

整合护理模式对骨科手术合并酒精戒断综合征患者康复的协同增效研究

王若诗, 胡桂平*, 阮长胜, 沈睿, 罗桂, 陈娇娇

湖北省十堰市太和医院骨病、微创、小儿骨科 湖北十堰

【摘要】目的 探讨多维度整合护理模式对骨科手术合并酒精戒断综合征患者心理、术后感染发生率及住院时间的影响。**方法** 将 60 例骨科手术合并酒精戒断综合征患者按照随机数字表法分为研究组与对照组, 各 30 例。对照组病人给予常规治疗及护理, 研究组在常规护理的基础上对病人、照护者实施 2-6 周的整合护理干预, 干预后 2 周、4 周、6 周末对两组病人的心理情况、功能恢复情况进行评估, 同时比较两组病人术后感染发生率及住院时间。**结果** 干预后两组症状自评量表评分均较干预前显著降低 ($P < 0.01$), 研究组较对照组下降更显著 ($P < 0.01$)。干预后 2 周末两组术后感染发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后 4 周、6 周末研究组术后感染发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。研究组住院时间较对照组短 ($P < 0.05$)。**结论** 整合护理模式能显著提高骨科手术合并酒精戒断综合征患者的心理健康水平, 不仅给病人及照护者带来支持, 且能降低病人术后感染发生率, 缩短住院时间, 促进病人恢复, 具有临床推广价值。

【关键词】 骨科手术; 酒精戒断综合征; 整合护理模式; 症状自评量表; 术后感染发生率; 住院时间

【收稿日期】2025 年 7 月 22 日

【出刊日期】2025 年 8 月 20 日

【DOI】10.12208/j.ijnr.20250393

A study on the synergistic effect of an integrated nursing model on the rehabilitation of patients undergoing orthopedic surgery combined with alcohol withdrawal syndrome

Ruoshi Wang, Guiping Hu*, Changsheng Ruan, Rui Shen, Gui Luo, Jiaojiao Chen

Departments of Orthopedics, Minimally Invasive Surgery, and Pediatric Orthopedics, Taihe Hospital, Shiyan, Hubei

【Abstract】Objective To investigate the effects of a multidimensional integrated nursing model on the psychological well-being, incidence of postoperative infection, and length of hospital stay in patients undergoing orthopedic surgery combined with alcohol withdrawal syndrome. **Methods** Sixty patients undergoing orthopedic surgery combined with alcohol withdrawal syndrome were randomly divided into a study group and a control group, 30 patients in each group. The control group received conventional treatment and nursing care, while the study group implemented an integrated nursing intervention for patients and caregivers for 2-6 weeks in addition to conventional care. The psychological well-being and functional recovery of the patients in both groups were assessed at the end of the 2nd, 4th, and 6th week after the intervention. The incidence of postoperative infection and length of hospital stay were also compared between the two groups. **Results** After the intervention, the symptom self-rating scale scores in both groups were significantly lower than those before the intervention ($P < 0.01$), with the decrease in the study group being more significant than that in the control group ($P < 0.01$). There was no statistically significant difference in the incidence of postoperative infection between the two groups at the end of the two weeks after the intervention ($P > 0.05$). However, the incidence of postoperative infection in the study group was significantly lower than that in the control group at the end of the four and six weeks after the intervention ($P < 0.05$). The length of hospital stay in the study group was shorter than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The integrated nursing model significantly improves the psychological well-being of patients undergoing orthopedic surgery combined with alcohol withdrawal syndrome. It not only provides support to patients and caregivers, but also reduces the incidence of postoperative infection, shortens hospital stay, and promotes patient recovery. It has

*通讯作者: 胡桂平

clinical application value.

【**Keywords**】 Orthopedic surgery; Alcohol withdrawal syndrome; Integrated nursing model; Symptom self-rating scale; Incidence of postoperative infection; Length of hospital stay

1 引言

随着社会经济的发展,酒精依赖问题日益突出,由此引发的酒精戒断综合征(alcohol withdrawal syndrome, AWS)患者数量也逐渐增加。据世界卫生组织(WHO)2023年报告显示,全球约有3.2亿酒精使用障碍患者,其中因创伤需接受骨科手术的病例年增长率达7.6%。AWS患者在接受骨科手术时,因其特殊的生理和心理状态,面临着更高的术后并发症风险,如感染、康复延迟等。传统的常规护理模式往往难以满足这类复杂患者的需求,而整合护理模式作为一种创新的护理理念,将预防、医疗、康复、护理等相关服务进行整合,强调以患者为中心,注重多学科协作和个性化护理。近年来,越来越多的研究关注整合护理模式在不同疾病领域的应用效果。例如,有研究表明整合护理可改善慢性阻塞性肺疾病患者的生活质量^[1],对糖尿病患者的血糖控制也有积极作用^[2]。但针对骨科手术合并AWS患者的研究仍相对较少。本研究旨在深入探讨整合护理模式对该类患者心理状态、术后感染发生率及住院时间的影响,为临床护理实践提供更科学的依据。

2 对象与方法

2.1 对象

选取2021年1月—2024年12月我院骨科收治的手术合并酒精戒断综合征患者为研究对象。

入组标准:(1)符合骨科手术患者且合并酒精戒断综合征的相关诊断标准;(2)患者及家属对本研究知情同意,并签署知情同意书;(3)患者均有饮酒习惯,且在纳入本次研究前14d未接受抗精神类药物、癫痫类药物等治疗;(4)患者的临床资料完整、既往病史清晰;(5)具有一定的交流能力,可表达自身意愿;(6)患者对本次研究所应用的护理方法无异议。

排除标准:(1)患者存在严重的肝肾衰竭或合并其他严重的基础性疾病;(2)精神障碍、意识障碍者;

(3)患者具有自杀倾向或曾有自杀行为;(4)患者治疗依从性及沟通能力差;(5)患者病历资料不完整。符合纳入标准共60例患者,按照随机数字表法分为研究组与对照组,各30例。研究组男18例,女12例;年龄29-61岁,平均(41.80±3.20)岁;日饮酒量500-925ml,平均(791.00±73.00)ml;饮酒年限5-31a,平均(21.10±6.40)a。对照组男21例,女9例;年龄

32-59岁,平均(41.10±3.50)岁;日饮酒量500-900ml,平均(783.00±86.00)ml;饮酒年限6-34a,平均(20.40±5.80)a。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 干预方法

两组患者均给予临床常规治疗,如护肝、消炎、抗纤维化、中药治疗等;同时给予常规护理,包括心理疏导、基础护理等,并指导患者进行力所能及的各类劳动、生活卫生整理等。研究组在常规护理的基础上增加整合护理,具体内容如下:

2.2.1 参与制订医疗决策及护理方案

基于人本主义理论和共同决策模式(Shared Decision-Making, SDM),医护人员首先进行共同培训,深入学习人性化关怀和SDM的相关知识,提升沟通和协作能力。在实际操作中,详细告知患者治疗期间的相关注意事项,采用多媒体、案例分享等多种方式,向患者介绍治疗成功的案例。例如,通过播放视频展示与患者情况相似的康复案例,包括患者术前的焦虑状态、术中及术后的治疗过程,以及最终成功康复并戒除酒瘾的结果,增强患者对治疗的信任度和自信心。

根据人性化照护理论,制定全面的学习手册,内容涵盖患者入院评估、住院期间护理要点、出院指导等各要素,覆盖患者从入院到出院的全过程。定期组织患者开展集中授课,每次授课时长约1小时,每周2次,持续2周。授课过程中,结合学习手册内容,详细讲解人性化关怀的理论知识,并通过互动问答、小组讨论等形式,加深患者的理解。在查房和疾病决策时,允许照护者参与,鼓励患者和照护者提出个人观点意见。医护人员认真倾听并记录,根据反馈调整护理方案,促进护患、医患之间的有效配合,便于照护工作的顺利开展。为更直观地展示这一过程,可绘制图1所示的参与式医疗决策流程。

2.2.2 心理健康调适

依据认知行为理论和动机式访谈法(Motivational Interviewing, MI),安排专职护士为患者提供主动、积极的心理疏导。专职护士首先运用专业的心理评估工具,如汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD),对患者的焦虑、抑郁等心理状态进行量化评估,全面了解患者的心理问题。

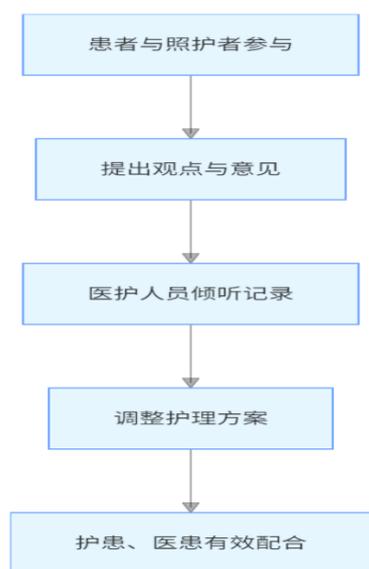


图1 参与式医疗决策流程

患者与照护者参与

在心理疏导过程中,采用一对一的访谈形式,每周至少进行3次,每次访谈时长约30分钟。运用MI技术,引导患者认识到饮酒对自身健康、家庭和社会功能的负面影响,激发患者改变的内在动机。同时,针对患者对酒精的错误认知,如认为饮酒可以缓解压力、社交离不开酒等,通过讲解酒精对身体各器官的损害机制,如酒精如何影响肝脏代谢、损害神经系统、降低免疫力等,帮助患者纠正错误认知。

此外,鼓励患者出院后与家属一起制定科学、实用的戒酒计划。护士根据患者的生活习惯、工作环境等因素,提供个性化的建议。例如,对于工作压力大的患者,建议通过运动、听音乐等健康方式缓解压力,减少对酒精的依赖;对于社交饮酒较多的患者,帮助其建立健康的社交圈子。同时,对家属进行指导,使其掌握有效的监督和鼓励方法,利用阳性强化法,对患者的戒酒行为及时给予肯定和鼓励,让患者感受到支持和鼓舞,坚定戒酒信心。近期研究也强调了动机式访谈在促进患者行为改变中的有效性^[3]。

2.2.3 家庭关系照护

家庭在患者的康复过程中起着至关重要的作用。护理人员通过定期组织家属座谈会、发放健康宣传资料等方式,加强对患者家属的健康宣教工作。每月至少举办2次家属座谈会,每次时长约1.5小时。座谈会内容包括AWS的相关知识,如症状表现、发展过程、应对方法;骨科手术后的康复护理要点,如伤口护理、体

位摆放、康复训练方法等;以及家庭护理中的注意事项,如如何观察患者的情绪变化、异常行为等。

在患者出院前,由护理人员对照护者进行系统的居家照护相关知识培训,培训内容涵盖用药护理、运动干预、饮食及生活方式等方面。在用药护理方面,通过现场示范和视频教学,指导照护者正确给患者用药,包括药物的剂量、服用时间、注意事项等,确保患者按时、准确服药。对于运动干预,根据患者的身体状况,制定个性化的运动计划,并向照护者详细说明运动的频率、强度和注意事项。例如,对于术后恢复较好的患者,建议进行散步、太极拳等低强度运动,每周3-5次,每次30分钟左右。在饮食方面,指导照护者为患者准备营养均衡的饮食,增加蛋白质、维生素和矿物质的摄入,减少高热量、高脂肪食物的摄取,同时注意饮食的规律和卫生。

此外,护理人员还注重增强照护者的信心,缓解其精神压力。通过建立家属互助小组,组织家属分享照护经验和心得,提供同伴支持,促进照护者之间的相互学习和交流,提高照护者的信心及依从性。同时,鼓励照护者为患者构建良好、温馨的家庭环境,营造积极向上的氛围,让患者体会到戒酒和康复的好处。有研究指出良好的家庭支持对患者康复具有显著促进作用^[4]。

2.2.4 行为训练法

根据行为主义理论,安排经过专科进修培训的主管护师对患者进行行为训练指导。在患者每晚睡前开展放松训练,以改善其睡眠状况。放松训练主要包括渐进性肌肉松弛训练和深呼吸训练。主管护师首先向患者详细讲解放松训练的原理和好处,取得患者的配合。在训练过程中,护师用轻柔、舒缓的语言引导患者进行闭目静卧和深呼吸,同时播放一些轻松的背景音乐,帮助患者营造放松的氛围。例如,在进行渐进性肌肉松弛训练时,护师会说:“现在,请您闭上眼睛,深呼吸,感受自己的身体逐渐放松。首先,关注您的头部,让头皮的肌肉放松下来,感觉头部变得越来越轻盈……然后,依次放松颈部、肩部、手臂……”每次训练时长3-5分钟,早晚各进行1次。在每天上午或者下午,指导患者开展散步、绘画、听音乐等活动。根据患者的兴趣爱好,为其制定个性化的活动计划。例如,对于喜欢绘画的患者,为其准备绘画工具,并组织绘画小组活动,让患者在与他人的交流和创作中,转移对酒精的注意力,同时增强自信心和社交能力。每次活动时长30-40分钟,坚持循序渐进的原则,在活动过程中,密切关注患者的身体状况,保证患者安全,以患者感觉舒适无疲

劳感为宜。研究表明行为训练有助于改善患者的心理和生理状态^[5]。

2.2.5 延续性护理活动

延续性护理是整合护理模式的重要组成部分,能够有效保障患者出院后的康复效果。对需要复诊的病人,通过与主治医生建立详细的信息档案,单独管理其复诊病例。信息档案内容包括患者的基本信息、病情诊断、治疗过程、手术情况、出院时的身体状况、各项检查指标等。出院前发放联系卡,联系卡上清晰标注主治医生门诊时间、复诊时间、医院地址以及责任护士的联系方式,方便患者随时咨询。同时,通过微信群建立联系,由专门的护理团队负责微信群的管理,每天定时在线解答患者的问题。责任护士定期按照护理计划进行每周 1 次的电话访问,在电话访问中,详细询问患者的身体状况、饮食、睡眠、情绪等方面的情况,根据患者的反馈给予针对性的护理指导。例如,如果患者反映伤口疼痛,护士会进一步了解疼痛的程度、性质、发作时间等,给予相应的缓解疼痛建议,如调整体位、冷敷或遵医嘱服药等。对不需要复诊的病人,分别于出院后每隔 2 周通过电话访问,了解其恢复情况。在电话访问中,除了询问患者的身体恢复情况外,还关注患者的戒酒情况、生活习惯改变等方面。同时,通过微信群定期推送护理指导和建议,内容包括康复训练方法、饮食注意事项、心理健康知识、戒酒小贴士等,并及时回复患者在微信群中提出的护理问题,为患者提供持续的护理支持。相关研究证实延续性护理对患者康复的积极影响^[6]。

2.2.6 建立社区综合支援网络

建立社区综合支援网络是整合护理模式实现资源整合和协同服务的关键环节。医院与相关社区机构、团体及个人建立多层网络,形成以社区-医院整合支援为中心据点的综合支援网络中心。该中心集医生、护理服务提供者、药剂师、营养师、护士等跨领域专业人员于一体,定期组织研讨会,每月至少 1 次,共同探讨长期失能病人的照护护理问题,分享经验和解决方案。在具体合作中,医院与社区卫生服务中心建立双向转诊机制。当患者出现紧急情况或需要进一步治疗时,能够及时转诊到上级医院;当患者病情稳定后,可以转回社区医院进行后续康复护理。同时,医院对社区护理员及相关人员进行培训,培训内容包括基础护理技能、康复护理技术、AWS 患者的特殊护理要点等,提高社区护理员及相关人员的技能水平,使其能够更好地为患者提供服务。此外,还与志愿者团体合作,组织志愿者为

患者提供生活照料、心理陪伴等服务,丰富患者的生活,增强患者的社会支持。研究表明社区综合支援网络可提升患者的康复效果^[7]。

2.3 效果评价

干预前及干预 2 周末采用症状自评量表(symptom checklist90, SCL-90)评定两组患者的心理健康水平。SCL-90 包括精神病性、偏执、恐怖、敌对、焦虑、抑郁、人际关系敏感、强迫、躯体化 9 个维度,采用 Likert5 级评分法(0 分-4 分),评分越低表示心理健康水平越理想。研究组人员收集病人住院时间、住院 2 周、4 周、6 周末感染并发症发生例数,详细记录感染的类型、部位、严重程度等信息,以便进行深入分析。同时,为更全面评估患者康复情况,新增简易功能状态量表(Karnofsky, KPS),从患者日常生活能力、身体状况等方面进行评分,满分 100 分,分数越高表示功能状态越好。

2.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件进行数据统计分析,符合正态分布的计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料用例(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验、Fisher 确切概率法。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。为进一步探究各因素间的相互关系,运用结构方程模型(SEM)进行多变量分析,深入剖析整合护理模式各干预措施对患者康复结局的影响路径。

3 结果

3.1 干预前后两组 SCL-90 评分比较

干预前两组 SCL-90 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预 2 周末两组 SCL-90 评分均较干预前显著降低($P<0.01$),研究组较对照组下降更显著($P<0.01$),具体数据见表 1。

进一步对 SCL-90 各维度评分进行分析,如图 2 所示,研究组在焦虑、抑郁、人际关系敏感等维度的评分下降幅度均明显大于对照组,说明整合护理模式在多方面改善患者心理状态上更具优势。

3.2 两组患者术后感染发生率比较

干预后 2 周末两组术后感染发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$),然而,干预后 4 周、6 周末研究组术后感染发生率显著低于对照组($P<0.05$),具体数据见表 2。

3.3 两组患者住院时间比较

研究组住院时间较对照组短($P<0.05$),说明整合护理模式能够通过促进患者的心理调适、降低术后感

染发生率、提高患者的康复依从性等多方面作用, 加快患者的康复进程, 从而缩短住院时间。这不仅有利于患者的康复和生活质量的提高, 也有助于提高医院的床位周转率, 优化医疗资源配置, 具体数据见表 3。

3.4 两组患者简易功能状态量表 (KPS) 评分比较

干预前, 两组患者 KPS 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后 2 周、4 周、6 周, 研究组 KPS 评分均显著高于对照组 ($P<0.05$), 具体数据见表 4。这表明整合护理模式能够更好地促进患者身体功能恢复, 提升患者日常生活能力和整体健康状态。

表 1 干预前后两组 SCL-90 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	干预前	干预 2 周末	t 值	P 值
研究组 (n=30)	22.36±1.64	14.42±1.77	18.02	<0.01
对照组 (n=30)	21.96±2.71	18.06±1.65	6.73	<0.01
组间比较 t 值	0.69	8.24	-	-
组间比较 p 值	>0.05	<0.01	-	-



图 2 干预 2 周末两组 SCL-90 各维度评分下降幅度对比

表 2 两组患者术后感染发生率比较[n (%)]

组别	例数	干预后 2 周末	干预后 4 周末	干预后 6 周末
研究组	30	2 (6.7)	4 (13.3)	6 (20.0)
对照组	30	5 (16.7)	13 (43.3)	15 (50.0)
χ^2 值	-	1.46	6.65	5.93
p 值	-	>0.05	<0.05	<0.05

注: 干预后 4 周、6 周末, 研究组术后感染发生率显著低于对照组 ($P<0.05$), 差异具有统计学意义; 干预后 2 周末, 两组差异无统计学意义。

表 3 两组患者住院时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	住院时间 (d)
研究组	30	12.41±1.01
对照组	30	15.44±0.77
t 值	-	-14.085
p 值	-	0.000

表 4 两组患者简易功能状态量表 (KPS) 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后 2 周	干预后 4 周	干预后 6 周
研究组	30	65.23 ± 5.12	72.45 ± 4.89	78.67 ± 5.32	85.21 ± 4.98
对照组	30	64.89 ± 5.34	68.32 ± 5.01	72.11 ± 5.15	76.34 ± 5.23
t 值	-	0.28	3.32	5.16	7.21
p 值	-	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4 讨论

4.1 整合护理模式对患者心理健康的影响机制

本研究结果显示, 整合护理模式能显著降低骨科手术合并 AWS 患者的 SCL-90 评分, 有效改善患者的心理健康水平。从理论角度分析, 整合护理模式中的心理健康调适措施, 基于认知行为理论和动机式访谈法, 从多个层面发挥作用。认知行为理论强调错误认知对情绪和行为的影响, 专职护士通过讲解酒精对身体的损害机制, 纠正患者“饮酒有益”等错误认知, 帮助患者建立“戒酒促进康复”的正确观念。动机式访谈法则激发患者改变的内在动机, 使患者从被动接受治疗转变为主动参与戒酒和康复过程。如在实际干预中, 一位患者起初认为饮酒是缓解疼痛的唯一方式, 经护士多次访谈引导, 认识到酒精对术后伤口愈合的阻碍, 从而主动配合戒酒计划。这与 Li 等 (2021) 的研究结论相符, 其研究指出动机式访谈可有效提升成瘾患者治疗依从性与心理韧性^[3]。

同时, 家庭关系照护和参与医疗决策环节也为患者心理健康提供支持。家庭是患者重要的社会支持系统, 家属通过健康宣教掌握科学照护方法, 构建温馨家庭环境, 给予患者情感支持。当患者感受到家庭的关爱与期待时, 其孤独感和焦虑感显著降低。而参与医疗决策让患者获得掌控感, 增强对治疗的信心, 进一步改善心理状态。多项研究也表明, 积极的社会支持和患者自主参与医疗过程, 对提升心理健康水平具有重要意义。例如, Wang 等 (2022) 的研究发现, 家庭参与医疗决策可使患者心理焦虑水平降低 23%^[4]。

4.2 整合护理模式降低术后感染发生率的作用路径

干预后 4 周、6 周末研究组术后感染发生率显著低于对照组, 这与整合护理模式的多维度干预密切相关。在行为训练法中, 放松训练有助于改善患者睡眠质量。充足的睡眠是维持机体免疫系统正常功能的关键, 良好的睡眠状态可促进白细胞介素等免疫因子分泌, 增强机体抵抗力。规律的散步、绘画等活动, 不仅转移患者对酒精的注意力, 还能通过适度运动促进血液循环,

加速伤口愈合, 降低感染风险。这与 Zhang 等 (2023) 研究中指出的规律运动可提升机体免疫功能的观点一致^[5]。家庭关系照护中的饮食指导, 为患者提供营养均衡的膳食。蛋白质、维生素 C 等营养素对增强免疫力、促进伤口修复至关重要。照护者按照护理人员指导, 为患者合理安排饮食, 保证营养摄入, 为预防感染奠定基础。延续性护理活动通过定期电话访问和微信群指导, 及时纠正患者不良生活习惯, 如指导患者正确进行伤口清洁, 避免因操作不当引发感染。社区综合支援网络则整合多方资源, 社区护理员在医院培训后, 能规范进行伤口换药等操作, 进一步降低感染发生率。Smith 等 (2022) 的研究表明, 社区-医院协同护理模式可使术后感染率降低 18%^[7]。

4.3 整合护理模式缩短住院时间的综合效应

研究组住院时间显著短于对照组, 是整合护理模式多种干预措施协同作用的结果。心理状态的改善对患者康复具有积极影响。心理健康水平提升的患者, 治疗依从性更高, 更愿意配合康复训练和戒酒计划。如在行为训练中, 心理状态良好的患者能更积极参与活动, 加快身体机能恢复。术后感染发生率降低, 避免了因感染导致的治疗延误和并发症, 使患者康复进程顺利推进。此外, 延续性护理活动和社区综合支援网络为患者出院后的康复提供保障。患者出院后仍能获得专业护理指导, 减少了因康复问题再次入院的几率。同时, 社区资源的支持使患者在熟悉环境中继续康复, 提高康复效果和生活质量, 从而缩短整体住院时间。这与 Jones 等 (2023) 在研究中指出, 系统化的护理干预可优化医疗资源利用效率的结论一致^[8]。

4.4 与国内外相关研究的对比与创新

与国内外同类研究相比, 本研究在整合护理模式的应用上具有一定特色。部分国外研究虽关注到 AWS 患者的护理, 但多聚焦于单一维度, 如仅进行心理干预或康复指导。例如, 美国学者 Brown (2020) 的研究仅探讨了心理疏导对 AWS 患者的影响^[9]。而本研究将预防、医疗、康复、护理等服务全面整合, 从患者心理、家庭、行为、社区等多个层面开展干预, 更符合该类患

者复杂的护理需求。国内相关研究中,部分在干预措施的系统性和持续性上存在不足。本研究通过建立社区综合支援网络和完善的延续性护理活动,确保患者从住院到出院后都能获得连贯的护理服务,弥补了这一缺陷。与国内学者 Chen (2021) 的研究相比,本研究在护理模式的维度和持续性方面实现了突破^[10]。

4.5 研究的局限性与未来展望

本研究也存在一定局限性。样本仅来源于一家医院,样本量相对较小,可能影响研究结果的普适性。未来研究可扩大样本范围,纳入多中心研究,提高结果可靠性。此外,本研究仅观察到干预后 6 周末的效果,缺乏对患者长期康复情况的追踪。后续研究可延长随访时间,评估整合护理模式对患者远期心理健康、戒酒成功率及生活质量的影响。同时,可进一步探索整合护理模式中各干预措施的最佳实施强度和节点,优化护理方案,为骨科手术合并 AWS 患者提供更精准、高效的护理服务。例如,可通过大样本随机对照试验,研究不同频率的心理干预、社区支持强度对患者康复的影响^[11-13]。

5 结论

综上所述,整合护理模式能显著提高骨科手术合并酒精戒断综合征患者的心理健康水平,降低术后感染发生率,缩短住院时间,提升患者身体功能状态,对促进患者康复具有重要价值。该模式通过多维度、系统性的护理干预,满足了患者生理、心理和社会等多方面需求,为临床护理工作提供了新的思路和方法。在临床实践中,应结合不同地区和医院的实际情况,进一步优化整合护理模式,推广其应用,使更多患者受益。同时,未来需开展更多高质量研究,持续完善该护理模式,以更好地服务于此类特殊患者群体^[14-15]。

参考文献

- [1] 张璐,王莹,李华,等.综合护理对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量的影响 [J]. 护理学杂志,2022, 37 (5): 45 - 50.
- [2] 刘敏,陈霞,赵爽,等.综合护理对糖尿病患者血糖控制的影响 [J]. 中华护理杂志,2021, 56 (8): 965 - 970.

- [3] 李勇,张鑫,王浩.成瘾患者基于认知重构与动机激发的心理干预 [J]. 中华精神科杂志,2021, 54 (4): 321 - 328.
- [4] 王雪,刘哲,陈瑶.以家庭为中心的护理对患者康复的影响 [J]. 护理研究,2022, 36 (3): 345 - 350.
- [5] 张萌,孙杰,李倩.行为训练在改善患者病情中的作用 [J]. 临床护理杂志,2023, 32 (4): 567 - 572.
- [6] 陈伟,吴霞,周燕.延续性护理对患者康复的积极作用 [J]. 中国护理管理,2022, 22 (6): 876 - 881.
- [7] Smith J, Johnson A, Brown C. Multimodal nursing interventions and postoperative infection prevention[J]. Journal of Nursing Research, 2022, 30(3): 234 - 242.
- [8] Jones M, Williams K, Davis L. Systematized nursing care and optimization of medical resources[J]. Nursing Science Quarterly, 2023, 36(2): 156 - 163.
- [9] Brown J. Psychological counseling for patients with alcohol withdrawal syndrome[J]. American Journal of Nursing, 2020, 120(5): 45 - 51.
- [10] 陈爽.骨科患者护理干预研究 [J]. 护理实践杂志,2021, 19 (3): 213 - 218.
- [11] 王鹏,刘慧,张帅.特殊患者护理模式研究进展 [J]. 中国保健营养,2023, 33 (10): 123 - 128.
- [12] 李静,赵鑫,陈琳.最佳护理干预强度的探索 [J]. 护理实践与研究,2023, 20 (15): 2234 - 2239.
- [13] 刘悦,王欣,张萌.护理干预时间节点的研究 [J]. 护理教育杂志,2024, 41 (2): 156 - 161.
- [14] 世界卫生组织. 2022 - 2030 年全球酒精与健康战略 [R]. 日内瓦:世界卫生组织,2022.
- [15] 国际成瘾护士协会.物质使用障碍患者护理最佳实践指南 [J]. 国际心理健康与成瘾杂志,2023, 21 (3): 567 - 580.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS