

多元化护理干预措施在术后转 ICU 高危患者压力性损伤中的应用效果

福建省三明市第一医院重症医学科（三明 365000） 曾 燕 付丽明 陈小燕

压力性损伤是急、危重患者常见的并发症之一。Keller 等^[1]通过文献回顾发现，ICU 内压力性损伤的患病率为 14%~41%，发病率为 1%~56%，是普通病房的 2~3 倍。手术患者是发生压力性损伤的高危人群，它与手术的时间长度、手术进行中发生的低血压、手术过程中的低核心温度、

手术体位、循环状态有关^[2]，造成多部位、多处的急性压力性损伤。在术后转入重症监护病房（ICU）的患者，多数为气管内插管，往往意识不清，在解除麻醉药控制、低血压、低温及体位等因素后，会存在缺血再灌注损伤，出现肢体末梢感觉如温度觉、痛觉偏差，其病种多样化、病情危重、变

化急骤,这无疑对压力性损伤的预防和护理工作带来一定的难度。据本院 ICU 反馈的数据显示:ICU 中 37.8% 的患者来自于手术患者。因此,进行压力性损伤的质量控制,有效降低压力性损伤的发生率,提高患者的生活质量,受到护理管理者的高度关注。本文旨在探讨采取系统性、多元化护理干预措施在手术室转入术后高危患者压力性损伤中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2015 年 1 月至 2016 年 3 月自手术室转入 ICU 患者 457 例,其中压红、压力性损伤 110 例为对照组,男 68 例,女 42 例;年龄 1.5~90 岁,平均 (57.23 ± 17.13) 岁;压红 100 例共 126 处,Ⅰ级压力性损伤 5 例(神经外科 3 例,普通外科 2 例)和Ⅱ级 5 例(神经外科 3 例,肿瘤外科 1 例,普通外科 1 例);Braden 压力性损伤评分 (10.88 ± 1.48) 分;手术科室分布中,神经外科 54 例,普外科 25 例,肿瘤外科 17 例,心胸外科 7 例,其他科室 7 例;压红、压力性损伤部位分布中,1 个部位 80 例,2 个部位 22 例,3 个部位 7 例,≥4 个部位 1 例(其中压红、压力性损伤 2 个部位以上位置分布:左、右肢体同侧 5 例,左、右侧肢体不同侧 7 例,头部或躯干+四肢 18 例)。选择 2016 年 4 月至 2017 年 7 月自手术室转入 ICU 患者 503 例,其中压红、压力性损伤 76 例为试验组,男 44 例,女 32 例;年龄 27~95 岁,平均 (64.32 ± 15.72) 岁;压红 69 例共 86 处,Ⅰ级压力性损伤 4 例(神经外科 3 例,普通外科 1 例)和Ⅱ级 3 例(神经外科 2 例,骨科 1 例);Braden 压力性损伤评分 (10.16 ± 1.33) 分;手术科室分布中,神经外科 30 例,普外科 15 例,肿瘤外科 20 例,心胸外科 6 例,其他科室 5 例;压红、压力性损伤部位分布中,1 个部位 55 例,2 个部位 12 例,3 个部位 5 例,≥4 个部位 4 例(其中压红、压力性损伤 2 个部位以上位置分布:左、右肢体同侧 2 例,左、右侧肢体不同侧 7 例,头部或躯干+四肢 12 例)。纳入标准:入 ICU 时即刻检查全身皮肤情况,存在压红或压力性损伤的患者;家属知情并签署同意书。排除标准:因外伤引起的全身皮肤多处擦伤、低蛋白血症、病房带入术前压力性损伤已经存在的。以上两组患者在年龄、性别、压红、Braden 压力性损伤评分、压红及压力性损伤部位分布及压红、压力性损伤 2 个部位以上位置分布上差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法:对照组采用传统压力性损伤护理方法,即保持病床单的平整,做好生活护理及皮肤护理,采用定时翻身,压力性损伤处悬空,在骨隆突处采用液体敷料——赛肤润喷洒。

试验组采用多元化护理。除上述护理外,建立激励机制积极上报压力性损伤,制订出一系列的预防性压力性损伤干预护理措施并组织学习,对不同疾病患者进行动态评估压力性损伤的高危因素,了解术中体位及手术时间,并根据压红和压力性损伤的部位、面积、程度,采用多元化形式并重、有系统的防治压力性损伤干预措施:1) 采购普通海绵片,厚度 5 cm,裁剪合适大小装于枕头套,制成减压垫,或制成减压床垫,对所有手术后转入 ICU 的高危患者使用减压

垫保护受压部位,对于消瘦、水肿等皮肤脆弱的患者酌情使用减压床垫;减压垫、减压床垫制作简单,无需花费大量人力,海绵片价格便宜,无需花费大量金钱,且薄厚适宜,患者舒适度高,见图 1;2) 对于失禁的患者及时清理大便,保持皮肤清洁干燥,用 3M 液体敷料喷洒肛周形成防护涂层的同时,将造瘘袋紧贴于肛周,使粪便纳入,这样既可以保护患者皮肤不再受粪便刺激腐蚀,又可大大减少护士的工作量;3) 病情允许的情况下,加强翻身,减少固定部位长时间受压,翻身时注意将患者的皮肤向上抚平并按摩,能有效降低剪切力,改善原受压部位的血液循环;4) 加强早期活动,在加强患者肢体功能锻炼的同时,能有效地减少低垂部位及四肢末梢水肿的发生,改善全身血液循环,减缓神经功能受损,从而改善局部皮肤状况,避免压疮的发生;5) 增强营养支持,保证患者的热量供给以及蛋白摄入,在无喂养禁忌证的情况下,提倡及时给予肠内喂养,肠内喂养从小剂量逐渐过渡,对肠内不耐受的患者使用加温管,减少不良反应的发生。

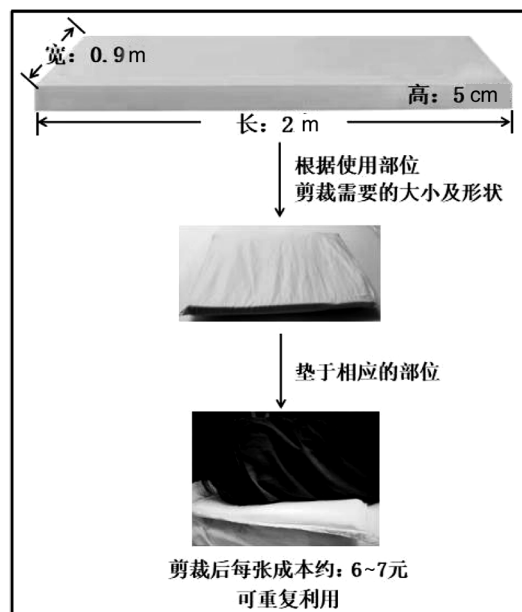


图 1 自制大小合适的减压垫

1.3 观察指标:观察并测量、统计两组术后转 ICU 高危压力性损伤患者即刻皮肤发生压红的面积及经过干预护理后其压红消退时间,总结两组患者发生压力性损伤的级别、部位、面积及转归情况。

1.4 统计学处理:应用统计学软件 SPSS 19.0。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两样本 t 检验,计数资料采用百分比表示,组间比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 压红面积与消退时间:手术室转入 ICU 的两组患者分别为 457 例和 503 例,其中压红的例数分别为 100 例和 69 例,分别占 21.9% 和 13.7%,两组不同科室压红面积的比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),通过系统性进行干预

护理后其试验组总的压红消退时间以及在神经外科、肿瘤外科、其他科室中差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组不同科室压红面积和消退时间的比较 ($\bar{x} \pm s$)

科室	压红处数	压红面积/cm ²	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	消退时间/h	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
神经外科							
对照组	60	36.47±29.79	0.693	>0.250	11.85±5.98	1.776	<0.050
试验组	31	31.92±29.42			9.49±6.69		
肿瘤外科							
对照组	22	42.14±38.29	0.473	>0.500	13.72±5.57	1.760	<0.050
试验组	20	47.2±30.14			10.35±6.55		
普通外科							
对照组	26	36.30±31.43	0.692	>0.250	11.00±9.03	1.024	>0.200
试验组	16	30.25±19.37			13.54±5.15		
其他科室							
对照组	18	43.10±39.05	0.526	>0.250	10.44±6.62	1.813	<0.050
试验组	19	52.63±66.79			7.14±4.26		
合计							
对照组	126	38.40±33.03	1.016	>0.100	11.75±6.39	2.119	<0.025
试验组	86	43.75±44.39			9.90±6.24		

2.2 压力性损伤的级别、部位、面积及转归情况：对照组发生压力性损伤 10 例，其中神经外科 6 例，包括 1 例发生在左大腿外侧，损伤面积 3 cm×3 cm，指压不褪，Ⅰ级，于 18.58 h 治愈；1 例发生在骶尾部，损伤面积 3 cm×2 cm，紫红色，Ⅰ级，于 18 d 治愈；1 例发生在左胸部外侧，损伤面积 7 cm×9 cm，青紫，Ⅰ级，于 72 h 后好转至病房；1 例发生在骶尾部，损伤面积 1.5 cm×0.5 cm，起水泡，Ⅱ级，于 18 d 治愈；1 例发生在左腋后线，0.5 cm×2 cm，起水泡，Ⅱ级，于 48 h 后水泡吸收，8 d 治愈；1 例发生在胸部，20 cm×5 cm，散在针尖样水泡，Ⅱ级，于抽吸后 17.5 h 水泡完全吸收，治愈。肿瘤外科 1 例发生在骶尾部，8 cm×10 cm，起表面散在水泡，Ⅱ级，于 17.33 h 后至病房，水泡仍然存在。普通外科 3 例，包括 1 例发生在骶尾部，6 cm×7 cm，Ⅰ级，于 15.67 h 后未退，回病房 24 h 后跟踪查看治愈；1 例发生在骶尾部，6 cm×4 cm，青紫，Ⅰ级，于 72 h 后颜色未退，回病房；1 例发生在左背部，4 个 0.1 cm×0.1 cm，未破溃水泡，Ⅱ级，在抽吸后 8.5 h 水泡吸收 2 个，另 2 个未吸收，至病房第 2 日吸收。

试验组发生压力性损伤 7 例，其中神经外科 5 例，包括 1 例发生在骶尾部 5 cm×4 cm，Ⅰ级，于 6.33 h 消退治愈；1 例发生在骶尾部，5 cm×10 cm，见散在脱皮、指压不褪，Ⅰ级，于 12.45 h 消退治愈；1 例发生在左足跟内侧，2 cm×1.5 cm，Ⅰ级，于 8.83 h 消退治愈；1 例发生在前胸部，散在水泡，Ⅱ级，于 13.42 h 水泡吸收治愈；1 例发生在前胸部，散在水泡，部分破溃，Ⅱ级，于 48 h 治愈。普通外科 1 例，发生在骶尾部，5 cm×6 cm，Ⅰ级，4 h 治愈。骨科 1 例发生在左脚踝，1 cm×1 cm，起水泡，Ⅱ级，在抽吸后 4.75 h 水泡吸收治愈。

手术室转入 ICU 的两组患者分别为 457 例和 503 例，其中发生压力性损伤例数分别为 10 例（占 2.2%）和 7 例（占 1.4%）。两组均未出现Ⅲ级压力性损伤。对照组治愈 5 例，好转 1 例，未完全治愈 3 例，1 例患者 4 处部位压力性

损伤中有 2 处治愈，另 2 处未治愈；试验组 7 例患者均治愈，治愈率 100%。

3 讨论

3.1 预防压力性损伤的必要性：国际上将压力性损伤列为严重伤害患者的五大常见因素之一，并成为 20 世纪花费最高的并发症之一^[3]，重症患者是压力性损伤高发人群，也是医院内压力性损伤的预防重点对象^[4]。手术作为重要的应激源，使压力性损伤的发生率增加。本研究中两组患者共 960 例，其中压红、压力性损伤患者 186 例（压红 169 例，压力性损伤 17 例），占 19.4%，故在 ICU 统计术后患者发生急性压红、压力性损伤率比普通病房高。因此，采取系统性、全方位管理培训，适时地进行护理评估、干预，做到“重在预防”，对于术后转 ICU 患者来说是非常重要的。

3.2 多元化护理干预对策：

3.2.1 转变观念，建立完善的压力性损伤上报制度：传统的护理观念认为出现压力性损伤即被视为护理差错，为了减轻责罚，存在漏报、瞒报现象，导致无法获得真实的调查资料，从而影响预防压力性损伤研究的进展。因此，转变管理观念，将实现“零缺陷”向目标“零发生”迈进，建立奖励机制对已经发生的难免压力性损伤作无责的上报及进行持续质量改进。这是对患者安全高度负责和科学精神的高度体现^[5]。

3.2.2 加强培训学习与高危因素的评估：重症医学科是全院危重患者的聚集地，大多数重症患者运动障碍^[6]，由于术后患者生理机能、各项指标不稳定，身上管道多、病情复杂，给护理增加了考验，并提出了更高的要求。笔者所在科室采用讲义与床边示教相结合的方法对各层级护士进行压力性损伤的相关知识、影响因素、常见压力性损伤部位预防护理培训；对术后入住 ICU 的每位患者进行 Braden 压力性损伤评分，关注术中体位及限制活动的时间，预测、识别、分析、防控压力性损伤的发生。

3.2.3 采用海绵自制减压垫：压力性损伤多发生于术后 1~

3 d, 有资料显示, 其发生率高达 4.7%~6.6%^[7]。ICU 术后高危患者大多数无法自主变换体位, 预防压力性损伤中最有效的方法是翻身护理, 部分危重患者病情变化急骤, 在翻身时易出现血流动力学改变。本文中试验组根据力学原理采用左右侧交替翻身, 根据病患个体差异选择翻身频次, 以最大限度地减少受压皮肤的压力及摩擦力, 在翻身侧垫上海绵垫, 当体位下滑时, 充分利用翻身巾将患者抬置所需位置, 并在受压的皮肤处用手轻轻地向上抚平。对入住 ICU 时已经压红的患者, 应用自制海绵垫及各种规格的高分子体位海绵块, 减少缝隙, 能有效分散体表压力, 同时可避免摩擦力和剪切力对皮肤的损害作用^[8], 降低移动给患者带来的不适感, 同时减少了患者医疗费用, 在科室配置支出方面大大降低成本。本文表 1 结果显示: 通过多元化护理后, 试验组神经外科、肿瘤外科、其他科室及整组患者压红处消退时间均比对照组短。对入住 ICU 时即发生急性压力性损伤 (不包括术前发生的) 的患者给予换药治疗, 有水泡者予以带细针头的针筒抽吸并保持皮肤的完整性, 从两组患者发生压力性损伤的级别、部位、面积及转归情况说明, 试验组对 I、II 级急性压力性损伤的患者治愈率达 100%, 比对照组高, 水泡吸收的时间均比对照组短。因此, 采用多元化护理干预措施预防压力性损伤, 合理使用预防压力性损伤工具, 能有效控制压力性损伤的发生, 从而提升护理质量。

综上所述, 对术后转 ICU 高危患者压力性损伤采取多元化护理干预措施可以丰富护理人员对压力性损伤相关知识的认识与理解, 减轻患者的痛苦, 增加舒适感, 是一种行之有效的办法。

参考文献

- [1] Keller B P, Wille J, van Ramshorst B, et al. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention [J]. Intensive Care Med, 2002, 28 (10): 1379-1388.
- [2] 刘志宏, 宋嘉欣, 赵雪峰, 等. 手术病人医院获得性压力性损伤的研究进展 [J]. 全科护理, 2016, 14 (33): 3484-3486.
- [3] 周玉洁, 杨美玲, 张洪君, 等. 压力性损伤分期及其护理进展 [J]. 中国护理管理, 2014, 14 (7): 683-686.
- [4] 蒋琪霞, 刘云, 管晓萍, 等. 住院患者压力性损伤现患率的多中心研究 [J]. 医学研究生学报, 2013, 26 (12): 1298-1203.
- [5] 杜俊, 李佳佳, 骆金锐, 等. ICU 压力性损伤全程衔接预防管理效果 [J]. 中国护理管理, 2013, 13 (12): 58-59.
- [6] 关欣, 王蕾, 邵欣. 重症医学科 1056 例患者中压力性损伤发生情况的调查研究 [J]. 中华护理杂志, 2014, 49 (7): 840-843.
- [7] 缪月琴, 唐秀芳. PDCA 循环管理在手术室患者压力性损伤护理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14 (16): 126-127.
- [8] 张玉红, 蒋琪霞. 两种减压床垫结合不同翻身频度预防压力性损伤效果比较 [J]. 护理学杂志, 2015, 30 (17): 36-38.