

[18] 程萍, 郭敏, 姚莉. 情景模拟联合PBL在急诊科护理实习中的应用[J]. 中华医学教育探索杂志, 2019, 5(5): 497-501.

[19] 邵春梅, 洪艳燕, 杨婷, 等. 刘春钰.PBL联合情景模拟教学法在提高实习护生综合急救能力中应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(6): 219-222.

[20] 朱瑞雪, 刘芳, 陈翠萍, 等. PBL联合鱼骨图在培养急诊科实习护生临床能力中的应用[J]. 循证护理, 2019, 5(1): 42-46.

[21] 杨文艳. PBL教学法、CPBL教学法在急诊科临床本科护生教学中的比较[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(1): 36-39.

上接 80 页

迫性与必要性。本研究的不足在于观察样本偏少, 这可能会导致样本偏差, 影响本研究的数据客观性; 未来需要进一步延长研究时间, 扩大样本量, 继续补充数据, 从而尽可能地提高研究结论的客观性。

参考文献

[1] 冯晓丽. 问题导向临床医学教学模式联合SBAR模式在消化内科新入职护士岗位培训中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(17): 133-135.

[2] 曹禹, 刘丽, 吴红艳, 等. 问题启发式教学设计联合随堂测试在儿科实践教学中的应用[J]. 中国妇幼健康研究, 2022, 33(7): 120-124.

[3] 宋非无, 陈凤萍, 陈丽娟, 等. PCMC结合PBL模式在高职内科护理学教学中的应用[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(8): 753-755.

[4] 陶钰, 吴林珂, 俞颖, 等. PBL/CBL联合PCMC在呼吸内科护士规范化培训带教中的应用[J]. 中华医学教育探索杂志, 2022, 21(3): 359-362.

[5] 张媛媛, 杨俊. 问题导向式学习法联合情景模拟教学在提高护生临床实践技能中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(7): 25-26.

[6] 韩冰莎, 冯光, 李娇, 等. PCMC教学法联合PDCA循环应用于颅脑超声临床教学的探讨[J]. 中华医学教育探索杂志, 2021, 20(12): 1431-1434.

[7] 孟灿灿, 李珂, 陈清. PCMC与PBL教学在产科护理实习带教中的应

用研究[J]. 中华医学教育探索杂志, 2022, 21(9): 1253-1256.

[8] 张东勤, 田建元, 张晓娟. PCMC结合PBL在急诊科实习生带教中的应用[J]. 中华医学教育探索杂志, 2022, 21(5): 568-571.

[9] 张静敏, 叶磊, 邹利群. 启发式临床医学与以问题为基础的联合教学模式在急诊科护理带教中的应用[J]. 基础医学与临床, 2019, 39(1): 136-139.

[10] 孟凡玲, 李连伟, 马荣. PCMC联合PBL教学在妇科肿瘤科临床实习教学中的应用研究[J]. 中华医学教育探索杂志, 2021, 20(11): 1308-1311.

[11] 魏逸, 翟建, 范莉芳, 等. PCMC教学法联合PACS在影像实验课教学中的应用[J]. 皖南医学院学报, 2022, 41(5): 490-492.

[12] 潘锋, 宋泽亮, 沈杰. 互动沟通模式配合问题导向教学在本科实习护生临床带教中的应用研究[J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(2): 140-146.

[13] 蔡皎芝, 肖舒静, 杨敏菲, 等. PBL结合以案例为基础的教学法在中医院肿瘤科规培护士临床带教中的应用[J]. 现代临床护理, 2022, 21(6): 54-58.

[14] 高稳, 潘寒寒, 牛水源. 翻转课堂、思维导图教学法联合PBL教学模式对感染科护生综合能力的影

医护一体化管理模式对慢性创面患者 创面恢复情况与护理满意度的影响

夏立华

(赤峰市医院烧伤整形科, 内蒙古赤峰, 024000)

摘要: 目的 研究分析医护一体化管理模式对慢性创面患者创面恢复效果及护理满意度的影响。方法 选择 2019 年 10 月—2022 年 10 月赤峰市医院收治的 54 例慢性创面患者为研究对象, 通过随机数表法将患者分为对照组和试验组, 每组 27 例。对照组应用烧伤整形科常规护理方法, 试验组应用医护一体化管理模式干预。比较两组患者的创面恢复效果、创面相关指标、焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 评分、抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 评分、依从性评分及护理满意度。结果 试验组患者创面恢复效果、创面相关指标、依从性评分及护理满意度均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组患者的 SAS 评分和 SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在慢性创面患者中应用医护一体化管理模式有助于创面恢复, 并且效果显著, 能够有效提高患者的依从性、改善负面心理, 并提高护理满意度, 值得临床应用。

关键词: 医护一体化管理模式; 慢性创面; 负性心理; 恢复效果; 护理满意度

中图分类号: R473 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2024)-01-0084-04

慢性创面主要是指由于创面内异物残留、感染等因素导致不能正常愈合的伤口,往往需要 4 周以上的时间才能愈合。由于创面愈合时间的延长,慢性创面逐渐转变为持续的慢性炎性反应状态,随着创面病变的进展,其愈合的方式发生改变,主要由干性愈合逐渐变为湿性愈合^[1]。慢性创面的换药方式及处理是一项精细并且复杂的临床操作,创面经久不愈会给患者及其家属带来严重的身心伤害和经济上的负担。对患者的慢性创面进行良好的整体评估和实施有针对性的护理是保证慢性创面快速有效愈合的主要措施^[2-3]。目前,医护一体化护理管理模式已在临床中开展,通过医生和护士之间的协作,明确分工治疗工作,不但可为患者快速、有效、准确地实施治疗方案,而且还可以缩短患者病程,减轻患者痛苦。在本研究中,对两组慢性创面患者应用不同的护理模式,比较两组患者的创面恢复效果、创面相关指标、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分、依从性评分及护理满意度,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 10 月—2022 年 10 月赤峰市医院收治的 54 例慢性创面患者为研究对象,采用随机数表法将患者分为对照组和试验组,每组 27 例。对照组应用烧伤整形科常规护理方法,其中,男 12 例,女 15 例;年龄 15~80 岁;体质量 52~95 kg;身高 155~181 cm;病程 1~5 个月;创面位置:上肢 7 例,下肢 13 例,躯干 7 例;创面面积:(11 cm×15 cm)~(20 cm×26 cm)。试验组应用医护一体化管理模式干预,其中,男 14 例,女 13 例;年龄 13~83 岁;体质量 50~80 kg;身高 150~184 cm;病程 1.5~6 个月;创面位置:上肢 8 例,下肢 11 例,躯干 8 例;创面面积:(12 cm×15 cm)~(22 cm×25 cm)。两组患者入院时的年龄、性别、体质量、身高等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性,见表 1。所有患者均对本研究知情并签署知情同意书。本研究已通过赤峰市医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①两组患者入院后经专科医师检查,符合慢性创面的诊断标准^[4];②无严重基础疾病者;③精神状态良好,能够与医务人员进行有效的沟通并配合的患者。

排除标准:①患有严重器质性疾病;②患有心理疾病、精神类疾病等,医患沟通及交流障碍者;③体质虚弱,存在严重骨质疏松、代谢性骨病、放射性骨病等;④患有糖尿病,且血糖控制不平稳的患者。

1.3 方法

对照组患者应用烧伤整形科常规护理方法,包括患者入院时的健康宣教,入院后的生活及饮食护理,指导患者正确认识疾病及相关用药,帮助患者定时翻身、预防形成压疮。

试验组患者应用医护一体化管理模式干预。①成立医护一体化专项护理组:由患者的主治医师、主管护士和科室护

士长组成,主管护士跟随医生查房,记录查房内容,更有效了解患者病情,加强医、护、患三位一体的沟通关系,给患者提供了全面的整体护理。对不同患者的病情和慢性创面情况做具体的讨论和分析,与医生共同探讨治疗方案,预测在病情变化中可能遇到的护理问题,并做出解决方案。为不同患者制订个性化护理方案,满足每一位患者的护理需求。②慢性创面评估:在开始对慢性创面治疗前监测患者的体征并优化各项指标是非常重要的。医护一体化专项护理组内成员均应充分掌握并了解患者创面的血管状况,并应用 Bates-Jensen 伤口评估与效果评价量表(BWAT)中患者的体质量、身体质量指数、血糖、血压、皮肤条件等来分析可能使创面加重的危险因素。在选择合适的药物和治疗时间时应充分考虑患者的创面严重程度。③健康教育:向慢性创面患者讲述关于此类疾病治疗过程及相关知识,使其充分了解“慢性创面”的具体概念,并通过相关书籍或视频向患者讲解“慢性创面”的形成原因以及在整个治疗过程中的要点和相关注意事项,提升患者对疾病的重视程度,从多个方面使患者认识到积极配合医护人员治疗的重要性,认真做好自我血糖监测,控制血压、体质量等,从而提升患者的治疗依从性和战胜疾病的信心。④心理疏导:因为“慢性创面”治疗周期较长,所以患者在治疗过程中都较为痛苦,通常会出现烦躁不安、焦虑,甚至抑郁情绪,出现此类不良情绪状态会影响患者的饮食及休息状态,从而会降低患者的机体免疫力,可能会延长“慢性创面”的愈合时间,增加住院时间及经济负担。所以,护理人员要通过有效地沟通,了解每位患者的心理状态,认真疏导患者的心理情绪,增强患者战胜疾病的信心及治疗的依从性。⑤饮食护理:由于慢性创面患者病程较长,创面内处于缺血缺氧状态,会导致有大量蛋白液渗出,所以在治疗期间要重视患者的饮食,嘱其加强优质蛋白、脂肪、维生素及微量元素的摄入,提高患者的免疫力及抗感染治疗,从而可预防感染进一步加重,利于促进慢性创面的愈合。

1.4 观察指标

记录两组患者入院时的年龄、性别、体质量、身高、SAS 评分、SDS 评分^[5],和给予医护一体化管理模式干预后的 SAS 评分、SDS 评分、创面恢复效果、创面相关指标、依从性评分及护理满意度,研究分析医护一体化管理模式干预在慢性创面患者护理中的价值。

① SAS 评分是测量焦虑状态的轻重程度及在治疗过程中变化情况的评分,总分 <50 分为正常,50~60 分为轻度,61~70 分为中度,>70 分为重度焦虑,分数越高代表焦虑症状越重。② SDS 评分是对精神症状、情感症状、精神及躯体运动障碍、抑郁性心理障碍的评分,可直观反映抑郁患者的主观感受,53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,≥73 分为重度抑郁,分数越高说明抑郁症状越重。③慢性创面恢复效果^[4]:根据所有患者慢性创面的恢复情况将其分为无效、有效、显效。无效指病情无好转,慢性创面未愈合;有效指患者慢性创面面积较入院时减小,创面内肉芽新鲜、生长良好,

表 1 两组患者入院时一般资料比较

[[$\bar{x} \pm s$]/n(%)]

组别	例数	年龄(岁)	性别		体质量(kg)	身高(cm)	病程(个月)	创面面积(cm×cm)
			男	女				
对照组	27	47.04 ± 10.62	12	15	69.19 ± 12.05	166.67 ± 7.46	3.52 ± 1.25	(12.36 ± 1.51) × (15.65 ± 1.71)
试验组	27	46.41 ± 10.28	14	13	66.07 ± 8.85	166.70 ± 7.70	3.48 ± 1.29	(12.27 ± 1.49) × (16.64 ± 1.68)
t/x^2		0.119	0.297		1.081	-0.018	0.121	0.642
P		0.906	0.586		0.285	0.986	0.578	0.341

表 2 两组患者 SAS 评分、SDS 评分比较

(($\bar{x} \pm s$), 分)

组别	例数	SAS 评分		t	P	SDS 评分		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	27	54.44 ± 3.98	48.93 ± 3.11	12.504	<0.001	54.85 ± 4.76	49.00 ± 3.66	7.644	<0.001
试验组	27	53.41 ± 3.93	39.96 ± 4.05	14.184	<0.001	55.74 ± 3.95	41.15 ± 3.30	15.673	<0.001
t		0.962	9.115			-0.747	8.279		
P		0.340	<0.001			0.459	<0.001		

疼痛等症状好转;显效指患者慢性创面已结痂或已愈合,无渗出液,疼痛等症状明显好转。创面恢复有效率=(有效+显效)例数/总例数×100%。④慢性创面相关指标:包括疼痛视觉模拟(visual analogue score, VAS)评分、换药次数及慢性创面愈合时间。VAS 评分是让患者根据自己主观的疼痛感觉来选择分数,0 分代表患者没有任何疼痛感;<3 分说明有轻微的疼痛;4~6 分说明疼痛较为明显;7~10 分说明疼痛非常剧烈,难以忍受。⑤依从性评分:以赤峰市医院自制的依从性调查问卷评估,由护理组内人员对患者的依从情况进行评分,总分 100 分,分数越高表示患者的依从性越好。⑥用赤峰市医院自制的满意度调查表在患者出院时调查患者的护理满意度,包括护理方法、内容、效果等方面,总分 100 分,95~100 分为非常满意,60~94 分为满意,<60 分为不满意,分数越高表示护理满意度越高。护理满意度=(满意+非常满意)例数/总例数×100%。

1.5 统计学分析

应用 SPSS 25.0 软件系统对所得数据进行分析。以入院时、常规护理后和给予医护一体化管理模式干预后的 SAS 评分、SDS 评分、依从性评分、创面相关指标为计量资料,采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;创面恢复效果和护理满意度为计数资料,用 $[n(\%)]$ 表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SAS 评分、SDS 评分比较

两组患者入院时 SAS 评分、SDS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,试验组患者的 SAS 评分、SDS 评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.2 两组患者依从性评分比较

两组患者给予相应护理后的依从性评分要明显高于护理前,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组患者应用医护一体化管理模式干预后,依从性评分要明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者的依从性评分比较

(($\bar{x} \pm s$), 分)

组别	例数	干预前	干预后	t	P
对照组	27	51.30 ± 2.36	73.72 ± 3.12	12.654	<0.001
试验组	27	51.59 ± 2.42	86.05 ± 3.16	12.832	<0.001
t		0.465	15.086		
P		0.641	<0.001		

2.3 两组患者 VAS 评分、换药次数、创面愈合时间比较

试验组患者的慢性创面相关指标要明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者的慢性创面相关指标比较

(($\bar{x} \pm s$), 分)

组别	例数	VAS 评分(分)	换药次数(次)	创面愈合时间(d)
对照组	27	6.21 ± 0.51	28.44 ± 2.32	48.23 ± 3.51
试验组	27	3.01 ± 0.52	14.23 ± 2.41	30.24 ± 3.53
t		23.306	23.020	19.719
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者慢性创面恢复效果比较

试验组患者的慢性创面恢复效果要明显好于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组患者的慢性创面恢复效果比较

[[n(%)]]

组别	例数	显效	有效	无效	恢复有效率
对照组	27	9(33.33)	12(44.44)	6(22.22)	21(77.78)
试验组	27	12(44.44)	14(51.85)	1(3.70)	26(96.30)
χ^2					4.103
P					0.043

2.5 两组患者护理满意度比较

试验组患者的护理满意度要明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

表 6 两组患者护理满意度比较

[[n(%)]]

组别	例数	不满意	满意	非常满意	总满意度
对照组	27	8(29.63)	9(33.33)	10(37.04)	19(70.37)
观察组	27	2(7.41)	13(48.15)	12(44.44)	25(92.59)
χ^2					4.418
P					0.036

3 讨论

随着生活水平的不断提高,人们对疾病的认识程度也逐渐提升,慢性创面已严重影响人们的正常生活和生活质量,病变加重时可能会导致重要脏器的功能损害。慢性创面是指经过临床常规抗感染、对症等治疗 1 个月以上仍无愈合趋势的创面,其主要原因是因为创面内组织流失严重、损伤的创面面积较大、创面伤口内存在缺氧缺血的情况,导致局部微环境出现病变等引起的^[6]。此类患者往往存在自行愈合能力较差,自身凝血功能出现障碍等情况,从而导致创面愈合时间延长或不愈合情况发生。临床上为了防止创面面积进一步扩大或感染进一步加重情况出现,需要有效地抗感染、对症等治疗,以达到改善局部微环境,促进肉芽生长,从而修复损伤的皮肤,帮助创面愈合的目的^[7-8]。对于慢性创面的评估分为局部评估和全身评估两种,局部评估主要是指创面的持续时间和创面局部情况,可以反映创面愈合情况;全身评估是指对患者的身体状况,包括年龄、体质量、营养状态、基础疾病、凝血功能等做出评价,通过改善全身状况达到促进慢性创面愈合的目的^[9]。

随着现代医学的不断进步,临床护理水平也在不断发展,对于慢性创面的治疗和护理工作也发生了很大变化,医护一体化专项管理模式在临床工作中逐渐开展^[10-12]。医护一体化是指医生和护士形成相对固定的诊疗团队,以医护小组的形式为患者提供治疗、护理、康复一体化的责任制整体医疗护理服务。这种工作模式打破了原有的医患、护患两条平行线的轨道,重建医、护、患三位一体的崭新工作格局,护士与医生面对面,直接参与患者诊疗护理计划的制订,共同讨论治疗护理方案,医护共同查房、病例讨论及患者随访,在为患者提供责任制整体护理的基础上提供整体医疗护理服务。在治疗过程中,护理人员从助手逐渐转为治疗的主体,从入院到出院整个治疗过程中为患者提供更加精细、规范、个体化、系统化的治疗管理措施,不但可以降低患者的负性心理情绪,而且有助于促进慢性创面的愈合,在提高临床治疗效果过程中发挥了重要的作用^[13-14]。在本研究中,试验组患者给予医护一体化管理模式干预后,SAS 评分、SDS 评分、创面恢复效果、VAS 评分、创面愈合时间、创面换药次数、依从性评分及护理满意度都要好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),进一步证明了医护一体化管理模式可有效地帮助患者缓解症状,有利于促进创面愈合和疾病的恢复,并提高患者的护理满意度^[15-16]。医护一体化管理模式的重点是强调医生和护士之间的工作合作,发挥所长,互补所短,从而有效提高护理质量,提升临床医疗工作效率,促进疾病恢复^[17]。根据不同患者的不同病情,成立医护一体化专项护理组,制订个体化护

理方案,组内成员对所负责患者的病情更加了解,医护技术更加专业化,可为患者争取更加宝贵的治疗时机及时间,为患者提供更为全面的护理服务。

综上所述,医护一体化管理模式对慢性创面患者创面恢复的效果更加突出,不但可以减轻患者疼痛感、缩短患者住院时间、消除患者的负面心理情绪,而且还可以提高患者战胜疾病的信心以及对治疗的依从性,提升患者对护理的满意度,值得临床应用。

参考文献

- [1] 韩花花, 赵倩楠, 刘振楠, 等. 医护一体化治疗模式在难治性创面中的应用[J]. 河南大学学报(医学版), 2021, 40(3): 225-229.
- [2] 隋颖, 苏永涛. 医护一体化工作模式在创面修复学科建设中应用的探索[J]. 感染、炎症、修复, 2020, 21(4): 195-198.
- [3] 林春敏, 殷如, 何冬梅, 等. 痛阈降低护理在慢性创面不愈合患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(4): 437-441.
- [4] 刘旭盛. 慢性创面的诊断与治疗进展[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2013, 8(6): 8-12.
- [5] 郭艳, 赵恒斌, 张三妮. 集束化疼痛护理对缓解烧伤患者康复期疼痛的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(7): 57-60.
- [6] 李燕辉, 骆大行, 邓辉茹. 创面修复病房通过促进伤口专科护士的自我实现改善慢性伤口患者护理效果[J]. 中国伤残医学, 2022, 30(7): 95-97.
- [7] 蔡红升, 李炳辉, 沈谦, 等. 湖北省某创面修复中心慢性难愈合创面住院患者的流行病学调查分析[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2022, 17(4): 283-291.
- [8] 吴斌, 李荣. VSD 联合银离子敷料治疗慢性创面的疗效观察及护理探讨[J]. 中国美容医学, 2023, 32(2): 64-67.
- [9] 聂坤灵, 陈少明. 封闭式负压引流联合脂质水胶体硫酸银敷料在慢性创面愈合中的应用及护理[J]. 吉林医学, 2023, 44(3): 778-781.
- [10] 夏冬云, 翁亚娟, 吴玲, 等. 融合视域下门诊慢性创面患者的一体化管理[J]. 护理学杂志, 2022, 37(23): 60-62.
- [11] 柴建文, 王辛. 医护一体化工作模式在临床护理中的应用[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(6): 727-728.
- [12] 张笑, 刘俊彪. 医护一体化工作模式在护理领域的研究进展[J]. 临床护理杂志, 2021, 20(3): 62-65.
- [13] 徐宇红. 医护治一体化慢性伤口管理模式的应用[J]. 中国护理管理, 2018, 18(z1): 66-68.
- [14] 张天乐, 陆玉梅, 李笑, 等. 创伤修正评分下的医护一体化护理在多发创伤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(5): 105-108.
- [15] 张溪. 医护一体化专项管理模式对皮瓣修复慢性创面患者创面恢复情况与护理满意度的影响[J]. 数理医药学杂志, 2022, 35(12): 1903-1905.
- [16] 蒋艳, 曹华, 彭小华, 等. 医护一体化模式在优质护理服务中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(5): 405-407.
- [17] 仲玲凤, 陈晓明, 王惠, 等. 医护一体化专项管理模式在穿支皮瓣修复慢性创面患者护理中的应用[J]. 中国美容医学, 2021, 30(8): 171-174.