

· 临床护理 ·

分级康复护理对老年脑卒中患者吞咽能力的影响*

胡玮琳, 李保兰, 冯丽华[△], 汪丽君, 卢琦

(重庆市第三人民医院 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.19.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)19-2000-02

吞咽困难是脑卒中患者最常见的症状之一,据文献报道约 20%~80% 的脑卒中患者会发生不同程度的卒中后吞咽困难^[1-2]。吞咽困难是脑卒中患者预后差的独立危险因素,如得不到及时有效的护理治疗,可导致患者住院时间延长,卒中预后不良,增加病死率。既往有研究显示脑卒中后吞咽困难的患者早期诊断及及时进行吞咽功能训练对恢复患者正常吞咽功能具有重要意义^[2]。但目前针对老年卒中后吞咽困难患者的系统化分级护理尚缺乏报道。本研究在此方面进行了初步探讨,以期临床护理提供切实可行的措施和路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 1 月至 2012 年 3 月在本科住院的脑卒中伴有吞咽困难的老年患者 180 例,男 108 例,女 72 例;年龄 62~83 岁,平均 67.7 岁。纳入标准:(1)脑卒中患者;(2)符合 1995 年全国脑血管病会议制定的诊断标准;(3)经头颅 CT/MRI 证实;(4)吞咽障碍诊断明确;(5)神志清醒者。运用随机数字表法,将 180 例患者随机分配到实验组和对照组。实验组 90 例,男 56 例,女 34 例;出血性脑卒中 37 例,缺血性脑卒中 53 例。对照组 90 例,男 52 人,女 38 人;出血性脑卒中 43 例,缺血性脑卒中 47 例。实验组患者按照吞咽能力分级标准来分类^[3-4],轻度吞咽困难(1~2 级)14 例,中度吞咽困难(3~4 级)40 例,重度(5 级)吞咽困难 36 例;对照组患者轻度吞咽困难 16 例,中度吞咽困难 44 例,重度吞咽困难 30 例。两组在性别、年龄、脑卒中类型、吞咽障碍程度等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 分级康复护理 对照组采用常规食道准备、吞咽功能训练及护理等常规康复训练。实验组采取分级康复护理,分级康复护理具体措施如下:(1)昏迷患者及吞咽能力分级为 5 级的患者,主要采用静脉营养,并在护理人员的配合下安置胃管,选择营养丰富的流质饮食,可适当采用间接吞咽训练,如尽早刺激患者口唇及咽喉部,以促进吞咽功能恢复。(2)吞咽能力分级评分为 3~4 级的患者经康复训练后有所好转,可采用间接加直接吞咽康复训练法,在患者家属的帮助下,选择半流质饮食;对能坐起的患者,取坐立位头稍前屈,身体倾向健侧 30°;对卧床患者取仰卧位,躯干上抬 30°,头前屈;偏瘫侧肩部用枕垫起,辅助者位于健侧,及时进行心理护理,可进行舌肌、颊肌咀嚼肌及呼吸道训练。(3)吞咽能力分级评分为 2 级的患者,经康复训练后有所好转,开始可选择流质或半流质饮食,随着吞咽功能的改善及体能的恢复,逐渐将食物做成冻状、糊状,如果冻、蛋羹等,最后过渡到普食,尽早进行正确的吞咽指导,防治误吸、呛咳是改级护理的关键。(4)吞咽能力分级评分为 2 级以下的患者,经康复训练后有所好转,将适宜的食具从健侧放入,尽量放在舌根处以利于患者吞咽。饮水时尽量不使用吸

水管,用杯子饮水。进食时间应避免在患者疲劳的时候,并保证环境的安静、舒适,告知患者进食时不要说话,进食后保持坐立位 30~60 min,防止食物反流。(5)吞咽困难程度轻微的患者,给予软食或普食。

1.2.2 心理护理 有调查发现,老年脑卒中患者日常生活自理困难,加之患者急于求成,极易产生较严重的心理和情绪障碍,陷入焦虑、抑郁、绝望、恐惧等,这些心理因素严重影响老年脑卒中患者的康复^[5]。其中卒中后抑郁状态是脑卒中常见的并发症之一,而患者的抑郁症状对肢体的康复和认知功能的恢复均造成不良影响,尤其对老年患者影响更大^[6]。因此早期做好心理干预性治疗对恢复老年患者正常吞咽信心,促进患者功能康复具有重要意义。在对患者进行康复训练的同时,向患者及其家属进行脑卒中各个方面知识的宣教与心理疏导,并通过成功病例鼓励患者消除恐惧心理,不仅增强了社会支持度,而且可以树立患者战胜疾病的信心。

1.3 疗效评价^[7] 无效:治疗前、后无变化;有效:治疗后,吞咽障碍明显改善,吞咽能力分级提高 1 级;显效:治疗后,吞咽能力分级提高 2 级,或接近正常。有效率=(有效例数+显效例数)/总例数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计学软件进行统计学处理,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

实施干预后 4 周,分别对实验组和对照组的疗效进行评价。实验组吞咽功能恢复程度明显优于对照组($\chi^2=30.385$, $P<0.05$),见表 1。

表 1 实验组与对照组疗效评价($n=90$)

组别	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率(%)
实验组	32	44	14	84
对照组	12	30	48	46

3 讨论

吞咽困难是脑卒中患者最常见的症状之一,在老年患者,即使是局灶性损害,亦可发生吞咽困难,年龄越大,吞咽困难越严重。有研究认为,急性脑卒中所致的吞咽困难 90% 可自行恢复,这种恢复被认为与未损害侧大脑半球神经可塑性有关^[8],该研究表明如能提供一定的条件,大脑功能是有可能恢复的,因此,对老年脑卒中患者早期合理地进行分级康复护理训练至关重要。护士首先要严格根据洼田吞咽能力评定法,进行全面评估,并制定分级康复护理计划。脑卒中除引起多种躯

* 基金项目:重庆市卫生局 2011 年医学科研计划项目(2011-2-331)。

[△] 通讯作者, Tel:18996126185; E-mail:fenglaoshi2011@163.com。

体功能障碍外,还时常导致心理活动失调,以焦虑、抑郁最为常见。老年人脑卒中后易出现焦虑抑郁综合征,心理因素在脑卒中的发生、发展和转归过程中也具有十分重要的意义^[9-10]。因此作者在积极进行康复护理训练的同时还应对老年患者进行有效的心理疏导,以减轻患者的心理负担,取得积极配合,从生活质量、吞咽功能各方面恢复至最大限度。

老年脑卒中后吞咽困难患者的个体差异性大,病情较复杂,并发症多。本研究显示:按照分级评定的方法制定个体化的康复护理训练干预可使老年脑卒中后吞咽困难患者的吞咽功能得到显著改善,大大减少了并发症发生率和致残率,有效防止误吸的发生,也促进了疾病的康复。从而提高了生活质量^[11]。

参考文献:

- [1] 詹洪春,何晓.王陇德院士谈我国脑卒中防控现状[J].中国医药科学,2011,1(22):3.
- [2] 李法琦,司良毅.老年医学[M].2版.北京:科学出版社,2008:287.
- [3] 张婧,王拥军,崔韬.脑卒中后吞咽困难9个评价量表的信度及效度研究[J].中国临床康复,2004,8(7):1201-1203.
- [4] 杨楠.脑卒中患者心理状态调查分析及护理干预[D].石

家庄:河北医科大学,2009:1-52.

- [5] 孙晓莉,胡晓玲.老年脑卒中患者心理状态及康复心理护理现状[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(10):1818-1820.
- [6] Fuentes B,Ortiz X,Sanjose B,et al. Post-stroke depression:can we predict its development from the acute stroke phase? [J]. Acta Neurol Scand,2009,120(3):150-156.
- [7] 王拥军,卢德宏,崔丽英,等.现代神经病学进展[M].北京:科学技术文献出版社,2004:205-290.
- [8] 朱镛连.脑的可塑性与功能再组[J].中华内科杂志,2000,39(8):567.
- [9] Fraser C,Park JW. Human adult motor cortex is associated with improved motor function after brain injury[J]. Neuron,2002,34(5):831-840.
- [10] 郑志华,郑汝林,毛素飞.心理干预对老年脑卒中患者的焦虑抑郁情绪的疗效观察[J].心脑血管病防治,2011,11(4):293-294.
- [11] 马美玲,魏贵明.急性脑卒中后吞咽困难的早期功能训练研究[J].中国实用护理杂志,2004,20(17):17-18.

(收稿日期:2012-03-31 修回日期:2012-05-25)

高原肺水肿患者焦虑评估与护理干预效果*

刘 静¹,张 林²,冯英凯^{3△}

(中国人民解放军第十八医院:1.五官科;2.外一科;3.医务处,新疆叶城 844900)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.19.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)19-2001-02

高原肺水肿是高原地区常见急重病症之一,严重者会危及生命,患者不同程度存在负面心理,加之患者对于此病认知较少,更加重紧张、恐惧等焦虑心理,在一定程度上影响治疗的效果和医疗工作的配合^[1]。本组采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)^[2-3],对本院在2007年10月至2010年10月确诊为高原肺水肿的住院患者100例,进行了焦虑状况调查评估,并进行了心理及行为干预,观察干预效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将所有患者随机分成对照组50例和护理干预组50例。其中,男89例,女11例;年龄17~45岁,平均31.5岁。初入高原发病者70例,重返高原发病者30例。临床表现均有头痛、乏力、呼吸困难、发绀、咳嗽伴咯大量粉红色泡沫痰、两肺闻及湿性啰音等症体征。临床排除脑水肿及其他疾病。诊断符合中华医学会第3次全国高原医学学术讨论会推荐的诊断标准^[4]。

1.2 方法 采用问卷调查法。两组患者的治疗检查均由同一组医生和护士进行操作。在入院时及护理措施实施后由专职护士在统一的指导下将焦虑自评量表发给患者,由患者自愿填写,填写后立即收回。共发放问卷100份,收回有效问卷100份。自评焦虑量表(SAS)共有20道题,分别调查“焦虑、害

怕、惊恐、发疯感”等20项症状。评判标准:每个项目均按1~4级评分,其中设10条反方向评分,由患者自行填表评估,把20条项目分数相加,得分乘以1.25,四舍五入取整数得到标准分,焦虑评定的临界标准分为50分,分值越高,焦虑倾向越明显,每组以总平均分进行比较。

对照组病例治疗均给予吸氧、绝对卧床休息、监测生命体征、常规使用抗菌药物及促进细胞代谢药物,应用糖皮质激素,维持水电解质平衡等治疗。护理措施实行常规的护理宣教方式进行。

干预组在常规治疗的基础上实行护理干预,干预措施:(1)用患者可以理解的方式讲解高原反应及高原肺水肿的有关知识,让患者充分了解高原肺水肿治疗的有效性,尽量减少患者不良情绪的发生。(2)有针对性地进行心理疏导,采用倾听、解释和指导、疏泄、提高自信心、鼓励自助等支持性心理治疗方法;也可采用自我放松训练的方法,例如腹式呼吸、音乐疗法。(3)针对患者较普遍存在的孤独、恐惧、思念亲人等情绪,通过交谈及耐心倾听患者的述说,同时予以充分的理解和尊重;加强生活上照顾,鼓励患者树立战胜疾病的信心。(4)对心理异常特别严重的患者要及时报告医生给予抗焦虑及抗抑郁药物治疗。