

理状况指导患者进行有针对性的心理疏导,增强了患者治疗的信心,建立了一种新的有利于康复的心理环境,鼓励患者以积极的心态参与功能训练;(4)通过微信公众平台这一新颖的模式,医护人员可以实时掌握脑卒中吞咽障碍患者在院外康复过程中面临的各种问题,并通过微信平台对患者进行训练指导,积极监督患者用药、饮食、锻炼等遵医嘱情况,极大程度上激发了患者主动遵医行为,改善和巩固了患者院外的康复效果。本研究显示经过不同护理模式干预,健康宣教、功能恢复及心理护理全面的护理 3 d、7 d 和 14 d 的 NIHSS 评分变化明显,患者恢复良好,神经功能情况显著明显于常规护理模式的患者,有助于提高患者生存质量,促进患者早日恢复自理能力。

综上所述,功能训练的护理模式可显著提高脑卒中吞咽障碍患者神经功能恢复良好,治疗效果显著,改善生活质量。

参考文献

[1] 李葆华,王艳,董玉静,等.缺血性脑卒中患者出院后延续性护理干预的效果研究[J].中国护理管理,2014,14(3):309-311.

[2] 张敏,汪友兰,刘蕾,等.脑卒中患者的延续性护理效果评估[J].护理学杂志,2015,30(5):30-32.

[3] 黄金英,周惠嫦.进食体位改变对脑卒中吞咽障碍病人误

• 临床探讨 •

吸的研究[J].护理研究,2013,27(29):3256-3257.

[4] 何秀花,张丽萍,张春玲. Vitalstim 电刺激配合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(8):1055-1056.

[5] 曹清莲,王桂荣,吕义荣,等.运动想象疗法在脑卒中吞咽障碍患者康复护理中的应用[J].护理学杂志,2014,29(1):13-15.

[6] 刘素美.运动意念训练联合时间护理在脑卒中吞咽困难患者中的应用[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(16):131-132.

[7] 龚思慧,胡晓丽,杨静,等.针灸治疗脑卒中后吞咽障碍研究进展[J].实用中医药杂志,2015,31(3):264.

[8] 廖容,彭锐,陈玉,等.脑循环系统治疗仪治疗脑卒中患者吞咽障碍的效果观察[J].护理学报,2014,21(22):71-72.

[9] 李莎,鄂建设,覃勇,等.针刺结合颊肌电刺激治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍的效果[J].中国康复理论与实践,2014,20(3):221-223.

[10] 官小莉,汪晖,黄海珊,等.脑卒中吞咽障碍患者生存质量研究进展[J].护理学杂志,2015,30(1):111-113.

(收稿日期:2016-04-12 修回日期:2016-06-16)

品管圈应用对急诊老年患者压疮预防和治疗的 effects

曾盛菊,杨会枝,谢 英
(四川省广汉市人民医院外科 618300)

摘要:目的 评价品管圈管理对急诊老年患者压疮的预防和治疗效果。方法 针对科室压疮护理工作中存在的问题,成立品管圈,选定主题,分析原因及制定对策,并通过随机对照试验的方法干预患者,确认品管圈的效果。结果 干预组患者压疮的发生率下降($P<0.05$),干预组压疮管理的效果优于对照组;护理人员对品管圈认同度高。结论 品管圈可有效降低急诊老年患者压疮的发生率、提高了压疮的管理效果以及提升了临床护理人员、患者及家属的主观能动性及满意度。

关键词:品管圈; 急诊; 老年; 压疮

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.047 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)18-2670-03

品管圈是管理学中一项重要的管理方法,它是指由相同、相近或互补性质工作场所的人们自发组成一个活动团队,通过全体合作、集思广益,运用科学统计工具及品管手法,解决工作现场管理、文化等方面所发生的问题^[1]。目前,品管圈方法已广泛应用于临床护理领域。压疮是指由于身体局部长时间受压导致的血液循环不畅,引起组织的缺血坏死甚至出现水疱、溃疡或坏疽等^[2]。本院急诊科主要以老年患者居多,主要由于心血管疾病、脑血管以外以及其他内科疾病为多见,往往病情严重,发展迅速,全身条件差,若是合并压疮,更会增加护理强度而影响疾病的转轨。因此,本科室运用品管圈管理法对急诊老年患者压疮效果的评价,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 11 月至 2015 年 11 月在本院急诊科进行抢救或留观的内科疾病的老年患者 100 例作为研究对象,患者年龄要求大于等于 65 岁,并入院前全身无压疮带入者。将 100 例患者根据住院号的单、偶数随机分为对照组和干预组,故分为对照组 53 例和干预组 47 例。100 例患者中男性为 65 例,女性为 35 例,疾病分类主要包括:脑梗死、慢性阻塞

性肺疾病、肿瘤恶病质晚期以及心力衰竭等内科疾病,年龄 65~89 岁,年龄为(70.22±6.38)岁,两组患者在性别、年龄、疾病类型上差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 品管圈小组的成立 本圈主要由 6 名护理人员组成,圈长由护士长担任,其中包括:主管护师 3 人,护师 2 人,主治医师 1 人,均为自愿报名参加,并由圈长进行统一分工,全体参与。

1.2.2 主题的选定 圈员应用头脑风暴法,并结合本科室中压疮管理的难点与困难,将这次主题确定为“运用品管圈在急诊老年患者压疮效果的评价”,并将圈名命名为:压疮安全行动。

1.2.3 分析压疮发生原因分析 (1)患者因素:原发疾病严重,全身状态差,容易发生压疮。(2)护理人员对患者的责任心不够,而忽视了皮肤情况。(3)并且家属也对此不够重视。(4)缺乏知识:缺乏对压疮评估的正确的知识,往往疏于有效规范的评估。(5)制度执行:未能及时上报压疮,上报意识薄弱。

1.2.4 实施方法 对照组采用常规的护理标准,即对对照组

的患者按规定进行皮肤监察,如发生压疮则按压疮护理标准执行,如定期翻身、保证床单位清洁等。干预组即采用品管圈管理,对压疮产生的原因分析后,制定出相关的预防措施。措施包括:(1)及时配合医生的治疗,去除可能发生压疮的因素。加强患者的全身营养,提高机体免疫能力。(2)加强对护理人员的教育,提高每位护士对压疮的责任感,适当地建立起保管区内患者压疮的考核制度,并适当与绩效挂钩,提高护理人员的主观能动性。(3)对患者的家属进行压疮的健康宣教,提高家属对压疮管理工作的配合与支持。(4)在科室内,由品管圈圈长对所有护士进行有关压疮知识的培训,培训内容包括:压疮的分级新标准、如何预防压疮、压疮的治疗及护理。课程分为 3 次进行,培训后对人员进行指导考核。对于培训不合格者,需反思原因,并再次考核。加强患者的皮肤管理,首先应用新标准对压疮的风险进行有效评估,有高危因素者加强皮肤管理。适宜的体位管理,既满足患者的舒适度,又降低压疮发生的风险。对于已发生的压疮,品管圈小组应及时调配护理人员进行合理干预,适当增加评估周期,并做好相应记录。(5)对上报制度进行严格规定,务必将落实进行到底。

1.3 指标评价 分为 3 个方面。(1)两组患者压疮的发生率。(2)两组患者压疮发生后管理效果的评价(从压疮的转归、患者的主观感受及家属的满意度三个方面)。(3)护理人员对品管圈管理法的认同度(满意度、团队合作性及专业水平三个方面)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计学处理,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者压疮的发生率 见表 1。

表 1 两组患者压疮的发生率			
组别	<i>n</i>	压疮发生数	发生率(%)
对照组	53	5	9.43
干预组	47	1	2.13
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.2 两组患者压疮管理的效果 见表 2。

表 2 两组患者压疮管理的效果								
组别	<i>n</i>	压疮的转归(<i>n</i>)				患者主观感(<i>n</i>)		家属满意度 (%)
		治愈	好转	一般	愈差	积极	消极	
对照组	5		1	2	2	1	4	18
干预组	1	1	0	0	0	0	0	100

2.3 护理人员对品管圈的认同情况 见表 3。

表 3 护理人员对品管圈的认同情况 (%)			
认同的项目	品管圈管理前	品管圈管理后	<i>P</i>
满意	33.33	96.67	<0.05
团队合作性	21.54	98.70	<0.05
专业水平	19.74	90.87	<0.05

3 讨 论

品管圈管理减少急诊老年患者压疮的发生率。本研究显

示,品管圈管理方法可有效降低急诊老年患者的压疮的发生率。急诊科患者多自身条件差,往往容易并发多种其他疾病,疾病发展迅速。若是合并发生压疮,则容易造成全身感染,而影响疾病的转归,更增加了护理工作的难度与强度。开展品管圈可有效地降低老年患者压疮的发生,从而提高了护理质量,保障了患者的皮肤安全,患者及家属的满意度也提升,从而更有了战胜疾病的信心。

多元化的管理提高了护士对压疮知识的主观能动性。有人认为积极有效的预防是防治压疮发生的唯一途径^[3]。压疮的预防和治疗工作依赖于全面有效准确的评估,只有评估准确,才能有效防治压疮,促进压疮的愈合^[4]。研究表明,临床护理工作缺乏对压疮预防知识从而制约了压疮预防的效果^[5]。许多护士受传统观念的影响,对伤口、压疮知识的认识和处理存在误区,不符合现代伤口、压疮处理技术的发展^[6]。品管圈圈员通过多元化的管理模式提高了临床护士对压疮的鉴别能力、护理能力,纠正了以往狭隘的一面。并通过完善了相关制度,如根据美国卫生保健组织联合鉴定委员会(JCAHO)的要求,在入院 24 h 内完成压疮的评估,包括周末和假期^[7]。以及规定了上报制度,并对其严格实施。本急诊科护士也提高了自我责任感,遇到压疮问题后,及时评估,并与医师一起讨论制定干预方案,积极落实,有效反馈并记录。激发了护理人员学习与工作的积极性和主观能动性,从而提高了预防、管理压疮的程序化与规范化,真正地将各项护理措施落实到了实处。品管圈的精髓在于主动参与,护士在参与品管圈活动的过程中,调动了工作积极性,质量意识明显增强^[8]。

品管圈活动通过科学的方法找出并确定护理工作中存在的主要问题,并有针对性地解决这些问题^[9]。品管圈使护理管理由传统方式向现代化管理转变,从患者需求中寻找问题、解决问题,不断提高护理质量^[10]。本次活动,通过圈长的带领,运用头脑风暴法,全圈参与,找出了急诊科老年压疮患者的问题,提出整改方案。效果显著。综上所述,“品管圈”活动的开展不仅有利于护理质量的提高,还提升了护理人员发现问题、解决问题的能力,提升了工作热情,得到了家属和患者的一致好评。希望将这一管理方法能够运用到其他护理问题中,也希望护理工作人员能够有效地提升自己对护理问题的管理认识。

参考文献

[1] 刘庭芳,刘勇. 中国医院品管圈操作手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2012.

[2] 李小寒. 基础护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008: 81-87.

[3] 何晓珍,樊翌明. 术中褥疮的研究进展[J]. 国际护理学杂志,2006,25(1):7-9.

[4] 许彩云. 压疮护理研究新进展[J]. 临床护理杂志,2011, 10(6):50-53.

[5] Hulsenboom MA, Bours GJ, Halfens RJ. Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses[J]. BMC Nurs, 2007, 6(1): 2.

[6] 王晓凤,侯铭,张秀敏,等. 临床护士对伤口及压疮的认知调查[J]. 护理学杂志,2010,25(4):63-64.

[7] Amlung SR, Miller WL, Bosley LM. The 1999 National pressure ulcer prevalence survey: a benchmarking ap-

proach[J]. Adv Skin Wound Care, 2002, 14(6): 297-301.

[8] 李敏, 杨芳, 段丽娜. 护理质量管理中存在的问题及其持续改进方法[J]. 解放军护理杂志, 2008, 25(2): 62-63.

[9] 王秀芳. 品管圈活动对住院病人护理工作满意度的影响[J]. 全科护理, 2011, 9(12): 1089-1090.

• 临床探讨 •

[10] 章一华. 品管圈活动在护理工作中的应用现状与进展[J]. 国际护理学杂志, 1972, 28(6): 723-725.

(收稿日期: 2016-04-16 修回日期: 2016-06-20)

不同入路腰椎融合术治疗腰椎疾病的疗效及对肌肉损伤程度的研究

王 君, 王树德, 赵 斌
(陕西省西安市长庆油田职工医院外二科 710201)

摘 要:目的 探讨椎旁肌间隙入路和传统后正中入路腰椎融合术治疗腰椎疾病的有效性和安全性, 量化两种手术入路对肌肉的损伤程度。方法 将 2012 年 12 月至 2014 年 12 月于该科住院的 184 例需手术干预的腰椎相关疾病患者纳入该研究, 按照随机数字表分为试验组和对照组, 分别接受椎旁间隙入路和传统后正中入路行腰椎融合术。观察手术时间、术中出血量、引流量、术前后腰背痛视觉模拟评分(VAS)、外周血磷酸激酶(CK)水平变化、卧床时间、并发症及远期生活质量满意度等指标。结果 试验组(椎旁肌间隙入路)平均手术时间和卧床时间均低于对照组($P<0.05$); 试验组术中出血量和引流量均低于对照组($P<0.05$); 试验组和对照组术后 VAS 评分分别为(2.06±0.43)分和(3.26±1.12)分; 术后外周血 CK 水平分别为(315.1±91.5)U/L 和(574.5±197.6)U/L, 差异均具有统计学意义($P<0.05$)。经过至少 1 年的随访后发现, 两组患者腰背痛 VAS 评分分别降为(1.76±0.76)分和(3.15±1.15)分, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 椎旁肌间隙入路行腰椎手术治疗腰椎疾病安全、有效, 较传统后正中入路具有明显优势, 值得临床广泛推广。

关键词:椎旁肌间隙入路; 后正中入路; 腰椎疾病; 肌肉损伤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.048 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)18-2672-03

腰椎间盘突出是困扰中老年人的常见疾病, 可引起患者难以忍受的腰腿疼痛, 严重影响患者生活质量^[1]。通常情况下, 腰痛经保守治疗, 即改善生活方式联合止痛药的方式可有效控制症状。若患者出现明显的神经症状且保守治疗无效的情况下则需手术干预治疗^[2]。目前, 行腰椎手术主要为传统后正中入路和椎旁肌间隙入路^[3]。有学者指出, 传统后正中入路视野清楚、解剖层次清晰, 但是术中牵拉双侧椎旁软组织时间较长, 易造成术后慢性腰痛及腰背肌无力^[4]; 椎旁肌间隙入路对肌肉等软组织损伤较轻, 但是操作空间相对狭小, 要求术者具有娴熟的局部解剖知识和手术技巧。该入路手术学习曲线较长, 且早期容易出现神经损伤、硬膜囊破裂等并发症^[5]。鉴于腰椎手术进行入路选择时争议较多, 本研究拟采用前瞻性对照方法, 对传统后正中和椎旁肌间隙两种入路治疗腰椎疾病的有效性、安全性和肌肉损伤程度进行比较研究, 以期为临床决策提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2012 年 12 月至 2014 年 12 月于本院接受腰椎手术的患者纳入本研究。纳入标准: (1) 经体格检查确定患者有明显的腰腿痛、肢体活动不便等神经损伤症状; (2) 仅纳入腰椎间盘突出等退行性腰椎疾病; (3) X 线、CT、MRI 检查齐全、病因明确; (4) 向患者详细说明手术风险、权利和义务后, 患者自愿签署知情同意书; (5) 家属和患者本人均承诺可坚持随访至少 12 个月以上。排除标准: (1) 患者伴发心肺功能障碍、出血倾向; (2) 患者基础条件较差, 不能耐受手术者; (3) 由外伤导致的腰椎压缩性骨折、爆裂型骨折; (4) 既往有腰背部手术史, 影响本次试验对背部肌肉评估者; (5) 体格检查和影像学检查确诊为多节段受累者; (6) 不能有效配合医嘱或拒绝签署知情同意书者; (7) 患者其他严重的全身性系统疾病者。共纳入患者 194 例, 按照随机数字表将患者分为对照组和试验组(各

97 例), 分别接受传统后正中入路和椎旁肌间隙行腰椎手术。其中, 5 例患者因为搬家或失联等原因无法完成随访, 3 例患者因为车祸或摔倒造成骨折再住院, 2 例患者明确提出退出研究, 实际共纳入患者 184 例, 试验组 91 例, 对照组 93 例。两组患者一般情况见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较

分组	<i>n</i>	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	男女性别比 (女/男, <i>n</i> / <i>n</i>)	BMI ($\bar{x}\pm s$, kg/m ²)	糖尿病 (<i>n</i>)	吸烟 (<i>n</i>)
试验组	91	45.6±14.5	36/55	25.6±3.1	15	31
对照组	93	43.1±12.8	32/61	25.8±3.5	21	28

1.2 手术 传统后正中入路手术: 根据影像资料和体格查体定位伤椎位置, 以记号笔进行标记。麻醉满意后患者取俯卧位, 常规消毒铺巾。采取后正中切口, 依次切开皮肤、皮下组织, 腰背筋膜, 用手指或刀背钝性分离至关节突部位。术中充分止血, 保持术野清晰, C 臂透视下置入椎弓根螺钉。撑开椎间隙, 清理周围软组织, 咬除患病部位下关节突大部、上关节突小部, 充分保护神经根的前提下暴露病变间盘并予以刮除。置入型号合适融合器后, 逐层关闭伤口并放置引流管。椎旁肌间隙入路: 根据影像资料和体格查体定位伤椎位置, 以记号笔进行标记。麻醉满意后患者取俯卧位, 常规消毒铺巾。采取后正中切口, 其次切开皮肤、皮下组织, 以手指触及棘突后于旁开 2 cm 处切开腰背筋膜, 钝性显露竖脊肌群。进而钝性寻找多裂肌和最长肌的肌间隙, 向深层次钝性寻找伤椎椎体和关节突部位, 见图 1。C 臂透视下置入椎弓根螺钉, 术中充分止血, 保持术野清晰, 撑开椎间隙, 按照传统后正中入路的手术原则保护神经根、取除间盘并置入融合器。逐层关闭伤口并放置引流管。