

## · 全科护理 ·

## 溴乙腈引起中毒性表皮坏死松解症 1 例的护理

刘丽丽

中毒性表皮坏死松解症又称大疱性表皮松解型药疹,多由药物及化学制剂引起<sup>[1]</sup>,是以全身皮肤泛发性红斑、大疱及表皮剥脱,伴高热及全身中毒症状为主要表现的危急重症皮肤病,该病起病急,进展迅速,易累及皮肤黏膜薄弱处如口腔、眼部、呼吸道及胃肠道黏膜等<sup>[2]</sup>,可引发多器官功能衰竭、感染等严重并发症,致死率高<sup>[3]</sup>。该病急性期以大剂量糖皮质激素及丙种球蛋白冲击及抗感染治疗为主<sup>[4]</sup>,配合镇痛、免疫抑制剂、血浆置换及相应对症治疗等。中毒性表皮坏死松解症病情危重,护理难度大,对临床护理人员的护理水平要求高,因此需要进行全面、系统的护理。我科近期收治 1 例溴乙腈致中毒性表皮坏死松解症的患者,入科后应用大剂量糖皮质激素联合丙种球蛋白冲击治疗及精心护理,效果满意,现报道如下。

### 1 临床资料

患者男,26岁,因“双手及右足红斑、水疱伴周身皮肤剥脱 3 d,加重伴发热 2 d”入院。患者自诉入院前一周接触溴乙腈,自右手背部开始出现散在红斑、丘疹,伴瘙痒,于当地医院就诊,予甲泼尼龙片、依巴斯汀片、复方甘草酸苷片及外用激素药膏对症治疗,病情未见好转。入院前 3 天,皮疹面积逐渐增大扩展至双手及右足部,伴红斑、水疱、大疱及渗出,皮疹处肿胀明显,躯干及双上肢表皮基本松解,皮肤成纱样,口周可见水疱及轻度糜烂,外阴出现大量水疱,未见明显破溃,遂至我院就诊。入院后查体:体温 39.3℃,心率 101 次/分,呼吸频率 25 次/分,血压 140/87 mmHg,神清,精神差,双肺呼吸音粗,未见明显干湿性啰音,高热寒战,双眼巩膜充血,尼氏征阳性,双上肢、腋下、胸腹部、后背部、臀部可见不同面

积的表皮剥脱,露出鲜红糜烂面,基底红,伴少许渗液,未见明显脓性分泌物,双下肢可见较多暗红斑,靶形损害,皮疹中央部可见较多水疱及大疱,部分有所融合,双足轻度水肿,部分表皮剥脱伴糜烂面。血常规:中性比 79.0%,白细胞  $1.68 \times 10^9/L$ ;便常规:潜血 ++;生化:钾 3.68 mmol/L,氯 95.5 mmol/L,钠 133.4 mmol/L,白蛋白 33.7 g/L,谷草转氨酶 67.2 U/L,谷丙转氨酶 164.8 U/L。初步诊断:中毒性表皮坏死松解症;脓毒症;肝功能不全;电解质紊乱;消化道出血。治疗上予大剂量甲泼尼龙琥珀酸钠联合丙种球蛋白冲击治疗 5 d 后逐渐降低用量,根据体温及感染指标变化等先后予美罗培南、莫西沙星抗感染,谷胱甘肽保肝,奥美拉唑抑酸止血,复方甘草酸苷抗炎调免疫治疗等,入院第 15 天周身未有新发明显皮疹,面颈部、胸背部及四肢部皮损大部分干燥结痂,大部分痂皮脱落,臀部及大腿表皮部分松解,伴剥脱面,基底色淡红,伴少量渗液,未见明显脓性分泌物,双下肢不肿,尼氏征阳性。入院第 21 天患者病情明显好转,调整激素用量至地塞米松 10 mg 静脉滴注,入院第 26 天患者病情较前明显好转,调整激素用量至地塞米松 5 mg 静脉滴注。患者无发热,周身无新发皮疹,周身皮肤剥脱面基本愈合,皮肤近肤色。患者于入院第 28 天病情好转出院。

### 2 护理

2.1 环境护理 因患者疾病的特殊性,将患者安置在单间层流洁净病房,予保护性隔离,护理过程中严格无菌操作及手卫生,定期对病室内物品进行消毒<sup>[5]</sup>。保持适宜的温度与湿度。定期更换消毒病服、枕套、大单、被套等,如有污染随时更换。限制探视,家属进入病室穿隔离衣鞋套,戴口罩帽子,戴无菌手套,尽可能减少感染机会。

2.2 皮肤护理 ①要保持床单位清洁干燥,平整,使用气垫床及支被弓架或流体悬浮床<sup>[6]</sup>,以减少对

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.006.030

作者单位:300120 天津,天津市中医药研究院附属医院 ICU

受损皮肤创面的刺激。②晾晒受压部位,避免长时间压迫,保持创面干燥,及时清除脱落的皮屑及皮痂,避免撕脱受损皮肤。③定时翻身,动作轻柔,避免拖、拉、拽等动作损伤皮肤。④根据病情变化每日或随时换药,不同部位采用相应药物覆盖,换药者戴无菌手套,在患者身下垫无菌棉垫,铺无菌治疗巾,冲洗创面后揭下旧敷料,清创后予呋喃西林油纱覆盖保护创面及抗炎,换药后更换无菌中单。双上臂伸侧皮疹处,每日用乳酸依沙吖啶纱布湿敷。用1:10000的高锰酸钾溶液泡浴手足,水温38℃~40℃,浸泡20 min,时间不宜过长。予氦氖激光治疗皮疹处,保持适当距离,随时询问患者耐受情况。⑤日常护理工作中的皮肤护理:静脉穿刺时避免使用止血带,由另一名护士戴无菌手套,双手呈环形按压住穿刺点上方约6 cm处止血,避免皮肤进一步损伤感染;选择皮肤完整的手指戴氧合指套以监测脉搏及血氧饱和度;血压测量时在皮肤表面垫一层无菌治疗巾保护后缠上袖带,手动测血压,适度加压;测量体温时体温计要严格消毒。

**2.3 口腔、眼部及外阴护理** 该患者口周可见轻度水泡糜烂,为防治感染,餐前餐后需予洗必泰进行口腔护理及漱口。会阴部每日用0.05%碘伏棉球擦洗2次,小水泡无须处理,大水疱消毒后用2 ml无菌注射器抽液减压。大便后用0.9%氯化钠注射液清洁冲洗,破损处可予红霉素眼膏涂抹抗感染,保持会阴部清洁干燥。该患者双眼结膜充血,用0.9%氯化钠注射液洗眼,清除分泌物,红霉素眼膏涂双眼抗感染,保持眼部清洁。

**2.4 饮食与用药护理** 因患者创面愈合消耗能量大,需鼓励患者摄入高蛋白、高热量、高维生素、低糖、低脂、清淡易消化流质饮食,避免辛辣刺激,多饮水,观察二便颜色、性状等变化,注意观察有无消化道出血。患者因病情危重,需予大剂量丙种球蛋白和糖皮质激素冲击治疗,护理人员需掌握激素的副作用及静注丙球的注意事项,减少感染机会<sup>[7]</sup>,密切观察患者皮肤黏膜变化情况,有无新发水泡、皮损、皮疹、红斑面积变化及瘀血瘀斑等,观察患者有无恶心、眩晕、寒战等不良反应,监测生命体征、出入量、尿量、凝血功能、电解质指标等变化,如有异常及时通知医师处理。注意血管保护,防止药液外渗,预防血管炎及导管相关性感染<sup>[8]</sup>。

**2.5 疼痛护理** 患者周身大面积皮损,视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)疼痛评分8分,遵

医嘱予曲马多注射液100 mg肌注,0.1%利多卡因注射液10 ml+0.9%氯化钠注射液15 ml喷洒创面止痛。如疼痛不能缓解可予瑞芬太尼静脉持续泵入止痛。疾病后期可口服氨酚双氢可待因止痛。

**2.6 心理护理** 因该病起病急、进展迅速、病情危重等因素,使得患者易产生焦虑抑郁的不良情绪。护理人员应充分与患者及家属沟通,耐心倾听患者诉求,答疑解惑,针对不良情绪进行心理疏导。向患者及家属讲述治疗成功病例,鼓励患者树立信心。

溴乙腈为化学制剂,对眼睛、黏膜、呼吸道及皮肤有强烈刺激作用。本例患者手部接触溴乙腈后致中毒性表皮坏死松解症,起病急、进展快、皮损面积大、病情危重、护理难度大,需要医护通力配合使病情向愈。护理方面,通过环境护理、皮肤护理、口腔、眼部及外阴护理、饮食与用药护理、疼痛护理、心理护理等系统、全面的护理干预措施,以及无菌操作原则,密切观察病情变化,防止并发症等,促进患者疾病康复,为临床护理提供良好借鉴。

#### 参考文献

- 1 萨日娜,赵燕芳,王爱琼.重症肺炎支原体肺炎合并中毒性表皮坏死松解症1例[J].中国实用儿科杂志,2020,35(8):660-663.
- 2 黄莉,李甜.Stevens-Johnson综合征/中毒性表皮坏死松解症[J].中国小儿急救医学,2019,26(5):326-331.
- 3 李刚刚,赵文伟.康复新液治疗中毒性表皮坏死松解型药疹17例临床分析[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2020,19(4):346-348.
- 4 李欣,刘玉,韩建文.中毒性表皮坏死松解症17例临床分析[J].临床皮肤科杂志,2020,49(8):465-467.
- 5 张明慧,石海燕,孙晓丽.1例老年患者使用程序化死亡分子疗法并发中毒性表皮坏死松解症的护理[J].护理实践与研究,2020,17(10):152-153.
- 6 赵男,黄巧慧,刘江涛.流体悬浮床在治疗中毒性表皮坏死松解症护理中的应用[J].新疆医学,2020,50(4):398-400.
- 7 王汉萍,周佳鑫,郭潇潇,等.免疫检查点抑制剂相关毒副作用管理之激素的使用[J].中国肺癌杂志,2019,22(10):615-620.
- 8 邓秋霞,张立娟,颜秀丽,等.中毒性表皮坏死松解症患者的基于多学科协作诊疗的静脉通路管理[J].齐鲁护理杂志,2020,26(5):114-116.

(收稿日期 2020-12-30)

(本文编辑 蔡华波)