

CSTR: 32475.14.j.1009-8011.CHC202601260004

基于互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式的构建及应用

陈俊¹ 彭燕霞¹ 车涛¹ 毛恒¹ 龚红² 米利梅³ 李林⁴ 邓绪莉⁵

- (1. 成都市新津区中医医院护理部, 四川 成都, 611430 ;
2. 成都市新津区花源街道中心卫生院护理部, 四川 成都, 611430 ;
3. 成都市新津区五津社区卫生服务中心护理部, 四川 成都, 611430 ;
4. 成都市新津区花桥街道公立卫生院护理部, 四川 成都, 611430 ;
5. 成都市新津区普兴街道中心卫生院护理部, 四川 成都, 611430)

摘要: **目的** 探讨互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式的应用效果。**方法** 选取2022年9月—2023年12月成都市新津区中医医院收治的70例脑卒中患者为研究对象,采用随机抽签法分为对照组(35例)和试验组(35例)。研究过程中,对照组失访4例,死亡1例,最终纳入30例。对照组接受常规延续性护理,试验组接受互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式。比较两组日常生活活动能力、肌肉痉挛程度、平衡力、认知功能、吞咽功能及照顾者负担。**结果** 入院时、出院1个月、出院3个月,两组日常生活活动能力比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出院6个月、出院12个月,试验组日常生活活动能力评分均高于对照组(均 $P<0.05$)。入院时、出院1个月,两组平衡力比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出院3个月、出院6个月、出院12个月,试验组平衡力均高于对照组(均 $P<0.05$)。入院时、出院1个月、出院3个月、出院6个月、出院12个月,两组肌肉痉挛程度、认知功能、吞咽功能比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。入院时、出院1个月,两组照顾者负担评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出院3个月、出院6个月、出院12个月,试验组照顾者负担评分均低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式能够有效改善患者日常生活活动能力、平衡力,减轻照顾者负担,促进患者康复。

关键词: 脑卒中; 医共体; 医院-社区-家庭; 护理管理模式; 互联网+

中图分类号: R473.74 **文献标识码:** A **DOI:** 10.70976/j.1009-8011.CHC202601260004

Construction and Application of Hospital-Community-Family Closed-Loop Traditional Chinese Medicine Nursing Management Model for Stroke Patients Based on Internet Plus Medical Cluster

Chen Jun¹, Peng Yanxia¹, Che Tao¹, Mao Heng¹, Gong Hong², Mi Limei³, Li Lin⁴, Deng Xuli⁵

- (1. Department of Nursing, Chengdu Xinjin District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan, 611430, China;
2. Department of Nursing, Xinjin District Huayuan Street Community Health Center, Chengdu Sichuan, 611430, China;
3. Department of Nursing, Xinjin District Wujin Community Health Service Center, Chengdu Sichuan, 611430, China;
4. Department of Nursing, Xinjin District Huaqiao Subdistrict Public Health Center, Chengdu Sichuan, 611430, China;
5. Department of Nursing, Xinjin District Puxing Street Community Health Center, Chengdu Sichuan, 611430, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of hospital-community-family closed-loop traditional Chinese medicine (TCM) nursing management for stroke patients under Internet plus medical cluster. **Methods** Seventy stroke patients admitted to Xinjin District Hospital of Traditional Chinese Medicine in Chengdu from September 2022 to December 2023 were selected as research

基金项目: 2022年成都市医学科研课题(2022403)。

作者简介: 陈俊,女,本科,主任护师,研究方向:老年护理、中医护理、护理管理。

subjects and divided into a control group (35 cases) and an experimental group (35 cases) by random drawing. During the study, 4 patients in the control group were lost to follow-up and 1 patient died, leaving 30 patients in the control group for final analysis. The control group received routine continuous nursing, while the experimental group was given a hospital-community-family closed-loop TCM nursing management model based on the Internet plus medical community. The activities of daily living, degree of muscular spasm, balance ability, cognitive function, swallowing function and caregiver burden were compared between the two groups. **Results** At admission, 1 and 3 months post-discharge, there was no statistically significant difference in ADL between the two groups ($P>0.05$). At 6 and 12 months post-discharge, the intervention group scored higher in ADL than the control group (all $P<0.05$). At admission and 1 month post-discharge, there was no statistically significant difference in balance between the two groups ($P>0.05$). At 3, 6, and 12 months post-discharge, the intervention group exhibited higher balance than the control group (all $P<0.05$). At admission, 1, 3, 6, and 12 months post-discharge, there was no statistically significant difference in muscle spasticity, cognitive function and swallowing function between the two groups ($P>0.05$). At admission and 1 month post-discharge, there was no statistically significant difference in caregiver burden between the two groups ($P>0.05$). At 3, 6, and 12 months post-discharge, the intervention group had lower caregiver burden than the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** The hospital-community-family closed-loop TCM nursing model under Internet plus medical cluster significantly improves ADL and balance, reduces caregiver burden and promotes post-discharge rehabilitation.

Keywords: stroke; medical cluster; hospital-community-family; nursing management; Internet plus

《中国卒中中心报告 2022》显示^[1],我国现存卒中患者 1780 万例,每年新发卒中患者超过 200 万例,该病呈现高发病率、高致残率、高复发率、高病死率、高经济负担的特点,给社会各界均造成沉重负担。多数患者在医院度过疾病急性期后会直接进入居家/社区康复环节,面临身心社会多维度的变化,不利于其健康促进行为的产生与发展^[2]。且由于沉重的照顾负担及家庭内部结构的改变,照顾者易处于不利于生存发展的负性生活状态^[3]。研究表明,脑卒中患者及照顾者在居家/社区康复时,对于专业、连续、整体的照护存在强烈需求^[4,5]。数字社会下,互联网与医共体的有机结合能够有效促进优质服务下沉到基层^[6],同时,随着国家对中医药事业发展的重视,中医护理技术在脑卒中防治中发挥着愈发重要的作用^[7]。因此,本研究基于“互联网+”技术,依托医共体平台,构建脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式,探讨其应用效果,为促进脑卒中患者及照顾者身心发展提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 9 月—2023 年 12 月成都市新津

区中医医院收治的 70 例脑卒中患者为研究对象,通过随机抽签法分为试验组与对照组,各 35 例。研究过程中,对照组失访 4 例,死亡 1 例,最终纳入 30 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。见表 1。患者及家属均签署知情同意书,本研究已通过成都市新津区中医医院伦理委员会审批(202204)。

1.2 纳入与排除标准

患者纳入标准:符合脑血管疾病西医诊断标准^[8]及中风病中医辨证诊断标准^[9];年龄 18~90 岁;手术或保守治疗后效果不佳,存在一侧肢体偏瘫、无力;病程 15 d~1 年,处于恢复期/后遗症期;至少有一位主要照顾者。排除标准:既往存在精神病史;正在参与其他临床试验;中途退出研究。

照顾者纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;无意识、认知及听力障碍,表达能力正常;能够熟练使用微信、QQ 或钉钉参加线上培训;如存在多名照顾者,由患者指定一名照顾时长最长者。排除标准:患有重大疾病,如癌症、重要器官功能衰竭等;与患者存在雇佣关系;中途退出研究。

1.3 研究方法

对照组接受康复医学科常规延续性护理,出院

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别[例(%)]		NIHSS 评分 [$M(P_{25}, P_{75})$, 分]
			男	女	
对照组	30	68.17 $\pm$ 11.99	19(63.33)	11(36.67)	13(10, 18)
试验组	35	62.43 $\pm$ 12.68	21(60.00)	14(40.00)	12(10, 18)
χ^2/Z 值		1.865		0.076	-0.165
P 值		0.067		0.783	0.869

注:NIHSS:美国国立卫生研究院卒中量表。

时发放科室自制的脑卒中防治手册,并对患者及照顾者进行居家康复的知识宣教;由责任护士定期电话随访了解患者居家康复情况:出院1个月内,1次/周;出院2~6个月,每半个月1次;出院7~12个月,1次/月。并嘱患者于出院1个月、3个月、6个月、12个月末定期回院复诊。

试验组除接受常规延续护理外,同时接受培训合格的本院及医共体单位23名护理人员依据本研究构建的互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式,定期开展线上/线下培训。该管理模式基于国家中医药管理局下发的中风病(脑梗死)中医诊疗方案^[10]、中医护理方案^[11]结合本院实际情况与办医特色构建而成,实施途径主要包括微信平台线上讲堂、科普视频、电话随访、上门护理、病友会等。具体方案内容如下。(1)辨证施药:为患者及照顾者讲解西药及中药饮片的正确服用方法。西药:按出院处方服用二级预防药物;中药饮片:采用常规方法煎煮(浸泡-大火煮开-小火煎煮),温服,3次/d,若为免煎颗粒,按说明书开水冲服;如出现药物不良反应或病情变化,及时就医,在医师指导下调整用药。(2)辨证施膳:风痰阻络者可食萝卜、梨、半夏陈皮粥等;气虚血瘀者可食山药、黑木耳、黄芪桂枝粥等;肝肾亏虚者可食乌鸡、桑椹、杜仲、腰花等。告知患者可食用的食材与药膳,任选之一食用或交替食用,1~3次/周。(3)辨证施术:①穴位按摩。风痰阻络者可取丰隆穴、足三里穴、内关穴等;气虚血瘀者可取百会穴、气海穴、血海穴等;肝肾亏虚者可取肝俞穴、肾俞穴、关元穴等。每次选择3~5个穴位,每穴按摩36次,1次/d。②艾灸。风痰阻络者可取中脘穴、气海穴、关元穴等;气虚血瘀者可取神阙穴、命门穴、足三里穴等;肝肾亏虚者可取肝俞穴、肾俞穴、太溪穴等。15~20 min/次,以局部皮肤红晕为度,1次/d或隔日1次。③中药足浴。痰阻络者予化痰通络足浴方;气虚血瘀者予益气活血足浴方;肝肾亏虚者予滋补肝肾足浴方。水温38~40℃,15~20 min/次,1次/d。④经络拍打。风痰阻络者选取足阳明胃经进行拍打;气虚血瘀者选取足太阳膀胱经进行拍打;肝肾亏虚者选取足厥阴肝经进行拍打。80~120次/min,15~20 min/次,2次/d。(4)辨证施养:①五音疗法。风痰阻络者可选宫音《十面埋伏》和角音《胡笳十八拍》;气虚血瘀者可选徵音《喜洋洋》和宫音《春江花月夜》;肝肾亏

虚者可选羽音《梅花三弄》和角音《胡笳十八拍》。30 min/次,1次/d。②肢体康复训练。依据肌力分级开展分层康复:肌力 ≤ 2 级者,以关节被动活动为主,由照顾者协助完成,20~30 min/次,2次/d;肌力 ≥ 3 级者,可选择平衡训练、步态训练、八段锦等,1次/d。③户外及社会活动。散步、晒太阳、病友会等活动。(5)了解患者身心状况及方案执行情况。设定患者出院1个月为强化期,定期进行电话随访、上门护理,1次/周。出院2~3个月为巩固期,定期进行电话随访,1次/周,上门护理,2~3次/月,据患者实际康复情况动态调整。出院4~6个月为维持期,定期进行电话随访,半个月1次,上门护理,1次/月。出院7~12个月为随访期,电话随访半个月1次,每2个月上门护理1次。

两组干预周期均为出院12个月。且分别于患者入院时、出院1个月、出院3个月、出院6个月、出院12个月末进行评价。

1.4 观察指标

(1)日常生活活动能力:采用Barthel指数^[12]评估两组患者日常生活活动能力,量表包括控制大小便、修饰、用厕等10个项目,总分0~100分,分值越高提示患者日常生活活动能力越好,其Cronbach's α 系数为0.916。

(2)肢体功能:采用改良Ashworth痉挛评定量表(modified Ashworth scale, MAS)^[13]评估两组患者肌肉痉挛程度,量表包括0~Ⅳ级,分级越高提示患者肌肉痉挛程度越高。采用Berg平衡量表(Berg balance scale, BBS)^[14]评估两组患者平衡力,量表包括由坐到站、独立站、独立坐等14个条目,总分56分,分值越高提示患者平衡力越好,其Cronbach's α 系数为0.845。

(3)认知功能:采用简易智力状态检查量表(mini-mental state examination, MMSE)^[15]评估两组患者认知功能,量表包括定向感、注意力和计算力、记忆力等5个维度,共30个条目。总分0~30分,分数越低提示认知功能越差,其Cronbach's α 系数为0.857。

(4)吞咽功能:采用洼田饮水试验评估两组患者吞咽功能。嘱患者在平静状态下喝下30 mL水,观察并记录患者饮水状况及有无呛咳,Ⅰ级为正常,Ⅱ级为可疑,Ⅲ~Ⅴ级为吞咽障碍。

(5)照顾者负担:采用照顾者负担量表(zarit caregiver burden interview, ZBI)^[16]评估两组照顾者

负担情况,量表包括22个条目,采用Likert 5级评分法,“没有”至“总是”依次赋0~4分,总分0~88分,分值越高提示照顾者负担越重,其Cronbach's α 系数为0.870。

1.5 统计学方法

选择SPSS 26.0统计学软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 t 检验;不符合正态分布的计量资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述,组间比较采用Mann-Whitney U 检验。计数资料与等级资料以[例(%)]表示,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组日常生活活动能力比较

入院时、出院1个月、出院3个月,两组日常生活活动能力评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);出院6个月、出院12个月,试验组日常生活

活动能力评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 两组肢体功能比较

入院时、出院1个月、出院3个月、出院6个月、出院12个月,两组肌肉痉挛程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。入院时、出院1个月,两组平衡力评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);出院3个月、出院6个月、出院12个月,试验组平衡力评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

2.3 两组认知功能比较

入院时、出院1个月、出院3个月、出院6个月、出院12个月,两组MMSE量表评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表5。

2.4 两组吞咽功能比较

入院时、出院1个月、出院3个月、出院6个月、出院12个月,两组洼田饮水试验分级比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表6。

表2 两组Barthel指数比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	入院时	出院1个月	出院3个月	出院6个月	出院12个月
对照组	30	55.83 $\pm$ 23.86	59.67 $\pm$ 21.93	60.33 $\pm$ 21.53	59.17 $\pm$ 22.82	55.50 $\pm$ 23.87
试验组	35	47.00 $\pm$ 19.90	55.71 $\pm$ 18.40	64.57 $\pm$ 15.69	75.43 $\pm$ 12.27	81.57 $\pm$ 11.43
t 值		1.628	0.790	0.915	3.494	5.470
P 值		0.109	0.432	0.363	0.001	<0.001

表3 两组MAS分级比较 [例(%)]

组别	例数	入院时					出院1个月				
		0级	1级	2级	3级	4级	0级	1级	2级	3级	4级
对照组	30	24(80.00)	6(20.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	24(80.00)	6(20.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
试验组	35	29(82.86)	5(14.29)	1(2.85)	0(0.00)	0(0.00)	29(82.86)	5(14.29)	1(2.85)	0(0.00)	0(0.00)
Z 值		-0.235					-0.235				
P 值		0.815					0.815				
组别	例数	出院3个月					出院6个月				
		0级	1级	2级	3级	4级	0级	1级	2级	3级	4级
对照组	30	24(80.00)	6(20.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	24(80.00)	6(20.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
试验组	35	29(82.86)	5(14.29)	1(2.85)	0(0.00)	0(0.00)	29(82.86)	5(14.29)	1(2.85)	0(0.00)	0(0.00)
Z 值		-0.235					-0.235				
P 值		0.815					0.815				
组别	例数	出院12个月									
		0级	1级	2级	3级	4级					
对照组	30	24(80.00)	5(16.67)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)					
试验组	35	29(82.86)	5(14.29)	1(2.85)	0(0.00)	0(0.00)					
Z 值		-0.746									
P 值		0.456									

表 4 两组 BBS 评分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, 分]

组别	例数	入院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月	出院 12 个月
对照组	30	20(10, 30)	24(10, 30)	27(14, 30)	26(15, 31)	25(12, 34)
试验组	35	15(10, 30)	25(12, 35)	36(28, 40)	45(40, 47)	46(45, 50)
Z 值		-1.015	-0.611	-3.216	-4.988	-5.511
P 值		0.310	0.541	0.001	<0.001	<0.001

表 5 两组 MMSE 评分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, 分]

组别	例数	入院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月	出院 12 个月
对照组	30	20(10, 30)	25(20, 30)	25(20, 30)	25(20, 30)	25(20, 30)
试验组	35	20(10, 30)	30(21, 30)	30(21, 30)	30(21, 30)	30(21, 30)
Z 值		-1.225	-0.909	-0.951	-0.972	-1.069
P 值		0.221	0.363	0.342	0.331	0.285

表 6 两组洼田饮水试验分级比较 [例(%)]

组别	例数	入院时					出院 1 个月				
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	30	15(50.00)	12(40.00)	1(3.33)	2(6.67)	0(0.00)	16(53.33)	12(40.00)	0(0.00)	2(6.67)	0(0.00)
试验组	35	20(57.14)	8(22.86)	6(17.14)	1(2.86)	0(0.00)	20(57.14)	10(28.57)	5(14.29)	1(2.86)	0(0.00)
Z 值				-0.190					-0.074		
P 值				0.850					0.941		

组别	例数	出院 3 个月					出院 6 个月				
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	30	18(60.00)	6(20.00)	1(3.33)	1(3.33)	0(0.00)	22(73.33)	5(16.67)	2(6.67)	1(3.33)	0(0.00)
试验组	35	22(62.86)	5(14.29)	3(8.57)	0(0.00)	0(0.00)	24(68.57)	9(25.71)	2(5.71)	0(0.00)	0(0.00)
Z 值				-0.176					-0.256		
P 值				0.860					0.798		

组别	例数	出院 12 个月				
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	30	20(66.67)	5(16.67)	3(10.00)	1(3.33)	1(3.33)
试验组	35	25(71.43)	9(25.71)	1(2.86)	0(0.00)	0(0.00)
Z 值				-0.293		
P 值				0.770		

2.5 两组照顾者负担比较

入院时、出院 1 个月, 两组照顾者负担评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院 3 个月、出院 6 个月、出院 12 个月, 试验组照顾者负担评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 7。

3 讨论

3.1 基于互联网 + 医共体下脑卒中患者医院 - 社区 - 家庭闭环式中医护理管理模式有助于改善脑卒中患者日常生活活动能力与平衡力

本研究结果显示, 通过基于互联网 + 医共体下

表 7 两组照顾者负担比较 [($\bar{x} \pm s$)/ $M(P_{25}, P_{75})$, 分]

组别	例数	入院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月	出院 12 个月
对照组	30	47.93 $\pm$ 22.36	50(28, 65)	46.93 $\pm$ 20.69	47.87 $\pm$ 20.98	54.67 $\pm$ 22.81
试验组	35	44.86 $\pm$ 19.9	40(22, 55)	34.17 $\pm$ 15.69	27.31 $\pm$ 13.35	21.97 $\pm$ 14.82
t/Z 值		0.587	-1.305	2.766	4.622	6.728
P 值		0.559	0.192	0.008	<0.001	<0.001

的医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式干预后, 试验组日常生活活动能力评分和平衡力评分均高于对照组(均 $P<0.05$)。我国医院护理人力资源不足、患者居住分散等因素, 导致延续护理的开展存在一定的挑战性^[17]。相关研究表明, 社区医务工作者在优化疾病管理、减少脑卒中并发症、控制疾病风险上发挥了越来越重要的作用^[18]。因此, 本研究基于“互联网+”技术, 依托医共体平台, 对各成员单位社区医务工作者进行同质化培训, 为脑卒中患者提供规范的功能锻炼指导、中医护理指导、心理疏导等。通过整合医院与社区护理团队力量, 充分发挥社区医院的桥梁作用^[19], 使脑卒中患者在医院、社区、家庭均能获取连续性、个性化的健康指导, 进而有利于患者日常生活活动能力与平衡力的恢复。此外, 本研究基于脑卒中“以补益肝肾为根本, 益气活血为关键”的中医治疗理念^[20], 结合灸法、穴位按摩、经络拍打等制定中医特色护理策略, 有利于疏通肢体经络、改善躯干肌力与稳定性, 有效推动患者日常生活活动能力与平衡力提升, 在一定程度上加速了患者的康复。

然而, 本研究结果显示, 通过基于互联网+医共体的医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式干预后, 两组肌肉痉挛程度、认知功能评分、吞咽功能评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。分析原因, 可能与各功能损伤病理机制、干预靶点及模式适配性有关。脑卒中患者的日常生活活动能力与平衡力异常, 归属于外周躯体运动失常、经络气血失调范畴, 可通过长期规律的康复训练实现功能重塑。脑卒中后发生的肌肉痉挛, 是中枢上运动神经元损伤引发的顽固性病理表现^[21], 需院内专业抗痉挛设备与高强度精准干预, 而社区及家庭护理仅能开展温和调理, 难以阻断神经异常反射。脑卒中认知功能障碍涉及脑血管损伤、神经元死亡、代谢异常等因素^[22], 康复周期长、起效慢, 需系统化认知训练, 本模式干预靶点未触及中枢认知核心区域。吞咽功能障碍依赖吞咽造影、球囊扩张等专科评估与精准操作, 社区及家庭护理缺乏专业设备与风险防控条件, 仅能开展基础护理, 干预力度不足。

综上, 本研究构建的管理模式对脑卒中患者躯体运动相关的日常生活活动能力、平衡力改善优势较大, 适配居家康复需求, 但对肌肉痉挛、认知功能、吞咽功能等需专科精准干预的功能损伤存在短板。后续可优化模式, 推动院内专项康复技术下沉,

力争实现分层化、全维度康复管理。

3.2 基于互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式可有效缓解脑卒中患者照顾者的照顾负担

本研究结果显示, 通过基于互联网+医共体下的医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式干预后, 试验组照顾者负担评分低于对照组($P<0.05$)。相关研究^[3]表明, 63.7%~93.3%的脑卒中患者主要照顾者存在照顾负担, 易导致其出现焦虑、睡眠障碍等不利于生存发展的负性生活状态。而脑卒中患者日常生活活动能力下降是导致照顾负担加重的最直接患者因素^[23]。本研究构建的护理管理模式可有效提升脑卒中患者日常生活活动能力及平衡力, 加强患者自我护理能力, 减轻照顾者负担。其次, 研究^[24]表明, 脑卒中患者生活能力的提升能激发家庭内在潜能, 提高家庭抗逆力水平, 积极应对疾病挑战, 从而减轻照顾者负担。此外, 本护理管理模式通过多场景、多途径的全程健康指导, 拓宽了照顾者获取医疗专业支持的途径, 加深了其对应疾病知识的掌握与应用, 可缓解其焦虑情绪, 有助于减轻照顾者负担。

综上所述, 本研究构建的基于互联网+医共体下脑卒中患者医院-社区-家庭闭环式中医护理管理模式可有效提升脑卒中患者日常生活活动能力、平衡力, 改善患者脑卒中功能分级, 缓解照顾者负担, 在一定程度上促进患者与照顾者身心健康发展。由于客观条件限制, 本研究样本收集局限, 研究结果外推性有限。未来可扩大样本量, 进行多中心调查, 进一步验证该护理管理模式的有效性。

参考文献

- [1] 《中国卒中中心报告2022》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2024, 21(8): 565-576.
- [2] Lin S, Wang C, Wang Q, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: A qualitative longitudinal study[J]. Int J Nurs Stud, 2022, 130: 104213.
- [3] 岳洁, 刘艳, 李玉, 等. 国内脑卒中患者主要照顾者照顾负担水平及影响因素的系统评价[J]. 中国疗养医学, 2022, 31(8): 818-823.
- [4] 江湖, 王晓莹, 张振香, 等. 脑卒中患者医院-家庭过渡期体验质性研究的Meta整合[J]. 中国全科医学, 2024, 27(32): 4077-4084.
- [5] 刘梦婷, 王盼盼, 吴田田, 等. 中青年脑卒中患者出院准备需求质性研究的Meta整合[J]. 军事护理, 2024, 41(11): 99-102.
- [6] 张怡, 付阿丹, 王莉, 等. 以延续护理服务中心为主导的居家老年患者“互联网+护理服务”模式的构建与实施[J]. 中国

实用护理杂志,2023,39(3):182-188.

[7] 黄奕敏,黄丽君,翁丹婷,等.脑卒中肢体功能障碍患者恢复期中医康复护理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2024,59(7):812-819.

[8] 李光硕,赵性泉.《中国急性缺血性卒中诊治指南2023》解读[J].中国卒中杂志,2024,19(8):956-961.

[9] 中风的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(10):16.

[10] 国家中医药管理局.国家中医药管理局办公室关于印发中风病(脑梗死)等92个病种中医临床路径和中医诊疗方案(2017年版)通知[EB/OL].(2017-03-22)[2026-03-01].<http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2651.html>.

[11] 国家中医药管理局.关于印发中风等13个病种中医护理方案(试行)的通知[EB/OL].(2013-05-20)[2026-03-01].<http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2800.html>.

[12] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等.中文版Barthel指数的信度与效度研究[J].临床荟萃,2012,27(3):219-221.

[13] 魏鹏绪.关于改良Ashworth量表的探讨[J].中国康复医学杂志,2014,29(1):67-68.

[14] 金冬梅,燕铁斌.Berg平衡量表及其临床应用[J].中国康复理论与实践,2002,(3):31-33.

[15] 张晓静,孙估英,肖卫忠,等.5种认知功能筛查量表在老年人中的应用效果分析[J].护理研究,2024,38(7):1162-1167.

[16] 王烈,杨小湜,侯哲,等.护理者负担量表中文版的应用与评价[J].中国公共卫生,2006,(8):970-972.

[17] 王莉,章金娟,李益民,等.社区护士延续性护理支持性需求现状及影响因素分析[J].护士进修杂志,2020,35(8):763-767.

[18] 王莉,施雁,王婧,等.慢性病延续性照护模式与政策引导双轨融合的研究[J].中国护理管理,2024,24(11):1601-1607.

[19] 陈秋霞,娄佳昇,鲁文果,等.医联体背景下脑卒中患者延续护理服务管理模式评价[J].中国医院,2022,26(3):14-17.

[20] 刘继法,陈曦,王莹莹,等.基于《中医内科学》教材的中风病“因机证治”理论演变分析与对策[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(6):906-911.

[21] 张帅迪,张建云,李晶晶,等.肌骨超声技术在脑卒中后肢体痉挛评定的研究进展[J].实用医学杂志,2025,41(1):134-140.

[22] 梁晓辉,齐馨馨,梁凌,等.急性脑卒中患者脑源性神经营养因子水平与卒中后认知功能障碍风险的相关性[J].中华老年心脑血管病杂志,2026,28(2):162-165.

[23] 席新学,黄海珊,李玲,等.首发脑卒中患者疾病稳定期家属照护体验的质性研究[J].护理学杂志,2026,41(2):32-35,40.

[24] 石唤,顾志娥,廖月霞,等.家庭抗逆力在脑卒中患者日常生活能力与主要照顾者负担间的中介效应[J].护理学杂志,2023,38(17):53-56.

(收稿日期:2026-01-26)