

· 个案护理 ·

1 例弥漫大 B 细胞淋巴瘤病人并发丹毒的护理



孙美玲, 陆 宏

关键词: 弥漫大 B 细胞淋巴瘤; 丹毒; 大肠埃希菌; 多重耐药; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: C doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2018.21.049 文章编号: 1674-4748(2018)21-2683-03

下肢丹毒是临床上较为典型的外科感染性疾病,是皮肤及网状淋巴管的急性炎症,其好发于下肢和面部,具有发病快、易复发等特点^[1]。丹毒是能治愈的,然而在恶性肿瘤病人中,中度的皮肤软组织感染就能迅速演变成危及生命的感染,且其能延长化疗时间,影响恶性肿瘤预后^[2]。本例系弥漫大 B 细胞淋巴瘤病人,在采用利妥昔单抗注射液(商品名:美罗华)单药化疗后出现血流感染且化疗后免疫力低下并发右下肢丹毒。病情变化快、病情较重,预后较差,给予对症治疗及护理后,病人感染得到控制,丹毒治愈^[3]。现将护理报告如下。

1 病例介绍

病人,女,56 岁,诊断:弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)IVB PR;2 型糖尿病;高血压 2 级(极高危)。病人 2016 年 11 月 23 日在合肥市某三级甲等医院胃肠外科全身麻醉下行姑息性全胃切除+左肝外叶切除术,术后病理提示胃弥漫大 B 细胞淋巴瘤(非生发中心),2017 年 1 月 7 日—2017 年 7 月 19 日行美罗华联合 CHOP 方案化疗 7 周期,2017 年 8 月 29 日复查 PET-CT 提示肝左叶切缘旁结节状 PDG 代谢异常增高灶,考虑肿瘤术后复发可能,2017 年 9 月 6 日更改化疗方案为美罗华单药化疗,末次化疗时间为 2017 年 9 月 30 日。2017 年 11 月 2 日病人因按期行美罗华单药化疗再次入院,入科查体:双下肢水肿,水肿分级:2 级 2 度^[4]。

2017 年 11 月 5 日病人发热,最高体温 39.3 °C,查降钙素原 1.78 ng/L,血常规提示:白细胞 $4.55 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 $3.95 \times 10^9/L$ 、血红蛋白 76 g/L、红细胞 $2.48 \times 10^{12}/L$ 、血小板 $98.0 \times 10^{12}/L$ 、C-反应蛋白 137.42 mg/L,体温最高时抽外周血行血培养,血培养阳性,为大肠埃希菌感染,药敏试验:多重耐药菌。因病人留置 PICC 导管,不排除导管相关性血流性感染可能,同时考虑病人 PICC 导管留置近 1 年,与病人沟通后予以

拔除 PICC 导管,同时行 PICC 导管尖端微生物培养,培养结果阴性。11 月 7 日病人右下肢靠近踝关节处肿胀明显,局部可见两处水疱,面积分别为:6 cm×12 cm、5 cm×8 cm,基底均呈紫红色伴局部烧灼样痛,NRS 评分为 4 分,测双侧外踝上 7 cm(肿胀最明显)周径:右侧 20.5 cm、左侧 17.5 cm,足背动脉搏动可触及,行双下肢血管彩超排除下肢静脉血栓,水疱微生物培养阴性,请皮肤科会诊,诊断:右下肢丹毒。

2 治疗方法

入院后医嘱予美罗华化疗。病人高热,根据细菌培养结果及药敏试验结果加用哌拉西林钠他唑巴坦钠 4.5g+0.9%氯化钠 100 mL,间隔 8 h 静脉输注抗感染治疗,同时实施多重耐药隔离。右下肢丹毒予复方黄柏液联合硫酸镁局部湿敷及长效抗菌敷料(商品名:洁悠神)外喷。病人既往有糖尿病、高血压病史,医嘱予甲磺酸氨氯地平 5 mg,每天 2 次口服、阿卡波糖 50 mg,每天 3 次口服,并做好病人血压、血糖的监测。11 月 15 日病人近 72 h 未发热,复查血培养阴性,解除多重耐药隔离。11 月 18 日病人丹毒原水疱破溃完全结痂并逐渐愈合,本次化疗疗程结束,血压、血糖控制平稳,予出院。

3 护理

3.1 基础护理 遵医嘱及时、合理使用抗菌药物,密切监测血压、血糖变化,并给予病人用药指导。入院后予病人修剪指甲,勿搔抓皮肤。化疗后及高热时注意卧床休息。病人双下肢水肿,予间断性抬高双下肢,促进体液回流,指导病人穿宽松、棉质衣物及鞋袜,每日测量下肢周径并记录。给予低盐低脂糖尿病饮食,水肿加重时适当限制入液量及钠盐的摄入。

3.2 消毒隔离 病人居住单间,床头、病历夹上贴蓝色“接触隔离”标识,在标准预防的基础上严格实施各项护理措施,直至达到指标解除隔离^[5]。床边配备血压计、听诊器、体温表,专人专用,并及时消毒处理。病房配备脚踏式垃圾桶,内套双层黄色垃圾袋,病人产生的生活垃圾及每次湿敷的纱布等医疗废弃物弃于脚踏式垃圾桶内,由专人打包按要求做好标识,按感染性垃圾运送处理。病房内每日开窗通风早、中、晚各 1 次,每次半小时以达到置换室内空气的目的;每日用空气消毒机消毒 1 次,每次 2 h。美罗华化疗后及时监测血常规变化,若出现白细胞下降必

作者简介 孙美玲,主管护师,本科,单位:230000,安徽省合肥市滨湖医院;陆宏单位:230000,安徽省合肥市滨湖医院。

引用信息 孙美玲,陆宏.1 例弥漫大 B 细胞淋巴瘤病人并发丹毒的护理[J].全科护理,2018,16(21):2683-2685.

要时采取保护性隔离。病人及家属均戴口罩。医务人员接触病人的伤口、溃烂面、黏膜、血液、体液、引流液、分泌物、排泄物时,戴手套,必要时穿隔离衣,完成诊疗护理操作后,要及时脱去手套和隔离衣,并进行手卫生^[6]。

3.3 皮肤护理 小水疱不予刺破,让其自行吸收,减少感染的概率。较大水疱可用无菌注射器抽取疱内液体以减轻疱壁张力^[7]。每日给予局部湿敷3次,分别在A、P、N班进行,操作前关闭门窗、调节室温为18℃~22℃。具体如下:晨07:00左右(N班下班前)予0.9%氯化钠溶液冲洗伤口渗出及分泌物待干后予复方黄柏液湿敷纱布外敷;15:00左右(A班下班前)同法冲洗待干后予硫酸镁注射液浸湿无菌纱布外敷肿胀处;要求纱布为双层,每次湿敷时间均为20 min,外敷面积大于肿胀边缘2 cm;晚21:00(病人睡前)同法冲洗渗出及分泌物待干后使用洁悠神外用抗菌敷料距离创面10 cm~15 cm均匀喷雾,每撤压1次(喷次)剂量为0.1 mL~0.15 mL。注意事项:进行该项操作的护士均为我院N2级及以上层级的护士,护士操作中动作轻柔,避免引起病人疼痛或加剧原有疼痛,操作中注意自我防护,产生的医疗垃圾按院感要求处置。每日更换床单,潮湿时及时更换。每班交接班查看局部情况,包括水疱消退、肿胀缓解、局部疼痛缓解等。

3.4 化疗护理 美罗华是一种人鼠嵌合型单克隆抗体,与B淋巴细胞CD₂₀结合引发B细胞溶解的免疫反应,特异性杀伤癌细胞,首次使用易发生过敏反应,表现为荨麻疹、支气管痉挛、呼吸困难或喉头水肿等^[8]。美罗华使用前半小时予塞来昔布0.2 g口服、异丙嗪25 mg肌肉注射预防或减轻过敏反应,美罗华输注过程中中心电监护监测病人生命体征变化,每半小时巡视1次并记录生命体征。本例病人因化疗前拔除PICC导管后拒绝再置深静脉导管,美罗华通过外周静脉留置针输注,巡视过程中重点观察病人有无胸闷、呼吸困难等过敏反应及穿刺部有无药液外渗,一旦出现不良反应及时对症处理。

3.5 心理护理 有研究表明:良好的心理护理能够有效提高病人的治疗依从性^[9]。本例病人系DLBCL,出现病情进展,治疗时间长,费用高,且并发丹毒致患肢疼痛明显、影响活动,这些因素对病人的心理健康、经济、家庭生活等多方面带来严重影响,病人及家属易产生紧张、焦虑、悲观等不良情绪,影响病人治疗效果。因此,责任护士加强心理护理,给予病人心理疏导,使病人逐渐恢复心理平衡,配合治疗、护理。此外,重视社会支持系统应对培养,使家庭成员能主动为病人创造轻松、愉快的治疗环境,让病人安心治疗,使同事、亲朋好友除了从感情上给予关怀、经济上给予援助外,还能从精神上给予支持。这种良好的护患、家庭及社会支持系统的建立可增强病人治疗疾病的信心,帮助病人顺利完成治疗。加强疾病、药物等相关知识宣教,病人使用美罗华治疗8个疗程,可针对病人药物相关知识掌握情况酌情宣教,病人主要对右下肢丹毒能否痊愈非常关心,宣教重

点为向病人讲解丹毒发生的原因、临床表现、主要治疗方法、消毒隔离方法及护理要点,消除病人及家属的紧张情绪,对于病人提出的疑问认真解答,帮助病人建立战胜疾病的信心,有利于病人及家属积极配合治疗及相关护理。沟通过程中注意认真倾听病人的主诉,使病人感受到被关心、尊重。

3.5 高热护理 密切监测体温变化,体温大于38.5℃时,每4 h测量1次体温。遵医嘱应用抗菌药物及退热药物,实施物理降温时注意保护破溃处皮肤。退热后协助及时更换汗湿衣物并注意保暖,保持床单清洁、干燥,促进病人舒适。

3.6 饮食护理 本例病人白蛋白低下(人血白蛋白最低值23.9 g/L),NRS 2002营养评分为4分,存在营养不良。病人使用美罗华化疗,由于化疗的不良反应,使化学感受器触发区受刺激,引起呕吐中枢兴奋而发生恶心、呕吐,致使病人食欲减退、摄入量减少,影响疾病的康复^[8]。因此,饮食护理是十分必要的。遵医嘱静脉注入血白蛋白及脂肪乳、氨基酸,并申请院内营养科会诊,针对病人综合情况,与营养科共同帮助病人制定饮食计划。为病人创造良好的就餐环境,根据病人喜好选择食物,烹制食物时注意色、香、味齐全,必要时遵医嘱使用醋酸甲地孕酮以促进病人食欲,鼓励病人增加鱼虾、瘦肉等高蛋白食物的摄入,少食多餐,保证机体摄入足够的能量及蛋白质,并定期监测病人血白蛋白指标变化。

4 小结

参照《中医病证诊断疗效标准》“丹毒”的疗效评价标准^[3]。治愈:病人腿部红、肿、热、痛基本消失,恶寒发热等全身症状消失,血白细胞总数及中性粒细胞基本正常;好转:红肿疼痛减轻,恶寒发热等全身症状好转,血白细胞总数和中性粒细胞稍高;无效:局部红、肿、热、痛无明显改善,血白细胞总数和中性粒细胞较高。本例病人出院前复查血常规未见明显异常,双下肢水肿消退,达到治愈标准,顺利完成本次化疗并按期出院。

丹毒主要致病原因是细菌通过黏膜或皮肤破损而入侵淋巴管网,继而导致皮肤发生红肿疼痛,严重可导致病人发生高热、寒战等症状^[11],严重影响病人的生活质量,原发病的诊治过程亦受到很大的影响^[12-13]。本案例病人系弥漫大B细胞淋巴瘤化疗后并发右下肢丹毒,且合并大肠埃希菌血流感染伴多重耐药,无疑增加了护理难度。因此,本例在常规护理的基础上严格执行消毒隔离措施,加强各项症状护理,同时做好病人的心理护理。经过精心治疗及护理后丹毒已痊愈,但是下肢丹毒具有易复发特点,加之病人应用美罗华治疗弥漫大B细胞淋巴瘤除杀伤恶性淋巴细胞外,对正常B淋巴细胞均有抑制杀伤作用^[14],即美罗华治疗淋巴瘤同时可诱发免疫功能低下^[10],病人丹毒复发的概率随之增高。因此,丹毒治愈后的预防措施显得尤为重要。本例病人出院前责任护士反复加强对病人的健康宣教及出院指导,并做好院外延续护理,病人出院后随访3个月丹毒未复发。

参考文献:

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 153.
- [2] Kofteridis DP, Valachis A, Koutsounaki E, et al. Skin and soft tissue infections in patients with solid tumours[J/OL]. Scientific World Journal, 2012, 2012: 804518 [2012-02-01]. <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/804518/>. [published online ahead of print February 1, 2012].
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2003: 48.
- [4] Guelph General Hospital Congestive Heart Failure Pathway.
- [5] 张翠莲, 陈福莲. 骨科患者发生多重耐药菌医院感染的预防与控制[J]. 中国实用医药, 2016, 11(12): 274-276.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南(试行)[J]. 药物不良反应杂志, 2011, 13(2): 108-109.
- [7] 华春燕, 滕淑萍, 赖凤娟, 等. 造血干细胞移植后合并带状疱疹病人的护理[J]. 全科护理, 2011, 9(12): 3358.
- [8] 徐琦, 沈丽, 陈曦. 护理干预对联合化疗弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者心理状态及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(19): 2252-2254.
- [9] 朱珑, 于祎昂, 杨丽华. 心理护理干预对提高强直性脊柱炎患者治疗依从性的影响[J]. 精神医学杂志, 2016, 29(1): 55-57.
- [10] 吴海娟. 美罗华治疗淋巴瘤并发带状疱疹的护理[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(22): 193-194.
- [11] 倪红志. 中药外用治疗丹毒护理体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(13): 1667-1668.
- [12] Rast AC, Knobel D, Faessler L, et al. Use of procalcitonin, C-reactive protein and white blood cell count to distinguish between lower limb erysipelas and deep vein thrombosis in the emergency department: a prospective observational study [J]. J Dermatol, 2015, 42(8): 778-785.
- [13] 史兰辉, 张玉珍, 刘凤, 等. 中医特色护理辅助临床护理路径对下肢丹毒患者临床治疗效果及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(15): 1695-1670.
- [14] 张明智, 张旭东, 臧卫平. 美罗华联合化疗治疗 B 细胞非霍奇金淋巴瘤 25 例[J]. 肿瘤基础与临床, 2008, 21(19): 129.

(收稿日期: 2017-11-24)

(本文编辑: 郭海瑞)

1 例儿童皮肤接合菌病的护理

刘瑞琪, 周旋, 郭蕾



关键词: 儿童; 接合菌病; 毛霉菌; 两性霉素 B 脂质体

中图分类号: R473.5 文献标识码: C doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2018.21.050 文章编号: 1674-4748(2018)21-2685-02

接合菌病是由接合菌引起的严重感染性疾病, 主要见于免疫抑制宿主, 包括毛霉菌和虫霉菌^[1]。这是一种致死性真菌感染, 易侵犯血管, 形成血栓并导致组织坏死, 病情发展较快, 预后不佳, 治疗困难^[2]。我科于 2017 年 7 月 3 日收治 1 例皮肤接合菌病的患儿, 主要采取两性霉素 B 脂质体治疗, 取得良好效果。现报告如下。

1 病例介绍

患儿, 男, 4 岁, 出生半月脐周外伤后出现一枚红色丘疹, 之后皮疹逐渐增多并融合成片。2016 年患儿于外院行病理检查提示: 接合菌病(毛霉菌)。曾口服伊曲康唑口服液及外用特比萘芬乳膏近 5 个月, 皮疹较前消退 1/3, 家属自行停药, 导致患儿皮疹无明显变化。为求进一步治疗, 患儿于 2017 年 7 月 3 日收治于我科。入院时体温 36.3℃, 脉搏 100/min, 呼吸 20/min,

血压 90/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa); 皮肤科体检示: 腹部脐周可见 7 cm×7 cm 红色斑片, 其上散在坚实边界清楚的丘疹及豆粒大小萎缩性白色瘢痕。真菌培养加药敏结果回示为少根根霉对两性霉素 B 脂质体及伊曲康唑有效。2017 年 7 月 6 日起使用 1 mg 两性霉素 B 脂质体静脉输注, 每天 1 次, 治疗第 6 天加量至 10 mg, 每天 1 次, 第 21 天加量至 12 mg, 每天 1 次。两性霉素 B 静脉输注期间予患儿一级护理、心电监护。监测血常规、肝肾功能。配合两性霉素 B 稀释后局部皮损内注射及湿敷皮损。患儿皮损逐渐好转, 面积缩小至 6 cm×5 cm, 丘疹较前变平, 部分区域可见色素沉着斑。患儿于 2017 年 8 月 15 日好转出院。

2 护理

2.1 皮损护理 患儿真菌培养结果回示对两性霉素 B 敏感, 我们在静脉输注两性霉素 B 的基础上, 联合使用该药局部皮损内注射和湿敷。将两性霉素 B 脂质体(25 mg)加入 5 mL 灭菌注射用水内溶解, 浓度为 5 mg/mL, 抽取 0.5 mL 的上述液体与 0.5 mL 灭菌注射用水混合, 配成含两性霉素 B 2.5 mg/mL 溶液, 隔日 1 次局部皮损内注射; 每日予含 2.5% 两性霉素 B 药液湿敷皮损并暴露。密切观察皮损情况, 每日拍照并测量皮损面

作者简介 刘瑞琪, 护师, 本科, 单位: 210042, 中国医学科学院皮肤病医院; 周旋、郭蕾单位: 210042, 中国医学科学院皮肤病医院。

引用信息 刘瑞琪, 周旋, 郭蕾. 1 例儿童皮肤接合菌病的护理[J]. 全科护理, 2018, 16(21): 2685-2686.