

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.29.010

儿童重型再生障碍性贫血异基因造血干细胞移植预处理期的护理分析

伍满群,曾东风,孙爱华[△],刘学,杜欣
(第三军医大学新桥医院血液科,重庆 400037)

[中图分类号] R725.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)29-4059-02

近年来由于移植技术的进步,显著提高了干细胞移植治疗儿童重型再生障碍性贫血的成功率^[1],而造血干细胞移植前预处理阶段的目的是尽可能地杀死体内的肿瘤细胞或异常细胞,抑制或摧毁患者体内的免疫系统,为造血干细胞的植入提供条件,腾空造血细胞龕,减少排斥反应,为干细胞的植入提供必要的空间^[2],是异基因造血干细胞移植成功的关键。而预处理期间的护理^[3]是预处理顺利完成的重要保障。儿童因其具有病情变化快、依从性差、不配合、不能准确表达清楚等特点,给异基因造血干细胞移植带来极大的困难。因此,采用个体规范的护理方法,是取得造血干细胞移植成功的重要保障。现将本科 2009~2014 年 11 例异基因造血干细胞移植治疗儿童重型再生障碍性贫血应用预处理期的护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 11 例,其中男 6 例,年龄 7~12 岁,平均年龄 8.1 岁;女 5 例,年龄 4~13 岁,平均年龄 8.2 岁。所有患儿均为重型再生障碍性贫血,参照《血液病诊断及疗效标准》作为诊断标准^[4]。

1.2 预处理方案 预处理方案采用磷酸氟达滨(Flu)+抗人胸腺细胞免疫球蛋白(ATG)+环磷酰胺(CTX),Flu 30 mg/m²,术前 3~6 d,CTX 50 mg/kg,术前 2~3 d,ATG 2.5 mg/kg,术前 1~4 d。

1.3 护理

1.3.1 移植前状态评估及心理护理 (1)移植前正确评估,因患者年龄偏小,生活不能完全自理,需患者家属入层流病房陪同照顾。早期需要与患者及家属沟通交流,了解患者及其家属的生活习惯、个性特点、文化背景及对疾病的认识程度;(2)评估患者疾病状态、有无精神紧张、入睡欠佳或对严密防护措施的不理解等;(3)无菌层流病房空间有限,与人接触的时间少,娱乐设施少,居住时间较长,患者会感觉空虚、忧郁。为了克服患者的各种恐惧心理,要求护理人员针对性的采取个体护理,使得患者能正确认识疾病并树立治疗的信心。入仓前采用多媒体宣教方法,使患者及患者家属能更加形象地了解无菌层流病房;经常与患者沟通交流,可以针对患者的喜好采取个性化的情感交流,如谈论动画片、各种玩具、生活等^[5],使患者不良情绪能及时得以发泄与转移,对于理解力强的患者可介绍成功案例,使之保持积极乐观的心态,帮助患者制定长期治疗计划,消除顾虑^[6]。因患者需家属陪同入住无菌层流病房,导致感染机会增加,需有针对性制订完善的护理措施,减少或避免患者来自患者家属携带的病原菌感染。

1.3.2 预处理化疗药物相关并发症的护理

1.3.2.1 Flu 的护理 Flu 是细胞内代谢产物单磷酸脱氧腺苷的细胞毒性类似物,不良反应是对神经毒性及肝肾功能的影 响。神经毒性表现为恶心、呕吐、视力障碍、昏迷甚至死亡。因此,用药期间应严密观察患者神经系统不良反应的体征,如发现异常应立即报告医生并采取相应的处理措施,如出现恶心、呕吐,加强止吐治疗。同时,密切监测肝、肾功能、电解质,如出

现电解质紊乱、肝功能损害,给予补充电解质及加强保肝治疗。**1.3.2.2 ATG 的护理措施** ATG 的输注注意事项如下。(1)应用 ATG 前,为防止发生强烈过敏反应,输注前应预防性的给予抗过敏类药物,如:异丙嗪注射液。(2)输注 ATG 的同时,应常规另建通道输注氢化可的松,剂量按 4 mg·kg⁻¹·d⁻¹ 计算,每天总量溶于 0.9%氯化钠注射液或 5%葡萄糖注射液 500 mL 中,滴注速度为 20 滴/分,连用 4 d,与 ATG 同步输入。(3)心电监护监测生命体征,密切观察 ATG 滴注速度,使用 ATG 应先从小剂量开始,调节滴速至 10 滴/分左右,输注 1 h 后,测量生命体征,如均正常,且患者无皮肤瘙痒、胸闷等不良反应,再加入余量,并将滴速调至 20 滴/分左右,直至滴完。且输注过程中,需每小时测量生命体征。血清病的观察及护理如下。患者接受 ATG 治疗后在 1~2 周内会有不同程度的血清病发生,出现高热、皮肤奇痒、荨麻疹、出血性皮疹、全身关节肌肉酸痛等症状,严重者可出现过敏性休克而致死亡^[7]。因此,医护人员在治疗及护理过程中,必须认真谨慎,严密观察,做好医护人员和抢救药品(肾上腺素等)及抢救器械(气管插管等)的准备,随时观察患者有无发生不良反应。如出现发热、瘙痒、肌肉疼痛等不良反应,因减慢或停止药物输注,给予对症处理,待症状缓解后,再视情况以更慢的速度输注。

1.3.2.3 CTX 的护理措施 心电监测:CTX 的心脏毒性大,加上预处理水化,需输注大量液体,易诱发心力衰竭。因此,用药期间需严密心电监测,观察患者的心率、心律及患者有无出现气促、胸闷、心慌等。本组 2 例患者用药过程中出现胸闷,给予减慢输液速度、吸氧后症状得到控制;1 例患者用药过程中出现心动过速,给予减慢输液速度后心率恢复正常;1 例患者用药前心率正常,用药后出现心动过缓,且出现在夜间熟睡中,患者心率小于 40 次/分,未给予处理,1 h 后心率恢复正常。因此,夜间要加强巡视、观察、并及时处理。如患者出现双唇麻辣、颜面潮红、全身酸痛时,安慰患者,并告知患者症状会自行缓解;如患者酸痛症状严重,应遵医嘱给予止痛处理;本组患者无 1 例出现酸痛。患者用药期间,每天应检查血常规、肝功、尿常规、肾功、电解质,了解有无肝、肾功能异常及电解质紊乱,遵医嘱使用保肝、保肾的药物,调整电解质。

出血性膀胱炎的护理: (1)预处理前 1 天起为患者大剂量静脉补液,使用精密调节输液器输注,保证液体匀速滴入,密切监测尿量。为了减少药物降解产物对肾脏、膀胱的损害,使用环磷酰胺前静脉输注碳酸氢钠,80~100 mL,1/12 h,以碱化尿液,使尿液 pH 值保持在 7~8。(2)鼓励患者多饮水勤排尿,向患者讲解大量饮水、多排尿、夜间及时排尿的重要性,避免药物在膀胱内停留过久,指导并协助患者保持尿道口及会阴部的干燥清洁。给药后 24 h 尿量应维持在 2 500 mL/m²,每天定时给予静脉注射呋塞米 0.5 mg/kg,同时按 CTX 剂量的 80% 给予尿路保护剂美司钠静脉输注,分别在环磷酰胺给药后 0、4、8、14 h 给予。每天观察患者尿液的颜色、性质及量,在患者用药期间每天用试纸检测尿液 pH 值,定期监测尿常规,注意观

察有无尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。

1.3.2.4 胃肠道反应的护理 造血干细胞移植预处理期间,药物的联合应用,使得胃肠道反应较重,而 CTX、抗人胸腺细胞免疫球蛋白属高致吐性药物,呕吐发生率高达 50%^[8]。如患儿出现恶心、呕吐,嘱患儿深呼吸,转移注意力,如看动画片、讲故事、听音乐等,严重者遵医嘱给予止吐药物。患儿呕吐后应及时清理呕吐物,详细记录呕吐物的颜色、性质和量,并告知患儿及家属每次呕吐后应及时清洁口腔、勤漱口,预防口腔黏膜的感染。对拒食的患儿讲解摄取足够营养的重要性,鼓励患儿进食。同时指导患儿家属为患儿准备富含营养、色泽好、清淡、易消化的软食。必要时遵医嘱行肠外营养支持治疗。

1.3.3 外周血干细胞输注的护理 向患儿及家属介绍干细胞输注过程、注意事项,使其主动配合治疗。按全血输注法输注,输注前予以地塞米松注射液 3 mg 静脉推注,并在输血前后予生理盐水冲洗输血管道,在输注外周血干细胞时,应先以 20 滴/分输注,观察 15 min,若无不良反应,再根据病情和年龄调整输注速度,并持续观察受者情况。如出现异常应立即减慢输注或停止输注,并协助医生对症处理或抢救。外周血输注后,注意观察患儿的神志、面色、尿液颜色、尿 PH、尿量等变化,以及有无胃肠道反应、呼吸系统及心血管系统的变化。输注完毕后,留下剩余的干细胞做细菌培养及相关的化验检查并在 4℃ 冰箱保留空袋 24 h^[9]。

2 结 果

2.1 预处理期间并发症 11 例患儿在预处理期间出现以下情况。(1)3 例出现高热,体温波动在 39~40℃,1 例患儿出现全身关节肌肉酸痛,考虑为 ATG 药物的不良反应,给予减慢输注速度、退热、激素等对症处理后,体温恢复正常,药物止痛后症状缓解。(2)根据出血性膀胱炎的临床分级:1 级为镜下血尿;2 级为肉眼血尿;3 级为肉眼血尿伴血块;4 级为肉眼血尿伴泌尿系梗阻^[10]。本组 3 例患儿出现 1 级出血性膀胱炎,1 例患儿出现 2 级出血性膀胱炎,给予碱化尿液、止血、抗病毒等治疗后患儿均治愈。所有患儿均顺利完成预处理。

2.2 临床疗效 11 例患儿经过医护人员的精心治疗和护理,临床效果满意,所有患儿均顺利完成预处理,除 1 例患儿外其余患儿均造血重建成功。

2.3 心理护理效果 通过移植前的评估,11 例患儿均有不同程度的焦虑、恐惧,而在预处理期间因长时间的治疗、输液,狭窄密闭的空间患儿均出现烦躁不安、抑郁等不良情绪,经过护理人员细心观察采取针对性的个性护理及情感交流,11 例患儿在预处理期间均消除烦躁不安、恐惧等不良情绪,均能积极配合治疗,顺利完成预处理。

3 讨 论

异基因造血干细胞移植是目前治疗儿童重型再生障碍性贫血最有效的方法^[11],预处理是其重要环节之一,而在预处理期间采取积极有效的护理措施,可减少患者及家属的心理负担、缓解焦虑情绪,及时发现并发症,第一时间给予处理,从而减轻预处理期间的并发症对患者造成的影响,保障预处理的顺利进行^[12]。

重型再生障碍性贫血患儿易出现感染,反复出现高热,乏力、心悸、食欲差等贫血症状,皮肤黏膜、鼻腔、牙龈出血等临床症状,导致患儿及家属出现恐惧、焦虑紧张,对治疗失去信心,依从性差甚至拒绝治疗。护理人员通过对患儿心理、病理特点充分了解,以及针对患者及家属对疾病及其并发症的不了解、治疗带来沉重的经济负担等特点,有针对性地对患者及家属进行心理疏导,取得患儿及家属的信任,使患儿及家属能基本了解疾病及并发症,以及诊治过程,从而选择异基因造血干细胞移植,并积极配合治疗。造血干细胞移植治疗需入住无菌层流病房,患儿因年龄小自理能力差,漫长的治疗时间及局限的空

间会使患儿产生孤独感及心理负担,甚至烦躁、易怒的情绪^[13],同时患儿家属在诊治过程中同样易出现过紧张焦虑及不合理的护理行为,导致治疗和护理难度增加。因此,需要护理人员及时发现患儿及家属的不良心理行为,采取积极有效的措施帮助患儿及家属度过心理抑郁期。

预处理期间各种大剂量化疗药物的不良反应是一个制约预处理顺利完成的一个重要因素。抗人胸腺细胞免疫球蛋白、Flu 与 CTX 联用是经典的非全身照射预处理方案,疗效肯定。但磷酸氟达拉滨、CTX 为细胞毒类药物,ATG 为免疫抑制剂,均易出现药物不良反应。本组部分患儿在预处理期间出现高热、全身关节肌肉酸痛、出血性膀胱炎等不良反应,均在症状出现早期发现,给予积极处理,并对患儿及家属进行心理安抚,及时消除焦虑紧张情绪,使患儿积极配合治疗,症状控制好转,所有患儿均顺利完成预处理。因此,在造血干细胞移植预处理时,要求护理人员严密监护、仔细观察分析,及时发现患者不适及副作用的先兆,采取积极有效的心理干预以减少患者的各种不良反应带来的心理负担,从而保证造血干细胞移植的顺利进行。儿童造血干细胞移植中的心理护理,存在年龄跨度大、差异大等问题,因此有的放矢的采取针对性的护理措施,了解习惯,解释诱导,心理交流,疏通情感,及时帮助患儿释放不良心理情绪,使其保持良好的心理状态来渡过这一特殊、困难的治疗阶段,为患儿的早日康复提供有力的保障。

参考文献

- [1] Karanes C, Nelson GO, Chitphakdithai P, et al. Twenty years of unrelated donor hematopoietic cell transplantation for adult recipients facilitated by the National Marrow Donor Program[J]. Biol Blood Marrow Transplant, 2008,14(9 Suppl):S8-15.
- [2] 董陆佳.造血干细胞移植治疗学[M].北京:人民军医出版社,2001:467.
- [3] 刘贻好.异基因造血干细胞移植预处理的护理[J].中国实用医药,2010,5(27):209-210.
- [4] 张之南,沈梯.血液病诊断及参数标准[M].北京:科学出版社,2007:20-21.
- [5] 蒋卫桃,李芳,周芳芳,等.儿童造血干细胞移植的护理[J].现代医院,2009,9(1):91-92.
- [6] 陈秀珍.26 例慢性再生障碍性贫血的整体护理[J].中国保健营养,2013,3(3):236-237.
- [7] 陈幸华,孔佩艳,张曦.HLA 不全相合造血干细胞移植[M].重庆:西南师范大学出版社,2012:72.
- [8] 董晓静,范晓琼.造血干细胞移植患者预处理期恶心、呕吐症状的观察与护理[J].中国临床保健杂志,2014,2:192-194.
- [9] 伍满群,曾韞璟,孙爱华,等.HLA 不全相合外周血造血干细胞回输的临床观察与护理[J].中国输血杂志,2013,26(3):127-128.
- [10] 黄峻,陈吉庆,李建勇,等.血液疾病诊断与治疗策略[M].北京:科学出版社,2007:383-384.
- [11] 陆婧媛,鹿全意,林进宗,等.单倍体相合造血干细胞移植治疗儿童重型再生障碍性贫血[J].中国组织工程研究,2014,18(23):3768-3772.
- [12] 牛挺,刘霆.造血干细胞移植并发症的防治进展[J].华西医学,2011,26(12):1761-1762.
- [13] 梁小艳,马静玲,蒋雪丽.异基因造血干细胞移植预处理期的护理[J].临床医药文献杂志,2014,8(1):1401-1405.