

脑出血吞咽障碍伴气管切开患者康复护理探讨

廖小妹

(河池市人民医院 广西河池 547000)

摘要: 目的 分析康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者的效果。方法 从2021年4月-2022年4月的脑出血吞咽障碍伴气管切开患者中随机抽取30例,随机数字表法均分为A组(常规护理)和B组(康复护理),对比两组效果。结果 B组护理后标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分(22.15±2.15)分、(19.72±3.08)分<A组(t=3.947、9.912, p均=0.000);B组护理后生活质量、ADL评分>A组(p<0.05);B组并发症发生率0.00%<A组26.67%($\chi^2=4.615, p=0.031$)。结论康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者取得理想的护理效果。

关键词: 脑出血; 吞咽障碍; 气管切开; 康复护理; ADL评分; 并发症发生率

脑出血是脑实质内血管非外伤导致的破裂出血,脑卒中患者中有很大的比例都属于脑出血^[1]。脑出血后患者如果抢救不及时,死亡率十分高,即使抢救及时,挽留了患者的生命,患者也常出现意识和吞咽等功能障碍。脑出血患者在抢救中为了改善呼吸道梗阻症状,需要将气管切开,以此改善通气情况^[2]。临床调查数据显示脑出血吞咽障碍伴气管切开患者术后极易出现并发症(感染、皮下气肿等)并发症,因此针对这类患者开展康复护理具有重大的临床价值^[3]。本研究分析了康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者的效果,阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从2021年4月-2022年4月的脑出血吞咽障碍伴气管切开患者中随机抽取30例,随机数字表法均分为A组和B组,A组(15例)年龄35-70岁,均值(53.68±3.24)岁,体重49.52-84.25kg、均值(68.34±3.27)kg,病程均值(4.06±1.03)周,男10例(66.67%) /女5例(33.33%);B组(15例)年龄36-69岁、均值(53.21±3.18)岁,体重49.46-84.82kg、均值(68.52±3.32)kg,病程均值(4.03±1.02)周,男9例(60.00%) /女6例(40.00%)。一般资料对比(p>0.05)。

1.2 方法

1.2.1 A组

A组:常规护理。(1)叮嘱患者术后早期尽量卧床休息,轻柔翻身并对头部采取保护措施,在休息的时候可将床头抬高30°左右。为避免患者坠床可增加床档。(2)增加协助患者翻身的次数,可以为患者使用气垫床,每日更换床单被罩。(3)为患者提供营养支持,确保患者摄入充足的、均衡的营养,提高其免疫和抵抗力。(4)多关心鼓励患者,耐心倾听患者的诉求,详细回答患者的疑问,获得其信任。(5)做好口腔护理,2次/d,降低感染发生率。做好会阴护理,2次/d,观察患者尿管和引流袋情况,及时更换,确保尿袋低于耻骨联合下,降低尿液逆行感染发生率。(6)密切监测患者血压、脉搏、呼吸等生命体征指标变化情况,一旦出现异常,立即通知主治医师,并协助其对症处理。

1.2.2 B组

B组:康复护理。(1)协助处于卧位或坐位患者摆成肢体功能位。(2)气管切开护理:为了避免气管套管出现滑脱问题,在固定气切管的时候要将其中放置,控制容纳1-2手指的松紧度;在协助患者翻身的时候自下而上从边缘到中央帮助患者叩背,并鼓励其用力自主咳嗽咳痰;叮嘱患者增加饮水量;结合患者实际情况给予雾化吸入;入关患者出现不良表现(痰鸣音、呼吸窘迫症、氧分压和血氧饱和度突然下降等),需及时吸痰处理,根据患者痰量多少,确定吸痰次数。(3)吞咽障碍康复训练:用棉签蘸少许冷水对患者软腭、舌根、咽喉壁轻轻刺激,指导患者完成空吞咽动作;指导患者通过吸气鼓腮后缓慢吹气的方式使颊肌和软腭进行运动;指导患者完成吸气-屏气-吞咽唾液-呼气-咳嗽模拟吞咽训练。(4)患者进食前先抬高其躯干30°,使其保持仰卧位,前倾头部,使用软垫将偏瘫侧肩部垫起。根据评估患者吞咽能力的结果为患者提供选择流质、半流质、固体软食或固体硬食。(5)叮嘱患者多食用纤维素含量高的瓜果蔬菜,预防便秘。如果患者出现便秘症状,可以适当给予润肠药,指导患者排便时正确地按摩腹部,使肠蠕动提升。(6)叮嘱家属对患者日常饮水情况监督。叮嘱患者定时进行膀胱训练,定时开放定时夹管,确保膀胱不会处于过度充盈状态。(7)指导家属正确地协助患者活动瘫痪肢体。指导患者正确地屈伸、旋前、旋后、内收、外展关节,循序渐进地从大关节运动向小关节运动转换,由小到大地慢慢增加运动幅度。(8)患者恢复意识后,立

即指导患者进行言语训练。通过呼唤、碰触患者训练其注意力;对患者发出闭上眼睛,举起左手等指令叮嘱其执行;指导患者通过发“啊”声、吹纸、吹口哨等进行口型发音训练。

1.3 指标观察

1.3.1 标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分,包括临床检查(8-23分)+饮水测试(5-11分)+正常进食(5-12分)三项,分数越低吞咽功能越好。

1.3.2 SF-36量表每项100分,评估值越高患者日常生活品质越高。

1.3.3 日常生活活动能力评估量表(ADL)评估值和患者生活能力成正比。

1.3.4 并发症发生率=(肺部感染+皮下气肿+拔管困难)/总例数×100%。

1.4 统计学分析

SPSS20.0处理数据,($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别用t值与 χ^2 检验,(P<0.05)有统计学意义。

2 结果

2.1 对比标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分

标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分,护理前两组对比(P>0.05);护理后B组低于A组(P<0.05),见表1。

表1 对比标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	标准吞咽功能评分		汉化版吞咽障碍造影评分	
		治疗前(分)	治疗后(分)	治疗前(分)	治疗后(分)
A组	15	31.28±3.82	26.86±4.09	54.05±7.61	33.32±4.33
B组	15	31.42±3.72	22.15±2.15	55.37±7.58	19.72±3.08
t	-	0.101	3.947	0.475	9.912
P	-	0.919	0.000	0.637	0.000

2.2 比较生活质量评分

护理前两组生活质量评分对比(p>0.05),护理后B组高于A组(P<0.05),见表2。

表2 对比生活质量评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组	例 数	躯体功能		社会功能		生理功能		心理功能	
		治疗前	治疗后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
B组	15	68.32±3.65	81.34±3.42	68.26±3.51	81.18±3.15	68.65±3.46	81.65±3.42	68.71±3.35	81.26±3.46
A组	15	68.18±3.41	74.35±3.19	68.34±3.16	74.26±3.26	68.37±3.23	74.34±3.21	68.68±3.71	74.39±3.28
t值	-	0.108	5.788	0.065	5.912	0.229	6.035	0.023	5.580
P值	-	0.914	0.000	0.948	0.000	0.820	0.000	0.981	0.000

2.3 对比ADL评分

护理前两组ADL评分对比(p>0.05),护理后B组高于A组(P<0.05),见表3。

表3 对比ADL评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分 组	例 数	穿衣进食		洗澡修饰		上下楼梯		行走	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
B组	15	65.26±4.37	83.94±5.62	64.82±4.42	84.79±5.23	64.84±4.68	84.26±5.37	65.11±4.32	83.95±5.22
A组	15	64.38±4.51	75.37±3.22	65.26±4.31	75.92±3.34	65.81±4.59	75.82±4.31	64.35±4.36	75.28±4.29
t值	-	0.542	5.124	0.276	5.535	0.573	4.747	0.479	4.913
P值	-	0.591	0.000	0.784	0.000	0.571	0.000	0.635	0.000

(下转第161页)

(上接第 141 页)

2.4 对比并发症发生率

B 组并发症发生率 0.00% < A 组 26.67% ($\chi^2=4.615$, $p=0.031$), 见表 4。

表 4 对比并发症发生率 (n,%)

分组	例数	肺部感染	皮下气肿	拔管困难	发生率
B 组	15	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
A 组	15	1 (6.67)	2 (13.33)	1 (6.67)	4 (26.67)
χ^2	-	-	-	-	4.615
P	-	-	-	-	0.031

3 讨论

脑出血是临床神经外科患者数量较多的一类疾病,患者就医时普遍处于昏迷状态,为了挽留该类患者的生命,在急救过程中普遍实施气管切开术^[4]。脑出血吞咽障碍患者通过气管切开术,能将梗阻的呼吸道解除,确保患者呼吸道通畅,增加交换气体的总体数量,使通气情况显著改善,同时能改善脑部组织缺氧症状,最大程度地恢复脑功能,对于脑出血吞咽障碍患者来说,采用气管切开术是挽留患者生命的必要措施^[5]。

标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分,护理前两组对比 ($P > 0.05$); 护理后 B 组低于 A 组 ($P < 0.05$), 说明康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者能显著改善吞咽功能。脑出血患者的中枢神经系统受到不同程度的损伤,影响吞咽动作的连续性,绝大部分患者都存在吞咽障碍等后遗症,不仅导致患者营养不良、免疫力降低,还不利于患者的康复,同时增加肺部感染等并发症发生率^[6]。通过使用标准吞咽功能及汉化版吞咽障碍造影评分对患者吞咽障碍情况进行评估,结合评估结果为患者制定针对性康复护理方案,使舌、咀嚼肌灵活度和协调性显著提升,刺激机体重组神经网络,新生侧支芽,恢复咽部肌群功能,使患者吞咽障碍显著改善^[7]。

B 组护理后生活质量、ADL 评分 > A 组 ($p < 0.05$), 说明康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者能显著提高患者的生活质量和日常生活活动能力。护理人员在护理工作中坚持康复护理理念,为患者做好基础护理的基础上,指导患者尽早开展康复训练,使患者肢体、吞咽等功能障碍得到良好的恢复^[8]。通过健康宣教、心理干预使患者保持乐观的心态积极参与康复训练,从而使其生活

质量和日常活动能力显著提升^[9]。

B 组并发症发生率 0.00% < A 组 26.67% ($\chi^2=4.615$, $p=0.031$), 说明康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者能有效降低并发症发生率。切开气管后,患者自身免疫能力降低,极易出现肺部感染等并发症,为了有效预防并发症的出现,护理人员严格按照康复护理的要求,任何护理操作都执行无菌操作标准,预防感染;护理人员在吸痰、气道湿化等操作过程中,严格执行相关规范要求,降低吸入性肺炎发生率;通过心理干预等措施,提高患者遵医嘱依从性,使其主动配合治疗和护理操作,最终提高预后,缩短拔管和康复时间^[10]。

综上所述,康复护理用于脑出血吞咽障碍伴气管切开患者取得理想的护理效果。

参考文献:

- [1]刘洪涛,王西青,李国臣.早期气管切开术治疗颅脑外伤与脑出血患者的疗效探讨[J].中国实用医药,2019,14(36):24-25.
- [2]吕远.对颅脑外伤以及脑出血患者治疗中实施早期气管切开方案的疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(A1):46+48.
- [3]李爱玲.循证护理在颅内脑出血气管切开术病人气道护理中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(93):327+329.
- [4]李丹.高血压脑出血气管切开患者的呼吸道护理[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(93):140+149.
- [5]侯晓彬,卢小婷.颅脑外伤和脑出血患者应用早期气管切开治疗的效果观察[J].中国现代药物应用,2019,13(18):15-16.
- [6]钟琴,王红娟.重症高血压性脑出血患者气管切开的综合气道护理探讨[J].基层医学论坛,2019,23(26):3838-3839.
- [7]顾晓泓.早期气管切开手术对高血压脑出血患者术后肺部感染及临床分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(69):78.
- [8]刘吉东.对高血压脑出血患者进行术后早期气管切开术在预防其发生肺部感染方面的效果[J].当代医药论丛,2019,17(14):5-6.
- [9]柳旭.颅内脑出血气管切开术围术期护理中循证护理的实施分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(19):138-139.
- [10]李佳梅.综合气道护理干预用于脑出血术后气管切开患者的临床分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(18):84-85.