

3 讨论

国内外大量研究表明也证实了早期康复治疗、护理的安全性和有效性^[6]。故本研究观察组选择早期介入康复训练,未见神经系统症状加重和病情恶化的病例报道。脑出血后中枢神经系统在结构和功能上具有一定的自然恢复能力,这源于出血部位血肿和水肿的吸收、消散,颅内压下降,病灶部位脑血液循环的重建以及部分坏死区边缘神经细胞休克期的过去有关^[7]。故随着时间的推移,两组患者患侧肢体运动功能以及ADL均有一定程度的改善。然而患者肢体运动功能的改善不能仅靠药物治疗和自然恢复而获得。越早康复训练越能调动脑组织残余细胞功能,促进神经功能和肢体运动的恢复^[8]。本研究观察组通过系统康复训练,不断向中枢神经系统传导冲动,可使处于休眠状态的突触活化,突触发芽、再生,促进神经系统功能重组,发挥病灶周围和对侧神经细胞的功能代偿,从而促进肢体功能的恢复^[9]。随着患者肢体运动功能的改善,随意运动和协调运动能力的增强,患者的ADL也将得到改善。尤其是观察组出院后,课题组严格的定期随访,解答患者疑问,督促和指导患者在家中开展康复训练,对其ADL的改善具有重要的促进作用。故观察组出院时、出院6月末的FMA、BI评分均高于对照组,且效果随时间的延长而增强。

【参考文献】

- [1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2012,872-880.
- [2] 林靛,何文彬.中医药治疗出血性中风研究进展[J].甘肃中医,2005,18(5):5-6.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(4):379-380.
- [4] 王拥军.脑血管病量表手册[M].北京:人民卫生出版社,2009,239-257.
- [5] 杨冰霞,杨标,郑越瑜,等.早期康复训练对脑出血偏瘫患者患肢功能及日常生活活动能力的影响[J].广东医学院学报,2009,27(3):290-291.
- [6] Luke C, Dodd KJ, Brock K. Outcome of the Bobath concept on upper limb recovery following stroke [J]. Clin Rehabil, 2004, 18(8): 888-898.
- [7] 王乔,潘习龙,齐红梅,等.二级综合医院脑卒中患者早期康复治疗现状及影响因素分析[J].中国康复,2013,28(2):120-122.
- [8] 帅记焱,刘雅丽.运动再学习疗法对脑卒中偏瘫患者功能恢复的疗效观察[J].中国康复,2013,28(6):437-438.
- [9] 王欣,田秀娟,王金玲,等.综合康复治疗对脑卒中急性期运动功能的疗效观察.中国康复,2013,28(1):15-16.

应用品管圈降低脑卒中康复患者单侧空间忽略程度

吴丽花,常元梅

【摘要】 目的:探讨“品管圈”(QCC)活动在脑卒中单侧空间忽略康复中的效果。方法:脑卒中单侧空间忽略患者86例,按是否进行QCC活动分为观察组45例和对照组41例,采用凯瑟林-波哥量表(CBS)、日常生活能力量表(Barthel指数)分别对患者的忽略程度、日常生活能力进行评定。结果:干预8个月后,观察组CBS中重度忽略例数明显少于对照组($P<0.01$)。观察组CBS中重度忽略评分明显低于对照组($P<0.05$),Barthel指数明显高于对照组($P<0.05$)。结论:开展QCC活动可明显改善患者的忽略程度,提高其日常生活能力。

【关键词】 品管圈;脑卒中单侧空间忽略;康复护理

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.05.017

单侧空间忽略(unilateral spatial neglect, USN)是单侧脑损伤后的一种常见的功能障碍,脑卒中患者USN发病率较高,占11.0%~37.8%,临床多见右侧

半球或非优势半球病变所致的左侧空间忽略^[1-2],严重影响了脑卒中患者日常生活能力的恢复。品管圈活动(quality control circle, QCC)是指同一工作现场的人员自动自发地进行品质管理所组成的小组。这些小组作为全面质量管理环节中的一环,在自我启发、相互启发的原则下,应用各种统计工具,以全员参加的方式不断进行维护和改善自己工作现场的活动^[3]。我科开展了

收稿日期:2014-04-10

作者单位:荆门市第一人民医院,湖北 荆门 448000

作者简介:吴丽花(1978-),女,主管护师,主要从事康复护理及老年病护理方面的研究。

通讯作者:常元梅,545127838@qq.com

以“降低脑卒中 USN 患者的忽略程度,提高日常生活能力”为主题的 QCC 活动,效果较好。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 8 月~2012 年 11 月我科收治的脑卒中单侧空间忽略患者 86 例。均经过头颅 MRI 或 CT 等影像学检查确诊;符合全国第四届脑血管病会议制订的诊断标准^[4],排除失语、偏盲、检查治疗不合作及严重认知障碍者。86 例患者根据是否进行 QCC 活动分为 2 组,①对照组 41 例;男 21 例,女 20 例;年龄(61.32±4.67)岁;病程(35.60±5.98)d;脑出血 18 例,脑梗死 23 例。②观察组 45 例;男 19 例,女 26 例;年龄(59.65±4.13)岁;病程(30.90±4.27)d;脑出血 20 例,脑梗死 25 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组未采用 QCC 管理方法,进行康复护理;观察组运用 QCC 管理方法进行康复护理,整个活动历时 8 个月,每月组织 2 次活动,并定期召开例会 1 次。①QCC 小组组成:共 11 人,护士长任圈长,康复小组组长任副圈长,圈员 9 人。②确定主题:采取头脑风暴法,科室各个质控小组提出多个可行性问题,通过重要性、迫切性、可行性、圈能力等的评分比较、讨论分析^[5],最终确定主题。③现状调查并分析原因:召开专题会议制定脑卒中单侧空间忽略程度及康复知识掌握调查表,同时设计了详细的查检表,对观察组进行调查,并进行数据分析整理,了解康复护理中存在的问题。品管圈成员采用鱼骨图和柏拉图进行要因确认,找出脑卒中单侧空间忽略未改善的主要原因为:患者或家属未充分重视(34.65%);护士康复指导、宣教不到位(24.75%);病房环境不利于患者康复(19.8%)。④设定目标:目标值=现状值-(现状值×改善重点×圈能力)。该案例的改善重点为 79.20%(34.65%+24.75%+19.8%);圈能力=圈能力平均值/圈能力总分,根据我科在进行主题选定时得出圈能力平均值为 4,即圈能力=80%。故本次活动的目标值=95.12%-(95.12%×79.20%×80%)=34.85%。⑤对策与实施:a.加强教育,通过护患沟通会对患者及家属进行疾病知识的讲解,采取现场讲解、答疑等多种形式进行。b.加强宣教及指导,制订《脑卒中康复护理路径表》和《脑卒中康复护理培训手册》,在此指引下每天对患者的不良习惯及时干预,加强指导,将康复护理贯穿于任何时间。指导患者行感觉训练;检查并指导患者的日常生活能力;做好病房控制。c.重视质控,确保落实,副圈长每周利用 3 个半天时间对圈成员的工作进行督导、检查,并将问题汇总分析。对于突出问题、重

要问题立即制定对策。

1.3 评定标准 ①采用凯瑟林-波哥量表(Catherine Bergego Scale,CBS)评定忽略程度:该表包括 10 个项目,每项评分包括 0、1、2、3 分 4 个等级,总分 30 分。总分 0~9 分为轻度忽略;10~20 分为中度忽略;>20 分为重度忽略。②采用 Barthel 指数评定 ADL^[6],总分 100 分,60 分以下为生活不能自理。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计学软件进行分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 有形成果 干预 8 个月后,观察组 CBS 中重度忽略例数为 13 例,明显少于对照组的 39 例(31.7%、86.7%, $P < 0.01$)。观察组 CBS 中重度忽略评分明显低于对照组($P < 0.05$),Barthel 指数明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 无形成果 全体圈员对 QCC 认识和运用能力有了明显的提升。另外,团队凝聚力、沟通协调能力和工作责任心、创造性思维能力、解决问题能力也有了一定程度的提高,见图 1。

表 1 2 组中重度忽略程度及 Barthel 指数评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	中重度忽略均分	Barthel 指数
对照组	41	23.74±5.78	50.56±6.78
观察组	45	12.31±3.25 ^a	67.78±9.56 ^a

与对照组比较,^a $P < 0.05$

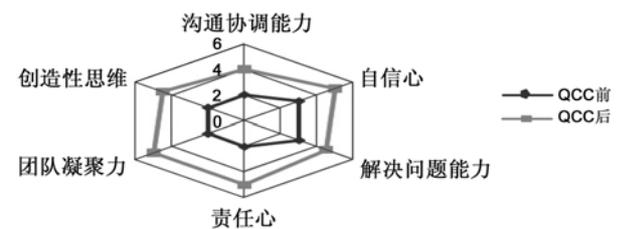


图 1 圈员综合能力提高雷达图

3 讨论

通过开展 QCC,脑卒中患者中重度空间忽略程度明显下降,患者自理能力水平提高。由于单侧空间忽略可能有一定程度的自发缓解倾向^[7],所以临床医务人员有时不太重视其康复,然而单侧空间忽略不仅给患者及其家属带来日常生活方面的障碍,而且会影响康复训练,直接阻碍其他功能的恢复^[8]。在 USN 患者的恢复中,疾病知识的缺乏是最大的阻碍因素,故在提高其主动性的基础上,促进患者对自己功能障碍的认知是非常重要的^[9]。QCC 成员通过理论授课、现场操作演示、现场宣传、督导,患者及家属自我督导,完善

病房硬件及软件设施等进行有针对性的改善工作,最终取得了QCC活动目标值的较好效果。患者的中重度忽略程度明显下降,Barthel指数评分明显上升,生活自理能力提高。

QCC活动提高了圈成员工作的主动性和解决问题的能力,提升团队凝聚力。在QCC活动成立初期,部分成员对鱼骨图、柏拉图及雷达图等分析的方法掌握不够,但通过QCC成员的不断宣传及培训,最终被大家广泛接受并熟练运用。开展QCC活动中圈成员相互协作,群体智慧提高了发现问题、分析问题、解决问题的能力^[10],激发护士的潜能和学习、工作的热情,提高护士的康复专业水平和施教能力。

本次QCC活动虽取得了一定的有形成果和无形成果,但仍需在院内护理人员中全面推广,并运用到临床发现的问题中,为查找根本原因、更好解决问题提供科学的方法,并最终提高护理服务质量,这也将是我们以后的工作重点。

【参考文献】

[1] 恽晓平. 康复评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004, 184-188.

- [2] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000, 1258-1258.
- [3] 周东梅. 质量管理[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2008, 150-151.
- [4] 中华医学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1998, 29(6): 379-379.
- [5] 黄华, 龙兰兰. 品管圈活动在降低感染科陪护率中的应用[J]. 中国护理管理, 2013, 13(3): 75-76.
- [6] 吴彩虹, 时美芳, 邹卫英, 等. 指导性家庭康复对脑卒中单侧空间忽略患者的影响[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(5): 422-424.
- [7] Menon NA, Korner BN, Ogourtsova T. Occupational therapist's identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada [J]. Stroke, 2007, 38(9): 2556-2562.
- [8] 徐莹, 杜晓霞, 王强, 等. 单侧空间忽略研究进展[J]. 中国医药导报, 2012, 9(36): 38-40.
- [9] 杨薇, 栗滢波, 张文越, 等. 循证护理在改善脑卒中后单侧空间忽略患者中的应用[J]. 中国伤残医学, 2012, 20(5): 103-104.
- [10] 徐平. 品管圈在开胸术后术侧上肢功能康复中的应用[J]. 中国乡村医药杂志, 2013, 20(1): 17-18.

脑瘫患儿智力与粗大运动发育相关性分析

王立革, 孙奇峰, 李雪梅, 郭津, 杨本利, 李晓捷

【摘要】 目的: 探讨脑瘫患儿智力与运动的相关性。方法: 痉挛型双瘫脑瘫患儿 50 例, 选取智商 90~110 分患儿 25 例为 A 组, 智商 50~69 分 25 例为 B 组。2 组均进行常规康复治疗, 采用粗大运动功能评定(GMF-88)评定运动功能。结果: 治疗 2 个月后, 2 组患儿 GMFM-88 之 D、E 区评分均较治疗前明显提高 ($P < 0.05$); 且 A 组更高于 B 组 ($P < 0.05$); A 组总有效率明显高于 B 组 (96.0%, 64.0%, $P < 0.05$)。结论: 脑瘫患儿智力与运动功能之间存在相关性, 经康复治疗, 智力好的患儿比智力差的患儿粗大运动功能改善更为明显。

【关键词】 智力; 脑瘫; 粗大运动

【中图分类号】 R49; R742.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.05.018

脑瘫主要表现为运动障碍及姿势异常^[1]。智力落后是脑瘫患儿常见的并发症, 发生率为 74.5%^[2]。脑瘫患儿的运动发育受多方面因素的影响。智力影响脑瘫患儿的学习能力, 进而会影响脑瘫患儿运动发育^[3]。本文拟观察脑瘫患儿智力状况对其运动功能的影响。

基金项目: 佳木斯大学科学技术项目(L2012-031)

收稿日期: 2014-04-22

作者单位: 佳木斯大学康复医学院, 佳木斯大学附属第三医院, 佳木斯大学儿童神经康复实验室, 黑龙江 佳木斯 154003

作者简介: 王立革(1975-), 女, 副教授、副主任医师, 主要从事小儿脑损伤发病机制及早期防治研究。

通讯作者: 李晓捷, xiaojlms@vip.163.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011年8月1日~2012年10月1日在我院就诊的痉挛型双瘫脑瘫患儿 50 例, 均符合小儿脑瘫的诊断标准^[4]。按照中国比内评定结果分为 2 组各 25 例。①A 组: 智商 90~110 分^[2]; 男 12 例, 女 13 例; 年龄 (5.13±0.26) 岁; 粗大运动功能分级系统 (gross motor function classification system, GMFCS) II 级^[5]。②B 组: 智商 50~69 分; 男 14 例, 女 11 例; 年龄 (4.98±0.73) 岁; GMFCS II 级。2 组患者年龄、