

1例尿毒症合并大疱性类天疱疮患者的伤口护理

俞 燕，郭 蕾，陈月琴

苏州市第九人民医院 江苏苏州

【摘要】目的 探讨高龄尿毒症患者合并难愈性大疱性类天疱疮的伤口护理。**方法** 回顾1例高龄老年尿毒症合并难愈性大疱性类天疱疮的护理经验。**结果** 患者病情得到有效控制。**结论** 对于伴有顽固性大疱性皮肤病变的老年肾功能衰竭患者，系统性伤口管理干预可显著改善临床预后。

【关键词】类天疱疮；大疱性；尿毒症；高龄患者；伤口管理

【收稿日期】2025年11月19日 **【出刊日期】**2025年12月11日 **【DOI】**10.12208/j.ijnr.20250661

Wound care of a patient with uremia complicated with bullous pemphigus vulgaris

Yan Yu, Lei Guo, Yueqin Chen

Suzhou Ninth People's Hospital, Suzhou, Jiangsu

【Abstract】Objective Exploring wound care for elderly patients with uremia complicated with refractory bullous pemphigoid. **Methods** Review the nursing experience of an elderly patient with uremia complicated with refractory bullous pemphigoid. **Results** The patient's condition has been effectively controlled. **Conclusion** For elderly patients with renal failure accompanied by refractory bullous skin lesions, systematic wound management interventions can significantly improve clinical prognosis.

【Keywords】Pemphigoid vulgaris; Bullous; Uremia; Elderly patients; Wound management

大疱性类天疱疮(BP)是一种以皮肤水疱为主要特征的获得性自身免疫性皮肤病，多发于60岁以上人群，临床尚无治愈性治疗方案。因病情迁延，反复发作，治疗过程复杂、时间较长，常导致患者继发感染而死亡^[1]。大疱性类天疱疮是表皮下水疱性皮肤病，好发于胸腹、腋下、腹股沟和四肢屈侧，严重时可泛发全身，水疱破溃后糜烂面常覆以痴皮或血痂，结痂脱落常留有色素沉着^[2]，并伴有不同程度瘙痒^[3]，临床表现为外观正常的皮肤黏膜或红斑基础上出现半球形的紧张性水疱或大疱，直径在1~2cm。BP是一种慢性复发性自身免疫性皮肤病，典型临床特征为在红斑或正常皮肤上出现1-3cm的张力性大疱，好发于皮肤皱褶部位。皮损破溃后形成糜烂面并结痂，愈后遗留色素沉着，常伴剧烈瘙痒。该病病程迁延，易继发感染，治疗难度大，是导致老年患者死亡的重要皮肤科疾病。目前，临床治疗大疱性类天疱疮多以对症治疗为主，采用局部强效糖皮质激素制剂联合使用糖皮质激素及抗组胺药物，可使绝大多数患者的皮损得到有效控制。而有学者提出^[4]，在本病患者治疗过程中辅以合理有效的护理干预

手段能够有效避免或减少继发感染情况，改善预后。我科室于2024年08月收治1例高龄男性尿毒症合并大疱性类天疱疮患者，皮损面积超过体表面积的66%^[5]，病程长，病情复杂，难愈等特点，现将护理体会报道如下。

1 基本资料

患者男性，年龄71岁，因“规律血液透析20年，偏瘫2年，全身疱疹一周”于2024年08月19日入本院。体温36.5°C，心率70次/分，呼吸18次/分，血压175/84mmHg，SPO298%。入院诊断：尿毒症、大疱性类天疱疮、肾性贫血、高血压3级、高磷血症、脑出血个人史。查体：精神尚可，营养中等，可简单对答，被动体位。左上臂可见人工动静脉内瘘，血管杂音响亮、震颤明显，规律血透。全身皮肤出现散在疱疹并伴大小不一黄色、血性水疱，皮薄，肩颈部、四肢肢端、双手掌心、双下肢居多，腹部、背部零星水疱，四肢肢端多处水疱、血疱^[6]，部分水疱破溃，表皮剥脱形成鲜红色、黄色糜烂面伴疼痛，有瘙痒感，体格检查尼氏征阴性。实验室检查显示中度贫血(Hb99g/L)、低蛋白血症

(TP58.8g/L, ALB34.4g/L) 及低钾血症 (K⁺2.85 mmol/L)。经系统治疗后皮损转归分阶段改善: 肩颈部皮损(治疗15天)完全上皮化伴色素沉着; 四肢皮损(治疗45天)部分创面可见肉芽组织, 疼痛缓解; 手部皮损(治疗30天)完全愈合伴症状显著改善, 各部位感染均得到有效控制。

2 伤口护理

2.1 皮损面积评估

按手掌面积评估大疱性类天疱疮皮损范围, 当患者受累体表面积超过20%或病变累及头面部、躯干及四肢等三个及以上解剖区域时, 即可诊断为重症大疱性类天疱疮。该患者的皮损面积为66%。

2.2 跨院会诊

因病情特殊, 病程长难愈, 向中国皮肤科研究院郭老师线上指导。

2.3 人员及药品物品准备

(1) 药物准备: 外用中药剂: 康复新液, 浸泡无菌纱布敷于皮肤湿热敷, 剩余药液常温保存, 室温超过25度也可冰箱冷藏。外用药膏: 百多邦、卤米松三氯生乳膏、喜辽妥。

(2) 特殊用物准备: 患者床单每日勤更换, 使用一次性巾单。使用一次性棉柔巾擦拭全身皮肤, 防止反复使用毛巾引起交叉感染, 同时可以保护创面减少摩擦。用清洁柔软棉质中单在双上肢、双下肢等部位加固保护, 防止湿敷创面污染床单位。

(3) 换药前人员及物品准备: 伤口护理时需1-2名规范着装(洗手衣、口罩、无菌手套)的护理人员, 按标准备齐换药器械, 高危病例需加穿隔离衣。操作环境应保持空气流通, 维持适宜温湿度, 做好患者保暖措施以预防呼吸道感染。

2.4 换药流程

执行无菌换药操作时, 应遵循标准防护流程: 使用碘伏消毒后以生理盐水脱碘。针对不同大小水疱采取差异化处理: 直径≥1cm者用1ml注射器于水疱最低点斜刺抽吸疱液(避免垂直穿刺损伤深层组织); <1cm的小水疱可待其自然吸收。操作过程中需特别注意控制进针角度和力度, 以减轻患者疼痛并避免组织损伤。当创面痴皮出现泛白污染征象时, 应按以下步骤处理: 首先轻柔去除污染痴皮, 继以康复新液浸渍纱布行20分钟湿热敷治疗, 随后局部外涂卤米松, 操作过程中需特别注意保护残存痴皮完整性。无菌敷料覆盖保护。每日1~2次。在外用药膏过程中, 痞皮增厚、按压有疼痛感、略潮湿、痴疹周边可见黄色边缘的痴皮,

建议去除, 去痴皮后暴露的伤口床都可见黄色腐肉, 需保守性锐器清创后可愈合。左上臂内侧周边的痴疹已形成黑痂, 创面不易清创, 先使用清创胶溶痂, 48~72小时后, 可行保守性锐器清创, 暴露伤口床100%黄色腐肉, 伤口周围皮肤发红, 使用藻酸盐银离子敷料抗感染, 常规可使用纱布外固定。由于患者左上臂内侧在不影响血液循环的情况下, 选用泡沫敷料保护创面, 根据敷料渗液情况3~4天换药一次。换药8次后, 痞疹已愈合, 伤口床上皮化, 水胶体敷料保护创面。在创面护理中, 建议选用具有高效渗液吸收能力的水胶体敷料, 该敷料能显著延长更换间隔, 从而降低换药频率及患者不适感。大部分痴疹都留有色素沉着, 后期使用喜辽妥按摩皮肤, 褪红效果明显, 无不良反应。每日需记录水疱变化、创面渗出量、上皮化进程以及周围组织水肿程度, 对患者的病情变化进行评估, 及时调整治疗方案。

2.5 水疱量评估

因痴疹较多且伴有破溃, 故抽吸出的水疱量未得到精准计量管理。因基础疾病尿毒症的治疗特点, 患者一周三次规律血液透析, 每次4小时, 透析前后的体重变化, 为医生治疗方案的制定与调整提供依据。

2.6 病情观察

每日定时监测体温(基础3次/日, 发热时增至4-6次), 建立翻身卡严格实施2小时翻身制, 血压监测时用无菌纱布保护皮肤并控制袖带束缚时间, 避免医源性皮肤损伤和感染。指导患者保持皮肤清洁, 新发的水疱不宜用手弄破, 长期不愈合的痴皮及早进行干预。

2.7 营养评估与治疗

BP病人全身反复起水疱, 会导致大量营养物质丢失, 引发营养不良, 而老年病人营养不良发生风险更高, 可引起免疫力降低、皮肤损伤处愈合困难、并发细菌感染等问题, 从而加重病情^[7]。在整个治疗过程中强化营养, 以改善机体营养状况和免疫功能, 促进病情转归^[8]。由临床营养师制定个性化膳食计划并进行营养知识宣教, 护理团队同步开展饮食行为干预指导, 通过医患共同参与的营养支持策略, 显著改善患者蛋白质-能量营养不良状况。当BP病人合并低蛋白血症时, 可能会影响糖皮质激素的治疗效果^[9]。同时, 营养不良还可能对病人的免疫功能产生影响, 增加感染、皮肤损伤不愈合等风险^[10]。根据血液透析病人蛋白质的摄入1.2g/kg/天, 增加唯卡能乳清蛋白粉。必要时一周两次血液透析时输入人血白蛋白加强营养, 增强机体抵抗力。

2.8 健康教育

通过健康宣教提高患者对疾病的认知, 详细解释

伤口的形成原因、发展过程及治疗方案,帮助患者建立正确的疾病认知。针对患者的具体心理问题进行疏导,耐心倾听患者的担忧和困惑,并提供专业的心理支持。通过环境改善和操作解释减轻患者心理压力。护理环境应尽量安静、舒适,避免不必要的噪声和干扰。在进行换药等操作时,提前告知患者步骤和可能的感觉,并采用轻柔的手法、减少患者的紧张和疼痛感。

2.9 消毒隔离要求

(1) 医用织物及衣物类用物: 患者用医用织物实行标准化管理: 每日更换消毒床单, 污染织物双层密封包装、专桶清洗, 严格遵循院感防控规范。

(2) 限制探视、单间安置(温湿度恒定 22-25℃ /40-50%), 每日紫外线消毒 30 分钟, 专人护理; 同时修短患者指甲预防皮肤抓伤感染。

(3) 严格实施无菌操作规范, 医护人员执行标准预防措施, 强化手卫生管理, 落实分级隔离制度。

3 健康教育

首先严格调控病房环境参数并做好保暖措施以预防呼吸道感染; 营养支持方面采用个体化膳食方案, 以优质蛋白和低脂饮食为主, 对于存在口腔黏膜损伤患者需避免辛辣刺激性食物; 同步落实严格的感染控制措施包括探视管理、手卫生规范和预防皮肤破损指导; 同时注重心理护理干预, 通过情绪疏导和健康教育帮助患者建立治疗信心; 最后通过选择棉质衣物、定期修剪指甲及保持床单位清洁等基础护理措施, 最大限度降低皮肤刺激因素。

4 小结

高龄老年尿毒症患者的基础疾病较多、免疫力及营养较差, 伤口以局部治疗、保持清洁、抗感染等治疗为主^[11]。本例患者患病时间长, 病情反复发作, 难以治愈, 同时, 患者对大疱性类天疱疮疾病伤口护理了解不深入。主要原因是护士与患者家属沟通不到位, 没有及时进行伤口护理干预; 医用织物及衣服类未单独使用专用用具清洗消毒; 长期难愈厚疱皮未能及早去除, 特别部位疱疹零散不易固定, 容易脱落造成伤口暴露有感染风险; 患者左上臂有动静脉内瘘, 未能有效使用约束带保护, 容易抓痒破坏疱皮完整性。因此护理原则是

保持皮肤黏膜, 防止继发感染的发生^[12]。与患者及家属沟通伤口护理的新理念, 让其感受到来自医护人员无微不至的关爱, 使用新的护理知识解决现有的护理问题, 在专业护理老师、医生的指导下, 从而让其重新燃起对生活的希望。本次入院后, 通过皮肤科会诊, 院外皮肤科研究院老师的指导, 通过多学科协作的精细化伤口管理方案, 显著改善了老年难治性大疱性类天疱疮患者的临床结局, 证实系统性护理干预对控制病情进展具有关键作用。

参考文献

- [1] 荆梦晴, 黄秀, 唐志铭. 1例重症寻常型天疱疮患者伴创面感染的护理体会[J]. 当代护士, 2021, 28(7):157-159.
- [2] 陆璇, 钟亚春. 老年大疱性类天疱疮患者外用激素治疗无效的影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(17):3728-3731.
- [3] 张蕊, 王彤, 余梦清. 1例重症大疱性类天疱疮患者的护理[J]. 现代临床护理, 2016, 15(5): 78-8.
- [4] 赵鸿, 冀春萍, 许佳. 循证护理在寻常型天疱疮患者护理中的应用观察[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(24):3089-3091.
- [5] 中华医学会皮肤性病学分会, 中国医师协会皮肤科医师分会. 自身免疫性表皮下大疱病诊疗共识(2022 版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2022, 55(1):1-11.
- [6] 赵小丹, 曹春艳, 周旋等. 协同护理模式对天疱疮患者自我护理能力和自我效能的影响[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2019, 35(5):301-304.
- [7] 张敏, 柳巧玲, 史飞. 50 例寻常型天疱疮黏膜损害与糖皮质类固醇激素用量分析[J]. 空军医学杂志, 2022, 38(1): 66-69.
- [8] 张寒梅, 冯素英. 天疱疮合并单纯疱疹病毒感染的研究进展[J]. 中华皮肤科杂志, 2022, 55(6):545-548.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

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



OPEN ACCESS