

医护治一体化康复管理模式在髋关节 置换患者围手术期的应用研究

钟梅艳, 梁青华, 庄小强, 刘德淮, 杨西宁

(广西医科大学附属民族医院骨科, 广西南宁 530001)

摘要:目的 探讨医护治一体化康复管理模式在髋关节置换患者围手术期的应用效果。方法 选取 2016 年 1 月—2017 年 3 月我科收治的 80 例行髋关节置换手术的患者, 采用随机数字表法将其分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组给予传统髋关节置换围手术期的康复治疗, 观察组给予医护治一体化管理模式治疗, 术前及术后用 Harris 髋关节评分系统、改良 Barthel 指数评定量表 (Modified Barthel index, MBI)、护理满意度调查表进行评估分析, 然后比较两组病例髋关节功能、离床时间、住院时间、日常生活能力、护理满意度, 并定期随访了解术后并发症发生情况。结果 与对照组相比, 术后观察组髋关节 Harris 评分明显提高 ($P < 0.001$); 护理服务满意度明显提升 ($P < 0.001$); 术后第 3 d、第 7 d 及第 14 d MBI 评分明显提高 ($P < 0.001$); 术后并发症发生率显著降低 ($P < 0.05$)。结论 对人工髋关节置换患者实施医护治一体化管理模式治疗, 能提高患者术后髋关节功能及日常生活能力, 减少术后并发症, 从而提高患者的满意度, 值得临床推广。

关键词:医护治一体化管理模式; 髋关节置换术; 日常生活能力; 满意度

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2019)03-0359-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2019.03.031

人工髋关节置换术是目前股骨头无菌性坏死、老年人股骨颈及股骨粗隆间骨折治疗的常用方法, 术后可明显减少患者卧床的相关并发症, 显著降低死亡率^[1]。髋关节置换的围手术期护理一直是研究的热点, 做好髋关节置换患者的康复及护理管理, 对于降低术后并发症、提高患者髋关节功能及生活质量, 都具有非常重要的临床意义^[2]。医护治一体化工作模式是指由医师、护士和康复治疗师根据自我意愿、自我专业技能按照专业组成治疗组, 以治疗组模式开展临床、教学、科研等工作^[3]。本研究对 2016 年 1 月—2017 年 3 月我科收治的 40 例行髋关节置换术患者实施医护治一体化管理模式, 取得了较好的临床效果, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2016 年 1 月—2017 年 3 月我科收治的 80 例股骨头无菌性坏死、股骨颈和股骨粗隆间骨折患者作为研究对象, 纳入标准: ①股骨头无菌性坏死、发生在 2 周内的股骨颈骨折及股骨粗隆间新鲜骨折并愿意接受手术者; ②首次接受髋关节置换术患者; ③意识清楚者; ④患者年龄在 50~80 岁之间; ⑤无严重的器质性心、脑、肺等内科疾病; ⑥家属和患者同意

进行本次治疗者; ⑦居住在本市市区或远郊者。排除标准: ①股骨颈、股骨粗隆间陈旧性骨折 (超过 2 周以上) 患者; ②保守治疗者; ③有明确手术禁忌证者; ④合并有心、脑、肺等严重疾病者; ⑤年龄超过 80 岁者; ⑥意识障碍者; ⑦家属和患者不同意进行本次治疗者; ⑧居住在边远偏僻农村者。根据随机数字表法原则将其分为对照组和观察组, 每组 40 例。术前两组病例性别、年龄、随访时间等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	n	性别 ^a (n)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	随访时间 ($\bar{x} \pm s$, 月)
		男	女		
观察组	40	18	22	68.70 ± 4.70	6.08 ± 4.15
对照组	40	21	19	67.60 ± 4.80	6.55 ± 3.78
t/χ^2		0.450		0.862	-2.452
P		0.502		0.418	0.384

注: a 表示该项统计值为 χ^2 值

1.2 护理方法

基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会科研项目 (z2016157)

第一作者简介: 钟梅艳 (1970—), 女, 副主任护师, 研究方向: 骨外科, E-mail: 15962265@qq.com

通信作者简介: 杨西宁 (1963—), 女, 主任护师, 研究方向: 护理管理, E-mail: 397918043@qq.com

1.2.1 对照组 ①患者入院第1 d:护士接待患者,完成首次护理评估;主管医师到病房查房,开出医嘱;护士执行医嘱。②入院第2~3 d:遵医嘱完善术前相关检查、术前准备;护士为患者讲解髌关节置换术的相关知识,指导患者进行相同内容的术前功能锻炼,包括引体向上运动、体位训练、“绷劲”运动和“踝泵”运动等。③术前日:主管医师和患者家属签署手术同意书。④术日:患者清醒后责任护士开始指导其做术前功能锻炼项目。⑤术后第1 d至出院:医师查房时指导患者做功能康复锻炼;同时责任护士督促患者进行功能锻炼。出院时,医师及护士均交代患者相关注意事项。⑥出院随访:出院后1个月、3个月及半年分别通过电话访谈和患者回院复诊的形式来追踪治疗效果。

1.2.2 观察组 ①首先成立医护治康复管理协同工作小组,由1名医师、1名护士和1名康复治疗师组成。②入院当日:医师、护士和康复治疗师共同进行入院评估、康复评定,根据评估结果制定个性化康复计划。③入院第2 d至术前日:康复治疗师和护士开始实施个性化术前康复计划,护士把指导过程拍成视频保存,保证康复指导的规范化和连续性;护士随时把患者情况反馈给医师;医护治三方联合评估术前康复效果,根据结果制定手术方案。④术日:医护治工作小组共同查房,评估病情,再次确定患者术后个性化康复计划。⑤术后第1~14 d:护士和康复治疗师开始共同执行个性化康复计划,并分别于术后第7 d和第14 d对患者的康复效果进行评估、修订方案、持续改进方案。在此过程中,护士把指导过程拍成视频保存,方便患者和家属强化记忆。⑥术后第15 d出院指导:当患者可完成长距离步行(50~100 m),即可出院,医护治共同完成出院患肢功能康复评估和居家康复指导。⑦出院随访:护士和康复师在患者出院后1个月、3个月及半年分别对患者进行随访,指导及评估患者患肢功能恢复情况。

1.3 观察指标 术前及术后两周,根据改良 Barthel 指数评定量表(MBI)^[4]、护理满意度调查表^[5]、Harris 髌关节功能评分系统^[6]分别评估两组患者日常生活能力(ability of daily living, ADL)、护理满意度及髌关节功能,并对患者进行定期随访,了解术后伤口疼痛情况及并发症(下肢深静脉血栓、假体脱位、压疮)的发生率。

1.4 统计学方法 用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析,计量资料的比较用 t 检验,计数资料的比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术前和术后髌关节功能比较 与术前比较,两组病例术后两周 Harris 评分均有明显提高,差异有

统计学意义($P < 0.001$);但观察组的 Harris 评分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 2。

表 2 两组手术前后 Harris 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后两周	t	P
观察组	40	49.30±2.40	76.93±11.54	-4.090	<0.001
对照组	40	49.50±2.30	65.24±10.38	-3.640	<0.001
t		-1.695	3.830		
P		0.096	<0.001		

2.2 两组术后离床时间、住院时间和护理满意度评分比较 与对照组相比,观察组离床及住院时间明显缩短,患者对护理服务满意度明显升高,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 3。

表 3 离床时间、住院时间及护理满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	离床时间(d)	住院时间(d)	护理满意度(分)
观察组	40	3.52±1.56	6.52±2.46	96.10±8.02
对照组	40	7.34±2.04	12.35±3.72	87.10±10.27
t		9.408	0.268	4.368
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组术前、术后日常生活能力比较 两组患者术前日常生活能力比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组术后第3 d、7 d、14 d的日常生活能力优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 4。

表 4 两组患者术前和术后 MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	术前	术后 3 d	术后 7 d	术后 14 d
观察组	40	38.51±5.43	58.74±5.43	66.17±7.52	78.47±9.36
对照组	40	38.26±5.28	47.25±3.27	54.29±6.32	69.35±7.43
t		0.735	11.527	12.425	8.751
P		0.537	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组术前、术后疼痛评分比较 两组患者术前疼痛评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组术后第3 d、7 d、14 d的疼痛评分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组患者术前和术后疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	术前	术后 3 d	术后 7 d	术后 14 d
观察组	40	8.20±1.13	5.30±1.43	3.60±2.32	1.40±0.48
对照组	40	8.30±1.08	7.40±1.27	5.20±1.57	3.50±1.83
t		-0.538	-2.427	-3.701	-2.672
P		0.805	0.001	0.001	<0.001

2.5 两组术后并发症发生情况比较 与对照组相比,观察组术后并发症发生率显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

表6 两组患者术后并发症发生情况比较 (n, %)

组别	n	假体 脱位	下肢深 静脉血栓	压疮	合计
观察组	40	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	4(10.00)
对照组	40	2(5.00)	5(12.50)	4(10.00)	11(27.50)

注: $\chi^2=4.021, P=0.045$

3 讨论

3.1 传统髋关节置换围手术期康复模式的疗效分析

传统髋关节置换术围手术期的康复治疗重点为早期做好体位护理、肌力及关节活动训练;中期做好体位转移、下床及步行训练;远期逐渐累积康复效果,改善髋关节功能,提高日常生活自理能力^[7]。在临床治疗过程中,我们发现传统围手术期康复模式未能形成医师、护士、康复治疗师的有机结合,医师的工作重点在于提高手术成功率,减少术后并发症。但医师有大量的手术、门诊及教学任务,在每日上午查完房后,大多数时间不在病房,没有更多时间对患者康复治疗进行干预^[8]。护士的工作重点在于术前对患者进行健康教育,术后指导并帮助患者进行康复训练,做好病人出院指导,让病人及家属了解并掌握髋关节置换术后的护理措施和禁忌,但护士制定健康教育计划,缺乏一个共同认可的标准,不能充分评估患者的生理、心理状况以及对健康教育的需求,通常采用填鸭式的教育方法^[9]。康复治疗师的工作重点在于指导患者进行功能锻炼,尽早恢复髋关节功能,以患者被动接受治疗为主,但对于如何提高手术成功率、降低并发症、健康知识等方面了解不多,不能有效提高患者生活质量^[10]。

传统的护理方法,医生、护士和康复治疗师之间无法相互配合,往往在术后的护理及康复治疗方面无法得到有机统一,从而影响患者术后恢复效果,大大降低患者满意度。

3.2 医护治一体化康复管理模式在髋关节置换围手术期的应用分析 近年来,随着医护一体化工作模式在护理领域的广泛应用,国外学者已经较为深入地掌握该模式,每个措施都有可靠的循证依据,并以大量样本及长期疗效为基础。国内这方面虽然起步较晚、研究较少、缺乏大量样本研究,但借鉴国外管理模式经验,学者提出医护治一体化护理模式,该模式根据医师、护士、康复治疗师三方专业性的意见,共同制定康复护理计划,并及时反馈康复效果,及时调整康复护理方案^[11]。医师查房时、护士进行护理操作时、康复治疗师进行康复治疗时,反复对患者进行健康宣教,医护治三方给予同步、系统的康复指导。研究表明,这样不仅能够提高患者对疾病相关知识的认知度,使其更好地配合治疗和康复训练,还能降低患者术后并发症发

生率,加速患者术后髋关节功能的恢复,提升患者日常生活能力^[12]。针对髋关节置换患者,医护治一体化康复护理也能够改善患者术后生活质量^[8,13]。

我们将医护治一体化管理模式应用于股骨头无菌性坏死、老年人股骨颈骨折及股骨粗隆间骨折行髋关节置换术患者,结果表明,观察组术后离床及住院时间较对照组明显减少,术后切口疼痛轻,术后关节功能及日常生活能力较对照组恢复更快,差异均有统计学意义,表明医护治一体化模式对髋关节置换患者围手术期有重要意义。在术后并发症方面,观察组假体脱位、下肢深静脉血栓、压疮的发生率较对照组显著降低,表明医护治一体化模式对减少患者术后的并发症也有明显的效果。在满意度方面,观察组较对照组明显提高,原因是医护治一体化模式反复对患者进行宣教,满足了患者的康复期望及康复知识需求,大大提高了患者满意度,且对患者实施流程清晰、内容具体的同步系统康复指导,不仅提高患者对疾病相关知识掌握度,还减少了术后并发症,从而提高医疗质量和患者满意度。

另外,我们定期开展医护治协作小组讲座,并针对护理及康复的关键环节进行强化技术交流,对疑难重症病例进行讨论分析,三方在规范各自行为的前提下,相互合作、明确分工,大幅提高了各自的专业能力和工作效率,节约了医疗成本。

综上所述,对股骨头无菌性坏死、老年人股骨颈骨折及股骨粗隆间骨折行人工髋关节置换患者实施医护治一体化模式,能提高患者术后髋关节功能及日常生活能力,减少术后并发症,从而提高患者的生活质量和临床满意度,且该模式能提高医务人员的专业能力及工作效率。

3.3 医护治一体化康复管理模式的应用现状和价值

在我国,康复治疗的水平较发达国家落后较多,且国内区域发展极不平衡,尤其在经济落后的不发达地区,康复治疗师没有受到重视,传统围手术期的治疗模式比较单一,不能将医生、护理、康复各专业治疗有机结合,严重影响了患者的治疗质量和效果。我们在研究中发现医护治模式将医、护、治及患者四要素有机融合在一起,有效弥补了各自的缺点,能为患者提供更优质的护理服务,同时有利于促进医、护、患关系的和谐发展,其重要性及疗效与文献报道相一致^[14]。由于该模式在不发达地区出现的时间较晚,尤其是在不发达地区的基层医院尚未开展,值得进一步推广。

参考文献:

- [1] 陈美娟. 全髋关节置换术后患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(24): 45-46.
- [2] 夏振兰, 何冰, 范梅霞, 等. 全髋关节置换术患者连续性护

- 理模式的构建及应用[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(8): 687-691.
- [3] 杜春萍, 曾晓梅, 吴姁悻, 等. 医护治一体化模式提高康复治疗师专业能力[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(17): 13-14.
- [4] 张小华, 张金菊. 延伸护理对人工全髋关节置换术后患者生活质量及髋关节功能恢复的影响[J]. 中国现代医生, 2013, 51(25): 80-83.
- [5] 张俊芳, 武秀梅. 医护治一体化模式在康复医学科优质护理服务中的应用[J]. 医学信息, 2014, 27(19): 1006-1959.
- [6] 黄树森, 庄腾丰, 吴婷婷, 等. SuperPATH入路与常规入路全髋关节置换手术临床疗效比较的Meta分析[J]. 右江民族医学院学报, 2018, 40(6): 590-594.
- [7] 许竞幻, 何英, 杨丽萍. 髋关节置换术后48例运动功能的康复护理[J]. 护理与康复, 2014, 13(10): 977-979.
- [8] 姜香云, 吴佳倩, 张亚珥, 等. 医护一体化管理降低人工髋关节置换术患者深静脉血栓发生率的实践[J]. 中国护理管理, 2014, 14(5): 550-552.
- [9] 陈佳佳, 高强, 龚巧鹭, 等. 医护治一体化工作模式在下肢截肢患者健康教育中应用[J]. 中国康复理论与实践, 2014, 20(12): 1196-1198.
- [10] 张小艳, 吴姁悻, 杜春萍. 医护治一体化模式对髋关节置换术后患者康复效果的影响[J]. 现代临床护理, 2015, 14(10): 25-29.
- [11] 寇洁, 陈文静. 医护一体化模式在PCI术后患者中的应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(4): 29-31.
- [12] 万丽. 医护一体化在髋关节置换术后预防并发症中的应用[J]. 医学理论与实践, 2015, 28(16): 2238-2239.
- [13] 代莉莉. “医护一体化”护理模式在预防老年髋部骨折术后深静脉血栓中的应用[J]. 安徽医药, 2013, 17(6): 1063-1065.
- [14] Arford PH. Nurse-physician communication: an organizational accountability[J]. Nurs Econ, 2005, 23(2): 72-77, 55.

收稿日期: 2019-03-08; 修回日期: 2019-04-09

(上接第358页)

- 参考文献:**
- [1] 寻素华. 浅析微课程开发在校内外的应用研究[J]. 中国电化教育, 2013(9): 123-126.
- [2] 马克龙, 蔡标, 李璐, 等. 翻转课堂教学模式在生物化学课程教学中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2018, 40(6): 615-617.
- [3] 郑凯炼, 嵇铂尧, 王欢, 等. 翻转课堂结合学习型微信公众平台在胰腺外科教学中的实际运用[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(13): 42-44.
- [4] 吉正国, 杨培谦, 刘庆军, 等. 翻转课堂教学模式在泌尿外科床带教中的设计与应用[J]. 医学信息, 2016, 29(15): 10-11.
- [5] Tolks D, Schäfer C, Raupach T, et al. An introduction to the inverted/flipped classroom model in education and advanced training in medicine and in the healthcare professions[J]. GMS J Med Educ, 2016, 33(3): Doc46.
- [6] 桂耀荣. 微课及微课的制作和意义[J]. 化学教与学, 2013(5): 41-42.
- [7] 费娜. 临床教学中微课的优势[J]. 科技创新导报, 2018, 15(14): 235-236.
- [8] 马金祥. 微课在外科教学中的应用探讨[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(17): 181.
- [9] 邓兴力, 汤志伟, 王向鹏, 等. 微课在神经外科临床理论教学中的应用[J]. 中国高等医学教育, 2018(1): 12-13.
- [10] 王科峰, 李艳君, 宋彦, 等. 基于微课的翻转课堂在泌尿外科学教学中的应用[J]. 基础医学教育, 2017, 19(3): 231-233.
- [11] 刘爱华, 刘丽华. 基于微课的翻转课堂在外科学教学中的探索[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(5): 27-28.
- [12] 刘云建, 李春平, 刘思嘉, 等. 基于微课的翻转课堂在普通外科学教学中的应用研究[J]. 智库时代, 2018(35): 233-234, 271.

收稿日期: 2019-03-23; 修回日期: 2019-04-17