

观察早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用

马吉芬

十堰市太和医院神经肿瘤诊疗中心 湖北十堰 442000

【摘要】目的 探究早期康复护理应用于听神经瘤术后吞咽功能障碍患者的临床疗效。**方法** 选取来我院治疗的听神经瘤术后吞咽功能障碍患者56例,56例患者均选取于2016年1月至2018年12月,采取随机抽取方式均分参照组28例、实验组28例。参照组患者对其常规护理,实验组患者在常规护理基础上,对其吞咽功能障碍早期康复护理。观察两组治疗效果,比较患者吸入性肺炎发生率。**结果** 经治疗后,实验结果显示,实验组治疗效果较好于参照组,组间数据对比差异存在统计学意义($p < 0.05$);参照组吸入性肺炎发生率明显高于实验组,组间数据对比差异存在统计学意义($p < 0.05$)。**结论** 早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用价值很高,效果明显,可促进患者吞咽功能恢复,减少吸入性肺炎发生,值得推荐。

【关键词】 吞咽功能障碍; 听神经瘤; 早期康复护理防

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 07-086-02

起源于听神经的疾病听神经瘤是一种常见的神经外科肿瘤,极难治疗,由于肿瘤部位不显而易见,且周围神经结构较多,手术极可能造成神经损伤。发生神经损伤之后,患者就会出现吞咽困难,饮水困难。吞咽功能障碍患者如果不及时接受护理,失误吸入食物或者液体,容易导致患者肺部感染,严重的甚至会导致患者窒息及死亡,不容忽视。为了吞咽功能障碍患者身体健康,早期的康复护理是必要的,本文旨在探究早期康复护理应用于听神经瘤术后吞咽功能障碍患者的临床疗效。结果如下:

1 基本资料与方法

1.1 基本资料

选取时间2016年1月至2018年12月治疗的56例吞咽功能障碍患者。采用随机抽取的方法,将56例患者分成两组,参照组28例,男女比例18:10,年龄在23岁到61岁之间,平均年龄(44.5 ± 7.8);实验组28例,男女患者比例为15:13,年龄在22岁到61岁之间,平均年龄(48.2 ± 8.1)。所有患者需要签署知情并且同意书,并且所有患者均检查确诊为听神经瘤患者,术后有明显的吞咽功能障碍。总56例均了解本组实验的内容和方法,对比其基本数据,组间差异性不存在($p > 0.05$)。

1.2 方法

参照组患者对其常规护理,实施干预前提是患者意识清楚、生命体征稳定及临床症状不在发展,48小时后进行常规护理。依据患者病情用药治疗,同时对患者生命体征进行监测,及时发现问题及时处理^[1]。

实验组在常规护理基础上,实施吞咽功能障碍早期康复护理,常规护理与参照组一致,同时对患者实施:1、心理干预,由于患者吞咽困难,饮水不便,极易产生心理负担,忧郁苦闷及烦躁的心态,这样对患者病情极其不利,护理人员要对患者进行心理疏导,给患者信心,培养患者积极向上心态,积极配合治疗,同时对家属要及时沟通,通过家属关系,培养患者良好心态,共同努力积极治疗。^[2]2、准备训练:患者应餐前半个小时,进行口腔护理训练,包含:咽部训练、舌肌训练、颊肌训练和咀嚼训练、发音训练、咳嗽训练^[3]。3、进食训练:首先要给患者创造一个舒适的饮食环境,协助患者进食,患者躯干需轻度向前屈曲,选择薄薄的小勺子进行喂食,且要注意食物的选择,对于重度患者,以糊状加碎

末状食物为主。喂食过程中,食物要置于患者健侧舌后部,便于患者吞咽。采取勺背轻压患者舌部方法,刺激患者吞咽,喂食后要及时清理口腔,避免误吸^[4]。

1.3 判定指标

对比两组患者治疗效果及吸入性肺炎发生情况。

1.4 统计学分析

对以上基础数据行SPSS20.0统计学软件进行检验,计数资料表示为[率(%)]行卡方计算;计量资料表示为($\bar{x} \pm s$),行t计算;经相关数据分析,组间数据存在差异性,用 $p < 0.05$ 表示,证明统计学存在意义。

2 结果

2.1 分析56例吞咽功能障碍患者的临床效果情况。

实验组和参照组吞咽功能障碍患者临床效果进行对比,对比存在明显差异性($p < 0.05$),具体内容见表1。

表1: 分析观察组和参照组吞咽功能障碍患者的临床效果对比

组别	治愈	有效	无效	临床效果
实验组(n=28)	16	10	2	26
参照组(n=28)	10	8	10	18
χ^2 值	6.7879			
p 值	< 0.05			

2.2 分析56例吞咽功能障碍患者的吸入性肺炎发生情况。

实验组和参照组吞咽功能障碍患者吸入性肺炎发生情况进行对比,对比存在明显差异性($p < 0.05$),具体内容见表2。

表2: 分析观察组和参照组吞咽功能障碍患者的吸入性肺炎发生情况对比

组别	发生	未发生
实验组(n=28)	1	27
参照组(n=28)	10	18
χ^2 值	9.1636	
p 值	< 0.05	

3 讨论

吞咽障碍主要是治疗听神经瘤术后造成的神经损伤,及牵拉患者的舌咽和迷走神经所导致,患者吞咽困难饮水不便,吞咽功能障碍患者如果不及时接受护理,失误吸入食物或者液体,容易导致患者肺部感染,严重的甚至会导致患者窒息及死亡,不容忽视。常规护理,主要是以鼻饲方式进行营养

(下转第89页)

向前,然后挺直躯干;两下肢分开先健侧后患侧轮流支持体重,基本稳定后,即可转入步行训练。

行走训练指导:患侧腿部肌力得到恢复时,可以开始使用步行辅助器来训练患者的步行,患者家属训练患者站立行走时要站在其的患侧,借助患者家属的内侧腿拖带患者患侧下肢向前行走,并可采用绷带系于患者足部,用健侧手将患侧肢体向前拉。这样一步一步的向前移动,开始下一个步态周期。当独立步行稳定后,再进一步训练复杂的步伐,如绕去圈走,上下台阶或楼梯,跨越障碍、转换方向等。

2.5 语言训练指导

语言的训练指导,其重点是练习患者舌的活动功能和发音肌群的动作。发音练习时,可以先用简单的词,例如像婴儿学语言一样,可以先教患者发爸爸、妈妈、狗、猫咪、吃饭等音,朗读一些简单的句子,例如报刊上的大标题,日常生活的常用语、以往爱说的口头常等等,例如吃饭、上班;教他以前熟悉的歌曲、诗歌和一些小调等这样一方面可锻炼患者的语言功能,另一方面还可以唤醒患者语言的记忆。还可以指导患者做口腔操:教患者撅嘴、鼓腮、龋牙、叩齿等动作,每个动作做5—10次,此为一个单元训练。总之,语言训练要先易后难,结合实际生活循序渐进的原则进行。这里也需要患者家属要有耐心,每天至少练习三次,每次半小时。另外,也要注意给患者一定的鼓励,以增强配合训练的信心。

2.6 心理护理的指导

2.6.1 在脑梗塞的病人中,因其其病变的部位、范围和程度的不同,可以出现各不相同的智力障碍、情绪、心理、行

为、性格等方面的不同,因此尊重患者,耐心倾听患者诉说,与患者谈话时声音要大,措辞应该简短清晰,重复重点,必要时可以使用辅助器材,例如助听器、识字卡等,以便更好的与沟通。

2.6.2 脑梗塞患者可能因偏瘫或失语从而感到自卑、消极,或因生活不能自理而导致性情急躁,易发怒,甚至出现厌世轻生,家属应注意多关心患者,多与患者沟通,给予患者精神及其物质方面的支持,解除患者的顾虑,稳定患者的情绪使患者懂得只要好好的配合治疗,认真做好康复训练,一定可以度过难关,逐渐康复。

3 小结

脑梗死致残率和复发率高达50%以上,随着脑梗死患者的致残率和复发率的不断提高,而且近年来康复医疗对偏瘫患者的功能治疗愈来愈明确,其功能障碍的恢复和生活质量的提高亦与护理极为密切。所以为了降低脑梗死患者的致残率和复发率,指导家属为病人做好出院以后的康复护理就显的至关重要。现我科室现由责任护士在患者出院前为其制定家庭康复护理计划,患者出院后通过采取定期电话采访,给予针对性指导,制定复诊时间等方式进行康复阶段评估,目前已取得了较好效果,通过对150例患者出院后的随访情况表明,91.2%患者的生活自理能力均有不同程度的提高,而且也受到患者及家属的一致好评。

参考文献:

[1] 黄明辉,黄伟容,成慧.脑梗死住院患者的健康教育[J].广州医药,2007,(6).

(上接第86页)

物质的摄取,此方法可以取得一定效果,但对患者身体会有一定影响,而吞咽障碍具有可逆性,不是永久损伤,所以早期护理是有必要的,患者健康是可以恢复的。对患者早期进行护理,针对心理及饮食指导,对患者恢复健康有重要意义^[5]。本文章旨在研究早期康复护理应用于听神经瘤术后吞咽功能障碍患者的临床疗效,结果显示,其效果要比常规治疗好的多,疗效显著,有效的降低了患者吸入性肺炎的发生率,为患者康复起到了关键性作用。

综上所述,早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用价值很高,效果明显,可促进患者吞咽功能恢复,减少吸入性肺炎发生。

参考文献:

范玉莹,郑晓纯,杜爱红等.早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(18):155-156.

[2] 陈培培.康复护理对听神经瘤术后吞咽功能障碍的影响[J].中国卫生标准管理,2019,10(6):112-114.

[3] 朱凌云,汤丽萍,束玲玲等.早期护理干预在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者饮食护理中的作用[J].实用临床医药杂志,2015,19(2):44-46.

[4] 张丽华,乐革芬,李莺等.信息-动机-行为技巧模型在听神经瘤术后吞咽障碍病人中的应用[J].护理研究,2019,33(1):142-145.

[5] 石荷叶,何宗泽,张雯等.60例听神经瘤显微手术后并发症的观察与护理[J].四川医学,2010,31(4):551-552.

(上接第87页)

功能锻炼等。根据病情,适当地引入心理干预,借助音乐改善患者紧张情绪,同时尽可能减少患者的暴露,尊重个人隐私,这些对于减少谵妄的发生都起着重要作用。而在治疗过程中,合理地进行功能锻炼,包括被动的肢体活动、床旁站立等,不仅可以减少谵妄的发生,有利于患者身心的全面恢复,而且可以提高出院时生活能力。鉴于谵妄的高发率和其可能带来的不良影响,早期重视谵妄发生的影响因素,采取积极的优质护理,可能预防和减少谵妄的发生,促进危重症患者的良性转归。

综上所述,APACHE II评分、机械通气、呼吸衰竭、年龄等为急诊危重症病患谵妄发生的独立危险因素,而给予病患

有效的护理措施,有利于防止病患病情的进一步加重。

参考文献:

[1] 温成成,秦家碧.老年痴呆患者谵妄的研究现状及护理进展[J].海南医学.2019(04)

[2] 朱雯霏,李滢,何为,陈波,钱静,葛亚力.冠状动脉搭桥术后患者谵妄危险因素分析及护理对策[J].齐鲁护理杂志.2016(24)

[3] 黄丽,张燕华.中风后谵妄的相关因素分析及护理对策[J].当代护士(上旬刊).2018(06)

[4] 孙建华,郭海凌,孙丹丹,赵明曦,李奇,汤铂,朱振男,梁涛,王小亭.重症患者谵妄评估的现状调查及影响因素分析[J].中华护理杂志.2018(01)