

多学科团队协作 (multi-disciplinary team, MDT) 护理模式在老年冠心病介入治疗患者中的应用价值

史亚荣¹ 王玉琴²

(1. 酒泉职业技术学院, 甘肃 酒泉 735000)

(2. 酒钢医院, 甘肃 酒泉 735100)

【摘要】目的: 分析在老年冠心病介入治疗中采取多学科团队协作护理模式的重要价值。方法: 选取 2023 年 1 月-2023 年 12 月作为研究起止时间, 将期间收治的 64 例老年冠心病介入治疗患者为研究对象, 以随机数字表法完成分组, 组别为对照组 (n=32)、实验组 (n=32), 分别给予常规护理及多学科团队协作护理模式, 对比应用效果。结果实验组 SAQ 量表的各项评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$); 实验组 LVEF、FS、6MWT 水平均高于对照组 ($P < 0.05$); 实验组患者满意度明显高于对照组 ($P < 0.05$); 实验组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 多学科团队协作护理模式, 应用于老年冠心病介入治疗中, 能够改善患者的心功能, 提高患者的运动耐力, 还可减少不良术后并发症的发生, 为患者争取更为优异的恢复效果, 提高患者预后质量, 值得推广。

【关键词】多学科团队协作护理; 老年; 冠心病; 介入治疗

冠心病的致残率、致死率较高, 老年人是本疾病的主要发病群体。研究发现, 年龄与患者的冠状动脉流量呈现负相关关系, 随着年龄的增长, 患者的冠状动脉容易发生粥样硬化, 直接威胁了患者的生命安全^[1]。结合我国国情来看, 在人口老龄化的背景下, 冠心病的发病率也在逐年升高, 目前冠心病治疗所选择的方案, 以介入手术治疗为主, 能够有效改善老年患者的心功能。但老年患者常伴有多种基础疾病, 接受介入手术治疗以后, 支架的植入各种无法完全解除心血管风险, 而术后康复效果又直接威胁着患者的生存质量, 因此, 在接受手术治疗以后, 冠心病患者也要接受完善的康复护理, 促进心脏功能的康复, 以此降低治疗后的死亡率^[2]。多学科团队协作护理能够发挥院内各个学科的作用, 为患者制定更系统化、全面化的护理措施, 提高护理服务质量, 满足患者的康复需求, 使得老年冠心病患者在接受介入手术治疗后, 心脏功能康复效果得以提升^[3-4]。故本次研究讨论了多学科团队协作护理模式在老年冠心病介入治疗中的效果, 以期心脏康复护理提供参考, 报告如下:

一、资料和方法

(一) 一般资料

选取 2023 年 1 月-2023 年 12 月作为研究起止时间, 将期间收治的 64 例老年冠心病介入治疗患者为研究对象, 以随机数字表法完成分组, 组别为对照组 (n=32)、实验组 (n=32)。其中对照组男 19 例 (59.37%), 女 13 例 (40.63%); 年龄 63-86 岁, 均值 (72.38±3.54) 岁;

病程 6 个月-13 年, 均值 (8.29±1.04) 年; NYHA 分级: II 级 6 例, III 级 19 例, IV 级 7 例。实验组男 18 例 (56.25%), 女 14 例 (43.75%); 年龄 65-75 岁, 均值 (72.12±3.36) 岁; 病程 6 个月-12 年, 均值 (8.13±1.01) 年; NYHA 分级: II 级 6 例, III 级 20 例, IV 级 6 例。患者基线资料对比无统计学意义 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 符合冠心病诊断标准; (2) > 60 岁; (3) 首次接受介入治疗; (4) 签署知情同意书。

排除标准: (1) 病情危重, 患者需要绝对卧床; (2) 重要脏器器官功能不全或存在严重疾病者; (3) 合并恶性肿瘤; (4) 语言、认知障碍; (5) 中途主动退出实验研究者。

(二) 方法

1. 常规护理

对照组患者在完成治疗, 对患者实施全程常规护理, 包括术后给予常规的抗血小板聚集、抗凝治疗, 加强对患者的健康指导, 解决患者存在的疑问, 指导患者进行早期活动, 出院后落实宣教随访。

2. 多学科团队协作护理模式

实验组患者采用学科团队协作护理模式:

(1) 成立 MDT 小组: 组内成员包括心内科护理人员、医师、营养师、药剂师、康复治疗师、心理咨询师等。在患者住院后, 对患者进行综合评估, 确定患者的病情情况, 根据患者所制定的介入治疗方案, 确定护理计划, 制定护理方案, 保障护理服务的全面性。

(2) 健康教育: 术前, 向患者及其家属普及有

关于冠心病的知识以及即将采取的治疗方法,解答患者对疾病治疗存在的疑问。术后从患者的角度出发,考虑患者的实际需求,并告知患者加强术后护理对心脏功能康复的重要性,使得患者能够认可临床护理服务,加强自我管理,从而为疾病的康复奠定良好基础。

(3) 运动康复:在术后阶段,运动康复能够加速心脏功能的恢复,康复训练时,评估患者的实际情况,随后制定科学的康复训练计划。按照计划指引,在运动前先指导患者进行5分钟的放松训练,如若患者出现面色苍白、气短等情况,需要停止训练。放松完成后,准备进行康复训练,比如可由被动运动向主动运动过渡,开展大、小肌肉群运动,指导患者进行坐-站-行走练习。

(4) 饮食指导:使用半定量食物评估量表,对患者近三个月内的膳食数据加以评估,根据患者的饮食喜好、营养数据,遵循低盐、低脂、低热量的原则,合理调整饮食方案。同时要纠正患者家属对术后营养补充的错误认知,避免过度补充营养,而是要按照营养师的计划,科学提供饮食,并遵循少食多餐的原则,多吃新鲜瓜果蔬菜,控制辛辣刺激食物的摄入。有吸烟史、饮酒史的患者,也要引导戒烟戒酒。

(5) 心理疏导:由心理咨询师对患者的内心状态进行综合评估,根据患者存在的心理问题,落实个性化宣教,指导患者进行放松练习,减轻患者的心理压力。又或者,可开展同伴教育,由已经康复出院的患者现身指导,结合成功案例激发患者的信心,使得患者能够愿意配合心脏康复练习,从而提高心脏恢复效果。

(6) 用药支持:医师与药剂师可结合患者的情况,对患者进行用药干预,首先告知患者及其家属合理用药的重要性,以及可能出现的不良反应,发放用药记录卡,跟踪患者的疾病康复情况与每日用药情况,结合患者存在的不良反应,对用药方案加以调整。

(7) 出院随访:出院前对患者进行评估,制定

康复训练计划,指导患者加强自我管理,鼓励患者家属做好协调监督工作。出院以后每月对患者进行随访,随访内容包括患者的病情恢复情况以及患者存在的各项问题,给予患者针对性地指导意见,合理调整康复方案。

(三) 指标观察

1. SAQ 评分

采取冠心病专用西雅图心绞痛调查量表(SAQ),对患者的心绞痛稳定状态、发作情况、躯体活动受限程度、疾病主观感受进行评分,各条目满分100分,得分结果与患者身体机能表现呈正相关关系^[5]。

2. 心功能恢复情况

统计两组患者的左室射血分数(LVEF)、左室短轴缩短率(FS)、6分钟步行试验(6MWT)检测结果,并对比。

3. 护理满意度

采用纽卡斯尔护理满意度量表(NSNS)进行评定,总分100分,≤59分为不满意,60-79分较满意,>80分为十分满意,计算总护理满意度并对比^[6]。

4. 并发症发生率

统计两组患者发生出血血肿、腰背酸痛、入睡困难、迷走神经反射低血压的情况,计算总发生率并对比。

(四) 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件处理数据,变量资料以“t”计算,定性数据用 χ^2 核实,分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 与(%)表示, $P < 0.05$ 为统计学意义。

二、结果

(一) SAQ 评分对比

实验组收缩压与舒张压水平较对照组呈现更低显示,对比均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

(二) 心功能恢复情况对比

实验组LVEF、FS、6MWT水平均高于对照组,对比有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表1 收缩压与舒张压水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心绞痛稳定状态	心绞痛发作情况	躯体活动受限程度	疾病主观感受
对照组	32	73.62±8.21	82.63±5.47	71.36±6.48	63.45±10.45
实验组	32	84.25±8.38	93.26±4.16	88.52±5.23	70.23±8.31
t	-	5.126	8.750	11.657	2.873
P	-	0.000	0.000	0.000	0.006

表2 两组心功能恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)	FS (%)	6MWT (m)
对照组	32	49.41±4.25	29.76±4.82	387.61±23.48
实验组	32	54.92±3.36	34.64±4.23	425.59±22.32
t	-	5.753	4.305	6.649
P	-	0.000	0.000	0.000

表 3 两组护理满意度对比 (n, %)

分组	例数	十分满意	较满意	不满意	满意度
对照组	32	12 (37.50)	13 (40.63)	7 (21.87)	25 (78.13)
实验组	32	22 (68.75)	9 (28.13)	1 (3.12)	31 (96.88)
χ^2					5.143
P					0.023

表 4 术后并发症发生率对比 [n (%)]

组别	例数	出血血肿	腰背酸痛	迷走神经反射低血压	入睡困难	总发生率
对照组	32	3 (9.38)	1 (3.12)	2 (6.25)	2 (6.25)	8 (25.00)
实验组	32	1 (3.12)	0 (0.00)	1 (3.12)	0 (0.00)	2 (6.25)
χ^2	-	-	-	-	-	4.267
P	-	-	-	-	-	0.039

(三) 护理满意度对比

实验组护理满意度高于对照组, 对比存在明显差异 ($P < 0.05$), 见表 3。

(四) 并发症发生率对比

实验组较对照组并发症发生率更少, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4。

三、讨论

介入治疗是治疗冠心病的常见治疗方式, 能够有效治疗疾病, 为患者提供良好预后, 联合康复护理措施, 更可加速患者术后心功能的康复, 控制疾病带来的负面干扰^[7]。MDT 护理模式可通过对院内资源的充分整合, 实现护理服务的全面开展, 为患者提供高质量的服务支持, 保障了护理干预的针对性与规范性, 为患者争取良好预后^[8]。本次研究将 MDT 护理模式应用到实验组患者中, 并以常规护理为参照, 结果发现实验组 SAQ 量表的各项评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$), 说明患者心功能改善良好, 疾病治疗效果得到了进一步强化, 且研究结果还发现实验组 LVEF、FS、6MWT 水平均高于对照组 ($P < 0.05$), 再次证实了 MDT 护理模式的应用价值。这是由于小组成员能够结合患者的具体情况, 制定个性化护理方案, 同时在多学科的合作指导下, 可帮助患者制定合理的康复训练方案, 加强运动管理、饮食管理、心理管理、用药管理, 减少危险因素对患者病情的威胁, 从而获取更为稳定的心脏功能^[9-10]。研究结果还显示, 实验组患者满意度明显高于对照组, 并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 说明患者对多学科的护理模式满意度更高, 更认可护理人员的操作, 随着配合度的升高, 并发症的发生率得到有效控制, 术后康复效果更为良好。

综上所述, 多学科团队协作护理模式的应用, 可以为老年冠心病介入治疗患者提供系统化的服务支持, 有效改善患者的心脏功能, 减少并发症的发生, 提高患者的生存质量, 值得推广。

参考文献:

- [1] 吴月娥. 多学科协同护理对老年经皮冠状动脉介入治疗患者预后的影响 [J]. 中国乡村医药, 2023, 30 (24): 57-59.
- [2] 林晓钰, 黄淑贞. 多学科康复护理团队管理模式对冠心病合并心力衰竭患者的护理效果 [J]. 心血管病防治知识, 2023, 13 (30): 62-64+68.
- [3] 林晓婷, 洪慈恩, 黄敏. 精准护理理论引导下的康复护理对行经皮冠状动脉介入治疗患者预后的影响 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2023, 9 (10): 112-114.
- [4] 刘媛, 谢赫男, 常陆. 移动健康管理对冠心病 PCI 术后患者心脏康复的效果 [J]. 护理实践与研究, 2023, 20 (18): 2714-2719.
- [5] 李瑶瑶, 楚英杰, 樊苗苗, 等. 多学科协作模式联合情绪释放疗法对老年冠心病行 PCI 患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29 (13): 5-8.
- [6] 李莹, 潘淑芳, 邹聪琴. 多学科团队协作护理在行介入治疗的老年冠心病患者中的应用效果 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2023, 9 (5): 175-177.
- [7] 李树蕙, 钟凝. 协同护理模式对老年冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后的影响 [J]. 心血管病防治知识, 2023, 13 (4): 89-91.
- [8] 张秀梅, 邓玉云. 多学科协作模式对冠心病患者自我护理能力与生活质量的影响研究 [J]. 临床医学工程, 2022, 29 (12): 1757-1758.
- [9] 罗轩, 刘旭. 多学科团队协作护理模式在老年冠心病介入治疗中的效果观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2022, 10 (29): 122-124+118.
- [10] 程军华, 冯文化, 陈娟. 多学科团队协作护理对老年冠心病介入治疗患者心理状态及康复效果的影响 [J]. 右江医学, 2022, 50 (9): 686-691.