

有多形性;斑疹、丘疹、小脓疱均可部分或同时存在,部分患儿会出现红色斑疹,在斑疹上可出现丘疹和脓疱,可分布在躯干、腋下、颈部,典型脓疱病表现为周围无红晕的薄壁水脓疱,病原菌为金黄色葡萄球菌或溶血性链球菌,前者起病急、传染性强。

加强医护人员手卫生执行和洗婴环境清洁、消毒的同时,创面处理是新生儿皮疹治疗关键,选择有效药物治疗,可缩短新生儿皮疹的病程,防止并发症的发生。传统治疗采用消毒剂局部清创(如0.5%碘伏擦拭)后外涂抗生素制剂(如莫匹罗星外涂)。而外用消毒剂对皮肤有一定的腐蚀性,且长期局部外用抗生素制剂预防感染容易产生耐药菌。

莫匹罗星原名假单胞酸 A,可作用于细菌体内的异亮氨酸 tRNA 合成酶的异亮氨酸结合位点,选择性抑制异亮氨酸 tRNA 合成酶,阻碍氨基酸的合成,导致蛋白质合成受影响,进而发挥抗菌功能,临床广泛用于细菌感染性皮肤病的治疗。但自 1988 年发现莫匹罗星耐药菌以来,世界各地已有大量耐药菌报道^[6]。在减少耐药菌株的产生及控制耐药菌所致感染的过程中,合理应用抗菌药物及寻找治疗耐药菌所致感染的新的有效途径,仍是重要的措施之一。

理想的治疗应是可缩短其病程,防止并发症的发生,能避免造成流行,且安全、有效、经济。JUC 为皮肤物理抗菌膜专利技术产品,经口无毒,对人体正常细胞无损伤,对皮肤、黏膜无刺激性,对宿主免疫力不产生影响;一次喷洒能保持 8 小时以上的长效抗菌功能,兼具“物理抗菌”和“隐形敷料”的双重作用,可很好隔离和保护创面;JUC 纳米级分子网状模所带的正电荷强力吸附带有负电荷的病原微生物(细菌、真菌、病毒),静电力使其破裂、变形、死亡,起

到物理杀灭或抑制微生物的作用,避免耐药菌的产生^[3]。

JUC 可阻断病原微生物定植,消除感染源,阻断感染途径,只需喷洒,无需涂擦,使用简单方便,尤其对于鼻腔、耳部、口腔等涂药不方便的部位,更为简便、安全,患儿的依从性较好,同时有效避免了抗菌药物导致的多种毒副作用。本研究采用与药物抗菌不同的物理抗菌方法,对新生儿皮疹的治疗取得了更满意的临床疗效,与此前诸多临床报道的结果相一致^[7-8],与对照组相比,JUC 局部辅助治疗新生儿皮疹安全有效,显著缩短皮疹治疗时间,且近远期疗效无差异,更值得临床推广应用,以逐步缓解抗菌药物局部应用极易产生耐药性的严重社会问题。

参考文献:

- [1] 戴艺,林攀,谢晓敏,等.产科母婴同室新生儿皮疹相关因素探讨[J].中国医院感染控制杂志,2004,7(3):3.
- [2] 萧敏儿.产科聚集性出现新生儿皮疹的调查分析[J].中国营养保健,2012,9(5):1066-1067.
- [3] 刘淮,刘景楨.解决抗菌药物滥用和耐药的新途径[J].皮肤病与性病,2010,32(2):15-17.
- [4] 扬天籁,唐曙.小儿皮肤病学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.55-61.
- [5] Nanda S, Reddy B, Ramji S, et al. Analytical study of pustular eruptions in neonates [J]. *Pediatr-Dermatol*, 2002, 19(3): 210-215.
- [6] 刘媚娜,刘庆中,陆红,等.金黄色葡萄球菌对莫匹罗星的耐药性研究[J].中华临床感染病杂志,2008,1(3):533-536.
- [7] 夏华琴,周见.预防新生儿脐部感染的护理干预探讨[J].中华医院感染学杂志,2014,24(8):2049-2053.
- [8] 唐瑜,洁悠神、莫匹罗星与炉甘石治疗新生儿脓疱疮临床对比研究[J].当代医学,2015,21(27):129-130.

长效抗菌材料联合贝复新凝胶治疗压疮疗效观察

胡刚,谢琼,谭姝,郭鸿雁,唐竣

(云南省第一人民医院普外一科,云南昆明650031)

【摘要】目的 探讨长效抗菌材料联合贝复新凝胶治疗Ⅱ-Ⅲ期压疮的疗效。方法 2014年8月~2015年12月我院Ⅱ-Ⅲ期压疮患者56例98处压疮,随机分为试验组和对照组。实验组应用长效抗菌材料联合贝复新凝胶治疗,对照组用贝复新凝胶,分别对两组疗效、细菌生长情况及 PUSH 评分进行观察。结果 试验组平均愈合时间为(16.75±1.22)天,有效率96.49%,对照组平均愈合时间为(21.73±4.55)天,有效率78.05%,换药14天后,试验组的 PUSH 评分为(5.76±2.59),对照组为(8.59±3.23),各项指标对比均具有显著差异。结论 长效抗菌材料联合贝复新凝胶能减少Ⅱ-Ⅲ期压疮创面细菌繁殖,促进肉芽组织生成,显著缩短愈合时间。

【关键词】压疮;长效抗菌材料;贝复新;疗效

中图分类号:R632.1;R635 文献标志码:B doi:10.3969/j.issn.1002-1310.2016.05.023

压疮是临床常见的并发症之一,压疮一旦发生,不仅会给患者带来新的痛苦,若继发感染还会加重病情甚至导致死亡^[1]。压疮的发生率逐年增加,严重影响患者生活质量,也给护理人员及家属增加护理负担,目前国内外对压疮的治疗缺乏理想的方法。长效抗菌材料在创面修复中得到越来越广泛的应用,贝复新凝胶作为一种多功能细胞因子,已证实在皮肤组织的创面愈合中发挥着重要作用。我院于2014年8月开始,应用长效抗菌材料联合贝复新凝胶治疗Ⅱ~Ⅲ期压疮患者,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 按照美国国家压疮咨询工作组(National Pressure Ulcer Panel, NPUAP)2007压疮分级标准进行压疮分级。纳入标准:年龄≥18岁,患者或家属有治疗愿望。排除标准:①最近3个月内参加过其他新药临床试验;②过敏体质者及对药物成分过敏者;③孕妇及哺乳期妇女;④糖尿病及全身严重感染患者。共纳入2014年8月~2015年12月我院Ⅱ~Ⅲ期压疮患者56例。其中男性33例,女性23例。年龄(18~72)岁,平均(53.64±15.80)岁。将患者随机分为试验组和对照组,两组患者基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),试验组57处压疮,对照组41处压疮。

1.2 治疗方法 操作者为取得资质的创口治疗师,统一专门培训操作方法及评估标准。处理创面时必须遵守无菌操作原则,避免二次污染。首先用生理盐水清洗创面,将压疮内的坏死组织、脓液及异物彻底清除,再用碘伏涂抹,最后用生理盐水棉球擦净。试验组采用小纱布将贝复新凝胶搓揉均匀,覆盖压疮创面再喷洒长效抗菌材料,对于皮下潜行区域,将凝胶纱条填塞于间隙内喷洒长效抗菌材料,外用无菌干纱加压包扎,隔天换药。对照组采用传统方法采用小纱布将贝复新凝胶搓揉均匀,覆盖压疮创面,对于皮下潜行区域,将凝胶纱条填塞于间隙内,用法同试验组。

1.3 疗效评价

1.3.1 创面愈合时间 每处压疮从治疗开始至愈合所需的时间为愈合时间。愈合分级:治愈为压疮闭合,3%过氧化氢涂抹无泡沫产生;好转指创面减小,部分创面干燥、红润,新生肉芽组织生长出,炎性渗出液减少;无效为创面无明显变化,炎性渗出液仍较多;治愈加好转计为总有效。

1.3.2 伤口内细菌培养结果 分别于换药前、换药第7天、换药第14天戴无菌手套,使用棉棒采集伤口内的分泌物做细菌培养,有细菌计为阳性,无细菌计为阴性。愈合的伤口,按无细菌感染计算。

1.3.3 压疮愈合评分 采用压疮愈合量表(Pressure ulcer scale of healing, PUSH)进行评分。分别于换药前及换药第7、14天对创面面积、创面渗液量、压疮组织类型3项计分汇总,总分下降为有效,总分上升为恶化,总分无变化为无效,用于综合评估压疮处理各阶段的疗效。评分标准见表1。

2 结果

2.1 疗效比较 试验组57处压疮中,55处(96.49%)治疗有效,对照组41处压疮中,32处(78.05%)治疗有效;将全部资料录入SPSS 13.0软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,服从正态分布时两组均数比较采用配对 t 检验;两组创面愈合率和疗效比较采用Wileoxon秩和检验,两组总有效率的比较采用 χ^2 检验;当 $P<0.05$ 差异有统计学意义。试验组总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.059$),见表2。

2.2 细菌培养结果 换药前、换药7天、换药14天感染细菌情况比较采用 χ^2 检验。换药前两组创面感染细菌情况比较差异无统计学意义($P=0.932$);换药7、14天两组创面感染细菌情况比较差异均有统计学意义($P=0.000$),见表3。

2.3 PUSH评分 两组患者换药前PUSH评分差异无统计学意义($P>0.05$);换药7、14天两组患者创面PUSH评分差异具有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表1 PUSH评分标准

评分标准	计分
面积的测量及计分	0分
愈合	1分
<0.3	2分
0.3~0.6	3分
0.7~1.0	4分
1.1~2.0	5分
用米尺计算压疮的最大长度与宽度,面积=长×宽(以 cm^2 为单位)	7分
2.1~3.0	8分
4.1~8.0	9分
8.1~12.0	10分
12.1~24.0	
>24.0	

续表:

评分标准		计分
渗液量的估计与计分	干燥无渗液	0分
根据敷料的渗透情况估计	24h 渗液<5ml	1分
	5~10, ml	2分
渗液量并选择相应分值	>10ml	3分
	压疮闭合	0分
组织类型的评估与计分	压疮表浅并有上皮化	1分
根据压疮的外观确定组织类型并选择相应分值	清洁并有肉芽生长	2分
	有任何腐肉但无坏死组织	3分
	有任何坏死组织	4分

表2 两组患者治疗效果比较

组别	创面数	治愈	显效	无效	有效率%	愈合时间
对照组	41	19(46.34)	13(31.71)	9(21.95)	78.05	21.73±4.55
试验组	57	48(84.21)	7(12.28)	2(0.35)	96.49	16.75±1.22
χ^2 值				8.140		
<i>t</i> 值						3.325
<i>P</i> 值				<0.005		<0.01

表3 两组患者伤口内细菌培养结果比较

组别	创面数	换药前		换药7天		换药14天	
		阴性	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性
对照组	41	2	39	13	28	31	10
试验组	57	3	54	52	5	57	0
χ^2 值		0.007		37.826		15.482	
<i>P</i> 值		0.932		0.000		0.000	

表4 两组患者换药前及换药7、14天 PUSH 评分

组别	创面数	换药前评分	换药7天评分	换药14天评分
对照组	41	12.64±3.73	11.75±4.22	8.59±3.23
试验组	57	12.78±2.68	9.57±3.21	5.76±2.59
<i>t</i> 值		0.118	14.367	21.753
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.01

3 讨论

压疮是由于身体局部长期间受压,血液循环障碍,造成局部组织持续缺血缺氧,从而引起的组织坏死缺损,也称压力性溃疡^[2]。常见于长期卧床休息的患者,是临床常见的并发症之一。压疮的发生率呈逐年上升趋势,严重影响患者生活质量。治疗压疮的方法有很多,包括传统的清洗创面、外敷油纱敷料、压疮膜

敷贴等,疗效并不理想。贝复新作为一种外用牛碱性成纤维细胞生长因子,具有广泛的生物活性,具有促进上皮细胞、成纤维细胞及血管内皮细胞等的生长作用,能加快疮面的修复,是一种安全有效的创伤愈合剂^[3]。长效抗菌材料为一种隐形敷料,将其喷洒于体表时可快速凝固,形成一层连接牢固的正电荷层,具有长效抗菌作用。正电荷膜对带有负电荷的病原

微生物(细菌、真菌、病毒)具有很强吸附力,静电力使病原微生物变形死亡,起到物理灭菌作用^[4]。防止创面感染,促进自然愈合,并且其物理灭菌作用可有效避免耐药菌的产生^[5]。

综上所述,长效抗菌材料联合贝复新凝胶能减少Ⅱ~Ⅲ期压疮创面细菌繁殖,促进肉芽组织生成,显著缩短愈合时间,具有很好的临床推广价值。

参考文献:

[1] 宋志平. 实施压疮管理流程的效果分析[J]. 基层医学论坛,

2016,20(17):2414-2415.

[2] 刘军. 压疮的预防与护理[J]. 中国冶金工业医学杂志,2016,33(3):351-352.
 [3] 陈阳玉. 贝复济治疗压疮的护理体会[J]. 护理研究,2010,17(4):91.
 [4] 陈刚. 物理抗菌剂辅助治疗渗出性皮肤病疗效观察[J]. 皮肤病与性病,2015,37(1):62-63.
 [5] 刘淮,刘景栋. 解决抗菌药物滥用和耐药的新途径[J]. 皮肤病与性病,2010,32(2):15-17.

火针联合红蓝光治疗中重度寻常型痤疮疗效观察

严彦^{1*}, 杨颜龙²

(1. 黄石市中医医院皮肤科,湖北 黄石 435001;2. 中国人民解放军195医院皮肤科、全军皮肤病康复中心,湖北 咸宁 437100)

【摘要】 目的 评价火针联合红蓝光治疗中重度寻常型痤疮的临床疗效。方法 将符合标准的180例患者,随机分为两组各90例,治疗组予火针治疗及红蓝光治疗,对照组仅予火针治疗,5天治疗1次,共4次。结果 治疗组与对照组有效率分别为85.56%和65.56%($P < 0.05$),比较差异有统计学意义。结论 火针联合红蓝光治疗痤疮,可以发挥协同作用,疗效好,不良反应少。

【关键词】 痤疮;火针;红蓝光

中图分类号:R751.05;R758.73*3 文献标志码:B doi:10.3969/j.issn.1002-1310.2016.05.024

寻常痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性复发性炎性皮肤病,皮损主要表现为粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿等,部分留有瘢痕^[1]。给患者工作生活带来很大影响,因此,开展能快速治疗中重度痤疮的方法研究,对痤疮预后和提高生活质量具有重要意义。笔者于2013年~2015年对本科门诊90例中重度寻常痤疮采用火针联合红蓝光治疗取得满意疗效,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 180例患者均来自黄石市中医医院皮肤科,按就诊先后顺序采用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组。治疗组90例,男59例,女31例;年龄(12~33)岁;病程(2~27)个月;中度(Ⅲ级)72例,重度(Ⅳ级)18例。对照组90例,男57例,女33例;年龄(13~31)岁;病程(1~26)月;中度(Ⅲ级)71例,重度(Ⅳ级)19例。两组患者在性别、年龄、病程及皮损严重程度方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.1.1 诊断标准 遵照 Pillsbury 及国际改良痤疮分级法^[1]进行诊断分级:①轻度(Ⅰ级):以粉刺为主,少量丘疹和脓疱,总病灶数少于30个;②中度(Ⅱ级):有粉刺,中等数量的丘疹和脓疱,总病灶在(31~50)个之间;③中度(Ⅲ级):大量丘疹和脓疱,

分布广泛,总病灶在(51~100)个之间,结节少于3个;④重度(Ⅳ级):结节性、囊肿性或聚合性痤疮伴疼痛并形成囊肿病灶数多于100个,结节或囊肿多于3个。

1.1.2 纳入标准 ①符合诊断标准,病情属中度(Ⅲ级)或重度(Ⅳ级)者;②年龄(18~35)岁,性别不限;③愿意接受火针治疗者

1.1.3 排除与剔除标准 ①有晕针史或其他原因无法坚持治疗、私自加用其他治疗,从而影响疗效评定者;②治疗前30天内服过与本病相关的药物,14天内外用过与本病相关的外用药;③合并有心脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病及精神病患者;④妊娠期妇女,瘢痕体质者;⑤光过敏患者。

1.2 治疗方法 对照组:治疗前先拍照存档,签署“火针治疗知情同意书”并交代治疗当天创面不要见水保持干燥,取穴:阿是穴。取每个皮损顶部中央,较大的结节或囊肿取皮损顶部和基底部。针具:盘龙火针(规格为0.5mm×50mm)。操作:充分暴露面部或胸背部皮损部位,选择好进针点。碘伏常规消毒后,用左手持酒精灯,右手持火针针柄,将针置于火焰的外焰,将针体前2/3烧至发红后,垂直快速刺入皮损顶部,要求稳、准、快,速进疾出。若皮损为粉刺、丘疹、脓疱,常规点刺一下即可,用消毒棉签稍挤

【收稿日期】2015-12-14 *通信作者| E-mail:13227838@qq.com