

疮口中医护理评估指标体系的构建

郝丽¹ 孙众² 岳丽娜³ 徐旭英³ 王广宇³ 石春红³ 徐国丽⁴ 赵国敏¹

(1. 首都医科大学附属北京中医医院护理部, 北京 100010; 2. 首都医科大学附属北京中医医院疾控处, 北京 100010; 3. 首都医科大学附属北京中医医院疮疡外科, 北京 100010; 4. 首都医科大学附属北京中医医院普外科, 北京 100010)

【摘要】目的 构建一套科学、系统的疮口中医护理评估的指标体系, 促进疮口中医护理评估的规范化建设。**方法** 在文献检索、研究小组讨论的基础上形成专家咨询问卷初稿, 经过 2 轮德尔菲专家咨询, 确定疮口中医护理评估指标体系。**结果** 2 轮专家咨询问卷有效回收率均为 95%, 专家权威系数分别为 0.91、0.93, 肯德尔和谐系数分别为 0.201、0.226, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 最终确立的疮口中医护理评估指标体系包括 3 个一级指标、16 个二级指标、28 个三级指标。**结论** 疮口中医护理评估的指标体系具有较高的科学性与可靠性, 可为疮口的中医护理评估提供依据。

【关键词】 疮口; 中医护理; 评估指标; 德尔菲

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.08.022

疮口是疮疡的主要病症之一。疮疡是由于各种致病因素侵袭人体, 从而引起的体表化脓性疾患, 是中医外科范围中最普遍, 最常见的疾病。一般皮肤出现感染, 伤口比较浅, 称为“疡”。在肌肉深处的感染, 脓血郁积较深, 同时伴有红肿热痛, 称为“疮”^[1]。疮口常由见于糖尿病、静脉曲张、动脉炎、动脉硬化、缺血性疾病、神经系统疾病等引起的并发症, 大多需要长时间治疗, 其医疗费用高。随着人口老龄化进程, 糖尿病、压力性损伤、下肢静脉溃疡等疾病的发病率逐年上升, 慢性疮疡的发生率越来越高。据 WHO 统计, 预计到 2045 年全球糖尿病的患病人数将增至 6 亿人, 研究推测我国约 1.5 亿糖尿病患者中超过 15% 的患者将产生慢性伤口^[2-3]。压力性损伤的全球现患率达 4.5%~32.86%^[4-5]。国外研究显示, 静脉溃疡的发生率约为 1%, 美国每年静脉溃疡患者约需花费 30 亿美元治疗, 其治疗费用占总医疗预算的 1%~3%^[6]。疮口的发生大量消耗医疗资源, 值得高度重视。在每次处理疮口前都要动态评估患者疮口及全身状况, 选择适宜的药物和方法进行治疗、护理, 关于伤口护理的研究与标准受到重视。目前采用英国组织活性协会提出 TIME 原则^[7]用于评估和判断伤口, 德国慢性伤口协会

(Initiative Chronic Wound, ICW) 于 2009 年发表了《慢性伤口护理的专家标准》等^[8]。但检索发现, 目前仍未有关于疮口中医护理评估规范化的相关研究。因此, 本研究旨在引入循证思维, 探索疮口中医护理评估的指标体系, 促进疮口中医护理评估的规范化建设, 从而提升护理水平, 也便于培训和考核评价, 为进一步推动中医护理经典技术的传承与推广打下基础。

1 资料

从中国知网、万方、维普、sinomed 搜索 2017—2021 年 5 年的核心期刊临床研究论文, 检索词: 溃疡、创面、糖尿病足、伤口、骨髓炎、渗出、分泌物、皮损、创周、手术、术后、脱疽、坏疽、脓疮、创面、疮周、痈、疽、疔、疖。排除动物研究、药理研究、非疮口的研究等。经过查重、核心期刊筛选和人工筛选后最终筛出文献 823 篇。通过阅读文献并分析, 拟出疮口中医护理评估指标体系初稿, 包括 3 个一级指标、17 个二级指标、20 个三级指标。

2 方法

2.1 研究小组

研究小组由 9 名成员组成, 其中高级职称 4 名、中级职称 5 名, 成员所在单位均为首都医科大

基金项目:北京市中医药科技发展资金项目(JJ-2020-65)

作者简介:郝丽,女,60岁,大学本科,主任护师。研究方向:中医护理。

通信作者:赵国敏,E-mail:zhaoguomin62@163.com

引用格式:郝丽,孙众,岳丽娜,等. 疮口中医护理评估指标体系的构建[J]. 北京中医药,2023,42(8):907-911.

学附属北京中医医院。研究小组主要负责拟订评估指标体系初稿,遴选咨询专家,编制专家咨询问卷,进行专家咨询,针对问卷中专家提出的意见进行整理、分析和归纳,根据专家意见修改评估指标体系,进行数据分析等。

2.2 专家咨询

拟定专家咨询问卷,包括指标咨询表和专家一般情况调查表。本研究共进行 2 轮咨询,均采用电子邮件的方式进行问卷的发放与回收。第 1 轮选取 22 名专家进行咨询,问卷收回后,研究小组成员根据专家意见进行讨论,并对条目进行增添、删减和修改,形成第 2 轮咨询问卷,2 轮问卷均于 1 个月内完成发放与回收。参照指标筛选标准^[9],删除变异系数 >0.25 、重要性赋值 <3.5 的指标。咨询专家纳入标准:①本科及以上学历,中级及以上职称;②从事伤口领域工作 >10 年或从事护理管理 ≥ 5 年。

2.3 统计学方法

采用 Excel 2016 进行资料的录入,SPSS 22.0 进行统计分析,数据由双人录入。正态分布的计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料用例数和百分率(%)进行描述。专家积极性用问卷有效回收率表示。专家权威系数(Cr)由专家对指标的判断系数(Ca)和专家对指标熟悉程度系数(Cs)的均值来表示,专家权威系数是专家代表性和在本领域权威程度的量性评价指标,Cr >0.7 为可信程度较好,Cr >0.8 说明专家有较大把握^[10]。专家意见协调程度用变异系数和肯德尔和谐系数表示,变异系数越小,专家意见的协调程度越高;肯德尔和谐系数取值范围为 0~1,肯德尔和谐系数越大表示协调程度越好^[11]。P <0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 专家参与情况

3.1.1 专家基本情况:共进行 2 轮咨询,共咨询 22 名专家,来自北京市、上海市、山东省、河南省、福建省 5 个省市级医院和高等院校。其中男 7 名、女 15 名,年龄(50.86 $\pm$ 9.38)岁,工作年限(26.59 $\pm$ 11.99)年,高级职称 10 名(45%)、副高级职称 9 名(41%)、中级职称 3 名(14%),博士研究生学历 5 名(23%)、硕士研究生学历 6 名(27%)、本科学历 11 名(50%),临床医疗专家 6 名(27%)、临床护理专家 14 名(64%)、护理管理

专家 6 名(27%)。

3.1.2 专家积极性:第 1 轮咨询发放问卷 22 份,回收有效问卷 21 份,问卷有效回收率为 95%,有 14 名(63%)专家提出修改意见;第 2 轮发放问卷 21 份,回收有效问卷 20 份,问卷有效回收率为 95%,占 57%,有 12 名专家提出修改意见。

3.1.3 专家权威程度:2 轮专家权威系数分别为 0.91、0.93。见表 1。

表 1 专家权威程度

时间	判断依据	熟悉程度	权威系数
第 1 轮	0.93	0.89	0.91
第 2 轮	0.93	0.93	0.93

3.1.4 专家变异系数及协调程度:2 轮专家肯德尔和谐系数分别为 0.201、0.226,差异有统计学意义(P <0.05)。见表 2。

表 2 函询专家的变异系数及协调系数

时间	条目	变异系数	协调系数	χ^2 值	P 值
第 1 轮	一级条目	0.13(0~0.23)	0.28	11.65	0.003
	二级条目	0.14(0~0.25)	0.16	53.88	0.000
	三级条目	0.15(0.06~0.26)	0.27	109.20	0.000
第 2 轮	一级条目	0.04(0~0.06)	0.16	6.50	0.000
	二级条目	0.10(0.05~0.15)	0.19	56.74	0.000
	三级条目	0.12(0.05~0.25)	0.17	87.90	0.000

3.2 指标修改情况

3.2.1 第 1 轮:①定义补充:席疮(压力性损伤)。②“一般资料”改为“整体状况”,二级指标增加姓名、性别、年龄、文化程度、吸烟饮酒史、过敏史等一般资料;增加疾病辨证分型;基础疾病增加高血压、高血脂、免疫性疾病,删除冠心病;增加糖化血红蛋白、血常规、白蛋白;删除营养评估;药物使用情况增加激素、免疫抑制剂,增加日常生活能力(ADL)评分、体位。③自我管理中删除 BRADEN 压力评分,增加依从性(遵医嘱按时按量服药、按时疮口换药、康复锻炼、饮食宜忌);疾病认知水平中增加疾病并发症、是否了解疮口活动时的注意事项;支持系统中增加付费方式。④创面与创周评估的三级指标渗液颜色增加黄浊,增加腐肉色泽,肉芽颗粒改为肉芽外观。

3.2.2 第 2 轮:①将“整体状况”改为“全身状况”;将基础疾病中的“肿瘤”补充为“恶性肿瘤”。

瘤”；增加“行动方式的评估”。②将“创面持续时间”改为“创面初始时间”；增加“创面腐肉量（比例）”。③“是否了解疾病转归预后”改为“是否了解疾病愈合进程”；“是否了解饮食宜忌”改为“是否了解饮食调护”；增加“是否了解康复方法”；“是否了解疮口活动时的注意事项”改为“是否了解生活起居要求、活动时疮口的注意事项”。

3.3 最终确立的疮口中医护理评估指标

最终确立的疮口中医护理评估指标体系包括 3 个一级指标、16 个二级指标、28 个三级指标。见表 3、表 4。

表 3 疮口中医护理评估体系一级指标和二级指标($\bar{x} \pm s$)

指标	重要性赋值	变异系数(CV)
一级指标		
A. 全身状况	4.95±0.22	0.04
B. 创面、疮周评估	5.00±0	0
C. 自我管理与支持评估	4.80±0.41	0.08
二级指标		
A1. 姓名、性别、年龄、文化程度、吸烟饮酒史、过敏史	4.30±0.66	0.15
A2. 疾病诊断(中医、西医)、辨证分型	4.80±0.52	0.11
A3. 基础疾病(糖尿病、高血压、高血脂、免疫性疾病、恶性肿瘤、中风、其他)	4.85±0.37	0.08
A4. 生命体征、血糖、糖化血红蛋白、血常规、白蛋白、BMI、睡眠、舌苔	4.80±0.41	0.09
A5. ADL、疼痛评估(VAS 评估)、体位、行动方式	4.85±0.37	0.08
A6. 药物使用情况(降糖药、降压药、抗肿瘤药、激素、免疫抑制剂、其他)	4.70±0.66	0.14
B1. 创面初始时间	4.80±0.52	0.11
B2. 创面部位	4.90±0.45	0.09
B3. 创面面积	4.90±0.31	0.06
B4. 创面深度	4.90±0.31	0.06
B5. 创面情况	4.95±0.22	0.04
B6. 窦道、潜行	4.90±0.31	0.06
B7. 疮周情况	4.75±0.72	0.15
C1. 疾病认知水平	4.60±0.59	0.13
C2. 依从性	4.85±0.36	0.08
C3. 支持系统	4.55±0.76	0.17

4 讨论

4.1 咨询结果具有科学性和可靠性

本研究在文献回顾及研究小组讨论的基础上拟定了评价指标体系的初稿。研究结果的可靠性

由专家来源、积极性、权威性和协调程度等确定^[12]。确定专家是德尔菲专家咨询的重要环节，本研究遴选的专家具有丰富的疮口治疗及护理经验、护理管理经验，长期从事疮口相关研究。其中 50% 的专家具有硕士及以上学历，86% 的专家为副高以上职称，具有较好的代表性。2 轮专家咨询的问卷有效回收率分别为 95%、95%，多名专家提出了指标修改建议，表明专家的积极性较高。2 轮咨询的权威系数分别为 0.91、0.93，说明专家的权威性良好，该研究结果具有说服力。2 轮专家咨询，变异系数均<0.20，最大值不超过 0.25，肯德尔和谐系数分别为 0.201、0.226，差异有统计学意义，表明专家对指标的评价意见较为一致。

4.2 疮口评估的重要性

护理评估是护理程序的第一步，贯穿于护理过程的始终。护理评估活动的科学性直接影响护士对病情的正确判断和护理措施的落实，全面正确的评估是保证高质量护理的先决条件。标准化护理程序能提高护理质量，加快患者的恢复时间，提高治疗满意度^[13]。疮口的评估不仅需要操作技术，而且需要扎实的理论基础和丰富的临床经验，如需要掌握整体护理理念及其方法、不同致伤原因所致疮口的病理生理变化特点、疮口愈合的生理学过程及局部特征性改变、疮口严重度的分级标准等，还需了解对疮口愈合有影响的原发病的发病机制及其治疗护理方法。疮口类型、辨证分型、阶段的差异性，加大了护理评估的难度，不同护士所采用的疮口评估方法及其熟练程度不同，导致发现疮口变化及潜在危险因素、采取的治疗照护方法存在差异。因此需要有标准化的疮口中医护理评估程序，便于临床培训、考核和应用，有利于护士快速、标准、准确判断患者疮疡情况，为医生的诊断提供客观准确的评判依据，并及时、准确判断疮口问题和预后。

4.3 指标体系的有效性和实用性

中医学认为疮口的主要病机是气滞血瘀、瘀久化热、热盛肉腐、湿邪壅滞。首都医科大学附属北京中医医院疮疡科继承赵炳南、房芝宣、王玉章等中医外科大家学术思想，经近一个世纪的临床验证及提炼，总结出“生肌三法”^[14]，认为创面局部存在虚、瘀、毒三个病理过程，并且相互转化、影响，提出祛腐、化瘀、补虚为主要治则。《中药新药临床研究指导原则（试行）》提出局部

表 4 疮口中医护理评估体系三级指标($\bar{x}\pm s$)

二级指标		三级指标				重要性赋值	变异系数(CV)
B5. 创面情况	评估要点	辨证分型					
		湿热(毒)证	血瘀证	阳虚证	兼证	4. 80±0. 52	0. 11
	渗液 量	大	少	中/少		4. 85±0. 37	0. 08
	色	黄/(灰)白/光亮/黄浊	无色	无色		4. 85±0. 37	0. 08
	质	稠厚	稀	稀薄/粉状/水状		4. 75±0. 55	0. 12
	味	臭秽/恶臭	无味	淡腥		4. 85±0. 49	0. 10
	腐肉 色泽	疏松黄白	致密黄白	灰黑焦痂		4. 75±0. 55	0. 12
	外观	拉之易脱	干燥	附着紧密		4. 90±0. 31	0. 06
		量(比例%)					
	肉芽 色泽	红活/秽浊	暗红/暗/紫	苍白/淡		4. 90±0. 31	0. 06
B6. 疮周情况	外观	新鲜/肿胀发亮	触之质硬	水肿		4. 95±0. 22	0. 05
	疮周 色	红/潮红	紫暗/黑	白/淡		4. 90±0. 45	0. 09
	温	焮热/热	如常/热	凉/微热		4. 85±0. 37	0. 08
	肿胀	有	有/无	无		4. 80±0. 52	0. 11
	疮缘	无锁口	锁口	锁口		4. 65±0. 59	0. 13
C1. 疾病认知水平	是否了解疾病诊断					4. 65±0. 59	0. 13
	是否了解疾病并发症					4. 55±0. 60	0. 13
	是否了解疾病愈合进程					4. 65±0. 67	0. 14
	是否了解用药					4. 75±0. 55	0. 12
	是否了解疮口护理方法					4. 70±0. 66	0. 14
	是否了解饮食调护					4. 65±0. 59	0. 13
	是否了解生活起居要求、活动时疮口的注意事项					4. 65±0. 49	0. 11
C2. 依从性	遵医嘱按时按量服药					4. 79±0. 42	0. 09
	遵医嘱按时疮口换药					4. 89±0. 32	0. 06
	遵医嘱康复锻炼					4. 63±0. 60	0. 13
	遵医嘱饮食宜忌					4. 74±0. 45	0. 10
C3. 支持系统	是否与家人同住					4. 31±0. 82	0. 19
	是否有相对固定的照顾者					4. 42±0. 84	0. 19
	照顾者身份					4. 32±0. 95	0. 22
	付费方式					4. 05±1. 03	0. 25

注:液量以浸透纱布块层数为度,分无、微量(<4层)、少量(4~7层)、中量(8~15层)、大量(≥16层)。1块医用小方纱为8层,全部浸湿约5 mL。

辨证方法^[15]: ①湿热证: 创面渗出较多, 腐肉不脱, 疮周红肿, 界限不清; ②血瘀证: 创面溃烂经久, 渗出物较少或干枯无脓, 腐肉少许或腐肉虽脱, 但新肉难生, 疮周肤色暗无红肿; ③阳虚证: 创面灰白色或紫暗, 腐肉较多伴有渗出物清稀, 或如粉浆, 疮周无红肿。同时, 疮口也受到患者营养状况及基础疾病等的影响。吕培文教授认为准确的辨证是临证立法处方的依据^[16]。除了要遵循脏腑、经络、气血、八纲等辨证方法之外, 还必须结合局部肿、痛、痒、麻、木、脓、溃烂及溃疡形态、颜色等特征加以辨证。因此每次处理疮口前都要动态评估患者疮口及全身状况。须根据患者的体质情况和不同的致病因素, 辨明寒

热、虚实、阴阳等不同证候及所处时期, 运用适宜的药物和方法进行治疗护理。

国外慢性伤口评估标准, 在伤口局部的评估维度上也有相似之处。TIME原则^[7]用于评估和判断伤口, T (tissue) 为组织活性评估, I (infection/ inflammation) 为感染或炎症反应评估; M (moisture) 渗液量和潮湿度评估; E (edge) 为伤口边缘及有无潜行评估。《慢性伤口护理的专家标准》^[8]除局部评估外, 也考虑到患者全身状况及社会支持因素, 评估记录包括以下几方面: ①限制因素 (如活动限制)、疼痛、伤口异味、渗液、患者的营养、心理状况; ②患者及家属对疮口形成的原因和伤口愈合相关知识的了解以及他们的

自我管理能力;③专科的医疗诊断,伤口复发次数,伤口持续时间,伤口部位、大小、边缘,伤口床情况和炎症征象等。BATES-JENSEN 的伤口评估量表(BWAT)^[17]用于伤口治疗过程中的每1次评估,评估内容包括患者的伤口名称和伤口形状、大小、深度、边缘、潜行、坏死组织数目、坏死组织类型、渗液类型、渗液数目、伤口周围皮肤颜色、外周组织水肿、外周组织硬化、肉芽组织、上皮化等内容。为目前广泛使用较权威的伤口评估量表,能够及早发现伤口的变化、评估伤口恶化的潜在危险因素和评价伤口的治疗效果,进而提高疮口的治疗效果。

本研究结合疮口的多项影响因素,从患者的全身状况、创面疮周评估和自我管理与支持评估三个方面构建评估指标体系,尤其细化创面、疮周的评估内容。根据评估指标,护士对疮口进行中医护理时,首先需要评估患者的全身状况,包括基础疾病、生命体征、药物使用情况等,了解患者疮口发生的原因、是否存在影响疮口愈合的因素,从而做出一个初步的全面判断。继而对疮口开展细致评估,包含创面的初始时间、部位、面积、深度、窦道潜行和疮周的情况,判断疮口的辨证分型,进而选择护理方案。最后了解患者对疾病的认知水平、依从性以及社会支持情况,以此开展针对性的健康宣教,通过3个维度的评估,护士能够对疮口做出全面、专业的评估。

参考文献

- [1] 周安,朱永康. 中医外科疮疡初探[J]. 陕西中医, 2014 (12):1659-1661.
- [2] YU X, LIMIN W, JIANG H, et al. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults[J]. JAMA, 2013. 310 (9):948-959.
- [3] RICCO MA, THANH PHONG L, SCHEIDER F, et al. The diabetic foot: a review[J]. J Cardiovasc Surg (Torino), 2013.54(6):755-762.
- [4] LYDER C, WANG Y, METERSKY M, et al. Hospital-acquired pressure ulcers: results from the national Medicare Patient Safety Monitoring System study. [J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(9):1603-1608.
- [5] TAYYIB N, COYER F, LEWIS PA. A two-arm cluster randomized control trial to determine the effectiveness of a pressure ulcer prevention bundle for critically ill patients[J]. J Nurs Scholarsh, 2015, 47(3):237-247.
- [6] RAFFETTO JD. Inflammation in chronic venous ulcers. [J]. Phlebology, 2013, 28:61-67.
- [7] LIGRESTI C, BO F. Wound bed preparation of difficult wounds: an evolution of the principles of TIME[J]. Inter Wound J, 2010, 4(1):21-29.
- [8] 胡爱玲,余婷,温嘉慧. 德国慢性伤口护理专家标准解读及启示[J]. 中国护理管理, 2018, 18(1):15-17.
- [9] 黄莺,冯志仙,黄春美,等. 艾滋病专病护理胜任力评价指标体系的构建[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(4): 563-568.
- [10] CIAŁKOWSKA M, ADAMOWSKI T, PIOTROWSKI P, et al. What is the Delphi method? Strengths and shortcomings[J]. Psychiatr Pol, 2008, 42(1):5-15.
- [11] 杨洪菊,杨晓雯,杨朝霞,等. 肿瘤患者临终关怀护理质量评价指标体系的构建[J]. 中华护理杂志, 2018, 53 (12):1487-1491.
- [12] 吴莹玉,黄霞,贾培培,等. 护士工作场所暴力防范培训体系的构建[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(4):584-589.
- [13] 甘燕群. 标准化护理流程在全髋关节置换术中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(1):26-29.
- [14] 王广宇,王雨,王雷永,等. 生肌三法分类创面免疫荧光四重染色病理学特点分析[J]. 福建中医药, 2018, 49(5): 5-7, 11.
- [15] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
- [16] 郭娟. 吕培文教授学术思想、临床经验总结及应用调和气活血法治疗动脉硬化闭塞症临床研究[D]北京:北京中医药大学, 2016.
- [17] HARRIS C, BATES-JENSEN B, PARSLAW N, et al. Bates-Jensen wound assessment tool: pictorial guide validation project. [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2010, 37(3):253-259.

Construction of evaluation index system of traditional Chinese medicine nursing in chronic wounds

HAO Li, SUN Zhong, YUE Li-na, WANG Guang-yu, SHI Chun-hong, XU Guo-li, ZHAO Guo-min

(收稿日期: 2022-09-16)