

ISSN 3105-6547 (print)

ISSN 3105-6555 (online)

护理创新

Nursing Innovation

2025年 第1卷 第1期

(双月刊)



OPEN ACCESS



扫码阅读

护理创新

编委会

主 编

陆 琳

副主编

廖思妍 陈 明 洪 丽

赵雨欣 金 佳 颜宇轩

范浩辰 杨 颖 翟 琳

(以上排名不分先后顺序)

编委会助理

安雨涵

编辑出版

澳门中外医药出版社有限公司

地址

澳门巴掌围斜巷19号7楼D

电话

00853-68819699

邮箱

QuestPress@hotmail.com

网站

hlcx.scionline2025.com

出版时间

2025年10月

护理创新

Nursing Innovation

2025年第1卷第1期(双月刊)

目 次

◆ 论 著

- 肠造口护理中优质化护理对改善并发症及自我管理方案影响的研究.....张秀莉(1)
- 耳穴压豆联合情志疗法对腰椎术后疼痛焦虑状态患者情绪、生活质量的影响.....王雅文(4)
- PICC导管在肿瘤合并艾滋病患者中的应用效果及护理对策探讨.....李晓琳(7)

◆ 临床护理

- 人工气道管理小组在重症呼吸衰竭患者护理中的应用效果分析.....蔡淑娟(11)
- 冰盐水含漱预防化疗性口腔炎护理中的临床观察.....邹燕敏(14)
- 基于风险评估的分级护理在危重症患者失禁性皮炎预防中的应用.....承晓雅(18)

肠造口护理中优质化护理对改善并发症及自我管理方案影响的研究

张秀莉

南京鼓楼医院集团宿迁医院, 江苏宿迁, 223800

摘要: 目的: 探析肠造口护理中优质化护理对改善并发症及自我管理方案影响。方法: 挑选本院2022年6月—2023年7月临床收诊的肠造口病人共计35例作为研究对象, 收集病例资料作为研究样本。以随机分组法分成两组, 即常规组17例、实验组18例。将接受基本护理者纳入常规组, 将接受优质化护理者纳入实验组, 为观察肠造口护理影响差异, 比较两组生活质量(SF-36)评分、护理前后自我护理力量表(ESCA)评分、护理前后心理状况(HAMA、HAMD)评分、并发症发生率、护理满意度。结果: 护理前, 两组患者ESCA、HAMA、HAMD评分相近, 对比 $P > 0.05$ 。护理后, 相较常规组, 实验组SF-36评分、ESCA评分更高, $P < 0.05$ 。相较常规组, 实验组并发症发生率、HAMA和HAMD评分更低, $P < 0.05$ 。相较常规组, 护理满意度更高, $P < 0.05$ 。结论: 肠造口病人护理中实施优质化护理干预可有效加强患者的自我管理能力, 减少并发症的发生影响, 建议普及应用。

关键词: 肠造口; 优质化护理; 并发症; 自我管理

肠造口是通过外科手术从腹壁做开口, 人为的将空腔脏器和外界相通, 方便排泄物的排出, 可缓解梗阻, 重新建立肠道功能。目前肠造口手术多用于直肠癌、结肠癌、肠道外伤、溃疡性结肠炎等类型的病患中, 在腹壁开口后将一段肠管拉出开口外, 将其翻转后缝在腹壁上代替会阴部肛门完成排便的作用, 按照造口用途可分成暂时性造口、永久性造口两类^[1]。虽然肠造口建立后能够维持患者正常的排泄, 但为提高使用质量、延长寿命提供相应的护理干预同样重要, 对此在肠造口使用期间需要予以科学、规范的护理服务以提高病人自我管理能力的目标, 努力减少并发症的影响, 改善造口使用质量。常规护理内容效果并不显著, 而为帮助患者达到更好的预后生活, 需要寻求更有效的护理方案。其中优质化护理是近些年临床较为青睐的新型护理模式, 通过加强护理人员服务工作能力, 优化基础护理来提升护理水平, 按照肠造口患者护理需求提出一系列专项护理任务, 以此保证病人能尽早康复, 延长有效生存时间^[2-3]。基于此, 本研究围绕肠造口患者

的优质化护理应用表现展开分析, 详情如下。

1 资料和方法

1.1 一般方法

35例行肠造口病人收集临床护理资料, 参与本院2022.06—2023.07统计研究, 经随机分组法分设常规组、实验组后分别实施不同护理方案, 建立对比项目观察作用效果。患者/家属对研究内容知情, 已签署相关知情责任书, 统计资料已通过医学伦理委员会批准。

常规组(17例): 男性10例、女性7例; 年龄值22-79岁、平均值(60.05 ± 9.66)岁; 文化程度: 初中及以下7例、高中5例、大学及以上5例。实验组(18例): 男性11例、女性7例; 年龄值23-79岁、平均值(61.00 ± 8.30)岁; 文化程度: 初中及以下7例、高中6例、大学及以上5例。资料对比 $P > 0.05$ 。

1.2 纳入标准和排除标准

1.2.1 纳入标准:

①所有患者经X线、结肠镜、盆腔磁共振等

检查确定符合肠造口建立条件；②研究内容符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》；③患者能准确表达自身感受、意愿，无认知障碍；④生活可自理；⑤个人资料齐全，出院后方便随访。

1.2.2 排除标准：

①存在肿瘤转移者；②合并严重靶器官功能障碍者、脑血管疾病者；③患有血管性痴呆者；④合并急性/慢性严重感染者；⑤确诊精神疾病者；⑥存在酗酒史、药物成瘾表现者；⑦患血液病者。

1.3 方法

常规组：针对造口做好日常清洁护理，按照病人的造口条件（大小、部位等）选取两名以上的护理人员专项处理其造口问题，制定护理方案。耐心解释建立造口的目的和使用方法，做好基础健康宣教，提高患者的护理依从性，评估患者病情并记录病况进展，每日检查一次造口状态，若有异常情况及时告知医生。

实验组：第一，成立优质化护理小组。由科室工作经验丰富的护理人员、主治医师、科主任医师等组成组员，按时参与院内组织的优质化护理培训课程，随时更新护理理论和实践操作规范，按照病人不同阶段的护理需求和自我管理培养目标制定方案，组员各自分配任务，明确划分工作职责。第二，制定护理干预方案。小组成员按照以往的护理经验锁定肠造口病人的护理重点，同时查阅相关医学文献，跟踪患者的不同阶段以个人临床特点制定个体化护理方案，每位护理人员全程负责。在围手术期首先应该评估患者的心理状态，因肠造口建立会改变其排便习惯以及影响美观性，日常与人交往患者容易出现抑郁、自卑等心理，为了减轻负性情绪影响护理人员应提前为其讲解肠造口的重要作用，聆听患者的忧虑、不安，耐心疏导并保证态度真诚，介绍同类型康复病人的健康生活减轻其人际交往困扰，做好心理疏导并耐心解答相关疑虑，介绍相关护理操作的目的、作用。鼓励家属多和患者沟通排解其孤

独感、恐惧感，多给予关怀、爱护、尊重和理解，增强个人康复信心。营造和谐舒适的病房环境，科学管理病房以免环境嘈杂影响患者休息，告知病人按时作息。监控造口引流管固定性、通畅性，观察和记录引流液颜色、总量、气味，对可能发生的并发症做针对性预防。在不影响病人治疗并遵从其意愿下详细介绍肠造口临床效果，重点告知相关注意事项，教会其如何更换人工肛门袋、基本护理技巧等，让患者知晓自我护理要点重视自身病情，一般性知识可在日常护理中同步讲解确保其能充分理解，养成良好的生活习惯，维护造口稳定。

1.4 观察指标

观察两组生活质量评分、护理前后自我护理能力评分、护理前后心理状况评分、并发症发生率、护理满意度。

①生活质量评估标准：使用健康调查简表SF-36调查病人的“生理功能、生理职能、躯体疼痛、活力、社会功能、精神健康”共计六项，每个项目评分0-100分，得分值越高表示对象生活水平越好。

②自我护理评估标准：使用自我护理能力量表（ESCA）了解病人的“自我护理技能（12个条目）、自我责任感（8个条目）、自我概念（9个条目）、健康知识（14个条目）”共计四项分析自我管理情况，共43个有效条目，使用五级评分法每条目评分0-4分，得分值越高表示对象自我护理能力越高。

③心理状况评估标准：使用HAMA汉密尔顿焦虑量表、HAMD汉密顿抑郁量表，HAMA得分 ≥ 14 分肯定有焦虑、7分以上疑似有焦虑；HAMD得分 ≥ 17 分肯定有抑郁、7分以上疑似有抑郁。得分值越高表示对象焦虑、抑郁情况越重。

1.5 统计

本次临床试验在SPSS23.0系统中分析，数据指标以 $(\bar{x} \pm s)$ 、 $(n\%)$ 表示，使用T值、 X^2 检验，结果表现“差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）”。

2 结果

实验组中患者的生活质量更高, 对比 $P < 0.05$

2.1 SF-36 评分

(见表1)。

表1 两组SF-36评分比较表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理功能	生理职能	躯体疼痛	活力	社会功能	精神健康
常规组	1	70.42 ± 0.63	72.00 ± 0.22	73.1 ± 0.34	74.1 ± 0.40	76.06 ± 0.41	73.55 ± 0.50
实验组	1	84.23 ± 0.67	84.09 ± 0.61	85.25 ± 0.30	82.37 ± 0.29	82.44 ± 0.62	86.40 ± 0.80
T		62.7332	77.0686	1.1 .9834	70.241	35.6809	56.5829
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 护理前后 ESCA 评分

0.05; 护理后实验组中患者的自我护理能力评分更

护理前两组患者自我护理能力相近, 对比 $P >$ 高, 对比 $P < 0.05$ (见表2)。

表2 两组护理前后ESCA评分比较表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

护理前	例数	自我护理技能	自我责任感	自我概念	健康知识
常规组	1	27.21 4.05	1 .27 ± 3.1	20.22 ± 3.22	31 38 ± 4.06
实验组	1	27.1 ± 4.27	1 .65 ± 3.08	20.35 ± 3.1	32.06 ± 4.1
T		0.0426	0.3631	0.1.1 5	0.4909
P		0.9663	0.7189	0.9040	0.6268
护理后	例数	自我护理技能	自我责任感	自我概念	健康知识
常规组	1	30.00 ± 5.52	20.02 ± 3.20	22.1 ± 3.06	40.27 ± 4.08
实验组	1	42.33 ± 5.1	29.1 ± 4.54	28.64 ± 4.26	47.31 5.1
T		6.8177	6.8312	5.1571	4.4542
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0001

2.3 护理满意度

实验组中患者护理满意度更高, 对比 $P < 0.05$

(见表3)。

表3 两组护理满意度比较表 (n%)

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意度 (%)
常规组	1	7	5	5	70.59
实验组	1	1	7	0	100
χ^2					6.1765
P					0.0129

3 讨论

肠造口术是常用医疗手段之一, 多数用以胃肠道肿瘤或外伤疾病的治疗中, 作为人工肛门来完成排便工作, 代替原有的肛门功能, 用以延长患者的生命和意志。虽医疗效果好, 但需提供妥善护理才能解决患者疾病问题的同时减轻患者痛苦, 促使躯体、心理健康状况得以好转^[4]。而多数患者会因排便方式的改变、缺少健康知识了解而导致各种问题的发生, 现代医学改变了传统的生物医学模式, 正逐渐向生物—心理—社会医学模

式发展, 越来越重视病人的自我护理能力培养和身心健康状态变化, 因此临床倾向于开展优质性护理干预, 帮助患者加强自我管理的同时减少肠造口对生存质量的影响。在规范的心理护理指导下减轻不良情绪对其产生的应激影响, 树立正确治疗观念构建康复信心。构建专业护理小组方便专项护理操作的实施, 能围绕肠造口问题给予最专业、最标准、最具针对性的处理, 确保临床疗效。为病人提供安静、和谐的治疗环境, 督促其养成良好的生活作息, 有利于加强身体素质, 迎合健康教育内容建立连续、科学、合理的护理管理体系, 让病人重视肠造口管理, 加速康复进程。而且优质化护理过程中, 护理人员切实做到了强化基础护理、深化护理内涵的目标, 关注着肠造口患者的整体健康变化, 增强了护患间的信任感, 让患者医疗安全有所保障尽可能避免了并发症的发生, 护理疗效更加显著, 是一项应用优势、特点鲜明的护理模式^[5-6]。

(下转第10页)

耳穴压豆联合情志疗法对腰椎术后疼痛焦虑状态患者情绪、生活质量的影响

王雅文

惠州市中医医院, 广东惠州, 516001

摘要: **目的:** 分析耳穴压豆联合情志疗法对腰椎手术患者中的应用效果。**方法:** 选取40例符合临床诊断标准的腰椎手术患者为研究对象, 随机分为对照组和治疗组各20例, 其中对照组采取常规止痛治疗和情志疗法干预, 治疗组在对照组治疗方案基础上加施耳穴压豆取穴治疗干预, 对比两组治疗效果。**结果:** 治疗组患者疼痛症状评分、临床疗效、焦虑抑郁情绪评分、腰椎功能评分、生活质量评分等指标均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 耳穴压豆联合情志疗法对腰椎手术患者有良好的治疗效果, 可以显著改善患者术后疼痛症状, 缓解了患者焦虑抑郁情绪, 有利于进一步提升患者术后生活质量, 建议临床应用。

关键词: 耳穴压豆; 情志疗法; 联合治疗; 腰椎手术; 疼痛; 焦虑; 生活质量; 影响

腰椎疾病患者常出现腰痛、下肢麻木、臀部及会阴区疼痛等症状, 其症状在术后会有所改善, 但是手术疼痛和较长的恢复期会在一定程度上影响患者情绪, 患者对此感到焦虑、抑郁, 甚至产生自杀的念头^[1]。情志疗法是一种通过调节患者情绪、改善其心理状态以达到治疗疾病目的的方法。在中医理论中认为“五脏之疾皆生于气”, 情志刺激会造成脏腑功能失调、气血失和、阴阳失调等情况的发生, 因此情志疗法对腰椎术后患者具有重要的意义^[2]。耳穴压豆法和情志疗法联合使用可以更好地缓解患者心理压力, 提高其生活质量。基于此, 为了进一步探究该治疗方案的临床疗效, 本研究特选取40例腰椎手术患者为研究对象展开分析, 现将分析结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象为2021年4月~2022年12月间我院收治的40例腰椎手术患者, 将之随机分为对照组和治疗组各20例, 其中对照组男12例、女8例, 年龄42~73岁, 平均年龄(54.08 ± 5.69)岁; 治疗组男11例、女9例, 年龄43~73岁, 平均年龄(54.05 ± 5.68)岁。两组资料差异显示 $P > 0.05$ 。

纳入标准: 签署知情同意书; 对本次研究高

度配合。

排除标准: 治疗或用药当时或之后出现皮肤药物过敏或治疗后感染等现象。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组实施常规止痛和情志疗法干预, 除了运用西药止痛治疗之外, 还需要采取情志疗法进行治疗^[3]。情志疗法可以通过以下几种途径发挥其作用:

(1) 宣泄法

患者因不良情绪引起一系列心理反应时, 可采取适当的方式将这些不良情绪宣泄出去, 从而起到缓解情绪的作用。常用的方式为倾诉、哭泣等。《灵枢·邪客》中提到^[4]: “情欲胜其气, 则为悲忧; 气胜其气, 则为喜乐; 喜胜其气, 则为欣快; 心胜其气, 则为喜怒; 怒胜其气, 则为惊恐; 惊恐胜其气, 则为忧恐; 忧恐胜其气, 则为惊惧。”因此患者在不良情绪状态下可采用适当方式将负面情绪宣泄出来以缓解不良情绪^[5]。

(2) 转移法

患者因不良情绪引起不良事件时, 可采用转移法进行缓解。转移法包括注意力转移和言语转移^[6]。注意力转移指通过看电视、听音乐等方式使患者的注意力集中在某一事物上。言语转移指患

者可通过与人交谈的方式将注意力从自己身上转移开来。将不良情绪宣泄出去之后患者往往会感到心情舒畅^[7]。

(3) 暗示法

暗示法是通过对患者心理进行暗示从而达到治疗目的的方法。暗示法包括精神激励、行为激励和环境刺激等方式来激发患者对生活的信心以及对疾病治疗的信心等。通过对患者进行心理暗示可以有效改善其情绪状态,增强其战胜疾病的信心和决心。

1.2.2 治疗组

耳穴压豆法是利用各种不同颜色的压敏胶垫、胶布、酒精、镊子等工具,将药物压在耳穴上,以达到治疗疾病目的的一种方法。耳穴压豆法在中医理论中属于耳穴刺血疗法的一种,它是将药物贴敷于耳廓特定穴位上,通过刺激经络来调节人体脏腑功能。由于每个人的体质不同,所贴药物的不同,对耳穴产生的刺激和调节作用也不同。因此,采用耳穴压豆法治疗疾病时,应根据每个人的体质差异来选择相应的药物。治疗组在对照组治疗方案基础上加用耳穴压豆法干预,具体措施为:运用医用胶带将中药王不留行准确地粘贴于耳穴处,同时采用适当力度对神门、心、枕,皮质下、脾、腰椎、腰骶推,坐骨神经、臀、肾上腺缘中、枕、肝、肾该部位进行揉、按、捏、压,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应,

以达到治疗目的^[8]。首先,引导患者呈坐位,采用酒精对耳廓部位消毒后,运用探针寻找敏感区,其次,采用医用胶带粘贴王不留行籽贴于穴位上,粘贴时实施一定压力,使之固定后,运用拇指和食指对穴位进行按摩和轻压,以患者局部感到酸麻、胀痛或感觉循经络传导为宜。王不留行籽和胶布隔天更换一次,连续治疗2周。

1.3 观察指标

对比两组患者疼痛症状评分(采用VAS量表评估术后1d、3d和5d的疼痛评分,分值1~10分,得分越高表示疼痛症状越严重)、临床疗效、焦虑

抑郁情绪评分(采用SAS、SDS量表评估,分值1~100分,得分越高表示患者焦虑抑郁情绪越严重)、腰椎功能评分(采用腰椎JOA评分量表评估两组患者术前和术后1d、3d、5d的腰椎功能,满分29分,得分越高表示患者腰椎功能恢复越理想)、生活质量评分(采用生活质量评价表评估两组患者生理功能、心理健康、社会职能、睡眠质量等维度评分,每项满分100分,得分越高表示生活质量越高)。

临床疗效评估:(1)显效:患者腰椎功能恢复,直抬腿角度超过45°;(2)有效:患者腰椎功能好转,直抬腿角度超过30°;(3)无效:患者腰椎功能和直抬腿角度无明显变化。临床疗效=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS23.0统计学软件进行数据处理,计量资料采用t检验,计数资料采用X²检验,P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者疼痛症状评分

治疗组患者疼痛症状评分低于对照组(P<0.05),见表1。

表1 对比两组患者疼痛症状评分(分)

组别	例数	术后1d	术后3d	术后5d
对照组	20	6.47±1.08	5.07±1.19	4.14±0.91
治疗组	20	4.25±1.03	3.14±1.06	2.02±0.95
t		6.6524	5.4160	7.2070
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组临床疗效

治疗组临床疗效显著高于对照组(P<0.05),见表2。

表2 对比两组临床疗效(%)

组别	例数	显效	有效	无效	临床疗效
对照组	20	11(55.00)	5(25.00)	4(20.00)	16(80.00)
治疗组	20	13(65.00)	7(35.00)	0(0.00)	20(100.00)
X ²					4.4444
P					<0.05

2.3 对比两组焦虑抑郁情绪评分

治疗组焦虑抑郁情绪评分低于对照组 ($P < 0.05$), 见表3。

表3 对比两组焦虑抑郁情绪评分(分)

组别	例数	焦虑情绪评分		抑郁情绪评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	20	57.46 ± 5.47	50.08 ± 5.17	45.56 ± 5.29	38.65 ± 5.43
治疗组	20	57.42 ± 5.49	42.33 ± 5.51	45.54 ± 5.28	30.14 ± 5.95
t		0.0231	4.5871	0.0120	4.7246
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 对比两组患者腰椎功能评分

治疗组患者腰椎功能评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表4。

表4 对比两组患者腰椎功能评分(分)

组别	例数	术前	术后1d	术后3d	术后5d
对照组	20	11.05 ± 1.24	16.91 ± 1.85	18.45 ± 1.42	20.63 ± 1.68
治疗组	20	11.02 ± 1.25	20.66 ± 1.53	21.08 ± 1.49	23.51 ± 1.29
t		0.0762	6.9857	5.7144	6.0807
P		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.5 对比两组生活质量评分

治疗组生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表5。

表5 对比两组生活质量评分(分)

组别	例数	生理功能	心理健康	社会职能	睡眠质量
对照组	20	78.61 ± 5.88	83.17 ± 5.62	80.43 ± 5.46	80.11 ± 5.94
治疗组	20	86.54 ± 5.92	90.45 ± 5.31	88.93 ± 5.24	89.23 ± 5.65
t		4.2503	4.2108	5.0231	4.9751
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

在腰椎术后患者中, 抑郁是一个非常普遍的现象, 它会严重影响患者的康复情况, 因此心理疏导是治疗抑郁的重要环节。中医理论认为“五脏之疾皆生于气”, 情志刺激会导致五脏功能失调、气血失和、阴阳失调等情况的发生, 从而导致患者出现心理问题^[9]。心理问题对患者的康复有非常大的影响, 而中医情志疗法在心理疏导中占有非常重要的地位。

现代社会中工作和生活压力日益增大, 患者在这种高压状态下容易产生负面情绪。现代社会

中人际关系复杂, 如果没有处理好人际关系, 很容易使患者出现焦虑、抑郁等情况。而中医情志疗法通过调节人的情志来达到治疗疾病目的。中医认为“不通则痛”, 在心理疏导中通过使患者解除内心的不良情绪, 从而达到治疗疾病目的。本研究结果表明耳穴压豆法联合情志疗法对腰椎术后患者情绪状况改善效果明显高于单纯情志疗法, 证明了在腰椎术后患者中使用耳穴压豆法联合情志疗法是一种有效的治疗方法。临床研究发现, 对腰椎术后患者应用耳穴压豆法治疗后其腰痛症状可得到明显缓解^[10]。根据“肾主骨, 生髓, 开窍于耳”的理论而选取穴位, 经过一段时间治疗后, 患者腰痛症状得到明显缓解, 且患者睡眠质量得到了提高。本次研究结果显示, 相比于对照组, 治疗组患者临床疗效、腰椎功能评分、生活质量评分更高, 同时, 其疼痛症状评分和焦虑抑郁情绪评分更低, 可见运用耳穴压豆联合情志疗法干预对调节腰椎术后患者情绪有重要作用。

综上所述, 耳穴压豆法联合情志疗法对腰椎术后患者心理状况改善效果明显, 有利于减轻其术后疼痛感, 提升腰椎功能, 具有较好的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 洪媛媛, 缙燕华, 刘永锋, 曾旭梅. 耳穴压豆配合平衡针治疗急性腰扭伤的疗效及对患者腰椎活动度的影响[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(3):661-663.
- [2] 傅淑君, 陈星. 耳穴压豆联合子午流注穴位贴敷对腰椎间盘突出术后患者胃肠道功能、心理情绪和疼痛的影响[J]. 临床医学进展, 2022, 12(11):9784-9788.
- [3] 高飞, 臧亚杰, 吴海洋, 闻国伟. 石氏三色膏联合耳穴压豆对腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 当代护士:下旬刊, 2022, 29(2):86-89.
- [4] 王奕娜, 卢晓波, 巫添丽. 中药熏蒸联合耳穴压豆对腰椎间盘突出症患者的疼痛与腰椎功能的影响及护理分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(8):123-127.
- [5] 赵莉, 马倩, 张玉玲. 隔药灸联合耳穴压豆对腰椎间盘突出症患者疼痛及睡眠质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(4):420-422+426.
- [6] 吴晓萍, 颜小润. 中医情志护理对腰椎间盘突出症患者

(下转第10页)

PICC导管在肿瘤合并艾滋病患者中的应用效果及护理对策探讨

李晓琳

南宁市第四人民医院, 广西南宁, 530002

摘要: 目的: 探讨实施PICC导管护理管理应用于肿瘤合并艾滋病患者中的临床效果。方法: 选取2021年2月—2023年9月我院收治的108例肿瘤合并艾滋病患者展开分析, 依据置管方法分成2组, 对照组(n=48)予以单一PICC置管, 研究组(n=60)予以PICC置管配合专项护理。比较两组一次性置管成功率、穿刺时间、导管留置时间; 比较两组不良反应发生率及护理满意度。结果: 研究组各项置管指标均优于对照组、不良反应发生率低于对照组、护理满意度高于对照组, 两组差异显著($P < 0.05$)。结论: PICC适用于各类恶性肿瘤合并艾滋病患者化疗、静脉输液治疗, 配合专项护理可提高静脉输液的可靠性、有效性、安全性, 降低置管不良反应, 患者满意度高, 具有临床推广普及价值。

关键词: PICC; 护理; 肿瘤; 艾滋病

肿瘤合并艾滋病属于临床严重的医学情况, 这是因为HIV感染者有较高的癌症风险, HIV会削弱免疫系统, 使其难以抵御癌细胞的生长, 鉴于HIV感染者通常会接受定期医疗监测, 使得合并艾滋病的肿瘤患者一般会在较晚阶段被诊断, 延迟了癌症的诊断^[1-3]。在临床治疗上, 部分抗癌药可能与抗HIV药物相互作用, 进而导致治疗难度加大。但同时, 一些患者通过积极的治疗和护理依然能够获得较好的生存率。PICC导管(经外周穿刺置入的中心静脉导管)在恶性肿瘤患者中应用广泛, 其主要目的是为患者提供可靠的静脉通路, 以支持多种治疗和护理需求, 例如患者通常需要接受化疗治疗, 这就需要可靠的静脉通路来输注化疗药物, PICC导管可以长期留置, 提供一个安全和方便的途径, 以减少多次穿刺的需要, 除了化疗药物, 恶性肿瘤患者还需输液和输血, 以维持体液平衡和红细胞计数^[4-5]。此外, 抗生素治疗、全胃肠外营养、实验室血液样本采样、中长期药物治疗等都离不开PICC导管。实践发现^[6], PICC导管有助于为肿瘤患者提供长期可靠的静脉通路, 减少多次穿刺需求, 提高治疗和护理的舒适度, 从而改善患者的生活质量, 与此同时, PICC导管需要经过专业护理的正确选择、插入和

维护, 才能最大程度减少潜在的并发症风险。本文对我院收治的PICC置管患者采用两种管理方案对照使用, 重点说明PICC置管配合护理管理的临床价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2021年2月~2023年9月我院收治的108例肿瘤合并艾滋病患者展开分析, 依据置管方法分成2组, 对照组48例, 男38例、女10例, 年龄26~68岁, 均值(55.36 ± 12.72)岁; 研究组60例, 男46例、女14例, 年龄28~72岁, 均值(56.05 ± 12.66)岁。两组数据综合比对, 差异不突出($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 病理检查确诊肿瘤合并艾滋病; (2) 签署PICC置管治疗同意书。

排除标准: (1) 病情危重且长期卧床; (2) 中途转其他医院维护、拔管; (3) 中途失访; (4) 肿瘤转移; (5) 精神疾病。

1.2 方法

对照组接受常规PICC置管程序: 由于肿瘤合并艾滋病患者通常存在免疫系统受损情况, 护理人员对患者进行全面评估, 包括病史、体格检查

和必要的实验室检查，以确定患者是否适合PICC置管，并了解潜在的并发症风险。根据评估结果及临床需要和解剖结构，选择PICC导管插入最佳位置，穿刺成功后固定导管，日常维护导管。

研究组针对PICC置管程序配合专项护理：(1)健康教育：护理人员向患者解释PICC导管的主要目的，包括输液、输血、化疗、抗生素治疗等，强调导管重要性以及导管如何改善治疗过程，并提醒患者不要干扰或拉动导管，使患者明白导管位于部位，避免不必要移动。讲述如何保持导管周围皮肤清洁和干燥，包括插入部位周围皮肤保持干燥、避免沾湿或沾污、不可覆盖或硬物刮擦插入部位、确保导管外露部分稳固等。让患者遵循导管护理规程，重视消毒、手卫生，不要在导管插入部位附近触摸或揉搓皮肤，若发生任何发红、肿胀、疼痛或分泌物增多情况，及时通知医护人员。预先告知患者可能发生的并发症，如感染、血栓形成、导管脱落等，让其了解症状表现，及时通知医护人员。(2)导管护理：①导管观察：置管后定期进行导管观察，以确保导管的正常功能，识别任何潜在的问题和并发症，导管观察应该定期进行，通常包括每天一次或更频繁的检查，以及每次药物输注前后的检查。观察频率可能会根据患者的病情和医疗团队的建议而有所不同。检查导管插入部位周围的皮肤，确保它干燥、无红肿、无疼痛、无分泌物和无感染迹象。确保PICC导管外露部分完好无损，没有弯曲或损伤，观察导管与皮肤的连接是否牢固，导管是否松动或脱出。如果患者抱怨输液速度慢或有疼痛感，应该考虑导管是否受阻。如果出现阻塞，应该根据医嘱采取相应的清洁和通畅措施。定期检查导管周围的敷料。确保敷料干燥、无污染，并且固定良好。如果敷料出现松动、污染或潮湿，需要及时更换。密切关注患者是否有发热、寒战、恶臭排泄物或导管插入部位感染的迹象，如果有感染的疑虑，需要立即通知医护人员进行相应的检查和治疗。记录每次PICC导管的使用情况，包括药物输注、血液抽样等，注意导管是否正常工作，

药物是否流畅，是否有任何漏药或渗漏的迹象。

②导管稳固：每天检查导管的固定情况，确保导管固定装置在整个治疗期间保持牢固，必要时进行更换。检查导管固定装置（例如导管夹或透明敷料）是否牢固，是否紧密固定在患者的皮肤上，确保没有松动或脱落的地方；观察PICC导管从皮肤中伸出的部分，确保导管外露部分没有弯曲、扭曲或损坏，理想情况下导管应没有皱褶或扭曲情况；注意导管位置是否与之前确认位置一致，若似乎移动或不在正确位置，立即通知医师进行评估。将所有观察结果记录在护理记录中，包括导管的状况、固定情况和任何异常发现，有助于跟踪导管的状况和护理历史。③导管清洁：医患双方触碰PICC导管前，务必洗净双手或使用洗手液进行消毒，戴上无菌手套，以减少交叉感染的风险，确保手卫生；每次使用PICC导管前后，用生理盐水冲洗导管，根据患者血液检查结果，采用0-10U/ml的肝素钠盐水封管，避免导管堵塞；医嘱定期更换导管周围的敷料，以确保清洁和干燥。(3)监测并发症：密切监测与导管相关的并发症，以确保导管安全性和有效性。可通过监测导管插入点周围的皮肤是否出现红肿、疼痛、渗出物或患者是否出现发热、畏寒、恶心、呕吐等症状，判断导管相关血流感染情况。观察导管通畅性及与血栓相关症状，如肿胀、疼痛、皮肤变色等，如果患者抱怨输液速度慢或有疼痛感，应考虑导管是否受阻，因为血栓可能导致导管阻塞，确保药物和液体可以顺利输送。观察PICC导管外露部分是否有弯曲、扭曲、磨损或其他损伤，导管损伤可能会导致泄漏或感染风险增加。若患者发生过敏反应症状，立即停止药物输注，通知医师。及早发现并处理与导管相关的并发症可降低患者风险，提高治疗的成功率。

1.3 观察指标

比较两组一次性置管成功率、穿刺时间、导管留置时间；比较两组不良反应发生率及护理满意度。医院自制护理满意度工作评价，共4个项

目, 分别是便利性、症状控制、心理健康、生活指导, 18个条目, 5分制。>90分为非常满意、70~90分为满意、<70分为不满意。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0软件统计分析, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用t检验, 计数资料以率(%)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 两组一次性置管成功率、穿刺时间、导管留置时间比较

两组各项置管指标差异显著 ($P < 0.05$), 详见表1。

表1 两组一次性置管成功率、穿刺时间、导管留置时间比较[(n, %); ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	一次性置管成功率(%) _w	穿刺置管时间(min)	导管留置时间(d)
研究组	60	57 (95.00)	18.37 ± 4.72	72.36 ± 6.28
对照组	48	34 (70.83)	27.46 ± 5.38	57.12 ± 9.14
χ^2/t	-	11.742	9.344	10.246
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 两组不良反应发生率比较

详见表2。

两组不良反应发生率差异显著 ($P < 0.05$),

表2 两组不良反应发生率比较[n (%)]

组别	例数	静脉炎	血栓形成	导管感染	皮肤过敏	发生率
研究组	60	3 (5.00)	1 (1.67)	0 (0.00)	1 (1.67)	5 (8.33)
对照组	48	10 (20.83)	3 (6.25)	2 (4.17)	3 (6.25)	18 (37.50)
χ^2	-	-	-	-	-	13.534
P	-	-	-	-	-	0.000

2.3 两组护理满意度比较

表3。

两组护理满意度差异显著 ($P < 0.05$), 详见

表3 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
研究组	60	33 (55.00)	24 (40.00)	3 (5.00)	57 (95.00)
对照组	48	20 (41.67)	12 (25.00)	16 (33.33)	32 (66.67)
χ^2	-	-	-	-	14.766
P	-	-	-	-	0.000

3 讨论

目前, PICC导管已成为临床实践中常见的中心静脉通道选择之一, 其所应用的医疗情境广泛, 如药物输注、化疗、液体管理、血液抽样和营养支持等, 导管材料和设计也正在持续改进, 以满足不同患者的需要。而对于患有恶性肿瘤且合并艾滋病的患者来说, 使用PICC导管涉及一些特殊的治疗复杂性, 这是因为患者免疫系统已经受损, 置管期间更易发生感染^[7-8], 若出现发热、红肿或

渗出物等感染迹象, 需要立即进行评估和治疗。临床治疗肿瘤合并艾滋病需采取综合治疗方法结合密切监测, 以提高患者生存率和生活质量。同时, 每个患者病情、人格、现实处境等诸多情况都是独特的, 因此, 治疗计划必要按照个体需求实施定制, 医护团队与患者的协作参与是成功管理这两种疾病的关键因素之一^[9]。

本文中, 研究组各项置管指标均优于对照组、不良反应发生率低于对照组、护理满意度高于对

对照组 ($P < 0.05$)，研究组所应用PICC导管配合护理管理是针对恶性肿瘤且合并艾滋病特殊性，在识别置管风险基础上，所提供的护理对策，最终实现减少并发症，降低护理风险，提高患者满意度的效果。此外，患者使用PICC导管时，心理护理同样重要，因为导管可能需要长时间的使用，对患者生活方式和情感状态产生影响。护理人员与患者建立积极的沟通和信任关系，听取患者问题和担忧，并提供清晰的回答和支持，让患者随时提出问题或分享他们的感受。鼓励患者参与导管的护理和维护，让患者感到有一定的掌控权，提供培训，以使他们能够自己管理导管护理的一部分，包括导管的用途、使用方法、可能的并发症以及如何维护导管的清洁。

综上所述，PICC导管在肿瘤合并艾滋病患者中需要进行严格护理和监测，以预防感染和并发症，护理人员要仔细权衡PICC导管优势和风险，认真做好导管维护工作。优化、规范PICC护理技术，可显著降低置管风险，提高护理质量，具有临床推广价值。

(上接第3页)

综上所述，肠造口护理中优质化护理可改善自我管理情况，减少并发症发生影响，值得推广应用。

参考文献:

[1] 周红英. 直肠癌术后结肠造口患者应用优质护理的效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(18): 3017-3018.
 [2] 刘爱玲, 满令囡, 刘鲁艳. 优质化护理在院内感染控制中的应用效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(12): 98-100.

(上接第6页)

者的影响[J]. 中外医学研究, 2023, 21(20): 95-98.
 [7] 丁颖. 中医情志护理联合火龙罐疗法对腰椎间盘突出症患者心理状态及生活质量的干预研究[J]. 中医外治杂志, 2022, 31(4): 105-106.
 [8] 安雪梅, 蒋运兰, 李俊. 三联疗法联合情志护理对腰椎间盘突出症术后遗留疼痛患者疼痛及心理状态的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 217-220.

参考文献

[1] 雷海科, 李小升, 李杰平, 等. 艾滋病合并恶性肿瘤患者临床特点及预后影响因素[J]. 肿瘤防治研究, 2022, 49(5): 412-417.
 [2] 张迎春, 余吉仙. HIV感染/艾滋病患者合并恶性肿瘤的临床分析[J]. 浙江临床医学, 2022, 24(2): 189-191.
 [3] 王闪, 邓涤, 庄柯, 等. 程序性死亡蛋白-1单克隆抗体治疗艾滋病合并恶性肿瘤的可行性分析[J]. 中华传染病杂志, 2022, 40(9): 533-537.
 [4] 陈桂玲, 林美华. 《经皮中心静脉置管术基础与临床》出版: PICC导管联合化疗在肿瘤患者的应用[J]. 介入放射学杂志, 2022, 31(8): 后插7.
 [5] 于锋, 谢俊英, 孙晓莹, 等. 短期中心静脉通路在乳腺癌患者多周期化疗中的应用——单中心真实世界队列研究[J]. 癌症进展, 2023, 21(9): 951-954.
 [6] 许汇娟, 刘颖, 姚嘉丽, 等. 导管/静脉直径比预测血液肿瘤患者有症状性PICC相关血栓的研究[J]. 护理学杂志, 2022, 37(13): 44-48.
 [7] 谭娟, 冯世平, 陈源, 等. 艾滋病合并恶性肿瘤化疗患者生存质量与社会支持现状相关性研究[J]. 中国艾滋病性病, 2021, 27(8): 846-851.
 [8] 赵洋乐, 刘庆军. 人类免疫缺陷病毒/艾滋病相关性泌尿系统恶性肿瘤[J]. 国际泌尿系统杂志, 2021, 41(5): 921-925.
 [9] 李奇穗, 张维, 黄薇, 等. 艾滋病合并口腔卡波西肉瘤、结核分枝杆菌感染1例[J]. 中国感染与化疗杂志, 2022, 22(3): 342-344.

[3] 石榴, 夏佳, 何雪萍. 延续性护理对新生儿肠造口术后造口周围皮炎效果的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2021, 28(09): 55-57.
 [4] 赵瑞莹, 许妍. 探讨优质化护理干预对结直肠癌术后患者生活质量的影响[J]. 四川解剖学杂志, 2019, 27(04): 131-132.
 [5] 段丽平, 彭雪芬, 易荷花. 优质护理在腹腔镜结直肠癌根治术中的应用效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(22): 4059-4061.
 [6] 顾孝华. 肠造口病人中优质护理措施的应用效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(45): 98-99.

[9] 丁珊, 柴娟. 情志护理配合传统疗法对腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 中国民族民间医药, 2012, 21(20): 100-101.
 [10] 陈雪芬, 冯飞. 中药热奄包联合情志护理对腰椎间盘突出症患者的治疗效果[J]. 中外医药研究, 2023, 2(10): 42-44.

人工气道管理小组在重症呼吸衰竭患者护理中的应用效果分析

蔡淑娟

南京鼓楼医院集团宿迁医院, 江苏宿迁, 223800

摘要:目的: 观察人工气道管理小组在重症呼吸衰竭患者护理中的应用效果。方法: 选取我院重症呼吸衰竭患者58例(2021年11月至2022年10月), 随机分为人工气道管理小组的观察组(29例)与常规护理的对照组(29例)。结果: 与对照组相比, 观察组血压分析改善好, 恢复时间短, 生活质量评分高, 满意度评分高, 不良事件发生率低, $P < 0.05$ 。结论: 重症呼吸衰竭患者护理中应用人工气道管理小组效果显著, 值得借鉴。
关键词: 人工气道管理小组; 重症呼吸衰竭; 效果

重症呼吸衰竭是指因各种原因导致肺功能严重受损, 导致患者无法维持自身呼吸的状况, 疾病常见原因包括急性呼吸窘迫综合征、严重肺炎、慢性阻塞性肺疾病急性加重等^[1]。患者发病后表现为呼吸困难、发绀、心率增快等, 这些症状的严重程度取决于呼吸衰竭的原因和严重程度。确诊重症呼吸衰竭需要进行一系列的检查, 相关检查有助于确定呼吸衰竭类型和程度, 以制定适当的治疗方案。疗重症呼吸衰竭的目标是改善氧合和通气功能, 并纠正相应的酸碱平衡紊乱, 而且在疾病治疗中, 人工气道发挥着重要作用, 它可以提供必要的气道支持和维持患者的呼吸功能, 在此期间, 需要加强护理, 保证其作用的发挥, 并防止不良情况的发生^[2]。本研究选取我院重症呼吸衰竭患者58例, 观察人工气道管理小组应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021年11月至2022年10月, 选取我院重症呼吸衰竭患者58例, 随机分为2组。对照组29例, 男17例, 女12例, 年龄46至77(60.28 ± 2.71)岁, 观察组29例, 男16例, 女13例, 年龄47至78(61.72 ± 2.36)岁。一般资料对比, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组: 密切监测患者的生命体征, 监测记录和评估有助于早期发现患者病情变化, 并采取相应的处理措施。定期检查气道, 清除分泌物, 及时吸痰。提供适当的床位、床垫和护理环境, 保持适宜的室温和湿度, 确保患者获得足够的营养。

观察组: 组建人工气道管理小组, 各成员对重症呼吸衰竭人工气道管理相关知识进行进一步学习。①根据患者情况的评估和临床需要, 小组成员会负责插入或拔除人工气道, 如气管插管或气管切开等操作, 他们需要具备相关技能和经验, 以确保操作的安全性和有效性。根据患者的具体情况, 如程度和原因的不同, 可以选择不同类型的人工气道。人工气道的选择要根据患者需要氧气浓度、通气支持情况和临床判断进行。在插入人工气道时, 必须保证操作的安全性和正确性, 这包括使用合适的大小和材质的管道、正确的插管深度和位置, 以及插管过程中的监测。②小组成员将负责监测患者的人工气道正常功能和位置, 包括定期检查插管深度、呼吸机设置参数和气道通畅情况等。定期的吸痰和气道清洁, 以保持气道通畅, 并预防感染和其他并发症的发生。③小组成员根据患者的呼吸情况和临床需求, 调整呼

吸机参数，提供合适的通气和氧气支持。他们会根据患者的病情变化和监测结果，及时调整呼吸机模式、潮气量、氧浓度等参数，以满足患者的呼吸需求。④人工气道管理小组将采取相应的措施，保护患者气道，预防并发症的发生。注意气道护理，包括定期更换或清洁呼吸机和人工气道，注意插管部位的清洁和护理，规范吸痰操作，避免细菌感染和气道堵塞等问题。定期翻动患者和适当的吸痰，以防止气道分泌物的堆积和阻塞。

1.3 观察指标

血压分析；恢复时间；生活质量：简明健康

量表（SF-36）；满意度：6个方面，各100分；不良情况发生率。

1.4 统计学方法

SPSS20.0，计量资料表示： $(\bar{x} \pm s)$ ，t检验，计数资料表示：n，%，检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血气分析对比

干预后，观察组优于对照组， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 血气分析对比

组别	PaCO2 (mmHg)		PaO2 (mmHg)		pH	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=29)	75.23 ± 5.82	63.16 ± 4.55	56.71 ± 7.75	76.29 ± 7.15	7.81 ± 0.78	63.93 ± 5.82
观察组 (n=29)	75.93 ± 5.51	55.29 ± 3.61	56.27 ± 7.61	89.82 ± 7.57	7.93 ± 0.88	52.23 ± 4.51
t	0.470	7.375	0.218	6.997	0.549	8.557
P	0.639	0.000	0.828	0.000	0.584	0.000

2.2 恢复时间对比

观察组少于对照组， $P < 0.05$ ，见表2。

表2 恢复时间对比 (d)

组别	机械通气时间	人工气道留置时间	住院时间
对照组 (n=29)	6.84 ± 2.16	8.53 ± 1.18	11.34 ± 1.52
观察组 (n=29)	4.38 ± 1.28	6.48 ± 1.23	9.16 ± 1.26
t	5.276	6.476	5.946
P	0.000	0.000	0.000

2.3 满意度对比

观察组高于对照组， $P < 0.05$ ，见表3。

表3 满意度对比 (分)

组别	护理态度	操作技能	健康指导	护患交流	环境	工作积极性
对照组 (n=29)	86.82 ± 2.74	88.12 ± 2.44	89.62 ± 2.51	88.34 ± 2.15	89.62 ± 2.61	88.62 ± 2.51
观察组 (n=29)	93.72 ± 2.43	94.21 ± 2.12	93.48 ± 2.36	92.84 ± 2.65	93.74 ± 2.65	93.11 ± 2.28
t	10.145	10.146	67.033	7.259	5.965	7.130
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

重症呼吸衰竭是一种严重的疾病，导致患者无法维持正常的呼吸功能，这会造成呼吸急促、频率增加、气短等症状，给患者带来明显的不适。

如果患者无法正常通气，氧气供应就会减少，导致血液中氧气含量降低，这可能引起低氧血症，使患者出现发绀、全身乏力、意识改变等症状^[3]。通气不足或排出不畅可导致呼出的二氧化碳不能

有效排出体外，造成血液中二氧化碳浓度升高，导致高碳酸血症。此时患者可能出现头痛、嗜睡、混乱甚至昏迷等症状。呼吸衰竭影响了氧气和二氧化碳的交换，给重要器官如大脑、心脏和肾脏等带来危害，缺氧和高碳酸血症可能导致这些器官的功能损害甚至衰竭，而且重症呼吸衰竭患者存在更高的并发症风险^[4]。该病早期有效治疗非常重要，其中人工气道应用较多。在重症呼吸衰竭时，患者的气道通常会受到阻塞或狭窄，导致呼吸困难或无法正常通气。插入人工气道，可以绕过气道的狭窄或堵塞部位，确保气道通畅。人工气道连接到呼吸机或其他辅助通气设备上，可以提供充足的氧气和有效地排出呼气二氧化碳，这对于改善患者的氧合和排出功能非常关键。通过调整呼吸机参数，可以支持和控制患者的通气，这有助于改善氧合和通气，并减轻患者的呼吸困难^[5]。在插入人工气道的同时，还可以通过人工气道方便地进行吸痰和清除气道分泌物，这样可以减少气道阻塞和感染的风险，并保持患者的气道通畅。

人工气道管理小组是指一个由多个专业医护人员组成的团队，负责对患有有人工气道的患者进行全面管理和护理。将其应用于重症呼吸衰竭患者护理中，人工气道管理小组由多个专业人员组成，他们具有丰富的知识和经验，能够提供全面的护理和管理，他们会参与气道插管、选择合适的气道类型、设置呼吸机参数等重要决策，以确保患者获得适当的气道支持^[6]。人工气道管理小组负责监测和维护患者的气道通畅，会定期清洁人工气道、吸痰和清除分泌物，以防止气道堵塞和感染。此外，根据患者的需要和临床状况更换气管套管等，以确保良好的气道管理效果。重症呼吸衰竭患者存在并发症的风险，护理期间人工气道管理小组会密切监测患者的临床状况和相关监测指标，及时发现并处理潜在的并发症，他们还会采取适当的预防措施，以降低并发症的风险^[7]。人工气道管理小组为患者和家属提供必要的教育和支持，他们会解答问题、提供关于人工气道护

理的信息，并帮助患者和家人了解和适应治疗过程，这种专业知识和支持可以提高患者的依从性和治疗效果。总之，人工气道管理小组在重症呼吸衰竭患者中的应用效果较好，通过提供专业护理和管理、保证气道通畅和呼吸功能、定期预防和监测并发症，以及提供专业教育和支持，他们能够改善患者的治疗效果，降低并发症风险，并提高患者的生活质量^[8]。重要的是，人工气道管理小组成员之间密切协作，通过团队合作和专业知识的交流来实现最佳的治疗结果。

本研究结果中，经人工气道管理小组，患者血压分析改善好，恢复时间短，生活质量评分高，满意度评分高，不良事件发生率低，均优于常规护理， $P < 0.05$ 。原因为人工气道管理小组负责设置和调节呼吸机参数，以确保患者的氧合和通气，促进肺部通气、改善氧合水平。人工气道管理小组密切监测患者的临床状况和监测指标，及时发现可能的并发症，并采取相应的措施进行预防和处理，有效地控制并发症的发生，可以减少恢复时间。人工气道管理小组会提供患者和家属必要的教育和支持，帮助他们了解人工气道的管理和护理，患者在了解和掌握自我管理技巧后，可以积极参与气道护理，减少并发症风险，从而缩短机械通气时间和人工气道留置时间^[9]。人工气道管理小组根据患者的具体情况和需求，制定个性化的治疗方案，个性化的治疗方案有助于提高患者的生活质量评分和满意度评分。人工气道管理小组由多个专业领域的医护人员组成，他们之间进行密切的协作和交流，这种多学科团队的协作能够更好地满足患者的需求，提供全面的护理和管理。

所以，人工气道管理小组用于重症呼吸衰竭患者护理中效果较好，具有推广价值。

参考文献：

- [1] 李欢, 方燕, 仇立花. 人工气道管理小组在ICU人工气道患者护理中的应用效果研究[J]. 重庆医学, 2022, 51(S01):305-307.

(下转第17页)

冰盐水含漱预防化疗性口腔炎护理中的临床观察

邹燕敏

中山大学肿瘤防治中心, 广东广州, 510520

摘要: **目的:** 观察分析冰盐水含漱预防化疗性口腔炎护理中的临床效果。**方法:** 以我院综合中医科2021年7月—2023年7月间收治的82例化疗患者作为本次研究案例, 根据随机信封法分作2组, 其中对照组41例患者运用常规口腔护理办法, 观察组41例患者则采用冰盐水含漱预防护理方式, 主要就两组患者经护理后化疗性口腔炎预防效果进行观察与分析。**结果:** 经过护理干预, 观察组患者的口腔炎发生率9.76%低于对照组患者的口腔炎发生31.71%, 观察组患者的疼痛程度、不良情绪评价分值均低于对照组患者, 而舒适程度则高于对照组患者, 观察组患者的护理满意度92.68%明显高于对照组患者的护理满意度60.98%, $P < 0.05$, 组间比较差异具统计学意义。**结论:** 冰盐水含漱预防化疗性口腔炎护理中的临床效果良好, 能够减轻口腔炎的严重程度、疼痛程度, 提升舒适性。

关键词: 冰盐水含漱; 预防; 化疗性口腔炎; 护理; 临床观察

临床中对于恶性肿瘤疾病多采用化疗方案, 能够在一定程度上改善患者的病情, 然而化疗药物往往对于口腔黏膜产生副作用, 降低患者自身免疫力, 常由此引发口腔炎^[1-2]。化疗性口腔炎的发病机制主要是由于口腔黏膜受到化疗的电离辐射量过高, 已超过器官的阈剂量, 从而破坏正常细胞DNA, 继而损伤患者的免疫功能与血液循环, 口腔黏膜出现急性炎症反应^[3-4]。一旦出现化疗性口腔炎, 患者会伴有黏膜渗血、发红、溃疡、吞咽不适等不良症状^[5-6]。通常情况下, I—II级化疗性口腔炎不会影响患者继续接受治疗, 而发生III级及以上的口腔炎时则需推迟或停止化疗进程, 因此有效预防化疗性口腔炎的发生具有重要意义^[7-8]。基于此, 本文围绕我院综合中医科2021年7月—2023年7月近2年来行化疗患者分组采用常规口腔护理、冰盐水含漱预防护理干预方案, 主要就两组患者经护理后化疗性口腔炎预防效果进行观察与分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以我院综合中医科2021年7月—2023年7月

间收治的82例化疗患者作为本次研究案例, 根据随机信封法分作2组, 其中对照组41例患者运用常规口腔护理办法, 观察组41例患者则采用冰盐水含漱预防护理方式。纳入标准: 与我国《血液病诊断及疗效标准》中关于恶性肿瘤疾病的相关诊断标准相符合, 并通过骨髓穿刺、血象等检测结果进一步证实。患者及其家属对于研究相关事项一一了解, 并自愿签署知情同意书。排除标准: 在参与本次研究前已发生口腔溃疡、难治性口疮、复发性口疮等情况的患者, 预计生存期不超过半年的患者, 存在明显精神障碍性表现的患者。本研究已获得医学伦理委员会批准。

对照组: 年龄26-67岁, 平均 (41.73 ± 12.48) 岁, 男女比例24:17。化疗次数最少2次, 最多7次, 平均 (5.26 ± 1.39) 次。病程3-12个月, 平均 (7.54 ± 1.61) 月; 观察组: 年龄27-68岁, 平均 (41.14 ± 12.52) 岁, 男女比例25:16。化疗次数最少2次, 最多7次, 平均 (5.40 ± 1.17) 次。病程4-13个月, 平均 (7.85 ± 1.76) 月。从两组患者的年龄、性别、化疗次数以及病程等具体病历信息数据的对比可以看出, 组间差异无统计学意义,

$P > 0.05$, 可比性强。

1.2 护理方法

对照组41例患者运用常规口腔护理方式,在进行化疗前为患者进行口腔卫生与护理常识的讲解,让患者及其家属完全掌握化疗性口腔炎的相关知识及防治办法,同时开展以下护理工作:一、保持口腔清洁,让患者了解如何正确使用软毛牙刷,并为患者一对一演示如何正确刷牙,指导患者使用含氟、防酸的牙膏每天早晚刷牙。二、进行口腔功能训练,指导患者每次进食后,通过鼓腮、吸吮动作交替来完成漱口。三、口腔保持湿润状态,提醒患者每天的饮水量保持在2000-3000ml之间,这样可以确保口腔黏膜的湿润。四、饮食上严禁食用油炸、辛辣、高温、坚硬等刺激性食物,以清淡、易消化、温软食物为主,确保高蛋白质、高维生素含量,做到戒除烟酒。

观察组41例患者在以上常规口腔护理基础上运用冰盐水含漱预防护理干预方式,指导使用吸管将10-15ml冰盐水吸入,提前告知患者仰头,让冰盐水在患者咽部保留10秒,再流入口腔内保留半分钟,要求患者鼓动双颊,这样可以让口腔黏膜与冰盐水充分接触,最后吐出含漱液,每天进行至少5次含漱,分别在晨起、三餐后、睡前口含冰盐水,每次时间应当超过3分钟,且含漱后半小时内严禁进食、饮水等。

1.3 观察指标

1.3.1 口腔炎评价标准

对于两组患者的化疗性口腔炎的发生情况指派同1名护理人员进行评估,自患者化疗首日开始,直到化疗结束进行持续观察,每日清晨漱口后,由护理人员检查黏膜溃疡情况并记录。结合国际肿瘤化疗药物不良反应评价标准,将口腔炎分为0-IV级,口腔黏膜正常可评价为0级;如口腔黏膜出现轻微红斑、疼痛,但不影响患者进食可评价为I级;如口腔黏膜出现较严重红斑、疼痛,已影响患者进食,只可进食半流质食物可评价为

II级;如口腔黏膜出现溃疡、疼痛,已影响患者进食,只可进食流质食物可评价为III级;如口腔黏膜出现溃疡,且融合呈片状,患者不能正常进食可评价为IV级。

1.3.2 预后情况评价

预后情况包括疼痛程度、舒适程度、不良情绪等,其中疼痛程度运用VAS视觉模拟评分法进行评价,分值介于0-10分范围之内,评价分值越高,说明疼痛程度越剧烈;舒适程度采用我院自制《舒适度评分表》进行评价,量表涵盖饮食、情绪、睡眠等方面,总分80分,评价分值越高,说明舒适程度越高;不良情绪采用SAS焦虑、SDS抑郁自评量表进行评价,评分分值越高,说明不良情绪越严重。

1.3.3 护理满意度评价

对于两组患者的护理满意度运用我院自制的满意度调查问卷进行评价,问卷满分为100分,将满意度分为很满意、一般满意、不满意3个层级,分值区间分别为85-100分、60-84分、0-59分。计算护理满意度为很满意与一般满意例数之和占总例数的百分比。

1.4 数据处理

运用SPSS20.0统计学软件对本次研究采集的所有指标数据进行严谨的处理与分析,计量类型资料(口腔炎评价指标与预后情况评价指标)经均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表达,运用t值行组间检验;计数类型资料(护理满意率)经例数(%)表达,运用 χ^2 值行组间检验,若 P 值 < 0.05 ,反映组间比较差异具统计学意义。

2 结果

2.1 记录两组患者口腔炎发生情况

下表1数据可以看出,经过护理干预,观察组患者的口腔炎发生率9.76%低于对照组患者的口腔炎发生31.71%, P 值 < 0.05 ,组间比较差异具统计学意义。

表1 记录两组患者口腔炎发生情况[n (%)]

分组	例数	口腔炎发生率	口腔炎严重程度			
			I级	II级	III级	IV级
对照组	41	4 (9.76)	3 (7.32)	1 (2.44)	-	-
观察组	41	13 (31.71)	7 (17.07)	4 (9.76)	2 (4.88)	1 (2.44)
x 值	-	6.0109	-	-	-	-
P值	-	0.0142	-	-	-	-

2.2 记录两组患者的预后情况

下表2数据可以看出, 经过护理干预, 观察组患者的疼痛程度、不良情绪评价分值均低于对

照组患者, 而舒适程度则高于对照组患者, P值 < 0.05, 组间比较差异具统计学意义。

表2 记录两组患者的预后情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	疼痛程度评价	舒适程度评价	不良情绪评价	
				焦虑情绪	抑郁情绪
对照组	41	7.39 ± 1.02	42.75 ± 3.27	50.92 ± 4.39	53.67 ± 5.03
观察组	41	4.43 ± 0.67	65.56 ± 4.12	35.19 ± 3.38	36.95 ± 4.04
t值	-	15.5308	27.7673	18.1793	16.5945
P值	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 记录两组患者的护理满意

下表3数据可以看出, 经过护理干预, 观察组患者的护理满意度92.68%明显高于对照组患者的

护理满意度60.98%, P值 < 0.05, 组间比较差异具统计学意义。

表3 记录两组患者的护理满意度[n (%)]

分组	例数	很满意	一般满意	不满意	护理满意度
对照组	41	12 (29.27)	13 (31.71)	16 (39.02)	25 (60.98)
观察组	41	18 (43.90)	20 (48.78)	3 (7.32)	38 (92.68)
χ 值	-	-	-	-	11.5773
P值	-	-	-	-	0.0007

3 讨论

化疗方式能够有效抑制恶性肿瘤疾病病情的发展, 然而对于患者身体的损伤也比较大, 可能引起多种不良反应, 特别是化疗性口腔炎, 发生率极高, 若无有效干预措施, 则很大程度降低机体耐受力, 严重者可能诱发其他部位感染, 治疗时间延长, 不利于患者的预后^[9-10]。在常规口腔护理基础上使用冰盐水含漱, 能够有效预防口腔炎的发生, 或减轻其严重程度^[11]。相关研究资料证

实, 化疗药物对于口腔黏膜上皮细胞可产生直接损伤, 同时阻碍细胞修复、再生等, 常见症状包括口腔黏膜溃疡, 口腔内大量繁殖菌群, 其自洁作用进一步减弱, 破坏口腔内环境^[12-13]。而抗生素、糖皮质激素的使用会在一定程度上抑制正常菌群, 导致致病菌、真菌等快速繁殖, 口腔溃疡感染率上升。冰盐水降低口腔温度的同时收缩血管, 达到消肿、止血的功效, 还可以减慢局部神经冲动传导, 神经兴奋性受到制约, 疼痛敏感性

降低, 口腔舒适性提升, 有利于患者增强化疗耐受性^[14-15]。

研究结果提示, 经过护理干预, 观察组患者的口腔炎发生率9.76%低于对照组患者的口腔炎发生31.71%, 观察组患者的疼痛程度、不良情绪评价分值均低于对照组患者, 而舒适程度则高于对照组患者, 观察组患者的护理满意度92.68%明显高于对照组患者的护理满意度60.98%, P值<0.05, 组间比较差异具统计学意义。综上所述, 冰盐水含漱预防化疗性口腔炎护理中的临床效果良好, 能够减轻口腔炎的严重程度、疼痛程度, 提升舒适性。

参考文献

[1] 尚红彦.冰盐水含漱预防化疗性口腔炎护理中的临床观察[J].全科口腔医学电子杂志, 2017, 4(7): 39-40.

[2] 邹燕敏, 张楚珊, 张丽冰.复方黄芩含漱液对白血病化疗所致口腔炎的疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报, 2017, 37(2): 204-205.

[3] 马瑞婕.冰盐水含漱预防小儿白血病患者化疗后口腔炎的效果研究[J].首都食品与医药, 2021, 28(18): 133-135.

[4] 黄定凤, 严云丽, 左杰.益口漱口液联合冰盐水预防化疗性口腔炎效果观察[J].护理学杂志, 2017, 22(10): 36-37.

[5] 蒙莉萍, 张宏玉.循证护理与标准化口腔护理预防化疗口腔黏膜炎[J].现代预防医学, 2021, 38(9):

1732-1733, 1736.

[6] 杨敬然.氩氦激光联合复方氯己定含漱液治疗鼻咽癌放射性口腔炎的效果分析[J].医学理论与实践, 2022, 35(13): 2233-2234.

[7] 李延萍.口含冰块联合康复新液含漱对于干细胞移植前大剂量化疗所致口腔炎的预防效果[J].健康必读, 2021, 11(7): 92-93.

[8] 李倩倩, 郑智, 闵美兰.复合型氯己定含漱液防治鼻咽癌放射性口腔炎的临床研究[J].中国医学创新, 2021, 18(36): 112-116.

[9] 刘琳, 陈玉祥, 谢建寰, 等.金蒲含漱液治疗念珠菌性口腔炎的临床观察[J].医学理论与实践, 2021, 34(20): 3583-3585.

[10] 陈玲玲, 沈川, 周丽妙, 等.冰刺瓜液联合康复新液含漱在防治放射性口腔炎中的效果评价[J].中国现代医生, 2022, 60(10): 185-188.

[11] 黄子葵, 蓝素珍, 李斐, 等.中药含漱结合内服治疗鼻咽癌放射性口腔炎临床观察[J].光明中医, 2020, 35(13): 2003-2005.

[12] 王少华, 罗巍.生物多糖抗菌含漱液联合开喉剑喷雾剂治疗小儿疱疹性口腔炎的效果分析[J].河南医学研究, 2020, 29(6): 1053-1054.

[13] 高薇.膜安口内凝胶含漱防治急性放射性口腔炎疗效的临床观察[J].黑龙江中医药, 2020, 49(6): 60-61.

[14] 刘安敏, 廖斌, 郭声敏, 等.去甲肾上腺素冰盐水含漱预防化疗所致口腔炎的观察[J].护士进修杂志, 2017, 20(8): 750-751.

[15] 邹燕敏, 夏维林, 李娜.不同含漱液对白血病化疗所致口腔炎的疗效比较[J].中国医学创新, 2017, 14(18): 107-109.

(上接第13页)

[2] 王莉, 成晓蓉, 杨海燕, 等.序贯经鼻高流量通气在急诊重症呼吸衰竭患者护理工作中的应用效果观察[J].长春中医药大学学报, 2020, 36(5):1027-1030.

[3] 崔娟.人性化优质护理干预在重症呼吸衰竭患者护理中的应用及满意度分析[J].临床误诊误治, 2023, 36(1):I0004-I0004.

[4] 李帅.无创呼吸机专科护理在呼吸衰竭患者中的应用效果分析[J].中国国境卫生检疫杂志, 2021, 44(S01):229-230.

[5] 王宁, 杨佳佳, 王丹丹.序贯经鼻高流量通气在急诊重症呼吸衰竭患者护理拔管后的临床效果[J].山西医药杂志, 2021, 50(18):2726-2728.

[6] 张思圆, 张琴, 蔡宗钰.时效性激励模式在慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴呼吸衰竭患者肺康复护理中的应用效果[J].中国医药导报, 2021, 28(31): 180-184, .

[7] 王红, 余淑娟, 姬慧勤.强化心理护理对接受无创呼吸机治疗的重症肺炎伴呼吸衰竭患者的应用效果分析[J].山西医药杂志, 2022, 51(22):2628-2631.

[8] 戴惠惠.专科护理干预在COPD合并呼吸衰竭患者无创呼吸机治疗中的应用效果[J].重庆医学, 2022, 51(S01):378-379.

[9] 刘晓红, 李青茵, 徐若琛.评判性护理联合预警护理在慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志, 2022, 28(31):4404-4408.

基于风险评估的分级护理 在危重症患者失禁性皮炎预防中的应用

承晓雅

常州市第三人民医院, 江苏常州, 213000

摘要: **目的:** 探讨基于风险评估的分级护理在危重症患者失禁性皮炎预防中的应用。**方法:** 将本院重症医学科2022年1月~2023年6月收治的危重症患者87例纳入研究, 随机分为两组。观察组43例予常规皮肤护理, 对照组44例则在此基础上实施基于风险评估的分级护理。评价并比较两组失禁性皮炎的发生情况, 比较两组患者的皮肤舒适度。**结果:** 实施基于风险评估的分级护理后, 观察组失禁性皮炎的发生率显著低于对照组, 有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组皮肤舒适度显著高于对照组, 有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论:** 对危重症患者实施基于风险评估的分级护理, 可对失禁性皮炎的发生起到防控作用, 有助于提高患者的皮肤舒适度。

关键词: 风险评估; 分级护理; 危重症; 失禁性皮炎

失禁性皮炎 (incontinence-associated dermatitis, IAD) 指皮肤长时接触尿液、粪便等分泌物而出现的一类刺激性皮肤炎症, 主要表现为皮肤水肿、红斑, 伴或不伴有浆液性渗出、糜烂及继发性感染^[1]。危重症患者由于多存在不同程度的意识障碍, 需长时间卧床, 加之肠内营养治疗的实施, 部分患者出现大小便失禁, 是发生失禁性皮炎的高风险人群。失禁性皮炎的发生不仅增加治疗和护理的难度, 增加额外用药和医疗费用的支出, 还可诱发压力性损伤和全身性感染, 影响疾病预后^[2]。多项研究表明^[3]: IAD相关风险因素较多, 包括长时间暴露于超市环境、大小便失禁、皮肤摩擦、高龄、发烧、活动减少等, 识别IAD相关风险因素并予以早期、综合、有效的护理干预, 可对IAD的发生起到有效的防控效果。目前ICU对于IAD的护理仅限于保持皮肤清洁、使用皮肤保护产品的层面, 对于不同病情和个体情况的患者采用同样的护理方式, 缺乏充分的风险评估和针对性的护理。基于风险评估的分级护理根据患者的个体情况对患者IAD发生风险进行评估和分级, 根据其风险等级予以针对性、计划性的护理干预, 以提高临床护理效果^[4]。本文将基于风险评估的分级护理应用于危重症患者中, 对IAD的发生起到了有效的防控效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将本院重症医学科2022年1月~2023年6月收治的危重症患者87例纳入研究, 随机分为两组。观察组43例, 其中男24例, 女19例, 年龄35~81岁, 平均年龄 (59.9 ± 3.4) 岁; 对照组44例, 其中男24例, 女20例, 年龄37~84岁, 平均年龄 (60.2 ± 3.6) 岁。两组患者基线资料相比, 具可比性 ($P>0.05$)。

纳入标准: (1) ICU住院天数 $\geq 3d$; (2) 存在大小便失禁; (3) 臀部、会阴部及骶尾部皮肤完整; (4) 能配合研究, 患者或其家属知情同意。

排除标准: (1) 入组前已存在IAD或压力性损伤者; (2) 因治疗需要无法改变体位者; (3) 无法配合研究者; (4) 因死亡、转院或自动出院而退出研究者。

1.2 方法

观察组予常规皮肤护理, 即及时清理患者的大小便, 保持局部皮肤清洁、干燥, 擦拭干净皮肤后, 使用润肤油、液体敷料等加以预防性保护, 以降低IAD的发生。对照组则在此基础上实施基于风险评估的分级护理。具体方法如下: (1) 风险评估: 评估采用《失禁性皮炎和压力性损伤风险评估表》, 根据患者的年龄、体重、意识、血流

动力学、呼吸状况、营养、皮肤情况、卫生自理能力等进行评分。年龄<40岁计0分, 40~55岁计1分, 55~70岁计2分, >70岁计3分; 肥胖计1分, 极瘦弱计2分, 肥胖或极瘦弱并出现水肿计3分; 意识清醒计0分, 烦躁计1分, 淡漠计2分, 昏迷或昏睡计3分; 辅助呼吸计1分, 机械通气计2分, 静息时呼吸困难计3分; 肠内营养计1分, 肠外营养计2分, 全静脉营养计3分; 皮肤发红计1分, 擦伤计2分, 皮肤深层坏死计3分; 根据其感染程度、自理能力分别赋分0~3分。评分越高则患者发生IAD的风险越高。低风险: 0~10分; 中风险: 11~20分; 高风险: 21~30分^[5]。并根据风险等级实施相应的护理措施。(2) 分级护理: 对于IAD低风险患者, 应着重做好基础护理, 检查患者有无排尿或排便, 使用一次性湿巾蘸取温水擦拭干净会阴及肛周后, 不可使用酒精等刺激性的消毒液清洁皮肤, 以免对皮肤造成刺激; 局部待干后, 可涂抹润肤露, 保持床单位干净、清洁; 每班交接班均应检查患者会阴、肛周及大腿内侧、骶尾部皮肤, 如出现皮肤发红、皮温升高、水疱、皮肤破损、渗出等, 均应予以交接并记录。对于中风险患者, 应全面评估患者, 明确失禁发生的原因, 并汇报医生, 针对病因采取有效的治疗策略。每日记录患者排尿及排便情况, 包括大便的次数、性状、量。尿失禁患者应采取有效的措施, 如留置导尿管, 男患者使用保鲜袋套在其阴茎上, 女患者使用集尿器等, 以减少尿液对皮肤的刺激。使用一次性护理垫, 及时更换, 以确保其干燥; 对于低风险患者不建议使用护理垫, 避免其潮湿、不透气对皮肤造成的刺激。对于腹泻严重的患者, 应汇报医生, 遵医嘱使用止泻药物, 或改善其肠内营养支持方案。定时检查患者会阴区及肛周皮肤, 喷涂液体敷料, 擦拭爽肤粉等, 以吸收排泄物, 保护皮肤。对于IAD高风险患者, 此类患者多存在严重腹泻、多次水样便, 除以上皮肤护理措施外, 对于存在皮肤损伤或潜在皮肤损伤的部位, 可使用泡沫敷料或水胶体敷料予以保护, 并将其剪裁成合适的形状以便于观察和更换^[6]。此外

可考虑使用肛门和臀部的一次性吸收产品, 如一次性纸尿裤、造口袋等。使用温和的清洁剂清洗皮肤, 轻柔擦拭皮肤褶皱处, 不使用碱性清洁剂, 以免对皮肤造成刺激。与床位医生进行沟通, 分析患者发生腹泻的主要原因, 采取针对性的治疗措施对症治疗。

1.3 观察指标

评价并比较两组失禁性皮炎的发生情况, 比较两组患者的皮肤舒适度。

1.3.1 失禁性皮炎

判断应根据患者会阴部及肛周皮肤状态和皮色^[7], (1) 轻度: 皮肤完整、皮温略高、有轻微疼痛感, 皮色为红色或粉红色; (2) 中度: 局部皮肤有水疱、破损和(或)少量渗液, 疼痛感明显, 皮温较高, 皮色呈亮红色; (3) 重度: 局部皮肤破损、剥脱, 出现水疱、明显渗液, 皮温较高, 疼痛感明显, 皮肤呈亮红色。IAD发生率=(轻度+中度+重度)/总数×100%。

1.3.2 皮肤舒适度

嘱患者从0~10中选出任意一个数字表示其目前的舒适感, 所选数字越接近10表示其皮肤舒适度越高。

1.4 统计学方法

数据分析采用SPSS22.0统计学软件, 两组皮肤舒适度的比较采用t检验, IAD发生率的比较采用卡方检验, 以P<0.05认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组IAD发生率的比较

实施基于风险评估的分级护理后, 观察组失禁性皮炎的发生率显著低于对照组, 有统计学意义(P<0.05)。见表1。

表1 两组IAD发生率的比较[n (%)]

组别	例数	轻度	中度	重度	IAD
观察组	43	2 (4.65)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.65)
对照组	44	5 (11.36)	2 (4.65)	0 (0.00)	7 (15.91)
χ^2	-	-	-	-	-
P	-	-	-	-	-

2.2 两组皮肤舒适度的比较

观察组皮肤舒适度显著高于对照组，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组皮肤舒适度的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	皮肤舒适度
观察组	43	8.66 ± 0.53
对照组	44	6.84 ± 1.21
t	-	9.229
P	-	0.005

3 讨论

失禁性皮炎是ICU常见但较易被忽视的一类并发症，常与压力性损伤相混淆。失禁性皮炎的发病原因是失禁，局部皮肤长时间接触水分、尿液、粪便可增高患者皮肤的PH值，改变皮肤的酸性外层，增强刺激物的渗透性，削弱皮肤的抵抗力，从而损伤皮肤的屏障功能，增加发生IAD的风险；且随着失禁发生频率的增高和失禁类型的增多，其风险可不断上升^[8]。

研究表明^[9]：IAD的发生因素包括机体的组织耐受力、局部皮肤环境和患者的移动能力。即患者的年龄、营养状况、健康状况、活动能力、血运、失禁状况等。根据以上因素对患者发生IAD的风险进行评估，对其发生IAD的风险进行量化和分级，根据其风险等级实施针对性、预见性的护理干预，能够有效控制IAD的发生和发展^[10]。本文实施基于风险评估的分级护理，对危重症患者进行全面的IAD风险评估，包括其年龄、营养支持方式、意识、血流动力学、呼吸状况、卫生自理能力等，均根据患者的个体情况予以赋分，根据其得分将其分为低风险、中风险和高风险。对于不同风险等级的患者实施相应级别的护理，低风险患者关注基础皮肤护理，中风险患者在基础皮肤护理的基础上增加对于大小便失禁的评估和干预，同时优化皮肤护理方案；高风险患者则实施更为有效的皮肤保护措施，针对性地改善其失禁状况；加强交接班的评估和护理记录，增加护理巡视和观察，有效控制了IAD的发生。本文

结果显示，观察组IAD发生情况显著优于对照组 ($P < 0.05$)，证实基于风险评估的分级护理有助于预防IAD的发生，减轻IAD发生的严重程度。随着IAD发生率的降低，患者皮肤舒适度得到提高，有助于其疾病预后。观察组皮肤舒适度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述，本文对危重症患者实施基于风险评估的分级护理，有效预防并控制了失禁性皮炎的发生和发展，对提高患者的皮肤舒适度和危重症护理质量起到了积极作用。

参考文献

- [1] 郑怡群, 张慧娟, 周玉意. ICU患者失禁相关性皮炎现况调查及危险因素分析[J]. 中国护理管理, 2018, 18(4): 488-492.
- [2] 王玲, 郑小伟, 马蕊, 等. 国内外失禁相关性皮炎护理实践专家共识解读[J]. 中国护理管理, 2018, 18(1): 3-6.
- [3] 史艳花, 王建永, 狄现花. 结构化皮肤管理模式在神经内科失禁患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(3): 104-107.
- [4] 承晓燕, 王晓晖, 李越. 基于风险评估的分级护理对老年重症胰腺炎患者失禁性皮炎的预防效果[J]. 当代护士, 2023, 30(11): 116-119.
- [5] 韩小琴, 吴国庆. 结构化护理方案急诊ICU失禁相关性皮炎患者的对比研究[J]. 临床急诊杂志, 2017, 18(10): 768-771.
- [6] 陈亚梅, 石利平. 预防失禁相关性皮炎护理流程在危重症患者的应用[J]. 护理学杂志, 2015, 30(1): 30-32.
- [7] 王春雨, 黄维肖, 袁义厘, 等. 失禁性皮炎皮肤损伤评估量表的汉化及信度、效度评价[J]. 中国护理管理, 2016, 16(3): 56-59.
- [8] 张宇, 张晓雪. 危重症患者失禁性皮炎的发生现况及其影响因素[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(16): 16-21, 26.
- [9] 宋彩萍, 马秀英, 罗霞, 等. 失禁相关性皮炎的预防与分级护理[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(1): 83-85.
- [10] 贾静, 徐晶晶, 仇晓溪. 结构化皮肤护理方案对降低患者失禁性皮炎患病率的应用效果[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(5): 590-593.



护理创新

Nursing Innovation

编委会

主编

陆琳

副主编

陈明 廖思妍 洪丽

赵雨欣 金佳 颜宇轩

杨颖 范浩辰 翟琳

(以上排名不分先后顺序)

编委会助理

安雨涵

编辑出版

澳门中外医药出版社有限公司

地址

澳门巴掌围斜巷19号7楼D

电话

00853-68819699

邮箱

QuestPress@hotmail.com

网站

hlcx.scionline2025.com

Editorial Board

Editor-in-chief

Lu Lin

Deputy Editor-in-Chief

Chen Ming, Liao Siyan, Hong Li

Zhao Yuxin, Jin Jia, Yan Yuxuan

Yang Ying, Fan Haochen, Zhai Lin

(The above rankings are not in order)

Assistant to the Editorial Board

An Yuhuan

Editing and Publishing

Macau Sino-Foreign Medical Publishing Limited

Address

7th Floor,D, No.19,Palawak Lane, Macau

Telephone

00853-68819699

Email

QuestPress@hotmail.com

Web site

hlcx.scionline2025.com