

patients; an assessor-blinded randomized controlled study[J]. *PLoS One*,2020,15(6):1-13.

[31] Griffiths J, Carnegie A, Kendall R, et al. A randomised crossover study to compare the cross-sectional and longitudinal approaches to ultrasound-guided peripheral venepuncture in a model[J]. *Crit Ultrasound J*,2017,9(4):1-6.

[32] Loon F, Scholten H J, Erp I V, et al. Establishing the required components for training in ultrasound guided peripheral intravenous cannulation: a systematic review of available evidence[J]. *Med Ultrasound*,2019,21(4):

464-473.

[33] Gottlieb M, Sundaram T, Holladay D, et al. Ultrasound-guided peripheral intravenous line placement: a narrative review of evidence-based best practices [J]. *West J Emerg Med*,2017,18(6):1047-1054.

[34] Maiocco G, Coole C. Use of ultrasound guidance for peripheral intravenous placement in difficult-to-access patients: advancing practice with evidence[J]. *J Nurs Care Qual*,2012,27(1):51-55.

(本文编辑 韩燕红)

神经外科危重症患者失禁相关性皮炎的风险评估与分级护理

陈璐¹,王芳²,汪芳²,吕琳²,狄恒丹²

Risk assessment and grading nursing of incontinence associated dermatitis for critical ill patients in neurosurgical department Chen Lu, Wang Fang, Wang Fang, Lv Lin, Di Hengdan

摘要:目的 探讨失禁相关性皮炎(IAD)风险评估与分级护理方案在神经外科重症患者中的应用效果。方法 按入院时间将 80 例入住神经外科重症监护室的危重症患者分为对照组和观察组各 40 例,对照组采用常规护理措施,观察组采用 IAD 风险评估与分级护理方案,包括开展 IAD 风险预警评估,建立 IAD 护理风险报告制度,落实 IAD 分级预防措施,准确鉴别和判定 IAD,实施 IAD 分级动态管理。结果 观察组 IAD 发生率显著低于对照组,IAD 持续时间显著短于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。结论 IAD 风险评估与分级护理方案有助于降低神经外科危重症患者 IAD 发生率,缩短皮炎持续时间。

关键词:危重症患者; 神经外科; 失禁相关性皮炎; 风险评估; 分级护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.23.015

失禁相关性皮炎(Incontinence Associated Dermatitis,IAD)是指皮肤由于长期暴露于大小便而引起的一种接触性、刺激性皮炎^[1],是导致压力性损伤的重要危险因素^[2],给患者带来生理和心理负担,降低其生活质量。研究表明,危重症患者 IAD 的发生率为 36.0%~50.0%^[3-4],但临床护士对 IAD 相关知识的掌握程度不容乐观^[5-6]。此外,神经外科危重症患者常伴有意识障碍、肌力减退,且卧床时间长,是发生 IAD 的高危人群。因此,基于预警理念,建立整合型 IAD 管理方案,对神经外科危重症患者至关重要^[7-8]。我院神经外科自 2018 年 7 月开始,对危重症者采取 IAD 风险分级护理方案,取得了较满意的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 7 月至 2019 年 6 月入住我院神经外科重症监护室的 80 例危重症患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②GCS 评分 ≤ 8 分;③排便和(或)排尿失禁;④预计入住神经外科重症监护室时间 ≥ 1 周;⑤经医院伦理委员会批准,家属签署知情同意书。排除标准:①生命体征不稳定,严重心、肺、肝、肾等重要器官衰竭;②凝血功能异常;③入院时已发生 IAD。将 2018 年 7~12 月收治的 40 例患者作为对照组,2019 年 1~6 月收治的 40 例患者作为观察组,两组研究期间无脱落病例。两组一般资料比较,见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	GCS 评分 ($\bar{x} \pm s$)	入住神经外科 ICU 时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	排便排尿情况(例)		疾病诊断(例)		血清总蛋白 (g/L, $\bar{x} \pm s$)
		男	女				大便或小便失禁	大小便均失禁	脑卒中	脑外伤	
对照组	40	26	14	61.98 \pm 11.27	5.80 \pm 1.53	28.00 \pm 14.66	25	15	33	7	62.27 \pm 6.78
观察组	40	24	16	61.03 \pm 12.96	5.60 \pm 1.28	24.25 \pm 10.63	28	12	32	8	60.70 \pm 7.66
χ^2/t		0.213	0.350	0.794	0.310		0.503		0.082		0.968
P		0.644	0.727	0.430	0.194		0.478		0.775		0.336

1.2 方法

1.2.1 干预方法

入住神经外科重症监护室期间,对照组予常规排便护理,即排便排尿后使用温水或含有清洁、滋润保护成分的一次性湿巾清洗肛门、肛周皮肤及会阴部,选用无纺布擦干,涂抹皮肤保护剂如二甲硅油、凡士

作者单位:南京大学医学院附属鼓楼医院 1. 护理部 2. 神经外科(江苏南京,210008)

陈璐:女,博士,副主任护师,护理部副主任,gycc2011@126.com

科研项目:江苏省青年医学重点人才项目(QNRC2016010);中央高校基本科研业务费国际科技合作促进项目(021414380443)

收稿:2020-07-12;修回:2020-09-02

林滋润皮肤。大便失禁或水样便者,清洁后使用皮肤保护剂如赛肤润等。当患者排尿排便次数增多时,使用辅助器具,如男性接尿器、留置导尿管肛门造口袋、尿垫、纸尿裤等,保持局部皮肤清洁与床单位整洁。观察组采取 IAD 风险分级护理,具体如下。

1.2.1.1 准确鉴别和判定 IAD,开展 IAD 风险预警评估 IAD 是因潮湿和摩擦引起的发生在会阴部的“自上而下”的损伤,颜色由浅红到深红,形状弥散,边界模糊且不规则,而压力性损伤是因压力或压力联合剪切力引起“自下而上”的损伤,常见于骨隆突处,颜色可能为红色、黄色或黑色,形状局限且边界清楚。若为 IAD,则采用 IAD 皮肤损伤评估量表^[9](IAD Severity Instrument, IADS)进行严重程度界定,将易发生 IAD 的部位划分 14 个区域,共 14 个条目,每个条目采用 Likert 5 级计分法(0 分=无 IAD,1 分=粉色,2 分=红色,3 分=红疹,4 分=皮肤缺失)。根据所有区域的总得分判断 IAD 的严重程度,总分为 0~56 分,得分越高说明 IAD 越严重。评估结果报告护理组长、管床医生,进行原因分析,制定个体化、综合性治疗方案及护理措施,加强监控管理。此外,开展 IAD 风险预警:患者入住神经外科重症监护室后 3 h 内,责任护士查看患者全身皮肤情况,采用会阴评估工具(Perineal Assessment Tool, PAT)^[5]评估患者发生 IAD 的风险,包括刺激物的类型、刺激持续时间、会阴部皮肤状态及其他影响因素 4 个维度,影响因素包括鼻饲营养、低白蛋白血症、有无感染艰难梭菌或其他,每个维度 1~3 分,总分 4~12 分;4~6 分为低风险,7~12 分为高风险。评估频率:评估 4~6 分者,每 3 天评估 1 次;7~12 分者,每天评估 1 次,床尾悬挂“预防失禁相关性皮炎”标识,记录 PAT 评分,班班严格交接;患者发生病情变化、术后、转科时再次进行评估;危重症监护室建立患者皮肤状况监测本,记录患者每日皮肤情况,包括好转、加重、无变化。

1.2.1.2 建立患者 IAD 护理风险报告制度 责任护士根据患者的病因、病情、PAT 评分,采用有效医护沟通模式,即 SBAR 标准沟通方式^[10]向管床医生汇报病情,包括现状(Situation)、背景(Background)、评估(Assessment)、建议(Recommendation)。如患者发生腹泻或失禁,可采用以下汇报方式:S—患者失禁或腹泻情况(何时发生,何种程度);B—患者诊断、意识水平、是否机械通气、目前营养类型及用量、有无肠道感染、抗生素及胃肠动力药物使用等情况;A—患者皮肤状况、有无低蛋白血症、糖尿病、慢性肾脏疾病、恶性肿瘤等;R—如暂停或更改营养制剂种类、调整单位时间内营养剂的入量、应用止泻药物、送检大便常规及培养、及时去除机械通气等。责任护士与管床医生共同全面分析患者病情,制定个体化预防措施,并密切观察患者会阴部皮肤变化。对疑难危重病例申请我院伤口造口护理学组专家进行会诊,进行指

导处理。

1.2.1.3 落实 IAD 分级预防措施 PAT 评分 4~6 分者,采用温水或免冲洗皮肤清洗剂清洗局部皮肤,用无纺布将残余水分轻轻拭干或自然待干,涂抹鞣酸软膏以隔离中断尿液和粪便的刺激,并针对病因、营养、液体摄入等问题采取针对性护理干预。PAT 评分 7~12 分、皮肤完整、无红斑破溃者,按照“清洁—滋润—保护”综合性防治措施:采用免冲洗皮肤清洗剂清洗皮肤后,用无纺布将残余水分轻轻拭干或自然待干,喷涂皮肤保护剂,如赛肤润、二甲硅油等,每次清洁皮肤后使用,间隔 4~6 h 使用 1 次,喷涂范围超过尿液或粪便污染皮肤边缘 1 cm,喷涂时手持皮肤保护剂距离距会阴皮肤 10 cm^[11],每次喷涂后皮肤至少悬空 30 s 后再放下,以形成稳固的保护层。必要时使用隔离措施,如大便失禁患者使用肛门造口袋、大便引流装置;小便失禁患者使用留置导尿管,男性失禁患者可使用接尿器。在落实上述措施的基础上,制定和实施营养支持方案,改善全身营养状况,增强抵抗力;积极查找导致腹泻的原因,采取针对性的治疗方案减少腹泻次数、改善粪便性状,避免肛周受到持续潮湿刺激。

1.2.1.4 实施 IAD 分级动态管理 根据 IADS 总分判断 IAD 的严重程度,分为 4 个等级:粉色、红色、红疹、皮肤缺失。针对发红但皮肤完好的轻度 IAD 患者:在清洁皮肤的基础上,采用皮肤保护剂对受损皮肤部位进行均匀喷涂,3 次/d。针对发红且皮肤破裂的中重度 IAD 患者:在轻度处理措施基础上于受损皮肤处均匀涂抹适量造口粉后,喷涂皮肤保护剂,最后再均匀涂抹适量造口粉;皮肤破损处使用银离子凝胶外涂,3~5 次/d,必要时使用藻酸盐联合水胶体敷料隔离破损皮肤,严禁使用带粘性的敷料;在病情允许、管床医生同意的前提下,协助患者采取侧卧位、且床头抬高<30°,悬空会阴部、臀部皮肤,2 次/d,每次 30 min;对于存在真菌感染的患者,将抗真菌剂或软膏均匀涂抹于受损部位表面,然后使用液体保护膜覆盖以防止抗真菌剂结块。在此过程中,责任护士每班采用 IADS 动态评估皮肤情况,当皮损加重时,报告护理组长和管床医生,及时调整医疗和护理计划。

1.2.2 评价方法 ①IAD 发生率。每班由责任护士根据 IAD 的定义以及临床表现(最初临床表现为红斑,颜色从淡红色到红色不等;受累部位界限不清,具有红肿热痛的炎症表现;随着病情进展,可出现水疱或大疱、丘疹或脓疱,表皮糜烂、渗出和溃疡形成;受累部位可出现烧灼、疼痛、瘙痒或刺痛感,甚至继发真菌或细菌性感染),判断是否发生 IAD,比较两组入住神经外科重症监护室期间 IAD 发生率。②IAD 严重程度。于出现 IAD 当天进行处理,计为处理第 1 天,

于处理后第 7 天由白班责任护士,采用 IAD 分级标准^[12]进行评价,统计严重程度。③ IAD 持续时间。记录比较两组开始出现 IAD 至 IAD 消失的时间。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行 *t* 检验、 χ^2 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

两组 IAD 发生率、严重程度及持续时间比较,见表 2。

表 2 两组 IAD 发生率、严重程度及持续时间比较

组别	例数	IAD 发生率 [例(%)]	IAD 严重程度(例)			IAD 持续时间 ($d, \bar{x} \pm s$)
			轻度	中度	重度	
对照组	40	9(22.50)	5	3	1	7.50±2.12
观察组	40	2(5.00)	2	0	0	3.56±1.33
统计量		$\chi^2=5.165$	$Z=-1.106$			$t=-3.498$
<i>P</i>		0.023	0.269			0.007

3 讨论

危重症患者 IAD 的管理是近年来研究的热点^[13-15],主要聚焦于 IAD 的具体防治方法,缺乏系统的护理风险评估流程和预警措施。此外,合并腹泻、排便排尿失禁患者的护理多依赖于护理者的经验和习惯,且轻预防重治疗。本研究结果显示,观察组 IAD 发生率显著低于对照组($P<0.05$),表明风险评估与分级护理有利于降低神经外科危重症患者 IAD 发生率。分析原因为观察组开展风险预警评估,采用会阴评估工具动态评估腹泻、失禁患者 IAD 的发生风险,筛查出高风险人群;建立患者 IAD 护理风险报告制度,采用 SBAR 标准医护沟通方式汇报患者病情,医护共同合作调整治疗和护理方案;根据风险高低,落实 IAD 分级预防措施,提前干预阻断了排尿、排便等刺激物对皮肤的伤害,同时增强了皮肤屏障保护功能。

本研究结果显示,观察组 IAD 严重程度轻于对照组,且 IAD 持续时间显著短于对照组($P<0.01$),表明风险评估与分级护理有利于缩短神经外科危重症患者 IAD 持续时间。因为基于预警理念的整合型 IAD 管理方案是在充分了解危重症患者个体情况的前提下,整体预测和识别高危患者,并实施分级动态管理,根据 IAD 的不同等级采取个性化、科学化、精准化的预防 IAD 发展的护理措施,早发现、早处理有利于促进皮炎好转,缩短 IAD 持续时间。如当患者皮肤出现异常时,护理人员及时与压力性损伤甄别,准确判定 IAD,为 IAD 的动态评估、科学防治、精准施护指明方向;针对已确诊 IAD 的患者,根据皮炎展开评估,且依据不同皮肤损伤程度实施分级护理,并灵活应用个性化护理措施,实施破损皮肤隔离护理、抗真菌护理及皮肤暴露护理,故观察组的护理干预更具针对性,利于损伤愈合。

4 小结

本研究基于预警理念,构建神经外科危重症患者

IAD 风险分级护理方案,方案应用结果显示有利于降低患者 IAD 发生率、促进皮炎愈合。但本研究对象仅限于神经外科的危重症患者,研究周期较短,该方案是否适用于其他科室的危重症患者,以及长期的干预效果有待进一步研究。

参考文献:

[1] Black J M, Gray M, Bliss D Z, et al. MASD part 2[J]. J Wound Ostomy Cont, 2011, 38(4): 359-370.

[2] Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. A systematic review and meta analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development [J]. Res Nurs Health, 2014, 37(3): 204-218.

[3] Gray M, Beeckman D, Bliss D Z, et al. Incontinence associated dermatitis[J]. J Wound Ostomy Cont, 2012, 39(1): 61-74.

[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 Hea, 2016, 14(1): 15-23.

[5] 谢春晓,张静,吴娟,等.中文版会阴部位皮肤状况评估工具在失禁患者中应用的信效度评价[J].中国实用护理杂志, 2013, 29(29): 59-62.

[6] 袁秀群,孟晓红,杨艳,等.失禁性皮炎护理的研究进展[J].解放军护理杂志, 2017, 34(9): 51-55.

[7] 汪慧娟,郑红云,蒋红.神经外科重症患者失禁相关性皮炎的风险预警护理[J].护理学杂志, 2018, 33(11): 55-56.

[8] 闵小彦,郑晓倩,黄凡,等.双套管灌洗联合造口袋负压吸引预防 ICU 大便失禁患者失禁性皮炎的效果观察[J].护理学报, 2019, 26(5): 51-53.

[9] 王春雨,黄维肖,袁义厘,等.失禁性皮炎皮肤损伤评估量表的汉化及信度、效度评价[J].中国护理管理, 2016, 16(3): 337-340.

[10] 尹慧芳,徐建宁,冯洁惠.标准化沟通方式在重症监护病房病情交接中的应用[J].护理与康复, 2014, 13(7): 688-691.

[11] 宋娟,蒋琪霞,王雪妹.不同护理措施预防重症患者失禁相关性皮炎的对比研究[J].中华护理杂志, 2016, 51(1): 62-65.

[12] Doughty D, Junkin J, Kurz P, et al. Incontinence-associated dermatitis; consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges[J]. J Wound Ostomy Cont, 2012, 39(3): 303-317.

[13] 张煜,刘均娥,高风莉,等.基于行动研究的 ICU 失禁性皮炎护理方案改进与实施[J].护理学杂志, 2019, 34(23): 36-40.

[14] 徐丹,童莉,胡芬,等.老年失禁性皮炎患者的过程管控集束化护理[J].护理学杂志, 2019, 34(11): 72-74, 82.

[15] 甄莉,李雅男,赵明利.1 例回肠膀胱阴道瘘合并失禁性皮炎及压疮患者的护理[J].护理学报, 2017, 24(23): 62-64.