

艾灸联合康复护理干预对脑中风并发吞咽功能障碍的效果研究

李蓓 赵悦*

陕西省中医医院, 陕西 710003

摘要:目的: 艾灸联合康复护理干预对脑中风并发吞咽功能障碍的效果探析。方法: 选取我院2018年6月-2019年6月收治的120例脑中风并发吞咽功能障碍患者作为研究对象, 分为观察组和对照组, 对照组常规护理, 观察组行艾灸联合康复护理干预。结果: 对照组护理有效率86.67%, 观察组96.67% ($P < 0.05$)。对照组内患者误吸发生率16.67%, 观察组6.67% ($P < 0.05$)。观察组患者洼田氏试验评分低于对照组, 藤岛一郎吞咽疗效评价高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中风并发吞咽功能障碍患者接受艾灸联合康复护理干预后, 可加快患者吞咽功能障碍的恢复, 降低误吸发生率, 护理效果确切, 具有临床价值。

关键词: 艾灸; 复护理干预; 脑中风; 吞咽功能障碍

Effect of Moxibustion and Rehabilitation Nursing Intervention on Swallowing Dysfunction Complicated by Stroke

Bei Li, Yue Zhao*

Shaanxi Traditional Chinese Medicine Hospital, Xi'an 710000, Shaanxi, China

Abstract: Objectives: To investigate the effect of moxibustion combined with rehabilitation nursing intervention on stroke and dysphagia. **Methods:** A total of 120 patients with stroke and dysphagia who were treated in our hospital from June 2018 to June 2019 were selected as the research objects and divided into observation group and control group. The control group received routine nursing care, and the observation group received moxibustion combined with rehabilitation nursing intervention. **Results:** The nursing effective rate in the control group was 86.67%, and the observation group was 96.67% ($P < 0.05$). The incidence of aspiration was 16.67% in the control group and 6.67% in the observation group ($P < 0.05$). The observation group's Watian experimental score was lower than the control group, and Fujishima Ichiro's evaluation of swallowing efficacy was higher than the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** After the patients with stroke complicated with swallowing dysfunction received moxibustion combined with rehabilitation nursing intervention, the recovery of swallowing dysfunction was accelerated and the incidence of aspiration was reduced. Nursing effect is accurate and has clinical value.

Keywords: Moxibustion; re-nursing intervention; stroke; swallowing dysfunction

一、前言

脑中风即脑卒中, 是脑部血管破裂、阻塞引发的脑组织损伤疾病^[1]。脑中风患者发病后, 以吐字不清晰、头晕、肢体麻木等症状为主要表现, 累及呼吸系统、消化系统, 其中吞咽功能障碍也是主要症状表现之一, 患者发病后正常进食受到影响, 增加了误吸风险, 不利于术后身体康复^[2]。处于这样的情况下, 引入艾灸联合康复护理干预的方法, 能够对患者吞咽功能障碍产生刺激, 加快患者功能康复, 锻炼吞咽能力, 促进病情的稳定与身体恢复, 与常规护理相比较, 效果更加显著。因此, 本文以我科收治的120例脑中风并发吞咽功能障碍患者为对象, 围绕艾灸联合康复护理干预的应用效果展开探索, 现做如下报道。

二、资料与方法

(一) 一般资料

*通讯作者: 赵悦, 1988年3月, 女, 汉族, 陕西西安人, 就职于陕西省中医医院, 护师, 本科。研究方向: 中风、面瘫、眩晕、痹病等疾病以及中医护理技术操作。

选取我科2018年6月-2019年6月收治的120例脑中风并发吞咽功能障碍患者作为研究对象,由临床医师采取随机数字表法分为观察组和对照组。观察组60例,男36例,女24例,年龄49岁~79岁,平均年龄(61.65±5.28)岁;病程1~14 d,平均病程(7.16±2.26) d;脑梗死29例,脑出血31例。对照组60例,男34例,女26例,年龄48岁~78岁,平均年龄(62.37±4.46)岁;病程1~15 d,平均病程(6.69±1.94) d;脑梗死32例,脑出血28例。

1. 纳入标准

(1) 患者符合脑中风临床诊断标准,且伴有吞咽功能障碍。

(2) 患者家属对研究知情并签署知情同意书。

2. 排除标准

(1) 排除无法配合的患者。

(2) 排除其他疾病引起的吞咽功能障碍患者。两组患者性别、年龄、病程等一般资料差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

(二) 方法

1. 对照组常规护理

针对患者进行饮食指导,指导患者用药,监护患者进食,如若患者有误吸情况出现,则以负压吸引装置及时进行吸出,并指导患者做咳嗽训练,促进气管内异物的排出。同时针对患者进行口腔基础护理,进餐前后清洁口腔,预防细菌滋生。

2. 观察组艾灸联合康复护理干预

(1) 艾灸

调整患者体位为半卧位,使颈部暴露。选定穴位,包括天突、廉泉、足三里、关元、通里等,将艾条点燃后,时间为15 min/次,早晚各1次,以患者皮肤达到红晕状态为宜。艾灸过程中,对患者颈部进行按摩放松,增强艾灸效果。

(2) 康复护理干预

① 摄食护理

上肢活动受限的患者,将病床床头提升30°,使患者头部向前屈,于肩部下方垫枕头,刺激患者下咽,防止食物外漏。对可坐起的患者,体位调整为坐直、头部前屈体位,患者下颌向内收,头部向偏袒一侧转80°,食物自然滑至另外一侧,能帮助单侧神经麻痹患者吞咽。进食过程中注意患者是否出现呛咳、停顿的情况,以便及时帮助患者排出,检查询问患者咽喉部是否有食物残留,如有食物残留,可指导患者咳出。

② 饮食指导

在食物的选择方面,需要结合患者的具体情况来确定,早期以糊状、易消化流食为主,随后可食用加入碎状的粘稠食物,最后过渡为正常食物、流食搭配的食谱。同时,患者食用的食物温度不宜过高,可选择温度稍低的食品,以便对患者的吞咽动作形成刺激。

③ 吞咽康复练习

从“啊”等简单字词开始进行发声训练,锻炼患者声门锁闭、软腭肌力功能。指导患者进行吞咽技巧锻炼,饭前20 min进行冷刺激,棉签沾冷水后,擦拭咽喉、腭,带动吞咽动作,10 min/次,3次/d;进食后,提醒患者做空吞咽动作,保证食物完全下咽,饮水100 mL,避免食物残渣残留,并向左右两侧转头,以侧方吞咽法解决隐藏残留问题。此外,指导患者进行肌肉收缩运动训练,患者双唇紧闭,口内鼓气,随后缩唇、吐气;锻炼舌肌,舌头伸出,向不同方向运动;反复磨牙,运动咀嚼肌。

(三) 疗效判定

以藤岛一郎吞咽疗效评价标准为疗效判定标准,其中显效(6~10分):吞咽功能障碍基本消失;有效(3~5分):吞咽功能明显改善;无效(1~2分):吞咽功能无明显好转迹象^[1]。

护理有效率 = 显效+有效/显效+有效+无效。

(四) 观察指标

1. 记录比较两组误吸发生率。

2. 以洼田饮水试验、藤岛一郎吞咽疗效评价为标准,分别在护理前、后测评患者的吞咽功能恢复情况。

(1) 洼田饮水试验中,病患坐直并饮入30 mL温水,其中1分:于5 s之内喝完,期间无停顿及呛咳情况;2分:5~10 s之间喝完,期间无停顿及呛咳情况;3分:能一次性喝完,但有停顿及呛咳情况出现;4分:分2次喝完,停顿及呛咳次数不少于2次;5分:分多次喝完,呛咳、停顿频繁。评分与吞咽功能负相关,分数低,代表吞咽功能恢复

良好^[4]。

(2) 藤岛一郎吞咽疗效评价对吞咽功能评分为0~10分之间, 评分与吞咽功能正相关, 分数高, 代表吞咽功能恢复良好。

(五) 统计学处理

本次研究当中的所有数据均采用SPSS17.0统计软件进行处理, 计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 以*t*检验, 计数资料采用率 (%) 表示, 以 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

三、结果

(一) 两组护理有效率对比

对照组内护理有效率86.67%, 观察组内护理有效率96.67%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表1。

表1 两组护理有效率对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	护理有效率
观察组	60	39 (65%)	19 (31.67%)	2 (3.33%)	58 (96.67%)
对照组	60	22 (36.67%)	30 (50%)	8 (13.36%)	52 (86.67%)
χ^2		16.056	6.983	6.548	6.548
<i>P</i>		0.000	0.008	0.011	0.011

(二) 两组患者误吸发生率对比

对照组内患者误吸发生率16.67%, 观察组内患者误吸发生率6.67%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表2所示。

表2 两组患者误吸发生率对比[n(%)]

组别	例数	误吸发生例数	误吸发生率对比 (%)
观察组	60	4	6.67%
对照组	60	10	16.67%
χ^2			4.851
<i>P</i>			0.028

(三) 护理前后两组洼田饮水试验、藤岛一郎吞咽疗效评价对比

护理前, 两组患者洼田饮水试验、藤岛一郎吞咽疗效评价对比, 差异并无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组护理后与护理前相比较, 洼田饮水试验评分降低、藤岛一郎吞咽疗效评价评分升高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理后, 两组之间进行比较, 观察组患者洼田氏试验评分低于对照组, 藤岛分级评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表3所示。

表3 护理前后两组洼田饮水试验、藤岛一郎吞咽疗效评价对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	洼田饮水试验		<i>t</i>	<i>P</i>	藤岛一郎吞咽分级		<i>t</i>	<i>P</i>
		护理前	护理后			护理前	护理后		
观察组	60	4.53±0.72	1.33±0.24	9.365	0.025	2.31±0.57	6.05±0.40	9.311	0.015
对照组	60	4.36±0.61	2.89±0.59	8.651	0.015	2.46±0.61	8.55±0.57	9.267	0.011
<i>t</i>		1.358	8.954	—	—	2.23	9.972	—	—
<i>P</i>		0.432	0.026	—	—	0.512	0.014	—	—

四、讨论

脑中风患者发病后, 经及时有效的抢救治疗, 可使患者脱离生命危险, 但是仍然有高达60%~70%之间的致残可能性, 对患者的语言功能、肢体运动功能造成严重侵害, 失去生活自理能力^[5]。其中吞咽功能障碍是脑中风主要临床并发症之一, 患者失去进食能力, 无法正常吞咽食物, 因而对脑中风吞咽功能障碍进行有效的护理干预至关重要。然而常规护理侧重于基础护理工作, 对患者吞咽功能障碍恢复的指导不够全面和深入, 需要引起重视和关注^[6]。

中医理论认为, 吞咽功能障碍属于“喉痹”的概念, 以咽喉功能为症状表现, 然发病根源为颅脑, 经脉受阻致使吞咽功能丧失, 因而护理干预中需标本兼治。与常规护理干预相比较, 艾灸联合康复护理干预对脑中风并发吞咽功能患者的恢复具有更为显著的影响^[7]。

艾灸以艾火为刺激, 在局部温热刺激的作用机制下, 患者皮肤达到充血状态, 毛细血管扩张, 继而加快血液循环

速度,活血通络,同时会选择天突、足三里、关元等穴位进行针刺,对患者咳嗽、咽喉肿痛等症状起到治疗作用,并温通经络,对患者吞咽功能形成有效地刺激,能够达到标本兼治的效果^[8]。在此基础上,采用康复护理干预的手段对患者进行干预,与常规护理干预所不同的是,康复护理干预手段在患者病情稳定之后,便根据患者病情不同时期,制定针对性的康复护理方案,包括吞咽功能的锻炼、摄氏指导、饮食方案的选择与调整等。

期间不仅指导患者选择适宜、易消化的食物,同时对患者的舌肌、软腭等肌肉功能进行锻炼,结合肌肉收缩、咀嚼训练的方法,更加全面的对患者的吞咽功能进行锻炼,刺激功能恢复,降低吞咽功能障碍对患者所造成的影响,由此患者进食过程中所发生的误吸风险也得到了有效的控制和解决。因此,在脑中风并发吞咽功能障碍患者的临床护理干预中,采取艾灸联合康复护理干预的方法,具有可行性,应用效果可靠,效果优于常规护理。

针对本次研究结果进行分析可以发现,对照组内护理有效率86.67%,观察组内护理有效率96.67%,且观察组内显效治疗占据比重更高,对照组内则是有效治疗居多。该结果表明,脑中风并发吞咽功能障碍患者接受观察组艾灸联合康复护理干预后,吞咽功能恢复的效果更快、更好,而对照组在常规护理方法下,患者的吞咽功能恢复速度比较缓慢,护理效果相对较弱。同时,研究结果发现,对照组内患者误吸发生率16.67%,观察组内患者误吸发生率6.67%,该结果表明,观察组内脑中风并发吞咽功能障碍患者在接受艾灸联合康复护理干预后,进食过程中误吸的风险性降低,进食过程恢复良好,但是对照组内患者接受常规护理干预的情况下,患者进食过程中发生误吸的可能性仍然较高,表明吞咽功能仍然需要进一步的恢复。

此外,研究结果发现,两组患者在接受护理之前,洼田饮水试验、藤岛一郎吞咽疗效评价均与正常水平之间存在一定的距离,脑中风患者的吞咽功能出现不同程度的障碍。护理后与护理前进行比较,两组患者的洼田氏试验评分降低、藤岛分级评分升高,表明经护理后,两组患者的吞咽功能障碍观察组患者洼田氏试验评分低于对照组,藤岛分级评分高于对照组,均获取了不同水平的恢复与改善;但是两组之间的分数的比较后可以发现,这一结果表明,脑中风并发吞咽功能障碍患者接受观察组艾灸联合康复护理干预之后,吞咽功能障碍恢复的效果要强于常规护理的对照组患者,吞咽功能评分更高,患者达到或接近正常水平。

综上所述,脑中风并发吞咽功能障碍患者接受艾灸联合康复护理干预后,患者吞咽功能恢复较快,误吸的发生可能性较低,护理效果确切,临床价值可靠。

参考文献:

- [1]陈莹.艾灸联合康复护理干预对脑卒中后吞咽功能障碍的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(32):98.
- [2]姚璐,张艳.中医艾灸联合康复训练对脑卒中偏瘫病人肢体功能及生活能力的影响[J].循证护理,2019,5(07):586-589.
- [3]谭高小,陈汝专,卢雪云.康复护理干预对脑中风失语患者的护理效果观察[J].智慧健康,2019,5(16):109-110.
- [4]李丽.分析早期康复护理干预对脑中风患者治疗效果及预后的影响[J].名医,2019,(02):212.
- [5]陈红霞,翟艳飞,徐静.康复护理干预在脑中风后遗症患者中应用效果[J].光明中医,2018,33(10):1489-1491.
- [6]强维娜,陆燕敏.早期康复护理干预对中风患者的影响[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(69):241.
- [7]李燕.中医康复护理干预对脑中风的影响[J].内蒙古中医药,2017,36(02):156-157.
- [8]张玉红.脑中风后遗症患者的康复护理干预效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(01):107.