

• 临床护理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2022.01.037

脑卒中合并高血压患者应用医院-社区-家庭联动管理方案的效果*

方 玲¹, 刘汝茜²

(河北省衡水市人民医院:1. 神经内二科;2. 神经内一科 053000)

[摘要] **目的** 探讨医院-社区-家庭联动管理方案对脑卒中合并高血压患者的影响。**方法** 选择 2017 年 5 月至 2018 年 12 月该院内科收治的脑卒中合并高血压患者 156 例,随机分为联动管理组和常规护理组,每组 78 例。常规护理组给予常规神经内科治疗和护理,联动管理组在常规神经内科治疗和护理基础上给予医院-社区-家庭联动管理方案。比较两组患者入院时,护理 3、6 个月后神经功能缺损[采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行评价]、血压水平、生活质量[采用脑卒中专用生活质量量表(SSQOL-100)进行评价],以及护理 6 个月后不良事件发生情况、患者对护士的护理满意度等。**结果** 两组入院时 NIHSS 评分、收缩压、舒张压、各项 SSQOL-100 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),出院 3、6 个月 NIHSS 评分均明显降低,且联动管理组患者明显低于常规护理组,收缩压及舒张压均明显改善,差异均无统计学意义($P<0.05$);联动管理组患者出院时,出院 3 个月血压与出院 6 个月比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);常规护理组患者血压逐渐升高,差异有统计学意义($P<0.05$);出院 3、6 个月 SSQOL-100 评分中除语言外均明显提升,且联动管理组患者明显高于常规护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$);联动管理组出院 6 个月后不良事件发生率明显低于常规护理组,护理满意度明显高于常规护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 应用医院-社区-家庭联动管理方案护理干预可有效减轻脑卒中合并高血压患者出院后神经损伤,降低并维持血压稳定,降低不良反应发生率,提高患者对护理的满意度,提高生活质量。

[关键词] 脑卒中;高血压;医院-社区-家庭;护理**[中图法分类号]** R473**[文献标识码]** B**[文章编号]** 1671-8348(2022)01-0169-05

随着人口老龄化的发展,护理正在向社区、家庭方向发展,特别是对患有慢性疾病的老年患者的护理^[1]。高血压是造成心、脑血管疾病的主要危险因素,超过一半以上脑卒中的发生与高血压相关。脑卒中带来的伤害是多重性的,不仅可对患者自身带来伤害,也可增加家庭及社会负担。随着我国社区卫生机构的发展,脑卒中患者出院后的社区及家庭护理受到关注^[2]。医院-社区-家庭联动管理方案医院、社区医疗机构、家庭共同为脑卒中患者提供持续的治疗和护理的方式^[3]。本院联合社区卫生机构、家庭对脑卒中患者实施了联动管理,观察此方案对脑卒中合并高血压患者的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 5 月至 2018 年 12 月本院内科收治的符合脑卒中合并高血压患者 156 例,其中男 87 例,女 69 例;平均年龄(64.96 ± 11.28)岁;病程 14~38 d,平均(25.87 ± 3.01)d;住院时间 12~25 d,平均(18.22 ± 2.91)d。随机分为联动管理组和常规护理组,每组 78 例。两组患者年龄、体重、病程、性别、吸

烟、饮酒、婚姻、教育程度、疾病类型等一般情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。本研究经本院医学伦理委员会审核批准。纳入标准^[4]:(1)确诊为脑卒中且高血压患者;(2)年龄大于或等于 50 岁;(3)意识清楚者;(4)对本研究知情并同意参与者。排除标准:(1)合并其他器质性病变者;(2)不能完成本研究者。

1.2 方法

1.2.1 常规护理组

给予常规神经内科治疗和护理。由责任护士给予常规住院护理及出院指导。入院后评估患者基本状况(自理能力、治疗性需求等)。住院期间根据患者基本情况健康教育、康复指导,并免费发放脑卒中相关知识资料,依据患者吞咽能力与营养师及患者照顾者共同制定食谱,出院时告知患者出院流程及出院后服药及康复训练;出院后每个月电话随访 1 次,了解并指导医院外康复训练。

1.2.2 联动管理组

在常规神经内科治疗和护理基础上实施医院-社区-家庭联动管理方案,具体方法如下。(1)多学科团

* 基金项目:河北省医学科学研究重点课题计划项目(20181588)。 作者简介:方玲(1988—),主管护师,本科,主要从事神经内科护理研究。

队的建立。创建多学科团队,成员为责任护士、社区护士、康复医师、营养师等,定期对团队成员进行统一培训。建立医院-社区-家庭三方交流群,共享患者一般情况及病情等资料,为评估病情、解答患者的家属问题等提供方便。(2)住院阶段护理。在常规护理基础上依据患者个人存在的问题给予个性化治疗和护理。(3)医院-社区阶段的交接。患者经住院治疗病情好转后部分患者可转入社区进一步治疗与护理。出院时责任护士评估患者及家属的情况,联系社区护士将患者档案转入社区医疗机构,与社区医护人员交接好^[5]。社区护士对患者再次进行评估,制订个性化护理方案,包括用药护理、康复锻炼、心理护理等。(4)社区-家庭阶段护理。患者经住院治疗病情好转后部分患者可直接回家进一步治疗与护理,此时由照顾者(患者的家属或护工)接管此项工作,由于家庭中的照顾者缺乏此疾病专业护理知识及实践能力,住院期间责任护士或社区护士需对家庭照中的照顾者进行专业护理指导。社区护士对患者进行定期随访(教患者自我照顾方式,教患者的照顾者帮助患者康复锻炼的方法,检查患者康复训练效果及对身体康复影响等),也可根据病情轻重程度改变随访次数,以便随时了解患者的实时病情。

表 1 两组患者一般资料比较				
项目	联动管理组 (n=78)	常规护理组 (n=78)	t/χ ²	P
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	64.45±11.17	63.98±12.05	2.37	0.054
体重($\bar{x}\pm s$,kg)	65.32±5.26	66.01±5.69	1.96	0.068
病程($\bar{x}\pm s$,月)	25.78±2.91	25.90±3.09	0.25	0.803
住院时间($\bar{x}\pm s$,d)	18.19±2.87	18.26±2.95	0.15	0.881
发病情况(n)			1.34	0.248
新发	45	52		
既往	33	26		
性别(n)			0.23	0.629
男	45	42		
女	33	36		
吸烟(n)	40	32	1.65	0.199
饮酒(n)	31	25	1.00	0.317
已婚(n)	76	72	2.11	0.147
教育程度(n)			0.15	0.703
文盲及小学	3	2		
初中及高中	61	65		
大学及以上	14	11		
疾病类型(n)			0.42	0.811
脑梗死	43	39		
脑出血	29	32		
其他	6	7		

1.3 评价指标

1.3.1 神经功能缺损

采用美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale,NIHSS)^[5]评价两组患者入院时,护理 3、6 个月后神经功能缺损,分数为 0~35 分,分数越高表示神经损伤越严重。

1.3.2 血压变化

观察两组患者入院时,护理 3、6 个月后血压变化情况。

1.3.3 生活质量

采用脑卒中专用生活质量量表(stroke specific quality of life scale,SSQOL-100)^[6]评价两组患者入院时,护理 3、6 个月后生活质量,包括精力、家庭角色、语言、活动能力、情绪、自理、社会角色、思维、上肢功能及工作能力等 10 项指标。总分为 100 分,分数越高表示生活质量越好。

1.3.4 不良事件^[7]

包括缺血性脑血管病(脑梗死、短暂性脑缺血、出血性脑血管病等)、心血管事件(急性心肌梗死、心绞痛、心律失常、心力衰竭等)和外周血管事件(深静脉血栓形成、动脉硬化闭塞症等)。

1.3.5 护理满意度

采用满意度调查表统计两组患者护理 6 个月后护理满意度,包括非常满意、一般满意和不满意。护理满意度=(非常满意+一般满意)/总例数×100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数资料以例数或率表示,组间比较采用 t 检验、秩和检验、χ² 检验等。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 神经功能缺损

两组患者入院时 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);出院 3、6 个月 NIHSS 评分均明显降低,且联动管理组患者明显低于常规护理组,差异均有统计学意义(P<0.05),见表 2。

表 2 两组患者不同时间点 NIHSS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
时间	联动管理组 (n=78)	常规护理组 (n=78)	t	P
入院时	26.38±3.14	27.17±2.16	1.831	0.069
出院 3 个月	23.17±2.88	25.85±2.51	6.195	0.001
出院 6 个月	20.31±1.96	23.54±1.87	10.530	0.001

2.2 血压变化

两组患者入院时收缩压、舒张压比较,差异均无统计学意义(P>0.05);出院时,出院 3、6 个月收缩压、舒张压比较,差异均有统计学意义(P<0.05);联动管理组出院时,出院 3 个月血压与出院 6 个月比较,差异均无统计学意义(P>0.05);常规护理组患者血压逐

渐升高,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者不同时间点血压比较($\bar{x}\pm s$,mm Hg)

时间	联动管理组($n=78$)		常规护理组($n=78$)	
	收缩压	舒张压	收缩压	舒张压
入院时	153.8±8.16	96.63±4.52	154.05±8.39	97.22±5.69
出院时	132.59±9.31 ^b	87.63±5.20 ^b	138.69±8.97	92.31±6.11
出院 3 个月	133.17±8.88 ^b	86.59±6.38 ^b	139.52±7.92 ^a	93.02±5.58 ^a
出院 6 个月	134.25±7.96 ^b	87.34±7.25 ^b	144.24±7.01 ^a	95.54±5.39 ^a

^a: $P<0.05$,与同组出院时比较;^b: $P<0.05$,与常规护理组同时间点比较。

2.3 生活质量

两组患者入院时各项 SSQOL-100 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);出院 3、6 个月 SSQOL-100 评分中除语言外均明显提升,且联动管理组患者明显高于常规护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者不同时间点 SSQOL-100 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	联动管理组 ($n=78$)	常规护理组 ($n=78$)	t	P
精力				
入院时	36.38±5.64	35.84±5.59	0.66	0.210
出院 3 个月	43.56±6.48	38.85±0.51	13.36	0.001
出院 6 个月	54.67±5.12	48.64±5.61	21.56	0.001
家庭角色				
入院时	52.01±5.66	51.87±6.53	0.68	0.321
出院 3 个月	54.99±6.59	53.86±5.47	11.23	0.004
出院 6 个月	58.64±6.02	55.61±5.97	18.36	0.001
语言				
入院时	69.99±10.23	70.25±10.41	0.89	0.147
出院 3 个月	70.58±9.73	70.48±9.73	0.41	0.470
出院 6 个月	71.18±9.49	70.96±10.53	0.62	0.305
活动能力				
入院时	45.36±5.98	44.89±5.36	1.34	0.069
出院 3 个月	52.31±7.14	49.67±6.59	18.64	0.001
出院 6 个月	60.23±7.25	57.69±7.31	19.73	0.001
情绪				
入院时	63.25±9.32	63.85±9.64	0.81	0.149
出院 3 个月	71.33±9.56	68.23±9.60	15.64	0.001
出院 6 个月	75.31±10.23	70.18±10.02	23.61	0.001
自理能力				
入院时	43.69±5.96	43.77±5.82	0.51	0.481
出院 3 个月	51.37±6.25	48.67±6.32	14.67	0.004
出院 6 个月	59.68±6.74	54.64±6.18	20.31	0.001
社会角色				

续表 4 两组患者不同时间点 SSQOL-100 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	联动管理组 ($n=78$)	常规护理组 ($n=78$)	t	P
入院时	50.36±7.81	50.99±7.90	0.60	0.347
出院 3 个月	59.24±8.14	56.58±6.95	12.31	0.003
出院 6 个月	64.37±8.97	60.32±9.15	13.54	0.001
思维				
入院时	55.32±6.98	55.24±7.02	0.33	0.612
出院 3 个月	59.31±7.36	57.31±7.25	8.35	0.005
出院 6 个月	62.09±7.11	59.39±7.29	9.20	0.004
上肢功能				
入院时	60.62±7.91	61.00±8.62	0.62	0.301
出院 3 个月	73.17±9.36	66.98±9.60	19.34	0.001
出院 6 个月	80.56±10.27	74.65±9.33	28.01	0.001
工作或劳动				
入院时	45.98±8.57	46.15±8.64	0.71	0.258
出院 3 个月	49.68±9.25	47.56±8.97	7.64	0.009
出院 6 个月	52.36±9.32	50.16±9.31	5.29	0.012

2.4 不良事件

联动管理组患者出院 6 个月后不良事件发生率明显低于常规护理组,差异有统计学意义($\chi^2=6.695,P=0.010$),见表 5。

表 5 两组不良事件发生情况比较[$n(\%)$]

不良事件	联动管理组($n=78$)	常规护理组($n=78$)
缺血性脑血管病		
脑梗死	1(1.3)	2(2.6)
短暂性脑缺血	3(3.8)	6(7.7)
出血性脑血管病	3(3.8)	5(6.4)
心血管事件		
急性心肌梗死	1(1.13)	2(2.6)
心绞痛	2(2.6)	4(5.0)
心律失常	5(6.4)	10(12.8)
心力衰竭	1(1.3)	1(1.3)
外周血管事件		
深静脉血栓	1(1.3)	2(2.6)
动脉硬化闭塞症	0(0)	1(1.3)

2.5 护理满意度

联动管理组患者护理 6 个月后护理满意度明显高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

表 6 两组患者护理 6 个月后护理满意度比较					
组别	<i>n</i>	非常满意 (<i>n</i>)	一般满意 (<i>n</i>)	不满意 (<i>n</i>)	护理满意度 (%)
常规护理组	78	20	36	22	71.79
联动管理组	78	51	24	3	96.15

3 讨 论

医院-社区-家庭联动管理方案是指患者在出院后为了更好地恢复而采用的连续护理方案^[8]。脑卒中急性期后,前 6 个月为康复治疗的最佳时期,在医务人员的专业指导下超过 80% 的脑卒中患者可通过正确的康复锻炼方式得到较好的预后^[9]。但脑卒中急性期过后如若不能留在医院继续治疗,出院后不能得到连续规范的护理与治疗而错过了最佳治疗时期,从而使致残率升高。因此,出院后社区和家庭的延续护理就显得尤为重要,而脑卒中患者及家属对延续护理的需求也是十分迫切的^[10]。

本研究结果显示,出院时,出院 3、6 个月收缩压及舒张压控制的联动管理方案效果更佳,血压控制更好,联动管理组出院后血压较稳定,常规护理组患者随时间延长,血压逐渐升高,说明医院-社区-家庭联动管理的积极作用能渗透到患者以后的生活中,而仅在医院的常规护理只能维持患者在医院内的血压水平,起不到长时间管理的作用^[11-12]。

因高血压与脑卒中的发生和发展密切相关,而脑卒中造成的神经功能障碍严重影响了患者的活动功能和生活质量,尤其是急性期患者,突发的病情导致其生活无法自理,失去正常的活动能力,情绪波动较大,具有较重的心理压力^[13]。本研究结果显示,联动管理组患者出院 3、6 个月 NIHSS 评分均明显低于常规护理组,除语言外各项 SSQOL-100 评分均明显高于常规护理组,6 个月后不良事件发生率明显低于常规护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。说明医院-社区-家庭联动管理能促进患者神经功能的恢复,降低不良反应发生率,并提升其提高生活质量。医院-社区-家庭联动管理方案除了给予患者日常生活的锻炼指导外,还会对患者自身情况进行综合评估,制订个体化护理方案,从而进行个性化护理与治疗,使患者在疾病治疗、康复锻炼方面均得到更有效的指导^[14-15]。

脑卒中患者由于生理、心理功能损害往往需要更多的关心与呵护,医护人员在随访中将人文关怀纳入功能锻炼、健康教育、心理护理中,增加了患者信任感和亲切感,使各项护理在愉快、信任的氛围中进行。

本研究结果显示,联动管理组患者护理 6 个月后对护理的满意度明显高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明医院-社区-家庭联动管理方案延续至社区及家庭,一方面使护理措施更加全面;另一方面患者得到更多的关心及指导,提升了护理满意度^[16]。

综上所述,建立脑卒中患者的医院-社区-家庭联动管理方案能有效减轻脑卒中合并高血压患者功能障碍,降低并维持血压水平,降低不良反应发生率,提高患者对护理的满意度,提高生活质量。

参考文献

[1] 毛翠,徐难,覃琴,等. 国内外老年慢性病患者用药依从性社区干预的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(9):1256-1260.

[2] 何敏兰,谢艳华,王伟华,等. 社区家庭康复护理模式对改善脑卒中患者心理状况的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25(3):109-111.

[3] 张晓华. 医院-社区-家庭整体护理在脑卒中康复中的应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(34):155.

[4] 汤龙,郑拯,饶阿敏,等. 脑卒中社区康复管理模式与技术探讨[J]. 中国全科医学,2021,24(15):1932-1937.

[5] 魏敏. 早期服用阿司匹林对急性脑梗死患者入院美国国立卫生研究院卒中量表的影响[J]. 山西医药杂志,2020,49(21):84-86.

[6] ALOTAIBI S M,ALOTAIBI H M,ALOLYANI A M,et al. Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in KFHU, Khobar: a prospective cross-sectional study[J]. Neurosciences,2021,26(2):171-178.

[7] 刘莹玲. PDCA 循环在脑卒中患者护理安全管理中的应用效果[J]. 临床与病理杂志,2020,40(10):184-188.

[8] 喻伟霞,王海芳,蔡建政,等. 基于混合方法的脑卒中患者支持性照护需求的研究[J]. 中国实用护理杂志,2020,36(22):1704-1710.

[9] 唐燕恋,邵伟,徐娟娟,等. 上海市黄浦区对脑卒中患者的照护者进行基础照护技能护理干预的应用研究[J]. 贵州医药,2019,43(5):821-823.

[10] 左登霞,左登芹,姜金霞,等. 卒中后残疾老年患者居家护理服务需求的质性研究[J]. 中国医药导报,2020,17(16):182-185.

[11] 段丽娟,樊朝凤,朱伟,等. 我国脑卒中患者出院计划的文献计量学分析[J]. 中华现代护理杂志,2019,25(9):1066-1071.

- [12] 黄海珊,汪晖,李玲,等. 医护人员对脑卒中患者适时需求认知调查的质性研究[J]. 现代临床护理, 2020,19(2):8-14.
- [13] 蔡文璟,朱伟,蒋艳. 出血性脑卒中患者出院指导质量的调查研究[J]. 重庆医学, 2019,48(7):102-105.
- [14] 王阳秭,李鸿艳,冯琼,等. 远程康复在脑卒中康复中的应用进展[J]. 中国康复医学杂志, 2019,34(10):109-112.
- [15] 丁春戈,林蓓蕾,张振香. 社区医务人员对居家脑卒中患者分级护理认知的质性研究[J]. 护理学报, 2019,26(4):5-9.
- [16] 王英,龙纳,王凤英,等. 脑卒中患者社区康复现状及我国实践探索[J]. 实用医院临床杂志, 2019,16(4):276-279.

(收稿日期:2021-04-23 修回日期:2021-08-19)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2022.01.038

医疗失效模式与效应分析在居家腹膜透析患者管理中的应用*

周革霞,李倩[△],李艳爽,赵静,蔡朕,刘潇禹,邵京华

(首都医科大学附属北京中医医院 100010)

[摘要] 目的 探索医疗失效模式与效应分析在居家腹膜透析(腹透)患者管理的应用价值。方法 选取 2020 年 1—6 月该院腹透中心管理的居家规律腹透 3 个月及以上、年龄 18~75 岁患者 68 例作为研究对象,应用医疗失效模式与效应分析(HFMEA)对患者的管理进行风险评估,制订具体改进措施,比较该管理模式实施前后风险优先指数(RPN)值,以及患者居家腹透相关理论知识、腹透操作与外出口换药操作考核结果等。结果 应用 HFMEA 进行居家腹透患者管理后水肿、饮食与出入量不平衡、腹膜炎、心力衰竭、运动量不足等主要失效模式的 RPN 值明显下降,差异均有统计学意义($t=26.159, 19.490, 9.752, 4.813, 6.062, P<0.05$);患者理论知识、透析操作与外出口换药操作考核成绩均明显提升,差异均有统计学意义($t=5.976, 2.820, 3.886, P<0.05$)。结论 应用 HFMEA 模式对居家腹透患者进行管理,对解决患者居家腹透相关问题、提高患者理论知识与操作能力是有效、可行的。

[关键词] 失效模式与效应分析;腹膜透析;护理管理**[中图法分类号]** R473.5**[文献标识码]** B**[文章编号]** 1671-8348(2022)01-0173-04

腹膜透析(腹透)是利用人体自身腹膜作为透析膜,通过灌入腹腔的透析液与腹膜另一侧毛细血管内的血浆进行溶质和水分交换,清除体内滞留的代谢产物和过多的水分,补充机体所必需物质,以达到肾脏替代或支持治疗的目的^[1]。腹透具有自主灵活性高、可居家操作、价格低廉、血磷清除效果好等优势,已成为终末期肾脏病患者的常用治疗方式^[2-4]。有研究表明,腹透患者的管理效果直接影响其生活质量^[5-6],透析技术操作规范、透析过程中异常情况正确处理可有效降低并发症发生率,保障腹透效果。因此,为优化腹透患者管理模式,本院采用医疗失效模式与效应分析(healthcare failure mode and effect analysis, HFMEA)找出管理中可能存在的失效模式,分析失效原因,制订改进措施并实施,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1—6 月本院腹透中心管理的居家规律腹透 3 个月及以上、年龄 18~75 岁患者 68 例作为研究对象,其中男 51 例,女 27 例;平均年龄(50.36 ± 15.12)岁;平均透析时间(9.27 ± 5.54)个月;原发病:慢性肾小球肾炎 24 例,糖尿病肾病 19 例,高血压肾病 17 例,其他 8 例;文化程度:高中及以下 42 例,中专及以上 26 例。本研究经医院伦理委员会审核批准,患者知情同意自愿参加本研究。

1.2 干预方法

1.2.1 成立居家腹透管理小组

居家腹透管理小组成员包括护士长、副主任医师 1 名、主管医师 2 名、腹透护士 3 名,共 7 人。副主任医师作为组长,负责小组成员的工作分配,每周召开

* 基金项目:北京中医药大学教育科学研究课题(XJYB2117)。 作者简介:周革霞(1990—),护师,硕士,主要从事慢性肾脏病的护理研究。

[△] 通信作者, E-mail:376060039@qq.com。