

急性脑梗死患者医护一体化管理模式干预效果评价

徐伟萍

脑梗死又称为缺血性脑卒中,多发生于老年人群,具有高发病率、病死率、致残率及复发率等特点,严重危害老年患者的生命和生活质量^[1],给家庭、社会带来沉重的负担。医护一体化协作医疗模式,打破了传统医生下医嘱而护士执行医嘱的模式,强调医护之间写作沟通的一种团队工作模式,在临床实践中取得了较好的效果^[2]。本次研究通过对42例急性脑梗死患者实施医护一体化管理模式,取得了较好的干预效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年1月至2019年6月在杭州市中医院老年病科收治的84例急性脑梗死患者作为研究对象,其中男性55例、女性29例;平均年龄(76.28±9.04)岁;文化程度:初中及以下32例、高中及以上52例;平均病程(3.12±1.44)d。纳入标准:①符合2010年《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》中的相关诊断标准^[3];均通过CT或MRI检查确诊为缺血性脑卒中;②均为首发缺血性脑卒中;③肌力达到2级及以上,认知功能正常,有一定的文字理解表达能力;④本次研究得到医院伦理委员会的批准,患者或家属均知情同意。排除合并有蛛网膜下腔出血、恶性肿瘤、精神病、严重耳聋、意识障碍、认知障碍、不配合随访调查者等患者。按照随机数字表法将84例患者分为观察组和对照组,每组42例;两组患者的性别、年龄、病程等一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组实施常规小组责任制护理模式,出院前进行宣教,出院后每周进行电话随访1次,每月门诊随访1次。观察组则采用医护一体化管理模式:①组建医护一体化管理小组和微信群:由护士长为组长,组建包括外科医生、急救科医护人员、康

表1 两组患者的一般资料比较

组别	<i>n</i>	性别 (男/女)	年龄/岁	病程/d
观察组	42	26/16	75.91 ± 8.65	3.08 ± 1.39
对照组	42	29/13	76.64 ± 9.43	3.15 ± 1.48

复医生、责任护士等医护一体化管理小组;组建微信群,定期对患者进行健康教育和随访干预。②自我管理健康教育:管理小组在住院期间定期在微信群里面进行专题讲座,包括脑梗死知识、用药安全知识、情绪控制、康复训练方法、血压血糖自我监测、饮食指导、并发症、注意事项、自救方法、随访教育等内容,及时进行沟通交流和互动,教会患者自我管理技能。③随访管理:患者出院后给予多样化的居家自我管理健康教育服务,包括电话回访、微信群交流、家庭访视服务等,每周随访1次,全面了解患者的治疗依从性、康复训练、日常活动、健康状况等。两组患者均在出院后跟踪随访3个月并进行效果评价。

1.3 评价指标 分别于干预前、出院3个月后对患者进行如下指标评价:①自我管理能力:参考《脑卒中患者自我管理能力调查问卷》^[4]进行评价,包括行为习惯、遵医服药、症状监控、康复训练、疾病知识等五个维度,每个维度折算为总分100分,其分值越高表示自我管理能力越好。②日常生活能力(ability of daily life, ADL):采用Barthel指数评分^[5],包括进食、穿衣、活动等,总分为100分,分值越高表示患者日常生活能力越好。③神经功能缺损评估:采用美国国立卫生研究院卒中量表(national institutes of health stroke scale, NIHSS),总分值越高表示神经功能缺损越严重。④康复效果:基本痊愈,症状消失,神经功能完全修复,日常生活可以自理;显效,症状绝大多数改善,神经功能得到明显改善,日常生活

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.012.030

作者单位:310000 浙江杭州,杭州市中医院老年病科

基本能够自理;有效,症状好转,神经功能改善,日常生活受到轻微影响;无效,达不到上述标准者;总有效率=(基本痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。

计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后自我管理评分比较结果见表2

表2 两组患者干预前后的自我管理评分比较/分

组别		行为习惯管理	遵医服药管理	症状监控管理	康复训练管理	疾病知识管理
观察组	干预前	57.50 ± 5.43	70.42 ± 6.65	58.39 ± 6.17	63.49 ± 6.31	61.75 ± 6.40
	干预后	90.73 ± 8.94*	94.37 ± 8.94*	85.62 ± 8.44*	91.85 ± 8.91*	88.07 ± 8.83*
对照组	干预前	56.45 ± 5.71	68.56 ± 6.38	57.78 ± 6.55	62.36 ± 5.92	62.33 ± 6.72
	干预后	72.36 ± 7.69	79.61 ± 8.52	66.48 ± 7.05	73.30 ± 7.43	75.56 ± 7.82

注:*,与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,干预前,两组患者的行为习惯、遵医服药、症状监控、康复训练、疾病知识等管理能力评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.86、1.31、0.44、0.85、0.41, P 均 > 0.05);干预后,观察组的行为习惯、遵医服药、症状监控、康复训练、疾病知识管理能力评分均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=10.10、7.75、11.28、10.36、6.87, P 均 < 0.05)。

2.2 两组干预前后ADL及NIHSS评分比较见表3

表3 两组患者干预前后ADL及NIHSS评分比较/分

组别		ADL	NIHSS
观察组	干预前	28.93 ± 7.74	30.75 ± 5.24
	干预后	64.73 ± 11.69*	15.79 ± 2.65*
对照组	干预前	29.41 ± 8.35	31.40 ± 5.66
	干预后	52.64 ± 10.80	19.81 ± 3.98

注:*,与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,干预前,两组患者的ADL评分及NIHSS评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.27、0.55, P 均 > 0.05);干预后,观察组的ADL评分高于对照组,NIHSS评分则低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=4.92、5.45, P 均 < 0.05)。

2.3 两组干预后的康复效果比较见表4

表4 两组患者干预后的康复效果比较

组别	疗效/例				总有效率/ 例(%)
	基本痊愈	显效	有效	无效	
观察组	11	22	6	3	39(92.86)*
对照组	5	12	15	10	32(76.19)

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,观察组干预后的总有效率高干对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.46, P < 0.05$)。

3 讨论

有研究证实,脑梗死患者出院后按时服药、坚持功能锻炼、合理的行为生活方式等显得十分重要,患者65%~94%以上的功能障碍可通过后期的康复训练来改善^[1];然而,功能恢复需要一个长期的过程,这就需要医护人员的专业指导和延续性护理,在住院期间就提高患者的自我管理能力和为患者出院后自我管理和康复提供了基础。本次研究通过组建医护一体化管理小组和微信群,采用微信群对患者进行各种专题讲座、沟通交流及互动,使得患者获得急救、医疗、护理、康复、心理等方面的综合干预和指导,提高了他们的自我管理能力和为患者后期康复提供了依据。本次研究显示,通过3个月的干预后,实施医护一体化管理模式后患者的行为习惯、遵医服药、症状监控、康复训练、疾病知识的自我管理得分均高于常规护理模式的患者(P 均 < 0.05),可见急性脑梗死医护一体化管理模式可提高患者的自我管理能力和为患者后期康复提供了依据。本次研究显示,通过3个月的干预后,实施医护一体化管理模式后患者的行为习惯、遵医服药、症状监控、康复训练、疾病知识的自我管理得分均高于常规护理模式的患者(P 均 < 0.05),可见急性脑梗死医护一体化管理模式可提高患者的自我管理能力和为患者后期康复提供了依据。

本次研究还显示,实施医护一体化管理模式后患者的ADL评分高于常规护理模式的患者,而NIHSS评分则低于常规护理模式的患者(P 均 < 0.05),这说明医护一体化管理模式可提高患者的日常生活能力和改善神经功能,与陈俊等^[6]、费才莲等^[7]的研究结果相近。这可能与患者在住院期间就接受了医护一体化管理模式干预,提高了他们的自我管理能力和治疗依从性,在院外仍继续延续性护理干预,使得患者仍然能够继续坚持治疗和康复训练,从而提高了患者的日常生活能力和生活质量,促进

了神经功能逐渐恢复。本次研究还显示,实施医护一体化管理模式后患者的总有效率高于常规护理模式的患者($P<0.05$)。这可能是因为医护一体化管理模式通过构建多学科团队,将治疗和护理有机的结合,并将院内和院外的健康教育相互衔接^[8];不仅仅治疗和护理患者,而且教会患者自我管理技能,这为院外治疗和康复训练提供了保障,从而改善了脑梗死患者的康复效果。

综上所述,急性脑梗死患者进行医护一体化管理模式干预后,可提高患者的自我管理能力和促进神经功能恢复,改善日常生活能力和康复效果。但本次随机对照试验研究的样本较小,且只进行3个月的跟踪随访和管理,出院后的干预措施有时较难实施,影响干预效果,有待于今后进一步扩大样本量进行研究。

参考文献

- 1 顾卫. 延续护理后缺血性脑卒中患者依从性及复发率观察[J]. 实用医院临床杂志, 2015, 12(6): 141-142.
- 2 单丹丹. 医护一体化护理模式对脑梗死患者肢体功能及

自我效能的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2018, 21(1): 106-109.

- 3 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[S]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- 4 杨亚娟, 费才莲, 荆瑶, 等. 医护一体化自我管理教育在脑卒中患者居家康复中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(17): 6-10.
- 5 滕海英, 彭雪娟, 赵翠松, 等. 应用日常生活活动能力量表细化分级护理的实践[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 145-147.
- 6 陈俊, 王芳, 肖红, 等. 医护一体化临床护理模式在脑卒中患者中的应用效果观察[J]. 实用医院临床杂志, 2017, 14(6): 217-220.
- 7 费才莲, 荆瑶, 杨颖, 等. 医护一体化联合微信平台在急性脑梗死溶栓治疗中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(2): 202-205.
- 8 翁丹, 吴伟东, 卢晔芬. 延续性护理对脑梗死患者心理弹性及负性情绪影响[J]. 全科医学临床与教育, 2019, 17(5): 479-480.

(收稿日期 2019-08-12)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第1149页)

满意度评分明显增高(P 均 <0.05)。在常规护理中,护理人员对存在吞咽困难症状者仅实施简单的安全进食教育与一般性的安全进食管理,因教育与管理均是无差别化给予的,不符合个性化护理要求,故护理奏效度有限。本次研究以科学安全标准评估为护理策略制订的先行步骤,在评估基础上对不同吞咽功能障碍者匹配以合理适宜有效的安全进食管理服务,并随患者吞咽功能障碍改善进程及时动态化调整护理策略匹配度,使轻、中、重度吞咽功能障碍者均可获得项目、内容、量及频次均相宜的安全进食护理,将可能导致患者因吞咽功能障碍而出现不良事件的诸多缝隙性风险因素加以全视角全覆盖式填补,实现了较好的吞咽障碍相关性不良事件预防效应,且因护理方案的设计合理性、护理评估的科学性、进食护理的适宜性与护理干预的有效性而在脑卒中并吞咽障碍患者中获得较高认可。

参考文献

- 1 Catherine M, Anne R, Maureen M, et al. Nasogastric feeding for stroke patients: practice and education[J]. Br J Nurs, 2015, 24(6): 319-324.
- 2 朱美红, 时美芳, 万里红, 等. 吞咽-摄食管理预防脑卒中吞咽障碍患者相关性肺炎的研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(3): 294-298.
- 3 刘啸妍, 孙利华, 袁小红, 等. 基于多学科协助的综合护理模式在改善脑卒中吞咽障碍中的应用效果评价[J]. 延安大学学报(医学科学版), 2018, 16(2): 97-100.
- 4 杨晨晨, 纪小凤, 马海丽, 等. 进食体位对脑卒中后吞咽障碍患者相关并发症影响的Meta分析[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(24): 2223-2227.
- 5 马珂茜. 知行模式对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能及吸入性肺炎发生情况的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(3): 24-26.
- 6 史丽. 多合一延续护理模式在脑卒中吞咽障碍病人中的应用分析[J]. 全科护理, 2018, 16(6): 684-686.

(收稿日期 2019-08-16)

(本文编辑 蔡华波)