

总责任护士主导的医护一体化护理模式在创伤骨科的应用

程蓓¹ 傅巧美² 贾赤宇³



作者简介:程蓓,女,1973年生,汉族,江苏南京人,本科学历,毕业于东南大学医学院成人教育学院。主管护师,从事护理工作27年,熟练掌握骨科常见及多发骨折的临床护理及病情观察,熟练掌握各种仪器的使用,能独立处理和解决护理工作中危重、复杂、疑难患者的护理问题,积极配合医师开展各种新技术、新项目,取得良好的医疗效果及经济效益。

【摘要】 目的 探讨总责任护士主导的医护一体化临床护理模式在创伤骨科的应用效果。方法 选择2016年7月至2017年6月在南京大学医学院附属鼓楼医院创伤骨科行手术治疗的骨折患者200例,按照入院先后顺序分为对照组90例(实施创伤骨科常规护理)和观察组110例(实施医护一体化工作模式,包括成立医护合作小组、实施总责任护士主导的医护一体化查房、个体化诊疗方案的共同决策、疼痛管理、早期出院计划与延续护理)。比较2组患者的术后护理效果和医护合作满意度。对数据行 t 检验和 χ^2 检验。结果 总责任护士主导的医护一体化模式下,观察组患者术后72h内数字评分法(NRS)评分为(4.09±1.64)分,疼痛干预有效率为77.57%,对照组术后72h内NRS评分为(5.15±1.69)分,疼痛干预有效率为57.95%,2组比较差异均有统计学意义(P 值均小于0.05);观察组下肢深静脉血栓、泌尿系统感染、便秘的发生例数分别为2、1、3,对照组下肢深静脉血栓、泌尿系统感染、便秘的发生例数分别为9、7、11,两组比较差异均有统计学意义($\chi^2=4.486、4.296、6.812$, $P=0.027、0.036、0.009$)。观察组术后康复开始时间为(21.48±6.41)h,术后住院时间为(11.08±2.19)d;对照组术后康复开始时间为(36.48±10.75)h,术后住院时间为(13.95±2.93)d,2组比较差异均有统计学意义($t=11.670、-7.616$, P 值均小于0.05)。2组医护合作满意度结果显示,观察组患者信息的交流得分为(3.78±0.85)分,共同参与治疗或护理决策得分为(3.86±0.87)分,医师和护士的关系得分为(4.00±0.84)分,总分为(3.87±0.67)分;对照组患者信息的交流得分为(3.32±1.00)分,共同参与治疗或护理决策得分为(3.23±0.93)分,医师和护士的关系得分为(3.45±0.96)分,总分为(3.33±0.84)分,2组比较差异均有统计学意义(P 值均小于0.05)。结论 总责任护士主导的医护一体化护理模式的应用,以亚专科为核心,重新整合医护资源,共同参与制订患者的诊疗护理方案,共同聚焦患者安全与质量,加强了医护间的配合,提高了医疗护理服务质量,提升医护合作满意度。

【关键词】 护理质量审核; 病人满意度; 骨折; 总责任护士; 医护合作模式

Application of medical and nursing integration model led by general responsible nurses in department of orthopedics Chen Bei¹, Fu Qiaomei², Jia Chiyu³. ¹Department of Orthopedics, ²Department of General Surgery, Drum Tower Hospital Clinical College of Nanjing University, Nanjing 210008, China; ³Department of Burn and Plastic Surgery, Xiang'an Hospital of Xiamen University, Xiamen 361101, China
Corresponding author: Jia Chiyu, Email: jiachiyu@qq.com

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1673-9450.2019.05.015

基金项目: 国家自然科学基金面上资助项目(81372051); 北京市科技计划“首都特色”专项(Z151100004015199)

作者单位: 210008 南京大学医学院附属鼓楼医院创伤骨科¹, 大外科²; 361101 厦门大学附属翔安医院烧伤整形科³

通信作者: 贾赤宇, Email: jiachiyu@qq.com

【Abstract】 Objective To explore the application effect of integrated clinical nursing mode led by general responsible nurses in department of orthopedics. **Methods** From July 2016 to June 2017, 200 patients with fractures who underwent surgical treatment in orthopedics trauma department of Drum Tower Hospital Clinical College of Nanjing University were selected and divided into two groups: control group (90 cases) and observation group (110 cases). The control group only accepted the conventional mode of nursing care, which was mainly carried out according to doctor's orders. The observation group was given medical and nursing integration model on the basis of this including the establishment of a medical and nursing cooperation group, the implementation of the medical and nursing one led by the general responsible nurses, integrative ward rounds, joint decision-making of individualized diagnosis, treatment programs, pain management, early discharge plans and continuing care. The effect of nursing after operation and the satisfaction degree of cooperation between doctors and nurses in different periods were compared between the two groups. Data were processed with t test and chi-square test. **Results** Under the integrated medical and nursing mode dominated by general responsible nurses within 72 hours after operation, the numerical rating scale (NRS) score of the observation group was (4.09 ± 1.64) points, and the effective rate of pain intervention was 77.57%. The NRS score of the control group was (5.15 ± 1.69) points, and the effective rate of pain intervention was 57.95%. There were significant differences between the two groups (with P values below 0.05). After application, the incidence of lower extremity deep venous thrombosis, urinary system infection and constipation in the observation group were 2, 1 and 3 respectively, and in the control group, the incidence of lower extremity deep venous thrombosis, urinary system infection and constipation were 9, 7 and 11 respectively. There were significant differences between the two groups ($\chi^2 = 4.486, 4.296, 6.812; P = 0.027, 0.036, 0.009$). The starting time of rehabilitation exercise was (21.48 ± 6.41) h in the observation group and the hospital stays after operation were (11.08 ± 2.19) d; the starting time of rehabilitation exercise was (36.48 ± 10.75) h in the control group and the hospital stays after operation were (13.95 ± 2.93) d. There were significant differences between the two groups ($t = 11.670, -7.616$, with P values below 0.05). The results of cooperation satisfaction between the two groups showed that in the observation group, the score of patients' information exchange was (3.78 ± 0.85) points, the score of co-participation in treatment or nursing decision-making was (3.86 ± 0.87) points, the score of doctor-nurse relationship was (4.00 ± 0.84) points, and the total score was (3.87 ± 0.67) points; in the control group, the score of patients' information exchange was (3.32 ± 1.00) points, the score of co-participation was (3.86 ± 0.87) points, the score of treatment or nursing decision-making was (3.23 ± 0.93) points, the score of doctor-nurse relationship was (3.45 ± 0.96) points and the total score was (3.33 ± 0.84) points. There were significant differences between the two groups (with P values below 0.05). **Conclusion** The application of integrated nursing mode led by general responsible nurses regards sub-specialty as the core, re-integrates medical and nursing resources. Doctors and nurses can jointly participate in the formulation of patient's diagnosis and treatment nursing program, and focus on patients' safety and quality, which strengthens the cooperation between doctors and nurses, improves the quality of medical and nursing services, and improves the satisfaction of medical and nursing cooperation.

【Key words】 Nursing audit; Patient satisfaction; Fractures, bone; General responsible nurse; Medical cooperation mode

随着交通、建筑事业的发展,农村城市化进程的加快,使得车祸及各种意外事故发生率显著增加,创伤骨科的患者数量呈大幅度增加,同时创伤的严重性与复杂性也显著加剧^[1-2]。在大健康理念的影响下,患者对创伤后功能康复的要求也进一步提高,患者安全地度过围手术期并且成功康复离不开医师、护士的密切配合与通力合作。医护一体化是以患者的需求为起点,以提供高质量的护理服务,改善患者照护结局为目标,医护团结合作,调动患者及家属的积极性,共同战胜疾病,完成医疗服务过程^[3-4]。在创伤患者诊疗全过程中,医疗与护理是患者创伤治疗与健康危害过程中发挥着同样重要作用的2个主体,护理人员也从依附于执行医嘱而

逐渐成为医师的合作伙伴^[5]。因此,只有在患者的创伤管理全过程中密切合作、充分沟通,共同制定以患者为中心,以促进患者全身心恢复为目标的诊疗护理方案,才能在各方面满足患者照护需求,提供高质量的护理服务^[6]。然而,骨科的工作节奏快、医师手术时间长,在医护合作的过程中,总责任护士起到主导与衔接的关键作用。南京大学医学院附属鼓楼医院创伤骨科2016年7月至2017年6月,实施医护一体化模式下总责任护士负责制的管理实践,取得显著效果,现报道如下。

资料与方法

一、病例纳入、排除及剔除标准

1. 纳入标准: (1) 经影像学诊断确诊为骨折; (2) 术前无严重基础疾病; (3) 认知功能正常, 无视力、语言及理解能力明显障碍及精神疾病; (4) 知情同意并自愿参加。

2. 排除标准: (1) 受伤前诊断有恶性肿瘤; (2) 病理性骨折。

3. 剔除标准: (1) 住院期间诊断有恶性肿瘤; (2) 住院期间因各种原因转科、转院。

二、研究对象

选择2016年7月至2017年6月在南京大学医学院附属鼓楼医院创伤骨科住院行手术治疗的符合入选标准的骨折患者200例作为研究对象, 所有患者均签署知情同意书, 本研究获伦理委员会批准。

按照患者入院先后顺序将患者分为对照组90例(实施创伤骨科常规护理)和观察组110例(实施总责任护士主导的医护一体化护理模式)。其中对照组2例患者术后72h内转科治疗, 观察组3例患者转科治疗。2组患者性别、年龄、职业、文化程度及骨折类型等基线资料比较差异均无统计学意义(P 值均大于0.05), 具有可比性。

三、方法

(一) 对照组

根据骨折患者围手术期情况实施常规护理, 具体措施如下。

1. 常规交接班与查房模式: 每日晨8点整, 医师、护士共同晨间书面交班, 分别对患者晚夜间情况进行汇报, 书面交班结束后, 医师分组对所管患者进行查房, 责任护士进行床边交接班。

2. 术前护理: 常规术前准备及健康教育。

3. 术后护理: 术后6h内结合患者麻醉方式, 按照护理常规进行病情观察和护理, 遵医嘱落实各项治疗、护理措施, 指导患者功能锻炼。

(二) 观察组

在常规护理的基础上实施总责任护士主导的医护一体化护理模式。

1. 成立医护合作小组: 医护一体化模式以亚专科分组为核心实施责任制整体护理。根据创伤骨科的亚专科实施现状分为2个医护合作小组, 由1名主任或副主任医师担任组长, 1名总责任护士担任协调员, 组员包括主治医师1名、住院医师4名、责任护士10名, 其中N2级及以上的责任护士4名。总责任护士须具备主管护师资格或N3级及以上能级, 创伤骨科护理工作10年以上, 近1年出勤率 $\geq 95\%$, 无护理投诉及护理不良事件发生。

2. 实施总责任护士主导的医护一体化查房: 改革传统的医护各自查房模式, 实施医护共同查房。(1) 总责任护士前一天安排参与医疗组查房的责任护士, 每日07:30由总责任护士和参与查房的护士向夜班护士了解本组患者夜间的病情变化, 并进行点对点床边交接。(2) 08:00实施医护书面交班, 科室主任和护士长对晚夜间的护理工作点评。(3) 床边查房: 采用标准化沟通方式对危重症及特一级护

理、手术患者和其他进入临床路径的患者进行重点查房。值班护士主动汇报晚夜间患者异常情况, 手术患者24h引流量、晚夜间突发抢救患者; 值班医师重点补充抢救过程和结果, 特别是对细节信息进行必要的描述, 反馈患者治疗效果。(4) 总责任护士的协调与质控: 总责任护士对本组患者的诊疗与护理计划进行总体质量控制, 对护理中的疑问和难点进行协调与指导, 对查房过程中新的诊疗计划的执行进行追踪、评价与反馈。(5) 疑难病例讨论: 对于危重患者和疑难病例, 医护一体化小组每周开展多学科病例讨论会, 针对患者的问题讨论进一步的干预方案并制定实施计划。

3. 个体化诊疗方案的共同决策: (1) 患者评估: 患者入院后, 管床医师和责任护士共同评估, 采集患者病史、体格检查及其他疾病相关资料, 发现患者现存和潜在的健康问题, 共同商讨患者的个体化诊疗护理方案。(2) 医患沟通: 总责任护士主导、主管医师负责、责任护士参与, 对骨折患者就手术方式与风险、手术费用、术后康复计划及预后进行告知。沟通过程中患者家属参与, 听取家属意见, 根据患者年龄、骨折部位、程度、身体状况等, 利用患者可及的优势资源, 选择适宜的手术方式和术后康复计划。

4. 疼痛管理: 经医护一体化小组制定患者术后疼痛管理的目标与实施方案^[7]: (1) 采用数字评分法(numerical rating scale, NRS)评分, 确定疼痛管理的目标: 术后NRS评分 < 4 分, 术后24h内NRS评分 ≥ 4 分的突发疼痛次数 < 3 次, 每次突发疼痛缓解时间 < 30 min。(2) 正确评估, 术后72h每4h评估1次, 根据评估结果进行个性化疼痛干预。(3) 突发疼痛的三级镇痛工作模式。NRS评分为1~3分时, 由护士采用非药物疼痛治疗方法缓解疼痛; NRS评分为4~7分时, 护士在采用非药物疼痛治疗方法的同时, 汇报医师, 遵医嘱使用镇痛药; NRS评分 ≥ 7 分时, 汇报医师, 遵医嘱使用镇痛药, 与医师共同讨论患者镇痛方案。(4) 全面评估镇痛效果。包括患者疼痛程度及疼痛的伴随症状, 如睡眠、焦虑等, 提供全面、准确和个性化的疼痛管理方案。

5. 早期出院计划与延续护理: (1) 早期出院计划: 从患者术后24h, 生命体征平稳即开始实施早期出院计划, 主要包括全面的患者评估和早期康复护理的实施, 尽早地指导患者实施床上被动活动与主动活动、体位改变与转移、日常生活活动能力训练和康复工具的使用, 帮助患者落实康复医院或社区的转介, 直至患者出院前能够完成出院准备计划的全部内容, 包括(上肢骨折患者日常生活活动能力 ≥ 85 分、康复目标的知晓、正确有效的功能锻炼、康复工具的正确应用等)^[8]。(2) 延续护理: 根据医护共同制定的出院计划与康复目标, 由责任护士和管床医师进行每周1次的电话随访直至第1次复查结束, 并进行存档, 总责任护士负责质量控制。

三、观察指标

记录患者术后72h内NRS评分、疼痛干预有效率、术后并发症发生率、康复锻炼开始时间、术后住院时间及医护合作满意度。疼痛干预有效指标为: 患者的NRS评分 ≤ 3 分, 24h突发疼痛 ≤ 3 次, 24h内需要止痛解救药物 ≤ 3 次, 3个指标同时满足则判断疼痛干预有效^[7]; 术后并发症包括: 院内获得性肺炎、压疮、下肢深静脉血栓、泌尿系统感染、便秘、伤口感染^[5, 9]。医护合作满意度采用医护合作量表, 由日本

学者编制,国内陈静等^[10]汉化,用于评价和策略医护合作状况,共3个维度21个条目,Cronbach's α 系数为0.946。

四、统计学处理

采用SPSS 19.0统计软件对数据进行处理,患者术后72 h内NRS评分、患者术后康复开始时间与术后住院时间、医护合作满意度为计量资料,以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;疼痛干预有效率、术后并发症发生率为计数资料,以例(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、术后72 h内NRS评分及疼痛干预有效率

观察组术后72 h内NRS评分显著低于对照组,差异有统计学意义($t = -4.390, P < 0.05$),观察组疼痛干预有效率为77.57%,优于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.844, P = 0.009$)。见表1。

表1 2组骨折患者术后72 h内NRS评分及疼痛干预有效率比较

组别	例数	NRS评分 (分 $\bar{x} \pm s$)	疼痛干预有效率 [例(%)]
观察组	107	4.09 \pm 1.64	83(77.57)
对照组	88	5.15 \pm 1.69	51(57.95)
t/χ^2 值		-4.390	6.844
P 值		<0.0001	0.009

注: NRS为数字评分法

二、术后并发症发生率

观察组下肢深静脉血栓、泌尿系统感染与便秘的发生率分别低于对照组,差异均有统计学意义($\chi^2 = 4.486, 4.296, 6.812, P = 0.027, 0.036, 0.009$)。见表2。

表2 2组骨折患者术后并发症发生率(例)

组别	例数	肺炎	下肢深静脉血栓	泌尿系统感染	便秘	伤口感染
观察组	107	3	2	1	3	1
对照组	88	4	9	7	11	2
χ^2 值		0.070 ^a	4.486 ^a	4.296 ^a	6.812	0.029 ^a
P 值		0.792	0.027	0.036	0.009	0.864

注: ^a示校正 χ^2 检验

三、术后康复开始时间与术后住院时间

观察组术后康复开始时间早于对照组,术后住院时间短于对照组,差异均有统计学意义($t = 11.670, -7.616, P$ 值均小于0.05),见表3。

四、医护合作满意度

实施总责任护士主导的医护一体化护理模式后,观察组患者信息的交流、医师护士共同参与治疗或护理决策、医师和护士的关系得分相比对照组均有显著提升,差异均有统计学意义(P 值均小于0.05),见表4。

表3 2组骨折患者术后康复开始时间与术后住院时间($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后开始康复时间(h)	术后住院时间(d)
观察组	107	21.48 \pm 6.41	11.08 \pm 2.19
对照组	88	36.48 \pm 10.75	13.95 \pm 2.93
t 值		11.670	-7.616
P 值		<0.0001	<0.0001

讨 论

1. 总责任护士主导的医护一体化护理模式改善了照护质量:总责任护士主导的医护一体化护理模式是在责任制整体护理模式的基础上,发展以患者需求为导向的临床新型团队合作护理服务模式,该模式以亚专科为核心,对团队人力资源重新整合,聚焦患者的安全和高质量的护理服务,发挥总责任护士的协调与指导作用,护士与医师共同讨论、制订和实施以患者为中心的照护方案。从研究结果可以看出,相对于传统护理模式,总责任护士主导的医护一体化护理模式改善了创伤骨科患者术后疼痛的管理效果,降低了患者术后并发症的发生率,促进术后早期康复及缩短住院时间。一方面,模式运行过程中强调知识共享与责任共担,医护共同参与床边查房、病例讨论与学术活动等,显著提升了护理人员的专业知识与理论水平^[11-12],特别是对患者疼痛的管理与早期康复护理。另一方面总责任护士在主导与协调过程中不断激发护理人员的潜能与主观能动性,转变理念,促进护理人员在患者管理过程中能够以科学的思维满足患者照顾需求和以团队的形式发挥临床协调与管理效能^[13-14]。

表4 2组骨折患者医护合作量表各维度得分情况比较(分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	患者信息的交流	共同参与治疗或护理决策	医师和护士的关系	总分
观察组	107	3.78 \pm 0.85	3.86 \pm 0.87	4.00 \pm 0.84	3.87 \pm 0.67
对照组	88	3.32 \pm 1.00	3.23 \pm 0.93	3.45 \pm 0.96	3.33 \pm 0.84
t 值		3.398	4.884	4.190	4.996
P 值		0.001	<0.0001	<0.0001	<0.0001

2. 总责任护士主导的医护一体化护理模式提升了医护合作满意度: 积极的医护合作有利于畅通医护沟通渠道和信息的交互, 可以更全面、具体地评估患者与了解其需求, 从而做出正确的临床决策, 提升临床护理质量, 促进医患关系的和谐发展^[12]。本研究结果显示, 与传统护理模式相比, 总责任护士主导的医护一体化护理模式提升了医护合作满意度。主要与该模式的应用过程中, 总责任护士发挥了更多的桥梁作用, 从而达成更多的医护交流与合作, 提高了医护沟通的有效性, 形成良好的医护合作氛围; 另外, 在患者诊疗护理方案的制订过程中, 护理人员全程参与, 全面了解患者的创伤特点及术后护理要点, 使得治疗决策与护理决策能够同步, 促进术后落实有效的护理措施, 更有利于提高医护合作意愿; 在总责任护士主导的医护一体化护理模式的运行中, 强调了护理人员在团队合作中的主导作用, 提升了护士的工作积极性与职业获得感, 从而更有利的推动医护合作的高效运行, 提高医护合作满意度。

随着临床诊疗技术的发展和医学分科的不断细化, 护理工作不再是从属于医疗, 而是与临床医疗呈并列-互补关系, 甚至在复杂或疑难问题的多学科合作问题中发挥主导作用。总责任护士主导的医护一体化护理模式的应用, 使医护成为一个整体, 共同参与制订患者的诊疗护理方案, 共同聚焦患者安全与质量, 加强了医护间的配合, 减少了无效、无益甚至有害的医护干预, 优化工作流程, 减少无效沟通。同时, 总责任护士发挥医护患之间的桥梁作用, 在工作中随时及时、动态评估患者, 关注重点和关键环节, 变繁忙应对为主动干预, 提升专科护理工作内涵, 提高效率。

参 考 文 献

- [1] 邱雪, 吴荷玉. 3D 打印技术用于创伤骨科手术的护理配合[J]. 护理学杂志, 2015, 30(20): 52-53.
- [2] 王艳, 易祖玲. 医护一体化模式在骨科护理中的应用研究[J/CD]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2014, 9(4): 446-448.
- [3] 邱彬彬, 苏娅丽, 王丕琳, 等. 医护一体化在乳腺科患者全程管理中的应用[J]. 中国护理管理, 2015, 15(1): 1-4.
- [4] 王引侠, 冯小菊, 张亚军, 等. 医护一体化分层级责任制整体护理模式的应用与效果[J]. 护理管理杂志, 2012, 12(9): 683-684.
- [5] 蔡宇, 周华军, 程文俊, 等. 加速康复外科联合标准化康复路径在全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者中的应用[J]. 中华创伤骨科杂志, 2016, 18(8): 673-678.
- [6] 王丽, 舒春梅. 医护一体化模式在我国护理工作中应用的文献计量学分析[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(28): 3596-3599.
- [7] 黄天雯, 陈晓玲, 谭运娟, 等. 疼痛护理质量指标的建立及在骨科病房的应用[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 148-151.
- [8] 李卉梅, 刘小芳, 李秀云, 等. 实施延伸康复训练对四肢骨折患者疗效的影响[J]. 护理学杂志, 2014, 29(12): 72-74.
- [9] 张仙梦, 李莉, 王淑茹. 加速康复外科理论在股骨颈骨折老年患者围术期护理中的应用[J]. 现代临床护理, 2016, 15(7): 22-26.
- [10] 陈静, 张贤, 张振香, 等. 医护合作量表的汉化及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(2): 236-240.
- [11] 徐春艳, 康璇, 杨丽红, 等. 医护一体化护理干预促进肝癌患者快速康复的效果[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(24): 53-55.
- [12] 李卡, 胡艳杰, 汪晓东, 等. 医护一体模式下实施快速流程方案对护理工作环境的影响[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 141-144.
- [13] 秦淑娟. 探讨组内责任制整体护理在创伤骨科工作中的应用效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(53): 203.
- [14] 张春玲, 孙胜男, 张春燕, 等. 创伤骨科以护士为主导的疼痛管理模式研究[J]. 护理学杂志, 2012, 27(2): 25-27.

(收稿日期: 2019-08-06)

(本文编辑: 甘丽)

程蓓, 傅巧美, 贾赤字. 总责任护士主导的医护一体化护理模式在创伤骨科的应用[J/CD]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2019, 14(5): 393-397.