

· 个案护理 ·

## 1 例急性早幼粒细胞白血病并发大咯血患者的护理

宁新, 刘晓丽, 吴静营, 杜玲, 邹晓燕, 鲁艺, 张颖  
(中国人民解放军第307医院血液内科, 北京, 100071)

[关键词] 急性早幼粒细胞白血病; 咯血; 护理

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2014)02-0077-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.02.24

### Nursing care of a patient with acute promyelocytic leukemia and severe hemoptysis

Ning Xin, Liu Xiaoli, Wu Jingying, Du Ling, Zou Xiaoyan, Lu Yi, Zhang Ying // Modern Clinical Nursing, -2014, 13(2):77.

[Key words] acute promyelocytic leukemia; hemoptysis; nursing

急性早幼粒细胞白血病 (acute promyelocytic leukemia, APL) 是一种特殊类型的急性髓细胞白血病 (acute myeloid leukemia, AML), 发病率为 AML 的 10% ~ 15%; 临床表现为严重而广泛的出血, 常导致早期死亡<sup>[1]</sup>。当一次咯血量大于 100 mL 或 500 mL/24 h 时, 称为大咯血。大咯血严重危及生命, 死亡主要是为窒息及休克。2012 年 7 月本科室收治 1 例急性早幼粒细胞白血病并发肺部大咯血患者, 经过治疗与护理, 肺部 CT 显示病灶基本消失, 外周血象正常, 骨髓完全缓解, 现将护理情况报道如下。

### 1 病例介绍

患者, 男, 年龄 41 岁, 2012 年 7 月 19 日因牙龈肿胀疼痛, 高热 (最高 40℃), 伴畏寒寒战, 白细胞  $1.66 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 72 g/L, 血小板  $75 \times 10^9/L$ , 给予头孢类抗生素抗感染 7d, 效果不佳, 外周血各项指标进行性下降, 给予行骨穿检查拟诊为 APL, 未行特殊治疗。2012 年 7 月 26 日收入本院治疗, 确诊为 APL 伴复杂染色体异常, 有 20 年糖尿病病史。入院当天给予三氧化二砷诱导分化治疗与 HA (高三尖杉酯碱 2 mg/d+ 阿糖胞苷 150 mg/d) 方案化疗, 7 月 29 日在三氧化二砷诱导分化治疗第 4 天晚上出现大咯血, 12 h 咯血总量为 600 mL, 动脉血气分析显示 I 型呼吸衰

竭, CT 显示肺部严重感染和出血, 痰培养提示耐药鲍曼不动杆菌和热带假丝酵母菌感染。经气管插管、呼吸机辅助呼吸、气管内止血、大剂量激素、抗真菌、抗细菌及止血药物等治疗后出血停止, 肺部感染好转。三氧化二砷诱导分化治疗顺利进行, 治疗第 14 天骨髓显示骨髓增生明显活跃, 原始细胞占 10.5%, 早幼粒细胞占 47%; 第 35 天骨髓增生减低, 原始粒细胞占 0.5%, 未见特异性早幼粒细胞, 提示疾病缓解; 10 月 4 日肺部 CT 显示病灶基本消失, 外周血象正常, 骨髓完全缓解, 行巩固化疗后出院。

### 2 护理

#### 2.1 心理护理

该例患者初诊为 APL, 在治疗过程同时并发肺部大出血, 在担心白血病未知的治疗效果及肺部大出血的双重打击下, 患者表现出极度的烦躁、焦虑、恐惧, 并且有意识抑制呼吸和咳嗽。因此, 责任护士针对患者心理状态, 及时给予相应的心理干预, 通过讲解肺出血发生的原因, 治疗方法及如何配合治疗来安抚开导患者, 稳定患者情绪; 告知患者焦虑、烦躁情绪对疾病转归的不良影响; 嘱咐患者不要有意识地抑制呼吸和咳嗽, 可以轻轻将血痰咯出, 及时减轻患者心理压力, 增强其战胜疾病的信心, 该例患者能积极配合治疗与护理。

#### 2.2 肺出血护理

2.2.1 严密观察患者病情变化情况 APL 很容

[收稿日期] 2013-07-20

[作者简介] 宁新 (1980 - ), 女, 吉林人, 护士长, 大专, 主要从事血液病临床护理工作。

易出现凝血功能异常,合并弥散性血管内凝血 (disseminated intravascular coagulation, DIC) 风险高。文献报道<sup>[2]</sup>,早幼粒细胞中嗜苯胺蓝颗粒含组织因子 (tissue factor, TF) 样促凝物,APL 细胞中 TF 较其他白血病中 TF 含量高,故 APL 更易并发 DIC。王树叶等<sup>[3]</sup>研究发现,APL 合并 DIC 总发生率为 75%,死亡率为 11.06%,初治组和复发组 DIC 发生率无显著差异,因此动态监测患者出凝血功能,及时补充相关凝血因子,并给予三氧化二砷抢先诱导分化治疗。密切观察患者意识、皮肤出血点、痰液及大小便颜色和性质变化情况,及时发现各脏器是否有出血倾向。该例患者三氧化二砷化疗第 4 天咳嗽频繁并伴大咯血,40 min 咯血量达 500 mL,心率增快至 150 次/min,呼吸 49~53 次/min,血压 140/60 mmHg,出凝血功能进行性加重,凝血酶原时间比值 1.38、活动度 60%,活化部分凝血酶时间 22.60 s、凝血酶原时间 15.20 s、D-二聚体定量 835 ng/mL,病情危重,遵医嘱给予浓缩血小板 1 单位、新鲜冰冻血浆 250 mL 及悬浮红细胞 2 单位输入,及时补充凝血因子及丢失的红细胞,有效控制肺出血,预防失血性休克的发生;给予生理盐水 100 mL+ 甲泼尼龙琥珀酸钠 240 mg 冲击,持续输入垂体后叶素 (0.1 u/Kg/h),同时给予硝酸甘油扩张冠状动脉。护理上给予患者去枕平卧位,保持呼吸道通畅,指导患者将头偏向一侧,以利于血痰咯出;同时观察患者呼吸频率、血氧饱和度变化情况;患者咳嗽剧烈时,护士及时清除患者呼吸道分泌物。持续心电监护,密切观察患者心率、呼吸、血压、体温、血氧饱和度,每 15 min 记录 1 次,维持血压在 100~110/60~70 mmHg,记录出入量 1 次/4 h,保持出入量平衡。

2.2.2 做好肺出血的抢救与配合 虽然大咯血是机械通气相对禁忌症<sup>[4]</sup>,但颜建辉等<sup>[5]</sup>研究表明,经过常规抢救措施如电动吸引清除阻塞血块,紧急气管插管抽吸解除血块阻塞通畅气道后,急性呼吸衰竭严重缺氧不能马上纠正,仍然需要人工呼吸来改善肺通气。该例患者在抢救中给予气管插管,插管后用生理盐水 100 mL+ 重酒石酸去甲肾上腺素注射液 4 mg 气管内冲洗吸痰配合呼吸机机械通气,每次快速滴入 5 mL 冲洗液后给予

100% 浓度氧气正压通气 2 min,再吸痰。吸痰时密切注意患者血氧饱和度变化情况,如此间断给予吸痰,吸出鲜红色血液及血凝块,血氧饱和度维持在 95% 以上,心率 115 次/min,呼吸 25 次/min,血压在硝酸甘油输入下逐步下降至 100/70 mmHg,出血量减少。第 2 天患者出血量明显减少,偶有暗红色血块咳出,血氧饱和度保持在 97%,给予间断呼吸机辅助呼吸后停机改为鼻导管吸氧。

### 2.3 消毒隔离

李雪红等<sup>[6]</sup>调查发现,恶性血液病患者医院感染率高,应引起医务人员高度重视。该例患者牙龈肿胀疼痛、高热起病,院外给予头孢类抗生素抗感染 7 d,效果不佳,于 2012 年 7 月 26 日给予三氧化二砷诱导分化治疗与 HA 方案化疗,在三氧化二砷化疗第 4 天患者出现肺部大咯血,考虑肺部严重感染导致肺出血,床旁胸片显示双肺炎症,给予大剂量激素冲击,同时给予抗生素药物亚胺培南西司他丁钠 1 g,3 次/d、利奈唑胺注射液 300 mg,2 次/d,抗真菌药物伏立康唑注射液 200 mg,2 次/d。患者在肺出血得到有效控制后,连续 7 次痰培养提示铜绿假单胞杆菌、耐药鲍曼不动杆菌和热带假丝酵母菌感染。按医嘱给予接触隔离,将患者进行单间隔离,在病室门口设置醒目的耐药菌感染标识,病室内放置专用的诊疗器具、卫生清洁用具;医护人员在接触患者前后应用免洗手消毒液严格按照 6 步洗手法消毒双手,严格执行无菌操作,每日配制 2% 肝炎净分别擦拭所有物品表面及地面 2 次。该例患者抗感染治疗 30 d 后肺部感染体征、症状均已明显好转,痰培养细菌为口腔及气管定植菌,解除隔离。

### 2.4 用药护理

2.4.1 及时、准确、按时应用各种药物 该例患者在突发大咯血时,立即给予阿桔片、蛇毒血凝酶、维生素 K<sub>1</sub>、氨甲苯酸、酚磺乙胺、甲泼尼龙琥珀酸钠、垂体后叶素及硝酸甘油等药物治疗。垂体后叶素可使内脏毛细血管、小动脉、小静脉收缩,但是过量或过快会引起血压升高、心律失常、消化道反应、电解质异常等<sup>[7]</sup>。因此,在输入垂体后叶素同时给予静脉输入硝酸甘油控制血压,在输液过程,护士加强巡视,密切监测患者血压、心率,随时根据患者出血量及血压情况调节输液速度,使患

者血压控制在 107 ~ 136/67 ~ 82 mmHg。患者在应用多种抗细菌及抗真菌药物治疗期间密切观察治疗效果及是否出现二重感染。

**2.4.2 观察药物不良反应** 文献报道<sup>[8]</sup>,使用大剂量糖皮质激素对血糖影响较大,该例患者有 20 年糖尿病病史,治疗过程应用大剂量激素冲击,在激素治疗第 2 天患者血糖升高,血糖 17.1 ~ 21.8 mmol/L,给予每 2 h 监测血糖 1 次,持续输入胰岛素,并根据血糖数值调节胰岛素输入速度,该例患者治疗 5 d 后血糖控制在 8.4 ~ 9.9 mmol/L。患者于 8 月 3 日起无明显诱因颈部及后背部出现充血性发红,无皮疹,不伴痒感及其他不适,考虑是与大剂量激素同时使用的伏立康唑注射液,将其调整为注射用两性霉素 B 脂质体,并给予口服抗过敏药物西替利嗪分散片后患者皮疹消退。

### 3 讨论

肺出血是白血病患者化疗期间最严重的并发症,救治难度大,死亡率高,该例患者成功救治给笔者启示:①该例患者起病急,病情发展快,护士应急能力要强,血液科护士不但要掌握专科疾病的护理知识,还需要掌握机械通气的各项护理措施,及时准确配合医生进行抢救,为患者争取宝贵的抢救时间。本科室每名新入职护士需要到重症监护室完成 40 学时课程,并且由科室教学组长考核达到合格标准方可安排单独值班,同时本科

室制订各种抢救预案,平时定期训练,该例患者抢救成功与护士的应急能力与素质是密不可分的。

②该例患者病情危重,给患者及家属带来极大的心理压力,护士要主动做好患者心理护理,消除患者紧张、恐惧情绪,使其积极配合治疗与护理。

### 参考文献:

- [1] Su YC, Dunn P, Shih LY, et al. Retinoic acid syndrome in patients following the treatment of acute promyelocytic leukemia with all-trans retinoic acid [J]. *Chang Gung Med J*, 2009, 32 (5): 535-542.
- [2] Falanga A, Consonni R, Marchetti M, et al. Cancer procoagulant in the human promyelocytic cell line NB4 and its modulation by all trans retinoic acid [J]. *Leukemia*, 1994, 8 (1): 156.
- [3] 王树叶, 赵彦萍, 杨光, 等. 急性早幼细胞白血病并发 DIC 临床分析 [J]. *白血病 淋巴瘤*, 2004, 13 (2): 101.
- [4] 王志红, 周兰妹. 危重症护理学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 208-209; 213-214.
- [5] 颜建辉, 蒙志好. 机械通气救治肺结核大咯血窒息 6 例体会 [J]. *中国急救医学*, 2006, 26 (2): 152.
- [6] 李雪红, 吕瑜莲, 龚燕玲. 恶性血液病患者骨髓抑制期医院感染调查分析及对策 [J]. *现代临床护理*, 2009, 8 (4): 7.
- [7] 方卫利. 垂体后叶素临床应用的不良反应报道 [J]. *临床肺科杂志*, 2009, 14 (10): 1402.
- [8] 黄勇, 黄建钦. 大剂量使用糖皮质激素后发生糖尿病的危险因素和防治措施 [J]. *吉林医学*, 2010, 31 (6): 824.

[本文编辑: 刘晓华]

欢迎广大护理人员赐稿!