

康复护理吞咽操对脑卒中吞咽障碍康复患者的影响研究[J]. 中国标准化, 2022(14): 234-236.

[12] 臧全雪. 探讨早期标准化康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的运用[J]. 中国标准化, 2022(10): 206-208.

[13] LU Y, CHEN Y, HUANG D, et al. Efficacy of acupuncture for dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis[J]. Ann Palliat Med, 2021, 10(3): 3410-3422.

[14] PATITA M, NUNES G, GRUNHO M, et al. Endoscopic gastrostomy for nutritional support in post-stroke dysphagia[J]. Nutr Hosp, 2021, 38(6): 1126-1131.

[15] 何静, 徐冬梅, 朱菊训, 等. 脑卒中吞咽障碍患者

预防误吸的集束化康复护理[J]. 中国护理管理, 2020, 20(1): 25-26.

[16] 陈晴, 万仁娟, 方全凤, 等. 集束化护理模式在脑卒中后吞咽障碍患者中的效果[J]. 中国医学创新, 2021, 18(28): 106-109.

[17] 黄维, 王移蝶, 黄丽珊. 吞咽-摄食管理联合吞咽操训练对改善脑卒中后吞咽障碍患者功能的影响[J]. 中国医学创新, 2022, 19(10): 114-118.

[18] 相彩霞. 集束化护理在 ICU 重症脑卒中患者护理中的应用价值研究及对生活质量的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37(19): 157-158.

(收稿日期: 2022-12-17 修回日期: 2023-04-18)

• 护理研究 •

品管圈管理对降低肺结核有创机械通气患者肠内营养相关误吸发生率的效果*

玉明柳, 温 玫, 龚贝贝

(南宁市第四人民医院重症医学科/广西艾滋病临床治疗中心, 广西南宁 530023)

[摘要] 目的 探讨品管圈管理对降低肺结核有创机械通气患者肠内营养相关误吸发生率的效果, 规范肠内营养流程, 为患者提供优质的护理服务。方法 选择该院肺结核机械通气患者 315 例及重症监护病房 (ICU) 44 名护士为研究对象, 分析实施品管圈后患者肠内营养时缺失项目占比情况, 并统计实施品管圈管理前后护士对患者进行操作依从行为及患者误吸发生率, 护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况、患者床头抬高达标率。结果 通过品管圈改善后, 肠内营养相关误吸发生缺失项目占比均显著下降, 护士对患者进行操作依从行为均有所提升, 其中监测气囊压力合格率由 75.95% 提升到 85.99%、声门下吸引执行率由 72.78% 提升到 84.08%、肺结核机械通气患者床头抬高达标率由改善前的 80.38% 提升到 89.81%, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。误吸发生率下降至 3.82%, ICU 护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况均显著提高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 品管圈管理显著降低肺结核有创机械通气患者肠内营养相关误吸发生率, 增加护士对患者进行操作依从行为的同时加强护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况。

[关键词] 品管圈管理; 肺结核机械通气; 肠内营养; 误吸

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.17.027

中图分类号: R473.5

文章编号: 1009-5519(2023)17-3010-06

文献标识码: B

肺结核是临床上常见的传染性疾病, 好发于肺组织、气管、支气管及胸部^[1]。肺结核临床表现为频繁地咳嗽、咳痰、胸闷、夜间盗汗等症状, 严重影响患者身心健康及生命安全。机械通气是治疗肺结核的有效方式之一, 但由于肺结核病情危重, 预后较差, 且机械通气具有创伤性, 极易引发各种不良反应^[2-3], 降低机体营养状态。肠内营养是早期应用于危重症患者中一项不可或缺的至关重要的措施, 特别是需要进行机械通气的危重、病情紧急且机体处于应激状态下的患者, 其机体出现代谢异常, 则会造成体内电解质、酸

碱度失衡、营养物质代谢系统异常等^[4-5]。对肺结核机械通气患者实施肠内营养利于维持患者机体营养均衡, 补充微量元素, 提高免疫力及抵抗力, 利于维持机体重要组织器官正常运转, 提高临床治疗成功率。但是对于接受有创机械通气治疗的肺结核患者而言, 实施肠内营养容易引发各种并发症, 尤其是误吸^[6-7]。误吸是指进食或非进食时, 在吞咽过程中有数量不等的液体或固体的食物、分泌物、血液等进入声门以下呼吸道的过程^[8]。因此, 如何通过系统的护理干预降低患者误吸发生率是临床医护人员亟须解决的问题。

* 基金项目: 广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z20200268)。

本研究选择本院肺结核机械通气患者 315 例及重症监护病房(ICU)44 名护士为研究对象,探讨品管圈管理对降低肺结核机械通气患者肠内营养相关误吸发生率的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选择 2021 年 11 月至 2022 年 8 月本院肺结核机械通气患者 315 例及 ICU 44 名护士为研究对象,其中 2021 年 11 月至 2022 年 3 月收治的 158 例为对照组,其中男 95 例,女 63 例;年龄 50~80 岁,平均(64.64±3.45)岁;机械通气时间(15.70±3.85)d。2022 年 4—8 月收治的 157 例为观察组,其中男 97 例,女 60 例;年龄 48~80 岁,平均(64.02±3.59)岁;机械通气时间(15.32±3.54)d。ICU 护士年龄 24~40 岁,平均(32.02±0.13)岁。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),方案应用前后,参与研究的护士为同一批人员,具有可比性。患者及家属均知晓本次研究,且签署知情同意书。

1.1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合肺结核诊断标准;(2)年龄大于或等于 18 岁的 ICU 机械通气患者;(3)开始实施肠内营养时,均采用经鼻管喂养;(4)入住 ICU 时间 24~48 h 进行鼻饲肠内营养患者。排除标准:(1)终末期患者;(2)极重症颅脑损伤;(3)ICU 入住时间小于 24 h。

1.2 方法 对照组给予常规工作模式进行程序化治疗与护理,观察组在此基础上开展品管圈活动进行误吸预防。

1.2.1 成立品管圈小组 科室成员以自发自愿形式组成品管圈小组,品管圈小组由 1 名医师,9 名护理人员组成,小组取名“爱惜佑圈”,护士长担任圈长。

1.2.2 主题选定 召开全员会议,通过头脑风暴明确展开主题,根据研究的可控性、干预性、客观性、可行性、实用性、安全性等确定此次品管圈的主题为“降低肺结核机械通气患者肠内营养相关误吸发生率”。为了更好地规范在机械通气同时给予肠内营养期间误吸的管理和预防,小组成员以循证护理学为理论基础,结合国内外文献,设计并使用了 ICU 机械通气肠内营养患者误吸查检单(简称 ICU 误吸查检单)。通过 ICU 误吸查检单,观察并记录影响肺结核重症患者肠内营养误吸的因素及原因。

1.2.3 活动计划拟定 本次品管圈活动为期 10 个

月,从 2021 年 11 月至 2022 年 8 月。每 2 周组织圈会 1 次,按品管圈十大步骤的时间顺序在圈会上讨论决定活动计划。

1.2.4 现况把握 圈员绘制肠内营养喂养流程图,查找原因/制定护理计划/医护配合/采取治疗措施是本次品管圈活动的改善重点。通过 ICU 误吸查检单,观察并记录影响肺结核重症患者肠内营养误吸的因素及原因,2021 年 11 月 1 日至 2022 年 3 月 31 日肠内营养相关误吸查检表(表 1)数据表明,体位不当、气道管理不佳、喂养方法不正确占 82.05%,依 80/20 原则,将此三大情况列为本圈改善的重点。

表 1 肠内营养相关误吸查检表

缺失项目	频次(n)	百分比(%)	累计百分比(%)
体位不当	13	33.33	33.33
气道管理不佳	12	30.77	64.10
喂养方法不正确	7	17.95	82.05
镇静镇痛管理不佳	3	7.69	89.74
养管位置不当	2	5.13	94.87
口腔护理不到位	1	2.56	97.44
肠内营养泵不足	1	2.56	100.00

1.2.5 目标设定 根据圈员投票确定“爱惜佑圈”的圈能力为 60%,目标值=现况值-改善值=现况值-(现况值×圈能力×改善重点)=24.68%-(24.68%×60%×82%)=12.54%。

1.2.6 寻找真因 针对改善重点,通过运用头脑风暴法,绘制鱼骨图确定出影响肺结核机械通气患者肠内营养相关误吸发生率的 14 大主要因素:床头抬高不到位;测量工具不实用不能准确量出角度;护理操作不规范;气管导管选择不当;气囊压力不足;未进行声门下吸引;气道管理标准化作业流程(SOP)不符合临床实际需求;喂养流程不规范;评估工具使用不规范;缺乏肠内营养知识;缺乏个体化喂养方案;胃残余量(GRV)及腹内压监测不准确;未进行幽门后喂养;营养液的灌注速度过快、温度过冷和入量过多。

1.2.7 对策拟定及实施 针对根本原因采取对策,更好地预防因同种原因导致的肠内营养误吸现象再次发生。圈员采用循证法和头脑风暴法针对根本原因制定了详细的对策,见表 2。

表 2 相关对策

问题	真因	对策
体位不当	床头抬高不到位	肠内营养时维持床头抬高 30°~45°以上体位 30~60 min,防止因体位过低食物逆流发生误吸。如果必须放低床头,应停止喂养 30~60 min
	测量工具不实用,不能准确量出角度	使用多功能床,床头可摇起或用枕头等垫高,标记床头抬高 30°的位置,把床头抬高 30°~45°

续表 2 相关对策

问题	真因	对策
气道管理不佳	护理操作不规范	翻身、拍背及体位排痰应在肠内营养前进行,以免因体位改变、吸痰及其他刺激引起反流及呕吐造成误吸 在进行胸肺物理治疗或床上擦浴、转运等需要变换体位时,应暂停肠内营养输注
	气管导管选择不当	建立人工气道时,采用锥形或圆锥形气管导管来预防微误吸
	气囊压力不足	气管插管的囊内压维持在 25~30 cm H ₂ O 采用自动充气泵维持气囊压 每隔 6~8 h 重新手动测量气囊压,每次测量时充气压力宜高于理想值 2 cm H ₂ O,并及时清理测压管内的积水
	未进行声门下吸引	气管插管的患者常规执行声门下分泌物引流技术
	气道管理 SOP 不符合临床实际需求	制定规范的符合临床实际需要的气道管理 SOP 制定肠内营养误吸应急预案 规范肠内营养患者交班制度
	评估工具使用不规范	早期评估与识别肠内营养支持患者的误吸风险 组织全员学习,促其掌握评估工具使用方法 专家授课,制定学习计划考核
	缺乏肠内营养知识	成立肠内营养小组,制定专科管理制度 制定管饲护士手册、营养制剂管理规范等 专家授课,组织全员学习 外出学习,培训肠内营养操作流程
	缺乏个体化喂养方案	对高误吸风险患者,使用胃肠动力药或者止吐药或者抗反流药物,患者实行早期活动,促进胃肠蠕动 合理选择肠内营养制剂 实施目标导向型镇静 制定喂养流程及不耐受处理流程
	GRV 及腹内压监测不准确	对于存在腹内压增高的患者,每 4 小时监测膀胱内压 每 4 小时监测 GRV
	未进行幽门后喂养 营养液的灌注速度和入量(过冷、过快、过多)	对喂养不耐受或高误吸风险患者,采用幽门后鼻肠管喂养 通过调节肠内营养输注速度,开始输注速度 20~40 mL/h,每日增加 20 mL,直至 70~80 mL/h。控制输注营养液量,输注液温度 38~40 °C ^[9]

注:1 cm H₂O=0.098 kPa。

1.2.8 观察指标

1.2.8.1 实施过程评价指标 护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况:设计《肠内营养相关误吸知识的调查问卷》,采用该问卷对 ICU 护士进行基线调查,内容主要包括评估与识别、体位管理、气道管理、营养支持、镇静管理、口腔管理、药物预防等。肺结核机械通气患者床头抬高达标率、护士对患者进行气囊压力监测和声门下吸引操作依从行为。

1.2.8.2 实施结果评价指标 肠内营养相关误吸发生率,即同期实际发生误吸的人数占统计周期内经评估筛选为高风险总人数的百分率^[10]。计算公式:误吸发生率(%)=同期实际发生误吸的人数/统计周期内经评估筛选为高风险总人数×100%。误吸的诊断标准^[11]:发现胃管内逆流出营养液、口中出现营养液或

支气管分泌物中出现营养液。

1.3 统计学处理 采用 SPSS25.0 软件进行数据处理,计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 品管圈改善后肠内营养相关误吸发生缺失项目占比情况 根据 2022 年 4 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日查检表数据表明,通过品管圈改善后,肠内营养相关误吸发生缺失项目占比均显著下降,见表 3。

2.2 2 组护士对患者操作依从行为比较 观察组气囊压力合格率 85.99%(135/157)、声门下吸引执行率 84.08%(132/157)、床头抬高达标率 89.81%(141/157),均高于对照组 75.95%(120/158)、72.78%

(115/158)、80.38%(127/158), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.3 2 组患者误吸发生率比较 观察组患者误吸发生率 [3.82%(6/157)] 低于对照组 [24.68%(39/158)], 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 29.110, P = 0.009$)。

2.4 实施品管圈管理前后 ICU 护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况比较 实施品管圈管理后 ICU 护士对于 7 大方面肠内营养相关误吸知识的知晓情况均显著提高, 见表 5。

表 3 品管圈改善后肠内营养相关误吸发生缺失项目占比情况

缺失项目	频次(n)	百分比(%)	累计百分比(%)
体位不当	2	33.33	33.33
气道管理不佳	2	33.33	66.67
喂养方法不正确	1	16.67	83.33
镇静镇痛管理不佳	1	16.67	100.00
养管位置不当	0	0	100.00
口腔护理不到位	0	0	100.00
肠内营养泵不足	0	0	100.00

表 4 2 组护士对患者操作依从行为比较[n(%)]

组别	n	气囊压力		声门下吸引		床头抬高	
		合格	不合格	执行	未执行	达标	不达标
观察组	157	135(85.99)	22(14.01)	132(84.08)	25(15.92)	141(89.81)	16(10.19)
对照组	158	120(75.95)	38(24.05)	115(72.78)	43(27.22)	127(80.38)	31(19.62)
χ^2	—	5.146		5.932		5.515	
P	—	0.023		0.015		0.019	

注:—表示无此项。

表 5 实施品管圈管理前后 ICU 护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况比较[n(%)]

时间	n	评估与识别	体位管理	气道管理	营养支持	镇静管理	口腔管理	药物预防
实施前	44	12(27.27)	25(56.82)	24(54.55)	20(45.45)	22(50.00)	29(65.91)	11(25.00)
实施后	44	38(86.36)	39(88.64)	38(86.36)	36(81.82)	35(79.55)	40(90.91)	38(86.36)
χ^2	—	12.932	10.233	18.231	11.242	9.242	8.130	16.139
P	—	0.001	0.021	0.001	0.018	0.014	0.016	0.001

注:—表示无此项。

3 讨 论

发生误吸的影响原因是错综复杂, 每一个原因都有可能致误吸的发生或增加误吸发生的概率。通过查阅国内外文献, 制作了肺结核机械通气患者误吸风险评估及护理流程, 明确了职责, 流程合理, 确保护士对肺结核机械通气患者误吸预防措施的有效落实。同时通过 ICU 误吸查检单的使用, 使得管床护士能够按照表格内容来执行此类误吸高风险患者的预防措施。督导护士的质控检查及由于长时间使用查检单而形成的思维定式, 使得护理人员对于预防误吸的意识不断增强, 预防误吸的依从性不断提高。重点关注的是实施肠内营养过程环节及人工气道管理环节, 包括人工气道患者气囊内压力是否维持正常水平、是否对患者进行声门下分泌物吸引、机械通气肠内营养期间床头高度、GRV 监测等。通过表 1 和表 3 对比, 肠内营养相关误吸发生缺失项目占比均显著下降。由表 4 可知, 在使用查检单以后, 护士在声门下分泌物吸引、气囊压力达标率、床头抬高等操作的依从性、准确性方面均显著提高, 该结果也证实品管圈使用误吸查检单可以提醒护士按照流程去落实预防误吸发生的各项措施。

在误吸预防和管理方面, 包括了体位管理(床头抬高 $30^\circ \sim 45^\circ$)、气囊压力的有效维持、声门下分泌物吸引、镇静水平、肌松药物使用管理、促胃动力药物应用^[12]、对于存在腹内压增高的患者每 4 小时监测膀胱内压^[13]、每 4 小时监测 GRV、对喂养不耐受或高误吸风险患者, 采样幽门后鼻肠管喂养、通过调节肠内营养输注速度及营养液量等集束化管理方法。气囊压力的有效维持能够有效阻止分泌物的渗漏, 降低患者发生误吸的风险。在体位管理和声门下分泌物吸引方面, 该查检单对每班责任护士进行核查, 以确保患者无特殊禁忌的情况下, 常规执行该两项操作; 在镇静水平和肌松药物使用管理方面, 要求护士尽可能最低限度地调节镇静剂和肌松药泵入速度; 在 GRV 监测方面, 要求护士动态评估患者的 GRV, 根据监测结果, 调整 ICU 患者肠内营养的喂养方案, 从而避免因 GRV 过多导致的恶心、呕吐, 进而将肠内营养制剂吸入气道。对于误吸风险高的患者, 使用幽门后营养通路鼻空肠管进行喂养, 可以有效预防误吸的发生^[14]。同时患者进行肺康复联合早期活动, 可以促进患者胃肠蠕动, 减少胃潴留发生从而降低误吸发生率。肠内营养乳开始输注速度 $20 \sim 40 \text{ mL/h}$, 每日增加 20

mL,直至输注速度至 70~80 mL/h。极度营养不良者为有效保护肠功能,控制首次喂养量,保持最低水平管饲度,10 mL/h [$<41.8 \text{ kJ}/(\text{kg} \cdot \text{d})$];若患者处于急性应激期,采取允许性低热卡,控制喂养量,以有效避免喂养并发症,20~25 mL/h [$83.7 \sim 104.6 \text{ kJ}/(\text{kg} \cdot \text{d})$];以重症患者的代谢功能和对营养利用情况为前提,待应激状态稳定后,需对患者能量摄入量作适当调整,30 mL/h [$125.5 \text{ kJ}/(\text{kg} \cdot \text{d})$]^[15]。采取低流速、匀速喂养方式进行鼻饲可有效降低误吸风险。通过对以上护理操作环节进行查检,共同预防误吸的发生。本研究显示,在使用品管圈管理后,误吸发生率从 24.68% 降至 3.82%,差异有统计学意义($P < 0.05$),该结果与邵小平等^[6]的研究结果一致。该模式制定了制度更加完善、周密,且优化操作流程,对肺结核有创机械通气患者实施评估和预测误吸程度,并且予以相对应的解决措施,可在一定程度保障避免或是减少误吸发生。

本研究中,实施品管圈管理后 ICU 护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况均显著提高,规范护士护理行为。有研究表明,护士进行操作后常常忘记予患者进行半卧位,科室成立肠内营养小组,制定专科管理制度,同时对护士不规范行为进行实时监督及提醒,提高半卧位执行力^[16]。定期组织相关人员参与培训,高薪聘请相关专家予以授课等,可有效进一步提高及巩固护理人员对相关知识和操作技巧的掌握程度,利于提高护理人员的工作责任心及职业素养,规范护理人员各项操作水平及操作技巧。另外,在肠内营养误吸管理中,镇静镇痛策略护士关注度较低,一味遵医嘱调整药物,始终达不到最佳镇静镇痛目标^[17];实施品管圈管理后,以循证护理学为理论基础,护士对镇静镇痛深度进行评估并实施每日唤醒策略,极大地配合了医生进行临床诊疗。当护士掌握肠内营养相关误吸的最佳证据时,便会高度关注高危患者^[18],并对其进行早期干预。

综上所述,品管圈管理对降低肺结核机械通气患者肠内营养相关误吸发生率具有显著效果,增加护士对患者进行操作依从行为的同时加强护士对于肠内营养相关误吸知识的知晓情况,提升床头抬高达标率,值得推广。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 中华人民共和国卫生行业标准-肺结核诊断, WS 288-2017 [S/OL]. 2017-11-09 [2023-01-03]. <https://guide.medlive.cn/guideline/14591>, 2017.
- [2] 米元元,明耀辉,朱丽群,等. 基于循证构建 ICU 机械通气肠内营养患者误吸查检单及应用效果评价[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(11): 988-993.
- [3] 邵琼洁,谷仲平,张秋爽,等. 降低重型胸部损伤患者肠内营养喂养不耐受发生率[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(8): 95-99.
- [4] 吴苏华,张宗满,梁国源,等. 基于重症喂养流程的早期肠内营养治疗接受机械通气的慢性阻塞性肺疾病急性加重合并呼吸衰竭患者的效果研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2022, 30(3): 53-59.
- [5] YAO C, WU S, KONG J, et al. Angiogenesis in hepatocellular carcinoma: Mechanisms and anti-angiogenic therapies[J]. 癌症生物学与医学(英文版), 2023, 20(1): 25-43.
- [6] 邵小平,唐雯琦,胡三莲. 集束化方案对降低危重症患者肠内营养相关误吸的效果研究[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(5): 5-8.
- [7] 段敏,王雪莲,朱敏. 机械通气患者早期肠内营养喂养不耐受现状及其影响因素分析[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(4): 449-453.
- [8] PALESE A, LESA L, STROPPOLO G, et al. Factors precipitating the risk of aspiration in hospitalized patients: findings from a multicentre critical incident technique study[J]. Int J Qual Health Care, 2017, 29(2): 194-199.
- [9] 米元元,黄海燕,尚游,等. 中国危重症患者肠内营养治疗常见并发症预防管理专家共识(2021 版)[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33(8): 903-918.
- [10] 吴丽丽,黄丽华. 基于德尔菲法构建急性脑卒中护理质量指标的研究[J]. 护理与康复, 2017, 16(9): 919-923.
- [11] 于文琦,魏琳,张广清. 脑卒中护理敏感性质量指标评价体系的构建[J]. 重庆医学, 2017, 46(12): 1720-1723.
- [12] 陈梅,汪芬华. 标准化处理流程在 ICU 肠内营养胃潴留患者中的应用研究[J]. 护理管理杂志, 2021, 21(2): 105-108.
- [13] 叶向红,许冰茹,王慧君,等. 重症病人早期肠内营养误吸风险评估表的构建[J]. 肠外与肠内营养, 2019, 26(6): 346-350.
- [14] 任晋瑞,甄自刚,任少华,等. 鼻肠管联合鼻胃管的肠内营养方式治疗重型颅脑损伤患者的疗效分析[J]. 中华神经外科杂志, 2018, 34(11): 1143-1147.
- [15] 吴白女,潘慧斌,黄培培,等. 肠内营养并发胃潴留规范化处理流程对危重症患者喂养达标率的影响[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(12): 1458-1462.
- [16] 李娟,付鸿雁,邹方强. 急诊重症机械通气患者

发生呼吸机相关性肺炎的危险因素及预防措施[J]. 吉林医学, 2022, 43(12): 3427-3429.

[17] 杜厚倩. 以护士为主导的早期目标导向型镇静策略在 ICU 机械通气肿瘤患者中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2022, 29(4): 84-87.

[18] 谭庙琴, 梁丽, 罗冬华, 等. ICU 护士对误吸的认知现状调查研究[J]. 护理研究, 2017, 31(13): 1617-1620.

(收稿日期: 2023-03-16 修回日期: 2023-06-22)

• 护理研究 •

自制带警示标识的偏瘫病员服在脑卒中患者护理中的应用*

罗 莉, 谭小燕, 王晓丽, 王志娟, 龚 涛, 黎 康[△]

(重庆市黔江中心医院, 重庆 409000)

[摘要] 目的 对自制带警示标识的偏瘫病员服(申请国家专利)在脑卒中患者护理中的应用进行研究。方法 选取 2022 年 9 月至 2023 年 2 月该院收治的脑卒中偏瘫患者 120 例, 应用数字排列表法将其分为 2 组, 各 60 例。对照组给予无警示标识的普通病员服, 观察组给予自制带警示标识的偏瘫病员服, 收集对比 2 组患肢误操作率、识别偏瘫肢体时间、良肢位摆放依从率和正确率。结果 观察组患肢误操作率(8.33%)明显低于对照组(39.76%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组识别偏瘫肢体时间 $[(1.04 \pm 0.18)s]$ 短于对照组 $[(6.17 \pm 0.27)s]$, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者良肢位摆放依从率(92.86%)、正确率(94.44%)高于对照组(78.41%、90.18%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 自制带警示标识的偏瘫病员服对医护患均做出标识提示及警示, 降低患肢误操作率, 缩短偏瘫患肢识别时间, 有效地提高了良肢位摆放依从率和正确率, 提高诊疗效率及护理安全管理, 促进患者康复。

[关键词] 警示标识; 病员服; 偏瘫; 脑卒中; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.17.028

中图分类号: R743.3

文章编号: 1009-5519(2023)17-3015-03

文献标识码: B

脑卒中又称脑血管意外, 是一种常见的急性脑血管疾病^[1]。脑卒中在全球人类死亡原因中居第 2, 在我国居首位, 具有发病率高、病死率高、致残率高和复发率高的特点^[2-3]。另有报道显示, 我国脑卒中发病后偏瘫发生率约为 48%^[4], 导致患者自我护理能力下降, 而患者的康复情况及愈后直接影响其自身和整个家庭的生活质量。因此, 早期予以患者肢体功能干预、及时对患者的肢体功能进行康复, 对减少痉挛的发生、改善其运动功能具有积极意义^[5]。目前, 临床中偏瘫患者与普通患者的病员服一样, 患侧肢体没有醒目的警示标识, 导致识别时间长, 且常常容易在患肢进行误操作, 翻身时容易使患肢受压, 护理人员对患者的良肢位摆放的依从性和正确性不高。据文献报道有粘贴良肢位摆放的宣传图画、人型体位摆放标识卡、枕套手掌型等标识^[6-7], 但现有标识不能随患者移动而移动, 如患者外出检查时就不能及时警示; 且暂无文献报道有直接对患者偏瘫侧肢体进行的警示标识。本研究通过设计制作带警示标识的偏瘫病员服(申请国家专利)应用于脑卒中患者护理中, 对偏瘫患者患肢进行标识, 提示及警示范围扩大到所有人

员, 缩短识别时间、降低患肢误操作率、提高良肢位摆放依从率和正确率^[5, 8-9], 提高诊疗效率及护理安全管理。收到很好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 9 月至 2023 年 2 月本院神经内科、神经外科、康复科、重症医学科收治的脑卒中偏瘫患者 120 例。纳入标准: (1) 符合脑血管疾病诊断标准; (2) 存在肢体功能障碍; (3) 患者及家属对本次研究知情同意, 同意参加研究。排除标准: (1) 精神病患者; (2) 机体其他器官功能严重异常者; (3) 依从性差的患者; (4) 中途放弃治疗或不配合研究者。其中脑梗死 68 例(3 例大面积脑梗死), 脑出血 52 例; 男 85 例, 女 35 例; 年龄 32~89 岁。应用数字排列表法将患者分为 2 组, 各 60 例。观察组中男 43 例, 女 17 例, 平均年龄 (61.38 ± 15.20) 岁; 对照组中男 42 例, 女 18 例, 平均年龄 (62.13 ± 14.30) 岁。2 组患者性别、年龄比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究已通过重庆市黔江中心医院伦理委员会审批。

1.2 方法

* 基金项目: 重庆市黔江区科技计划项目(黔科计 2022028)。

[△] 通信作者, E-mail: 355858456@qq.com。