

# 1 例抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎 小肠切除术后并 4 期压力性损伤患者的护理

蒋满凤<sup>1</sup>, 张四芳<sup>2</sup>, 陈颖<sup>1</sup>, 彭利芬<sup>1\*</sup>

1. 中山大学附属第一医院 胃肠外科二科, 广东 广州 510080

2. 中山大学附属第一医院 胃肠外科一科, 广东 广州 510080

**【摘要】** 总结 1 例抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎小肠切除术后并 4 期压力性损伤患者的护理经验。该病例的护理要点包括: 成立个案护理小组, 重点关注患者压力性损伤伤口的护理, 积极预防感染, 并为患者提供营养支持治疗、造口护理、康复训练和心理护理。在多科室医护共同诊疗、悉心护理后, 患者病情稳定, 骶尾部 4 期压力性损伤伤口创面较之前明显好转缩小, 最终转归出院。后续随访患者骶尾部压力性损伤伤口经创面修复及积极换药后愈合良好。

**【关键词】** 抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎; 嗜酸性肉芽肿性多血管炎; 压力性损伤; 护理

## Nursing of a patient with anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis and stage 4 pressure injury after small bowel resection

Jiang Manfeng<sup>1</sup>, Zhang Sifang<sup>2</sup>, Chen Ying<sup>1</sup>, Peng Lifen<sup>1\*</sup>

1. Unit 2, Department of Gastrointestinal Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China

2. Unit 1, Department of Gastrointestinal Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China

\*Corresponding author: Peng Lifen, E-mail: penglif@mail.sysu.edu.cn

**【Abstract】** To summarize nursing experience of a patient with anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis and stage 4 pressure injury after small bowel resection. There are several critical aspects of nursing for this patient: establishing a case nursing group, focusing on the care of pressure injury wounds, actively preventing infection, and providing nutritional support, ostomy care, rehabilitation training, and psychological care for patient. After joint diagnosis and treatment and careful care by medical staff from multiple departments, the patient's condition became stable and his wound surface of stage 4 pressure injury in the sacrococcygeal region showed significant improvement and shrinkage, and was ultimately discharged. Subsequent follow-up showed that the wound of patient's sacrococcygeal pressure injury healed well after wound repair and prompt dressing changes.

**【Key words】** Anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis; Eosinophilic granulomatosis polyangitis; Pressure injury; Nursing

抗中性粒细胞胞浆抗体(anti-neutrophil cytoplasmic antibody, ANCA)相关性血管炎是一类以血管炎、血管内皮损伤和组织损伤及血清中检出 ANCA 阳性为主要特征的全身自身免疫性疾病,包括显微镜下多血管炎(microscopic polyangitis,

MPA)、肉芽肿性多血管炎(granulomatosis polyangitis, GPA)、嗜酸性肉芽肿性多血管炎(eosinophilic granulomatosis polyangitis, EGPA),可累及多个器官而导致不同的临床表现<sup>[1-3]</sup>。其中,EGPA 是一种可累及全身多个系统的少见的自身免疫性疾病,主要表现为外周血及组织中嗜酸性粒细胞增多、浸润及中小血管的坏死性肉芽肿性炎症,随着病情

\* 通信作者: 彭利芬, E-mail: penglif@mail.sysu.edu.cn

进展,全身多系统均可受累并造成不可逆的器官损害,临床早期诊断困难<sup>[4-5]</sup>。压力性损伤是指由压力或压力联合剪切力导致的皮肤和/或皮下组织的局部损伤,常位于骨隆突处,4期压力性损伤创面可深达筋膜、肌肉等<sup>[6-7]</sup>。中山大学附属第一医院胃肠外科于2022年9月诊治1例考虑EGPA行小肠切除术后患者,带入骶尾部皮肤4期压力性损伤伤口。患者自2022年4月起病以来无常见的哮喘、鼻咽病史,经多次全院大会诊后考虑为ANCA相关性血管炎。患者诊疗期间,因原发病累及多系统,其中以神经系统及消化系统为甚,下肢截瘫伴骶尾部4期压力性损伤且多次出现消化道出血,经历数次手术及抢救,给整个住院期间的诊疗和护理带来巨大挑战。经多科室医护共同诊疗、悉心护理后,患者骶尾部压力性损伤伤口明显好转缩小,于2022年11月2日转归出院。后续随访患者压力性损伤伤口经创面修复和积极换药后愈合良好。现将诊疗和护理体会汇报如下。

## 1 病例资料

### 1.1 一般资料

男性患者,55岁,于2022年4月无明显诱因出现双下肢乏力、腹痛、发热,外院就诊考虑为EGPA伴多系统损害可能,予甲泼尼龙琥珀酸钠、免疫抑制剂、血浆置换等综合治疗后效果不佳,遂5月29日至我院急诊就诊。患者住院期间先后多次出现消化道并发症(肠梗阻、肠溃疡及消化道活动性出血),并发失血性休克、腹腔感染等,6月26日在全身麻醉下行剖腹探查术+术中肠镜+空肠部分切除术+回肠部分切除术+空肠营养管置入术。术后经外科重症监护病房(surgical intensive care unit, SICU)治疗,6月30日转入我科,转入诊断:①EGPA(脑桥、脊髓和周围神经受累);②骶尾区4期压疮;③肝吸虫病;④小肠部分切除术后。查体提示:患者下肢截瘫,骶尾部距离肛门4cm上方有一处5.5cm×4.5cm×1.0cm大小的4期压力性损伤伤口。经我科积极治疗,患者病情稳定,7月12日顺利出院。

2022年7月18日患者再次入住我院,骶尾部距离肛门4cm上方处带入一处5.5cm×3.5cm×0.7cm大小的4期压力性损伤伤口,6点至12点方向潜行1.0~1.5cm。于8月12日、8月20日先后两次行骶尾部慢性溃疡修复术,8月29日再次

消化道出血,8月30日在全身麻醉下行剖腹探查+术中肠镜检查+空肠部分切除+小肠双腔造口术+内痔出血缝扎术,术后小肠剩余140cm。患者术后先后入住急诊重症监护病房(emergency intensive care unit, EICU)和SICU治疗,9月5日再次转入我科治疗。当时患者骶尾部予拜尔坦泡沫敷料外贴覆盖,黄色渗液饱和,揭开敷料后可见一处4期压力性损伤,伤口大小6.0cm×4.0cm×1.0cm,创缘距离肛门4cm,伤口基底部50%黑色组织、50%黄色坏死组织,与患者少于1个手臂距离可闻及异味,Grocott伤口气味评估<sup>[8]</sup>2级,周围皮肤色素沉着,换药时无疼痛感。

### 1.2 辅助检查检验

外院检查检验结果如下。2022年5月5日佛山市第一人民医院ANCA三项:中性粒细胞胞浆抗体阳性(1:20),ANCA染色模型示P-ANCA水平增高,抗髓过氧化物酶抗体-IgG 48RU/ml。骨髓涂片示嗜酸性粒细胞水平升高。皮肤活检提示血管炎表现。

我院主要的检查检验结果如下。2022年6月22日免疫组织化学:CD31、CD34血管(+),提示血管炎表现;髓过氧化物酶(myeloperoxidase, MPO)示中性粒细胞浸润不明显。6月27日送检空肠、回肠组织病理报告示:送检肠壁未见嗜酸性粒细胞明显增多、未见肉芽肿、未明确血管炎。8月30日送检小肠肠管及阑尾组织病理报告示:小肠肠管组织及阑尾组织均未见嗜酸性粒细胞增多、未见血管炎。骶尾部压疮处分泌物培养:8月2日可见纹带棒状杆菌;9月24日和10月13日均示革兰氏阴性杆菌生长,铜绿假单胞菌。详见表1。

## 2 护理

### 2.1 成立个案护理小组

本病例起病以来,病情危重,病程长,双下肢截瘫,病情变化及潜在风险大,且我科首次接诊护理ANCA相关性血管炎患者,缺乏疾病相关的理论知识,护理难度大。为此成立了以胃肠外科病房护士为主的个案护理小组,由病区护士长、责任组长、责任护士、伤口造口专科护士、营养专科护士、加速康复外科专科护士和国际造口治疗师等组成,在临床工作之余积极查阅文献,组织护理业务查房并开展多学科诊疗小组讨论护理过程中存在的难点与重点。该患者有4期压力性损伤伤口,伤

表1 中山大学附属第一医院的主要检查检验结果

检查项目	日期	检查结果
免疫组织化学	2022年6月22日	CD31、CD34 血管(+), MPO 示中性粒细胞浸润不明显
病理检查		
空肠、回肠组织	2022年6月27日	未见嗜酸性粒细胞明显增多、未见肉芽肿、未明确血管炎
小肠肠管组织	2022年8月30日	未见嗜酸性粒细胞增多、未见血管炎, 病变符合小肠糜烂伴急性炎症及异物肉芽肿
阑尾组织	2022年8月30日	未见嗜酸性粒细胞增多、未见血管炎
骶尾部压疮处分泌物培养	2022年8月2日	纹带棒状杆菌
	2022年9月9日	奇异变形菌
	2022年9月24日	铜绿假单胞菌
	2022年10月13日	铜绿假单胞菌
尿培养	2022年9月16日	酵母真菌生长, 近平滑念珠菌( $8 \times 10^4$ CFU/ml)
引流液培养	2022年9月22日	无菌生长
	2022年10月13日	铜绿假单胞菌
	2022年10月27日	无菌生长

注: MPO, 髓过氧化物酶。

口创面大, 手术创伤大, 双下肢截瘫, 合并营养不良, 因此, 做好压力性损伤伤口的护理及营养支持治疗是护理中的重点与难点。

## 2.2 一般治疗与护理

密切关注患者病情变化, 监测生命体征, 关注患者实验室检验结果, 如有异常, 及时与医生有效沟通, 给予对症处理, 如静脉补钾、补钙以纠正电解质紊乱, 遵医嘱予对应的抗感染、营养支持等治疗。

## 2.3 压力性损伤伤口的护理

患者下肢截瘫, Braden 压疮风险评估 8 分。护士每班交接查看骶尾部情况, 动态掌握皮肤变化, 予气垫床睡卧以保护受压皮肤。同时, 保持床单位的清洁, 及时更换床单, 每 1~2 小时协助翻身, 避免创面长时间受压, 翻身或移动患者过程中, 取得患者配合, 减轻摩擦力与剪切力对局部皮肤的影响。

我院造口治疗师及伤口造口专科护士跟进处理患者的骶尾部压力性损伤伤口, 9 月 6 日第 1 次处理, 处理方法: 予 0.05% 安多福棉球消毒伤口周围后, 生理盐水棉球清洗创面及周围皮肤, 保守锐器清创方式清除疏松分离的坏死组织, 予清洁方纱拭干, 周围皮肤喷洒造口护肤粉、3M 液体敷料保护, 待干, 予藻酸盐银敷料填塞创腔, 外贴泡沫敷料<sup>[6]</sup>吸收渗液并减压, 并于薄膜敷料粘贴四周封边<sup>[9]</sup>避免卷边, 创造湿性愈合环境促进坏死组织溶解、新鲜肉芽组织生长, 根据渗液情况每 1~4 天换药。藻酸盐敷料有高效吸收性及锁水功能<sup>[9]</sup>, 可创造湿性愈合环境, 将伤口坏死组织及致病菌

吸进敷料并通过移除敷料来达到自溶性清创的作用。而藻酸盐银敷料兼具藻酸盐敷料的特性和银离子的抗菌优势<sup>[9]</sup>, 可有效控制伤口感染并减轻伤口气味。经多次伤口处理, 患者的骶尾部压力性损伤伤口创面较之前明显好转缩小(图 1)。

## 2.4 预防感染

患者病程长, 长期处于卧床状态, 免疫力低下, 伴骶尾部 4 期压力性损伤, 需严密监测体温, 定期复查感染指标。住院治疗期间, 患者体温最高达 39.4 °C, 多次培养异常(表 1), 因此, 需根据患者临床症状、实验室检验结果和药敏试验结果及时动态调整抗生素方案予全身抗感染治疗。9 月 5 日转入我科后继续 SICU 抗生素方案: 阿米卡星(400 mg, 1 次/d)+万古霉素(1 g, 1 次/12 h)+多黏菌素 E(150 mg, 1 次/12 h)。随后根据压疮处分泌物培养、血培养和引流液培养等结果以及腹部计算机断层扫描(computed tomography, CT)结果, 及时调整抗生素药物和给药剂量、频次, 经治疗后, 患者感染情况得到有效控制(图 2)。此外, 骶尾部压力性损伤伤口处予藻酸盐银敷料填塞创腔行局部抗感染治疗, 并予左沙丁胺醇吸入溶液 3 ml+布地奈德雾化混悬液 1 mg+生理盐水针 2 ml(2 次/d)雾化治疗以稀释痰液、减轻气道炎症反应<sup>[10]</sup>。

## 2.5 营养支持治疗

患者行 2 次小肠切除术, 小肠呈双腔造口状态, 肠造口日排量 200~1430 ml, 小肠仅剩余 140 cm。由于小肠是水、无机盐、维生素、营养物质的主要

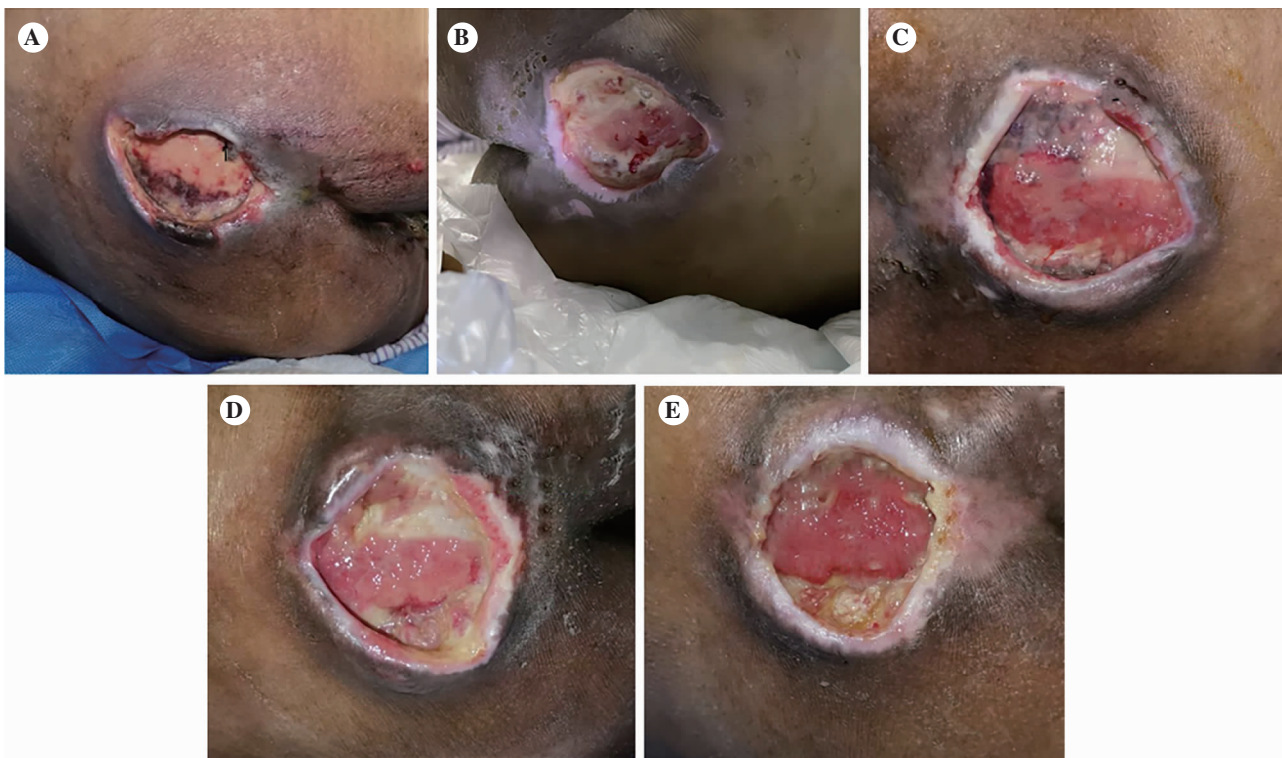


图1 患者第2次在中山大学附属第一医院胃肠外科住院期间的伤口大小变化

注:A,9月6日,伤口大小6.0 cm×4.0 cm×1.0 cm,创缘距离肛门4 cm,伤口基底部50%黑色组织、50%黄色坏死组织;B,9月17日,伤口大小6.0 cm×4.5 cm×2.0 cm,创缘距离肛门3 cm,伤口基底部75%黄色坏死组织、25%红色组织;C,10月10日,伤口大小5.0 cm×4.0 cm×1.5 cm,伤口基底部50%黑色组织、50%红色组织;D,10月12日,伤口大小5.0 cm×4.0 cm×1.0 cm,伤口基底部50%黄色坏死组织、50%红色组织;E,11月2日,伤口大小4.0 cm×4.0 cm×0.8 cm,伤口基底部25%黄色坏死组织、75%红色组织,伤口创面较之前明显好转缩小。

吸收场所<sup>[11]</sup>,因此应加强防治短肠综合征和营养不良。患者自2022年4月起病以来,至7月18日第2次入住我院时,体重下降20 kg,入院时测得身高172 cm,体重48 kg,体重指数16.22 kg/m<sup>2</sup>,营养风险筛查2002评分为5分,主观全面评定为C级,体格检查结果显示患者脂肪和肌肉重度消耗。9月5日再次入住我科时,实验室检验结果显示血清白蛋白31.9 g/L、前白蛋白225 mg/L、血红蛋白87 g/L,综合评定结果提示患者存在重度营养不良及中度贫血。我科立即请营养科会诊,并由临床医师、营养师、营养专科护士、责任护士共同为患者提供全程营养管理:予肠内+肠外营养治疗,为患者提供充足的营养;同时予红细胞悬液输注纠正贫血情况,输注人血白蛋白纠正低蛋白血症,并在营养支持治疗过程中持续监测患者血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白等营养相关指标的变化,及时评估治疗效果并动态调整个性化营养支持治疗方案。至11月2日患者出院时,实验室检验结果显示血清白蛋白36.6 g/L、前白蛋白402 mg/L、血红蛋

白117 g/L,各项指标均较之前有所提升。

## 2.6 造口护理

患者小肠双腔造口,由伤口造口专科护士每日评估患者的肠造口状态,准确记录肠造口排泄物颜色、性状、量,根据排泄物及造口底盘情况,及时给予肠造口护理,并通过视频、宣教资料、现场指导等多种方式指导和协助患者家属行肠造口护理。

## 2.7 康复训练

患者处于截瘫状态,入院时患者双上肢近端肌力4级,末端肌力3级,双下肢肌力0级,肌张力低,双下肢运动障碍、感觉减退。鼓励患者在家属协助下进行床上活动。同时,康复科结合患者情况协助其行床旁康复训练,包括每日行核心稳定性训练、被动肢体活动、良肢位摆放、肺功能康复训练、关节松动训练及推拿治疗等康复治疗<sup>[12]</sup>,改善患者双下肢功能,预防长期卧床相关并发症。至11月2日出院时,患者双上肢肌力5级,肌张力正常;双下肢肌力0级,肌张力高。

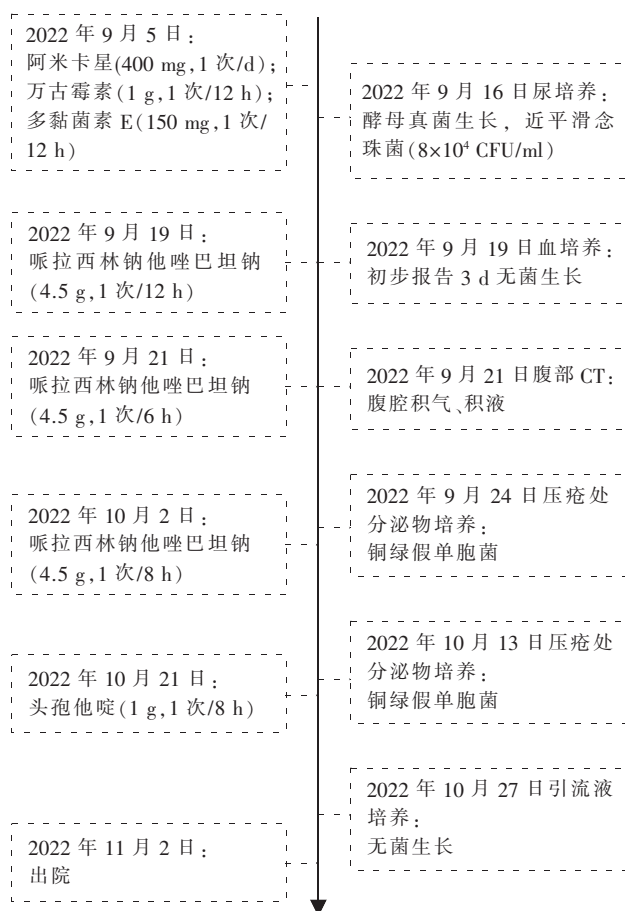


图2 患者第2次在中山大学附属第一医院胃肠外科住院期间的抗感染治疗过程

## 2.8 心理护理

患者平素体健,起病以来病情危重,经历多次手术及抢救,住院周期长,患者及家属均出现负面情绪。在治疗及护理工作时,医护合作与患者及家属及时有效沟通,使其了解治疗进展,缓解焦虑,增强其与疾病斗争的信心。

## 3 讨论

本病例起病以来病情危重,病程长,主要表现为腹痛、下肢痛,后出现脊髓受累表现,包括急性颈痛、下肢截瘫、二便障碍,反复出现消化道出血,多系统受累,以神经系统及消化系统为主,结合患者起病时外周血嗜酸性粒细胞升高,P-ANCA阳性,皮肤活检提示血管炎表现,考虑EGPA。然而,我院2次手术送检小肠肠管及阑尾组织病理结果均未见嗜酸性粒细胞明显增多,病理不典型。由于EGPA临床表现缺乏特异性,且我国尚缺乏该病的流行病学资料<sup>[13]</sup>,加之该患者无常见的哮喘、鼻咽病史,在我院行病理检查和实验室检验均在患者

应用免疫抑制剂及激素治疗之后,导致临床难以确诊。据报道,相关性血管炎临床罕见,年发病率(13~20)/20万,预后差,临床表现复杂多样,可累及全身多个器官和系统,而神经系统受累病例很少见,临床中易被忽视,难以明确诊断<sup>[2, 14-17]</sup>。此外,该病少见胃肠道症状,且缺乏特异性,但若胃肠道主要血管严重受累(穿孔、肠缺血、溃疡),可出现危及生命的情况<sup>[14, 18]</sup>。在综合评估患者的临床症状和多项检验结果并经多次全院大会诊后,本病例最终诊断为ANCA相关性血管炎。

患者下肢截瘫,起病以来处于卧床休息状态,活动能力、移动能力均受到限制,并带入骶尾部4期压力性损伤伤口。对于压力性损伤的患者,护士应重视其皮肤护理,除使用气垫床保护皮肤、定时协助翻身外,还需每次换药时拍照存档,及时正确评估患者的伤口局部情况和全身情况,以进行对比。在处理局部创面的同时也应重视全身因素的影响,对患者进行营养风险筛查,制定个性化营养护理计划<sup>[19]</sup>。研究表明,年龄较大、营养不良、疾病严重等多因素相互作用可增加压力性损伤的发生风险,良好的营养状态与4期压力性损伤的伤口愈合改善有关<sup>[20-21]</sup>。因此,需同时配合多方面的治疗,以有效促进压力性损伤创面的愈合。

我科首次接诊护理ANCA相关性血管炎患者,缺乏疾病相关的理论知识,因此护士长组织科室护士在临床工作之余积极查阅文献,组织护理业务查房并开展多学科诊疗小组讨论,与医生及时有效沟通,加强医护合作。经过医护共同精心治疗和护理后,患者压力性损伤伤口局部感染得到控制,创面较之前好转缩小,最终转归出院。出院时嘱患者定期至我院慢性伤口造口门诊复诊,后续随访了解到患者的压力性损伤伤口经创面修复和积极换药后愈合良好。

## 参考文献

- [1] 张筱娟,文俊杰,欧昌星,等.嗜酸性粒细胞增多与抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎[J].中国实用内科杂志,2021,41(12):1012-1017.
- [2] ROPER T, SALAMA AD. ANCA-Associated Vasculitis: Practical Issues in Management [J]. Indian J Nephrol, 2024, 34(1): 6-23.
- [3] 张爱萍,孔慧娟,张英为.抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎的治疗进展[J].中国免疫学杂志,2021,37

- (22): 2786-2790.
- [4] 林燕凤, 张英秀, 付朝丽, 等. 2018年嗜酸性肉芽肿性多血管炎诊治规范专家共识解读[J]. 中国实用内科杂志, 2019, 39(5): 437-439.
- [5] 欧彦汝, 张莲华, 周莉, 等. 13例累及肺部的嗜酸性肉芽肿性多血管炎的临床特征[J]. 中南大学学报(医学版), 2022, 47(10): 1355-1364.
- [6] 陈丽娟, 孙林利, 刘丽红, 等. 2019版《压疮/压力性损伤的预防和治疗:临床实践指南》解读[J]. 护理学杂志, 2020, 35(13): 41-43.
- [7] 褚万立, 郝岱峰. 美国国家压疮咨询委员会2016年压力性损伤的定义和分期解读 [J/CD]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2018, 13(1): 64-68.
- [8] 刘鑫, 林桦, 张婷, 等. 恶性肿瘤伤口患者伤口症状对生活困扰的变化轨迹及影响因素研究[J]. 中华护理教育, 2022, 19(7): 652-657.
- [9] 郭春兰, 邓红艳, 席祖洋, 等. 银离子藻酸盐敷料用于恶性肿瘤伤口症状管理的效果研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(S1): 28-32.
- [10] 中华医学会临床药学分会, 中国医药教育协会药事管理专业委员会, 临床合理用药专业委员会. 雾化吸入疗法合理用药专家共识 (2024版)[J]. 医药导报, 2024, 43(9):1355-1368.
- [11] 王亚楠, 李景南. 小肠吸收功能障碍性疾病诊治进展[J]. 中国实用内科杂志, 2017, 37(8): 760-763.
- [12] 李建军, 杨明亮, 杨德刚, 等. “创伤性脊柱脊髓损伤评估、治疗与康复”专家共识[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(3): 274-287.
- [13] 李杰, 张隽, 王晶, 等. 嗜酸性肉芽肿性多血管炎肾受累的临床分析 [J]. 首都医科大学学报, 2023,44(03): 494-500.
- [14] 席月, 刘东屏. 以脓血便为首发症状的抗中性粒细胞浆抗体相关性血管炎一例报道并文献复习[J]. 中国全科医学, 2018, 21(6): 748-752.
- [15] 李胜光, 张清, 周惠琼. 抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎的病情评估方法及其相关性[J]. 北京大学学报(医学版), 2018, 50(6): 1022-1026.
- [16] DECKER ML, EMERY DJ, SMYTH PS, et al. Microscopic Polyangiitis with Spinal Cord Involvement: A Case Report and Review of the Literature [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2016, 25(7): 1696-1704.
- [17] 孟德涛, 王守春, 赵璐, 等. 以神经系统损害为首发症状的抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎 1 例报道 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2015, 32(1): 76-77.
- [18] 夏正坤, 周青山, 高远赋, 等. 抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎诊治策略[J]. 临床儿科杂志, 2016, 34(0):401-405.
- [19] LITCHFORD MD. Putting the 2019 Nutrition Recommendations for Pressure Injury Prevention and Treatment into Practice [J]. Adv Skin Wound Care, 2020, 33(9):462-468.
- [20] 常丽萍, 佟金谕, 郭婷, 等. 住院病人医院获得性压力性损伤的原因分析 [J]. 护理研究, 2022, 36(23): 4317-4320.
- [21] MONACO D, ZAGHINI F, FIORINI J, et al. Effect of a wound healing protocol on patients with stage III and IV pressure ulcers: a preliminary observational study [J]. J Wound Care, 2022, 31(4): 322-328.

收稿日期: 2024-09-12