

医护康一体化服务模式对脑卒中患者影响研究

刘国社 文丹静 寇琳 花莲英 周焕姬 张秋霞 王文琼 黄玲 别业峰
广东省佛山市顺德区北滘医院 广东佛山 528311

【摘要】目的 探讨医护康一体化服务模式对脑卒中患者影响与效果。**方法** 选取我院 2017 年 2 月至 2018 年 3 月收治的 136 例卒中患者为研究对象, 根据入院时间排序, 2017 年 2 月-2017 年 8 月入院的 68 例患者为对照组, 采取常规护理服务模式; 2017 年 9 月-2018 年 3 月入院的 68 例患者为实验组, 采取医护康一体化护理服务模式。比较两组患者住院时间, 自我效能 (SECD-6) 评分、日常生活活动能力 (Barthel 指数) 评分。**结果** 实验组患者住院时间普遍比对照组患者住院时间短, 且实验组患者自我效能 (SECD-6) 评分、日常生活活动能力 (Barthel 指数) 评分均高于对照组, 且差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 医护康一体化服务模式对脑卒中患者有积极影响, 能缩短患者住院时间, 提高患者生活治疗及患者的自我管理效能, 促进患者康复, 值得临床推广应用。

【关键词】 医护康一体化; 服务模式; 脑卒中; 患者; 影响; 效果

【中图分类号】 R473.74

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 05-002-02

【基金项目】 本研究为佛山市科技计划项目, 课题编号为: 2016AB003273

脑卒中具有高发病率、高死亡率、高复发率的特点, 是引起全球人类死亡的第二大疾病, 据近期公布的中国居民地第三次死因抽查调查显示, 已成为我国居民的首位致死疾病^[1]。脑卒中给患者带来巨大疼痛的同时还给大部分患者伴随遗留不同程度的功能障碍, 导致其日常活动能力不同程度地丧失^[2]。严重降低了患者的生活质量和生活自理能力, 给患者及其家庭带来沉重的负担。脑卒中患者在面临疾病带来疼痛的同时, 还要承受巨大的心理压力, 往往会出现暴躁、绝望等不良情绪^[3]。本次研究以医护康一体化服务模式, 即医生、护理人员以及康复治疗师, 共同决策、共同促进, 共同为患者提供医疗、护理、康复服务的一系列医疗服务^[4], 经研究观察对比, 医护康服务模式为卒脑卒中患者带来积极有效的治疗结果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2017 年 2 月至 2018 年 3 月收治的 136 例卒中患者为研究对象。其中男 79 例, 女 57 例; 年龄 45-80 岁, 平均 (62±9.46) 岁; 脑梗死 108 例, 脑出血 30 例。根据入院时间排序, 2017 年 2 月-2017 年 8 月入院的 68 例患者为对照组, 采取常规护理服务模式; 2017 年 9 月-2018 年 3 月入院的 68 例患者为实验组。两组患者的性别, 年龄等一般资料与病情状况比较无明显差异, 且差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

(1) 纳入标准: ①通过 CT 或 MRI 检查结合中西医诊断, 确诊为脑梗死或脑出血的住院患者; ②生命体征平稳; ③神志清醒无意识障碍; ④自愿参与本次研究且签署意见同意书。

(2) 排除标准: ①心肺肝肾功能严重不全、消化系统、血液系统, 恶性肿瘤等严重影响生活质量的患者; ②有严重认知障碍或精神疾病患者; ③接受开颅手术的患者; ④蛛网膜下腔出血、脑干和小脑出血的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组患者实施传统医疗服务模式, 即医生为患者提供常规诊疗服务, 护理人员则在患者入院时记录患者的基本信息, 并对患者进行相关疾病知识宣传、注意事项以及必要的康复指导, 遵照医嘱邀请康复治疗师对患者进行康复训练。医生, 护理人员, 康复治疗师不在同一时间对患者进行诊疗服务, 除遵照医嘱, 期间无过多病情交流。

1.3.2 实验组患者在对照组的基础上实施医护康一体化服务模式, 具体措施如下: (1) 组建医护康一体化服务小组并

对小组成员进行相关知识培训, 小组成员包含神经内科主治医师、专科护理人员以及康复治疗师; 培训内容包含脑卒中相关专业知识、康复训练内容、护理流程及病症的评估, 以及注意事项等。(2) 制定医护康一体化服务模式的实施方案, 明确服务小组各成员的工作内容, 诊疗流程及成员间的配合要点, ①主治医生负责评估患者的病情, 确定患者是否可以参与康复训练。②护理人员则记录患者的基本信息, 对患者活动能力进行评估, 配合医生诊疗方案及康复师的康复训练方案, 对患者进行康复指导, 提高医嘱执行准确率。③康复治疗师则针对患者的病情制定适合并促进患者康复的训练计划。

(3) 实施医护康一体化服务模式: ①医护康一体化护理模式: a. 病情护理, 根据患者病情, 谨遵医嘱对患者进行对症护理措施, 预防并发症的发生。b. 心理护理, 耐心倾听患者的诉求, 向患者及家属解释康复训练的必要性, 对患者的心理进行疏导, 以通过治疗后得以康复的患者案例鼓励患者, 使其树立面对疾病的信心, 提高患者对诊疗服务的依从性, 从而使诊疗效果达到最佳。c. 合理饮食指导。②康复训练, 康复治疗师与护理人员根据康复计划对患者急性康复训练与指导, 包含主动功能锻炼及日常生活能力训练, 以康复治疗师为主, 护理人员为辅, 保证患者康复训练规范有效, 通过指导, 确保患者及家属掌握康复训练的动作要点与技能。

1.4 评价指标

1.4.1 比较两组患者住院时间。

1.4.2 采用自我效能 (SECD-6)^[5] 量表, 从患者对疲劳的控制、疼痛的控制、自我情绪的控制、躯体症状或健康问题的控制、完成疾病管理任务、与医务人员沟通的能力和信息等 6 个条目进行评分, 每个条目的信心程度实行 10 级评分制, 得分越高, 则表示患者自我效能水平越高。

1.4.3 使用 Barthel 指数 (BI) 量表对患者进行日常生活能力 (进食、洗漱、穿衣、大小便控制、如厕、平地行走、上下楼梯等) 评分, 各项分数为 0-15 分, 总分为 100 分。其中 0-40 分为重度依赖, 生活完全不能自理; 41-59 分为中度依赖, 部分不能自理, 大部分情况需要他人照顾; 60-99 分为轻度依赖, 少数部分不能自理, 少数情况需要他人照顾; 100 分则为无需依赖, 完全自理。由此, 分数越高, 日常生活能力越强。

1.5 统计学方法

本次研究所有数据均采用统计学软件 SPSS22.0 进行统计分析, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者比较, 实验组患者住院时间普遍比对照组患者住院时间短, 详见表 1

表 1: 两组患者住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院时间 (d)
对照组	68	24.37 ± 2.16
实验组	68	15.03 ± 1.17

2.2 两组患者自我效能评分比较, 实验组患者自我效能 (SECD-6) 评分明显高于对照组, 且差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2

表 3: 两组患者日常生活活动能力 (Barthel 指数) 评分比较

组别	n	疲劳	疼痛	负面情绪	躯体症状或健康问题	完成疾病管理任务	沟通能力与完成医嘱外的其他事
对照组	68	5.96 ± 1.17	6.13 ± 1.05	6.26 ± 1.32	6.47 ± 1.25	6.57 ± 1.33	6.98 ± 1.29
实验组	68	7.03 ± 1.35	7.49 ± 1.58	7.86 ± 1.07	7.84 ± 1.21	7.93 ± 1.03	8.06 ± 1.02
Z 值		-7.231	-7.231	-6.316	-6.145	-6.013	-7.467
P 值		$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$

3 结论

脑卒中传统的诊疗服务模式为先住院治疗, 出院后再进行相关的康复治疗与康复训练, 而大量的临床实践证明, 在脑卒中患者住院诊疗的过程中, 科学地进行规范化的早期康复治疗往往可以使疾病康复能达到事半功倍的效果。本次研究采用医护康一体化服务模式, 即医生、护理人员以及康复治疗师, 共同决策、共同促进, 共同配合为患者提供医疗、护理、康复服务的一系列医疗服务。主治医生负责评估患者的病情, 确定患者是否可以参与康复训练; 护理人员则记录患者的基本信息, 对患者活动能力进行评估, 配合医生诊疗方案及康复师的康复训练方案, 对患者进行康复指导, 提高医嘱执行准确率; 康复治疗师则针对患者的病情制定适合并促进患者康复的训练计划并根据康复计划对患者急性康复训练与指导, 包含主动功能锻炼及日常生活能力训练, 以康复治疗师为主, 护理人员为辅, 保证患者康复训练规范有效, 通过指导, 确保患者及家属掌握康复训练的动作要点与技能, 即便是患者出院, 家属及患者也能依照康复师的指导完成康复训练。

而本次研究结果显示, 实验组患者实施医护康一体化服务模式后, 该组住院时间普遍比对照组患者住院时间短, 且该组患者自我效能 (SECD-6) 评分、日常生活活动能力 (Barthel

表 2: 两组患者自我效能 (SECD-6) 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	入院前	入院后
对照组	68	46.43 ± 7.98	61.27 ± 8.73
实验组	68	46.29 ± 8.03	79.46 ± 8.39
Z 值		0.571	3.075
P 值		0.617	0.019

2.3 两组患者日常生活活动能力 (Barthel 指数) 评分比较, 实验组 Barthel 评分明显高于对照组, 且差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3

指数) 评分均高于对照组。

综上, 对脑卒中患者实施医护康一体化服务模式可明显缩短患者住院时间, 提高患者自我效能及日常生活能力, 促进患者病情康复, 同时, 医生, 护理人员, 康复治疗师在为患者治疗过程密切配合, 增强部门间的团队协作精神, 为患者提供高质、高效的诊疗服务, 值得临川推广应用。

【参考文献】

- [1] 陈竺. 全国第三次死因回顾抽样调查报告 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [2] 于丽香. 脑卒中的预防康复与护理 [J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2014, 2(17):178-179.
- [3] 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.
- [4] 徐永能, 卢少萍, 黄巧, 等. 老年卧床患者出院后压力性损伤的预防及管理 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(S1):40-44.
- [5] Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program for patients with chronic disease [J]. Effect Clinical Practice, 2001, 4(6):256 - 262.

(上接第 1 页)

为 43.59%, 明显低于治疗前的 74.36% ($P < 0.05$), 这表明了左乙拉西坦添加治疗能有效改善患者的脑电图异常情况, 帮助其神经功能恢复正常; 在治疗过程中, 有 26 例患者出现了轻度的不良反应情况, 集中在消化系统和中枢神经系统内, 但所有的不良反应均不是出现在加量治疗期, 22 例患者未处理情况下便自动消失, 仅 4 例患者通过减量的措施后不良症状也逐渐消失, 这表明了左乙拉西坦添加治疗的安全性较高, 用药期间能有效控制不良反应的发生。本研究结果与以往文献数据相符^[6]。

综上所述, 左乙拉西坦添加治疗承认癫痫部分性发作的临床效果显著, 能有效提高其治疗总有效率, 控制脑电图的异常, 帮助患者的神经功能恢复正常, 同时该治疗手段的安全性高, 治疗中产生的不良反应较少, 能有利于患者早日恢复健康, 提高其生活质量, 值得在临床上推广使用。

【参考文献】

- [1] 王坤芳, 梁志刚, 杨育同. 左乙拉西坦添加治疗成人部分性发作癫痫的临床观察 [J]. 山西中医学院学报, 2015, 22(04):55-56.
- [2] 李密, 张明, 郑永平. 左乙拉西坦添加治疗成人癫痫部分性发作的临床疗效 [J]. 医药前沿, 2017, 07(10): 19-20.
- [3] 王霆. 左乙拉西坦添加治疗成人癫痫部分性发作的效果观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 26(03):104-105.
- [4] 文睿婷, 黄琳, 于芝颖等. 左乙拉西坦添加治疗成人难治性癫痫部分性发作的回顾性分析 [J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(02):160-162.
- [5] 秦翀毅. 评价左乙拉西坦添加治疗成人难治性癫痫部分性发作的有效性及其安全性 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 29(01):114-115.
- [6] 夏敏, 武士京, 孔庆霞等. 左乙拉西坦添加治疗成人难治性癫痫部分性发作的临床疗效和脑电图分析 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2015, 32(02):19-20.