

血, 见效快, 有效性高, 有专家认为是产科治疗产后出血的里程碑^[3]。能用于剖宫产或阴道分娩时子宫收缩乏力性产后出血, 安全易掌握, 尤其适用于剖宫产术中的子宫收缩乏力性出血, 可避免切除子宫, 保留生育能力, 是近年来使用的一种处理产后出血的新缝合术。治疗子宫收缩乏力的基本原理是压迫子宫, 使子宫前、后壁紧贴, 从而诱发子宫收缩而止血, 另纵向机械性捆绑、压迫, 使交织于子宫壁肌纤维间的血管被有效地挤压, 血流明显减少、减缓、局部血栓形成而达到止血目的; 同时由于子宫肌层缺血, 刺激子宫收缩, 进一步压迫血窦, 使血窦关闭而止血^[6]。B-Lynch子宫缝扎术就是鉴于该原理, 对子宫血管系统进行垂直加压^[7]。近年来B-Lynch子宫缝扎术逐渐成为治疗剖宫产中产后出血的有效止血手段。在按摩子宫、缩宫素等常规止血处理同时, 尽早使用, 一般用可吸收线缝合, 应用越早效果越好。术后继续应用缩宫素及止血药物巩固疗效。可避免切除子宫, 保留生育能力。

我院自2006年以来, 开始采用B-Lynch缝扎术治疗剖宫产术中产后出血并取得一定经验。在此基础上, 为了解B-Lynch缝扎术在预防子宫收缩乏力性产后出血中的作用, 我们从2007年开始针对30例有潜在产后出血的高危孕妇, 在剖宫产同时进行预防性B-Lynch缝扎术。术后子宫收缩良好, 未发现缝线滑脱、肠梗阻及子宫缺血坏死情况, 无产后出血及并发症发生。

剖宫产产后出血重在预防, 特别是对具有剖宫产子宫收缩乏

力性产后出血高危因素的产妇具有重要意义。经临床实践, 我们认为B-Lynch缝扎术操作简单, 止血迅速可靠, 术中无需特殊器械和手术技巧, 成功率高, 无明显术后并发症发生, 减少临床用药及DIC发生可能。值得临床推广使用。特别是无法使用巧特欣、欣母沛等宫缩特效药物的基层医院, 对有产后出血的高危剖宫产产妇采用预防性B-Lynch缝扎术不失为一种简单有效的预防措施。

参考文献

- [1] 胡妮莉. 产后出血防治[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009, 1.
- [2] 张劲松. 妇产科临床急救[M]. 四川: 四川科学技术出版社, 2012: 375-376.
- [3] 应豪, 段涛. 剖宫产与产后出血 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(3): 165-167.
- [4] 乐杰. 妇产科学[M]. 第七版. 北京: 人民卫生出版社, 2008, 205.
- [5] 段涛. 产科休克的诊断与抢救[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(11): 804.
- [6] 应豪, 王德芬. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的应用[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 43(1): 72-74.
- [7] 张运平, 刘晓红. 产后出血[M]. 北京: 人民出版社, 2008, 9: 255.

负压引流技术在治疗下肢大面积伤口渗出中的应用

杨玲 辛萌萌 (山东省青岛市骨伤科医院 266000)

【中图分类号】R47 【文献标识码】A 【文章编号】1672-5085 (2012) 30-0238-02

【摘要】目的 探讨封闭式负压引流(VSD)治疗下肢伤口渗出的护理措施。**方法** 对15例下肢伤口渗出的患者应用VSD技术进行治疗和护理, 在术前做好心理护理, 完善术前准备, 术后做好负压引流的护理及指导患者患肢功能锻炼。**结果** 本组15例患者创面愈合良好, 创面缩小, 肉芽新鲜, 均未发生感染。**结论** 对于应用VSD治疗下肢伤口渗出的关键需精心做好围手术期的护理, 保持负压引流通畅, 创面清洁。

【关键词】 封闭式负压引流 下肢伤口渗出 围手术期护理

2010年1月~2011年12月, 我们对15例下肢大面积伤口渗出的患者应用了封闭式负压引流(VSD)技术, 大面积的伤口渗出创面如果处理不当, 容易合并感染, 加重病情, 常规换药需要频繁清理创面, 存在创面疼痛, 创面细菌耐药, 程序繁琐, 护理不便等诸多问题^[1]。治疗过程中给予精心的护理措施, 效果满意。现将围手术期的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组15例, 男11例, 女4例, 年龄18~70岁, 平均35岁。其中车祸伤8例, 坠跌伤3例, 挤压伤2例, 重物砸伤2例。

1.2 材料 ①负压源: 选用中心负压装置。②手术薄膜: 具有良好的透气性, 防水, 能有效的防止细菌入侵。③引流管: 带封口胶膜贴的引流管。④VSD材料: 医用活性泡沫材料: 采用无菌泡沫海绵, 主要成分为多聚乙烷醇。具有400~600微米微孔, 白色无毒, 有极强的吸附性和透水性。

1.3 方法 ①根据患者的伤情, 合并骨折的病人应先固定骨折后探查受损组织, 然后用生理盐水对创面进行彻底清创, 去除坏死组织及异物。②擦净伤口周围皮肤, 使皮肤保持干燥, 便于贴半透膜。③安装VSD装置, 将VSD敷料修剪成与创面相同大小的形状, 贴于创面并固定, 将引流管连接负压源, 手掌轻压VSD敷料将渗液吸出。④贴膜: 用手术薄膜将创面封闭, 覆盖范围应超过健康皮肤边缘3以上。⑤负压吸引应维持在40~60 kPa, 保持创面封闭, 负压吸引通畅, 术后48h为持续负压吸引, 超过48h可视病情进行间断负压吸引。负压有效标志: 敷料塌陷, 引流瓶负压指示处于紧缩状态, 注意观察负压情况, 如果发现薄膜下有积液, 引流瓶负压失效, 应立即处理。一次性负压引流可保持有效引流47d, 之后去除引流物检查创面, 观察肉芽生长情况。如已清洁立即闭合, 必要时可重复此技术, 继续引流。

2 结果

本组应用VSD的患者均无感染和并发症的发生, 平均使用VSD 5天, 随访1~3个月, 肢体功能恢复良好。

3 围手术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 因疼痛和创伤所受到的刺激, 患者及家属均存在紧张、焦虑、恐惧的心理, 我们应及时的给予心理疏导, 向患者及家属说明手术的特点、效果、必要性以及术前和术后的注意事项, 取得患者的配合, 达到预期效果。通过暗示、安慰和鼓励的方法来增强患者的信心, 消除恐惧和焦虑。

3.1.2 术前准备 ①完善各项术前检查。②备皮, 保持创面清洁避免再次污染。③备好并检查负压引流装置。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 患者安返病房后, 根据麻醉方式及术中情况选择合适的卧位, 为其测量生命体征, 视病情需要给予心电监测及氧气吸入等。

3.2.2 病情观察 ①观察患者末梢血液循环, 保持患肢功能位, 用软枕将患肢垫高30°。②观察负压: 中心负压的大小, 提醒患者及陪护人员不要牵拉、压迫及折着引流管, 不可随意调节负压。③创面观察和护理: 观察创面处引流是否通畅, 创面的密封情况。创面敷料塌陷, 收缩变硬, 管型存在, 薄膜下无液体积聚, 有液体引出, 说明负压引流持续有效, 严密观察引流液的颜色、性质、气味及引流量, 并准确记录。应用VSD不需每天换药, 创面敷料内有少许坏死组织和渗液残留, 表现出黄绿色、灰暗色等各种污物时, 不会影响治疗效果, 一般无需特殊处理。

3.2.3 引流瓶和引流管的护理 选用透明的引流瓶和引流管, 便于观察、记录引流液的量和性状。若发现有大量新鲜血液被吸出时, 应立即通知医生做相应处理。持续高压是负压引流技术的重要特点, 负压的高低和有无中断直接影响引流的效果, 一般应维持在40~60 kPa, 保持各部位封闭状态, 防止漏气, 定期更换吸引瓶, 更换吸引瓶时要注意防止引流管内的液体回流到

VSD内, 更换时, 必须使用双血管钳左右交叉夹住伤口引流管。完全封闭是负压引流的前提, 保持有效负压是引流成功的关键^[2]。严格无菌操作, 避免医源性感染。

3.2.4 饮食护理 在引流液中含有大量的蛋白质以及创伤状态下的高代谢反应, 应给予营养支持治疗, 必要时使用生长激素进行代谢调理, 促进正氮平衡, 鼓励患者进行高蛋白、高热量以及富含维生素、矿物质、微量元素等易消化的食物, 同时应监测水、电解质的变化, 及时给予补充和调整。应多食用高蛋白热量且富含纤维素的食物, 多进食蔬菜和水果, 忌辛辣、刺激性食物。

3.2.5 康复护理 下肢损伤的患者, 由于长时间卧床, 根据患者的具体情况应尽早的进行合适的肢体关节功能锻炼, 预防并发症的发生。为控制感染, 应按医嘱合理使用抗生素, 而创面被薄膜封闭, 可阻止细菌入侵, 避免交叉感染^[3]。卧床期间注意功能锻炼, 指导和协助患者翻身、扣背, 有效咳嗽、咳痰, 指导做深呼吸。主要以主动活动、按摩和理疗为主。其目的是促进血液循环, 改变局部组织的营养状况, 防止肢体由于长时间制动而造成关节粘连、僵直和肌肉萎缩等障碍。

4 讨论

应用VSD治疗骨科病人创伤伤口效果确切。VSD技术是一种设计思维独特, 对传统外科引流作出重大改进的新型引流技术, 能有效促进创面愈合, 控制局部感染。通过临床的应用, 它的优势已凸显出来。它解决了因频繁换药而给病人增加的痛苦及医疗费用。生物半透膜的封闭, 隔绝了创面与外界环境接触的感染机会。可控制的负压, 促进血流量增长和蛋白合成, 促进肉芽生长, 加快创面愈合, 同时为全方位的主动引流提供了动力。全方位的引流是将传统的点状或局部引流, 变成了面状引流, 保证了能随时将创面的每一处坏死组织和渗出液及时排除体外。密切观察与精心护理是患者康复的重要保障。

参考文献

- [1] 喻爱喜, 余国荣, 邓凯, 等. 封闭负压吸引联合组织瓣移植治疗严重感染性骨外露[J]. 中华显微外科杂志, 2006, 29(3): 219-2822.
- [2] 黄萍, 曹文凤. 威克伤负压引流技术治疗软组织损伤的护理[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(5): 437-43.
- [3] 李莹, 崔玉洁, 段玉莲. 负压引流技术在治疗骨科感染创面的护理体会[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(22): 47-48.

复方多粘菌素B软膏治疗细菌性皮肤病的疗效观察

张洁 甘才斌 张晓宁 田春 王利霞 卢晓燕 (河南省新乡市中心医院皮肤科 453000)

【中图分类号】R969 【文献标识码】A 【文章编号】1672-5085 (2012) 30-0239-01

【摘要】目的 评价复方多粘菌素B软膏治疗细菌性皮肤病的有效性和安全性。方法 采用多中心、随机双盲、平行对照临床研究, 并以莫匹罗星软膏作对照, 每天外用两次, 疗程7天。结果 临床有效率试验组为85.5%, 对照组为90.1% ($X^2=1.11, P=0.293$); 临床治愈率试验组为41.1%, 对照组为42.9% ($P=0.799$); 不良反应仅发生在对照组。结论 复方多粘菌素B软膏治疗细菌性皮肤病安全有效。

【关键词】 复方多粘菌素B 细菌性皮肤病

复方多粘菌素B软膏是一种复方制剂, 每10g含硫酸多粘菌素B 50, 000IU, 硫酸新霉素35, 000IU, 杆菌肽5, 000IU, 盐酸利多卡因400mg, 液态石蜡和白凡士林适量。本实验采用多中心、随机双盲、平行对照临床研究对复方多粘菌素B软膏治疗细菌性皮肤病的有效性和安全性进行评价, 并以莫匹罗星软膏作对照。

病例与方法

(一) 病例选择

凡年龄在18-65岁, 经临床确诊为脓疱疮、毛囊炎 甲沟炎 伤口感染等细菌性皮肤病, 签书面知情同意书后均可入选; 凡患者皮损面积 $\geq 10\text{cm}^2$, 患处并发有其他明显的会影响疗效评价的皮肤疾病者, 对复方多粘菌素B软膏中的任一成分过敏者, 有严重的内科疾病患者, 孕妇及哺乳期妇女, 入选前48h内局部或系统接受抗菌药物治疗者均不入选。

(二) 用药方法

实验药物复方多粘菌素B软膏 (浙江日升昌药业有限公司, 10g/支), 对照药物莫匹罗星软膏 (中美天津史克制药有限公司, 10g/支)。患者按序随机进入临床研究, 分别接受实验药物或对照药物, 将药物均匀涂于患处, 一日两次, 疗程7天。

(三) 疗效评定

临床疗效按痊愈、显效、好转、无效四级标准判定: ①临床症状/体征指标改善率100%为痊愈; ②临床症状/体征指标改善率 $\geq 60\%$, $< 100\%$ 为显效; ③临床症状/体征指标改善率 $\geq 20\%$, $< 60\%$ 为好转; ④临床症状/体征指标改善率 $< 20\%$ 或继续加重为无效。

(四) 统计学分析

采用SAS统计软件包进行分析 t检验, 秩和检验, X^2 检验或精确概率法。P ≤ 0.05 认为差异具有统计学意义。

结果

入选患者300例, 试验组和对照组各150例, 完成临床研究可进行疗效和安全性评价的病例试验组和对照组各149例, 退出临

床实验试验组和对照组各1例。

(一) 疗效评价

临床有效率试验组为85.5%, 对照组为90.1% ($X^2=1.11, P=0.293$); 临床治愈率试验组为41.1%, 对照组为42.9% ($P=0.799$);

(二) 安全性评价

不良反应仅发生在对照组, 有2例患者 (发生率为0.01%) 在用药后局部出现轻度瘙痒, 未予处理, 症状自行消失。

讨论

复方多粘菌素B软膏为复方制剂, 其中多粘菌素B为多肽类抗生素, 对肠杆菌属、克雷伯杆菌属及绿脓杆菌等有较好的抗菌活性, 对革兰阳性菌全部耐药; 杆菌肽也属多肽类抗生素, 对革兰阳性菌特别对金黄色葡萄球菌和链球菌具强大的抗菌作用, 对革兰阴性菌全部耐药, 产生耐药性缓慢, 获得性耐药菌株少见^[1]; 新霉素属氨基糖苷类抗生素, 对肠杆菌属、克雷伯杆菌属等革兰阴性菌, 对金黄色葡萄球菌等革兰阳性菌有较强抗菌活性; 制剂中加入利多卡因是为了减轻患者因皮肤局部创伤引起的疼痛感。

国外的体外研究显示这样的组方抗菌谱互补, 抗菌范围扩大, 覆盖了绝大多数的皮肤细菌感染病原菌, 而且抗生素间的协同和叠加效应, 使抗菌作用增强^[2]。本研究应用复方多粘菌素B软膏治疗细菌性皮肤病, 临床有效率试验组为85.5%, 对照组为90.1%; 临床治愈率试验组为41.1%, 对照组为42.9%, 其临床疗效与莫匹罗星相似, 且具有良好的安全性和耐受性, 说明复方多粘菌素B软膏治疗细菌性皮肤病与莫匹罗星一样安全有效。

参考文献

- [1] 斯崇文, 贾辅忠, 李家泰. 感染病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1489-1491.
- [2] Booth JH, Benrimoj SJ, Nimmo GR. In vitro interactions of neomycin sulfate, bacitracin, and polymyxin B sulfate[J]. Int J Dermatol, 1994, 33(7): 517-520.