

基于奥马哈系统的护理模式在中风偏瘫患者延续性护理中的干预效果评价

李 佳 郭玉梅 李小春

井冈山大学附属医院康复科 江西 吉安 343100

【摘 要】目的：探讨基于奥马哈系统理论的延续性护理模式对脑卒中后患者的效果。方法：选取井冈山大学附属医院康复科住院部卒中后患者 60 例，采用随机数字表法分为两组，对照组采用常规护理，观察组采用基于奥马哈系统理论的延续性护理方法，比较两组治疗前后神经功能缺损程度评分，日常生活活动能力量表评分，生活质量评分及患者护理满意度率。结果：观察组神经功能缺损评分，日常生活活动能力评分，生活质量评分，护理满意度率明显优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论：基于奥马哈系统的延续性护理模式可以明显改善脑卒中患者的神经功能，提高患者生活质量和生活能力，促进患者康复。

【关键词】：奥马哈系统；延续性护理；脑卒中

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.027

脑卒中是由于脑血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病，具有发病率高、死亡率高、致残率高和复发率高的特点。最新研究表明：中风已成为中国疾病负担的主要原因^[1]。脑卒中作为一种高致残率的疾病，在卒中发生后，所幸存的患者中约有 60%~80%存在不同程度的功能障碍^[2]。在住院期间虽然患者大部分的健康问题已经解决，但出院后由于缺乏专业的康复护理，往往错过了最佳康复时机，是导致患者致残的重要因素^[3]。基于此，寻找一种对出院后患者进行连续有效的护理干预具有重要意义。奥马哈系统作为一种标准化的国际护理语言体系，已经在多个病种的延续性护理中得到广泛应用，且较多研究已表明其对患者护理结局的改善具有积极作用^[4-5]，本研究将基于奥马哈系统理论的延续性护理模式用于脑卒中患者，取得较好效果，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 6 月--2025 年 6 月在我院康复科住院部收治的脑卒中患者 60 例，其中男 29 例，女 31 例。将患者按随机数字表法分观察组和对照组，每组各 30 例。其中观察组女性 17 例，男性 13 例，平均年龄 (61.05 ± 5.27) 岁，卒中平均病程 (2.12 ± 1.1) 月。对照组女性 14 例，男性 16 例，平均年龄 (60.11 ± 5.15) 岁，卒中平均病程 (2.18 ± 1.0) 月。两组患者的性别、年龄、病程等一般资料差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准，患者及家属均签署知情同意书。

诊断标准：本研究诊断标准参考《内科学》第 8 版^[6]标准。

纳入标准：①经 CT 或 MRI 证实为脑卒中；②病程在 2 周

至半年之内，患者经过治疗后，出院时病情稳定；③意识清醒，简易精神状态检查表 (MMSE) 评分 ≥ 24 分，无严重认知障碍者；④患者本人或家属签署知情同意参加。

排除标准：①颅内大血管病变、心源性栓塞以及大动脉硬化所致脑卒中；②颅内肿瘤、脑外伤等所致的脑卒中；③脑卒中伴有严重的心、肝、肾等功能异常者；④伴有精神异常或认知功能障碍，无法交流者。

1.2 治疗方法

两组患者住院期间均给予内科治疗与康复训练治疗，内科治疗：按《中国脑血管病防治指南》(2010 版)中脑卒中二级预防治疗方案指导用药^[7]，控制基础疾病等对症处理。康复训练包括物理疗法、作业疗法、语言及认知功能训练。其中对照组给予常规护理，包括健康宣教、饮食护理、运动护理等。观察组在常规护理基础上给予基于奥马哈系统的延续性护理^[8,9]措施：住院期间成立奥马哈系统干预专科化护理小组，成员包括：经治医生、康复师及责任护士，内容包括：

(1) 问题引导与咨询：入院后对患者进行健康宣教，向患者讲解病情相关知识，关心和鼓励患者，提高治愈疾病的信心，缓解担忧焦虑情绪，减轻心理负担，提升患者信任感，建立良好的医患关系。建立患者个人信息档案，制定个性化的康复护理方法，并协助患者制定自我护理方案，满足患者咨询需求，指导患者进行自我日常护理操作和预防并发症。

(2) 以奥马哈干预措施作为导向，在护理过程中，护理人员结合自身专业知识，对患者生理领域、心理活动、健康行为领域等进行评估，指导患者正确用药，使其认识到本病发生

原因、治疗方法、预后等，并告知预防并发症的重要性，增强医患配合度；通过对患者的干预随访，了解患者的需求及存在的护理问题，及时制订有效改进对策，提高患者对居家康复及功能锻炼的认知，并且掌握康复功能锻炼方法，根据患者具体情况通过门诊复诊和微信平台等方式进行康复训练指导，从而改善患者护理行为，提高康复训练的有效性，在自我锻炼中恢复生活自理能力，增强患者自信心和自我满足感。

(3) 个案管理。持续追踪患者存在的护理问题，给予差异化、个性化的疏导，细心的与患者交流，提高患者认知，增强患者参与度，营造良好的就医环境，预防跌倒，鼓励患者参与社交活动，指导患者进行适度的康复锻炼。

(4) 监督评估。采用奥马哈问题分类系统，出院时检查患者病情，出院后 30d 内为延续性护理强化期，期间进行专业化的护理指导，内容包括用药、康复训练、护理指导等。护理小组每 2 周对患者的健康问题进行阶段性监督评估，确保各项护理措施有效落实，依据结果进行持续质量改进，两组均连续护理 3 个月。

1.3 观察指标及疗效判定

在 3 个月后将比较各组恢复效果，①神经功能缺损程度评分：使用 NIHSS 量表进行神经功能评分，根据患者的意识水平、指令配合度、眼球活动，视野缺损、面部表情瘫痪程度、肢体运动障碍程度、共济失调、语言表达情况等进行评分，评分范围 0~42 分，评分值越低表示神经功能恢复程度越好^[10]。②日常生活活动能力（ADL）量表评分评定患者生活自理能力，分数越高，表示自理能力越好。③生活质量评定：采用简明健康状况调查量表(SF-36)评估两组患者治疗前后生活质量，分值越高表明生活质量越好。④两组患者护理满意度率比较。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件对数据进行分析，计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验；计数资料以率表示，采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 NIHSS 评分比较

治疗前两组患者评分比较差异无显著性 ($P > 0.05$)，经治疗后，观察组 NIHSS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)，差异有统计学意义，见表 1。

表 1 两组患者 NIHSS 评分比较 (分)

组别	观察组	对照组
病例	30	30
治疗前	15.74±2.72△	15.36±2.68

治疗后	9.27±1.52▲	12.03±2.14
-----	------------	------------

注：与对照组比较△ $P > 0.05$,▲ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 ADL 评分比较

治疗前两组患者日常生活活动能力（ADL）总分比较差异无显著性 ($P > 0.05$)，与对照组治疗后比较，观察组评分明显升高 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 ADL 评分比较 (分)

组别	对照组	观察组
n	30	30
治疗前	51.06±5.26	52.12±5.21△
治疗后	60.57±6.03	68.22±6.12▲

注：与对照组比较△ $P > 0.05$; ▲ $P < 0.05$ 。

2.3 健康状况调查量表结果

在治疗前两组患者的健康状况调查量表(SF-36)评分无差异($P > 0.05$)；与对照组治疗后比较，观察组 SF-36 评分明显升高($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组治疗前后 SF-36 评分对比 (分)

组别	观察组	对照组
n	30	30
治疗前	60.52±7.16△	61.15±7.02
治疗后	84.06±8.81▲	72.14±8.02

注：与对照组比较△ $P > 0.05$; ▲ $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者护理满意度率比较

观察组患者护理满意度率明显高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者护理满意度率比较[(%)]

组别	治疗组	对照组
n	30	30
非常满意	12	9
满意	14	13
不满意	4	8
总满意率	86.7%	73.3%

3 讨论

脑卒中具有高致残率的特点，病情复杂，后期康复训练周期长。传统以医院为中心的治疗和护理并不能满足患者的全部

需求,且医护人员及照顾者过多关注药物康复效果,而对患者面临的环境、社会心理及健康促进方面问题缺乏有效的评估和干预。常规护理虽能满足患者需求,但该护理模式着重于病情缓解和并发症预防等,难以满足患者多元化的需求,无法适应临床护理需要。奥马哈系统作为一套标准化的护理语言和分类系统,为患者提供完善护理的同时,也能对护理结局做出量化的评价,有利于患者健康档案管理,具有简单、全面和能与计算机兼容的特点,可较好地弥补现有脑卒中患者管理中存在的不足,明显改善患者的治疗结局。从本实验中发现观察组患者对奥马哈系统护理模式的满意度率明显高于对照组($P < 0.05$),提示该模式能较好的改善病情,同时也说明相比较于常规护理操作,患者存在更进一步多元化的需求。

脑卒中患者持续的康复训练尤为重要,其疗效直接影响患者的病情恢复,大多数脑卒中患者出院后,往往由于缺乏专业的康复和护理知识,康复训练被迫中止,是导致患者病情复发加重的重要因素。传统观念认为,对患者的护理活动仅限于住院期间,出院后护理服务就终止了。虽然住院期间患者大部分的健康问题已经解决,但很多患者出院后仍延续有很高的健康护理需求,因此,在出院后对患者进行连续有效的护理干预十分必要。奥马哈系统是当前公认的具有良好效果的护理系统,在临床及社区延续性护理工作中应用广泛。而基于奥马哈系统的延续护理模式是针对脑卒中患者进行的个性化、全面、综合干预措施,在促进康复具有重要意义,是维持并监督患者康复效果的重要方法。延续性护理模式通过一系列行动设计用以确保患者在不同的健康照顾场所(如医院-家庭)及同一健康照顾场所(如医院的不同科室)受到不同水平的协作性与连续性的照

护,通常是指从医院到家庭的延续,包括经由医院制定的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续性随访和指导。奥马哈系统为脑卒中患者管理提供了一个连续和全面的评估导向,有利于医务人员发现和解决患者以往被忽视的问题。延续性护理结合奥马哈系统,可充分发挥出两者的优势,进一步强化康复效果,让居家患者获得高质量的护理服务。在本实验过程中两组患者出院后仍提供常规用药及康复训练指导,但观察组针对患者的病情差异性,制定了个性化延续护理方案,在3个月后随访发现:观察组神经功能缺损评分,日常生活活动能力评分,生活质量评分,护理满意度率明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),说明基于奥马哈系统的延续护理模式可减轻患者神经功能缺损,提高患者生活质量和生活能力,促进患者康复,证明奥马哈系统的延续护理模式对脑卒中患者具有明显的改善作用。WONG等采用奥马哈系统指导下的评估-干预-评价计划干预方式,患者再入院率降低,同时生活质量、自我效能和满意度方面有显著改善。Karen A^[3]运用奥马哈系统对患者认知、行为和状况的问题进行K-B-S评分,利用ADL生活质量、日常活动能力、卫生服务利用次数、患者满意度等指标评价,更加详细地反映了脑卒中患者病情的改善,提高患者治疗依从性,并且降低了患者再次返院率,与本实验结果一致,验证了奥马哈系统的延续护理模式对脑卒中患者的改善作用。

综上所述,采用基于奥马哈系统的延续护理模式可以明显改善脑卒中患者的神经功能,提高患者生活质量和生活能力,较好的促进患者康复。

参考文献:

- [1] Maigeng Zhou, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, Published Online June 24, 2019.
- [2] 王玲. 早期康复护理对急性缺血性卒中患者神经功能与生活质量改善效果的研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(04): 61–62.
- [3] 胡兆君, 张婧, 柴园. 延续性护理在缺血性脑卒中患者康复训练中的应用[J]. 当代护士(中旬刊), 2019, 26(7): 22–24.
- [4] 潘婷婷, 穆雪. 奥马哈系统下延续性照护服务对急性脑梗死居家康复患者健康相关行为的影响观察[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(07): 1238–1241.
- [5] Randy J-C Huard and Karen A. Monsen. Standardized Nursing Terminology Use in Electronic Health Records in Minnesota[J]. *Modern Clinical Medicine Research*, 2017, 1(1)
- [6] 葛均波, 徐永健, 梅长林. 内科学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社.
- [7] 刘鸣, 贺茂林. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(04): 246–257.
- [8] 高茜, 王莉, 时芳. 基于奥马哈系统的延续性护理在前列腺癌根治术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(10): 146–148.
- [9] 刘巧兰, 杨燕凤, 谢秀娟, 杨婷. 奥马哈系统在老年髋部骨折患者出院后延续性护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(12): 90–92.
- [10] 周有婷, 侯倩, 才鼎. 银杏达莫联合氯吡格雷对缺血性脑卒中的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(20): 3202–3204.