

新型敷料在造口皮肤黏膜分离中的应用及护理

黄旋

(广西钦州市第二人民医院 535000)

摘要:目的:分析探讨造口皮肤黏膜分离患者在采用新型敷料治疗时接受不同护理及效果差异。方法:选取2021年1月到2023年1月我院收治的造口皮肤黏膜分离患者28例开展研究,所有患者均采用新型敷料进行治疗,结合敷料治疗期间不同的护理措施进行分组。回顾分析患者的愈合状况、并发症发生情况与护理满意度。结果:实验组患者的伤口愈合时间略低于常规组,但未达到统计学标准, $P>0.05$;实验组并发症的发生率以及护理服务的满意度的小组平均值明显优于常规组,数据对比有统计学价值, $P<0.05$ 。结论:新型敷料可用于造口皮肤黏膜分离的治疗,在敷料应用过程中加入综合护理能够显著加快患者的伤口愈合速度,干预效果显著,可以作为常规医护措施推广。
关键词:造口;皮肤黏膜分离;新型敷料;临床护理

造口皮肤黏膜分离属于肠造口手术治疗后比较常见的并发症,在肠造口维持肠粘膜和腹壁缝合位置的皮肤分离,属于皮肤愈合不佳的主要表现^[1-2]。肠造口黏膜皮肤分离之后,所呈现出的开放性伤口深浅不一致,其往往会达到皮下层,黏膜皮肤分离之后不仅存在粪便难收集的问题,同时还存在造口排泄粪便污染伤口的表现,从而形成难以愈合的感染性伤口^[3-4]。近些年伴随着医学材料的研究不断深入,关于肠造口黏膜皮肤分离的可用敷料也在不断增多,其中藻酸盐敷料属于一种可用的新型敷料,其能够实现快速吸收并处理渗液的作用,可以维持伤口湿润表现,可以充分展现自溶清创的效果,可以有效推动肉芽组织的生长,有利于构建湿性伤口的愈合环境,从而促进伤口的快速愈合^[5-6]。从临床经验来看,虽然新型敷料可满足肠造口黏膜皮肤分离的愈合,但是部分患者因为生理不适、造口认知等因素的影响,导致造口护理效果较差,从而直接影响敷料对于伤口的愈合促进作用。对此,为了进一步提高肠造口黏膜皮肤分离的医护干预水平,本文分析探讨在肠造口黏膜皮肤分离患者采用新型敷料的同时改善护理服务及其效果。详细研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月到2023年1月我院收治的造口皮肤黏膜分离患者28例开展研究,所有患者均采用新型敷料进行治疗,结合敷料治疗期间不同的护理措施进行分组。实验组患者14例,男女患者分别5例、9例,年龄 (53.51 ± 5.20) 岁。分离位置伤口平均值 (0.51 ± 0.06) cm,分离范围 \leq 造口周径一半的患者7例;常规组患者14例,男女患者分别4例、10例,年龄 (54.67 ± 4.80) 岁。分离位置伤口平均值 (0.55 ± 0.02) cm,分离范围 \leq 造口周径一半的患者8例。两组患者的一般资料在统计学对比方面无意义, $P>0.05$ 。

入选标准:首次接受造口手术;对研究认可。

排除标准:存在精神类疾病;不愿意配合临床护理工作;中途退出。

1.2 治疗与护理方法

两组患者采取相同的敷料与伤口处理方法。定时更换造口袋并严密观察造口周围的皮肤、饮食与排泄状况。采用生理盐水清洗造口和周边皮肤。采用无菌棉球浸润温生理盐水,结合伤口大小将藻酸盐银离子敷料裁剪成适宜大小并作为伤口填充物。结合造口的更换流程,在造口周边的皮肤应用造口护肤粉、皮肤保护膜、防漏膏,将藻酸盐敷料全部覆盖后粘贴造口袋,并用造口腰带进行固定,间隔2至3天更换一次。期间不采用消毒剂进行清洗。

实验组在常规组基础上增加综合护理,具体护理措施如下:1、分离伤口处理方法。采用时钟法对伤口进行评估,基于专用伤口测量尺测量深度和面积,并拍摄照片,以便于疗效的评价。对于造口黏膜皮肤分离伤口比较深时,伤口内存在白色或黄色的坏死组织,

同时有较多的渗液,造口周边也存在一定的红肿、疼痛症状,部分患者带有硬结表现。在护理期间可以先采用碘伏进行伤口冲洗,并用无菌温热的等渗盐水进行冲洗,并结合机械清创尽可能消除伤口内的粪便和坏死的组织,采用藻酸盐银离子敷料进行创面填充,并采用薄型的水胶体敷料进行覆盖。在伤口炎症得到控制时,对于新鲜肉芽组织可以采用藻酸盐敷料进行创面填充,并用防漏膏遮挡并贴造口袋。基于3天进行一次药物更换;2、心理护理。造口患者心理状况相对较为复杂,同时还会因为性格、疾病、文化背景等因素影响患者的肠造口认知程度。在手术后造口患者在短时间适应造口生活,一旦出现黏膜分离伤口,此时会出现明显的情绪问题。对此,在护理期间需要注重做好心理护理。在黏膜分离时应当及时处理,鼓励患者多和造口护理同伴进行活动,获得更多的自我护理技巧与心理支持。在护理同时展示伤口的展示照片,促使患者能够了解自身的伤口愈合状况,强化患者的治疗信心;3、严密观察。在造口手术后需要做好对造口黏膜的观察,在出现异常情况时及时告知医师,并寻找根源,并对症处理,例如是因为造口和皮肤缝合问题而导致应当及时进行二次缝合;4、全身支持治疗。先做好饮食支持,强化营养支持并调整膳食均衡性,提供术后机体修复所必需的营养。在手术后注重饮食习惯尽可能规避腹泻。术后早期进食应当以少食多次原则为主,规避气体过多与气味较大的食物。对于存在饮食限制的患者应当做好特殊指导,例如糖尿病患者可以采用糖尿病对应饮食,并注重尿糖的变化检测,严格控制血糖水平。在必要情况下基于医嘱提供静脉高营养和间断性输血、输白蛋白等护理服务,提升患者的自身身体抵抗力与修复功能。另外,还需要注重抗感染治疗,采用抗菌敷料并结合伤口的感染情况,主动配合医师使用抗生素,尽早预防伤口感染加快伤口愈合;5、造口袋选择和更换。造口存在明显回缩且带有皮肤黏膜分离的患者,可以采用凸面底板、二件式造口袋以及造口腰带。通过凸面底板强化造口周边皮肤处理,促使造口乳头部位膨出。对于凸面底板需要采用造口腰带,通过腰带提升皮肤的张力,促使底板和皮肤之间可以有效接触。合理控制腰带的松紧程度,以不影响腹式呼吸为原则。在贴底板之前,可以先采用防漏膏根据边缘涂抹,最终采用腰带固定。对于早期创面自溶清创期间,可以间隔2天更换一次底板。基于3至4天更换一次底板,在伤口变浅之后基于7天更换一次,以创面愈合为止;6、扩肛护理。造口皮肤黏膜分离愈合期间很容易导致造口回缩,愈合之后可能会导致造口狭窄与回缩,此时需要在适当时间及时扩肛。采用手指套涂抹润滑剂后进行扩张,期间需要注重动作轻柔,先肛门口扩肛并缓慢深入造口2至3cm。每次3至5min,每天1次。在小手指进入肛门后缓慢增加扩肛手指的直径,并基于小拇指更改为无名指并逐渐改为中指与食指。

1.3 观察指标

回顾分析患者的愈合状况、并发症发生情况与护理满意度。

满意度采用自制量表进行统计分析,满意度的统计基于非常满

意、满意和不满意的标准进行评价。愈合指标主要记录伤口拆除缝线时间、伤口愈合时间以及伤口渗出血。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS24.0 软件进行研究分析,数据处理期间基于计量、计数方式进行数据统计判断,组间采用 t 与 χ^2 两种形式进行数据检验。P < 0.05 证明数据的对比数据有统计学意义。

2.结果

2.1 伤口愈合指标对比

实验组患者的伤口愈合时间略低于常规组,但未达到统计学标准, P > 0.05。详情见表 1。

表 1 伤口愈合指标对比

组别	伤口拆线缝线时间 (d)	伤口渗出血量 (ml)	伤口愈合时间 (d)
实验组	5.00 ± 1.13	30.24 ± 1.61	6.24 ± 1.01
常规组	6.21 ± 1.62	40.43 ± 14.77	8.24 ± 2.01
T 值	1.204	2.814	1.639
P 值	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 并发症发生率对比

实验组并发症的发生率明显优于常规组,数据对比有统计学价值, P < 0.05。详情见表 2。

表 2 并发症发生率对比

组别	局部缺血坏死	感染	排便异常	造口狭窄	其他	发生率
实验组 (n=14)	1	1	0	0	0	14.29%
常规组 (n=14)	3	1	1	1	1	50.00%
T 值	-	-	-	-	-	10.261
P 值	-	-	-	-	-	< 0.05

2.3 护理满意度对比

实验组护理服务满意度明显优于常规组,数据对比无统计学价值, P < 0.05。详情见表 3。

表 3 护理满意度对比

组别	非常满意	满意	不满意	满意率
实验组 (n=14)	5	8	1	92.86%
常规组 (n=14)	4	5	5	64.29%
T 值	-	-	-	9.571
P 值	-	-	-	< 0.05

3.结论

造口皮肤黏膜分离的原因可能是因为皮肤的开口相对于肠端更大,或因为其他不利因素的影响而导致,例如营养不良、长期使用激素、感染以及糖尿病等^[7-18]。对于造口皮肤黏膜分离患者,在手术后应当注重对患者的密切观察,及时发现各种不利因素,及时发现并妥善处理^[9-10]。本次研究中所用的新型敷料为藻酸盐银离子敷料,其具备快速且强烈的杀菌效果,同时能够快速的吸收并处理渗液,从而形成凝胶并实现对伤口湿润状态的维持,促使伤口可以自溶清创,从而推动肉芽组织的生长,构建湿性伤口的愈合,加快伤口愈合速度^[11-12]。

伤口本身并不是独立的,而是人的一个部分,所以在临床中不能将伤口作为一个局部进行处理,而是应当作为一个整体处理,所以影响伤口愈合的因素非常多,其中也包含一些全身因素,例如发病年龄、营养不良、长时间使用激素、感染与糖尿病等。对此,在

处理患者局部伤口的时候,建议医师可以积极主动的做好对原发性、营养支持以及抗感染等多方面的治疗,并主动做好医疗配合。患者在采用新型敷料的同时,也可以为其提供综合护理,从心理、观察全身支持等不同护理方案,能够更好的保障患者的生理功能与状态,更有利于患者的早期康复,从而保障患者的远期预后水平。

本次研究结果显示,实验组患者的伤口愈合时间略低于常规组,但未达到统计学标准, P > 0.05;实验组并发症的发生率以及护理服务的满意度的小组平均值明显优于常规组,数据对比有统计学价值, P < 0.05。研究结果充分证明藻酸盐敷料可用于造口皮肤黏膜分离,在敷料应用的同时为患者提供综合护理能够进一步提高患者的康复效果,对于造口愈合有明显的推动效果,可以明显改善患者的临床体验,改善患者的临床满意度,可以作为常规干预模式。

综上所述,新型敷料可用于造口皮肤黏膜分离的治疗,在敷料应用过程中加入综合护理能够显著加快患者的伤口愈合速度,干预效果显著,可以作为常规医护措施推广。

参考文献:

- [1]霍蕊,陈永侠,刘全丽,刘静静,朱莹莹.湿性愈合敷料联合伤口评估三角在肠造口皮肤黏膜分离中的应用效果[J].蚌埠医学院学报, 2022, 47(08):1092-1095+1101.
- [2]宋秋香,赵晓艳,孙慧卿,丰艳,闫媛媛,齐自宁,武海霞.1例晚期结肠癌伴造口皮肤黏膜分离病人的叙事护理[J].循证护理, 2022, 8(07):987-990.
- [3]吴柳华,李珍珍.针对性护理在肠造口皮肤黏膜分离伤口中护理价值及对患者疼痛与愈合时间影响[J].医学食疗与健康, 2022, 20(01):150-152.
- [4]王亚,费小芸,徐姝娟.1例直肠癌合并糖尿病患者术后切口裂开感染、造口皮肤黏膜分离的护理体会[J].齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42(20):1833-1836.
- [5]郑学风,李银玲,申秋霞,杜晓妍,王红.1例回肠造口术后严重粪水性皮炎并皮肤黏膜分离的护理[J].临床医学研究与实践, 2021, 6(29):7-9.
- [6]施倩倩,王新,侍玲,梁培荣,李萍.1例切口全层哆裂合并肠造口皮肤黏膜分离患儿的护理[J].中华护理杂志, 2021, 56(05):751-755.
- [7]王志霞,赵天云,王飞杰,王佳奇.腹部切口裂开伴造口皮肤黏膜分离患者的护理一例[J].华西医学, 2021, 36(04):549-551.
- [8]吴静,黄海英,顾光霞,甘平.1例回肠造口术后伤口渗液致造口皮肤黏膜分离患者的护理[J].当代护士(中旬刊), 2021, 28(01):124-125.
- [9]汤维萍.3例肠造口患者造口脱垂伴皮肤黏膜分离的护理[J].中西医结合护理(中英文), 2020, 6(07):211-214.
- [10]李金兰.用藻酸盐敷料对接受肠造口手术后发生造口皮肤黏膜分离的患者进行护理的效果[J].当代医药论丛, 2020, 18(09):273-274.
- [11]何玉梅,甘华秀,朱卉娟.伤口造口皮肤黏膜分离联合伤口处理对患者愈合的影响研究[J].实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(13):58+63.
- [12]韩月皎,张兆芳.湿性敷料联合造口袋在1例新生儿坏死性小肠结肠炎造口术后皮肤黏膜分离合并伤口裂开患儿中的应用[J].全科护理, 2019, 17(27):3457-3458.