

风险预警分级管理在胸腔镜术后呕吐预防中的应用效果

夏静

(南京市脑科医院 ICU, 江苏 南京, 210029)

摘要:目的 探讨风险预警分级管理在胸腔镜术后呕吐预防中的应用效果。方法 回顾性选取南京市脑科医院 2019 年 3 月 ~ 2022 年 3 月收治的 1 000 例术后入住 ICU 的胸腔镜手术患者, 根据不同的护理方法进行分组, 分为观察组与对照组, 每组 500 例。对照组患者实施常规护理, 观察组患者在常规护理基础上增加风险预警分级管理, 对比两组患者术后不同时间呕吐发生率及严重程度, 护理前后两组患者血清相关指标以及术后并发症。结果 观察组患者术后呕吐发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组呕吐为 II 度的发生率明显高于对照组, IV 度明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后, 两组患者的血清转铁蛋白 (TRF)、前白蛋白 (PAB) 水平均升高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预后, 两组患者的血清白蛋白 (Alb) 和血红蛋白 (Hb) 水平均降低, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组术后并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 采取风险预警分级管理能够有效预防患者术后呕吐情况的发生, 减轻患者呕吐严重程度, 提高营养水平, 减少术后并发症发生率。

关键词: 风险预警; 分级管理; 胸腔镜手术; 呕吐; 并发症

中图分类号: R473 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-21-0136-04

随着临床医学技术的发展, 胸腔镜手术被广泛应用到胸部外科等疾病的治疗。有研究发现, 与传统剖胸肺大泡切除术相比, 对肺大泡、肺部肿瘤患者应用胸腔镜下肺大泡切除术能够减少患者术后并发症发生率, 降低手术风险, 对患者内环境影响较小^[1]。然而, 临床实践发现, 虽然对患者应用胸腔镜手术治疗效果良好, 但是患者术后易发生恶心呕吐等现象, 可能与胸腔镜手术对麻醉要求较高、麻醉及镇痛药物使用剂量较大有关。术后恶心呕吐不仅使患者易出现营养不良, 导致免疫力降低, 还容易导致患者出现水电解质紊乱、伤口开裂、感染等严重不良反应, 不利于患者术后康复^[2]。因此, 减轻胸腔镜术后患者恶心呕吐现象成为了当前护理研究的热点内容。王君慧等^[3]研究发现, 针对肺部手术患者采取风险预警管理能够减轻患者术后恶心呕吐程度。因此, 为了减轻胸腔镜术后呕吐的预防效果, 本研究选取南京市脑科医院 2019 年 3 月 ~ 2022 年 3 月收治的 1 000 例术后入住 ICU 的胸腔镜手术患者作为研究对象, 探讨风险预警分级管理在胸腔镜术后呕吐预防中的应用效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取南京市脑科医院 2019 年 3 月 ~ 2022 年 3 月收治的 1 000 例术后入住 ICU 的胸腔镜手术患者作为研究对象, 根据不同的护理方法进行分组, 分为观察组与对照组,

每组 500 例。两组患者一般资料对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。本研究经南京市脑科医院医学伦理委员会审批。所有患者对本研究知情并签署知情同意书。

表 1 两组患者的一般资料比较 $[(\bar{x} \pm s)/n(\%)]$

项目	观察组 (n=500)	对照组 (n=500)	χ^2/t	P
性别				
男性	278(55.60)	285(57.00)	0.271	0.602
女性	222(44.40)	215(43.00)		
年龄(岁)	64.29 ± 4.42	64.30 ± 4.57	0.035	0.972
Apfel 评分	2.41 ± 0.42	2.38 ± 0.35	1.227	0.220
疾病类型				
肺结节	224(44.80)	231(46.20)		
肺部肿瘤	66(13.20)	55(11.00)	0.635	0.426
肺大泡切除	112(22.40)	124(24.8)		
纵隔肿瘤	98(19.60)	90(18.00)		
ASA 分级				
I	121(24.20)	115(23.00)		
II	253(50.06)	262(52.40)	0.350	0.841
III	126(25.20)	123(24.60)		

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 所有患者均符合胸腔镜手术治疗指征, 且择期进行胸腔镜手术治疗; 术后入住 ICU。

作者简介: 夏静(1991.11-), 女, 汉族, 籍贯: 江苏省淮安市, 本科, 护师, 研究方向: ICU 护理。

表 2 两组患者术后不同时间呕吐情况及严重程度对比

[n(%)]

组别	例数	呕吐				呕吐严重程度		
		术后 0 ~ 6 h	术后 6 ~ 12 h	术后 12 ~ 24 h	总计	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度
观察组	500	26 (5.20)	18 (3.60)	8 (1.60)	52 (10.40)	23 (44.23)	24 (46.15)	5 (9.62)
对照组	500	95 (19.00)	49 (9.80)	21 (4.20)	165 (33.00)	21 (12.73)	81 (49.09)	63 (38.75)
χ^2					75.151	24.275	0.137	14.996
P					<0.001	<0.001	0.712	<0.001

排除标准: 精神状态较差者; 合并严重重要脏器疾病者; 恶性肿瘤者。

1.3 方法

对照组采取常规护理, 具体方法: (1) 术后密切观察患者各项生命体征指标, 依照医嘱为患者合理使用抗生素治疗。(2) 患者恢复饮食后, 为患者制订合理饮食计划, 嘱咐患者多食用清淡容易消化的食物, 增加新鲜水果蔬菜进食量, 确保营养均衡。(3) 护理人员要及时评价患者术后心理状态, 了解患者实际感受, 展开心理护理, 特别对于负性情绪较严重的患者需要及时心理疏导。了解患者负面心理的来源, 积极解答患者提出的问题; 还可以鼓励患者通过转移注意力或音乐疗法等减轻患者术后焦虑、抑郁情绪。

观察组在对照组基础上增加风险预警分级管理, 具体方法: (1) 成立风险预警分级管理小组与培训, 小组成员包括主治医师 1 名、护士长 1 名、麻醉医师 1 名、责任护士 4 名。由主治医师和麻醉医师负责患者术后镇痛、手术时间控制以及胃肠道不良反应的药物选择。由护士长对所有责任护士进行术后恶心呕吐的相关宣教、评估和预警的落实工作, 并对所有护理人员进行培训。培训的主要内容包包括术后恶心呕吐的发生机制、评价方法、危险因素以及预防措施等, 并指导护理人员如何应用 Apfel 评分系统, 对患者恶心呕吐的风险情况进行评估^[4]。所有培训完毕后, 对护理人员相关知识掌握情况进行考核, 考核通过者可进入到下一步研究中。(2) 对患者进行全方位检查与恶心呕吐危险因素评估, 采用血常规检查、生化检查以及心脏彩色多普勒超声检查, 判断患者有无贫血、低蛋白血症、血清电解质、血清尿素氮异常等情况, 风险评估后为患者安排手术时间。并应用 Apfel 评分系统评价患者术后恶心呕吐危险因素, 其中包括既往术后恶心呕吐发生史、晕动病史、吸烟饮酒情况等。(3) 预防措施制订。术前指导患者恶心呕吐预防措施和疾病知识等, 例如可以在术后枕边放置橘皮等一些芳香型物品, 并指导患者若术后出现恶心可以刺激内关穴等穴位。术前采取 Apfel 评分系统对患者进行评价, 评估患者发生术后呕吐的风险级别, 并适当缩短术前禁食时间, 为 2 ~ 4 h。术后嘱咐患者清醒后开始适当饮水, 再逐渐过渡到普通流质食物, 在此期间可以饮用柠檬水和食用薄荷味糖果等, 减少术后恶心次数。术后定时对患者生命体征进行评价, 及时了解由患者主诉的恶心呕吐现象, 随时对患者进行评估; 若患者术后需要使用患者自控镇痛泵 (PCA), 出现恶心呕吐情况需要暂停使用, 待患者症状减轻之后, 再重新启用; 若患者恶心呕吐症状仍无明显缓解, 需要遵

医嘱为患者提供盐酸异丙嗪、地塞米松以及甲氧氯普胺等药物进行止吐处理。

1.4 观察指标

①观察并记录两组患者术后 0 ~ 6 h、6 ~ 12 h、12 ~ 24 h 呕吐发生情况, 呕吐发生率 = 呕吐发生例数 / 总例数 × 100%。针对已经发生呕吐的患者应用文字描述评分法 (Verbal descriptors scale, VDS) 评估其呕吐严重程度, 其中 I 度为有食欲减退或恶心, 但无呕吐; II 度为呕吐 1 ~ 2 次/d; III 度为呕吐 3 次/d; IV 度为难以控制的呕吐^[5]。②采取所有患者护理前和护理 1 个月后的静脉血 5 mL, 离心后, 应用全自动生化分析仪检测患者血清指标, 其中包括转铁蛋白 (TRF)、前白蛋白 (PAB)、血清白蛋白 (Alb) 和血红蛋白 (Hb)。③观察并记录两组患者术后肺部感染、发热、切口感染、皮下气肿等并发症发生率, 并发症总发生率 = (肺部感染 + 发热 + 切口感染 + 皮下气肿) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 23.0 统计学软件对本研究数据进行分析, 计数资料用 [n(%)] 表示, 行 χ^2 检验。符合正态分布的计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后不同时间呕吐情况及严重程度对比

观察组术后呕吐发生率为 10.40%, 对照组术后呕吐发生率为 33.00%, 观察组明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组呕吐为 II 度的发生率明显高于对照组, IV 度明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组患者血清营养指标对比

干预前, 两组患者的 TRF、PAB、Alb、Hb 相关营养指标对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 两组患者的 TRF、PAB 水平较干预前升高, 观察组高于对照组; 两组患者的 Alb、Hb 水平较干预前降低, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者术后并发症发生率对比

观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

据统计, 术后恶心呕吐在住院手术患者中发生率为 20% ~ 40%, 胸腔镜手术患者高达 50% 左右^[6]。术后恶心呕吐不仅为患者的心理和生理带来不适, 甚至还会引起恢复时间延长以及术后并发症等^[7]。风险预警分级管理系统主要是

表 3 两组患者护理干预前后血清营养指标对比

($\bar{x} \pm s, \text{g/L}$)

组别	例数	TRF				PAB			
		干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	500	1.20 ± 0.33	1.79 ± 0.47	18.881	<0.001	0.21 ± 0.04	0.28 ± 0.05	6.380	0.011
对照组	500	1.22 ± 0.35	1.27 ± 0.38	4.397	<0.001	0.20 ± 0.02	0.24 ± 0.04	2.586	<0.001
<i>t</i>		0.373	12.288			0.747	3.260		
<i>P</i>		0.711	<0.001			0.459	<0.001		

续表 3

组别	例数	Alb				Hb			
		干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	500	46.32 ± 5.36	35.71 ± 3.68	14.544	<0.001	106.94 ± 5.49	94.59 ± 3.24	6.661	0.011
对照组	500	46.28 ± 5.23	44.06 ± 2.44	2.433	0.017	106.32 ± 3.11	104.12 ± 3.64	1.989	0.049
<i>t</i>		0.585	5.115			0.478	7.378		
<i>P</i>		0.561	<0.001			0.633	<0.001		

表 4 两组患者术后并发症发生率对比 [n(%)]

组别	例数	肺部感染	发热	切口感染	皮下气肿	总计
观察组	500	3(0.60)	12(2.40)	12(2.40)	3(0.60)	30(6.00)
对照组	500	11(2.20)	28(5.60)	17(3.40)	6(1.20)	62(12.40)
χ^2						12.258
<i>P</i>						<0.001

依照患者存在的风险因素作出护理判断的一种新型护理方式,同时也属于超前预防性护理的一种。该护理方式能够对相关风险因素进行早期评估,并采取适当措施进行预防处理,减轻患者痛苦^[8]。晏蓉等^[9]研究发现,对经鼻肠内营养采取风险预警分级管理,能够减少患者鼻黏膜压力性损伤发生率。张惠芬等^[10]研究发现,对老年长期卧床患者采取预警分级管理模式能够预防患者压疮、下肢深静脉血栓等并发症发生率,提升患者护理满意度。因此,本研究针对胸腔镜手术患者,采取风险预警分级管理系统,拟为术后呕吐的预防提供参考意见。

本研究结果表明,观察组术后呕吐发生率为 10.40%,对照组术后呕吐发生率为 33.00%,观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$);观察组呕吐为 II 度的发生率明显高于对照组,IV 度明显低于对照组 ($P < 0.05$)。由此证明,对胸腔镜手术患者采取风险预警分级管理能够有效预防患者术后呕吐情况的发生,而且能够减轻呕吐患者的呕吐严重程度。这主要是因为,采用风险预警分级管理系统能够监督并督促护理人员主动落实干预措施,并在对患者进行恶心呕吐相关危险因素评估后及时采取相关措施进行预防。另外,护理人员能够及时对患者进行宣教,指导患者术前禁饮禁食、术后饮食以及早日离床活动等管理措施,能够对患者术后恶心呕吐情况产生一定预防效果^[11]。同时,护理人员重视对患者的术后定期评估,能够及时发现患者恶心症状,采取药物或非药物干预方式,缓解患者恶心情况^[12]。两组患者干预前 TRF、PAB、Alb、Hb 相关营养指标对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预后,

两组 TRF、PAB 水平升高,观察组高于对照组,Alb、Hb 水平降低,观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。Hb 能够反映贫血程度,贫血是手术患者术后常见的合并症,发生率高达 71.24%^[13]。Alb 是评价人体蛋白质营养情况的一个重要指标,能够反映出患者病情严重程度,且持续低蛋白血症还是营养不良的一个可靠指标,不受主观因素影响。PAB 又称转甲状腺素蛋白,测定其在血浆中的浓度对于了解蛋白质的营养不良、肝功能不全,比清蛋白和转铁蛋白具有更高的敏感性^[14]。TRF 水平可用于贫血的诊断和对治疗的监测。而观察组患者 TRF、PAB 水平升高,Alb、Hb 水平降低,也证明了应用风险预警分级管理能够提升患者营养水平。这主要是因为,有效预防患者术后恶心呕吐能够进一步提升患者营养吸收水平。最后,本研究结果显示,观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。由此证明,应用风险预警分级管理不但能够减少术后呕吐现象,而且能够减少患者术后肺部感染、发热、切口感染、皮下气肿等并发症发生率。陈焯等^[15]研究发现,对手术患者采取风险预警机制能够减少患者术后感染等并发症发生率,与本研究结果相符。

综上所述,对胸腔镜手术患者采取风险预警分级管理能够有效预防患者术后呕吐情况的发生,且能够减轻呕吐患者的呕吐严重程度,提升其营养水平,减少术后并发症发生率,值得临床应用。

参考文献

- [1] 林梓霞,马楚洲,郭春明,等.两种可视化神经阻滞在胸腔镜肺大泡切除术后镇痛中的比较[J].中国医师杂志,2020,22(12):1827-1830,1835.
- [2] 黎翠,胡翠纹,张军龙,等.氟比洛芬酯预先给药对胸腔镜下肺叶切除患者术后镇痛和胃肠激素的影响[J].中国现代医学杂志,2020,30(8):74-78.
- [3] 王君慧,潜艳,覃梦霞,等.预警管理在肺部手术病人术后恶心呕吐中的应用效果观察[J].护理研究,2021,35(22):4128-4130.
- [4] 冯秀蓉,马会玲,周雅,等.系统化护理在连续性肾脏替代法治

疗重症急性胰腺炎护理中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(9):1261-1264.

[5] 蔡加琴, 魏晓霞, 张桂枫, 等. “合作药物治疗管理”模式在化疗所致恶心呕吐规范化管理中的应用与评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(9):1125-1128.

[6] 李娜, 马冬, 郭伟, 等. 手术室细节化管理模式对胸腔镜肺癌手术患者术后恢复及并发症的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(19):2040-2043.

[7] Debasis B, Anjan D, Saikat M, et al. PONV in Ambulatory surgery: A comparison between Ramosetron and Ondansetron: a prospective, double-blinded, and randomized controlled study[J]. Saudi journal of anaesthesia, 2020, 8(1):25-59.

[8] 徐娜, 王晓艳, 易先丽. 风险预警管理在高压氧治疗婴幼儿缺血缺氧性脑病中的应用价值分析[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2020, 27(2):252-254.

[9] 晏蓉, 李素云, 詹显新, 等. 经鼻肠内营养并发鼻黏膜压力性损伤风险预警分级标准及干预方案的构建[J]. 中华临床营养杂

志, 2020, 28(6):346-350.

[10] 张惠芬, 王利, 侯燕, 等. 预警分级管理模式在临床老年长期卧床患者中的应用评价[J]. 解放军医院管理杂志, 2020, 27(8):796-800.

[11] 刘俐惠, 李温荣, 李玉, 等. 居家肿瘤患者PICC 风险预警自评指标体系的构建[J]. 中国护理管理, 2020, 20(11):1633-1637.

[12] 王浩, 黄蓉, 李晓涵, 等. 妇科患者静脉血栓栓塞症危险因素评估及风险预警评分表的构建[J]. 中国医药导报, 2021, 18(18):115-118.

[13] 周静, 夏红香, 茅昌敏, 等. 达芬奇机器人与胸腔镜手术治疗对肺癌根治术患者近期疗效, 术后营养水平和免疫功能的影响比较[J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(3):303-307.

[14] 赵子明, 付晓东. 电视胸腔镜下纵膈肿瘤切除术应用于纵膈肿瘤患者对其手术指标, 术后恢复和预后的影响分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(21):94-94.

[15] 陈焯, 顾志俭, 吴佳琦, 等. 风险预警机制在手术安全管理中的应用与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(1):50-53.

品管圈活动对提高癌痛患者疼痛评估正确率的应用价值

李秋雪 马川川 刘敏娟 韩多 布宏伟 刘宇婷

(赤峰市医院肿瘤内一科, 内蒙古 赤峰, 024300)

摘要:目的 探究癌痛患者疼痛评估中品管圈活动对提高正确率的应用效果。方法 选取 2020 年 1 月~2021 年 12 月赤峰市医院收治的 248 例癌痛患者作为研究对象, 按照随机数表法分为对照组和观察组, 每组 124 例。对照组患者予以常规管理, 观察组患者予以品管圈活动, 比较两组患者疼痛评估正确率、护理质量评分和护理满意度。结果 观察组评估疼痛正确率显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组基础护理、急救物品管理、消毒隔离、护理文书书写、健康教育等护理质量评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 将品管圈活动应用在癌痛患者疼痛评估中, 可以提高护理工作质量, 减少工作误差, 让患者获得更为良好的治疗体验。

关键词: 癌痛; 疼痛评估; 品管圈活动; 正确率; 护理质量

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-21-0139-04

癌痛是癌症晚期患者的一种常见症状, 引发癌痛的原因可分为三类, 即肿瘤压迫组织、神经引发的直接性疼痛、放疗、化疗不良反应性疼痛, 与肿瘤相关的间接疼痛^[1-2]。癌痛使得患者饱受煎熬, 也成为部分患者放弃治疗的重要原因。对晚期癌症患者来讲, 相较于生命的长度, 生命质量更为重要, 而癌痛的存在会导致患者生命质量不断下降^[3]。为了改善这一问题, 应正确评估患者疼痛程度, 并依据具体情况采取相应治疗措施来减轻患者疼痛感, 提高患者生活质量^[4]。但在临床实施过程中, 受各种因素影响很容易出现评估误差, 从而影响护理开展有效性。相关研究显示, 在癌痛患者疼痛评

估中采取品管圈活动, 可有效提升疼痛评估准确率, 为后续治疗、护理提供参考依据^[5-6]。品管圈(Quality Control Circle, QCC)是指由工作性质接近或互补的人自发组成的小圈团体, 小组人员可以集思广益来解决问题, 从而达到提升工作质量的目的^[7-8]。基于此, 选取 2020 年 1 月~2021 年 12 月赤峰市医院收治的 248 例癌痛患者为研究对象, 进一步分析品管圈活动的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月~2021 年 12 月赤峰市医院收治的 248 例癌痛患者作为研究对象, 按照随机数表法分为对照组和观察组, 每组 124 例。对照组男 66 例, 女 58 例; 年龄 22~85

作者简介: 李秋雪(1989.9-), 女, 蒙古族, 籍贯: 内蒙古自治区赤峰市, 本科, 主管护师, 研究方向: 肿瘤专科、癌痛。