

【护理管理】

乳腺癌双职双轨个案管理模式的应用效果观察

邓妍, 胡露红

(华中科技大学同济医学院附属同济医院, 湖北 武汉 430030)

【摘要】目的 探讨符合国情的乳腺癌个案管理模式,并在乳腺癌患者中实践以探讨其应用效果。**方法** 选取2018年7月—2019年1月收治的乳腺癌患者88例,按照所在病区分为观察组 and 对照组各44例。对照组由单独的个案管理师对患者实施常规护理,包括围术期护理及出院后居家延伸护理、随访;观察组实施双职双轨个案管理模式下的全程个性化管理。**结果** 干预6个月末,与对照组比较,观察组患者术后皮下积液的发生率显著低于对照组($P < 0.05$),在淋巴水肿并发症发生方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),2组乳腺癌患者生活质量得分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 实施乳腺癌双职双轨个案管理模式实现了乳腺癌患者全程个性化管理,满足患者个性化需求,改善了患者的生活质量,降低并发症发生率,提高了患者满意度。

【关键词】 乳腺癌; 双职双轨个案管理模式

【中图分类号】 R473.6; C931.3 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2020.02.021

研究显示责任制整体护理工作模式导入个案管理模式有助于临床路径、单病种管理及慢性病长期照护的开展和管理^[1]。而个案管理是一种适应肿瘤多学科综合治疗的全新护理工作模式和护理服务理念,是一种对患者、医疗团队及社会均有益的实践探索,它打破了医疗服务时间、空间上的局限,体现了全程化、专业化的护理服务内涵。个案管理模式在我国内地属于起步阶段,怎样在国内护士人力普遍不足、护士专科知识缺乏、个案管理培训欠缺的现状下开展个案管理工作,成为首要的关注点,据世界造口治疗师协会统计,双职造口治疗师占17%^[2],我国主要以造口治疗师兼护士长为双职的主要形式,为满足临床需求,经我院护理专家讨论,确定为责任护士兼个案管理师的双职角色,并创立个案管理双轨工作模式,即通过多学科诊疗模式(multidisciplinary team, MDT)和跟医查房模式对患者进行管理,本研究通过探索适合国内的乳腺癌双职双轨个案管理模式,旨在提高乳腺癌患者满意度,改善患者生活质量,减少并发症的发生。

1 研究对象

选取2018年7月—2019年1月收入我科的乳腺癌患者88例。按照所在病区分为观察组和对照组各44例。收治于二病区的患者为观察组,收治于一病区的进入对照组。入观察组标准为:(1)已确诊乳腺癌患者;(2)自愿参加并签署知情同意书,可以接

受5年以上随访的患者。排除标准为:(1)有理解或阅读障碍者;(2)有精神疾病患者。观察组平均年龄为(47.70±12.10)岁,30例接受了乳腺癌改良根治术;38例接受了腋窝淋巴结清扫;32例病理类型为浸润性导管癌;35例接受了化疗;16例接受了放疗。对照组平均年龄为(48.50±11.80)岁,33例接受了乳腺癌改良根治术;40例接受了腋窝淋巴结清扫;33例病理类型为浸润性导管癌;37例接受了化疗;15例接受了放疗。2组患者年龄、婚姻状况、医保情况等一般资料无统计学差异($P > 0.05$)。

2 研究方法

2.1 对照组 由单独的个案管理师对患者实施常规护理,包括围手术期护理及出院后居家延伸护理、随访。

2.2 观察组

2.2.1 双职个案管理师的准入资格 双职个案管理师的准入资格确定为:“具有护士职业资格证书,本科学历及以上,护师及以上职称,有5年的专科工作经验,通过外出进修共通性培训及专科个案管理学习4周,获得个案管理师结业证,返院后必须根据专科个案管理师轮转培训计划轮转,包括门诊、B超、MRI室、手术室、病理科、肿瘤科以及乳腺专科护理学习,每周从事责任护士工作时间≥21 h,自愿选择个案管理发展方向的,有较强责任心和奉献精神”。双职个案管理师的候选人是根据护士自愿报名、护士长推荐、护理部审核而产生。

2.2.2 双职个案管理师双轨干预方法 观察组接受双职双轨个案管理师的全程个性化护理,乳腺癌患者入院至最后1次化疗结束约6个月。个案管理师将乳腺癌患者诊治过程中的入院时、手术前、手术后、第1次化疗后、出院后、第4次化疗后、最后1次

【收稿日期】 2019-06-20

【基金项目】 华中科技大学同济医学院附属同济医院基金(2019D01)

【作者简介】 邓妍(1982-),女,湖南益阳人,硕士,主管护师。

【通信作者】 胡露红(1971-),女,湖北武汉人,本科学历,副主任护师。

化疗后、每次靶向治疗后、放疗后、内分泌治疗作为关键点,预计进行为期5年的个案管理工作,每6个月进行阶段评价1次,了解患者相关情况,包括对病理确诊为乳腺癌患者,解释个案管理工作的目的及期限、需要患者配合的内容以及对患者的意义,取得其知情同意并签字后,实施“一对一”个案管理服务。制定乳腺癌个案管理档案,包括患者基本信息、手术前后、放化疗前后、靶向治疗、内分泌治疗的相关信息表格,根据患者不同阶段的需求编制的随访模版等,根据各项复查指标的变化情况给予及时干预,并保证个案资料的完整性。通过面访、电访、短信咨询随访等方式,为患者进一步提供咨询,结合患者的需求,制作展架、乳腺癌卡通版健康教育手册、功能锻炼操视频,完成不同阶段的健康教育及功能锻炼指导,协调检查预约,协助患者转介。

2.3 评价方法 研究者在干预6个月末,进行第1阶段性评价。(1)乳腺癌患者生活质量:使用乳腺癌患者生活质量测定量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer, FACT-B)中文版,该工具包括生理状况、社会/家庭状况、情感状况、功能状况和附加关注5个部分,共36个条目,按照Likert 5级评分,计0~4分,正向条目直接计分,逆向条目得分=(4-选项分),各条目得分值相加为总得分,经验证有较高的信效度^[3]。在手术及第1次化疗后、全部化疗完成后,需要患者填写。(2)淋巴水肿发生率:由个案管理师在患者每次入院时定点为患者臂围测量,方法是取5点测量臂围,尺骨茎突中点为0点,从0点开始每隔10 cm为一点,直至40 cm处,测量

每一点的臂围,记录5点臂围中健侧最大差值;臂围与健侧手臂围相差>2 cm即为淋巴水肿^[4]。(3)皮下积液发生率:皮下积液判断标准为触及皮下有明显波动感,穿刺抽吸出液量 ≥ 5 mL^[5];皮下积液发生率由管床医生在换药期间进行皮下积液的评价,个案管理师主动询问。(4)患者满意度:采用自制的患者对护理工作的满意度调查问卷,包括10个条目,在患者全部化疗结束后进行调查,每个条目评分标准为从非常不满意到非常满意为0~10分,总分为0~100分,在患者全部化疗结束后填写。

2.4 统计学方法 将原始数据资料输入SPSS 17.0进行统计分析,双人核对。计数资料以例数、百分比描述,组间比较以 χ^2 检验;计量资料以均数、标准差描述,组间采用独立样本 t 检验比较。

3 结果

3.1 2组乳腺癌患者生活质量得分比较 干预6个月末,观察组双职双轨个案管理过程中,共转介10例次至肿瘤科进行放疗,除主动干预时间外,共接收患者微信咨询273人次。观察组在手术加第1次化疗和全部化疗结束后在除情感状况维度以外的生活质量得分比较差异有统计学意义($P<0.01$);与对照组比较患者手术加第1次化疗时除生理状况、社会状况2个维度的生活质量得分差异无统计学意义($P>0.05$),其他项目均有统计学意义,尤其是2组患者在全部化疗结束以后生理状况、社会状况、情感状况、功能状况及附加状况5个维度的生活质量得分差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组乳腺癌患者生活质量得分比较($\bar{X}\pm S$,分)

项目	对照组(n=44)		观察组(n=44)		t_1	P_1	t_2	P_2	t_3	P_3
	手术加第1次化疗	干预6个月末	手术加第1次化疗	干预6个月末						
生理状况维度	2.00±1.08	3.03±0.97	2.46±0.87	3.77±0.36	5.210	<0.001	1.532	0.132	3.926	<0.001
社会状况维度	2.86±0.95	3.19±0.81	3.18±0.55	3.91±0.16	4.774	<0.001	1.175	0.246	5.112	<0.001
情感状况维度	2.74±0.76	3.20±0.67	3.29±0.62	3.54±0.41	1.263	0.218	2.503	0.016	2.259	0.030
功能状况维度	1.11±0.77	2.37±1.12	1.71±0.91	2.93±0.69	4.002	<0.001	2.522	0.015	2.154	0.038
附加关注维度	2.16±0.43	2.45±0.62	2.80±0.58	3.48±0.37	3.669	0.001	4.334	<0.001	7.140	<0.001
总得分	2.17±0.61	2.89±0.58	2.69±0.47	3.53±0.25	5.881	<0.001	3.332	0.002	4.212	<0.001

注: t_1 、 P_1 为观察组手术加第1次化疗、全部化疗结束后生活质量得分比较; t_2 、 P_2 为对照组和观察组手术加第1次化疗生活质量得分; t_3 、 P_3 为对照组和观察组全部化疗结束后生活质量得分比较。

3.2 2组乳腺癌患者个案管理效果比较 干预6个月末,观察组患者术后皮下积液的发生率显著低于对照组($P<0.05$),在淋巴水肿并发症发生方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。

表2 2组乳腺癌患者个案管理效果比较

组别	n	淋巴水肿(例)	皮下积液(例)	满意度($\bar{X}\pm S$,分)
对照组	44	4	8	92.56±5.27
观察组	44	3	0	96.34±3.22
统计量		$\chi^2=1.908$	$\chi^2=8.800$	$t=3.841$
P		0.167	0.003	<0.001

4 讨论

4.1 实施双职双轨个案管理提高了乳腺癌患者生活质量 本研究结果表明,观察组在手术加第1次化疗和全部化疗结束后在除情感状况维度以外的生活质量得分差异有统计学意义($P<0.01$),考虑可能与双职个案管理师联合多学科团队对患者进行系统性评估,拟定管理计划,提供患者所需的相关照护;定期指导乳腺癌患者及家属诊疗照护计划、各治疗阶段的短期及长期治疗目标,使其了解病情进展过

程、治疗计划、检查过程、用药情形、化疗的疗程、术后康复计划,并评估其认知及接受情况,促使其更好地配合治疗;提供乳腺癌患者及家属面对诊断及治疗时的心理支持,使患者树立战胜疾病的信心,所以患者在手术加第1次化疗到全部化疗结束期间有安全感,心理适应状况良好。与对照组比较患者手术加第1次化疗时生理状况、社会状况2个维度的生活质量得分差异无统计学意义($P>0.05$),在生理状况维度方面,乳腺癌手术对于患者而言创面较大、身体形象外观变化显著、伤口的愈合以及上肢功能的恢复缓慢,加之第1次化疗导致患者脱发,胃肠道反应较重,夜间睡眠情况差,观察组通过手术后及第1次化疗后面访给予指导及心理支持,无法实质上缓解患者术后及化疗后身体的乏力、虚弱。在社会状况维度方面,根据FACT-B的社会状况维度对应条目包含伴侣关系及性生活,与邢唯杰等的研究结果观察组患者术后1个月婚姻关系维度的生活质量得分效果不显著相近^[6]。尤其是在患者全部化疗结束以后生理状况、社会状况、情感状况、功能状况及附加状况5个维度的生活质量得分差异均有统计学意义($P<0.05$)。总之,双职个案管理师作为责任护士经常与患者及家属沟通,是患者和家属与其他医疗团队间的沟通桥梁,同时,双轨的工作模式有效的提高了淋巴水肿及皮下积液的规范化功能锻炼指导,对预防乳腺癌术后相关并发症的发生有一定的指导作用,间接改善乳腺癌患者生活质量。

4.2 实施双职双轨个案管理降低了并发症的发生,提高了患者满意度 研究结果显示,观察组患者术后皮下积液的发生率显著低于对照组($P<0.05$),乳腺癌长时间的治疗过程中,双职个案管理师的支持和监护不仅能促进患者完成治疗,又能及时解决患者治疗过程中发生的问题,预防并发症的发生,另外双职个案管理师通过乳腺癌功能锻炼操视频,使患者对于不同时期的功能锻炼方式有更好的了解,“一对一”的动态管理能及时纠正患者日常活动及功能锻炼方式及时机的错误,有效的预防皮下积液。在淋巴水肿并发症发生方面,考虑可能与个案管理师淋巴水肿知识缺乏,本研究样本量较少,以及随访时间较短有关,乳腺癌术后3~5年都有发生淋巴水肿的风险,专家建议5年的随访足以准确记录淋巴水肿的发病率^[7]。部分学者建议定期监测臂围,注意早期

预防以及加强淋巴水肿相关健康教育是乳腺癌患者长期随访的重要的关键组成部分^[8-9],部分研究者强调为患者制定长期随访评估的照护计划,指导患者保持健康的体质指数,降低淋巴水肿风险的生活方式,以及患者的自我监测^[10-11]。患者满意度的提高是多种因素综合作用的结果,双职个案管理师为患者提供全程监督、咨询和指导,提高其治疗的依从性,改善了健康结局,最终提高了患者满意度。

[参 考 文 献]

- [1] 薛美琴,张玲娟.个案管理模式在我国的应用及思考[J].中华护理杂志,2014,49(3):367-370. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2014.03.028.
- [2] Elizabeth E. President's Message:Getting There[J]. World Council of Enterostomal Therapists Journal,2007,27(3):3-4.
- [3] 万崇华,张冬梅,汤学良,等.乳腺癌患者生活质量测定量表(FACT-B)中文版的修订[J].中国心理卫生杂志,2003,17(5):298-300. DOI:10.3321/j.issn:1000-6729.2003.05.003.
- [4] Czerniec SA, Ward LC, Refshauge KM, et al. Assessment of Breast Cancer Related Arm Lymphedema Comparison of Physical Measurement Methods and Selfreport[J]. Cancer Invest,2010,28(1):54-62. DOI:10.3109/07357900902918494.
- [5] Kwan ML, Darbinian J, Schmitz KH, et al. Risk Factors for Lymphedema in Aprospective Breast Cancer Survivorship Study: The Pathways Study[J]. Arch Surg, 2010,145(11):1055-1063. DOI:10.1001/archsurg.2010.231.
- [6] 邢唯杰,黄嘉玲,陆箴,等.个案管理护理实践对改善乳腺癌患者生活质量的效果研究[J].中华护理杂志,2011,46(11):1053-1056.
- [7] Sarah A, McLaughlin MD, Alicia C, et al. Considerations for Clinicians in the Diagnosis, Prevention, and Treatment of Breast Cancer-Related Lymphedema: Recommendations from a Multidisciplinary Expert ASBrS Panel[J]. Ann Surg Oncol, 2017,24(10):2818-2826. DOI:10.1245/s10434-017-5964-6.
- [8] Fu MR. Breast Cancer-related Lymphedema: Symptoms, Diagnosis, Risk Reduction, and Management[J]. World J Clin Oncol, 2014,5:241-247. DOI:10.5306/wjco.v5.i3.241.
- [9] 代莉莉,段艳琴.乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者的生活质量和上肢活动度调查[J].护理学报,2012,19(7A):20-22. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2012.13.009.
- [10] Lu SR, Hong RB, Chou W, et al. Role of Physiotherapy and Patient Education in Lymphedema Control Following Breast Cancer Surgery[J]. Therapeut Clin Risk Manage, 2015, 11:319-327. DOI:10.2147/TCRM.S77669.
- [11] Basen-Enquist K, Taylor CL, Rosenblum C, et al. Randomized Pilot Test of a Lifestyle Physical Activity Intervention for Breast Cancer Survivors[J]. Patient Educouns, 2016, 64: 225-234. DOI:10.1016/j.pec.2006.02.006.

[本文编辑:江 霞]