

## 一例不明原因引起的中毒性表皮坏死松解症的护理

张春霞

100091 北京,解放军第三〇九医院结核 ICU

通信作者:张春霞,Email:xiaoweitianxin@sina.com

DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2016.01.038

【关键词】 护理; 中毒性表皮坏死松解症; 康复新液

Nursing in one patient with cryptogenic toxic epidermal necrosis Zhang Chunxia

Tuberculosis ICU, the 309th Hospital of Chinese People's Liberation Army, Beijing 100091, China

Corresponding author: Zhang Chunxia, Email: xiaoweitianxin@sina.com

【Key words】 Nursing; Toxic epidermal necrosis; Kangfuxin solution

中毒性表皮坏死松解症(TEN)是严重的可能致命的急性罕见性皮肤黏膜疾病,几乎都与药物有关,由大范围的角质形成细胞坏死引起,导致在表皮-真皮交界处发生皮肤分离,外观如烫伤。大范围的细胞坏死也导致黏膜分离,产生特征性症状,如发热、中重度皮肤疼痛、焦虑和虚弱。开始为良性表现的皮肤病,进展迅速,一旦发生明显的表皮分离,很难预测什么时候停止。尽快诊断、尽快明确并停用致病药物,高质量的支持治疗,是改善临床结局的主要因素<sup>[1]</sup>。本例服用不明原因药物导致 TEN 的患者,经治疗与精心护理后,患者全身皮肤痊愈,现将护理体会报道如下。

**临床资料** 患者女,46岁,于2013年因腰部疼痛,无发热、咳嗽、咯痰,伴有乏力、夜间盗汗,行胸椎核磁共振检查诊断为“胸椎结核”,予以口服抗结核药物半年余,并就诊于某医院中医科口服中药治疗4月余,腰部疼痛好转,2014年1月底自行停抗结核药物;3月5日出现双眼视物重影,伴有头晕、呕吐,呕吐物为胃内容物,非喷射状;予以左氧氟沙星抗感染,异烟肼、利福喷丁胶囊、吡嗪酰胺抗结核。患者视力逐渐下降至失明,请眼科、神内科会诊考虑视神经炎及血管堵塞可能性大,予以醋甲唑胺降眼压、扩血管、营养神经,脱水及球后注射山莨菪碱等治疗,自诉眼前偶有光感;3月31日患者口腔、双手足出现形态大小不规则的红斑,部分融合成片,压之退色,伴有瘙痒、疼痛。为进一步治疗于4月4日急诊收入院。既往病史:高血压史5年余;无外伤及手术史,无输血史;否认对某种药物过敏史,有免疫接种史。入院查体:患者双目失明,球结膜水肿伴眼周皮肤破损结痂,无法睁眼。口腔黏膜破溃,口周大量血痂,患者主诉无法张口;会阴部皮肤黏膜充血伴溃疡;双手双足水肿明显,可见形态大小不规则的红斑,部分融合成片,表皮下可见大小不一的水疱,伴破溃、渗液、血痂;面部、颈部、背部可见散在红疹。入院后皮疹持续增多,波及胸腹部及双下肢,双手掌、足底出现张力性、紧张水疱,未见破溃;全身已融合的皮疹表皮下产生清亮液

体,形成水疱,伴自发性表皮脱落,暴露潮湿出血的真皮层,尤以腋窝下、足跟、背部等易发生摩擦部位明显。至4月12日患者全身皮肤均受累,无正常皮肤。5月5日患者周身皮肤愈合,恢复正常。5月9日患者出院。

**讨论** TEN是罕见疾病,年发病率为每百万人0.4~1.2例,女性多于男性,比例为1.5:1,发病率随年龄增大而上升。95% TEN患者有药物应用史,80%病例观察到药物的摄入与皮疹发展强相关。TEN患者病死率在25%~50%<sup>[1]</sup>。其发病机制为:角质形成细胞的凋亡是TEN早期的一个明显标志,是本病最初的特异组织损伤的明显形态学表现,更多的经典的大范围的表皮“松解坏死”实际上是角质形成细胞凋亡之后的迹象。当凋亡的发生超过了吞噬细胞的清除能力后,凋亡细胞进行坏死并释放细胞内容物,于是激发了炎症反应。在TEN皮损中,数小时内皮质形成细胞的凋亡在皮损中大量发生,快速超过了位于皮肤内的专业的和非专业的吞噬细胞的吞噬能力,数小时至数天内角质形成细胞坏死,伴随失去与邻近细胞及基底膜的黏附,全部表皮失去活力,于是产生了常见的表皮全层坏死的组织学表现<sup>[1]</sup>。本例患者自发病起进展迅速,难以控制,仅1周时间全身皮肤受累,联合使用康复新液与香油起到重要作用,康复新液具有促进肉芽组织生长、抗炎、消除炎性水肿、提高机体免疫功能、提高淋巴细胞及血清溶菌酶的活性、调节机体的生理平衡的作用<sup>[3]</sup>。而真皮层大量暴露,如使用凡士林纱布覆盖的方法在临床实践中难以完成,本案中煮沸消毒后的香油进行全身涂抹,达到良好的保护创面效果,未发生感染。该病例严重程度极为罕见,且缺乏详细的护理文献资料,希望通过总结本案,提出有效的护理措施,解决临床实质问题。现将护理措施介绍如下:

**病情观察:**(1)体温:该病发病时多存在发热现象,且皮损呈进行性发展,失去有效保护层,易发生感染导致感染性休克、脓毒血症。每日6次监测体温变化。高热时遵医嘱给

予物理降温或药物降温,不得使用酒精擦浴。而患者真皮层暴露体感敏感,易发生低体温现象,需根据患者体温动态调整环境温度,使患者保持 36~37℃。(2)循环系统监护:皮肤水疱内有大量渗出液,破损时不显性失水增加,有效循环血量锐减,严重影响循环系统,需使用多功能重症监护仪持续监测心率变化,15 min 测量 1 次血压,绘制曲线图,了解动态变化过程。使用子母式尿袋,记录每小时尿量。准确记录 24 h 出入量,维持体液平衡。(3)电解质紊乱:体液丢失同时伴电解质丢失,易造成低钾、低钠等电解质紊乱,使用监护仪密切观察心率节律变化,防止因低钾造成恶性心律失常,严格遵医嘱补钾、补钠。补钾时不得经外周静脉补钾。每日至少 2 次动脉血气分析+离子分析,监测机体内环境及电解质变化。(4)监测患者的肝、肾功能: TEN 易继发肝、肾功能的损害,了解患者实验室检查结果,必要时遵医嘱使用护肝护肾的药物。(5)用药护理: TEN 特异性治疗还没有达到循证医学可接受的标准,系统应用糖皮质激素是几十年来的主要治疗方法<sup>[1]</sup>,该患者在治疗过程中使用糖皮质激素短期冲击,糖皮质激素刺激胃酸分泌,抑制胃黏液分泌,易造成消化道出血或穿孔<sup>[2]</sup>。密切监测患者胃肠减压液的量、色、性状,如胃液呈咖啡色,需考虑出血。严格遵医嘱使用保护胃黏膜药物如奥美拉唑。糖皮质激素可降低组织对葡萄糖的利用,抑制肾小管对葡萄糖的重吸收作用,引起糖代谢紊乱<sup>[2]</sup>,血糖升高不但延缓伤口愈合,还增加了破损皮肤感染的机会,每日 6 次监测血糖,酌情给予胰岛素控制血糖。

创面护理:患者入院时手掌及足底的水疱呈张力性,水疱松弛、易破,暴露潮湿出血的大片真皮。4 月 10 日患者皮损波及全身,如烫伤样改变。护士每日密切观察皮肤变化情况,记录有无新发红斑,水疱及破溃皮肤,已经发生破溃的皮肤观察渗液情况,有无脓性分泌物。并每日使用照相机进行图像记录。(1)预防感染:使用烧伤架架空被子,避免皮肤与被子直接接触。患者表皮脱落,破溃皮肤伴渗血、渗液,严禁使用一次性护理垫,应使用 50 cm×60 cm 无菌大棉垫垫于身下,随时潮湿随时更换。每日对患者使用的被服进行消毒处理,保证患者所用物品均为无菌物品。遵医嘱使用多粘菌素 B 软膏涂抹破溃处皮肤,预防感染。护士接触患者前必须戴无菌手套。(2)皮肤换药:每日 2 次大换药,皮肤科医生协助或在场的情况下完成。使用 0.9% 氯化钠溶液对周身皮肤进行擦拭,存在感染迹象处使用 0.5% 碘伏消毒,根据情况进行清创,使用康复新液对破损皮肤进行湿敷 15~20 min,急性期因累及全身皮肤无法湿敷时,改用康复新液喷洒创面;纱布去除或待干后,使用多粘菌素 B 均匀涂抹破溃皮肤,预防感染;最后使用经煮沸消毒冷却的香油涂抹全身皮肤,保护新鲜肉芽组织生长,防止皮肤干裂。此 4 步骤为 1 次大换药过程,换药后更换无菌大棉垫及无菌被服。如发现皮肤干燥

加涂 1 次香油。(3)口腔黏膜换药:使用西吡氯铵漱口液,每日进行 4 次口腔护理,密切观察口腔黏膜变化,并记录。因口腔内黏膜破损增多,后期改为协助患者漱口。口周大量血痂,避免强行去除,每日使用康复新液湿敷 2 次,每次 15 min。口唇涂抹香油保持湿润。(4)眼部黏膜换药:患者双目失明,球结膜充血水肿,分泌物较多,保持眼周清洁,每日使用 0.9% 氯化钠溶液进行冲洗后,氯霉素、左氧氟沙星滴眼液交替点眼。眼周大量血痂,避免强行去除,每日使用康复新液湿敷、凡士林油纱覆盖。(5)会阴皮肤及黏膜换药:患者会阴部皮肤尤其尿道口、肛周可见破溃,伴有大量渗血、渗液,每日使用温开水进行会阴冲洗 2 次,分泌物较多时增加会阴冲洗次数,冲洗后配合康复新湿敷、香油涂抹。

疼痛护理:患者周身皮肤破损,换药过程中疼痛难耐,每次换药前使用 0.1% 利多卡因+0.9% 氯化钠溶液 15 ml 放入无菌喷壶中,进行表面麻醉,缓解痛苦。如疼痛不能缓解时,遵医嘱使用杜冷丁 50 mg 肌肉注射。

深静脉置管护理:患者留置股静脉导管,患者皮疹自躯干向远端发展,病程初期使用 3M 无菌贴膜覆盖穿刺点,每 2 天更换 1 次。病程后期破损皮肤波及穿刺点周围,改用无菌纱布每日换药,绷带环形固定,渗血、渗液后随时更换。每日对导管进行评价监督,不需要时及早拔除。

翻身:因患者皮肤大量水疱,表皮呈游离状态,护士无法接触患者皮肤,加大翻身难度。在患者破溃皮肤下垫无菌大棉垫,身下再放置一无菌中单,翻身时由 4 名护士同时提起单子搬动患者,需向对侧翻身,提起本侧的中单,完成翻身。翻身过程中需动作轻柔,避免拖拉拽等暴力操作行为。

综上所述,通过积极精心的护理,根据患者不同时期制定详细的护理措施,可有效减少并发症,降低病死率。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 试验设计、论文撰写、论文修订均为张春霞

## 参 考 文 献

- [1] Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. 皮肤病学[M]. 朱学骏, 王宝玺, 孙建方, 等, 译. 2 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 376-386.
- [2] Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatovenereology [M]. Translated by Zhu XJ, Wang BX, Sun JF, et al. 2nd ed. Beijing: Beijing Medical University Press, 2010: 376-386.
- [2] 乔国芬. 药理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 316.
- [3] Qiao GF. Pharmacology [M]. 2nd ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2013: 316.
- [3] 孙法凤, 宫维峰. 康复新液纱布湿敷治疗缺血性糖尿病足 38 例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2014, 9(5): 16-17.
- Sun FF, Gong WF. Observation of effect on treating ischemic diabetic foot with kangfuxin solution locally [J]. China Practical Medical, 2014, 9(5): 16-17.

(收稿日期: 2015-02-10)

(本文编辑: 何成伟)