

# 阴囊湿疹 80 例临床护理

张俊英, 王霞, 辛梅, 刘新

(山东大学附属省立医院 山东 济南 250021)

**摘要** 目的:探讨阴囊湿疹的护理方法。方法:对 80 例阴囊湿疹患者进行综合治疗及全面的护理。结果:所有患者经过精心治疗及护理,均获得满意效果。结论:精心全面的护理能够减轻阴囊湿疹患者的病痛,加快患者的痊愈。

**关键词** 阴囊湿疹;感染;护理

中图分类号:R473.5 文献标识码:A 文章编号:1006-7256(2010)16-0025-02

阴囊湿疹中医称“绣球风”、“肾囊风”,属慢性局限湿疹性皮肤病,是男性较为常见的一种皮肤病,夏季多发,好发于青壮年<sup>[1]</sup>。其主要症状是奇痒和不适,常因搔抓、烫洗或自行涂药,导致红肿、糜烂、渗出感染等,给患者带来很大的肉体和精神上的痛苦<sup>[2]</sup>。2007 年 4 月~2010 年 4 月,我院共收治阴囊湿疹患者 80 例,经精心护理,取得满意效果。现将护理体会报告如下。

## 1 临床资料

本组 80 例,年龄 16~68 岁,平均 46.5 岁。患者多为学生、司机等久坐者或重体力劳动者及长期卧床的患者。住院患者多病情较重,患处糜烂,渗出明显。

## 2 结果

本组患者经精心治疗和护理,住院患者均获得满意效果。

## 3 护理

**3.1 心理护理** 阴囊湿疹虽非重症,但其特殊的发病部位,患者在发病初期存在着羞怯心理,不敢去医院就诊而自行买药治疗,由于用药不当,导致病情加重,这不仅影响患者的工作、生活、学习,而且造成了严重的思想负担,因此做好心理护理非常重要。阴囊湿疹多与情绪有关,患者常因疾病部位的特殊、敏感而讳疾忌医,延误病情,加之对疾病认识不清,易出现羞怯、紧张、恐惧、焦虑等情绪<sup>[3]</sup>。故进行心理疏导前,要准确把握患者存在的心理问题及职业特点、性格特点、生活习惯、文化程度等,针对不同问题采取相应措施,解除患者的思想顾虑,帮助其树立战胜疾病的信心。护理人员注意运用亲切诚恳、富有同情心的语言和态度,端庄稳重的举止,以熟练的护理技术操作,赢得患者的信赖,最大限度地减轻患者精神负担,营造起一个平和健康的心理环境,以利于疾病恢复。

**3.2 一般护理** 加强生活空间的通风。盖被薄厚适中,以不出汗为度,保持会阴部清洁干燥,勤换内衣,勤更换床单被罩。潮湿型阴囊湿疹盖被悬空,干燥型有薄痂或鳞屑,勿搔抓或去鳞屑。

**3.3 用药护理** 全身用药应选用抗组胺药口服,如盐酸西替利嗪或雷氯他定片,每次 10 mg,1 次/d,重症患者可加用糖皮质激素,泼尼松 30~40 mg/d。如果合并细菌感染,可全身加用抗生素。局部用药应根据不同病期的皮损情况及有无渗出,有针对性的选择外用药,同时认真观察创面变化及渗出的颜色、性质和量<sup>[4]</sup>。急性期患者无糜烂、渗液时应用粉剂或振荡剂(洗剂),如炉甘石洗剂、炉甘石粉等,或糖皮质激素霜剂;糜烂严重、渗液较多时应用 0.02% 咪喃西林溶液或 3%

硼酸溶液浸透无菌纱垫进行湿敷,3 次/d,每次 30~40 min,并以“丁”字带固定,为保持适宜的湿度,每隔 10 min 左右加药 1 次,湿敷完后紫草油外用保护创面;渗出减少时局部外用 20%~40% 氧化锌油,3 次/d。如果渗液浑浊或有脓性分泌物,应用新洁尔灭溶液清洁,局部外用抗生素,如莫匹罗星(百多帮)<sup>[4]</sup>。随着创面逐渐愈合,为保护新生的表皮避免长时间受药液的浸渍,此时应停止湿敷。局部新洁尔灭溶液清洁后,用无菌干棉球吸干水分,再行人工细胞愈合膜外涂,覆盖无菌纱布,丁字带固定保护创面,避免摩擦,每日 1~2 次,直至完全愈合。慢性期患者局部应用皮质类固醇类软膏,中药外敷。

**3.4 健康教育** 阴囊湿疹是男性较为常见的一种皮肤病,病因复杂,除患者自身的体质、免疫能力外,还与外界的物理、化学性刺激等因素有关,因此在治疗疾病的同时,应做好卫生宣教工作。阴囊的皮肤相当敏感,如果处在高温、潮湿、透气性差的环境下,很容易产生湿疹。因此,宜穿宽松、透气、吸汗的棉质内衣,避免长期穿着紧身内裤和牛仔裤。夏季出汗多的人群应注意做好皮肤清洁卫生,勤洗澡,但应避免用热水烫洗及碱性肥皂,勤换衣服,保持皮肤干燥。宜多吃营养丰富的食物,多吃蔬菜水果,多饮水,少饮酒,避免海鲜和辛辣等刺激性的食物。避免搔抓,以防感染或病情加重。带回的药物,要详细向患者说明用法和注意事项,如湿敷方法、涂药方法、使用时间及次数和可能出现的不良反应及处理方法等。

## 4 讨论

该病主要由以下原因引起:①局部环境:对于很多患者,特别是脑出血术后、重症糖尿病、多发性损伤、大手术等都可使机体处于高代谢状态,特别是分解代谢增强,机体营养不良,引起免疫力低下,皮肤黏膜的屏障保护功能下降;加之高热、植物神经功能紊乱使出汗过多,阴囊处潮湿。②护理缺陷:阴囊位置特殊,护理工作中大多是女性,因此,不适当的盖被致阴囊处潮湿,阴囊处皮肤清洁不彻底,不注意暴露患处均可使阴囊湿疹出现或加重。③情绪因素:脑出血术后常合并语言、肢体功能障碍;重型颅脑损伤多由车祸及外伤所致,患者多焦虑、躁动;患处痒痒,使患者心情烦躁,引起搔抓,使皮疹加重。本组研究结果表明,正确的治疗是疾病治愈的基础,而护理工作就是加速疾病治愈和避免复发的保证。因此,在疾病的治疗过程中护理人员注重患者的心理护理、用药护理、健康教育是阴囊湿疹患者护理工作的重点<sup>[5]</sup>。

## 参考文献:

[1] 廉海平. 神外 ICU 5 例阴囊湿疹的原因分析及护理体会

[J]. 中华临床医学杂志, 2008, 9(11): 77-78.

[2] 池少平. 阴囊湿疹伴感染的护理体会[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(4): 168-169.

[3] 朱衡金. 阴囊湿疹的换药护理心得[J]. 福建医药杂志, 2002, 24(3): 128.

[4] 孙小晶, 温剑萍, 余雪红, 等. 阴囊湿疹 253 例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(4): 622-623.

[5] 李福昌, 刘金耀. 派瑞松软膏治疗阴囊湿疹 36 例[J]. 皮肤与性病, 2002, 24(1): 34.

本文编辑:徐杰 2010-05-11 收稿

· 经验与革新 ·

## 奥美拉唑联合纳洛酮治疗重度去痛药中毒 9 例抢救与护理

谷玉

(定陶县人民医院 山东 定陶 274100)

急性重度去痛类药物中毒是目前国内常见的急危重症疾病,尤其是在医院的急诊科,而采用常规治疗基础上加用奥美拉唑、纳洛酮等综合疗法,给予早期的洗胃、高流量吸氧及心理护理,建立 V 通道<sup>[1]</sup>。近来,我们对 9 例重度去痛类中毒患者在常规治疗的基础上给予奥美拉唑、纳洛酮等综合疗法,经精心护理,取得满意效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 18 例,男 6 例,女 12 例;年龄 5~68 岁;发病时间 0.5~3.0 h;中毒原因均为自杀或误服所致,均有恶心、呕吐、上腹疼痛等症状。随机分为常规组和综合组各 9 例,两组一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 方法 常规组采用常规治疗,综合组在常规治疗的基础上实施奥美拉唑、纳洛酮等综合疗法及护理。具体:奥美拉唑 40 mg, 1 次/d, 静脉注射,同时使用纳洛酮 0.8 mg, 静脉注射,直到清醒为止。

1.3 疗效标准 显效:2 h 内清醒,上腹痛、恶心、呕吐,症状改善;有效:6 h 内清醒;无效:经治疗 10 h 以上意识不清,出现消化道出血。

### 2 结果

两组治疗效果比较见表 1。

表 1 两组治疗效果比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
综合组	9	5	4	0	100.0*
常规组	9	2	3	4	55.6

注:与常规组比较, \* $P<0.05$

### 3 护理

3.1 洗胃 对神志清醒者给予清水催吐洗胃,少量多次,直至清水无胃内容物为止,同时给予心理安慰,告知催吐洗胃痛苦小且经济。

3.2 吸氧 高流量氧气吸入,流量 4 L/min,浓度 37%,对患者有利于脑部缺氧的恢复,从而起到防止脑部过度水肿及呼

吸抑制的发生。

3.3 迅速建立静脉通道 必要时用留置针,这样可减少患者的痛苦。患者时常烦躁,加之呕吐、腹痛,这样液体外渗的可能性减少。

3.4 准确记录出入量 因去痛类药物多为复方解热镇痛药<sup>[2]</sup>,对前列腺素的合成和释放起到抑制作用,恢复体温调节中枢感受神经元的正常反应性,而起到退热的作用;同时还抑制前列腺素的合成而镇痛,有时患者可能尿少或出现血尿应注意观察,多饮水,液体速度可稍微快一点,必要时及时做尿培养。

3.5 饮食护理 遵守中毒期饮食原则,24 h 后宜少食多餐,进食具有保护胃黏膜作用的面汁、鲜牛奶等。

3.6 心理护理 对于神志清及恢复期显效的患者要辩证施治,根据患者的实际情况,实施心理护理,以健康的心态面对现实,树立起生活的信心,做一个身体、心理健康的勇士。

### 4 讨论

奥美拉唑呈剂量相关性的抑制胃酸分泌,为了迅速达到与多次口服 20 mg 相同的降低胃酸毒的作用,鉴于上次静脉给予 40 mg 奥美拉唑胃酸度 24 h 下降 90%,抑制胃酸作用与药一时曲线下面积相关而与给药时血液浓度无关。纳洛酮能迅速通过血脑屏障,去痛类药物中毒损害中枢神经,将释放  $\beta$ -内啡肽对中枢神经及心血管的抑制作用,并具有强烈的催醒作用。故纳洛酮和奥美拉唑联用再加之有效的护理对救治重度去痛类药物中毒效果确切。

### 参考文献:

[1] 林菊英. 急性中毒的诊治原则[M]. 急救护理学, 1998: 77.

[2] 张长青. 药物中毒的救治与观察[J]. 中国医学园地, 2008, 63(6): 60.

本文编辑:王海燕 2010-05-20 收稿