

# 内科护理

## 第六章 血液系统疾病病人的护理

---





# 第x章 xx病人的护理

## 第一节

### 血液系统疾病病人常见症状体征的护理

---

主讲人：XXX



## 导入情景

病人，男，35岁，工程师。慢性周期性上腹痛2年，头晕及活动后心悸气促1周，血常规：红细胞 $3.2 \times 10^9/L$ ，血红蛋白72g/L，白细胞 $6.0 \times 10^9/L$ ，血小板 $140 \times 10^9/L$ 。大便隐血试验（++）。





- 1.该患者可能发生了什么情况?
- 2.怎样对该患者进行护理?





## 知识目标:

- 1.掌握血液系统疾病病人常见症状体征的护理评估要点和主要护理措施。
- 2.熟悉血液系统疾病患者的辅助检查及治疗要点。
- 3.了解血液系统疾病病人常见症状体征的护理目标和护理评价。



## 能力目标:

- 1.能为血液系统常见疾病患者进行护理评估。
- 2.能为血液系统常见疾病患者提出护理诊断并实施相应护理措施。

## 素质目标:

- 1.具备尊重、关爱、理解病人的素质，能够有效的为血液系统疾病患者进行健康指导。



## 重点难点

**重点：**贫血、出血或出血倾向、发热的护理评估、护理诊断及合作性问题、护理措施。

**难点：**贫血、出血或出血倾向、发热的特征性表现及护理。





## 一、出血或出血倾向

出血 (bleeding, haemorrhage) 或出血倾向, 是血液病和 (或) 累及血液系统疾病最常见的体征之一。主要与机体血小板数目减少及其功能异常、毛细血管脆性或通透性增加、血浆中凝血因子缺乏以及循环血液中抗凝血物质增加有关。病人多表现为自发性出血或轻度受伤后出血不止。出血部位可遍及全身, 以皮肤、牙龈及鼻腔出血最为多见。





# 病因



1. 机体血小板数目减少及功能异常
2. 毛细血管脆性或通透性增加
3. 凝血因子缺乏及循环血液中抗凝血物质增加





## (一) 健康史

- 注意询问病人出血的主要表现形式，发生的急缓、主要部位与范围；
- 有无明确的原因或诱因；
- 有无内脏出血及其严重程度；女性病人的月经情况，有无经量过多或淋漓不尽；





## (一) 健康史

- 有无诱发颅内出血的危险因素（情绪激动、睡眠欠佳、高热、便秘及高血压等）及颅内出血的早期表现（如突发头痛）；出血的主要伴随症状与体征；
- 个人或家族中是否有相关病史或类似病史；出血后病人的心理反应等。



## (二) 身体状况

1.出血部位 **皮肤黏膜瘀点、紫癜或瘀斑**，有无鼻腔黏膜与牙龈出血、有无伤口渗血，关节腔出血、软组织血肿等，多见于凝血机制异常。**最严重并危机生命的是颅内出血。**

### 2.出血程度

- (1) 轻度出血：出血量低于500ml，无明显症状。
- (2) 中度出血：出血量达 500~1000ml。
- (3) 重度出血：收缩压低于90mmHg;出血量超过1000ml，收缩压低于60mmHg,心率每分钟达120次以上。





## (三)心理-社会状况

出血量多的患者可出血恐惧、焦虑等情绪，慢性出血患者病情反复，病人易出现悲观忧郁心理。





## (四) 辅助检查

血常规检查、血小板计数、凝血时间测定、出血时间测定、凝血酶原时间测定。





# 常见护理诊断/问题



**有受伤的危险** 出血与血小板减少、凝血因子缺乏、血管壁异常有关。

**恐惧** 与出血量大或反复出血有关





# 护理目标



病人不发生出血且能被及时发现，并得到有效的处理。

病人恐惧程度减轻或消除。





## 一、一般护理

### 1. 休息与活动

- 出血局限于皮肤黏膜的轻度出血者，可适当活动，避免剧烈运动；
- 血小板计数 $<50 \times 10^9/L$ 者，应限制活动，增加休息时间；
- 血小板计数 $<20 \times 10^9/L$ 者，绝对卧床休息。





## 一、一般护理

### 2. 饮食与营养

高蛋白、高维生素、适量纤维、易消化的软食或半流质，  
禁食过硬、粗糙的食物。





## 一、一般护理

### 3.皮肤出血的预防与护理

- 预防：保持床单平整，衣着轻软、宽松；避免肢体的碰撞或外伤。**高热病人禁用酒精（温水）拭浴降温。**
- 出血的处理：鼻出血、牙龈出血、眼底出血、颅内出血





## 二、病情观察

注意观察病人出血的发生部位、主要表现形式、发展或消退情况；及时发现新的出、重症出血及其先兆，并结合病人的基础疾病及相关实验室或其他辅助检查结果，做出正确的临床判断，以利于及时护理与抢救配合。





### 三、心理护理

1. 加强沟通 耐心解释与疏导。善于观察，耐心倾听，加强与病人及其家属的沟通，及时了解病人及其家属的需求与忧虑，并能给予必要的解释与疏导。
2. 增加安全感 营造良好的住院环境；建立良好、互信的护患系，促进病友与家属间的相互支持与帮助；尽可能避免不良刺激的影响。



病人能明确出血的原因，避免各种出血诱因；各部位的出血能被及时发现并得到处理，出血逐渐得到控制；能认识自己的恐惧感，自述恐惧程度减轻或消除。



## 二、贫血

贫血 (anemia) 是指单位容积外周血中血红蛋白 (Hb) 浓度、红细胞 (RBC) 计数和 (或) 血细胞比容 (HCT) 低于相同年龄、性别和地区正常范围下限的一种常见临床症状。

性别	Hb	RBC	HCT
男	< 120g/L	< $4.5 \times 10^{12}/L$	0.42
女	< 110g/L	< $4.0 \times 10^{12}/L$	0.37
妊娠期女性	< 100g/L	< $3.5 \times 10^{12}/L$	0.30





## 贫血程度的划分标准

贫血程度	血红蛋白浓度 (g/L)	临床表现
轻度	> 90	症状轻微
中度	60~90	活动后感心悸气促
重度	30~59	静息状态下仍感心悸气促
极重度	< 30	常并发贫血性心脏病



## 贫血的细胞形态学分类

类型	MCV (fl )	MCHC (%)	临床类型
大细胞性贫血	> 100	32~35	巨幼红细胞性贫血
正常细胞性贫血	80~100	32~35	再生障碍性贫血、急性失血性贫血、溶血性贫血
小细胞低色素性贫血	< 80	< 32	缺铁性贫血、铁粒幼细胞性贫血、珠蛋白生成障碍性贫血



1. 红细胞生成减少：常见于缺血性贫血、巨幼红细胞性贫血、再生障碍性贫血及白血病等疾病
2. 红细胞破坏过多：如葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症、海洋性贫血、遗传性红细增多症、免疫性溶血性贫血、脾功能亢进等；常见于溶血性贫血。
3. 急、慢性失血：常见于消化性溃疡出血、痔出血、功能性子宫出血等疾病。



## (一) 健康史

- 询问病人病史及有无贫血的常见病因，如：红细胞生成减少、红细胞破坏过多、失血性贫血等疾病。





## (二) 身体状况

### 1. 一般表现

- **突出的体征：皮肤黏膜苍白。**
- **最早、最常见的症状：疲乏、软弱无力。**





## (二) 身体状况

### 各系统临床表现

神经系统	头晕、头痛、眼花、耳鸣、失眠、多梦、注意力不集中及记忆力减退等
循环系统	心悸、气短，活动后加重、心律失常、心脏扩大甚至全心衰竭等等
呼吸系统	呼吸加快、呼吸困难等
消化系统	食欲减退、腹胀、大便性状和规律的改变等
泌尿系统	少尿、无尿、血红蛋白尿、急性肾功能损伤等
生殖系统	女性可表现为月经失调或闭经，男性可表现为男性特征的减弱





## (三)心理-社会状况

原发性骨髓造血功能障碍因治疗费用高、预后差，导致病人及家属产生对经济压力大的烦恼和对疾病的恐惧。





## (四) 辅助检查

1. 血液检查 **血红蛋白值和红细胞计数可以确诊有无贫血及贫血分度；网织红细胞可反映骨髓增生情况和贫血疗效的判断；**血涂片可判断贫血的类型和性质。
2. 骨髓穿刺检查 包括骨髓活检和骨髓细胞涂片分类检查。可反映骨髓细胞的增生情况、骨髓细胞成分及形态变化等。





## (五) 治疗要点

- 1.病因治疗 积极寻找和去除病因是根治贫血的关键环节。
- 2.对症及支持治疗 主要是短期内改善贫血，恢复血容量,缓解组织器官的缺氧状态及恢复其功能，主要方法是输血。
- 3.多次输血并发血色病者应进行铁治疗。此外，对贫血合并的出血、感染、脏器功能不全应对症治疗。





# 常见护理诊断/问题



- 1.活动无耐力** 与贫血导致机体组织缺氧有关。
- 2.营养失调：** 低于机体需要量 与各种原因导致的造血物质摄入不足、消耗增加或丢失过多有关。





# 护理目标



- 1.病人的缺氧症状减轻或消失，日常活动耐力恢复正常。
- 2.造血物质的缺乏得到纠正。





## 一、一般护理

### 1. 休息与活动

- 轻、中度贫血病人，活动量以不感到疲劳、不加重症状为度，鼓励病人生活自理，增加卧床休息时间；
- 重度贫血伴贫血性心脏病且明显缺氧者，应卧床休息，必要时给予氧气吸入。





## 一、一般护理

### 2. 饮食与营养

- 多进食高蛋白、高维生素、高热量、易消化的食物。造血原料缺乏应补充造血原料，如**缺铁性贫血应补充瘦肉、动物血、肝、蛋黄、豆类、海带、香菇、黑木耳等含铁丰富的食物等**。纠正不良的饮食习惯。





## 二、病情观察

观察治疗效果及药物的不良反应, 关注病人的心悸、头晕、气急等情况有无改善; 红细胞计数及血红蛋白浓度、网织红细胞计数; 铁代谢的有关实验指标的变化等。





### 三、对症护理

遵医嘱输全血或浓缩红细胞,以缓解机体缺氧和减轻贫血症状。输血前必须做好配型及查对工作;输血过程中应注意加强监测,控制输血速度,严重贫血者,输入速度应低于 $1\text{ mL}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ ,以防止心脏负荷过重而诱发心力衰竭;加强巡视。及时发现和处理输血反应。



#### (四)用药护理

贫血以缺铁性贫血最为常见, 首选口服铁剂治疗。

##### 1. 口服铁剂的应用与指导

①口服铁剂从小剂量开始

②口服液体铁剂时须使用吸管, 避免牙齿染黑。

③避免与牛奶、茶、咖啡、抗酸药(碳酸钙和硫酸镁)以及 H<sub>2</sub> 受体拮抗药, 可服用维生素 C、乳酸或稀盐酸等酸性药物。

④服铁剂期间, 粪便会变成黑色, 应做好解释, 以消除病人顾虑。



## (四)用药护理

### 2. 注射铁剂的护理

- ①注射铁剂可出现过敏反应, 严重者可出现过敏性休克。首次用药需用 0.5 mL 的试验剂量进行深部肌肉注射, 同时备用肾上腺素, 做好急救的准备。若 1 小时后无过敏反应即可遵医嘱给予常规剂量治疗。
- ②为减少或避免局部疼痛与硬结形成, 注射铁剂应采用深部肌肉注射法, 并经常更换注射部位。
- ③为了避免药液溢出引起皮肤染色, 不在皮肤暴露部位注射, 抽取药液后, 更换注射针头, 采用 Z 形注射法或留空气注射法。





#### (四)用药护理

铁剂治疗有效者于用药后 1 周左右网织红细胞数开始上升, 10 天左右渐达高峰; 2 周左右血红蛋白浓度上升, 1~2 个月恢复至正常。为进一步补足体内贮存铁, 在血红蛋白恢复正常后, 仍需继续服用铁剂 3~6 个月, 待血清铁蛋白 $>50 \mu\text{g} / \text{L}$  后停药。



# 护理评价

病人的活动耐力逐渐恢复正常；造血营养素的缺乏得到纠正。



## 三、发热

发热是血液病病人感染常见的症状。

热型不定、持续时间长、一般抗生素疗效不好。

**严重感染如败血症，是血液病人常见的死亡原因之一。**





# 病因



- 1.成熟白细胞减少和/或质量改变 如各类型白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血等。
- 2.贫血或营养不良。
- 3.长期使用免疫抑制剂。





## (一) 健康史

- 有无各类血液系统疾病病史；
- 有无长期使用免疫抑制剂和糖皮质激素等药物；
- 有无急性上呼吸道感染、过度疲劳、受凉、皮肤黏膜损伤等因素存在。





## (二) 身体状况

### 1. 感染部位

- 最常见部位在口腔、咽峡、牙龈等处，其次以肺部感染、皮肤感染、皮下组织化脓性感染、肛周脓肿及肛周炎等较常见
- 女性以尿路感染多见。
- 最严重属败血症。





## (三)心理-社会状况

- 反复发热常导致病人焦虑和忧郁。



## (四) 辅助检查

- 血常规和骨髓象检查可协助病因的诊断。
- 感染部位的排泄物、分泌物及渗出物可进行培养加药敏试验可协助明确致病菌。

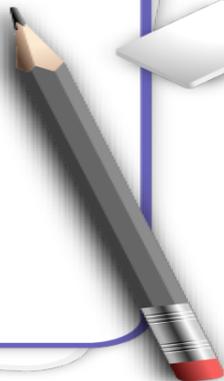




# 常见护理诊断/问题



- **体温过高** 与感染、肿瘤细胞的高度分化与增生有关。有关。





## 一、一般护理

### 1. 休息与活动

- 保持病室整洁，经常开窗通风，室温维持在20~24℃，湿度50~60%为宜。
- 病人应注意卧床休息，取舒适体位。





## 一、一般护理

### 2. 饮食与营养

- 鼓励病人进食高热量、高蛋白、高维生素、清淡易消化的饮食。
- 鼓励病人多饮水，每日饮水量至少在2000ml以上。





## 一、一般护理

### 3.降温护理

- 高热病人给予护理降温，**禁用酒精擦浴或温水擦浴**，以免血管扩张加重出血，一般选用局部冰敷。
- 慎用解热镇痛药，以免诱发出血。
- 做好降温观察、护理。





## 二、病情观察

- 观察有无感染的症状和体征，注意监测体温并记录体温变化和热型；
- 协助医生做好各种标本的采集和送检。





## 三、心理护理

- 向病人介绍成功的病例，增强病人战胜疾病的信心，多关心病人，给予必要的解释与疏导，缓解病人焦虑情绪。





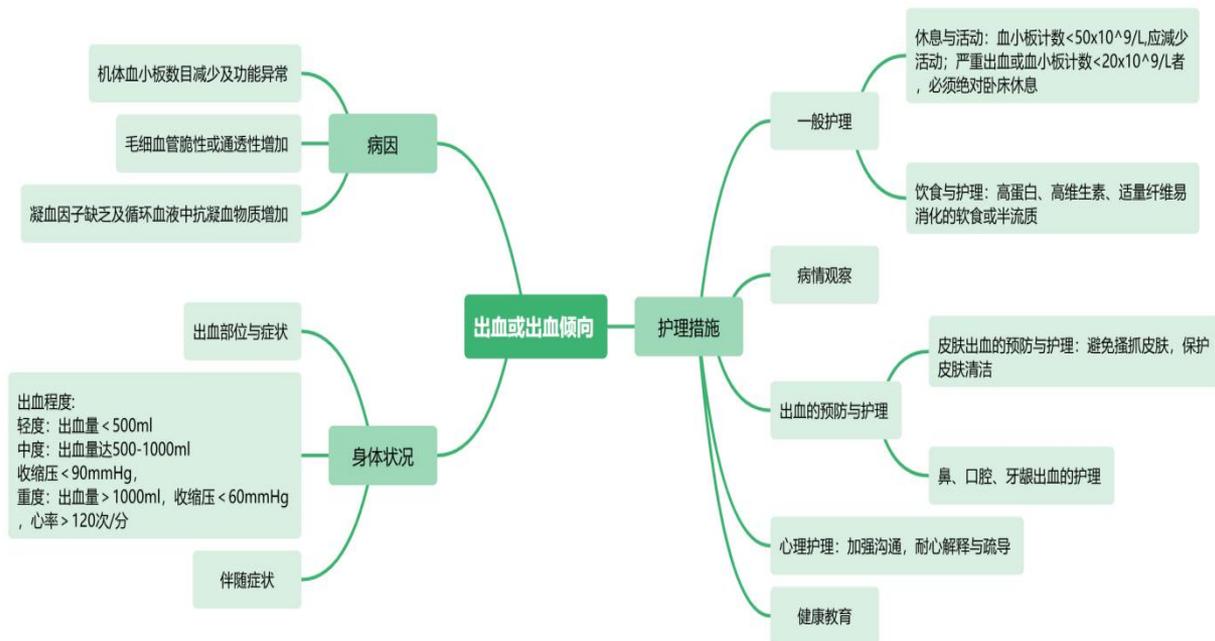
# 护理评价



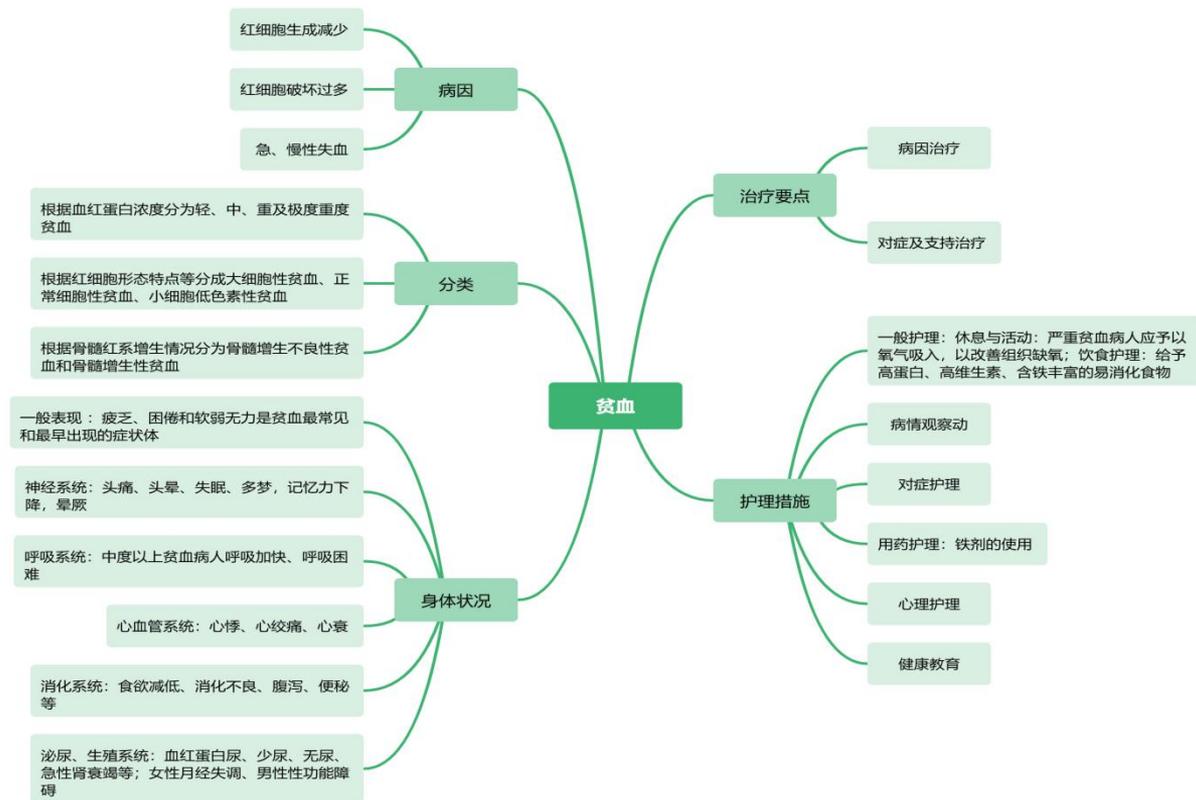
病人体温逐渐将至正常范围。



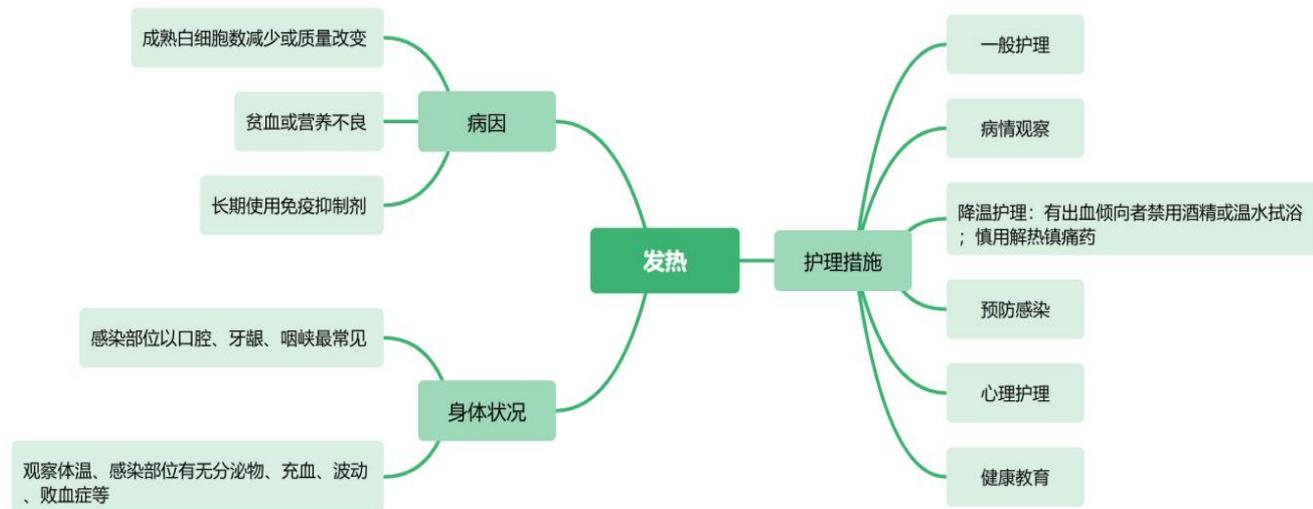
# 小结



# 小结



# 小结





**谢谢观看**

