糖尿病性大疱病致足部溃疡 1 例报道

宋大宇,何龙江,李健生 (成都军区峨眉疗养院门诊部,四川 峨眉 614200)

[关键词] 糖尿病;大疱病;足部溃疡
[中图分类号] R587.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0571-02

糖尿病性大疱病是糖尿病皮肤并发症之一,发病率约为 1%。患者会反复出现皮肤疱疹,继而破裂感染,是患者发生糖尿病足部溃疡的重要原因之一。现将我院 2011 年收治的 1 例糖尿病性大疱病致足部溃疡报告如下。

1 临床资料

患者,男,64 岁。因左踝关节大疱破裂致皮肤溃疡 15 d,左足大疱形成 2 d,于 2011 年 2 月 21 日入我院治疗。有明确糖尿病史 10 余年,长期口服降糖药物治疗,血糖控制较差。入院前 3 年起,反复在口腔、手、足、膝关节等全身各处皮肤黏膜出现大小不等的水疱,可自愈。2 年前罹患脑梗塞。查体及辅助检查:BMI:24 kg/m^2。左足明显红肿热痛,左足踝关节内 1 个 4 cm × 3.5 cm 大小溃疡创面,深达肌层,外附脓苔。左足内侧可见 1 个 15 cm × 17 cm 大小水疱,疱壁破裂,基底部红肿,并附有脓性分泌物(图 1a、b)。同时口腔黏膜及左手小指内侧可见数个大小不等张力性水疱(图 1c)。双足足背动脉搏动减弱,痛温触觉减弱,10 g 尼龙丝实验(+)。辅助检查:血清免疫五项检查未见异常;局部皮肤免疫病理学检查未见免疫球蛋白(IgG)和补体(C3)沉积。左足 X 线检查未见骨质异常。HbA1c 9.5%。肝功、肾功、血脂未见异常。踝肱指数 0.6。入院诊断:2 型糖尿病并糖尿病大疱病;糖尿病足 2 级糖尿病周围神经病变;糖尿病血管病变;陈旧性脑梗塞。

2 方法与结果

入院后即予积极抗炎、胰岛素强化降糖、营养神经、扩管、抗凝治疗。并辅以下肢空气波压力治疗仪治疗每日 2 次,每次 30 min。每日清创换药,换药时局部使用胰岛素、透明质酸钠凝胶及 654-2 处理,并保持创面的清洁湿润。患者在入院治疗 25 d 后,足部感染得到控制,左足溃疡明显缩小(图 1d)后出院。门诊继续换药治疗 20 d 后,患者痊愈。



a、b:足部溃疡治疗前;c:左手小指内侧水疱;d:足部溃疡治疗后

图 1 糖尿病性大疱病致足部溃疡

3 讨论

自 Rocca 等报告糖尿病患者可发生大疱性皮肤损害以来,仅有少量关于大疱病发生于严重糖尿病的文献报道,其发病的机制可能与糖尿病皮肤微血管病变及皮肤神经营养障碍有关[1]。手足背和四肢是好发部位,大小可为数毫米至 3 ~ 5 cm[1]。文献报道中尚未发现超过 10 cm 以上的大疱,且未见报道有口腔等黏膜组织发病的患者。该患者反复在全身各处皮肤、黏膜处(包括口腔)出现皮损,且此次发病在左足出现了 15 cm × 17 cm 大小的皮损,较为少见。

由于烫伤、烧伤及大疱松解型药疹在发生皮损前均有明确的烫伤、烧伤及服药病史,在诊断上与糖尿病性大疱病较易鉴别。但糖尿病性大疱病与天疱疮及大疱性类天疱疮在皮肤损害上表现相近,鉴别诊断较为困难。特别是该患者口腔反复发作大疱,极易混淆。鉴别诊断主要得依靠创面组织免疫病理学及血清抗体检测。既往文献指出合并有口腔黏膜水疱一般是提示罹患天疱疮或者大疱性类天疱疮,此例患者的确诊表明糖尿病大疱病的患者在全身黏膜也可出现类似水疱。鉴于天疱疮和大疱性类天疱疮的治疗以免疫抑制剂和糖皮质激素为主,与糖尿病性大疱病治疗方案截然不同,误诊误治后极易产生严重后果,所以明确诊断及鉴别诊断意义重大。

对于疱体较小、未破裂的患者,应注意消毒防止感染;对于疱体较大,张力高易破的患者,应在严格的消毒条件下行穿刺抽液,并用抗生素软膏覆盖。对于类似于本病案的患者,由于大疱已破且伴发感染,积极的清创换药就显得非常重要,尽早地处理坏死病灶和感染灶有利于创面的愈合。以往的文献报道认为保持创面清洁、干燥有利于创面愈合,但近期大量的文献报道表明,过分强调创面干燥,不利于新生组织生长,且容易在创面形成脓痂,导致深部溃疡的形成。目前该病的发病机制共识是糖尿病血管病变和神经病变。改善血液循环在治疗上有重要意义。虽然近年来血管介入治疗在对糖尿病血糖病变导致的糖尿病足领域取得了很大的进展并得到了认可[2],但治疗费用却十分高昂。空气波压力治疗作为一种无创、价格低廉的治疗手段在改善患者四肢血液循环障碍,预防并治疗血管病变方面是重要的辅助治疗措施,在该患者的治疗上起了重要作用[3]。另有

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305059
[收稿日期] 2013-05-26 [修回日期] 2013-06-18

文献报道认为,局部创面的负压吸引治疗能明显缩短创面愈合的时间,在糖尿病足溃疡的治疗上有积极作用,值得借鉴[4-5]。

因患者在发生大疱病变时,无相关的护理经验,常导致肢体感染及坏疽,所以加强糖尿病患者的健康教育、提高其自我保护意识和护理技能方面的问题亟待解决。对本病的早期诊断与及时治疗十分关键,应该引起广大医务工作者的重视。

[参考文献]

[1] 迟家敏. 实用糖尿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:578 - 579.

[2] 王志强,李 涛,邓兆旭. 经皮腔内血管成形术在糖尿病足治疗中的应用价值[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2010,18(5):563 - 564.

[3] 国际糖尿病足工作组/IDF 顾问组. 糖尿病足处置和预防实用指南[J]. 中国糖尿病杂志,2008,16(1):63 - 64.

[4] 邓贱晚,王维平. 创面封闭负压引流技术促进伤口愈合的作用机制研究进展[J]. 中山大学研究生学刊(自然科学、医学版),2004,25(2):1 - 6.

[5] 牵金清,陈绍宗,李学拥,等. 封闭负压引流技术对加速慢性创面愈合的机制[J]. 中国临床康复,2002,6(4):520 - 521.

(编辑:左艳芳)

上颌窦穿刺致眼球外突护理 1 例

廖小琼[1],况维娜[2] (垫江县人民医院五官科,重庆 垫江 408300;涪陵区中医院护理部,重庆 涪陵 408000)

[关键词] 上颌窦穿刺;眼球外突;护理

[中图分类号] R765.4;R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0572-02

慢性上颌窦炎是耳鼻咽喉科的常见病、多发病,多由于周围组织炎症迁延、窦口引流阻塞、全身抵抗力减弱、齿源性感染等因素造成。其发病主要是由于周围组织炎性迁移所致,常用上颌窦穿刺冲洗治疗慢性上颌窦炎。穿刺时向窦内注入抗生素,或注入替硝唑、甲硝唑溶液,甚至一些中成药制剂。作为一种传统治疗慢性上颌窦炎的方法,既有助于诊断,又可以用于治疗,但操作不当或不慎可发生并发症,甚至是非常严重的并发症,可危及患者的生命[1]。2011 年 9 月 1 例患者在门诊在行左侧上颌窦穿刺时,致左侧眼球外突,经过及时处理,眼球恢复正位,未见其他并发症。现将治疗及护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,67 岁,CT 提示双侧上颌窦炎。行双侧上颌窦穿刺治疗第 3 周时,行右侧上颌窦穿刺顺利,冲洗出脓性分泌物少许;行左侧上颌窦穿刺时,回抽出脓性分泌物,生理盐水冲洗通畅,鼻腔流出液体正常,患者未述不适,在冲洗约 100 mL 时,冲洗液内少许血性液体,患者突然述眼胀,眼球突出,停止冲洗,立即用冷生理盐水浸湿纱布块压迫眼球,呼叫医生,医生检查患者双眼视力 1.0,眼球活动度尚可,将四环素可的松眼膏涂入眼内,用纱布块包扎,然后用绷带做头部环形包扎加压眼球。

1.2 护理方法

主要护理方法:①耐心地做好解释工作,分散患者注意力,使患者从紧张恐惧心理中放松;②纱布块冷敷和加压眼部,尽量让眼球复位;③检查视力、眼球动度,了解是否损伤视神经、眼部肌肉;④眼内涂四环素可的松眼膏,滋润眼球,防止加压过程中损伤角膜;⑤加压时,松紧要适当。

2 结果

1 h 后患者未述不适,眼球恢复正位,检查视力及眼球活动度正常。再次行加压包扎,术后 3 d 未出现异常。

3 讨论

上颌窦位于上颌骨体内,分为前壁、后外壁、内壁、上壁、底壁,内壁即中鼻道和下鼻道外侧壁的大部分,仅在接近鼻腔底处骨质较厚,愈往上愈薄,在下鼻甲附着处最薄,是经下鼻道进行上颌窦穿刺的最佳进针部位。此例患者穿刺时,有落空感,回抽有脓性分泌物和空气,回抽顺利,无阻力,证明应在上颌窦窦腔内,开始冲洗出液体与注入上颌窦的液体大致一样多,冲洗液在 100 mL 左右时,冲洗液中见少许血性液体,患者突然诉眼胀,发现患者眼球外突。其原因可能是:①穿刺冲洗过程,穿刺针偏上,患者低头时穿刺针穿透上颌窦顶壁(加上患者年龄大,骨质较疏松);②由于穿刺时患者不配合,针尖位置过高,造成穿刺偏斜或摆动[2];③进针方向偏上,用力过猛致穿刺针穿通上颌窦顶壁(即眼眶底壁)进入眶内。

出现上颌窦穿刺引起眼球外突时应迅速、准确处理,使眼球位置最大程度恢复,以免影响视力和眼球活动度。因穿刺针穿透眼眶下壁可造成感染灶扩散并迅速形成眶内蜂窝组织炎及脓肿,致视神经萎缩[3-4]。如遇此情况应停止穿刺,拔出穿刺针,立即冷敷眼部,加压包扎眼球,密切观察病情变化,同时应全身用抗生素及激素,防止眶内感染。通过此例患者的护理,我们的体会是:穿刺时,进针方向深度与力度应准确;穿刺成功后,即使证明在上颌窦内,冲洗时应密切观察患者的眼球和面颊部,嘱患者不要随意改变头部位置。即加强护理工作,有助于穿刺术的进行,减少并发症的发生。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305060

[收稿日期] 2013-02-17 [修回日期] 2013-03-10