

· 临床护理 ·

520 例造血干细胞移植患者消化道并发症的护理

张颖, 孙爱华[△], 张曦, 陈幸华, 刘嘉
(第三军医大学新桥医院血液科, 重庆 400037)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.01.042

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)01-0101-02

造血干细胞移植(hematopoietic stem cell transplantation, HSCT)是治疗恶性血液病、实体瘤等疾病的主要方法,移植期间消化道反应是最常见的并发症之一。本院 1998 年 5 月至 2009 年 12 月进行的 520 例 HSCT 患者均出现不同程度的消化道并发症,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 1998 年 5 月至 2009 年 12 月在本院进行 HSCT 患者 520 例,其中男 292 例,女 228 例;中位年龄 31.5 岁。急性淋巴细胞白血病(acute lymphoblastic leukemia, ALL)130 例,急性髓系白血病(acute myeloid leukemia, AML)123 例,急性混合细胞白血病(acute mixed lineage leukemia, MAL)12 例,慢性髓系白血病(chronic myeloid leukemia, CML)84 例,非霍奇金淋巴瘤(non Hodgkin's lymphoma, NHL)107 例,霍奇金淋巴瘤(Hodgkin's disease, HD)31 例,急性再生障碍性贫血(acute aplastic anemia, AAA)6 例,多发性骨髓瘤(multiple myeloma, MM)21 例,重型 β 珠蛋白生成障碍性贫血(severe β -thalassemia)6 例。

1.2 移植类型及预处理方案 自体外周血干细胞移植 231 例,同胞间人白细胞抗原(HLA)全相合移植 125 例,非血缘关系 HLA 全相合/不全相合移植 49 例,HLA 半相合移植 115 例。自体外周血干细胞移植中,ALL 采用 Cy 加 TBI(环磷酰胺:60 mg/kg 连用 2 d;TBI:8~9.5 Gy)和 Bu+Cy(白消安:3.2 mg·kg⁻¹·d⁻¹连用 4 d;环磷酰胺:60 mg/kg 连用 2 d)方案,AML 采用 FBA(氟达拉滨:30 mg/m² 连用 5 d,白消安:3.2 mg·kg⁻¹·d⁻¹连用 3 d,阿糖胞苷:1.5 g/m² 连用 5 d)、FBC(氟达拉滨:30 mg/m² 连用 5 d,白消安:3.2 mg·kg⁻¹·d⁻¹连用 3 d,环磷酰胺:50 mg/kg 连用 2 d)、FAC(氟达拉滨:30 mg/m² 连用 5 d,阿糖胞苷:1.5 g/m² 连用 5 d,环磷酰胺:50 mg/kg 连用 2 d)、CEAC[洛莫司汀:0.2 g·(m²)⁻¹·d⁻¹,依托泊苷:100 mg/m² 连用 4 d,阿糖胞苷:100 mg/m² 12 h 1 次连用 4 d,环磷酰胺:1.5 g/m² 连用 4 d]方案。NHL 和 HD 采用 CEAC 方案,MM 采用 M200(马法兰:100 mg/m² 连用 2 d)及 CEAC 方案。同胞间 HLA 全相合移植采用 Cy+TBI、Bu+Cy 及 FBA 方案;非血缘关系 HLA 全相合移植采用 Cy+TBI 及 Bu+Cy 方案;非血缘关系不全相合/同胞间 HLA 半相合移植采用 CABC(环己亚硝脲片 CCNU 200 mg/kg 顿服,阿糖胞苷:4 g/m² 连用 2 d,白消安:3.2 mg·kg⁻¹·d⁻¹连用 3 d,环磷酰胺:1.8 g/m² 连用 2 d)和 Cy+Ara-C+TBI(阿糖胞苷:3 g/m² 12 h 1 次连用 3 d,环磷酰胺:60 mg/kg 连用 2 d, TBI:8.5~9.5 Gy)方案。

1.3 消化道并发症的预防及治疗 520 例患者均出现不同程度的恶心、呕吐症状,预处理开始后予昂丹司琼(8 mg 静脉推注,8 h 1 次)或予托烷司琼(5 mg 静脉推注,每天 1 次)预防化疗药物引起的恶心、呕吐症状,如患者恶心、呕吐症状较重,临

时加用胃复安注射液(10 mg 肌注,每天 1 次)。480 例患者出现不同程度的腹泻,对轻、中度腹泻患者予以苯乙哌啶加盐酸洛哌丁胺(易蒙停)进行治疗,苯乙哌啶系哌替啶衍生物,通过提高肠张力和抑制肠蠕动而止泻,易蒙停作用于肠壁的阿片受体,阻止乙酰胆碱和前列腺素的释放,减弱小肠、大肠分泌和蠕动功能,使传导时间延长,大便体积减小,黏度增加。重度腹泻患者遵医嘱给予收敛、吸附及黏膜保护剂(如蒙脱石散等),减少肠蠕动药物(如苯乙哌啶等)进行对症治疗^[1]。20 例消化道出血患者予生长抑素减少内脏出血量,减少肠液分泌及止血治疗,同时予埃索美拉唑抑制胃酸分泌治疗。

2 护 理

2.1 心理护理 预处理后患者骨髓抑制重,免疫力低下,必须在无菌层流病房内进行后续治疗,但层流病房在很大程度上限制了受保护者的活动范围,当患者面对这种与世隔绝的环境时,往往会引起身心失衡,不能较快地调节好自己的行为,以适应环境的改变^[2];预处理过程中患者易出现恶心、呕吐等消化道反应,这时焦虑是患者最主要出现的心理障碍,表现为紧张、不安、尿频或腹泻、睡眠不良、失眠等^[3],从而对自己能否移植成功产生怀疑。对这类患者进行治疗的同时应不失时机地做好宣教工作,说明某些治疗药物可能会出现不良反应及如何预防,使患者能逐渐明智地面对移植过程中可能出现的问题,并积极配合治疗。

2.2 病情观察及护理 对于大量呕吐、腹泻的患者,由于大量水分的丧失,处于脱水状态,导致电解质检查紊乱及酸碱失衡,甚至微循环障碍和休克。护士应认真观察患者生命体征变化,注意电解质检查结果,对每天的出入量认真做好记录,观察大便、呕吐物颜色及性质,及时向医生报告病情;对于消化道出血的患者,呕吐时取平卧位,禁食,留置胃管,同时抬高下肢,以保证脑部血液供给,头偏向一侧,防止窒息或误吸,并清理口腔及呼吸道分泌物,密切观察患者生命体征变化,准确判断、记录患者出血的性质及量,如患者出现尿量减少、血压下降等低血容量性休克表现时,及时报告医生并采取抢救措施,指导患者在出血期间绝对卧床休息、禁食,直至出血停止,注意保暖,迅速建立静脉通道,及时补充血容量,采取止血、抑酸等抢救措施,发生上消化道大出血时给予冰盐水、去甲肾上腺素、凝血酶、云南白药胃管注入。判断出血是否停止,可观察到患者血压、脉搏稳定在正常水平,大便转黄色,胃管中引流液由红色、咖啡色转为正常的无色半透明或微混的液体,多次查大便隐血为阴性,提示出血停止。520 例患者经止吐对症处理后,恶心、呕吐症状均能得到控制;480 例腹泻患者经止泻、补液等对症支持治疗后,腹泻症状均好转;20 例消化道出血的患者,经积极治疗及护理后,出血均在 1~2 周后停止。

2.3 基础护理

2.3.1 保护性隔离 护理人员自身要做到严格消毒,穿无菌

隔离衣裤;用 1:2 000 醋酸洗必泰液擦手;戴无菌口罩、手套等;患者入仓后室内的墙壁、地板、桌椅等各种设施每日用 2.5% 过氧乙酸消毒液擦拭;每日采用紫外线照射 30 min;定期进行空气细菌培养;加强患者的躯体护理,每日便后用 1:2 000 醋酸洗必泰液坐浴;加强口、耳、鼻、眼等护理^[4]。

2.3.2 饮食护理 患者应进食易消化、无渣、高维生素、适量蛋白质的微波炉消毒的流质饮食,且少食多餐,避免进食易产气的食物,如红薯、豆类、糖类、玉米等^[5]。水果类用清水清洗后在 1:2 000 醋酸洗必泰液中浸泡 30 min,戴手套削皮再用冷开水冲洗后食用。饮食应新鲜、清淡、易消化,避免油腻、粗糙和刺激性食物,如瘦肉、虾仁、剔刺的鱼肉、胡萝卜、南瓜、绿叶蔬菜等^[6]。鼓励患者多饮水,保证尿量 2 000 mL/d,以促进体内代谢产物排泄,减少不良反应。对于消化道症状明显的患者,特别是消化道出血、大量腹泻的患者,应禁食、禁饮,予肠外营养支持治疗。

2.3.3 体表护理 患者每日早晚擦浴全身皮肤各 1 次,更换灭菌衣服,每天早晚及便后用 1:2 000 醋酸洗必泰液坐浴 30 min;频繁腹泻可造成患者肛门或肛周皮肤黏膜损害,出现糜烂、发红、疼痛、感染等,应嘱患者绝对卧床休息,勿用力排便,每次排便后以湿巾擦拭,并以 1:2 000 醋酸洗必泰液坐浴 20~30 min,肛周涂以夫西地酸乳膏,再以复方紫草油涂抹,同时予氦氖激光疗法局部治疗,经以上处理后患者肛周皮肤均在 2 周左右痊愈。

3 讨论

HSCT 是治疗恶性血液病和非恶性血液病的重要手段,在整个移植过程中护理占据极其重要的地位^[7]。消化道反应是移植过程中最常见的并发症之一,消化道并发症的护理在移植护理中尤其重要,在护理过程中应密切观察患者生命体征变

化,注意电解质及酸碱平衡,准确评估患者的营养状况,加强保护性隔离,做好饮食、肛周等基础护理,同时不要忽略心理护理,任何时候都应认真、耐心对待患者,帮助他们减轻或消除其焦虑、沮丧、孤独等心理问题,确保移植的顺利进行。

参考文献:

- [1] 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物抗宿主病的护理[J]. 中华护理杂志,2010,45(9):850-851.
- [2] 阮长耿,吴德沛. 现代血液病诊断治疗学[M]. 合肥:安徽科学技术出版社,2007:482-491.
- [3] 江美鑫,吴岚,陈彩芳,等. 造血干细胞移植患者心理问题分析及护理[J]. 中国民康医学,2007,19(10):917-918.
- [4] 贾春燕,梁雪,孙爱华,等. 造血干细胞移植治疗恶性血液病的全程护理体会[J]. 西部医学,2010,22(7):1344-1345.
- [5] Imataki O, Nakatani S, Hasegawa T, et al. Nutritional support for patients suffering from intestinal graft-versus-host disease after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation[J]. Am J Hematol, 2006, 81(10):747-752.
- [6] 蒋道铭. 44 例造血干细胞移植患者的饮食护理[J]. 护理实践与研究,2010,7(23):46-47.
- [7] 陈运贤,孟凡义,钟雪云,等. 现代造血干细胞移植[M]. 广州:广东科技出版社,2005:290-296.

(收稿日期:2011-06-09 修回日期:2011-08-12)

(上接第 100 页)

世界、尊重人的个体差异、关注人的生活境遇与发展命运,从而使外在的社会伦理秩序转化为医学生的内在的心性秩序,使医学生养成“以人为本”的卫生服务思维方式。唯有提高医学生的人文素质,才能使其在医疗实践中关注人的生存质量、生活理念和生活方式,关心人的生活环境,自觉地尊重患者的人格和自尊,才能发自内心的关心和爱护患者^[16]。因此,只有文医渗透、文医融合,注重医学教育与人文教育的整合,提高医学生的人文素质,才能培养医学生关注现实、关爱生命、关怀平民的医学人文态度,才能使医学生成为人性丰满的大写的“人”,才能使医学职业道德的崇高性得到充分的体现。

参考文献:

- [1] 诸凤英. 以人为本:道德建设的根本思维方式[J]. 中共天津市委党校学报,2007,4(1):16-18.
- [2] 郭永松,张良吉. 医学人文教育:问题、挑战与对策[J]. 医学与哲学,2006,27(12):69-71.
- [3] 吴海峰. 浅析医学类高职高专学生医德教育[J]. 重庆医学,2009,38(1):112-113.
- [4] 张坤,魏青芬. 教育医学生树立“以人为本”的服务理念[J]. 中国医学伦理学,2005,18(1):98-99.
- [5] 吴依娜. 医德教育存在的问题和防范策略[J]. 南方医学教育,2008,3(1):14-15.
- [6] 韩庆祥,张艳涛. 论以人为本的科学发展观所蕴涵的哲学

思维方式[J]. 北京行政学院学报,2006,3(1):6-9.

- [7] 王明星,王艳华. 西方国家医学生职业道德教育的特点及启示[J]. 中国医学伦理学,2008,21(1):31-33.
- [8] 余仙菊. 扬弃与超越——医学人文教育的重新审视与思考[J]. 医学与哲学,2006,27(1):69-71.
- [9] 刘芳,冉素娟. 浅析临床医学学生职业生涯规划教育与就业指导[J]. 重庆医学,2010,39(5):618-620.
- [10] 王文华. 耶鲁大学通识教育[J]. 世界教育信息,2007,13(1):76-77.
- [11] 吴萍,王晨,张欢,等. 医学生医学人文教育现况调查和思考[J]. 中国高等医学教育,2006,9(1):1-3.
- [12] 赵佩琪. 加强医学生的思想道德教育,培养合格医学人才[J]. 上海教育,2004,10(1):35-36.
- [13] 陆建明,康小明. 试论医院文化建设的理念和实践[J]. 中国医院管理,2007,27(1):50-51.
- [14] 张希林,刘玉琴,孙永波. 对医学生医德养成教育的某些思考[J]. 卫生职业教育,2006,24(2):143-144.
- [15] 杨晨,许榕. 医学生的医德医风教育[J]. 卫生职业教育,2005,23(1):106-107.
- [16] 郑雪倩. 确立正确医疗价值观重构和谐医患关系[J]. 当代医学,2006,6(1):70-73.

(收稿日期:2011-06-09 修回日期:2011-08-22)