Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Байконурский медицинский техникум»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Сестринский процесс при лейкозе

Специальность: 34 02 01

Сестринское дело

Выполнила

Студентка 4 курса группы 402

Байхонова Акмарал Амирбековна

Руководитель

Врач терапевт Уразова Мадина Самуратовна

Введение

Лейкозы - представляют собой опухоли, диффузно поражающие гемопоэтическую ткань костного мозга. Уровень заболеваемости лейкозами в разных странах мира колеблется в широком диапазоне: от 3 до 10 человек на 100 00 населения. При этом мужчины болеют различными формами лейкоза примерно в 1,5 раза чаще, чем женщины.

Максимальный уровень заболеваемости хроническими лейкозами наблюдается у людей старше 40-50 лет, а острыми - в возрасте до 10-18 лет. Лейкозы относятся к группе заболеваний, называемых гемабластозами.

Гемабластозы - это опухолевый процесс новообразования, возникающие из клеток кроветворной ткани.

Гемабластозы подразделяются на 2группы:

) системные заболевания, диффузно поражающие кроветворную ткань, - лейкозы;

) регионарные заболевания - гематосаркомы - образуют солидные опухоли.

Гематосаркомы также происходят из кроветворных клеток, однако находящихся вне костного мозга. Кроме того, гематосаркомы в отличие от лейкозов характеризуются местным, локальным ростом. Их клетки первоначально не распространяются по системе кроветворения. Однако, учитывая единую опухолевую сущность обеих групп гемабластозов, лейкозы и гематосаркомы могут «переходить» друг в друга: метастазирование лейкозных клеток за пределы костного мозга приводит к развитию гематосарком, и наоборот, попадание клеток гематосарком в кроветворную ткань костного мозга обуславливает развитие лейкоза.

В то же время в детском возрасте лейкоз является одной из самых распространённых онкопатологий. [6. с.1]

Мужчины болеют чаще, чем женщины. При этом всеми исследователями отмечается 2 пика заболеваемости: в 3-4 и 60-69 лет.[4]

Выбор темы исследования обусловлен её актуальностью для практической деятельности медицинской сестры, так как лейкемии составляют приблизительно 8% от всех злокачественных новообразований и входят в число 6 самых частых видов злокачественных опухолей. В США каждый год лейкемиями заболевает около 25000 человек, из них умирает 15000-20000. Уровень смертности в последнем десятилетии резко снизился в результате повышения эффективности терапии. Острые лейкемии составляют около 50-60% от всех лейкемий. Хронические лейкемии составляют около 40-50%. В нашей стране детская лейкемия занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости и к всеобщему ужасу имеет постоянную тенденцию к росту.

Предмет изучения сестринский процесс при лейкозах

Объект исследования сестринский процесс

Цель исследования сестринский процесс при лейкозах

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

этиологию и предрасполагающие факторы лейкозов;

клиническую картину и особенности диагностики лейкозов;

принципы оказания первичной медицинской помощи при лейкозах;

методы обследований и подготовку к ним;

принципы лечения и профилактики лейкозов;

манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

особенности сестринского процесса при данной патологии.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с лейкозами;

основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре.

Методы исследования:

Для исследования использовались следующие методы:

научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

эмпирический - наблюдение.

Дополнительные методы исследования:

организационный (сравнительный, комплексный) метод;

субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);

биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

психодиагностический (беседа).

Практическое значение дипломной работы: исследование по выбранной теме работы позволит улучшить качество медицинской помощи, своевременность, результативность, профессиональную компетентность медицинского работника, эффективность, непрерывность и безопасность медицинских потребностей пациента.

Глава 1. Понятие лейкоз. Типы лейкозов

Лейкоз - тяжелое заболевание крови, которое относится к неопластическим (злокачественным). В медицине оно имеет еще два названия - белокровие или лейкемия. Это заболевание не знает возрастных ограничений. Им болеют дети в разном возрасте, в том числе и грудные. Оно может возникнуть и в молодости, и в среднем возрасте, и в старости. Лейкоз в равной степени поражает, как мужчин, так и женщин. Хотя, согласно статистике, люди с белым цветом кожи заболевают им значительно чаще, чем темнокожие [3, стр. 38].

Типы лейкозов.

При развитии лейкоза происходит перерождение определенного вида кровяных клеток в злокачественные. На этом основывается классификация заболевания.

При переходе в лейкозные клетки лимфоцитов (кровяных клеток лимфатических узлов, селезенки и печени) оно название носит название ЛИМФОЛЕЙКОЗ.

Перерождение миелоцитов (кровяных клеток, образующихся в костном мозгу) приводит к МИЕЛОЛЕЙКОЗУ.

Перерождение других видов лейкоцитов, приводящее к лейкозу, хотя и встречается, но гораздо реже. Каждый из этих видов делится на подвиды, которых достаточно много. Разобраться в них под силу только специалисту, на вооружении которого имеется современная диагностическая техника и лаборатории, оснащенные всем необходимым.

Деление лейкозов на два основополагающих вида объясняется нарушениями при трансформации разных клеток - миелобластов и лимфобластов. В обоих случаях вместо здоровых лейкоцитов в крови появляются лейкозные клетки.

Помимо классификации по типу поражения, различают острый и хронический лейкоз. В отличие от всех других заболеваний, эти две формы белокровия не имеют ничего общего с характером протекания болезни. Их особенность в том, что хроническая форма практически никогда не переходит в острую и, наоборот, острая форма ни при каких обстоятельствах не может стать хронической. Лишь в единичных случаях, хронический лейкоз может быть осложнен острым течением.

Это обусловлено тем, что острый лейкоз возникает при трансформации незрелых клеток (бластов). При этом начинается их стремительное размножение и происходит усиленный рост. Этот процесс невозможно контролировать, поэтому вероятность смертельного исхода при этой форме заболевания достаточна высока [3, стр. 38-40].

Хронический лейкоз развивается, когда прогрессирует рост видоизмененных полностью созревших кровяных клеток или находящихся в стадии созревания. Он отличается длительностью протекания. Пациенту достаточно поддерживающей терапии, чтобы его состояние оставалось стабильным.

Причины возникновения белокровия.

Что именно вызывает мутацию кровяных клеток, в настоящее время до конца не выяснено. Но доказано, что одним из факторов, вызывающих белокровие является радиационное облучение. Риск возникновения заболевания появляется даже при незначительных дозах радиации. Кроме этого, существуют и другие причины лейкоза.

В частности, лейкоз могут вызвать лейкозогенные лекарственные препараты и некоторые химические вещества, применяемые в быту, например, бензол, пестициды и т.п. К лекарствам лейкозогенного ряда относятся антибиотики пенициллиновой группы, цитостатики, бутадион, левомицитин, а также препараты, используемые в химиотерапии.

Большинство инфекционно-вирусных заболеваний сопровождается вторжением вирусов в организм на клеточном уровне. Они вызывают мутационное перерождение здоровых клеток в патологические. При определенных факторах эти клетки-мутанты могут трансформироваться в злокачественные, приводящие к лейкозу. Самое большое количество заболеваний лейкозом отмечено среди ВИЧ-инфицированных[8, стр. 177].

Одной из причин возникновения хронического лейкоза является наследственный фактор, который может проявить себя даже через несколько поколений. Это - самая распространенная причина заболевания лейкозом детей.

1.1 Этиология и патогенез

Причина многих случаев лейкемий остается неизвестной. Но в возникновении их могут быть повинны различные факторы, способные вызвать мутацию клеток кроветворной ткани. Среди этих факторов следует отметить следующие [3, стр. 38-50]:

Вирусы. Предполагают, что вирусы, которые вызывают лейкемию у животных, могут вызывать ее и у человека.

Ионизирующее излучение стало причиной многочисленных случаев лейкемий. Доказано повышение заболеваемости лейкемией у детей при внутриутробном облучении, а также развитие ее у больных, которые получали лучевую терапию при лечении анкилозирующего спондилита и болезни Ходжкина.

Химические вещества. Встречались случаи, когда причиной лейкемий были мышьяк, бензол, фенилбутазон и хлорамфеникол. Те же самые цитотоксические лекарства, которые используются для лечения опухолей, могут стать причиной развития лейкемий.

При аплазии костного мозга любой этиологии увеличивается предрасположенность к возникновению лейкемий.

Иммунодефицитные состояния. Возникновение лейкемий при иммунодефицитах связано со снижением иммунного надзора, что приводит к нарушению разрушения потенциально неопластических гемопоэтических клеток.

Генетический фактор. Нарушения структуры хромосом довольно часто обнаруживаются у больных с лейкемиями.

При остром лейкозе отмечается диффузное поражение ткани костного мозга, опухолевые клетки вытесняют другие гемопоэтические ростки и жировую ткань. Увеличение селезенки относительно небольшое (по сравнению с хроническими формами лейкоза), масса ее достигает 500-600 граммов. В крови пациентов наблюдается снижение количества других форменных элементов из-за вытеснения этих ростков неопластическими клетками.

При хроническом лейкозе у больных развивается общее хроническое малокровие, происходит увеличение внутренних органов в результате дистрофических изменений и инфильтрации их опухолевыми клетками (лейкемические инфильтраты). При всех хронических лейкемиях происходит увеличение селезенки, генерализованное увеличение лимфатических узлов.

1.2 Клиническая картина

Острые лейкозы (лейкемии) - начинаются остро, быстро прогрессируют. В крови обычно определяется большое количество бластных клеток. Среди острых лейкозов выделяют[1, стр. 13-16]:

недифференцированный;

миелобластный;

лимфобластный;

монобластный (миеломонобластный);

эритробластный;

мегакариобластный

Больных мучает:

Слабость

Лихорадка

Озноб

Боли при глотании

Боли в суставах, костях, мышцах

Похудание

Кровоточивость

Явления тяжелой интоксикации

Заболевание встречается во всех возрастных группах, включая детей и лиц пожилого возраста. Острый недифференцированный лейкоз протекает как септическое заболевание.

Хронические лейкозы (лейкемии) - начинаются постепенно и медленно прогрессируют. В крови выявляются обычно незрелые, но с тенденцией к созреванию клетки. Среди хронических лейкозов в зависимости от ряда созревающих клеток гемопоэза выделяют:

Лейкозы миелоцитарного происхождения

Лейкозы лимфоцитарного происхождения

Лейкозы моноцитарного происхождения

По картине периферический крови:

Лейкемические, которые характеризуются значительным увеличением количества лейкоцитов.

Сублейкемические, при которых количество лейкоцитов несколько выше нормы, но в крови определяются опухолевые клетки.

Алейкемические, при которых количество лейкоцитов в пределах нормы, в крови не определяются опухолевые клетки.

Лейкопенические, при которых количество лейкоцитов ниже нормы.

Хронические (лейкозы) лейкемии обычно характеризуются постепенным началом, медленной прогрессией. Хроническая лимфоцитарная лейкемия чаще встречается у людей старше 60 лет.

Больных мучает:

Боли в костях, суставах, мышцах, печени

Слабость

Повышенная температура

Кровоточивость

Симптомы нарастающей интоксикации

Похудание

1.3 Методы диагностики и подготовка к ним

Наличие некоторых вышеуказанных симптомом еще не означает, что у больного имеется лейкоз. Поэтому проводятся дополнительные исследования для уточнения диагноза, и при подтверждении лейкоза - его типа.

Диагностика лейкоза производится на основе тщательного анализа крови, костного мозга и лимфатических узлов. Важнейшим результатом в исследовании крови при остром лейкозе является наличие ярко атипичных клеток или выявление их только в костном мозге. При хроническом лейкозе в исследовании крови является присутствие в крови незрелых элементов и типичное разрастание костного мозга. С целью диагностики используют трепанобиопсию крыла подвздошной кости или пунктат костного мозга грудины [8, стр. 177].

Исследование крови.

Изменение количества различных типов клеток крови и их вид под микроскопом может дать основание предположить лейкоз. У большинства больных острым лейкозом (ОЛЛ или ОМЛ), например, имеется слишком много лейкоцитов, мало эритроцитов и тромбоцитов. Кроме того, многие лейкоциты являются бластными клетками (тип незрелых клеток, в норме не циркулирующих в крови). Эти клетки не выполняют свою функцию.

Исследование костного мозга.

С помощью тонкой иглы забирается небольшое количество костного мозга для исследования. Этот метод применяется для подтверждения диагноза лейкоза и оценки эффективности лечения.

Биопсия лимфатического узла.

При этой процедуре удаляется лимфатический узел целиком и затем исследуется.

Спинно-мозговая пункция.

Во время выполнения этой процедуры тонкая игла вводится в области поясницы в спинномозговой канал для получения небольшого количества спинномозговой жидкости, которая изучается для выявления лейкозных клеток.

Лабораторные исследования.

Для диагностики и уточнения типа лейкоза используются различные специальные методы: цитохимия, проточная цитометрия, иммуноцитохимия, цитогенетика и молекулярно-генетические исследования. Специалисты изучают костный мозг, ткань лимфатического узла, кровь, спинномозговую жидкость под микроскопом. Они оценивают размер и форму клеток, а также и другие характеристики клеток для определения типа лейкоза, степени зрелости клеток.

Большинство незрелых клеток относятся к бластным клеткам, неспособным бороться с инфекцией, которые замещают нормальные зрелые клетки.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгеновские снимки выполняются для выявления опухолевых образований в грудной полости, поражения костей и суставов.

Компьютерная томография (КТ) является специальным методом рентгенологического исследования, позволяющего обследовать тело под разными углами. Метод применяется для обнаружения поражения грудной и брюшной полостей.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) использует сильные магниты и радиоволны для получения детального изображения тела. Метод особенно оправдан для оценки состояния головного и спинного мозга.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет отличать опухолевые образование и кисты, а также состояние почек, печени и селезенки, лимфатических узлов.

Сканирование лимфатической и костной систем: При данном методе радиоактивное вещество вводится внутривенно и накапливается в лимфатических узлах или костях. Позволяет дифференцировать между лейкозным и воспалительным процессами в лимфатических узлах и костя

1.4 Лечение

Острый лейкоз лечат в стационаре. При хроническом лейкозе лечение может проводиться амбулаторно. Больных помещают в стерильные боксы. Необходим строгий санитарно-дезинфекционный режим. Частая смена белья. Медицинская сестра в тамбуре бокса должна менять халат, одевать маску, бахилы, перчатки, перед тем как зайти к изолированному больному. Медицинская сестра должна осуществлять контроль: АД, ЧДД, Ps, массы тела, величины суточного диуреза. Необходимо следить за полостью рта больного (для предупреждения гингивита), профилактику пролежней, проводить гигиеническую обработку кожи, половых органов после физиологических отправлений. Необходимо брать кровь для анализа из пальца и вены, определять группу крови (для готовности переливания).

Так же медсестра должна обеспечить больному режим питания: пища должна быть высококалорийной и легкоусвояемой, богатая витаминами В1, С и Р. Следует ограничить потребление углеводов и сладкого.

Острый лейкоз у взрослых - это не одно заболевание, а несколько, и больные с различными подтипами лейкоза неодинаково отвечают на лечение.

Выбор терапии основывается как на конкретном подтипе лейкоза, так и на определенных характеристиках болезни, которые называются прогностическими признаками. Эти признаки включают: возраст больного, количество лейкоцитов, ответ на химиотерапию и сведений о том, лечился ли ранее этот больной по поводу другой опухоли.

ХИМИОТЕРАПИЯ

Под химиотерапией подразумевается применение препаратов, уничтожающих опухолевые клетки. Обычно противоопухолевые препараты назначаются внутривенно или внутрь (через рот). Как только препарат поступает в кровоток, он разносится по всему организму. Химиотерапия - основной метод лечения острых лейкозов.

Химиотерапии острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ)

Индукция. Цель лечения на этом этапе - уничтожение максимального количества лейкозных клеток за минимальный период времени и достижение ремиссии (отсутствия признаков заболевания).

Консолидация. Задачей на этом этапе лечения является уничтожение тех опухолевых клеток, которые остались после проведения индукции.

Поддерживающая терапия. После проведения первых двух этапов химиотерапии в организме еще могут оставаться лейкозные клетки. На данном этапе лечения назначаются низкие дозы химиопрепаратов в течение двух лет [8, стр. 185].

Лечение поражения центральной нервной системы (ЦНС). В связи с тем, что ОЛЛ часто распространяется в оболочки головного и спинного мозга, больным вводятся химиопрепараты в спинномозговой канал или назначается лучевая терапия на головной мозг.

Химиотерапия острого миелоидного лейкоза (ОМЛ):

Лечение ОМЛ состоит из двух фаз: индукции ремиссии и терапии после достижения ремиссии.

В период первой фазы уничтожается большинство нормальных и лейкозных клеток костного мозга. Длительность этой фазы - обычно одна неделя. В этот период и в течение нескольких последующих недель количество лейкоцитов будет очень низким и поэтому потребуются меры против возможных осложнений. Если в результате недельной химиотерапии ремиссия не будет достигнута, то назначаются повторные курсы лечения.

Цель второй фазы - уничтожение оставшихся лейкозных клеток. Лечение в течение недели затем сопровождается периодом восстановления костного мозга (2-3 недели), затем курсы химиотерапию продолжаются еще несколько раз.

Некоторым больным назначают химиотерапию очень высокими дозами препаратов для уничтожения всех клеток костного мозга, после чего проводится трансплантация стволовых клеток.

Побочные эффекты.

В процессе уничтожения лейкозных клеток повреждаются и нормальные клетки, которые наряду с опухолевыми клетками также обладают быстрым ростом.

Клетки костного мозга, слизистой оболочки полости рта и кишечника, а также волосяных фолликулов отличаются быстрым ростом и потому подвергаются воздействию химиопрепаратов [6, стр. 332].

Поэтому больные, получающие химиотерапию, имеют повышенный риск развития инфекции (из-за низкого количества лейкоцитов), кровотечений (низкое количество тромбоцитов) и повышенную утомляемость (низкое количество эритроцитов). К другим побочным эффектам химиотерапии относятся: временное облысение, тошнота, рвота и потеря аппетита.

Эти побочные явления обычно проходят вскоре после прекращения химиотерапии. Как правило, существуют методы борьбы с побочными эффектами. Например, для предотвращения тошноты и рвоты вместе с химиотерапией назначаются противорвотные препараты. Для повышения количества лейкоцитов и профилактики инфекции применяются факторы роста клеток.

Можно снизить риск инфекционных осложнений за счет ограничения контакта с микробами путем тщательной обработки рук, употребления в пищу специально приготовленных фруктов и овощей. Больные, получающие лечение, должны избегать скоплений людей и больных с инфекцией.

Во время химиотерапии больным могут назначаться сильные антибиотики для дополнительной профилактики инфекции. Антибиотики могут быть применены при первых признаках инфекции или даже раньше с целью предотвращения инфекции. При снижении количества тромбоцитов возможно их переливание, как и переливание эритроцитов при снижении и возникновении одышки или повышенной утомляемости.

Синдром лизиса опухоли - побочный эффект, вызванный быстрым распадом лейкозных клеток. При гибели опухолевых клеток они высвобождают в кровоток вещества, повреждающие почки, сердце и ЦНС. Назначение больному большого количества жидкости и специальных препаратов поможет предотвратить развитие тяжелых осложнений.

У некоторых больных с ОЛЛ после окончания лечения позднее могут возникнуть другие виды злокачественных опухолей: ОМЛ, неходжкинская лимфома (лимфосаркома) или др.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК (ТСК)

Химиотерапия повреждает как опухолевые, так и нормальные клетки.

Трансплантация стволовых клеток позволяет врачам использовать высокие дозы противоопухолевых препаратов с целью повышения эффективности лечения. И хотя противоопухолевые препараты разрушают костный мозг больного, пересаженные стволовые клетки помогают восстановить клетки костного мозга, продуцирующие клетки крови.

Стволовые клетки забираются из костного мозга или из периферической крови. Такие клетки получают как от самого больного, так и от подобранного донора. У больных лейкозом чаще всего используются донорские клетки, так как в костном мозге или периферической крови больных могут быть опухолевые клетки [8, стр. 195].

Больному назначается химиотерапия очень высокими дозами препаратов для уничтожения опухолевых клеток. В дополнении к этому проводится лучевая терапия для уничтожения оставшихся лейкозных клеток.

После такого лечения сохраненные стволовые клетки вводятся больному в виде переливания крови. Постепенно пересаженные стволовые клетки приживляются в костном мозге больного и начинают вырабатывать клетки крови.

Больным, которым пересаживали донорские клетки, назначаются препараты, предотвращающие отторжение этих клеток, а также другие препараты для профилактики инфекций. Через 2-3 недели после трансплантации стволовых клеток они начинают вырабатывать лейкоциты, затем тромбоциты, и в конце концов - эритроциты.

Больные, которым проведена ТСК, должны оберегаться от инфекции (находиться в изоляции) до необходимого увеличения количества лейкоцитов. Такие больные находятся в больнице до достижения количества лейкоцитов около 1000 в куб. мм крови. Затем почти каждый день такие больные наблюдаются в поликлинике в течение нескольких недель.

Трансплантация стволовых клеток все еще остается новым и сложным методом лечения. Поэтому такая процедура должна осуществляться в специализированных отделениях со специально обученным персоналом.

Побочные эффекты ТСК

Побочные эффекты ТСК подразделяются на ранние и поздние. Ранние побочные эффекты мало отличаются от осложнений у больных, получающих химиотерапию высокими дозами противоопухолевых препаратов. Они вызваны повреждением костного мозга и других быстрорастущих тканей организма.

Побочные явления могут существовать в течение длительного времени, порой годами после перенесенной трансплантации. Из поздних побочных эффектов следует отметить следующие:

Лучевое повреждение легких, приводящее к одышке.

Реакция "Трансплантат против хозяина" (РТПХ), которая встречается только при пересадке клеток от донора. Это серьезное осложнение наблюдается тогда, когда клетки иммунной системы донора атакуют кожу, печень, слизистую оболочку полости рта и другие органы больного. При этом наблюдаются: слабость, повышенная утомляемость, сухость во рту, сыпь, инфекция и мышечные боли.

Повреждение яичников, приводящее к бесплодию и нарушению менструального цикла.

Повреждение щитовидной железы, вызывающее нарушение обмена веществ.

Катаракта (повреждение хрусталика глаза).

Повреждение костей; при тяжелых изменениях может потребоваться замещение части кости или сустава.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Лучевая терапия (использование рентгеновских лучей высоких энергий) играет ограниченную роль при лечении больных лейкозами.

У взрослых больных с острым лейкозом облучение может быть применено при поражении ЦНС или яичек. В редких экстренных случаях лучевая терапия назначается для снятия сдавления трахеи опухолевым процессом. Но даже и в этом случае нередко вместо лучевой терапии применяется химиотерапия.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При лечении больных лейкозом, в отличие от других видов злокачественных опухолей, операция, как правило, не используется. Лейкоз - болезнь крови и костного мозга и ее нельзя излечить хирургическим путем.

В процессе лечения больному лейкозом с помощью небольшого оперативного вмешательства может быть введен катетер в крупную вену для введения противоопухолевых и других препаратов, взятия крови для исследований.

1.5 Осложнения

Наиболее тяжелые осложнения острого лейкоза:

кровотечение (геморрагический диатез)

кровоизлияние в мозг

присоединение инфекций (сепсис)

анемия

тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов)

нейтропения (снижение количества нейтрофильных лейкоцитов)

некрозы чаще всего развиваются в слизистой полости рта, миндалин (некротическая ангина), желудочно-кишечного тракта.

иногда могут возникать инфаркты селезенки.

Хронического лейкоза:

Развивающаяся уремия

Миелома

Присоединение различных инфекций.

1.6 Профилактика

Необходима полная изоляция пациента, строгий санитарно-дезинфекционный режим (частые влажные уборки, проветривание и кварцевание палат; использование одноразового инструментария, стерильной одежды медицинского персонала). Исключается инсоляция, физические и умственные нагрузки, вредные привычки. Предупреждение простудных заболеваний и их своевременное лечение в условиях приближенных к стационарным. Больные ставятся на диспансерный учет. Контрольные медицинские обследования больных врачом должны проводится не реже 2 раз в год. При этом выполняется клинический анализ крови. В течении 1го года после лечения больных в стационаре анализы крови и осмотры врачом необходимо проводить ежемесячно. Больному следует исключить контакты с профессиональными, бытовыми и другими вредностями, а так же с инфекционными больными.

лейкоз манипуляция медицинский сестра

Глава 2 Сестринский процесс при лейкозах

.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра определяет объём сестринских вмешательств - как зависимых так и независимых, перечень действий сестры, направленных на решение проблем конкретного пациента.

По назначению врача медицинская сестра выполняет ряд функций, от которых зависит результат лечения пациента.

Выполнение внутримышечной инъекции

Оснащение: одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 700С спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством [6, стр. 335].

Подготовка к процедуре

1. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.

2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.

. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственное средство.

. Вымыть и осушить руки.

. Приготовить оснащение.

. Проверить название, срок годности лекарственного средства.

. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.

. Собрать одноразовый шприц.

. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.

. Надпилить ампулу с лекарственным средством, специальной пилочкой.

. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.

. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.

. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.

. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.

. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).

Выполнение процедуры

1. Определить место инъекции.

2. Надеть перчатки.

. Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (в начале большую зону, затем непосредственно место инъекции).

. Вытеснить воздух из шприца не снимая колпачок, снять колпачок с иглы.

. Ввести иглу в мышцу под углом 90о, оставив 2-3 мм иглы над кожей.

. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.

. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).

. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.

Окончание процедуры

. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи.

2. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.

. Помочь пациенту занять удобное для него положение.

. Уточнить состояние пациента.

. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.

. Снять перчатки, замочить их в растворе дезсредства на время экспозиции.

7. Вымыть и осушить руки.

Выполнение внутривенно-капельного вливания

Оснащение: дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 700С спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампулы с лекарственным средством, жгут, клеенчатая подушечка, бинт, система для в/в капельного вливания, флакон с лекарственным средством.

Подготовка к процедуре

1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его согласие на инъекцию.

2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.

. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственное средство, попросить пациента сходить в туалет.

4. Вымыть и осушить руки.

5. Приготовить оснащение.

. Проверить название, срок годности лекарственного средства.

. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.

. Приготовить 5-6 ватных шарика, смочить их кожным антисептиком в лотке.

. Нестерильным пинцетом вскрыть крышку, прикрывающую резиновую пробку на флаконе.

. Одним ватным шариком с антисептиком протереть крышку флакона.

. Сбросить использованный ватный шарик в лоток для использованных материалов.

. Проверить срок годности системы для в/в капельного вливания.

. Вскрыть упаковку ножницами, извлечь систему из упаковки, закрыть зажим системы, снять колпачок с иглы вводимый во флакон, ввести иглу в пробку флакона до упора, укрепить флакон на штативе.

. Заполнить систему для в/в капельного вливания (до полного вытеснения воздуха).

15. Проверить проходимость иглы.

. 3 кусочка пластыря длиной до10см закрепить на штативе.

. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение.

Выполнение процедуры

1. Под локоть пациента положить клеёнчатую подушечку (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе).

2. Наложить резиновый жгут (на рубашку или салфетку) в средней трети плеча, при этом пульс на лучевой артерии не должен изменяться. Завязать жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз.

. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть.

. Надеть перчатки.

. Дважды обработать внутреннюю поверхность локтевого сгиба (в направлении от периферии к центру), определяя направление вены, последовательно двумя ватными шариками (салфетками) с кожным антисептиком; пациент при этом сжимает и разжимает кисть.

. Снять колпачок с иглы и пунктировать вену, как обычно (кисть пациента при этом сжата в кулак).

. Когда из канюли иглы покажется кровь, снять жгут.

. Открыть зажим, присоединить систему к канюле иглы.

. Отрегулировать винтовым зажимом скорость поступления капель согласно назначению врача.

. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть ее стерильной салфеткой.

11. Снять перчатки, вымыть руки.

. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента на протяжении всей процедуры капельного вливания.

Окончание процедуры

. Вымыть и осушить руки

2. Надеть перчатки.

3. Закрыть винтовой зажим.

. Извлечь иглу из вены, прижав место инъекции шариком (салфеткой) со спиртом на 5 - 7 мин (не оставлять вату у пациента!); можно зафиксировать шарик бинтом, убедиться, что кровотечение остановилось.

. Отсоединить систему от флакона.

. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.

. Снять перчатки, замочить их в дезрастворе на время экспозиции.

8. Вымыть и осушить руки.

2.2 Особенности сестринского процесса при лейкозах

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента или его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента [8, стр. 205]:

изолировать больного

организовать масочный режим при контакте с больным

следить за регулярным проветриванием помещения, проведением влажных уборок не менее 2 раза в день

медсестра должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача. Больной должен употреблять:

больше свежих фруктов, овощей

продукты богатые витаминами С, В1 И Р.

ограничивать жиры и белки

исключать углеводы и сладкое

при организации труда и отдыха ограничить физические и эмоциональные нагрузки

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 и без шнурков)

медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку\

оказывать неотложную медицинскую помощь при кровотечении.

При кровотечении из носа:

усадить больного

успокоить больного и сказать, чтоб он вдыхал воздух носом, а выдыхал ртом, для ускорения свертываемости крови

расстегнуть стесняющую одежду

слегка наклонить его голову вперед и дать стечь крови

дать больному плевательницу и предложить сплевывать кровь

приложить холод к переносице, а к ногам грелку

если кровотечение не остановилось в течении 15 минут - ввести в носовые ходы ватные тампоны смоченные 3% раствором перекиси водорода на 10-15 минут.

Глава 3 Практическая часть

.1 Наблюдение №1

В стационаре 2-ые сутки находится пациентка М. 30 лет, врачебный диагноз: острый лейкоз. Жалобы на выраженную слабость (не может встать с кровати), озноб, проливные поты, боли в горле при глотании из-за явлений стоматита.

Температура тела 36,7ОС, пульс 98 ударов в минуту, АД 110/60 мм. рт. Ст., ЧДД 22 в минуту, в крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты - 26\*109/л, СОЭ - 40 мм. в час.

Осуществляя I этап сестринского процесса - сестринское обследование, была заполнена медицинская документация - лист первичной сестринской оценки (приложение №1). Проводя анализ, делаем вывод, что состояние пациента состояние угнетенное, депрессия, не хочет ни с кем общаться, сознание ясное.

Исходя из полученных данных обследования пациента, переходим к осуществлению II этапа сестринского процесса - определение проблем пациента выявляем нарушенные потребности, определяем проблемы (настоящие, приоритетные, потенциальные).

Настоящие проблемы: выраженная слабость (не может встать с кровати), озноб, проливные поты, боли в горле при глотании из-за явлений стоматита, обильная геморрагическая сыпь.

Приоритетные проблемы: боль в горле при глотании из-за явлений стоматита.

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений, риск кровотечения, риск падения из-за слабости, риск снижения массы тела из-за депрессии и болей в горле.

Цель: уменьшить боль в горле, избежать развития инфекционных осложнений и кровотечений.

Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение боли во рту и горле через 7 дней лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие боли во рту и горле к моменту выписки.

На III этапе сестринского процесса мы составляем план необходимой помощи пациенту. Проводим беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, режима труда и отдыха, приеме лекарственных препаратов. Подготовка больного к инъекциям.

На IV этапе происходит реализация плана сестринского ухода.

Потребность в движении:

провести беседу с пациентом и объяснить пациенту, что соблюдение постельного режима необходимо для того, чтобы ускорить восстановительные процессы, а также предупредить возникновение осложнений и тем самым ускорить его выздоровление;

оказывать пациенту необходимую помощь.

Риск падения из-за слабости:

Проводить контроль за соблюдением пациентом постельного режима.

Оказывать пациенту помощь в выполнении мероприятий по личной гигиене.

Затруднение глотания из-за болей в горле из-за явлений стоматита:

Кормить пациента жидкой пищей маленькими порциями, пища питье должны быть теплыми

Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов (по назначению врача)

Обеспечить уход за полостью рта.

Снижение аппетита из-за депрессии; риск снижения массы тела:

Провести беседу с пациентом о необходимости полноценного питания.

Создать благоприятную обстановку во время еды.

Риск инфицирования кожи из-за расчесов и "заед" в уголках рта:

Провести беседу с пациентом о значении гигиены.

Следить за ежедневным приемом душа (возить на каталке)

Проводить туалет полости рта и кожи вокруг рта после каждого приема пищи.

После спланированного сестринского вмешательства переходим к V этапу сестринского процесса - оценке эффективности всех предыдущих этапов: пациент чувствует себя хорошо, боль в горле уменьшена, отмечается улучшение аппетита, удалось избежать инфицирования.

3.2 Наблюдение №2

Пациент К. 19 лет, находиться в гематологическом отделении на лечении с диагнозом: острый лимфобластный лейкоз, развернутая стадия.

При сестринском обследовании установлены жалобы на: быструю утомляемость, слабость, похудение, геморрагическую сыпь, повышенную температуру тела.

ЧДД - 19 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Ps - 75 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД-120\80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень увеличена (на 12см.) болезненна. Нарушено удовлетворение потребностей: поддерживать температуру тела, есть, работать, избегать опасности.

Осуществляя I этап сестринского процесса - сестринское обследование, была заполнена медицинская документация - лист первичной сестринской оценки (приложение №2). Проводя анализ, делаем вывод, что состояние пациента тяжелое, температура тела 39,2ОС. Кожные покровы бледные, на конечностях мелкие множественные подкожные кровоизлияния.

Исходя из полученных данных обследования пациента, переходим к осуществлению II этапа сестринского процесса - определение проблем пациента выявляем нарушенные потребности, определяем проблемы (настоящие, приоритетные, потенциальные).

Настоящие проблемы: лихорадка, быстрая утомляемость, слабость, подкожные кровоизлияния.

Приоритетные проблемы: лихорадка.

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений, риск кровотечения. Риск снижения массы тела из-за лихорадки.

Цель: снизить температуру тела, избежать развития инфекционных осложнений и кровотечений.

Краткосрочная цель: уменьшить лихорадку к концу недели до субфебрильных цифр.

Долгосрочная цель: температура не будет повышаться до высоких цифр.

На III этапе сестринского процесса мы составляем план необходимой помощи пациенту. Проводим беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, режима труда и отдыха, приеме лекарственных препаратов. Подготовка больного к инъекциям.

На IV этапе происходит реализация плана сестринского ухода.

Потребность в движении:

провести беседу с пациентом и объяснить пациенту, что соблюдение постельного режима необходимо для того, чтобы ускорить восстановительные процессы, а также предупредить возникновение осложнений и тем самым ускорить его выздоровление;

оказывать пациенту необходимую помощь.

Риск падения из-за слабости:

Проводить контроль за соблюдением пациентом постельного режима.

Оказывать пациенту помощь в выполнении мероприятий по личной гигиене.

Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов (по назначению врача).

Снижение аппетита из-за лихорадки:

Провести беседу с пациентом о необходимости полноценного питания.

Создать благоприятную обстановку во время еды.

Риск инфицирования кожи из-за расчесов и "заед" в уголках рта:

Провести беседу с пациентом о значении гигиены.

Следить за ежедневным приемом душа (возить на каталке)

Проводить туалет полости рта и кожи вокруг рта после каждого приема пищи.

После спланированного сестринского вмешательства переходим к V этапу сестринского процесса - оценке эффективности всех предыдущих этапов: пациент чувствует себя хорошо, температура тела понижена и не поднимается до высоких цифр, отмечается улучшение аппетита, удалось избежать инфицирования.

Выводы

Углублённо изучив сестринский процесс при лейкозах, проанализировав два случая из практики, сделан вывод, что цель работы медицинской сестры достигнута. В ходе работы было показано, что использование всех этапов сестринского процесса, позволяют повысить качество сестринской помощи.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. В рамках сестринских вмешательств при заболеваниях крови медсестре следует 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. Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог, можно сказать, что без лечения лейкоз приводит к гибели больного в течение нескольких месяцев или даже недель.

Не зависимо от формы лейкоза, выбора схемы лечения все пациенты нуждаются в соответствующем уходе, при грамотной организации которого шансы на выздоровление повышаются. Поэтому главной задачей сестринского ухода при лейкозах является создание комфортной и безопасной атмосферы вокруг больного.

Роль медсестры в осуществлении лечебно-диагностических мероприятий невелика, но на ее плечи ложится не менее ответственный груз квалифицированный уход за больным. Она способствует созданию спокойной, доброжелательной и доверительной атмосферы в окружении пациента, уделяет ему достаточное внимание, выполняет его просьбы и пожелания, разумно ограничивает физическую активность, обеспечивает полноценный отдых и сон. Самочувствие больного улучшают посещения родственников и близких людей, занятия любимым делом (чтение, прослушивание музыки, просмотр телепередач). Пристального внимания заслуживают мероприятия, направленные на предупреждение кожных геморрагий, кровоточивости десен, носовых, желудочно-кишечных, маточных и других кровотечений, раздражений, повреждений и инфицирования кожи и слизистых оболочек.

Медсестра следит за соблюдением пациентом правил личной гигиены, ежедневно осматривает кожные покровы и видимые слизистые оболочки, рекомендует чистить зубы мягкой щеткой, постоянно полоскать рот холодным физиологическим раствором или водой, употреблять часто и небольшими порциями термически и механически щадящую пищу, использовать белье и постельные принадлежности из мягкой ткани, а также исключать применение некоторых лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные препараты - аспирин, индометацин и др., антиагреганты - курантил, трентал, тиклид и др.).

Определенную роль в предупреждении кровотечений и инфекций играют ограничение использования или исключение внутримышечных инъекций, ректального измерения температуры, применения клизм и свечей, борьба с запорами и использование послабляющих средств. При осуществлении различных медицинских манипуляций соблюдают универсальные принципы гигиены: необходимы мытье рук, применение одноразовых шприцев, стерильных салфеток и др. Исключают контакты больного с родственниками и обслуживающим персоналом при наличии у них признаков инфекционного заболевания.

Медсестра постоянно измеряет температуру тела больного и при ее повышении под контролем врача осуществляет забор крови, мокроты, мочи, кала для соответствующих лабораторных исследований. Она информирует больного и его родственников о противоинфекционных мероприятиях в больничных и домашних условиях; в случае кровотечений оказывает пациенту доврачебную медицинскую помощь и своевременно информирует об этом врача. Больной должен знать об опасности возникновения у него кровотечений и владеть общедоступными способами их остановки. Пациента могут беспокоить тошнота, рвота, боли в животе, снижение или отсутствие аппетита, похудение. Уменьшение выраженности или ликвидация этих неблагоприятных клинических симптомов - достаточно сложная задача.

Питание должно быть высококалорийным, с достаточным содержанием животных и растительных белков, жиров и углеводов. Учитывают пристрастия пациента - в рацион включают блюда, которые ему нравятся. Исключают свежие овощи и фрукты в связи с возможностью инфицирования, ограничивают употребление алкогольных напитков, копченостей, жареных блюд и тугоплавких жиров. Рекомендуют легкие закуски между основными приемами пищи, а также подливки, соусы и приправы для мяса, рыбы, птицы и овощей. Ежедневно измеряют массу тела, количество выпитой и выделенной жидкости.

По назначению врача используют противорвотные средства (мотилиум, реглан, трописетрон и др.), а в связи с возможным, особенно - на фоне рвоты, обезвоживанием организма следят за достаточным (2-3 л/сут) употреблением жидкости в виде чая, разбавленных фруктовых и овощных соков, минеральных вод. Болевой синдром купируют с помощью анальгетиков, в том числе - наркотического происхождения. Полное отсутствие аппетита у тяжелого больного с выраженными поражениями слизистой оболочки полости рта, желудка и кишечника и связанными с ними нарушениями всех видов обмена веществ является показанием для парентерального питания. В этих случаях применяют концентрированные растворы глюкозы, аминокислотные препараты и жировые эмульсии.

В заключение можно сделать вывод, что современные 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.

Это требует от медсестры работы по укреплению, продлеванию и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

Медицинская сестра, не только должна компетентно выполнять врачебные назначения и осуществлять сестринский процесс, уход за больными, но так же высоким требованиям должны отвечать её теоретические знания того или иного заболевания.

Список литературы

1. Абдулкадыров К.М., Руковицын А.А., Бессмельцев С.С., Руголь В.И. Лейкозы - болезни стромы кроветворных органов //Гематология и трансфузиология. - 1996. - Т.41, № 1. - С.13-16.

. Абрамов Н.Г. Гематологический атлас. - М.: Медицина, 1985. - С.48-56.

. Базарнова М.А., Морозова В.Т. Руководство к практическим занятиям по клинической лабораторной диагностике. - Киев: Высшая школа, 1988. - С.38-50.

. Байдун Л.В. Современная диагностика и классификация острой лимфобластной лейкемии //Гематология и трансфузиология. - 1997. - № 3. - С.37-43.

. Песоцкая Л.А. Острый лейкоз у взрослых //Врачебное дело. - 1992. - № 9. - С.84.

. "Сестринское дело в терапии", Смолева Э. В, 2007год, стр.332

. "Сестринское дело в терапии", Лычев В.Г., Карманов В. К, 2008год, стр.379

. "Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи", Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н., 2008год, стр.177

Дополнительные:

. "Терапия", Антропова Т.О., 2010год

. "Терапия", Бабак О.А., 2011год

. "Терапия", Бокарев И.Н., 2008год

. "Терапия", Губергриц Н.Б., 2009год

. "Терапия", Кукеса В.Г., 2009год

. "Терапия", Окороков А.Н., 2010год

. "Энциклопедия медицинской сестры", Никитина Ю.П. 2007год