

异基因造血干细胞移植患者并发严重环孢素 A 相关神经毒性的护理

潘惠安 韦春荔

柳州市工人医院血液内科 广西柳州 545005

【关键词】造血干细胞移植; 环孢素 A; 神经毒性; 护理

【中图分类号】R473.5

【文献标识码】B

【文章编号】2096-0867 (2019) 08-052-02

异基因造血干细胞移植 (allo-PBSC) 是将他人的造血干细胞移植到体内, 起到造血和免疫重建作用的一种治疗手段^[1], 是目前治疗多种血液系统疾病的有效方法。环孢素 A (CSA) 已广泛应用于 allo-HSCT 后的移植抗宿主病 (GVHD) 的预防和治疗。由于 CSA 产生效应与出现并发症的血药浓度阈值较窄, 临床虽已严密监测血药浓度, 但仍避免不了并发症的发生, 尤其是严重 CSA 相关神经毒性 (SNCT) 的发生, 不仅影响 CSA 的使用, 更可能危及生命甚至降低移植患者存活率。我院 2017 年 1 月 1 日~2019 年 7 月 31 日共进行 80 例异基因造血干细胞移植治疗恶性血液病, 其中有 5 例患者发生 SNCT, 经精心治疗和护理后均痊愈出院, 现将的护理体会报告如下。

1 资料与方法

本组 5 例病例, 男性 2 例, 女性 3 例, 年龄 23~53 岁, 平均年龄 33 岁, 重型再生障碍性贫血 2 例, 急性非淋巴细胞白血病 1 例, 急性淋巴细胞白血病 2 例。5 例均为亲缘供者移植, 其中 HLA 全相合 3 例, HLA 不全相合移植 2 例; 3 例患者采取骨髓+外周造血干细胞移植, 2 例患者仅接受外周血造血干细胞移植, 5 例 allo-PBSC 患者均使用 CSA+ 骁悉+ 短程小剂量甲氨蝶呤的方案预防移植抗宿主 GVHD 的发生。5 例患者发生 SNCT 的中位时间位移植后 30d (5~83d), 其中 4 例发生在移植后 30 天内, 1 例发生在移植后 83 天。

2 SNCT 的临床表现

SNCT 的临床表现主要包括癫痫发作、神智障碍、昏迷、皮质盲、瘫痪、失语症; 不包括头痛、恶心、呕吐、失眠和四肢震颤等^[2-3]。本组 4 例主要表现为突发症状性癫痫 (双眼上翻、牙关紧闭、口吐白沫、四肢抽搐、意识散失、呼之不应、小便失禁) 伴有不同程度的急性高血压, 其 3 例呈多次发作, 持续发作时间 30S 至 1min, 每次发作间隔 3~10h, 3~4d 后癫痫症状基本控制, 1 例患者仅 1 次小发作。另 1 例表现为神智异常、精神萎靡、反应迟钝, 持续 10 d 基本恢复。所有 SNCT 的患者恢复良好, 经积极治疗后好转出院, 无遗留脑部后遗症。

3 护理

3.1 高血压的监护

少数 SNCT 患者发病时仅有轻度血压升高甚至不升, 但大多数患者有突发的严重血压升高病史。当患者出现明显的头痛, 头晕不适, 血压明显升高, 立即予口服降压药, 绝对卧床休息, 抬高床头, 减少刺激, 动态监测血压的变化, 并密切观察严重高血压时伴随的症状: 如早期兴奋、烦躁不安, 伴有呕吐, 有时呈喷射性, 继而出现精神萎靡、嗜睡等症状, 应警惕高血压脑病和高血压危象的发生。注意观察降压药物疗效, 以防血压短时间内下降过快导致低血压发生。本组 4

例患者伴有不同程度的急性高血压症状, 予口服降压药物处理, 伴随神经毒性症状好转后血压恢复正常, 均未发生高血压脑病。

3.2 CSA 血药浓度的监测

全相合的患者于回输-1 日开始静脉泵注 CSA, 半相合患者从预处理开始用药日开始静脉应用 CSA, 责任护士根据医生开具 CSA 的剂量, 使用微量泵均匀泵注; 整个移植期间注意观察 CSA 的不良反应, 待胃肠道功能恢复正常后改为口服, 密切监测 CSA 的血药浓度, 开始使用 CSA 至移植后 1 个月内 CSA 监测频率为 2 次/周, 1~3 个月内为 1 次/周, 3 个月或 CSA 浓度达到稳定状态后为 2 次/月, 根据血药浓度及时调整 CSA 的剂量, 避免 CSA 相关毒性的发生。

3.3 癫痫发作前期的护理

在移植期间应密切观察病人的情况, 测量血压 4 次/日, 详细记录患者的意识状态、肌张力、对语言刺激、疼痛刺激的反应等情况。本组 3 例患者癫痫发作前均出现不同程度的嗜睡、幻觉、烦躁、头痛或局部肢体抽动等先兆, 责任护士发现类似异常症状应立即告知医生, 协助患者平卧休息, 头部偏向一侧, 及时遵医嘱予相应处理, 集中所有的护理操作, 避免多次操作而对患者进行不必要的刺激, 降低癫痫大发作的发生。

3.4 癫痫发作时的护理

3.4.1 保持呼吸道通畅

频繁的抽搐可使脑水肿和脑缺氧加重, 个别会因窒息、吸人性肺炎危及到生命。癫痫发作时立即将病人平卧, 头偏向一侧, 松开衣, 及时清除口腔呕吐物和呼吸道分泌物, 以防误吸, 同时将口咽通气道放入患者口腔内, 保持呼吸道通畅, 有效防止舌后坠及舌咬伤。给予鼻导管持续吸氧 3L/min, 确保患者血氧饱和度维持高于 95% 水平, 避免低氧血症及高碳酸血症, 改善脑组织缺氧状态。癫痫发作并伴有高热时应给予冰袋冰敷或冰帽等物理降温^[4]。

3.4.2 做好安全防护

在癫痫发作时, 拉起两侧床挡, 专人陪护, 防止坠床, 抽搐时不能强行按压, 注意保护大关节, 防止发生骨折和脱臼^[5]。不采取掐“人中”的方法, 不仅不能制止发作, 反而有可能对病人造成新的伤害, 要减少对病人的刺激^[6]。

3.4.3 癫痫发作时用药护理

为迅速控制抽搐, 减少脑部损伤, 配合医生准确及时的给予镇静及降压药物。大剂量应用地西泮控制惊厥易引起呼吸抑制, 护理人员应按按时按剂量使用镇静药, 观察有无药物不良反应, 严密观察患者的意识、呼吸频率、节律及呼吸模式, 心电监护监测血压、心率、呼吸及血氧饱和度; 准确记录 24h

出入量,调节输液的速度;遵医嘱予补液维持水电解质及酸碱平衡,准确采集血标本,监测水电解质、血糖等变化。

3.5 癫痫发作后的护理

癫痫首次发作后往往会短时间内再次频繁发作,应备齐镇静药物及抢救物品。必要时将患者调至单间或离护士站最近的病房,保持病室安静,避免强光,强声等刺激,为患者提供一个整洁、舒适、安全的休息环境。癫痫发作后的患者,应加强口腔护理,保持口腔内清洁湿润,防止口腔感染。患者出现血压升高、头痛、躁动不安、呕吐等症状应立即通知医生,使用脱水剂控制脑水肿,避免病情恶化^[7]。协助患者生活护理,保持皮肤清洁,床单平整、无碎屑;大小便失禁时及时更换床单衣物;定时给予病人翻身,防止压疮;留置尿管者应妥善固定尿管,保持尿道口和外阴部清洁,注意观察尿量及尿的颜色。

3.6 心理健康指导

移植患者本身对未知的手术就存在紧张、恐惧、焦虑的心理,一旦出现 SNCT 就更加紧张,对自己的预后产生怀疑。护士要多给患者讲成功的病例、患者生活中的注意事项,让患者看到希望、树立信心。护士鼓励患者家属、亲友多探望,及时与家属联系,帮助患者稳定情绪,培养乐观、自信心理,减轻紧张焦虑,积极配合治疗护理,预防各种并发症的发生。患者出院后,指导患者学会血压监测,至少每日监测血压 2 次,每日晨起及睡前各监测一次,发现血压持续升高需及时就医。

4 小结

目前 SNCT 没有一个明确的诊断标准,早期大部分患者以

癫痫发作为主,而且血环孢素 A 浓度受多种因素影响,并存在个体差异。对于 SNCT 的治疗,目前除了立即停环孢素 A 及能增加血药浓度的药物,给予镇静抗癫痫、降压、脱水及对症治疗外,无其他特殊的疗法。因此,早期发现先兆症状采取预见性的护理干预和护理措施是控制并发症提升治疗预后的关键所在。癫痫发作时要保证病人的安全,细心的护理,并有针对性地进行健康教育,取得患者与家属积极配合治疗。

参考文献:

- [1] 黄晓军,吴德沛,刘代红.实用造血干细胞移植[M].北京:人民卫生出版社,2014:423-433.
- [2] Trullemans F, Grignard F, Van Camp B, et al. Clinical findings and magnetic resonance imaging in severe cyclosporine-related neurotoxicity after allogeneic bone marrow transplantation[J]. Eur J Haematol, 2001, 67(2): 94-99.
- [3] Gijtenbeek JM, van den Bent MJ, Vecht CJ. Cyclosporine neurotoxicity: a review[J]. J Neurol, 1999, 246(5): 339-346.
- [4] 钱旭萍. 持续性静脉泵入咪达唑仑治疗儿童癫痫持续状态 73 例的护理干预体会[J]. 中国药业, 2014, 22(11): 63-64.
- [5] 汪菊萍,高磊,李娟. 外周血造血干细胞移植术后合并癫痫患者的护理[J]. 护理学杂志, 2009, 24(9): 39-40.
- [6] 毛翠秧,王晋荣. 全身惊厥性癫痫持续状态的救治与护理[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(20): 1900-1901.
- [7] 汪静秋. 对比研究脑梗死后继发癫痫的不同护理方法的临床效果[J]. 世界临床医学, 2015, 9(6): 5.

(上接第 50 页)

能够对患者经络予以疏通,达到通尿闭、调理膀胱以及利小便的目的。

综上,在脊髓损伤患者中采用间歇清洁导尿以及穴位按压能够降低泌尿系统感染,对患者膀胱功能的改善起到了促进作用,具有一定的安全性。

参考文献:

- [1] 梁伟容,张绍华,王玉龙等. 清洁间歇性自助导尿对脊髓损伤后神经源性膀胱患者护理疗效的研究[J]. 中国伤残医

学, 2017, 25(20):90-92.

- [2] 张小妹,陈碧珠,陈爱金等. 清洁间歇自我导尿在脊髓损伤患者护理中的应用分析[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(21):2738-2740.

- [3] 刘跟莉,宋君瑶,刘云艳等. 腧穴点穴按摩对脊髓损伤后尿潴留病人膀胱功能及尿路感染发生率的影响[J]. 护理研究, 2019, 33(1):152-154.

- [4] 郑春兰,黄江英,吴梅兰等. 脊髓损伤患者膀胱功能的康复训练[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(9):27

(上接第 51 页)

标进行了严密监测,及时有效维护血管通路,合理的安排透析方案,确保其能够正常运行,最大限度的避免差漏的发生,使透析器以及血管通路均能正常运作,从而有效清除患者代谢废物,纠正患者水电解质紊乱现象,促进患者肾脏修复^[6]。除此之外,试验组研究对象控制了盐分以及水分的摄入,其目的在于减轻患者循环负荷,进而缓解患者肾衰消耗。此外,通过加强感染预防护理以及并发症预防护理,能够在改善患者临床症状的同时,预防并发症的发生,这也是本次实验之中,试验组研究对象并发症发生率显著低于对照组的主要原因。再者,在心理护理方面,护理人员在了解患者心理情绪变化的基础之上,实施具有针对性的心理辅导,对于改善患者心理状态,提高患者依从性具有十分积极的意义^[5]。总得来说,对流行性出血热合并肾衰竭患者实施全面优质护理,能够有效提升透析疗效,促进患者肾脏功能恢复,并控制并发症的发生,提高治疗的安全性以及稳定性,临床价值突出,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 苏静. 综合护理干预在原发性肾病综合征合并急性肾衰竭患者中的应用观察[J]. 数理医药学杂志, 2019, 32(02):300-301.
- [2] 周鑫,刘维苗,王丹,林芝华,董力. 临床护理路径在急性肾衰竭患者治疗中的临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(04):139-140.
- [3] 孔秀丽. 流行性出血热合并急性肾衰竭血液透析的护理[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(21):251-252.
- [4] 柳月珍,徐郁颖,吴锋,杨秋林. 流行性出血热合并急性肾衰竭患者连续性肾脏替代治疗的临床价值研究[J]. 中国地方病防治杂志, 2014, 29(03):226.
- [5] 毕翠俊,徐雪萍. 3 例肾病综合征出血热的护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(66): 219
- [6] 申屠勤芬. 流行性出血热合并急性肾衰竭患者经血液透析治疗的观察[J]. 中国地方病防治杂志, 2014, 29(02):151.