

· 临床护理 ·

静脉注射丙种球蛋白联合糖皮质激素治疗中毒性表皮松解症的护理

王霞 张俊英 辛梅 刘新

我科自2001年1月至2008年1月收治中毒性表皮松解症(TEN)患者14例行静脉注射丙种球蛋白(IVIG)联合糖皮质激素治疗,安全有效,现从护理方面总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 14例TEN患者中男4例,女10例,年龄3~74岁,平均 (37.7 ± 7.6) 岁。患者发病前均有用药史,潜伏期0.5~14d,平均4d。发病至我院就诊时间1~30d,平均9.3d。有明确用药史者12例,其中致敏药物卡马西平4例;非甾体类解热镇痛剂6例;抗菌药2例,包括复方新诺明、阿奇霉素各1例;药物类别不明者2例。患者发病时均有不同程度发热,37.6~40℃,呈弛张热型。确诊为TEN时表皮剥脱面积按中国九分法计算为30%~90%,平均63.7%。以红斑、大疱、糜烂、尼氏征(+)为特征,黏膜(口腔、眼结膜、外阴)受累者12例,占85.7%。

1.2 诊疗经过 本组14例中6例患者住院即刻应用静脉注射免疫球蛋白(IVIG)。另8例患者于IVIG治疗前应用糖皮质激素,相当于泼尼松1~3mg/(kg·d)治疗1~2d,病情不能控制,其中5例患者表皮松解剥脱面积继续扩大,黏膜损害加重;1例患者在皮损面积继续扩大的基础上出现呼吸困难、三凹征、肢体不自主抽动等异常;另2例患者皮肤黏膜损害无明显变化,患者高热不退、皮损不能有效控制,继而用大剂量静滴丙种球蛋白。14例患者自发疹至应用IVIG治疗时间3~30d,平均10.6d,均给予丙种球蛋白0.4g/(kg·d)连用5d,同时给予细致的护理及支持治疗,患者体温恢复正常时间1~5(2 ± 1.64)d、皮肤黏膜停止剥脱,无新发松解剥脱皮损,皮损面积不再扩大的时间2~7(4 ± 2.73)d、住院天数2~42(21.30 ± 18.27)d。经IVIG联合糖皮质激素治疗后患者症状迅速减轻,缓解了疾病危象。转归:8例痊愈出院;4例基本痊愈;2例好转自动出院。

2 护理

2.1 IVIG治疗前的护理 询问过敏史: TEN患者本身处于一种高致敏状态,甚至可能进展为药物超敏反应综合征。丙种球蛋白的主要成分为IgG,应在用前询问患者有无异性蛋白过敏史,询问患者有无偏头痛病史。绘制皮损人体模式图:对于皮损数量、部位、面

积、程度、性状在图上标明,以便动态观察病情的进展和治疗效果。

心理支持: TEN患者皮肤黏膜损害严重给患者及家属带来极大的恐惧和焦虑,同时丙种球蛋白价格不菲,因此与患者及家属沟通交流特别重要,使他们明确治疗方案增加治疗信心。监测血常规、肝肾功能,检测免疫球蛋白水平以除外IgA缺乏,将结果及时反馈给医生以使过敏反应机会最小化¹。

2.2 IVIG治疗中的护理 调整滴速:开始静脉滴注宜低速0.01~0.02 mL/(kg·min),以后根据患者的耐受性提高速率,每15~30min提速1次,最后增至0.1 mL/(kg·min)。输注标准剂量为400 mg/kg在8h之内完成²。老年病人更应该注意调整滴速及入液量。输液顺序的安排: IVIG治疗常见的不良反应为头痛、面红、恶心、肌痛、发热等通常发生在注射1h之内。为避免其发生,在输入免疫球蛋白前应用糖皮质激素组液体,本组2例应用IVIG中出现一过性轻微头痛及血压升高,调整输液顺序后症状缓解。提示护士要合理安排输液顺序。在IVIG治疗期间应鼓励患者大量饮水,保证日饮水量2500 mL以上,监测尿量及血生化指标。14例行IVIG者均耐受良好无不良反应。

2.3 IVIG治疗后的护理 与患者交流对比其IVIG治疗前后精神状态的变化。观察有无异常并及时反馈。皮损的观察要点: (1)颜色: 经过临床观察皮损颜色由暗紫色转为暗红至淡红色并干燥脱屑说明好转。(2)面积: 护士每班对照皮损人体模式图评估患者皮损变化及时记录。如有无新发红斑水疱;原有水疱是否破损,程度和范围;原有糜烂面是否有感染迹象;新鲜组织创面有无水肿糜烂;黏膜有无充血、糜烂、溃疡等发现异常及时报告医生。(3)皮温: TEN患者表皮大面积剥脱散热较快,患者通常感觉寒冷,这不利于皮肤的正常代谢³,注意调节室温以保持皮温。(4)渗出: 观察皮损渗液的量及黏膜分泌物的性质,严格记录出入量,及时更换无菌被服,保持皮损清洁干燥。(5)有无继发感染,并及时加用抗感染药物。密切观察体温等生命体征变化,及早发现感染征兆。告知患者IVIG治疗后3个月内不能进行减毒活疫苗注射;皮损处避免日晒等。

3 讨论

TEN的病情危重,多数专家认为糖皮质激素联合IVIG可以作为严重威胁生命的TEN患者的首选治

疗⁴。丙种球蛋白是机体特异性免疫系统的重要组成部分,具有抗病毒、抗细菌作用,能直接提供大量的中和抗体,减少免疫反应对机体组织的损害⁵。TEN 最突出的组织学表现是角质形成细胞凋亡,丙种球蛋白含有抗 fas 抗体抑制 fas - fas - L 信号转导,从而能阻断角质形成细胞凋亡⁶。IVIg 能补充人体丢失的部分免疫球蛋白,调节水电解质代谢,维持人体内环境平衡,从而使患者体温很快下降至正常,渗出明显减轻,皮损迅速恢复。行 IVIG 治疗还可以提高糖皮质激素与受体的亲和力,使糖皮质激素的需要量减少,与糖皮质激素有协同治疗作用⁷,且利于糖皮质激素减量。IVIg 治疗最常见的副作用是轻微头痛,常为一过性的反应,无需特殊处理,其他副作用包括无菌性脑膜炎、肾脏的不良反应等⁸。无菌性脑膜炎常发生在大剂量应用(>1 g/kg·d)的患者中。我们的所有患者中无此不良反应发生。肾脏的不良反应,程度从轻微的肾损害到肾衰竭均有报道⁸,也未观察到有肾脏不良反应。其他的不良反应还包括一过性的关节炎、溶血性贫血、中性粒细胞减少症、一过性皮疹等⁸,均未见到,可能与同时应用大剂量糖皮质激素有关。

本组所有患者均耐受良好,无严重不良反应发生,我们认为 IVIG 联合糖皮质激素治疗 TEN 并加强

护理,不失为一种安全有效的治疗方法。

参 考 文 献

- 1 郑捷.糖皮质激素在临床的准确认识与合理应用.临床皮肤科杂志 2005;34:785-787.
- 2 冯素英,靳培英.静脉滴注免疫球蛋白治疗皮肤病的现状.中华皮肤科杂志 2005;38:396-398.
- 3 王玉晶.中毒性表皮坏死松解症的护理.中国实用护理杂志 2005;21:37-38.
- 4 Godeau B, Chevret S, Varet B, et al. Intravenous immunoglobulin or high-dose methylprednisolone, with or without oral prednisone, for adults with untreated severe autoimmune thrombocytopenic purpura: a randomised, multicentre trial. Lancet 2002;359:23-29.
- 5 魏志平.半标准剂量静脉注射人免疫球蛋白治疗皮肤病13例临床疗效观察.临床皮肤科杂志 2005;34:298-299.
- 6 French LE, Tschopp J. Fas-mediated cell death in toxic epidermal necrolysis and graft-versus-host disease: potential for therapeutic inhibition. Schweiz Med Wochenschr 2000;130:1656-1661.
- 7 吴洪波,苏亚平,苏玉文,等.丙种球蛋白冲击治疗重症皮肤病的疗效分析.实用预防医学 2007;14:860-861.
- 8 Nydegger UE, Sturzenegger M. Adverse effects of intravenous immunoglobulin therapy. Drug Saf 1999;21:171-185.

(收稿:2008-06-30 修回:2008-08-20)

· 经验交流 ·

清水县开展消除麻风运动线索调查分析

张国强¹ 沈增贤²

清水县位于甘肃省东南部,人口30万,于1993年经省级考核验收达到基本消灭麻风病标准,即处于低流行趋势。于2005年6月进行了一次为期3个月的开展消除麻风运动(LEC),以调查麻风病,现将其结果报道如下。

方法与步骤 本次 LEC 首先在县举办了一期全县重点区域相关部门参加 LEC 百余名人员的麻防知识培训班,使参加者掌握麻风病的早期表现、检查方法和诊断要点等。利用现有的媒体、广播、有线电视及墙报等各种形式宣传开展 LEC 的目的和意义,广泛深入地进行以麻风防

治科普知识为主的健康教育;宣传麻风报病奖制度,以促进与鼓励自报、互报,并积极提供可疑线索。

将此次 LEC 线索调查分为三个阶段:一是线索搜集与汇总。由参加过培训的人员分别对 12 个乡镇的 34 个自然村,进行逐户查访,并对学校等机关团体进行集体检查;二是初步筛选与上报。县麻防人员按照各地的汇总情况进行逐一检查,最后筛选疑似线索及时上报;三是确诊。由省级麻防专家进行全面检查与确诊。

结果 实施 LEC 的参与人员包括专业技术人员,县乡村行政干部和乡村医生共 1000 人,查访 20 万人次,覆盖人口占 67%,初步搜集 100 人为筛选对象。经县

麻防人员筛选 15 人疑似线索,其中男 11 人,女 4 人。最后经省级麻防专家确诊 2 例,其中男 1 例,女 1 例。诊断延迟期分别为 8 年和 9 年。均为晚期狮面麻风,眼部 III 度残疾,及时实施了 MDT。

讨论 WHO 倡导 LEC 作为一个强化主动发现病人的方式,多在麻风病高流行区域适用。但笔者认为:在达到基本消灭麻风病标准后的疫情有波动的区域仍行之有效。本次运动所发现的 2 例晚期狮面麻风得到 MDT,可截断重要的传染源。根据发现病人的情况,建议必要时可重复运用 LEC,既可早发现、早治疗,可防止残疾的发生。

(收稿:2008-01-10)

作者单位:1 甘肃省两当疗养院,742401

2 甘肃省清水县疾病预防控制中心