

# 1例异基因造血干细胞移植术后并发肠道移植物抗宿主病及心肌梗死的护理

宁新, 邹晓燕, 田雅文, 王雪, 张颖, 程宠, 王静, 杜玲

(中国人民解放军第307医院血液内科, 北京, 100071)

[关键词] 骨髓增生异常综合症; 肠道移植物抗宿主病; 急性心肌梗死; 护理

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2015)03-0082-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.03.024

## Nursing of one patient with graft-versus-host disease and acute myocardial infarction after transplantation of myelodysplastic syndrome

Ning Xin, Zou Xiaoyan, Tian Yawen, Wang Xue, Zhang Ying, Cheng Chong, Wang Jing, Du Ling//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(03):82

[Key words] myelodysplastic syndrome; graft-versus-host disease; acute myocardial infarction; nursing

骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndrome, MDS)是一种克隆性造血异常的恶性疾病,发病年龄大,治疗困难。非清髓异基因造血干细胞移植(nonmyeloablative stemcell transplantation, NST)是治疗MDS的有效手段,可显著减轻细胞毒药物强度而加强受者的免疫抑制,明显拓宽移植的适应症<sup>[1]</sup>。急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)发生心力衰竭、严重心律失常或休克病死率极高,其中休克患者病死率高达80%<sup>[2]</sup>。NST后并发肠道移植物抗宿主病(graft versus host disease, GVHD)伴AMI的病例较少报道。本科于2013年7~8月收治1例MDS患者,采用NST治疗术后并发肠道GVHD及AMI,经治疗后好转出院,现将护理体会报道如下。

### 1 病例介绍

患者女,44岁,2011年10月以乏力、头痛起病,2011年12月15日首次入院诊断为MDS,于2013年7月31日行NST后约6个月停用免疫抑制剂他克莫司,3d后出现发热伴腹泻、腹痛,体温最高39.0℃,大便3~11次/d,为黄绿色稀糊至稀水便,

偶有少量血丝。2014年2月8日再次入院后提示大便潜血实验阳性,大便7~11次/d,黄绿色稀水便至稀糊便,量360~2010 mL/d,确诊为肠道GVHD。患者2月9日出现剑突下及心前区疼痛,心电图示ST段T2~T4平台样抬高。动态监测心肌肌钙蛋白I 0.47~0.6 ng/mL,肌红蛋白25~40 ng/mL,肌酸激酶12 U/L、肌酸激酶同工酶10 U/L、乳酸脱氢酶161 U/L,确诊急性前间壁心肌梗死。予以加强免疫抑制、止泻、扩张冠状动脉、营养心肌、补充电解质及蛋白、降糖等治疗与护理,于2014年3月18日病情好转顺利出院。

### 2 护理

#### 2.1 肠道GVHD护理

2.1.1 腹泻护理 肠道GVHD的主要症状是腹泻。文献报道<sup>[3]</sup>,肠道GVHD腹泻严重程度与肠道感染及致死率密切相关,Ⅲ、Ⅳ度肠道GVHD的致死率高达50%,为墨绿色水样便,严重者为血水样便,肠黏膜脱落,伴腹部痉挛性疼痛、恶心、呕吐,可累及整个消化道,口服止泻剂无效<sup>[4]</sup>。严密观察患者大便颜色、性质及量,判断有无血便及肠黏膜脱落,及时发现消化道出血。该例患者入院前2周~入院后3周伴腹泻,多达11次/d,大便量2010 mL/d,为黄绿色稀水便,伴胶冻样物质。采用静脉泵入他

[收稿日期] 2014-12-09

[作者简介] 宁新(1980-),女,吉林人,护师,大专,主要从事血液内科护理工作。

克莫司,因12 d后患者出现急性前壁心肌梗死,避免其毒性加重心脏负担,停用他克莫司,静脉泵入环孢素注射液60 mg/d。18 d后间充质干细胞 $3.0 \times 10^7$ 个髓内注射促进抗排异,进行髓内注射时严格无菌操作,注射完毕后局部按压10 min,粘贴 $10 \text{ cm} \times 12 \text{ cm}$ 的3M无菌敷料,3 d内避免污染穿刺点。经积极抗排异及抗细菌治疗,该例患者入院6 d后肠道未出现血水样便及肠黏膜脱落,20 d后大便由墨绿色稀水便逐渐转变为黄色糊状,1~2次/d。

**2.1.2 腹痛护理** 该例患者腹泻同时伴有腹部痉挛性疼痛,阵发性发作,便后疼痛无缓解。给予热水袋热敷腹部同时报告医生,遵医嘱给予口服1片氨酚羟考酮,密切观察疼痛缓解情况。患者于3月6日大便成形后腹痛症状得到缓解。

**2.1.3 肛周护理** 文献报道<sup>[5]</sup>,腹泻患者肛周皮肤常处于潮湿和粪便侵蚀状态,极易刺激肛周皮肤,常引起肛周皮肤破损、红肿,重者溃烂,增加感染发生率。该患者大便次数多达11次/d,为防止患者因腹泻频繁造成肛周皮肤黏膜损害,每次便后使用湿纸巾擦拭肛周,并用温水清洗肛周皮肤,干毛巾轻轻拭干臀部皮肤,肛周痔核脱出处涂抹2%碘伏,局部喷洒3M液体敷料,晾干15 s,保持臀部皮肤清洁干燥。经护理该例患者肛周皮肤未出现黏膜破损、糜烂等。

**2.1.4 控制血糖、血压** 文献报道<sup>[6]</sup>,AMI合并糖尿病患者死亡率较高。治疗肠道GVHD使用大剂量激素冲击及患者原有糖尿病导致血糖升高。密切监测患者血糖变化,根据血糖情况使用50%葡萄糖250 mL+胰岛素注射液32单位静脉泵入,同时注意低血糖反应。3月1日该例患者晨起空腹血糖1.5 mmol/L,同时伴有心慌、出汗,立即给予静脉输注50%葡萄糖纠正低血糖,2 h后复测血糖为8.3 mmol/L。该例患者空腹血糖由治疗前11.5~17.8 mmol/L,住院期间控制在3.8~11.2 mmol/L。患者既往高血压病史,严密监测患者血压,4次/d,口服硝苯地平缓释片10 mg/d,住院期间该例患者血压控制在108~120/70~90 mmHg。

**2.1.5 营养支持** 患者发生低蛋白血症时,胃肠道水肿,绒毛吸收能力下降,引起吸收障碍和腹泻<sup>[7]</sup>。

造血干细胞移植后合并肠道GVHD腹泻的患者,常规要求禁食至腹泻好转。文献报道<sup>[8]</sup>,肠道GVHD患者在腹泻第1周给予进食,不会加重腹泻,还能改善患者营养状况。该例患者于2014年1月26日起腹痛、腹泻严重,连续3 d没有进食而明显消瘦,体重过轻。近期腹泻加上禁食导致营养缺乏,低蛋白血症、电解质紊乱,给予静脉补充营养及维持水电解质平衡。鼓励患者进食小米汤、玉米糊、面汤、肠内营养粉等流质饮食,控制每日饮食总量:第1周,进食3~4次/d,每次100 mL;第2周,进食4~6次/d,每次进食150 mL,全天总量不超过1000 mL,逐渐向半流质过渡。该例患者2月27日大便1~3次/d,为黄色糊状便,调整饮食为半流质、淀粉类易消化食物,禁食油脂及纤维素多的食物。3月6日患者大便1~2次/d,为黄色成形软便,并且水电解质紊乱纠正,营养改善,体重增加。

## 2.2 AMI的护理

**2.2.1 生命体征观察及疼痛护理** AMI的主要临床症状为心律失常、心力衰竭、突发性持续剧烈的心前区或胸骨后压榨性疼痛、全身不适、低血压、胃肠道症状、休克等,部分患者伴有上腹部疼痛,严重者可危及生命<sup>[9]</sup>。给予患者持续进行心电监护,密切监测患者心率、心律、血压及呼吸情况及动态监测中心静脉压情况,床旁备好除颤仪、吸痰装置、急救药品、除颤仪等,发现异常及时报告医生,高度警惕AMI再次发作。该例患者入院后第2天出现剧烈左上腹疼痛伴后背部放射痛。患者为MDS采用NST术后,出凝血功能异常,如行介入溶栓治疗、放支架等处理风险极大,且放置支架后需要长期抗凝药物治疗,不适用于MDS患者。按医嘱给予患者口服酒石酸美托洛尔(12.5 mg,2次/d,9 d后调整至25 mg),减低心率和减轻心脏负荷;并应用单硝酸异山梨酯缓释片(40 mg/d)扩张冠状动脉、阿托伐他汀钙片20 mg/d降血脂、黄磺达肝葵钠2.5 mg/d皮下注射抗凝、抗血小板凝集、硫酸氢氯吡格雷片75 mg/d抗凝、抗血小板凝集、左卡尼汀2 g次/d营养心肌等。当患者出现心前区及胸骨后疼痛时密切注意患者疼痛的部位、性质、程度,及时报告医生,建立静脉通路,遵医嘱首先使用盐酸吗啡(10mg)皮下注射镇静止痛,静脉泵入硝酸甘

油扩张冠状动脉以缓解疼痛,疏导患者不良情绪。该例患者 AMI 10d 后好转,未再次发生 AMI。

**2.2.2 预防下肢深静脉血栓形成** AMI 或者心肌梗死早期,避免活动后增加心脏缺血以及跌倒,要求患者严格卧床 7 d,待心肌损伤标志物恢复正常后逐渐增加活动量,患者卧床期间给予患者穿下肢弹力袜,改善血液循环,增加血液回流,防止发生双下肢静脉血栓;按医嘱给予皮下注射磺达肝葵钠 2.5 mg/d,严格每隔 24 h 注射 1 次,预防深静脉血栓形成。注意注射部位皮肤出血倾向,减少止血带使用时间;注意观察双下肢有无肿胀,及时发现深静脉血栓形成;建立翻身卡,填写压疮风险评估监控表,使用 R 型垫,每 2 h 协助患者翻身 1 次。该例患者未发生下肢深静脉血栓。

### 2.3 心理支持

文献报道<sup>[10]</sup>,AMI 的发作和恶化与患者情绪状态有密切关系,除了病情本身所带来的负性情绪外,患者在治疗过程中对环境的不适应,以及对护理服务的不满意,或自身的活动能力受限等产生焦虑、愤怒等。该例患者自 2 月 14 日出现间断烦躁不安,大喊大叫,强烈要求出院回家。因其 MDS 病程长,NST 后的肠道 GVHD 导致营养不良,体态消瘦,AMI 的疼痛使患者产生较大的精神压力,出现焦虑、恐惧等情绪。同时因 NST 后反复出现腹泻、持续腹痛与禁食以及疾病预后的不确定性带来巨大的心理压力,患者烦躁不安、容易情绪激动。因此,医护人员耐心与患者交流,详细讲解疾病进展情况、治疗方案及预后情况,提高其对治疗的依从性,当患者出现烦躁不安时,允许家属陪伴给患者带来安全感,责任护士床旁看护,将软枕靠在床挡内,防止患者磕碰及坠床,通过引导患者向护士和家属倾诉不良情绪,避免情绪过于激动导致 AMI 加重,同时仔细倾听患者的倾诉,及时了解患者发生不良情绪的原因,耐心解答患者提出的问题,及时给予解决,消除患者不良情绪。进行各项护理操作时要细致、轻柔、规范、熟练,提供连续性

的健康教育,提高患者满意率,获得患者的信任。

### 3 小结

通过总结 1 例 MSD 患者 NST 后并发肠道移植植物抗宿主病伴 AMI 的护理,笔者认为,针对移植后的患者提出个体化综合性护理方案,给予恰当的心理支持,合理的肠内外营养支持,维持水电解质平衡,缓解腹泻腹痛症状并注意清洁肛周皮肤,严格控制血糖血压,做好并发症观察和护理,才能提高造血干细胞移植后患者的预后恢复和生存质量。

### 参考文献:

- [1] Gupta V, Daly A, Lipton JH, et al. Nonmyeloablative stem cell transplantation for myelodysplastic syndrome or acute myeloid leukemia in patients 60 years or older[J]. Biol Blood Marrow Transplant, 2005, 11(10): 764-772.
- [2] 陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社, 2002: 1389.
- [3] Zubair A, Zahreh D, Daley H, et al. Early neutrophil engraftment following autologous BMT provides a functional predictor of long-term hematopoietic reconstitution[J]. Transfusion, 2003, 43: 614-621.
- [4] 周兰月,李静,邵琰.65 例异基因造血干细胞移植并发急性移植植物抗宿主病患者的护理[J].护理学报, 2014, 21(4): 33.
- [5] 王健叶,刘蓉.三腔导尿管在危重腹泻患者肛周皮肤护理中的应用[J].现代临床护理, 2012, 11(10): 31.
- [6] 胡冬根.某社区 532 例急性心梗患者发病因素的回顾性分析[J].安徽医药, 2012, 16(7): 968.
- [7] 张丽霞.颅脑损伤患者肠内营养腹泻的相关因素分析及护理干预[J].现代临床护理, 2009, 8(5): 16-18.
- [8] 朱莉,孙爱华,黎智,等.异基因造血干细胞移植术后并发肠道移植植物抗宿主病的护理[J].中华护理杂志, 2014, 45(9): 850-851.
- [9] 孙月秀.急性心梗溶栓治疗的护理体会[J].哈尔滨医药杂志, 2012, 31(6): 1460-1461.
- [10] 向月,肖萍,尹军强,等.骨肿瘤化疗患者连续将抗教育模式的临床应用[J].现代临床护理, 2013, 12(12): 58-60.

[本文编辑:李彩惠]