

- [7] LEE D W, SANTOMASSO B D, LOCKEFL, et al. ASTCT consensus grading for cytokine release syndrome and neurologic toxicity associated with immune effect or cells[J]. Biol Blood Marrow Transplant, 2019, 25(4): 625-638.
- [8] MAUDES L, FREY N, SHAW P A, et al. Chimeric antigen receptor T cells for sustained remissions in leukemia[J]. N Engl J Med, 2014, 371(16): 1507-1517.
- [9] WANG Z G, HAN W D. Biomarkers of cytokine release syndrome and neurotoxicity related to CAR-T cell therapy[J]. Biomed Res,

2018, 6: 4.

- [10] 何爱丽, 贾亚春. 细胞因子释放综合征的发病机制及诊断分级与处理方案[J]. 西部医学, 2019, 31(10): 1477-1483.
- [11] SCHULMEISTER L. Management of non-infectious central venous access device complications[J]. Oncol Nurs, 2010, 4(2): 88-101.
- [12] 胡艳杰, 罗艳丽, 谭其玲, 等. 某三级甲等医院《静脉治疗护理技术规范》践行现状分析[J]. 华西医学, 2017, 32(10): 1572-1575.

(收稿日期: 2024-02-27 修回日期: 2024-06-28)

## • 案例分析 •

# 发热溃疡坏死性 Mucha-Habermann 病 1 例护理

陈亦果, 黎万梅<sup>△</sup>

(重庆医科大学附属儿童医院皮肤科/儿童发育疾病研究教育部重点实验室/国家儿童健康与疾病临床医学研究中心/儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地/儿科学重庆市重点实验室, 重庆 400014)

**[摘要]** 总结 1 例发热溃疡坏死性 Mucha-Habermann 病的护理经验。护理要点: 制定个体化护理计划, 从皮肤护理、创面管理、疼痛干预, 促进伤口愈合, 预防继发感染; 密切观察病情, 关注用药不良反应; 加强心理护理, 缓解患儿及家长的焦虑情绪; 开展延续护理, 电话随访患儿病情恢复及门诊复查情况, 提升患儿及家长对疾病的管理能力。持续随访 3 个月, 患儿现病情稳定, 皮损处基本愈合, 无新发水疱及溃疡, 无继发感染。

**[关键词]** Mucha-Habermann; 溃疡; 儿科; 护理; 病例报告

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.19.037

**文章编号:** 1009-5519(2024)19-3418-03

**中图法分类号:** R473.75

**文献标识码:** B

发热溃疡坏死性 Mucha-Habermann 病是急性痘疮样苔藓样糠疹的重症亚型, 以男性多见。该病暴发前为急性痘疮样苔藓样糠疹皮损, 之后皮损泛发<sup>[1]</sup>。临床皮损的特点是红斑、丘疹、溃疡(易继发感染, 形成增生性瘢痕), 出血或坏死性结痂可全身分布, 皱褶处更重, 黏膜受累(儿童 48.0%, 成人 53.8%)。全身症状多为高热。可伴胃肠道症状、中枢神经系统症状、肺部病变、心肌病、关节炎、巨细胞贫血、全血细胞减少、弥散性血管内凝血(DIC)、脓毒血症等。病理表现为与急性痘疮样糠疹类似, 有角化不全、角化不良、海绵水肿、基底层液化变性、真皮层血管周围致密的无异型的淋巴细胞浸润、红细胞外渗, 免疫组织化学对诊断无显著意义。本科收治 1 例发热溃疡坏死性 Mucha-Habermann 病患儿, 在入院时患儿颈部、躯干、四肢可见广泛分布的、红色的、绿豆大小的丘疹, 入院后通过复方甘草酸苷注射液静脉滴注, 糠酸莫米松乳膏+他克莫司外用, 窄谱中波紫外线(NB-UVB)光疗, 以及皮损处伤口护理等综合治疗与护理, 经 2 周住院治疗, 病情控制后出院继续予以口服用药, 经 90 d 治疗, 患儿现病情稳定, 皮损处基本愈合, 无新发水疱及溃疡, 无继发感染。现将护理经验总结如下。

## 1 临床资料

患儿, 男, 11 岁零 4 个月, 体重 40 kg, 因“躯干红斑丘疹 2 周, 加重蔓延至四肢 1 周”入院。病史: 初为躯干为主的红斑、丘疹, 逐渐增多, 并逐渐蔓延至四肢。皮疹无瘙痒疼痛, 病程中无发热、吐泻。个人史、既往史、家族史无特殊。入院查体: 生命体征平稳, 颈部、躯干、四肢可见广泛分布的、红色的、绿豆大小的丘疹, 以躯干显著, 部分中央坏死结痂, 伴鳞屑, 无融合, 无水疱、大疱, 无糜烂渗液, 口腔、眼睑、生殖器等黏膜无损害。

辅助检查: 入院时血常规白细胞计数  $6.07 \times 10^9 L^{-1}$ , 血红蛋白 134 g/L, 嗜中性粒细胞 0.76, 嗜酸性粒细胞 0.2, 单核细胞 0.04, 嗜酸性粒细胞 0, C 反应蛋白(CRP)、血清淀粉样蛋白酶 A 正常。细胞因子[白细胞介素-2(IL-2)、IL-4、IL-6、IL-10、肿瘤坏死因子  $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、 $\gamma$  干扰素、IL-17A]、生化全套、心肌酶谱、肝炎标志物/人类免疫缺陷病毒(HIV)/梅毒螺旋体(TP)、凝血、红细胞沉降率、结核干扰素正常。EB 病毒(EBV)IgG 阳性, EBV、单纯疱疹病毒(HSV)、柯萨奇 B 组病毒(CBV)、EV71、水痘-带状疱疹病毒(VZV)IgM 阴性。入院后第 12 天, 创面培养示: 产气

巴斯德菌。

入院后予以甲泼尼龙静脉输入、甲氨蝶呤口服、丙种球蛋白 20 g×3 d 静脉输入,创面黄柏液湿敷,配合阿米卡星+复方多黏霉素 b 软膏外用。出院后予以甲泼尼龙片(2 周减停);甲氨蝶呤 7.5 mg,每周 1 次,连用 4 个月。出院后定期门诊随访复查,3 个月后电话随访,患儿现病情稳定,皮损处基本愈合,无新增皮疹,无新增水疱、大疱,无继发感染。

## 2 护 理

**2.1 皮肤护理** 患儿弥漫分布大量红斑、丘疹,可见出血和坏死性结痂,右侧腹股沟双侧腋窝可见溃疡创面,伴黄白色渗出液,有触痛;尿道口可见水疱。使用离被架,避免被褥与皮肤直接接触,每日定期检查患儿皮肤情况,包括皮损严重程度、皮温、双侧腋窝溃疡严重程度等,及时清理床单位上脱落的皮屑,保持床单位的整洁、平整。保持患儿皮肤清洁,每日温水擦浴,避免使用肥皂等刺激性高的沐浴产品。剪短患儿指甲,避免对皮肤造成二次伤害。

**2.2 创面护理** 患儿右侧腹股沟有 1 处约 6 cm×2 cm 溃疡,表面覆盖黄白色脓性液体;左侧腋窝有 1 处约 3.5 cm×2.0 cm 溃疡,表面覆盖黄白色脓性分泌物;右侧腋窝有 1 处约 2.0 cm×2.2 cm 溃疡,表面覆盖黄白色脓性液体,均伴触痛。创面分泌物培养提示:产气巴斯德菌。患儿全身广泛分布的、红色的、绿豆大小的丘疹,部分中央坏死结痂,伴鳞屑。每日定时评估创面情况:(1)1%聚维酮碘清洗创面,除去脓性分泌物;(2)用 6~8 层 1%聚维酮碘溶液浸湿的无菌纱布冷湿敷 15~20 min。湿敷是通过纱布的虹吸作用,使皮损的渗液被纱布吸收,再利用冷敷,使皮下扩张的毛细血管收缩,新的渗液减少,达到清洁收敛皮肤、抑制渗出、减轻局部肿胀、疼痛,控制感染。具体措施:1%聚维酮碘浸透无菌纱布 6~8 层,以提起纱布不滴水为度,敷贴于皮损处,纱布与创面紧密贴合,保持纱布清洁和潮湿,每天 2 次,每次 20 min<sup>[2]</sup>。聚维酮碘是碘与聚维酮络合的外用药液,外用于创面后能够解聚释放游离碘,发挥杀菌、消毒作用,同时还能够消炎、止痒,减少创面渗出液渗出、消除红肿,被广泛用于外科、皮肤科的消毒和治疗<sup>[3]</sup>。(3)生理盐水清洗创面残留聚维酮碘溶液后用 6~8 层黄柏液溶液浸湿的无菌纱布冷湿敷 15~20 min<sup>[4]</sup>。湿敷结束后,生理盐水清洗创面残留黄柏液,创面使用重组牛碱性成纤维细胞生长因子溶液外用。每天 3 次,治疗 5 d 后双侧腋窝伤口结痂,治疗 20 d 后腹股沟创面结痂,痂壳脱落后可见新生上皮。

**2.3 会阴部护理** 患儿尿道口有一个约 1 cm 大小水疱,阴囊皮肤遍布绿豆大小丘疹,阴茎及阴囊肿胀,阴茎下皮肤潮湿。患儿未诉排尿时疼痛。(1)坐浴护理:每日予以温热 0.5%聚维酮碘溶液坐浴。聚维酮碘接触的皮肤表面会形成非常薄的杀菌薄膜,可较持久地维持聚维酮碘的杀菌、消毒效果,减少肛周、会阴

的感染发生率。每日早晚各 1 次,大便后用 1%聚维酮碘溶液清洗肛周<sup>[5]</sup>。(2)湿敷护理:尿道口用 6~8 层黄柏液浸湿的无菌纱布冷湿敷 15~20 min,每天 3 次<sup>[6]</sup>。(3)自制阴茎托<sup>[7]</sup>:阴囊托有助于血液和淋巴回流,减轻局部肿胀。同时也可以避免阴囊与其下方的皮肤粘连。患儿为学龄儿童,难以获取适合的阴囊托。每日评估患儿阴囊皮损后,待坐浴治疗结束,用无菌剪刀修剪合适大小无菌纱布,4~6 层,并用紫草油浸湿,垫于患儿阴茎下方。定时巡视病房,适时补充紫草油,以保持紫草油纱布的湿润。(4)体位护理:平卧卧位时,嘱患儿双腿外展,双腿腿下垫软枕,暴露会阴部;侧卧位时,将一条腿下垫软枕,暴露会阴部。治疗 10 d 后,患儿尿道口水疱消退,阴茎及阴囊肿胀缓解,无二次感染发生。

**2.4 疼痛管理** 在伤口治疗过程中,及时准确地评估患者所遭受的创面操作性疼痛,并给予相应的干预措施进行积极干预,能有效缓解疼痛,增强患者的信心,提高换药依从性,促进伤口愈合<sup>[8]</sup>。每日应用疼痛评估量表行疼痛评估,换药前用 1%利多卡因凝胶涂抹创面 30 min 再予以换药。或者换药前 1 h 给予患儿口服 8 mL 布洛芬混悬液<sup>[9]</sup>。采取各种方式让患者放松,分散注意力,如鼓励患儿看电视、听音乐、玩手机等。操作过程中动作轻柔,并注意观察患儿生命体征变化。

**2.5 心理护理** 儿童住院患者往往依赖家长或监护人来满足他们的需求,学龄期儿童住院期间如何满足他们的心理、身体情感和信息需求至关重要<sup>[10]</sup>。恰当的心理干预可以改善患者不良情绪、减轻其疼痛感受。该例患儿为学龄儿童,其全身可见广泛分布的、红色的、绿豆大小的丘疹,患儿住院期间情绪低落,不愿主动与医生、护士交流,其母亲反映患儿在家时较为开朗,这可能与医院环境不适应、担心影响学习有关。日常护理工作中,用通俗语言讲解该病的相关知识及预后;鼓励患儿采用网上学习,建议患儿母亲与其老师交流,获取学校学习进度,配合学校的教学。指导家长对患儿的病情进行观察和护理,使患儿更加配合医院治疗。

**2.6 用药护理** 有学者认为,该病是皮肤 T 淋巴细胞增生性疾病的一种<sup>[11]</sup>,目前认为全身性类固醇和甲氨蝶呤是治疗的首选。口服甲氨蝶呤的治疗作用:(1)抑制 T 细胞的活化;(2)抑制细胞增殖;(3)抑制 T 细胞的细胞间黏附分子的表达起到抗炎作用。甲氨蝶呤能够分别阻止细胞毒性攻击或阻止单克隆 T 细胞的增殖。但甲氨蝶呤有较大副作用,常见的有胃肠反应和肝肾功能损害。在服药后 1 周复查肝肾功能,转氨酶增高要及时调整药量或停药。

**2.7 出院指导** 嘱患儿家长严格遵医嘱为患儿用药,不能随意增减药物用量;避免患儿去人群密集场所,避免受凉感冒;避免患儿搔抓皮肤或热水烫洗皮肤;指导家长及患儿对激素药物不良反应的观察;加

强饮食指导:指导患儿术后可多食高蛋白、高维生素食物,如牛奶、鸡蛋、鱼类、瘦肉及新鲜蔬菜、水果等<sup>[12]</sup>。告知家长及患儿定期复诊的重要性,提醒患儿及家长出院后 2 周、1 个月、3 个月、6 个月到门诊复诊,如有不适症状可随时来院就诊。

**2.8 小结** 发热溃疡坏死性 Mucha-Habermann 是一种罕见疾病,自 1966 年首次被 DEGOS 等提出后,目前报道仅百例左右。目前普遍认为该病是一种炎症性疾病,与急性痘疮样苔藓样糠疹同为病谱类疾病。该病主要多发于青少年,皮损呈多形性,由于新鲜皮损不断新发,故在同一患者身上同时可见到红斑、丘疹、坏死、结痂,部分皮损表面覆盖鳞屑。该病进展迅速,可导致肝、肾及中枢神经系统等的损害<sup>[13]</sup>,因此早期诊断及治疗尤为重要。由于患者溃疡处疼痛明显,导致活动受限,病灶难以愈合,可导致皮肤感染,甚至感染性休克死亡。加强皮肤护理避免感染及营养支持是改善患者预后的重要途径<sup>[14]</sup>。患者正常皮肤防御屏障受损,皮损范围广泛,创面经不愈,给患者及其家长造成严重的心理、经济负担。在临床护理中,对 Mucha-Habermann 患者应尽可能给予单间隔离,在医疗和护理过程中严格执行消毒隔离及手卫生制度,做好皮肤创面的护理,防止或减少院内感染的发生,对症积极处理。聚维酮碘溶液主要由碘与载体结合而成,其不会对皮肤黏膜造成刺激,通过在组织表面形成极薄的杀菌膜缓慢释放有机碘,促使细菌的胞质、多肽、蛋白酶在较短时间内发生氧化、失活,丧失 DNA 复制及遗传功能,实现杀菌、消毒的目的<sup>[15]</sup>。同时换药前给予患儿适当的镇痛可以有效缓解换药时的不适感,提高患儿的配合度,提高家长的满意度。

综上所述,制定个体化护理计划,从皮肤、创面、疼痛等方面管理,促进伤口愈合,预防继发感染;关注用药不良反应;加强心理护理,缓解患儿及其家长的焦虑情绪;开展延续护理,提升患儿及家长对疾病的管理能力,减少疾病分复发。该病的治疗目前临床尚无特效疗法,临床护理经验也相对缺乏,作者也将进一步研究和积累。

## 参考文献

[1] 朱磊,李超,黄钰淇,等.发热性溃疡坏死性急性痘疮样苔藓样糠疹 1 例[J].皮肤性病诊疗学杂志,2019,26(3):163-165.

[2] 曾庆兰,王伟,胡启美,等.聚维酮碘药浴联合百多邦外用治疗新生儿脓疱疮感染的效果研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(15):3572-3574.

[3] 杨颖江,李萌萌,林志秋.半导体激光照射联合聚维酮碘湿敷治疗带状疱疹疗效观察[J].中国美容医学,2020,29(12):36-39.

[4] 冯西恩,金外淑,邵娟,等.复方黄柏液涂剂湿敷对重症药疹皮损愈合的疗效观察[J].中国新药杂志,2019,28(19):2387-2390.

[5] 杨书环.赛肤润联合碘伏在预防白血病化疗患者肛周感染中的应用[J].齐鲁护理杂志,2016,22(13):92-94.

[6] 苏映玉,庄珊珊,李珂.小儿阴囊急症局部硫酸镁冷敷的护理[J].当代护士(学术版),2014(8):65-66.

[7] 王靖,孙平.自制阴囊托带的设计与应用[J].中华现代护理杂志,2013,19(20):2454.

[8] 张婷婷,黄为志.烧伤患者疼痛护理现状及研究进展[J].当代护士(下旬刊),2022,29(5):30-33.

[9] 姚金良,金晔,胡先海,等.布洛芬混悬液联合复方利多卡因乳膏在小儿包皮环切术中的应用[J].浙江临床医学,2017,19(6):1068-1069.

[10] 彭红,陶莉,顾静,等.分级心理护理干预体系改善儿童青少年住院患者焦虑抑郁情绪的应用效果分析[J].国际医药卫生导报,2022,28(6):773-776.

[11] WANG B, LI J, XIE H F, et al. Striking case of febrile ulceronecrotic mucha-habermann disease responding to lymphoplasmapheresis and methotrexate[J]. J Dermatol, 2020, 47(12): e430-e431.

[12] 郑玉文,苏慧,朱丽萍,等.康复新溶液对背部皮脂腺脓肿术后切口愈合效果的影响[J].现代医药卫生,2022,38(11):1945-1948.

[13] SOTIRIOU E, PATSATSI A, TSOROVA C, et al. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease: A case report and review of the literature[J]. Acta Derm Venereol, 2008, 88(4): 350-355.

[14] 朱磊,李超,黄钰淇,等.发热性溃疡坏死性急性痘疮样苔藓样糠疹 1 例[J].中国皮肤性病学杂志,2019,26(3):163-165.

[15] 王金红.甲硝唑溶液纱布伤口湿敷联合红外线理疗仪照射在自然分娩会阴侧切产妇中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(23):159-160.

(收稿日期:2024-01-29 修回日期:2024-06-29)