

水胶体在保护腹膜透析导管出口皮肤的应用体会

许志华 刘铎芬 段成花 王映辉

曲靖市第二人民医院 云南曲靖 655000

〔中图分类号〕R473.5

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2020) 09-159-02

腹膜透析是临床中应用到治疗终末期肾病 CKD5 期(尿毒症)患者肾脏替代治疗的方法之一^[1]。腹膜透析导管是尿毒症患者的一种永久留置性通路,其主要是由腹膜透析导管、钛接头及外接导管所组成。而腹膜透析导管置入腹腔又分为腹内段、皮下隧道段、腹外段;皮下隧道段与腹外段在皮肤出口而分界,固定好腹膜透析导管、保持导管的通畅使用及导管出口皮肤的完好,是维持患者透析的生命线^[2]。在进行腹膜透析的这一整个过程中,就是借助透析导管以对透析液实施传递,需要把导管的出口穿过患者的腹壁,并在其腹部做出一个出口,以构成一个通路,所以,会在患者腹部构成一个开放型创面。由此可见,出口护理在实施腹膜透析的这一整个过程中均是十分关键的环节,其关系到了治疗最终的效果^[3]。湿性敷料水胶体的应用,能够很好的促进导管口皮肤的愈合,并更好的保护且固定了腹膜透析的导管,患者的舒适度得到提高。下面我们通过一个案例来进行分享:

一、一般资料

1. 病例资料

患者性别女性,年龄在 39 周岁,因为实施腹膜透析 1 年,导管口皮肤反复结痂而自行揭痂,造成导管口皮肤出现增生、红、肿、疼痛等、且具有脓痂性分泌物(具体见如下图 1),于 2020 年的 06 月 30 日,该患者就诊于我科,各项身体检测:体温在 36.8℃,脉搏每分钟在 86 次,呼吸每分钟在 19 次,血压在 126/78mmHg,血红蛋白在 86g/L。全身皮肤粘膜均没有出现黄染,结膜均没有出现充血且十分苍白,巩膜没有发生黄染,全身浅表淋巴结都没有触及,腹部十分平坦,触诊没有出现压痛、反跳痛,全腹均没有触及到包块,肝脾肋均没有触及,胆囊没有触及到显著性异常,检测墨菲氏征体现为(-),膀胱不胀,双肾均没有触及。移动性浊音体现为(-)、肝区叩击痛体现为(-)、两侧肾区叩击痛体现为(-)、肠鸣音每分钟在 4 次,双侧下肢都没有出现水肿。先对患者施予抗感染、补液、抑酸、伤口换药等方面的对症支持治疗。之后,在对患者第 2 次实施伤口换药期间,发现了患者对普通胶布会过敏,原本贴了普通胶布的位置出现了水泡,患者十分难受、瘙痒。所以,在第 2 次实施伤口换药期间,对其进行了湿性敷料水胶体换药,同时,需要防止患者反复进行皮肤撕拉,通过 23 天共 6 次的换药,患者的导管口皮肤均得到了愈合,并紧密包裹且固定导管(具体见如下图 2),取得了十分明显的效果,且在应用水胶体敷料后,患者自身感觉皮肤状态十分良好,舒适感也得到了极大地提升。

2. 换药方法

2.1 用物准备:碘伏、0.9% 的生理盐水、无菌棉签、无菌纱布、无菌剪刀、水胶体(3533)、优肌伴低敏胶布;

2.2 应用碘伏棉签及 0.9% 的生理盐水棉签消毒并清洗周围皮肤共 3 遍;

2.3 应用碘伏棉签及 0.9% 的生理盐水棉签消毒并清洗导管口共 3 遍,待干;

2.4 把 3533 型水胶体裁剪成 4cmx4cm 的正方形,裁剪方式具体见如下图 3 所示;

2.5 把裁剪所得到的水胶体围着导管及周围皮肤黏贴一圈,以起到保护创面皮肤和固定导管的作用。



图 1

图 2

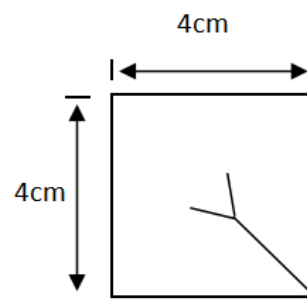


图 3

3. 讨论

在开展腹膜透析期间,对导管出口实施护理(也可以叫做“换药”)可以保持好创面更为清洁,减少在进行护理期间感染发生的机率,并降低各类并发症的发生,提升治疗最终的效果^[4]。参照临床研究报告指出了,导管出口位置所发生的感染是使得腹膜透析患者在接受各项治疗期间需要拔除导管最为关键的因素。由此可见,对导管出口位置实施护理会对腹膜透析最终的效果带来许多影响。普通医用型纱布无法全方位地对渗液、渗血等有关的分泌物进行吸收,且其所具有的透气性能较弱,在实施换药期间,纱布大多都会粘连在伤口上,引发皮损,且接触不够完全,会使得伤口出现氧化,在切口没有渗液后,纱布所具有的干性环境也无法促进创面尽早获得愈合。

3.1 水胶体敷料是处于伤口湿性愈合的原理下进行分析与研究而发展起来的一种新型伤口敷料。其主要是由亲水性高分子颗粒与橡胶弹性体加工而成^[5]。与伤口接触面层主要是由果胶、明胶和羟甲基纤维素钠所组成,外层是聚氨酯薄膜,具有防水、阻菌的作用。

3.2 水胶体敷料可以十分牢固地黏贴于伤口边缘的皮肤上,

(下转第 162 页)

作者简介:许志华,籍贯:上海,民族:汉族,职称:主任护师,学历:本科,主要从事临床伤口护理工作。

学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

卒中后吞咽障碍患者, 临床不当护理会引发腹胀、反流, 甚至营养不良, 使卒中患者预后受到严重的影响。再加上长期卧床的影响, 患者缺乏生活自理能力, 社会功能差, 需要他人照顾才能完成基本的生活, 甚至产生焦虑、抑郁等情绪, 使疾病转归受到不良影响。所以, 对患者开展康复训练具有重要的作用, 不仅能改善营养状态, 还能控制不良情况发生, 从而改善患者的预后^[5]。卒中后吞咽障碍会导致肠胃功能紊乱, 影响胃肠的吸收功能, 甚至引发肺感染和尿路感染。对卒中后吞咽障碍患者, 通过训练吞咽功能, 可以改善吞咽灵活性。综合康复训练可以使患者掌握自身病情, 配合康复训练, 以此提高舌、下颏、咽等部位反射灵活性, 改善吞咽功能。

本次研究结果显示, 治疗 2 周、4 周、8 周后, 观察组吞咽障碍评分 (SSA) 均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组并发症发生率 6.7%(1/15) 低于对照组 40.0%(6/15), 观察组营养指标明显优于对照组, 与他人研究结果一致^[6]。可见, 综合康复训练用于脑卒中吞咽障碍, 可以改善患者的营养情况, 避免发生营养不良, 同时能降低卒中后并发症, 对于患者预后有着明显的改善作用。

着明显的改善作用。

综上所述, 综合康复训练用于脑卒中吞咽障碍, 能降低并发症发生率, 改善患者的吞咽功能障碍情况, 进而改善患者预后, 具有重要应用价值, 可以推广应用。

[参考文献]

- [1] 骆丽敏, 邓国敏, 冯利勉. 吞咽治疗仪配合综合康复护理对治疗脑卒中吞咽障碍患者临床效果的影响 [J]. 吉林医学, 2020, 41 (3): 715-717.
- [2] 金小红. 吞咽治疗仪配合综合康复护理治疗脑卒中吞咽障碍患者的效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14 (19): 22-23.
- [3] 李晓楠. 探讨分析综合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍患者的临床效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (71): 190-191.
- [4] 朱丽君. 综合康复护理对脑卒中吞咽障碍患者营养状况的影响 [J]. 慢性病杂志, 2016, 17 (1): 74-76.
- [5] 桑标楠. 康复训练联合针灸治疗对脑卒中后吞咽障碍的临床疗效 [J]. 智慧健康, 2019, 5 (34): 146-147.
- [6] 张青. 健康教育联合综合康复训练应用于脑卒中后吞咽障碍的临床疗效分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (15): 2512-2514.

(上接第 158 页)

- [2] 梁艳. 耳鼻喉科患者术后感染因素的探讨及干预对策 [J]. 饮食保健, 2020, 7(7):21.
- [3] 罗辉霞, 黄河. 综合干预对预防耳鼻喉科患者术后感染的

效果 [J]. 医学临床研究, 2018, 35(7):1325-1328.

- [4] 地力厚马尔·艾买提, 郑美. 手术室优质护理应用在耳鼻喉科手术中的临床效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20(41):259, 261.

(上接第 159 页)

同时, 其在吸收渗液后, 能够膨胀 12 倍, 在吸收渗液后, 敷料中所具有的亲水性高分子颗粒会形成类似于凝胶的半固体物, 并附着于伤口的基底位置, 以提供并维持伤口愈合所需的湿性环境。

3.3 水胶体敷料具有粘性, 可以密闭伤口, 密闭环境能够促进微血管得到增生, 且肉芽组织也能够形成; 同时, 还可以降低伤口局部所具有的氧分压, 可以促进伤口的自溶清创, 减少痂皮的形成, 阻止微生物侵入, 降低伤口感染的发生, 加速伤口的愈合。

3.4 水胶体敷料含有内源性的酶, 能够促进纤维蛋白的溶解, 且其所具有的密闭环境有利于巨噬细胞清除各个坏死组织。

4. 结果

水胶体敷料在腹膜透析患者导管口中的应用, 能够很好的促进导管口皮肤的愈合, 并更好的保护且固定腹膜透析的导管, 提高了患者的舒适度、满意度, 值得临床中大力推广与使用。

[参考文献]

- [1] 徐曼, 周琼荣, 谭莲, 等. 水胶体敷料联合湿热敷对动静脉内瘘穿刺后血肿的影响 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(16):90-93.
- [2] 郭红梅, 李丽, 王瑜, 等. 康惠尔水胶体敷料治疗三伏贴皮肤不良反应 50 例护理体会 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18(8):1452-1453.
- [3] 翁婵媛, 陈凌燕, 解艳红, 等. 水胶体敷料与聚维酮碘联合光照对压疮感染患者创面愈合的疗效 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(12):1839-1841, 1855.
- [4] 张丽君, 赵欣辉. 水胶体敷料治疗难愈性皮肤溃疡患者的效果与初步机制分析 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(3):226-229.
- [5] 王文华, 韩晓梅, 姬响华, 等. 水胶体敷料对压疮合并中重度感染的临床疗效 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(6):949-952.

(上接第 160 页)

决看得好病的问题。制度建设方面, 一是推进家庭医生签约服务, 完善医疗保障制度, 分级诊疗制度的同时, 要坚决杜绝医签而不约、分级诊疗制度停在纸上、挂上墙上的问题。

(三) 增强健康扶贫制度可持续性

部门协同是健康扶贫取得成效的关键因素。一是人人享有公平的健康权是公民的基本权利, 加大公共卫生、基本药物和基本医疗卫生服务的投入力度, 确保居民享有公平的健康福利。二是对边缘户、监测户、特殊困难户、因病返贫户等群体记忆一定的政策保障, 防止陷入困境, 也可以促进健康公平。三是加强医保制度与大病保险、医疗救助、养老保险、长期护理保险等有效衔接和动态调整。

(四) 开展多层次多渠道立体式健康宣教

综合运用舍家媒体、门户网站、网络视频、新媒体等传播载体, 将“互联网+”与健康扶贫相结合, 搭建健康扶贫新媒体宣传教育平台, 通过做好村村讲、五进五讲、村医培训、政策宣导,

与地方电台、报社等单位联系, 提高健康扶贫政策的知晓率和影响力。构建“健康扶贫走在前, 脱贫奔康就不难”的舆论氛围。

四、结语

为解决贫困与疾病恶性循环带来的贫困问题, 提高贫困地区的医疗卫生服务能力和医疗健康水平, 政府及相关部门制定了一系列有关健康扶贫的政策及措施, 这些政策和措施立足精准, 注重扶贫质量和效果, 动员全社会的扶贫力量, 使得健康扶贫工程取得了巨大成功, 健康扶贫实践不仅推动扶贫工作的进展, 同时还保障了对贫困群众的健康权利。但还需对当前成果进行评价分析, 系统、有针对性的对政策和措施实行过程中存在的问题进行诊断, 为政策和措施后续的调整找准方向和实现路径, 为打赢健康扶贫攻坚战, 实现健康中国战略提供指导性意见。对健康扶贫的效果评价、以评价推动工作, 要从医疗费用的改变、老百姓对健康知识知晓率变化、健康行为的量化等方面下功夫, 全面构建贫困地区群众大健康观, 以大健康观为引领全面推进健康扶贫, 实现群众健康水平的提升。