

德湿威治疗难治性压疮的体会

王英¹, 雷英², 郝利¹, 方淋¹

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所:1. 神经内科重症监护室;2. 耳鼻喉科, 重庆 400042)

中图分类号:R659

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)23-3117-02

压疮是老年、重症、脊髓损伤等长期卧床患者的最常见并发症。压疮治疗棘手, 花费高、效果差, 目前, 仍然是临床护理工作的重点和难点。自 1962 年, 英国 Winter 博士首次提出了“湿性愈合理论”后, 已有多种基于该理论的敷料应用于临床。万麟等^[1-3]报道指出德湿威作为一种交互式湿润治疗敷料, 在糖尿病、下肢静脉溃疡等难愈伤口的治疗中疗效较好。

2011 年 1 月至 2013 年 5 月本院收治的 11 例难治性压疮患者, 根据伤口面积大小, 选择适宜型号德湿威治疗, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 11 例患者, 其中, 男 9 例, 女 2 例; 年龄 49~87 岁, 平均 74.9 岁。原发病分别为: 脑梗死 7 例, 心肺复苏后 1 例, 帕金森 3 例, 其中, 2 例伴有糖尿病, 3 例为全身多处压疮。根据 2007 年美国国家压疮咨询委员会(NPUAP)压疮分期^[4]: III 期压疮 4 处, IV 期压疮 8 处, 可疑深部组织损伤 2 处, 难以分期 5 处, 其中, 3 例伴有黑色结痂形成。部位: 骶尾部 8 处, 左髂棘 2 处, 右髂棘 1 处, 足外踝 2 处, 足跟部 3 处, 左背部 1 处, 右背部 2 处, 面积在(2 cm×2 cm)~(12 cm×7 cm)之间。所有伤口经暴露疗法、油纱、泡沫敷料等治疗效果不理想, 其中, 1 例经藻酸钙治疗后曾一度好转明显, 但因病情加重、压疮复发加重后再次使用藻酸钙等敷料无效。

1.2 方法 首先用生理盐水常规清洗伤口创面, 根据创面大小选择适宜型号的由德国保赫曼公司生产的交互式湿润治疗敷料——“德湿威”覆盖, 使用前用林格氏液充分激活, 外用纱布或棉垫覆盖固定好, 8~24 h 更换 1 次。

炎性渗出期, 伤口分泌物较多, 宜采用 12 h 型德湿威, 每 8~12 小时更换 1 次; 肉芽形成期, 组织表面鲜红, 可见肉芽生成, 宜采用 24 h 型德湿威, 每 24 小时更换 1 次。

所有患者均积极治疗原发病, 伴有糖尿病者给予控制血糖治疗, 使用气垫床并 1~2 h 翻身 1 次, 保持皮肤清洁干燥, 床单平整。采用口服、鼻饲、肠外营养等方式保证患者营养供给。有黑色结痂或黄色脓痂形成者先行外科清创, 尽量清除坏死组织。

1.3 疗效判断标准 治愈: 伤口愈合, 新生皮肤完全覆盖创面; 有效: 伤口面积缩小 1/3 以上, 渗出液较前明显减少, 黑色结痂或黄色脓痂基本清除, 表面见鲜红色肉芽组织生长, 边缘可见上皮爬行; 无效: 伤口面积无缩小或进一步扩大, 渗出液较前无明显改善或加重。

2 结果

本组 11 例患者 19 处压疮, 经德湿威治疗后, 治愈者 12 处(63.2%), 有效者 5 处(26.3%), 无效者 2 处(10.5%), 总有效率 89.5%。治疗前、后压疮创面情况见表 1。

表 1 德湿威治疗压疮创面前、后比较

| 序号 | 性别 | 年龄(岁) | 部位 | 分期 | 面积(cm×cm) | | 基底颜色 | | 渗出液 | | 伤口转归 |
|----|----|-------|------|--------|-----------|---------|------|-----|-----|-----|------|
| | | | | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | |
| 1 | 男 | 78 | 骶尾部 | III | 3×2 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| 2 | 男 | 49 | 骶尾部 | IV | 4×4 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| 3 | 男 | 79 | 骶尾部 | III | 2×2 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| 4 | 男 | 56 | 左髂棘 | 可疑深部损伤 | 4×3 | 0×0 | 紫红色 | 正常 | 血清性 | 无 | 治愈 |
| | | | 左足跟 | 可疑深部损伤 | 9×4 | 6×3 | 紫红色 | 红色 | 血清性 | 血清性 | 好转 |
| | | | 右足跟 | 难以分期 | 6×6 | 4×3.5 | 黑色 | 红色 | 脓血性 | 血清性 | 好转 |
| 5 | 男 | 82 | 右足外踝 | IV | 5×3.5 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| | | | 左足跟 | IV | 3×2 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| | | | 骶尾部 | 难以分期 | 12×7 | 8×5 | 黑色 | 红色 | 脓血性 | 血清性 | 好转 |
| | | | 左髂棘 | 难以分期 | 5×5 | 3×2 | 黄白色 | 红色 | 脓性 | 血清性 | 好转 |
| 6 | 女 | 76 | 右髂棘 | 难以分期 | 5×5 | 2.5×1.5 | 黑色 | 红色 | 脓血性 | 血清性 | 好转 |
| | | | 右足外踝 | IV | 5×3 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| 7 | 男 | 79 | 骶尾部 | III | 4×3 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 血清性 | 无 | 治愈 |

作者简介: 王英(1981—), 本科, 主管护师, 主要从事神经急危重症的护理(研究)工作。

续表 1 德湿威治疗压疮创面前、后比较

| 序号 | 性别 | 年龄(岁) | 部位 | 分期 | 面积(cm×cm) | | 基底颜色 | | 渗出液 | | 伤口转归 |
|----|----|-------|-----|----|-----------|------|------|-----|-----|-----|------|
| | | | | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | |
| 8 | 男 | 78 | 骶尾部 | Ⅳ | 5×3.5 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| 9 | 男 | 83 | 骶尾部 | Ⅲ | 5×5 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 血清性 | 无 | 治愈 |
| 10 | 女 | 77 | 右背部 | Ⅳ | 4×4 | 0×0 | 黄白色 | 正常 | 脓性 | 无 | 治愈 |
| 11 | 男 | 87 | 左背部 | Ⅳ | 3×2 | 5×3 | 黄白色 | 黄白色 | 脓性 | 脓性 | 无效 |
| | | | 右背部 | Ⅳ | 8×5 | 11×7 | 黄白色 | 黄白色 | 脓性 | 脓性 | 无效 |

3 讨 论

一直以来,中国创面护理以传统的干性愈合为主,湿性愈合理论的临床应用存在一定争议。近年来,美国、日本等国家应用湿性愈合理论治疗压疮等创面取得了良好的效果^[5]。2000年美国食品药品监督管理局(FDA)将湿性疗法确定为伤口处理的标准方法^[6]。大量研究也表明^[7-8],传统的纱布敷料吸收渗液的能力弱,去除时易粘着创面,疼痛且再生能力较弱,同时不具备生物活性,仅起到屏障作用,不能积极参与创面愈合过程。湿性疗法护理压疮较干性愈合方法换药次数减少,疗效明显,可减轻护理工作量,减少患者住院时间,节省医疗费用。

20世纪90年代初问世的交互式湿润治疗方法,作为湿性疗法的发展与延伸,它包含了“持续自动清创”的概念,即在保持伤口创面湿润的前提下,着重强调交互式治疗^[9],具有主动调节创面病理生理环境的能力,具有吸收分泌物和清洁伤口的作用。这一交互式作用有赖于敷料核心层对不同特性物质亲和力的差异,使蛋白质类物质(如创面渗液、毒素、细菌、坏死组织等)和林格氏液在创面上进行置换,在吸收创面蛋白质类物质的同时释放林格氏液冲洗伤口,从而达到清创、保持创面持久湿润,促进伤口周边上皮细胞爬行,加速伤口愈合的作用。

难治性压疮由于大多存在渗出液多、创面合并感染等特点而导致治疗效果不佳。德湿威敷料核心部分为聚丙烯酸酯,经林格氏液激活后对蛋白质类物质具有极高的亲和力,主动吸收创面渗出液、坏死组织残屑等,同时持续释放林格氏液到创面上,使伤口保持湿润状态。同时,德湿威敷料可促进坏死组织的软化和分离,增加坏死组织及纤维蛋白的分解,抑制创面细菌生长^[3]。林格氏液中含有的钾、钠、钙等电解质,可刺激细胞再生,促进肉芽组织生成。且德湿威表面为疏水性人造纤维组织,不吸收水分,不粘附创面,加上持续湿润的伤口环境,避免了换药时再损伤。

德湿威敷料用于伤口护理时,彭谷兰等^[10]指出必须注意4个问题:(1)应用前先对伤口上及周围的清洗液,用无菌干方纱

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.23.058

拭干,避免德湿威敷料的交互式伤口清创作用下降;(2)德湿威敷料更换不能大于2d,避免吸收过度使创周形成色素沉着;(3)用林格氏液激活SAP时要待充分饱和,才能达到伤口清创的最佳效果;(4)德湿威敷料不能用于瘰管和窦道。

参考文献:

- [1] 万麟. 德湿威湿润治疗糖尿病足 68 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(9): 2159.
- [2] 唐慧鑫, 彭丹丹, 陈永霞. 下肢静脉溃疡使用“德湿威”换药的护理体会[J]. 感染、炎症、修复, 2007, 8(1): 18.
- [3] 吴杰, 杨涛, 王炜, 等. 难愈伤口治疗的新方法——德湿威交互式湿润治疗[J]. 江苏医药, 2004, 30(2): 140-141.
- [4] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 175-178.
- [5] 冯玉, 王艳, 蒋运兰. 湿性愈合理念在压疮护理中的应用进展[J]. 当代护士, 2013, 6(2): 7-9.
- [6] Keryln C. Wound care manual[D]. 5th Edition. Osboene Park, Westrm Australia: The Silver Chain Foundation, 2005: 45-55, 82-93.
- [7] 齐丽, 徐嘉琪, 杨立群, 等. 干性愈合与湿性愈合理论治疗压疮的比较研究[J]. 中国实用医药, 2009, 4(22): 192-193.
- [8] 刘燕平, 赵超男, 周淑青, 等. 应用湿性愈合疗法治疗压疮[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9(10): 621-622.
- [9] 于芝兰. 压疮伤口湿性疗法的临床应用[J]. 医学信息, 2011, 24(8): 5451-5452.
- [10] 彭谷兰, 徐继红. 德湿威在难愈伤口护理中的应用与观察[J]. 中国社区医师, 2006, 7(21): 98.

(收稿日期: 2014-02-20 修回日期: 2014-04-26)

分散式静脉液体配置中心(PIVAS)药物配置即时性临床意义研究

袁志芳

(武警重庆总队医院院部, 重庆 400061)

中图分类号: R944.1

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)23-3118-03

根据国家卫生部和中医药管理局颁布的《医疗机构药事管理暂行规定》第二十八条:“医疗机构要根据需要逐步建立全肠