

引流。④正确掌握补液量,防止肺水肿。根据病情适当控制补液量及速度,合理安排液体输入先后顺序,防止肺水肿发生。⑤清除口腔及气管内的分泌物,保持呼吸道通畅。⑥减少氧耗量。严重呼吸道烧伤后,即使做了气管切开,缺氧情况仍不能完全改善,病人烦躁、躁动又增加缺氧,形成恶性循环。这时可采用人工冬眠,结合物理降温,使病人镇静,以减少氧耗量。⑦合理应用抗生素。呼吸道烧伤由于粘膜充血、水肿、坏死脱落以及异物阻塞引起肺不张等,容易诱发呼吸道感染,也可成为全身感染的主要病灶。一般应参照痰液培养或口鼻部创面脓液培养的细菌及药敏,有针对性地有效应用。⑧全身支持疗法。呼吸道烧伤的病员,因会厌水肿,关闭不全,加之颊、舌均因水肿造成吞咽困难,并且容易使食物流入气管,造成吸入性肺炎。应采用鼻饲,同时调节全身水电解质平衡,必要时选择高价营养等。

6. 一般护理

(1) 室温:夏季 28~30℃,冬季 32~34℃,相对湿度 40~50%,保持空气流通,每日通风两次,一次 30 分钟,用消毒液早晚拖地两次,床、椅、墙壁等擦拭两次,减少陪护和探视。

(2) 体位:取头高 15~30 度半卧位,以减轻面部水肿利于血液循环。

(3) 饮食:进高营养流质饮食,以后逐渐改为半流质饮食、普食。若不能从口进食时,应给静脉

高营养。

三、体会

头面部烧伤,因五官凸凹不平,孔道狭小,护理较困难;若合并吸入性损伤行气管切开术时,护理难度更大,这就要求我们护理人员严格按照规程操作,确保护理质量。另外 MEBO 以其独特的作用机理,病程中产生的液化物需及时清理,及时调整用药厚度及次数达到创面湿润而不浸渍,确保创面愈后不留瘢痕,五官功能恢复满意。

参考文献

- [1] 伍素华,等.烧伤的一般护理(烧伤护理学)[M].科学技术文献出版社,2000,43~44.73~82.
- [2] 王合珍,等.颜面部烧伤的治疗与并发症的预防[J].中国烧伤创疡杂志,2002,(3):153~156.
- [3] 闫淑珍,等.面部烧伤应用 MEBO 治疗的护理体会[J].中国烧伤创疡杂志,2002,(4):251~252.
- [4] 李卫卫,等. MEBO 在面颈部烧伤治疗中的临床体会. 2002,(2):95~96.

【作者简介】

张子群(1965~),女(汉族),河南省南阳市人,华中科技大学毕业,从事临床护理工作,护理部主任,主管护师。

(收稿日期:2004-09-17;修回日期:2004-10-27)

湿润烧伤膏与手术联合治疗褥疮的护理

王 莉,王 莹

【摘要】 目的:减少溃疡期褥疮的术前准备时间,缩短褥疮的总病程。方法:将 1996 年 5 月至 2002 年 5 月收住院的 42 例溃疡期褥疮病人按随机原则分为 2 组,21 例术前用湿润烧伤膏纱换药处理,为 A 组(试验组);21 例用庆大霉素紫草油纱布换药处理,为 B 组(对照组)。2 组病例的年龄、性别、发病原因、病灶部位、病灶范围等经统计学处理,无显著性差别,有可比性。两组病人均换药至创面新鲜行皮瓣转移手术;比较两组平均术前换药时间,及换药+手术的总住院日。术前术后两组患者均运用护理程序施行整体护理。结果:A 组术前平均换药时间为 8.49 ± 2.23 天,B 组为 15.60 ± 6.70 天;A 组平均治愈时间为 20.50 ± 4.81 天,B 组为 35.31 ± 7.70 天。结论:湿润烧伤膏换药与庆大霉素紫草油纱布换药比较,

【作者单位】 滕州市中心人民医院,山东 滕州 277500

前者可明显缩短褥疮手术的术前准备时间及病人的总住院天数。

【关键词】湿润烧伤膏；手术；褥疮；整体护理

【中图分类号】R632.1；R473 【文献标识码】B 【文章编号】1001-0726(2005)01-0066-04

Nursing of patients with bedsore treated with MEBO in association with surgical operation WANG Li, WANG Ying, Tengzhou Central People's Hospital, Tengzhou City, Shandong Province 277500, China

【Abstract】 **Objective:** To strengthen the nursing work in order to shorten the time for preoperational preparation and the course of the total treatment. **Method:** 42 cases of bedsore were divided randomly into 2 groups. To prepare for operation 21 patients in group A were treated with MEBO gauze and 21 patients in group B were treated with gentamycin and lithospermum gauze until the wounds had fresh granulation and were ready for skin flap transplantation. The patients in the 2 groups had no significant difference in age, sex, cause of disease and focus position and they were statistically comparable. The time of the preparation for operation and the time of total hospital stay (drug treatment plus surgical operation) of the 2 groups were compared. In both groups, the patients received the same nursing care according to the nursing program. **Result:** In group A, the time of preparation for operation was 8.49 ± 2.23 days and in group B, 15.6 ± 6.70 days. In group A the average healing time was 20.50 ± 4.81 and in group B 35.31 ± 7.70 days. **Conclusion:** MEBO gauze treatment significantly shortened the time for preparation of surgical operation, as compared with gentamycin and lithospermum gauze treatment. The total hospitalization time was also shortened.

【Key Words】 MEBO; operation; bedsore, nursing

褥疮是局部组织长期受压，血液循环障碍，持续缺血、缺氧、营养不良所致的软组织溃烂和坏死，多发生在骨关节隆起、软组织薄弱的受压部位，并伴有全身中毒性及消耗性反应。褥疮常见于病情危重且长期卧床的患者或营养不良及水肿的患者。褥疮的治疗及护理在临床上都比较棘手，尤其是溃疡期褥疮，传统的换药方法费时、费力，病程迁延，不利于施行手术。我院自 1996 年 5 月以来，采用湿润烧伤膏油纱换药，效果明显优于传统的庆

大霉素结合紫草油纱布换药，明显缩短了褥疮皮瓣转移的术前准备时间。现将经验介绍如下：

一、资料与方法

1. **临床资料：**本研究共 42 例，按随机原则分为 2 组，A 组为试验组（湿润烧伤膏组），B 组为对照组（紫草油纱布组），2 组病例一般情况对比见表 1。

表 1 2 组病例一般资料

组别	例数	性别			年龄 (岁)			发病原因					病灶部位			病灶范围 (cm ²)			
		男	女		30~45	46~60	61~	高位截瘫	脊髓炎	脑萎缩	脑外伤昏迷	足跟牵引	骶尾合并大转子	单纯骶尾部	坐骨结节	足跟	24~100	101~200	201~
A	21	15	6		4	8	9	4	3	6	7	1	14	3	3	1	9	11	1
B	21	13	8		5	10	6	5	4	8	3	1	16	2	2	1	10	11	0
P		>0.05			>0.05			>0.05				>0.05			>0.05				

由表 1 可见，2 组病例的性别、年龄、发病原因、病灶部位、病灶范围等比较，差异无显著性 ($P > 0.05$)，具有可比性。

2. **治疗方法：**对 42 例溃疡期褥疮患者均给予：(1) 翻身 1 次/小时，使用气圈、气垫、海绵垫，避免创面与床面接触继续受压，这是治疗褥疮最基本的方法；(2) 常规做溃疡面细菌培养 + 药敏试验，根据结果静脉使用敏感抗生素；(3) 积极治疗原发病，改善患者的全身营养状况，如输注白蛋白、脂肪乳、氨基酸，口服营养素等；(4) 褥疮溃疡面先用 3% 过氧化氢冲洗后，再用灭菌生理盐水

涡流式冲洗至创面清洁，清除坏死组织后再用生理盐水冲洗溃疡面，碘伏消毒溃疡面周围皮肤，注意防止不同溃疡面之间交叉感染的可能性^[1]。A 组创面覆盖（较深创面需填塞）湿润烧伤膏纱布，外盖无菌纱布，每日换药 2 次。换药至创面新鲜、分泌物较少、有肉芽组织新生时（一般为 7 天~10 天）即可手术。B 组用硫酸庆大霉素 8 万 u 以 10ml 生理盐水稀释，均匀洒于创面，再覆以无菌紫草油纱布，外盖无菌纱布。换药 2 次/天同 A 组。敷料被大小便污染后均按上述步骤重新处理。同样换药至创面新鲜，肉芽组织新生时即可手术。术中彻底切

除创面内坏死组织周围硬韧瘢痕组织，同时剔除骶骨、坐骨或股骨大转子炎性病灶。骶尾部褥疮多采用臀大肌皮瓣、一侧或双侧局部旋转皮瓣。股骨大转子部位常采用阔筋膜张肌皮瓣；坐骨结节部位采用局部旋转皮瓣；足跟部位采用足跟外侧皮瓣。术后皮瓣下放置负压引流，2周拆线^[2]。

二、护理措施

1. 术前护理：主要包括对基本情况与原发病及褥疮的评估，前者指评估患者的年龄、性别、职业、家庭等；原发病及褥疮的评估指术前对患者全身情况进行全面检查，包括营养、性格、活动情况、褥疮部位、范围、深度、有无并发症等。具体措施：(1) 每次换药及进行其他治疗护理操作时，护士都应向病人解释操作的目的、方法及可能出现的反应等，取得患者的理解及配合；(2) 心理指导：由于病程迁延，自理能力差，褥疮患者都有不同程度的悲观、绝望心理，担心移植皮瓣不成活，反而更加重了创伤，需耐心地向病人解释手术的特点及对将来功能恢复的重要性，使其对手术成功有信心，能以较好的心理状态迎接手术；(3) 供区皮肤准备：备皮范围应超过手术范围 20cm，备皮时观察供皮瓣区颜色并记录，以便于术后观察对照。术前 1 日备皮，注意勿划伤皮肤，以防术后感染。

2. 术后护理：动态观察患者的病情变化，重点评估生命体征、伤口、皮瓣血运等情况，了解患者术后的心理状况，焦虑的原因及程度。用毛细血管回充盈试验方法评估皮瓣的质量，术后皮瓣区置 60w 烤灯持续照射 3 天~5 天，距离 30cm~40cm，防止过近灼伤皮肤。观察时将烤灯稍偏移，用余光照射。用 1 支试管口轻轻按压皮瓣“观察窗”并迅速移开，若看见有一苍白圈，且在 1 秒内迅速恢复，说明毛细血管反应好，若超过 5 秒，说明毛细血管反应差，是动脉供血不足的表现。实施有效的护理措施，提出护理诊断。本研究共 42 例患者，术后病情平稳，皮瓣成活率 100%，但患者对皮瓣功能的恢复情况感到担忧。为此，我们拟订健康教育计划及功能锻炼时间表，与患者沟通、交流，指导患者进行功能锻炼，达到早期康复的目的。术后绝对卧床 1 周，患处制动，避免受压。骶尾、坐骨结节褥疮手术者术前应清洁灌肠，术后给予无渣饮食，以控制 1 周内不排大便，防止粪便污染刀口。嘱患者（骶尾、坐骨结节手术者除外）进食高热量、高蛋白、高纤维素、富含多种维生素的食物。

每日均应进食新鲜蔬菜和水果，可少量多餐，多饮水。高龄患者由于年龄大，钙质流失严重，还应适当补钙，如喝牛奶、豆浆等。动脉危象的观察及处理是该研究重点问题之一，术后 24h~72h 易发生血管危象。术后 3 天内用电子测温仪每小时测量 1 次皮瓣温度，观察毛细血管回充盈情况，并与健侧肢体对照。一般术后 2 小时~3 小时皮瓣温度比健侧低 1℃左右，以后随着血液循环的改善和侧支循环的建立，皮温逐渐升高至与健侧相等或略高。若低于健侧 4~5℃或更低，且皮瓣变为苍白，毛细血管反应消失，用拇指指腹触摸时张力低，说明动脉痉挛供血不足或栓塞。本研究未发生动脉危象。无论是游离皮瓣还是带蒂皮瓣，静脉危象也是导致皮瓣失活的主因。静脉危象临床表现为皮瓣温度低，变为暗红色、暗紫色或紫灰色，肿胀明显，毛细血管反应加快或皮肤远端出现浅表性透明水疱，说明静脉回流障碍，应及时查明原因并进行处理。本研究试验组有 1 例术后 26h 发生静脉危象，立即松解包扎敷料，抬高患处，向心方向轻轻按摩。当怀疑皮瓣下有血肿压迫时可间断拆开数针缝合线，清除积血或血肿，同时保暖、肌注罂粟碱，并用生理盐水 9ml 加肝素钠注射液 (6250 u) 每 6h 静推 1 次。皮瓣“观察窗”禁用碘酒消毒，以免脱碘不彻底，与静脉危象混淆^[3]。

三、结果与分析

术前平均换药时间与平均治愈时间汇于表 2。

表 2 2 组病例术前换药时间及平均治愈时间比较

分组	例数	术前平均换药时间 (天) $\bar{x} \pm S$	平均治愈时间 (天) $\bar{x} \pm S$
A	21	8.49 ± 2.23	20.50 ± 4.81
B	21	15.60 ± 6.70	35.31 ± 7.70
P		< 0.01	< 0.01

从表 2 可以看出，2 组病例术前换药时间及平均治愈时间经 X^2 检验，差异均有显著性 ($P < 0.01$)，提示湿润烧伤膏换药效果明显优于庆大霉素紫草油纱布换药，且明显缩短了总住院天数。

四、讨论

湿润烧伤膏是一种框架软膏剂型，所含黄柏、蜂蜡、麻油等成份具有清热解毒、去腐生肌、活血化瘀作用，能改善褥疮部位微循环，提高局部血流

量, 增强局部组织免疫功能, 使坏死组织软化、液化, 通过主动与被动引流方式排出, 从而降低了细菌数量。处于间生态的组织由于局部环境的改善而向健康肉芽组织转化。另外, 湿润烧伤膏中含有大量糖、蛋白质、维生素类及锌元素, 更能促进健康肉芽组织的生长。临床观察发现, A 组患者的褥疮溃疡面水肿呈进行性减退, 创面毛细血管分布丰富, 较易出血, 肉芽组织新鲜、红润、生长迅速。该现象提示, 用湿润烧伤膏油纱填塞溃疡面后, 可使溃疡面的营养状况得到改善, 促进肉芽组织生长, 且能改善局部组织渗透压, 减轻溃疡面水肿, 既减少溃疡表面的渗出, 又能保护溃疡面。在操作时需注意药膏与纱布涂布均匀, 充分接触溃疡面。换药时动作轻柔, 防止损伤新生的肉芽组织及导致病人疼痛^[2]。

B 组患者采用庆大霉素湿敷, 紫草油纱布 (为本院自行研究生产, 内含紫草、香油等成份) 外覆, 经观察发现, 虽然庆大霉素对革兰氏阴性和阳性菌有较强的抑制、杀灭作用, 紫草油纱布具有收敛、引流、保护新生肉芽等作用, 但创面肉芽水肿、苍白不易消退, 术前准备时间太长, 且长期连续应用庆大毒素, 容易造成细菌的耐药性和肝肾毒性。若仅靠新生的肉芽组织填平褥疮灶需时相对较长, 且用肉芽组织填平的创面愈合后弹性差、不耐磨、易复发。我们在换药的基础上, 参照有关资料对所有患者采用手术治疗, 取得良好效果。联合应用皮瓣或肌皮瓣转移至褥疮区缩短了病程, 提高了愈合质量, 且无需特殊设备。但在具体治疗过程中应注意以下事项: (1) 术前积极治疗原发病, 加强营养, 纠正贫血及低蛋白血症, 要求血红蛋白在 10g/dl 以上, 血浆蛋白在 5g/dl 以上; (2) 尽可能彻底切除病灶及周围瘢痕组织, 包括已钙化的囊壁组织或滑囊, 并凿除底部紧贴的骨骼隆起部分, 然后在邻近设计皮瓣转移覆盖创面, 该块皮瓣必须具有足够的面积, 转移后不具有张力, 并有充分的血液供应以改善局部血循环和附带有较丰富的皮下脂肪组织以填充死腔, 并能耐受一定压力和摩擦; (3) 在修复骶骨或坐骨结节部褥疮时, 应做清洁灌肠, 以防止术中粪便污染伤口; (4) 术中必须彻底

止血, 以避免发生血肿和导致感染; (5) 术后取俯卧位或侧卧位, 局部制动; 对有肌肉痉挛者可用镇静剂; (6) 术后应严格防止发生死腔, 应用持续负压吸引或放置引流条, 外加无菌厚软敷料加压包扎, 术后应用全身性抗菌药物, 给予流质饮食, 并留置双腔导尿管, 可在手术后第 2 天~3 天检查皮瓣血运情况, 并去除引流条, 因此类创口一般愈合能力较差, 需推迟到术后 12 天~14 天拆线; (7) 术后 3 周如创口已愈合, 可逐步增加病员的活动和锻炼, 并给予必要的理疗, 如红外线照射等。

实践证明, 湿润烧伤膏外敷治疗溃疡期褥疮不仅能加速肉芽组织生长, 缩短术前准备时间, 而且方法简便易行, 安全有效, 既可降低医护工作量及医疗费用, 又可减轻病人痛苦及经济负担, 值得推广应用。在 2 组患者的住院病程中, 我们运用护理程序, 对患者进行动态评估, 并针对护理问题实施有效的护理措施。特别关注患者生理、心理、社会功能、家庭角色等各方面的情况, 术前进行积极的心理指导, 术后加强健康教育并积极指导功能锻炼^[4], 皮瓣愈合良好, 术后康复顺利。因此认为, 用全局、整体的观点对患者施以有效的护理, 有利于促进患者的全面康复, 提高患者的生存质量。

参考文献

- [1] 连胜利. 白蛋白外涂加云南白药外敷治疗褥疮的疗效观察 [J]. 实用护理杂志, 2003, 19 (1): 47.
- [2] 满中亚, 王培祥, Ⅲ期褥疮治疗方法的探讨 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2000, 2: 50~51.
- [3] 安丰妹, 慕维利, 张进彤, 等. 胸脐皮瓣移植修复四肢创伤的护理 [J]. 中华护理杂志, 2003, 38 (1): 21.
- [4] 梁兰萍, 朱美玉, 陈智春. 褥疮预防的进展 [J]. 齐鲁护理杂志, 2000, 6 (2): 142~143.

【作者简介】

王莉 (1976~), 女 (汉族), 山东滕州市人, 2003 年毕业于潍坊医学院, 护师。

王莹 (1968~), 女 (汉族), 山东滕州市人, 1999 年毕业于山东医科大学, 护师。

(收稿日期: 2004-10-09; 修回日期: 2004-11-02)