

1 例自体干细胞移植患者阴囊皮肤损伤的护理报道

田晶 田菲 王媛 王欣 王静

中国医学科学院血液病医院 天津 300020

摘要:目的:分享一例男性患者行自体干细胞移植术期间阴囊皮肤出现损伤的系统性护理方法。方法:基础消毒隔离制度,预防感染的发生;充分评估皮肤损伤情况,根据伤口分期进行阶段化护理;精准掌握伤口愈合分期;根据 TIME 原则,对炎性渗出组织进行清除术,减少细菌繁殖;静脉及外用药物双重控制伤口感染;保持伤口良好湿性平衡环境,加快伤口愈合速度;使用冰敷法减轻血管扩张、充血,减缓疼痛;制定个性化餐表及营养液,提供基础营养支持;提供全方位心理支持;伤口修复成熟期进行有效宣教。结果:通过积极的治疗与精心护理,患者伤口愈合良好,移植成功,康复出院。结论:行自体干细胞移植术患者是发生皮肤损伤的高风险人群,男性阴囊部位敏感,皮肤出现症状初期,患者主动分享病情的意愿低,极易由于发现、处理不及时从而增加患者痛苦。护理人员的临床经验、与患者的沟通能力及充分的宣教,是及时发现患者病情的关键。且该系统性护理方案对患者的伤口恢复具有积极的促进作用。

关键词:自体干细胞移植术;创面护理;阴囊

自体干细胞移植术 (autologous stem cell transplantation, ASCT) 具有不受供者限制、年龄限制少、合并症少及移植相关死亡率低等优势,移植后患者生活质量提高,无病生存期延长,已成为治疗恶性血液病的一种重要手段^[1]。患者移植预处理期应用免疫抑制剂及大剂量化疗药物,可能会影响上皮细胞的生长和分化,导致角质层受损和细胞凋亡,造成皮肤损伤^[2]。因此自体干细胞移植患者的皮肤观察与护理一直是移植护理的重点之一。男性阴囊部位由于生理位置,导致透气性差,潮湿温暖环境适宜细菌滋生,骨髓抑制期间,患者免疫力低下,体表屏障功能弱,如果护理不当,极易由皮肤黏膜局部病变进展为严重感染,从而影响移植成功。其次由于男性阴囊部位的敏感性,皮肤出现症状初期,患者主动分享病情的意愿低,易由于发现、处理不及时从而增加患者痛苦。护理人员的临床经验、与患者的沟通能力及充分的宣教,是及时发现患者病情的关键。2022.02月,我院一男性患者行自体干细胞移植术过程中,阴囊处皮肤破损严重,经过精心护理,患者阴囊皮肤恢复良好,顺利度过骨髓抑制期,康复出院,现报道如下。

1 病历资料

患者男性,35岁,确诊为经典型霍奇金淋巴瘤(混合细胞型 预后不良组)行两个疗程 ABVD 方案化疗后,效果评价为 CR,第三疗程 ABVD 方案化疗后复查 PET-CT 考虑疾病进展。信达利单抗+吉西他滨化疗一疗程后,复查 PET-CT 提示肿瘤复发/残存,后予 (BV+GEMOX*2 次+GEMOX+PD1 单抗*2 次+PD-1+GVD*1 次) 方案治疗。期间患者静态动员,拟行自体干细胞移植术,采集造血干细胞计数 $11.07 \times 10^8/\text{kg} \times 0.58\% = 6.42 \times 10^6/\text{kg}$ 。

于 2022.2.16 入层流病房行 R-GBM (利妥昔单抗、吉西他滨、白消安、美法仑) 方案预处理,ASCT-2d 预处理第 5 天,护士床旁交接班过程中,发现患者有搔抓阴囊动作,询问患者后,患者主诉阴囊部位瘙痒难忍,查看患者阴囊处局部皮肤发红,皮肤完整性无损伤。后每日观察患者阴囊皮肤状态。2022.2.23 回输自体外周血干细胞。ASCT+0d 患者左侧阴囊,出现一处 $1 \times 2 \text{cm}$ 条索状皮肤破损,表面有灰白色结痂,干燥无分泌物,未诉疼痛。予患者留取阴囊皮肤拭子,结果示肺炎克雷伯菌肺炎亚种,美罗培南敏感,予患者使用该药物抗感染治疗。ASCT+4d 患者左侧阴囊,皮肤损伤面积增大,呈 $2 \times 4 \text{cm}$ 长形红斑状,表面鲜红无分泌物,边缘处有灰白色结痂,触之有疼痛。阴茎根部出现一 $1 \times 1 \text{cm}$ 圆形红斑,阴囊下截石位六点钟方向,有一 $0.3 \times 0.3 \text{cm}$ 圆形红斑,均发红,触之疼痛。疼痛 NRS 评分 3 分。WBC $0.08 \times 10^9/\text{L}$ NEUT# $0 \times 10^9/\text{L}$ 。ASCT+5d 患者双侧阴囊整体发红,略肿胀,左阴囊皮损范围增大,约 $2.5 \times 5 \text{cm}$,右阴囊出现一 $1 \times 1 \text{cm}$ 红斑,双侧浅表糜烂伴红热,有少许血性分泌物,伴疼痛,阴茎根部及阴囊下,情况同前。疼痛 NRS 评分 5 分。WBC $0.07 \times 10^9/\text{L}$ NEUT# $0 \times 10^9/\text{L}$ 。ASCT+7d 患者阴囊肿胀缓解,皮损面积较前无明显变化,血性及脓性分泌物消失,红斑边缘处结痂均脱落,疼痛程度较前减轻。疼痛 NRS 评分 4 分。WBC $0.32 \times 10^9/\text{L}$ NEUT# $0.08 \times 10^9/\text{L}$ 。ASCT+8d-ASCT+11d 患者皮损范围逐渐缩减,疼痛明显减轻,伤口表面干燥无分泌物。疼痛 NRS 评分 1-3 分。ASCT+12d,患者双侧阴囊整体颜色发暗,皮损处完全愈合,疼痛 NRS 评分 0 分,顺利出院。WBC $18.3 \times 10^9/\text{L}$ NEUT# $15.72 \times 10^9/\text{L}$ 。

2 护理

2.1 消毒隔离

2.1.1 病房环境

①调节病房温度 22℃-26℃，湿度为 50%-60%。②无菌层流病房内固定专用拖把、抹布对桌椅、床单位、地面、墙面、门等物体表面，使用含氯消毒剂擦拭消毒，每日两次。③床单及被罩常规每两日更换一次，有污染随时更换。④床单上铺一次性无菌垫，定时更换，保证床单位清洁。

2.1.2 医护人员

①医护人员进入层流病房前剪指甲、沐浴、更换无菌服。②进出病室人员均佩戴口罩，更换病室内拖鞋。③接触患者及病室内物品均戴无菌手套。床旁放置快速手消毒液一瓶，便于医护人员及患者使用。每次接触患者前后，穿脱手套前后都要进行洗手及手消毒。

2.2 皮肤护理

①每日观察患者全身皮肤状态，有无新发皮肤损伤。②患者阴囊疼痛剧烈，存在被动体位期间，每 2h 巡视并协助患者更换体位，使用软枕交替置于背部、两膝间及足踝处促进患者舒适。③骨髓抑制期腹泻期间，及时用药减少腹泻次数，避免粪便污染伤口，及时观察患者皮损处及周围皮肤有无污染，及时清洁。④骨髓抑制期发热期间，汗出后及时协助患者更换潮湿衣物及无菌垫。⑤对患者进行生活护理时动作应轻柔，避免造成新发创伤。

2.3 创面评估与记录

每班护士对患者创面大小、完整性、清洁度、颜色、有无渗液渗液及肿痛进行观察评估，关注患者主诉，并做好详细记录，记录在一般护理记录及交接班记录中。

2.4 创面的护理

患者阴囊部位主诉瘙痒后，指导患者对阴囊阴部位进行清洗，并暴露阴囊及阴茎部分，避免衣物摩擦加重皮肤损害，并保证局部皮肤干燥透气。留取创面及体表细菌培养，根据药敏结果合理使用抗菌药物。根据伤口分期，进行创面护理。请皮肤科医生会诊，在医生指导下对伤口进行用药及护理。注意对患者的保暖。

①红斑期 (ASCT+0d-ASCT+3d)：保证局部皮肤透气，避免潮湿及摩擦，每日 2-3 次使用赛福润 (液体皮肤保护剂) 保护皮肤，定时观察伤口进展。对患者进行预防感染知识宣教，指导患者勿搔抓皮肤，骨髓抑制期伤口不易愈合易导致皮肤感染。告知患者洗手时机并指导其使用七步洗手法洗手，保证手卫生。

②凝血及炎症期 (ASCT+4d-ASCT+6d)：伤口出现炎症反应，表现为红肿及脓性分泌物渗出，按压疼痛。

此阶段使用冰敷法，用 2-8℃ 无菌生理盐水浸湿无菌纱布，冰敷创面 15min，每日 2-3 次，目的为减轻局部血管扩张、充血，减缓疼痛。冰敷后使用无菌棉签，轻轻清除表面坏死组织及分泌物，对伤口进行清创处理，有利于肉芽组织生长，保持创面有氧环境，减少细菌滋生。最后使用金福生 (壳聚糖抗菌成膜剂) 喷涂患处，预防感染。

③修复期 (ASCT+7d-ASCT+9d)：表现为血性及脓性分泌物消失，伤口范围逐渐缩小，疼痛较前减轻。每日继续使用无菌生理盐水纱布冰敷 1-2 次，保证损伤处清洁并减缓患者疼痛。冰敷后涂抹重组人粒细胞巨噬细胞刺激因子凝胶，凝胶具有保湿作用，使创面处于湿润环境，有利于上皮细胞及其修复细胞增生^[3]。每日 1-2 次使用金福生 (壳聚糖抗菌成膜剂) 喷涂患处，预防感染。

④成熟期 (ASCT+10d-ASCT+12d)：主要表现为伤口表面出现瘢痕及结痂。此阶段继续指导患者保证阴囊皮肤透气性，避免摩擦及搔抓皮肤，每日 1-2 次使用赛福润 (液体皮肤保护剂) 涂抹保护皮肤。

2.5 疼痛护理

①根据疼痛数字分级法 (Numeric rating scale, NRS) NRS 疼痛评分表，对患者的疼痛程度进行评估，建立每日疼痛评分表并详细记录。②使用冰敷法减轻患者患处的疼痛感，根据患者需求可适当增加冰敷次数。③指导患者功能体位的摆放，每 1-2h 协助患者适当更换体位。由于患者行动时牵拉皮肤，会导致疼痛加剧，护士应尽可能协助患者的日常生活。④患者腹泻期间，遵医嘱及时应用止泻药物，减少患者更换体位时，对伤口刺激产生的疼痛。⑤音乐疗法，鼓励患者播放轻松舒缓的音乐，转移对疼痛的注意力，缓解不适。

2.6 营养护理

营养不良会阻碍细胞增殖和分化、胶原蛋白和结缔组织的合成，无法维持正氮平衡，延迟伤口愈合。蛋白质、能量营养不良也与免疫功能改变有关，易致使机体免疫力下降而引起皮肤感染及全身继发感染^[4]。移植期间患者有恶心、呕吐及食欲低下等胃肠道反应症状，从而引起各种营养物质摄入不足，影响伤口修复愈合。因此请营养科会诊，根据患者病情及食欲情况，制定应进食的食物简表提供给家属，帮助患者摄入充足的营养，摄入不足部分通过静脉进行补充，促进患者伤口恢复。患者经口进食部分，通过微波炉进行消毒，鼓励患者少食多餐，做好饮食护理。每日两次定时监测患者体重，帮助评估患者营养状况。

2.7 心理护理

患者在移植过程中需经受繁杂的护理程序而感到紧张、焦虑，担心每个治疗细节的差池而影响移植效果^[5]。骨髓抑制期间，恶心、呕吐、乏力、发热，皮肤损伤疼痛加重患者不适，睡眠质量下降，疼痛难忍而产生绝望、后悔、悲观、脆弱甚至愤怒等心理状态，护理人员应加强与患者沟通，及时了解患者的心理状态并评估，鼓励患者与家人联系，分享自己的想法及感想，保持良好的心态。耐心解答患者问题，听取患者意见及建议，让患者感到无微不至的关怀，消除患者焦虑。对于患者隐私问题，应恪守职业道德，对于患者的担忧问题，耐心为患者分析，注意沟通的方式方法，多讲述治疗成功的案例，加强患者信心。

2.8 健康宣教

健康教育贯穿了患者的整个治疗过程，进入移植病房初期对患者进行病房环境、预防感染及饮食相关知识宣教。根据患者伤口的不同时期，对患者进行创面保护相关，减缓疼痛及营养相关知识宣教。骨髓抑制期间，进行预防跌倒坠床相关知识宣教等。

2.9 出院宣教

指导患者出院后穿着宽松衣物，避免剧烈摩擦。保证皮肤清洁干燥，保持良好的卫生习惯。居家期间，做好自我观察。

3 护理体会

皮肤护理一直是自体干细胞移植护理中的重要部分之一，如若护理不当，不仅增加患者感染风险还易对患者日后正常生活造成不良影响。本案例的伤口护理根据伤口暴露疗法，使伤口暴露在干燥环境中，利用氧的参与促进伤口愈合。及TIME原则，炎性期对坏死组织进行清除，使用抑菌药物控制感染，修复期保持湿润环境，加快伤口愈合速度，在伤口的不同阶段进行个性化护理。并给予移植期常规护理、疼痛护理、营养护理及心理护理。通过综合的护理干预，使患者创面缩小、愈合，移植成功，促进患者早日康复。本案例提示医护人员对于自体干细胞移植患者的皮肤观察应更加细致，时刻关注患者行为及主诉。

参考文献：

[1] 自体造血干细胞移植规范 [J]. 中国医药生物技术, 2022, 17(01): 75-93.
 [2] 姚泽欣, 程颺. 不同放化疗方案致放射性皮肤损伤的研究进展 [J]. 医学研究生学报, 2020, 33(08): 861-866. DOI: 10.16571/j.cnki.1008-8199.2020.08.016.
 [3] 周晓峰, 张宝林. 外用重组人粒细胞巨噬细胞刺

激因子凝胶治疗儿童烧伤创面效果观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(24): 9-10.
 [4] 陈芳, 赵洁, 谢明凤等. 1例造血干细胞移植术后慢性移植抗宿主病合并双足难愈性创面病人的护理 [J]. 全科护理, 2021, 19(21): 3019-3022.
 [5] 朱雪莹. 造血干细胞移植患者的心理特征与心理护理 [J]. 现代医药卫生, 2014, 30(11): 1755-1756.

作者简介: 田晶 (1995.7-), 女, 汉族, 天津市, 毕业于天津医科大学, 本科, 护理学, 研究方向: 血液内科。