

1 例混合型过敏性紫癜患者并发急性胰腺炎的护理

孟飞彦

(西安交通大学第一附属医院皮肤科 陕西西安 710061)

【摘要】 总结1例过敏性紫癜患者伴发急性胰腺炎的护理实践经验。护理要点包括, 个性化护理, 提供多种形式支持, 缓解患者和家属压力; 皮肤护理; 密切观察病情变化, 做好消化道出血的急救护理; 多种管道的护理; 口腔护理; 营养支持。经过精心的治疗和护理, 患者于入院后25天后康复出院。

【关键词】 过敏性紫癜; 急性胰腺炎; 护理

Nursing of a patient with mixed purpura complicated with acute pancreatitis

Meng Feiyan

(Dermatology Department the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University Xi'an, Shaanxi 710061)

[Abstract] Summarize the nursing experience of a case of a patient with allergic purpura with acute pancreatitis. Care points include personalized care, providing various forms of support to relieve pressure on patients and family members; skin care; close observation of disease changes, emergency care for gastrointestinal bleeding; multiple lines of care; oral care; nutritional support. After careful treatment and care, the patient recovered and was discharged 25 days after admission.

[Key words] anaphylactic purpura; acute pancreatitis; nursing

过敏性紫癜, 是主要侵犯皮肤小血管(毛细血管后的小静脉)或其他器官毛细血管和细小血管的一种过敏性血管炎, 可分为单纯型、关节型、肾型、腹型四型。混合型就是单纯型、关节型、肾型、腹型中的任一两种或以上的过敏性紫癜^[1]。急性胰腺炎是一种常见的消化系统急症, 是指胰酶异常激活自身和周围器官而引起的局部炎症反应^[2]。过敏性紫癜患者消化道常见并发症有消化道大出血、肠穿孔、肠套叠和胰腺炎^[3]等。据舒静, 陈芳, 何强^[4]等老师研究, 过敏性紫癜患者并发胰腺炎的概率较大约占0.46%, 因此要警惕胰腺炎并发症的发生, 已有研究证实紫癜并发急性胰腺炎的特征分析, 但缺乏其系统的护理措施的相关报道, 因此其护理就显得尤为重要

2024年5月16日收住1例腹型过敏性紫癜患者, 患者入院后伴间断腹痛、关节痛, 第八天出现恶心、呕吐, 腹痛加剧, 疼痛难忍, 生化指标脂肪酶、淀粉酶开始升高, 第11天出现脂肪酶、淀粉酶翻倍增加, 确诊胰腺炎, 经过3周的精心治疗和护理, 患者各项指标好转出院

1 临床资料

患者, 女, 15岁, 以“双下肢瘀点、瘀斑伴间断腹痛1月余”之主诉入院。1月余前无明显诱因于双下肢小腿部位开始出现针尖大小瘀点、瘀斑, 未予重视。20余天前就诊于交大二附院, 出现3~4次腹痛, 伴恶心、呕吐, 大便颜色发黑, 诊断为“过敏性紫癜”, 给予对症治疗后症状好转出院, 出院后口服“甲泼尼龙片32mg/日”, 逐渐减量至“16mg/日”, 皮损仍间断发作。4天前因“腹痛”就诊我院急诊科, 皮损加重, 双下肢瘀点、瘀斑增多, 给予“地塞米松、头孢哌酮钠舒巴坦钠”抗感染, 辅以“抑酸”、口服“芦丁、维生素C”治疗。经治疗, 仍间断腹痛, 双下肢瘀点、瘀斑较前稍消退。为进一步诊治, 以“过敏性紫癜”收入我科。自

发病以来, 无发热, 20余天前出现咽痛、咳嗽, 有腹痛, 四肢关节疼痛, 精神较差, 进食流食, 夜休差, 大便颜色发黑, 小便未见明显异常。查体: T36℃, P85次/分, R18次/分, Bp82/57 mmHg。皮肤专科查体: 双下肢皮肤可见散在分布的瘀点、瘀斑, 皮损对称分布。入院诊断: 混合型过敏性紫癜; 上呼吸道感染。

患者入院后给予糖皮质激素、甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠抗炎、抗感染补液对症治疗, 入院第四天开始出院恶心、呕吐, 呕出物为胃内容物。入院第9天, 上腹部间断疼痛, 发作时疼痛难忍, 有恶心, 无呕吐, B超显示: 肝胆胰脾未见异常。测胰腺炎二项: 淀粉酶264U/L, 脂肪酶941U/L, 不排除有胰腺炎可能。入院第11天胰腺炎二项指标翻倍增加, 腹部平扫CT结果: 显示胰腺肿胀、胰腺周围、胆囊窝积液。急性胰腺炎诊断明确。加用抑酸、抑酶、抗感染对症治疗。

2. 治疗过程及转归

患者入院后给予口服芦丁、维生素C, 甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠、地塞米松、兰索拉唑、头孢哌酮钠舒巴坦钠静滴抗炎、抗感染、抑酸、补液等对症治疗。入院第4天开始出现腹痛、恶心、呕吐, 呕吐物为黑色内容物, 遵医嘱给予暂禁食, 胃肠减压。生长抑素3mg微量泵泵入抑制消化酶的分泌^[5], 入院第9天晨起体温39.2℃, 双上肢可见散在瘀点、瘀斑, 出现上腹部剑突下间断性疼痛, 查体腹软, 有恶心, 无呕吐症状, 查胰腺炎二项: 淀粉酶264U/L, 脂肪酶941U/L, 同时监测腹部立位片: 腹腔肠管积气积粪、局部肠管积气扩张。消化科会诊后应用奥曲肽0.4mg持续8小时微量泵泵入, 抑制胰腺、炎性细胞的分泌^[6]。疼痛时山莨菪碱10mg肌肉注射。头孢哌酮钠舒巴坦钠抗1.5g感染治疗。治疗入院11天, 复测胰腺炎二项: 淀粉酶403U/L, 脂肪酶

394IU/L, 尿淀粉酶: 795U/L, 腹部平扫 CT 结果: 胰腺肿胀、胰腺周围、胆囊窝积液。急性胰腺炎诊断明确。遵消化科及肝胆科意见: 加用乌司他丁^[7]、加贝酯抑酶对症治疗, 奥硝唑抗感染治疗。严密观察病情变化, 遵医嘱继续给予抑酸、抑酶补液等对症治疗。经治疗 25 天后原有瘀点瘀斑全部消退, 无恶心、腹痛不适, 胰腺炎指标趋向正常, 病情明显好转出院。

3. 护理

3.1 个性化护理

3.1.1 心理护理: 过敏性紫癜伴腹痛和消化道出血发生率为 50%~75%, 伴恶心、呕吐, 腹痛不适, 肾脏受累为 20%~80%, 有蛋白尿、血尿, 肉眼血尿等临床表现, 因治疗周期长, 易反复。急性胰腺炎起病急, 来势凶猛, 疼痛剧烈, 因此患者担心治疗效果及预后, 产生焦虑、抑郁^[8]等不良情绪, 在治疗过程中随时关注患者心理状态的变化, 进行有效沟通, 了解其内心真实的想法, 不断给予鼓励支持, 强调规律治疗的重要性。建议患者在病情稳定的状态下进行自身感兴趣活动, 如听音乐、和病友聊天等、病情允许情况下听可移动性护理屏幕讲解相关知识。保证病房安静, 夜晚保证舒适的睡眠环境(如避免噪音、足够的通风、或舒适的床)。疼痛明显时, 给予心理安慰, 指导患者弯腰抱膝体位。

3.1.2 用药护理: 用药期间告知患者药物作用, 注意事项及不良反应, 教会患者每种药物的服用时间、服用方法, 遵医嘱按时按量服药, 不可随意减少或增加药量, 强调坚持用药的重要性。

3.1.3 饮食护理: 过敏性紫癜腹痛期间禁饮禁食, 胰腺炎确诊后继续禁饮食, 在腹痛减轻, 肠蠕动恢复后, 开始以流质饮食(米油、米汤)为主, 病情稳定后逐渐过渡半流食(米粥、米糊、汤面)为主, 治疗期间禁食刺激性食物, 如辣椒、葱姜蒜及鱼虾海鲜异体蛋白, 避免饱餐或油腻食品。

3.2 皮肤护理: 疾病急性期卧床休息, 同时观察皮疹颜色和数量; 穿棉质衣裤, 衣服柔软透气, 保持皮肤清洁干燥, 修剪指甲, 防止抓伤或擦伤。皮肤瘙痒时用炉甘石擦剂涂擦。避免皮肤受到磕碰, 以免引起出血。

3.3 病情观察: 患者入院第 4 天间断腹痛, 恶心、呕吐, 呕吐物为黑色胃内容物, 约 1000 毫升, 有消化道出血风险, 同时伴有气短症状。给予吸氧, 急查血常规、血凝及动脉血气。血细胞分析五分类+CRP: 红细胞计数 $1.11 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白 32g/L。凝血六项: 纤维蛋白原含量 0.66g/L。D-

二聚体: 0.390.66mg/L, 血气分析: 血红蛋白含量 14.5g/D, 与血红蛋白 32g/L 相差较大, 不排除血液稀释^[9、10]的风险, 立即再次复查, 血象大致正常。遵医嘱给予抑酸、奥曲肽(减少胃肠道血供), 促进胃粘膜修复等治疗。严密观察消化道出血情况, 若活动性消化道出血停止 48-72 小时, 可考虑进流食。入院第 9 天傍晚疼痛加剧, 患者血清淀粉酶和尿淀粉酶水平明显升高^[11], 血液和尿液的淀粉酶水平至少升高了上限的三倍, 腹部平扫 CT 结果: 显示胰腺肿胀、胰腺周围、胆囊窝积液^[12]。确诊急性胰腺炎, 遵医嘱给予暂禁食, 记 24 小时出入量, 胃肠减压、吸氧、心电监护, 继续奥曲肽泵入、加用舒普深、奥硝唑、乌司他丁、加贝酯、抗感染、抗炎治疗; 疼痛时加用止疼药止疼, 取弯腰、屈膝侧卧位等体位。

3.4 多种管道的护理: 患者住院期间带有静脉输液, 心电监护, 氧气吸入, 胃肠减压等多路管路, 有管路滑脱的风险, 告知相关注意事项。因病情危重, 由专人护理。(1) 妥善固定各类管路, 高举平台法固定胃管^[13]。(2) 保持各类管道通畅, 避免打折, 弯曲引起堵塞影响治疗效果。(3) 保持无菌操作, 防止管道污染, 胃管、负压引流器及时更换。(4) 准确记录引流管引流液的性状, 颜色、量。(5) 胃管冲洗液, 灌洗液做到现配现用。

3.5 口腔护理: 患者发病前有上呼吸道感染, 主要触发的是呼吸道黏膜, 又因患者住院期间口腔卫生差, 口腔内各种有益菌功能可能会下降^[14]引起口腔感染。遵医嘱给予口服布拉氏酵母菌, 古草杆菌二连活菌口服, 氟尿嘧啶漱口。

3.6 营养支持: 患者长时间禁饮食, 留置胃管, 又有多路管道, 机体消耗比较大, 因此要及时补充营养, 使机体达到正氮平衡, 有利于组织康复, 给予患者静脉输注氨基酸, 胃管服用蛋白粉, 腹痛症状缓解时, 可逐渐经口流食-半流食-软食过渡-普食过渡^[15]。

4 总结

过敏性紫癜并发胰腺炎是一种相对罕见的特殊类型的胰腺炎, 当过敏性紫癜患者出现腹痛时, 淀粉酶、脂肪酶增高且有影像学特征时可考虑过敏性紫癜相关性胰腺炎^[16], 临床容易误诊, 耽搁其病情, 如果照护不周, 有可能有重症胰腺炎的可能, 不但会引起严重的感染、营养不良还会影响患者的预后。护理人员除了要做好病情观察外, 心里护理、饮食护理、皮肤护理、多种管道护理、口腔护理, 营养支持也至关重要。只有做好每一环节, 才能保证患者的生命安全, 促使患者早日出院, 回归家庭和社会。

参考文献:

- [1]中华医学会儿科学分会免疫学组.2013.儿童过敏性紫癜循证诊治建议.中华儿科杂志, 51(7): 502-507
- [2]中华医学会儿科学分会胰腺外科学组.中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J].中国实用外科杂志, 2021, 41(7): 735-742.
- [3]Cucinotta U, Romano C, Dipasquale V.小儿炎症性肠病的胰腺相关表现.基因(巴塞尔).2021年8月31日;12(9):1372.doi:10.3390/genes12091372.PMID: 34573354; PMCID: PMC8465218.
- [4]舒静,陈芳,何强,等.儿童过敏性紫癜合并胰腺炎临床特征及治疗随访分析[J].中国实用儿科杂志,2018,33(01):60-64.DOI:10.19538/j.ek2018010616.
- [5]李德渊.关于“生长抑素对重症消化道术后婴儿胃肠激素水平和临床预后的影响:一项前瞻性随机对照研究”一文的专家点评[J].中国当代儿科杂志,2023,25(10):1095.

- [6]赵梦琦, 崔梦妍, 陈素敏, 等.生长抑素类似物奥曲肽对重症急性胰腺炎小鼠肺损伤保护机制的研究[J].胃肠病学, 2023, 28(06): 326-334.
- [7]谢欣城, 吴博, 李晓, 等.乌司他丁、生长抑素联合血必净治疗急性胰腺炎患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志, 2023, 39(15): 2135-2139.DOI: 10.13699/j.cnki.1001-6821.2023.15.002.
- [8]何丹.个体化护理干预对胃溃疡的临床疗效及不良心理和生活质量的影响[J].中国医药指南, 2019, 17(06): 187-188.DOI: 10.15912/j.cnki.goem.2019.06.160.
- [9]黄学忠, 林佩佩, 唐芳芳.静脉输液时同侧采血对本稀释的影响及甄别方法探讨[J].国际检验医学杂志, 2010, 31(10): 1197-1198.
- [10]李艳坤.血液标本采集方式对检验结果的影响[J].中国药物经济学, 2015, 10(12): 179-180.
- [11]熊芳, 陶彦, 李华.Henöch-Schönlein 综合征相关胰腺炎病例和病例系列报告的综述.医学科学杂志 2017 4 月 26; 22: 43.doi: 10.4103/jrms.JRMS_658_15. PMID: 28567063; PMCID: PMC5426093.
- [12]崔 Y, 科扎雷克 RA.胰腺内疗法的演变.2023 年 10 月胃肠内镜临床 N Am; 33(4): 679-700.doi: 10.1016/j.giec.2023.03.012.Epub 格式 2023 5 月 3.PMID: 37709404.
- [13]尚昀昀, 韩雪莉, 曾巧玲, 等.1 例门腔静脉半转位肝移植术后患者并发胆漏及十二指肠漏的护理[J].中华护理杂志, 2021, 56(02): 260-264.
- [14]王晴雯, 张淑雅, 熊维霖, 等.儿童过敏性紫癜口腔菌群及其代谢产物特征[J].实用医学杂志, 2024, 40(09): 1244-1250.
- [15]杨义会, 刘雪梅, 李彦欢, 等.循证护理在急性胰腺炎护理中的应用[J].中国全科医学, 2020, 23(S2): 264-265.
- [16]习一清, 谢伟.过敏性紫癜并发急性胰腺炎 1 例报告[J].临床肝胆病杂志, 2019, 35(05): 1092-1094.

上接第 236 页

后,院党委书记及院党委领导班子重视是做好档案管理工作的重要保证。要切实提高思想认识,把规范化的档案管理工作提上重要议事日程。只要是从事档案管理工作的,无论是具体经办工作人员,还是各临时医技科室人员,都要树立做好档案管理工作极具重要性的认识。所以,日常工作中要注重运用档案管理知识,全过程、全方位、全链条把档案管理融入日常工作,提高档案管理质量。对专门负责档案管理工作的人员,还需主动靠前,向本级领导汇报本阶段工作基本情况,并能站位档案管理中,提出具有建设性、可行性的意见及建议,为档案管理工作更准确、更科学,使档案工作更好地服务于医院全方位、高质量发展。

4.2 推动电子化档案管理

推动电子化档案管理是解决医院综合档案管理问题的重要对策之一。医院应逐步减少纸质档案的使用,积极应用高质量的电子档案系统,医院综合档案管理人员将信息录入电子系统,通过这些系统全面记录综合档案信息,提高档案信息的可访问性和管理效率。定期评估电子档案管理系统效能,听取医务人员和职能部门以及患者的反馈,根据需要进行改进和升级。推动电子化档案管理不仅可以提高医院综合档案信息的可访问性和管理效率,还有助于降低纸质档案管理的复杂性,减少数据错误和丢失的风险,这将为医院综

合档案管理带来更大的透明性和协作性,提高医疗服务的质量和患者满意度。

4.3 立全面细致的信访档案分类系统

通过对信访档案进行细致的分类,我们可以更好地把握各类信访事件的本质特点和规律,为后续的管理和利用提供有力的支持。在分类时,我们可以根据信访事件的主题、性质、影响等因素进行分类,确保每个类别的信访档案都具有较高的相似性和可比性。定期开展信访举报档案整理工作,进行全面清理,统一信访举报卷宗编号和归档。坚持落实“查漏补缺”、“一案一档”、“专人保管”三个原则,对照卷宗模板,对信访卷宗中各个环节进行全面审查,加大对信访档案的监管。

5.结语

综上所述,本文就加强医院档案管理工作的思考进行探讨。医院发展面临诸多问题,为了积极应对,推动医院实现更好发展,必须要强化档案管理意识。档案管理不仅记录了医院的重要信息,还与医院发展有着直接的关系,所以,应不断提升档案管理水平,有效服务于医院发展,让医院更好服务于人民群众。

参考文献:

- [1]毛曼.新时期医院档案在医院文化建设中的应用路径[J].区域治理, 2023(8): 291-294.
- [2]杜秀霞, 彭丽娟.新时期医院档案信息化建设途径探讨[J].办公室业务, 2019(16): 98.
- [3]张晨, 范丽微, 张俊杰, 郁鉴清, 陈艳, 汪伟, 饶志涛, 姜淼.基于现代医院管理制度的医院智慧档案管理模式探索[J].中国卫生事业管理, 2023, 40(01): 17-18.
- [4]李娇龙.公立医院高质量发展背景下党建档案规范化管理的现状与对策分析[J].兰台内外, 2023, 12(01): 23-25.
- [5]南秀娟.刍议如何做好信访局档案管理工作[J].卷宗, 2019
- [6]田喜德.加强和完善信访档案管理工作探析[J].产业科技创新, 2019