·个案护理·

异基因造血干细胞移植合并会阴部坏死性皮肤软组织感染患者 1 例的护理

王云花，谢彩琴
（浙江大学医学院附属第二医院，浙江杭州 310009）

摘 要：总结 1 例异基因造血干细胞移植合并会阴部坏死性皮肤软组织感染患者的护理经验。通过烧伤科、皮肤科、整形科、妇科及伤口专科等多学科联合会诊制定合理方案，对患者进行个性化的心理护理，做好伤口评估及换药护理，加强疼痛管理、用药护理，积极予以营养支持和严格落实隔离管理等措施，促进患者会阴部坏死性皮肤软组织感染伤口的愈合，提高了患者的生活质量。

关键词：异基因造血干细胞移植；皮肤软组织感染；护理 doi：10.3969/j.issn.1671-9875.2019.06.029

中图分类号：R473.55 **文献标识码**：B **文章编号**：1671－9875(2019)06－0089－03

异基因造血干细胞移植（allogeneic hematopoietic stem cell transplantation，Allo—HSCT）是指造血干细胞源于非同卵孪生兄弟姐妹之间或非血缘关系供者的外周血的移植方法，是血液系统疾病的重要治疗技术。皮肤及软组织感染（skin and soft tissue infections，SSTI）又称皮肤及皮肤结构感染（skin and skin structure infections，SSSI），是化脓性致病菌侵犯表皮、真皮和皮下组织引起的炎症性疾病，包括涉及皮肤、皮下脂肪、筋膜层及肌肉层的感染坏死性疾病。其中坏死性软组织感染其病变可累及皮肤及深层结构，特点是皮肤、皮下组织、筋膜或骨骼肌的坏死。此种坏死性皮肤软组织感染相对少见，但病情发展迅速，病死率很高，可达 30%[1]。感染是异基因造血干细胞移植常见的并发症和移植相关死亡的重要原因之一[2]。因此，做好造血干细胞移植后患者的感染防控和处理是患者移植成功与否的关键。2017 年 4 月，本院血液科 1 例患者在行异基因造血干细胞移植后的第 10 天出现了会阴部皮肤软组织的红肿硬结，病情进展迅速，15 d 后发展成坏死性皮肤软组织感染。通过感染科、烧伤科、妇科、皮肤科以及伤口专科等多科室的联合会诊，对患者进行清创、修剪表面干性坏死组织及伤口换药和处理，同时给予多种抗生素联合抗感染、营养支持和对症治疗。最终患者会阴部坏死性皮肤软组织重度感染得到有效控制，伤口逐步愈合，恢复良好。现将护理报告如下。

1 病例简介

患者，女，22 岁，在校大学生。2016 年 8 月因“乏力气急伴面色苍白 1 周余”来本院就诊，根据血常规、骨髓穿刺及活检、血液肿瘤免疫分型等相关检查报告结果，诊断为急性 B 淋巴细胞白血病，高危组。2016 年 9－12 月经 VDLCP 方案化疗 3 个疗程后，于 2017 年 2 月行 hyper－CVAD A 方案巩固化疗，疗程结束后患者的评价结果示：原发病残留病灶阴性。此时患者具备了移植条件，同时也找到了亲缘供者与其人类白细胞抗原（HLA）8/10 相合。排除禁忌后，患者在 2017 年 3 月30 日开始行 BuCy－Flu 预处理，并于 4 月 5 日开始进行亲缘异基因外周造血干细胞回输，4 月 10 日患者白细胞计数降至 0.2×10^9/L，4 月 15 日其白细胞计数降至 0×10^9/L，而当天最高体温升至 39.7℃，查体发现其右侧大阴唇出现轻度水肿，局部可见一 1 cm×2 cm 的硬结，表面无明显破溃。予留取会阴部的体液培养和外周血培养，并拔除中心静脉导管送检行导管培养，其培养结果均为耐碳酶烯肠杆菌肺炎克雷伯杆菌。患者感染进展迅速，呈进行性扩散，4 月 16 日右侧大阴唇可见 3 cm×2 cm×0.2 cm 的硬结，范围较前增大，表面破溃干燥，基底发白；4 月 18 日患处皮肤肿胀明

作者简介：王云花（1986－），女，本科，主管护师.

收稿日期：2018－12－19

显，局部发硬，触之无波动感，患处 3 cm×2.5 cm 范围内见局部黄色组织覆盖，表面呈黑色焦痂；期间请感染科、烧伤科、妇科、皮肤科及伤口专科进行多科室的联合会诊后，烧伤科医生于床边对患者会阴部伤口进行清创治疗，修剪表面干性坏死组织后给予爱康肤银外敷治疗。后续伤口跟踪处理由本院的伤口专科护士协助共同处理，常规隔日换药，渗液多时及时更换。同时为避免大小便对伤口的污染，对患者行留置导尿。4 月 20 日患者白细胞计数升至 4.4×10^9/L，5 月 25 日患者右侧阴唇伤口处的坏死组织逐渐清除干净，暴露伤口大小为 16 cm×4 cm×2 cm，四周潜行，12 点方向潜行最深为 4 cm，创面基底见 50%黄色组织和 50%淡粉色组织覆盖，脂肪组织外露，渗液多，伴轻度异味。予扶济复生长因子、伤口清洁液、凡士林油纱、纱布和纳米银医用抗菌敷料治疗患者伤口，同时联合替加环素注射液、多粘菌素 B、卡泊芬净等多种药物联合抗感染治疗，历时近 4 个月的抗感染、抗排异、营养支持等对症处理和精心护理，患者伤口处上方形成 3.5 cm×1.2 cm 的粉色凹陷性愈合，于 2017 年 8 月 10 日出院。

2　护　　理

2.1　高热护理　该患者的首要症状是发热，表现为高热周期时间长，对患者及时行物理降温并联合药物降温，患者高热时主诉感畏寒寒战，予加盖棉被保暖，待寒战缓解后，适当减少盖被，温水擦身，同时定时监测体温变化。由于消炎痛栓剂药物使用频率高，会使患者大量出汗，同时丢失大量的水分和电解质，因而鼓励患者勤饮水，予适当补液治疗，同时补充足够的营养，以保证机体的需求。另外，患者高热期间，给予持续心电监护和吸氧治疗，监测生命体征，开通两路静脉通路，同时在对患者进行静脉穿刺、皮下及肌内注射等有创操作时，动作轻柔，局部按压注射部位的时间大于 5 min。协助患者完成生活护理，按时翻身，患者未发生坠床和压疮，未出现皮肤黏膜的新鲜出血，未发生感染性休克。

2.2　心理护理　患者为在校大学生，自我认同感高，对移植后新生活的渴望强烈。该感染部位位于会阴处的隐私部位，使其不仅忍受身体的疼痛，更要承受巨大的精神压力，因而患者容易出现抵触情绪和羞愧心理，对治疗的信心下降。由于患者会阴感染处伤口大，往往因疼痛而无法下床活动，导致长期卧床，这种生活形态的改变和生活质量的下降，使患者更加需要家人、朋友及同学的支持和陪伴。伤口感染造成治疗时间延长，一定程度上增加了患者的经济负担，容易使患者产生焦虑、抑郁、悲观等情绪，降低治疗依从性，影响治疗效果[3]。护士与患者及家属建立良好的信任关系，关心、尊重患者，认真倾听患者的主诉，表达患者的心声，并尽可能的满足其需求，提高其对治疗的信心；同时注意保护患者的隐私，尊重其个人习惯，每次伤口换药时给予床帘保护，其母亲陪伴在旁，紧握患者双手，给予患者耐心安抚和疏导；同时指导患者及家属床上护理的要点，鼓励患者床上活动，以维持肢体关节的功能，使患者增加主观能动性，更加积极地配合治疗，促进患者的康复。针对患者对事物有较好的理解能力和沟通能力，向其详细讲解有关疾病的相关知识，耐心解答其提出的问题，通过添加医院网络微信等方式，提高其正确认识疾病和自我护理的能力。本例患者经过医护人员个性化的心理疏导和家人、朋友的理解支持，能够正确地对待自身的问题，积极地配合治疗。

2.3　伤口护理

2.3.1　伤口评估　参照 Tscheme—Gotzen 分类法进行评估分级。Ⅰ级：皮肤完整，表面无擦伤，色泽与毛细血管反应良好，局部肿胀轻，无皮下瘀斑及张力性水泡；Ⅱ级：皮肤尚完整，表面无明显擦伤，色泽与毛细血管反应欠佳，局部肿胀明显，但无皮下瘀斑及张力性水泡；Ⅲ级：皮肤完整性差，表面有擦伤，色泽与毛细血管反应差，局部肿胀，有皮下瘀斑和张力性水泡[4]。本例患者会阴部坏死性皮肤软组织感染为Ⅲ级，感染伤口发生大面积溃烂，感染进展迅速，请伤口专科护士协助进行皮肤伤口的会诊和处理，以针对性进行伤口的评估和护理指导，观察伤口的愈合情况。当首次发现患者会阴部皮肤 1 cm×2 cm 硬结时，立即进行局部消毒和早期处理，3 d 后硬结仍迅速扩展，内见局部黄色组织覆盖，立即请伤口专科护士对患者伤口进行会诊。首次评估：患者右侧大阴唇处皮肤肿胀明显，局部发硬，触之无波动感，患处

3 cm×2.5 cm 范围内见局部黄色组织覆盖；15 d 后伤口复评：患者会阴部大阴唇干性坏疽，100%黑痂覆盖，渗液少，阴道壁可及窦道。

2.3.2 伤口换药护理 本例患者伤口部位隐秘且感染进展快速，换药难度极大，因此请烧伤科、妇科、皮肤科及伤口专科多科室联合会诊后，由伤口专科护士协助本科室护士共同换药。方法：指导患者行 1∶5 000 高锰酸钾溶液坐浴治疗，用利多卡因纱布湿敷，稀释的聚维酮碘和 0.9%氯化钠溶液冲洗、机械清创后，辅以扶济复生长因子、伤口清洁液外用，纳米银医用抗菌敷料填塞，凡士林油纱和纱布外固定。

2.4 疼痛护理 会阴部感染伤口面积大，每次清创换药时要承受剧烈的疼痛。因此每次换药提前告知患者，使患者做好充分的心理准备，让家人陪伴在旁，做好其心理支持和安抚，减轻患者的恐惧和紧张心理。选择新型敷料来减轻疼痛，如银离子敷料换药方案优于普通无菌敷料方案，对于伤口愈合不良的情况具有明显优势，能促进伤口愈合[5]。因此，针对患者会阴部伤口，换药时选择纳米银医用抗菌敷料，而非纱布直接接触，同时在伤口换药时给予利多卡因局部湿敷，以减轻组织肿胀缓解局部疼痛。

2.5 用药护理 患者移植后第 11 天细菌培养结果提示耐碳酶烯肠杆菌肺炎克雷伯杆菌感染。遵医嘱使用替加环素、美罗培南、膦甲酸钠氯化钠注射液、多粘菌素 B、卡泊芬净、复方磺胺甲基异恶唑等多种药物联合抗感染治疗。大剂量的抗菌药物联合抗排异药物使用时，按时准确给药，每日评估疗效，注意患者有无恶心、呕吐、头痛、头晕、皮疹等不良反应，定期监测肝肾功能，做好观察和记录。期间患者无药物不良反应发生。

2.6 营养支持 患者会阴部坏死性的皮肤软组织感染，前期渗液多，机体消耗大量的蛋白质、热量和水分，缺乏组织修复和伤口愈合的能力，极易导致机体营养不良，延缓伤口愈合。在患者移植后给予全肠外营养（total parenteral nutrition，TPN），待患者胃肠道功能逐渐恢复后，从易消化的流质逐渐过渡至半流质和普食，鼓励患者进食高营养、高热量的食物，少量多餐，为伤口愈合提供良好的环境，促进康复。

2.7 双重隔离管理 当患者发生血液细菌感染时，中性粒细胞会发挥吞噬作用，杀灭病原微生物，引起机体免疫应答反应[6]。人体周围血液循环中的中性粒细胞是宿主对抗细菌和真菌的第一道防线，通常中性粒细胞绝对值降至 $0.5\times10^9\sim1.0\times10^9$/L 即有感染的可能；若降至 0.5×10^9/L 以下，严重感染的机会更多。患者在移植前 1 周入住层流室，移植后白细胞计数最低至0×10^9/L，中性粒细胞绝对值最低为 0.1×10^9/L，护理患者时严格进行保护性隔离，做好全环境的保护。对患者的物品严格消毒，并每日进行皮肤黏膜的日常基础护理，以避免外来细菌的感染。同时患者会阴部坏死性皮肤软组织感染的体液和外周血培养均提示耐碳酶烯肠杆菌肺炎克雷伯杆菌，护理时对其严格落实接触隔离。在对患者行护理操作前后严格进行手卫生消毒，进出层流仓穿脱隔离衣，做好垃圾分类及处理，限制病菌的扩散。经双重隔离既保护了患者又确保了周围环境的安全，使患者的伤口没有迁延不愈，最终愈合。

3 小 结

异基因造血干细胞移植后合并会阴部坏死性皮肤软组织感染，感染处伤口往往进展快，对患者的生活甚至生命有很大的威胁。做好患者伤口的评估，及时换药护理，针对高热、伤口疼痛做好对症治疗及护理，同时给予营养支持促进伤口愈合，帮助患者顺利度过移植后的危险期，提高移植的成功率和患者的生活质量。

参考文献：

[1] 王永进，王娟，何钢. 皮肤及软组织感染临床诊治进展[J]. 临床误诊误治，2016，29(2)：113－116.

[2] 郭敏，吴涛，白海，等. 血液病患者异基因造血干细胞移植相关感染的临床特征及预后[J]. 中华血液学杂志，2019，40(1)：69－72.

[3] 姜海贞. 全程护理对慢性感染性伤口患者心理状态及伤口愈合的影响[J]. 中国民康医学，2019，31(1)：166－168.

[4] 徐生根，肖坚，吴维剑. 软组织损伤评估处理对跟骨骨折术后感染的意义[J]. 中国中西医结合外科杂志，2016，25(1)：21－23.

[5] 孙蕾，张莹，雷焕勤，等. 银离子敷料与普通无菌敷料在腹部手术切口愈合不良中的效果比较[J]. 中国实用护理杂志，2017，33(4)：276－278.

[6] 郭健莲，刘惠娜，肖斌龙，等. 降钙素原与高敏 C 反应蛋白联合检测在老年冠心病患者细菌感染中的临床应用[J]. 中国感染控制杂志，2016，15(10)：748－751.