

[J]. 中国当代医药, 2011, 18(35): 121-122.

理进展[J]. 护理研究, 2011, 25(9): 755-757.

[11] Vandenplas O, Dramaix M, Joos G, et al. The impact of concomitant rhinitis on asthma-related quality of life and asthma control[J]. ALLERGY, 2010, 23(10): 145-160.

[13] 金章英. 哮喘患者吸入治疗依从性的影响因素及护理干预对策[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(24): 77-78.

[12] 蒋思琼, 裴娇茹. 哮喘儿童吸入治疗依从性影响因素及护

(收稿日期: 2013-08-04 修回日期: 2013-09-19)

头孢孟多酯皮试液有效时间的探讨及应用效果观察

王雪莉, 许爱萍(湖北省荆州市中心医院小儿输液室 434000)

【摘要】 目的 探讨头孢孟多酯皮试液的有效时间。方法 选择 2012 年 6~12 月门诊注射头孢孟多酯的患儿 2 760 例, 根据就诊时间分为对照组与实验组, 对照组患儿 1 380 例, 实验组 1 380 例, 对照组头孢孟多酯皮试液采用现配现用; 实验组头孢孟多酯皮试液采用预先配制好的皮试液, 保存于 4℃ 的冰箱 8 h 内使用, 使用前从冰箱取出, 常温放置 15 min 后使用。比较两组皮试结果、药物使用期间不良反应的发生情况。结果 两组患儿的皮试结果比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 头孢孟多酯皮试液在 4℃ 的冰箱内妥善保存, 其有效时间可以延长至 8 h。

【关键词】 头孢孟多酯; 皮试试验; 有效时间

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 02. 062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)02-0264-02

在门诊小儿输液室每天使用的皮试液可多达 10 种, 输液人次多达 200 例以上, 而教科书中要求的皮试液现配现用已经不适用于门诊小儿输液室的工作需要, 它受到了各方面客观因素的制约, 基于实际工作的需求, 根据皮试液的有效期及稳定性研究, 现将本院所使用频率最高的药物头孢孟多酯皮试液现配现用的方法、观察其皮试结果等分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6~12 月本院门诊注射头孢孟多酯的患儿 2 760 例, 根据就诊时间分为对照组与实验组。对照组患儿 1 380 例, 其中男 694 例, 女 686 例, 年龄 6 个月至 14 岁。实验组 1 380 例, 其中男 676 例, 女 704 例, 年龄 6 个月至 14 岁。两组患儿性别、年龄差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组头孢孟多酯皮试液采用现配现用; 实验组头孢孟多酯皮试液采用预先配制好的皮试液, 保存于 4℃ 的冰箱 8 h 内使用, 使用前从冰箱取出, 常温放置 15 min 后使用。

1.3 皮试液的配制 药物规格: 注射用头孢孟多酯每支 0.5 g, 批号 312082051, 山东罗欣药业股份有限公司生产。配制方法: (1) 取注射用头孢孟多酯每支 0.5 g, 加入 0.9% 氯化钠注射液 (NaCl) 2 mL 稀释, 1 mL 药液头孢孟多酯含量 250 mg; (2) 完全溶解后取上液 0.2 mL, 加入 0.9% NaCl 0.8 mL 稀释, 1 mL 药液头孢孟多酯含量 50 mg; (3) 再取上液 0.1 mL, 加入 0.9% NaCl 0.9 mL 稀释, 1 mL 药液头孢孟多酯含量 5 mg; (4) 最后取上液 0.1 mL, 加入 0.9% NaCl 0.9 mL 稀释, 1 mL 药液头孢孟多酯含量 500 μg, 即成所需皮试液^[1]。注入容量为 10 mL 的两个灭菌密封瓶内; 瓶口用碘伏消毒后, 贴上无菌封口瓶贴; 分别在瓶签上注明配制日期, 使用时段 (09:00~13:00, 13:00~17:00), 配制者签全名; 并装入无菌盒内保存于 4℃ 的冰箱里, 使用前从冰箱内取出, 常温放置 15 min 后使用^[2-5]。

1.4 皮试判断标准 阴性: 皮丘大小无改变, 周围不红肿, 无红晕, 全身无自觉症状, 无不适表现。阳性: 可见皮丘隆起, 出现红晕硬块, 直径超过 1 cm, 或周围出现伪足、有痒感, 全身症状可有头晕、心慌、恶心等不适, 严重者可发生过敏性休克。不良反应的临床表现: (1) 过敏性休克, 属于 I 型变态反应。其临

床表现有呼吸系统症状, 由喉头水肿、支气管痉挛和肺水肿引起, 表现为胸闷、气促、哮喘、呼吸困难等; 循环系统症状, 由于周围血管扩张导致有效循环血量不足引起, 表现为面色苍白、冷汗、发绀、脉细弱、血压下降等; 中枢系统症状, 由脑组织缺氧引起, 表现为头晕眼花、四肢麻木、意识丧失、抽搐、大小便失禁等。(2) 血清病型反应, 属于 III 型变态反应, 一般于用药后 7~12 d 发生症状, 其临床表现和血清病相似, 有发热、关节肿痛、皮肤发痒、荨麻疹、全身淋巴结肿大、腹痛等。(3) 各器官或组织的过敏反应, 其临床表现为皮肤过敏反应, 有瘙痒、荨麻疹, 严重者发生剥脱性皮炎; 呼吸道过敏反应, 可引起哮喘或诱发原有的哮喘发作; 消化系统过敏反应, 可引起过敏性紫癜, 以腹痛和便血为主要症状^[6]。

1.5 统计学处理 数据采用 SPSS19.0 统计软件进行分析, 计数资料的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患儿皮试情况与不良反应比较见表 1。由表 1 可见, 两组患儿皮试结果比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 2.168, P = 0.141$); 两组不良反应比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.742, P = 0.109$)。

表 1 两组患儿皮试情况比较 [n(%)]

组别	n	阳性	阴性	不良反应
对照组	1 380	34(2.46)	1 346(97.54)	6(0.43)
实验组	1 380	23(1.67)	1 357(98.33)	4(0.29)

3 讨论

在门诊护理操作过程中, 传统的工作流程不依据工作目标而设置, 使得服务质量受到了严重影响^[7]。皮试液现配现用有一定的难度, 它受各种客观因素的制约。首先药物现配现用需要患者自行拿取一支头孢类抗菌药物, 且药物的价值高低不等; 其次配制皮试液需要一定时间, 皮试液现配每个患儿需要等 3 min, 那么 200 例就要花费 10 h, 大大增加了护士的工作量, 其工作流程和效率均受到质疑。做皮试后需要观察 20 min 看皮试结果; 再次判断皮试结果后, 呈阴性者输液时可以使用,

呈阳性者此药则不能使用,不仅增加了家长的经济负担,而且还延缓了患儿接受治疗的时间^[8]。

本研究中对照组患儿在药物使用过程中出现 6 例不良反应,实验组皮试阴性患儿在药物使用过程中出现 4 例不良反应,两组不良反应比较差异无统计学意义($P>0.05$)。因此,在临床工作中,头孢孟多酯皮试液在 4℃ 的冰箱内妥善保存可以使用 8 h,此方法可以在临床推广应用。

基于实际工作的需要,本科对头孢孟多酯皮试液分 2 个时段(即 9:00~13:00、13:00~17:00)使用,与现配现用方法对比观察,并运用统计学方法分析,其结果差异无统计学意义($P>0.05$),自然就解决了目前存在的诸多问题。自从本科运用了新的皮试方法,既提高了皮试液使用率,又减少护士反复配制同一种皮试液所花费的时间,减轻了护士的工作量,提高了工作效率,更重要的是简化了患儿的皮试流程,缩短了患儿等候的时间,减轻了家长的经济负担,为患儿就诊、治疗提供了快捷、优质的服务,受到了患儿家属的一致好评。

参考文献

[1] 李小萍. 基础护理学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,

2006:1-3.

[2] 方晴雯,俞佳. 头孢哌酮皮试液的稳定性考察[J]. 医药导报,2009,28(10):1356-1357.
 [3] 张美霞,厉琳琳. 自制青霉素皮试液的有效期测试[J]. 中国药业,2010,19(19):12-13.
 [4] 徐旭娟,范义凤. 三种头孢菌素皮试液稳定性的临床研究及观察[J]. 现代护理,2003,9(6):463-464.
 [5] 杨建华,王松芝,胡君萍,等. 头孢噻肟钠皮试液稳定性考察[J]. 新疆医科大学学报,2001,24(4):359-360.
 [6] 姜丽安. 新编护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:5.
 [7] 李翠芳,胡雪琴,黄肿甜. 优化流程工作方式在门诊注射室工作中的应用[J]. 国际护理学,2012,32(8):1428-1430.
 [8] 郑秀华,熊建华,酆曼丽. 美洛西林钠皮试液稳定性考察及有效期预测[J]. 中国药业,2006,15(12):6-7.

(收稿日期:2013-07-02 修回日期:2013-09-11)

导管冲洗联合负压封闭引流术在行植皮术前的应用及护理

余建英,廖淑梅[△](第三军医大学大坪医院关节四肢外科,重庆 400042)

【摘要】 目的 提高皮肤软组织缺损的治疗效果,减少组织损伤,减少并发症,缩短治疗时间。**方法** 自 2011 年 9 月至 2012 年 3 月对 10 例大面积皮肤缺损、软组织损伤严重感染的患者,分别行导管冲洗+负压封闭引流(VSD)5~7 d(实验组 5 例)及传统换药 10~14 d(对照组 5 例)后取同侧或对侧皮肤行植皮术。**结果** 实验组皮瓣均一期存活,无并发症,住院时间 22~30 d;对照组皮瓣 2 例存活,无并发症,住院时间为 40~45 d,2 例术后联合导管冲洗与 VSD 术 2~3 d 存活,1 例失败导致下肢截肢。**结论** 导管冲洗+VSD 术可减少传统换药次数,减轻患者痛苦,增加手术成功率,减少住院日,减轻患者的经济负担。

【关键词】 导管冲洗; 负压封闭引流; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)02-0265-02

随着现代工业及交通的高速发展,车祸伤、化学伤导致的大面积皮肤、软组织缺损日益上升^[1]。在临床大面积皮肤、软组织损伤、Ⅲ期压疮经保守治疗后效果不明显者,通常采用皮瓣移植术。但是皮瓣移植术成活的关键却是能否彻底控制植皮区感染。

负压封闭引流(VSD)技术是由德国 ULM 大学创伤外科 Fleischman 博士首创^[2],该系统可促进创面、腔隙内的渗液、坏死组织及时排出体外,隔绝创面与外界环境之间的感染机会^[3],促进创面修复,使肉芽组织快速生长。1994 年裴华德教授等从德国引进、发展并改良。2005 年武汉维斯第公司总结各家之长,自主研发出中国自己的 VSD 一次性负压引流专用敷料。近年来,国内通过大量临床试验表明,VSD 在治疗各种复杂缺损创面或促进移植皮肤成活等方面取得了良好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 9 月至 2012 年 3 月 10 例大面积皮肤缺损、软组织损伤严重感染的患者,其中男 6 例,女 4 例,年龄 20~75 岁,平均 51 岁;车祸伤 4 例,碾压伤 2 例,高处坠落伤 2 例,压疮 2 例。损伤部位:(1)左小腿中段前方皮肤撕脱,骨质外露,气味恶臭,创面感染 2 例;(2)左胫骨平台开放性骨折,左膝外侧区皮肤撕脱、部分缺损,创面严重污染 2 例;(3)

右大腿皮肤撕脱缺损 1 例;(4)双侧跟骨骨折,双侧胫腓骨严重粉碎性骨折,右小腿下段内侧皮肤撕脱 1 例;(5)右下肢开放性多发骨折,右小腿中段前方大片皮肤撕脱 2 例;(6)骶尾部Ⅲ期压疮,骨质外露,气味恶臭 2 例。按治疗方法的不同分为实验组和对照组,每组 5 例。

1.2 方法 实验组:将实验组患者送入手术室。进入手术室,待患者麻醉成功后,取仰卧位,常规消毒、铺巾。修剪坏死组织及皮肤,用过氧化氢溶液及生理盐水反复冲洗伤口,将创面拭干。将 Vacuseal 材料修剪成与创面大小相一致的形状,覆贴于创面,边缘可间断缝合数针固定,将泡沫材料上的 2 根硅胶管从远离创面约 5 cm 处正常皮下组织中戳孔引出。将创面周围皮肤清洁干燥,用生物透性膜粘贴封闭整个创面至创面边缘约 3~4 cm。将患者送回病房,连接输液管及中心负压装置。对照组:采用传统换药方法。

1.3 护理与观察

1.3.1 负压的观察 保持恒定有效的负压是决定控制感染的主要因素,一般维持在 200~300 mm Hg。负压值过大可致出血;过小影响引流效果。因此负压值过大、过小均不利于创面的愈合和皮片的成活。负压有效的标志是创面敷料明显塌陷,创面干燥、无液体聚集。如果 VSD 敷料隆起,提示引流管堵塞

[△] 通讯作者, E-mail:LSMZXR@126.com.