

专科护士主导老年吞咽障碍患者进食管理模式的研究

吴媛,张素敏,邓小莹,张馨悦

(广州医科大学附属第五医院神经内科,广州 510700)

摘要 目的:评估分析专科护士主导老年吞咽障碍患者进食管理模式的效果。方法:选择2022年6月至2023年6月我科收治的100例老年吞咽障碍患者病人作为研究对象,随机分成两组,分别为50例,其中对照组按照临床护理路径进行进食管理,而研究组由专科护士基于吞咽障碍筛查及评估进行进食模式管理,并从吞咽功能改善、营养健康改善状况、胃管成功拔除率三个指标进行对比。结果:研究组干预后吞咽功能改善显著优于对照组,营养状况各项指标均高于对照组,胃管成功拔除率高于对照组。结论:由专科护士主导多学科团队合作的吞咽障碍进食管理模式,能为制定“吞咽障碍评估-干预临床路径”提供参考依据,有利于制定规范化吞咽障碍临床护理管理流程;提高工作人员对吞咽障碍相关知识的掌握水平和关注意愿;为吞咽障碍患者提供全面、专业的医疗服务,减少并发症发生率、提高患者满意度和生活质量。

关键词 专科护士主导;老年吞咽障碍;进食模式管理

中图分类号:R473.74 文献标识码:A 文章编号:2095-9664(2024)03-0068-05

Study on the eating management mode of elderly patients with dysphagia led by specialist nurses

WU Yuan, ZHANG Sumin, DENG Xiaoying, ZHANG Xinyue

(Department of Neurology, The Fifth Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510700, China)

Corresponding author: ZHANG Xinyue, Email: 907854501@qq.com

我国人口老龄化形势日益严峻,2016年我国60岁以上老年人口达2.31亿,占总人口数的16.7%,预计到2030年,60岁以上老年人将占25%,2050年甚至将达34.1%^[1]。吞咽功能障碍是老年群体较为常见的疾病种类,2016年《欧洲吞咽障碍学会-欧盟老年医学会白皮书》指出:养老/医养机构老人吞咽障碍发生率为60%,我国台湾地区老人吞咽障碍发生率为51%,大陆地区居家健康老年人吞咽障碍发生率为10.63%,老年脑卒中后吞咽障碍发生率高达55.11%^[2]。吞咽障碍是影响老人功能、健康、营养状况、增加死亡风险和降低生活质量的危险因素,其中误吸是吞咽障碍最危急的不良后果,发生率高达43%~54%,其中住院老年患者误吸发生率高达47.9%^[3]。吞咽障碍误吸是患者发生吸入性肺炎的重要原因,吸入性肺炎可导致患者住院时间延长,住院费用增加,并导致高病死率,据文献报道,因误吸所致吸入性肺炎死亡率可达40%~50%,在高龄患

者中病死率高达70%,可见吞咽障碍严重威胁患者的生命安全。目前我国对于吞咽障碍的筛查与评估开展较少,主要集中在神经科、康复医学科,而其他专科尚未全面开展相关筛查与评估,老年患者误吸风险筛查及评估工作开展少,未有效落实老年患者误吸风险管理路径。目前吞咽障碍干预研究存在的不足主要有四点:(1)医生、护理人员、康复技师常单独开展研究,尚无构建多学科团队合作模式;(2)护理干预内容多空泛,缺乏专科内涵;(3)食物改进干预措施各成其说,缺乏标准化;(4)评价指标多数采用非金标准统计的误吸发生率,真实性有待考究^[4]。

鉴于吞咽障碍干预的现状,本研究拟构建专科护士主导的老年吞咽障碍患者进食管理模式,开展一项非随机化临床对照试验,旨在探索一种对老年吞咽障碍进食管理可行的多学科合作模式并验证该模式的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

DOI:10.3969/j.issn.2095-9664.2024.03.13

通讯作者:张馨悦,Email:907854501@qq.com

非随机化分组:研究开始前由一位统计学专家按照样本量为100例,组数为2,组间比例为1:1,区组数为3(改良式洼田饮水试验结果2~4级),区组长度为6,研究中心数为1,根据SAS软件编写程序,生成随机序列表,依据随机表制作不透光密封随机信封,信封表面包含患者编号和研究中心名称,信封内藏有入组患者分组信息,将信封按样本量分配。由神经内科的护士负责招募研究对象,对2022年6月至2023年6月我科收治老年吞咽障碍患者进行筛查,可能符合入排标准的老年患者,先口头说明项目的研究内容和具体操作,并签署知情同意书,签署知情同意书后筛查患者是否符合入排标准,如果符合即可领取信封,确定分组。最后纳入研究对象共100名,研究组50人,对照组50人。研究组中男28人,女22人;年龄(75.16±9.22)岁;病程(12.68±4.32)d;改良式洼田饮水试验结果2级11人,改良式洼田饮水试验结果3级16人,改良式洼田饮水试验结果4级23人;对照组中男32人,女18人;年龄(73.98±8.02)岁;病程(12.26±3.44)d;改良式洼田饮水试验结果2级10人,改良式洼田饮水试验结果3级15人,改良式洼田饮水试验结果4级25人;本研究中两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比较性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较($n=50$)

组别	性别(人)		年龄(岁)	病程(d)
	女	男		
研究组	22	28	75.16±9.22	12.68±4.32
对照组	18	32	73.98±8.02	12.26±3.44
χ^2 值	0.667			
t 值			0.683	0.538
P 值	0.414		0.496	0.592

1.2 纳排标准

纳入标准:①神志清楚,年龄 ≥ 60 岁;②改良式洼田饮水试验结果2~4级;③才藤氏吞咽障碍级别3~6级;④未置胃管者;⑤V-VST适应证:注意力良好、合作、无呼吸问题或身体不适、有咳嗽反射、在体格检查中有喉上抬的患者、有保护气管的能力、有足够的体力/耐力完成进食评估者;⑥理解并签署知情同意书。

排除标准:①反复吞唾液试验不通过者;②V-VST禁忌证:患有呼吸道问题、精神状况下降和不合

作者;③医嘱为病危患者;④合并精神疾病,依从性差,沟通障碍者;⑤脑外伤、颅内占位病变或咽喉部局部病变引起吞咽障碍患者。

中途退出标准:①研究过程中出现病情变化,医嘱改为病危;②研究过程中患者出现严重并发症,例如吸入性肺炎、重度贫血等;③住院日小于10d或拟拔胃管后不足10d出院者;④患者要求退出研究。

1.3 干预方法

对照组:按照临床护理路径对患者进行吞咽功能评估,遵医嘱给予留置胃管、常规健康教育等措施。

研究组:由对老年/吞咽专科护士负责吞咽障碍的筛查(改良式洼田饮水试验)、床旁进食评估(V-VST、才藤氏吞咽障碍评价法)、一口量评估、饮食质地调整、进食体位和一口量指导。具体流程如下:医生根据护士筛查评估建议组织临床治疗与管理、必要时请言语治疗师、营养师会诊,总结个性化诊疗方案,制定临床决策、协助病情的评估和吸入性肺炎的预防诊断。言语吞咽治疗师接收会诊请求后,指导专科护士进行床旁进食评估(V-VST)、一口量评估与设定和才藤氏吞咽障碍评价法,并根据患者病情制定诊疗计划,落实吞咽功能训练(摄食训练、口面部振动刺激、舌肌康复训练等)。营养师接受会诊请求后对患者进行评估,确定营养摄入量、食物种类、性状,指导营养食堂定制营养餐。专科护士根据营养配置方案、进食方案对患者进行饮食过程监控及进食方法指导,动态评估患者进食能力,综合评估后报告医生,拔出带管鼻饲患者管道,并根据回访策略定期电话随访。

不良事件:患者经口进食时,可能发生呛咳、血氧饱和度下降等误吸的风险。进食操作时,随时观察患者的情况,一旦出现剧烈呛咳、血氧饱和度急剧下降的情况,立即停止进食,按误吸流程处置,必要时纤支镜吸引。患者进食时,出现轻微残留,轻咳,血氧无变化,可通过调整食物黏度、一口量、进食体位、头部的运动等继续进食,若仍出现呛咳,立即与医生、理疗师联系,共同讨论患者的进食方案,严重者建议鼻饲,退出本研究。记录不良事件症状、发生时间、严重程度、持续时间、与试验相关性、采取措施以及最终结果和转归。

1.4 观察指标

1.4.1 吞咽功能 体现为改良式洼田饮水试验级

别和 V-VST 指标。具体如下: 吞咽功能测试: 由经过专门培训的护理人员采用改良式洼田饮水试验判定, 准备 30 ml 饮水并协助患者取坐位, 按照饮水习惯, 观察饮水情况。将吞咽功能分为 5 级: 5s 内能够将水一次性饮完且未发生呛咳为 I 级; 能够将水分 2 次饮完且无呛咳情况发生为 II 级; 能够将水一次性饮完但发生呛咳为 III 级; 能够将水分 2 次饮完但发生呛咳发生为 IV 级; 频繁发生呛咳致无法正常饮水为 V 级。对干预后两组患者的吞咽功能改善情况进行分级: 显效, 即吞咽困难改善明显, 吞咽功能上升两个级别; 好转, 吞咽困难好转, 吞咽功能上升一个级别; 无效, 吞咽困难无变化。总有效率=(显效+好转)/总例数×100%

1.4.2 营养状况 比较两组干预前后营养状况, 运用皮尺及体重秤测量身高体重, 根据体重及身高并计算体质量指数(BMI)=体重(kg)/身高(m)²; 运用皮尺测量三头肌皮褶厚度(TSF)和上臂围(MAC), 测量 3 次, 取平均值。

1.4.3 胃管成功拔除情况 比较两组患者胃管成功拔除率, 患者 10 天内拔除胃管正常经口进食并且拔管至回访周期内未出现不良反应。胃管拔除率=(胃管成功拔除例数/留置胃管总例数)×100%

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料以率

(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验或秩和检验。

2 结果

2.1 吞咽功能比较

干预后研究组吞咽功能分级改善显著, 差异具有统计学意义($Z=-6.022, P<0.001$); 干预后对照组吞咽功能分级也有改善($Z=-2.238, P=0.025$); 见表 2。但干预后研究组吞咽功能改善总有效率显著高于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.001$); 见表 3。

2.2 营养状况比较

干预前两组营养状况比较无显著差异($P>0.05$); 干预后对比组之间各项营养状况指标差异具有统计学意义($P<0.001$); 见表 4。

2.3 胃管拔除情况比较

干预后, 研究组成功拔除 12 例胃管, 对照组成功拔除 3 例留置胃管, 对比组之间的胃管拔除率差异具有统计学意义($P=0.001$), 见表 5。

3 讨论

有研究显示, 临床上吞咽障碍的筛查与评估率为 65%^[5]。前期在广东省内回顾性调研了 2 家医院 2017 年吞咽障碍护理管理现状显示: 广州某家医院和深圳某家医院均有采用改良式洼田饮水试验进行吞咽障碍的筛查, 但开展的范围不一样, 前者在全院所有住院成年患者中开展, 后者仅在吞咽障碍

表 2 两组吞咽功能分级比较

组别(n=50)	I 级		II 级		III 级		IV 级	
	例	%	例	%	例	%	例	%
研究组(干预前)	0	0.00	11	22.00	16	32.00	23	46.00
研究组(干预后)	10	20.00	32	64.00	3	6.00	5	10.00
研究组干预前后 Z 值								-6.022
P 值								<0.001
对照组(干预前)	0	0.00	10	20.00	15	30.00	25	50.00
对照组(干预后)	10	20.00	7	14.00	15	30.00	18	36.00
对照组干预前后 Z 值								-2.238
P 值								0.025

表 3 两组患者干预前后吞咽障碍疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率
研究组	50	18(36.00)	27(44.00)	5(10.00)	45(90.00)
对照组	50	2(4.00)	20(40.00)	18(36.00)	22(44.00)
χ^2 值					31.86
P 值					<0.001

表4 两组干预前后营养状况比较(g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	TSF(mm)		AMC(cm)		BMI(kg/m ²)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组(n=50)	7.49±0.63	9.77±0.511	22.63±2.44	24.36±2.91	19.36±1.22	21.96±1.45
对照组(n=50)	7.69±0.69	8.33±0.47	21.99±1.98	22.36±2.44	19.63±1.63	20.04±2.17
t值	1.514	14.666	1.44	3.724	0.938	5.202
P值	0.133	<0.001	0.153	<0.001	0.351	<0.001

表5 两组胃管成功拔除情况比较[n(%)]

组别	例数	未拔除胃管	成功拔除胃管	胃管拔除率(%)
研究组	15	3(20.00%)	12(80.00%)	80.00
对照组	16	13(81.25%)	3(18.75%)	18.75
χ^2 值				12.488
P值				0.001

高危科室,例如神经科、康复科开展,尚未对筛查进行统计与记录。目前,临床对吞咽障碍患者的护理管理存在很多不足,体现在以下几个方面:对吞咽障碍筛查与评估不重视,存在漏筛、误筛和筛查流程不一的问题;缺乏统一、标准化的吞咽障碍评估到护理措施的临床路径;尚未发展权威的吞咽障碍患者规范化护理管理指南。

目前治疗吞咽障碍的手段较多,《成人吞咽障碍诊断与治疗中国专家共识(2017版)》推荐的治疗方法包括康复治疗、护理干预和食物改进三大方面^[6],康复治疗是最重要的治疗手段,也是吞咽障碍患者康复最关键的治疗方法,也是康复治疗师的主要工作,主要包括吞咽康复治疗和护理干预两个方面。护理干预主要由护理人员开展,包括临床护理路径、循证护理、聚焦解决模式、集束化护理和延续护理^[7]。其中,临床护理路径是指有计划、有组织、有系统地将各种护理干预措施整合成一个护理程序,以确保患者获得最佳护理的一种护理模式,它将多种护理干预措施整合到一个统一的框架下^[8],是一种基于循证护理的标准化临床路径。聚焦解决模式是指针对患者吞咽障碍症状、存在问题、治疗需求,提出具体的解决方案,以患者为中心,进行全面系统评估,以满足其治疗需求^[9]。集束化护理是指将干预措施与患者实际需求相结合,制定个性化的干预方案并加以实施^[10]。延续护理是指患者出院后仍提供持续的、连续性的护理服务,以达到提高吞咽功能、减少并发症、促进康复的目的。

食物改进由临床医务人员开展,食物改进包括改变固体/或液体食物的性状、将稀液内加入增稠剂、安全吞咽建议等。国外开展吞咽障碍的研究较多,已有较多的临床指南和专家共识发布^[11],同时,饮食管理也是非常重要的一部分,应指导患者选择易吞咽、低风险的食物。我国在该领域也已开展一些工作,如将鼻饲食物改为空肠营养管,尝试通过饮水试验来评估患者的吞咽能力等^[12]。

本项研究结果提示:吞咽功能恢复比较:研究组干预后Ⅱ级患者增多,有27例,大于对照组11例,且研究组在干预后总有效率大于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。营养状况比较:研究组三项指标改善状况均高于对照组, $P<0.001$,具有统计学意义。胃管拔除成功率:研究组胃管拔出成功率达80%,而对照组仅18.75%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,由专科护士主导老年吞咽障碍的管理模式,通过有效的整合临床各专科资源,从功能康复、营养支持、食物制作、安全进食指导等方面全方位为患者制定个体化的进食管理模式;在改善老年吞咽障碍患者的吞咽功能,营养健康状况方面有着良好的效果,在缩短胃管置管时间与常规护理流程相比也有显著改善;既提高了患者的就医感受,保留了患者自主进食的乐趣,同时提升患者生存质量,适宜临床推广应用。但由于临床专科护士人才缺失,由专科护士主导的管理需投入临床的人力、时间成本较高,且多专科合作模式要求往往涉及多

部门管理要求,受医院管理政策、工作人员积极性、工作时长等影响,需通过医院管理层面下达合作建议及指引,给予一定的激励政策引导,以达到更为广泛的推广,使更多的患者受益。

总之,本研究项目一是构建多学科团队合作的吞咽障碍进食管理模式,能为制定“吞咽障碍评估-干预临床路径”提供参考依据,有利于制定规范化吞咽障碍临床护理管理流程;二是“医护技”三方合作,能提高临床医务人员对吞咽障碍相关知识的掌握水平和关注意愿;三是开展多学科团队合作的进食管理模式,能无缝隙、全程地为吞咽障碍患者提供全面、专业的医疗服务,从而减少吞咽障碍并发症发生率、提高吞咽障碍患者住院满意度和生活质量。

参考文献

- [1] 赖小星,薄琳,朱宏伟,等.老年吞咽障碍患者的生活质量及其影响因素[J].中国康复理论与实践,2020,26(11):1263-1268.
- [2] 旷雅诗,郑茶凤.吞咽障碍病人的居家护理研究进展[J].护理研究,2020,34(21):3853-3857.
- [3] 阮顺莉,郭菊红,陈茜,等.1025名居家60岁以上老年人吞咽障碍现状及其影响因素分析[J].护理学报,2017,24(20):41-44.
- [4] 零兴勤.鼻咽癌患者放疗后吞咽障碍的评估、治疗及

预防[J].内科,2022,17(1):78-82.

- [5] 林茜,李秀宇,陈玲莉,等.基于纤维喉镜吞咽功能评估观察针刺对中风后吞咽障碍的影响[J].中国针灸,2022,42(5):486-490.
- [6] 郭珈好,孙文文,李洋洋.吞咽治疗仪联合摄食训练在帕金森病伴吞咽障碍患者中的应用[J].数理医药学杂志,2022,35(8):1224-1227.
- [7] 李斯锦,李彦杰,秦合伟,等.吞咽障碍动物模型研究进展[J].中国康复理论与实践,2020,26(11):1311-1315.
- [8] 万青.卒中后吞咽障碍的临床评估和治疗[J].中国卒中杂志,2007(3):231-235.
- [9] 池丽芬,池万章,易兴阳,等.卒中单元模式下综合治疗脑卒中吞咽障碍效果评估[J].温州医学院学报,2009,39(6):572-574.
- [10] 王拥军,王少石,赵性泉,等.中国卒中吞咽障碍与营养管理手册[J].中国卒中杂志,2019,14(11):1153-1169.
- [11] 姜晋灵.吞咽治疗仪治疗急性脑梗死后不同阶段吞咽障碍疗效评估报道分析[J].中国医学工程,2016,24(1):127-129.
- [12] 陈智芳,杨祖莲,杨富英.误吸专科护理质量指标在神经内科吞咽障碍患者中的应用[J].现代医药卫生,2017,33(7):1089-1091.

(收稿日期:2023-09-06)

(本文编辑:张翔)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

医学论文中阿拉伯数字的使用规则

本刊关于阿拉伯数字的使用规则如下:(1)凡是可以使用阿拉伯数字而且很得体的地方均应使用阿拉伯数字。(2)公历世纪、年代、年、月、日和时刻必须使用阿拉伯数字。(3)日期可采用全数字式写法,例如:1999-02-01或1999 02 01或19990201,本刊采用如下格式:1999年2月1日,年份用4位数表示,不能简写,如1999年不能写成99年。(4)日的时刻表示按以下写法,如下午3时20分50秒,写成15:20:50。(5)计量和计数单位的数字一律使用阿拉伯数字。(6)引文标注中的版次、卷、期、页码等使用阿拉伯数字。(7)小数点前或后超过4位数(含4位),应从小数点起向左或向右每3位空半个阿拉伯数字的空隙(1/4汉字),不用千分撇分节法,年份、部队代号、仪器型号、标准号等非计量数字不分节。