

分析综合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者的应用价值

梁燕飘

广西柳州钢铁集团有限公司医院 广西柳州 545000

〔摘要〕目的 研究并分析综合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者的应用价值。方法 选取 2019 年 7 月-2020 年 6 月我院收治的脑卒中吞咽障碍患者 30 例作为研究对象, 双盲法分作 2 组。对照组采用常规护理, 观察组在常规护理同时配合综合康复训练, 比较两组应用效果。结果 治疗 2 周、4 周、8 周后, 观察组吞咽障碍评分 (SSA) 均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 综合康复训练用于脑卒中吞咽障碍, 能降低并发症发生率, 改善患者的吞咽功能障碍情况, 进而改善患者预后, 具有重要应用价值, 可以推广应用。

〔关键词〕综合康复训练; 脑卒中; 吞咽障碍; 应用价值

〔中图分类号〕R473.74 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 09-161-02

卒中后并发吞咽障碍发病率达 37%-78%, 一旦发生吞咽障碍, 会使患者出现营养不良, 影响机体的抵抗能力, 甚至并发感染^[1]。卒中后主要经胃肠道内营养, 吞咽障碍会增加误吸、吸入性肺炎风险, 导致电解质紊乱^[2]。本文对 30 例卒中后吞咽障碍患者为例, 分组行不同护理干预, 其中综合康复训练对患者的预后干预效果更为理想, 分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 7 月-2020 年 6 月我院收治的脑卒中吞咽障碍患者 30 例作为研究对象, 双盲法分作 2 组。对照组 15 例, 男 8 例, 女 7 例; 年龄 50-70 岁, 平均 (62.2±4.3) 岁; 卒中类型: 脑梗死 6 例, 脑出血 9 例; 观察组 15 例, 男 9 例, 女 6 例; 年龄 50-70 岁, 平均 (61.8±3.5) 岁; 卒中类型: 脑梗死 7 例, 脑出血 8 例; 两组资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 可对比。

纳入标准: ①符合脑卒中诊断标准。②经 CT、MRI 诊断确诊疾病类型。③经洼田饮水试验 ≥ 3 级, 存在吞咽功能障碍。④意识清晰, 可以配合临床治疗。⑤可耐受胃肠道内营养治疗。⑥知情研究并签署同意书。

排除标准: ①严重内分泌、胃肠道疾病。②严重心、肝、肾功能不全。③精神异常。④颅脑恶性肿瘤。⑤不配合治疗和护理、训练的患者。

1.2 方法

对照组采用常规护理, 对患者护理操作前, 倾听患者心声, 与患者主动积极沟通, 定期对患者和家属讲解卒中后吞咽障碍的护理方法, 通过问卷调查了解患者对疾病知识掌握情况, 指导家

属紧急处理方法。

观察组在此基础上采用综合康复训练, 冷冻棉棒对患者的颚、舌根和咽后壁等处进行刺激, 指导患者练产空咽动作, 每次训练 10min, 反复练习 3 次。指导患者对下颚、喉、脸等处进行训练, 每次训练 15min, 反复训练 3 次。练习鼓腮、吐气、微笑及皱眉等动作。如果患者的面颊无力, 对患者由外向内的口角进行按摩。指导患者练习咳嗽和深呼吸, 每次训练 15min, 每日训练 2 次, 指导患者深呼吸后, 屏气, 用力咳出。经过 8 周训练后, 比较两组干预效果。

1.3 观察指标

①对两组患者治疗前、治疗 2 周、治疗 4 周、治疗 8 周, 统计吞咽功能障碍评分 (SSA), 通过饮水试验、增加饮水量对患者的吞咽活动组织功能进行检查, 分值 17-46 分, 以得分高表示吞咽障碍严重^[3]。②记录两组并发症情况, 包括肺部感染、尿路感染、胃管反流压、腹胀腹泻和呛咳误吸等。③对两组治疗前后的营养情况进行记录, 评价指标包括血红蛋白 (Hb)、血清蛋白 (Alb) 和三酰甘油 (TG)^[4]。

1.4 统计学方法

使用 SPSS20.0 统计学处理, 计数资料用 (n/%) 表示, χ^2 检验, t 检验计量资料, 以 (均数 ± 标准差) 表示, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组吞咽功能障碍评分

治疗 2 周、4 周、8 周后, 观察组吞咽障碍评分 (SSA) 均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 比较两组吞咽功能障碍评分 (SSA) ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 8 周
观察组 (n=15)	40.99±4.58	37.10±4.05	31.45±4.38	25.16±3.98
对照组 (n=15)	40.58±4.62	39.98±4.77	35.66±4.87	31.45±3.85
t	0.2686	4.4269	4.2424	6.6429
P	0.6042	0.0353	0.0394	0.0099

2.2 比较两组并发症情况

观察组并发症发生率 6.7% (1/15) 低于对照组 40.0% (6/15),

$\chi^2=4.6584$, $P=0.0309$, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 比较两组营养情况

表 2: 比较两组营养情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Hb (g/L)		Alb (g/L)		TG (mmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=15)	125.02±2.08	120.72±1.63	36.95±3.02	35.12±2.80	1.29±0.35	1.55±0.52
对照组 (n=15)	124.95±2.11	105.34±1.85	36.87±3.10	30.22±2.57	1.28±0.41	1.05±0.42
t	0.0949	16.0000	0.0335	5.3846	0.0034	6.0000
P	0.7580	0.0000	0.8548	0.0203	0.9536	0.0143

治疗前, 两组营养指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组营养指标明显优于对照组, 差异有统计

学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

卒中后吞咽障碍患者, 临床不当护理会引发腹胀、反流, 甚至营养不良, 使卒中患者预后受到严重的影响。再加上长期卧床的影响, 患者缺乏生活自理能力, 社会功能差, 需要他人照顾才能完成基本的生活, 甚至产生焦虑、抑郁等情绪, 使疾病转归受到不良影响。所以, 对患者开展康复训练具有重要的作用, 不仅能改善营养状态, 还能控制不良情况发生, 从而改善患者的预后^[5]。卒中后吞咽障碍会导致肠胃功能紊乱, 影响胃肠的吸收功能, 甚至引发肺感染和尿路感染。对卒中后吞咽障碍患者, 通过训练吞咽功能, 可以改善吞咽灵活性。综合康复训练可以使患者掌握自身病情, 配合康复训练, 以此提高舌、下颏、咽等部位反射灵活性, 改善吞咽功能。

本次研究结果显示, 治疗 2 周、4 周、8 周后, 观察组吞咽障碍评分 (SSA) 均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组并发症发生率 6.7%(1/15) 低于对照组 40.0%(6/15), 观察组营养指标明显优于对照组, 与他人研究结果一致^[6]。可见, 综合康复训练用于脑卒中吞咽障碍, 可以改善患者的营养情况, 避免发生营养不良, 同时能降低卒中后并发症, 对于患者预后有着明显的改善作用。

着明显的改善作用。

综上所述, 综合康复训练用于脑卒中吞咽障碍, 能降低并发症发生率, 改善患者的吞咽功能障碍情况, 进而改善患者预后, 具有重要应用价值, 可以推广应用。

[参考文献]

- [1] 骆丽敏, 邓国敏, 冯利勉. 吞咽治疗仪配合综合康复护理对治疗脑卒中吞咽障碍患者临床效果的影响 [J]. 吉林医学, 2020, 41 (3): 715-717.
- [2] 金小红. 吞咽治疗仪配合综合康复护理治疗脑卒中吞咽障碍患者的效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14 (19): 22-23.
- [3] 李晓楠. 探讨分析综合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍患者的临床效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (71): 190-191.
- [4] 朱丽君. 综合康复护理对脑卒中吞咽障碍患者营养状况的影响 [J]. 慢性病杂志, 2016, 17 (1): 74-76.
- [5] 桑标楠. 康复训练联合针灸治疗对脑卒中后吞咽障碍的临床疗效 [J]. 智慧健康, 2019, 5 (34): 146-147.
- [6] 张青. 健康教育联合综合康复训练应用于脑卒中后吞咽障碍的临床疗效分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (15): 2512-2514.

(上接第 158 页)

- [2] 梁艳. 耳鼻喉科患者术后感染因素的探讨及干预对策 [J]. 饮食保健, 2020, 7(7):21.
- [3] 罗辉霞, 黄河. 综合干预对预防耳鼻喉科患者术后感染的

效果 [J]. 医学临床研究, 2018, 35(7):1325-1328.

- [4] 地力厚马尔·艾买提, 郑美. 手术室优质护理应用在耳鼻喉科手术中的临床效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20(41):259, 261.

(上接第 159 页)

同时, 其在吸收渗液后, 能够膨胀 12 倍, 在吸收渗液后, 敷料中所具有的亲水性高分子颗粒会形成类似于凝胶的半固体物, 并附着于伤口的基底位置, 以提供并维持伤口愈合所需的湿性环境。

3.3 水胶体敷料具有粘性, 可以密闭伤口, 密闭环境能够促进微血管得到增生, 且肉芽组织也能够形成; 同时, 还可以降低伤口局部所具有的氧分压, 可以促进伤口的自溶清创, 减少痂皮的形成, 阻止微生物侵入, 降低伤口感染的发生, 加速伤口的愈合。

3.4 水胶体敷料含有内源性的酶, 能够促进纤维蛋白的溶解, 且其所具有的密闭环境有利于巨噬细胞清除各个坏死组织。

4. 结果

水胶体敷料在腹膜透析患者导管口中的应用, 能够很好的促进导管口皮肤的愈合, 并更好的保护且固定腹膜透析的导管, 提高了患者的舒适度、满意度, 值得临床中大力推广与使用。

[参考文献]

- [1] 徐曼, 周琼荣, 谭莲, 等. 水胶体敷料联合湿热敷对动静脉内瘘穿刺后血肿的影响 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(16):90-93.
- [2] 郭红梅, 李丽, 王瑜, 等. 康惠尔水胶体敷料治疗三伏贴皮肤不良反应 50 例护理体会 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18(8):1452-1453.
- [3] 翁婵媛, 陈凌燕, 解艳红, 等. 水胶体敷料与聚维酮碘联合光照对压疮感染患者创面愈合的疗效 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(12):1839-1841, 1855.
- [4] 张丽君, 赵欣辉. 水胶体敷料治疗难愈性皮肤溃疡患者的效果与初步机制分析 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(3):226-229.
- [5] 王文华, 韩晓梅, 姬响华, 等. 水胶体敷料对压疮合并中重度感染的临床疗效 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(6):949-952.

(上接第 160 页)

决看得好病的问题。制度建设方面, 一是推进家庭医生签约服务, 完善医疗保障制度, 分级诊疗制度的同时, 要坚决杜绝医签而不约、分级诊疗制度停在纸上、挂上墙上的问题。

(三) 增强健康扶贫制度可持续性

部门协同是健康扶贫取得成效的关键因素。一是人人享有公平的健康权是公民的基本权利, 加大公共卫生、基本药物和基本医疗卫生服务的投入力度, 确保居民享有公平的健康福利。二是对边缘户、监测户、特殊困难户、因病返贫户等群体记忆一定的政策保障, 防止陷入困境, 也可以促进健康公平。三是加强医保制度与大病保险、医疗救助、养老保险、长期护理保险等有效衔接和动态调整。

(四) 开展多层次多渠道立体式健康宣教

综合运用舍家媒体、门户网站、网络视频、新媒体等传播载体, 将“互联网+”与健康扶贫相结合, 搭建健康扶贫新媒体宣传教育平台, 通过做好村村讲、五进五讲、村医培训、政策宣导,

与地方电台、报社等单位联系, 提高健康扶贫政策的知晓率和影响力。构建“健康扶贫走在前, 脱贫奔康就不难”的舆论氛围。

四、结语

为解决贫困与疾病恶性循环带来的贫困问题, 提高贫困地区的医疗卫生服务能力和医疗健康水平, 政府及相关部门制定了一系列有关健康扶贫的政策及措施, 这些政策和措施立足精准, 注重扶贫质量和效果, 动员全社会的扶贫力量, 使得健康扶贫工程取得了巨大成功, 健康扶贫实践不仅推动扶贫工作的进展, 同时还保障了对贫困群众的健康权利。但还需对当前成果进行评价分析, 系统、有针对性的对政策和措施实行过程中存在的问题进行诊断, 为政策和措施后续的调整找准方向和实现路径, 为打赢健康扶贫攻坚战, 实现健康中国战略提供指导性意见。对健康扶贫的效果评价、以评价推动工作, 要从医疗费用的改变、老百姓对健康知识知晓率变化、健康行为的量化等方面下功夫, 全面构建贫困地区群众大健康观, 以大健康观为引领全面推进健康扶贫, 实现群众健康水平的提升。