

表2 两组并发症发生率及患者满意度比较(例)

组别	n	并发症				并发症发生率(%)	满意度(%)
		静脉炎	导管移位	导管相关感染	导管堵塞		
PICC组	31	2	2	1	2	22.6	92.5
中长度导管组	31	5	3	1	3	38.7	90
P		>0.05					>0.05

### 3 讨论

PICC 与中长度导管采用医用高级硅胶材料,柔软性好,生物相容性高,无任何刺激,不会损伤血管内膜,从而降低静脉炎和血栓形成的风险。PICC 操作简单,穿刺成功率高,维护费用低。其优点是可以减少频繁穿刺给患者带来的痛苦<sup>[3]</sup>。其穿刺成功率高、留管时间较长,李娟等在对 40 例患者调查中,带管最长 201d,最短为 62d,平均留置时间为 153d,大大提高患者的生活质量。在传染科广泛用于长期静脉输液、输注高渗透压、对血管刺激性大的药物及外周血管穿刺困难的患者。PICC 的应用提高了工作效率,降低了护士职业暴露的发生,据报道,近年来由于新的深静脉置管技术在传染病患者上的应用,避免了多次穿刺给患者带来的痛苦。PICC 导管在使用过程中可能出现异常情况,如导管阻塞、导管移位、导管断裂等,其中静脉血栓、导管堵塞及静脉炎较为常见<sup>[4]</sup>。

中长度导管置管操作容易,适用于老年人、长期输液的传染病病人。中长导管置管能够有效地避免反复穿刺,所以对患者的血管有重要的保护作用,有助于缓解患者的痛苦。与外周浅静脉置管相比,病人获得了更多的活动自由。中长度导管由护士单独操作,减轻了病人需要反复穿刺带来的痛苦,并降低了医疗成本,有效的减少了医务人员职业暴露的风险。中等长度导管适合输注的液体和药物,2011 年美国输液护士协会(Infusion Nurses Society, INS) 静脉输液治疗护理实践标准推荐:能经外周浅静脉装置的所有液体和药物均可用于中等长度导管<sup>[5]</sup>。有研究人员指出,机械性静脉炎是中长度导管最常发生的并发症<sup>[6]</sup>。在导管置管的过程中,感染的发生率亦较高<sup>[2]</sup>。引起穿刺点局部感染与传染病患者抵抗力低、操作者无菌操作欠规范、紧急情况下穿刺、敷料潮湿未及时更换或贴膜不透气等有关。

传染病患者的静脉通路可以选择 PICC 或中长度导管。

两种置管均可以减少药物对患者血管的损伤,减轻患者的痛苦。PICC 与中长度导管相比,具有留置时间长、导管相关并发症少。患者满意度较高。针对传染病患者的特点,从长期效果及患者生活质量考虑,条件允许情况下推荐使用 PICC 作为静脉输液的理想通路。

### 4 小结

静脉输液前,需要对所有将进行静脉置管的病人进行全面的评估,以确保选择对病人最好的置管方式和静脉通路装置。调查分析各静脉通路装置的使用情况及影响因素,为传染病患者静脉通路装置正确选择提供科学依据有指导意义。选择恰当的静脉通路装置对于预防医务人员职业暴露有重要的意义。因此,关注患者和医务人员的角度来选择导管,从而提出针对传染病患者选择正确静脉通路装置的对策和建议,是降低相关并发症和职业暴露发生率的新途径。

### 参考文献:

- [1] 葛凤兰,赵轲. 传染病患者静脉留置针的应用及护理[J]. 中国现代药物应用, 2014(01): 230-231.
- [2] 王建荣. 输液治疗护理实践指南与实施细则[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009.
- [3] 王红,卢慧芳,李瑛,等. PICC 护理门诊的实施与效果[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(4): 297.
- [4] Amerasekera SS, Jones CM, Patel R, et al. Imaging of the complications of peripherally inserted central venous catheters[J]. Clin Radiol, 2009, 64(8): 832-840.
- [5] Gorski LA, Eddins J, Hadaway L, et al. Infusion nursing standards of practice[J]. J Infus Nurs, 2013, 34(1S): S37-S38.
- [6] Anderson NR. Midline catheters: The middle ground of intravenous-therapy administration[J]. J Infus Nurs, 2004, 27: 313-321.

## 2 例大面积手术伤口缺损的护理

### 安庆霞

(云南省第一人民医院普外科,云南 昆明 650021)

中图分类号: R473.6; R619<sup>+</sup>5 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2017.05.042

笔者应用长效抗菌材料对 2 例大面积手术后缺损伤口进行护理,取得较为满意的效果,现将结果报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 病例资料 病例 1:女,49 岁,因牛角顶伤在医院行二次

【收稿日期】2016-12-26

手术后,致中上腹可见长约20cm陈旧手术疤痕,切口下段可见大小约6cm×5cm皮肤缺损并有坏死,右肋缘至髂棘及右腰部皮肤有30cm×18cm红肿热痛局部破损,左侧上腹部分别可见胃造瘘及十二指肠破口外引流管,右下腹原引流管处有肠液样液体流出,因住院时间较长,病人心理负担较重。

病例2:男,36岁,因腹痛于当地医院就诊,行右半结肠切除,发生肠瘘,再次行手术致中上腹有长约25cm陈旧手术疤痕,切口下段可见大小约5cm×5cm皮肤坏死破损,腹正中近造口处有大小约6cm×8cm红肿及皮肤缺损,查体右侧腹壁原引流管口肠液溢出,可见腹壁水肿发红,右侧季肋12cm×21cm发红,可见引流管流出脓性液体,因数次手术,病人有放弃治疗和绝望的想法。

## 1.2 护理方法

1.2.1 伤口护理 根据伤口护理原则使用2%碘伏棉球消毒伤口周围皮肤,20ml注射器抽取0.9%生理盐水漩涡式冲洗伤口,将黑色、黄色、白色坏死组织分期清创处理,去除黄色分泌物。以长效抗菌材料(洁悠神)喷涂伤口(3次/d)以控制局部感染。伤口局部均匀喷洒造口粉,以3M透明敷料依据伤口大小修剪,贴于伤口上封闭,保持相对湿润,给伤口愈合提供一个湿润的环境。3M透明敷料使用的优势:敷料透明可观察伤口情况,如无渗出可(1~3)天甚至4天才需更换伤口敷料,不需每天给予换药,为患者节约了住院费用。给患者减少了每天更换伤口敷料的痛苦。更换敷料时严格无菌操作,专物专用,预防交叉感染;每周做1次伤口培养,监测感染情况等。

1.2.2 注意加强营养支持 伤口愈合过程中必需足够的营养物质和足够的热量,为病人制定营养计划,在保证心、肺、肾正常运行的前提下,按一定比例进行饮食搭配,鼓励患者进食高蛋白、高维生素的饮食,如不能进食者,应根据病人情况给予肠外或肠内营养支持,纠正低蛋白血症。

1.2.3 做好心理护理 需要注意的是不管采用何种方式,伤口护理都不应给病人带来或加重疼痛,应采取减少疼痛的方法,尽可能使病人感到舒适,这种舒适包括躯体上和心理上的,因此伤口护理中应重视做好身心整体护理,评估患者心理状态,针对患者给予心理安慰支持。

## 2 结果

经过上述处理两例患者均从第7天开始黄色分泌物明显减少,黑色坏死组织逐渐减少,16天后黄色分泌物完全消除,黑色坏死组织明显减少。缺损皮肤上有肉眼可见新鲜肉芽生长。患者可正常翻身或间断起床活动,体温正常,血液检查白细胞正常,伤口逐渐愈合。

## 3 讨论

由于慢性伤口形成时间长,都有不同程度的皮肤组织营养不良甚至坏死,正确评估伤口情况,采用病人能够接受的有效方式清创,将慢性伤口转化为急性伤口状态,使用合适的敷料,保持伤口长期湿润,并产生有利于细胞增殖活动的微环境,以促进肉芽组织的生长,直到缺损被填至皮肤水平并且肉芽表面新鲜健康、清洁,为自发性上皮形成或皮瓣移植术提供良好的伤口床,因此在伤口处理时应注意以下几个方面。

3.1 清洗方法 伤口清洗的目的是减少伤口内的细菌量及毒素吸收,清除坏死组织,使伤口保持洁净,为伤口愈合提供一个清洁的环境,提高愈合速度,传统的机械擦洗方法,易使

纤维组织遗留于伤口内形成感染,并引起异物反应,而延迟伤口愈合,而且由于护理在擦洗上常常掌握不好擦洗的力量,往往会使患者伤口出血疼痛,Glide<sup>[1]</sup>发现伤口冲洗优于传统的机械性清洁操作,冲洗<sup>[2]</sup>是现今最有效的伤口护理方法,因为水流压力冲走污染物,减少细菌且不易引起出血,应用涡流式水流冲洗法清洁伤口,创面细菌数量明显减少。清洗范围应包括伤口周围2.5cm。

3.2 保持创面一定的湿润环境<sup>[3]</sup> 传统的观点认为伤口愈合需要干燥的环境和大气氧的参与,才能保护伤口,促进伤口愈合,也就是传统的干性愈合,而实际上伤口使用单纯的脱脂纱布,受创部位产生的渗血和渗液等液体物质吸附于脱脂纱布,形成硬块与伤口粘连在一起形成痂皮,阻碍伤口愈合,更换敷料时难以与伤口分离,造成伤口出血,病人疼痛不已。湿性环境不仅能保持细胞的活力,无痂皮形成,促进毛细血管的生成、成纤维细胞和内皮细胞的生长,角质细胞的增殖,不粘连创面,避免再次机械性损伤,减轻疼痛,为创面的愈合提供了适宜的环境,促进多种生长因子的释放,能够调节创面氧张力保护新肉芽组织,避免伤口表面过于干燥引起创面出血,避免伤口皮肤神经末梢暴露于创面,受损的神经末梢对环境中的任何变化都非常敏感,产生痛感,减少摘取敷料时的损伤和疼痛。

3.3 局部使用抗菌药物及造口粉 本组病例采用局部抗菌药物(洁悠神)促进创面愈合的作用机制:①物理抗菌,避免了抗生素局部应用导致的创面耐药难题。②长效安全广谱抗菌,局部应用,持续抗菌时间长达8个小时。③成膜效应,将局部炎症控制在一个适度范围,对创面有隔离保护作用。④对临床不方便用药的部位同样有效,不影响皮肤固有属性,可方便用于传统敷料不易或不能用的人体各部。⑤无色无味,不影响创面观察,换药不损伤新生组织。⑥对创面无刺激、致敏等毒副作用,尤其是有效避免传统敷料固定时应用胶布导致的部分患者局部过敏反应。⑦对创面愈合期瘙痒具有明显的止痒效果,避免了创面因瘙痒挠抓致局部感染加重、反复发作、并发症多的临床难题。⑧作为一种水凝胶敷料,维持了一定的湿性环境。⑨微酸性环境有利于上皮修复。

造口粉含有黄原胶、CMC(羧甲基纤维素钠)等成分,可缓解皮肤红肿,损伤等症状,同时CMC吸收渗液后可形成凝胶对创面可溶性物质呈阶梯状吸收,能有效清除细菌毒性产物,减轻对皮肤的刺激,同时氧气、水蒸汽可自由通过,为创面愈合提供湿性环境。

3.4 心理护理 大面积伤口的愈合需要一段相对长的时间,有些病人由于长时间的就医和费用问题而出现紧张、抑郁、焦虑、恐惧等消极情绪,作为护士就要了解病人的需要,及时发现病人的情绪变化,在各种护理活动中满足病人的需要,予病人精神上的支持,进行有效沟通,降低病人的不良情绪,解决病人的心理问题,使病人情绪稳定,心境愉快的接受治疗及护理。这样才能加速伤口愈合。

综上所述,洁悠神+造口粉+湿性环境,可使大面积缺损伤口的分泌物明显减少,黑色坏死组织减少,伤口愈合时间缩短,而洁悠神属长效抗菌材料只需喷洒,无需涂抹,使用方便,依从性优于软膏。3M透明敷料和造口粉的使用,为我们提供很好的湿性环境,可有效促进伤口的愈合,减少伤口分泌物,

减少更换敷料的时间减轻病人的疼痛和再损伤,节约了住院费用,减轻了护理人员的工作量,符合成本效益原则,安全可靠,在临床上值得推广。

#### 参考文献:

[1] 张海英,张红芳. 湿性敷料用于感染伤口换药的效果观察和护理[J]. 中国卫生标准管理, 2014, (13): 260-261.

[2] 韩雪飞,黄莉莎,陈文姿,等. 氧疗联合造口粉剂安普贴的使用治疗失禁性皮炎疗效观察[J]. 中国医药科学, 2015, 7(5): 79-81.

[3] 杨兴秀. 湿性愈合理论及敷料的选择在伤口护理中的应用[J]. World Latest Medicine Information (Electronic Version), 2015, 7(15): 200.

## 负压封闭引流技术治疗糖尿病足溃疡的疗效及护理

陈 师

(云南省第二人民医院内分泌科,云南 昆明 650021)

中图分类号: R473.5; R587.2 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2017.05.043

糖尿病足是由于糖尿病血管、神经、病变引起下肢异常的总称,糖尿病足溃疡是糖尿病患者严重并发症之一,是糖尿病患者自残、致死的重要原因。常规换药处理溃疡愈合慢,复发率高,疗效欠佳。负压封闭引流是利用生物半透膜使开放创面封闭,通过引流管和敷料负压作用于创面的一种新型伤口引流技术。我们对糖尿病足患者采用负压封闭引流技术治疗,观察其临床疗效,总结护理经验取得较好的疗效,现将结果报告如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 我科2014年1月~2016年12月住院治疗,符合糖尿病足溃疡诊断患者42例,其中男23例,女19例;年龄(61~91)岁,平均(71.7±7.2)岁,

1.2 方法 处理创面时必须遵守无菌操作原则,避免二次感染。首先用生理盐水清创创面,将创面的坏死组织、脓液及异物彻底清除,再用碘伏涂抹,最后用生理盐水棉球擦净。42例患者随机分为两组,对照组;男12例,女9例,平均年龄(69.1±9.4)岁,采用常规换药技术处理创面;研究组;男11例,女10例,平均年龄(70.8±8.7)岁,应用负压封闭引流技术处理创面,比较两组处理后患者的创面愈合时间、疼痛评分、换药次数,并总结护理措施。两组患者的性别、年龄、溃疡部位、范围,分期无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性,

1.2.1 负压引流技术 材料:医用泡沫敷料,高分子聚乙烯酒精海藻盐泡沫敷料,生物半透性粘贴薄膜,成分为聚胺甲酸乙酯和丙烯酸;引流管,三通接头,负压吸引器,方法:首先清创,彻底清理坏死组织和分泌物,不留死腔,根据创面大小和形状修剪医用泡沫敷料,用泡沫敷料填充创面,与创面充分接触不留空隙,泡沫内置入引流管,引流管于创缘周围3cm的正常组织固定,引流管连接负压吸引器,维持负压在(20~40)kPa,持续负压引流,负压有效标志是泡沫敷料表面塌陷,生物膜下无液体积聚。

1.2.2 疼痛评分(视觉模式评分法) 0分:无疼痛感;3分以内:轻微疼痛,可以忍受;4到6分:中度疼痛,影响睡眠,尚能忍受;7到10分:强烈疼痛,不能忍受。

1.3 统计学处理 采用SPSS 17.0统计分析软件,所有数据以SS表示,组间比较用 $t$ 检验

### 2 结果

同对照组相比,负压封闭引流技术组的创面愈合时间短,疼痛评分减低,换药次数减少,有显著性差异。详见表1

表1 两组溃疡面愈合时间、疼痛评分、换药次数比较

组别	$n$	创面愈合时间	疼痛评分	换药次数
研究组	21	31.25±3.36	3.85±1.46	6.15±3.87
对照组	21	52.32±9.12	6.18±1.72	33.20±8.26
$t$ 值		12.183	14.576	25.4222
$p$ 值		<0.01	<0.01	<0.01

### 3 护理

3.1 心理护理 本组患者年龄偏大,基础疾病多,自理能力差,情绪低落悲观,对治疗信心不足。针对患者的特点,与患者多接触,多沟通,多关心,进行心理疏导,树立战胜疾病的信心和勇气,耐心向患者和家属介绍负压引流技术床治疗效果,减轻患者的心理负担,配合治疗。

3.2 营养支持 营养不良是影响溃疡愈合的重要因素之一,根据患者的病情及营养状况给予高热量、高蛋白、高维生素饮食<sup>[1]</sup>,各种营养成分应平衡供给,以肠内营养供给为主,有消化吸收功能障碍时,可给予肠外营养,以满足患者所需的营养要素。

3.3 体位护理 根据足溃疡部位,安置除足溃疡侧的平卧位或左、侧卧位交替,指导减压措施和技巧,避免压迫引流部位<sup>[2]</sup>。建立翻身卡,每(2~3)h翻身1次。

3.4 保持有效负压引流 维持有效负压是治疗的关键,维持负压恒定在(20~40)kPa。使用前检查负压引流装置,保持密闭、不漏气;保持引流管通畅,防压迫或扭曲、折叠,定时挤捏引流管,防止管道被小血凝块堵塞,如果发现引流管堵塞,应立即通知医师,可采用注射器抽吸生理盐水反复冲洗直到通畅;翻身时注意避免牵扯引流管而导致薄膜漏气<sup>[3-4]</sup>。

3.5 引流液的观察 持续负压引流期间,注意观察引流液的

【收稿日期】2017-05-51