

溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病的诊治护理1例

王超鹏, 刘素琴

背景资料

溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病临床罕见, 该病进展迅速、损害严重, 由于其临床表现及病理特点无特异性, 造成早期诊断困难, 应引起广大医护人员重视。

王超鹏, 中国中医科学院广安门医院肛肠科 北京市 100053
刘素琴, 中国中医科学院广安门医院特需门诊 北京市 100053

作者贡献分布: 本文选题设计、病例提供及审校由刘素琴完成; 文献资料搜集由王超鹏完成; 写作由王超鹏完成。

通讯作者: 刘素琴, 副主任护师, 100053, 北京市宣武区北线阁5号, 中国中医科学院广安门医院特需门诊。

liusuqin1114@163.com

电话: 010-88001092

收稿日期: 2014-08-28 修回日期: 2014-11-07

接受日期: 2014-11-18 在线出版日期: 2015-03-18

Treatment and nursing of a case of ulcerative colitis complicated with gangrenous pyoderma

Chao-Peng Wang, Su-Qin Liu

Chao-Peng Wang, Department of Proctology, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China

Su-Qin Liu, Department of Special Outpatient Service, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China

Correspondence to: Su-Qin Liu, Associate Chief Nurse, Department of Special Outpatient Service, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, 5 Beixiangge, Xuanwu District, Beijing 100053, China. liusuqin1114@163.com

Received: 2014-08-28 Revised: 2014-11-07

Accepted: 2014-11-18 Published online: 2015-03-18

Abstract

Ulcerative colitis (UC) with gangrenous pyoderma has been rarely reported. We report a case of a man who was hospitalized because of anal fistula. We found pus and blood covering the surgeon's gloves out of the anus during operation. There existed some postoperative complications, including fever, bloody purulent stool and expanding belly cankers. The patient

was diagnosed with UC by enteroscopy and rectal biopsy, and gangrenous pyoderma by skin pathology with clinical features later. After 44 d of nursing and mesalazine and hormone therapy, the patient's condition improved and belly cankers tended to heal. UC with gangrenous pyoderma has no specific clinical manifestations and pathological changes, which is difficult to diagnose early. More importantly, the disease progresses rapidly and has severe damage, and the medical staff should pay more attention.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Gangrenous pyoderma; Anal fistula; Ulcerative colitis; Treatment; Nursing

Wang CP, Liu SQ. Treatment and nursing of a case of ulcerative colitis complicated with gangrenous pyoderma. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(8): 1374-1378 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/1374.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i8.1374>

摘要

溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病临床较为罕见。现报道1例男性患者, 由门诊以肛瘘收入院, 行肛瘘术中发现指套染有脓血, 术后出现发热、脓血便、腹部溃疡面迅速扩大, 行电子结肠镜检查并取活检诊断为溃疡性结肠炎, 取皮肤组织病理并综合临床表现诊断为坏疽性脓皮病, 经创面护理、美沙拉嗪及激素治疗44 d后腹部溃疡面趋于愈合, 病情好转出院。由于溃疡性结肠炎并发的坏疽性脓皮病其临床表现及病理变化无特异性, 导致早期诊断较为困难, 且该病进展迅速、损害严重, 应引起广大医护人员重视。

同行评议者

于则利, 教授, 首都医科大学附属北京同仁医院外科

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有.

关键词: 坏疽性脓皮病; 肛瘘; 溃疡性结肠炎; 治疗; 护理

核心提示: 溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病临床较为罕见, 病因尚不明确, 诊断方式尚无特异性理化指标, 治疗方面存在争议, 导致临床处理棘手, 本文通过详细病例报道并综合国内外文献, 为进一步临床研究及处理提供依据.

王超鹏, 刘素琴. 溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病的诊治护理1例. 世界华人消化杂志 2015; 23(8): 1374-1378 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/1374.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i8.1374>

0 引言

坏疽性脓皮病(pyoderma gangrenosum, PG)是一种发生于皮肤的罕见的非感染性炎症疾病, 因其临床及病理学表现无特异性, 故极易漏诊误诊. 中国中医科学院广安门医院近期收治1例, 现将其临床资料及病理等报道如下.

1 病例报告

男, 78岁, 以“肛瘘”于2013-10-24收入院, 入院后于患者右侧小腹部可见一新鲜溃疡面, 约1 cm×1 cm, 底部脓性渗出, 边缘红晕明显, 左侧小腹部可见一黄豆大小红色丘疹(图1). 血常规示: 白细胞 $8.69 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例84.6%, C反应蛋白77 mg/L, 糖化血红蛋白6.5%, 血生化、肝炎病毒系列、梅毒筛查试验、人类免疫缺陷病毒抗原抗体检测、抗核抗体谱、抗中性粒细胞胞浆抗体、人类白细胞抗原B27(human leukocyte antigen-B27, HLA-B27)均为阴性, 考虑感染可能性大, 行抗炎治疗, 行创面清洁换药并联合应用莫匹罗星乳膏护理, 病情进展如表1. 2013-10-28行肛瘘切开术, 术中肛门指检发现指套染血伴脓液. 术后第3天患者发热, 体温最高39℃, 不欲饮食, 大便日行8-9次, 量少伴脓血, 两侧溃疡面继续扩大, 中央坏死, 色鲜红, 有脓栓, 渗出明显, 外周皮下空腔形成, 充满脓液, 边缘结黑痂(图2), 头部可见4块新鲜溃疡. 血常规白细胞 $13.07 \times 10^9/L$ 、中性细胞比率85.0%, C反应蛋白143 mg/L; 动态红细胞沉降率30 mm/h; 血培养及溃疡面脓培养均为(-). 电子结肠镜示: 直肠内多处隆起性病变, 黏膜表面血管纹理不清,

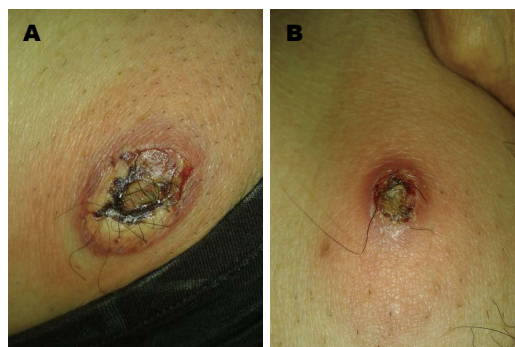


图1 入院时小腹部皮损. A: 右侧小腹部; B: 左侧小腹部.

无坏死糜烂(图3). 直肠组织病理镜检: 送检小块黏膜活检组织呈重度慢性炎伴活动性, 腺体数量减少, 局灶溃疡形成, 局灶糜烂渗出, 部分腺上皮异型增生不能确定, 部分血管壁可见以中性粒细胞为主的炎细胞浸润伴管壁均匀红染, 不排除血管炎改变(图4). 直肠组织免疫组织化学示: AE1/AE3(残存腺上皮细胞+), CEA monoclonal(残存腺上皮细胞+, 炎细胞非特异性着色), CD3(散在+), CD20(散在+), CD68(散在+), p53(-), Syn(神经内分泌细胞、神经节细胞+), CgA(神经内分泌细胞、神经节细胞+). 皮肤病理: 镜检: 送检标本可见皮肤黏膜组织, 多量以中性粒细胞为主的混合性炎细胞浸润(图4). 免疫组织化学染色示: AE1/AE3(散在细胞+), CD3(灶状+), CD20(-), CD30(-), CD68(组织细胞+). 结合临床特点考虑诊断为: 溃疡性结肠炎, 并发PG. 予美沙拉嗪肠溶片2 g/d、强的松片30 mg/d治疗, 皮肤溃疡予常规外科换药, 外周以龙珠软膏箍围溃疡面. 3 d后患者纳食好转, 体温正常, 大便次数减少, 创面分泌物明显减少, 未见继续扩大, 溃疡面变浅, 边缘黑痂逐渐脱落, 外周红晕减轻(图5A), 复查血常规示: 白细胞 $6.79 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞比率80.9%, C反应蛋白37 mg/L. 后溃疡面逐渐缩小, 大便次数日行2-3次, 无脓血及黏液, 强的松片约每2 wk减5 mg, 出院时左侧溃疡面约3 cm×2 cm, 右侧溃疡面约2 cm×1.5 cm(图5B), 一年后随访可见创面愈合良好, 未见复发(图5C).

2 讨论

本例患者最初以“肛瘘”收治入院, 术中肛门指检发现指套染血并伴有脓液, 怀疑合并有其他内科疾病, 详询病史患者大便并无明显异常改变, 仅偶有腹部疼痛. 急查肠镜示直肠内多处隆起性病变, 高度怀疑为溃疡性

■研究前沿

坏疽性脓皮病的病因尚不明确, 最新研究显示可能与T细胞异常免疫应答及肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor α , TNF- α)过度表达有关, 而且该病治疗方式存在争议, 针对该病的病因学及治疗学等方面研究已成为临床研究中的一大热点.

■相关报道

Reguiat等研究发现炎症性肠病合并的坏疽性脓皮病可能与TNF- α 的过度表达相关, 其应用生物制剂抗TNF- α 抗体等治疗该病取得较好疗效, 但长期疗效及安全性有待进一步研究.

创新亮点

本文通过详实的临床报道,说明溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病的临床特点、病情变化及治疗方法,并综合国内外文献阐明该病最新研究进展及常见治疗方式,对该病的临床诊治及进一步深入研究有一定的借鉴意义。

表 1 病情进展

时间	创面大小	白细胞($\times 10^9/L$)	中性粒细胞比率(%)	治疗方案
入院第1天	左: 1 cm \times 1 cm; 右: 0.5 cm \times 0.5 cm	8.69	84.6	莫匹罗星乳膏外敷
入院第7天	左: 4 cm \times 4 cm; 右: 2 cm \times 2 cm	13.07	85.0	莫匹罗星乳膏外敷; 头孢西丁钠、丁胺卡那霉素交替静滴
入院第15天	左: 10 cm \times 8 cm; 右: 6 cm \times 6 cm	10.53	84.6	美沙拉嗪肠溶片 2 g/d、强的松片 30 mg/d治疗
入院第35天	左: 8 cm \times 7 cm; 右: 5 cm \times 5 cm	6.79	80.9	美沙拉嗪肠溶片 2 g/d、强的松片 25 mg/d治疗
入院第56天	左: 3 cm \times 2 cm; 右: 2 cm \times 1.5 cm	3.72	75.3	美沙拉嗪肠溶片 2 g/d、强的松片 15 mg/d治疗

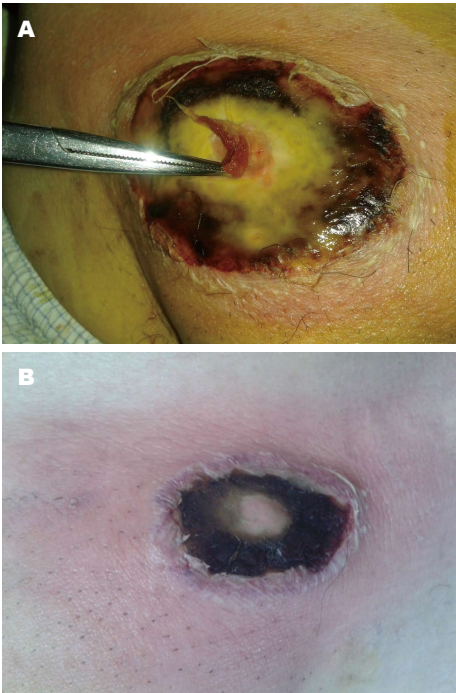


图 2 发病7 d小腹部皮损。A: 右侧小腹部; B: 左侧小腹部。

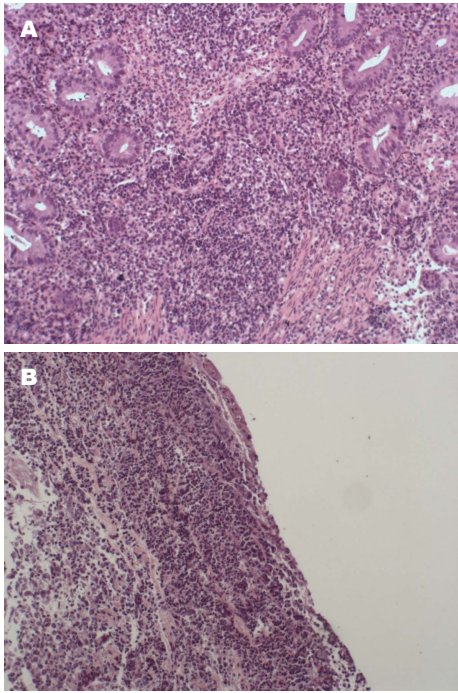


图 4 病理图片($\times 40$)。A: 直肠组织病理; B: 皮肤病理。



图 3 电子结肠镜下直肠黏膜。

应用要点

本文通过完善的临床报道说明溃疡性结肠炎并发坏疽性脓皮病的诊疗过程,并综合最新国内外文献说明该病研究进展,不仅为临床上诊治该病提供依据,亦为针对该病的进一步深入研究打下基础。

形组织送病理。最终结合患者临床表现、肠镜、直肠及皮肤组织病理诊断为溃疡性结肠炎并发肛瘘及PG。

自从1930年Brunsting等^[1]报道4例溃疡性结肠炎患者并发PG以来, PG作为一罕见的非感染性炎症疾病, 散见于世界各地病案报道中, 但尚无大型临床研究。PG病因不明确, 多数学者认为该病为免疫介导的溃疡性皮肤病, 常合并有全身系统的疾病(如炎症性肠病、风湿性疾病、恶性血液系统疾病等)^[2-6], 另外外伤、注射、手术、蚊虫叮咬等皮肤的损伤亦可诱发本病^[7]。但是Powell等^[8]回顾性研究86例PG患者发现该病与炎症性肠病等并无密切联系。最新研究结果显示, 该病可能与T细胞异常免

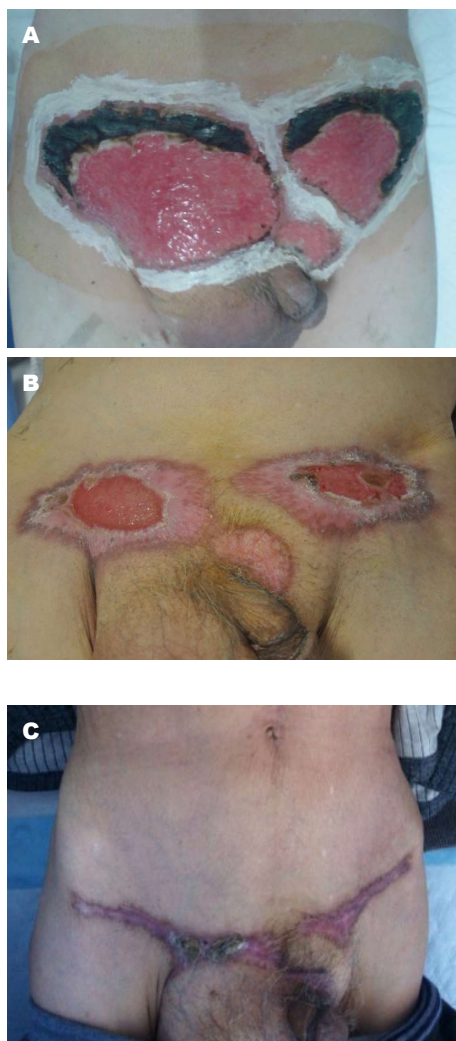


图 5 经治疗皮损变化。A: 发病15 d, 应用激素第3天; B: 发病56 d, 应用激素第44天; C: 发病1年后随访。

疫应答和肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor α , TNF- α)的过度表达有关^[9]。

PG好发于下肢、躯干与面部皮肤, 且常为多发性^[10], 皮损可见脓疱型、大疱型、溃疡型、增生型4种形态, 虽然每种形态临床表现及组织病理学各不相同, 但他们常可同时出现, 其中以溃疡型最为常见^[10-12]。皮损初起时常可见一较小脓疱并伴有外周炎症浸润, 中心多于24-72 h内溃破坏死, 坏死边界以每日2 cm速度向外周迅速扩展, 创面为脓性及血性渗出, 外周形成结痂。该病实验室检查及组织病理学均无明显特异性, 因此其诊断主要依靠病史及临床表现。

治疗方面, Reichrath等^[6]提出PG的一线治疗方案为糖皮质激素[0.5-1.0 mg/(kg·d)]或环孢素[5 mg/(kg·d)]。美沙拉嗪等氨基水杨酸制剂对于溃疡性结肠炎并发的PG亦有显著疗效^[13]。最

近有研究^[14-16]发现对激素及免疫抑制剂不敏感的PG可选择性应用抗TNF- α 抗体英夫利西单, 或以大剂量免疫球蛋白冲击治疗[0.4 mg/(kg·d)]。对于单纯的局部性较为表浅的溃疡面可做局部性治疗, 如应用皮质类固醇软膏、免疫抑制剂或病灶内注射激素、高压氧疗等, 以减轻创面的疼痛、预防继发性感染的发生及促进创面愈合^[6]。

该病初期阶段常表现为体表脓肿及溃疡, 并伴有发热及白细胞升高、血沉增快, 极易误诊为皮肤感染。若诊断不明确, 处理易选择脓肿切开、通畅引流并结合应用抗生素, 但此时抗感染和清创治疗并不能控制病情, 甚至有学者认为越积极切开引流或清创溃疡反而使得病情加快发展, 故疾病未被药物充分控制时, 溃疡局部不宜行手术治疗^[6,17]。近年坏疽性脓皮病可见陆续地报道, 该病治疗的关键在于及时正确地诊断, 广大医师应警惕该病, 防止漏误诊。

■名词解释

免疫应答(IR): 指机体免疫系统受抗原刺激后, 淋巴细胞特异性识别抗原分子, 发生活化、增生分化, 进而表现出一定生物学效应的全过程(正免疫应答), 或者失去活化潜能, 出现无能、凋亡的现象。

3 参考文献

- Brunsting LA, Goeckerman WH, O'Leary PA. Pyoderma gangrenosum: clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. *Arch Dermatol Syphilol* 1930; 22: 655-680 [DOI: 10.1001/archderm.1930.01440160053009]
- Richetta AG, Maiani E, Carboni V, Carlomagno V, Cimillo M, Mattozzi C, Calvieri S. [Pyoderma gangrenosum: case series]. *Clin Ter* 2007; 158: 325-329 [PMID: 17953284]
- La Marca S, Toussoun G, Ho Quoc C, Sebban H, Delay E. Pyoderma gangrenosum: an exceptional complication of venous access device. *J Vasc Access* 2014; 15: 321-324 [PMID: 24190068 DOI: 10.5301/jva.5000181]
- Uchino M, Ikeuchi H, Matsuoka H, Bando T, Takahashi Y, Takesue Y, Matsumoto T, Tomita N. Clinical features and management of parastomal pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. *Digestion* 2012; 85: 295-301 [PMID: 22584791 DOI: 10.1159/000336719]
- Al Ghazal P, Herberger K, Schaller J, Strölin A, Hoff NP, Goerge T, Roth H, Rabe E, Karrer S, Renner R, Maschke J, Horn T, Hepp J, Eming S, Wollina U, Zutt M, Sick I, Splieth B, Dill D, Klode J, Dissemmond J. Associated factors and comorbidities in patients with pyoderma gangrenosum in Germany: a retrospective multicentric analysis in 259 patients. *Orphanet J Rare Dis* 2013; 8: 136 [PMID: 24010984 DOI: 10.1186/1750-1172-8-136]
- Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 273-283 [PMID: 16021123 DOI: 10.1016/j.jaad.2004.10.006]

同行评价

文章病例报告详实, 并综合国内外最新研究进展进行充分讨论, 总结结论明朗, 提出该罕见疾病的研究前沿, 为进一步深入研究提供依据, 有一定的参考价值.

- 7 Ahmadi S, Powell FC. Pyoderma gangrenosum: uncommon presentations. *Clin Dermatol* 2005; 23: 612-620 [PMID: 16325070 DOI: 10.1016/j.clindermatol.2005.01.014]
- 8 Powell FC, Schroeter AL, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: a review of 86 patients. *Q J Med* 1985; 55: 173-186 [PMID: 3889978]
- 9 Reguiaï Z, Grange F. The role of anti-tumor necrosis factor-alpha therapy in Pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8: 67-77 [PMID: 17428111]
- 10 Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1008-1017 [PMID: 19470075 DOI: 10.1111/j.1468-3083.2009.03199.x]
- 11 Kotzampassakis N, Ksontini R. Pyoderma gangrenosum after inguinal hernia repair. *Hernia* 2012; 16: 345-347 [PMID: 21086145 DOI: 10.1007/s10029-010-0752-2]
- 12 Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. *BMJ* 2006; 333: 181-184 [PMID: 16858047 DOI: 10.1136/bmj.333.7560.181]
- 13 Lee JI, Park HJ, Lee JY, Cho BK. A case of pyoderma gangrenosum with ulcerative colitis treated with mesalazine. *Ann Dermatol* 2010; 22: 422-425 [PMID: 21165212 DOI: 10.5021/ad.2010.22.4.422]
- 14 Del Giacco SR, Firinu D, Lorrai MM, Serusi L, Meleddu R, Barca MP, Peralta M, Manconi PE. Idiopathic pyoderma gangrenosum: successful resolution with infliximab therapy and pro-inflammatory cytokines assessment. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 439-440 [PMID: 22392509 DOI: 10.2340/00015555-1301]
- 15 Hayashi H, Kuwabara C, Tarumi K, Makino E, Fujimoto W. Successful treatment with infliximab for refractory pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. *J Dermatol* 2012; 39: 576-578 [PMID: 21958000 DOI: 10.1111/j.1346-8138.2011.01346.x]
- 16 de Zwaan SE, Iland HJ, Damian DL. Treatment of refractory pyoderma gangrenosum with intravenous immunoglobulin. *Australas J Dermatol* 2009; 50: 56-59 [PMID: 19178495 DOI: 10.1111/j.1440-0960.2008.00506.x]
- 17 马朝来, 张同琳. 坏疽性脓皮病三例诊治分析. *中华外科杂志* 2007; 45: 1479-1481

编辑: 郭鹏 电编: 闫晋利

