

多学科协助式护理在肠造口周围脓肿患者经封闭式负压引流治疗中的应用*

李 婷¹, 张 玲^{2△}1. 陕西省汉中市中医医院康复医学科, 陕西汉中 723100; 2. 陕西省汉中市人民医院
中医肛肠康复科, 陕西汉中 723000

摘要:目的 探究多学科协助式护理在肠造口周围脓肿患者经封闭式负压引流治疗中的应用效果。方法 选取陕西省汉中市中医医院 2020 年 9 月至 2022 年 9 月收治的肠造口周围脓肿患者 96 例, 按照随机数字表法分为对照组(48 例)与研究组(48 例)。两组均接受封闭式负压引流治疗, 在此期间对照组给予常规护理, 研究组给予多学科协助式护理。比较两组患者的住院时间、创面愈合时间及脓肿消失时间, 并对干预前后两组患者的心理状况[抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)]、疼痛情况[视觉模拟评分法(VAS)]、日常生活能力[改良 Barthel 指数(MBI)]及生活质量进行对比。结果 研究组住院时间、创面愈合时间、脓肿消失时间均比对照组短, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 两组 SDS 评分、SAS 评分均比干预前低, 且研究组比对照组低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 两组 VAS 评分比干预前低, MBI 评分比干预前高, 且研究组 VAS 评分比对照组低, MBI 评分比对照组高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 两组社会功能、心理功能、躯体功能及物质生活状态评分均比干预前高, 且研究组比对照组高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 多学科协助式护理在肠造口周围脓肿患者经封闭式负压引流治疗过程中的应用效果确切, 可明显改善患者疼痛及心理状况, 缩短住院时间。

关键词:造口周围脓肿; 封闭式负压引流; 多学科; 协助式护理

中图分类号: R473.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)17-2586-04

肠造口周围脓肿作为临床肠造口术后常见并发症之一, 主要是手术外翻缝合时, 肠壁造口被全层缝合, 肠造口四周皮肤受到损坏, 细菌侵入所致的造口周围感染^[1]。传统创面冲洗、换药等常规治疗方式虽可改善患者临床症状, 但亦会使患者痛苦倍增。封闭式负压引流作为一种将开放创面转变成相对闭合创面的治疗方式, 其主要原理是负压经连接管、填充敷料在伤口表面感染四周形成密闭环境, 由点到面, 全方面持续引流^[2]。该技术在外科伤口^[3]、感染创面^[4]等治疗中作用明显, 可使伤口处细菌数量下降, 促进局部微循环, 加速伤口愈合。然而, 创面恢复不仅需要有效的治疗方式, 还需要良好的护理措施。此外, 肠造口周围脓肿的创腔易渗入粪水导致伤口愈合困难, 这是临床护理的重难点。多学科协助式护理主要是责任制护理充分发挥多学科集体协调作用, 调动患者积极性, 提高患者依从性, 加速其康复进程^[5]。基于此, 本研究探究多学科协助式护理在肠造口周围脓肿患者经封闭式负压引流治疗中的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取陕西省汉中市中医医院 2020 年 9 月至 2022 年 9 月收治的肠造口周围脓肿患者 96 例。纳入标准: (1) 经临床检查证实为肠造口周围脓

肿; (2) 初次造口周围出现疼痛、红肿等症状; (3) 年龄 > 18 岁; (4) 生活可自理, 且沟通、理解能力正常。排除标准: (1) 存在其他肠造口并发症者; (2) 不符合封闭式负压引流要求者; (3) 心、肝、肾等功能严重障碍者; (4) 存在药物成瘾、酗酒史者; (5) 存在明确精神疾病者。按照随机数字表法将其分为对照组(48 例)与研究组(48 例)。对照组男 33 例, 女 15 例; 年龄 38~75 岁, 平均(57.25±6.83)岁; 学历: 初中及以下 21 例, 高中及中专 18 例, 大专及以上 9 例。研究组男 36 例, 女 12 例; 年龄 36~78 岁, 平均(56.64±7.09)岁; 学历: 初中及以下 19 例, 高中及中专 16 例, 大专及以上 13 例。两组患者性别、年龄、学历等一般资料相比, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准(NTSY-2020A09)。患者及家属均知晓且签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予常规护理。(1) 入院宣教。入院后护士对患者进行入院宣教及病友介绍, 做好日常生活护理、用药及饮食指导等工作。(2) 引流相关护理。护士定期检查引流装置是否正常, 并让责任护士每 2 h 查看负压是否在规定范围内, 以保持有效负压; 在患者骶尾部放置软枕, 并将患者适当抬高以保持引流管通畅; 注意观察创面敷料颜色转变、引流装置使

* 基金项目: 陕西省汉中市中医医院院级科研项目(Yk1933)。

△ 通信作者, E-mail: djkvis@163.com。

用时间等,若需更换敷料及引流装置则按规定流程操作,并准确记录引流液颜色、质量等。(3)疼痛护理。住院期间采用疼痛评估量表评估患者疼痛程度,以三阶梯镇痛原则为依据遵医嘱对患者使用止痛药物;为患者进行擦洗、换药等操作时动作轻柔,避免伤口直接与镊子尖端接触。(4)出院随访。患者出院时做好健康教育等工作,定期电话随访。

1.2.2 研究组 给予多学科协助式护理。

1.2.2.1 组建多学科协助式护理小组 组建多学科协助式护理小组,组员包括主治医师、造口治疗师、营养师、心理咨询师、护士若干名。组员统一培训后与患者及其家属共同制订护理方案,评估患者需求及存在的问题。

1.2.2.2 术前干预 (1)护士对患者肠造口及负压引流术的认知程度进行评估;(2)主治医师、造口治疗师通过与患者直接面谈,利用图片、视频等形式为患者及其家属详细讲解造口相关知识及负压引流术方法、过程;(3)护士为患者及其家属讲解多学科协助式护理知识及方法;(4)主治医师为患者进行心理疏导,无法疏导者由组内专业心理咨询师进行干预。

1.2.2.3 术后干预 (1)疼痛护理:采用湿性愈合敷料以减少敷料更换所致疼痛;采用涡流式冲洗以减少接触性疼痛;采用播放轻音乐、看电视等方式转移患者注意力,减轻其疼痛。(2)造口护理:入院时因患者脓肿处距肠造口较近,故选择腰带型硅胶一件式造口袋以确保在不造成局部皮肤压力性损伤的前提下有效收集粪便;治疗期间造口治疗师定期评估患者造口周围皮肤恢复情况,并结合患者使用习惯选择合适的造口底盘,同时采用造口腰带加压固定以确保在不影响创面的前提下保证良好密封性,减少或避免渗漏及创面感染。(3)营养支持护理:住院期间由营养师为患者制订饮食护理计划,嘱患者多食用高蛋白、高维生素食物,禁辛辣油炸等刺激性食物;治疗期间每周检测电解质指标 1~2 次,根据检测结果为患者补充电解质;必要时遵医嘱为患者输入维生素、人血白蛋白等以加强营养。(4)心理护理:安排心理咨询师为患者进行个性化心理疏导。针对悲观患者,心理师在干预过程中帮助患者正确认识疾病,对其进行积极心理暗示,并尽可能避免生活中可能出现的消极暗示;针对抑郁消沉患者,心理师通过交谈法,主动采取友好态度及轻柔缓和语言与患者沟通,引导其向外宣泄内心感受,认真倾听其诉说,避免患者内心出现孤独感;针对焦虑恐惧患者,心理师指导患者进行冥想、放松训练、沙画等,以减轻其心理压力。(5)健康教育:主治医师和造口治疗师共同向患者及其家属介绍疾病相关知识及治疗方案,做好沟通解释工作,以增强患者治疗信心;造口治疗师在为患者进行相关操作时需注意倾听,耐心解释该病出现原因,指出患者病情恢复情况,促使患者转变就医态度,提高配合度;护士

为患者做好健康教育工作,指导其进行自我管理护理;创建微信群并邀请患者加入,不定时在群内发送疾病相关知识,并安排专人定时在群内答疑解惑,集中解决患者问题,鼓励患者积极学习并在群内分享自己康复经验,并及时对其进行表扬以提升患者成就感;出院后定期随访患者,做好指导工作,嘱其按时来院复查,一旦出现异常情况及时来院就诊。(6)讨论总结。小组每周进行一次工作讨论会,讨论并总结患者疾病现状及心理情况等问题,并对干预内容进行针对性调整。

1.3 观察指标 (1)比较两组住院时间、创面愈合时间、脓肿消失时间。(2)心理状况:采取抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)^[6]对干预前后患者心理状况进行评价,两表各有 20 条项目,每条项目评分 1~4 分。其中 SDS 评分重度抑郁为 ≥ 73 分,中度抑郁为 63~72 分,轻度抑郁为 53~62 分;SAS 评分重度焦虑为 ≥ 70 分,中度焦虑为 60~69 分,轻度焦虑为 50~59 分。SDS、SAS 评分越高说明焦虑、抑郁程度越严重,心理状况越差。(3)疼痛情况:采用视觉模拟评分法(VAS)^[7]对干预前后患者疼痛程度进行评价,其中无痛为 0 分,轻度疼痛为 1~3 分,中度疼痛为 4~6 分,重度疼痛为 7~10 分。(4)生活能力:采用改良 Barthel 指数(MBI)^[8]对患者干预前后生活能力进行评估,满分 100 分,得分越高生活能力越强。(5)生活质量:采用生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)^[9]对患者干预前后生活质量进行评估,该表共 4 个维度,其中社会功能、心理功能、躯体功能 3 个维度评分 20~100 分,物质生活状态维度评分 16~80 分,评分越高生活质量越好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者住院时间、创面愈合时间、脓肿消失时间比较 研究组住院时间、创面愈合时间、脓肿消失时间均比对照组短,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者住院时间、创面愈合时间、脓肿消失时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	住院时间	创面愈合时间	脓肿消失时间
研究组	48	13.25 ± 1.83	12.15 ± 1.45	10.13 ± 1.71
对照组	48	17.14 ± 2.09	15.02 ± 2.51	12.28 ± 1.35
<i>t</i>		-9.702	-6.860	-6.837
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者心理状况比较 干预前,两组 SDS 评分、SAS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组 SDS 评分、SAS 评分均比干预前低,且研究组比对照组低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者 VAS 评分、MBI 评分比较 干预前, 两组 VAS 评分、MBI 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组 VAS 评分比干预前低, MBI 评分比干预前高, 且研究组 VAS 评分比对照组低, MBI 评分比对照组高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者心理状况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SDS 评分		SAS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	48	55.85±5.14	42.12±6.01 ^a	53.52±5.53	41.47±4.82 ^a
对照组	48	55.71±5.11	47.35±6.87 ^a	53.45±5.29	45.28±5.05 ^a
t		0.134	3.970	0.063	3.781
P		0.894	<0.001	0.950	<0.001

注: 与同组干预前相比, ^a $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者生活质量评分比较 干预前, 两组社会功能、心理功能、躯体功能及物质生活状态评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组社会功能、心理功能、躯体功能及物质生活状态评分均比干预前高, 且研究组比对照组高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者 VAS 评分、MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	VAS 评分		MBI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	48	6.75±0.24	0.83±0.33 ^a	51.82±7.63	80.47±3.92 ^a
对照组	48	6.71±0.21	1.35±0.37 ^a	52.45±7.59	74.28±5.05 ^a
t		0.869	-7.267	-0.406	6.708
P		0.387	<0.001	0.686	<0.001

注: 与同组干预前相比, ^a $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	社会功能		心理功能		躯体功能		物质生活状态	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	40.91±4.35	47.35±3.12 ^a	41.31±5.17	50.26±5.93 ^a	46.72±6.48	58.25±7.49 ^a	47.35±5.31	54.81±6.08 ^a
对照组	40.83±4.57	44.49±3.75 ^a	41.85±4.98	45.38±5.29 ^a	47.37±6.65	54.67±6.68 ^a	47.51±5.03	51.62±5.60 ^a
t	0.088	4.062	-0.521	4.255	-0.485	2.471	-0.152	2.663
P	0.930	<0.001	0.604	<0.001	0.629	0.015	0.880	0.009

注: 与同组干预前相比, ^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

肠造口周围脓肿属于感染性疾病, 患者肠造口周围以潮红、肿痛、部分流脓等为主要表现。因创腔位于造口边缘, 易渗入粪水, 加深创腔, 导致愈合困难, 严重影响患者身心健康。封闭式负压引流为现阶段临床常用的肠造口周围脓肿治疗方式, 可将渗液高效引流, 促进肉芽组织生长, 加快创腔缩小速度^[10]。但封闭式负压引流治疗中患者易出现疼痛、焦虑等, 导致其配合度较差, 影响预后。因此, 寻找有效护理干预方式对肠造口周围脓肿患者创面愈合意义重大。

近些年随着全科医学、护理的不断发展, 多学科协助式护理在临床中逐渐应用, 并取得较好成效。多学科协助式护理由多个学科合作, 共同对某一疾病制订并实施相应护理方案, 实现促进患者康复的目的^[11]。桂金敏等^[12]对 92 例行椎管肿瘤切除术患者进行前瞻性研究, 发现多学科护理模式可明显缩短患者住院时间, 加速康复进程。兰文霞等^[13]指出, 多学科协作护理模式有助于结直肠癌患者术后恢复, 缩短其住院时间。本研究中, 研究组住院时间、创面愈合时间、脓肿消失时间均比对照组短, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 与上述报道类似, 表明相比常规护理, 多学科协助式护理在肠造口周围脓肿患者经封闭式负压引流治疗中的应用效果更好, 更能促进患者康复。分析原因, 多学科协助式护理中多学科相互协作, 共同对患者进行引流相关护理、疼痛护理、营养支持、心理护理及造口护理等, 使患者身心舒适, 有助于

加强其依从性, 为其创面恢复提供所需的营养, 从而促进创面愈合, 缩短其住院时间。肠造口周围脓肿患者因伤口位置特殊、治疗费用高、伤口疼痛等原因极易出现焦虑等负面情绪, 严重影响其心理健康。李萍萍等^[14]指出, 对骨癌痛患者进行多学科联合护理可明显降低其 SDS 评分、SAS 评分, 改善其心理状态。顾磊磊等^[15]对糖尿病伴下肢创伤后慢性溃疡患者进行多学科协作护理模式, 发现可有效改善患者心理状态。本研究中, 研究组干预后 SDS 评分、SAS 评分均比干预前低, 且研究组低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 与上述研究结果相似。说明多学科协助式护理较常规护理更能改善肠造口周围脓肿患者心理状态。这可能是由于该模式下护士在进行护理操作时更重视患者隐私保护工作; 造口治疗师换药时动作轻柔, 积极与患者沟通, 耐心为其答疑解惑, 指出其每天恢复进展以增强其信心; 心理咨询师为患者进行相应心理疏导, 多学科合作下共同减轻患者心理压力。本研究中, 研究组干预后 VAS 评分比干预前及对照组低 ($P < 0.05$), 而 MBI 评分比干预前及对照组高 ($P < 0.05$), 表明多学科协助式护理可有效减轻肠造口周围脓肿患者疼痛, 提高其日常生活能力。这可能与该干预下的止痛药物应用、转移注意力、提供充足营养等措施有关。此外, 本研究发现研究组生活质量各维度评分均比对照组高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明多学科协助式护理可提升肠造口周围脓肿患者生活质量。

综上所述,多学科协助式护理在肠造口周围脓肿经封闭式负压引流治疗过程中的应用效果确切,可明显改善患者疼痛及心理状况,缩短住院时间。

参考文献

[1] 洪涛,梁月梅,王华军,等. 10 例肠造口周围脓肿患者应用封闭式负压引流术联合湿性敷料的效果观察[J]. 护理学报,2020,27(21):70-72.

[2] 郑霞,胡雅,周洁,等. 封闭负压引流术治疗阴茎癌腹股沟淋巴结清扫术后伤口二期愈合患者的护理[J]. 护理学报,2021,28(13):62-64.

[3] 陈增红,娄寅,曹东升,等. 外科清创联合封闭式负压引流术治疗慢性创面的疗效[J]. 安徽医学,2019,40(8):876-878.

[4] 藏琳琳,杨磊,赵春月,等. 封闭式负压引流术联合自体游离皮片植皮治疗四肢皮肤软组织感染创面的疗效观察[J]. 现代生物医学进展,2022,22(1):94-98.

[5] 韩雪,李涛,张建霞,等. 多学科团队护理模式在妊娠期心力衰竭患者护理中的应用[J]. 中国药物与临床,2021,21(11):1978-1980.

[6] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.

[7] 孙兵,车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志,2012,28(6):645.

[8] LEUNGS O, CHAN C C, SHAH S. Development of a chinese version of the modified barthel index; validity and reliability[J]. Clin Rehabil, 2007, 21(10):912-922.

[9] 汪向东,姜长青,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:88-95.

[10] 庄志浩,欧阳秋伟,陶世明,等. Nissen 法联合负压封闭引流治疗十二指肠球后溃疡术后残端瘘的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2020,27(5):592-594.

[11] 刘希,李丹. 多学科协作护理模式在胆囊炎患者药物治疗中的护理效果及对依从性或满意度的影响研究[J]. 中国药物与临床,2021,21(12):2181-2183.

[12] 桂金敏,赵东红. 多学科护理模式在椎管肿瘤切除术后的应用效果研究[J]. 河北医药,2021,43(9):1437-1440.

[13] 兰文霞,李耀平,吴丽娟. 基于多学科协作的快速康复外科护理模式在结直肠癌患者围手术期管理中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(3):370-373.

[14] 李萍萍,黄莹,王婷婷. 多学科联合护理方案在骨癌痛患者中的应用效果[J]. 河北医药,2022,44(1):143-145,149.

[15] 顾磊磊,潘红英,范顺武. 多学科协作模式在糖尿病伴下肢创伤后慢性溃疡围术期护理中的效果[J]. 中华创伤杂志,2021,37(8):744-749.

(收稿日期:2023-02-26 修回日期:2023-04-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.17.030

兴趣游戏在阑尾炎患儿术后疼痛护理中的应用研究*

张凤^{1,3},何磊¹,范美荣¹,王芸¹,陈璐^{2△}

1. 江苏大学医学院,江苏镇江 212000;2. 南京大学医学院附属鼓楼医院护理部,江苏南京 210008;
3. 皖南医学院第一附属医院小儿外科,安徽芜湖 241000

摘要:目的 探究兴趣游戏对阑尾炎患儿术后急性疼痛、早期下床活动、睡眠质量的影响。方法 采用类实验研究设计,按照入院时间将 2021 年 1—4 月皖南医学院第一附属医院收治的 35 例阑尾炎患儿作为对照组,采用儿外科术后急性疼痛的常规护理;2021 年 5—8 月收治的 36 例阑尾炎患儿作为试验组,采用兴趣游戏缓解术后疼痛。比较两组干预前及术后 24、72 h 疼痛评估量表(FLACC)评分、术后首次下床活动时间、切口愈合时间、匹兹堡睡眠质量指数量表评分等。结果 干预前和术后 24 h,两组 FLACC 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。术后 72 h,试验组 FLACC 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后,试验组首次下床活动时间,切口愈合时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能得分及总分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,试验组睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能得分及总分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 兴趣游戏能有效缓解学龄前儿童阑尾炎术后疼痛,缩短首次下床活动时间,促进伤口愈合,提高睡眠质量。

关键词:兴趣游戏; 阑尾炎; 疼痛

中图法分类号:R72;R574

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)17-2589-05

疼痛是一种伴随实际或潜在组织损伤的不愉快感官和情感体验,是术后常见临床症状之一。有研究

表明,约 50% 的儿童在接受肠道手术后会因手术切口及活动牵拉等因素而承受重度疼痛,进而影响患儿的

* 基金项目:国家级大学生创新创业训练项目(202110368018);皖南医学院中青年科研基金(WKS2022F02)。

△ 通信作者,E-mail:gycc2011@126.com。

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1167.R.20230815.1728.004.html>(2023-08-16)