

· 临床护理 ·

烧伤后并发爆发性紫癜的救治护理体会

刘廷敏¹, 唐利², 舒自琴¹, 陶莉莉¹, 黄贤慧¹

(第三军医大学西南医院:1. 烧伤研究所;2. 皮肤科, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.25.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)25-2677-02

爆发性紫癜又名坏疽性紫癜、坏死性紫癜、出血性紫癜^[1], 主要为广泛血管内血栓形成, 以突然迅速进展的对称性大面积触痛性瘀斑为特征, 累及全身皮肤, 以下肢密集, 皮疹可在几小时内由瘀点迅速增大融合为直径数厘米的瘀斑, 基底肿胀坚硬与周围组织分界清楚, 颜色由鲜红渐变为暗紫色, 坏死后成为黑色焦痂, 发疹的肢体可出现明显肿胀疼痛^[2]。本病病因不明, 系儿科危重症, 中老年发生罕见^[3], 病情险恶, 常易致死。本科于 2003 年 1 月至 2010 年 12 月收治 3 例烧伤后并发爆发性紫癜患者, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科于 2003 年 1 月至 2010 年 12 月收治烧伤后并发爆发性紫癜患者 3 例, 男 2 例, 女 1 例, 年龄 50~64 岁, 3 例患者均因烧伤后 15~20 d 创面未愈合且伴随正常皮肤不同程度的皮下瘀斑就诊。病例 1: 伤后 15 d, 因热液烧伤左下肢 7% II 度院外治疗, 创面不愈, 且左下肢局部有散在皮下瘀斑; 入院查体见未愈合创面主要分布于左大腿内侧, 约 3% 面积, 局部可见敷有黑色中草药, 已结痂, 双下肢有散在皮下瘀斑, 左大腿 10 cm×8 cm; 右小腿 10 cm×6 cm; 左下肢肿胀明显, 双下肢血管彩超未见静脉血栓, 入院第 3 天右侧踝部新增皮下瘀斑 6 cm×4 cm。病例 2: 火焰烧伤左上肢 5% II 度, 伤后曾在游医处外敷不明黑色药物, 因伤后 18 d 创面未愈及左上肢出现不同程度的瘀斑就诊; 入院查体见左上肢瘀斑 4 cm×3 cm, 未愈合创面主要分布于左上肢, 面积 3%。病例 3: 火焰烧伤双下肢 10% II 度, 伤后曾自行外敷不明中草药, 因伤后 20 d 创面未愈, 且伴大量恶臭分泌物, 创周红肿及双下肢出现不同程度的瘀斑就诊; 入院查体见创面糟烂, 恶臭, 有大量脓性分泌物, 双下肢瘀斑 5 cm×6 cm, 4 cm×4 cm, 未愈合创面主要分布于双下肢, 面积 6%。

1.2 方法

1.2.1 严密病情观察 重点观察患者精神, 体温、脉搏、呼吸、血压, 特别是血压的变化, 应每小时监测血压变化情况, 如血压下降明显, 应立即查明原因, 及早发现有内脏出血可能。瘀斑区变化: 面积是否增大或减小, 颜色变化, 各部位肿胀情况, 可提供消毒的软尺, 每 2 小时观察并按吋测量, 如面积大无法测量, 则按照烧伤面积“手掌法”测量: 以该患者手掌为身体的 1% 计算, 算出其占身体总面积的百分数。同时不能忽略正常皮肤的观察。做好瘀斑所在部位、面积、颜色、瘀斑肢体肿胀情况、肢端颜色、血运、温度、张力大小记录, 有任何变化都要第一时间报告其经管医生及上级医生。熟记血液常见化验正常值如凝血四项、D-2 聚体、血常规、肾脏功能、纤维蛋白降解产物等, 第一时间了解患者血液化验值异常变化。给予持续吸氧及心电监护、血氧饱和度监测。将抢救设备与药品置于备用状态, 以便病情变化时及时采取预防或应急措施, 抢救生命。

1.2.2 心理支持 主动了解其心理状态和行为变化, 及时进行有针对性的心理疏导, 减轻身心痛苦, 消除悲观情绪, 树立战胜疾病的信心和勇气。护理人员应通过娴熟轻巧的护理技能,

热心的关爱, 取得信赖, 消除其恐惧、焦虑不安的情绪^[4]。

1.2.3 饮食指导 饮食宜新鲜清淡, 易消化软食或半流质, 少量多餐。给予高蛋白, 富含维生素及微量元素食物, 适当增加膳食纤维食物的摄入, 保持大便通畅。特别应避免生冷、硬、粗糙尖锐的食物, 防止凝血功能降低时受食物影响导致出血现象的发生。必要时可采取静脉营养支持或肠内营养, 以提高机体抵抗力^[5]。

1.2.4 绝对卧床休息 减轻机体耗氧量, 缓解心肺功能的负担。严格限制瘀斑部位活动并防止继续受压。床单位给予透气海绵垫增加卧位舒适感, 减少瘀斑出现及防止压疮形成。由于瘀斑易扩散, 任何一个小小的翻动都会导致病情加重。因此做必要的检查时集中进行, 尽量行床旁检查。如必须外出检查时可连同患者卧床的床垫及患者一并抬至平车上推至检查地点, 避免多次搬动。如条件允许可连同病床一并推至检查处。检查途中应有专业护送工作人员及有丰富临床经验的医护人员陪同, 并备好检查过程中足够的液体及抢救用药等。如突发病情变化, 应就近抢救, 切不可将患者推回至病房, 要争分夺秒, 以免延误^[6]。

1.2.5 预防及治疗感染 住单间病房, 限制探视, 创造安静整洁的住院环境, 防止交叉感染。各项医疗、护理操作技术应严格无菌。保持烧伤创面清洁干燥, 及时根据创面情况给予创面换药等处理, 并送检创面培养及血液培养标本, 及早明确病因。根据各种培养结果选择敏感的药物治疗。病房内采用循环风光催化空气消毒器消毒空气。加强各项基础护理, 保护正常皮肤。

1.2.6 瘀斑的护理 各项医疗护理操作应轻柔, 尽量避免肌内和皮下注射。必须注射时, 拔针后需延长按压时间, 以预防出血。由于需反复监测各种血液成分指标, 抽血次数频繁, 应避免多次血管穿刺, 不拍打静脉, 不挤压皮肤, 以免凝血系统障碍, 加重瘀斑的形成。可选择一较粗血管留置 24^h 留置针固定抽血专用, 抽血前先用 2 mL 注射器抽出 1 mL 血液后再换另一空针抽血化验用。抽血完毕用生理盐水脉冲式封管。

1.2.7 用药的护理 在使用抗感染药物前及时留取血液、瘀斑处分泌物行真菌、细菌培养鉴定, 一旦明确病原菌后迅速按药敏结果、药物的适应证、药代动力学特征及患者的病情特点, 进行选择或修正原用抗感染药物。注意剂量、疗程和给药方法进行个性化给药。

1.2.8 成立抢救小组 随时邀请有关科室如皮肤科、血液科、感染科、输血科、检验科等专家教授会诊, 根据各专家意见制订并实施有针对性的治疗和护理方案。治疗过程中及时汇报病情变化, 动态调整治疗方案。检验、放射等科室应第一时间报告患者化验、检查结果, 接到报告的护理人员应立即通知治疗小组。

1.2.9 做好输血的护理 应严格执行血液检查及查对制度, 输血均应用标准输血器输注, 输血全程密切观察输血反应。对于输入全血和成分血的患者应先输成分血, 后输入全血, 以确

保成分血的新鲜输入。输注冷沉淀及血小板时应立即输注,且输注速度要快,以患者能耐受为限,以达到迅速止血目的。由于冷沉淀每单位少,需大量输注时,输血护士不得离开病床,应及时更换血袋,防止空气栓塞并随时观察止血效果及不良反应。如有条件可输注免疫球蛋白或行血浆置换疗法^[7]。

2 结 果

经过精心治疗及护理,2 例患者于入院 5 d 后瘀斑停止进展,1 例于 8 d 后瘀斑停止进展,20 d 后瘀斑处皮损基本消退,无肿胀疼痛及分泌物,病情好转出院。3 个月后随访,患者瘀斑皮损处有色素沉着斑,四肢功能基本恢复。

3 讨 论

爆发性紫癜属危、急、重症病例,病情复杂,除可致紫癜、皮肤坏死外,尚可发生多器官功能障碍。如不及时观察病情及早明确诊断,而进行有针对性的治疗,肢体易发生皮肤坏死而致截肢甚至死亡。因此应重点观察患者精神、体温、脉搏、呼吸、血压,特别是血压的变化。本文认为严密的病情观察、严格伤肢制动、加强对症支持疗法、正确的饮食指导、烧伤创面处理及有针对性的心理护理,对病情好转能起到积极作用,对病情的恢复能奠定坚实基础。爆发性紫癜属罕见病例,瘀斑扩散范围广,感染难以控制,进展迅速,患者及家属恐惧不安,认为是不治之症,对治疗抱怀疑态度,产生悲观绝望消极情绪,容易失去治疗信心。医护人员应更关心同情患者。

爆发性紫癜变化迅速,治疗棘手,抗感染仍是主要的治疗手段。早期抗病毒及活化蛋白 C、AT-Ⅲ 替代治疗有助于疾病恢复。早期及时有效使用抗生素可以使爆发性紫癜总体病死率大大降低。护理人员应了解抗感染药物的主要药理作用,准确执行医嘱,严格掌握配制要求,并观察患者用药后的反应。难治病例可用甲泼尼龙冲击治疗,以达到在短时间内迅速控制病情,减少不良反应。冲击疗法时因药物用量与体质量有关,应每日监测体质量、血压、血糖、体温变化,且严格掌握输注滴速,冲击中心脏监护,密切观察并记录血压、心率、心律等;同时予胃黏膜保护药物使用,注意观察大便颜色,必要时每解大便 1 次及时化验大便常规及隐血^[8],以便观察有无胃黏膜出血、应激性溃疡等并发症;注意观察有无血细胞异常、电解质紊乱,特别是低血钾等症发生。询问有无四肢无力、恶心、食欲缺乏、心悸、夜尿增多等主诉。重视患者述说的任何不适并报告,查找相应原因并及时处理。人 C 蛋白浓缩物是预防和治疗爆发性紫癜的首选药物。爆发性紫癜患者血浆中 C 蛋白活性降低,应保持 C 蛋白活性水平谷值大于 25%。首次使用 C

蛋白浓缩物应在有经验的医师监护下应用,有条件者可行 C 蛋白活性测定,从而对评估爆发性紫癜病情及疗效有指导意义^[9]。根据患者 C 蛋白缺乏的严重程度、年龄、病理生理状态和血浆 C 蛋白水平确定用药剂量、给药频次和持续用药时间,观察其毒副作用如血栓形成、头晕、皮疹、低血压等^[10]。另外,应用有效的血液成分治疗爆发性紫癜的主要手段,血液制品对症支持极为重要。

总之,爆发性紫癜病情险恶,发展迅速,病例少见,尚缺乏经验参考,无固定治疗方案,只能是探索性治疗。给治疗和护理带来极大的挑战。如治疗和护理不到位,患者可迅速进入休克状态、昏迷、身体多系统衰竭而终至死亡。因此,做好严密的生命监测,加强对症支持疗法,有针对性的心理护理,正确及时执行医嘱及各项护理操作规程,有利于控制病情,降低病死率,最大程度恢复健康,减少并发症,促进患者康复回归社会。

参考文献:

- [1] 王侠生,廖康煜,杨国亮. 皮肤病学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,2005:695.
- [2] 罗海燕,祝益民. 暴发性紫癜的治疗进展[J]. 中国小儿急救医学,2006,13(1):74-75.
- [3] 廖文俊,付萌,胡雪慧. 爆发性紫癜[J]. 临床皮肤科杂志,2010,39(6):362-363.
- [4] 白永琪,唐光明,罗静. 1 例暴发性紫癜的护理[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(1B):48.
- [5] 张培生. 内科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:269-292.
- [6] 刘廷敏,陶莉菊,黄贤慧,等. 电烧伤后皮瓣移植围手术期的护理[J]. 重庆医学,2011,40(10):1037-1038.
- [7] 王振芳,张志玲,李莉芬. 最新医院输血手册[M]. 北京:人民军医出版社,2007:287-296.
- [8] 靳培英. 皮肤病药物治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:507-508.
- [9] 崔莹,席桂华,温华旭. 7 例特发性血小板减少性紫癜合并下肢深静脉血栓患者的护理[J]. 中华护理杂志,2010,45(7):597-598.
- [10] 雷兵团,白秋江,李岩峰. 人 C 蛋白浓缩物[J]. 医药导报,2009,28(11):1476-1479.

(收稿日期:2012-03-09 修回日期:2012-04-22)

(上接第 2676 页)

role in promoting the formation of high level teaching and research team with an educational innovation. This can also further promote the changing pattern of education and strengthen the consciousness of education. In summary, innovative education in teaching process of anatomy plays a pivotal role. We will continue to try our best to enhance our overall quality, constantly explore ways to improve teaching quality, accumulate teaching experience, and foster excellent talent with strong sense of innovation and innovation potential.

Reference:

- [1] Bacro TR, Gebreqiabher M, Fitzharris TP. Evaluation of a lecture recording system in a medical curriculum [J]. Anat Sci Educ,2010,3(6):300-308.

- [2] Vasan NS, DeFouw DO, Compton S. Team-based learning in anatomy: an efficient, effective, and economical strategy [J]. Anat Sci Educ,2011,4(6):333-339.
- [3] Brown SC, Stevens RA, Troiano PF, et al. Exploring complex phenomena: grounded theory in student affairs research [J]. J Coll Student Dev,2002,43(2):173-183.
- [4] Drake RL. A unique, innovative and clinically oriented approach to anatomy education [J]. Acad Med,2007,82(5):475-478.
- [5] Levine MG, Stempak J, Conrers G, et al. Implementing and integrating computer-based activities into a problem-based gross anatomy curriculum [J]. Clin Anat Sci Educ,1999,12(3):191-198.

(收稿日期:2012-02-09 修回日期:2012-04-22)