

1 例输血相关性移植物抗宿主病病人的护理



胥秀,陈萍,何婧,何敏

关键词:输血相关性移植物抗宿主病;发热;皮疹;感染;疼痛;护理

中图分类号:R473 文献标识码:C doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2019.17.046

输血相关性移植物抗宿主病(TA-GVHD)是输入含有免疫活性的淋巴细胞(主要是T淋巴细胞)的血液和血液成分后发生的一种少见的致命性输血并发症,常见于免疫功能低下的病人^[1]。该病临床表现类似于骨髓移植后移植物抗宿主病,如发热、皮疹、黄疸、呕吐、腹泻等,主要累及皮肤、胃肠道、肝脏^[2]。研究显示,TA-GVHD发病率为0.01%~0.10%,病死率为84%~100%^[3]。2016年7月我科成功救治1例TA-GVHD病人,现将护理报告如下。

1 病例介绍

病人,男,46岁,因确诊鼻咽癌4年余,复发放疗中收入我科。病人在2011年11月—2016年4月在当地医院先后行17周期化疗及鼻咽部放疗(鼻咽部70GY,颈部50GY)。2016年5月入住我院后行1周期长春瑞滨+奈达铂方案(NP)化疗,副反应较轻,化疗后头痛症状缓解不明显。经全科病例讨论后于2016年6月14日开始行鼻咽部+颈部放疗,并每周定时监测血常规,均未见异常。在放疗21次后病人出现重度放射性口腔炎,进食差。医嘱予暂停放疗,并由日间病房收入普通病房。入院时病人意识清楚,精神差,慢性病容,贫血貌。病人带入经外周静脉置入中心静脉导管(PICC),固定良好。颈部放射区域皮肤无破损,口腔散在多处溃疡,进食困难,疲于言语。PS评分2分,NRS评分4分,生命体征平稳。查体合作,耳后扪及一质硬包块,固定,边界欠清。病人有2型糖尿病5年余,否认药物、食物过敏史,否认输血史,否认手术史。入院后,医嘱予急查血常规,结果显示:白细胞(WBC)计数 $8.93 \times 10^9/L$,血小板(PLT)计数 $262 \times 10^9/L$,红细胞计数(RBC) $2.54 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb)60 g/L。凝血6项检查结果示:凝血酶原时间15.25, D2聚体1.75 mg/L。医嘱予7.5 U悬浮红细胞输入,输注过程顺利,病人未诉不适。输血后第4天病人头面部、颈部、上胸部出现皮疹,体温 38.8°C ,医嘱予抗过敏、降温治疗。第2天发现病人前胸、后背、腹部及四肢均出现大范围散在或片状充血性皮疹,色素沉着,手臂有水疱形成,持续高热,体温为 $38.5 \sim 39.2^\circ\text{C}$ 。肝功能显示天门冬氨酸氨基转移酶(AST)560 U,丙氨酸氨基转移酶(ALT)280 U,总胆红素 $33.5 \mu\text{mol}/L$ 。右前臂丘疹活检,病理提示为表皮鳞状上皮退变,基底层及棘层崩解,局灶

出血、炎细胞浸润,小灶坏死,免疫组化显示表皮个别炎细胞浸润;CD₃阳性细胞,IgG沿基底膜沉积。结合临床表现及各项检验结果,最终诊断为输血相关性移植物抗宿主病。MDT团队(呼吸科、皮肤科、血液科、营养科、肿瘤科、心理科)予激素、免疫球蛋白、抗感染、营养支持、降温、止痛等对症治疗。病人皮疹范围逐渐缩小,体温降至正常,35 d后复查肝功能及血常规结果正常,最终病人在40 d后出院。

2 护理

2.1 发热护理 病人输血后间断性发热,体温波动在 $38.5 \sim 39.2^\circ\text{C}$,无固定热型。护理措施:密切监测体温,当体温 $>39^\circ\text{C}$,观察病人有无寒战、抽搐等症状。根据体温波动情况,医嘱予血细菌培养、冰袋冰帽物理降温、药物降温等。出汗后及时更换衣物、床单、被套,保持衣物干燥,防止受凉感冒。保持室温 $18 \sim 22^\circ\text{C}$,相对湿度 $50\% \sim 60\%$ 。为病人创造一个安静、舒适、清洁的环境,便于休息。同时,严格记录24 h出入量。

2.2 皮疹护理 病人输血后第4天陆续出现全身多处皮疹,达体表面积的80%,伴有严重瘙痒感。护理措施:嘱病人穿宽松柔软的棉质衣裤或丝织品,减少对皮肤刺激,增加通透性,利于皮肤新陈代谢。每班评估病人皮肤颜色、皮疹面积、脱屑情况,动态评估是否有新的皮疹和水疱出现。尤其注意胸部、腋窝、腹股沟、会阴部、腹部等皮肤褶皱区皮肤的完整性,检查枕后、肩胛部、臀部的皮肤弹性,防止皮肤破损,发生感染和电解质紊乱^[4]。协助病人剪短指甲,防止指甲缝隙滋生细菌,也避免病人无意间抓挠皮肤造成皮肤破溃。嘱病人不要强行撕扯不易脱落的皮损,待其自行脱落,并及时处理脱落的痂皮。每日更换床单、被套,保持床单元清洁、干燥、平整。用无菌纱布包裹床栏,减少病人抓握床栏时铁质材料的刺激。遵医嘱予冰酸倍他米松软膏外涂,每天2次。皮肤脱屑及干燥处予1:4的甘油外涂,滋润皮肤,防止干裂。每日用软毛巾床上擦浴1次,擦浴时用烤暖炉取暖,防止受凉。待水干后全身涂抹保湿乳液,皮肤皱褶处涂抹制霉菌素粉末。在第32天时病人皮疹全部消退,没有发生皮肤破损。

2.3 感染控制 超过一半的TA-GVHD病人在输血3周后发生感染,这可能与免疫损伤导致骨髓衰竭及严重粒细胞减少有关^[2]。严重时可引起感染中毒性休克或弥漫性血管内凝血,最终发生多器官衰竭而导致死亡^[5]。护理措施:严格执行无菌操作技术和消毒隔离制度。重视全身护理,尤其是易感部位如五官、皮肤、黏膜、会阴部护理^[6]。病人入住层流床,每日早晚用紫外线消毒,每次30 min。保证室内空气流通,每日进行病房空气培养。病人及家属均佩戴口罩,定时更换,减少陪伴探视。医

作者简介 胥秀,护师,本科,单位:610031,四川省妇幼保健院;陈萍单位:400037,陆军军医大学新桥医院;何婧、何敏单位:610031,四川省妇幼保健院。

引用信息 胥秀,陈萍,何婧,等.1例输血相关性移植物抗宿主病病人的护理[J].全科护理,2019,17(17):2164-2165.

护人员在进行查体、治疗、操作的时候戴好口罩和无粉橡胶手套。无论是家属还是医护人员在接触病人前后都用含有氯己定的洗手液彻底洗手,每次洗手时间 >15 s。加强会阴部清洁、消毒,予稀释碘伏消毒会阴部黏膜,每天2次,同时用洁悠神外喷,每天6次。每日睡前用乙醇棉签消毒双侧外耳部,每次大便后和睡前用1:5 000高锰酸钾液坐浴。另外,为保持局部干燥,防止感染,可用红外线照射每次20~30 min,每日2次。

2.4 口腔护理 病人主诉咽喉部疼痛、吞咽困难。查口腔黏膜水肿、充血,散在多处溃疡,扁桃体肿大,舌头呈地图样改变,口角干裂,有渗血,双唇肿胀。护理措施:用活性银离子抗菌液进行口腔护理,每天3次。嘱病人勤漱口(2.5%碳酸氢钠、呋喃西林交替漱口),用硅胶手套以集落细胞刺激因子配制的漱口液擦拭口腔。用制霉菌素甘油涂抹双颊、舌面、舌下、上颌及牙龈,用医院自制口腔溃疡油涂抹溃疡表面。用1%的碘甘油涂口角干裂处及双唇,促进愈合。每天动态评估口腔情况,定期进行咽拭子培养。病人住院期间咽拭子结果均正常,出院时口腔黏膜恢复正常。

2.5 疼痛护理 病人头部胀痛,口腔针刺样疼痛,影响休息。因口腔疼痛,吞咽困难,不能口服止痛药,医嘱予芬太尼透皮贴剂8.4 mg贴于胸部相对完好皮肤处,3 d更换1次。于20%甘露醇125 mL脱水治疗,每天3次。予利多卡因含漱液漱口。对病人及家属进行疼痛知识宣教,配合音乐疗法缓解疼痛。应用疼痛评估管理软件系统,每天持续动态评估病人疼痛部位、性质、评分,实现信息化管理,有效缓解病人疼痛。有效预防尿路滞留、嗜睡等不良反应。

2.6 PICC导管护理 病人免疫力低下,导管口容易发生感染,且病人皮疹严重,易发生非计划拔管。护理措施:保持导管局部皮肤清洁干燥,加强换药。由于病人皮疹严重,皮肤脆弱,胶布粘帖及撕脱易导致皮肤破损。因此,采用无菌纱布和弹力绷带相结合的方式固定导管。PICC专职护士每天对导管进行常规消毒后,涂抹液体敷料形成皮肤保护膜,再用无菌纱布无缝隙覆盖导管,包绕手臂,再用弹力绷带固定,并做好高危导管标识。对导管进行持续、动态评估,定期进行PICC导管血细菌培养。住院期间病人未发生导管脱落等并发症,成功带管至出院。

2.7 加强营养支持 病人肿瘤消耗,不间断发热,机体能量消耗增多;同时,病人口腔疼痛,进食障碍,营养摄入不足。护理措施:请营养科会诊,给予全合一进行外周静脉输注,同时根据生化检验结果,及时补充电解质,防止电解质紊乱。指导家属将高蛋白、高维生素、易消化的食物打成汁液,混合营养粉,少量多餐给病人喂食。每日为病人称体重,每周评估营养状况,以便综合评价病人营养供给情况。病人在出院时体重未下降。

2.8 药物副反应的观察和护理 住院期间每天予甲强龙冲击治疗160 mg,3 d后逐渐减量。用药时加强巡视,控制滴速50~60 gtt/min,观察病人有无头晕、心悸等不适。告知病人及家属大剂量使用激素后会出现一过性的颜面部及下肢水肿,血压、血糖升高。同时,病人有糖尿病史,每日皮下注射胰岛素,护士动态监测血糖,每天6次,每天监测血压6次。

2.9 心理护理 因全身多处皮疹,自我形象紊乱,口腔黏膜疼痛致进食障碍、沟通困难。且TA-GVHD发生率低,病死率高,病人心理压力较大,产生焦虑、恐惧等心理。护理措施:启动心理干预小组,对病人积极心理干预。加强对病人及家属健康宣教,及时反馈各种检查、检验结果,使其对病情的康复有所了解。通过文献查阅了解疾病治疗进展,邀请兄弟医院成功治愈的病人对其进行同伴教育,树立治疗信心。为病人提供小白板,让病人在不能够说话的时候通过写字表达自己的想法进行交流。在与病人沟通中注意语气、语调,保持耐心。播放轻缓音乐,鼓励病人阅读有益的书籍、报刊,尝试让病人从潜意识中获得战胜疾病的力量和信心。实施认知重建和情绪管理策略。积极调动社会支持系统,减少病人的孤独感。同时,注重家属的心理护理。

3 小结

TA-GVHD发病率低,早期症状不典型,容易误诊,且病死率高。因此,需要多学科协作,实行医护一体化干预。本病例治疗过程中综合运用抗感染、激素、免疫球蛋白等治疗。护士全程参与多学科协作(MDT)讨论,汇报护理经过,提出护理难点及疑点,进行全科疑难病例讨论。同时,护理团队加强专科护理,制定个体化护理方案,开展精细化服务,实行心理护理。最终挽救生命,促进病人康复出院。目前,临床学者认为,TA-GVHD应该以预防为主^[7]。目前,国际推荐采用 γ 辐照血制品是目前认为较优的预防TA-GVHD的重要方法之一^[8]。笔者希望国家早日统一制定有关辐照血液制品、保存和临床适应证的相关技术规范 and 标准,做好TA-GVHD的预防。

参考文献:

- [1] 叶立文. 预防输血相关性移植物抗宿主病发生的研究进展[J]. 标记免疫分析与临床, 2015, 22(12): 1297-1299.
- [2] 冯菲儿, 王谦明, 朱晓璐, 等. 输血相关移植物抗宿主病的发生机制及预防[J]. 中国实验血液学杂志, 2015, 23(6): 1774-1778.
- [3] JAWA RS, YOUNG DH, STOTHERT JC, *et al.* Transfusion-associated graft versus host disease in the immunocompetent patient: an ongoing problem[J]. J Intensive Care Med, 2015, 30(3): 123-130.
- [4] 王颖雯, 张玉侠, 俞颖, 等. 脐血移植治疗婴儿白细胞介素-10受体基因突变致炎症性肠病的护理[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(11): 1394-1396.
- [5] AGBAHT K, ALTINTAS N D, TOPELI A, *et al.* Transfusion-associated graft-versus-host disease in immunocompetent patients: case series and review of the literature[J]. Transfusion, 2007, 47(8): 1045.
- [6] 罗丹丹, 侯秋秀, 曾云菲, 等. 1例基因造血干细胞移植术后并发巨细胞病毒感染病人的护理[J]. 护理研究, 2013, 27(5): 1276-1277.
- [7] 周丹. 血液辐照预防输血相关性移植物抗宿主病的发生[J]. 中国医药导报, 2012, 9(13): 179-180.
- [8] 赵树铭, 林武存. 辐照血液预防输血相关性移植物抗宿主病的研究进展[J]. 重庆医学, 2011, 40(8): 822-824.

(收稿日期: 2018-07-06)

(本文编辑 卫竹翠)