

# 3H (home-hospital-home) 个案管理在提升减重患者减重效果及满意度中的应用

金程程 高雅欣

华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科

**【摘要】**目的：运用 3H 护理服务模式结合个案管理在多学科合作下提升减重患者减重效果和满意度。方法：多学科合作下减重个案管理工作运行五部曲：评估与宣教；围手术期饮食指导；指标的监测；术后食谱发放；出院后的规范化随访。结果：多学科协作减重个案管理模式缩短了术后早期进食、进水时间、首次排气、排便时间、住院时间( $P < 0.01$ )；出院时 4 米步速有显著性差异( $P < 0.01$ )。结论：多学科协作 3H 减重个案管理有利于提高患者的完全遵医行为、减重效果及满意度。

**【关键词】**3H 护理模式；个案管理；减重

随着我国肥胖人口的逐年增加，肥胖所引起的相关疾病越来越受到国内医学界的广泛重视，而减重代谢手术在治疗肥胖症和相关代谢性疾病中的作用已被充分证实<sup>[1]</sup>，但是对于减重患者仅靠手术是不能完全达到治疗和预防并发症的目的，因此一种新型的管理模式个案管理模式被引入到减重代谢手术治疗全过程中，该模式是管理师、医护人员、患者三方共同参与，以个案管理护士为主导的多学科、多专业的综合合作模式，能为患者及家属提供专业化、个性化、连续性、整体性的护理服务<sup>[2]</sup>。

3H 个案护理服务模式在满足减重患者医疗安全的同时，进一步预防并发症的发生，从院前，围手术期，出院后由专人全方位全周期满足胖友的需求，结合胖友自身情况，制定个性化的饮食指导和运动方案，为医生制定诊疗计划提供有力的参考依据，提升患者的减重效果、就医体验及生存质量<sup>[3]</sup>。

## 一、资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 11 月至 2022 年 12 月在我院实施减重代谢手术的 49 例患者为研究对象，随机法分为观察组 ( $n=25$ ) 与对照组 ( $n=24$ )。纳入标准：①肥胖标准依据原中国卫生部肥胖工作组制定的《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》中的超重、肥胖的诊断标准<sup>[4]</sup>；②年龄 18~60 岁；③无精神疾病病史，能有效配合本次研究的患者；④患者及家属对研究知情且自愿参与。排除标准：①存在肝肾系统、造血系统、脑血管系统等原发性疾病及严重内分泌紊乱需要长期服药的患者；②无法完成问卷调查的患者。所有入选者均签署知情同意书，两组的一般资料比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

### 1.2 建立多学科协作减重个案管理小组

1.2.1 成立多学科协作减重个案管理小组：由顾问 2 名（胃肠外科及营养科主任各 1 名）、医生 3 名（其中副主任医师 1 名，主治医师 2 名）、减重个案管理师 2 名（其中护士长 1 名，减重个案管理师 1 名）、营养师 1 名、随访员 1 名（专科工作满 10 年的资深护士）。由小

组中的副主任医师及护士长担任组长，秘书 1 名，小组成员 8~11 名，所有小组成员学历均为研究生及以上学历，具有较好的科研基础，均遵循自愿原则参与项目实施。

1.2.2 小组的运行：制订小组成员各自的职责和任务；制定《减重患者加速康复干预路径》；制作《减重患者术后饮食指导图册》；设立减重宣教展板、减重围术期宣教二维码及仿真食物模型展柜等，便于小组成员形象具体地给予患者及家属饮食宣教与指导。项目开始时，对实施项目及计划进行详细说明及解读，就整个项目具体的阶段性任务、目标等进行量化，设计电子化临床病例信息收集数据库，由小组内 2 名减重个案管理成员负责数据的收集、录入和汇总，确保数据的真实性、准确性和完整性。

### 1.3 查找循证依据、规范人员培训

1.3.1 减重个案管理小组成立之初，由 2 名主治医师、1 名减重个案管理师及 1 名营养师组成循证小组，共同负责循证依据的查阅，内容包括国内外快速康复外科理念与营养支持理念等相关文献、指南及专家共识等，共查阅相关文献 60 余篇，相关指南 3 个，专家共识 1 个。小组成员在循证的基础上，经多次学习及讨论，结合具体临床实践，形成最终版《减重患者围术期加速康复执行单》及《减重患者术后饮食宣教手册》<sup>[5]</sup>。

1.3.2 减重个案管理小组成立后，对小组成员及专科医护人员共开展 5 次培训，培训内容和形式注重多样化，不拘泥于专家讲座，还举办了减重义诊、减重沙龙、案例分享、科普大赛等多种形式的培训，提高了学习的积极性，确保了学习的效果。

### 1.4 多学科合作下减重个案管理工作运行五部曲

1.4.1 患者入院评估与宣教：由减重个案管理师给病人行营养风险筛查及 PG-SGA 量表评估；调查患者饮食的种类及量，由减重个案管理师利用食物模型给予患者形象具体的饮食指导，对于超级肥胖患者或伴有肝肾功能损害，蛋白尿，水肿低蛋白血症，维生素及微量元素缺乏的病人，减重个案管理师及时与营养师联系，酌情给予口服营养干预(ONS)，

针对有重度睡眠呼吸阻塞综合征的患者,邀请耳鼻喉科、呼吸内科、麻醉科等给与术前无创呼吸机辅助通气。针对合并有严重代谢性疾病的患者,及时与心内科、内分泌科等团队,协助改善术前心肺循环功能,提升手术耐受性及安全性。

1.4.2 围手术期饮水饮食指导:在循证的基础上设计一整套针对减重患者的营养干预方案及饮食计划。患者返回病房神志清楚后开始给予饮水,术后第一天鼓励患者少量多次饮水,每次5-10ml,总量500-800ml,以病人不感口干、腹胀、反流及恶心呕吐为宜。根据患者个体化的能量需要量,遵医嘱给予相应的静脉补充。术后第2天,鼓励患者饮水1000-1500ml,根据患者个体化的能量需要量,酌情给予静脉补充。术后第3天,若患者饮水量达到1500ml及可办理出院。由减重个案管理师指导患者出院后的进食方案,发放《减重术后饮食宣教手册》,指导患者循序渐进过渡饮食,如有特殊不适或遇疑难问题时及时通知医师、营养师给予处理。

术后及出院后临床康复指标比较见表1

组别	例数	首次进水时间 (h)	首次进食时间 (h)	首次通气时间 (d)	首次通便时间 (d)	首次下床时间 (h)	出院时4m步速 (m/s)	住院时间 (d)
观察组	25	1.15 ± 0.45	2.23 ± 0.93	2.09 ± 0.67	2.78 ± 0.69	14.03 ± 2.34	1.01 ± 0.33	3.12 ± 1.28
对照组	24	2.51 ± 0.68	8.93 ± 1.02	2.81 ± 0.58	3.63 ± 0.54	18.27 ± 2.61	0.72 ± 0.31	4.74 ± 2.13
t		-6.11	-16.34	-4.77	-5.69	-7.11	3.76	-3.34
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

患者的遵医行为比较见表2

组别例数	完全遵医[n(%)]	不完全遵医[n(%)]	完全不遵医[n(%)]
观察组 25	21(88.57)	4(11.43)	0(0)
对照组 24	10(58.82)	11(32.35)	3(8.82)
Z值		-2.87	
P值		0.004	

患者满意度比较见表3

组别例数	满意[n(%)]	一般满意[n(%)]	不满意[n(%)]
观察组 25	22(91.13)	3(8.57)	0(0)
对照组 24	14(70.59)	8(17.65)	2(11.76)
Z值		-2.29	
P值		0.022	

### 三、结论

1、多学科协作3H减重个案管理有助于缩短患者围手术期的住院时间。

减重个案管理小组成员严格履行各自的职责和任务,为患者提供从入院到出院全程、无缝隙的加速康复干预与指导,包括入院时的身体状况的评定与健康指导,围手术期系统化的健康干预方案的准确、完全落实,出院时个体化食谱的制定和宣教。科学、规范化的减重个案管理有助于维持患者围手术期良好的营养状况,确保ERAS安全、顺利地实施。

2、专职减重个案管理师有利于提高患者的完全遵医行为、减重效果及满意度。

1.4.3 指标的监测:减重个案管理师根据《减重患者加速康复干预执行单》落实营养干预,及时、准确填写《减重患者手册》,协助医师定时完成实验室检查项目。

1.4.4 患者出院时,根据减重病人能量限制及蛋白、维生素、微量元素需求制定相应的减重病人术后食谱发放给病人。

1.4.5 出院后的规范化随访:由减重个案管理师负责,通过电话、居家、微信等方式。时机为:出院后1周,3个月内每1个月,1年内每3个月,3年内每半年,5年内每1年;内容包括:饮食、运动、体重、各项蛋白类指标及复查的结果,针对存在的问题给予指导,提醒患者定期复查。

### 二、结果

结果显示,多学科协作减重个案管理模式缩短了术后早期进食、进水时间、首次排气、排便时间、住院时间( $P < 0.01$ );出院时4米步速有显著性差异( $P < 0.01$ )。

减重个案管理师严格依据营养执行单落实患者的营养干预与指导;每日定时指导患者进食、进水,协助下床活动,促进肠功能恢复,及时、准确地收集各项数据;设立病友减重个案管理微信群,鼓励病人及家属参与自我管理,每日通过微信反馈进食及活动情况,大大提升了患者术后减重的信心和主动性;采取多种形式的宣教:包括每日的床旁宣教、健康教育讲座、短视频宣教、图文宣教手册等提高宣教指导的效果;出院后,按时完成患者的随访,通过微信与患者沟通,及时解答患者的疑问,给予针对性的指导。通过减重个案管理师系统化的干预,患者的完全遵医行为明显提升,满意度得到显著提高,得到患者及家属的一致认可。

### 参考文献:

- [1]刘月姣.《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》发布[J].中国食物与营养,2020,26(12):封2.
- [2]苏艳华.成功与失败限制性饮食者抑制控制力的脑机制研究[D].重庆:西南大学,2017.
- [3]李梦伊,刘洋,刘雁军,李广丽,简宏伟,刘少壮...&张忠涛.(2022).大中华减重与代谢手术数据库2021年度报告.中国实用外科杂志(05),550-560.
- [4]汪运节,郭海军,曹东亮,等.术前饮食行为对减重手术效果的影响[J].外科理论与实践,2018.23(6):511-514.
- [5]孔繁昌.限制性饮食对食物线索注意偏向的神经机制[D].重庆:西南大学,2012.