

摄食 - 吞咽培训配合激励式心理干预对急性脑卒中吞咽障碍患者锻炼依从性及心理痛苦指数的影响

陆 丽 苏 岑 吴美丽 张 娟 隆卫娟 王 丽 施 玮 董梅花*

江苏省镇江市妇幼保健院 江苏镇江 212000

〔摘 要〕目的 摄食 - 吞咽培训配合激励式心理干预对急性脑卒中吞咽障碍患者的护理效果以及对其锻炼依从性以及心理痛苦指数的影响。方法 选取 2019 年 1 月 ~ 2020 年 9 月在本院接受治疗的急性脑卒中吞咽障碍患者 92 例, 采用随机数表法分为观察组和对照组, 各有患者 45 例、47 例。其中观察组患者采用摄食 - 吞咽培训配合激励式心理干预, 对照组患者采用常规护理。检测对比两组患者的护理效果, 护理前以及护理后 2、4 周采用心理痛苦温度计 (DT) 和 Frankl 治疗依从性量表 (FCS) 分别评估患者的心理痛苦指数以及锻炼依从性; 护理前后, 检测两组患者营养状况指标, 并记录两组不良事件的发生率。结果 观察组患者护理总有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 不良事件误吸、吸入性肺炎 (SAP) 发生率均小于对照组 (均 $P < 0.05$); 护理后 2、4 周, 观察组患者的 DT、FCS 评分均低于对照组 (均 $P < 0.05$); 护理后, 观察组患者的营养指标白蛋白 (ALB)、血红蛋白 (Hb) 水平均高于对照组 (均 $P < 0.05$)。结论 摄食 - 吞咽培训配合激励式心理干预可显著改善急性脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能, 提高患者的锻炼依从性和营养状况, 降低心理痛苦指数和术后不良事件发生率。

〔关键词〕摄食 - 吞咽培训; 激励式心理干预; 急性脑卒中吞咽障碍; 锻炼依从性

〔中图分类号〕R473.74 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 01-002-03

〔基金项目〕项目名称: 脑卒中防治知识图应用研究 (SH2019032)

脑卒中是常见的神经系统疾病, 具有致残率高、致死率高、并发症多的特点^[1], 是危及人类健康的疾病之一。急性脑卒中患者神经系统损伤和神经内分泌紊乱等内源性机制能够引起患者语言障碍、认知障碍、心理障碍等一系列并发症, 其中吞咽障碍发生率为 37%-78%^[2], 会造成患者误吸、感染、营养不良等多种问题^[3-4], 进一步促进病情恶化。摄食 - 吞咽培训是急性脑卒中吞咽障碍患者常见的功能训练措施, 然而因急性脑卒中吞咽障碍患者心理社会失衡, 其焦虑、抑郁、痛苦等不良情绪易造成训练、治疗依从性降低, 护理效果不佳^[5]。研究表明, 激励式心理干预可有效提高患者的治疗信心, 提高护理质量^[6], 本研究对 45 例急性脑卒中吞咽障碍患者行摄食 - 吞咽培训、激励式心理联合干预, 观察其应用效果, 为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月 ~ 2020 年 9 月在本院接受治疗的急性脑卒中吞咽障碍患者 92 例, 采用随机数表法分为观察组和对照组, 各有患者 45 例、47 例。纳入标准: ①经临床检查, 患者属于急性脑卒中, 并存在吞咽障碍; ②患者在此次研究前并未接受过其他护理干预; ③患者的文化水平在初中以上, 同时不存在认知、交流障碍; ④患者及其家属自愿同意参与此次研究, 并签署知情同意书。排除标准: ①患者合并有恶性肿瘤; ②患者合并有严重消化道疾病; ③患者合并有严重心血管、肝肾衰竭等疾病。两组患者一般资料见表 1, 均不存在统计学意义 ($P > 0.05$), 本研究经伦理委员会允许。

表 1 两组患者一般资料的比较 [n/(%), $\bar{x} \pm s$]

组别	性别 (例)		学历			年龄 (岁)	病程 (年)
	男	女	初中及中专	高中	大专及以上		
观察组 (n=45)	30	15	10	18	17	45.00 ± 7.50	3.25 ± 1.04
对照组 (n=47)	31	16	11	20	16	46.10 ± 6.19	3.12 ± 1.02
t/ χ^2	0.005		0.140			0.769	0.605
P	0.943		0.933			0.444	0.547

1.2 方法

对两组患者均行常规急性脑卒中治疗措施, 控制病情发展, 并定期评估和检测患者各项生理指标变化情况, 及时采取并发症预防措施。两组患者护理干预时间均为 1 个月。

对照组: 采用常规护理干预。根据患者的实际情况对其进行康复训练, 护理人员全程护理中要保持耐心和爱心, 并要求家属多给予患者鼓励。

观察组: 采用摄食 - 吞咽培训配合激励式心理干预。步骤如下: (1) 护理人员对患者的病情发展、家庭背景、文化水平会进行评估, 后根据患者的实际采用通俗易懂的方式向

其介绍急性脑卒中、吞咽障碍等基本医学常识, 以及护理、康复训练的步骤以及目的。(2) 摄食 - 吞咽培训步骤。①选择小、浅勺, 训练食物应具有易消化、固体、不易松散的特点, 如香蕉、果冻等; ②体位: 尽量让患者保持坐立姿态, 需卧床者则抬高床头 30°, 使头部前屈; 偏瘫者坐起, 瘫痪侧采用枕头、被褥等撑起, 摄食训练时将食物从健侧送入; ③食量由 3.0mL 慢慢增加, 并在训练期间注意患者状态, 避免误吸。④患者在进行吞咽前, 向患者口中注射 2.0mL 水, 使其练习几次空吞咽步骤; ⑤患者下咽时, 指导其头部转向患侧, 使患侧咽道狭窄, 扩大健侧咽道, 帮助食物顺利进入; ⑥当

患者存在梨状隐窝残留时, 指导其左右转动颈部, 颈部前屈患者多做空吞咽, 避免食物挤出。(3) 情感激励。每当患者取得进步时, 及时给予表扬和鼓励; 同时告知其家属多陪伴和鼓励患者, 理解患者的不良情绪; 同时对存在不良情绪的患者进行主动交流, 对其表示认同和同情, 并一步步引导患者疏解自己的情绪。同时, 向患者介绍已经取得成功的病例, 并告知患者根据自身的病情发展以及训练进程是可以取得同样的成效的, 鼓励患者主动和医护人员“交流”, 主动听听音乐、看看喜欢的节目, 放松心情、配合训练。(4) 对于表现有效的患者, 可采取小礼品奖励的方式增加其成就感, 同时向其他患者传递训练信心。

1.4 观察指标

(1) 护理前后, 采用“才滕氏吞咽障碍 7 级评价法”^[7]对两组患者的吞咽状况进行评估, 级别评分与受测者的吞咽能力呈负相关, 若患者护理后的吞咽水平达到 7 级, 则为痊愈; 较护理前, 上升 1 个级别以上则为好转; 级别无增长, 则为无效, 计痊愈和好转之和为总有效率。(2) 护理前以及护理后 2、4 周, 采用心理痛苦温度计 (DT)^[8]对两组患者进行心理痛苦指数测量, Frankl 治疗依从性量表 (FCS)^[9]评估两组患者的训练依从性。DT 刻有 0~10 数字, 受测者根据自身的痛苦程度选择相对应的刻度, 0 表示无心理痛苦、10 为极度痛苦; Frankl 治疗依从性量表共有 1 个条目, 采用 4 级评分法, 4 分: 主动合作; 3 分: 配合治疗, 但态度冷淡; 2 分: 不配合; 1 分: 拒绝, 并表现痛苦。(3) 护理前后, 抽取患者外周静脉血 4mL, 全自动离心机离心 15min, 取上层清液, 全自动生化检测仪 (Roche, 德国) 结合比色法检测两组患者的白蛋白 (ALB)、血红蛋白 (Hb) 水平。(4) 观察记录两组患者治疗后不良事件的发生情况, 主要包括误吸、吸入性肺炎 (SAP)。

1.5 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件处理数据。计数资料以 $n(\%)$ 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 两组间行独立 t 检验, 护理前后行配对 t 检验, 护理前以及护理后 2、4 周的 DT、FCS 对比采用重复方差分析。检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组护理效果对比

观察组总有效率为 93.33%, 高于对照组的 76.60% ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组护理效果对比比 $[n(\%)]$

组别	痊愈	好转	无效	总有效率
观察组 ($n=45$)	15 (33.33)	27 (60.00)	3 (6.67)	42 (93.33)
对照组 ($n=47$)	7 (14.89)	29 (61.70)	11 (23.40)	36 (76.60)
χ^2				4.992
P				0.025

2.2 两组患者 DT、FCS 对比

表 3 两组患者 DT、FCS 对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	指标	护理前	护理后 2 周	护理后 4 周
观察组 ($n=45$)	DT	8.01 $\pm$ 1.04	5.01 $\pm$ 0.33**	2.08 $\pm$ 0.11*
	FCS	3.01 $\pm$ 0.65	2.00 $\pm$ 0.60	0.76 $\pm$ 0.21
对照组 ($n=47$)	DT	7.98 $\pm$ 1.20	6.00 $\pm$ 0.77**	3.97 $\pm$ 1.25*
	FCS	3.00 $\pm$ 0.71	2.54 $\pm$ 0.55	1.05 $\pm$ 0.33

注: 与手术第 1d 比较, * $P < 0.05$; 与护理后 4 周比较, ** $P < 0.05$

护理前, 两组患者的 DT、FCS 无差异 ($P > 0.05$), 护理后 2、4 周的 DT 指数、FCS 均下降 ($P < 0.05$), 且护理后

4 周 DT 指数、FCS 均低于护理后 2 周 ($P < 0.05$); 两组患者 DT、FCS 的分组因素和时间因素存在交互效应, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 分组因素和时间因素也存在统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者护理前后营养水平对比

护理前, 两组患者营养指标 ALB、Hb 均无差异 ($P > 0.05$); 护理后, 两组 ALB、Hb 均增加 ($P < 0.05$); 且观察组护理后的参数均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者营养情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ALB (g/L)	Hb (g/L)
观察组 ($n=45$)	护理前	26.05 $\pm$ 3.00	76.39 $\pm$ 10.00
	护理后	35.02 $\pm$ 4.66**	100.08 $\pm$ 13.51**
对照组 ($n=47$)	护理前	25.50 $\pm$ 3.41	77.01 $\pm$ 9.85
	护理后	30.00 $\pm$ 6.00*	92.00 $\pm$ 5.18*

注: 与同组护理前比较, * $P < 0.05$; 与护理后的对照组比较, ** $P < 0.05$

2.4 两组患者不良事件发生情况对比

观察组误吸的发生率为 8.8%, 小于对照组的 31.11% ($P < 0.05$); 观察组 SAP 发生率为 0.00%, 小于对照组的 8.51% ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者不良事件的对比 $[n(\%)]$

组别	误吸	SAP
观察组 ($n=45$)	4 (8.89)	0 (0.00)
对照组 ($n=47$)	14 (31.11)	4 (8.51)
χ^2	6.380	4.004
P	0.012	0.045

3 讨论

3.1 摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可改善急性脑卒中吞咽障碍患者的心理状态

急性脑卒中患者神经功能的损害, 易造成吞咽障碍、语言障碍等多种并发症, 严重影响患者生理和心理健康^[10-11]。对急性脑卒中吞咽障碍患者进行康复训练, 不仅能够增强患者的社会活动参与能力, 同时也能减轻其家属和医护人员的工作量^[12-13]。缓解患者不良的心理情绪和提高康复训练效果是临床中难点和重点, 本研究对其行摄食-吞咽培训配合激励式心理护理, 发现护理效果显著, 研究结果见下。

本研究结果显示, 护理后, 两组患者的 DT 均呈现下降趋势, 证实一定的护理干预行为可降低急性脑卒中吞咽障碍患者的心理压力, 同时观察组患者的 DT 评分较同时期的对照组更低, 则说明摄食-吞咽培训配合激励式心理干预对患者心理的影响更大。这可能是因为急性脑卒中合并吞咽障碍者丧失了部分的生活自理能力, 在生理和心理上对其都是重大的打击; 而传统的护理理念对患者饮食、康复训练方式过于强硬, 忽视了患者的心理需求。而在本研究中, 护理人员采取激励式心理配合康复训练, 可以激发患者的自我意识、增强治疗信心, 从而降低其心理负担。蒋彦彦等人^[14]的研究中也表示, 激励式心理能够促进各项护理措施配合的, 加快患者症状的恢复。

3.2 摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可提高急性脑卒中吞咽障碍患者的训练配合度

研究结果显示, 护理 2、4 周观察组患者的 FCS 评分显著降低、且低于对照组, 说明该组患者锻炼依从性高于后者, 配合干预之所以能够显著提高患者的锻炼依从性是因为在本研究中, 根据患者的实际情况为其制定合适的训练方案, 可提高患者的训练效果; 同时对患者的进步及时表扬, 可提高

自我认同感和康复的信心,给予礼物奖励更是强化患者的自豪感^[15],同时,也能激励其他的患者更加努力配合训练。急性脑卒中吞咽障碍患者的神经功能受损、自理能力降低,生活需依耐他人的帮助^[16-17],在康复训练中关注其情绪变化,并主动沟通疏导,是避免其自尊心过强、产生抵抗心理的有效措施,从而提高其训练配合度。

3.3 摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可改善急性脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能

本研究结果发现,观察组患者吞咽功能改善总有效率高于对照组,说明摄食-吞咽培训配合激励式心理干预对于急性脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的改善作用更加显著。首先该组患者心理痛苦的降低以及锻炼配合度的提高是该组患者吞咽功能显著改善的重要原因,此外激励式心理干预可改善患者的心理状态,有助于提高治疗效果,联合摄食-吞咽培训能提高培训训练效果,改善患者预后。

3.4 摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可改善急性脑卒中吞咽障碍患者的营养状态、降低不良事件发生率

吞咽障碍患者进食困难,患者所存在的心理障碍也会影响其进食欲望。当机体长期热量不足,精神不振,易出现营养不良状况^[18],血液 ALB 降低,不仅会造成抗应激能力弱,还会增加机体并发多种并发症。同时,Hb 是输送养分的重要蛋白,与机体各器官组织氧气、营养物质的供应情况存在高度相关性,因此其浓度与机体的营养状态也呈正相关。本研究结果发现,观察在患者护理后 ALB、水平均较对照组显著升高,说明摄食-吞咽培训配合激励式心理干预还能显著改善患者的营养状况、提高患者机体免疫力,本研究中观察组患者不良事件发生率低于对照组也可能与此有关。

综上所述,摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可显著提高急性脑卒中吞咽障碍患者锻炼依从性,降低其心理痛苦指数,改善吞咽功能、降低不良事件的发生率,值得在临床护理中推广应用。

【参考文献】

- [1] 宗敏茹,庞灵,郑兰娥,等.间歇性管饲结合吞咽训练治疗脑卒中气管切开后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(12):925-927.
- [2] 吕孟莉,柳俊杰,王艳冬.首发脑卒中患者吞咽障碍居家饮食护理方案的制订及应用[J].中华护理杂志,2019,54(7):975-981.
- [3] 谢振英,陈玉娟.跨理论模型联合链式护理对脑卒中吞咽障碍患者营养状态的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(24):4543-4545.

[4] 方杰,张亚琴,姚依吟,等.改变食物形态配合吞咽训练干预对脑卒中吞咽障碍患者误吸发生率,营养状态及免疫功能的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(21):3928-3931.

[5] 管文娟,陈霞,胡伟,等.过程指标在急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复中的应用价值[J].安徽医学,2020,41(5):96-99.

[6] 刘军,刘艳.激励式心理护理对孕妇自然分娩率、自我管理能力及母婴结局的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(8):1411-1413.

[7] 藤岛一郎.假性球麻痹に対する咽下障害リハビリテーション[J].神经内科,1997,47(1):32-39.

[8] 张叶宁.心理痛苦温度计中文版在中国癌症患者中应用的信度和效度研究[D].北京:北京大学临床肿瘤学院,2010.

[9] 张萍,莫霖,李霞,等.认知行为疗法对化疗癌症患儿治疗依从性及免疫功能的影响[J].重庆医科大学学报,2019,44(2):221-226.

[10] 秦延京,王亮,李巍,等.基于食物形态调整的摄食训练改善脑卒中后吞咽障碍的效果研究[J].中华现代护理杂志,2020,26(4):509-513.

[11] 王爱霞,刘延锦,董小方,等.间歇经口管饲法对脑卒中吞咽障碍患者舒适度及吞咽功能的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(3):305-309.

[12] 高佳秀,周鸿飞.项丛刺疗法结合吞咽功能训练治疗脑卒中吞咽障碍疗效观察[J].中国针灸,2020,40(6):586-590.

[13] 陈秀芳,王朝军,相松飞,等.团队式延续性护理对脑卒中吞咽功能障碍患者预后的影响[J].中华全科医学,2020,18(1):164-166,170.

[14] 蒋彦彦.激励式心理干预联合中药塌渍对带状疱疹后遗神经痛患者症状改善,睡眠质量及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(21):3932-3935.

[15] 陈丽萍,刘荣华.激励式心理干预配合放松训练在引产患者中的效果[J].中国医药导报,2019,16(26):168-171.

[16] 居磊磊,金星,孟兆祥,等.镜像疗法引导的运动想象训练治疗急性期脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(9):671-673.

[17] 李苑媚,何任红,陈玉美,等.脑卒中急性期病人吞咽功能状况分析[J].护理研究,2020,34(9):1644-1645.

[18] 杨江胜,朱祖福,沈丽萍,等.急性脑卒中伴吞咽障碍患者不同时期肠内营养支持的疗效比较[J].实用医学杂志,2019,035(019):3053-3056.

(上接第 1 页)

以及死亡等问题^[3]。一般治疗中多采用开腹手术干预,在胆管切开与 T 管引流术的配合下,将胆管内结石做有效清理,同时进行引流^[4]。但是手术创伤较大,容易引发多种操作困难。而通过超声引导下的 PTCD 手术,属于相对微创的治疗方法。通过超声引导穿刺,可以更快地改善胆道梗阻等疾病症状,保持通畅的引流,有关感染症状也会得到快速的改善。该手术方式操作相对简单,减少了手术时间,降低手术出血量,同时手术创伤相对较小,疾病改善更为迅速,手术治疗恢复也快。

总而言之,急性梗阻化脓性胆管炎采用超声引导 PTCD 治疗,可以有效地加快治疗恢复速度,提升患者存活率,减少

并发症,整体治疗恢复情况更好。

【参考文献】

- [1] 易凡.ERCP 在急性梗阻性化脓性胆管炎治疗中的临床应用效果[J].当代医学,2021,27(32):168-169.
- [2] 孙晓萌,王国兴.血清钙水平与急性梗阻性化脓性胆管炎疾病严重程度的相关性[J].中国医师杂志,2021,23(10):1448-1451,1456.
- [3] 朱昱,莫卫东.微创技术在急性梗阻性化脓性胆管炎治疗中的应用[J].国际外科学杂志,2021,48(10):690-694.
- [4] 杜紫雷.CT 引导下经皮经肝胆管穿刺引流术对急性梗阻性化脓性胆管炎患者的临床应用研究[J].中国医学工程,2021,29(08):123-125.