

医护一体化模式对乳腺癌化疗患者有效预防癌因性疲乏的 护理研究

张忠霞

青海省人民医院肿瘤外科二病区 青海 西宁 810007

摘要:目的:探讨医护一体化模式在预防乳腺癌化疗患者癌因性疲乏(Cancer-related Fatigue, CRF)中的应用效果。方法:选取2024年3月至9月本科室120例乳腺癌化疗患者为研究对象,通过实施医护一体化模式,结合问卷调查与网络回访方法,系统评价护理措施落实合格率、CRF发生率及患者满意度。结果:医护一体化模式通过规范化培训、多维度宣教、标准化评估工具及个性化干预策略,显著提升护理措施落实合格率(从60.19%提升至83.7%),CRF发生率由41.67%降至7.14%($P<0.01$),患者满意度评分从 3.2 ± 0.5 提高至 4.5 ± 0.3 ($P<0.01$)。结论:医护一体化护理模式通过多学科协作与标准化流程管理,能够有效降低乳腺癌化疗患者CRF发生风险,缓解疲乏程度,并显著提升患者满意度,为临床护理实践提供了科学依据,具有重要推广价值。

关键词:医护一体化模式;乳腺癌化疗患者;癌因性疲乏;护理质量;患者满意度

引言:

乳腺癌是全球女性发病率最高的恶性肿瘤,化疗作为其重要治疗手段,常伴随癌因性疲乏(Cancer-related Fatigue, CRF)的发生。CRF表现为持续的身心疲惫感,严重影响患者生活质量及治疗依从性。传统护理模式因缺乏系统化干预措施,导致CRF管理效果有限。医护一体化模式强调医生、护士、药师及康复师等跨专业多学科协作与循证实践,通过整合医疗与护理资源,优化干预流程,为患者提供全面、连续的照护。本研究基于本科室2024年专案数据,探讨医护一体化模式在预防乳腺癌化疗患者CRF中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采用前后对照设计,以2024年3月~9月本科室120例乳腺癌化疗患者为研究对象,分为干预组(医护一体化模式)与对照组(传统护理模式),通过定量与定性结合的方法评估效果。

1.2 理论基础

医护一体化模式起源于多学科协作(MDT)理念,强调医生、护士、药师及康复师等跨专业团队共同制定治疗方案。其核心优势在于:

信息共享:通过定期病例讨论,减少沟通壁垒;

标准化流程:基于循证医学制定统一干预措施;

个性化管理:根据患者需求调整护理策略。

多项研究证实,该模式在改善癌症患者生存质量、降低并发症方面效果显著。

1.3 研究方法

通过实施医护一体化模式,结合问卷调查与网络回访方法,系统评价护理措施落实合格率、CRF发生率及患者满意度。

1.4 干预措施

基于专案数据,医护一体化模式实施以下核心对策:

1.4.1 规范化培训:

制定CRF知识手册,对护士进行分级培训(N1-N4);采用案例分析、情景模拟提升护士沟通技巧。

1.4.2 多维度宣教:

制作图文手册、视频资料,向患者普及CRF的危害及管理方法;

设立“CRF宣教日”,每周开展集体健康讲座。

1.4.3 评估工具优化:

引入《Piper疲乏修订量表(RPFS)》及《简易疲乏评估量表(BFI)》进行动态评估;

根据评分结果将CRF分为轻、中、重三级,制定分级护理方案。

1.4.4 个性化干预:

轻度CRF:以运动疗法(如瑜伽、步行)为主;

中度CRF:结合中医外治(八段锦、穴位按压、穴位贴敷、中药足浴)及心理疏导;

重度CRF:联合药物治疗(如哌醋甲酯)及营养支持。

1.5 数据收集与分析

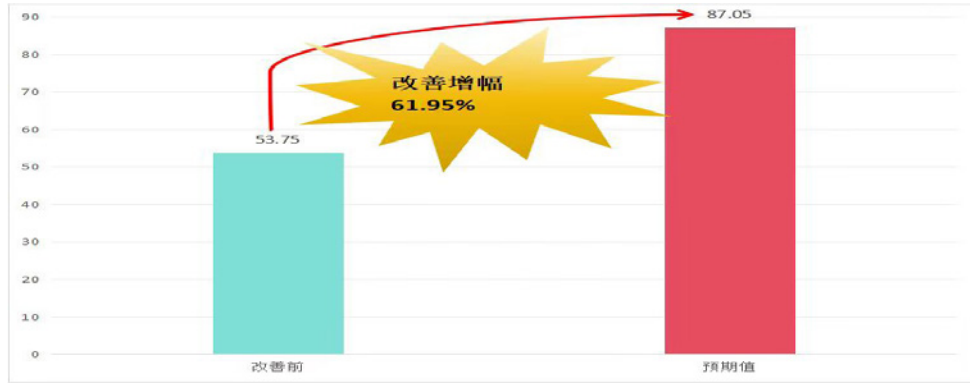


图1 前后对照

定量数据：通过查检表记录护理措施落实合格率（每周60人次，共540次）；

定性数据：采用电话回访收集患者满意度评分（Likert 5级量表）；

统计方法：使用SPSS 26.0进行t检验与卡方检验，以P<0.05为差异显著。

2 结果

2.1 目标设定

2.1.1 目标值设定

改善前发生次数：53.75次/周。

表1 组员能力评价表

组员能力评价									
圈员	N1	N2	N4	N4	N3	N3	N3	N1	合计分值
分值	3	5	5	5	5	5	5	3	36
平均分	36/8=4.5								
评分标准	能自行解决		需要一个单位配合		需要多个单位配合				
参考分值	5		3		1				
圈能力：4.5/5*100%=90%									

(1) 查检总人次：540次

(2) 查检周数：4周

(3) 改善前合格次数：325次

(4) 改善前不合格次数：215次

2.1.2 设定理由

(1) 现状值：53.75

(2) 目标值 = 现状值 + 改善值

= 现状值 + ((标准值 - 现状值) × 改善重点 × 圈能力)

= 53.75 + ((100 - 53.75) × 80% × 90%)

= 87.05%

设立总目标值：87.05%

(3) 改善幅度 = (现状值 - 目标值) / 现状值 × 100%

$$= (53.75 - 87.05) / 53.75 \times 100\%$$

$$= 61.95\%$$

(4) 衡量指标

2024年4月-6月抽取12位患者，进行电话微信随访，收集患者癌因性疲乏发生情况，发生癌因性疲乏的有5例。（图1）

①改善前癌因性疲乏发生率 = 发生癌因性疲乏人数 / 调查总人数 × 100%

$$= 5 / 12 \times 100\%$$

$$= 41.67\%$$

②改善前癌因性疲乏措施落实合格率 = 合格人数 / 总人数 × 100%

$$= 325 / 540 \times 100\%$$

$$= 60.19\%$$

2.2 护理措施落实合格率

干预后，护士对CRF相关知识的掌握率从14.25%提升至90%，患者健康教育覆盖率从53.75%提高至87.05%（表2）。

表2 干预前后护理措施合格率对比

指标	改善前 (%)	改善后 (%)	P 值
护士 CRF 知识掌握率	14.25	90.00	<0.01
患者健康教育覆盖率	53.75	87.05	<0.01

2.3 癌因性疲乏发生率

干预组CRF发生率为7.14%，显著低于对照组的41.67% (P<0.01)。

2.4 患者满意度

干预组满意度评分(4.5±0.3)显著高于对照组(3.2±0.5) (P<0.01)。

5 讨论

5.1 医护一体化模式的优势

5.1.1 标准化流程提升效率：通过制定评估量表与分级干预方案，减少护理盲区；

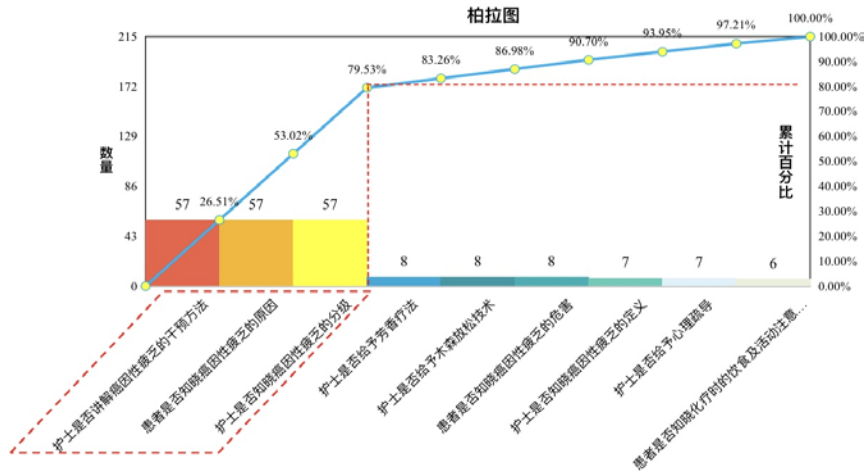
5.1.2 多学科协作增强效果：医生与护士共同参与决策，确保治疗与护理的协同性；

5.1.3 动态反馈优化管理：定期数据分析帮助团队及时调整策略。

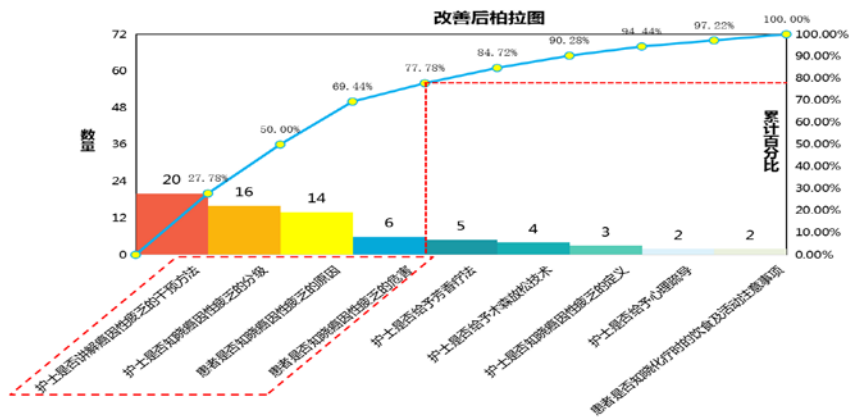
5.2 创新性与局限性

本研究首次将中医外治与运动疗法纳入 CRF 管理，但样本量较小且随访时间较短，未来需扩大研究范围以验证长期效果。

附图



附图 1 改善前柏拉图



附图 2 改善后柏拉图

结论：

医护一体化模式通过系统化培训、动态评估及个性化干预，显著降低乳腺癌化疗患者 CRF 发生率，提升护理质量与患者满意度。建议在临床推广中结合医院实际资源，进一步优化多学科协作机制。

参考文献：

[1] 窦燕, 张晓宁. 癌因性疲乏系统性护理干预研究进展 [J]. 中西医结合护理, 2023.

[2] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue (2023).

[3] 中国抗癌协会. 癌症相关性疲乏诊断与治疗中国专家共识 [J]. 中华医学杂志, 2022.

[4] 蒋凤娟. 优质护理对乳腺癌化疗患者的干预效果探究 [J]. 中国农村卫生, 2019, 11(10):9.

[5] 徐文亚. 优质护理对乳腺癌术后化疗患者癌因性疲乏和生活质量的影响分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(14):18+21.

[6] 李艳华, 梁微, 袁波宁. 系统护理对乳腺癌化疗患者癌因性疲乏与生活质量影响分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(14):90+100.

[7] 袁雪莹. 优质护理对乳腺癌化疗患者癌因性疲乏的影响 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2023, 40(01):103-04.

[8] 连娴静, 江益娟. 优质护理干预对乳腺癌化疗患者癌因性疲乏的影响 [J]. 中外医疗, 2022, 41(17):151-154+159.

[9] 张欢, 宋敏, 于静, 等. 乳腺癌患者化疗期间癌因性疲乏特征及影响因素 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2023, 30(24):1513-1518.