

肿瘤患者医院获得性压疮危险因素分析

石文文¹, 庞雯尹²

(1. 广西医科大学护理学院, 广西 南宁 530021;

2. 广西医科大学第一附属医院, 广西 南宁 530021)

摘要:目的 为肿瘤住院患者筛选出医院获得性压疮(HAPV)相关危险因素, 针对高危风险患者采取预防护理措施提供理论依据。方法 随机抽取某肿瘤医院综合内科肿瘤患者并收集相关数据进行 Logistic 回归分析。结果 纳入 178 例肿瘤患者, 住院期间 11 例患者发生压疮, HAPV 发生率为 6.18%。Braden 评分、是否发生失禁以及疼痛评分为高危因素。结论 对 Braden 评分 ≤ 18 分或疼痛评分 ≥ 4 分和发生失禁的患者 HAPV 高危人群, 临床护士应加强疼痛评估和失禁性皮炎, 降低 HAPV 发生率, 提高肿瘤患者生活质量。

关键词: 肿瘤护理; 医院获得性压疮; 危险因素

中图分类号: R473.73

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2019)03-0363-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2019.03.032

医院获得性压疮(hospital-acquired pressure ulcers, HAPU)是指患者在住院期间内获得的压疮^[1]。尽管各级医院制定了关于预防压疮的指导方针和针对性措施, 但 HAPU 发生率仍然高达 0.63%^[2]。肿瘤患者由于肿瘤组织营养消耗导致营养不良、长期卧床; 爆发性癌痛及术后疼痛, 患者常采取被动体位或不愿翻身, 致使身体或肢体压迫部位更易发生压疮。HAPU 的发生不仅延长患者住院时间, 同时增加治疗难度, 且其治疗花费巨大, 给患者带来极大痛苦^[3]。美国医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)不再支付Ⅲ期和Ⅳ期 HAPU 的治疗和护理费用^[4], 预防 HAPU 已成为全球各级医院持续改进质量的重要内容。明确肿瘤患者 HAPU 的相关危险因素是预防压疮发生的关键。本研究将广西某地区三级甲等肿瘤专科医院综合内科 178 例住院患者纳入临床研究, 初步探索肿瘤患者 HAPU 的危险因素, 了解肿瘤患者压疮发生的相关因素, 为采取针对性预防措施提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 11 月—2017 年 12 月收入综合内科治疗的 178 例癌症患者的相关临床资料。纳入患者: 男性 116 例, 女性 62 例; 年龄 38~87 岁; 平均(57.4 \pm 13.31)岁; 平均住院日为(13.12 \pm 7.19) d; 因肿瘤疾病住院次数(3.42 \pm 1.60)次。

1.2 入组条件 ①所有患者均明确诊断为肿瘤患者; ②住院时间均 ≥ 3 d; ③小学以上文化程度; ④理解力

正常, 应答良好。

1.3 排除条件 排除患有严重的非肿瘤性疾病及影响评估的皮肤疾病的患者。

1.4 实施方法 入院时, 双人对患者相关资料进行全面综合的评估。所有患者入院 24 h 内评估均无压疮发生, 住院期间观察患者各个部位周围皮肤、组织受压情况, 收集影响压疮发生的相关临床资料。评估过程要求严格仔细, 评估由经过培训的高年资护士双人评价, 如出现分歧, 由压疮治疗小组组长仲裁。主要选择患者的性别、年龄、人体质量指数(BMI)、白蛋白浓度、血红蛋白含量、Braden 评分、因肿瘤住院次数、此次住院时间、住院期间是否失禁、是否接受手术、疼痛评分及强迫体位等 12 项相关因素进行比较分析。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 计数资料以 n 和 % 表示, 采用 χ^2 检验; 剔除单因素无统计学意义($P > 0.05$)的变量, 再对筛选后变量进行 Logistic 回归分析。

2 结果

2.1 一般情况 178 例患者中, 住院期间共发生压疮 11 例(6.18%), 其中 I 期压疮 6 例, II 期压疮 3 例, III 期压疮 2 例, IV 期压疮 0 例。其中骶尾部 6 例, 髌部 4 例, 足跟部 1 例。骶尾部与髌部两处压疮者 1 例, 骶尾部与足跟部两处压疮者 1 例。

2.2 影响肿瘤患者 HAPU 单因素分析 将可能影响

第一作者简介: 石文文(1993—), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 临床肿瘤护理, E-mail: 877201320@qq.com

通信作者简介: 庞雯尹(1986—), 女, 主管护师, 研究方向: 临床肿瘤护理, E-mail: 523675597@qq.com

压疮发生的12个因素逐个进行单因素分析,结果发现Braden评分、是否强迫体位、是否失禁、血红蛋白、白蛋白和疼痛评分6项相关因素具有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.001$)。见表1。

表1 影响HAPU发生的单因素分析

影响因素	阳性组	阴性组	χ^2/t	P
性别(n)				
男	5	111	1.188	0.276
女	6	56		
年龄(岁)				
≥ 60	9	92	2.013	0.156
< 60	2	75		
BMI(n)				
偏瘦	8	82	2.590	0.274
正常	2	39		
正常偏胖	1	46		
手术(n)				
是	6	69	0.741	0.389
否	5	98		
住院次数($\bar{x} \pm s$, 次)	4.18 \pm 2.18	3.17 \pm 1.55	-1.631	0.105
住院时间($\bar{x} \pm s$, d)	17.00 \pm 16.65	12.86 \pm 1.18	-1.861	0.064
白蛋白浓度(n)				
≥ 50 g/L	1	32	7.715	0.021
35~50 g/L	2	82		
≤ 35 g/L	8	53		
血红蛋白含量(n)				
90 g/L	4	145	21.748	< 0.001
60~90 g/L	6	21		
30~60 g/L	1	1		
Braden评分(n)				
> 18 分	1	99	72.332	< 0.001
13~18分	2	61		
10~12分	4	6		
≤ 9 分	4	1		
失禁(n)				
是	4	7	18.424	< 0.001
否	7	160		
疼痛评分(n)				
0分	1	88	63.009	< 0.001
1~3分	2	67		
4~6分	3	10		
7~10分	5	2		
强迫体位(n)				
是	6	19	12.555	< 0.001
否	5	148		

2.3 影响肿瘤患者HAPU发生的多因素分析 将上述白蛋白浓度、血红蛋白含量、Braden评分、是否失禁、疼痛评分和强迫体位等6项具有统计学意义的影响因素作为自变量,引入逐步Logistic回归模型拟合,以是否发生压疮为应变变量($\alpha_{入} = 0.05, \alpha_{出} = 0.10$),回归模型结果显示剩余三个自变量(Braden评分、疼痛和失禁)留在方程内。见表2。

表2 影响肿瘤患者HAPU发生的多因素分析结果

自变量	β	SE	Wald χ^2	β'	P	95% CI
血红蛋白	-1.501	1.149	1.706	0.223	0.192	0.023~2.120
白蛋白	0.921	0.916	1.013	2.513	0.314	0.418~15.118
Braden评分	-1.360	0.646	4.431	0.257	0.035	0.072~0.911
失禁	3.032	1.199	6.393	20.734	0.011	1.977~217.440
疼痛	1.388	0.697	3.968	4.006	0.046	1.023~15.695
强迫体位	-0.125	1.225	0.010	0.883	0.921	0.075~10.333
常量	1.630	3.005	0.294	5.102	0.588	

3 讨论

3.1 HAPU相关危险因素研究现状 HAPU是医院常见的获得性不良事件之一^[5],也是国内评价护理质量的重要指标,已成为不容忽视的医院护理风险管理问题。在美国,每年约有6万人死于HAPU或其并发症。压疮发生后将增加护士每日护理工作负荷,将消耗更多的医疗资源,并延长患者住院时间;严重的压力溃疡甚至会因感染危及患者生命^[6]。预防HAPU的关键是对HAPU危险因素的识别,而HAPU危险因素的评估是为此类患者构建压疮标准化预防体系的第一步。专科化的预防体系不能将笼统的压疮危险因素和预防措施直接套用,还需针对特殊人群筛选和识别出危险因素,在此基础上进行压疮评估、标准化预防措施、连续性质量监控与反馈,才能行之有效地避免HAPU的发生。

3.2 各种高危因素对HAPU的影响

3.2.1 Braden评分对HAPU发生的预测作用 Braden压疮风险评估量表是国内外最常用的压疮风险评估量表,Braden量表在敏感性、特异性和最佳风险估计之间取得了最佳平衡^[7]。本研究发现:Braden评分与HAPU之间具有Braden评分越低发生HAPU的危险越高的关系,本结果与蒋琪霞等^[2]研究使用的Braden量表用于预测压疮发生的风险结果一致。研究178例HAPU患者中,Braden评分 ≤ 18 分有发生压疮风险者10人,占5.62%,Braden评分 ≤ 9 分有发生压疮风险者4人,占2.25%,然有1例HAPU患者Braden评分 > 18 分(即无压疮风险者)发生压疮,占11例压疮患者9.09%,提示护理人员使用Braden量表筛选压疮风险患者后,不可忽略无压疮风险者的日常评估。Gadd MM等^[8]发现Braden量表是压疮风险的有效、可靠的预测工具,但它没有将HAPU发生率降到零。蒋琪霞等^[9]表明,不同科室评估者因个体化差异使用Braden量表评估结果存在差异性。不同评估者间评估差异将导致具体预防和护理措施的巨大差异,将会导致日常护理工作不足或负担加重。高效、精

准和标准化的压疮风险评估是临床预防 HAPU 的第二步,也是至关重要的一步。风险评估和标准预防措施的正确性源于护理工作者进一步培训、实践,同时质量监控必不可少。

3.2.2 疼痛对 HAPU 发生的影响 疼痛是肿瘤患者常见的症状之一,其爆发性疼痛发生率约为 40.3%~89.0%^[10],且严重影响肿瘤患者生活质量。虽然“癌痛三阶梯药物止痛治疗指南”被广泛应用于临床,但肿瘤患者未缓解或未被完全缓解的癌性疼痛仍普遍存在^[11]。由于患者被癌症死亡的恐惧和疼痛折磨,癌症患者常不愿意主动或被动配合翻身,组织长时间受压后发生压疮。研究表明,癌症患者不积极配合翻身者占 74.1%,占压疮发生者的 13.6%^[12]。当疼痛评分 ≥ 4 分平卧时间段疼痛,影响患者睡眠和生活质量。本研究认为应该视觉评价量表(NRS)评分 ≥ 4 分的患者作为 HAPU 的重点预防对象。一旦压疮发生,身体压迫部位将会有不同程度疼痛感,将会陷入“疼痛—压疮—疼痛”的恶性循环。疼痛相关性压疮的规范化管理是预防 HAPU 的关键措施。减轻癌症患者疼痛是预防压疮的基础,多学科协作控制癌痛是必然选择。由于疼痛是患者的主观感受,临床护士需精准评估患者为镇痛药物的应用和镇痛疗效的评估提供可靠依据。与此同时,临床护士还需提高翻身技术和心理护理技巧,减轻患者癌痛和负性情绪对患者压疮形成不利的影响。

3.2.3 失禁性皮炎对 HAPU 发生的影响 失禁性皮炎(incontinence associated dermatitis,IAD)是指皮肤暴露于尿液或粪便后导致的皮肤炎症反应^[13],常发生于会阴及臀部。在 178 例肿瘤患者中有 4 例患者发生了尿失禁或粪失禁,占 2.25%,而失禁患者在 11 例压疮患者中占 36.36%。肿瘤患者由于营养不良、组织水肿和肌力减退等症状,加之大小便使失禁患者皮肤环境潮湿,再加上尿液和粪便双重刺激及 pH 改变,破坏了皮肤等生物膜的保护作用,使皮下组织极易形成压疮。失禁相关性皮炎在住院患者中的患病率为 7.6%^[14]。但研究表明,临床护士对压疮和失禁性皮炎的鉴别能力较低^[15],两者高发的部位均为臀部,但两者的发病机制却迥异,由于其发病机制的不同,预防、治疗和护理措施必然千差万别。如果不能很好地将两者鉴别,将导致患者治疗周期延长、医疗支出增加等问题发生^[16]。

4 小结

肿瘤住院患者 HAPU 危险因素包括有 Braden 评

分、疼痛和失禁。将 Braden 评分 ≤ 18 分或疼痛评分 ≥ 4 分(持续疼痛,入睡困难)或发生失禁的肿瘤患者作为高风险人群。因肿瘤患者病情变化迅速还需增加评估的频率,一旦发现患者 Braden 评分下降到 18 分以下时应高度警惕压疮的发生,做好相关评估、预防工作。临床护士应强化压疮与失禁性皮炎的鉴别,加强对不同部位失禁的评估和住院期间患者疼痛评估。疼痛控制还需多学科协作,在镇痛药物治疗的基础上实施心理护理。加强对高危科室、高危人群的监控,强调护士在标准化压疮预防工作和疼痛评估中的重要性,不断进行压疮预防与治疗相关指南的学习。严格按照相关规定做好压疮预防和护理工作,降低其院内发生率,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 蒋琪霞,陈月娟,苏纯音,等.多中心医院获得性压疮预防现状及干预对策[J].中华护理杂志,2013,48(8):724-726.
- [2] 蒋琪霞,郭秀君,管晓萍,等.综合性医院获得性压疮危险因素分析[J].护理学杂志,2013,28(20):62-64.
- [3] Meddings JA,Reichert H,Hofer T,et al. Hospital Report Cards for Hospital-Acquired Pressure Ulcers: How Good Are the Grades? [J]. Ann Intern Med,2013,159(8):505-513.
- [4] Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), HHS. Medicare Program; Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2008 Rates [J]. Fed Regist, 2007, 72 (162): 47129-48175.
- [5] Stotts NA,Brown DS,Donaldson NE,et al. Eliminating Hospital-Acquired Pressure Ulcers: within our reach[J]. Adv Skin Wound Care,2013,26(1):13-18.
- [6] Sullivan N,Schoelles KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review [J]. Ann Intern Med,2013,158(5):410-416.
- [7] Kottner J,Dassen T. Pressure ulcer risk assessment in critical care: interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterlow scales and subjective ratings in two intensive care units[J]. Int J Nurs Stud,2010,47(6):671-677.
- [8] Gadd MM. Preventing hospital-acquired pressure ulcers: improving quality of outcomes by placing emphasis on the Braden subscale scores[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2012,39(3):292-294.

(下转第 368 页)

低于对照组,说明快速康复外科能减少妇科腹腔镜手术麻醉复苏期并发症的发生,促进患者康复。

参考文献:

- [1] 罗凤琴,王月,包慧.快速康复护理在腹腔镜胃癌根治术中的应用[J].右江医学,2018,46(4):467-470.
- [2] 焦春红.腹腔镜结直肠癌手术患者的快速康复外科手术室护理[J].华夏医学,2016,29(1):121-124.
- [3] 罗利珍.失效模式和效应分析在麻醉复苏室护理风险管理中的应用[J].广西医学,2017,39(2):283-285.
- [4] 庄心良,曾因明,陈伯銮.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,2003:312-315.
- [5] 王云江,王晨,梅江.中医整脊疗法对腰椎间盘突出症患者的VAS疼痛评分的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(26):103.
- [6] Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial[J]. JAMA, 2009, 301(5):489-499.

- [7] 宋华, 邹绍新, 张俏, 等. 腹腔镜全子宫切除术 2 种阴道断端缝合法的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(3): 202-204, 208.
- [8] 徐海文. 不同麻醉给药方式对腹腔镜手术患者术后疼痛及麻醉复苏的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(31):62-63.
- [9] 许淑仙, 李霞, 张建华. 快速康复外科理念在妇科腹腔镜手术病人围术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2018, 32(4):576-579.
- [10] Wuethrich PY, Burkhard FC. New perioperative fluid and pharmacologic management protocol results in reduced blood loss, faster return of bowel function, and overall recovery[J]. Curr Urol Rep, 2015, 16(4):17.
- [11] 李蒙蒙, 张庆. 去氧肾上腺素与去甲肾上腺素对限制性输液老年患者组织氧代谢的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(11):1068-1072.

收稿日期:2018-12-24

(上接第 365 页)

- [9] 蒋琪霞, 李晓华, 王建东. 医院获得性压疮流行病学特征及预防研究进展[J]. 中国护理管理, 2014, 14(7):676-679.
- [10] Greco MT, Corli O, Montanari M, et al. Epidemiology and pattern of care of breakthrough cancer pain in a longitudinal sample of cancer patients: results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group[J]. Clin J Pain, 2011, 27(1):9-18.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011年版)[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2012, 5(1):24-28.
- [12] 雷丽婵, 陈玉娣, 余红春. 重度癌痛患者拒绝翻身的原因分析及对策[J]. 现代临床护理, 2010, 9(4):43-44.
- [13] Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, et al. Incontinence associated dermatitis: a comprehensive review and update

[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012, 39(1):61-74.

- [14] Long MA, Reed LA, Dunning K, et al. Incontinence associated dermatitis in a long-term acute care facility[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012, 39(3):318-327.
- [15] Lee YJ, Park S, Kim JY, et al. Clinical nurses' knowledge and visual differentiation ability in pressure ulcer classification system and incontinence-associated dermatitis[J]. J Korean Acad Nurs, 2013, 43(4):526-535.
- [16] Beeckman D, Defloor T, Verhaeghe S, et al. What is the most effective method of preventing and treating incontinence associated dermatitis? [J]. Nursing Times, 2010, 106(38):22-25.

收稿日期:2019-03-08;修回日期:2019-04-28