

# 协同护理模式在人工膝关节置换术中的应用效果

刘蕾颖 王志坚 孙健 谷虹 韩雪

**【摘要】 目的** 评价协同护理模式(CCM)在人工膝关节置换术患者中的应用效果。**方法** 选择 2014 年 1 月到 2016 年 1 月在大连市某三甲医院接受人工膝关节置换术的患者 65 例作为研究对象。所有患者分为两组:CCM 组(30 例)和对照组(35 例)。对照组进行常规护理,CCM 组在对照组的基础上实施 CCM 干预。术前和术后 6 个月测定评价指标,包括术后感染率、翻修率、患者满意度、疼痛视觉模拟评分(VAS)、西安大略和麦克马斯特大学(WOMAC)骨关节炎指数、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)。**结果** 术后 6 个月,CCM 组患者满意度为 96.7%,对照组为 80.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。与术前相比,术后两组患者的 VAS 和 WOMAC 骨关节炎指数均下降,且 CCM 组 VAS 和 WOMAC 骨关节炎指数均低于对照组。与术前相比,术后两组患者的 SAS 和 SDS 评分均显著下降( $P < 0.05$ ),且 CCM 组 SDS 评分显著低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** CCM 干预可改善患者术后疼痛和膝关节功能,也可改善患者的负面情绪,有待进一步推广。

**【关键词】** 膝关节置换术;协同护理模式;视觉模拟评分;西安大略和麦克马斯特大学骨性关节炎指数

DOI: 10.3969/j.issn.1673-7083.2018.03.015

协同护理模式(CCM)是一种以责任制护理为基础,让患者和照顾者共同参与护理的模式。该模式中,护士在院内指导患者进行自我护理,培养患者的自我护理能力,由此发挥护士、患者和家属的协同作用,对患者的预后具有积极意义<sup>[1]</sup>。目前,CCM 已应用于很多疾病的护理中,并取得较好的效果<sup>[2-3]</sup>。有研究显示,患者在人工膝关节置换术后可能因疼痛、感染需要关节翻修,甚至出现心理问题<sup>[4-6]</sup>,这些都可能对患者的预后产生不良影响。鉴于 CCM 对外科手术患者的康复可起到较好效果,本研究拟比较常规护理模式和 CCM 对膝关节置换术后患者的康复效果,明确 CCM 的应用价值。

## 1 研究对象与方法

### 1.1 纳入与排除标准

**纳入标准:**符合手术指征,且为首次接受单侧膝关节置换术的患者,年龄为 50~70 岁。**排除标准:**严重肥胖者、伴严重心脑血管疾病者、肿瘤患者、精神疾病患者及活动能力受影响的老年痴呆患者。

### 1.2 研究对象

根据纳入和排除标准,选择 2014 年 1 月至 2016 年 1 月在大连市第三人民医院进行人工膝关节置换术的患者 65 例作为研究对象,随机分为两

组:CCM 组(30 例)采用 CCM 护理,其中男 5 例,女 25 例,平均年龄( $60.0 \pm 5.3$ )岁;对照组(35 例)采用常规护理,其中男 8 例,女 27 例,平均年龄( $61.8 \pm 4.9$ )岁。两组患者性别及年龄比较均无统计学差异( $P > 0.05$ )。所有患者均签署知情同意书。

### 1.3 护理方法

**对照组:**患者入院后接受常规护理,包括心电监护、肢体护理、观察并发症、术后肢体功能锻炼和康复训练。**CCM 组:**在常规护理基础上实施 CCM 干预。CCM 团队由护士、专科医生、心理咨询师、康复治疗师、营养师和陪护人员等组成。护理内容包括:①术前干预。首先,责任护士向患者和家属介绍 CCM 的目的及操作方法,让患者充分认识到自我护理在后期康复中的作用,使患者由被动接受护理变为主动学习护理技能;其次,责任护士针对患者病情进行评估并制定个性化护理程序,包括介绍人工膝关节置换手术前后注意事项和手术护理知识,提高患者和陪护人员参与护理的积极性和遵从医嘱的意愿。②术后干预。心理咨询师对患者采取个体化心理疏导,鼓励患者保持良好心态,积极进行康复;责任护士、专科医生、康复师、营养师则根据患者病情、个人兴趣爱好、家庭背景和个人文化水平制定个性化护理程序和健康计划,包括术后注意事项、日常生活注意事项及术后的营养支持和康复锻炼计划,指导患者及陪护人员参与护理和观察。③出院后随访。患者

出院后 1 周、1 个月和 3 个月,分别进行电话回访,指导并监督患者和家属将所学知识应用到延续护理中,并解答患者遇到的康复问题。

1.4 评价指标。

评价指标包括:①术后感染率,记录患者术后 6 个月内膝关节感染情况,术后感染率=感染人数/总人数×100%。②翻修率,翻修率=第 1 次和(或)第 2 次翻修人数/总人数×100%。③患者满意率,满意率=(非常满意人数+基本满意人数)/总人数×100%。④疼痛评价,以视觉模拟评分(VAS)进行评价,总分 10 分<sup>[7]</sup>。⑤膝关节功能评价,采用西安大略和麦克马斯特大学(WOMAC)骨关节炎指数测定<sup>[8]</sup>。⑥通过焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)<sup>[9-10]</sup>评估患者心理状态。

1.5 统计分析方法

使用 SPSS 17.0 统计软件包分析。两组率的比较采用  $\chi^2$  检验,干预前后评分的比较采用配对  $t$  检验,对照组和干预组评分比较采用两独立样本的  $t$  检验,检验水准为  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

手术后 6 个月内,CCM 组无感染及翻修患者,对照组有 1 例感染者及 1 例翻修者,两组感染率及翻修率比较无差异( $P>0.05$ )。术后 6 个月,CCM 组患者满意率为 96.7%(非常满意 25 例、基本满意 4 例、不满意 1 例),对照组患者满意率为 80.0%(非常满意 24 例、基本满意 2 例、不满意 9 例),两组比较有统计学差异( $\chi^2=6.22, P=0.016$ )。

与术前相比,术后 6 个月两组患者的 VAS 评分和 WOMAC 骨关节炎指数均显著下降( $P<0.05$ );术后 6 个月,CCM 组 VAS 评分及 WOMAC 骨关节炎指数均明显低于对照组( $P<0.05$ )(表 1)。

表 1 两组患者 VAS 和 WOMAC 骨关节炎指数比较				
	VAS/分		WOMAC 指数/分	
	术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月
CCM 组	7.0±0.7	2.5±0.6	68.8±7.2	25.9±7.4
对照组	7.1±0.8	4.3±0.5	67.5±5.6	34.3±6.2
$t$	-0.97	-2.52	0.77	-2.13
$P$	0.235	0.022	0.465	0.031

与术前相比,术后 6 个月两组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均显著下降( $P<0.05$ );术后 6 个月 CCM 组 SDS 评分低于对照组( $P<0.05$ ),而 SAS 评分两组无差异( $P>0.05$ )(表 2)。

表 2 两组患者 SAS 和 SDS 得分比较				
	SAS/分		SDS/分	
	术前	术后	术前	术后
CCM 组	51.34±10.5	34.8±4.4	41.3±9.2	28.6±5.5
对照组	53.4±7.9	37.1±5.3	39.7±4.4	35.6±3.9
$t$	-0.83	-1.36	0.92	-2.01
$P$	0.323	0.103	0.293	0.042

3 讨论

近年来,随着对生活质量要求的提高,接受膝关节置换术的老年患者越来越多,手术患者年龄逐渐增大。膝关节置换术后的感染率、翻修率均较高,对膝关节置换患者的预后有不良影响。有文献报道,控制膝关节术后感染不能仅依靠药物,提高疾病监管能力以及自我护理能力对改善患者预后有促进作用<sup>[11]</sup>。CCM 是一种新型的护理模式。与传统护理模式不同,CCM 可使患者主动参与护理和康复<sup>[1]</sup>。目前,CCM 已应用于一些疾病的护理中,但应用于膝关节置换术后护理的文献报道较少。VAS 和 WOMAC 骨关节炎指数均是国际公认的临床观察指标<sup>[12]</sup>,广泛应用于膝关节功能评估,且两者结合能更好地量化观测指标。SAS 和 SDS 在评估患者的心理状态方面得到大家的认可<sup>[13]</sup>。因此,本研究通过测定上述指标,评价 CCM 应用于膝关节置换术的临床效果。

本研究发现,术后 6 个月,CCM 组患者满意度明显优于对照组。研究结果提示,CCM 通过降低膝关节置换术后早期的感染率和翻修率,可避免患者再次手术的痛苦并减轻经济负担,患者的生活质量和满意度得到提升。王临芳<sup>[11]</sup>的调查显示,有效的健康教育可提高患者的疾病监管能力和自我护理能力,进而降低患者膝关节置换术后的感染率和翻修率。CCM 在其他疾病的护理中也产生了类似效果<sup>[14]</sup>。本研究还发现,对照组和 CCM 组术后 6 个月 VAS 评分及 WOMAC 骨关节炎指数均较术前显著下降,且 CCM 组明显低于对照组。术后 6 个月,CCM 组 SDS 评分也明显低于对照组。由此可见,CCM 的干预有助于改善患者术后疼痛情况和膝关节功能,也可改善患者的负面情绪。

CCM 在膝关节置换术患者中的应用不仅能有效减轻患者疼痛,改善膝关节功能,提高患者满意度,而且体现了护士在疾病治疗和康复中的重要作用。今后应着力将 CCM 理念逐步应用到日常护理

工作中,探索出一套适用于中国的 CCM 方法。

参 考 文 献

[ 1 ] Lott TF, Blazey ME, West MG. Patient participation in health care: an underused resource[J]. Nurs Clin of North Am, 1992, 27(1): 61-76.

[ 2 ] 李铀氢, 钟玉杰, 杨明珠. 协同护理模式的国内外研究现状及展望[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(29): 63-64.

[ 3 ] 龚凤翔, 段冰雪, 李明珍, 等. 协同护理模式研究进展[J]. 护理研究, 2016, 30(2): 519-521.

[ 4 ] 曹建伟, 廖有乔. 膝关节置换术及假体的研究进展[J]. 医学综述, 2014, 20(19): 3547-3549.

[ 5 ] 梁剑, 敏黄晓. 人工膝关节置换术的护理及康复训练指导[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(13): 1217-1219.

[ 6 ] Dorr LD, Chao L. The emotional state of the patient after total hip and knee arthroplasty [J]. Clin Orthop Relat Res, 2007, 463: 7-12.

[ 7 ] 曹卉娟, 邢建民, 刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.

[ 8 ] Bellarmy N. Pain assessment in osteoarthritis: experience with the WOMAC osteoarthritis index[J]. Semi Arthritis Rheum, 1989, 18(4 Suppl 2): 14-17.

[ 9 ] Ruta DA, Hurst NP, Kind P, et al. Measuring health status

in British patients with rheumatoid arthritis: reliability, validity and responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36)[J]. Br J Rheumatol, 1998, 37(4): 425-436.

[10] Kourilovitch M, Galarza-Maldonado C, Ortiz-Prado E. Diagnosis and classification of rheumatoid arthritis [J]. J Autoimmun, 2014, 48: 26-30.

[11] 王临芳. 人工膝关节置换术手术切口感染的危险因素分析[J]. 中国消毒杂志, 2014, 16(8): 886-887.

[12] Bellamy N, Buchanan WW, Goldmith CH, et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically-important patient relevant outcomes following total hip or hip arthroplasty in osteoarthritis [J]. J Orthop Rheumatol, 1988, 1: 95-108.

[13] 郑欣, 尤振兵, 田文泽, 等. 医护一体化护理对食管癌患者焦虑抑郁负面情绪及免疫功能的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(26): 1994-1998.

[14] 刘琼, 褚静茹, 杨滢, 等. 协同护理模式在肝移植患者围术期健康教育中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(2): 194-195.

(收稿:2018-01-08)

(本文编辑:富饶)