

个性化护理对脑梗塞患者吞咽障碍的临床护理体会

侯银双

哈尔滨市第一医院神经内科 黑龙江 哈尔滨 150001

【摘要】目的：此次研究主要分析个性化护理在脑梗塞患者吞咽障碍护理中的效果。**方法：**随机选取2019年1月-2020年1月我院收治的60例脑梗塞吞咽障碍患者展开研究，利用数字表法将患者分成对照组和研究组，对照组行常规护理，研究组行个性化护理，对比两组护理效果。**结果：**神经功能缺损与神经运动功能对比，护理前两组患者神经功能缺损评分(NIHSS)与神经运动功能评分(Fugl-Meyer)对比无明显差异($P > 0.05$)；护理干预后，研究组NIHSS评分低于对照组，Fugl-Meyer评分高于对照组($P < 0.05$)。日常生活能力对比，护理前两组患者日常生活能力评分(ADL)与Barthel指数无差异性($P > 0.05$)；护理后，研究组ADL、Barthel均高于对照组($P < 0.05$)。吞咽功能对比，护理前两组患者吞咽功能评分(GUSS)无差异性($P > 0.05$)；护理后，研究组GUSS评分高于对照组($P < 0.05$)。护理效果对比，研究组护理有效率与生活质量高于对照组($P < 0.05$)。**结论：**针对脑梗塞吞咽障碍患者应用个性化护理可以取得理想效果，可改善吞咽功能与神经功能，提高生活质量。

【关键词】个性化护理；脑梗塞；吞咽障碍；临床效果

【中图分类号】R473

【文献标识码】B

【文章编号】2096-1685(2021)45-76-03

脑梗塞在临床中较为常见，致残率和致死率均处在较高水平，大多数患者均是因为血栓或者脑部动脉粥样硬化导致机体动脉管腔堵塞，促使局部组织逐渐坏死，从而引发疾病，这时患者会出现肢体麻木与偏瘫等症状，同时因为在脑部动脉粥样硬化发展过程中，可能会有异物进入到患者脑动脉中，导致颈部动脉血流阻断，进而诱发患者吞咽障碍的发生，表现出食物误吸与饮水呛咳等症状，甚至可能会导致肺部感染，给患者生命健康造成极大危害，因此必须提高重视，在患者接受治疗基础上，合理配合护理措施干预，以改善偏瘫与吞咽障碍等后遗症，提高患者预后效果，帮助患者快速康复^[1]。个性化护理作为临床有效护理手段之一，该护理方法可以从患者各个方面入手，并结合患者具体情况，以采取个性化措施干预，改善吞咽功能，提高康复效果^[2]。基于此，本文就个性化护理干预效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 基础资料

2019年1月—2020年1月针对脑梗塞吞咽障碍患者临床护理方法开展为期1年的研究，将研究期间我院收治的共60例脑梗塞吞咽障碍患者当作研究对象，所有对象均根据数字表法分成对照组和研究组。对照组30例，男女患者例数分别是19例、11例，年龄61~73岁，平均年龄(65.13±1.25)岁，病程时间1~6个月，平均病程(3.01±0.25)个月；研究组30例，男女患者例数分别是18例、12例，年龄60~75岁，平均年龄(64.38±1.17)岁，病程时间在1~5个月，平均病程(2.98±0.23)个月。两组患者资料对比发现无差异性($P > 0.05$)。

纳入标准：(1)所有研究对象均经过临床影像学检查确认符合脑梗塞诊断标准^[3]，且伴有吞咽障碍；(2)患者意识清晰可以正常沟通；(3)本次研究患者及家属均以了解，自愿签署同意书。**排除标准：**(1)精神疾病与认知障碍者；(2)合并内分泌系统疾病或者免疫系统疾病者；(3)不配合研究者。

1.2 方法

1.2.1 对对照组行常规护理 护理人员主要做好患者临床各项护理工作，并指导患者进行吞咽基础训练，例如喉部抬高运动、舌部肌肉锻炼等，并对患者体征进行检测，确保可以及时发现异常^[4]。

1.2.2 研究组行个性化护理 具体内容有：(1)心理护理。患者在康复期间，护理人员需要积极和患者交流，耐心倾听患者内心想法，对于患者临床合理需求应该尽可能满足，同时鼓励患

者大胆将自身不良感受表达出来，对患者心理不良情绪及时进行疏导，改善患者心理应激反应，并且帮助患者进食，提高患者依从性。(2)误吸预防护理。护理人员需要对患者生命体征进行密切监测，并告知患者每天正常睡眠休息，当患者需要进食时，需给予患者提供一个安静舒适环境，并减少周围人群走动与喧闹，患者需饮水时，应该先给予半杯水，防止水量过多而增加误吸风险^[5]。(3)进食护理。患者在进食过程中，必须告知患者将食物充分咀嚼后才以下咽，并且每次喂食量必须低于规定饮食物量，合理控制进食速度与进食量，在患者病床旁边需要放置吸引装置，一旦出现呛咳或者误吸，必须第一时间将呕吐物或者分泌物清除，避免窒息。(4)健康教育。护理人员需要定期评估患者病情，并结合患者文化程度、年龄与以往病史，对患者开展个性化健康教育，将脑梗塞发病原因、注意事项等进行宣教，并鼓励家属积极参与护理过程，指导患者养成健康生活习惯，严格按照护理流程，为患者康复提供有利条件，并根据患者病情恢复情况，开展相应功能康复锻炼，改善吞咽功能与肢体功能。

1.3 观察指标

1.3.1 神经功能改善评估 应用神经功能缺损评分量表(NIHSS)评估^[6]，分值共42分，其中0~10分对应轻度缺损，10~25分对应中度缺损，25~42分对应重度缺损，分数越低表示患者神经功能缺损程度越轻。应用Fugl-Meyer表^[7]评估患者神经运动功能改善情况，分值共100分，分数越高表示患者神经运动功能越高。

1.3.2 日常生活能力改善效果 患者日常生活能力缺损情况应用ADL量表进行评估，分数共100分，其中0~40分对应重度缺损，40~60分对应中度缺损，60~100分对应轻度缺损，分数越低表示日常生活能力缺损越严重。应用Barthel指数评估患者生活能力恢复情况，分数越高表示生活能力恢复越高。

1.3.3 吞咽障碍评估 评估工具为吞咽功能量表(GUSS)，分值共15分，0~8分对应重度障碍，8~12分对应中度障碍，12~15分轻度障碍，分数越高表示吞咽障碍程度越轻。

1.3.4 临床护理效果评估 经护理干预后，患者脑梗塞偏瘫等症状消退，吞咽功能逐渐恢复正常，效果评定显效；患者临床症状取得好转，吞咽功能获得改善，评定有效；未满足以上条件为无效(总有效率=(显效+有效)/总例数×100%)。

1.3.5 通过问卷形式进行评估 满意度问卷分数共100分，各个分数对应相应满意度等级，其中十分满意分值在90~100分，

基本满意分值在 70~90 分, 不满意分值在 0~70 分 [总满意度 = (十分满意 + 基本满意) / 总例数 × 100%^[8]]

1.4 统计学分析

SPSS 23.0 处理分析, χ^2 、 t 检验, 并用 $n(\%)$ 、 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, $P < 0.05$, 则数据有差异。

2 结果

2.1 神经功能改善情况

护理前两组患者神经功能评分均无显著差异 ($P > 0.05$); 经护理干预后, 两组患者 NIHSS 评分得到降低, Fugl-Meyer 评分提高, 相比之下, 研究组优势更高 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比两组 NIHSS、Fugl-Meyer 评分 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	n (例)	NIHSS		Fugl-Meyer	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	23.28 ± 2.71	17.47 ± 1.96	46.91 ± 5.21	61.71 ± 4.85
研究组	30	23.36 ± 2.65	11.28 ± 1.85	46.87 ± 5.16	72.48 ± 5.37
t		0.1156	12.5794	0.0299	8.1523
P		0.9084	0.0000	0.9763	0.0000

2.2 吞咽障碍改善情况

护理前两组患者吞咽障碍情况无明显差异 ($P > 0.05$); 护理干预后和护理干预前对比, 两组患者 GUSS 评分均得到有效提

高, 组间对比, 研究组 GUSS 评分均高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 对比两组 GUSS 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n (例)	护理前	护理后	t	P
对照组	30	9.01 ± 0.85	11.17 ± 1.87	9.12 ± 0.96	9.12 ± 0.96
研究组	30	9.12 ± 0.96	13.07 ± 0.85	9.12 ± 0.96	9.12 ± 0.96
t		0.4699	5.0663		
P		0.6402	0.0000		

2.3 生活能力改善情况

经评分量表评估, 研究组生活能力改善情况均高于对照组

($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 对比两组 ADL、Barthel 指数 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n (例)	ADL		Barthel	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	41.28 ± 3.16	64.37 ± 4.22	38.54 ± 4.19	61.37 ± 12.85
研究组	30	41.37 ± 3.22	72.54 ± 5.39	38.62 ± 4.22	75.63 ± 13.64
t		0.1093	6.5370	0.0737	4.1679
P		0.9134	0.0000	0.9415	0.0001

2.4 护理效果

研究组护理有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 对比两组护理有效率 [$n(\%)$]

组别	n (例)	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	10	12	8	22 (73.33)
研究组	30	12	16	2	28 (93.33)
χ^2					4.3200
P					0.0376

2.5 满意度对比

研究组满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 对比两组满意度 [$n(\%)$]

组别	n (例)	十分满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	30	10	14	6	24 (80.00)
研究组	30	13	16	1	29 (96.66)
χ^2					4.0431
P					0.0443

3 讨论

脑梗塞作为常见脑血管病, 当突发脑梗塞后, 由于受动脉粥样硬化等影响, 导致脑干或者双侧大脑皮质受到损伤, 从而促使机体出现假球性麻醉, 所以十分容易并发吞咽障碍, 导致患者出现食物误吸或者饮食呛咳等症状, 如果未能及时进行干预, 可能会给患者康复造成影响, 甚至会引发吸入性肺炎, 危害患者生命健康, 因此及时开展护理干预有着重要作用, 在患者预后效果提

高上具有显著作用^[8]。

常规护理是临床传统护理干预方法, 患者经护理后虽然能够取得良好效果, 但是护理内容过于单一, 无法发挥出患者个体差异护理特点, 所以整体效果存在一定不足。近几年有临床研究表明, 个性化护理应用在脑梗塞患者干预中有着独特优势, 个性化护理可以结合患者具体临床症状和性格特点, 为患者制定个性化护理方案: 首先从心理方面护理, 因为患者受到呼吸困难或者进

食困难等影响, 十分容易出现焦虑抑郁等情绪, 依从性降低, 所以需要个性化心理干预, 改善患者心理应激反应, 进行心理疏导, 提高依从性, 确保护理工作可以顺利进行; 其次加强患者病情评估监测, 帮助患者养成良好健康习惯, 防止因休息不足而导致误吸^[9-10]。最后针对患者吞咽障碍进行个性化干预, 指导患者正确进食, 同时在患者病床旁放置吸引装置, 确保可以及时清理患者的呕吐物或者分泌物, 预防窒息, 另外根据患者病情恢复情况, 指导患者开展吞咽功能训练与运动功能训练, 从而有效提高患者吞咽功能, 提高生活能力, 促进患者身体快速康复。

如上所述, 针对脑梗塞吞咽障碍临床护理, 可以选用个性化护理干预, 改善患者吞咽功能, 提高生活能力, 有利于患者身体快速康复。

参考文献

[1] 魏婷, 刘晓霞, 聂蓉. 基于网络互动平台的延续护理对老年吞咽障碍后误吸患者的效果评价[J]. 护理学杂志, 2017,32(16):93-95.
 [2] 马宁. 吞咽功能筛查分级护理对脑梗死患者吞咽功能障碍的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018,27(34):3871-3874.
 [3] 刘莎娜, 马红梅. 个性化护理干预联合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者疗效及预后的影响[J]. 山西医药杂志, 2016,45(17):2071-2075.

[4] 董利英, 沈丽娟, 韩慧, 等. 食品结构调整对后组颅神经损伤并发吞咽障碍患者的护理干预[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020,27(1):119-121.
 [5] 刘莎娜, 马红梅. 个性化护理干预联合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者疗效及预后的影响[J]. 山西医药杂志, 2016,45(17):2071-2075.
 [6] 陆秋芳, 赵翠松, 覃英雪, 等. 南宁市神经内科护士对脑卒中吞咽障碍患者护理知识和态度的调查报告[J]. 中国实用护理杂志, 2019,35(25):1951-1956.
 [7] 董明霞. 功能训练的护理模式在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果评价[J]. 检验医学与临床, 2016,13(18):2668-2670.
 [8] 张艳玲, 刘晓英. 需求导向理念用于老年脑卒中后吞咽困难患者康复护理的临床价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018,23(1):95-97.
 [9] 陈改侠, 王丽. 应用球囊扩张训练式护理对颅脑损伤术后吞咽困难患者环咽肌痉挛康复的促进分析[J]. 中国药物与临床, 2021,21(15):2751-2753.
 [10] 陈秀芳, 王朝军, 相松飞, 等. 团队式延续性护理对脑卒中吞咽功能障碍患者预后的影响[J]. 中华全科医学, 2020,18(1):158-160,164.

(上接第 67 页)

[2] 李铁军, 印春铭, 蔡淑女. 小儿纤维支气管镜检喉罩通气中瑞芬太尼与靶控丙泊酚合适配伍剂量研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015,18(5):707-711.
 [3] 周锐. 丙泊酚与盐酸氢吗啡酮联合瑞芬太尼在小儿麻醉中维持喉罩通气的作用探讨[J]. 世界临床医学, 2016,10(3):224.
 [4] 彭亮明, 王琼, 陈柳妹, 等. 右美托咪定和丙泊酚复合瑞芬太尼在小儿麻醉中维持喉罩通气的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2015(19):120-122.
 [5] 王旭, 巫春艳, 孟凡民. 喉罩通气下七氟醚复合瑞芬太尼麻醉在小儿尿道下裂手术中的应用[J]. 中国实用医刊, 2016,43(22):88-90.
 [6] 孙普. 对比氯胺酮麻醉与喉罩通气下舒芬太尼联合

丙泊酚在小儿麻醉中的麻醉效果[J]. 大家健康(下旬版), 2017,11(7):136-137.
 [7] 王蓓, 段春宇, 王刚. 依托咪酯复合瑞芬太尼用于喉罩通气全麻下纤维支气管镜检查的效果观察[J]. 影像研究与医学应用, 2018,2(17):148-150.
 [8] 张赛娟. 喉罩通气下丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉对尿道下裂患儿术后苏醒时间及躁动发生率的影响探究[J]. 首都食品与医药, 2019,26(24):78.
 [9] 周爱莲. 观察右美托咪定, 丙泊酚复合瑞芬太尼用于小儿麻醉中维持喉罩通气的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,17(91):82.

(上接第 75 页)

综上所述, 社区自我管理干预对社区糖尿病患者而言, 不仅有利于规范纠正其管理行为和能力, 还能科学降低血糖, 维持稳定病情, 值得临床借鉴。

参考文献

[1] 王琛琛, 周海茸, 洪忻. 南京市社区糖尿病患者血糖控制情况及自我管理水平分析[J]. 中华健康管理学杂志, 2020,14(2):148-153.
 [2] 金玲玲, 叶青, 马雨杨, 等. 社区 2 型糖尿病患者自我管理能力的“三位一体”糖尿病精细化管理模式干预效果评价[J]. 中国公共卫生, 2020,36(5):810-813.
 [3] 张井香, 樊敏华. 综合健康教育对社区 2 型糖尿病患者血糖控制、焦虑情绪及自我管理水平的的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017,23(35):4520-4523.
 [4] 闫海鸽. 医院—社区—家庭一体化饮食护理干预对 2 型糖尿病患者自我管理能力及血糖稳定性的影响[J]. 中国社区医师, 2021,17(12):170-171.

[5] 沙琳. 医联体中医院—社区护理模式对糖尿病血糖自我监测能力及血糖代谢指标的影响[J]. 中国现代医生, 2020,58(22):178-181,185.
 [6] 陈薇. 延续性护理对社区老年糖尿病患者相关代谢指标及自我管理能力的的影响[J]. 慢性病学杂志, 2018,11(8):1082-1084.
 [7] 彭锡其, 梁凤铭, 庞福梅. 规范化管理对基层卫生院糖尿病患者血糖水平、疾病认知度和自我管理能力的的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2019,30(9):1553-1554,1556.
 [8] 彭羽, 林贲, 周卉, 等. 基于互联网思维主导的健康教育对社区 2 型糖尿病患者健康素养及自我管理能力的的影响[J]. 中国卫生事业管理, 2021,38(3):237-240.
 [9] 杨红霞. 社区 2 型糖尿病患者的自我管理行为与其血糖控制的相关性分析[J]. 当代临床医刊, 2020,33(1):91,88.
 [10] 黄萍, 程晋瑞, 李亚云. 微信健康平台干预对社区 2 型糖尿病患者自我管理行为和血糖控制的影响[J]. 承德医学院学报, 2019,36(5):423-425.