

• 综 述 •

住院患者压疮预防集束化管理模式研究进展

何雪姣, 黄丽华

(浙江大学医学院附属第一医院, 浙江杭州 310009)

关键词: 压疮; 预防; 集束化; 管理模式 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2014.12.007

中图分类号: R471

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2014)12-1140-03

压疮 (pressure ulcer, PU) 是由于压力或者压力联合剪切力引起的皮肤或和皮下组织的局部损伤, 通常位于骨突出部位^[1]。护理集束化是一组以证据为基础的、针对特定患者群的护理干预措施和保健设施, 其共同作用产生的结果明显好于单项措施的应用, 是提高医疗质量的一种方法^[2-3]。现将住院患者压疮预防集束化管理模式研究进展综述如下。

1 住院患者压疮发病率及危害

加拿大和美国流行病学研究报道, 压疮在欧洲医院患病率为 8.3%~23%; 英国保健机构压疮总发病率为 10.2%, 其中 59% 为医院获得性压疮^[4]。国内报道神经科患者压疮发生率达 30%~60%^[5], 神经系统脊髓损伤患者的压疮发生率为 24.3%~39.1%^[6]。压疮直接降低患者生活质量, 增加患者痛苦、恐惧、隔离和焦虑^[7], 浪费社会资源, 增加住院费用, 甚至威胁生命^[8]。因此医疗机构把预防和控制住院患者压疮作为患者安全和持续性质量改进的指标^[9]。

2 压疮预防集束化管理模式

2.1 SKIN 集束化管理模式 SKIN 为首字母缩写, S 是 skin/surface type 的首字母, 是指皮肤的检查、评估及床垫、座垫等表面的类型, 包括安全检查, 垫子表面是否整齐、清洁等; K 则为 keep pressure off/keep moving 的首字母, 是指减少压力、剪切力、摩擦力, 鼓励活动, 如翻身等; I 是指尿失禁/潮湿 (incontinence/moisture) 的管理, 即协助入厕, 保持皮肤的清洁和干燥, 使用合适的预防

尿失禁产品; N 是指营养 (nutrition), 包括营养状态评估, 确保最佳的食物和液体摄入, 保持多喝水^[10]。SKIN 集束化模式是一个小型的、简单的循证实践^[10], 是一种理念, 经过教育后能被患者及照顾者理解的、易被临床采用的一种模式^[2], 是指导临床预防压疮、降低压疮发生率及用于员工培训的常用框架^[10-11]。其与护理计划的区别在于改善护理过程与结果的结构化过程^[11]。Harrison 等^[10]在 Medway Maritime 医院采用 SKIN 后, 压疮发生率显著下降。Gibbons 等^[12]在 67 个急性病治疗机构实行 SKIN 集束化管理, 明显降低压疮发生率。SKIN 集束化便于记忆、培训, 但不能囊括所有患者及压疮危险因素的所有方面。

2.2 SSKIN/SSKINS 集束化管理模式

SSKIN^[13]是在 SKIN 基础上发展形成的, 把 SKIN 中的 S 分列为支持表面 (surface) 和皮肤管理 (skin), 分别意为正确、合理使用合适的支持表面和正确进行皮肤评估、检查, 而 SSKIN 中的 KIN 与 SKIN 模式中的 KIN 基本相同。SSKINS 即在 SSKIN 基础上增加了自我护理 (selfcare), 即与患者讨论压疮危险等级, 并采用等级相应的预防策略。Keevil 等^[13]发现, 2010 年 Cornwall 社区医院成功使用 SSKIN 后比 2009 年~2010 年压疮发生率减少 50%, 2011 年~2012 年进一步减少了 20%, 并进一步把此集束化模式延伸到了 Cornwall 的家庭护理, 对于布莱登压疮评分^[14]<16 分患者, 每天以表格形式完成 SSKIN 记录, 如患者坐在床上或凳子上的时间^[15], 以监测、控制、督促压疮预防各个方面的落实, 在成功使用 SSKIN 后, 压疮发生率为 0^[13]。Watratt 等^[16]于 2012 年对于 Waterlow 压疮评分^[16]≥10 分患者, 启动 SSKINS 集束化程序, 目标是到 2013 年 12 月压疮数量减少

作者简介: 何雪姣 (1972—), 女, 本科, 硕士在读, 副主任护师, 护理部副主任, 现工作单位浙江金华广福医院。

收稿日期: 2014-07-15

通信作者: 黄丽华, 浙江大学医学院附属第一医院

50%。无论 SSKIN 还是 SSKINS, 都需要加强集束化管理模式的培训、考核, 提高护理人员对模式的依从性, 并对陪护人员、家属进行宣教, 取得他们的配合、支持。

2.3 SRISAG 集束化管理模式 由 Lahmann 等^[17] 2011 年提出, SRISAG 分别表示支持表面(surface)、变换体位(repositioning)、无法活动(immobility)、剪切力(shear)、年龄(age)、性别(gender)等。SRISAG 的模式较简单, 其代表的几个因素被认为是在压疮预防中起着关键的作用。SRISAG 模式不仅可用于调整医院获得性压疮的发生率, 还可作为比较不同专科领域压疮发生率的护理质量指标。在 2002~2009 年期间 8 个多中心压疮研究调查 256 所德国的医院, 通过对收集的患者的数据(n=32 400)进行二次分析, 采用 SRISAG 逻辑回归模型来控制不同的病例组合, 发现压疮的风险因素及预防在重症监护病房与普通病房是不同的, 两者之间的优势比经过 SRISAG 逻辑回归模型调整后, 其优势率从 4.3 减少到 1.5^[17]。所以在实际临床工作中, 应根据不同的目的、人群采用不同的压疮集束化管理模式。

2.4 RED FRAMES 集束化管理模式 Stirling^[18] 在 2007 年提出 RED FRAMES 模式。RED 中的 R(reduce/relieve/report)是指减少危险因素、减轻局部压力、报告任何的压伤或意外事件; E(educate/evaluate)为教育患者或陪护人员、评估皮肤及压疮管理计划; D(document)即为病情记录及出院时或转运时的记录。FRAMES 分别是指感觉(feeling)、体位更换(repositioning)、年龄(age)、潮湿(moisture)、饮食(eating)、基础疾病(sickness)的首字母缩写。RED 意指红色的、红灯, 是对受压皮肤的警告及危险因素或压疮的识别, FRAMES 是对危险因素的提取。该模式尽可能多地概括压疮危险因素, 除了系统化预防压疮外, 也帮助经培训的专业护理人员或未经过专业培训的陪护者理解、记忆。据美国压疮时点患病率 PUPP 调查显示, 2007 年 10 月即在该模式执行了 8 个月, 其医院获得性压疮患病率仅 18.2%(州平均为 56.2%)^[18]。RED FRAMES 以知识片段的形式, 帮助培训和教育, 提高护理人员及陪护者的执行力度, 但在具体实践过程中, 仍需结合专业人员的技能、知识和临床护理实践, 进行评估及综合临床判断。

2.5 其他集束化预防管理方式 如医疗保健改进协会(institute for health care improvement, IHI)对集束化压疮预防管理结合 6 个方面的内容, 包括评估和再评估、日常皮肤监测、潮湿管理、最佳营养、减压等^[3]; Guy 等^[19] 也报道类似的 6 个方面; 压疮根本原因分析(PURCA)是另外一个寻找压疮如何发生的有效方式^[12], 能发现压疮潜在的根本原因^[15], 并减少压疮的发生。

3 结 语

压疮是护理质量的敏感性指标, 其预防管理是全方位的。在临床实践中, 如何结合多学科组成的团队合作、综合临床判断, 制定与年龄相关的个体化的、具体有效、可行的预防策略, 增加临床操作可行性, 便于医院进行护理质量评价和过程监控, 降低压疮发生率, 是一个护理重点、难点课题。目前, 国内尚无系统的最佳的压疮预防集束化管理模式, 有必要从循证的角度, 结合我国国情进行研究, 以找到更好的预防压疮的途径。

参考文献:

- [1] Stephen—Haynes J. Achieving effective outcomes; monitoring the effectiveness of the Softform Premier Active™ mattress [J]. Wound Care, 2010(9):48—54.
- [2] Evans AM, Barklam D, Hone K, et al. Reducing pressure damage; care bundles and collaborative elearning [J]. British Journal of Nursing, 2013, 22(12):S32—S38.
- [3] Bush H. Consistent treatment practices help a small hospital achieve big results [N]. AHA News, 2009—9—28(7).
- [4] McInnes E, Bell—Syer SE, Dumville JC, et al. Support surfaces for pressure ulcer prevention [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2008, 8(4):1735.
- [5] 徐建珍, 钱瑞莲, 赵卫红, 等. Braden 评分预测神经科患者压疮的准确性及影响准确性因素的分析 [J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(7):42—44.
- [6] 梁慧敏, 王春梅. 3 种压疮危险评估表对脊髓损伤病人压疮预测效果的比较研究 [J]. 护理研究, 2010, 24(12):1064—1065.
- [7] Moore ZE, Cowman S. Repositioning for treating pressure ulcers [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2009(2):6898.
- [8] Dealey C, Posnett J, Walker A. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom [J]. J Wound Care, 2012, 21(6):261—266.
- [9] Sullivan N, Schoelles KM. Preventing in—facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review [J]. Annals of internal medicine, 2013, 158(5):410—416.
- [10] Harrison T, Kindred J, Marks—Maran D. Reducing avoidable harm caused by pressure ulcers [J]. British Journal of Nursing, 2013, 22(6):4—14.
- [11] Jones ML. Prevention and treatment of superficial pressure

- damage[J]. Nursing & Residential Care, 2012, 14(1): 14—20.
- [12] Gibbons W, Shanks HT, Kleinheiter P, et al. Eliminating facility acquired pressure ulcer at a scension health[J]. Journal on quality and patient safety, 2006, 32(9): 488—496.
- [13] Keevil J, Kimpton N. Reducing pressure ulcers in care homes in Cornwall[J]. Nursing & Residential care, 2012, 14(9): 456—461.
- [14] Anders J, Heinemann A, Leffmann C, et al. Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention[J]. Dtsch Arztebl Int, 2010, 107(21): 371—382.
- [15] Parnham A. Innovation in tissue viability documentation for acute services[J]. Journal of Wound Care, 2011, 20(9): 445—448.
- [16] Watras L, Middler F. Identifying patients at risk of pressure ulcers[J]. Journal of Community Nursing, 2012, 26(6): 37—40.
- [17] Lahmann NA, Kottner J, Dassen T, et al. Higher pressure ulcer risk on intensive care? — Comparison between general wards and intensive care units[J]. J C N, 2011(21): 354—361.
- [18] Stirling M. RED FRAMES: an introduction to pressure education and memory aids[J]. Wound Practice and Research, 2009, 17(1): 43—51.
- [19] Guy H, Downie F, McIntyre L, et al. Pressure ulcer prevention: making a difference across a health authority? [J]. British Journal of Nursing, 2013, 22(12): 4—13.

孕妇体重管理及其相关因素研究进展

曹淑殷, 余晓燕

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江杭州 310006)

关键词: 体重管理; 孕妇; 相关因素 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2014.12.008

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A

文章编号: 1671-9875(2014)12-1142-04

人们的体重随饮食结构和生活模式的转变发生着巨大的变化。世界卫生组织(WHO)最新报道显示, 2008 年 20 岁以上的成年人约有 35% 超重, 肥胖人群数量几乎为 1980 年的 2 倍。妇女作为孕育后代的特殊人群, 不适的体重影响孕妇自身(如妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、产后出血等)^[1]以及后代(如早产儿、巨大儿、心血管病、肥胖、高血压和糖尿病等)^[2]的健康。身体质量指数(body mass index, BMI), 简称体重指数或体质指数, 为体重/身高的平方(kg/m²), 是目前国际上普遍用于衡量人体胖瘦以及健康与否的标准。合理的孕前体重/BMI 和孕期增重对孕妇十分必要。已有很多关于孕妇体重/BMI 的研究, 本综述旨在对孕妇体重/BMI 状况、体重管理及其相关的因素进行概括, 为孕妇体重管理提供相关理论依据。

1 孕妇体重/BMI 状况

1.1 孕妇孕前体重/BMI 状况 广义上孕妇孕前

体重/BMI 是未妊娠育龄期妇女的体重/BMI, 但目前大多研究所指孕前体重/BMI 是距妊娠最近或妊娠早期的体重/BMI(因孕早期体重变化小)。目前较少有关于总体孕妇孕前体重现状的调查。孕妇孕前超重和肥胖在世界范围普遍存在且呈上升趋势。WHO 最近数据显示: 在欧洲、美洲和东地中海区域, 超过 50% 的女性超重; 而在美、英、中国和印度等成年女性超重比例分别为 61.3%、56.5%、18.8% 和 12.3%。Oken 等^[1]于 1999—2002 年在美国的调查显示超重和肥胖者占 39%; 韩国孕妇(2 454 例)孕前超重和肥胖为 18.3%^[3]。在我国, 有学者^[4]早年间对浙江、江苏、河北 17 个县市 112 577 名孕妇进行调查显示, 体重过高者占 8.8%; 近年有研究显示我国孕妇孕前超重和肥胖者在 20%—40% 之间, 且呈上升趋势^[5]。与此同时, 世界范围内孕妇孕前体重过低的现象仍存在。亚洲孕前体重过低人群比例相对于经济发达地区的白种人和黑种人要高^[6], 越南孕妇孕前 BMI 过低为 26.1%^[7], 日本有 22.7% 孕妇孕前体重过低^[8], 韩国孕前体重过低者 17.3%^[3], 我

作者简介: 曹淑殷(1992—), 女, 本科, 硕士在读, 学生。

收稿日期: 2014-08-12

通信作者: 余晓燕, 浙江大学医学院附属妇产科医院