

· 临床护理 ·

舒适护理对 126 例急性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响

王爱丽, 徐正梅[△]

(重庆市第三人民医院神经科 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.054

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2105-02

吞咽障碍是脑卒中患者最常见的并发症。急性脑卒中患者中约有 30%~70% 存在不同程度的吞咽障碍^[1]。若不及时治疗,因进食不当可引起脱水、营养不良或吸入性肺炎,使患者住院时间延长。脑卒中预后不良,严重者危及生命,给患者、家庭及社会带来沉重的负担^[2-3]。为促进患者吞咽功能的恢复,提高患者的生活质量,作者将舒适护理应用于急性脑卒中后吞咽障碍患者的康复护理中,取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 12 月在本院神经内科住院的脑卒中后吞咽障碍患者 126 例,其中男 68 例,女 58 例,年龄 39~81 岁,平均(59.36±5.21)岁。入选标准:(1)均经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑出血或脑梗死;(2)符合全国第四届脑血管病学术会议制定的脑卒中诊断标准;(3)病程均小于 72 h;(4)吞咽障碍诊断明确;(5)意识清晰、病情稳定,能配合完成吞咽功能训练者。按入院顺序分组,各 63 例,单数为舒适组,双数为常规组。两组患者在脑卒中的类型、吞咽障碍程度、住院时间、性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均接受脑卒中吞咽障碍的常规治疗及护理,舒适组在此基础上加用了舒适护理。

1.2.1 心理方面的舒适护理 心理舒适是吞咽功能恢复的前提^[4],是指患者具有安全感、满足感、被尊重感等心理感觉。脑卒中吞咽障碍患者因吞咽困难不能由口进食,易产生悲观、焦虑和恐惧的心理,常处于绝望的状态。护理人员应针对患者的病情向患者做详细的解释,介绍脑卒中吞咽障碍相关知识,使患者以舒适、乐观的健康心态面对疾病,树立战胜疾病的信心^[5];同时有目的给患者和家属介绍早期康复训练的重要性,建立患者对医护人员的信任感,使患者在心理上获得最大的安全感、满足感,以良好的心态积极配合治疗^[6]。

1.2.2 环境方面的舒适护理 按照患者的习惯合理布置个性化的病房设施,减少患者对环境的陌生感,创造温馨的病房环境。保持病房光线充足、通风良好、空气清新,室温 18~22℃,湿度 50%~60%。同时有一个安静、整洁的就餐环境,就餐时间充裕,在患者进食及训练时用床帘适当遮挡,保护患者的隐私。

1.2.3 饮食方面的舒适护理 对患者的营养状况及吞咽能力进行科学评估,根据患者病情采取不同的营养供给方式,以低脂、低盐、高纤维、营养丰富的食物为原则,重视患者水分补充,少量多餐,以保证患者饮食健康。开始鼻饲或静脉营养,根据患者吞咽能力,逐步增加食物难度。食物应具有适当的黏性,不易松散,便于咀嚼吞咽,如菜泥、肉泥等半流质饮食。随着吞咽功能的改善及体能的恢复,选择稀粥或米糊等流质食物,直至过渡到普通饮食。要保证饭菜的色、香、味齐全,让患者有想进餐的欲望。既保证了营养摄入,又预防了吸入性肺炎的发生。

1.2.4 康复训练的舒适护理 根据每位患者的病情、吞咽障碍程度及并发症情况,制订并进行有针对性的个体化吞咽功能康复训练。吞咽能力在 3 级以上者,以基础训练为主,包括舌运动训练、唇运动训练、喉上抬训练、吸吮训练及咽部冷刺激训练等,当患者达到一定吞咽能力时可适当加大进食训练的力;吞咽能力在 3 级及其以下者,以进食训练为主,并注意进食的体位、做好食物的选择、控制好食物的量、选择好进食的方法。对患者做好耐心的解释工作,如在训练中可能出现的问题和病情的预后等。当患者吞咽功能有进步时,多使用鼓励性语言,让患者心理舒适;在训练过程中,注意指导患者循序渐进,逐步恢复吞咽功能,达到生理舒适。

1.2.5 预防误吸的舒适护理 (1)重视进食的体位:对不能坐起进食的患者取仰卧位,躯干上抬 30°,头颈稍前屈,偏瘫侧以枕垫起,患者处于舒适功能位;对能坐起进食的患者可取坐位,颈部稍前屈,使舌肌的张力增高,喉上抬,食物较容易进入食管^[7]。(2)掌握好一口量喂食:从 3~4 mL 开始,逐渐增加至 15~20 mL,严格控制进食的速度,给予充分的进食时间,进食每口食物确定完全咽下后才进食第二口食物。(3)做好交互吞咽训练:当咽部有食物残留时,如继续进食,则残留物累积增多,易引起误咽。故每次进食后,让患者反复做几次空吞咽,使食物全部咽下后再进食,也可每次进食吞咽后饮 1~2 mL 水,刺激诱发吞咽反射,达到去除咽部残留食物的目的。(4)做好点头样吞咽训练:会厌谷是一处最容易残留食物的部位。将颈部后屈,会厌谷变得狭小,可挤出残留食物,然后颈部尽量前屈,似点头样,并做空吞咽动作,可去除残留食物。(5)做好侧方吞咽训练:咽部两侧的“梨状隐窝”也是最容易残留食物的部位,让患者下颏分别向左右转动并作侧方吞咽,可将隐窝部的残留食物去除。

1.2.6 社会生活的舒适护理 责任护士应主动与患者家属沟通,熟悉患者家庭生活如经济情况、成员关系等,争取提高患者社会的支持度,鼓励家属、同事及朋友等经常来院探视,从精神上、生活上鼓励和支持患者。良好舒适的社会支持对患者吞咽功能的恢复有积极促进作用,让患者常常感受到来自社会及家庭的温暖,满足患者对社会关系舒适的需求,提高其生活质量^[8]。

1.3 疗效评定标准 入院 24 h 内、干预第 4 周末进行洼田饮水试验^[9],让患者喝温开水 30 mL。1 级:能 1 次喝完 30 mL,无噎呛;2 级:分 2 次以上喝完,无噎呛;3 级:能 1 次喝完,但有噎呛;4 级:分 2 次以上喝完,且有噎呛;5 级:常常呛住,难以全部喝完。显效:吞咽障碍基本消失,饮水试验提高 2~3 级,营养状况良好者;有效:吞咽障碍症状改善,饮水试验提高 1 级,营养状况好者;无效:饮水试验前后无变化。

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

2.1 吸入性肺炎发生率 舒适组有 1 例并发吸入性肺炎 (1.59%), 常规组并发吸入性肺炎 6 例 (9.52%), 两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2=5.21, P<0.01$)。

2.2 吞咽能力恢复比较 实施干预 4 周末分别对舒适组和常规组的疗效进行评价。舒适组吞咽功能恢复程度明显优于常规组 ($\chi^2=4.43, P<0.01$), 见表 1。

表 1 两组患者舒适护理后疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
舒适组	63	26	32	5	92.06
常规组	63	6	24	33	47.62

3 讨 论

舒适护理是目前经常应用于临床实践的一种高效护理模式, 它主张采用个性化的、创造性、整体性的护理方法, 使患者达到生理、心理、社会上的最舒适、最愉悦的状态, 最终使患者积极配合治疗, 促进患者的康复^[10]。脑卒中后吞咽障碍是由于舌咽神经、迷走神经及舌下神经核或核下性损害而产生的真性延髓性麻痹和(或)双侧皮质脑干束损害而产生的假性延髓性麻痹^[11], 导致吞咽困难、舌运动障碍。神经生理学研究显示, 中枢神经系统有强大的可塑性, 可通过细胞元轴突的再生, 树突侧支的出芽和改变突触阈值, 发挥休眠或储备的神经功能, 调动神经元的兴奋性, 重建神经功能网络, 实现功能的重组, 达到功能重塑的作用^[12]。本文通过对患者进行系统的环境、心理、饮食、康复训练、社会生活等方面的舒适护理, 不断地向患者脑细胞输送刺激信息, 促使运动神经突触延长与病灶周围的神经突触形成新的神经传导通路, 恢复并建立脑细胞功能和反馈通路。同时又减少或消除了急性脑卒中后吞咽障碍患者不舒适的因素, 促进了患者吞咽能力的恢复, 减少和预防了并发症的发生, 提高了患者生活质量。

• 临床护理 •

应用品管圈降低气管插管患者非计划性拔管率效果分析

胡维书, 吴 琦, 骆飞源

(重庆市中山医院重症医学科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2106-02

非计划性气管拔管(unplanned extubation, UEX)是指尚未达到气管拔管指征而将人工气道拔除, 或某些非人为因素的气管导管脱落^[1]。非计划性气管拔管是机械通气中常见的严重并发症之一, 发生率占机械通气患者的 2.8%~20.6%^[2], 包括患者自行拔管、医疗护理过程中的意外拔管。非计划性拔管可能延长患者机械通气时间、ICU 停留时间及住院天数, 甚至可能因为失去有效呼吸而出现窒息, 危及患者的生命安全^[3]。为降低气管插管患者 UEX 率, 本科 2013 年 3 月成立了名为“守护圈”的品管圈(quality control circle, QCC)小组, 针对气管插管非计划性拔管情况开展品管圈活动, 并对 2012 年 3 月至 2013 年 12 月的气管插管患者进行了分析和总结, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科 2012 年 3~12 月共有 512 例患者行气

参考文献:

- [1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:98.
- [2] 方平, 邢小丽, 于帆, 等. 降低脑卒中吞咽障碍患者并发吸入性肺炎的护理研究[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(10):1822-1823.
- [3] 许小玲, 韦杏荣. 脑卒中吞咽障碍患者早期康复的循证护理[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(5):763-764.
- [4] 廖喜琳, 钟美容, 包艳. 心理护理对脑卒中吞咽障碍病人功能恢复的影响[J]. 护理研究, 2008, 22(12):3145-3146.
- [5] 夏慧玲, 代亚丽. 脑卒中患者生活质量与卒中抑郁影响因素的研究进展[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(3):81.
- [6] 常晓丽. 舒适护理在老年急性心肌梗死患者中的应用效果观察[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(12):259.
- [7] 莫锐钊, 蒋超. 脑卒中吞咽困难患者的康复护理进展[J]. 护理学杂志, 2009, 24(15):90-92.
- [8] 尹宗惠, 凌云. 老年脑卒中后抑郁心理状况分析及护理对策[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(3):217.
- [9] 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.
- [10] 张宏. 舒适护理的理论与实践研究[J]. 护士进修杂志, 2010, 16(6):409.
- [11] 郑敏, 栾贻政. 循证护理在脑卒中致吞咽困难患者中的应用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(22):66-67.
- [12] 田景绘, 靳淑慧. 脑卒中患者早期双侧肢体康复训练疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(5):494.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-02-12)

管插管, 其中男 288 例, 女 224 例, 年龄 1~95 岁, 呼吸道疾病 198 例, 心脏外科术后、普外、神经外科、骨科全麻术后 203 例, 其他疾病 111 例, 插管时间 5 h 至 18 d; 开展品管圈活动之后, 2013 年 3~12 月对 568 例患者进行气管插管, 其中男 328 例, 女 240 例, 年龄 1~92 岁, 呼吸道疾病 199 例, 心脏术后、普外、神经外科、骨科全麻术后 232 例, 其他疾病 137 例, 插管时间 4 h 至 20 d。

1.2 QCC 活动方法

1.2.1 成立 QCC 小组 “守护圈” QCC 小组共有 5 名组员, 设圈长 1 名, 督导员 1 名, 圈员 3 名, 其中主管护师 2 名, 护师 2 名, 护士 1 名; 本科 4 名, 大专 1 名, 平均年龄 (30.4±7.4) 岁。

1.2.2 选题理由及论证 召开圈员会议, 在多个选题中选定“降低气管插管患者非计划性拔管率”为主题, 确定圈徽。