■专科护理

失禁相关性皮炎的护理策略

□王春丽 程 烨

失禁相关性皮炎(IAD)是指皮肤长期或反复暴露于尿液和粪便中所造成的炎症,伴/不伴有水疱或皮肤破损,是一种发生在大小便失禁患者身上的接触性、刺激性皮炎,任何年龄段均可发生,其影响的范围不限于会阴部位,不仅造成患者生理、心理上的痛苦,而且治疗困难较大、费用较高,严重影响患者的生活质量,还给护理工作带来了挑战。2021年,我科治疗的失禁相关性皮炎患者就有50例,治疗时间为2天至10天。由此可见,失禁相关性皮炎在护理工作中比较常见。那么,失禁相关性皮炎该如何护理呢?

识别、分级及常见部位

如何识别失禁相关性皮炎

在浅色皮肤患者中,失禁相关性皮炎初始表现为红斑,颜色为粉红色至红色;在深色皮肤患者中,受损皮肤较周围皮肤苍白或发暗,或表现为紫色、暗红色或黄色。受损区域通常边界不清,呈片状或侵犯大片区域。因为存在炎症,所以受累区域的完整皮肤较周围健康皮肤感觉温度稍高和更硬,创面可见水疱、丘疹或脓疱等。不同深度的表皮受累,某些病例中全层表皮丧失,真皮暴露,渗液较多。

失禁相关性皮炎的分级

0级 皮肤完好。

1级 轻度,皮肤完整,有轻度发红和不适。

2级 中度,中度发红,皮肤剥脱,有不同大小的水疱或小范围部分皮层受损,伴有疼痛或不适。

重度 皮肤变暗呈深红色,大面积皮肤剥脱受损、水疱或渗出。

临床表现

皮肤红斑:最初的症状是皮肤红斑,颜色包括粉红色、红色等,某些深肤色人群的红斑颜色可以为紫色、深红色等。

皮温升高:由于炎症的影响,皮肤温度升高,同时可伴有皮肤硬度改变。

皮肤破损:表皮会有不同程度的破损,可有水疱、丘疹、脓疱等,严重时整个表皮溃烂、真皮外露并有渗出。

继发感染:真菌感染中以念珠菌感染较为常见,真菌感染的皮疹通常从中心部位向四周扩散,颜色为亮红色。常见其他症状:发生失禁相关性皮炎的部位不适,出现烧灼感、疼痛感、瘙痒感或刺痛感等。失禁的情况越严重,患者的生活质量越低,护理负担越重。

常见的部位

皮肤受累区域的范围会因皮肤与尿液或粪便接触的程度不同而大有不同,有时会大大超出会阴范围。在尿失禁中,失禁相关性皮炎容易影响女性大阴唇或男性阴囊皮肤褶皱,以及腹股沟褶皱,也可能一直延伸至下腹部和大腿中前部。大便失禁相关的失禁相关性皮炎常以会阴部为中心,可累及臀部褶皱和臀部,向上可涉及骶尾部区域,向下则可侵犯大腿后侧。

危险因素

发生失禁相关性皮炎多与大小便失禁频繁发作、使用封闭性护理产品、皮肤状况差、移动能力受限、认知能力降低、个人卫生无法自理、疼痛、体温升高、药物、营养状况差、患有严重疾病等有关。

早期发现并干预失禁相关性皮炎十分重要,可减轻患者的痛苦,缩短病程,减少相应的的并发症。同时,在患者大小便失禁早期,应尽早对患者的皮肤情况进行评估。那么评估的内容有哪些呢?

评估时间:所有大小便失禁的患者应每天至少进行一次皮肤情况评估,或可根据失禁的发生频率及患者的失禁相关性皮炎危险因素进行调整。

评估部位:会阴、生殖器周围、臀部、臀部褶皱、大腿、下背、下腹部和皮肤褶皱(腹股沟、大腹部血管髂下方等)。

评估内容:主要评估皮肤有无颜色、温度、硬度改变,有无浸渍、红斑、水疱、丘疹、脓疱、溃烂、剥脱、真菌或细菌性皮肤感染的迹象,有无烧灼感、疼痛感、瘙痒感或刺痛感。

护理措施

减少或限制皮肤暴露在尿液或粪便中

明确失禁原因并进行处理,及时更换尿垫或护理垫,减少大小便的刺激;使用留置导尿管、造口集便袋、大便失禁套件等收集尿液、粪便。

做好皮肤清洁

患者大小便失禁后要及时进行清洗,以减轻尿液、粪便对患者皮肤的刺激。清洗时应选择pH(酸碱度)接近正常皮肤的皮肤清洗液,清洗后要选择温和的方式让皮肤变干,避免摩擦和用力擦拭皮肤,可选用免冲洗的清洁剂。清洗后要选择合适的皮肤保护剂来保护皮肤,避免皮肤暴露在尿液、粪便中,减少摩擦。

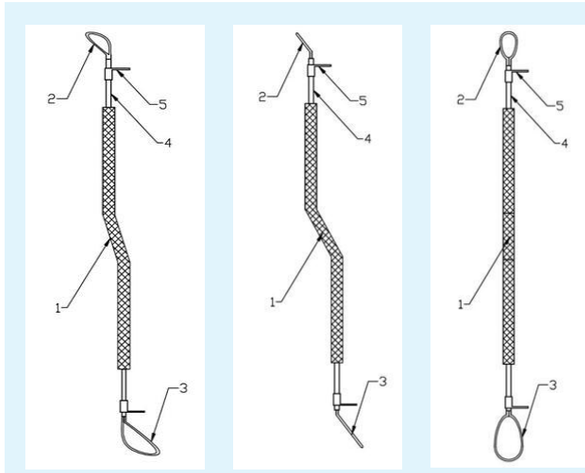
隔离保护

使用皮肤保护剂减少摩擦,减轻尿液和粪便对皮肤的刺激,如皮肤保护膜、造口粉等。轻度的失禁相关性皮炎,皮肤发红但未破损,可使用皮肤保护膜隔离粪便;中度、重度的失禁相关性皮炎,可先涂抹造口粉,再联合应用皮肤保护膜及造口袋。

综上所述,失禁相关性皮炎是可以预防的。早期治疗及干预可有效地减少失禁相关性皮炎的发生。另外,除了针对失禁的病因进行治疗外,还需要指导患者进行排尿训练,促进膀胱功能以及盆底肌肉的恢复。对于大便失禁的患者可以使用造口集便袋收集大便,及时清理。如果患者皮肤局部出现红斑、水疱或糜烂性改变时,需要在医生的指导下使用一些具有止痒、抗过敏、抗感染的药物进行治疗。

(作者供职于郑州市第九人民医院老年医学中心)

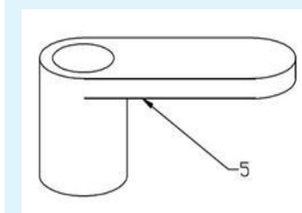
■小发明



①

②

③



④

1.鼻腔异物取出器立体图

2.鼻腔异物取出器侧视图

3.鼻腔异物取出器主视图

4.鼻腔异物取出器挡片结构示意图

一种鼻腔异物取出器

□李 柯 文/图

儿童鼻腔异物是耳鼻喉科急诊中的常见病,多发生于2岁~6岁幼儿,因幼儿不能自诉,不易察觉。儿童鼻腔异物多有单侧鼻腔流黏脓涕、涕中带血和鼻塞症状,呼出气有臭味。面部外伤性异物除有外伤表现外,随异物大小、性质、滞留时间长短和所在位置不同,症状也有所不同。

目前,各医院鼻腔异物取出的工具各不相同,大多是使用其他诊疗工具临时替代,如异物钩、耵聍钩等。这些取出器在使用的过程中容易增加小儿鼻腔黏膜损伤及小儿的痛苦程度。再加上取异物时儿童的挣扎以及在使用特殊形状的异物取出器时,由于受力不均常有将异物推向鼻腔深部及鼻咽部,有误吸入喉腔或气管的危险,增加了异物取出的难度,危及儿童健康。

因此,生产一种操作便利、安全系数高的异物取出器很有必要。

研究发明的该鼻腔异物取出器结构简单、使用方便、操作便利、不遮挡视线,避免将异物推向深处。

该鼻腔异物取出器包括手柄1,手柄的两端分别设置有第一取出环2与第二取出环3,手柄上设置有可调节限位保护部。可调节限位保护部包括设置在手柄端部的连接杆4,设置在连接杆上的挡片5。挡片为管体与椭圆形板体连接而成的立体结构。挡片与连接杆之间通过螺纹结构相连接。连接杆的端部与手柄的端面中部连接成一体结构,连接杆的外侧设置有外螺纹,连接杆的一端设有与该外螺纹相配合的内螺纹。第一取出环与第二取出环的端部分别与手柄两端的连接杆的端部连接成一体结构。

该产品结构简单,设有大小不同的第一取出环与第二取出环,可以根据鼻腔大小的不同来选择,便于医务人员操作;手柄为S形结构,手柄的外侧设置有防滑纹理,增大了手柄与医务人员手部的摩擦力,避免滑动,手感更好,便于操作。第一取出环与第二取出环朝向相反的方向设置,保证医务人员在使用的过程中手柄不会遮挡视线,操作便利;设有与连接杆螺纹连接的挡片,根据不同患儿鼻腔的深度调节挡片到第一取出环或第二取出环端部之间的长度,可以避免因患儿在异物取出的过程中扭动而将取出器插入过深,将异物推向深处的鼻腔,危及儿童健康。

(作者供职于河南省儿童医院)

■护理感悟

把尊重患者融入护理细节

□鲁茹月 单雨玮

在河南大学第一附属医院心血管重症病房里,随处可见护士忙碌的身影,处处可听到心电监护仪滴滴的响声,触目可及堆得高高的护理记录单,经常可以看到在病床边为患者喂饭喂药、进行心理安慰以及翻身叩背的暖心场景。虽然工作繁琐且冗长,但她们每天都有条不紊地进行着。

这天,科室里如往常一样忙碌,来了一位十分可爱的老先生,让我们印象极深,我们叫他姚老师。当时,姚老师是被急救车送过来,由平车推入科室的,来的时候精神状态较差,闷喘比较严重,血氧饱和度比较低,我们立即对他进行心电监护及氧气吸入,开通静脉通路等一系列治疗措施。由于姚老师身形比较消瘦,喉咙里有黏稠的痰液不易咯出,我们又立即对他进行吸痰处理。但是姚老师脾气比较执拗,不让我们对他进行任何有创的操作。看着我们手里的吸痰管,他问:"你们这是干什么?""姚老师,因为您现在喉咙里有痰液,又加上您最近几天都没好好进食,没有力气把痰液咯出来,我们要帮您把痰液抽吸出来,这样闷喘症状就会缓解一些,请您配合我们一下,好吗?"听完我们的解释后,姚老师两手一摊,很无奈地对我们说:"来吧,只要能减轻点儿痛苦就行。"

吸痰后,另一个难题又出来了,我们还得为姚老师留置导尿管。于是,我们又耐心地跟他说:"姚老师,我们现在还需要把导尿管给您插上。"果不其然,听完这句话后,姚老师直接吼了起来:"为啥要给我下导尿管?上次我住院的时候都没有下,这次为什么这么麻烦,你们到底想干什么?""姚老师,您先别急,您先听我们的解释。由于您现在的身体条件需要绝对的卧床休息,不能有任何大幅动作,所以需要插导尿管,一方面能减少活动量,另一方面也便于我们记录出水量。这个会有点儿不适感,并不会给您造成多大的疼痛。"

听了我们的解释,姚老师最终同意插导尿管,嘴里说着:"你们一遍又一遍地解释给我听,认真地跟我沟通,尊重我、体谅我,孩子们,谢谢你们。"听到姚老师的话,我们心里涌起阵阵暖流。

不久前的一天,我们值夜班时看到姚老师正在吃饭。等他吃完饭之后,我们给他喂药,一切进展得都很顺利,到喝口服液的时候姚老师又"罢工"了,谁劝都没用。我们想着可能是姚老师累了,想着缓缓然后再让他吃药。

半个小时后,我们走到姚老师的床旁,对他说:"姚老师,该吃药了,就剩这一支,也不苦,把药吃了好不好?"喊了半天,姚老师既不睁眼,也不理我们。我们正纳闷的时候,他突然来了句:"你怎么那么烦人!""姚老师,您舍得搭理我们啦,您要不想吃药可以跟我们说啊,您看您既不睁眼也不说话,我们还以为您生气了呢!""我没有事,我就是不想吃那个药,你们也不用管我了。"紧接着他又把眼睛闭了起来。我们赶紧又换了一种策略,一边和他谈心,一边拿着勺子往他嘴里喂。看着姚老师顺利地把药吃进嘴里,我们感到很有成就感,虽然过程很艰难,但姚老师总算把药吃了。

经过一段时间的精心治疗和护理,姚老师恢复良好,现在已顺利出院。

其实,像姚老师这样的患者并不罕见。我们并不是患者和家属口中常称赞的"天使",我们只是把每一个患者都当成自己的家人去照顾、呵护,让他们感受到"家"的温暖,让他们得到尊重。这便是我们一直在做也会一直坚持做的事。

(作者供职于河南大学第一附属医院)

糖尿病的诊断及药物治疗

□王晓依

糖尿病的临床诊断应依据静脉血浆血糖,而不是毛细血管血糖检测结果。

糖尿病的诊断标准:典型的糖尿病症状(烦渴多饮、多尿、多食、不明原因的体重下降),随机血糖≥11.1毫摩尔/升,空腹血糖≥7.0摩尔/升或葡萄糖负荷后2小时≥11.1毫摩尔/升;无典型糖尿病症状者,血糖需复查确认。

糖尿病的分型:糖尿病分为四大类,即1型糖尿病、2型糖尿病、特殊类型糖尿病和妊娠期糖尿病(GDM)。1型糖尿病、2型糖尿病和GDM是临床常见类型。1型糖尿病的病因和发病机制尚不清楚,其显著的病理生理学特征是胰岛β细胞数量显著减少和消失所导致的胰岛素分泌显著下降或缺失。2型糖尿病的病因和发病机制目前亦不明确,其显著的病理生理学特征为胰岛素调控葡萄糖代谢能力的下降(胰岛素抵抗)伴随胰岛β细胞功能缺陷所导致的胰岛素分泌减少(或相对减少)。特殊类型糖尿病是病因学相对明确的糖尿病。随着对糖尿病发病机制研究的深入,特殊类型糖尿病的种类会逐渐增加。

糖尿病的药物治疗

口服药物治疗

1.磺脲类药物 2型糖尿病患者经饮食控制、运动、降低体重等治疗后,疗效尚不满意者均可使用磺脲类药物。因降糖机制主要是刺激胰岛素分泌,所以对有一定胰岛功能者疗效较好。对一些发病年龄较小,不胖的糖尿病患者早期也有一定疗效。但对肥胖者来说,使用磺脲类药物时要特别注意饮食控制,使体重逐渐下降,与双胍类或α-葡萄糖苷酶抑制剂联用较好。这些情况属于禁忌证:一是严重肝、肾功能不全;二是合并严重感染、创伤及大手术期间,临时改用胰岛素治疗;三是糖尿病酮症酸中毒期间,临时改用胰岛素治疗;四是糖尿病孕妇,妊娠高血糖对胎儿有致畸形作用,早产、死产发生率高,故应严格控制血糖,应把空腹血糖控制在105毫克/分升(5.8毫摩尔/升)以下,餐后2小时血糖控制在120毫克/分升(6.7毫摩尔/升)以下,但控制血糖不宜口服降糖药;五是对磺脲类药物过敏或出现明显不良反应。

2.双胍类降糖药 降血糖的主要机制是增加外周组织对葡萄糖的利用,增加葡萄糖的无氧酵解,减少胃肠道对葡萄糖的吸收,降低体重。适应证:肥胖型2型糖尿病,单用饮食治疗效果不满意者;2型糖尿病单用磺脲类药物效果不好,可加用双胍类药物;1型糖尿病用胰岛素治疗后病情不稳定,用双胍类药物可减少胰岛素剂量;2型糖尿病继发性失效改用胰岛素治疗时,可加用双胍类药物,能减少胰岛素用量。禁忌证:严重肝、肾、心、肺疾病,消耗性疾病,营养不良,缺氧性疾病;糖尿病酮症酸中毒;伴有严重的感染、手术、创伤等应激状况时暂停使用双胍类药物,改用胰岛素治疗;妊娠期。不良反应:一是胃肠道反应,常见的表现为恶心、呕吐、食欲下降、腹痛、腹泻,发生率可达20%,同时为避免这些不良反应,患者应在餐中或餐后服药;二是头痛、头晕、金属味;三是乳酸酸中毒,多见于长期、大量应用降糖灵,并伴有肝、肾功能减退,缺氧性疾病,急性感染、胃肠道疾病时,降糖片引起酸中毒的机会较少。

3.α-葡萄糖苷酶抑制剂 1型糖尿病患者和2型糖尿病患者均可使用,可以与磺脲类、双胍类或胰岛素联用。(1)伏格列波糖餐前即刻口服;(2)阿卡波糖餐前即刻口服。不良反应有腹痛、肠胀气、腹泻、肛门排气增多。

4.胰岛素增敏剂 胰岛素增敏剂有增强胰岛素的作用,可改善糖代谢;可以单用,也可与磺脲类、双胍类或胰岛素联用。肝脏病或心功能不全者不宜应用。

5.格列奈类胰岛素促分泌剂 (1)瑞格列奈为快速促胰岛素分泌剂,餐前即刻口服,每次主餐时服用,不进餐不服用。(2)那格列奈作用类似于瑞格列奈。

胰岛素治疗

胰岛素制剂有动物胰岛素、人胰岛素和胰岛素类似物。根据作用时间分为短效胰岛素、中效胰岛素和长效胰岛素,并已制成混合制剂,如优泌林70/30(精蛋白锌重组人胰岛素混合注射液)等。

1型糖尿病 需要用胰岛素治疗。非强化治疗者每天注射2次~3次;强化治疗者每天注射3次~4次,或用胰岛素泵治疗。需要经常调整剂量。

2型糖尿病 口服降糖药失效者先采用联合治疗方式,方法为原用口服降糖药剂量不变,睡前晚10时注射中效胰岛素或长效胰岛素类似物,一般每隔3天调整1次,目的为空腹血糖降到4.9毫摩尔/升~8.0毫摩尔/升,无效者停用口服降糖药,改为每天注射2次胰岛素。

胰岛素治疗的最大不良反应为低血糖。

糖尿病的饮食治疗

饮食治疗是各种类型糖尿病治疗的基础,一部分轻型糖尿病患者单用饮食治疗就可控制病情。

1.总热量 总热量的需要量要根据患者的年龄、性别、身高、体重、体力活动量、病情等综合因素来确定。首先要算出每个人的标准体重,可参照这个公式:标准体重(千克)=身高(厘米)-105或标准体重(千克)=[身高(厘米)-100]×0.9;女性的标准体重应再减去2千克,也可根据年龄、性别、身高查表获得。算出标准体重后再依据每个人的日常体力活动情况估算出每千克标准体重热量需要量。

根据标准体重计算出每日所需热量后,还要根据患者的其他情况做出相应调整。儿童、青春期、哺乳期、营养不良、消瘦以及有慢性消耗性疾病应酌情增加总热量。肥胖者要严格限制总热量和脂肪含量,给予低热量饮食,每天总热量不超过1500千卡,一般以每月降低0.5千克~1.0千克为宜,待接近标准体重时,再按前述方法计算每天总热量。另外,年龄大者较年龄小者需要热量少,成年女子比男子所需热量要少一些。

2.碳水化合物 碳水化合物每克产热量4千卡,是热量的主要来源,现认为碳水化合物应占饮食总热量的55%~65%,可用下面公式计算:根据我国人民的生活习惯,可进主食(米或面)250克~400克,初步估计休息者每天主食200克~250克;轻度体力劳动者250克~300克;中度体力劳动者300克~400克;重体力劳动者400克以上。

3.蛋白质 蛋白质每克产热量4千卡,占总热量的12%~15%。蛋白质的需要量,成人每千克体重约需1克;儿童,孕妇,哺乳期妇女,营养不良、有消耗性疾病者宜增加至每千克体重1.5克~2.0克;糖尿病肾病患者应减少蛋白质摄入量,每千克体重0.8克,若已有肾功能不全,应摄入高质量蛋白质,摄入量应减至每千克体重0.6克。

4.脂肪 脂肪的能量较高,每克产热量9千卡,约占总热量的25%,一般不超过30%,每日每千克体重0.8克~1克。动物脂肪主要含饱和脂肪酸,植物油中含不饱和脂肪酸较多。糖尿病患者易患动脉粥样硬化,应以植物油为主,更有利于控制血总胆固醇及低密度脂蛋白胆固醇水平。

(作者为商丘市第一人民医院内分泌科临床药师、主管药师)

药师说药

本栏目由河南省卫生健康委药政处指导

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