

医联体干预模式对老年髋关节置换术后患者康复效果的影响

王哲敏¹ 张洪波^{1,2} 蒋雪英¹ 沈 柳¹ 龚玲婷¹

摘要

目的:探讨医联体干预模式对老年髋关节置换术后患者的日常生活活动能力和髋关节功能康复效果的影响。

方法:125例人工髋关节置换术后患者以社区为单位随机分为观察组和对照组,两组患者住院期间均给予相同的康复指导。对照组出院后1周内电话访视,了解居家情况和康复需求,解答疑问;观察组患者出院后按照医联体模式开展为期3个月的个性化康复指导。比较两组患者在出院日、术后第1、3个月日常生活活动能力(Barthel指数评分)和髋关节功能(Harris评分)的差异。

结果:两组出院日日常生活活动能力(Barthel指数评分)和髋关节功能(Harris评分)比较,差异无显著性意义($P>0.05$);术后第1、3个月日常生活活动能力(Barthel指数评分)和髋关节功能(Harris评分)观察组患者均高于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$)。

结论:医联体干预模式为老年髋关节置换术后患者提供了连续性的康复指导,能提高患者日常生活活动能力和髋关节功能,有助于提高社区卫生服务中心工作人员的综合素质。

关键词 医疗联合体;护理干预;老年;髋关节置换;康复

中图分类号:R161.7;R687.4;R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2019)-11-1339-04

随着中国人口的老龄化,越来越多的老年患者通过人工髋关节置换术来重建关节功能,解除髋关节疼痛,改进走路能力,以此提高生活质量^[1]。术后功能锻炼对髋关节置换术后患者手术效果的保证和巩固、关节功能的恢复等方面的作用已经得到文献证实。然而由于住院时间短,老年患者和家属很难在短时间内掌握足够的康复知识和技能及居家护理知识^[2]。虽然在患者出院时责任护士会对其进行出院前健康教育,但往往效果并不理想^[3]。并且医院护士工作时间紧、工作地点局限,连续性电话随访访访率高,家居随访可行性低^[4];基层医院人员康复素质普遍偏低,康复治疗手段单一且不规范,导致基层康复机构解决问题能力较弱,得不到患者的信任^[5],多方面因素影响患者术后康复锻炼质量。区域性医疗联合体(以下简称医联体)是上海市新医改方案的一种重要举措,逐步构建“小病在社区、大病在医院、康复回社区”的分级诊疗模式^[6]。本院是一所三级乙等医院,地处上海市远郊,以我院为核心的医联体内有18家社区卫生服务中心。本研究将医联体模式应用于辖区内老年髋关节置换术后患者康复指导,取得较好效果,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年1月至2017年12月在我院骨科收治的129例行髋关节置换术患者为研究对象,其中男48例,女81例,年龄65—90岁,平均年龄(78±12.38)岁。纳入标准:①年龄≥65周岁;②初次接受单侧人工髋关节置换术患者;③术前生活基本自理(Barthel指数评分>60);④无严重的并发症;⑤自愿参加、签署知情同意书的患者。排除标准:①年龄<65周岁或伴有严重的心、脑、肝、肾等并发症;②病理性股骨颈骨折;③术前生活质量及活动水平不好(Barthel指数评分≤60);④认知功能障碍、不能合作的患者或明显记忆损害者;⑤符合纳入标准,但患者及家属不同意参加。采用抓阄法,以社区为单位进行随机分组,将9个社区范围内的65例患者纳入对照组,另9个社区的64例患者纳入观察组。其中对照组2例在术后3个月未来院复诊,电话联系不上;观察组2例居住环境改变,离开本辖区,故实际完成本研究125例,其中对照组63例,观察组62例。两组患者在性别、年龄、文化程度、职业、疾病类型、麻醉方式、手术方式、假体类型、平均住院天数等一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

两组患者住院期间均给予相同的护理措施:按照住院期间康复锻炼路径,根据不同患者实际情况进行锻炼次数和锻

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.11.013

1 上海交通大学医学院附属新华医院崇明分院,上海市崇明区,202150; 2 通讯作者

作者简介:王哲敏,女,副主任护师; 收稿日期:2018-05-13

炼强度的个体化指导;播放康复锻炼视频2次/日,每次15min;出院前行口头健康宣教,发放图文式髌关节置换康复手册和联系电话。对照组于出院后1周内电话访视,了解居家情况和康复需求,解答疑问,提醒术后1个月、3个月按时来院复诊。观察组患者按照医联体模式开展为期3个月的个体化康复指导,具体方法如下:

1.2.1 组建干预小组及成员分工:由研究者、我院骨关节组临床主任、骨关节临床主治医师、康复治疗师、责任护士和各社区卫生服务中心医务人员组成干预小组,进行干预方案设计、实施及评价。成员分工:①主任、主治医师:进行病情检查诊断与治疗,提供后续不同患者对应的病情跟踪检查复诊,不同情况的健康指导及特殊情况的答疑解惑;②康复治疗师为患者提供不同阶段的康复锻炼进程、康复器材的使用等;③责任护士:对患者进行各阶段生活能力、认知效能、营养状况等的护理评估,给予相应的护理建议;④社区卫生服务中心医务人员:对出院后患者按照制定的个性化康复指导计划实施居家指导;⑤研究生2名:负责问卷的调查,资料的收集、整理、数据分析与汇总。

1.2.2 人员培训:①课题组成员培训:由研究者召集组员进行集中培训,内容包括:本研究的背景及意义、干预方法、医院小组成员与社区卫生服务中心医务人员的对接、干预小组与患者的对接以及实施过程中的注意事项等。

②社区卫生服务中心医务人员培训:我院骨科、康复科和社区卫生服务中心成立了骨科康复专病医联体,各社区卫生服务中心选派人员、根据自己时间安排,选择到对口专业免费进修学习;每周1次对社区卫生服务中心相关人员及社区居民巡回进行骨科常见病、多发病知识的宣讲,旨在提高基层医务人员的专科理论水平和社区居民对疾病的认识;每日由康复科和骨科分别派出1名人员,分别到不同社区卫生服务中心为社区居民提供康复服务,在方便居民康复就医的同时,对社区医务人员进行传、帮、带,开阔了基层医务人员的眼界和提高康复实践能力。

1.2.3 建立患者信息电子档案:责任护士负责记录髌关节置换术后患者的姓名、性别、年龄、住院号、文化程度、职业、家庭住址、诊断、手术日期、手术方式、出入院时间、出院后去向、出院后存在的问题及康复计划、联系电话、日常生活活动能力和髌关节功能等。

1.2.4 医联体干预模式的实施:①住院期间:主治医生根据患者情况实施治疗;责任护士评估并解决患者护理需求及护理问题,出院前行口头健康宣教,发放“图文式髌关节置换康复手册”和联系电话,告知上门访视的大概时间和形式;康复师按照“髌关节置换术后康复指导路径表”及“康复锻炼视频”对患者进行个体化康复指导。②出院日—出院3日:医院小组成员与社区卫生服务中心医务人员的无缝对接:建立

微信群,出院日,通过微信群将患者信息档案及康复指导计划发送至所属社区卫生服务中心分管医务人员,联系上门访视时间;干预小组成员与患者家属、患者的无缝对接:出院3日内,干预小组成员携带“康复锻炼视频”上门服务,进行居家康复指导,根据患者情况制定社区卫生服务人员下次上门访视播放视频内容和患者复诊时间。③患者居家康复中如有不适,就近到社区卫生服务中心咨询,社区卫生服务中心人员根据情况进行解答或上门服务,如有疑问可及时与医院小组成员沟通,医院小组成员进行最终解答,建立髌关节置换术后患者康复的“绿色通道”。④患者居家康复期间,医院课题组成员对骨科康复专病医联体进入社区卫生服务中心的时间、地点进行及时发布,通知髌关节置换术后患者如有需要可就近咨询。⑤术后第1、2、3个月:社区医务人员上门服务,根据计划播放“康复锻炼视频”进行个体化康复指导,提醒患者及家属来院复诊,对于访视中存在问题通过微信群或电话与医院小组成员及时反馈。

视频内容包括:下肢按摩、足部的跖曲背伸运动、股四头肌收缩运动、屈膝屈髌运动、臀部肌肉收缩运动、直腿抬高运动、抬腿运动、外展运动、仰卧、侧卧、上床、下床、从站位到坐位、从坐位到站位、平地行走、上下楼梯、穿脱鞋袜、使用便器、沐浴、禁忌体位与动作等内容。通过对图文式康复指导手册的讲解和功能锻炼视频的观看,让患者和家属有了更直观的理解和模仿,便于老年、低文化患者接受。社区卫生服务中心人员通过连续的上门访视和有计划的视频播放,巩固了患者对康复锻炼的信心和准确性。

1.3 评价指标

比较并评价两组患者在出院日、术后第1、3个月的Barthel指数评分对患者日常生活活动能力进行评估和Harris评分对患者术后髌关节功能进行评估。①Barthel指数评分^[7];②Harris髌关节功能评分^[8]。

1.4 数据收集与质量控制

在患者入院24h内,由责任护士进行基线资料的收集。由专人负责问卷调查的实施,包括出院日、术后1、3个月Barthel指数评分、Harris髌关节功能评分。所有问卷采用统一中性语言指导,专人填写,当场收回。收集数据录入过程采用双人核对,保留原始资料,有疑问项返回原始数据查找进行核对。

1.5 统计学分析

采用SPSS 16.0统计软件,计量资料采用均数±标准差表示,采用 t 检验;计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组患者Barthel指数评分的比较

结果显示,观察组患者出院日的Barthel指数评分与对照组差异无显著性意义($P > 0.05$);术后第1、3个月的Barthel指数评分均优于对照组患者,差异均有显著性意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组患者Harris髋关节功能评分的比较

结果显示,观察组患者出院日的Harris髋关节功能评分与对照组差异无显著性意义($P > 0.05$);术后第1、3个月的Harris髋关节功能评分均优于对照组患者,差异均有显著性意义($P < 0.05$),见表2。

表1 两组患者Barthel指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	出院日	术后1个月	术后3个月
观察组	62	48.66±9.56	71.32±10.76	86.27±9.49
对照组	63	47.78±10.22	56.65±13.59	74.17±12.31
<i>t</i>		0.049	4.560	4.906
<i>P</i>		0.826	0.035	0.029

表2 两组患者Harris髋关节功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	出院日	术后1个月	术后3个月
观察组	62	46.26±9.77	69.84±9.36	84.47±8.61
对照组	63	45.63±9.40	56.46±13.49	68.87±11.45
<i>t</i>		0.077	4.449	5.286
<i>P</i>		0.782	0.037	0.023

3 讨论

3.1 医联体干预模式为老年髋关节置换术后患者提供了连续性的康复指导

髋关节置换术患者的功能康复是一个序贯的、连续的过程,系统的康复训练长达1年之久,尤其是最初的3个月^[9],因手术复杂、创伤严重,且此类患者多为高龄,术后完整规范的护理服务及康复锻炼是降低病死率,提高患者生存质量的关键^[10]。如何使老年髋部骨折患者获得有效的术后功能康复指导,应成为老年社区领域重点关注的课题之一^[11]。国内髋关节置换术后的康复指导主要关注点在住院期间,表1、表2显示,住院期间相同的干预措施,两组患者出院日的Barthel指数评分和Harris髋关节功能评分差异无显著性意义($P > 0.05$),而出院后给予的关注程度相对较低。根据文献检索^[1,3,12-13],干预研究主要为出院后电话随访辅以家庭成员督导的护理干预^[12]、家庭随访^[1]、院外延续护理干预模式可以改善老年髋部骨折患者的髋关节功能恢复情况,并提高患者自理能力^[13],居家护理干预^[3]等可有效促进老年髋部骨折患者术后髋关节功能康复。但总体上对老年髋关节置换术后的康复指导缺乏个体化的、系统的、规范的模式。同时医院人力资源紧缺,社区医护人员又缺乏相关专业康复知识与经验,不能有针对性的做出个性化的康复训练计划,从而使出院后患者髋关节功能的康复训练成为髋关节疾病治疗中薄

弱的一环。医联体干预模式将医院和社区紧密联系起来,充分发挥各自优势,为患者提供了从住院、居家康复到复诊全过程的信息资源共享和康复指导,给予患者全程、全面的观察及护理^[14],保证了患者康复锻炼的连续性。

3.2 医联体干预模式能提高老年髋关节置换术后患者ADL能力

老年髋关节置换术患者因髋部创伤、术后肢体功能受限以及长时间卧床,容易导致自理能力严重受损^[15]。ADL能力反映了老年人的自理程度,并间接影响其生存质量^[16]。由表1可见,应用医联体干预模式,观察组术后第1、3个月的Barthel指数评分均优于对照组($P < 0.05$)。通过医院小组成员和社区卫生服务中心人员的上门访视,了解患者居家生活环境,并对家庭环境中存在问题与家属进行沟通、整改。根据患者髋关节置换的不同肢体方向调整家具摆放位置,固定床、椅子和马桶的高度,以免发生髋关节脱位。日常生活用品放在患者健侧方便取用的位置,床边、马桶边等增加扶手,防止跌倒的发生。鼓励患者日常生活中做力所能及的活动,帮助患者顺利由医院治疗过渡至家庭康复,提高了患者生活活动能力。

3.3 医联体干预模式能提高老年髋关节置换术后患者髋关节功能

髋关节置换术不仅是为了解除髋关节疼痛,恢复关节功能,进而提高患者生存质量。由于本岛(崇明岛)老年患者多为低学历者,行髋关节置换的年龄跨度较大,高龄较多,基础生理状况等因素均可能对其功能锻炼产生不同影响。故医院小组成员利用自身专业优势对患者进行综合评估,并针对存在问题拟定解决对策,根据每个患者不同的身体素质制定个体化的康复进程,使康复指导更具有针对性和实用性。近年,将髋关节置换术后的宣教内容制作多媒体视频给患者做健康宣教已收理想的效果^[17]。本研究使用真人图片配简单文字,制定图文式康复指导手册,内容形象生动,包括了从入院、术前准备到术后康复至出院居家知识全过程。将髋关节置换术后不同阶段康复锻炼的内容和方法及注意事项拍成视频,以多媒体形式对患者和家属进行康复指导,真人示范。表2结果表明,观察组术后第1、3个月的Harris髋关节功能评分均优于对照组($P < 0.05$)。医联体干预模式可以促进髋关节功能恢复。

3.4 医联体模式有助于提高社区卫生服务人员的综合素质

医联体是推进建立大医院带动社区的服务模式和医疗、康复、护理有序衔接的服务体系^[18]。通过医联体模式的建立,让医院和社区卫生服务中心联系密切,为社区卫生服务中心人员提供了一个新的学习和工作渠道,营造了良好的学习环境,有助于基层医务人员理论、实践、沟通、研究能力的不同程度提高。但是,因医联体也是我院近两年来开展探索

的新事物,对于基层人员能力的提升尚缺乏客观的判断标准。基于当前全国各地争相发展医联体模式,目前适逢新华-崇明区域医疗联合体深化改革试点期间,我院已开展多个不同的专病医联体运行机制和激励机制,拟建立信息化服务网络,搭建医院与社区卫生服务中心的各条线平台,实现院内治疗与康复治疗、手术治疗与术后康复一体化,充分发挥医疗资源的整合优势,在发展医院的同时带动社区卫生服务中心的共同进步。

综上所述,医联体干预模式集中了医疗、护理、康复、全科等不同学科力量,落实分级诊疗制度,合理使用卫生服务资源,为患者提供了从受伤住院到康复全过程无缝衔接的个体化指导,弥补了医院人力资源的不足和社区卫生服务中心人员专业知识的不足,带动基层医疗水平的提高。通过医院和社区人员的沟通和互动,对患者的康复计划进行动态调整,确保了患者康复锻炼的持续性,有效提高了康复效果,进而提高患者的家庭生存质量。

参考文献

- [1] 熊英.家庭访视指导对髋关节置换术后老年患者院外康复的作用[J].护理学杂志,2013,28(16):6—8.
- [2] 黄李叶萍,李宗原,何慧琳,等.老年髋关节置换患者实施出院计划的效果分析[J].护理管理杂志,2014,14(12):892—893.
- [3] 朱正刚,蒋小剑,阳珍金,等.居家护理干预对人工髋关节置换术患者生活质量的影响[J].中国护理管理,2015,15(3):284—287.
- [4] 章晓峰,高莹,周文娟,等.以奥马哈系统为基础构建全髋关节置换术后患者医院—社区一体化随访模式的效果观察[J].护士进修杂志,2016,31(5):449—452.
- [5] 龚震晔,陈玮,费健,等.新医改下医联体三级康复医疗服务可行性探讨[J].中国医院管理,2017,37(1):31—33.
- [6] 朱凡,高卫益,马捷,等.新医改背景下瑞金医院-卢湾医疗联合体实践与思考[J].中国医院管理,2013,33(5):10—12.
- [7] Katz S,Ford AB, Modlowitz RW,et al. Studies of illness in the aged:the index of ADL:a standardized measure of biological and psychosocial function[J]. JAMA, 1963,185(12):914—919.
- [8] Harris WH.Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures:treatment by mold arthroplasty.An end-result study using a new method of result evaluation[J]. The Journal of Bone & Joint Surgery,1969,5(4):737—755.
- [9] 陆廷仁.骨科康复学[M].北京:人民卫生出版社,2007.617—624.
- [10] 郑晓缺,王菲,韩涛,等.延续护理对海岛地区老年髋部骨折患者的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(18):2599—2601.
- [11] 朱慧芳,颜美琼,刘红池,等.医院—社区团队干预模式对老年髋部骨折患者术后功能康复的影响[J].护理学杂志,2013,28(22):89—91.
- [12] 甘玉云,李伦兰,代极静,等.电话干预对人工髋关节置换术后患者出院后功能锻炼依从性的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(18):1392—1395.
- [13] 史燕燕,张敏,王秋菊.延续护理在老年患者髋关节置换术后康复中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(13):1871—1874.
- [14] 高娜,佟冰渡,姜英,等.系统化“三防三位”护理对预防人工髋关节置换术后假体脱位的效果评价[J].护理管理杂志,2017,17(2):123—125.
- [15] 季英,王雪华,潘利智,等.功能锻炼视频对髋关节置换术后患者康复的效果[J].上海护理,2016,16(3):25—29.
- [16] 吴炳莲,胡世梅,柳卢君.持续性护理促进老年全髋关节置换术后患者功能恢复的效果[J].解放军护理杂志,2014,31(22):5—8.
- [17] 沈文霞,王粤湘,宁余音,等.全髋关节置换术患者出院的移动教育效果[J].护理学报,2017,24(5):66—69.
- [18] 高凤莉.推动医联体模式下优质护理资源向基层辐射[J].中国护理管理,2017,17(5):577—579.

·临床研究·

子宫切除术后盆底康复锻炼联合电刺激生物反馈对盆底功能障碍性疾病的预防作用*

王海清¹ 胡杏军¹ 刘芳¹ 钟倩¹ 詹雪梅¹

摘要

目的:探讨全子宫切除术后采用电刺激生物反馈治疗对患者盆底功能障碍性疾病的预防效果。

方法:选取2014年1月至2015年5月在江门市中心医院因子宫良性病变切除全子宫盆底肌力0—Ⅱ级患者125例,随机分为治疗组与对照组。术后3个月开始对对照组自行盆底康复锻炼,治疗组另予电刺激加生物反馈治疗15

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.11.014

*基金项目:广东省江门市科技局科研基金资助项目(2014079)

1 广东省江门市中心医院妇科,529030

作者简介:王海清,女,硕士研究生,副主任医师; 收稿日期:2018-03-26

1342 www.rehab.com.cn