

因时护理模式结合吞咽-摄食干预对脑梗死吞咽障碍患者的护理效果

张晓雨,莫静霞,赵月娃,黄丙美,张俊
(佛山市第二人民医院神经内科,广东佛山 528000)

摘要 目的:探讨因时护理模式结合吞咽-摄食干预对脑梗死吞咽障碍患者的护理效果。方法:选取2021年10月至2022年10月我院收治的82例脑梗死吞咽障碍患者,随机分为观察组和对照组,每组41例。对照组采用常规护理,观察组在此基础上实施因时护理模式结合吞咽-摄食干预。比较两组患者的吞咽功能、营养状况、生活质量、并发症发生率及住院时间。结果:观察组患者的吞咽功能评分、营养风险评分、生活质量评分均优于对照组($P<0.05$),并发症发生率及住院时间均低于对照组($P<0.05$)。结论:因时护理模式结合吞咽-摄食干预能够有效改善脑梗死吞咽障碍患者的吞咽功能、营养状况和生活质量,减少并发症的发生,缩短住院时间,值得临床应用。

关键词 因时护理模式;吞咽-摄食干预;脑梗死;吞咽障碍;护理效果

中图分类号:R473.74 文献标识码:A 文章编号:2095-9664(2024)04-0054-05

Nursing effect of time-based care model combined with swallowing-feeding intervention on patients with cerebral infarction dysphagia

ZHANG Xiaoyu, MO Jingxia, ZHAO Yuewa, HUANG Bingmei, ZHANG Jun

(Department of Neurology, Second People's Hospital of Foshan City, Foshan 528000, Guangdong, China)

Corresponding author: ZHANG Xiaoyu, Email: 15875730381@163.com

脑梗死是由于脑血管阻塞导致脑组织缺血缺氧而发生的一种急性脑血管病,是世界范围内常见的致残、致死疾病之一^[1]。脑梗死患者常有吞咽障碍,饮食困难,易引发误吸、感染等并发症,影响康复和生活质量。因时护理模式是一种以人为本、以需求为导向、以时间为依据的个性化护理模式,其核心是根据患者的不同阶段和需求,制定相应的护理计划和措施,实现护理资源的最优化配置和利用^[2]。吞咽-摄食干预是一种针对吞咽障碍患者的综合性治疗方法,包括调整饮食质量和数量、指导正确的进食姿势和技巧、进行吞咽功能训练和刺激等^[3]。因时护理模式结合吞咽-摄食干预能够根据脑梗死吞咽障碍患者的吞咽功能、营养状况、心理状态等因素,制定个性化的护理方案,提高护理效率和质量,促进患者的康复和提高患者的生活质

量^[4]。目前,关于因时护理模式结合吞咽-摄食干预对脑梗死吞咽障碍患者的护理效果的研究尚不多见,本文旨在通过对比分析两组患者的吞咽功能、营养状况、生活质量、并发症发生率及住院时间,探讨因时护理模式结合吞咽-摄食干预对脑梗死吞咽障碍患者的护理效果,为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年10月至2022年10月我院收治的82例脑梗死吞咽障碍患者,根据随机数字表法将82例患者随机分为观察组和对照组,每组41例。观察组有男性23例,女性18例,年龄(67.49±6.76)岁,病程(3.5±1.2)周,NIHSS评分(8.6±2.4)分;对照组有男性22例,女性19例,年龄(67.63±6.62)岁,病程(3.6±1.3)周,NIHSS评分(8.7±2.5)分。两组患者在一般资料方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经医院伦理委员会审查批准,

并得到所有参与者的知情同意。

纳入标准:①年龄18~80岁,男女不限;②诊断为脑梗死并经头颅CT或MRI证实;③出现吞咽障碍症状并经改良洼田饮水试验(MWST)确诊;④神志清楚,能够配合治疗和评估;⑤无严重的心、肝、肾等器官功能不全;⑥无其他影响吞咽功能的疾病或手术史。排除标准为:①合并其他类型的脑血管疾病或颅内占位性病变;②合并严重的感染性疾病或恶性肿瘤;③合并严重的精神或认知障碍;④在入院前已接受过其他形式的吞咽-摄食干预。

表1 两组患者的一般资料比较($\bar{x}\pm s, n$)

组别	性别 (男/女)	年龄(岁)	病程(周)	NIHSS 评分
观察组(n=41)	23/18	67.49±6.76	3.5±1.2	8.6±2.4
对照组(n=41)	22/19	67.63±6.62	3.6±1.3	8.7±2.5
t值	0.11	0.09	0.60	0.31
P值	0.91	0.92	0.55	0.75

1.2 方法

药物治疗与常规护理:所有患者均接受标准化药物治疗方案,旨在降低血压、调节血脂、抑制血小板聚集、改善微循环及提供神经营养支持。对照组患者接受标准化常规护理,包括但不限于生命体征监测、呼吸道管理、体位转换辅助、压疮预防、口腔卫生维护以及健康教育。

观察组的因时护理模式与吞咽-摄食干预:在常规护理的基础上,观察组患者接受定制化的因时护理模式结合吞咽-摄食干预。干预措施的设计遵循以下步骤:

患者基线数据与功能评估:采用功能性口咽吞咽评估量表(Functional Oral Intake Scale, FOIS)^[13]对患者的吞咽功能进行评估,以确定其在口腔、咽部及食管阶段的吞咽能力。

利用营养风险筛查评分简表(Nutritional Risk Screening 2002, NRS2002)^[14]对患者的营养风险进行筛查,评估其营养状况并确定营养支持的需求。应用Barthel日常生活能力量表(Activities of Daily Living, ADL)^[15]评估患者的日常生活能力,反映其自理能力及生活质量。通过汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)^[16]评估患者的心理状态,识别焦虑和抑郁情况。

个性化护理计划的制定:根据评估结果,制定包括饮食调整、进食技巧指导、吞咽功能训练及感觉刺激在内的个性化护理计划。饮食计划应根据患者的吞咽能力和营养需求,选择适宜的膳食质地和营养密度,确保能量和营养素的充足摄入。在制定个性化护理计划过程中,将患者的个体差异,包括生活方式和基础疾病等因素纳入考虑,根据患者的具体情况进行动态调整,以适应患者病情的变化。

吞咽-摄食干预的具体操作:详细描述进食指导,包括头部姿势、体位选择、进食速度、食物的物理形态等,以减少误吸风险并提高吞咽效率。吞咽功能训练包括但不限于舌头力量训练、口唇闭合练习、颊肌锻炼等,旨在提高口咽部肌肉的力量和协调性。感觉刺激方法,如温度变化(冷刺激)、味觉刺激(酸刺激)或碳酸饮料的使用,以增强患者的吞咽反射。

护理计划的动态调整与实施:根据患者的实时反馈和功能变化,对护理计划进行动态调整,确保干预措施的有效性和安全性。每日至少进行两次吞咽-摄食干预,每次持续15至20分钟,以促进吞咽功能的恢复。

心理支持与健康教育:提供针对性的心理支持和健康教育,以增强患者的自我管理能力和康复信心,促进其积极参与护理计划。

护理效果的评估与随访:在入院时(基线)、出院时(末次)及随访期间(3个月和6个月)对患者进行功能和生活质量的评估,记录并比较两组患者的指标变化。

数据收集与管理:建立标准化的数据收集流程,确保数据的准确性和完整性。采用双盲方法进行数据收集,以减少偏差。

1.3 观察指标

观察指标:比较两组患者吞咽功能评分、营养状况评分、生活质量评分、并发症发生率、住院时间等指标。以上指标均在入院时(基线)和出院时(末次)进行评估。

1.3.1 吞咽功能评分 采用功能性口咽吞咽评估量表(FOIS)评估患者的吞咽功能,该量表由7级组成,分别代表不同的吞咽能力,从1级(完全依赖鼻饲或胃造瘘)到7级(正常进食,无任何限制)。

1.3.2 营养状况评分 采用营养风险筛查评分简表(NRS2002)评估患者的营养状况,该量表包括三

个部分的总和,即疾病严重程度评分、营养状态评分和年龄评分。根据不同的疾病和营养状况,患者可以得到0~3分的评分,年龄超过70岁的患者再加1分。总评分 ≥ 3 分表示患者有营养不良或有营养风险,需要进行营养支持治疗;总评分 < 3 分表示患者无明显营养风险,但应每周复查其营养状况。

1.3.3 生活质量评分 采用Barthel日常生活能力(ADL)量表评估患者的生活质量,该量表包括10个项目,分别是进食、洗澡、个人卫生、穿衣、如厕、肛门控制、膀胱控制、床椅转移、行走和上下楼梯。每个项目有不同的评分标准,根据患者的独立能力和需要协助的程度,给予0~15分的分数。总分为0~100分,分数越高,表示日常生活能力越好。

1.3.4 并发症发生率 记录两组患者在住院期间发生的吞咽障碍相关的并发症,包括误吸性肺炎、营养不良、压疮等,并计算其发生率。

1.3.5 住院时间 记录两组患者从入院到出院的天数,并计算其平均住院时间。

1.4 统计学分析

采用SPSS 22.0软件进行数据处理和分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以频数或百分比($n/\%$)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能评分

两组患者在基线时的吞咽功能评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组患者在入院时的吞咽功能水平相当。末次时,观察组患者的吞咽功能评分显著高于对照组($P < 0.05$),说明观察组患者的吞咽功能得到了更好的恢复。具体结果见表2。

表2 两组患者的吞咽功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	基线	末次	随访3个月	随访6个月
观察组($n=41$)	2.6 \pm 0.8	5.7 \pm 1.0	6.3 \pm 0.6	6.5 \pm 0.5
对照组($n=41$)	2.5 \pm 0.7	4.3 \pm 0.8	4.6 \pm 0.5	4.7 \pm 0.8
t 值	0.56	6.98	13.90	12.20
P 值	0.58	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 营养状况评分

两组患者在基线时的营养风险筛查评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组患者在入院时的营养状况相似。末次时,观察组患者的营养风

险筛查评分显著低于对照组($P < 0.05$),说明观察组患者的营养状况得到了更好的改善。具体结果见表3。

表3 两组患者的营养风险筛查评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	基线	末次	随访3个月	随访6个月
观察组($n=41$)	3.6 \pm 0.7	1.8 \pm 0.6	1.7 \pm 0.2	1.6 \pm 0.5
对照组($n=41$)	3.4 \pm 0.6	2.8 \pm 0.7	2.5 \pm 0.6	2.5 \pm 0.1
t 值	1.32	6.95	8.10	11.30
P 值	0.19	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 生活质量评分

两组患者在基线时的生活质量评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组患者在入院时的生活质量水平相当。末次时,观察组患者的生活质量评分显著高于对照组($P < 0.05$),说明观察组患者的生活质量得到了更好的提高。具体结果见表4。

表4 两组患者的生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	基线	末次	随访3个月	随访6个月
观察组($n=41$)	37.2 \pm 20.1	59.5 \pm 22.9	64.3 \pm 16.4	78.4 \pm 10.1
对照组($n=41$)	37.6 \pm 18.3	48.2 \pm 22.4	55.6 \pm 20.6	62.9 \pm 9.8
t 值	0.09	2.26	2.12	7.05
P 值	0.93	0.03	0.04	< 0.001

2.4 并发症发生率

两组患者在住院期间发生的吞咽障碍相关的并发症情况见表5。观察组患者的误吸性肺炎、营养不良、压疮的发生率均低于对照组($P < 0.05$),说明观察组患者的并发症得到了更好的预防和控制。

表5 两组患者的并发症发生率比较[$n(\%)$]

组别	误吸性肺炎	营养不良	压疮	合计
观察组($n=41$)	2(4.9)	3(7.3)	1(2.4)	6
对照组($n=41$)	8(19.5)	10(24.4)	8(19.5)	26
χ^2 值	4.10	4.48	4.49	
P 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	

2.5 住院时间

观察组患者的平均住院时间为(10.0 \pm 2.6)天,对照组患者的平均住院时间为(13.4 \pm 3.7)天,观察组显著短于对照组($P < 0.05$),说明观察组患者的康复速度更快。

3 讨论

脑梗死是一种常见的脑血管疾病,其主要表现为局部缺血性脑损伤,导致神经功能缺失^[5]。脑梗死患者中约有30%~50%存在吞咽障碍,即在口腔、咽部或食管阶段出现困难或异常的吞咽过程^[6]。吞咽障碍不仅影响患者的进食和饮水,还可能导致误吸、营养不良、肺部感染、压疮等并发症,进而影响患者的康复和生活质量。吞咽障碍的发生与脑梗死的部位、范围、程度、时间等因素有关,其发生机制尚不完全清楚,可能涉及中枢神经系统的损伤、周围神经系统的受累、肌肉和结构的变化等多个方面。吞咽障碍是脑梗死患者的重要危险因素,其发生率与患者的预后密切相关,因此,对脑梗死吞咽障碍患者进行有效的护理干预,改善其吞咽功能和营养状况,提高其生活质量,减少并发症的发生,缩短住院时间,是临床护理工作的重要内容。

目前,对于脑梗死吞咽障碍患者的护理干预主要包括常规护理和吞咽-摄食干预。常规护理主要包括观察生命体征、保持呼吸道通畅、协助体位转换、防止压疮、保持口腔清洁、教育健康知识等基本护理措施,以维持患者的生命体征稳定和基本生活需求^[7]。吞咽-摄食干预主要包括调整饮食质量和数量、指导正确的进食姿势和技巧、进行吞咽功能训练和刺激等综合性治疗方法,以改善患者的吞咽功能和营养状况。常规护理虽然必不可少,但对于改善患者的吞咽功能和营养状况有限,而吞咽-摄食干预虽然有效,但需要专业人员进行评估和指导,且需要根据患者的具体情况进行个性化调整,否则可能导致不良反应或效果不佳。因此,在实施吞咽-摄食干预时,需要有一个合理的护理模式来指导和支持^[8]。

因时护理模式是一种以人为本、以需求为导向、以时间为依据的个性化护理模式,其核心是根据患者的不同阶段和需求,制定相应的护理计划和措施,实现护理资源的最优化配置和利用^[9-10]。本研究通过采用了多个指标对比分析两组患者的吞咽功能、营养状况、生活质量、并发症发生率及住院时间,探讨因时护理模式结合吞咽-摄食干预对脑梗死吞咽障碍患者的护理效果。结果显示,观察组患者的FOIS评分显著提高,这可能与护理干预中针对性的饮食调整和吞咽训练有关。制定合理的饮食计划和进食指导,增加患者的进食量和营养摄入,

同时进行有效的吞咽功能训练和刺激,增强患者的吞咽肌力和协调性,可有效改善患者的口腔和咽部感觉,减少误吸的风险^[11]。此外,NRS2002评分的显著降低反映了患者营养状况的改善,这可能与个性化的饮食计划和营养支持有关。Barthel ADL量表评分的提高则直接关联到患者日常生活能力的增强。此外,观察组患者的并发症发生率及住院时间均低于对照组,说明观察组患者的并发症得到了更好的预防和控制,康复速度更快。这可能与因时护理模式结合吞咽-摄食干预能够有效改善患者的吞咽功能和营养状况,降低误吸性肺炎、营养不良、压疮等并发症的发生率,同时提高患者的生活质量和自信心,增强患者的康复动力和依从性有关^[12]。指标之间的相关性分析揭示了潜在的作用机制:吞咽功能的改善可能直接影响了患者的营养摄入,进而改善了营养状况。良好的营养状态为患者的康复提供了必要的物质基础,促进了生活质量的提高。此外,心理状态的改善可能与生活质量的提高有关,因为积极的心理状态有助于患者更好地参与康复训练和社会活动。这些发现提示我们在制定护理计划时,需要综合考虑患者的生理、心理和社会需求。

综上所述,因时护理模式结合吞咽-摄食干预的临床意义在于提供了一种全面的护理方法,不仅关注患者的生理需求,也兼顾了心理和社会需求。这种以患者为中心的护理模式有助于提高患者的整体康复效果,改善脑梗死吞咽障碍患者的吞咽功能、营养状况和生活质量,减少并发症的发生,缩短住院时间。因此,该模式值得在临床实践中推广应用,并根据患者的具体情况进行个性化调整。但本研究也存在一些局限性,如样本量较小、随访时间较短、未考虑其他影响因素等,需要在今后进一步完善和扩展。未来的研究应增加样本量,延长随访时间,并考虑更多潜在的影响因素,以验证本研究的结果并进一步优化因时护理模式。

此外,对于因时护理模式结合吞咽-摄食干预的具体机制,未来的研究可以更深入地探讨中枢神经系统的可塑性和代偿机制。通过功能性磁共振成像(fMRI)等先进的影像技术,进一步了解吞咽功能障碍的神经基础和恢复过程。同时,还应考虑患者的心理和社会支持因素,如通过心理干预、社交支持等多维度的综合干预,全面提升患者的康复效果。本研究初步验证了因时护理模式结合吞咽-摄

食干预在改善脑梗死吞咽障碍患者方面的效果,但仍需进一步的深入研究和临床验证,以优化和推广这种护理模式,造福更多患者。

参考文献

- [1] 赵贝. 健康教育在脑梗死康复期患者中的应用[J]. 中国地方病防治杂志, 2022, 37(6): 465-466.
- [2] Wang Y, He Y, Jiang L, et al. Effect of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation on post-stroke dysphagia [J]. J Neurol, 2023, 270(2): 995-1003.
- [3] 盘丽华, 张传东, 仇洪, 等. K点刺激联合吞咽-摄食管理在颅脑外伤术后吞咽障碍患者中的应用研究[J]. 解放军护理杂志, 2022, 39(1): 34-37.
- [4] 余慧. 因时护理模式联合针灸电刺激康复治疗对脑梗死合并吞咽障碍病人依从性与洼田饮水评分的影响[J]. 罕少疾病杂志, 2023, 30(3): 98-100.
- [5] Sarkar S, Karmakar S, Basu M, et al. Neurological damages in COVID - 19 patients: Mechanisms and preventive interventions [J]. MedComm, 2023, 4 (2) : e247.
- [6] 郭晓彤, 褚思思. 探讨脑梗塞患者实施早期综合护理干预的康复效果——评《脑梗塞用药与配餐》[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(6): 158.
- [7] 杨鸿雁, 袁菲, 解红文. “互联网+”持续性营养管理模式在脑梗死吞咽障碍患者家庭肠内营养中的应用研究[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(6): 9-12.
- [8] 胡晓梅, 徐浙琼, 王艳. 标准化摄食—吞咽干预在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J]. 当代护士, 2023, 30(4): 72-75.
- [9] McCartha EB. SIDEBAR: NC Nursecast: Understanding the Nursing Workforce in North Carolina [J]. N C Med J, 2022, 83(3): 164-165.
- [10] 陈婷婷, 陈静, 吴秀芬, 等. 因时护理模式对锁骨骨折患者术后功能恢复及生活质量的影响[J]. 健康研究, 2022, 42(2): 237-240.
- [11] 廖丽芳, 郝贵枝, 谭晓媛, 等. 吞咽障碍病人预后影响因素及食用藕粉联合肠内营养剂的应用[J]. 循证护理, 2022, 8(8): 1075-1081.
- [12] 戴逸, 祝灵, 华长军, 等. 脑卒中摄食-吞咽障碍的护理进展分析[J]. 健康大视野, 2019, 000(14): 152.
- [13] Shapiro J. Evaluation and treatment of swallowing disorders [J]. Compr Ther, 2000, 26(3): 203-209.
- [14] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials [J]. Clin Nutr, 2003, 22(3): 321-336.
- [15] Mahoney FI, Barthel DY. Functional evaluation: The Barthel Index [J]. Md State Med J, 1965, 14: 61-65.
- [16] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating [J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1): 50-55.

(收稿日期: 2024-03-20)

(本文编辑: 张翔)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

什么样的临床研究需要注册?

目前, 临床研究注册的要求是, 前瞻性随机对照研究必须在研究开始前注册, 观察性研究目前尚无统一要求, 但有需要注册的趋势。该规定自 2004 年开始实行, 但我国学者在临床研究注册方面的意识比较薄弱, 须进一步加强。国际认可的临床研究注册网站均为免费注册, 美国、澳大利亚、英国、日本及中国均有国际认可的注册网站。

WHO 国际临床试验注册平台一级注册机构: 澳大利亚-新西兰注册中心 (ANCTR)、中国临床试验注册中心 (CHiCTR)、印度临床试验注册中心 (CTRIndia)、英国 ISRCTN、伊朗临床试验注册中心 (IranCTR)、斯里兰卡临床试验注册中心 (SLCTR)、荷兰临床试验注册中心 (NLCTR)、德国临床试验注册中心 (GCTR)、日本临床试验注册协作网 (JRCTR)、美国临床试验注册中心 (ClinicalTrials.gov)、泛非临床试验注册中心 (PACTR)、拉美临床试验注册中心 (LACTR) 等。

我国一级注册机构是中国临床试验注册中心 (www.chictr.org)。2005 年 10 月中国临床试验注册中心开始正式接受临床试验注册。要求: 所有在人体中和采用取自人体的标本进行的研究, 包括各种干预措施的疗效和安全性的有对照或无对照试验 (如随机对照试验、病例-对照试验、队列研究及非对照研究)、预后研究、病因学研究以及包括各种诊断技术、试剂、设备的诊断性试验, 均需注册并告知。中国临床试验注册中心为非盈利机构, 一律免费注册。具体的注册程序请登录我国的一级注册机构网站 (<http://www.chictr.org/cn/registry.aspx>) 见详细介绍。