

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.30.052

西南地区首例粪菌移植治疗克罗恩病的观察及护理

李 清,魏艳玲,全春花,赵 蓉,何海燕,陈东风
(第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科,重庆 400042)

[中图分类号] R574

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)30-4314-02

克罗恩病(Crohn's disease, CD)是一种病因尚不十分清楚的胃肠道慢性炎性肉芽肿性疾病^[1],属炎症性肠病范畴。临床表现以腹痛、腹泻、体质量下降、瘘管形成和肠梗阻为特点,可伴有发热等全身表现及关节、黏膜等肠外损害,占肠病中 20%~30%。有研究表明 CD 的发病可能与肠道菌群紊乱激发了肠道自身免疫反应有密切关系。“粪菌移植”(fecal microbiota transplantation, FMT^[2]),是将健康人粪便中的功能菌群,移植到患者胃肠道内,重建具有正常功能的肠道菌群,从而发挥对炎症性肠病的治疗作用。Anderson 等^[3]对“粪菌移植”应用于炎症性肠病进行的 Meta 分析发现 63% 的溃疡性结肠炎患者病情缓解,76% 的炎症性肠病患者可以获得胃肠道症状的改善。2014 年 8 月本科采用 FMT 技术治疗 1 例重度 CD 患者,效果显著,护理报道如下。

1 临床资料

患者,女,19 岁,无明显诱因出现上腹部疼痛 3 年余,呈持续隐痛,阵发性加重,伴有腹泻,解黄色水样便,有黏液及脓血便,平均每日 5~6 次,最多达十余次。近半年出现双下肢结节性红斑、闭经、肛周反复脓肿,体质量下降 10 kg,经多家医院中西医治疗效果不佳。2014 年 8 月 13 日以 CD 收入本科,贫血貌,肠镜提示升结肠至回盲部可见大小不等结节样增生,呈铺路石样改变,基底部两处可见纵形溃疡。经过充分的准备,8 月 20 日取健康青少年成形大便制备粪菌混悬液 450 mL,经鼻空肠营养管粪菌移植。移植后患者生命体征正常,第 2 天腹痛减轻,解黄色糊状便 2 次,结节性红斑变软、颜色变浅,第 4 天腹痛消失,排出黄色成形软便 2/日,红斑褪色,血清炎症反应指标接近正常,血沉从移植前 39 mm/h 降至 23 mm/h, C 反应蛋白从 54.9 mg/L 降至 18 mg/L,第 5 天症状明显好转出院。8 周来院复查:临床症状完全消失,无结节性红斑,月经恢复正常。

2 护 理

2.1 FMT 前准备 供体准备:根据患者意愿,选择其 15 岁的表弟作为粪便捐献者,其表弟符合健康粪便纳入标准,既往无慢性胃肠疾病史、无已知的传染病史,体格检查无恶性肿瘤及免疫相关疾病史,无吸毒及危险性行为,近 3 个月内无抗生素使用史,血液学和粪便可传染病源体检查阴性。移植前 5 d 内未食用可能过敏的食物;通过增加蔬菜等粗纤维食物的进食量以增加大便量;移植的前 2 d 口服渗透性缓泻剂乳果糖以调整排便规律。受体准备:移植 3 d 前停用口服枯草二联活菌肠溶胶囊;在移植前当天早晨禁食,静脉给予埃索美拉唑钠抑制胃酸分泌;移植前当天上午经内镜安置经鼻空肠营养管;移植前 1 h 肌注甲氧氯普胺 10 mg。

2.2 粪菌悬液制备及处理 一次性容器收集供者 1 h 内新鲜粪便样本后立即送粪菌悬液制备室,穿隔离衣,戴无菌手套,带

护目镜,称质量约 200 g 供体新鲜粪便样本,加入 0.9% 氯化钠注射液 1 000 mL 后均匀搅拌 5 min 后行残渣过滤、离心分离、重悬分装等处理后,制备淡黄色无味无渣的粪菌悬液 450 mL 后备用。

2.3 病房准备 因粪菌移植已被视为一种特殊的器官移植^[4],肠道菌群的多样性受遗传、饮食、年龄、环境、区域差异和抗生素使用等因素的影响,当肠道细菌的多样性下降会破坏菌群的稳定性^[5]。病区设粪菌移植单间病房,移植前一晚用紫外线照射消毒房间 1 h;每日用 500 mg/L 含氯制剂擦拭床头柜、拖地,开启新风系统,保持空气新鲜、流通。

2.4 移植途径及操作步骤 移植时患者取半卧位,医护人员穿隔离衣、戴口罩帽子,用注射器抽取 50 mL 粪菌液,接经鼻空肠营养管,以 500 mL/h 速度匀速推注粪菌悬液。根据患者耐受程度,共推注 9 次移植粪菌悬液量约 450 mL,每次推注粪菌液后间隔生理盐水 15 mL 冲洗,防止导管堵塞,移植时间 1 h 内完成。移植完成后嘱患者半卧位休息 30 min,无恶心、呕吐及胃部不适后拔出鼻空肠营养管。

2.5 心理护理 由于粪便为人体排泄物,在人们观念存在不同程度的抵触和焦虑情绪,移植期间可能出现恶心呕吐等生理反应,为此向患者讲解了粪菌移植的目的,是帮助其解除多年来疾病的困扰,提高生活质量;通过分析国内外粪菌移植的进展和疗效,增强了患者期待接受粪菌移植的愿望;告诉患者粪菌液是经过特殊处理、制备的,淡黄色但无味、无渣,移植时不直接通过口腔,从鼻空肠营养管中注入,避免了患者心理上的抵触;在常规的健康教育的基础上实施放松训练,引导患者从双手开始,吸气时逐渐握紧拳头(5 s),呼气时缓缓放松(15 s),每次约 20 min,每天早晚各 1 次。移植前采取心理脱敏疗法^[6],先注入温开水 20 mL,让患者想象如果注入的是粪菌液,通过深呼吸,转移注意力,调整心理不适,同时观察患者有无恶心、呕吐、反流等不适,重复 3 次,使该刺激逐渐失去了引起患者的心理焦虑的作用。

2.6 移植中护理风险的防范 该患者移植中曾出现 1 次轻微恶心感,护理人员立即停止了推注,将头偏向一侧,实施放松练习,同时播放患者喜欢的音乐,待患者休息 10 min 完全缓解后再继续缓慢移植,有效避免了恶心、呕吐导致误吸的发生。

2.7 移植后护理观察要点 鼓励患者 12 h 内下床轻微活动,有利于粪菌液遍布全结肠。制订粪菌移植观察护理记录表,测量体温每 2 小时 1 次,每日留取大便行常规检查,血清病毒检查无感染,无移植相关传染病发生,观察患者腹痛、排便、结节性红斑及血清炎症反应指标的变化,症状缓解明显。移植当天禁食、水,24 h 后进食流质,48 h 后予半流质清淡饮食,避免过甜、过酸、油腻等食物,防止胀气、反酸、腹泻等不适。

2.8 出院指导 由于患者症状消失且在 8 周内无复发则认为

粪菌移植治疗成功^[7]。为了让患者具有良好的遵医行为,与患者和家属进行了较好的沟通,告知患者注意休息,保持情绪稳定,勿受凉;营养均衡搭配;1周内逐渐从半流质饮食过渡到软食,1周后恢复清淡饮食,避免辛辣麻、酸冷烫、油炸等刺激性食物;食用肠道微生态相关制品,如酸奶等;减少对肠道微生态有影响、可能导致肠道菌群紊乱的药物使用,如长期大剂量抗生素使用,随意服用止痛药、头痛粉等。移植后 2、4、8 周门诊随访复查。

3 讨 论

虽然粪菌移植起源于中国公元 400 年前,但时至近年才受到广泛关注,迄今全世界已有数千例患者接受粪菌移植治疗。国内有关粪菌移植治疗疾病的机制、技术标准化、安全性评估等方面尚处于起步阶段,满足现代标准的粪菌移植则始于张发明等于 2012 年对“粪菌移植”的实践探索^[8]。本患者为西南地区首例粪菌移植受体,本科高度重视,实施了医护一体化责任制管理,由医护人员共同沟通并制订粪菌移植诊疗护理计划,督促执行系统的治疗方案,取得了满意效果。

综上所述,做好粪菌移植前供体选择和受体肠道准备、粪菌液的制备及输注护理、移植后的观察和正确的饮食指导,是保证粪菌移植手术成功的关键。

参考文献

- [1] 陆再,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:
• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.30.053

409-415.

- [2] 张发明.粪菌移植:1700 年的医学史及其临床应用[J].湖北民族学院学报:医学版,2012,3(29):1-4.
[3] Anderson JL,Edney RJ,Whelan K. Systematic review: faecal microbiota transplantation in the management of inflammatory bowel disease[J]. Aliment Pharmacol Ther,2012,36(6):503-516.
[4] 张发明,范志宁,季国忠,等.粪菌移植的概念、历史、现状和未来[J].中国内镜杂志,2012,9(18):930-934.
[5] 崔伯塔,王敏,季国忠,等.粪菌移植:公元 4 世纪至 2013 年[J].世界华人消化杂志,2013,21(30):3222-3229.
[6] 宋小鸽,胡玲,王健,等.针灸结合心理脱敏改善海洛因成瘾者睡眠障碍和焦虑症状的临床观察[J].中国药物依赖性杂志,2010,19(4):269-272.
[7] 陶林,陈东风,饶贤才.特殊的器官移植-粪菌移植治疗难辨梭状芽孢杆菌相关性腹泻[J].重庆医学,2013,18(42):2159-2161.

(收稿日期:2015-03-16 修回日期:2015-05-29)

1 例慢性肾功能衰竭患者合并血栓闭塞性脉管炎的临床护理

吴江渝,黄娟,梁莉[△]

(第三军医大学新桥医院肾内科,重庆 400037)

[中图分类号] R248.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)30-4315-02

血栓闭塞性脉管炎简称脉管炎。是指周围脉管(中、小动脉及静脉)的一种慢性持续性、进行性的血管炎症病变,进而导致血栓形成使血管腔闭塞的一类疾病^[1]。慢性肾功能衰竭患者合并血栓闭塞性脉管炎临床极为少见,现将本科 2014 年 2 月 13 日收治的慢性肾功能衰竭患者合并血栓闭塞性脉管炎致皮肤坏死,经充分血液透析及应用伤口护理治疗后好转出院 1 例病历报道如下。

1 临床资料

患者,女,59 岁,已婚,因“维持血液透析 1 年,皮肤瘀斑、硬结伴疼痛 1 个月”于 2014 年 2 月 13 日收入本科。入院查体:左侧乳腺内侧可扪及一大大小为 3 cm×3 cm 包块,右侧乳腺内侧可扪及一大大小为 2 cm×2 cm 包块,包块成对称性,触痛明显,无波动感。左侧大腿内侧可见一面积为 4 cm×10 cm 瘀斑,右侧大腿内侧可见一面积为 2 cm×8 cm 瘀斑,双侧大腿瘀斑皮下均可扪及结节,触痛明显。双侧腓肠肌轻度萎缩。实验室检查:血常规检查,红细胞 2.78×10¹²/L,血红蛋白 81 g/L,白细胞 13.90×10⁹/L,分类中性粒细胞百分率 84.80%,淋巴细胞百分率 7.50%,血小板 448×10⁹/L。肾功能检查:尿素氮 35.80 mmol/L 肌酐 520.20 μmol/L,尿酸 615.00 mmol/L。炎症标志物:白细胞介素(IL)146.00 pg/mL,肿瘤坏死因子 15.60 pg/mL,C 反应蛋白 193.00 pg/mL。尿常规:尿糖 3⁺,

蛋白质 1⁺,尿红细胞 2⁺。甲状旁腺激素 1 011.00 pg/mL。凝血 6 项:凝血酶时间 31.40 s,纤维蛋白原 4.95 s,D2 聚体:4.88 mg/L。腹部彩超:双肾超声所见符合慢性肾病改变,双肾囊肿。入院后予以维持性血液透析、改善循环、止痛等治疗,并行皮肤组织活检。患者入院 5 d 后诉大腿内侧皮肤瘀斑疼痛加剧,查体左侧大腿淤斑处皮肤发黑,伴有皮肤破溃并向其他部位扩散,夜间入睡困难。急查肌酐 580.20 μmol/L,血常规:红细胞 2.56×10¹²/L,血红蛋白 77 g/L,白细胞 13.13×10⁹/L,血小板 448×10⁹/L。立即安排血液透析治疗,患者血液透析治疗后自觉疼痛缓解。皮肤组织活检结果提示:皮肤坏死、炎症、出血及微血栓形成。因尿毒症患者体内长期存在微炎症状态,加之患者外院透析频次为 2 次/周,透析不充分,导致炎症因子激活,患者血小板高,处于高凝状态,极易形成血栓,导致管腔闭塞。考虑透析不充分引起的急性毛细血管栓塞所致。治疗予加强血液透析后,患者皮肤疼痛有所缓解,瘀斑未再扩散。结合患者病情及检查结果最终考虑:慢性肾功能衰竭合并血栓闭塞性脉管炎。

2 护理措施

慢性肾功能衰竭患者因病程长,并发症多而重,而血液透析费用高,同时该患者并发血栓闭塞性脉管炎,肢体部分皮肤已坏死,常感疼痛。对该患者进行分析施护,主要护理措施