

新型医护康患一体化模式在首发脑卒中偏瘫患者中的应用研究

黄冬和 许林海 刘天翔

温州市中心医院神经内科, 浙江温州 325000

通信作者: 黄冬和, Email: huangdh30324@163.com

【摘要】 目的 观察新型医护康患一体化模式在首发脑卒中偏瘫患者护理康复中的应用效果, 为康复方案的制定提供参考。**方法** 选择 2020 年 9 月至 2021 年 9 月温州市中心医院接诊的首发脑卒中并发偏瘫患者 60 例作为研究对象, 按随机数字表法将患者分为观察组和对照组。对照组接受常规护理康复干预(包括传统的神经内科护理、常规用药和常规康复训练); 观察组接受新型医护康患一体化管理(实施步骤包括入院评估和宣教、早期康复指导、医护康患共同为患者制定个性化康复护理方案、优化出院流程)。比较两组患者干预前和干预 30 d 后康复依从性、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、肢运动功能评分及日常生活活动能力(ADL)评分的差异, 并分析其对临床护理的满意度。**结果** 干预 30 d 后, 两组患者身体锻炼依从性评分、锻炼效果监督依从性评分、主动寻求建议依从性评分、肢体运动功能评分、ADL 评分均明显高于干预前[对照组: 身体锻炼依从性评分(分)为 20.27 ± 2.46 比 14.48 ± 2.03 , 锻炼效果监督依从性评分(分)为 7.49 ± 1.65 比 5.13 ± 1.14 , 主动寻求建议依从性评分(分)为 8.07 ± 1.38 比 5.49 ± 1.13 , 上肢运动功能评分(分)为 35.76 ± 4.31 比 23.45 ± 3.52 , 下肢运动功能评分(分)为 18.14 ± 3.22 比 12.34 ± 2.72 , ADL 评分(分): 68.38 ± 6.74 比 54.23 ± 5.35 ; 观察组: 身体锻炼依从性评分(分)为 28.09 ± 2.74 比 14.76 ± 1.89 , 锻炼效果监督依从性评分(分)为 9.08 ± 2.34 比 5.39 ± 1.29 , 主动寻求建议依从性评分(分)为 10.08 ± 1.67 比 5.53 ± 1.22 , 上肢运动功能评分(分)为 48.25 ± 5.44 比 23.24 ± 3.78 , 下肢运动功能评分(分)为 26.27 ± 4.13 比 12.89 ± 2.44 , ADL 评分(分)为 78.62 ± 7.46 比 54.84 ± 5.81 , 均 $P < 0.05$], NIHSS 评分(分)均明显低于干预前(对照组: 18.23 ± 3.09 比 24.64 ± 4.37 , 观察组: 9.24 ± 2.58 比 24.49 ± 4.33 , 均 $P < 0.05$); 且观察组上述指标的变化明显优于对照组[身体锻炼依从性评分(分): 28.09 ± 2.74 比 20.27 ± 2.46 , 锻炼效果监督依从性评分(分): 9.08 ± 2.34 比 7.49 ± 1.65 , 主动寻求建议依从性评分(分): 10.08 ± 1.67 比 8.07 ± 1.38 , NIHSS 评分(分): 9.24 ± 2.58 比 18.23 ± 3.09 , 上肢运动功能评分(分): 48.25 ± 5.44 比 35.76 ± 4.31 , 下肢运动功能评分(分): 26.27 ± 4.13 比 18.14 ± 3.22 , ADL 评分(分): 78.62 ± 7.46 比 68.38 ± 6.74 , 均 $P < 0.05$]。观察组护理满意度明显高于对照组[96.67% (29/30) 比 76.67% (23/30), $P < 0.05$]。**结论** 新型医护康患一体化能提高首发脑卒中偏瘫患者康复锻炼的依从行为, 改善神经、肢体运动功能, 提高护理满意度。

【关键词】 医护康患一体化模式; 首发脑卒中; 偏瘫; 康复依从性; 神经功能; 满意度

基金项目: 浙江省温州市基础性科研项目(Y2020684)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.06.015

Application of new integrated model of medical care, health care and patient in first-episode stroke patients with hemiplegia

Huang Donghe, Xu Linhai, Liu Tianxiang

Department of Neurology, Wenzhou Central Hospital, Wenzhou 325000, Zhejiang, China

Corresponding author: Huang Donghe, Email: huangdh30324@163.com

【Abstract】 Objective To observe the application effect of the new model of integration of medical care, health care and patient in the nursing and rehabilitation of patients with first stroke hemiplegia, and to provide reference for the formulation of rehabilitation programs. **Methods** A total of 60 patients with first-episode stroke complicated with hemiplegia admitted to Wenzhou Central Hospital from September 2020 to September 2021 were selected as research objects. All patients were divided into observation group and control group according to random number table method. The patients in the control group received routine nursing rehabilitation intervention (including traditional neurology nursing, routine medication and routine rehabilitation training), and the patients in the observation group received new integrated management of medical care, health care, and patient (implementation steps included admission assessment and education, early rehabilitation guidance, medical care and patient jointly develop personalized rehabilitation nursing plan for patients, optimize discharge process). The rehabilitation compliance, National Institute of Health stroke scale (NIHSS) score, limb motor function score, and activity of daily living (ADL) score were compared before intervention and 30 days after intervention, and the patients' satisfaction with clinical nursing was compared. **Results** After 30 days of intervention, the physical exercise compliance score, exercise effect supervision compliance score, active suggestion seeking compliance score and limb motor function score and ADL score of both groups were significantly

higher than before intervention (control group: physical exercise compliance score was 20.27 ± 2.46 vs. 14.48 ± 2.03 , exercise effect supervision compliance score was 7.49 ± 1.65 vs. 5.13 ± 1.14 , actively seeking advice compliance score was 8.07 ± 1.38 vs. 5.49 ± 1.13 , upper limb motor function score was 35.76 ± 4.31 vs. 23.45 ± 3.52 , lower limb motor function score was 18.14 ± 3.22 vs. 12.34 ± 2.72 , ADL score was 68.38 ± 6.74 vs. 54.23 ± 5.35 ; observation group: physical exercise compliance score was 28.09 ± 2.74 vs. 14.76 ± 1.89 , exercise effect supervision compliance score was 9.08 ± 2.34 vs. 5.39 ± 1.29 , actively suggestion seeking advice compliance score was 10.08 ± 1.67 vs. 5.53 ± 1.22 , upper limb motor function score was 48.25 ± 5.44 vs. 23.24 ± 3.78 , lower limb motor function score was 26.27 ± 4.13 vs. 12.89 ± 2.44 , ADL score was 78.62 ± 7.46 vs. 54.84 ± 5.81 , all $P < 0.05$), the NIHSS score was lower than that before intervention (control group: 18.23 ± 3.09 vs. 24.64 ± 4.37 , observation group: 9.24 ± 2.58 vs. 24.49 ± 4.33 , both $P < 0.05$). The changes of the above indexes in the observation group were significantly better than those in the control group (physical exercise compliance score: 28.09 ± 2.74 vs. 20.27 ± 2.46 , exercise effect supervision compliance score: 9.08 ± 2.34 vs. 7.49 ± 1.65 , actively suggestion seeking compliance score: 10.08 ± 1.67 vs. 8.07 ± 1.38 , NIHSS score: 9.24 ± 2.58 vs. 18.23 ± 3.09 , upper limb motor function score: 48.25 ± 5.44 vs. 35.76 ± 4.31 , lower limb motor function score: 26.27 ± 4.13 vs. 18.14 ± 3.22 , ADL score: 78.62 ± 7.46 vs. 68.38 ± 6.74 , all $P < 0.05$). The nursing satisfaction of the observation group was significantly higher than that of the control group [96.67% (29/30) vs. 76.67% (23/30), $P < 0.05$].

Conclusion The new integrated model of medical care, health and patient can significantly improve the compliance of rehabilitation exercise, improve the nerve and limb motor function, and improve nursing satisfaction.

【Key words】 Integrated model of medical care, health care and patient; First-episode stroke; Hemiplegia; Rehabilitation compliance; Neurological function; Satisfaction

Fund program: Basic Scientific Research Project of Wenzhou, Zhejiang Province (Y2020684)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.06.015

脑卒中俗称“中风”，主要是由于患者脑部血管突然出现阻塞或破裂出血，对脑组织产生不可逆损伤，引起急性脑功能缺损的疾病，具有发病率、病死率和致残率高等的特点^[1]。偏瘫是脑卒中患者发病后最常见的并发症，若未积极入院接受诊治，可对患者的信息通路传导、感觉、神经及运动等功能均会造成损害^[2]。首次发生脑卒中的患者，因缺乏对疾病的认识和对康复的认知，易造成情绪低落、抑郁等，从而缺乏主动参与康复训练的积极性，这些均会严重影响患者的生存质量，给家庭、社会带来沉重负担。因此，如何对脑卒中患者进行高效的康复干预管理，最大程度改善偏瘫肢体的预后，使其早日回归社会具有重要的意义^[3]。新型医护康患一体化模式是由专科医生、专科护士、康复治疗师和患者共同参与，医生、护士、康复治疗师与患者进行有效沟通，了解患者的康复认知和需求，鼓励其参与康复及治疗过程，实现医护康患 4 方共同决策，从而为首发脑卒中偏瘫患者提供优质康复管理，并已在临床得到广泛应用^[4-5]。基于此，本研究对新型医护康患一体化模式在首发脑卒中偏瘫患者中的应用效果进行分析，以期对脑卒中偏瘫患者的护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象：选择 2020 年 9 月至 2021 年 9 月本院收治的首发脑卒中偏瘫患者 60 例作为研究对象。

1.1.1 纳入标准：① 符合全国脑血

管病学术会议制订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[6]中提出的脑卒中诊断标准；② 首次发病；③ 美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institutes of Health stroke scale, NIHSS) 评分 ≥ 4 分，且存在肢体功能障碍；④ 生命体征稳定，无认知功能障碍，能理解并配合执行基本指令；⑤ 签署研究知情确认书，同意参加并配合本研究；⑥ 符合《赫尔辛基宣言》中制定的相关伦理学要求，并经本院伦理委员会批准 (审批号：2020-04-012)，对患者采取的康复护理均取得患者或家属知情同意。

1.1.2 排除标准：① 危重病患者，合并器官衰竭；② 患有恶性肿瘤或精神疾病，以及存在严重认知及交流障碍；③ 有严重抑郁，无法积极配合康复治疗。

1.1.3 剔除标准：① 康复训练过程中，出现严重并发症；② 再次发生脑血管病变，病情加重；③ 未遵从医嘱进行康复训练，或资料未完善。

1.2 研究分组和一般资料：按随机数字表法将患者分为对照组和观察组。两组患者性别、年龄、病程、脑卒中类型等基础资料比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$ ；表 1)，说明两组一般资料均衡，具有可比性。

表 1 不同护理模式两组首发脑卒中偏瘫患者一般资料比较

组别	例数 (例)	性别(性)		年龄(岁)		病程(d)		脑卒中类型(例)	
		男性	女性	范围	$\bar{x} \pm s$	范围	$\bar{x} \pm s$	缺血性	出血性
对照组	30	16	14	36 ~ 69	56.58 ± 9.37	3 ~ 14	8.52 ± 4.37	13	17
观察组	30	15	15	35 ~ 67	55.96 ± 8.89	4 ~ 13	8.45 ± 4.51	14	16

1.3 护理方法

1.3.1 对照组:在住院期间给予传统的神经内科护理、常规药物治疗和常规康复训练,包括入院宣教、药物治疗、健康宣教和康复指导。

1.3.2 观察组:在住院期间按照新型医护康患一体化模式进行护理和干预管理,具体方法如下。

1.3.2.1 建立新型医护康患一体化团队:团队由 15 人组成,分别为神经内科医师(6 名)、康复治疗师(4 名)、康复专科护士(1 名)、护士长(1 名)、责任护士(3 名)。成员年龄 35~54 岁,其中高级职称 4 人,中级职称 11 人。团队成员共同制定工作流程,明确工作职责并分工合作。

1.3.2.2 医护康患一体化管理:制定针对性康复内容和训练方法,每周医生、护士、康复师协同查房 1 次,共同听取患者的意见和需求,并对康复和诊疗计划进行调整,保证有效落实康复及护理措施。

1.3.2.3 实施步骤:①入院评估和宣教:由医生完成对患者病史资料的采集和病情评估,制定治疗方案;护士详细评估患者入院时的心理、生理、配合程度以及对康复的认知等,做好入院宣教,并向主管医师汇报病情、饮食、心理等情况,由医生和护士共同完成诊疗护理计划,责任护士负责药物宣教并有效落实护理措施。②早期康复指导:当主管医师开出康复训练医嘱后,由康复治疗师完成对患者肢体功能评估,初步制定康复训练计划。次日由主管医生、康复专科护士、康复师共同对患者进行查房,与患者一起进行有效沟通,共同制定患者的个性化康复处方,确保患者能理解康复计划并积极配合完成康复训练。在患者住院过程中用药诊疗计划由主管医生主导,康复训练计划由康复治疗师主导并负责落实,康复专科护士负责对患者进行康复知识宣教,并督促和落实康复训练,责任护士负责患者的心理护理,同时做好住院期间并发症的观察和护理。③医护康患共同制定个性化康复护理方案:患者住院期间,主管医师、康复治疗师和康复专科护士每周完成 1 次共同的床边查房,对患者进行综合评估后再提供有针对性、全面的康复训练计划,了解患者肢体康复训练的依从性,向患者介绍住院期间相关注意事项。④优化出院流程:当主管医师提出出院计划时,康复治疗师、康复专科护士和患者共同讨论并制定针对性的出院指导,包括出院流程宣教、用药指导以及肢体康复训练、出院治疗等,帮助患者早日回归家庭和社会。

1.4 观察指标及方法

1.4.1 康复锻炼依从性:锻炼依从性由责任护士在患者干预前和干预 30 d 后各评估 1 次,标准参照林蓓蕾等^[7]2013 年在《社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表的编制及信效度检验》中制定的脑卒中患者功能锻炼依从性量表,该量表内容效度指数 0.95,总量表 Cronbach α 系数 0.923。赋值 1~4 分,满分 56 分,评分越高,表示患者的康复锻炼依从性水平越高。

1.4.2 神经功能:采用 NIHSS 评估患者的神经功能^[8],内容涉及语言、上下肢运动、感觉等,满分 34 分,量表 Cronbach α 系数为 0.916,评分越高,表示患者的神经功能越差。NIHSS 评分由主管医师负责评定,分别于干预前和干预 30 d 后各评估 1 次。

1.4.3 肢体运动功能:采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评分(Fugl-Meyer assessment, FMA)评估患者的运动功能^[9]。内容涉及上肢运动(33 个项目)、下肢运动(17 个项目)2 个维度,共 50 个条目,每个条目计为 0~2 分,上肢运动功能评分分值 0~66 分,下肢运动功能评分分值 0~34 分,得分越高,表示患者的运动功能越好,得分越低,表示患者的肢体运动功能障碍越严重。FMA 由主管康复治疗师负责评定,分别于干预前和干预 30 d 后各评估 1 次。

1.4.4 预后生活质量:采用日常生活活动能力(activity of daily living, ADL)评分量表^[10]评估患者的预后生活质量。采用改良 Barthel 指数评分量表评估患者的 ADL,总分 100 分,量表 Cronbach α 系数为 0.923,评分越高,表示患者的预后日常生活质量越高。ADL 由责任护士负责评定,分别于干预前和干预 30 d 后各评估 1 次。

1.4.5 满意度:采用本院自制《脑卒中护理满意度调查量表》评估患者对临床护理工作的满意度,满分 100 分,60 分以下为很不满意,60~79 分为不满意,80~89 分为基本满意,90~95 分为满意,>95 分为非常满意。满意度=(非常满意+满意+基本满意)/总例数 $\times$ 100%。满意度调查于患者干预 30 d 后由责任护士负责调查评估。

1.5 统计学分析:使用 SPSS 24.0 统计软件分析数据,符合正态分布的计量数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前和干预 30 d 后康复依从性比

较(表2):干预30 d后,两组患者身体锻炼依从性、锻炼效果监督依从性、主动寻求建议依从性评分均较干预前明显升高;且干预后观察组康复依从性评分均明显高于对照组(均 $P<0.05$)。

表2 不同护理模式两组首发脑卒中偏瘫患者干预前后康复依从性的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	身体锻炼依从性评分(分)	锻炼效果监督依从性评分(分)	主动寻求建议依从性评分(分)
对照组	干预前	30	14.48 $\pm$ 2.03	5.13 $\pm$ 1.14	5.49 $\pm$ 1.13
	干预30 d后	30	20.27 $\pm$ 2.46 ^a	7.49 $\pm$ 1.65 ^a	8.07 $\pm$ 1.38 ^a
观察组	干预前	30	14.76 $\pm$ 1.89	5.39 $\pm$ 1.29	5.53 $\pm$ 1.22
	干预30 d后	30	28.09 $\pm$ 2.74 ^a	9.08 $\pm$ 2.34 ^a	10.08 $\pm$ 1.67 ^a

注:对照组给予传统的内科护理,观察组给予新型医护康患一体化护理;与本组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组同期比较,^b $P<0.05$

2.2 两组患者干预前和干预30 d后神经功能NIHSS评分的比较(表3):干预30 d后,两组患者的神经功能NIHSS评分均较干预前明显降低;且观察组干预后NIHSS评分低于对照组(均 $P<0.05$)。

表3 不同护理模式两组首发脑卒中偏瘫患者干预前后NIHSS评分、运动功能评分、ADL评分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数(例)	NIHSS评分(分)	上肢运动功能评分(分)
对照组	干预前	30	24.64 $\pm$ 4.37	23.45 $\pm$ 3.52
	干预30 d后	30	18.23 $\pm$ 3.09 ^a	35.76 $\pm$ 4.31 ^a
观察组	干预前	30	24.49 $\pm$ 4.33	23.24 $\pm$ 3.78
	干预30 d后	30	9.24 $\pm$ 2.58 ^{ab}	48.25 $\pm$ 5.44 ^{ab}

组别	时间	例数(例)	下肢运动功能评分(分)	ADL评分(分)
对照组	干预前	30	12.34 $\pm$ 2.72	54.23 $\pm$ 5.35
	干预30 d后	30	18.14 $\pm$ 3.22 ^a	68.38 $\pm$ 6.74 ^a
观察组	干预前	30	12.89 $\pm$ 2.44	54.84 $\pm$ 5.81
	干预30 d后	30	26.27 $\pm$ 4.13 ^{ab}	78.62 $\pm$ 7.46 ^{ab}

注:对照组给予传统的内科护理,观察组给予新型医护康患一体化护理;与本组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组同期比较,^b $P<0.05$

2.3 两组患者干预前和干预30 d后肢体运动功能评分的比较(表3):干预30 d后,两组患者上肢运动功能、下肢运动功能评分均明显升高;且干预后观察组上肢运动功能、下肢运动功能评分均明显高于对照组(均 $P<0.05$)。

2.4 两组患者干预前和干预30 d后生活质量ADL评分的比较(表3):干预30 d后两组患者的ADL评分均较干预前升高;且干预后观察组ADL评分明显高于对照组(均 $P<0.05$)。

2.5 两组患者对临床护理满意度的比较(表4):观察组患者对临床护理的满意度明显高于对照组($P<0.05$)。

表4 不同护理模式两组首发脑卒中偏瘫患者护理满意度的比较

组别	例数	非常满意 (例)[例(%)]	满意 (例)[例(%)]	基本满意 (例)[例(%)]	不满意 (例)[例(%)]	很不满意 (例)[例(%)]	满意度 (例)[例(%)]
对照组	30	4(13.33)	11(36.67)	8(26.67)	5(16.67)	2(6.67)	76.67(23)
观察组	30	7(23.33) ^a	14(46.67) ^a	8(26.67)	1(3.33)	0(0.00)	96.67(29) ^a

注:对照组给予传统的内科护理,观察组给予新型医护康患一体化护理;与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

随着疾病谱的变化,目前脑卒中已经成为我国居民致死、致残的重要疾病,它是由于脑血管病导致脑局部血液循环障碍,从而引起急性脑功能缺损的疾病。据统计,我国每年新发脑卒中确诊患者高达250万,发病率以每年8.7%的速度上升,且日益呈现年轻化的趋势。现存的脑卒中患者有700余万例,24%~53%的脑卒中患者ADL完全或部分依赖。与此同时,首次发生脑卒中的患者,因缺乏对脑卒中疾病的认知,在康复过程中,易出现情绪低落、抑郁等不良心理,缺乏主动参与康复训练的积极性,严重影响患者的预后生存质量,给家庭、社会带来沉重的负担^[11-12]。因此,如何最大程度提高脑卒中并发偏瘫患者的ADL,帮助患者早日回归社会就显得尤为关键。新型医护康患一体化模式由脑血管疾病专科医师、专科护士、康复治疗师和患者共同参与,共同决策^[13]。新型医护康患一体化模式从首发脑卒中偏瘫患者的ADL、精神状态与社会参与能力、感知觉与沟通能力3个维度出发,要求护理人员提高专业技能,注重患者的生活需求;在此基础上,护理人员需要维护好患者的个人尊严,调整患者的生活方式,为患者的日常生活提供正确的服务和帮助,建立良好的医护信任关系^[14];不仅如此,新型医护康患一体化模式还要求护理人员关注首发脑卒中偏瘫患者的心理与舒适度,帮助其增加社会活动参与度,重建社会、家庭的人际关系,帮助患者缓解孤独、寂寞和无聊的生活状态;同时要求护理人员时刻秉持人文关怀理念,为患者提供人性化的照护服务,通过专业化康复训练,让患者逐渐完成康复训练疗程,实现患者离床,并过上有尊严、舒适的生活,提高患者的预后生存质量。相比常规护理方式,新型医护康患一体化鼓励患者主动参与康复及治疗过程,实现了针对脑卒中偏瘫患者康复护理的医护康患4方共同决策,为患者提供了基于多学科合作的一体化脑卒中偏瘫康复护理服务,取得了良好的临床应用效果^[15]。

本研究结果显示,干预 30 d 后,两组患者身体锻炼、锻炼效果监督、主动寻求建议依从性均提高,且观察组的康复依从性评分明显高于对照组;说明新型医护康患一体化模式能有效提高首发脑卒中偏瘫患者主动参与康复训练的积极性,改善康复过程中患者焦虑、抑郁等负面情绪。分析其原因,新型医护康患一体化模式注重患者的需求与感受,鼓励患者最大程度地参与脑卒中疾病康复管理,提高了患者自我管理疾病的能力,进而提高了患者主动参与脑卒中偏瘫康复训练的积极性和依从性^[16-17]。

本研究结果显示,干预 30 d 后,两组患者 NIHSS 评分均明显降低,且观察组 NIHSS 评分明显低于对照组;上肢运动功能、下肢运动功能评分均明显升高,且观察组上肢运动功能、下肢运动功能评分均明显高于对照组;说明新型医护康患一体化模式能显著提高首发脑卒中偏瘫患者的神经功能与肢体运动功能,促进脑卒中偏瘫患者受损脑组织功能重建,改善患者的肢体运动功能障碍,进一步提高 ADL^[18]。

本研究结果显示,干预 30 d 后,两组患者的 ADL 评分均明显升高,且观察组 ADL 评分明显高于对照组;提示新型医护康患一体化模式为首发脑卒中偏瘫患者制定针对性康复护理服务方案,充分激发了患者的自我效能,增强了患者的康复自信心,提高了预后生活活动能力^[19]。

本研究结果显示,观察组患者护理满意度明显高于对照组;说明新型医护康患一体化模式能显著提升首发脑卒中偏瘫患者对临床护理工作的满意度;分析原因,新型医护康患一体化模式以患者为护理服务中心,充分尊重患者及家属的护理需求和感受,进一步提高了患者对护理服务的依从性和满意度。

综上所述,新型医护康患一体化可有利促进首发脑卒中偏瘫患者的康复依从性,改善神经和运动功能,提高预后生存质量。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 高杰,常娟.早期治疗与康复一体化护理在脑卒中患者功能恢复中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(7): 178-180. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.202207052.

[2] 刘艳芹,季银霞,罗玉春.区域协同医护一体化无缝隙链接模式在缺血性脑卒中患者急救中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(15): 108-110. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2021.15.038.

[3] 杜丽英,王英,张瑞敏.院内一体化急救护理模式对急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(23): 120-121. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2019.23.043.

[4] Hamilton H, Dale S, McElduff B, et al. The role of stroke nurses in thrombolysis administration in Australia and the United Kingdom: A cross-sectional survey of current practice [J]. J Clin Nurs, 2022, 31(1-2): 158-166. DOI: 10.1111/jocn.15892.

[5] 刘秋霞,张晓露,谢小培.基于“生物-心理-社会”一体化救护模式在急性缺血性脑卒中患者中的应用观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(16): 147-148. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2020.16.073.

[6] 中华医学会第四届全国脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经内科学杂志,1996,29(6): 379.

[7] 林蓓蕾,张振香,孙玉梅,等.社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表的编制及信效度检验[J].中国康复医学杂志,2013,28(6): 574-578. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2013.06.018.

[8] 蔡必扬,郭洪权,李华.关于美国国立卫生研究院卒中量表翻译的警示[J].中华神经科杂志,2017,50(9): 712. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2017.09.020.

[9] 卢寨瑶. Fugl-Meyer 量表在脑卒中康复评定中的应用分析[J].临床医药文献杂志,2016,3(11): 2032-2034. DOI: 10.16281/j.cnki.jocml.2016.11.024.

[10] 巫嘉陵,安中平,王世民,等.脑卒中患者日常生活活动能力量表的信度与效度研究[J].中国现代神经疾病杂志,2009,9(5): 464-468. DOI: 10.3969/j.issn.1672-6731.2009.05.014.

[11] 王子莲,黄达泉,温咏婵.医护一体化干预模式对脑卒中静脉溶栓患者神经功能缺损程度及运动功能的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(24): 3138-3140. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2020.24.033.

[12] Thimabut N, Yotnuengnit P, Charoenlimprasert J, et al. Effects of the robot-assisted gait training device plus physiotherapy in improving ambulatory functions in patients with subacute stroke with hemiplegia: an assessor-blinded, randomized controlled trial [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2022, 103(5): 843-850. DOI: 10.1016/j.apmr.2022.01.146.

[13] 李海平.医联体模式下一体化护理管理在脑卒中患者康复中的应用分析[J].中国医药科学,2021,11(14): 139-142. DOI: 10.3969/j.issn.2095-0616.2021.14.037.

[14] 谢萍,罗双萍,陈欢.规范化一体化急救模式在脑卒中院外急救中应用及对患者预后的影响[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(4): 395-397, 401. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6966.2020.04.006.

[15] 陈燕,张秋,尤年兴,等.急性缺血性脑卒中静脉溶栓后神经功能恢复及脑出血转化发生的影响因素分析[J].中华危重病急救医学,2020,32(11): 1340-1345. DOI: 10.3760/cma.j.cn.121430-20200713-00517.

[16] 刘婷.医护康一体化护理模式改善脑卒中伴吞咽困难患者功能恢复的研究[J].中国药物与临床,2021,21(14): 2591-2592. DOI: 10.11655/zgywylc.2021.14.087.

[17] Holloway A, Chandler C, Reinso LA, et al. Young Adults Rehabilitation Needs and Experiences following Stroke (YARNS): a review of digital accounts to inform the development of age-appropriate support and rehabilitation [J]. J Adv Nurs, 2022, 78(3): 869-882. DOI: 10.1111/jan.15076.

[18] 孙爱红,潘光惠.采用医护一体化联合微信平台对脑卒中偏瘫患者进行干预的效果观察及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(21): 3486-3489. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2019.21.009.

[19] 罗国英,陈秀芳.危机管理结合无缝隙一体化急救模式在急性缺血性脑卒中患者中的应用[J].中华全科医学,2020,18(11): 1936-1939. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001658.

(收稿日期:2022-10-28)