

1 例重症大疱性类天疱疮患者的护理

张蕊,王彤,余梦清

(中国医学科学院北京协和医学院 北京协和医院皮肤科病房,北京,100730)

[关键词] 大疱性类天疱疮;重症;水疱;护理

[中图分类号] R473.75 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2016)05-0078-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.05.019

Nursing of a patient with a severe bullous pemphigoid

Zhang Rui, Wang Tong, Yu Mengqing//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(5):78.

[Key words] bullous pemphigoid; severe; blisters; nursing

大疱性类天疱疮(bullous pemphigoid, BP)是一种表皮下水疱性皮肤病,好发于胸腹、腋下、腹股沟和四肢屈侧,严重时可见泛发全身,8%~39%患者同时伴有黏膜损害。典型皮损为在外观正常的皮肤黏膜或红斑基础上出现半球形的紧张性水疱或大疱,直径在1~2 cm,尼氏征阴性。疱壁较厚,不易破,疱液内含浆液,少数呈血性。水疱破溃后糜烂面常覆以痂皮或血痂,结痂脱落后常留有色素沉着,并伴有不同程度瘙痒^[1]。BP是一种自身免疫性疾病,与体液免疫和细胞免疫均有关,目前尚无有效的根治方法。由于病情迁延,反复发作,治疗过程复杂、时间较长,患者常继发感染而死亡。本科室于2015年7月收治1例BP患者,皮损面积超过体表面积90%,同时伴有多重耐药菌感染及低蛋白血症,经积极治疗和护理,患者康复出院,现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者男,47岁,因全身皮肤红斑、水疱2年余,加重7d于2015年7月19日入院治疗。入院时患者头面部、躯干、四肢泛发红斑,红斑上多发直径0.2~5 cm水疱、大疱,尼氏征阴性,全身可见多处黑色结痂及淡粉色糜烂面,面积最大8.5 cm×10 cm,皮损面积>90%体表面积。入院后血常规检查提示

白细胞 $19.78 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比82.9%、嗜酸性粒细胞百分比6.6%;肝功能检查示谷丙转氨酶64 U/L、白蛋白27 g/L、钙1.98 mmol/L;抗Bp180抗体175 U/mL;创面脓液分泌物培养提示耐苯唑西林的表皮葡萄球菌;皮肤组织病理+直接免疫荧光检查(direct immunofluorescence, DIF)提示表皮下水疱,基底膜带IgG、C3呈线状沉积,确诊为BP。

入院后遵医嘱给予泼尼松120 mg联合静脉注射用人免疫球蛋白(intravenous immunoglobulin, IVIG)40 g、人血白蛋白20 g静脉滴注;益赛普50 mg皮下注射;米诺环素胶囊口服抗感染;局部皮损抽吸疱液、糜烂面清创、氩氦激光照射、涂抹外用膏;加强营养支持及对症处理等。入院5 d后患者皮损得到有效控制,水疱及渗液开始减少;入院8 d后无新发水疱,糜烂面逐渐干燥,创面分泌物培养为表皮葡萄球菌;入院15 d后全身糜烂面愈合结痂,无脓性分泌物,但皮肤瘙痒;入院30 d左右结痂全部脱落,瘙痒减轻,皮肤表面遗留色素沉着斑。入院46 d后复查患者白细胞 $5.65 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比75%、嗜酸性粒细胞百分比0.4%、谷丙转氨酶28 U/L、白蛋白38 g/L、钙2.19 mmol/L,患者全身皮肤基本恢复正常,泼尼松减量至50 mg/d口服,遵医嘱予以出院。

2 护理

2.1 皮损护理

2.1.1 水疱和大疱的护理 水疱常常是BP患者最

[收稿日期] 2016-01-17

[作者简介] 张蕊(1981-),女,北京人,本科,主管护师,主要从事皮肤科临床护理工作。

早出现的体征。该例患者全身多发水疱、大疱,直径0.2~5 cm,入院前3 d每日新发水疱300~400个,疱液量100~200 mL,疱液颜色淡黄、澄清。注意保持疱壁的完整性,直径<1 cm、疱液较少或陈旧性的水疱,让其自行吸收;直径>1 cm的水疱由无菌注射器抽吸,抽吸疱液前先用碘伏消毒水疱及周围皮肤,使用1 mL注射器针头连接5 mL注射器针筒抽吸疱液,避免因针头过粗或抽吸力量过大造成局部损伤面积扩大^[2]。选择有利于引流水疱穿刺点位置,水平进针后将水疱内的疱液充分吸完后拔出针头,再用无菌干棉签或无菌纱布充分吸干残存于皮肤表面的疱液。每日抽吸疱液后记录疱液的颜色、性状、量,并取适量卤米松软膏轻轻涂抹于水疱表面及周围皮肤。该例患者入院5 d后新发水疱10余个,疱液量约2 mL;入院8 d后患者未再出现新发水疱。

2.1.2 糜烂和结痂面的护理 皮肤糜烂和结痂是BP患者最明显的体征。该例患者全身可见多处黑色干痂和淡粉色糜烂面,最大面积为8.5 cm×10 cm,皱褶处可见黄色渗出物,并伴有恶臭味。对患者采取暴露疗法,将患者所穿衣物全部脱去,躺于经高压蒸汽灭菌后的床单上,床上放置支被架,防止被单直接盖于患者身上,并注意每2~3 h变换体位。入院后在患者腋窝、腹股沟等多处分泌物细菌培养及药敏试验,根据其结果选择0.9%氯化钠注射液500 mL+阿米卡星注射液0.4 g擦洗糜烂面,2次/d,可去除局部脓性分泌物,有效抗感染。使用氩氦激光局部照射,激光波长632.8 nm,探头距离创面15~20 cm,根据创面大小调节光斑,每个光斑20 min,每次照射3个光斑。皱褶处及直径<2 cm的糜烂面给予暴露疗法,其余糜烂面外用莫匹罗星软膏5 g+凡士林油纱覆盖创面。根据患者局部皮肤情况,正确使用外用药膏,并观察用药效果和不良反应。红斑无糜烂处均匀涂抹卤米松软膏,有助于减轻红斑,缓解瘙痒症状;黑色干痂处涂抹1%硫酸新霉素软膏,有利于痂皮软化,促进痂皮尽早脱落。经处理患者入院8 d后糜烂面逐渐干燥,皱褶部位少量渗液;15 d后糜烂面全部愈合结痂,无脓性分泌物;30 d左右结痂完全脱落,皮肤表面遗留色素沉着斑。

2.1.3 瘙痒的护理 瘙痒通常是BP患者最主要的自觉症状。该例患者入院治疗15 d后全身糜烂面已愈合结痂,主诉皮肤瘙痒剧烈,以夜间为重。了解患者瘙痒的部位、程度及持续时间,嘱患者瘙痒时可通过看书、看报、聊天等方法转移注意力;也可使用放松疗法,如指导患者平卧于床上、闭目、从头至脚逐渐缓慢放松身体;瘙痒剧烈时切勿用手或其他工具暴力搔抓皮损,可用手掌轻按、拍打局部皮肤;并遵医嘱外用盐酸苯海拉明乳膏,2次/d,日间口服依巴斯汀片10 mg,1次/d、盐酸赛庚啶片2 mg,3次/d,睡前口服盐酸多塞平片50 mg缓解痒感;通过每日观察皮损的变化(如抓痕、红斑等)评估瘙痒改善的程度。患者入院30 d后结痂全部脱落,皮肤表面遗留色素沉着斑,主诉瘙痒感明显减轻。

2.2 多重耐药菌的防护

该例患者入院后腋窝、腹股沟处行创面脓液分泌物培养提示苯唑西林多重耐药的表皮葡萄球菌。在患者诊断牌及床头卡左上角贴蓝色隔离标识起警示作用;所有人员进入病室前戴帽子、口罩,接触患者前后均洗手;严格管理保洁人员、陪护人员及探视人员,每日限定探视时间(少于4 h)、探视人数(少于2人);患者置于单间病房,保证病室内空气清新,通风良好;室温保持在22~24℃,湿度保持在55%~65%;每日进行紫外线空气消毒,每次30 min;病室内地面及所有物体表面用1‰含氯消毒液擦拭消毒,每日1次;固定抹布、拖把清扫病房,使用后用1‰含氯消毒液浸泡30 min后再清洗备用;病房内放置专用的快速手消毒剂及医疗废物垃圾桶,所有垃圾均为医疗废物,用双层黄色垃圾袋收集密封后由专人收集;床单、被套等每日更换,更换下的被服装入双层黄色垃圾袋后送洗衣房先消毒再清洗;与该患者直接接触的医疗物品,如听诊器、血压计、体温计、输液架等要固定专用,轮椅、床旁心电图机等不能专人专用的医疗物品要在每次使用后及时擦拭消毒^[3];护士为患者换药时必须穿隔离衣、戴手套,注意严格执行无菌规范,并尽量保证各种治疗、护理工作集中进行。经护理和治疗患者入院10~20 d创面分泌物细菌培养结果连续3次阴性,解除床旁隔离。

2.3 营养支持

由于BP患者皮肤出现多处糜烂、水疱,蛋白质和体液大量丢失,极易导致营养不良,进而影响皮损的愈合,增加并发症发生的机率。该例患者白蛋白27 g/L,双下肢肿胀明显,遵医嘱人血白蛋白20 g 静脉滴注,1次/d,连用5 d;口服肠内营养粉剂(安素)3次/d,40~50 g/次。向患者解释营养治疗的重要性,制订合理而详细的饮食计划,指导患者以高蛋白、高热量、高维生素、低糖食物为主。该例患者口腔黏膜无水疱及糜烂,患者可经口进食,每日保证摄入牛奶500~1000 mL、鸡蛋清3~4个、瘦肉200 g左右、蔬菜水果300~400 g。治疗期间患者因应用大剂量糖皮质激素,可使胃酸分泌增加,诱发或加重消化性溃疡的发生;并可促进蛋白质的分解代谢,导致蛋白质大量丢失;还可促进糖原异生,引起高血糖^[4]。告知患者禁食刺激性食物,如辣椒、咖啡、浓茶、油炸食品及腌制品。避免粗糙、高糖食物的摄入,防止消化道出血、类固醇性糖尿病等并发症的发生。该例患者入院第8 d复查白蛋白36 g/L,双下肢肿胀消退。

2.4 病情观察

2.4.1 观察患者生命体征及皮损的变化 护士每4 h监测生命体征1次,尤其是体温的变化,警惕败血症及感染性休克的发生。每日观察患者全身皮损情况,如水疱新发的数量、有无消退或压破;糜烂面有无缩小;渗液是否减少;红斑颜色是否转暗等^[5]。该例患者住院期间未发生体温异常。

2.4.2 用药观察及护理 由于糖皮质激素可增加钙、磷的排泄,引起低钾、低钙等水电解质紊乱和酸碱失衡^[4]。患者入院后给予大剂量糖皮质激素联合IVIG以及益赛普治疗。需密切观察患者用药后的不良反应,长期大剂量使用糖皮质激素可引起库欣综合征、骨质疏松、高血压、高血糖;IVIG滴注会出现发热、头痛、面色潮红、恶心、寒战等过敏反应;益赛普皮下注射最易出现红斑、瘙痒、疼痛和肿胀^[6]。遵医嘱定期监测患者的血压、血糖、血常规、电解质、大便潜血等,准确记录出入量,并注意有无四肢无力、腹胀、便秘等低钾表现;加强巡视,严格控制IVIG的滴速;严格掌握益赛普的配制流程、注射方法。该例患者住院期间未出现并发症及药物不良反应。

2.5 心理护理

该例患者病程长,愈合慢,且皮损范围大,分泌物伴有恶臭味,给患者带来极大的躯体痛苦和心理负担。患者表现为自信心下降、焦虑、悲观、厌世等消极情绪,入院初期甚至拒绝治疗。了解患者的顾虑,尊重、体贴、关心患者,加强与患者沟通,强调积极配合治疗及良好的心境对疾病恢复的重要性。以和蔼的态度、亲切的语言,耐心细致向患者讲解BP的发病原因、疾病转归及药物不良反应等,使患者对疾病有正确的认识,消除不良情绪反应。最终患者调整心态,逐渐树立战胜疾病的勇气和信心,主动配合治疗与护理。

2.6 出院指导

保持心情舒畅,避免精神紧张、忧伤、焦虑等;坚持适度锻炼,增强机体的抵抗力;避免感冒,尽量不到人群密集的地方,外出须佩戴口罩;保持皮肤清洁干燥,勿用热水烫洗及过多使用碱性清洁剂^[7];遵医嘱用药(包括口服药及外用药),激素类药物不可随意减药或停药,以免造成病情的复发;同时加服维生素D与钙剂,并避免跌倒及剧烈运动,以防意外受伤造成骨折;减药过程中若出现新发红斑、水疱或出现胸闷、心悸、头昏、无力等不适,及时就医;定期门诊随诊,了解疾病恢复情况,调节用药,并监测血常规、肝肾功、便常规、便潜血、间接免疫荧光检查等指标。

3 小结

该例BP患者皮损面积较大,累及90%以上体表面积,同时伴有多重耐药菌感染和低蛋白血症,护理难度极大,有效的心理疏导、细心的创面护理、重视消毒隔离措施、注意营养支持和饮食指导、密切关注病情变化和药物不良反应,患者病情得到有效控制,避免各种并发症的发生。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:843-845.
- [2] 余凤成,宋丽萍,王毅红,等. 二例高龄类天疱疮病人的护理[J]. 护士进修杂志,2009,24(12):1151-1152.
- [3] 苏满坚,吴佩英. 重症监护病房多重耐药菌患者的护理干预[J]. 中国当代医药,2014,21(19):109-111.