

应用一体化管理模式干预社区高危人群对机体各项功能康复的影响

胡小飞

社区高危人群是指出院后伴有冠心病、高血脂、糖尿病及高血压等危险性疾病的患者^[1],伴发疾病严重影响患者的生活质量^[2],因此,社区高危人群进行系统性管理非常重要。临床研究显示医院-社区-家庭一体化管理模式在社区管理中应用广泛^[3],目前一体化管理模式在社区中对单一危险性疾病患者的效果非常理想,但对于伴发多种疾病高危人群的研究报道较少,本次研究就采用一体化管理模式对伴发多种疾病的高危患者进行研究。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年8月至2015年12月间东莞市谢岗社区卫生服务中心收治的高危人群118例,其中男性61例、女性57例;年龄52~74岁,平均年龄(59.30±8.60)岁。所有患者均自愿参加本次实验并签署知情同意书。采用随机数字法分为对照组和观察组,每组各59例,两组患者在性别、年龄、病程、文化程度及危险因素等一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 观察组采用一体化管理干预,在常规社区干预基础上采用医院-社区-家庭一体化管理模式干预^[7]。医院-社区-家庭一体化管理小组由医生、护士各6名和8名社区医护人员组成,收集患者性别、年龄、病程、疾病史及用药史等相关资料,并在社区处进行登记,密切监测患者生命体征,出现紧急情况及时转诊医院治疗,同时进行对症治疗包括:①用药指导:根据患者疾病类型选取合适药物及用量,指导患者掌握用药时间、剂量等常见问题,如糖尿病患者需进行皮下注射胰岛素,应明确治疗

表1 两组患者一般资料比较

临床资料	观察组(n=59)	对照组(n=59)
性别(男/女)	31/28	30/29
平均年龄/岁	61.43±6.39	60.78±6.43
平均病程/年	4.91±1.46	5.01±1.35
文化程度/例		
小学	29	27
初中	15	16
高中	10	12
大学	5	4
合并疾病/例		
血脂异常	12	13
高血压	15	15
肥胖	10	9
糖尿病	10	10
心理疾病	12	12

时间,避免混合用药造成药物不良反应,督促患者养成良好的用药习惯;②饮食方法指导:根据患者自身身体状况及疾病类型,明确指导患者每日饮食类型及总热量,保证患者营养吸收平衡,如高血脂患者应避免食用高脂肪食物,尽量食用易吸收高营养类食物,同时监督患者禁止吸烟、喝酒、熬夜等不良生活习惯;③自我管理能力指导:讲解常规血压测量及血糖测量方法,社区医务人员根据患者自身疾病发放相应的操作手册,保证患者熟悉掌握,定期对患者掌握情况进行测试;④运动指导:进行健康知识讲解^[8],使其了解运动锻炼对自身的重要性,同时组织太极操、广场舞等社区集体活动,保证每名患者参与到运动中,督促养成每日良好的运动习惯;⑤心理健康指导:定期进行随访谈心,了解患者

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.06.019

作者单位:523590 广东东莞,东莞市谢岗社区卫生服务中心全科

最近心理烦恼并进行开导,同时对于自身心理疾病患者应进行专业心理疏导,保证患者的心理健康。对照组采用常规社区干预,定期进行电话随访,同时开展相应社区健康知识讲座,提高患者疾病健康知识等社区常规干预。

1.3 观察指标 干预1年后,比较两组患者危险因素控制率;比较两组患者干预前后治疗依从性、运动积极性、饮食规律、生活习惯、定期体检及自我管理自我行为能力;比较两组患者干预前后社会交往能力、心理状况、躯体功能及生活质量评分差异。

1.4 效果评定 自我行为能力评分采用本院自拟调查量表进行评定,评定结果分为完全做到、基本

做到、部分做到及做不到四项,满足完全做到和基本做到患者视为达标。采用GQOLI-74问卷调查方式评价两组患者干预前后的社会交往能力、心理状态、躯体功能及生活质量评分,评分越高表示患者该项功能越好^[9]。

1.5 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预后相关危险因素控制率比较结果见表2

表2 两组患者相关危险因素控制率比较/例(%)

组别	血脂异常	血压偏高	肥胖	糖尿病	心理疾病
观察组	10(83.33)*	12(80.00)*	9(90.00)*	8(80.00)*	11(91.67)*
对照组	8(61.54)	8(53.33)	5(55.56)	6(60.00)	7(58.33)

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组患者的血脂异常、血压偏高、肥胖、糖尿病及心理疾病等危险因素控制率明显高于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=9.51、

10.09、10.23、8.74、9.91, P 均 <0.05)。

2.2 两组患者的干预前后自我行为能力比较结果见表3

表3 两组患者的干预前后自我行为能力比较/例(%)

组别	治疗依从性	运动积极性	饮食规律	生活习惯	定期体检	自我管理	
观察组	干预前	41(69.49)	36(61.02)	39(66.10)	38(64.41)	37(62.71)	42(71.19)
	干预后	55(93.22)*#	56(94.92)*#	57(96.61)*#	54(91.53)*#	53(89.83)*#	53(89.83)*#
对照组	干预前	42(71.19)	35(59.32)	41(69.49)	37(62.71)	35(59.32)	41(69.49)
	干预后	45(76.27)*	41(69.49)*	44(74.58)*	42(71.19)*	40(67.80)*	43(72.88)*

注:*:与同组干预前比较, $P<0.05$;#:与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,两组患者干预前的治疗依从性、运动积极性、饮食规律、生活习惯、定期体检及自我管理自我行为能力比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=1.02、1.07、1.15、1.05、1.19、1.03, P 均 >0.05)。观察组和对照组干预后患者治疗依从性、运动积极性、饮食规律、生活习惯、定期体检及自我管理自我行为能力明显高于干预前,差异均有统计学意义

(χ^2 分别=7.92、14.48、11.97、8.66、9.15、6.41; 3.17、3.89、3.05、4.78、3.22、2.98, P 均 <0.05)。观察组患者干预后各项自我行为能力明显高于对照组干预后,差异均有统计学意义(χ^2 分别=6.78、13.03、11.64、8.04、8.58、6.36, P 均 <0.05)。

2.3 两组患者的干预前后机体各项功能康复情况比较见表4

表4 两组患者的干预前后机体各项功能康复情况比较

组别	社会交往能力	心理状态	躯体功能	生活质量	
观察组	干预前	18.38±3.87	20.36±4.33	23.42±4.74	61.37±9.85
	干预后	25.36±4.14*#	26.38±5.48*#	27.49±5.04*#	79.46±7.95*#
对照组	干预前	19.02±4.01	19.88±4.25	23.66±4.68	60.84±10.03
	干预后	21.47±4.46*	22.19±5.82*	24.62±5.26	68.65±8.66*

注:*:与同组干预前比较, $P<0.05$;#:与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,两组患者干预前的社会交往能力、心理状态、躯体功能及生活质量评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.87、0.76、0.82、0.94, P 均 >0.05)。对照组干预后患者社会交往能力、心理状态及生活质量评分明显优于干预前,差异均有统计意义(t 分别=2.36、2.75、3.07, P 均 <0.05)。观察组干预后的社会交往能力、心理状态、躯体功能及生活质量评分均明显高于干预前和对照组干预后,差异均有统计意义(t 分别=7.52、8.31、7.01、7.38;4.88、4.93、3.22、5.10, P 均 <0.05)。

3 讨论

社区高危人群通常在医院接受过相关疾病专科治疗及相关健康知识教育,出院后由社区医务人员进行相关疾病延续护理,同时后期需进行长时间药物治疗及相关管理控制病情,因此需要社区医务人员详细了解患者病情及后期管理事项,对社区延续护理质量要求较高。目前我国社区医务人员与医院对患者病情及管理沟通较差,加之社区对高危人群重视程度较低,家庭对于相关疾病管理了解度不够,严重制约患者后期护理质量。患者出院后常存在较长时间的护理管理空缺,同时患者对自身管理能力较差^[1],长时期的管理空缺很容易导致用药质量及自我管理能力的降低,造成严重并发症,影响疾病预后^[2]。因此,建立社区医务人员与医院及家庭良好的沟通,及时了解患者病情进展的同时开展相应护理工作对于社区高危人群管理非常必要。

我国目前对于社区高危人群医院-社区-家庭一体化管理模式还尚未成熟,国内文献多报道关于高血压或糖尿病等单一疾病患者的一体化护理干预,且取得相对理想效果^[3],但对于危险疾病种类较多、护理干预形式多样性更高的社区高危人群患者应用一体化管理模式干预的报道较少,何秋玲^[4]研究发现一体化管理模式干预社区高危人群能明显提高患者的生活质量及各项自我行为意识能力。本次研究就对本社区经医院确诊为高危人群采用一体化管理模式进行研究,患者统一在社区登记备案,与医院沟通准确了解患者危险因素及后期注意事项,同时与家属建立良好的交流沟通,通过对家属进行健康知识讲解,意识到管理的重要性,并进行严格的用药指导,根据相关危险因素选取合适的治疗药物^[5],督促患者掌握用药时间及药物剂量和注意事项,同时与家属配合督促养成良好的用药习惯,同时对日常生活习惯及饮食进行严格规定,使

患者养成良好的生活及饮食习惯,督促有吸烟、嗜酒等不良生活习惯患者自我管理。对家属及患者进行健康知识讲解,讲解常规血压血糖等测量方法,同时社区定期对患者进行健康测评对病情加重患者采用相应措施,必须时需送医院进一步治疗,社区医务人员按时组织太极拳、广场舞等集体活动,督促患者每日进行合理运动,同时定期与患者沟通,了解近期心理状况,对存在严重心理健康疾病患者进行专业心理医生治疗,使患者养成良好的生活习惯并提高自我管理能力,从而有效控制患者相关疾病,改善患者各项功能提高生活质量。

本次研究结果显示,观察组患者的相关疾病控制率明显高于对照组(P 均 <0.05),观察组患者干预后治疗依从性、运动积极性及饮食规律等自我行为能力明显优于对照组(P 均 <0.05),同时社会交往能力、心理状态、躯体功能及生活质量评分明显高于对照组(P 均 <0.05),结果显示一体化管理模式在社区高危人群中的效果明显,与目前国内文献报道基本吻合,同时本次研究存在社区人员与医院交流度不够,在管理过程中容易出现联系障碍,同时社区对于相关管理经验缺乏,因此,还需后期增强与医院联系,及时总结经验教训,并进一步改善,一体化管理模式发展还需进一步深入研究。

综上所述,应用一体化管理模式干预社区高危人群,可以明显提高高危患者治疗依从性、生活习惯及自我管理自我行为能力,改善患者社交能力、心理状态及躯体功能,提高患者生活质量,同时能有效控制患者高危因素,是一种高效的管理模式。

参考文献

- 1 翁根龙,沈宇.三级医院-社区卫生一体化管理慢性病综合干预模式探讨[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(2):292-294.
- 2 Hai-Hui HU,Zhang BH,Pediatrics DO. Intervention effect of community integrated management on the quality of life among children with asthma[J]. Occup Health,2014,12(18):729-735.
- 3 刘静,蔡纪明,王芑,等.社区组织参与的男男性行为人群干预动员检测咨询及治疗关怀的一体化服务模式实施效果分析[J].中国预防医学杂志,2015,24(6):471-473.
- 4 钟俊涛,蓝业平,蒋宏辉,等.医院-社区综合管理模式对高血压患者控压效果及服药依从性的影响[J].实用心脑血管病杂志,2014,22(7):35-36.
- 5 张炎,孙秋英,张敏,等.糖尿病医院社区一体化管理模式效果的系统评价[J].中华现代护理杂志,2015,29(26):128-

- 130.
- 6 Urioste-Stone SMD, Pennington PM, Elizabeth P, et al. Development of a community-based intervention for the control of Chagas disease based on peridomestic animal management: an eco-bio-social perspective[J]. T Roy Soc Trop Med H, 2014, 109(2):159-167.
 - 7 王绵炯, 林秋强, 许海钿. 社区糖尿病患者进行社区-医院一体化管理的应用[J]. 中国医药科学, 2015, 39(9):195-197.
 - 8 Phyllis A, Jane M, Stefan P. Systematic literature review of integrated community case management and the private sector in Africa: Relevant experiences and potential next steps.[J]. Glob J Health Sci, 2014, 4(2):4-14.
 - 9 陈国伟, 罗文婷. 基于市民健康信息系统的区域慢病一体化防治管理模式探究[J]. 中国慢性病预防与控制, 2015, 23(2):152-154.
 - 10 Nefdt R, Ribaira E, Diallo K. Costing commodity and human resource needs for integrated community case management in three differing community health strategies of Ethiopia, Kenya and Zambia[J]. Ethiopian Med J, 2014, 52(Suppl 3):137-149.
 - 11 包玉倩. 新型糖尿病管理模式的探索: 医院-社区一体化的糖尿病管理及初步成效[J]. 中华全科医师杂志, 2014, 13(9):348-350.
 - 12 曾庆红. 对社区内糖尿病患者进行社区-医院一体化管理的效果分析[J]. 西部中医药, 2014, 28(6):89-90.
 - 13 谭淑芬. “医院-社区-家庭”一体化护理干预对社区精神病患者防治和生活质量的影响[J]. 临床护理杂志, 2014, 31(4):2-4.
 - 14 何秋玲. 一体化管理模式对社区高危人群自我行为意识及生活质量的影响[J]. 按摩与康复医学, 2016, 30(1):643-645.
 - 15 Zhou Y, Hu G, Wang D, et al. Community based integrated intervention for prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Guangdong, China: cluster randomised controlled trial[J]. BMJ, 2010, 341(1):c6387.

(收稿日期 2016-04-15)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

右旋美托咪定腹横肌平面阻滞对腹腔镜结肠切除术快速康复治疗的对照研究

吴天良

腹横肌平面阻滞 (transversus abdominis plane block, TAPB) 用于腹腔镜结肠切除术的快速康复治疗已有较多研究, TAPB 可有效促进患者的快速康复已成为共识。右旋美托咪定可通过中枢和外周两个途径协同镇痛, 拮抗过度应激, 从而进一步加速患者的康复。本次研究对照观察了超声引导下罗哌卡因与罗哌卡因复合右旋美托咪定 TAPB 用于腹腔镜

下结肠切除术快速康复治疗的疗效和并发症, 以期了解复合右旋美托咪定 TAPB 能否进一步加快患者的康复。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 10 月至 2016 年 6 月浙江杭州富阳区第一人民医院麻醉科拟在全麻腹腔镜下结肠切除结肠肿瘤患者 48 例, 其中男性 29 例、女性 19 例; 年龄 38 ~ 85 岁, 平均年龄 (44.16 ± 22.21) 岁; 均符合入选标准: ①均为美国麻醉医师协会 I ~ III 级; ②年龄 38 ~ 85 岁之间; ③均能够耐受全麻腹腔镜下结

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.06.020

作者单位: 311400 浙江杭州, 杭州富阳区第一人民医院麻醉科