

脑梗死后吞咽障碍患者护理中应用时间康复护理的效果分析

张甜甜

西安交通大学第一附属医院康复医学科 陕西 西安 710000

摘要: **目的:** 分析时间康复护理在CI后吞咽障碍患者中的应用效果。**方法:** 选取2023年4月-2024年4月本院82例CI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,行常规护理,观察组41例,行时间康复护理,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的Barthel指数、洼田饮水试验和SF-36评分均明显高于对照组,SAS和SDS评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予CI吞咽障碍患者时间康复护理改善患者身心状态,调节吞咽功能,提高康复效果,具有推广价值。

关键词: 脑梗死; 吞咽障碍; 时间康复护理; 吞咽功能

CI吞咽障碍属于脑血管疾病,常见于中老年人,医学事业进步,介入、溶栓等疗法日益成熟,CI致死率下降。但探讨实践案例,发现CI经治疗后常存在神经功能异常,尤其是吞咽障碍,其会影响正常进食,吸入性肺炎、误吸等发生风险增加,易并发营养不良,影响预后,干扰后续恢复,住院时间增加^[1]。收治CI后,既要实施科学化、个体化诊疗,又要开展康复训练,调节吞咽功能,促使各种功能好转。应用常规护理时,具有被动性,遵医嘱执行相关操作,缺乏针对性,难以切实改善吞咽功能。开展时间康复护理,分析CI特征,总结其康复规律,制定更适宜方案,缩短康复进程^[2]。当下,多种疾病均已引入该模式,但其于CI作用的研究不多,特别是吞咽障碍。本研究以CI吞咽障碍患者为对象,分析时间康复护理应用效果。

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23例,女18例,年龄为41-65岁,平均年龄(53.26±4.16)岁;观察组41例,男24例,女17例,年龄为42-66岁,平均年龄(53.31±4.09)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 符合CI吞咽障碍诊断标准;第一次发病;病情稳定;知情同意本次研究。**排除标准:** 其他明显系统疾病;重要脏器功能障碍;老年痴呆;精神疾病;恶性肿瘤。

1.2 方法

对照组行常规护理,按照医嘱给予生活指导,提醒

其及时清洁口腔,开展进食锻炼等。观察组以对照组为基础,行时间康复护理,确定最佳护理时间,共有三个,早上9:00,下午16:00,晚上19:00,结合治疗时间,对具体康复时机进行调整,内容包含:

1.2.1 康复评估

借助早期筛查表、洼田饮水试验等,评价吞咽障碍情况,分析其饮食习惯,全面掌握病情变化,制定干预方案。

1.2.2 心理干预

确定最佳心理干预时间,定为19:00-21:00,处于该阶段时,人们精神状态佳,心情愉快,医护人员操作时基本不会拒绝、抵触,更愿意交流,同时医院相对安静,无繁忙工作。积极和患者交流,若其有心理问题,能及时发现,立即解决,富有耐心,有饱满热情,倾听患者心声,了解其意见,给予正向指导,缓解负面情绪。CI会影响语言、运动等神经,生活能力下降,自觉形成负担,从而干扰医护工作。主动和患者交流,评价其心理状态,提供心理教育。介绍康复知识,强调康复意义,帮助其加强信心。

1.2.3 康复训练方法

①锻炼唇舌肌肉:引导患者将嘴巴闭上,模拟训练动作,如患者无法自主活动,可提供协助,展开被动训练。②发音锻炼:开始时进行音节锻炼,指导其读“a”“o”等音节,先开闭声门,然后张嘴,最后闭嘴,既能锻炼口唇肌肉,又能作用于声门,加强其闭锁能力,2次/d。③呼吸锻炼:先深吸气,引导患者屏气,一直到不能耐受时,将气体呼出,若气管内存在异物,则该方法具有防御能力,5次/组。④冷刺激:先将棉签

浸湿，轻轻涂抹于双唇，起到湿润作用，再借助冷冻棉签，将其放在软腭处、咽喉壁处，产生刺激。干预时关注患者变化，特别是面部表情，防范其不能耐受，影响心理状态，关注患者表现，确保其习惯以后，调整棉签刺激力度，令患者产生呕吐感，最后采用冷水，引导患者漱口，完成训练。⑤声带内收锻炼：先深吸一口气，手掌在胸腔部位放好，缓慢施加压力，引导患者屏气，时间为5s。⑥按摩脸颊：于口腔内进行锻炼，包括推舌、顶舌等，将舌尖向各方向摆动，最大限度趋向口角，拉伸时到最大角度。进行舔唇训练，对于舌肌功能不佳者，开展舌肌训练。⑦感觉刺激：开展空吞咽，对软腭产生刺激，促进舌根运动，锻炼咽部反射能力，控制训练时间，5-10min/d。⑧机电生物反馈：采取神经功能重建仪，开展机电反馈锻炼，选择卧位，引导患者双眼紧盯屏幕，尽可能放松，维持均匀呼吸，作用于颌下肌群，促使其放松。针对局部皮肤，做好消毒处理，应用测试电极，将其放在患者颌下，于测试电极周边放好参考电极，将各部位电信号记录下来，例如舌骨、鄂等。引导吞咽唾液，10s/次，观察机电峰值，做好记录，吞咽唾液时，提醒患者用力，获取到电信号，锻炼吞咽能力。

1.2.4 药物指导

如患者血压较高，应监测血压变化情况，提供适当引导。如为短效制剂，建议时间为早上6-8:00、14:00和

18:00。实施用药指导，监测血压变化，尤其是昼夜显著波动者，加大监测力度，睡前尽可能降低药量。

1.2.5 饮食指导

监测病情变化，结合其康复情况，选择适当食物，评估吞咽障碍情况，若其为轻度，可采取糊状食物；如为中度，且患者能够进食，则选择流食，若不能自主进食，选择鼻饲法，防范营养不良，指导患者前倾头部，选择软垫，放在患者身后，提供食物，确保进食环境良好，清洁且安静，防范呛咳。经过一段时间锻炼，患者恢复经口进食能力，则可借助清水展开锻炼，一旦发生呛咳、咳嗽等表现，要马上终止，提供干预。对于无异异常者，可适量选用增稠剂，逐步增加强度，少食多餐。

1.3 观察项目和指标

评价心理状态：焦虑用SAS量表^[3]，抑郁用SDS量表^[4]。评价生活能力/吞咽功能：前者用Barthel量表^[5]，后者通过洼田饮水试验。评价生活质量：通过SF-36量表^[6]，纳入4项职能，每项100分。

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和SDS评分，观察组均更低 ($P < 0.05$)。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	62.54±5.17	35.66±4.24 ^a	60.47±3.37	33.75±3.29 ^a
对照组	41	62.49±5.24	42.26±3.18 ^a	61.56±3.28	40.47±3.32 ^a
t	/	0.043	7.974	1.484	9.206
P	/	0.965	0.000	0.142	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活能力/吞咽功能比较

高 ($P < 0.05$)。详见表2。

对比Barthel指数和洼田饮水试验评分，观察组均更

表2 两组生活能力/吞咽功能比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	Barthel (分)		洼田饮水试验 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	51.36±3.39	71.41±4.16 ^a	3.82±1.03	2.12±0.23 ^a
对照组	41	51.42±3.30	62.36±3.61 ^a	3.80±1.07	3.21±0.24 ^a
t	/	0.081	10.521	0.086	20.996
P	/	0.935	0.000	0.932	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组生活质量比较

对比SF-36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	生理领域(分)		心理领域(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	73.31±4.16	87.42±4.11 ^a	74.26±5.25	83.39±3.11 ^a
对照组	41	73.25±4.27	81.32±3.27 ^a	74.30±5.19	76.60±3.27 ^a
<i>t</i>	/	0.064	7.437	0.035	9.634
<i>P</i>	/	0.949	0.000	0.972	0.000

续表3 两组生活质量比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	精神(分)		社会关系(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	72.17±4.16	83.35±3.64 ^a	72.42±4.16	85.25±4.16 ^a
对照组	41	72.31±4.09	77.36±3.49 ^a	72.51±4.11	79.35±3.94 ^a
<i>t</i>	/	0.154	7.606	0.099	6.593
<i>P</i>	/	0.878	0.000	0.922	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

局部脑组织因供血量少而坏死,影响到多种神经,产生CI,病情发作后,患者常伴有精神、意识障碍等,肢体功能减弱,部分可能偏瘫,一侧肢体无法控制,丧失自理能力,精神压力大,产生焦虑、紧张等情绪。CI常伴有吞咽障碍,患病后,双侧皮质脑干、延髓等受损,导致延髓麻痹,干扰吞咽中枢神经,影响肌肉功能。针对后续康复,吞咽障碍属于其独立危险因素,程度较轻者,存在营养不良风险,程度较重者,水电解质紊乱,病情严重,威胁生命安全。采取常规护理,尽管吞咽功能能改善,但其整体干预效果不佳。

对于人体内部活动,其存在明显时间节律性,在护理中融入时间医学,开展时间康复护理,能改善预后。充分评价患者心理因素,了解其生理规律,搜集相关信息,和患者有效沟通,于最佳时间进行干预。灵活借助多种训练法,掌握患者病情,制定个体化干预方案,积极缓解其负面心理,能调节机体状态,维护相关功能,改善预后。采用该模式,锻炼口腔肌肉,加强其灵活度和协调性,可防范萎缩,缩短进食时间。借助冷刺激、生物反馈等方法,能尽可能实现功能性运动,对吞咽有关组织进行锻炼,能提升诸多部位活动性,例如软腭、咽部等,于不同阶段,分析患者需求,适当调整护理计划,以取得最佳效果。研究结果显示和对照组比,观察组的SAS和SDS评分均更低 ($P < 0.05$),表明时间康复护理依据人体情绪变化规律,不良情绪改善更明显。观察组的Barthel指数和洼田饮水试验评分均更高 ($P <$

0.05),提示采取该模式后患者生活能力提升,吞咽障碍减轻。观察组的SF-36评分均更高 ($P < 0.05$),代表该模式有助于改善身心状态。说明应用时间康复护理可以显著减轻CI吞咽障碍,促进CI转归,加快康复进程。

综上所述,给予CI吞咽障碍患者时间康复护理改善患者身心状态,调节吞咽功能,提高康复效果,具有推广价值。

参考文献

- [1]邱欢欢,葛中林,王园园,王茹,顾艳梅,李苏毅.基于时间管理的护理模式在行脑血管支架植入术的脑梗死患者中的应用效果[J].实用心脑血管病杂志,2024,32(4):137-140.
- [2]姜宁.早期康复与中频治疗对卒中后吞咽障碍的效果[J].继续医学教育,2023,37(12):161-164.
- [3]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.
- [4]宋庆,刘凯丽.早期康复护理干预在老年脑梗死吞咽障碍患者中的康复效果研究[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(6):202-204+184.
- [5]张敏敏,吴婕,韩燕.早期吞咽功能评估及分级针对性康复护理方案对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能及并发症的影响[J].吉林医学,2023,44(11):3246-3248.
- [6]王芹,周倩.FOCUS-PDCA持续质量改进程序在老年脑梗死吞咽障碍患者护理中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2023,32(21):3063-3066.