

抗生素联合丙种球蛋白治疗葡萄球菌烫伤样综合症的临床观察及护理

陆春英

(浙江省杭州市第三人民医院 杭州 310009)

摘要:目的:总结丙种球蛋白治疗葡萄球菌烫伤样综合症的疗效及护理。方法:31 例葡萄球菌烫伤样综合症患儿,随机分成对照组和观察组,观察组在常规治疗和护理基础上加用丙种球蛋白静脉滴注,比较两组体温恢复正常时间、糜烂处干燥时间、疼痛消失时间。结果:对照组和观察组各项观察指标差异有统计学意义($P<0.01$)。结论:丙种球蛋白可缩短病程,减少疼痛时间,加快创面干燥,护士应控制输入速度,做好临床观察。

关键词:葡萄球菌烫伤样综合症;丙种球蛋白;抗生素;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0086-02

葡萄球菌烫伤样综合症(SSSS)是以全身泛发性红斑、松弛性大疱及大片表皮剥脱为特征的急性皮肤病^[1]。本病好发于婴幼儿,儿童的死亡率为 3%~4%^[2],因此有效的治疗是必要的。我科采用抗生素联合静脉滴注丙种球蛋白(IVIG)治疗 SSSS 19 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 1 月~2006 年 10 月经临床确诊为 SSSS 的患儿 31 例。临床表现为红斑、水疱、脓疱、表皮剥脱、至少 $>90\sim110\text{mmHg}$ ^[1]。

2.4 动态观察病情,积极完善术前准备 一般颅脑损伤后 24~72h 为不稳定态,主要是由于脑的损伤出血、水肿发展、颅内压变化等危及患者生命的继发性损害在这一阶段表现明显^[2]。因此,除常规的病情观察项目外,要强调对患者意识、瞳孔、颅内压变化进行观察。动态评估患者的 GCS 计分,严密观察瞳孔变化,警惕患者有无颅内高压或脑疝发生的迹象,如剧烈头痛、烦躁不安、呕吐、视神经乳头水肿或伤侧瞳孔进行性散大、对侧肢体瘫痪、意识障碍等。根据患者伤情,动态进行 CT 的跟踪扫描,及时采取干预措施,把握手术时机。在急救的同时,积极做好配血、皮试、备皮等术前准备,以赢得抢救时间,提高抢救成功率。

2.5 加强对合并伤的观察和护理 创伤作为当今人类的一大公害,约占全球病死率的 7%。100 例严重颅脑损伤患者中,57 例患者有一个以上主要系统的损伤^[3]。因此更需强调对合并伤的严密观察。伴颈椎损伤者应予以平卧位、颈椎制动,观察有无进行性呼吸困难、咯血、喘鸣及脊髓休克等症状,安全搬运。伴胸腹损伤者应判断有无张力性气胸、腹部脏器伤,密切观察患者脉搏、血压、呼吸的变化,警惕有无呼吸衰竭、循环衰竭等,急诊床边 B 超和 X 线检查,动态监测血细胞计数和血红蛋白,协助医生进行胸腔闭式引流、腹腔穿刺等。伴骨盆、四肢创伤者应检查有无开放性伤口的存在,判断是否有血管损伤的征象,警惕失血性休克的可能。

2.6 加强安全护理,避免颅内压骤然增高 重型颅脑损伤常出现呼吸道梗阻、剧烈咳嗽、极度烦躁、癫痫发作等症状,而这些正是导致颅内压骤然增高的危险因素。急诊护士应严密监护,及时清除呼吸道分泌物、呕吐物,每次吸引时间尽量控制在 15s 内,吸引前后均充分给氧,但应避免不必要地吸痰。对极度烦躁不安的患者,在排除呼吸道梗阻等因素后,合理应用镇静剂,并适当约束。对癫痫发作者,立即给予抗癫痫药物治疗,发作后及时予以脱水、利尿、降压处理。对有脑脊液漏者,应及时清除血迹及污垢,禁忌填塞、冲洗。本组有 9 例

糜烂,皮损累及面、颈、腋下、躯干、四肢,以皮肤皱折处为主,面积 $>50\%$ 。皮疹处触痛明显,22 例伴发热。将患者随机分为两组:治疗组 19 例,男 8 例,女 11 例;年龄 6 个月~6 岁,平均年龄 2.6 岁;发热 13 例。对照组 12 例,男 5 例,女 7 例;年龄 9 个月~5 岁,平均年龄 2.9 岁;发热 9 例。两组患儿一般情况相似,具有可比性。

1.2 方法 对照组 12 例采用抗感染(头孢曲松)、皮肤局部处理(康复新或百多帮软膏)及支持对症治疗。治疗组 19 例患者出现极度烦躁不安,经给予安定等,患者渐趋安静。

3 体会

应进一步健全创伤急救网络,缩短急救半径,加强急救知识的培训和普及,优化急救运输工具,这对于我们海岛医院尤其重要。美国马里兰大学的休克创伤中心的创始人考莱(R. Adams Cowley)提出著名的“黄金一小时(golden hour)”的理念:在生存和死亡之间存在着一个“黄金一小时”,如果伤情严重,那么只有不到 60min 的时间能争取生存^[4]。本组有 4 例患者送至抢救室时心跳、呼吸均已停止。该 4 例患者若能在现场由第一目击者实施有效急救,并及时转送就近的有条件医院,也许能挽救生命。

快速敏捷的应急能力、熟练的急救技术和规范化的急救流程是提高抢救成功率的根本保证。在重型颅脑损伤患者的急救中,早期气道控制,尽快手术解除占位效应,仔细监控颅内压,维持适宜的脑灌注和优化颅内环境尤为重要^[5]。而急诊护士敏捷的应急能力、娴熟的急救技术和对病情的严密监测,都为医生的急救处置和进一步的专科治疗打下基础,提高了中、重型颅脑损伤的抢救成功率。同时应强化海岛医院急诊创伤救治中心的功能,变急救、分诊的功能为急诊创伤专科救治,完善急诊抢救室、急诊检查室、急诊手术室、急诊 ICU、急诊病房等急诊科硬件建设,配备多名训练有素的医护人员,缩短和减少检查、转送等中间环节,为抢救颅脑损伤、多发伤等严重创伤患者提供便捷、安全、有效的医疗保障。

参考文献

[1]林洪远.复苏理念的更新值得关注[J].中国危重病急救医学,2006,18(9):513-514
[2]雷鹏.把握重型颅脑创伤救治中的关键点[J].创伤外科杂志,2006,8(5):385-386
[3]王任直.神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.97-143
[4]孙志扬,唐伦先,刘中民,等.现代创伤救治的发展[J].中华急诊医学杂志,2006,15(7):659

(收稿日期:2007-05-28)

同种异体原位肝移植术后 T 管的观察和护理

宋洁 陈秀华 徐志萍
(江苏省无锡市中西医结合医院 无锡 214043)

关键词:肝移植术后;T 管;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0087-01

肝脏移植是当今治疗终末期肝病的唯一有效手段^{〔1〕}。我院于 2000~2004 年共实施同种异体原位肝移植 26 例,移植肝胆道重建均采用供受体胆总管端端吻合 T 管引流术,通过良好的 T 管护理,有效地降低了胆道并发症的发生率。现将护理体会报道如下:

1 临床资料

我院于 2000~2004 年行同种异体原位肝移植 26 例,男 21 例,女 5 例;年龄 34~63 岁;其中原发性肝癌 15 例,乙肝后肝硬化 10 例,原发性胆汁性肝硬化 1 例。所有病例均经病理证实。供体均为脑死亡男性,年龄 20~25 岁,供肝获取采用快速肝切取法,供肝灌注及保存均为 4℃ 的 uw 液,热缺血 2~8min,冷缺血 4~12h,采用经典原位肝移植 7 例,改良背驮式 19 例,其中肝肾联合移植 1 例。胆道重建采用供受体胆总管端端吻合术,常规放置 T 管引流,术后统一采用 FK506、激素和骁悉三联免疫疗法,术后 3~6 个月拔除 T 管,没有发生

在此基础上给予 IVIG 400mg/(kg·d) 静脉滴注,连用 3d。

1.3 观察项目 体温恢复正常时间、皮肤剥脱糜烂处干燥时间、疼痛消失时间。

1.4 统计学方法 计量资料以($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。

2 结果

两组观察项目比较见表 1。

组别	n	体温恢复正常时间	表皮剥脱糜烂处干燥时间	疼痛消失时间
对照组	12	3.6± 0.9	5.1± 1.2	5.8± 1.4
观察组	19	2.5± 1.1	3.4± 1.1	3.9± 1.2
T 值		2.900	4.048	4.027
P		<0.01	<0.01	<0.01

3 护理

3.1 重视病房环境对病情的影响 由于 SSSS 起病凶险,患儿皮损面积大,抵抗力低,易造成创面及全身感染加重,并易导致交叉感染。应尽量将患儿安置于单人病房,减少探望,减少感染机会。病室每日紫外线照射消毒 1 次,每次 0.5h,每日 1:400 消毒灵拖地 1 次。

3.2 皮肤护理 (1)剪短指甲,指导家长注意看护患儿,不可搔抓皮肤或强撕皮屑,游离痂皮可用消毒剪剪去。(2)穿全棉、宽松、柔软、低领衣裤,减少对创面的摩擦及刺激。急性期减少搬动,以减少搬动造成的皮肤疼痛。(3)糜烂处用康复新湿敷,湿敷面积每次不超过体表 1/3,交替轮换并注意保暖。

3.3 用药护理

3.3.1 严格无菌操作 IVIG 是一种血清制品,易被污染。在准备与输注过程中要严格按照无菌操作原则执行,操作前仔细检查药物有效期、玻璃瓶有无裂痕,开启后立即使用。

3.3.2 观察用药反应给予相应护理 IVIG 是一种异体蛋白,容易引起免疫反应,如:寒颤、发热、头痛、皮疹等,且常在 30min 内发生,可能与输注过快或个体差异有关。已有个案报道 IVIG 可引起过敏性休克^{〔2〕}、荨麻疹^{〔3〕}。因此控制输液速度是护理的关键,开始时宜慢 0.6~1.2mL/(kg·h),如无不良反应,

严重的胆道并发症。

2 护理体会

2.1 心理护理 T 管是肝移植术后保留时间最长的引流管,给患者生活上造成许多困难和不便,因此,在护理过程中,我们应向患者及亲属详细解释 T 管的作用和重要性,使患者在心理上接受 T 管,从而更好地配合治疗。加强专人护理,避免因术后伤口疼痛不适、患者烦躁不安等造成 T 管滑脱。有时胆汁会沿 T 管少量外渗,要做好皮肤护理,即时换药,保持皮肤干燥,减轻胆汁对皮肤刺激,必要时可外用锌氧油软膏。

2.2 T 管的固定 肝移植行胆总管端端吻合 T 管引流者,T 管固定至关重要。如果早期滑脱可造成胆漏、胆道狭窄等严重并发症。除用缝线与皮肤固定外,还需用胶布把 T 管固定于腹壁,防止患者活动或更换引流管时牵拉 T 管。包扎伤口敷料时要防止对 T 管造成扭曲、折叠等情况。

2.3 密切观察胆汁的量及性质 肝移植术后(下转第 90 页) 15~30min 后逐渐加至 2~4mL/(kg·h)。在输注全过程中注意观察患儿的全身反应,有异常立即处理。个别患者输液结束后亦可发生上述免疫反应,因此在输注完毕后仍应继续观察。本组 19 例患儿未发现不良反应。

3.4 心理护理 SSSS 患儿由于表皮剥脱皮肤疼痛明显,入院后又进入一个陌生的环境,患儿往往感到惊恐不安,哭闹不配合治疗。我们不能忽略他们的心理变化,及时有效地给予安抚和爱护,才能更好地提高护理质量,促进患儿痊愈。在做好患儿心理护理的同时获得家长的配合也是十分重要的,因为家长的情绪可间接影响患儿的心理状态。SSSS 是一种严重皮肤病^{〔4〕},家长常担心患儿预后及是否留有皮肤疤痕,我们应耐心细致地介绍疾病有关知识,在肯定 SSSS 有潜在危险的同时应强调该病是能够治愈的,使家长紧张情绪得到改善,更好地配合治疗。

综上所述,IVIG 可以提高人体 IgG 水平,并直接中和细菌抗原,对细菌感染的免疫缺陷状态起调节作用。本组资料显示 IVIG 可缩短病程,减少疼痛时间,加快创面干燥,是辅助治疗 SSSS 较好的方法。同时 IVIG 又是一种异体蛋白,易引起过敏反应,只要我们在应用时严格控制输液速度、加强护理观察,是完全能够确保用药安全的。

参考文献

[1]赵辨.临床皮肤病学[M].第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001.338-339
[2]樊翌明,呈志华.葡萄球菌烫伤样皮肤综合征的研究进展[J].国外医学·皮肤性病学分册,2002,28(1):22
[3]叶云才.肌注丙种球蛋白致一例过敏性休克[J].安徽预防医学杂志,2003,9(1):11
[4]石平序,司建华,蔚春成,等.注射丙种球蛋白引起荨麻疹 1 例[J].皮肤病与性病,2005,27(2):57
[5]王侠生,廖康煌,杨国亮.皮肤病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,2005.245-246

(收稿日期:2007-05-16)