

工作坊模式在术中压力性损伤预防中的作用分析

罗 俊

合肥市第一人民医院手术室 安徽合肥 230000

[摘 要] 目的 探讨应用工作坊模式在术中压力性损伤预防中的效果。**方法** 对手术室压力性损伤预防组成员进行工作坊模式培训并选择 2016 年 1 月—2016 年 6 月我院 148 例择期手术压力性损伤高危患者作为对照组, 2016 年 7 月—2016 年 12 月 151 例择期手术压力性损伤高危患者作为实验组, 比较两组患者术中压力性损伤发生情况。**结果** 两组术中压力性损伤发生率有统计学意义。**结论** 应用工作坊模式可有效降低术中压力性损伤的发生率。

[关键词] 工作坊; 压力性损伤; 预防

[中图分类号] R473.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 02-053-02

院内压疮发生率为护理质量敏感指标之一, 主要用于评价护理质量^[1]。术中压疮发生率则是评价手术室护理质量的作用指标^[2]。术中压疮是指手术患者在术后几小时在 6 天内发生的压疮, 以术后 1-3 天发生最为多见^[3]。2016 年 4 月 13 日, 美国国家压疮专家咨询小组将压力性溃疡(压疮)这一术语改为了压力性损伤^[4]。2016 年下半年我院成立以手术室和手术临床科室压力性损伤预防组成员为主体的工作坊, 工作坊一般以 1 名在某个领域富有经验的主讲人为核心, 在主讲人指导下, 通过活动、讨论、短讲等多种方式, 探讨某个话题, 通过各种不同立场的人们思考, 探讨、相互交流的一种方式, 一种鼓励参与、创新、以及找出解决对策的方法^[5,6], 通过对该组成员资质进行准入培训考核, 形成手术室到病房为一体的术中压力性损伤质控小组, 利用信息化系统上报, 完善质量改进及追踪。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 1 月—2016 年 6 月对我院择期手术压力性损伤高危患者 148 例作为对照组, 其中男性患者 68 例, 女性患者 80 例, 年龄 50.12±0.56 岁; 肝胆手术 33 例, 胃肠手术 35 例, 胸腰椎手术 32 例, 心胸科手术 18 例, 神经外科手术 6 例, 泌尿外科手术 10, 妇科手术 10 例, 甲乳外科手术 4 例, 手术时间为 2-5h, 术中压力性损伤发生 21 例 (11.2%), 实验组 151 例, 其中男性患者 73 例, 女性患者 78 例, 年龄 51.5±0.42 岁; 肝胆手术 25 例, 胃肠手术 31 例, 胸腰椎手术 43 例, 心胸科手术 15 例, 神经外科手术 8 例, 泌尿外科手术 10, 妇科手术 11 例, 甲乳外科手术 5 例, 手术时间为 2-5h, 术中压力性损伤发生 21 例 (11.2%), 两组患者在年龄、性别、手术类别及手术时间比较无统计学意义 ($P>0.05$), 并且两组患者均知情同意报伦理委员会同意。

1.2 方法

1.2.1 工作坊培训: 将手术室和手术临床科室的压力性损伤预防组成员通过自愿原则组建术中压力性损伤预防组, 并通过院级资质准入培训考核, 以 1 名手术室护士长为组长, 各手术专科组长及各相关手术科室的压力性损伤预防组组长为成员的护理人员组成, 工作年限均在 3 年以上, 具备一定专科压力性损伤评估及处理上报能力。组长负责制定工作坊工作流程, 分工职责明确, 安排每月知识点培训及每季度根据各科室上报压力性损伤案例进行典型案例分享交流、质量分析讨论、改进及网上追踪。

1.2.2 试验组护理: ①知识宣教。通过手术室和各手术临床科室术前宣教、网络视频、压力性损伤宣传手册及相关实验室检查结果, 告知手术患者养成良好生活习惯, 戒烟、戒酒、营养膳食等降低压力性损伤术前评估风险。②术前评估。术前 1d 由各手术科室压力性损伤小

组成员采用 Waterlow 压疮危险因素评估表对手术患者压疮风险进行评估^[7], 按照评分标准分为危险 (10-14 分) 高度危险 (15-19 分) 非常危险 (>20 分), 根据护理部要求对院外高危评分患者压由病房压力性损伤小组成员填写《压疮上报评估跟踪表》, 对院内高危评分患者填写《不可避免压疮上报评估跟踪表》, 各科室如实上报, 护理部实施 3 级管理。③加强预防^[8]。手术室准备清洁、适用的各型体位垫, 骨突处进行减压, 病房对高危手术患者使用气垫床、软枕, 保持床单平整干燥, 及时记录。④潮湿预防。手术室使用三围立体式防水粘贴巾, 必要时放置留置尿管, 避免液体污染床单。⑤术中保温。对手术以外肢体使用分体式保温毯, 通过持续主动暖疗, 增加皮肤抵抗力。⑥操作规范。摆放体位的护理人员规范操作, 注意受压部位皮肤保护及定时观察记录术中皮肤情况。⑦术后交接。手术室护士仔细检查受压皮肤与病房严格交接, 按照要求认真记录及时上报。⑧有效反馈。组长督查反馈追踪要及时有效, 做到对压力性损伤动态管理, 以降低发生率。

1.2.3 对照组护理: 采用传统护理评估、干预及评价体系, 各科执行传统护理措施。

1.3 观察指标

(1) 压力性损伤的评分标准按照严重的程度不同分为 4 级, I 级为皮肤出现红、肿、热、麻木或触痛, 周围皮肤界限清楚, 解除压力 30min 内皮肤颜色仍不能恢复; II 级为皮肤紫红色, 表皮有水泡形成, 表皮溃疡, 红肿变硬, 无结痂; III 级为皮肤露出潮红润的创面, 但骨、肌腱、肌肉尚未暴露, 表皮水泡破溃, 有黄色渗出液流出; IV 级为局部有坏死组织或焦痂, 组织发黑, 有臭味脓性分泌物, 并发有感染, 向周围深部组织扩展。压力性损伤预防组成员观察两组患者术后离床至术后 3 天内皮肤情况, 利用信息系统记录各班皮肤状况, 术后 6 天内组长对皮肤异常记录患者进行回访, 网上及时追踪。(2) 护理满意度: 采用我院护理部下发的手术室护理服务满意度调查表, 包括环境、技能、安全、态度等 20 个条目, 每个条目 1-5 级评分, 满分 100 分, 90 分为满意。

1.4 统计学处理

采用 spss19.0 分析数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以 % 表示, 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 工作坊前后手术患者压力性损伤出现情况比较

实验组与对照组在工作坊前后手术患者压力性损伤出现情况比较: 实验组患者压力性损伤发生率 2.0% 低于对照组患者 10.1%, 压力性损伤发生平均面积 (5.21±2.13) 低于对照组患者 (9.48±3.15) cm^2 , 两组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$, 表 1)。

表 1: 工作坊前后手术患者压力性损伤出现情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	压力性损伤发生例 (率)				压力性损伤发生平均面积 (cm^2)
		I 级	II 级	III 级	IV 级	发生 (率)
实验组	151	3 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (2.0%)
对照组	148	8 (5.4%)	4 (2.7%)	3 (2.0%)	0 (0.0%)	15 (10.1%)
χ^2 值		12.833				
P 值		0.005				

2.2 两组手术患者对手术室护理工作满意度比较

两组患者对手术室护理工作满意度比较:实验组患者对手术室护理满意度评分和满意率分别为(95.53±1.85)和97.4%,高于对照组(90.28±2.61)和90.0%,两组间比较差异有统计学意义(P<0.05,表2)。

表 2: 两组手术患者对手术室护理工作满意度比较(%, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理满意度评分	满意率
实验组	151	95.53±1.85	97.4%
对照组	148	90.28±2.61	90.0%
t 值			20.091
P 值			0.000

3 讨论

3.1 原因分析

术中压力性损伤的产生同手术体位、护理用具、患者术前营养状况、皮肤抵抗力、护理人员责任意识及护理措施的使用等因素相关^[9]。近年来随着医学的发展,手术范围扩大,术中压疮发生率随之升高^[11],为4.7%-66.0%,显著高于综合医院的1.0%-11.0%的压疮发生率^[12],因此采用针对性护理措施能有效降低术中压力性损伤预防发生风险,加快手术患者术后愈合。

3.2 模式改进

本研究是将工作坊模式引用到术中压力性损伤预防手术室护理的工作中。成立以手术室和手术临床科室压力性损伤预防组成员为主体的工作坊,通过自愿报名、准入考核、系统培训等一系列工作后,重在案例分享和体验,在培养护理人员同情心和同理心的同时,让大家多元互动,使思想与观点得到充分交流,通过每月各科室上报案例原因分析,进行1-2个知识点、关键点延展性学习,将理论与实际工作有序结合,改变以往单向灌输式、纯理论式教学模式,大家通过工作坊这一模式,在角色互换、情景模拟后更加牢固地掌握理论与实践操作,并且小组成员积极性普遍提高。

3.3 效果比较

通过上述两张表格不难看出实验组与对照组在工作坊前后手术患者压力性损伤出现情况以及患者对护理工作满意度方面均有显著差异。利于病房与手术室压力性损伤护理工作整体化、延续化、共享化,而且利于管理者从信息化系统中发现工作中的薄弱环节并给予整改,利用网络追踪更精准全面了解手术患者压力性损伤的持续质量改进过

程,从而提高手术室护理质量和患者满意度。

综上所述,术中压力性损伤预防工作是手术室护理工作中一项持续、逐步推进的管理项目,在“三甲”、“优质护理”工作中也是一项重要监测指标,虽然引进工作坊模式压力性损伤有所降低,但工作流程不完善、评估记录不准确、网络追踪不及时上还需改进,有待进一步探索研究。

[参考文献]

- [1] 么莉. 护理敏感质量指标实用手册[M]. 北京: 人民卫生出版, 2016:115-116.
- [2] Bulfone G, Marzoli I, Quattrin R, et al. A longitudinal study of the Incidence of pressure sores and the associated risks and strategies adopted in Italian operating theatres[J]. J Perioper Pract, 2012, 22(2): 50-56.
- [3] National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide[M]. Cambridge Media; Perth, Australia, 2014: 1-10.
- [4] Slowikowski G C, Funk M. Factors associated with pressure ulcers in patients in a surgical intensive care unit[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2010, 37(6): 619-626.
- [5] 陈翠珍, 陈爱, 符建平. 护士分层级管理在急诊急救中应用的效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(14): 2144-2145.
- [6] 刘琴. 护士分层级培训与分级管理体会[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(10): 381.
- [7] 陈晓燕. 3种压疮危险评估量表在神经外科ICU病人中的应用研究[J]. 护理研究, 2016, 30: 1081-1083.
- [8] 徐博媛, 颜春铭, 郭涛玲, 等. 术中压疮发生危险因素的评价及预防护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(16): 2472-2476.
- [9] Falgenhauer M, Zoscher S, Morak J, et al. A patient centered system for decubitus prevention based on nutrition, drinking, physical activity and sleep monitoring[J]. Stud Health Technol Inform, 2013, 192: 1033.
- [10] 陈晓唯, 向承红. 术中压疮的危险因素分析及护理对策[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(10): 1183-1185.
- [11] 蒋媛. 颅脑手术患者术中发生急性压疮的高危因素分析和护理对策[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(24): 3465.
- [12] 韩旭, 范里莉, 曹颖俐. 4831例病人手术中压疮危险评估及预防[J]. 护理研究, 2009, 23(10): 2757.

(上接第51页)

^[5]。对比常规护理管理模式的实施效果,结果显示,观察组的住院时间、伤口愈合时间均短于常规组,VAS评分与伤口感染率均低于常规组,且护理满意度高于常规组,提示观察组的护理管理质量优于常规组,即医护一体化管理模式在慢性伤口护理中的临床应用效果优于常规护理管理模式。

综上所述,医护一体化管理模式在慢性伤口护理中的临床应用效果显著,可明显缩短患者的住院时间、伤口愈合时间,减轻疼痛程度,减少伤口感染率,提升护理满意度,值得临床推行。

[参考文献]

- [1] 邵世蓉, 秦红. 医护一体化管理模式在慢性伤口护理中的临床应用效果[J]. 内蒙古中医药, 2017(5): 163-164.
- [2] 龚雪佳, 张林, 胡静秋. 医护一体化伤口换药工作模式的应用效果观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(31): 278-279.
- [3] 费益, 孙峰, 杨百芬. 探讨医护一体化管理模式在普外科慢性伤口治疗中的效果分析[J]. 浙江创伤外科, 2016, 21(3): 596-598.
- [4] 谢佩珠, 李燕如, 黎少芳, 等. 普外科医护一体化管理模式在慢性伤口的应用效果[J]. 护理学报, 2015(20): 12-15.
- [5] 李克群, 付红英, 申凤, 等. 医护一体化在骨科慢性感染伤口中的应用[J]. 医学理论与实践, 2015(3): 392-393.

(上接第52页)

IgG水平明显低于对照组,对比各组差异均有统计学意义(P<0.05)。分析原因,主要在于免疫治疗后,患儿免疫系统得到改善,机体免疫力因此提升,对患儿起到活动预防性的保护,因此能够减少复发次数,提高临床疗效。

综上所述,免疫治疗小儿反复呼吸道感染的效果较为理想,可有效降低复发次数,改善临床指标水平,保障患儿健康。

[参考文献]

- [1] 江峰. 小儿反复呼吸道感染的免疫治疗临床研究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(7): 421-423.

- [2] 马力忠, 王桂兰, 梁桂明, 等. 免疫调节剂对小儿反复呼吸道感染临床症状及免疫功能的影响[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(2): 414-415.
- [3] 伏计能. 应用免疫增强剂联合抗病毒治疗儿童反复呼吸道感染的疗效观察[J]. 甘肃科技, 2016, 32(2): 114-115.
- [4] 孙文清. 免疫调节剂在治疗小儿反复呼吸道感染中的作用[J]. 中外医学研究, 2014, 12(25): 58-60.
- [5] 肖智. 小儿反复呼吸道感染的免疫治疗效果观察[J]. 临床合理用药, 2017, 10(1): 62-63.
- [6] 吴建谷, 陈圣平. 卡介菌多糖核酸雾化吸入治疗小儿反复呼吸道感染的疗效观察[J]. 中国保健营养: 中旬刊, 2012, 6(6): 305-306.