

延续康复护理联合吞咽训练对脑卒中后吞咽困难和吸入性肺炎的影响研究

陈冬梅

(广元市中医医院,四川 广元 628000)

【摘要】目的:对脑卒中患者采用延续康复护理联合吞咽训练后的吞咽困难和吸入性肺炎情况进行分析。方法:选取2018年7月至2020年6月期间我院收治的脑卒中患者作为此次研究的主要对象,纳入患者一共60例;按照奇偶数将其随机分为常规组(延续康复护理30例)和实验组(联合吞咽训练30例),对比两种吞咽困难和吸入性肺炎的临床改善效果。结果:实验组的Burke评分为 (0.70 ± 0.25) 分相比常规组的 (1.19 ± 0.32) 分较低,且两组吸入性肺炎发生率对比,实验组 $(6.67\%) <$ 常规组 (26.67%) ,经对比组间差异存在统计学意义 $(p < 0.05)$ 。结论:延续康复护理联合吞咽训练可以大大改善脑卒中后吞咽困难和吸入性肺炎的综合情况,应用效果显著。

【关键词】延续康复护理;吞咽训练;脑卒中;吞咽困难;吸入性肺炎

据统计,在我国所有脑卒中患者中吞咽困难的发生率约占据55%,属于较为常见的一种脑卒中后并发症状,其主要是指患者不同部位的固体或液体从口腔至胃的传递过程中出现运动障碍或传送延迟而表现出的咽下困难现象;临床中需要在给予脑卒中患者药物治疗的同时采取相关的康复训练有效改善其相关并发症状,降低吸入性肺炎等发生率。为此,本次研究中将采取延续康复护理联合吞咽训练的护理干预方法进行分析,其结果如下。

1 资料和方法

1.1 资料

本次研究中纳入对象均为2018年7月至2020年6月期间我院收治的脑卒中患者,纳入患者一共60例;按照奇偶数的分组方式将其均分为两组,各30例;常规组采用延续康复护理,患者年龄45-78(65.2 ± 3.5)岁;其中男性20例,女性10例;实验组采用延续康复护理联合吞咽训练,患者年龄45-78(65.7 ± 3.2)岁;其中男性18例,女性12例;纳入标准:①符合“全国第4届脑血管病学术会议标准”且经过相关辅助检查确诊的患者;②入院后24h内行吞咽障碍筛查试验确诊为吞咽障碍的患者;③排除脑损伤、肿瘤、重症肌无力等非脑梗死引起的吞咽障碍的患者。所有患者及家属均对于此次研究内容表示认可并进行签字确认,由本院相关伦理委员会进行监督核准,两组患者的相关资料之间无统计学差异 $(p > 0.05)$,可纳入研究。

1.2 方法

1.2.1 延续康复护理。常规组在患者出院前由本院具有丰富经验的护理人员根据患者住院期间的护理内容进行延续康复护理,为患者制订相关的护理计划,指导家属每日坚持对患者进行康复训练,同时按时服药,如果出现相关疑问可随时与医院进行联系。

1.2.2 延续康复护理联合吞咽训练。实验组在常规组康复护理的基础上由具有丰富经验的护理人员对患者进行吞咽训练,其主要内容有:①面部肌肉训练:指导患者进行吹口哨、发音训练、微笑和吸吮动作等口唇部练习,同时需要对患者指导进行下颌两侧左右运动锻炼,针对面部无力的患者可用按摩、手指叩击等进行辅助训练,3次/天;同时可以采用冷刺激

法对患者的口、唇、舌等部位进行空吞咽训练。②直接训练:给予患者进行正常的腭咽训练,让患者口含一根吸管作吸吮动作感觉腭弓上提为佳;或者采用冰棉棒刺激腭弓刺激软腭、腭弓、咽后壁和舌后部,范围为上下前后左右交替,每次约20-30分钟,然后做一个空咽动作,之后帮助患者取仰卧位30°后,将头部前倾选取凝固粉加适量开水搅拌后进行摄食训练。每次在用餐前,均需要指导患者进行一次整体的吞咽训练体操,鼓励其进行积极的配合。

1.3 观察指标

对两组脑卒中患者实施干预1个月后的吞咽困难和吸入性肺炎情况进行统计记录,并作以有效的对比和分析;其中吞咽困难采用“Burke 吞咽功能障碍筛查量表”进行评估,分数较低的一组表示患者的吞咽功能障碍较小;吸入性肺炎发生率=吸入性肺炎发生例数/总例数*100%。

1.4 统计学分析

对两组患者的相关数据处理使用SPSS 21.0统计学软件,计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。计数资料采用频数、百分率(%)描述,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

常规组和实验组之间的吞咽困难和吸入性肺炎情况对比,组间差异存在统计学意义 $(p < 0.05)$ 。见表1:

表1 对比2组患者的康复护理效果[n(%)]

| 组别 | 例数 | 吸入性肺炎(n) | 发生率(%) | Burke评分(分) |
|----------|----|----------|--------|------------|
| 常规组 | 30 | 8 | 26.67 | 1.19±0.32 |
| 实验组 | 30 | 2 | 6.67 | 0.70±0.25 |
| χ^2 | - | 4.320 | | 6.609 |
| P | - | 0.038 | | 0.000 |

3 讨论

吞咽困难和吸入性肺炎均属于脑卒中后的常见并发症,临床中需要采取相关的药物治疗以外还需要给予患者进行康复护理干预,以整体改善其良好的预后情况和生活质量。吞咽属于一个快速且复杂的过程,人体的吞咽生理技能分为多个环节(口腔准备期、口腔期、咽期、食管期),在给予脑卒中患者进行吞咽训练过程中需要各个环节进行一一训练,以保证吞咽的完成性,整体改善患者的肌肉协调性。

下转第171页

危急重症手术治疗的护理配合及注意事项

向 征

(四川省射洪市人民医院,四川 射洪 629200)

急症患者救治的关键是准确和及时,在很多时候,早一分钟救治就可能多一分保障。所以,抢时间是多数急症患者的基本诉求。加强危重急症手术的护理配合是提高手术效率、效果的关键。今天笔者详细对大众解释危急重症手术治疗的护理配合及注意事项,希望能对大家有所帮助。

首先我们要了解什么是危重急症,危重急症指病情在多种因素作用下发展到了危险严重阶段的综合表现,患者的普遍特征是病情危急、发展迅速,随时面临生命危险。因此危重急症病人的治疗以抢救生命为先,器官支持为主。

在了解危重急症的概念后,我们需要知道手术治疗的护理注意要点。相较于普通的患者而言危重急症病人具有一定的特殊性,通常情况下患者丧失描述能力和表达能力,甚至陷入昏迷,其主诉性较差,难以反馈自身感受和身体状态,这给医护人员的工作增加了难度。因此在手术治疗的护理配合中存在诸多注意事项。危急重症手术治疗的护理配合需要结合医生的医学判断制定科学方案,以确保术前、术中、术后护理配合的有效性、合理性。在危急重症手术治疗的护理配合期间,护理质量受病患及其家属的心理变化、护理人员的专业技能、职业素养、专业知识等方面影响。

1 护理措施

1.1 术前护理

病人生命随时受到威胁,其治疗工作需注重抢救的及时性。为此患者的治疗并不遵守先来后到的准则,一切以病情为重,一切以危重病人优先。进行急诊分级,其优势在于避免急诊资源被滥用,按照病情的危急程度区别对待患者,让急诊高效运转。医院须贯彻急诊分级措施,将病情进行濒危、危重、急症或非急症客观分类,提供医学参考标准。该项措施的落实同样也需获得患者或家属的配合。危重急症患者及家属都觉得自己的疾病耽误不得,医疗系统需加强患者方面相应的科普,避免医患矛盾。建立绿色通道,根据病情的危急程度让病情严重者优先进入抢救室抢救。我们已经知道了危重急症患者早一分钟救治就可能多一分保障,那么医护人员的操作关系到危重急症手术进行的开展。急诊科医护人员需要做好日常应急预案,反复多次演练,提高医护人员的配合度,救治时间越短患者越有利。救护车在运输患者过程中,手术室需准备好

抢救工作,提前预备手术器械、药品,患者进入手术室迅速保持呼吸道通畅、建立静脉通道、维持有效循环血量。护士上心电监护仪,密切监测患者的生命体征,根据生命体征、伤情变化初步对病情进行评估,提供治疗基础。术前再次核对手术用品。

1.2 术中护理

危重急症病情进展迅速、危及,体征极不稳定,手术过程中护士加强录血压、体温、心率、血氧饱和度等生命体征的检测,防止一些重要脏器的急速衰竭,若有异常需及时告知医生。注意氧气流量和氧气浓度参数的调节,避免发生低氧血症或氧中毒。医护人员的术中配合直接影响抢救的效果,器械护士去加强与主刀医生之间的配合,提高手术效率。注意手术过程中生理盐水、成分血、药物的输送,维持患者的基本生命体征。

1.3 术后护理

术后24h病人的生命体征较不稳定,护理人员需每隔1~2h记录生命体征,避免意外发生。生命体征平稳后可每隔6个小时记录一次。患者术后可能存在感染风险,术后及时予以抗生素药物预防感染。多数危重急症病人术后转入ICU病房,患者意识模糊,护理人员需加强护理。观察枕骨、肩胛骨、手肘、骶骨、足跟、脚趾等部位是否出现红肿、疼痛等感染现象,定时擦拭患者皮肤,用软垫、气垫、垫圈、泡沫敷料垫等减压装置垫于骨隆突处,每隔2h更换体位,移动身体过程中需动作轻柔,切勿拖拉。患者术后需要留置引流管,护理人员需要定时观察流出液体的颜色、引流量,保持引流管管口洁净定时更换引流袋,避免感染发生。若患者的伤口出现渗液状况需及时更换敷料辅料。危重急症患者的家属通常情绪较为不稳定,在实际的护理工作中护理人员往往忽略家属的心理护理。护理人员需对家属加强心理护理,但需客观、切实地向家属解释患者的病情以及可能发生的状况,切勿为了安慰患者忽略事实,让家属做好心理准备,避免因抢救失败产生心理落差。

2 结语

总而言之,危重急症手术的重点在于抢救的及时性,为此危急重症手术治疗的护理配合至关重要。而大对数患者对此了解较少,本文详细介绍了危急重症手术治疗的护理措施,希望能对患者有所帮助。

上接第170页

综上所述,临床中给予脑卒中患者采取延续康复护理联合吞咽训练效果显著,对其吞咽困难和吸入性肺炎的发生情况均具有较大的影响,可进行临床推广。

参考文献:

[1]宋莉娟,付菊花,孙亚中.针刺联合半夏厚朴汤治疗卒中后吞咽障碍的疗效及其对吞咽障碍功能和吸入性肺炎发生的影响[J].

世界中医药,2019,14(6):1573-1576.

[2]宗敏茹,庞灵,郑兰娥,等.间歇性管饲结合吞咽训练治疗脑卒中气管切开后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(12):925-927.

[3]罗桂芳.康复训练对脑卒中后吞咽障碍及吸入性肺炎发生率的影响研究[J].血管与腔内血管外科杂志,2018,4(5):73-77+82.