

· 个案护理 ·

晚期肺癌并发大疱性表皮松解型药疹 1 例 临床护理

何小妮 陈敏玲 于朝群

(佛山顺德区中医院 广东 佛山 528333)

摘要 目的:探讨 1 例晚期肺癌并发大疱性表皮松解型药疹患者的护理方法。方法:根据患者的临床表现实行保护性隔离,采用湿润暴露疗法,创面用 1:8 000 高锰酸钾溶液清洗,糜烂面清洗后吹干,外喷洁悠神喷剂,同时用红外线局部照射促进创面愈合,并做好眼、口鼻、外生殖器饮食护理、心理护理,密切观察观察皮损情况和病情变化。结果:患者 26 d 后皮损结痂、脱屑、长出新皮肤,顺利度过感染期,未发生护理并发症。结论:精心的护理可促进皮肤创面修复,减少并发症发生率。

关键词 大疱性表皮松解型药疹;皮肤护理;观察

中图分类号:R473.73 文献标识码:B 文章编号:1006-7256(2011)10-0104-02

大疱性表皮松解型药疹是重型药疹之一,发病急、变化快、病情重,严重者可危及生命。该病表现为皮肤黏膜损伤广泛,常伴呼吸道、消化道黏膜出现松弛性水疱、糜烂及渗出,形成大面积坏死松解,呼吸道、消化道黏膜剥脱,易导致窒息,危及生命^[2]。2010 年 2 月,我们收治 1 例晚期肺癌并发大疱性表皮松解型药疹患者,经有效治疗和精心护理,避免了并发症的发生,患者皮损痊愈转专科治疗。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者男,78 岁,10 年前发现右肺占位、糖尿病,未作进一步治疗。2009 年因双下肢乏力,到当地医院就诊,CT 提示右上肺癌并多发性脑转移。2010 年 1 月 4 日到我院肿瘤科行全脑放疗,经治疗下肢肌力改善出院。2 d 前患者无诱因发热,咳嗽、咳痰,四肢乏力,于 2 月 6 日再次入住肿瘤科。入院时见颜面、颈部有红疹伴瘙痒,予抗感染、化痰等治疗,8 h 后红疹进一步延至胸背部,经皮肤科会诊考虑为过敏性皮炎,予抗过敏治疗,红疹未消退,测体温 40℃,加强抗感染、化痰等治疗后,红疹仍继续增多,颜面、颜面、颈部及全身皮肤布满红疹,部分红疹融合成水疱,部分皮肤松脱,口唇、口腔黏膜溃烂,可见鲜红创面及黄色分泌物,诊断为大疱性表皮松解型药疹。转入我科给予抗炎、抗过敏、化痰、护胃、大量激素冲击治疗、营养支持治疗,实行保护性隔离,采用湿润暴露疗法,严格按无菌技术操作处理创面,采取一系列措施,加强皮肤黏膜护理和病情观察。26 d 后水疱逐步干燥、结痂、脱屑、长出新皮肤,未并发感染,住院 40 d,皮损痊愈转专科治疗。

2 护理

2.1 保护性隔离 将患者安置单间病室,每日用 1 000 mg/L 含氯消毒液拖地,保持空气流通,每日两次用空气消毒机进行空气消毒,4 h/次,控制探视人员及时间,进入病室需穿隔离衣,接触患者前洗手。

2.2 皮肤护理 采用暴露疗法:将患者暴露于温湿度适宜的病室内,室温保持在 26~28℃,湿度在 45%~55%,患者尽可能不穿衣服,充分暴露皮肤创面,床边置床栏,被子搭在护栏

架上,床尾放红外线烤灯,有利皮损干燥和保暖。使用啫哩垫替代波浪垫,利于皮肤散热、减压、预防压疮的发生,保护创面,创面渗液是细菌良好的培养基,注意保持啫哩垫干洁,定时消毒啫哩垫^[4]。患者所用的床罩、被单、衣服经高压蒸汽灭菌,每天更换,保持床单位清洁干燥,预防感染。操作动作要轻柔,抽血、输液时尽量避开大水疱,扎止血带时先垫无菌棉垫,避免加大皮肤的剥脱面积,采取深静脉置管,减少因反复穿刺而造成损伤,注意观察留针处皮肤情况,防止感染的发生^[5]。勤剪指甲并修平,夜间戴手套,防抓伤创面。

2.3 创面护理 每天用 1:8 000 高锰酸钾溶液清洗创面,及时清理松脱的坏死表皮、皮屑,严格无菌操作,为避免床单与创面粘连,可在受压部位创面外敷凡士林纱布,垫上无菌治疗巾;减轻疼痛,如创面与纱布发生粘连,更换时用利多卡因局麻液浸湿纱布后轻轻分离,避免用力牵扯而引起疼痛、出血。每日 3 次对糜烂面清洗吹干后外喷洁悠神喷剂,同时用红外线局部照射促进创面愈合。

2.4 眼、口、鼻、外生殖器护理 及时松解上下眼睑,用生理盐水冲洗眼睛,日间每 4 h 用氢化可的松眼药水滴眼,睡前予金霉素眼膏涂眼,防止结膜继发感染发生角膜溃疡穿孔。加强口腔护理,每 4 h 用温生理盐水或朵贝尔氏液清洗口腔,用碳酸氢钠漱口,口唇有糜烂溃疡时外涂石蜡油,口腔疼痛较剧时喷 2%利多卡因。鼻腔有糜烂时用生理盐水洗净后,涂石蜡油。每次大便后用 1:8 000 高锰酸钾溶液清洗肛周及外阴,风筒吹干后,外喷洁悠神喷剂,阴囊予无菌棉垫垫起,用洗必泰清洗尿道口,保持局部清洁,促进创面愈合。所有操作过程需严格遵守无菌操作技术原则。

2.5 密切观察皮损情况和病情变化 观察有无新发红斑、水疱;原有水疱是否破损及其范围和程度;糜烂面是否有感染迹象;新鲜的组织创面有无水肿、糜烂及循环不良;口腔、鼻咽、眼、阴部及肛周黏膜有无充血、糜烂及溃疡。密切观察体温的变化并做好记录,高热时以物理降温为主,一般不用退热药物。由于全身皮损面积广泛,渗液多,加上持续干热空气使患

者大量水分丢失,故须注意观察水和电解质的平衡,注意观察患者有无全身无力、腹胀等低血钾症状,准确记录 24 h 出入水量^[6]。糖皮质激素应用过程中应注意:予 5% 葡萄糖注射液 250 ml 加入甲强龙 1 g 静滴 6 h 1 次,静脉滴注速度宜慢,必要时保持 24 h 连续滴注,密切观察是否有上腹痛或消化道出血倾向、高血压、神经症状、精神异常及高血糖。

2.6 呼吸道护理 保持呼吸道通畅,留置鼻咽通气管,及时吸出口、鼻腔分泌物,用无菌棉垫敷背部创面叩背,鼓励患者排痰 2 h 轻柔翻身 1 次,预防肺部感染。

2.7 饮食护理 患者由于口唇糜烂,伴有发热、口腔溃疡,影响进食甚至拒绝进食,给予耐心解释,说明补充营养对提高抵抗力、促进皮肤愈合的重要性,予高热量、高蛋白、高维生素的流质饮食(如牛奶、豆浆、肉汤、蛋汤等),每次 200~300 ml,每日 4 次,并鼓励多饮水。病情好转后,可进食半流质饮食,增加碎菜、肉沫、蛋粥等,补充多种维生素,同时注意食物宜温凉,禁食较硬或刺激性食物。

2.8 心理护理 患者有全身皮肤受损、口腔黏膜溃疡糜烂、眼部病变及头发脱落症状,不仅生理上痛苦,心理上也很难接受,对治疗十分担忧,有恐惧心理,害怕再次引起反应,对治疗及护理不合作,通过耐心地讲解药物过敏知识,列举成功治愈病例,引导患者正确对待病情,消除顾虑,安心治疗^[7]。在病情好转的同时,患者对全身糜烂部位结痂比较担心,情绪不稳定、烦躁不安、失眠,此时要关心患者,耐心回答其提出问题,态度和蔼、热情,操作动作轻柔,以高度责任感和同情心赢得患者信任,使患者增强战胜疾病的信心,消除顾虑和恐惧心理,以积极心态配合治疗和护理,争取早日康复。

3 讨论

本例大疱性表皮松解型药疹患者年龄大,晚期肺癌,营养不良,抵抗力低下,伴 2 型糖尿病,皮肤生长慢,全身皮损面积

广泛,渗液多,病情凶险。通过制定有效的治疗方案及护理措施,实行保护性隔离,预防创面感染,经抗炎、抗过敏、营养支持等治疗,防止皮肤进一步损伤,促进皮损修复,取得了良好的效果。同时予以有效的心理护理,增强其自信心,配合治疗护理,让患者顺利度过危险期,对重型大疱性表皮松解型药疹患者的护理,尤其是危重患者的皮肤护理提供了经验。临床实践证明,高锰酸钾为强氧化剂,遇有机物即放出新生态氧,杀菌作用较强,低浓度有收敛作用,适用于创口和黏膜的洗涤,方法简单,安全有效。

参考文献:

- [1] 陈永玲. 高锰酸钾液湿敷在感染性伤口中的应用[J]. 哈尔滨医药 2006 26(1): 40-41.
- [2] 刘海燕,付淑平,田红英. 1 例特重度颅脑损伤脑疝患者的大疱性表皮松解型药疹的护理[J]. 护理实践与研究, 2008 5(11): 94-95.
- [3] 赵凤莲. 1 例重症肝炎合并剥脱性皮炎的护理体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报 2009 30(21): 2735-2736.
- [4] 陈晓青,周铁丽,薛利霞,等. 烧伤病区床垫细菌污调查及干预措施[J]. 浙江实用医学, 2009, 14(12): 163-164.
- [5] 曹春玲,王小媛,姚静. 1 例剥脱性皮炎型药疹的皮肤护理[J]. 中国实用护理杂志 2005 21(8A): 43-44.
- [6] 刘凤珍,桑巍. 重症药疹的观察与护理[J]. 实用中医内科杂志 2009 23(1): 80.
- [7] 黄香妹,狄静,李夏. 甘利欣静脉滴注致大疱性表皮松解型药疹患者的护理[J]. 护理与康复 2005 4(3): 237-238.

本文编辑:赵雯 2010-09-05 收稿

低钾血症致反复室颤和心搏骤停 1 例急救护理

张惠霞

(广州开发区医院 广东 广州 510730)

2009 年 5 月,我们收治 1 例严重低血钾致反复室颤、心搏骤停 5 次的患者,经 5 次体外除颤后转为窦性心律,经精心护理,患者康复出院。现报告如下。

1 临床资料

患者男,38 岁。2010 年 5 月 10 日下午 5 时与他人谈话时突然晕倒,由家人送往外院,未接受特殊治疗。于当日下午 6:30 再次出现上述症状,外院心电图示室颤,随之呈直线,经心肺复苏后由“120”急诊送入我院急诊科。急查血钾为 1.5 mmol/L,经处理后以“低钾血症、心肺复苏术后”收入我科。入院时查体:患者意识清楚,急性病容,面色、口唇苍白,血压 137/75 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),体温 37.5℃,脉搏 80 次/min,呼吸平稳,心律齐,各瓣膜听诊无杂音,四肢肌张力低,肌腱反射消失,双上肢肌力 IV 级,双下肢肌力 III 级,病理反射未引出。辅助检查:心电图出现病理性 U 波及 T 波倒置。立即给予氧气吸入、心电监护,急查生化指标,同时经静

脉和口服途径补钾。患者当日 21:30 再次出现心跳突然停止,心电图示直线,医护人员立即参与到抢救中,为患者行心脏按压、通畅呼吸道、静脉推注肾上腺素、除颤,后患者意识恢复,转为窦性心律。患者病情一直危重,随后出现 4 次室颤,心脏停搏,但均复苏成功。经科室讨论认为患者反复室颤的根本原因是低钾血症,因此我们在静脉补钾的同时留置胃管补钾 4 h 内共经静脉补钾 4 g,经胃管补钾 8 g,同时补镁。静脉补钾以缓慢、持续为原则,重症低钾者可先快后慢^[1]。考虑患者每次室颤均是心率减慢后出现,我们采用床边体外起搏控制心室率而未再出现室颤。凌晨 1:00 左右患者病情逐渐趋于平稳,血钾升至 3.1 mmol/L,但由于多次除颤,复苏后心功能受损,出现低排现象,尿量减少。我们在控制液体输入的情况下,小剂量持续微量泵静脉泵注多巴胺,经过积极处理,患者肾功能逐渐恢复。经过 24 h 抢救,患者病情稳定,生命体征平稳。经过 3 d ICU 监护后将患者转入普通病房继续治疗,