

长效抗菌喷雾敷料在化脓性、坏疽性阑尾炎切口感染预防中的应用

王文艺

(云南平安中西医结合医院, 云南 昆明 650028)

【摘要】目的:评价长效抗菌喷雾敷料洁悠神在预防化脓性、坏疽性阑尾炎切口感染中的应用效果。方法:以2014年1月至2015年6月我院普外科收治的264例急性化脓性、坏疽性阑尾炎患者作为研究对象,试验组、对照组各132例。对照组选择凡士林作为敷料,常规换药;试验组在对照组基础上,分别在切皮前、缝皮前、常规切口换药后,在距离切口15cm高处,均匀喷洒洁悠神长效抗菌喷雾敷料,范围为切口周围5cm。结果:试验组切口的甲级愈合率(99.2%)高于对照组(91.7%),差异具有统计学意义($P<0.05$);两组均未见痛、痒等过敏反应。结论:急性化脓性、坏疽性阑尾炎术后应用洁悠神长效抗菌喷雾敷料可预防切口感染。

【关键词】化脓性、坏疽性阑尾炎;切口感染;洁悠神;长效抗菌喷雾敷料

【中图分类号】R574.61

【文献标识码】B

【文章编号】1009-3389(2016)13-0074-02

医院感染已成为一个严重的公共卫生问题,也是住院患者死亡的主要原因之一,有报道显示约1/5的住院死亡与医院感染有关^[1]。手术切口感染是最常见的医院感染类型,占除重症监护室(ICU)外医院感染的0.96%~11.25%^[1]。切口感染严重威胁患者生命安全,轻则延长住院时间、增加卫生资源耗费,重则可并发脓毒症、全身炎症反应综合征、多器官功能衰竭,甚至可致死亡,有报道显示切口感染者死亡风险增加2倍以上。急性化脓性、坏疽性阑尾炎是常见的急性感染类型,占急性阑尾炎的80%~90%,患者腹腔污染状况较复杂,术中冲洗引流量多,术后引流时间长,是切口感染的高发人群,切口感染成为影响阑尾炎切除术整体获益的关键因素之一,因此积极预防切口感染非常必要^[2]。选择合适的敷料是预防感染的重要方法,本次研究试评价了长效抗菌喷雾敷料洁悠神在预防急性化脓性、坏疽性阑尾炎切口感染中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以2014年1月至2015年6月我院普外科收治的264例急性化脓性、坏疽性阑尾炎患者作为研究对象。纳入标准:①临床确诊,无误、漏诊;②无其他原发性感染;③知情同意。排除标准:①不符合纳入标准;②特殊类型阑尾炎,如妊娠合并阑尾炎;③术前切口部位病变、皮损者;④药物过敏者。共纳入患者264例,男性147例、女性117例;年龄10~88岁,平均年龄28.4岁($s=5.1$);病程2h至7.4d,平均病程17.4h($s=10.2$)。转移性腹痛187例,触诊腹部包块4例。有消化道症状表现者157例。压痛184例、反跳痛94例。发热116例,其中高热8例。白细胞平均计数 $12.8 \times 10^9/L$ ($s=5.1 \times 10^9$)。急性化脓性阑尾炎184例、急性坏疽穿孔性阑尾炎88例。传统手术74例,小切口手术190例。超重或肥胖27例,中心性

肥胖11例。营养不良34例,合并糖尿病18例。夏季手术114例,连台手术74例。随机将患者分为试验组、对照组,各132例,两组患者年龄、性别、病情、切口感染危险因素分布等临床资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 取凡士林与4支外用溃疡散,盛入无菌盒,无菌手套调拌均匀,呈膏状。取25片无菌纱布,将凡士林涂抹在纱布上,完全浸湿,备用。生理盐水、碘附由内而外擦拭创面,冲洗分泌物、坏死组织,反复2次。而后,以50%葡萄糖+1U胰岛素浸润卫生棉球,由内而外,涂擦创面及周围皮肤。用制备好的凡士林敷料覆盖创面,胶布固定。每日更换1次。若出现感染症状,可给予抗生素治疗,增加换药频次。

1.2.2 试验组 在对照组基础上,分别在切皮前、缝皮前、常规切口换药后,在距离切口15cm高处均匀喷洒长效抗菌喷雾敷料洁悠神,范围为切口周围5cm。

1.3 观察指标 切口甲级愈合率,细菌培养阳性率,不良反应发生率。

1.4 疗效判定 切口甲级愈合:切口愈合优良,无不良反应;乙级愈合:无化脓性感染,但有缝线针眼轻度感染或切口红肿硬结;丙级愈合:切口化脓性感染。

1.5 统计学分析 采用SPSS19.0统计软件对数据进行统计分析。计数资料以百分比(%)表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

试验组切口甲级愈合率高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见附表。两组均未见痛、痒等过敏反应。

附表 两组切口愈合情况与切口细菌培养阳性率对比

	例数	甲级	乙级	丙级	细菌培养阳性率
试验组	132	131(99.2%)	1(0.8%)	0(0)	100%(1/1)
对照组	132	121(91.7%)	6(4.5%)	5(3.8%)	100%(11/11)

3 讨论

引起术后切口感染的因素较多,主要包括:①手术原因,创

面较大、腹腔渗液冲洗不全;②异位反应引起炎症,引流不当,导致残渣留存反复刺激引起炎症,诱发感染;③体质原因,如发

作者简介:王文艺,1971年生,男,汉族,云南祥云人。科主任,从事普外工作

汗、潮热等渗液;④全身因素,如贫血、糖尿病等^[3]。对于化脓性、坏疽性阑尾炎而言,开腹手术仍为主要治疗方法,但切口较大,切口感染是最常见的并发症,占50%~80%。切口感染病原菌以大肠埃希菌为主,大量研究显示切口感染病原菌与阑尾炎病原菌呈高度相关^[4-5]。注意保护好切口,避免被腹腔镜渗液污染是预防感染的关键^[6],化脓性、坏疽性阑尾炎腹腔渗液较多,病原菌进入渗液,感染发生率较高。

长效抗菌敷料洁悠神是一种高分子抗菌隔离纳米材料,其由胶联层、正电荷层构成,通过静电力吸附微生物,影响微生物活动,使细胞膜变形、破裂,起到杀菌作用。抑菌剂纱布可与皮肤表面分子键结合,形成牢固稳定的网膜,降低耐药性,且对皮肤黏膜无刺激,利于创面愈合^[7]。有报道显示,喷洒1次8h后,抑菌率达到91%,对细菌、真菌、病毒等多种病原体都有一定的杀灭作用。分别在切皮前、缝皮前、常规切口换药后喷涂洁悠神,可有效预防术中、术后微生物对切口与周围皮肤的侵袭,降低感染风险。抗菌敷料相较于普通敷料,可起到持久杀菌、长效杀菌作用。本次研究中,试验组甲级愈合率高于对照组,证实长效抗菌敷料确实起到了预防效果^[8]。需注意的是,因化脓性、坏疽性阑尾炎切口感染病原菌与体腔内病原菌高度相关,喷涂抗菌敷料并非万灵药,若术后管理不到位,如引流不畅、剧烈活动,也可能导致切口渗液污染。故在喷涂长效抗菌敷料时,仍应加强宣教,告知抗菌敷料的作用原理、切口感染危险因素。护士自身也应提高警惕。

综上所述,化脓性、坏疽性阑尾炎治疗中应用洁悠神长效

抗菌喷雾敷料可预防切口感染,但并非万全之策,患者仍有切口感染风险,需规范操作、落实其他常规预防措施。

参考文献

- [1] 吴安华,任南,文细毛,等.全国医院感染监测网2009—2013年监测资料分析.中华医院感染学杂志,2014,24(6):401-403
- [2] Simillis C, Symeonides P, Shorthouse AJ, et al. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). Surgery, 2010, 147(6):818-829
- [3] 冯强.急性化脓性阑尾炎术后切口感染的相关危险因素分析.实用预防医学,2010,17(11):2256-2257
- [4] 耿群祥.阑尾切除术及其术后并发症预防探讨.亚太传统医药,2011,7(10):152-153
- [5] 翟达坤.急性阑尾炎860例患者脓液细菌培养及耐药性分析.淮海医药,2013,31(3):247-248
- [6] 高山.术前应用抗生素、术中碘伏冲洗手术切口对阑尾炎切除术后切口感染的临床观察.中国医药指南,2011,9(8):55-56
- [7] Gillespie BM, Chaboyer W, Allen P, et al. Wound care practices: a survey of acute care nurses. J Clin Nurs, 2014, 23(17/18):2618-2627
- [8] Gong Y, Han G, Zhang Y, et al. Antifungal activity and cytotoxicity of Zinc, Calcium, or Copper alginate fibers. Biol Trace Elem Res, 2012, 148(3):415-419

(责任编辑 王梦华)

(上接第73页)

氨酶轻度升高2例,皮疹2例,头痛2例,肾功能降低1例,凝血酶原时间延长6例,白血细胞减少0例;对照组出现轻微腹部不适1例,恶心2例,转氨酶轻度升高1例,皮疹0例,头痛0例,肾功能降低1例,凝血酶原时间延长7例,白血细胞减少1例。两组比较,差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

老年CAP是严重威胁老年患者生命的最常见疾病,近年由于非典型病原体(如衣原体、支原体、军团菌等)引起感染明显增多。65岁以上的老年人一旦诊断CAP,应尽早开始抗菌药物的经验性治疗,应选用能覆盖肺炎链球菌、流感嗜血杆菌的药物;同时有肺炎支原体、肺炎衣原体、军团菌感染时,应联合应用抗生素,尤其对于社区医院,一般不具备痰培养及呼吸机等技术设备时,经验性联合治疗显得更为重要。

《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》建议老年CAP初始性抗菌治疗选择β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂,或联合大环内酯类,本治疗组应用β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂哌拉西林他唑巴坦联合喹诺酮类左氧氟沙星,基本能覆盖老年CAP的好发菌谱,在临床应用中取得良好治疗效果。

本组病例中,相比第三代头孢菌素治疗明显改善,治疗后转上级医院治疗率明显下降。这两种药属于基础药物,符合社区医院选择。

联合用药时,药物对机体的毒副作用比单药大,虽然本组病例无明显不良反应或经临床对症处理后不影响疗程,但是大数据统计结果仍未获得,在临床中主要依据经验。尤其是老年人并发症较多,本组病例(CAP<3分)未将严重并发症的患者纳入组内分析,以后还需积累相关病例。

回顾文献,对比其他联合用药,本组病例取得了较好疗效,同时基于我国实际情况,建议社区医院将左氧氟沙星联合哌拉西林他唑巴坦治疗老年CAP(CAP<3分)作为首选。

参考文献

- [1] 刘又宁,陈民钧,赵铁梅,等.中国城市成人社区获得性肺炎665例病原学多中心调查.中华结核和呼吸杂志,2006,29(1):3-8
- [2] 中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南.中华结核和呼吸杂志,2006,20(10):651-655
- [3] 梅建华,周云芳,吴正春.阿齐霉素联合头孢噻肟钠治疗老年社区获得性肺炎.中国微生态学杂志,2007,4(19):200-201

(责任编辑 王梦华)