

• 病例报道 •

一例罕见 Good 综合征继发呼吸系统复杂感染患者的护理

徐美, 周玉霞, 方晓眉

(浙江大学医学院附属第一医院 呼吸内科, 浙江 杭州 310003)

【摘要】 总结 1 例 Good 综合征继发肺部多种病原菌感染患者的护理经验。主要护理重点包括肺部感染护理、院内感染防控、皮肤护理及特殊用药护理。经积极治疗护理, 患者肺部感染逐渐好转, 治疗过程中未发生呼吸衰竭等并发症; 20 d 后, 患者病情稳定出院。

【关键词】 伴胸腺瘤的免疫缺陷症; 肺部感染; 护理

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.03.027

【中图分类号】 R473.56 【文献标识码】 A 【文章编号】 2097-1826(2024)03-0110-03

Nursing Care of a Patient with Complex Respiratory System Infection Secondary to Rare Good Syndrome

XU Mei, ZHOU Yuxia, FANG Xiaomei (Respiratory Medicine Department, The First Affiliated Hospital, Zhejiang University, Hangzhou 310003, Zhejiang Province, China)

Corresponding author: FANG Xiaomei, Tel: 0571-87236875

【Abstract】 To summarize the nursing experience of a patient with multiple pulmonary pathogens infection secondary to rare Good syndrome. The main nursing points include lung infection nursing, nosocomial infection prevention and control, skin care and special medication nursing care. After 20 days of active treatment and nursing, the patient's lung infection improved and his condition was stable and discharged.

【Key words】 immunodeficiency with thymoma; lung infection; nursing

[Mil Nurs, 2024, 41(03): 110-112]

Good 综合征(Good syndrome, GS)是 1954 年由 Robert Good 首次报道的一种罕见的胸腺瘤合并免疫缺陷联合症, 以胸腺瘤、低丙种球蛋白血症、 $CD4^+/CD8^+$ T 细胞比值倒置、外周血 B 淋巴细胞减少或缺如为特点^[1]。有报道^[2]显示, 中国 GS 患者的 5 年、10 年生存率分别为 90% 和 38.5%。GS 的发病机制尚不清楚, 由于体液和细胞介导的免疫缺陷, GS 患者容易罹患各种感染, 59.6% 的患者死于感染, 而肺部感染约 75%^[3]。该疾病罕见且缺乏临床特异性, 国内报道过 2 例 Good 综合征的相关护理^[4-5], 但对于该疾病继发肺部多种病原菌感染的护理鲜见报道。2023 年 4 月, 杭州某三级甲等医院呼吸内科成功救治了 1 例 Good 综合征继发肺部多种复杂病原菌感染患者, 通过多学科讨论、制订实施针对性个体化护理方案, 患者肺部感染好转, 未发生呼吸衰竭等并发症, 为临床护理提供借鉴, 现报告如下。

1 临床资料

患者, 男, 59 岁, 2019 年发现前纵膈占位, 考虑胸腺瘤, 未予治疗。2023 年 3 月出现咳嗽、咳痰, 就诊于当地医院, 被诊断为卡氏肺孢子菌肺炎, 给予甲泼尼

龙、复方磺胺甲恶唑片等口服治疗后好转。2023 年 4 月, 该患者因“咳嗽 1 月, 加重伴发热 1 周余”就诊。入科时, 患者呈消瘦貌, 胸闷气促明显, 咳嗽多, 黄粘痰, 不易咳出, 口腔白斑及溃疡明显, 听诊双肺湿啰音。动脉血气分析显示, 氧分压 64.0 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)、氧饱和度 93.5%; 血常规显示, 血红蛋白 87 g/L、血小板计数 $48 \times 10^9/L$; 新型冠状病毒核酸检测(鼻/咽拭子)显示, 新型冠状病毒 RNA 阳性、ORF 基因 Ct 值 27、N 基因 Ct 值 27; 免疫球蛋白测定显示, IgM 3.0 mg/dl、IgA 15.0 mg/dl、IgG 449.0 mg/dl; 淋巴亚群测定显示, 辅助/诱导 T 淋巴细胞百分比($CD3^+/CD4^+$) 5.63%、辅助/抑制 T 淋巴细胞比值($CD4^+/CD8^+$) 0.07、淋巴细胞绝对计数($CD45^+$) 812 个/ μl 、T 淋巴细胞绝对计数($CD3^+$) 774 个/ μl 、B 淋巴细胞绝对计数($CD19^+$) 0 个/ μl ; 入院随机血糖 18.2 mmol/L、第 3 天餐后 2 h 血糖 23.4 mmol/L; 胸部 CT 示两肺见多发斑片状磨玻璃样密度影或实变影。入院第 5 天气管镜肺泡灌洗液宏基因二代测序结果显示, 烟曲霉、人类疱疹病毒 5 型、卡氏肺孢子菌、2019 新型冠状病毒。经多学科团队讨论诊断 Good 综合征继发肺部感染, 给予艾沙康唑、更昔洛韦、莫诺拉韦、舒普深抗感染, 甲强龙抗炎, 复方磺胺甲恶唑片预防卡氏肺孢子菌, 人免疫球蛋白等对症支持治疗。经 20 d 治疗护理, 患者肺部感染好转, 病情稳定出院。

【收稿日期】 2023-06-19 【修回日期】 2024-02-07

【作者简介】 徐美, 本科, 主管护师, 电话: 0571-87236873

【通信作者】 方晓眉, 电话: 0571-87236875

2 护理

2.1 肺部感染护理

2.1.1 气道管理 患者肺部继发多种病原菌感染, 呼吸系统表现为胸闷气促、咳嗽咳痰明显, 同时活动耐力下降导致排痰困难, 极易加重肺部感染从而诱发呼吸衰竭, 增加死亡风险。为此, 我们进行了一系列有效的护理干预: (1) 持续心电、血氧饱和度监测。监测患者生命体征, 1 次/h; 每班观察呼吸频率、节律及深度; 每日评估咳嗽症状、痰液量、颜色、性状及听诊肺部啰音。(2) 入科后, 立即给予该患者双鼻导管吸氧, 2~4 L/min, 以达到维持氧疗目标^[6] (SaO_2 94%~98%), 动态监测血氧饱和度及动脉血气。(3) 制订有序的排痰方案。步骤一, 操作前责任护士对患者进行相关宣教指导, 听诊肺部啰音, 遵医嘱予布地奈德混悬液、异丙托溴铵溶液雾化吸入治疗 15 min; 步骤二, 使用 YS8001 体位振动排痰仪, 操作时按照由外向内、由下往上的顺序, 振荡频率 20~30 Hz、时间 10 min, 排痰过程中观察患者生命体征、倾听其主诉; 步骤三, 指导患者深吸气屏气同时短促而有力的咳嗽, 每次 10~15 min。通过雾化吸入-震荡排痰-有效咳嗽三步排痰法, 患者咳嗽咳痰频次减少、痰液易咳出, 听诊肺部湿啰音减少, 氧饱和度维持 95%~100%。

2.1.2 血糖管理 住院患者发生高血糖在临床中广泛存在, 长期高糖环境适宜病原菌侵入及繁殖, 呼吸道免疫功能受损, 增加肺部感染的患病率及病死率^[7]。本例患者入院前诊断卡氏肺孢子菌肺炎, 长期口服激素类药物, 此次入院后予甲强龙静脉抗炎治疗, 血糖波动在 10~23.4 mmol/L, 医护联合制订血糖管理方案。(1) 血糖监测: 遵医嘱予床边快速血糖监测 5 次/d (空腹+三餐后+睡前); (2) 高血糖急症监测: 评估患者有无口干、视物模糊、恶心呕吐等症状, 血糖持续 >13.9 mmol/L 时予急查血气分析及 β -羟基丁酸, 预防酮症酸中毒等高血糖严重并发症; (3) 饮食管理: 告知患者避免进食如稀饭、馒头、西瓜等高糖类食物, 定时、定量、定餐进食, 食欲不振时可少量多餐; 保证每日能量摄入 $\geq 25 \sim 30$ kcal/kg、蛋白质摄入 >1.2 g/kg, 同时增加瘦肉、鱼、虾、蛋等含优质蛋白类食物, 并予肠内营养粉营养支持治疗; (4) 胰岛素治疗: 根据 2021—2022 英国糖尿病协会联合住院治疗组指南^[8] 规定, 使用糖皮质激素的住院患者的随机血糖管理目标值为 6.0~12.0 mmol/L, 为保证该患者血糖控制达标, 遵医嘱予门冬胰岛素及甘精胰岛素三餐前及睡前皮下注射, 动态调整并关注低血糖反应。通过科学的血糖管理, 本例患者血糖控制在 6.5~13.8 mmol/L, 期间未发生低血糖反应。

2.2 严格落实院内感染防控 该患者免疫缺陷继发肺部新型冠状病毒感染, 因此对其进行保护性隔离同时予飞沫及接触隔离^[9], 避免院内交叉感染。同一病房内仅收治新冠病毒感染患者, 保持床间距 >1 米; 病床及患者手腕带做好醒目隔离标识, 心电监护仪、耳温仪等仪器设备单独使用, 并在每次使用后予复合季铵盐类卫生湿巾擦拭消毒, 床边备专用黄色垃圾桶及手消净; 保持房门关闭, 早晚开窗通风 30 min, 使用等离子空气消毒仪 3 次/d、1 h/次进行空气消毒; 每日使用 1000 mg/L 的含氯消毒剂擦拭床头柜等物体表面; 严格限制探视, 陪护人员佩戴医用外科口罩。

2.3 皮肤护理 机会性感染是 GS 的常见临床症状之一, 主要表现为皮肤黏膜的念珠菌、带状疱疹病毒等感染^[1]。该患者既往腰腹部出现带状疱疹感染, 此次入院时可见口腔内散在白斑、口周皮肤褐色血痂; 住院第 10 天腰腹部、臀骶及足底出现红斑, 上见簇状血疱及干瘪水疱, 疼痛评分为 1~3 分, 考虑为带状疱疹(泛发性)、单纯疱疹(口周)。责任护士每日观察疱疹处皮肤有无渗血渗液、皮温、瘙痒及疼痛等, 嘱患者勿用手抓、避免摩擦皮肤, 保持皮肤清洁, 使用温水轻柔擦拭疱疹处皮疹; 每日更换衣服, 保持床单位及衣物整洁干燥; 评估患者口腔黏膜、口唇周围皮肤, 予碱性漱口水含漱 5~10 s 后制霉菌素甘油涂抹口腔; 遵医嘱予阿昔洛韦乳膏及重组人干扰素 $\alpha 2b$ 喷雾剂外用、甲钴胺及加巴喷丁胶囊口服对症止痛治疗。1 周后, 该患者口腔白斑消失, 疱疹结痂好转。

2.4 特殊用药护理 本例患者存在严重免疫缺陷致肺部曲霉菌感染, 艾沙康唑是新型二代三唑类治疗侵袭性曲霉病的广谱抗真菌药物, 分为静脉和口服给药两种方式, 具有毒性小、耐受性好等特点^[10]。

2.4.1 静脉给药 该药物前 48 h 内为负荷剂量 (200 mg/8 h), 共给药 6 次, 末次负荷剂量给药后 12~24 h 维持剂量 (200 mg/d)。化药时, 需用 5 ml 注射用水将粉剂溶解, 轻轻摇晃、避免剧烈震荡。采用输液泵及孔径为 0.2~1.2 μm 带过滤装置的输液器输注, 保障静脉给药时间 >1 h。输注前后, 使用 0.9% 氯化钠冲洗管路, 避免与其他药物同时同一输液管路输注。每班评估静脉穿刺部位有无红肿、渗血渗液等静脉炎表现, 以保障输液通畅。

2.4.2 药物不良反应 (1) 评估患者有无恶心、呕吐和腹泻等胃肠道反应, 遵医嘱予泮托拉唑护胃, 蒙脱石散及小檗碱片止泻, 治疗期间未出现明显胃肠道反应, 排便 2~3 次/d, 为黄色软便。(2) 患者在完成负荷剂量给药后, 出现胸闷、气促加重, 并伴双下肢

水肿,立即停艾沙康唑静脉维持剂量,改胶囊口服同时予呋塞米 20 mg 静脉推注,记录 24 h 出入量,第 2 天症状缓解。(3)患者有脂肪肝病史,用药第 3 天谷丙转氨酶为 130 U/L,医嘱予异甘草酸镁注射液,并口服护肝片,告知其多注意休息,避免进食辛辣刺激食物。1 周复查谷丙转氨酶降至 66 U/L。

2.4.3 药物相互作用预警监测 艾沙康唑是细胞色素氧化酶 P450 3A4(CYP3A4)的底物,因此该酶的抑制剂或诱导剂会影响艾沙康唑在体内浓度的变化^[10]。奈玛特韦/利托那韦片主要用于可能发展成重症/危重症的新冠病毒感染。本例患者入科时,新型冠状病毒 RNA 阳性,给予奈玛特韦/利托那韦片口服抗病毒治疗。入科第 5 天该患者气管镜检查结果显示肺部曲霉菌感染,予艾沙康唑与奈玛特韦/利托那韦片联合抗感染治疗。利托那韦是强效(CYP3A4/5)诱导剂,可显著降低艾沙康唑浓度,增加药物毒性反应及治疗效果。因此,针对本例患者给药特殊性,医护人员共同学习相关文献及药物说明书,立即改用莫诺拉韦胶囊抗病毒治疗,加强药物相互作用预警监测,未发生因药物相互作用产生的不良事件。

3 小结

本例 Good 综合征继发 4 种复杂病原体感染,罕见发生、护理难度大。多学科团队助力下早期诊断,给予针对性抗感染及支持治疗;同时加强气道管理

及院内血糖管理,降低加重肺部感染风险因素,积极预防呼吸衰竭;严格落实各项感染防控措施及皮肤护理,避免院内交叉感染及机会性感染;科学规范使用多种抗感染药物,达到了最佳治疗效果。

【参考文献】

- [1] 汪超,翟丽丽,王洋.以反复呼吸系统感染为主要表现的 Good 综合征一例[J].中华肺部疾病杂志,2022,15(6):920-922.
- [2] LI Y, YAO Z, JIANG M, et al. Clinical manifestations and long-term prognosis of Good syndrome: results from a single-center cohort study from China [J]. Mod Rheumatol, 2021, 31(5): 1019-1024.
- [3] 刘爽,周宇麒.腹泻、气促伴消瘦 1 例——Good's 综合征[J].临床肺科杂志,2023,28(2):321-324.
- [4] 邱宝翠,张焰. Good 综合征合并甲状旁腺功能亢进的护理[J].中华消化病与影像杂志,2020,10(2):82-83.
- [5] 张莹,韩铁群. 1 例 Good's 综合征合并红人征病人的护理[J].护理研究,2011,25(5):1406-1407.
- [6] 朱蕾,胡莉娟. COVID-19 肺炎患者呼吸支持技术的合理应用[J].复旦学报:医学版,2020,47(2):170-172.
- [7] 屈晓敏,孙晓冉,王磊. 糖尿病患者肺部感染特征及危险因素分析[J].中国病原生物学杂志,2023,18(1):73-81.
- [8] 刘莉,李静,刘小芳,等. 住院患者高血糖的个体化目标管理[J].中国全科医学,2023,26(15):1824-1830.
- [9] 张伟英,俞海萍,马丽莉,等. 新型冠状病毒肺炎定点医院发热门诊疫情防控的应急管理策略[J].解放军护理杂志,2020,37(5):17-34.
- [10] 张婷婷,孙玲洁,冯四洲. 艾沙康唑治疗侵袭性真菌病的临床研究进展[J].中国感染与化疗杂志,2022,22(3):360-364.

(本文编辑:郁晓路)

(上接第 91 页)

- [19] FRISTEDT S, KAMMERLIND A S, FRANSSON E I, et al. Physical functioning associated with life-space mobility in later life among men and women[J]. BMC Geriatr, 2022, 22(1): 364-370.
- [20] TSUJI T, RANTAKOKKO M, PORTEGIJS E, et al. The effect of body mass index, lower extremity performance, and use of a private car on incident life-space restriction: a two-year follow-up study[J/OL]. [2023-11-30]. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0956-3>. DOI:10.1186/s12877-018-0956-3.
- [21] 徐繁花. 老年人生活空间对抑郁的影响: 一个有调节的中介模型[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2022.
- [22] MOORED K D, ROSSO A L, GMELIN T, et al. Life-space mobility in older men: the role of perceived physical and mental fatigability[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2022, 77(11): 2329-2335.
- [23] SARTORI A C, WADLEY V G, CLAY O J, et al. The relationship between cognitive function and life space: the potential role of personal control beliefs[J]. Psychol Aging, 2020, 27(2): 364-374.
- [24] TOMIDA K, LEE S, BAE S, et al. Association of dual sensory impairment with changes in life space: a longitudinal study with two-year follow-up[J]. Maturitas, 2022, 165: 78-84.
- [25] KUSPINAR A, VERSCHOOR C P, BEAUCHAMP M K, et al. Modifiable factors related to life-space mobility in community-dwelling older adults: results from the Canadian longitudinal study on aging[J/OL]. [2023-11-30]. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-1431-5>. DOI:10.1186/s12877-020-1431-5.

- [26] RYDER-BURBIDGE C, WIELER M, NYKIFORUK C I J, et al. Life-space mobility and Parkinson's Disease. A multiple-methods study[J]. Mov Disord Clin Pract, 2022, 9(3): 351-361.
- [27] TODO E, HIGUCHI Y, UEDA T, et al. A 3-month multicomponent home-based rehabilitation program for older people with restricted life-space mobility: a pilot study[J]. J Phys Ther Sci, 2021, 33(2): 158-163.
- [28] ULLRICH P, WERNER C, BONGARTZ M, et al. Increasing life-space mobility in community-dwelling older persons with cognitive impairment following rehabilitation: a randomized control trial[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2021, 76(11): 1988-1996.
- [29] MATSUDA K, IKEDA S, NAKAHARA M, et al. Factors affecting the coefficient of variation of stride time of the elderly without falling history: a prospective study[J]. J Phys Ther Sci, 2015, 27(4): 1087-1090.
- [30] UEMURA K, YAMADA M, OKAMOTO H. The effectiveness of an active learning program in promoting a healthy lifestyle among older adults with low health literacy: a randomized controlled trial[J]. Gerontology, 2021, 67(1): 25-35.
- [31] NAKAGAWA K, INOMATA N, KONNO Y, et al. The characteristic of a simple exercise program under the instruction of physiotherapists for general elderly people and frail elderly people[J]. J Phys Ther Sci, 2008, 20(4): 197-203.

(本文编辑:郁晓路)