·全科护理·

标准吞咽功能评估先行式分级饮食管理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究

张蒙梦　李晶晶　钱利娜

吞咽功能障碍在脑卒中人群中的发生率相对较高[1]，常因吞咽功能障碍而出现吸入性肺炎、脱水与营养不良等继发不良结局[2]。及早发现与及时干预脑卒中后吞咽功能障碍，对于改善吞咽功能、降低继发并发症发生率至关重要[3]。进食是机体最基础的生理需求活动，也是脑卒中吞咽障碍患者发生误吸误呛的主要风险环节[4]。本次研究尝试采用标准吞咽功能评估先行式分级饮食管理对脑卒中吞咽障碍患者进行干预。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择2018年1月至2019年6月温州市中医院康复科收住的脑卒中并吞咽障碍患者140例为研究对象，均经头颅CT/磁共振成像获得脑卒中确诊，神志清楚，能理解与配合吞咽评估试验的实施，知情同意。其中男性75例、女性65例；平均年龄（57.17±8.89）岁；脑出血62例、脑梗死78例。患者随机分为与试验组和对照组，各70例。试验组中男性37例、女性33例；平均年龄（57.03±8.99）岁，包括脑出血32例、脑梗死38例；对照组中男性38例、女性32例；平均年龄（57.33±8.70）岁；包括脑出血30例、脑梗死40例。两组患者的年龄、性别和卒中类型比较，差异均无统计学意义（P均>0.05）。

1.2　方法　对照组接受常规吞咽障碍护理，在患者入院2 h内开展入院护理评估，关于吞咽问题方面的评估仅以询问患者是否存在吞咽困难症状为据，对回复有吞咽困难者给予无差别化的安全进食教育与吞咽功能康复训练。试验组接受标准吞咽功能评估先行式分级饮食管理干预。

1.2.1　标准吞咽功能评估先行　由经过专项培训的护理人员对患者实施标准吞咽功能评估，标准评估流程为患者检查—吞咽饮水试验—误吸评估。具体做法为：第一步，对患者意识及言语刺激反应情况进行评价，检查患者能否直立坐位，能否成功维持头部位置，自主咳嗽能力是否存在，有无流涎情况，舌头活动范围与活动情况，呼吸及发音情况等，检查出一项异常即可判定为吞咽功能障碍，若未检出异常，则进入下一评估步骤。第二步，让患者保持于直立坐位接受试验，先后行三次5 ml水量吞咽与一次60 ml水量吞咽，观察吞咽前后情况，观察内容包括：有无水漏出口外情况，有无吞咽功能缺乏，有无咳嗽呛咳气促等，吞咽后有无发音异常等，以观察结果为据给出相应评分，分值越高者提示吞咽功能越差，完成吞咽功能障碍程度评估后进入误吸评价步骤。第三步，在饮水过程中患者有呛咳表现或者饮水后出现发音异常，则为误咽阳性，反之则为误咽阴性，评价为误咽阳性者提示该患者可能有误吸。

1.2.2　分级饮食管理　实施过程中随患者吞咽功能改善进程灵活匹配相应的饮食管理策略，有规律地合理选择摄入食物类型，并逐渐增加食物摄入量。①轻度吞咽功能障碍者施以三级饮食管理。主动对患者开展进食指导教育，改变不利于安全进食的进食习惯与行为，同时开展积极的吞咽功能康复训练。构建轻松安静无干扰的进餐环境，患者将全部注意力集中于食物摄入活动中，如非必要不要交谈。将患者床头置于30°抬高位。同时做好食物性状（软食、剁碎）、量（小口量）与食物摄入速度（缓慢吞咽）的控制护理，少食多餐，专人安全陪伴进餐，一旦发现呛咳误咽等即刻暂停进餐，协助患者有效咳出误咽食物。通过加入芝麻粉/藕粉等对患者摄入食物进行适宜稠化处理。进餐结束后引导协助患者及时有效漱口。②中度吞咽功能障碍者施以二级饮食护理，在三级饮食护理基础上，于脑卒中

DOI：10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.012.029
课题项目：温州市科技计划项目（2017Y0176）
作者单位：325200　浙江温州，温州市中医院康复科

急性期行胃管留置提供鼻饲护理，鼻饲前进行胃管胃内确认活动；鼻饲前后以温开水行胃管冲洗；严格控制鼻饲食物之性状与量、速度与温度；初始量控制于 200 ml，其后根据吞咽障碍改善情况酌情加量；食物推注全程密切关注患者反应与变化。待患者病情取得有效缓解后即刻开展积极的吞咽康复训练活动，尽早恢复经口进食模式。③重度吞咽功能障碍者施以一级饮食护理，在二级饮食管理基础上，进一步严格鼻饲护理，特别是食物推注时的各项安全管理，根据病情进展及早把握康复训练时机，并于训练后及时进行动态再评估，在确认吞咽障碍症状已获明显改善后审慎进行经口进食试验。

1.3 评价指标 ①两组干预后的吞咽障碍相关性不良事件发生率，包括脱水、营养不良、吸入性肺炎、窒息等，其中吸入性肺炎的诊断参照《医院感染诊断标准（试行）》中的相关标准[5]。②自行编制脑卒中吞咽障碍患者护理满意度评价量表，含护理评估科学性、进食护理适宜性、护理方案合理性、护理干预有效性四个维度，均以0～10分计，分值愈高提示护理满意度亦愈高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行分析和处理。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示。计量资料采用t检验；计数资料采用χ^2检验。设$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑卒中并吞咽障碍者干预后吞咽障碍相关性不良事件发生率比较见表1

表1 两组脑卒中并吞咽障碍者干预后吞咽障碍相关性不良事件发生率比较

组别	n	脱水/例	营养不良/例	窒息/例	吸入性肺炎/例	总发生率/例（%）
试验组	70	1	1	0	1	3（ 4.29）*
对照组	70	2	5	1	2	10（14.29）

注：*：与对照组比较，$P<0.05$。

由表1可见，试验组吞咽障碍相关性不良事件发生率低于对照组（χ^2=4.16，$P<0.05$）。

2.2 两组脑卒中并吞咽障碍者干预后护理满意度评分比较见表2

表2 两组脑卒中并吞咽障碍者干预后护理满意度评分比较/分

组别	护理方案合理性	护理评估科学性	进食护理适宜性	护理干预有效性
试验组	9.24 ± 0.69*	9.30 ± 0.67*	9.24 ± 0.69*	9.29 ± 0.66*
对照组	7.74 ± 1.25	7.67 ± 1.20	7.76 ± 1.15	7.94 ± 1.14

注：*：与对照组比较，$P<0.05$。

由表2可见，试验组患者在各护理满意度评分上均高于对照组，差异均有统计学意义（t分别=8.80、9.92、9.28、8.52，P均<0.05）。

3 讨论

吞咽功能障碍在脑卒中患者群体中的发病率相对较高，约50%的患者会在脑卒中发生后的数月中深受吞咽功能障碍困扰，未被及时检出的吞咽障碍者不但会直接错失康复训练机会，且会因无法得到安全进食管理而处于误吸高风险状态，进而发展为窒息、营养不良、脱水等危害性结局[6]。吞咽障碍误吸筛查要求筛查对象吞咽下一定量的水，通过其是否出现呛咳症状来做出判断，以往临床护理人员倾向于采用简单的询问是否存在吞咽困难症状来作为是否进行进一步干预的依据，故吞咽障碍漏诊率较高，而且这种简单的评估方式无法界定患者的吞咽功能障碍程度及是否存在误咽情况，使得患者处于较高的进食安全风险威胁之中。

为了提高吞咽障碍早期成功筛查率，使处于不同障碍级别者及误吸高发者获得个体化的安全进食管理，本次研究设计并实践了标准评估先行式分级饮食管理方案，面对脑卒中患者时，并不是直接盲目实施吞咽饮水试验，而是先行意识、体位控制、唇、舌、咽功能与结构正常性的检查，无异常者再通过逐步加量的吞咽饮水试验来加以障碍评估与级别检测，密切关注试验进展，在捕捉到任意异常时立即终止试验，最后再通过饮水试验准确筛检出误咽阳性者以进一步分辨出安全进食管理重点关注人群，与常规的吞咽功能障碍护理评估活动相比，吞咽障碍相关性不良事件发生率明显降低，各护理

（下转第1152页）

了神经功能逐渐恢复。本次研究还显示，实施医护一体化管理模式后患者的总有效率高于常规护理模式的患者（$P<0.05$）。这可能是因为医护一体化管理模式通过构建多学科团队，将治疗和护理有机的结合，并将院内和院外的健康教育相互衔接[8]；不仅仅治疗和护理患者，而且教会患者自我管理技能，这为院外治疗和康复训练提供了保障，从而改善了脑梗死患者的康复效果。

综上所述，急性脑梗死患者进行医护一体化管理模式干预后，可提高患者的自我管理能力，促进神经功能恢复，改善日常生活能力和康复效果。但本次随机对照试验研究的样本较小，且只进行3个月的跟踪随访和管理，出院后的干预措施有时较难实施，影响干预效果，有待于今后进一步扩大样本量进行研究。

参考文献

1 顾卫. 延续护理后缺血性脑卒中患者依从性及复发率观察[J]. 实用医院临床杂志，2015，12（6）：141-142.

2 单丹丹. 医护一体化护理模式对脑梗死患者肢体功能及自我效能的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志，2018，21（1）：106-109.

3 中华医学会神经病学分会脑血管病学组，急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[S]. 中华神经科杂志，2010，43（2）：146-153.

4 杨亚娟，费才莲，荆瑶，等. 医护患一体化自我管理教育在脑卒中患者居家康复中的应用[J]. 解放军护理杂志，2015，32（17）：6-10.

5 滕海英，彭雪娟，赵翠松，等. 应用日常生活活动能力量表细化分级护理的实践[J]. 中华护理杂志，2015，50（2）：145-147.

6 陈俊，王芳，肖红，等. 医护一体化临床护理模式在脑卒中患者中的应用效果观察[J]. 实用医院临床杂志，2017，14（6）：217-220.

7 费才莲，荆瑶，杨颖，等. 医护一体化联合微信平台在急性脑梗死溶栓治疗中的应用[J]. 中华现代护理杂志，2017，23（2）：202-205.

8 翁丹，吴伟东，卢晔芬. 延续性护理对脑梗死患者心理弹性及负性情绪影响[J]. 全科医学临床与教育，2019，17（5）：479-480.

（收稿日期　2019-08-12）
（本文编辑　蔡华波）

（上接第1149页）

满意度评分明显增高（P均<0.05）。在常规护理中，护理人员对存在吞咽困难症状者仅实施简单的安全进食教育与一般性的安全进食管理，因教育与管理均是无差别化给予的，不符合个性化护理要求，故护理奏效度有限。本次研究以科学安全的标准评估为护理策略制订的先行步骤，在评估基础上对不同吞咽功能障碍者匹配以合理适宜有效的安全进食管理服务，并随患者吞咽功能障碍改善进程及时动态化调整护理策略匹配度，使轻、中、重度吞咽功能障碍者均可获得项目、内容、量及频次均相宜的安全进食护理，将可能导致患者因吞咽功能障碍而出现不良事件的诸多缝隙性风险因素加以全视角全覆盖式填补，实现了较好的吞咽障碍相关性不良事件预防效应，且因护理方案的设计合理性、护理评估的科学性、进食护理的适宜性与护理干预的有效性而在脑卒中并吞咽障碍患者中获得较高认可。

参考文献

1 Catherine M, Anne R, Maureen M, et al. Nasogatric feeding for stroke patients: pract-ice and education[J]. Br J Nurs, 2015, 24(6): 319-324.

2 朱美红，时美芳，万里红，等. 吞咽-摄食管理预防脑卒中吞咽障碍患者相关性肺炎的研究[J]. 中华护理杂志，2016，51（3）：294-298.

3 刘啸妍，孙利华，袁小红，等. 基于多学科协助的综合护理模式在改善脑卒中吞咽障碍中的应用效果评价[J]. 延安大学学报（医学科学版），2018，16（2）：97-100.

4 杨晨晨，纪小凤，马海丽，等. 进食体位对脑卒中后吞咽障碍患者相关并发症影响的Meta分析[J]. 护士进修杂志，2016，31（24）：2223-2227.

5 马珂茜. 知信行模式对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能及吸入性肺 炎发生情况的影响[J]. 齐鲁护理杂志，2017，23（3）：24-26.

6 史丽. 多达—延续护理模式在脑卒中吞咽障碍病人中的应用分析[J]. 全科护理，2018，16（6）：684-686.

（收稿日期　2019-08-16）
（本文编辑　蔡华波）