

基于加速康复模式下伤口专科护士在普外科手术伤口管理中的推广效果

张洪微, 张红妹*, 管玉婷

青岛大学附属医院急诊普外科, 山东 青岛

收稿日期: 2025年1月15日; 录用日期: 2025年2月9日; 发布日期: 2025年2月14日

摘要

目的: 探讨基于加速康复模式下伤口专科护士在普外科手术伤口管理工作中的推广效果。方法: 将2023年6月~2023年8月在我科行胃肠手术的132例患者为对照组, 2023年11月~2024年1月在我科行胃肠手术的143例患者为观察组。比较两组患者伤口感染发生率, 术后住院天数, 患者等待换药的时间, 责任护士寻找告知医生换药的时间, 医生在伤口管理上的时间, 以及患者的满意度。结果: 试验组和对照组的感染发生率分别为1.67%和2.27%, 胃部手术患者术后住院时间分别为 (9.00 ± 2.04) d和 (9.64 ± 0.92) d, 结直肠手术患者术后住院时间分别为 (7.64 ± 1.86) d和 (8.12 ± 1.05) d, 患者等待换药时间分别为 7.75 ± 4.57 min和 20.40 ± 14.68 min, 责任护士寻找告知医师换药的时间分别为 2.55 ± 1.23 min/d和 12.20 ± 5.54 min/d, 医师用于伤口管理的时间分别为 2.46 ± 1.30 min/d和 9.56 ± 3.59 min/d, 两组比较, 除感染发生率外差异均有统计学意义($P < 0.05$)。患者术后住院时间、责任护士寻找告知医师换药时间、患者等待换药的时间以及医师用于伤口管理时间均明显缩短, 而且患者对伤口管理的满意度高于95%。结论: 伤口专科护士为主导的医护一体化手术伤口管理模式能够缩短患者术后住院时间、患者等待换药时间, 符合ERAS发展的需求, 丰富了ERAS内涵。同时能够减少护士寻找告知医师换药时间, 缩短医师在伤口管理中的时间, 利于科室伤口管理资料数据的收集, 提高了医护工作效率, 增强了科室凝聚力, 实现了医护患三满意, 值得推广。

关键词

加速康复外科, 伤口专科护士, 伤口管理, 换药等待时间, 换药告知时间, 患者满意度

The Promotional Effect of Specialized Wound Nurses in Surgical Wound Management in General Surgery under the Enhanced Recovery after Surgery Model

*通讯作者。

文章引用: 张洪微, 张红妹, 管玉婷. 基于加速康复模式下伤口专科护士在普外科手术伤口管理中的推广效果[J]. 临床医学进展, 2025, 15(2): 364-370. DOI: 10.12677/acm.2025.152355

Hongwei Zhang, Hongmei Zhang*, Yuting Guan

Department of Emergency General Surgery, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Jan. 15th, 2025; accepted: Feb. 9th, 2025; published: Feb. 14th, 2025

Abstract

Objective: To explore the promotion effect of specialized wound nurses in wound management of general surgery under accelerated rehabilitation mode. **Methods:** 132 patients who underwent gastrointestinal surgery in our department from June 2023 to August 2023 were taken as the control group, and 143 patients who underwent gastrointestinal surgery in our department from November 2023 to January 2024 were taken as the observation group. The incidence of wound infection, the number of days in hospital after surgery, the time for patients to wait for dressing change, the time for responsible nurses to find and inform doctors of dressing change, the time for doctors to manage wounds, and patient satisfaction were compared between the two groups. **Results:** The incidence of infection in the test group and the control group was 1.67% and 2.27%, respectively. The hospitalization time of patients with gastric surgery was (9.00 ± 2.04) days and (9.64 ± 0.92) days, respectively. The hospitalization time of patients with colorectal surgery was (7.64 ± 1.86) days and (8.12 ± 1.05) days, respectively. The waiting time for dressing change was 7.75 ± 4.57 min and 20.4 ± 14.68 min, respectively. The time for the responsible nurse to seek and inform the physician to change the dressing was 2.55 ± 1.23 min/d and 12.20 ± 5.54 min/d, respectively, and the time for the physician to use wound management was 2.46 ± 1.30 min/d and 9.56 ± 3.59 min/d, respectively. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$), except for the incidence of infection. The patient's length of stay after surgery, the time for the responsible nurse to seek and inform the doctor about dressing change, the time for the patient to wait for dressing change, and the time for the doctor to use wound management were significantly shortened, and the patient's satisfaction with wound management was higher than 95%. **Conclusion:** The integrated medical and nursing wound management mode led by specialized wound nurses can shorten the hospital stay and waiting time of patients after surgery, meet the needs of ERAS development, and enrich the connotation of ERAS. At the same time, it can reduce the time for nurses to find and inform doctors about dressing changes, shorten doctors' time in wound management, facilitate the collection of department wound management data, improve the efficiency of medical and nursing work, enhance the cohesion of departments, and achieve the three satisfaction of doctors, nurses and patients, which is worth promoting.

Keywords

Enhanced Recovery after Surgery, Specialized Wound Nurses, Wound Management, Waiting Time for Dressing Change, Inform Time of Dressing Change, Patient Satisfaction

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

加速康复外科(ERAS)是指采用有循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施,以减少手术患者的生理及心理的创伤应激,达到快速康复[1]。近年来随着 ERAS 理念的推广,早期下床活动、饮食管理、

液体的管理等已备受关注，相关的治疗护理措施相当到位，但 ERAS 模式下手术伤口的管理鲜有报道。有研究表明医生或护士单方面从事伤口治疗都会因为专业特征的限制而难以使治疗完善[2]。因此在伤口治疗过程中构建医护一体化模式是必然之选[3][4]，而关于医护一体化管理模式的报道多在于慢性伤口的管理方面[5]，但是在手术患者术后手术伤口的管理方面较少。我院于 2023 年 9 月份开始实施探索基于加速康复模式下以伤口专科护士为主导的医护一体化手术伤口管理模式，由护理部和医务处牵头，成立组建了各科室伤口管理团队，培训考核合格后开展工作。我科为重点试行科室之一，积极配合医院开展伤口管理工作新模式，在临床工作中医护紧密合作充分发挥各自的专业优势，共同管理伤口，将 ERAS 理念进一步提升，达到了医护患三方的满意度。现报道如下。

2. 对象与方法

2.1. 一般资料

对照组为 2023 年 6 月~2023 年 8 月在我科行胃肠道手术的 132 名患者。2023 年 9 月和 10 月是伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理的试运行阶段不进行数据收集。观察组为 2023 年 11 月至 2024 年 1 月在我科进行胃肠手术的 143 例患者，采取以伤口专科护士为主导的医护一体化模式进行伤口管理。两组患者入选标准均为：1) 行胃肠道手术；2) 年龄在 18~75 岁；3) 符合 ERAS 要求，无严重的器官功能障碍；4) 术前未接受新辅助放化疗。排除标准：1) 术前已进行放化疗患者；2) 伴有其他慢性疾病如糖尿病、血液病等影响伤口愈合的患者。两组患者均采用科室加速康复理念进行治疗护理。两组患者在性别、年龄、文化程度、手术方式等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。见表 1。

Table 1. Comparison of general information between two groups of patients

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	年龄 (岁)	性别 (男/女)	文化程度			疾病类型		手术方式		伤口愈合类型	
			小学及 以下	中学	大学及 以上	胃部 手术	结直肠 手术	腹腔镜 手术	开放 手术	一期 愈合	二期 愈合
观察组(143)	60.35 ± 8.16	87/56	49	51	43	58	85	86	57	141	2
对照组(132)	60.96 ± 7.62	72/60	45	56	31	49	83	72	60	129	3
T/ χ^2	-0.537	1.115		1.913		0.341		0.879		0.008	
P	0.593	0.291		0.384		0.559		0.349		0.928	

2.2. 方法

2.2.1. 对照组

采取传统的医生换药管理手术伤口的模式。每日由主任和(或)医疗组长带领下级医师查房并查看患者伤口、评估伤口愈合情况，按需指导下级医师进行伤口处理。使用一次性无菌换药盒，首先移去外层敷料，再用镊子揭去内层敷料，如果内层敷料干结粘着，先用生理盐水浸湿后再揭除，用一把镊子直接用于接触伤口，另一把镊子传递换药碗中物品，碘伏棉球消毒伤口及周围皮肤，最后用无菌敷料覆盖并黏贴固定，必要时根据伤口情况选择用药。护士负责伤口敷料外观的观察，发现伤口渗血渗液，及时通知医生进行换药。

2.2.2. 观察组

实施以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式，具体实施措施如下：

1) 建立医护一体化伤口管理模式的组织结构：由护理部牵头成立医院伤口管理专家组，专家组负责

临床科室伤口工作现状的调研、评估,进行伤口专科护士的选拔(试点的每个外科护理单元推举2名工作大于5年以上的骨干主管护师),组织伤口专科护士的培训(进行为期5天的授课学习,以理论授课、工作坊、小组讨论等方式开展,理论授课内容包括皮肤的解剖生理、影响伤口愈合的各种因素、伤口的评估、各种伤口的处理等,操作授课包括示范伤口换药、填塞、拆线、拔管等临床操作)、考核(在伤口管理考核小组监督下完成5例以上一期愈合伤口换药操作且符合操作规范及流程,理论知识考核达90分以上,方可准入)、管控(伤口考核小组每月考核一次,连续两次)、督导(开始每周汇报检查一次,一月后每两周一次,三个月后改为每月一次,为期3个月,以后跟随医院其他常规操作检查督导)等。各临床科室在上述基础上再根据科室具体情况,成立医护一体化伤口管理团队,各成员进行分工合作,职责明确,对各类伤口进行分级管理。

2) 以伤口专科护士为主导的医护一体化的科室伤口管理工作模式:本科室伤口管理小组由1名科主任、3名医疗组长、1名国家级ET师和2名伤口专科护士组成。伤口专科护士每日参与医生查房,了解患者病情、治疗方案,评估患者手术伤口情况。查房完毕一期愈合伤口如闭合伤口、浅表伤口由伤口专科护士进行手术伤口换药、拔管、拆线等伤口管理工作,每次换药后对伤口进行全面评估和记录,包括部位、大小、渗液、疼痛评分等。二期愈合伤口如感染或裂开、深部、潜行等特殊、复杂、疑难伤口由伤口专科护士和主管医师共同探讨评估制定换药方案,共同处理。伤口专科护士在换药的同时与家属进行有利于伤口愈合的知识宣教,换药后进行伤口愈合情况等相关资料的登记。

3) 医护合作共同做好手术患者出院后的伤口延续护理:① 建立科室医患沟通微信群,定期发布伤口管理的健康宣教知识,患者及家属可通过微信群咨询病情和伤口愈合相关问题,每日由住院总和(或)伤口专科护士进行答疑解惑。② 与造口伤口护理门诊建立合作关系,指导患者出院后到门诊进行伤口换药和复查。③ 电话随访,术后2周及1月进行电话随访,了解患者术后伤口愈合情况和疾病康复情况。

2.3. 评价指标

1) 统计两组患者术后住院天数和30天内伤口感染发生率。2) 科室基于本科室临床工作的具体情况制定患者等待伤口换药时间及责任护士寻找告知医生换药时间等时间量表。3) 患者满意度评分:由护理部统一制定手术患者对伤口专科护士伤口管理的满意度调查表。

2.4. 统计学方法

采用SPSS 23.0统计软件包进行统计学分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,使用T检验分析统计结果;计数资料采用频数表示,使用 χ^2 检验分析统计结果; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者的伤口感染发生率比较

实施以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式后,伤口感染的发生率差异无统计学意义。观察组和对照组胃部手术患者术后住院时间分别为(9.00 ± 2.04) d和(9.64 ± 0.92) d,结直肠手术患者术后住院时间分别为(7.64 ± 1.86) d和(8.12 ± 1.05) d, $P < 0.05$ 有明显的统计学意义,减少了患者的住院天数,降低了住院费用。详见表2。

3.2. 两组患者的伤口管理时间比较

观察组患者寻找医护换药频次明显少于对照组,观察组患者等待伤口换药的时间、责任护士用于寻找告知医生换药时间及医师用于伤口管理时间较对照组明显缩短,差异有统计学意义($P < 0.05$) (详见表

3), 提高了责任护士的工作效率, 减少无形的时间浪费, 同时医师用于伤口管理的时间减少, 将更多的时间用于疾病的诊断、手术等。

Table 2. Postoperative length of hospital stay and incidence of wound infection within 30 days for two groups of patients
表 2. 两组患者术后住院天数和 30 天内伤口感染发生率

组别	术后住院天数(d)		感染发生例数(个)
	结直肠手术	胃部手术	
观察组	7.64 ± 1.86	9.00 ± 2.04	2
对照组	8.12 ± 1.05	9.64 ± 0.92	3
T/ χ^2	-2.084	-2.167	
P 值(Fisher)	0.039	0.033	0.673

Table 3. Statistical table of two groups of patients at different times
表 3. 两组患者各时间统计表

组别	患者寻找换药频次 (次/天)	患者等待换药时间 (分钟/次)	护士寻找告知医生(伤口 护士)时间 (分钟/天)	医生伤口管理时间 (分钟/天/人)
观察组	1.73 ± 1.05	7.75 ± 4.57	1.10 ± 0.63	2.46 ± 1.30
对照组	3.07 ± 1.21	20.4 ± 14.68	7.99 ± 2.69	9.56 ± 3.59
T 值	-7.917	-3.973	-23.677	-17.661
P 值	0.000	0.001	0.000	0.000

3.3. 两组患者的满意度比较

实施以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式后, 让患者能从言行上体会到医护人员的关心, 行动上看到耐心和细心, 患者对伤口专科护士的满意度达 95%以上(详见表 4)。

Table 4. Patient satisfaction with wound management by specialized wound nurses
表 4. 患者对伤口专科护士伤口管理的满意度

条目	满意度(%)
1. 护士对我伤口护理方面的需求反应迅速	95.21
2. 护士进行伤口换药时尊重我和家属	96.03
3. 护士能满足我伤口护理方面的需求	95.76
4. 护士能帮助我解决伤口相关的问题	96.02
5. 护士会向我清晰解释伤口护理的过程	96.32
6. 护士指导我照顾自己的伤口	95.16
7. 护士给我进行伤口换药时关心我的感受	96.87
8. 护士教会我学习怎么使用一些伤口护理的产品(需要时)	95.04
9. 您觉得护士伤口护理操作的整体表现	96.02

4. 讨论

4.1. 以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式符合 ERAS 发展的需求, 丰富了 ERAS 内涵

伤口管理的最终目的是防止伤口感染, 促进伤口愈合, 使患者早日康复。传统的伤口管理模式, 医生是换药的主体, 而执行者绝大多数是轮转的住院医师、进修人员以及研究生, 而非本科室固定医生。由于各科室疾病种类和伤口类型不一, 伤口处理的方式有差异, 工作的理念也存在一定差距, 加之工作量大, 年轻医生要定期进行轮转, 主人翁意识差, 伤口管理欠规范, 漏换药、换药次数过频、各种敷料应用不当、医嘱收费不规范等现象时有发生[6][7]。实施以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式后, 患者手术伤口感染的发生率并未提高反而下降, 说明伤口专科护士能够胜任伤口管理工作, 术后患者住院时间的减少, 证明该管理模式符合 ERAS 发展的需求, 丰富了 ERAS 的内涵。同时, 规范了科室手术伤口换药的流程、方式方法、频次, 敷料使用的规范性等, 并严格落实医保收费管理制度, 使伤口管理更加精细化合理化, 无形中创造了经济利益, 节省了大量社会资源。

4.2. 提升了患者就医体验和患者满意度

有研究表明, 随着医疗业务的增长, 医生的工作量已接近饱和状态, 尤其是外科医生, 查房、手术、门诊、科研, 医生可能会侧重于疾病的诊断、手术方式的改良、药物的应用等方面的研究, 留给伤口管理的时间相对较少[8]。因此, 临床工作中家属追着护士询问换药相关事宜的现象屡见不鲜, 少则询问 1~2 次, 等待 10~20 分钟, 多则询问 5~6 次, 等待 3~4 小时, 患者及家属常有怨言。实施以伤口专科护士为主导的医护一体化的伤口管理模式后, 大大减少了家属询问等待换药的频次和缩短了等待换药的时间, 提高了患者的就医体验和满意度。

4.3. 提高工作效率, 增强科室凝聚力

在传统工作模式下, 患者若有伤口换药需求, 往往是患者找护士, 责任护士来回寻找通知主管医生, 无形中增加了责任护士的工作量, 若医生正在手术或门诊接到病房护士的通知, 可能会影响其工作的质量和效率[9][10]。实施以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式后, 减轻了医生的伤口管理工作量, 减少了医生伤口管理的时间, 减少了责任护士无效劳动的时间, 真正做到了将责任护士还给患者, 将主管医生还给治疗, 提高工作效率, 同时促进医护沟通, 增强科室凝聚力。

4.4. 增强护理健康宣教的效果, 提升了护士的自身价值

换药不是单纯的换药, 也是健康宣教的契机。伤口专科护士在换药的同时可以了解患者的饮食、活动、伤口愈合情况, 同时进行针对性的健康宣教, 是责任护士健康宣教的补充和加强, 能够提高患者健康行为的依从性, 提高护理健康宣教管理的达标率。伤口专科护士不仅有渊博的理论知识, 还有丰富的临床经验, 能够充分发挥专业所长, 实现自身的专业价值, 得到患者及同事的敬重, 因此可以提高护士的自身价值感。临床护士的出路, 不再局限于管理岗位, 成为临床护理专家也是护士的职业目标。

4.5. 完善了科室手术伤口管理资料

伤口专科护士参与全科室患者的伤口管理, 不局限于某个医疗组或某个疾病, 因此了解掌握全科室患者的伤口情况, 伤口资料的统计更真实全面。伤口专科护士多为专业知识渊博经验丰富的老护士, 对资料的统计可能更加细心、耐心, 利于科室伤口管理资料的收集整理。

研究表明, 以伤口专科护士为主导的医护一体化伤口管理模式, 使手术伤口管理更加规范化、专

业化、精细化,减少了患者的住院天数,提高了医护人员的工作效率和患者的满意度,符合 ERAS 的发展要求,丰富了 ERAS 的内涵,实现了各种资源和优势的最大整合,值得推广。但是,伤口的管理不仅仅局限于伤口的局部处理,需要医护患三方共同参与管理,才能更快更好地愈合。另外伤口专科护士的发展面临较多挑战,如护士的伤口处理能力缺乏官方法律认证,各医院的管理体制缺乏健全,无相应的法律保护。鉴于此,我们应该立足各医院的实际情况,使伤口专科护理积极有序健康的发展。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会. 中国加速康复外科临床实践指南(2021 版) [J]. 中国实用外科杂志, 2021, 41(9): 961-992.
- [2] 邵燕, 孙志琴, 陆娴, 徐宇红, 韩云芳. 以专科护士为主导的创面修复病房的建立和管理[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(7): 965-968.
- [3] 田君叶, 张佩英, 丁炎明. 我国伤口造口失禁专科护士工作现状调查[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(6): 747-753.
- [4] 刘雨薇, 杨婕, 李卡. 医护一体工作模式国内外发展现状与思考[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(27): 2150-2153.
- [5] 戴燕, 石玉兰, 余静雅. 伤口治疗多模式的探索、实践与成效[J]. 华西医学, 2021, 36(4): 506-509.
- [6] 魏莹莹, 徐银铃, 周金阳, 蔡新良, 潘一衡, 石兰萍. 护士主导手术伤口管理模式的建立与实践[J]. 中国护理管理, 2021, 8, 21(8): 1261-1265.
- [7] 邱彬彬, 苏娅丽, 王丕琳, 等. 医护一体化在乳腺外科患者全程管理中的应用[J]. 中国护理管理, 2015, 15(1): 1-4.
- [8] 沈迪文, 张宁, 马辉, 等. 外科医生的职业倦怠及相关因素[J]. 临床精神医学杂志 2019, 29(3): 192-194.
- [9] 胡宏鸯, 叶志弘, 顾磊磊, 等. 临床护士介入术后切口换药项目的培训与实施. 中国实用护理杂志, 2009, 25(31): 36-37.
- [10] 周丹, 郭思思, 谭勤, 等. 医护一体化模式在胃癌术后伤口管理中的应用[J]. 当代护士, 2020, 27(10): 52-53.