

脑梗死后吞咽障碍病人误吸病因分析与护理干预的观察

李文文

(新疆生产建设兵团第六师医院 新疆五家渠 831300)

摘要: 目的: 分析脑梗死后吞咽障碍病人误吸病因, 探讨护理干预效果。方法: 选取我院于 2023 年 1 月–2023 年 12 月期间收治的患者 50 例, 以组间均衡分配法分为 2 组。基础组接受常规护理, 观察组接受优质护理, 对比护理效果。结果: 观察组的整体护理效果优于基础组 ($P < 0.05$)。结论: 脑梗死后吞咽障碍病人极易发生误吸, 医护人员需根据误吸危险因素, 开展优质综合护理, 加快病人康复。

关键词: 脑梗死; 吞咽障碍; 误吸病因; 康复护理; 效果观察

随着人口老龄化程度的加深, 脑血管病的发病率也在逐年升高。脑梗死是最常见的脑血管疾病之一, 具有较高的发病率和致残率^[1]。脑梗塞后吞咽功能障碍是临床常见且严重的并发症, 严重影响患者生活质量及康复进程。因此, 对脑梗死后吞咽功能障碍进行病因分析与护理具有重要的临床意义^[2]。本实验拟通过观察脑梗死后吞咽障碍患者的临床资料, 分析误吸的发生原因, 探索相应的护理干预措施, 为临床提供更加有效的护理策略。

1 一般资料和实验方法

1.1 资料

选取我院于 2023 年 1 月–2023 年 12 月期间收治的患者 50 例, 以组间均衡分配法分为 2 组, 每组 25 例。观察组中, 男性 13 例 (52.00)、女性 12 例 (48.00), 年龄 60–75 岁, 平均 (67.24 ± 1.78) 岁; 病程 20–35 天, 平均 (27.13 ± 1.36) 天; 基础组中, 男性 14 例 (56.00)、女性 11 例 (44.00), 年龄 65–75 岁, 平均 (70.03 ± 1.21) 岁; 病程 25–35 天, 平均 (30.13 ± 0.98) 天。对比两组的一般资料, 组间对比差异无意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

基础组予以常规护理干预措施, 病人入院后, 根据其病情实际状况, 全方位评估分析吞咽功能障碍和误吸的原因, 按照常规的吞咽功能护理要求和内容, 给患者实施饮食干预、环境护理、康复指导、并发症防治等措施, 护理过程中密切关注患者的生命体征。

观察组接受优质康复护理, 主要内容为: (1) 心理疏导。

①与患者之间建立积极和谐的关系, 每天早中晚三次到床边关怀病人, 每次 10 分钟, 与病人和家人沟通, 用一种充满信心、温柔的笑容, 通过握手, 抚背, 眼神接触等方式, 来增加病人的安全与信赖。研究表明, 肢体语言如眼神、动作、手势和表情等, 能更好地促进护患双方的情感沟通, 有助于病人的恢复;

②介绍吞咽困难的病因, 并告诉病人经过科学有效的治疗与护理, 其症状是可以得到缓解的; ③通过对病人介绍成功治疗及康复良好的病例, 帮助病人克服消极的心理状态, 促进病人的积极配合治疗和康复训练; (2) 吞咽功能康复训练。①头颈部功能锻炼。指导病人正确活动脖子, 做一些抬头、左右侧头、转头、耸肩膀等活动, 让脖子有轻微的酸痛感, 每次 20 分钟, 一天一次; ②颊肌、咀嚼肌锻炼。告知患者开展鼓腮与咬合锻炼, 每次 20 分钟, 一天一次; ③舌肌锻炼。告知患者张嘴, 将舌头伸出, 朝前、左、右方向, 连续做伸展动作, 以加强舌肌的力量, 提高舌头的灵活度, 倘若患者不能自行活动舌头, 可通过干净的纱布将舌头缠绕上, 用手指帮助舌头运动, 每次 5 分钟, 每天 10; ④空吞咽锻炼。吃饭之前进行空吞咽训练, 每次 10 分钟, 每天 3 次。

1.3 观察指标

评估对比两组的洼田吞咽能力评分、生活能力评分、生活质量及焦虑评分。

1.4 统计学处理

采用 SPSS23.00 软件对本次实验数据进行分析。

2 结果

2.1 两组洼田吞咽能力及生活能力评分对比

护理后, 观察组的洼田吞咽能力及生活能力评分均高于基础组 ($P < 0.05$), 详情见表 1:

表 1 两组洼田吞咽能力及生活能力评分的比较 [分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	洼田吞咽能力评分		生活能力评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	25	2.02 ± 0.15	5.67 ± 0.32	51.14 ± 3.17	82.20 ± 4.46
常规组	25	2.05 ± 0.22	4.10 ± 0.34	51.55 ± 3.03	75.08 ± 3.92
t		0.563	16.813	0.467	5.995

P	0.576	0.000	0.642	0.000
---	-------	-------	-------	-------

2.2 两组生活质量及焦虑评分对比

护理后, 观察组较基础组的生活质量评分更高, 焦虑评分更低 (P < 0.05), 详情见表 2:

表 2 两组生活质量及焦虑评分的比较[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	生活质量评分		焦虑评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	25	98.33 ± 16.16	168.06 ± 19.53	27.20 ± 2.76	8.83 ± 2.12
常规组	25	99.10 ± 17.95	150.42 ± 21.08	27.61 ± 2.88	15.59 ± 2.73
t		0.159	3.069	0.514	9.779
P		0.874	0.004	0.610	0.000

3 讨论

脑梗死后吞咽障碍是指脑梗塞后出现的吞咽功能障碍, 其主要是由于脑梗死造成的神经损伤, 影响了咽喉肌肉及神经支配功能。吞咽是一项复杂的活动, 需要多种肌肉及神经的协调, 才能将食物及水分由口腔输送至胃部^[3-4]。吞咽功能障碍是脑梗死后常见并发症之一, 而误吸又是其主要并发症之一。误吸指食物或液体进入呼吸道, 造成严重的并发症, 如吸入性肺炎。误吸的发生机制可归纳为如下^[5-6]。第一, 脑梗塞所致神经损害, 可影响喉肌协调运动, 影响吞咽功能。第二, 吞咽时反射机制受损, 使食物和液体不能及时从呼吸道排出。第三, 脑梗塞患者会出现口咽感觉异常, 影响对吞咽的感觉与控制。误吸与年龄因素有关, 老年患者易发生吞咽障碍及误吸。

优质康复护理对脑梗死后吞咽障碍及误吸的病人起到了积极的作用, 对病人的吞咽及生活能力有重要影响。通过专业护理及复健服务, 协助病人恢复吞咽功能, 并改善吞咽的准确度及协调能力。一方面, 通过对患者吞咽功能的评估, 制定个体化的康复计划, 包括口腔、喉部肌肉的锻炼, 调整吞咽姿势, 逐步调整食物的质地与数量。这些措施可使病人逐步恢复吞咽功能, 降低误吸危险, 改善吞咽协调及工作效率。另一方面, 针对病人的生活自理能力, 进行康复训练及生活技能训练, 以提高病人的自我照顾能力。这包括教导病人正确使用辅助用具, 如使用餐具、协助吞咽等, 并提供适当的口腔保健及饮食指导。藉由这些努力, 病人能逐渐适应吞咽困难的挑战, 并逐渐回归日常生活^[7-10]。

综上所述, 导致脑梗塞病人吞咽功能损害后出现误吸的风

险因素较多, 因此, 在临床上, 必须要重视风险因素的评价与预防, 并采取针对性的护理干预。

参考文献:

[1]张云,王幽.康复团队协作模式下的吞咽障碍分级管理在脑卒中吞咽障碍病人中的应用[J].循证护理,2023,9(23):4282-4286.

[2]王芹,周倩.FOCUS-PDCA 持续质量改进程序在老年脑梗死吞咽障碍患者护理中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2023,32(21):3063-3066.

[3]韩春彦,赵存,王兴蕾等.13 种干预方案治疗脑卒中吞咽困难效果的网状 Meta 分析[J].护理研究,2020,34(11):1869-1877.

[4]刘少妮,李雪娇,左婧.个性化综合照护治疗老年衰弱合并吞咽障碍患者的效果[J].中国医药导报,2023,20(20):174-176+185.

[5]洪林云,张亚兰,王珏.高压氧治疗联合吞咽训练在前循环脑梗死后吞咽障碍患者中的应用[J].医疗装备,2023,36(12):47-50.

[6]韩芳.咽部冰刺激训练联合低频脉冲电刺激治疗急性脑梗死继发吞咽障碍患者的临床效果观察[J].黑龙江医学,2023,47(11):1312-1315.

[7]周柏香,周君桂,吴红瑛.任务导向训练对延髓梗死后吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(7):150-152.

[8]王亮亮.老年综合评估导向的针对性护理模式干预对脑梗死恢复期患者日常生活能力的影响[J].中华养生保健,2023,41(7):140-143.

[9]温慧萍.下颌收拢抗阻力运动对老年脑梗死后吞咽障碍患者生活质量的临床意义研究[J].中国现代药物应用,2022,16(2):245-247.

[10]方芸,居月,孙颖等.吞咽功能等级筛查及针对性护理干预对脑梗死患者吞咽功能的影响[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2022,17(12):1634-1636+1671.

[11]马金凤.对脑梗死合并吞咽障碍患者实施延续性护理服务的临床体会[J].黑龙江医学,2022,46(13):1636-1639.

[12]赵余,王丹,李伟丽等.时间康复护理在脑梗死后吞咽功能障碍患者中的应用[J].黑龙江中医药,2022,51(2):322-324.