

[3] 黄忠清. 64 排螺旋 CT 冠状动脉 CTA 检查的护理配合与体会[J]. 右江医学, 2011, 39(1): 109-110.  
 [4] Manghat NE, Morgan-Hughes GJ, Marshall AJ, et al. Multi-detector row computed tomography: imaging the coronary arteries[J]. Clin Radiol, 2005, 60(9): 939-952.  
 [5] 包世敏, 邝碧娟, 陈丽玲, 等. 护理干预对 64 层螺旋 CT 冠

状动脉成像的影响[J]. 现代临床护理, 2009, 8(5): 21-23.  
 [6] 王继琛, 邱建星, 孙晓伟, 等. 64 层螺旋 CT 冠状动脉成像时心率对成像质量的影响[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(10): 1481-1484.

(收稿日期: 2013-10-22 修回日期: 2014-02-20)

## 大剂量激素冲击治疗大疱性表皮松解症的护理

陈富梅, 刘善会<sup>△</sup> (重庆市中医院 400011)

**【摘要】** 目的 探讨大剂量激素冲击治疗大疱性表皮松解症的临床护理效果。方法 甲泼尼龙琥珀酸钠 1 g 溶于 5% 葡萄糖注射液或生理盐水中, 于 3~12 h 内静脉滴注, 每天 1 次, 连续 3~5 次为 1 个疗程, 也可用氯化可的松琥珀酸钠 2~6 g/d, 分 3~4 次静脉滴注, 或地塞米松 150~300 mg/d, 在冲击疗法结束后, 可口服泼尼松 40~60 mg/d 或采用隔日疗法, 逐渐减至维持量。结果 11 例均收到较好的临床疗效。结论 大剂量激素冲击治疗可以最大可能地减少激素的不良反应, 提高患者生活质量。

**【关键词】** 大疱性表皮松解症; 大剂量激素; 冲击治疗

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 13. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)13-1879-01

大疱性表皮松解症多由药物中毒引起的一种严重皮肤病。最初为片状红斑, 迅速向四周扩展, 其上出现松弛性大疱, 尼氏征阳性, 很快形成大面积剥脱面, 皮损面积可达 50% 以上, 似 II 度烫伤。全身中毒症状严重, 伴有高热和内脏病变, 如抢救不及时, 可死于感染、毒血症、肾衰竭、肺炎或出血<sup>[1]</sup>。此类型患者抗炎免疫治疗疗效差, 经常会使用大剂量激素冲击疗法<sup>[2]</sup>。现将此类疗法患者的护理体会报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本科室于 2009 年 8 月至 2011 年 5 月共收治 11 例大疱性表皮松解症患者, 其中银屑病患者因外擦自制斑蝥药酒中毒 8 例, 白癜风患者自擦甲氧沙林溶液后日光浴 3 例。年龄 15~54 岁。均为外用药物致敏引起全身皮肤大小不一红斑, 水疱, 破溃, 剥离伴疼痛, 剧烈瘙痒, 发热。患者诉心慌、乏力、冷汗, 急诊入院。经过精心治疗和护理后均痊愈出院。

**1.2 治疗方法** 甲泼尼龙琥珀酸钠 1 g 溶于 5% 葡萄糖注射液或生理盐水中, 于 3~12 h 内静脉滴注, 每天 1 次, 连续 3~5 次为 1 个疗程, 也可用氯化可的松琥珀酸钠 2~6 g/d, 分 3~4 次静脉滴注, 或地塞米松 150~300 mg/d, 在冲击疗法结束后, 可口服泼尼松 40~60 mg/d 或采用隔日疗法, 以后视患者反应情况, 冲击疗程可适当间隔重复多次。

### 2 结果

11 例患者采用静脉滴注大剂量激素冲击治疗均收到较好的临床效果。在冲击治疗及后续的治疗过程中, 1 例发生心律失常, 4 例出现血压升高, 3 例血糖升高, 1 例发生菌血症。但经过及时正确处理和精心护理, 都顺利完成了冲击治疗。

### 3 讨论

**3.1 隔离保护护理** 大剂量激素使用可使免疫功能降低以及患者大面积皮肤损伤而易于继发感染。感染是此类患者致命性的并发症, 因此对患者应采用保护性隔离。表皮剥脱超过 30%~50% 的患者应在“烧伤病房”进行特殊护理<sup>[3]</sup>。衣服、床

单、被套、护理垫等用物均采取高压灭菌后使用。注意保暖, 室温控制在 30~34 ℃, 相对湿度为 30%~40%。每日通风换气 1~2 次, 宜采用暴露疗法(使用拱形架)。室内保持清洁, 每日用紫外线照射不少于 2 h。床、桌、椅和地板用消毒水每天擦拭 1 次。换药物品直接装入双层塑料袋封口焚烧处理。保证血压计、听诊器、体温计等诊疗用具专人专用。

**3.2 皮肤护理** 做好基础护理, 保证患者的三短六洁。根据病情采用压疮预防护理措施防止发生压疮。小水疱尽量保持水疱壁完整防止破溃, 让其自然吸收。大水疱经聚维酮碘消毒后用无菌注射器低位抽吸, 剩余液体可用无菌棉签顺针孔轻轻赶出, 保持疱壁完整。渗液较多者可用 3% 硼酸液湿敷, 每次 20 min, 每天 4~6 次。应注意保暖, 湿敷面积不可超过体表面积的 1/3, 以免造成外用药物吸收过量或中毒。注意观察创面渗液的性状, 痂下有无感染。制作与皮损面积大小相同的无菌油纱, 用无菌技术去除坏死痂皮, 将紫草膏涂于创面后覆盖油纱, 隔日更换 1 次。有脓性分泌物时可用 1: 5 000 的高锰酸钾溶液浸浴局部和全身, 浸浴后外用 2% 莫匹罗星软膏及人表皮生长因子治疗。小面积破溃可使用溃疡粉, 常规隔日换药 1 次, 若由其他原因引起纱布浸湿或脱落则及时更换。

**3.3 饮食护理** 因渗液多易发生低蛋白血症, 宜食高蛋白、高维生素、高碳水化合物、清淡易消化饮食。宜少量多餐, 禁食辛辣刺激食物, 禁烟酒。合理安排能量比例, 维持正氮平衡, 使总蛋白大于 55 g/L, 血红蛋白大于 12 g/L, 红细胞大于  $3.6 \times 10^{12}/L$ 。

**3.4 激素冲击疗法的护理** 冲击疗法, 激素用量大, 疗效高, 见效快, 不良反应少。但可发生一过性高血压、高血糖、急性胰腺炎、过敏性休克、致死性心律失常或原因不明的突然死亡。5%~34% 接受激素治疗的患者出现严重的精神障碍疾病, 包括精神病、抑郁症、躁狂性发作<sup>[4]</sup>。所以要严密观察病情变化, 及时发现并发症出现的前兆, 积极采取措施, 能有效提高治疗效果, 缩短病程。治疗中要严格控制输液速度, 准(下转封 3)

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: lsh19930424@163.com.

(上接第 1879 页)

确记录出入量及生命体征,应用心电监护。详细的护理记录以便早期发现各种并发症,如心律失常、血压、呼吸、电解质、酸碱平衡、体质量的变化。

**3.5 健康教育及心理护理** 与患者多沟通,向患者介绍疾病的相关知识,尤其要讲解冲击疗法的目的、原理、治疗过程和必要性,以及可能出现的不良反应。告知大剂量激素治疗后的注意事项,使患者能正确认识疾病的病因、病程和治疗,消除焦虑,恐惧心理。有文献报道通过移情方式可以转移患者注意力,能有效减轻患者的心理压力<sup>[5]</sup>。使患者积极配合治疗,树立战胜疾病的信心。注意休息和合理的饮食调养,以增加机体免疫力。较强毒性的药物应用时,应有医务人员专业指导,有正确的认识后方可使用。

大疱性表皮松懈症通常其起病急,进展快,病情危重,皮损面积大,常可累及黏膜,部分病例可伴有脏器损伤,最多见为肾脏,全身中毒症状较重。实验研究发现,激素超大剂量冲击后,血液中中性粒细胞增多,巨噬细胞和单核细胞明显减少,T细胞比B细胞减少得更为明显,血清中IgG浓度明显下降,IgA和IgM亦有一定影响,说明超大剂量皮质类固醇除能产生强大的抗炎作用外,对机体免疫功能也有抑制作用<sup>[6]</sup>。

冲击疗法目的是采用超大剂量在短时间内静脉滴注,以期

迅速奏效,然后急速减量,以减少长期常规使用激素的不良反应。但由于是在短期内大剂量给药,大量的激素作用,可导致机体原有的代谢机能紊乱,而出现一过性高血压、高血糖、心动过速、电解质紊乱、严重感染,甚至死亡。所以要掌握好冲击疗法的适应证,并在治疗过程中严密观察病情变化。

#### 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,2009:754.
- [2] 孙菁,周进祝. 内科学[M]. 7版. 北京:科学出版社,2003:488.
- [3] 詹姆斯,伯杰,埃尔斯顿主编,徐世主译. 安德鲁斯临床皮肤病学[M]. 北京:科学出版社,2008:132.
- [4] 罗丹,林秀兰,罗美香. 心理护理在消化性溃疡并出血患者中的应用[J]. 广东医学院学报,2009,27(2):222-224.
- [5] 张凤玲,韩丽沙. 癌因性疲乏的护理研究进展[J]. 中华护理杂志,2008,43(3):271-274.
- [6] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2009:277.

(收稿日期:2013-12-27 修回日期:2014-02-03)

(上接第 1887 页)

“授人以渔”,变被动接受为主动学习<sup>[6]</sup>。(2)有利于提高学生的综合分析能力和临床思维能力。在讨论贫血的案例时,学生分组讨论了红细胞的结构和代谢,如何根据临床资料和外周血检查确定贫血类型,如何选择合理的实验室检查寻找贫血病因,以及抗贫血药物的使用等问题,增强了学生临床思维能力,提高了综合分析能力和运用理论知识解决实际问题的能力。(3)有利于提高见习教学质量。CBL根据教学目标将临床真实病例加以典型化处理,形成供学生思考分析的案例。在第1次见习时学生首先在病房中接触患者、询问病史,然后以小组的形式围绕病例提出问题、分析问题、查阅资料;第2次见习时讨论并总结该病例的诊断、鉴别诊断和治疗原则,从而巩固并深化了对基础理论知识的理解,并使教学内容得到了扩展和延伸,学生认可度和参与性高,教学效果好。

CBL教学法应用过程中也存在一些值得注意的问题。(1)CBL法对学生要求较高。每个学生的基础知识、个人素质和理解能力不同,参与小组讨论情况也不同。有些学生已经习惯于传统的教学方法,不能积极投入到CBL小组讨论中去,对于这部分学生可以进行课前辅导和预习,使学生了解这种授课模式并逐渐接受,进而主动投入到学习和讨论中。(2)CBL教学法转变了教师的教学理念,对教师自身综合素质的要求有所提高<sup>[7]</sup>。授课教师需要根据教学大纲和学习目的选择难度适中、有代表性的案例提供给学生分析讨论。因为好的案例可以引导学生逐步从基础、专业到临床知识循序深入,对培养学生具有正确和清晰的临床分析思维能力非常重要<sup>[8]</sup>。在小组讨论时教师需要具备良好的组织、协调能力,善于引导、鼓励学生发言,从学生的评论和观点中发现问题、提出问题、总结问题并反馈给学生,修正学生的错误推断与假设,引导学生达到教案的学习目标,使课程进展顺利,保证良好的教学效果。(3)CBL教学法对硬件设施要求较高。教学资源(如教室和课时配置不

足)会直接影响学生的学习兴趣和学习效果。

总之,在八年制医学生血液系统见习教学中应用CBL教学模式能够营造良好的学习气氛,在吸收和巩固基础知识的同时理论联系实际,提高学生自主学习和将理论运用于实际的能力,是值得推广应用的教学方式。CBL教学法在具体实施中还存在一些问题有待研究,需要在今后的实践中不断探索,不断完善。

#### 参考文献

- [1] 胡翊群,赵涵芳. 高等医药院校器官系统医学教材:血液系统[M]. 上海:上海交通大学出版社,2012:48-56.
- [2] Carder L, Willingham P, Bibb D. Case-based, problem-based learning, Information literacy for the real world [J]. Res Strategies,2001,18(3):181-190.
- [3] 林浩. 案例教学法在外科学教学中的应用[J]. 中国医药科学,2011,1(23):150-151.
- [4] 安群星,安宁,陈晓鹏,等. 案例式教学法在临床输血学教学中的应用[J]. 海南医学,2013,24(2):296-297.
- [5] 游佳琳,郁松. 关于八年制医学教学改革新思路的探索[J]. 中华医学教育探索杂志,2011,10(1):115-117.
- [6] 丁文龙,李稻,陈红,等. 医学生创新能力培养的探索与实践[J]. 中华医学教育杂志,2007,27(6):87-89.
- [7] 陈秀芳,叶辉,唐敬兰,等. 案例教学法在医学生物化学教学中的应用[J]. 中华医学教育探索杂志,2011,10(6):718-720.
- [8] 倪培华,刘湘帆,李莉,等. 医学检验专业临床生化课程的PBL教学在实践中不断完善[J]. 诊断学理论与实践,2011,10(4):392-394.

(收稿日期:2013-11-26 修回日期:2014-02-10)