

的生命安全。因此,在进行药房管理时,应当构建药品质量监管的相应体系。首先,医院药房要做好药品采购渠道的管控,对采购药品的供应单位进行资质认证,对药品的产地进行相应审核,以保证药品的合格合法,符合药品质量国家标准。在购药方面,选择相应的供应商,供应商还应当提供相应的质量保证书,例如生产证、合格证。在购药进库之后,药房还应当按照标准程序进行药品验收工作,对药品的质量进行全方位检查,例如药品的外观质量、包装质量、有效期、储存条件等,切实保证药品的质量。药品进入医院以后,药房工作人员要及时登记质量管理档案,相关的质量档案应当详细记录药品批号、药品来源、质量检测结果等内容。这样一旦药品出现质量问题,就能够及时追踪到药品的来源地、生产批号及流通过程等内容,确保有质量问题药品及时召回或被隔离,无法进入临床。其次,医院还要定期检查药房药品质量,严格把控药库质量,同时应对药库进行定期过期药品清理,避免劣质药品的堆积。药品质量追溯系统建立必须要与信息化技术相结合,通过信息化技术的应用建立起全过程可以追踪的药品质量管理体系,每一批药品的质量情况都清楚掌握,并出现问题之后,可以追踪到具体的批次以及流通环节,这样才能使整个过程处于有效的管理状态下,杜绝药品质量问题的发生,并且出现问题的时候,迅速展开应急处理,对患者的用药安全提供有力保障。

4.3 强化药学服务与用药指导

医院药房不仅在发放药品供应上作出努力,更需要在药学上加以服务,让患者能够用药做到合理、安全。而药学服务也包含着药品的合理发放,更含有用药指导以及针对患者的药物治疗管理、药物相互作用等方面。首先,要强化医院药房的药学服务团队建设,为其配置专门的药师,向患者进行个性化的用药指导,即药师应对患者病情、对药物的需求以及要求等合理用药需求进行个性化的讲解与用药咨询,向患者阐述该患者的用药需求的具体方案,以及如何服用药物、药物的剂量、服用的时间和药物出现副作用的相关事宜。药师能够对患者在用药期间可能出现的药品相互作用、患者相关病情禁忌、患者以前用药的历史、可能过敏等问题进行

管控,尽量避免出现患者在服药期间出现的药品不良反应;其二,医院应该建立患者相关用药档案,通过信息化的使用将患者进行药物治疗情况进行动态监测,记录患者药物的用药史以及可能诱发的药物反应,药师将用药史提供给医生,通过与医生的紧密配合以及沟通,能够找到患者在药物治疗期间可能出现的相关问题,并从患者治疗的角度出发改变其用药方式,使医院的药学服务变得更富有针对性。医院药房可以通过电话、短信、邮件等形式,定期同患者沟通,使患者在出院之后依然正确服用药物,使治疗有效。同时医院药房要定期开设药学讲座,开展健康教育讲座,普及用药安全知识,提升患者对用药常识的了解及用药水平,并且医院药房要同各个科室积极配合工作,参加到患者的用药方案编制工作之中,实现药品的有效使用。医院药房通过完善药学工作,不仅可以使患者的用药安全有效,还可提升患者的治疗水平及治疗效果,实现药品的最优化治疗^[4]。

5 结语

医院药房管理是保护患者用药安全、促进医疗质量提升的关键措施,针对医院药房管理中存在问题分析,针对这些问题采取改善措施,其中包括加强药品采购及库存管理、增强药品质量管理及可追溯性、加强药学服务及指导患者的用药,有助于医院药房的管理,提升医院药房管理效率,降低医院药房的医疗费用,保障患者用药安全;医院药房管理工作面临更多挑战与机遇,医院药房管理需要进一步做好优化工作。

参考文献

- [1] 叶婷婷.中药质量规范化管理在医院中药房开展的作用和影响[J].中医药管理杂志, 2023, 31(14): 149-151.
- [2] 黄维洁, 叶彬彬.新医保形势下中药不合理应用情况分析与药房信息化管理系统的应用[J].中医药管理杂志, 2022, 30(13): 179-180.
- [3] 杨日英, 郑虹霞.中药调剂管理在降低中药房调剂差错率中的应用观察[J].内蒙古中医药, 2022, 41(6): 139-140.
- [4] 张素英.医院药房中药管理现存问题与改善对策研究[J].中国农村卫生, 2021, 13(20): 7-8.

Application of early intervention in rehabilitation nursing of neurosurgical patients

Ting Yu

People's Hospital of Tonghua City, Jilin Province, Tonghua, Jilin, 134000, China

Abstract

Objective: To explore the application of early rehabilitation nursing intervention in neurosurgical critically ill patients. **Methods:** A total of 80 cases of neurosurgical 2023.8-2024.1 critically ill patients were selected from our hospital and divided into two groups based on rehabilitation nursing **methods:** the conventional intervention group (40 cases) received routine rehabilitation nursing intervention, and the early intervention group (40 cases) received early rehabilitation nursing intervention. **Results:** The early intervention group showed higher scores in MMSE language ability, memory, recall, orientation, FMA, and ADL compared to the conventional intervention group. The early intervention group also had lower scores in NIHSS, SSA, incidence of complications, and adverse events ($P<0.05$). **Conclusion:** The application of early rehabilitation nursing intervention in neurosurgical critically ill patients has shown good effects.

Keywords

neurosurgery; severe; early rehabilitation nursing intervention; cognitive function; neurological function

早期干预在神经外科重症患者康复护理中的应用

于婷

吉林省通化市人民医院, 中国·吉林 通化 134000

摘要

目的: 探讨神经外科重症患者早期康复护理干预的应用。**方法:** 选取本院神经外科2023.8-2024.1重症患者80例, 依据康复护理方法划分两组, 常规干预组40例, 接受常规康复护理干预, 早期干预组40例, 接受早期康复护理干预。**结果:** 早期干预组MMSE语言能力、记忆力、回忆力、定向力评分、FMA评分、ADL评分均高于常规干预组, NIHSS评分、SSA评分、并发症发生率、不良事件发生率均低于常规干预组 ($P<0.05$)。**结论:** 神经外科重症患者早期康复护理干预的应用效果较好。

关键词

神经外科; 重症; 早期康复护理干预; 认知功能; 神经功能

1 引言

神经外科重症疾病类型包括颅内动脉瘤、急性脑出血等, 患者具有复杂的病因、较快的病情进展速度, 手术是其主要治疗方法, 但是具有有创性, 会引发各种并发症等, 所有这些均会引发患者神经、认知、吞咽、肢体等生理功能障碍及心理健康问题, 一些患者甚至有多种生理功能障碍, 需要临床进一步治疗与护理, 在神经科重症监护室将患者生命挽救过来, 对患者预后进行改善。近年来, 早期康复护理干预受到了临床日益广泛的关注, 为了检验其效果, 对患者患病后心理状态与生活能力进行改善, 本研究现作如下研究。

【作者简介】于婷(1988-), 女, 中国吉林通化人, 本科, 主管护师, 从事有关神经外科护理研究。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取本院神经外科 2023.8-2024.1 重症患者 80 例, 依据康复护理方法划分两组, 各 40 例。常规干预组男女数量: 21 例、19 例, 年龄值区间: 34 ~ 79 岁, 均龄 (58.13 ± 3.95) 岁; 体重指数区间: 19 ~ 35 kg/m^2 , 均值 (27.02 ± 1.68) kg/m^2 ; 病程区间: 1 ~ 4 d, 均值 (2.51 ± 0.46) d; 疾病类型: 脑血管病 18 例, 颅脑损伤 7 例, 颅内占位 5 例, 颅脑肿瘤 4 例, 脑积水 2 例, 其他 4 例; 人工气道: 有 16 例, 无 24 例; 既往史: 高血压 14 例, 冠心病 6 例, 糖尿病 5 例, 免疫系统疾病 1 例。早期干预组男女数量: 20 例、20 例, 年龄值区间: 33 ~ 80 岁, 均龄 (58.58 ± 4.56) 岁; 体重指数区间: 18 ~ 36 kg/m^2 , 均值 (27.35 ± 2.41) kg/m^2 ; 病程区间: 2 ~ 5 年, 均值 (2.85 ± 0.47) 年; 疾病类型: 脑血管病 17 例, 颅脑损伤 8 例, 颅内占位 6 例, 颅脑肿瘤 3 例, 脑积水 3 例, 其他 3 例; 人工气道: 有 17 例, 无 23 例; 既往史: 高血压 14 例,

冠心病7例,糖尿病4例,免疫系统疾病1例。两组一般资料比较差异不显著($P>0.05$)。

2.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)均具有平稳的颅脑生命体征;(2)均符合神经外科重症的诊断标准^[1];(3)均经影像学检查确诊。排除标准:(1)有严重内分泌或感染性疾病;(2)有严重胃肠功能受损;(3)合并多器官功能障碍。

2.3 方法

2.3.1 常规干预组

在患者向重症监护室转入后与临床医师密切配合,完成所有医嘱。术后早期给予患者药物治疗,严格遵医嘱,密切监护患者,对其平稳的生命体征进行维持,将床旁急救准备好。

2.3.2 早期干预组

2.3.2.1 促醒护理

术后早期密切监护患者,使其生命体征保持平稳,对其生命体征剧烈波动现象进行严格避免。为了将患者术后苏醒速度加快,在固定时间段内护理患者眼部、鼻部、耳部、肢体等,保证患者眼部接收到合适的光源,对患者嗅觉、听觉进行刺激,积极抚触患者肢体等,每天3次,早、中、晚各1次。患者苏醒2h后引导患者将肢体活动、语言回答等基础测验完成,将功能反馈测验做好,对其认知功能进行评估,对患者视、嗅、听、触觉功能进行综合评测,然后依据评测结果对其进行个体化干预。

2.3.2.2 护理评估

在患者意识恢复1d后对患者认知、吞咽、肢体活动功能进行综合测评,对患者神经功能损伤程度进行综合评估,然后依据测评与评估结果将个体化的早期康复护理干预方案制定出来,保证具有较高的针对性,与医师密切配合。

2.3.2.3 护理实施

(1)术后12h,协助患者被动运动肢体,包括扭转、屈曲患者肢体大小关节,并督促患者家属按摩患者肌肉等,为其肢体功能恢复提供有利条件;(2)术后2d,引导患者手抓握,活动脚趾,主动上抬、下放健侧肢体,尽量活动患侧肢体,为认知功能恢复提供有利条件;(3)术后3d时,

指导患者进行饮水、感觉刺激训练,督促患者家属按摩患者面颈部肌肉,将患者吞咽功能逐步提升;(4)术后3d后,与患者进行基础的言语沟通,让患者辨别图片、复述语言等,将其语言功能逐步提升。定期和患者交流,每天1次,使其对自身病情及康复情况有一个清晰了解,在疾病面前保持正确态度,将术后症状干预方法等教给患者,鼓励患者积极应对术后各项症状,将康复速度加快。

2.4 观察指标

(1)认知功能、神经功能、吞咽功能、运动功能、日常生活能力。分别采用简易智能量表测评(MMSE,内容包括4项)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、标准吞咽功能量表(SSA)、Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)、日常生活能力量表(ADL),总分0~26分、0~42分、18~46分、0~100分、0~100分,评分越高,认知功能越好,神经功能损伤程度越重,吞咽功能障碍越严重,运动功能越好,日常生活能力越高^[2];(2)并发症发生率;(3)不良事件发生率。

2.5 统计学方法

采用成组 t 、 χ^2 检验计量、计数资料。采用SPSS28.0,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 两组认知功能、神经功能、吞咽功能、运动功能、日常生活能力比较

干预前,两组各指标比较差异均不显著($P>0.05$);干预后,早期干预组MMSE语言能力、记忆力、回忆力、定向力评分、FMA评分、ADL评分均高于常规干预组($P<0.05$),NIHSS评分、SSA评分均低于常规干预组($P<0.05$)。见表1。

3.2 两组并发症发生率比较

早期干预组低于常规干预组($P<0.05$)。见表2。

3.3 两组不良事件发生率比较

早期干预组不良事件发生率低于常规干预组($P<0.05$)。见表3。

表1 两组认知功能、神经功能、吞咽功能、运动功能、日常生活能力比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	语言能力评分	记忆力评分	回忆力评分	定向力评分	NIHSS评分	SSA评分	FMA评分	ADL评分
早期干预组	40	干预前	0.88±0.20	1.34±0.15	1.21±0.15	2.57±0.21	17.58±2.51	40.20±6.34	52.05±6.83	57.40±5.37
		干预后	2.28±0.24	3.26±0.34	3.26±0.20	4.07±0.26	11.71±2.04	28.40±4.23	71.08±7.12	74.01±4.88
常规干预组	40	干预前	0.90±0.14	1.35±0.13	1.20±0.13	2.55±0.20	17.81±2.46	40.23±6.31	52.03±6.86	57.38±5.41
		干预后	1.97±0.21	2.88±0.31	2.74±0.15	3.40±0.24	13.96±2.13	33.26±4.07	62.44±7.04	68.14±4.73

表2 并发症发生率[n(%)]

组别	n	感染	关节僵化	肌肉萎缩	吸入性肺炎	局灶性神经功能障碍	总发生
早期干预组	40	1(2.50)	1(2.50)	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	4(10.00)
常规干预组	40	4(10.00)	2(5.00)	1(2.50)	2(5.00)	2(5.00)	11(27.50)
χ^2 值							4.021
P 值							0.045