

体外循环手术患者术中急性压疮的对因循证护理

李 淼

(山东大学齐鲁医院 第一手术室, 山东 济南, 250012)

摘 要: **目的** 探讨对因循证护理对体外循环手术患者术中急性压疮的预防效果。**方法** 选取 240 例行体外循环手术的患者, 随机分为观察组和对照组, 各 120 例。对照组采用常规护理, 观察组在对照组的基础上采用对因循证护理预防术中压疮, 比较 2 组皮肤状况及压疮的发生情况。**结果** 观察组术后 6 d 的皮肤潮湿程度评分低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组术后 6 d 内压疮发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 压疮平均面积小于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 对因循证护理能够改善体外循环手术患者皮肤状况, 减少术后压疮的发生。

关键词: 对因循证护理; 体外循环; 手术室; 急性压疮

中图分类号: R 248.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2019)14-114-04 DOI: 10.7619/jcmp.201914031

Effect of evidence-based nursing targeting to risk factors on acute pressure ulcer in patients during cardiopulmonary bypass surgery

LI Miao

(First Operating Room, Qilu Hospital of Shandong University, Ji'nan, Shandong, 250012)

ABSTRACT: Objective To explore the preventive effect of evidence-based nursing targeting to risk factors on acute pressure ulcer in patients during cardiopulmonary bypass surgery. **Methods** A total of 240 patients who underwent cardiopulmonary bypass surgery in our department were divided into observation group and control group, 120 cases in each group. The control group was given routine nursing, while the observation group was given evidence-based nursing targeting to risk factors to prevent intraoperative pressure ulcers on the basis of the control group. The skin condition and the occurrence of pressure ulcers were compared between the two groups. **Results** The skin humidity score at 6 d after operation of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). The incidence of pressure ulcer within 6 days after operation in the observation group was lower, and the average area of pressure ulcer was smaller than that in the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Evidence-based nursing targeting to risk factors can improve the skin condition of patients undergoing cardiopulmonary bypass surgery and reduce the occurrence of pressure ulcers after operation.

KEY WORDS: evidence-based nursing targeting to risk factors; cardiopulmonary bypass surgery; operating room; acute pressure ulcer

体外循环是利用人工心肺机将回心血引流至体外,并在体外氧合,最后输回体内动脉系统的生命支持技术^[1]。心脏手术体外循环中的患者手术过程复杂、时间较长,长时间低温体外循环辅助、手术创伤性应激、麻醉的肌松作用^[2]导致术中发生急性压疮的风险较高。术中压疮也称体位性压疮,不仅影响患者的术后康复,而且会增加患者的经济负担和浪费医疗资源。循证护理是针对导致不良因素的原因获取临床护理的证据,将其

准确地应用到临床护理中,以期提高护理效果的一种护理模式^[3]。本研究选取 240 例行体位循环手术的患者为研究对象,探讨对因循证护理对体外循环患者术中急性压疮发生的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1—12 月收治的 240 例体外循

环手术的患者,纳入标准:① 年龄 ≥ 18 岁,签署知情同意书;② 术前诊断明确;③ 在全麻下体外血液循环手术;④ 纽约心脏病协会(NYHA)分级在Ⅱ级以上;⑤ 手术顺利,循环稳定;⑥ 急性生理学及慢性健康状况评分系统(APACHE-Ⅱ)评分 < 20 分。排除标准:① 合并有恶性肿瘤者;② 入院时处于慢性感染状况;③ 术前肺部有并发症者;④ 特殊人群,如孕妇、精神类疾病患者;⑤ 合并有原发性肺部疾病、冠心病、高血压者;⑥ 术前诊断为肺不张、胸部X线显示渗出明显及胸腔积液者;⑦ 既往有皮肤病,影响压疮评估表。随机分为观察组和对照组,各120例。对照组男64例,女56例,年龄21~65岁,平均 (45.67 ± 14.54) 岁;疾病类型:风湿性瓣膜病62例,房间隔缺损30例,室间隔缺损28例;体质量指数(BMI) $19 \sim 24 \text{ kg/m}^2$, 平均 $(22.52 \pm 2.35) \text{ kg/m}^2$ 。观察组男68例,女52例,年龄22~67岁,平均 (46.21 ± 15.23) 岁;疾病类型:风湿性瓣膜病64例,房间隔缺损26例,室间隔缺损30例;BMI $19 \sim 24 \text{ kg/m}^2$, 平均 $(22.64 \pm 2.41) \text{ kg/m}^2$ 。2组患者的一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

2组均由同一组医护小组进行麻醉和手术,气管内全麻下行体外循环手术,手术过程顺利,循环稳定。对照组采用常规护理。术前常规访视,介绍体外循环手术的相关知识。做好手术准备,保持手术床铺清洁、干燥。术中手术室温度控制在 $22 \sim 25^\circ\text{C}$,麻醉前根据受压部位(脚后跟、骶尾部、枕部等)选择不同型号的泡沫敷料,合理摆放手术体位,垫好头圈、背垫、臀垫、足垫,使用棉被保暖。术中密切观察患者的生命体征,关注受压皮肤,观察其颜色、皮温、压疮发生的部位、等级、创面情况等。手术结束正确移动、搬运患者,送入ICU,与ICU护士完成病情交接。观察组在对照组的基础上此采用对因循证护理预防术中压疮。

1.3 对因循证护理

1.3.1 成立循证护理小组:科室成立循证护理小组,全部护士均参加,其中护士长1名,专科责任组长2名(由高年资、护理经验丰富的护士担任)。小组成立后进行系统的循证护理知识培训和学习。

1.3.2 循证问题及支持:针对体外循环术中压疮的危险因素,结合临床经验咨询专家,在常规护理的基础上找出需要重点解决的护理问题:患者

因素、术中因素、护理因素。检索知网、万方、维普数据库中5年以内的有关检索关键词,如体外循环、术中压疮、危险因素、护理对策等,同时对文献进行分析,以获得最佳的研究实证。结合检索到的文献及实际临床经验制定护理对策。

1.3.3 循证护理对策:(1) 患者因素。年龄、营养状况、糖尿病、肥胖是导致心血管手术患者术中压疮形成的危险因素^[4]。① 术前加强对危险因素的评估,提高防范意识十分重要。术前在对患者进行访视时,采用《急性压疮危险评估量表》对患者的年龄、意识、营养、体型等做出评估^[5],展开定量与定性分析,重点关注高危患者。② 做好健康教育,讲明术中压疮的风险及相关预防措施,填写压疮风险预警报告表,取得患者的配合,指导患者做好皮肤清洁。③ 加强对患者的心理护理,介绍成功病例,发挥榜样效应,减少负面情绪引起的去甲肾上腺素和肾上腺素的分泌造成的皮肤僵硬^[6]。④ 积极处理原发病,对如控制血糖、输注白蛋白、指导饮食以增加营养等措施。(2) 术中因素。① 加强保温:术中体温降低是心血管手术患者压疮发生的一个独立风险因素。研究^[7]发现,体温每下降 1.8°C ,压疮的发生风险可增加20.2%。术中做好保暖、隐私遮盖工作,室温控制在 $25 \sim 26^\circ\text{C}$;使用循环水变温毯(提前将温度调至 $38 \sim 40^\circ\text{C}$),加强术中体温的监测,使用 50°C 暖水袋予双足底保暖,术中输血时将血袋放入 37°C 的水中复温后再输入,主动脉夹闭后关闭变温毯,直至心内操作基本完成,复温打开变温毯,调温度至 39°C 。② 使用记忆海绵床垫。③ 加强评估:术中继续采用《急性压疮危险评估量表》对患者的心率、呼吸、体温、平均动脉压、动脉氧分压、红细胞压积及血管活性药物剂量进行评估(术前评估项目共11项,每项指标分为5个等级,计分0~4分,总分0~44分)。评分 < 14 分者无压疮风险, ≥ 14 分时视为急性压疮发生的高危人群,加强高危人群的观察,并贴上红色警示标识。(3) 护理因素。护理人员的责任心及其对压疮知识的了解、预防重要性的认识是影响压疮形成的重要因素^[8]。与ICU患者做好交接,在对照组的基础上重点交接皮肤的受压情况,包括皮肤受压的部位、红肿的面积、分级等。

1.4 观察指标

1.4.1 皮肤潮湿程度:参照魏金金等^[9]文献中的皮肤潮湿程度评分标准,采用一张双层普通纸

巾(20 cm×20 cm)擦拭患者受压处的皮肤,若无汗液浸渍为 0 分,汗液浸渍≤1/2 为 1 分,>1/2 为 2 分。于术后 6 d 评价皮肤潮湿程度。

1.4.2 压疮的发生情况:于术中、术后 6 d 内进行评价。压疮(压力性溃疡)的分级及评定标准参照《美国国家压疮顾问小组压疮防护与治疗指南》(NPUAP, 2016)^[10],其中深部组织损伤、1 期(皮肤完整,指压不变白的红斑)、2 期(部分皮层缺失,真皮暴露)、3 期(全皮层缺失)、4 期(全层皮肤及组织缺失)、不可分期(深度为指的全层皮肤和和组织缺失),分级越高皮肤受损情况越严重。统计 2 组患者压疮的发生率、压疮的面积。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 20.0 进行数据统计,由未参与本课题的 2 名专业人员负责数据的录入,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间的比较采用 *t* 检验,计数资料[*n*(%)]比较采用卡方检验,*P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 压疮危险评分、体外循环时间及皮肤潮湿程度比较

2 组患者术前压疮危险评分、体外循环时间差异无统计学意义(*P*>0.05),观察组术后的皮肤潮湿评分低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 2 组患者术前压疮危险评分、体外循环时间及皮肤潮湿程度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	压疮危险评分 /分	体外循环时间 /min	皮肤潮湿评分 /分
对照组(<i>n</i> =120)	10.59±1.62	210.3±30.5	1.05±0.42
观察组(<i>n</i> =120)	10.27±1.34	202.5±48.6	0.82±0.33*

与对照组比较,**P*<0.05。

2.2 患者压疮发生情况比较

2 组患者均无 3 期、4 期及不可分期的压疮出现。观察组的压疮发生率低于对照组,压疮平均面积小于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 2 组患者压疮发生情况比较($\bar{x} \pm s$)[*n*(%)]

组别	压疮			压疮面积/cm ²
	深部组织损伤	1 期	2 期	
对照组(<i>n</i> =120)	12(10.00)	6(5.00)	4(3.33)	8.24±2.63
观察组(<i>n</i> =120)	4(3.33)*	2(1.67)*	0*	6.41±2.15*

与对照组比较,**P*<0.05。

3 讨 论

体外循环是心外科一门重要的技术,其目的在于完成手术的同时维持全身组织器官的血液供应。近年来,随着心脏疾病患者的增多以及体外循环技术的成熟,接受该类手术治疗的患者越来越多。研究^[11]报道,心血管手术患者发生压疮的风险较高。术中压疮也是困扰体外循环手术医护人员的一个难题。据报道^[12],40%的体外循环手术患者术后 24 h 可发生骶尾部及足跟部的压迫发红,心脏直视手术压疮的发生率可达 17.27%。术中压疮的发生率是评价手术室护理质量的一个重要指标,常规的护理措施经临床实践已经不能满足护理需求。现今临床上已经为预防体外循环手术患者术中急性压疮的发生进行了诸多研究。找出体外循环中手术患者术中压疮发生的危险因素,正确分析原因,在术中尽早采取预防性措施,是减少压疮发生的关键。循证护理是随着循证医学的产生与发展而出现的一种护理模式,是针对护理缺陷的原因循证的护理对策,具有科学化、规范化的特点。

本研究结果显示,与常规护理相比,循证护理组术后 6 d 的皮肤潮湿评分低,压疮发生率低、压疮平均面积小。这提示对因循证护理措施的实施对于预防体外循环手术患者术中压疮的发生是有益的。心脏手术患者在较长时间的手术中因多种原因可使皮肤损伤,其预防管理应该是全方位的^[13]。对因循证护理通过循证护理问题发现导致体外循环手术患者术中压疮的风险因素主要有患者因素(年龄、营养状态、意识状态、糖尿病、肥胖等)、术中因素(体外循环时间、手术时间、低温、麻醉等)以及护理人员因素,通过文献查寻、分析等工作,制定相应的护理对策。年龄越大、BMI 越大、手术时间越长、术中出血量越大,压疮的风险也就越高。针对以上因素,加强术中压疮的风险因素评估,其目的在于预防压疮发生的风险,并及时根据评分制订针对性的预防计划,为病房护士术前帮助患者调整利于手术的状态有积极意义。其次,通过健康教育和心理护理,增加患者对压疮的认知和心理准备,减少皮肤僵硬。在术中对因护理方面,首先加强了保温护理,在使用泡沫敷料的基础上采用了循环变温水毯,房师荣等^[14]研究报道,循环水变温毯联合泡沫敷料能够有效预防循环手术患者术中急性压疮的发生。同

时术中还使用了暖水袋,并对输注液体复温至 37 ℃,将患者的体温控制在一个合理的水平,能够确保患者的生命体征平稳,抑制因手术造成的炎性反应。同时术中综合保温还有利于患者术后麻醉药物的代谢。肖树维等^[15]认为帮助患者减压是预防术中压疮的主要路径。循证护理中使用记忆海绵垫可有效减轻身体压力,确保患者手术过程中的安全和舒适性。就护理人员方面,在完成常规交接的同时,重点交接皮肤的受压情况,其有利于 ICU 护士全面掌握患者的情况,制定相应的防护措施。经临床实践表明,以上的循证护理措施都是具体有效、切实可行的,有效提高急性压疮预防的科学性和有效性。对因循证护理模式打破了传统仅以“病”为主的护理方式,针对问题,寻找真因,进而有效提高了护理效果。

综上所述,对因循证护理能够改善体外循环手术患者皮肤状况,减少术后压疮的发生。

参考文献

[1] 智红晓,宋葆云,杨巧芳.应用集束化护理预防成人体外循环心脏手术患者围手术期急性压疮的实践[J].中国护理管理,2017,16(6):840-842.

[2] 陈晓媚,高文,朱瑞萍,等.心血管手术患者压疮危险因素的研究进展[J].中华现代护理杂志,2018,24(6):738-741.

[3] 刘梅芳,吴凤家,杨满芳,等.术前访视联合循证护理在

心脏外科手术中的应用[J].护理实践与研究,2015,12(7):46-47.

[4] 李亚兰,韩小云.术中压疮评估与危险因素的研究进展[J].当代护士,2016,23(5):11-14.

[5] 吴勤,崔渝敏,陈燕.急性压疮危险因素评估量表在心脏直视手术患者中的应用[J].中华护理杂志,2009,44(1):1183-1185.

[6] 洪迎,王丽华.集束化护理对心脏手术患者急性压疮发生率的影响[J].当代护士,2018,25(12):46-48.

[7] 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.

[8] 魏金金,关旨耘,洪矾云,等.自制水袋联合气垫床预防昏迷病人压疮的效果观察[J].护理研究,2016,30(5):1760-1762.

[9] 褚万立,郝岱峰.美国国家压疮咨询委员会 2016 年压力性损伤的定义和分期解读[J].中华损伤与修复杂志:电子版,2018,13(1):64-67.

[10] 陈沅,吴蓓雯,钱蓓健,等.心血管手术患者术中压力性损伤现状及相关因素研究[J].上海护理,2019,19(2):18-24.

[11] 潘雅琴.体外循环手术中压疮预防的研究进展[J].甘肃科技,2017,11(33):113-116.

[12] 徐永红.体外循环下心脏手术术中压疮相关因素分析及预防对策[J].天津护理,2017,25(1):43-44.

[13] 郑娟娟,梁湘源.持续质量改进在预防术中压疮护理中的应用研究[J].护理研究,2015,29(5):603-605.

[14] 房师荣,高玉芳,刘丰秀,等.循环水变温毯联合泡沫敷料预防体外循环手术压疮 54 例效果观察[J].齐鲁护理杂志,2016,22(8):94-95.

[15] 肖树维,舒惠萍,曾慧美,等.标准化防护流程预防心脏侧卧位长时间手术患者术中压疮的效果[J].护理实践与研究,2017,14(4):119-120.

(上接第 113 面)

[3] 齐梦影,田刻平,严谨,等.糖尿病足早期预防干预措施的研究进展[J].解放军护理杂志,2018,35(23):42-46.

[4] 靳丽.延续护理可提高Ⅱ型糖尿病患者自我认知与遵医行为[J].基因组学与应用生物学,2018,37(2):563-569.

[5] 纪翠红,于红静,郭慧玲,等.基于患者需求和德尔菲法构建三甲医院延续性护理模式[J].护理学杂志,2018,33(7):57-60.

[6] 田彦,张建欣.2 型糖尿病患者自我护理行为的现状及其影响因素[J].解放军护理杂志,2018,35(18):24-29.

[7] 刘瑾,袁戈恒,路潜,等.糖尿病患者足部护理行为问卷的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2016,51(10):1261-1264.

[8] 康烁,田素斋,高俊香,等.基于保护动机理论的护理干预对糖尿病患者血糖监测的影响[J].中国护理管理,2016,16(2):242-246.

[9] 陈娜,耿莉,陈璇,等.延续护理对糖尿病病人干预效果的系统评价[J].护理研究,2016,30(16):1966-1972.

[10] 金逸,施雁,龚美芳,等.以慢性病患者为中心的延续性护理模式的实施与效果[J].中华护理杂志,2015,50(11):1388-1391.

[11] 王芳,袁丽.居家糖尿病足患者核心护理问题的确定[J].护理学杂志,2018,33(11):100-102.

[12] 刘敏杰,张兰凤,刘婷婷,等.采用结构-过程-结果三维质量评价模式实施延续护理的实践[J].中华护理杂志,2015,50(1):74-78.

[13] 张伊辉,李黎.马拉加大学糖尿病足部自我护理问卷的汉化及信效度检验[J].护理学杂志,2019,34(2):31-33.

[14] 贺赛玉,高丽冰,伍银,等.医院-社区-家庭三元联动延续护理模式对 2 型糖尿病患者的影响[J].中国全科医学,2018,21(S2):202-204.

[15] 冯菁.“医院-社区-家庭”三元联动模式在老年糖尿病风险足分级管理中的应用价值[J].中外女性健康研究,2019(2):32-32,46.

[16] 侯建威.医院-社区-家庭三元联动延续护理模式对 2 型糖尿病患者的应用[J].检验医学与临床,2018,15(10):1483-1486.

[17] 罗欢,邹树芳.三元联动整合照护模式在老年 2 型糖尿病患者中的应用[J].海军医学杂志,2018,39(2):117-120.

[18] 常小霞,袁丽,杨小玲,等.三元联动对糖尿病足患者出院后达标的护理效果观察[J].重庆医学,2018,47(27):3538-3541.