

- 志, 2022, 57(4): 463-468.
- [10] 季彬, 徐维虹, 陈航, 等. 儿童术中低体温列线图预测模型构建[J]. 护理学杂志, 2022, 37(1): 39-41.
- [11] 王瑞玉, 吴小乐, 王浩, 等. TAP 阻滞时机对腹腔镜手术患儿术后疼痛的影响[J]. 医学研究杂志, 2020, 49(5): 117-120.
- [12] 吴鸽, 林沈娴, 朱奇, 等. 阿片类药物是否穷途末路? [J]. 中国疼痛医学杂志, 2021, 27(3): 212-215.
- [13] 朱红梅, 诸纪华, 郑智慧, 等. 加速康复外科理念

在围手术期患儿中的应用进展[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(4): 628-634.

- [14] 张广源, 索生红, 杨森林. 布洛芬用于儿童和青少年骨折镇痛的效果和安全性: 系统评价和 Meta 分析[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2018, 39(7): 650-657.
- [15] 邱舫, 王维, 郑娥, 等. 加速康复外科模式对外科护士职业倦怠及压力负荷的影响[J]. 广西医学, 2020, 42(5): 633-636.

(收稿日期: 2022-11-02 修回日期: 2023-10-29)

• 护理研究 •

基于吞咽功能分级的临床护理路径在缺血性脑卒中 吞咽障碍患者中的应用*

李雪连, 陈荣群[△], 唐琳芳

(广西中医药大学第一附属医院, 广西南宁 530023)

[摘要] 目的 探讨基于吞咽功能分级的临床护理路径方法对缺血性脑卒中患者吞咽障碍问题、吸入性肺炎及护理满意度的影响。方法 采用随机数字表法, 对 2021 年 10 月至 2022 年 12 月该院脑病科收治的 63 例符合纳入、排除标准的患者进行分组, 将其分为对照组($n=32$)和观察组($n=31$)。对照组患者采用传统的护理路径方法, 观察组患者采用基于吞咽功能分级的临床护理路径方法。比较 2 组患者吞咽功能评分、治疗效果和护理满意度, 误吸、吸入性肺炎发生情况。结果 观察组患者吞咽功能评分、治疗效果、护理满意度均优于对照组, 误吸发生率低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 但 2 组患者吸入性肺炎发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 通过应用以吞咽功能分级为基础的临床护理路径有效地促进了缺血性脑卒中患者吞咽功能的改善, 减少了误吸的发生, 也提高了患者对护理服务满意度。

[关键词] 吞咽障碍; 吞咽功能分级; 缺血性脑卒中; 临床护理路径

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.22.032

中图分类号: R473

文章编号: 1009-5519(2023)22-3935-04

文献标识码: B

在脑卒中发作后的数小时至数天内, 吞咽障碍是一种常见的并发症, 其发生率高达 27%~85%, 吞咽障碍是一种独立的危险因素, 其会对预后和死亡产生不良影响, 严重影响了患者生命健康^[1-2]。护理临床路径作为一种规范化的流程, 其通过建立规划、路径、指南及方案来对具体患者的临床问题、流程或者医疗事件做出规范化处理^[2-3]。采用护理临床路径干预脑卒中患者的吞咽功能障碍, 可以显著改善其吞咽障碍, 同时有效降低护理不良事件发生率, 缩短住院时间及提高患者满意度等指标^[4-6]。但国内文献多探讨单一的护理路径方法在脑卒中患者吞咽功能中的应用效果, 以吞咽功能分级为依据制订护理路径的研究鲜有报道。本研究旨在探讨以吞咽功能分级为基础的护理路径在缺血性脑卒中吞咽障碍患者中的应用

效果, 为临床脑卒中吞咽功能障碍患者护理工作提供指导。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选取本院脑病科 2021 年 10 月至 2022 年 12 月收治的 66 例脑卒中伴吞咽功能障碍的患者作为研究对象。采用随机数字表法进行分组, 将研究对象分为观察组和对照组, 剔除 3 例, 完成研究共 63 例, 患者年龄 43~78 岁。2 组年龄和性别、吞咽功能、职业、学历及民族等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.1.2 纳入标准 (1) 吞咽障碍即洼田饮水测试评估为 II~IV 级; (2) 意识清醒, 病情稳定, 无肺部感染及发热; (3) 与第六届全国脑血管病学术会议修订的

* 基金项目: 广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z20210887); 广西中医药重点学科建设项目(GZXK-Z-20-56)。

[△] 通信作者, E-mail: 2029257389@qq.com。

脑卒中诊断标准一致^[7],且影像学颅脑磁共振成像(MRI)或 CT 检查符合脑卒中诊断;(4)患者及其家属知情并签署同意书,确认研究内容。

1.1.3 排除标准 (1)存在器官功能衰竭或病情危急情况患者;(2)感觉性失语或认知障碍等患者,不能

配合研究。

1.1.4 剔除标准 (1)因病情变化或其他原因未能按研究方案完成护理临床路径的患者;(2)研究过程中要求退出的患者。

表 1 2 组患者一般资料比较

一般资料	项目	对照组(n=32)	观察组(n=31)	t/χ ² /Z	P
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)		66.16±6.74	64.13±8.22	1.072	0.288
性别[n(%)]	男	24(75.0)	20(64.5)	0.822	0.365
	女	8(25.0)	11(35.5)		
吞咽功能[n(%)]	Ⅱ级	4(12.5)	6(19.4)	-0.528	0.597
	Ⅲ级	12(37.5)	11(35.5)		
	Ⅳ级	14(43.8)	12(38.7)		
	Ⅴ级	2(6.3)	2(6.5)		
职业[n(%)]	退休/离休/干部	27(84.4)	24(77.4)	0.612	0.736
	农民	4(12.5)	5(16.1)		
	其他	1(3.1)	2(6.5)		
学历[n(%)]	初中及以下	9(28.1)	9(29.0)	0.075	0.963
	高中/中专	6(18.8)	5(16.1)		
	大学及以上	17(53.1)	17(54.8)		
民族[n(%)]	汉族	24(75.0)	26(83.9)	0.757	0.348
	少数民族	8(25.0)	5(16.1)		

1.2 方法

1.2.1 对照组 责任护士对患者住院期间采用洼田饮水试验进行吞咽功能筛查,按照脑卒中临床护理路径给予常规的饮食指导及康复训练指导,给予常规治疗及护理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上,建立吞咽管理组,对小组成员进行相关知识的培训和考核,以提升他们的专业素养和能力水平。管理组制作安全饮食指导手册、吞咽等级标识卡及误吸高危警示标识,对观察组患者按制订好的护理路径从入院到出院实施护理干预。患者入院 24 h 内进行改良洼田饮水试验,吞咽功能Ⅱ~Ⅴ级,由医生床旁检查,其中由康复师进行容积黏度试验(V-VST),行床边摄食评估。根据改良式洼田饮水试验和 V-VST 动态评估吞咽障碍等级和吞咽障碍安全性及有效性,量化食物稠度,每 3 天进行动态评估 1 次,病情变化随时评估,根据评估结果随时调整方案。根据循证证据^[8-11]制订吞咽障碍Ⅱ~Ⅴ级临床护理路径干预方案。

1.2.3 观察指标与效果评价

1.2.3.1 吞咽功能 2 组患者分别于住院 24 h 及治疗 14 d 采用改良洼田饮水试验评价吞咽功能。评判标准:为患者配制温开水 30 mL,协助患者取端坐位,

通过监测患者的饮水状况,推断其吞咽能力的水平。Ⅰ级:在 5 s 内一次喝下 30 mL 温水,不出现呛咳;Ⅱ级:需确保饮水次数不少于 2 次,且未出现任何呛咳的情况;Ⅲ级:一次喝完 30 mL 温水后发生呛咳;Ⅳ级:饮水次数大于或等于 2 次,有呛咳现象;Ⅴ级:呛咳非常明显,不能喝完 30 mL 温水^[12]。

1.2.3.2 疗效评价 2 组患者吞咽功能改善情况。(1)治愈:根据对洼田饮水试验结果的评估,该患者已达到Ⅰ级标准的要求;(2)显效:在洼田饮水试验中,虽然改善了 2 个等级,但仍未达到Ⅰ级的显效水平;(3)好转:洼田饮水试验提高了 1 个等级,但是达不到Ⅰ级;(4)无效:洼田饮水试验未见改变。

1.2.3.3 误吸及住院期间吸入性肺炎的发生情况 诊断脑卒中后吸入性肺炎的标准^[13]:若出现误吸情况,且胸部 X 线片呈现肺纹理改变或新发病灶,同时伴有以下任何一种症状,(1)患者有咳脓痰显著增加或咳嗽量增加;(2)体温大于或等于 37.5℃;(3)在肺部听诊中,可观察到湿啰音或肺实变的体征,提示可能存在肺部病变;(4)在外周血液中,白细胞总数或中性粒细胞数量呈现逐渐增加的趋势。

1.2.3.4 患者满意度调查 经过 14 d 治疗及护理,使用由科室自行设计的《患者满意度调查问卷》对 2

组患者进行满意度调查。将其划分为非常满意、满意、一般、不满意和非常不满意 5 个等级。问卷内容涵盖了护理宣教、质量和效果等方面, 总共 10 个条目, 每个条目评分 1~4 分, 总评分为 10~40 分。患者自主选择相应的评估选项。满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数 × 100%。

1.3 统计学处理 运用 SPSS25.0 统计软件对数据进行分析, 对符合正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表

示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以率和构成比表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 等级数据采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结 果

2.1 2 组患者吞咽功能及治疗效果比较 观察组患者吞咽功能等级和治疗效果均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($Z = -2.589, -3.019, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者吞咽功能和治疗效果比较 [$n(\%)$]

组别	n	吞咽功能				治疗效果			
		I 级	II 级	III 级	IV 级	治愈	显效	好转	无效
对照组	32	2(6.3)	18(56.3)	10(31.3)	2(6.3)	2(6.3)	8(25.0)	16(50.0)	6(18.8)
观察组	31	8(25.8)	19(61.3)	2(6.5)	2(6.5)	8(25.8)	11(35.5)	12(38.7)	0

2.2 2 组患者误吸及吸入性肺炎发生情况比较 观察组患者误吸发生率 [9.7% (3/31)] 明显低于对照组 [37.5% (12/32)], 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.273, P < 0.05$); 观察组患者吸入性肺炎发生率 [15.6% (5/31)] 低于对照组 [6.5% (2/32)], 但差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.574, P > 0.05$)。

2.3 2 组患者满意度比较 对照组患者满意度明显低于观察组, 差异有统计学意义 ($Z = -2.625, P = 0.009$)。见表 3。

表 3 两组患者满意度比较 [$n(\%)$]

组别	n	非常满意	满意	一般/不满意/非常不满意
对照组	32	5(15.6)	24(75.0)	3(9.4)
观察组	31	13(41.9)	18(58.1)	0

3 讨 论

3.1 基于吞咽功能分级的临床护理路径可有效改善患者吞咽功能 一种新兴的护理管理模式——临床路径, 可有效提升护理人员的工作效率, 节约医疗资源, 缩短住院时间, 并提高护理质量^[14], 临床路径可以更好地应用循证证据和指南制订干预措施, 为脑卒中吞咽功能障碍患者提供早期、全面和专业的护理^[15]。从临床护理路径优点出发, 本研究区分缺血性脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能等级, 基于循证证据制订临床护理路径中的关键护理措施, 让患者获得全面、有计划、系统的护理服务, 在一定程度上促进了患者咽喉功能的复原过程。本研究中, 观察组患者应用以吞咽功能分级为基础的临床护理路径, 其吞咽功能和治疗结果均显著优于对照组, 治愈率较对照组提高了 19.5%。同时, 规范化的护理流程让患者住院期间得到了更规范、高效的护理服务, 不仅提高了护理服务水平, 也获得患者更多的认可。本研究中观察组患者

护理服务满意度为 100.0%, 优于赖若芸等^[6]的研究结果 (93.3%), 其中认为非常满意的患者占比较对照组提高了 26.3%。

3.2 尽早实施护理干预可有效降低患者误吸和吸入性肺炎发生率 脑卒中患者若出现吞咽障碍, 可能会导致其在进食时出现不适, 食物不能顺利经口进入胃里, 引起误吸、呛咳和吸入性肺炎等不良事件^[16]。国内外对脑卒中吞咽功能障碍的改善问题越来越重视, 目前, 针对此类疾病的治疗手段主要包括药物治疗、针灸疗法、外科手术和康复治疗等多种方法^[17]。国内更多的康复治疗师和护理人员在治疗和护理此类疾病; 而在国外, 医疗机构则更倾向于采用一套相对系统化且具有较强整体感的治疗方案^[18-19], 护士在患者住院期间扮演着重要角色。国内外指南中建议在脑卒中患者入院 24 h 内, 应对患者吞咽障碍进行筛查^[9,20]。本研究在观察组患者入院后 24 h 内采用改良式洼田饮水试验和 V-VST 相结合的方法, 筛查患者吞咽功能及判定适合患者进食的食物黏稠度和容积, 根据判定结果早期提供适合患者的食物, 且在临床路径中加入了预防误吸及吸入性肺炎的护理措施, 有效地降低了患者发生误吸和吸入性肺炎的风险, 从而提高了治疗效果和安全性。与对照组比较, 观察组患者误吸发生率显著下降 27.8%, 吸入性肺炎发生率较对照组下降了 9.1%, 优于顾志娥等^[21]的研究结果 (吸入性肺炎发生率为 20.0%)。

综上所述, 通过采用基于吞咽功能分级的临床护理路径, 干预缺血性脑卒中患者吞咽功能, 使其吞咽能力得到了有效提高, 增强了治疗效果, 减少了误吸、吸入性肺炎的发生, 进一步提升了护理服务满意度, 在临床上具有推广价值。但由于本研究观察时间不长, 纳入研究样本量也比较小, 所以在今后研究中还需进一步拓展样本量和继续开展研究来证实临床护

理路径在此方面的作用。由于缺血性脑卒中患者的吞咽障碍功能康复需要较长的时间,无法在住院期间完成完整的康复过程,因此,本研究未能对患者的远期疗效进行跟踪观察和护理,需要进一步验证相关临床护理路径的远期疗效。因此,作者未来的研究方向之一是将患者出院后的居家护理纳入护理路径中,以提供更全面的护理服务。

参考文献

- [1] ANNA G E, N-SOL A, ESTER M, et al. Usefulness of the volume-viscosity swallow test for screening dysphagia in subacute stroke patients in rehabilitation income [J]. *Neuro Rehabil*, 2013, 33(4): 631-638.
- [2] 郝艳, 王静, 王调调. 临床路径在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用进展[J]. *当代护士(中旬刊)*, 2022, 29(9): 1-3.
- [3] JABBOUR M, NEWTON A S, JOHNSON D, et al. Defining barriers and enablers for clinical pathway implementation in complex clinical settings[J]. *Implement Sci*, 2018, 13(1): 139.
- [4] 詹茂婷, 康金凤. 分析康复护理路径对脑卒中后患者吞咽功能障碍及神经功能恢复的影响[J/CD]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 2020, 8(27): 134-137.
- [5] 王凤玲, 苟荣, 王娟, 等. 临床护理路径联合集束化管理模式对中风后假性球麻痹致吞咽困难患者的影响[J]. *护理研究*, 2017, 31(27): 3481-3483.
- [6] 赖若芸, 邓旭, 张美花. 临床护理路径在脑梗死吞咽障碍患者中的应用[J]. *护理研究*, 2018, 32(6): 936-937.
- [7] 王薇薇, 王新德. 第六届全国脑血管病学术会议纪要[J]. *中华神经科杂志*, 2004, 50(4): 63-65.
- [8] 中国吞咽障碍膳食营养管理专家共识组. 吞咽障碍膳食营养管理中国专家共识(2019 版)[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2019, 41(12): 881-888.
- [9] 中国康复医学会康复护理专业委员会. 吞咽障碍康复护理专家共识[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(15): 1-4.
- [10] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)第二部分 治疗与康复管理篇[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2018, 40(1): 1-10.
- [11] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)第一部分 评估篇[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2017, 39(12): 881-892.
- [12] 邢娜娜, 蒋苏皖. 关于标准化摄食训练结合改良康复护理吞咽操对脑卒中吞咽障碍康复患者的影响研究[J]. *中国标准化*, 2022, 65(14): 234-236.
- [13] 方萍萍, 郑茶凤. 基于指南构建的脑卒中吞咽功能早期评估与分级管理方案的应用[J]. *中国老年学杂志*, 2019, 39(17): 4143-4146.
- [14] FURUHATA H, ARAKI K, OGAWA T, et al. Effect on completion of clinical pathway for improving clinical indicator; Cases of hospital stay, mortality rate, and comprehensive-volume ratio[J]. *J Med Syst*, 2017, 41(12): 206.
- [15] JANG Y J, PARK D, KIM H S, et al. Assessment of the implementation of critical pathway in stroke patients: A 10-year follow-up study [J]. *Biomed Res Int*, 2020, 2020: 3265950.
- [16] 中国老年医学学会营养与食品安全分会, 中国循证医学中心, 《中国循证医学杂志》编委会, 等. 老年吞咽障碍患者家庭营养管理中国专家共识(2018)精简版[J]. *中国实用内科杂志*, 2018, 38(10): 908-914.
- [17] 黄传芝, 陈建冰, 薛木连. 脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理干预意义研究[J]. *河南医学研究*, 2017, 26(10): 1892-1893.
- [18] 杨春玲, 王曼玉, 李俊阳. 吞咽障碍的康复护理在缺血性脑卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍患者中的应用[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2017, 38(10): 1234-1235.
- [19] 山青. 脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理及应用意义探究[J/CD]. *实用临床护理学杂志(电子版)*, 2017, 2(19): 32-33.
- [20] POWERS W J, RABINSTEIN A A, ACKERSON T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association[J]. *Stroke*, 2018, 49(3): e46-e110.
- [21] 顾志娥, 俞龙, 刘必琴, 等. 临床护理路径在急性脑梗死吞咽障碍中的应用研究[J]. *实用临床医药杂志*, 2015, 19(14): 7-10.

(收稿日期: 2023-06-30 修回日期: 2023-08-07)