参考文献

[1] TULLU M S,MAHAJAN M D,RAMCHANDANI C S,et al. Pulmonary arteriovenous malformations[J]. Indian J Pediatr,2001,68(9):891-894.

[2] 田荣成,张泽生,刘抗,等. 病态窦房结综合征的研究进展[J]. 赣南医学院学报,2019,39(7):662-667.

[3] NAKAYAMA M,NAWA T K H,CHONAN T,et al. Prevalence of pulmonary arteriovenous malformations as estimated by low-dose thoracic CT screening[J]. Intern Med,2012,51(13):1677-1681.

[4] SHOVLIN C L. Pulmonary arteriovenous malformations[J]. Am J Respir Crit Care Med,2014,190(11):1217-1228.

[5] VORSELAARS V,HOSMAN A E,WESTERMANN C,et al. Pulmonary arterial hypertension and hereditary haemorrhagic telangiectasia[J]. Int J Mol Sci,2018,19(10):3203.

[6] BOFARID S,HOSMAN A E,MAGER J J,et al. Pulmonary vascular complications in hereditary hemorrhagic telangiectasia and the underlying pathophysiology[J]. Int J Mol Sci,2021,22(7):3471.

[7] FOLEY R E,BOYD D P. Arteriovenous fistula of the lung[J]. Dis Chest,1959,35(4):422-427.

[8] XIE Y,WANG J,ZOU Y. Pulmonary arteriovenous fistula[J]. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord,2023,12(2):101717.

[9] 王新房,谢明星. 超声心动图学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2016:730-732.

[10] ROXANA O,JOSEFIEN H,ADRIENNE H,et al. Executive summary of the 14th HHT international scientific conference[J]. Angiogenesis,2023,26(Suppl 1):27-37.

[11] ALONSO A,JENSEN P N,LOPEZ F L,et al. Association of sick sinus syndrome with incident cardiovascular disease and mortality: The atherosclerosis risk in communities study and cardiovascular health study[J]. PLoS One,2014,9(10):e109662.

[12] DONG H Y,CHEN H,HIDRU T H,et al. Sinus node dysfunction and stroke risk: A systematic review and meta-analysis[J]. BMJ Open,2023,13(11):e076499.

[13] BODIN A,BISSON A,GABORIT C,et al. Ischemic stroke in patients with sinus node disease,atrial fibrillation,and other cardiac conditions[J]. Stroke,2020,51(6):1674-1681.

[14] 隗祎,任学军,韩智红. 病态窦房结综合征合并心房颤动与心房纤维化的关系[J]. 心肺血管病杂志,2017,36(7):604-606.

(收稿日期:2024-03-14　修回日期:2024-05-22)

· 案例分析 ·

意识障碍患者医院外带入罕见部位压力性损伤 1 例护理

刘淑益[1],段海梅[2],夏　红[1△]

(1. 重庆市武隆区人民医院 ICU,重庆 408599;2. 重庆医科大学附属儿童医院新生儿科,重庆 400042)

[摘　要] 2023 年 3 月 22 日重庆市武隆区人民医院收治 1 例药物中毒伴意识障碍的患者,在医院外因意识障碍,双手指、双足交叉卧床约 11 h,双手指关节及双足(足背、足外踝)长时间处于受压状态,导致压力性损伤的发生。双手指关节及双足均出现 2 期压力性损伤。主要护理方法为医护协作联合伤口造口小组成员采用评估-管理-治疗干预方案模式,全面评估患者疾病及皮肤损伤情况,运用湿性愈合理念联合使用水胶体敷料、生长因子、体位管理等方法积极处理。经过 8 d 的精心治疗和护理,患者双手指关节及双足(足背、足外踝)伤口创面明显好转,治愈出院。

[关键词] 意识障碍;　罕见部位;　压力性损伤;　护理;　病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.17.039　　**中图法分类号**:R751;R473.75

文章编号:1009-5519(2024)17-3055-04　　**文献标识码**:B

压力性损伤(PI)指由于强烈或长期存在的压力或压力联合剪切力导致的皮肤和(或)皮下组织的局部损伤,常表现为完整皮肤或开放性溃疡,可能会伴疼痛感,多发生于骨隆突处、医疗或其他器械压迫处[1]。PI 的发生不仅会导致患者不良预后,延长住院时间,增加医务人员工作量,还会增加患者的经济负

△ 通信作者,E-mail:510156177@qq.com。

担，降低生活质量[2]。骶尾部、髋部及足跟等常见部位或医疗设备接触处 PI 的防护是临床护理关注的重点，但对手指关节、足背等罕见部位（即非常少见、难得见到的部位）的 PI 关注较少。PI 护理的重点是观察和评估患者状况，与 PI 患者的预后相关。在对 PI 的处理中，医务人员由以往的干性愈合理念逐渐转变为湿性愈合理念，即保持伤口湿润、清洁，在半密闭或密闭性敷料中使伤口创面保持适宜的温度及湿润的环境，有助于促进伤口愈合，使用湿性愈合敷料可缩短患者住院时间及伤口愈合时间，减轻患者疼痛，减少医务人员工作量，提高满意度[3]。2023 年 3 月重庆市武隆区人民医院收治 1 例药物中毒伴意识障碍的患者，其双手指关节及双足均出现了 2 期 PI，通过湿性愈合理念结合水胶体敷料、生长因子联合使用，经过 8 d 的积极治疗和精心护理，PI 明显好转，治愈出院。现将护理体会总结如下。

1　临床资料

患者，男，44 岁。因意识障碍 2 h 于 2023 年 3 月 22 日 13：44 急诊入院。入院诊断：(1)急性药物中毒？(2)左侧颞极蛛网膜囊肿。患者既往长期存在睡眠障碍，药物治疗仍难以入睡。其家属诉入院前 1 d 患者饮半斤白酒后服用药物（艾司唑仑 10 颗、奥氮平 20 颗、盐酸曲唑酮 10 颗左右）便睡去，长时间未清醒，由重庆市武隆区人民医院“120”接诊入院。入院时查体：体温 39.5 ℃，心率 137 次/分，呼吸 26 次/分，血压 113/67 mm Hg（1 mm Hg＝0.133 kPa），体重 78 kg，体重指数 26.06 kg/m^2，清蛋白 46.10 g/L，Braden 评分 12 分。昏迷，双侧瞳孔等大等圆，直径 3 mm，对光反射灵敏，发热貌，双手指关节皮肤呈压之不变白的红斑，左足跟皮肤有 5 cm×6 cm 压之不变白的红斑。入院当天 15：09 患者双手指关节及双足（足背、足外踝）出现散在血清性水泡，水泡未破溃，水泡周围皮肤发红，通过评估患者全身状况，对伤口使用伤口评估三角工具，综合考虑为 2 期 PI。经医护协作联合伤口造口小组成员组成皮肤管理小组，针对患者情况拟定相对应的护理措施。入院当天 22：33 因患者意识仍未恢复转入重症监护病房进行连续肾脏替代疗法，同时，继续给予无创呼吸机辅助呼吸、氟马西尼拮抗艾司唑仑、促醒等对药物中毒症状进行治疗，随后采用水泡给予聚维酮碘消毒后使用 5 mL 无菌注射器穿刺抽吸泡液，避免创面继续受压。2023 年 3 月 24 日（入院第 3 天）患者左足外踝水泡破溃，出现 4 cm×3 cm 表皮破溃，可见肉芽组织暴露，创面少量渗液，创口边缘不规则，创口周围皮肤发红。首先给予破溃处创伤面使用聚维酮碘消毒，然后涂抹生长因子促进表皮生长，最后联合水胶体敷料覆盖，以达到促进创伤面湿性愈合的效果。2023 年 3 月 26 日患者病情平稳，双手指关节、双足背水泡完全吸收，足外踝破溃处创面可见上皮爬行，破溃面积缩小至 2 cm×1 cm，由重症监护病房转全科医学科继续治疗。住院期间患者创面持续使用上述治疗方法。2023 年 3 月 30 日患者治愈出院，并对患者及家属进行出院宣教，指导其皮肤护理。2023 年 4 月 4 日出院后对患者进行随访，伤口已痊愈。

2　讨　　论

2.1　PI 发生的原因

2.1.1　压力因素　PI 的主要原因是施加在软组织上的持续力学负荷，短时间高负荷或长时间低负荷均可导致组织损伤[4]。压力因素是发生 PI 的最基本、最重要的因素。本例患者入院后约 1.5 h 被发现双手指关节及双足（足背、足外踝）多处出现水泡，左足跟皮肤有 5 cm×6 cm 压之不变白的红斑。查房时发现患者双手指交叉放于腹部，双足交叉，足外踝与足背直接接触，通过询问患者的家属，诉患者入院前因意识障碍，双手指、双足交叉卧床约 11 h。判断患者双手指关节及双足（足背、足外踝）、足跟可能长时间处于受压状态，组织部位的血液循环受阻，导致软组织损伤，导致 PI 的发生。

2.1.2　患者因素　本例患者因药物及酒精作用处于昏迷状态，感知能力下降，自主活动能力丧失，无法对不舒适、疼痛等做出及时反应；发热、出汗导致机体的新陈代谢增加，对氧气的需求量增加；同时，皮肤潮湿致角质层强度下降，皮肤摩擦系数增加[5]，增加了发生 PI 的风险。

2.1.3　护理因素　本例患者在家中发生意识障碍后，其家属长时间未察觉，未及时纠正患者不良的睡眠姿势；护士未对长期受压部位进行了解和处理，评估不全面。另外，临床关注更多的是常见的受压部位皮肤情况，对非常见部位，即双手指关节、足背等皮肤防护认识不足；因本例患者病情危重，医务人员重点关注其疾病的诊治和护理，未及时对长期受压部位进行及时减压，导致 PI 进一步加重。

2.2　护理体会

PI 的护理包括 PI 风险因素及风险评估、PI 的评估、PI 的管理、体位管理等[4]。

2.2.1　PI 风险因素及风险评估　移动受限、活动受限、承受摩擦力和剪切力大的患者，以及既往有 PI 史或压力点疼痛的患者均有发生 PI 的风险。因此，正确掌握发生 PI 的潜在风险因素、尽快对患者进行 PI 风险因素的筛查是预防 PI 高风险人群发生或 PI 患者再发生 PI 的关键。采用 Braden 量表对患者的感觉、移动、活动能力、营养状况、皮肤潮湿、摩擦力和剪切力 6 个维度进行综合评估，Braden 评分 12 分，属 PI 高风险状态。虽然该量表提供了一个结构化的评估方法，但 PI 的风险因素在不断更新，因此，该量表存在一定的局限性，在使用该量表进行评估时还应考虑皮肤状况和组织灌注[6]。本例患者因认识不足未能尽早采取措施阻止 PI 的进一步发展。

2.2.2　PI 的评估　评估患者全身情况，包括年龄、体

重指数、营养状况、活动情况等；严密观察受压部位皮肤的肿胀、弹性和疼痛变化。本例患者 PI 的分期和伤口情况采用伤口评估三角工具，包括伤口边缘是否存在浸渍、脱水、潜行、卷边的情况，伤口周围皮肤是否存在浸渍、胼胝、皮肤角化症、湿疹、皮肤干燥、表皮脱落等[7]。评估患者双手指关节及双足（足背、足外踝）出现散在血清性水泡，水泡未破溃，水泡周围皮肤发红，左侧足跟有 5 cm×6 cm 压之不变白的红斑，综合考虑为双手指关节及双足（足背、足外踝）发生了 2 期 PI。入院后对患者伤口情况进行动态评估。

2.2.3　PI 的管理　医护协作联合伤口造口小组成员组成皮肤管理小组，基于伤口评估三角工具制定治疗及护理干预方案并实施。未破损的水泡给予聚维酮碘消毒后，采用 5 mL 无菌注射器从水泡低位穿刺抽出泡液，见少量血清性泡液，给予无菌纱布包扎；已破溃的皮肤用聚维碘酮消毒伤口和周围皮肤；使用无菌技术清除坏死组织，生理盐水冲洗；使用生长因子凝胶外涂伤口，促进肉芽生长[8]；使用水胶体敷料覆盖，吸收少量或中量的创面渗出液，并保持创面湿润，促进肉芽组织生长和上皮组织再生[9-10]。基于湿性愈合理念，生长因子联合水胶体敷料能快速抑制创面的持续渗液及其他不良情况，有利于减少换药次数，减轻换药的不适感，进而促进恢复[11]。本例患者每天换药 1 次，8 d 后出院，创面明显缩小，干燥、无渗液。

2.2.4　体位管理　发生 PI 的主要原因是压力，体位管理是预防 PI 的重要组成部分[12]。本例患者 Braden 评分 12 分，属 PI 高风险人群，且双手指关节及双足（足背、足外踝）已发生 PI；同时，重视骨突处，如骶尾部、髋部、枕部等 PI 高发部位，尽可能避免长期受压导致新发 PI。根据患者的感觉、移动能力、活动能力、营养状况、摩擦力和剪切力 5 个方面进行综合评估，为患者制定个性化的体位管理方案。通过评估患者病情，抬高患者床头 20°～30°，患者自觉舒适度提升，同时，也采用新型敷料、交替式减压空气床垫等辅助预防[13]。

2.3　小结

2.3.1　重视医院外带入 PI 的风险因素评估，为临床决策提供支持　随着医学技术的进步和科技的发展，医院获得性 PI 发生率逐渐下降，但医院外 PI 发生率仍处于较高水平[14]。在我国居家患者 PI 发生率高达 20%～50%[15]。本例患者入院前因意识障碍，双手指关节长时间处于受压状态，但由于认识不足，未能尽早采取措施阻止 PI 的进一步发展。因此，要重视对医院外 PI 的相关预防及处理，重视风险评估。

2.3.2　打破固化思维，提升罕见部位 PI 的意识　相关研究表明，PI 最常见的部位是骶尾部，其次是足跟、髋部、臀部等骨隆突处[5,15-16]。本例患者涉及双手指关节处 PI，医务人员关注不及时，未能及时处理。因此，医务人员关注重点不仅是骨隆突处或医疗设备接触处等常见部位，也需对罕见部位及时预防和护理。

2.3.3　采用评估-管理-治疗干预方案模式提高伤口护理质量　相较于传统伤口评估，采用伤口评估三角工具对伤口创面进行全面评估，将伤口评估从伤口床扩展至伤口边缘及伤口周围皮肤，使伤口评估得以统一、规范、标准[7,17]。对本例患者经医护协作联合伤口造口小组成员基于伤口评估三角工具制定 PI 患者评估-管理-治疗的干预方案。标准化伤口评估方法能缩小伤口评估中存在的差异，也能缩短医务人员评估时间；针对伤口床、伤口边缘和周围皮肤 3 个不同区域的特点，制定针对性的管理方案分别进行处理，有效提升了疗效，降低了医疗费用，减轻了经济负担。

2.3.4　健康教育　PI 的发生会导致疼痛、感染、住院时间延长等负面影响，因此，对患者及家属提供有效的入、出院健康教育极为重要[18]。且赵喜兰等[19]也指出，患者家庭主要照顾者的照护能力对 PI 患者的康复具有重要作用。医院应定期对医护人员开展 PI 相关知识培训[14]，不断更新知识理念，加强对患者及家属的健康宣教，提升其认知水平和照护能力。对本例患者及家属进行出院宣教，指导其皮肤护理，避免出现不良预后。因此，健康教育必不可少。

综上所述，PI 是一项常见的健康问题，也是临床医务人员工作的重点和难点。本例患者因意识障碍长时间保持不良的睡眠姿势，导致 PI 的发生，对患者发生的 2 期 PI 部位采用评估-管理-治疗干预方案模式进行及时评估和处理，提醒患者纠正不良的睡眠姿势，对患者及家属进行健康教育，治疗及预后效果显著改善。减少 PI 发生的关键在于预防，而预防的关键在于加强健康宣教，提高大众对 PI 预防和护理的认识，提升高风险患者及家属对 PI 的防控意识和处理能力，从而降低医院外 PI 发生率。

参考文献

[1]　KOTTNER J，CUDDIGAN J，CARVILLE K，et al. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries：The protocol for the second update of the international clinical practice guideline 2019[J]. J Tissue Viability，2019，28(2)：51-58.

[2]　罗昌春，张娟，郭建春，等. 老年患者院外压力性损伤发生的危险因素分析[J]. 北京医学，2022，44(1)：74-77.

[3]　莫怀飘，林进姬，罗仕珍. 湿性愈合敷料应用在Ⅱ、Ⅲ期压力性损伤患者中的护理研究[J]. 中外医学研究，2021，19(12)：98-100.

[4]　王泠，胡爱玲. 压力性损伤临床防治国际指南(2019)[M]. 3 版. 北京：人民卫生出版社，2021：7-13.

[5]　武晓林，尤敏，王婷. 压力性损伤高危患者危险因素及预防措施的研究进展[J]. 当代护士（中旬

刊)，2023，30(4)：17-22.
[6] ADIBELLI S，KORKMAZ F. Pressure injury risk assessment in intensive care units：Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales[J]. J Clin Nurs，2019，28(23/24)：4595-4605.
[7] 安俊红，韩雪，张春萍. 基于伤口评估三角的干预方案在 3 期及以上压力性损伤病人延续护理中的应用[J]. 护理研究，2021，35(24)：4475-4477.
[8] 尹良鸿，高玲，卢继东. 碱性成纤维生长因子对皮肤损伤修复作用的研究进展[J]. 中国生物制品学杂志，2020，33(5)：574-580.
[9] 高仪轩，周彪，巴特，等. 新型敷料在创面修复中的应用与进展[J/CD]. 中华损伤与修复杂志(电子版)，2022，17(1)：68-71.
[10] 谢婷. 两种敷料治疗 1、2 期压力性损伤效果的对比研究[D]. 贵州：贵州中医药大学，2019.
[11] 杨花，王明. 生长因子配合湿性敷料以及护理干预对促进慢性伤口愈合的效果[J]. 北方药学，2022，19(3)：58-60.
[12] 林跃纯，义夏英，雷东艳，等. 精细化管理在压力性损伤患者体位管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2020，26(6)：100-102.
[13] 杨龙飞，宋冰，倪翠萍，等. 2019 版《压力性损伤的预防和治疗：临床实践指南》更新解读[J]. 中国护理管理，2020，20(12)：1849-1854.
[14] 姚青芳，江湖，文雪柯，等. 院外带入压力性损伤的护理研究进展[J]. 当代护士(上旬刊)，2023，30(5)：15-18.
[15] 蒋琪霞，管晓萍，苏纯音，等. 综合性医院压疮现患率多中心联合调研[J]. 中国护理管理，2013，13(1)：26-30.
[16] 杜卫卫，王凤娟. 828 例院外带入压力性损伤病人的回顾性调查[J]. 全科护理，2023，21(1)：135-137.
[17] 尹丽萍. 伤口评估三角工具联合康复新及碘仿在治疗压疮中的临床研究[J]. 护士进修杂志，2018，33(6)：565-567.
[18] LI Z Y，LIN F，THALIB L，et al. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients：A systematic review and meta-analysis[J]. Int J Nurs Stud，2020，105：103546.
[19] 赵喜兰，罗晓，黎明，等. 从主要照顾者角度分析卧床患者发生压疮的影响因素[J]. 中华现代护理杂志，2016，22(32)：4608-4612.

(收稿日期：2023-12-16　修回日期：2024-05-03)

· 案例分析 ·

剖宫产术后宫腔粘连 3 例临床分析

唐国亮，陈学琳△
(深圳市人民医院产科，广东 深圳 518020)

[摘　要] 回顾性分析 2018 年 1 月至 2022 年 12 月在该院行剖宫产术后发生宫腔粘连(IUA)的 3 例患者临床资料。3 例患者既往均有宫腔操作史，术中靠近宫颈内口出血处有间断缝合，术后发现胎盘残留及子宫瘢痕憩室。剖宫产术后出现 IUA 发生率极低、粘连重，减少非医学需要的人工流产，降低剖宫产率，尤其是初次剖宫产率，术中尽可能清理干净胎盘、提高缝合技巧，及时纠正贫血，促进子宫切口愈合等可能是有效预防措施。

[关键词] 剖宫产；　宫腔粘连；　子宫瘢痕憩室；　临床分析
DOI：10.3969/j.issn.1009-5519.2024.17.040　　**中图法分类号**：R711
文章编号：1009-5519(2024)17-3058-03　　**文献标识码**：B

宫腔粘连(IUA)也称 Asherman 综合征，其形成有多种原因，其中最常见的是医源性子宫内膜损伤，任何对子宫内膜基底层的损伤，均可能导致 IUA[1]。有研究结果显示，流产后 IUA 发生率为 19.1%，与宫腔手术的次数呈正相关[2]。关于剖宫产术后导致 IUA 的文献报道极少，临床上罕见。本文通过回顾性分析剖宫产术后发生 IUA 的 3 例患者临床资料，探讨剖宫产术中、术后的预防措施。

1　临床资料

1.1　资料来源　随机选取 2018 年 1 月至 2022 年 12 月在本院产科行剖宫产术，术中根据病情及术者熟练程度填塞 1～6 条碘纺纱(7 cm×580 cm，产品标准编号：Q/PA15-2016，卫生标准编号：GB15979)或放置宫腔 Bakri 球囊协助止血，术后 24～48 h 拔除碘纺纱，术后 24 h 拔除球囊的 240 例临床病例，在随访中发现有 3 例(1.25%)出现 IUA。本研究已经过患者知情

△ 通信作者，E-mail：1123631668@qq.com。