

临床护理路径对卒中后吞咽功能障碍康复效果的研究*

邵秀芹¹ 郑茶凤¹ 李晓悦¹ 冯 珍^{1,2}

临床护理路径(clinical pathway of nursing, CPN)是一种对某种疾病的大多数患者最有效照顾流程的护理规范^[1], 研究报道临床护理路径涉及的病种从外科向内科, 从急性病向慢性病, 从院内向社区医疗服务, 从单纯临床管理向医院各方面管理扩展^[2]。卒中后吞咽功能的康复, 不仅在于康复训练本身的成功与否, 也与患者密切配合治疗护理有关。根据吞咽功能障碍患者的特点, 应用护理路径对吞咽功能障碍的患者实施健康管理, 积极引导患者及其家属参与整个医疗过程, 充分体现“以人为本”的护理理念。患者自我护理的同时, 将路径化管理与个体化教育相结合, 取得了满意的效果, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选病例均为康复医学科2011年1月—2013年7月住院并符合入径标准的患者: ①第一诊断为吞咽困难(ICD-10: R13); 第二诊断为脑出血(ICD-10: I61)或脑梗死(ICD-10: I63)。②首次发病, 病程1周—2个月。③生命体征稳定, 无心理及精神障碍、意识障碍, 无严重言语障碍、严重认知障碍、严重运动功能障碍的患者。④当患者同时具有其他疾病诊断, 但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施。排除标准: ①脑出血、脑梗死复发或病情加重者需转入神经内科或神经外科治疗者。②其他系统并发症、并发症加重, 需转入相应科室治疗者。③出现其他异常, 影响康复治疗正常进行(导致住院时间延长和住院费用增加)者。

33例吞咽功能障碍患者, 男24例, 女9例, 文化程度: 文盲4例, 初中以下16例, 高中以上13例, 将患者随机分为两组, 观察组17例, 对照组16例, 两组患者一般资料比较差异无显著性意义($P > 0.05$), 见表1。

1.2 方法

所有患者均行Vitalstim电刺激配合吞咽训练的康复方法, 对照组按常规康复护理模式, 观察组按临床护理路径制定的护理工作和健康教育的路线开展康复护理。临床护理

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, d)	疾病类型(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死
观察组	17	13	4	55.8 $\pm$ 10.3	37.1 $\pm$ 15.7	8	9
对照组	16	11	5	53.9 $\pm$ 10.4	36.1 $\pm$ 14.8	5	11

路径的制订由科主任和护士长参与、康复医生、康复治疗师、责任护士共同完成, 由责任护士负责实施和观察患者的病情, 评价、了解患者的健康知识需求, 根据患者和家属的接受能力, 围绕安全进食方法和训练按护理路径进行健康指导。护士长定期检查路径实施情况, 并抽查患者知晓度和实际应用情况, 及时纠正偏差。

入院第1天: 进行入院护理评估并记录, 指导患者的进食, 指导患者留取血尿便标本; 介绍病房环境、设施、设备, 以及主管医生、康复治疗师、责任护士、护士长; 告知患者的权利和义务, 医院规章制度, 安全教育。

入院第2天: 留取血尿便标本, 指导口腔刷洗方法, 保持口腔清洁; 辅助治疗师指导患者进行穿衣、进食、洗漱、转移等日常生活能力练习; 讲解各项训练和用药的目的、方法, 注意事项, 了解患者和家属的心理反应, 及时交流与开导, 使其配合治疗。

入院第3天: 了解患者和家属对注意事项掌握程度及遵医行为, 必要时重复讲解。介绍用药相关知识及可能出现的副反应, 预防压疮的方法, 评估进食情况, 讲解饮食的要求, 介绍舌部肌群运动、咳嗽训练等方法及注意事项, 进行摄食前训练、安全进食和预防误吸的方法指导。

住院第4—7天: 了解患者前3天健康知识的知晓情况, 并进行必要的补充和解释, 有针对性地了解患者心理状态, 并进行心理疏导, 重点做好患者和家属心理护理, 与康复医师、治疗师配合督促、指导主动训练。

住院第8—14天: 与康复医师、治疗师配合督促、指导主动训练患者日常生活自理能力、安全进食和并发症的预防方法的掌握。

住院第15—21天(出院日): 出院带药服用指导、康复训练处方, 交待不适反应的观察与处理, 特殊护理指导, 嘱定期

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.09.018

*基金项目: 江西省教育厅科学技术研究项目资助(GJJ13152)

1 江西南昌大学第一附属医院康复医学科, 江西南昌, 330006; 2 通讯作者

作者简介: 邵秀芹, 女, 副主任护师; 收稿日期: 2013-10-14

门诊复诊,告知复诊时间和地点。

1.3 判断及评价指标

采用吞咽障碍程度评级标准^[3]评定患者吞咽障碍等级。痊愈:吞咽障碍提高到Ⅶ级,摄食咽下没有困难。显效:吞咽功能提高Ⅲ—Ⅴ级,但未到Ⅶ级。有效:吞咽障碍提高Ⅰ—Ⅱ级,但未到Ⅶ级。无效:吞咽功能无变化。

吞咽X线荧光透视检查(video fluoroscopic swallowing study,VFSS)确定有无误吸的存在。X线或CT检查确定有无肺部感染。Barthel指数评定患者日常生活活动能力,得分越高能力越强。

家属和患者对护理工作满意度:患者出院时应用我院自行设计的出院病人满意度调查表进行护理调查,分满意、较满意、不满意。

1.4 统计学分析

应用SPSS17.0统计学软件进行分析,计量资料采用均数±标准差表示,进行 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者对护理工作满意度调查:观察组17例,满意16例,较满意1例,不满意0例,满意率94.12%;对照组16例,满意13例,较满意2例,不满意1例,满意率81.25%;观察组的满意度明显高于对照组。

两组患者总有效率比较差异有显著性意义($P<0.05$),见表2。两组患者并发症发生率(误吸、肺部感染)比较差异有显著性意义($P<0.05$),见表3。观察组患者Barthel指数提高值高于对照组,组间比较差异有显著性意义($P<0.05$);观察组患者留置鼻胃管时间低于对照组,组间比较差异有显著性意义($P<0.05$),见表4。

表2 两组患者的疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	17	4	7	5	1	94.12 ^①
对照组	16	1	5	4	6	62.50

①与对照组比较 $P<0.05$

表3 两组患者并发症发生率的比较 (例)

组别	例数	误吸	肺部感染	无并发症	并发症发生率(%)
观察组	17	2	1	14	17.64 ^①
对照组	16	4	6	6	62.5

①与对照组比较 $P<0.05$

表4 两组Barthel指数提高值和鼻饲时间的比较

组别	例数	BI提高值	鼻饲时间(d)
观察组	17	24.4±9.8 ^①	22.9±10.9 ^①
对照组	16	16.2±7.6	31.1±10.3

①与对照组比较 $P<0.05$

3 讨论

脑卒中患者出现吞咽障碍,导致脱水、营养障碍、吸入性肺炎、心理障碍等情况,是造成死亡率上升、并发症发生率增加、生存质量下降重要危险因素。对脑卒中吞咽障碍患者,必须加强康复训练^[4-5],单因素分析表明,康复介入时间是吞咽障碍康复结局的影响因素^[6],本研究证明卒中后吞咽功能障碍实施临床护理路径,在路径的第1天、第2天,患者和家属就必须知悉其康复目的,做最适当和最佳流程的护理。临床护理路径的实施,使病房延伸训练和误吸的预防工作环环相扣,层层落实,无论哪一能级的护士都能按照路径要求采取干预措施,减少了工作中的不确定感,有利于吞咽障碍的康复。

临床护理路径是一种现代临床护理管理理念,从患者的心理、疾病、社会等多个方面出发,为已确诊某类疾病的患者制订从入院到出院的医疗护理整体工作计划^[7],实际上是一份护理工作计划表。对吞咽功能障碍患者实施康复护理路径,护士和患者都有明确的指导方向,把被动的护理变成主动护理,把患者被动的训练变成主动训练;提高患者和家属对相关疾病知识及健康教育的知晓度,增强了护士健康教育执行的力度,把健康教育软指标变成按具体时间执行的硬指标。观察组患者和家属的满意度较对照组明显提高;家属掌握了必要的康复知识,喂食方法,食物组分,误吸的处理,督促患者坚持吞咽功能训练;患者主动接受康复训练意愿强烈,积极配合各项治疗护理,疗效明显高于对照组;患者能摄取足够的营养,自护能力提高,减轻了家属的负担。

临床护理路径深化了优质护理的内涵,让护理行为更加具体和制度化,护患关系融洽。根据吞咽功能障碍患者的特点和心理需求^[8],分析引起误吸的相关因素,告知他们未经得吞咽治疗师同意不能私自进食或喂食,对陪护人员进行防误吸知识及基本护理技能培训,观察组疗效好且患者发生误吸和肺部感染等并发症低于对照组,避免了以往患者出现误吸不知晓,等发热家属才找医生护士的现象。

我们用护理路径对卒中后吞咽功能障碍的患者实施康复护理,使护士知晓具体时间该做的工作,逐项落实,让患者和家属真实感受住院期间护士贴心的关怀不是流于形式,自觉地严格按照临床路径进行各项护理,确保护理质量的提高。可操作性强,值得推广。但是由于护理工作琐碎,出现不能及时按照临床路径进行各项护理效果的监测,对非理想化的患者适用的可行性临床护理路径仍需要加以探索。

参考文献

- [1] 郝模.论3项改革联动和公立医院管理体制改革的[J].中华医院管理杂志,2002,18(1):5.
- [2] 单春剑,李培培,夏家爱.临床护理路径国内外研究进展[J].中国误诊学杂志,2010,10(20):4807.

- [3] 李红玲,王志红. 脑卒中患者的摄食-吞咽障碍[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24(5): 279—281.
- [4] 汪进丁,徐丽君. 脑卒中吞咽障碍的病理生理机制研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7): 666—668.
- [5] 王秀坤,黄旭明,石艺华,等. Vitalstim电刺激结合吞咽训练对卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 当代医学, 2012, 18(13): 14—15.
- [6] 李敏,李胜活,张朝霞. 脑卒中吞咽障碍的康复结局影响因素研究[J]. 当代医学, 2013, 19(6): 156—157.
- [7] 刘晓霞,李成英,李叶焯,等. 临床护理路径用于微创颅内血肿碎吸术救治脑出血脑疝的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2009, 22(06): 854—855.
- [8] 严文伟,吴坚,宋郑宏,等. 脑卒中后误吸患者的临床相关因素研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(3): 267—268.

·病例报告·

A型肉毒毒素注射治疗Meige综合征1例报告

欧吉兵¹ 姚黎清^{1,2} 敖丽娟¹ 唐梅¹

1910年Meige首次报道特发性眼睑痉挛-口-下颌肌张力异常综合征^[1],此后即命名为Meige综合征。Meige综合征主要表现为:不自主的眨眼、抽动下巴、吐弄舌头、斜视、喉间发音,以及不可控制的颈阔肌收缩。临床上给予安慰剂、镇静类、抗胆碱能类、抗精神病类药物疗效均不太显著。长期临床随访及回顾性研究证实大脑深部电刺激苍白球和A型肉毒毒素注射治疗Meige综合征是安全有效的^[2-6]。现将我科收治的1例典型Meige综合征患者康复治疗情况报道如下:

1 病例资料

患者钟某,女,55岁,口颜面、舌不自主抽动1年余。

病史及体检:患者于2012年2月无明显诱因出现眼脸上抬无力,咽部不适,至当地医院诊断为:①躯体化形式障碍;②癔症;③脑梗死有待排除。曾予“奥氮平、氟哌啶醇、文拉法辛”等对症支持治疗,但疗效欠佳,病程中患者出现失眠、全身乏力、舌肌不自主抽动、焦虑等症状。遂就诊于各大医院症状均未见明显缓解,2013年8月某院诊断为:①肌张力障碍;②抑郁症;③迟发性运动功能障碍,予对症治疗后,症状未见改善,仍有口颜面、舌不自抽动、喉间作声,患者为求进一步诊治,就诊于我院康复科,以“Meige综合征”收入。

入院查体:T:36.3℃,P:106次/分,R:22次/分,BP:121/

68mmHg。神清,查体合作,双瞳孔等大圆,对光反射存在,颈软,无抵抗,心肺腹体检未见明显异常。专科查体:口颜面、舌、下颌、颈部肌肉不自主抽动,伴喉间作声,双侧咽反射正常,双眼脸上抬欠佳,四肢肌力、肌张力正常,生理反射存在,病理反射未引出。

针极肌电图检查:下颌舌骨肌、二腹肌、甲状舌骨肌、胸骨甲状肌、胸锁乳突肌、斜角肌、头半棘肌、头夹肌、斜方肌上部可见(motor unit potential, MUP)不自主发放。

诊断:Meige综合征。

2 治疗

药物治疗:巴氯芬片5mg,口服,3次/d,艾司唑仑片1mg每晚口服。

A型肉毒毒素注射治疗:征得患者及家属同意,并签署知情同意书后。患者取卧位,在肌电引导下行A型肉毒毒素注射治疗,进口A型肉毒毒素100U×2支,0.9%生理盐水2ml×2支,A型肉毒毒素用生理盐水稀释为100U/2ml。具体注射部位及剂量如下:二腹肌5U×2点,下颌舌骨肌:左5U×1点,中10U×1点,右5U×1点;笑肌:左2.5U×1点,右2.5U×1点;降口角肌:左2.5U×1点,右2.5U×1点;甲状舌骨肌:左5U×2点,右5U×2点;胸骨甲状肌:左5U×2点,右5U×2点;锁

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.09.019

1 昆明医科大学第二附属医院康复科,昆明,650000; 2 通讯作者
作者简介:欧吉兵,男,在读硕士; 收稿日期:2013-09-27