

# 临床护理路径在恶性肿瘤护理中的应用体会

蒙慧芳

内蒙古医科大学附属人民医院(北京大学肿瘤医院内蒙古医院) 内蒙古 呼和浩特 010010

**摘要:**目的:剖析临床医学护理途径在恶性肿瘤护理中的运用实际效果。方法:选择2020年2月-2022年6月间医院接诊的癌症病人70例作为此次的研究主体,依照护理方法的不一样对它进行分类,一组为采用基本护理方法的对照组,一组为采用临床医学护理途径的观察组,一组各35例。对2组不良反应发病率、护理满意率及其健康教育知识得分开展数据分析。结果:观察组住院时护理满意率为94.29%、确诊为85.71%、住院治疗中向97.14%、出院之后为97.14%,与对照组差异明显( $P < 0.05$ );干涉后,2组病人HAMA和HAMD得分均较干涉前降低,且观察组降低大量,差异都有统计学意义( $P < 0.05$ );干涉后,观察组病人的生理状况、情感状况、社会发展/家庭状况、作用情况及FACT-G总成绩均比对照组高,差异都有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组疼痛感(3.02±0.27)分、副作用发病率11.43%、住院天数(5.85±0.76)d、生命质量(89.63±4.34)分,与对照组差异明显( $P < 0.05$ )。结论:在恶性肿瘤护理中采用临床医学护理途径,能够有效降低副作用发病率,提升护理满意率,成效显著,能够临床医学参考。

**关键词:**临床护理;恶性肿瘤;护理质量

引言:恶性肿瘤病症主要是由管控细胞生长和增值的出现异常体制所引起的。此病的特点就是周期长,持续性强。在过去,我国临床并比较落后,一旦得了恶性肿瘤,则意味着身亡。现阶段,我国的医学技术表现不错,放化疗也变得越来越走向成熟健全。根据恶性肿瘤放疗,病症获得了有效管理,进而可以延长病人的预期寿命。在放疗过程中,病人很容易出现各种副作用,危害医治品质与生活。这时候,医护就彰显了重要作用<sup>[1]</sup>。下边关键剖析临床实践途径在恶性肿瘤中的运用使用价值。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

文中研究主体为2020年2月-2022年6月间医院接诊的恶性肿瘤患者70例。针对不同的医护方法把它分成2组,一组为采用基础护理方法的对照组,一组为采用临床实践途径的观察组,一组各35例。对照组:女性患者15名,男士患者20名,年龄最小30岁,较大53岁,平均年龄为(44.54±3.21)岁,其中包括:8名乳癌患者、8名直肠癌患者、14名肝癌患者及其3名食道癌与2名鼻咽癌患者;观察组:女性患者14名,男士患者16名,年龄最小32岁,较大54岁,平均年龄为(42.14±2.01)岁,其中包括:7名乳癌患者、6名直肠癌患者、16名肝癌患者及其3名食道癌与3名鼻咽癌患者。比照2组患者的基本信息,得到结果显示 $P < 0.05$ ,说明,无统计学意义。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组采用常规护理

①环境护理:为患者给予舒服、整洁、安静的病

房,每日清理通风,确保患者舒适情况。②病症护理:高度关注患者病况转变,并严格依照医师的意见,进而及早发现患者的异常现象<sup>[2]</sup>。

#### 1.2.2 观察组在常规护理基础上采用临床护理路径

①创建途径护理工作组:护理组员由临床医学资深的护理人员构成,且统一,总体护理水平的提高。

②护理执行:(1)制定护理方案:患者住院后,开展各个方面评定,依据评价结果制定有目的性的护理服务计划。同时把制定的护理方案纸质形式打印出来,严格执行制定的护理计划执行护理;(2)文化教育护理:用浅显易懂语言表达向患者解读病的发生体制、治疗手段、不良影响的基本知识。患者的水平对病症的认识,并改正患者错误观点,从而使得患者意识到恶性肿瘤病症虽不能彻底痊愈,但能根据高效的医治管控病症的发展趋势<sup>[3]</sup>;(3)心理状态护理:提升护士的专业技能,正确引导护理人员塑造人性化服务观念。在日常沟通中,应加强患者的监测,用激励、积极主动的言语与患者沟通交流,强化和家人的沟通交流,获得家人的大力支持和了解,引导学生为患者造就积极主动、最温暖的医治环境。由于恶性肿瘤能给患者造成极大的压力,且治疗率低,治疗费高,患者在临床中后期很容易出现抵触治疗和厌世情绪。要加强对患者的心理指导,根据健康教育知识、举行团体专题讲座、机构患者好朋友座谈会、激励患者参与社交媒体活动等多种形式,协助患者缓解焦虑,加强患者治疗的积极性<sup>[4]</sup>;(4)饮食搭配与生活护理:在临床环节,必须对患者开展常规体检,详尽告之患者常

规体检结论，耐心讲解患者明确提出的每一个难题。依据患者病况和检验结果，具体指导患者饮食搭配，具体指导患者多吃些水果蔬菜水果，并确保面部清洁干燥，告之患者要健身运动，需有免疫能力<sup>[5]</sup>；(5)疼痛感与睡眠质量护理：恶性肿瘤发展成中后期，可出现一定程度的癌症疼痛，情况严重可导致失眠症。与此同时，恶性肿瘤繁殖还可以危害中枢神经系统、呼吸道、循环等各系统的功能，影响患者睡眠。我们要强化对患者的检测。对于一些存在严重疼痛人，依据医生建议应用止痛药物。轻微疼痛感的人都可以根据聆听、深吸气、迟缓吸气、安静思索、下象棋、与人聊天等形式分散注意力，减轻疼痛。针对睡眠质量不好得人，能够睡前进行相应的有氧运动减肥，相互配合医治、冥想训练、深度催眠帮助入睡。依据医师的意见，身患比较严重失眠病的人都可以服食助眠药物提议<sup>[6]</sup>；(6)康复护理：康复前解决患者各个方面进行评价，同时向患者表明禁忌，不断告之患者执行医嘱吃药，养成良好生活作息，坚持运动等。并通知患者下一次复诊时长。出院之后定期检查患者开展电话随访。

1.3 疗效评测

记录2组病人的住院天数、健康教育总成绩、整体满意率及副作用发病率，包含食欲不振、吞咽障碍、体重下降；心理状态状态，选用汉密尔顿焦虑情绪量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)鉴定。HAMA量表由14个条目构成，每一个条目有0~4分和0~56分。HAMD量表由24个条目构成，每一个条目有0~4分和0~120分。和焦虑抑郁水平正相关。生活品质：选用诊治癌症功能评估-通用性-ai (FACT-G)进行评价。该量表由生理学状态(28分)、心态状态(24分)、社会发展/家中状态(28分)和结构状态(28分)四个维度构成，总成绩108分，和患者生活品质<sup>[7]</sup>。

1.4 数据统计

调研选用SPSS17.0统计信息，展现记数数据信息选用频数和百分数(%),展现观测数据选用样本均值标准偏差( $\bar{x} \pm s$ )。P<0.05时表示有统计学的意义。

2 结果

2.1 护理满意度对比

观察组入院时护理满意度为94.29%、确诊后为85.71%、住院中为97.14%、出院后为97.14%，与对照组差异显著(P<0.05)，详见表1。

表1 护理满意度对比[n (%) ]

组别	n	入院时	确诊后	住院中	出院后
观察组	35	33 (94.29)	30 (85.71)	34 (97.14)	34 (97.14)
对照组	35	28 (80.00)	25 (71.43)	26 (74.29)	27 (77.14)
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组患者心理状态评分比较

干预后，两组患者 HAMA 和 HAMD 评分均较干预

前下降，且观察组下降更多，差异均有统计学意义(P<0.05)，详见表2。

表 2 两组患者心理状态评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	38.92±5.61	20.17±5.25	95.67±8.43	36.09±7.13
观察组	35	39.44±5.83	16.80±5.03	96.18±7.41	25.73±6.24
t值		0.943	10.152	0.813	11.483
P值		0.25	0.00	0.42	0.00

2.3 两组患者生活质量评分比较

干预后，观察组患者的生理状况、情感状况、社会/

家庭状况、功能状况及 FACT-G 总分均比对照组高，差异均有统计学意义(P<0.05)，详见表3。

表 3 两组患者生活质量评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	生理状况	情感状况	社会/家庭状况	功能状况	FACT-G总分
对照组	35	14.63±2.05	11.09±3.13	15.45±2.29	15.63±2.37	66.62±8.52
观察组	35	20.84±2.74	19.54±2.96	22.19±2.67	23.04±2.84	86.91±8.76
t值		10.228	9.671	10.634	13.055	15.926
P值		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

## 2.4 患者预后对比

观察组疼痛(3.02±0.27)分、不良反应发生率11.43%、

住院时间(5.85±0.76d、生存质量(89.63±4.34)分,与对照组差异显著( $P < 0.05$ ),详见表4。

表4 患者预后对比[n(%)]

组别	n	疼痛(分)	不良反应[n(%)]	住院时间(d)	生存质量(分)
观察组	35	3.02±0.27	4(11.43)	5.85±0.76	89.63±4.34
对照组	35	6.54±0.74	8(22.86)	8.94±1.07	70.22±5.54
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

恶性肿瘤是临床医学常见疾病,严重威胁患者的健康与生命。因为缺乏正确疾病知识,一些患者觉得恶性肿瘤治不好,一旦得病,他就会去世。除此之外,因为经费紧张、副作用多、治疗过程长、效果不好等多种因素,患者在治疗中心理压力偏重,非常容易对预防造成不满情绪。因而,必须在治疗过程中强化对恶性肿瘤患者的干预模式<sup>[8]</sup>。

将临床实践途径用于恶性肿瘤患者,使医务人员不但能执行医嘱,提议填补患者单一护理对策,却也通过调研患者编写有目的性的护理工作计划详细情况,并且对患者的材料施行调研,汇编出具备针对性的护理计划。与此同时,医护人员还应当记录日常护理工作计划的实施情况,并且对护理工作计划做出调整和优化。在治疗协助医护期内,依靠临床实践途径,能增强医护性能和品质,提升患者对护理的总体满意度。除此之外,执行临床实践途径还能够协助医护人员把握患者的病况转变,全方位调养病况,使护理措施更为连续和完善,提升患者的治疗<sup>[9]</sup>。

科学研究数据显示,观察组住院时护理满意率为94.29%、确诊为85.71%、住院治疗中向97.14%、出院之后为97.14%,与对照组差异明显( $P < 0.05$ );干涉后,2组病人HAMA和HAMD得分均较干涉前降低,且观察组降低大量,差异都有统计学意义( $P < 0.05$ );干涉后,观察组病人的生理状况、情感状况、社会发展/家庭状况、作用情况及FACT-G总成绩均比对照组高,差异都有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组疼痛感(3.02±0.27)分、副作用发病率11.43%、住院天数(5.85±0.76)d、生命质量(89.63±4.34)分,与对照组差异明显( $P < 0.05$ )。与基础护理对比,人性化服务护理理论在恶性肿瘤临床实践中是有用的,可以减少患者痛楚,提高护理质量。焦虑情绪、焦虑等消极情绪,提升他们的生活品

质。与此同时,人性化服务护理理论还能够提升医院科室品质、患者满意率,降低医患冲突的产生。和相关研究成果基本一致。

## 4 结束语

总而言之,恶性肿瘤患者临床实践途径能够减少患者的住院天数,减少副作用的几率。患者的总成绩和整体满意率,健康教育非常值得全面推行与应用。

## 参考文献

- [1]李亚萍,蔡君东.临床护理路径在食管癌患者术后化疗护理中的应用分析[J].实用临床医药杂志,2019,20(4):169-170.
- [2]刘云,曹亚琴,尹萍.健康教育在甲状腺恶性肿瘤临床护理路径中的应用[J].全科护理,2019,14(4):414-415.
- [3]席小焕.优质护理结合人文关怀在晚期恶性肿瘤临床护理中的应用[J].山西医药杂志,2020,49(6):739-741.
- [4]张古方,宋应群.临床护理路径在恶性肿瘤护理中的应用效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,2(48):146-147.
- [5]王哲.临床护理路径在恶性肿瘤介入治疗中的应用[J].我国继续医学教育,2019,8(20):254-255.
- [6]汪海敏,徐毅,桃红四物汤联合护理干预对下肢恶性肿瘤截肢术后幻肢痛的临床观察[J].中华恶性肿瘤防治杂志,2019,25(S1):271+273.
- [7]侯丹丹.经腹腔镜恶性肿瘤切除术中预防切口恶性肿瘤种植的循证护理实践[J].当代护士(下旬刊),2019,25(11):112-114.
- [8]郑娟丽,郑娟霞,杨少华,等.临床护理路径对恶性肿瘤患者的实施效果评价[J].首都食品与医药,2019,26(14):138-139.
- [9]张玉.延续性护理干预对慢阻肺患者戒烟依从性及肺功能的影响研究[J].系统医学,2019,2(04):137-140