

骨髓增生异常综合征所致大面积脑梗死 1 例的护理

陈燕琴, 罗卡现, 杨红燕

(浙江大学医学院附属第二医院, 浙江杭州 310009)

关键词: 脑梗死; 骨髓增生异常综合征; 护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2016.08.033

中图分类号: R473.55 文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2016)08-0810-02

骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndrome, MDS)是一种恶性的、克隆性造血干细胞的疾病,是骨髓中造血干细胞发育成熟障碍引起无效造血,周围血象中发生一系或多系血细胞减少,具有高度的异质性^[1]。MDS 伴血小板增多是临床较少见的分型,该型的血小板增多是克隆性血小板增多症的病因之一,主要发病和死亡原因就是血栓性并发症,文献报道其常见栓塞部位是脑动脉^[2],但国内相关病例报道不多。2014 年 9 月本院神经内科收治 1 例由 MDS 所致的大面积脑梗死患者,入院时病情危重,经及时诊治和护理,住院 19 d 后病情好转出院,现将护理报告如下。

1 病例简介

患者,男,61 岁。因“右侧肢体活动障碍 1 周”于 2014 年 9 月 4 日入住本院神经内科。患者 1 周前吃中饭时出现右侧肢体活动障碍,不能言语,立即送当地医院行溶栓治疗,症状无明显好转。1 周后送至本院急诊,头颅 CT 显示:左侧颞顶叶大面积脑梗死,为进一步治疗收住入科。入科体格检查:体温 37.0℃,脉搏 65 次/min,呼吸 18 次/min,血压 130/65 mmHg,意识清,混合性失语,双侧瞳孔等大等圆,直径 3.0 mm,对光反射灵敏,吞咽障碍,左侧肢体肌力 4 级,右侧肢体肌力 0 级。因患者 1 月前在外院诊断为 MDS,予地西他滨化疗 1 次,故入院后急诊血常规示白细胞计数 $1.0 \times 10^9/L$,红细胞计数 $2.77 \times 10^{12}/L$,血小板计数 $25 \times 10^9/L$ 。入科后明确诊断为:脑梗死, MDS。患者病情复杂,住院期间脑水肿明显,且全身情况差,白细胞明显降低,血小板进行性升高,期间又出现高热等感染症状。根据病情予脱水降颅压、改善脑供血、稳定斑块、升白细胞、抗凝、抗感染等对症支持治疗。患者入院 13 d 后病情稳定,住院

19 d 后好转出院。出院时,患者左侧肢体肌力 5 级,右侧肢体肌力 2 级,吞咽及言语功能均较前好转。

2 护 理

2.1 脑水肿的观察与护理 患者入院时头颅 CT 显示左侧颞顶叶大面积脑梗死。3 d 后查头颅 MRI 显示左侧大脑中动脉供血区域大片新近梗死灶,脑水肿明显。遵医嘱给予甘油果糖注射液 250 ml 每隔 12 h 静脉滴注,呋塞米 20 mg 每天 1 次静脉推注。予心电监护,每隔 1 h 测生命体征,每隔 2 h 监测意识、瞳孔变化,密切观察患者有无恶心、呕吐、头痛、视神经乳头水肿等颅内高压症状,警惕脑疝发生。予卧床休息,抬高床头 15~30°,头偏向一侧,以利颅内静脉回流。予 2 L/min 吸氧,保持呼吸道通畅。同时按医嘱及时使用脱水剂,观察用药效果,记 24 h 出入量,保持水、电解质平衡。住院期间该患者未出现脑疝等并发症。

2.2 预防感染 MDS 患者易发生医院感染,感染率为 47.57%,而白细胞计数是其发生医院感染的独立危险因素^[3],临床上要加强防范。该患者住院期间多次复查血常规白细胞计数明显偏低,最低 $0.2 \times 10^9/L$,请血液科会诊,予重组人粒细胞刺激因子注射液升白细胞治疗,并遵医嘱予保护性隔离。安置患者于单人间,贴好隔离标识,限制探视,房间定时开窗、通风。医护人员进行各种操作时严格执行无菌操作,各种操作尽量集中进行,减少感染机会。该患者所有使用物品给予专用,能使用一次性物品的都使用一次性物品。病床及病室门旁放置快速手消毒剂,床旁准备专用的生活垃圾桶,病房、用品定期消毒。密切观察患者体温变化,该患者在入院第 6 天时出现高热,最高体温达 39.4℃,及时冰敷降温,考虑与肺部及尿路感染有关,及时留取痰液及尿液培养,遵医嘱及时有效给予抗生素治疗,予拔除导尿管,多喂水,每日用

作者简介:陈燕琴(1981—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2016-02-26

PVP-I 擦拭尿道口。使用气垫床,防止皮肤受压破溃,翻身时动作轻柔,加强叩背,辅助雾化吸入,促进痰液排出。经过采取以上措施,6 d 后该患者体温恢复正常,感染得到有效控制,住院第 11 天复查血白细胞 $4.9 \times 10^9/L$ 。

2.3 抗凝治疗的观察与护理 患者入院时血小板低下,未使用抗血小板药物,入院 6 d 后血小板上升至 $281 \times 10^9/L$,遵医嘱立即予口服阿司匹林 100 mg 每天 1 次行抗血小板聚集治疗,使用 1 周后,复查血小板计数 $891 \times 10^9/L$,予加用波立维双抗治疗,同时遵医嘱使用护胃药物治疗。给予清淡、易消化的食物,避免干硬、过烫或刺激性食物,注意观察患者大便色泽、性状及有无恶心呕吐、腹痛腹胀等不适。该患者住院期间未出现出血情况。

2.4 营养风险评估及支持治疗 2003 年美国医疗机构评审委员会要求有资质的医院在患者入院 24 h 内完成营养筛查^[4]。本科室由卒中专科医生完成患者的营养筛查与评估,筛查工具为营养风险筛查 NRS2002 评估表。当总评分 ≥ 3 分考虑患者存在营养风险,由卒中专科医生发出会诊请营养师给予全面营养评估,制定营养干预措施。该患者营养评分 ≥ 3 分,存在营养风险,在营养师的指导下,入院后即给予积极的营养支持治疗。该患者存在吞咽障碍,给予留置胃管,予每日肠内营养乳剂 1 000 ml 行胃肠内高营养支持治疗,并做好肠内营养的相关护理;护士每日评估患者进食情况,根据患者进食情况及机体耐受程度和生化指标,联合营养师及时调整患者营养方案。该患者在住院期间未发生低蛋白等并发症。

2.5 心理护理 脑卒中患者除了出现一般患者的心理变化,还因脑部受损的部位、范围、程度不同而产生较严重的心理和情绪障碍。卒中后抑郁障碍直接影响卒中发生或复发^[5]。该患者 MDS 诊断 1 月后,快速并发脑梗死,患者及家属无心理准备,临床治疗期间,因担心预后,心情较为沉重。患者入院后护士每天主动与患者及家属沟通,了解其心理状态以及影响因素,再进行针对性护理,尽量站在患者的角度进行安抚。

2.6 康复评定及锻炼 神经功能的恢复对患者日后的工作和生活有着重要作用。患者入院后第 1 天,由责任护士采用 Barthel 指数量表进行患者日常生活能力评定,当 Barthel 指数 < 60 分时,邀请康复师会诊。护士每天复评 Barthel 指数 1 次,

根据评定结果逐步修正和完善康复计划。该患者在入院初期 Barthel 指数评分 < 60 分,因患者病情较重,生命体征不稳定,康复师未予康复锻炼,患者入院 13 d 后病情稳定后,康复师给予患者肢体康复锻炼及吞咽、言语功能锻炼,考虑患者同时存在血液系统疾病,采用手法被动锻炼为主,动作轻柔。

2.7 出院指导 该患者在“双抗”的情况下,血小板计数持续升高,但因新近脑梗死不宜化疗,住院期间未发生再次梗死。出院时血小板计数高达 $1\,392 \times 10^9/L$,随时有再发脑梗死的风险。护士反复向家属做好解释工作,让其认识疾病,知晓脑梗死再发症状,制作脑梗死再发症状识别小卡片,提供图文并茂的疾病防治健康手册,告知如有脑梗死再发症状应及时就医。提供标有时间点的小药盒,督促并提醒患者服药,在服用抗凝药物期间指导家属每天观察患者的皮肤黏膜有无出血征象,定期监测血常规、凝血谱等,血小板再增高时,及时血液科就诊。指导肢体、语言及吞咽功能锻炼方法,强调锻炼要循序渐进,劳逸结合,家属要细心照顾患者,给患者树立信心。

3 小 结

MDS 一般以三系减少为多,而本例患者以血小板增高为主,致血液高凝状态导致动脉栓塞,在临床比较少见。血小板是正常血液中的重要成分之一,一旦发生了不可逆的活化,血小板和纤维蛋白原聚集成团,将引起动脉血栓形成,造成血管闭塞,随时有再发多器官栓塞的风险。护理重点是严密观察病情变化,做好脑水肿及抗凝治疗的观察与护理,预防及控制感染,重视康复护理,加强出院指导及随访。

参考文献:

- [1] 安利,江明. 114 例骨髓增生异常综合征的染色体核型与预后分析[J]. 中山大学学报(医学科学版),2014,7(4):575.
- [2] Barbui T, Thiele J, Passamonti F, et al. Survival and disease progression in essential thrombocythemia are significantly influenced by accurate morphologic diagnosis: an international study[J]. J Clin Oncol, 2011, 29(23):3179-3184.
- [3] 吴秋华,王俊丽,孙红霞. 骨髓增生异常综合征患者医院感染的危险因素分析与预防[J]. 中华医院感染学杂志,2014(18):751.
- [4] 王拥军,赵性泉,王少石,等. 卒中患者吞咽障碍和营养管理的中国专家共识(2013 版)[J]. 中国卒中杂志,2013,8(12):976.
- [5] 李菁晶,袁怀武,张宁,等. 缺血性卒中患者急性期伴发抑郁障碍对一年卒中复发风险的相关性研究[J]. 中华精神科杂志,2013,46(3):164-168.