

DOI: 10.12209/CAIM202210300009

· 中西医结合临床案例 ·

1 例 AIDS 合并尖锐湿疣 术后大面积伤口感染患者的护理

全晓丽, 吴冬霞, 王晓兰, 马建红, 常可意, 韩佳凝

(首都医科大学附属北京佑安医院, 北京, 100069)

摘要: 本文总结 1 例获得性免疫缺陷综合征(AIDS)合并尖锐湿疣术后大创面伤口愈合的护理经验。伤口专科护士通过对患者全身及伤口局部进行评估,制定术前及术后专科护理计划,管理渗液、控制感染,做好消毒隔离,并进行心理指导和健康宣教,使患者保持积极乐观的心态,提高其睡眠质量,促进患者大面积创面伤口愈合。

关键词: AIDS; 尖锐湿疣; 伤口感染; 护理措施

Nursing management of postoperative wound infection in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and condyloma acuminatum

QUAN Xiaoli, WU Dongxia, WANG Xiaolan, MA Jianhong,

CHANG Keyi, HAN Jianing

(Beijing You'an Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100069)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing experience of postoperative wound infection in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and condyloma acuminatum. By evaluating the whole body and local wounds, wound care nurses carried out preoperative and postoperative care plan including wound fluid management, infection control, disinfection and isolation, and providing psychological guidance and health education, in order to achieve good outcomes of wound healing, improve sleep quality and ensure the positive attitudes toward the disease.

KEY WORDS: AIDS; condyloma acuminatum; wound infection; nursing measures

尖锐湿疣(CA),也称为肛门生殖器疣,是由人乳头瘤病毒(HPV)感染引起的以皮肤黏膜疣状增生性病变为主的性传播疾病。多发生于生殖器、肛门或肛周部位的皮肤、黏膜上,也可累及腹股沟或会阴等区域。该病容易复发,需长时间反复治疗,严重影响患者的生活质量^[1]。早期临床表现为局部细小丘疹,针头至粟粒大小,逐渐增大或增多,向周围扩散、蔓延,渐发展为乳头状、鸡冠状、菜花状或团块状赘生物,可单发或多发。少数患者可有瘙痒、异物感、压迫感或灼痛感,可因皮肤脆性增加、摩擦而发生破溃、浸渍、糜烂、出血或继发感染而出现特殊气味。治疗原则以尽早去除疣体为目的,尽可能消除疣体周围感染以减少或预防复发。外科及物理疗法可以去除肉眼可见的

疣体,易复发^[2],治疗后应定期随访。HIV感染者中,男男同性恋群体肛周尖锐湿疣的发生率显著高于异性恋群体,肛交是该群体肛周尖锐湿疣的重要危险因素^[3]。本院 2022 年 6 月 9 日收治了 1 例 AIDS 合并尖锐湿疣术后大面积伤口感染患者,经精心治疗和护理,最终痊愈出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者魏某,男,35 岁,商人,MSM 人群,家庭关系复杂并以形婚方式组建家庭,其妻子不了解患者所有病情,患者父母也不了解患者的婚姻状况及身体状况。10 年前体检时发现 HIV 抗体阳性,确证试验阳性,当时查 CD⁴T 淋巴细胞为 8 个/

收稿日期:2022-10-30

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

ul, 随即开始抗病毒治疗, 方案为替诺福韦、拉米夫定、依非韦伦; 6 年前发现尖锐湿疣、肛周脓肿、肛瘘, 行手术治疗; 1 年前患者发现左侧臀部肿物并有脓液流出, 自行挤压脓液后肿物可消退, 近 1 年反复出现, 均自行挤压出脓液。未予治疗 2 月前患者左侧臀部肿物进行性增大, 渗液较前增多, 伴疼痛, 长期使用卫生巾解决脓液的流出, 严重影响患者睡眠及生活。既往无高血压、糖尿病史。

2012 年 6 月 9 日收治入院, 查体: 身高 174 cm, 体质量 55 kg, BMI 18.17 kg/m²; 完善检查: WBC 14.9×10⁹/L, HB 104g/L, PLT 650×10⁹/L, 中性粒细胞绝对值 12.64×10⁹/L, CD⁴T 淋巴细胞为 230 个/ul, HIV 病毒载量 0 拷贝/ml。入院诊断: ①获得性免疫缺陷综合征; ②尖锐湿疣; ③肛周脓肿; ④肛瘘。2012 年 6 月 14 日 9:00 送入手术室在全麻下行臀部脓肿切开引流术+尖锐湿疣清除术, 左侧臀部自 1 点至 6 点方向有 10 个肛瘘外口, 近者位于肛周 2 cm, 远者距离肛门 30 cm 骶后上棘处, 瘘道相互连通, 瘘管壁覆有菜花状疣体, 大小不等, 大疣体直径约 3 cm, 沿瘘管行清创, 逐一剔除各瘘管直至内口处, 切除部分皮肤及皮下组织, 引流脓液约 150 mL, 清除腐烂组织腔。术中出血 20 mL, 入量 2 000 mL, 尿量 500 mL, 术后留置镇痛泵, 术后左侧臀部可见 20 cm×25 cm 伤口。

患者术后第 3 天, 伤口感染渗液增多并伴有恶臭; 术后第 5 天出现大出血, 出血性休克, 出血量在 1 500 mL; 术后 15 天患者臀部再次发现疣体。7 月 4 日进行第二次手术切除, 术后给予止血扩容、补充蛋白、抗生素抗感染、肠胃营养、锐器清创、氟胞嘧啶银抗感染、藻酸盐吸收渗液、表皮生长因子促进表皮生长等治疗。

2 护理

2.1 手术护理

术前准备: 评估患者的心理状态, 进行术前访视, 了解其对于疾病知识的掌握度, 并介绍主治医师资历、手术治疗安全性和操作流程, 告知其手术配合要点。

术后护理: 以手术麻醉方式为基础, 选择合适体位, 合理使用抗生素, 观察体温变化。密切观察伤口渗血渗液量及气味, 敷料湿透则应换药。制定伤口护理计划, 能够预见性判断伤口感染情况, 及时给予有效的干预措施。

2.2 伤口护理

患者皮肤深处尖锐湿疣, 脓肿侵犯整个左侧臀部, 伤口创面面积约 35 cm×25 cm, 伤口专科护士全面评估伤口情况, 在伤口不同时期采取不同处理方法。

2.2.1 第一阶段: 控制感染、溶解坏死组织、清除坏死组织。伤口床为 50% 黄色组织、25% 黑色组织、25% 红色组织伴有大量绿色渗出液, 气味为 0 分, 疼痛评分(FRS)为 3 分, 周围皮肤红肿, 伤口边缘浸渍。使用 0.9% 氯化钠冲洗伤口后, 用碘伏消毒伤口, 取分泌物细菌培养结果提示: 金黄色葡萄球菌生长。使用锐器进行清创, 操作时动作轻柔, 避免造成出血及疼痛, 清创后, 伤口床涂水凝胶溶解坏死组织, 使用氟胞嘧啶银控制感染, 外层使用无菌敷料覆盖。密切观察伤口敷料渗出情况, 换药间隔时间为 1 次/d, 此阶段共换药 4 次。

2.2.2 第二阶段: 减轻肉芽水肿、吸收渗液。伤口面积为 35 cm×28 cm, 伤口床为 50% 红色组织, 50% 黄色组织, 肉芽水肿, 见少量血性渗液, 气味评分为 4 分, 疼痛评分为 6 分, 换药前使用 1: 2 000 高锰酸钾坐浴 10 min 后, 康复新液湿敷 30 min, 继续进行锐器清创后使用氟胞嘧啶银控制感染及藻酸盐敷料吸收渗液以减轻肉芽组织水肿, 外层使用无菌敷料覆盖固定。创面肿胀于第 3 天消退, 患者诉疼痛症状明显减轻。换药间隔时间为 1~2 d, 此阶段共换药 3 次。

2.2.3 第三阶段: 促进肉芽生长。伤口面积为 35 cm×25 cm, 伤口床为 100% 红色组织, 可见少量血性渗液, 停止清创, 予常规消毒创面及周围皮肤后, 使用表皮生长因子涂抹伤口床促进肉芽生长, 外层使用无菌敷料覆盖。换药间隔时间为 2 d, 此阶段共换药 5 次。

2.2.4 第四阶段: 增殖修复期。伤口边缘上皮细胞逐渐变平, 发出伪足, 向伤口中央进行爬行生长, 在常规清洗伤口后, 继续使用表皮生长因子涂抹伤口床促进肉芽生长, 外层使用无菌敷料固定, 此时换药时间为 2~3 天/次。

2.2.5 疣体再现: 由于伤口床的血运供应使得伤口中央部位再次生长出菜花样疣状体, 再次手术切除增大伤口创面, 增加渗出, 加大感染风险; 如果不进行手术切除, 疣体增长速度会很快蔓延至整个伤口床, 经过综合考虑, 于 2022 年 7 月 4 日进行第二次疣体切除术, 术后继续规律换药。

2.2.6 效果评价: 经过 22 d 干预, 14 次伤口换

药,伤口缩小为 20 cm×23 cm,100% 红色组织,少量渗出,粉红色表皮继续移行,伤口中心位置可见 5 cm×8 cm、3 cm×6 cm 皮岛。2022 年 7 月 11 日患者要求出院,自行在家中换药,伤口专科护士制定出院后伤口护理计划,制定详细的换药流程,指导患者及家属操作方法和注意事项,并建立了微信练习以便进行指导。2022 年 10 月 8 日收到患者发来的伤口图片可见伤口缩小为 5 cm×8 cm,100% 红色肉芽组织,表皮移行速度明显,见图 1。患者睡眠质量好,体质量增长,生活质量提高。



图1 伤口动态图

2.3 消毒隔离

医务人员进行侵入性操作时必须做好职业防护,以防发生职业暴露,尖锐湿疣不仅通过性接触传播,还可通过外界污染的环境,如衣裤、被褥、便盆、毛巾等间接感染。研究^[1-4]表示,在未进行性接触而感染尖锐湿疣的病例时有发生。患者入院后应执行床边隔离,认真做好病室环境及物品消毒,可能会接触到患者血液、体液的医护人员均要严密做好防护工作及手卫生,尖锐湿疣可以经手传播,无论是自身还是异体^[2],严格手卫生是防止传染病传播最重要的方法,严格执行世界卫生组织建议洗手的五时刻,做好手卫生杜绝医源性交叉感染发生。同时卫生洁具要专用,换药时需佩戴帽子、口罩、手套、隔离衣、面屏,使用过的敷料、一次性用品投放黄色医疗垃圾桶内,需标有感染字样,器械类宜先用消毒液浸泡,再高压灭菌。

2.4 饮食护理

术前 1 日给予流质饮食,术前 8 h 禁食水,术后 48 h 排气后给予流质饮食,排便后给予正常软食。可进食优质高蛋白饮食促进术后伤口愈合,告知患者忌烟酒及刺激性食物,注意减少粗纤维的摄入,以减少排便次数,降低污染伤口、出血的风险;排便困难时可以使用辅助药物,避免排使用

力过猛造成出血。

3.5 心理护理

本文患者为 MSM 人群,并且艾滋病及尖锐湿疣均为性传播疾病,同时尖锐湿疣增长速度快、复发率高,该患者进行过多次的手术切除后复发,由于此次臀部脓肿疼痛不能平卧与坐位严重影响患者生活与睡眠。患者存在不同程度的自卑、焦虑、恐惧等心理。有效的心理护理可以提高患者的主观幸福感^[5-6]。

护士应尊重患者的隐私与人格,了解患者的思想顾虑、与患者单独交流,并且引导患者正确认识疾病,解除患者的顾虑,增加患者信心;讲解手术治疗的必要性,帮助患者树立战胜疾病的信心。

2.6 健康宣教

MSM 人群的多性伴、无保护性和肛交性行为是 HPV 易感因素,教育患者正确使用安全套能有效预防性病的复发。以尊重理解、不歧视、不评判的态度及时细致地做好患者的思想工作,教育 MSM 者采取健康的和安全的性行为,从而有效的遏制性病的传播与蔓延。告知患者出院后衣物与内衣要分开放置,分开清洗消毒,做好家居护理,勤洗手,不共用个人物品。对于 AIDS 患者目前还没有开展血管外科,对该患者臀部大面积创面无法进行手术修复,告知患者预后会有瘢痕,行走和蹲位时会感觉到拉伸,使患者对于伤口愈合结果有所预期,能够乐观接受。

2.7 延续护理

伤口愈合需要时间过程,在控制住感染后患者出院,出院时伤口专科护士给予患者制定了伤口管理方案,告知患者出院后持续进行伤口管理、规律换药,促进伤口愈合;并且伤口专科护士与患者建立了微信以便进行有效沟通,根据患者伤口恢复情况,对其进行延续性的伤口评估、饮食和用药指导,增加患者的依从性。

3 讨论

本病例是 AIDS 合并尖锐湿疣术后大面积创面发生感染,大面积切开临床上比较少见,创伤面积大,渗出液增多,电解质的流失,同时 HIV 感染者受 CD⁴ T 淋巴细胞的影响,术后发生感染的机率增高,伤口延期愈合的概率增大,所以认真做好术前准备及全身评估尤为重要。预见性的评估伤口,并能及时采取相应措施,减少感染的发生。

伤口专科护士作为主导发挥主观能动性,运

用整体护理理念;医护合作,进行多学科会诊,对患者实施伤口局部及全身的治疗和护理。这种全程、优化的伤口管理大大提高了伤口的整体护理水平。

尖锐湿疣术后预防伤口感染的关键是观察渗液及时给予干预措施。在护理这类伤口的患者时,护士首先需要熟悉疾病本身的临床表现及观察要点,及时正确的清除坏死组织、选择合理的敷料、动态的评估伤口后给予有针对性的护理措施,同时要重视患者的心理问题,另外做好基础护理与延续护理,预防各种并发症的发生,促进康复,提高患者生活质量。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] LIU Z Y, NYITRAY A G, HWANG L Y, et al. Acquisition, persistence, and clearance of human papillomavirus infection among male virgins residing in Brazil, Mexico, and the United States[J]. J Infect Dis, 2018, 217(5): 767-776.
- [2] GILSON R, NUGENT D, WERNER R N, et al. 2019 IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2020, 34(8): 1644-1653.
- [3] RYNDOCK E J, MEYERS C. A risk for non-sexual transmission of human papillomavirus? [J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2014, 12(10): 1165-1170.
- [4] 周真,刁友涛,石婧,等. 儿童尖锐湿疣48例临床分析[J]. 中国临床研究, 2019, 32(6): 823-825.
ZHOU Z, DIAO Y T, SHI J, et al. Condyloma acuminatum in children: analysis of 48 cases[J]. Chin J Clin Res, 2019, 32(6): 823-825. (in Chinese)
- [5] 张兵,郭会敏,栾玉泉,等. HIV/AIDS患者的心理问题及心理干预现状[J]. 中国艾滋病性病, 2021, 27(6): 671-674.
ZHANG B, GUO H M, LUAN Y Q, et al. Psychological problems of AIDS patients and current situation of psychological intervention [J]. Chin J AIDS & STD, 2021, 27(6): 671-674. (in Chinese)
- [6] 张兵,郭会敏,栾玉泉,等. 聚焦解决模式在心理干预中的应用及研究进展[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(8): 704-707.
ZHANG B, GUO H M, LUAN Y Q, et al. The application and research progress of focus mode in psychological intervention[J]. J Nurses Train, 2021, 36(8): 704-707. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。