

早期康复护理老年脑梗死合并吞咽障碍患者的效果

陈美华

联勤保障部队第九 00 医院仓山区神经内科 350007

【摘要】目的: 观察老年脑梗死合并吞咽功能患者实施早期康复管理后, 对其肺炎感染发生情况影响。**方法:** 选择样本时间在 2022 年 3 月到 2023 年 3 月期间, 本院收治 88 例脑梗死合并吞咽功能障碍患者, 按照随机表法分成对照组 (常规护理) 和观察组 (早期康复护理) 各 44 例, 比较组间肺炎发生率、吞咽功能障碍、神经功能以及运动能力等临床指标问题。**结果:** 通过康复护理后, 观察组患者临床指标均较优。**结论:** 通过给予早期康复护理后, 可以显著改善患者吞咽功能, 促进其康复, 减少肺炎等并发症发生风险, 具有重要价值意义, 值得推广。

【关键词】 早期康复; 老年脑梗死合并吞咽功能障碍; 肺炎

脑梗死在临床中又被称为中风, 是威胁中老年人的神经内科疾病之一。该疾病具有非常高的并发症, 进而影响患者身心健康, 其中最常见并发症就是吞咽功能障碍^[1], 严重情况下会发生肺炎等并发症, 给患者生命安全带来威胁。该疾病恢复周期比较长, 对老年患者具有严重的身心影响, 同时也给社会以及家庭带来负担^[2]。因此对老年脑梗死合并吞咽功能障碍患者实施早期康复护理极为重要, 通过早期康复护理可以帮助患者恢复神经功能^[3]。因此, 采取早期康复措施对患者进行干预, 探究其康复效果, 现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 3 月到 2023 年 3 月期间, 本院纳入 88 例脑梗死合并吞咽功能患者, 分为对照组 44 例、观察组 44 例。其中观察组男女比例为 32:12, 年龄 56~78, 中间值 67.25±2.11 岁。对照组男 38 例, 女 6 例, 年龄 55~78, 平均值 66.54±2.12 岁。两组基线没有统计意义 $P>0.05$, 可以进行比较。纳入标准: 诊断结果确诊脑梗死合并吞咽功能障碍; 患者及其家属知晓并签字。排除标准: 精神疾病过既往史; 肝肾功能障碍; 恶性肿瘤等。

1.2 方法

对照组——常规护理, (1) 住院前合理检查, 根据患者的需求安排床位。(2) 注意与患者及其家属沟通方式, 并告知注意事项, 叮嘱其饮食, 实时监测生命体征变化, 一旦出现不良反应, 请及时与医生联系, 防止出现严重的情况。

观察组——早期康复护理, (1) 根据患者实际情况进行评估, 主要包括患者吞咽困难程度、进食种类以及心理状态等。(2) 有效指导患者联系基本发音出声, 防止出现吞咽情况出现, 另外指导患者练习舌头伸缩和移动, 保证每天进行有效练习。(3) 对于吞咽功能比较严重患者, 可以训练其摄食, 使其正确摄入足够营养。(4) 心理护理, 护理人员需要做好患者以及家属心理工作, 了解其感受,

并向其讲解疾病知识, 以此消除其紧张、恐惧等心理。(5) 在进行鼻饲管管理中, 要保障患者鼻饲管位置正确, 避免出现误吸状况(6) 鼻饲管饮食体位管理, 在进行鼻饲管中指导其偏向健侧, 可以减少返流食物和液体误吸。(7) 在进行滴注营养液过程, 要注意滴注速度和营养液和容量, 避免影响患者胃部压力和食物返流。(8) 体位护理, 护理人员应该指导患者保持半卧位, 将偏瘫侧肩部以垫枕垫起, 运用重力作用将食物集中在健侧口腔, 减少食物偏瘫侧的残留; 告知患者在 30~60 分钟后在可以平卧, 尽量减少刺激, 避免导致食物反流。(9) 护理人员配合吞咽治疗师做好相关工作, 方便了解其吞咽功能。(10) 给予留置胃鼻饲管营养餐, 保证机体营养需求。在气管切开后需要做好健康宣教, 控制肺部感染, 减少误吸。(11) 可以适当对患者皮肤进行刺激, 缓解临床症状, 纠正患者吞咽时动作, 以此改善患者吞咽功能。

1.3 观察指标

比较两组吞咽功能 (一次性在 5s 内喝完水并无呛咳为 I 级, 分别在两次 5s 中饮水中没有呛咳、停顿为 II 级, 一次性可以喝完水并出现呛咳表示 III 级, 两次喝水, 中间发生呛咳、停顿为 IV 级, 患者不能将水喝完 V 级)。观察神经功能缺损程度 (采用脑卒中量表 NIHSS 分析, 分值为 0~42 分, 分数高神经功能差) 以及运动能力 (使用 Fugl-Meyer 评定量表分析, 分值小于 50 分为严重运动障碍、85~95 分为中度运动障碍、96~100 分为轻度运动障碍); 比较组间肺炎发生率。

1.4 统计学方法

本次研究选择统计学软件 SPSS23.0 探究, 计数资料采取 χ^2 验证, 使用百分比表现, 通过 t 值、P 值验证计量资料, 用均数 ± 标准差表示, 当 $P < 0.05$ 时, 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能对比

观察组吞咽功能有明显改善, 两组差异有意义 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 比较两组吞咽功能 (n, %)

组别	例数	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	44	22 (5.00)	4 (9.09)	5 (11.36)	4 (9.09)	9 (20.45)
观察组	44	30 (68.18)	7 (15.91)	5 (11.36)	2 (4.45)	0 (0.00)

X ²	-	-	-	-	-	4.4698
P	-	-	-	-	-	0.0345

2.2 两组神经功能、运动能力比较

对照组 NIHSS: (12.36±2.34) 分、观察组 NIHSS: (7.56±2.56) 分, t (9.1801) P (0.0000); 对照组 FMA: (75.23±2.36) 分、观察组 FMA: (86.34±2.31) 分, t(22.3159) P (0.0000)。数据可知, 观察组神经功能评分低于对照组, 且运动能力评分高, 组间差异 P<0.05。

2.3 对比两组肺炎发生率

对照组发生 9 (20.45%), 观察组发生 2 (4.55%); X² (5.5589)、P (0.0184)。观察组肺炎总发生率低于对照组, 差异 P<0.05。

3 讨论

在临床中脑梗死是一种脑血管疾病, 是指脑组织局部动脉血流逐渐减少, 从而引发脑组织缺血, 发生脑梗死疾病, 发病率、死亡率非常高^[4]。多以老年人居多, 在患上脑梗死疾病后, 患者均会留下不同程度神经损伤, 影响其生活自理能力。其中最常见的并发症会出现吞咽功能障碍, 该情况会导致患者进食困难, 还可能出现误吸以及呛咳等发生, 进而促进肺部发生感染, 继而诱发患者病死^[5]。鉴于此, 临床中对该类患者的护理工作非常重要。目前临床中传统护理缺乏针对性, 不能及时发现患者并发症, 进行处理, 进而导致护理效果不佳。而早期康复护理具有科学、合理性, 主要将患者并发症发生情况作为主要护理目标, 从而可以直接通过康复方式改善患者吞咽功能^[6]。

因为患者神经组织功能具有可造性, 使其绝大部分神经元组织再生, 因此通过对该患者实施早期康复管理, 可以改善其吞咽功能, 避免误吸, 引发肺炎感染, 还可以改善其患者运动功能和神经系统功能恢复^[7-9]。本次研究数据显示, 观察组神经功能缺损程度、运动能力评分均优于对照组, 另外观察组肺炎发生率低, 且该组患者吞咽功能分级有明显改善, I 级高于对照组, 无 V 级吞咽障碍患者。以上结果进一步表明对使用早期康复护理措施能够促进脑梗死合并吞咽功能障碍患者临床指标恢复, 改善吞咽反射

肌肉和器官的协调性, 降低其肺炎发生风险。

综上所述, 通过早期康复护理干预, 可以改善患者神经功能缺损程度, 增强其运动能力, 缓解临床症状, 减少肺炎发生情况, 值得推广。

参考文献:

- [1] 李静敏, 孙静, 赵源. 老年脑梗死吞咽障碍患者早期康复护理干预的效果观察 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2023, 38(05): 162-165.
- [2] 卞亚芹. 标准吞咽功能评估联合早期康复护理对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的影响观察 [J]. 婚育与健康, 2023, 29(16): 169-171.
- [3] 沈维怡. 老年脑梗死吞咽障碍患者应用早期康复护理干预的效果及对负性情绪的影响评价 [J]. 婚育与健康, 2023, 29(09): 181-183.
- [4] 徐燕. 早期识别和强化吞咽训练护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果 [J]. 医学信息, 2023, 36(06): 160-163.
- [5] 崔立红. VitalStim 治疗仪联合吞咽康复训练在脑梗死合并吞咽障碍患者中的应用效果 [J]. 医疗装备, 2022, 35(24): 173-175.
- [6] 方芸, 居月, 孙颖, 吉莉. 吞咽功能等级筛查及针对性护理干预对脑梗死患者吞咽功能的影响 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2022, 17(12): 1634-1636+1671.
- [7] 马红梅. 早期康复护理对急性脑卒中吞咽障碍患者的效果观察 [J]. 中国医药指南, 2022, 20(33): 75-177.
- [8] 李武芬, 丁盼盼等早期精细化干预对老年脑梗死患者生活质量及预后的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(22): 5641-5643.
- [9] 李淑景, 周晓虹等改良吞咽球囊扩张术联合呼吸训练对 ICU 老年脑卒中后吞咽障碍患者吞咽能力及吸入性肺炎的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(08): 1813-1815.