

# 吞咽康复训练联合正性激励护理对脑梗死后 吞咽障碍的影响

郭蕊萍

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

**摘要:** 目的: 分析吞咽康复训练联合正性激励护理对CI后吞咽障碍的影响。方法: 选取2023年4月-2024年4月本院82例CI后吞咽障碍患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组41例, 行吞咽康复训练, 观察组41例, 联合正性激励护理, 比较两组护理效果。结果: 观察组的SIS评分明显高于对照组, SAS、SDS、SSA和SSCI评分均明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 进行吞咽康复训练时, 给予CI后吞咽障碍者正向激励护理, 能改善吞咽功能和心理状态, 减轻病耻感, 提高生活质量。

**关键词:** 脑梗死; 吞咽康复训练; 正性激励护理; 吞咽障碍

CI属于常见ICVD, 因梗塞面积、部位等不同, 其临床症状也不一致。CI常伴有吞咽障碍, 处于急性期时, 其发生风险为50%-70%<sup>[1]</sup>。患有CI后, 其大脑神经传导出现异常, 舌肌、咽肌、喉肌等有关运动神经受到影响, 导致食物难以经由口腔抵达胃部。出现吞咽障碍后, 会阻碍进食, 无论是给药, 还是摄取营养物质、饮水等, 均困难, 不利于早期康复。若未有效处理, 有误咽、呛咳风险, 威胁生命安全<sup>[2]</sup>。患者机体营养代谢紊乱, 易引发吸入性肺炎, 导致窒息, 更有甚者会死亡, 患者出现明显痛苦, 同时社会、家庭等负担均加重。通过康复训练, 能改善吞咽功能, 但单独使用, 局限性大。采取正性激励护理, 能减轻负面心理, 加强信心, 但二者联用研究不多。本研究以CI后吞咽障碍患者为对象, 分析二者联用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年4月-2024年4月本院82例CI后吞咽障碍患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组41例, 男22例, 女19例, 平均年龄 (58.35±4.16) 岁; 观察组41例, 男23例, 女18例, 平均年龄 (58.42±4.11) 岁。两组一般资料 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** 符合CI诊断标准, 采用洼田饮水试验, 结果均  $\geq 3$  级; 能正常沟通; 意识清晰; 病情稳定; 知情同意本次研究。

**排除标准:** 吞咽障碍引发因素为非CI; 存在慢性肺部疾病; 患有精神疾病; 恶性肿瘤; 认知障碍; 肺部感染。

### 1.2 方法

两组均行综合干预, 实施药疗, 简单介绍疾病知

识, 提醒常见并发症, 并告诉其防范措施。

#### 1.2.1 对照组

行吞咽康复训练: 时间为餐前1h, 由专业康复师负责, 提供指导, 由专科护士负责, 起到协助作用, 借助洼田饮水试验, 评价吞咽功能, 制定差异化训练方案, 30min/次, 2次/d。①选择适当体位, 拟定训练方案, 对整体程序展开细化、优化, 采用大拇指, 对三个部位进行按摩, 一为双侧咬肌, 二为口唇部, 三为软腭部, 做动作训练, 例如鼓腮训练, 或者噘嘴训练, 做相关动作, 例如伸舌, 或者龇牙等, 加强唇舌肌。②开展相应动作, 例如舌推, 或者舌顶, 保证舌尖在口腔外, 尽可能靠近口角, 进行摆动, 分别向左右方, 尽量将舌尖探出, 触及上下唇。评估舌肌功能, 若其较弱, 应由护理人员负责, 佩戴好手套, 开展舌肌锻炼。③进行空咀嚼, 培养口腔功能, 锻炼其咀嚼能力。④鼓励患者先吸气, 维持片刻, 进行咳嗽, 作用于气管, 令其建立反射机制, 加强防御性, 一旦有异物进入, 第一时间排出, 减少误吸。⑤口唇部护理: 处理工具为冰冻无菌棉棒, 保证无菌, 先刺激咽后壁, 然后触碰前后腭弓部, 待患者适应后, 放置冰冻棉球, 抵达舌根部, 然后展开重压, 防范呕吐, 减轻咳嗽。完成训练后, 提醒其选择冰水进行漱口, 实时空吞咽。明确训练时间, 每个项目6min, 每天2次。

#### 1.2.2 观察组

该组联合正性激励护理: ①执行人为责任护士, 和患者积极交流, 进行目的性访谈。若出现吞咽障碍, 分析患者性格, 评价其心态, 结合其认知度, 讲解出现原因, 提醒治疗措施, 告诉其预期成效, 取得患者信任, 培养其价值观, 树立正确认知。②了解患者情绪, 若患

者有负面心理,例如抑郁,或者不安,可借助多种心理自护技术,例如采取正念减压法,维持平稳心态,选用呼吸情绪法,通过适当、稳定呼吸,放松心情,实施音乐情绪法,播放轻松、优美的音乐,针对情绪低迷、恶劣者,提供宣泄渠道,第一时间识别应激源,起到正性转移作用。③对于依从性高者、干预效果良好者,可以远程微信视频为渠道,进行交流,也可现身说法,分享自身经验,令患者看到干预成效。通过证实案例,提供正性激励,培养患者观念,加强其践行意愿,确保其可以精准执行各项任务,保证符合足项目、足量和足时等原则,取得积极康复成果。④监测康复训练情况,重视训练进步情况及取得的成果等,采取高调自然姿态,及时挖掘患者的进步,确定成果,针对正性激励成果,起到阳性强化作用。⑤提供正向引导,多陪伴患者,适当予以激励,健全康复计划,开放微信群,将亲朋好友拉进来。评估康复训练作用,及时分享,家属可在群体内

提供正向反馈信息,鼓励患者及时查看,基于社会、家庭等层面,建立激励后盾。

### 1.3 观察项目和指标

评价心理状态:焦虑用SAS量表<sup>[3]</sup>,抑郁用SDS量表<sup>[4]</sup>,分值越高,程度越严重。评价吞咽功能/病耻感:前者用SSA量表<sup>[5]</sup>,涵盖自主咳嗽、躯干/头控制、呼吸等多项内容,为17-46分,和吞咽功能成反比;后者用SSCI量表,共计24-120分。评价生活质量:用SIS量表<sup>[6]</sup>,纳入5个方面。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )表示计量,行t检验,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心理状态比较

对比SAS、SDS评分,观察组均更高低 ( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组心理状态比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	57.39±4.16	32.26±4.16 <sup>a</sup>	55.34±3.61	30.33±3.41 <sup>a</sup>
对照组	41	57.42±4.11	43.26±3.82 <sup>a</sup>	55.46±3.58	41.42±4.19 <sup>a</sup>
t	/	0.033	12.471	0.151	13.145
P	/	0.974	0.000	0.880	0.000

注:与本组干预前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组吞咽功能/病耻感比较

详见表2。

对比SSA和SSCI评分,观察组均更高低 ( $P < 0.05$ )。

表2 两组吞咽功能/病耻感比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	SSA (分)		SSCI (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	36.52±4.25	20.07±2.24 <sup>a</sup>	86.54±4.26	62.21±4.25 <sup>a</sup>
对照组	41	36.61±4.18	26.64±2.35 <sup>a</sup>	86.36±4.38	71.16±3.64 <sup>a</sup>
t	/	0.097	12.958	0.189	10.241
P	/	0.923	0.000	0.851	0.000

注:与本组干预前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组生活质量比较

对比SIS评分,观察组均更高 ( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	社会参与(分)		日常生活能力(分)		思维与记忆(分)		手功能(分)		情感(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	42.80±4.15	73.67±4.72 <sup>a</sup>	37.22±4.34	66.39±5.15 <sup>a</sup>	47.24±4.34	68.82±4.15 <sup>a</sup>	40.74±4.05	74.54±6.58 <sup>a</sup>	40.28±3.35	69.66±3.38 <sup>a</sup>
对照组	41	42.78±4.18	68.16±4.86 <sup>a</sup>	37.31±4.29	61.55±5.30 <sup>a</sup>	47.31±4.29	62.36±3.65 <sup>a</sup>	40.61±4.18	68.76±5.57 <sup>a</sup>	40.31±3.29	65.13±3.38 <sup>a</sup>
t	/	0.022	5.208	0.094	4.194	0.073	7.484	0.143	4.293	0.041	6.068
P	/	0.983	0.000	0.925	0.000	0.942	0.000	0.887	0.000	0.967	0.000

注:与本组干预前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

CI患者出现吞咽障碍后,可能导致诸多恶性后果,例如气道阻塞、脱水等,吸入性肺炎出现风险增加,可能导致窒息,引发死亡<sup>[7]</sup>。患者康复时间延长,整体进程减慢,会产生病耻感,加重精神负荷,患者依从性下降,影响康复预后,干扰生活质量。相关研究显示,对于吞咽功能改善情况,发现其与健侧脑关系密切,直接受脑运动皮质功能影响。该病优选干预法为吞咽训练,经由锻炼后,无论是软腭部肌肉,还是口唇部,均能调节其微观结构,改善吞咽、摄食等功能。

长期观察发现,单一进行康复训练效果有限。执行正向激励,其能引入内外存在的积极因素,帮助患者构建信心,正性展示病友情况,包括康复成果等,给予全程引导、鼓励,鼓励亲朋好友多陪伴患者,予以支持、安慰,借助多种情绪调节技术,激发其内在效能,于内部建立自我驱动通道,于外部提供外来支持,患者周围信息均要美好、积极且乐观,令整个康复过程布满积极印象,例如上进、希望等,能在潜移默化中替代、驱逐或者抵抗病耻感。开展吞咽康复训练时,结合正向激励护理,能提高干预效果。就吞咽功能改善情况而言,其与康复训练密切度关系密切,开展正性激励护理时,了解病情康复进度,评价其心境实况,借助适当激励手段,给予患者表扬、激励等,实现正面强化,调动患者内心意愿,提升其依从性,能提高主动性。联合两种方法,能维持乐观、轻松的心境,无论是亲朋好友,还是医护人员,相互合作,予以协同激励,遵循科学、精准、足项等原则,开展康复训练,获取到预期效应。研究结果显示和对照组比,观察组的SAS、SDS评分均更低( $P < 0.05$ ),表示联合应用能调节负面心理,可给予患者丰富、正向支持,营造良好心境。观察组的SSA和SSCI评分均更低( $P < 0.05$ ),表明联合应用能减轻病耻感,改善吞咽功能。患者常伴有病耻感,其深受疾病困扰,进行康复训练时,存在不良情感体验及诸多负面信息,面对训练成果时,患者期待值减少,不认同康复价

值。结合正性激励护理,主导人为护理从业者,邀请家属、同类病友等积极配合,给予正向情感体验,形成正性信息,了解患者知信行,落实阳性强化,注意点滴进步,帮助患者积极解决各种问题。观察组的各项SIS评分均更高( $P < 0.05$ ),代表联合使用能提高生活质量,患者身心状态均明显改善。说明两种方式联用能促进CI后吞咽障碍好转,提高康复成效。

综上所述,进行吞咽康复训练时,给予CI后吞咽障碍者正向激励护理,能改善吞咽功能和心理状态,减轻病耻感,提高生活质量。

### 参考文献

- [1]张芳芳,彭芬,尹俊锋.时效性激励护理在急性脑梗死偏瘫患者中的应用效果分析[J].临床研究,2023,31(6):174-176.
- [2]路以宁,白燕.早期渐进式细节化康复护理训练对脑梗死患者肢体、神经功能及临床效果的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(19):3639-3643.
- [3]苏庆庆,苗新旗.舌压抗阻反馈训练结合rTMS用于脑梗死后吞咽障碍康复治疗中的效果[J].系统医学,2023,8(14):63-65+69.
- [4]何晓楠,李碧霞,林素华.脑梗早期吞咽障碍行康复训练+电刺激对患者预后各指标的影响[J].中外医疗,2023,42(26):155-159.
- [5]张慧,李静,裴书萍.吞咽功能等级筛查结合系统性康复训练在脑梗死伴吞咽功能障碍患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(9):91-93.
- [6]李娜娜,李静,吕桦.基于依从性曲线变化规律的阶段性护理结合激励式心理干预对脑梗死恢复期患者康复自我效能感及肢体功能恢复的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(3):130-133.
- [7]聂芳.基于循证针对性护理联合多维口腔感觉训练对脑梗死合并吞咽功能障碍患者的影响[J].慢性病学杂志,2023,24(12):1849-1853.