

• 护理学 •

狼疮性脂膜炎多处皮肤损伤患者的护理

高红梅 方自林

(中日友好医院肾病中心病房 100029)

摘要:报告了对1例狼疮性肾炎合并脂膜炎多处皮肤受损的患者的护理,经抗感染、支持疗法、皮质类固醇联合免疫球蛋白等治疗的基础上,对多处破溃的皮肤经过清创、湿敷、烤灯等精心的护理及相应的护理措施,20天后使皮肤破溃痊愈。

关键词:系统性红斑狼疮;狼疮性肾炎;脂膜炎;皮肤破溃

脂膜炎病因尚不清楚,有报道本病与脂肪代谢过程中某些酶异常有关。例如血清脂酶有轻度增加、 $\alpha-1$ 抗酶蛋白缺乏、SLE、胰腺炎、淋巴瘤、感染、创伤、药物过敏等诱因,导致免疫反应而发病^[1,2]。近年来,大多倾向本病并非是一种独立的疾病,而是多种因素引起的综合征。发热和痛性皮损是皮下脂膜炎早期和最常见的表现,二者同时出现时应高度怀疑。特别是发生在四肢,两个以上脂肪堆积部位,较深的肤色痛性结节,也可出现红肿或紫癜性皮损。

2005年8月1日,我科收治1例狼疮性肾炎合并脂膜炎多处皮肤受损的患者,周身多处严重皮肤损害,经全身整体治疗及局部多种方法处置,使皮肤破损痊愈。现将护理体会介绍如下。

1 病例介绍

患者女性,50岁,因“反复关节疼痛15年、浮肿、尿检异常5年、发热2月”于2005年8月1日入院。15年前开始出现双腕、双踝及膝关节肿痛,伴发热,关节有晨僵但无关节变形和活动受限。5年前出现双下肢浮肿,血压升高、夜尿增多、尿检异常,在“北大医院”行肾穿刺活检,病理为“狼疮性肾炎IV型”,应用皮质类固醇联合免疫抑制剂治疗。反复查蛋白在 $\pm \sim +$,肝功能正常。2月前开始出现畏寒、发热、体温 37.4°C 左右,并且全身皮肤出现大片红斑、局部皮温高,无瘙痒。感恶心,不思饮食,时有呕吐。大便稀,次数多,每日1~4,无粘液脓血及腹痛。入院前3天体温升高到 37.9°C ,出现尿少,每日200~300ml,双下肢浮肿、腹胀、偶有憋气、有少量咳嗽和咯痰。入院查体:血压130/80mmHg,慢性病容,贫血貌、面部及双下肢散在斑片状红色皮疹,双肘后、大腿后、腹部及背部可见大片红斑,皮温高压之褪色,稍高出皮肤。咽无充血,双肺呼吸稍粗,未闻及干湿罗音,腹膨隆,移动性浊音阳性,腰骶部及双下肢轻度浮肿。门诊血常规:WBC $2.0 \times 10^9/\text{L}$ RBC $92 \times 10^9/\text{L}$ PLT $78 \times 10^9/\text{L}$ 尿检:PRO $3+$,RBC满视野,WBC $3-5/\text{HP}$,抗ds-DNA、IgG(+),ANA(+) C_3 0.453 $\downarrow$, C_4 0.097 $\downarrow$,血浆白蛋白2.1g/dl,肌酐1.4mg/dl,B超:大量腹水,左肾 $127 \times 61 \times 65 \text{ mm}^3$,右肾 $124 \times 62 \times 64 \text{ mm}^3$ 。诊断系统性红斑狼疮,狼疮性肾炎成立。8月5日取右大腿内后侧皮损处作病理诊断。18日病理切片示:皮下纤维脂肪组织及血管周围可见淋巴细胞为主的炎细胞浸润,部分区域可见脂肪变性坏死。诊断:脂

膜炎。入院后的诊疗过程:给予强的松60mg/天口服,人免疫球蛋白20g/日连续5天,利复星和舒普深联合抗感染治疗,右大腿皮肤破溃处给予湿敷和烤灯照射,患者体温逐渐正常,全身皮疹消退。

2 护理评估

2.1 全身营养状况

系统性红斑狼疮属自身免疫性疾病,免疫功能低下。入院时因全血象降低,补体明显降低,尿检大量蛋白和红细胞,全身发热和大片皮疹,考虑狼疮活动明显,目前口服强的松60mg/d。此外患者存在严重的低蛋白血症,使机体营养状况及抵抗能力极其低下,抗感染能力极弱,皮肤损害的修复亦极其困难。

2.2 皮肤损害状况

入院时患者面部及双下肢散在斑片状红色皮疹,双肘后、大腿后、腹部及背部可见大片红斑,皮温高压之褪色,稍高出皮肤。5日后面部及手部小片状皮疹较前变小,颜色变浅,但右侧腿部大片皮疹发硬,压痛明显,表面有水泡,有的已溃破。随后大腿后面皮肤可见皮下出血及血痂形成;水泡连成片,表面有清亮液体渗出且有较多处破溃;破溃的皮肤有的已形成糜烂;面积达 $15\text{cm} \times 10\text{cm}$ 。由于肾性水肿致皮肤血液循环不良,目前皮肤的红肿、水肿、水泡、血痂、糜烂并存。

3 护理措施

与我科医生共同讨论病历,在医生采用综合治疗基础上,我们对皮肤破溃处进行了如下护理。

3.1 一般的处理

①病室整洁、安静,室温 $25 \sim 28^{\circ}\text{C}$,湿度适宜。每天通风并用紫外线消毒1小时。(注意遮挡病人)

②注意保持皮肤、床单位、衣被的清洁干燥。脱去内衣,避免内衣污染皮肤且便于护理的观察。

③皮肤破溃紧贴床单处铺无菌方巾并定时更换。避免糜烂面长时间受压,鼓励患者健侧卧位并变换体位2h1次,防止磨擦皮肤,以免加重皮肤损害。双下肢抬高,利于静脉回流。

④使用留置静脉套管针,以免反复穿刺损伤皮肤,注意留置针有无红肿等静脉炎早期表现。

3.2 破溃皮肤的护理: 破溃处皮肤的处理是护理的重点。

①急性期创面的皮肤红肿、炎性反应重, 脓性分泌物和渗液多, 留取分泌物和渗液做细菌培养和药物敏感试验, 结果: 大肠埃希菌, 针对结果选择敏感的抗生素。

②血痂部位用生理盐水棉球清洁后并保持干燥。

③对直径大于 1cm 的水疱且疱液充盈的用无菌注射器抽净疱液, 小于 1cm 的水疱让其自行收剑, 尽量保护疱壁的完整。

④每日换药 2 次。操作前洗手, 戴无菌手套, 先用生理盐水清洗创面, 用 0.1% 雷夫努尔浸湿 4 层的无菌纱布湿敷, 并协助病人取舒适卧位, 湿敷 20 分钟后, 再用鹅颈烤灯置皮肤破溃处约 30cm 处照射, 观察病人反应, 询问病人是否承受。

⑤待到红肿减轻, 脓性分泌物和渗液少量时, 用无菌油剂(香油或豆油)涂于皮肤上, 减轻患者局部皮肤的胀痛感。

3.3 心理护理:

①护士长每日带领护士查房, 评估皮肤情况, 与医生共同协商治疗方案, 制定护理措施。

②准确及时地记录病人的病情变化并向患者和家属交代, 请家属配合。引导患者正确对待病情, 积极配合治疗和护理, 早日恢复健康。

③采用心理疏导和正面心理鼓励的方法调动患者的心理, 如每次换药将创面好转的信息反馈给患者和家属, 形成一种良好的心理氛围, 使病人保持乐观情绪, 有战胜病魔的信心和决心^[2]。

3.4 饮食的护理:

(上接第 79 页)

3.2.3 对于子宫肌瘤的起源和促进它们生长的机理, 目前认为从子宫肌层细胞到肌瘤形成的转化过程可能涉及正常子宫肌层的体细胞突变和性激素及局部生长因子间复杂的相互作用。雌激素是肌瘤生长的主要促进因素, 已经被临床现象所证实, 如青春期前极少发生, 肌瘤随妊娠而增大, 绝经后缩小。生物化学证实, 肌瘤局部内的激素环境是高雌激素状态, 肌瘤组织局部对雌激素具有高敏感性, 在肌瘤的发病机理中起着重要的作用。在 506 例患者中, 子宫内膜增生 155 例(30.6%), 由于手术的时间选择, 手术方式不同对统计都有影响, 所以未作为指标进行统计, 但这个数据也可以说明肌瘤病人常伴有子宫内膜增生, 其中子宫内膜复杂性增生 36 例(7.1%), 非典型增生 3 例(0.6%), 都是由于雌激素增高的结果。

近年来, 越来越多的研究发现孕激素在肌瘤的发病中有着重要的作用, 孕酮、孕激素和孕酮受体促进肌瘤增殖, 它调节着肌瘤的有丝分裂活动, 有丝分裂明显地影响着体细胞突变的繁衍, 孕酮很可能是以周期性方式增加体细胞突变和刺激肌瘤的生长, 从而有助于肌瘤的形成; 孕酮很可能是通过增加生长因子和/或受体来促进肌瘤的生长^[3]。

生长因子在子宫肌瘤病因学中是非常重要的, 近来的研究提示许多肽类生长因子及其受体被看作肌瘤生长的调节因子, 生长因子在生殖道组织中具有促有丝分裂及促进生长的作用。

3.3 特殊类型

子宫肌瘤在临床上很少见, 在 506 例中占 5.3%, 其共同点是病理组织学属于良性肿瘤, 但应注意良性与恶性的鉴别。富细胞性平滑肌瘤与恶性鉴别的标准是将核分裂象、细胞异型、肌瘤与周围组织间有无浸润及出血、坏死等综合判断, 核分裂象 5~10/10HPF 且细胞轻度异型应诊断为潜在恶性;

鼓励病人少食多餐, 给予低盐低脂优质蛋白饮食。

①蛋白质: 每日每公斤体重 0.55~0.66 克(其中 60% 以上为高生物效价的优质蛋白)。

②脂肪占供能的 30%~40%, 饱和脂肪酸和非饱和脂肪酸比为 1:1, 其余热量由粮供给。

③钠的摄入量不超过 2 克。

④水的摄入量应根据病情而定, 一般来说, 高度水肿而尿量少者应严格控制水入量。准确记录出入量。

⑤及时补充各种维生素及微量元素。

4 体会

系统性红斑狼疮(SLE) 并发脂膜炎是 SLE 少见的皮肤损害, 约占 2%, 所以很容易误诊。对于 SLE 患者出现皮下结节时, 应警惕脂膜炎的发生, 尽早活检明确诊断, 合理治疗和护理, 改善预后。此患者病情复杂, 机体抵抗力极其低下, 同时存在多种严重皮肤损害。根据其特点与医生制定了精密的治疗和护理计划, 20 天后皮肤表面结痂、干燥无渗液, 部分结痂已脱落。而皮肤感染的控制及皮肤破损的治愈又有利于全身性疾病的治疗。针对此类病人, 护理原则是提高机体免疫力, 积极治疗皮肤破损, 控制感染, 防止败血症。

参考文献

- [1] 蒋明, 朱立平, 林孝义. 风湿病学[M]. 北京: 科学出版社, 1995, 591, 1004
- [2] 王晶, 廉玉兰. 临床护患沟通的原则和技巧[J]. 生物磁学, 2005, 5(3): 78-79

核分裂象>10/10HPF 则诊断为肉瘤。奇异型平滑肌瘤注意与子宫平滑肌肉瘤鉴别, 核分裂象 2~5/10HPF 为潜在恶性, >5/10HPF 则为平滑肌肉瘤。

3.4 子宫肌瘤常和子宫内膜增生、子宫内膜息肉、卵巢囊肿同时存在^[4]。研究表明, 在 506 例子子宫肌瘤中, 合并有卵巢肿瘤的占 6.3%。同时有子宫内膜增生的如前所述。3.5 子宫肌瘤变性性主要为各种原因引起的退行性变, 其主要是因为子宫肌瘤局部供血不足, 在 506 例中有 73 例, 占 14.4% 发生变性。肉瘤变占 1.4%, 多为 50 岁左右的妇女。恶变率偏高, 可能与统计资料的来源不同有关。

子宫肌瘤严重地影响了广大妇女的身心健康, 它的真正发病率的研究, 须考虑到资料来源和多方面的因素, 其发生是环境因素、生活方式和个体遗传易感性相互作用的结果, 需要进一步进行流行病学研究, 探索疾病发生的危险因素, 为制定肿瘤预防策略和措施提供科学依据。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 136
- [2] 孙翠云, 王新允, 赵敏, 等. 女性生殖系统肿瘤 9504 例临床病理分析[M]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(3): 173-174
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1804
- [4] 顾美皎. 临床妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 901
- [5] 林巧稚. 妇科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 372-163
- [6] 黄志勇. 实用妇产科病理学[M]. 江苏: 科学技术出版社, 1996
- [7] 李玉林. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社: 2004
- [8] 刘彤华. 诊断病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社: 1995
- [9] Philip B, et al. Pathology of the uterine corpus[J]. Hum pathol, 1991, 22(8): 776-791
- [10] Fingerland A, Sikl H 1938 Gang Lioneuroma of cervix uteri[M]. J Pathol Ba cteiol 47: 631-634