

自身免疫性疾病并发皮肤溃疡伤口护理的研究进展

芦亚玲

景德镇市皮肤病医院 江西 景德镇 333000

摘要：自身免疫性疾病是一类以免疫系统异常为特征的慢性疾病，其病程复杂，常引发多种并发症，其中皮肤溃疡是较为常见的并发症之一。皮肤溃疡与局部血管病变、免疫介导的组织损伤密切相关，其病理复杂性大幅提升了护理难度。基于此，本文系统梳理了自身免疫性疾病并发皮肤溃疡的病理机制及伤口护理的最新研究进展，并从局部护理、综合干预等方面进行深入探讨，以期临床护理实践提供有益参考。

关键词：自身免疫性疾病；并发症；皮肤溃疡伤口；护理

引言：

自身免疫性疾病以免疫系统功能异常为特征，常伴随多系统损伤，其中皮肤溃疡作为常见并发症，呈现出病程迁延、愈合困难的特点。研究显示，系统性红斑狼疮等疾病引发的血管炎及微循环障碍是溃疡形成的主要病理基础。溃疡创面常伴随慢性炎症、组织缺氧及细胞外基质重构障碍，会降低愈合效率并大幅增加感染风险。由此，护理团队需要结合患者个体特征优化护理策略，加强创面评估、清洗与敷料选择的科学性，应用先进技术，同时注重患者心理疏导与健康教育的协同干预，全面提升治疗效果。

1 自身免疫性疾病与皮肤溃疡的关联

1.1 常见自身免疫性疾病及皮肤溃疡特征

系统性红斑狼疮在自身免疫性疾病中具有较高的发病率，皮肤溃疡的发生率约为 20%–30%，其中超过 20% 的患者出现较大面积的溃疡^[1]。溃疡通常分布于压力部位或血流供应较差的区域，诸如四肢末端和关节处，伴随显著的慢性炎症反应。类风湿性关节炎患者中，血管炎相关性皮肤溃疡的发生率可达 10%–25%，这些溃疡多呈现边缘不规则、底部浸润的特征，且对局部治疗的反应较差。硬皮病患者由于皮肤纤维化和血管病变的双重作用，皮肤溃疡的发病率为 15%–40%，且常伴随显著的组织硬化，影响溃疡愈合^[2]。克罗恩病等炎症性肠病患者中，外周皮肤表现如溃疡的发生率约为 30%–50%，其中真皮和皮下组织的深部溃疡尤为常见。这些特征表明不同病种在皮肤溃疡发生位置、形态和临床表现上具有差异性，同时也增加了护理的复杂性。

1.2 皮肤溃疡的发病机制

皮肤溃疡的发生机制涉及多种因素，循环免疫复合物沉积在血管内膜，引发的免疫介导性血管炎被认为是关键因素^[3]。研究显示，在系统性红斑狼疮患者中，循环免疫复合物和抗中性粒细胞胞浆抗体的阳性率与溃疡的严重程度呈正相关。微循环障碍导致的局部缺血缺氧进一步加剧溃疡的形成。硬皮病患者中，血管内皮细胞功能紊乱引起毛细血管丢失和纤维化，这种病理改变显著阻碍了组织愈合过程。炎性因子如白细胞介素-6 (IL-6) 和肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 的过度释放，

直接损害皮肤屏障功能并激活基质金属蛋白酶，导致组织结构破坏^[4]。此外，氧化应激反应和自由基水平升高是加速溃疡恶化的重要诱因。数据分析表明，溃疡患者血清抗氧化酶活性降低超过 30%，进一步证实了该机制对病情发展的影响。

2 自身免疫性疾病并发皮肤溃疡伤口护理方法

2.1 清洗护理

清洗溃疡伤口应根据创面的类型制定精确的清洗方案。渗液期炎症阶段，创面常伴有大量坏死组织和脓性分泌物，适合使用注射器进行高压灌洗^[5]。灌洗压力需控制在 8 至 15 磅/平方英寸 (PSI)，以达到清除坏死组织的目的。注射器规格宜选择 20 毫升至 50 毫升型号，灌洗过程中采用脉冲模式，每秒注射 2 至 3 次。清洗液可选用温度为 34 至 37℃ 的生理盐水，有效减少冷刺激对创面的不良影响，同时缓解患者疼痛感。对于污染严重的伤口，可在生理盐水中加入稀释至 0.1% 的聚维酮碘液，以提高抗菌效果。进入伤口组织增生期时，清洗方法需调整为低压灌洗，注射器压力宜控制在 4 至 6 PSI 之间，以避免对新生肉芽组织造成机械性损伤。创面清洗工具应使用专用医用清洗头，禁止使用普通棉球，以免残留物影响组织生长。伤口清洗频次需根据渗液量和感染情况灵活调整。渗液较多时，建议每日清洗 2 至 3 次，每次清洗持续时间约 5 至 10 分钟，直至分泌物显著减少。渗液减轻后，清洗频次可改为每日 1 次，但需定期评估创面情况，适时调整护理方案。对慢性难愈合伤口，可辅以局部持续冲洗设备，冲洗液流速保持

在 30 毫升 / 分钟, 时间控制在 15 至 20 分钟, 以维持创面湿润, 促进新组织生长。整个清洗过程中, 严格遵循无菌操作规范, 使用一次性工具并妥善处理废弃物, 防止交叉感染。

2.2 清洗液选择

清洗液的选择应根据创面类型和病程阶段的实际需求, 综合评估感染程度、坏死组织量及渗液情况, 制定精准方案^[6]。(1) 黑痂性伤口: 首选 2% 的双氧水进行初步冲洗, 利用其氧化作用分解坏死组织和病原微生物。冲洗后用温度调控至 34 至 37℃ 的生理盐水湿润黑痂区域, 软化硬化组织, 以利于后续剥脱。剥脱过程中应避免外力干扰, 保证黑痂自然脱落, 减少组织损伤。

(2) 腐烂性伤口: 使用 2% 的双氧水彻底冲洗伤口表面的腐败物质后, 应用 0.9% 的氯化钠注射液再次冲洗, 移除双氧水残留及溶解的坏死物质。随后在伤口表面涂抹 0.5% 的碘伏溶液进行二次消毒, 再用 0.9% 的氯化钠冲洗至清洁状态。此后可使用 20% 的生理盐水凝胶覆盖伤口表面, 保持潮湿环境, 促进坏死组织自溶性清创。若腐烂伤口伴随严重感染, 可在清洗过程中加入含银离子的防腐剂。(3) 浅表性皮肤破损: 可先用 0.5% 的碘伏溶液涂抹消毒, 然后用生理盐水冲洗, 以减少细菌负荷, 同时抑制感染扩散。为促进皮损恢复, 可在伤口表面外涂康复新液, 并搭配使用海藻酸盐敷料吸附多余渗液。若伤口处于感染高风险状态, 可选用低浓度聚维酮碘 (0.1% 至 0.2%) 或 0.025% 的台金氏溶液作为清洗液, 清洗频次建议每日 1 至 2 次, 具体调整取决于创面愈合状况^[7]。

2.3 清创护理

机械清创适用于厚重的坏死组织或严重感染的创面, 需使用无菌手术刀、刮匙或钳子, 逐层去除坏死组织, 直至暴露健康肉芽组织^[8]。操作时创缘应扩大至健康组织 1 至 2 毫米范围, 以减少残存感染的可能。手术过程中持续以 37℃ 的生理盐水冲洗创面, 每次清创过程持续 15 至 30 分钟。若创面渗血较多, 可局部使用 0.1% 肾上腺素盐水湿纱布压迫止血, 并用无菌敷料覆盖, 必要时每 3 至 5 天重复操作, 视创面愈合情况调整频次。自溶清创适合感染控制较好的慢性溃疡, 创面覆盖湿润敷料, 并外用透明贴膜, 维持湿润环境。每日评估渗液量并调整湿敷方案, 通常敷料更换时间为 48 至 72 小时。若发现坏死组织溶解不完全, 可局部应用蛋白分解酶凝胶以辅助软化顽固组织, 同时保持创面湿润, 有助于坏死组织自然脱落。生物清创技术是顽固性伤口的有效选择, 使用特定药用蛆虫清除坏死组织。每次治疗前

用无菌纱布轻柔清洁伤口, 之后将药用蛆虫 (通常为 5 至 10 只 / cm²) 均匀置于创面, 用透气贴膜覆盖固定, 每次治疗时间为 48 至 72 小时。治疗期间需每日观察感染征象和蛆虫活动情况。生物清创结束后再次清洗伤口, 并应用湿润敷料促进愈合。化学清创适用于顽固坏死组织的溶解, 可以使用 0.1% 至 0.2% 聚维酮碘溶液或胰蛋白酶溶液直接涂抹坏死组织表面, 每次作用时间为 15 至 20 分钟^[9]。药液作用后使用生理盐水冲洗至创面干净, 随后涂抹水凝胶湿润敷料以维持创面环境。对于深部坏死或附有硬痂的伤口, 可重复操作, 每 48 小时一次, 使其逐层剥离至健康组织。

2.4 敷料选择

敷料选择应精确匹配创面类型、渗液量、感染状态及愈合阶段。渗液量较多的伤口需要使用泡沫敷料, 厚度在 5 毫米左右, 能够快速吸收多余渗液, 同时保持伤口湿润环境。覆盖前, 应先使用 37℃ 的生理盐水冲洗创面, 彻底清除渗液和分泌物, 待伤口表面干净后均匀铺设敷料。若渗液渗透至敷料表面或敷料湿润程度超过 75%, 需立即更换, 每日 1 次, 渗液减少后可延长至每 2 天更换 1 次。感染性伤口需要结合抗菌性能突出的含银离子敷料, 银离子浓度为 0.5%–1.0%, 持续释放抗菌成分以控制局部细菌负荷。敷料厚度为 3 至 5 毫米, 覆盖前, 应用 0.05% 的氯己定溶液或 0.1% 的聚维酮碘溶液对创面进行冲洗, 减少感染源。敷料需密封覆盖伤口, 边缘贴合至周围 2 厘米健康皮肤, 每 48 小时更换一次。若感染症状加重, 可缩短更换间隔至 24 小时, 并同步调整抗菌治疗方案。对浅表性或进入愈合期的创面, 建议使用水凝胶敷料以维持湿润环境, 促进上皮细胞增生^[10]。敷料应覆盖至伤口边缘以外至少 1 厘米, 每日更换, 若发现创面干燥, 可在敷料下方加用湿润的纱布以增强湿度调节。更换时避免直接拉扯敷料, 以免对新生组织造成机械性损伤。伴有硬化或干燥皮肤的溃疡创面, 透明贴膜敷料是较好的选择, 其透气防水性可以同时维持湿润环境和隔绝外界污染。贴膜需根据创面形状裁剪, 并延伸至周围健康皮肤至少 2 厘米。使用前确认创面无明显渗液, 贴膜后可维持 3 至 7 天, 但需每日观察渗液积聚情况, 若出现边缘渗漏或贴膜鼓起, 需立即更换。针对糖尿病足溃疡或硬皮病相关溃疡, 可选用新型敷料如康惠尔敷料。康惠尔敷料具有特殊表面材料设计, 能减少感染风险并降低更换时的机械损伤。敷料需紧密贴合创面, 无需每日更换, 每 3 至 5 天更换一次, 但需根据渗液量和感染情况调整频次。在渗液量过多时, 可在其下层加用高吸附力泡沫敷料, 增强渗液管

理效果。

2.5 饮食管理

根据患者体重、年龄及病情制定个性化膳食方案，优先补充高质量蛋白质，每日摄入量控制在 1.5 至 2 克/千克体重，主要来源有鱼类、瘦肉、鸡蛋和低脂奶制品。长期使用糖皮质激素的患者需特别关注钙质和维生素 D 的补充，每日摄入钙 600 至 1000 毫克，食物可以选择奶酪、豆腐、绿色蔬菜，必要时服用维生素 D 补充剂以预防骨质疏松。光敏感患者如系统性红斑狼疮患者，限制摄入芹菜、柠檬和黄花菜，同时增加抗氧化食物如蓝

莓、番茄等，每日维生素 C 摄入量不少于 100 毫克。尿酸高的患者严格控制高嘌呤食物摄入，尽量不提供动物内脏和海鲜，日常蛋白质来源以植物蛋白替代，每日嘌呤摄入量控制在 400 毫克以下。糖尿病患者饮食调整至低升糖指数的全谷物食物，提供糙米和燕麦，每日糖分摄入量不超过总能量的 5%。每日盐摄入量控制在 5 克以下，脂肪摄入比例不超过总能量的 20%，同时保障锌、铁、硒等微量元素充足供应，促进伤口愈合和免疫功能调节。饮食过程中定期监测患者的血糖及血脂水平，每周调整膳食结构，保证患者机体代谢平衡。

结束语：

现代护理理念不断发展为创面管理提供了新的方法，将精准评估、个性化干预以及先进技术融入整体护理体系中，对于改善预后具有重要意义。具体实践中，关注患者的个体差异，注重动态调整护理方案，关乎创面愈合的速度，更涉及患者长期生活质量的改善。因此，护理重点应构建系统化、多学科协作的综合护理模式，实现对患者的全面覆盖，提升护理效果，促进患者全面康复。

参考文献：

[1] 杨帆, 牟灵英, 杨杨, 孟丽洁, 宋亚男, 赵文文, 张倩倩. 不同分期坏疽性脓皮病皮肤溃疡患者的辨证施护 3 例 [J]. 护理实践与研究, 2023, 20(20): 3154-3158.

[2] 白颖, 栾朝阳, 赵常华, 王看看. 溃疡创面护理循证实践方案在风湿免疫性疾病患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(20): 97-100.

[3] 黄亦涵, 赵雅玲, 吴慧敏, 江艳, 解云芳. 一例先天性聋哑带状疱疹后遗神经痛合并大面积皮肤溃疡患者的护理 [J]. 中国医疗美容, 2023, 13(10): 85-87.

[4] 李金凤. 综合护理对风湿免疫性疾病患者皮肤溃疡的效果评价 [J]. 婚育与健康, 2023, 29(13): 165-167.

[5] 赖春桃, 樊桂娟. 自身免疫性疾病并发皮肤溃疡伤口护理的研究进展 [J]. 蛇志, 2022, 34(03): 423-426.

[6] 吴莉萍, 张子云, 姜雪娇, 张利娟, 龚倩玉, 苏小燕, 杨敏, 张静. 风湿免疫性疾病患者皮肤溃疡的多学科协作综合护理 [J]. 护理学杂志, 2022, 37(16): 38-40.

[7] 刘军豪, 于漫, 牛红艳. 个性化延续性护理在糖尿病伴皮肤溃疡患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18(21): 3216-3219.

[8] 胡佳庆. 强化护理干预对老年糖尿病伴皮肤溃疡患者的作用分析 [J]. 中国社区医师, 2021, 37(22): 112-113.

[9] 王昞娜, 周瑾, 何振华. 1 例自制黄蝎膏成功治疗羟基脲所致下肢顽固性皮肤溃疡的护理 [J]. 全科护理, 2021, 19(20): 2876-2878.

[10] 李香凤, 张春燕. 风湿免疫科护士对结缔组织病相关皮肤溃疡知识掌握现状调查 [J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2021, 15(02): 178-183.