

多学科协作在脑卒中患者早期康复中的临床效果分析

李玲, 黄姝

【摘要】 目的:探讨多学科协作在脑卒中患者早期康复中的临床效果。方法:我科重症监护病房收治的脑卒中患者 80 例随机分为 2 组各 40 例,对照组采用常规方法诊疗,观察组采用多学科协作模式诊疗。结果:治疗 1 个月后,2 组神经功能缺损评分均较治疗前明显下降($P<0.05$),且观察组更低于对照组($P<0.05$);2 组日常生活活动能力量表评分及简化 Fugl-Meyer 运动量表评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。治疗后,观察组平均住院日、平均住院费用及并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$),健康教育知晓率及患者满意度均明显高于对照组($P<0.05$)。结论:多学科协作的诊疗模式有利于脑卒中患者的早期恢复。

【关键词】 脑卒中;多学科协作;早期康复

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2015.04.015

多学科协作(multi disciplinary team,MDT)是国际上近年来提出的重要医学模式,目的是使传统的个体式、经验式医疗模式转变为现代的小组协作、决策模式,由此推动全方位专业化、规范化诊治策略及合理化医疗资源整合配置,最终以质量控制系统来不断提高专业水平并进一步推动多学科交叉发展^[1]。本文拟探讨多学科协作在脑卒中患者早期康复中的临床疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年 4 月~2014 年 4 月在我科住院的脑卒中患者 80 例,均符合第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准。患者随机分为 2 组各 40 例,①观察组,男 23 例,女 17 例;年龄(59.3 ± 1.2)岁;病程(3.5 ± 2.4)周。②对照组,男 24 例,女 16 例;年龄(56.7 ± 0.8)岁;病程(4.2 ± 3.1)周。2 组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组采用传统的常规诊疗方法逐步实施治疗。观察组组建多学科协作团队进行治疗:①建立卒中治疗小组:由神经科专科医生组成,按照脑卒中治疗的临床路径开展卒中的规范化治疗。②建立卒中护理小组:由神经科护士组成,对患者实施责任制整体护理。③建立营养专业组:和营养科协作,为患者制定合理的营养护理模式及全营养混合液配置标准和肠内

营养常规。④建立院感追踪组:和院感控制专科协作,在患者整个病程中,控制院内感染的发生。⑤建立康复护理专业组:和康复科协作,根据患者卒中进展及康复类型需求建立不同的评定标准、技术路线以及实施细则,早期介入卒中患者的康复治疗。⑥建立健康教育专业组:和院健康教育部协作,为患者制定健康教育路径,并对出院患者进行个性化的出院评估及指导。⑦建立影像追踪组:和影像科室协作,负责患者住院期间影像学检查和分析。⑧制定多学科协作工作模式:卒中治疗小组为 MDT 的专科小组,其它小组为亚专科小组。各组成员每日跟随卒中治疗小组查房,每周三小组成员跟随神经内科主任大查房。每月进行 1 次疑难病例讨论和 1 次死亡病例讨论。以 7 日为周期,各小组针对患者的情况综合讨论并制定各专科诊疗计划,且对现有的问题提出解决方案。

1.3 评定标准 ①神经功能缺损评分:采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIH Stroke Scale, NIHSS)进行评价^[2],分值越高,患者神经功能缺损越严重。②日常生活能力评分:采用日常生活活动能力量表评分(ADL)进行评价^[3],分值越高,自理能力越强。③运动功能评定:采用简化 Fugl-Meyer 运动量表评分(Fugl-Meyer assessment scale, FMA)^[4],分值越高,运动障碍越轻。④患者的平均住院日、平均住院费用。⑤患者肺部感染、下肢静脉血栓形成和泌尿系感染等并发症的发生率。⑥健康教育知晓率、患者满意度。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 1 个月后,2 组 NIHSS 评分均较治疗前明显

基金项目:国家重点专科建设项目资助(201112)

收稿日期:2014-12-16

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院神经内科,武汉 430030

作者简介:李玲(1969-),女,副主任护师,主要从事神经康复护理方面的研究。

通讯作者:黄姝,48978599@qq.com

下降($P<0.05$),且观察组更低于对照组($P<0.05$);2组 ADL 及 FMA 评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且观察组更高于对照组($P<0.05$)。见表1。

治疗后,观察组平均住院日、平均住院费用及并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$),健康教育知晓率及患者满意度均明显高于对照组($P<0.05$)。见表2。

表1 2组治疗前后 NIHSS、ADL 及 FMA 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	时间	NIHSS	ADL	FMA
观察组	40	治疗前	19.17±3.25	42.36±13.24	56.74±2.59
		治疗后	10.25±3.12 ^{ab}	85.90±29.65 ^{ab}	88.63±3.47 ^{ab}
对照组	40	治疗前	19.68±3.61	40.16±13.01	58.17±3.22
		治疗后	18.02±3.48 ^a	67.15±37.30 ^a	76.04±4.26 ^a

与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

表2 2组治疗后平均住院日、平均住院费用、并发症发生率、健康教育知晓率及患者满意度比较 $\bar{x} \pm s$

组别	平均住院日(d)	平均住院费用(万元)	并发症发生率(%)	健康教育知晓率(%)	患者满意度(%)
观察组	14.64±0.72 ^a	1.75±0.08 ^a	3.11±0.82 ^a	95.70±1.37 ^a	97.50±1.80 ^a
对照组	16.53±0.51	2.11±0.09	4.34±1.27	77.08±5.26	93.24±4.81

与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

近年来,多学科协作在脑卒中康复患者中使用较多,并取得理想效果。本研究中发现,建立以专科-亚专科为模式的 MDT 治疗小组,在患者的诊治过程中,以往的各专科各自为阵由新型的合作互补所替代,各专科在诊疗中既有区别又有联系,既有分工又有合作;卒中治疗小组作为专科治疗组,在治疗中有整合的功能,各亚专科治疗组在治疗中更有针对性,充分了解患者病情,制定个体化治疗方案,减少了患者等待的时间,有效地缩短了住院天数,提高了诊疗的效率^[5-6]。以康复护理专业组为例:对照组患者按照常态治疗,一般在急性期后,卒中病程无进行性临床表现,进入稳定期才将患者转入康复科接受康复治疗,此时患者偏瘫侧肢体痉挛加重,增加了康复的难度;观察组患者在发

病初期就接受康复护理专业组制定的一系列的康复治疗计划,在患者生命体征稳定的基础上,通过良肢位的摆放,置患者于抗痉挛卧位,防止肩-手综合征、足下垂、肩部关节半脱位;通过雾化、排痰、肺部理疗、呼吸操训练等护理手段实施肺康复;通过肢体气压泵、腿围的监测等护理手段防止下肢静脉血栓的形成;通过将患者日常生活用品摆放设置为患肢优先的病房环境,促进患者主动康复的训练等,一系列康复训练的介入,结果显示,观察组 ADL 及 FMA 评分明显高于对照组。但是与此同时我们发现 MDT 模式也存在一些问题:①人力资源管理模式的改变:跨学科的协作需要有效的整合人力资源,与目前的专科成本核算模式截然不同,因此人力资源管理模式应随着 MDT 模式的出现进行摸索。②提高专业技能:MDT 模式要求各专科在诊疗中思维更加开阔,综合判断能力更强,因此要不断提高各专科技能。

【参考文献】

- [1] 孙吉花,于苏国,陈晓琳,等.多学科协作模式在医院感染预防控制中的应用及管理[J].中华医院感染学杂志,2010,20(12):2639-2641.
- [2] 周飞雄,曾科学,陆彦青,等.康复训练配合太极针法治疗卒中后肩手综合征临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2013,24(5):1004-1006.
- [3] 董婷,杨文明,汪美霞,等.补阳还五汤治疗急性脑梗死并发脑心综合征(气虚血瘀证)90例临床观察[J].中国中医急症,2011,20(1):5-7.
- [4] 黄楚真,钟文津,张舞红,等.病人运动功能恢复的影响[J].护理实践与研究,2015,12(1):143-144.
- [5] 牛云玲,朱希芳,王玉明.早期综合康复训练在提高脑卒中患者生活质量中的效果观察[J].护理实践与研究,2009,6(2):39-40.
- [6] 杜慧敏,蒋晓娟.湿性愈合理念及多学科协作模式在压疮护理中的应用[J].现代医药卫生,2012,28(3):411-412.

作者·读者·编者

参考文献著录格式

参考文献:文稿中有关引用资料以近期出版的期刊及著作为主,应用的资料必需是正式发行的出版物,按在文稿中首次出现的顺序编码,并用方括号标注如“曾敏等^[1]报道”。参考文献著录格式应将作者的前1~3名列出,3名后加等。①著作:作者.书名[M].出版地:出版社,年,起止页码。②期刊:作者.文稿题[J].期刊名,年,卷(期):起止页码。