

Bates-Jensen 伤口评估工具在慢性伤口管理中的应用研究

彭传珍

六安市人民医院, 安徽六安 237000

【摘要】目的: 探究 Bates-Jensen 伤口评估工具 (BWAT) 在慢性伤口管理中的应用效果。**方法:** 选取 2021 年 6 月 -2022 年 10 月就诊于六安市人民医院慢性伤口治疗的患者 80 例, 按随机数字表法分成观察组 (40 例) 和对照组 (40 例)。对照组选用常规护理方法, 观察组基于常规护理增加 Bates-Jensen 评估工具。采用 Bates-Jensen 伤口评估工具对 2 组患者不同时间段伤口情况进行评分, 比较 2 组患者护理治疗后伤口愈合的好转率、换药间隔时间、愈合时间以及预后不良反应发生情况。**结果:** 经 BWAT 对 2 组患者初次就诊、更换敷料以及复诊三个时间段的评分显示, 2 组在更换敷料和复诊时相比初次就诊时 BWAT 评分明显降低 ($P < 0.05$), 且观察组在更换辅料以及复诊时 BWAT 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组经护理治疗后患者伤口的痊愈率 (40.00%) 以及好转率 (55.00%) 明显优于对照组, 无效率 (5.00%) 较对照组更低, 治疗总有效率 (95.00%) 显著高于对照组 (67.50%) ($P < 0.05$); 观察组患者的换药间隔时间以及伤口愈合时间较对照组明显缩短 ($P < 0.05$), 且预后不良反应情况的发生率较对照组明显更低 ($P < 0.05$)。**结论:** Bates-Jensen 伤口评估工具能够对患者慢性伤口的愈合状态以及恶化等影响因素进行有效且精准地评估, 可以为临床实施有效的治疗及护理方案提供科学合理的依据, 从而进一步提高临床治疗效果。

【关键词】 Bates-Jensen 伤口评估工具; 慢性伤口管理; 应用评估

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【DOI】** 10.12332/j.issn.2095-6525.2023.18.012

慢性伤口 (Chronic wounds) 通常是指患者的伤口无法正常及时以及有序的修复, 造成伤口解剖及功能状态上的不完整, 临床上一般将通过积极治疗超过 1 个月后仍然未能愈合且无任何愈合倾向的伤口定义为慢性伤口, 其中主要包括糖尿病性溃疡、血管性溃疡、压力性溃疡以及术后伤口出现感染无法愈合等^[1-2]。当前, 人口老龄化的趋势日益加重, 多种慢性疾病如糖尿病、血管疾病等发病率显著增加, 慢性伤口的发病风险也进一步增高, 同时也给患者、医疗系统以及社会带来了严重的影响和挑战^[3]。根据流行病学研究可知, 慢性伤口的发病率在欧美国家的发病率为 2% 左右, 而在我国及其他国家的发病率约为 3%-4%^[4]。根据相关研究显示, 应用 Bates-Jensen 伤口评估工具 (Bates-Jensen wound assessment tool, BWAT) 对伤口的治疗过程进行阶段性评估, 能够及时的发现伤口的变化状况, 以及对伤口恶化的潜在影响因素和临床疗效进行有效的评估, 从而根据患者的实际病情制定相应的治疗方案, 进一步促进患者伤口的愈合^[5-6]。基于以上, 为探究 BWAT 在慢性伤口管理中的应用效果, 本文选取 2021 年 6 月 -2022 年 10 月就诊于六安市人民医院慢性伤口治疗的患者 80 例, 在对其中 40 例患者进行护理治疗时应用 BWAT 对其伤口的变化进行评估, 并以另外 40 例行常规护理治疗的患者作为对比, 观察 2 组患者的伤口好转率、愈合时间以及预后不良反应的发生情况, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 6 月 -2022 年 10 月就诊于六安市人民医院慢

性伤口治疗的患者 80 例, 按随机数字表法分成观察组 (40 例) 和对照组 (40 例)。观察组中男 19 例, 女 21 例, 年龄 14-83 岁, 平均年龄 (37.88 ± 17.56) 岁, 其中术后伤口感染 21 例, 动静脉性溃疡 6 例, 炎性皮肤溃疡及其他伤口 13 例; 对照组男 19 例, 女 21 例, 年龄 13-85 岁, 平均年龄 (33.68 ± 14.40), 其中术后伤口感染 26 例, 动静脉性溃疡 7 例, 炎性皮肤溃疡及其他伤口 7 例。2 组患者年龄、性别、伤口类型对比无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 病程大于 8 周的慢性伤口患者; (2) 意识及交流无障碍者; (3) 所有参与研究患者均为自愿参与并对本次研究内容知悉。

排除标准: (1) 合并患有其他皮肤病对伤口评估造成影响的患者; (2) 合并伴有心理疾病患者; (3) 合并有器质性疾病患者。

1.2 方法

(1) 对照组选用常规的护理治疗方法, 主要内容包括: 由医护人员对患者的生命体征进行严密监测, 密切观察患者伤口部位, 严格按照无菌原则进行消毒, 选择无菌纱布或棉垫敷料对患者的伤口进行覆盖, 若患者伤口有渗液出现应立即更换无菌纱布或敷料, 确保患者伤口清洁干燥。

(2) 观察组基于对照组采用的常规护理治疗方法增加 Bates-Jensen 伤口评估工具对患者伤口进行评估, 并根据评估结果进一步采取相应护理治疗措施, 具体方法为: ①成立研究小组, 由专业人员对 5 名伤口治疗医师进行统一培训, 培训的核心

表1 2组不同时间段 BWAT 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	Bates-Jensen 评分		
		初次就诊	更换敷料	复诊
对照组	40	49.62 ± 7.29	35.79 ± 4.68*	26.73 ± 4.32*
观察组	40	48.69 ± 6.58	32.23 ± 5.49*	23.57 ± 3.86*
t		0.599	3.121	3.450
p		0.551	0.003	0.001

备注: 与同组初次就诊时对比, *P<0.05。

表2 2组伤口护理治疗总有效率 [n=(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
对照组	40	10(25.00)	17(42.50)	13(32.50)	27(67.50)
观察组	40	16(40.00)	22(55.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2					9.928
P					0.002

表3 2组患者伤口换药时间、愈合时间比较 [n=(%)]

组别	例数	换药间隔时间(d)	愈合时间(d)
对照组	40	9.13 ± 2.46	56.81 ± 4.53
观察组	40	4.98 ± 1.62	38.72 ± 2.26
χ^2		8.911	22.600
P		0.000	0.000

表4 2组预后不良反应发生情况比较 [n=(%)]

组别	例数	伤口糜烂	伤口感染	创伤性皮炎	总发生率
对照组	40	0	6	5	11
观察组	40	1	0	1	2
χ^2					7.440
P					0.006

内容为伤口评估和 BWAT 的具体使用方法。按照 BWAT 的使用标准, 定期或当患者的伤口出现敷料被渗液浸湿、伤口有不适等状况时, 使用 BWAT 进行评估, 根据对患者伤口评估后的结果实行下一步的护理和治疗措施。②对于患者伤口内出现的组织坏死, 前期可采用锐器清创以及自溶性清创等进行处理, 若条目内坏死组织数量计数分值增加, 表示患者的伤口有出现恶化的风险, 则要求医师采用进一步的治疗方法, 如生物清创以及超声清创等方式对患者伤口的坏死组织进行清理。若坏死组织计数分值降低则表示患者伤口出现好转, 则要求医师减少自溶性清创并将促进患者伤口肉芽组织的生成作为接下来治疗的重点。③针对患者伤口出现渗出物情况的管理, 通常采用泡沫敷料, 若条目内渗出物数量计数分值增加, 则表示对患者伤口渗出物出现的管理不当, 要求医师选用更具亲水性或吸收性的纤维及藻酸盐敷料, 若渗液情况较为严重, 还可采用负压引流的方式进行更加有效的管理。

若条目内渗出物数量分值降低则说明患者伤口的渗出物减少, 医师可采用水胶体等对中小量渗出物有很少吸收作用同时又能够促进伤口肉芽组织生成的敷料。根据 BWAT 对患者伤口评分的具体情况, 若总分值长期处于相同水平并且浮动较小则提示患者的伤口生长可能处于停滞状态, 同时要警惕伤口生物膜的形成, 若伤口出现生物膜应及时选用相应的抗菌敷料进行杀菌处理。

1.3 观察指标及 BWAT 评估标准

(1) 观察 2 组患者不同时间段 BWAT 评分变化情况。BWAT 共包含 15 个项目, 伤口的形状和名称 2 个项目不参与积分, 其与 13 个项目分别为: 伤口大小、伤口边缘、伤口深度、伤口潜行、坏死组织的类型、渗出物类型、坏死组织的数量、渗出物数量、上皮组织数量、肉芽组织数量、伤口周边皮肤的颜色、伤口水肿情况、伤口硬结情况。各个项目根据具体情况分为 1-5 分, 总分值为所有计分项目之和。分值范围 13-65 分, 分值越低说明患

者伤口愈合情况越好^[7]。

(2)对比2组患者伤口护理治疗总有效率,包括痊愈、好转、无效和总有效率。痊愈:患者伤口完全愈合,皮肤全部覆盖伤口创面;好转:患者伤口部分愈合,皮肤覆盖伤口创面达到50%,伤口可见较多新生成的肉芽组织存在;无效:患者伤口未能愈合,皮肤覆盖伤口创面低于50%,患者伤口新生成肉芽组织较少。(痊愈+好转)/总病例数×100%=治疗总有效率。

(3)比较2组患者伤口的换药时间、平均愈合时间,并观察2组预后不良反应的发生情况,不良反应包括伤口糜烂、伤口感染以及创伤性皮炎等。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0统计软件对数据进行统计与分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,用t检验,计数资料用[n=(%)]表示,用 χ^2 检验,以(P<0.05)为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组不同时间段Bates-Jensen评分情况

经BWAT对2组患者初次就诊、更换敷料以及复诊三个时间段进行评分显示,2组患者初次就诊时BWAT评分无明显差异(P>0.05),无统计学意义;2组患者在更换敷料和复诊时相比初次就诊时BWAT评分明显降低(P<0.05),且观察组患者在更换敷料以及复诊时BWAT评分明显低于对照组(P<0.05),2组差异具有统计学意义。见表1。

2.2 2组患者伤口护理治疗总有效率比较

通过对比得出,观察组经护理治疗后患者伤口的痊愈率(40.00%)以及好转率(55.00%)明显优于对照组,无效率(5.00%)较对照组更低,治疗总有效率(95.00%)显著高于对照组(67.50%),2组差异具有统计学意义(P<0.05)。见表2。

2.3 2组患者伤口换药时间、愈合时间比较

通过对比显示,观察组患者的换药间隔时间以及伤口愈合时间较对照组明显缩短(P<0.05),2组差异具有统计学意义。见表3。

2.4 2组患者预后不良反应发生情况

通过观察对比显示,观察组患者预后不良反应情况的发生率明显较对照组更低(P<0.05),2组差异具有统计学意义。见表4。

3 讨论

伤口评估是对患者的慢性伤口进行科学有效管理的重要前提,同时也是为临床制定更加合理、全面以及安全可靠的治疗及护理措施的关键。经过对伤口规范化、系统化的评估,可以反映出伤口的实际现状并加以针对性地治疗,为临床中进一步护理治疗计划的制定和实施提供有力支持。根据相关研究可知,对患者

伤口进行标准化的评估对其治疗效果及预后的改善具有积极的作用。若缺乏对伤口标准化的评估,临床中的治疗只能根据治疗医师的经验做出主观性的决策,然而,由于不同医师的决策不同,治疗方式也具有明显差异,这也导致慢性伤口患者缺乏一致性以及连续性的评估和治疗,从而对伤口的愈合时间及预后造成了一定的影响。

本文研究得出,观察组患者在常规护理的基础上应用了BWAT评估量表,经过对比,观察组在更换敷料以及复诊时的BWAT评分明显低于对照组,患者伤口的痊愈率以及好转率明显较对照组高,同时,观察组患者的换药间隔时间以及伤口愈合时间较对照组明显缩短,且预后不良反应情况的发生率更低。分析具体原因可能为,在对患者的慢性伤口进行有效的处理之前,治疗医师通过对伤口的实际状况进行客观的评价和评估,并对伤口的严重程度以及预后情况做出判定,从而为下一步治疗方案的实施提供了有力依据。采用BWAT对患者之后每次更换敷料时的伤口情况进行动态评估,再根据评估结果对治疗及护理方案进行不断的调整和优化,从而进一步地促进了患者伤口的愈合,缩短了换药间隔时间及伤口愈合的平均时间,同时也增加了患者对于疾病治疗的依从性,降低了预后不良情况发生的风险。

综上所述,BWAT是极具系统性和科学性的伤口评估工具,其不仅能够对患者的慢性伤口进行有效的评估,还能够帮助临床医护人员在面对伤口变化的不同状态时合理选用相应的敷料和技术,从而为临床治疗及护理计划的制定和实施提供强有力的依据,同时BWAT也是体现临床对慢性伤口管理的专业化、缩短治疗及伤口愈合时间、降低伤口管理成本的重要支撑,对患者慢性伤口的管理以及相应学科进一步的深入发展具有重要的临床意义。

参考文献:

- [1] 丁立荣,张丽,李向华,等.综合性评估护理模式对糖尿病慢性伤口感染患者自我管理能力及伤口愈合的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(6):666-669.
- [2] 李春玉,周丽,张书溢.慢性伤口老年患者习得性无助感与成功老龄化的关系研究[J].解放军护理杂志,2021,38(4):1-4.
- [3] 孙柯,郑惠灵,陈惠,等.慢性伤口标准化干预体系的建立及临床实践分析[J].中华现代护理杂志,2021,27(17):2302-2307.
- [4] 李梦圆,喻姣花.糖尿病足溃疡伤口评估及护理干预研究进展[J].护理研究,2018,32(9):1341-1344.
- [5] 何芳.标准造口管理和造口身体形态评估工具联合应用于结肠造口患者的效果[J].临床医药实践,2022,31(9):690-693.
- [6] 胡泽兰,方芳,杨富,等.慢性伤口评估工具研究进展[J].护理学杂志,2018,33(17):98-101.
- [7] 李文雅,范玲.慢性难愈性创面评估工具的研究进展[J].护理研究,2022,36(13):2356-2360.