

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.048

延续分级护理对 116 例脑卒中吞咽障碍患者 吞咽能力和护理满意度的影响^{*}

王爱丽¹, 王 燕², 梅现红^{3△}, 李保兰⁴

(重庆市第三人民医院:1.院物价办;2.神经内科;3.社会服务处;4.护理部 400014)

[中图分类号] R741.05

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2866-03

吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症。卒中后吞咽障碍可导致食物误吸,发生吸入性肺炎,严重者可危及生命^[1]。患者虽经住院分级康复治疗病情稳定后出院,还需要长期的分级康复锻炼才能逐渐痊愈。目前国外对脑卒中患者实施延续护理收到满意效果^[2],但国内在这方面研究起步较晚,尚无完善的方法和指南可借鉴。如何让脑卒中后吞咽障碍患者出院后得到分级康复护理的延续,满足“以患者为中心”的要求及高质量服务已成为新的研究课题。本研究通过对出院脑卒中吞咽障碍患者采取延续分级护理,探讨其对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽能力及出院护理满意度的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 5 月至 2014 年 5 月在本院神经内科住院且愿意参加本研究的脑卒中吞咽障碍患者 116 例作为研究对象,分为对照组和试验组各 58 例。纳入标准:(1)经头颅 CT 或 MRI 证实;(2)符合全国第四届脑血管学术会议制订的诊断标准;(3)神智清醒;(4)有语言、运动功能障碍;(5)吞咽障碍诊断明确;(6)书面知情同意。排除标准:并存其他严重疾病,如阿尔茨海默病、肿瘤、严重精神疾患、心功能Ⅱ级或Ⅱ级以上的脑卒中患者等。本研究在实施前已向本院伦理委员会申请并获批准。研究过程中脱落 3 例,其中对照组 2 例:死亡 1 例,拒绝入户随访 1 例。试验组 1 例:到外地居住 1 例。成功完成研究 113 例,对照组 56 例,男 33 例,女 23 例,年龄 55~83 岁,平均(65.31±9.11)岁;吞咽障碍的平均病程为 21.3 个月,吞咽障碍病程大于 6 个月者占 67%。试验组 57 例,男 32 例,女 25 例,年龄 56~82 岁,平均(64.11±9.13)岁;吞咽障碍的平均病程为 20.8 个月,吞咽障碍病程大于 6 个月者占 69%。两组患者在性别、年龄、病程及疾病严重程度分级等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 住院期间两组患者均接受吞咽能力分级康复训练、饮食指导、用药指导、心理护理等,同时发放《脑卒中吞咽障碍患者分级康复护理手册》,把健康教育融入到住院期间的治疗护理中。对照组患者出院时由主管医生制订后续治疗方案,责任护士对患者进行吞咽能力分级康复指导,发放温馨联系卡,告知其门诊定期复查时间。在门诊复查时针对患者康复中存在的问题给予具体指导,每 2 个月进行 1 次随访,对其吞咽功能恢复情况进行评价。试验组采取定期追踪随访,采用电话及家访方式实施延续分级护理,其具体方法如下。

1.2.1 创建延续分级护理小组 延续分级护理小组由 7 名成员组成:神经内科副主任医师 1 名,为患者制订治疗方案;康复治疗师 1 名,负责指导康复技能;护士 5 名(本科学历;2 年以

上责任护士工作经历;具有 5 年以上神经内科工作经验),负责住院期间对患者的评估、指导和出院后随访工作。所有成员具有良好的表达、沟通及协调能力,均经延续护理相关知识培训,在考核合格后准予上岗。所有小组成员共同负责脑卒中吞咽障碍患者出院后的分级康复、饮食及用药等依从性进行监督,以保证脑卒中吞咽障碍患者延续护理的顺利进行。

1.2.2 延续分级护理具体措施

1.2.2.1 出院前护理干预 出院前 1 周由责任护士负责实施。(1)运用洼田饮水试验对患者吞咽能力进行评估。(2)明确患者需求,针对性地进行护理指导。在患者出院当天,根据洼田饮水试验结果制订出院后吞咽功能分级康复护理处方,并告知康复训练过程中的注意事项^[3],指导患者写自我监测日记。

1.2.2.2 延续护理干预 定期追踪随访:患者出院后 3 周内责任护士电话回访每周 1 次,每次 10 min,第 4 周由 1 名责任护士和 1 名康复治疗师上门访视,每次 30 min,负责指导、督促患者近期吞咽功能分级康复护理计划的执行情况;在患者出院后 2~6 个月,责任护士每月对其电话随访 1 次,每次 10 min。每 2 个月由 1 名康复治疗师和 1 名责任护士家访 1 次,每次 30 min,以调整、强化延续分级康复护理计划。内容包括,(1)实施出院后吞咽功能分级康复护理处方:①吞咽能力分级评分为 V 级的患者,主要采用鼻饲流质饮食,家属适当对患者实施间接吞咽训练,尽早刺激患者口唇、咽喉部,以促进患者吞咽功能的恢复。②吞咽能力分级评分为Ⅲ~Ⅳ级的患者,可进行间接加直接吞咽康复训练,选择半流质饮食;协助能坐起的患者,采取坐立位,身体倾向健侧 30°,头稍前屈;协助卧床患者取仰卧位,头前屈,躯干上抬 30°;偏瘫侧肩部用枕垫起,家属位于健侧,可进行咀嚼肌、舌肌、颊肌及呼吸道训练,并及时做好心理疏导。③吞咽能力分级评分为Ⅱ级的患者,开始可采用流质或者半流质饮食,随着患者体能的恢复及吞咽功能的改善,逐渐把食物做成冻状或糊状,直至过渡到普食。④患者吞咽能力分级评分为Ⅱ级以下者,应从健侧将适宜的食具尽量放在舌根处,以利于患者吞咽。用杯子饮水时,尽量不使用吸水管^[5]。(2)指导发生误吸的急救技巧。(3)进行心理干预,帮助患者树立战胜疾病的信心及生活的勇气。在门诊复查时,评估患者吞咽能力,做好康复指导。延续护理期间,患者出现病情变化时,增加电话随访及上门访视频率,并鼓励患者随时电话咨询。

1.2.3 观察项目及测量方法 在患者出院后 6 个月,对其护理效果及出院后护理满意度进行评价。并由延续护理小组进行质量控制。(1)吞咽能力疗效判断标准^[4],无效:治疗前后饮

^{*} 基金项目:重庆市卫生局 2013 年医学科研计划项目(2013-2-095)。 作者简介:王爱丽(1962—),主管护师,主要从事临床护理研究。

[△] 通讯作者,Tel:13677608928;E-mail:744977550@qq.com。

水试验等级在Ⅲ级以上或无变化,吞咽障碍无改善;有效:饮水试验提高 1 级,营养状况好,吞咽障碍症状明显改善;显效:饮水试验提高 1~2 级,营养状况良好,吞咽障碍基本消失,无并发症。显效率+有效率=总有效率。对护理流程的认可度、对护士服务态度评价、护患沟通情况等。(2)出院护理满意度 采用自制的患者出院后护理满意度调查问卷,由服务态度、工作能力、健康宣教、家庭环境管理、关爱患者、护理效率 6 个维度 12 个因子构成计分项目,每个因子用 A、B、C、D 4 级表示,A 为“非常满意”、B 为“满意”、C 为“一般满意”、D 为“不满意”,在出院 6 个月后由责任护士发放调查问卷。以“一般满意”和“不满意”为患者对护理工作不满意,以“非常满意”和“满意”为患者对护理工作满意,统计患者满意及不满意例数,用百分比计算患者满意度。发放 148 份,收回 148 份,有效回收率 100%。

1.3 统计学处理 采取 SPSS18.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理效果比较 在出院后 6 个月时评价两组患者的护理效果,对照组显效 17 例,有效 18 例,总有效率为 62.50%;试验组显效 37 例,有效 15 例,总有效率为 91.23%,试验组护理效果优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者护理效果比较					
组别	<i>n</i>	无效[n(%)]	有效[n(%)]	显效[n(%)]	总有效率(%)
试验组	57	5(8.77)	15(26.32)	37(64.91)	91.23
对照组	56	21(37.50)	18(32.14)	17(30.36)	62.50

2.2 两组患者护理满意度比较 在出院后 6 个月时,试验组患者护理满意度为 98.25%较对照组 80.36%比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组出院后 6 个月对护理满意度比较						
组别	<i>n</i>	非常满意 [<i>n</i> (%)]	满意 [<i>n</i> (%)]	一般满意 [<i>n</i> (%)]	不满意 [<i>n</i> (%)]	满意度 (%)
试验组	57	43(75.44)	13(22.81)	1(1.75)	0(0.00)	98.25
对照组	56	22(39.29)	23(41.07)	10(17.86)	1(1.78)	80.36

3 讨 论

3.1 以延续护理理论指导护理临床实践 延续护理是在 1981 年由美国宾夕法尼亚护理学院的研究者提出。20 多年来,该护理学院的研究者进行了大量的延续护理研究^[5-7],发现延续护理对多种疾病群患者(如慢性病、肿瘤、剖宫产产妇、早产儿等)具有减少卫生服务利用、改善健康预后、提升患者满意度的积极效果,并将此研究结果在许多国家和地区推广应用。于 2002 年香港黄金月学者^[8-9]将该模式引入香港,对糖尿病、慢性肾病、慢性阻塞性肺病等慢性疾病进行延续护理研究。

3.2 对脑卒中吞咽障碍患者开展延续护理的必要性 脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的恢复需要患者坚持科学系统的分级康复护理。传统护理方法多集中于临床,患者出院后生活环境主要在家庭,医护人员对患者接触及把握机会不足,易忽视患者保持遵医行为及不断强化健康意识^[6]。又因我国卫生事业处于发展阶段,多数患者在病情稳定后多选择出院后居家康

复、门诊复诊^[10],致使患者的吞咽功能恢复慢,误吸、吸入性肺炎等并发症发生率高。

有文献报道^[11],对吞咽障碍患者采取早期介入并进行持续的康复训练,可极大地发挥脑的可塑性,能促进病灶周围组织相应区域和健侧脑组织的重建或代偿修复,以促进脑血管侧支循环的建立。本组患者出院后延续分级护理方案包括:出院前护理评估、制定分级康复计划,电话随访和家庭访视,并与门诊复诊指导相结合,及时巩固患者掌握的知识,帮助患者寻找对康复有利的分级训练方式并坚持实施。本研究中延续护理小组专职护士在试验组患者出院后第 2 个月及第 4 个月上门访视,可及时给予患者分级康复技能指导,还能根据患者吞咽功能康复情况及时调整康复计划,有效保证患者的转归。电话随访可对患者分级康复训练执行情况进行监督和检查,解答患者及家属在分级康复训练中所遇到的问题,及时发现并纠正存在的不足,消除潜在并发症危险。随着自身情况的改善,患者会更有信心面对疾病。

3.3 延续分级护理可提高患者吞咽功能及出院后护理满意度 脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的恢复治疗是临床上极为棘手的难题。在传统护理模式中,患者出院后只能通过回院复诊来获取相关康复信息,致使患者在回家后得不到良好的康复护理,易产生各种并发症,错失最佳康复时机^[12]。延续护理是住院护理的延伸,能给患者和家属不间断的护理干预,有效保障患者治疗效果。本研究结果显示,在出院后 6 个月时,对照组总有效率为 62.50%,试验组总有效率为 91.23%;试验组护理效果显著优于对照组。试验组对出院护理满意度显著高于对照组($P < 0.05$),结果充分显示了延续分级护理的有效性。

参考文献

[1] 姜莉,孙芙蓉.脑卒中后吞咽功能障碍患者康复护理的现状研究[J].中国医药科学,2013,3(17):58-59,71.
[2] Prvu Bettger J,Alexanger KP,Dolor RJ,et al. Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction;a systematic review[J].Ann Intern Med,2012,157(6):407-416.
[3] 胡玮琳,李保兰,冯丽华,等.分级康复护理对老年脑卒中患者吞咽能力的影响[J].重庆医学,2012,41(19):2000-2001.
[4] 赵建华.35 例大面积脑梗死临床护理体会[J].中国应用护理杂志,2010,20(1):28-29.
[5] Naylor MD,Kurtzman ET,Pauly MV. Trans itions of elders betw eenlong-term care and hosp itals [J]. Policy Polit Nurs Pract,2009,10(3):187-194.
[6] Naylor MD,Feldman PH,Keating S,et al. Trans lating research in top ract ice;trans ition al care for older adu lts [J].J Eval Clin Pract,2009,15(6):1164-1170.
[7] Bixby MB,Naylor MD. The transit ional carem odel (TCM);hosp itald ischarge screen ing criter ia for h igh risk o lder adu lts[J]. Med Surg Nurs,2010,19(1):62-63.
[8] Chow SK,Wong FK. Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-ledcasem anagement programme[J].J Adv Nurs,2010,66(8):1780-1792.
[9] Wong FK,Chow SK,Chan TM. Evaluation of a nurse-led

disease management programme for chronic kidney disease; a randomized controlled trial[J]. Int J Nurs Stud, 2010, 47(3):268-278.

[10] 万晚珍. 早期护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 中国当代医药, 2012, 19(29):118-119.

[11] 姚济荣, 贺茂林, 张京, 等. 急性脑卒中吞咽障碍康复护理干预不同介入时间与远期功能改善效果的关系[J]. 中国

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.049

慢性病预防与控制, 2012, 20(2):158-160.

[12] 杨巧红, 翟翠球, 李东娜, 等. 出院后延续护理对重型颅脑损伤病人综合功能的影响[J]. 护理研究, 2010, 24(6):1635-1637.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-26)

家庭护理干预对骨质疏松症患者的影响

唐泽琴, 奚爽[△]

(重庆市第十三人民医院骨科 400053)

[中图分类号] R681 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)20-2868-02

骨质疏松症是以骨组织显微结构受损, 骨矿物质成分和骨基质等比例的不断减少, 骨脆性增加和骨折危险度升高的一种全身代谢障碍性疾病^[1]。其发病因素多与遗传、营养、饮食、运动、生活习惯密切相关, 该病是一种慢性进行性疾病, 治疗时间长, 见效慢, 预后差, 骨折发生率高。许多患者出院后对饮食结构、生活习惯、运动锻炼治疗用药等不够重视, 导致骨质疏松进展迅速, 并发症明显增高, 使患者生理、心理、社会适应能力受到严重影响, 为此, 笔者对本科 2012 年 6 月至 2013 年 10 月, 出院的 45 例老年骨质疏松症患者进行家庭护理干预, 获得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择病例 85 例, 为 2012 年 6 月至 2013 年 10 月骨科出院的骨质疏松症患者, 分为干预组和对照组; 干预组 45 例, 男 16 例, 女 29 例, 年龄 50~92 岁, 平均 69.6 岁, 对照组 40 例, 男 14 例, 女 26 例, 年龄 49~93 岁, 平均 68.7 岁。所选病例均符合中国老年学学会骨质疏松症诊断标准学科组建议的标准, 均无骨折, 但有不同程度的腰、背、四肢疼痛。两组患者性别、年龄、文化、生活习惯、社会背景、疼痛程度、骨密度高低及病程比较, 差异无统计学意义(P 均 >0.05), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理干预方法 两组患者出院前 1 d 均由责任护士向其发放骨质疏松症的健康资料, 并进行出院指导。干预组在此基础上, 由具有骨质疏松症专业知识的责任护士于出院前建立健康信息档案, 通过电话询问(每周 2 次)、家庭随访(每月 1 次)、病友联谊(每月 1 次)、集体知识讲座(每月 1 次)等方式对患者进行心理疏导、骨质疏松症相关知识培训、用药指导、饮食指导、运动指导、安全指导等家庭护理干预。具体干预内容包括, (1)心理疏导:骨质疏松症是一种慢性进行性疾病, 需要治疗的时间长、见效慢、预后差, 患者存在不同程度的焦虑情绪^[2-3]。应对患者进行全面的护理评估, 多沟通, 掌握患者对疾病和治疗的认知程度, 了解患者的心理特征, 进行针对性的开导, 纠正不良心态, 鼓励患者树立信心, 积极配合治疗, 充分调动家庭及社会系统的支持作用, 鼓励患者参加力所能及的娱乐

活动, 以分散患者的注意力和不良情绪。(2)骨质疏松症相关知识培训:由 1 名主治医师、3 名具有骨质疏松症专业知识的骨科专科护士组成培训小组, 对患者进行系统培训, 每月 1 次, 包括骨质疏松症的概念、分类、发病因素、临床表现、骨密度检查的方法意义、诊断标准、治疗、护理、合理用药、合理饮食、规律运动以及良好生活习惯的重要意义, 病情进展及预防、并发症的预防及处理等。(3)饮食指导:保持营养均衡, 膳食结构搭配合理, 重视维生素 D、钙、磷、蛋白质及钙的补充。(4)运动指导:运动可使全身和骨骼的血液循环加快, 肌肉的收缩和舒张对骨骼有直接刺激作用, 能阻止和减慢骨质疏松的进展^[4]。应根据患者的身体状况选择适当的体能锻炼, 活动量循序渐进、以无不适为度, 早晚各 30 min。(5)服药指导:治疗骨质疏松症的药物起效慢、疗程长, 在用药过程中可能会出现一定的不良反应, 应指导患者按医嘱及时、正规用药, 观察药物疗效、不良反应, 告知注意事项; 每天检查患者服药情况, 杜绝误服、多服、漏服和不按时服药的现象。(6)安全指导:骨质疏松症患者最严重的并发症是骨折^[5], 应对患者加强安全防护, 防止跌倒, 一旦发生骨折, 需卧床休息, 并用夹板或支架妥善固定。并及时送往医院治疗。(7)建立良好的生活习惯:戒烟、戒酒、不饮浓茶、咖啡等。

1.2.2 评价方法 干预 6 个月后, 比较两组患者的健康知识、健康行为、治疗效果、骨折发生率。(1)健康知识评价:采用自制的骨质疏松症相关知识问卷调查表对两组患者进行问卷调查。内容包括骨质疏松症的概念、发病因素、临床表现、诊断、骨密度正常值及检查目的、方法、意义, 合理饮食、规律运动、正确用药, 预防骨折等 10 个问题, 每个问题包括完全了解、部分了解、不了解 3 个答案, 分别为 3 分、2 分、1 分, 得分 25~30 分为优, 20~24 分为良、15~19 分为中、 <15 分为差。(2)健康行为评价:包括合理饮食、规律运动、正确服药等内容分为完全做到为优、基本做到为良、偶尔做到为中、未能做到为差。(3)治疗效果评价, 包括疼痛缓解程度及骨密度改善情况, 疼痛缓解程度评价, 显效:疼痛完全缓解, 有效:疼痛部分缓解。无效:疼痛无缓解。骨密度改善情况评价, 显效:骨密度上升, 大于 2 倍标准差; 有效:骨密度上升 1~2 倍标准差; 无效:骨密度无上升