

$P=0.0144<0.05$ 。

3 讨论

临床腹部手术主要有胃部手术^[10]、肠道手术以及阑尾炎手术等,与清洁类手术相比,术后切口感染的发生率明显较高。对腹部手术患者来说,一旦出现切口感染,便有可能导致炎症反应^[11]、切口疝等不良后果,不仅会使患者的生理痛苦增加,还会使其病情加重,延长住院时间,影响术后康复效果。作为开展外科手术的重要场所,手术室对无菌操作及治疗环境的要求与其他场所相比均较高,敷料、医护人员着装以及手术器械等是否彻底消毒^[12]、手术室环境是否管理到位等环节的疏忽均有发生切口感染的可能性。

经调查有关资料获悉,引起外科切口感染的因素诸多,包括手术时间较长、室内人员^[13]、急诊手术以及接台手术等,而采取有效科学的护理干预,则能够减少或者积极预防切口感染^[14]。金歌等^[15]研究中通过比较手术室常规护理,结果发现手术室优质护理能缩短消化道手术患者切口愈合的时间,同时还可使切口感染发生率显著降低。

本研究结果显示,试验组患者切口愈合效果优于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。提示手术室护理能巩固手术疗效,使患者术后切口获得良好的愈合效果。参照组并发症发生率为30%,试验组并发症发生率为4%,试验组并发症发生率低于参照组,差异有统计学意义($\chi^2=11.9773$, $P=0.0005<0.05$)。提示手术室护理在降低术后并发症发生方面有积极作用,有利于加速术后康复进程。两组患者护理后生活质量评分均优于护理前,且试验组优于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。进一步表明试验组制定的护理方案可行性更高,在帮助患者改善生活质量方面作用显著。试验组护理满意度优于参照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.9829$, $P=0.0144<0.05$)。说明试验组护理服务质量更高效更可靠,能获得患者的认可,密切护患关系。

总之,对腹部外科手术患者施行手术室护理疗效显著,安全性高,不仅能减少各类危险性因素,减少切口感染,维护手术效果,还可改善生活质量,构建和谐和谐的护患关系,值得推广运用。

参 考 文 献

- [1] 耿炜,杨媛,蒋婉,等.腹腔镜行胃穿孔修补术患者的优质护理效果观察.中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(2):148-149.
- [2] 刘玲辉.成人腹股沟疝日间手术护理体会.中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(4):312-313.
- [3] 王宪.腹股沟无张力疝修补术后感染的预防及护理方法研究.中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(2):144-145.
- [4] 张永梅,陈雪云,罗慧.优质护理方式在老年嵌顿性腹股沟斜疝无张力疝修补术中的护理效果分析.中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(5):393-395.
- [5] 王笑.加速康复外科理念应用于经腹腹膜前疝修补术的围手术期护理.中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(2):146-147.
- [6] 王凤宇,王吉博,彭浩.腹部外科手术切口感染的危险因素及对策.医药前沿,2017,7(10):198-199.
- [7] 徐卫东.预防老年患者腹部术后肺部感染的综合护理管理.医药前沿,2016,6(35):275-276.
- [8] 王乐,郑雪梅,刘晓晨,等.综合路径在老年腹外疝无张力修补术患者围手术期中的应用效果分析.中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2017,11(2):133-136.
- [9] 肖慧莲,邝玉群.护理安全管理在腹部外科手术患者中的应用.齐鲁护理杂志,2017,23(6):98-100.
- [10] 陈倩仪,李芸,曾兰芬,等.手术室护理干预预防腹部外科手术患者切口感染效果观察.齐鲁护理杂志,2017,23(14):82-83.
- [11] 余春玲.护理安全管理对腹部外科手术患者护理质量及风险事件的影响.中国当代医药,2017,24(18):131-133.
- [12] 陶琳,龚姝,陈丽,等.腹部手术患者与护士围术期健康教育需求认知差异的比较.中华现代护理杂志,2017,23(35):4498-4501.
- [13] 郑薇,聂虹霞.腹腔镜直肠癌手术输尿管损伤的特点和护理对策.中华现代护理杂志,2016,22(7):1001-1003.
- [14] 陈杏梅,金晓英,方丽萍,等.腹部手术患者切口感染的临床研究.中华医院感染学杂志,2016,22(3):703-705.
- [15] 金歌,刘延锦,王俊平,等.不同保温温度对腹部手术患儿体温变化的影响.中华护理杂志,2016,51(5):583-586.

[收稿日期:2018-06-12]

35 例鼻咽癌患者颈部放射性皮炎护理

李小兰 李玉凤

【摘要】目的 观察通过护理促使鼻咽癌患者颈部放射性皮炎创面快速愈合的效果,以保证放射性治疗顺利进行。**方法** 35例出现颈部放射性皮炎的鼻咽癌患者作为研究对象,根据放射性皮炎症状的不同程度采取相应的护理方法,观察其护理效果。**结果** 35例患者的放射性皮炎经过相应护理干预后均得到控制及愈合。11例Ⅰ度放射性皮炎患者创面全部愈合;8例Ⅱ度放射性皮炎患者中6例患者创面愈合,2例发展为Ⅲ度放射性皮炎后创面得到控制并开始愈合;6例Ⅲ度放射性皮炎患者中5例患者创面完全愈合,1例患者创面明显缩小;10例Ⅳ度放射性皮炎患者中8例患者创面完全愈合,2例患者创面明显缩小。所有患者经对症处理均顺利完成治疗。**结论** 对鼻咽癌患者颈部放射性皮炎采取相应的护理干预,效果显著。

【关键词】 鼻咽癌;放射性皮炎;护理

DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2018.31.087

作者单位:510000 中山大学孙逸仙纪念医院

鼻咽癌患者在接受放射性治疗时,在会有一些放射线引起的副作用及不舒服,其中以皮肤反应的危害较使人疼痛难以忍受,所有接受放射性治疗的患者均会伴随着出现各种情况的皮肤反应,轻则会出现瘙痒、脱屑、皮肤颜色发黑等症状,重则则会出现湿疹水泡、灼痛、溃烂等症状,甚至会导致放射性治疗无法正常进行。一旦患者出现上述症状,伴随着身体痛苦的同时,还会延误病情的治疗,延长住院时间,患者需要承担的经济负担以及思想负担更重,也可能因此使治疗无法继续完成或是让患者想放弃治疗,进而影响治疗的疗效。2013年3~9月,本科对35例出现放射性皮炎的鼻咽癌患者实施相应的护理措施,均取得良好的治疗效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科于2013年3~9月共收治鼻咽癌患者40例,均接受放射性治疗,其中发生放射性皮炎患者35例,男22例,女13例,年龄38~62岁,所有患者均完成全部疗程。

1.2 放射性皮炎分级标准 根据国际抗癌联盟(UICC)制定的急性放射反应评分标准可以分为以下几个等级:0度:无变化;I度:出汗减少,且伴随着出现轻度红斑、滤泡以及干性脱皮情况;II度:患者皮肤出现明显红斑或斑状湿性皮炎,并且伴有中度水肿;III度:患者皮肤为融合性湿性皮炎,且由凹陷性水肿;IV度:皮肤溃疡、出血,甚至坏死^[1]。以上述标准为依据,确定选取的35例患者中I度放射性皮炎患者11例,II度放射性皮炎患者8例,III度放射性皮炎患者6例,IV度放射性皮炎患者10例。

1.3 护理方法

1.3.1 环境与温度 为患者创造安静舒适的治疗环境,重点做好室内温湿度的控制,保证可以维持新鲜空气的流通。以室内温度夏季在28~32℃,冬季为32~34℃,湿度为50%~60%为宜。另外,室内行紫外线照射1~2次/d,40~60 min/次。

1.3.2 皮肤护理 交待患者切勿洗脱照射野标记,保持照射野界线清楚,提前将身上的所有金属制品全部取下,然后才可以进行放射性治疗,避免因金属吸收更多放射线而加重皮肤损伤。患者应尽量选择宽松、柔软以及吸水性强的棉质内衣,提前清洁放射区皮肤,尤其是褶皱区更是要清洗干净,并且保持干燥。其中要注意严禁使用碘酊、肥皂以及刺激性消毒液清洗,还要杜绝热水袋的使用,以及外出时要做好有效防晒,避免受到阳光直射。

1.3.3 局部预防性护理 从放射性治疗第1天开始,照射野局部涂抹比亚芬或新鲜芦荟汁,3~4次/d,放射性治疗开始前6 h内不用比亚芬。

1.3.4 病情观察 对患者的所有信息做好详细记录,掌握患者治疗和护理的动态信息,确定其接受放射性治疗的次数和时间,观察其皮肤颜色状态和破损程度,并严格按照分级标准对出现破损情况的进行定级,然后结合实际情况,给予相关用药指导,并做好跟踪观察,确定患者的药后效果。

1.3.5 放射性皮炎发生后的局部护理 I度损伤患者,确定使用比亚芬(三乙醇胺乳膏)对放射局部进行均匀涂抹,并轻轻按摩直至全部吸收,要求3~4次/d。出现脱皮时勿用手撕剥,伴局部瘙痒者,涂抹冰片滑石散2~3次/d,2~3 g/d,放射性治疗前用清水洗净冰片滑石散。冰片滑石散配制方法:冰片20 g+滑石粉40 g,捣成粉末,充分和匀。且要在进行放射性治疗之前将冰片滑石散用清水清洗干净,进行充分捣碎成

粉状,混合均匀后即用于治疗。II度、III度损伤患者,采用暴露疗法;斑状湿性皮炎、中度水肿者,使用复方维生素B₁₂溶液(商品名:贯新克)与洁悠神交替外喷,3次/d,使用顺序为先喷贯新克,隔30 min后再喷洁悠神,并暴露局部皮肤,贯新克含有维生素B₁₂和硫酸庆大霉素成分,可起到局部抗菌的效果,使用后能够在一定程度上缓解患者放射性灼烧造成的局部肿胀问题,减少创面愈合所需时间^[2];洁悠神喷洒在皮肤上可在表面形成隐形保护膜,达到长效抑菌的作用;融合性湿性皮炎、凹陷性水肿者,先用生理盐水清洗创面待干后,在创面上涂抹利福平粉沫,2次/d,暴露创面,利复平有收敛、减少创面渗出、加速创面愈合的作用;如创面渗液较多者,可用生理盐水清洗创面待干后,外贴美皮康,要求美皮康大小以及边缘至少与创面保持2~3 cm的间距,且全程要避免手指接触到美皮康的覆盖面,以免使创面被感染。用美皮康将创面全部覆盖后进行平整按压,保证可以与皮肤紧密相贴,避免四周卷起;如创面较大伴有痂皮,且渗液及脓性分泌物较多时,先用生理盐水或0.02%呋喃西林湿敷,清除创面存在的脓性分泌物与粘附性焦痂,并将已经坏死的组织部分全部清除,直到伤口出现红色基底,待晾干后利用无菌棉签来涂清得佳凝胶,外贴美皮康。初期更换1次/d,以后根据创面情况每2~3天更换1次,必要时暂停放射性治疗,美皮康防菌、防水效果良好,使用后会有一层半通透性膜对创面周围皮肤进行温和的粘附,降低了患者去除时伴随着的表皮脱落和疼痛感,同时清得佳凝胶也可以在创面形成一层波波的覆盖物,创造一个湿性环境,有利于伤口的自溶性清创,加速肉芽组织的生长与再上皮化,缩短了伤口愈合所需时间。

1.3.6 饮食护理 鼻咽癌患者在进行放射性治疗、化疗时经常会出现低蛋白血症情况,为最大程度上保持良好的体力和恢复能力,需要为其制定针对性的饮食护理方案。适当增加高热量、高蛋白、高维生素以及高铁质食物,忌辛辣饮食,且要鼓励患者形成少量多次的饮水习惯,降低皮肤敏感性。另外,中医认为患者进行放射性治疗以后为阴虚津枯之体,需要适当的增加新鲜果蔬饮食,严禁食用辛辣温热,避免伤阴助火加速津液枯竭。患者适宜食用滋阴润燥生津的食物,可选择多饮水果汁,保持全面营养。

1.3.7 疼痛护理 放射性皮炎会伴随着强烈的疼痛感,不仅会增加患者的心理负担,同时会降低其生活质量。护理人员需要及时向患者普及疼痛相关知识,使其明白疼痛产生的原因,然后选择针对性强的降低疼痛的方法。同时还需要耐心倾听患者诉求,积极鼓励患者培养各方面兴趣,使其更积极的与家人交流,并通过听音乐、深呼吸、放松按摩等方法来缓解压力,分散疼痛注意力,并且要谨遵医嘱合理用药,科学止痛^[3]。

1.3.8 健康教育 基于患者自身文化水平,来采取相应的方法对其讲解疾病相关知识,以及肿瘤治疗常识,使其明白治疗过程中需要配合的内容。通过疾病知识的讲解介绍,使其可以更全面的了解和认识放射性治疗过程中皮肤可能会产生的副反应情况,并向其介绍放射性皮炎的防护知识,确保患者可以始终保持一个理性的态度,在整个治疗过程中可以积极发挥自身的主观能动性。

1.3.9 心理护理 护理人员需要重视患者的心理护理,加强对患者心态的关注,主动倾听患者的诉求,鼓励其积极地

面对自身的焦虑情绪,通过聊天的方式来降低其不安情绪,使其能够保持一个积极正面的治疗心理。

1.4 观察指标 观察患者治疗完成及切口愈合情况。

2 结果

35例患者的放射性皮炎经过相应护理干预后均得到控制及愈合。11例Ⅰ度放射性皮炎患者创面全部愈合;8例Ⅱ度放射性皮炎患者中6例患者创面愈合,2例发展为Ⅲ度放射性皮炎后创面得到控制并开始愈合;6例Ⅲ度放射性皮炎患者中5例患者创面完全愈合,1例患者创面明显缩小;10例Ⅳ度放射性皮炎患者中8例患者创面完全愈合,2例患者创面明显缩小。所有患者经对症处理均顺利完成治疗。

3 讨论

鼻咽癌患者治疗过程中经常会出现放射性皮炎并发症,必须要加强对这方面的护理,以免对放射性治疗效果产生不良影响,尤其是放射性损伤程度严重的患者,会直接造成放射性治疗中断,而延长治疗时间^[4-6]。如果出现Ⅲ度放射性皮炎必须要立即停止放射性治疗,否则将会直接影响放射性治疗效果。因此需要采取措施进行防护,争取最大程度上来减少放射性皮炎的产生,通过可靠护理缩短皮肤放射损伤所需要的愈合时间。当发生放射性皮炎时,应仔细观察局部皮肤的变化,采取相应的护理措施进行干预,护理上应灵活运用各种药物及敷料,可有效地改善及控制放射性皮炎的愈合与发展,从而减轻患者的痛苦及经济负担,并提高放射性治疗的效果^[7-9]。

总之,对鼻咽癌患者颈部放射性皮炎采取相应的护理干预,效果显著。

参 考 文 献

- [1] 李思欣,杨满红,罗文苑,等.贯新克对鼻咽癌放疗术后皮肤损伤的疗效评价.中国现代药物应用,2012,6(1):8-9.
- [2] 陈小英.比亚芬单独与联合芦荟预防中晚期鼻咽癌患者急性放射性皮炎的临床观察.海峡药学,2012,24(7):144-145.
- [3] 李学华,刘瑛,文梅花,等.冰片滑石散预防鼻咽癌放射性皮炎的临床观察.右江医学,2010,38(3):286-287.
- [4] 陈蕾.洁悠神防治放射性皮炎的观察和护理.护理实践与研究,2011,8(17):44-45.
- [5] 易谢华.利福平治疗鼻咽癌Ⅱ、Ⅲ度放射性皮炎的观察与护理.当代护士(中旬刊),2008(6):93-94.
- [6] 何艳,范育英,陈林敏.美皮康联合清得佳治疗鼻咽癌患者Ⅳ度放射性皮炎护理.当代护士(下旬刊),2012(5):77-79.
- [7] Sheila K, MacRfide, Mary E, et al. A cm study to Evaluate a New Soft silieune mssiog. Mepilex lite, for patients with Radiation Skin Reactions.Cancer Nursing TM, 2008, 31(1):8-14.
- [8] 王丽华,吴爱真.肿瘤放射治疗致放射性皮炎 76 例临床观察和护理.福建医药杂志,2008,30(5):146-147.
- [9] 葛树敏,唐世芳.鼻咽癌放射性皮炎护理进展.护理实践与研究,2013,10(10):123-125.

[收稿日期:2018-09-03]

品管圈活动在降低肿瘤科 PICC 非计划拔管率中的效果

李志兰 麦惠诚 徐佳莉

【摘要】目的 探析品管圈活动在降低肿瘤科经外周穿刺置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管率中的效果。**方法** 50例接受PICC置管的患者,采用数字随机表法分为对照组和观察组,各25例。对照组实施常规护理干预,观察组在常规护理干预的基础上实施品管圈护理干预,比较两组PICC非计划拔管率和护理满意度。**结果** 观察组患者PICC非计划拔管率为4.0%,对照组为24.0%;观察组患者PICC非计划拔管率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者护理满意度为96.0%,明显高于对照组的76.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对肿瘤科PICC置管患者实施品管圈活动可降低PICC非计划拔管率,效果理想,能够最大程度上保障置管的安全性和有效性,值得推广应用。

【关键词】 品管圈活动;肿瘤科;经外周穿刺置入中心静脉导管;非计划拔管率

DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2018.31.088

PICC是肿瘤科疾病治疗过程中的主要医疗技术,通过PICC置管可减少患者反复穿刺造成的创伤和穿刺部位周围血管坏死的风险性,同时还可以减轻患者化疗的痛苦。但是,一旦发生PICC非计划拔管,将会影响患者的生理和心理健康,预后不佳,且影响治疗工作的顺利开展^[1,2]。本研究以2017年8~11月于本院肿瘤科接受PICC置管的50例患者为主要对象,对品管圈活动在降低肿瘤科PICC非计划拔管率的效果进行评价,具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年8~11月于本院肿瘤科接受PICC置管的50例患者为研究对象,采用数字随机表法分为对照组和观察组,各25例。对照组男13例,女12例;年龄32~76岁,平均年龄(48.86±10.33)岁;乳腺癌5例,肺癌10例,结直肠癌5例,其他5例。观察组男14例,女11例;年龄33~77岁,平均年龄(48.95±10.47)岁;乳腺癌5例,肺癌10例,结直肠癌6例,其他4例。两组患者的年龄、性别和疾病类型等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用常规护理干预,对患者置管情况和血管情况进行准确评估,向患者介绍PICC导管维护的

作者单位:528318 广东省佛山市顺德龙江医院