

被过多、过厚,出汗较多,就会导致婴幼儿在睡眠中惊醒、频繁哭吵,同时会引发上感、哮喘、肺炎等多种疾病。作者自行研制婴幼儿冷、热声响提示器,在过冷、热的情况下,均能发出报警提示声响,及时唤醒家长,从而达到减少婴幼儿发病的概率。在未使用前就诊人均均为 1.7 次,使用后就诊人均均为 0.4 次,证实了提示器对婴幼儿加减衣、被具有临床指导作用,达到了有效减少婴幼儿患病概率的目的。婴幼儿冷热声响提示器同时还具备其他功能:(1)洗澡时测水温,以免小孩烫伤或受凉;(2)小孩生病测体温,测温快速;(3)挂在墙上作室内温度计,准确而醒目;(4)重危昏迷患者均可以使用<sup>[5]</sup>。

由于数据采集是在重庆地区,建议在不同地区、不同季节使用时可根据当地气温作小范围上、下限调节。

#### 参考文献:

- [1] 陈伟民,马鸣锦,杜威,等. 介绍一种多功能护士提示器  
• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.19.058

[J]. 中华护理杂志,2003,38(1):41.

- [2] 伊金英. 尿湿提示器的制作与应用[J]. 天津护理,2012,20(4):112.  
[3] 胡玉珍. 智能语音提示器系统设计[J]. 应用能源技术,2012(12):34-38.  
[4] 梁超. 婴幼儿尿湿报警器的设计和制作[J]. 焦作大学学报,2011(1):94-107.  
[5] 江豪,王威,刘永平. 多功能护理床的研究与开发[J]. 微计算机信息,2006,22(7):117-119.

(收稿日期:2014-02-04 修回日期:2014-03-07)

## 品管圈在老年住院患者口服给药问题中的实践与效果分析

刘欢,邓霞,秦燕,吴咏梅,夏莘,曾颖<sup>△</sup>

(重庆市第三人民医院老年病科 400014)

中图分类号:R248.1

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)19-2538-03

按世界卫生组织(WHO)界定,发展中国家年满 60 岁即为老年人。老年患者普遍存在一人多病的现象,需长期服药,且用药的种类多。口服药物由于给药途径方便、安全,是治疗老年患者慢性疾病的主要给药方法。由于老年人认知功能明显减退,常出现漏服、误服药物的现象,以致影响治疗的效果及增加用药风险<sup>[1]</sup>。患者安全是近年来全球最为关注的公共卫生问题,而给药差错是影响患者安全最突出的问题之一<sup>[2]</sup>。给药差错是指患者实际接收的药物与医嘱之间存在差异,包括给患者提供错误的药物、错误的剂型、错误的剂量和错误的给药时间等,是可以避免的事件<sup>[3]</sup>。WHO 公布全球 1/3 死亡病例的死因不是疾病本身,而是不合理的用药,其中给药差错约占医疗差错的 20%<sup>[4]</sup>。它不仅给患者造成严重的后果,也导致医疗费用支出增加<sup>[5]</sup>。近几年来,医保、新农合的报销比例增加,人们的健康意识逐步提高,人口老龄化、多病长期生存等因素,使我国住院老年患者口服药物的种类和数量都有显著的增长,给临床安全用药提出了挑战<sup>[6]</sup>。

品管圈(QCC)系由工作在同一现场的人员组成的品管小组,自觉进行品质管理,在自我启发和相互启发的原则下,灵活运用各种统计方法,以全员参与的方式不断进行完善及改进自己实际工作的活动<sup>[7]</sup>。它是一种运用群体智慧、团队精神、集体力量的改进程序<sup>[8]</sup>。本科于 2013 年 3~8 月以“减少老年住院患者口服给药问题”为主题开展了 QCC 活动,在全科护士齐心协力下,取得显著效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取开展 QCC 活动前 6 个月(2012 年 9 月至 2013 年 2 月)入住本科 60 岁以上患者 1 115 例为对照组,开展 QCC 活动期间入住本科 60 岁以上患者 1 143 例为观察组。

两组在性别、年龄、文化程度比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),资料来源于本科 2012 年 9 月至 2013 年 8 月《护理不良事件报告登记本》,比较 QCC 活动前后口服给药差错的发生率。

### 1.2 方法

**1.2.1 QCC 组建** 近年来国内不断有医院引入全面质量管理和 QCC 活动,尤其是护理部门开展此项活动较多且效果好<sup>[9]</sup>。2013 年 3 月本科采取自愿报名的方式,选举产生了 1 名圈长(由本科护理安全质控组组长担任),1 名辅导员(由护士长担任),6 名圈员,并讨论制定了相应的职责。由于是首次成立 QCC,本科组织了形式多样的 QCC 知识的学习与培训,来提高圈员的实际应用能力。

**1.2.2 主题选定与计划拟定** 针对本科目前存在并需要解决的问题进行分析讨论,提出了 5 个候选主题,将所收集到的主题由全体成员进行评分,从上级政策(没听说过、偶尔告知、常常提醒),可行性(不可行、较可行、可行),迫切性(半年后再说、下次解决、尽快解决)及圈能力(需要多部门配合、需要一个部门配合、自行能解决)4 个方面分别按 1、3、5 分进行评分,5 分最高,1 分最低,最高分数者确定为本期 QCC 的主题,最后选定“降低老年患者口服给药差错的发生率”为本期主题。本科以周为单位,按时间顺序用“甘特图”绘制活动计划书,并详细拟定了各个步骤所需的时间、活动日程与相应工作安排,并对活动进度及时监控与反馈,由圈长控管活动进度。

**1.2.3 现状把握** 2012 年 9 月至 2013 年 2 月本科发生的老年患者口服给药差错共 22 例。发生的原因包括:患者身份识别错误 9 例(40%),药品管理不规范 6 例(27%),未严格执行查对制度 3 例(14%),漏服 2 例(9%),未及时执行医嘱 1 例

(5%)，护士责任心不强 1 例(5%)。将以上数据绘制柏拉图，根据帕累托 80/20 法则(即在任何特定群体中，重要的因子通常只占少数，而不重要的因子则占多数，因此只要能控制具有重要性的少数因子即能控制全局)<sup>[10]</sup>，将患者身份识别错误、药品管理不规范及未严格执行查对制度作为本期 QCC 重点改善的项目。

**1.2.4 目标确定** 老年患者口服给药差错发生率=口服给药差错发生例数(22 例)÷该期住院老年患者总例数(1 115 例)=2%；根据目标值设定公式<sup>[11]</sup>，目标值=现况值-改善值=现况值-(现况值×改善重点×圈能力)=2%-2%×81.8%×50%=1.2%；根据计算结果，通过 QCC 活动，本科老年患者口服给药差错的发生率应由原来的 2%降至 1.2%。

**1.2.5 解析给药错误原因** 发现导致差错的主要问题后，通过细化工作环节中可能存在的问题，查找导致给药错误的主要原因。患者身份识别错误方面主要是未询问患者名字和看腕带，早上忙且同时发几个患者的药及发药时有外界干扰等原因；没有严格执行查对制度方面主要为年轻护士缺乏风险意识及老年患者口服药种类多，护士工作忙、赶时间等原因；药品管理不规范方面为老年患者口服药过多，老年患者入院时对自带药未重视及护士未认识到某些口服药的特殊性、危害性。

**1.2.6 制定方案** 根据分析得出的主要原因，全体圈员多次讨论，对身份识别错误、未严格执行查对制度及药品管理不规范 3 个要因分别提出了 3 个真因及相应的解决方案；从可行性、效果性、自主性等指标对每项对策进行了评价。评价方式：优 5 分，可 3 分，差 1 分，共 8 人参加评分，总分 108 分，以上判定为实行对策。通过计算总分共入选严格执行查对制度、加强年轻护士的培训及严格执行药品管理制度 3 项为实施对策。

**1.2.7 实施措施** 对策一：严格执行查对制度，其问题点为患者口服药多，中夜班人少导致护士给药时未询问患者名字和看腕带；所以首先分析查对制度未落实的原因，其次，将口服给药落实到各班职责中，落实查对制度；做到发药到手，服药到口，

服后再走。对策二：加强年轻护士培训，对全科低年资护士进行安全风险意识的培训，组织操作能手演示口服给药的发药流程。对策三：严格执行药品管理制度，其问题点是老年患者长期住院，口服药种类多且过于自信，倔强；实施对策为与医生沟通尽量减少患者药物的种类，并做好患者及家属的宣教，将药物交由护士发放。确认为有效的对策，本科对其进行了标准化，建立了“口服给药流程”。见图 1。

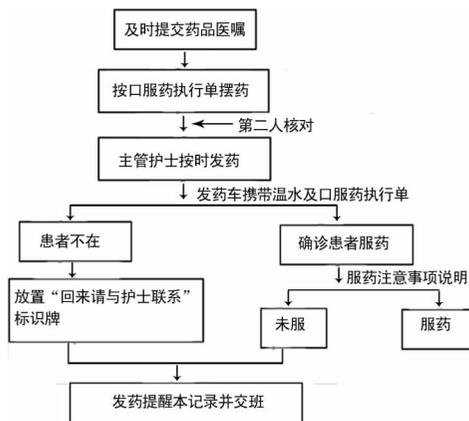


图 1 老年科口服给药流程图

**1.3 效果确认** 采用有形成果对活动前后数据进行对比；采用无形成果对圈员活动前后自身能力增长进行对比。

**2 结 果**

**2.1 有形成果** 对活动前后的数据进行对比，老年患者口服给药差错发生率由之前的 2%下降至 0.3%。见表 1。

**2.2 无形成果** 无形成果包括 QCC 手法的应用、沟通协调能力、脑力激荡、团队精神、发掘问题等方面。全体圈员共 8 人，分别就各评分项目之标准自我评价，每项每人评分标准最高 10 分、最低 1 分。活动后以上方面都有不同程度的正向增长，取得了显著的效果。见表 2。

表 1 QCC 活动前后给药差错发生率比较(n)

差错发生时间	n	身份识别错误	药物管理不规范	未严格执行查对制度	漏服	医嘱执行不及时	护士责任心不强	差错发生率(%)
2012 年 9 至 2013 年 2 月	1 115	9	6	3	2	1	1	2.0
2013 年 3~8 月	1 143	1	2	1	0	0	0	0.3

表 2 开展 QCC 后无形成果评分表(分)

评分项目	活动前		活动后		活动成长
	总分	平均	总分	平均	
QCC 手法	14	1.75	58	7.38	5.63
沟通协调	24	3.00	65	8.13	5.13
脑力激荡	11	1.40	66	8.25	6.85
团队精神	28	3.50	69	8.63	5.13
掘问题	23	2.88	66	8.25	5.37

**3 讨 论**

近年来，QCC 活动在日本、中国台湾等地医院广泛开展，

在医疗服务质量的提升上，尤其是现场管理方面取得了较好的效果。

通过在老年病科推行 QCC 活动以减少老年住院患者口服给药差错的发生，对于医院而言，其实施减少了医疗差错，从而降低了医疗风险及纠纷的发生，提高医院的信誉，促进医院进一步规范发展；对于患者而言，降低了口服给药存在的隐患，避免差错给患者造成伤害，达到有效的治疗效果，患者得到优质的服务后满意度随之提高；对于团队而言，QCC 能够促进分工协作，凝聚员工智慧，营造和谐的工作环境；对于个人而言，此次活动提供了一个展示自我能力的平台，充分发掘自身潜力、实现个人价值。

本研究发实行 QCC 活动后本科老年患者口服给药差错发生率明显下降，全体圈员在应用、沟通协调能力、脑力激荡、

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<sup>△</sup>

(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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。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<sup>[3]</sup>。

**1.2.2 肢体功能锻炼** (1)保持肢体良肢位:下肢屈腿屈膝,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<sup>[4]</sup>。(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。