术后血管内血栓形成、吻合口破裂及脑组织缺血再灌注损伤等均可致患者神志异常和肢体活动障碍,因此术后要严密观察患者神志、双侧瞳孔大小及对光反射,及肢体活动情况,如有异常,及时报告医师。因介入性操作频繁,继发感染概率高。因此我们应重视感染的预防:加强空气消毒,控制人员进出,避免交叉感染;严格遵守无菌技术操作原则;严格掌握抗生素的剂量和用药时间,以保持血液中药物的有效浓度;加强口腔护理及营养支持以减少感染的发生。

[参考文献]

[1] 段志泉,张 强. 实用血管外科学[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1999:322-339.

[2] 邱安梅. 主动脉夹层患者的护理体会[J]. 中国实用医药,2011,30(6):196-197.

[3] 夏 梅,何 萍,吴 蔚. 射频改良迷宫手术治疗风湿性心脏瓣膜病伴房颤患者围术期管理[J]. 第三军医大学学报,2012,34(11):1128-1129.

[4] 庞 芹. 主动脉夹层患者12例的护理[J]. 现代医药卫生,2013,29(2):277-278.

(编辑:左艳芳)

运用弹力绷带联合湿性愈合疗法缩短乳腺癌根治术后切口愈合不良病程

Elastic bandage combined with moist therapy in shortening course of poor wound healing after radical mas-tectomy

马秀英[1],郑慧新[1],冯 欢[2],许 静[1] (第三军医大学新桥医院:1. 门诊换药室;2. 护理部/伤口门诊,重庆 400037)

[关键词] 弹力绷带;湿性愈合;乳腺癌根治术;切口愈合不良

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)06-0652-02

切口愈合不良指切口愈合生物学阶段出现明显停滞或延迟而导致切口不愈合甚至切口范围扩大,伴有明显感染性或非感染性渗出,伴或不伴坏死组织,是外科手术并发症之一[1]。乳腺癌根治术后并发皮瓣下感染致皮瓣与胸壁之间形成潜行,多由于皮下积液合并感染和腋下引流管口感染引起,是乳腺癌根治术后最常见的并发症之一[2],也是影响术后切口愈合和后续治疗的主要原因。这不仅为患者带来极大痛苦和经济负担,而且影响乳腺癌的多元化治疗效果。我们对我院2011年1月至2013年12月伤口门诊和换药室接诊处理的该类患者共28例,在原有湿性愈合疗法基础上进行改良处理,于治疗后期用纱垫加弹力绷带加压包扎,缩短了乳腺癌根治术后切口愈合不良病程,效果明显,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院伤口门诊和换药室接诊乳腺癌根治术后切口愈合不良患者28例。排除切口潜行与胸腔相通者;合并特异性感染者。剔除需要再次手术者;依从性差,无法完成治疗者。28例患者随机分为2组,实验组即弹力绷带联合湿性愈合疗法组,对照组即单纯湿性愈合疗法组,每组14例。28例患者均为女性,年龄在35~70岁之间,潜行深度2~9 cm不等,在术后7~14 d相继出现,其中4例患者伴糖尿病。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406032

[基金项目] 重庆市卫生局科研基金(ID:ZY20132148);第三军医大学新桥医院科研课题(ID:2012XQHLYG-01)

[通讯作者] 冯 欢,电话:(023)68755383

[收稿日期] 2014-06-04 [修回日期] 2014-06-28

1.2 方法

弹力绷带联合湿性愈合疗法组14例患者按照我院"压力治疗ABC阶梯疗法"进行处理。即A阶梯:评估切口情况并留取资料,签署知情同意治疗书;B阶梯:第1步:准备用物,测量并记录不愈合切口长度、宽度、深度、潜行深度及方向、分泌物颜色、形状及量;第2步:根据切口感染情况选择无菌碘伏和等渗盐水清洗切口及其周围;第3步:就诊时切口多处于炎症感染期,渗液量多,我们选用具有快速、持久、广谱抗菌作用的纳米银离子抗菌敷料(康维德公司产)来控制感染,将该敷料平坦置入皮瓣与胸壁之间的潜行腔隙中,同时不能填塞过满过紧,外以普通纱布常规包扎,2~3 d换药1次即可。C阶梯:当创面感染控制、渗液减少至每次换药时小于10 mL,切口处于肉芽生长期时,切口潜行内不放置任何敷料,常规清洗后外以纱垫加弹力绷带加压包扎治疗,压力以不影响患者自由呼吸为宜,2~3 d处理1次。

对照组14例患者采用单纯湿性愈合疗法,其准备阶段和清洗消毒过程与实验组相同。根据切口不同愈合时期采用适合的湿性愈合敷料进行进一步处理,包括以下3个时期[3]。炎症感染期:运用与实验组相同的纳米银离子抗菌敷料控制感染和引流,填塞方法与实验组相同;肉芽生长期:当创面感染控制、渗液减少至每次换药时小于10 mL,切口处于肉芽生长期时,将多爱肤护理膏(康维德公司产)涂抹于切口潜行腔隙内,再将水胶体亲水纤维敷料(康维德公司产)按切口潜行腔隙大小剪成条状放入其中,不仅有助于创面自溶清创,还可促进肉芽组织生长;上皮化期:运用标准敷料(康维德公司产)保持湿性愈合环境,加速上皮细胞移行;每2~3 d换药1次。

1.3 评分标准

以美国伤口愈合观察评分表(表1)观察记录结果,每次使

用同一根尺子和同样的方法测量切口,总分下降提示切口正在愈合,分数上升提示正在恶化。切口潜行处皮瓣与胸壁间完全贴合,皮瓣血运良好,无切口裂开即诊断为愈合。

1.4 统计学方法

数据以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,计数资料以例数或百分比表示,比较采用卡方检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

实验组平均愈合时间与对照组比较,差异具有统计学意义。第 10 天和第 15 天切口评分下降值实验组明显优于对照组,具有显著性差异,治疗费用实验组也明显减少,见表 2。

表 1 美国伤口愈合观察评分表

面积	记 0 分	<2	2.1 ~ 4	4.1 ~ 6	6.1 ~ 8	8.1 ~ 12	12.1 ~ 16	16.1 ~ 20	20.1 ~ 24	24.1 ~ 30	30.1 ~ 45	45.1 ~ 60	>60
(cm^2)	记 0 分	记 1 分	记 2 分	记 3 分	记 4	记 5 分	记 6 分	记 7 分	记 8 分	记 9 分	记 10 分	记 11 分	记 12 分
组织类型	闭合		上皮组织			肉芽组织				腐肉		坏死组织	
	记 0 分		记 1 分			记 2 分				记 3 分		记 4 分	
深度	无		部分皮层			全层				伴潜行		伴窦道	
(cm)	记 0 分		记 1 分			记 2 分				记 3 分		记 4 分	

表 2 实验组和对照组治疗疗效观察表($\bar{x} \pm s$)

组别	平均愈合时间(d)	第 10 天评分下降值(分)	第 15 天评分下降值(分)	治疗费用(元)
实验组	18.62 ± 4.53 *	3.21 ± 1.14#	5.05 ± 1.63#	2 312 ± 456.3 *
对照组	27.20 ± 5.66	1.76 ± 0.83	2.68 ± 1.02	3 326 ± 693.1

*:与对照组比较,$P < 0.05$,#:与对照组比较,$P < 0.01$

3 讨论

外科术后切口愈合不良是常见并发症之一,严重影响患者的治疗进展。这不仅会延误后续治疗,影响整体治疗效果,增加患者住院时间,加重其经济和心理负担,还可能引发医患纠纷。乳腺癌根治术后皮下积液合并感染和腋下引流管口感染是术后常见并发症之一,从而造成术后切口愈合不良[4]。分析文献及临床研究表明主要因素包括:乳腺癌根治术手术创伤大,渗血、渗液多,皮瓣活动遗留空腔,皮下渗液加之引流不畅所致;术前化疗患者抵抗力下降,营养缺乏,影响切口愈合;患者伴发其它影响切口创面愈合的基础疾病;反复穿刺抽吸顽固性积液;手术方式、术后活动、留置时间长短及患者自身因素等造成腋下引流管感染。湿性愈合疗法是使用各种湿性愈合敷料,创造和保持创面良好愈合环境,促进组织细胞活性和生长,利于创面愈合的一种新型常用方法[5]。我们采用弹力绷带联合湿性愈合疗法能够明显缩短病程,其原因在于[6]:①借助物理压力促进肉芽组织生长。研究表明,适当压力有助于组织再生。②弹力绷带联合湿性愈合疗法可以在湿性愈合疗法基础上加用压力治疗,在压力作用下有助于皮瓣和胸壁创面紧密贴合,消灭切口潜行死腔,使皮瓣与胸廓保持相对固定状态,减少肉芽组织需要填充的创面,同时利于创面内毛细血管生长。③有助于药物和生长因子在创面的流动和交流。此外,弹力绷带具有较强弹性,可随呼吸起伏伸长和回缩并保持一定张力,且不易移动,达到均匀施压效果,还能自我调节绷带紧张度,不易导致压力过大或过小,从而使皮瓣和胸壁创面更加严密地贴合在一起。

实验组采用"压力治疗 ABC 阶梯疗法"的 C 阶梯时期特别关键,尤其注意以下 2 个方面:①切口及其潜行常规清洗消毒后拭干;在整个手术区域铺置一层无菌棉垫,再将专用纱垫垂直放置于锁骨下和腋下区域以及潜行腔隙上方的棉垫上,以保障压力均匀分布在创面皮瓣上;然后在纱垫上再放置一层无菌棉垫;最后再用弹力绷带加压包扎。②弹力绷带加压包扎松紧度要适宜。包扎过紧会使皮瓣受压过度,血液循环不良致皮瓣坏死;还会影响患侧上肢血液循环,导致肢体末稍血液循环障碍;甚至患者出现胸部压迫感、呼吸运动受限等不良反应。其包扎手法要领为:加压包扎后,可以轻松将一根成人手指放入缠绕弹力绷带中;包扎时绷带延展度以挂 2 kg 左右重物时的张力为宜[7];根据患者主诉,压迫处有轻度紧迫感但不影响其自由呼吸。

总之,弹力绷带治疗和湿性愈合疗法均是目前应用于创面治疗安全可靠的常用方法,弹力绷带联合湿性愈合疗法是现有创面治疗方法的改良疗法,简单易行,容易掌握,能有效缩短乳腺癌根治术后切口愈合不良的病程,值得借鉴应用。

[参考文献]

[1] 蒋琪霞. 伤口护理临床实践指南[M]. 南京:东南大学出版社. 2004:16 - 17.

[2] 单龙成,杨 煜. 乳腺癌根治术后皮瓣坏死的原因及对策[J]. 吉林医学,2013,33(34):7206 - 7208.

[3] 蒋琪霞,李晓华. 湿性愈合理念及方法在压疮治疗中的应用进展[J]. 护理研究,2009,23(10):2635 - 2637.

[4] 李 伟,王冰涛,尚宏清,等. 保乳手术与改良根治术治疗早期乳腺癌的临床疗效比较[J]. 局解手术学杂志,2014,23(1):79 - 81.

[5] Keryln C. Wound care manual[M]. 5th Edition. Osborne Park, Western Australia: The Silver Chain Foundation, 2005:45 - 55;82 - 93.

[6] 刘玉俊,付俊惠,许成勇. 抗扁管、弹力绷带在乳腺癌术后的应用价值[J]. 肿瘤防治研究,2004,31(7):437.

[7] 张 雷,刘宪强,张 楠,等. 双管多孔高负压引流加弹力绷带包扎在乳腺癌改良根治术中的应用[J]. 中国现代普通外科进展,2011,14(8):646 - 647.

(编辑:周小林)