

医护一体化工作模式在大便失禁患者肛周 皮肤护理中的效果观察

黄月笙, 黄显杨, 赖日红

(广西南宁市红十字会医院重症监护室, 广西南宁 530012)

摘要:目的 观察医护一体化工作模式在大便失禁患者肛周皮肤护理中的效果。方法 将80例大便失禁患者分为观察组和对照组,观察组成立医护一体化专项管理小组,制定大便失禁患者的工作流程、内容,实施医护共同查房,共同讨论,共同干预,根据患者个体情况调整干预措施,对大便失禁的患者进行个性化干预。对照组的患者采用传统的护理工作模式,医护各自分开查房。结果 观察组的患者肛周皮肤损伤率显著低于对照组($P < 0.05$)。实施医护一体化工作模式后医护满意度明显高于实施前(传统工作模式)($P < 0.001$),实施医护一体化工作模式后医护人员专业理论考试合格率高明显高于实施前(传统工作模式)($P < 0.05$)。结论 医护一体化工作模式既能有效地减少大便失禁导致的肛周皮肤损伤,又能提高医护的满意度,而且也能提高医护人员的专业理论知识。

关键词: 医护一体化;大便失禁;失禁性皮炎;肛周皮肤护理;医护满意度

中图分类号: R473 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2018)05-0509-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2018.05.030

失禁性皮炎(incontinence-associated dermatitis, IAD)是由于患者出现二便失禁,排泄物不受控制频繁地流出,患者的肛周皮肤经常接触尿或粪便,处于潮湿状态,代谢产物不停地刺激局部皮肤,同时反复的便后擦洗,导致肛门、肛周发生炎症反应。临床症状表现为肛周皮肤红肿、水疱、湿疹、脱皮、糜烂,造成严重感染,甚至使患者病情加重^[1-2],极大地增加患者的痛苦。在临床上,特别是在重症患者中,常发生IAD^[3]。据国外调查数据显示:IAD的发生率占失禁患者的7%~50%^[4]。国内关于IAD流行病学方面的调查研究较少^[5]。IAD以预防为主,如果不能进行早期评估、早期干预,一旦发生IAD,不仅增加了患者发生压疮、导管相关尿路感染等其他并发症的风险,而且增加了住院费用,延长了住院时间^[6]。因此大便失禁造成的皮肤损伤预防是重症监护室需要关注的重要问题^[7]。医护一体化是指医生和护士在平等自主、互相尊重和信任且具有一定专业知识和能力的前提下,通过开放的沟通和协调,共同决策,共同担责,为患者提供医疗服务的过程^[8]。为了规范大便失禁性皮炎的预防方法,降低大便失禁性皮炎的发生率,提高科室护理人员对大便失禁患者肛周皮肤护理的水平,自2016年7月—2017年12月,我科采用医护一体化工作模式,实

施大便失禁专项管理,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 重症监护室(ICU)收治后出现大便失禁,每日腹泻4次以上的患者。排除标准:①留置有造口的患者;②入院时已发生IAD的患者。其中选取2015年1月—2016年6月收治的40例患者作为对照组,实施传统护理工作模式;2016年7月—2017年12月收治的40例患者作为观察组,实施医护一体化工作模式。两组患者性别、年龄、原发病、病情程度(APACHE II评分)等一般资料经比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者一般资料的比较

项目	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	χ^2/t	P
性别(n,%)			0.220	0.639
男性	25(62.50)	27(67.50)		
女性	15(37.50)	13(32.50)		
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	75.80 ± 5.38	74.77 ± 6.56	0.768	0.445
原发病(n,%)			0.275	0.965
重症肺炎	18(45.00)	16(40.00)		
呼吸衰竭	10(25.00)	10(25.00)		
急性心力衰竭	7(17.50)	8(20.00)		
其他	5(12.50)	6(15.00)		
APACHE II评分($\bar{x} \pm s$,分)	24.95 ± 6.37	24.05 ± 6.20	0.640	0.524

基金项目:南宁市科技局科技攻关项目(No. 20143176)

第一作者简介:黄月笙(1971—),女,副主任护师,研究方向:重症护理管理,E-mail:1158036233@qq.com

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法 实施传统护理工作模式,医护分开查房,医师查完房后下达医嘱,护士执行医嘱,患者大便失禁后,护士随时清理溢出的大便,便后用温水清洗后擦干肛周,涂上紫草油以保护肛周皮肤。

1.2.2 观察组护理方法 实施医护一体化工作模式,具体实施方法如下:

1.2.2.1 成立“医护一体化”专项管理小组 2016年7月我科成立医护一体化大便失禁专项管理小组,由科主任及护士长牵头,4名骨干医师和4名骨干护士为管理小组成员。由该小组制定大便失禁患者的工作流程、内容,完善改进措施,定期召开会议、征求大家的意见,结合疑难、典型病例进行分析、反思,总结经验,为下一步改进方案提供意见,做到持续质量改进,对大便失禁与腹泻的患者进行专项管理。

1.2.2.2 全科室护士培训 冯洁惠等^[9]调查发现,在IAD预防控制的常见问题中,缺乏对临床护士的循证培训也是主要问题之一。因此,专项管理小组在实施新的工作模式前,先对科室所有护士进行大便失禁导致肛周皮肤损伤相关知识的摸底考核,以评估护士掌握疾病相关知识情况。然后才对科室全体人员进行培训,培训方式采用科室会议、晨会、护士例会、微信、自学等方式进行,培训内容主要是大便失禁相关知识,包括危重患者大便失禁的原因分析、肠内营养的种类特点、进行肠内营养的注意事项、紫草油的药理作用、目前大便失禁肛周皮肤护理的研究进展、科室对大便失禁患者统一实施的工作流程等。同时,将有关的工作流程、护理指引装订成册,分发给科室的每位护士,另外科室也存放一份,便于护士学习和随时查阅。通过培训,使全科人员统一认识,掌握高危患者的防护措施,规范工作流程,在工作中能及时观察和发现患者皮肤异常状况,从而给予恰当的干预措施,保证流程的有效实施,以避免肛周皮肤损伤的发生,或及时阻止损伤皮肤的进展。

1.2.2.3 医护共同查房 李晓艳等^[10]认为ICU护士在管理大便失禁患者时要注意大便性状的变化,必要时提醒医生及时对稀便及水样便进行干预;而皮肤一旦损伤需要一个连续的诊疗和护理过程,需要加强临床各学科专业间的相互合作,规范操作,制定个体化诊疗计划^[11]。因此,我们每天上午晨会交班及床头交接班时,由夜班医生和护士汇报患者前日的病情及大便、皮肤情况,医护共同查房,共同查看患者的肛周局部皮肤情况,在查房期间医生分析患者最新的疾病与治疗进展,护士将具体情况如大便次数、量、性状、颜色和肛

周皮肤情况、大便后的处理方法,以及导致该患者失禁和腹泻的可能原因报告给医生,主管医生根据护士提供的信息及患者的病情调整治疗方案,如调整肠内营养剂种类以及每天鼻饲的次数和总量、更改抗生素、使用肠内益菌药物、止泻收敛药物、留取标本化验检查及完善其他的相关检查,责任护士根据医生的调整意见及时有效完成护理,同时观察调整方案实施后的效果,并及时将改善效果向主管医生反馈。

1.2.3 观察指标

1.2.3.1 肛周皮肤损伤 评价标准:①皮肤完好:局部无发红、皮疹、破溃、糜烂等皮肤损伤症状。②皮肤损伤:主要表现为皮肤血管充血、潮红、皮疹、脱皮、破溃等损伤症状。

1.2.3.2 医护人员满意度 采用自制的满意度调查表进行问卷调查,问卷内容包含工作态度、医护沟通、医护培训效果、解决问题的效率等方面。了解医护人员对实施医护一体化工作模式与传统工作模式的满意度,发放问卷40份,收回有效问卷40份,收回有效率100%。实施医护一体化模式前后各向医护人员征求意见200条。

1.2.3.3 医护人员理论考核合格率 采用理论考核的方式,在医护一体化实施前、实施后对科室医生、护士进行闭卷考试,共考核46人次。考核内容主要是危重患者大便失禁的原因分析、肠内营养的种类特点、进行肠内营养的注意事项、紫草油的药理作用、目前大便失禁肛周皮肤护理的研究进展、科室对大便失禁患者统一实施的工作流程等与大便失禁有关的理论知识,考核成绩 ≥ 80 分为合格, < 80 分为不合格。

1.2.4 统计学方法 采用SPSS 19.00进行统计分析,计数资料以例数或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验,或连续性校正 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肛周皮损率比较 两组大便失禁患者肛周皮肤损伤发生率比较,结果显示观察组明显少于对照组($P = 0.012$),差异有统计学意义,见表2。

表2 两组患者肛周皮肤损伤发生率比较 (n,%)

组别	n	皮肤完好	皮肤损伤
观察组	40	38(95.00)	2(5.00)
对照组	40	30(75.00)	10(25.00)

注:与对照组皮损发生率比较, $\chi^2 = 6.275$, $P = 0.012$

2.2 两组医护满意度比较 医护一体化工作模式下

的医护满意度(观察组)明显高于传统工作模式(对照组)($P < 0.001$),差异有统计学意义,见表3。

表3 两组医护满意度的比较 (n,%)

组别	征求意见条数	满意条数	不满意条数
观察组	200	196(98.00)	4(2.00)
对照组	200	166(83.00)	34(17.00)

注: $\chi^2 = 26.170, P < 0.001$

2.3 医护人员理论知识考核合格率比较 实施医护一体化工作模式后,医护人员考核合格率(观察组)明显高于实施前传统工作模式组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表4。

表4 两组医护人员理论知识考核合格率比较

组别	n	合格	不合	合格率 (%)
		人数	格人数	
观察组	23	23	0	100.00
对照组	23	14	9	60.87

注: $\chi^2 = 8.841, P = 0.003$

3 讨论

3.1 医护一体化工作模式能降低大便失禁患者肛周皮肤损伤的发生率 大便失禁导致肛周皮肤损伤重在预防,首先要加强对大便失禁风险的评估,根据评估结果制定个性化的治疗、护理干预措施,降低大便失禁的风险。在危重患者中,引起大便失禁的相关因素比较复杂,研究报道^[12-17]主要有肠内营养、抗生素应用、机械通气影响、肠道感染、胃肠动力药物的使用、年龄大、APACHE II评分高、住院时间长、侵入性操作多、营养不良等诸多因素。针对这些可能引起大便失禁的高危因素,我们采用医护一体化工作模式,医护共同查房,护士每天向医生反馈患者的具体情况,共同查看患者的肛周局部皮肤,主管医生根据护士提供的信息及患者的病情调整治疗方案。通过医护一体化工作模式,医护更加密切沟通和反馈,医师增加了对患者细节情况的互动与讨论,护士提高了大便失禁的风险管理意识,医护都共同遵循已制定好的工作流程,从根源上早期阻断了肛周皮肤损伤发生的可能。其次,对已经发生大便失禁的患者采取积极有效的预防措施来减少肛周皮肤损伤的发生。由于目前尚无关于大便失禁患者出现腹泻时的护理流程或行业标准,护理人员的观念还比较局限,采用的护理方法也不够全面,这也是大便失禁导致肛周皮肤损伤发生率高的主要原因。实施“医护联合管床、联合交班、联合查房、联合质控”等医

护一体化联动模式,通过医护相互沟通、信息共享、共同学习、相互补充、互相渗透,在一系列有循证治疗、护理的基础上,逐步形成一套有效、完整、持续的大便失禁干预工作流程,并对科室护士进行工作流程、护理指引的培训,使护士熟练掌握大便失禁护理的知识和操作技能,指导护士的临床实践,使专项管理工作更科学化、规范化、系统化。通过预防大便失禁的继续发生及发生失禁后的损伤预防,双重预防使大便失禁患者肛周皮肤损伤的发生率明显降低。

3.2 医护满意度得到提高 医护一体化工作模式增进了医护之间的理解与信任,和谐了医护关系,提高了医护满意度。传统医疗护理模式下,主管医生和责任护士按照医疗护理常规进行治疗护理工作,医护沟通的方式是下达医嘱和执行医嘱,医护关系因信息不对称、治疗目标达成率低导致医护之间相互指责。医护一体化模式下,医护共同查房、进行专题讨论、一起授课培训、拟定治疗护理方案。特别对于护士来说,临床护理路径方案、规范流程培养了护士的主动性,增加与患者的沟通,减少了依从性和随意性,提高了护理人员的素养^[18]。从而提高了患者及医生对护理工作的满意度,医护之间信息更加对称、沟通更加顺畅,护士对治疗反馈更加注重,增进了医护双方的理解和信任,从而使医护关系更加和谐,科室凝聚力明显增强,医护满意度明显提高。

3.3 提高医护人员的专业水平 通过开展医护一体化查房、病例讨论、医护共同培训,医护人员的专业知识得到不断的积累和提高,由于医师的影响,护士更加了解分管患者的病情,及时与医师沟通,愿意主动思考问题、主动学习,充分发挥了主观能动性。也提高了护士发现问题、解决问题的能力,查房和讨论中护士掌握了更多更深入的个性化的疾病相关知识,明确疾病的观察重点,病情并发症发生的原因及病理,病情观察会更加细致全面,既提高了护理质量又开拓视野,提高了自身的业务水平^[19],科室医护人员的综合素质得到了明显提高。

4 结论

本研究结果显示,实施“医护一体化”大便失禁专项管理后,观察组患者大便失禁导致肛周皮肤损伤的发生率明显低于对照组,实施后医护满意度、医护人员考核合格率明显高于实施前,说明改变传统的工作模式、倡导医护一体化模式,能有效地降低患者并发症的发生,良好的医护合作不仅能给患者带来更优质的服务,而且能调动护士的主观能动性,促进医护人员综合素质的提高。

参考文献:

- [1] 王盈盈. 探讨集束化护理策略对干预大便失禁重症患者失禁性皮炎发生的效果[J]. 实用临床护理学杂志, 2018, 3(1):172.
- [2] Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, et al. Incontinence-associated dermatitis: a consensus[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2007, 34(1):45-54.
- [3] 刘欢, 宁宁. 失禁性皮炎与压疮的临床鉴别研究新进展[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(10):878-881.
- [4] Pather P, Hines S. Best practice nursing care for ICU patients with incontinence-associated dermatitis and skin complications resulting from faecal incontinence and diarrhoea[J]. Int J Evid Based Healthc, 2016, 14(1):15-23.
- [5] 张娜, 吴娟. 失禁相关性皮炎的护理研究进展[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(11):1046-1049.
- [6] Wishin J, Gallagher TJ, McCann E. Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2008, 35(1):104-110.
- [7] 尚燕春, 乔红梅, 谢莲祗. 内科重症监护病房大便失禁患者发生失禁相关性皮炎状况及其危险因素[J]. 现代临床护理, 2017, 16(12):10-13.
- [8] 徐小飞, 何子骏, 赵晓辉, 等. 医护一体化管理方式在重型动脉瘤性蛛网膜下腔出血早期介入治疗患者中的应用[J]. 护理管理杂志, 2017, 17(2):143-145.
- [9] 冯洁惠, 徐建宁, 俞超, 等. ICU失禁相关性皮炎防控指引的制订及临床应用[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(12):1483-1486.
- [10] 李晓艳, 刘革婷, 吴静, 等. 会阴评估工具对ICU失禁患者失禁性皮炎发生的预警作用及相关危险因素分析[J]. 护理管理杂志, 2017, 17(4):232-234.
- [11] 唐乾利, 李杰辉, 贺全勇, 等. 皮肤再生医疗技术在创面修复中的基础与临床应用研究[J]. 右江民族医学院学报, 2015, 37(1):1-4.
- [12] 张红云. ICU危重患者大便失禁的临床护理进展[J]. 临床护理杂志, 2015, 14(6):44-47.
- [13] 陈晨, 伍三兰, 韩勇. 老年重症细菌性肺炎患者抗生素相关性腹泻的临床特征与治疗策略[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(17):2843-2846.
- [14] 杨燕, 赵荣华, 吴立新. 重症监护室患者肠内营养相关性腹泻的影响因素及护理[J]. 广西医学, 2018, 40(2):203-206.
- [15] 宋艳, 王维琦. 集束化护理对ICU患者肠内营养相关性腹泻的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(6):144-145.
- [16] 陈越芬, 陈彩芳, 练映霞. 危重患者肠内营养相关性腹泻因素分析及防治对策[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(23):148-149.
- [17] 高健梅. 呼吸系统危重症患者抗生素相关腹泻的临床观察[J]. 临床研究, 2017, 15(3):52-53.
- [18] 蔡小花, 吴微波, 李超群, 等. 骨科溃疡实施临床护理路径的效果观察[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(5):799-800.
- [19] 赵文芳, 曹文学, 王红霞. 医护一体化模式的研究进展[J]. 全科护理, 2017, 15(33):4130-4133.

收稿日期:2018-05-25;修回日期:2018-09-10