

Тема: "Сестринский уход при заболеваниях крови (лейкозы, геморрагические диатезы)".

Лейкоз (гемобластоз)

- злокачественная опухоль системы крови.

- *Сущность лейкоза* заключается в поражении костного мозга, селезенки, лимфатических узлов.
- Количество больных лейкозами во всем мире растет с учетом увеличения заболеваемости хроническими болезнями ЖКТ, испытанием ядерного оружия, аварийных ситуаций на атомных электростанциях (Чернобыль и др.), иммунодефицита населения и др.
- Заболевают преимущественно люди работоспособного возраста, подростки, дети.
- Для сохранения жизни, работоспособности пациентов требуется много времени, средств, усилий, а это значит, что лейкозы все еще имеют большое социальное значение.
- При лейкозе в периферической крови наблюдается большое количество незрелых лейкоцитов (*бластов*), которые обычно имеются только в костном мозге и в лимфатических узлах.
- В ряде случаев общее количество лейкоцитов в периферической крови не увеличивается, происходит только качественное их изменение. Такие лейкозы называются *алейкемическими*.
- Выделяют *острый* и *хронический* лейкоз.

Этиология.

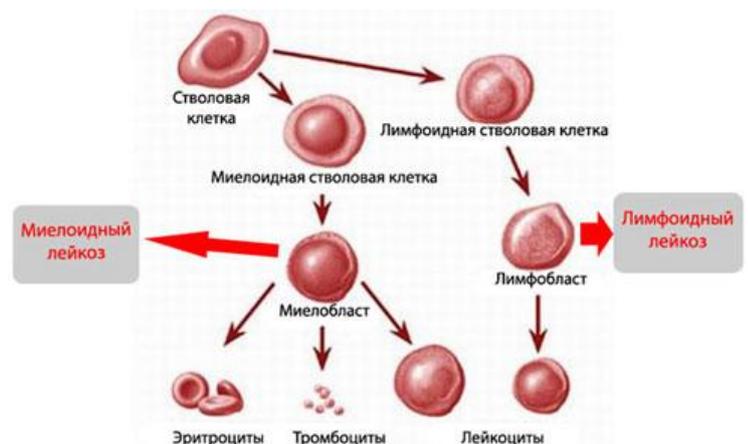
- Доказана опухолевая природа лейкозов.
- К возможным этиологическим факторам, вызывающим лейкоз, относят ионизирующее излучение, вирусы, ряд экзогенных химических веществ.
- Имеет значение генетическая предрасположенность, наследственная или приобретенная иммунная недостаточность.
- Итак, существующие современные теории лейкозов:
 - опухолевые (*клоновая теория*)
 - канцерогенез - воздействие канцерогенных веществ на организм
 - воздействие ионизирующей радиации (Хиросима, Чернобыль)
 - иммунодефицит

Патогенез лейкозов.

Клоновая теория.

В основе лейкозов лежит хромосомная мутация в какой-либо одной клетке с последующим ее размножением и образованием клона патологических клеток.

Играет роль и аутоиммунизация.



Острый лейкоз.

Основной субстрат опухоли составляют молодые, *бластные* клетки, которые в большом количестве содержатся в костном мозге.

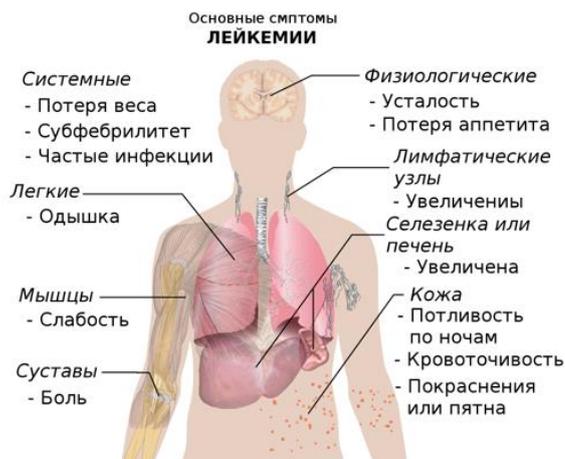
Выделяют следующие варианты острого лейкоза:

- 1) лимфобластный

- 2) миелобластный
- 3) монобластный
- 4) промиелоцитарный
- 5) недифференцированный и др.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а.

- заболевание развивается быстро
- температура тела поднимается до высоких цифр
- нарастает общая слабость
- беспокоит озноб
- сильная потливость
- аппетит отсутствует
- бывает носовое кровотечение



В клинической картине можно выделить несколько синдромов:

- ✓ *анемический*
- ✓ *геморрагический*
- ✓ *интоксикационный*
- ✓ *иммунодефицитный*
- ✓ *гиперпластический*

- при осмотре можно обнаружить многочисленные кровоизлияния на коже
- развивается стоматит, некротическая ангина
- шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены
- подкожная жировая клетчатка в области шеи отечна
- наблюдается желудочное кровотечение при разрушении лейкозных инфильтратов стенки желудка
- в зависимости от формы острого лейкоза увеличиваются селезенка, печень, лимфатические узлы

ОАК:

- прогрессирующая анемия
- тромбоцитопения
- количество ретикулоцитов уменьшено
- около 95 % всех лейкоцитов составляют *миелобласты* или *гемоцитобласты* (недифференцированные клетки)
- отмечается лейкоцитоз в период бластного криза

При остром *миелобластном* лейкозе

- в мазке крови определяются бластные (молодые) формы (*миелобласты*) и зрелые лейкоциты, а промежуточные формы отсутствуют (*лейкемический провал*).

При остром *лимфобластном* лейкозе –

в крови преобладают лимфобласты.

- ✓ Анемия и тромбоцитопения - «спутники» лейкоза.
- ✓ Диагноз «острый лейкоз» может быть поставлен только при наличии в костном мозге или крови повышенного количества бластных клеток (15-20% и более).
- ✓ Обязателен анализ пунктата костного мозга (*стеральной пункции*).

Л е ч е н и е.

1. Лечебный режим.

- ✓ Госпитализация в специализированное гематологическое отделение.
- ✓ Постельный режим.
- ✓ Питание должно быть высококалорийным.

2. Гормональная и цитостатическая терапия:

- ✓ преднизолон
- ✓ антиметаболиты (6-меркаптопурин, метотрексат и др.)
- ✓ винкристин
- ✓ винбластин
- ✓ циклофосфан
- ✓ противоопухолевые антибиотики (рубомидин, карминоидин)

3. Дезинтоксикационная терапия:

- ✓ гемодез
- ✓ раствор альбумина

4. Иммунотерапия:

- ✓ интерферон
- ✓ реаферон

5. Трансплантация костного мозга.

6. Лечение инфекционных осложнений:

- ✓ помещение пациента в асептическую палату
- ✓ назначение антибиотиков широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины + цефалоспорины)
- ✓ противовирусные препараты (ацикловир)

7. Лечение анемии.

8. Лечение геморрагического синдрома:

переливание тромбоцитов от ближайших родственников, свежезамороженной плазмы, аминокaproновой кислоты

Хронический миелолейкоз.

- злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из клеток предшественниц миелопоэза.

- характерной особенностью хронического миелолейкоза является наличие филадельфийской хромосомы, которая обнаруживается у 90-97 % пациентов
- доказана роль ионизирующей радиации в этиологии хронического миелолейкоза

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а.

- ✓ в *начальной стадии* хронический миелолейкоз практически не диагностируется
- ✓ в *развернутой стадии* пациенты

жалуются на:

- общую слабость

- ощущение тяжести и боли в левом подреберье
 - повышенную потливость
 - кровоточивость десен
- ✓ при осмотре выявляются:
- значительное увеличение селезенки (селезенка так же, как и костный мозг, подвергается миелоидной метаплазии и достигает огромных размеров), лимфатических узлов
 - бледность кожных покровов
 - исхудание
 - температура тела повышена
 - печень увеличена

Исследование крови:

- незрелые формы лейкоцитов миелоидного ряда: *миелобласты, промиелоциты, миелоциты, юные палочкоядерные и зрелые сегментоядерные нейтрофилы (отсутствует лейкоцитарный провал или разрыв, так как есть и молодые бластные клетки, и промежуточные, и зрелые)*
 - значительно увеличивается количество лейкоцитов
 - отмечается анемия
- ✓ Заболевание протекает с периодически повторяющимися обострениями (бластными кризами) и ремиссиями.
- ✓ Большое диагностическое значение имеют пункция грудины и исследование пунктата: обнаруживается много миелобластов и промиелоцитов.
- ✓ Наиболее тяжелое осложнение – геморрагический диатез с обильным кровотечением.
- ✓ Диагноз устанавливают на основании нарастающего нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом до миелоцитов и промиелоцитов, в сочетании с увеличенной селезенкой и наличием филадельфийской хромосомы в костном мозге.

Л е ч е н и е.

- осуществляется в стационаре
- внутрь назначают миелосан, миелобромол
- рентгенотерапия (облучение области селезенки, костей, лимфатических узлов)
- препараты радиоактивного фосфора
- при гиперлейкоцитозе назначают лейкоцитаферез
- электротеплопроцедуры противопоказаны
- в некоторых случаях прибегают к хирургическому лечению - спленэктомии, пересадке костного мозга
- симптоматические средства

Хронический лимфолейкоз.

- неопластическое лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся пролиферацией и увеличением в периферической крови количества зрелых лимфоцитов, увеличением лимфатических узлов, селезенки и других органов.

- характеризуется разрастанием лимфоидной ткани в лимфатических узлах, костном мозге, селезенке, печени и других органах и системах
- наряду с общими для хронических лейкозов проявлениями: слабостью, потливостью по ночам, головокружением, кровоточивостью из десен, повышением температуры тела, отмечается значительное и распространенное увеличение лимфатических узлов: околоушных, подмышечных, паховых средостенных, иногда лимфатических узлов брюшной полости
- хронический лимфолейкоз отличается доброкачественным течением и, как правило, отсутствием признаков опухолевой прогрессии
- лимфатические узлы:
 - ✓ умеренно плотные
 - ✓ между собой не спаяны
 - ✓ при пальпации безболезненны
 - ✓ иногда они увеличиваются до размеров куриного яйца (в этом случае могут развиваться патологические расстройства функции внутренних органов, связанные с их сдавлением (например, сдавление венозных стволов))
- селезенка значительно увеличена, плотная, безболезненная
- печень чаще тоже увеличена
- кожные изменения проявляются экземой, псориазом, крапивницей
- могут развиваться язвенная болезнь 12-перстной кишки, миокардиодистрофия с последующей сердечной недостаточностью
- часты пневмонии, бронхиты, плевриты
- поражается нервная система: клиника менингоэнцефалита, параличей черепно-мозговых нервов, кома
- в терминальной стадии прогрессивно ухудшается общее состояние, нарастает интоксикация, лихорадка
- появляются инфекционно-воспалительные состояния
- развивается тяжелая почечная недостаточность
- прогрессивно увеличиваются лимфоузлы и селезенка .

При исследовании крови:

- лейкоцитоз
- увеличенное количество зрелых лимфоцитов
- в тяжелых случаях повышается количество лимфобластов и пролимфоцитов
- нарастающая анемия и тромбоцитопения

Большое диагностическое значение имеют пункция грудины и исследование пунктата.

Л е ч е н и е .

- рентгенотерапия
- гормонотерапии
- химиотерапевтические препараты цитостатического действия: хлорбутин (лейкеран), циклофосфан
- полихимиотерапия - схема ЦВП (циклофосфан, винкристин, преднизолон) и другие схемы
- лучевая терапия используется при увеличении лимфоузлов
- иногда - спленэктомия.

Проблемы пациентов при лейкозах:

- дефицит знаний о заболевании
- нарастающая общая слабость
- боли в животе
- анорексия
- носовые и другие кровотечения
- проблемы семейных отношений
- изменение внешнего вида в процессе лечения и др.

Геморрагические диатезы - группа заболеваний, различных по своей природе и клинической картине, но объединяемых основным признаком - повышенной кровоточивостью.

Геморрагические диатезы - заболевания с нарушением механизма свертывания крови и повышенной кровоточивостью.

Геморрагические диатезы (греч. Haimorrhfgia кровотечение; диатезы) – группа наследственных и приобретенных болезней.

- Основным клиническим признаком геморрагических диатезов является повышенная кровоточивость - склонность организма к повторным кровотечениям и кровоизлияниям, самопроизвольным или после незначительных травм.
- Первичные геморрагические диатезы относят к врожденным семейно-наследственным заболеваниям, характерный признак которых – дефицит которого-либо одного фактора свертывания крови; исключением является болезнь Виллебранта, при которой нарушаются несколько факторов гемостаза.
- Симптоматические геморрагические диатезы характеризуются недостаточностью нескольких факторов свертывания крови.

Причины появления диатеза

- Различают наследственные (семейные) формы с многолетней, начинающейся с детского возраста кровоточивостью и приобретенные формы в большинстве своем вторичные (симптоматические).
- Большая часть наследственных форм связана с аномалиями мегакариоцитов и тромбоцитов, дисфункцией последних либо с дефицитом или дефектом плазменных факторов свертывания крови, а также фактора Виллебранда, сосудов (телеангиэктазия, болезнь Ослера – Рандю).
- Большинство приобретенных форм кровоточивости связано с синдромом ДВС, иммунными и иммунокомплексными поражениями сосудистой стенки (васкулит Шенлейна–Геноха, эритемы и др.) и тромбоцитов (большинство тромбоцитопений), с нарушениями нормального гемопозза (геморрагии при лейкозах, гипо- и апластических состояниях кроветворения, лучевой болезни), токсико-инфекционным поражением кровеносных сосудов (геморрагические лихорадки, сыпной тиф и др.), заболеваниями печени и обтурационной желтухой (ведущими к нарушению синтеза в гепатоцитах факторов свертывания крови), воздействием лекарственных препаратов, нарушающих гемостаз (антикоагулянты, фибринолитики) либо провоцирующих иммунные нарушения – тромбоцитопению (гаптенная форма), васкулиты.
- При многих перечисленных заболеваниях нарушения гемостаза носят смешанный характер и резко усиливаются в связи с вторичным развитием синдрома ДВС, чаще всего в связи с инфекционно-септическими, иммунными, деструктивными или опухолевыми (включая лейкозы) процессами.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа)

Клиническая картина.

1. Главным признаком являются множественные кровоизлияния в слизистой оболочке и кожу.
2. Кожные геморрагии имеют различную величину – от петехий до крупных пятен, кровоподтеков, которые располагаются на передней поверхности туловища и конечностей.
3. Часто бывают кровотечения – носовые, из десен, маточные. Может быть увеличена селезенка.
4. При исследовании крови отмечается значительное уменьшение количества тромбоцитов. Оно снижается больше чем в 10 раз, появляются патологические формы тромбоцитов, возникает кровотечение с развитием анемии.



Лечение.

1. Пациента госпитализируют.
2. Переливание тромбоцитной массы, полноценное питание, витаминотерапия.
3. В тяжелых случаях удаляют селезенку, после чего повышается содержание тромбоцитов и уменьшается кровоточивость.
4. Глюкокортикоиды, негормональные иммунодепрессанты (винкристин, циклофосфан, азотиоприн), симптоматическая терапия при кровотечениях (АКК).

Гемофилия

- Это генетическое заболевание.
- Заболевают исключительно мужчины.
- При этом заболевании бывает выраженная кровоточивость даже после незначительной травмы, кровотечение продолжается до нескольких суток.

Клиническая картина

1. Характерны обильные и длительные кровотечения при травмах, гематуриях.
2. Возможны забрюшинные гематомы, желудочно-кишечные кровотечения, гемартрозы.
3. При исследовании крови выявляется резкое увеличение времени свертывания и анемии.

Лечение.

1. Переливание свежечитратной крови или антигемофильной плазмы.
2. Для обработки кровоточащих участков – чистый антигемофильный глобулин, АКК, фибриноген.
3. Предупреждение травм, ЛФК.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна – Геноха)

Это системное сосудистое заболевание, в основе которого лежит гиперергическое воспаление капилляров и мелких сосудов.

Клиническая картина.

1. Может протекать с наличием кожного, суставного, абдоминального и почечного синдрома.



2. Частым симптомом является папулезно – геморрагическая сыпь на коже конечностей, ягодиц.
3. Сыпь носит характер эритематозных пятен величиной в 2–5 мм, которые располагаются симметрично на верхних и нижних конечностях.
4. В тяжелых случаях она может распространяться на туловище и лицо.
5. Могут возникать сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой с кровью.
6. Часто поражаются суставы, они болезненны, отечны, ограниченно подвижны. Опасно поражение почек по типу острого или хронического гломерулонефрита.
7. В крови умеренный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

Лечение.

1. В основе лечения лежит применение гепарина.
2. Свежезамороженная плазма, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин).
3. Лечение анемического синдрома.
4. Пациентам противопоказаны прививки.

Сестринский процесс в гематологическом отделении

1 этап. Сестринское обследование пациента с патологией органов кроветворения.

-

Жалобы пациента:	Анамнез болезни:	Анамнез жизни:
<ol style="list-style-type: none"> 1. общая слабость 2. повышение температуры тела 3. кровоточивость десен 4. боли в горле и костях 5. желтушность кожи и слизистых оболочек 6. изменение вкуса 7. ломкость ногтей 8. выпадение волос 9. увеличение лимфоузлов 	<ol style="list-style-type: none"> 1. факторы риска 2. причины 3. начало заболевания 4. динамика 5. результаты проведенного обследования 6. проведенное лечение 7. осложнения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. наследственность 2. факторы риска 3. профессия 4. перенесенные заболевания 5. профессиональные вредности 6. условия быта, питания

Непосредственное обследование

<p>Осмотр:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бледность кожи 2. Желтушность кожи 3. Кровоизлияние в кожу 4. Ангина <p>Изменения языка</p>	<p>Пальпация, перкуссия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение лимфоузлов 2. Увеличение печени и селезенки 3. Болезненность плоских костей 	<p>Аускультация:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сердце (функциональные изменения) 2. Легкие (признаки пневмонии)
---	---	--

Необходимо обращать внимание на все характерные жалобы:

1. Снижение работоспособности
2. Общая слабость
3. Ночная потливость
4. Ознобы
5. Обмороки
6. Головные боли и головокружения
7. Тошнота, рвота
8. Снижение аппетита
9. Кровотечения
10. Чувство жжения в языке
11. Боли в костях

В беседе с пациентами нужно выяснить наследственную предрасположенность, наличие тех или иных вредных привычек, особенности питания, профессию, условия труда и быта, имели ли место интоксикация.

При осмотре следует обратить внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, наличие кровоизлияний, форму и величину периферических лимфоузлов. На основании данных обследования сестра самостоятельно разрабатывает план ухода.

Заболевания крови могут сопровождаться кровотечениями. В обязанности сестры входит внимательное наблюдение за характером стула таких пациентов. При обнаружении примеси крови в кале, или дегтеобразного стула нужно немедленно сообщить врачу. При лечении пациента гепарином – наблюдение за цветом мочи. При острых лейкозах отмечаются лихорадка, озноб, проливные поты, повышенная кровоточивость.

2 этап. Определение проблем пациента.

Планирование сестринского ухода – сложная задача, так как при заболеваниях системы крови нарушаются почти все потребности пациента

- Дышать (анемия, гипоксия органов)
- Есть (снижен аппетит при лейкозах)
- Спать, отдыхать (боли в костях, селезенке)
- Одеваться, раздеваться (резкая слабость)
- Двигаться (слабость, тугоподвижность в суставах при гемофилии)
- Поддерживать температуру тела в пределах нормы (лихорадка при лейкозах)
- Поддержание безопасности окружающей среды (тревога, неуверенность, связанные с длительной госпитализацией)
- Общаться (одиночество, тревога)

- Трудиться и отдыхать (страх потери работы из-за длительной болезни)

3 этап. Планирование и реализация сестринских вмешательств.

Например, планирование ухода по приоритетной проблеме гипертермия включает следующие действия.

1. Согреть пациента (одеяло, теплые грелки к ногам, теплое питье)
2. Измерять температуру тела каждые два часа
3. Орошать слизистую оболочку полости рта, губы водой
4. Подвесить над головой или приложить к шее пузырь со льдом
5. Измерять повторно АД, пульс, ЧДД
6. Обеспечить туалет кожи, смену нательного и постельного белья
7. Выполнять назначения врача
8. Постоянно наблюдать за состоянием пациента при нарушениях сознания, психики, возникающих при лихорадке.

Такие же конкретные планы составляются при приоритетных сестринских диагнозах:

- Слабость
 - Одышка
 - Отсутствие аппетита
 - Нарушение сна
 - Тревога
- 1) Длительное нахождение пациента в постели может привести к развитию застойных явлений и пневмонии. Для предупреждения легочных осложнений необходимо периодически изменять положение тела, назначить дыхательную гимнастику.
 - 2) При гематологических заболеваниях часто происходит набухание и кровоточивость десен, в результате чего могут развиваться нагноительные процессы в полости рта (прополоскать рот раствором питьевой соды с йодом).
 - 3) Медсестра должна следить за своевременным приемом пациентом лекарств, объяснить особенности диеты. Питание должно быть разнообразным и полноценным.
 - 4) Пациенты часто бывают подавленными, раздражительными, при уходе за ними медсестра должна проявлять терпение и внимание.
 - 5) При заболеваниях крови широко используют капельное переливание крови и ее компонентов. Во время гемотрансфузии может повыситься температура тела, появиться озноб, одышка, недомогание. Медсестра должна уметь принять адекватные меры и в случае необходимости вызвать врача. Могут развиваться явления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Медсестра должна уметь оказать помощь при неотложных состояниях.
 - 6) Медсестра участвует в диагностических и лечебных процедурах, проводит санпросвет работу, обучает членов семьи пациента элементам ухода и гигиеническим навыкам.

4 этап. Оценка эффективности сестринских вмешательств.

Цели вмешательств при заболеваниях крови, как правило, долгосрочные. Достигнув краткосрочных целей, медсестра ежедневно планирует возникающие проблемы.

Медсестра планирует и обучает родственников правилам двигательного режима, питания, ухода за кожей и другим навыкам.

Действия медсестры при решении возможных проблем пациентов с патологией системы крови

Проблема	Действия медсестры
Потенциальная угроза здоровью, связанная с дефицитом информации о своем заболевании	Провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений
Трудности в принятии изменения диеты в связи со сложившимися ранее привычками	Провести беседу с пациентом о значении диеты на течение болезни и выздоровлении. Проводить контроль за передачами родственников.
Риск падения из-за слабости, головокружения	Оказывать пациенту помощь при перемещении, сопровождать его.
Тошнота, изменение вкуса	Создать благоприятную обстановку во время еды. Принимать пищу маленькими порциями, но часто
Слабость, быстрая утомляемость	Проводить контроль за соблюдением режима двигательной активности. Контроль за своевременным приемом лекарств
Затруднения глотания из-за болей в горле	Рекомендовать жидкую и полужидкую пищу маленькими порциями, но часто. Обеспечить уход за полостью рта
Озноб из-за начинающейся лихорадки, жар из-за высокой температуры	См. выше
Снижение аппетита, риск снижения массы тела	Провести беседу о необходимости полноценного питания. Обеспечить жидкостью (чай, минеральная вода, соки). Взвешивать пациент ежедневно, измерять суточный диурез
Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта	Проводить тщательный уход за полостью рта
Нарушение целостности кожи	Проводить тщательный уход за кожей
Риск инфицирования кожи из-за расчесов и заед в уголках рта	Проводить туалет полости рта после каждого приема пищи. Провести беседу о значении гигиены
Риск развития пневмонии из-за снижения иммунитета	Обучить пациента принимать положение Фаулера. Обучить дыхательным упражнениям
Трудности с мочеиспусканием из-за невозможности посещать туалет	Провести беседу о необходимости регулярного опорожнения мочевого пузыря. Подавать судно в постель, подмывать после каждого мочеиспускания
Страх смерти	Провести беседу с пациентом. Оказать психологическую поддержку

Ограничение подвижности из-за слабости, дефицит самоухода

Ежедневно проводить гигиенический уход по примерному стандарту

Заключение

- 1) Итак, целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.
- 2) В рамках сестринских вмешательств при заболеваниях крови медсестре следует провести с пациентом и / или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности. Необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами; проводить мероприятия по профилактике травматизма (объяснить пациенту необходимость ношения обуви без каблуков с закрытыми пятками, сопровождать его и т.д.). Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку.
- 3) В заключение можно сделать вывод, что современное представление о развитии сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы.
- 4) Это требует от медсестры работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.