

分级护理干预在急性白血病化疗后口腔溃疡患者中的应用

罗乙兰 饶洁晶 郑春兰

(福建医科大学附属龙岩第一医院 龙岩 364000)

摘要:目的:观察分级护理干预在急性白血病化疗后口腔溃疡患者护理中的应用效果。方法:选取 2017 年 1 月~2019 年 1 月进行化疗的 120 例急性白血病患者作为研究对象,所有患者均在化疗后出现不同程度的口腔溃疡,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 60 例。对照组给予常规护理干预,观察组在对照组的基础上给予分级护理干预,比较两组口腔溃疡改善情况、溃疡疼痛程度、卡氏功能状态评分及住院时间。结果:干预后,两组口腔溃疡分级均明显改善,且观察组口腔溃疡分级优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组溃疡疼痛评分均明显下降,卡氏功能状态评分均明显升高,且观察组疼痛评分低于对照组、卡氏功能状态评分高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组住院时间短于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:针对急性白血病化疗后口腔溃疡患者给予分级护理干预,可有效改善患者溃疡症状,减轻疼痛,提高其生存质量。

关键词:急性白血病;化疗;口腔溃疡;分级护理;常规护理

中图分类号:R473.73

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.088

急性白血病(Acute Leukemia, AL)是一种造血干细胞恶性克隆性病变,可广泛浸润肝、脾、淋巴结,骨髓中可见大量幼稚细胞、原始细胞增殖,抑制患者正常的造血功能,发病率呈逐年上升趋势^[1]。急性白血病发病较急、病情进展迅速,且症状较为严重,由于骨髓移植供体少,且费用相对较高,化疗仍为目前急性白血病的主要治疗方案,但相应的化疗毒副反应也较多,严重影响患者的生存质量^[2-3]。本研究以我院收治的 120 例急性白血病患者为研究对象(所有患者均在化疗后出现不同程度的口腔溃疡),观察分级护理干预的临床应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2019 年 1 月进行化疗的 120 例急性白血病患者作为研究对象,所有患者均在化疗后出现不同程度的口腔溃疡,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 60 例。对照组男 37 例,女 23 例;年龄 27~61 岁,平均年龄(42.78±9.63)岁;文化程度:小学及以下 7 例,中学 35 例,大学及以上 18 例;病理分型:M1 型 8 例,M2 型 31 例,M4 型 6 例,M5 型 7 例,ALL 8 例。观察组男 40 例,女 20 例;年龄 24~60 岁,平均(42.65±9.71)岁;文化程度:小学及以下 6 例,中学 38 例,大学及以上 16 例;病理分型:M1 型 7 例,M2 型 30 例,M4 型 8 例,M5 型 9 例,ALL 6 例。两组患者的性别、年龄、文化程度、病理分型等一般资料相比较,无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:均已明确诊断为急性白血病,且均为初次接受化疗者;患者知晓本研究并自愿签署知情同意书,认知、沟通能力正常。(2)排除标准:既往有急性白血病史者;病理诊断为急性早幼粒细胞白血病者;儿童患者;已出现重要脏器衰

竭者;合并内分泌疾病者;有躯体功能障碍者;有凝血系统障碍者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 给予常规护理干预。包括心理护理、饮食指导、感染预防、安全管理及管道护理等内容。干预至患者出院时进行效果评估。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予分级护理干预。具体内容如下:(1)评估。根据世界卫生组织(WHO)骨髓抑制及口腔感染、发热、恶心呕吐、便秘分级标准进行毒副反应评估。骨髓抑制指标包括血红蛋白(Hb)、粒细胞(N)、血小板(P)、全血细胞计数(C),根据评估结果制定不同的分级护理计划。(2)执行。根据评估结果,给予患者分级护理干预,内容主要包括出血预防和管理,感染预防和管理,安全管理,能量管理,维持口腔健康,协助进食、洗漱、如厕,发热管理,恶心呕吐管理,高白细胞管理,情绪管理等,每个护理干预内容根据评估结果进行分级处置。如某日评估患者全血细胞计数为 4 级、血红蛋白检查结果为 3 级、粒细胞检查结果为 4 级、血小板为 3 级、恶心呕吐为 3 级,口腔溃疡为 2 级,则护理干预上应增加饮食管理、协助患者自理、加强出血预防、维持口腔健康、预防口腔感染等方面的护理活动和次数。方案执行后由护士长或护理主管每 2~3 天进行护理质量控制,及时发现措施落实不足之处,并加以改进。干预至患者出院时进行效果评估。

1.4 观察指标 比较两组口腔溃疡改善情况、溃疡疼痛程度,卡氏(Karnofsky, KPS)功能状态评分及住院时间。(1)口腔溃疡改善情况评估采用 WHO 分级标准进行:0 级,患者口腔黏膜无异常;1 级,患者口腔出现红斑,伴有疼痛,有 1~2 个溃疡,但溃疡面积 $<1\text{ cm}^2$,能正常进食;2 级,患者口腔出现 1 个面积 1 cm^2 以上的溃疡,同时伴有数个小溃疡,但不影

响正常进食;3级,患者口腔出现2个面积1cm²以上的溃疡,同时伴有数个小溃疡,只能进食流质;4级,患者口腔出现2个以上面积1cm²以上的溃疡,或数个溃疡已经融合,无法正常进食^[4]。(2)疼痛程度采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)进行评估,分值越高疼痛越剧烈。(3)KPS评分标准:分值越高,表明患者健康状况越良好,越能忍受治疗带来的副作用,50分以下为生活需要他人帮助,80分以上为状态较好,生活完全自理。

1.5 统计学处理 数据处理采用SPSS22.0统计学软件,计数资料以%表示,采用χ²检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,等级资料进行非参数秩和检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组口腔溃疡改善情况比较 干预前,两组口腔溃疡分级相比较,无明显差异,P>0.05;干预后,两组口腔溃疡分级均明显改善,且观察组口腔溃疡分级优于对照组,差异有统计学意义,P<0.05。见表1。

表1 两组口腔溃疡改善情况比较[例(%)]

时间	组别	n	0级	1级	2级	3级	4级
干预前	对照组	60	0(0.00)	15(25.00)	22(36.67)	17(28.33)	6(10.00)
	观察组	60	0(0.00)	13(21.67)	26(43.33)	16(26.67)	5(8.33)
	U				1.346		
	P				>0.05		
干预后	对照组	60	18(30.00)	26(43.33)	10(16.67)	6(10.00)	0(0.00)
	观察组	60	38(63.33)	15(25.00)	6(10.00)	1(1.67)	0(0.00)
	U				15.853		
	P				<0.05		

2.2 两组溃疡疼痛程度、KPS评分及住院时间比较 干预前,两组溃疡疼痛程度、KPS评分相比较,无明显差异,P>0.05;干预后,两组溃疡疼痛评分明显下降,KPS评分明显升高,且观察组疼痛评分低于对照组、KPS评分高于对照组,差异有统计学意义,P<0.05;观察组住院时间短于对照组,差异有统计学意义,P<0.05。见表2。

表2 两组溃疡疼痛程度、KPS评分及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	疼痛程度(分)		KPS评分(分)		住院时间(d)
		干预前	干预后	干预前	干预后	
对照组	60	6.89±1.25	3.22±0.74	5.687±1.192	6.996±8.34	16.85±4.37
观察组	60	6.91±1.33	1.68±0.57	5.693±1.151	8.032±7.68	12.44±3.92
t		0.085	12.770	0.028	7.078	5.819
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

口腔黏膜主要由非角质鳞状上皮细胞组成,一般每1~2周更新1次,当患者口腔黏膜上皮层受到损伤或免疫功能异常时,常容易引发炎症。联合化疗为治疗急性白血病患者常用方案,相关化疗药物如甲氨蝶呤等可刺激、损伤黏膜上皮,使口腔唾液酸化,改变口腔pH环境,使其偏酸性,为口腔溃疡的发生提供发生的环境。此外,化疗药物的作用还可导致患者出现不同程度的骨髓抑制,降低嗜中性粒细胞水平,使患者口腔自净能力及机体免疫能力下降,增加溃疡的发生风险^[5-6]。口腔溃疡发生后,烧灼样疼痛刺激、出血等均可严重影响患者生存质量和心理状态。因此,在进行积极治疗的同时给予有效的护理干预,对促进患者溃疡愈合,改善其生存质量意义重大。分级护理干预为量化护理模式,以患者当前的功能状态、出现的化疗毒副反应为评估依据,制定不同等级的护理干预计划,并根据患者实时情况进行调整,体现了个性化、具体化、高效性、集中性、预防性等特点,使护理干预措施更具针对性,可减少不必要的护理操作,并及时进行护理质量的反馈,进一步改进护理质量^[7]。表1和表2数据显示,干预后,观察组口腔溃疡分级优于对照组,疼痛评分低于对照组、KPS评分高于对照组,住院时间短于对照组,P<0.05。说明分级护理干预的应用效果明显更优。

综上所述,分级护理干预的应用可有效促进急性白血病化疗后口腔溃疡患者症状的改善,减轻患者疼痛,提高其生存质量。

参考文献

[1]Seo J,Smith BD,Estey E,et al.Developing an instrument to assess patient preferences for benefits and risks of treating acute myeloid leukemia to promote patient-focused drug development[J].Current Medical Research and Opinion,2018,34(12):2031-2039
 [2]丁敬艳.品管圈活动在减少急性淋巴细胞白血病患儿化疗时口腔溃疡发生率中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(21):54-56
 [3]陈雁,宋斌.循证护理干预对急性白血病患者化疗后口腔感染和免疫系统的影响[J].实用临床医药杂志,2018,22(8):24-27
 [4]周元.急性白血病相关功能分级下标准护理方案的构建及临床应用[D].南京:南京医科大学,2016
 [5]潘春梅,瞿春霞.急性白血病化疗患者口腔溃疡预防与护理研究进展[J].护理与康复,2018,17(12):33-35
 [6]寇雪琴,杜丽华,高力频,等.酸化水在预防急性白血病化疗患者口腔感染中的应用效果[J].国际护理学杂志,2018,37(3):414-416
 [7]刘云.基于功能状态的护理方案应用于急性白血病病人中的效果研究[J].全科护理,2019,17(2):215-217

(收稿日期:2019-10-16)

[6]张家仕,冼绍祥.PRO量表及SF-36量表测定高血压患者生活质量效果评价[J].广东医学,2017,38(16):2525-2527
 [7]郭淑红,闫贵国,段晓华.早期康复护理对卒中偏瘫患者功能康复的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2018,21(16):1852-1856
 [8]陈倩.分阶段康复护理对卒中偏瘫患者肢体功能的影响[J].首都食品与医药,2018,25(20):116

(收稿日期:2019-10-13)

(上接第176页)

[3]秦秀英,苏丽葵,张瑞怡.延伸护理对提高脑卒中患者日常活动能力的作用[J].黑龙江医学,2015,39(9):1103-1104
 [4]陈爽.医院社区联动护理管理模式对脑卒中病人康复效果及生活质量的影响[J].蚌埠医学院学报,2018,43(1):110-113
 [5]张鸿.中西医结合护理干预对脑卒中患者肢体功能及生活质量的影响[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(3):211-212