吞咽障碍患者临床惰性现状及影响因素分析

苏 婷 汤燕萍

福建省龙岩市中医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 探究吞咽障碍患者临床惰性现状并分析其影响因素。**方法** 于2021年3月至2023年3年随机选取就医于福建省龙岩市某医院的90名患者为研究对象,采用一般情况问卷、自我效能问卷对患者进行调查。**结果** 共收到有效问卷89份,问卷有效回收率为98.88%,出现临床惰性的患者有46例(51.69%),自我效能问卷得分为,Logistic回归分析结果显示,自我效能、自理能力、NHSS评分、洼田饮水试验分级及抑郁状态为吞咽障碍的影响因素。**结论** 自我效能、自理能力、NHSS评分、洼田饮水试验分级及抑郁状态为吞咽障碍患者临床惰性的危险因素,建议针对性地制定干预措施对患者进行干预。

【关键词】 吞咽障碍; 因素; 临床惰性**【中图分类号】** R473**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1007-3809 (2024) 04-001-03

吞咽障碍是卒中患者常见的并发症,其发生率高达45%~78%^[1-2]。吞咽困难时患者无论是吃任何食物,如面条还是粥类,都无法进行进食,即使饮水也只是会出现少量的水进入食道,到达胃部。大部的水都无法进入胃内,从而造成饮水呛咳,同时在咽喉部或者气管处存在哽咽感,常引起吞咽障碍营养不良、吸入性肺炎、误吸等多种并发症^[3-5],严重者可引起患者窒息而死亡,严重影响患者的生活质量^[6-7]。因此对于吞咽障碍患者来说,规律进行康复训练对于患者至关重要,然而吞咽障碍康复期较长,一般至少3个月,且康复项目较多,因此约有50%的患者会出现临床惰性^[8-9]。“临床惰性”的定义是“需要时未能改进治疗”的一种常见现象,常出现在康复周期较长,需要较强的依从性的慢性病患者。一旦患者出现临床惰性,将会延缓患者康复,甚者耽误患者的康复治疗,基于此开展了本研究,以期了解吞咽障碍患者临床惰性现状及影响因素,为此类患者临床惰性的克服提供借鉴。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

于2023年3月至2023年3年随机选取就医于福建省龙岩市某医院的90名患者符合纳排标准的患者为研究对象。纳入标准:意识清楚且存在吞咽障碍;能配合进行吞咽障碍相关康复治疗;知情同意且自愿参加本研究。排除标准:患有严重的心血管肾疾病。本研究经过研究所在医院伦理委员会的同意。

1.2 资料搜集

(1) 吞咽障碍临床惰性的鉴定:连续两次或两次以上未进行如下吞咽障碍康复训练项目:舌训练、唇部练习、下颌

练习、面部及腮部练习、刺激咽部训练。(2) 一般资料问卷:包括患者年龄、婚姻状况、学历、卒中类型、NHSS评分、性别、家庭年收入、洼田饮水试验分级、抑郁状态、慢性并种类、自理活动能力指数等。(3) 自我效能问卷:本研究使用的问卷由Taylor等学者修订^[10],共包括10个条目,采用李克特四级评分法,从“完全不正确”到“完全正确”依次评分“1-4分”,若条目得分均分 ≥ 3 分为水平较高。在该研究中该量表的Cronbach's α 系数为0.85,重测信度为0.81,信效度符合要求。

1.3 统计学方法

描述性分析:计数资料采用率和百分比表示。

探索性分析:出现临床惰性组和未出现临床惰性组之间比较采用卡方检验。采用Logistic回归进行临床惰性的多因素分析。

2 结果

2.1 不同特征的吞咽障碍患者临床惰性的单因素分析

单因素分析结果显示,年龄、NHSS评分、有无配偶、学历、抑郁状态、洼田饮水试验、自我效能、自理能力指数、洼田饮水试验分级为患者临床惰性的影响因素,具体见表1。

2.2 吞咽障碍患者临床惰性的logistic回归分析

以是否出现临床惰性为因变量,以年龄、NHSS评分、有无配偶、学历、抑郁状态、洼田饮水试验、自我效能、自理能力指数、洼田饮水试验分级为自变量进行logistic回归分析。结果显示自我效能、自理能力、NHSS评分、洼田饮水试验分级及抑郁状态为吞咽障碍患者临床惰性的影响因素($P < 0.05$;调整后 $R^2=0.578$; $F=49.678$),见表2。

表2: 吞咽障碍患者临床惰性单因素分析

影响因素	b	S.E.	Wald χ^2	OR	P	95%CI
NHSS评分	0.624	0.242	6.640	1.866	0.000	1.345 ~ 2.506
洼田饮水试验分级	0.623	0.183	11.600	1.763	0.000	1.108 ~ 2.724
自理能力分级	0.456	0.146	12.460	1.203	0.000	1.115 ~ 2.509
抑郁状态	-0.657	0.250	6.994	-1.968	0.000	1.287 ~ 2.712

3 讨论

3.1 自我效能及自理能力为吞咽障碍患者临床惰性的影响因素

本研究结果显示自我效能越高及自理能力得分较高的患者临床惰性出现频率较低,说明自我效能高及自理能力得分较高的患者规律进行康复锻炼的积极性越高。自我效能(self-

efficacy)指一个人在特定情景中从事某种行为并取得预期结果的能力,它在很大程度上指个体自我对自己有关能力的感觉^[11]。自我效能也是指人们对自己实现特定领域行为目标所需能力的信心或信念,简单来说就是个体对自己能够取得成功的信念,即“我能行”^[12]。自我效能高的患者对自己的康复锻炼的意愿较强烈,且能有效地调动身边的人、财、物等

资源进行有效的功能锻炼,且功能锻炼的依从性较强,较不容易出现临床惰性现象。自理是指个人能够独立完成自身日常生活所需的各项活动,如饮食、穿衣、洗漱、如厕、行走等。自理能力是评价一个人生活自理水平的重要指标之一^[13]。自理能力高的患者独立完成某项工作的能力较强,因此在自我效能较高,因此获得的成就感也较强烈,在正向反馈的刺激下,更能有效地追逐更高的康复锻炼目标,因此也较不易出现临床惰性。

3.2 洼田饮水试验和NHSS评分

多因素Logstic分析结果显示洼田饮水试验和NHSS评分为患者惰性的影响因素,可能与以下因素有关。洼田饮水试验是洼田饮水试验是日本学者洼田俊夫提出的评定吞咽障碍的实验方法,此量表分级明确清楚,因其操作简便为临床常用的评估工具。洼田饮水试验测评分级较低的患者吞咽功能障碍程度较低,患者完成各项功能训练的难度较低^[14],因此各项功能锻炼的依从性较好。NHSS是评判卒中后患者神经功能障碍缺损程度的评估工具,此项评分越高,患者神经功能缺损程度越严重,患者可能存在功能障碍程度越严重,进行康复功能锻炼需调动的人力、物理、财力及社会支持力量较多^[15],患者由于需长期规律调动如此多方的力量,方能进行有效的功能康复训练,在长期枯燥的功能锻炼中往往会出现各种负性情绪,因此较易出现临床惰性。

3.3 抑郁状态

本研究显示抑郁程度越严重的患者较易出现临床惰性,可能是由于抑郁状态的患者情绪低落和兴趣减退或快感缺失,思维迟缓,三无症状(无用,无助,无望),自责自罪,自杀观念和行,自知力缺失^[16],在这样的状态下,患者对各种事情的兴趣性降低,对各种事情提不起兴趣,因此较易出现临床惰性;此外抑郁症患者较易出现睡眠障碍,饮食及体重障碍,长期以往患者容易出现衰弱症状^[17],如身体虚弱、影响其他系统以及存在不良结局等,患者会出现各种不适症状,进而影响患者康复锻炼的积极性,进而出现临床惰性。

参考文献:

[1]ROFESL,MURIANA D,PALOMERAS E,et al.Prevalence,risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: a cohort study[J]. Neurogastroenterol Motil, 2018, 30(8): e13338.

[2]阮顺莉,郭菊红,陈茜,等.1025名居家60岁以上老年人吞咽障碍现状及其影响因素分析[J]. 护理学报, 2017, 24(20):41-44.

[3]李君,凌慧芬,孙丽凯,等.标准吞咽功能评价量表在预防老年脑梗死病人误吸中的应用[J]. 护理研究, 2014, (25):3090-3092.

[4]段前涛,刘燕,吴伟.护士为主导的分级管理策略在脑卒中术后吞咽障碍康复中的价值[J]. 国际护理学杂志, 2024, 43(3):421-425.

[5]韩芳,杨龙洋,陶璐,李君.早期吞咽功能训练对脑卒中气管切开吞咽功能障碍患者功能改善的影响[J]. 中国医师杂志, 2023, 25(8):1248-1252.

[6]李莎.脑卒中后吞咽障碍患者生活质量的相关因素[J]. 中国康复理践, 2016, 22(5):563-568.

[7]赵临凯,郝爱文,赵芳,等.自主学习反馈系统在卒中后居家吞咽障碍患者中的干预效果[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30(11):1521-1528.

表1:不同特征的吞咽障碍患者临床惰性单因素分析

因素	例数 (n/%)	临床惰性 (n/%)	χ^2	P 值
年龄			55.323	< 0.001
40-	11 (12.36)	4 (8.70)		
50-	15 (16.85)	5 (10.87)		
60-	54 (60.67)	29 (63.04)		
70-	9 (10.11)	8 (17.39)		
性别			0.387	0.497
男	43 (48.31)	21 (45.65)		
女	46 (51.69)	25 (54.35)		
NHSS 评分			54.698	< 0.001
1-4 分	11 (12.36)	2 (4.35)		
5-15 分	28 (31.46)	12 (26.09)		
15-20 分	36 (40.45)	21 (45.65)		
23 分以上	14 (15.73)	11 (23.91)		
配偶情况			6.125	0.008
有配偶	78 (87.64)	38 (82.61)		
无配偶 / 丧偶	11 (12.36)	8 (17.39)		
学历			6.894	0.023
小学及以下	25 (28.09)	14 (30.43)		
初中及中专	29 (32.58)	18 (39.13)		
高中	19 (21.35)	9 (19.57)		
大专及以上	16 (17.98)	5 (10.87)		
卒中类型			0.368	0.567
出血性	32 (35.96)	15 (32.61)		
缺血性	57 (64.04)	31 (67.39)		
抑郁状态			49.276	< 0.001
有	28 (31.46)	19 (41.30)		
无	71 (87.64)	27 (58.70)		
洼田饮水试验			59.679	< 0.001
1 级	0 (0.00)	0 (0.00)		
2 级	1 (1.12)	0 (0.00)		
3 级	32 (35.96)	3 (6.52)		
4 级	39 (43.82)	29 (63.04)		
5 级	17 (19.10)	14 (30.43)		
自我效能			49.945	< 0.001
大于 / 等于 3 分	47 (52.81)	11 (23.91)		
小于 3 分	42 (47.19)	35 (76.09)		
自理能力指数			65.234	< 0.001
重度依赖	19 (21.35)	17 (36.96)		
中度依赖	43 (48.31)	25 (54.35)		
轻度依赖	26 (29.21)	4 (8.70)		
无需依赖	1 (1.12)	0 (0.00)		
是否合并慢性病			0.134	0.987
是	76 (85.39)	40 (86.96)		
否	13 (14.61)	6 (13.04)		
家庭年收入			0.392	0.532
低	32 (35.96)	14 (30.43)		
中	45 (50.56)	28 (60.87)		
高	12 (13.48)	4 (8.70)		

[8]李殿江,潘恩春,王苗苗,等.基于医疗失效模式与效应分析框架的社区2型糖尿病临床惰性形成原因及对策研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(5):570-576.

[9]OKONUFA E C,SIMPSON K N,JESRI A,et al. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the healthy (下转第 11 页)

quantification of six alkaloid components from commercial stemonae radix by solid phase extraction-high-performance liquid chromatography coupled with evaporative light scattering detector [J]. Pharmacognosy Magazine, 2015, 11(42): 360.

[9] Li S L, Jiang R W, Hon P M, et al. Quality evaluation of Radix Stemonae through simultaneous quantification of bioactive alkaloids by high-performance liquid chromatography coupled with diode array and evaporative light scattering detectors [J]. Biomedical Chromatography, 2007, 21(10): 1088.

[10] Xu Y T, Hon P M, Jiang R W, et al. Antitussive effects of Stemona tuberosa with different chemical profiles [J]. Journal of Ethnopharmacology, 2006, 108(1): 46.

[11] Zhou X, Leung P H H, Li N, et al. Oral Absorption and Antitussive Activity of Tuberostemonine Alkaloids from the Roots of Stemona tuberosa [J]. Planta Medica, 2009, 75(6): 575.

[12] Xu Y T, Shaw P C, Jiang R W, et al. Antitussive and central respiratory depressant effects of Stemona tuberosa [J]. Journal of Ethnopharmacology, 2010, 128(3): 679.

[13] Xiang J, Cheng S, Feng T, et al. Neotuberostemonine attenuates bleomycin-induced pulmonary fibrosis by suppressing the recruitment and activation of macrophages [J]. International Immunopharmacology, 2016, 36: 158.

[14] Jung K H, Beak H, Park S, et al. The therapeutic effects of Tuberostemonine against cigarette smoke-induced acute lung inflammation in mice [J]. European Journal of Pharmacology, 2016, 774(1): 80.

[15] Fu S, Song X, Hu Y, et al. Neotuberostemonine and tuberostemonine ameliorate pulmonary fibrosis through suppressing TGF-beta and SDF-1 secreted by macrophages and fibroblasts via the PI3K-dependent AKT and ERK pathways [J]. Chin J Nat Med. 2023, 21(7):527

[16] 钱秀惠, 孙静, 付三汤, 等. 气管滴注 PM2.5 混悬液对肺纤维化小鼠的影响及新对叶百部碱的干预作用 [J]. 中国药科大学学报, 2021, 52(04):455

[17] Sun H, Dong W, Zhang A, et al. Ultra-performance liquid-chromatography with tandem mass spectrometry performing pharmacokinetic and biodistribution studies of croomine, neotuberostemonine and tuberostemonine alkaloids absorbed in the rat plasma after oral administration of Stemonae Radix [J]. Fitoterapia, 2012, 83(8): 1699.

[18] Tong Y B, Xu W T, Wu Y, et al. Metabolic profiles of neotuberostemonine and tuberostemonine in rats by high performance liquid chromatography/quadrupole time-of-flight mass spectrometry [J]. J Pharm Biomed Anal. 2017, 141: 210

[19] Wu Y, Ou L, Han D, et al. Pharmacokinetics, biodistribution and excretion studies of neotuberostemonine, a major bioactive alkaloid of Stemona tuberosa [J]. Fitoterapia, 2016, 112: 22.

[18] Tong Y B, Xu W T, Wu Y, Ou L T, et al. Metabolic profiles of neotuberostemonine and tuberostemonine in rats by high performance liquid chromatography/quadrupole time-of-flight mass spectrometry [J]. J Pharm Biomed Anal. 2017, 141: 210

(上接第2页)

people 2010 blood pressure control goals[J].Hypertension,2006,47(3):345-351.

[10] Taylor RS, Dalal HM, McDonagh S. The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes[J]. Nat Rev Cardiol, 2022, 19(3):180-194

[11] 蒋晓莲, 薛咏红, 汪国成. 自我效能研究进展 [J]. 护理研究, 2004, 18(9):763-767.

[12] Abreha SK, Walegn SZ, Zereyesus Y. Associations between women's empowerment and child health status in Ethiopia [J]. PLoS One, 2020, 15(7):e0235825.

[13] 丘宇茹, 王吉文, 吴惠文, 等. 应用日常生活自理能

力量表构建护工分级服务标准的实践与效果评价 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(21):2858-2862.

[14] 《中国康复治疗技术操作规范》编写组. 常用康复治疗技术操作规范(年版)[M]. 2012. 北京: 中国妇女出版社, 2012.

[15] 解益宁, 姜素兰, 张晶晶. 介入溶栓联合高压氧对急性闭塞性脑梗死患者 NHSS 评分和生活质量的影响 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(11):982-985.

[16] 雷凤娟, 陈雁南, 靳世梅, 等. 中青年脑卒中患者心理痛苦影响因素的结构方程模型分析 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2024, 33(3):271-277.

[17] 曹旷宇. 老年综合评估在卒中后抑郁中的应用价值研究 [D]. 安徽医科大学, 2023.

(上接第3页)

够直接作用于痤疮杆菌, 并且抑制其活性, 短期治疗效果较好, 但患者复发率较高^[4]。在美满霉素治疗基础上联合消痤汤进行治疗, 消痤汤配方中的黄芩药材能够起到清热解毒的效果, 金银花、连翘和蒲公英能够清热解聚, 枇杷叶还能够止咳清肺, 赤芍能够止痛化瘀, 对治疗肿胀痤疮具有良好的作用, 丹参能够消肿化瘀, 白花蛇舌草具有消炎的效果, 丹皮清热活血, 甘草还能够解毒泻火, 以上中药药材联合使用, 具有消肿活血、散热消毒、解毒止痛的功效。本研究结果显示, 采取消痤汤联合美满霉素治疗的实验组治疗效率、复发率分别为 93.48%、4.35%, 明显优于采取美满霉素治疗的对照组复发率 23.91%、治疗有效率 69.56%, 且对照组患者治疗后生存质量评分低于实验组, 其中中医证候积分高于实验组, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 且两组患者治疗后无任何不良反应症状发生, 提示

消痤汤联合美满霉素治疗的效果更佳。

综上, 消痤汤联合美满霉素实施在痤疮患者治疗中, 能够明显改善患者生存质量, 降低中医证候积分, 减小患者复发率, 提高治疗效果, 值得在临床上进一步推广。

参考文献:

[1] 何国栋. 消痤汤联合美满霉素在痤疮治疗中的应用价值分析 [J]. 大家健康(学术版), 2024, 18(15):140-141.

[2] 张建忠. 中药消痤汤联合美满霉素治疗寻常痤疮的临床疗效观察 [J]. 山西医药杂志, 2022, 45(01):80-81.

[3] 苏秀英, 唐桂群. 中西医结合治疗脓疱性痤疮的临床疗效观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 24(06):56-58.

[4] 段祥爱, 庞益富. 中药内服配合外敷治疗寻常痤疮的临床体会 [J]. 中国民间疗法, 2022(12):60-61.