

急性白血病化疗患者并发肿瘤溶解综合征的护理体会

杨旺坚

柳州市工人医院血液内科 广西柳州 545005

【关键词】肿瘤溶解综合征；白血病化疗；护理

【中图分类号】R473.73

【文献标识码】B

【文章编号】2096-0867(2020)05-056-02

肿瘤溶解综合征(tumor lysis syndrome, TLS)是一种严重的代谢紊乱综合征,由各种原因引起肿瘤细胞大量破坏,快速释放细胞内物质,导致代谢产物蓄积而引起,临床上以高尿酸血症、高钾血症、高磷低钙血症为突出表现,易并发急性肾功能衰竭^[1]。在化疗患者中ATLS发生为1.1%~6.0%,但病死率却高达36%^[2],一般常见于急性白血病、高度恶性淋巴瘤,较少见于实体瘤病人,肿瘤溶解综合征具有以下特征:高尿酸血症、高钾血症、高磷血症而导致的低钙血症等代谢异常。少数严重者可发生急性肾功能衰竭、严重的心律失常如室速和室颤、DIC等,一旦发现立即开始治疗。我院2017年6月1日~2019年7月31日共有102例急性白血病化疗患者,其中有5例患者发生肿瘤细胞溶解综合征,经精心治疗和护理,4例患者痊愈出院,1例患者死亡,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4例,女性1例,年龄32~45岁,平均年龄38岁,急性淋巴细胞性白血病3例,急性髓性细胞白血病2例。3例急性白血病患者使用VDLP(长春瑞滨+泼尼松+吡柔比星+培门冬酶),2例患者使用MA(米托蒽醌+阿糖胞苷)。5例患者发生肿瘤细胞溶解综合征时间均为化疗后1~5天内。

2 急性肿瘤细胞溶解综合征的临床表现

TLS发病较急,常于初次化疗开始后数小时至数天发生,出现四肢肌肉酸痛、极度疲乏无力、心动过缓(54~56次/分钟)、心律失常甚至心搏骤停等高血钾血症;恶心、呕吐、嗜睡等高尿酸血症,血、尿的尿酸增高,导致尿酸结石,血尿、少尿、无尿等肾功能损害症状,偶尔可有痛风发作。高磷、低钙血症可引起畏光、神经肌肉兴奋性增高,肌肉抽搐。如磷酸盐沉积于微血管和肾血管内可致皮肤瘙痒。TLS发生时,可见原发肿瘤迅速消退。本组5例TLS均出现高血钾血症、高尿酸血症,1例死亡病例出现了急性肾功能衰竭、严重的心律失常、DIC。

3 护理

3.1 化疗患者常规护理

TLS多发生于治疗后开始阶段或化疗后5日内,对于每例化疗的患者,每日监测其血常规、尿常规及电解质变化,加大输液量及碱化尿液,保持尿pH值在7~8,鼓励病人多饮水,保证每日尿量达3000ml,详细记录24小时出入量,保持电解质及出入量平衡,密切观察患者的血压、体温、尿量、神志,注意有无高钾血症、低钾血症的表现,同时每日仔细听取患者的不适主诉,有高危因素的患者予别嘌醇、利尿、碱化和纠正水电解质紊乱。

3.2 相关症状的护理

3.2.1 高血钾的护理

血清钾大于5.5mmol/L即可称为高钾血症,是由于肿瘤细胞溶解后大量的钾离子释放入血,肾脏不能及时排除,导致血清钾离子快速升高,可引起严重的心律失常,甚至猝死^[3],高钾血症是TLS最急迫、后果最严重的并发症。在护理中严密观察病人的意识和生命体征的改变,注意观察患者有无出现全身无力、表情淡漠、手足麻木、肌肉酸痛、面色苍白、四肢厥冷、心跳慢弱、心律不齐等高血钾表现,遵医嘱予持续心电监护。在纠正高钾血症的过程中,需特别注意以下几点:①禁钾停止使用一切含钾及促进钾升高的药物、禁用库存血、禁食水果、果汁、牛奶等含钾较多的食物。②抗钾治疗可应用10%葡萄糖酸钙20~30毫升,加等量的5%葡萄糖溶液缓慢滴入或者泵注,以钙离子对抗钾离子对心肌的抑制作用。③转钾碱化细胞外液,以乳酸钠或碳酸氢钠溶液缓慢滴注,使钾转入细胞内,并可增加肾小管排钾,还可以应用胰岛素促进糖原合成钾入细胞内。④排钾应用聚磺苯乙烯口服或灌肠,可以从消化道排出大量钾离子。⑤严密观察患者生命体征及神志的改变,持续心电监护。患者初查血钾值较高后立即进行心电及血氧饱和度监测,观察ST段及T波的恢复情况。输液时严格控制滴速,防止药液外渗。⑥严密观察血钾的动态变化每4小时查一次电解质,为保证血钾监测结果无误,避免在输液侧肢体抽取血标本。采血时止血带结扎时间防止过长,血标本抽出后,取下针头,沿试管壁缓慢注入,不能有气泡,不震荡,立即送检。在5例患者中,均有血钾升高,有4例患者仅出现了全身无力、手足麻木、手足麻木的症状,经过治疗血钾恢复正常,有1例患者血钾高达7.0mmol/L,患者出现嗜睡,严重的心率失常,DIC,去钾效果不明显,抢救无效死亡。

3.2.2 高尿酸血症的护理

大多数患者无明显症状,主要表现为少尿、血尿及发展为氮质血症,还有可能导致严重的尿路堵塞而致急性肾功能不全^[4],高尿酸血症不仅会造成肾功能损害,还会诱发心脑血管系统疾病。高尿酸血症治疗原则主要是水化、碱化尿液。建立两个静脉通路,增加输液量,严密监测输液速度,保证液体24h持续均匀输入,有条件者可使用输液泵均匀输液,同时鼓励患者多饮水,保证每日饮水量达2000ml,每日尿量达3000ml,促进代谢物排除,每日留取尿常规2次,保持尿pH值在7~8,防止尿酸结晶沉淀。严密监测电解质及酸碱平衡状态,防止酸碱平衡紊乱。此外,还应注意动态监测肾功能,观察每小时的尿量、尿色、尿比重及全身水肿情况。饮食上给予低嘌呤饮食,限制海鲜、内脏等高嘌呤食物,避免运动,并遵医嘱长期服用碳酸氢钠等药物碱化尿液。本病例中5例患者均出现了高尿酸血症,经过水化、碱化尿液后有4例患者尿酸恢复正常,死亡病例患者尿酸高,长期滴注碳酸氢钠

125ml 每十二小时一次，尿酸依旧未降低，出现无尿症状。

3.2.3 高磷血症和低钙血症的护理

高磷血症和低钙血症也的 ATLS 的常见的临床表现。高磷血症时尿中磷酸盐排出增多，继发性甲状旁腺功能亢进、钙磷沉积、维生素D代谢障碍，继发引起肾结石及继发性低血钙。而低血钙患者者可以出现抽搐、口周麻木、四肢发麻、刺痛感，手足抽动，甚至手足搐搦等神经兴奋性障碍，严重者可以破坏心肌细胞。责任护士应按医嘱准时服药，根据药物配伍禁忌及作用时间合理安排输液顺序，按时检测血生化，限制蛋白质的摄入。严格低磷饮食，选择磷/蛋白比值低，高钙的食物，如蛋清。多食用豆类、谷类和蔬菜等磷吸收率较低的食物。少吃高磷食物，如坚果类、饮料、乳制品、动物内脏、蛋黄、菌类等。

3.3 心理护理的指导

恶性肿瘤患者心理状况与生活质量具有一定关系，心理因素也是影响疾病预后的因素之一^[5]，TSL 发生较急，可以通过及时治疗达到好转，责任护士及时适当做好患者的心理护理，向其宣教其相关的疾病知识及相关的注意事项，有可能出现的不良症状以及应对方法，消除其紧张的心理，积极配合治疗，增加战胜疾病的信心。患者发生 TSL 时，应多关心患者，耐心倾听患者的主诉，给予患者安全感。

4 小结

(上接第 54 页)

随着病情不断恶化，药物治疗效果不理想，手术治疗为其首选，因病变位置和手术操作的特殊性，多数患者会出现负面情绪，进而导致患者依从性下降，不利于手术方案及干预措施的实施，进而影响患者治疗效果和身体恢复，呈正比，护理服务水平显得非常重要，应重视^[3]。

随着我国对肛肠手术患者不断深入研究，如何优化患者的负面情绪成为了研究新方向，常规护理服务虽拥有一定效果，但是该干预措施属被动干预，缺乏主动性，对患者情绪的改善效果较差；心理护理属科学化及针对性强的干预模式，依据患者实际病情和心理状况，能主动为患者提供全方位的优质护理服务，稳定好患者的情绪，形成正确认知，进而能让患者主动配合治疗，能促进患者身体恢复，早日出院，因此，

TLS 为血液科的急症之一，如不及时诊断治疗，其病死率高，严重者常死于心律失常或肾衰竭^[6]。TSL 一旦发生，如果救治不及时，会威胁患者的生命，护士应及时发现患者病情变化，尽早对症处理，用心护理每一例的患者，消除 TSL 带来的疾病伤害。

参考文献:

- [1] 张燕, 曾小菁, 沈如刚. 等. 16 例血液系统恶性肿瘤并发急性肿瘤溶解综合征的临床分析 [J]. 重庆医学. 2013, 42(20): 2403-2405.
- [2] 徐洁, 王玉丹. 急性肿瘤溶解综合征护理体会 [J]. 中国实用乡村医生杂志, 2012, 19(20): 47-48.
- [3] 张琪, 刘凯奇, 刘兵城, 等. 380 例急性白血病患者肿瘤溶解综合征发病率与危险因素分析 [J]. 中国实验血液学杂志, 2015, 23(1): 61-64.
- [4] 石兆敏, 褚照云. 化疗致急性肿瘤溶解综合征的护理现状 [J]. 医疗装备 2016, 29 (9): 195-197.
- [5] 高会华. 急性肿瘤溶解综合征护理体会 [J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015, 22(16): 57-58.
- [6] Montesinos P, Lorenzo I, Martín G, et al. Tumor lysis syndrome in patients with acute myeloid leukemia: identification of risk factors and development of a predictive model [J]. Haematologica. 2008, 93 (1): 67-74.

心理护理干预方案值得选用^[4]。

综上所述，肛肠手术患者运用心理护理干预的效果显著，与常规护理方案比较，生活质量更好，抑郁情绪和焦虑情绪更轻，满意度更高，肛肠手术患者值得运用心理护理干预方案。

参考文献:

- [1] 魏宏. 中医护理路径在肛肠手术患者中的护理效果 [J]. 饮食保健, 2017, 4(4):228-229.
- [2] 马丽琳. 中医护理干预在肛肠手术后尿潴留中的应用效果分析 [J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(3): 158-159.
- [3] 陈涛. 疼痛护理管理在肛肠科病房应用后的效果研究 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(z2): 248-249.
- [4] 王存琴. 肛肠术后患者实施主动护理干预的效果观察 [J]. 大家健康旬刊, 2017, 11(2): 8-8, 9.

(上接第 55 页)

治疗成本，整体的治疗秩序也会更好。随着医疗的发展，疾病的治疗也从常规的清除疾病到各方面体验优化，由此来更好的保证患者满意度提升。快速康复护理在外科中运用较多，经验也在不断的丰富，但是在各科室上，还需要考虑患者生理、心理各方面情况，保证护理工作匹配个人所需，最终优化治疗恢复的效果。护理人员自身不仅要具备专业的护理知识，同时也需要优化自身的观察判断与沟通能力，保持良好的引导效果，患者整体配合度高，护理工作压力也会更少。

综上所述，快速康复护理应用在肾癌手术中可以有效的促使其生理状况改善优化，减少患者的心理压力，整体状况更好。

参考文献:

- [1] 吴伟, 周诗, 王睿. 腹腔镜肾癌根治性切除患者围手术期的护理体会 [J]. 智慧健康, 2018, 4(29):70-71.
- [2] 龚娟, 卢童. 快速康复外科护理在后腹腔镜下保留肾单位肾部分切除术中的应用 [J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2018, 10(2):123-124.
- [3] 刘娟, 许敬萍, 周萍, 等. 快速康复外科理念在泌尿外科常见腹腔镜手术围手术期护理中的应用 [J]. 广东医学, 2018, 39(6):952-956.
- [4] 张姝, 张晓超, 王凤霞, 等. 快速康复外科用于肾癌后腹腔镜根治性肾切除术围手术期护理的临床观察 [J]. 护理研究, 2018, 32(23):3798-3801.

表 2: 各组患者术后恢复速度结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	肛门排气时间 (h)	首次活动时间 (h)	输液时间 (d)	住院时间 (d)
快速康复组	33.87 ± 4.09	38.74 ± 7.61	2.74 ± 1.09	8.34 ± 1.86
常规组	42.65 ± 5.72	57.82 ± 11.30	3.28 ± 1.37	10.73 ± 2.16

注: 两组对比, $p < 0.05$