

湿润伤口理论在慢性伤口护理中的运用效果分析

陈瑜

贵州省六盘水市人民医院 贵州省六盘水市 553000

【摘要】目的：分析在慢性伤口护理中湿润伤口理论的运用效果。方法：以2018年1月至2019年1月为时间段，选取我院收治的慢性伤口患者50例，随机分为2组，各25例。对照组运用常规护理，基于此观察组运用湿润伤口理论。比较两组心理状况、治疗依从性、伤口愈合情况以及生活质量等。结果：在SDS、SAS评分上，干预前两组对比无统计学差异（ $P>0.05$ ）；而干预后二者组间对比存在统计学差异（ $P<0.05$ ）。在治疗依从性上，对照组总体为80.0%，观察组总体为96.0%，组间对比存在统计学差异（ $P<0.05$ ）。在伤口甲级愈合率方面，对照组为76.0%，观察组则为92.0%，组间对比存在统计学差异（ $P<0.05$ ）。两组在躯体、社会、生理功能及情感职能等生活质量评分对比存在统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：在慢性伤口护理中湿润伤口理论的运用效果十分显著，即可有效消除患者负性心理，提升其治疗依从性，还可促进患者伤口有效愈合，从而提升其生活质量，因此值得推广和应用。

【关键词】慢性伤口护理；湿润伤口理论；运用效果；治疗依从性

在临床上，慢性伤口较为常见，其指的是实施有效的对症治疗和处理，伤口在8周内还未愈合的伤口^[1]。该病症一旦发生，由于其时间久、伤口愈合缓慢，因而治疗期间患者会出现一系列负性心理，从而导致其治疗依从性和生活质量大大降低^[2]。而通过对患者采用湿润伤口理论进行治疗，则可有效促进患者伤口愈合，还能减轻患者疼痛，从而保障其舒适度^[3]。因此本文即分析在慢性伤口护理中湿润伤口理论的运用效果，现报道如下相关内容：

1 资料与方法

1.1 资料

以2018年1月至2019年1月为时间段，选取我院收治的慢性伤口患者50例，随机分为2组，各25例。观察组年龄最大值79岁、年龄最小值50岁，年龄均值为（ 62.35 ± 2.44 ）岁；其中女性患者11例、男性患者14例。对照组年龄最大值78岁、年龄最小值51岁，年龄均值为（ 62.71 ± 3.02 ）岁；其中女性患者13例、男性患者12例。两组对比分析基础情况无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

纳入及排除标准^[4]：均符合慢性伤口的相关诊断标准；均意识清楚，且具有一定认知功能；均知晓本次试验并签订知情同意书。本研究经医院伦理委员会同意批准。排除合并凝血功能障碍者、恶性肿瘤疾病者、严重肝肾功能障碍者、临床资料不完整者、急性创伤患者、精神疾病患者、不配合研究或中途退出者。

1.2 方法

对照组运用常规护理，即遵医嘱常规换药，并做好饮食、睡眠指导，做好基础生活护理等。基于此观察组运用湿润伤口理论，具体为：（1）综合评估。即对患者伤口情况进行综合评估，并将其划分为四个时期^[5]，即组织坏死期-黑期、炎性渗出期-黄期、肉芽组织期-红期、上皮化期-粉期等，不同的时期采取不同的湿性敷料进行治疗，材料包括无菌纱布、呋喃西林纱条、清创胶、碘伏、银离子敷料、泡沫敷料、溃疡贴、康惠尔系列透明贴等，具体为①黑期。此时患者创面基底具有坏死物，且表面干硬黑痂，因此需使用清创胶及时清创，将渗液遮盖银离子辅料吸出，在腐肉部位进行清创，以防接触周围皮肤。若存较大范围的坏死，则需实施手术清创，清创时注意保留肌腱，原因在于其再生能力较差。②黄期。即此时伤口基底为黄色，存在坏死残留物，因此需采用藻酸盐敷料在清创后将渗液吸收，以促进形成肉芽。可采用溃疡贴或泡沫敷料遮盖，一般3d更换1次，视渗液量而定。③红期。伤口新生儿毛细血管，易出血，出现红色新鲜肉芽。维持周边皮肤和创面湿润干燥，以防发生损伤，对创口采用氯化钠溶液清洗，在溃疡贴粘贴在表层，或者将清创胶少量涂抹在创面，然后采用泡沫敷料覆盖，更换每3-4d1次。④粉期。此时新生儿组织包被创面，为促进细胞增生，需做好防护，且对创面清晰后，采用透明贴张贴，3-4d可愈合。⑤腔洞性和窦道伤口。因无法清理坏死组织，因而需填塞藻酸盐类敷

料，其吸附功效较强，为促进上皮细胞移行和纤维细胞增生，则需保持伤口卫生湿润，以缓解疼痛，2w为1疗程^[6]。（2）护理干预。具体为①心理护理。即由于患者伤口长时间难以愈合，因而会产生一些负性心理，如压抑、害怕、焦虑等，且担心伤口无法愈合，所以其日常生活和工作会受到严重影响，加之担心痛苦加剧，且对湿润伤口理论缺乏了解和认识，因而抑郁、焦虑心理日趋严重。此时则需与患者积极交流和沟通，注意将患者存在的问题对其做出详细介绍和讲解，并将湿润伤口理论对慢性伤口愈合的重要性予以详细告知，实施针对性的心理疏导，以提升其治疗依从性，从而保障其伤口有效愈合。②伤口护理。即对患者的病情变化予以全面评估，例如肉芽组织外渗与否、伤口部位是否脱水或感染、血液运行情况、是否存在压迫等。对患者愈合阶段和伤口类型进行确定后，采用恰当的辅料进行治疗和处理。③辅助治疗。即为患者提供营养支持，结合伤口评估结果改善其血液循环，将预防复发的措施详细告知患者，告知其饮食、体位、天气等对伤口的影响，以便出现异常时可及时处理。

1.3 观察指标

比较两组心理状况（采用抑郁、焦虑自评量表^[7]（SDS、SAS）等进行评估，分值越高越好）、治疗依从性（采用医院自制问卷进行调查，分为不依从、部分依从、完全依从等）、伤口愈合情况（评估依据^[8]：患者伤口完全愈合，且无脓液、红肿、出血、感染等症状为甲级愈合；患者伤口基本愈合，存在轻微疼痛、红肿等为乙级愈合；患者未达到上述条件为丙级愈合。）以及生活质量（采用SF-36评定量表^[9]进行评估，包括躯体、社会、生理功能及情感职能等，分值越高越好。）等。

1.4 统计学分析

本研究使用的统计软件为SPSS 12.0软件， $P<0.05$ 差异存在统计学意义，计数资料使用 χ^2 检验，计量资料使用t检验。

2 结果

2.1 观察组和对照组心理状况评分结果对比

在SDS、SAS评分上，干预前两组对比无统计学差异（ $P>0.05$ ）；而干预后二者组间对比存在统计学差异（ $P<0.05$ ）。具体见表1。

表1 观察组和对照组心理状况评分结果对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	干预前		干预后	
		SDS	SAS	SDS	SAS
观察组	25	51.7 ± 3.4	53.5 ± 3.9	34.6 ± 2.7	35.6 ± 4.7
对照组	25	52.2 ± 2.9	54.2 ± 3.1	46.3 ± 2.1	44.6 ± 4.9
T值		0.1287	0.0134	7.2120	6.3021
P值		0.712	0.623	0.000	0.000

2.2 观察组和对照组治疗依从性情况对比

对照组总体为80.0%，观察组总体为96.0%，组间对比存在统计学差异（ $P<0.05$ ）。具体见表2。

表2 观察组和对照组治疗依从性情况对比[例(%)]

组别	例数	不依从	部分依从	完全依从	依从性(%)
观察组	25	1(4.0)	6(24.0)	18(72.0)	24(96.0%)
对照组	25	5(50.0)	7(28.0)	13(52.0)	20(80.0%)
X ² 值		6.3017	0.3140	5.0314	4.3017
P值		0.000	0.256	0.000	0.000

2.3 观察组和对照组伤口愈合情况对比

在伤口甲级愈合率方面,对照组为76.0%,观察组则为92.0%,组间对比存在统计学差异(P<0.05)。具体见表3。

表3 观察组和对照组伤口愈合情况对比[例(%)]

组别	例数	甲级	乙级	丙级
观察组	25	23(92.0%)	2(8.0)	0(0.0)
对照组	25	19(76.0%)	4(16.0)	2(8.0)
X ² 值		5.1149	3.2016	2.0617
P值		0.000	0.000	0.001

2.4 观察组和对照组生活质量评分结果对比

两组在躯体、社会、生理功能及情感职能等生活质量评分对比存在统计学差异(P<0.05)。具体见表4。

表4 观察组和对照组生活质量评分结果对比(x±s,分)

组别	例数	社会功能	生理功能	情感职能	躯体功能
观察组	25	83.2±2.6	78.6±3.5	78.3±2.4	77.4±2.3
对照组	25	71.1±2.4	62.5±2.4	64.5±2.1	61.2±2.2
T值		3.0215	4.0216	5.3320	4.3621
P值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

湿润伤口理论指的是在半密闭、密闭性的辅料下让伤口维持适宜的湿润条件,以加速伤口愈合。此种方法主要为湿性伤口愈合,其是一种新型的创面治疗措施,通过局部湿润伤口,且伤口愈合的过程中不会结痂,且新生伤口的肉芽组织与辅料之间需确保不粘连,敷料更换期间不会引发二次损伤,因而可快速愈合伤口,减轻患者疼痛^[10]。对于慢性伤口患者而言,其窗口的氧张力与上皮细胞、胶原纤维的形成具有直接关系,通过对氧张力加以调整,则可有效促进细胞再生和毛细血管再生。采用湿润伤口愈合方法治疗患者时,其可对患者病情进行综合评估,然后采用合适的辅料进行治疗,因而可确保治疗的针对性和有效性,而治疗期间加强有效护理还能消除患者负性心理,从而提升其治疗依从性^[11]。本文的研究中,在SDS、SAS评分上,干预前两组对比无统计学差异(P>0.05);而干预后二者组间对比存在统计学差异(P<0.0)。在治疗依从性上,对照组总体为80.0%,对照组总体为96.0%,组间对比存在统计学差异(P<0.05)。在伤口甲级愈合率方面,对照组为76.0%,观察组则为92.0%,组间对比存在统计学差异(P<0.05)。两组在躯体、社会、生理功能及情感职能等生活质量评分对比存在统计学差异(P<0.05)。该研究结果与相关文献^[12]报道一致,即在伤口愈合率上,对照组甲级占比76.67%,观察组占比为93.33%,组间对比存在统计学差异(P<0.05)。在患者满意度方面,对照组总体

为83.33%,对照组总体为96.67%,组间对比存在统计学差异(P<0.05)。在生活质量方面,观察组和对照组躯体、社会、生理功能及情感职能等评分分别为(80.11±2.47)分VS(70.11±3.15)分、(77.65±3.55)分VS(63.24±2.11)分、(79.65±3.21)分VS(65.31±3.02)分、(78.56±3.92)分VS(60.35±2.71)分,组间对比存在统计学差异(P<0.05)。因此可见,在慢性伤口护理中湿润伤口理论的运用具有积极作用和价值。

综上所述,在慢性伤口护理中湿润伤口理论的运用效果十分显著,即可有效消除患者负性心理,提升其治疗依从性,还可促进患者伤口有效愈合,从而提升其生活质量,因此值得推广和应用。

参考文献:

- [1]卢素真.湿润伤口理论在慢性伤口护理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2013,02:15-17.
- [2]王霞.湿润伤口理论在慢性伤口护理中的应用[J].大家健康(学术版),2015,902:216.
- [3]王珊.湿性敷料在慢性伤口护理中的应用进展[J].临床护理杂志,2012,1103:60-62.
- [4]王春霞,王群,何培培.医护合作模式下的湿性愈合疗法在骨科慢性伤口治疗中的效果观察[J].当代护士(下旬刊),2016,04:53-54.
- [5]梁冬梅,黄珊,张建儿,梁敏玲,张群秀.负压技术结合湿性敷料换药对慢性伤口患者的影响[J].护理实践与研究,2016,1309:122-124.
- [6]田冰洁,王璐,王红红.慢性伤口清创术的研究进展[J].护理学杂志,2016,3116:101-104.
- [7]王彤华,周雄丽,谢利勤,覃海莲,杨玲玲.湿性敷料在伤口护理中的应用进展[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,3724:3078-3079.
- [8]储晨.湿性愈合理念在慢性伤口愈合护理中的应用分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,1803:186.
- [9]廖茜,王文,吴小钦,周艳辉,欧玉兰.慢性伤口治疗及护理研究进展[J].当代护士(下旬刊),2018,2511:15-17.
- [10]陈梦越,李乐之.慢性伤口细菌生物膜相关微环境的研究进展[J].中华护理杂志,2016,5112:1483-1486.
- [11]胡锦涛,王晓芬.基于湿性愈合理论的优化换药流程在下肢慢性伤口中的应用效果[J].中国当代医药,2018,2523:79-81.
- [12]范行静.泡沫敷贴联合紫外线照射治疗慢性伤口的护理[J].世界最新医学信息文摘,2017,1717:252.

作者简介:

陈瑜,贵州省六盘水市人民医院,1984年10月11日,本科,籍贯是毕节,现在职称是主管护师,从事伤口造口专业,553000