

多学科护理模式对神经内科脑卒中患者日常生活能力的影响

赵艳飞 李洋

泰安市东平县人民医院, 山东 泰安 271500

【摘要】 目的 脑卒中是神经内科的一种多发病, 不及时干预则会降低患者的日常生活能力, 现探讨多学科护理模式在该疾病患者中的应用效果。方法 选取我院于2022年6月至2022年12月期间收治的90例脑卒中患者作为本次研究的观察对象, 并按照患者的入院时间进行排序, 将患者平均分为两组(对照组、观察组), 每组各有45例。其中对照组患者采取常规性护理, 观察组在常规性护理的基础上增加多学科护理模式, 对比两组患者的护理具体情况。结果 对比两组患者的疾病知识掌握率, 观察组患者的四个方面的知识掌握程度显著高于对照组($P<0.05$), 两组对比差异显著, 具有统计学意义; 两组患者在干预前的Barthel指数以及FMA评分无显著差别($P>0.05$); 干预后观察组患者的Barthel指数以及FMA评分显著优于对照组($P<0.05$)。结论 脑卒中患者在临床上接受多学科护理模式不仅能够有效改善患者的症状, 还能对患者的日常生活习惯以及运动功能有着显著的作用, 增强患者对该疾病知识的掌握度, 从而推动患者的尽快康复。因此多学科护理模式的临床使用价值以及参考意义较高。

【关键词】 多学科护理模式; 神经内科; 脑卒中; 护理

在临床上, 脑卒中是最为常见的脑血管疾病, 发病率和病死率为首位, 通过治疗的患者会存在肢体障碍等类似后遗症, 术后康复时间较长, 故患者需长期承受疾病造成的心理压力, 而其家庭也将背负上沉重的经济压力。由于医疗资源有限, 提供社区卫生服务的能力不足, 以及我国患者的经济水平有限, 绝大部分患者都在急性发病期间才选择接受治疗, 病情稳定后直接回到家人身边。患者经过治疗出院后, 由于缺乏专业人员的监督与陪护, 康复训练难以继续进行。多学科协助式护理是基于多个学科专业的知识开展干预措施的新型护理模式, 护理团队包含各个方面的人才, 通过不同学科的护理人员的相互合作, 为患者提供系统、标准化和全面的护理服务^[2]。为探究多学科护理模式在神经内科病房内的脑卒中患者群体中的应用效果及其对日常生活能力的影响, 本次研究将我院收治的90例患者分组并进行不同的护理方式, 将两组患者的护理情况进行对比并分析。现将报告内容整理如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取我院于2022年6月至2022年12月期间收治的90例脑卒中患者作为本次研究的观察对象, 并按照患者的入院时间进行排序, 将患者平均分为两组(对照组、观察组), 每组各有45例。其中对照组患者由25例男性患者以及20例女性患者组成, 该组患者最大年龄为76岁, 该组患者最小年

龄为41岁, 平均年龄为(58.41 ± 3.25)岁; 病程范围在1~9个月, 平均病程为(7.14 ± 0.47)个月; 合并症: 缺血性心脏病有12例, 高血压14例, 糖尿病11例。观察组患者由26例男性患者以及21例女性患者组成, 该组患者最大年龄为75岁, 该组患者最小年龄为40岁, 平均年龄为(58.39 ± 3.28)岁; 病程范围在1~10个月, 平均病程为(7.28 ± 0.41)个月; 合并症: 缺血性心脏病有10例, 高血压11例, 糖尿病15例。将两组患者的一般资料进行对比, 组间对比显示无显著性差别($P>0.05$), 说明本次研究具有显著的可比性。

纳入标准: ①符合脑卒中诊断标准; ②患者不存在认知以及交流障碍; ③患者的临床资料完整。

排除标准: ①临床资料残缺不全; ②患者合并恶性肿瘤、血管炎、动脉瘤等疾病; ③既往有精神疾病史。

本次研究纳入的患者都在研究开始前接受相关医师的说明, 并表示充分理解研究开展的具体流程、目的, 经慎重考虑后签署相关协议书, 同时本次研究还取得了医学伦理委员会的准许。

1.2 方法 对照组行常规护理, 内容包括日常监测生命体征、加强每日定期巡查、对症治疗等。

观察组在常规性护理的基础上增加多学科护理模式, 具体护理内容如下:

(1) 成立神经内科的多学科护理小组。以科室的主任医师及护士长为正副组长, 康复治疗师、营养师、责任护士、心理咨询师等为组员, 分别从生

理康复、心理康复、社会支持、环境护理等方面进行护理干预。

(2) 躯体康复干预在组长安排下, 安排责任护士给予患者基础护理、康复治疗师为患者安排康复流程, 进行健康的康复治疗; 心理咨询师负责评估患者心理健康程度, 并根据其具体表现进行疏导, 保持患者对康复护理积极配合。①基础护理: 每天上下午各进行一次拍背, 10min/次, 根据患者实际情况适当用力, 尽量将其体内的痰液完全排除, 对其床铺、病房及用具定期消毒。②康复训练: 鼓励患者多运用, 并在专业人员的陪同下展开肢体康复, 逐渐可以进行一些简单的生活自理, 从简单的床上运动逐渐过渡到下床运动。③生理健康指导: 每次输液后对患者对应部位进行冷热冰敷, 同时对该侧肢体进行专业的手法按摩, 消除或避免产生肢体肿胀。④康复物理治疗: 使用电击对患者进行刺激, 将刺激电极置在运动皮层的表面, 通过对运动皮层进行慢性电刺激来达到镇痛效果。每天45~60min, 10d为1疗程, 预防并发症发生以及肢体机能恢复。

(3) 心理干预。由心理咨询师对患者进行心理指导, 了解患者思想动态, 多对患者微笑并与患者洽谈来促进护患关系, 并引导其通过听音乐、看喜剧等放松心态^[3]。基于对患者基本信息的了解开展具有针对性的干预工作, 尽量满足患者心理需求, 避免与患者发生冲突, 树立起良好的护患关系。

(4) 营养干预。以低盐、高蛋白、低脂为基本干预准则, 给患者提供补充维生素的流质、半流质食物; 督促患者勤饮水, 饮水量在1200~1500mL之间, 确保患者大小便顺畅。

(5) 环境干预。专门设立活动空间及康复锻炼室, 由小组副组长带领多名责任护士共同与患者进行康复训练, 鼓励并帮助患者进行康复训练, 促进患者尽快康复。多检查病房内温度以及空气质量, 确保患者在一个舒服的病房里治疗, 合理安排作息时间, 护士尽量在白天完成护理工作, 减少夜间不必要的打扰, 确保患者睡眠质量。

(6) 社会文化干预。由正副组长一同组织开展

主题交流会议, 包括社会关爱、健康知识教育等, 同时鼓励患者及家属加强相互沟通, 开展联欢活动, 建立温馨、和谐及充满关爱的病房范围。给患者讲解该疾病的知识, 同时告知患者以及患者该疾病的注意事项, 为使患者有一个好的治疗心态, 支持家属定期探望患者并给与支持^[4]。每月为该疾病患者组织集体活动, 鼓励患者积极参与, 并在活动过程中, 了解并发现患者的兴趣, 在后期给予患者可以展示自己兴趣的舞台, 为患者增加信心, 促进患者治疗成效, 使患者能早日回归社会。同时定期要求治疗康复的患者来医院为正在治疗的患者进行讲解, 让患者之间进行病情的交流, 以增强患者康复信心, 对于正在治疗的患者有极大的帮助。

两组干预时间均为6个月。

1.3 观察指标 观察指标如下。

(1) 疾病知识: 由专业医生设计该病理的治病知识问卷对患者进行测评, 其中包括4个大模块, 每个大模块包含5项小模块, 具体为疾病知识(5项)、饮食知识(5个项目)、并发症知识(5条项目)和康复护理知识(5项目)。使用4步评估方法, 每个项目被评为0~3分, 0分被认为完全不了解病理知识, 1分为了解部分知识, 2分为了解基础知识, 3分为知晓完整知识。如果每个维度的总分都超过10分, 知识意味着患者对疾病知识的掌握率较高。

(2) 日常生活能力: 使用Barthel指数和FuglMeyer运动功能评分(FMA)评估患者的生存能力。Barthel指数共100分, 评分越高, 表示患者越具备生存能力。FMA的总数为100, 得分越低, 患者的运动障碍越严重。

1.4 统计学分析 数据采用SPSS13.0统计学处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 对比两组患者对疾病知识的掌握率 观察组患者的各方面知识掌握率显著高于对照组($P < 0.05$), 如表1所示。

表1 两组患者对疾病知识的掌握率对比 [n(%)]

组别	例数	疾病知识	饮食知识	并发症知识	康复护理知识
对照组	45	35 (77.78)	36 (80.00)	28 (62.22)	29 (64.44)
观察组	45	44 (97.78)	43 (95.56)	41 (91.11)	42 (93.33)
χ^2		8.389	5.075	10.497	11.275
P		0.004	0.024	0.001	0.001

2.2 对比两组患者的日常生活能力 据本次研究的结果显示, 两组患者在干预前的Barthel指数以及FMA评分无显著差别($P > 0.05$); 干预后观

察组患者的Barthel指数、FMA评分显著高于对照组($P < 0.05$), 统计学意义显著, 具体数据如表2所示。

表 2 两组患者的日常生活能力对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	Barthel 指数		FMA 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	45	28.45 ± 5.01	50.01 ± 10.42	28.04 ± 4.79	40.23 ± 6.79
观察组	45	28.13 ± 4.79	68.97 ± 12.16	28.41 ± 4.81	56.35 ± 7.23
<i>t</i>		0.310	7.942	0.366	10.902
<i>P</i>		0.758	<0.001	0.716	<0.001

3 讨 论

脑卒中死亡率在我国目前的死因调查中名列前茅。我国脑卒中死亡率是世界上最高的,较之其他国家相比,我过脑卒中死亡率比欧美国家高 4~5 倍,比日本高 3.5 倍^[5]。脑卒中患者往往患有不同程度的其他症状,包括偏瘫、失语症等。脑卒中患者除了接受治疗以外还需要实施护理以辅助治疗,除了在医院对患者的护理外,出院后对患的护理者同样对预防和降低脑卒中发病率也具有重要意义和积极作用^[6]。脑卒中患者的康复与患者的生活习性密切相关,要充分告知患者注意配合医护人员,尽量在治疗期间建立起一套健康的生活习惯,不仅要长期戒烟戒酒,而且饮食上以高蛋白质与富含维生素的食物为主,并且注意饮食的合理搭配,要适度进行运动,才能促进患者身体康复。定期对患者身体进行检查,及时发现并消除能并发症突发的因素,保持情绪稳定。对于高危患者,建议及时前往医院进行进一步监测和治疗^[7],避免耽误另外最佳治疗时期。

多学科护理模式体现了人文主义护理服务的理念,为患者提供从个体治疗到医院管理再到出院的护理服务^[8]。多学科护理模式可以为患者提供一系列护理服务,如药物指导、饮食咨询、并发症咨询和心理干预,加强医护人员与患者的沟通,有利与建立良好的医患关系^[9]。多学科护理模式可以提升护理人员对该疾病的理解,提高护理人员的工作水平,进一步提升对患者的护理质量,对患者的康复有良好的帮助^[10]。本研究结果显示,观察组患者对疾病知识的掌握率明显高于对照组 ($P < 0.05$) 干预前两组患者的 Barthel 指数和 FMA 评分无显著差异 ($P > 0.05$); 干预后,观察组患者的 Barthel 指数和 FMA 评分明显优于对照组 ($P < 0.05$), 差异显著。

综上所述,脑卒中患者在临床上接受多学科护理模式不仅能够有效改善患者的症状,还能多方面提高脑卒中患者的疾病知识掌握度,对患者的运动功能以及日常生活有着显著的改善,从而推动患者的尽快康复。因此多学科护理模式的临床使用价值以及参考意义较高。

参考文献

- [1] 林涵真. 多学科团队护理模式对急诊脑卒中患者救治结局及并发症的影响 [J]. 黔南民族医学学报, 2022, 35 (3): 209-211.
- [2] 袁桂芳. 多学科协作模式康复护理对促进脑卒中吞咽障碍患者功能康复的影响 [J]. 黑龙江医学, 2022, 46 (18): 2260-2262.
- [3] 张建荣, 张淑清, 潘文利, 等. 基于智慧护理的多学科团队合作进食管理模式在老年脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2022, 29 (26): 185-189.
- [4] 孙菊, 史士丽. 应用以护士为中心的多学科护理对脑出血患者的效果分析 [J]. 中国社区医师, 2022, 38 (12): 122-124.
- [5] 彭睿, 王琦, 李培培. 多学科协助模式的精准护理对脑卒中患者神经功能及自我管理行为的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (8): 1510-1513.
- [6] 赖雪媛, 商艳萍, 陈芳, 等. 多学科协作护理模式对脑卒中患者心肺功能、运动功能及生活质量的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (11): 149-152.
- [7] 王丽, 金尘, 张玮. 多学科协作模式康复护理对脑卒中吞咽障碍患者功能恢复及生活质量的影响 [J]. 包头医学, 2022, 46 (1): 37-39.
- [8] 周丽娜, 万映雪, 吴芳. 知信行模式健康教育联合多学科合作连续康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用 [J]. 海南医学, 2022, 33 (6): 805-809.
- [9] 刘敏, 孙玉勤, 延敏博, 等. 多学科协作模式在卒中后神经源性膀胱患者管理中的应用 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志 (电子版), 2021, 15 (5): 431-435.
- [10] 李静. 在脑卒中单元模式下对 PSD 患者的护理体会 [J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (6): 190-192.