

医护一体化护理模式在 ICU 重症颅脑损伤患者救治中的应用价值

高雅璐

新疆医科大学第一附属医院 新疆乌鲁木齐

【摘要】目的 针对 ICU 重症颅脑损伤患者救治中，研讨医护一体化护理模式的实施效果。**方法** 2024 年 6 月-2025 年 6 月，ICU 重症颅脑损伤患者入选研究，合计 95 例，掷骰子法处理设置两组，施以常态化护理模式共计 47 例，归入对照组；施以医护一体化护理模式共计 48 例，归入研究组，对比两组功能康复、心理状态。**结果** 研究组 FMA 分值高于对照组，研究组 NIHSS 分值低于对照组， $P < 0.05$ 。研究组 HAMA、HAMD 分值低于对照组， $P < 0.05$ 。**结论** 通过施以医护一体化护理模式，有助于促进患者功能康复，并且能够有效改善心理状态。

【关键词】 ICU 重症颅脑损伤；医护一体化护理模式；功能康复；心理状态

【收稿日期】2025 年 9 月 14 日

【出刊日期】2025 年 10 月 24 日

【DOI】10.12208/j.ijnr.20250529

The application value of an integrated nursing model in the treatment of patients with severe traumatic brain injury in the ICU

Yalu Gao

The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang

【Abstract】 Objective To explore the implementation effects of an integrated nursing model for medical and nursing staff in the treatment of ICU patients with severe traumatic brain injury. **Methods** From June 2024 to June 2025, 95 ICU patients with severe traumatic brain injury were included in the study, randomly assigned into two groups: a control group with 47 patients receiving a standard nursing model; and a study group with 48 patients receiving an integrated nursing model. The functional rehabilitation and psychological status of both groups were compared. **Results** The FMA scores of the study group were higher than those of the control group, and the NIHSS scores of the study group were lower than those of the control group, $P < 0.05$. The HAMA and HAMD scores of the study group were lower than those of the control group, $P < 0.05$. **Conclusion** The implementation of an integrated nursing model is beneficial for promoting functional rehabilitation of patients and effectively improving psychological status.

【Keywords】 ICU severe traumatic brain injury; Integrated nursing model; Functional rehabilitation; Psychological status

在当前的医疗环境下，救治重症颅脑损伤患者始终是神经外科面临的一项关键任务。这类患者病情复杂、进展快、预后往往不理想，对医护团队的专业能力和应变能力提出了极高要求。传统的护理方式通常将医疗和护理视为两个相对独立的环节，医生主要负责诊断和制定治疗方案，护士则侧重于执行医嘱和完成日常护理^[1]。近年来，医护一体化护理模式逐渐得到推广，该模式注重医生与护士之间的深度协作，提升整体救治效率与护理质量，也为患者争取更好的康复机会^[2]。ICU 作为重症颅脑损伤患者救治的主战场，患者生命体征极不稳定，并发症发生风险高，治疗时机非常关

键，任何环节的延迟都可能带来严重后果。在这样的背景下，医护一体化模式展现出其独特优势，能够加快医疗决策的速度，也能提升护理措施的精准度，加强团队协作的连贯性，从而有效提高抢救成功率，降低医疗风险^[3]。基于此，本研究旨在 ICU 重症颅脑损伤患者救治中，探究医护一体化护理模式的应用效果，以下进行详细报告。

1 资料和方法

1.1 基线资料

2024 年 6 月-2025 年 6 月，以 ICU 重症颅脑损伤患者为分析对象，95 例为纳入总例数，掷骰子法区分

对照组（47 例）、研究组（48 例）。对照组中，男、女各 25、22 例，年龄 18-75（ 45.10 ± 6.44 ）岁；损伤原因：交通意外 25 例，坠落 12 例，外力击打 7 例，其他 3 例。研究组中，男、女各 27、21 例，年龄 18-79（ 45.46 ± 6.28 ）岁；损伤原因：交通意外 23 例，坠落 13 例，外力击打 9 例，其他 3 例。资料于组间实施比较， $P > 0.05$ 。

纳入标准：（1）通过头颅 CT 等影像学手段明确诊断为颅脑损伤的患者；（2）临床病历资料齐全且可追溯；（3）患者本人或家属知情并同意参与项目。

排除标准：（1）患有恶性肿瘤的患者；（2）存在脑干损伤、休克状态或合并其他部位骨折及内脏器官损伤者；（3）处于妊娠期或产后哺乳阶段的女性患者。

1.2 方法

对照组：常态化护理模式。监测生命体征，持续观察意识状态，定期评估瞳孔反应，及时记录各项指标变化。预防并发症发生，定期翻身拍背，给予口腔护理。安抚患者情绪，减轻家属焦虑，营造良好治疗环境。

研究组：医护一体化护理模式。

（1）组建跨专业团队：重症颅脑损伤患者转入 ICU 后，立即组建涵盖神经外科医生、重症医学科医生、专科护士及康复治疗师在内的联合救治小组。团队成员均需具备相关临床经验，并定期参加专业培训，以保持救治能力的前沿性。具体分工上，医生主要负责诊疗方案的制定、手术时机的评估和用药调整；护士承担医嘱执行、生命体征监测和神经系统症状观察；康复师则尽早介入，关注患者的功能维持，预防长期卧床引发的肌肉萎缩或关节僵硬。

（2）推行联合查房：每天早晨，由主治医师、护士长及责任护士共同进行床旁查房，系统评估患者的意识状态、瞳孔反应、肢体活动及颅内压数值等关键指标。护士汇报夜间观察到的情况，比如躁动表现、痰液性质、体温变化等，医生据此及时调整镇静、脱水等治疗方案。查房时护士随时提出护理中遇到的困难，如气道管理问题或皮肤压疮风险，医生现场协调处理，确保医疗与护理环节紧密衔接。若患者病情不稳定，团队会增加查房频率，必要时组织紧急床边会诊，以抓住最佳干预时机。

（3）规范交接流程：强调医生和护士共同参与交接班。夜班护士全面交代患者夜间情况，包括意识波动、体征异常和检查指标变化等，医生则补充说明当天的治疗重点，如手术安排或药物调整。交接内容采用标准化表格记录，并对颅内压升高、电解质失衡等风险点进行

行重点标注。接班团队口头复述关键信息，确认无误后签字，从流程上减少因沟通误差导致的疏漏。

（4）加强护理评估与预警：护理人员每小时评估一次 GCS 评分、瞳孔变化和肌力等情况，并将数据录入电子系统，系统自动生成趋势图供医生参考。一旦发现瞳孔不等大、GCS 评分下降等异常，护士立即启动预警，一键呼叫医生到场，同时采取初步干预，如抬高床头、清理气道等，为后续治疗争取时间。

（5）注重家属沟通：医护双方协同与患者家属开展沟通，确保信息一致。医生主要解释病情、手术风险及预后判断，护士则侧重说明日常护理要点，如翻身频次、探视注意事项等。每周安排一次医患座谈会，共同回应家属疑问，并听取他们的反馈，用于优化护理策略。对长期昏迷的患者，护士指导家属进行肢体被动活动和语言刺激，既促进患者康复，也缓解家属的无助感。

（6）开展定期复盘：每月末，医护团队召开质量复盘会，回顾当月救治案例，统计分析并发症发生率、抢救成功率等指标，重点讨论典型病例中存在的不足，如未能及时发现脑疝、镇静过深等问题，并制定针对性改进策略。鼓励护士提出临床中遇到的实际困难，比如吸痰导致颅内压波动、体位摆放不便等，团队共同探讨解决方案，并据此更新护理操作规范。

1.3 观察指标

（1）功能康复：选用 FMA 和 NIHSS 两种标准化量表进行测量。FMA 量表从 upper 运动功能（包含 10 个评估维度共 33 项，满分 66 分）和 lower 运动功能（包含 7 个评估维度共 17 项，满分 34 分）两个维度进行综合评价，得分越高表明患者的运动功能恢复越好；NIHSS 量表用于评估神经功能损伤程度，总分 42 分，得分越高意味着神经功能受损越严重。

（2）心理状态：采用 HAMA 和 HAMD 量表进行评估。HAMA 包含 14 个评估项目，HAMD 包含 17 个评估项目，均采用 0-4 分的五级评分标准。在这两个量表中，患者得分越高，反映其焦虑或抑郁症状越为显著。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 系统中，基于（n/%）、（ $\bar{x} \pm s$ ）阐述计数、计量资料，施以 t、 χ^2 验证。当 $P < 0.05$ 时，则认定差异存在。

2 结果

2.1 功能康复分析

表 1 显示。干预前，组间对比分析 FMA、NIHSS 分值， $P > 0.05$ 。干预后，相比对照组，研究组 FMA 分值更高、NIHSS 分值更低， $P < 0.05$ 。

2.2 心理状态分析

表 2 显示。干预前，HAMA、HAMD 分值于组间

比较， $P>0.05$ 。干预后，研究组分值较对照组更低， $P<0.05$ 。

表 1 对比功能康复评分 $\{\bar{x}\pm s, \text{分}\}$

| 组别 | FMA | | NIHSS | |
|------------|------------|-------------|------------|------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 (n=47) | 38.62±3.34 | 55.05±5.18* | 15.14±3.10 | 8.82±1.85* |
| 研究组 (n=48) | 38.14±3.05 | 60.15±5.32* | 15.76±3.22 | 6.68±1.53* |
| T 值 | 0.7317 | 4.7327 | 0.9557 | 6.1494 |
| P 值 | 0.4662 | 0.0000 | 0.3417 | 0.0000 |

注：与同组干预前相比，* $P<0.05$ 。

表 2 对比心理状态评分 $\{\bar{x}\pm s, \text{分}\}$

| 组别 | HAMA | | HAMD | |
|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 (n=47) | 19.77±2.54 | 12.65±2.24* | 18.66±2.95 | 13.63±2.01* |
| 研究组 (n=48) | 19.50±2.46 | 8.36±1.76* | 18.34±2.51 | 8.55±1.40* |
| T 值 | 0.5263 | 10.3916 | 0.5698 | 14.3191 |
| P 值 | 0.5999 | 0.0000 | 0.5702 | 0.0000 |

注：与同组干预前相比，* $P<0.05$ 。

3 讨论

在 ICU 里，重症颅脑损伤患者属于病情最棘手、预后最难预料的一类。这类患者往往因外伤、脑出血或缺氧等原因，出现意识障碍、颅内压升高，甚至脑疝，整个救治过程复杂且充满风险，稍有不慎就可能造成不可逆的神经损伤，甚至危及生命^[4]。以往的传统护理模式，常常存在医护沟通不畅、信息更新不及时、治疗与护理衔接松散等问题。医生开出医嘱，护士负责执行，但双方对病情的动态交流有限，导致患者状况突然变化时，医疗响应可能不够快，从而影响抢救效率^[5]。

医护一体化护理模式则试图打破这种条块分工，强调医生和护士从患者入院起就共同介入，一起进行评估、制定方案、参与查房、讨论病情，并在全程保持高频互动^[6-7]。这样做的好处是，护理人员不再仅仅是被动执行医嘱，而是成为医疗决策的参与者，能基于床旁的实时观察提出专业判断，协助优化治疗路径。对于病情瞬息万变的颅脑损伤患者来说，这种一体化协作的优势尤其明显。一方面，这类患者可能随时出现颅内压波动、意识状态改变或内环境紊乱，医护共同查房、实时交流，能更快捕捉风险信号并调整对策^[8]。另一方面，护士长时间守在床旁，对患者瞳孔变化、肢体反应、呼吸节奏等细微体征更为敏感，这些信息若能第一时

间传达给医生，就能有效避免干预延迟^[9]。此外，在具体操作层面，如镇静镇痛方案的制定上，医护共同参与可以使治疗更个体化，保障患者舒适度。

本研究显示，研究组功能康复、心理状态改善情况优于对照组， $P<0.05$ 。在 ICU 重症颅脑损伤患者救治中，应用医护一体化护理模式，医生和护士的协同工作确保治疗方案的精准执行和及时调整，使功能训练更具针对性。护士能够根据医疗计划实施连续性康复护理，避免了传统模式下治疗与护理的脱节，为功能恢复创造最优条件。医护团队的统一沟通减少了患者接收到的矛盾信息，降低了焦虑感。护士基于医疗诊断的心理支持更加专业有效，这种心理支持对颅脑损伤患者的情绪调节尤为重要。

综上所述，在 ICU 颅脑损伤患者的救治过程中，采用医护一体化护理模式能够显著提升治疗效果，不仅有助于加速患者神经功能的恢复进程，还能有效改善其心理状态，为全面康复创造有利条件。

参考文献

[1] 时圣娟,安德侠,刘丽娜. 医护一体化在糖尿病合并颅脑损伤患者护理中的应用价值[J]. 糖尿病新世界,2023, 26(23):148-150,158.

- [2] 朱柳花,张京华,朱赟. 医护康一体化护理模式在重症颅脑损伤患者人工气道管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(4):15-18.
- [3] 姜晨黎. 医护康一体化气道管理护理在颅脑损伤患者中的应用效果[J]. 中外医学研究,2022,20(34):94-98.
- [4] 吴莉莉,吴震,张颖,等. 医护患一体化管理模式在神经外科躁动患者管理中的应用价值[J]. 河北医药,2024,46(18): 2862-2865.
- [5] 翁春英,张中平. 颅脑外伤术后患者护理中医护一体化护理干预对脑血流灌注参数、心理状态的影响[J]. 中国医药指南,2023,21(20):152-154.
- [6] 郭钰,邵青青,吕砚青. 危机管理渗透式无隙一体化急救模式对颅脑外伤患者急救时间神经功能及生命体征的影响价值[J]. 山西医药杂志,2022,51(3):357-359.
- [7] 柏彩云,许开云. 基于行动研究法的程序化急救护理模式在急诊颅脑损伤患者救治中的应用[J]. 国际护理学杂志,2025,44(14):2548-2552.
- [8] 韩娟,曾凡文,沈晓晓. 预见性护理干预在颅脑损伤后应激性障碍患者中的应用[J]. 国际护理学杂志,2025,44(3): 468-472.
- [9] 刘玲,张继东,魏倩,等. 颅脑损伤患者围术期护理质量指标体系的创建及其在 Kano 模型下的应用验证[J]. 国际护理学杂志,2025,44(11):1926-1932.
- 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**