

个性化护理对脑梗死患者吞咽障碍的临床护理分析

郭蕊萍

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

摘要: **目的:** 分析个性化护理对CI吞咽障碍患者的应用效果。**方法:** 选取2023年4月-2024年4月本院76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38例,行常规护理,观察组38例,行个性化护理,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的ADL和SF-36评分均明显高于对照组,NIHSS、SSA评分、不良事件发生率、进食时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予CI吞咽障碍患者个性化护理能机体调节各项功能,加快恢复进程,防范不良事件,具有推广价值。

关键词: 个性化护理;脑梗死;吞咽障碍;生活质量

CI属于多发心血管病,在所有急性脑血管病中,CI约占70%,中老年人相对多发,CI发生不受年龄影响。CI基础病因为颈部/颅内大动脉异常,产生粥样硬化^[1]。初期CI多存在意识障碍,发展到中期,伴有应激性溃疡、昏迷、延髓性麻痹等表现,晚期CI多存在脑疝,威胁生命安全。CI常存在神经功能损伤,易引发吞咽障碍。出现吞咽障碍后,会影响饮食,干扰生活质量,不利于改善病情,患者出现吞咽障碍,唇周无力,同时流涎和口齿不清。常规护理常依据既往经验,进行康复训练,缺乏差异性和针对性^[2]。予以个性化护理,能改善营养状态,疏导负面情绪,降低家庭负担,采取该模式,可加快后期康复进程,便于改善吞咽功能。本研究以CI吞咽障碍患者为对象,分析个性化护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年4月-2024年4月本院76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38例,男20例,女18例,年龄为41-86岁,平均年龄(61.46±4.68)岁;观察组38例,男21例,女17例,年龄为42-87岁,平均年龄(61.54±4.60)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;伴有吞咽障碍,主要表现为舌肌运动困难、饮水呛咳等;知情同意本次研究。

排除标准: 重度肝肾疾病;内分泌系统疾病;认知功能异常;精神疾病;血液系统疾病。

1.2 方法

对照组行常规护理,依据既往经验,制定康复训练方案,开展功能训练,包括吞咽功能、肢体功能等,及时解答患者疑问,提供指导。观察组以对照组为基础,行个性化护理:

1.2.1 心理护理

对于CI吞咽障碍者,自主摄食困难,卧床时间长,易引发负面情绪。评估患者心理状态,结合其负面情绪,开展健康教育。多陪伴、支持患者,减轻不安、焦躁等情绪,以抑郁为例,可采取激励、鼓励法,以焦虑为例,可选择疏导、安慰等法,以恐惧为例,讲解成功案例,疏导负面情绪。了解患者文化程度、病史,开展健康教育,如患者有高血压、糖尿病,管控疾病时,应全程监测血压、血糖,若患者文化程度较低,应选择通俗、简洁语言。

1.2.2 饮食指导

结合患者病情,了解其饮食喜好,拟定差异化护理措施。患者进食时,严格管控进食量,将每口食物咽下后,要停留片刻,再次进食,避免呛咳。选择吸引装置,将其放在床旁,若出现呕吐、误吸等表现,应马上干预。选择坐位,引导其将身体前倾,幅度约为20°,保证颈部处于前屈状态,增加舌骨肌张力,适当上抬喉部,推动食物抵达食道。对于无法坐立者,选择仰卧位,同时前屈头部,垫高患者肩部,确保患侧高于健侧,选择食物时应容易吞咽,改善吞咽功能。

1.2.3 颌/面部/唇部护理

①保护下颌/面部:尽可能张口,引导下颌向左右进行训练,也可以做夸张动作,针对每个动作,尽量维持5s,引导其放松;鼓励其发“a”口音,尽可能夸张,随后马上闭合;鼓励其将双唇紧闭,将两腮鼓起,维持5s,随后放松。②唇部干预:鼓励患者咬牙,发“i”音,将嘴唇合上,发“u”音,均维持5s,随之放松;采用压舌器,尽最大力量将嘴唇闭合,令嘴唇与压舌器之间形成阻力,维持5s,提醒其放松,然后再发“ma”和“ba”音等。

1.2.4 预防窒息/误吸

处于康复期时，关注生命体征，告诉患者注意休息，多休息，提高睡眠质量，进食期创造舒适、温馨的环境，尽可能采取独立空间，每次饮水时，尽量选择半杯水，如果水量过多，则误吸率增加。

1.2.5 康复训练

①基础训练：采取冰冻棉签，用其蘸少量水，放置于咽后壁处、舌根处和软腭处，起到刺激作用，指导其进行空吞咽；进行舌操，将舌头向四处伸展，包括前后左右等，触及上下牙龈处、上腭处和口角处；对于颊肌、咀嚼肌等，展开训练，尽最大可能做咬k动作、鼓腮动作等，每组5-10次，40次/次，2组/d。②摄食训练：选择适当进食体位，结合患者病情，若患者可以坐起，引导其竖直躯干，对颈部、头正中，向前轻轻屈曲，保护患者气道；如患者无法坐起，采取仰卧位，躯干和床垫呈30°，引导其将头部前屈，对于偏瘫侧，在其肩后放置软枕，对于喂食者，其应在患者健侧，防范口中食物溢出，便于将食物运送至舌部，防范食物逆流，减少误吸，每次进食完毕后，将床头抬高，处于30-40°，持续0.5h，避免食物反流。如患者能坐起，令其向健侧倾斜，或者坐直，令颈部转向患侧，适当前倾头部，处于约45度，促进食物经由健侧咽部，到达食管内，扩大健侧咽部，促进食物进入，预防误咽。③选择食物：结合吞咽障碍情况，选取适宜食物，遵循先易后难原则，吞咽最容易的为糜烂食物，最困难的为固体食物，误吸率

最高的为液体食物，最低的为糊状食物，先选择糜烂食物，然后为糊状，再次为固体，最后选择液体，保证食物温度适宜，同时关注热量，注意色香味等。④控制入口速度及量：如果一口量过多，则难以控制，可能漏出食物，同时受咽部食物残留影响，引发误咽，初始时建议为3-4ml，后续酌情加量，每口20-30ml，控制好进食速度，控制时间，每次约0.5h。建议采取健手进食，一方面能提升其成就感，改善整体功能；另一方面可加强其自控能力，令其自行掌握进食速度、量，防范误咽。

1.3 观察项目和指标

评价各项功能：采取ADL量表^[3]，对应日常生活能力，采用NIHSS量表^[4]，对应神经功能，选取SSA量表^[5]，对应吞咽功能。评价生活质量：采取SF-36量表^[6]，共有4个维度，均为百分制。评价预后效果：观察进食时间和住院时间；观察不良事件，包括吸入性肺炎、呛咳、反流和误吸^[7]。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，(x±s)与(%)表示计量与计数资料，分别行t与x²检验，P<0.05，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组各项功能比较

干预后两组ADL评分均明显高于干预前，NIHSS和SSA评分均明显低于干预前，观察组变化更明显(P<0.05)。详见表1。

表1 两组各项功能比较[n(x±s)]

组别	例数	ADL (分)		NIHSS (分)		SSA (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	61.52±4.48	93.44±4.65 ^a	15.08±1.42	3.31±0.51 ^a	39.57±3.31	20.10±1.14 ^a
对照组	38	61.63±4.31	84.37±3.25 ^a	15.19±1.37	11.16±1.24 ^a	39.41±3.42	31.39±1.25 ^a
t	/	0.109	9.855	0.344	36.091	0.207	41.138
P	/	0.913	0.000	0.732	0.000	0.836	0.000

注：与本组干预前比较，^aP<0.05。

2.2 两组生活质量比较

干预后两组SF-36评分均明显高于干预前，观察组变

化更明显(P<0.05)。详见表2。

表2 两组生活质量比较[n(x±s)]

组别	例数	躯体疼痛 (分)		生活活力 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	47.25±4.16	72.26±3.58 ^a	48.36±3.51	76.19±6.04 ^a
对照组	38	47.31±4.09	61.22±3.41 ^a	48.40±3.49	64.52±6.13 ^a
t	/	0.063	13.765	0.050	8.359
P	/	0.950	0.000	0.960	0.000

续表2 两组生活质量比较[$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	情感状态(分)		生理机能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	51.36±3.41	73.39±3.26 ^a	42.18±5.16	62.26±4.16 ^a
对照组	38	51.42±3.37	61.25±4.18 ^a	42.31±5.07	52.36±3.71 ^a
<i>t</i>	/	0.077	14.117	0.111	10.949
<i>P</i>	/	0.939	0.000	0.912	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组预后效果比较

观察组的不良事件发生率、进食时间和住院时间均

明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见

表3。

表3 两组预后效果比较[$n(\bar{x} \pm s)/(\%)$]

组别	例数	进食时间 (d)	住院时间 (d)	不良事件				
				吸入性肺炎	呛咳	反流	误吸	发生率
观察组	38	2.04±0.20	4.14±0.15	0	1	1	0	5.26
对照组	38	4.35±0.23	6.18±0.17	2	3	3	2	26.32
t/χ^2	/	46.719	55.468	/	/	/	/	6.333
<i>P</i>	/	0.000	0.000	/	/	/	/	0.012

3 讨论

CI基础病因为脑部血管堵塞、破裂,脑组织血供、氧供受阻,CI风险高,危及身心健康。CI出现后,患者常伴有四肢无力、神志不清、半身不遂等表现,特别是吞咽障碍,其发生率高,程度严重者,有吸入性肺炎发生风险,干扰预后。提供精细化、全面护理,能改善吞咽功能,加快康复进程。

实施常规护理时,主要进行吞咽功能训练,尽管其能改善吞咽功能,但未充分关注健康知识、心理状态,整体效果不理想。提供个性化护理,结合患者病情,制定差异性、综合化护理方案,能满足患者身心需求,推动患者尽快康复。该模式具有先进性,全面了解患者需求,展开干预,制定针对性、完善康复训练方案。应用该模式能调节身心健康,促使吞咽障碍等功能好转。研究结果显示和对照组比,观察组的ADL评分均更高,NIHSS和SSA评分均更低($P < 0.05$),表明该模式能改善各种功能,减轻功能障碍。观察组的SF-36评分均更高($P < 0.05$),代表应用该模式后,生活质量明显提升。观察组的不良事件发生率、进食时间和住院时间均更低($P < 0.05$),表示该模式能调节预后,减少不良事件。说明应用个性化护理可以改善CI吞咽障碍,调节预后。

综上所述,给予CI吞咽障碍患者个性化护理能机体调节各项功能,加快恢复进程,防范不良事件,具有推

广价值。

参考文献

- [1]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.
- [2]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.
- [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]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.
- [5]石凯,张微平,廖坚.急性脑梗死后吞咽障碍患者经相互作用分析理论下持续性管理干预的应用效果[J].国际护理学杂志,2024,43(4):617-620.
- [6]鲍荣幸,陕永琦,黄晓琴,江茶花.标准吞咽功能评估结合预见性护理对老年脑卒中吞咽障碍的影响[J].吉林医学,2024,45(2):459-462.
- [7]陈亚文,董欣,禹玲.经颅磁刺激与综合营养管理改善脑梗死吞咽障碍患者进食及营养状况的效果[J].河北医药,2024,46(3):421-424.