退,Borna 等[10]共报道了 4 例自发性卵巢过度刺激患者伴甲状腺功能减退,给予甲状腺素替代治疗后卵巢过度刺激症状有所缓解,卵巢囊肿逐渐缩小;(2)多囊卵巢综合征[11];(3)FSH 受体变异[7];(4)异常妊娠[12];(5)多胎妊娠等。

2.3 sOHSS 的诊断与处理 根据患者妊娠后双卵巢显著增大,内见多个囊肿,伴盆腹腔积液及实验室指标即白蛋白降低等,sOHSS 的诊断并不难。此外,结合患者多囊卵巢综合征、双胎妊娠病史特点,患者为 sOHSS 发生的高危人群,尽管本次妊娠为激素替代周期,无促排卵等治疗。sOHSS 与医源性 OHSS 处理原则一致:轻中度门诊随访,重度患者及时给予扩容、抗凝、抽吸腹水等对症治疗。但从预防角度来讲,医源性 OHSS 通过减少促排卵药物的使用剂量、全胚冷冻等手段可有效减少 OHSS 的发生,而 sOHSS 目前并无有效的预防手段,应及时诊断并对症处理,减缓 sOHSS 的病程发展,避免不良结局的发生。

参考文献

1 Golan A, Ron-el R, Herman A, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome: an update review[J]. Obstet Gynecol Surv, 1989,44(6):430 – 440.

2 De Leener A, Caltabiano G, Erkan S, et al. Identification of the first germline mutation in the extracellular domain of the follitropin receptor responsible for spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome [J]. Hum Mutat, 2008, 29(1):91 – 98.

3 De Leener A, Montanelli L, Van Durme J, et al. Presence and absence of follicle-stimulating hormone receptor mutations provide some insights into spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome physiopathology[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2006,91(2):555 – 562.

4 Smits G, Olatunbosun O, Delbaere A, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome due to a mutation in the follicle-stimulating hormone receptor[J]. N Engl J Med, 2003,349(8):760 – 766.

5 Vasseur C, Rodien P, Beau I, et al. A chorionic gonadotropin-sensitive mutation in the follicle-stimulating hormone receptor as a cause of familial gestational spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome [J]. N Engl J Med, 2003,349(8):753 – 759.

6 Montanelli L, Delbaere A, Di Carlo C, et al. A mutation in the follicle-stimulating hormone receptor as a cause of familial spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2004,89(4):1255 – 1258.

7 Guillaume S, Olufemi O, Anne D, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome due to a mutation in the follicle-stimulating hormone receptor[J]. N Engl J Med, 2003,349(8):760 – 766.

8 Taher BM, Ghariabeh RA, Jarrah NS, et al. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome caused by hypothyroidism in an adult[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004,112(1):107 – 109.

9 Michaelson-Cohen R, Altarescu G, Beller U, et al. Does elevated human chorionic gonadotropin alone trigger spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome? [J] Fertil Steril, 2008,90(5):1869 – 1874.

10 Borna S, Nasery A. Spontaneous ovarian hyperstimulation in a pregnant woman with hypothyroidism[J]. Fertil Steril,2007,88(3):705,e1 – e3.

11 Olatunbosun OA, Gilliland B, Brydon LA, et al. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome in four consecutive pregnancies[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 1996,23(3):127 – 132.

12 Ludwig1 M, Gembruch U, Bauer O, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome(OHSS) in a spontaneous pregnancy with fetal and placental triploidy: information about the general pathophysiology of OHSS [J]. Human Reprod, 1998,13(8):2082 – 2087.

[收稿日期 2016 – 08 – 24][本文编辑 杨光和]

护理研讨

循证护理在恶性肿瘤合并肠梗阻患者中的应用

薛 莉

作者单位:530022 南宁,广西壮族自治区人民医院星湖门诊部

作者简介:薛 莉(1970 –),女,大学专科,主管护师,研究方向:护理管理及护理研究。E-mail:462570826@ qq. com

[**摘要**] **目的** 分析研究循证护理在恶性肿瘤合并肠梗阻患者护理中的应用效果。**方法** 选取 2012-04 ~ 2014-04 期间收治的 58 例恶性肿瘤患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,各 29 例,对照组行常规护理,观察组在此基础上实施循证护理,以治疗 30 d 为一个疗程,连续治疗 2 个疗程后,对两组患者的临床效果进行比较。**结果** 观察组梗阻完全缓解时间、排便排气时间均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组有效率为 86.21%,对照组有效率为 62.07%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在恶性肿瘤合并肠梗阻患者中实施循证护理的临床效果显著,缓解了患者的临床症状,在临床中具有良好的应用价值。

[**关键词**] 循证护理; 恶性肿瘤; 肠梗阻; 临床效果

［中图分类号］ R 47 ［文献标识码］ B ［文章编号］ 1674 - 3806(2016)11 - 1033 - 03
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2016.11.25

肠梗阻是晚期恶性肿瘤常见的并发症之一，患者可出现恶心、呕吐、疼痛等症状，不仅给患者身体带来痛苦，同时也影响患者的身心健康，严重影响患者的生活质量。循证护理作为一种新型的护理模式，是指准确、恰当地运用当前所获得的研究依据，同时结合以往的临床经验，并根据患者的实际情况制定的护理方案，以满足患者的合理需求[1]。本文对恶性肿瘤合并肠梗阻患者实施循证护理的方法进行探讨，现将护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料　选择 2012-04 ~ 2014-04 期间收治的恶性肿瘤患者 58 例，临床诊断：胃癌 8 例，肝癌 8 例，肺癌 23 例，乳腺癌 9 例，大肠癌 4 例，食道癌 3 例，胰腺癌 3 例。肿瘤分期：Ⅱ期 14 例，Ⅲ期 27 例，Ⅳ期 17 例。肠梗阻程度：不完全肠梗阻 32 例，完全肠梗阻 26 例。肠梗阻发生部位：低位肠梗阻 26 例，高位肠梗阻 32 例。按随机数字表法分为对照组和观察组各 29 例，两组患者基线资料比较差异无统计学意义（$P > 0.05$），具有可比性。见表 1。

表 1　两组患者一般资料比较（$\bar{x} \pm s$）

组　别	例数	性别		年龄（岁）	疾病类型							疾病分期		
		男	女		胃癌	肝癌	肺癌	乳腺癌	大肠癌	食道癌	胰腺癌	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
观察组	29	18	11	61.4 ± 2.4	4	4	12	5	1	1	2	7	13	9
对照组	29	19	10	61.7 ± 2.5	4	4	11	4	3	2	1	7	14	8
$t/\chi^2/Z$	-	0.075		0.466	1.821							-0.184		
P	-	0.785		0.643	0.935							0.854		

1.2 方法　对照组行常规护理，患者入院确诊为肠梗阻后，指导患者禁饮禁食，留置鼻胃管行胃肠减压，保持管道通畅，并妥善固定鼻胃管；疼痛严重者给予吗啡止痛药。观察组在此基础上实施循证护理，护理人员根据自身的临床经验，并结合患者的实际情况制定循证护理干预方案，实施的主要循证护理措施为早期预防、胃肠减压、心理护理和预防其他并发症等措施。具体内容：（1）早期预防。对恶性肿瘤患者合并肠梗阻的危险因素进行全面评估，正确服用止泻药，避免发生麻痹性肠梗阻；术后早期给予患者详细的饮食指导，并密切监测患者的电解质变化，一旦发生低钾血症需及时给予纠正[2]。（2）胃肠减压。留置胃管减压是恶性肿瘤合并肠梗阻的一项重要操作，插胃管时，要做到稳、准、轻柔，尽可能减轻患者的痛苦，并固定胃管[3~4]。（3）心理护理。由于患者对癌症的恐惧，加上肠梗阻带来的不适，患者极易产生恐惧、焦虑、抑郁心理，此时护理人员正确运用沟通技巧与患者进行交流，采用通俗易懂的语言、和蔼的语气，向患者耐心讲解该病的发病过程、治疗方法及可能出现的不良反应等，同时做好家属的配合工作，让家属给予患者更多的关心与支持，使患者保持良好的心态面对治疗。（4）预防其他并发症。由于肠梗阻的处理较为复杂，极易引起各种并发症的发生，如长期卧床导致的压疮、肺部感染、泌尿系统感染等，此时在护理工作中应加强预防，鼓励患者经常进行翻身活动，对无法自行活动的患者，应早期给予气垫床；对留置尿管患者应定期进行膀胱冲洗，并做好口腔清洁。

1.3 观察指标　对比两组患者肠梗阻完全缓解时间及排便、排气时间，疗效判断标准[4]：显效为治疗后患者恶心、呕吐、腹胀、腹痛等临床症状完全消失；有效为治疗后患者梗阻减轻，临床症状有所改善；无效为治疗后患者临床症状及体征无变化，有效率 =（显效 + 有效）/总例数 × 100%。两组患者均以治疗 30 d 为一个疗程，治疗 2 个疗程，对两组患者的护理效果进行比较。

1.4 统计学方法　应用 SPSS19.0 统计软件处理数据，计量资料以均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料组间比较采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验，$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肠梗阻完全缓解时间及排便、排气时间比较　观察组肠梗阻完全缓解时间、排便、排气时间均优于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表 2。

表 2　两组患者肠梗阻完全缓解时间及排便、排气时间比较[($\bar{x} \pm s$),d]

组　别	例数	肠梗阻完全缓解时间	排便、排气时间
观察组	29	17.24 ± 2.18	14.27 ± 2.15
对照组	29	23.67 ± 4.78	20.89 ± 4.48
t/t'	–	6.591	7.174
P	–	0.000	0.000

2.2　两组患者临床效果比较　观察组有效率为 86.21%,高于对照组的 62.07%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3　两组患者临床效果比较(n)

组　别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	29	14(48.28)	11(37.93)	4(13.79)	25(86.21)
对照组	29	8(27.59)	10(34.48)	11(37.93)	18(62.07)
Z/χ^2	–		–2.113		4.406
P	–		0.035		0.036

3　讨论

3.1　肠梗阻是恶性肿瘤常见的并发症之一,不仅影响患者的治疗效果,同时也给患者带来生理、心理上的痛苦,导致患者对疾病以及生活失去信心[5]。因此,为进一步提高治疗效果,改善患者的生活质量,护理干预的实施显得尤为重要。

3.2　循证护理作为一种新型的护理模式,是指医护人员根据自身的临床经验,准确、明智地运用当前已有的研究依据,并根据患者的实际情况制定合理的护理方案,实施全面护理质量改进程序,以最低的成本提供优质的护理服务等[6]。实施循证护理,可充分发挥有限医疗资源的作用,通过有计划、有目的性地开展个体化护理,以减少护理工作的盲目性,有利于患者康复[7]。循证护理主要分为提出问题、循证支持、循证护理干预三部分,在提出问题阶段,护理人员需积极与患者交流,根据恶性肿瘤合并肠梗阻患者护理中的实际情况提出循证问题,如肠梗阻的早期征象,恶心、呕吐、疼痛等症状;是否合并腹水、水肿等。其次,在循证支持阶段,医护人员需通过万方、知网、维普等文献检索,提出相关决策证据。最后,循证护理干预阶段,首先必须做好早期预防,已有大量研究研究,早期消除恶性肿瘤合并肠梗阻的危险因素,可预防疾病的发生。因此,早期护理阶段,全面评估恶性肿瘤合并肠梗阻的危险因素,及时采取有效的预防措施,如正确服用止泻药、缓泻剂等,可减少恶心、呕吐症状的发生[8]。与此同时,告知患者禁食的重要性及进食时间,让患者有充分的思想准备,可消除患者的顾虑。由于癌症的病程较长,患者在治疗过程中难免会产生恐惧心理,加上肠梗阻引起的不适,患者极易表现出焦虑、抑郁、不安等情绪,导致患者对疾病的治疗以至生活失去信心。因此,心理护理显得尤为重要。护理人员积极与患者交流,主动倾听患者诉求,耐心向患者讲解治疗本病的方法及治疗效果。通过介绍康复病例,消除患者的顾虑,可增强患者的自信心。同时尽量获得家属的配合,让家属参与到整个护理过程中,做好生活上的护理,使患者产生安全感和依赖感[9]。胃肠减压是肠梗阻治疗过程中不可缺少的一部分,通过积极的胃肠减压护理,正确留置胃管,并保证动作轻柔、插管准确、稳定等,可有效减轻患者的痛苦。除此之外,通过实施并发症护理,可减少并发症的发生。总的来说,实施全面、系统的护理干预,对缓解肠梗阻症状有重要作用。

3.3　本研究发现,观察组肠梗阻完全缓解时间、排便及排气时间短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),且观察组有效率高于对照组,该项研究结果与文献[10]报道相一致。通过早期预防、心理护理、胃肠减压及并发症护理等循证护理干预,可有效减轻患者不适,促进肠梗阻缓解。可见,循证护理应用于恶性肿瘤合并肠梗阻患者的护理中可取得较好效果,促进患者的康复,值得临床推广。

参考文献

1　王秀娟,贾传春. 循证护理在晚期恶性肿瘤并发肠梗阻患者中的应用效果分析[J]. 中国医学创新,2015,(9):80 – 83.

2　常永红. 循证护理在恶性肿瘤患者化疗中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(35):43 – 44.

3　潘三江,王丽英,黄菊华,等. 循证护理在恶性肿瘤胸腔积液治疗中的应用[J]. 护理实践与研究,2010,7(24):24 – 26.

4　田　璞. 循证护理对恶性肿瘤患者化疗后相关并发症及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2014,15(6):1315 – 1316.

5　陈晓芳. 循证护理在老年胃癌患者术后并发症预防与护理中的应用[J]. 护理实践与研究,2011,8(7):52 – 53.

6　张春礼,王红山,李　影,等. 老年人左半直肠癌致急性肠梗阻的急诊手术治疗探讨[J]. 中国临床新医学,2013,6(11):1056 – 1058.

7　舒亚花,吴鸿珠,沈志华,等. 循证护理在恶性肿瘤患者术后深静脉导管留置护理中的应用[J]. 现代中西医结合杂志,2010,16(9):1254 – 1255.

8　温　钦,何暖坚,廖伟民,等. 生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻[J]. 中国临床新医学,2014,7(9):849 – 850.

9　张　波. 探讨恶性肿瘤患者化疗中应用循证护理的临床效果[J]. 中外医学研究,2013,16(1):72.

10　卢月丽. 恶性肿瘤患者化疗中应用循证护理的临床效果[J]. 医药前沿,2012,2(13):241 – 242.

[收稿日期　2016 – 08 – 12][本文编辑　吕文娟]