

团队精神、发掘问题等方面均都有不同程度的正向增长,取得了显著的效果。将 QCC 应用于老年住院患者口服给药问题的管理,可以明显降低口服给药差错的发生率,避免口服给药给患者造成的伤害,减轻患者的住院负担;制定规范化的口服给药流程,为患者提供了全程优质的服务,提升了患者的满意度;通过 QCC 活动护士应用质量管理工具来发现问题、解决问题的能力等方面都得到了不同程度的提升。

参考文献:

- [1] 黄海燕,张海珍,黄慧民. 心血管病病人安全服药的护理对策与效果评价[J]. 护理实践与研究,2009,17(6):99.
- [2] American Society of Hospital Pharmacies. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals[J]. Am J Hosp Pharm,1993,50:305-314.
- [3] 黄晓燕,胡雁,薛一帆. 减少老年人用药差错的策略[J]. 中华护理杂志,2010,45(11):1053-1056.
- [4] Durieux P, Trinquart L, Colombetl, et al. Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice[J]. Cochrane Database Syst Rev,2008,16(3):CD002894.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.19.059

- [5] Roughead EE, Gilbert AL, Primrose JG, et al. Drug related hospital admissions: A review of Australian studies published 1988—1996[J]. Med J Aus,1998,168(8):405-408.
- [6] 王晓媛,黄英韦,文英,等. 老年住院患者口服用药状况调查[J]. 护理学杂志,2007,22(15):41-42.
- [7] 张海波,赵萍,张小林,等. 品管圈在药房精益化管理中的探索与实践[J]. 中国执业药师,2010,7(8):8.
- [8] 戴艳琴. 品管圈在护理管理中的应用[J]. 中华医护杂志,2005,2(3):255-256.
- [9] 王利香,李旺君. 浅议“品管圈”活动在护理环节质量检查中的应用[J]. 家庭护士,2008,6(1):255-256.
- [10] 任伟. 帕累托法则在企业医院医疗人力资源管理中的应用[J]. 中国医院理,2010,30(2):47.
- [11] 张幸国. 医院品管圈活动实战与技巧[M]. 杭州:浙江大学出版社,2010:49.

(收稿日期:2014-02-07 修回日期:2014-03-19)

早期康复护理对 136 例急性脑卒中偏瘫患者康复的应用研究

王爱丽,李保兰,王 燕[△]

(重庆市第三人民医院神经科 400014)

中图分类号:R473.5

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)19-2540-02

急性脑卒中是一种危害人类生命健康的常见病、多发病,其特点为发病急、恢复慢、致残率高,严重影响患者的生活质量^[1]。因此,如何提高患者生活质量、降低致残率,是临床医护人员长期关注和探讨的问题。而早期康复护理能及时有效地抢救因缺血而尚未死亡的脑细胞,从而避免脑损害继续加重。为探讨早期康复护理对急性脑卒中偏瘫患者的临床应用效果,作者对 136 例急性脑卒中偏瘫患者进行随机对照分析,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院神经内科 2011 年 6 月至 2013 年 6 月急性脑卒中偏瘫患者 136 例,均经头颅 CT 或 MRI 确诊为初次发病者,并符合全国第四届脑血管病会议制订的诊断标准^[2]。患者均无严重的认知障碍,格拉斯哥昏迷评分(GCS)≥8 分,生命体征稳定,有不同程度肢体偏瘫,病程小于 20 d。将患者随机分为两组,每组 68 例。两组患者在年龄、性别、脑卒中类型、病程、发病危险因素等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组接受神经内科常规治疗和护理。观察组在患者生命体征稳定,神经症状不再发展后 48 h,开始进行早期康复护理。

1.2.1 心理康复干预 患者常因肢体突然瘫痪,丧失生活自理能力,出现焦虑、抑郁、自卑等心理问题,责任护士应使用鼓

励性的语言与患者及时主动沟通交流,引导患者正确对待疾病,消除其恐惧心理,做好家属的心理疏导,增加患者的社会支持度,使患者以积极的心态坦然地面对疾病及现实的生活^[3]。

1.2.2 肢体功能锻炼 (1)保持肢体良肢位:下肢屈髋屈膝,上肢肩胛骨向前、伸肘腕。注意患肩不能受压,防止肩关节损伤。(2)患肢按摩:从患肢近端到远端,再由远端到近端,反复按摩。每天 2~3 次,每次 10~15 min。(3)被动活动:指导并帮助患者做各个关节功能活动,如踝关节的背屈、膝关节的伸屈等。活动幅度由小到大及从健侧到患侧,活动顺序由大关节到小关节^[4]。(4)主动运动:鼓励患者做翻身、做起、坐位的平衡训练及桥式运动(选择性伸髋)、bobath 握手等床上运动,运动量以患者能耐受为度。(5)坐、立、行训练:当患者能够独立翻身时,可将训练体位由卧位改为坐位;当患者动态坐位平衡时开始站立训练;当患者能独立站稳 10 min 以上时,才开始步行训练。患肢不能迈步者行被动行走,步幅要均匀、缓慢。

1.2.3 日常生活能力训练 鼓励患者利用健手或健手带动患手进行简单的日常生活活动如刷牙、洗脸、更衣、吃饭等,充分调动患者的主观能动性。并设计简单易行的训练方案,指导患者进行手的灵巧性练习及四肢的协调训练。

1.3 评分标准 分别在治疗前、治疗 6 周后由同一护士对所有患者进行疗效评定,肢体运动功能采用简化 Fugl-Meyer 评分法,日常生活活动能力评定采用改良 Barthel 指数评定。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件对所得数据进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,使用 t 检验做统计学比较,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者治疗前的简式 Fugl-Meyer 运动功能得分、Barthel 指数比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后较治疗前均有显著改善($P < 0.05$),且观察组明显高于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 Fugl-Meyer 得分和 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	Fugl-Meyer 得分	Barthel 指数
观察组	68	治疗前	15.76±6.96	21.26±8.36
		治疗后	76.53±8.76*#	78.22±10.31*#
对照组	68	治疗前	16.37±8.53	20.46±9.37
		治疗后	46.31±9.63*	51.47±11.16*

*: $P < 0.05$,与治疗前比较;#: $P < 0.01$,与对照组治疗后比较。

3 讨 论

脑卒中所致偏瘫后遗症主要与脑及相关部位的神经受到损失有关^[5]。急性脑卒中后中枢神经系统具有功能重组能力和可塑性,在适宜条件下部分神经元可以再生^[6]。故康复锻炼开始的时间越早,预后效果越好。早期康复护理训练能输入正常的运动功能模式以促进正常神经功能的恢复。在患者病情稳定、神经症状不再进展 48 h 后便可开始进行早期康复护理训练^[7]。重点加强心理疏导和功能锻炼,以改善和刺激患者血液循环及机体新陈代谢,促进神经元细胞的生长及相关链路的重建;通过肢体功能锻炼,能防止肌肉萎缩、关节变形及僵直,改善和保持肌力。因此,本研究对患者进行早期系统康复护理以促进中枢神经系统代偿和重组,从而使神经系统及早建立新

的联系。

本文结果显示,两组患者治疗后 Fugl-Meyer 得分及 Barthel 指数均明显高于治疗前,表明急性脑卒中存在自然恢复且有限;观察组疗效明显好于对照组($P < 0.01$),说明早期实施康复护理训练更有利于患者的恢复。该方法对患者运动功能的恢复及降低致残率均发挥着积极作用,能明显缩短患者病程,明显提高患者的生活质量^[8]。

参考文献:

[1] 张冬菊,王守梅.脑卒中患者心理障碍的分析及护理[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(2):95-96.

[2] 全国第四届脑血管病会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,2009,29:379-381.

[3] 李秀花,马莉.康复护理对脑卒中患者独立生活能力的疗效观察[J].宁夏医学杂志,2013,35(3):279-280.

[4] 蒋文春,赵素华.早期康复护理对脑卒中偏瘫患者功能恢复的影响[J].中华现代护理杂志,2010,16(25):3022-3023.

[5] 张阳.脑卒中后吞咽困难患者的康复护理[J].护理研究,2012,26(10):2649.

[6] 王艳霞,张莉.57 例脑卒中偏瘫早期功能锻炼护理体会[J].蛇志,2004,3(16):51-52.

[7] Bruce H,Dobkin MD.Rehabilitation after stroke[J].N Engl J Med,2005,352(9):1677.

[8] 樊俊芳,张桂芳.急性脑梗死偏瘫早期康复护理对日常生活的影响[J].中国医药指南,2013,11(18):727-728.

(收稿日期:2014-02-01 修回日期:2014-03-19)

(上接第 2530 页)

居民卫生专业高级技术职务任职资格的通知》(闽人复[2009]96 号),其中主任技师 2 名。对于中国台湾地区未能到达高级技术资格任职资格评审条件的医事行业人员,如药师、护师、医事检验师、医事放射师等则希望其合格证照能获得大陆单方面的承认而不需参加考试,目前中国台湾有关方面正与国家卫生部门就此事积极进行沟通。虽然两岸的高等学校招生已相互开放,海峡两岸高等教育合作问题成为中华民族教育发展,提升国际竞争力的重大问题^[10],但中国台湾基于地方医疗和人力资源考量,至今尚未认可大陆的医科和医事专业的学历、学位和任职资格,大陆影像技师赴台从业也就无从谈起。客观看待海峡两岸医学影像技师在从业制度上的差异,认识各自的优点与不足,可促进两岸医学影像技师的学术交流,为两岸医学影像技师异地从业提供理论和制度上的指导;同时也为两岸医学影像技师主管部门、用人单位在制订有关的政策、制度、法规等提供一定的参考依据。

参考文献:

[1] 王骏,熊雪峰.医学影像技师考试一本通[M].北京:人民军医出版社,2009:3.

[2] 刘永筠,陈建全,钟正国,等.海峡两岸医事放射师考试制度比较[J].中华放射线技术学杂志,2009,33(1):55-62.

[3] 王骏.教学引领未来--全国医学影像教学“五项”会议在宁隆重召开[J].中国医疗器械信息,2010,16(9):62-64,69.

[4] 杜峰,石江水.严格责任在医学影像诊疗侵权行为中的适用初探[J].医学与法学,2013(2):39-42.

[5] 王市伟.医学影像技术人员的现状与继续教育之我见[J].中国中西医结合影像学杂志,2008,6(5):374-375.

[6] 卞读军,胡冬煦,肖恩华,等.医学影像技术人才培养策略的思考[J].中华医学教育杂志,2008,28(3):36-38.

[7] 陈建新.医学影像技术人才现状与培养的探讨[J].医疗卫生装备,2007(3):63-63.

[8] 王韶卿.加强我省医学影像技术人才建设的可行性探讨[J].中华医院管理杂志,2012,28(6):438-440.

[9] 江志明,魏聪文.医事放射师提升临床医疗照护质量之角色[J].医疗品质杂志,2013,7(1):22-26.

[10] 张宝贵,陕阳忠.海峡两岸高等教育合作发展的策略研究[J].复旦教育论坛,2011,9(5):57-61.

(收稿日期:2014-02-08 修回日期:2014-03-14)