹಜ ಅಪಕ್ವವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಕೋಶಗಳು ಮಜ್ಜೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಮಜ್ಜೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಕರ ರಕ್ತ ಕಣಗಳನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

- **ಎಎಂಎಲ್ ನಿಂದ ಯಾರು ಪ್ರಭಾವಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ?**

ಎಎಂಎಲ್ ನೊಂದಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ರೋಗಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ವಯಸ್ಸು ಸುಮಾರು 40 ವರ್ಷಗಳು ಎಂದು ಭಾರತದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ, ಇದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಕನಿಷ್ಠ 2 ದಶಕಗಳಷ್ಟು ಹಿಂದಿನದು (ಕಪೂರ್ ಆರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. ಎಎಸ್‌ಎಚ್ 2018). ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಎಎಂಎಲ್ ಹೆಚ್ಚು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಎಎಂಎಲ್ ನ ಸಂಭವನೀಯತೆಯು ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

- **ಎಎಂಎಲ್ ಗೆ ಕಾರಣವೇನು?**

ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೇನು ಎಂದು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ನಿಜವಾಗಿಯೂ ತಿಳಿದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಬೇರೆಯವರಿಂದ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ನೀವು ಅದನ್ನು ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪೋಷಕರಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ವರ್ಗಾವಣೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ (ಕೌಟುಂಬಿಕ ತೀವ್ರವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾಗಳ ಅಪರೂಪದ ರೂಪಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ). ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿನ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಕೋಶಗಳ ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಣಾಕಾರ ವಿಭಜನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಬುದ್ಧ ಕೋಶಗಳಾಗಿ ಈ ಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕೊರತೆಯು ಆನುವಂಶಿಕ

ಅಸಹಜತೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಆನುವಂಶಿಕ ಅಸಹಜತೆಗಳು ಸುಮಾರು 50-60% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಕ್ರೋಮೋಸೋಮಲ್ (ವರ್ಣತಂತುಗಳ) ಅಸಹಜತೆಗಳು ಅಥವಾ ರೂಪಾಂತರಿತ ಜೀನ್‌ಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುವ ಸಣ್ಣ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಈ ಅನೇಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಭವಿಸಬಹುದು. ಎಎಂಎಲ್ ಅನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ:

1. ಈ ಹಿಂದೆ ಮತ್ತೊಂದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಾಗಿ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಗೆ ಒಳಗಾದ ರೋಗಿಗಳು
2. ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ವೈಫಲ್ಯ ಅಥವಾ ಮೈಲೋಡಿಸ್ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್ (ಎಂಡಿಎಸ್) ಅಥವಾ ಮೈಲೋಪ್ರೊಲಿಫೆರೇಟಿವ್ ನಿಯೋಪ್ಲಾಸಂ (ಎಂಪಿಎನ್) ನಂತಹ ಆಧಾರವಾಗಿರುವ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಕಾಯಿಲೆ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳು
3. ಕಚ್ಚಾ ತೈಲ ಮತ್ತು ಗ್ಯಾಸೋಲಿನ್, ಮನೆಯ ಅಂಟುಗಳು, ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು, ತಂಬಾಕು ಹೊಗೆ, ಬಣ್ಣ ತೆಗೆಯುವ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು ಕೀಟನಾಶಕಗಳ ಅಂಶವಾಗಿರುವ ಬೆಂಜೀನ್‌ಗೆ ಒಡ್ಡಿಕೊಂಡ ಜನರು.

- **ಎಎಂಎಲ್ ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಯಾವುವು?**

ರೋಗಲಕ್ಷಣವು ರೋಗಿಯು ನೋಡುವ ಅಥವಾ ಅನುಭವಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿದೆ. ಎಎಂಎಲ್ ನಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ರಕ್ತ ಕಣಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ, ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರಬಹುದು:

1. ರಕ್ತಹೀನತೆ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆಯಾದ ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು - ಆಯಾಸ, ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ, ತಲೆತಿರುಗುವಿಕೆ, ತಲೆನೋವು
2. ಕಡಿಮೆಯಾದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು - ಜ್ವರ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಸೋಂಕುಗಳು
3. ಕಡಿಮೆಯಾದ ಪ್ಲೇಟ್‌ಲೆಟ್‌ಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು - ಸುಲಭವಾಗಿ ಗಾಯಗೊಳ್ಳುವುದು, ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಕೆಂಪು ಕಲೆಗಳು (ಪೆಟೆಕಿಯಾ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ), ಮೂಗಿನ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ವಸಡಿನ ರಕ್ತಸ್ರಾವ
4. ಎಎಂಎಲ್ ನ ಇತರ ಲಕ್ಷಣಗಳು - ಊದಿಕೊಂಡ ಒಸಡುಗಳು, ಹಸಿವಿನ ಕೊರತೆ, ತೂಕ ನಷ್ಟ, ಅಸ್ಥಿ ಅಥವಾ ಕೀಲು ನೋವು, ವಿಸ್ತರಿಸಿದ ಯಕೃತ್ತು ಅಥವಾ ಗುಲ್ಮದಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಉಬ್ಬುವಿಕೆ, ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದ ಮೇಲೆ ಗಂಟುಗಳು (ಮಜ್ಜೆಯ ಹೊರಗೆ ಎಎಂಎಲ್ ಕೋಶಗಳ ಶೇಖರಣೆಯಿಂದಾಗಿ - ಈ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು "ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಸಾರ್ಕೋಮಾ" ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ)

- **ಎಎಂಎಲ್ ಗಾಗಿ ಯಾವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ?**

ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಇತಿಹಾಸ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ:

  - ಪೆರಿಫೆರಲ್ ಸ್ಮೀಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯೊಂದಿಗೆ ರಕ್ತ ಕೋಶಗಳ ಎಣಿಕೆಗಳು

- ವಿದ್ಯುದ್ವಿಚ್ಛೇದ್ಯಗಳು, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಮತ್ತು ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾರ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ, ಫಾಸ್ಫೇಟ್, ಯೂರಿಕ್ ಆಮ್ಲ, ಲ್ಯಾಕ್ಟೇಟ್ ಡಿಹೈಡ್ರೋಜಿನೇಸ್ ಸೇರಿದಂತೆ ಚಯಾಪಚಯ ಪ್ಯಾನೆಲ್
- ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು: ಪಿಟಿ, ಎಪಿಟಿಟಿ ಮತ್ತು ಫೈಬ್ರಿನೊಜೆನ್
- ವೈರಾಲಜಿ ಸ್ಕ್ರೀನ್: ಎಚ್‌ಐವಿ, ಎಚ್‌ಬಿಎಸ್‌ಎಜಿ ಮತ್ತು ಎಚ್‌ಸಿವಿ-ವಿರೋಧಿ
- ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆ - ಎಸ್ಪಿರೇಶನ್, ಬಯಾಪ್ಸಿ, ಸೈಟೊಕೆಮಿಸ್ಟ್ರಿ, ಇಮ್ಯುನೊಫೆನೋಟೈಪಿಂಗ್, ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ಸ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು (ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ಲ್ಯಾಬ್ ಮಾಡ್ಯೂಲ್ ಅನ್ನು ನೋಡಿ - ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ವೀಡಿಯೊವನ್ನು ಸಹ ನೋಡಿ)
- ಮೆದುಳಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಶಂಕಿಸಿದರೆ ಮೆದುಳಿನ ಸಿಟಿ ಅಥವಾ ಮೆದುಳಿನಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಶಂಕಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಮೆದುಳಿನ ಎಂಆರ್‌ಐ ಮತ್ತು ಲಂಬಾರ್ ಪಂಕ್ಚರ್
- ಮಜ್ಜೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಸಾರ್ಕೋಮಾಗಳು ಅಥವಾ ಎಎಂಎಲ್ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಶಂಕಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಪಿಇಟಿ/ಸಿಟಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಮೊದಲು ಇಸಿಜಿ ಮತ್ತು ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿಯಂತಹ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ರೋಗಿಗೆ ಕಸಿಯ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್‌ಎಲ್‌ಎ ಟೈಪಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಅವರ ಒಡಹುಟ್ಟಿದವರು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದ ದಾನಿಗಳ ಹುಡುಕಾಟ.

- **ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ?**

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಲು ಬಾಹ್ಯ ರಕ್ತ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಮೂಲದ 20 ಪ್ರತಿಶತ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಕೋಶಗಳ ಗುರುತಿಸುವಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಇದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಸೈಟೊಕೆಮಿಸ್ಟ್ರಿ ಮತ್ತು ಇಮ್ಯುನೊಫೆನೋಟೈಪಿಂಗ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ 20 ಪ್ರತಿಶತಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಬ್ಲಾಸ್ಟ್ ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಸಾರ್ಕೋಮಾ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಹೊರತಾಗಿ ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಎಎಂಎಲ್ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಇಮ್ಯುನೊಹಿಸ್ಟೋಕೆಮಿಸ್ಟ್ರಿಯಂತಹ ಬಯಾಪ್ಸಿಯ ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ದೃಢೀಕರಿಸಬಹುದು.

- **ಎಎಂಎಲ್ ನ ಉಪವಿಧಗಳು ಯಾವುವು?**

ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳು ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ, ಮಧ್ಯಂತರ ಅಥವಾ ಮರುಕಳಿಸುವಿಕೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತೆ ವರ್ಗೀಕರಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ (ರೋಗದ ಮರು-ಸಂಭವಣೆ) ಇದು ಅವರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಆಯ್ಕೆಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ.

ಎಎಂಎಲ್ ನಲ್ಲಿ 3 ಅಪಾಯದ ಗುಂಪುಗಳಿವೆ:

- ಅತ್ಯಂತ ಅನುಕೂಲಕರ
- ಮಧ್ಯಂತರ
- ಕನಿಷ್ಠ ಅನುಕೂಲಕರ

ಅತ್ಯಂತ ಅನುಕೂಲಕರ ಅಪಾಯದ ವರ್ಗವು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ:

- 8 ಮತ್ತು 21 ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್‌ಗಳ ನಡುವಿನ ಸ್ಥಳಾಂತರ: ಟಿ(8;21);
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 16 ರ ವಿಲೋಮ: ಐಎನ್‌ವಿ(16);
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 16 ರೊಳಗೆ ಸ್ಥಳಾಂತರ: ಟಿ(16:16);
- 15 ಮತ್ತು 15 ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್‌ಗಳ ನಡುವಿನ ಸ್ಥಳಾಂತರ: ಟಿ(15;17) (ಇದನ್ನು ತೀವ್ರವಾದ ಪ್ರೋಮಿಲೋಸೈಟಿಕ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಅಥವಾ ಎಪಿಎಲ್ ಎಂದೂ ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ);
- *ಸಿಇಬಿಪಿಎ* ಯ ಎರಡೂ ಪ್ರತಿಗಳಲ್ಲಿ ರೂಪಾಂತರಗಳು;
- *ಎಫ್‌ಎಲ್‌ಟಿ3-ಐಟಿಡಿ* ರೂಪಾಂತರವಿಲ್ಲದೆ ಎನ್‌ಪಿಎಂ1 ರಲ್ಲಿ ರೂಪಾಂತರ.

ಮಧ್ಯಂತರ ಅಪಾಯದ ವರ್ಗವು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ:

- ಎನ್‌ಪಿಎಂ1 ಮತ್ತು ಎಫ್‌ಎಲ್ಟಿ *3-ಐಟಿಡಿ*[ಹೆಚ್ಚು] ರೂಪಾಂತರ
- ಪ್ರತಿಕೂಲ ಅಪಾಯದ ಆನುವಂಶಿಕ ಗಾಯಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ *ಎನ್‌ಪಿಎಂ1* ಮತ್ತು *ಎಫ್‌ಎಲ್‌ಟಿ 3 –ಐಟಿಡಿ* ಅಥವಾ ಎಫ್‌ಎಲ್‌ಟಿ *3 -ಐಟಿಡಿ*[ಕಡಿಮೆ] ಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೂಪಾಂತರವಿಲ್ಲ
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 9 ಮತ್ತು 11 ರ ನಡುವಿನ ಸ್ಥಳಾಂತರ: ಟಿ(9;11)
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮಲ್ ಅಸಹಜತೆಗಳನ್ನು ಅನುಕೂಲಕರ ಅಥವಾ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಎಂದು ವರ್ಗೀಕರಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ.

ಕಡಿಮೆ ಅನುಕೂಲಕರ ಅಪಾಯದ ವರ್ಗವು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ:

- 3 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕ್ರೋಮೋಸೋಮಲ್ ಅಸಹಜತೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಸಂಕೀರ್ಣ ಬದಲಾವಣೆಗಳು;
- ಮೊನೊಸೋಮಲ್ ಕ್ಯಾರಿಯೋಟೈಪ್ (ಸಾಮಾನ್ಯ ಎರಡು ಪ್ರತಿಗಳ ಬದಲಿಗೆ ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ ಜೋಡಿಯ ಒಂದೇ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು, ಜೊತೆಗೆ ಕನಿಷ್ಠ 1 ಅಡಿಟೆಟೋನಲ್ ಮೊನೊಸೊಮಿ ಅಥವಾ ಸ್ಟ್ರಕ್ಚರಲ್ ಕ್ರೋಮೋಸೋಮಲ್ ಅಸಹಜತೆ);
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 5 ಅಥವಾ 7 ರ ಭಾಗವನ್ನು ಅಳಿಸುವುದು: 5ಕ್ಯೂ- ಅಥವಾ 7ಕ್ಯೂ-; ಅಥವಾ 5 ಅಥವಾ 7: -5 ಅಥವಾ -7 ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್‌ಗಳ ಮೊನೊಸೊಮಿ
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 17 ರ ಭಾಗವನ್ನು ಅಳಿಸುವುದು: 17ಪಿ-; ಅಥವಾ 17ಪಿ-: -17/ ಎಬಿಎನ್ (17ಪಿ) ನ ಅಸಹಜತೆಯೊಂದಿಗೆ ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 17ರ ಮೊನೊಸೊಮಿ

- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 11 ರ ಅಸಹಜತೆಗಳು (ಪ್ರದೇಶ ಕ್ಯೂ23 ನಲ್ಲಿ): 11ಕ್ಯೂ23
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 3 ರ ಸ್ಥಳಾಂತರ ಅಥವಾ ವಿಲೋಮ: ಐಎನ್‌ವಿ(3) ಅಥವಾ ಟಿ (3:3);
- 6 ಮತ್ತು 9 ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್‌ಗಳ ನಡುವಿನ ಸ್ಥಳಾಂತರ: ಟಿ(6;9);
- ಕ್ರೋಮೋಸೋಮ್ 9 ಮತ್ತು 22ರ ನಡುವಿನ ಸ್ಥಳಾಂತರ: ಟಿ(9;22);
- *ಎನ್‌ಪಿಎಂ1* ರೂಪಾಂತರವಿಲ್ಲದೆ *ಎಫ್‌ಎಲ್‌ಟಿ3-ಐಟಿಡಿ*[ಹೆಚ್ಚು]
- *ರನ್‌ಎಕ್ಸ್1* ಅಥವಾ *ಎಎಸ್‌ಎಕ್ಸ್‌ಎಲ್1* ಅಥವಾ *ಟಿಪಿ53* ನಲ್ಲಿ ರೂಪಾಂತರ.

- **ಎಎಂಎಲ್ ಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಯಾವುವು ?**

- **ತೀವ್ರವಾದ ಪ್ರೋಮಿಲೋಸೈಟಿಕ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ (ಎಪಿಎಲ್) ಅನ್ನು ಇತರ ಎಎಂಎಲ್ ಉಪವಿಧಗಳಿಗಿಂತ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.**

1. ಕಡಿಮೆಯಿಂದ ಮಧ್ಯಮ ಅಪಾಯ: ಪ್ರತೀ ಮೈಕ್ರೋಲೀಟರ್ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ 10,000 ಜೀವಕೋಶಗಳ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣ ಎಣಿಕೆ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ. 2. ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯ: ಪ್ರತಿ ಮೈಕ್ರೋಲೀಟರ್ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ 10,000 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜೀವಕೋಶಗಳ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳು.

ಎಪಿಎಲ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುವ ಔಷಧಿಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ:

1. **ಆಲ್ ಟ್ರಾನ್ಸ್ ರೆಟಿನೊಯಿಕ್ ಆಸಿಡ್ (ಎಟಿಆರ್ಎ)** ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಯಾಗಿದೆ, ಇದು ಎಪಿಎಲ್ ಬ್ಲಾಸ್ಟ್ ಗಳನ್ನು ಪ್ರಬುದ್ಧವಾಗಲು ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವಕೋಶಗಳಾಗಲು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತದೆ. ಎಟಿಆರ್ಎ ಡಿಫರೆನ್ಸಿಯೇಷನ್ ಸಿಂಡ್ರೋಂಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಪ್ರತಿರಕ್ಷಣಾ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಇದು ಜ್ವರ, ಕಾಲು ಊತ, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ ಮತ್ತು ತೂಕ ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಡೆಕ್ಸಾಮೆಥಾಸೋನ್‌ನಂತಹ ಸ್ಟಿರಾಯ್ಡ್ ಗಳೊಂದಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಎಟಿಆರ್ಎ ಅನ್ನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
2. ಆರ್ಸೆನಿಕ್ ಟ್ರೈಆಕ್ಸೈಡ್ (ಎಟಿಒ) ಒಂದು ಔಷಧಿಯಾಗಿದ್ದು ಇದನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಒಮ್ಮೆ 1-2 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಅಭಿದಮನಿ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಅದರ ಕ್ರಿಯೆಯ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಎಟಿಆರ್ಎ ಗೆ ಹೋಲುತ್ತದೆ; ಆದಾಗ್ಯೂ ಇದು ಎಪಿಎಲ್ ಬ್ಲಾಸ್ಟ್ ಗಳ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಎಟಿಆರ್ಎ ಮತ್ತು ಎಟಿಒ ಸಂಯೋಜನೆಯು ಕಡಿಮೆ-ಮಧ್ಯಂತರ ಅಪಾಯದ ಎಪಿಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಎಪಿಎಲ್ ನ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಎಟಿಒ ಗಂಭೀರವಾದ ಅನಿಯಮಿತ ಹೃದಯದ ಲಯವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು (ಅರಿತ್ಮಿಯಾ). ಆದ್ದರಿಂದ ಎಟಿಒ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಮ್ (ಇಸಿಜಿ), ರಕ್ತಸಾರದ ಪೊಟ್ಯಾಶಿಯಂ ಮತ್ತು ಮೆಗ್ನಿಶಿಯಂ ಮಟ್ಟಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು

ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಇಸಿಜಿ ಅಸಹಜತೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎಟಿಒ ಸಹ ಎಟಿಆರ್‌ಎ ಯೊಂದಿಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ರೀತಿಯ ಡಿಫರೆನ್ಸಿಯೇಶನ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್ ಅನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು.

3. ಆಂಥ್ರಾಸೈಕ್ಲಿನ್‌ಗಳಾದ ಇಡಾರುಬಿಸಿನ್ ಅಥವಾ ಮೈಟೊಕ್ಸಾಂಟ್ರೋನ್, ಲ್ಯುಕೇಮಿಕ್ ಕೋಶಗಳ ಡಿಎನ್‌ಎಯೊಂದಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸಂವಹನ ನಡೆಸುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಉಳಿವಿನಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯದ ಎಪಿಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಎಟಿಆರ್‌ಎ ಮತ್ತು ಎಟಿಒ ಸಂಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ ಒಮ್ಮೆ ಇಂಟ್ರಾವೆನಸ್ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳನ್ನು 2-3 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದರೆ ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ, ಈ ಔಷಧಿಗಳ ಬಳಕೆಯು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಇತರ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.
4. ಇತರ ಔಷಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೈಡ್ರಾಕ್ಸಿಯುರಿಯಾ (ಲ್ಯುಕೆಮಿಕ್ ಕೋಶಗಳ ಡಿಎನ್‌ಎ ಅಥವಾ ಆರ್‌ಎನ್‌ಎ ಬಿಲ್ಡಿಂಗ್ ಬ್ಲಾಕ್‌ಗಳಿಗೆ ಬದಲಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಎಂಟಿಮೆಟಾಬೊಲೈಟ್) ಸೇರಿವೆ, ಇದನ್ನು ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಎಪಿಎಲ್ ನಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹಂತಗಳು:

ಇಂಡಕ್ಷನ್: ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಕಡಿಮೆ-ಮಧ್ಯಂತರ ಅಪಾಯದ ಎಪಿಎಲ್ ಗಾಗಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಎಟಿಒ ನ ದೈನಂದಿನ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿ ಎಟಿಆರ್ಎ ಜೊತೆಗೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯದ ಎಪಿಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ಆಂಥ್ರಾಸೈಕ್ಲಿನ್ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು 2 ರಿಂದ 3 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಒಮ್ಮೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಳಿ ಕೋಶಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುವವರೆಗೆ ಹೈಡ್ರಾಕ್ಸಿಯುರಿಯಾ ಕ್ಯಾಪ್ಸುಲ್ಗಳನ್ನು ಮೌಖಿಕವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ತೊಡಕುಗಳ ಅಪಾಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಮೊದಲ 2-3 ವಾರಗಳವರೆಗೆ ರಕ್ತ, ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ ಮತ್ತು ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ವರ್ಗಾವಣೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

6-8 ವಾರಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ, ರೋಗದ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ನೋಡಲು ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪುನರಾವರ್ತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಳು 6-8 ವಾರಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಉತ್ತಮ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು (ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಪಶಮನ) ಹೊಂದುತ್ತಾರೆ.

ಬಲವರ್ಧನೆ: ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಹಂತದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ 4 ವಾರಗಳ ನಂತರ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಬಲವರ್ಧನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಇಂಡಕ್ಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಬಳಸಿದ ಅದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಆಳವಾದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣವಿದೆಯೇ ಎಂದು ನೋಡಲು

ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಲವರ್ಧನೆಯ ನಂತರ ಪುನರಾವರ್ತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ (ಪಿಸಿಆರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಉಪಶಮನ).

ನಿರ್ವಹಣೆ: ಕೆಲವು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರೊಟೊಕಾಲ್‌ಗಳು ಸಮನ್ವಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ 1-2 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ನಿರ್ವಹಣೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.

ಒಟ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚವು ಸರಿಸುಮಾರು ರೂ 6 ರಿಂದ 7 ಲಕ್ಷಗಳು (ಬಣಕರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು ಬಿಜೆಎಚ್ 2020).

ತೀವ್ರವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ (ಎಎಂಎಲ್)

ಎಎಂಎಲ್ ಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸೈಟರಾಬೈನ್ ಮತ್ತು ಆಂಥ್ರಾಸೈಕ್ಲಿನ್‌ನ ಸಂಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ನಂತರ ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಅಥವಾ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿಯೊಂದಿಗೆ ಬಲವರ್ಧನೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ದೇಹದಾದ್ಯಂತ ವೇಗವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಕೊಲ್ಲುತ್ತದೆ - ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಎರಡೂ ಸೇರಿವೆ. ವಿವಿಧ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಔಷಧಿಗಳು ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಜೀವಕೋಶಗಳ ವಿರುದ್ಧ ವಿಭಿನ್ನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ವಿವಿಧ ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಚಕ್ರವು ಮುಂದಿನ ಚಕ್ರವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಮೊದಲು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಕೋಶಗಳು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆಯ ದಿನಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ.

ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯ ಗುರಿಯು "ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಪಶಮನ" ಅಂದರೆ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯ ನಂತರ ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯಕರ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಮರಳಿದ ನಂತರ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ 5% ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಬ್ಲಾಸ್ಟ್ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು.

ವಯಸ್ಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ "7+3" ಎಂಬ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಇದು 3 ದಿನಗಳ ಡೌನೊರುಬಿಸಿನ್ ಮತ್ತು ಸೈಟೋಸಿನ್ ಎಂಬ ಔಷಧಿ ನೀಡುವಿಕೆಯ ನಿರಂತರ 7 ದಿನಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಡೌನೊರುಬಿಸಿನ್ ನೀಡುವ ಮೊದಲು, ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ - ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ) ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಅವರು 35-40 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರಾಗಿದ್ದರೆ. ಈ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ದೀರ್ಘ ಸಿರೆಯ ನಳಿಕೆ (ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಲೈನ್) ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಳಿಕೆಯು ದೀರ್ಘಕಾಲದವರೆಗೆ ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇದು ಸೂಜಿ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆ ಮಾಡದೆಯೇ ರಕ್ತದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಂತರ, ಜ್ವರ, ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಚರ್ಮದ ದದ್ದು ಮತ್ತು ಇತರ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು (ಕಿಮೋಥೆರಪಿ ವಿಭಾಗವನ್ನು ನೋಡಿ). ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಶಿಲೀಂಧ್ರಗಳ ಸೋಂಕಿನ ಅಪಾಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜ್ವರದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ,

ಪ್ರತಿಜೀವಕಗಳನ್ನು ಸಹ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಬೆಂಬಲಿತ ಆರೈಕೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಮೊದಲ ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಕ್ಕೆ ಸರಿಸುಮಾರು 20% ಅಪಾಯವಿದೆ (ಕಪೂರ್ ಆರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. ಎಎಸ್ಎಚ್ 2018).

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯ 1 ವಾರದ ನಂತರ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆಯೇ ಎಂದು ನೋಡಲು ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿದೆಯೇ (ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಪಶಮನ) ಎಂದು ನೋಡಲು ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಜೀವಕೋಶದ ಎಣಿಕೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಮರಳಿದ ನಂತರ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ 4-6 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಪುನರಾವರ್ತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಕಿಮೊಥೆರಪಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕೋರ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಅಥವಾ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ಮಾಡಲು ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾದ ಉತ್ತಮ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ ಮತ್ತು ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಅನುಕೂಲಕರವಾದ ಅಪಾಯ ಮಟ್ಟದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ, ನಂತರ ಮತ್ತಷ್ಟು ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಚಕ್ರಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸೂಚಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಚಕ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಔಷಧಿ ಸೈಟೋಸಿನ್ ಅನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ 3 ಪರ್ಯಾಯ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಮೊದಲು, ಈ ಔಷಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಕಂಜಂಕ್ಟಿವೈಟಿಸ್ ಅಪಾಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಕಣ್ಣಿನ ಹನಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಈ ಔಷಧಿಯ ಪ್ರತಿ ಡೋಸ್ ಗೂ ಮೊದಲು ಸಮತೋಲನ ಮತ್ತು ಸಮನ್ವಯವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಮತ್ತು ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಮಧ್ಯಂತರ ಅಪಾಯ ಮಟ್ಟದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ, ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಅಥವಾ ಕಸಿ ನೀಡುವ ನಿರ್ಧಾರವು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ದಾನಿಯ ಲಭ್ಯತೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ (ಎಚ್ಎಲ್ಎ ಪರೀಕ್ಷೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲಾಗಿದೆ)

ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾದ ಉತ್ತಮ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ ಮತ್ತು ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಕಡಿಮೆ ಅನುಕೂಲಕರ ಅಪಾಯದ ರೋಗವನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ, ನಂತರ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ . ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ದಾನಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಇದನ್ನು ಎಚ್ಎಲ್ಎ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಡಹುಟ್ಟಿದವರಲ್ಲಿ ಎಚ್ಎಲ್ಎ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುವ 25% ಅವಕಾಶವಿರುತ್ತದೆ. ಒಡಹುಟ್ಟಿದವರಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ, ಎಚ್ಎಲ್ಎ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ದಾನಿಯನ್ನು ಹುಡುಕಲು ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ದಾನಿ ನೋಂದಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಹುಡುಕಾಟವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು

ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗದ ದಾನಿಗಳ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿಯ ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಚರ್ಚೆಯ ನಂತರ ಯೋಜಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿಯ ವೆಚ್ಚ ಸರಿಸುಮಾರು ರೂ. 7 ರಿಂದ 8 ಲಕ್ಷಗಳಾಗಿವೆ. ಬಲವರ್ಧನೆಯ ಕಿಮೊಥೆರಪಿಯ ವೆಚ್ಚ ಸುಮಾರು 3 ರಿಂದ 4 ಲಕ್ಷ ರೂ. ಆಗಿದ್ದು ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ವೆಚ್ಚವು ದಾನಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ; ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಒಡಹುಟ್ಟಿದ ದಾನಿಗಳ ಕಸಿ ಮಾಡಲು ಇದು ಸರಿಸುಮಾರು 15-20 ಲಕ್ಷ ರೂ. ಆಗಿದೆ (ಫಿಲಿಪ್ ಸಿ ಮತ್ತು ಇತರರು. ಬಿಜೆಎಚ್ 2015)

ಶಿಶು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ಜೊತೆಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಭಿನ್ನವಾದ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಂತರ 4-5 ಕೋರ್ಸ್‌ಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆಯ ಕೀಮೋಥೆರಪಿ +/- ನಿರ್ವಹಣೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಮತ್ತು ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಎಎಂಎಲ್ ನೊಂದಿಗೆ ವಯಸ್ಸಾದ ರೋಗಿಗಳು (60 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರು) ಅಥವಾ ಎಎಂಎಲ್ ಅನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು (ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಕಾಯಿಲೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ, ಇತ್ಯಾದಿ) ಅಥವಾ ಎಎಂಎಲ್ ಪತ್ತೆಯಾದಾಗ ತುಂಬಾ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳು ತೀವ್ರತರವಾದ 7+3 ನಂತಹ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಗಳಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೈಪೋಮಿಥೈಲೇಟಿಂಗ್ ಏಜೆಂಟ್ಸ್ ಎಂಬ ಔಷಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ 7 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಅಜಾಸಿಟಿಡಿನ್ ಅಥವಾ ಒಂದು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ 5 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧಿಗಳು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಲು ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಎಎಂಎಲ್ ನಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಅನುಮೋದಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ:

1. ಜೆಮ್ಟುಜುಮಾಬ್ ಓಝೋಗಾಮೈಸಿನ್ - ಇದು ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಔಷಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಉದ್ದೇಶಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದೆ. ಇದು ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಸಿಡಿ33 ಎಂಬ ಜೀವಕೋಶದ ಮೇಲ್ಮೈ ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗೆ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಅದು ಜೀವಕೋಶವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅನುಕೂಲಕರ ಅಪಾಯ ಮಟ್ಟದ ಎಎಂಎಲ್ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಂತರ ಅಪಾಯ ಮಟ್ಟದ ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರ ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವೆಂದರೆ ಯಕೃತ್ತಿನ ಹಾನಿ.

2. ಎಫ್ಎ ಲ್ಟಿಶ3 ಪ್ರತಿರೋಧಕಗಳು - ಮಿಡೊಸ್ಟಾರಿನ್ ಒಂದು ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಯಾಗಿದ್ದು ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಎಫ್ಎಲ್‌ಟಿ3 ಮ್ಯುಟೇಶನ್ ಹೊಂದಿರುವ ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಚಕ್ರದ ಬಲವರ್ಧನೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಜೊತೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
3. ವೆನೆಟೊಕ್ಲಾಕ್ಸ್ - ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಜಾಸಿಟಿಡಿನ್, ಡೆಸಿಟಾಬೈನ್ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಡೋಸ್ ಸೈಟೋಸಿನ್ ಜೊತೆಗೆ ತೀವ್ರವಾದ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು ತಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುವ ಮತ್ತೊಂದು ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಯಾಗಿದೆ .
4. ಐಡಿಎಚ್ ಪ್ರತಿರೋಧಕಗಳು - ಐವೊಸಿಡೆನಿಬ್ ಮತ್ತು ಎನಾಸಿಡೆನಿಬ್ - ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳಾಗಿದ್ದು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಐಡಿಎಚ್ ರೂಪಾಂತರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಎಎಂಎಲ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರವಾದ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು ತಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗವು ಮರುಕಳಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

- **ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಯಾವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ? ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅವಕಾಶವೇನು?**

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಬೋನ್ ಮ್ಯಾರೋ ಆಸ್ಪಿರೇಟ್, ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಲ್ಯಾಬ್ ಮಾಡ್ಯೂಲ್‌ನಿಂದ ಇಮ್ಯುನೊಫೆನೋಟೈಪಿಂಗ್ ನೋಡಿ)).

ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವ ಅವಕಾಶವು ವಯಸ್ಸು, ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಕಿಮೊಥೆರಪಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಂತಹ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೀವ್ರವಾದ ಪ್ರೋಮಿಲೋಸೈಟಿಕ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾವು ಗುಣವಾಗುವ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ-ಮಧ್ಯಮ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ. ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲ ಕೆಲವು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ತೊಡಕುಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ಮಕ್ಕಳು ಸಹ ಗುಣವಾಗುವ ಉತ್ತಮ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ, ಎಎಂಎಲ್ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸುಮಾರು 30-40% ನಷ್ಟು ಗುಣವಾಗುವ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಅವಕಾಶದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಆದರೆ ಇದು ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ವಯಸ್ಸಾದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದವರೆಗೆ ಗುಣವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ.

- **ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗವು ಹಿಂತಿರುಗಿದರೆ ಏನು?**

ತೀವ್ರವಾದ ಪ್ರೋಮೈಲೋಸೈಟಿಕ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ

ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಿಲ್ಲದಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗವು ಹಿಂತಿರುಗಿದಾಗ, ಆರ್ಸೆನಿಕ್ ಟ್ರೈಆಕ್ಸೈಡ್, ಆಲ್-ಟ್ರಾನ್ಸ್ ರೆಟಿನೊಯಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಮತ್ತು ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯೊಂದಿಗೆ ಇಂಡಕ್ಷನ್ ಥೆರಪಿಯನ್ನು ಮರುಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಡಕ್ಷನ್ ನಂತರ, ಈ ಔಷಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಲವರ್ಧನೆಯ ಕೋರ್ಸ್ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬಲವರ್ಧನೆಯ ನಂತರ, ರೋಗವನ್ನು ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸಿದರೆ (ಪಿಸಿಆರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಬಳಸಿ ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಉಪಶಮನ), ನಂತರ ಆಟೋಲೋಗಸ್ ಕಸಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಟೋಲೋಗಸ್ ಕಸಿಯಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯಿಂದ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ನೀಡಿದ ನಂತರ, ಈ ಕೋಶಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಇದರಿಂದ ಅವು ಮತ್ತೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಕೋಶಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತವೆ.

ಪಿಸಿಆರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಿ ಮಾಲಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಪತ್ತೆಯಾದರೆ, ಅಲೋಜೆನಿಕ್ ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ಅನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಎಚ್‌ಎಲ್‌ಎ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ದಾನಿಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ತೀವ್ರವಾದ ಮೈಲಾಯ್ಡ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ

ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ನಂತರ ವಿವಿಧ ಔಷಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಮತ್ತೊಂದು ಕೀಮೋಥೆರಪಿ ಕೋರ್ಸ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿದ ನಂತರ, ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗವು ಹಿಂತಿರುಗಿದರೆ, ನಂತರ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿದ ನಂತರ, ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ ಕಸಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸುವ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಔಷಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನವು ಸೇರಿವೆ: ಫ್ಲುಡರಾಬೈನ್, ಸೈಟೋಸಿನ್, ಇಡಾರುಬಿಸಿನ್, ಮೈಟೊಕ್ಸಾಂಟ್ರೋನ್, ಎಟೊಪೊಸೈಡ್, ಡೌನೊರುಬಿಸಿನ್.

ಗುಣವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ರೋಗದ ಮರುಕಳಿಸುವಿಕೆಯ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ನಡುವಿನ ಸಮಯದ ಮಧ್ಯಂತರ, ಸೈಟೊಜೆನೆಟಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಿನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ .

ತೀವ್ರವಾದ ಕೀಮೋಥೆರಪಿಗೆ ಸೂಕ್ತವಲ್ಲದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಎಫ್ಎಲ್‌ಟಿ3 ಪ್ರತಿರೋಧಕಗಳು (ಗಿಲ್ಟೆರಿಟಿನಿಬ್) ಮತ್ತು ಐಡಿಎಚ್ ಪ್ರತಿರೋಧಕಗಳು (ಐವೊಸಿಡೆನಿಬ್ ಅಥವಾ ಎನಾಸಿಡೆನಿಬ್) ನಂತಹ ಉದ್ದೇಶಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗವು ಮತ್ತೆ ಬರುತ್ತಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಂತರ ಗುಣವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ಉಪಶಾಮಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಸೈಟೋಸಿನ್, ಹೈಪೋಮಿಥೈಲೇಟಿಂಗ್ ಏಜೆಂಟ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಪ್ಲೇಟ್‌ಲೆಟ್ ವರ್ಗಾವಣೆಯಂತಹ ಬೆಂಬಲ ಆರೈಕೆಯಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಉಪಶಾಮಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುರಿಯು ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸದೆ ಗರಿಷ್ಠ ಸಂಭವನೀಯ ಸಮಯದವರೆಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಜೀವನವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಾಗಿದೆ.

- **ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಒಟ್ಟು ಅವಧಿ ಎಷ್ಟು? ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಭೇಟಿ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದ ಅನುಸರಣೆ ಅಗತ್ಯವಿದೆ? ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಾವುದೇ ತಡವಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳು?**

ಎಪಿಎಲ್ ಗಾಗಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ 1 ವರ್ಷವಾಗಿದೆ. ಅನುಸರಣೆಯಲ್ಲಿ, ರೋಗದ ಮರುಕಳಿಸುವಿಕೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳನ್ನು (ಮಧ್ಯಂತರ-ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯ) ಪಿಸಿಆರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯೊಂದಿಗೆ ಸುಮಾರು 2 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಪ್ರತಿ 3 ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಬಲವರ್ಧನೆಯಾಗಿ ಕಸಿಯ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದ ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯು ಸರಿಸುಮಾರು 6 ತಿಂಗಳ ತೀವ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಇಂಡಕ್ಷನ್ + ಬಲವರ್ಧನೆ) ನಂತರ ಒಂದು ವರ್ಷದವರೆಗೆ ನಿರ್ವಹಣೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ.

ಬಲವರ್ಧನೆಯಾಗಿ ಕಸಿ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದ ಎಎಂಎಲ್ ಹೊಂದಿರುವ ವಯಸ್ಕರಿಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯು ಸರಿಸುಮಾರು 5 ತಿಂಗಳುಗಳಾಗಿವೆ (1 ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಇಂಡಕ್ಷನ್ ನಂತರ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು 3 ಚಕ್ರಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆ).

ಬಲವರ್ಧನೆಯಾಗಿ ಕಸಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯು ಆರಂಭಿಕ ತೀವ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ (ಇಂಡಕ್ಷನ್) ಸರಿಸುಮಾರು 1-2 ತಿಂಗಳುಗಳು ಮತ್ತು ಕಸಿ ಮಾಡಲು (ಬಲವರ್ಧನೆಯಾಗಿ) ಮತ್ತೊಂದು 1-2 ತಿಂಗಳುಗಳು ಮತ್ತು ನಂತರ 3-6 ತಿಂಗಳುಗಳ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಭೇಟಿಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಬಲವರ್ಧನೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು (ಕಿಮೋಥೆರಪಿ ಅಥವಾ ಕಸಿ) ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರ, ಅನುಸರಣೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ 2 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಪ್ರತಿ 2-3 ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಮತ್ತು ನಂತರ 5 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಪ್ರತಿ 3-6 ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಮುಂದಿನ ಭೇಟಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ರಕ್ತದ ಎಣಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಎಣಿಕೆಗಳು ಯಾವುದೇ ಅಸಹಜತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದ ಹೊರತು ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಸಂತಾನಹೀನತೆ, ಹೃದ್ರೋಗ, ಸ್ಮರಣಶಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಏಕಾಗ್ರತೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಅಂತಃಸ್ರಾವಕ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಅಸ್ಥಿ ರೋಗಗಳು ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ತಡವಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಿವೆ.

- **ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗ ಎಂದರೇನು? ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿವೆಯೇ?**

ಪ್ರತಿ ಹೊಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಅಭ್ಯಾಸವು ಪ್ರಮಾಣಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಭಾಗವಾಗುವ ಮೊದಲು ಅದನ್ನು "ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳು" ಎಂಬ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸರಣಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಮಬದ್ಧವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗಳ ಸುರಕ್ಷತೆ ಮತ್ತು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ನಿಖರತೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪರಿಣಿತ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧಕರು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹಿಂದಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಇಂದು ನಾವು ಹೊಂದಿರುವ "ಪ್ರಮಾಣಿತ" ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಎಎಂಎಲ್ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದು http://ctri.nic.in/Clinicaltrials/login.php

Hematology Cancer Consortium