

# 重症药疹患者1例治疗与护理体会

刘华丽<sup>1</sup>, 任义云<sup>2</sup>, 孙燕茹<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>山东大学齐鲁医院德州医院, 山东 德州

<sup>2</sup>天津市中医药研究院附属医院, 天津

收稿日期: 2025年8月17日; 录用日期: 2025年9月11日; 发布日期: 2025年9月22日

## 摘 要

总结1例重症药疹患者的临床护理经验。制定对患者治疗起到积极作用的护理方案与计划, 预防了并发症发生并促进患者康复。

## 关键词

重症药疹, 护理, 治疗

# Treatment and Nursing Experience of 1 Patient with Severe Drug Eruption

Huali Liu<sup>1</sup>, Yiyun Ren<sup>2</sup>, Yanru Sun<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Dezhou Hospital, Qilu Hospital, Shandong University, Dezhou Shandong

<sup>2</sup>Affiliated Hospital of Tianjin Institute of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

Received: Aug. 17<sup>th</sup>, 2025; accepted: Sep. 11<sup>th</sup>, 2025; published: Sep. 22<sup>nd</sup>, 2025

## Abstract

The paper summarizes the clinical nursing experience of one patient with severe drug eruption, and develops care plans and plans that have a positive effect on the patient's treatment prevent complications and promote the patient's recovery.

## Keywords

Severe Drug Eruption, Nursing, Treat

\*通讯作者。



## 1. 引言

药疹又被称为药物性皮炎，是指人体通过任何途径接受某种药物治疗后导致机体出现皮肤黏膜损害的变态反应性炎症，严重者可出现多器官系统受累[1]，甚至危及生命。临床上可将其分为固定型药疹、麻疹型/猩红热样药疹、剥脱性皮炎型药疹、荨麻疹型药疹、光敏性药疹及“重症药疹”。其中重症药疹又包括：Steven-Johnson 综合征(SJS)、中毒性表皮坏死松解症(TEN)、伴发嗜酸性粒细胞增多及系统症状的药疹(DRESS)以及急性泛发性发疹性脓疱病(AGEP)，多数药疹预后较好，然而“重症药疹”却严重而致命[2]，需要临床医护人员高度重视并采取积极有效的治疗与护理措施。近期，本院收治 1 例因患肺癌而口服药物引发重症药疹患者。本文将围绕该患者的治疗与护理过程展开详细阐述，旨在分享宝贵的临床经验，提高对重症药疹的认识和护理水平。

## 2. 一般资料

患者男性，44 岁，因肺部恶性肿瘤，口服“安罗替尼”后周身出现红斑伴剧烈痒痛。入院前 3 日皮疹加重，出现水疱大疱，曾就诊于华北理工大学附属医院，诊断为“中毒性大疱性表皮松解症”。予甲泼尼龙琥珀酸钠 80 mg/d 静脉滴注 2 日、复方甘草酸苷注射液、维生素 C 片治疗后好转不显，为求进一步中西医结合系统诊治，由急诊收入院。

入院时，对患者进行专科查体：患者神志清晰，精神状态尚可。全身广泛分布着红斑，在红斑之上可见密集的绿豆至蚕豆大小的水疱大疱。这些水疱大疱的疱壁较薄，尼氏征呈阳性，部分皮疹相互融合成片，使得患者自觉皮疹部位痒痛难忍。患者还表示咽部有不适感，并且伴有阵发性、刺激性干咳。但并未出现恶寒发热、咳痰、胸闷憋气、心慌胸痛、头晕头痛、恶心呕吐、腹痛腹泻等其他不适症状。在饮食、睡眠、大小便方面，患者的情况基本正常，即纳食可，夜寐可，大便可，小便可。

回顾患者的既往史，发现其患有肺部恶性肿瘤已有 8 个多月。入院时对患者进行全面的体格检查：体温(T)为 36.3℃，脉搏(P) 78 次/分，呼吸(R) 18 次/分，血压(BP) 120 mmHg/60 mmHg。患者整体发育正常，营养状况良好，面容正常，表情自然，呈自主体位，神志清楚，在查体过程中能够积极配合。皮肤黏膜方面，全身皮肤黏膜无黄染现象，毛发分布正常，皮下没有水肿情况，也未发现肝掌和蜘蛛痣。浅表淋巴结未出现肿大。头颅发育正常，无畸形，双侧瞳孔等大等圆。咽部发红，扁桃体存在充血现象。颈部柔软，气管位置居中，甲状腺未见肿大，颈静脉无怒张。胸廓对称，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音清晰，未闻及明显的干湿性啰音。心脏方面，心界不大，心率 78 次/分，心律整齐，心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部柔软，没有压痛及反跳痛，肝脾在肋下未触及，四肢无水肿。生理反射正常存在，病理反射未引出。专科检查再次确认周身泛发红斑，红斑上有密集性绿豆至蚕豆大小水疱，疱壁软薄，部分皮疹融合成片，尼氏征阳性。

从中医四诊角度来看，中医四诊：望诊：神清。闻诊：声清。切诊：腹部未触及异常隆起。舌脉：舌质红，苔黄，脉数。入院前辅助检查结果如下：男性肿瘤系列：神经元特异性烯醇化酶：90.060 μg/L；血常规：红细胞  $4.10 \times 10^6/L$ ；凝血系列：D-二聚体 2527 ng/ml，血浆凝血酶时间 22.0 s，血浆纤维蛋白原 4.82 g/L；心肌酶检测：γ-谷氨酰转肽酶 101 U/L，葡萄糖 8.53 mmol/L。胆固醇 4.87 mmol/l，甘油三脂 2.95 mmol/L。鉴于中医中药在药疹治疗中具有重要作用，邀请中医科医师对患者进行中医辨病辨证。经综合

判断,辨病认为该患者属于中医“药毒类病”范畴。从四诊合参分析,患者素体禀赋不耐,药物进入体内后化热,内外因素相互作用,发于肌肤从而出现红斑、丘疹。由于久病,肌肤失于滋养,故而产生痒痛症状。结合患者舌质红、苔黄、脉数的表现,辨证属于血热证。最终确定入院诊断为:中医诊断方面,为药毒类病,证候诊断为血热证;西医诊断为重症药疹、肺肿瘤、肝损伤。

### 3. 治疗与护理

#### 3.1. 治疗

患者入院后,医护人员立即采取了一系列的治疗措施。首先,给予患者鼻导管吸氧,以保证患者的氧气供应,维持正常的呼吸功能,改善机体的缺氧状态。同时,积极完善相关的基础检查化验,对患者的身体状况进行全面、深入的评估,为后续的精准治疗提供科学依据。考虑到患者入院前辅助检查显示肝酶升高1.5倍,为了保护肝脏功能,减轻肝脏负担,医生给予患者多烯磷脂酰胆碱胶囊456 mg,每日三次口服进行护肝治疗。多烯磷脂酰胆碱能够补充肝细胞膜的磷脂成分,稳定肝细胞膜,促进肝细胞的修复和再生,从而对受损的肝脏起到保护作用。

在中医治疗方面,由于患者皮损经辨证属血热证,因此采用清热凉血、解毒止痒的治疗原则。医生自拟了中药方,具体组成如下:金银花30 g、连翘30 g、蒲公英30 g、薏苡仁(复)40 g、茯苓30 g、白术30 g、盐车前子30 g、黄连片8 g、黄芩片15 g、黄柏10 g、姜炒栀子10 g、豆蔻15 g、陈皮15 g、太子参20 g、生地黄40 g、茜草15 g、白茅根30 g、芦根30 g、桔梗15 g、蜜紫菀15 g。将这些中药加水煎煮,制成360 ml的汤剂,每次服用180 ml,每日2次,1日1剂。方中金银花、连翘、蒲公英具有清热解毒的功效,能够有效清除体内热毒;薏苡仁、茯苓、白术健脾利湿,有助于排出体内湿气;黄连片、黄芩片、黄柏、姜炒栀子清热燥湿、泻火解毒;豆蔻、陈皮理气和中,可增强脾胃运化功能;太子参补气生津,使机体在清热的同时不致正气受损;生地黄、茜草、白茅根、芦根清热凉血止血;桔梗、蜜紫菀润肺止咳,针对患者咽部不适、干咳症状进行治疗。整个方剂配伍严谨,共奏清热凉血、解毒止痒之效。

在皮肤治疗方面,初期患者皮损较重,尼氏征(+),此时为了避免对破损皮肤造成进一步刺激和感染,未予外用药。随着治疗的推进,患者皮损逐渐好转,尼氏征转为(-),此时给予重组人表皮生长因子凝胶外用。重组人表皮生长因子凝胶能够促进表皮细胞的增殖和分化,加速创面的愈合,减少疤痕形成,对患者皮肤的修复起到了积极的作用。同时,还外用雷尔、紫草油各1日1次湿敷,雷尔和紫草油具有解毒润肤的功效,能够滋润皮肤,预防感染,为皮肤的恢复创造良好的环境。此外,给予氦氛激光照射治疗,通过激光的热效应和光化学效应,促进炎症吸收,改善局部血液循环,加速皮肤的新陈代谢,从而加快皮损的愈合速度。

针对患者的重症药疹症状,为了抗炎抗敏,减轻机体的过敏反应,医生根据患者体重75 kg,给予甲泼尼龙琥珀酸钠80 mg每日一次静脉滴注。同时,为了预防激素治疗可能带来的副作用,如低钾血症、低钙血症、胃肠道溃疡等,还给予患者钙片、氯化钾缓释片、泮托拉唑钠注射液进行补钾补钙、抑酸护胃治疗。在治疗过程中,医护人员密切观察患者的病情变化,及时记录各项生命体征、症状改善情况以及药物不良反应等信息,并及时报告医师。根据患者的病情变化,及时调整用药剂量。具体调整方案为:80 mg甲泼尼龙琥珀酸钠用药4日后,减量至50 mg,应用2日后,再次减量至40 mg,应用3日后,改为曲安西龙20 mg每日两次口服。经过一段时间的精心治疗,患者病情逐渐好转,最终达到出院标准。

出院时,对患者的诊断与入院时一致,即中医诊断为药毒类病,证候诊断为血热证;西医诊断为重症药疹、肺肿瘤、肝损伤。出院时为患者开具了相应的带药,包括曲安西龙片,具体服用方法为40 mg服用3 d,28 mg服用3 d,24 mg服用3 d,20 mg服用3 d,16 mg服用3 d,12 mg服用3 d,8 mg服用3 d,4 mg服用3 d后停用,逐渐减量的目的是避免突然停药引起的激素反跳现象;氯化钾缓释片0.5 g每

日两次口服，以维持体内钾离子的平衡；奥美拉唑肠溶胶囊每日空腹 1 粒，继续保护胃肠道黏膜；碳酸钙片每日 1 粒，补充钙剂；夫西地酸乳膏和重组人表皮生长因子凝胶，均为一日两次外用，促进皮肤进一步修复和预防感染。

### 3.2. 护理

针对该重症药疹患者，医护团队制定并实施了全面细致的护理计划，涵盖多个重要方面。首先是护理级别与饮食护理。给予患者 I 级护理，密切观察患者的生命体征、病情变化等。考虑到重症药疹常合并黏膜、多器官损伤，为防止出现消化道并发症，嘱咐患者采用流质温热饮食。这样的饮食既易于消化吸收，又能减少对口腔、食管及胃肠道黏膜的刺激，降低因饮食不当导致黏膜损伤加重或引发感染的风险。

病室护理也至关重要。将患者安置在单间隔离病房，这是为了避免患者与其他疾病患者相互接触，防止发生院内交叉感染。保洁人员每日两次对病室进行清洁打扫，使用专用的清洁工具和消毒剂，对地面、桌面、病床等进行彻底清洁消毒，保持病室环境清洁卫生。同时，注意调节病室的温度和湿度，营造一个舒适、适宜的康复环境，温度一般保持在 22℃~24℃，湿度控制在 50%~60%，这样的温湿度条件有利于患者皮肤的恢复和舒适度的提升。

皮肤护理是整个护理过程中的关键环节。由于患者皮肤处于受损状态，非常脆弱，因此要尽量减少摩擦刺激。嘱咐患者避免洗澡，防止因洗澡时的揉搓导致皮肤破损加重，同时杜绝搔抓皮肤，因为搔抓不仅会加重皮损，还可能引发感染，导致病情恶化。为了避免被褥对患者皮肤造成二次损伤，为患者提供 U 型架，将被褥撑起，减少其与皮肤的直接接触。在为患者更换衣物和床单时，动作轻柔，避免拉扯皮肤。

睡眠护理对患者的康复也有着重要影响。睡眠质量的高低直接关系到患者皮损的恢复情况，良好的睡眠能够促进机体的新陈代谢，增强免疫力，使治疗效果事半功倍。为了给患者创造较为安静的氛围，医护人员限制无关人员进入病房打扰患者。在病房的布置上，采用柔和的灯光，减少噪音干扰。如果患者存在睡眠障碍，必要时给予相应的药物助眠，但会严格控制药物剂量，避免药物对患者身体造成不良影响。

心理护理同样不容忽视。重症药疹疾病本身危及患者生命，患者往往会产生恐惧、焦虑、抑郁等不良情绪，这些负面情绪会影响患者的治疗依从性和康复效果。因此，心理治疗在临床治疗中有着举足轻重的地位。医护人员主动与患者沟通交流，耐心倾听患者的担忧和诉求，为患者讲解疾病的相关知识、治疗方案以及预后情况，让患者对自身疾病有更清晰的认识，从而缓解恐惧和焦虑情绪。同时，给予患者情感上的支持和鼓励，让患者感受到医护人员的关心和重视，增强患者战胜疾病的信心。当患者感受到医护人员的真诚态度时，能够更好地配合治疗，提高治疗效果，促进病情恢复。

### 3.3. 健康指导

在患者出院时，医护人员为其提供了详细的健康指导。饮食方面，嘱咐患者以易消化食物为主，避免进食温度过高的食物，防止烫伤口腔和食管黏膜。建议患者多摄入高维生素、优质蛋白食物，如新鲜的蔬菜水果、牛奶、鸡蛋、鱼肉等，这些食物能够为患者提供充足的营养，促进身体的恢复和创面的愈合。

皮肤护理方面，告知患者要避免搔抓刺激、揉搓皮肤，等待创面结痂自行脱落，不要强行撕脱痂皮，以免导致皮肤再次损伤和疤痕形成。

复查方面，要求患者出院后定期前往门诊复查，定期进行血常规、电解质、肝肾功能等相关化验，以便及时了解身体各项指标的恢复情况，监测是否存在药物不良反应或病情复发。对于肺部肿瘤情况，

需要定期到专科门诊复查，评估肿瘤的发展情况，及时调整肿瘤的治疗方案。

## 4. 讨论

安罗替尼是我国自主研发的一种新型小分子抗肿瘤药物，目前已被批准用于治疗小细胞肺癌[3]。它一方面能够通过多靶点抑制机体内酪氨酸激酶活性，从而阻滞多种信号通路，抑制血管内皮生长因子，阻止肿瘤内部新的血管生成，破坏肿瘤细胞养分供给路径，阻断其浸润、侵袭及转移过程，达到降低肿瘤标志物，减缓并抑制肿瘤生长的作用[4]-[8]。另一方面它还可以通过调节 T 淋巴细胞亚群状态，激活相应 CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T 细胞，调节 T 淋巴细胞亚群比例，促使淋巴细胞浸润及迁徙发生改变，调节人体免疫反应，从而阻止肿瘤细胞生长和扩散[9] [10]。

安罗替尼常见药物不良反应包括：疲乏、体重降低、高血压、窦性心动过速、咯血、消化道出血、腹泻、腹痛、手足综合征、皮疹、脱发、皮肤剥脱、蛋白尿、高胆固醇血症、发音困难、咳嗽、白细胞计数降低、血小板计数降低、贫血、肌肉骨骼痛、甲状腺功能减退症、头痛、头晕、视物模糊、干眼、高胆红素血症、耳鸣等情况[11]。临床药物应用常易引起多种损害，而皮肤则是其损害的最常见靶器官，这种损害被称为药物性皮炎，又被称为“药疹”。该患者则是因为使用安罗替尼后，引起的皮肤损害，主要表现为周身泛发皮疹，皮肤部分剥脱。对于重症药疹患者，首先应当寻找可疑的致敏药物，并立即停用。这不仅能够改善患者预后，并且患者恢复后也可以避免再次使用该药物或同类药物，从而最大限度的避免该疾病复发[12]。其次，应当及时、尽早完善相关患者检查化验，评判患者疾病严重程度，并确立相应治疗原则，选择最佳治疗方案。临床常应用糖皮质激素抗炎抗敏，且在治疗同时，维持患者内环境稳态、抗感染、防治并发症也是必须的基础工作。对于糖皮质激素治疗应答效果不佳者，可予患者大剂量应用丙种球蛋白[13]-[15]，从而调节机体免疫，促进患者恢复。

## 5. 结论

综上所述，重症药疹患者起病急、病情重，感染风险大，易合并多种并发症，因此在治疗及护理时，除常规治疗用药外，还应结合祖国医学，且创面护理清洁、病区消毒、患者隔离也是治疗该疾病的基础，不可忽视。我院通过对该患者进行有效、严格护理，最终该患者病情好转出院。

## 同意书

该病例报道已获得病人的知情同意。

## 参考文献

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 第2版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2017: 794-800.
- [2] Stolz, W. (1995) Severe Erythema Anulare Centrifugum-Like Psoriatic Drug Eruption Induced by Terbinafine. *Archives of Dermatology*, **131**, 960-961. <https://doi.org/10.1001/archderm.1995.01690200100024>
- [3] Syed, Y.Y. (2018) Anlotinib: First Global Approval. *Drugs*, **78**, 1057-1062. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-0939-x>
- [4] Fang, Y., Su, N., Zou, Q., Cao, Y., Xia, Y., Tang, L., et al. (2023) Anlotinib as a Third-Line or Further Treatment for Recurrent or Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: A Single-Arm, Phase 2 Clinical Trial. *BMC Medicine*, **21**, Article No. 423. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03140-x>
- [5] Shen, G., Zheng, F., Ren, D., Du, F., Dong, Q., Wang, Z., et al. (2018) Anlotinib: A Novel Multi-Targeting Tyrosine Kinase Inhibitor in Clinical Development. *Journal of Hematology & Oncology*, **11**, Article No. 120. <https://doi.org/10.1186/s13045-018-0664-7>
- [6] Chen, J., Zhou, Q., Li, S., Ling, R., Zhao, Y., Chen, D., et al. (2024) Metabolic Reprogramming Driven by METTL1-Mediated tRNA m7G Modification Promotes Acquired Anlotinib Resistance in Oral Squamous Cell Carcinoma. *Translational Research*, **268**, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2024.01.009>

- 
- [7] Chambers, A., Kundranda, M., Rao, S., Mahmoud, F. and Niu, J. (2021) Anti-Angiogenesis Revisited: Combination with Immunotherapy in Solid Tumors. *Current Oncology Reports*, **23**, Article No. 100. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01099-7>
- [8] Liang, L., Hui, K., Hu, C., Wen, Y. and Jiang, X. (2019) Autophagy Inhibition Potentiates the Anti-Angiogenic Property of Multikinase Inhibitor Anlotinib through JAK2/STAT3/VEGFA Signaling in Non-Small Cell Lung Cancer Cells. *Annals of Oncology*, **30**, ii4. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz072.010>
- [9] Li, M.S.C., Mok, K.K.S. and Mok, T.S.K. (2023) Developments in Targeted Therapy & Immunotherapy—How Non-Small Cell Lung Cancer Management Will Change in the Next Decade: A Narrative Review. *Annals of Translational Medicine*, **11**, Article 358. <https://doi.org/10.21037/atm-22-4444>
- [10] 武阳, 陆翰杰, 水会锋. 既往免疫经治的晚期非小细胞肺癌患者接受安罗替尼联合 PD-1 单抗的疗效及安全性[J]. 实用医学杂志, 2023, 39(5): 572-578.
- [11] Han, C., Ye, S., Hu, C., Shen, L., Qin, Q., Bai, Y., et al. (2021) Clinical Activity and Safety of Penpulimab (Anti-Pd-1) with Anlotinib as First-Line Therapy for Unresectable Hepatocellular Carcinoma: An Open-Label, Multicenter, Phase Ib/II Trial (AK105-203). *Frontiers in Oncology*, **11**, Article 684867. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.684867>
- [12] Haddad, C., Sidoroff, A., Kardaun, S.H., Mockenhaupt, M., Creamer, D., Dunant, A., et al. (2013) Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis: Are Drug Dictionaries Correctly Informing Physicians Regarding the Risk? *Drug Safety*, **36**, 681-686. <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0070-6>
- [13] 肖汀. 对重症多形红斑/中毒性表皮坏死松解型药疹诊疗指南及临床路径的理解和体会[C]//中华医学会, 中华医学学会皮肤性病学会. 中华医学会第 16 次全国皮肤性病学术年会摘要集. 2010: 248.
- [14] 李铁男, 刘岩. 重症药疹治疗方面的感悟和思考[C]//中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会. 2011 全国中西医结合皮肤性病学术会议论文汇编. 2011: 43.
- [15] 王莹, 郭丽英, 田娜. 1 例重症大疱性表皮松解坏死型药疹患者的护理体会[J]. 中国医科大学学报, 2014, 43(8): 761-763.