

系统护理干预对恶性肿瘤患者化疗期间便秘的临床效果

王艳艳, 贾扬, 刘艳红

秦皇岛市第二医院, 河北 秦皇岛 066600

摘要: **目的** 探讨系统护理干预对恶性肿瘤患者化疗期间便秘的临床应用效果。**方法** 选择 2013 年 5 月至 2014 年 6 月收治的 120 例恶性肿瘤患者的临床资料, 随机分为观察组(60 例)和对照组(60 例)。均接受化疗治疗, 并分别实施系统护理干预和常规护理干预。**结果** 经过不同护理干预, 观察组的轻度便秘率显著高于对照组(73.3% vs 70.0%, $P < 0.01$), 中度和重度便秘发生率则显著低于对照组(26.7% vs 80.0%, $P < 0.01$)。观察组 3 d 内排便恢复正常率 66.7%, 明显高于对照组的 6.7% ($P < 0.01$); 6 d 以上排便恢复正常率 10.0%, 明显低于对照组的 50.0% ($P < 0.01$)。**结论** 恶性肿瘤患者化疗期间容易出现便秘症状, 通过对其实施系统护理干预, 可显著改善患者的便秘情况, 有效促进其排便功能的恢复。

关键词: 恶性肿瘤; 化疗; 系统护理; 便秘; 心理护理; 饮食护理; 药物因素护理

中图分类号: R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)01-0135-03

临床对各种恶性肿瘤患者进行治疗的过程中, 化疗是常用的方法。但化疗过程中, 容易对患者机体产生一定的不良影响, 导致化疗并发症的出现^[1]。其中便秘为一种常见的并发症, 严重影响患者的正常生活和治疗^[2], 应引起医护人员的重视, 给予相应的系统护理干预。系统护理干预模式从整体角度出发对患者进行全方面的护理干预, 注重护理的全面性和整体性^[3]。本研究对 120 例恶性肿瘤患者的临床资料进行回顾性分析, 探讨系统护理干预在恶性肿瘤患者化疗期间对便秘改善的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2014 年 6 月我院收治的 120 例恶性肿瘤患者的临床资料, 男 80 例, 女 40 例; 年龄 36 ~ 79 (60.2 ± 12.6) 岁; 病程 1 ~ 3 (1.1 ± 0.2) 年; 其中直肠癌 29 例, 胃癌 24 例, 肝癌 19 例, 食管癌 22 例, 肺癌 14 例, 宫颈癌 12 例。入组患者均接受常规化疗治疗, 且在化疗后 2 ~ 3 d 出现不同程度的便秘。将患者随机分为观察组和对照组, 每组 60 例。其中观察组男 41 例, 女 19 例; 年龄 (61.3 ± 10.5) 岁; 病程 (1.2 ± 0.1) 年; 直肠癌 15 例, 胃癌 12 例, 肝癌 9 例, 食管癌 11 例, 肺癌 7 例, 宫颈癌 6 例。对照组男 39 例, 女 21 例; 年龄 (59.8 ± 13.1) 岁; 病程 (1.0 ± 0.2) 年; 直肠癌 14 例, 胃癌 12 例, 肝癌 10 例, 食管癌 11 例, 肺癌 7 例, 宫颈癌 6 例。两组患者的各项基线资料比较差异无统计学意义

(P 均 > 0.05)。

1.2 护理干预方法 (1) 观察组实施系统护理干预: ①心理护理干预。在患者入院后及时与患者进行交流, 掌握患者的病情和情绪心理状态。及时组织患者观看我院特制的“肿瘤化疗康复健康教育”光盘, 及参加定期开展的“肿瘤之家”座谈会。通过学习“健康教育”和临床治愈患者现身说法的形式, 使患者对自己的病情有充分的了解, 同时也增加患者和家属的治疗信心。②饮食护理。临床治疗过程中, 一些患者会因为惧怕肿瘤化疗导致的恶心呕吐而不敢进食。化疗前可以先吃点清淡的食物, 如稀饭、面条、饼干、牛奶、鸡蛋等; 不吃或少吃油腻、易产气的和不易消化的食物, 如大荤大油的食物、油炸食品等。化疗后指导患者进食清淡易消化食物如: 黄芪蜜粥、胡麻仁粥、蜂蜜粥等并少食多餐。③药物因素护理干预。了解不同患者的便秘情况, 在医生指导下指导患者服用药物进行辅助治疗, 或者对患者进行针灸和灌肠等。④生活习惯因素护理干预。指导患者养成良好的排便习惯, 保持科学的排便姿势等。对于行动不便需要在床上排便的患者, 指导其适当抬高床头。另外, 结合不同患者的身体状况和兴趣爱好等, 指导其选择一定的运动方式进行锻炼。并指导患者自行在肚脐正上方进行适度的按摩, 以促进排便。(2) 对照组实施常规护理干预。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验。两组患者便秘严重程度比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的便秘严重程度对比 经过不同的护理干预之后,观察组的轻度便秘率显著高于对照组,中度和重度便秘发生率则显著低于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组患者排便恢复正常时间比较 观察组 3 d 内排便恢复正常率 66.7%,明显高于对照组的 6.7% ($P < 0.01$);至 6 d 时,观察组合计恢复正常率达 90.0%,而对照组仅 50.0%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 1 两组患者的便秘严重程度对比 例(%)

组别	例数	重度	中度	轻度
观察组	60	0	16(26.7)	44(73.3)
对照组	60	14(23.3)	34(56.7)	12(20.0)
χ^2 值		7.925	5.554	17.143
P 值		<0.01	<0.05	<0.01

表 2 两组患者不同时间排便恢复正常率比较 例(%)

组别	例数	3 d	4~6 d	6 d 以上
观察组	60	40(66.7)	14(23.3)	6(10.0)
对照组	60	4(6.7)	26(43.3)	30(50.0)
χ^2 值		23.254	5.400	11.429
P 值		<0.01	<0.05	<0.01

3 讨论

化疗是治疗各种恶性肿瘤的重要方法^[4]。但在化疗过程中,患者的身体各项机能会出现不同程度的变化,并容易导致各种并发症的出现^[5-6],其中便秘是一种十分常见的并发症。便秘的出现,给患者的身心都造成了不同程度的影响,并容易导致患者出现烦躁和焦虑等不良的情绪,不利于化疗的正常进行^[7-9]。为此,需要积极的做好相应的临床护理工作。

但以往常规的护理干预大多无法获得理想的效果,为此,可以积极尝试实施系统护理干预。系统护理干预是一种科学、有效的护理模式,注重从整体角度出发对患者进行全方面的护理干预,具有较强的整体性和全面性^[10-12]。实施系统护理干预,可以结合不同患者的实际情况,多方面、多角度的为患者提供优良的护理服务,以提高护理干预效果^[13-14]。龙小丽等^[15]报道,对妇科癌症患者化疗期实施系统护理干预,可以显著提高患者的生活质量。莫丽紫^[16]通过研究也发现,对产妇实施系统护理干预,可以有效预防产后出血以及尿潴留的出现,效果确切。本研究对观察组患者实施系统护理干预,护理过程中,从患者的心理状态和饮食作息、生活习惯、用药等多方面

出发,为患者提供全方位、系统化的护理服务,从而有效改善患者的心理状态,并帮助患者养成良好的饮食和作息、排便等习惯,并有效改善患者的便秘情况。本研究发现,观察组的轻度便秘率显著高于对照组,中度和重度便秘发生率则显著低于对照组。另外,在排便恢复正常方面,观察组 3 d 内排便恢复正常率 66.7%,明显高于对照组的 6.7%,6 d 以上排便恢复正常率 10.0%,明显低于对照组的 50.0%。上述结果表明,对接受化疗的恶性肿瘤患者实施系统护理干预,可显著改善患者的便秘情况,有效促进其排便的恢复,获得了十分理想的临床效果。

综上所述,恶性肿瘤患者化疗期间容易出现便秘症状,通过对其实施系统护理干预,可以获得理想的临床效果。系统护理干预是一种科学、有效的护理干预模式。但是,受到研究时间以及实际条件等的限制,本次纳入研究的病例总数有限,相应的结果和结论可能存在一定的不足之处,还有待在今后的研究中予以进一步探讨。

参考文献

- [1] 张会. 系统化护理干预对肺癌化疗患者便秘的影响[J]. 安徽医学, 2013, 34(6): 833-835.
- [2] 姚斌莲, 孙秋华, 沈勤, 等. 腹部按摩联合中药敷脐预防急性白血病患者化疗后便秘的效果[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(2): 39-41.
- [3] 吴赞. 针对性护理干预对肺癌化疗患者便秘的护理效果[J]. 中国实用医药, 2013, 8(29): 188-189.
- [4] 顾巧萍. 肿瘤化疗患者便秘成因分析及护理干预进展[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(22): 219-221.
- [5] 黄秀兰, 邱圣红, 陈雨宜, 等. 早期全方位护理干预防治肿瘤化疗病人便秘的效果观察[J]. 临床医学工程, 2015, 22(1): 107-108.
- [6] 王玲, 王舟欢. 护理干预在乳腺癌化疗患者便秘中的效果观察[J]. 中国基层医药, 2010, 17(14): 2010.
- [7] 王道莉. 护理干预对肺癌化疗患者便秘的影响分析[J]. 中国实用医药, 2015, 10(1): 205-206.
- [8] 顾丽华, 蔡丽华, 季健秋. 早期护理干预对癌症化疗患者便秘的影响[J]. 河北中医, 2014, 35(8): 1242-1244.
- [9] 陈越, 张彬, 由正, 等. 芪蓉润肠口服液配合穴位按压对癌症化疗患者便秘治疗的临床研究[J]. 上海医药, 2014, 35(23): 25-27, 40.
- [10] Grenon NN. Managing toxicities associated with antiangiogenic biologic agents in combination with chemotherapy for metastatic colorectal cancer[J]. Clin J Oncol Nurs, 2013, 17(4): 425-433.
- [11] Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial[J]. J Clin Oncol, 2009, 27(36): 6191-6198.
- [12] Sun V, Otis-Green S, Morgan R, et al. Toxicities, complications, and

clinical encounters during intraperitoneal chemotherapy in 17 women with ovarian cancer[J]. Eur J Oncol Nurs, 2013, 17(3): 375-380.

- [13] Thoresen L, Fjeldstad I, Krogstad K, et al. Nutritional status of patients with advanced Cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool[J]. Palliat Med, 2002, 16(1): 33-42.
- [14] Awadalla AW, Ohaeri JU, Gholoum A, et al. Factors associated with quality of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and

their family caregivers: a controlled study[J]. BMC Cancer, 2007, 7: 102.

- [15] 龙小丽, 黄艳, 郭晨. 系统护理干预对妇科癌症患者化疗期生活质量的影响[G]//中华护理学会全国肿瘤护理新进展研讨会论文集. 北京: 中华护理学会, 2011: 202-204.
- [16] 莫丽紫. 系统护理干预在初产妇阴道分娩后出血及尿潴留的效果分析[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(8): 1124-1126.

收稿日期: 2015-07-02 修回日期: 2015-08-06 编辑: 王娜娜

· 护 理 ·

失效模式与效应分析在改造集中式标本运送流程中的应用

蔡娟, 包新慈, 胡爱云

东南大学附属南京江北人民医院护理部, 江苏 南京 210048

摘要: **目的** 探讨集中式标本运送的流程管理, 降低标本运送错误率, 提高标本运送及时性。**方法** 2013 年初成立标本运送流程再造小组, 应用失效模式与效应分析方法, 对集中式标本运送流程中可能出现的各种风险因素进行评估、分析, 计算运送标本失效的风险值(RPN), 明确 RPN > 150 分的为高风险因子, 如条码核对不准确、采集标本操作不规范、采集标本量和时间不符合要求、标本存放地点标示不清、放错地方、存放时间过长, 标本失效等, 并制定改善措施, 加以实施。**结果** 改进后集中式标本运送流程中的高危因素的风险危机值由改进前的 970 分下降到 240 分, 标本错误率由改进前的 1.14% 下降到 0.31% ($P < 0.01$), 标本送检的不及时性由改进前的 0.24% 下降到 0.05% ($P < 0.01$)。**结论** 失效模式和效应分析的应用有助于预见集中式标本运送流程中的风险, 预见性地减少流程各环节的漏洞, 从而提高集中式标本运送的有效性、经济性和准确率。

关键词: 失效模式; 效应分析; 标本运送, 集中式; 流程管理; 风险值

中图分类号: R 47 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)01-0137-03

我院 2010 年成立住院患者外勤服务中心, 通过一年多的试点和摸索, 于 2012 年初承担起集中运送全院各病区的所有标本。随着工作量和规模的扩大, 工作模式和流程发生了改变, 标本运送的错误率也随之增加, 一段时期标本错误率由 1.12% 增加到 2.5%, 大大增加了临床风险。针对这一现状, 我院于 2013 年初成立失效模式与效应分析(failure mode and effects analysis, FMEA)小组^[1], 对集中式标本运送流程进行改造和管理, 取得明显效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 分别选取 2013 年改进后和 2012 年改进前全院所有病区住院患者的所有标本, 包括内、外、妇、儿、重症医学科。

1.2 方法

1.2.1 成立标本运送流程再造小组 小组成员共 9 人, 其中主任护师 1 人, 副主任护师 1 人, 主管护师 6 人, 工人 1 人; 学历: 本科 6 人, 专科 3 人。小组成员中, 除 1 位工人外, 均为临床护理工作 15 年以上, 经验丰富, 管理标本运送的护理人员, 且接受 FMEA 的培训。

1.2.2 确定并描写标本运送流程图, 寻找流程失效模式 召集小组成员, 绘制外勤中心运送标本的流程[核对无误的条码→黏贴标本容器→床边核对、交代注意事项→护士(患者)留取标本→至标本存放处→护士核对→工人取送标本(多个病区)→工人与检验科工作人员交接→登记(含错误情况)], 采取头脑风暴^[2], 寻找每一个子流程中可能出现的失效模式, 找出可能的原因及导致的后果, 制定运送标本失效模式调查表, 最终由小组成员共同确定风险系数。

1.2.3 计算风险值^[3] 运送标本失效的风险值(risk priority number, RPN)由严重度(S)、发生频度(O)和失效检验的难度(D)三者的乘积来计算, S、O、