

## 论著·护理研究

## 综合医院急性药物中毒患者“医健心管”模式探索\*

谭凤玲<sup>1</sup>, 张 帅<sup>2</sup>, 吴祥超<sup>1</sup>, 夏 红<sup>1</sup>, 田 露<sup>1</sup>

(1. 重庆市武隆区人民医院急诊科, 重庆 408500; 2. 济南市章丘区人民医院, 山东 济南 250200)

**[摘要]** 目的 对急性中毒患者实施“医健心管”闭环模式, 并探索应用效果, 为药物中毒防治提供重要依据。**方法** 将 2022 年 1 月至 2023 年 6 月 200 例急性自服药物中毒患者分为对照组和观察组。2 组患者均给予洗胃等规范治疗, 对照组给予常规护理, 观察组按“医健心管”全闭环式模式管理, 均在入院后 24 h 内和出院 90 d 后完成随访及躯体化症状自评量表(SSS-CN)、焦虑自评量表(GAD-7)及抑郁自评量表(PHQ-9)心理量表评估。分析住院时间、患者入院和出院随访时的心理状况、满意度。**结果** 观察组平均住院时间[(3.01±2.88)d]明显短于对照组[(5.11±2.26)d], 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 随访时, 观察组 SSS-CN 评分[(35.38±10.12)分]低于对照组[(40.22±15.49)分]、GAD-7 评分[(6.44±5.16)分]低于对照组[(8.40±6.48)分], 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2 组随访时 PHQ-9 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组满意度[97.0%(97/100)]高于对照组[77.0%(77/100)], 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 对急性药物中毒患者采取“医健心管”模式管理, 能够为患者提供全方位、多层次的医疗服务, 并满足患者多元化和个性化的需求, 能够缩短住院时间, 提升治疗效果, 就医体验感明显改善。

**[关键词]** 急性药物中毒; “医健心管”模式; 综合治疗; 健康宣教; 心理护理

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.04.021

中图法分类号: R595.4

文章编号: 1009-5519(2025)04-0912-04

文献标识码: A

Exploration of the “Medical-Education-Psychology-Health” model for acute drug poisoning patients in comprehensive hospitals\*

TAN Fengling<sup>1</sup>, ZHANG Shuai<sup>2</sup>, WU Xiangchao<sup>1</sup>, XIA Hong<sup>1</sup>, TIAN Lu<sup>1</sup>

(1. Department of Emergency, Wulong District People's Hospital, Chongqing 408500, China;

2. Ji'nan Zhangqiu District People's Hospital, Ji'nan, Shandong 250200, China)

**[Abstract]** **Objective** To implement the closed-loop model of “Medical-Education-Psychology-Health” for acute poisoning patients and explore the application effect, so as to provide important basis for drug poisoning prevention and treatment. **Methods** A total of 200 patients with acute self-administered drug poisoning from January 2022 to June 2023 were randomly divided into the control group and the observation group. All the patients in both groups were given standard treatment such as gastric lavage, the control group was given routine nursing, and the observation group was managed by “Medical-Education-Psychology-Health” in a fully closed-loop model. All the patients were followed up within 24 h after admission and 90 d after discharge, and were evaluated with Somatic Symptom Scale-China (SSS-CN), Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). The length of hospital stay, psychological status and satisfaction of the patients at admission and discharge were analyzed. **Results** The average length of hospital stay in the observation group [(3.01±2.88) d] was significantly shorter than that in the control group [(5.11±2.26) d], and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). During follow-up, the SSS-CN score [(35.38±10.12) points] of the observation group was lower than that of the control group [(40.22±15.49) points], and the GAD-7 score [(6.44±5.16) points] of the control group was lower than that of the control group [(8.40±6.48) points], and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ); there was no statistically significant difference in PHQ-9 scores between the two groups at follow up ( $P > 0.05$ ). The satisfaction rate of the observation group [97.0%(97/100)] was higher than that of the control group [77.0%(77/100)].

\* 基金项目: 重庆市卫生健康委员会医学科研项目(2023WSJK092); 济南市卫生健康委员会科技发展计划项目(2024301029)。

作者简介: 谭凤玲(1993-), 本科, 主管护师, 主要从事急诊重症方面的护理。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250221.1717.050\(2025-02-24\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250221.1717.050(2025-02-24))

100)], and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Adopting the model of “Medical-Education-Psychology-Health” for acute drug poisoning patients can provide patients with all-round and multi-level medical services, meet the diversified and personalized needs of patients, shorten the length of hospital stay, improve the treatment effect, and significantly improve the sense of medical experience.

**[Key words]** Acute drug poisoning; Medical-education-psychology-health model; Comprehensive treatment; Health education; Psychological nursing

急性药物中毒是急诊科常见的急危重症之一, 具有起病急骤、病情严重、变化迅速等特点。随着现代医学模式的转变, 患者对于医疗服务的需求也日益多元化和个性化<sup>[1]</sup>。因此, 探索一种符合现代医学发展趋势、满足患者需求的新型医疗服务模式显得尤为重要。本研究旨在通过对综合医院急性药物中毒患者的流行病学分析, 结合“医健心管”闭环模式的应用实践, 为急性药物中毒患者的治疗提供新的思路和方法。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

**1.1.1 对象** 采取类实验研究(前后对照试验), 根据患者入院的顺序进行, 将 2022 年 1—12 月入院的患者设为对照组, 2023 年 1—6 月的患者设为观察组, 每组 100 例。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

项目	观察组 (n=100)	对照组 (n=100)	t/χ <sup>2</sup>	P
年龄( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	29.25 ± 15.98	33.41 ± 17.96	-1.730	0.085
性别[n(%)]			1.587	0.208
男	24(24.0)	68(68.0)		
女	76(76.0)	32(32.0)		
职业[n(%)]			1.725	0.422
学生	52(52.0)	44(44.0)		
务农	15(15.0)	21(21.0)		
其他	33(33.0)	35(35.0)		
毒物种类[n(%)]			1.62	0.445
抗精神病类药物	42(42.0)	35(35.0)		
普通药物	12(12.0)	10(10.0)		
农药	46(46.0)	55(55.0)		

**1.1.2 样本量计算** 预实验或文献的“患者转归情况和住院时间”指标的值(用于算样本量): 通过何敏等<sup>[2]</sup>、贺黎岚等<sup>[3]</sup>研究, 对其临床资料进行回顾性分析, 通过样本量计算公式  $n = Z^2 \times [P \times (1 - P)] / E^2$ ,  $N$  是样本量,  $Z$  是可信区间的统计量(95% 置信度下,  $Z = 1.96$ ),  $P$  是总体比例的估计值(取 0.5 以获得最大样本量),  $E$  是误差值。计算研究所需样本, 并考虑失效样本, 计算样本量结果为 106。根据医院实际情况, 收集 2022 年 1 月至 2023 年 6 月 200 例急性自服

药物中毒患者分为对照组和观察组, 各 100 例。

**1.1.3 纳入标准** 急性自服药物中毒患者, 且无认知障碍, 配合治疗者。

**1.1.4 排除标准** 严重的心理障碍药物中毒患者(精神分裂症、双相情感障碍等)。

**1.2 方法** 2 组患者皆给予洗胃、全胃肠洗消、应用相应的解毒剂、保护胃黏膜及维持内环境稳定等规范治疗, 对照组给予常规护理, 并在入院后 24 h 内和出院 90 d 后完成随访及相关心理量表评估。观察组则按照“医健心管”(综合治疗、健康宣教、心理干预、健康随访)全闭环式管理模式管理患者<sup>[3-4]</sup>。具体如下。

#### 1.2.1 “医健心管”模式介绍

**1.2.1.1 综合治疗** 综合治疗是“医健心管”模式的核心环节。在急性药物中毒患者的治疗中, 医护人员需全面了解患者的病情、病史、用药史、社会支持情况等信息, 制订个性化的治疗方案。同时, 加强多学科协作, 保障患者得到及时、有效的治疗<sup>[4]</sup>。

**1.2.1.2 健康宣教** 健康宣教是预防急性药物中毒的重要手段。护理人员需向患者及家属普及药物安全知识, 包括药物的正确使用方法、用药剂量、药物相互作用等。通过健康宣教, 提高患者和家属的药物安全意识, 加强对药物的管理和使用, 减少药物滥用和误用现象的发生。

**1.2.1.3 心理干预** 急性药物中毒患者往往伴随着严重的心理问题, 如焦虑、抑郁、恐惧等。因此, 心理护理及心理干预在患者的治疗中占据重要地位。组建标准化心理干预团队, 通过量表评估[包括躯体化症状自评量表(SSS-CN)、焦虑自评量表(GAD-7)及抑郁自评量表(PHQ-9)3 种心理评估量表]了解患者的心理状况, 主要采用 ABC 法干预体系: A. 心理急救, 稳定情绪; B. 行为调整, 放松训练, 晤谈技术(CISD); C. 认知调整, 情绪减压和哀伤辅导, 结合健康宣教、认知行为及正念疗法、相应的运动指导等干预手段。同时通过提供心理危机及危机干预知识的宣教、解释心理危机的发展过程, 充分调动和发挥社会支持系统(如家庭、社区等)的作用, 采用心理疏导、支持性心理治疗、认知矫正、放松训练、CISD 等心理干预手段帮助患者缓解情绪压力, 树立战胜疾病的信心<sup>[5]</sup>。

**1.2.1.4 健康随访** 健康随访是“医健心管”模式的延伸环节。在患者出院后, 由标准化心理干预团队定

期进行随访和心理评估量表复评,了解患者的康复情况、生活质量、心理状况。对于需要继续治疗或康复的患者,提供必要的指导和支持。通过健康随访,及时发现并解决问题,确保患者得到全面的医疗服务。

**1.2.2 实施过程** (1)组建标准化心理干预团队:对研究团队成员在“心理量表评估、沟通技巧、健康宣教、标准化随访”等方面开展培训,经考核合格,开展工作。(2)入院后给予常规诊疗、制定个性化治疗方案等综合治疗。(3)入院后 24 h 内给予 SSS-CN、GAD-7、PHQ-9 心理量表评估,根据心理评估提出的预警信息,给予相应的健康宣教、心理干预。(4)出院 90 d 后完成健康随访,并再次进行心理量表评估,收集并总结。

**1.2.3 结局指标** (1)主要结局指标:分析对比 2 组患者转归情况和住院时间。(2)次要结局指标:使用 SSS-CN、GAD-7、PHQ-9 量表评估 2 组患者入院时与出院随访时的心理情况。对比 2 组患者对治疗的满意度,满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  进行统计描述;组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内前后对比采用配对  $t$  检验;计数资料采用频数、构成比(%)等进行统计描述,采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 转归情况和住院时间分析** 2 组患者均治愈出院,治愈率达 100.0%。观察组平均住院时间为(3.01±2.88)d,对照组平均住院时间为(5.11±2.26)d,2 组比较,差异有统计学意义( $t = -5.736$ ,  $P < 0.05$ )。对比 2 组住院周期的构成分布,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 住院周期构成分布[n(%)]

组别	n	<1 d	1~7 d	>7 d
观察组	100	23(23.0)	75(75.0)	2(2.0) <sup>a</sup>
对照组	100	18(18.0)	57(57.0)	25(25.0)

注:与对照组比较, $\chi^2 = 22.657$ ,<sup>a</sup> $P < 0.001$ 。

### 2.2 心理状况分析

**2.2.1 SSS-CN** 随访时,2 组患者 SSS-CN 评分较入院时明显改善,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。随访时,观察组 SSS-CN 评分明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

**2.2.2 PHQ-9** 随访时,2 组患者 PHQ-9 评分较入院时明显改善,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),但 2 组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 4。

**2.2.3 GAD-7** 随访时,2 组患者 GAD-7 评分较入院时明显改善,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。随访时,观察组 GAD-7 评分明显优于对照组,差异有统计

学意义( $P < 0.05$ ),见表 5。

表 3 SSS-CN 心理评估量表分析( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	入院时	随访时	t	P
观察组	100	45.55±13.31	35.38±10.12	18.75	<0.001
对照组	100	42.47±15.09	40.22±15.49	5.220	<0.001
t	—	1.520	-2.598		
P	—	0.132	0.011		

注:—表示无此项。

表 4 PHQ-9 心理评估量表分析( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	入院时	随访时	t	P
观察组	100	12.35±7.89	8.29±6.42	12.71	<0.001
对照组	100	11.16±8.31	10.14±7.62	4.740	<0.001
t	—	1.033	-1.889		
P	—	0.304	0.062		

注:—表示无此项。

表 5 GAD-7 心理评估量表分析( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	入院时	随访时	t	P
观察组	100	9.80±6.75	6.44±5.16	10.01	<0.001
对照组	100	9.08±6.91	8.40±6.48	4.24	<0.001
t	—	0.745	-2.048		
P	—	0.455	0.018		

注:—表示无此项。

**2.3 满意度分析** 观察组满意度(97.0%)高于对照组(77.0%),差异有统计学意义( $\chi^2 = 17.683$ ,  $P < 0.001$ ),见表 6。

表 6 满意度分析[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	100	73(73.0)	24(24.0)	3(3.0)	97(97.0)
对照组	100	32(32.0)	45(45.0)	23(23.0)	77(77.0)

## 3 讨论

**3.1 治疗效果提高** 通过综合医护诊疗和多学科协作,患者在短时间内得到了及时、有效的治疗,病情得到了有效控制,治疗效果明显提高,心理状况得到改善,经济压力得以减轻,生活质量得到提升。通过实践表明,“医健心管”模式在急性药物中毒患者的治疗中取得了显著成效。

**3.2 心理状况改善** 通过建立标准化心理干预团队,给予患者心理护理及心理干预,可见患者的心理状况得到了显著改善,患者焦虑、抑郁、恐惧等负面情绪明显缓解,能够积极配合治疗,提高对生理和心理应激的应付能力,树立战胜疾病的信心,并积极面对生活。

**3.3 生活质量提升** 通过住院和出院时的健康宣教、标准化随访团队出院后的健康随访、充分调动和发挥社会支持系统(如家庭、社区等)等措施的实施,

患者的生活质量得到了显著提升。患者能够正确使用药物并掌握药物的正确用法和剂量,能够积极参加康复训练和社交活动,保持良好的心理状态和健康的生活方式,大大减少了二次自伤自杀事件的出现,改善药物中毒患者的生存质量,促使患者能够更好地回归社会。

**3.4 满意度增强** 本研究结果表明,经过对患者实施“医健心管”全闭环模式管理,得到了患者和家属的广泛认可和好评,患者及家属满意度明显增强,大大地提升了患者的就医体验感和获得感,为构建和谐医患关系提供良好条件,值得继续在临床工作中探索和推广。

本研究通过对综合医院急性药物中毒患者“医健心管”模式的应用实践研究发现,“医健心管”模式在急性药物中毒患者的治疗中具有显著的优势和效果。该模式能够为患者提供全方位、多层次的医疗服务,并满足患者多元化和个性化的需求,缩短住院时间,提升治疗效果,就医体验感明显改善,值得临床继续探索并推广应用。未来,“医健心管”模式有望在以下几个方面进行进一步的拓展和完善。(1)加强心理干预的专业化:随着精神心理疾病的增加及患病人群年轻化,针对急性药物中毒患者常见的心理问题,可以加强心理干预的专业化水平。例如,通过引入专业的心理医生或心理治疗师,为患者提供更深入、更系统的心理评估和治疗,以更好地满足患者的心理需求。也可加大对护士心理相关专业知识的培训,让护士将心理护理落到实处,转变传统护理模式,真正实现“三份医疗,七分护理”,让护士成为在患者住院时心理干预的引导者,更好地为患者提供专业帮助<sup>[6-7]</sup>。(2)完善健康宣教的内容和形式:健康宣教是预防急性药物中毒的重要手段,可大大丰富患者健康知识和提升自我管理的能力,促进相关症状有效改善。未来,可以进一步完善健康宣教的内容和形式,使其更加符合患者的需求和实际情况。例如,可以开发针对不同年龄、性别、职业等群体的个性化健康宣教材料;积极探索“互联网+”与健康宣教有机结合<sup>[8-9]</sup>,利用新媒体等现代技术手段,拓宽健康宣教的传播渠道和覆盖范围。(3)深化多学科协作机制:在“医健心管”模式中,多学科协作是核心要素之一。未来,可以进一步深化多学科协作机制,加强不同学科之间的沟通和合作。例如,可以建立多学科协作的诊疗团队,共同制订患者的治疗方案和康复计划;加强与其他医疗机构的合作与交流,深化分级诊疗、医共体、医联体共建模式,探索构建区域性急性中毒防治体系,建立完善地市级中毒救治中心,共同提高急性药物中毒患者的防治水平<sup>[10]</sup>。(4)加强健康随访的跟踪和管理:健康随访是

“医健心管”模式的重要环节之一。未来,可以加强健康随访的跟踪和管理,确保患者得到持续的医疗服务。例如,可以建立健康随访的信息化管理系统,记录患者的康复情况和治疗效果<sup>[11]</sup>,让随访更方便快捷、分析更准确,为患者出院后管理提供更专业、精准的建议;通过定期的电话随访或家访等方式,及时了解患者的需求和问题,并提供必要的帮助和支持;可通过实施医护一体化随访,创新随访模式,让医护共同掌握患者综合情况,给予更加专业的建议和指导。(5)强化医护人员的培训和考核:为了确保“医健心管”模式的有效实施,需要加强对医护人员的培训和考核。例如,可以定期举办相关的培训课程和研讨会,提高医护人员的专业技能和知识水平;建立严格的考核和激励机制,确保医护人员能够认真履行自己的职责和义务。

## 参考文献

- [1] 蒲立力,崔欣,尹艳,等.上海市 2019—2021 年急性药物中毒发病特征[J].环境与职业医学,2022,39(12):1379-1385.
- [2] 何敏,黄洁平,邱建武,等.177 例急性中毒患者临床特征、预后及流行病学分析[J].岭南急诊医学杂志,2022,27(3):259-262.
- [3] 贺黎岚,纪春燕,朱倩虹.心理干预对急诊抢救室洗胃的药物中毒患者的影响研究[J].心理月刊,2022,17(5):132-134.
- [4] 宋敏,苏宏莉.综合护理干预对药物中毒患者临床疗效及负面情绪的影响[J].中国医药指南,2019,17(19):292-293.
- [5] 李秀娟,辛明.心理治疗在精神疾病临床治疗中的应用效果[J].中国医药指南,2024,22(8):81-83.
- [6] 陈丽清.心理护理在精神疾病护理中的应用[J].中国医学创新,2023,20(26):102-106.
- [7] 张玉丽,於志婷,柳静,等.语言沟通及心理护理在精神疾病护理中的作用[J].中外医学研究,2023,21(25):117-120.
- [8] 陈丽莉,肖琴.基于互联网+平台的健康宣教及延伸护理对高血压患者的干预效果[J].心血管病防治知识,2022,12(26):75-77.
- [9] 项俊之,吴莉娜,王珊珊,等.“互联网+”急性有机磷农药中毒急救管理的探索与实践[J].中医药管理杂志,2022,30(21):239-241.
- [10] 何娇,储鑫,朱保锋.区域性中毒救治体系的信息化建设[J].江苏卫生事业管理,2022,33(4):555-558.
- [11] 董田田,于鲁欣,包益平.信息化随访平台在泌尿系结石术后病人出院后健康管理中的应用[J].全科护理,2020,18(10):1277-1280.