

·个案护理·

1 例口服药物导致大疱性表皮松解坏死型药疹患者的护理

梁丽, 解东莉

(廊坊市中医医院, 河北廊坊, 065000)

[关键词] 口服药物; 重症药疹; 护理; 湿敷

[中图分类号] R473.75 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2015)02-0078-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.02.022

Nursing of one patient with severe drug eruption induced by oral drugs

Liang Li, Jie Dongli // Modern Clinical Nursing, -2015, 14(02): 78.

[Key words] oral drug; severe drug eruption; nursing; hydropathic compress

药疹又称药物性皮炎, 是药物通过口服、注射、吸入等途径进入人体后引起的皮肤黏膜炎症或非炎症性反应^[1]。临床上常将重症多型红斑型、大疱性表皮松解坏死型、红皮病型或剥脱性皮炎型药疹称为重症药疹, 其危害性大, 死亡率高达 25% ~ 35%^[2]。大疱性表皮松解坏死型药疹是药疹中最严重的一种类型, 常由解热镇痛剂、抗生素、磺胺类、巴比妥类等药物引起。该病起病急, 进展快, 全身中毒症状严重, 皮损由弥漫性红斑迅速发展成大小不等的松弛性水疱, 继而松解坏死和剥脱, 形成糜烂, 可伴有不同程度的口腔、眼结膜、会阴、呼吸道、胃肠道黏膜的糜烂、溃疡, 严重者可继发感染、肝肾功能衰竭、电解质紊乱或内脏出血而死亡。本院于 2013 年 3 月 11 日收治 1 例因口服药物导致大疱性表皮松解坏死型药疹患者, 经治疗及护理, 康复效果满意, 现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者女, 43 岁, 2014 年 3 月 6 日因牙痛在私人诊所就诊口服保泰松、布洛芬、土霉素、维生素 B₁、强的松 2 d 后出现大面积皮疹伴发热, 体温最高达 40℃, 随即停药口服抗过敏、激素药物治疗症状无缓解, 发疹第 4 天入院就诊。既往体健, 无药物、

食物过敏史。入院检查: 血压 130/100 mmHg, 体温 38.5℃, 心率 110 次/min, 心律齐。面色发红, 胸腹背部、四肢皮肤大面积皮疹, 鲜红肿胀, 呈斑片状, 高出皮面, 散发大小不等水疱, 有灼痛感, 双侧腋窝及腹股沟可触及数个淋巴结肿大。入院第 3 天患者相继出现手足心、面部水疱伴烧灼痛, 眼部肿胀, 分泌物增多, 口腔、外阴黏膜溃疡糜烂, 全身皮肤糜烂伴水疱破裂、渗液、结痂、大片鳞屑样脱落。入院第 2 天给予中药治疗清热解毒、凉血透邪法; 给予西药治疗, 甲泼尼龙琥珀酸钠静脉输注, 连续使用 26 d 逐渐减量至停用, 同时根据病情给予抗炎、抗过敏、保肝、维持水电解质平衡、免疫球蛋白、血浆置换等治疗。该例患者初步确定为口服保泰松或布洛芬过敏, 经药物治疗和护理, 患者第 32 天康复出院。出院时全身大部分结痂脱落, 新生皮肤红润, 无瘢痕形成, 残存部分结痂, 基底部干燥, 恢复良好。

2 护理

2.1 生命体征及病情观察

严密观察患者生命体征及病情变化情况, 测血压时先衬垫灭菌治疗巾, 再缠袖带以免损伤创面; 高热时采用冰袋物理降温, 避免酒精擦浴, 避免血管扩张使水疱渗液增多, 不利于疱疹愈合, 使病情加重^[3]。遵医嘱给予安痛定退热。因蛋白质丢失、水电解质紊乱、进食不足、药物的大量应用可导致肝肾功能受损,

[收稿日期] 2014-12-18

[作者简介] 梁丽(1978-), 女, 河北廊坊人, 主管护师, 本科, 主要从事内科护理工作。

准确记录液体出入量,监测肝肾功能、血尿便常规等。患者入院第1~5天,体温最高达38.8℃,心率最高达120次/min,降温处理后降至90~100次/min,体温波动37.3~38.2℃,第10天降至正常。

2.2 皮肤黏膜护理

2.2.1 皮试及静脉穿刺的护理 患者入院时全身皮肤大面积皮疹,药物过敏试验无法选择常规部位,询问过敏史后选取左手背部正常肤色处进行皮试,观察皮试结果。各种外用药物使用前先小面积皮试无不适后再使用。患者全身皮损严重,静脉穿刺及固定困难,故使用静脉留置针,由技术熟练的护理人员进行操作,扎止血带前先用纱布或治疗巾包裹以免损伤皮肤。固定时不宜使用胶布及输液贴膜,采用无菌纱布敷盖后自粘绷带环形固定,穿刺口处每日用0.5%碘伏消毒换药,观察局部皮肤情况及有无静脉炎发生。恢复期使用头皮针进行穿刺。该例患者住院期间无静脉炎发生。

2.2.2 创面的护理 因患者全身皮肤剥脱糜烂,创面易与被服粘连,故采取暴露疗法。使用气垫,每2 h更换体位1次,避免因呼吸道黏膜受损和长时间卧床而发生肺部感染及压疮,病情平稳后协助患者下床缓慢活动。小水疱或松弛、渗液少的水疱让其自然吸收,尽量保持水疱壁完整,勿使其破溃。疱液用消毒液消毒后,再用无菌空针低位穿刺抽吸,最大程度保证无菌状态^[4]。保持创面清洁,及时清除坏死上皮及分泌物,生理盐水清洗碘伏消毒后外喷康复新液自然晾干。痂皮较厚部位先用4~6层灭菌生理盐水纱布湿敷20~30 min,以不滴水为宜,干燥时用无菌注射器在纱布喷淋生理盐水以保持纱布的湿润。一次湿敷总面积不大于体表面积的1/3^[5],观察痂下皮肤生长情况,有无积脓。湿敷软化后用无菌剪刀仔细修剪,不可用力撕扯痂皮,疼痛难忍时遵医嘱用利多卡因胶浆外敷止痛。换药过程中严格无菌操作,动作轻柔,最大限度减轻患者痛苦。换药后四肢置于适当伸展位,利于皮肤皱褶处通风,用支架支起盖被,保持创面透气良好。恢复期结痂脱落皮肤干燥瘙痒,给予鱼肝油软膏涂抹,以保护新生表皮,修剪指甲防止搔抓破溃,可垫无菌治疗巾轻轻揉拍止痒,忌用热水、肥皂水擦洗,避免用力摩擦皮肤。结痂较厚部位可见少量粘稠分泌物,采用无菌生理盐水纱布温软化后用无菌剪刀仔细修剪痂皮,清除痂下分泌物碘伏消毒后喷

康复新液。患者入院4~25 d,全身皮肤糜烂伴水疱破裂、渗液、结痂、大片鳞屑样脱落后皮损逐渐愈合。

2.2.3 五官及黏膜护理 加强五官及黏膜护理,降低感染的发生率。患者并发口唇肿胀、口腔黏膜溃疡、舌面糜烂,饭前后及睡前用生理盐水漱口后康复新液口含。双眼分泌物较多,先用棉签蘸生理盐水清洁分泌物,再用氯霉素眼药水滴眼3次/d,睡前涂红霉素眼膏。患者两侧腹股沟、会阴部及肛周出现不同程度的水疱,且恰逢行经期,协助患者及时更换卫生巾,用温生理盐水清洗外阴后0.5%碘伏棉球擦洗,2次/d,再喷康复新液。便后用柔软湿巾擦拭,再涂鱼肝油软膏保护创面。协助患者每2 h更换体位1次,避免皮损长期受压影响愈合。患者入院第15~20天,口腔、会阴部黏膜逐渐恢复正常。

2.3 预防感染护理

重型药疹患者皮肤大面积糜烂、渗液、感染,大剂量糖皮质激素的使用,极易导致全身感染,预防是治疗的关键^[6]。为患者提供清洁、安静的单间病房,室温25~28℃,相对湿度50%~60%;紫外线灯照射消毒1次/d,每次30 min;开窗通风2次/d,每次20 min;地面用500 mg/L的含氯消毒液擦拭,2次/d;使用经高压蒸汽灭菌的棉质被服,床单下铺无菌床罩,床单被罩每日更换1次,污染后随时更换;选择柔软内衣裤,勤更换,煮沸后在日光下暴晒;血压计、听诊器、体温计、手电筒等诊疗器械专人专用,每天使用酒精擦拭消毒,减少医院内感染^[7];各项治疗护理操作集中进行,严格无菌操作,限制1名陪护人员,减少出入病房次数;剪去腋毛、阴毛,以减少感染机会。该例患者及家属积极配合医护人员,严格遵守各项消毒隔离措施未发生感染。

2.4 药物副作用的观察及护理

糖皮质激素是治疗本病的重要药物,但大剂量使用易引起高血压、高血脂、应急性溃疡、感染、水钠潴留、低血钾、骨质疏松及股骨头坏死等并发症^[8]。患者入院当天即给予抗炎、钙剂、维持水电解质平衡、保护胃黏膜等药物治疗。每天给予甲泼尼龙琥珀酸钠40 mg/次,酌量递减,28 d后每日给予地塞米松5 mg/次,连用4 d。输糖皮质激素需严密观察大小便情况,有无出血、感染,向患者及家属讲解药物相关知识。监测血压、血糖、电解质、大便常规加

潜血及肾功能等变化,观察激素减量后有无皮损反跳现象。入院3d加用保护肝功能药物,同时根据病情给予抗过敏、免疫球蛋白、血浆置换等治疗。该例患者住院期间化验检查提示肝功能损害,血糖轻微升高,出院前复查肝功明显好转,血糖正常。出院3周后复检肝功能、血糖正常。

2.5 心理护理

因起病急、进展快、皮肤黏膜损伤痛苦难忍、行动受限、进食睡眠障碍、害怕留有瘢痕等,该例患者产生紧张、恐惧、焦虑等不良情绪,同时应用激素能提高中枢神经系统兴奋性,导致患者情绪不稳定,及时给予患者有效的心理护理,加强与患者及家属的沟通交流,向患者讲解本病相关知识,告知患者病愈后皮肤可恢复正常,鼓励其树立信心积极配合。生活护理细心周到,满足其合理要求,注意保护隐私,让患者感到被关心和尊重,建立良好的信任。指导适当听音乐以分散注意力,减轻疼痛。通过实施心理护理,患者及家属能够与医护人员及时沟通交流,积极配合各项治疗。

2.6 饮食护理

由于患者体液大量渗出造成大量蛋白质、水电解质丢失^[9],加之起病初期进食少,并发口腔黏膜溃疡,导致吞咽困难。指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素、高糖类的清淡、易消化流质饮食,如鸡汤、菜汤、牛奶、稀饭等,不宜过热,少食多餐,每日5~6餐为宜,使用吸管或汤匙配合吞咽动作少量、缓慢进食。忌辛辣刺激、干硬食物、鱼虾及海产品,嘱患者多饮水,病情稳定逐步过渡至软食,餐具须煮沸消毒后使用。

2.7 出院指导

患者因在私人诊所就医滥用药物导致药疹,出院时告知患者避免再次接触此类药物,嘱患者到正

规医院就诊,严格遵医嘱用药,出现皮肤异常及时就医;在家做好皮肤护理,避免直接在阳光下暴晒,注意个人卫生,勤换内衣裤,穿柔软棉质内衣,减少皮肤刺激;合理饮食,加强营养以提高免疫力,忌辛辣刺激,鱼虾海鲜,腥膻发物等,以免加重病情,保持情绪稳定,注意劳逸结合。

3 小结

大疱性表皮松解坏死型药疹易造成全身感染,切实做好消毒隔离,从各个环节避免感染是预防继发感染的前提,对皮肤黏膜受损处的恰当处理是预防和控制继发感染的关键,合理用药和营养供给对控制病情至关重要,严密观察患者生命体征、病情变化、药物副作用为治疗和护理提供依据,详细的出院指导是避免药疹再次发生的重要环节。

参考文献:

- [1] 范瑞强,廖元兴. 中西医结合临床皮肤性病学[M]. 广州:广东世界图书出版公司,2003:485-488.
- [2] 苑园. 重症药疹的护理体会[J]. 医学理论与实践,2009,22(4):483.
- [3] 刘锦尚,吴凌云. 1例卡马西平致大疱性表皮坏死松解型药疹的护理体会[J]. 国际医药卫生导报,2010,16(1):91-92.
- [4] 王慧梅,黄岚. 盐酸利多卡因致重症药疹的护理[J]. 海峡药学,2010,22(2):181-182.
- [5] 张宝珍,周钰静,孔红娟. 32例重症药疹患者的护理体会[J]. 中国老年保健医学杂志,2012,10(1):65-66.
- [6] 唐晓兰. 重症药疹26例临床分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(1):68-69.
- [7] 许璧瑜,陈木开,刘晓华. 别嘌醇超敏反应综合征病人的护理[J]. 现代临床护理,2008,7(11):31-33.
- [8] 杨莉,郑艳华,靳海燕. 重症药物疹合并糖尿病患者的护理[J]. 中国实用医药,2010,5(14):196-197.
- [9] 孟庆娜,张红. 重症药疹27例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志,2007,13(1):46-47.

[本文编辑:李彩惠]