

1例发热抽搐导致中毒性表皮坏死松解症(TEN)患儿的皮肤护理

黄林燕, 李素萍*

中山大学附属第一医院, 广东 广州

收稿日期: 2022年3月21日; 录用日期: 2022年4月15日; 发布日期: 2022年4月22日

摘要

中毒性表皮坏死松解症(toxic epidermal necrolysis, TEN)是一种罕见的严重威胁生命的疾病, 多由药物诱发, 或由疱疹病毒、支原体等病原体感染所致。TEN表现为表皮剥蚀和粘膜病变, 类似烧伤表现, 诊断主要依赖临床体征和组织学分析, 并且治疗需要早期停止致病药物和支持性治疗。本文报道1例因发热抽搐用药治疗后所致重症TEN, 经过抗炎对症治疗、呼吸、循环支持治疗、使用聚维酮碘、生长因子、银离子敷料治愈大面积皮肤损伤, 取得满意效果。

关键词

发热, 抽搐, 中毒性表皮坏死松解症, 皮肤护理

Skin Care for a Child with Febrile Convulsions Caused by Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)

Linyan Huang, Suping Li*

The First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou Guangdong

Received: Mar. 21st, 2022; accepted: Apr. 15th, 2022; published: Apr. 22nd, 2022

Abstract

Toxic epidermal necrolysis (TEN) is a rare, severe, life-threatening disease that is mostly drug-induced or caused by infection with pathogens such as herpes virus and mycoplasma. TEN presents with

*通讯作者。

epidermal ablation and mucosal lesions, similar to burn manifestations, and the diagnosis is predominantly clinical signs and histological analysis, and treatment requires early cessation of causative drugs and supportive therapy. This article reports one case of severe illness caused by febrile convulsions after drug treatment, after anti-inflammatory symptomatic therapy, respiratory, circulatory support therapy, the use of povidone iodine, growth factors, silver ion dressing to cure a large area of skin damage, achieved satisfactory results.

Keywords

Fever, Convulsions, Toxic Epidermal Necrolysis, Skin Care

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 病例介绍

1.1. 一般资料

患儿, 男, 9岁, 因发热2天, 半天内抽搐3次于2021.11.22开始在东莞市妇幼保健院住院治疗。给予阿昔洛韦、头孢噻肟舒巴坦、利奈唑胺、头孢他啶、阿昔洛韦软膏抗感染治疗, 甲泼尼龙琥珀酸抗炎, 甘露醇、丙戊酸钠左乙拉西坦、氯硝西洋片脱水、抗癫痫等治疗, 布洛芬、奥美拉唑、雷尼替丁、硫酸铝凝胶、维D硫酸钙、氯雷他定片、免疫球蛋白等对症支持治疗。12.25开始全身出现散在红色斑丘疹, 伴瘙痒, 予口服氯雷他定等对症处理后皮疹无明显改善, 且渐增多, 渐出现水疱疹、脱皮、红色糜烂面, 伴瘙痒、疼痛, 12.28开始伴有发热, 热峰39.5℃, 考虑合并“Steven-Johnson综合征”, 经治疗后皮疹无好转, 为作进一步诊疗于2022.01.01转入我科。入院查体: T: 37.3℃, P: 130次/分, R: 24次/分, 身高: 135 cm, 体重35 Kg, 体重指数(BMI): 14.95 kg/m², 发育正常, 营养中等, 查体合作。全身皮肤及黏膜无紫绀、黄染、苍白, 躯干以敷料覆盖, 敷料干洁, 全身皮肤弥漫性靶型红斑、水疱及脱皮, 间有红色糜烂面, 伴少量淡黄色渗液, 暗红色结痂, 口唇见暗红色结痂, 口腔黏膜光滑, 无溃疡, 受累面积 > 30%体表面积。外院查疱液培养: 鲍曼不动杆菌、肺炎克雷伯菌, 痰培养: 流感嗜血杆菌, 深静脉培养: 溶血葡萄球菌, 静脉血: 单纯疱疹病毒I型IgG抗体升高; 脑脊液白细胞升高。入院查CRP 9.14 mg/L, PCT 0.10 ng/mL, WBC 5.78 × 10⁹/L, Hb 105 g/L, PLT 162 × 10⁹/L; UREA 3.5 mmol/L, CREA 31 umol/L, ALB 32 g/L, TBIL 8.0 umol/L, ALT 43 U/L, AST 52 U/L; NT-proBNP 845.0 pg/mL; D-D 1.02 mg/L FEU, PT 14.0 秒, INR 值 1.05, APTT 43.6 秒, FIB 2.90 g; HSV1-IgG 387.35 Au/mL, HSV2-IgG 57.15 Au/mL。入院后发热, 炎性指标进行性升高, 多部位皮损培养示阴沟肠杆菌阴沟亚种, 胸片示左下肺炎性渗出, 考虑皮肤感染、脓毒症、肺炎。

1.2. 治疗及预后

入院当天给予单腔鼻导管低流量吸氧, 请皮肤科、烧伤科会诊。予IVIG、甲强龙治疗, 瑞芬太尼及芬太尼镇痛, 补液、换药等治疗。结合2022-1-6多学科会诊、根据实验室检查及临床表现, 先后使用复达欣、美平、斯沃、氟康唑抗感染治疗后未见发热, 复查感染指标正常。入院后予力月西维持镇静、奥卡西平抗癫痫治疗, 同时加强皮肤创面护理及换药。入科19天后复查血培养阴性, 病情稳定好转, 生命体征平稳, 皮肤创面基本痊愈, 为进一步调整抗癫痫药物治疗, 予转神经科观察治疗。

2. 皮肤护理

2.1. 皮肤损伤表现

入科 1 周前患者全身散在红色斑丘疹, 伴瘙痒, 逐渐增多, 口服氯雷他定、外涂阿昔洛韦软膏无效, 渐出现水疱、脱皮、红色糜烂面。入院时颜面部、颈部、躯干、四肢及掌趾可见弥漫性水疱及靶型红斑, 部分糜烂, 露出红色新生面。肛周及阴茎冠状沟部可见糜烂, 黄色分泌物。唇周黑痂, 皮损面积大于体表面积 30%。

2.2. 换药及护理方法

临床实践过程中发现, 换药时敷料与创面粘连严重, 换药时间长, 人力投入大, 二次损伤、疼痛、出血、疼痛引起再次抽搐等问题较难克服。经过多科联合会诊, 讨论换药细节, 制定个性化护理常规, 逐个解决临床操作难题, 讨论后详细换药方法如下: 换药时用剪刀剪开外层敷料, 剩底层油纱再用石蜡油轻柔按摩后小心揭开, 减少粘连损伤[1]。清洁皮肤, 每天给予温生理盐水清洗创面, 以点沾式或冲洗式, 加适量利多卡因起到麻醉作用, 以缓解疼痛, 降低疼痛引起再次抽搐的风险。0.1% 安多伏消毒。对于水疱护理, 大疱表皮松动未脱落者应不去除疱皮, 让其保留在原处原处, 起到生物敷料的作用, 对已脱落、坏死并成堆贴附在创面上的表皮, 易移除的直接移除, 不易移除者不强行撕脱, 应用灭菌剪刀剪掉[2]。中等 - 大水疱(直径 > 2 cm)用无菌注射器从低位抽取疱液, 然后予安尔碘消毒, 予聚维酮碘油纱覆盖; 小水疱让其自行吸收。渗出较多部位给予含银离子的优拓敷料、油纱覆盖, 渗出较少的部位予凡士林油纱覆盖[3]。最后予无菌烧伤纱布覆盖, 绷带包扎固定。其他部位的护理, 手指、脚趾及脱落的指甲, 使用油纱条防止粘连[3], 颜面、颈部、口唇、眼睑部予重组表皮生长因子凝胶促进皮肤生长。臀部, 定时翻身, 在患儿耐受的情况下, 采取俯卧位。会阴部及阴茎, 在阴茎根部用敷料将阴茎与阴囊隔开, 护理完阴茎后将包皮恢复其功能位。注意动作轻柔, 避免来回涂擦, 使伤口新生组织再次机械性损伤, 此种换药方法可使患儿感觉舒适, 且减少了换药次数。由相对固定的护理人员评估敷料及生命体征情况来决定换药频率, 一天换药 1 次, 控制换药时间在 1 h~2 h 以内, 减少换药打击。经过 19 天积极对症治疗及皮肤护理, 患儿病情好转, 生命体征平稳, 皮肤创面已愈合, 仅双下肢伴皮屑附着及色素沉着。

3. 讨论

1) TEN 是一种急性重症皮肤病, 大约 85% 常由药物引起。对单一用药的患者, 可直接识别致敏药物; 但对同时服、使用多种药物的患者明确致敏药物则存在一定的困难。肖宗宇等[4]对 1 例丙戊酸钠致中毒性表皮坏死松解症样重症药物反应、于晓晓[5]对 1 例乙酰氨基酚致中毒性表皮坏死松解症及蒋玉芬等[6]1 例腰椎脊髓损伤并发中毒性表皮坏死松解症药疹患者的护理的回顾性研究中, 可以明确患儿致病药物为丙戊酸钠、布洛芬及头孢噻肟舒巴坦。

2) 目前 TEN 主要治疗药物为糖皮质激素联合免疫球蛋白。糖皮质激素能抑制免疫活性细胞引起的炎性反应。早期足量系统使用糖皮质激素, 对病情的转归和预后有益, 是目前治疗重症药疹最重要的方法之一[7]。但糖皮质激素的使用仍然存在争议, 有学者认为使用糖皮质激素会增加感染、脓毒血症的发生率, 增加蛋白质的分解, 增加消化道出血的概率及延缓上皮形成时间。

3) 感染是 TEN 最严重也是最常见的并发症之一。患儿全身大面积糜烂、渗出, 皮肤屏障功能几乎丧失, 水、电解质平衡明显紊乱。按照烧伤原则进行治疗, 做好消毒隔离及皮肤护理, 控制感染, 预防继发感染及减少二次损伤至关重要[8]。所有操作及用品注意无菌原则, 单间病房保护隔离, 保持适宜温湿度, 被服专人专用, 灭菌处理[8]。有文献研究表明, 聚维酮碘软膏主要是由聚乙烯基吡咯烷酮化学复

合物制成, 能够适用于感染性创面、皮炎、真菌感染以及小面积烫伤等, 其主要的机制是分子碘与聚维酮碘结合能够产生碘。其具有抗菌性较高, 药效持久等功效, 能够对细菌、病菌、病毒以及炎症因子起到抑制作用, 同时有较好的水溶性, 性能安全可靠, 无任何气味, 不会引起患者的刺激性反应, 能够适用于创面消毒和治疗[9]。贝复新又称重组牛碱性成纤维细胞生长因子, 是一类多功能细胞生长因子, 具有较高的生物活性, 可促使上皮细胞、成纤维细胞以及血管内皮细胞在内的多种细胞生长增殖, 加速机体损伤修复过程, 还可以促进肉芽组织及新生毛细血管的形成, 有效改善患处血液供应情况, 为创面修复提供充足营养[10]。磺胺嘧啶银脂质水胶体敷料作为新型银离子敷料在伤口护理中效果突出, 磺胺嘧啶银霜是有机银化合物, 是目前临床应用最广泛的一种局部抗菌药物, 磺胺嘧啶银遇体液后可缓慢分解成银离子和磺胺嘧啶, 银离子能与细菌体内去氧核糖核酸结合, 磺胺嘧啶本身是磺胺类制剂, 对细菌也有抑制作用。脂质水胶体敷料治疗中毒性表皮坏死松解症的优点有能缩短创面干燥时间、能减少治疗过程中的换药次数、脂质水胶体敷料能减轻患儿换药时的疼痛感、脂质水胶体敷料促使创面愈合[11]。根据患儿不同部位、不同损伤程度, 选用不同的药物及敷料, 可以更快的加速创面愈合、更大程度降低患儿经济支出。

4. 小结

SJS/TEN 是一种严重的皮肤黏膜疾病, 以大片红斑、水疱、表皮剥脱和多部位黏膜炎为特征, 常伴系统性功能紊乱。SJS/TEN 起病急, 进展迅速, 死亡率高。及时、准确诊断并予以规范处置对减轻患者伤害具有关键性作用[1] [2]。对于重症 TEN 患儿的护理, 应严密观察病情变化, 对症支持治疗的同时, 采取正确的皮肤护理方法, 可有效促进患儿康复[7]。皮肤护理的关键是预防感染, 减少二次损伤出血, 根据不同部位及经济条件等选择合适的敷料, 注意换药细节处理, 可取得满意效果。

参考文献

- [1] 李敏. 1 例感染导致中毒性表皮坏死松解症患儿的皮肤护理[J]. 当代护士(中旬刊), 2018, 25(4): 152-153.
- [2] 张美琪, 覃惠英. 史蒂文斯-约翰逊综合征及中毒性表皮坏死松解症皮肤护理研究进展[J]. 护理研究, 2019, 33(24): 4275-4279.
- [3] 龚慕尧, 杨娟. 史蒂文斯-约翰逊综合征和中毒性表皮坏死松解症重叠综合征患儿的护理 1 例[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(24): 156-158.
- [4] 肖宗宇, 胡蓉, 李坤正. 丙戊酸钠致中毒性表皮坏死松解症样重症药物反应 1 例[J]. 甘肃医药, 2021, 40(11): 1027-1030.
- [5] 周敏, 于晓晓. 对乙酰氨基酚致中毒性表皮坏死松解症 1 例并文献复习[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(16): 35-37+40.
- [6] 蒋玉芬, 张朝梅, 吴智水, 等. 1 例腰椎脊髓损伤并发中毒性表皮坏死松解症药疹患者的护理[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(17): 2682-2684.
- [7] 邱丹. 中毒性大疱性表皮松解坏死型药疹患儿的皮肤护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(6): 133+145.
- [8] 夏雅芙, 刘玉凤, 王璐琦. 护理干预在预防重型渗出性多形红斑患儿全身感染中的应用[J]. 当代护士(中旬刊), 2018, 25(11): 63-65.
- [9] 陈天庆, 梁国仲. 聚维酮碘乳膏联合可见光治疗小儿烧/烫伤的临床疗效[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(17): 2925-2929.
- [10] 黄爱萍. 复方桐叶烧伤油联合贝复新治疗对烧伤创面愈合的影响[J]. 临床医药实践, 2020, 29(1): 46-47+57.
- [11] 徐英, 朱利华. 脂质水胶体敷料治疗浅 II 度烫伤患儿的疗效观察[J]. 上海护理, 2004, 4(1): 21-22.