

·个案护理·

1 例重度营养不良并发多处皮肤感染溃烂患者的护理

许珊珊,戴新娟,顾蕾怡
(江苏省中医院,江苏南京,210029)

[关键词] 营养不良;重度;皮肤溃烂;高热;腹泻;护理

[中图分类号] R47 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2019)02-0073-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.02.015

Nursing care to a patient with severe malnutrition complicated with multiple skin infections and festers

Xu Shanshan, Dai Xinjuan, Gu Qiangyi//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(2):73.

(Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, 210029, China)

[Key words] malnutrition, severe; skin ulceration; high fever; diarrhea; nursing

营养不良是由于摄入不足或食物不能充分利用,以致不能维持正常代谢,迫使机体消耗自身组织,出现体重不增或减轻,生长发育停滞,脂肪逐渐消失的一种慢性营养缺乏病^[1]。重度营养不良的患者体重<理想体重的60%,白蛋白<20g/L,总淋巴细胞计数<0.9×10⁹/L,易出现再喂养综合征、压疮、感染性休克、低血钾危象等一系列并发症,甚至危及生命^[2]。本院2017年7月收治1例中年重度营养不良患者,并发严重皮肤感染,双手、双足、肛周及鼻腔等多处皮肤破溃渗出,贫血严重,住院期间出现高热、腹泻,患者自我形象紊乱,自理能力下降,焦虑、抑郁情绪严重,一度打算放弃治疗,

增加了护理难度。该例患者入院后治疗护理的重点是纠正贫血、补充营养、治疗皮肤破溃、预防感染、高热和腹泻对症护理及预防并发症、给予人文关怀等,经治疗及精心护理后患者康复出院,现将治疗护理经验报道如下。

1 病例介绍

患者,男,44岁,因“进行性消瘦4年”拟“重度营养不良”于2017年7月14日入院。患者有“甲状腺功能减退”病史1年,拒绝服药治疗。2017年6月5日置入PICC置管1条。

1.1 营养状况及处理

入院时患者精神差,形体极度消瘦,轮椅推入病房,身高173cm,体重约35kg,体质指数:11.7,诉上腹部饱胀,不欲饮食,全身酸痛乏力,伴头晕、心慌。入院时血钾3.73mmol/L、钠131.5mmol/L、氯95.8mmol/L、钙1.91mmol/L、葡萄糖2.51mmol/L、

[收稿日期] 2018-02-28

[作者简介] 许珊珊(1985-),女,安徽合肥人,主管护师,硕士,主要从事消化科护理工作。

[通信作者] 戴新娟,主任护师,硕士生导师,本科, E-mail:xingjdai@163.com。

~~~~~

启示与借鉴[J].医学与哲学,2012,33(21):63-64.

[12] 尹梅.护理伦理学[M].北京:人民卫生出版社,2018:1-2.

[13] 黄茜茜,蔡松姐.领导-成员交换质量对护士伦理决策的影响[J].中华护理教育,2016,13(8):596-598.

[14] 吴敏娟.临床护士护理伦理决策能力的现状调查和相关因素分析[D].杭州:杭州师范大学,2016.

[15] 姚树桥,杨彦春.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,2013:17-19.

[16] VIRGINIA A, PATRICIA M.护理英语[M].北京:中国青年出版社,2011:1-4.

[17] 谭培文,吴全兰.宗教信仰与社会主义相适应问题研究[J].广西师范大学学报(哲学社会科学版),2018,54(2):24-30.

[本文编辑:郑志惠]

红细胞计数  $2.31 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 78g/L、白蛋白 28.9g/L、前白蛋白 117mg/L、血清转铁蛋白 1.41g/L, 给予补液、电解质、白蛋白等支持治疗。患者拒绝鼻饲管置管补充营养, 因此行口服肠内营养及氨基酸、脂肪乳等肠外营养治疗。17d 后患者营养状态略有改善, 白蛋白 30.2g/L、前白蛋白 95mg/L、血清转铁蛋白 1.47g/L、钾 4.83mmol/L, 但贫血严重, 红细胞计数降至  $1.51 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白 51g/L, 紧急两次予输血 3.5u, 增加肠内营养剂量, 调整剂型。25d 后患者血钾、氯、钙恢复正常, 白蛋白 35.2g/L, 血红蛋白 84g, 精神明显好转。

## 1.2 多处皮肤感染溃烂及处理

入院时患者双下肢轻度水肿, 四肢皮肤皴裂, 小腿及足背皮肤散在破皮, 给予螺内酯及呋塞米利尿消肿, 迈之灵片改善下肢静脉血流。7d 后患者脚踝处红肿加重, 双手掌、双足、右侧鼻腔及肛周等多处出现红斑及脓疱, 伴疼痛, 予哌拉西林钠他唑巴坦钠静滴抗感染。12d 后患者双足等多处红斑、脓疱呈大小不等的片块状融合伴破溃, 有组织液渗出(见图 1), 予白蛋白营养支持和输血纠正贫血, 局部外喷壳聚糖抗菌液, 加用地奥司明及通塞脉片改善血液循环。19d 后患者破溃处皮肤开始结痂, 予外涂本院制剂黄芩油膏, 痂皮脱落后予患者进行肢体穴位按摩。8 月 18 日, 双下肢水肿消退, 患者多处皮肤溃烂愈合, 可自由下床活动, 予以出院。



图 1

## 1.3 发热及处理

入院时患者体温正常, 白细胞计数  $2.40 \times 10^9/L$ 。8 月 1 日 15 时患者体温骤升至  $39.5^{\circ}C$ , 咳嗽有痰, 痰

少色白, 给予冰袋物理降温、正柴胡颗粒口服, 18 时体温升至  $40.7^{\circ}C$ , 予氢化可的松琥珀酸钠静滴抗炎, 头孢哌酮舒巴坦注射剂静滴抗感染。次日晨 6 时体温降至  $37.8^{\circ}C$  后维持低热状态, 1 周后体温恢复正常。

## 1.4 大便情况

入院时患者大便 3~4 日 1 次; 住院期间每日 1 次, 且成形; 8 月 4 日患者大便次数开始增多, 质稀; 至 8 月 7 日每日大便约 10 次, 停用不含膳食纤维的肠内营养剂能全素口服, 给予枯草杆菌二联活菌(美常安)调整肠道菌群, 3d 后患者大便恢复正常。

# 2 护理

## 2.1 营养不良的评价及合理的营养护理

入院后采用营养风险筛查评分(nutrition risk screening, NRS2002)对患者进行营养评定, 患者总评分 3 分, 提示需进行营养支持治疗。分析原因可能与患者不重视饮食、拒绝治疗、甲状腺功能减退及家庭支持不足有关。通过患者的膳食调查及实验室检查明确患者为蛋白质-能量混合缺乏型<sup>[3]</sup>。结合患者拒绝鼻饲管喂养的个体情况, 为患者拟定了饮食方案+营养教育+口服肠内营养+肠外营养的方案进行治疗。患者入院时不愿意进食, 多次向患者强调营养的补充与愈后关系的相关知识, 并为其制订流质饮食方案, 如米汤、菜汤、肉汤等, 可让其家庭送食物; 安慰患者少量多次进食, 食后感觉腹胀时可按揉合谷、中脘穴, 每次每穴顺时针、逆时针各按揉 1min。研究表明<sup>[4]</sup>, 伴有炎症反应的危重症患者, 肠内营养“允许性”低热量供给以  $83.7 \sim 104.6KJ/(Kg/d)$  为宜。经计算患者每日肠内营养供给量约 2930~3660KJ, 给予患者肠内营养混悬液能全力 500mL, 每天 1 次口服行肠内营养, 约 3150KJ 热量。观察患者是否发生腹胀、恶心等不适。2 周后, 患者能完成每日 500mL 的目标供给量, 食欲增加, 及时汇报医生后予能全力从每日 500mL 增至 1000mL。1 个月后改用每天给予肠内营养剂康全甘 1000mL(能量 2086KJ), 其含有中链甘油三酯, 可防止患者脂肪吸收不良; 且其蛋白质占 20% 能量比例, 高于能全力。入院初期给予患者

氨基酸行肠外营养,营养状况未见好转,1周后过渡到氨基酸、脂肪乳、50%葡萄糖、复合维生素等的“全合一”溶液行肠外营养。患者带入PICC置管,肠外营养过程中,密切观察患者PICC置管处周围皮肤情况,按时换药以预防感染;每小时监测滴速,防止速度过快引起心脏负荷增加或恶心、腹泻等反应。25d后患者血红蛋白由51g/L升高至84g/L,白蛋白由30.2g/L升高至35.2g/L,营养状况改善。

## 2.2 做好皮肤清创及护理

入院时患者四肢皮肤皴裂,入院后皮肤红肿疼痛进行性加重,多处皮肤破溃,伴渗出。其发生原因尚不十分明确,结合以往文献,重度营养不良患者发生皮肤感染溃烂可能与营养极差,机体抵抗力下降引起的继发感染有关<sup>[5]</sup>。因此,与医生共同为患制订治疗护理计划为保障患者营养供给、积极抗感染、加强局部皮肤护理,通过营养的改善达到皮肤自愈的目的。皮肤护理目标为促进创面愈合,防止局部感染加重,减轻色素沉着,最大限度恢复肢体活动功能。皮肤破溃流脓期,先给予生理盐水清洗伤口,然后外喷壳聚糖抗菌液(医德保),每日2次。研究表明<sup>[6]</sup>,壳聚糖抗菌液具有较好的抗菌活性,能抑制细菌、真菌和病毒的生长繁殖,与传统的碘伏消毒液相比,操作简便,对皮肤黏膜的刺激小,还能对抗耐药性。喷药后尽量避免皮肤接触被褥,避免穿紧身衣裤,待药物自然风干;7~14d破溃皮肤逐渐愈合、结痂,改用本院自制黄芩油膏外涂,每日3次。黄芩油膏由黄芩100g加凡士林500g调匀制成,具有清热利湿、泻火解毒的功效<sup>[7]</sup>。皮肤部分痂皮脱落后,指导患者每日进行肢体的穴位按摩,尤其是合谷、足三里、三阴交穴,按摩时注意手法轻、频率慢,按摩前先涂抹少许润肤露,避免皮肤干裂摩擦引起疼痛。穴位按摩对于愈合后的皮肤创面具有很好的促进血液循环、减少色素沉着,恢复肢体功能的作用<sup>[8]</sup>。

## 2.3 密切观察病情变化对症护理

**2.3.1 高热护理** 8月1日患者突发高热39.5℃,伴面色苍白,全身乏力,考虑免疫力低下引起的外感,给予患者口服正柴胡饮颗粒及物理降温,配合大椎、曲池穴按摩,患者体温仍持续升高,至18时升至40.7℃,予氢化可的松琥珀酸钠等静脉滴注。

氢化可的松琥珀酸钠冲击治疗起效迅速、不含乙醇、半衰期仅90min,患者低蛋白血症且低钠,可以起到滞钠且无蓄积副作用的益处<sup>[9]</sup>。体温高于40℃时,每小时给予患者测体温1次,体温降至38.5℃后改为每2h测体温1次,经处理后患者体温逐渐下降恢复正常。退热期间,患者汗出较多,给予及时更换衣物,并更换尾骶部预防压疮的美皮康敷料。8月2日晨6时患者体温降至37.8℃,贫血严重,按医嘱给予输血1.5u,输血过程中,每半小时巡视并做好记录,输血结束2h患者体温短暂上升至38.1℃,维持4h后恢复正常,未发生输血不良反应。患者感染控制后,为了做好其保护性隔离,将患者从4人间转至2人间,靠窗并拉上隔帘,给予独立空间,为其按时开移门通风,避免迎头吹风。1周后患者体温恢复正常。

**2.3.2 腹泻护理** 患者行肠内加肠外营养治疗20d后,出现大便次数增多,质稀,最高时日行10次。原因分析,可能与口服营养补充剂更换品种、抗生素应用、低蛋白血症、肠外营养输注速度过快等有关<sup>[10-11]</sup>。在序贯营养支持疗法理念<sup>[12]</sup>的基础上,每7d更换含膳食纤维的整蛋白型肠内营养剂,8月3日肠内营养剂型从能全力过渡到能全素,能全素中的类胡萝卜素具有抗氧化、调节免疫的功能<sup>[13]</sup>。8月4日因患者腹泻严重,不能耐受,遂停用不含膳食纤维的能全素,继续补充含膳食纤维的能全力以防止腹泻进一步加重<sup>[14]</sup>。腹泻期间给予患者调低肠外营养输注速度至60滴/min,口服肠内营养剂从每日4~6餐调至6~8餐,少量多次频服,且现服现配,开瓶后低温保存。密切观察患者大便次数、实验室指标变化及有无脱水征象及意识改变。并经常为患者按揉天枢、足三里等穴位,健脾止泻。3d后患者腹泻停止,每日大便1~3次,成形。

## 2.4 并发症预防及护理

该例患者重度营养不良,免疫力极为低下,易并发、感染性休克、压力性损伤、低血钾危象、深静脉血栓等。并发症的发生会增加患者痛苦,延缓疾病康复,甚至直接危及患者生命。因此,治疗护理的重点是严密监测患者生命体征及水电解质的改变,防患于未然。该例患者住院期间给予积极补钾



治疗,患者未发生低血钾。患者因手足破溃,消瘦乏力,被迫 24h 卧床休息,为预防压疮,入院后立即为其进行压力性损伤风险评估,预防性使用美皮康泡沫敷料贴于尾骶部骨突处,并在反复开导下,2 周后患者同意卧气垫床;加强皮肤交接班,尤其是尾骶、肩胛骨、脚踝等骨隆突处,该例患者未发生压力性损伤。该例患者入院时双下肢红肿疼痛,且有加重趋势,为其进行深静脉血栓风险评估,Pauda 血栓风险评估<sup>[15]</sup>为 4 分,下肢动静脉彩超检查结果未见明显异常,考虑可能与周围血管病变有关,加用了改善血液循环的药物后症状有所缓解。为了预防患者深静脉血栓的发生,密切关注患者双下肢的红肿热痛现象及水肿消长情况,指导其踝泵运动的方法,给予患者 PICC 置管侧手臂应用握力球进行功能锻炼后,患者双下肢红肿热痛现象缓解,未发生深静脉血栓。

### 2.5 心理护理

该例患者的重度营养不良发生经检查并无器质性病变,且既往 2 年内曾 4 次入住本科室,贫血及营养不良反复加重。每次只有年迈父亲陪护,通过对患者家庭、社会支持系统的评估,分析患者营养不良的原因可能与心理压力、家庭支持不足有关。患者因家庭因素导致疾病发作,又因疾病引起家庭变故,形成恶性循环。给予患者人文关怀,树立其战胜疾病的信心是该例患者的护理重点。入院初期,患者拒绝输注人血白蛋白、输血、卧气垫床等治疗护理措施,每次开床头灯、倒水、递送物品都常常按铃求助。护士耐心地给予解释,并让患者用移情的心为年迈的父亲考虑,70 岁的老人每次要背他下床如厕是多么不易,用亲情感化患者,树立其配合治疗达到早日康复的决心。最终患者的态度有所转变,积极配合治疗,并少量多餐进食,1 月后患者手足破溃结痂,痂皮脱落后能自行下床活动,好转出院。

### 3 小结

该例患者在非器质性病变的情况下发生了重度营养不良,且并发了严重的多处皮肤感染溃烂、

渗出,临床比较少见,且患者不配合治疗、护理,焦虑情绪严重,住院期间又并发了高热、腹泻等症状,一度病情危重,生命垂危。最终经积极的心理开导、教育感化及补充营养、皮肤护理、高热和腹泻的监测和对症处理,患者渡过危险期,顺利康复出院。

### 参考文献:

- [1] 陈玉霞. 958 例中重度营养不良临床特征及病因分析 [D]. 重庆:重庆医科大学,2015.
- [2] 黄群,王小琴. 1 例重度营养不良并发再喂养综合征患者的护理[J]. 护理学杂志, 2014, 29(2):30-31.
- [3] 石汉平,许红霞,李苏宜,等. 营养不良的五阶梯治疗[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015, 2(1):29-33.
- [4] 王伯丽,王伯宇,徐海博,等. 危重症患者最优化的肠内营养治疗方案研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(21): 2391-2394.
- [5] 卢惠珍,唐吉荣. 重度营养不良并发皮肤严重感染的护理体会[J]. 右江民族医学院学报, 2001, 23(1): 161.
- [6] 郭珉,杨彤,李传勋. 复方壳聚糖膜剂促进皮肤溃疡愈合的实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(2):137-139.
- [7] 刘岩,王晓华,闵仲生,等. 黄芩油膏治疗血虚风燥型湿疹 79 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2010, 42(9):30-31.
- [8] 胥香琴. 浅说中医穴位按摩在皮肤美容中的应用[J]. 按摩与导引, 2001, 17(3):67-68.
- [9] 李彦. 注射用氢化可的松琥珀酸钠临床经验总结[J]. 中国城乡企业卫生, 2014, 2:109-111.
- [10] 刘少录. 鼻饲肠内营养混悬液致重型颅脑损伤患者腹泻原因分析[J]. 现代预防医学, 2012, 39(11):4382-4393.
- [11] 周克娣,童宗焰,陈世聪,等. 全胃肠外营养并发症的影响因素分析[J]. 肠外与肠内营养, 2014, 21(5):319-320.
- [12] 黄丽,蒲琴,黄晓瑛. 肠内序贯营养支持治疗老年重症脑卒中患者的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(12): 2912-2913.
- [13] 杜毓锋,罗潇,钱力,等. 整蛋白型肠内营养剂对老年稳定期慢性阻塞性肺疾病患者营养干预的试验研究[J]. 中国医药, 2014, 9(10):1451-1455.
- [14] 陈昊,万萍,任玉萍,等. 胃肠道疾病营养支持的研究进展[J]. 胃肠病学, 2017, 22(1):51-54.
- [15] 刘晓涵,卢根娣. 国外静脉血栓栓塞症风险评估工具的研究进展[J]. 护理学杂志, 2014, 29(12):94-96.

[本文编辑:刘晓华]