

· 个案报道 ·

1 例肺癌患者口服吉非替尼诱发 DIC 的护理

罗 红 何守凤 胡道艳 任 荣 谭 凡 胡慧敏

doi:10.3969/j.issn.1672-9676.2012.09.087

吉非替尼是肺癌靶向治疗的新药,是第一个被证实可延长患者生存期的表皮生长因子受体(EGFR)抑制剂,用于治疗局部进展或转移性非小细胞肺癌,可延长患者生存期,提高生活质量。吉非替尼的主要不良反应有痤疮样皮疹、腹泻、恶心、呕吐、皮肤干燥、间质性肺炎等^[1]。此外,吉非替尼还可能引起厌食、口腔黏膜溃疡、脱发、胃出血、阴道出血、乏力、发热、关节痛、谷氨酰胺转移酶升高、心动过缓、便秘、指甲变化、双眼干涩、耳鸣等不良反应,但未见吉非替尼诱发弥漫性血管内凝血(DIC)的报道。我科 2011 年曾收治 1 例因服用吉非替尼诱发 DIC 的肺癌患者,现将其护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者,女,66 岁,主因右肺腺癌转移Ⅳ期于 2011 年 6 月 2 日收入院。6 月 4 日开始行全脑放疗 30 Gy/10 次,3 Gy/次,5 次/周。6 月 6 日开始口服吉非替尼片剂,250 mg/次,1 次/d。6 月 13 日右锁骨上可触及 0.5 cm×0.5 cm 肿大淋巴结,全身皮肤出现多处皮疹,散在瘀点、瘀斑。查血象:WBC $8.6 \times 10^9/L$,Hb 132 g/L,PLT $96 \times 10^9/L$ 。尿常规:潜血(+),RBC 5~10 个/HP。6 月 19 日查血象:WBC $11 \times 10^9/L$,Hb 103 g/L,PLT $50 \times 10^9/L$;凝血酶原不凝,活化部分凝血酶原不凝,纤维蛋白原不能检出。结合病史,诊断为 DIC。立即停用吉非替尼,予输冷沉淀 10 U,输 A 型 Rh(+) 血浆 400 ml。6 月 21 日查血象:WBC $8.8 \times 10^9/L$,Hb 97 g/L,PLT $38 \times 10^9/L$,凝血酶原 >180 s,活化部分凝血酶原时间 >180 s,3 P 试验弱阳性。次日输冷沉淀 10 U,输 A 型 Rh(+) 血浆 200 ml,输 A 型 Rh(+) 血小板 10 U,皮下注射低分子肝素钠 5000 U,1 次/d。当日查凝血酶原时间 16.2 s,活化部分凝血酶原时间 32 s,纤维蛋白原 2.041 g/L。6 月 25 日查凝血酶原时间 13.5 s,活化部分凝血酶原时间 28.3 s,纤维蛋白原 1.712 g/L。8 月 15 日患者自行再次口服吉非替尼片剂,250 mg/次,1 次/d。8 月 20 日出现大便带血,全身皮肤多处新鲜瘀点、瘀斑,3 P 试验阳性,凝血酶原时间 41.20 s,活化部分凝血酶原不凝,纤维蛋白原 1.014 g/L,诊断 DIC。立即停用吉非替尼,输冷沉淀,血浆,皮下注射低分子肝素钠后,皮肤未再出现新瘀点、瘀斑。复查 3 P 试验弱阳性,凝血酶原时间 14.0 s,活化部分凝血酶原时间 26.6 s,纤维蛋白原 1.730 g/L,DIC 症状缓解。

2 DIC 的早期识别

临床护士接触患者最密切,若能早期识别发现本病,可为临床诊断提供可靠的依据,并能及时挽救患者的生命。

2.1 高度警惕导致 DIC 的原发病和诱发因素 恶性肿瘤及抗肿瘤药物是导致 DIC 的诱因之一。对此,肿瘤科护士要随时观察患者治疗期间有无 DIC 的临床表现,如出血倾向、微循环障碍、脏器功能衰竭等。

2.2 注意高凝状态 是 DIC 的早期表现,要特别注意静脉采血时有无血液迅速凝固的情况,如有应及时通知医师。

2.3 掌握早期诊断 DIC 的化验指标 有下列 3 项以上异常者可诊断为 DIC^[2]。(1)血小板数低于 $100 \times 10^9/L$ 或呈进行性下降。(2)血浆纤维蛋白原含量 $<1.5 g/L$ 或呈进行性下降。(3)3 P 试验阳性。(4)凝血酶原时间延长或缩短 3 s 以上,或活化部分凝血酶原时间延长或缩短 10 s 以上。(5)AT-Ⅲ活性 <60% 或蛋白 C 活性降低。(6)血浆纤溶酶原抗原(PLg:Ag) <200 mg/L。(7)凝血因子Ⅷ:C <50%。(8)血浆内皮素-1(ET-1)水平 >80 mg/L。

2.4 多发性出血 多发性出血是 DIC 的最早和最常见的表现之一,以皮肤和黏膜、伤口及注射部位渗血多见,皮下可见瘀点、瘀斑,注射部位易出血,严重者可有胃肠道、呼吸道、泌尿生殖道乃至颅内出血。

2.5 多发性微血管栓塞 多发性微血管栓塞是 DIC 的早期症状之一,这往往是临床护士首先发现。除观察到患者黏膜点状出血外,在抽血中还能见到针头易发生堵塞,抽出的血液很快凝固,或在严密观察下,静脉输液速度自动减慢(血管痉挛及外漏因素除外),在静脉插管处还可见血栓形成。在护理中见到下述情况要特别注意:(1)在输液过程中,突然出现发冷、发抖、胸闷、气急、发绀等,提示有肺栓塞。(2)腰痛、血尿,提示有肾栓塞。(3)呼吸困难、动脉血氧分压进行性下降。(4)出现神经系统的症状且发作突然与病情不符时,或突然昏迷出现,则提示有脑栓塞。(5)皮肤栓塞可见紫色花纹,耳后出血点瘀斑。

3 护 理

3.1 基础护理 将 DIC 患者安排在 ICU 病房或重症监护室,派专人护理,有利于抢救及预防交叉感染。迅速建立两条静脉通道,有利于输液,维持水、电解质平衡,使用肝素、血管扩张药或升压药。对长时间输液患者要特别注意无菌操作和保护血管。为防止血栓形成,每次输完血液或高渗葡萄糖液后,

均加少量生理盐水冲洗输液器。注意口腔护理及各种管道的护理,预防肺部感染及压疮发生。保持呼吸道通畅,平卧,头偏向一侧,头及腿抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$,及时清除呼吸道分泌物,以防窒息。备好抢救药品及用物。

3.2 心理护理 由于病情危重,患者处于休克、出血等应激状态,常表现烦躁不安、情绪紧张、恐惧、焦虑等不良情绪,这样会造成恶性循环,加重休克,故应做好心理护理。我们给予安慰、鼓励、耐心解释,以消除患者不良情绪,树立战胜疾病的信心,并及时通知家属有关患者病危的情况。

3.3 症状护理

3.3.1 密切观察患者的生命体征 注意体温、脉搏、呼吸、血压,并记录心律、神志及瞳孔的变化。特别注意 DIC 的出血表现,有无皮肤、黏膜、口腔、鼻腔、消化道、呼吸道、泌尿道、阴道等部位的出血以及出血而不凝的现象。

3.3.2 掌握微循环观察方法 观察部位以四肢皮肤为主,配合手指甲皱襞观察,及时纠正休克及低血压状态(因各种休克最后共同通路是微循环障碍)。(1)注意患者的精神状态和面色。面色由潮红转为苍白,表示机体肺微循环功能障碍加重,为肺大出血的先兆表现。面色由苍白变为极度苍白或青灰,预示病情危急,预后不良。(2)观察患者肢体(双手、双膝和足趾)皮肤温度和色泽。四肢湿冷,一般从肢端开始,随着休克的发展,逐渐向上延伸,但在膝关节处,寒冷发生早而且明显,同时注意皮肤色泽及有无花纹。(3)掌握甲皱循环观察方法。轻压患者指甲末端或口唇,然后迅速抬手,观察血管充盈度。如甲床迅速复红,表示循环血量已基本补充。反之,甲床恢复迟缓者,则提示有效血容量不足,休克尚未纠正,应加快输液速度。(4)指压皮肤试验。用手指紧压被检查的局部皮肤数秒后,使得皮肤变得很苍白,然后放松,1~2 s 后皮肤色泽立即恢复原状,这是正常状况。若指压皮肤充盈时间超过 4~5 s,表示有内循环障碍。

3.3.3 重视循环血量的观察 (1)观察中心静脉压变化。正常人中心静脉压是 $6 \sim 12 \text{ cmH}_2\text{O}$ 。如果中心静脉压降低为 $0 \sim 5 \text{ cmH}_2\text{O}$,则是血容量不足的表现,应积极地给予补液或输血,高于 $12 \text{ cmH}_2\text{O}$ 则提示心功能不全或血管容量过多,应减慢减少输液,给予强心剂治疗。(2)观察患者颈静脉充盈度。患者平卧时,如果颈静脉塌陷,表示循环血量未补足;如果颈静脉怒张,说明补液量过多或心功能不全。(3)手背静脉萎陷,提示微循环阻滞及回心血量减少;手背静脉充盈,补液滴速自动加快是病情好转现象。

3.3.4 尿量是病情观察的重要环节 若有明显少尿或无尿和/或意识障碍、抽搐应警惕存在肾栓塞和/或脑栓塞,及时通知医师,并执行急性肾功能衰竭和/或急性脑栓塞护理常规。

3.4 治疗护理^[3]

3.4.1 输注血浆的护理 注意冰冻制品必须在 37°C 水浴中融化,完全融化后尽快输用,并一次输完。融化后的血浆 10°C 环境中放置不得超过 2 h, 4°C 环境中不许超过 24 h,不可再冰冻。血浆为半透明淡黄色液体,凡变色或有凝块者,严禁输用。本例患者输 A 型 Rh(+) 血浆多次,均无不良反应。

3.4.2 输注冷沉淀的护理 常将冷沉淀凝血因子简称为冷沉淀。它是由新鲜冰冻血浆在 $2 \sim 6^{\circ}\text{C}$ 水浴中解冻收集到的不溶冷沉淀物。冷沉淀中主要含有凝血因子 VIII、纤维蛋白原和 VW 因子,其中凝血因子 VIII 的含量不少于 80 IU/袋 ,纤维蛋白原含量不少于 150 mg/袋 。含有凝血因子的冷沉淀,融化后必须立即使用,输注速度要快,一般应在 30 min 内输注完毕,以免凝血因子在常温下失去活性。此次输用的冷沉淀,患者均无不适反应。

3.4.3 输注血小板的护理 严格遵守保存条件, $20 \sim 24^{\circ}\text{C}$ 震荡保存,严禁置 4°C 冰箱,严禁静置或剧烈振荡,以免血小板聚集、破坏。血小板从市中心血站取回后,立即输注。输注前轻轻摇动血袋,使血小板悬起,摇晃时出现云雾状为合格,反之为不合格。以患者可耐受的最快速度输入, 100 滴/min 左右。输注时每隔 10 min 轻轻摇晃血袋,防止血小板聚集。输注血小板后,及时观察出血是否减轻,有无新的出血倾向。本例患者输注血小板后,出血、渗血明显减轻,表明输注有效。

3.4.4 注射肝素应注意的问题 (1)用药过程中须严密观察病情。(2)注意出血倾向,若明显应停药观察,更甚者,可用硫酸鱼精蛋白对抗。(3)注意药物副作用,如过敏、皮肤感觉异常、脱发等。(4)先纠正酸中毒,后使用肝素(因酸中毒能使肝素灭活)。(5)应用肝素又同时使用低分子右旋糖酐时,肝素应减少剂量,因两药同用有协同作用。(6)注意滴速不宜过快,以 40 滴/min 为宜。在用药 4~6 h 内尽量少做各种穿刺,防止出血。

参考文献

- [1] 周小平, 缪景霞, 廖荣荣, 等. 吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌不良反应的观察及护理[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(11): 834-835.
- [2] 第七届全国血栓与止血学术会议学术组. 第七届全国血栓与止血学术会议制定的几项诊断参考标准[J]. 中华血液学杂志, 2000, 21(3): 213-215.
- [3] 王梁平, 周春兰. 临床输血护理技术操作流程的规范[J]. 护理学报, 2009, 16(10B): 24-26.

(收稿日期: 2012-02-29)

(本文编辑 崔兰英)