

• 案例分析 •

1 例水疱痘疮样淋巴瘤患者伴大面积头皮损伤的护理

孙恒蕊, 杜欣

(中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院血液科, 重庆 400037)

关键词:水疱痘疮样淋巴瘤; 头部大面积皮肤破损; 护理方法**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.056 **文献标志码:**C **文章编号:**1672-9455(2017)24-3707-02

水疱痘疮样淋巴瘤是一种 EB 病毒(EBV)阳性皮肤 T 细胞淋巴瘤,是近年来发现的一种少见的皮肤 T 细胞淋巴瘤,以儿童和青少年多见,表现为暴露于阳光的皮肤表面,尤其是面部,出现丘疹、水疱疹破溃结痂等^[1]。水疱痘疮样淋巴瘤反复发作且预后差,2 年生存率仅为 36%^[2]。目前,水疱痘疮样淋巴瘤最主要的治疗方法是化疗,化疗后引起患者机体免疫力下降,伤口长期不愈合引起皮肤破损部位感染是水疱痘疮样淋巴瘤死亡的主要原因之一。本科室于 2015 年 12 月收治 1 例水疱痘疮样淋巴瘤患者,经过积极的治疗和精心护理,患者病情得到有效控制,头部破损皮肤大部分愈合,现将护理体会报道如下。

1 一般资料

患儿,男,16 岁,2002 年受凉后右侧面部出现黄豆大小水痘,伴发热,最高体温达 40℃,在当地医院行退热治疗后体温下降,水痘自行干涸、结痂,后来病情反复。2005 年患儿右侧面部出现 1 个 2.5 cm 等边三角形大小瘢痕伴高热,于重庆医科大学附属儿童医院就诊,诊断为种痘样水泡病。以口服、外涂药物等治疗后效果不佳自行停药。2014 年 12 月入住本院皮肤科,取面部疱疹行皮肤病理活检确诊为水疱痘疮样淋巴瘤。2015 年 12 月入本科室行进一步治疗,完善相关检查,明确疾病分期。水疱痘疮样淋巴瘤 Ann Arbor 分期为Ⅳ期,淋巴瘤预后评分指数评分为 3 分,入院查体:患儿左侧额部可见 1 个 10 cm×9 cm 大小的包块,表面皮肤破溃伴渗出。入院后予以环磷酰胺、表柔比星、长春新碱和地塞米松化疗,同时予以保肝、护心、抑酸等治疗,化疗后患儿出现发热、呼吸困难,立即给予抗感染治疗。

2 护理

水疱痘疮样淋巴瘤目前最主要的治疗方法是化疗,由于化疗药物的作用,使造血及免疫系统受到严重抑制,个体抵抗力急剧下降,需加强预防感染的护理。患儿入院时左侧额部可见 1 个 10 cm×9 cm 大小的包块,表面皮肤破溃伴渗出,加上化疗后患者食欲差、营养缺乏更容易引起创面感染而影响创面愈合。水疱痘疮样淋巴瘤反复发作预后差,病死率极高,造成颜面及头部大面积瘢痕及痂皮,患者表现为沉默、自卑、情绪低落、绝望。患儿头皮有多个创面且渗出较多,易导致机体蛋白及营养物质丢失,不利于伤口愈合等。

2.1 预防感染的护理

2.1.1 全环境保护 入住单人无菌层流床,病房每天紫外线照射消毒 2 次,每次 30 min,层流床及床围帘予以 1:10 醋酸洗必泰液每日擦拭,床单被套及患儿衣物每日更换并高温灭菌消毒,保持床上清洁、无碎屑,保持室内空气新鲜,患儿家属不

能与患儿同睡于单人无菌层流床内,日常生活用品一律不得带入,以避免交叉感染。

2.1.2 实施门禁系统 加强陪伴人员的管理,限制陪伴人数,禁止有感染性疾病的患者进入病房,做好宣教,让患者及家属认识到因探视人员过多而引起交叉感染的严重性。启用门禁系统,限制人员出入,减少病房及走廊人员的流动。使患儿养成良好的生活习惯,保持口腔卫生,餐前餐后注意保暖,避免过冷、过热,不吃生冷或隔夜食物,以防呼吸道和消化道感染。

2.2 皮肤护理 皮肤护理流程如下:无菌生理盐水清洗创面待干→碘伏消毒待干(30 min)→无菌生理盐水清洗→氦氖激光照射→凝胶敷料涂擦患处→纱布创面敷料覆盖患处。

2.2.1 创面清洗 换药早期,由于创面坏死组织、分泌物较多,患者疼痛明显,清理创面前采用利多卡因无菌生理盐水浸泡 30 min,直至敷料与创面自然分离,减少因撕扯辅料而撕破创面。碘伏消毒创面待干并采用氦氖激光照射创面,每天 2~3 次,每次 20 min。最后用敷料敷于创面之上,防止创面粘连,促进创面愈合。

2.2.2 创面的药物治疗 创面清洁后,创面结痂处涂凝胶敷料,能松弛和吸收创面腐肉和渗出物,为机体提供一个湿润的伤口愈合环境,进一步促进创面愈合。

2.3 基础护理 将患儿安置在单人病房,病房保持安静清洁、阳光充足,室温 18~20℃,相对湿度在 60%左右,避免因干燥引起皮肤脱屑;通风设施好,每天通风 2~3 次,每次 30 min,通风时注意对患儿进行保暖;每天紫外线灯或空气消毒机进行空气消毒 30 min,消毒期间注意遮挡患者,保护好皮肤和眼睛,避免皮肤和眼睛刺激受伤。每日用含有效氯浓度 500 mg/L 的消毒液擦拭地面及床单位。该患者的皮疹特点为斑疹、丘疹粒和结痂同时存在,瘙痒严重,因此,应协助患儿做好个人卫生,修剪指甲,切勿抓挠创面皮肤,保持皮肤的清洁。穿棉质宽松的衣物,勤换内衣,保持患儿床单清洁、平整、干燥,有污染时应及时更换。

2.4 心理护理 患儿为少年男性,反复发病 13 年,辗转多家医院就诊治疗,长期服药且效果不佳,加上多年未能确诊使其身心承受巨大的压力。由于水疱痘疮样淋巴瘤造成颜面及头部大面积瘢痕及痂皮,患儿表现为沉默、自卑、情绪低落,甚至绝望,对治疗失去信心。因此,心理护理贯穿于护理工作的始终。在给该患儿治疗护理的过程中,应积极主动与患儿沟通,交流内容尽量为与疾病话题无关,转移患儿注意力,减轻焦虑恐惧,激发其沟通交流的兴趣。每次皮肤护理将皮肤好转的消息反馈给患儿,增强其战胜疾病的信心。指导家属与患儿多沟通交流,使其感受到亲情,减轻心理压力,更好地配合治疗。

2.5 饮食护理 患儿头皮有多个创面并渗出较多,易导致机体蛋白及营养物质丢失,不利于伤口愈合。因此,在饮食方面,指导患儿进食高蛋白、高热量、高维生素饮食,如蛋类、鱼类、禽类、豆类、牛奶等食物。另外,因患儿合并种痘样水疱病应禁食过敏性食物,如菠菜、香菜、芹菜、油菜、野菜、田螺等,可食黄色蔬菜,如胡萝卜、南瓜及紫色蔬菜等,切忌摄入碘化钾以防病情加重。

3 小结

水疱痘疮样淋巴瘤是一种 EBV 阳性皮肤 T 细胞淋巴瘤,以儿童和青少年多见,表现为暴露于阳光的皮肤表面,尤其是面部,出现丘疹、水疱疹、破溃结痂,针对该患儿给予氦氖激光消炎、镇痛治疗;患儿头皮损伤面积较大、渗出液较多,容易与外界接触引起感染,给予百克瑞抗菌敷料覆盖^[3-4]。水疱痘疮样淋巴瘤以反复皮疹、水疱疹、破溃结痂而起病,患处覆盖大量痂皮,给予凝胶敷料自溶清创。针对该患儿伤口的特殊情况,在敷料选择和使用上经验不足,在请外科及皮肤科专家会诊后,给予正确的护理措施,经过治疗和护理后,患儿头部破损皮肤大部分愈合。因此,采取有效的皮肤护理干预来降低患儿感染率,进而减轻患儿痛苦,延长患儿生命。本例患儿反复发热,机体消耗量大,加强饮食护理。水疱痘疮样淋巴瘤反复发作预后较差,对患者及家属的心理护理显得非常重要,应给予及时

• 案例分析 •

1 例银屑病患者行 CD34⁺ 纯化自体造血干细胞移植术的护理体会^{*}

刘鸾鸽,孙爱华[△],兰大华

(中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院全军血液病中心,重庆 400037)

关键词:银屑病; 自体造血干细胞移植; 护理体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.057 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2017)24-3708-03

银屑病是一种由多基因遗传决定的、多环境因素刺激诱导的免疫异常性、慢性炎症、增生性皮肤病^[1]。银屑病病因尚不完全清楚,但越来越多的研究证明白细胞介素-23 和 CD4 阳性辅助性 T 淋巴细胞 17 在银屑病病理机制中起到了关键作用,认为银屑病是一种自身免疫性皮肤病^[2]。脓疱型银屑病是银屑病中较少见的一种类型,约占银屑病的 0.69%^[3]。临床上仍以阿维 A 酸及糖皮质激素为主的传统治疗为主导^[4],但易复发,虽然生物制剂治疗带来了新的希望,但临床应用尚不广泛,适应证难以把握。自体造血干细胞移植可能起到免疫摧毁与重建作用,在免疫重建过程中有可能排除自身反应性淋巴细胞,或者诱导产生对自身抗原的免疫耐受,因此可能是治愈银屑病的有效方法,现已越来越多被国内外采用,并取得了较好的疗效。本科室于 2015 年 10 月收治了 1 例银屑病患者,经自体造血干细胞移植术后病情稳定,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,女,40 岁,1996 年无明显诱因枕部出现

正确的心理疏导和干预,使患者树立战胜疾病的信心。

氦氖激光主要用于照射皮肤、黏膜溃疡,有刺激、消炎、镇痛的作用。纱布创面敷料用于创面覆盖,特别是渗出伤口,防止创面直接与外界接触,为伤口创造湿性愈合环境。同时纱布创面敷料富含溶菌酶、溶葡萄球菌酶,可抑制细菌在纱布上定植。凝胶敷料(清得佳)的作用通过使坏死组织缓慢水合而达到自溶性清创的目的,同时能松弛和吸收创面腐肉和渗出物,为机体提供一个湿润的伤口愈合环境。

参考文献

- [1] 克晓燕.淋巴瘤诊断手册[M].北京:人民卫生出版社,2010:234.
- [2] 付甜甜,徐玉梅.1 例种痘水疱病样皮肤 T 细胞淋巴瘤患者的护理[J].皮肤病与性病,2014,36(1):44.
- [3] 赵晓芳,邓卉春.T 细胞淋巴瘤性红皮病合并酒精性肝硬化肝性脑病患者护理体会 1 例[J].中国肝病杂志,2015,7(1):111-112.
- [4] 王媛,王冰,田菲.1 例弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者并发水痘的护理[J].全科护理,2015,13(26):2662-2663.

(收稿日期:2017-06-22 修回日期:2017-09-14)

硬币大小红斑,浸润明显,其上有银白色鳞屑,后红斑面积逐渐扩大蔓延至头顶部,就诊于当地医院,诊断为银屑病,寻常型,药物治疗(具体不详)后上述症状缓解出院。院外病情反复,红斑逐渐蔓延至面部、背部及四肢,期间多次就诊,使用地塞米松磷酸钠等激素治疗 2 年后自行停用。2004 年红斑泛发全身,伴皮肤红肿、胀痛、瘙痒、高热,再次就诊当地医院(具体不详),治疗好转后出院。2015 年 8 月初上述症状加重,伴手掌、脚掌出现脓疱、高热,体温最高达 39.2℃,就诊于当地医院,入院诊断银屑病,脓疱型,药物治疗(具体不详)后好转出院。院外使用阿维 A 酸胶囊、紫丹银屑片、郁金银屑片、马来酸氯苯那敏片等,外用 0.1% 地塞米松磷酸钠乳膏、卡泊三醇乳膏等。2015 年 10 月 23 日病情反复于本院就诊,查血常规:白细胞(WBC)4.4×10⁹/L,血小板(PLT)120×10⁹/L,血红蛋白(Hb)129 g/L。骨髓穿刺:骨髓增生明显活跃,粒细胞系 51%,红细胞系 39%,巨核细胞 80 个,产板型巨核细胞 56 个。经全院讨论后行 CD34⁺ 纯化分选自体外周血造血干细胞移植术(APBSCT)。

^{*} 基金项目:2016 年新桥医院临床护理科研课题资助项目(2016XQHLYG-06)。

[△] 通信作者,E-mail:1050698479@qq.com。