

中毒性表皮坏死松解症的护理^{*}

晏爱珍,曾小芳,冯占芹,魏彩红,杨翩,谷梅

(南方医科大学皮肤病医院 广东省皮肤病医院皮肤科病区,广东广州,510095)

[摘要] **目的** 总结中毒性表皮坏死松解症(toxic epidermal necrolysis, TEN)的护理要点。**方法** 对 10 例 TEN 患者在常规治疗基础上对皮损进行整体评估,对于红斑松弛皮肤、水疱未破皮损给予复方氧化锌滑石粉外涂以促进皮损干性剥脱,对于糜烂渗出皮损应用红外线照射及美宝湿润烧伤膏油纱外敷利于皮损湿性愈合;并同时做好特殊部位的黏膜护理;加强保护性隔离,减少患者继发感染;密切观察患者病情变化情况;做好饮食指导。**结果** 10 例患者干性剥脱面积 30~60%,剥脱时间 5~9 d,平均(7.20±1.69)d;皮损糜烂面积 10%~60%,皮损愈合时间 7~18 d,平均(13.70±3.40)d。**结论** 依据 TEN 患者具体情况,给予针对性的治疗护理,能促进皮损干性剥脱,减少皮损糜烂面积,减轻患者痛苦,促进皮损修复。

[关键词] 中毒性表皮坏死松解症;湿性愈合;护理

[中图分类号] R473.75 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2017)05-0034-05 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.05.10

Nursing of patients with toxic epidermal necrolysis

Yan Aizhen, Zeng Xiaofang, Feng Zhanqin, Wei Caihong, Yang Pian, Gu Mei//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(5):34.

(Southern Medical University Dermatology Hospital, Guangdong Provincial Dermatology Hospital Dermatology Unit, Guangzhou, 510095, China)

[Abstract] **Objective** To summarize the main nursing points of toxic epidermal necrolysis. **Methods** On the foundation of conventional therapy, an overall assessment was carried out among 10 patients with toxic epidermal necrolysis. On loose skin with

[基金项目] *本课题为广东省中医药局课题,项目编号为 20162023。

[收稿日期] 2017-01-12

[作者简介] 晏爱珍(1974-),女,江西人,护士长,副主任护师,本科,主要从事皮肤病专科护理工作。

[通信作者] 谷梅,皮肤科主任,主任医师,硕士,E-mail:gmbjy@126.com。

中毒性表皮坏死松解症(toxic epidermal necrolysis, TEN)是药疹中最严重的类型,又称大疱性表皮松解型药疹,其起病急骤,发病初期可见红斑型或麻疹型药疹,以后皮损迅速发展为弥漫性紫红或暗红斑片且迅速波及全身,在红斑处出现大小不等的松弛性水疱和表皮松解(尼氏征阳性),稍受外力即形成糜烂面,出现大量渗出,如烫伤样外

参考文献:

- [1] 赵玉慧,霍虹,石丽欣.小儿颌面部外伤清创缝合术的配合及护理[J].中国误诊学杂志,2007,7(4):863-864.
- [2] 和国候,刘灵芝,游海,等.Histoacryl 组织胶水和传统缝合在儿童疝气手术中的应用效果观察[J].云南医药,2016,37(4):414-415.
- [3] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2010:132.
- [4] 陈盛,孙杰,陈其民.组织胶水用于包皮环切术的效果研究[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(8):2206-2207.
- [5] 范志泉,何华亨.应用医用 EC 胶治疗凹陷粉碎性颅骨骨折的体会[J].中国临床神经外科杂志,2006,11(1):52-53.
- [6] 胡彩园,王斌.福爱乐医用胶黏堵肺癌术后支气管胸膜瘘 5 例[J].现代中西医结合杂志,2007,16(14):1955.
- [7] 江敏,余萍丽,胡友珍.组织胶水治疗皮肤裂伤的医护配合[J].护理研究,2010,24(10):2595-22596.
- [8] 阮可菲,潘礼芬,尚桂莲.皮肤裂伤患者应用 Histoacryl 组织胶水不良反应的原因分析及护理[J].护理学报,2012,19(8A):45-46.

[本文编辑:刘晓华]

erythema, a combination of zinc oxide and talcum powder was externally applied to skin lesions where blisters were not broken in order to promote dry-style exfoliation of the skin lesion. After infrared irradiation, gauze containing MEBO was applied externally to skin lesions with eroded secretions to moisturize them, thus facilitating healing of the skin lesion. Meanwhile, mucosa of special part of patient's body was well nursed. Protective isolation was enhanced in order to reduce secondary infection. The patient's conditions were observed closely. Diet guidance was also done. **Results** All the patients were dry-style exfoliated with treatment ranges reaching up to 30% to 60% of the affected area. Dry-style exfoliation time was between 5 to 10 days, with an average of 7.20 ± 1.69 days. The area of skin lesion erosion ranged from 10% to 60%. Following the external application of MEBO gauze to moisturize and heal, skin lesion healing time ranged from 7 to 18 days with an average of 13.70 ± 3.40 days. **Conclusion** According to the specific situation of toxic epidermal necrolysis, targeted nursing and treatment can promote the dry-style exfoliation of skin lesions, reduce the area of skin erosions, alleviate the suffering of patients and promote healing of the skin lesion.

[Key words] toxic epidermal necrolysis; wet-style healing; nursing

观,皮损触痛明显,同时也可伴有口腔、眼、呼吸道、胃肠道黏膜受累,甚至内脏损害,全身中毒症状较重,如抢救不及时常可因继发感染、肝肾衰竭、电解质紊乱、毒血症、内脏出血等而死亡^[1]。本科室于2015年10月至2016年12月收治10例TEN患者,通过动态对皮损进行整体评估,给予针对性治疗护理,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本科室于2015年10月至2016年12月收治10例TEN患者,其中男2例,女8例,年龄11~73岁,平均 (40.80 ± 18.62) 岁。过敏药物:解热镇痛药4例,卡马西平2例,美满霉素1例,化疗药物1例,抗生素2例。10例TEN患者表皮松解面积约为50%~90%,平均 $(69.00 \pm 17.29)\%$,同时伴有不同程度口腔、眼结膜、外阴等处糜烂。合并疾病情况:肝功能损害7例,低蛋白血症7例。

1.2 方法

1.2.1 一般治疗方法 停用一切可疑致敏药物;多饮水和静脉输液,24 h入量在2 000~3 000 mL,加速体内药物排泄;早期足量给予糖皮质激素药物治疗^[2],给予甲泼尼龙琥珀酸钠30~60 mg/d加入0.9%生理盐水100~250 mL静脉滴注;静脉滴注人免疫球蛋白0.4 g/(kg·d),连续应用5 d;给予保肝、护肾、碱化尿液,加强支持疗法,维持水、电解质平衡。

1.2.2 干性剥脱皮损的处理 对于全身松弛性红斑、水疱未破的皮损患者,让患者裸睡在铺上高温消毒的复方氧化锌滑石粉(氧化锌占33.5%、滑石

粉占66.5%,是本院制剂室配制)的床单上,全身松弛性红斑皮肤均匀涂粉,每日2~4次,保证皮肤随时有可见粉末;水疱未破时,在严格无菌操作下低位抽水疱,保持疱壁完整,再厚涂复方氧化锌滑石粉,使用支被架及气垫床,减少皮肤摩擦及受压。

1.2.3 糜烂面皮损的处理 对于表皮剥脱露出鲜红色糜烂面皮损,每天用生理盐水对皮损面进行清洁处理,适度去除糜烂面坏死组织及分泌物,然后用红外线照射20 min,采用美宝湿润烧伤膏油纱(将美宝湿润烧伤膏挤到无菌纱布上揉搓制成油纱)外敷糜烂面,再盖上2层无菌纱布,根据渗液量每4~8 h直接涂美宝湿润烧伤膏到油纱上,涂药前用生理盐水棉球清除油纱上的药渣,保持皮损局部湿润环境,保证药物吸收,避免再次换药时油纱干结撕脱引起损伤。

1.2.4 口腔、眼结膜、外阴部位糜烂处的处理 对于口腔黏膜糜烂,疼痛影响进食的患者,每日口腔护理2次,餐前用含利多卡因溶液含漱止痛后再进食,每天使用复方氯己定及3%碳酸氢钠溶液交替漱口,减少口腔细菌、真菌感染;对于眼结膜糜烂患者,每日使用生理盐水清洁2次,再配合使用眼药水及眼药膏外涂,避免眼部并发症;对于阴茎、阴囊糜烂患者,使用生理盐水清洁保持局部干净,阴茎使用湿润烧伤膏油纱包裹,阴囊外敷湿润烧伤膏油纱,以防阴茎、阴囊的皮肤粘连和继发感染,促进皮损愈合。

1.3 皮损的观察

责任护士每天观察患者皮损变化情况,注意观察皮肤颜色有无改变、表皮坏死松解面积、有无新

发水疱、表皮干性剥脱面积、表皮破溃糜烂面积、渗出液量和气味、新鲜上皮生长等,并在患者同意的情况下留取皮损照片或图像,以便更直观地评价护理效果。

1.4 效果评价

①表皮干性剥脱面积指未发生糜烂的红斑、水疱等松解皮损表皮剥脱面积占体表面积的比例;表皮剥脱时间指表皮剥脱后仅露出新生皮肤而无糜烂面的时间。②皮损糜烂面积指松解表皮已发生糜烂渗出皮损面积占体表面积的比例;皮损愈合时间指皮损糜烂面无渗出,无疼痛,皮损由新生上皮生长覆盖的时间。③皮损愈合的标准:皮疹消退,表皮剥脱处长出新生皮肤,糜烂面愈合^[3]。

2 结果

10例TEN患者,干性剥脱面积1例为60%,3例为50%,2例为40%,4例约为30%,剥脱时间5~9d,平均 (7.20 ± 1.69) d;糜烂面积2例约为60%,1例约为40%,3例约为30%,4例约为10%,皮损愈合时间7~18d,平均 (13.70 ± 3.40) d。口腔糜烂8例、眼结膜糜烂5例、外阴部位糜烂4例,经治疗护理后痊愈,未遗留并发症。7例肝功能异常患者通过保肝治疗后肝功能逐渐恢复正常;7例低蛋白血症患者,其中2例静脉输注白蛋白,5例通过食物补充蛋白质后纠正了低蛋白血症。10例患者住院时间11~23d,平均 (16.90 ± 4.98) d。

3 讨论

3.1 TEN的特点

TEN是药疹中最严重类型,常由别嘌呤醇、卡马西平、抗生素、解热镇痛药物等引起,TEN起病急骤,皮损触痛明显,红斑上有松弛的水疱和大疱,尼氏征阳性,皮疹常在1~3d内发展到全身,皱褶性的水疱随着压力延伸,稍擦即破,留下红色糜烂面如烫伤样外观,皮损广泛累及皮肤及黏膜,死亡率高^[2]。

3.2 护理

3.2.1 干性剥脱皮损的护理 在皮损护理上需要注意和解决的问题是保护好皮损,促进表皮干性剥脱,减少皮损糜烂面、促进皮损愈合等。对于全

身松弛性红斑、水疱未破的皮损患者,本组给予复方氧化锌滑石粉外涂红斑松解皮肤,其能促进表皮干性剥脱,使皮损剥脱时表皮完整干燥,并促使新生上皮长出,减少皮损糜烂,降低皮肤感染的发生。复方氧化锌滑石粉中的氧化锌具有保护、干燥、收敛作用;滑石粉由于颗粒小,总面积大,能吸着大量化学刺激物或毒物,当涂于发炎组织皮损表面时可有保护作用^[4]。治疗过程,每小时巡视患者1次,及时涂粉,每次涂粉前用生理盐水清除结壳的小粉块,防止损伤皮肤;避免泡浴、冲洗和擦拭皮肤,保持皮肤干燥,及时用无菌剪刀修剪剥脱的表皮,告知患者或家属不可自行撕脱松解的表皮,让其自行剥脱。本组干性剥脱面积30%~60%,剥脱时间5~9d,平均 (7.20 ± 1.69) d。

3.2.2 糜烂面皮损的护理 TEN患者全身皮肤出现松弛性水疱大疱,稍擦即破,对于肩背部、臀部等受压部位更容易发生破溃成片糜烂面。本组患者中有2例入院时躯干、四肢皮肤糜烂面积已达到60%以上。对于糜烂面皮损护理,有学者主张采用干性愈合暴露疗法为主^[5-7],即让患者全身暴露,采用红外线治疗仪或烤灯持续照射糜烂面,减少渗液,促进皮损干燥结痂。与干性愈合相比,湿性愈合的新理念已被临床广泛地运用于包括手术切口、烧伤、压疮、感染性伤口以及慢性难愈性伤口等各种伤口的护理中^[8]。1963年,HINMAN等^[9]研究发现,密封湿润伤口使表皮再生速度提高了40%左右。在过去的40多年中,大量研究报告表明^[10-12],运用湿性愈合理论治疗慢性伤口能减轻疼痛和避免干痂形成,大大缩短伤口愈合时间,降低伤口污染和感染发生,减少护理人员工作量,明显提高了临床经济效益。本组糜烂面皮损患者采用红外线照射20min,红外线照射可穿入组织,主要是利用其湿热作用,引起照射部位温度升高,血管扩张,血流加速,可改善局部血液循环,组织细胞的营养代谢相对提高,促进机体代谢和局部渗出物的吸收,具有消炎镇痛等作用^[13]。然后采用美宝湿润烧伤膏外涂,使创面保持湿性愈合环境。美宝湿润烧伤膏包括营养成分与药物成分,这两种成分构成了美宝湿润烧伤膏的独特治疗作用。营养成分由低分子的蛋白质、脂肪和糖组成,可以直接作用在溃疡创面,并

在局部被组织吸收,为创面组织的再生修复提供营养原料;药物成分(黄连、黄柏、黄芩、地龙、罂粟壳、麻油等)则完成了创面的止痛、抗感染、减轻炎症和减轻瘢痕等作用,并能有效阻止创面水分蒸发,保持创面湿润,有效地保护创面,使其维持在一个低氧张力环境中,有利于毛细血管扩张,增加局部血流,缩短创面修复愈合时间,具有促进创面愈合的作用^[14]。本组 10 例患者糜烂面皮损采用干性及湿性联合治疗,皮损愈合时间在 7~18 d,平均 (13.70 ± 3.40) d,治疗后患者皮损疼痛减轻,无结痂,无瘢痕形成,亦无继发细菌感染。

3.2.3 口腔、眼结膜、外阴等部位糜烂的护理 对于口腔糜烂的患者,需每班观察口腔黏膜变化及糜烂面愈合情况,进食或饮水时有无疼痛;对眼结膜糜烂者,需及时清除眼部分泌物,每天评估患者视力,关注患者有无视物模糊,如有异常及时汇报医生;对外阴部位的糜烂,需注意保持局部清洁干燥,每次便后需使用无菌生理盐水纱布清洗,减少细菌、真菌感染。

3.2.4 预防继发感染 加强皮肤与黏膜的护理是防止继发感染的关键。TEN 由于全身皮肤松解坏死、糜烂渗液多,渗出大量浆液是细菌繁殖良好的培养基,加上使用糖皮质激素治疗,极易继发感染出现毒血症。在临床治疗护理中应严格执行消毒隔离制度,对患者实行保护性隔离,将患者安置于层流洁净病房,限制探视,病员服及床单位用品高温消毒后再使用。病房每天空气消毒 3 次,每次 2 h,地面、室内物体表面每天采用浓度为 500 mg/L 的含氯消毒液进行清洁,医疗用品及清洁用具专人专用,加强医护人员手卫生的管理,严格手卫生,以防交叉感染。本组患者入院时糜烂面细菌涂片检查革兰氏阴性杆菌感染 5 例,革兰氏阳性球菌感染 3 例,通过抗菌治疗及皮损护理,10 例患者皮肤均未发生继发细菌和真菌感染。

3.2.5 饮食指导 充足的营养支持是创面修复的关键。TEN 由于皮肤糜烂面积大、渗液多、大量体液和蛋白质丢失,患者口腔糜烂伴进食困难,易继发低蛋白血症而影响皮损面修复。应给予高热量、高维生素、优质高蛋白、易消化的温凉流质食物,少量多餐,避免带骨的硬食物,防止损伤消化道,蛋白质补充以

1.2~1.5 g/kg/d 为宜,指导患者进食新鲜牛奶、鸡蛋、豆浆、瘦肉汤、新鲜水果和蔬菜汁等。本组 7 例低蛋白血症患者,其中 2 例给予静脉输注白蛋白,5 例通过食物补充蛋白质纠正了低蛋白血症。

3.2.6 病情观察 由于患者大面积表皮糜烂,大量体液丢失,极易引起血容量不足导致循环衰竭。应每隔 2~4 h 监测患者生命体征 1 次,测量血压时使用无菌巾包裹上臂;准确记录 24 h 出入量,尤其是对渗出液的正确评估,保持出入量平衡;遵医嘱定期监测血常规、血糖、电解质及肝肾功能等指标。本组 10 例患者住院期间未出现低血压,有 1 例患者出现低血钾,经口服补钾后血钾正常,7 例肝功能异常患者通过保肝治疗后肝功能逐渐恢复正常。

4 小结

TEN 是重症皮肤病,其护理难度大,通过对本组患者的护理,我们认为依据中毒性表皮坏死松解症具体情况,给予针对性的护理措施,早期使用复方氧化锌和滑石粉外涂红斑松解皮损可以促进表皮干性剥脱,减少糜烂面;对于糜烂面皮损在红外线照射后采用美宝湿润烧伤膏外敷保湿,可有效促进皮损愈合,减轻患者痛苦;同时做好特殊部位的黏膜护理;加强保护性隔离,减少患者继发感染;密切观察患者病情变化情况;做好饮食指导,其是促进患者康复,提高疗效,降低死亡率的重要措施。

参考文献:

- [1] 张学军.皮肤性病学[M].8 版.北京:人民卫生出版社,2013:123-124.
- [2] 顾有守.顾有守皮肤病诊断和治疗精选[M].广州:广东科技出版社,2009:136-145.
- [3] 施跃英,丁银儿.29 例中毒性表皮坏死松解症患者的护理[J].中华护理杂志,2012,47(6):506-508.
- [4] 蔡碧珊,晏爱珍,邱晓愉,等.氧化锌滑石粉外用护理大疱性表皮松解坏死型药疹患者的效果[J].广东医学,2016,37(16):2530-2531.
- [5] 郝洁,田小军,袁燕.大疱性表皮松解坏死型药疹患者的护理[J].护士进修杂志,2011,26(14):1283-1284.
- [6] 陈吉辉,汪盛.皮肤性病科护理手册[M].北京:科学出版社,2011:72-74.
- [7] 李雪芬,乐惠飞,房林燕,等.重症大疱性表皮松解坏死型药疹的观察与护理[J].全科护理,2010,8(21):1898-1899.