

- residents via the internal jugular vein and subclavian vein[J].J Surg Educ.2017,74(3):443-449.
- [9] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.静脉治疗护理技术操作规范(WS/T-2013).2013-11-14.
- [10] 罗光辉,方机,黄锦联,等.右锁骨下静脉穿刺置管术改进的解剖依据和临床应用研究[J].中华实验外科杂志,2004,21(6):741-743.
- [11] 孙玉巧,周涛,李云涛,等.完全植入式静脉输液港的临床应用[J].中华外科杂志,2014,12(8):608-611.
- [12] 徐海萍,周琴,韩伟,等.手臂输液港与胸壁输液港常见并发症发生率比较的 Meta 分析[J].中华护理杂志,2018,53(3):352-358.
- [13] 仇晓霞,金光鑫,郭艳,等.超声引导下上臂完全植入式输液港植入临床应用[J].介入放射学杂志,2017,26(8):689-694.
- [14] 潘龙芳.心电定位 PICC 穿刺技术的临床应用研究[D].重庆:重庆医科大学,2015.
- [15] 陈霞,蒋秀美,陈晓燕,等.腔内心电图定位技术在完全植入式输液港技术中的应用及效果[J].中国实用护理杂志,2018,34(26):2047-2051.
- [16] 刘晶晶,黄蔚,吴志远,等.三种方式引导植入静脉输液港的比较[J].外科理论与实践,2018,23(4):369-373.

(收稿日期:2019-06-27;修回日期:2020-10-01)

(本文编辑 李进鹏)

1 例金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征患儿的护理

李密密,王 丽

关键词:金黄色葡萄球菌;烫伤样皮肤综合征;护理

Keywords staphylococcus aureus;scalded skin syndrome;nursing

中图分类号:R473.72 文献标识码:C doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2020.33.049

金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征(staphylococcal scalded skin syndrome,SSSS)又称新生儿剥脱性皮炎或金黄色葡萄球菌型中毒性表皮松解症。本病主要是由凝固酶阳性的噬菌体 II 组 71 型金黄色葡萄球菌所致的一种严重皮肤感染^[1],主要累及新生儿及幼儿^[2],近年来 SSSS 发病率逐渐升高^[3],且无明显性别差异^[4]。SSSS 临床表现为发热、皮肤触痛和红斑,尼氏征阳性,数小时至数天内出现泛红性表皮松解,大片表皮剥脱,败血症或皮肤感染也容易成为该病的感染灶^[5],SSSS 可引起呼吸衰竭、肾衰竭等^[6]。SSSS 分为红斑期、松弛性大疱期、表皮剥脱期、结痂期、脱屑期 5 个时期^[7]。我科收治了 1 例金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征的患儿,经有效的治疗和精心护理,患儿痊愈出院,现将护理体会报告如下。

1 病例介绍

患儿,女,3 岁 4 个月,体重 18 kg,患儿于 3 d 前无明显诱因出现皮疹,病初先在鼻腔出现,后蔓延至口腔、眼睑、耳后,眼睑伴水肿、痒感,无发热、咳嗽,无恶心、呕吐,无腹痛、腹泻,无尿频、尿急及排尿哭闹,病后就诊于当地诊所,予“红霉素眼膏”外用及“蒲地蓝、四季抗病毒口服液、板蓝根颗粒”口服等治疗(具体不详),疗效差,皮疹蔓延至全身,颈部可见密集白色脓点,周

围皮肤红,无破溃,可见双侧腋窝、腹股沟处出现红色皮疹,皮肤皱褶处明显,口周及耳后疱疹部分结痂,眼睑无水肿,皮肤仍红,就诊于当地诊所,予肌注药物 1 次(具体不详),仍不见缓解。

为进一步治疗,门诊以“金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征”收治入院。患儿自发病以来,饮食、睡眠一般,体重无明显减轻,小便无明显异常。入院查体:体温 37℃,脉搏 100/min,呼吸 24/min。口周及耳后疱疹部分结痂,眼睑红肿,颈部可见密集白色脓点,周围皮肤红,无破溃,双侧腋窝、腹股沟处可见红色皮疹,皮肤皱褶处明显,伴有痒感。患儿咽充血,扁桃体 I°肿大,右侧可见白色脓性分泌物。入院后遵医嘱给予儿科护理常规、普通饮食、I 级护理、完善相关检查,请皮肤科、眼科、药剂科会诊。入院查血常规:白细胞计数(WBC)5.92×10⁹/L,红细胞计数(RBC)4.16×10¹²/L,血红蛋白(HGB)117 g/L,血小板计数(PLT)353×10⁹/L,中性粒细胞百分比(NEUT%)47.5%,淋巴细胞百分比(LYMPH%)19.6%,C 反应蛋白(CRP)<0.499 mg/L,降钙素原 0.03 ng/mL。针对患儿金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤损伤予可乐必妥(左氧氟沙星)滴眼液点双眼,予洁悠神(主要成分有机硅季铵盐)、抗感染止痒软膏、湿润烧伤膏外用,予红光治疗。予患儿注射用美洛西林钠舒巴坦钠、注射用头孢唑林钠抗感染,住院第 4 天结合药剂科会诊意见更换阿奇霉素及头孢唑林钠继续抗感染治疗,注射用炎琥宁抗病毒,予甲强龙抗炎及维生素对症支持治疗。住院 10 d,患儿意识清,精神良好,无发热,口周、耳后、腋窝、腹股沟处皮肤可见脱皮,无破溃,咽部未见充血,扁桃体肿大消退,未见脓性分泌物,颈部皮疹见少许结痂,眼睑无红肿,无疼痛,无腹痛,无吐泻,饮食、睡眠一

作者简介 李密密,护师,硕士,单位:277100,枣庄市立医院;王丽单位:277100,枣庄市立医院。

引用信息 李密密,王丽.1 例金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征患儿的护理[J].全科护理,2020,18(33):4702-4704.

般,大小便未见异常,血培养及鉴定结果阴性,予出院。

2 护理

为更好地护理该患儿,精选有 3 年及以上儿科临床护理经验、业务水平高、责任心强、沟通良好的护士作为患儿的责任护士,护理人员相对固定。为提升优质护理水平,护理人员积极主动协助医生做好患儿各项辅助检查,配合专家会诊,落实各项医嘱,所有护理操作动作轻柔,任何交流语言亲切。护士长带领全科护理人员查阅相关资料,结合医生诊疗方案、会诊意见深入研究,系统地评估患儿病情,制订出具体、有针对性的护理计划并确保实施,密切观察患儿病情,根据病情变化随时调整护理方案。

2.1 皮肤护理

2.1.1 颜面部皮肤护理 患儿口周及耳后疱疹部分结痂,眼睑红肿,给予生理盐水冲洗,可乐必妥(左氧氟沙星)滴眼液点双眼每日 4 次,双眼出现黄色分泌物时及时清洗,操作时动作轻柔,切勿强行分开上下眼睑,以免加重损伤。患儿口唇出现干裂,不愿张口,不能够自行刷牙,选择生理盐水擦拭口腔,每日 3 次,口唇涂抹适量液状石蜡。用药过程中双眼分泌物逐渐减少,用药 7 d 后无分泌物。

2.1.2 皮肤破损处的护理 患儿颈部可见密集白色脓点,周围皮肤红,无破溃,双侧腋窝、腹股沟处见红色皮疹,皮肤皱褶处明显,伴有痒感。洁悠神长效抗菌剂兼有物理抗菌和隐形纱布的双重功效^[8],与刘瑞等^[9]研究相一致。先用生理盐水清洗患儿皮损处,在距离皮肤 15 cm 处按压洁悠神喷头 2~7 次,每 8 h 使用 1 次。修剪患儿指甲,使用抗感染止痒软膏缓解患儿皮肤痒感,告知家属及患儿出现痒感时避免用手挠抓,禁止用手撕、扯半脱落皮损处,以免加重损伤。嘱患儿家长每日更换清洁、干燥、棉质、宽松的衣裤,衣裤清洗后煮沸消毒,皮肤渗液较多时增加更换频次。保持床单元整洁,每日更换床单位被服 1 次,清洗后将被服高压蒸汽灭菌。患儿体温过高时应避免乙醇擦拭、温水擦浴。患儿住院第 8 天颈部皮肤破溃并粘连,患儿哭闹不适,给予湿润烧伤膏外用,每 2 h 1 次,以分离皱褶处皮肤,预防粘连,同时使用红光治疗,以保持皮肤干燥,促进创面愈合。红光治疗时,裸露照射部位,垫一次性纱布大单,防止受凉,嘱其家长和患儿勿调节治疗仪的温度和高度,以免发生烫伤。

2.1.3 输液处皮肤护理 输液时采用静脉留置针,科室开展相关培训,选择粗直、弹性好的血管进行穿刺,提高穿刺技术,避免反复穿刺,减少皮肤破损。在为患儿进行静脉穿刺时应避开糜烂处,扎止血带时垫 4 层无菌纱布,可使用纱布绷带固定留置针,避免使用胶布,以防撕脱表皮^[5]。静脉输液过程中控制输液速度,加强巡视,避免发生药物外渗,液体输完后采用自粘性绷带固定留置针,常规每日更换绷带,遇绷带潮湿、污染、松脱等随时更换,避免患儿烦躁时留置针脱出,减少反复穿刺给患儿带来身体和心理痛苦。

2.1.4 臀部、会阴区皮肤护理 本科室收治的金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征患儿皮肤损伤未累及会阴、肛门区,告知家长注意保护会阴、肛门周围皮肤,每次大小便后用温开水清洗以保持清洁,用无菌纱布蘸干,避免用力揉搓造成皮肤损伤。查

看患儿病情或协助患儿调整体位时动作轻柔,避免拖拉,以免加重皮肤破损。

2.2 用药护理 患儿为金黄色葡萄球菌感染,应选择合理的抗菌药物积极抗感染治疗^[10]。遵医嘱给予注射用美洛西林钠舒巴坦钠、注射用头孢唑林钠抗感染,注射用炎琥宁抗病毒,甲强龙抗炎及维生素对症支持治疗。入院第 4 天患儿双眼出现黄色分泌物,结合药剂科会诊意见给予更换阿奇霉素及头孢唑林钠继续抗感染治疗,给予维生素 C、维生素 B₁₂ 液体补液治疗。住院第 9 天停用阿奇霉素。患儿在用药过程中疗效明显,未出现用药不良反应,由此可见及时应用敏感抗生素治疗尤为重要。

2.3 饮食护理 患儿未结痂皮肤破损处有浆液渗出,会丢失一部分水、电解质,鼓励患儿多喝水,加速毒素排出,食用高热量、高蛋白、高维生素的食物,以保证热量供给。皮肤的痒感可影响患儿食欲,自患病以来患儿饮食一般,在保证营养供给的情况下选择患儿喜爱吃的食物,每日适当调整食物种类,鼓励进食。患儿口唇出现干裂,给予易吞咽的流质、半流质饮食,如使用米汤、奶粉、纯牛奶、酸奶、水果汁、蔬菜汁、烂面条、肉泥、水果泥等食物喂养。加强维生素 A 的摄入,如乳制品、蛋类、肝类及含胡萝卜素丰富的胡萝卜、绿色蔬菜等^[11]。患儿咽部充血,扁桃体 I° 肿大,右侧可见白色脓性分泌物,应多注意食物、餐具的卫生,食用前注意食物温度,不添加任何刺激性调料。

2.4 消毒隔离 住院期间为患儿提供舒适、安静的环境,将患儿安置在单人房间,保持室温 22~24℃,湿度 55%~65%,每日早晚各开窗通风 1 次,每次 30 min,限制探视,避免人员流动。各项操作保证集中进行,操作前 30 min 房间内禁止打扫,患儿各项检查尽量在床边进行,减少外出。病室内所有物品及地面使用 500 mg/L 含氯消毒液擦拭,床边备医用垃圾桶,套双层黄色垃圾袋,每日专人回收 2 次,病室配备专用听诊器、检查手套、速干手消毒液、锐器盒等用物。告知患儿家属手消毒的重要性,医务人员及其家属均佩戴医用外科口罩,接触患儿前后均应进行卫生手消毒。患儿玩具每日早晨用 500 mg/L 含氯消毒剂擦拭 1 遍,用清水擦拭 2 遍自然晾干,玩具专人专用,患儿出院后对病室进行终末消毒处理。

2.5 病情观察 观察患儿生命体征,注意意识状况、精神状态、皮肤面色变化、胃肠症状、全身和局部是否有水肿、尿量及肢端的循环状态等,若出现异常,提示有严重并发症,应立即报告医生做好抢救及记录^[11]。

2.6 住院宣教 患儿年龄较小,身体不适时哭闹不安,口腔黏膜破损不能清晰表达其感受,医护人员及其家属需用心询问,鼓励表达,多与患儿沟通交流。每日查房为患儿做体格检查,以便更好地了解患儿病情、减少患儿对医务人员的惧怕感,使用玩具、音乐、动画片、游戏来分散患儿注意力。医务人员耐心向患儿家长讲解病情、治疗方案、预后,以缓解其紧张、焦虑的情绪,树立康复的信心,同时取得家属的理解和配合。

2.7 出院指导 告知患儿家长,避免患儿因搔痒抓挠皮损处,尽量使结痂自然脱落,避免不自然脱落引起皮肤不可修复性损伤及感染。出院回家后注意观察皮肤有无红色皮疹复发,观察皮疹部位、范围,如皮疹范围大、进展快需及时就医。注意个人

卫生,保持皮肤清洁,穿着棉质、宽松衣裤,注意保暖,加强营养,膳食均衡,幼儿机体免疫功能不完善,应加强身体锻炼,提高机体免疫力,1周后门诊随访。

3 小结

金黄色葡萄球菌烫伤样综合征是一种发病急、病情重的疾病,是发生在婴幼儿中的一种严重的急性泛发性剥脱型脓疱病,在全身泛发红斑基底上发生松弛性烫伤样大疱及大片表皮剥脱为特征的儿童急性皮肤病,是一种严重的皮肤病^[5]。其主要致病机制为凝固酶阳性的噬菌体 II 组金黄色葡萄球菌产生的表皮剥脱毒素通过血液循环到达皮肤,引起表皮松懈,形成大疱及大片表皮剥脱^[12]。该病诱发因素为上呼吸道感染、皮肤外伤等,患儿家住农村,可能与卫生环境状况较差,患儿免疫功能低下等因素有关,与陈湘湘等^[13]研究结论一致。

科室根据患儿病情、体质、家庭情况等方面的不同,制定和实施个性化的护理方案,以提高护理效果。在护理该患儿的过程中不断总结经验,及时调整护理方案。皮肤、黏膜的护理是关键,有利于患儿早日康复,本研究对于不同部位的皮肤破损采取了不同的护理措施。有研究表明,应用个性化护理的理念,对患儿疾病的恢复起着尤为重要的作用^[14]。有报道,SSSS 患儿皮肤护理,存在大疱的病人使用无菌注射器抽取内部液体,保护下层新发皮肤,已经暴露的皮损则采用炉甘石洗剂(规格 100 mL)或百多邦软膏(规格 10 g,中美史克)治疗,注意包扎的无菌操作和每日更换敷料检查伤口,对会阴部及眼部的皮损则采用高锰酸钾洗剂(规格 20 g)及金霉素眼膏(规格 2.5 g)外敷治疗^[15]。也有研究报道,针对红斑严重的患儿,为其使用雷炉洗剂和洁霉素^[16];针对表皮脱落严重的患儿,护理人员为其使用 0.1%雷夫努尔液擦拭创面;针对水疱严重的患儿,首先使用无菌注射器将水疱中的脓液抽出,去除掉表皮,使用药物敷好伤口;针对创面干燥的患儿,需要使用 5%硼酸软膏和维生素 E 涂抹患处^[17]。本研究采用洁悠神抗菌喷剂,效果良好。

消毒隔离、用药护理、健康宣教是本病护理的重要部分,患儿经综合治疗、精心护理,住院 10 d,未出现任何不良反应和相关并发症,痊愈出院,病区无其他患儿感染 SSSS,这与近年来报道的相关研究^[18-22]一致。

参考文献:

[1] 廖建芬.金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征护理体会[J].实用中医药杂志,2011,27(2):131.
 [2] 陈丽莉,吴景良,徐西红.金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征 106 例临床分析[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2013,12(1):38-39.
 [3] HANDLER M Z, SCHWARTZ R A. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2014, 28(11):1418-1423.
 [4] LAMAND V, DAUWALDER O, TRISTAN A, et al. Epidemiolog-

ical data of staphylococcal scalded skin syndrome in France from 1997 to 2007 and microbiological characteristics of Staphylococcus aureus associated strains[J]. Clin Microbiol Infect, 2012, 18(12): E514-E521.

[5] 李凤.1例金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征患儿的护理[J].全科护理,2017,15(20):2552-2553.
 [6] 李明勇,魏光辉,邱林,等.葡萄球菌烫伤样皮肤综合征 177 例临床分析[J].中华皮肤科杂志,2012,45(6):431-433.
 [7] 吴生美,穆克萍.36例葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征患儿的护理措施[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(13):185-186.
 [8] 符义富,傅尧,游丽萍.洁悠神长效喷雾敷料抗菌作用的临床细菌学研究[J].现代检验医学杂志,2008,23(6):88-89.
 [9] 刘瑞,石娜,姚经纬,等.洁悠神辅助治疗葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征 60 例临床观察[J].皮肤病与性病,2015,37(2):104-106.
 [10] MIROSHNIKOV S A, GRITSENKO V A, IVANOV I B. Effective treatment of staphylococcal scalded skin syndrome with platelet microbicidal protein in CBRB-Rb(8.17)1Iem mice model[J]. Probiotics Antimicrob Proteins, 2015, 7(3):203-206.
 [11] 樊香艳,莫利香.葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征患者的一例护理[J].华夏医学,2014,27(6):151-152.
 [12] YAMASAKI O, YAMAGUCHI T, SUGAI M, et al. Clinical manifestations of staphylococcal scalded-skin syndrome depend on serotypes of exfoliative toxins[J]. J Clin Microbiol, 2005, 43(4):1890-1893.
 [13] 陈湘湘,杜立中.葡萄球菌烫伤样皮肤综合征体液免疫状态及治疗[J].临床儿科杂志,2007,25(10):839-841.
 [14] 杜文玉,周锡平.个性化护理在金黄色葡萄球菌烫伤样综合征中的运用[J].哈尔滨医药,2016,36(6):691-692.
 [15] 李延东.金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征的治疗与护理[J].皮肤病与性病,2018,40(4):541-542.
 [16] 张明芳.儿童重症金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征 4 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(1):84-85.
 [17] 韩晶.探讨金黄色葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征的护理方法[J].实用临床护理学杂志,2018,3(2):70-71.
 [18] 黄娟,赵和平,徐胜东,等.儿童葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征 76 例临床分析[J].中国校医,2017,2(31):133.
 [19] 慕珍珍,崔丽霞,韩秀萍.儿童金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征 228 例临床分析[J].中国皮肤性病杂志,2018,32(2):175-178.
 [20] 彭潇,陆少珍,马丽,等.1例新生儿金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征的护理[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(94):253.
 [21] 邓雯.小儿葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征的护理[J].全科护理,2017,15(12):1469-1470.
 [22] 李玲玲.小儿葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征的护理干预[J].国际医药卫生导报,2019,25(5):803-805.

(收稿日期:2019-08-04;修回日期:2020-11-20)

(本文编辑 李进鹏)