

皮炎炎并发间质性肺炎患儿的护理

王琦¹, 吴丽华²

(1镇江市第一人民医院儿童医院儿一科, 江苏镇江, 212002;

2盐城市第三人民医院护理部, 江苏盐城, 224500)

[摘要] 目的 总结皮炎炎并发间质性肺炎患儿的护理经验。方法 回顾性分析和总结 11 例皮炎炎并发间质性肺炎的护理措施。结果 本组患儿病情均得到有效控制。结论 密切观察病情变化, 做好呼吸衰竭的急救和护理、预防感染及间充质干细胞移植的护理, 对提高疾病治疗效果具有积极的意义。

[关键词] 皮炎炎; 肺间质病变; 护理

[中图分类号] R473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2013)12-0029-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.12.008

Nursing of children dermatomyositis complicated with interstitial pneumonia

Wang Qi, Wu Lihua // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(12):29.

[Abstract] **Objectives** To summarize the experience of nursing care to children with dermatomyositis complicated with interstitial pneumonia. **Methods** The nursing histories of 11 cases of children dermatomyositis complicated with interstitial pneumonia were retrospectively looked into for summarizing the nursing measures. **Results** The diseases were both effectively controlled in all the children, who were given maintenance therapy by oral taking of hormone after discharge. **Conclusion** Such nursing measures as close observation of disease, enhanced nursing and first aid of respiratory failure, nursing of infection and secondary infection, care after mesenchymal stem cells transplantation, strengthened disinfection and isolation, are of significance for controlling the disease.

[Key words] dermatomyositis; lung interstitial disease; nursing

皮炎炎是一种免疫介导的以横纹肌和皮肤急性和慢性非化脓性炎症为特征的多系统受累疾病, 主要病理变化为广泛的血管炎。无论是成人还是儿童, 间质性肺疾病均是其常见的并发症, 而且影响皮炎炎的预后^[1]。皮炎炎合并间质性肺炎的病死率为 8.89%^[2]。2009 年 3 月~2013 年 3 月, 笔者所在医院共收治 11 例儿童皮炎炎并发间质性肺炎的患儿, 经精心治疗和护理均病情好转出院, 现将方法和结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 11 例, 男 6 例, 女 5 例; 年龄 3~16 岁, 平均 (6.5 ± 2.0) 岁; 发病时间 1 个月~4 年, 平均 (1.5 ± 0.6) 年。主要临床表现: ①发热: 3 例患儿发热, 体温 37.5~39.0℃; ②皮疹: 11 例患儿起病初期均表现颜面部紫红色皮疹, 其中 1 例出现躯干

及四肢合并皮疹, 消退后遗留不规则红褐色色素沉着, 无渗液、溃疡; ③呼吸系统症状: 5 例患儿均出现不同程度的反复咳嗽、胸闷、憋气, 1 例出现呼吸窘迫、口唇紫绀, 氧饱和度下降到 82%, 呼吸衰竭, CT 提示间质性肺炎合并肺大疱、胸腔积液; ④肌无力: 1 例出现四肢肌肉萎缩, 肌力下降, 双上肢肌力 V 级, 下肢肌力 III 级; ⑤关节炎: 1 例双膝关节明显膨大、双踝关节稍膨大; ⑥循环系统症状: 2 例患儿出现窦性心动过速伴心律不齐、期前收缩, ST-T 压低改变等; ⑦消化系统症状: 1 例患儿呕吐咖啡样内容。

1.2 治疗方法

儿童皮炎炎的治疗方案以糖皮质激素合用免疫抑制剂为首选^[3]。在免疫抑制剂的使用中, 多数首选甲氨蝶呤, 重症患儿加用环孢素或环磷酰胺^[4]。急性期选用甲泼尼龙静脉滴注冲击治疗, 剂量为 20~30 mg/(kg·d), 最大量 1 g/d, 使用 3~5 d, 然后改为泼尼松口服维持, 重症患儿间隔 3~5 d 再重复应用冲击治疗。泼尼松口服剂量为 1~2 mg/(kg·d), 最大量 60 mg/d, 后逐渐减量。本

[收稿日期] 2013-05-12

[作者简介] 王琦 (1972-), 女, 江苏镇江人, 主管护师, 本科, 主要从事儿科临床护理工作。

组 2 例患儿急性期应用丙种球蛋白治疗,剂量为 $400 \text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 静脉点滴,使用 3~5 d。1 例患儿表现为重度呼吸困难,呼吸衰竭,综合应用以上治疗措施同时辅以呼吸机机械通气,间充质干细胞移植,使用敏感抗生素抗感染,对症支持治疗。

2 结果

本组患儿病情均得到有效控制,咳嗽、咳痰症状消失,体温 $36.5 \sim 37.3^\circ\text{C}$,双肺呼吸音清晰,未闻及干、湿啰音;氧饱和度 $98\% \sim 100\%$;胸部 CT 仍显示患儿两肺间质纤维化。1 例重症肺炎合并肺间质纤维化、双下肢肌力减弱、肌肉萎缩的患儿,出院 1 年后随访,结果显示,患儿双下肢肌力 VI~V 级,肌肉萎缩明显改善。本组患儿出院后继续口服激素治疗。

3 讨论

3.1 皮炎合并间质性肺炎对患儿的影响

皮炎合并间质性肺炎最为多见和严重,间质性肺炎发病率高达 46% ^[5]。因肺顺应性降低,肺容量减少,导致限制性通气和弥散功能障碍;细支气管的炎症病变,以及肺小血管的闭塞,引起通气与血流比例失调所致的换气功能障碍性缺氧,紫绀,患儿出现慢性进行性呼吸困难,进而发生呼吸衰竭而死亡。早期规则治疗和有效护理,皮炎合并间质性肺炎缓解率达 83.3% ,死亡率 20.8% ^[6]。本组 11 例皮炎合并间质性肺炎患儿经治疗和护理后,病情均得到有效控制,出院后继续给予口服激素治疗。

3.2 护理

3.2.1 急救护理 呼吸系统受累在皮炎、多发性肌炎患者中常见,发生率高达 $45\% \sim 61\%$ ^[7],是导致死亡的重要原因。本组有 5 例患儿出现呼吸急促,口唇青紫,立即给予吸痰,保持呼吸道通畅,高浓度 ($40\% \sim 60\%$) 给氧,心电监护,开放静脉通道,予强心、抗炎、抑酸防止消化道出血、能量支持及对症治疗,4 例呼吸困难症状得到缓解;1 例症状仍不能缓解,立即行气管插管予呼吸机辅助通气,专人护理,密切观察生命体征情况,定期湿化气道,保持呼吸道通畅,19 d 后撤除呼吸机,住院 110 d 病情趋于稳定出院。

3.2.2 发热护理 继发肺部感染常导致体温升高。本组 3 例发热患儿体温在 $37.5 \sim 39.0^\circ\text{C}$ 。保持室内空气新鲜,每日用 3% 碳酸氢钠溶液口腔护理 2~3 次,观察口腔有无霉菌感染;密切监测体温变化,出汗多时及时更换被服,观察并记录降温效果;遵医嘱使用有效抗菌素。本组发热患儿体温均未超过 39.0°C ,通过物理降温,3~7 d 降至正常范围。

3.2.3 肺部感染护理 皮炎患儿呼吸肌常常受损害,食管上部运动障碍而引起吸入性肺炎;由于呼吸肌无力引起分泌物潴留,痰液引流不畅,容易引起继发感染;由于大剂量激素和免疫抑制剂的使用也容易继发肺部感染。本组 5 例患儿发生肺部感染。我们的措施是:抬高床头 $30 \sim 45^\circ$;保持呼吸道通畅,每 2 h 翻身拍背 1 次,鼓励和指导患儿进行自主有效咳嗽;气管插管患儿,采用密闭式吸痰,呼吸机管道有痰液、血液污染时立即更换;试撤机或撤机后教会患儿进行呼吸肌功能锻炼,如缩唇深呼吸,主动咳嗽,必要时予雾化吸入稀释痰液;严格无菌操作,执行手卫生和消毒隔离措施,预防呼吸机相关性肺炎。本组肺部感染病例均得到有效控制。

3.2.4 预防感染护理 大剂量糖皮质激素及免疫抑制剂应用使患儿自身免疫力下降,容易发生感染。我们对患儿采取保护性隔离,室内紫外线消毒 3 次/日,室内洁净度保持在 $\leq 500 \text{ cfu}/\text{m}^2$;限制家长探视,探视时穿隔离衣、鞋套,戴帽子、口罩。

3.2.5 皮疹护理 广泛血管炎是小儿皮炎主要病理变化,小动脉、小静脉和毛细血管可见血管变性、栓塞、多发性梗死。内皮细胞肿胀、变性、坏死,引起血小板堆积,血栓形成而造成管腔狭窄或梗死^[7]。本组 11 例患儿均有皮疹,表现为颜面部紫红色皮疹,其中 1 例出现躯干及四肢合并皮疹,消退后遗留不规则红褐色色素沉着。我们采用如下的措施:观察皮疹的大小、部位、形态;保持皮肤清洁,每日清水清洁皮肤,勿用碱性肥皂及化妆品;肌内注射和静脉穿刺时避开皮肤破损部位;皮肤破损时避免日光直接照射;注意保暖,避免寒冷刺激。本组患儿皮疹逐渐消退。

3.2.6 用药护理 ①肾上腺皮质激素的应用,提高了皮炎治疗预后,约 90% 的患儿达到完全缓

解和正常生活^[8]。长期大剂量使用皮质类固醇激素,易诱发真菌及病毒感染,出现水肿、高血压、糖尿病、消化道溃疡、骨质疏松、电解质紊乱等。我们采取如下措施:做好个人和环境卫生,预防感染;定期监测血压、血生化指标,观察有无呕血、黑便等消化系统出血症状。②免疫抑制剂通过阻断机体异常免疫反应,达到治疗的目的。免疫抑制剂对周围血管有强烈的刺激性,静脉用药一旦渗出易引起局部组织坏死。因此,我们选择深静脉置管如PICC,输液前确保管道在血管内,严格遵医嘱控制输液速度,定期监测血常规、生化指标,了解肝肾功能、有无骨髓抑制等副作用。本组1例患儿出现低钾、低钠血症,血小板减少、口腔真菌感染等副反应的情况,经对症处理后症状消失。

3.2.7 脐带间充质干细胞移植护理 间充质干细胞是来源于发育早期中胚层的具有高度自我更新能力和多向分化潜能的多能干细胞,广泛存在于脐带、骨髓等多种组织中,可在体外培养扩增,并能在特定条件下分化成为神经细胞、肌细胞、肝细胞、成骨细胞、软骨细胞、基质细胞等多种细胞的能力^[9-10]。文献报道^[11],脐带间充质干细胞移植24 h后患者偶感胸闷及发热,观察48 h后自然缓解。本组有1例患儿行脐带间充质干细胞移植。移植前做好环境准备(层流病房),间充质干细胞避免在室温中放置过久,造成造血干细胞损失;输注时保持静脉通道通畅,回输时速度尽量快,以患儿不出现心慌为标准;输注结束后用20~30 mL生理盐水冲洗血袋,输注的同时轻揉血袋,以利于聚集的干细胞分离后均匀输入;密切观察血压、心率、心律、尿量、尿色及有无发热、寒战、皮疹及过敏性休克等。本病例移植期间未发生上述的不良反应,顺利完成脐带间充质干细胞移植。

3.2.8 功能锻炼 功能锻炼有助于促进下肢静脉回流;预防踝关节僵硬和足下垂,防止或减少肌肉萎缩和膝关节僵硬。本组有1例患儿出现双下肢肌肉萎缩、双膝关节明显膨大、双踝关节稍膨大。我们根据患儿病情制订短期和长期功能锻炼计划,教会患儿练习缩唇深呼吸锻炼呼吸肌功能,增加肺活量锻炼;帮助患儿做主动肌肉、关节舒缩运动;指导患儿踝关节主动伸屈和旋转运动,下肢直腿抬高运动和膝关节伸屈运动;鼓励患儿主动运

动双上肢、握拳、屈伸肘关节和腕关节,躯干前屈、后伸,外展、内收肩关节等。病情好转后鼓励患儿下床扶行,尽快恢复肌力。在功能锻炼时注意循序渐进、持之以恒,逐步增强锻炼的强度和时间,切忌剧烈运动。本组患儿出院1年后随访,结果显示,患儿双上肢肌力基本恢复正常,双下肢肌力VI~V级,肌肉萎缩明显改善。

3.2.9 出院指导 过早停药或减量过快均是导致本病复发的重要原因,因此要告知患儿及其家长:①口服小剂量强的松一般需维持24个月或更长,要坚持服药。不能随意减量或停药,以防病情恶化或反复,并定期到门诊复查;②长期服用强的松、氨甲蝶呤,可导致骨质疏松,并对肝脏、肾脏有一定损害。故应给患儿提供充足的蛋白质和热量,同时加服钙剂和维生素D,以防缺钙和抽搐,定期复查肝、肾功能;③适当休息,避免日光照射,注意保暖,避免着凉;勤更衣、沐浴、剪指甲、漱口,平时应增强机体免疫力,防止继发感染;④坚持进行主动和被动功能锻炼,尽早恢复肌力,预防四肢挛缩,同时防止摔倒而致外伤。

4 结论

皮炎合并间质性肺炎患儿常因呼吸肌受累,无力咳嗽、咳痰致呼吸道分泌物潴留;加上糖皮质激素和/或免疫抑制剂的应用使自身免疫力下降,诱发细菌、病毒、真菌感染。通过对11例皮炎合并间质性肺炎患儿的护理体会到,加强病情观察,保持呼吸道通畅,做好消毒隔离防护,预防感染对提高疾病治疗效果具有积极意义。

参考文献:

- [1] 陈黎,胡艳,么远,等.儿童皮炎合并间质性肺疾病的临床研究[J].中华儿科杂志,2012,50(6):466.
- [2] 邝伟英,李彩凤,何晓琥,等.幼年皮炎合并肺间质病变临床分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2011,27(8):538.
- [3] 陈洁,姚志荣,张定国.儿童皮炎25例临床分析[J].临床皮肤科杂志,2004,33(6):350.
- [4] 邝伟英,李彩凤,何晓琥,等.幼年皮炎120例临床特点及治疗随访分析[J].实用儿科临床杂志,2011,26(15):1199-1201.
- [5] Marie I, Hachulla E, Hatron PY, et al. Polymyositis and dermatomyositis: Short-term and long-term outcome,