

DOI: 10.12209/CAIM202411250012

· 中西医结合临床案例 ·

1 例抗 Jo-1 综合征合并坏死性筋膜炎 和接触性皮炎患者的护理

宣亚男, 王 谨, 万丽娟, 陈晓玲

(南方医科大学中西医结合医院 风湿病科, 广东 广州, 510000)

摘要: 抗 Jo-1 抗体综合征合并坏死性筋膜炎在临床较为罕见, 其病情发展迅速, 病情凶险, 病死率及截肢率极高。坏死性筋膜炎救治的关键是早期明确诊断, 早期彻底扩创手术, 并应用有效足量抗生素, 辅以支持疗法。护理措施就是随着病程的进展而采取相应的综合方法。本例患者坏死性筋膜炎导致肌肉坏死, 通过评估发现病情复杂且危重, 实施 4 次右大腿感染灶清创+负压封闭引流(VSD)术, 术后制定护理计划, 包括饮食、皮肤、情志护理等。患者术后伤口愈合良好, 生活质量提高。综合护理措施对抗 Jo-1 综合征合并坏死性筋膜炎和接触性皮炎患者有效, 值得临床借鉴参考。同时, 对于此类患者, 应注重个体化治疗, 根据患者的具体情况制定针对性的治疗和护理方案。

关键词: 抗 Jo-1 综合征; 坏死性筋膜炎; 接触性皮炎护理; 负压封闭引流

Nursing care of a patient with anti-Jo-1 syndrome complicated with necrotizing fasciitis and contact dermatitis

XUAN Yanan, WANG Jin, WAN Lijuan, CHEN Xiaoling

(Department of Rheumatology, Southern Medical University Hospital of Integrated Traditional
Chinese and Western Medicine, Guangzhou, Guangdong, 510000)

ABSTRACT: Anti-Jo-1 antibody syndrome with necrotizing fasciitis (NF) is a rare clinical condition with rapid progression, severe disease, high mortality and amputation rate. Key issues in the treatment of necrotizing fasciitis are early diagnosis, early surgical debridement, effective use of sufficient antibiotics and supportive therapy. In this case, necrotizing fasciitis caused muscle necrosis. The comprehensive nursing evaluation revealed that the patient's condition was complex and critical. The patient underwent debridement and vacuum sealing drainage (VSD) of right thigh infection for 4 times. The postoperative nursing plan was developed, including diet, skin and emotional care. After implementation of comprehensive nursing interventions, the wound healed well and patient's quality of life was improved. Comprehensive nursing measures are effective in treating patients with Jo-1 syndrome complicated with necrotizing fasciitis and contact dermatitis, and individualized nursing interventions are recommended. At the same time, it should pay attention to individual treatment and develop targeted treatment plans according to the specific situation of patients.

KEY WORDS: Anti-Jo-1 syndrome; necrotizing fasciitis; contact dermatitis; vacuum sealing drainage

抗 Jo-1 抗体综合征是包括间质性肺病、关节炎、雷诺现象、技工手、皮肤过度角化、指(趾)过度硬化、面部毛细血管扩张、钙化和干燥症等表现且抗 Jo-1 抗体阳性者^[1]。坏死性筋膜炎在临床较为少见, 是由多种细菌入侵引起的以皮肤、皮下组织及深浅筋膜进行性坏死为特征的软组织感染, 其

发展迅速、病情凶险^[2]。造成感染的细菌主要有溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、肠杆菌、A 组 β -溶血性链球菌、海洋弧菌等^[3]。坏死性筋膜炎救治的关键是早期明确诊断, 早期彻底扩创手术, 并应用有效足量抗生素, 辅以支持疗法。护理措施就是随着病程的进展而采取相应的综合方法^[4]。

收稿日期: 2024-11-25

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

科室于2018年6月收治1例抗Jo-1抗体综合征因自行停药后出现坏死性筋膜炎患者,通过多学科会诊联合诊治,经抗结核、腰麻下行右大腿切开引流术、免疫抑制等治疗及精心护理后病情好转出院。现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,57岁,2015年5月因“双手多关节对称性肿痛,四肢乏力、肌肉酸痛”首次至本科室就诊,查抗Jo-1抗体阳性(+),诊断为抗Jo-1综合征。之后长期服用强的松、羟氯喹、环孢素、甲氨蝶呤,病情控制稳定。2018年年初开始自行停药。因“全身多关节肿痛、四肢乏力3年余,再次发作并伴发热1天”于2018年6月22日步入院。

1.2 专科检查

右下肢髌上10 cm处腿围61 cm,部分皮肤紫红,局部肤温升高,压痛阳性(+),指压非凹陷性。右大腿腘窝上穿刺物病理活检:慢性炎伴急性活动,局部可见肉芽肿形成伴出血,周边可见横纹肌组织,符合坏死性筋膜炎。2018年7月于腰麻下共行4次右大腿感染灶清创+VSD术。术后引流液查结核杆菌DNA定性(+),细菌真菌培养、一般细菌涂片均为阴性(-)。治疗上给予利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、异烟肼联合抗结核治疗等。坏死性筋膜炎病情控制后患者术口周围皮肤、会阴部皮肤开始出现水疱样改变,诊断为接触性皮炎。

1.3 诊断

中医诊断:肌痹病(湿热内蕴证)。西医诊断:抗Jo-1综合征,坏死性筋膜炎,接触性皮炎。

1.4 治疗

患者入院后反复发热,最高体温可达40.3℃,腿围从45.5 cm增长至60 cm,期间给予降温、抗炎、免疫抑制、护胃等对症治疗,于2018年7月4日行组织病理活检。2018年7月5日诊断为坏死性筋膜炎。2018年7月6日开始在腰麻下共行4次右大腿感染灶清创+负压封闭引流(VSD)术,期间仍有发热,2018年7月9日确诊为坏死性筋膜炎。2018年7月15日术后引流液查结核杆菌DNA定性阳性(+),给予尝试性结核治疗,2018年7月18日患者体温得到控制正常。2018年7月28日观察患者术口周围皮肤出现水泡,并逐渐蔓延至右下肢及右臀部,于2018年8月2日行右大腿清创+缝合术,并置入中心静脉导管

(CVC),给予对症治疗和护理后右大腿水泡逐渐结痂。2018年8月30日,因接触性皮炎引起水泡,期间可见新发小水泡,给予对症护理可愈合,于2018年9月7出院。2018年10月患者返院复诊时右下肢肿痛、水泡完全消退。

2 护理

2.1 护理评估

术后护理评估内容:①采用视觉模拟疼痛评分(VAS)评估疼痛,评分为6分,中度疼痛,影响睡眠。②采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估失眠,评分为3分,中度失眠。③采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估焦虑程度,评分为30分,有焦虑。④采用Barthel指数(BI)评估日常生活能力,评分为50分,大部分需他人照顾。⑤皮肤破溃、水泡。

2.2 护理诊断

护理诊断内容:①皮肤完整性受损:与手术切除坏死组织有关。②疼痛:与坏死性筋膜炎导致肌肉、筋膜组织坏死有关。③躯体移动障碍:与术后伤口较大、疼痛有关。④焦虑:与担心预后不佳有关。

2.3 护理计划

针对患者病情及护理需求,制订个性化护理计划。针对患者术后情况,严格及时换药,从饮食、心理、药物等方面进行综合护理。同时,加强皮肤护理,保持患处皮肤清洁干燥,及时清理水泡,予清洗杀菌和黄柏液湿敷,及红外线照射。

2.4 护理措施

2.4.1 心理护理

坏死性筋膜炎预后较差,需要多次手术治疗,术后需长期卧床并保持右下肢制动状态,生活质量明显降低,导致患者对治疗产生了抵触心理。护理人员耐心地对患者进行心理疏导,告知其积极配合治疗能提高治疗的质量、能降低不良反应的发生率。告知患者坚持治疗的重要性,免疫性疾病的治疗方案需在医护人员的指导下进行调整,自行调整治疗方案的危险性巨大。

2.4.2 饮食护理

患者需进行多次手术,术口留置负压引流管,引流液为富含蛋白的组织液,同时需要长期卧床,故需对患者进行合适的饮食指导。进食以高蛋白、高热量、高维生素和富含纤维的营养膳食为主,蛋类:鸡蛋为主,肉类:牛肉、猪肉、肌肉、鱼肉等;新鲜水果:柑橘类水果、草莓、猕猴桃等;新鲜

蔬菜:菠菜、胡萝卜、西蓝花、芹菜等;坚果与种子:核桃、花生、杏仁等;主食:以米饭、包子为主,忌食辛辣刺激及油腻难以消化的食品。

2.4.3 药物护理

患者病情复杂,使用头孢哌酮他唑巴坦(4 g, 1次/d,静脉滴注)、强的松(50 mg, 1次/d,口服)、吗替麦考酚酯(0.25 g, 3次/d,口服)控制病情。护士必须严格按照医嘱执行,用药前注意药物配伍有无禁忌,口服药物时需监督患者按照医嘱服用以避免漏服,用药后需对患者进行观察,以明确有无不良反应,若出现不良反应应及时报告医生。术口换药时,需根据术口及周围皮肤情况合理选择清洗、消毒的药品,以达到清洁要求的同时降低对患者术口的刺激。

2.4.4 术后护理

2.4.4.1 一般护理:术后密切监测生命体征变化情况,去枕平卧6 h,禁饮食6 h。注意观察右下肢术口周围有无渗血、渗液,右下肢血液循环情况是否良好。观察负压引流液颜色、量、性质等。术口疼痛干预方面,对患者开展进行心理疏导以分散注意力,必要时遵医嘱对其使用止痛药物。同时嘱患者适当活动足趾以促进血液循环。

2.4.4.2 术口护理:术口在右大腿背侧,创面较大,需长期卧床制动,故需使用气垫床,每2 h翻身1次,并对腰背部、臀部等部位进行按摩、热敷等处理以促进血液循环。使用负压引流时需注意引流瓶液体量,定期、及时更换以防止引流液满瓶时妨碍组织液流出而增加感染风险,后期撤除负压引流装置后,在对术口进行换药处理时,需严格按照无菌原则进行操作。因患者入院时处夏季,天气炎热,需加强术口敷料的观察,当敷料渗出液较

多时需及时更换。换药时使用生理盐水、洗必泰洗液对术口及周围皮肤进行3次清洗,换药后用氧气对其术口进行10 min的局部氧气治疗及10 min的红外线照射,之后使用纱布、棉垫对疮口进行包扎。换药处理时需密切观察术口及周围血运、有无分泌物、有无坏死组织及新生肉芽组织。换药后若术口疼痛明显,可遵医嘱使用止痛药。因患者术口较大,每日对房间进行1次紫外线消毒,以降低术口感染风险。

2.4.4.3 导尿护理:患者经腰麻后行手术治疗,术后留置有导尿管以引流尿液。注意保持会阴部干洁,每日行2次会阴抹洗。同时留置导尿管后尿路感染的风险增加,使用庆大霉素+生理盐水进行膀胱冲洗的同时指导患者进行排尿训练以及早拔出导尿管。

2.4.5 皮肤护理

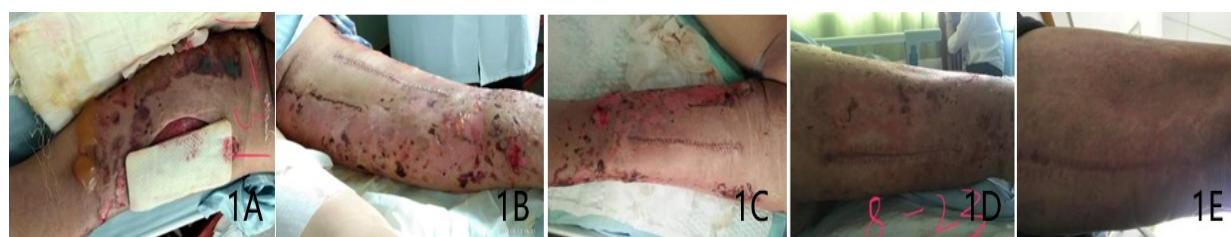
患者坏死性筋膜炎病情控制后,右大腿处、会阴部,右下腰部出现水疱样改变,经皮肤科会诊后诊断为接触性皮炎。护理方面,撤除纱布、棉垫以减少与皮肤的接触,仅以纱布覆盖术口。对明显的水疱以无菌注射器抽液处理,根据水泡大小选择合适注射器,先用0.9%氯化钠注射液500ml冲洗水泡处皮肤,洗必泰洗液再次冲洗,后给予黄柏液纱布湿敷水泡皮肤10 min,最后用红外线照射水泡皮肤处10 min。清洁完毕后告知患者适当抬膝以减少右下肢与床的接触。

2.5 护理评价

患者皮肤情况得到了有效控制,皮肤结痂清除,肤色恢复正常,无感染等并发症的发生,护理效果见表1,伤口恢复情况见图1。患者对医疗及护理服务表示满意。

表1 护理效果评价

时间	BI评分/分	VAS评分/分	PSQI评分/分	HAMA评分/分
入院	50	6	3	30
出院	90	0	0	0



1A. 7月31日; 1B. 8月13日; 1C. 8月16日; 1D. 8月23日; 1E. 11月15日

图1 患者术后伤口恢复情况

3 结果和随访

本例患者经抗结核、免疫抑制、切开清创引流等治疗,同时医护人员对其进行健康宣教和心理护理,患者积极配合治疗。通过术口护理、皮肤护理等干预,患者伤口恢复,皮肤结痂全部清除,病情缓解出院。1 月后复诊,症状完全消退。出院 1 年后电话、微信随访,患者遵出院健康宣教内容,至今无明显不适,患者转归良好。

4 讨论

抗 Jo-1 抗体综合征合并坏死性筋膜炎时可能并发有皮肤血管炎,引起局部血管闭塞,导致皮肤组织微循环障碍,外部感染源经皮肤进入组织最终导致 NF;另一个可能原因为免疫功能障碍者在长期使用糖皮质激素类药物及免疫抑制剂时发生感染的风险增高^[5],感染的细菌可通过血运播散至其他组织部位;而抗 Jo-1 抗体综合征合并感染往往是复杂的,其感染可由结核分枝杆菌、水痘、带状疱疹病毒等引起^[6],四肢筋膜由于组织致密,容易导致细菌聚集^[7],最终可能发生坏死性筋膜炎^[8]。

对坏死性筋膜炎的治疗,为了避免病情急剧加重,需要早期使用广谱抗生素,并且尽早清创^[9],同时积极寻找感染源以调整治疗方案。对于坏死性筋膜炎的清创,如术中出现筋膜完整性丧失、筋膜灰白色、洗碗水色脓液、恶臭分泌物、坏死、明显水肿等典型表现,需对这类病灶进行清除^[10],同时使用负压引流,有利于创面恢复及控制感染^[11]。

抗 Jo-1 抗体综合征合并坏死性筋膜炎在临床上罕见,后期患者因接触性皮炎而出现水疱,使护理难度增加。临床治疗坏死性筋膜炎多采用抗感染、清创、引流、换药等方案,为保证治疗效果,需实施完善的护理干预^[12]。根据患者病情变化实施综合护理是必然的,本案例通过皮肤、饮食、心理、药物及术口综合护理,取得良好的效果,为免疫性疾病合并坏死性筋膜炎提供了更广的护理思路。在对皮肤破损的伤口护理时,可合理使用具有抑菌作用的复方黄柏洗液^[13],对术口使用氧气创面疗法^[14]、红外线照射^[15]对创口的愈合有一定的帮助作用。

综上所述,本病例通过综合护理,不仅取得了良好效果,而且为该病的治疗提供了更多方面的

综合方案,丰富了临床治疗选择。且本病例报告为抗 Jo-1 抗体综合征合并坏死性筋膜炎的治疗护理和研究提供了新的视角和参考,值得进一步探索和优化。

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] 郑文洁,魏蔚,唐福林. 抗 Jo-1 抗体综合征的临床特征及误诊分析[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(18): 1565-1568.
ZHENG W J, WEI W, TANG F L. Clinical features and misdiagnosis of anti-Jo-1 syndrome: analysis of 33 cases [J]. Natl Med J China, 2003, 83(18): 1565-1568. (in Chinese)
- [2] ROMANOFF A, FREED J, HEIMANN T. A case report of necrotizing fasciitis of the abdominal wall: a rare, life-threatening complication of a common disease process[J]. Int J Surg Case Rep, 2016, 28: 355-356.
- [3] 李启明. 急性坏死性筋膜炎的临床诊治体会[J]. 中国实用医药, 2010, 5(22): 77-78.
LI Q M. Clinical diagnosis and treatment of acute necrotizing fasciitis [J]. China Pract Med, 2010, 5(22): 77-78. (in Chinese)
- [4] 王春兰,向军. 大面积急性坏死性筋膜炎的护理体会[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2013, 8(3): 317-318.
WANG C L, XIANG J. Nursing experience of large area acute necrotizing fasciitis[J]. Chin J Inj Repair Wound Heal Electron Ed, 2013, 8(3): 317-318. (in Chinese)
- [5] ALARCON G S. Infections in systemic connective tissue diseases: systemic lupus erythematosus, scleroderma, and polymyositis/dermatomyositis [J]. Infect Dis Clin North Am, 2006, 20(4): 849-875.
- [6] CHEN I J, TSAI W P, WU Y J J, et al. Infections in polymyositis and dermatomyositis: analysis of 192 cases [J]. Rheumatology (Oxford), 2010, 49(12): 2429-2437.
- [7] MISIAKOS E P, BAGIAS G, PAPADOPOULOS I, et al. Early diagnosis and surgical treatment for necrotizing fasciitis: a multicenter study [J]. Front Surg, 2017, 4: 5.
- [8] 朱兴旺,左芳芳,宣亚男,等. 皮炎炎合并坏死性筋膜炎一例[J]. 临床内科杂志, 2020, 37(2):

- 136–137.
- ZHU X W, ZUO F F, XUAN Y N, et al. A case of dermatomyositis complicated with necrotizing fasciitis[J]. *J Clin Intern Med*, 2020, 37(2): 136–137. (in Chinese)
- [9] BECHAR J, SEPEHRIPOUR S, HARDWICKE J, et al. Laboratory risk indicator for necrotising fasciitis (LRINEC) score for the assessment of early necrotising fasciitis: a systematic review of the literature [J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 2017, 99(5): 341–346.
- [10] HERR M, GRABEIN B, PALM H G, et al. Nekrotisierende Faszitis. Update 2011 [Necrotizing fasciitis. 2011 update] [J]. *Unfallchirurg*. 2011, 114(3):197–216.
- [11] 付焱, 王自兵, 张冰, 等. 改良负压封闭引流术治疗肛周坏死性筋膜炎的临床疗效观察[J]. *中华结直肠疾病电子杂志*, 2019, 8(1): 54–57.
- FU Y, WANG Z B, ZHANG B, et al. Clinical efficacy of modified vacuum-sealing drainage in treatment of perianal necrotizing fasciitis [J]. *Chin J Colorectal Dis Electron Ed*, 2019, 8(1): 54–57. (in Chinese)
- [12] 陈小文, 黄贵珠, 黄敏芳. 强化宣教联合综合护理在坏死性筋膜炎患者中的应用及效果观察[J]. *黑龙江中医药*, 2024, 53(2): 263–265.
- CHEN X W, HUANG G Z, HUANG M F. Application and effect observation of intensive education combined with comprehensive nursing in patients with necrotizing fasciitis [J]. *Heilongjiang J Trad Chin Med*, 2024, 53(2): 263–265. (in Chinese)
- [13] 龙曦曦. 复方黄柏洗液对留置尿管后尿路感染的预防作用[J]. *养生保健指南*, 2017(18): 237.
- LONG X X. Preventive effect of compound Huang-bai lotion on urinary tract infection after indwelling urinary tube [J]. *Health Guide*, 2017(18): 237. (in Chinese)
- [14] 陈新华, 刘峰, 崔玉芬, 等. 局部氧气疗法在慢性伤口治疗中的应用研究进展[J]. *解放军护理杂志*, 2017, 34(15): 27–29, 72.
- CHEN X H, LIU F, CUI Y F, et al. Progress in the application of local oxygen therapy in the treatment of chronic wounds [J]. *Nurs J Chin People's Liberation Army*, 2017, 34(15): 27–29, 72. (in Chinese)
- [15] 范明枝, 孙颖. 红外线烤灯照射对头部供皮区烧伤患者创面愈合的疗效观察[J]. *解放军护理杂志*, 2018, 35(11): 64–66.
- FAN M Z, SUN Y. Effect of the infrared lamp on wound healing in patients with burn injury on scalp donor areas [J]. *Nurs J Chin People's Liberation Army*, 2018, 35(11): 64–66. (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。