

【护理研究】

作者简介:陈巧凤(1973-),女,河南郑州人,本科,副主任护师,研究方向:中西医康复技术。

control group ($\chi^2=4.763, P<0.05$). The incidence of adverse reactions in the control group and observation group was 6.67% (4/60) and 3.33% (2/60), respectively; there was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($\chi^2=0.179, P>0.05$). **Conclusion** Nursing intervention combined with moxibustion is effective in the treatment of stroke patients with dysphagia, and it can significantly improve the swallowing function.

Key words: moxibustion; nursing program intervention; stroke; difficulty swallowing; recovery

脑卒中是临床上常见的急性脑血管疾病,具有发病率高、病死率高等特点^[1],患者极易出现吞咽障碍等机体功能障碍,给患者及家属带来严重的心理负担^[2],其临床治疗多以吞咽康复训练及电子仪器治疗为主,二者结合能够有效避免吞咽肌群萎缩,但恢复正常功能需要漫长的规范治疗^[3]。中医药疗法治疗脑卒中后吞咽障碍疗效较好,艾灸疗法借助灸火热力经经络腧穴传输至全身,具有温熙阳气、温通气血、温经散寒等功效,较单纯针刺疗效好^[4]。护理程序干预是新型的护理模式,能够及时发现脑卒中患者康复过程中的相关问题,并进行系统性干预。艾灸联合护理程序干预治疗脑卒中患者吞咽困难理论上可优势互补,但缺乏临床数据支持。因此,本研究回顾性分析 120 例脑卒中吞咽困难患者的临床资料,探讨艾灸联合护理程序干预对脑卒中患者吞咽困难症状康复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 9 月至 2017 年 5 月河南省康复教育研究中心康复部收治的 120 例脑卒中吞咽困难患者为研究对象。纳入标准:(1)符合《中国脑血管病防治指南》^[5]中的相关诊断标准,临床表现:局灶性神经功能缺损症及偏瘫、偏身感觉障碍、失语等,同时伴有头痛、呕吐、意识障碍等症状;(2)符合《中风病诊断与疗效评定标准》^[6]中的血瘀证、气虚证,由统一培训主治以上职称医师收集患者发病 72 h 内一般情况及中医四诊信息,进行证候量化诊断评分,评分 ≥ 7 分时诊断成立;(3)年龄 41 ~ 75 岁;(4)无吞咽功能障碍史及舌肌萎缩,咽反射存在;(5)家属知情并签署知情同意书。排除标准:(1)有严重心、肺、肝、肾功能障碍,生命体征不稳定者;(2)合并恶性肿瘤者;(3)不适宜采用本研究治疗方案者;(4)治疗依从性较差者。根据治疗方法将患者分为观察组和对照组,每组 60 例。观察组:男 33 例,女 27 例,年龄 55 ~ 78 (64.15 \pm 8.82) 岁,病程 0.4 ~ 14.0 (8.02 \pm 3.27) d。对照组:男 32 例,

女 28 例,年龄 56 ~ 78 (63.82 \pm 7.84) 岁,病程 0.3 ~ 14.0 (7.75 \pm 2.88) d。2 组患者的性别、年龄、病程比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 治疗方法 对照组患者给予艾灸治疗,选择纯艾条,规格 18 mm \times 200 mm,将其切段为 (25 \pm 3) mm 备用,测量其充分燃烧时间为 (27.5 \pm 3.2) min;施灸过程中操作者手持艾条靠近穴位,以患者局部温热无灼痛感调整距离;保持艾条呈持续火红状态,施灸穴位顺序为舌三针、双侧风池、风府穴。配穴:上肢不遂加肩三针、手三针(曲池、外关、合谷);下肢不遂加梁丘、悬钟、太冲;风痰阻络加阴陵泉、丰隆;痰热腑实加天枢、丰隆;气虚血瘀加气海、血海;阴虚风动加中脘、太溪。每穴 10 min,每日 1 次,连续治疗 6 d,共治疗 48 d^[1]。观察组患者在对照组治疗的基础上加用护理程序干预,由专业养老护理员采用综合型交流方式,即口头、示范、书面形式相结合,面对面讲解约 15 min,每周 3 次;具体内容为:(1)制定吞咽困难患者健康教育手册,床头设温馨提示卡、督促卡(内容包括饮食调护、血压控制、康复训练、规律服药),科室设健康教育宣传栏,每月 1 次健康教育大讲堂(内容包括脑卒中知识和吞咽障碍知识及其发生原因、危害、症状、日常护理方法等),持续 3 个月。(2)制作脑卒中吞咽困难患者康复健康教育小视频(主要包括吞咽功能训练、日常饮食、用药方式等),利用科室智能电视、护理院大厅和电梯口的多媒体进行循环反复播放。(3)建立微信公众号进行宣教,医生、护士、康复师进行交流与学习评价患者近期状况,对恢复较好患者进行鼓励,找出恢复较差患者的原因,并针对性进行护理。(4)制定脑卒中吞咽困难患者康复训练宣教制度,规范宣教内容,为患者建立吞咽困难康复训练档案,进行个案管理。(5)制订培训计划,定期对责任护士、养老护理员开展培训并组织考核,对不合格者进行反复培训,直至考核达标。(6)将健康教育结果纳入责任护士与养老护理员工作质量标准;制定科室监督考核机制,与

绩效考核挂钩。(7)实行医、护、康一体化健康教育工作模式。完善健康教育工作流程,成立医、护、康责任小组,固定主管医生、责任护士、康复治疗师,对患者进行责任包干,全面、全程、共同参与患者的康复评估和健康教育方案拟定、安排与实施,并在科室内开展小组之间健康教育评比活动。

1.3 观察指标

1.3.1 中医证候评分 治疗前后参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]进行中医证候评分,包括患者上肢不遂、下肢不遂、气短乏力、自汗、面色㿗白、肢体肿胀、口舌歪斜及舌强言蹇等,分为正常、轻度、中度、重度,分别计0、1、2、3分;得分越高,表示症状越严重。

1.3.2 临床疗效 参照《中药新药临床指导原则》^[7]评定临床疗效。显效:患者吞咽困难、头晕、头痛、发热、心悸等临床症状消失,血液流变学指标恢复正常;有效:患者吞咽困难、头晕头痛、发热、心悸等临床症状基本消失,血液流变学指标基本恢复正常;无效:上述症状未得到缓解,甚至恶化。总有效率=显效率+有效率。

1.3.3 吞咽功能 根据《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[8]进行吞咽困难分级评分,采用洼田饮水试验^[9]评估患者吞咽功能得分越低吞咽功能越好。具体方法为:患者饮30 mL温开水,记录呛咳次数、时间。8分:10 s全部咽下,呛咳次数较多;6分:5~10 s内≥2次咽下,伴呛咳;4分:5~10 s内全部咽下,伴呛咳;2分:5~10 s内≥2次咽下;0分:5 s内全部顺利咽下。

1.3.4 血液流变学指标 采用血液黏度计测量全血黏度、血浆黏度,微量热沉法测定纤维蛋白原水平,红细胞电泳仪测定红细胞比容。

1.3.5 不良反应 观察患者治疗期间不良反应发生情况,包括血肿、淤青、纳差等。

1.4 统计学处理 应用SPSS 20.0软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者中医证候积分比较 结果见表1。2组患者治疗前中医证候积分比较差异无统计意义($P > 0.05$);2组患者治疗后中医证候积分较治疗前降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察

组患者中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者中医证候积分比较

Tab.1 Comparison of accumulated points of traditional Chinese medicine syndrome between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	中医证候积分		<i>t</i>	<i>P</i>
		治疗前	治疗后		
对照组	60	14.44 ± 2.55	8.44 ± 1.33	29.141	<0.001
观察组	60	14.39 ± 2.61	5.73 ± 1.02	45.184	<0.001
<i>t</i>		0.088	10.478		
<i>P</i>		>0.05	<0.05		

2.2 2组患者疗效比较 观察组患者治疗显效51例,有效7例,无效2例,总有效率为96.67(58/60);对照患者治疗显效38例,有效13例,无效9例,总有效率为85.00(58/60);观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.763$, $P < 0.05$)

2.3 2组患者吞咽功能比较 结果见表2。治疗前2组患者吞咽困难分级评分及吞咽功能评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);与治疗前比较,治疗后2组患者吞咽困难分级评分及吞咽功能评分均降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组患者吞咽困难分级评分及吞咽功能评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组患者吞咽功能比较

Tab.2 Comparison of swallowing function scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	吞咽困难分级评分	吞咽功能评分
对照组	60		
		治疗前	6.77 ± 0.85
观察组	60	治疗前	6.69 ± 0.87
		治疗后	0.91 ± 0.20 ^{ab}
		治疗后	4.33 ± 0.40 ^a

注:与治疗前比较^a $P < 0.05$;与对照组比较^b $P < 0.05$ 。

2.4 2组患者血液流变学指标比较 结果见表3。治疗前2组患者血液流变学指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$);2组患者治疗后全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原及红细胞比容均低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,观察组患者全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原及红细胞比容均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者不良反应比较 观察组患者出现血肿1例,淤青1例,不良反应发生率为3.33%(2/60);对照组患者出现血肿2例,淤青2例,不良反应

发生率为 6.67% (4/60);2 组患者不良反应发生率比较差异无统计学意义($\chi^2=0.179,P>0.05$)。

表 3 2 组患者血液流变学指标比较
Tab.3 Comparison of hemorheological indexes of patients between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	全血黏度/ (mPa·s)	血浆黏度/ (mPa·s)	纤维蛋白原/ (g·L ⁻¹)	红细胞 比容/%
对照组	60				
治疗前		5.56±0.64	2.03±0.38	6.14±0.83	49.68±3.98
治疗后		4.39±0.63 ^a	1.68±0.25 ^a	3.47±0.62 ^a	43.72±2.31 ^a
观察组	60				
治疗前		5.73±0.79	2.06±0.33	6.03±0.97	48.85±3.88
治疗后		2.79±0.52 ^{ab}	1.42±0.19 ^{ab}	2.32±0.56 ^{ab}	33.64±2.25 ^{ab}

注:与治疗前比较^a $P<0.05$;与对照组比较^b $P<0.05$ 。

3 讨论

脑卒中属于中风范畴,其发病机制与虚、痰、瘀、火、风相关,主要表现为正气亏虚、筋脉失养、淤血阻络等,若已出现气虚,加之日常劳累、情志不舒、饮食口味较重、喜烟酒等均会造成脏腑功能紊乱、气血阻塞不畅,痰阻血瘀,侵袭脑部,导致脑经脉痹阻,造成筋骨肌肉营养不良、半身不遂等症状^[10]。吞咽障碍是脑卒中患者常见并发症之一,在老年群体中较常见,吞咽障碍可导致患者营养不良,严重影响患者的生活质量^[11]。

艾灸是借助灸火热力刺激人体,通过腧穴作用于全身,具有温熙阳气、温通气血、温经散寒等功效^[12]。相关研究证实,艾灸局部穴位能够扩张局部毛细血管,促进血液循环,有利于行气活血、组织修复、调整机体内循环,疗效确切;运用艾灸治疗中风及相关并发症经济有效,操作简单^[13]。本研究选择主要穴位为舌三针,该穴位能够刺激舌肌、舌下及舌咽神经,具有化痰祛风、通络行气、活血化瘀等功效。舌三针是针刺舌体下穴位,刺激咽喉部肌群,促进咽喉部血液循环,经舌咽部与经络脏腑联系密切,起到促进吞咽反射弧重建与恢复、疏通经气、畅通咽喉作用,恢复吞咽功能^[14]。中医学认为,脑卒中常见为脏腑功能失调、正气衰退气血紊乱、经络阻碍导致吞咽困难,因此,主治主要为醒脑开窍、通督调神,辅以疏通经络、调和气血,选取风池、风府穴为主穴,配合偏瘫肢体附近经络及穴位治疗,以达到标本兼治的目的^[15]。护理程序干预作为临床新型护理模式,能够及时发现患者吞咽功能状态,并进行正确评估,有针对性地为患者制定护理方案,系统性指导患者及家属避免误吸情况发生,一定程度上可改善患者应激心理,降低护理人员工作压力,提高护理人员工作积极性^[16]。护理程序干预有利于患者在康复过程

中了解有关疾病知识、注意事项、不良预后及危险因素,养成良好生活及饮食习惯,从而提升患者对脑卒中吞咽障碍的认知水平^[17]。同时,护理程序干预将患者作为护理质量的管理重点,采用宣传栏、视屏、演示操作等直观化宣教方式,与患者更容易沟通交流。护理程序干预与艾灸联合应用,理论上可体现优势互补。本研究结果显示,观察组患者中医证候积分明显低于对照组,且治疗总有效率高于对照组;提示护理程序干预联合艾灸对脑卒中吞咽障碍患者疗效较好,能明显改善临床症状。中医学认为,风府穴在督脉上,是督脉与阳维脉之会,同时也是风气入脑的门户,掌握整个经脉系统,脑卒中首先在督脉发生阻碍,艾灸该穴有利于疏通脑络、醒脑开窍,是治疗风瘫要穴;风池穴在足少阳胆经上,是胆经与阳维脉之会,具有调理诸阳、平息脑浮风邪、健脑宁神、清理头目等功效^[18-19]。本研究结果显示,治疗后观察组患者吞咽困难分级与洼田饮水试验吞咽功能得分低于对照组,说明护理程序干预联合艾灸可有效改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能。血液流变学主要根据血液流动性、黏滞性、变形性及凝固性判断疾病情况,健康人血液黏度是相对稳定的,血液流动主要依靠血压、红细胞聚集,形成“轴流”现象,当血液黏度处于稳定状态时,才能保障正常流动性;当血液流变学出现异常,血液黏度、稠度及血小板聚集增加,造成血液流动速度降低,加速血栓形成^[20]。本研究结果显示,治疗后,观察组患者全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原、红细胞比容低于对照组,提示护理程序干预联合艾灸能够有效改善脑卒中吞咽障碍患者血液流变学指标。

综上所述,护理程序干预联合艾灸治疗脑卒中吞咽困难患者疗效显著,能显著改善吞咽功能,安全可靠。

参考文献:

[1] YANG W M, EUN Y J, JI H J, et al. Comparison between gastrostomy feeding and self-expandable metal stent insertion for patients with esophageal cancer and dysphagia [J]. *PLoS One*, 2017, 12 (6): e0179522.

[2] HSIANG C C, HWU Y J. Effects of an oral care program on the swallowing function in post-operative patients with oral cancer [J]. *J Nurs*, 2017, 64 (2): 88-98.

[3] 朱文芳, 王丽娟, 张银萍. 呼吸湿化治疗联合咳痰机对脑卒中合并吞咽困难患者咳嗽的影响 [J]. *卒中与神经疾病*, 2018, 25 (5): 61-64.

[4] KIM J H, KIM Y, LEE H J, et al. Effect of the combination of men-

delsohn maneuver and effortful swallowing onaspiration in patients with dysphagia after stroke[J]. *J Phys Ther Sci*,2017,29(11):1967-1969.

[5] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要:六[J]. 中风与神经疾病杂志,2006,23(4):4-8.

[6] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:157-159.

[8] 盛莉. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中国乡村医药,1995,2(1):45.

[9] 大西幸子,孙启良,赵峻. 摄食·吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京:中国医药科技出版社,2000:118-121.

[10] CHO Y S,OH D H,PAIK Y R,*et al.* Effects of bedside self-exercise on oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia:a pilot study[J]. *J Phys Ther Sci*,2017,29(10):1815-1816.

[11] 周红,栗先增,周金洁. 脑卒中并发吞咽障碍患者经胃管营养护理、综合康复训练联合健康教育的预后效果评价[J]. 中国健康教育,2018,34(6):85-88.

[12] PALLI C,FANDLER S,DOPPELHOFFER K,*et al.* Early dysphagia screening by trained nurses reduces pneumonia rate in stroke patients:a clinical intervention study[J]. *Stroke*,2017,48(9):18157.

[13] 张艳玲,刘晓英. 需求导向理念用于老年脑卒中后吞咽困难患者康复护理的临床价值[J]. 现代消化及介入诊疗,2018,23(1):95-97.

[14] HONG D G,YO-O D H. A comparison of the swallowing function and quality of life by oral intake level in stroke patients with dysphagia[J]. *J Phys Ther Sci*,2017,29(9):1552-1554.

[15] 黄丽,张玉兰. 早期护理干预对急性脑卒中吞咽困难患者的临床护理效果评价[J]. 中国妇幼健康研究,2017,28(S1):216-217.

[16] SULENA,GUPTA D,SHARMA A K,*et al.* Clinical profile of dysphagia in patients with Parkinson's disease,progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy[J]. *J Assoc Inf Sci Tech*,2017,65(8):32-37.

[17] 王彦华,杨国防,周红霞,等. 针刺阿仑组穴治疗脑卒中后假性球麻痹吞咽困难的临床研究[J]. 辽宁中医杂志,2017,486(11):2398-2400.

[18] MOON J H,JUNG J H,WON Y S,*et al.* Effects of expiratory muscle strength training on swallowing function in acute stroke patients with dysphagia[J]. *J Phys Ther Sci*,2017,29(4):609-612.

[19] 张丽华,姚凯锋,夏陈云. 优质营养护理干预对脑卒中吞咽障碍患者疗效观察及对其生活质量影响[J]. 现代消化及介入诊疗,2017,22(1):119-121.

[20] 贾瑞芝,李文会. 艾灸联合针刺治疗缺血性脑卒中后运动功能障碍临床研究[J]. 中医学报,2017,32(5):891-894.

(本文编辑:杨 博)

(上接第 290 页)

[6] LIENG M,ISTRE O,QVIGSTAD E. Treatment of endometrial polyps:a systematic review[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*,2010,89(8):992-1002.

[7] 尹聪,白文佩,顾蓓,等. 宫腔镜直视冷刀切除绝经后子宫内膜息肉的评价[J]. 中国妇幼健康研究,2018,29(1):107-109.

[8] 冯力民,夏恩兰,黄晓武,等. 应用月经失血图评估月经血量[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(1):51.

[9] 卢美松,李萌,汤小晗,等. 半胱氨酸天冬氨酸蛋白酶-8 和半胱氨酸天冬氨酸蛋白酶-3 在子宫内膜息肉中的表达及相关性研究[J]. 中国计划生育和妇产科,2018,10(1):19-22,36.

[10] 胡秀笼. 宫腔镜子宫内膜息肉切除术后口服少腹逐瘀胶囊预防复发的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(11):1180-1182.

[11] 王瑞,蔡秋娥,汤雄文. 炔诺酮联合宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的临床分析[J]. 中国医学创新,2015,12(9):141-143.

[12] 范兰玲. 宫腔镜下电切术治疗子宫内膜息肉 44 例临床分析[J]. 中国医药科学,2014,4(17):169-171.

[13] 孙家珍,段予新,潘瑞洋,等. 子宫腔灌注人绒毛膜促性腺激素对多囊卵巢综合征患者植入窗期子宫内膜容受性的影响[J]. 新乡医学院学报,2019,36(7):642-645.

[14] 景秀菊,王秀琴,王艳虹,等. 宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后口服避孕药与放置曼月乐预防复发的效果体会[J]. 黑龙江医药科学,2018,41(6):202-203.

[15] RADOWICKA M,LEGUTOWSKA E,GAJEWSKA M,*et al.* Histopathological evaluation of intrauterine polyps and scrapings of the uterine cavity in women with endometrial polyp described in ultrasound[J]. *Neuro Endocrinol Lett*,2016,37(7):518-522.

[16] 陈筱筱,汤宝华,陈云霞. 人工流产后及月经期放置左炔诺孕酮宫内节育系统的避孕效果[J]. 江苏医药,2019,45(7):734-736.

[17] 楼俊瑶,黄秀峰,张丽凤,等. 第二代子宫内膜消融术可提高左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫腺肌病患者的疗效[J]. 浙江大学学报(医学版),2019,48(2):136-141.

[18] 司小丽,苏宝珍,杨梅枝. 桂枝茯苓胶囊联合左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫腺肌症患者子宫内膜厚度及激素水平的影响[J]. 中国医院用药评价与分析,2018,18(8):1055-1057.

[19] 覃卫玲,廖婕洁. 注射用醋酸曲普瑞林联合左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫腺肌病患者子宫血流动力学、卵巢功能及安全性的影响[J]. 中国医院用药评价与分析,2019,19(5):546-548,551.

(本文编辑:徐自超)