

• 临床探讨 •

基于医护一体模式的快速流程护理在乳腺癌改良根治术的应用效果

孟维慧, 翟亚萍, 罗 洁, 王 莹

(武警后勤学院附属医院心内科, 天津 300000)

摘要:目的 探讨基于医护一体化模式的快速流程护理在乳腺癌改良根治术的应用。方法 选择 2014 年 10 月至 2016 年 1 月该院行改良根治术治疗的乳腺癌患者 64 例, 按照 1:1 原则将数据录入随机数字表系统分为: 研究组($n=32$)采用医护一体化模式的快速流程护理, 对照组($n=32$)使用常规护理。比较 2 组护理质量评分、护理工作环境评分、生活质量。结果 研究组患者生活质量评定各维度分值均值、护理质量综合评定均值与对照组比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 研究组并列-互补模式护士参与医院事件与护理高质量实施基础与主导-从属模式比较, 虽然略高, 但差异无统计学意义($P>0.05$); 医护合作、人力及物力资源充足、管理和领导能力与主导-从属模式比较, 明显提高, 差异有统计学意义($P<0.05$); 研究组各维度与对照组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 医护模式是临床医师与护理人员结合的新型护理模式, 医护人员共同参与患者的护理评估、分析、方案制订及实施, 但护理全程中以护士为主导, 充分发挥协作和领导能力, 改善工作环境, 保证医护质量的提高。

关键词: 医护一体化; 快速流程护理; 乳腺癌; 改良根治术; 护理环境

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.031 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)13-1924-03

乳腺癌是目前女性最常见的恶性肿瘤, 临床最有效的治疗方式为乳腺癌改良根治术, 术后早期辅助化疗可有效降低其复发率及病死率。术后乳房缺失会增加患者的恐惧, 使其面临疾病、身体缺陷、社会、家庭等问题, 导致患者产生不良心理情绪, 影响治疗及生活质量^[1-2]。质量优良的护理工作及护理人员、提升患者的护理满意度是工作的终极目标, 贯穿医护工作全程, 并有效提高医护整体服务水平, 对医患关系、护患关系的改善具有积极的临床意义。以往临床护理工作的实施通常是将医师和护士分开, 医护之间联系较少。护士被动执行和遵守医嘱, 易造成护理工作和医嘱执行的冲突, 形成脱节, 最终无法及时处理或治疗, 严重者甚至为医疗纠纷埋下隐患^[3]。长期以来临床护理工作满意度低下, 医师需在繁忙的工作中抽出时间关注和调解护患、医护关系, 而护士的专长技能被忽略, 导致护士工作明显倦怠, 医师工作量加重。快速流程护理始于外科护理, 属于强化版的康复护理; 对患者术后生活质量改善显著, 缩短回归工作、社会的时间, 降低术后并发症, 间接节约医疗费用^[4]。现对基于医护一体化的快速流程护理应用于乳腺癌改良根治术中, 并与传统流程护理进行比较, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 10 月至 2016 年 1 月该院行改良根治术治疗的乳腺癌患者 64 例, 按照 1:1 原则将数据录入随机数字表系统分为研究组 32 例, 年龄 32~75 岁, 平均年龄(45.6 ± 6.8)岁; 对照组 32 例, 年龄 30~72 岁, 平均年龄(45.9 ± 6.1)岁; 本研究严格按照平等自愿原则, 患者均知情自愿参与并完成整个研究。2 组患者的年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 病例纳入标准 (1)研究对象均为女性患者。(2)年龄在 18 周岁及以上。(3)均为体检时发现并确诊为乳腺癌。(4)意识清楚, 认知功能正常; 改良根治术治疗后未转移者。(5)排除资料欠缺、严重心肺和(或)肝肾功能不全疾病、凝血功能障碍、精神异常等^[5]。

1.3 方法 (1)对照组患者实施常规护理, 主要内容为入院指导、基础日常护理、心理干预、疾病和手术相关健康宣传教育等。(2)研究组患者在对照组的基础上使用基于医护一体化模式的快速流程护理。具体操作: ①根据科室医疗和护理人员的

人力资源配置, 明确医师资历、护理人员的组长、领班、责任护士。原则上 1 名一线医师与 2 名责任护士相配, 将医师和护士分配成不同的医护一体化小组, 保证患者住院期间享受特殊照顾。二线医师、领班、护理组长等根据统筹原则划分, 二线医师起到把关作用, 监督整个治疗和护理过程, 组长受二线医师的指导把关护理全程, 领班护士则负责传达工作并执行; 以患者为基础确定二线医师、组长人数, 原则为 8~10 例患者配置二线医师 1 名, 护理组长 1 名, 4~6 例患者配置领班护士 1 名; 病情严重或危重症患者可适当增加人员配置。二线医师与领班护士指导一线医师与责任护士开展工作。②日常的医疗和护理工作均以小组的形式完成工作, 确定并成立小组后, 二线医师和组长的排班遵循相对固定的班时, 保证其能够相互配合完成工作; 护士排班将白班和夜班区分开, 并保证护士对患者病情详细了解, 保证护理工作的持续进行。领班若因故不能履行职责, 由组员暂时代理处理工作, 责任护士因故不能履行职责时, 也由组员暂时代理处理, 同时报告护士长以便对人员分配进行调整, 优先考虑熟知患者情况的护士; 夜班的安排则需顾及护士资历, 遵循“高年资带低年资”原则, 以保证医疗和护理工作的安全性。交接班记录完善, 特殊患者、疑难病症及危重症患者需在床旁交接班, 标记需注意的问题以保证治疗和护理的游行性。③二线医师和组长需每天统计患者例数、危重患者, 了解医疗和护理工作实施情况, 以便协调工作。④快速流程化护理服务, 临床医师和护理人员资源配置安排合理分工后, 研讨迅速制订快速流程方案, 主要由护士操作完成并执行医嘱, 此阶段医护关系主要为主导-从属模式; 通过医师和护士的结合实施快速流程护理, 此阶段医护关系主要为并列-互补模式。将整个护理模式应用到术前、术中和术后, 强化护理人员的管理协调能力, 承担小组中协调管理工作, 排查无益、无效, 甚至是有害的医疗护理干预, 针对并发症能够进行预防和控制。

1.4 观察指标 (1)生活质量的评价采用乳腺癌患者生活质量测定量表(FACT-B)V4.0 进行评价。(2)护理质量通过综合评定方式进行测评, 分别对护士和患者均进行调查, 包含护士工作完成是否到位、态度、护理操作等, 患者方面为是否配合护理和治疗、并发症发生等, 以百分制对护理质量评定进行量

化考核,分值越高护理质量越高。(3)护理工作环境评分采用护理工作环境评分量表(PES)进行评价,分为 5 个主要维度,又细化分为 31 条小项目,分别为医师与护士合作、护士参与医院事件、护理高质量实施基础、人力及物力资源充足、管理和领导能力。信效度范围 0.85~0.95,采用 4 分制评定,完全不同意为 1 分,不同意为 2 分,同意为 3 分,完全同意为 4 分,各维度分值相加并除以 31 得到均值为最后分值,分值越高表示护理工作环境越佳^[6-7]。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析,计量资料使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,应用配对 t 检验,计数资料采用例数或百分比表示,组间比较使用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者生活质量和护理质量结果比较 研究组患者生活质量评定维度中生理状态、家庭/社会状态、功能状态、情感状态分值均值与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),护理质量综合评定均值与对照组比较,差异也有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者生活质量评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数 (<i>n</i>)	生理状态	家庭/社会 状态	功能状态	情感状态	护理质量
研究组	32	24.8±3.6	22.8±4.7	21.5±5.8	23.4±3.3	95.3±2.1
对照组	32	21.3±3.1	19.6±3.7	15.8±5.3	20.8±5.1	90.4±2.5
<i>t</i>		4.168	3.026	4.104	2.421	8.490
<i>P</i>		0.000	0.004	0.000	0.018	0.000

2.2 2 组患者护理工作环境评分结果比较 研究组患者不同模式下护理环境评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),主导-从属模式较并列-互补模式低,护士参与医院事件与护理高质量实施基础比较,差异无统计学意义($P>0.05$);医护合作、人力及物力资源充足、管理和领导能力与主导-从属模式比较,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组各维度与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者护理工作环境评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数(<i>n</i>)	类别	医护合作	护士参与医院事件	护理高质量实施基础	人力及物力资源充足	管理和领导能力
研究组	32	主导-从属	2.2±0.5	2.5±1.2	2.6±1.1	2.0±1.4	2.1±1.2
			3.1±0.7	2.7±1.1	2.7±1.2	2.6±1.3	2.8±1.1
对照组	32	并列-互补	1.6±0.8	1.9±0.7	1.8±0.8	2.1±1.5	1.5±0.6

3 讨 论

目前临床针对乳腺癌有手术指征的患者的治疗方式主要为改良根治手术,乳房的重建不会对生存造成不良影响,也不会导致肿瘤局部复发和远处转移,对预后无影响。乳腺癌改良根治术后患者的有效护理方法对治疗具有积极的临床意义。医护一体化模式以临床医师和护理人员的协调配合能力为出发点,重视医师和护士的配合度和平等性,同时注意日常医护工作的相互协作和尊重。相关研究报道,积极有效的医师与护士合作对沟通和信息交换的畅通性有促进作用,可真实全面了解病情和患者需求,对临床决策的制订有积极意义,保证医务人员与患者的相处更为和谐^[8-9]。

本研究结果表明,研究组护理质量评分明显高于对照组,且研究组患者生活质量各维度分值均值也显著高于对照组,护理环境评分各项维度分值均值高于对照组($P<0.05$)。提示与传统的护理模式进行比较,医护一体化模式能显著改善医护合作,促进医护和谐,提高护理质量。医护一体模式的应用保证临床医师和护理人员能有效沟通协作,工作氛围改变,风气良好;医师联合护理人员对患者的护理方案进行研讨制订,确立快速流程护理方案,密切配合保证工作效率;医护一体模式肯定并加强护理人员在团队协作中的主导地位,调动护理人员对工作的积极性,提升其工作成就感,推动医护模式下快速流程护理的高效运作^[10-12]。医护一体模式实现对人力资源的优化配置,重新划分医务工作者结构,合理分配,保证医疗工作的可持续发展;将医务工作人员的工作协调配合处理,发挥最大工作效率。快速流程护理的开展严格要求医务人员,医师与护士的结合保证护理方案的高效实施。本研究结果显示,医护一体模式中的并列-互补模式医护士合作、人力及物力资源充足、

管理和领导能力维度分数均值与主导-从属模式比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明基于医护一体模式的快速流程护理打破传统护理的临床医师与护士各自为阵的形式,更新资源的配置。医师在整个快速流程化护理方案的实施中参与研讨和方案制订,医务工作人员聚焦质量和安全,降低无益、无效,甚至是有害的干预,减轻护士劳动负荷,保证医师和护士有序完成分内职责和工作。有关研究证实,临床护理工作实施中,管理者的能力和领导方法对工作人员的效率产生明显影响,管理方法有效则护士面对工作积极性高,充满热情,护理质量得到保证^[13-15]。本研究结果说明,研究组护理管理和领导能力明显高于对照组,提示医师与护士同时查房,并对患者病情进行研讨,管理者明确工作重难点,护士在其指示和支持下完成工作;共同解决工作中遇到的困难,保证工作效率。

综上所述,基于医护一体模式的快速流程护理能强化知识、资源共享,共同承担责任,以团队形式展开医疗和护理工作,优化人力资源配置,促进医护关系和谐;护士在此模式下占主导地位,锻炼其领导和管理能力,优化工作环境,有效维持稳定、高效的临床护理,最终达到提高护理质量的目的。

参考文献

[1] 毛荣,臧晓祥,葛卫星,等. 新型医护一体化模式在无创正压通气救治急性心源性肺水肿中的应用[J]. 实用临床医药杂志,2015,19(24):188-189.

[2] Kadmon I,Goldin Y,Bdolah Y,et al. Knowledge,attitudes and practices of physicians and nurses regarding the link between IVF treatments and breast cancer[J]. Eur J Oncol Nurs,2014,18(2):201-205.

- [3] 冯金华,杨婕,胡艳杰,等. 医护一体模式在结直肠癌患者加速康复围手术期管理中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(21): 1573-1577.
- [4] 王俊莉,付显芬,甘秀妮,等. 医护一体查房联合 ISBAR 沟通工具在 ICU 护理工作中的应用[J]. 护理学杂志, 2015, 30(11): 9-12.
- [5] 冯金华,杨婕,胡艳杰,等. 医护一体加速康复外科围术期管理对结直肠癌患者术后康复效果的影响[J]. 重庆医学, 2015, 44(20): 2870-2872.
- [6] 焦永倩,尚秋敬,姜玉荣,等. 医护一体服务在乳腺癌患者化疗恶心呕吐管理中的应用[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(7): 1182-1184.
- [7] 叶磊,李红,刘司寰,等. 应用“医护一体化模式”改进现代急诊入院流程管理的研究[J]. 护理研究, 2013, 27(11): 3552-3553.
- [8] 陈荣珠,王桂红. 医护一体化管理模式在手术病理标本管理中的应用[J]. 护理学杂志, 2013, 28(22): 16-17.
- [9] Stephens K, Cooper BA, West C, et al. Associations between cytokine gene variations and severe persistent breast pain in women following breast cancer surgery[J]. J Pain, 2014, 15(2): 169-180.
- [10] 聂智容,刘小玲,朱良琼,等. 医护一体化管理在我院手术部位标识中的应用[J]. 中华医院管理杂志, 2014, 16(10): 760-763.
- [11] 范云,杨瑛,满海燕,等. 对乳腺癌病人凸显人文护理的流程再造[J]. 全科护理, 2013, 11(6): 532-533.
- [12] 梁丽,彭玉兰, Parajuly SS, 等. 超声引导下乳腺肿瘤穿刺活检术的护理配合流程[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(5): 448-449.
- [13] 李卡,胡艳杰,汪晓东,等. 医护一体模式下实施快速流程方案对护理工作环境的影响[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 141-144.
- [14] 易琼,田勇梅,黄岑,等. 综合性医院日间化疗病房医护一体化管理模式探索与实践[J]. 中国护理管理, 2014, 29(10): 1095-1098.
- [15] Alfaro E, Dhruva A, Langford DJ, et al. Associations between cytokine gene variations and self-reported sleep disturbance in women following breast cancer surgery[J]. Eur J Oncol Nurs, 2014, 18(1): 85-93.

(收稿日期:2017-01-12 修回日期:2017-02-20)

• 临床探讨 •

直肠癌 Miles 根治术后造口患者院外延续护理的疗效分析及负面情绪的影响

钟 鑫¹, 段丹辉², 刘文博³, 孙广红¹

(1. 哈尔滨医科大学第四临床医学院静脉用药调配中心, 哈尔滨 150000 ; 2. 哈尔滨医科大学附属第一医院神经内科, 哈尔滨 150000 ; 3. 黑龙江省齐齐哈尔市第一医院骨科 161000)

摘要:目的 探讨院外延续护理在直肠癌 Miles 根治术患者术后的疗效及负面情绪的影响。方法 选取第四临床医学院接受 Miles 根治术的 82 例直肠癌患者(2013 年 2 月至 2015 年 2 月), 将患者分为 2 组, 各 41 例。对照组患者采用常规院外指导, 研究组使用院外延续性护理。应用自主护理能力实施量表(ESCA)、抑郁/焦虑(SAS/SDS)量表对患者的自护能力及负面情绪进行评定, 同时对 2 组患者的并发症情况进行比较。结果 出院后 6 个月, 研究组患者在 ESCA 4 个维度方面均显著优于对照组($P < 0.05$); 刚出院时 2 组患者 SAS、SDS 评分均较高, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 出院后 6 个月 2 组患者 SAS、SDS 评分均有所好转, 但研究组显著优于对照组($P < 0.05$); 对照组患者各种并发症 17 例, 发生率 41.46%, 研究组 7 例, 发生率 17.73%, 2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 直肠癌 Miles 根治术后造口患者应用院外延续性护理, 能显著提升患者自护能力和改善负面情绪, 对于预后和生存质量的提升具有重要的临床意义。

关键词: 延续性护理; 直肠癌; 负面情绪

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.032 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)13-1926-03

直肠癌是一种发生在肛门齿状线以上至直肠乙状结肠交界处的癌肿, 多位于腹膜下, 以低位直肠居多, 为常见的消化道恶性肿瘤, 发病率仅次于胃癌和食道癌。患者多为中老年(≥ 40 岁), 病因多为慢性炎性或直肠息肉的长期刺激, 使肠黏膜增生继而癌变。直肠癌患者的治疗关键在于早期发现、早期诊断及外科根治^[1]。外科手术是获得根治最有效的治疗方法, 其中直肠癌经腹会阴联合切除术(Miles 根治术)是临床常见的术式。术后腹壁永久性肠造口可将肠道直接引出腹壁而使肠内容物排出体外, 这种排便途径的改变, 虽对消化吸收功能无影响, 但由于需长期佩戴人工造口袋收集粪便, 患者很容易出现抑郁、焦虑等负面情绪, 同时对患者的自我护理能力也提出了很高的要求。延续性护理作为人性化护理的一部分, 使院内、

院外的护理服务得以很好地延伸和衔接, 对满足出院患者的需求及改善预后具有重要的临床意义^[2]。第四临床医学院自 2013 年起对直肠癌 Miles 根治术后造口患者实施院外延续性护理, 护理疗效及患者负面情绪改善效果显著, 报道如下。

1 资料方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月至 2015 年 2 月第四临床医学院 Miles 根治术的 82 例直肠癌患者, 所有患者均经直肠指检、内镜检查或影像学检查确诊为直肠癌。纳入标准: (1) 肠造口时间 3 个月以内。 (2) 具有小学以上文化水平, 能正确理解量表内容, 在指导下可自主完成相关量表的评定。 (3) 经第四临床医学院伦理委员会同意, 患者及家属知情并签署知情协议书。排除标准: (1) 患有严重内脏(心、肺、肾等)疾病、血液疾