

以专科护士为主导的吞咽康复护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用

刘小芳

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

摘要: **目的:** 分析脑卒中后吞咽障碍患者中应用以专科护士为主导的吞咽康复护理的应用价值。**方法:** 采集资料: 脑卒中吞咽障碍患者, 病历采集78例, 采集开始至结束时间2023年01月~2024年02月, 住院编码1:1分组, 对照组(39例, 以责任护士为主导的常规脑卒中吞咽障碍护理), 实验组(39例, 以专科护士为主导的脑卒中吞咽康复护理)。对照两种护理方法对患者自我效能、洼田饮水试验、吞咽功能、生活质量的影响。**结果:** 干预前, 两组患者的数值相差较小 $P > 0.05$; 干预后, 比较对照组, 实验组记录自我效能、生活质量数值显著提升, 洼田饮水试验数值较低, 吞咽功能显著改善 $P < 0.05$ 。**讨论:** 在脑卒中吞咽障碍患者中配合以专科护士为主导的吞咽康复护理, 护理价值显著, 值得临床推荐。

关键词: 专科护士; 吞咽康复护理; 脑卒中后吞咽障碍; 自我效能; 洼田饮水试验

脑卒中, 这种疾病属于脑血管范畴, 中医将脑卒中归入“中风”的范畴, 据国内致死、致残病因统计, 脑卒中占据第一位^[1]。一旦患有脑卒中疾病, 这种疾病对患者本身和家人带来了明显的身心负担, 加之长期治疗的费用, 导致患者十分痛苦。脑卒中吞咽障碍, 典型性脑卒中并发症现象, 发病率高达35%^[2], 发作后, 颅脑神经系统受到损伤, 导致吞咽功能受到影响, 进而引起患者出现吸入性肺炎、误吸、营养不良等问题, 增加死亡风险性^[3]。面对当下学科专业化、医学综合整体化发展的背景, 想要提高服务质量, 本研究选择病历: 脑卒中后吞咽障碍患者, 实施责任护士为主导的常规脑卒中吞咽障碍护理、以专科护士为主导的脑卒中吞咽康复护理对照分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

78例脑卒中后吞咽障碍患者作为采集病历, 采集时间起始于2023年01月, 结束于2024年02月, 住院编码1:1分组, 每组39例。对照组方案: 以责任护士为主导的常规脑卒中吞咽障碍护理。采集年龄最大值53岁, 最小值40岁, 年龄中位数(46.59±6.85)岁, 病程采集最大值19天, 最小值10天, 病程中位数(14.59±5.39)天, BMI采集最大值24.86kg/m², 最小值19.88kg/m², BMI中位数(22.37±3.54)kg/m², 患者性别(男性: 女性)21:18; 实验组计划: 以专科护士为主导的脑卒中吞咽康复护理。采集年龄最大值53岁, 最小值41岁, 年龄中位数(46.62±6.87)岁, 病程采集最大值19天, 最小值11天,

病程中位数(14.62±5.42)天, BMI采集最大值24.89kg/m², 最小值19.90kg/m², BMI中位数(22.40±3.55)kg/m², 患者性别(男性: 女性)22:17。资料凭借系统处理, 相差较小, $P > 0.05$ 。

入选标准^[4]: 通过脑血管影像科CT、MRI、实验室联合检查, 确诊; 经过临床干预, 生命体征恢复平稳, 神志清晰, 无认知障碍, 可以独立配合医护人员简单指令; 未患有先天性心脏、肝肾衰竭、尿毒症者; 经过洼田饮水试验, 评级超过2级; 研究内容被患者知悉, 自愿签订研究同意书。**排除标准:** 患有消化道出血而无法进食者; 患有恶性疾病者; 患有重度器质性疾病或者血液传染疾病者; 不愿参加研究者。

1.2 方法

全部患者均运用常规干预, 医生以患者的身体、病情为前提, 帮助改善脑循环状态, 合理控制血压、血糖数值, 同时中医科辅助针刺干预法。

对照组: 以责任护士为主导的常规脑卒中吞咽障碍护理, 内容: (1) 吞咽康复指导。进食期间, 协助患者更改体位, 取坐位或半坐位, 吞咽食物尽量选择密度均一、黏性适当的食物, 同时告诉患者健侧舌后放置食物, 待成功吞咽, 再次指导患者空吞咽锻炼, 反复练习, 直至患者可以吞咽下食物, 方可再次进食, 进餐时间不超过45min, 进餐期间温开水辅助, 之后根据患者的恢复程度合理调整进食量。(2) 口腔管理。根据患者的口腔情况, 做好口腔清洁, 选择合适的口腔护理液, 饭后漱口, 按时刷牙。(3) 鼻饲护理。鼻饲期间, 适量将

床头抬高30°，最高不超过45°，鼻饲管回抽无滞留问题，温开水20ml尝试进食，之后鼻饲液缓慢注入，温度不超过41℃，遵循少食多餐原则，每次最多200ml。结束进餐后，温水冲管，当患者恢复经口进食的能力，进食量恢复50%，若连续3天未出现呛咳或者反流现象，胃管拔除。

实验组：以专科护士为主导的脑卒中吞咽康复护理，内容：（1）小组：邀请专科护士组建脑卒中吞咽康复护理小组，小组成员护理工作划分明确，责任落实到每位成员，相互监督，同时选择1名护士负责检索护理依据，做好总结和评价，分析康复护理工作的侧重点、工作流程和制定。（2）康复护理模式确定：借助中国知网、万方、维普等核心资料数据库，输入关键词“专科护士、脑卒中吞咽障碍康复护理”，筛选对本次研究具有意义的文献资料，经过文献资料设计，优化康复护理方案，构建研究框架，帮助患者设计个性化的健康教育措施，完善口腔卫生措施，评估饮食营养等。（3）吞咽障碍床旁筛查表优化。专科护理成员经过临床专业性吞咽障碍评估，对床旁筛查表进行优化，筛查表以患者的基础资料、疾病资料为主，同时临床辅助反复唾液吞咽试验、改良饮水试验、洼田饮水试验等方法，测试内容和结果详细记录在表内，并将其归入档案保存。临床以此为基础，对临床干预、康复、护理计划进行系统化的调整。（4）口腔卫生干预。大多数吞咽障碍患者，因病情影响，口腔内食物残留增加和唾液清除能力明显降低，容易引起误吸，进而引发肺部感染。根据脑卒中吞咽障碍口腔评估表，专科护士每日做好口腔清洁评估，观察患者口腔是否有食物残留、是否存在痰痂；同时结合洼田饮水试验等级，合理选择不同的口腔卫生护理方法，如果患者属于2级或者3级者，嘱咐患者含漱生理盐水，舌反复搅拌，待生理盐水停留3min后吐出。另外结合患者的实际情况，对口气重伴有牙龈红肿患者提供金银花、野菊花等中药漱口，清热解毒，消除肿胀。（5）吞咽功能锻炼。专科护士经过专业、系统化培训，指导

患者完成团员康复锻炼，首先，准备压舌板、薄纱布，将纱布缠绕压舌板一周置于冰箱4℃环境内；锻炼时，将其拿出，缠有纱布的一端放置脸颊一侧冷敷，以此刺激舌反应，同时压舌板可以深入咽部，对咽部和周围组织进行刺激，双重刺激促进舌恢复，每日两次，每次锻炼时间不少于5min。其次，口腔康复锻炼，指导患者实施口腔运动体操，要求患者先将口腔紧闭，循序渐进锻炼，依次实施鼓腮、皱眉、缩唇、吹气泡、空吞咽等锻炼；同时实施舌肌康复锻炼，使用吸舌器被动牵拉。

（6）指导饮食锻炼。针对神志清醒、配合度较高的患者，检测患者是否拥有自主吞咽反射，以此为基础，实施摄食锻炼，结合患者的病情、吞咽情况，拟定个性化的摄食锻炼卡，将其发放给陪护或者家属，指导他们监督患者完成每日锻炼。

1.3 观察指标

（1）自我效能——运用一般自我效能感量表实施测评估，最高分值40分，最低分10分，记录的数值高等于患者的自我效能感强。（2）洼田饮水试验——指导患者取坐位，温水饮用30ml，观察患者吞咽期间是否出现呛咳，5分表示呛咳，无法全部吞咽，1分表示5s内无呛咳完全吞咽。（3）吞咽功能——运用吞咽功能评定为五级，最低I级，最高V级，统计等级越高表示吞咽功能愈发严重。（4）生活质量——运用SF-36生活质量表，最高值100分，最低0分，100分表示生活质量优。

1.4 统计学意

凭借系统SPSS24.0分析，资料区分为：计量数据、计数数据，表述呈现模式： $(\bar{x} \pm s)$ ($n, \%$)，检验呈现方法 t, χ^2 ，最终结果 $P < 0.05$ ，代表研究存在统计学意义。

2 结果

2.1 自我效能、洼田饮水试验分析

干预前自我效能与洼田饮水试验结果相差较小 $P > 0.05$ ；干预后，比较对照组，实验组统计的自我效能记录数值较高，洼田饮水试验数值较低， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 自我效能、洼田饮水试验分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	自我效能		洼田饮水试验	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	39	18.79±5.86	20.93±5.48	4.19±0.78	2.43±0.79
实验组	39	18.76±5.88	23.76±5.39	4.21±0.81	1.85±0.82
<i>t</i>	--	0.0226	2.2993	0.1111	3.1811
<i>P</i>	--	0.9821	0.0242	0.9119	0.0021

2.2 吞咽功能分析

比较对照组，实验组记录的吞咽功能明显改善， $P <$

0.05，见表2。

表2 吞咽功能分析

组别	例数	I级	II级	III级	IV级	V级
对照组	39	16	13	5	3	2
实验组	39	27	9	3	0	0
<i>t</i>	--			9.0412		
<i>P</i>	--			0.0287		

2.3 生活质量分析

干预前,生活质量数值相差较小, $P > 0.05$; 干预后,比较对照组,实验组统计的生活质量数据较高, $P < 0.05$,见表3。

表3 生活质量分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	39	76.95±5.34	81.68±6.84
实验组	39	77.02±5.42	90.11±4.12
<i>t</i>	--	0.0575	6.5930
<i>P</i>	--	0.9543	0.0000

3 讨论

专科护士,经过临床专科理论、技能培训,护理人员专业性强,拥有完整的健康教育和指导内容,执行能力强,临床各个工作流程中作为主导者进行指导,围绕患者开展工作,邀请专业的医护人员组建护理团队,确保最佳干预效果,进而实现护理工作的系统、规范化^[5]。目前,国内对脑卒中吞咽障碍管理的团队协作模式虽然已经创建,但护理团队工作重点偏向于协调,未综合考虑康复专科护士的优势,所以患者的康复效果与康复质量提升仍然有一定的提升空间。本次研究运用以专科护士为主导的脑卒中吞咽康复护理,结果显示:比较对照组,实验组记录自我效能显著改善,洼田饮水试验结果明显,吞咽功能显著改善,生活质量数值显著, $P < 0.05$ 。研究分析:比较责任护士作为主导的康复方案,以专科

护士为主导的吞咽康复护理效果更为显著,原因在于,这种护理方案经过系统化的吞咽功能筛查、评估,划分护理侧重点,重视患者的吞咽障碍问题,经过专科护士的专业指导,动态化跟进及评估病情,灵活调整临床干预方案;同时为患者实施系统化的康复指导,帮助患者可以改善吞咽功能。另外这种护理模式考虑患者的病情,合理调整进食方法,帮助患者重新建立恢复信息,促使自我效能感得到提高,进而配合临床工作,减少不必要的问题。除此之外,基于多学科的专科护士指导,可以系统化监测患者的康复过程,及时且有效调整康复方案,沟通及时、有效,有效提高患者对医护人员的信任度。

综上所述,对脑卒中后吞咽障碍患者应用以专科护士为主导的吞咽康复护理,护理价值显著,值得推荐。

参考文献

- [1] 庞田英,曾芳芳,江小兰,等. 喉切除术后吞咽功能评估与康复训练的循证护理实践[J]. 护理学报,2023,30(9):49-54.
- [2] 肖婷,郑微微,郭缓缓. 序贯营养疗法及康复护理对ICU吞咽障碍患者营养状况、免疫能力及吞咽功能的影响[J]. 国际护理学杂志,2024,43(2):298-302.
- [3] 谢晶晶,刘洁,张东云. 吞咽功能状况评估下精细化康复护理在颈椎病前路减压植骨内固定术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(2):100-103.
- [4] 季蓓,沙薇,徐莉,等. 术后早期吞咽功能评估及分级管理康复护理对脑卒中病人吞咽功能及并发症的影响[J]. 循证护理,2023,9(2):300-303.
- [5] 李星丹,叶琳,底瑞青. 基于目标引导的康复训练护理方案改善鼻咽癌放疗患者吞咽障碍的效果[J]. 河南医学研究,2023,32(8):1497-1500.