

2.5 饮食护理 患儿头皮有多个创面并渗出较多,易导致机体蛋白及营养物质丢失,不利于伤口愈合。因此,在饮食方面,指导患儿进食高蛋白、高热量、高维生素饮食,如蛋类、鱼类、禽类、豆类、牛奶等食物。另外,因患儿合并种痘样水疱病应禁食过敏性食物,如菠菜、香菜、芹菜、油菜、野菜、田螺等,可食黄色蔬菜,如胡萝卜、南瓜及紫色蔬菜等,切忌摄入碘化钾以防病情加重。

3 小 结

水疱痘疮样淋巴瘤是一种 EBV 阳性皮肤 T 细胞淋巴瘤,以儿童和青少年多见,表现为暴露于阳光的皮肤表面,尤其是面部,出现丘疹、水疱疹、破溃结痂,针对该患儿给予氩氛激光消炎、镇痛治疗;患儿头皮损伤面积较大、渗出液较多,容易与外界接触引起感染,给予百克瑞抗菌敷料覆盖^[3-4]。水疱痘疮样淋巴瘤以反复皮疹、水疱疹、破溃结痂而起病,患处覆盖大量痂皮,给予凝胶敷料自溶清创。针对该患儿伤口的特殊情况,在敷料选择和使用上经验不足,在请外科及皮肤科专家会诊后,给予正确的护理措施,经过治疗和护理后,患儿头部破损皮肤大部分愈合。因此,采取有效的皮肤护理干预来降低患儿感染率,进而减轻患儿痛苦,延长患儿生命。本例患儿反复发热,机体消耗量大,加强饮食护理。水疱痘疮样淋巴瘤反复发作预后较差,对患者及家属的心理护理显得非常重要,应给予及时·案例分析·

正确的心理疏导和干预,使患者树立战胜疾病的信心。

氩氛激光主要用于照射皮肤、黏膜溃疡,有刺激、消炎、镇痛的作用。纱布创面敷料用于创面覆盖,特别是渗出伤口,防止创面直接与外界接触,为伤口创造湿性愈合环境。同时纱布创面敷料富含溶菌酶、溶葡萄球菌酶,可抑制细菌在纱布上定植。凝胶敷料(清得佳)的作用通过使坏死组织缓慢水合而达到自溶性清创的目的,同时能松弛和吸收创面腐肉和渗出物,为机体提供一个湿润的伤口愈合环境。

参考文献

- [1] 克晓燕. 淋巴瘤诊断手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:234.
- [2] 付甜甜,徐玉梅. 1 例种痘水疱病样皮肤 T 细胞淋巴瘤患者的护理[J]. 皮肤病与性病, 2014, 36(1):44.
- [3] 赵晓芳,邓卉春. T 细胞淋巴瘤性红皮病合并酒精性肝硬化肝性脑病患者护理体会 1 例[J]. 中国肝脏病杂志, 2015, 7(1):111-112.
- [4] 王媛,王冰,田菲. 1 例弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者并发水痘的护理[J]. 全科护理, 2015, 13(26):2662-2663.

(收稿日期:2017-06-22 修回日期:2017-09-14)

1 例银屑病患儿行 CD34⁺ 纯化自体造血干细胞移植术的护理体会^{*}

刘赛鸽,孙爱华[△],兰大华

(中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院全军血液病中心,重庆 400037)

关键词:银屑病; 自体造血干细胞移植; 护理体会

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.057 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2017)24-3708-03

银屑病是一种由多基因遗传决定的、多环境因素刺激诱导的免疫异常性、慢性炎症、增生性皮肤病^[1]。银屑病病因尚不完全清楚,但越来越多的研究证明白细胞介素-23 和 CD4 阳性辅助性 T 淋巴细胞 17 在银屑病病理机制中起到了关键作用,认为银屑病是一种自身免疫性皮肤病^[2]。脓疱型银屑病是银屑病中较少见的一种类型,约占银屑病的 0.69%^[3]。临床上仍以阿维 A 酸及糖皮质激素为主的传统治疗为主导^[4],但易复发,虽然生物制剂治疗带来了新的希望,但临床应用尚不广泛,适应证难以把握。自体造血干细胞移植可能起到免疫摧毁与重建作用,在免疫重建过程中有可能排除自身反应性淋巴细胞,或者诱导产生对自身抗原的免疫耐受,因此可能是治愈银屑病的有效方法,现已越来越多被国内外采用,并取得了较好的疗效。本科室于 2015 年 10 月收治了 1 例银屑病患者,经自体造血干细胞移植术后病情稳定,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,女,40 岁,1996 年无明显诱因枕部出现

硬币大小红斑,浸润明显,其上有银白色鳞屑,后红斑面积逐渐扩大蔓延至头顶,就诊于当地医院,诊断为银屑病,寻常型,药物治疗(具体不详)后上述症状缓解出院。院外病情反复,红斑逐渐蔓延至面部、背部及四肢,期间多次就诊,使用地塞米松磷酸钠等激素治疗 2 年后自行停用。2004 年红斑泛发全身,伴皮肤红肿、胀痛、瘙痒、高热,再次就诊当地医院(具体不详),治疗好转后出院。2015 年 8 月初上述症状加重,伴手、脚掌出现脓疱、高热,体温最高达 39.2℃,就诊于当地医院,入院诊断银屑病,脓疱型,药物治疗(具体不详)后好转出院。院外使用阿维 A 酸胶囊、紫丹银屑片、郁金银屑片、马来酸氯苯那敏片等,外用地塞米松磷酸钠乳膏、卡泊三醇乳膏等。2015 年 10 月 23 日病情反复于本院就诊,查血常规:白细胞(WBC)4.4×10⁹/L,血小板(PLT)120×10⁹/L,血红蛋白(Hb)129 g/L。骨髓穿刺:骨髓增生明显活跃,粒细胞系 51%,红细胞系 39%,巨核细胞 80 个,产板型巨核细胞 56 个。经全院讨论后行 CD34⁺ 纯化分选自体外周血造血干细胞移植术(APBSCT)。

* 基金项目:2016 年新桥医院临床护理科研课题资助项目(2016XQHLYG-06)。

[△] 通信作者, E-mail: 1050698479@qq.com。

1.2 治疗方法 2015 年 12 月 18 日予以环磷酰胺 $2.9 \text{ g} \cdot 2 \text{ d}$ 干细胞采集前化疗, 12 月 26 日血常规检查示: WBC $0.4 \times 10^9/\text{L}$, PLT $44 \times 10^9/\text{L}$, 12 月 31 日给予重组人粒细胞刺激因子(G-CSF)动员干细胞后, 行自体造血干细胞采集, CD34⁺ 细胞分选, -85°C 冻存。2016 年 2 月 27 日再次入院入住无菌层流病房(LAFR), 并于当日 B 超下行左侧贵要静脉经外周导入中心静脉置管(PICC)术。3 月 1 日预处理行 FCR 方案: 氟达拉滨 $30 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot 5 \text{ d}$ (总量 205.5 mg), 环磷酰胺 $2 \text{ g}/\text{m}^2 \cdot 2 \text{ d}$ (总量 2480 mg), 利妥西单抗 $375 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot 1 \text{ d}$ (总量 513.75 mg)。3 月 7 日移植后 1 d, 回输 CD34⁺ 自体外周血造血干细胞液 140 mL 。3 月 10 日移植后 3 d, 血常规检查示: WBC $0.9 \times 10^9/\text{L}$, PLT $71 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞绝对值(NEUT) $0.82 \times 10^9/\text{L}$, Hb $87 \text{ g}/\text{L}$, 粒细胞减少, 给予 G-CSF $300 \mu\text{g} \cdot 1 \text{ d}$ 治疗。3 月 12 日移植后 5 d, 血常规检查示: WBC $0.43 \times 10^9/\text{L}$, PLT $52 \times 10^9/\text{L}$, NEUT $0.31 \times 10^9/\text{L}$, Hb $84 \text{ g}/\text{L}$, 网织红细胞百分数 2.38% , 网织红细胞绝对值 $65.7 \times 10^9/\text{L}$, 骨髓抑制状态, 给予酚磺乙胺注射液 $1 \text{ g}/\text{d}$, 预防出血。3 月 16 日移植后 9 d, 复查血常规检查示: WBC $5.56 \times 10^9/\text{L}$, PLT $72 \times 10^9/\text{L}$, NEUT $4.67 \times 10^9/\text{L}$, Hb $81 \text{ g}/\text{L}$ 。3 月 18 日移植后 11 d, 复查血常规检查示: WBC $8.76 \times 10^9/\text{L}$, PLT $82 \times 10^9/\text{L}$, NEUT $7.45 \times 10^9/\text{L}$, Hb $93 \text{ g}/\text{L}$, 造血重建, 办理出院。

1.3 护理方案

1.3.1 移植的护理 (1) 预处理期的护理与观察。APBSCT 前患者必须接受一个疗程的超大剂量化疗, 有时再加上大剂量放疗, 这种治疗称为预处理, 是移植成功的关键。预处理目的有 3 个: ①清除体内残存的恶性细胞或骨髓中的异常细胞群; ②抑制或摧毁体内免疫系统, 使输入的骨髓不易排斥; ③为骨髓干细胞植入形成必要的“空间”。采用 FCR 预处理方案, 会产生如消化道功能异常、肝肾功能代谢异常、骨髓抑制等各种毒性反应, 提供优质而有效的护理措施是移植顺利进行的重要保障。在预处理第 1 天出现恶心、呕吐等消化道毒性反应, 观察呕吐物的性状、量、颜色等, 予以兰索拉唑、胃复安对症处理, 同时警惕消化道出血的倾向。输注利妥西单抗时, 心电监护同步监测心率、血压、血氧饱和度等生命体征, 严格按照由慢到快阶梯式输注法输注。患者输注时出现头晕, 但生命体征正常, 予以减缓输注速度。鼓励患者多饮水, 促利尿尿, 每日尿量达 3000 mL 以上, 预防环磷酰胺引起的出血性膀胱炎。(2) 实施全环境保护, 严格执行无菌管理制度。经肠道净化和体表无菌化处理后, 入住 LAFR。保持 LAFR 环境无菌化, 室内相对湿度保持在 $55\% \sim 65\%$ 。医务人员严格执行无菌操作原则, 避免不必要的侵入性操作。患者体表无菌化, 预防体表常菌感染。肠道净化及无菌饮食, 继续口服肠道不吸收的抗菌药物。(3) 自体外周血造血干细胞回输的护理。全血输注法输注, 使用带过滤装置的输血器; 输注前常规抗过敏治疗; 每袋干细胞液 $30 \sim 50 \text{ mL}$, 42°C 水箱内复温 15 min 后快速输注。输注时先慢后快, 总用时不超过 8 min , 以减少防冻液中二甲亚砜对造血干细胞的损伤。在回输的过程中, 加强患者呼吸、心率等心肺功能监测, 观察患者是否出现脂肪栓塞、过敏等不良反应。(4) 并发症的观察与预防。感染, 由于患者长期存在免疫功能紊乱、应用糖皮质激素、机体免疫力下降^[5], 再加上大剂

量的预处理摧毁了造血与免疫系统, CD34⁺ 细胞纯化等, 对淋巴细胞系列的杀伤作用更为强烈, 移植后免疫功能恢复延迟, 诸多因素共同作用, 使自身免疫性疾病患者移植后抵御感染能力绝对降低^[6], 感染成为移植后最主要的并发症及常见的死亡原因, 其发生率高达 58.5% ^[7]。感染一般发生在移植后 $7 \sim 28 \text{ d}$, 称为极期, 是感染的高发期, 事关移植成败的关键。一旦出现低温、低血压、发热或腹泻等感染症状, 需要做细菌培养和降钙素原测定, 为确定诊断和合理使用抗菌药物提供依据。出血, 每日观察患者全身皮肤、黏膜是否有出血点, 观察时应区分银屑病导致的点状出血症状。当 $\text{PLT} \leq 20 \times 10^9/\text{L}$, $\text{Hb} \leq 60 \text{ g}/\text{L}$ 时, 限制患者活动, 卧床休息, 输注血小板, 避免碰撞硬物, 尤其是保护头部。用漱口液漱口, 避免使用牙刷。避免进食粗糙、带刺食物。护理操作时动作要轻柔, 肌肉或皮下注射后按压注射部位 $5 \sim 10 \text{ min}$, 避免同部位注射。肝静脉闭塞病一般在移植后 $1 \sim 2$ 周内发生, 表现为皮肤黏膜黄染、肝功能异常, 严重者可发生肝脏肿大、腹水及肝区疼痛等。监测神志、皮肤黏膜颜色、空腹体质量、腹围、肝功能等变化, 控制盐和液体摄入及药物护肝治疗。间质性肺炎由于骨髓抑制期机体免疫力降低, 再加上长期卧床, 极易发生肺部感染。临床表现为发热、胸闷、呼吸困难、进行性低氧血症等。当患者出现早期缺氧或胸闷等临床症状时, 必须及早吸氧^[8]。协助患者采取卧位或半卧位休息, 指导患者进行有效呼吸, 保持呼吸道通畅, 监测血氧饱和度的变化。痰液黏稠时予以超声雾化吸入, 以稀释痰液。

1.3.2 皮肤及黏膜的护理 患者皮肤出现银白色鳞屑、薄膜现象、点状出血的特征性损害, 因此皮肤护理是重点。每日检查皮肤状况, 保持皮肤完整性, 预防皮肤继发感染。观察皮肤部位、颜色、弹性、红斑大小形状等变化。使用气垫床, 减少皮肤受压。加强皮肤清洁, 每日用 $39 \sim 41^\circ\text{C}$ 温水擦拭, 再用爱护佳免洗外科手消毒液进行皮肤擦拭消毒, 脱屑较重处、皮肤褶皱处可尽量多涂消毒液^[9]。使用消炎抑菌药膏: 将 20% 尿素软膏和红霉素软膏依次涂在脱屑处, 每日 $2 \sim 3$ 次。擦拭皮肤时, 动作要轻柔, 不可用力搓擦, 撕脱皮屑。穿尺码宽大的衣物, 减少皮肤摩擦。加强口腔护理, 脓疱可累及消化道黏膜, 每日观察口腔、肛周黏膜情况, 若有损伤, 及时处理。皮肤脓疱破裂可导致疼痛, 使用视觉模拟疼痛评估量表进行疼痛评估, 积极采取干预措施。当疼痛评分低于 3 分时可采用移情止痛法、深呼吸止痛法等非药物治疗方法, 转移患者注意力, 提高痛阈。患者皮肤脱屑严重, 透明敷贴不利于 PICC 导管的固定, 且皮肤皲裂, 更换时易撕伤。因此, 应采用无菌纱布加弹力绷带的固定方法, 且尽量减少胶带的使用。

1.3.3 心理护理 患者入 LAFR 前主要表现为对 LAFR 全封闭环境的恐惧感、病情变化不确定性因素和医疗费用的担忧, 护理人员通过图片、多媒体等多种方式向患者及家属介绍舱内环境及日常生活流程, 使其有初步的了解, 减少陌生感。移植过程中主要表现为环境密闭、接触人员少和离开家人所致的孤独感, 以及极期身体极度虚弱产生的焦虑、恐惧和无助感。提供舒适的生活、治疗环境, 保持房间整洁、光线适宜。建立良好的护患信任, 让患者参与到治疗中, 能更好地配合治疗, 使治疗顺利进行。由于治疗过程长, 对外交流少, 移植后对接触陌生人产生畏惧感, 不愿与人接触, 但同时又对美好生活无限向

往,动员家庭支持系统,多关心、开导患者,鼓励患者建立战胜疾病的信心。

2 结 果

经过针对性、个体化的优质护理,患者在 APBSCT 期间积极配合医护人员,顺利克服了各种不良反应。经过近 2 周骨髓重建,连续 2 次血常规监测,WBC、NEUT、PLT 均达到造血重建标准,且脓疱基本消退,全身皮屑减少,患者顺利转出 LAFR。

3 讨 论

在移植全过程中,采取针对性、分阶段的护理措施,如预处理期各种化疗药物毒副反应的观察和处理,移植过程中造血干细胞的输注及不良反应的观察,移植后并发症的观察和护理、皮肤护理等,护理人员根据病情,及时与医生沟通制订相应的护理措施。在移植前,评估皮肤情况,做好皮肤的彻底清洁;入住 LAFR 期间,患者体表无菌化,选用对皮肤刺激更小的消毒液;进行局部操作时,尽量减少对皮肤的刺激,如更换 PICC 敷料时将透明敷料改为无菌纱布;极期对损伤皮肤继发感染的预防与护理等。

总之,APBSCT 难度和风险都比较大,但作为治疗自身免疫性疾病的有效方法,已被广泛应用于临床,对移植过程中的针对性、分阶段优质护理及患者的好心态,是移植成功的重要保障。

参考文献

[1] 郑敏. 银屑病发病机制研究中若干问题的思考[J]. 中华

皮肤科杂志,2006,39(3):121-123.

[2] 马天,姜文成,陈洁,等. 银屑病发病机制研究进展[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版),2013,7(21):9656-9658.

[3] 高美中,郭丽英. 1 例重症脓疱型银屑病合并红皮病患者的护理观察与体会[J]. 中国医科大学学报,2013,42(1):94-95.

[4] 杜鑫,杨森. 脓疱型银屑病研究进展[J]. 中国皮肤性病学杂志,2010,24(5):482-483.

[5] 董秀娟,赵晓武,马红霞,等. 36 例自身免疫性疾病自体造血干细胞移植后感染[J]. 中原医刊,2006,33(24):1-3.

[6] 赵晓武,侯天德,符博文,等. 自体造血干细胞移植治疗重型系统性红斑狼疮[J]. 中华内科杂志,2003,42(3):200-202.

[7] 张彤彤,孙爱宁,陈苏宁,等. 381 例血液病患者造血干细胞移植术后相关感染的临床分析[J]. 中华血液学杂志,2014,35(9):857-859.

[8] 晏佳楠. 自体造血干细胞移植术后感染的观察及护理[J]. 中国继续医学教育,2016,26(8):228-229.

[9] 姚丽,周虹,林娜,等. 1 例银屑病合并原发性淀粉样变性患者行自体外周造血干细胞移植的皮肤护理[J]. 现代临床护理,2012,11(10):79-81.

(收稿日期:2017-06-11 修回日期:2017-08-28)

(上接第 3697 页)

patients[J]. Genet Mol Res,2014,13(3):5949-5956.

[3] Xu Z,Zhang M,Yin J,et al. Redisplacement after reduction with intramedullary nails in surgery of intertrochanteric fracture;cause analysis and preventive measures[J]. Arch Orthop Trauma Surg,2015,135(6):751-758.

[4] Lee YK,Yoon BH,Nho JH,et al. National trends of surgical treatment for intertrochanteric fractures in Korea [J]. J Korean Med Sci,2013,28(9):1407-1408.

[5] 胥少汀,葛宝丰,徐印. 实用骨科学[M]. 北京:人民军医出版社,2012:457-464.

[6] Matre K,Havelin LI,Gjertsen JE,et al. Sliding hip screw versus IM nail in reverse oblique trochanteric and subtrochanteric fractures. A study of 2716 patients in the Norwegian Hip Fracture Register[J]. Injury,2013,44(6):735-742.

[7] Knoke M,Gradl G,Ladenburger A,et al. Unstable intertrochanteric femur fractures;is there a consensus on definition and treatment in Germany[J]. Clin Orthop Relat Res,2013,471(9):2831-2840.

[8] Kristek D,Lovric I,Kristek J,et al. The proximal femoral nail antirotation (PFNA) in the treatment of proximal femoral fractures[J]. Coll Antropol,2010,34(3):937-940.

[9] Ma KL,Wang X,Luan FJ,et al. Proximal femoral nails antirotation, Gamma nails, and dynamic hip screws for fixation of intertrochanteric fractures of femur:A meta-analysis[J]. Orthop Traumatol Surg Res,2014,100(8):859-866.

[10] Hou G,Zhou F,Tian Y,et al. Predicting the need for blood transfusions in elderly patients with pertrochanteric femoral fractures[J]. Injury,2014,45(12):1932-1937.

[11] 张培训,薛峰,安帅,等. 股骨近端防旋髓内钉和动力髌螺钉治疗股骨粗隆间骨折的显性和隐性失血量分析[J]. 北京大学学报(医学版),2014,44(6):891-894.

[12] 唐影超,权毅,张波,等. 动力髌螺钉与股骨近端防旋髓内钉治疗骨质疏松患者粗隆间骨折的临床疗效分析[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版),2016,10(2):287-289.

[13] 樊政炎,彭浩,陈森,等. 股骨近端防旋髓内钉治疗老年股骨转子间骨折的疗效分析[J]. 骨科,2014,5(3):147-149.

[14] Yu W,Zhang X,Zhu X,et al. Proximal femoral nails antirotation versus dynamic hip screws for treatment of stable intertrochanteric femur fractures: an outcome analyses with a minimum 4 years of follow-up[J]. BMC Musculoskelet Disord,2016,17(1):222-226.

[15] Paul O,Barker JU,Lane JM. Functional and radiographic outcomes of intertrochanteric hip fractures treated with calcar reduction,compression,and trochanteric entry nailing[J]. J Orthop Trauma,2012,26(3):148-154.

[16] 程建,雷会宁,冯仕明,等. PFNA 与 DHS 治疗不稳定型股骨粗隆间骨折的 Meta 分析[J]. 重庆医学,2016,45(21):2956-2961.

(收稿日期:2017-06-17 修回日期:2017-07-24)