

烧伤后创面瘙痒非药物干预审查指标的制订及障碍因素分析

曹云¹, 严雪芹¹, 周芳芳¹, 柏素萍¹, 朱丽群², 刘巧艳³, 包磊⁴

摘要:目的 审查烧伤后创面瘙痒非药物干预证据应用现状,分析证据转化过程中的障碍因素及促进因素,制订行动策略,为减轻烧伤后创面瘙痒提供参考。方法 根据前期研究获得的烧伤后创面瘙痒非药物干预最佳证据 21 条制订审查指标,应用 i-PARIHS 框架下的证据应用障碍识别评估清单对审查结果进行障碍因素及促进因素分析。结果 共制订 23 项审查指标,其中 3 项指标依从率 >60%,18 项指标依从率 <60%(其中 11 项指标依从率为 0),2 项指标未审查到相关患者。主要的障碍因素:变革相关因素为证据未转化为可用的、可及的形式,缺乏相关流程,不利于临床护士执行变革;变革接受者相关因素为护士相关知识水平不足,缺少相关知识培训,对干预的有效性 & 确切性不知晓;组织环境相关因素为缺少相关制度、标准、奖惩机制,缺少支持设备及系统。结论 临床对于烧伤后创面瘙痒非药物干预措施的落实与最佳证据存在较大差距。医护人员应积极实施变革,促进最佳证据的有效应用,改善烧伤患者创面瘙痒症状。

关键词: 烧伤; 创面瘙痒; 非药物干预; i-PARIHS 框架; 审查指标; 障碍因素; 证据转化; 循证护理

中图分类号: R473.6 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.18.042

Development of review indicators and analysis of barriers for non-pharmacological interventions for post-burn itch

Cao Yun, Yan Xueqin, Zhou Fangfang, Bai Suping, Zhu Liqun, Liu Qiaoyan, Bao Lei. Department of Burns and TCM and Interventions, Affiliated Hospital of Jiangsu University, Zhenjiang 212001, China

Abstract: **Objective** To review the application status of non-pharmacological intervention evidence for post-burn itch, to analyze the barriers and promoting factors in the process of evidence transformation, and to develop action strategies to provide references for alleviating post-burn itch. **Methods** Review indicators were developed according to the 21 pieces of best evidence on non-pharmacological intervention for post-burn itchin from previous studies, then barriers and promoting factors were analyzed by using the evidence application obstacle identification assessment list under the framework of i-PARIHS. **Results** A total of 23 review indicators were developed, 3 review indicators had a compliance rate >60%, 18 review indicators had a compliance rate <60% (among them, 11 review indicators had a compliance rate of 0), and the other 2 indicators did not review relevant patients. The main barriers; the "change" related barriers were that the evidence had not been transformed into usable and accessible form, and the lack of relevant processes was not conducive to clinical nurses to implement the change; the "change recipient" related barriers were insufficient knowledge of nurses, lack of relevant knowledge training, and ignorance of the effectiveness and accuracy of intervention; the "organizational environment" related barriers were the lack of relevant systems, standards, reward and punishment mechanisms, and the lack of supporting equipment and systems. **Conclusion** There is a big gap between the clinical implementation of non-pharmacological intervention for post-burn itch and the best evidence. Medical staff should actively implement changes to promote the effective application of the best evidence and alleviate post-burn itch.

Keywords: burns; post-burn itch; non-pharmacological intervention; i-PARIHS framework; review indicators; barriers; evidence transformation; evidence-based nursing

烧伤后创面瘙痒(Post-burn Itch, PBI)是烧伤创面愈合过程中发生的瘙痒症状^[1],一般认为是深度烧伤患者治疗后期或创面愈合后新皮肤出现抓搔冲动的感觉。烧伤后创面瘙痒发生率高达 67%~87%^[2-3],病程长,会导致烧伤患者睡眠障碍、日常活动障碍和心理社会健康问题,甚至诱发患者自杀念

头^[4]。因此,烧伤后创面瘙痒已被认为是烧伤康复领域最需要解决的临床难题之一^[5]。烧伤后创面瘙痒治疗包括药物和非药物干预,虽然可供选择的药物较多,但尚没有一种药物能够完全缓解患者的瘙痒症状^[6]。国际烧伤协会(International Society for Burn Injuries, ISBI)发布的指南^[7]中指出,非药物干预应被视为与药物干预具有同等的重要性,且非药物干预能够避免药物治疗给患者带来的肝肾功能损害及过敏反应,建议给予综合性的非药物干预,提高患者干预效果。但是目前临床医护人员对烧伤后创面瘙痒的重视程度不够,多使用药物干预,非药物干预措施单一,临床实践不容乐观,证据应用和临床现状存在一定差距。健康服务领域研究成果应用的整合性行动促进框架(Integrated-Promoting Action on Research

作者单位:江苏大学附属医院 1. 烧伤中医介入科 2. 护理部 3. 内分泌代谢科 4. 手术室(江苏 镇江,212001)

曹云:女,本科,主管护师,385943163@qq.com

通信作者:严雪芹,871504926@qq.com

科研项目:江苏大学临床医学专项基金(护理专项)项目(JDLCHL202205);江苏大学临床医学专项基金(护理专项)项目(JDLCHL202402)

收稿:2024-04-19;修回:2024-06-16

Implementation in Health Services Framework, i-PARIHS)是一种能够促进理论研究结果成功运用于临床的理论框架^[8]。本研究团队以 i-PARIHS 框架为指导,在前期证据总结^[9]的基础上,拟从变革、接受者和组织环境^[10]3 个方面开展基于最佳证据的烧伤后创面瘙痒现状审查及障碍与促进因素分析,制订针对性的策略,推动烧伤后创面瘙痒非药物干预最佳证据的临床转化,为实践者开展证据临床转化提供借鉴。本研究已通过复旦大学循证护理中心注册(ER20220021)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选择 2023 年 3—8 月入住我院烧伤科的烧伤患者为研究对象。纳入标准:烧伤;创面瘙痒评分(数字评分量表) >0 分;均对本研究知情同意。排除因其他问题导致的皮肤瘙痒。剔除研究中途退出者。入选患者 40 例,男 33 例,女 7 例;年龄 22~82(47.98 \pm 13.89)岁。轻度烧伤 19 例,中度烧伤 8 例,重度烧伤 5 例,特重度烧伤 4 例,烧伤后瘢痕挛缩 4 例。同时,审查烧伤科病房在职护士 15 名。护士纳入标准:①本院注册的在职护士;②在烧伤科工作时间 ≥ 1 年。排除休假护士。护士均为女性;年龄 25~53(34.07 \pm 8.04)岁。工作年限 3~35[10(6,12)]年;大专学历 1 人,本科及以上学历 14 人;初级职称 4 人,中级 10 人,高级职称 1 人。

1.2 方法

1.2.1 组建循证团队 循证团队成员共 10 名成员。其中护理部副主任 1 名(博士,主任护师),负责本次项目的协调及统筹规划;循证执行主任 1 名(本科,主任护师),负责项目的开展及质量把控;烧伤科病区主任 1 名(博士,主任医师)负责烧伤医疗指导、质量控制、函询专家;皮肤科病区医生 1 名(硕士,主治医师)负责皮肤科相关医疗指导、质量控制、函询专家;烧伤科护士长 1 名(本科,主任护士)负责项目实施、项目协调、函询专家;2 名病区护理责任组长(本科,主管护师)负责证据应用、数据收集和分析;3 名循证小组核心成员(均为硕士,1 名副主任护师、2 名主管护师)负责项目指导、文献质量评价、证据汇总。团队成员基于证据形成审查指标并进行指标的审查,分析其障碍因素,根据分析结果,制订针对性的策略。

1.2.2 确定最佳证据的适用性和构建审查指标 循证团队前期已完成烧伤后创面瘙痒非药物干预最佳证据总结^[9],包括评估、保湿润肤、按摩、压力治疗、皮肤降温、其他措施及健康教育 7 个方面共 22 条最佳证据。由循证团队成员组织利益相关者[伤口专科护士 1 名(主管护师,硕士),烧伤科护士长 1 名(主任护师,本科),烧伤科临床护士 2 名(均为主管护师,本科),烧伤科医生 1 名(主任医师,博士),皮肤科医生 1 名(主治医师,硕士),循证专家 2 名(主任护师 1 名,副主任护师 1 名;硕士 1 名,本科 1 名),康复治疗师 1

名(主管技师,硕士),烧伤康复期患者 1 例(男,45 岁)]对证据进行 FAME(可行性,Feasibility;适宜性,Appropriateness;临床意义,Meaningfulness;有效性,Effectiveness)^[11]评价,如有一项相悖,则剔除该证据,以此确定临床应用的证据。证据“经皮神经电刺激疗法、激光治疗、硅胶片治疗有助于缓解瘙痒”因可行性不确定而暂不纳入本次证据转化,最终获得 7 个方面的 21 条最佳证据。循证团队组织利益相关者讨论,根据最佳证据的内容逐条制订审查指标,获得审查指标 23 条,见表 1。此外,通过自制的烧伤后创面瘙痒非药物干预知识调查问卷,以问卷星的形式调查烧伤科病区 15 名护士的知识水平。问卷包括一般资料和非药物干预知识两部分,其中非药物干预知识共 17 个条目,答对一题得 5 分,答错一题得 0 分,总分为 0~85 分,总分 >51 分为合格。

1.2.3 证据基线审查 对烧伤科病房护士及患者进行临床实践现状审查,采用现场查看法、现场访谈法、查阅护理文书、随访查看等形式审查。计算各审查指标的依从性结果(依从率=执行例数/调查总例数 $\times 100\%$)。

1.2.4 障碍因素分析 基于审查结果,针对执行率 $<60\%$ 的审查指标通过循证团队讨论并依据“i-PARIHS 框架下的证据应用障碍识别评估清单”作为研究工具,从变革(I,Innovation)、接受者(R,Recipient)、组织环境(C,Context)方面进行障碍因素及促进因素分析,并制订相应的行动策略。评估清单包括变革、变革接受者、组织环境 3 个维度共 33 个条目,每个条目若评估结果为“是”“部分是”“否”,则判定为“已评估”,若未见评估结果则判定为“未评估”。

1.2.5 统计学方法 研究数据采用 SPSS22.0 软件进行描述性分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以频数、百分数(%)表示。

2 结果

2.1 证据基线审查结果 23 项审查指标中,审查指标 8、18、20 依从率分别为 65.00%、66.67%、86.67%,其余 18 项审查指标依从率均 $<60\%$,其中有 11 项指标(指标 1、3~4、9~11、13~14、16~17、19)依从率为 0,指标 2 依从率为 37.50%,指标 5 依从率为 52.50%,指标 6 依从率为 5.00%,指标 7 依从率为 20.00%,指标 21 依从率为 53.33%,指标 22 依从率为 33.33%,指标 23 依从率为 26.67%。审查指标 12、15 因未审查到相关患者,未收集到数据。审查结果表明临床现状与证据应用之间存在着较大差距。护士的烧伤后创面瘙痒非药物干预知识得分为(41.07 \pm 7.12)分,合格率为 7.1%,难度 0.48(平均分/满分值)。

2.2 烧伤后创面瘙痒非药物干预障碍因素与促进因素分析及行动策略 见表 2。

表 1 烧伤后创面瘙痒非药物干预证据条目、审查指标及审查方法

项目	证据条目	审查指标	审查对象	审查方法
评估	1. 评估时机:住院期间和门诊随访时,应评估患者是否存在烧伤后瘙痒症状 ^[12] 2. 评估内容:包括瘙痒强度、持续时间、对日常生活活动的影响,以及患者是如何处理的 ^[7,12]	1. 护士每周评估烧伤患者的瘙痒强度、持续时间,对日常生活活动的影响,瘙痒的处理	护士	查阅护理记录
保湿润肤	3. 使用时机:建议伤口上皮化后使用保湿润肤剂以减少干燥,促进皮肤水化 ^[7,12-13] 4. 产品选择:保湿润肤产品应含有保湿剂(如甘油)和润肤剂(如凡士林油、杏仁或椰子油等)的成分,且无香味 ^[7,14] 5. 使用前,应先在皮肤完好处小区域测试所选的保湿润肤剂,以防止出现不良反应 ^[7] 6. 使用时间:直到烧伤部位不再干燥或瘙痒,一般 3~6 个月,部分使用可长达 12 个月 ^[14] 7. 每天清洗皮肤,避免保湿润肤剂堆积刺激皮肤 ^[14]	2. 伤口上皮化后创面使用含有保湿剂(如甘油)和润肤剂(如凡士林油、杏仁油或椰子油等)的成分且无香精的保湿润肤剂 3. 患者首次使用或更换保湿润肤剂时进行过敏测试 4. 患者知晓保湿润肤剂的使用时间(直到烧伤部位不再干燥或发痒,一般 3~6 个月,部分使用可长达 12 个月) 5. 使用保湿润肤剂的患者每天清洗皮肤	患者 患者 患者	现场查看/访谈 现场查看/访谈 现场访谈 现场查看/访谈
按摩	8. 按摩可减轻瘙痒症状、改善皮肤状况、减轻患者的焦虑抑郁等负面情绪,但不可在感染的伤口或脆弱的皮肤上进行按摩 ^[12,15-16] 9. 可在愈合的烧伤创面上涂抹一定厚度的保湿润肤剂,并辅以按摩,按摩方式应用指腹打圈按压,每次 10~15 min,施加压力的程度应基于愈合部位的性质 ^[12] ,以使皮肤变白为宜 ^[14]	6. 患者未在感染的伤口或脆弱的皮肤上按摩 7. 护士指导患者使用正确的按摩疗法减轻瘙痒(按摩方式应用指腹打圈按压伤口,每次 10~15 min,施加压力的程度应基于愈合部位的性质,以使皮肤变白为宜)	患者 护士	现场查看/访谈 现场查看/访谈
压力治疗	10. 压力治疗形式:压力服、压力绷带或管状加压袖可以减轻瘙痒程度及瘢痕增生 ^[14,17-19] 11. 使用时机:压力治疗可从入院开始,绷带加压包扎持续至伤口愈合;压力服应在伤口完全愈合且能够承受一定摩擦力之后使用,通常在上皮再形成的 2 周内 ^[18] 12. 压力治疗的压力值应高于毛细血管压,同时不会减少外周血液循环,可设定为 15~40 mmHg (1 mmHg=0.133kPa) ^[15] ,对于下肢动脉疾病的患者应注意压力不可高于 40 mmHg ^[18] 13. 除非必要(如脱下洗涤),压力服每天应穿着 23 h,至少持续 12 个月,具体可根据患者舒适度和有效性调整穿着时间 ^[15,18]	8. 患者使用压力服、压力绷带或管状加压袖,减轻瘙痒及瘢痕增生 9. 患者入院时就使用绷带加压包扎持续至伤口愈合 10. 患者在伤口愈合后 2 周内使用压力服进行压力治疗 11. 使用压力治疗时,压力值维持在 15~40 mmHg 12. 使用压力治疗的患者,如有下肢动脉疾病,压力低于 40 mmHg 13. 使用压力服的患者每天应尽量穿着 23 h 14. 达到压力服使用时机且伤后 1 年内的患者,持续穿着压力服 15. 伤后 >1 年的患者,达到压力服使用时机后持续穿着 12 个月	患者 患者 患者 患者 护士 护士	现场查看/访谈 现场查看 现场查看 现场查看 现场查看 现场查看 随访查看 随访查看 随访查看
皮肤降温	14. 定期评估压力服是否合适,并根据需要进行调整或更换 ^[15,18] 15. 冷疗可减轻烧伤后创面瘙痒,可以使用冷毛巾、冰敷或冰水浸浴等 ^[7] 16. 提供凉爽的环境或使用风扇降低局部皮肤温度 ^[14,20] 17. 保湿润肤剂使用前可放在冰箱内冷藏 ^[14]	16. 护士定期评估并记录压力服是否合适(根据压力服的使用说明书进行评估) 17. 患者知晓瘙痒发作时可使用冷毛巾、冰袋贴敷减轻烧伤后创面瘙痒 18. 护士给患者提供凉爽的环境或使用风扇降低局部皮肤温度 19. 将保湿润肤剂放在冰箱内冷藏	护士 患者 护士 护士	现场查看/护理记录 现场访谈 现场查看/访谈 患者访谈
其他措施	18. 可以通过放松、分散注意力等形式减轻瘙痒 ^[14]	20. 护士指导患者放松、分散注意力的方法	护士	患者访谈
健康教育	19. 告知患者早期干预的重要性,无论是否进行药物治疗,非药物治疗都是合适的,有助于改善患者舒适度,防止发展为慢性瘙痒 ^[12] 20. 指导患者出院及随访期间进行非药物干预 ^[12] 21. 日常保健,告知患者修剪指甲,瘙痒时不要抓挠,可以用手轻拍皮肤缓解瘙痒 ^[14] ;穿着宽松、柔软的棉质衣服 ^[13-14] ;使用高防晒系数(30~50 SPF)的防晒霜 12~24 个月,以预防进一步的热损伤和色素沉着 ^[14]	21. 护士告知患者早期非药物干预的必要性 22. 护士指导患者出院及随访期间使用非药物干预的方法 23. 护士给予患者规范的日常保健的相关健康教育	护士 护士 护士	患者访谈 患者访谈 患者访谈

表 2 烧伤后创面瘙痒非药物干预障碍因素与促进因素分析及行动策略

审查指标	障碍因素	促进因素	行动策略
审查指标 1	I: 瘙痒评估系统未被转化为可及、可用的形式。R: 护士对瘙痒评估的相关知识知晓不全、没有引入变革的经验, 思想上不重视。C: 没有瘙痒评估的相关标准和流程	I: 院内全面使用信息化系统。R: 护士对工具接受度高。C: 有相关原始文献, 可以查阅文献制订瘙痒评估流程及细化内容	制订烧伤后创面瘙痒的评估流程及护理记录模板, 患者出现瘙痒时及时记录
审查指标 2~5	I: 证据中未明确具体的保湿剂及润肤剂、证据需要对现有的工作习惯及环境进行改变。R: 护士对保湿润肤剂的相关知识水平欠缺。C: 没有合适的保湿润肤剂及烧伤浸浴设备	I: 领导大力支持、变革意愿高, 有效沟通协调。C: 器械科积极支持采购	① 指导患者购买无香精的保湿润肤剂。 ② 科室申请, 医院同意购置烧伤浸浴设备
审查指标 6~7	I: 证据需要对护士现有的工作习惯进行改变, 缺少按摩的专业指导。R: 护士手法按摩技能水平欠缺、缺乏多学科团队合作。C: 没有相关手法按摩的临床护理常规、流程及标准	I: 领导支持, 有力协调; 各科参与积极性高。R: 护士依从性高, 积极性高, 掌握快, 首次可由护士示范后教会患者及家属。C: 我院皮肤科、康复科医护人员有较为丰富的临床经验	① 与康复治疗师共同讨论制订按摩操作流程; ② 通过线上线下培训与考核, 规范按摩操作; ③ 建立多形式健康教育资料库, 包括按摩图谱、动画、海报等, 通过扫描二维码观看视频
审查指标 9~11、13~14、16	I: 院内无法定制压力服。R: 护士对压力治疗相关知识技能水平欠缺。C: 科室无压力测量仪	I: 领导大力支持。R: 医护人员积极性高, 配合度高	① 科室申请, 购置压力测量仪; ② 使用高质量绷带, 规范患者压力治疗; ③ 联系厂家定制压力服; ④ 线上结合线下培训与考核, 多维度知识考核, 涉及措施实施、操作标准、流程制度
审查指标 17、19	I: 患者不敢用冷毛巾、冰袋贴敷。R: 护士对冷疗相关知识知晓不全。C: 缺乏专门放置润肤剂的冰箱	R: 护士依从性较高; 领导支持。C: 有相关原始文献可以查阅	医护人员讨论协商科室医用冰箱内可供患者放置润肤剂的区域
审查指标 21~23	I: 健康教育内容未被转化为可及的、可用的形式。R: 护士缺乏非药物干预相关知识。C: 无健康教育相关材料	I: 科室管理者、护理骨干愿意共同参与制作多形式的宣教方式。R: 护士依从性高, 积极主动学习并向患者加强健康教育。C: 有相关原始文献可以查阅	依据证据内容制作视频、图谱等科普宣教材料, 护士进行宣教

注: I (Innovation) 变革; R (Recipient) 接受者; C (Context) 组织环境。

3 讨论

3.1 基于 i-PARIHS 框架分析障碍因素的全面性

在循证护理实践理论模型中, 障碍因素的识别是决定证据能否顺利在临床实践转化的关键^[21]。因此, 要有效全面地分析障碍因素并制订相应的变革策略, 同时利用促进因素使变革更有效执行。障碍因素的有效识别需要制订全面的审查指标, 审查指标的可靠性及科学性, 为证据的临床可行性奠定了基础^[22]。本研究构建的审查指标是在前期证据总结^[9]的基础上建立的, 证据总结包括评估、保湿润肤、按摩、压力治疗、皮肤降温等 7 个方面的内容, 并依据“FAME”评价纳入切实可行的 21 条最佳证据, 制订 23 条审查指标, 涉及评估工具及内容, 非药物干预时机及注意事项等, 阐明了证据实施的人群、方法、时机等问题, 审查内容较全面。从工具上看, 本研究采用 i-PARIHS 框架的证据应用障碍识别评估清单, 对依从率 < 60% 的审查指标从变革、变革接受者和组织环境 3 个方面 33 个条目逐条进行障碍因素分析, 分析层次较为全面。从形式上看, 本研究组织利益相关人群, 包括管理者、医生、护士、循证专家, 其中医生包括烧伤科医生、皮肤科医生、康复治疗师, 同时也纳入了烧伤康复期患者, 从多角度分析证据实施的障碍因素。全面的障碍因素分

析是制订行动策略, 推动烧伤后创面瘙痒非药物干预证据向临床转化的基础和前提。

3.2 烧伤后创面瘙痒非药物干预的临床实践现状与最佳证据存在着较大差距

明确证据与临床护理之间的差距, 是促进证据临床应用的关键步骤^[23]。本研究通过审查发现, 23 项审查指标中有 18 项指标依从率 < 60%, 其中 11 项指标依从率为 0, 表明烧伤后创面瘙痒非药物干预的最佳证据与临床实践在变革、变革接受者和组织环境层面存在较大差距。评估方面的审查指标 1 的依从率为 0, 表明临床护士缺少对烧伤后创面瘙痒评估, 未关注患者的烧伤后创面瘙痒症状, 与杨丽君^[23]的研究结果一致。尽管烧伤后创面瘙痒严重困扰着烧伤患者, 但临床上对烧伤后创面瘙痒不够重视, 未能给予全面评估。保湿润肤方面的审查指标 2~5 的依从率均 < 60%, 表明患者对保湿润肤剂的认识不足, 使用不规范, 现状审查中发现患者所使用的保湿润肤剂大多含有香精。按摩可通过增加迷走神经活动抑制机体应激反应, 减轻瘙痒症状^[24]。但审查指标 7 依从率为 20.00%, 说明临床实际应用不足, 护士未向患者讲解按摩的具体操作方法。审查指标 9~11、13~14、16 依从率均为 0, 提示虽然临床上给予患者压力治疗, 但压力治疗的时机较迟, 压力

治疗的时间不够,护士未能定期对压力服进行评估。作为较为有效的非药物干预措施,压力治疗需要长期坚持,但患者依从性不高,导致压力治疗时间不够。皮肤降温方面审查指标 17、19 的依从率为 0,护士缺乏相关知识,未给患者做相关的指导,虽然审查指标 18 依从率为 66.67%,但为患者自行采用风扇降温,并非护士指导实施。健康教育方面的审查指标 21~23 依从率均 <60%,提示护士对患者烧伤后创面瘙痒方面的健康教育不够全面,甚至未给予相关指导。目前,烧伤后创面瘙痒的研究多聚焦在影响因素及干预措施上^[25],对管理的规范性方面鲜有报道。临床医护人员可进行烧伤后创面瘙痒管理现状调查,了解烧伤后创面瘙痒管理现状,建立多学科管理方案,实施综合性、规范性的管理,以有效降低烧伤后创面瘙痒发生率,改善烧伤后创面瘙痒症状。

3.3 障碍因素分析及行动策略的制订为烧伤后创面瘙痒非药物干预的循证实践奠定基础 全面分析变革中的障碍因素和促进因素,有利于行动策略的有效制订,也为推动证据临床实践奠定了基础^[26]。在 i-PARIHS 框架指导下,对依从率 <60% 的审查指标进行深入剖析,变革层面:证据未被转化为可及的、可用的形式,不便于护士和患者的理解和接受,影响护士工作的正常开展及阻碍证据的临床转化,如对按摩方面的证据较为笼统,缺少按摩的具体手法,可操作性差。因此,应追溯原始文献,查找相关内容,具体化按摩流程,便于医护人员的实施。在变革接受者层面:本研究中护士对烧伤后创面瘙痒的评估内容不知晓,无法对患者进行评估与记录;护士缺乏按摩、压力治疗的相关技能,亦缺少相关技能的培训;护士缺乏烧伤后创面瘙痒相关健康教育知识,未能对患者进行全面有效的健康指导,这些均是影响证据实施的变革接受者障碍因素。本研究中护士对烧伤后创面瘙痒相关知识的合格率仅为 7.1%。黄辉等^[27]认为,对护理人员进行培训是推动最佳证据临床转化的重要方式。因此,需要对护士开展多形式培训,充分发挥多学科合作的优势,线上、线下培训相结合,以促进证据的临床转化。组织环境层面:缺少相关的仪器设备,如没有保湿润肤剂专用冰箱;没有激励、监督、惩罚规定,缺乏一定激励方案;缺少压力治疗中压力值的监测设备、工作制度、考核标准等。因此,领导者可通过新增与升级仪器设备,助力变革方案顺利实施,建立多形式健康教育资料库,包括图谱、动画、海报等,同时跟进信息系统的配置,减轻护士工作量,促进方案的执行。

4 结论

本研究根据循证护理实践步骤,通过开展对烧伤后创面瘙痒非药物干预的临床审查和深入分析,结果发现,临床实践与最佳证据之间尚存在较大差距,通过 i-PARIHS 框架为指导进行障碍因素和促进因素分析,发现证据未被转化为可及可用的形式、护理人员

知识缺乏、没有相关的标准和流程等关键障碍因素,提出需完善评估系统与记录模板、购置相关器械设备、进行相关人员培训与考核、制订科普宣教资料等行动策略。本研究仅在 1 所医院进行现状审查及障碍因素分析,其临床适宜性较局限,医护人员在进行临床审查及障碍因素分析时应根据各医疗机构的不同特点具体分析。另外,由于本研究纳入的证据多来自国外研究,考虑国内医疗环境与文化环境的差异,需要在证据转化过程中根据实践者的反馈及时调整优化干预策略,以促进烧伤患者创面瘙痒非药物干预证据的临床应用,改善烧伤患者创面瘙痒症状,提高专科护理质量。

参考文献:

- [1] 孙颖,冯苹,曹洁,等.成年烧伤患者生活质量干预的现状思考[J].解放军护理杂志,2016,33(3):52-55.
- [2] Van Loey N E, Bremer M, Faber A W, et al. Itching following burns: epidemiology and predictors [J]. Br J Dermatol, 2008, 158(1): 95-100.
- [3] 黄涛,何升东,李先慧,等.326 例烧伤患者瘢痕瘙痒情况的总结分析[J].西南国防医药,2019,29(7):749-751.
- [4] Silverberg J I, Hinami K, Trick W E, et al. Itch in the general internal medicine setting: a cross-sectional study of prevalence and quality-of-life effects [J]. Am J Clin Dermatol, 2016, 17(6): 681-690.
- [5] Nedelec B, LaSalle L. Postburn itch: a review of the literature [J]. Wounds, 2018, 30(1): E118-E124.
- [6] 王丽,陈琛,傅巧美,等.烧伤后创面瘙痒相关研究的进展 [J]. 浙江医学, 2020, 42(11): 1215-1218.
- [7] International Society for Burn Injuries. ISBI practice guidelines for burn care [EB/OL]. (2016-05-17) [2022-12-15]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916301449>.
- [8] Kitson A L, Harvey G. Methods to succeed in effective knowledge translation in clinical practice [J]. J Nurs Scholarsh, 2016, 48(3): 294-302.
- [9] 严雪芹,柏素萍,刘巧艳,等.烧伤后创面瘙痒患者非药物干预的最佳证据总结 [J]. 中华护理杂志, 2024, 59(5): 610-617.
- [10] 张立华,顾莺,胡雁,等.临床实践变革的概念框架:从 PARIHS 到 i-PARIHS [J]. 中国循证医学杂志, 2019, 19(6): 741-747.
- [11] The Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis [EB/OL]. [2023-04-01]. <https://jbi-global.atlassian.net/wiki/spaces/MANUAL/overview?homepageId=4685837>.
- [12] The Joanna Briggs Institute. Post-burn pruritus/itch: protocol [EB/OL]. (2021-05-03) [2023-02-20]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI6455>.
- [13] Arek W, David R. Treatment of minor thermal burns [EB/OL]. (2021-11-03) [2023-02-20]. <https://www.uptodate.com.cams.aliya.redhaha.xyz/contents/treatment-of-minor-thermal-burns?search=Treatment%20of%20minor%20thermal%20burns&source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans&selectedTitle=1~150>.

- [14] Bishara A, Juan P B, Professor H D, et al. Best practice guidelines effective skin and wound management non-complex burns[EB/OL]. (2021-11-03)[2023-02-20]. <https://www.woundsinternational.com/resources/details/best-practice-guidelines-effective-skin-and-wound-management-non-complex-burns>.
- [15] Gerd G G. Hypertrophic scarring and keloids following burn injuries[EB/OL]. (2021-08-23)[2023-02-20]. <https://www.uptodate-com-s.cams.aliya.redhaha.xyz/contents/hypertrophic-scarring-and-keloids-following-burn-injuries?search=Hypertrophic%20scarring%20and%20keloids%20following%20burn%20injuries&source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans&selectedTitle=1~150>.
- [16] Manuel B. Burns: pruritus (itch)[EB/OL]. (2021-04-07)[2023-02-20]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI3612>.
- [17] Shelley W. Management of burn wound pain and itching[EB/OL]. (2022-03-18)[2023-02-20]. <https://www.uptodate-coms.cams.aliya.redhaha.xyz/contents/management-of-burn-wound-pain-and-itching?search=Management%20of%20burn%20wound%20pain%20and%20itching&source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans&selectedTitle=1~150>.
- [18] The Joanna Briggs Institute. Burns scar management: pressure garments[EB/OL]. (2021-05-14)[2022-12-01]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI6512>.
- [19] Adam O G, Angela M H. Keloids and hypertrophic scars [EB/OL]. (2021-02-16)[2023-02-20]. <https://www.uptodate-coms.cams.aliya.redhaha.xyz/contents/keloids-and-hypertrophic-scars?search=Keloids%20and%20hypertrophic%20scars&source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans&selectedTitle=1~122>.
- [20] European Burns Association. European practice guidelines for burn care: minimum level of burn care provision in Europe [EB/OL]. [2023-02-20]. <https://www.euroburn.org/documents/>.
- [21] 钟婕,周英凤. 渥太华研究应用模式及其护理实践[J]. 护理学杂志,2017,32(18):93-99.
- [22] 周英凤,朱政,胡雁,等. 推动证据向临床转化(八)审查指标的构建[J]. 护士进修杂志,2020,35(14):1281-1284.
- [23] 杨丽君. 成人肢体重度烧伤增生性瘢痕患者患病体验的现象学研究[D]. 荆州:长江大学,2022.
- [24] 党瑞,易南,石梦娜,等. 超声波联合手法按摩治疗深度烧伤患者增生性瘢痕瘙痒的效果观察[J]. 中华烧伤杂志,2016,32(7):426-428.
- [25] 陈梦佳,张元文. 烧伤后瘙痒的机制和治疗研究进展[J]. 中华烧伤与创面修复杂志,2023,39(7):690-694.
- [26] 吕永利,耿力,王焕焕,等. 宫颈癌根治术后下肢淋巴水肿患者自我护理审查指标的制定及障碍因素分析[J]. 护理学杂志,2023,38(24):44-47.
- [27] 黄辉,黄海燕,喻姣花,等. ICU 成人失禁相关性皮炎护理证据应用审查及障碍分析[J]. 护理学杂志,2018,33(14):105-108.

(本文编辑 李春华)

(上接第 41 页)

- [16] 王明航,李建生,余学庆,等. 慢性阻塞性肺疾病自我效能感问卷信度效度和反应度评价[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(5):818-821.
- [17] Solomon B K, Wilson K G, Henderson P R, et al. A breathlessness catastrophizing scale for chronic obstructive pulmonary disease[J]. J Psychosom Res, 2015, 79(1):62-68.
- [18] 卢向敏,钮美娥,金晓亮,等. 呼吸困难灾难化量表的汉化及在 COPD 患者中的信效度检验[J]. 护理学杂志,2024,39(9):52-55.
- [19] Vlaeyen J, Linton S J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art[J]. Pain, 2000,85(3):317-332.
- [20] 周丹丹,钮美娥,韩燕霞,等. 稳定期慢性阻塞性肺疾病患者久坐行为现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2022,37(18):29-32,36.
- [21] Bayraktar D, Felekoğlu E, Özgen Alpaydn A, et al. Breathlessness beliefs and related factors in male patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Thorac Res Pract, 2023,24(3):137-142.
- [22] Yohannes A M, Murri M B, Hanania N A, et al. Depressive and anxiety symptoms in patients with COPD: a network analysis[J]. Respir Med,2022,198:106865.
- [23] von Leupoldt A. Treating anxious expectations can improve dyspnoea in patients with COPD[J]. Eur Respir J, 2017,50(3):1701352.
- [24] Hamama-Raz Y, Bergman Y S, Ben-Ezra M, et al. Attachment patterns moderate the relation between coping flexibility and illness acceptance among kidney transplant recipients [J]. Anxiety Stress Coping,2018,31(5):571-579.
- [25] von Leupoldt A, Denutte Y. Affective traits, states, and breathlessness[J]. Curr Opin Support Palliat Care,2020,14(3):182-189.
- [26] Volpato E, Farver-Vestergaard I, Brighton L J, et al. Nonpharmacological management of psychological distress in people with COPD[J]. Eur Respir Rev,2023,32(167):220170.
- [27] 宋春燕,王改利,吴红艳. 慢性疼痛患者疼痛灾难化水平及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2024,39(4):32-36.
- [28] Hill K, Hug S, Smith A, et al. The role of illness perceptions in dyspnoea-related fear in chronic obstructive pulmonary disease[J]. J Clin Med,2023,13(1):200.
- [29] 陈霞丽,邢利民,凡颖,等. 虚拟现实康复训练在慢性阻塞性肺疾病患者中应用的系统评价[J]. 中华护理杂志,2023,58(2):224-231.
- [30] 牟新雨,徐娇,张林,等. 慢性阻塞性肺疾病合并焦虑抑郁的危险因素及发病机制研究进展[J]. 华西医学,2023,38(4):591-596.
- [31] 童朝晖,陈雨莎,姜宏英. 呼吸康复年度进展 2023[J]. 中华结核和呼吸杂志,2024,47(1):49-54.
- [32] Keogh E, Mark Williams E. Managing malnutrition in COPD: a review[J]. Respir Med,2021,176:106248.
- [33] 冯钰. 慢性阻塞性肺疾病患者体质指数对肺功能的影响 [D]. 兰州:兰州大学,2023.

(本文编辑 李春华)