

医护联合创面门诊模式在慢性创面治疗中的效果探讨

严乾淑 兰南 刘旭

四川省自贡市第一人民医院, 四川 自贡 643000

摘要: 目的: 探讨医护联合创面门诊模式在慢性创面治疗中的效果。方法: 2017年10月开设医护联合创面门诊。创面处理均遵循“TIME”原则, 建立统一的创面处理流程。回顾性分析从2017年10月至2018年4月创面门诊开设半年患者就诊人次, 1月内、2月内、3月内创面愈合人数、愈合率、好转人数、好转率、人均费用; 调查医护联合创面门诊开展前后伤口护士职业价值成就感; 创面门诊患者就医满意度。结果: 创面门诊开设半年患者就诊657人次, 3月内治愈59人, 总愈合率达到98.33%(59/60), 其中1月内愈合37人, 愈合率62.71%(37/59), 2月内愈合20人, 愈合率33.90%(20/59), 3月内愈合2人, 愈合率3.39%(2/59); 3月内好转1人, 好转率1.67%(1/60)。人均费用612.33元; 开设医护联合门诊后伤口护士的职业价值感较开设前明显提高($P < 0.05$), 差异有统计学意义; 患者就医满意度率达99.44%, 对医、护服务质量均满意, 无差异。结论: 开设医护联合创面门诊, 有利于创面患者的专科治疗, 促进创面康复; 有利于医护有效合作, 共同提高, 减少医疗风险; 有利于提升护士职业价值成就感, 促进专科护士成长。在不具备开设创面专科的情况下, 这种医护联合创面门诊模式值得推广。

关键词: 医护联合; 创面门诊; 慢性创面治疗; 效果

随着社会经济的发展和人口老龄化的加速, 慢性创面的发病率显著升高^[1]。慢性创面是指无法通过正常有序而及时的修复过程达到解剖和功能完整的创面, 临床上多指经1个月以上治疗未能愈合或无愈合倾向的创面^[2]。创面治疗模式可以多种多样, 既可以是独立或新建设的专科, 也可以是在外科或其他临床专科内设置的专门治疗单元或病区, 或者是一个专科门诊等^[3]。医护联合, 属于医护合作的范畴。美国护士协会将其定义为医护之间的一种可靠的合作过程, 即在医护双方都能认可和接受各自行为和责任的范围内, 保护双方的利益和实现共同目标^[4]。本院从2017年10月开设医护联合创面门诊, 对各类慢性创面治疗取得较好的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

创面门诊人员情况 1名医生: 男性, 骨科主治医师; 2名护士: 女性, 分别为副主任护师和主管护师, 本院伤口小组组长和副组长, 均为四川省伤口/造口专科护士, 承担伤口会诊。3人均取得创面治疗师培训合格证, 各自承担周一、三、五上午的创面门诊。另由1名骨科副主任医师和1名内分泌科主治医师及1名临床营养副主任技师担任业务顾问, 安排了24名院级伤口小组成员参加2个半天的创面门诊实践。

1.2 患者资料

共60名患者: 男28例, 女32例; 年龄2岁~94岁, 平均年龄62.21岁, 创面大小(2.1 cm×2.5 cm×1.5 cm)~(6.0 cm×5.5 cm×1.8 cm); 创面类型: 创伤性溃疡27例(外伤所致23例、手术所致3例、动物咬伤所致1例)、烫伤性溃疡12例、糖尿病性溃疡8例、静脉性溃疡7例、压力性损伤4例、放射性溃疡2例。其中合并糖尿病8例, 使用激素类药物3例。排除就诊10天内的患者。

1.3 实施方法

(1) 完成医护联合创面门诊申请流程。

(2) 确定创面门诊位置, 完善房间硬件准备, 包括治疗床、治疗车、无菌柜、电脑、感应洗手设备等; 制作展板上墙: 包括伤口各阶段表现和处理、影响伤口愈合的因素、创面门诊人员宣传、消毒隔离制度等; 准备氧气枕、输液等急救药品和物品。

(3) 制定相关制度: 包括无菌物品管理制度、空气消毒登记制度、医疗废物分类管理制度和手卫生规范, 将各种管理制度和规范落实到工作中。

(4) 确立工作内容包括压力性损伤、糖尿病性溃疡、静脉性溃疡、创伤性溃疡等慢性创面。

(5) 创面处理遵循“TIME”原则“TIME”原则是近年来伤口床准备的新理念, 是指去除坏死组织(T: tissue)、控制

炎症和感染(I: infection / inflammation)、维持创面湿性平衡(M: moisture)、促进创缘上皮化(E: edge / epithelial)^[5]。T-去除坏死组织: 创面为黑色期和黄色期, 清除坏死组织, 减少细菌量。措施为清创和冲洗。清创的方法我们主要为外科清创和自溶清创联合使用。无渗液, 干燥稳定的黑痂, 不需清创, 让黑痂自然脱落。I-控制炎症和感染: 判断创面有无红、肿、热、痛、脓液、恶臭等感染表现, 做分泌物细菌培养是金标准。局部使用银敷料控制感染, 必要时联合使用全身抗菌药。M-维持创面湿性平衡: 干燥时选用水凝胶或水胶体; 少量渗液时选用透明薄膜或水胶体; 中 / 大量渗液时选用藻酸盐、泡沫敷料; 肉芽水肿选用3%-5%高渗盐水。因医院暂无便携式负压装置^[6], 故暂未在门诊使用封闭负压引流。E-促进创缘上皮化: 断有无角质增生、边缘内卷等, 处理方法为更换合适的敷料, 必要时外科清创或医生植皮。

(6) 建立统一的创面处理流程: 包括看上次病历的处理记录→拆敷料→评估患者全身情况和创面→0.5%碘伏消毒创面周围皮肤→0.9%生理盐水清洗创面→清创→选敷料→包扎→病历记录和收费。下肢静脉溃疡使用压力绷带。处理过程中遵守无菌操作原则和手卫生规范, 进行健康教育, 包括指导补充高蛋白质、高维生素食物, 利于创面的愈合; 四肢创面抬高患肢, 减轻和消除组织水肿; 戒烟; 控制血糖; 纠正引起组织损伤的原因等。并预约下次治疗时间。要求至少首次治疗和治愈后各照一次照片。

(7) 建立微信群沟通。促进医护患有效沟通。

1.3 评价方法

①创面愈合评价标准为伤口上皮完全覆盖, 经3%过氧化氢检测局部无氧化反应为伤口愈合; 愈合率(%)=愈合患者数÷患者总数×100%。好转率(%)=好转患者数÷患者总数×100%。②调查创面门诊26名伤口专科护士职业价值成就感。包括对护士工作满意、工作被认可度、自我愿望实现、劳动价值体现、综合成就感。回答选项设“非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意”, 满意和非常满意列入满意; 一般、不满意和非常不满意列入不满意, 并经相关专家审定, 量表信度系数为0.746。③创面门诊患者就医满意度。问卷的对象为治疗结束的患者, 内容包括患者对就诊环境、服务态度、对医生服务质量满意度、对护士服务质量满意度、健康教育、合理收费。此调查表经相关专家审定, 信度系数为0.769。调查了创面门诊60名治愈好转患者。

1.4 统计学方法

数据采用SPSS17.0统计软件进行处理。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 创面门诊3月内治愈好转率

3 月内治愈 59 人,总愈合率达到 98.33%(59/60)。其中 1 月内愈合 37 人,愈合率 62.71% (37/59); 2 月内愈合 20 人,愈合率 33.90%(20/59); 3 月内愈合 2 人,愈合率 3.39% (2/59); 3 月内好转 1 人,好转率 1.67%(1/60)。60 名患者最高费用 2200 元,最低费用 205 元,人均费用 612.33 元。

2.2 开设医护联合创面门诊前后护士职业价值成就感比较 见表 1。

表 1 开设医护联合创面门诊前后护士职业价值成就感比较 (名)

时间	n	工作满意度	工作被认可	自我愿望实现	劳动价值体现	综合成就感
开展前	26	14	18	11	18	15
开展后	26	25	25	26	26	25
χ^2 值		12.410	4.837	21.081	7.239	10.833
P 值		0.000	0.028	0.000	0.007	0.001

2.3 创面门诊患者就医满意度

调查 60 名患者,对就诊环境、服务态度、医生服务质量、护士服务质量、健康教育均 100% 满意;对合理收费 58 名满意占 96.67% (58/60)。总满意率达 99.44%。

3 讨论

医护联合创面门诊有利于创面患者的专科治疗,促进创面康复;有利于医护有效合作,共同提高,减少医疗风险。我院采用的医护联合创面门诊模式,有别于其它医院开设的伤口造口护理门诊。由 1 名医生和 2 名专科护士分别承担每周 1 个半天的门诊,需要增加治疗次数的预约即可。开业前 3 次,医护 3 人一起门诊,目的是大家达成共识,包括遵守创面处理流程,“TIME”原则等。这种模式既发挥了医生清创的优势,又发挥了护士选择新型敷料的优势,医师与护士优势互补。开展创面门诊半年,从工作量可以看出 3 月内创面愈合 59 人,总愈合率达到 98.33%; 1 名狗咬伤患者已明显好转,与早期处理不当、病程长达 1 年等有关。从满意度调查结果可以看出除 2 名患者对合理收费不满意的,其余均满意,且对医、护服务质量均满意,无差异。

医护联合门诊有利于提升护士职业价值成就感,促进专科护士成长。该模式由患者挂号,就诊,专科护士与医生享有同样的权利。创面门诊还安排了 24 名院级伤口小组成员参加创面实践活动,使其理论与实践有机结合,利于更好的掌握创面处理技能。表 1 结果显示开展医护联合创面门诊后伤口专科护士工作满意度、工作被认可、自我愿望实现、劳动价值体现、综合成就感均比开展前有提高, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

医护创面门诊运行须进一步解决的问题。包括加强宣传,增加门诊量,必要时增加门诊时间;还需要得到更好的后勤保障,如购置便携式负压装置、更多功能的新型敷料(如水凝胶银、藻酸盐银等)。还要进一步完成创面门诊绩效考核和评价体系,优化信息化管理平台等。

4 小结

慢性创面病因多,病程长,处理时需评估并纠正引起组织损伤的原因,局部治疗遵循“TIME”原则,才能有效的促进创面愈合。该医护联合创面门诊模式对慢性创面管理有重要的推进工作,在不具备开设创面专科的情况下值得推广。

参考文献

[1]陆树良.加强创面修复专科的内涵建设[J].中华烧伤杂志,2012,28(1):1-2.
 [2]茹敏晖.延续护理对慢性创面患者生活质量及护理满意度的影响[J].中国烧伤创疡杂志,2018,30(1):24-26.
 [3]付小兵.进一步推进具有中国特色的创面防控创新体系建设研究[J].中华创伤杂志,2017,33(4):289-292.
 [4]Association American Nurses. Nursing ' s social policy[M].Washington : American Nurses Publishing,1995.
 [5]Fletchrr J.Wound bed preparation and the TIME principie[J].Nurs Stand,2005,20(12):57-65.
 [6]刘清娴,苏静,陈文专,等.TIME 伤口床准备联合封闭式负压引流用于慢性伤口护理[J].护理学杂志,2017,32(18):1-6.