

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.21.027

自制负压引流装置联合加压包扎在头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎治疗中的应用*

李 凤,姚 伟,邹 婷,贺 洋,伍津津,雷 霞,刘 红[△]

(陆军特色医学中心皮肤科,重庆 400042)

[摘要] **目的** 探讨自制负压引流装置联合加压包扎治疗头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎(PCAS)的临床效果。**方法** 选取 2017 年 6 月至 2023 年 6 月于该院就诊的 PCAS 患者 49 例,其中 24 例患者应用自制负压引流装置联合局部加压包扎进行治疗(联合组),25 例患者采用常规换药(常规组)。比较两组患者的换药次数、伤口愈合时间、并发症发生情况、不良反应发生率及痊愈率。**结果** 与常规组比较,联合组换药次数减少,伤口愈合时间缩短,差异均有统计学意义($P < 0.05$);随访 3 个月,均无脓肿复发、窦道、脱发等并发症发生,两组不良反应发生率无明显差异($P > 0.05$),联合组痊愈率明显高于常规组(91.67% vs. 56.00%, $P < 0.05$)。**结论** 该自制负压引流装置联合加压包扎可有效加速头部 PCAS 患者康复。

[关键词] 头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎;负压引流法;加压包扎法;疗效

[中图分类号] R753.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2023)21-3343-04

头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎(perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, PCAS)又被称为头皮分割性蜂窝织炎和 Hoffman 病,是一种病因不明的罕见疾病,多发生在 20~40 岁的非洲裔美国人和非洲裔加勒比海人,在高加索人中也有不少报道,且多为男性,较少累及妇女和儿童^[1-4]。该病可形成密集的脓肿、结节,导致皮损处结节成片、组织瘢痕形成、头皮毛发脱落等,且迁延难愈,容易复发^[5-6]。PCAS 脓肿切开引流是临床常用的方法,目前术后通常采用常规换药,患者需往返多次门诊换药,脓肿愈合时间长,部分患者甚至会出现脓腔经久不愈,继发二次甚至多次感染^[6-8]。如何更好地促进 PCAS 脓腔愈合是决定患者预后的关键因素。目前临床上针对复杂伤口和脓肿常常采用负压引流(vacuum sealing drainage, VSD)技术进行治疗,该方法可显著加速脓腔和复杂伤口的愈合^[9-10]。因此,本研究借鉴负压引流的设计理念自制了一套负压引流装置并联合加压包扎,应用于 PCAS 脓肿切开术后的护理治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2017 年 6 月至 2023 年 6 月于本院就诊的 PCAS 患者 24 例作为联合组,均为男性,年龄 15~54 岁,平均(24.16±4.35)岁;病程 5~57 个月,平均(25.67±10.14)个月。另纳入同期就诊的 PCAS 患者 25 例作为常规组,均为男性,年龄 14~55 岁,平均(23.78±5.66)岁;病程 4~52 个月,平均(23.01±10.11)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义

($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 常规组

常规组 PCAS 患者首先剃除 PCAS 脓肿周围 3~4 cm 毛发,脓肿切开后,清理脓腔,采用油纱填塞或橡皮条引流脓腔,然后伤口外用纱布胶条固定。患者门诊常规换药,前 3 d 需每天换药,检查伤口肉芽及渗出情况,无脓液和血性分泌物可在术后 1~3 d 逐渐拔出油纱或橡皮引流条。随后,继续间隔 1~2 d 换药 1 次,直至伤口愈合。若换药期间出现发热、伤口周围红肿等感染症状,需口服抗生素,部分患者需二次清创引流。患者术后常规门诊随访 3 个月,观察有无脓肿复发、窦道、脱发等并发症和不良反应发生。

1.2.2 联合组

联合组患者均使用自制负压引流联合加压包扎装置进行治疗。脓肿切开同常规组,术后将自制引流导管前端置于脓腔底部,引流管前端侧面预先剪开 2~3 个侧孔利于脓液引流,引流管采用临床常规输液器中间导管。引流管远端留距离切口 5~10 cm 长用于接负压引流器。再次清理消毒切口及周围皮肤,根据创面大小选择合适的薄膜敷料或 3M 敷贴,二者均可起到很好的密封固定作用。敷料紧贴伤口包括引流管引出切口处,根据脓腔大小,引流管远端选用连接 5~20 mL 空针做负压吸引,抽吸空针到底形成负压,用相应的空针活塞杆顶住负压空针活塞的针筒部位使其固定。检查负压引流稳定后,胶布固定空针活塞和针筒形成持续负压引流。剪裁合适大小的纱布

* 基金项目:陆军军医大学指令性军事医学预研究课题(2019ZLX008)。 作者简介:李凤(1975—),主管护师,学士,主要从事皮肤科门诊治疗护理研究。 [△] 通信作者, E-mail:1582570499@qq.com。

裹成条装,置于脓腔伤口周围,纱布高于皮肤 1~2 cm,然后固定加压包扎。再次检查负压装置是否漏气,敷料纱布是否移位,压力是否稳定,同时指导患者平卧或向健侧卧位,避免压迫管道,引起弯折堵塞等。嘱患者保湿防晒、避光,规律作息,避免熬夜,治疗区域内不可搔抓或发生机械性摩擦,负压引流 2~3 d 来院换药,期间如有漏气、渗液等情况可来院进行处理。患者同常规组门诊换药,并随访 3 个月。

1.3 观察指标

(1)记录两组患者的换药次数和伤口愈合时间。(2)疗效评价:患者术后 30 d 内脓肿、结节基本消退则判为痊愈,痊愈率=痊愈例数/总例数 $\times 100\%$ 。(3)并发症和不良反应:记录两组脓肿复发、窦道、脱发等并发症,以及发热、红肿、疼痛、色素沉着、脱发等不良反应发生情况^[11-12],并计算不良反应发生率。

1.4 统计学处理

应用 SPSS22.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗情况比较

联合组术后第 1 天引流量 5~10 mL,之后逐渐减少,术后第 3 天引流量 0~2 mL;术后 3~4 d 拔出引流管,引流管拔出后继续门诊换药。与常规组比较,联合组伤口愈合时间缩短,换药次数减少,差异均有统计学意义($P < 0.05$);所有患者随访 3 个月,无脓肿复发、窦道、脱发等并发症发生,两组不良反应发生率无明显差异($P > 0.05$);联合组痊愈率明显高于常规组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗情况比较

组别	<i>n</i>	伤口愈合时间 ($\bar{x}\pm s, d$)	换药次数 ($\bar{x}\pm s, 次$)	不良反应发生率 [<i>n</i> (%)]	痊愈率 [<i>n</i> (%)]
常规组	25	18.4 \pm 4.6	6.4 \pm 3.4	8(32.00)	14(56.00)
联合组	24	12.5 \pm 3.4	3.6 \pm 1.2	7(29.17)	22(91.67)
<i>t</i> / χ^2		0.012	0.011	0.050	7.990
<i>P</i>		0.011	0.012	0.830	0.010

2.2 典型病例

患者男,25 岁,头顶部及枕部 PCAS 数月,脓肿切开引流手术后,采用脓肿负压引流联合加压包扎,门诊仅换药 2 次后脓肿、结节等症状基本消退,无溢脓,无明显不良反应,随访 3 个月后患者头颈部及枕部美观性好,见图 1。



A:治疗前 PCAS 情况;B:经负压引流联合加压包扎后;C:治疗后头部痊愈情况。

图 1 典型病例

3 讨 论

PCAS 与聚合性痤疮、化脓性汗腺炎组成毛囊闭锁三联征,也有学者把藏毛窦一起称为毛囊闭锁四联征。PCAS 患者脓肿形成后,常规需要切开引流,目前临床上在脓肿切开引流后多采用门诊常规换药的方法,由于在脓肿切开后早期创面渗出多、坏死组织残留多,患者常常需要多次往返医院进行换药,部分患者由于换药不及时甚至出现继发二次感染,从而影响脓肿愈合^[12-13]。PCAS 患者频繁往返换药加重了医护人员的工作量,增加了医生、护士和患者的负担。常规换药由于可能存在换药不及时、脓腔引流不畅、坏死组织残留,易继发二次感染,甚至部分脓肿出现迁

延不愈的情况,从而导致部分 PCAS 患者出现永久性疤痕、脱发等并发症。因此,如何让 PCAS 患者脓肿更好地愈合是医护人员面临的一个重要难题。

负压引流装置术在临床上常用于复杂脓腔、感染伤口的治疗,其持续负压可将伤口创面因感染或坏死组织产生的分泌物及时吸出,从而使伤口创面时刻保持干净^[14-15]。多项临床研究显示,负压引流较常规引流换药可明显加快创面修复和肉芽组织生长,加速伤口愈合,目前负压引流技术已经广泛应用于创伤伤口和复杂脓腔的治疗^[16-17],但对于 PCAS 这种较小脓腔尚无合适的负压引流产品开发应用。能否将负压引流持续负压技术应用于 PCAS 脓肿术后护理,目前国

内外尚缺乏相关的临床报道。

本研究借鉴了持续负压引流理念,应用自制负压引流装置联合加压包扎对 PCAS 小脓肿进行治疗,与常规换药方法比较,自制负压引流联合加压包扎可较好地实现 PCAS 脓腔持续负压吸引,及时吸引出创面内的分泌物和坏死组织,负压吸引 3~4 d 即可拔出引流管,绝大部分伤口均呈现出新鲜肉芽生长,为脓腔快速愈合创造了很好的基础。相关研究表明,伤口周围适度加压包扎可减轻创面周围组织的水肿,有利于淋巴回流,从而加速伤口愈合^[18-19]。因此,本研究在持续负压引流的同时对脓肿周围皮肤进行了加压包扎,以期达到减少周围组织水肿、加速伤口愈合的目的。本研究结果显示,与常规组比较,联合组的换药次数明显减少,伤口愈合时间明显缩短,痊愈率明显提高。并且,该装置采用的是临床常用耗材,经济性优于商品化负压引流装置。此外,值得注意的是,PCAS 患者由于伤口经久不愈和担心美观问题,往往会出现焦虑抑郁等负面情绪,在护理时需要引起关注^[17-20],对患者进行安慰,减轻患者心理负担,同时及时询问并指导患者自行观察引流装置情况及引流量,做到及时更换。

综上所述,自制负压引流装置联合局部加压包扎可明显减少患者术后换药次数,缩短患者伤口愈合时间,痊愈率也较常规换药明显提高,且不良反应发生情况无明显差异,提示该项临床护理新技术具有一定的临床推广应用价值。

参考文献

- [1] 张向东,张珍珍,赵琳,等. 毛囊闭锁三联征[J]. 临床皮肤科杂志,2020,49(12):743-746.
- [2] TAKAHASHI T, YAMASAKI K, TERUI H, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treatment with tumor necrosis factor inhibitors: a case report and review of published cases[J]. J Dermatol, 2019, 46(9): 802-807.
- [3] ALIKHAN A, SAYED C, ALAVI A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. Part I: diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management[J]. J Am Acad Dermatol, 2019, 81(1): 76-90.
- [3] 王惠园,王军,徐阳. 中医外治法治疗头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎 1 例[J]. 中国中西医结合外科杂志,2019,25(1):98-99.
- [5] 山凯萍,黄咏梅,王萍. 慢性化脓性穿掘性毛囊周围炎病灶内光动力治疗的临床观察[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019, 19(95):88,90.
- [6] THOMAS J, AGUH C. Approach to treatment of refractory dissecting cellulitis of the scalp: a systematic review[J]. J Dermatol Treat, 2021, 32(2):144-149.
- [7] RAILLS E, VERROS C, KATOULIS A. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treated with systemic isotretinoin monotherapy: case report and review of current therapeutic options[J]. Acta Dermatovenerol Croat, 2022, 30(4):256-260.
- [8] 华优,瞿宾,耿清伟,等. 脓肿穿掘性毛囊周围炎病例并文献复习[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志,2017,16(4):350-352.
- [9] 周易,毕文婷,徐鑫宇,等. VSD 负压引流技术在老年人颌面部多间隙感染中的应用效果评价[J]. 中华老年口腔医学杂志,2022,20(4):209-213.
- [10] 李亦芝,蒋冠. 贝复济联合 VSD 负压引流治疗难愈性创面疗效的 Meta 分析[J]. 徐州医科大学学报,2021,41(9):677-680.
- [11] TAKAHASHI T, YAMASAKI K, TERUI H, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treatment with tumor necrosis factor inhibitors: a case report and review of published cases[J]. J Dermatol, 2019, 46(9): 802-807.
- [12] 刘波,吕冬梅. 银蒲解毒片联合夫西地酸软膏治疗穿凿脓肿性头部毛囊炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(15):1657-1658.
- [13] WU Q, BU W, ZHANG Q, et al. Therapeutic options for perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens: a review[J]. Dermatol Ther, 2022, 35(10):e15763.
- [14] LSHAHrani B, SIM J, MIDDLETON R. Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review[J]. J Clin Nurs, 2021, 30(15/16):2151-2168.
- [15] IANG W, JIANG J, HU T, et al. The efficacy and safety of moxibustion for pressure injury: a protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2022, 101(6):e28734.
- [16] 王祖旭,刘小龙. 体外模拟负压引流疗法对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染伤口细菌生物膜的影响[J]. 中华烧伤杂志,2020,36(7):546.
- [17] 张娟,张春燕,付艳玲. 负压封闭引流技术治疗老年卧床患者Ⅲ、Ⅳ期压疮疗效研究[J]. 创伤与急危重病医学,2021,9(4):283-285.
- [18] 谢娜,蒋柳雅,贾杰. 低弹力绷带加压包扎对乳

腺癌术后上肢纤维肿的疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2019, 25(9): 1094-1097.

[19] 吴兆佩, 戈含笑, 高谦, 等. 空气压力波治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的疗效分析[J]. 中华保健医学杂志, 2021, 23(1): 65-67.

[20] 周双琳, 祝贺, 王聪敏, 等. 火针联合 5-氨基酮戊

酸光动力治疗头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎疗效观察[J]. 实用皮肤病学杂志, 2019, 12(3): 155-157.

(收稿日期: 2023-03-18 修回日期: 2023-07-22)

(编辑: 冯 甜)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.21.028

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20230921.1731.016\(2023-09-21\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20230921.1731.016(2023-09-21))

382 例帕金森病患者饮食行为及影响因素研究*

王丽瑛, 施 煜[△], 杜晓航, 郑宝香, 王楠萍

(复旦大学附属华山医院神经内科, 上海 200040)

[摘要] 目的 研究帕金森病(PD)患者饮食行为现状及影响因素。方法 采用便利抽样法, 选取 2019 年 8 月至 2021 年 7 月该院神经内科诊疗的 382 例 PD 患者为研究对象, 采用一般资料调查表及饮食行为量表(EBS)调查, 采用多元线性回归分析影响因素。结果 PD 患者 EBS 评分为(8.65±1.73)分; 性别、年龄、与照护者的关系及生活依赖性是影响 PD 患者 EBS 得分的主要因素($P < 0.05$), 于回归方程中可解释总变异的 76.0%。结论 PD 患者独立进食能力为中等, 年龄偏大、主要照护者是护工、生活依赖性高及男性 PD 患者, 独立进食能力较差。

[关键词] 帕金森病; 饮食行为; 调查分析; 影响因素

[中图分类号] R473

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2023)21-3346-04

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是一种慢性的神经退行性疾病, 常见于中老年群体。饮食行为包括食物的选购和摄取食物的种类、量、频度、时间、地点、方式及场景等^[1-2]。调查显示, 高达 50% 的 PD 患者存在不同程度的饮食行为障碍^[3]。病情加重后会诱发患者出现各种不良后果, 如营养不良及身体功能下降等^[4]。目前, 研究多关注情绪状态、家庭等方面^[5], 缺乏饮食行为特征的研究。本研究旨在分析 PD 患者饮食行为现状及其影响因素, 以期为其他学者开展相关工作提供客观依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法, 选取 2019 年 8 月至 2021 年 7 月本院神经内科诊疗的 382 例 PD 患者为研究对象。纳入标准: (1) ≥60 岁; (2) 确诊为原发性 PD^[6]; (3) 具备沟通能力, 可以做到简单地听说读写; (4) 蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)评分 < 26 分。排除标准: (1) 合并严重的内脏疾病者; (2) 中途主动退出者。所有患者均知情并自愿参与研究。

1.2 方法

1.2.1 一般资料调查表

自行编制一般资料调查表, 由神经内科临床专家和护理专业人员共同审阅修改。调查表涵盖两个部分: (1) 常规人口统计数据, 包括性别、年龄、婚姻、教育程度、家庭情况、与照护者的关系; (2) 疾病相关数据, 包括病程、认知障碍程度和生活依赖性。患者入院当日, 主治医师使用 MoCA 和日常生活能力量表(activity of daily living scale, ADL)进行评估。MoCA 包括视空间与执行功能、命名、注意等 7 个方面的认知评估, 由 12 道题组成, 共 30 个单项, 总分为 0~30 分, 得分越高表明认知功能越好; ADL 总分为 0~100 分, 得分越高表示独立性越强^[7]。

1.2.2 饮食行为量表(eating behavior scale, EBS)

采用由马丽霞等^[8]汉化、命名及评价后形成的 EBS 单维度量表进行评估。EBS 共 6 个条目, 涵盖 6 种认知功能相关的饮食行为, 包括开始饮食, 保持注意力, 定位食物, 正确地使用合适的餐具, 能够咬、咀嚼和吞咽食物且不会发生呛咳, 结束饮食。采用 Likert 4 级评定, 0~3 分表示为“依赖性”“身体接触性”“语言提示”“独立性”, 总分 0~18 分, 得分越低表示独立进食能力越差。经评价, EBS 的 Cronbach's α 为

* 基金项目: 复旦大学复星护理科研基金项目(FNF202217)。 作者简介: 王丽瑛(1989-), 护师, 学士, 主要从事神经内科病房带教方面的研究。 [△] 通信作者, E-mail: jiejiekaiaand@163.com。