

多学科团队及综合评估在老年肿瘤患者护理中的应用现状

郑红宇 姬秀红 李莉

(天津市南开医院,天津 300100)

摘要 通过检索相关文献,对多学科团队、综合评估,及其相关的护理宣教和护理研究在老年肿瘤患者护理中的应用进行综述,旨在更好地提升老年肿瘤患者的护理质量,推动老年肿瘤护理学的发展。

关键词 老年医学;肿瘤护理;多学科团队;老年综合评估

中图分类号 R473.73 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.042 文章编号 1006-9143(2019)04-0500-03

老年肿瘤患者护理是一门综合而复杂的学科,只有充分掌握老年护理与肿瘤护理相关专业知识才能为患者提供更优质的护理^[1]。老年护理涉及的内容主要包括了解老年患者身体和精神衰退,评估机能状态等老年综合评估(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA),而肿瘤护理则主要涉及多学科团队综合治疗(multidisciplinary team, MDT),即肿瘤类型、分期、治疗方案、治疗相关的副作用、预期寿命和临终关怀等方面,两个学科知识的有效结合是提高老年肿瘤患者护理水平的关键^[2]。本文结合近年来国外文献报道,从护理学角度出发,对多学科团队及综合评估在老年肿瘤患者护理中的应用进行综述,探讨老年肿瘤患者护理工作应具备的特点,提高从事肿瘤相关工作护士的主动性、综合性、领导性护理理念。

1 多学科团队与老年肿瘤患者护理

MDT是指来自不同学科的医疗人员形成相对固定的医疗团队,通常为各个学科的专家,通过定期、定址的会议为患者提供特定的服务,确保患者得到最佳的护理和医疗支持^[3]。MDT策略已经应用于多种复杂疾病的管理,其中在肿瘤患者管理中应用最为广泛,最直接作用是可以改善患者预后^[4]。早期研究发现,MDT与结直肠癌^[5]、乳腺癌^[6]患者生存期改善密切相关。一项基于肺癌患者的MDT管理研究发现,MDT管理能够延长肺癌患者总生存期和无病生存期分别达8个月和5个月^[7]。

对于恶性肿瘤的治疗,特别是对于合并其他慢性疾病的老年肿瘤患者,单一学科已经无法满足该人群的医疗需求,MDT模式的建立为改善医疗质量提供了新思路。MDT临床模式涉及护理、内科治疗、手术治疗、康复和物理治疗、社会工作及饮食等多方面内容^[8],其中护士是MDT的核心成员,其在模糊专业界限、促进团队成员合作和激发专业对话等方面

均发挥重要作用。首先,在MDT团队中,护士是评估和收集患者各种生理及心理需求的直接参与者^[9],可为患者提供MDT相关的信息、心理支持及宣传;其次,由于老年肿瘤患者的护理需求高且复杂,护士可以根据MDT提供的临床和社会心理信息为老年肿瘤患者制定个体化的护理计划,为患者及其家属提供有效的专业指导^[9]。同时,护士可以在多学科间进行协调,确保患者接受最优化的治疗方案。经过大量的临床实践,越来越多的研究证实MDT临床模式改善了肿瘤患者结局,护理工作在MDT团队中具有重要作用^[10-13],甚至随着互联网医疗的蓬勃发展,虚拟化的MDT也应运而生,并展示了其相对于传统意义上MDT的优势^[14]。尽管MDT临床模式可以使患者受益,但是在开展及运行过程中仍存在一定的局限性。国外有研究报道护士参与MDT多学科会议机会较少^[15],严重阻碍了MDT的良好发展。然而,这种现象在国内也普遍存在,MDT主要由内科、外科、肿瘤科、影像科及病理科医师组成,护士参与机会少,缺少话语权。这一现象可能有碍于MDT的良性发展。

MDT持续有效的发挥作用需要通过以下几方面来实现。首先,长期存在的等级制度认为应明确护士也是MDT中的重要组成部分,只有解决这些障碍才能保证护士在MDT讨论中有相同的发言权。其次,护理人员作为医疗工作中的重要成员,护理计划的不断更新和变化占据了护士的大部分日常工作。然而,护士应该主动发挥其领导性作用,向医院管理部门协商MDT所需的时间和地点,使得每个成员的临床时间和会议时间得到合理分配并受保护,激励和协调MDT沟通,创造积极的MDT合作氛围,将其领导作用延伸到MDT的建设和持续维护中^[16]。

2 老年综合评估与老年肿瘤患者护理

老年综合评估工具由多种评价体系组成,是老年医学中极其重要的概念,通过对老年人全面的医疗评估、躯体功能评估、认知和心理功能评估,以及

社会/环境因素评估等,多项目、多维度的发现可能会被普通检查忽视的健康问题,最大限度地提高或维持老年人的自我照顾能力和生活质量^[17,18]。CGA 最瞩目的临床应用之一就是其在老年肿瘤综合治疗中的应用^[19]。CGA 结果可以影响临床决策的制定以及预测老年肿瘤患者的预后。通过 CGA 数据可以对患者的风险类别进行分级,预测化疗毒副反应和耐受性^[19]。CGA 通常提供了传统肿瘤学评估中不包括的信息,如生理功能状态、社会支持等,有助于预测治疗风险、术后并发症、和化学治疗毒性反应^[20-22],医护人员可以基于 CGA 提供的信息来推荐更加有效和安全的肿瘤治疗方案和护理计划。

由于 CGA 所评估的内容涉及多个学科,如老年科、营养科、临床药理、心理医学科、社会工作者及护士等,通常由 MDT 执行,每个学科评估不同的部分。护士的作用是协调 MDT,及时有效地实施 CGA 的各项评估,汇总调查结果,并在常规的小组会议上安排讨论,尤其是通过 CGA 发现的潜在非恶性肿瘤相关的问题如跌倒、大小便失禁、痴呆、抑郁等,需要被进一步明确诊断和提供必要的初始治疗^[23]。研究表明合并多种健康问题的老年肿瘤患者往往在 MDT 治疗和护理中获益更多^[24]。患者和家属是 MDT 的主要成员,不受患者和家属青睐的管理策略依从性往往较差^[24,25]。因此,CGA 的调查结果应告知患者和家属,护士的职能是将患者和家属整合到决策过程中,使其成为 MDT 的重要成员,这有助于 MDT 制定一个合理的、切实可行的临床决策。目前,CGA 在国外已经得到普遍应用^[23-25],而我国工作开展的较少。基于 CGA 和 MDT 二者结合显示出的优势,我国医疗机构尤其是护理人员应致力于开展 CGA 工作,制定适合我国患者的评估量表,充分发挥护理人员在老年医疗保健中的主导性作用。

3 教育与老年肿瘤患者护理

老年肿瘤患者除了肿瘤治疗之外,还有多种其他合并症,往往需要更多的药物治疗,因此健康宣教对患者及其家庭都很重要。患者和家属的教育需求往往侧重于癌症诊断、治疗、机体护理、检查结果和社会心理需求等^[26,27]。护士需要与整个团队的成员密切合作,教导患者和家属在肿瘤治疗中可能出现的躯体和精神问题。大量研究报道了癌症教育有效改善了患者的幸福感、生活质量、症状负担和治疗压力,例如护士向患者及其家属宣教医疗环境及治疗设施有助于减轻患者焦虑,术后教育可以减少手术

后恐惧复发、焦虑和躯体障碍等^[28,29]。此外,护士另一重要角色可以辅助患者及其家庭完成医疗行为,尤其当患者和其家庭认为与 MDT 沟通不充分的时候,护士可以起到桥梁作用,辅导患者和家属参与治疗决策的制定^[30]。因此,护士的教育和宣传能力对于提高老年肿瘤患者的医疗质量极其重要。

4 临床护理研究与老年肿瘤患者护理

护士在照顾老年肿瘤患者方面承担了多种角色,为有理论依据的护理实践和临床研究提供现实条件。在早期的护理研究项目中就涉及了老年肿瘤患者 CGA 的相关问题^[18,31],为肿瘤患者综合评估提供了科学依据。例如,对肿瘤患者住院期间身心需求进行调查分析^[32],调查结果可提供给 MDT 进行讨论,为患者提供个体化的诊疗方案。对于具有普适性的需求,可以增强对肿瘤护理工作的认识,以便更好指导今后临床护理工作^[33]。又如,对 MDT 给出的治疗方案进行评估,收集患者对治疗方案的生理及心理反映,推动老年肿瘤护理工作的发展。相对于国外而言,国内肿瘤护理相关研究报道较少,这与我国护理研究起步晚、科研素质较低、缺乏基金支持和科研团队等因素有关^[34]。作为从事老年肿瘤患者护理的护理人员,了解如何及时评估老年肿瘤患者,将结果整合到护理计划并付诸于实践,是老年肿瘤护理的重要内容,也是今后护理研究的方向。

5 总结与展望

MDT 和 CGA 能够有效改善老年肿瘤患者生存期及生活质量,护理工作者是 MDT 和 CGA 的重要成员,在多学科团队合作和老年综合评估中的协调作用是 MDT 和 CGA 顺利开展和患者生活质量改善的必要保证。然而,我国护理工作者目前在这一过程中的参与程度仍不足,医院和护理管理者应该积极改善护理工作者在 MDT 和 CGA 工作中的地位,提高护士的话语权。在今后的工作中,护理工作者既要充分利用自己的专业知识和实践能力积极参与 MDT 和 CGA 工作的开展,同时还要做好对老年肿瘤患者的宣教工作,深入开展 MDT 和 CGA 相关的护理研究,最终使老年肿瘤患者受益。

参考文献

- [1] Lynch MP, DeDonato DM, Kutney-Lee A. Geriatric oncology program development and geriatric oncology nursing [J]. *Semin Oncol Nurs*, 2016, 32(1):44-54.
- [2] Kagan SH. The future of geriatric oncology nursing [J]. *Semin Oncol*

- Nurs, 2016, 32(1):65-76.
- [3] Abdulrahman GO Jr. The effect of multidisciplinary team care on cancer management[J]. Pan Afr Med J, 2011, 9:20.
 - [4] Prabhakar CN, Fong KM, Peake MD, et al. The effectiveness of lung cancer MDT and the role of respiratory physicians [J]. Respiriology, 2015, 20(6):884-888.
 - [5] Munro A, Brown M, Niblock P, et al. Do Multidisciplinary Team (MDT) processes influence survival in patients with colorectal cancer? A population-based experience[J]. BMC Cancer, 2015, 15:686.
 - [6] Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes[J]. Eur J Cancer, 2006, 42(15):2480-2491.
 - [7] Osarogiagbon RU, Phelps G, McFarlane J, et al. Causes and consequences of deviation from multidisciplinary care in thoracic oncology[J]. J Thorac Oncol, 2011, 6(3):510-516.
 - [8] Overcash JA. Health needs of the older cancer patient. Constructing a comprehensive geriatric assessment [J]. Adv Nurse Pract, 2008, 16(5):53-54, 56-58.
 - [9] Taylor C, Shewbridge A, Harris J, et al. Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer [J]. Breast Cancer (Dove Med Press), 2013, 5:79-85.
 - [10] Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, et al. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer[J]. Br J Cancer, 2005, 93(9):977-978.
 - [11] Friedland PL, Bozic B, Dewar J, et al. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients [J]. Br J Cancer, 2011, 104(8):1246-1248.
 - [12] Lin WL, Sun JL, Chang SC, et al. Effectiveness of the multidisciplinary team model in treating colorectal cancer [J]. Gastroenterol Nurs, 2018, 41(6):491-496.
 - [13] Stewart I, Leary A, Tod A, et al. Barriers to delivering advanced cancer nursing: A workload analysis of specialist nurse practice linked to the English National Lung Cancer Audit [J]. Eur J Oncol Nurs, 2018, 36:103-111.
 - [14] Munro AJ, Swartzman S. What is a virtual multidisciplinary team (vMDT)? [J]. Br J Cancer, 2013, 108(12):2433-2441.
 - [15] Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review[J]. Ann Surg Oncol, 2011, 18(8):2116-2125.
 - [16] Lanceley A, Savage J, Menon U, et al. Influences on multidisciplinary team decision-making [J]. Int J Gynecol Cancer, 2008, 18(2):215-222.
 - [17] Solomon D, Sue Brown A, Brummel-Smith K, et al. Best paper of the 1980s: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: geriatric assessment methods for clinical decision-making. 1988 [J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51(10):1490-1494.
 - [18] Overcash JA, Beckstead J, Extermann M, et al. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA): a retrospective analysis[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2005, 54(2):129-136.
 - [19] Mohile SG, Magnuson A. Comprehensive geriatric assessment in oncology[J]. Interdiscip Top Gerontol, 2013, 38:85-103.
 - [20] Klepin HD, Geiger AM, Tooze JA, et al. The feasibility of inpatient geriatric assessment for older adults receiving induction chemotherapy for acute myelogenous leukemia [J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(10):1837-1846.
 - [21] Suh DH, Kim JW, Kim HS, et al. Pre- and intra-operative variables associated with surgical complications in elderly patients with gynecologic cancer: the clinical value of comprehensive geriatric assessment[J]. J Geriatr Oncol, 2014, 5(3):315-322.
 - [22] Korc-Grodzicki B, Sun SW, Zhou Q, et al. Geriatric assessment as a predictor of delirium and other outcomes in elderly patients with cancer[J]. Ann Surg, 2015, 261(6):1085-1090.
 - [23] Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment[J]. Clin Interv Aging, 2014, 9:1645-1660.
 - [24] Esmail R, Brazil K, Lam M. Compliance with recommendations in a geriatric outreach assessment service[J]. Age Ageing, 2000, 29(4):353-356.
 - [25] Maly RC, Leake B, Frank JC, et al. Implementation of consultative geriatric recommendations: the role of patient-primary care physician concordance[J]. J Am Geriatr Soc, 2002, 50(8):1372-1380.
 - [26] Danesh M, Belkora J, Volz S, et al. Informational needs of patients with metastatic breast cancer: what questions do they ask, and are physicians answering them? [J]. J Cancer Educ, 2014, 29(1):175-180.
 - [27] Heidari H, Mardani-Hamooleh M. Cancer patients' informational needs: qualitative content analysis [J]. J Cancer Educ, 2016, 31(4):715-720.
 - [28] Nikolett S, Young J, Levitt M, et al. Bowel problems, self-care practices, and information needs of colorectal cancer survivors at 6 to 24 months after sphincter-saving surgery[J]. Cancer Nurs, 2008, 31(5):389-398.
 - [29] Creedle C, Leak A, Deal AM, et al. The impact of education on caregiver burden on two inpatient oncology units [J]. J Cancer Educ, 2012, 27(2):250-256.
 - [30] Tariman JD, Berry DL, Cochrane B, et al. Physician, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and models of decision making: a literature review [J]. Oncol Nurs Forum, 2012, 39(1):E70-E83.
 - [31] Overcash JA, Beckstead J, Moody L, et al. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA) for use in the older cancer patient as a prescreen: scoring and interpretation[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2006, 59(3):205-210.
 - [32] Schiel RO, Brechtel A, Hartmann M, et al. Multidisciplinary health care needs of psychologically distressed cancer patients in a Comprehensive Cancer Center [J]. Dtsch Med Wochenschr, 2014, 139(12):587-591.
 - [33] Dahlin C. Palliative care: delivering comprehensive oncology nursing care[J]. Semin Oncol Nurs, 2015, 31(4):327-337.
 - [34] 马玉芬, 赖小星, 高宇, 等. 临床护理科研现状及研究进展[J]. 中国护理管理, 2010, 10(9):89-92.

(2018-11-02 收稿, 2019-02-03 修回)