护理体会

结节性脂膜炎术后延迟愈合患者的护理策略

□杨景会

结节性脂膜炎又称复发性结节性非化脓性脂膜炎或韦伯病(WCD),是一种原发于脂肪层的急性或亚急性炎症。结节性脂膜炎患者多因发现皮下结节或肿物就诊,根据病变是否累及内脏可分为皮肤型(病变局限于皮肤、关节)和全身型(或系统型,除皮肤关节病变外尚有全身不适和多器官损害)。脂膜炎病因不明,临床表现复杂多样,缺乏特异性,早期诊断困难,易误诊,容易复发。诊断主要依据病理检查结果,易合并肿瘤,当发现皮下结节时应及时完善病理检查,以免漏诊、误诊。结节直径0.5厘米~5厘米,数个至数十个不等。患者局部皮肤呈淡红、暗红或紫褐色,质硬,与局部皮肤粘连,多有压痛。结节消退后多有色素沉着,部分患处有萎缩性凹陷,结节破溃,有黄色液体流出。该病好发于女性,约占75%,任何年龄均可发病,以30岁~60岁多见。

病例介绍

患者,女,30岁,发现右侧小腿前部内侧有花生米大小的硬结,局部皮肤呈暗褐色,有压痛,活动度稍差,入院被诊断为脂膜炎,遵医嘱手术切除。因切口感染、延迟愈合在外科门诊伤口治疗中心接受进一步治疗。

全身评估

患者身高161厘米,体重56千克,身体质量指数(BMI)为21.6,营养状况良好。患者平素无不良生活习惯和嗜好,无过敏史,生命体征:体温36.6摄氏度,脉搏72次/分,呼吸16次/分,血压112/70毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕);超声检查结果:右侧小腿内侧皮下高回声(考虑脂膜炎);组织病理报告单:脂膜炎;肿瘤七项检查报告单:结果无异常;血分析血糖检验报告单:结果无异常;心电图检查报告单:正常。

局部评估

伤口部位:右小腿前部内侧;伤口大小:1.0厘米×1.9厘米×2.2厘米;伤口渗液:中等量;伤口气味:无异味;基底情况:100%红色;伤口边缘:内卷;周围皮肤:色素沉着;皮肤温度:正常;疼痛评分:1分。

护理过程

护理问题

患者伤口愈合不良,皮肤完整性受损;抬高患肢和限制活动量影响患者的工作和生活,同时换药时产生的疼痛,使患者容易产生负面情绪。

护理目标

正确评估伤口情况,在伤口不同时期合理应用敷料促进伤口愈合;在换药的过程中加强与患者的沟通,告知患者伤口愈合的相关知识,及时排解患者的不良情绪,避免因心理状况影响伤口愈合;定期测量伤口的大小和深度,对比前后的变化,增强患者的信心,使伤口尽快愈合。

护理措施

伤口处理过程

感染期伤口的处理:用蘸了生理盐水的棉球擦洗患者的伤口及外周皮肤,用刀片及镊子进行保守性锐器清创,清除伤口边缘及基底失活的坏死组织,清创后伤口大小深度无变化;剪裁适当长度和大小的亲水性纤维含银敷料填塞伤口,以控制感染和吸收伤口渗液,覆盖纱布,采用自粘型敷料外敷并做好固定,并根据伤口渗液情况及时换药。

肉芽生长期伤口的处理:当伤口感染得到控制,肉芽组织开始生长时,内层用无黏性泡沫敷料覆盖伤口、外层用透明防水敷料覆盖固定,可使伤口密闭,保持伤口处于低氧状态和恒定的温度、湿度,促进肉芽组织的生长,加快伤口愈合。藻酸盐敷料可以吸收伤口渗液,防止肉芽水肿,保持伤口局部适宜的湿润度,促进肉芽组织尽快生长以填满创腔,使伤口快速愈合。

上皮移行期伤口的处理:伤口渗液少量、肉芽组织填满创腔,周边上皮生长时,用水胶体敷料覆盖伤口。水胶体敷料含有羧甲基纤维素钠,吸收渗液后形成水胶颗粒,保持伤口床湿润,以保护新生的上皮组织,促进上皮移行。如果敷料没有脱落及污染,可以5天~7天更换1次,直至伤口愈合。

整体护理

指导患者休息或睡觉时把下肢抬高;减少走路、站立、屈腿坐,避免右下肢受压;不宜穿紧身衣裤,以免影响血液回流;饮食应合理健康,高维生素、高蛋白、高热量、低脂饮食;保持伤口敷料清洁干燥,避免潮湿或污染;向患者讲解伤口处理方案,告知相关注意事项,争取患者主动配合;缓解患者的焦虑情绪,提高患者治疗的积极性和依从性。

结果

患者经过治疗后伤口愈合,在换药过程中体验较好,治疗时间短,瘢痕较轻,有色素沉着,总体疗效较好,患者满意。

护理总结

讨论

导致患者伤口无法正常愈合的原因有:患者伤口较深,患者因工作原因活动较多,患者的身体素质、心理素质较差等。

研究表明,新型敷料对慢性伤口的治疗机理如下:1.在湿润的环境下,表皮细胞的迁移速度增加,但是伤口表面往往是在干性的环境下,更容易结痂,结痂迫使表皮细胞的迁移绕经痂下,进而延长伤口表面的愈合时间。2.不断刺激细胞增殖,进而有效促进生长因子的释放。伤口创面在湿润的情况下能够维持创缘到创面中央正常的电势梯度,进而使生长因子受体与生长因子不断结合,保持细胞活力,更有利于细胞的生长。3.白细胞功能不断增强,并且在作用的同时其密闭的环境能有效隔绝外界细菌的入侵,在最大程度上防止创面因细菌传播导致的感染。新型敷料建立的湿性愈合的良好环境,能有效控制感染、吸收渗液,促进肉芽生长,从而加速创面愈合。

不同时期的伤口需要遵循不同的伤口处理原则,采取不同的处理方式。树立正确的伤口处理理论决定了方法的合理性和有效性。这意味着治疗伤口并非机械地更换敷料,而是需要不断全面评估伤口的状况,调整伤口处理方法,应用一切可促进伤口愈合的有利因素,加快愈合过程。

小结

本案例中,患者手术切口感染、延迟愈合,主要通过保守性锐器清创清除坏死组织,根据创面具体情况和不同的愈合阶段,选择合适的新型敷料控制感染,保持创面的湿润环境,促进肉芽组织生长,缩小伤口面积,减轻患者的不适,缩短伤口愈合时间,同时在伤口治疗过程中给予患者个性化的健康指导,如调整饮食结构、给予身体护理知识指导,使患者掌握伤口愈合的相关知识,建立了相互信任的关系,提高了患者治疗的依从性。采取有效的方法,给予患者新型敷料联合护理干预治疗,能够有效提升患者的伤口愈合率,降低不良反应发生率,安全可靠,效果确切,促进患者身心恢复健康。

(作者供职于沁阳县人民医院)

阿司匹林的用药注意事项

□彭道有

世界医药史上的三大经典药物:阿司匹林、青霉素、安定。

Aspirin=A(乙酰化)+Spirea(绣线菊Spirea ulmaria)。近代西医用柳树皮退热,而柳树皮中的有效成分就是水杨酸。水杨酸(ASA)乙酰化即乙酰水杨酸,通用名阿司匹林,主要用于退热和止痛。在阿司匹林的临床应用中,人们发现了其出血副作用。1971年,英国科学家约翰·罗伯特·范恩发现了阿司匹林作用机制,并因此获得诺贝尔奖。此后,人们开始重点关注阿司匹林的抗血小板作用。

阿司匹林是预防心肌梗死、脑梗死的基石

在正常情况下,血小板具有生理性止血作用。对于动脉粥样硬化患者来说,血管内膜的粥样斑块糜烂或破裂会导致大量血小板激活、聚集,并进一步导致血栓形成,发生急性心肌梗死与脑梗死。小剂量阿司匹林具有不可逆转的抑制血小板聚集的作用。如果在应用阿司匹林治疗过程中,患者动脉粥样斑块糜烂或破裂,血小板难以聚集形成血栓,血管就不会迅速闭塞,发生心肌梗死、脑梗死的风险就会大大降低。

阿司匹林的适应人群

对于40岁~70岁的成人,初始进行心血管风险评估时,若10年预期风险≥10%,且经过积极治疗干预后仍然有≥3个主要危险因素控制效果不佳或难于改变(如早发心血管病家族史),可以考虑服用阿司匹林降低缺血性心血管病风险。其中,心血管病危险因素主要包括:冠心病家族史、高血压、高血脂、高血糖、肥胖、吸烟、房颤、缺乏运动和高龄。河北省人民医院副院长郭艺芳说:"如果发生急性血栓栓塞的风险不大,使用阿司匹林就没有什么意义。"北京安贞医院心内科主任吕树铮说:"对于已经发生心血管病的患者,长期应用小剂量阿司匹林进行二级预防,可以显著降低心肌梗死、脑卒中以及心脏性死亡的发生率。"

阿司匹林的禁忌人群

1.消化性溃疡患者,尤其是有消化道出血病史的患者;2.血压未能控制的患者:血压>150/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕);3.痛风患者:阿司匹林会影响尿酸的排泄,所以痛风患者要尽量避免使用阿司匹林,可以使用其他抗血小板药替代阿司匹林;4.对阿司匹林过敏的患者:阿司匹林哮喘,对其他非甾体抗炎药如布洛芬导致患者哮喘发作的患者,阿司匹林也应禁用;5.妊娠期的最后3个月;6.以下这两类人群最好不要使用:

①年龄>70岁或<40岁的人群。

②高出血风险人群:正在使用增加出血风险的其他药物;有胃肠道出血、消化道溃疡或其他部位出血病史;血小板减少;凝血功能障碍;严重肝病,慢性肾病4期~5期;未根除的幽门螺杆菌感染;未控制的高血压等。

2019年美国ACC(心脏病学会)/AHA(心脏协会)心血管疾病一级预防指南提出:

1.心血管事件风险较高且不具有出血高危因素的40岁~70岁患者,可以考虑应用小剂量阿司匹林(仅为Ⅱb级推荐)。

2.年龄>70岁的个体,不建议将阿司匹林用于心血管事件的一级预防。

3.伴有任何出血高危因素的个体均不宜将阿司匹林用于心血管事件的一级预防。

2018年欧洲高血压指南也明确指出,阿司匹林不推荐用于没有心血管病的高血压病患者的一级预防。

阿司匹林的服用剂量

目前推荐的剂量是75毫克/天~100毫克/天。美国为81毫克/天~325毫克/天。对于体重70千克以下人群来说,75毫克~100毫克的阿司匹林是恰当的;体重70千克以上的人群可能需要更高剂量。

阿司匹林的服用时间

对于阿司匹林应该是早晨服用还是晚上服用,目前有不同的说法。清晨时段,血小板活性增强、心血管事件风险高,故主张早上服药。有研究认为睡前服用阿司匹林可以更好地抑制清晨血小板功能,也可能有助于降低血压。肠溶或缓释阿司匹林口服后需要3小时~4小时才能达到血药高峰,如每天上午服药并不能对事件高发时段提供最佳保护。阿司匹林血浆半衰期只有15分钟~20分钟,但其对于血小板的抑制作用是不可逆转的。由于血小板没有胞核,不含DNA(脱氧核糖核酸),不能合成新的蛋白,故阿司匹林的抗血小板作用覆盖血小板的整个生命周期(7天~10天)。从这个角度来说,每天任何时间服用阿司匹林的作用都是相同的。因此,不要纠结早晨服药还是晚上服药,最重要的是坚持每天服药。

阿司匹林应餐前服还是餐后服

阿司匹林肠溶片建议饭前20分钟~30分钟服用。空腹服药时,药物会快速通过胃到达小肠,避免对胃造成刺激。如果饭后吃,可能会出现这两种情况:一是食物延缓胃排空,阿司匹林在胃中滞留的时间较长,有可能在胃中溶解并且对胃产生刺激;二是阿司匹林的溶解依赖酸碱度,饱餐后由于食物中和了胃酸,胃中的pH(酸碱度)值升高,酸度降低,导致阿司匹林提前在胃中溶解。

阿司匹林可以停用吗

对于冠心病、心肌梗死和脑梗死患者,小剂量阿司匹林是预防心脑血管疾病重要、有效的药物之一。只要没有禁忌证,这些患者均应长期服用小剂量阿司匹林。有一项研究显示,擅自停用阿司匹林可以使心脑血管事件风险增高37%。这项研究是通过对601527例服用阿司匹林的患者进行为期3年的随访得出的结论。

阿司匹林可以用于尿酸升高的患者吗

阿司匹林可减少尿酸排泄,故升高血尿酸。对于痛风患者,使用阿司匹林应谨慎。如果患者病情稳定,可以使用氯吡格雷替代阿司匹林。如果患者必须要使用两种抗血小板药物,那就应该使用阿司匹林,但还需要加强血尿酸监测,并且要更加注重调节饮食结构,必要时可以同时服用增加尿酸排泄的药物。

阿司匹林的消化道出血风险

有研究显示,服用阿司匹林100毫克/天的患者可能没有出血症状,但是胃镜检查显示胃黏膜糜烂或胃溃疡风险升高约20%。出血主要与这几个原因有关:一是既往有消化性溃疡史,尤其是出血史;二是幽门螺杆菌感染;三是出血与阿司匹林剂量有关;四是高龄患者。

建议在开具阿司匹林处方(非紧急应用)之前,先筛查幽门螺杆菌;如果有幽门螺杆菌感染,则先根除后再应用阿司匹林。

小结

目前,阿司匹林在动脉粥样硬化性疾病的二级预防应用不足,一级预防又应用过度。因此,我们应该更好地了解阿司匹林,用好阿司匹林。

(作者供职于周口市第一人民医院)

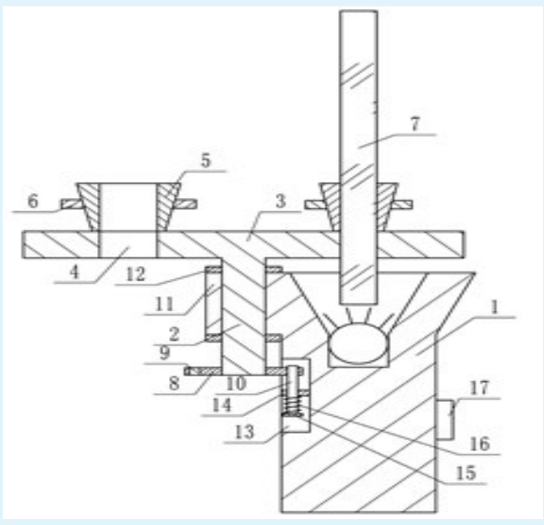
药师说药

本栏目由河南省卫生健康委药政处指导

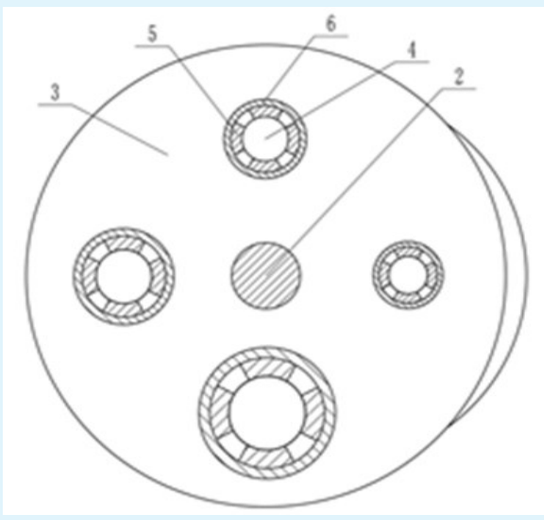
小发明

一种医用管腔器械内部照明装置

□栗英 文/图



1.灯体;2.转动轴;3.第一转盘;4.第一通孔;5.弧形板;6.螺母;7.光纤;8.第二转盘;9.第二通孔;10.销轴;11.支撑板;12.阻挡板;13.凹槽;14.支撑杆;15.挡块;16.拉簧;17.电源开关。



医用管腔内部照明装置剖面图

设计构造

该医用管腔内部照明装置主体结构是一个圆柱形灯体,灯体上有光源,靠近光源的一端有转动轴,转动轴上有两个转盘,每个转盘上都有直径不同的孔洞。竖向放置的圆柱形灯体,灯体的上端设有光源,灯体的左侧有竖向放置的转动轴,转动轴上套有置于灯体上方的第一转盘,第一转盘的上端面上圆周均分布着多个直径不同的第一通孔,每个第一通孔上均设有多个圆周均匀分布的弧形板,弧形板可弹性形变且不能相互接触,弧形板的上端厚度大于下端厚度,每个第一通孔上所固定的多个弧形板所构成的空心圆锥形结构的内圆面直径与其对应的第一通孔的直径相同,每个第一通孔上固定的多个弧形板的外侧套有一个与其直径相对应的螺母,多个弧形板的外侧设有与螺母相配合的锥螺纹,多个弧形板所构成的空心圆锥形结构内设有一个贯穿第一通孔的光纤。转动轴的下端套有第二转盘,第二转盘的上端面上圆周均匀分布多个第二通孔,相邻的第二通孔的旋转角度与相邻的第一通孔的旋转角度相同,灯体上设有可上下移动的销轴,销轴可插入第二通孔内;灯体的左侧设有支撑板,转动轴贯穿支撑板并可在支撑板上转动,转动轴上套着两个阻挡盘,其中一个阻挡盘置于支撑板的上方,另一个阻挡盘置于支撑板的下方。灯体的左侧设有凹槽,凹槽内设有水平放置的支撑杆;销轴贯穿支撑杆,销轴的下端设有挡块,销轴上套有拉簧;拉簧的一端与挡块相连,另一端与支撑杆相连。灯体的右侧壁上设有电源开关。

使用方法

1.根据需要检测的医用管腔器械的直径和长短,选择不同直径和不同长度的光纤;2.打开电源开关,使光纤上通光源;3.将选择好的光纤的一端从医用管腔器械插入,一边插入光纤一边用肉眼目测内壁是否附着污物、水渍,一直输送光纤接近医用管腔器械的出口,并可旋转灯体使光纤旋转,观察医用管腔器械不同位置的清洗质量。

科技含量及创新亮点

该设计打破传统的管腔器械清洗质量的检测方法——目测及高压气枪盲吹,运用光纤原理,有效地解决了现有医用管腔器械内部检测时照明不足的问题,将管腔内部变为可视,从而直接检测不同直径和长度的医用管腔器械。

应用价值及意义

管腔类手术器械的清洗、消毒、灭菌一直是医院的难点。相关统计结果显示,自2010年以来,我院消毒器械中,管腔类手术器械所占比例逐年增高,至2017年高达30%左右,特别是吸引器头类器械管腔细长、侧孔等构造特殊,使用后管腔内容易沾染大量有机物,不易清洗干净,若清洗监控不到位,残留在器械内壁的污物会妨碍灭菌介质的穿透,影响灭菌效果,造成灭菌失败,再次使用,有发生院内感染的风险。结合文献报道及实际工作情况,得出消毒白通条法和高压气枪盲吹法,均可间接检测管腔器械清洗质量。但消毒白通条法操作步骤繁琐,费时费力,增加成本,且依从性低;高压气枪盲吹法容易对工作环境及人员形成噪声及气溶胶污染,造成职业危害。这两种方法对于管腔器械的检查均有局限性,不能完全保证此类器械的清洗质量,进而影响灭菌质量。

该设计根据器械长短、口径有对应的光纤型号,且自带光源,增加了管腔内部的可视性,视野无死角,可轻松通过目测直接观察管腔内的清洗质量,针对性较强,操作简单,体积小巧,易于变换使用地点,可大幅提高工作效率及依从性,保证管腔器械的灭菌质量,且成本极低。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

本报地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角 邮政编码:450046 电话区号:0371 广告发布登记证号:郑东工商广发登字第009号 照排:本报编辑部 印刷:河南日报印务中心(地址:郑州经开区第三大街168号) 定价:全年220元