

Retrospective analysis of the impact on the nursing compliance to rehabilitation in elderly patients with stroke dysphagia and their family members

Shu-feng Ji, Xiao-wei He, Li-ping Lu
Beijing Bo'ai Hospital, Beijing, China

Received: Oct 13, 2016

Accepted: Oct 24, 2016

Published: Nov 16, 2016

DOI: 10.14725/gjnr.v4n4a1603

URL: <http://dx.doi.org/10.14725/gjnr.v4n4a1603>

This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Objective: To investigate the effects of diet nursing compliance to the rehabilitation in stroke patients with dysphagia. **Methods:** SSA scale was assessed for 43 cases of elderly stroke patients with dysphagia. The patients were admitted from January 14 to December 29, 2014, including 18 female patients (cerebral hemorrhage 8 cases, cerebral infarction 10 cases) and 25 men patients (cerebral hemorrhage 11 cases, cerebral infarction 14 cases). According to the level of risk of aspiration, diet grading nursing was done. A reasonable diet and eating pattern were selected, which was based on clinical nutrition knowledge. Swallowing training was given to the patients, with targeted dietary guidance to strengthen safety awareness. The relationship of the diet care compliance and the aspiration, asphyxia, and pneumonia was studied, and daily living assessment table was used to evaluate the effect of rehabilitation. **Results:** 43 cases of elderly stroke patients with dysphagia in 2014 were included. According to the SSA evaluation results, patients were graded by aspiration hazard. After the implementation of appropriate personalized diet grading nursing and swallowing guidance for eight weeks, patients with good compliance occurred: asphyxia 1 case, pneumonia 1 case, aspiration 3 cases, but patients with poor compliance occurs: asphyxia 3 cases, pneumonia 5 cases, aspiration 8 cases. Aspiration incidence based on patient care compliance was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** It is important to improve diet nursing compliance in patients. It can provide protection for food safety and life safety, and improve the care and safety warning systems.

Key words

Dysphagia; Diet care; Compliance

回顾性分析老年脑卒中吞咽障碍患者及家属饮食护理的依从性对康复效果的影响

季淑凤, 何晓葳, 卢利萍

北京博爱医院, 北京, 中国

通讯作者: 季淑凤, Email: jishufeng66_95@126.com

【摘要】 目的 探讨脑卒中吞咽障碍患者及家属饮食护理的依从性对康复效果的影响。方法 对2014年1月14日—12月29日入院的老年脑卒中吞咽障碍患者43名,其中女性患者18名,脑出血8名,脑梗死10名;男性患者25名,脑出血11名,脑梗死14名进行SSA评分,根据误吸风险等级实施饮食分级护理,依据临床营养学知识为患者选择合理的饮食和进食方式进行针对性的饮食指导,强化安全意识,所有患者给予吞咽训练。比较患者住院期间饮食护理依从性与患者发生误吸、窒息、肺炎的关系,采用日常生活能力评估表评价对康复效果的影响。结果 2014年老年脑卒中吞咽障碍患者43例,依据SSA评定结果对吞咽障碍患者进行误吸风险分级,实施相应的个性化的饮食分级护理和吞咽指导8周,依从性好的患者中发生窒息1例,肺炎1例,误吸3例;依从性差的患者中发生窒息3例,肺炎5例,误吸8例,根据患者饮食护理依从性比较,误吸发生率比较有统计学意义($P<0.05$)。结论 提高患者饮食护理的依从性,保障了病人的饮食安全和生命安全,完善了护理安全预警系统。

【关键词】 吞咽障碍；饮食护理；依从性

中国已进入老龄化社会，老年人常并存多种慢性疾病，病情复杂，自理能力缺失，认知功能受损，因此老年病人的治疗、护理更为复杂，各种护理风险常常并存，是医院风险管理的高危人群。误吸是老年病人面临的众多风险之一，轻者引发呛咳，重者可导致吸入性肺炎，甚至引起窒息，严重影响老年病人的生活质量。据统计全国约有 29%~60.4%的脑血管病患者有吞咽功能障碍，脑血管病吞咽功能障碍的患者多伴有运动功能障碍，不能自行进食，常出现误吸、呛咳、进食时间延长和(或)不能进普通食物，并常因进食不当发生窒息而死亡^[1]。标准吞咽功能评定量表(Standardized Swallowing Assessment, SSA)是一种简便的床边吞咽功能检查方法，本科自 2014 年使用 SSA 对病人进行吞咽障碍评估，依据 SSA 评分对误吸风险进行分级，针对患者饮食护理中食物形态和进食方式进行调整，经多年反复实践、探索，总结出最佳方案，指导患者及家属采取合理的饮食护理方式，取得了良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月 14 日—12 月 29 日在本科住院的老年脑卒中吞咽障碍患者 43 例，患者均符合 1995 年中华医学会神经病学学会全国第四届脑血管病学术会议修订的诊断标准^[2]，经 CT 及 MRI 检查确诊。其中女性患者 18 例，脑出血 8 例，脑梗死 10 例；男性患者 25 例，脑出血 11 例，脑梗死 14 例。年龄在 53~78 岁；意识清楚 38 例，低反应状态 5 例，能听懂简单的指令；能经口进食 27 例，留置胃管 7 例，混合进食 9 例；病情稳定，生命体征正常。日常生活能力评分为 25~64 分(43.32±6.15 分)；基础疾病包括：糖尿病、高血压、冠心病、帕金森病。

1.2 方法 使用 SSA 量表对 43 例患者进行吞咽障碍评估，确定误吸风险分级，护理人员了解病人的进食能力和吞咽障碍的原因，护理人员制定具体的饮食方案和康复对策，对其实施个性化、针对性的饮食护理干预，经过 8 周的康复指导和饮食护理对照每名患者康复前后进食能力和日常生活能力评估 3 次，比较每例患者的康复疗效。

1.3 不同误吸风险病人的饮食分级护理措施

1.3.1 I 级 ≤18 分，适时监督。(1) 预防误吸知识宣教；(2) 评估摄食行为，纠正不良习惯(如进食时聊天、看电视、思考问题、进食后立即平躺，进食时间过长等)；(3) 掌握有效咳嗽的方法(端坐位或直立位时，在深吸一口气后屏气 3~5s，身体前倾，从胸腔进行 2 次或 3 次短促有力咳嗽，咳嗽时收缩腹肌，或用自己的手按压上腹部，帮助咳嗽)。

1.3.2 II 级 19~25 分，加强监督，在 I 级预防的基础上：(1) 做好进餐前准备，使病人注意力集中，情绪愉悦，环境安静、舒适、整洁。(2) 进食体位首选端坐位，如体力缺乏，取舒适半卧位，但吞咽时需头部前屈，必须卧位进餐时，头与身体向健侧倾斜 45°。(3) 进食食物形态以浓流质和半固体为宜，如稠菜粥、豆腐脑、面条、饺子、馄饨等。(4) 摄食一口量控制在 20ml 内，细嚼慢咽。(5) 进食前后用温水漱口，清除口腔内残存食物，保持清洁。(6) 行吞咽基础训练，加强舌、软腭、口腔肌肉训练(如微笑、皱眉、鼓腮、舌运动)。

1.3.3 III 级 26~31 分，严密监督，在 II 级预防的基础上：(1) 选用特殊的进餐工具，如选用匙面小而浅、边缘钝的勺，使用吸管或深度较浅的杯子饮水。(2) 进食食物形态以黏性的半流质(果汁、酸奶、鸡蛋羹)和半固体为宜。(3) 摄食一口量控制在 10ml 内。(4) 恰当应用辅助吞咽技巧，如头颈部旋转、侧方吞咽、低头吞咽等。(5) 行吞咽功能训练，如咽部冷刺激(使用冰棉签，刺激软腭、腭弓及舌根部后，做空吞咽动作)。

1.3.4 IV 级 32~46 分，实时监督，对进食能力进行综合评估，慎重决定能否经口进食，在 III 级预防的基础上：(1) 在旁人指导下尽量自行进食，必要时采取辅助喂食。(2) 食物形态只能选择半流质食物。(3)

摄食一口量控制在 5ml 内。(4) 建立进食监测表, 包括日期、时间、生命体征、进食量、种类、进食时间、有无呛咳、噎食等进食意外。(5) 床边备好吸痰器, 做好急救准备。(6) 出现病情变化、进食意外等异常时, 重新评估是否能经口进食^[3]。

1.4 营养与健康 临床营养学已被广泛应用于临床各个学科, 营养与健康关系非常密切。随着社会科学的发展, 生活水平的提高, 合理科学的营养以其特有的保健和益寿作用, 开始倍受人们的重视。在医学模式发生变化的今天, 营养膳食的治疗作用也越来越重要^[4]。

1.5 体重与实验室指标监测 在加强患者饮食护理的情况下, 要注意监测病人的体重和实验室指标。通过测定人体质指数[BMI=体质量(kg)/身高(m²)], 如 BMI 测值 24 为正常上限, 24~27 为过重, BMI≥27 为肥胖。其他选择性实验室指标的监测包括血脂、血糖、肾功能、尿酸等项目, 根据监测指标的变化予调整营养素和必要的治疗^[5]。

1.6 吞咽训练

1.6.1 咽部冰刺激和空咽 用冰冷的棉棒轻轻刺激患者软腭、腭弓、舌根咽后壁, 提高其敏感性, 改善患者的本体感觉。让患者作空吞咽训练, 利于患者吞咽模式的恢复。

1.6.2 屏气和发音 此运动不仅可以训练声门的闭锁功能, 强化软腭的肌力, 而且有助于除去残留在咽部的食物。

1.6.3 唇、舌、颊部的力量训练 (1) 在患者未出现吞咽反射的情况下, 先进行舌肌和咀嚼肌的按摩, 再嘱患者张口, 将舌尽力向外伸出, 先舔下唇及左右口角, 转至舔上唇及硬腭部, 然后将舌缩回, 闭口作上下牙齿互扣及咀嚼。(2) 吸吮训练和喉抬高训练, 通过学习吸吮和喉抬高, 逐渐恢复吞咽功能。这两个动作的协调一致, 就可产生吞咽动作。不断练习, 直到唾液不再从口中流出。(3) 通过练习噘腮、鼓腮、眯牙、撅嘴等训练, 可促进颊部及轮匝肌的运动。

1.6.4 呼吸功能训练 (1) 每天做颈部的被动或主动活动, 防止颈部后倾、肌肉痉挛所导致的吞咽不利。(2) 呼吸道训练: 指导患者长吸气、长呼气、长闭气或深吸气后用力咳嗽。

2 结果

依据 SSA 评定结果对吞咽障碍患者进行误吸风险分级, 对全科护士实施统一的培训, 对 43 例患者实施相应个性化的饮食分级护理和吞咽指导 8 周, 由于患者及家属的文化程度、生活习惯、对康复宣教的理解能力、发生误吸的危害程度了解不同, 发生误吸、窒息、肺炎的比率不同。依从性好的 34 例患者中发生窒息 1 例, 肺炎 1 例, 误吸 3 例; 依从性差的 9 例患者中发生窒息 3 例, 肺炎 5 例, 误吸 8 例, 根据患者饮食护理依从性比较, 误吸、窒息、肺炎发生率比较 ($P<0.05$) 有统计学意义, 具体见表 1、表 2。

表 1 患者依从性好与康复效果的关系 ($\bar{x} \pm s$)

评定时期	Barthel 指数评	吞咽功能	P
康复前	43.09 ± 13.63	31.12 ± 7.02	>0.05
康复 8 周	67.00 ± 14.36	25.43 ± 11.60	<0.05

表 2 患者依从性差与康复效果的关系 ($\bar{x} \pm s$)

评定时期	Barthel 指数评	吞咽功能	P
康复前	44.29 ± 23.24	27.12 ± 11.31	>0.05
康复 8 周	57.51 ± 18.15	23.16 ± 8.14	<0.05

3 结论

将 SSA 评定量表用于吞咽障碍患者的评估,对误吸风险进行分级,并据此制定分级饮食护理措施表,护士依据护理内容实施程序化误吸护理,规范了护理人员的行为,提升了护士的执行能力,避免了随意性的经验式护理,保证了患者的饮食安全^[6-7]。在此过程中,要加强对家属和病人误吸的宣教,使其认识到误吸的危险性,尤其要防范隐性误吸的发生,掌握避免误吸发生的方法和技巧,最大限度地减少误吸发生。提高患者饮食护理的依从性,保障了病人的饮食安全和生命安全,完善了护理安全预警系统。从而为康复训练保驾护航,保证了康复治疗的实施,达到康复的最佳疗效。

【参考文献】

- [1] 金燕,吴英华,梁彬.脑血管病吞咽功能障碍不能自行进食患者的饮食护理.河南诊断与治疗杂志,2001,15(2):115.
<http://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1674-3474.2001.02.052>.
- [2] 高青.急性脑卒中致吞咽障碍的早期康复训练[J].青海医药杂志,2004,34(8):15-17.
<http://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1007-3795.2004.08.007>.
- [3] 孙丽凯,周雁琼,陈俊春.基于吞咽功能评估的老年病人误吸风险分级护理实践研究.护理研究,2015,29(4):1336-1338.
- [4] 李习艺,鲁力,肖德强,等.实用临床营养学教学体会.广西医科大学学报 2002,1:136.
- [5] 刘红.老年住院患者的饮食护理.长江大学学报,2010,7(1):167-168.
- [6] 梁爽.脑卒中患者吞咽障碍的饮食护理及康复训练.中国实用神经疾病杂志,2009,12(24):83-84.
<http://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1673-5110.2009.24.050>.
- [7] 何扬利,蹇在金.简易营养评价法及简易营养评价精法对老年人营养不良的评价[J].中华老年医学杂志,2005,25(4):278-281.
<http://dx.doi.org/10.3760/j.issn:0254-9026.2005.04.017>.