

# 护理风险管理在肿瘤介入治疗中的应用

孙丽丽

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032

**【摘要】**目的：观察护理风险管理在肿瘤介入治疗中的应用效果。方法：选取2021年1月-2022年9月本院80例采取介入治疗的肿瘤患者，随机分组，对照组与观察组分别采取常规护理与护理风险管理，对比护理效果。结果：护理质量评分、自护能力评分、护理满意度方面，观察组比对照组高（ $P<0.05$ ）。不良事件发生率方面，观察组较对照组低（ $P<0.05$ ）。结论：护理风险管理在肿瘤介入治疗中可降低患者不良事件发生率，提高护理质量和自护能力。

**【关键词】**：肿瘤；介入治疗；护理风险管理

DOI:10.12417/2705-098X.23.09.067

## Application of nursing risk management in tumor interventional therapy

Lili Sun

Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine Shanghai 200032

**Abstract:** Objective To observe the application effect of nursing risk management in tumor interventional therapy. Methods From January 2021 to September 2022, 80 tumor patients in our hospital who received interventional treatment were randomly divided into two groups. The control group and the observation group were treated with routine nursing and nursing risk management respectively, and the nursing effect was compared. Results The scores of nursing quality, self-care ability and nursing satisfaction in the observation group were higher than those in the control group ( $P<0.05$ ). The incidence of adverse events in the observation group was lower than that in the control group ( $P<0.05$ ). Conclusion Nursing risk management can reduce the incidence of adverse events and improve the quality of nursing and self-care ability in tumor interventional therapy.

**Keywords:** Tumor; Interventional treatment; Nursing risk management

介入治疗属于肿瘤治疗手段之一，就是与放射治疗不同、药物治疗及手术治疗等新治疗措施。它是通过将抗癌药物或者血管栓塞药物注入肿瘤的供血动脉，或者直接在肿瘤中注入抗癌药物，促使肿瘤细胞坏死，才能达到治愈的效果。但因肿瘤患者多数是恶性肿瘤，情况比较复杂，所以在介入治疗期间，病人容易出现风险事件，因此，必须加强肿瘤介入治疗护理风险管理<sup>[1]</sup>。护理风险就是医院中的病人正在接受治疗的风险、在护理过程中，所有不良事件都是可能出现的。护理风险管理就是在护理工作过程中，确定具有或者潜在风险事件和防范方法、评估与寻找处置对策，进行科学管理等步骤，是保证护理质量的核心决策<sup>[2]</sup>。介入治疗作为一项新技术出现，护理管理培训不规范等问题，和肿瘤患者所独有的高风险性，很容易发生护理风险并在此基础上发生，本文就护理风险管理对肿瘤介入治疗的影响做了简要阐述，具体内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

选取本院2021年1月-2022年9月接收的80例采取介入治疗的肿瘤患者，随机分组，每组各40例；对照组：男、女例数比是22:18；年龄：35-78岁，均值（ $55.34\pm 2.61$ ）岁；观察组：男、女例数比是24:16；年龄：32-79岁，均值（ $55.42\pm 2.57$ ）岁；一般资料方面，两组差异较小（ $P>0.05$ ）。经医

院医学伦理委员会批准。纳入标准：①自愿签署研究同意书；②符合介入治疗标准；排除标准：①具有传染疾病史、精神疾病史；②合并器质性病变；③存在血液系统疾病、免疫系统疾病。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

常规护理干预：①做好病人住院注意事项宣教和告知工作。②及时解释介入治疗过程中的处理要点及处理过程中可能发生的不良反应，保证病人在面对相关的问题时，能够做到沉着应对。③有效应对病人提问，合理指导。④记录病人生命体征。

#### 1.2.2 观察组

护理风险管理：①建立护理小组：医护人员应分组进行护理，在照护过程中，小组成员会细致地分析病人的基本信息，有效地评估病人照护过程中可能出现的风险，希望能够保证护理工作不断优化。②风险识别：将肿瘤患者可能存在的及存在的护理风险归类，确定，主要护理风险为介入治疗“边缘时间”病情恶化、窒息和误吸，管道掉落或阻塞，坠床，流血、下肢深静脉血栓形成或压疮等、手术时间拖延或未做好术前准备、术前宣教不足等问题。③风险评估：基于患者护理风险识别的

结果,对病人的基本情况进行精确评估,对可能出现的护理风险控制订应对方案,进行有针对性的护理干预,主要措施为护理人员术前对病人的基本资料进行精确的核对,作好手术前的准备,责任护士在术前0.5h按术中准备签字,后经护士长验证。在科室内部建立健康教育评估单,由责任护士依据评估单上病人的基本信息,进行个性化健康教育。④制定护理风险管理方案:临床过程中肿瘤介入治疗病人常见不良事件主要有导管脱落,出血,感染,窒息和坠床等、压疮和用药不当,护理期间,医护人员要综合考虑以上风险因素,针对病人在护理过程中出现的潜在危险,及时确定,实施护理风险评估,以制订有针对性的护理干预措施。1)健康知识宣教:以全面提高病人介入治疗过程中护理配合度,医护工作者的护理工作要与患者的病情进行适时的结合,针对肿瘤知识及介入治疗的重点做系统性的教育讲解,从而有助于患者理性地实现对自身疾病的有效了解,掌握相关自控能力,保证患者护理工作配合度不断优化,促进护理工作水平合理提高。2)心理疏导:良好的心理状态是病人主动配合护理的重要保证,具体的实施过程中,医护人员在护理过程中,要主动做好和患者之间的交流和沟通工作,以此来指导患者进一步面对自身的疾病,理性地达到对情感的全面控制,进而促使他们身心负担得到全面减轻,对后续护理工作有序进行提供了帮助和保证。具体的实施过程中,一方面,医护人员要重视分析和回答病人的表现及沟通过程中表达的疑问,从而有利于病人达到对自己疑虑的解除。沟通过程中医护人员要微笑,同时要保持耐心,以促使病人的不良心态得到及时解除。另一方面,医护人员要主动与患者家属进行交流和沟通,从而有助于患者参加护理服务,以家庭情感支持为手段,帮助病人恢复生活信心,以促进病人护理综合质量不断优化和合理提高。3)规范接送流程:在进导管室之前,需要对病人的情况进行综合的评价,做好氧气和气垫床等有关的准备、心电监护等以方便手术后进行。如果病人情绪不平稳,需要通知医生停止运输并另行通知。在运输过程中需要责任护士和管床医生的陪伴,根据病人的情况,确定有无携带抢救物品、药品和氧气袋在运输过程中,采取舒适的卧位并拉动护栏,护送人员步调一致并在拐弯时减速,注意病人的情况,保证引流管畅通,这期间如果病情恶化,或管道掉落,可以直接经过病床并进行押解。在介入治疗过程中,责任护士需待导管室,随时注意病人的情况、手术情况,搞好交接,观察病人的呼吸情况、神志和脸色,问有无疼痛和恶心等不适,检查穿刺处是否有出血现象,用砂袋按压动脉穿刺部位,看导管是否堵塞,并适当固定后送医。

### 1.3 观察指标

①观察护理质量评分,指标包括综合评估、护理态度、操作能力、专业知识,分值与护理质量评分表现为正相关。②观察不良事件发生情况,包括穿刺部位出血、恶心呕吐、非计划

性拔管、卧床。③观察自护能力评分,分值越高,自护能力越强。④观察护理满意度,(较为满意+非常满意)/总例数\*100%=满意度。⑤观察生活质量评分,以SF-47量表为主,指标有躯体角色、心理健康、生命力、社会功能、身体健康,分值越高,生活质量越好。

### 1.4 统计学方法

应用SPSS21.0软件分析计量资料( $\bar{x} \pm s$ )与计数资料率(%),前者用t检验,后者用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 说明差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 护理质量评分

两组护理质量评分存在明显差异( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组护理质量评分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 分组  | 例数 | 综合评估       | 护理态度       | 操作能力       | 专业知识       |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| 对照组 | 40 | 80.26±5.37 | 81.63±4.81 | 83.16±2.37 | 83.59±2.12 |
| 观察组 | 40 | 91.82±4.53 | 92.25±3.39 | 92.57±3.66 | 91.37±3.67 |
| t   |    | 10.406     | 11.414     | 13.649     | 11.609     |
| P   |    | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      |

### 2.2 不良事件发生情况

不良事件发生率方面,两组差异明显( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组不良事件发生率对比[n(%)]

| 分组       | 例数 | 穿刺部位出血 | 恶心呕吐 | 非计划性拔管 | 卧床 | 发生率      |
|----------|----|--------|------|--------|----|----------|
| 对照组      | 40 | 1      | 3    | 2      | 2  | 8(20.00) |
| 观察组      | 40 | 0      | 2    | 0      | 0  | 2(5.00)  |
| $\chi^2$ |    |        |      |        |    | 4.114    |
| P        |    |        |      |        |    | 0.043    |

### 2.3 自护能力评分

干预前,两组自护能力评分差异较小( $P > 0.05$ );两组干预后差异显著( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组自护能力评分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 分组  | 例数 | 干预前        | 干预后        |
|-----|----|------------|------------|
| 对照组 | 40 | 65.34±3.51 | 82.37±3.45 |
| 观察组 | 40 | 64.97±4.67 | 91.69±4.58 |
| t   |    | 0.401      | 10.279     |
| P   |    | 0.689      | 0.000      |

### 2.4 护理满意度

两组护理满意度存在明显差异( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 两组护理满意度对比[n(%)]

| 分组       | 例数 | 非常满意 | 较为满意 | 不满意 | 满意度        |
|----------|----|------|------|-----|------------|
| 对照组      | 40 | 20   | 11   | 9   | 31 (77.50) |
| 观察组      | 40 | 25   | 13   | 2   | 38 (95.00) |
| $\chi^2$ |    |      |      |     | 5.165      |
| P        |    |      |      |     | 0.023      |

### 2.5 生活质量评分

生活质量评分方面, 两组差异明显 ( $P < 0.05$ ), 见表5。

表5 两组生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 分组   | 对照组          | 观察组          | t     | P     |
|------|--------------|--------------|-------|-------|
| 例数   | 40           | 40           |       |       |
| 躯体角色 | 82.56 ± 3.31 | 87.45 ± 4.12 | 5.852 | 0.000 |
| 心理健康 | 88.67 ± 3.25 | 93.45 ± 2.21 | 7.692 | 0.000 |
| 生命力  | 85.34 ± 3.08 | 88.62 ± 2.97 | 4.848 | 0.000 |
| 社会功能 | 77.36 ± 4.51 | 82.49 ± 4.84 | 4.904 | 0.000 |
| 身体健康 | 75.18 ± 3.67 | 79.28 ± 4.05 | 4.744 | 0.000 |

### 3 讨论

肿瘤, 如果按其对人体的危害性通常可以分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。其中良性肿瘤、生长慢、界限清、不转移, 预后效果良好, 通常不引起死亡。恶性肿瘤, 生长迅速, 界限不清, 易发生转移, 死亡率较高<sup>[3]</sup>。近年来肿瘤的发病率呈逐年上升的趋势, 成了危害人类身心健康最主要的疾病。所以肿瘤疾病及早对症处理, 受到广泛重视。肿瘤介入治疗等, 应用范围广泛, 而且创伤小、效果好, 在临床上得到广泛应用<sup>[4]</sup>。但肿瘤患者, 风险系数大、易发生护理风险事件, 对疾病治疗不利。

介入治疗过程中, 大量临床经验证明, 通过主动做好针对护理模式进行系统分析和探究, 医护人员可多角度出发针对护理问题细化分析, 有助于推动护理工作向多元化方向发展, 对

**参考文献:**

[1] 沈琳, 闫航航. 综合性护理措施在恶性肿瘤患者介入治疗中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2019, 28(23): 4356-4357.

[2] 邓楚欣, 陈美娇, 曾翠翠. SLEEP-MAD 模式护理策略在肝癌 TACE 介入治疗患者中的应用效果[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(8): 1-4.

[3] 龚莉庆. 介入手术护理配合路径图在肿瘤介入治疗中的应用[J]. 系统医学, 2021, 6(8): 178-180+184.

[4] 唐玲. 情志护理在肿瘤介入治疗患者中的应用价值探讨[J]. 中外医疗, 2020, 39(11): 117-119.

[5] 李丹. 穴位按摩联合心理护理在消化系肿瘤患者介入治疗后胃肠道反应中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(12): 73-76.

[6] 张凤. 心理护理联合舒适护理在肿瘤患者介入手术中的应用[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(1): 153-155.

[7] 陈丹青, 陈冲. 心理护理对肿瘤介入治疗患者生活质量的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2020, 18(3): 295-296.

[8] 米伟, 徐宁路. PDCA 质量管理降低肿瘤介入治疗患者并发症的效果分析[J]. 中国医药科学, 2022, 12(21): 145-147+182.

[9] 吴月娥. 介入治疗术后实施护理风险管理的应用价值[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(5): 34-36.

患者介入治疗的成功实施有很好的促进价值, 促进病人健康得到合理保护<sup>[5]</sup>。在这段时间内, 通过对患者进行有效合理的健康知识宣教, 医护人员能够帮助病人正确认识肿瘤知识, 并在治疗过程中注意有关事项, 有助于促进病人护理过程中依从性水平的提高, 对介入治疗过程中患者护理配合度不断提高有很好的促进价值<sup>[6]</sup>。同时在进行护理工作的过程中, 做好护患沟通, 有助于帮助病人对自身病情达到理性认知, 建立起相应康复信心, 有助于促进患者护理工作向多元化方向发展, 对病人护理工作的综合水平。持续提升起到了积极推动作用。在临床护理期间, 医护人员要重视护理过程中对病人眼神的凝视, 耐心倾听病人的表情, 从而对病人进行正面心理暗示, 有助于他们进一步达到对康复信心的树立和提升<sup>[7]</sup>。另外在进行护理工作的过程中, 以切实推动患者护理质量, 医护人员要积极指导患者家属加入护理工作的行列, 以家庭情感支持为手段, 合理指导病人, 进而促使患者护理质量达到最优<sup>[8]</sup>。品质也有了逐渐的提升。通过本研究, 发现, 与对照组相比, 观察组患者的护理质量得分更高, 且不良事件的发生率较对照组为低, 可见, 开展护理风险管理, 有利于减少风险事件的发生, 促使护理质量得到提升。护理风险管理就是以风险评估为基础, 对风险事件进行管理, 实施护理工作之前, 就首先要知道病人潜在的危险, 及瞭解风险之表现出现之成因, 进而制定有针对性的风险管理预案, 采取风险管理措施。按照风险预案, 护理人员可以通过工作来识别和防范护理风险事件, 把安全隐患抑制在摇篮里, 在风险事件出现之后, 还能得到及时处理, 可以最大限度地减少风险出现之后所带来的损失, 降低了病人手术后的不良反应, 保证了护理安全<sup>[9]</sup>, 因此, 观察组患者不良反应发生率较低。同时在风险管理的实施过程, 护理人员在介入治疗方面积累了大量知识、专业的护理知识及护理风险管理经验, 有助于护理人员形成良好的工作态度与工作方法。

总之, 介入治疗肿瘤患者护理应强化护理风险管理, 能有效降低护理风险及患者的不良反应, 促进了护理工作的质量, 对临床效果满意。