

[文章编号] 1000-2200(2010)06-0631-03

· 护理学 ·

## 湿性愈合法在慢性伤口愈合中的应用观察

郑普春<sup>1</sup>, 陈晓云<sup>2</sup>, 李 宁<sup>3</sup>

**[摘要]**目的:探讨湿性愈合法在慢性伤口愈合中的应用方法及效果。方法:将 96 例慢性伤口患者随机均分为两组。治疗组除使用翻身床垫、做好皮肤保洁、加强营养支持等常规护理外,给予溃疡粉、溃疡糊敷于创面,溃疡贴、透明贴、泡沫敷料、银离子敷料等湿性敷料覆盖伤口;对照组除常规护理外,伤口处涂擦碘酊,渗液多时给予红外线烤灯烤创面,纱布换药。统计分析两组治疗 1 个疗程(14 天)的有效率和 3 个疗程的愈合时间。结果:与对照组比较,治疗组愈合时间明显缩短,治疗有效率明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:湿性愈合法治疗慢性伤口效果确切,疗程短,值得临床推广。

[关键词] 伤口愈合;湿性愈合法;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 64 [文献标识码] A

### Wet healing method for chronic wounds

ZHENG Pu-chun<sup>1</sup>, CHEN Xiao-yun<sup>2</sup>, LI Ning<sup>3</sup>

(Department of Internal Medicine, Third People's Hospital of Bengbu, Bengbu Anhui 233000, China)

**[Abstract]** Objective: To explore the effect of wet healing method in treatment of chronic wounds. Methods: Ninety-six patients with chronic wounds were randomly divided into two groups. In addition to the routine care including rotating mattress, clearing skin and nutritional support, the treatment group were applied wound covering with anabrosis powder and moist dressings, and the control group were given iodine eraser and the infrared light to roast the wounds. The effective rate of one course and the healing time after 3 courses were analyzed statistically. Results: The healing time was shorter and the efficacy was more obvious in the treatment group than in the control ( $P < 0.01$ ). Conclusions: The wet healing method has the advantages of affirmed effect and shorter treatment course in management of chronic wound.

[Key words] wound healing; wet healing method; nursing

慢性伤口包括压疮、下肢血管性溃疡、糖尿病足溃疡、烫伤溃疡及其他难愈合伤口。慢性伤口的愈合一直是临床医护人员面临的一个难题,用传统的干性愈合方法,长时间换药、清创、植皮也很难使伤口愈合<sup>[1]</sup>。为此,2007 年 3 月至 2009 年 10 月,我们应用湿性愈合法对慢性伤口患者进行全面评估,选择合适的新型敷料治疗各种慢性伤口,收到良好效果,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 96 例,随机分为:(1)治疗组 48 例(56 处伤口),男 36 例(42 处伤口),女 12 例(14 处伤口);年龄 56 ~ 87 岁;其中烫伤 5 例,压疮 37 例,下肢血管性溃疡 2 例,阴囊溃疡 1 例,术后伤口久不愈合 1 例,糖尿病足伤口 2 例。(2)对照组 48 例(56 处伤口),男 37 例(40 处伤口),女 11 例(16 处伤口);年龄 58 ~ 86 岁;烫伤 4 例,压疮 39 例,下肢血管性溃疡 2 例,糖尿病足 3 例。两组

性别、年龄、伤口分期均具有可比性。

#### 1.2 方法

1.2.1 材料 康惠尔系列伤口湿性敷料(包括透明贴、溃疡贴、泡沫敷料、银离子敷料、清创胶、溃疡糊、溃疡粉、藻酸盐敷料)由丹麦 Coloplast 公司生产;2% 碘酊、雷佛诺尔纱布、红外线烤灯、无菌干纱布。

1.2.2 治疗组治疗方法 经安徽省伤口学会培训的伤口治疗师接收患者后对其全身及伤口情况进行评估、测量、记录,采用 Christensen 提出的伤口分级,按伤口外观颜色将伤口分为黑期、黄期、红期、粉期,分别代表创面处于愈合过程中的组织坏死期、炎性渗出期、肉芽组织期、上皮化期<sup>[2]</sup>。此外尚有一些特殊类型伤口如窦道和腔洞性伤口等。护理过程中根据创面的不同时期选用不同湿性敷料。(1)黑期。伤口外观有干硬黑痂,基底附有无血管组织的坏死组织。清创,尽早清除坏死组织,使用清创胶,外用泡沫敷料或银离子敷料覆盖以吸收渗液,清创胶应尽量局限于腐肉内,减少与正常组织的接触。如果坏死组织面积较大,需配合外科手术清创。而肌腱因再生能力很弱,清创时尽可能保留。(2)黄期。伤口外观有坏死残留物,基底呈黄色。原则是用清创胶清除残余坏死组织后,用溃疡糊促进肉芽

[收稿日期] 2009-10-29

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 1. 干部内科, 2. 神经内科, 3. 护理部, 安徽 蚌埠 233000

[作者简介] 郑普春(1965 - ), 主管护师。

生长,外用泡沫敷料或溃疡贴覆盖,2~3天更换1次。(3)红期。伤口外观有红色新鲜肉芽,新生毛细血管容易破裂出血。护理原则是保护伤口及其周围组织,保持局部湿润清洁,避免机械性损伤,用生理盐水清洗伤口后,伤口表面喷洒少量溃疡粉,用溃疡贴覆盖,覆盖需超过伤口边缘2~3cm,3~5天更换1次。(4)粉期。伤口外观可见新生上皮覆盖。治疗原则是保护创面,使创缘基底细胞得以迁移,加速上皮化,用生理盐水清洗擦干后,选用溃疡贴或透明贴覆盖创面,3~5天后伤口即可痊愈。(5)窦道和腔洞性伤口。腔洞内的腐肉不易清除,我们应用藻酸盐类敷料进行填塞,由于其具有很强的吸收能力,根据伤口的形状形成柔软黏稠的凝胶状物质,保持创面的湿润和清洁,有利于湿润环境中成纤维细胞增生和表皮细胞的移行<sup>[3]</sup>,缩短伤口愈合时间,减轻局部疼痛;同时对深伤口的填塞起到支撑功能<sup>[4]</sup>。14天为1疗程。

1.2.3 对照组治疗方法 以2%碘酊棉球消毒创面及周围皮肤,每天2~3次,消毒后用无菌干纱布敷于创面,保持创面的清洁干燥,>10cm<sup>2</sup>的创面以雷佛诺尔纱布外敷;渗液多时给予红外线灯局部照射15~30min,每天2次;14天为1疗程,其他护理同治疗组。

1.3 疗效判断标准<sup>[5]</sup> 痊愈:经治疗创面完全愈合;好转:经治疗创面明显缩小,有较多的肉芽生长;显效:经治疗创面腐烂组织已清除,分泌物减少;无效:治疗前后创面无变化。痊愈、显效、好转为有效。

1.4 统计学方法 采用 $\chi^2$ 检验和 $t$ 检验。

## 2 结果

2.1 两组患者1个疗程后效果比较 治疗组有效率为93.75%,明显高于对照组的72.91% ( $P < 0.01$ ) (见表1)

表1 两组患者1个疗程后效果比较( $n$ )

分组	$n$	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)	$\chi^2$	$P$
治疗组	48	23	14	8	3	93.75		
对照组	48	10	13	12	13	72.91	12.21	<0.01
合计	96	33	27	20	16	83.33		

2.2 两组患者治疗3个疗程后愈合时间比较 治疗组患者伤口愈合时间明显比对照组缩短 ( $P < 0.01$ ) (见表2)。

## 3 讨论

自Winter提出关于创面湿性疗法的理论以

表2 两组患者治疗3个疗程后伤口愈合时间比较( $\bar{x} \pm s; d$ )

分组	$n$	红期	黄期	黑期
治疗组	48	7.81 ± 0.34	11.60 ± 1.15	16.72 ± 0.38
对照组	48	11.80 ± 0.99	17.05 ± 0.60	27.39 ± 0.56
$t$	—	26.41	29.11	109.23
$P$	—	<0.01	<0.01	<0.01

来<sup>[6]</sup>,Sharman<sup>[7]</sup>研究证实了“湿性愈合”可以调节创面氧张力,促进毛细血管的形成,有利于坏死组织与纤维蛋白的溶解与吸收;能促进多种生长因子的释放;保持创面恒温,有利于组织生长;保护创面的神经末梢,减轻疼痛<sup>[8]</sup>。传统干性愈合由于愈合环境差,不仅容易使伤口脱水、结痂,不利于上皮细胞的爬行,而且使生物活性物质丢失,造成愈合速度缓慢。

在“湿性愈合”理论指导下,伤口敷料发生了革命性的变化。现代新型敷料已远远超过了覆盖创面和防止再感染的作用。其本身具有保温、保湿及吸湿性,可直接或间接地促进肉芽组织生长及再上皮化功能。同时能促进伤口自溶性清创,增加患者的舒适度,加快伤口愈合的速度<sup>[9]</sup>,可缩短疗程,减轻患者痛苦,节省医疗费用。本研究显示,治疗组有效率明显高于对照组 ( $P < 0.01$ ),在愈合时间上治疗组也明显比对照组缩短 ( $P < 0.01$ ),而且不必每天换药,减轻护士工作量,经济效益和社会效益均较显著。

现代新型敷料种类繁多,但目前还没有一种敷料具备所有理想特点并适用于一个伤口创面的各个阶段,也没有一种方法或敷料适合所有的伤口。本研究在整个治疗过程中,仔细观察伤口情况,全面评估,根据伤口不同分期选择清创胶、藻酸盐敷料进行清创、保湿;透明贴、溃疡贴、泡沫敷料进行覆盖;溃疡糊、溃疡粉促进肉芽和上皮生长。观察创面在治疗过程中的情况,随时选择适合的敷料,不定时间来治疗创面,取得显著疗效。

我们在伤口治疗的临床实践中,体会到新型敷料起了很重要的作用。吴小玲等<sup>[10]</sup>研究发现,新型敷料治疗压疮治愈率可达86.7%,传统理念需用外科手术治疗的特大难治性压疮,用湿性愈合理论获得成功救治<sup>[11]</sup>。新的湿性愈合法能指导护理工作全面、正确、动态地评估患者的健康状况及各种支持系统,也应予患者全身支持治疗并加强局部护理,如保护创面、适时翻身、保持床单位干燥等都有利于伤口的愈合。

总之,湿性愈合法治疗慢性伤口(下转第635页)

发现有很多因素都会导致流速有所变动。

3.1 静脉的合理使用 氟尿嘧啶具有细胞毒性, pH 值为 9.2, 渗透压高, 为 650 mmol/L, 持续输注方式药物浓度高, 随着时间延长使药物与局部组织接触时间延长, 可损坏血管内膜, 致使静脉壁有不同程度的炎性改变。因此在选择静脉时必须小心谨慎, 因考虑到药物对静脉的刺激, 留置针最多保留 3 天, 必须重新更换血管进行穿刺; 同时做好对患者的健康宣教, 指导并教会患者一旦穿刺点有不适症状, 立即告知值班护士, 给予相应处理, 因穿刺点局部出现红肿疼痛等不适会直接导致流速减慢。同时为确保泵的流速, 每天的常规补液均须重新建立静脉通路。

3.2 泵内剩余药量的计算 输液泵的特殊结构致使从外观无法正确判断剩余药量, 而且弹性泵为封闭状态的硅胶球囊, 药液借助硅胶的弹力收缩以一定的速度缓慢输注, 不能设置流速及时间。我们从临床观察发现, 输注早期的流速较中后期的快, 反映了弹性泵的硅胶球囊弹性回缩力与使用时间有关。为了克服这些问题, 观察组每天在固定的时间向泵内加入药物, 加药前将泵内剩余药量抽出, 以便及时调整当日的生理盐水用量, 同时每 3 h 进行 1 次外测量, 并在护理记录单上详细记录, 通过调整输液泵的高度来控制流速, 并检查穿刺点局部, 询问患者, 适当处理。对照组给予常规护理。

3.3 防止回血堵塞 因弹性泵的流速非常缓慢, 在注药及更换接头时出现留置针近心端有少量回血, 用 50 u/ml 的肝素钠生理盐水 5 ml 推入静脉以防止堵塞。肝素可降低血液黏滞性, 加速血流速度, 还可以拮抗补体, 降低血管内皮细胞的通透性, 减少药物对静脉的刺激, 从而避免或减少静脉炎的发生。临床上应用小剂量肝素 ( $\leq 1 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ), 对凝血现象无影响, 不必进行凝血象监测<sup>[6]</sup>。

3.4 分点测量的优点 传统的护理方法采取一次性注药, 药量较多, 时程较长, 跟踪观察时无法正确计算剩余药量, 不能采取有效措施, 直接致使给药时间不准确, 速度不均匀, 不良反应增加。而采取积极有效的护理干预措施后, 能随时知道剩余量, 计算给药时间, 保证药物在规定的时间内注入体内。通过每天多次的测量巡视观察, 可以更多地了解患者在用药期间出现的不良反应及不适主诉, 给予对症处理及心理支持, 帮助患者积极地配合各项治疗护理, 同时也进一步地融洽了护患关系。因为采取每天注药, 所以较泵的最大容量距离较大, 致使泵的弹性回缩力得到了很大的保护, 延长了泵的使用时间, 确保了泵的流速。

我们通过上述措施, 药物能确保在指定的时间以均匀、持续的速度注入体内, 最大程度地减轻了化疗药物所致的一系列不良反应, 减轻了患者的痛苦, 提高了患者的满意度。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 梁德尾, 郑敏辉, 施妮. 百特便携式输液泵在胃肠癌治疗中的应用及护理[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(3): 151-152.
  - [2] Ackermann M, Maier S, Ing H, et al. Evaluation of the design and reliability of three elastomeric and one mechanical infusers[J]. J Oncol Pharm Pract, 2007, 13(2): 77-84.
  - [3] Chen JS, Chao Y, Yang TS, et al. A phase II trial of biweekly oxaliplatin with simplified schedule of 48-h infusion of high-dose 5-fluorouracil and leucovorin for advanced biliary track carcinoma [J]. Cancer Chemother Pharmacol, 2009, 65(1): 151-157.
  - [4] 唐泽琴, 陈金华, 唐晨曦. 两种便携式药泵持续灌注化疗药的应用研究[J]. 西部医学, 2008, 20(5): 1119-1120.
  - [5] 王哲海, 孔莉, 于金明. 肿瘤化疗不良反应与对策[M]. 山东: 山东科学技术出版社, 2002: 4.
  - [6] 黄家群, 张小容, 邓德琴. 便携式弹性输液泵持续滴注 5-氟尿嘧啶的护理观察[J]. 右江医学, 2005, 33(1): 98-99.
- 
- (上接第 632 页) 的效果确切, 疗程短, 换药简便, 省时、省力、使用方便, 值得临床推广。
- [ 参 考 文 献 ]
- [1] 王金花, 耿丹. 水凝胶、水胶体、藻酸盐系列敷料治疗慢性难愈性伤口的临床应用[J]. 宁夏医学杂志, 2009, 31(4): 383-384.
  - [2] 蒋琪霞, 申萍, 刘云. 改良式湿性疗法治疗老年压疮的临床研究[J]. 医学研究生学报, 2007, 20(11): 1182-1185.
  - [3] Kravitz SR, McCuire JB, Sharma S. The treatment of diabetic foot ulcers; reviewing the literature and a surgical algorithm[J]. Adv Skin Wound Care, 2007, 20(4): 227-237.
  - [4] 施耀方, 杨惠花, 吴茄维. 湿性敷料的选择在糖尿病慢性伤口护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(1B): 18-19.
  - [5] 潘翠环, 张慈凤. 综合物理治疗与康惠尔系列对难愈性创面的临床观察[J]. 广州医学院学报, 2002, 30(4): 67-68.
  - [6] 姚鸿, 陈立红. 伤口湿性愈合理论的临床应用进展[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(11): 1050-1052.
  - [7] Sharman D. Moist wound healing; a review of evidence, application and outcome[J]. Diabetic Foot, 2003, 6(3): 112-120.
  - [8] 詹秀兰, 黎中民, 曹雪玲. 伤口护理新进展[J]. 护理学杂志, 2007, 22(4): 74-76.
  - [9] Black J, Baharestani M, Cuddigan J, et al. National pressure ulcer advisory panel's updated pressure ulcer staging system[J]. Adv Skin Wound Care, 2007, 20(5): 269-274.
  - [10] 吴小玲, 宋志芳, 万群芳, 等. 水胶体敷料治疗压疮的疗效观察[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(5): 466-467.
  - [11] 郭清阳, 于莹, 许娜. 湿性愈合敷料治疗特大创面 1 例的效果观察[J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(10): 89-90.