

制霉菌素甘油在 TICU 中预防经口气管插管患者口腔黏膜压力性损伤的护理体会

张黎 刘静

(华中科技大学同济医学院附属同济医院创伤中心 湖北武汉 430030)

摘要:目的 探讨制霉菌素甘油在创伤重症监护室(TICU)中预防经口气管插管患者口腔黏膜压力性损伤的护理体会。方法 根据随机数字表法将我院2021年7月至2022年10月期间收治的50例TICU中经口气管插管患者作为研究对象,其中参照组25例使用生理盐水作为口腔护理液,每日以棉球蘸取少量生理盐水擦拭患者口腔,按照基础护理程序要求,实验组25例在参照组的基础联合制霉菌素甘油干预,观察两组患者干预效果、真菌数量、口腔PH值及口腔评分、口腔溃疡发生情况。结果 干预3天,7天后,两组患者真菌感染率及口腔评分均有所下降,其中实验组明显低于参照组($P < 0.05$);实验组口腔溃疡发生率低于参照组($P < 0.05$)。结论 制霉菌素甘油可维护TICU经口气管插管患者口腔健康,降低口腔真菌感染发生率、降低口腔评分,减少口腔溃疡的发生。

关键词:制霉菌素甘油;重症监护室;经口气管插管;口腔黏膜压力性损伤

TICU患者多为多发伤,常合并多个脏器损伤,重型颅脑损伤,颌面部外伤等。其生命体征不稳定,需要人工气道进一步生命支持,并且气管插管时间长,脱机时间长。在经行气管插管时,口腔颌面部外伤的患者常伴有牙齿松动,口腔破溃,增加了口腔黏膜压力性损伤(Oral Mucosal Pressure Injury, OMPI)发生的风险。2016年欧洲压力性损伤咨询委员会(National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP)将黏膜压力性损伤定义为使用医疗器械导致的黏膜组织损伤^[1]。医疗器械材质如气管插管、牙垫等异物刺激,患者对气管插管的不耐受也会产生应激,进而刺激局部黏膜组织,导致口腔黏膜的耐受性下降,增加了口腔黏膜组织的压力及剪切力,也被认为是气管插管患者OMPI的危险因素^[2]。危重症患者随着病情的发展,机体的代谢逐步上升,营养物质的摄入减少,可导致口腔细菌的增加,影响患者后期疾病的恢复及预后^[3]。同时治疗期间由于气管插管无法吞咽,并且长期使用广谱类抗生素或其他药物可能会导致口腔中菌群及真菌的生长与繁殖,在一定程度上可能会导致机体表层或深层出现感染^[4-5]。其中口腔真菌是导致病原体出现的重要原因之一,能够引发肺部真菌感染等其他并发症的出现。临床通常选择常规生理盐水作为气管插管患者的口腔护理液,以防止真菌的生长和繁殖,但不良症状并没有得到明显改善,口腔健康评分较差^[6-7]。制霉菌素是一种多烯型抗生素。具有共轭多烯大环内脂结构,能抑制真菌合皮癣菌的活性,对细菌无抑制作用,制霉菌素甘油是采用制霉菌素150U加甘油30ml由药房配制而成。使用频率一天四次,9AM-3PM-9PM-3AM,在常规生理盐水或含洗必泰的漱口水口腔护理后涂抹于口腔黏膜。对气管插管患者的口腔有较好的抑菌效果,能够降低感染的发生^[8]。因此,将此种治疗方式用于TICU气管插管患者可能会更有效。本研究将对TICU中经口气管插管患者使用制霉菌素甘油干预,以下是详细报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究和治疗的50例TICU中经口气管插管患者,都是我院在2021年7月至2022年10月期间收治的患者。参照组男15例,女10例,平均年龄(60.36±2.20)岁,平均住院时间(16.32±2.61)d。实验组男12例,女13例,平均年龄(60.39±2.26)岁,平均

住院时间(16.21±2.41)d。上述资料两组患者对比无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

参照组:一天四次,9AM ■ 3PM—9PM—3AM。使用棉球蘸取生理盐水擦拭患者的口腔及OMPI高发部位,可擦拭牙齿、口腔中下颌、上颌部及联合部位。Kim^[9]等对118例ICU气管插管患者观察表面,口腔中下颌、上颌部及联合部位OMPI发生率依次为36.3%、11.5%、7.1%。秦丽丽等^[10]研究表面,下唇OMPI发生率最高(32.6%)。

实验组:使用频率一天四次,9AM ■ 3PM—9PM—3AM。两名护士配合完成,一名护士用手固定下颌及气管插管,另一名护士解开气管插管固定器,在下颌缘下方铺无菌治疗巾,使用生理盐水棉球或者含洗必泰的漱口水棉球清洁口腔,同时观察口腔黏膜有无破溃并涂抹制霉菌素甘油。

1.3 观察指标和评价标准

1.真菌:比较干预前,干预第3天,第5天和第7天的两组患者,收集患者的口腔拭子标本。通过直接涂片显微镜检查标本,分离并用CHROMagar假丝酵母培养基培养。真菌感染的发生率=人数/总人数×100%

2.口腔评分:比较干预前和干预后3天,5天和7天使用口腔评分来评估口腔状况,5分口腔功能良好,6-10分口腔功能轻微受损,11-15分中度口腔功能受损,16-20分表示口腔功能严重受损。

3.口腔溃疡发生率:以患者口腔内出现黏膜白斑、破损等溃疡变化为阳性定义为口腔溃疡。

1.4 统计学方法

数据录入SPSS22.0软件中分析,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者口腔评分及真菌感染发生率对比 干预3天,7天后,两组患者真菌感染率及口腔评分均有所下降,其中实验组明显低于参照组($P < 0.05$),见表1。

表 1. 两组患者口腔评分及真菌感染发生率对比($\bar{x} \pm s$)

组别	干预前		干预 3 天		干预 7 天	
	真菌感染发生率 (%)	口腔评分 (分)	真菌感染发生率 (%)	口腔评分 (分)	真菌感染发生率 (%)	口腔评分 (分)
实验组 (25)	23 (92.00)	9.32 ± 1.24	13 (52.00)	5.14 ± 1.23*	3 (12.00)	3.64 ± 1.01*
参照组 (25)	24 (96.00)	9.21 ± 1.21	20 (80.00)	7.52 ± 1.34*	11 (44.00)	5.42 ± 1.06**
t/χ^2	0.354	0.375	4.367	6.542	6.349	6.079
P	> 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

注: *P < 0.05, 与干预前组内比较; **P < 0.05, 与干预 3 天内比较。

2.2 两组患者住院期间口腔溃疡发生情况对比 干预 3 天, 7 天后, 实验组口腔溃疡发生率低于参照组 (P < 0.05), 见表 2。

表 2. 两组患者住院期间口腔溃疡发生情况对比 (n, %)

组别	口腔溃疡	
	干预 3 天	干预 7 天
实验组 (25)	5 (20.00%)	2 (12.00%)
参照组 (25)	12 (32.00%)	8 (32.00%)
χ^2	4.342	4.631
P	< 0.05	< 0.05

3 讨论

TICU 患者病情是临床中一个重要而特殊的群体通常病情较为严重, 此类患者以器官功能衰竭为主要特征^[11-12]。由于胃排空延迟而容易发生肠内营养不耐受, 使得患者的胃肠道处于应激状态, 延迟患者住院时间。因此积极改善危重症患者胃肠功能有助于改善患者预后, 促进康复^[11]。在治疗期间 TICU 患者会使用大量的抗生素作为减少急性病灶发生的主要药物, 同时由于长时间器官插管, 无法吞咽口水, 导致口腔中滋生细菌, 加速真菌的繁殖^[13-15]。许多真菌是人类的共生菌群, 是有条件的病原体。临床上通常选择生理盐水, 但患者的真菌数量和口腔分数并未降低^[16-19]。制霉菌素甘油是制霉菌素的一种油剂, 是一种抗真菌药物。对白色念珠菌 (霉菌) 感染导致的咽喉炎都有抑制作用。

本研究中, 干预 3 天, 7 天后, 两组患者真菌感染率及口腔评分均有所下降, 其中实验组明显低于参照组 (P < 0.05); 干预 3 及 7 天后, 实验组口腔溃疡发生率低于参照组 (P < 0.05), 表明制霉菌素甘油可维护患者口腔健康, 降低真菌感染发生率, 减少口腔溃疡的发生。制霉菌素甘油能够抑制病原菌的附着, 起到防御保护的作用^[20]。其次口腔黏膜中的面积较大平滑肌较为稳定, 通过在口腔中涂抹制霉菌素甘油, 使细胞膜的通透性发生改变, 导致重要的细胞内物质外漏, 从而发挥抗真菌作用, 减少黏膜损伤, 减轻口腔症状。

综上, 制霉菌素甘油可维护 TICU 经口气管插管患者口腔健康, 降低口腔真菌感染发生率、降低口腔评分, 减少口腔溃疡的发生, 值得在临床上进行推广和使用。

参考文献:

[1] Edsberg I E, Black JM, G01dberg M, et al. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury

Staging System[J]. J woundstomy Continence Nurs, 2016, 43(6): 585-597.

[2] 杨茂凡, 周会兰, 陈柯宇, 高杰, 杨晓. ICU 经口气管插管患者口腔黏膜压力性损伤研究进展[J]. 护理学杂志, 2023, 38(2): 21-24. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.02.021.

[3] 申晶晶, 王小平, 王建园. 制霉菌素口腔护理结合健康教育在预防重型肝炎患者口腔真菌感染中的作用[J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(25): 1979-1982.

[4] 崔翠梅. 碳酸氢钠与制霉菌素联合用药治疗重度鹅口疮的临床疗效[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(12): 1388-1390.

[5] 闫岚岚, 姬永辉, 孙晓倩, 等. 咪喃西林联合制霉菌素交替漱口用于预防系统性红斑狼疮患者口腔及肺部感染的效果评价[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(06): 1043-1045.

[6] 陈冲, 热依拉·艾克兰木, 郭涛. 制霉菌素联合光动力抗菌疗法治疗口腔念珠菌病的疗效及安全性分析[J]. 中国现代医学杂志, 2022, 32(04): 9-13.

[7] 杨玉华. 制霉菌素联合伊曲康唑治疗念珠菌性阴道炎的临床疗效及其安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(33): 40-42.

[8] 冯瑞. 制霉菌素结合双歧杆菌胶囊对鹅口疮患儿治疗效果及不良反应的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(28): 6-8.

[9] Kim C H, Kim M S, Kang M J, et al. Oral mucosa pressure ulcers in intensive care unit patients: a preliminary observational study of incidence and risk factors [J]. J Tissue Viability, 2019, 28(1): 27-34.

[10] 秦丽丽, 恽文娟, 杭涛. ICU 患者气管插管相关性压力性损伤的危险因素分析[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(12): 1105-1108.

[11] 张永盛. 氟康唑、制霉菌素+碳酸氢钠治疗 40 例小儿鹅口疮的效果观察[J]. 中国医药指南, 2021, 19(11): 68-69.

[12] 张静, 王丽君, 张兆林, 等. 局部制霉菌素治疗口腔黏膜损伤艾滋病患者的效果观察[J]. 中国性科学, 2020, 29(10): 132-135.

[13] 叶志. 氟康唑与制霉菌素联合碳酸氢钠治疗 44 例小儿鹅口疮的效果观察[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(04): 883-884.

[14] 关宇喆. 制霉菌素联合 2.5% 碳酸氢钠液漱口治疗口腔真菌感染患者的疗效观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(09): 71-72

[15] 杨盼盼. 碳酸氢钠联合制霉菌素治疗鹅口疮患儿疗效及安全性[J]. 云南医药, 2020, 41(01): 41-42.

[16] 周雪琴. 制霉菌素联合碳酸氢钠治疗口腔白色念珠菌感染患儿的临床效果[J]. 医疗装备, 2020, 33(03): 90-92.

[17] 杨立春. 探讨对婴幼儿鹅口疮联合使用制霉菌素和益生菌的临床效果[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2020, 7(05): 49-56.

[18] 李红. 氟康唑和制霉菌素在口腔真菌感染治疗中的临床应用[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(32): 42-45.

[19] 付秀英. 制霉菌素不同给药方式治疗鹅口疮患儿的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17(31): 98-99.

[20] 汪国威. 小剂量低浓度制霉菌素多次涂口腔治疗鹅口疮的疗效观察分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(67): 180-181.

[21] 梁嘉艳. 联合益生菌、制霉菌素治疗婴幼儿鹅口疮的疗效研究[J]. 北方药学, 2019, 16(08): 46-47.