

# 医护一体化在创伤外科老年髌部骨折中的应用

王 芳(第三军医大学大坪医院野战外科研究所全军战创伤中心,重庆 400042)

**【摘要】** 目的 评价医护一体化在创伤外科老年髌部骨折中的应用价值。方法 将选择 2012 年 6 月至 2013 年 6 月采用医护一体化前的 45 例患者为对照组,2013 年 7 月至 2014 年 7 月采用医护一体化后 75 例患者为观察组,对比两组患者医护及患者的满意度、住院时间、并发症等。结果 观察组医生满意度为 83.4%,护士满意度为 91.4%,均高于对照组的 71.4%、68.6%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗满意度为 92.0%,平均住院时间为 15 d,均明显优于对照组的 79.0%、19.2 d,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 医护一体化对于提高创伤外科病房医疗质量,保证医疗安全,加强医护之间配合,提高护理人员业务水平及职业满意度方面有肯定的作用。

## 【关键词】

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.22.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)22-3169-02

老年髌部骨折是常见病,患者基础疾病多,病情变化快,常常成为医护工作的重心。在创伤外科的工作中,社会需求对现行医护合作提出了新的挑战。本科针对老年髌部骨折于 2013 年 7 月至 2014 年 7 月开展医护一体化工作模式的探索,目标是和谐医护关系,提升劳动效率,提高护士专业化水平,增加患者满意度。取得一定效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 7 月至 2014 年 7 月本科住院老年髌部骨折患者 75 例为观察组,其中男 42 例,女 33 例,平均年龄 72.3 岁;糖尿病 22 例,高血压 42 例,平均住院时间 15 d。选择 2012 年 6 月至 2013 年 6 月本科住院的老年髌部骨折患者 45 例为对照组,其中男 31 例,女 14 例,平均年龄 69.7 岁;糖尿病 13 例,高血压 22 例,平均住院时间 19 d。纳入标准为行髌部骨折内固定手术,年龄大于 60 岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 两组患者均积极控制基础疾病,行髌部骨折内固定手术,根据患者情况,严重患者转重症监护室(ICU)治疗,病情平稳后转回病房,预防并发症,指导功能锻炼及其他康复。对照组予常规护理及观察,观察组采用医护一体化模式管理,具体措施如下。

**1.2.1 成立医护一体化小组** 以患者为中心,成立医护一体化小组,由科室主任及护士长负责,治疗组组长(副教授及以上医师)及护理组长共同牵头,住院患者所属主治医师,一线医师及主管护士共同参与。

**1.2.2 具体管理过程** 患者入院后由主治医师评估患者情况,决定是否纳入医护一体化管理。住院后第 2 天护理电子晨交班,重点介绍纳入医护一体化患者的基本病情。医护一体化小组护士参加医生当日电子交班,记录该患者治疗重点及注意事项。住院后第 3 天或术前护理组长召集所属小组成员集中讨论患者病情,治疗及护理重点,医护小组一起进行患者术前讨论。部分术后患者转入 ICU,病房患者夜间由住院总及当班护士重点夜查房。患者转出 ICU 或术后第 2 天护理小组集中讨论。术后每周两次不定期医护一体化小组集中讨论。周一护士长晨交班时,评价医护一体化患者治疗情况,从护理角度指出医生治疗中的问题,由科室主任主持讨论解决。周一科室主任对医护一体化患者重点查房。周四病例讨论,对每个医护一体化患者进行全科讨论。周六晨交班,科室主任,护士长及

治疗组组长参加,针对医护一体化患者护理中存在的问题进行讨论。

## 1.3 评价指标

**1.3.1 医护满意度评估** 自制问卷调查医生、护士对实行医护一体化工作前后的满意度。医生问卷包括医护配合,护士病情掌握,执行医嘱,护患沟通,专科护理,技术水平,救治时效性等 7 个方面每项 5 分,共 35 分。护士问卷包括医护配合,工作量,医患沟通,医嘱合理度,医生病情掌握,职业满意度,专业技能掌握等 7 个方面每项 5 分,共 35 分。

**1.3.2 患者疗效评估** 对患者满意度、住院时间,并发症发生率进行对比。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS20.0 软件对数据进行统计学分析,计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 医护满意度比较** 观察组医生满意度为 83.4%,护士满意度为 91.4%,均高于对照组的 71.4%、68.6%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.2 治疗效果比较** 观察组患者治疗满意度为 92.0%,平均住院时间为 15 d,均明显优于对照组的 79.0%、19.2 d,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组并发症发生率为 16.0%,高于对照组的 15.6%,但两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 3 讨论

医护一体化作为一种新的治疗理念,更符合生物-心理-社会医学模式,目前逐渐在临床中开展开来,不但可以提高患者满意度,也有利于提高医护人员专业水平<sup>[1]</sup>。刘燕等<sup>[2]</sup>认为医护一体化是指医生和护士在平等自主、相互尊重和信任且具有一定专业知识与能力的前提下,通过开放的沟通和协调,共同决策、分担责任,为患者提供医疗护理服务的过程。陈静等<sup>[3]</sup>认为医护一体化是医生和护士之间的一种可靠的合作过程,医护双方都能认可并接受各自的行为和责任范围,能保护双方的利益和有共同实现的目标,同时医护之间有分工、有密切联系和信息交换、相互协作、补充和促进,而非单纯的医护共同工作。

医护一体化的核心是加强医护交流,改变护士在医疗工作中单纯的执行者角色,实现医护之间对患者信息的充分共享,

共同决策,共同提高业务水平。在创伤外科病房,患者常常涉及多个部位损伤,多学科交叉且病情急、变化快,护理人员时常面临专业知识不足,病情了解不够,难以及时发现问题,如果发现问题也难以处理。另一方面医生手术任务繁重,常常不在病房,不能及时发现患者的病情变化,对患者的观察倚重于护理人员,如果不能实现医护信息充分交流,且提高护士在医疗决策中的参与度,那么危重患者的管理就存在很大风险,一旦不能及时发现病情变化又意味着工作量的增加。

老年髋部骨折患者往往有较多的基础疾病,如心肺功能减退,糖尿病等,其营养状况,翻身护理,大小便护理都存在很多困难<sup>[4-7]</sup>。而老年人心理生理方面的变化又造成沟通困难,常常出现感觉减退、褥疮等病情变化不能及时发现,休息不好昼夜颠倒,因疼痛及活动困难烦躁不安,慢性便秘腹胀影响进食等问题<sup>[8-9]</sup>。这些讯息常常由医护分别掌握,如果能及时沟通,及时配合处理,才能使小问题不影响整体治疗,提高患者满意度。在医护一体化实践中最大的困难在于如何使医护沟通不增加医护人员的工作量。其中最重要的是抓住加强医护交流这个核心,而形式、时间由参与人员灵活掌握,有问题时及时交流,甚至可以是午餐时间。同时通过在晨交班,大查房,病例讨论等日常医疗活动中要求医护一齐参加,从科室角度对医护一体化患者的诊疗进行指导及监督。使用这些方法后发现,由于采用医护一体化对患者病情变化及时处置,并不明显增加工作量。

经过观察对比发现,经过医护一体化后,医护患三方的满意度都明显增加。医护之间配合更加默契,医护对病情的掌握情况,病情处理的专科化水平,特别是护士的专科护理水平,护士的职业满意度都有明显提高。在观察组患者年龄较大的情况下,较之对照组其并发症发生率没有明显增加,住院时间有所缩短。

(上接第 3168 页)

泛。宫腔镜宫颈病变切除术是近年来发展迅速的微创手术,使用电切功能将患者的宫颈病变组织切除,创伤小且疼痛感较低,患者在手术中出血量少,术后复发的发生率较低<sup>[8]</sup>。宫颈病变环形电切术在治疗过程中,采用“先切除,后止血”的操作方法<sup>[9]</sup>,患者在手术中出血量较多,增加了操作困难,术后复发的发生率较高<sup>[10]</sup>。

临床手术治疗对比发现,宫腔镜宫颈病变切除术临床治疗有效率明显高于宫颈病变环形电切术,且手术过程的出血量和术后复发率明显较低;手术治疗时间和术后创伤愈合时间差异并不明显,所以值得在临床上推广宫腔镜宫颈病变切除术。

#### 参考文献

- [1] 王晓芬. 宫颈环形电切术治疗宫颈病变的临床护理分析[J]. 中国医药导报, 2012, 6(14): 1090-1091.
- [2] 张茹, 曲华清. 宫腔镜电切术治疗宫颈良性病变 148 例临床分析[J]. 医学专业, 2011, 19(13): 97-98.
- [3] 张宏伟, 张蕾. 宫腔镜宫颈病变电切术与宫颈环形电切术治疗慢性中、重度宫颈炎的对比较研究[J]. 中国创伤外科杂志, 2010, 2(9): 122-124.
- [4] 邓元琪, 夏恩兰. 宫腔镜宫颈病变切除术与宫颈病变环形

综上所述,医护一体化对提高创伤外科病房医疗质量,保证医疗安全,加强医护之间配合,提高护理人员业务水平及职业满意度方面有肯定的作用,其加强医护交流,使护士更多参与医疗决策的核心思想可以进一步用于临床工作中。

#### 参考文献

- [1] 陈佳丽, 宁宁, 李欢, 等. 临床医护一体化合作模式的实施现状调查[J]. 护理研究 2013, 27(7): 2092-2093.
- [2] 刘燕, 刘华英. 运用医护一体化模式提高护士临床科研能力的实践与效果[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(4): 273-274.
- [3] 陈静, 张振香, 谢红. 医护合作关系的研究进展[J]. 中华护理杂志 2011, 46(11): 1136-1139.
- [4] 刘军, 谷贵山. 老年髋部骨折后死亡原因的研究进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(18): 1400-1402.
- [5] 刘磊, 周建伟, 许庆利. 手术治疗老年髋部骨折 156 例临床分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2008, 33(3): 337-338.
- [6] 郭炯炯, 唐天骊, 杨惠林, 等. 老年人营养状况对髋部骨折术后切口愈合的影响[J]. 中华创伤骨科杂志, 2006, 8(2): 112-114.
- [7] 伍佩玲, 黄碧萍, 何惠燕, 等. 老年髋部骨折患者压疮危险因素分析及护理[J]. 全科护理, 2009, 7(7): 1930-1931.
- [8] 庞家容. 心理干预对老年髋部骨折术后负性情绪及生活质量的影响[J]. 临床护理杂志, 2013, 12(1): 20-21.
- [9] 水根会, 侯桂红, 赵冬梅, 等. 髋部骨折患者睡眠质量及影响因素分析[J]. 临床医药实践, 2010, 8(19): 1142-1143.

(收稿日期: 2014-02-10 修回日期: 2014-04-12)

电切术治疗宫颈良性病变的比较[J]. 中国内镜杂志, 2011, 12(12): 1233-1235.

- [5] Bennett BB, Stone IK. Deep loop excision for prehyterectomy endocervical evaluation[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 176(1): 82-86.
- [6] 袁莉, 袁新荣, 李红薇. 宫腔镜宫颈病变电切术与宫颈环形电切术治疗低级别宫颈上皮内瘤变的临床研究[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 21(15): 92-93.
- [7] 孙文红. 宫腔镜电切术治疗宫颈良性病变的疗效和价值[J]. 中国卫生产业, 2013, 4(1): 134-136.
- [8] 冯忠民, 王牧, 张晓改. 宫腔镜下宫颈病变电切术治疗宫颈良性病变研究[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 7(8): 332-335.
- [9] 张宏伟, 张蕾, 沈蓉, 等. 宫腔镜宫颈病变电切术与宫颈环形电切术治疗慢性中、重度宫颈炎的对比较研究[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 2(9): 122-124.
- [10] 申屠瑶芬, 徐贤平. 宫颈环形电切术治疗宫颈病变的护理[J]. 护理与康复, 2012, 8(4): 659-660.

(收稿日期: 2014-03-12 修回日期: 2014-08-14)