

• 病例报告 •

脾边缘区淋巴瘤继发冷凝集素综合征患者 1 例护理

景晓珊, 李悦

(北京大学人民医院/北京大学人民医院血液病研究所/国家血液系统疾病临床医学研究中心/
造血干细胞移植北京市重点实验室, 北京 100044)

[摘要] 总结 1 例脾边缘区淋巴瘤继发冷凝集素综合征患者的护理体会。护理要点包括皮肤护理与保温护理、输血护理、血标本采集护理、排泄物护理、预防感染护理、饮食护理及心理护理。经过医护人员精心的治疗和护理, 患者于 14 d 后病情好转顺利完成治疗并出院。

[关键词] 淋巴瘤; 冷凝集素综合征; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.11.037

文章编号:1009-5519(2025)11-2700-04

中图法分类号:R73

文献标识码:B

在众多亚型中, 脾边缘区淋巴瘤(SMZL)是一种罕见的低度恶性 B 细胞非霍奇金淋巴瘤, 主要累及脾脏和骨髓。尽管 SMZL 的发病率较低, 但其病程隐匿、症状不典型且病理特征复杂, 使得早期诊断和治疗具有一定挑战性。SMZL 患者通常表现为无痛性脾大、外周血细胞减少、骨髓浸润等症状, 部分患者可并发自身免疫性疾病, 如冷凝集素综合征(CAS)。CAS 是一种罕见的自身免疫性溶血性贫血, 因冷凝集素抗体在低温下与红细胞表面抗原结合, 导致红细胞凝集和溶血。CAS 的典型临床表现包括寒冷诱发的溶血性贫血、黄疸、肝脾肿大和血红蛋白尿等症状^[1]。目前, SMZL 继发 CAS 的具体病理生理机制尚未完全明确, 但研究表明其可能与异常 B 细胞的过度增殖、免疫系统紊乱密切相关。CAS 作为 SMZL 的严重并发症, 显著增加了病情复杂性, 使得患者的治疗和护理面临更多困难。若 CAS 未能有效控制, 贫血状况将持续恶化, 甚至难以通过输血支持改善, 从而进一步限制抗肿瘤治疗的实施, 导致病情进展。因此, 系统性的治疗和护理干预对缓解 CAS 症状、控制贫血并改善患者预后至关重要。本研究通过对 1 例 SMZL 继发 CAS 患者的护理干预进行深入分析, 以期临床护理实践提供切实的指导依据, 并为未来的护理研究和实践奠定基础。

1 临床资料

1.1 病例报告 患者, 男, 65 岁, 因发现贫血、脾大 6 个月, 双下肢水肿 10⁺ d 入院。患者于半年前无明显诱因出现阵发性头晕, 并伴有全身乏力、视物模糊及心悸, 活动后症状尤为明显。血常规检查显示贫血, 随后行骨髓穿刺, 结果提示淋巴细胞比例显著升高(75%), 其中 10% 的淋巴细胞胞浆中可见较多颗粒。免疫分型显示: 异常淋系表型, 疑似 B 淋巴细胞性淋巴瘤。入院查体: 生命体征平稳, 皮肤黏膜苍白, 骨髓活检诊断为 SMZL。为改善患者贫血情况, 住院期间按医嘱给予输血治疗。在 5 d 内进行了 3 次输注浓缩

红细胞, 但血红蛋白水平增长不明显, 且伴有血红蛋白尿和黄疸等症状。第 1 次输注浓缩红细胞后, 患者家属诉出现红色尿液 1 次, 增加饮水后消失, 但家属未保留尿液样本, 医生未予特殊处理嘱继续观察; 第 2 次输注浓缩红细胞无不适; 第 3 次输血后出现酱油色尿, 遵医嘱给予 5% 碳酸氢钠溶液碱化治疗, 酱油色尿持续 1 d 消失。为明确诊断, 次日采集患者冷凝集素抗体滴度、血浆游离血红蛋白及结合珠蛋白, 实验室检查回报冷凝集素抗体滴度为 1:32; 结合珠蛋白 12.9 mg/L; 血浆游离血红蛋白 109 mg/L, 抗人球蛋白 5+, 由此考虑 SMZL 继发 CAS。给予患者对症治疗及护理, 改善患者贫血, 为顺利完成化疗提供条件, 患者于 14 d 后病情好转顺利出院。

1.2 护理

1.2.1 皮肤护理与保温护理 CAS 是一种由于冷凝集素效价升高而导致的自身免疫性溶血性贫血。健康人血清中冷凝集素的效价通常低于 1:16, 仅在环境温度低于 4℃ 时会活跃, 导致红细胞凝集。然而, 在病理情况下, 冷凝集素效价显著增高, 其反应温度也随之上升, 在 20℃ 即可导致红细胞凝集并激活补体, 引发溶血现象^[2-3]。CAS 的典型症状包括贫血和黄疸, 寒冷环境可能加重病情, 患者在耳郭、鼻尖、指(趾)端等肢端区域易出现发绀, 这种情况在加温后通常会消失。因此, 针对 CAS 患者的护理重点在于严密观察皮肤变化, 预防低温暴露并维持恒定的温暖环境, 以减少溶血风险。此外, 应确保病房环境温暖, 将室温维持在 30℃ 以上, 并在病房内放置温度计以便实时监测。患者外出检查或病房通风时, 保温是 CAS 治疗的关键^[4]。因此, 应为患者加盖衣被, 特别是晨间和晚间气温较低的时间段, 应叮嘱患者穿戴手套、袜子等防寒衣物, 确保肢端部位的保暖, 以防寒冷诱发溶血。此外, 护理人员需密切观察患者皮肤颜色的变化, 尤其是发绀现象, 及时记录并在必要时采取加温措施, 确保患者安全与舒适。

1.2.2 输血与输液护理 输血治疗是缓解患者贫血症状、纠正贫血的重要对症干预措施, 尽管其效果较为短暂, 但在急性贫血状态下具有关键的临床意义。输血并非无风险, 但冷凝集素增高患者输血不良反应率达 66.67%, 严重影响其输血安全及输血治疗效果^[5]。因此, 对于 CAS 患者, 严格评估输血指征以确保输血安全尤为重要。在冷凝集素水平升高的患者中, 体内冷凝集素会在低温环境下引发红细胞凝集和溶血, 故需对输注血液进行加温处理^[6]。研究表明, 通过 37℃ 加温输血仪输注库存血可以有效减少红细胞的破坏和溶血风险^[7]。因此, 本例患者在输血时采用加温输血方案, 使用温液仪将血液预热至恒定的 37℃。温液仪具备快速升温功能 (4 min 内达到 41℃), 且操作简便, 有助于确保输血温度与患者体温接近; 同时在输血过程中密切监测患者生命体征, 包括体温、脉搏、血压等, 并随时评估患者的意识状态, 记录出入量, 及时识别和处理不良反应。为进一步减轻低温刺激导致的溶血风险, 护理措施还包括保持病房温湿度适宜, 并建议患者穿着保暖衣物。此外, 对需要输注的静脉药品, 提前 30 min 置于病室环境下进行复温, 应避免冷输注, 以防输入液体温度过低激活冷抗体加重血管内溶血。在整个输血和药物输注过程中, 护理人员需全程监控, 迅速识别任何异常征象并及时向医生报告, 确保输血过程的安全和效果。

1.2.3 血标本采集的护理 冷凝集素主要为 IgM 型免疫球蛋白, 少部分为 IgG 和 IgA 抗体。在 28~31℃ 时, 这些抗体可与红细胞结合, 温度降至 0~4℃ 时反应最为显著, 导致红细胞凝集。此反应通常具有可逆性, 温度升高时复合物逐渐解离, 凝集现象消失, 使红细胞恢复游离状态。当温度超过 37℃ 时, 凝集的红细胞完全解离, 不再引发非特异性的凝集现象^[8]。冷凝集素和冷球蛋白的存在增加了血液黏稠度, 可能导致采集的血液样本不充分, 从而引起三系细胞的黏性降低。为避免采血过程中血标本凝集, 以保证检验结果的准确性, 采取了以下护理措施。(1) 采血准备: 采血前, 将采血所需的物品提前置于 30℃ 以上的温暖环境中, 防止患者接触低温物品。提前告知患者采血过程可能的温度要求, 并建议使用温热毛巾对穿刺部位进行热敷, 避免皮肤过早暴露在低温环境下。提前联系运送人员, 确保标本采集后能立即送检。(2) 采血过程中的温度控制: 采血过程中要确保病室温度适宜, 保持温暖。采血时严格遵循无菌操作, 采血护士双手应保持温暖, 并确保动作快速、熟练, 缩短患者皮肤暴露的时间, 以降低低温暴露风险。(3) 标本的保温运输: 采血完成后, 将血标本密封, 放入恒温 (37℃) 的保温杯或保温桶中进行保温^[9], 并立即与运送人员交接, 提前告知检验科室标本的特殊处理要求, 确保标本在尽可能短的时间内送达检验部门, 同时也有研究证明, 标本在 37℃ 温浴 1 h, 红细胞聚集现象已显著改善^[10], 因此无法保温送检时, 可采用此类方法。(4) 采血后的保暖护理: 采血后, 协助患

者立即覆盖棉被, 以维持其体温, 防止因低温导致冷凝集素活性增强。

1.2.4 用药护理 利妥昔单抗是一种靶向 CD20 的单克隆抗体, 适用于 SMZL 患者的治疗^[11], 其输注过程中需严格遵循规范以减少不良反应。不良反应及预防措施^[12] 如下。(1) 输液反应: 首次输注前需预服解热镇痛药、抗组胺药及糖皮质激素, 控制初始滴注速度为 50 mg/h 并逐步递增, 最大速度不超过 400 mg/h。若出现发热、寒战等症状, 应立即暂停输注并给予抗过敏治疗。(2) 过敏反应: 用药前 30 min 口服氯苯那敏、静脉注射葡萄糖酸钙, 现配现用药物并避免泡沫产生, 可有效预防皮疹、呼吸困难等过敏表现。(3) 血液学毒性: 定期监测血常规, 高风险患者需预防性使用升白细胞药物或输血。(4) 感染风险: 因药物降低免疫力, 需加强环境消毒、指导患者避免人群密集场所, 并监测体温及血常规。输注全程心电监护, 每 5~10 分钟记录血压、心率等, 尤其关注首次输注 2 h 内的变化, 同时向患者及家属详细说明药物作用及可能的不良反应, 缓解经济顾虑, 增强治疗依从性。配制药剂时要操作规范, 药物需用生理盐水稀释至 1 mg/mL, 分次配制并避免剧烈摇晃, 输注前要提前 30 min 从冰箱拿出复温, 输注后 12 h 内完成输液。

1.2.5 排泄物护理 CAS 患者在受凉后, 由于红细胞的异常凝集及补体的激活, 形成膜攻击复合物, 导致红细胞膜的破坏^[13]。这些被破坏的红细胞在体内被代谢并经肾脏排出, 可能引发血红蛋白尿。针对该患者, 因其 CAS 的临床表现相对轻微, 但血红蛋白尿是主要的表现之一。住院期间, 护士严格记录患者的出入量, 每天观察并记录尿液的颜色、性状及排出量, 以准确评估溶血情况和肾功能状态。同时, 护士应向患者及家属提供相关健康教育, 指导其如何正确观察和记录尿液的颜色、性状和排量, 并告知出现异常的必要性, 以便及时报告医生进行相应处理。通过这一系列细致的护理措施, 能够有效帮助患者监控病情变化, 为后续治疗提供可靠依据。

1.2.6 预防感染护理 化疗后患者的免疫功能明显下降, 极易导致感染, 因此加强感染的预防护理至关重要。首先, 应严格要求患者及家属佩戴口罩, 避免交叉感染, 禁止家属随意进入其他病房。保持病房内空气清新, 每天定时开窗通风 2 次, 并确保患者在通风时盖好被子以防着凉。与此同时, 应严格维持床单、被褥、枕套等床上用品的清洁, 定期更换并进行消毒处理, 以减少病原体传播的风险。此外, 每天对患者进行体温监测, 若出现体温升高或其他感染征兆, 及时报告并进行评估, 必要时给予抗感染治疗, 以保障患者的安全; 当患者发热时要避免冰敷等寒冷刺激, 降温的同时也要注意保暖^[14]。

1.2.7 饮食护理 根据患者病情, 指导其进食清淡、易消化的软食, 避免辛辣、生冷食物, 以降低冷刺激引发溶血的风险。病区配备微波炉, 便于患者根据需求随时加热食物, 确保食物温暖, 但要避免过热或烫

伤^[15],以减少寒冷因素对患者的影响。饮食管理应关注患者的营养均衡,确保其获得充足的蛋白质、维生素和矿物质,以提升免疫力,促进身体恢复。

1.2.8 心理护理 患者确诊为 SMZL 并继发 CAS,因疾病性质及预后不明,加之输血后反复出现血红蛋白尿,使患者产生了较强的焦虑与紧张情绪。护理人员应对此给予充分关注和理解,通过建立信任关系、主动倾听患者的担忧和感受,以温暖和包容的态度为其提供心理支持。定期向患者及家属普及相关疾病知识,包括 SMZL 及 CAS 的病理机制、治疗方案和护理要点,使其对疾病有科学的认知,减轻对未知的恐惧。同时,帮助患者树立康复信心,鼓励其积极参与治疗与护理过程。通过适当的正面激励和心理疏导,逐步减轻患者心理负担,促进其以良好的心态应对治疗。

1.2.9 出院指导 (1)保暖措施:患者应注重保暖,尤其在晨晚间气温较低时,需及时增添衣物,重点防护耳廓、鼻尖、手部及足部等末梢部位。建议佩戴耳套、触屏手套、加绒袜及保暖鞋,以减少寒冷刺激;室内温度应保持在 20~22℃,避免长时间暴露于寒冷环境。外出时携带便携式暖手宝或保温杯,确保体温稳定;若出现手脚冰冷、皮肤发绀等末梢循环障碍症状,应立即采取局部保暖措施(如温水浸泡或热敷),并密切观察症状变化;夏季避免长时间处于空调房,应避免将空调调至 26℃ 以下。(2)体温监测与应急处理:每天晨起及睡前测量腋温,记录体温变化。若体温持续高于 38℃ 或低于 35℃,应及时就医并完善相关检查(如血常规、C 反应蛋白);出现持续低体温或高热伴寒战时,需立即采取保暖措施并联系医疗机构,避免因感染引发严重并发症。(3)营养支持与管理:患者应以温热、易消化且营养丰富的食物为主,合理搭配蛋白质、维生素及矿物质,确保营养均衡;禁食生冷食物及未消毒乳制品^[16],减少辛辣刺激性食物(如辣椒、芥末)及酒精摄入。(4)日常活动规范:患者应避免过度劳累,合理安排作息時間,工作或静坐 30 min 后起身活动 5 min,以促进血液循环;每天检查耳廓、手指及足趾是否出现发绀或麻木症状,若发现异常应及时保暖并就医;注意尿液颜色变化,若出现酱油色尿,需立即急诊处理。(5)复查与用药监督:患者每周复查 2 次血常规并将结果告知医生;每 28 天住院治疗原发病,告知患者及家属规律治疗会缓解 CAS^[17]。(6)感染预防措施:出入公共场所时佩戴口罩,避免接触活疫苗及感染源;室内每天进行紫外线消毒 30 min,保持环境清洁;若出现发热(>38℃)、咽痛或咳嗽等症状,应立即就医并完善感染筛查(如血培养、C 反应蛋白)。

2 讨 论

通过对该例 SMZL 继发 CAS 患者的治疗和管理,本案例发现了一些关键问题,值得进一步讨论和研究,以优化护理方案并提高患者预后。首先,CAS 是一种罕见病^[18],尽管文献已报道淋巴瘤可能继发此

病,但由于其症状多呈隐匿性,临床上常易被忽视。该患者虽具备 CAS 的典型特征,但症状相对较轻,未能及时识别,提示临床医护人员在护理此类患者时应增强警觉,密切监测患者的病情变化,及时识别和干预,以免延误诊疗。其次,在血标本的采集与运输中,如何保持标本温度以防止冷凝集素效应影响结果至关重要。虽然已有报道提到用手掌保温法,通过双手握持血标本送至检验科,但相比之下,这种方法存在较大误差,且占用较多医护资源。本案例选择使用 37℃ 恒温桶进行标本运送,既更具经济性和操作简便性,也确保标本温度的稳定性,适用于所有需恒温保存的标本运输,具有推广应用的价值。此外,尽管临床上对 CAS 患者输血时可使用加温血液的方法,但对于药物输注温度的管理仍缺乏充分的数据支持。因此,本案例在进行药物输注前,通常将药物置于患者温暖的病室中,确保药物温度接近体温,以减少低温对患者的影响。在输注过程中,护理人员需严密观察患者的病情变化,特别是体温、心率和血氧饱和度,以便及时应对可能出现的不良反应。关于药物温度控制对 CAS 患者的具体效果,仍需更多研究加以验证和规范。

综上所述,通过对本例患者的护理,总结出在 CAS 患者护理中的若干经验和改进策略,以期护理实践提供有益参考,并为将来进一步优化 CAS 的护理干预提供循证依据。

参考文献

[1] 邓家栋,杨崇礼,杨天楹. 邓家栋临床血液学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2001:641-643.

[2] 常维佳. 冷凝集对红细胞及其相关参数检测的影响[J]. 国际检验医学杂志,2016,37(2):288.

[3] 刘引霞,潘俊均,李雪莹. 红细胞冷凝集素现象 2 例临床分析[J]. 国际检验医学杂志,2014,35(8):1087-1088.

[4] 谢雪晴,胡惠,陈青. 1 例合并冷凝集素综合征患者体外循环心脏直视手术的护理[J]. 当代护士(中旬刊),2020,27(3):142-144.

[5] 李绮萍. 环境温度控制对冷凝集患者的输血影响[J]. 中国医药科学,2017,7(11):155-157.

[6] 世界卫生组织. 临床用血手册[M]. 高峰,译. 北京:人民卫生出版社,2003:86.

[7] 邱惠玲. 加温输血应用情况及优缺点[J]. 临床血液学杂志,2014,27(12):1082-1083.

[8] BARBARA D W, MAUERMANN W J, NEAL J R, et al. Cold agglutinins in patients undergoing cardiac surgery requiring cardiopulmonary bypass[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2013, 146(3):668-680.

[9] 张岑,杨帷,王媛娜,等. 介绍一种冷凝集素综合征患者抽血方法[J]. 中华现代护理杂志,2011,17(33):4041.

[10] 贺鑫,李桐,庞树朝,等. 中西医结合治疗 CMV 感染伴继发性冷凝集素综合征[J]. 国际检验医学杂志,2024,45(17):2062-2066.

[11] 王传芹,周雪,杨小静,等. 利妥昔单抗治疗脾边缘区淋巴瘤脾切除后疾病进展 1 例并文献复习[J]. 中国临床研

究, 2022, 35(6): 838-839.

- [12] 胡小艳, 胡彬. 美罗华输注相关不良反应及防控措施研究[J]. 当代护士(中旬刊), 2021, 28(2): 140-141.
- [13] 叶祖兴, 林金美. 高效价冷凝集素对输血相容性的准确性与安全性研究[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(15): 141-144.
- [14] 彭影, 张黎莉, 李娇, 等. 2 例冷凝集素综合征患者重度贫血及感染的护理[J]. 天津护理, 2023, 31(2): 220-222.
- [15] 王淑华, 孙传芬, 李晓虹. 冷凝集素综合征保温护理研究进展[J]. 全科护理, 2023, 21(4): 490-493.
- [16] 吴克阳, 余娜, 刘强强, 等. 一例罕见冷凝集素综合征的患

者血浆置换的护理[J]. 岭南急诊医学杂志, 2023, 28(4): 396-398.

- [17] 王丽芳, 石连杰, 宁武, 等. 干燥综合征合并冷凝集素病 1 例[J]. 北京大学学报(医学版), 2023, 55(6): 1130-1134.
- [18] KOSUGI S, WATANABE M, HOSHIKAWA M. Primary bone marrow lymphoma presenting with cold-type autoimmune hemolytic anemia[J]. Indian J Hematol Blood Transfus, 2014, 30(Suppl 1): 271-274.

(收稿日期: 2024-09-20 修回日期: 2025-04-29)

• 病例报告 •

以发作性运动诱发性肌张力障碍为主要表现的急性脑梗死 1 例并文献复习^{*}

王允琴¹, 刘贾波¹, 杨静怡², 陈 玉², 张 静², 施 颖², 郑金书¹

(1. 滁州市中西医结合医院脑病一科, 安徽 滁州 239000; 2. 安徽中医药大学第一临床医学院, 安徽 合肥 230031)

[摘要] 近年来, 神经内科常见病的罕见发病形式在临床上被越来越多的报道, 这不仅是神经内科诊疗技术的进步, 也体现出临床工作者敏锐的洞察力。该文报道的 1 例急性内囊梗死以发作性运动诱发性肌张力障碍为主要的临床表现, 与经典表现不同, 反映了内囊解剖结构与生理功能的特异性、复杂性, 盐酸乙哌立松被报道用于各类脑卒中后肢体运动功能障碍, 运用于本病例获得满意效果, 以期为临床提供经验。

[关键词] 运动诱发性肌张力障碍; 内囊; 脑梗死

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.11.038

文章编号: 1009-5519(2025)11-2703-03

中图法分类号: R743.33; R746.9

文献标识码: B

缺血性脑卒中是由于脑血管发生狭窄甚至阻塞, 脑部血液供应不足而导致的一种脑卒中类型, 占我国脑卒中的 69.6%~72.8%^[1]。急性脑血管病发病后症状多持续存在, 呈发作性且呈运动诱发性肌张力障碍(PKD)为表现形式的急性脑血管病鲜有报道, 现将本科收治的 1 例以 PKD 为主要表现的急性脑梗死病例报道如下。

1 临床资料

1.1 病史 患者, 女, 57 岁, 因主诉“反复发作性左侧肢体无力 20 d”于 2024 年 5 月 31 日入院, 患者于入院前 20 d 开始出现发作性左侧肢体无力, 持续不足 1 min 完全缓解, 间断发作, 拟短暂性脑缺血发作收治。既往有高血压、糖尿病史, 长期服用相关药物控制, 曾有垂体瘤手术史。

1.2 体格检查 血压 138/80 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa), 心率 60 次/分, 神志清楚, 精神佳, 心脏听诊无异常, 神经系统: 四肢肌力肌张力和腱反射正常, 病理反射未引出。

1.3 辅助检查 血液检查提示空腹血糖 7.4 mmol/L, 糖化血红蛋白 8.6%, 胆固醇 5.52 mmol/L; 心电图提示有 T 波改变; 脑电图检查未见异常; 头颅

CT 示多发腔隙性脑梗死。入院第 2 天完善 3.0T 头颅磁共振成像(MRI)检查提示右侧内囊后肢液体衰减反转回复序列(Flair)与弥散加权成像(DWI)均呈高信号, 而表观弥散系数(ADC)呈略低信号病灶, 见图 1。头颈部 CT 血管造影(CTA)检查示: (1)主动脉弓、右侧锁骨下动脉、两侧颈总动脉分叉处、两侧颈内动脉虹吸部、右侧椎动脉起始部、左侧椎动脉 V2 段多发钙化斑及混合性斑块, 两侧虹吸部管腔重度狭窄, 余部分管腔轻度狭窄; (2)颅脑术后改变, 见图 2。

1.4 诊断 定位诊断: 左侧肢体以运动障碍为主要临床表现, 定位于右侧皮质脊髓束; 定性诊断: 患者急性发病, 有高血压、糖尿病、高脂血症等病史, 发生脑血管病风险高, 结合头颅 MRI 检查结果, 定性为右侧腔隙性急性脑梗死(TORST 分型: 小动脉闭塞型)。

1.5 治疗及病情演变结果 初步诊断为短暂性脑缺血发作, 予以瑞舒伐他汀钙片 10 mg 调脂稳斑, 硫酸氢氯吡格雷片 75 mg、阿司匹林肠溶片 100 mg 抗血小板聚集, 降血压、降血糖治疗同前, 己酮可可碱等静脉滴注。维持上述治疗方案, 症状仍有反复发作, 仔细询问病史得知患者多于长时间站立或坐位、卧位时立即活动出现左侧肢体活动障碍。遂有目的地在不