

分层管理的康复护理模式对卒中患者吞咽功能的影响

姜学琼, 屈静, 杜承芳, 梅玉芳, 胡琼 (秭归县人民医院康复医学科, 湖北秭归 443600)

摘要: 目的 分析卒中患者康复护理模式中采取分层管理对吞咽功能的影响。方法 选取我院2019年4月~2021年10月收治的卒中患者为研究对象, 经积极治疗后, 患者均伴有吞咽障碍, 将所有患者随机分为对照组(40例)与分析组(40例)。对照组采取常规康复护理模式干预, 分析组接受分层管理干预。对比两组抑郁及焦虑自评量表(SDS、SAS)评分、吞咽功能恢复效果、体质指数(BMI)、营养风险筛查工具(NRS)及生存质量(SF-36)。结果 干预后, 分析组的SDS、SAS评分低于对照组, 吞咽功能恢复优良率高于对照组($P < 0.05$); 分析组BMI $\geq 18.5\text{kg}/\text{cm}^2$ 占比、NRS评分高于对照组($P < 0.05$); 分析组SF-36量表4项评分高于对照组($P < 0.05$)。结论 对卒中患者实施分层管理的康复护理模式可有效改善患者营养状况和吞咽功能, 提高生存质量。

关键词: 卒中; 康复护理模式; 分层管理; 吞咽功能

吞咽功能障碍为卒中常见的并发症, 极易导致各种不良事件, 如营养不良、脱水、吸入性肺炎等, 早期及时识别并采取有效措施加以干预可显著改善患者营养状况和吞咽功能, 提升其生存质量, 减少各种并发症的发生, 促进患者病情康复^[3-4]。分层管理为一种新型的护理模式, 可通过逐层监控和分层管理模式对患者进行干预, 极大程度地提升护理效率和整体疗效^[5]。本研究旨在分析卒中患者康复护理模式中采取分层管理对吞咽功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2019年4月~2021年10月收治的卒中患者为研究对象, 经积极治疗后, 患者均伴有吞咽障碍, 将所有患者随机分为对照组(40例)与分析组(40例)。对照组: 男24例, 女16例; 年龄59~79岁, 平均(62.25 ± 5.36)岁; 吞咽功能I~II级10例、III~IV级20例、V级10例。分析组: 男22例, 女18例; 年龄58~78岁, 平均(62.44 ± 5.18)岁; 吞咽功能I~II级11例、III~IV级21例、V

级8例。两组患者一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采取常规康复护理模式干预, 包括生活护理、用药和饮食指导、肢体康复锻炼、基础护理、常规宣教等。

在对照组方案基础上, 分析组接受分层管理干预。具体如下。

(1) 评估病情。①评估基础病情和宣教: 首先对患者的生命体征、表情、意识和神志等状态进行准确评估。观察其一般状况, 包括既往吸入性肺炎时、有无营养不良, 是否存在发生困难、软腭麻痹、张口困难、口角歪斜、流涎等症状; 其次详细介绍疾病相关知识, 注意对家属和患者采取通俗易懂的语言进行讲解, 对其心理需求进行评估了解, 及时疏导不良心理, 提升其信任度和疾病认知度, 获取其有效配合。②评估吞咽功能: 为了对吞咽障碍情况加以明确, 则需通过蛙田饮水试验系统评估, 即准备37℃~40℃的温开水30ml, 以日常速度指导患者饮用, 对其饮水情况予以观察^[6]。

(2) 分层管理: 由责任护士分层级弹性排班、

合理分配,采取逐级负责、监督、带教管理的模式,并按照吞咽功能分级和病情实施护理。Ⅰ~Ⅱ级:责任护士包括护师、主管护师各2名,采取24h负责制展开护理,指导患者间接训练颊部肌肉运动、面部冷刺激、发音及舌肌运动,早中晚餐前联系,3次/d,5~10 min/次,反复练习10~20次/项。训练直接摄食,以 ≤ 20 ml/次进食量为宜。Ⅲ~Ⅳ级:责任护士包括护师、主管护师各4名,医生1名,技师1名,采取24h负责制,因患者无法充分自主摄能,且食物改变形态后效果仍不显著,大多数营养来源依靠静脉输注,所以可参照上述训练内容开展康复护理,有副主任护师指导训练直接摄食,注意结合其实际情况制定个性化的摄食方案,以防不良事件,如吸入性肺炎和误吸等,从而保障摄食安全。首次进食量严格控制为3~4 ml起步,进食量结合患者具体情况适当增加,进食体位为头部前屈、仰卧位,以促进舌根吞送食物,防止误吸。Ⅴ级:责任护士包括护师、主管护师各3名,责任组长1名,科室主任1名,技师1名,采取24h负责制。结合患者病情适度、适时展开间接训练,因患者需鼻饲或场外静脉营养获得营养供给,所以责任组织需在其吞咽功能有所恢复、病情稳定、发病7~10 d左右结合其评估情况对直接摄食计划进行合理制定,并监督、指导患者实施。

1.3 评价指标

(1)采用抑郁及焦虑自评量表(SDS、SAS)评估患者抑郁/焦虑心理,心理状态越佳各项分值越低。

(2)吞咽功能恢复效果:经洼田饮水实验做出评估,患者无吞咽障碍,饮食正常无呛咳为优;患者进食缓慢,饮食出现呛咳为良;患者无法正常饮食,饮水频繁呛咳为差。

(3)体质指数(BMI):营养不良则 $BMI < 18.5$ kg/cm²。

(4)营养风险筛查工具(NRS):分值0~7分,包括3个维度,即年龄、营养、疾病等,共8个条目, ≥ 3 分为营养不良。

(5)生存质量(SF-36):评估4个因子,工具为SF-36量表,即日常生活、物质、心理、社会等功能因子,各为100分满分。

1.4 数据分析

数据处理采用SPSS22.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SDS、SAS 评分比较

干预后,分析组 SDS、SAS 评分低于对比组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组 SDS、SAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	干预前		干预后	
		SDS	SAS	SDS	SAS
分析组	40	56.13 ± 4.11	57.82 ± 5.55	32.32 ± 2.61	34.22 ± 2.72
对比组	40	55.82 ± 4.03	57.65 ± 6.33	45.64 ± 2.85	46.12 ± 3.52
<i>t</i>		1.032	0.458	12.529	11.451
<i>P</i>		0.636	0.748	0.000	0.000

2.2 两组吞咽功能恢复效果比较

分析组吞咽功能恢复优良率高于对比组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组吞咽功能恢复效果比较[n(%)]

组别	n	差	良	优	优良
分析组	40	1 (2.50)	12 (30.00)	27 (67.50)	39 (97.50)
对比组	40	7 (17.50)	13 (32.50)	20 (50.00)	33 (82.50)
χ^2					6.521
<i>P</i>					0.003

2.3 两组 BMI 及 NRS 评分比较

分析组 BMI $\geq 18.5 \text{ kg/cm}^2$ 占比、NRS 评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

组别	n	BMI $\geq 18.5 \text{ kg/cm}^2$ (%)	BMI $< 18.5 \text{ kg/cm}^2$ (%)	NRS (分)
分析组	40	30 (75.00)	10 (25.00)	1.86 \pm 0.27
对照组	40	22 (55.00)	18 (45.00)	2.37 \pm 0.44
χ^2		10.027	-	8.612
P		0.000	-	0.000

2.4 两组 SF-36 评分比较

分析组 SF-36 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4 示。

组别	n	物质	日常生活	社会	心理
分析组	40	79.52 \pm 1.36	80.25 \pm 2.63	78.58 \pm 2.55	79.85 \pm 2.22
对照组	40	62.54 \pm 1.44	64.25 \pm 3.26	61.44 \pm 2.63	61.39 \pm 2.36
t		15.641	22.415	16.345	17.021
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

卒中的致死率和致残率均相对较高,且多数患者极易并发吞咽功能障碍,造成其无法经口将食物送至胃部,严重危害其日常生活质量和营养物质的摄取。通过对患者采取有效的康复护理模式进行干预,则可帮助其改善病情,促进吞咽功能康复,从而改善其预后。

在康复护理过程中,通过对患者展开分层管理,则可有针对性的、循序渐进地为患者提供康复护理和治疗干预,可将患者吞咽功能分级和实际病情结合起来,提供系统化、个性化的护理服务,从而帮助患者通过摄食训练和间接训练等改善吞咽功能,进一步有效改善患者的病情和生存质量。分层管理的实施可促进护士采取层级责任制展开弹性排班和合理配置,可发挥着护理的人性化优势,并且能通过分层级的方式对患者进行干预,可筛查和评估患者的吞咽功能情况,利于早期及时识别患者的营养不良及吞咽障碍的危险因素。在营养管理过程中将护士的作用充分发挥出来,对其进行直接的摄食训练和间接推荐训练,有利于患者有效摄入膳食营养,促进恢复吞咽功能,极大程度的减少营养不良风险,

进一步达到改善患者营养状况的目的。本研究显示,干预后,分析组的 SDS、SAS 评分低于对照组,吞咽功能恢复优良率高于对照组 ($P < 0.05$);分析组 BMI $\geq 18.5 \text{ kg/cm}^2$ 占比、NRS 评分高于对照组 ($P < 0.05$);分析组 SF-36 量表 4 项评分高于对照组 ($P < 0.05$)。可见,在卒中患者中实施分层管理的康复护理模式效果显著。

综上,对卒中患者实施分层管理的康复护理模式可有效改善患者营养状况和吞咽功能,提高生存质量。

参考文献

- [1] 黎娜,冯丽雅,李沃林,等.多学科协作模式康复护理对脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽功能及吸入性肺炎发生的影响[J].临床护理杂志,2021,20(2):23-26.
- [2] 孙翠萍,岳朝换.ICNSS 分层管理对老年重症脑卒中患者 ICU 住院时间及护理满意度的影响[J].临床心身疾病杂志,2021,27(5):152-154.
- [3] 罗盛,高航,王祥,等.老年脑卒中患者社区康复护理服务需求及影响因素研究[J].护理学杂志,2020,35(4):74-77.
- [4] 姚大志,张全志,张婷婷,等.新媒体环境下脑卒中危险因素预防措施——以高血压前期分层干预与健康管理为例[J].中华灾害救援医学,2021,9(12):1422-1426.
- [5] 肖灵君,郭倩,黄粉燕,等.脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能与肺通气功能及呼吸肌肌力的相关性[J].中华医学杂志,2020(7):504-508.
- [6] 陈彩林,张瑞玲.多学科协作模式在脑卒中后吞咽功能障碍病人康复护理中的应用[J].护理研究,2018,32(12):1957-1959.