

医护一体化分层管理联合灸灸对癌因性疲乏干预效果的研究^{*}

李庭美

摘要:目的 分析医护一体化分层管理联合灸灸应用于癌因性疲乏中,对癌因性疲乏临床疗效及护理质量的影响。方法 抽取泰安市中医医院肿瘤血液科 2019 年 1 月—2022 年 12 月收治的 80 例中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者进行研究,分为对照组、研究组,每组 40 例。对照组给予常规诊疗、护理,研究组在对照组基础上增加医护一体化分层管理,对比 2 组的临床疗效、护理效果。结果 干预后,研究组患者 KPS 评分、护理质量评分均有所下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组在疲乏量表方面除认知维度,行为、感觉、情绪维度及 RPFS 均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者护理中,采用医护一体化分层管理联合灸灸干预,能改善患者疲乏状态、提高护理效果,值得临床推广。

关键词:医护一体化分层管理;灸灸;癌因性疲乏;中晚期非小细胞肺癌

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.07.057

文章编号: 1003-8914(2024)-07-1442-04

癌因性疲乏普遍存在于癌症患者中,是与癌症或癌症治疗相关的高发生率事件^[1]。《中国癌症相关性疲乏临床实践诊疗指南(2021 年版)》^[2]就将其概述为主观上长时间存在且严重妨碍日常功能的躯体、心理、意识上的疲惫感或疲乏感。超 70% 的癌症患者曾有过这类症状^[3],其中癌因性疲乏出现程度较高的是肺癌患者^[4]。为更好地为癌因性疲乏患者提供妥善治疗、优质护理服务^[5],笔者运用医护一体化分层管理联合灸灸对中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏进行干预,取得了较好的临床效果,现报道

如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月—2022 年 12 月于泰安市中医医院肿瘤血液科住院的中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者,共计 80 例。利用随机分组软件将其分为对照组和研究组,各 40 例。本试验已在泰安市科学技术局注册(编号 2018NS0179),并通过伦理委员会批准。2 组性别、年龄、平均年龄、病理分期及其他资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1~表 2。

表 1 2 组中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者一般资料比较

(例, % $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男	女	年龄		平均年龄/岁	病理分期	
				40~60 岁	60~80 岁		III	IV
对照组	40	21(52.5)	19(47.5)	11(27.5)	29(72.5)	60.47 $\pm$ 9.57	16(40.0)	24(60.0)
研究组	40	24(60.0)	16(40.0)	13(32.5)	27(67.5)	59.53 $\pm$ 8.51	13(32.5)	27(67.5)
P 值		0.131		0.382		0.788	0.132	

表 2 2 组中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者其他资料比较
(例 $\bar{x} \pm s$)

项目	例数	对照组	研究组	P 值
体质量/kg	40	44.90 $\pm$ 8.96	45.20 $\pm$ 8.10	0.227
化疗次数/次	40	7.30 $\pm$ 2.57	7.50 $\pm$ 2.62	0.302
KPS 评分/分	40	58.50 $\pm$ 6.71	59.50 $\pm$ 7.85	0.211

1.2 诊断标准 非小细胞肺癌诊断参照 2015 版《中国原发性肺癌诊疗规范(2015 年版)》^[6];经影像学及病理学确诊为分期在 III、IV 期的非小细胞肺癌。癌

因性疲乏诊断参照第十次国际疾病分类修订会议^[7](ICD-10-CD 诊断代码 R53.0)提出的诊断标准:疲乏症状近 1 月内反复出现,持续 2 周以上,同时伴有 5 个以上下列症状表现:全身无力或肢体沉重;集中注意力困难;缺少激情,情绪低落,兴趣减退;失眠或嗜睡;休息后精力未能恢复;活动困难;产生不良情绪反应,如烦躁、悲伤、忧郁、挫败感等;之前胜任的日常活动不能完成;短期记忆减退;疲乏症状持续时间长(数小时及以上)未能缓解。

1.3 病例筛选标准

1.3.1 纳入标准 符合上述诊断标准;神志思维清晰,可独立完成问卷;卡氏(KPS)评分 ≥ 50 分;生存

^{*} 基金项目:泰安市科技发展计划(引导计划)项目(No. 2018NS0179)

作者单位:泰安市中医医院针灸科(山东 泰安 271000)

通信方式: E-mail: litingmei1978@126.com

期 > 3 个月; 自愿参加本临床试验并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 病情不稳定, 随时可能出现意外情况者; 孕妇及合并有精神疾病患者; 恐惧针灸, 经过耐心解释, 仍畏针者; 拒绝服药者; 不愿合作者。

1.3.3 剔除标准 与纳入标准不符而被误纳入组者; 虽与纳入标准相符, 纳入后未按计划执行医护一体化分层管理联合脐灸干预者。

1.3.4 脱落标准 治疗过程中病情加重或死亡; 治疗过程中出现严重不良反应, 如施灸部位严重溃疡、感染或灸法过敏, 以致不能按规定方案治疗; 患者依从性差, 自行退出。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 给予常规诊疗及护理, 即根据科室实际情况, 护士长安排护士对患者进行常规护理, 包含入院指导、病情监护、饮食指导、心理干预等^[8], 无层级设置。医生则由科室主任安排。

1.4.2 研究组 在对照组基础上实施医护一体化分层管理联合脐灸干预。具体操作方法如下: (1) 医护一体化分层管理: ①研究初期: 科室选派骨干医护学习医护一体化分层责任制管理以确保该项工作顺利开展。②设置层级: 根据该研究的工作需求和护理人员学历、职称、工作年限、专业技术水平等因素设置岗位层级、分层安排护理人员。护理组长需具备“三能一资质”, 即专业能力、教学能力、沟通能力及主管护师资质。责任护士要具备较强的沟通能力、丰富的临床经验等, 熟悉护理操作流程, 负责护理病情较严重的患者, 同时指导普通护理人员。普通护理人员负责基础护理措施。各级护理人员对本组患者还应实施心理护理、健康教育等, 协助患者做好出入院手续的办理, 做好患者出院健康宣教及出院后随访^[9]。③分组任务: 依据分层使用的原则将科室的医护进行分组。医护一体化分层管理小组成员由主治医师、助理医师、护理组长、责任护士、普通护理人员构成, 小组成员需共同查房、制订方案(治疗、护理)。小组查房时, 责任护士先简要概述患者的生命体征、饮食、二便、精神状态等情况, 医生再对患者查体, 详询有何不适, 现场给予护理指导。责任护士还应及时向医生反馈检查结果以便医生及时调整治疗方案。对于疑难案例, 小组成员应及时讨论分析以便制订合适的治疗及护理方案。④定期层级培训: 按照岗位层级制定个性化培训方案。不同层级培训内容不同, 如责任护士侧重培训危重患者护理、沟通技巧等内容, 普通护理人员侧重培训专科知识、操作技术操作等内容。(2) 脐灸治疗: 脐灸治疗是中医特色外治方法。医护一体化在脐灸治疗中的工作内容为小组成员共同访视患者, 讲解脐灸的作用及具

体操作流程, 列举以往同类疾病成功案例, 并告知患者脐灸治疗时间及注意事项。脐灸操作每周 2 次, 连续治疗 4 周。具体实施流程如下: ①制备填脐药粉: 炮附片 10 g, 芥子 5 g, 黄芪 30 g, 细辛 10 g, 肉桂 10 g。以上药物先拣净干燥, 然后用超微粉碎机粉碎, 最后瓶装密封保存备用。②制作面圈: 姜汁调和面粉, 揉捏成同心圆柱状(底面直径 5 cm, 厚 2 cm, 周边高 1 cm, 中央孔直径 2 cm, 略等于患者脐孔)。③制作艾炷: 先用电子称称出 1.5 g 艾绒, 然后将艾绒团成一球状, 最后放入艾炷模具将艾绒压实做成直径 2 cm、高 2 cm 的艾炷, 每炷可燃烧 20 min 左右。④患者仰卧, 暴露脐部, 用医用碘伏消毒脐中及脐周, 消毒完成放置面圈, 两孔相对(面圈孔、肚脐孔), 先放上述备用药粉, 填满压实两孔, 艾炷置于其上, 点燃顶端, 待艾炷燃尽更换艾炷继续治疗, 连续施灸约 2 h, 其间患者宜闭目养神。⑤治疗结束, 医用胶布封脐, 24 h 后患者自行取下即可。

1.5 观察指标 对比评估 2 组患者 KPS 评分、Piper 疲乏量表、护理质量评分。

1.6 统计学方法 试验数据分析采用 SPSS 22.0 统计软件。对照组、试验组基础值的均衡性分析用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示; 配对样本 t 检验比较组内治疗前后差异, 组间比较采用两独立样本 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病例完成情况 通过对研究对象的不断深入与筛选, 在为期 4 周的研究干预中, 无脱落、无剔除病例, 所有入组病例全部完成该研究。

2.2 KPS 比较 干预前研究组与对照组评分比较, 差异无统计学意义 ($P = 0.211$), 可见 2 组患者 in 生活质量方面均衡性良好, 具有可比性。研究组干预前后 KPS 评分差异有统计学意义, $P < 0.05$; 对照组干预前后 KPS 评分不升反降, $P > 0.05$, 差异无统计学意义。医护一体化分层管理联合脐灸干预后, 2 组评分比较, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 可见医护一体化分层管理联合脐灸干预后研究组评分明显提高, 患者体力状况改善, 生活质量也随之提高。见表 3。

表 3 2 组中晚期非小细胞肺癌因性疲乏患者 KPS 评分比较 (分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	P 值
对照组	40	58.51 ± 6.70	54.27 ± 7.67	0.172
研究组	40	59.50 ± 7.85	67.51 ± 9.85	0.023
P 值		0.211	0.024	

2.3 疲乏量表比较 对照组干预后行为、情绪、感觉维度评分较干预前皆有显著减少趋势,对照组患者干预前后所得评分差异存在统计学意义($P < 0.05$);认知维度及总分方面,组内比较分析 $P > 0.05$,差异无统计学意义。研究组干预后较干预前,在行为、情绪、感觉及总分方面,各项评分皆显著减少,差异有统计学意义($P < 0.05$);在认知维度方面与对照组相似,差异无统计学意义($P > 0.05$)。比较干预后对照组、研究组,

除认知维度评分,其他皆差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2 组都能提高患者生活质量,但对照组仅能改善行为、情绪、感觉,研究组则除认知维度外均能改善。认知本身具有复杂性和稳固性,此次研究的患者多数为中老年人,认知功能随年龄增长逐渐退化,加之治疗周期相对较短,故认知维度的改善在 2 组中均不明显。综上统计结果分析,研究组优于对照组。

表 4 2 组中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者疲乏量表比较 (分 $\bar{x} \pm s$, %)

指标	对照组		研究组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
行为	7.97 ± 1.42	4.82 ± 1.45 ¹⁾	8.02 ± 1.45	3.35 ± 1.06 ¹⁾²⁾
情绪	7.62 ± 1.56	4.35 ± 1.34 ¹⁾	7.66 ± 1.58	3.13 ± 1.13 ¹⁾²⁾
感觉	8.03 ± 1.48	5.19 ± 1.31 ¹⁾	7.74 ± 1.52	3.67 ± 1.08 ¹⁾²⁾
认知	3.93 ± 1.92	3.87 ± 1.89	3.79 ± 1.52	3.67 ± 1.42
RPFS	5.56 ± 1.35	4.85 ± 1.13	5.68 ± 1.33	4.08 ± 1.04 ¹⁾²⁾
RPFS < 3 分	5(12.5)	16(40.0)	3(7.5)	0(0.0)
3 分 < RPFS < 6 分	24(60.0)	19(47.5)	27(67.5)	24(60.0)
6 分 < RPFS	11(27.5)	5(12.5)	10(25.0)	16(40.0)

注:与干预前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 护理质量评分比较 2 组患者在干预后护理质量评分,与对照组相比,研究组护患沟通、护理文书书

写、护理技术及护理医疗险情评分均较高,干预效果明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 2 组中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者护理质量评分 (分 $\bar{x} \pm s$)

指标	对照组	研究组	t 值	P 值
护患沟通评分	82.11 ± 2.66	97.02 ± 2.77	2.23	< 0.05
护理文书书写评分	82.36 ± 3.29	97.45 ± 3.05	6.21	< 0.05
护理技术评分	84.00 ± 1.22	98.85 ± 1.02	9.20	< 0.05
护理医疗险情评分	83.02 ± 2.44	97.92 ± 2.08	4.41	< 0.05

3 讨论

非小细胞肺癌是临床发病率较高的恶性肿瘤疾病,严重危害人类身心健康。中晚期患者治疗手段主要是化疗,同时辅助激素、中枢神经兴奋剂、白蛋白、输血及中医等治疗。长时间的治疗,各种不良反应随之出现,其中癌因性疲乏是此类肿瘤患者最易出现的不良反应。癌因性疲乏作为持续时间最长的伴随症状,不仅严重影响了患者生活质量,而且对患者的正常生活也造成了严重障碍。近年来,随着时代的发展和医疗模式的转变,医院管理和临床工作者关注的焦点也转变为如何给予癌症患者优质护理及中医干预以改善癌因性疲乏。刘洁等^[10]就从护理措施入手研究知行模式干预下自护行为对癌因性疲乏的影响。王林等^[11]则通过成立静疗小组对肺癌化疗患者进行干预

以研究对该类患者癌因性疲乏的影响。刘丽敏等^[12]、马俊等^[13]等采用中医疗法联合护理分别对乳腺癌、肝硬化失代偿期进行干预取得良好的治疗效果。本研究从前期临床研究出发,基于名中医灸灸处方经验,采用医护一体化分层管理联合灸灸对中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏进行干预,观察治疗效果,以期临床治疗提供参考。

医护一体化分层责任管理模式是依照层级使用的原则,分组科室的医护人员以确保在诊疗期间患者由同一组医护人员^[14]负责,从而为患者提供较为妥善的治疗和优质的护理服务。此分层管理模式是一种规范化、系统化及科学化的护理干预措施。中医外治灸灸疗法,目前在临床上广泛应用,对各类恶性肿瘤效果亦具有显著影响。中医古文献没有“癌因性疲乏”的病

名 根据其临床症状,可将其归属于“虚劳、血虚”等范畴。本研究选用脐灸,借助面圈,将中药粉填放于神阙^[12,15],然后施以艾灸以刺激人体、提高免疫^[16,17]。用药处方主要借鉴、参考古籍《张氏医通》。生姜汁含有倍半萜类成分和入面粉制作面圈,可提高药物渗透效果。附片味辛甘,性大热,可补火助阳。芥子味辛辣,性温,能温中、通络,在缓解“肺中生冷”等症方面有着独特的疗效。肉桂驱寒效果良好,在治疗脏腑及肢体经络寒性疾病上有显著效果。黄芪能够治疗脾气虚弱或者是身体疲乏。细辛因其辛温发散,芳香透达,能够治疗由外感风寒所引起的各类疾病,且在肺系疾病上有奇效。

本研究中,研究组干预前后癌因性疲乏患者 KPS 评分较干预前降低;对照组干预前后癌因性疲乏患者 KPS 评分则不降反升。结果显示该干预措施可降低 KPS 评分。中晚期非小细胞肺癌患者多因疾病及化疗的影响,可产生行为、情绪、感觉、认知方面的持续性疲乏感。现代医学对症治疗虽可改善患者放疗期间胃肠道疼痛、不适感,但却无法有效缓解疲乏感,部分患者还因放疗敏感性致气血亏虚,加重疲乏感。本研究显示,对照组干预后行为、情绪、感觉维度评分较干预前皆有显著减少趋势;认知维度及总分方面,组内比较。研究组干预后在行为、情绪、感觉及总分方面较干预前,各项评分皆显著减少;在认知维度方面与对照组相似。结果显示 2 组都能提高患者生活质量,但对照组仅能改善行为、情绪、感觉,研究组则除认知维度外均能改善。护理质量评分方面,干预后较干预前评分均升高。

综上所述,实施医护一体化分层管理联合脐灸干预中晚期非小细胞肺癌癌因性疲乏患者,可有效改善患者体力状况,提高患者生活质量,提高护理效果,临床意义明显。

参考文献

- [1] BERGER AM, MOONEY K, ALVAREZ-PEREZ A, et al. Cancer-related fatigue [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2015, 13(8): 1012-1039.
- [2] 中华医学会肿瘤学会肿瘤支持康复治疗学组. 中国癌症相关性疲乏临床实践诊疗指南(2021 年版) [J]. 中国癌症杂志, 2021, 31(9): 852-872.
- [3] TARIMAN JD, DHORAJIWALA S. Genomic variants associated with cancer-related fatigue: a systematic review [J]. Clin J Oncol Nurs, 2016, 20(5): 537-546.
- [4] 陈志军. 肺癌化疗患者癌因性疲乏状况的调查分析 [J]. 中国医药指南, 2012, 10(31): 538-539.
- [5] 王秀玲, 杨雪梅, 张莹莹, 等. 医护一体化分层级责任制护理模式在脊柱骨折患者术后快速康复中的应用 [J]. 实用临床护理学

电子杂志 2019, 4(8): 107-108.

- [6] 支修益, 石远凯, 于金明. 中国原发性肺癌诊疗规范(2015 年版) [J]. 中华肿瘤杂志, 2015, 37(1): 67-78.
- [7] CELLA D, PETERMAN A, PASSIK S, et al. Progress toward guidelines for the management of fatigue [J]. Oncology Williston Park N Y, 1998, 12(11A): 369-377.
- [8] 刘洁, 温尔丽, 谢艳珊. 知信行模式干预下自护行为对肺癌化疗患者癌因性疲乏的影响 [J]. 中国医药指南, 2023, 21(3): 41-44.
- [9] 缪中平, 吴云霞, 晏笑葵. 骨科护士实施康复护理工作体验的质性研究 [J]. 当代护士(下旬刊), 2016(1): 110-111.
- [10] 刘洁, 温尔丽, 谢艳珊. 知信行模式干预下自护行为对肺癌化疗患者癌因性疲乏的影响 [J]. 中国医药指南, 2023, 21(3): 41-44.
- [11] 王林, 谷薇娜, 袁海娟, 等. 静疗护理 SOP 对肺癌化疗患者癌因性疲乏及自我效能感的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(21): 94-96.
- [12] 刘丽敏, 林丽清, 方舒, 等. 食疗联合穴位贴敷对乳腺癌病人癌因性疲乏及不良反应的影响 [J]. 全科护理, 2022, 20(31): 4421-4424.
- [13] 马俊, 吴琳, 樊玲, 等. 中医辨证施膳联合穴位贴敷护理干预对肝硬化失代偿期患者营养指数、SF-36 评分及并发症的影响 [J]. 四川中医, 2021, 39(10): 208-211.
- [14] 张桂英, 张志芳, 吴莹莹. 综合分析医护一体化分层级责任制管理对脊柱外科手术护理质量的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 5: 308-309.
- [15] 陈洁, 马倩, 张玉玲. 神阙灸对晚期肿瘤患者癌因性疲乏的疗效 [J]. 中国临床研究, 2019, 32(1): 133-135.
- [16] 陈艳丽, 王媛媛, 张勇, 等. 中晚期非小细胞肺癌患者化疗前后 T 淋巴细胞亚群表达差异分析及临床意义 [J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2020, 13(1): 13-17.
- [17] 牛越, 石晓宇. 外周血淋巴细胞亚群检测在肺癌患者临床评估及辅助治疗中的意义 [J]. 实用癌症杂志, 2019, 34(5): 785-787, 791.

(编辑: 张文娟 收稿日期: 2018-04-17)

肝藏血, 肺藏气, 而气原于胃, 血本于脾。盖脾土左旋, 生发之令畅, 故温暖而生乙木; 胃土右转, 收敛之政行, 故清凉而化辛金。午半阴生, 阴生则降, 三阴右降, 则为肺金。肺金即心火之清降者也, 故肺气清凉而性收敛。子半阳生, 阳生则升, 三阳左升, 则为肝木。肝木即肾水之温升者也, 故肝血温暖而性生发。肾水温升而化木者, 缘己土之左旋也, 是以脾为生血之本; 心火清降而化金者, 缘戊土之右转也, 是以胃为化气之原。

——清·黄元御《四圣心源·卷一·天人解·气血原本》