

融合视域下门诊慢性创面患者的一体化管理

夏冬云¹, 翁亚娟², 吴玲¹, 魏敏¹, 周少婧¹, 李剑¹, 徐寅¹

Integrated management of outpatients with chronic wound from the fusion perspective Xia Dongyun, Weng Yajuan, Wu Ling, Wei Min, Zhou Shaojing, Li Jian, Xu Yin

摘要:目的 探讨门诊慢性创面患者一体化管理效果。方法 将 60 例门诊慢性创面患者按照随机数字表法分成对照组和观察组各 30 例。对照组采用常规管理模式,观察组实施多学科跨专业融合的一体化管理,比较两组患者创面治疗效果、HAMA 焦虑评分、平均就诊次数和平均诊疗时间。结果 观察组创面治疗效果显著优于对照组,干预后 HAMA 焦虑评分显著低于对照组,平均就诊次数及诊疗时间显著少于或短于对照组(均 $P<0.05$)。结论 融合视域下门诊慢性创面一体化管理可促进患者创面愈合,改善负性情绪,减轻家庭负担。

关键词:慢性创面; 伤口护理; 一体化管理; 融合视域; 多学科合作; 焦虑; 就诊次数; 诊疗时间; 门诊

中图分类号:R47;C931.2 **文献标识码:**C **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.23.060

创面问题不但对患者造成身心痛苦,而且给家庭和社会带来了沉重负担^[1-2]。随着创面修复新技术、新方法的深入推进,慢性创面在管理机制、制度建设、人员配置、技术手段、质量管控等方面的实践已无法满足患者和社会需求,迫切需要构建基础与临床结合、门诊与住院衔接、预防与治疗兼顾、区域协同立体化的融合诊疗体系^[3]。根据国家卫生健康委办公厅关于加强体表慢性难愈合创面(溃疡)诊疗管理工作的通知文件精神,丰富修复内涵、创新技术方法是提高诊疗效果和服务能力的关键^[4]。鉴此,我院借鉴国内外慢性创面服务模式,结合国内伤口护理门诊的运行现况,融合临床、检验、影像、信息等多学科资源,对

门诊慢性创面患者实施一体化管理,取得了较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 1 月至 2021 年 12 月我院伤口护理门诊接诊的 60 例慢性创面患者作为研究对象。纳入标准:①创面符合慢性创面诊断标准^[4];②年龄 ≥ 18 岁;③患者知情同意并自愿参加本研究。排除标准:①伴有出血倾向;②并发全身感染;③并存心、肝、肾功能不全;④癌性创面。将患者按随机数字表法分为观察组和对照组各 30 例,研究过程中无脱落。两组一般资料比较见表 1。本研究获得医院伦理委员会批准(AF/SC-08/03.0)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄	伤口时间	创面类型(例)					
		男	女	(岁, $\bar{x} \pm s$)	(d, $\bar{x} \pm s$)	糖尿病足	手术切口不愈	下肢静脉曲张	压力性损伤	创伤性创面	放射性溃疡
对照组	30	21	9	74.90 $\pm$ 1.76	58.57 $\pm$ 13.60	5	4	5	8	6	2
观察组	30	19	11	78.11 $\pm$ 1.98	62.57 $\pm$ 12.73	4	4	5	9	6	2
χ^2/t		0.300		0.123	1.176	—					
P		0.584		0.902	0.244	1.000					

1.2 方法

1.2.1 创面管理方法

对照组采用常规创面管理模式,由伤口护理门诊护士对患者创面进行整体评估,给予创面清创、清洗、包扎等操作,完成创面的观察记录,发现异常及时通知医生进行处理,必要时启动多学科会诊(Multidisciplinary Team,MDT)诊疗路径,对患者实施健康教育,定期复诊。观察组构建并实施慢性创面一体化管理模式,具体如下。

1.2.1.1 组建跨专业 MDT 团队,促进学科融合 组建多学科融合的慢性创面诊疗专业团队,设立创面评估组、创面干预组和信息保障组,成员包括伤口专科护士、创面治疗师、医疗专科医生,超声诊断、影像科技师,输血科技师、信息护士和计算机工程师。专科护士负责首次评估筛查、创面处理、健康教育和随访;医疗专科医生负责创面再评估、诊疗方案制订和技术实施;超声诊断、影像科技师负责血管、组织检查和定位,协助诊断;输血科技师负责自体富血小板血浆(Platelet Rich Plasma,PRP)制备、诊疗方案的制订;信息护士和计算机工程师负责优化信息平台功能,解决技术故障,监控互联网服务质量。同时,以不同治疗重点建立亚专科团队,明确主攻方向和职责,如不典型创面组、下肢血管性溃疡组、压力性损伤组、糖尿病足创面组。另外,专业团队不断充实人力资源

作者单位:南京大学医学院附属鼓楼医院 1. 门诊伤口护理室 2. 护理部 (江苏 南京,210008)
夏冬云:女,本科,副主任护师,护士长
通信作者:翁亚娟,faith830406@hotmail.com
科研项目:南京大学医院管理研究所课题(NDYG2020049)
收稿:2022-07-20;修回:2022-09-16

库,定期培养不同专业的专科护士加入,充分满足慢性创面管理体系的人力保障。

1.2.1.2 创新创面诊疗技术和方法,加强技术融合

将先进的创面治疗技术和手段,负压伤口治疗技术、创面超声清创技术、PRP 治疗技术、肌内效贴技术、保湿敷料、生长因子、生物材料等合理化组合应用,提高创面治疗效果。针对感染性腔隙,经超声诊断腔隙大小和深度,制订早期引流方案,通过超声引导置管、负压伤口引流、二期缝合等方法促进创面愈合;针对难愈性压力性损伤,采取超声清创技术降低创面细菌负荷,根据创面治疗的不同阶段使用负压伤口治疗、PRP 治疗技术和新型敷料来缩短创面愈合时间;针对下肢静脉性溃疡,除了进行规范的创面治疗,同时使用压力治疗和肌内效贴技术减轻肢体肿胀,减少溃疡复发率;针对放射性溃疡,在加强创面渗液、气味、出血、感染管理的同时,实施创面局部疼痛管理方案,改善创面局部症状,减轻患者痛苦。

1.2.1.3 优化诊疗护理流程和路径,推进模式融合

基于循证,根据慢性创面的类型和特点,制订并完善慢性创面管理规范 and 护理流程,保障诊疗护理安全。必要时启动慢性创面 MDT 诊疗路径,开通 B 超、检验、摄片等辅助检查绿色通道,联系相关专科及时对创面情况、检查记录、诊疗方案等信息进行交接和反馈,动态评价创面治疗效果,需要时收治入院给予综合治疗和手术干预,出院后根据患者治疗和康复需要提供居家干预。对于进行负压伤口治疗的患者,建立居家负压伤口治疗管理路径,医、护、患三方共同管理创面,保证仪器运行、监控创面变化,及时处理并发病,使患者得到持续安全的创面治疗护理,提高创面治疗的有效性。针对罹患疾病老年人和行动不便患者,借助“互联网+护理服务”平台,构建慢性创面居家管理模式,完善专科护理知识库和患者档案数据库,建立风险评估机制,针对不同创面种类,通过多学科评估明确线上咨询或线下上门的干预方式,由慢性创面 MDT 管理团队的医护人员根据患者需求提供各项延续护理服务。同时通过伤口专科护理联盟,实施远程会诊和转介服务,确保创面治疗的全程化和专业化。

1.2.2 慢性创面诊疗质量管理 每周由伤口专科护士随访两组患者的创面治疗效果和居家护理情况,评价服务满意度。当患者创面治愈或患者自愿退出一体化管理即可对案例进行结案,8 周后由伤口专科护士对患者资料的完整性和质量进行审核并归档。定期针对疑难创面问题开展多学科分析和讨论,完善诊疗方案,持续改进创面管理质量。

1.2.3 评价方法 ①创面愈合情况。伤口护士对每次就诊患者的创面愈合情况进行评价,并将评价结果记录到患者个人信息档案,汇总患者 8 周的创面愈合

情况。参照相关文献^[6]制订伤口愈合判定标准:创口完全消失,上皮组织完全覆盖为痊愈;创面与就诊时相比缩小>75%为显效;创面与就诊时相比缩小25%~75%为有效;创面与就诊时相比缩小<25%,且上皮组织生长较少为无效。②焦虑情况。采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[7]于两组首次就诊和 8 周后进行调查。该量表包括 14 个条目,采用 5 级评分法,由“无症状”到“极重”依次赋 0~4 分,总分 0~56 分,评分越高焦虑程度越重。③就诊次数和诊疗时间。统计 8 周内两组患者至医院挂号就诊的次数和诊疗时间(从挂号至结束就诊的时间)。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行统计学描述、*t* 检验、 χ^2 检验、Fisher 精确概率检验及秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组创面疗效比较 首次就诊后 8 周内,对照组愈合、显效、有效、无效分别为 10 例、8 例、10 例、2 例,观察组分别为 13 例、15 例、2 例、0 例,两组比较, $Z=2.034, P=0.042$ 。

2.2 两组干预前后 HAMA 焦虑评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后 HAMA 焦虑评分比较
分, $M(P_{25}, P_{75})$

组别	例数	干预前	干预后
对照组	30	16.50(10.00, 25.25)	12.00(9.00, 20.00)
观察组	30	17.00(9.00, 25.25)	9.00(7.75, 11.00)
<i>Z</i>		0.030	2.941
<i>P</i>		0.976	0.003

2.3 两组就诊次数及诊疗时间比较 见表 3。

表 3 两组就诊次数及诊疗时间比较 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	就诊次数(次)	诊疗时间(min)
对照组	30	11.23±2.91	61.93±11.10
观察组	30	6.13±2.35	30.67±6.23
<i>t</i>		7.476	13.454
<i>P</i>		<0.001	<0.001

3 讨论

3.1 多学科融合有利于慢性创面管理的可持续发展 “融合视域”是指以融合为理念的视野或构架认识事物,包括管理资源、关键技术、专业人才、业务流程等关联要素的相互融合和渗透^[8]。在“融合视域”下,将多学科的优势资源进行汇聚整合,是促进慢性创面一体化管理的创新突破。本研究观察组改变过去单学科人员组合模式,充分拓展了伤口护理门诊外的主体力量,将创面相关的临床专科作为重要参与主体,同时将超声诊断、影像、病理、信息等辅助科室融入慢性创面管理体系的构建中,建立不同层次、不同形式的合作关系,如临床科室参与治疗、输血科参与 PRP 制备、影像

科参与疾病诊断、病理科参与方案制订、信息科参与诊疗路径的构建。通过多学科融合,进一步激发专业发展的内生动力,提高专科人才科学探索前沿和引领创新的能力,从而促进慢性创面管理的可持续发展。

3.2 多技术融合可提高慢性创面的治疗效果 慢性创面涉及多脏器、多系统病变,具有愈合难、疗程长、易反复等特点,严重危害患者的身心健康和生活质量。在治疗方面,需要依据患者全身和创面局部情况,建立个体化的序贯治疗方案^[9]。本研究观察组对于不同类型的慢性创面,在创面愈合的不同阶段,提供了标准化的技术实施方案,从风险控制、创面处理,到疾病预防、身心康复,融合了多部门、多专科的治疗护理技术。与此同时,根据不同治疗重点,将患者的需求分解到不同亚专科,交叉渗透,充分挖掘创面诊疗的先进技术,发挥各专科的专业能力和技术优势,真正做到无缝隙、一体化管理,使创面治疗更有效。研究结果显示,观察组创面愈合情况显著优于对照组($P<0.05$),说明通过专业、先进、系统的创面诊疗技术,有利于促进慢性创面愈合。

3.3 多模式融合可减轻慢性创面患者的家庭照护负担,缓解患者负性情绪 为了对慢性创面患者实施全程管理,减轻家庭照护负担,需要整合不同层级创面治疗组织,形成网络化的治疗体系,实现预防在家庭,筛查、初级治疗与康复在基层,重症治疗在主体医院的新模式^[1]。研究结果显示,观察组首次就诊后8周内平均就诊次数及平均诊疗时间显著少于及短于对照组,且观察组HAMA焦虑评分显著低于对照组(均 $P<0.05$)。本研究观察组借助“互联网+护理服务”平台,线上线下深度融合,打通了“最后一公里”瓶颈难题^[10],构建了医院—家庭之间、医院—社区之间的区域合作模式,将先进的创面治疗护理技术延伸至家庭,使创面患者在家就能得到连续性的创面照护。同时,创面一体化管理模式着眼于患者需求^[11],通过优化诊疗路径,完善诊疗方案,以会诊转诊机制促进不同专科和联盟之间的联合,解决患者转运困难、就诊频繁、方案局限等问题,减轻家庭人力成本和经济负担,缓解患者的负性情绪,促进身心康复。

4 小结

本研究发现,融合视域下的门诊慢性创面患者一体化管理有利于促进创面愈合,减轻家庭照护负担,缓解患者负性情绪,从而提升护士的专业价值。未来,需要深入探索慢性创面愈合机制和诊疗模式,进一步深化区域医疗卫生合作,使慢性创面的诊疗更加科学有效。

参考文献:

- [1] Qu W, Wang Z, Hunt C, et al. The effectiveness and safety of platelet-rich plasma for chronic wounds: a systematic review and meta-analysis[J]. Mayo Clin Proc, 2021,96(9):2407-2417.
- [2] 李静茹,王江玲,王蔚. 慢性伤口照护的卫生经济学评价研究进展[J]. 护理学杂志,2022,37(5):109-112.
- [3] 中华医学会创伤分会组织修复专业委员会. 慢性伤口诊疗指导意见[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:2-3.
- [4] 国家卫生健康委办公厅. 关于加强体表慢性难愈合创面(溃瘍)诊疗管理工作的通知[EB/OL]. (2019-11-29)[2022-07-15]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-12/19/content_5462308.htm.
- [5] 夏冬云,吴玲,姚乐申,等. 慢性创面病人负压伤口治疗技术居家管理模式的运行实践[J]. 护理研究,2020,34(18):3348-3351.
- [6] 赵冬梅. 延续性护理对慢性伤口患者的影响研究[J]. 现代诊断与治疗,2017,28(6):1154-1155.
- [7] 李姿慧,吴梦蝶,李琪,等. 汉密尔顿焦虑量表和焦虑自评量表在功能性消化不良伴焦虑状态中的应用[J]. 长春中医药大学学报,2018,34(4):787-790.
- [8] 田煜. 融合视域下通信建设项目档案管理模式的优化研究[J]. 北京档案,2018(7):31-33.
- [9] 韩花花,赵倩楠,刘振楠,等. 医护一体化治疗模式在难治性创面中的应用[J]. 河南大学学报(医学版),2021,40(3):225-229.
- [10] 苏永涛,隋颖,王春雷,等. 送医上门致力精准医疗 打通创面修复“最后一公里”[J]. 中国烧伤创疡杂志,2020,32(5):305-307.
- [11] 董敏,殷学利,黄素群,等. 专科联盟内慢性伤口患者基层医院就诊体验及卫生服务需求的质性研究[J]. 护理学杂志,2021,36(5):62-64.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第52页)

- [12] 郭丽萍,许秀芳,王文娟,等. 对肝癌介入栓塞术后并发症循证护理的临床应用[J]. 介入放射学杂志,2014,23(12):1099-1102.
- [13] Siriwaedana R C, Niriella M A, Dassanayake A S, et al. Factors affecting post-embolization fever and liver failure after transarterial chemoembolization in a cohort without background infective hepatitis — a prospective analysis[J]. BMC Gastroenterol, 2015,15:96-101.
- [14] 杨纪,李跃祥,于泳浩. 地塞米松与托烷司琼预防腹腔镜手术后恶心及呕吐作用的性别差异研究[J]. 中国全科医学,2017,20(29):3606-3612.
- [15] 印海林. 乳腺癌化疗患者恶心呕吐发生现状及其影响因素分析[J]. 当代医学,2022,28(9):147-149.
- [16] 赵益,程盛,王永琛,等. 肝动脉灌注化疗与经动脉化疗栓塞/栓塞治疗不可切除肝细胞癌疗效与安全系统性评价和Meta分析[J]. 中国普通外科杂志,2022,31(7):860-869.
- [17] 沈锋,邹奇飞,范明明,等. 中国腹腔镜肝癌切除术20年发展、问题与对策[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版),2021,15(4):369-373.
- [18] 石钦,周晨,刘家成,等. 载药栓塞材料在肝癌治疗中的应用[J]. 中华介入放射学电子杂志,2020,8(4):364-369.

(本文编辑 韩燕红)