

·调查与研究·

三氯乙烯药疹样皮炎伴急性重度肝损害的临床护理

刘璐,章一华,刘健,王建元,董婷,陈娟,洪沙沙

深圳市职业病防治院职业病科,深圳 518001

摘要:目的 探讨三氯乙烯药疹样皮炎伴急性重度肝损害患者的护理要点,以减少并发症,提高抢救成功率。方法 回顾 2008 年 10 月至 2011 年 10 月 9 例三氯乙烯药疹样皮炎伴急性重度肝损害患者的重症监护护理资料,总结三氯乙烯药疹样皮炎伴急性重度肝损害患者的护理经验和教训。结果 9 例患者经积极保肝、抗感染、加强营养支持和人工肝治疗,经有效的护理,均得到成功救治。结论 三氯乙烯药疹样皮炎伴急性重度肝损害救治的成功,在于积极的治疗以及合理有效的护理。

关键词:三氯乙烯药疹样皮炎;急性肝衰竭;护理

中图分类号: R135.1

文献标志码: B

文章编号: 1007-1326(2013)04-0210-03

三氯乙烯(trichloroethylene, TCE)是一种常用的工业原料,因其具有良好的脱脂去污作用,不少五金、电镀、电子、玩具、印刷企业将其作为电子五金零配件的清洗剂使用。但若防护不当可致中毒,也可致三氯乙烯药疹样皮炎(dermatitis medicamentosa like of trichloroethylene, DMLT)^[1]。DMLT 在临床上以皮肤损伤、发热、肝脏损害和浅表淋巴结肿大为主要表现,其发病凶猛,病情严重,病程长,病死率可高达 50%^[2]。严重肝损害导致肝衰竭是死亡主要原因^[2-3]。深圳市职业病防治院职业病科于 2008 年 10 月至 2011 年 10 月收治了 9 例急性重症 TCE 中毒并肝损害的患者,现将临床护理体会报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

2008 年 10 月至 2011 年 10 月接收 DMLT 患者 9 例(男 8 例,女 1 例),年龄 17 ~ 36 岁,平均(24.8 ± 6.9)岁。患者既往无肝脏、心脏、中枢神经系统等基础疾病史。根据《职业性三氯乙烯药疹样皮炎诊断标准》

(GBZ 185-2006)及《职业性中毒性肝病诊断标准》(GBZ 59-2010),临床诊断 9 例患者为 DMLT 伴急性重度中毒性肝损害,其中剥脱性皮炎 5 例,重症多型红斑 2 例,大疱样表皮坏死 2 例。

1.2 治疗方法

9 例患者均在糖皮质激素等内科综合治疗基础上使用血浆置换疗法(plasma exchange, PE)治疗。内科综合治疗包括卧床休息,保证热量、维生素的供给;给予常规保肝制剂,促进肝细胞再生,改善肝细胞供血;输注人血白蛋白及血浆等支持治疗等。

2 结果

9 例患者经治疗后症状有不同程度改善,乏力、食欲缺乏、腹胀等症状缓解,皮疹减退,黄疸消退,精神明显好转。48 h 后测定患者总胆红素(TBIL)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)和天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平明显下降,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。9 例患者经积极的治疗与护理,均成功救治,无一例发生护理问题。

表 1 9 例三氯乙烯药疹样皮炎伴急性重度肝损害患者治疗前后肝功能比较

时 间	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBIL(μ mol/L)	APTT(s)
治疗前	1 064.4 ± 544.4	601.2 ± 516.8	265.8 ± 121.0	34.9 ± 8.6
治疗 48 h 后	428.4 ± 185.6	190.4 ± 173.8	158.3 ± 88.6	65.1 ± 28.9
<i>t</i> 值	3.31	2.26	2.14	- 2.99
<i>P</i> 值	< 0.01	< 0.05	< 0.05	< 0.01

[注] APTT 为活化部分凝血酶时间。

基金项目:国家职业病临床重点专科建设项目(编号:WY2011873);深圳市重大职业病防治技术实验室建设项目(编号:CXB201111250112A);2011 年深圳市科技计划项目(21103373)。

作者简介:刘璐(1978-),女,大学本科,主要从事职业病临床工作。

3 护理

3.1 急救护理

接到患者后首先评估病情,包括意识状态及皮肤损伤程度。同时去除被污染的衣物,用低于皮肤温度的

温水彻底清洗皮肤,再更换清洁舒适的衣服,卧床休息。对患者要做心电监护,以监测基本生命体征。治疗时要始终保持患者呼吸道通畅,吸氧,迅速建立其静脉通道,遵医嘱正确给药治疗,忌用肾上腺素。

3.2 基础护理

3.2.1 预防感染 DMLT 伴急性重度肝损害患者免疫功能低下,容易继发口腔、腹腔、肠道、呼吸道以及皮肤感染。感染是本病最常见的并发症,也是最主要的死亡原因之一^[4],故患者应该卧床休息,要为其营造安静舒适的环境,若条件允许可为其安排单人病房,既保证其睡眠又减少感染机会^[5]。医务人员进入病室,必须穿隔离衣,戴口罩、帽子,穿鞋套,护理操作一律戴无菌手套,亲属须隔窗探视患者。空气净化器持续消毒 24 h,定时开窗通风,2 次/d,30 min/次;每天用 0.5% 健之素消毒水擦拭床栏、床旁桌椅、门窗拉手、地面 3 次。病人用物需专用,如体温计、血压计、听诊器等,以防交叉感染。病号服及床上用品均采取高压灭菌。早晚及进食后用生理盐水漱口。9 例患者均未出现继发感染。

3.2.2 高热护理 本组 9 例患者均有不同程度的发热,对体温 38.5℃ 以下者给予物理降温,忌酒精浴,使用冰袋的同时注意加被保暖;对 38.5℃ 以上体温的持续高热者使用冰毯持续降温,并密切观察体温的变化。

3.2.3 眼部护理 每日用温水清洗眼部,分泌物过多时用清水棉球轻轻擦拭,并用 0.25% 氯霉素眼药水滴眼 3 次/d,红霉素眼膏外涂 2 次/d,告知患者不要用手揉搓眼睛。

3.2.4 口腔护理 每日口腔护理 2 次,采用口腔擦洗方法,擦洗时动作宜轻柔,以防口腔黏膜损伤,引起出血。一旦出血可用云南白药撒在创面上进行止血。进食后及时督促患者以生理盐水或淡盐水漱口,长期使用抗生素患者则用 3% 碳酸氢钠漱口,防止口腔感染^[6]。本组 9 例患者均未出现继发感染。

3.2.5 会阴护理 阴囊和阴茎糜烂可用生理盐水清洗后用 0.1% 碘附消毒,20 ~ 30 min 后涂抹红霉素或金霉素眼膏,用无菌干纱布将阴囊及阴茎隔开,保持皮肤干燥。会阴及外阴溃烂时,用 0.1% 碘附进行抹洗,然后用红外线灯照射 10 ~ 20 min,加快伤口愈合。

3.2.6 皮肤护理 职业性 DMLT 患者在治疗过程中皮肤护理极为重要。皮疹患者注意保持皮肤清洁,每日温水擦洗皮肤,忌用香皂、热水。皮肤瘙痒者,修剪指甲,叮嘱患者切勿随意抓挠、撕脱局部皮肤,采用轻拍局部和转移注意力等方法为患者止痒,并适当涂抹皮质激素类药膏,涂药部位避免阳光照射。大疱表皮

坏死松懈症患者采用暴露疗法,应用支被架,并协助患者每 2 h 翻身,避免压迫、摩擦患处皮肤。病房使用电暖器,提高室温的同时降低湿度,加速创面干燥;糜烂处用 3% 的硼酸纱布湿敷半小时后用烤灯照射,2 次/d,30 min/次,以减少创面渗出。1 cm 以下未破损的水疱可自行吸收,1 cm 以上经 0.1% 碘附消毒后,用无菌注射器低处抽吸疱液,以无菌纱布覆盖。水疱已破损、渗液者,当作烧伤患者换药,2 次/d,先用 0.9% 生理盐水清洗干净,再以 0.1% 碘附消毒,硼酸湿敷,红外线灯烤。密切观察创面渗液性状,定期采分泌物涂片,警惕绿脓杆菌和真菌生长。

3.2.7 饮食指导 DMLT 肝损害患者食欲差,应给予低脂、低蛋白、清淡、易消化的饮食,PE 治疗后患者全身中毒症状可明显改善,又由于糖皮质激素的应用,食欲明显增加,此时患者肝功能及胃肠道功能尚未完全恢复,避免因突然进食过多而增加肝脏负担。如果饮食不当,尤其是过多进食动物性蛋白质,可能引起腹胀、腹痛等不适,甚至诱发肝性脑病、消化道出血^[7]。因此,应反复告诫患者及家属治疗后 48 h 内控制饮食的重要性,以糖类为主,少量多餐。宜进清淡、易消化、营养丰富的饮食,忌鱼虾海鲜类及辛辣刺激性食物,禁烟、酒、浓茶、咖啡。

3.3 特殊护理

3.3.1 深静脉置管 本组 9 例患者均行单针双腔管置管术,术前要向患者讲明管路的位置及重要性,嘱患者注意个人卫生,保持局部清洁。患者衣着应保持宽松舒适,避免久坐,避免过度屈曲右下肢,防止导管脱出、扭曲、受压。床头挂“防脱管”安全标识,做好交接班。治疗期间禁止使用双腔管输液、采血,以保证管路通畅。加强巡视,注意穿刺点有无红肿、渗血或出血,每日消毒,更换敷料。本组 9 例患者均未出现堵管及感染现象。1 例患者发生穿刺部位渗血,予绷带包扎压迫止血对症处理后好转。

3.3.2 人工气道护理 并发呼吸衰竭的患者需立即予气管插管,呼吸机辅助呼吸,在机械通气期间,根据痰液的情况适时吸痰,痰液黏稠者予超声雾化,2 ~ 4 次/d,每次 15 min,保持呼吸道通畅;要注意胶布的固定是否牢固,对烦躁、意识不清的患者适当约束,或遵医嘱给予镇静药物。本组 1 例患者行气管插管,经人工气道护理后无并发症发生。

3.3.3 胃管护理 依据病情置入胃管,禁食、胃肠减压。观察引流液的性状和量,及时倾倒,更换和记录。本组 3 例患者留置胃管,无并发症发生。

3.3.4 留置尿管护理 急性肝衰竭患者多迅速出现肝肾综合征,引起急性肾功能不全或急性肾衰竭。本

组病例中 2 例患者均予留置尿管并采用子母式精密尿袋,每小时记录 1 次量和性状,动态了解出入量情况。

3.4 并发症的观察

患者的肝损害常表现为转氨酶增高、黄疸、低蛋白血症、肝区压痛及肝脾增大,个别可出现腹水,严重者甚至很快发展为急性肝衰竭^[8-10]。肝性脑病是严重肝病引起的以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合病征^[11],对并发症患者,要按重症肝病护理常规进行护理,持续心电监护及低流量氧吸入,设立特护单,每 1 h 记录神志、瞳孔、生命体征的变化,密切观察病人意识,及时发现肝性脑病先兆;准确记录出入量,包括尿量、腹水量、胃肠减压引流量及人工肝和血滤时的超滤量等,尤其注意观察尿的性状、颜色的改变。观察皮肤黄染深度及消退情况,定时评估意识状态,检查神经系统,监测尿常规和肾功能。长期应用激素治疗的患者,大部分患者会出现“满月脸”、痤疮、皮肤色素沉着;易诱发或加重溃疡,引起水钠潴留及血压升高、诱发感染、诱发或加重糖尿病及精神异常等。因此在给予制酸护胃的基础上,应特别注意观察用药过程中可能出现的不良反应如腹痛、呕咖啡样物等,评估大便颜色,如有异常及时送检做隐血试验。密切观察血糖变化,本组 1 例患者在治疗第 13 天后出现血糖水平增高,最高达 18.3 mmol/L。经遵医嘱使用胰岛素治疗 7 d 后,血糖稳定在正常水平。

3.5 心理护理

由于本病发病急、病情重,治疗难度大,病死率高,且早期患者多意识清醒,所以患者及家属常难以接受,易出现恐慌和无助心理。护理人员应有目的、有计划地与患者及家属沟通,使其以较好的心理状态配合治疗和护理。责任护士要以高度的责任感和同情心,反复与患者沟通,安定患者情绪,同时向患者及家属讲解本病的相关知识,主动联系企业负责人,解决住院费用问题,解除患者后顾之忧,引导患者保持良好的心理状态。通过耐心、有效的心理护理,9 例患者均积极配合治疗。

4 讨论

1994 年起国内陆续报道了 TCE 所致药疹样皮炎,该病以皮损、发热和肝功能损害为主要表现,预后差^[12]。本病无特别治疗方法,临床上主要以加强护肝治

疗,加强营养支持,及早、足量及规则使用糖皮质激素,积极控制感染,必要时辅以人工肝等治疗为主。本组病例在入院后均被及时清洗污染皮肤,更换污染衣物;没有再接触 TCE 及其他促使病情加剧的因素,并在施行以上治疗方案的同时受到精心护理。医护人员密切观察患者病情,做好护理记录,及时发现器官受损的情况,落实好各项基础护理措施,严格无菌操作,减少探视;做好消毒隔离和皮肤、黏膜护理;注意各管道的护理,操作过程中动作宜轻柔,避免加重皮肤黏膜损伤;加强皮肤护理和预防皮肤感染的发生;加强肝功能损害的护理,避免发生肝性脑病;加强糖皮质激素观察及护理,并辅以积极的心理护理,密切注意肝、肾等主要脏器功能维护,及时处理各种并发症,除有一例应激性血糖增高以外,无其他并发症发生。总之,全面、系统、科学、完整的护理是对 DMLT 伴急性重度肝损害患者的治疗取得最佳疗效的根本保证。

参考文献

- [1] 黄坚芳,黎亚娜.三氯乙烷药疹样皮炎的护理现状[J].中国医学文摘:内科学,2006,27(2):157.
- [2] 李来玉,陈秉炯,黄先青,等.广东省职业性三氯乙烷皮肤损害的发病情况及分析[J].中国工业医学杂志,1998,11(6):349-351.
- [3] 吴奇峰,梁伟辉,陈嘉斌,等.三氯乙烷致药疹样皮炎严重肝损害的治疗探讨[J].中国职业医学,2008,35(6):496-497.
- [4] 华明,孔凌珍,郑倩玲,等.职业性 DMLT 严重并发症的诊治[J].中国职业医学,2002,29(4):37-38.
- [5] 沈耕荣,余书文.重症肝炎[M].天津:天津科学技术出版社,1990:41.
- [6] 石玉珍,陈星浩,黄桂虹.四类肝衰竭患者的预见性护理[J].护理学杂志:综合版,2011,26(11):34.
- [7] 孙士红,宫立众.人工肝支持系统的研究进展和护理[J].解放军护理杂志,2002,19(4):38.
- [8] 夏丽华,黄汉林,邝守仁,等.三氯乙烷所致药疹样皮炎 50 例临床分析[J].中华劳动卫生职业病杂志,2004,22(3):207-210.
- [9] 刘惠芳,梁伟辉,陈慈珊,等.DMLT 肝损害的临床观察[J].中国工业医学杂志,2004,17(6):342-344.
- [10] Phoon W H, Chan M O, Rajan V S, et al. Stevens-Johnson syndrome associated with occupational exposure to trichloroethylene [J]. Contact Dermatitis, 1984, 10(5):270-276.
- [11] 尤黎明.内科护理学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2002:241-248.
- [12] 邝守仁,孙凌珍,刘惠芳,等.三氯乙烷所致药疹样皮炎 19 例分析[J].中国职业医学,1999,26(4):27-28.