

老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手规范执行率的持续质量改进

钱海兰, 朱小玲, 张小培, 陈美华, 黄慧慧

Quality improvement of implementation rate of standard Bobath handshake in elderly stroke patients with hemiplegia Qian Hailan,

Zhu Xiaoling, Zhang Xiaopei, Chen Meihua, Huang Huihui

摘要:目的 探讨提高老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手规范执行率的持续护理质量改进方法及效果。方法 对 40 例老年卒中偏瘫患者(改进后组)运用护理质量管理工具实施持续质量改进,并与采用常规护理的 40 例老年卒中偏瘫患者(改进前组)进行 Bobath 握手规范执行率比较。结果 改进后组患者 Bobath 握手规范执行率显著高于改进前组($P < 0.01$)。结论 实施护理质量持续改进,可有效提高老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手规范执行率,促进患者康复。

关键词:老年人; 卒中; 脑卒中; 偏瘫; 肢体功能障碍; 康复护理; 质量管理

中图分类号: R473.74; R493 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.08.087

卒中具有高患病率、高致残率、高病死率的特点,以老年人多发,我国居民卒中平均发病年龄男性为 65.5 岁、女性为 67.6 岁^[1]。约 85% 的卒中幸存者在患病后出现不同程度的上肢功能障碍,严重降低了患者的日常生活能力和生活质量^[2]。文献报道,Bobath 握手技术应用于卒中患者的上肢功能康复训练,可有效改善患者的上肢功能及协调能力^[3]。但老年卒中患者因生理功能老化、认知功能衰退、沟通能力差、缺乏康复信心等因素,导致康复锻炼依从率低^[4-5]。为提高老年卒中患者康复功能锻炼的规范执行率,我科 2018 年对 40 例老年卒中偏瘫患者进行提高 Bobath 握手规范执行率的持续质量改进,取得良好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3~12 月在我科住院的 80 例老年卒中偏瘫患者为研究对象。纳入标准:①符合 1995 年中华神经科学会制定的卒中诊断标准^[6];②初发卒中;③由卒中引起的肢体偏瘫且患侧肩臂 Brunnstrom 分期^[7]≥3 期,改良 Ashworth 肌痉挛评定^[8]≤3 级;④神志清楚,生命体征平稳、神经系统专科症状和体征不再进展 24 h 以上;⑤自愿参加本研究并签署同意书。排除标准:①认知功能障碍或精神异常;②上肢残疾或关节手术史或服用肌肉松弛剂;③预期寿命<6 个月。将 2018 年 3~7 月住院的 40 例患者作为改进前组,将 2018 年 8~12 月 40 例作为改进后组。两组患者一般资料比较,见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)				GCS 评分 ($\bar{x} \pm s$)	诊断(例)		偏瘫侧上肢肌力分级(例)		
		男	女		小学及以下	初中	高中或中专	本科		脑出血	脑梗死	1 级	2 级	3 级
改进前组	40	26	14	72.75±4.92	17	12	5	6	12.35±1.03	12	28	10	5	25
改进后组	40	23	17	72.38±5.97	16	12	5	7	12.48±0.93	14	26	17	3	20
统计值		$\chi^2=0.056$		$t=0.570$	$Z=0.474$				$t=0.228$	$\chi^2=0.356$		$Z=1.387$		
P		0.813		0.573	0.491				0.633	0.722		0.166		

1.2 方法

1.2.1 成立护理质量持续改进管理小组 管理小组由 7 名护士和 1 名脑血管病医生、1 名康复师、1 名神经心理医师组成。7 名护士均具有神经内科 5 年以上工作经历,其中主任护师和副主任护师各 1 名、主管护师 3 名、护师 2 名;医生均为副主任医师以上。1 名主管护师同时具有康复专科进修 3 个月的经历。由主任护师担任管理小组组长,负责制定成员职责以及项目指导、统筹协调工作;副主任护师任副组长,协助康复师负责制定个体化的康复方案并对患者和护士进行指导;医生负责疾病诊疗计划的制定和病情严

重程度判断;心理医师负责评估患者的心理状态并进行针对性的心理干预;小组成员负责分析原因、提出改进措施、制作操作流程、督促落实对患者的康复指导和训练、康复锻炼效果的评价等。

1.2.2 现况分析 Bobath 握手规范执行的定义:患者取仰卧位,自行或由家属协助将瘫痪侧手指与健侧手指交叉握住、患侧拇指位于健侧拇指之上,掌心相对,保持肘关节伸展,健手带动患手上举不超过耳廓,然后双手返回胸前,如此反复,每日规范锻炼 Bobath 握手 15 min 以上^[9]。Bobath 握手规范执行率的计算方法:同期规范执行 Bobath 握手的患者例次数/统计周期内患者例次数×100%。管理小组成员采用通过查阅文献^[10]后自行设计规范执行率查检表,于 2018 年 3 月 1 日至 7 月 30 日,每日 17:00,对对照组 40 例老年卒中偏瘫患者进行现场调查,共调查 331 例次,

作者单位:南通大学附属医院神经内科(江苏 南通, 226001)

钱海兰:女,硕士,主任护师,护士长,343711307@qq.com

收稿:2019-11-12;修回:2020-01-05

执行 Bobath 握手 331 例次, 执行率 100%。其中, 规范执行 Bobath 握手 257 例次, 规范执行率 77.64%。不规范执行 Bobath 握手的患者中, 仅锻炼时间不达标 23 例, 兼有动作错误和锻炼时间不达标 51 例。不规范的原因包括患者未掌握锻炼方法、护士指导不全、未督促患者执行、照顾者没有精力以及认为没有必要、环境嘈杂及输液在关节处等。根据二八定律^[11], 确定患者和护士方面因素为改善重点。

1.2.3 原因分析 从人、法、环三方面进行分析, 小组成员采用头脑风暴法进行原因分析, 列出导致 Bobath 握手不规范执行的原因并绘制鱼骨图。①人员: 护士对早期康复理念认识不足、康复知识掌握不全、健康指导和督促不到位、工作量大无暇顾及早期康复; 患者文化程度低、对普通话和文字的理解存在困难、记忆力下降、不重视早期康复、康复锻炼的信心不足、对康复锻炼的获益认知不够、担心康复锻炼导致输液渗出肿胀、存在焦虑抑郁等负性情绪; 照顾者不配合以及频繁更换等。②方法: 健康指导方式仅采用单一的口头教育方式、口头指导的效果缺乏持久性、无专用操作流程可对照执行、单纯文字资料不容易理解。③环境: 无早期康复的政策支持、无早期康复的专项考核指标、病区环境嘈杂。④管理: 多学科合作欠完善、无康复师指导、科室未针对 Bobath 握手执行率进行监测和质量控制; 输液部位在关节处; 输液采用一次性钢针等。

1.2.4 设定目标 根据现况调查结果, 结合我院健康教育执行率管理要求及管理小组成员的能力等因素, 将本质量改善项目的目标设定为: 老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手的规范执行率达 95%。

1.2.5 改善措施 ①制定老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手标准流程, 组织全员培训, 确保人人掌握。②邀请康复科专家培训全体护士 Bobath 握手规范操作方法, 确保全员理论和操作考核超过 90 分(满分 100 分)。③加强对患者和照顾者的健康教育: 制作并在病室内张贴和悬挂卒中早期康复彩图及健康教育手册; 采用纸质健康教育处方、视频、床边示范、集中授课、展板等多种形式进行健康教育; 建立方言沟通小组; 根据患者文化程度、年龄、认知能力等进行个性化针对性指导; 更换照顾者后及时进行健康教育; 每周五组织照顾者进行集中培训和指导; 及时评价患者及照顾者的掌握程度, 对未掌握的反复强化指导。④督促 Bobath 握手训练的落实: 康复师和科室康复亚专业小组成员每日早交班后、晚交班前落实患者 Bobath 握手训练的量化指导以及床边培训和协助; 指导照顾者及时肯定患者的进步; 对督促患者规范执行 Bobath 握手较好的照顾者给予表扬; 神经心理医师评估并干预、改善患者的负性情绪。⑤选择合理的锻炼时间段及输液部位: 护士主导锻炼的时间点、尽量避开输液期; 输液部位尽量选择健侧前臂为

主, 避开桡部。输液工具选择外周浅静脉留置针或 PICC 或中心静脉导管等; 加强锻炼时输液部位的观察。⑥进行专项质量监测和控制: 质控小组每日现场查检, 每周反馈结果并进行持续改进, 月底将患者 Bobath 握手执行率与责任护士绩效挂钩。

1.3 评价方法 2018 年 8~12 月, 管理小组组长和副组长每日查检老年偏瘫患者 Bobath 握手规范执行情况, 统计护理持续质量改进前后 Bobath 握手规范执行率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理, 计量数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)、计数资料采用率(构成比)进行统计学描述; 统计分析比较采用两独立样本 t 检验, 计数资料使用 χ^2 检验, 等级资料采用 Mann-Whitney U 秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

改进前组患者 Bobath 握手 331 例次, 规范执行 257 例次, 执行率为 77.64%。改进后组 334 例次, 规范执行 324 例次, 执行率 97.01%。改进前后比较, $\chi^2=56.476, P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 持续质量改进有利于提升老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手规范执行率 老年卒中患者遗留有不同程度的运动功能障碍, 康复训练可改善患者的上肢功能, 有助于提高患者的生活自理能力。Bobath 握手训练已广泛应用于老年卒中偏瘫患者的上肢功能锻炼中^[12-13]。护士与患者接触最密切, 是卒中患者康复的主力军, 护士的康复意识和康复专业知识、医院是否有康复指引、患者和家属对康复的认知度和意愿是影响卒中患者康复的重要因素^[14]。本研究结果显示, 实施专项质量持续改进有效提高了老年卒中患者 Bobath 握手规范执行率。与卜秀群等^[15]、彭欢欢^[16]的研究结果相似。在本次持续质量改进活动中, 管理工作小组成员在进行现况调查基础上分析原因、设立改进目标、讨论改进措施、完善 Bobath 握手规范操作流程, 并请康复专业人员对护士进行理论和操作培训, 规范护士的康复指导行为。病区质控小组成员每日早晚交班督促落实并进行查检, 提高护士和患者进行康复锻炼的意识以及重视程度。本项目针对老年卒中患者文化程度普遍较低、普通话沟通存在困难、对文字的理解能力降低、记忆力下降等因素成立方言小组并制作图文版本的操作示意图张贴于每张床前, 提高护患沟通的有效性, 促进了老年卒中患者及其家属对照图片进行锻炼, 有效提高了患者的锻炼参与度。神经心理医生及时评估患者的情绪和认知功能, 尽早干预负性情绪和心理, 减少不良情绪对康复的负面影响。质控小组每日对老年卒中患者 Bobath 握手规范执行情况进行监测、每周反馈监测结果以及与护士的绩效挂钩等措施, 有效推动了该项改善活动的常态化执行。

3.2 多学科合作是老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手规范执行率改善的基础 卒中偏瘫患者康复是一项烦琐的、需要持之以恒地付出的工作。现代 Bobath 技术以康复医学和神经科学为理论基础,评估和处理患者个性化的问题,纠正异常动作姿势,最大限度地改善卒中患者的肢体活动功能而恢复其正常动作^[17]。护士、医生、康复师、心理医生、患者及其照顾者等多方面的共同努力,才能调动患者主动参与康复锻炼的积极性。对卒中患者肌张力、肌痉挛程度、运动模式、肢体功能状态的评估和判定是针对性实施康复技术的基础。本项目联合神经专科医生、康复师、神经心理医生等实施质量改善项目,有效提高了老年卒中患者 Bobath 握手的规范执行率,提高了专科护理质量,为患者提供最优质的服务,帮助患者获得最大的受益。

综上所述,本研究针对老年卒中偏瘫患者 Bobath 握手锻炼规范执行率的护理质量问题,采用头脑风暴等进行原因分析并绘制鱼骨图,找寻主要原因,针对护士、患者、管理等方面存在的不足,联合康复医学科、心理医学科等实施持续质量改进策略,有效提高患者的 Bobath 握手规范执行率。但本研究仅关注了患者的锻炼执行率,未能持续监测患者上肢功能的改善效果,在今后的研究中需进一步完善。

参考文献:

[1] 王陇德,刘建民,杨弋,等.我国老年卒中防治仍面临巨大挑战——《中国老年卒中防治报告 2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(2):105-119.

[2] 王清娟,万全庆.卒中后上肢痉挛治疗进展[J].山西中医学院学报,2016,17(5):68-71.

[3] 冷雪峰,曹汝荣,任清璿.观察新 Bobath 技术对卒中后患者上肢功能康复的效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(35):23-24.

[4] Chen C M, Hsu H C, Tsai W S, et al. Infections in acute older stroke inpatients undergoing rehabilitation[J]. Am

J Phys Med Rehabil,2012,91(3):211-219.

[5] 方萍萍,邹田子,郑茶凤.改良强制性运动疗法结合远程康复护理对脑卒中偏瘫患者的影响[J].护理学杂志,2019,34(14):78-80.

[6] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

[7] 燕铁斌,窦祖林,冉春风.实用瘫痪康复[M].北京:人民卫生出版社,2010:320.

[8] 黄晓琳.康复医学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2013:350.

[9] 罗坚,肖淑宁,朱和坤,等. Bobath 握手和双桥运动翻身法对偏瘫患者康复的疗效观察[J].中国康复,2015,30(4):284-285.

[10] 盛晗,邵圣文,王惠琴,等.脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究[J].中华护理杂志,2016,51(6):712-715.

[11] 黄华,魏艳芳.品管圈活动提高感染科患者出院流程满意度[J].护理学杂志,2015,30(23):67-68.

[12] 曾芳,赵雪花,孔岩.老年脑卒中偏瘫患者应用改良强制性运动疗法的效果[J].中国老年医学杂志,2016,36(18):4492-4493.

[13] 王丽春,孟令伟,杨丽娟.PNF 技术对脑卒中偏瘫患者手功能康复的重要性[J].中国卫生标准管理,2017,8(27):62-64.

[14] 陈煌,黎蔚华,罗青,等.脑卒中康复护理实施现状及其影响因素的调查分析[J].护理管理杂志,2017,17(10):688-692.

[15] 卜秀群.护理专案对降低脑卒中偏瘫患者良肢位摆放不合格率的效果观察[J].吉林医学,2018,39(3):571-573.

[16] 彭欢欢,黄石群,潘少芬,等.专案改善在提高脑卒中偏瘫患者良肢位摆放正确率中的应用效果[J].国际护理学杂志,2016,35(24):3339-3341.

[17] 欧阳迎,吴毅,周立晨,等. Bobath 理念引导下的核心肌群训练对脑卒中偏瘫患者步行功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(6):424-427.

(本文编辑 丁迎春)

关于警惕假冒网站的声明

网上经常出现某些自称《护理学杂志》编辑部的网站,通过使用本刊编辑部的名称和地点、伪造资质证书等非法手段,意图假借《护理学杂志》编辑部的名义,达到营利的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlxxz.com.cn>,<http://www.chmed.net>。本编辑部对网站拥有合法的运营资格(ICP 信息报备:鄂 ICP 备 09001709 号-10),并仅对本编辑部网站发布信息的真实性承担责任。凡要求将版面费和审稿费通过转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息和活动均与本编辑部无关。

在此特别提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿,避免不必要的损失。

《护理学杂志》在线投稿:<http://www.hlxxz.com.cn>,<http://www.chmed.net>

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞