

风湿免疫疾病患者皮肤溃疡的多学科协作综合护理

吴莉萍, 张子云, 姜雪娇, 张利娟, 龚倩玉, 苏小燕, 杨敏, 张静

Multidisciplinary based collaborative nursing care for patients developing skin ulcer due to autoimmune inflammatory rheumatic diseases Wu Liping, Zhang Ziyun, Lou Xuejiao, Zhang Lijuan, Gong Qianyu, Su Xiaoyan, Yang Min, Zhang Jing

摘要:目的 总结风湿免疫疾病合并皮肤溃疡患者的伤口处理措施及综合护理经验。**方法** 对49例风湿免疫疾病合并皮肤溃疡患者,采用多学科协作诊疗护理模式,建立伤口档案,科学处理皮肤溃疡问题,加强营养支持及护理,给予积极心理支持和健康教育,利用慢病管理平台实行延续护理。**结果** 5例肢端坏疽患者局部创面无扩大;44例身体其他部位溃疡患者伤口全部真性愈合,其中存在外阴溃疡患者换药6~12次,中位数为8次;下肢溃疡患者换药9~20次,中位数为14次;骶尾部溃疡患者换药次数5~13次,中位数为9次。**结论** 实施多学科协作的综合伤口延续护理管理,可加快风湿免疫疾病患者皮肤溃疡愈合过程,减轻患者痛苦。

关键词:风湿免疫疾病; 皮肤溃疡; 伤口; 换药; 多学科联合; 延续护理

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.16.038

风湿免疫系统疾病的共同病理改变是血管病变,血管壁的炎症造成管壁的增厚、管腔狭窄,使局部组织器官缺血^[1],容易引起皮肤溃疡和坏死,而原发疾病的活动以及糖皮质激素、免疫抑制剂的应用,使其转归相较其他皮肤溃疡更复杂,同时容易因为原发疾病的活动而恶化^[2]。流行病学调查显示,7%的腿部溃疡患者有血管炎病因(外周动脉、静脉或混合性疾病),20%~30%的患者皮肤溃疡与风湿免疫疾病有关^[3]。Howell等^[4]报道多学科团队协作可以显著提高伤口愈合速度,降低伤口疼痛程度,减少慢性伤口患者的再入院和并发症,并且建议伤口护理团队采取这一模式。我科于2016年成立伤口造口医疗护理小组,在内科、外科、皮肤科、营养科等多学科联合诊疗指导下,对皮肤溃疡患者实施综合护理,获得较好效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 以2016年8月至2021年8月入住我科的风湿免疫疾病合并皮肤溃疡患者为研究对象。纳入标准:①原发疾病符合2010年欧洲抗风湿病联盟(European League Against Rheumatism, EULAR)风湿免疫疾病的诊断标准^[1];②符合皮肤溃疡特征,指超出基底膜的皮肤或黏膜缺损,通常在愈合后留下瘢痕;③符合皮肤坏疽特征^[2];④符合慢性伤口特征^[5]。排除标准:糖尿病足、大疱表皮松懈症、带状疱疹、坏死性筋膜炎等;伤口有瘘管与胸腔或器官相通。纳入患者49例,男6例,女43例;年龄23~67岁,中位年龄39.1岁。系统性红斑狼疮16例,皮炎10例,白塞病8例,系统性硬化症6例,抗磷脂综合征5例,类风湿关节炎2例,抗中性粒细胞胞浆抗

体相关性血管炎2例。皮肤溃疡共95处,全身多部位皮肤溃疡10例(大腿、小腿前后胫+足背多部位皮肤溃疡8例,双侧肘部鹰嘴处、双侧肩胛+骶尾部2例);单部位皮肤溃疡39例(会阴14例,骶尾部10例,小腿后胫6例,足踝4例,足趾4例,手指1例)。按照(Red-Yellow-Black, RYB)创面评估方法对皮肤溃疡进行分类^[6],创面基底组织颜色为黑期(创面基底含有坏死组织,无愈合迹象)20例,黄期(基底坏死组织呈黄色疏松状,组织水肿,以炎性渗出为主,无愈合迹象)13例,红期(基底组织新鲜,红色肉芽组织增生,若护理恰当,上皮可增殖)10例,混合期6例。

1.2 治疗方法 患者入院后均使用糖皮质激素和免疫抑制剂治疗原发疾病。存在下肢和足部溃疡伤口的患者进行下肢动静脉彩超检查,根据结果使用贝前列素钠制剂、抗血小板药物改善微循环。并根据局部伤口分泌物培养结果口服或静脉使用抗生素。

1.3 结果 本组患者中,部分手指及足趾皮肤存在黑色坏疽的5例患者创面无扩大,黑痂组织干燥,与正常皮肤分界清楚,组织张力正常,择期行患肢离断术。34例单部位皮肤溃疡患者在住院期间伤口全部真性愈合,愈合观察标准为上皮覆盖伤口(上皮化)后使用3%过氧化氢溶液测试,无反应为阴性表示真性愈合^[7]。其余10例全身多部位溃疡患者出院时创面局部红色肉芽组织>75%,黄色组织<25%,间隔3~4d在伤口门诊换药,通过电话或微信追踪患者伤口情况,均愈合。存在外阴溃疡患者换药次数6~12次,中位数为8次;下肢溃疡患者换药次数9~20次,中位数为14次;骶尾部和上肢溃疡患者换药次数5~13次,中位数为9次。

2 护理

2.1 建立伤口档案 伤口档案由两部分组成,第一部分包括患者基本信息,伤口评估基本资料等;第二部分为每次换药方法,伤口评估结果。患者入院后第1天,责任护士协同伤口护士共同收集伤口基本资料,包括病史、皮肤溃疡发生原因、持续时间、是否外

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院风湿免疫科(湖北 武汉, 430030)

吴莉萍:女,本科,主管护师

通信作者:张子云,201726244@qq.com

收稿:2022-01-16;修回:2022-03-25

院处理、处理措施等,使用固定相机留取伤口照片,按照伤口三角测量(包括伤口床、边缘和周围皮肤三方面)^[8],评估并计算伤口的面积(长×宽,与头部方向一致的伤口距离为长度 cm,与头部方向垂直的伤口距离为宽度 cm)、深度(棉签法放入伤口最深处),组织类型和渗液量,检查伤口边缘有无翻转、增厚、潜行,周围皮肤有无红肿、浸渍等。伤口处理前采用 Levine's 技术(使用无菌棉签在伤口基底部用力挤出组织渗液)获取伤口基底组织间渗液即送细菌培养和抗酸杆菌涂片检查^[8]。伤口护士录入相关资料,数据有异议时查阅病例的原始记录和伤口照片,将患者伤口治疗期间的文字资料与伤口照片资料一一核对。核对过的病例资料由专人保管。

2.2 多学科诊疗护理 伤口护士登录我院护理 HIS 疑难病历会诊系统,上传患者伤口图片以及病史,向医院伤口小组团队发出会诊申请,同时邀请皮肤科、外科和营养科医生再次对患者进行全面评估,共同制订多学科治疗护理方案。结合会诊意见,病房伤口护士协同管床医生一起和患者及家属讨论皮肤溃疡处理措施、注意事项以及可能会面临的问题,取得患者及家属的理解和积极配合。在治疗护理过程中,伤口护士每周向管床医生汇报皮肤溃疡进展,根据实际情况和患者病情及时调整换药方案。所有的皮肤溃疡处理操作均由培训合格的伤口护士实施。按照国际公认(Tissue, Infection/Inflammation, Moisture, Edge, TIME)原则进行局部溃疡处理,目的是控制感染、充分引流、促进组织增殖和伤口愈合^[8]。

2.3 伤口干预措施

2.3.1 局部清创 清创是启动创面愈合的关键步骤,目的在于去除创面坏死或失活组织并降低细菌负荷^[9],风湿免疫疾病患者皮肤溃疡部位不一,类型各不相同,清创的方法多选择自溶性清创、机械清创和超声清创。本组患者中,创面基底为黄色组织的 13 例患者采用湿性环境的自溶性清创和机械清创,即局部盐水清洗后涂擦清创胶,清创胶是含有 90% 纯化水、羧甲基纤维素钠以及藻酸钙盐的水胶体敷料,可以水合伤口的坏死组织,启动机体自溶性清创过程^[10]。外层覆盖无菌纱布,换药 1 次/d,待创面组织液化或软化后使用无菌剪刀或刮匙去除坏死或受污染的组织及细胞碎片,以露出红色组织为宜,平均清创 6 次后达到效果。创面基底为黑色组织的 15 例患者,局部组织坚硬,使用自溶清创很难在短时间内达到较好的效果。在征求患者和医生的同意下,申请护理会诊,由外科换药护士对伤口进行超声清创,即利用超声波在冲洗射流中产生的“空化”效应以喷出的水雾冲洗创面,直至形成新鲜的肉芽创面^[11]。一般清创次数为 1~2 次。首次清创时,局部坏死组织多,选择高频率清创,2~4 d 评估创面基底组织类型再计划是否再次清创;第 2 次清创时,如果溃疡面分泌物

较多,无法判断是否有肉芽组织生长时,选择低频率清创,清创效果以创面基底覆盖红色组织为标准。肢端黑色坏疽的 5 例患者局部表现为单个手指或足趾呈干性坏疽样变,经伤口小组、皮肤科和外科医生、管床医生共同讨论,以保守治疗为主,未进行任何积极清创处理。

2.3.2 伤口换药措施 ① 外阴溃疡。多篇文献^[12-13]报道在对外阴及肛周脓肿或窦道的处理中使用康复新和高锰酸钾治疗效果较好,康复新液可促进血管新生,加速坏死组织脱落,迅速修复各类溃疡及创伤创面;高锰酸钾能够排出渗出液及脓性分泌物、清洁创面、减少渗出,增加局部供氧。本组有 14 例患者存在外阴溃疡,其中 9 例大小阴唇表皮大面积破损,创面基底为红色组织,其中 5 例创面距离肛周仅 4 cm,分泌物培养为多重耐药菌感染,创面受大小便或阴道分泌物污染,覆盖黄黑色坏死组织,局部清创后换药,措施为:非月经期使用 1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴,2 次/d,每次 15~20 min;康复新纱布湿敷患处,4 次/d,每次湿敷时间不少于 30 min。月经期禁止坐浴,使用一次性内置阴道棉条吸收经血,予 0.5% 活力碘棉球擦洗外阴后再以无菌盐水冲洗局部伤口,1 次/d;另以康复新纱布湿敷患处。治疗期间,伤口护士严密观察局部溃疡修复情况,正确指导患者配制高锰酸钾溶液,防止浓度过高损伤皮肤。② 肢端坏疽。对风湿病患者肢端坏疽、指尖溃疡等进行处理时,以缓解外周循环障碍,控制原发疾病等保守治疗为主,积极的外科创面清创或手指/脚趾截肢可能导致更广泛的连续截肢^[2]。本组 5 例患者表现为单个手指或足趾皮肤呈坏疽样变,多由于外周血栓或者血管炎导致,由于局部血供不足,组织缺乏愈合能力,湿性愈合理论不被推荐,因为潮湿的坏疽组织能为细菌生长提供媒介而加重感染^[14]。伤口护士严密观察坏疽皮肤范围,在坏死组织和正常皮肤连接处使用 0.5% 活力碘纱布覆盖预防感染,1 次/d,每次 15~20 min;保持局部干燥,充分暴露坏死组织,尽量使坏死手指/足趾自然脱落,保证残肢创面最小化。如患者感局部组织疼痛加剧,坏疽皮肤面积扩大、边缘红肿明显,甚至有脓性分泌物渗出,提示治疗效果欠佳,立即申请全科会诊,进一步完善相关检查,调整全身用药方案。待病情稳定后,由外科、风湿免疫科医生共同评估,择期行患肢离断术。③ 其他溃疡面。其他部位溃疡按照伤口湿性愈合理念,局部清创处理后内层敷料使用藻酸盐银离子敷料覆盖,外层敷料根据伤口渗液情况以及伤口边缘皮肤是否有浸渍酌情选择纱布或者泡沫敷料,隔日换药 1 次,每 7 天留取伤口分泌物培养。含银敷料用于慢性伤口只能抑制伤口表面细菌生长,无法渗透入组织、也无法穿透坏死组织、腐肉、干痂等阻碍物^[15]。所以在每次皮肤溃疡处理过程中,须清除创面的腐肉、坏死组织碎片等,以破坏细菌赖以生存

的环境,从而使银离子敷料最大程度发挥作用,以获得理想溃疡修复效果。文献建议慢性溃疡面使用含银敷料应限制在4周内^[14]。本组患者使用银离子敷料均未超过4周。

2.4 营养支持及护理 慢性伤口的愈合过程中,细胞增殖,蛋白质、生长因子和激素合成都需要丰富营养,充足的营养是慢性伤口愈合的重要因素^[16]。本组患者入院时计算体重指数,使用营养风险筛查(Nutrition Risk Screening,NRS2002)量表^[17]评估均在正常范围内。鼓励患者进食高蛋白、高维生素、高热量清淡饮食,禁食辛辣刺激食物;每日能量摄入125.58~146.50 kJ/kg。蛋白质以鱼、瘦肉、鸡蛋、牛肉、大豆类等优质蛋白为主,保证每日摄入量1.25~1.5 g/kg,占总热量的30%~50%。新鲜蔬菜和水果每天500 g左右。

2.5 心理支持及健康教育 本组患者普遍表现为紧张、焦虑情绪,尤其手指及足趾坏疽的患者,夜间坏疽部位疼痛明显,严重影响睡眠质量。遵医嘱睡前给予双氯芬酸钠栓12.5 mg纳肛,缓解疼痛,改善睡眠。同时,由外科、风湿免疫科医生共同评估,择期进行患肢离断术或者使坏死手指/足趾自然脱落,患者产生恐惧和悲观情绪,最多的表述是“我感觉伤口在不断变大,我不知道为什么会这样?”“截肢后我就是个残疾人了,我好害怕以后其他的脚指头也会出问题”。伤口护士以及责任护士认真倾听患者的感受,采用相关评估工具识别其不良情绪,并依照评估结果实施针对性心理支持。严重患者,请心理专家实施咨询及相关专业干预,帮助患者建立治疗信息,缓解不良情绪。

2.6 延续护理 风湿免疫疾病相关的皮肤溃疡即使痊愈后,原发疾病的活动,容易导致瘢痕部位皮肤再发溃疡,因此积极控制原发疾病的同时,指导患者皮肤护理尤其重要。患者住院期间,指导登录“掌上同济”App慢病管理平台,协助录入基本信息,详细讲解平台每个模块的功能和使用方法,定期接受医护人员发送的疾病知识。出院后通过微信平台 and 电话联系患者,评估患者目前健康状况的认知,及时纠正错误认知^[18];评估皮肤护理知识掌握情况,减少暴露于阳光下的时间,穿着防晒服。冬季注意四肢保暖,禁烟酒。沐浴后皮肤涂润肤露,增强皮肤表面湿度和防御功能^[19]。本组10例多部位溃疡患者,原发疾病控制良好,出院时溃疡未完全愈合,鼓励本市患者来我院伤口门诊换药,外地患者出院后间隔2~3 d到当地伤口门诊换药。通过电话或微信追踪患者皮肤溃疡均愈合。

3 小结

本组49例皮肤溃疡患者,采用多学科联合诊疗护理模式,建立伤口档案,科学处理皮肤溃疡问题,加强营养支持及护理,给予积极心理支持和健康教育,患者均获得较好的愈后,减轻患者痛苦,提高了患者

的生活质量。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:798-799.
- [2] Fujimoto M, Asano Y, Ishii T, et al. The wound/burn guidelines-4: guidelines for the management of skin ulcers associated with connective tissue disease/vasculitis [J]. J Dermatol, 2016, 43(7): 729-757.
- [3] Shanmugam V K, Angra D, Rahimi H, et al. Vasculitic and autoimmune wounds [J]. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord, 2017, 5(2): 280-292.
- [4] Howell R S, Kohan L S, Woods J S, et al. Wound care center of excellence: a process for continuous monitoring and improvement of wound care quality [J]. Adv Skin Wound Care, 2018, 31(5): 204-213.
- [5] Baranoski S, Ayello E A. Wound care essentials: practice principles [M]. 3rd. Ambler: Lippincott Williams & Wilkins, 2012, 83-100.
- [6] 魏力. 伤口护理实践快速成长手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 46.
- [7] Rogers S J. Surgical perspective: centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection 2017 [J]. Surg Infect (Larchmt), 2017, 18(4): 383-384.
- [8] 蒋琪霞. 负压封闭伤口治疗理论与实践 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 70-75.
- [9] 江波, 唐瑞, 郑丹玉, 等. 超脉冲二氧化碳点阵激光清创术在慢性创面治疗中的临床效果 [J]. 中华烧伤杂志, 2020, 36(4): 273-279.
- [10] 刘思, 胡庆霞, 杨丽萍, 等. 1例糖尿病患者穿透性足溃疡创面的护理 [J]. 护理学杂志, 2016, 31(17): 30-31.
- [11] 何永芬, 梁洪敏. 慢性伤口应用超声波清创机清创的效果 [J]. 中国临床研究, 2020, 33(5): 719-721.
- [12] 张宸, 林晖, 孙健, 等. 康复新液促进高位肛周脓肿置管引流术后创面愈合的临床研究 [J]. 中国结直肠疾病电子杂志, 2018, 12(6): 567-571.
- [13] 丁玉霞, 林冬娜. 康复新液配合高锰酸钾促进肛瘘术后创面愈合的临床观察 [J]. 中外医学研究, 2013, 11(4): 7-8.
- [14] Baranoski S, Ayello E A. 伤口护理实践原则 [M]. 3版. 蒋琪霞, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 450-463.
- [15] 蒋琪霞, 王建东, 徐元玲, 等. 慢性伤口感染常见病原菌及其干预效果研究 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(6): 19-23.
- [16] 赵冬林, 张晓晓, 陈晨, 等. 营养代谢指标与糖尿病足病的相关性分析 [J]. 中国疗养医学, 2016, 25(4): 349-351.
- [17] Kondrup J, Allison S P, Elia M, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002 [J]. Clin Nutr, 2003, 22(4): 415-421.
- [18] 吴莉萍, 张子云, 何细飞, 等. 基于Cox健康行为互动模式的类风湿关节炎患者疾病管理 [J]. 护理学杂志, 2021, 36(12): 76-78.
- [19] 薛珂, 郑捷, 曹华. 皮炎炎皮肤损害的研究进展 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2019, 33(1): 92-95.

(本文编辑 丁迎春)