

1 例膀胱全切回肠膀胱造口术后周围皮肤皮炎伴真菌感染的护理



葛慧芳, 罗洁

关键词: 膀胱癌; 膀胱全切回肠膀胱造口术; 真菌感染; 皮炎; 护理

中图分类号: R473.43 文献标识码: B doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2019.27.046

膀胱癌是泌尿系统最常见的恶性肿瘤, 早期可表现为无痛性肉眼血尿, 并伴有尿频、尿急、尿痛等尿路刺激征的症状^[1]。治疗方法可分为经尿道膀胱肿瘤电切除、膀胱部分切除和膀胱全切, 对恶性的膀胱肿瘤, 需行根治性膀胱切除术, 切除膀胱后需行膀胱替代治疗, 回肠膀胱是治疗浸润性膀胱肿瘤的经典手术^[2], 即截取一部分回肠, 一端接于输尿管, 一端接于腹壁开口, 病人的尿液经此开口流出, 而皮炎是由于造口周围排泄物持续刺激造口周围皮肤所致, 是尿路造口周围皮肤最常见的并发症。我科于 2018 年 8 月收治了 1 例此类病人, 病人术后出现了皮炎等相关并发症, 经我科护理人员精心护理, 已好转出院。现将护理总结如下。

1 病例介绍

病人, 男, 50 岁, 自由职业, 无食物药物过敏史, 因尿频尿急尿痛伴血尿 1 年, 门诊拟“膀胱肿瘤”收治入院。入院后完善各项常规检查。病人于入院 4 d 后行经尿道膀胱肿瘤切除术, 术中发现膀胱左侧壁、后壁、右侧壁黏膜地毯样改变, 左侧壁广基的占位, 切除菜花样肿块 2 个, 术后予左氧氟沙星(可乐必妥)针抗感染治疗, 病理报告示高级别尿路上皮癌, 于入院 13 d 后在全身麻醉下行膀胱全切+盆腔淋巴结清扫+回肠膀胱术, 继续予可乐必妥针抗感染治疗, 术后第 2 天更换造口底盘发现造口周围皮肤出现大片皮肤发红, 无溃疡, 按常规造口皮炎处理后症状无好转, 出现颗粒样隆起且融合成片, 造口乳头周围皮肤出现溃疡, 请造口护理师会诊后考虑造口周围皮炎伴真菌感染, 予一系列对症处理后症状好转。术后第 9 天胸背部发现大片皮疹, 予西替利嗪抗过敏治疗, 改磷霉素抗感染治疗, 术后第 11 天胸背部皮疹消退, 术后 21 d 出院。

2 评估皮炎发生时机以及程度

病人入院 13 d 后行膀胱全切回肠膀胱造口术, 术后第 2 天为病人更换造口底盘时发现病人造口周围皮肤发红, 并逐渐发展至全身, 病人主诉全身皮炎处皮肤发痒, 且造口周围皮肤皮炎、溃疡并伴真菌感染, 呈颗粒状突起。

3 护理

3.1 减少排泄物刺激

排泄物侵蚀皮肤是形成皮炎最主要的原因。排泄物主要为尿液及回肠分泌物。尿液中含有尿酸、尿

素及结晶等, 而回肠分泌物以碱性物质为主, 均对皮肤有很强的腐蚀性。长期的排泄物刺激导致造口周围皮肤糜烂、肿胀和疼痛。

护理: ①选择合适的造口器具, 在为病人安装造口器具时选择造口器具直径大于造口直径 0.1~0.2 cm, 如此既避免了暴露过多的皮肤, 又防止了回肠造口乳头受压而导致造口挤压、回缩而影响血液供应。②每次为病人更换造口底盘时在造口周围皮肤使用防漏膏以及保护膜, 使造口底盘与皮肤充分的黏合, 减少了排泄物的渗漏。在容易发生皮炎的皮肤处使用 3M 亲水性敷料。本例病人较肥胖, 腹部脂肪层厚, 造口乳头内陷, 予选择微凸底盘结合腰带及防漏膏增加造口底盘与皮肤黏合度, 减少尿液积聚产生皮炎; 发现造口周围皮炎时予增加更换造口底盘频率, 粘贴底盘前在造口周围皮肤喷涂康乐保护粉及皮肤保护膜各 3 层, 保护皮肤。③保持引流通畅, 及时观察尿流量、性状及颜色。勿挤压、扭曲造口器具, 避免排泄物反流造成皮肤损伤。

3.2 减少物理性损伤

物理性损伤主要是由于病人及其家属对更换造口器具不熟练、强行剥离造口底盘而造成造口周围皮肤损伤^[3]。护理: 物理性损伤多为操作不当所致, 因此让病人及其家属掌握正确的更换方法是解决此类问题的关键。我科人员在更换造口器具时边操作边向病人及其家属讲解更换的方法、步骤、技巧及注意事项, 造口周围皮肤出现损伤、皮炎以及其他并发症的处理方法。让病人及其家属掌握更换造口器具的方法, 教导病人及其家属操作过程中动作宜轻柔, 勿强行剥离造口底盘。若出现自己无法处理的情况时应去医院寻求医护人员的帮助。

3.3 选择合适的造口位置

有研究显示, 造口并发症随着高度的增加而减少, 其原因主要是造口位置及高度不当造成造口器具粘贴困难而引起排泄物外漏^[4]。因此, 术前应由有资质及有经验的造口师确定造口的位置, 造口的位置应满足病人在站位、坐位、卧位都能观察到, 便于病人的自我管理。本例病人造口位置位于脐下, 且腹部脂肪层厚, 造口乳头内陷, 导致更换造口底盘时粘贴困难, 排泄物易外漏而导致皮炎发生, 且随着病人活动量的增加底盘渗漏频率增加故更换造口底盘技术及造口产品的选择尤为重要。

3.4 过敏性皮炎的护理

过敏体质或造口器具选择不当均会导致病人造口周围皮肤发生过敏性皮炎^[5]。本例病人为过敏体质, 因此, 在出现胸腹部皮疹时予全身抗过敏治疗及更改抗生素外, 选择低敏造口材料非常重要。本例病人选用康乐保胜舒二件式造口产品, 及使用皮肤保护膜以减轻过敏症状。

作者简介 葛慧芳, 主管护师, 本科, 单位: 310003, 浙江大学医学院附属第一医院; 罗洁单位: 310003, 浙江大学医学院附属第一医院。

引用信息 葛慧芳, 罗洁. 1 例膀胱全切回肠膀胱造口术后周围皮肤皮炎伴真菌感染的护理[J]. 全科护理, 2019, 17(27): 3462-3463.

3.5 其他 皮炎伴真菌感染是造口周围皮肤较少见的并发症,因此在处理过程中及时寻求帮助非常必要。本例病人在出现造口周围皮炎使用合适的造口产品及 3 层护肤粉、皮肤保护膜涂擦后皮炎未好转,造口乳头附近皮肤发白并出现小溃疡,予使用银离子敷料加超薄溃疡贴覆盖后粘贴造口底盘,5 d 后观察治疗效果不明显,请造口护理师会诊后考虑伴有真菌感染,在增加更换造口底盘频率的基础上,建议用布替萘芬乳膏擦拭造口周围皮肤,1 周后观察症状仍无明显好转。洁悠神是一种长效的抗菌材料,适用于因病原微生物引起的炎症感染创面及物理、机械、热力因素引起的创面,以杀灭和隔离细菌、真菌及病毒。该制剂喷洒在皮肤表面,固化后形成生物正电荷膜,其正电荷膜极具强力静电吸附带负电荷的细菌、真菌等致使其破裂死亡,起到物理式杀灭病原微生物的作用,现广泛用于留置尿管病人预防尿路感染。本例病人更换造口底盘时将洁悠神喷于病人造口处皮肤,使用红外线灯照射患处皮肤 20~30 min,在出院时皮疹明显好转。加强病人的营养,指导病人进食富含高蛋白以及高维生素饮食,以促进伤口的愈合并提高免疫力。

4 小结

造口周围皮肤并发症的护理对护理人员来说无疑是一种挑战,不但要了解造口周围皮肤受损的相关因素及并发症种类,还要明确预防胜于治疗的重要性,在造口护理中要不断探索新知识、新产品,提高病人的生活质量。本例病人出院 10 d 随访造口周围皮炎消退。

参考文献:

- [1] 吴阶平.泌尿外科[M].济南:山东科学技术出版社,1993:1.
- [2] 夏伟群,夏秀玲.膀胱全切输尿管腹壁造口术的围手术期护理[J].护理与康复,2012,11(4):329-330.
- [3] 苏晓萍,林伟斌,陈朝虹.回肠膀胱术患者造口自我护理的路径化健康教育[J].中华护理杂志,2011,46(2):124-125.
- [4] COTTAM J, RICHARDS K, HASTED A, et al. results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery [J]. Colorectal DIS, 2007, 9(9): 834-838.
- [5] 刘海波,朱卉,胡芳.循证护理在肠造口周围皮炎预防及治疗中的应用[J].中华护理杂志,2010,45(10):886-888.

(收稿日期:2018-11-16)

(本文编辑 卫竹翠)

1 例利妥昔单抗治疗伯基特淋巴瘤合并多种心脏疾病病人的护理

李晓清,熊亚芬



关键词:伯基特淋巴瘤;利妥昔单抗;化疗;护理

中图分类号:R473.73 文献标识码:B doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2019.27.047

伯基特淋巴瘤(Burkitt's lymphoma, BL)是一种少见的高度侵袭性 B 细胞非霍奇金淋巴瘤(Non-Hodgkin lymphoma, NHL),占全部 NHL 的 3%~5%。临床上主要以无痛性淋巴结肿大为主要表现,节外病变可侵犯胃肠道、骨、骨髓、皮肤、唾液腺、甲状腺、神经系统等多种器官和组织,在成人少见且预后相对较差,BL 的恶性程度极高,生长迅速,体内瘤负荷很高,虽然目前大多数病人可通过高强度化疗得到长期缓解,但复发风险极高。BL 免疫表型:CD₂₀ 为阳性,利妥昔单抗对肿瘤细胞 CD₂₀ 阳性的病人,可以明显提高其缓解率,延长病人生存时间^[1]。2018 年 4 月 28 日我科收治 1 例 BL 侵犯心脏合并心脏多种疾病老年病人,入院时因右心房肿块压迫出现心力衰竭、心房颤动、呼吸困难等情况,化疗后出现重度骨髓抑制及肺部感染,经过 43 d 治疗及护理,病人好转出院。现将护理总结如下。

作者简介 李晓清,护师,本科,单位:430071,武汉大学中南医院;熊亚芬(通讯作者)单位:430071,武汉大学中南医院。

引用信息 李晓清,熊亚芬.1 例利妥昔单抗治疗伯基特淋巴瘤合并多种心脏疾病病人的护理[J].全科护理,2019,17(27):3463-3464.

1 病例介绍

病人,男,68 岁,因“胸闷 1 周”入院。心电图示:心房颤动,部分导联 T 波改变;心脏彩超示:升主动脉增宽,主动脉瓣轻度钙化,双心房扩大,心包腔少量积液,右心房内异常回声光团性质待查。既往高血压病史 20 余年,胆囊切除术 20 余年,腔隙性脑梗死病史 10 余年(无明显后遗症),查体:体温 36.8℃,脉搏 74/min,呼吸 18/min,血压 123/75 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),意识清楚,心房颤动,锁骨上、腋下、腹股沟区可扪及约黄豆大小淋巴结,质稍硬,活动度可,腹软右侧有压痛,可见一 5 cm×5 cm 包块,考虑腹股沟疝气,双下肢轻度水肿。免疫组化检查结果显示有异常。考虑:BL、EB 病毒阳性的弥漫大 B 细胞淋巴瘤。非放射性原位杂交技术(FISH)检测:C-MYC 基因断裂重排。结合胸部纵隔肿块活检及流式分型,诊断为非霍奇金淋巴瘤(高级别 B 细胞性淋巴瘤)IV 期国际预后指数 (IPI)评分为 4 分。病人入院完善相关检查,7 月 5 日开始预化疗:地塞米松 5 mg+环磷酰胺 100 mg(第 1 天~第 3 天),10 月 5 日行 R-EPOCH 方案化疗:利妥昔单抗采取分割量化疗,利妥昔单抗 100 mg+地塞米松 10 mg(第 1 天);利妥昔单抗 200 mg+地塞米松 10 mg(第 2 天);利妥昔单抗 300 mg+地塞米松 10 mg