

优质护理 + 早期康复护理对神经外科手术 颅神经损伤所致吞咽困难患者 功能恢复的影响探析

马琴 秦盛艳

桂林医学院附属医院 广西 桂林 541001

【摘要】目的：讨论优质护理 + 早期康复护理对神经外科手术颅神经损伤所致吞咽困难患者功能恢复的影响。

方法：选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月我院神经外科收治的 50 例外科手术颅神经损伤所致吞咽困难患者作为研究对象，将其随机分为对照组和研究组，每组 25 例。对照组患者接受优质护理，研究组患者接受优质护理 + 早期康复护理。对比两组患者的干预结局。**结果：**研究组患者的治疗总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。研究组患者的吞咽功能改善情况优于对照组 ($P < 0.05$)。研究组患者的并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。研究组患者的生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论：**针对神经外科手术颅神经损伤所致吞咽困难患者采取优质护理方式结合早期康复护理进行干预，能进一步提高临床护理效果，加快患者康复进程，改善患者的生活质量，值得临床应用。

【关键词】 优质护理；早期康复护理；神经外科；吞咽困难

【中图分类号】 R47；R651.1+5

【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1958(2023)09-0058-03

神经外科手术颅神经损伤极易引发肢体瘫痪、吞咽困难等并发症。因此，在患者后续康复过程中，可能出现长时间吞咽困难，使患者难以吸收足够营养，甚至会出现电解质紊乱的症状，严重时可能出现误吸、肺炎、窒息等不良情况，严重影响患者的预后质量。为提高临床治疗效果，应改变传统的服务理念，在常规护理基础上配合实施优质护理干预，提升护理整体质量。此外，在患者早期康复过程中，通过实施康复护理能提高患者的生理恢复效果，改善其预后质量^[1]。本研究选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月我院神经外科收治的 50 例外科手术颅神经损伤所致吞咽困难患者作为研究对象，旨在分析优质护理联合早期康复护理模式的干预效果，详情报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月我院神经外科收治的 50 例外科手术颅神经损伤所致吞咽困难患者作为研究对象，将其随机分为对照组和研究组，每组 25 例。对照组中女性 14 例，男性 11 例；年龄 35~53 岁，平均年龄 (45.3±4.2) 岁。研究组中女性 12 例，男性 13 例；年龄 35~53 岁，平均年龄 (45.5±4.6) 岁。两组患者基线资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，研究可比。本研究经本院医学伦理委员会审核批准。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者接受优质护理干预

1.2.1.1 营养护理 长期管饲无法提供足够的营养供应，不利于患者的吞咽功能恢复。因此，临床根据患者的实际恢复情况，协助其取半卧位进食，同时合理调节喂食速度、进食量。需注意的是，患者的进食时间不宜过长，保持在 30min 内，避免造成患者疲劳，不利于进食安全。此外，需加强患者的口腔护理，保持口腔清洁，同时为患者营造轻松、愉快的进餐环境，增强其治疗信心。

1.2.1.2 心理护理 护理人员应对患者实际心理状态、性格特点等情况进行分析，通过治疗性沟通、家庭力量支持、成功案例现身说法等措施疏导患者的负面心理；告知患者负面情绪对疾病发展的影响，并教会患者利用放松疗法、信心疗法等措施进行调整自我情绪。

1.2.1.3 健康教育 为患者讲解疾病、治疗、护理等内容，以提高患者对疾病的认知度及对治疗的配合度，促使其主动遵循健康的生活方式，强化其遵医行为。

1.2.1.4 并发症预防 护理人员密切观察患者的病情变化，并积极鼓励患者之间开展良性沟通；告知患者出现不适状态后应及时与护理人员进行沟通，旨在及时发现并开展对症处理。

1.2.1.5 特色疗法干预 包括电感应穴位治疗、针

灸等特色疗法干预,以提高护理的整体性、有效性。

1.2.2 对研究组患者在优质护理的基础上联合应用早期康复护理 根据患者实际病情、吞咽功能状况,为患者合理控制训练频率、时间,具体康复训练内容如下:

1.2.2.1 触觉刺激 用棉签刺激面颊内外、唇周、舌部处等部位,以提高各部位的敏感度。

1.2.2.2 咽部冷刺激与空吞咽 用棉棒蘸冷水刺激腭、舌根、咽后壁部位,指导患者开展空吞咽动作。

1.2.2.3 舌运动 指导患者进行舌与软腭的运动控制、力量、协调训练。在训练期间,指导患者将舌头尽量伸出,维持5s后缩回;将舌头尽量贴近硬腭后,向后回缩维持5s放松;指导患者将舌头抬到门牙后面。

1.2.2.4 摄食训练 从健侧进食,利于将食物向舌根运送,并能减少误咽的发生风险。

1.2.2.5 颈部锻炼 通过颈部屈伸活动,以增强患者的颈部肌力,引导患者顺利吞咽。

1.2.2.6 出院指导 对患者及家属开展宣教工作,让患者了解出院后的康复训练注意方式,帮助患者获得更真实、更有效的自我护理知识技能,确保患者在出院后能坚持康复训练。

1.3 观察指标

1.3.1 对比两组患者的吞咽功能改善情况 采用洼田饮水试验进行评级,即指导患者取坐位,饮用30mL的温开水,并详细记录患者的饮水情况。正常:Ⅰ级,5s之内;可疑:Ⅰ级,5s以上或Ⅱ级;异常:Ⅲ~Ⅴ级。

1.3.2 对比两组患者的临床疗效 显效:护理后的

吞咽功能完全恢复,洼田饮水试验为Ⅰ级;有效:护理后存在轻微的吞咽困难情况,洼田饮水试验为Ⅱ级;无效:症状未发生改善甚至恶化,洼田饮水试验为Ⅲ级及以上。

1.3.3 统计两组患者的并发症发生率 包括误咽、肺炎等。

1.3.4 分别在护理干预前后使用SF-36评分表评估两组患者的生活质量 共涵盖8个维度,36个条目,每个维度分值范围为0~100分;分数越高表示患者的生活质量越好^[2]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 19.0软件分析本研究数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比

研究组患者的治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),详见表1。

表1 两组患者临床疗效对比 [n(%)]

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	25	6(24.00)	8(32.00)	11(44.00)	76.00
研究组	25	1(4.00)	7(28.00)	17(68.00)	96.00
χ^2	—	—	—	—	4.153
P	—	—	—	—	0.042

2.2 两组患者吞咽功能情况对比

研究组患者的吞咽功能情况优于对照组($P < 0.05$),详见表2。

表2 两组患者吞咽功能情况对比 [n(%)]

组别	n	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	Ⅴ级
对照组	25	0(0)	7(28.00)	8(32.00)	6(24.00)	4(16.00)
研究组	25	4(16.00)	14(56.00)	6(24.00)	1(4.00)	0(0)
χ^2	—	4.348	4.023	0.397	4.153	4.348
P	—	0.037	0.045	0.529	0.042	0.037

2.3 两组患者并发症情况对比

研究组患者的并发症总发生率低于对照组($P < 0.05$),详见表3。

表3 两组患者并发症情况对比 [n(%)]

组别	n	误咽	肺炎	窒息	总发生率
对照组	25	1(4.00)	0(0)	0(0)	1(4.00)
研究组	25	3(12.00)	3(12.00)	1(4.00)	7(28.00)
χ^2	—	—	—	—	5.357
P	—	—	—	—	0.021

2.4 两组患者生活质量对比

干预前,两组患者的生活质量评分差异无统计学意

义($P > 0.05$);干预后,两组患者的生活质量评分均高于同组干预前($P < 0.05$),且研究组患者均高于对照组($P < 0.05$)。详见表4。

表4 两组患者生活质量对比 [($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	25	3.12 \pm 0.21	9.85 \pm 1.12	29.530	0.001
研究组	25	3.14 \pm 0.23	5.53 \pm 0.68	16.647	0.001
t	—	0.521	16.485	—	—
P	—	0.467	0.001	—	—

3 讨论

优质护理联合早期康复护理的应用价值主要体现在

以下几方面:(1) 提高整体疗效。在优质护理干预中实施责任制整体护理模式,要求神经外科责任护士为患者提供连续、全程的护理服务。护理人员需从患者的医疗服务需求入手,为患者提供针对性护理服务,切实提高患者的满意度和舒适度;引入特色疗法干预,发挥各护理措施的联动效应,以提高护理干预的有效性^[3]。早期康复护理干预,渗透循证医学、快速康复等现代化医疗服务理念,遵循预防并发症、功能训练、整体康复、重返社会等原则,落实利于患者生理功能恢复的康复护理措施,以改善患者的残余机能和能力,最大限度地恢复患者的吞咽等生活活动能力。以自我护理为主、以替代护理为辅,充分发挥康复锻炼在提高整体疗效等方面的作用价值^[4]。(2) 改善患者的吞咽功能。优质护理服务可发挥营养护理、心理护理等方面的优势协同效应,帮助患者摆脱生理、心理等层面的应激反应,稳定其身心状态。通过早期康复锻炼可促进患者颅神经重建,尽快解除舌下神经及迷走神经受损情况,从而加速吞咽功能障碍恢复进程^[5]。护理人员需明确掌握吞咽动作训练、舌肌训练、颊肌与咀嚼肌运动训练的指导方法及要点,把握患者康复锻炼的适应证,及时评估患者的生理功能恢复情况,动态调整康复护理计划,掌握康复训练的最佳时机,以提高患者神经兴奋性、促进炎症因子的吸收,以改善患者的咽下协调性。此外,科室需不断改进护理管理体系,为患者提供个体化的护理服务;根据患者的吞咽功能障碍严重程度及临床症状,落实针对性的护理措施^[6]。(3) 降低并发症。从过往的护理管理模式开展分析,护理人员需根据患者病情变化情况,落实被动性、主观性等护理措施。在优质护理和早期康复护理的干预过程中,护理人员需主动识别并规避存在或潜在的并发症危险因素,包括饮食坐姿不正确、进食量控制不到位、康复锻炼方法不合理等,以有效降低并发症发生率^[7]。对患者实施前瞻性、人文性的护理措施,并不断优化护理管理流程与模式,提高护理管理水平,更利于提高整体疗法的安全可靠性,逐步丰富科室的护理内涵。早期康复训练可防止咽部肌群出现废用性萎缩,同时配合实施优质护理干预,可让患者的身心处于较佳状态,进而可有效预防不良情况的发生^[8]。(4) 提高生活质量。优质护理联合早期康复护理干预可有效提高患者的遵医行为自我效能,进而改善患者的焦虑等不良心态,提高患者的临床配合度,使其积极参与到护理方案的制订及执行等活动中^[9]。患者在自我护理管理中

可客观认识并积极规避影响身体预后的因素,促使临床相关操作得以顺利开展并充分发挥其效用,进而改善患者的生活质量。通过开展系统性宣教、心理护理等措施,可提高患者对疾病的认知度,提高患者的临床依从性,促使其坚持锻炼,改变不良生活习惯,进而加快病情转归^[10]。

综上所述,优质护理+早期康复护理的联合干预能加快患者的康复进程,并能改善患者的预后及生活质量,值得临床借鉴应用。

参考文献

- [1] 张金莉,李刚.重复经颅磁刺激对脑卒中后吞咽功能障碍患者吞咽功能的临床研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(22):67-70.
- [2] 杨小,王阳,李秀君,等.SF-36量表的信度和效度评价[J].解剖科学进展,2009,15(4):383-385.
- [3] 王伟花,李宁,李广.神经肌肉电刺激联合舌压抗阻反馈训练对老年脑梗死后吞咽障碍病人的影响[J].全科护理,2022,20(27):3827-3829.
- [4] 杜灿荣,龙耀斌,覃东华,等.神经肌肉电刺激单独或联合不同频率经颅磁刺激治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察[J].右江民族医学院学报,2022,44(4):566-570.
- [5] 何思锦,陈奇刚,罗凯旋,等.基于“中枢—外周—中枢”闭环理论治疗听神经瘤术后吞咽障碍1例[J].四川医学,2021,42(7):754-756.
- [6] 王桂兰,郭红桃.早期康复护理对颅神经损伤致吞咽困难患者的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):87-90.
- [7] 陆逸.1例听神经瘤患者术后并发后组颅神经损伤的护理[J].当代护士(中旬刊),2020,27(7):117-120.
- [8] 张冉,陈亚平,徐文.声带麻痹合并后组颅神经损伤患者发音和吞咽障碍康复治疗[J].听力学及言语疾病杂志,2019,27(4):425-428.
- [9] 王云凤.早期康复护理对神经外科手术脑神经损伤所致吞咽困难患者的功能恢复及生活质量的影响[J].中国医药指南,2019,17(30):248-249.
- [10] 方乐.探讨早期康复护理对神经外科手术颅神经损伤所致吞咽困难患者的功能恢复及生活质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(27):107-108.