

· 护理园地 ·

1 例肝脾 T 细胞淋巴瘤术后化疗期间的切口护理

张玲玲, 孙晶晶, 唐玉梅

[摘要] 文章总结报道 1 例肝脾 T 细胞淋巴瘤术后化疗期间的切口护理。探讨肝脾 T 细胞淋巴瘤术后化疗期间切口难愈的原因及护理难点, 制定相关术后切口处理及全身护理干预措施, 对患者实施术后切口护理、切口周边皮肤的护理、个体化营养支持、预防感染、活动指导及心理支持, 有效的促进了切口的愈合及疾病的恢复, 最终患者康复出院。

[关键词] 肝脾 T 细胞淋巴瘤; 手术切口; 化疗; 护理

[中图分类号] R737.9 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1672-271X(2017)04-0418-03

[DOI] 10.3969/j.issn.1672-271X.2017.04.023

肝脾 T 细胞淋巴瘤 (hepatosplenic T cell lymphoma, HSTCL) 是少见的外周 T 细胞淋巴瘤, 1990 年 Farcet 等首次描述了此类疾病, 1994 年修订欧美淋巴瘤系肿瘤分类 (REAL) 将其作为暂定亚型, WHO (2001) 分类将其确认为一种独立疾病, 统称为 HSTCL^[1]。迄今为止, 世界报道的 HSTCL 病例约 100 余例, 而国内单独系列报道更为罕见。本病多见于年轻人, 是较高的致死性疾病。我科于 2016 年 9 月 6 日收治了 1 例 HSTCL 患者, 其脾切除手术后切口并未愈合, 又进行化疗致切口难以愈合。经过对患者的全面评估和术后切口针对性的有效护理, 治疗效果满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病历介绍 患者男, 18 岁, 发热 2 月余, 考虑“上呼吸道感染”, 间断予以头孢呋辛、利巴韦林抗感染治疗, 患者仍间断有发热。行骨髓穿刺活检病理示“骨髓组织增生活跃”, 于 2016 年 8 月 29 日在我院普通外科全身麻醉下行“脾切除术+副脾切除术+肝活检术+胰脏上缘淋巴结术中冰冻快速活检术”, 术后病理示中-高度侵袭性 T 细胞淋巴瘤, 拟诊为 T 细胞淋巴瘤合并嗜血细胞综合征, 于 2016 年 9 月 6 日转入我科继续治疗。入科后患者病情进一步加重, 若不及时化疗将危及生命。经家属同意予以吉西他滨+顺铂+泼尼松+西达本胺方案化疗。

1.2 入院评估 体温: 38.2℃, 脉搏: 84 次/min, 呼吸: 22 次/min, 血压: 102/60 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa); 患者面部表情呆滞, 寡言, 多梦, 易醒, 医院焦虑抑郁量表 (HAD) 评分 14 分, 焦虑; 数字疼痛评分 (NRS) 2 分; 消瘦, BMI 指数 17.8, 应用营养风险筛查工具 (Nuteition Risk Screening-2002, NRS-2002) 评分 5 分; 患者腹部切口长 11 cm, 宽 2.4 cm, 深度达 3.5 cm, 依照国际伤口评估原则 (TIME) 评估局部切口, T (tissue) 为组织类型: 25% 为腐肉, 75% 为肉芽; I (infection/inflammation) 指感染或炎症反应: 切口为大量血性渗液与血清渗液, 靠近伤口有腥臭味, 伤口感染严重; M (moisture) 为潮湿度: 切口湿润; E (edge) 切口边缘: 切口边缘平整, 周围水肿。切口细菌培养显示无菌生长。

1.3 难点分析 ①患者切口面积大, 达 26.4 cm², 愈合评分 (PUSH) 16 分^[2], PUSH 总分 0~17 分, 分值越大表示创面越严重。②患者高热病程长, 肿瘤负荷重加之术后应急反应增加, 造成机体营养缺乏和免疫功能下降, 并发症增多^[3]。③患者病情严重, 必须立即化疗才能挽救生命, 但化疗药物可杀死大量癌细胞, 亦会导致骨髓功能抑制使外周血细胞减少, 特别是中性粒细胞的减少。中性粒细胞具有趋化、变形黏附以及吞噬等功能, 在机体防御和抵抗外来病原菌侵袭过程中其重要作用, 因此当白细胞数量减少时肿瘤患者的抗菌能力下降易并发各种感染^[4], 同时也致使切口更加难以愈合, 并有加重切口感染的风险。④患者情绪焦虑, 切口延迟愈合和高热不退给患者身心造成了明显影响, 缺乏对治疗的耐心和信心。针对以上难点, 我们从多方面进行干预, 制定了详细的护理干预措施。

作者单位: 210002 南京, 南京军区南京总医院血液病科

通信作者: 唐玉梅, E-mail: tym000327@aliyun.com

引用格式: 张玲玲, 孙晶晶, 唐玉梅. 1 例肝脾 T 细胞淋巴瘤术后化疗期间的切口护理 [J]. 东南国防医药, 2017, 19(4): 418-420.

2 护 理

2.1 术后切口护理

2.1.1 切口清洗 每日选用聚维酮碘(含有效碘 0.5%)清洗切口,再用 0.9%氯化钠溶液清洗 2 次,防止碘对正常肉芽组织的伤害。

2.1.2 控制感染 选用含银离子纤维敷料覆盖切口和填充潜行。银化合物在切口愈合过程中会吸收伤口渗出液,并锁住渗液,防止浸渍切口周围皮肤,同时持续的释放敷料中银离子提供切口湿性愈合的环境,持续高效抗菌,加速切口的愈合。

2.1.3 联合清创 选用自溶联合保守性锐器清创,分次逐步去除切口上的腐肉并降低患者的疼痛。

2.1.4 去除水肿 腐肉去除后,切口 100%是肉芽组织,肉芽组织水肿,近年来物理治疗用于辅助切口治疗备受关注^[5]。使用红外线照射 10 min,改善血液循环,增加细胞的吞噬功能、消除肿胀、促进炎症消散、促进胶原合成和成纤维细胞增殖而使愈合速度加快,从而达到治疗的目的^[6]。

2.1.5 促进肉芽组织生长 水肿消退后,切口肉芽期使用生肌膏联合硅酮敷料,将生肌膏均匀涂于切口上,厚度>3 mm,外层敷料使用美皮康,2~3 d 换药 1 次。在肉芽组织生长期和上皮组织爬行期使用生肌膏和硅酮泡沫敷料,能促进肉芽组织及上皮的生长,缩短了伤口愈合时间^[7]。

2.2 切口周边皮肤的护理 切口初期有大量渗液,渗液浸渍周围皮肤易发生湿疹。切口周围皮肤使用 0.9%氯化钠溶液清洗后再用派瑞松联合红外线治疗,联合用药具有抗炎、抗过敏、止痒、收敛、润肤、软化皮损的疗效。

2.3 个体化营养支持 NRS-2002 能前瞻性的预测患者的营养变化,及时反馈患者的营养状况,该患者评分 5 分。结合患者的临床情况,有针对性地进行个体化营养支持。在化疗期间,除对症使用抗呕吐及促进食欲的药物意外,通过鼻饲管给予匀浆膳营养支持,即于入院后 48 h 内开始,指导家属提供饮食,包括豆浆、牛奶、米汤、蔬菜新鲜水果、鱼鸡瘦肉汤等,或是以上食物自行混制而成的匀浆膳胃管注入,100~150 mL/4~5 次/d。经 PICC 应用全营养混合液(TNA),TNA 由糖类、脂肪乳、氨基酸、水、电解质、微量元素和维生素在无菌条件下加入 3 L 袋内配置而成,输注时间为 18~22 h。发放健康教育材料,宣传营养状态对切口的影响及疾病预后的重要性。根据评估结果分析影响切口愈合的因素,制定个体化的营养处方^[8]。认真检测和记录患者的

皮皱厚度、上肢肌围、血红蛋白血清蛋白等。经积极的营养支持,化疗结束第 15 天,患者 NRS-2002 评分 4 分,BMI 指数 18.5。

2.4 预防感染

2.4.1 及时准确用药 化疗药物造成术后伤口炎症期中性粒细胞减少,炎症期延长而影响愈合,遵医嘱皮下注射粒细胞刺激因子 300 ug/d;根据血象低,粒细胞缺乏,白细胞示 $200 \times 10^9/L$,血培养示大肠埃希菌感染,结合临床情况遵医嘱予泰能 1.0 g,1 次/8h 静滴抗感染治疗。

2.4.2 保护性隔离 患者入住百级无菌层流洁净室。百级层流洁净室是指通过粗、中、高效过滤器清除>99.9%尘粒及细菌而使空气得以净化,基本达到无菌的特制病房。要求患者戴口罩,减少通过呼吸道接触外面的病原菌。禁止人员探视,留 1 名身体健康的家属陪护,做好规定陪护人员的宣传教育工作。按要求做好环境消毒,每日 3 次口腔护理,每晚用 1:2000 洗必泰擦浴 1 次,便后和睡前用 1:2000 洗必泰坐浴。

2.4.3 PICC 导管护理 制定统一的评估和换药流程,严格落实。按四步法评估导管(一看局部、二量臂围、三关注主诉、四记录);按五步骤进行导管维护(一揭膜、二洗手、三消毒、四固定、五冲管)。

2.4.4 严密落实各项监测 每日视诊和触诊评估穿刺部位皮肤有无红肿、硬结、疼痛等情况。监测体温和白细胞计数,规范留取血标本。认真倾听患者的主诉,一经发现问题及时与医师联系,以便患者得到及时的诊治。

2.4.5 预防医源性感染 医护人员接触患者前后均应严格执行六步洗手法,熟练掌握洗手指征,所有的治疗操作集中进行,减少不必要人员流动。严格执行操作规程和无菌技术原则,每周进行消毒、灭菌、环境卫生学监测,落实医院感染控制的基本要求,严格防止医源性感染的发生。

2.5 活动指导 向家属和患者讲解活动的重要性,指导患者床上使用八部操进行肢体功能锻炼,患者在护理员的协同下,每天能完成 2 次八部操,两周后测定患者肌力为 V 级:能抵抗强大的阻力运动肢体(正常)。协助患者翻身,拍背,鼓励患者自行咳嗽,防止肺部并发症的发生,以后根据病情逐步下床活动,但要循环渐进,不可过度疲劳。指导患者肢体功能锻炼,应遵循个体化、渐进性、全面性三大原则^[9]。

2.6 心理支持 患者 HAD 评分 14 分,应与家属沟通,要求 24 h 中 1 人陪护,并签署知情同意书,查看

患者房间有无危险物品,及时报告,并注明标识。建立良好的护患关系,医务人员的言行直接影响患者的心态^[10]。耐心讲解化疗的注意事项及可能出现的不良反应症状,使患者能够有充分的思想准备应对疾病。介绍类似的成功案例与患者分享增加患者的信心。采用“认知疗法”指导患者放松情绪,积极应对^[11];让患者安静舒适的在病床进行深呼吸训练及全身肌肉分段放松训练能较轻易的使患者身心放松,消除因病情而致的焦虑感和疲劳感;注意倾听和关注患者的感受,每天询问睡眠、饮食和活动情况,给予认同、移情、鼓励和赞赏。

3 结 语

HSTCL 行脾切除术后切口未愈合情况下进行疾病化疗,是因 T 细胞淋巴瘤合并嗜血细胞综合征,病情及其凶险,危及生命需立即化疗。在患者的整个治疗过程中我们严格按护理计划认真落实,经过精心细致的护理后切口达 I 期愈合,BMI 指数 19.1,数字疼痛评分 0 分,HAD 评分 9 分,病情稳定予 2016 年 10 月 9 日出院。根据患者切口在化疗期间难愈合因素分析,制定相关术后切口处理及全身护理干预,提高了切口愈合度。

【参考文献】

[1] 张秀茹,陈桂秋,童春容,等.肝脾 T 细胞淋巴瘤临床病理学

分析并文献复习[J].中华临床医师杂志,2012,6(2):394-395.

- [2] 陈娟,吴小玲.国外压疮愈合评价量表的研究与展望[J].护理学报,2011,18:38-40.
- [3] Walker WA, Goulet O, Kleinman RE. Pediatric gastrointestinal disease[J]. Hamilton: BC Decker Inc, 2004: 1584-1591.
- [4] 范凝芳,田学智,晋建华.恶性肿瘤病人化疗后白细胞减少致感染的预防与护理[J].护理研究,2012,26(11):3150-3151.
- [5] 蒋琪霞,周昕,彭青,等.红光和红外线辅助伤口治疗的照射时间与效果观察[J].医学研究生学报,2011,24(4):381-385.
- [6] 黄秀玲,彭青,周昕,等.1例腓动脉术后切口不愈的个性化护理[J].实用临床医药杂志,2014,18(22):207-209.
- [7] 曾艳妮,李亚敏.生肌膏联合硅酮敷料在伤口护理中的应用[J].当代护士,2016,(5):78-79.
- [8] 蒋琪霞,申萍,刘云,等.改良式湿性疗法治疗老年压疮的临床研究[J].医学研究生学报,2007,20(11):1182-1185.
- [9] 许丽,郑桂芝.阶段性个性化健康教育对乳腺癌根治术患者的效果评价[J].东南国防医药,2008,10(2):116-118.
- [10] 蒋静,程珠玲.乳腺肿瘤患者心理护理的对策[J].东南国防医药,2011,13(6):553-554.
- [11] 蒋琪霞.阑尾切口感染伴肠瘘复杂伤口的护理[J].医学研究生学报,2006,19(4):383-384.

(收稿日期:2017-04-11; 修回日期:2017-05-27)

(本文编辑:刘玉巧)