

. 经验介绍 .

湿性换药在头皮切口感染中的应用

付 航 肖 勇 罗政云 梁 莉 万梦云 陈 轲 唐龙福 李 鹏

【摘要】目的 观察湿性换药在头皮切口感染中的疗效。方法 回顾性分析2015年5月至2017年5月收治的14例头皮切口感染的临床资料,按照治疗方案分为观察组(7例)和对照组(7例)。观察组使用湿性换药法处理切口,对照组采用传统的碘伏换药法。治疗前及治疗后7、14、21、28 d采用压疮愈合评估表(PUSH)评分评估切口愈合情况,最高17分,表明伤口严重;最低0分,表明伤口愈合。结果 治疗28 d,对照组愈合3例,好转3例,治疗无效1例;观察组愈合6例,好转1例。治疗后21、28 d,两组PUSH评分较治疗前均明显降低($P<0.05$),而观察组PUSH评分均明显低于对照组($P<0.05$)。结论 采用湿性换药法能有效治疗头部切口感染,较传统换药法疗效更好。

【关键词】头皮切口感染;湿性换药;压疮愈合评估表;疗效

【文章编号】1009-153X(2018)11-0750-03 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1[†]1

传统观念认为外科换药需保持创面干燥,但干性愈合局部环境差,组织脱水,形成结痂,阻碍上皮爬行;渗漏快速,需频繁更换敷料会损伤、破坏创面,造成疼痛,并导致伤口愈合速度缓慢;无法保持创面恒定的温度及湿度,不利于细胞分裂增殖;大量的生物活性物质丢失,愈合速度缓慢;不能有效的形成阻隔屏障,不能有效阻止细菌入侵。Winter^[1]发现在密闭湿润环境下伤口愈合速度比暴露于空气中干燥创面要快一倍。本文探讨在头皮切口感染中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象 纳入标准:头部切口感染,伤口面积 $\geq 1\text{ cm}^2$,持续在我科进行治疗。排除标准:非感染性伤口,失访,中途退出治疗。2015年5月至2017年5月收治头部切口感染14例,按换药方法分为观察组(7例)及对照组(7例)。观察组男4例,女3例;年龄10~65岁;闭合性颅脑损伤术后切口感染1例(图1),开放性颅脑损伤术后切口感染2例,头皮脓肿切开引流术后切口感染2例,听神经瘤术后切口感染1例,颅骨成形术后切口感染并钛网外露1例,其中1例脓肿及1例听神经瘤合并糖尿病。对照组男3例,女4例;年龄14~60岁;开放性颅脑损伤术后切口感染3例,脑出血开颅术后切口感染1例,头皮脓肿切

口引流术后切口感染2例,颅骨成形术后切口感染并钛网外露1例,其中1例脑出血合并糖尿病。

1.2 治疗方法

1.2.1 全身治疗 两组均常规静脉使用抗生素治疗,以胰岛素将糖尿病病人血糖控制在正常范围。

1.2.2 局部治疗 观察组换药时刮去切口周边5 cm毛发,切口下有脓腔者应敞开脓腔,合并分隔者打通分隔,充分暴露创面,尽量清除坏死组织,使用生理盐水将创面冲洗干净,保持创面湿润,避免使用碘伏消毒创面。若渗出较多,早期先使用藻酸盐(德湿康)联合银离子敷料(德湿银)进行换药(图2),方法为根据创面大小将银离子敷料剪为合适大小,充分贴敷于创面,为第一层敷料,再于银离子敷料上铺满藻酸盐敷料作为第二层敷料,切口周边使用凡士林纱条覆盖,最外层覆盖无菌纱布,每日换药1次。待渗出明显减少后,改用交互式湿润治疗敷料(德湿威)进行换药(图3),方法为换药时先以生理盐水清洁创面,再将德湿威敷料浸泡于林格氏液中进行激活,激活膨胀后将敷料填充于创面内,外层以无菌薄膜敷贴贴敷固定,每日换药1次。换药伤口无需二期缝合,待创缘肉芽组织及皮肤自行爬行愈合即可。对照组采用传统碘伏换药,常规外科处理同观察组,创面使用碘伏消毒,覆盖无菌纱布,每日换药1次,如敷料渗湿随时更换,以保持局部干燥。

1.3 疗效评价 治疗前及治疗后7、14、21、28 d采用压疮愈合评估表(pressure ulcer scale for healing, PUSH)评分评估切口愈合情况^[2,3],最高17分,表明伤口严重;最低0分,表明伤口愈合。

1.4 统计学分析 采用SPSS 19.0软件行分析,计量资

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.11.018

作者单位:551400 贵州,清镇市第一人民医院神经外科(付 航、肖 勇、罗政云、梁 莉、万梦云、陈 轲、唐龙福、李 鹏)

通讯作者:肖 勇,E-mail:xiaoqz6911@sina.com

表 1 两组治疗前后 PUSH 评分比较

组别	治疗前	治疗后 7 d	治疗后 14 d	治疗后 21 d	治疗后 28 d
对照组	11.42±2.66	10.71±3.33	8.86±2.80	6.71±2.42 [#]	4.86±1.02 [#]
观察组	11.85±2.36	9.85±2.47 [*]	5.86±2.69 [*]	2.43±2.26 ^{**}	1.27±0.41 ^{**}

注:与治疗前相应值比, [#] $P<0.05$; 与对照组相应值比, ^{*} $P<0.05$; PUSH. 压疮愈合评估表

料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 28 d,对照组愈合 3 例,好转 3 例,治疗无效 1 例;观察组愈合 6 例,好转 1 例。治疗后 21、28 d,两组 PUSH 评分较治疗前均明显降低($P<0.05$),而观察组 PUSH 评分均明显低于对照组($P<0.05$),见表 1。

3 讨论

湿性换药的优势^[4]:①有利于坏死组织与纤维蛋白的溶解。伤口愈合过程中,首先要清除坏死组织及其中沉淀的纤维蛋白,湿性环境下,保留在伤口渗出液的组织蛋白溶解酶,可促进坏死组织的溶解与吸收。②有利于维持创面处于低氧张力状态,促进毛细血管形成以及上皮细胞和胶原纤维的生成,促进创面愈合。③促进渗出液中多种生长因子的释放。④保持创面恒温,加快细胞分裂。⑤局部湿润、无结痂形成,避免新生肉芽组织机械性损伤,保护创面神经末梢,减少更换敷料时损伤和疼痛。⑥伤口局部形成密闭性或半密闭性环境,既能有效防止细菌入侵,又有利于加强白细胞功能,增强抗菌能力。

我们认为对于创面较大、渗出较多的创面,早期使用藻酸盐联合银离子敷料进行换药,银离子和藻酸盐敷料可根据创面形态大小严密贴敷创面。银离子敷料作为第一层敷料覆盖于创面,释放的银离子可有效杀菌^[5,6],所含的甘油三酯能保护创面,防止粘连。第二层敷料为藻酸盐敷料,在与创面渗液接触时,能通过离子间交换,使不溶性藻酸盐钙变为可溶性藻酸钠,具有极强的吸收性,能吸收相当与自身重量 20 倍的液体并形成凝胶,保证了伤口湿性愈合环境,同时使伤口内的坏死组织自溶,并且藻酸盐中释放出的钙离子在伤口表面形成一层网状凝胶有助于促进止血^[7]。待创面渗出减少后使用交互式湿润治疗敷料进行换药,其核心成分是超强吸收能力的聚丙烯酸酯,对蛋白类物质有极高的亲和力,可主动吸收伤口渗出物及坏死组织,同时将林格氏液置换入创面,林格氏液所含的多种电解质(钠、钾、钙等)

可刺激细胞再生,加快肉芽组织生长,并持续更新林格氏液薄膜,保持创面湿润,促进伤口生长^[8]。外贴的无菌薄膜敷料可密闭创面,避免渗液渗出及达到

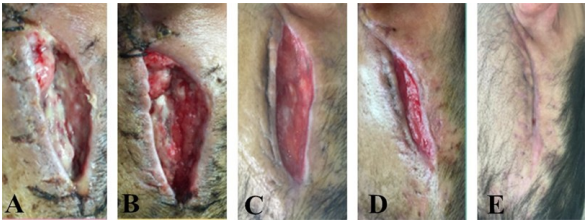


图 1 闭合性颅脑损伤术后切口感染湿性换药表现

A. 湿性换药前,创面见大量脓性分泌物覆盖,创面组织晦暗;B. 湿性换药 1 周,脓性分泌物明显减少,可见新鲜肉芽组织开始生长;C. 湿性换药 2 周,已未见明显脓性分泌物,肉芽组织生长良好,创面有所缩小;D. 湿性换药 3 周,创面新鲜,肉芽组织生长良好,创面明显缩小;E. 湿性换药 4 周,伤口愈合

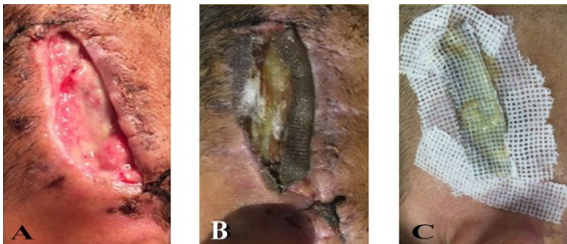


图 2 藻酸盐联合银离子敷料湿性换药表现

A. 换药前,生理盐水洗净创面;B. 湿性敷料覆盖创面,黑色网状膜为银离子敷料,紧密贴敷于创面,黄白色絮状物为藻酸盐,于银离子敷料外填充创面空隙;C. 凡士林纱条保护切口缘,白色敷料为覆盖于切口缘的凡士林纱布



图 3 交互式湿润治疗敷料换药表现

A. 换药前,生理盐水洗净创面;B. 激活并调整敷料大小,将林格液激活的换药球以无菌镊子拉扯至于创面大小一致;C. 湿性敷料覆盖创面,将激活换药球覆盖于创面,外贴无菌薄膜保护及固定敷料

创面低氧张力状态,利于伤口愈合。头部切口感染,如处理不当,可能导致颅内感染。湿性换药可局部抗感染,并明显减少换药时间及换药次数,减轻病人换药痛苦,避免因感染迁延不愈导致的严重后果。

【参考文献】

[1] Winter GD. Some factors affecting skin and wound healing [J]. J Tissue Viability, 2006, 16(2): 20-23.
[2] Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, et al. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the push tool [J]. Adv Wound Care, 1997, 10(5): 96-101.
[3] 蒋琪霞,王桂玲,翁志强. 压疮愈合计分量表评价不同类型伤口的治疗效果[J]. 医学研究生学报,2017,30(4): 436-439.

[4] 姚 鸿,陈立红. 伤口湿性愈合理论的研究进展[J].中华护理杂志,2008,43(11):1050-1052.
[5] Woodward M. Silver dressing in wound healing: what is the evidence [J]? Primary Intention, 2005, 13(4): 153-160.
[6] Amin RM, Mohamed MB, Ramadan MA, et al. Rapid and sensitive microplate assay for screening the effect of silver and gold nanoparticles on bacteria [J]. Nanomedicine, 2009, 4 (6): 637-643.
[7] 刘慧凤,鞠蓓蓓,王红萍. 湿性愈合理论在临床压疮治疗中应用的研究进展[J]. 解放军护理杂志,2008,25(3A): 42-43.
[8] 彭谷兰,徐继红. 德湿威在难愈伤口护理中的应用与观察 [J]. 临床护理,2008,8(21):98.
(2017-11-01 收稿,2018-03-26 修回)



神经内镜下经鼻蝶入路手术切除鞍结节脑膜瘤

王建兵 刘永建 宋 歌

【摘要】目的 探讨神经内镜下经鼻蝶入路手术切除鞍结节脑膜瘤的疗效。**方法** 回顾性分析 9 例鞍结节脑膜瘤的临床资料,均在神经内镜下经鼻蝶入路手术切除肿瘤。**结果** 肿瘤 Simpson I 级切除 6 例,Ⅱ级切除 3 例;无手术死亡病例。术前视力下降 9 例中,术后视力好转 7 例,无变化 1 例,加重 1 例;术前视野缺损 8 例中,术后视野改善 4 例,无变化 4 例。术后出现尿崩 1 例、嗅觉减退 3 例、脑脊液漏 3 例。术后随访 3 个月~1 年,均无迟发性脑脊液漏;复查 MRI 示肿瘤均无复发;6 例临床症状消失,3 例明显好转。**结论** 只要病例选择适当,神经内镜下经鼻蝶入路手术切除鞍结节脑膜瘤是一种安全、有效的手术方式。

【关键词】 鞍结节脑膜瘤;神经内镜;经鼻蝶入路;手术

【文章编号】 1009-153X(2018)11-0752-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

鞍结节脑膜瘤占颅内脑膜瘤的 5%~10%,解剖结构复查,位置深,毗邻垂体、颈内动脉、视交叉、视神经、海绵窦等重要结构,因此传统的开颅手术切除难度大,术后并发症多^[1,2]。目前,神经内镜在经鼻蝶垂体腺瘤切除术中的应用越来越广泛,效果显著。近 2 年内,我们在神经内镜下经鼻蝶入路手术切除鞍结节脑膜瘤 9 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 9 例中,男 3 例,女 6 例;年龄 32~48 岁,平均 40 岁;病程 3~15 月,平均 9 个月。首发症状为视力下降 7 例,头痛 1 例,体检发现 1 例。9 例均无

明显内分泌异常表现。9 例均有不同程度视力下降,视野缺损 8 例。

1.2 影像学检查 术前均行头颅 MRI 扫描、蝶鞍冠状位 CT 及头颅 CTA 检查。MRI 显示鞍上、鞍内肿瘤, T₁WI 呈等信号, T₂WI 呈等或略高信号,为圆型或类圆型均匀强化,临近脑膜增强、增厚,行似“几维鸟嘴”,肿瘤最大直径 1.5~3.3 cm,无脑水肿表现。蝶鞍冠状位 CT 显示蝶窦气化良好,为鞍前型。CTA 示肿瘤均无颈内动脉供血及动脉瘤存在。

1.3 手术方法 全麻后取仰卧位,头稍后仰,0°镜引导下,肾上腺素棉片收缩双侧鼻腔粘膜后,扩张鼻道,在蝶筛隐窝内寻找到蝶窦开口,以蝶窦开口后下方 0.5~1 cm 处为蒂制作鼻中隔粘膜瓣,磨除双侧蝶窦前壁,咬除鼻中隔后部,进入蝶窦腔,电凝并去除蝶窦粘膜,观察辨认鞍底、颈内动脉隆起、双侧视神经管、视神经-颈内动脉隐窝(opto-carotid recess,OCR)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.11.019
作者单位:723000 陕西,汉中市人民医院神经外科(王建兵、刘永建、宋 歌)