

·个案护理·

1 例重型再生障碍性贫血老年患者首次微移植治疗的护理*

赵伟伟, 陈燕琴

(中国人民解放军第三零七医院血液层流病区, 北京, 100071)

[关键词] 老年患者; 重型再生障碍性贫血; 微移植; 护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2017)07-0077-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.07.019

Nursing of an elderly patient with severe aplastic anemia undergoing microtransplantation

Zhao Weiwei, Chen Yanqin//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(7): 77.

((Department of Hematology, Affiliated Hospital of Academy of Military Medical Sciences, Beijing, 100071, China)

[Key words] elderly patient; severe aplastic anemia; microtransplantation; nursing

重型再生障碍性贫血 (severe aplastic anemia, SAA) 是由多种病因导致的骨髓造血功能衰竭, 以骨髓造血功能低下, 外周血全血细胞减少为特征的疾病, 临床主要表现为贫血、出血、感染。SAA 病情进展迅速, 确诊 1 年内自然病死率高达 80%~90%, 是治疗再生障碍性贫血的难点^[1]。微移植治疗血液病的优势为无移植物抗宿主病, 快速造血恢复, 不受供受者人类白细胞组织相容性抗原 (human leukocyte antigen, HLA) 配型及年龄限制 (最大年龄 88 岁), 能明显提高患者的生存率及生活质量, 是今后治疗的大势所趋^[2-3]。文献报道^[4], 年龄是影响预后的重要因素。微移植是目前治疗 SAA 的新方法, 不需要对受者进行致死性或亚致死性免疫抑制预处理, 也不要求形成供体细胞完全或混合植入, 而仅通过极微量的免疫抑制预处理, 形成微量供体嵌合体, 达到快速恢复患者造血功能、提高疗效并避免移植物抗宿主病 (graft-versus-host disease, GVHD) 的目的^[5]。本科室 2014 年 11 月收治 1 例老年 SAA 患者使用微移植治疗, 经治疗和护理患者血象恢复, 顺利转移出层流病房, 现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者男, 61 岁, 以头晕, 血常规减低起病病程 2 个月, 血常规提示: 白细胞 $2.60 \times 10^9/L$ 、血红蛋白 75g/L、血小板 $10 \times 10^9/L$, 诊断为 SAA。2014 年 11 月 3 日入院后查血常规提示: 白细胞 $2.63 \times 10^9/L$ 、血红蛋白 76g/L、血小板 $3 \times 10^9/L$, 11 月 11 日给予环孢素等药物治疗后, 11 月 24 日患者出现肺部感染及肺出血, 给予抗感染治疗后好转, 2014 年 12 月 22 日入住百级无菌层流病房, 开始给予微移植治疗, 给予化疗方案: 微移植 8~4d 抗人 T-细胞猪免疫球蛋白 1750mg/d、甲泼尼龙琥珀酸钠 120mg/d, 前 7d 开始泵入免疫抑制剂他克莫司 4mg/d; 前 3d 环磷酰胺 2g/d。于患者微移植治疗前 5d 开始, 供者每天早晚 7:00 皮下注射重组人粒细胞刺激因子, 剂量 $5 \mu g/(kg \cdot d)$ 。12 月 30 日行微移植治疗, (微移植治疗 1d) 均回输新鲜供者动员后造血干细胞, 回输顺利, 未出现发热等不适; +9d 造血功能开始恢复; +26d 患者血象开始下降, 并出现口腔溃疡, 肺部感染及发热, 体温最高 $38.5^\circ C$; +50d 患者口腔溃疡加重, 黏膜呈片状糜烂, 表面伴少量水泡, 并出现肛周肿物; 结合患者口腔溃疡表现考虑为疱疹病毒感染, 给予静脉输注阿昔洛韦, 并加强口腔及肛周护理; +53d 患者胆红素及肌酐升高, 考虑药物副作用或血型转换, 即停用可疑药物, 给予退黄疸、水化、碱化、利尿等处理。微移植治疗 68d

[基金项目] * 本课题为国家自然科学基金资助项目, 项目编号为 81670110。

[收稿日期] 2016-03-29

[作者简介] 赵伟伟 (1988-), 女, 山东聊城人, 护师, 本科, 主要从事血液病护理工作。

患者肛周脓肿,并伴有黄色稠状分泌物,细菌培养为肺炎克雷伯菌、屎肠球菌(对万古霉素、左氧氟沙星敏感)。给予肛周红外线照射和局部换药,并根据药敏结果应用抗生素。微移植治疗 74d 患者中性粒细胞逐渐恢复,肺部感染得到控制,肝肾功能好转,患者口腔溃疡及肛周感染好转,无分泌物,细菌培养均为阴性。微移植治疗 90d 患者出院。每月随访患者,患者定期复查,血象恢复良好。

2 护理

2.1 心理护理

该例患者确诊 SAA 后常出现紧张、焦虑、孤独、抑郁等低落情绪,且患者入住百级无菌层流病房保护隔离,进入一个完全被隔离的陌生环境里生活,与外界接触的机会非常少;且微移植是一项原创的新治疗技术,患者自身进行微移植治疗及预后的担心;且患者骨髓抑制期中出现严重感染,患者百级无菌层流病房单独居住 3 月余,更易产生孤独感,经常情绪低落、哭泣。护理入室前向患者详细介绍层流病房的布局,让患者有一个初步的认识,减少恐惧感;主动安慰、关心、体贴患者,责任护士积极与患者交流^[6];患者住院期间为春节,除夕期间合理延长家属的探视时间,同时鼓励患者收听音乐、看电视等来分散注意力,减轻不适感;患者情绪波动较大时,要耐心说服,体谅患者的身心痛苦,在生活上主动照顾;及时进行健康指导,详细讲解微移植治疗其他恶性血液病患者的成功案例,增强患者战胜疾病的信心^[7]。

2.2 预防感染

感染是微移植过程中常见的并发症。患者既往存在肺部感染病史,故预防感染的发生是该例患者造血功能恢复的关键。安排患者微移植前入住无菌层流病房,其主要装置为高效过滤器,可清除 99.99% 直径大于 $0.3\mu\text{m}$ 尘埃及细菌,能有效降低患者的感染,从而减少外源性感染的机率^[8]。患者床单位、病号服、隔离衣均经高压蒸汽灭菌,床单位隔日更换,隔离衣每 4h 更换 1 次,各种治疗用具专人专用;患者带入的生活用品,经紫外线照射后,方可使用。同时严密监测患者的生命体征,包括体温变化、脉搏、血压等。由于患者存在耐药菌

感染,加强医务人员手卫生管理,在病房门口设置醒目的耐药菌感染标志,提醒医务人员进行各项诊疗及护理操作时严格执行隔离措施。每日使用专用的 2% 有效氯消毒抹布擦拭病室内家具、墙壁及地面 2 次。工作人员进入层流病房需穿无菌隔离衣,戴口罩、帽子,消毒双手,带无菌手套,更换无菌拖鞋,并严格执行无菌操作^[9]。

2.3 口腔护理

该例患者因微移植后全血细胞减少,粒细胞缺乏,免疫力低下,黏膜屏障受损。微移植治疗 26d 患者出现口腔溃疡,给予患者口腔护理,遵医嘱早晚及 3 餐前后使用呋喃西林、0.2% 浓替硝唑含漱液、5% 碳酸氢钠等漱口液交替漱口,每天 6~8 次,每次含漱 4~5 mL,使药液充分与舌下、两侧颊部及咽后壁接触,充分发挥药液作用^[10]。微移植治疗 50d 患者口腔黏膜片状糜烂,表面伴少量水泡,考虑口腔疱疹病毒感染,给予阿昔洛韦静脉输注及漱口,每日观察患者口腔黏膜变化,嘱患者进食软食或半流质饮食,以免过硬食物,刺激破溃黏膜,造成口腔溃疡加重及疼痛。每日 2 次口腔护理,动作轻柔,防止戳破黏膜及出血。微移植治疗 74d 患者口腔黏膜溃疡完全愈合。

2.4 肛周护理

该例患者因微移植长期处于骨髓抑制期,中性粒细胞减少,其吞噬能力减弱,防御机能低下,抗感染能力减低,常合并软组织感染,感染部位常为口腔黏膜、鼻部、肛门周围^[11]。该例患者微移植治疗 50d 出现肛周截石位 10 点方向压痛明显,可见一大小约 $1\text{cm}\times 1.5\text{cm}$ 肿物,做好肛周护理,每晚用 1:5000 高锰酸钾坐浴,鱼石脂软膏局部涂擦,保持肛周清洁、干燥、保持大便通畅。微移植治疗 68d 肛周脓肿,并伴有黄色稠状分泌物,细菌培养为肺炎克雷伯菌、屎肠球菌(对万古霉素、左氧氟沙星敏感),使用 3% 双氧水清洁创面后,给予肛周红外线照射每天 2 次,每日用碘伏消毒局部换药。对局部进行细菌培养及药敏试验,根据培养结果,遵医嘱合理使用抗生素。保持床单位清洁、平整。选用柔软、透气性能好的内裤,勤更换,勤清洗,该例患者微移植治疗 74d 肛周脓肿好转,局部干燥、无分泌物,微移植治疗 80d 患者肛周创面处长出新鲜肉

芽组织,微移植治疗 90d 患者肛周创面愈合。

2.5 用药护理

抗人 T-细胞猪免疫球蛋白、他克莫司 (FK-506) 等作为该例患者微移植方案中的重要用药,输注过程中,注意观察药物副作用。微移植治疗 4d 时患者出现肌酐、胆红素升高、血氧饱和度下降 93%,考虑药物副作用,停止 FK-506 泵入,更换为有相同药理作用的环孢素,同时将抗人 T-细胞猪免疫球蛋白减慢泵入速度,加大甲泼尼龙琥珀酸钠激素剂量,促肝细胞生长素保肝、苦黄退黄、呋塞米及托拉塞米利尿、吸氧等处理后,上述症状趋向好转。因患者感染严重,应用抗菌药物期间,定期进行病原菌监测,根据药敏结果及时调整用药,调整用药期间,患者未出现药物相关副作用,并严格按照药物半衰期执行,注意药物配伍禁忌,观察用药疗效。

2.6 干细胞输注的护理

该例患者先后输注 3 次造血干细胞,按微移植计划微移植治疗 0d、微移植治疗 1d 分别输注新鲜造血干细胞 216mL,219mL; 细胞浓度 $2.50\sim 3.52\times 10^{11}/L$,有核细胞数 $7.96\sim 11.4\times 10^8/kg$,CD3+ 细胞数 $2.14\sim 2.31\times 10^8/kg$,CD34 细胞数 $5.24\sim 7.32\times 10^6/kg$,NK 细胞 $0.44\sim 0.45\times 10^8/kg$ 。第 3 次输注因患者感染加重,血象恢复欠佳,为刺激骨髓造血,微移植治疗 29d 再次将剩余供者冻存造血干细胞 109mL 全部输注。造血干细胞的顺利输注是微移植成功的关键,首先提前建立静脉通路,去除输液器的过滤器;给予心电监护,保证静脉管道牢固,输入通畅;其次遵医嘱给予地塞米松、甲泼尼龙、非那根等抗过敏药物;最后将造血干细胞轻轻摇匀,输注前后用生理盐水冲管,输闭后用注射器抽吸生理盐水 20mL 注入造血干细胞袋内,轻轻摇匀,以便将残留在袋内造血干细胞充分输入患者体内。输注后观察患者有无寒颤、高热、腰痛、酱油色尿等输血反应,有无胸闷、呼吸困难、血氧饱和度下降等循环负荷过重的表现。该例患者在输注造血干细胞后未出现输血反应及循环负荷过重等表现。

3 小结

老年 SAA 患者仍是目前治疗难点,因老年患者存在怕给子女带来麻烦、怕增加家庭负担等思想,部分患者放弃治疗。该例患者在骨髓抑制期过程中,相继出现肺部感染加重、肝功能不全、口腔溃疡、肛周脓肿及耐药菌感染等,经过原创微移植治疗方法,动员供者采集干细胞后,给患者回输新鲜造血干细胞 2 次,回输冻存造血干细胞 1 次,同时根据细菌药敏培养结果,选用抗生素抗感染、口腔护理、肛周换药、红外线照射等治疗和护理,感染控制,患者白细胞恢复。

参考文献:

- [1] 项路.重型再障的护理[J].温州医学院学报,2015(9):09:158-159.
- [2] 艾辉胜,孙琪云,《微移植治疗缓解期中青年急性髓细胞白血病的长期随访》解读[J].临床血液学杂志,2015,28(5):367-369.
- [3] 韩娜,丰明星,赵伟伟,等.微移植治疗老年急性髓性白血病疗效及患者生活质量随访[J].现代医学,2015,43(3):288-290.
- [4] 王军,陈虎,造血干细胞移植治疗再生障碍性贫血[J/CD].中华移植杂志月(电子版),2010,4(1):52-54.
- [5] Guo M, Hu K X, Yu C L, et al. Infusion of HLA-mismatched peripheral blood stem cells improves the outcome of chemotherapy for acute myeloid leukemia in elderly patient[J]. Blood, 2011, 117(3):940.
- [6] 周瑾,吴斌,张友山,异基因造血干细胞移植后急性移植物抗宿主病患者的护理[J].现代临床护理,2015,14(2):21-24
- [7] 罗亚娇,王颖莉 1 例骨髓增生异常综合征转变为急性髓细胞白血病并发多种疾病患者的护理[J].现代临床护理,2015,14(1):78-80
- [8] 刘玲,欧英贤.造血干细胞移植护理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:58-59.
- [9] 宁新,王亚飞,陈燕琴,等.1 例微移植治疗老年骨髓增生异常综合征合并耐药菌感染患者的护理[J].护理学报,2012,19(7B):46-48.
- [10] 丰明星,陈燕琴,韩娜,等.1 例白血病患者微移植后合并多部位急性蜂窝织炎的护理[J].护理学报,2015,22(3):47-48.
- [11] 罗玉勤,1 例重型再生障碍性贫血患者并发鼻唇部感染的护理[J].现代临床护理,2015,14(11):73-75.

[本文编辑:李彩惠]