

表 1 两组患者术后并发症发生率和护理满意度调查比较[n(%)]

组别	n	局部血肿	血管迷走神经反射	缺血性卒中	下肢静脉血栓形成	满意度
观察组	25	1(4.0)	2(8.0)	0(0.0)	0(0.0)	24(96.0)
对照组	25	3(12.0)	2(8.0)	1(4.0)	1(4.0)	23(92.0)

注:两组比较, $\chi^2=16.309, P<0.05$ 。

3 讨 论

颈动脉狭窄是由于颈动脉粥样斑块导致的颈动脉管腔狭窄, 常见于 60 岁以上中老年人[7]。以往的文献报道, 由于老年人身体功能衰退, 抵抗力较差、术后恢复缓慢, 不少患者会出现各种术后并发症[8]。为此, 在颈动脉支架置入术后护理过程中, 必须结合临床实际, 给出针对性的护理措施。研究表明, 颈动脉支架置入术后给予有效的护理干预措施对治疗效果和患者术后生活质量提高有明显的提高作用[9]。

针对性护理干预措施是提高治疗效果和降低并发症的重要手段。及时的心理护理和密切的临床观察能有效提高患者心里应变能力, 减少并发症的发生。本研究中, 通过针对性的护理干预措施, 对术后局部血肿、缺血性卒中、血管迷走神经反射和下肢静脉血栓形成并发症实施重点关注护理, 结果显示观察组术后四种并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。同时也提高了护理满意度。

综上所述, 有针对性地实施专业护理干预, 可最大限度控制并发症的发生, 缩短患者的住院时间, 减轻患者的经济负担,

使患者早日融入社会, 提高生活质量, 促进医患关系的和谐发展。

参考文献

- [1] 汤薇. 颈内动脉狭窄血管支架置入后并发症的观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(10): 947-948.
- [2] 谢新朵, 齐少春, 刘洪珍, 等. 颈动脉支架置入术治疗颈动脉狭窄的护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(10): 1690-1691.
- [3] 朱伟慧. 颈动脉狭窄患者血管内支架置入术后并发症的护理[J]. 中国实用医药, 2011, 6(5): 219-220.
- [4] 于晓敏. ACS 患者 PCI 围手术期的用药和护理[J]. 中国城乡企业卫生, 2013, 28(2): 91-93.
- [5] 周小平, 吴筱娴, 常芸. 冠状动脉介入治疗术后患者并发消化道出血护理[J]. 中外健康文摘, 2014(26): 247-248.
- [6] 葛均波. 内科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 155-157.
- [7] 马娟. 10 例颈动脉内膜切除术患者的围手术期护理体会[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(5): 50-52.
- [8] 毕雪华. 颈内动脉支架置入术患者术中并发症的临床护理分析[J]. 当代医学, 2012, 18(8): 135-136.
- [9] 张艳果. 护理干预对冠状动脉支架置入术后患者的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(7): 120.

(收稿日期: 2014-06-12 修回日期: 2014-08-26)

封闭负压辅助伤口闭合联合悬浮床应用于难愈性伤口的护理观察

钱 梅(南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)骨科 210006)

【摘要】 目的 探讨封闭负压辅助伤口闭合(VAC)联合悬浮床对难愈性创面治疗的疗效。**方法** 选取符合纳入标准的 60 例复合组织损伤患者作为研究对象, 按照随机数字表分为试验组和对照组, 每组 30 例, 对照组给予 VAC 治疗和护理配合, 试验组采取 VAC 联合悬浮床技术进行治疗和护理配合。**结果** 两组患者治疗后创面治愈率 100%, 但两组患者创面愈合时间、住院时间和护理满意度比较, 试验组要优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** VAC 联合悬浮床辅以相应的护理, 可有效治疗难愈性创面, 两种方法同时采用达到了取长补短, 事半功倍的效果。

【关键词】 封闭负压辅助伤口闭合; 悬浮床; 难愈性创面; 骨科; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.24.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)24-3506-02

在骨科临床中存在着众多难愈性创面患者, 此类患者治疗难度大、疗程长、并发症多, 占用了较多医疗资源, 同时也给护理工作带来了较大的困难。封闭负压辅助伤口闭合(VAC)和悬浮床技术是近些年来发展起来的治疗难愈性创面的新技术[1-2]。2012 年 8 月至 2013 年 9 月本科对 30 例难愈性创面患者进行封闭负压辅助伤口闭合联合悬浮床技术, 取得了较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 8 月至 2013 年 9 月采取便利抽样法选取本科收治的复合组织损伤患者 60 例作为研究对象。纳入标准: (1) 创面损伤持续超过 1 个月以上, 伤口无好转或进展恶化; (2) 创面直径大于 3 cm, 创面最小 4 cm×6 cm, 最大 25 cm×18 cm, 最少 2 处, 最多 4 处, 创面均有不同程度的坏死和感

染。将符合纳入标准的 60 例患者按照随机数字表分为试验组和对照组, 每组 30 例。其中对照组男 21 例, 女 9 例, 平均年龄(36.3±6.2)岁。试验组男 20 例, 女 10 例, 平均年龄(37.6±8.1)岁。两组患者性别、年龄、疾病严重程度等比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组采用 VAC 技术进行治疗和护理配合, 试验组给予 VAC 联合悬浮床技术进行治疗和护理配合。

1.2.1 一般护理 (1) 入组时, 首先对两组患者进行彻底清创止血, 根据创面大小选择合适的敷料型号, 在无菌条件下撕开敷料内包装, 根据需要, 修剪或拼接敷料, 使其完全覆盖创面表面。有窦道时, 可将材料剪成条状填塞其中, 用半透膜封闭负压材料, 贴好引流管, 将 1 根或多根引流管用三通合并后连接负压吸引机, 设定好负压值和模式。(2) 心理护理, 患者面对突

如其来的严重大面积损伤或者是经过多次手术治疗不见好转,大多会出现恐惧和忧虑的心理。此时,护理人员应耐心向患者提供心理支持,减轻患者的心理压力,增强患者康复信心。

1.2.2 VAC 临床观察 (1)保持持续有效的引流。因为充分引流可以防止皮下积血积液,防止皮肤张力过大,控制感染,促进肉芽组织生长;(2)注意患者在改变体位时或者过度活动而造成负压贴膜边缘卷起漏气;(3)密切观察受伤肢体的血液循环变化和引流液的情况,尤其注意术后 1 h 内引流量若超过 200 mL 即考虑活动性出血的可能,应及时通知医生处理。此外负压材料颜色改变或有异味,应考虑为创面感染可能,也应及时通知医生处理。

1.2.3 维持恒定的负压 VAC 负压过大,会导致患者体液丢失过多,同时过大的负压并不能增加局部血流量,反而会加重患者疼痛,负压过小亦不能起到引流作用^[3]。虽然 VAC 智能吸引机能很好地恒定负压,且具有漏气报警功能,但是在坏死组织较多时,即使无漏气报警,在发现创面敷料分泌物非常多,关闭负压,敷料仍不膨胀的情况下,也应及时通知医生更换负压材料。因为分泌物和坏死组织已经堵塞了负压材料的微孔,引流管里负压虽然存在,但创面上已经没有压力,失去了治疗的效果。

1.2.4 悬浮床的护理 首先,使用前做好悬浮床的检查,打开电源开关,取出过滤网,检查砂沙有无结块,流动性是否良好,每次患者下悬浮床后都应进行一次全面的过滤检查,更换干净滤单,压紧四周橡皮罩,防止砂沙漏出,并在滤单上铺上一次无菌大单及一次性无菌大纱垫,打开紫外线灯消毒 40 min 后备用。其次,患者上悬浮床后换药时应先关闭悬浮状态,固定好患者体位后,再打开悬浮,并且注意其体位勿压迫和牵拉负压治疗装置。第三,在 VAC 治疗时应防止刺伤悬浮床滤单,尽量用胶布固定,防止利器刺伤悬浮床滤单。有外固定支架患者应注意将其用棉垫等柔软材料包裹隔离良好,防止刺伤悬浮床滤单。第四,患者开始应用悬浮床往往有不适应的感觉,会出现腰酸背痛,失眠等现象,针对这些情况及时给予解释、指导,消除患者的身体不适和情绪紧张^[4]。

1.3 观察指标及疗效判定 比较两组患者创面愈合时间、创面愈合率、住院时间及护理满意度。治愈:创面完全愈合,表皮完整;无效:创面暗淡,无明显改善甚至变大变深。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行数据录入与分析,采用描述性分析,*t* 检验和 χ^2 检验对两组患者疗效进行比较分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者治疗后创面治愈率 100%,但试验组患者创面愈合时间、住院时间和护理满意度要优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者疗效及满意度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	愈合时间(d)	住院时间(d)	护理满意度(%)
对照组	30	37.2±0.5	41.4±2.0	95.4±1.2
试验组	30	33.8±1.5 ^a	36.5±1.0 ^a	98.5±1.3 ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

难愈性皮肤损伤患者由于创面缺乏良好的血液供应,周围组织长期受到炎症的刺激,引起纤维组织增生、瘢痕组织形成及皮肤和皮下组织萎缩变薄,是影响患者生活质量的主要因素^[5]。虽然 VAS 持续负压可以增加患者创面局部血液的供应,减少局部水肿,抑制创面细菌繁殖^[6-8]。但从本研究结果来看,与单独采用 VAS 的患者比较,VAS 联合悬浮床不仅能够缩短创面愈合时间和患者住院时间,而且可以提高护理满意度,改善医患关系。

悬浮床的悬浮功能可使患者单位体表面积所承受的压力及创面受压明显减小,而且是 24 h 持续不断地减压,此作用是人工定时翻身无法达到的,为创面肉芽生长创造了良好条件^[9]。此外,悬浮床的温控作用确保患者 24 h 处于 37℃ 恒温状态,全身血液循环加快,创面局部血供也得到改善,为肉芽组织生长奠定了基础。VAC 联合悬浮床的应用,使创面受力均匀,进一步改善了创面局部血液循环,为创面的顺利愈合提供了良好条件,也避免了由于频繁更换床垫和翻身而引起 VAC 贴膜松动漏气,大大降低了护理工作量和难度。但 VAC 与悬浮床联合使用也相应增加了仪器的数量,容易出现疏忽而造成治疗效果的下降甚至失败,因此在治疗过程中需注意对仪器的管理及做到细致护理至关重要。

参考文献

- [1] 韦昌南,罗洪斌,钱爱莲.常规 VSD 与改良 VSD 治疗手足外科难愈性伤口的临床研究[J].中国医学创新,2012,10(33):51-52.
- [2] 黎俊红,霍顺兴,陆奔,等.新型敷料在治疗难愈性切口中的应用[J].护理实践与研究,2012,9(4):124-125.
- [3] 刘国红,高琴,李琼,等.应用改良封闭负压辅助闭合技术治疗难愈性伤口的疗效观察[J].护理研究,2011,25(11):975-976.
- [4] 王娟.手术患者的心理护理[J].中国民族民间医药,2010,19(21):231.
- [5] 申飞.负压封闭引流技术治疗难治性创面的护理[J].当代护士:学术版,2011(5):40-41.
- [6] 周建大,刘进言,胡媛,等.负压引流与创面修复[J].中国全科医学,2009,12(10):913-915.
- [7] 李全,王凌峰.难愈性创面治疗新进展[J/CD].中华损伤与修复杂志:电子版,2012,7(4):414-417.
- [8] 李秀娥,崔树廷.负压封闭引流负压值对创伤所致软组织创面愈合影响的试验研究[J].齐鲁护理杂志,2010,16(27):46-48.
- [9] 陈琦,沈光裕.悬浮床在大面积烧伤患者辅助治疗中的应用[J].海南医学,2010,21(20):139-141.

(收稿日期:2014-06-20 修回日期:2014-09-12)