

DOI: 10.12209/CAIM202307180005

· 中西医结合临床案例 ·

抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎 1 例护理体会

关 漪¹, 张 静²

(1. 北京市和平里医院 护理部, 北京, 100013;

2. 北京市和平里医院 CCU, 北京, 100013)

摘要: 本文总结 1 例抗中性粒细胞胞质抗体 (ANCA) 相关性血管炎患者的护理体会。护理干预实施过程中, 护理人员通过观察患者生命体征, 评估患者疾病进展、治疗效果以及患者病情变化和异常情况, 为正确诊断 ANCA 相关性血管炎提供有价值的临床信息, 有利于医生制定有效的治疗方案, 提高 ANCA 相关性血管炎治疗的成功率, 减少并发症的发生。

关键词: 抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎; 肺部感染; 体温; 护理评估

Nursing of a patient with anti-neutrophil cytoplasmic antibodies-associated vasculitis

GUAN Yi¹, ZHANG Jing²

(1. Department of Nursing, Beijing Hepingli Hospital, Beijing, 100013;

2. CCU, Beijing Hepingli Hospital, Beijing, 100013)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing management of a patient with anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA)-associated vasculitis. Based on the nurses' observation of the patient's vital signs and assessment of disease progression, treatment effect, changes and abnormal conditions during the implementation of nursing intervention, valuable clinical information was provided for the correct diagnosis of ANCA-associated vasculitis, and effective treatment plans were formulated. Nursing interventions based observation and assessment could improve the success rate of ANCA-associated vasculitis treatment and reduce the occurrence of complications.

KEY WORDS: anti-neutrophil cytoplasmic antibodies-associated vasculitis; pulmonary infection; body temperature; nursing assessment

抗中性粒细胞胞质抗体 (ANCA) 相关性血管炎是一种特定类型的非感染性血管炎, 其是由 ANCA 引起的一种罕见但严重的自身免疫性疾病。ANCA 相关性血管炎的死亡率较高, 但死亡率在治疗前和治疗后会有所不同, 在未接受治疗的情况下, 死亡率约为 50%^[1]。早期诊断和积极治疗可降低器官损害, 同时对预防并发症和改善预后也是非常重要的。ANCA 相关性血管炎以肺和肾脏受累最为常见, 肺是主要受累器官之一, 也是导致死亡的主要原因^[2], 同时还可以影响耳鼻喉、眼、神经、心血管、胃肠道、皮肤等多器官, 临床表现缺乏特异性, 因此常容易被漏诊。陈旻等^[3]在一项关于 426 例 ANCA 相关性血管炎患者临床表现的研究中发现, 56.8% 的患者病程中可出现发热症状。而存在肺受累的 ANCA 相关性

血管炎患者, 70% 以上合并发热^[4]。当 ANCA 相关性血管炎患者合并咳嗽、咳痰等呼吸道症状及肺部影像改变时, 常被误诊为肺部感染而进行抗感染治疗^[5]。本案例总结 1 例 ANCA 相关性血管炎的护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

患者女性, 84 岁, 2021 年 4 月 28 日入院, 主因: “间断咳嗽咳痰伴不欲饮食 2 月, 加重 1 周”, 以“细菌性肺炎”收入院。患者入院前 2 个月无明显诱因间断出现咳嗽咳痰, 不易咳出, 伴不欲饮食, 头懵, 四肢麻木, 偶有呕吐、低热。查血常规: 白细胞 $21.16 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 88.7%, 红细胞 $3.45 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 104g/L, C 反应蛋白 171mg/L; 胸片 CT 提示双肺间质性病变, 双肺肺气肿, 右肺上叶前段、左

收稿日期: 2023-07-18

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

肺下叶外基底钙化灶,右肺上叶后段少量炎性病变,部分血管壁钙化灶,肺动脉高压,考虑“肺部感染”,给予抗炎对症治疗后血常规等炎症指标稍有回落。1周前患者咳嗽、咳痰、纳差较前加重,门诊以“细菌性肺炎”收入院。

入院后,患者体温 36.7°C ,心率87次/min,呼吸19次/min,血压144/67 mm Hg,嗜睡状态,双侧瞳孔等大等圆(左:右=2 mm:2 mm),对光反应灵敏,喘息气促,间断咳嗽咳白黏痰,不易咳出,不欲饮食,面色正常,舌质淡红,少苔,脉细,语声低微无力,小便清,大便干。患者既往有高血压病病史多年、冠心病病史多年、神经根炎、慢性胃炎、肺部感染、低蛋白血症、贫血、双膝关节骨性关节炎。入院诊断:肺部感染,冠状动脉粥样硬化性心脏病;中医诊断为:咳嗽,证属肺阴亏虚证。

入院后,给予患者常规心电监护、抗炎、抗感染、改善心肌代谢、营养脑神经、补液、肠内及肠外营养支持。由于患者呈嗜睡状态,不能进食,给予患者留置胃管;患者贫血及低蛋白血症,给予患者PICC置管。护理人员在给患者实施对症治疗及护理干预过程中,发现患者4月28日—5月12日

体温始终波动在 $36.3\sim 38.4^{\circ}\text{C}$,无体温下降趋势,且发热期间患者呈昏睡状态。但治疗期间,患者因贫血及低蛋白血症输入人血白蛋白及血浆前常规地塞米松入壶后,患者体温2~3 d内均可维持在 $36.6\sim 37^{\circ}\text{C}$,且神志清楚,精神好,对答流利,与一般肺部感染发热患者经抗炎抗感染治疗后的体温变化及症状体征有明显差异,及时报告医生。5月12日给予患者查血NA系列及ANCA组合,明确诊断:ANCA相关性血管炎,及时调整治疗方案,给予地塞米松加醋酸泼尼松片治疗后,5月12日—5月17日,患者体温下降,维持在 $36.3\sim 36.9^{\circ}\text{C}$,未出现发热症状,精神状态好,5月17日出院转入专科医院继续治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般护理评估:2021年4月28日,完善一般护理评估项目,患者Braden评分表12分,Morse跌倒风险评分55分,Barthel指数0分,误吸评分18分。患者住院期间体温、脉搏、心率测量结果见图1-2和3。

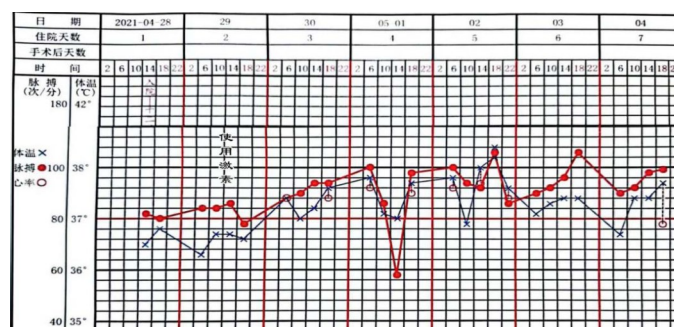


图1 患者住院第1—7天生命体征变化

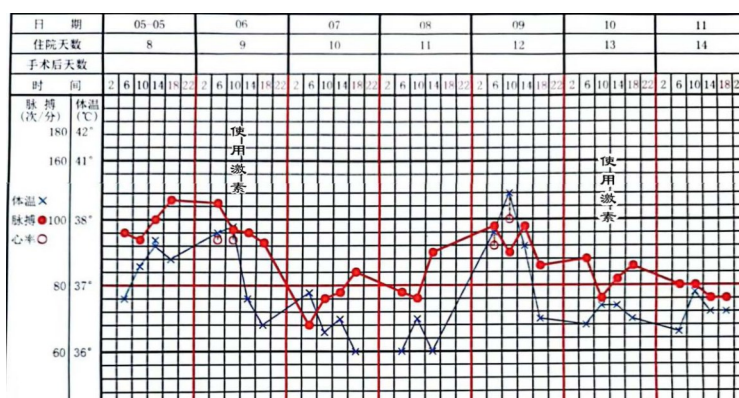


图2 患者住院第8—14天生命体征变化

2.1.2 专科护理评估:专科护理评估包括血常规、生化全项,CT、胸片、B超等检查。心电图提示:下壁心梗(II、III、AVF导联抬高)。专科评估具体

见表2—6。

2.2 护理诊断

护理诊断内容:①气体交换受损:与患者肺部

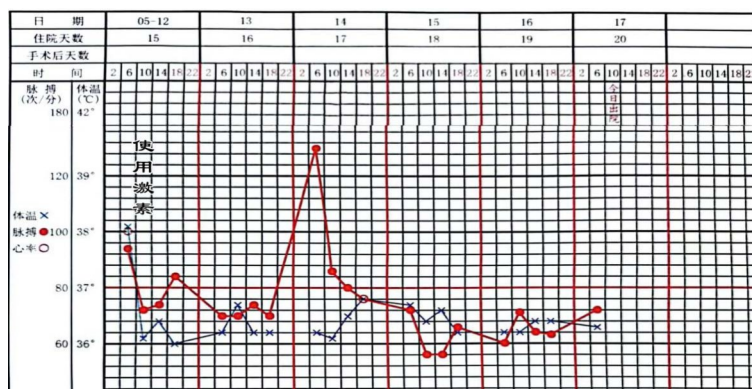


图3 患者住院第15—20天生命体征变化

表2 患者住院期间血常规

日期	白细胞($\times 10^9/L$)	红细胞($\times 10^{12}/L$)	血红蛋白(130 ~ 175g/L)	中心粒细胞(40% ~ 70%)	C反应蛋白(0 ~ 10mg/L)
2021/4/29	19.68	2.95	90	87.2	95.66
2021/5/2	24.01	2.65	81	87.3	103.14
2021/5/4	23.21	2.56	77	86.6	85.27
2021/5/6	24.88	2.57	76	84.7	79.98
2021/5/8	26.07	2.41	73	87.9	46.57
2021/5/10	24.61	2.76	83	87.0	47.00
2021/5/11	23.48	2.65	80	85.8	38.39
2021/5/12	22.17	2.52	77	92.9	43.76
2021/5/17	17.79	3.04	108	85.0	37.15

表3 患者住院期间心脏标志物指标

日期	BNP	TNI(<0.04ng/L)	CK-MB/(ng/L)
2021/4/29	125.29	3.253	14.60
2021/4/30	140.70	3.033	0.64
2021/5/1	235.64	2.873	0.58
2021/5/6	543.60	3.422	34.69
2021/5/11	986.70	1.420	6.227
2021/5/12	1103.85	0.140	6.337
2021/5/14	1027.78	1.310	6.022
2021/5/17	263.27	1.810	6.836

感染原发病有关;②体温过高:与患者肺部感染有关;③意识障碍(医护合作性问题):与患者体温过高有关;④营养失调:与患者发热、呈嗜睡状不能经口进食且代谢率增加和营养摄入不足有关;⑤

心输出量减少:与心肌坏死心泵血功能下降有关;

⑥心肌组织灌注减少(医护合作性问题):与心肌的供氧失调有关;⑦电解质紊乱(医护合作性问题):与患者体液失衡有关;⑧体温过高:与患者自身免疫性ANCA相关性血管炎有关(医护合作性问题);⑨潜在并发症:有猝死(医护合作性问题)、导管感染(PICC、胃管)、深静脉血栓形成和脑血管意外风险。

2.3 护理措施

2.3.1 气体交换受损:遵医嘱保证患者有效通气,鼻导管吸氧2 L/min;遵医嘱给予雾化治疗,做好气道温湿化护理;按时翻身拍背、胸部物理治疗,及时吸痰,观察并记录痰液的颜色、性质、量气味及黏稠度。严密观察患者生命体征变化,尤其是

表4 患者住院期间生化全项指标

日期	总蛋白(65-85 g/L)	白蛋白(40 ~ 55 g/L)	肌酐(41 ~ 81 umol/L)	尿素(3.1 ~ 8.8mmol/L)
2021/4/29	50.4	26	147	11.1
2021/5/1	50.0	26.3	176	10.7
2021/5/6	51.0	24.5	179	16.5
2021/5/8	52.0	24.7	181	18.0
2021/5/12	50.0	23	156	26.4
2021/5/17	50.0	23.5	167	28.0

表5 患者住院期间血凝指标

日期	凝血酶原时间(11~15 s)	活化部分凝血活酶时间/s	纤维蛋白原(2~4 g/L)	凝血时间(0.1-21 s)	凝血酶时间活动度(85%~150%)
2021/4/29	13.2	33	4.55	15	102
2021/5/6	15.2	50.6	3.26	14.1	76
2021/5/8	14.3	43	4.75	15.6	86

表6 住院期间患者其他指标

日期	氧分压(83~108 mm Hg)	钠(135~145 mmol/L)	钾(3.5~5.5 mmol/L)	钙(1.15~2.12 mmol/L)
2021/4/29	90	132.0	2.80	1.090
2021/5/12	106	140.7	5.69	2.100
2021/5/14	111	141.7	4.98	2.062
2021/5/17	108	141.6	4.17	2.210

血氧情况,观察患者喘憋症状的缓解及喘憋程度,如口唇及甲床紫绀情况,如有异常及时通知医生。每次翻身时动作轻柔,观察患者翻身后的生命体征和喘憋情况。提供整洁舒适的环境,按时开窗通风,保持舒适体位(床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$),注意保暖。遵医嘱给予患者止咳平喘的药物。根据病情需要监测血气分析,并遵医嘱给予对症处理

2.3.2 发热护理:密切观察患者病情变化,包括体温、皮肤状况、尿量等,及时报告医生,记录体温变化情况,及时发现和处理发热情况^[6]。保持病室清洁,空气清新,按时开窗通风,温湿度适宜(温度 $18\sim 22^{\circ}\text{C}$,湿度 $50\%\sim 60\%$),注意保暖。遵医嘱给予抗炎药物、免疫抑制剂等药物治疗,帮助控制炎症反应和缓解发热症状。鼓励患者多饮水,保持水分平衡,预防脱水。提供营养均衡的饮食,增加蛋白质和维生素的摄入,帮助患者增强免疫力。患者体温超过 38.5°C 时,根据病情不同选择不同的降温方式,如冰帽物理降温(注意观察皮肤温度及颜色)、酒精擦浴以及温水擦浴等,降温后30 min复测体温。出汗后及时更换衣物,保持皮肤和床单元清洁干燥,注意降温后的反应,避免虚脱。做好口腔护理,口唇干燥时涂石蜡油或护唇油^[7]。

2.3.3 营养支持:评估患者的营养状况,遵医嘱定期检测血白蛋白、血红蛋白、肌酐等水平,了解患者的营养状况。遵医嘱给予患者人血白蛋白、血浆,必要时悬浮红细胞静脉滴注。制定个性化的营养计划,调整饮食结构、增加能量和蛋白质摄入量、补充维生素和矿物质等。指导患者家属备好易消化优质蛋白流食如牛奶、蛋类、各种蔬菜汁及水果汁补充维生素^[8]。每日按时给予患者口腔护

理,清除口腔异味,增加口腔舒适感。观察患者周身皮肤颜色以及和皮肤有无破损和水肿等。严格记录24 h出入量,保持平衡。如果患者无法通过口服摄入足够的营养物质,可能需要考虑其他途径,如胃肠外营养。

2.3.4 电解质紊乱护理:①监测电解质水平:定期检测患者的电解质水平,包括血清钠、钾、钙、镁等指标,根据检测结果调整治疗方案。②补充电解质:根据患者的电解质水平和临床症状,给予适当的电解质补充。补充电解质可以通过口服、静脉输液或肠内营养等途径进行。③控制液体摄入量:根据患者的液体平衡情况,控制液体的摄入量。对于水过多或水过少的患者,需要相应调整液体摄入量。④调整饮食:根据患者的电解质水平调整饮食中的电解质含量。⑤密切观察患者的症状变化,包括心律失常、肌肉无力、神经系统异常等,及时发现并处理电解质紊乱引起的并发症。

2.3.5 预防压疮:本例患者Braden评分12分,软枕支撑侧倾 30° 或仰位翻身左或右斜 30° ,采用局部或全身垫软枕法;随时检查床单是否平整无渣屑,为患者更换卧位时不要拖拉拽,避免皮肤受损,减少摩擦;应用便盆时应抬起患者臀部;保证营养,纠正低蛋白血症,改善营养状况,保证正氮平衡,提高免疫力^[9]。

2.3.6 健康指导:①疾病认知:向患者讲解关于ANCA相关性血管炎的基本知识,包括病因、症状、诊断和治疗等方面的信息。有助于患者了解自己的疾病,并能更好地管理和控制病情。②饮食指导:给予患者合理的饮食指导,包括避免食用可能引发炎症的食物,如辛辣食物、酒精和咖啡等。同时,鼓励患者增加摄入富含抗氧化剂和抗

炎食物的饮食,如水果、蔬菜、鱼类和坚果等。③定期复诊和监测:强调患者定期复诊和监测病情的重要性,可以帮助医生及时调整治疗方案,以控制病情并预防并发症的发生。④药物管理:长期服用激素会导致血压升高或不稳,影响体内的水盐代谢,使钠盐停滞体内,血容量增加,促进人体内血管紧张素系统的活性增高,小血管平滑肌收缩,从而导致血压升高。日常生活中保持低盐低脂饮食,减少水钠潴留,加强锻炼,控制体质量,保持良好的心态和睡眠,避免情绪激动^[10]。长期服用激素会导致抵抗力变差,容易感冒,注意通风保暖,避免过度疲劳,预防感染,出现症状应积极就诊。教育患者正确使用药物,包括剂量、用法和不良反应等方面的知识,遵循医生的建议患者按时服药。⑤心理支持:提供心理支持和咨询服务,帮助患者应对疾病带来的心理压力和焦虑,保持良好的心态和睡眠,促进患者早日康复^[11]。⑥起居:保持室内干净整洁,空气新鲜,温湿度适宜,温度 18~22℃,湿度 50%~60%。长期服用激素会导致抵抗力变差,容易感冒,注意通风保暖,避免过度疲劳,预防感染。

2.4 护理评价

患者明确诊断并给予对症治疗及护理干预后,白细胞计数由 $19.68 \times 10^9/L$ 下降至 $17.79 \times 10^9/L$,血红蛋白由 90 g/L 上升至 108 g/L,体温 $38.4^\circ C$ 下降至 $36.3^\circ C$,ANCA 相关性血管炎治疗监测的炎症指标 C-反应蛋白由 95.66 mg/L 下降至 37.15 mg/L。及时的治疗和护理干预措施有效抑制了免疫系统的异常反应,减轻了血管壁的炎症反应,从而降低了 C-反应蛋白的产生,炎症反应得到了控制,患者无其他并发症及压疮发生,及时转入免疫病房继续治疗,出院后口服激素治疗。

3 讨论

临床上以发热症状首诊的 ANCA 相关性血管炎临床表现常缺乏特异性,ANCA 相关性血管炎发热和肺部感染发热患者经过同样的治疗后,体温的变化取决于疾病的性质和治疗的效果。肺部感染发热通常是由细菌、病毒或真菌感染引起的,对于肺部感染发热患者,使用抗生素或其他抗炎药物治疗,消除感染源,控制炎症,短期内就可以看到明显的症状缓解,体温通常会逐渐下降,直至恢复正常。而 ANCA 相关性血管炎是一种自

身免疫性疾病,其特征是自身抗体(ANCA)攻击血管壁导致炎症反应。ANCA 相关性血管炎发热患者,治疗的目标是抑制免疫系统的异常反应,并减轻炎症症状,治疗通常包括使用免疫抑制剂,如糖皮质激素和免疫抑制剂,这些药物可以抑制免疫系统的异常反应,减轻炎症症状,并防止进一步的血管损伤。然而,治疗的效果因人而异,在治疗初期,体温可能会有所下降,有些患者可能需要更长时间才能看到明显的体温下降和症状缓解,但完全恢复正常可能需要更长的时间,并且需要长期的治疗和监测,预防复发。由于护理人员准确分辨出案例中患者治疗效果及症状体征的不同,协助医生及时确定正确的诊断,制定有效的治疗计划,提高治疗成功率,减少并发症的发生。

结合本例患者的治疗和护理体会,护理人员应具备扎实的医学和护理知识,包括生理学、病理学、药理学等方面的知识,了解各种疾病的病因、临床表现、治疗方法等,同时还应具有敏锐的观察和评估能力,才能够在实施护理干预过程中通过观察患者的生命体征、症状和体征,评估患者的疾病进展和治疗效果、患者的变化和异常情况,及时向医生提供有价值的临床信息,帮助医生做出正确的诊断,从而采取适当的治疗措施,这些专业素养对于为患者提供高质量的护理服务、最佳的治疗和护理至关重要。

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] SUNDERKOTTER C, LAMPRECH T P, MAHR A, et al. Nomenclature of cutaneous vasculitides – German translation of the dermatologic addendum to the 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides [J]. J Dtsch Dermatol Ges, 2018, 16(12): 1425–1432.
- [2] 楼玉婷,俞超,高春华. 1例重症自身免疫性脑炎病人的护理[J]. 全科护理, 2020, 18(31): 4383–4384.
LOU Y T, YU C, GAO C H. Nursing care of a patient with severe autoimmune encephalitis [J]. Chin Gen Pract Nurs, 2020, 18(31): 4383–4384. (in Chinese)
- [3] 陈旻,于峰,张颖,等. 426例抗中性粒细胞胞浆抗体相关性小血管炎患者多系统临床表现和肾脏病

- 理分析[J]. 中华内科杂志, 2005, 44(11): 828-831.
- CHEN M, YU F, ZHANG Y, et al. An analysis of multi-system involvement and renal pathology of anti-neutrophil cytoplasmic autoantibodies-related vasculitis[J]. Chin J Intern Med, 2005, 44(11): 828-831. (in Chinese)
- [4] 王宁, 张国俊, 鲍洪杰. 肺部受累的 ANCA 相关性血管炎患者临床特征分析[J]. 河南医学研究, 2020, 29(17): 3086-3090.
- WANG N, ZHANG G J, BAO H J. Clinical features of ANCA-associated vasculitis patients with lung involvement[J]. Henan Med Res, 2020, 29(17): 3086-3090. (in Chinese)
- [5] 蔡柏蔷, 李龙芸. 协和呼吸病学[M]. 2 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011.
- CAI B Q, LI L Y. PUMC Respiriology[M]. 2nd ed. Beijing: Peking Union Medical College Press, 2011. (in Chinese)
- [6] 贾语博, 任欢欢, 王莉, 等. 男性初发系统性红斑狼疮合并自身免疫性溶血性贫血患者护理 1 例[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(16): 2523-2526.
- JIA Y B, REN H H, WANG L, et al. Nursing care of a male patient with primary systemic lupus erythematosus complicated with autoimmune hemolytic anemia[J]. Nurs Pract Res, 2022, 19(16): 2523-2526. (in Chinese)
- [7] 丁昭鑫, 邓辉胜, 黄靓, 等. 重症抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎合并肺栓塞 1 例[J]. 心肺血管病杂志, 2020, 39(6): 724-726.
- DING Z X, DENG H S, HUANG J/L, et al. Severe antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis complicated with pulmonary embolism: a case report[J]. J Cardiovasc Pulm Dis, 2020, 39(6): 724-726. (in Chinese)
- [8] 喻婷, 罗珊珊, 范恒, 等. 重症 ANCA 相关性血管炎 1 例报道[J]. 医药前沿, 2020, 10(14): 242-243.
- YU T, LUO S S, FAN H, et al. A case report of severe antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis [J]. J Front Med, 2020, 10(14): 242-243.
- [9] 关娟, 陈小玲. 预防性压疮护理在老年重症患者中的临床护理效果[J]. 吉林医学, 2020, 41(2): 496-497.
- GUAN J, CHEN X L. Clinical nursing effect of preventive pressure sore nursing in elderly patients with severe illness[J]. Jilin Med J, 2020, 41(2): 496-497. (in Chinese)
- [10] 郭德久, 宋利, 符霞, 等. 1 例 ANCA 相关性血管炎患者行蛋白 A 免疫吸附治疗的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2022, 20(8): 177-180.
- GUO D J, SONG L, FU X, et al. Observation on the effect of protein A immunoadsorption therapy in a patient with ANCA-associated vasculitis[J]. Contemp Med Forum, 2022, 20(8): 177-180. (in Chinese)
- [11] 于娜娜. 1 例重度营养不良老年患者的护理[J]. 中西医结合护理, 2021, 7(12): 188-191.
- YU N N. Nursing care of an elderly patient with severe malnutrition[J]. Chin J Integr Nurs, 2021, 7(12): 188-191. (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。