

# 伤口专业护理小组在肿瘤晚期难免压力性损伤预防中的作用

杨 柳 袁茂林 何 婷

西南医科大学附属中医医院 四川省泸州市 646000

**【摘要】**目的：探讨肿瘤晚期患者护理中伤口专业护理小组预防难免压力性损伤的作用。方法：回顾性选取2020年2月-2023年2月本院肿瘤晚期患者100例，依据难免压力性损伤预防方法分为伤口专业护理小组预防组（专业组）、常规护理组（常规组）两组，各50例。统计分析两组压力性损伤认知情况、压力性损伤风险、疼痛程度、自我效能感、压力性损伤照护能力、压力性损伤发生情况、护理满意度。结果：专业组患者的认知评分、Braden评分、GSES评分、基本概念、预防知识、技能知识、护理误区评分均高于常规组（ $P<0.05$ ），VAS评分低于常规组（ $P<0.05$ ）。专业组患者的压力性损伤发生率4.00%（2/50）低于常规组20.00%（10/50）（ $\chi^2=6.061$ ， $P<0.05$ ）。专业组患者的护理满意度98.00%（49/50）高于常规组82.00%（41/50）（ $\chi^2=7.111$ ， $P<0.05$ ）。结论：肿瘤晚期患者护理中伤口专业护理小组预防难免压力性损伤的作用较常规护理大。

**【关键词】**肿瘤晚期；伤口专业护理小组；难免压力性损伤；压力性损伤风险；护理满意度

压力性损伤的发生机制为长期压迫局部组织引发血液循环异常，从而促进坏死、溃疡等的发生。压力性损伤会引发患者躯体疼痛，还会将患者病情加重，影响患者预后。癌痛症状影响恶性肿瘤患者，使其减少活动，同时，通常情况下，其取被迫体位，压迫局部皮肤组织，对血液循环造成不良影响，从而将压力性损伤的发生风险增加<sup>[1]</sup>。在晚期肿瘤压力性损伤的预防中，常规护理给予发生后的护理以充分重视，而没有给予预防工作以充分重视。伤口专业护理小组是一种小组式护理，通过评估患者风险程度将个体化的护理措施制定出来，从而有效降低患者不良事件发生风险，对患者预后进行改善<sup>[2]</sup>。本研究统计分析了2020年2月-2023年2月本院肿瘤晚期患者100例的临床资料，探讨了肿瘤晚期患者护理中伤口专业护理小组预防难免压力性损伤的作用，现将结果报道如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性选取2020年2月-2023年2月本院肿瘤晚期患者100例，依据难免压力性损伤预防方法分为伤口专业护理小组预防组（专业组）、常规护理组（常规组）两组，各50例。专业组50例患者年龄42~71岁，平均（ $52.45 \pm 8.62$ ）岁，女性18例，男性32例。在肿瘤类型方面，肝癌18例，食管癌13例，胆管癌8例，胃癌6例，结直肠癌5例。常规组50例患者年龄43~72岁，平均（ $53.12 \pm 8.56$ ）岁，女性19例，男性31例。在肿瘤类型方面，肝癌19例，食管癌14例，胆管癌7例，胃癌5例，结直肠癌5例。两组一般资料比较差异均不显著（ $P>0.05$ ）。纳入标准：①均具有良好的依从性；②入院时均无压力性损伤。排除标准：①有严重皮肤疾病；②伴对智力、精神等功能造成不良影响的交联病变。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 常规组

对患者体征指标进行密切监测，定时帮助患者翻身，每2 h 1次，对轻柔的动作进行保持，并定期评估患者皮肤状态，将基础性护理开展起来。

#### 1.2.2 专业组

①小组成员包括经验丰富的医生与护士。小组成员主要对患者临床数据进行深入分析，将护理过程中的风险寻找出来并评估。依据患者具体病情将有效的档案信息建立起来，将小组会议召开，将护理过程中的风险与问题提出来，将有效的解决方案制定出来。同时，医院定期培训伤口专业小组成员，将其认识压力性损伤与掌握护理技能的程度加深，

并将考核开展起来，使成员各方面能力素质与相关规范要求相符得到有效保证；②对压力性损伤相关知识进行重点学习。伤口专业护理小组成员定期对伤口理论知识、伤口换药、压力性损伤预防基础知识、护理最新进展等内容进行集中学习，每月1次，并定期对压力性损伤经典案例进行分享，每6个月1次；③将科室压力性损伤评价标准统一制定出来。伤口专业护理小组成员对文献进行查阅，将评估方法制定出来；④压力性损伤护理体系。分为入院评估、制定护理措施、上交资料。定期在固定时间评估护理质量，联合伤口造口护士、营养师、责任护士对患者进行共同管理，将压力性损伤预防的健康教育提供给患者及其家属，内容包括压力性损伤表现、营养改善方法、合理皮肤接触材料的选择、减压辅料等，使患者及其家属在压力性损伤预防工作中积极参与。

### 1.3 观察指标

随访1个月。①压力性损伤认知情况、压力性损伤风险、疼痛程度、自我效能感。分别采用压力性损伤认知调查表、Braden压力性损伤风险评估表、视觉模拟评分法（VAS）、自我效能感量表（GSES），总分分别0~100分、0~18分、0~40分、0~10分，分别表示差~好、极高危~低度高危、无痛~剧痛、低~高；②压力性损伤照护能力。采用预防压力性损伤知识和技能调查评估表，包括4项，每项0~10分，表示差~好<sup>[3]</sup>；③压力性损伤发生情况。I期：将压力去除后30 min颜色仍然没有恢复，局部红肿热痛。II期：有疼痛、水肿、硬结出现在皮下，有水泡形成于局部，从红变紫。III期：表皮破溃，渗出黄色液体，水泡扩大，从红润创面露出，伴疼痛。IV期：脓性分泌物增多，溃疡扩张向深部及周围组织，坏死组织发黑<sup>[4]</sup>；④护理满意度。分为不满意、较满意、很满意3项。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS28.0，计数资料用率表示，用 $\chi^2$ 检验；符合正态分布的计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用t检验， $P<0.05$ 具有统计学意义。

## 2. 结果

2.1 两组压力性损伤认知情况、压力性损伤风险、疼痛程度、自我效能感、压力性损伤照护能力比较

护理前，两组患者的认知评分、Braden评分、VAS评分、GSES评分、基本概念、预防知识、技能知识、护理误区评分之间的差异均不显著（ $P>0.05$ ）；护理后，两组患者的认知评分、Braden评分、GSES评分、基本概念、预防知识、技能知识、护理误区评分均高于护理前（ $P<0.05$ ），VAS评分均低于护理前（ $P<0.05$ ），专业组患者的认知评分、Braden评分、GSES评分、基本概念、预防知识、技能知识、护理误区评分均高于常规

组 (P<0.05), VAS 评分低于常规组 (P<0.05)。见表 1、表 2。

表 1 两组压力性损伤认知情况、压力性损伤风险、疼痛程度、自我效能感比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	认知评分	Braden 评分	GSES 评分	VAS 评分
专业组	50	护理前	58.76 ± 8.55	10.60 ± 1.85	22.65 ± 3.08	6.32 ± 1.25
		护理后	83.41 ± 8.20	15.36 ± 2.14	28.30 ± 4.91	2.14 ± 0.35
常规组	50	护理前	58.60 ± 8.67	10.72 ± 1.43	23.23 ± 3.55	6.30 ± 1.35
		护理后	71.28 ± 7.15	12.36 ± 2.85	25.41 ± 3.24	4.21 ± 1.23
t/P 专业组 (护理前后)			14.713/<0.001	11.898/<0.001	6.893/<0.001	22.770/<0.001
t/P 常规组 (护理前后)			7.978/<0.001	3.637/<0.001	3.207/0.002	8.092/<0.001
t/P 组间比较值 (护理前)			0.093/0.926	0.363/0.718	0.873/0.385	0.077/0.939
t/P 组间比较值 (护理后)			7.884/<0.001	5.952/<0.001	3.474/0.001	11.446/<0.001

表 2 两组压力性损伤照护能力比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	基本概念	预防知识	技能知识	护理误区
专业组	50	护理前	0.60 ± 0.12	0.64 ± 0.11	0.80 ± 0.15	1.90 ± 0.38
		护理后	5.68 ± 1.45	4.47 ± 1.15	5.12 ± 1.36	6.42 ± 1.23
常规组	50	护理前	0.62 ± 0.14	0.66 ± 0.12	0.81 ± 0.13	1.91 ± 0.33
		护理后	2.87 ± 0.41	2.41 ± 0.41	2.57 ± 0.43	3.61 ± 1.17
t/P 专业组 (护理前后)			24.689/<0.001	23.443/<0.001	22.326/<0.001	24.827/<0.001
t/P 常规组 (护理前后)			36.723/<0.001	28.966/<0.001	27.704/<0.001	9.888/<0.001
t/P 组间比较值 (护理前)			0.767/0.445	0.869/0.387	0.356/0.722	0.141/0.889
t/P 组间比较值 (护理后)			13.186/<0.001	11.931/<0.001	12.641/<0.001	11.705/<0.001

表 3 两组压力性损伤发生情况比较[n (%)]

组别	n	I 期	II 期	III 期	IV 期	不可分期	总发生
专业组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
常规组	50	5 (10.00)	3 (6.00)	2 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	10 (20.00)
$\chi^2$ 值							6.061
P 值							0.014

2.2 两组压力性损伤发生情况比较

专业组患者的压力性损伤发生率 4.00% (2/50) 低于常规组 20.00% (10/50) ( $\chi^2=6.061, P<0.05$ )。见表 3。

2.3 两组护理满意度比较

专业组患者的护理满意度 98.00% (49/50) 高于常规组 82.00% (41/50) ( $\chi^2=7.111, P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	n	很满意	较满意	不满意	满意度
专业组	50	22 (44.00)	27 (54.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
常规组	50	16 (32.00)	25 (50.00)	9 (18.00)	41 (82.00)
$\chi^2$ 值					7.111
P 值					0.008

3. 讨论

有研究表明<sup>[5]</sup>, 伤口专业护理小组模式护理能够将晚期肿瘤患者的压力性损伤防控效果有效提升, 并将患者认知压力性损伤的水平提升, 将压力性损伤的发生风险降低。本研究结果表明, 专业组患者的认知评分、Braden 评分、GSES 评分、基本概念、预防知识、技能知识、护理误区评分均高于常规组, VAS 评分低于常规组, 原因为伤口专业护理小组的原则为对压力性损伤进行高效应对, 组建肿瘤科、重症监护室、神经内科、脑外科、普外科等科室具有丰富经验的护理人员成护理小组, 将压力性损伤护理工作的专业性与整体水平提升, 进一步规范护理工作。小组成员通过评估压力性损伤风险, 将分级护理措施制定出来, 对防控护理高风险患者的力度进行强化, 将护理方案的规范性与预见性体现了出来。

本研究结果还表明, 专业组患者的压力性损伤发生率 4.00% (2/50)

低于常规组 20.00% (10/50) ( $\chi^2=6.061, P<0.05$ ), 原因为伤口专业护理小组将宣教干预患者陪同家属的工作做好, 使其充分深刻了解压力性损伤的危害性, 将家属的信任与支持获取过来, 将护理工作的顺利开展推动。与护理质控有机结合, 使护理工作水平得到有效保证, 使持续优化护理质量得以实现, 将压力性损伤的风险防控效果提升。本研究结果还表明, 专业组患者的护理满意度 98.00% (49/50) 高于常规组 82.00% (41/50) ( $\chi^2=7.111, P<0.05$ ), 原因为伤口专业护理小组通过宣教干预患者及其家属, 提升其认知疾病的程度, 配合护理指导与示范, 使其对防护与配合压力性损伤的要点进行充分学习, 将其认知压力性损伤的程度提升, 优化患者护理体验。

结论

综上所述, 肿瘤晚期患者护理中伤口专业护理小组预防难免压力性损伤的作用较常规护理大, 值得推广。

参考文献:

[1] 彭欢. 晚期肿瘤患者压力性损伤预防中伤口专科护理小组模式的作用观察[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33 (21): 3290-3292.  
 [2] 韩艳艳, 王志霞, 是蕾. 专科护理管理模式在晚期肿瘤患者压力性损伤护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (13): 92-94.  
 [3] 于书慧, 贯华, 黄燕波, 等. 基于临床指南对 1 例晚期输尿管肿瘤病人进行压力性损伤管理[J]. 护理研究, 2020, 34 (17): 3105-3107.  
 [4] 王祖晶, 姚建琴, 郭菁, 等. 两种量表对肿瘤患者压力性损伤预测效果的比较研究[J]. 当代护士 (中旬刊), 2020, 27 (2): 1-4.  
 [5] 赖巧蓉, 杜新香, 田孟真, 等. 延续性护理在肺癌晚期压力性损伤风险患者中的应用研究[J]. 中国社会医学杂志, 2020, 37 (5): 562-565.