

伤口治疗中心的运作

韩春茂 陈国贤

随着疾病谱的改变和医疗技术的发展,临床专业的分工也发生了变化。现代社会经济的发展和人们安全意识的提高,使得烧伤患者不断减少,而交通事故所致皮肤撕脱伤和合并骨折的伤口却逐渐增多。糖尿病的高发又使得糖尿病患者下肢溃疡增多。现实情况要求烧伤科医护人员必须处理更多更复杂的伤口,并且患者非烧伤伤口愈合后还涉及到随诊和康复治疗。2年前,笔者单位在医院领导的支持下,兼并医院换药室成立了伤口治疗中心,现将该中心的运作情况简单介绍如下。

1 伤口治疗中心的人员配置和操作模式

本中心的工作由烧伤科医师和护士共同完成。门诊每天由1名高年资医师坐诊,2名经过培训的高年资护士处理伤口,随时保证有2名护士在岗。每天另设专家门诊。为方便患者换药,门诊周一至周日均开放,病情危重、复杂和需要手术的患者则收入病房进一步诊治。

其他科室有伤口的患者一般由烧伤科医师会诊,然后转至伤口治疗中心门诊处理,也可直接请本中心坐诊的医师会诊后处理。常见的小伤口或术后换药切口由其他科室门诊转入本中心,第1次免费挂号。但需由烧伤科医师开出换药单和治疗医嘱。

伤口治疗中心主要诊治范围:(1)各种烧(烫)伤、皮肤撕脱伤、骨折后骨外露伤口;(2)各种伤口愈合后瘢痕增生、色素沉着;(3)体表脓肿、甲沟炎、化脓性指(趾)头炎;(4)外科手术后需换药、拆线或发生感染的切口;(5)各种慢性溃疡、窦道;(6)取异物、拔钢钉。

2 伤口治疗中心的诊疗规范

本中心经过一段时间的运转,与各科室间的协调也逐渐顺畅。笔者单位根据伤口处理的新理念和医院实际情况,由医师讨论初拟了伤口治疗中心的诊疗指南和伤口处理操作规范,在此供同道参考。

伤口治疗中心诊疗指南(初案)

1. 树立整体分析患者病情的观念,重点考虑全身与局部营养、全身与局部感染、血管与神经病变及糖尿病、自身免疫疾病、肿瘤等全身性疾病。相应疾病请相关专科协助诊疗。

2. 尊重各专科的处理意见,必要时请相关专科医师协同诊治。

3. 对疑难伤口做到有样必采,伤口分泌物作细菌或真菌培养,必要时作结核杆菌等特殊培养。诊断不明时应作组织活检。

4. 伤口治疗遵循“无痛、引流、清创、抗菌、保湿、促愈”原

则,熟悉各种外用药物及敷料的特性并合理选择。

5. 认真、详细记载病历,注明伤口治疗具体方法包括止痛、休息等。必要时留取照片存档。

6. 手术尽量在门诊手术室完成。

7. 不尽之处随时修改补充。

伤口治疗中心伤口处理操作规范(初案)

1. 仔细阅读病历、医嘱和收费通知单。

2. 协助患者施行伤口治疗前的镇痛治疗。

3. 置妥患者体位,做好换药前心理护理。

4. 先轻柔揭开外层敷料,内层敷料浸湿后再予以揭除。

5. 用浸有5 g/L聚维酮碘的棉球消毒创周正常皮肤。

6. 无菌条件下用探针或镊子探查伤口,并轻轻用手挤压四周,查明伤口(窦道、瘘管)位置、深度。根据医嘱作伤口分泌物细菌培养。若伤口探查情况不明或发生变化,应及时报告医师。

7. 清创并剪除即将分离、脱落的坏死组织,尽量减少出血,用浸有等渗盐水的棉签轻拭清洁伤口。

8. 遵循“无痛、引流、清创、抗菌、保湿、促愈”原则,实施简洁无菌操作,避免不必要的医源性损伤。根据医嘱用药和(或)选择敷料。

9. 妥善包扎,松紧得当。

10. 根据医嘱告知患者换药后的注意事项。

11. 清洁无菌缝合切口的换药程序:(1)用浸有5 g/L聚维酮碘的棉球消毒;(2)根据切口情况及所在部位,采用暴露(膜成形剂)或包扎疗法。

12. 不尽之处随时修改补充。

3 伤口治疗中心的成本效益

由于浙江省2005年7月新出台的物价医疗收费标准中,伤口换药的费用只有15、20、25元这3个档次,而新型敷料的使用是医院以进价直接卖给患者,并且基本上都不在医疗保险范围内,所以伤口治疗中心的运作只能是收支平衡。2005年全年本中心收治患者1.5万例次,总医疗收入150万元,药品成本80万元,耗材支出6万元。

伤口治疗中心的社会效益和潜在的经济效益较大。笔者单位原有30张病床,一般处于饱和状态,现在经常需要加床到40多张。受益匪浅的还有其他科室,尤其是骨科和急诊科。以前一旦伤口或手术切口感染,处理方式往往比较单一,结果延长了住院时间,增加了患者痛苦和经济负担。现在通过烧伤科的会诊处理、病房转科治疗、门诊复诊和康复训练,患者和医院得以“双赢”。

4 伤口治疗中心的运作经验

笔者感受最深的是医院的团队精神和“以人为本”的服务理念。本院各科室收治的患者中有很多伤口没有得到及

时、有效的处理,遇到此类患者,医院领导和各科室都会立即建议其先作伤口治疗。在大家的理解和协助下,本中心不仅维持了正常的运转,也迅速提高了对各种伤口的处理技能。

5 提高伤口治疗技能的渠道和面临的困难

伤口治疗中心的运作只用了短短 2 年便已进入正常轨道。笔者通过对较多难愈性伤口和复杂伤口的处理,渐渐有了一些心得,并和包括中国台湾、中国香港在内的国内同道进行了学术交流。目前医学界比较关心糖尿病足的治疗,本中心与内分泌科配合,收治了较多此类患者并取得了一定成绩。临床医师均已达成共识:糖尿病足的治疗一定要多学科协作。作为烧伤科医师本身就需要较扎实的内科基础和耐心,通过努力一定能胜任这份“额外”的工作。

伤口治疗面临的问题还很多。首先是没有专人投入系统的研究工作,许多治疗效果仍停留在个案报道的层面。护士虽能胜任较多的临床伤口处理,但往往欠缺主动设计课题、处理疑难问题的能力。对这项工作感兴趣的医师要全身心地投入,目前还有一定难度。其次是伤口治疗的对照组设立难度较大,目前尚少见有大样本的多中心随机对照试验和系统分析来评价哪一种方法治疗伤口效果更好、药物经济学价值更高。再者是目前国内外都有较多的相关研究成果和较新的伤口促愈产品,但成果的转化和新产品的应用相对迟缓。

(收稿日期:2006-10-04)

(本文编辑:赵敏)

手背深 II 度烧伤 52 例

夏成德 赵耀华 雷会民 牛希华 狄海萍

1 临床资料

2001—2006 年,笔者单位对 52 例手部烧伤患者行浅切痂+大张自体皮移植术,其中男 35 例、女 17 例,年龄 8~55 岁。烧伤总面积 5%~35%,其中深 II 度 5%~30%、III 度 2%~8% TBSA。手背部创面均为深 II 度,共计 66 只伤手。致伤原因:火焰烧伤 32 例、热液烫伤 12 例、电弧烧伤 5 例、其他原因烧伤 3 例。

2 治疗方法

对患者进行常规全身治疗。在病情允许情况下,14 例患者 18 只伤手于伤后 10 h 内切痂并覆盖生物敷料 A(成分为猪皮,威海华特保健品有限公司),延迟 2~3 d 移植自体大张厚中厚皮;其余患者于伤后 3~5 d 行切痂植皮术。切痂范围包括手背及指背的深 II 度创面,切痂层次为真皮全层或浅脂肪层,保留健康的脂肪组织和浅静脉,然后用鼓式取皮机切取大腿外侧或背部厚中厚皮行移植术。对虎口及指蹼区的处理:切开指蹼侧缘向手背提升,以加深指蹼,再植入皮片;若指蹼烧伤较浅,可于指蹼缘近侧 2 cm 处植皮。术后以松散纱布填充,加压包扎,上述操作可在扎束止血带下完成。

术后 1 周首次更换敷料并拆线,之后开始功能锻炼及抗瘢痕治疗,各指蹼以条形医用硅凝胶薄膜(瘢痕敌,英国施乐辉公司)间隔,戴弹力手套并用弹力布条在手套外分指蹼加压,白天加强各指关节、指蹼主被动功能锻炼,晚间应用手部工具或可塑性夹板对抗瘢痕挛缩。

3 结果

本组患者 66 只伤手创面全部愈合,所植大张厚中厚皮片成活良好,其中 7 只伤手移植皮片下有点状或片状积血,经换药创面封闭。随访半年~2 年,手背及指蹼外形良好,功能基本正常,皮缘部位有轻微瘢痕,无需再次行整形手术。

典型病例:患者男,45 岁,头、面部及双手被电弧烧伤后 2 h 入院,烧伤总面积为 8% TBSA,深 II 度,掌侧皮肤正常(图 1)。于伤后第 3 天行双手背、指背切痂+自体厚中厚大张皮移植术,切痂深度达真皮下层(图 2),保留部分脂肪及浅层血管,供皮部位为大腿外侧。术后 1 周换药并拆线,皮片全部成活。随访 2 年,患者手部功能正常,外形满意,除缝合皮缘有轻微瘢痕外,未见瘢痕增生及指蹼粘连,汗毛生长旺盛(图 3)。



图 1 手背深 II 度电烧伤 图 2 切痂深度达真皮下层 图 3 术后 2 年随访,手部功能正常

作者单位:450004 郑州市第一人民医院烧伤科(夏成德、赵耀华、牛希华、狄海萍);河南省鄢陵县人民医院烧伤整形科(雷会民)