

澳大利亚烧伤治疗观感

陈建 Frank Li

澳大利亚属于高收入、高税收、高福利的国家,实行全民免费医疗及公私并存的医疗体系。其临床医学、预防医学和康复医学在国际上都具有相当高的知名度,医疗机构服务以患者需求为中心,特别强调疾病预防和健康促进。2015 年 6—8 月,笔者应邀到澳大利亚悉尼市康科德退伍军人总医院进行了研修学习,现就在此期间笔者对澳大利亚医院设施及其对烧伤患者治疗方面的见闻分享如下。

1 澳大利亚烧伤救治机构及康科德退伍军人总医院的一般情况

澳大利亚的烧伤治疗于第二次世界大战之后开始发展。20 世纪 80 年代以来,由于烧伤发病率的降低和治愈率的提高,澳大利亚烧伤救治重点逐渐向关注创面愈合质量和患者功能结局转变,直接促进了各种创面处理材料、皮肤替代物和皮肤整复重建技术的发展。澳大利亚烧伤救治以州为单位组织,成人与儿童分开收治,每个州有成人和儿童烧伤救治中心各 1 个或 2 个。州内的烧伤救治机构彼此保持密切联系,每年由州卫生部的官方代表召集各医院汇报该州烧伤相关医疗数据,包括住院与门诊患者数量、年龄、烧伤面积分布、死亡情况、手术次数、植皮失败二次手术率、患者平均就诊次数、深度烧伤后平均第 1 次植皮时间、平均住院时间等,起到监督医疗服务质量、便于调整医疗资源分配的作用。

康科德退伍军人总医院始建于第二次世界大战期间,是悉尼大学悉尼医学院的教学医院,拥有 750 张床位,该院烧伤科是这家医院在国内外都知名的专科。医院烧伤救治中心由病房、门诊、手术室、手术恢复室、专门的表皮细胞培养室以及研究所组成,中心共有 14 张病床,年收治烧伤住院患者 300 例左右,每天门诊患者数为 10~40 例。

2 康科德退伍军人总医院烧伤救治中心烧伤救治工作的主要特点

2.1 以多学科团队合作形式开展临床工作

中心的多学科团队包括医师 5 名、护士 30 余名、物理治疗师 3 名(全职 1 名、兼职 2 名)、作业治疗师 2 名、社会工作者 2 名(全职、兼职各 1 名),以及兼职的营养治疗师、言语治疗师、药剂师、心理治疗师各 1 名。另外,在治疗患者过程中,科室也与急性疼痛治疗小组、慢性疼痛治疗小组、感染科、老年科、重症监护科、急诊科、内分泌科、五官科、康复科

等小组或科室保持密切联系,形成科间多学科团队的救治模式。烧伤科医师是所有治疗人员的组织协调者,相关治疗决定由治疗团队共同做出。

每日早晨交班会由护士长组织,医师、护士、治疗师及社会工作者参加,对住院患者病情转归进行梳理,重点关注影响患者出院的各种医疗或社会情况,旨在加快病房床位周转。每周一的科会,全体工作人员参加,低年资住院医师逐个汇报住院及门诊患者病情,护士介绍创面情况,主诊医师给出医疗处置意见,物理治疗师、作业治疗师给出患者功能进展与治疗建议,营养治疗师汇报营养情况,言语治疗师介绍有无吞咽障碍与误吸情况,社会工作者则重点关注患者个人及家庭的一些与回归家庭和社会相关的具体困难并提出可能解决途径。另外,每周 1 次由物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、营养治疗师、精神科医师、心理治疗师、社会工作者及药剂师等参与的健康服务人员会议,重点讨论患者目前的功能进展、心理问题、社会支持、创面情况等。通过这 3 个层面的会议,患者在医疗、护理、营养、功能、心理、社会支持与回归等方面的问题基本得到较全面的关注。

在这里,整个团队关注的不仅是疾病而是作为完整个体的人,因此,创面愈合并不是能否出院的标准,功能独立性以及出院后创面治疗、瘢痕控制、后续功能康复能否有效进行都是重要的考量指标。如果患者功能状况好,即便仍有创面存在也可出院转门诊治疗;如果患者还不具备基本的独立生活能力、没有适当居住条件或照顾者,住院时间将延长,进行相应功能训练、练习使用各种辅助日常生活的器具,同时寻找可以安置患者的机构或安排居家的康复服务。

2.2 感染控制细节到位、执行严格

中心感染防控宣传力度大、硬件到位、病区布局合理、物资保障充足、管理到位、重视细节,形成了院内工作人员严格执行、来访人员自觉遵守的良好局面。中心接诊大厅、每层楼电梯间、病房过道都可见于手消毒宣传画加按压式消毒液瓶组成的手消毒站,方便任何人取用。医疗区域内每间病房、每间操作室、公共空间都配有标准配置的洗手区,方便工作人员随时进行手的清洗消毒。重视接触传播尤其是手在感染传播中的作用,在穿隔离衣、戴手套、手清洗消毒、物品消毒上一丝不苟,但对于戴帽子和口罩以及换鞋或穿鞋套并不要求。

烧伤科门诊、病房都有门禁系统,工作人员刷卡才能进入。整个空间有空气净化系统,烧伤科工作人员进入病区前均要换洗手衣。病房都是单间,每 2 间相邻病房共用 1 间供人员出入的缓冲间,病房正门只作为观察患者一般情况、传递物品的窗口。工作人员在缓冲间洗手、换一次性隔离衣、戴手套后,才进入病房。进行任何操作或与患者接触都要戴手套,完成工作后要将手套、隔离衣脱下放入病房内专用分类垃圾筒,然后回到缓冲间洗手后出门。污物等要用垃圾袋完成打包后,才送出由专人处理。每间病房都配有专用换药

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.02.016

作者单位:400038 重庆,第三军医大学西南医院全军烧伤研究所,创伤、烧伤与复合伤国家重点实验室(陈建);New South Wales Statewide Burn Injury Service, Concord Repatriation General Hospital, Sydney, Australia(Frank Li)

通信作者:Frank Li,2139,Email:Frank.Li@sswahs.nsw.gov.au

车,换药用品只进不出,未用完但已经进入房间的会被作为污染品集中处理,严格保证病房之间物品不相互交叉。

对于重症患者,由 1 名只在病房内工作的护士进行各种护理及创面换药等操作,而病历记录、传递物品、协调诊疗则由另 1 名护士在病房外配合,避免了在护理过程中因护士在病房内外频繁走动造成的患者与环境之间的感染传播。患者的体液等标本一旦获取,立即装入有封口的清洁塑料袋内后传递出病房。中心只有 14 张病床却配有 4 个洗浴室,几乎可以做到 1 个时间段内 1 例患者专用 1 间洗浴室,当患者检出耐药菌后,洗浴室必须专用,除每次用完清洗消毒外,患者出院后还需要彻底消毒并经过细菌培养确认无污染后才重新启用。

2.3 手术决策以提高创面愈合质量为中心

中心收治的大面积烧伤患者较少,3 个月里笔者没有看到烧伤总面积大于 50% TBSA 的患者,所以很遗憾没有能更深入地了解大面积烧伤患者的救治。在清创植皮手术方面,过程同国内并没有很大不同,但总体上看,创面手术时间更早,深度烧伤第 1 次手术时间在伤后 9~15 d。

2.4 重视疼痛管理

患者通过口服、静脉注射、吸入镇静和镇痛药物等途径获得足够的疼痛控制。经过医护人员的训练,患者非常熟悉疼痛评分的方法,可以对自己的疼痛进行评分。除了每日常规给予止痛药物,在创面处理、功能训练等操作前还会根据患者的情况给予加服。对病情复杂或较严重患者,麻醉师会给予配合,进行个体化给药、用药过程监测以及麻醉配合等。护士熟悉常用口服及静脉应用镇静和镇痛药物的使用,能在自己权限内直接进行剂量调整。

2.5 细致规范的创面处理

创面换药由护士完成。换药过程统一规范,有专门的创面清洗剂,清创过程细致。创面覆盖材料是成系列的商品化敷料,提倡湿性创面愈合理念,大大减少患者不适感及换药次数。由于合理使用各种专业敷料,避免了创面加深,保留了更多活性组织,同时促进创面坏死组织脱落,方便肢体活动及矫形器的使用,在一定程度上起到了减少后期瘢痕及功能问题发生的作用。

换药过程也展示其团队合作的工作模式,创面敷料打开后,医师评估创面进展,物理治疗师评估功能情况,作业治疗师评估瘢痕及手功能情况,如有需要,功能锻炼或矫形器、压力衣治疗会在换药中或换药后进行,使创面愈合、功能康复、瘢痕治疗可以同时进行。中心非常重视烧伤后皮肤的护理,护士会详细讲解创面愈合后皮肤的护理方法及注意事项,给患者配好护肤霜并给予防晒指导,确保愈合后皮肤逐渐恢复正常。

2.6 营养治疗师全面管理患者的营养支持

营养治疗师每天查看患者营养相关指标变化,计算患者营养需求,给出口服及鼻饲营养摄入的配方,同时了解患者进食及鼻饲中出现的问题。除调整进食种类、配方、速度等外,还会和言语治疗师讨论患者吞咽问题,对有气管切开的患者更为重视;如遇胃肠功能不良或体液平衡问题,会与医师讨论,调整营养供应方案。积极实施早期肠内营养,只要肠道可用,所有营养都尽量从肠道给予,如确需静脉营养,全

肠外营养小组就会介入。基本可以做到 70% TBSA 以下烧伤总面积患者的营养供给都通过胃肠道给予,很少采用静脉营养,避免了中心静脉长期置管所带来的各种风险及静脉营养导致的肝功能损害、血糖波动需要胰岛素治疗等问题。

2.7 言语治疗师是治疗团队中的重要成员

在澳大利亚,言语治疗师服务于烧伤患者已有近 30 年的历史,他们主要关注颜面部烧伤后皮肤或瘢痕及肌肉挛缩、口腔运动与清洁、吞咽功能与误吸、发音与交流障碍。检查时使用纤维喉镜观察咽喉部充血、水肿、瘢痕形成、声门会厌活动等情况,对吞咽障碍的患者,使用吞钡 X 线检查来明确吞咽障碍的原因,使用荧光染色的诊断性液体观察患者进食过程中吞咽及误吸情况,以帮助临床明确吞咽障碍与误吸程度并做出相应治疗。通过颜面部运动治疗、单纯口唇扩张或张口训练、声带发音训练等治疗手段来预防和治疗烧伤后面部挛缩、声门关闭不全、进食障碍等问题;通过调整食物黏稠程度、改变进食习惯如由卧位改为坐位进食、改变进食速度等改善吞咽与误吸,避免烧伤患者因误吸导致的肺炎炎症反应与继发感染。

另外,言语治疗师也是气管支持小组的重要成员,与护士、五官科医师、物理治疗师共同服务于院内气管插管或气管切开的患者。由于插管患者吞咽障碍发生率高、误吸风险大,言语治疗师在插管患者气道护理、营养支持、拔管决策中起着非常重要的作用。

2.8 住院设施配备以促进患者生活独立为目标

为促进患者更早恢复功能、避免因失能导致住院时间延长,中心为患者提供了利于功能独立的各种条件。患者住院不留陪护人员,每间病房都配有可遥控病床、电视、呼叫系统、独立电话、多功能座椅、餐桌,方便患者自己操控。物理治疗师对患者的行动能力做出评估,给予相应的日常生活辅助设备,如助行架、拐杖、轮椅、坐厕、坐便椅等帮助患者更好进行日常活动。配合积极的功能治疗,一般患者在受伤不久就可以恢复或掌握一定的日常生活活动能力,为顺利出院打下基础。

2.9 功能康复与瘢痕治疗

中心没有昂贵的康复治疗设备,强调治疗师独立思考判断,因地制宜开展治疗项目。在多学科团队模式的框架下,医师负责诊断、医疗处置、手术、瘢痕内注射。护士与物理治疗师每日定时帮助每例患者完成床和椅子间的转移,减少其卧床时间。物理治疗师负责手以外躯体功能治疗,重视转移、站立、平衡、肌力、耐力的改善,优先重点提高患者的独立转移和行走能力,着眼于避免患者因卧床造成的各种并发症。作业治疗师负责手功能锻炼指导与实施以及瘢痕的非手术治疗,包括皮肤恢复护理、瘢痕按摩、压力治疗、瘢痕贴使用、掩饰性化妆的建议等。注重对患者进行宣传教育,强调患者在功能改善中的主动参与及重要地位,因此,患者康复治疗主动性及依从性非常好,患者的瘢痕及功能障碍普遍较轻。

3 澳大利亚儿童烧伤的治疗

康科德退伍军人总医院烧伤救治中心不收治烧伤患儿,笔者在访问期间有幸到州内的 Westmead 儿童医院烧伤科进

行了参观。这里的各种设施及服务充分考虑了儿童的心理及年龄特点,病房内的色彩搭配、背景音乐、贴画及家具的选择无不体现了医院对儿童的关爱,诊疗区内还配有各种玩具、电子产品供儿童在候诊及换药时玩耍,还有专门的游戏治疗师配合医疗活动的开展。

儿童与成人的换药方式基本相同,敷料选择更倾向于换药间隔长的(如某些含银敷料换药间隔时间可达 7 d),以减少患儿的换药次数。尤其重视疼痛控制,除了口服或静脉使用镇痛和镇静药物外,在较大面积换药及功能锻炼时麻醉师参与整个过程给予监护及麻醉给药。为减少后期瘢痕问题,对于经 10~14 d 常规换药治疗不愈合的创面积极手术。由于儿童功能康复的主动配合意识差,更强调矫形器在预防与对抗挛缩上的重要作用,关节部位深度烧伤从第 1 次换药开始就使用矫形器。在后期的瘢痕治疗中,儿童压力衣的布料及缝线可以根据儿童的喜好来个性化定制,由于压力衣色彩

多样,儿童穿戴压力衣的依从性非常好。

4 小结

3 个月的研修时间很短,所获得的体会比较粗浅,但康科德退伍军人总医院烧伤救治中心多学科团队密切合作的工作方式、临床治疗各环节的细致严谨给笔者留下了非常深刻的印象。中心在创面愈合质量控制、功能康复、心理健康、营养支持、言语治疗等方面开展的工作,有诸多值得学习和借鉴的地方。此外,澳大利亚儿童烧伤救治方面的细节处理也值得借鉴。

(收稿日期:2015-11-10)

(本文编辑:谢秋红)

本文引用格式

陈建, Frank Li. 澳大利亚烧伤治疗观感[J]. 中华烧伤杂志, 2017, 33(2): 126-128. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.02.016.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊主要栏目稿件撰写要求

1 专家论坛

有英文摘要,为非结构式。是烧/创伤相关专业领域内导向性较强的文章,一般由编辑部约请该领域内知名专家撰写。对某一领域的研究现状和未来发展进行归纳和评价,其观点应反映学术界主流趋势。撰写时可对某一领域内一个具体问题,结合已有的研究结果,介绍作者自己的经验,表明作者个人的观点,并有相应的证据支持。

2 专家述评

有英文摘要,为非结构式。一般由编辑部约请该领域内知名专家撰写。应根据当前该领域的研究现状和发展,结合本期重点选题刊发的文章进行阐述和评论,发挥为作者导读的作用。

3 论著

有结构式中英文摘要。可按前言、材料(对象)与方法、结果、讨论四部分的结构进行撰写。前言应简要阐明研究设计的背景、采用的研究方法及拟达到的目的,可引用文献,以 200~300 字为宜。研究方法中应明确提出研究类型,研究类型的关键信息也需在摘要和文题中体现。具体内容包括:临床研究或实验研究,前瞻性研究或回顾性研究,病例系列研究、病例对照研究、队列研究、非随机对照研究或随机对照研究。结果需与方法一一对应,避免出现评论性语句。讨论中出现的结果必须在前文结果部分有所表述。

Meta 分析需严格选择符合要求的文献(临床随机对照研究)进行分析,有严格的选择与剔除标准,主题选择得当,方法科学严谨。检索数据库遴选全面、具有代表性,文献来源期刊也要进行适当遴选。

4 疑难病例析评

有英文摘要,为非结构式。文章结构分“病历摘要”和“分析与讨论”两部分。“病历摘要”部分需交代清楚患者主诉、病史(包括既往史)、作者接诊后的诊治经过等,特别要出具与本文讨论内容相关的病情检查结果,并提供必要的实证图片。“分析与讨论”部分要求逻辑性强,条理清楚,能较好地体现正确的临床诊治思维或对病情的推理分析,对读者的临床工作有实际借鉴意义。

5 综述(包括系统分析)

有英文摘要,为非结构式。综述是对某一领域内某一问题的研究现状的总结,可结合作者自己的研究结果和观点,进行客观归纳和陈述。应选择目前研究进展较快的主题,不宜选择发展平缓的主题。应尽量选择 5 年以内的文献进行综述。行文采用第三人称,应避免直接阐述作者的观点。

6 描述性文章(病例报告、经验交流)

病例报告应选择诊治过程有特殊之处,能够为临床诊治同类病例提供启示的病例;避免进行罕见病例的简单累积。病例资料应详尽,包括主诉、现病史、既往史、体检、实验室检查、影像学检查、诊断、治疗方式、病理学检查、预后等。尤其是对诊断、治疗有重要参考意义的检查结果,需重点描述。有创新的治疗手段也应详述。讨论部分应结合病例的诊治特点进行简要点评,避免进行文献综述。

本刊编辑部