

压力^[10];而且为提高患者抢救成功率和满意度创造了有效、有利的条件,大大提高了护士的综合能力。本研究显示,观察组护士综合能力评分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明层级护理管理模式可显著提高急诊科护士的综合能力。

综上所述,开展层级护理管理模式,明确了护理岗位层级、职责,对各层次护士提出了切实可行的工作要求与目标,使其工作的目的性与发展方向更为明确,能充分调动和挖掘其潜能,值得在急诊科应用和推广。

参考文献

- [1] 张育红,徐建鸣,周婉婷.急诊护士的岗位管理[J].中国护理管理,2013,13(10):74-76.
- [2] Yao WX, Yang B, Yao C, et al. Needle stick injuries among nursing students in China[J]. Nurse Educ Today, 2010,30(5):435-437.
- [3] 沈国美.分层级护理管理模式在现代医院中应用的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(21):6-8.
- [4] 王瑞,单欣刚,梁喆,等.“ABC”岗位责任制在急诊科优质

护理服务中的应用[J].中华现代护理杂志,2013,19(2):201-203.

- [5] 温贤秀,敬洁.实施岗位管理对护士工作满意度的影响[J].护理学杂志,2013,28(2):6-8.
- [6] 刘小娟,肖瑾,姚晚侠.层级护理管理在心理卫生病房管理中的应用[J].中国实用护理杂志,2015,31(15):1118-1121.
- [7] 杨彪,姚晚侠.智能技术作为循证护理研究方法的前景展望[J].中国实用护理杂志,2014,30(4):1-3.
- [8] 孙丽,熊莉娟,彭听,等.三级甲等医院实施分级管理效果探讨[J].护理学杂志,2014,29(3):61-62.
- [9] 陈婧婧,李旭兰,郑秋霞.分组分层级管理模式在我院重症医学科护理管理中的应用[J].中医药管理杂志,2013,21(10):1135-1136.
- [10] 刘云,潘凌蕴,孙琳,等.护理人员分级管理中护理组长的设立与管理[J].中华护理杂志,2010,45(9):824-826.

(收稿日期:2016-07-21 修回日期:2016-11-08)

医护一体化疼痛护理干预对放射性口腔黏膜炎患者生存质量及营养状态的影响

李云婷,王茹春,郑源任

(海南医学院第二附属医院急诊科,海口 570311)

摘要:目的 评价医护一体化疼痛护理干预对放射性口腔黏膜炎患者的营养状态和生存质量的影响。方法 选取 148 例在该院接受治疗的放射性口腔黏膜炎患者,随机分组两组,每组各 74 例。实行常规护理干预的患者设为对照组,实行医护一体化疼痛护理干预的患者设为试验组。比较两组患者在护理前后的疼痛程度的改善情况、营养评分,以及患者生活质量的提升情况。结果 护理后,试验组患者的疼痛评分为 (3.53 ± 1.13) 分,明显优于与对照组患者的疼痛评分 $[(4.98 \pm 1.63)$ 分],差异有统计学意义($P<0.05$);试验组患者的营养评分为 (3.84 ± 1.78) 分,与对照组患者的营养评分 $[(2.43 \pm 1.48)$ 分]相比,具有显著优势;试验组患者的各项生活质量评分优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 医护一体化管理在疼痛护理干预中应用可以对放射性口腔黏膜炎进行有效控制,降低营养不良的发生率,改善患者的生活质量。

关键词:医护一体化; 疼痛护理干预; 放射性口腔黏膜炎; 营养; 生存质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)05-0704-03

鼻咽癌是临床最常见的恶性肿瘤之一,大多数患者诊断出鼻咽癌均在晚期^[1]。放化疗治疗常用于治疗局部鼻咽癌,大部分地区采用放射治疗,而放射治疗的急性不良反应大,在一定程度上对患者的身体造成不良影响。放射性口腔黏膜炎就是常见的并发症,给患者带来二次伤害^[2]。临床上在进行有效药物治疗的同时也要配合一定的护理干预。医护一体化是临床上用于治疗疾病的新模式,同时进行疼痛护理干预对患者的营养情况和生存质量均有一定程度的影响。本院为了进一步探讨该护理干预手段实施的必要性,选择本院患者进行研究,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 7 月至 2015 年 8 月本院 148 例放射性口腔黏膜炎患者,将其随机分为两组,每组各 74 例。对照组中男 37 例,女 37 例;年龄 32~80 岁,平均 (56.53 ± 17.83) 岁;病程 3.0~5.5 年,平均 (4.43 ± 1.04) 年。试验组中男 40 例,女 34 例;年龄 33~82 岁,平均 (57.54 ± 16.83) 岁;病

程为 3.5~5.5 年,平均 (4.76 ± 1.03) 年。所有患者鼻咽癌分期Ⅱb 期 33 例、Ⅲa 期 35 例、Ⅳa 期 40 例、Ⅳb 期 40 例,均为鼻咽癌实施放射治疗的患者,同时并发口腔黏膜炎,均自愿参与本研究并接受医院进行的相关治疗和护理。两组患者在性别、年龄及疾病类型等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规护理干预,进行相关的口腔护理和加强健康教育,讲解有关放射性口腔黏膜炎的知识,对于疼痛难忍患者给予药物控制。试验组采用医护一体化的疼痛护理干预,组成医护协同小组,由 2 名医生和 4 名护士组成,每位护士管理约 10 例患者。医护人员共同讨论病例,制订有关用药和护理方案;讨论后,开展健康教育路径,制订相关健康教育方案,详细介绍放射性口腔黏膜炎的发生、预防和治疗等知识;根据患者文化程度进行个体化健康教育,准确演示口腔护理具体操作步骤,利于患者或家属进行自我护理;医护人员共同制订疾病预防与干预措施,疼痛严重患者要加强个体化护理干预

措施,同时进行心理疏导;小组要共同学习,研究和分析治疗和护理该病的新思路和新方法,保证医护质量得到有效的提升。

1.3 疗效评定标准 (1)疼痛程度判定采用疼痛视觉模拟(VAS)评分标准^[3],无疼痛感为 0 分;轻微疼痛、可以忍受为 1~3 分,中度疼痛、可以忍受为>3~6 分;强烈疼痛、难以难忍为>6~10 分。(2)采用营养风险筛查评估量表,从患者的疾病状态、营养状态和年龄进行评分,分数>3 分,说明存在营养问题,需要营养支持;分数≤3 分则需要定期监测患者。(3)患者生活质量评价采用 SF-36 生活质量调查表,对患者的总体健康、社会功能、躯体功能、情感职能、生理职能、身体疼痛、精神健康、活力等方面进行评分,采用百分制评分制度,分数越高患者的身体情况越佳。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理前后的疼痛程度比较 护理后试验组患者的疼痛评分为(3.53±1.13)分,明显优于对照组的(4.98±1.63)分,差异有统计学意义($t=8.45, P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者护理前后的营养评分比较 护理后试验组患者的营养评分为(2.43±1.48)分,与对照组患者的营养评分[(3.84±1.78)分]相比,有显著优势,差异有统计学意义($t=3.64, P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者护理前后的 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	护理前	护理后
对照组	74	7.84±1.42	4.98±1.63
试验组	74	7.94±2.73	3.53±1.13

表 2 两组患者的营养评分比较($\bar{x} \pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	护理前	护理后
对照组	74	1.54±0.57	3.84±1.78
试验组	74	1.47±0.84	2.43±1.48

2.3 两组患者术后生活质量改善情况比较 试验组患者的各项生活质量评分显著高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后生活质量改善情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	躯体功能	生理职能	身体疼痛	总体健康	活力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	74	74.65±15.83	62.85±12.87	74.74±20.83	75.67±12.73	71.78±15.39	67.84±13.84	74.53±12.64	67.32±12.97
试验组	74	93.69±28.58	87.67±31.67	89.83±26.45	90.34±34.47	97.38±32.63	89.78±32.74	88.78±32.56	91.67±31.38
<i>t</i>		10.66	19.43	22.94	28.53	19.77	14.74	24.42	23.71
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

鼻咽癌的发生会对周围组织进行侵犯,放射治疗可以对大面积癌细胞进行有效控制,但依旧会引起不良反应,如放射性口腔黏膜炎,该病在临床上的并发概率为 100%,给患者带来严重的疼痛感^[4]。疼痛是人体一种最为敏感的情感体验,这种感觉主要是机体组织的损伤所展示出的特殊表现,且疼痛已经成为人体检查的第 5 生命体征。疼痛感可以作为一种危险信号的象征,长时间的疼痛会给患者带来心理和生理上的恐惧,已经成为了医学关注的焦点^[5-6]。放射性口腔黏膜炎会给患者的口腔造成严重的损伤,使口腔出现明显的发炎和红肿,使患者疼痛难忍,甚至对服用食物造成了干扰,进而使患者机体缺少必要的营养物质^[7-8]。因此,在临床上对于患者进行有效的疼痛护理干预管理方式具有重要意义。

医护一体化疼痛护理干预管理模式是现在临床上最为新颖的管理手段,在放射性口腔黏膜炎的治疗中起到了辅助作用^[9]。医护一体化是一种将医生和护士工作相互联系的责任制管理模式,主要强调了以患者为中心的工作思想,建立医护协助小组,最大限度地发挥医护的作用,提高服务的质量,把人文关怀深入患者心中,与患者共同积极面对疾病,既提升了护士对工作的责任心和积极性,也带动了患者主动参与整个护理过程,最大程度降低患者口腔的疼痛感,满足患者心理需求^[10-11]。本研究发现,试验组患者的疼痛评分明显优于对照组;试验组患者的营养评分与对照组患者相比,具有显著优势;试验组患者的各项生活质量评分好于对照组的,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。由此可知,医护一体化疼痛护理干预管理

模式不仅在疼痛的控制方面具有显著作用,同时也改善了患者机体的营养情况,降低了出现营养不良的概率;减轻疼痛感不仅使得患者的机体得到了改善,同时也缓解了心理不良状态,使患者处于相对稳定状态,提升睡眠质量,从而可以对患者生活质量提高起到促进的作用。

综上所述,放射性口腔黏膜患者的治疗过程中,采用医护一体化的疼痛护理干预可以有效控制患者的疼痛感和维持稳定情绪,可以加强患者临床治疗的依从性,还可以缓解护患之间紧张关系,在临床应用上值得进一步深入研究与发展。

参考文献

[1] 韦榕飒,潘冬梅,廖金莲,等.放射性口腔黏膜炎患者医护一体化疼痛护理干预[J].护理学杂志,2015,30(6):7-10.
[2] Mcguire DB,Fulton JS,Park J,et al.Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients[J].Support Care Cancer,2013,21(11):3165-3177.
[3] 胡丽娟,毛惠娜,王梅,等.综合医院癌症疼痛护理策略团队的管理与成效[J].中华护理杂志,2012,47(2):127-129.
[4] 黄璐,宋瑰琦,朱蓉.氦氖激光照射治疗放射性口腔黏膜炎的护理进展[J].中华现代护理杂志,2013,19(6):740.
[5] 袁红娟.系统护理干预在头颈部放疗患者放射性口腔黏膜炎中的应用[J].中国实用医药,2013,8(8):195.
[6] 汪志美,汪春雨.系统化护理干预对鼻咽癌放疗患者放射

性口腔黏膜炎的影响[J]. 激光杂志, 2013, 34(5): 109-110.

[7] 陈燕, 吕淑玲, 赵小丽. 鼻咽癌患者放射性口腔黏膜反应的早期预防与护理干预[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(8): 18-20.

[8] 倪杰. 放射性口腔黏膜炎的影响因素与护理干预现状[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(9): 1114.

[9] Bardy J, Molassiotis A, Ryder WD, et al. A double-blind, placebo-controlled, randomised trial of active manuka honey and standard oral care for radiation-induced oral mucositis[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2012, 50(3): 221-226.

[10] 赵静, 程云杰, 景绍武, 等. 综合口腔护理法用于鼻咽癌放疗致Ⅲ度放射性口腔黏膜炎的护理[J]. 河北医药, 2014, 36(24): 3830.

[11] 张健, 邢燕, 徐静静, 等. 医护一体化为中心的优质护理服务模式在放疗科的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(23): 35-36.

(收稿日期: 2016-07-23 修回日期: 2016-11-10)

• 临床探讨 •

早期预见性护理干预对肿瘤患者 PICC 术后机械性静脉炎的影响

蔡蕊, 蔺波

(新疆维吾尔自治区人民医院放疗一科, 乌鲁木齐 830001)

摘要:目的 观察早期预见性护理干预对肿瘤患者经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)术后机械性静脉炎的影响。方法 将120例用PICC置管行放化疗的肿瘤患者按照入院时间分为预见干预组和常规组, 每组各60例。常规组给予常规护理, 预见干预组给予早期的预见性护理干预, 并对两组患者置管后静脉炎的发生率、发生时间、平均置管时间, 以及满意度等情况进行观察和比较。结果 预见干预组患者机械性静脉炎发生率为8.33%, 低于常规组的21.67%, 差异有统计学意义($P<0.05$); 预见干预组患者静脉炎发生时间晚于常规组, 平均置管时间长于常规组, 护理满意度优于常规组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 对行PICC置管的肿瘤患者进行预见性护理可显著降低导管相关性静脉炎的发生率, 延长置管时间, 提高患者满意度, 值得推广应用。

关键词: 预见性护理; 肿瘤; 经外周静脉置入中心静脉导管; 机械性静脉炎

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.042 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)05-0706-03

随着静脉置管技术的快速进步, 经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)因其置入操作简单、安全、成本效益好等优点在临床中被广泛应用于肿瘤放化疗的治疗中^[1]。但有调查显示, 虽然PICC技术水平得到了快速地提升, 但仍有部分患者在应用PICC进行放化疗时发生各种并发症, 其中机械性静脉炎在所有并发症中所占比例最高。机械性静脉炎发生后不仅增加了患者主观上的疼痛, 而且延长了患者的住院时间, 缩短了导管的留置时间, 对肿瘤患者的放化疗疗效及生活质量均产生不良影响^[2]。本研究对本院行PICC置管放化疗的患者除进行PICC导管定期维护外, 还给予了早期的预见性护理干预, 达到了良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科2014—2015年收治的120例应用PICC导管行放化疗的肿瘤患者为研究对象。纳入标准: 年龄18~70岁; 符合PICC置管适应证的肿瘤患者; 无静脉血栓疾病病史; 患者具有正常的沟通和理解能力; 对本研究知情同意。排除标准: 严重肝肾功能不全者; 过敏体质者; 资料缺失, 无法评估效果者。按入院日期分为两组, 常规组(2014年1—12月), 60例, 预见干预组(2015年1—12月)60例, 两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

项目	n	男/女 (n/n)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	体质量 ($\bar{x} \pm s$, kg)	原发病(n)					文化程度(n)	
					肺癌	胃癌	肝癌	肠癌	其他	高中及以下	大专及以上
常规组	60	42/18	65.23±12.47	70.62±10.06	20	16	14	6	4	36	30
预见干预组	60	46/14	66.07±12.25	71.04±10.23	21	15	13	7	4	30	32
χ^2/t		0.636	0.879	0.676		0.715			0.835	-0.573	
P		>0.05	>0.05	>0.05		>0.05			>0.05	>0.05	

1.2 机械性静脉炎判断标准^[3] 采用美国静脉输液护理学会的静脉炎程度判断标准评价, I级为局部疼痛、红肿/水肿, 静脉无条索状改变, 未触及硬结; II级为局部疼痛、红肿/水肿, 静脉有条索状改变, 未触及硬结; III级为局部疼痛、红肿/水肿, 静脉条索状改变, 可触及硬结; IV级为局部疼痛、红肿/水肿, 静脉条索状改变, 可触及硬结, 长度>2.5 cm。

1.3 方法 两组受试者均由同一组护士行PICC置管。常规组患者入院后由责任护士根据医嘱对其进行对症支持治疗, 同时按照常规护理要求进行干预, 待患者病情稳定后给予口头形式健康教育及心理干预^[4]。预见干预组给予早期预见性护理干预, 具体护理措施如下。

1.3.1 干预前准备 成立早期预见小组, 由研究者邀请专业