

预见性护理在急性脑梗死合并吞咽障碍患者中的应用价值分析

桂玉华

(池州市第二人民医院 安徽池州 247000)

摘要：目的：分析预见性护理对于急性脑梗死（ACI）并吞咽障碍的护理效果。方法：选入 2020 年 2 月-2022 年 2 月间入院治疗的 64 例 ACI 并吞咽障碍患者。随机数字表分组，A 组 32 例选用预见性护理，B 组 32 例选用常规护理。对比护理相关指标。结果：护理前对比于两组患者的神经功能评分并无差异（ $P > 0.05$ ）。护理后 A 组患者的神经功能评分更低（ $P < 0.05$ ）。A 组患者的吞咽功能优良率高于 B 组（ $P < 0.05$ ）。护理前对比于两组患者的运动功能评分无差异（ $P > 0.05$ ）。护理后 A 组患者的上述评分均高于 B 组（ $P < 0.05$ ）。A 组患者的护理满意度评分高于 B 组，并发症率低于 B 组（ $P < 0.05$ ）。结论：预见性护理可以显著改善 AMI 并吞咽障碍患者的神经功能、吞咽功能以及运动功能，同时可以减轻并发症风险，获得患者的高度满意。

关键词：预见性护理；急性脑梗死；吞咽障碍

AMI 是频发性脑血管疾病，病因是脑部供血障碍，具有较高的致残率与致死率^[1]。现阶段，新型医疗技术的广泛使用使得 AMI 的生存率得到提升，但仍可能遗留吞咽障碍等疾病。有研究指出，AMI 并吞咽障碍具有可预防性，可以通过有序且全面的护理降低发病率^[2]。基于此，本研究选取 64 例 ACI 并吞咽障碍患者，用于分析预见性护理的效用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选入 2020 年 2 月-2022 年 2 月间入院治疗的 64 例 ACI 并吞咽障碍患者。随机数字表分组，A 组 32 例，男患：女患为 19:13；年龄为 42 岁至 69 岁，均值（ 54.26 ± 1.75 ）岁；病程为 4h 至 13d，均值（ 2.02 ± 0.42 ）d。B 组 32 例，男患：女患为 18:14；年龄为 40 岁至 67 岁，均值（ 54.31 ± 1.71 ）岁；病程为 5h 至 14d，均值（ 2.86 ± 0.40 ）d。经假设检验并无差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

B 组选用常规护理，监测体征、维持病房整洁度、遵医嘱用药指导等。A 组选用预见性护理：①健康教育：患者入院后向其讲解科室以及病房情况，包括规章制度、医护人员资质、院内纪律等，尽量消除患者的陌生感。为患者发放知识手册，开展一对一宣教，可利用图文并茂和视频播放等形式进行宣教，同时每周组织 1 次知识讲座，邀请患者与家属参与，强化其对于健康知识的了解度。②心理指导：患者伴有肢体功能受限和语言表达受限等症，会影响其心理状态，导致焦虑或烦躁情绪。护理人员需评估患者的性格特点与心理状态，个体化实现心理疏导。与患者沟通期间应保证态度和善、语言简洁，引导患者表达内心情绪，并尊重其想法，合理调节护理措施。③口腔护理：若患者佩戴假牙，应告知其在餐后取出并彻底清洗。未戴假牙者，在餐后需反复漱口，保证口腔清洁。④排痰护理：指导患者有效咳嗽与深呼吸，并叩击其背部，通过机械吸痰或是体位引流等方法促进排痰。⑤鼻饲护理：告知鼻饲者餐前 15min 禁止吸痰与翻身，少量多次进行鼻饲喂养，鼻饲后可维持卧位 20min。⑥吞咽康复训练：晨间或下午进行发音训练，向练习单音单字发音，每次练习 2 遍，确保发音准确。同时嘱患者张口，按摩其咀嚼肌与舌肌，告知患者外伸舌头，舔舐下唇部、左右口角、上唇部与硬腭部，再缩回舌头。闭口上下、左右互叩牙齿，做咀嚼动作，每遍做 10 次。若难以自主完成舌部运动，护理人员可用纱布把持舌部进行被动运动。于 3 餐前磨牙咬动 10 次，每次 5min。进行颊肌喉部收肌训练，嘱患者洗净双手，做吮手指动作，吮 5 遍。也可嘱患者微张口，使气体填充双颊，而后轻呼气。每日练习 2 次。实行吞咽康复训练，棉签蘸取少量凉水，刺激腭部、咽后壁以及舌根，嘱患者做出吞咽动作，每日练习 3 次。

1.3 观察指标

①神经功能：护理前后经神经功能缺损量表（NIHSS）评估，含意识水平和面瘫等方面，共 42 分，神经功能与分数负相关。②吞咽功能优良率：经洼田饮水试验评估，嘱患者饮用 30ml 温水，测评标准：Ⅰ级表示 5s 内一次性完成饮水，并无呛咳；Ⅱ级表示 5s 以上一次性完成饮水，并无呛咳；Ⅲ级表示可以一次性完成饮水，轻微呛咳；Ⅳ级表示分 2 次完成饮水，明显呛咳；Ⅴ级表示无法完成饮水，严重呛咳。吞咽功能优：洼田饮水试验结果Ⅰ级，吞咽障碍完全消失；良：饮水试验Ⅱ级或Ⅲ级，吞咽障碍有好转；差：饮水试验Ⅳ级或Ⅴ级，吞咽障碍无改善。③运动功能：护理前后经 Fugl-Meyer 评分（FMA）评估，含上肢功能（66 分）和下肢功能（34 分），共 100 分，运动功能与分数正相关。④护理满意度：利用自制评价量表测评护理满意度，含疾病护理、心理指导、生活护理、康复护理、服务态度等项，每项 100 分，护理满意度与分数正相关。⑤并发症：观察误吸、营养不良与吸入性肺炎等并发症。

1.4 统计学分析

数据处理经由 SPSS21.0 软件完成，计量数据经 t 值对比与检验，计数数据经 χ^2 值对比与检验，假设校验有意义的标准为 P 值不足 0.05。

2 结果

2.1 两组患者的神经功能评分比较

护理前对比于两组患者的神经功能评分无差异（ $P > 0.05$ ）。护理后 A 组患者的神经功能评分更低，与 B 组对比 $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者的神经功能评分比较 [$\bar{x} \pm s$ / 分]

分组	例数	护理前	护理后
A 组	32	32.15 ± 2.44	18.24 ± 1.75
B 组	32	32.19 ± 2.41	23.67 ± 1.80
t	-	0.066	12.235
P	-	0.948	0.000

2.2 两组患者的吞咽功能优良率比较

A 组患者的吞咽功能优良率明显高出 B 组（ $P < 0.05$ ）。

表 2 两组患者的吞咽功能优良率比较 [n/%]

分组	例数	优	良	差	优良率
A 组	32	20 (62.50)	11 (34.38)	1 (3.13)	96.88 (31/32)
B 组	32	15 (46.88)	10 (31.25)	7 (21.88)	78.13 (25/32)
χ^2	-	-	-	-	5.143
P	-	-	-	-	0.023

2.3 两组患者的运动功能评分比较

护理前对比于两组患者的运动功能评分并无差异（ $P > 0.05$ ）。护理后 A 组患者的运动功能评分更高，对比于 B 组 $P < 0.05$ 。

表3 两组患者的运动功能评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

分组	例数	上肢功能		下肢功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
A组	32	40.58 ± 4.62	55.15 ± 5.94	18.45 ± 2.16	24.15 ± 2.06
B组	32	40.61 ± 4.59	50.12 ± 5.76	18.50 ± 2.11	21.09 ± 2.04
t	—	0.026	3.439	0.094	5.971
P	—	0.979	0.001	0.926	0.000

2.4 两组患者的护理满意度评分比较

A组患者的护理满意度评分显著高出B组 ($P < 0.05$)。

表4 两组患者的护理满意度评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

分组	例数	疾病护理	心理指导	生活护理	康复护理	服务态度
A组	32	93.25 ± 3.45	94.02 ± 3.09	91.46 ± 3.75	90.75 ± 3.96	93.48 ± 3.14
B组	32	88.12 ± 3.40	90.19 ± 3.05	87.02 ± 3.51	85.04 ± 3.84	87.78 ± 3.26
t	—	5.991	4.990	4.890	5.856	7.124
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者的并发症率比较

A组患者的并发症率明显低于B组 ($P < 0.05$)。

表5 两组患者的并发症率比较[n/%]

分组	例数	误吸	营养不良	吸入性肺炎	发生率
A组	32	1 (3.13)	1 (3.13)	0	6.25 (2/32)
B组	32	3 (9.38)	3 (9.38)	2 (6.25)	25.00 (8/32)
χ^2	—	—	—	—	4.267
P	—	—	—	—	0.039

3 讨论

AMI的高发群体是中老年人,但在环境改变与饮食结构调节等多种因素下,AMI的发病年龄日益年轻化。多数AMI患者合并吞咽障碍,该合并症的病因相对复杂,可能与脑神经损伤有关^[3-4]。此外,AMI患者的咽收缩肌运动能力以及咽喉部感知力有所下降,这也是导致吞咽障碍的原因之一。吞咽障碍会提高口水吸入或食物残渣吸入风险,进而造成吸入性肺炎等并发症。加之AMI患者的免疫能力与机体代谢能力较差,因此合并吞咽障碍后可能诱发其他疾病,延长治疗周期,影响病情康复。在此前提下,临床医学多为AMI并吞咽障碍患者实行护理干预。预见性护理属于超前护理模式,在护理前全面评估患者情况,筛查护理重点,根据患者的护理风险拟定防治措施,可以降低患者的治疗痛苦度,尽量提升护理质量。预见性护理属于主动护理方法,能够提高护理人员的积极性,充分彰显其护理价值。同时可以在护患沟通与护理评估中提升护理人员的安全护理行为,开展有序且优质的护理服务。护理方案中,健康教育与心理指导是基础化内容,目的是提高患者对于该合并症知识的掌握度,可以正视疾病治疗,主动调节负面情绪。口腔护理、排痰与鼻饲护理属于专项护理措施,目的是提前规避护理高危因素,保证护理环节的科学性。吞咽康复训练是重点护理内容,其中发音训练通过开闭声门与张闭口训练可以恢复声门闭锁以及口唇肌肉运动功能。舌肌咀嚼肌训练可以恢复舌肌以及咀嚼肌功能,改善患者的饮

食质量。颊肌喉部收肌训练可以收缩颊部轮匝肌。吞咽康复训练可以提高吞咽反射力与吞咽力度。以上护理措施较为全面且系统,所有护理方案结合循证医学与临床护理现状拟定,更具时效性。但在护理过程中需要不定期评估患者的身心状态,掌握其病情变化,结合患者的个体化需求完善护理措施,彰显护理服务的人性化理念。该项护理的关键因素是良好的护患关系,患者高度信任并且依赖护理人员,可以积极配合相关工作。因此,需要护理人员在日常工作中主动关爱与尊重患者,对患者进行心理疏导与情感支持,建立朋友式相处模式,进而保证护理质量^[5]。

结果显示护理后A组患者的神经功能评分更低,A组患者的吞咽功能优良率更高,A组患者的运动功能评分更高,护理满意度评分更高,并发症率更低,对比于B组有差异 ($P < 0.05$)。说明预见性护理可以有效恢复患者的神经功能与吞咽功能,且能调节其运动功能,减少相关并发症,具有较高的护理满意度。原因是预见性护理可以规避并发症风险,结合临床经验实行前瞻性护理服务,可通过口腔、鼻饲与排痰护理等措施减少误吸情况。此外,健康教育以及心理疏导能够提升患者的康复信念,使其高效配合护理操作,全面恢复患者的生理职能。由于该项护理更具细致化与整体性,因此患者的满意度较高。

综上,为AMI并吞咽障碍患者实行预见性护理可以减轻并发症风险,恢复患者的吞咽功能,且护理满意度高,可广泛性使用。

参考文献

- [1]赵宁.预见性护理在急性脑梗死合并吞咽障碍患者中的应用[J].河南医学研究,2020,29(15):2851-2852.
- [2]陈芬.预见性护理在急性脑梗死合并吞咽障碍患者中的应用分析[J].家有孕宝,2020,2(14):200.
- [3]姜浩威.探讨急性脑梗死伴吞咽障碍患者运用康复护理的效果[J].中国实用医药,2020,15(34):179-181.
- [4]高淑萍.吞咽功能训练联合家庭跟进护理对急性脑梗死患者吞咽障碍及生活能力影响[J].中外医学研究,2021,19(28):90-93.
- [5]刘洪云,杨柳,李花.脑梗死合并吞咽障碍患者早期心理护理干预效果观察[J].吉林医学,2018,39(10):1984-1985.