

袋装制剂, 洗手后操作, 用前需摇匀, 开封后的营养液要置于冰箱内保存, 不得超过 24h, 以免污染。

2.4 输注护理

2.4.1 输注泵管或重力管每日更换 1 次。

2.4.2 输注过程中, 观察患者有无腹胀、腹痛、恶心、呕吐等症状。根据患者的适应情况调整输注速度。记录 24h 出入量, 监测水电解质的变化, 糖尿病患者, 每日测 3 次血糖, 每周测 1 次体重, 评估其营养状态。

2.4.3 保持输入能全力的温度约为

37℃, 过凉易引起胃肠道并发症, 可用电热加温器或热水袋加温。

2.4.4 应用鼻胃管输注时, 患者取头高 30~45 度卧位, 避免食物返流。患者在禁食期间, 每日 2 次口腔护理, 尤其是置鼻胃管者, 患者常用口呼吸, 导致口舌干燥, 应勤漱口, 避免口腔感染。

3 讨论

肠内营养符合生理, 能保持肠粘膜结构与功能的完整, 预防细菌易位, 对维持机体免疫功能, 加速切口愈合有重要意义^[1]。能全力为含有膳食纤

维的液体肠内制剂, 含 4.1840kJ/ml (1kcal/ml) 热量, 能满足患者的能量需求, 促进肠蠕动。肠内营养与肠外静脉营养相比, 其技术和设备要求较低且操作简便, 并发症少, 管理方便, 缩短了住院日, 减少了医疗费用, 促进了患者早日康复。

参考文献

[1] 华建平, 许锡麟, 王爱东, 等. 胃手术后肠内营养应用 [J]. 中国临床营养杂志, 2001, 9 (4): 254

(收稿日期 2003-02-22)

臭氧加干燥疗法治疗褥疮的探讨

宋淑兰, 刘东亚

R656B

(成武县人民医院, 山东 成武 274200)

褥疮是受压组织长期缺氧、缺血、无氧代谢产物堆积对组织的毒性作用, 使细胞变性坏死, 皮肤发硬、变色, 形成水泡或表皮脱落, 在褥疮 II~VI 期组织进一步恶化, 形成压迫性皮炎, 皮下形成水泡, 结成痂壳。皮肤溃烂达深层组织, 创面渗液, 坏死组织和潮湿为细菌生长繁殖提供了条件。皮肤组织破溃后继发细菌感染^[1], 常见菌有绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、奇异变形杆菌、大肠埃希氏杆菌、硝酸盐阳性杆菌等致病菌, 因此, 控制感染是治疗褥疮的关键。臭氧是广谱有效的强杀菌剂, 对各种病原菌, 如绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、奇异变形杆菌、大肠埃希氏杆菌等有较好的杀菌效能^[2], 根据臭氧浓度在 0.21mg/m³ 时作用 60min 即可杀灭病房空气中常见的金黄色葡萄球菌、大肠杆菌的实验结果^[3], 我们用臭氧加干燥法治疗褥疮, 并与用常规方法治疗褥疮进行对照。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 随机抽取 2000 年 4 月至 2001 年 3 月住院患者 24 例为观察组, 28~80 岁; 取年龄、褥疮面积与观察组基本相当的 24 例用常规方法治

疗为对照组。两组患者褥疮均为 III 期。

1.2 方法 观察组用浓度为 0.1% 的新洁尔灭清洗创面后, 暴露创面, 用臭氧发生器对创面释放低浓度臭氧, 每日治疗 2 次, 每次 60min。根据创面情况治疗 3~10d, 待创面炎症消失, 完全干燥结痂后, 停止治疗。观察组于治疗前、后 3d 分别取创面分泌物作细菌培养, 以比较治疗前、后细菌生长情况, 对照组用常规治疗方法, 亦于治疗前、后 3d 取创面分泌物培养, 并与观察组比较细菌的生长情况。

2 结果

2.1 应用臭氧加干燥法治疗前后创面分泌物细菌培养情况 见表 1。

表 1 观察组治疗前后创面分泌物细菌培养情况 (cfu)

菌类	治疗前	治疗后	杀菌率 (%)
绿脓杆菌	14	1	92.86
金黄色葡萄球菌	12	1	91.67
大肠杆菌	7	1	85.71
大肠埃希氏杆菌	6	0	100.00

2.2 两组在创面细菌污染基本相同的情况下经过 3d 治疗, 观察组局部基本无分泌物, 形成薄薄的保护膜, 以后逐渐形成痂, 分泌物培养出细菌的例

数明显少于对照组 (P < 0.05), 创面干燥, 无分泌物的例数明显多于对照组 (P < 0.05), 观察组 24 例未出现痂下积液, 见表 2。

表 2 两组患者治疗第 1 天至第 3 天创面情况比较

组别	n	第 1 天		第 2 天		第 3 天	
		n	%	n	%	n	%
观察组	24	15	62.50	3	12.50	20	83.33
对照组	24	14	58.33	12	50.00	4	16.67

P < 0.05

2.3 两组创面愈合时间对照 见表 3。由表 3 可见, 观察组创面愈合时间比对照组平均缩短 2.54d (P < 0.05)。

表 3 两组治疗后创面愈合时间对照

组别	n	平均愈合时间 (t/d)
观察组	13	9
对照组	13	11.54

2.4 应用本法治疗过程中观察组无 1 例出现呼吸道刺激症状, 及头晕、头痛、脱水等不良反应。

3 讨论

应用臭氧发生器释放低浓度臭氧, 通过氧化作用, 对创面及痂下细菌进行氧化破坏, 从而对创面起消毒、灭菌、抗感染等作用。臭氧具有向下集中的趋

势,利于治疗创面^[3]。本疗法还利用热风使创面干燥而破坏利于细菌生长繁殖的潮湿环境,温热加强了臭氧的抗菌作用^[3]。臭氧加干燥治疗褥疮创面,两者起到了协同抗感染的作用,促进了创面早日愈合。两组病例均配合使用抗生素治疗,如青霉素、洁霉素、头孢噻肟钠、头孢唑林钠、氧哌嗪、氨苄青霉素

等,但观察组使用抗生素时间短,减少了抗生素的用量,预防了抗生素对人体的副作用。患浅Ⅲ期褥疮的中青年患者单独应用本法时可不需抗生素。

参考文献

[1] 张世民. 压疮研究新进展[J]. 国外医学护理学分册, 1995, 14 (5): 193

[2] 蔡秀珍. 臭氧消毒医院手术室空气效果观察 [J]. 中华护理杂志, 1983, 18 (3): 97

[3] 唐贯文, 刘卫英, 义服贞, 等. 臭氧加干燥疗法治疗烧伤创面的临床探讨 [J]. 实用护理杂志, 1999, 15 (9): 7

(收稿日期 2003-03-10)

思密达治疗褥疮的临床观察

武素燕, 贺兰霞

R9, R656 B

(临沂市人民医院, 山东 临沂 276003)

2001 年 2 月至 9 月我院骨科住院患者中 38 例伴有褥疮发生, 随机分为实验组和对照组各 19 例。实验组采用思密达外涂治疗, 疗效明显, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 38 例中男 21 例, 女 17 例, 51~86 岁。外伤性高位截瘫 15 例, 腰椎损伤引起的低位截瘫 13 例, 股骨至股骨粗隆间骨折 9 例, 行皮牵引时胶布过敏致褥疮发生 1 例, 共计发生褥疮 41 处, 18 处为Ⅲ度褥疮, 23 处为Ⅱ度褥疮。其中发生于骶尾部 23 处, 腰背部 9 处, 坐骨结节 4 处, 踝跟部 3 处, 大腿内外侧 2 处; 褥疮面积 19.8~29.2cm², 平均 24.5±4.7cm²,

1.2 治疗方法 用药前两组均用生理盐水清洗褥疮创面, 用无菌镊子和剪刀清除腐败组织, 再用 75% 酒精棉球消毒褥疮周围皮肤。实验组用思密达 1 袋 (内含 3g) 加无菌蒸馏水 10ml, 也可根据创面大小有比例地增减剂量,

调和均匀后直接涂于褥疮创面, 或覆盖于创面, 每日 2 次, 采用暴露疗法。对照组用传统疗法, 即外涂 0.5% 碘伏, 每日 3 次。

1.3 评定标准 治愈: 创面愈合, 结痂并脱落; 好转: 创面缩小, 渗出液减少, 肉芽组织生长; 无效: 创面如前或扩大。

2 结果

在相同时间即 17d 内, 实验组褥疮治疗效果明显优于对照组, 差异有显著性 (P<0.01)。两组治疗结果见表 1。

表 1 17d 内两组褥疮治疗效果比较

组别	n	治愈	好转	无效	治愈率 (%)
实验组	19	16	3	0	84
对照组	19	6	10	3	32

P<0.01

3 讨论

思密达是一种粉状制剂, 传统用于治疗急慢性腹泻, 本品因具有层纹状结构及非均匀电荷分布, 可加强粘

膜屏障作用, 帮助消化道上皮细胞恢复和再生, 固定抑制多种细菌、病毒及其所产生的毒素^[1]。通过临床观察, 思密达能促使创面上皮细胞再生, 促进肉芽组织生长, 加快伤口愈合过程。其主要成分为蒙脱石, 具有吸附、收敛作用, 能够吸收伤口多余的渗出液, 减少伤口分泌物的形成, 提供了褥疮愈合的有利环境; 还能改变细菌、病毒生长所需的湿性环境, 具有抑制细菌生长、固定细菌、病毒分泌的毒素, 阻止褥疮的继发性深层损害, 减少瘢痕形成, 促进了褥疮的愈合。

思密达治疗褥疮是其一项新的用途, 因为它使用方便, 能够吸收创面渗出液, 减少分泌物, 抑制细菌生长, 促进创面愈合, 明显缩短了治疗褥疮的时间, 减轻了患者的病痛。

参考文献

[1] 潘学田. 中国药品实用手册 [M]. 北京: 石油工业出版社, 2000. 173

(收稿日期 2003-02-12)

(上接 769 页)体温持续在 38.5℃ 左右。针对这种情况, 我们鼓励患儿努力进食, 开始非常困难, 经过耐心喂养, 进食逐渐增加, 偏食习惯逐渐改善, 鸡蛋、奶粉、鱼汤、排骨汤、新鲜蔬菜等, 每日要求家属合理安排。10d 后血红蛋白上升至 70g/L, 精神一天天好转, 面部伤口 I 期愈合, 住院 26d 痊愈出院。

参考文献

[1] 吴秋荷. 颌面部重度创伤手术

期急救护理 [J]. 护士进修杂志, 1997, 12 (7): 35

[2] 韦英梅. 严重创伤失血性休克的急救护理 [J]. 护士进修杂志, 1997, 12 (8): 33

[3] 王平, 肖烈红, 王勤. 急重症护理学 [J]. 护士进修杂志, 2001, 16 (4): 243

[4] 魏桂萍. 颅脑损伤的观察及护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2001,

7 (9): 664

[5] 张玲, 段成英. 重型颅脑损伤的病情观察及护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2002, 8 (10): 744

[6] 黄民权, 杨大全, 杨明范. 重型颅脑损伤 432 例临床分析 [J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14 (1): 46

(收稿日期 2003-05-29)