

湿性愈合理论在治疗压疮中的临床疗效观察^{*}

宁强华, 陈得一, 唐华丽, 陈瑶 (四川省渠县人民医院 635200)

【摘要】 目的 观察湿性愈合理论在压疮治疗中的临床效果。**方法** 将压疮患者 305 例(572 处)随机分为观察组 200 例(390 处)和对照组 105 例(182 处), 对照组给予压疮传统治疗及护理, 观察组给予压疮湿性愈合疗法及护理。比较 2 组患者临床治疗效果, 如压疮换药次数、视觉模拟评分法(VAS 评分)、愈合时间及患者住院时间。**结果** 观察组压疮治愈率、总有效率高于对照组; 压疮换药次数、VAS 评分、愈合时间、住院时间低于对照组; 患者满意率高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 湿性愈合方法及新型敷料的应用可明显提高压疮治疗有效率, 患者疼痛程度轻, 满意率高, 体现了舒适护理理念, 且减少换药次数, 愈合快, 明显优于压疮传统护理方法, 临床应用前景广阔。

【关键词】 压疮; 湿性愈合理论; 湿性敷料

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)09-1269-02

压疮是皮肤、肌肉及皮下组织在压力、剪切力或摩擦力作用下发生的局限性损伤, 常发生于骨隆突处, 多见于长期卧床患者, 久治难愈, 给患者带来巨大的身心痛苦, 也给医疗护理、社会、家庭带来沉重的压力。大量研究表明, 湿性愈合理论应用新型敷料在慢性伤口的治疗中效果显著, 成为压疮治疗的先进方法^[1]。本文对压疮患者实施湿性愈合疗法和传统治疗两种方法的临床效果进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 8 月至 2013 年 2 月本院收治的院外带入压疮患者及院内发生的难免性压疮患者 305 例, 其中男 143 例, 女 162 例; 年龄 35~97 岁, 平均(61.3±18.3)岁。305 例患者均符合美国国家压疮咨询工作组(NPUAP)2007 年公布的压疮诊断标准^[2]。所有患者压疮共计 572 处, 其中 I 期压疮 95 处, 可疑深部组织损伤 22 处, II 期压疮 224 处, III 期压疮 156 处, IV 期压疮 48 处, 无法分期 27 处; 疮面面积最小 1 cm×1 cm, 最大 16 cm×15 cm×4 cm; 均无糖尿病, 以及严重重心、肝、肾等疾病。所有患者随机分为观察组 200 例(390 处)和对照组 105 例(182 处), 2 组患者在性别、年龄, 以及压疮数量、面积、分期等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组均给予原发疾病的积极治疗和常规护理。在此基础上, 对照组给予压疮传统治疗及护理, 即应用 0.5% 聚维酮碘消毒创面, 使用无菌棉签外涂搽剂, 然后给予烤灯照射治疗^[3]。观察组给予压疮湿性愈合疗法及护理, 具体措施如下。首次换药应用 0.25% 聚维酮碘彻底消毒压疮周围皮肤, 然后用生理盐水清洗创面, 清除软化的坏死组织, 再次用 0.25% 聚维酮碘消毒, 生理盐水冲洗, 然后用无菌棉球拭干创面, 再选用相应的湿性敷料覆盖^[4]。对于 I 期压疮, 应用透明薄膜敷料、薄型水胶体敷料、泡沫敷料外贴。对于 II 期压疮, 小水疱保持完整, 不予刺破, 直接外贴透明贴; 大水疱给予消毒穿刺, 抽出疱液, 再用薄型水胶体敷料外贴^[5]。对于 III~IV 期压疮, 据疮面坏死组织情况及机体自愈能力给予合理的清创方式, 创口基底部呈黑色或黄色, 较为干燥时应用水凝胶类, 再用透明敷料覆盖; 渗液较多、具有窦道或腔隙、发生感染及出血的创面先以藻酸盐类敷料填充, 再覆盖第二层敷料, 感染者用纳米银抗

菌敷料, 渗液过多及肉芽组织生长过度者用泡沫类敷料^[6]。对于可疑深部组织损伤者早期应用水凝胶类敷料, 1~2 d 后视创面变化情况给予合理清创及深部处理。对于无法分期的压疮, 无红、肿、浮动、渗出者要保留干痂, 覆以水凝胶类敷料, 再覆盖纳米银敷料及透明敷料^[7]。敷料中心正对创面, 大小应完整覆盖创面及其周边 1.5 cm 范围内的健康皮肤, 边缘保持平整、封闭, 操作过程应严格无菌。

1.3 观察指标 比较 2 组患者临床治疗效果, 如压疮换药次数、VAS 疼痛评分、愈合时间及患者住院时间。

1.4 判定标准

1.4.1 疗效判定标准^[8] 治愈: 局部组织基本修复, 创面闭合, 上皮组织覆盖完整; 有效: 坏死组织基本清除, 创面干净, 渗液减少, 肉芽组织生长良好, 创面逐渐缩小; 无效: 创面情况无明显改善; 加重: 创面扩大, 感染加重。总有效率=(治愈例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4.2 疼痛评分标准^[9] 采用视觉模拟评分法(VAS)评分, 用 0~10 分来表示疼痛程度, 数值越大, 疼痛程度越深。疼痛程度分级: 0 分为无痛; 1~3 分为轻度疼痛; 4~6 分为中度疼痛; 7~10 分为重度疼痛。

1.5 统计学处理 采用 SPSS12.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以率(%)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 两组患者压疮治愈率和总有效率比较 观察组压疮治愈率和总有效率均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者压疮换药次数、愈合时间及住院时间比较 观察组患者压疮换药次数、愈合时间、住院时间均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者 VAS 评分及疼痛程度比较 观察组患者 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者疼痛程度明显轻于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 患者满意度 观察组患者满意率为 97.5%(195/200),

* 基金项目: 四川省达州市科技局科技成果鉴定(2013004)。

高于对照组的 50.5% (53/105), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床治疗效果比较[n 或 $n(\%)$]

组别	压疮分期	压疮数	治愈	有效	无效	加重	总有效率(%)
观察组	I	65	42	23	0	0	100.0*
	可疑深部组织损伤	15	12	3	0	0	100.0*
	II	153	98	45	10	0	93.5*
	III	106	67	30	8	1	91.5*
	IV	33	19	10	3	1	87.9*
	无法分期	18	9	6	2	1	83.3*
	合计	390	257(65.9)*	107(27.4)	23(5.9)	3(0.8)	93.3*
对照组	I	30	18	6	4	2	80.0
	可疑深部组织损伤	7	3	2	2	0	71.4
	II	71	29	18	16	8	66.2
	III	50	22	11	11	6	66.0
	IV	15	5	4	4	2	60.0
	无法分期	9	3	2	3	1	55.5
	合计	182	80(44.0)	43(23.6)	40(22.0)	19(10.4)	67.6

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 两组患者换药次数、压疮愈合时间及住院时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	换药次数(次)	压疮愈合时间(d)	住院时间(d)
观察组	200	10.1 $\pm$ 2.3*	20.8 $\pm$ 2.6*	18.6 $\pm$ 3.7*
对照组	105	24.6 $\pm$ 4.8	29.9 $\pm$ 4.7	30.4 $\pm$ 5.6

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 3 两组患者 VAS 评分及疼痛程度比较

组别	n	VAS 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	疼痛程度分级[$n(\%)$]			
			无痛	轻度	中度	重度
观察组	200	2.87 $\pm$ 0.35*	152(76.0)*	43(21.5)	5(2.5)	0(0.0)
对照组	105	5.12 $\pm$ 1.34	41(39.0)	37(35.2)	21(1.9)	6(5.7)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

压疮的传统护理使创面处于干性环境,而干性环境促进创面脱水、干结,对上皮细胞的成长、爬行不利。大量研究表明,湿性愈合理论的应用更利于创口的愈合^[10]。湿性敷料可保持创面低氧张力,促进毛细血管生长和创面愈合;有助于创面纤维蛋白及坏死组织的溶解与吸收,发挥自溶清洁作用,保持创面清洁;湿性环境更接近于机体内环境,有利于保持细胞活性,促进其增殖,并释放多种生长因子,湿性敷料可促使创面渗液浓缩形成纤维蛋白凝胶,其中含有丰富的生长因子,促进上皮细胞的生长;湿性敷料形成的密闭湿性环境呈微酸性(pH 为 6.1 $\pm$ 0.5),不利于细菌的生长繁殖;密闭的湿性环境中创面渗液作为等渗液有利于保护创面神经末梢而起到减轻疼痛的作用;湿性愈合不形成干痂,避免了换药时对新生肉芽组织的再次损伤。

本研究结果显示,观察组压疮治愈率和总有效率均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者压疮换药次

数、愈合时间及住院时间均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明湿性愈合方法及新型敷料的应用可明显提高压疮治疗有效率,患者疼痛程度轻,满意率高,体现了舒适护理理念,且减少换药次数,愈合快,明显优于压疮传统护理方法,临床应用前景广阔。

参考文献

[1] 姚鸿,陈立红. 伤口湿性愈合理论的临床应用进展[J]. 中华护理杂志,2008,43(11):1050-1052.

[2] 李彦君. 湿性伤口愈合理论在压疮治疗中的应用[J]. 中国当代医药,2012,19(18):126-127.

[3] 薛莉娜,吴越香,苏永利. 湿性愈合理论在压疮中的临床应用体会[J]. 中国民康医学,2011,23(3):331.

[4] 王永莉. 湿性伤口愈合理论在压疮治疗中应用的临床观察[J]. 中国现代药物应用,2011,5(21):23-24.

[5] 何丽娟. 湿性愈合理论用于压疮治疗的效果观察[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(29):3794-3795.

[6] 张梅. 湿性愈合理论在Ⅱ期压疮治疗中的应用[J]. 临床护理杂志,2011,10(1):79-80.

[7] 刘慧凤,鞠蓓蓓,王红萍. 湿性愈合理论在临床压疮治疗中应用的研究进展[J]. 解放军护理杂志,2008,25(5):42-43.

[8] 刘龙美,谭健,刘红红,等. 湿性愈合理论在压疮治疗中的应用[J]. 护士进修杂志,2010,25(18):1716-1718.

[9] 张杰,王加梅,魏凌云. 湿性愈合在压疮患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(21):83-84.

[10] 蒋琪霞,李晓华. 湿性愈合理念及方法在压疮治疗中的应用进展[J]. 护理研究,2009,23(29):2635-2637.