

痛风石溃疡创面清创时机与方法的循证护理实践研究

康玉珍

孟连傣族拉祜族佤族自治县人民医院 云南 普洱 665899

摘要: 本文聚焦痛风石溃疡创面清创, 阐述其病理特点与清创护理难点, 如清创时机、深度范围难把握, 感染防控难, 患者个体差异大等。介绍循证护理核心逻辑与实施步骤, 分析其在清创中的核心价值。基于循证证据, 提出不同类型创面的清创时机建议与方法优化策略, 并从术前评估、术中配合、术后干预及出院后延续护理等方面, 总结循证护理实践要点, 为痛风石溃疡创面护理提供科学依据。

关键词: 痛风石溃疡; 循证护理; 清创时机

引言: 痛风石溃疡是痛风患者常见且棘手的并发症, 其创面形成与尿酸盐结晶沉积等密切相关, 具有独特病理特点, 给临床清创护理带来诸多难题。传统护理模式多依赖经验, 缺乏科学性与精准性, 难以满足患者需求。循证护理强调以证据为依据, 实现护理决策科学化与个性化。本文旨在探讨循证护理在痛风石溃疡创面清创中的应用, 为提升护理质量、改善患者预后提供新思路与方法。

1 痛风石溃疡创面的病理特点与清创护理难点

1.1 核心病理特征

痛风石溃疡创面形成与尿酸盐结晶沉积、组织损伤及免疫反应紧密相关。尿酸盐结晶沉积软组织后, 引发局部炎症, 破坏细胞结构, 致组织坏死液化形成痛风石。痛风石增大或受外力作用破溃成慢性溃疡。镜下可见创面大量尿酸盐结晶沉积, 周边淋巴细胞、巨噬细胞浸润, 成纤维细胞增殖能力降低, 新生血管形成少。痛风患者多合并代谢综合征、血管病变等基础病, 加剧创面局部血液循环障碍, 使创面愈合所需氧气、营养物质供应不足, 形成“炎症持续、愈合低下”的恶性循环。与普通慢性溃疡不同, 痛风石溃疡存在尿酸盐结晶持续释放问题, 其机械与化学刺激不断加重组织损伤, 延长愈合周期。

1.2 临床清创护理难点

临床痛风石溃疡创面清创护理面临诸多难点。一是清创时机难精准把握, 创面有炎症反应期、坏死组织形成期、肉芽组织生长期等不同阶段, 过早清创会加重局部炎症、破坏新生肉芽, 过晚清创则坏死组织与尿酸盐结晶堆积, 增加感染风险、阻碍愈合。二是清创深度与范围难掌控, 痛风石常侵犯皮下、筋膜甚至骨骼, 清创过浅无法彻底清除深层结晶与坏死组织致创面复发, 清创过深会损伤正常组织与血管神经引发新损伤^[1]。三是创面感染防控难度大, 痛风石溃疡多伴细菌定植, 患者免

疫力低, 清创中创面暴露增加感染扩散风险, 感染会破坏愈合微环境。四是患者个体差异大, 痛风石大小、位置、破溃程度及基础疾病不同, 难以统一清创方案, 需个性化制定护理策略。

2 循证护理在痛风石溃疡创面清创中的应用

2.1 循证护理的核心逻辑与实施步骤

循证护理的核心逻辑是“以证据为依据, 实现护理决策的科学化与个性化”, 其在痛风石溃疡创面清创中的实施需遵循标准化步骤。第一步, 提出临床问题。结合临床实践, 明确痛风石溃疡创面清创护理中的关键问题, 如“不同阶段创面的最佳清创时机是什么”“针对深层痛风石溃疡, 哪种清创方法更安全有效”等, 确保问题具有针对性与实用性。第二步, 证据检索与筛选。系统检索PubMed、Cochrane图书馆、中国知网、万方等数据库, 收集与痛风石溃疡清创时机、方法及护理相关的随机对照试验、系统评价、Meta分析等高质量研究文献, 同时筛选相关临床指南与专家共识。检索关键词包括“痛风石溃疡”“清创时机”“清创方法”“循证护理”等, 严格按照纳入与排除标准筛选文献, 确保证据的可靠性与时效性。第三步, 证据评价与分级。采用JBI循证护理中心的证据评价工具, 从研究设计、样本量、干预措施、结局指标等方面对检索到的证据进行严格评价, 将证据分为I-V级, 其中I级证据(大样本随机对照试验)与II级证据(小样本随机对照试验)优先级最高^[2]。第四步, 证据转化与应用。结合临床护理经验、患者的病情特点与意愿, 将高质量证据转化为具体的清创护理方案, 同时与实践过程中动态监测方案的实施效果, 及时调整优化。

2.2 循证护理在清创护理中的核心价值

循证护理为痛风石溃疡创面清创护理提供科学的决策依据, 其核心价值主要体现在三个方面。一是提升清创护理的精准性。通过整合高质量研究证据, 明确不同

类型创面的清创时机与方法选择标准,有效规避经验性护理导致的时机误判、方法不当等问题,实现“精准清创”。二是降低护理风险。循证护理方案中包含严格的术前评估、术中操作规范及术后并发症防控措施,可显著降低清创过程中感染扩散、正常组织损伤等风险,提升护理安全性。三是优化患者预后。基于循证证据制定的个性化护理方案,能够更好地契合患者的个体需求,加速创面愈合,缩短住院时间,降低创面复发率,同时提升患者对护理服务的满意度。另外,循证护理还能促进护理人员主动学习最新科研成果,提升专业素养与临床决策能力,推动痛风护理领域的学科发展。

3 基于循证证据的痛风石溃疡创面清创时机选择

3.1 清创时机的核心影响因素

循证证据与临床实践表明,痛风石溃疡创面清创时机选择,主要受创面分期、感染状态、患者全身情况三大因素影响。创面分期方面,按愈合进程可分为急性期(破溃后1-2周)、亚急性期(破溃后2-4周)、慢性期(破溃超4周)。急性期炎症反应重,局部红肿疼痛,坏死组织未完全形成,清创易加重炎症;亚急性期坏死组织基本形成,肉芽组织萌芽,是清创最佳窗口期;慢性期未及时清创会形成纤维瘢痕阻碍愈合,需尽快清创。感染状态上,有明显感染迹象如红肿热痛加剧等,要先控制感染再清创;无明显感染则依创面分期选择时机。患者全身情况,血糖、心肾功能、营养状态等影响愈合与清创耐受性,合并严重基础疾病者,要先优化全身状态,病情稳定后再清创^[3]。

3.2 不同类型创面的循证清创时机建议

基于上述因素及临床指南、高质量研究证据,对不同类型痛风石溃疡创面提出清创时机建议。急性破溃且无明显感染创面,建议破溃后7-10天首次清创,此时坏死组织初步分离,炎症缓和。亚急性期(破溃后2-4周)创面,无论有无轻度感染,1周内完成清创,可清除坏死组织与结晶,利于肉芽生长,随机对照试验显示此阶段清创愈合率提升超30%。慢性期无明显感染创面,立即清创并联合负压引流;合并严重感染,先抗感染治疗,感染指标正常(通常3-5天)后清创。合并糖尿病患者,空腹血糖控制在7.0mmol/L以下、餐后2小时血糖控制在10.0mmol/L以下后,依创面分期清创。

4 基于循证证据的痛风石溃疡创面清创方法优化

4.1 常用清创方法的循证对比分析

临床常用痛风石溃疡创面清创方法有机械、超声、酶学与手术清创,结合循证证据分析如下。机械清创是传统方式,用刮匙、剪刀等器械直接清除坏死组织,操

作简单、成本低,适合坏死组织表浅、范围小的创面,但清创不彻底、易伤正常组织,证据等级II级。超声清创利用高频超声波的空化效应与机械振动,精准清除坏死组织和尿酸盐结晶,对正常组织损伤小,适合深层痛风石、创面不规则患者,多项研究显示其愈合时间较机械清创缩短15-20天,证据等级I级。酶学清创用生物酶分解坏死组织,适合无法耐受手术、感染轻的患者,操作便捷、创伤小,但清创速度慢,不适合坏死组织多的创面,证据等级III级。手术清创通过外科手术彻底清除深层痛风石和坏死组织,适合侵犯骨骼、范围大、感染严重的患者,清创彻底但创伤大、恢复长,需严格把握指征,证据等级II级。

4.2 个性化清创方法的循证选择策略

表浅型痛风石溃疡(深度<0.5cm,无深层侵犯),优先选超声清创,基层无设备则用机械联合酶学清创,先机械清除大部分坏死组织,再用酶学制剂清理残留,提升效果。深层型(深度≥0.5cm,侵犯筋膜或骨骼),采用手术联合超声清创,手术先清除大块痛风石和坏死组织,再用超声精准清理残留结晶和微小坏死组织,降低复发风险。合并严重基础疾病(如严重心脏病、凝血障碍)且无法耐受手术者,优先酶学清创,联合创面负压引流,减轻创伤保障效果。合并严重感染的创面,先控制感染,再用手术快速清除感染坏死组织,术后联合抗生素湿敷和超声清创,预防感染复发。

5 痛风石溃疡创面清创的循证护理实践要点

5.1 术前循证护理评估

术前评估是保障清创安全有效的基础,需基于循证证据开展全面评估。一方面,完善创面局部评估,采用创面评估量表(如PUSH量表)评估创面的大小、深度、渗液量、坏死组织比例及感染情况,同时通过超声检查明确痛风石的侵犯范围与深度,为清创时机与方法选择提供依据。另一方面,强化全身情况评估,详细询问患者的基础疾病史,检测血糖、血压、肝肾功能、凝血功能、血常规等指标,评估患者的营养状态与麻醉耐受性。对于营养不良的患者,术前需给予高蛋白、高维生素饮食,必要时静脉输注白蛋白,改善营养状态,提升创面愈合能力;对于凝血功能异常的患者,需提前干预,避免清创过程中出现大出血。还需评估患者的心理状态,痛风石溃疡病程长、易复发,患者多存在焦虑、抑郁情绪,术前需通过健康宣教、心理疏导等方式缓解其负面情绪,提升治疗依从性^[4]。

5.2 术中循证护理配合

术中护理配合需严格遵循循证规范,保障清创操作

顺利开展。首先,营造无菌操作环境,严格执行手卫生与无菌操作规程,手术器械需彻底灭菌,避免交叉感染。其次,精准配合医生操作,根据清创方法准备相应器械,如超声清创时需提前调试设备参数,手术清创时需准确传递手术器械,同时密切观察患者的生命体征,若患者出现疼痛加剧、血压下降等异常情况,及时告知医生并协助处理。再次,注重创面保护,清创过程中避免过度牵拉创面组织,术后及时用生理盐水冲洗创面,清除残留的尿酸盐结晶与污染物,根据创面情况选择合适的敷料覆盖,如渗液较多时选择吸收性敷料,感染创面选择抗菌敷料。最后,做好术中记录,详细记录清创的时间、方法、清除组织的量与性质、创面出血情况等,为术后护理提供参考。

5.3 术后循证护理干预

术后护理干预直接影响创面愈合效果,需基于循证证据开展全方位护理。其一,创面局部护理,术后定期更换敷料,更换频率根据渗液量调整,渗液较多时每天更换1-2次,渗液减少后可2-3天更换1次;更换敷料时观察创面的愈合情况,若出现渗血、红肿加剧等异常,及时采取干预措施。根据创面情况采用合适的辅助治疗,如超声清创术后可联合创面负压引流,促进肉芽组织生长;感染创面术后可采用抗生素湿敷,预防感染复发。其二,全身护理,严格控制患者的血尿酸水平,指导患者遵医嘱服用降尿酸药物,定期监测血尿酸浓度,同时给予饮食指导,避免高嘌呤食物摄入,鼓励患者多饮水,促进尿酸排泄。指导患者进行适当的功能锻炼,避免创面受压,促进局部血液循环,加速创面愈合。其三,并发症防控,术后密切监测患者的体温、血常规等指标,警惕感染扩散、出血、骨髓炎等并发症,若出现相关迹象,及时启动应急预案。

5.4 出院后循证延续护理

基于循证证据,出院后延续护理主要包括三个方面。一是建立随访机制,通过电话、微信、门诊随访等方式,定期了解患者的创面愈合情况、用药依从性及血尿酸控制情况,随访频率为术后1个月内每周1次,1-3个月每2周1次,3个月后每月1次,及时发现并解决患者存在的问题。二是强化健康宣教,通过线上科普文章、视频教程等方式,指导患者掌握居家创面护理技巧,如敷料更换方法、创面观察要点等,同时强调降尿酸治疗的重要性,避免自行停药或减药。三是提供心理支持,鼓励患者加入痛风患者互助组织,分享治疗经验,缓解心理压力,同时提醒患者定期复查,若创面出现复发迹象,及时就医。

结束语

痛风石溃疡创面清创的循证护理实践,整合高质量研究证据与临床经验,从清创时机选择、方法优化到护理实践要点,构建全面、科学的护理体系。通过精准评估、规范操作与个性化干预,有效提升清创护理的精准性,降低护理风险,优化患者预后。未来,需持续开展相关研究,进一步完善循证护理方案,推动痛风护理领域发展,为患者提供更优质、高效的护理服务。

参考文献

- [1]何国钰,陆树良,陆昕怡,等.痛风石创面的综合治疗[J].浙江大学学报(医学版),2025,54(5):611-619.
- [2]叶博闻,孙鹏飞,沈军,等.双能计算机断层扫描检查在痛风石切除术中的应用价值[J].中国中医骨伤科杂志,2025,33(2):24-28,33.
- [3]陈海宏,张会良,韩海宁,等.手术清除痛风石联合内服四妙勇安汤治疗痛风石临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2023,42(1):53-54.
- [4]张永琪,戴号,郝泽瀚,等.痛风石破溃危险因素及中医证型分布研究[J].山西中医,2022,38(3):51-54.