干细胞移植患者中心静脉穿刺处伤口保护膜的使用效果观察

Observation on the efficacy of protective membrane applied in central venous puncture wound for patiens with stem cell transplantation

彭 红,魏 玲 (第三军医大学西南医院血液病中心,重庆 400038)

[关键词] 干细胞移植;中心静脉置管;伤口保护膜
[中图分类号] R472.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0208-02

造血干细胞移植患者由于预处理期间腐蚀性、刺激性药物用量大,液体量多,因此需长时间留置中心静脉置管(简称 CVC),虽然 3M™Tegaderm™ HP 型透明敷贴固定效果明显,不易脱管,临床上广泛用其固定深静脉导管,但其在使用过程中仍会出现一些不良反应或并发症,其中以过敏性皮炎为常见并发症之一。使用 3M™ Tegaderm™ HP 型透明敷贴固定的 CVC 导管留置一段时间后,穿刺周围皮肤出现潮红、瘙痒、湿疹样小水泡甚至破裂,且更换敷贴时对患者造成的疼痛感,不仅影响了 CVC 留置时间,还影响导管留置期间患者的舒适度和临床治疗的顺利进行[1]。我科于 2011 年 2 月开始使用 3M 伤口保护膜(简称伤口保护膜),取得了良好效果,现在报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

用随机抽样法选取 2011 年 2 月至 2012 年 3 月在我科进行造血干细胞移植的患者 93 例。均拟从右侧颈内静脉行 CVC(CVC 导管均相同)。随机分为对照组 46 例和观察组 47 例。对照组男 24 例,女 22 例,年龄 20 ~ 45 岁,平均(31 ± 2.8)岁,观察组男 25 例,女 22 例,年龄 20 ~ 45 岁,平均(32 ± 3.1)岁。2 组患者性别、年龄、病情比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

2 组均使用德国贝朗公司生产的中心静脉导管,经颈内静脉按规范要求穿刺成功,敷贴在距穿刺点 1 cm 处固定导管。均采用自下而上 180°拆除原有敷贴后,安尔碘消毒以穿刺点为中心,直径大于 10 cm 的范围,待干后,距穿刺点 1 cm 处采用 3M™Tegaderm™ HP 型透明敷贴固定导管。对照组消毒待干后直接使用 3M™ Tegaderm™ HP 型透明敷贴,而观察组则采用消毒完成后,先在穿刺点周围均匀涂上伤口保护膜(使用范围稍大于敷贴粘贴范围),待干燥完毕,再贴上 3M™ Tegaderm™ HP 型透明敷贴。根据特护记录,评价 2 组患者敷贴使用的效果。2 组均使用相同的消毒方法,每 3 d 更换敷贴 1 次,一旦出现穿刺点渗血、敷贴受潮或松动,及时换药及做相应处理[2]。

1.3 数据处理

观察患者穿刺处皮肤红疹红斑、皮肤破损、更换敷贴时主诉疼痛。疼痛指标按照视觉模拟评分法[3],中度疼痛以上为有效指标。采用 SPSS 16.0 统计软件进行分析,并采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者出现局部皮肤红疹红斑、破损及更换敷贴时主诉疼痛的现象少于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者伤口保护膜使用情况比较(例)

组别	n	皮肤红疹红斑	皮肤破损	更换敷贴时主诉疼痛
对照组	46	18	8	26
观察组	47	5	0	8
χ^2		10.138	8.943	15.639
P		0.001	0.003	0.000

3 讨论

造血干细胞移植患者 CVC 留置时间长,导管维护及局部皮肤护理非常重要,插管处皮肤细菌移行是导管发生感染的最常见途径[4],3M™Tegaderm™HP 型透明敷贴固定效果明显,不易脱管,可直接观察穿刺部位局部感染情况。但造血干细胞移植患者预处理期放、化疗剂量大,皮肤敏感性增加,在使用 3M™Tegaderm™HP 型透明敷贴时,穿刺点固定处皮肤常出现潮红、瘙痒、湿疹样小水泡甚至破裂,影响患者休息及睡眠。且更换敷贴时的疼痛感,容易使患者产生负面情绪,排斥甚至拒绝更换敷贴,不仅影响患者康复,增加护理工作量,也容易激化护患矛盾,不利于临床工作的开展。

3M 伤口保护膜采用多分子聚合物,透气,并形成透明薄膜,如同第二层皮肤,不含酒精及其他刺激物质,不会造成伤口疼痛,形成保护膜后,可达到防水效果,保护膜可避免因敷贴所引起的撕除伤害。从表 1 中不难看出,3M 伤口保护膜在保留了 3M™Tegaderm™ HP 型透明敷贴优点的基础上,有效减少了 CVC 置管患者皮肤红疹红斑及皮肤破损的发生,特别是对于更换敷贴时给患者所带来的疼痛感,达到了很大程度的缓解,不仅增加了患者的舒适感,也提高了护理质量。并且 3M 伤口保护膜取材方便,操作简单,经济实惠,患者及家属易于接受,减少了由此产生的护患矛盾,利于临床工作的顺利开展。因此,对于造血干细胞移植患者,3M 伤口保护膜值得推广。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302035
[收稿日期] 2012-05-03 [修回日期] 2012-05-25

［参考文献］

[1] 向艳君,赛冬红,罗彦丽. 中心静脉导管相关性感染研究现状及预防对策[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(3):48 - 50.

[2] 蒋玉平,周春霞,华 辉. 预防中心静脉导管相关性感染的护理进展[J]. 中国误诊学杂志,2011,7(21):5069 - 5070.

[3] 姜安丽. 新编护理学基础[M]. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,2006:255.

[4] 邹 英,蔡红卫. 外周中心静脉置管导管相关感染的相关因素与预防[J]. 局解手术学杂志,2010,19(5):429 - 430.

（编辑:侯晓宇）

急性硬膜外血肿 34 例临床分析

Analysis of acute epidural hematoma in 34 cases

胡志国,王忠平,刘乐洪 （重庆市长安医院外一科,重庆 400023）

［关键词］急性硬膜外血肿;微创钻孔引流术;颅内血肿清除术

［中图分类号］R651.11 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2013)02-0209-01

硬膜外血肿是位于颅骨内板与硬脑膜之间的血肿,好发于幕上半球凸面,约占外伤性颅内血肿的 30%[1]。急性硬膜外血肿通常是严重的颅脑损伤,伤势重,应手术快速减压,清除血肿,术后及时康复训练。自 2010 年 10 月至 2012 年 7 月我科在手术治疗急性硬膜外血肿前先采用微创钻孔引流术 42 例,取得了较好的效果,现将经验总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 42 例,其中男 34 例,女 8 例;年龄 18 ~ 59 岁,平均 32 岁。损伤原因:车祸伤 31 例,坠落伤 10 例,意外伤 1 例。开放性损伤 8 例,合并脑挫伤 7 例。伤后至手术间隔时间 20 min ~ 1 h。

1.2 手术方法

本组 42 例硬膜外血肿患者,为了避免颅内压(ICP)进一步升高,争取时间尽快减压,直接采取开颅手术。从手术铺单到取出颅骨减压 20 ~ 30 min,为了争取时间,先采用微创钻孔血肿碎吸术,再采用开颅血肿清除术,紧急情况下手术在急诊室开展,手术时间控制在 5 ~ 10 min。本组有 18 例钻孔后开颅清除血肿,回复颅骨,并用颅骨锁固定[1]。

2 结果

6 例患者在行颅骨钻孔血肿碎吸术后开颅去骨瓣成功清除血肿,术后留置 1 根引流管。8 例患者钻孔引流术后立即复查头颅 CT 见少量血肿,予以 CT 随访。所有患者术后随访 6 ~ 24 个月,平均 12 个月。按照康复评定标准[2]评定:22 例完全康复,无任何后遗症;9 例认知功能障碍Ⅵ级;7 例情绪障碍即 HDS > 17 分(抑郁),言语功能障碍,偏瘫 Brunnstrom 2 级;死亡 2 例,植物状态 2 例。16 例在行颅骨钻孔血肿碎吸术后开颅去骨瓣清除血肿的患者术后半年有 15 例回医院行颅骨修补术,1 例意外死亡。

3 讨论

急性硬膜外血肿常常合并有其他脏器损伤,因此需要在患者入院后快速评估患者病情,及时辅以影像检查,如 CT 定位。在完全了解患者的伤情后给予 GCS 评分,综合 GCS 评分情况、年龄及瞳孔变化情况评估颅内损害情况。患者从出现神经系统损害到手术的时间和颅内压等情况是硬膜外血肿患者预后的重要影响因素[3]。应立即采用有效手段清除引起 ICP 升高或脑疝的颅内血肿,注意要快速减压,清除血肿,术后及时进行有效的康复训练。手术治疗的实施需在双瞳孔散大之前进行,同时要尽快采取有效的颅内减压方法。一旦被确诊,立即备血、纠正休克、气管插管、头部术前准备等。近年来,对于急需开颅清除血肿的患者,主要采用术前微创钻孔引流,之后再行开颅钻孔引流术。与非钻孔手术比较,所需手术时间差别不大,但钻孔引流可在手术准备的同时进行,熟练操作后,可在数分钟内完成,相对药物降颅内压更直接、有效[3]。随着钻孔引流的进行,患者瞳孔可迅速回缩,避免脑组织受压时间过长所导致的后遗症,同时可在一定程度上避免脑疝的发生。患者病情加重主要是硬膜外出血量增加所致,所以可在准备手术的同时行心肺复苏等操作,同步进行颅骨钻孔减压,大多数患者在钻孔引流后,瞳孔均有不同程度回缩,证明此操作及时而有效,从而为开颅赢得了时间,大大改善了患者预后。

［参考文献］

[1] 蒲云学,左永明,陈荣兵. 手术治疗外伤性颅内血肿 62 例临床分析[J]. 贵阳医学院学报, 2012, 37(3):320 - 321.

[2] 董顺利,许 磊,黄鹏正,等. 开颅联合微创颅内血肿清除术的临床应用(附 95 例报告)[J]. 咸宁学院学报(医学版),2012,26(3):219 - 220.

[3] 车大刚,陈建江,肖 虹. 58 例重型颅脑损伤外减压效果的临床分析[J]. 局解手术学杂志,2011,20(2):204.

（编辑:周小林）

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302036

［收稿日期］2012-12-04 ［修回日期］2012-12-23