

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.14.021

奥马哈系统干预在脑卒中全程管理中的应用研究

孙娟,滕亚莉[△]

(连云港市第二人民医院神经内科,江苏连云港 222023)

[摘要] **目的** 探讨基于奥马哈系统的护理干预在脑卒中患者全程管理中的应用效果。**方法** 选取该院神经内科 2016 年 3—12 月脑卒中患者 50 例,分为对照组和干预组各 25 例,对照组患者采取常规电话回访护理,干预组患者在此基础上实施奥马哈系统护理模块干预,实施个性化护理,12 个月后比较两组脑卒中危险因素改善情况及脑卒中复发率。**结果** 干预组危险因素(高血压、高血脂、糖尿病)的控制水平均显著优于对照组($P < 0.05$);干预组服药依从性明显高于对照组($P = 0.047$);干预组脑卒中复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P = 0.034$)。**结论** 奥马哈系统护理干预模式能够有效改善脑卒中的危险因素,减少脑卒中的复发率。

[关键词] 奥马哈系统;卒中;全程管理;健康干预**[中图法分类号]** R473 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2019)14-2427-03

Application research of Omaha system intervention in the whole process management of stroke

SUN Juan, TENG Yali[△]

(Department of Neurology, the Second Hospital of Lianyungang City, Lianyungang, Jiangsu 222023, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of Omaha system-based nursing intervention in the whole process management of stroke. **Methods** A total of 50 patients with stroke from March to December in 2016 were divided into the control group and the intervention group, with 25 patients in each group. The control group received routine telephone call back care. The intervention group implemented Omaha on the basis of the control group. The systemic nursing module intervened and implemented personalized nursing. After 12 months, the improvement of stroke risk factors and the recurrence rate of stroke were compared. **Results** The risk factors of the control group (hypertension, hyperlipidemia, diabetes) in the intervention group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$); the compliance of the intervention group was significantly higher than that in the control group ($P = 0.047$); the recurrence rate of stroke in the intervention group was significantly lower than that in the control group, the difference was statistically significant ($P = 0.034$). **Conclusion** Omaha system nursing intervention model can effectively improve the risk factors of stroke and reduce the recurrence rate of stroke.

[Key words] Omaha system; stroke; whole course management; health intervention

脑卒中是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能灌流入大脑而引起脑组织损伤的疾病,已成为人类第 2 位死亡原因,具有较高的复发率^[1-2],严重威胁人类的身体健康和生命安全,如何有效预防脑卒中的发生成为临床研究中的一大难题^[3]。临床相关研究报道指出,脑卒中患者血压和血糖水平控制不理想者卒中再发风险大大增加,其中 2 型糖尿病可以直接或间接地促发或加重脑卒中^[4-5]。而总胆固醇异常和房颤均是二次缺血性脑卒中发生的独立危险因素。对上述危险因素进行控制,有利于脑卒中复发风险的下降。也有调查显示,多数患者回家后不规范服药,存在自行改药情况,因此,还需要加强出院患者

的健康教育和督导,进一步提高患者健康依从性^[5]。目前,大部分健康宣教和督导停留在电话、微信圈和出院书面指导上,没有系统地跟踪研究指导。奥马哈系统自 1975 年由美国同行建立以来,其可靠性、有效性和易用性已在多个国家得到证明,是一种基于社区的简化的护理程序运作系统^[6]。它包含问题分类系统(对评估对象的健康问题进行分类)和干预系统(分类-选择干预目标-干预措施),从认知、行为和状况 3 个方面评价结局指标,近年来,其在慢病管理中的应用逐渐增多并显现出独有的优势。微信信息下的便捷服务利于拉近医护人员与出院患者的距离,及时发现和干预健康问题,做好脑卒中患者的一、二级防控。

奥马哈系统电子化模板的应用有利于护士全面了解患者的健康状况,针对患者存在的护理问题进行措施干预,并及时进行效果评价,不断改善患者的健康问题,督促患者改变不良生活行为,自觉规范服药,定期随访,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院神经内科 2016 年 3—12 月自愿接受健康干预的 55~75 岁脑卒中患者 50 例,分为对照组和干预组各 25 例。患者均符合脑卒中高危人群标准,如高血压,糖尿病,高血脂,房颤史,吸烟,很少进行体育活动, BMI ≥ 26 kg/m²,有脑卒中家族史,具有其中的 3 项及以上。排除有认知障碍及合并严重器质性病变、精神障碍及恶性肿瘤等患者。

1.2 方法

1.2.1 试验方法 对照组采用常规电话回访护理,干预组在此基础上联合微信息和手机 APP 实施奥马哈系统护理干预,具体如下:(1)以患者为导向,结合患者住院期间存在的护理问题,从患者一入院就建立脑卒中患者奥马哈系统电子模板和脑血管病防控群,通过电话、微信、访谈、APP、上门服务等,应用奥马哈系统评估患者个人现存的健康问题,并对评估出来的问题进行分类,发现脑卒中患者最主要的问题存在于生理领域和健康相关行为领域,如饮食、肢体功能锻炼、血压、血糖、血脂的控制与用药依从性。(2)首先制订个性化干预措施,对干预措施进行分类,主要为健康教育、指导和监督;然后确定血压、血糖、血脂的干预目标,血压控制在 130/80 mm Hg 左右,标准空腹血糖小于或等于 6.1 mmol/L;总胆固醇和三酰甘油控制在正常范围^[7]。最后进行措施干预:①合理饮食。提供地中海式饮食清单,指导低盐、低钠、低胆固醇饮食,根据患者的身高、体质量、活动强度等,计算每天总热量的需求并对食物进行合理的搭配,结合患者喜好制订个性化食谱^[8],三餐做到定时、定量^[9]。对于超重或肥胖的患者予减重指导, BMI 控制在 18.5~24.9 kg/m²;戒烟限酒^[10]。②肢体功能锻炼。对于肢体功能障碍的患者,给予肢体活动指导。偏瘫肢体肌力在 2 级及以下者予良肢位摆放,被动活动肢体;患肢肌力在 3 级及以上者,予主动活动肢体,达 4 级者可进行抗阻力活动,运动初期应注意预防跌倒或受伤^[11]。肌力正常患者,每天除日常活动外,增加散步、慢跑、骑自行车、打太极拳等,每次 30~45 min,以心率加快不超过 20 次/分钟、无不适为宜。③血压、血糖、血脂的监测。发放记录表,教会患者或家属在家正确使用电子血压计,定期测血压并记录,告知血压监测的注意事项,定期电话和联动社区护士上门随访血压情况^[12],当血压高于平时的稳定范围时应嘱其就医,让医生对其血压进行全面评估。血糖每周至少

监测 1 次,根据患者情况调整测量次数;血脂每 3 个月至半年监测 1 次。④用药指导。按出院记录上的用药要求进行服药,不得自行改变或停止服药,血压、血糖、血脂有波动时联系医生,社区护士每周上门督查患者服药情况,执行良好,改为电话随访。(3)应用奥马哈系统模块从认知、行为、状况 3 个方面进行结局评价,明确干预效果。对于过程中出现的任何不适或控制不良问题及时在微信平台反馈,科内建立微信平台值班表,对患者的奥马哈系统电子档案定期评估,负责患者健康管理。

1.2.2 评价指标 (1)根据血压、血糖、血脂的监测记录对比两组患者自我防控管理水平;(2)服药依从性^[13];运用问卷评价法,对患者服药依从性评价采用提问方式(您是否有时候忘记服药?您是否偶尔不注意服药?当您自觉症状改善时,是否停止服药?当您服药自觉症状更坏时,是否曾停止服药?),回答“是”计为 0,回答“否”计为 1,总分为 4 分,4 分为依从性好,否则为依从性差。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 *t* 检验;计数资料以频数或百分率表示,比较采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预后两组患者疾病危险因素防控水平比较 干预组脑卒中患者在全程管理中高血压、糖尿病和高血脂的控制水平均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 健康干预后疾病危险因素控制情况对比[n(%)]

项目	干预组(n=25)		对照组(n=25)		χ^2	P
	有效控制	控制差	有效控制	控制差		
高血压	24(96.00)	1(4.00)	19(76.00)	6(24.00)	4.153	0.042
高血糖	22(88.00)	3(12.00)	16(64.00)	9(36.00)	3.947	0.047
高血脂	23(92.00)	2(8.00)	17(68.00)	8(32.00)	4.500	0.034

2.2 干预后两组患者出院服药依从性及复发率比较 干预组的服药依从性明显高于对照组;两组患者经 1 年干预后,脑卒中复发率比较,干预组明显少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 健康干预后两组患者服药依从性及卒中复发率对比[n(%)]

项目	干预组(n=25)	对照组(n=25)	χ^2	P
依从性好	22(88.00)	16(64.00)	3.947	0.047
依从性差	3(12.00)	9(36.00)		
复发	2(8.00)	8(32.00)	4.500	0.034
未复发	23(92.00)	17(68.00)		

3 讨 论

脑卒中起病急、病情凶险,是我国老年人中病残率和致死率极高的常见病和多发病,患者一旦发病,给家庭和社会带来沉重负担^[14]。因此,降低脑卒中的发病率、复发率具有重要的社会意义。本研究结果表明,经奥马哈系统模板对脑卒中患者的全程管理干预 1 年后,患者在血压、血糖、血脂的控制和用药依从性上均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),干预组 1 年内脑卒中的复发率由原来的 32% 降低至 8%。护士在问题评估与分析、对策拟定方面的能力都得到提高,干预措施更具有针对性^[15],患者的遵医行为也明显加强,疾病危险因素得到有效控制,降低了脑卒中复发率。

目前奥马哈系统主要用于高血压、糖尿病、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病管理,主要方式是家庭访视、个案管理及回顾,以此来验证奥马哈系统作为一种标准化护理语言对疾病的描述吻合度。本研究的不同之处在于对脑卒中患者建立奥马哈系统电子表格,患者下载安装手机 APP 后,可建立电子档案,护士通过对患者的健康调查回复,了解患者的健康状态。电子档案的建立可充分发挥专科护士在脑卒中患者全程管理中的干预作用,能够系统地对患者的健康问题进行分析,确立患者的护理需求和实践内容,找出现存的和潜在的健康问题,给予个性化对策和效果评价。电子档案有效地将奥马哈系统与信息化结合起来,提高了患者参与治疗和护理的积极性,改善了脑卒中患者的健康状况。

由于现有的奥马哈系统电子模板在信息化整合方面的不足与专科护理措施的不完善,加上大多老年人对电子产品的应用能力差,奥马哈系统推广起来尚有一定的难度。但随着国内对奥马哈系统模式认识的深入和护理技术与措施的不断发展,以及云医院平台的上线,奥马哈系统模块在脑卒中患者全程管理中的开发和应用也将越来越广。

参考文献

[1] KERNAN W N, OVBIAGELE B, BLACK H R, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart associa-

tion/American stroke association [J]. Stroke, 2014, 45 (7):2160-2236.

[2] 赵钢. 脑卒中防治与血压管理 [J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(2):112-115.

[3] 张家康, 王泉雄, 陈鑫, 等. 急性缺血性脑卒中中循环 miRNA 的相关研究进展 [J]. 卒中与神经疾病, 2016, 23 (3):213-215.

[4] AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2015 abridged for primary care providers [J]. Clin Diabetes, 2015, 33(2):97-111.

[5] HERR S, NISSEN S. Managing hypertension in type 2 diabetes mellitus [J]. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2016, 30(3):445-454.

[6] 彭易, 王岚, 邹静. 奥马哈系统在慢病管理中的应用研究进展 [J]. 中国护理管理, 2015, 15(12):1499-1502.

[7] COUTTS S B, WEIN T H, LINDSAY M P, et al. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke guidelines, update 2014 [J]. Int J Stroke, 2015, 10(3):282-291.

[8] 徐茉莉, 蒋娟, 兰花, 等. 个性化综合饮食护理干预对 2 型糖尿病患者的临床效果研究 [J]. 重庆医学, 2015, 44 (13):1784-1787.

[9] 翁育芳. 护理干预对 2 型糖尿病患者生活质量的影响分析 [J]. 中外医疗, 2013, 36(29):144-145.

[10] 米国莲, 王春艳, 陶丽, 等. 体质量指数超标与高血压和高血脂及高血糖的关系调查分析 [J]. 河北医药, 2015, 37 (5):681-683.

[11] 耿秀霞, 白玉琴, 顾珍凤, 等. 早期康复训练对卒中后肢体功能恢复的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(2):68-70.

[12] 张艳, 高珊, 李辉, 等. 延续护理对初发 2 型糖尿病患者血糖、血脂、血压及自我管理能力的管理 [J]. 护理研究, 2015, 29(35):4421-4423.

[13] 赵越, 戚玮琳, 王斌. 健康信念对高血压患者服药依从性的影响研究 [J]. 中华全科医师杂志, 2015, 14(4):261-265.

[14] 邹国英, 伏尹, 徐国锋, 等. Pentraxin-3 的表达在脑卒中的研究进展 [J]. 卒中与神经疾病, 2017, 24(5):472-474.

[15] 刘艳飞, 陈伟菊, 许万萍, 等. 基于奥马哈系统延续护理对 2 型糖尿病患者自我管理能力的管理 [J]. 护理学报, 2015, 22(10):34-39.

(收稿日期:2019-02-02 修回日期:2019-04-24)