

·论著·

化疗所致恶心呕吐规范化示范病房管理模式 在恶性肿瘤化疗患者中的应用效果[▲]

李晓梅 李应宏 孟鹏 王慧娟 董雪山 王晓玲

甘肃省武威肿瘤医院,武威市 733000

【摘要】 目的 探讨化疗所致恶心呕吐(CINV)规范化示范病房(“无呕病房”)管理模式在恶性肿瘤化疗患者中的应用效果。方法 采用前后对照研究设计。选取2023年1月至6月(“无呕病房”管理模式实施前)收治的98例化疗患者作为对照组,给予常规止吐措施;选取2024年1月至6月(“无呕病房”管理模式实施后)收治的91例化疗患者作为观察组,实施“无呕病房”管理模式。比较两组患者的CINV发生率与严重程度、化疗依从性、满意度及生活质量。结果 观察组患者的恶心发生率(32.97%比55.10%)和呕吐发生率(25.27%比48.98%)均低于对照组(均 $P<0.05$);观察组患者恶心和呕吐的严重程度均低于对照组(均 $P<0.05$);观察组患者的化疗依从性、满意度和生活质量等级分布均优于对照组(均 $P<0.05$)。结论 应用“无呕病房”管理模式能有效降低恶性肿瘤化疗患者CINV的发生率并减轻CINV严重程度,并显著提高患者的治疗依从性、满意度及生活质量。该多学科协作管理模式具有临床推广价值。

【关键词】 恶心呕吐;无呕病房;恶性肿瘤;化疗

【中图分类号】 R 714.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-7768(2025)05-0493-06

Application effect of standardized model ward management for chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with malignant tumors undergoing chemotherapy

LI Xiaomei, LI Yinghong, MENG Peng, WANG Huijuan, DONG Xueshan, WANG Xiaoling
Wuwei Cancer Hospital, Wuwei 733000, Gansu Province, China

【Abstract】 Objective To explore the application effect of the chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) standardized model ward ("vomit-free ward") management mode in patients with malignant tumors undergoing chemotherapy. **Methods** A before-and-after controlled study design was adopted. A total of 98 chemotherapy patients admitted from January to June 2023 (before the implementation of the "vomit-free ward" management mode) were selected as the control group, and they were given conventional antiemetic measures. A total of 91 chemotherapy patients admitted from January to June 2024 (after the implementation of the "vomit-free ward" management mode) were selected as the observation group, and the "vomit-free ward" management mode was implemented. The incidence and severity of CINV, chemotherapy compliance, satisfaction, and quality of life were compared between the two groups. **Results** The incidence rates of nausea (32.97% vs. 55.10%) and vomiting (25.27% vs. 48.98%) in the observation group were lower than those in the control group (all $P<0.05$); the severity of nausea and vomiting in the observation group were lower than those in the control group (all $P<0.05$); the distribution of chemotherapy compliance, satisfaction, and quality of life grades in the observation group were better than those in the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** The application of the "vomit-free ward" management mode can effectively reduce the incidence and severity of CINV in patients with malignant tumors undergoing chemotherapy, and significantly improve patients' treatment compliance, satisfaction, and quality of life. This multidisciplinary collaborative management mode has clinical promotion value.

【Key words】 Nausea and vomiting; Vomit-free ward; malignant tumors; Chemotherapy

▲基金项目:甘肃省武威市科技计划B类项目(WW24B01SF030)

通信作者:李应宏

化疗所致恶心呕吐(chemotherapy-induced nausea and vomiting, CINV)是恶性肿瘤化疗中最常见且令患者畏惧的不良反应,其发生率可高达80%以上^[1]。CINV不仅可引起水电解质紊乱、营养耗竭及体重下降等生理问题,还会导致患者治疗依从性降低、生活质量恶化,甚至可能迫使抗肿瘤治疗中断,直接影响疗效与预后^[2-4]。尽管国内外已有权威的CINV防治指南与有效的止吐药物,但临床实践中仍普遍存在指南依从性不足、风险评估不充分及干预措施缺乏个体化与系统性等问题,致使CINV的预防与控制效果未达理想状态。

为系统化解决这一临床挑战,我院化疗科于2023年6月正式参与中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会启动的“CINV规范化管理无呕示范病房”建设项目,并于2024年6月成功获授“全国CINV规范化管理示范病房”称号。本项目的工作核心是构建以医生、护士、患者充分沟通为基础的多学科协作模式,积极联合肿瘤内科、临床药学科、临床营养科及中医科等相关科室。通过对医护人员进行CINV分级分类、病理生理机制、危险因素及处理原则的系统培训,规范止吐诊疗方案,旨在从多角度综合控制呕吐,从而降低CINV的发生率。为科学验证CINV规范化示范病房(“无呕病房”)管理模式的临床

效果,本研究通过比较该模式实施前后化疗患者的CINV发生率与严重程度、化疗依从性、满意度及生活质量等指标,以期为该管理模式的推广应用提供客观的循证医学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采用前后对照设计。研究对象为2023年1月至6月(“无呕病房”管理模式实施前)于我科住院行化疗的98例患者(设为对照组),以及2024年1月至6月(“无呕病房”管理模式实施后)于我科住院行化疗的91例患者(设为观察组)。纳入标准:(1)经病理学检查确诊的恶性肿瘤患者;(2)Karnofsky功能状态评分>60分;(3)首次接受化疗;(4)血常规、肝肾功能、心功能等化验指标符合化疗要求;(5)患者及其家属知情同意并签署知情同意书。排除标准:(1)合并消化道梗阻或脑转移的患者;(2)同期接受放疗者;(3)患有精神类疾病、婴幼儿或存在语言沟通障碍者;(4)晚期仅行最佳支持治疗的患者。两组患者在性别、年龄、肿瘤类型及化疗方案致吐风险等级等基线资料上的差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),表明两组基线均衡,具有良好可比性,详细数据见表1。本研究经过我院伦理委员会批准。

表1 两组基线资料的比较

项目	对照组(n=98)	观察组(n=91)	χ^2/t	P
性别[n(%)]			0.020	0.887
男	57(58.16)	52(57.14)		
女	41(41.84)	39(42.86)		
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	57.28±8.18	57.83±8.71	0.448	0.655
化疗方案致吐风险等级[n(%)]			5.883	0.053
高度	12(12.24)	4(4.40)		
中度	18(18.37)	11(12.09)		
低度	68(69.39)	76(83.52)		
肿瘤类型[n(%)]			—	0.918 [#]
乳腺癌	4(4.08)	5(5.49)		
胆囊癌	5(5.10)	3(3.30)		
食管癌	5(5.10)	3(3.30)		
胃癌	20(20.41)	23(25.27)		
肺癌	12(12.24)	14(15.38)		
结直肠癌	23(23.47)	20(21.98)		
胰腺癌	7(7.14)	9(9.89)		
卵巢癌	4(4.08)	3(3.30)		
前列腺癌	3(3.06)	1(1.10)		
宫颈癌	1(1.02)	2(2.20)		
其他	14(14.29)	8(8.79)		

注:[#]表示采用Fisher确切概率法。

1.2 干预措施

1.2.1 对照组干预措施 采用常规止吐措施:化疗前,医务人员对患者进行化疗相关健康教育;化疗期间密切观察不良反应,若患者24 h内呕吐达3次及以上,立即报告医生并给予常规止吐药物,同时做好记录;化疗后通过电话、微信等方式对出院1周的患者进行随访和健康指导。

1.2.2 观察组干预措施 观察组患者在常规止吐措施基础上,接受以“无呕病房”为目标的规范化、多学科协作管理模式干预。该模式贯穿化疗前、中、后全流程,其核心干预措施如下。

1.2.2.1 组建团队并建立患者CINV病案 由多学科团队(医生、护士、临床药师)紧密协作,为每一位初次化疗的患者建立专属CINV病案。病案内容涵盖患者基本信息(性别、年龄、肿瘤类型、基础疾病及用药等)、化疗前呕吐风险等级评估、化疗过程中使用的止吐方案(种类、用法用量)、CINV发生情况、相关不良反应及处理措施。基于病案信息,团队为患者制定规范、个体化、连续的一体化治疗计划,并确保患者从入院至出院全程参与CINV的自我管理工作。

1.2.2.2 培训团队成员并评估致吐风险 化疗前对团队成员进行系统培训,内容涵盖CINV的防治指南、病理生理机制、程度与分级、评估与护理要点、化疗及止吐药物的临床应用、不合理用药的监督与点评。同时,全面评估患者的化疗致吐风险。致吐风险因素包括药物因素与非药物因素:药物因素主要指化疗药物本身的致吐强度、剂量、用法及合理性;非药物因素包括患者年龄、性别、酒精摄入耐受史、既往呕吐史(如妊娠期呕吐程度)、对恶心呕吐的预期、合并疾病、伴随治疗(如阿片类止痛药、5-羟色胺再摄取抑制剂)或外部刺激等。化疗前需采用最新CINV风险预测工具进行综合评估:若存在 ≥ 3 个风险因素,则为高度风险;1~2个风险因素为中度风险;无上述因素则为低度风险。若患者在首次化疗中出现爆发性呕吐,则需重新评估后续风险,重点排查是否合并使用阿片类药物及是否存在脑转移、消化道梗阻、电解质紊乱或其他可能诱发爆发性呕吐的合并症。

1.2.2.3 制定止吐方案 结合《抗肿瘤治疗所致恶心呕吐全程管理上海专家共识(2024年版)》^[5],制定整合多种干预手段的个体化止吐方案。(1)标准药物治疗方案:依据致吐风险分级,对于高度风险者预防性采用5-羟色胺受体拮抗剂+神经激肽受体拮抗剂+地

塞米松+奥氮平联合方案;对于中度风险者采用5-羟色胺受体拮抗剂+地塞米松;对于低度风险者可单用地塞米松或5-羟色胺受体拮抗剂。爆发性呕吐需排除非化疗致吐因素并调整止吐方案。据统计^[6-7],70%~80%的化疗患者会出现恶心呕吐,严重影响其身心健康。单一药物治疗常难以完全控制CINV,且疗效存在个体差异^[8-10]。(2)中药止吐:选用小半夏汤、四君子汤等方剂^[11]或香砂养胃丸等中成药^[12]。(3)中医外治法:包括针刺(神阙、中脘、足三里、内关等穴)、艾炷灸、麦粒灸、电针、电热针等多种针灸疗法^[13]及耳穴贴压^[14]。(4)非药物干预:如保持病房环境舒适整洁、指导患者规律作息、保证充足睡眠、鼓励适度锻炼及提供个性化饮食指导等。

1.2.2.4 评估止吐效果与方案调整 化疗期间,团队依据规范化流程密切观察患者恶心呕吐的发生情况及严重程度,并记录于患者管理手册,不适症状需及时处理。化疗后24 h、48 h、72 h连续评估止吐效果。对于效果不佳者,重新进行风险评估,并为后续化疗周期调整止吐方案,例如换用不同作用机制的药物进行补救治疗。同时关注患者的饮食、睡眠及情绪等全身状况,以提升生活质量。

1.2.2.5 出院时用药教育与出院后随访 患者出院时,由医生与临床药师共同对其进行用药指导,重点说明口服止吐药物的正确用法、常见不良反应及应对措施。在此基础上,建立出院后随访机制:于出院1周后,通过随访系统、电话或微信等方式,了解患者居家的恶心呕吐、食欲、服药情况及不良反应,并提供即时指导。随访内容还包括精神状态、饮食睡眠等,并督促患者按时完成血常规、生化等复查,嘱其出现异常需及时就医。

1.3 观察指标

1.3.1 CINV发生率与严重程度 恶心定义为存在反胃和(或)欲吐感的状态;呕吐是指胃内容物经口吐出的反射动作^[15]。分别统计两组患者恶心与呕吐的发生例数,并计算其发生率。恶心的严重程度依据以下标准进行分级:0度:未发生恶心;I度:食欲下降,但不伴进食习惯改变;II度:经口摄食减少,不伴有明显的体重下降、脱水或营养不良;III度:经口摄入能量和水分不足,需通过鼻饲、全肠外营养或住院干预。呕吐的严重程度依据以下标准进行分级:0度:未发生呕吐;I度:无须干预,或仅需门诊静脉补液;II度:需要鼻饲、全肠外营养或住院治疗;III度:危及生命,需紧急治疗。

1.3.2 化疗依从性 通过追踪患者饮食管理、按时入院及完成预定化疗方案的情况进行化疗依从性评价,并将其分为完全依从、部分依从和不能依从三个等级。(1)完全依从:能主动按照营养师要求控制饮食,且能按时入院、规律完成全部预定化疗方案;(2)部分依从:需在家属或医护人员提醒后,才能开展饮食控制及化疗相关行为(如按时入院、按方案化疗);(3)不能依从:不符合上述完全依从及部分依从标准(如不遵饮食要求、擅自推迟/中断化疗)^[16]。

1.3.3 满意度 采用自制调查问卷评估患者满意度,问卷涵盖服务态度、病情观察、用药与生活指导等维度,满分为100分。等级划分标准如下:≥90分为满意,70~89分为中等,<70分为差^[17]。

1.3.4 生活质量 采用肿瘤病人生活质量评分表(Quality of Life Scale for Cancer Patients, QOL)对化疗患者的生活质量进行评价^[18]。该量表综合评价内容包括食欲、精神、睡眠、疲乏、疼痛、家庭理解与配合、同事理解与配合、自身对癌症的认识、治疗态度、日常生活、治疗副作用及面部表情12个方面,每项评分

1~5分,总分范围为12~60分。依据总分将生活质量划分为三个等级:≥51分表示生活质量改善,31~50分表示生活质量稳定,≤30分表示生活质量降低。此评定用于量化患者化疗期间的生活质量变化。

1.4 统计学处理 应用SPSS 26.0软件对数据进行统计分析。计数资料用例数和百分数表示,组间的比较采用 χ^2 检验或Fisher确切概率法。等级资料采用秩和检验进行比较。符合正态分布的计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间均数的比较采用两独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组CINV发生率与严重程度的比较 “无呕病房”管理模式实施后,观察组患者的CINV控制效果显著优于对照组。在CINV发生率方面,观察组恶心发生率和呕吐发生率均低于对照组(均 $P<0.05$),见表2。在CINV严重程度方面,观察组恶心和呕吐的严重程度分布均优于对照组(均 $P<0.05$),见表3。

表2 两组CINV发生率的比较 [n(%)]

组别	n	恶心		呕吐	
		发生	未发生	发生	未发生
对照组	98	54(55.10)	44(44.90)	48(48.98)	50(51.02)
观察组	91	30(32.97)	61(67.03)	23(25.27)	68(74.73)
χ^2		9.363		11.305	
P		0.002		<0.001	

表3 两组CINV严重程度的比较 [n(%)]

组别	n	恶心				呕吐			
		0度	I度	II度	III度	0度	I度	II度	III度
对照组	98	44(44.90)	24(24.49)	18(18.37)	12(12.24)	50(51.02)	22(22.49)	17(17.35)	9(9.18)
观察组	91	61(67.03)	15(16.48)	11(12.09)	4(4.40)	68(14.73)	12(13.19)	8(8.79)	3(3.30)
z		-4.639				-6.375			
P		<0.001				<0.001			

2.2 两组化疗依从性的比较 观察组化疗依从性等级分布优于对照组($P<0.05$),见表4。

表4 两组化疗依从性的比较 [n(%)]

组别	n	完全依从	部分依从	不能依从
对照组	98	87(88.78)	10(10.20)	1(1.02)
观察组	91	91(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
z		-13.345		
P		<0.001		

2.3 两组满意度的比较 观察组满意度等级分布优于对照组($P<0.05$),见表5。

表5 两组满意度的比较 [n(%)]

组别	n	满意	中等	差
对照组	98	56(57.14)	35(35.71)	7(7.14)
观察组	91	69(75.82)	17(18.68)	5(5.49)
z		-6.726		
P		<0.001		

2.4 两组生活质量的比较 观察组生活质量等级分布优于对照组($P<0.05$),见表6。

表6 两组生活质量的比较 [n(%)]

组别	n	改善	稳定	降低
对照组	98	51(52.04)	36(36.73)	11(11.22)
观察组	91	67(73.63)	19(20.88)	5(5.49)
z			-6.399	
P			<0.001	

3 讨论

3.1 “无呕病房”管理模式可降低CINV发生率并减轻严重程度 本研究结果显示,“无呕病房”管理模式实施后,观察组患者CINV发生率及严重程度均优于对照组。这一效果得益于多学科协作机制的建立与运行。通过医生、护士和临床药师共同参与,在明确分工、相互配合的基础上,团队能够结合患者具体情况进行全面评估,制定个体化治疗方案,形成集疾病诊断、病情分析、药学评估与临床决策于一体的新型合作模式。在此模式下,药师得以早期介入并及时处理用药问题,护理人员能够严格审核医嘱并落实相关干预措施,从而实现了对CINV高危患者的准确识别和规范管理,有效减少化疗相关不良反应。

尽管目前已有多个止吐防治指南,但临床实践中CINV防治的指南依从性仍不理想。这一现状与医护人员对指南掌握不足、CINV评估与管理知识欠缺,以及患者认知有限等因素密切相关^[19-22]。有研究指出,即使遵循指南用药,仍有20%~30%的患者会发生CINV,其原因多与个体化治疗不足有关^[23]。本研究通过多学科团队全面评估患者病情、制定规范且个体化的止吐方案,并由医护药三方全程参与CINV管理,有效提升了干预的精准性和及时性。从临床干预效果来看,该模式不仅改善了CINV的直接控制效果,还有助于增强患者对化疗的认知,实现早期干预,最终提升患者的化疗耐受性与治疗体验。

3.2 “无呕病房”管理模式可提高化疗患者的治疗依从性 本研究结果显示,观察组患者的化疗依从性等级分布优于对照组,表明“无呕病房”管理模式有助于提升患者治疗依从性。该模式通过医生、护士、药师、患者及家属的多方协作,密切观察并分析患者对化疗的反应,及时评估治疗方案的合理性,从而针对性优化管理策略。CINV,尤其是迟发性CINV(多发生于化疗后24~48 h,甚至持续数天)^[24],是影响患

者治疗体验和依从性的重要因素。通过加强化疗期间及化疗后4 d内的全程跟踪与管理,可有效控制CINV症状,减轻患者因不良反应所承受的身心负担。

为增强患者对CINV的认知与自我管理能力,团队对患者及其家属开展了多种形式的健康教育,并结合非药物干预手段(如放松训练、音乐疗法、饮食调整等)缓解其对CINV的恐惧心理,提升生活质量。此外,对家属进行健康教育,鼓励其给予患者更多社会与情感支持,有助于减轻患者焦虑、抑郁情绪,从而间接降低CINV发生风险^[25]。针对部分因药物副作用或心理抗拒而难以耐受标准止吐方案的患者,中医中药特别是外治法(如针灸)可作为有效补充。针灸等疗法通过调节脑肠轴功能、促进脑肠肽分泌、改善消化道血流与黏膜修复,有助于缓解CINV症状^[26],从而进一步保障化疗的顺利实施。

3.3 “无呕病房”管理模式可提高化疗患者的满意度 本研究通过多学科团队协作制定个体化管理方案,在患者住院期间进行连续动态评估,并为出院后制定延续性管理计划,尤其针对中高风险患者制定针对性护理方案。团队指导患者及家属记录呕吐日记,利用医院网络平台提供延迟性呕吐的预防指导,从而提高患者在家庭治疗期间的依从性与自我管理能力。通过居家期间的持续健康指导,有效减轻患者不适症状,提升舒适度,保障化疗顺利完成。

恶性肿瘤患者因长期化疗、多种不良反应及疾病不确定性,常伴有显著焦虑情绪,严重影响其生活质量。无呕病房管理模式通过医生、护士、药师及家属的共同参与,在化疗前、中、后期全程为患者及其家属提供有针对性的健康宣教与全方位支持,从而规范呕吐管理流程。该模式的应用显著提升了患者及其家属对疾病的认知水平,减轻其心理负担,进而提高了对治疗效果及护理服务的满意度。

3.4 “无呕病房”管理模式可提高化疗患者的生活质量 本研究采用QOL量表对患者生活质量进行评价,结果显示观察组患者生活质量等级分布优于对照组,表明“无呕病房”管理模式在控制恶心呕吐的同时,能有效改善患者的生活质量。该模式通过多学科协作,在化疗期间及时识别患者情绪问题,提供专业的心理支持和社会支持,从而全面提升患者的生活质量与主观幸福感。

总之,以多学科协作诊疗模式构建的“无呕病房”,建立了对CINV进行全方位管控的一体化、系统化管理体系。该体系有效推动了CINV管理的标准

化、个体化与精细化,显著改善了化疗患者的生活质量,减轻了由化疗不良反应带来的痛苦体验,从而提升了止吐治疗效果,帮助中高危致吐风险患者更好地完成全程抗肿瘤治疗。通过“无呕病房”建设,医务人员在CINV评估与全程管理方面更为精准,止吐方案制定也更趋规范合理,使患者恶心呕吐症状减轻、心理压力缓解、治疗依从性提高、就医体验持续改善。今后,我们将结合实际工作中遇到的问题,不断优化“无呕病房”管理模式,进一步发挥其在恶性肿瘤化疗中的积极作用。

参 考 文 献

- [1] Koth SM, Kolesar J. New options and controversies in the management of chemotherapy-induced nausea and vomiting [J]. *Am J Health Syst Pharm*, 2017, 74(11): 812-819.
- [2] de Souza CM, Visacri MB, Ferrari GB, et al. Nausea, vomiting and quality of life of patients with cancer undergoing antineoplastic treatment: an evaluation by pharmacists [J]. *Int J Pharm Pract*, 2015, 23(5): 357-360.
- [3] Barbour SY. Caring for the treatment-experienced breast cancer patient: the pharmacist's role[J]. *Am J Health Syst Pharm*, 2008, 65(10 Suppl 3): S16-S22.
- [4] 许慧娟,李静. 乳腺癌化疗无计数数据规范化病房护理工作模式的建立与体会[J]. *中国药物与临床*, 2017,17(9):1404-1405.
- [5] 上海市抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会,上海市抗癌协会肿瘤药物临床研究专业委员会,中国老年保健协会肿瘤防治与临床研究管理专业委员会. 抗肿瘤治疗所致恶心呕吐全程管理上海专家共识(2024年版)[J]. *中国癌症杂志*, 2024,34(1):104-134.
- [6] 张玉. 化疗所致恶心呕吐的药物防治指南[J]. *中国医院药学杂志*, 2022,42(5):457-473.
- [7] 鲁静,谭仲秋,韦忠恒. 肿瘤化疗相关恶心呕吐的治疗进展[J]. *右江医学*, 2023,51(2):173-176.
- [8] 孙博,刘勋,王会品,等. 化疗相关恶心呕吐危险因素的性别差异[J]. *中南药学*, 2022,20(5):1176-1182.
- [9] 齐晓艳,寇祥伟,陈苏婉,等. 阿瑞匹坦与福沙匹坦预防高致吐化疗方案相关恶心呕吐的meta分析[J]. *中国医药科学*, 2024,14(2):87-90.
- [10] 何斯怡,张敏,陆筱灵,等. 福沙匹坦双葡甲胺联合5-HT₃拮抗剂及地塞米松预防高致吐化疗药物所致恶心呕吐的疗效及安全性[J]. *当代医学*, 2022,28(11):66-68.
- [11] 冷静,李慧. 小半夏汤治疗胃癌化疗性恶心呕吐50例[J]. *西部中医药*, 2020,33(10):105-107.
- [12] 廖天华,蔡凯,黄常江. 中医药治疗恶性肿瘤放化疗常见不良反应的概况[J]. *云南中医中药杂志*, 2013,34(7): 71-72.
- [13] 杨焱,张越,景年才,等. 电针足三里穴治疗恶性肿瘤化疗所致恶心呕吐:多中心随机对照研究[J]. *中国针灸*, 2009,29(12):955-958.
- [14] 陈成,徐成,姚衡,等. CINV的中西医临床防治研究[J]. *医学信息*, 2019,32(21):49-51.
- [15] 中国抗癌协会肿瘤临床化疗专业委员会,中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会. 中国肿瘤药物治疗相关恶心呕吐防治专家共识(2022年版)[J]. *中华医学杂志*, 2022,102(39):3080-3094.
- [16] 何玮,仝欢欢,孟炎杰. 责任制程序化营养管理模式对老年胃癌术后化疗患者化疗依从性及营养状态的影响[J]. *慢性病学杂志*, 2025,26(6):936-939.
- [17] 任玉珍. 恶性肿瘤放化疗后胃肠道不良反应病人腕踝针治疗依从性的影响因素[J]. *护理研究*, 2025,39(22): 3808-3813.
- [18] 潘旭,唐杰,王坚. 加味参苓白术散联合化疗治疗晚期驱动基因阴性肺脾两虚型非小细胞肺癌的临床效果[J]. *临床医学研究与实践*, 2025,10(7):118-122.
- [19] 沈安乐,陈敏玲,张顺国,等. 儿童血液肿瘤患者生命质量测量量表分析[J]. *临床儿科杂志*, 2018,36(12):965-968.
- [20] Beauchemin M, Sung L, Hershman DL, et al. Guideline concordant care for prevention of acute chemotherapy-induced nausea and vomiting in children, adolescents, and young adults[J]. *Support Care Cancer*, 2020, 28(10): 4761-4769.
- [21] 胡小艳,段盈芳,梁欢,等. 化疗相关性恶心呕吐高危风险评估工具的研究进展[J]. *护士进修杂志*, 2021,36(10): 895-898.
- [22] Lee Dupuis L, Boodhan S, Sung L, et al. Guideline for the classification of the acute emetogenic potential of antineoplastic medication in pediatric cancer patients[J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2011, 57(2): 191-198.
- [23] 于世英,印季良,秦叔逵,等. 肿瘤治疗相关呕吐防治指南(2014版)[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2014,19(3):263-273.
- [24] 《四川省防控抗肿瘤药物治疗相关恶心呕吐专家共识》编写专家组. 四川省防控抗肿瘤药物治疗相关恶心呕吐专家共识2024版[J]. *中国循证医学杂志*, 2024, 24(10):1129-1136.
- [25] 曹兆铭,孙文静,李萍,等. 铂类化疗药物所致恶心呕吐的预防及治疗进展[J]. *护理实践与研究*, 2021,18(18): 2721-2727.
- [26] 芦殿荣,芦殿香,王桔,等. 中医外治防治顺铂导致恶心呕吐临床研究进展[J]. *河北中医*, 2016,38(1):138-141.

(收稿日期:2025-07-13 修回日期:2025-09-27)

引用本文:李晓梅,李应宏,孟鹏,等. 化疗所致恶心呕吐规范化示范病房管理模式在恶性肿瘤化疗患者中的应用效果[J]. *内科*, 2025,20(5):493-498.

DOI: 10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2025.05.06