

量、安全的影响[J]. 中国卫生产业, 2015(2):125-126.

[2] 周宗庆, 雷慧菁, 洪小燕. 核心制度量化考评体系对基层医院医疗质量综合指标的干预[J]. 中国医院统计, 2014, 21(5):373-374.

[3] 尹庄. 医疗质量安全与核心制度建设思考与建议[J]. 现代医药卫生, 2015, 31(23):3682-3683.

[4] 李永昌, 茅建华, 史兆荣. 以“三个核心”为突破口的医院质量建设新思维[J]. 中国医院管理, 2014, 34(11):62-63.

[5] 章以法. 坚持业务院长查房提高医疗质量[J]. 江苏卫生事业管理, 2015, 26(2):56-57.

[6] 李国毅, 王晓霞. 加强医院核心制度建设的思考[J]. 解放军医院管理杂志, 2015, 22(1):73-74.

[7] 王慧萍. 护士长夜查房模式的改革与实践[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(16):1476-1477.

[8] 陈惠如. 实施 N3 护士、护士长夜查房制对夜间护理质量

的影响[J]. 医学理论与实践, 2015, 2(15):2121-2122.

[9] 胡敏. 联合总值班模式对发现及控制医疗护理隐患的有效性探讨[J]. 当代护士, 2015(10):184-185.

[10] 刘牧, 张海员. 医疗核心制度落实存在问题及对策[J]. 中国卫生质量管理, 2012, 19(1):22-24.

[11] 高志业. 护士长夜查房工作的改进与成效[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(8):360-361.

[12] 汪志明, 邱智渊. PDCA 循环在医疗核心制度落实中的应用[J]. 中国卫生质量管理, 2014, 21(3):6-8.

[13] 杨国胜, 曹红, 马胜琦. 专科医院开展常态化医疗核心制度督查的实践与体会[J]. 中国医院管理, 2011, 31(3):21-22.

(收稿日期:2017-02-22 修回日期:2017-04-28)

• 临床探讨 •

臭氧冲洗联合紫草油纱布贴敷治疗重度压疮的疗效*

刘新梅¹, 赵 疆¹, 王瑞玲², 王新玲^{3△}

(1. 新疆维吾尔自治区中医医院脊柱一科, 乌鲁木齐 830000; 2. 新疆医科大学第五附属医院骨科, 乌鲁木齐 830011; 3. 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市友谊医院重症医学科 830049)

摘要:目的 探讨臭氧冲洗联合紫草油纱布贴敷治疗重度压疮的疗效。方法 选取Ⅲ~Ⅳ期压疮患者 60 例随机分为对照组(30 例 33 处)和观察组(30 例 36 处), 两组患者在给予基础治疗的前提下, 对照组采用创面清创、生理盐水冲洗、碘伏消毒、无菌敷料包扎, 3 次/天。观察组采用创面清创, 浓度 10 mg/L 臭氧液冲洗 20 min, 自制紫草油纱布贴敷, 无菌敷料包扎, 3 次/天。每天观察创面大小、深度、分泌物多少、肉芽生长情况、愈合时间, 进行临床观察及对照分析。结果 对照组患者分泌物减少、新鲜肉芽生长以及压疮愈合时间均比观察组长, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组治愈率为 46.67%(14/30), 低于观察组的 76.67%(23/30), 差异有统计学意义($\chi^2 = 5.71, P < 0.05$)。对照组治愈及显效率为 63.33%(19/30), 低于观察组的 96.67%(29/30), 差异有统计学意义($\chi^2 = 10.41, P < 0.05$)。结论 臭氧冲洗联合紫草油纱布贴敷治疗重度压疮效果显著, 可在临床中推广应用。

关键词: 臭氧冲洗; 紫草油纱布; 压疮; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.036 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)15-2268-03

压疮是身体局部组织长期受压, 血液循环障碍导致局部组织持续缺血、缺氧、营养物质缺乏, 使皮肤失去正常的功能而引起的组织破损和坏死, 又称压力性溃疡。一旦形成压疮, 不仅给患者带来痛苦、加重病情, 严重时还会因继发感染而危及生命^[1]。长期卧床和护理不当的患者易出现压疮。压疮是世界卫生组织(WHO)确认的 4 大难治性溃疡之一^[2]。Ⅲ~Ⅳ期的压疮局部皮肤破溃、坏死组织深达肌层甚至骨骼, 渗出及脓性分泌物较多, 有效预防和治疗仍是长期困扰医护人员的难题。本院应用臭氧冲洗联合紫草油纱布贴敷治疗Ⅲ~Ⅳ期重度压疮, 治疗效果显著, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2012 年 12 月新疆维吾尔自治区中医医院Ⅲ~Ⅳ期压疮患者 60 例, 其中男 37 例, 女 23 例; 院内 18 例, 院外 42 例; 年龄 19~81 岁, 中位年龄 62.5 岁; 脑血管疾病 42 例, 脑外伤 5 例, 骨折 3 例, 截瘫 7 例, ICU

危重患者 3 例。60 例患者共计 69 处压疮, 臀部 31 处, 骶尾部 24 处, 髌部 13 处, 外踝 1 处; 压疮分期根据护理教科书《基础护理学(第 4 版)》, 其中Ⅲ期压疮 49 处, Ⅳ期压疮 20 处; 面积 3 cm×4 cm~10 cm×11 cm。将 60 例患者随机分为对照组(30 例, 33 处)和观察组(30 例, 36 处)。两组患者在性别、年龄、压疮分期、压疮面积、营养状况、活动情况等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组患者均给予加强翻身、增加营养、保持床单清洁干燥; 糖尿病患者进行监测和控制血糖; 个别创面大而深、难以愈合者, 经治疗后新鲜肉芽生长旺盛, 创面变浅缩小时, 行自体植皮, 其中 8 例 5 cm×5 cm 以上者行植皮术, 直至完成治疗。在此基础上, 对照组采用创面清创、生理盐水冲洗、碘伏消毒、无菌敷料包扎, 3 次/天。观察组采用创面清创, 浓度 10 mg/L 臭氧液冲洗 20 min, 自制紫草油纱布贴敷, 无菌敷料包扎, 3 次/天。每天观察创面大小、深度、分泌物多少、肉芽生长

* 基金项目: 新疆维吾尔自治区自然科学基金资助项目(2015211C153)。

△ 通信作者, E-mail: 85681924@qq.com。

情况、愈合时间,对照前后的治疗效果。

1.3 疗效评价标准 (1)治愈:创面愈合;(2)显效:创面缩小面积>1/3,分泌物明显减少,肉芽组织新鲜,上皮细胞向中间移行;(3)好转:创面缩小面积≤1/3,分泌物减少,有少许肉芽组织生长,上皮细胞生长较慢;(4)无效:创面无变化或扩大,分泌物较多,无肉芽组织生长。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软包进行统计学分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用百分数表示,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 两组患者治疗压疮后愈合情况比较 结果显示,对照组患者分泌物减少、新鲜肉芽生长以及压疮愈合时间均比观察组长,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗压疮愈合指标的比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	分泌物减少、新鲜肉芽生长时间	压疮愈合时间
对照组	30	7.50±0.27	47.60±1.32
观察组	30	5.60±0.20	37.83±0.82
<i>t</i>		30.97	34.54
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.2 两组患者压疮治疗效果比较 对照组治愈率为 46.67% (14/30),低于观察组的 76.67% (23/30),差异有统计学意义($\chi^2 = 5.71, P < 0.05$)。对照组治愈及显效率为 63.33% (19/30),低于观察组的 96.67% (29/30),差异有统计学意义($\chi^2 = 10.41, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两种方法治疗压疮效果的比较(*n*)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	好转	无效
对照组	30	14	5	7	4
观察组	30	23	6	1	0

3 讨 论

传统的方法,如局部清创、换药消毒、保持创面干燥、预防感染等措施治疗重度压疮难度较大,因为普通消毒剂难以持续控制创面感染和创面保湿,干燥伤口易使细胞脱水,明显阻碍伤口的上皮化形成^[3],是治疗效果不佳的重要原因。重度压疮给患者和家属带来许多不良后果,表现为治疗成本提高、护理需求增加、住院时间延长、甚至病死率增加^[4]。对此,本院提出对重度压疮进行臭氧冲洗联合紫草油纱布贴敷的治疗方法。

臭氧在临床应用已有 50 余年的历史,90 年代后期,臭氧应用进入我国,临床主要将臭氧应用于治疗腰椎间盘突出、清除自由基抗衰老等方面,之后臭氧在临床的应用迅速发展起来,正成为一种应用广泛,作用强大的新药物、新方法^[5]。

众多研究表明,臭氧能直接作用于细菌的细胞膜,通过与脂类的双键反应,使细胞壁和细胞膜的成分受到损害,通透性发生改变,使细胞内成分变性、溶解,导致细菌死亡。臭氧通过破坏核糖核酸或脱氧核糖核酸物质完成对病毒的灭活。其杀菌作用快速、广谱,属于高效消毒剂,对人的皮肤、伤口无刺激性,可直接对创面进行消毒。

当臭氧液浓度达到 6 mg/L 以上时即可作为消毒剂治疗

因各类细菌、真菌、病毒等引起的感染,用臭氧化水法对外科及皮肤科各种病症有着良好的治愈作用^[6-7]。另外产生的活性氧气可为人体正常细胞提供修复及再生的良好外部环境,促进了创面的愈合^[8]。

根据中医理论,中药紫草为紫草科植物的干燥根,性寒味甘、咸,入肝、心经,用于清热凉血,解毒透瘀。有很强的抑菌作用,对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等有明显的抑制作用,还具有调节免疫力,增强白细胞及单核细胞吞噬能力的作用,使创面细菌大为减少,阻断或抑制炎性介质及连锁反应。可增加肉芽组织的生长,并促进上皮生长,加速创口的愈合^[9-10]。

本研究应用的是 HYS_2000B 臭氧机(深圳康益达医疗器械有限公司)和自制的紫草油纱布。紫草油纱布制作方法包括以下两个部分。(1)油榨去枯法:100 g 医用凡士林煮沸,将 20 g 紫草投入煮沸的凡士林中,用微火榨枯,至凡士林呈紫红色,温凉过滤出残渣,制成紫草油膏待用;(2)将纱布敷料剪成大、中、小适宜的长方形,每层敷料均匀涂抹紫草油膏,叠放在带盖的清洁缸内,送供应室高压消毒待用。

臭氧冲洗、紫草油纱布贴敷的护理操作要点:协助患者卧位,铺橡胶中单,放置接水容器;操作前检查臭氧机的性能,打开开关,调节臭氧液浓度约 10 mg/L,臭氧出水管初始的 1 min 不能直接对压疮创面冲洗,需将上次管内残留液完全释放,因臭氧液不稳定,室温放置时间越长臭氧浓度越低。创面敷料如有结痂时,不能直接揭开敷料,以免损伤创面、引起患者疼痛,可用臭氧液喷洒,直至湿透。冲洗时,臭氧喷头距创面约 5 cm,先中心后边缘,范围扩大至边缘正常皮肤 1 cm 处,如有坏死组织及瘢痕纤维需要清除或剪除,以创造肉芽生长环境,每次冲洗不少于 20 min;冲洗完毕,用无菌镊子取大小适宜的紫草油纱布,紧密贴敷创面,再覆盖四层无菌敷料,外加弹力绷带包扎,每次间隔 8 h。

综上所述,臭氧冲洗可杀灭创面大部分的细菌微生物,紫草油纱布贴敷能起到持续抑菌的作用;臭氧可促进局部血液循环^[8],从而促进创面愈合;紫草可保持创面湿润状态,有效保护新生肉芽组织生长,利于压疮上皮化,还可以防止压疮在愈合过程中的继发性损伤。每 8 h 一次即利用了臭氧的短效作用,又发挥了紫草的长效功能。本研究显示臭氧与紫草的双重协同作用,正确的护理操作方法和不间断的时间安排是治疗的关键,臭氧冲洗联合紫草油纱布贴敷治疗重度压疮效果显著。

参考文献

- [1] 孟令霞,张黎.减压贴加凝胶垫预防全麻俯卧位脊椎后路手术压疮效果观察[J].医学检验与临床,2013,24(5):90-91.
- [2] 杨爱芹,赵玉兰,王秀华,等.柏拉图分析法在脑梗死患者院外重度压疮干预中的应用[J].实用医药杂志,2016,33(6):507-509.
- [3] 计摇琴,夏摇莹,沈国文.程序管理在预防难免性压疮中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(13):83-85.
- [4] 郑淑敏.1例Ⅳ期难治性压疮患者应用湿性敷料的护理[J].中华现代护理杂志,2009,15(14):1326-1327.
- [5] 孙晓娟,左玉芝.自制六神祛腐汤联合红外线照射治疗Ⅱ期及Ⅲ期压疮的疗效观察[J].护理研究,2011,25(36):3380-3381.

- [6] 刘慧玲,黎贵湘,程桂兰. 1例湿性伤口敷料治疗不可分期压疮患者的护理[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(2): 214-215.
- [7] 陆晔峰. 压疮危险因素评估量表的研究进展[J]. 护理学报, 2010, 17(17): 11-14.
- [8] 王平艳,林岚,尹宪丽. 臭氧应用于临床的研究进展[J]. 医学信息, 2011, 24(4): 2171-2172.
- [9] 张威,王学山,徐业凯,等. 臭氧对感染创面治疗的探讨[J]. 2011, 24(5): 2013.
- [10] 王英丽,张圣洁,蒲霞,等. 手术患者压疮危险因素评估量表在骨科后路手术患者中的信效度检验[J]. 中国护理管理, 2016, 16(7): 906-909.

(收稿日期: 2017-01-18 修回日期: 2017-03-28)

• 临床探讨 •

不同保温措施对患儿全身麻醉后低体温预防效果的观察*

张 蕾, 邹田田, 朱素洁[△]

(新疆医科大学第一附属医院麻醉科, 乌鲁木齐 830054)

摘要:目的 探讨外科手术时行不同保温措施对患儿全身麻醉后低体温预防临床效果。方法 选取该院2014年3月至2016年3月收治择期全身麻醉下进行腹部手术婴幼儿患者共100例作为研究对象,采用随机分配法将患儿分为试验组和对照组,每组50例。所有患儿全身麻醉后均给予常规保温措施,采用敷料或棉被将患儿肢体覆盖完全,室内温度保持在24~26℃。试验组患儿在常规保温措施基础上增加综合保温措施,将患儿双侧上肢、大腿下方1/3至患儿脚部及患儿颈肩部采用棉垫进行包裹,患儿术前医护人员将恒温38.5℃的电热加热毯平铺于患儿床上,保证患儿得到完善体温保温措施。对照组除使用常规保温措施外不做其他处理,详细记录并比较两组患儿低体温发生情况及患儿鼻咽温度。结果 试验组发生低体温率[4.0%(2/50)]明显低于对照组[24.0%(12/50)],差异有统计学意义($\chi^2=8.306, P=0.004$);两组患儿术中不同时间点体温比较差异无统计学意义($P=0.942, 0.988, 0.896, 0.986$)。结论 对外科手术患儿采用综合保温措施能够有效维持患儿正常体温,减少术后低体温发生率,提升全身麻醉后患儿生命安全,具有临床推广价值。

关键词:保温措施; 婴幼儿; 全身麻醉; 低体温

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.037 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)15-2270-02

全身麻醉后会导致人体正常代谢发生显著降低,有关数据显示,全身麻醉后,人体代谢率降低30%,一些硬膜外麻醉、蛛网膜下腔麻醉和脊椎麻醉手术对患者体温调节系统的损害更大,极易导致患者低体温现象产生^[1]。大量实践研究证明,即使是轻微的低体温现象,也会导致患者出现许多严重不良后果,如术后感染发生率升高3倍以上、输血输液量明显增加、心肌并发症发生率显著上升、患儿肢体寒战、疾病恢复期时间增加等^[2]。及时发现、尽快处理全身麻醉后患儿低体温现象对减少全身麻醉后并发症发生具有重要意义。婴幼儿时期,特别是新生儿体温调节机制尚未完善,机体温度调节能力处于低下状态,极易受到环境温度的影响,因此手术在低温下消毒操作时,患儿体质量轻并且体表面积相对较大,体热会发生大量流失导致体温下降^[3-4]。在进行时间较长的胸腹腔手术时,患儿脏器长时间暴露于低温环境下,或手术医师采用冷盐水冲洗患儿腹腔、胸腔,也会导致热量流失过多。本研究选取本院2014年3月至2016年3月收治择期全身麻醉下进行腹部手术婴幼儿患者共100例作为研究对象,分析不同保温措施对患儿全身麻醉后低体温预防临床效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2014年3月至2016年3月收治择期进行全身麻醉下腹部手术婴幼儿患者共100例作为研究对象,所有患儿术前体温均处于正常状态,手术时间均超过1h,所有患儿术前均无明显免疫系统疾病、心血管系统疾病及凝血功能障碍。排除术前因其他原因,如感染等体温异常及重要脏器功能缺失患儿。本研究已经过本院伦理委员会认可,所有患

儿均由家属签署知情同意书。采用随机数字表法将患儿分为试验组和对照组,每组50例。试验组男28例,女22例;年龄0~10岁,平均(4.8±1.2)岁;对照组男25例,女25例;年龄0~9岁,平均(4.3±1.0)岁。两组患儿的性别、年龄等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患儿全身麻醉后均给予常规保温措施:采用敷料或棉被将患儿肢体覆盖完全,室内温度保持在24~26℃。连接生命体征监护仪与鼻咽温探头,将鼻咽温探头插入患儿鼻咽部位,保证探头位置处于患儿内侧鼻翼至耳垂部位。试验组患儿在常规保温措施基础上增加综合保温措施,将患儿双侧上肢、大腿下方1/3至患儿脚部及患儿颈肩部采用棉垫进行包裹,患儿术前医护人员将恒温38.5℃的电热加热毯平铺于患儿床上,保证患儿得到完善体温保温措施。对照组除使用常规保温措施外不做其他处理。详细记录两组患儿体温变化情况,如发生低体温(体温低于36℃),立即采取以下几方面措施:(1)使用充气式保温毯。将充气式保温毯条于43℃预热20min后保温存放至患儿手术结束。虽然充气式保温毯能够预防围术期低体温,但对于围术期体温稳定维持效果有待考察,因此常与循环水变温毯共同使用。(2)使用亚低温治疗仪。通过微电脑全方位监控患儿体温变化情况,使驱动器加热水毯中液体,并实现循环流动,保持患儿体温。(3)采用主动升温法,对输注液体和血液进行加温,可使用恒温加热器、输液加温仪、血液制品加温器等对液体和库血进行加温。(4)对冲洗液进行加温。手术过程中使用未经加温的冲洗液会导致患儿体温过低、热量大量流失,因此患儿手术中采用温度为36~37℃

* 基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金资助项目(2014211C062)。

[△] 通信作者, E-mail: 17371353@qq.com。