

## 第八章 血液病的护理

血液系统由血液和造血器官组成。血液由血浆及悬浮在其中的血细胞(红细胞、白细胞和血小板)组成。造血器官和组织包括骨髓、脾、淋巴结以及分布在全身各处的淋巴组织和单核-巨噬细胞系统。其中骨髓为人体最主要的造血器官。造血干细胞(hemopoietic stem cell, HSC)又称全能干细胞,是各种血细胞与免疫细胞的起源细胞,可以增殖分化为淋巴细胞、浆细胞、红细胞、血小板、单核细胞及各种粒细胞等。红细胞的功能是结合及输送 $O_2$ 和 $CO_2$ 。白细胞的种类多,功能较复杂。中性粒细胞和单核细胞具有吞噬作用,对机体起重要防御作用。淋巴细胞参与免疫功能。血小板对机体止血和凝血过程起着重要作用。血浆中含有多种物质,如各种蛋白质、凝血因子和抗凝血因子等,参与机体多种物质代谢。

血液系统疾病指原发或主要累及血液和造血器官的疾病,简称血液病。该系统疾病种类较多,包括各类红细胞疾病、白细胞疾病以及出血性疾病。它们的共同特点多表现为外周血中的细胞和血浆成分的病理性改变,机体免疫功能低下,出血和凝血机制的功能紊乱,还可出现骨髓、脾及淋巴结等造血组织和器官的结构和功能异常。

近年来,随着医学的发展,血液病在发病机制、诊断、药物的疗效、病情的监测等方面取得了不少突破,在治疗手段上也有很大进步,如化学药物联合应用、造血干细胞移植、免疫治疗、免疫调节剂及细胞因子的临床应用等。在配合新技术及新疗法推广应用过程中,血液病的专科护理水平也迅速发展,如饮食指导、心理护理、防治感染、防治出血、成分输血及各种化疗药物护理等。护理水平的提高对控制疾病发展、减少患者痛苦、降低死亡率、延长生存期及改善生存质量发挥了重要作用。

### 第一节 血液及造血系统疾病常见症状和体征的护理

#### 一、贫血

贫血是血液病最常见的症状,是指单位容积的外周血中血红蛋白浓度(Hb)、红细胞计数(RBC)和(或)血细胞比容(HCT)低于同年龄、同性别、同地区正常范围下限的一种常见临床症状。其中以血红蛋白浓度降低最为重要,可作为贫血诊断及其严重程度的判断依据。一般认为,在我国海平面地区,标准大气压下,成年男性 $Hb < 120g/L$ ,成年女性 $Hb < 110g/L$ ,孕妇 $Hb < 100g/L$ ,就可诊断为贫血。按血红蛋白浓度分为轻度(男 $Hb < 120g/L$ ,女 $Hb < 110g/L$ )、中度( $Hb < 90g/L$ )、重度( $Hb < 60g/L$ )和极重度( $Hb < 30g/L$ )贫血。

##### (一)护理评估

1. 健康史 询问患者有无以下引起贫血的常见因素:年龄因素;饮食结构不合理(如挑食、偏食、节食等)导致的各种造血原料不足;有无营养吸收不良(如胃肠道疾病、胃肠道手术等)或血液丢失过多(如月经量过多、痔疮出血等);有无使用导致贫血的药物史或异常物质接触史。

2. 身体状况 贫血患者由于血红蛋白含量减少,血液携氧能力降低,引起全身各器官和

组织缺氧与功能障碍,其临床表现与贫血发生、发展的速度,以及贫血的严重程度、患者原有身体状况和年龄等因素有关。

(1)一般出现:疲乏、困倦和软弱无力是贫血最常见和最早出现的症状,皮肤黏膜苍白是贫血的主要体征且常为就诊原因,检查时以睑结膜、口唇与口腔黏膜、手掌及甲床等部位较明显。

(2)神经系统:因脑组织对缺氧很敏感,患者可出现头晕、头痛、耳鸣、眼花、失眠、多梦、记忆力减退及注意力不集中等症状,严重者可出现晕厥。老年人可表现为神志模糊、精神异常等。

(3)呼吸系统:多见于中度以上贫血的患者,主要表现为呼吸加快以及不同程度的呼吸困难。

(4)循环系统:心悸、气短、活动后加重是贫血患者心血管系统的主要临床表现。严重或长期贫血者,由于心脏负荷增加,供血不足,会导致贫血性心脏病,此时不仅心率加快,还可有心律失常和心力衰竭。

(5)消化系统:常有食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、便秘、舌炎和口腔炎等表现。

(6)泌尿生殖系统:可出现多尿、低比重尿、蛋白尿、夜尿增多等。女性可有月经失调或闭经,男性可表现为性功能减退。

3. 心理及社会资料 由于缺血、缺氧引起的不适和乏力,影响学习和工作及社交活动,患者可产生烦躁、易怒等心理。原发于骨髓造血功能障碍所致的贫血,由于治疗难度大、费用高及预后不良,常给患者及家属带来严重的精神和经济负担。

4. 辅助检查 血常规检查有助于贫血的诊断和分类;血涂片检查可判断贫血的性质和类型;网织红细胞计数可反映骨髓造血功能,并可据此判断贫血治疗的效果;骨髓细胞检查可反映骨髓的增生程度,可观察骨髓细胞质和量的变化,对贫血病因诊断有重要意义。

## (二)护理诊断

1. 活动无耐力 与血红蛋白减少导致机体组织缺氧有关。

2. 营养失调:低于机体需要量 与各种原因导致造血物质摄入不足、消耗增加或丢失过多有关。

## (三)护理目标

患者缺氧症状减轻或消失,活动耐力增强;造血营养素的缺乏得到纠正。

## (四)护理措施

### 1. 活动无耐力

(1)休息与活动:根据贫血的程度、发生的速度及原发疾病等情况,与患者共同制定休息、睡眠与活动计划。轻度贫血者,应注意休息,避免过度劳累;中度贫血者,增加卧床休息时间,若病情允许,应鼓励患者生活自理,活动量以不加重症状为度。若脉搏 $>100$ 次/分或出现明显心悸、气促时,应停止活动。重度贫血者,需卧床休息,采取舒适体位(如半坐卧位),并给予生活照顾,以减轻心脏负荷及氧的消耗。改变体位时宜缓慢,防止晕倒而跌伤。

(2)给氧:严重贫血患者应予氧气吸入,以改善组织缺氧症状。

### 2. 营养失调:低于机体需要量

(1)饮食护理:给予高蛋白、高热量、丰富维生素及易消化食物。有造血原料缺乏者应做相应补充,以保证全面营养。

(2) 输血或成分输血的护理: 遵医嘱输血或输浓缩红细胞, 以缓解机体缺氧和减轻贫血症状。输血前, 必须认真做好查对工作, 控制输血速度, 严重贫血者, 输入速度应  $< 1\text{mL}/\text{kg} \cdot \text{h}$ , 以防止心脏负荷过重而诱发心力衰竭。输血过程中应注意加强监测, 及时发现和处理输血反应。

### (五) 护理评价

患者贫血症状是否改善, 活动耐力有无增强, 营养状况是否改善。

## 二、出血倾向

出血倾向是指机体止血和凝血机制障碍引起的自发性出血或轻微创伤后出血不止的一种症状。出血倾向常见原因如下。①血小板数量或质量异常: 如特发性血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血及血小板无力症等。②血管壁异常: 如遗传性出血性毛细血管扩张症及过敏性紫癜等。③凝血功能障碍: 如血友病和严重肝病等。

### (一) 护理评估

1. 健康史 询问患者有无特发性血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、脾功能亢进症、血小板无力症和白血病等病史; 有无遗传性出血性毛细血管扩张症、过敏性紫癜及某些感染性疾病等病史; 有无血友病、严重肝病、尿毒症性凝血异常及弥散性血管内凝血等病史; 有无家族史及过敏史; 了解女性患者月经史、生育史。

#### 2. 身体状况

(1) 出血部位: 皮肤黏膜淤点、紫癜及淤斑, 多见于血管性疾病及血小板异常; 关节腔出血、软组织血肿和内脏出血等, 多见于凝血机制异常; 颅内出血最严重, 多危及患者生命。多部位出血是血液病出血的特点。

(2) 伴随症状伴口腔黏膜血泡, 提示血小板明显减少, 是严重出血的征兆; 伴呕血和黑便者, 提示消化道出血; 突然出现剧烈头痛、喷射性呕吐、视物模糊、呼吸急促、颈项强直甚至昏迷, 提示颅内出血; 伴贫血、肝脾淋巴结肿大及骨骼疼痛者, 提示血液系统恶性肿瘤; 伴头昏、心悸、乏力、心动过速、血压下降及大汗淋漓者, 提示失血性休克。

3. 心理及社会资料 反复出血, 尤其是大出血, 患者可出现焦虑及恐惧等心理。慢性出血患者因不易根治, 易产生抑郁、悲观等心理。

4. 辅助检查 出血时间测定、凝血时间测定、血小板计数检查及束臂试验等有助于病因诊断。

### (二) 护理诊断

1. 组织完整性受损 与止血、凝血机制障碍导致皮肤黏膜出血有关。

2. 恐惧 与反复出血尤其是大出血有关。

3. 潜在并发症 颅内出血。

### (三) 护理目标

患者出血停止或减轻, 恐惧减轻或消失, 情绪稳定。

### (四) 护理措施

#### 1. 组织完整性受损

(1) 休息与活动: 合理安排休息与活动。若出血仅限于皮肤黏膜且较轻微, 原则上无须严格限制; 若血小板计数  $< 50 \times 10^9/\text{L}$ , 应减少活动, 增加卧床休息的时间, 严重出血或血小板计

数 $<20\times 10^9/L$ ,易并发颅内出血,必须绝对卧床休息,协助患者做好各种生活护理。保持床单平整,被褥衣服松软,避免皮肤摩擦及肢体受压。

(2)饮食护理:给予高蛋白、高维生素、易消化的软食或半流质饮食,禁食过硬和粗糙的食物。保持大便通畅,以免用力排便腹压骤增而诱发内脏出血,甚至颅内出血。便秘者可使用缓泻剂促进排便。避免灌肠和测肛温等操作,以防刺破肠黏膜而引起出血。

(3)出血的预防及护理:剪短指甲,避免搔抓皮肤,用温水轻轻擦洗皮肤,避免损伤皮肤;用软毛牙刷刷牙,不用牙签剔牙,以防牙龈损伤;若牙龈出血时,可用凝血酶或0.1%肾上腺素棉球、吸收性明胶海绵贴敷牙龈或局部压迫止血;禁止挖鼻孔或人为剥去鼻腔内血痂,可用液状石蜡滴鼻软化鼻痂,以防鼻出血;鼻出血时,可用0.1%肾上腺素或凝血酶棉球填塞鼻腔并局部冷敷,出血不止时可用凡士林油纱条行后鼻腔填塞术。尽可能减少注射次数,必须注射时,操作应轻柔,不扎止血带,不拍打静脉,不挤压皮肤,选用小针头,拔针后适当延长按压时间,防止皮下出血。

2. 恐惧 加强与患者和家属的沟通,及时了解其需求与忧虑,给予必要的解释与疏导。向患者介绍治疗成功的病例,增强患者战胜疾病的信心,减轻恐惧感。当患者出血突然加重时,护士应保持镇静,迅速报告医生并配合做好止血、救治工作。及时处理沾上了血渍的衣物、床单及地板等,避免不良刺激,消除其紧张、恐惧情绪,使患者保持安静。

3. 潜在并发症:颅内出血 密切观察病情变化,发现颅内出血征兆时,应立即报告医生,协助医生处理。安置患者平卧位,头偏向一侧;头部置冰袋或戴冰帽,给予高流量吸氧;迅速建立静脉通路,遵医嘱给予脱水剂、止血药或浓缩血小板;观察并记录其意识状态、瞳孔大小、生命体征及尿量等的变化。

#### (五)护理评价

患者出血是否停止,恐惧是否减轻或消失,情绪是否稳定。

### 三、继发感染

继发感染是指血液病患者由于骨髓病变导致白细胞成熟障碍,加之贫血、化疗等因素造成营养不良,使患者机体抵抗力下降,易受病原微生物侵袭而发生的感染。感染是血液病患者最常见的死亡原因之一。导致感染最重要的原因是成熟白细胞数量减少和质量改变。

#### (一)护理评估

1. 健康史 询问患者有无粒细胞缺乏症、白血病、再生障碍性贫血及淋巴瘤等疾病,有无受凉、进食不洁饮食、与感染性疾病患者接触史、皮肤黏膜破损及组织受伤等诱发因素。

#### 2. 身体状况

(1)感染的部位及症状:发热是感染最常见的症状。发热具有持续时间长、热型不定、抗生素治疗效果不理想等特点。感染部位以口腔、牙龈、咽峡最常见,其次是肺部感染、皮肤或皮下软组织化脓性感染、肛周炎及肛周脓肿等,尿道感染以女性居多,严重时可发生败血症。

(2)伴随症状:发热伴口腔黏膜溃疡或糜烂,提示口腔炎;伴咽部充血、扁桃体肿大提示细菌性咽一扁桃体炎;伴咳嗽、咳痰,肺部干、湿啰音提示呼吸道感染;伴尿频、尿急和尿痛提示泌尿系感染;伴寒战、高热提示菌血症、败血症;伴肝、脾及淋巴结肿大提示白血病。

3. 心理及社会资料 反复感染及治疗效果不佳,常使患者产生忧郁和焦虑的心理。

4. 辅助检查 外周血常规检查及骨髓穿刺检查有助于血液病病因的诊断。监测白细胞

计数及分类,根据不同感染部位可选择胸部 X 线、尿常规检查,排泄物、分泌物、渗出物涂片检查及培养加药敏试验等。

#### (二) 护理诊断

体温过高 与感染有关。

#### (三) 护理目标

患者发热得到有效控制,体温恢复正常。

#### (四) 护理措施

1. 休息 卧床休息,协助患者采取舒适的体位,以减少机体的消耗,必要时可吸氧。

2. 降温 高热患者给予物理降温,包括在头颈、腋下及腹股沟等处放置冰袋,有出血倾向者禁用乙醇擦浴,以免局部血管扩张引起再出血。慎用解热镇痛药,因其可影响血小板数量及功能,诱发出血,必要时,可遵医嘱使用药物降温。

3. 饮食护理 鼓励患者进食高蛋白、高热量、丰富维生素且易消化的食物,以补充机体的需要,增强抵抗力。鼓励患者多喝水,每天至少 2000mL。

4. 口腔护理 餐前、餐后、睡前及晨起时,可用生理盐水、1%过氧化氢、3%碳酸氢钠或复方硼酸溶液交替漱口,口腔黏膜溃疡于漱口后可涂搽冰硼散或锡类散;口腔真菌感染时,可用 2.5% 的制霉菌素液含漱或涂搽克霉唑甘油。

5. 皮肤护理 患者宜穿透气的棉质内衣,勤洗澡勤换内衣。高热患者应及时擦洗和更换汗湿的衣裤及被褥,保持皮肤清洁。长期卧床者,应每日温水擦浴,按摩受压部位,协助其翻身,预防压疮。勤剪指甲,以免抓伤皮肤。

6. 肛周皮肤及会阴部护理 睡前及便后应洗净肛周皮肤,用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴,每次 15min 以上,以防局部感染;女性患者每日清洗会阴 2 次,经期要增加清洗次数。

7. 预防感染 保持室温在 20~24℃,湿度 55%~60%,经常通风换气,定期进行空气消毒,用消毒液擦拭家具和地面。谢绝探视,以防止交叉感染。外出时应根据气候变化及时调整衣着,预防呼吸道感染。患者白细胞计数  $<1 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞计数  $<0.5 \times 10^9/L$  时,应实行保护性隔离,有条件的可安排在无菌隔离室或层流室。

#### (五) 护理评价

患者体温是否下降或已恢复正常并保持稳定。

(王艳)

## 第二节 贫血的护理

### 一、贫血的分类

1. 按红细胞形态特点分类根据红细胞平均体积(MCV)、红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC),将贫血分成三类(表 8-1)。

表 8-1 贫血的细胞形态分类

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

## 2. 按贫血的病因与发病机制分类

(1) 红细胞生成减少: ①造血原料缺乏: 如缺铁性贫血、巨幼细胞贫血。②骨髓造血功能障碍: 如再生障碍性贫血、白血病等。

(2) 红细胞破坏过多: ①红细胞自身异常: 遗传性球形红细胞增多症、葡萄糖 6-磷酸脱氢酶缺乏症、珠蛋白合成异常(如地中海贫血)。②红细胞周围环境异常: 免疫性溶血性贫血及理化因素、生物因素引起的溶血性贫血。

(3) 失血: 常见急性和慢性失血后贫血。

## 二、缺铁性贫血

缺铁性贫血(iron deficiency anemia)是体内贮存铁元素缺乏, 导致血红蛋白合成减少而引起的一种小细胞低色素性贫血。缺铁性贫血是机体铁缺乏症的最终表现, 也是各类贫血中最常见的一种, 以生长发育期儿童和育龄妇女的发病率较高。全球约有 6 亿~7 亿人患有缺铁性贫血。在多数发展中国家, 约 2/3 的儿童和育龄妇女缺铁, 其中 1/3 患缺铁性贫血。在发达国家, 亦有约 20% 的育龄妇女及 40% 的孕妇患缺铁性贫血, 儿童的发病率高达 50%, 而成年男性为 10%。

### (一) 铁的代谢

1. 铁的分布 在体内铁广泛分布于各组织。体内的铁大致可分为功能状态铁(包括血红蛋白铁、肌红蛋白铁、转铁蛋白铁、乳铁蛋白铁、酶和辅因子结合的铁)和贮存铁(以铁蛋白和含铁血黄素形式贮存于单核-巨噬细胞系统中)两大部分。

2. 铁的来源和吸收 正常人制造新生红细胞每天需铁 20~25mg, 大部分来自体内衰老红细胞破坏释放的铁。每天从食物中吸收 1~1.5mg 的铁, 即可维持体内铁的平衡。动物食物铁吸收率高, 约为 20%。植物食物铁吸收率低, 为 1%~7%。铁的主要吸收部位在十二指肠及空肠上段。影响铁吸收的因素有: ①胃酸和维生素 C 能使三价铁还原成二价铁, 以便于吸收, 同时可使铁稳定在溶解状态, 防止再氧化为三价铁; ②肠黏膜能根据体内贮存铁的情况, 调节铁的吸收, 当体内铁储量丰富, 铁的吸收就减少, 反之则增多。

3. 铁的转运和利用 吸收入血的二价铁被铜蓝蛋白氧化为三价铁后, 与血浆中的转铁蛋白结合成为转铁蛋白复合物即血清铁; 将铁运送到需要的各组织中, 主要是骨髓中的幼红细胞; 在细胞内铁与转铁蛋白分离, 再次还原成二价铁, 参与形成血红蛋白。生理情况下, 转铁蛋白仅 33%~35% 与铁结合, 血浆中能与铁结合的转铁蛋白称为总铁结合力。转铁蛋白饱和度 = 血清铁 ÷ 总铁结合力 × 100%。

4. 铁的贮存及排泄 人体内多余的铁主要以铁蛋白和含铁血黄素形式贮存在肝、脾和骨髓等器官的单核-巨噬细胞系统中。当体内需铁量增加时,可动用贮存铁补充。正常人每天铁排泄不超过 1mg,主要由粪便排泄。育龄妇女还通过月经、妊娠、哺乳而丢失。

### (二)病因与发病机制

1. 需铁量增加而摄入不足 婴幼儿、青少年、妊娠和哺乳期妇女的需铁量增加,如果饮食中缺少铁则易引起缺铁性贫血。人工喂养的婴儿,以含铁量较低的牛乳、谷类为主要食物,如不及时补充含铁量较多的食品,也可引起缺铁性贫血。

2. 铁吸收不良 患者行胃大部切除及胃空肠吻合术后,可影响铁的吸收。胃酸缺乏、小肠黏膜病变、肠道功能紊乱、服用制酸药等均可影响铁的吸收。

3. 铁损失过多 慢性失血是成人缺铁性贫血最多见、最重要的原因,反复多次小量失血可使体内贮存铁逐渐耗竭,如消化性溃疡出血、肠息肉破裂出血、肠道癌肿破裂出血、痔出血、钩虫病、月经量过多等。

### (三)护理评估

1. 健康史 询问患者有无慢性失血的病因存在,如月经量过多、消化性溃疡出血等;并注意询问有无影响铁吸收的情况,如胃肠道手术史、消化道疾病等。对于儿童及育龄期女性,应注意其有无偏食、挑食、节食等饮食习惯。

#### 2. 身体状况

(1)本病多呈慢性经过,有一般贫血的表现,如面色苍白、乏力、易倦、头晕、头痛、心悸、气短、耳鸣等。

(2)组织缺铁表现:神经、精神系统异常,儿童较为明显,如过度兴奋、易激惹、好动、难以集中注意力、发育迟缓、智力低下、体力下降等。少数患者可有异食癖,喜吃生米、冰块、泥土、石子等。皮肤干燥、角化、萎缩、无光泽,毛发干枯易脱落,指(趾)甲扁平、不光整、脆薄易裂,甚至出现反甲或匙状甲。黏膜损害多表现为口角炎、舌炎、舌乳头萎缩,可有食欲缺乏,严重者可发生吞咽困难。

3. 心理及社会资料 缺铁性贫血患者常因活动耐力下降、记忆力减退而影响日常生活、工作和学习,容易激动、生气或产生自卑感。

#### 4. 辅助检查

(1)血常规:典型血常规检查提示小细胞低色素性贫血。红细胞体积较正常小,形态不一,中心淡染区扩大。

(2)骨髓象:红细胞系增生活跃,以中晚幼红细胞为主,其体积变小、染色质颗粒致密、胞浆少。粒细胞和巨核细胞无明显变化。

(3)铁代谢:血清铁在  $8.95\mu\text{mol/L}$  以下;总铁结合力增强,转铁蛋白饱和度降低, $<15\%$ ;血清铁蛋白测定可准确反映体内贮存铁情况, $<12\mu\text{g/L}$  可作为缺铁依据,但易受多种因素的影响。骨髓涂片染色示骨髓细胞外铁(含铁血黄素)消失,铁粒幼细胞极少或消失。骨髓细胞外铁消失为缺铁的可靠依据。

### (四)治疗要点

1. 病因治疗 病因或原发病确诊后,要积极治疗,这是纠正贫血、防止复发的关键环节。

2. 铁剂治疗 首选口服铁剂,如琥珀酸亚铁 0.1g,每日 3 次,还有硫酸亚铁、富马酸亚铁等。注射铁剂的指征为:口服铁剂后胃肠道反应严重,无法耐受;消化道疾病导致铁的吸收障

碍;病情要求迅速纠正贫血,如妊娠晚期的患者。注射铁剂前必须计算应补铁剂总量,避免铁过量发生铁中毒。

#### (五)护理诊断及合作性问题

1. 活动无耐力 与贫血引起的全身组织缺氧有关。
2. 营养失调:低于机体需要量 与铁需要量增加、摄入不足、吸收不良或丢失过多有关。
3. 有感染的危险 与严重贫血引起营养缺乏和机体衰弱有关。
4. 潜在并发症 铁剂的不良反应。

#### (六)护理目标

改善缺氧,活动耐力增强;营养充分,缺铁被纠正;无药物不良反应发生。

#### (七)护理措施

##### 1. 一般护理

(1)休息与活动:休息可减少氧的消耗。根据患者贫血的程度及发生速度制定合理的休息与活动计划。轻、中度贫血患者或贫血发生缓慢的患者,活动量以不感到疲劳、不加重症状为度;重度贫血者应卧床休息。

(2)饮食护理:向患者及家属说明进食高蛋白、高维生素、高热量、含铁丰富且易消化饮食的必要性,强调均衡饮食以及适宜的进食方法:①含铁丰富的食品,如动物心、肝、肾、瘦肉、鸡蛋黄、鱼、豆类、麦芽、紫菜、海带、木耳及香菇等;②偏食是造成缺铁性贫血的主要原因之一,故饮食要多样化;③消化不良者,应少量多餐;④食欲降低者应经常变换食物品种,提供色、香、味俱全的饮食。口腔炎或舌炎影响食欲者,避免进食过热或过辣的刺激性食物,进食前后给予口腔护理。

2. 病情观察 观察病情,协助医生寻找病因;严密观察患者贫血进展的程度,心功能及各脏器的变化;观察患者的疲乏、面色苍白等表现有无好转,定期监测血象、血清铁蛋白等以判断治疗效果。

##### 3. 用药护理

(1)口服铁剂的护理:给予口服铁剂时向患者说明其注意事项。①口服铁剂易引起胃肠道反应,如恶心、呕吐及胃部不适等,饭后服用可减少反应。②避免与牛奶、浓茶、咖啡同服,因茶中的鞣酸会与铁结合成不易吸收的物质,牛奶含磷较高,影响铁的吸收。③可与维生素C、橙汁同服,以帮助铁的吸收。④口服液体铁剂时使用吸管,避免牙齿染黑。⑤服铁剂期间,大便会变成黑色,这是由于铁与肠内硫化氢作用而生成黑色的硫化铁所致,应做好解释,以消除患者顾虑。⑥铁剂治疗后,先是外周血中网织红细胞增多,1周左右达高峰,可作为铁剂治疗有效的指标;外周血中血红蛋白浓度2周左右开始升高,约2个月恢复至正常。在血红蛋白浓度完全正常后,患者仍需继续服用铁剂4~6个月以补足体内贮存铁。

(2)注射铁剂的护理:采用深部肌注并经常更换注射部位,避免形成硬结。药液的溢出可引起皮肤染色,故应注意:①不要在皮肤暴露部位注射;②抽取药液入空针后,更换针头注射;③可采用“Z”形注射法或留空气注射法,以免药液溢出;④密切观察患者有无面部潮红、恶心、头痛、肌肉关节痛、淋巴结炎及荨麻疹,尤其是过敏性休克,应备好肾上腺素。

4. 心理护理 向患者解释缺铁性贫血的原因、症状、并发症、治疗效果及预后,并帮助患者认识和去除病因,增强战胜疾病的信心。与患者共同制订切实可行的饮食计划,并督促其执行。



### 5. 健康指导

(1) 进行疾病知识教育:介绍缺铁性贫血的病因、临床表现、对机体的危害性、相关实验室检查的目的、意义、治疗及护理的配合与要求等,提高患者及其家属对疾病治疗及护理的依从性,从而能主动地配合疾病的治疗。

#### (2) 缺铁性贫血的预防

1) 饮食指导:提倡均衡饮食,以保证足够热量、蛋白质、维生素及相关营养素(尤其是铁)的摄入。为增加食物铁的吸收,可同时服用弱酸性食物或药物,并避免与抑制铁吸收的饮料、食物或药物同服。

2) 高危人群可预防性地补充食物铁或口服铁剂:婴幼儿要及时添加辅食,包括肝泥、肉末、蛋黄和菜泥等;生长发育期的青少年要注意补充含铁丰富的食物,避免挑食;月经期、妊娠期与哺乳期的女性;应增加食物铁的补充,必要时可预防性地补充铁剂,特别是妊娠期妇女,每天可口服铁 10~20mg。

3) 相关疾病的预防和治疗:这不仅是缺铁性贫血治疗的关键,也是预防缺铁性贫血的重点,特别是患有消化性溃疡、慢性胃炎、钩虫感染、长期腹泻、痔疮出血或月经过多的患者。

#### (八) 护理评价

活动后是否出现头晕、心悸、气促;其病因能否被去除或原发病能否得到彻底治疗,饮食结构是否合理,摄铁量是否能满足机体需要。

## 三、再生障碍性贫血

再生障碍性贫血(aplastic anemia, AA)简称再障,是指原发性骨髓造血功能衰竭综合征。患者外周血全血细胞减少。临床主要表现为进行性贫血、继发感染和出血。再障可发生在各年龄阶段,以老年人多为多,男女无明显差异。依据病情、血常规检查、骨髓象及预后,可将再障分为重型再障和非重型再障。

### (一) 病因与发病机制

再障病因不明,可能为:①病毒感染:风疹病毒、EB病毒、流感病毒,特别是肝炎病毒可引起再障。②化学因素:药物如氯霉素类抗生素、磺胺类药物、抗肿瘤化疗药物,其中以氯霉素最多见。化学物品以苯及其衍生物为主,如油漆、塑料、染料、杀虫剂等。③物理因素:电离辐射如 X 射线、 $\gamma$  射线及其他放射性物质等。

再障的发病机制目前尚未完全阐明,认为可能与造血干祖细胞缺陷(种子学说)、造血微环境异常(土壤学说)、免疫异常(免疫学说)有关。

### (二) 护理评估

1. 健康史 评估时应询问患者的居住区和工作环境是否长期接触化学物质和放射线;起病前数周、数月是否使用了可致再障的药物;询问是否有病毒感染史,特别是肝炎病史。

2. 身体状况 再障的临床表现与全血细胞减少有关,主要表现为进行性贫血、出血、感染,肝、脾淋巴结多无肿大。

(1) 重型再障:起病急、进展快,病情重。早期主要表现为出血与感染,随着病程的延长出现进行性贫血。常见不同程度的皮肤、黏膜和内脏出血。皮肤出血可表现为大片淤斑、出血点,牙龈出血,鼻腔出血,口腔血泡;内脏出血可表现为消化道出血(呕血或血便)、咯血、持续阴道出血或月经量明显增多、血尿或眼底出血等,甚至可发生颅内出血,常为患者死亡的主要

原因之一。多数患者有发热症状,体温在 $39^{\circ}\text{C}$ 以上,以呼吸道感染引起发热为最常见,其次有消化道、泌尿生殖道、皮肤、黏膜反复感染,治疗困难,感染不易控制。重型再障预后差,常在1年内死亡,多死于感染或颅内出血。

(2)非重型再障:起病缓慢,病程长,多以贫血为主要表现;感染、出血较轻,经恰当治疗病情可缓解或治愈,预后相对较好,部分患者可存活多年。少数病例病情恶化,其表现同重型再障,预后极差。

3. 心理及社会资料 再障的患者常因病情反复和严重的贫血、出血、感染,治疗效果较差而感到生命受到威胁,常常情绪低落、紧张、焦虑/恐惧,对治疗失去信心。女性患者因为使用了雄激素引起男性化而常常感到烦恼,不愿与人交往甚至沉默、抑郁。

#### 4. 辅助检查

(1)血常规:该项检查显示全血细胞减少,三种细胞减少的程度不一定平衡,贫血呈正常细胞正常色素型。网织红细胞绝对值低于正常。白细胞计数多减少,以中性粒细胞减少为主。血小板计数减少,出血时间延长。

(2)骨髓象:重型再障骨髓增生重度减低,粒、红系及巨核细胞明显减少。淋巴细胞及非造血细胞明显增多。非重型再障骨髓增生减低,可见较多脂肪滴,粒、红系及巨核细胞减少,淋巴细胞及网状细胞、浆细胞比例增高。

#### (三)治疗要点

再障应尽量争取早期治疗。治疗原则是及时去除病因、禁用对骨髓有抑制作用的药物、对症支持治疗(包括成分输血、止血及控制感染)等。非重型再障首选药物为雄激素,其作用机制是刺激肾脏产生红细胞生成素,并直接作用于骨髓,促进红细胞生成,常用司坦唑醇(康力龙)、达那唑、丙酸睾酮等;重型再障可给予造血干细胞移植(40岁以下患者)、免疫抑制剂如抗淋巴/胸腺细胞球蛋白、造血生长因子(如重组人粒系集落刺激因子、重组人红细胞生成素)等。

#### (四)护理诊断及合作性问题

1. 活动无耐力 与贫血导致组织缺氧有关。
2. 有感染的危险 与粒细胞减少有关。
3. 组织完整性受损 出血与血小板减少有关。
4. 潜在并发症 颅内出血。

#### (五)护理目

活动耐力逐渐恢复;减少或避免发生感染;减少发生出血;未发生严重并发症。

#### (六)护理措施

##### 1. 一般护理

(1)饮食护理:给予高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化的软食或半流质饮食,以补充能量消耗。消化道大出血患者应禁食。

(2)休息与活动:重症患者应卧床休息,可减少内脏出血。一般患者应适当休息,避免劳累,减少氧耗。病情稳定后,与患者及家属共同制订日常活动计划,并指导活动,保证安全。

2. 病情观察 观察患者生命体征、神志、瞳孔变化,一旦出现头痛、呕吐、视力模糊、意识障碍等颅内出血征象应立即报告医生;观察患者有无感染征象,如出现发热,大多提示患者存在感染,应仔细寻找感染灶。非重型再障应注意有无急性发作的表现。

### 3. 用药护理

(1)雄激素:长期使用雄激素可出现男性化表现(如痤疮、毛发增多)、肝损害、水肿及体重增加等。丙酸睾酮为油剂,不易吸收,常可形成硬块,甚至发生无菌性坏死。故需深部缓慢分层肌肉注射,并注意轮换注射部位,经常检查注射部位有无硬结,发现硬结及时理疗,以促进吸收和防止感染。用药时间3~6个月,治疗过程中应定期检查肝功能,并鼓励患者坚持完成疗程。

(2)免疫抑制剂:免疫抑制剂如抗胸腺细胞球蛋白(ATG)和抗淋巴细胞球蛋白(ALG)等。其副作用是超敏反应、血清病(猩红热样皮疹、关节痛、发热等)和出血加重。用药期间应密切观察药物副作用,给予保护性隔离,加强支持疗法,防止出血及感染。

(3)协助骨髓移植:骨髓移植是将供体正常骨髓中的造血干细胞移植到患者骨髓组织中,以重建正常造血功能。移植前应做好心理护理和清洁、消毒工作;移植时快速静脉滴注骨髓液,观察有无输血反应和栓塞现象;移植后注意身心照顾并严密观察有无并发感染或移植物抗宿主反应。

4. 心理护理 与患者及家属建立信任关系,了解患者的思想动态,向患者说明雄激素是治疗慢性再障的较好药物,并且病情缓解后可逐渐减量,不良反应会消失。针对患者不同的心理状况做好耐心的解释工作,鼓励患者正确面对疾病,消除不良情绪,积极配合治疗。指导家属关心体贴患者,积极参与患者的治疗与护理,消除悲观情绪,提高治疗信心。

### 5. 健康教育

(1)向患者及其家属解释本病的治疗措施,说明坚持用药的重要性,取得患者及家属的积极配合。

(2)指导患者学会自我照顾,例如:注意个人卫生和饮食卫生,不在外购买不干净的熟食,瓜果宜洗净削皮后食用,饮食要清淡、营养;学会调理情绪,保持心情舒畅;适当参加户外活动,如散步、打太极拳,注意劳逸结合;注意保暖,避免受凉;按时按量服药;避免外伤,掌握防治出血的简单方法。

(3)向患者介绍再障的常见原因,避免使用对造血系统有害的药物,如氯霉素、磺胺类药物、保泰松、安乃近、阿司匹林等。坚持按医嘱治疗再障,定期门诊复查血常规,以便了解病情变化。

(4)因职业关系长期接触毒物,如放射性物质、农药、苯及其衍生物的人员,应让其对工作环境的危害有所认识,以便提高自我保护意识,做好防护工作,严格遵守操作规程,定期进行血常规检查。

### (七) 护理评价

患者活动后心悸、气短等症状是否减轻或消失,能否耐受一般活动;感染、出血是否出现或得到及时发现和处理。

(王艳)

## 第三节 出血性疾病的护理

### 一、概述

出血性疾病是由于正常的止血或凝血功能发生障碍,引起机体自发性出血或轻微创伤后

出血不止的一组疾病。引起这类疾病的主要因素有：毛细血管壁异常、血小板数量或功能异常、凝血功能障碍。其中一种或一种以上异常都可引起本病。

(一)分类

根据病因和发病机制，出血性疾病可分为三大类。

1. 血管壁异常

(1)遗传性：如遗传性出血性毛细血管扩张症、家族性单纯性紫癜。

(2)获得性：如重症感染、过敏性紫癜、维生素 C 及维生素 PP 缺乏症、药物性紫癜、老年性紫癜。

2. 血小板异常

(1)血小板数量减少：①血小板生成减少：如再生障碍性贫血、白血病、放疗及化疗后。②血小板破坏过多：如特发性血小板减少性紫癜。③血小板消耗过多：如血栓性血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血。

(2)血小板数量增多：①原发性：如原发性血小板增多症。②继发性：如脾切除术后。

(3)血小板功能异常：①遗传性：如血小板无力症。②获得性：如抗血小板药物作用、重症感染、尿毒症、严重肝病。

3. 凝血异常

(1)遗传性：如各型血友病。

(2)获得性：如严重肝病、尿毒症、维生素 K 缺乏症。

4. 抗凝及纤维蛋白溶解异常 如肝素使用过量、溶栓药物过量、抗因子Ⅷ和抗因子Ⅸ抗体形成、蛇咬伤、敌鼠钠中毒。

(二)临床表现

根据出血性疾病的临床表现及相关实验室检查，大致可将出血性疾病分为血管性疾病、血小板性疾病与凝血障碍性疾病(表 8-2)。

表 8-2 不同类型出血性疾病的临床特征

	血管性疾病	血小板性疾病	凝血因子缺乏
性别	多见于女性	多见于女性	多见于男性
家族史	少见	罕见	常见
出血诱因	多为自发出血	多为自发出血	多为外伤
出血部位及表现	皮肤黏膜为主，偶有内脏出血	皮肤黏膜为主，重症常有内脏出血	多见关节腔、肌肉和内脏出血，罕有淤点、紫癜，可见大片淤斑
病程与预后	短暂，预后较好	迁延，预后一般	常为终身性，预后不定

(三)辅助检查

1. 筛选试验 用于初步判断出血性疾病是由于血管异常、血小板异常还是凝血功能障碍引起的出血。

(1)血管异常：束臂试验、出血时间(bleeding time, BT)。

(2)血小板异常：血小板计数、血块回缩试验、束臂试验。

(3)凝血时间(clotting time, CT)、活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT)、血浆凝血酶原时间(prothrombin time, PT)、凝血酶时间(thrombin time, TT)等。

2. 归类诊断的特殊检查 血小板及血管异常,可做血小板形态、血小板黏附试验、血小板聚集试验、血小板相关抗体测定、毛细血管镜等;凝血功能障碍,可做凝血活酶时间纠正试验、凝血酶原时间纠正试验,有条件时直接测定凝血因子的含量及活性,以检出缺乏的凝血因子。

#### (四)治疗要点

1. 病因防治 ①遗传性出血性疾病目前尚无根治办法。对于单基因遗传性出血性疾病,关键在于预防,包括进行必要的婚前咨询、禁止近亲结婚、对可能的女性疾病基因携带者做好产前诊断等。②获得性出血性疾病,应积极治疗原发病,如严重肝病、慢性肾病和尿毒症、重症感染。过敏性紫癜应尽早明确过敏原并避免接触。③避免使用抑制血小板聚集及扩张血管的药物如阿司匹林、吲哚美辛、双嘧达莫、保泰松、噻氯匹定等。血友病患者应慎用华法林、肝素等抗凝药。

2. 止血措施 应根据患者出血的基础病因合理选择。①血管异常:可用维生素 C、维生素 P、卡巴克络(安络血)、曲克芦丁、糖皮质激素等。②血小板减少性紫癜:常用糖皮质激素,特发性血小板减少性紫癜急性发作时,可输注血小板悬液。③重症肝病:可用维生素 K 等。④凝血因子缺乏引起的遗传性出血性疾病:可补充相应的凝血因子,如纤维蛋白原、凝血酶原复合物、冷沉淀物、因子Ⅷ。⑤肌肉、关节出血:出血明显时,可用弹性绷带压迫止血,必要时行关节固定以限制活动。

## 二、特发性血小板减少性紫癜

特发性血小板减少性紫癜(idiopathic thrombocytopenia purpura, ITP)是一种免疫介导的血小板过度破坏所致的出血性疾病。ITP 是血小板减少性疾病中最常见的一种,临床上以广泛的皮肤、黏膜及内脏出血,骨髓巨核细胞成熟障碍,血小板减少、血小板生存时间缩短和抗血小板自身抗体出现为特征。可分为急性型和慢性型。前者多见于儿童;后者好发于 40 岁以下的女性,男女之比约为 1:4。

### (一)病因与发病机制

ITP 的病因迄今未明,相关的发病因素如下。

1. 感染 细菌或病毒感染与 ITP 发病有密切关系,约 80% 的急性 ITP 患者,在发病前的 2 周左右有上呼吸道感染史。

2. 免疫因素 免疫因素的参与可能是 ITP 发病的重要原因,患者体内由于病理性免疫所产生的抗血小板抗体,称为血小板相关性抗体(PAIg),PAIg 不仅导致血小板破坏,同时也影响巨核细胞成熟,使血小板生成减少。

3. 肝脏、脾脏因素 体外培养证实脾是 ITP 患者产生 PAIg 的主要部位,患者做脾脏切除后,多数血小板计数上升,血小板抗体有所下降;与抗体结合的血小板容易在脾脏被破坏。肝在血小板的破坏中有类似脾的作用。正常血小板寿命为 7~11d,ITP 患者血小板寿命明显缩短,为 1~3d。

4. 其他因素 ITP 在女性中多见且多发生于 40 岁以前,推测本病可能是雌激素抑制血小板生成和(或)增强单核-巨噬细胞对抗体结合的血小板的破坏作用。

### (二)护理评估

1. 健康史 大多数患者在起病前 1~2 周有病毒感染史,如上感、风疹等。对女性患者应了解其月经史、生育史、出血性家族史。有无使用抗血小板的药物,如阿司匹林、双嘧达莫等。

## 2. 身体状况

(1)急性型:多见于儿童,多数患者起病前1~2周有呼吸道感染史,特别是病毒感染史。起病急,常有畏寒、发热,皮肤、鼻、牙龈及口腔黏膜出血较重,皮肤可有大片淤点、淤斑、血肿,当血小板 $<20 \times 10^9/L$ 时可出现内脏出血。颅内出血是致死的主要原因。出血量过大或范围过广者可出现不同程度的贫血、血压降低或失血性休克。

(2)慢性型:以40岁以下女性多见。起病缓慢,出血症状相对较轻,常反复发生皮肤黏膜淤点、淤斑,女性患者月经过多较常见,长期月经过多可出现贫血。部分患者可因感染等致病情突然加重,出现广泛而严重的皮肤黏膜和内脏出血。病程持续半年以上的患者常有轻度脾大。

3. 心理及社会资料 由于广泛出血或出血不止,且常反复发生,引起患者恐惧、焦虑,随着病情迁延,患者可变得脾气暴躁、易怒。

## 4. 辅助检查

(1)血小板:急性型发作期血小板常 $<20 \times 10^9/L$ ,慢性型常为 $(30 \sim 80) \times 10^9/L$ ;血小板平均体积偏大;出血时间延长;血块收缩不良。血小板功能多正常。

(2)骨髓象:急性型巨核细胞轻度增加或正常,慢性型巨核细胞显著增加;巨核细胞发育成熟障碍,有血小板形成的巨核细胞显著减少( $<30\%$ )。

(3)其他:束臂试验阳性;80%以上ITP患者PAIg阳性;90%以上患者血小板生存时间明显缩短。

## (三)治疗要点

ITP的治疗原则是减少血小板的破坏,提高血小板数量,控制出血。

1. 糖皮质激素为治疗本病的首选药物,可减少PAIg生成、改善毛细血管的通透性、抑制单核-吞噬细胞系统对血小板的破坏、刺激骨髓造血及血小板向外周血释放。常用泼尼松30~60mg/d,分次或顿服,持续3~6个月。

2. 脾切除 正规糖皮质激素治疗6个月无效;糖皮质激素维持量 $>30\text{mg/d}$ ;不能使用糖皮质激素者可做脾切除术。脾切除术的作用机制是减少血小板破坏及PAIg的产生,有效率为70%~90%。

3. 免疫抑制剂 对以上治疗效果不佳者可使用免疫抑制剂。常用药物有长春新碱、环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

4. 急症可输血及血小板悬液、血浆置换、静脉注射丙种球蛋白。

## (四)护理诊断及合作性问题

1. 组织完整性受损:出血 与血小板减少、血小板生存时间缩短及抗血小板抗体有关。

2. 有感染的危险 与糖皮质激素治疗有关。

3. 潜在并发症 颅内出血。

## (五)护理目标

出血减少或停止;减少或不发生感染;无颅内出血出现。

## (六)护理措施

1. 一般护理 出血严重者应卧床休息,当血小板 $<20 \times 10^9/L$ 时,患者应绝对卧床休息,禁止剧烈活动,避免外伤,以防加重出血。依据病情选用流质、半流质饮食或普食,给予高蛋白、高维生素、少渣饮食。

2. 病情观察 应注意出血部位和出血量,观察患者有无生命体征及神志变化。监测血小板计数、出血时间等,血小板 $<20 \times 10^9/L$ 时应严密观察有无颅内出血。

3. 预防和避免加重出血 ①避免一切可能造成身体损伤的因素,如剪短指甲以防抓伤皮肤,避免拳击、扑打,禁用牙签剔牙或用硬牙刷刷牙。保持皮肤清洁,穿宽松棉织衣服,避免皮肤受刺激导致出血。②不要使用可能引起血小板减少或抑制其功能的药物,如阿司匹林、吲哚美辛、双嘧达莫、保泰松等。③减少活动,血小板 $<20 \times 10^9/L$ 时应绝对卧床休息。④剧烈咳嗽、便秘可引起颅内压增高,可能导致颅内出血,要及时处理。

4. 用药护理 长期服用糖皮质激素的患者,护理人员应向其解释该药可引起库欣综合征,易诱发或加重感染,应注意预防;长春新碱可引起骨髓造血功能抑制、末梢神经炎;环磷酰胺可致出血性膀胱炎等。静脉滴注大剂量免疫球蛋白,可出现恶心、头痛、出汗、肌痉挛、发热、寒战等,应减慢滴速,必要时注射地塞米松等加以防治。定期检查血压、血糖、白细胞计数,发现可疑药物不良反应,应及时报告医生。

5. 心理护理 向患者及家属讲述该病的特点,帮助其寻找诱因并尽量避免以减少发作。鼓励患者及家属提出与疾病有关的问题,进行耐心细致的解释或说明。加强心理疏导,消除思想顾虑。若发生严重出血,护士应沉着冷静地配合抢救,给患者以安全感。

#### 6. 健康教育

(1)给患者讲述本病的有关知识,使其能正确认识疾病,避免情绪紧张及波动,保持乐观态度,积极配合治疗。

(2)注意休息和营养,增强机体抵抗力。慢性患者适当活动,血小板 $<50 \times 10^9/L$ 时,避免强体力活动,可适当散步、打太极拳、下象棋等,预防各种外伤。

(3)用药指导。不要滥用药物,特别是对血小板有损伤作用的药物。长期服用糖皮质激素者应按医嘱服药,不可自行减量或突然停药,否则易出现反跳现象。服药期间,注意个人卫生,防止感染;低盐饮食,每周测体重,防止水钠潴留加重肾脏负担;注意观察其他不良反应。

(4)定期门诊复查血小板,出现出血征象应及时就医。

#### (七)护理评价

出血有无改善,是否发生感染,是否出现颅内出血。

### 三、过敏性紫癜

过敏性紫癜(allergic purpura)是一种常见的血管变态反应性出血性疾病。主要表现为皮肤淤点或紫癜,伴腹痛、便血、关节痛、血尿及血管神经性水肿和荨麻疹等过敏表现,多为自限性。本病多见于儿童及青少年,男性多于女性,春秋季节多发。近年来,患病率呈上升趋势。预后良好。肾型患者预后主要与肾脏损害程度有关,多数患者仅有轻度肾损害,能逐渐恢复,少数可转为慢性肾炎或肾病综合征,预后较差。病死率低于5%,主要死因为肾衰竭、肠套叠及肠梗阻。

#### (一)病因与发病机制

本病可由下列多种因素引起。

1. 感染 包括细菌(以 $\beta$ 溶血性链球菌所致的上呼吸道感染多见)、病毒(如麻疹、风疹、水痘病毒)、肠道寄生虫(如钩虫、蛔虫)感染等。

2. 食物 主要是机体对某些异性蛋白质过敏,如鱼、虾、蟹、蛋、乳类等。

3. 药物 包括抗生素类(如青霉素、链霉素、红霉素、氯霉素、头孢菌素类)、解热镇痛药(如水杨酸制剂、吲哚美辛、保泰松)、磺胺类、异烟肼、阿托品、巴比妥类、噻嗪类利尿剂等。

4. 其他 寒冷刺激、花粉吸入、昆虫咬伤、疫苗接种、尘埃、精神因素等均可诱发本病。

发病机制尚未明确,可能是各种致敏原作用机体产生变态反应,形成抗原抗体复合物,该复合物沉积于血管壁或肾小球基底膜上,并激活补体释放炎性介质,引起广泛的毛细血管炎,使血管壁通透性和脆性增高,出现渗出性出血和水肿,以皮肤、黏膜、胃肠道、关节及肾脏最常见。

## (二)护理评估

1. 健康史 评估患者起病前有无上呼吸道感染史,有无食物或药物过敏史,有无受寒、接触花粉或尘埃、昆虫咬伤、接种疫苗等。

2. 身体状况 多数患者起病前1~3周有上呼吸道感染史,表现为发热、乏力、食欲不振、头痛、咽痛等前驱症状,随后出现皮肤紫癜等典型表现。根据受累部位及临床表现的不同,可计为以下5种类型。

(1)单纯型(紫癜型):最常见的类型。以皮肤淤点、紫癜为主要表现。多发生于下肢及臀部。呈对称性分布,分批出现,形状大小不等,淤点呈紫红色,可融合成片或稍高出皮肤表面,数日后紫癜颜色逐渐变为黄褐色、淡黄色,经7~14d消退,可反复发作。严重者紫癜可融合成血泡,中心呈出血性坏死。

(2)腹型:除皮肤紫癜外,由于胃肠黏膜水肿、出血而致腹痛,伴恶心、呕吐、腹泻及血便,腹痛多位于脐周、下腹部,呈阵发性绞痛或持续性钝痛,发作时可因腹肌紧张、明显压痛及肠鸣音亢进而被误诊为急腹症。幼儿可因肠壁水肿、蠕动增强等而致肠套叠。

(3)关节型:除皮肤紫癜外,关节部位血管受累,出现关节肿胀、疼痛、压痛和功能障碍,多累及膝、踝、肘及腕关节。可反复发作,疼痛呈游走性,关节症状一般在数月内消失,不留后遗症。

(4)肾型:多在紫癜发生后1周,出现蛋白尿、血尿、管型尿。多数患者在3~4周内恢复,也可反复发作,迁延数月。严重者可发展为慢性肾炎或肾病综合征,伴高血压、水肿,甚至发生尿毒症。

(5)混合型:具备两种以上类型的特点,称为混合型。

3. 心理及社会资料 广泛而严重的反复出血,可使患者出现恐慌、害怕等心理反应;肾型患者不易根治,预后欠佳,患者易产生悲观、抑郁情绪;儿童或青少年患者因治疗影响学习而产生焦虑。

4. 辅助检查 血小板计数、出血时间及凝血各项试验均正常;部分患者束臂试验阳性,毛细血管镜检查可见毛细血管扩张、扭曲及渗出性炎症。

## (三)治疗要点

1. 病因防治 寻找并去除各种致病因素,如消除感染病灶,避免接触过敏药物和食物、驱除肠道寄生虫等。

2. 药物治疗 可选用抗组胺类药物,如异丙嗪、阿司咪唑(息斯敏)、氯苯那敏(扑尔敏)等;辅助性应用大剂量维生素C、芦丁及钙剂静脉滴注,以增加血管壁抵抗力、降低毛细血管通透性和脆性;糖皮质激素对腹型和关节型疗效较好,常用泼尼松,重者可用氢化可的松或地塞米松;肾型或用激素疗效不佳者可酌情使用免疫抑制剂,如环磷酰胺、硫唑嘌呤等。



#### (四)护理诊断及合作性问题

1. 组织完整性受损 与血管壁的通透性和脆性增加有关。
2. 疼痛 腹痛、关节痛与局部过敏性血管炎性病变有关。
3. 潜在并发症 肾功能损害。

#### (五)护理目标

1. 出血症状减轻或消失,组织保持完整无损。
2. 腹痛、关节痛减轻或消失。

#### (六)护理措施

1. 一般护理 急性期应卧床休息,避免过早或过多的行走活动。避免食用易引起过敏的食物,如鱼、虾、蛋、牛奶等,多吃蔬菜、水果。

2. 病情观察 ①皮肤出血的部位、范围。②腹痛的部位、性质、程度及持续时间,有无伴随恶心、呕吐、腹泻、便血等。若出现便血应记录便血量,定时测量血压、脉搏,观察粪便颜色及肠鸣音变化。若肠鸣音消失,出现腹胀和腹肌紧张,则有肠梗阻或肠穿孔发生的可能;若肠鸣音活跃,或伴脉搏细速、血压下降及血便,多提示再次便血。③关节局部红、肿、热、痛的情况。④尿液颜色的变化,尿常规检查结果。

3. 对症护理 提供安静舒适的环境,以减少因周围环境刺激产生焦虑而加重疼痛,协助患者取舒适体位,如腹痛者宜取屈膝平卧位,并遵医嘱皮下注射阿托品以减轻疼痛;关节型患者应保护病变部位,避免外伤,保持关节功能位,尽量减少活动,以减轻疼痛,促进积血的吸收。

4. 用药护理 遵医嘱正确、规律用药。若使用糖皮质激素,应向患者及家属讲明可能出现的不良反应,并加强护理,积极预防感染。应用环磷酰胺时,嘱患者多饮水,注意观察尿量及尿色的改变。

5. 心理护理 耐心与患者进行交谈,以了解患者对疾病的顾虑,对患者提出的问题,给予清楚的解释说明,使其积极配合治疗。

#### 6. 健康指导

(1)向患者介绍疾病的有关知识,说明本病为过敏性疾病,积极寻找致病因素,避免接触与发病有关的药物或食物,是预防疾病发生的重要措施。注意休息,加强营养,预防上呼吸道感染;花粉季节宜减少外出,外出时应戴口罩;养成良好的个人卫生习惯,饭前饭后要洗手,避免食用不洁食物,以减少寄生虫感染。

(2)教会患者自我监测病情,如发现新发的大量淤点或紫癜、明显腹痛或便血、关节肿痛、水肿、血尿、泡沫尿甚至尿量减少,多提示病情复发或加重,应及时就诊。

#### (七)护理评价

1. 出血是否减轻或消失,组织是否保持完整无损。
2. 腹痛、关节痛是否减轻或消失。

## 四、血友病

血友病(hemophilia)是一组最常见的遗传性凝血因子缺乏的出血性疾病。其特点为幼年起病,自发性关节和组织出血,凝血活酶生成障碍,凝血时间延长等。根据患者缺乏的凝血因子种类的不同,分为:①血友病 A:Ⅷ因子缺乏,又称遗传性抗血友病球蛋白缺乏或 FⅧ:C 缺