

医护一体化管理模式在无呕病房中的应用

胡 珊¹ 陈思娟^{2*}

1 中南大学湘雅公共卫生学院 湖南省肿瘤医院 湖南长沙 410001 2 南华大学护理学院 湖南衡阳 421000

[摘 要] **目的** 探讨医护一体化管理模式在无呕病房中的应用与效果。**方法** 选取 2016 年 03 月~2016 年 08 月期间在我科行吉西他滨加顺铂化疗方案治疗时使用了三联止吐药物 (NK-1 受体拮抗剂、5-HT₃ 受体拮抗剂、糖皮质激素) 的 40 例非小细胞肺癌患者为对照组, 2016 年 09 月~2017 年 03 月期间在我科行吉西他滨加顺铂化疗方案治疗时使用了三联止吐药物的 40 例非小细胞肺癌患者为观察组, 对照组采用传统责任制整体护理管理模式, 观察组采用责任制整体护理加医护一体化管理模式, 比较两组非小细胞肺癌患者化疗所致恶心呕吐 (Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting, CINV) 的发生率。**结果** 在医护一体化管理模式下对高呕吐风险患者行三联止吐方案后, 患者化疗所致恶心呕吐发生情况比传统病房管理模式下使用三联止吐方案的患者化疗所致恶心呕吐发生情况明显好转 ($P < 0.05$)。**结论** 医护一体化管理模式有助于改善化疗所致患者恶心呕吐的发生情况。

[关键词] 医护一体化; 无呕病房; 效果

[中图分类号] R473 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-9561 (2017) 08-004-03

[基金项目] 湖南省研究生科研创新课题 (CX2017B565)

Application and effects of the integrated doctor-nurse management mode in no nausea ward

HU Shan¹, CHEN Si-juan² (1. XiangYa School of Public Health, Central South university, Hunan Cancer Hospital, Changsha 410001, China; 2. School of Nursing, University of South China, Hengyang 421000, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the application of doctor-nurse integrated management model in non Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting ward. **Methods** Selected 40 cases of non-small cell lung cancer patients who in our department of gemcitabine plus cisplatin chemotherapy using the triple standard antiemetic regimens (NK-1 receptor antagonists, 5-HT₃ receptor antagonists and glucocorticoids) from March 2016 to August 2016 as the control group, and 40 cases of non-small cell lung cancer patients who in our department of gemcitabine plus cisplatin chemotherapy using the triple standard antiemetic regimens from September 2016 to March 2017 as the observation group. Usual nursing management model was adopted for the control group, while doctor-nurse integrated management model was adopted for the observation group. The incidence of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting (CINV) was compared between the two groups. **Results** After the implementation of doctor-nurse integrated management model, the incidence of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in the observation group was lower than the control group with a significant difference ($P < 0.05$). **Conclusions** Doctor-nurse integrated management model can reduce the incidence of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting.

[Key words] Doctor-nurse integrated management mode; Non nausea ward; Effect

肺癌是常见的恶性肿瘤, 化疗是治疗肺癌的方法之一^[1], 化疗能够显著提高患者生存率, 延长生存期^[2]。化疗所致恶心呕吐 (Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting, CINV) 是肿瘤患者最常见的症状之一^[3], 严重时不得不终止对肿瘤治疗^[4]。为更好的减轻患者化疗所致恶心呕吐的发生率, 提高身体舒适度和生活质量, 我科已于 2016 年 3 月建立无呕病房, 于 2016 年 9 月开展医护一体化管理模式。医护一体化是以患者的需求为起点, 以患者的满意为结果, 医护团结合作, 调动患者及家属的积极性, 共同战胜疾病, 完成医疗服务的过程^[5]。美国护理协会 (American Nursing Association) 将医护合作定义为: 医生和护士之间的一种可靠的合作过程, 医护双方都能认可并接受各自的行为和责任, 能保护双方的利益和有共同实现的目标^[6]。我科从 2016 年 9 月开始至今探索实施医护一体化在无呕病房中的应用, 取得了较好的效果。现报道如下。

1 研究对象

选取 2016 年 03 月~2016 年 08 月期间在我科行吉西他滨加顺铂化疗方案治疗时使用了三联止吐药物的 40 例非小细胞肺癌患者为对照组, 2016 年 09 月~2017 年 03 月期间在我科行吉西他滨加顺铂化疗方案治疗时使用了三联止吐药物的 40 例非小细胞肺癌患者为观察组, 对照组采用责任制整体护理管理模式, 观察组采用责任制整体护理加医护一体化管理模式,

两组患者化疗方案一致, 三联止吐药物应用一致, 且性别、年龄、肿瘤分期、文化程度、婚姻状况的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性 (见表 1)。

表 1: 两组患者一般资料比较 [例 (%)]

项目	对照组	实验组	统计量	P
性别	男	32	$\chi^2=0.287$	0.790
	女	8		
年龄 (岁)	54.58	55.13	$t=0.365$	0.716
	± 7.2	± 6.22		
肿瘤分期	I 期	5	$\chi^2=7.154$	0.128
	II 期	11		
	III 期	2		
	IV 期	14		
	未分期	8		
文化程度	小学	5	$\chi^2=2.902$	0.407
	初中	28		
	大专 / 高中	0		
	大专及以上	7		
婚姻状况	已婚	38	$\chi^2=0.213$	1.0
	未婚	0		
	离异	2		

2 方法

2.1 干预方法

选取 2016 年 03 月~2016 年 08 月期间在我科行吉西他滨加顺铂化疗方案治疗的 40 例非小细胞肺癌患者分为对照组,

作者简介: 胡珊 (1985-), 女, 湖南长沙人, 本科学历, 硕士研究生在读, 主管护师。

* 通信作者: 陈思娟 (1994-), 女, 湖南益阳人, 本科学历, 硕士研究生在读。

2016 年 09 月~2017 年 03 月期间在我科行吉西他滨加顺铂化疗方案治疗的 40 例非小细胞肺癌患者分为观察组。

2.1.1 对照组:采用传统责任制整体护理管理模式,在患者入院确定化疗方案后,管床医生单独评估患者恶心呕吐的危险因素后制定止呕方案;在化疗当天,责任护士单独为患者进行化疗所致恶心呕吐的宣教,并告知患者 NK-1 受体拮抗剂—阿瑞匹坦口服的具体时间:开始行化疗治疗方案时连续服用 3 天,每天 1 片,第 1 天在铂类化疗药前 30 分钟至 1 小时口服 1 片 125mg 剂量的,第 2 天、第 3 天在铂类化疗药前 30 分钟至 1 小时服用 1 片 80mg 剂量的;在接下来的化疗期间,每天责任护士单独对患者进行一次恶心呕吐分级的评估,对于当时恶心呕吐分级就在二级以后的立即报告医生进行处理,对于突发恶心呕吐分级大于二级的随时报告医生进行处理;出院后责任护士单独对患者进行电话随访,评估恶心呕吐发生情况:没有恶心呕吐的患者予以营养指导;恶心呕吐一级及以下者给予饮食指导、心理指导,恶心呕吐二级及以上者建议就近就医对症支持治疗。

2.1.2 观察组:采用责任制整体护理加医护一体化管理模式:在患者入院确定化疗方案后,管床医生和责任护士一起评估患者恶心呕吐的危险因素后制定止呕方案;在化疗当天,管床医生和责任护士共同为患进行化疗所致恶心呕吐的宣教,并告知患者 NK-1 受体拮抗剂—阿瑞匹坦口服的具体时间:开始行化疗治疗方案时连续服用 3 天,每天 1 片,第 1 天在铂类化疗药前 30 分钟至 1 小时口服 1 片 125mg 剂量的,第 2 天、第 3 天在铂类化疗药前 30 分钟至 1 小时服用 1 片 80mg 剂量的,并在患者化疗第 1 天协助患者服用止吐药;在接下来的化疗期间,每天管床医生和责任护士共同查房,评估患者恶心呕吐的分级,并及时进行处理;出院后管床医生和责任护士一起对患者进行电话随访,评估恶心呕吐发生情况:没有恶心呕吐的患者予以营养指导;恶心呕吐一级及以下者给予饮食指导、心理指导,恶心呕吐二级及以上者建议就近就医对症支持治疗。

2.1.2.1 成立医护一体化合作管理小组:医护一体化合作管理小组由患者的管床医生和责任护士组成,每组分管一定数量的固定床位。

2.1.2.2 医护一体化团队进行无呕知识的培训:医生培训:每周三科室医生护士一起进行晨交班后,科主任或副主任组织全科医生培训 30 分钟,为期 1 个月;培训内容为美国

2014 版肿瘤治疗相关呕吐防治指南^[7]及中国肿瘤治疗相关呕吐防治指南^[8],方法为理论讲座、小组讨论、工作坊、微信学习并通过微信问卷星考核进行培训效果评价。护士培训:护理部每周三下午组织各科室无呕小组护士学习 1 次化疗所致恶心呕吐的相关知识,为期 1 个月;每周四、五科室每天医生护士一起进行晨交班后,护士长组织科室无呕小组护士对全科护士进行培训半小时,为期 1 个月;培训内容为化疗所致恶心呕吐规范化治疗指南与实践化疗所致恶心呕吐、患者化疗所致恶心呕吐的评估、化疗所致恶心呕吐的个案管理;方法为理论讲座、小组讨论、工作坊、微信学习并通过微信问卷星考核进行培训效果评价。

2.1.2.3 实施流程:(1)化疗前的评估:管床医生在患者入院确定化疗方案后,和责任护士一起进行查房,对患者行恶心呕吐的危险因素评估。评估患者为高致吐化疗方案,或者患者为中致吐方案但是属于高危人群后,医生确认使用三联止吐方案药物并开具医嘱;责任护士在患者病床建立统一的高致吐化疗标识,挂在患者的床头,提示医务人员注意观察此类患者化疗所致恶心呕吐的分级。建立化疗所致恶心呕吐护理评估记录单(见表 2),用夹板将此表格挂在床头,并指导患者阅读理解悬挂在病房门口的化疗相关性恶心呕吐高危人群评估表。

表 2:化疗所致恶心呕吐(CINV)护理评估记录单

床号: 姓名: 性别: 年龄: 联系电话:
病案号: 主管医生: 主要诊断: 化疗方案:

日期						随访
时间						
止吐方案						
恶心级别						
呕吐级别						
通知医生						
其它						
护士签名						
备注						

止呕药物序号:1 地塞米松 2 NK-1 受体拮抗剂 3 5-HT3 受体拮抗剂

备注:如使用 1 地塞米松、2 NK-1 受体拮抗剂、3 5-HT3 受体拮抗剂,在止吐方案栏填写为 1+2+3

附件 1:恶心呕吐分级标准^[7]

不良事件	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
恶心	无症状	食欲降低,可正常进食	经口进食减少,无明显体重下降,无脱水或营养不良	经口摄入能量或水不足;需鼻饲、静脉营养或住院治疗	/	/
呕吐	无症状	24 小时内发生 1-2 次(至少间隔 5 分钟)	24 小时内发生 3-5 次(至少间隔 5 分钟)	24 小时内发生 6 次或以上(至少间隔 5 分钟),需鼻饲、静脉营养或住院	危及生命,需紧急处理	死亡

(2)化疗第 1 天恶心呕吐相关知识宣教:化疗当天,管床医生和责任护士共同对患者进行健康宣教,告知患者 NK-1 受体拮抗剂—阿瑞匹坦口服的具体时间:开始行化疗治疗方案时连续服用 3 天,每天 1 片,第 1 天在铂类化疗药前 30 分钟至 1 小时口服 1 片 125mg 剂量的,第 2 天、第 3 天在铂类化疗药前 30 分钟至 1 小时服用 1 片 80mg 剂量的;以及按时服用阿瑞匹坦的重要性,让患者理解严格按照时间服用止吐药物的意义。(3)化疗所致恶心呕吐的观察和记录:从化疗当天开始,每天晨交班后,医生和护士一起评估患者恶心呕吐情况,积极与患者沟通,鼓励患者主动表达,并记录在化疗所致恶心呕吐记录单上,连续评估 5d。若患者出现恶心二级、呕吐一级及以上(按照美国国立癌症研究所不良事件通用标准第 4.0 版,对恶心呕吐进行分级),立即调整止吐方案。

2.2 评价指标

于我科行吉西他滨加顺铂化疗方案的非小细胞肺癌患者平均住院天数为 9.6 天,为避免失访故选取化疗第 3 天及第 5 天进行两组患者在实行责任制整体护理加医护一体化管理模式前后的化疗所致恶心呕吐发生情况比较。

2.3 统计学方法

数据采用 SPSS18.0 进行数据分析处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,统计推论分别采用两个样本 t 检验、秩和检验、 χ^2 检验等统计学方法, $P < 0.05$ 为差异有统计学差异。

3 结果

3.1 两组患者恶心发生情况比较

化疗第 3 天、第 5 天两组患者恶心发生情况差异均有统计学意义($P < 0.05$) (见表 3)。

表 3: 两组患者恶心发生情况比较

组别	例次	化疗第 3 天			Z	P	化疗第 5 天			Z	P
		0 级	1 级	2 级			0 级	1 级	2 级		
对照组	40	14	14	12	8.656	0.013	15	12	13	7.898	0.019
观察组	40	25	12	3			26	10	4		

3.2 两组患者呕吐发生情况比较

计学意义 ($P < 0.05$) (见表 4)。

化疗第 3 天、第 5 天两组患者呕吐发生情况差异均有统

表 4: 两组患者呕吐发生情况比较

组别	例次	化疗第 3 天			Z	P	化疗第 5 天			Z	P
		0 级	1 级	2 级			0 级	1 级	2 级		
对照组	40	28	5	7	7.032	0.030	24	14	3	8.121	0.017
观察组	40	37	5	1			26	2	2		

4 讨论

本研究结果显示, 两组患者恶心发生情况比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。实施责任制整体护理加医护一体化管理模式后, 化疗第三天、第五天恶心的 1、2 级明显低于对照组患者, 恶心情况第三天的 Z 值为 8.656, 恶心情况第五天 Z 值为 7.898, 观察组患者恶心发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

本研究结果显示, 两组患者呕吐发生情况比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。实施责任制整体护理加医护一体化管理模式后, 化疗第三天、第五天呕吐的 1、2 级明显低于对照组患者, 呕吐情况第三天的 Z 值为 7.032, 呕吐情况第五天 Z 值为 8.121, 观察组患者恶心发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

实施责任制整体护理加医护一体化管理模式后, 在进行知识宣教的时候, 医生、护士、患者三方面面对面交流, 省去了沟通的中间环节, 避免了患者理解医务人员语言时产生的误会, 提高了沟通效率, 使得患者明确了服用止呕药物阿瑞匹坦的具体时间是在高止吐化疗药物输入“前半个小时”服用, 而不是输液“前半个小时”服用, 以及按时服用止吐药物的重要性, 同时在患者第 1 天化疗时, 责任护士帮助、督促患者按时服用止吐药, 确保服用药物时间的准确性, 患者在化疗第 2 天和第 3 天能够主动地服用止呕药物阿瑞匹坦而不再需要责任护士反复督促, 说明医生护士共同的健康宣教比护士的单独宣教更有效。责任制整体护理加医护一体化管理模式中, 医生护士通过密切的配合和积极的沟通, 贯穿患者化疗始终的动态评估, 共同为患者提供了完整的技术专业知识和健康指导, 患者更加容易理解和接受医护人员的语言内容, 增加了患者对医护人员的信任感, 也更愿意主动和医护人员

沟通, 使得医护人员能更准确的在化疗前发现患者恶心呕吐的危险因素以及在化疗时的真实感受, 从而更好的制定及时调整恶心呕吐方案。

综上所述, 在非小细胞肺癌患者行吉西他滨加顺铂化疗方案时在使用三联止吐方案时同时实施责任制整体护理加医护一体化模式可有效降低患者恶心呕吐发生率。

[参考文献]

- [1] 刘珊珊. 肺癌化疗患者出院准备度现状及影响因素分析. 护理学报, 2016, 23(13):11-13.DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2016.13.011
- [2] 王丹丹. 肺癌患者化疗期间的症状体验及相关因素研究. 护理学报, 2013, 20(2A): 1-3.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2013.03.008
- [3] Janelins MC.Current pharmacotherapy for chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients[J].Expert Opin Pharmacother, 2013, 14(6):757-766.
- [4] So WK, Chan DN.Knowledge and practice among Hong Kong oncology nurses in the management of chemotherapy-induced nausea and vomiting.European Journal of Oncology Nursing the Official Journal of European Oncology Nursing Society, 2013, 17(3):370-374.
- [5] 刘迎. 我院实施医护一体化改革的做法和体会. 中华医院管理杂志, 2002, 18(1):47-48.
- [6] 李欢. 护理人员对实施医护一体化工作模式的评价. 护理研究, 2012, 26(11B):340.DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2012.32.037
- [7] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology:Antiemesis. (2014-02-25).
- [8] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会 (C R P C). 中国临床肿瘤学会抗肿瘤药物安全管理专家委员会 (ASMC). 肿瘤治疗相关呕吐防治指南 (2014 版) [M]. 临床肿瘤学杂志, 2014, 03(03):263-273.DOI:1009 - 0460(2014)03 - 0263 - 11

(上接第 3 页)

到影响核糖核蛋白体移位过程的目的, 阻止细菌的生长繁殖。虽然红霉素对支原体感染有良好的临床疗效, 但随着近年来的广泛运用, 耐药性大大增加, 影响了临床疗效, 且并发症的发生率较高。胃肠道反应较为常见, 如呕吐、腹痛腹泻等, 还可能出现皮疹以及静脉刺激导致的疼痛感^[4]; 第二, 阿奇霉素属于新一代的大环内酯类药物, 在红霉素结构的基础上加以改善, 有效提高了药物效果, 对支原体的杀菌率可达到 100%; 第三, 阿奇霉素的耐药率较小, 治疗过程中并发症的发生率较低, 安全性更高。且组织渗透性良好, 组织内浓度高, 和肺部组织具有一定的亲和性, 肺部血药浓度高, 约是其他位置的 10-100 倍; 第四, 阿奇霉素血浆的半衰期约为 70h, 代谢速率较慢, 且存在较明显的抗生素后效应以及累积效应, 用药 3d 后能达到 5-7d 的抑菌效果, 和红霉素相比, 药物动

力学特性更加明显。

综上所述, 阿奇霉素治疗支原体肺炎具有良好的临床疗效, 能有效改善患者预后, 促进患者康复, 值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 覃冠德, 邓亚菊, 何劲君等. 阿奇霉素治疗老年支原体肺炎疗效及不良反应分析 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14):3493-3494.
- [2] 任明星, 薛国昌, 沈琳娜等. 甲泼尼龙联合阿奇霉素治疗小儿难治性支原体肺炎的疗效与安全性分析 [J]. 中国全科医学, 2015, 18(5):588-591.
- [3] 姜文涛, 褚亚苏, 王剑等. 百蕊胶囊联合阿奇霉素治疗支原体肺炎的疗效及对患儿血清 hs-CRP、EC、SIL-2R 的影响 [J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37(3):128-130.
- [4] 楚加元, 许洲. 阿奇霉素序贯疗法用于儿童支原体肺炎的临床观察 [J]. 中国药房, 2016, 27(18):2521-2523.