

一例中毒性表皮坏死松解症患者应用流体悬浮床治疗的护理体会

朱 奕, 王爱梅

(泰州市人民医院, 江苏 泰州 225300)

摘 要: 泰州市人民医院2020年4月收治1例68岁颅脑外伤术后并发中毒性表皮松解症的女性患者, 以流体悬浮床治疗为基础, 结合创面湿性愈合理论, 使用银愈生物凝胶、聚氨酯泡沫敷料、银离子抗菌敷料等处理创面, 同时应用皮质醇激素及免疫球蛋白等, 纠正多脏器损害、高血糖、低蛋白血症、电解质紊乱等并发症的综合治疗方法, 护士针对性落实病情观察和护理, 流体悬浮床治疗14d后创面全部愈合, 患者治愈出院。

关键词: 流体悬浮床治疗; 中毒性表皮松解症; 护理

中图分类号: R473.6

文献标志码: B

文章编号: 1671-0142(2021)03-0093-04

1 病例介绍

患者, 女性, 68岁, 因头部外伤致双侧额叶脑挫伤伴出血, 右侧额颞部硬膜下出血, 左侧顶枕部头皮血肿于2020年3月7日收入我院神经外科, 既往无药物食物过敏史。伤后第2d即行神经外科手术, 术后予以止血、脱水、神经营养、丙戊酸钠0.2g, tid抗癫痫、头孢地嗪钠2.0g, q12h预防感染等治疗。伤后第24d转至康复科继续治疗。次日, 患者会阴部、臀部及颈部出现红色皮疹, 颈、背、下颌及外阴可见散在大小不等鲜红色斑疹, 外阴少量水疱, 诊断“多形性红斑”。由于患者住院时间长, 使用药物较多, 无法明确致敏药物, 故立即停用一切可疑致敏药物, 口服甲泼尼龙8mg, tid、枸地氯雷他定8.8mg, qd、地奈德乳膏, 外用, bid、炉甘石洗剂, 外用, tid治疗, 但效果不佳。出疹后第6d患者头面部、躯干、四肢出现散在鲜红色斑疹, 伴有水疱, 背部及臀部水疱破裂, 皮损面积约15%TBSA, 遵医嘱予以糖皮质激素甲强龙40mg静脉滴注bid。出疹后第11d患者头面部、颈部、躯干、四肢皮疹增多, 水疱破溃, 皮损面积达35%TBSA, 尼氏征阳

性, 转入我科治疗, 诊断为“中毒性表皮坏死松解症”, 体温38.7℃, 实验室检查显示白细胞计数: $2.08 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞绝对值: $0.0 \times 10^9/L$, C-反应蛋白: 182.8mg/L, 血沉: 117mm/h。给予皮质醇激素及免疫球蛋白治疗, 纠正多脏器损害、高血糖、低蛋白血症、电解质紊乱等并发症, 同时配合烧伤科创面湿性愈合技术, 例如银愈生物凝胶、聚氨酯泡沫敷料、银离子抗菌敷料等综合治疗。出疹后第17d患者四肢创面增多, 水疱破溃融合成大片表皮破溃, 大腿后侧及躯干前侧坏死表皮开始脱落, 皮损面积达65%TBSA, 予以流体悬浮床治疗, 调节床温至32℃。出疹后第18d患者四肢创面继续扩大, 大腿及上肢皮疹融合成片, 坏死表皮覆盖, 皮损面积达75%TBSA。但是从出疹后第21d起患者病情逐渐缓解, 面部、背部、躯干前侧红疹颜色变暗, 破溃处创面干燥无渗液, 出现愈合倾向, 愈合创面面积达20%TBSA, 未见新发皮疹, 体温36.9℃。此后创面逐渐愈合。出疹后第24d患者背部新生表皮完全恢复肤色, 愈合创面面积达55%TBSA。出疹后第31d患者创面全部愈合。出疹后第38d患者出院。

作者简介: 朱奕(1980-), 女, 江苏泰州人, 主管护师。

通信作者: 王爱梅(1987-), 女, 江苏盐城人, 主管护师。



图1 患者躯干后侧图片, 出疹后第11d, 水疱破溃融合成大片表皮破溃, 有少量黄色渗液, 全身皮损面积达35%, 未使用流体悬浮床治疗。



图2 患者躯干后侧图片, 出现皮疹后第24d, 流体悬浮床治疗第8d, 创面已愈合, 无新发皮疹。

2 护理

2.1 流体悬浮床治疗前的准备 (1) 环境准备: 置于单人间, 予保护性隔离, 限制陪探视人员。保持室内空气洁净, 保持病室温度在28~32℃, 湿度40%~50%。(2) 流体悬浮床的准备: 预先1~2h启动悬浮床, 遵医嘱调节床温至28~32℃, 滤单上铺设双层消毒被单, 渗液较多的部位加铺灭菌棉垫。(3) 病员准备: 该患者体重为55Kg, 询问无细沙过敏史, 无晕车史, 向患者及家属讲解使用流体悬浮床的目的、意义及注意事项^[1,2]。

2.2 流体悬浮床治疗期间的护理 (1) 床温的监测: 每小时观察并记录设置温度、实际温度和悬浮力的大小, 据患者需求调节流体悬浮床的温度, 过高或过低的温度均会对病人造成不良影响。显示面板上的实际温度不能作为唯一的观察指标, 经常用比对温度计观察实测体温和床显示温度是否一致。(2) 液体管理: 中毒性表皮松解症患者体液丢失严重, 加之应用流体悬浮床过程中, 患者经皮肤及呼吸道丢失水分增加^[3], 故应注意预防高渗性脱水, 准确记录出入量、每小时尿量。补液量依皮损面积而定, 该患者每日补液量约

2000~3000ml, 经胃肠道饮水量可达2000~3000ml, 每小时尿量约50~150ml。(3) 病情观察: 密切观察并记录患者神志、瞳孔、生命体征的变化。每4小时测量体温1次, 高热时遵医嘱给予冰袋降温或药物降温, 同时降低流体悬浮床的床温, 不宜使用温水或酒精擦浴。由于该患者全身皮肤剥脱破溃无法使用心电监护, 故每半小时观察并记录患者的面色、呼吸、脉搏及末梢动脉血氧饱和度, 每2h测量并记录1次血压数值, 测量血压时需要将灭菌纱布叠片垫在袖带下, 这样可以防止皮肤再次损伤。(4) 加强呼吸道的护理: 由于流体悬浮床活动范围受限, 患者主动活动性降低, 容易出现坠积性肺炎、肺不张等并发症, 因此护士定时协助患者翻身拍背, 鼓励深呼吸和有效咳嗽排痰, 6~8小时雾化吸入一次, 以促进痰液排出, 同时留取痰标本进行痰培养, 根据检验结果选择有效的抗生素。(5) 大小便护理: 患者会阴部皮肤破溃, 留置尿管期间妥善固定并做好会阴护理, 每日2次用灭菌注射用水加温后冲洗会阴部, 再用灭菌纱布轻轻拭干。拔除尿管后患者排尿时先在臀下垫吸水性强的灭菌棉垫, 用女性尿壶接尿, 注意避免尿液溢出至流体悬浮床上, 以防砂凝块, 影响悬浮效果; 患者排大便时, 在悬浮的状态下, 将患者臀下位置垫好一次性床垫同时将该处悬浮床床体向下压, 随即关闭悬浮床, 这样悬浮床在臀下形成一个大坑供患者排便, 这样既减少了放置便盆引起的痛苦也避免了继发性皮肤损伤的危险, 同时做好便后的清洁工作。(6) 预防下肢深静脉血栓的发生: 对患者、亲属及陪护人员给予健康宣教, 包括讲解下肢深静脉血栓形成的原因与后果, 从而促使病人能够积极配合治疗。同时告知患者多饮水, 多进食富含纤维素易消化的食物, 保持大便通畅; 每日定时主动和被动活动肢体, 每日3次进行踝泵运动, 每次15~20分钟。遵医嘱给予5000IU/d低分子肝素进行药物预防。评估记录患者的自觉症状、有无下肢苍白、麻木、疼痛、异常感觉及其他局部情况。如有上述症状, 则提示有形成下肢深静脉血栓的可能, 可以帮助早期发现和及时治疗。在治疗期间, 本例患者未发生下肢深静脉血栓。

2.3 创面护理 护士每日密切观察皮肤变化情况, 记录有无水疱形成及破溃、新发红斑。对皮肤剥脱部位, 观察其渗液情况及是否存在脓性分泌物。在大疱表皮松动但未脱落的部位, 原位保

留疱皮,保留的疱皮可以充当生物敷料。对粘附堆积在创面上坏死松脱的表皮,尽量移除,无法移除者不可强行撕脱,可用无菌剪刀剪除^[4]。早期渗出较多时用0.1%洗必泰消毒后外涂银愈生物凝胶,外面覆盖聚氨酯泡沫敷料,保留2d,第3d换药,后期渗出减少后外层敷料改用银离子抗菌敷料覆盖。注意皮肤保护,尽量避免肌肉和皮下注射,护理病人时动作轻柔以免造成皮肤继发性损伤。

2.4 营养支持 早期患者因口腔黏膜受累导致进食困难,每日经鼻饲管注入高热量及高蛋白肠内营养液,保证营养供应。口腔黏膜逐渐恢复后鼓励患者进食高蛋白食物。

2.5 静脉导管的维护 该例患者留置股静脉置管,由于患病初期在穿刺点<5cm范围内皮肤完好,用缝线固定导管,3M透明贴膜覆盖。患病后期皮损扩大至穿刺点周围,改用0.5%碘伏棉球消毒穿刺点后用0.5%碘伏纱布4层覆盖穿刺点,外用无菌绷带无张力缠绕固定,至少每8小时换药1次。

2.6 眼部护理 该患者急性期结膜充血明显,眼睑糜烂,分泌物多,用无菌棉签蘸0.9%氯化钠轻拭分泌物,遵医嘱给予患者左氧氟沙星滴眼液滴双眼,每6小时1次,红霉素眼膏涂于双侧上下眼睑,每8小时1次。观察瞳孔时首先清除眼部分泌物,然后用无菌棉签轻轻将上下眼睑分开,避免进一步损伤眼部皮肤。

2.7 口腔护理 患者合并口腔黏膜破溃,为预防真菌感染,每日3次用2.5%碳酸氢钠溶液进行口腔护理,每次操作前观察口腔黏膜有无破溃,操作时动作轻柔。口唇部涂抹甘油,避免干裂出血。提供温热细软的食物以减少患者进食时的疼痛。

2.8 疼痛管理 及时准确地评估患者的疼痛部位、程度、性质、时间、有无伴随症状和缓解办法,由于担心过敏反应,该患者换药时未使用镇痛剂,采用分散注意力的方法,如听音乐,聊天等。

2.9 加强对并发症的观察 大剂量的激素应用及大面积的皮肤破损极易导致继发感染、水、电解质紊乱、肝肾功能衰竭等并发症。故需配合医师定期监测血、尿、粪常规隐血、肝、肾功能、电解质、心肌酶谱、血糖等指标,及时根据检验结果调整治疗和护理方案。

3 讨论

中毒性表皮松解症(Toxic Epidermal Necroly-

sis, TEN)是一种危及生命的皮肤病变,部分患者与药物不良反应有关,发病率不超过百万分之二,任何年龄均可发生,男女比例约1:2^[5],该病发病率低,但起病急、进展迅速,病死率可达50%^[6,7]。其特征性表现为全身大面积皮肤黏膜剥脱及糜烂,与大面积烧伤类似,此类患者的创面护理十分重要,然而由于TEN的发病率低,尚未形成统一的指南或者共识,在遵循基本原则的基础上,各研究者多根据经验进行创面的处理。一般TEN创面相对较浅,多按照烧伤常规换药处理^[8]。但对于广泛表皮损伤患者,背部及四肢后侧创面治疗存在困难,一方面创面渗液需要保持干燥,另一方面长时间受压可能引起局部微循环障碍,常规需要定时翻身,但局部的疼痛以及粘连导致患者翻身时极度痛苦,流体悬浮床则很好地解决了这一难题^[9]。流体悬浮床是利用气体流动悬浮原理设计的,通过压气机将空气传到矽沙中,使矽沙变为流体,在移动中形成浮力,患者平卧床单上,通过温热的空气与流动的矽沙将患者托起,患者后侧创面与床单整体接触并受力,单位接触面积上的压力被分散,小于毛细血管的闭合压,这样就避免了受压造成的局部微循环障碍,起到改善组织营养、促进皮肤愈合、减少患者疼痛的作用。病人翻身时只需一人拉动一侧床单即可,节省了人力。沙粒吸附创面的渗液后,由于重力作用会沉降至流化舱底部,经过热空气烘干,形成循环,保证了微颗粒的正常流动,而且抑制了细菌的生长繁殖,避免了交叉感染^[10],临床多用于大面积烧伤患者的救治。该例患者在早期治疗过程中由于经验不足,最初采用卧普通床传统方法护理,大片表皮破溃,并不断有继发性皮肤损伤,尝试使用流体悬浮床治疗后,发现流体悬浮床具有普通病床难以比拟的优越性。结合液体管理、呼吸道护理、营养支持、生活护理等措施后患者创面愈合时间缩短。

4 结语

综上所述,TEN是一种罕见且死亡率高的皮肤疾病,流体悬浮床为TEN患者提供了新的治疗方法,可有效降低死亡率,缩短病程,减轻患者痛苦,降低医疗费用,减少医护工作量,提高病人满意度。TEN涉及到跨专科的治疗与护理,对此患者的成功护理,为护理人员积累了收治TEN患者的宝贵经验,为今后的工作打下良好的基础。

护理人员应加强对病情变化的针对性观察,加强学习和医护沟通,制订个体化的护理方案,以保证医疗护理安全。

参考文献:

- [1]周莉萍,张文浩,储海函,等.流体式悬浮床纱粒诱发烫伤患者支气管哮喘一例[J].中华烧伤杂志,2010,26(4):303.
- [2]潘文东,陈永新,吴婷,等.大面积烧伤后应用悬浮床治疗出现不适三例[J].中华烧伤杂志,2010,26(2):132.
- [3]李海芬,常乐,殷雨婷.1例严重烧伤后患者应用流体悬浮床的特殊观察体会[J].当代护士,2017(3):161-162.
- [4]肖妮珠,林翠芬,陈淑萍.25例大疱性表皮坏死松解型药疹患者皮肤黏膜应用聚维酮碘喷雾及湿性敷料换药的护理[J].中华护理杂志,2014,49(11):1359-1362.
- [5]杨卉,李放,苏卫红,等.高龄中毒性表皮坏死松解症1例及文献复习[J].中华老年多器官疾病杂志,2020,19(1):56-58.
- [6]Bernardes A L, Reis Carmélia Santiago, Garbi N A, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: epidemiological and clinical outcomes analysis in public hospitals[J]. Anais Brasileiros De Dermatologia, 2017, 92(5): 661-667.
- [7]Mockenhaupt, Maja. The current understanding of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis[J]. Expert Review of Clinical Immunology, 2011, 7(6): 803.
- [8]孙威,闵定宏,郭光华.中毒性表皮坏死松解症的诊疗进展[J].中华烧伤杂志,2016,32(6):341-344.
- [9]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.
- [10]黄蓉蓉,连丽娜,许翠玲,等.可避免足下垂的烧伤专用流体悬浮床的研制[J].医疗卫生装备,2019,40(2):39-40.

(责任编辑 杨荔晴)

Nursing Experience of a Patient with Toxic Epidermal Necrolysis with Fluid Suspension Bed Treatment

ZHU Yi, WANG Ai-mei

(Taizhou People's Hospital, Taizhou Jiangsu 225300, China)

Abstract: A 68-year-old female patient with toxic epidermolysis after craniocerebral trauma surgery was admitted by the author's unit in April 2020. Based on fluid suspension bed treatment, combined with the theory of wound healing, Yinyu Biogel, polyurethane foam dressings, and silver ion antibacterial dressings were used. Wounds were treated, and cortisol hormone and immunoglobulin at the same time were applied to correct multiple organ damage, hyperglycemia, hypoalbuminemia, electrolyte disorders and other complications. The nurses carried out disease observation and nursing. After 14 days of fluid suspension bed treatment, all wounds healed, and the patient was cured and discharged.

Key words: fluid suspension bed treatment; toxic epidermolysis; nursing

版 权 声 明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。该社著作权使用费与本刊稿酬一并支付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意本刊上述声明。