

脑卒中吞咽障碍患者施行康复护理的必要性及意义探究

姚吉洪

柳州市中医医院 广西柳州 545001

[摘要] 目的 探究脑卒中吞咽障碍患者采取早期康复护理的临床价值。**方法** 将 2018 年 3 月-2018 年 9 月经我院确诊为脑卒中患者 40 例纳入为参研的对象, 依照双盲法分组标准均分为两组, 即对照组 (行常规护理) 与观察组 (行早期康复护理)。治疗后统计对比两组吞咽功能障碍恢复的优劣。**结果** 观察组护理后的总有效率与对照组比较存在显著差异性, $P < 0.05$, 有统计学意义。治疗前两组患者吞咽功能评分组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 6 周后, 两组患者吞咽功能障碍均较治疗前进一步改善 ($P < 0.05$), 此时观察组上述指标均显著优于对照组, 吞咽功能障碍量表 ($P < 0.01$), 差异有显著意义。**结论** 对脑卒中吞咽障碍患者实施早期康复护理能够改善患者病情, 提高其生活质量, 临床应用价值高。

[关键词] 早期康复护理; 吞咽功能; 临床护理; 脑卒中

[中图分类号] R473.74

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 07-060-02

吞咽障碍为脑卒中患者常见症状, 据资料显示, 在脑卒中发病患者中, 有 1/2 的患者伴有程度不同的吞咽障碍。脑卒中吞咽障碍是因球麻痹以及假性球麻痹导致, 病情较轻者可出现误咽与吞咽不畅感, 严重者摄取营养与水份困难, 不仅影响到治疗的效果, 甚至威胁生命安全^[1]。本次主要探究 2018 年 3 月-2018 年 9 月本科收治的 40 例脑卒中伴吞咽障碍患者进行两种不同护理干预的临床价值, 陈述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次所选 40 例患者均明确为脑卒中, 纳入时间在 2018 年 3 月-2018 年 9 月, 均分为两组, 对照组女性 11 例, 男性 9 例; 年龄均值 (60.35 ± 5.76) 岁。观察组 9 例女性, 11 例男性; 年龄均值 (60.22 ± 5.44) 岁。两组临床基础资料 (年龄、性别) 经统计学分析后差异不明显, $P > 0.05$, 满足本次研究要求。

1.2 方法

对照组 (常规护理): 对患者病情加强观察, 满足患者的合理需求; 做好患者日常生活护理与个人卫生护理; 及时解答患者及其家属的疑问, 将疾病相关知识告知患者, 增加患者的了解; 给予患者充分的心理疏导、关爱及尊重, 使患者尽快摆脱消极情绪的影响, 增强康复信心; 采取积极的并发症预防护理干预, 减轻患者的痛苦, 增加护理舒适感; 患者出院时实施出院指导, 告知日常生活中注意事项, 嘱患者养成良好科学的生活及饮食习惯, 保持充足的睡眠。

观察组 (早期康复护理): 1) 基础训练: a. 颈部活动训练: 指导患者活动颈部, 以使颈部肌力得到增强, 通过曲伸活动促进咽下反射, 避免误咽。b. 舌肌训练: 指导患者将舌伸出, 进行主动运动; 指导患者将舌部向颊后部抵住, 以舌推颊, 增强舌肌力量; 若患者舌无法活动, 可使用干净的纱布将舌头裹住, 同时利用手指将舌缓缓把住, 进行左右与上下方向的运动^[2]。c. 口唇闭合训练: 利用冰块或者指尖对患者口唇周围进行叩打, 由外侧逐渐向中间移动。d. 吸指训练: 指导患者将食指洗净后放入嘴中, 闭合嘴唇行吮吸训练。e. 发声与屏气训练: 协助患者坐立于椅子上, 以双手作支撑行推压运动, 同时屏气; 固定胸廓, 紧闭声门, 其后突然放松, 大开门, 呼气同时发声。f. 呼吸道训练: 指导患者深呼吸, 其后憋气, 最后咳出。此训练指导能够增强患者咳出的能力, 避免误咽; 指导患者努力咳嗽, 提高气管异物排除的防御反射能力。2) 摄食训练: a. 体位选择: 依照患者具体情况选取合适的体位, 一般有侧卧位、仰卧位和坐位。侧卧位时将床头抬高 30° ,

通过重力的作用于健侧口腔集中进食; 仰卧位则是协助患者选取 30° 仰卧位, 前屈头部, 利用软枕将患侧肩部垫起; 坐位时告知患者头部稍微前屈, 躯干直立, 患侧手部放置于桌上。b. 食物形态: 根据患者病情选用适宜的食物, 需要具有一定的黏性, 经咽以及食道后易变形, 不会残留于粘膜^[3]。把握好一口量, 一般由少至多。3) 康复训练: 遵循洼田饮水试验, 明确患者疾病严重程度, 在展开个体化的训练, 对于吞咽障碍轻度者主要开展摄食训练; 中度或者重度者则指导基础训练, 待吞咽功能有所恢复时再开展摄食训练。每日两至三次, 每次训练的时间保持 20 分钟至 30 分钟^[4]。

1.3 效果评价

(观察) 评价指标: 评价两组护理的效果, 其中痊愈: 护理后吞咽障碍完全消失, 饮水试验评定为 I 级; 好转: 吞咽障碍改善明显, 饮水试验评定为 II 级; 无效: 护理后未出现明显改善, 并且饮水试验评定为 III 级以上。

使用改良洼田饮水试验, 具体方法如下: 患者取坐位或半卧位, 先让患者单次分别喝下 1ml、3ml、5ml 水, 如无问题, 再让患者像平常一样喝下 30ml 水, 通过观察和记录饮水时间、有无呛咳、饮水状态来判断是否存在吞咽障碍及其程度。

I 级 (1 分): 能 1 次饮完且无呛咳;

II 级 (2 分): 分 2 次以上喝完, 无呛咳;

III 级 (3 分): 能 1 次饮完, 但有呛咳;

IV 级 (4 分): 分 2 次或 2 次以上饮完, 且有呛咳;

V 级 (5 分): 边喝边呛, 不能饮完, 得分越高表示患者吞咽功能越差。

1.4 统计学方法

整理实验数据, 纳入统计学软件 SPSS20.0 数据包中处理, 计数资料通过率 (n%) 表示, χ^2 检验, P 值大于 0.05 提示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理有效率比较

两组护理总疗效比较有明显差异, 存在统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组护理效果对比 (%)

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
观察组	20	12 (60.0)	7 (35.0)	1 (5.0)	19 (95.0)
对照组	20	8 (40.0)	7 (35.0)	5 (25.0)	15 (75.0)
χ^2	-	-	-	-	2.639
P	-	-	-	-	0.034

2.2 吞咽功能评定对比

治疗 6 周后两组干预前后吞咽功能标准比较见表 2。

表 2: 两组干预前后吞咽功能比较

组别	例数	干预前			干预后			
		II 级	III 级	IV 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
对照组	20	4 (20.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	11 (55.0)	4 (20.0)
观察组	20	3 (15.0)	13 (65.0)	4 (20.0)	6 (30.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	1 (5.0)
χ^2	-	0.235	1.121	0.536	3.361	4.104	5.121	6.021
P	-	0.596	0.603	0.532	0.007	0.008	0.005	0.03

3 讨论

对脑卒中患者而言, 发生吞咽障碍不仅会导致吸入性肺炎、误吸等情况, 甚至会造成窒息等严重后果, 对患者的康复治疗带来严重影响, 降低生活质量, 具有较高的病死率, 由此可见, 在患者康复治疗期间实施有效且积极的护理干预十分必要^[5]。在本研究中, 观察组患者接受了早期康复护理, 患者总疗效高达 95.0%, 与仅采取常规护理的对照组 75.0% 对比存在显著性的差异, $P < 0.05$, 表明观察组采取的护理措施具有更高的临床价值, 对于患者疾病的恢复有重要促进作用。早期康复护理能够通过对患者实施一系列针对性的护理措施, 使患者患病后的生活常态得到改善, 尽可能使之恢复到患病前标准。观察组实施的护理包括基础训练、摄食训练以及康复训练三大主要内容, 其中又包含了颈部活动、舌肌训练、体位指导以及饮食指导等训练内容, 具有全面性与个体化的特点, 可使患者获得对症康复护理。脑卒中患者接受早期康复训练后有效改善了吞咽功能, 在一定程度上预防并发症的发生, 提高生存质量, 减少住院天数及减轻了经济负担, 有利于维护良好的护患关系。

综上所述, 早期康复护理的运用在脑卒中吞咽功能障碍患者中效果确切, 可使患者病理状态得到有效的改善, 提高康复效率。

【参考文献】

- [1] 山青. 脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理及应用意义探究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(19):96-97.
- [2] 沈雪英. 急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理临床观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(18):177-178.
- [3] 黄传芝, 陈建冰, 薛木连. 脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理干预意义研究 [J]. 河南医学研究, 2017, 26(10):1892-1893.
- [4] 张伟滨, 罗洋, 房丽, 等. 卒中单元护理模式对脑卒中后吞咽障碍患者康复护理的影响 [J]. 中国医疗设备, 2017, 20(S01):182-183.
- [5] 梁琴. 急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理的效果观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 13(13):2571-2571.
- [6] 高艳凤, 崔若兰. 急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理的效果观察 [J]. 现代养生, 2017, 12(20):207-208.

(上接第 58 页)

肝功能得到十分明显的改善。另外转阴组的 ALT、TBil、AST 明显低于未转阴组 ($P < 0.05$), Alb 明显高于未转阴组 ($P < 0.05$), 这说明抗病毒治疗可很好的改善肝脏功能, 肝功能的改善程度和抗病毒的疗效具有直接的关系。观察组患者血清 T_3 、 T_4 、 FT_3 、 FT_4 均低于对照组 ($P < 0.05$), TSH 高于对照组 ($P < 0.05$), 这说明乙型肝炎肝硬化患者在肝功能损伤的同时, 血清甲状腺激素水平也出现问题。经过抗病毒治疗后, 血清 T_3 、 T_4 、 FT_3 、 FT_4 均明显的低于治疗前 ($P < 0.05$), TSH 明显高于治疗前 ($P < 0.05$), 这说明乙型肝炎肝硬化患者经过抗病毒治疗后, 可以有效的改善其血清甲状腺激素水平。

【参考文献】

- [1] 向保云, 李红德, 徐江海, 等. 抗病毒治疗对乙型肝炎

化患者血清甲状腺激素的影响 [J]. 江苏医药, 2015(12):1452-1453.

- [2] 覃婷. 探讨抗病毒治疗对乙型肝炎肝硬化患者血清甲状腺激素的影响 [J]. 医药卫生: 文摘版: 00352-00352.
- [3] 黄金龙. 恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化患者疗效及其对血清甲状腺素水平影响初步研究 [J]. 实用肝脏病杂志, 2017, 20(5):618-619.
- [4] 杨美蓉, 张英, 吴晓霞, 等. 恩替卡韦治疗代偿期乙型肝炎肝硬化患者血清甲状腺激素影响的分析 [J]. 贵州医药, 2017, 41(9).
- [5] 张丽娟. 应用恩替卡韦抗病毒治疗对代偿期乙型肝炎肝硬化患者血清甲状腺激素水平及肝功能的影响 [J]. 川北医学院学报, 2016, 31(3):416-418.

(上接第 59 页)

进行抗抑郁治疗, 以减少患者的负性情绪; 帕罗西汀是一种新型抗抑郁药物, 同时具有一定的抗焦虑作用; 可通过改善、诱导患者的精神心理状态, 以提高胃肠功、减轻功能性消化不良的相关症状^[4]。同时配合个体性心理干预、饮食干预以及音乐疗法等, 再加以适当运动, 对患者进行全方位的综合治疗及干预, 以达到内外兼治的效果。此次研究中, 参照组患者予以常规治疗法, 实验组患者则予以综合疗法, 结果显示: 实验组患者的治疗总有效率对比参照组更高, 实验组患者的 SAS 评分、SDS 评分改善程度优于参照组, 均 $P < 0.05$; 这足以说明综合疗法治疗功能性消化不良伴焦虑、抑郁的有效性。

综上所述, 应用综合疗法治疗功能性消化不良伴抑郁、

焦虑症有理想效果, 对改善患者症状, 减少焦虑、抑郁情绪均有积极作用, 值得在临床中广泛推广。

【参考文献】

- [1] 刘欣. 功能性消化不良与心理因素的关系 [J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(7):1078-1079.
- [2] 叶苏君, 张雄斌. 综合疗法治疗功能性消化不良 86 例效果分析 [J]. 中国乡村医药, 2015(12):40-41.
- [3] 石天冠, 周映君, 兰小平, 等. 综合疗法治疗功能性消化不良的临床观察 [J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(5):615-616.
- [4] 许卫华, 姚树坤, 李妮娇等. 中医辨证论治对功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态影响的研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2017, 36(9):640-644.