

早期筛查评估及康复护理对脑梗死吞咽障碍的应用疗效观察

赵 兢

湘潭市中心医院康复医学科 411100

【摘 要】目的 观察早期筛查评估及康复护理对脑梗死吞咽障碍的应用疗效。**方法** 选取我院脑梗死吞咽障碍患者一共 (106 例), 患者收取时间在 2015 年 10 月 2 日至 2016 年 2 月 1 日, 将脑梗死吞咽障碍患者 (106 例) 随机分为观察组、对照组, 观察组 53 例患者 - 实施早期筛查评估及康复护理, 对照组 53 例患者 - 实施常规护理。**结果** 观察组脑梗死吞咽障碍患者的并发症发生率 7.55% 低于对照组患者 ($P < 0.05$), 观察组脑梗死吞咽障碍患者满意度 98.11% 和对照组满意度 84.91% 具有显著差异 ($P < 0.05$)。**结论** 通过对脑梗死吞咽障碍患者实施早期筛查评估及康复护理, 取得显著效果, 值得推广和应用。

【关键词】 早期筛查评估; 康复护理; 脑梗死吞咽障碍; 应用疗效观察

【中图分类号】 R473.74

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 01-050-02

研究显示, 吞咽功能障碍为脑梗死患者较为常见的并发症, 患者常常易诱发营养不良、电解质紊乱、脱水、吸入性肺炎等并发症, 易导致住院时间延长、患者自身病情加重, 而实施一项有效的护理方式较为重要^[1-2]。因此, 我院将脑梗死吞咽障碍患者 (106 例) 作为研究对象, 分别实施不同的护理, 见我院各项研究内容中的描述。

1 资料和方法

1.1 资料

选取我院脑梗死吞咽障碍患者一共 (106 例), 患者收取时间在 2015 年 10 月 2 日至 2016 年 2 月 1 日, 将脑梗死吞咽障碍患者 (106 例) 随机分为观察组、对照组, 观察组 53 例患者 - 实施早期筛查评估及康复护理, 对照组 53 例患者 - 实施常规护理。观察组: 年龄: 脑梗死吞咽障碍患者年龄在 45 岁 - 78 岁, 平均年龄 (61.25 ± 1.21) 岁, 性别: 23 例女性患者、30 例男性患者。对照组: 年龄: 脑梗死吞咽障碍患者年龄在 46 岁 - 78 岁, 平均年龄 (61.27 ± 1.02) 岁, 性别: 24 例女性患者、29 例男性患者。两组脑梗死吞咽障碍患者各项指标 (平均年龄以及性别) 无差异, 两组患者之间能进行对比 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组 53 例脑梗死吞咽障碍患者 (常规护理)。

观察组 53 例脑梗死吞咽障碍患者 (早期筛查评估及康复护理)。

早期筛查评估: 对每位患者吞咽功能实施评估, 再对患者脑血管疾病实施常规治疗, 对患者进行维持电、水解质平衡、改善脑循环代谢等常规治疗, 记录每位患者的评估结果, 同时对患者饮食方案进行调整。

康复护理: (1) 多数患者由于吞咽困难、无法言语等因素, 导致自身自理能力丧失, 情感未得到宣泄, 易引起不同程度情感障碍, 以烦躁、焦虑、失落、悲观以及抑郁作为主要表现, 不愿意配合护理与治疗, 护理人员应对患者实施心理干预, 告知患者应勇敢面对现实, 同时给予患者讲解康复训练和疾病相关知识的重要性, 充分尊重每位患者, 调动每位患者主观能动性, 使患者恢复对治疗的信心。(2) 对患者进行吞咽功能训练: ①舌肌康复训练: 首先应指导患者向两侧尽力伸舌头, 往不同方向进行主动运动, 改善其舌部运动状况, ②帮助患者进行颈部摆动和提肩动作, 增强颈部活动度, ③护理人员应将棉签蘸取少许水, 轻轻刺激患者舌根部以及咽喉壁, 让患者进行空吞咽, 提高患者的吞咽反射和吞咽能力。

(3) 协助每位患者选择合适体位, 在患者偏瘫肩部垫上枕头, 告知患者颈部应尽量前屈, 再根据每位患者的吞咽障碍反射情况选择食物, 注意患者每日食物的营养元素搭配, 对患者进食速度进行控制, 首先给予患者每日食用少量食物, 随后逐渐增加食物量, 观察每位患者进食情况, 进食时间应控制

在 30 分钟左右, 在患者进食过程中应禁止和患者进行交谈, 避免患者发生误吸情况。

1.3 观察指标

对比以及分析观察组、对照组脑梗死吞咽障碍患者的并发症发生率、满意度。

1.4 统计学处理

我院本次研究中均使用 SPSS26.0 软件, 将对照组脑梗死吞咽障碍患者以及观察组脑梗死吞咽障碍患者的并发症发生率、满意度指标进行统计, 本次研究内容中计数资料 (%) 进行检验, 计量资料 (T) 检验, 使用 $P < 0.05$ 表示本次研究中两组脑梗死吞咽障碍患者并发症发生率、满意度对比不同, 观察组、对照组两组患者指标均具有差异。

2 结果

2.1 对比并发症发生率

观察组脑梗死吞咽障碍患者的并发症发生率 7.55% 低于对照组患者 ($P < 0.05$), 见表 1 所示。

表 1: 分析观察组、对照组脑梗死吞咽障碍患者的并发症发生率

组别	例数 (n)	吸入性 肺炎 (n)	低蛋白 血症 (n)	电解质 紊乱 (n)	并发症发生 率 (n; %)
观察组	53	1	1	2	4 (7.55)
对照组	53	5	5	1	11 (20.75)

注: 观察组和对照组 (脑梗死吞咽障碍患者) 相比较 $p < 0.05$ 。

2.2 对比满意度

观察组脑梗死吞咽障碍患者满意度 98.11% 和对照组满意度 84.91% 具有显著差异 ($P < 0.05$), 见表 2 所示。

表 2: 分析观察组、对照组脑梗死吞咽障碍患者的满意度

组别	例数 (n)	满意 (n)	一般 (n)	不满意 (n)	满意度 (n; %)
观察组	53	50	2	1	52 (98.11)
对照组	53	40	5	8	45 (84.91)

注: 观察组和对照组 (脑梗死吞咽障碍患者) 相比较 $p < 0.05$ 。

3 讨论

研究显示, 吞咽障碍为临床神经系统疾病患者常见的并发症, 若未及时处理, 易导致严重后果发生, 而对该类患者实施一项有效的护理方式较为重要。因此, 我院对早期筛查评估及康复护理对脑梗死吞咽障碍的应用疗效进行分析^[3-4]。

首先对脑梗死吞咽障碍患者进行早期筛查评估, 能使护理人员充分了解每位脑梗死吞咽障碍患者的病情, 将评估结果记录完毕后, 再对患者实施针对性护理计划, 对脑梗死吞

(下转第 52 页)

断,在手术过程中医师必须对病灶有所了解,能准确定位病灶,这就要求医师不仅工作经验丰富,还要对病灶的结构有所了解,不然会导致盲目性手术,对患者的神经组织产生一定损伤,而且术后还会引发神经功能缺失的情况^[2]。近年来,超声仪器不断的发展,图像的清晰度也在逐渐改进,在神经外科手术中应用也是越来越广泛。超声不能对骨骼内部结构完全显示出来,但可以在术中去除骨瓣之后,能清晰将肿瘤形状、体积以及和周边组织的关系完全显示出来。便于医师在手术过程中,规避血管和神经^[3],不仅对机体产生的损伤较小,还能彻底清除病灶,提高手术效果。

通过本次研究,术中应用实时超声引导在神经外科手术,显示病灶机率非常高,还能将病灶的具体位置、体积等相关信息显示出来,有效的提高了神经外科手术的安全可靠性,整体提高神经外科治疗效果。

超声技术不断的发展,超声技术可在多方面发挥着重要的作用,对于颅脑损伤患者:可以将患者的大脑结构、脑部损伤显示出来,有利于医师评判损伤程度,对于脑挫裂伤实施血肿清除术时,可及时检测出迟发型血肿,能降低术后发生脑疝的机率^[4]。对于血管性疾病患者:例如动静脉畸形切除手术,先确定好供血动脉和引流静脉的数量和具体位置是手术成功最为重要的环节^[5],对患者应用彩色多普勒超声检查,从而确定血管所处的具体位置和性质,为医师提供信息。对于无法确认的患者可应用超声造影,利于手术顺利开展。对于肿瘤性疾病患者:对室管膜瘤和脑膜瘤患者进行切除的

时候,超声检查有利于将肿瘤周边的情况准确显示出来,便于医师手术,提高成功率。实时超声引导能弥补核磁共振和 CT 诊断不足之处。在手术过程中应用超声,只可在骨窗内进行扫查,骨瓣的部位和大小会影响超声的检查范围和对病灶的显示情况。术中应用超声显示切面不够标准,所以,医师一定要对中枢神经系统解剖掌握熟练,才可做出正确的判断实施手术操作。

综上所述:实时超声引导在神经外科手术中,有利于将病灶的体积、具体位置等相关信息显示出来,可实时监控病灶切除集成,手术结束后,能检查是否有残留病灶组织。实现降低对机体损伤,提升手术治疗效果的目的。

【参考文献】

- [1] 郭宏燕,杨秀华,张羽,等.术中灰阶及彩色多普勒超声在颅内病变诊断中的应用价值[J].中华医学超声杂志:电子版,2011,8(1):149-157.
- [2] 姜晓峰,牛朝诗,傅光明,等.术中实时超声导航在脑深部肿瘤切除术中的应用[J].中华神经医学杂志,2010,9(9):922-926.
- [3] 何文,贺焱,王立淑,等.术中介入性超声在神经外科的应用[J].中华医学超声杂志:电子版,2010,7(10):1602-1608.
- [4] Prada F,Perin A,Martegani A,et al. Intraoperative contrast-enhanced ultrasound for brain tumor surgery[J].Neurosurgery,2014,74(5):542-552.
- [5] Serra C,Stauffer A,Actor B, et al. Intraoperative high frequency ultrasound in intracerebral high-grade tumors[J].Ultraschall Med,2012,33(7):E306-E312.

(上接第 49 页)

方法对比,子宫背带式缝合术具备很多优势,缝合术操作简单快捷,提高止血效率,止血效果持久可靠^[5]。但在进行缝合时需注意,缝线不可过紧也不可过松,要适度用力,拉线过紧影响子宫血液供应,可能造成子宫缺血,拉线过松,不能有效挤压子宫肌壁血管,止血失败^[6]。

本文通过实验数据表明,子宫背带式缝合术治疗剖宫产术后出血,术中出血量明显减少,剖宫产术后出血患者手术时间、住院时间明显缩短,治疗效率提高 18.18%,腰痛、下腹胀痛、白带异常、月经不调、盆腔炎等并发症出现率降低 27.27%,通过数据证实,子宫背带式缝合术治疗剖宫产术后出血效果较优,值得临床上借鉴使用。但造成产妇产后出血的原因不尽相同,所以在治疗过程中,主治医师应根据患者出血原因、出血量等具体情况,酌情选择止血方法。

(上接第 50 页)

咽障碍患者实施康复护理,从患者心理、吞咽功能等方面进行干预,能改善患者的负面情绪,促进患者积极配合吞咽功能训练,吞咽功能训练包括咽部康复训练、颈部活动训练以及舌肌康复训练,多数患者实施上述训练后,吞咽功能均恢复良好,还能有效降低吸入性肺炎、低蛋白血症、电解质紊乱等并发症,促进脑梗死吞咽障碍患者较快恢复健康^[5-6]。

经研究表明,观察组脑梗死吞咽障碍患者的并发症发生率 7.55% 低于对照组患者 ($P < 0.05$),观察组脑梗死吞咽障碍患者满意度 98.11% 和对照组满意度 84.91% 具有显著差异 ($P < 0.05$)。

综上所述,通过对脑梗死吞咽障碍患者实施早期筛查评估及康复护理,取得显著效果,值得推广和应用。

【参考文献】

- [1] 杨宏梅.子宫背带式缝合术联合卡前列素氨丁三醇治疗剖宫产术后出血的临床分析[J].中外医学研究,2017,15(1):123-124.
- [2] 张雪梅.子宫背带式缝合术治疗剖宫产术后出血疗效[J].当代医学,2015,21(6):104-105.
- [3] 陈丽莹.子宫背带式缝合术在剖宫产术中出血的应用[J].实用妇产科杂志,2013,29(10):794-795.
- [4] 吴柳鸾.子宫背带式缝合术治疗剖宫产术后宫缩乏力性出血 48 例疗效分析[J].现代医药卫生,2015,31(3):400-401.
- [5] 孙炜.子宫背带式缝合术治疗剖宫产术后出血的疗效评价[J].中国当代医药,2016,23(19):131-133.
- [6] 况常娜.剖宫产术中产后出血子宫背带式缝合术治疗的效果[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(5):117-119.

- [1] 柯丽清,林锦霞,易冬娟等.出院计划对脑梗死吞咽障碍患者自我照护能力影响的评价[J].中国社区医师,2016,32(27):141-142.
- [2] 冀书娟.神经肌肉电刺激对脑梗死吞咽障碍患者疗效及不良心理的作用[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(22):42-43.
- [3] 姚东陵,宋扬,姚东月等.70 例脑梗死吞咽障碍患者的鼻饲护理分析[C].//第十四届全军神经病学专业学术会议暨第十届中国神经病学学术会议论文集.2013:148-148.
- [4] 王敏,符晓艳,江礼等.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].中国临床护理,2017,9(3):210-213.
- [5] 刘海波,耿爱香,赵东英等.冰刺激联合康复治疗脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难患者的疗效观察及护理[J].护士进修杂志,2012,27(22):2050-2051.
- [6] 丁国英,朱玲玲,张艳等.胃造瘘管饲用于脑梗死吞咽功能障碍患者的效果观察[J].护理与康复,2012,11(7):660-661.