

进食共享照护计划在脑梗死吞咽障碍患者中的应用

王春霞,杨波*,桑九英,顾松美

(江苏省扬州市五台山医院神经内科,江苏扬州 225002)

摘要:目的 探讨进食共享照护计划在脑梗死吞咽障碍患者中的应用。方法 选取2022年9月~2023年9月脑梗死吞咽障碍患者96例,基于随机数表法将患者分为观察组48例和对照组48例,对照组行吞咽常规性训练,观察组实施进食共享照护计划,干预时间为3个月,比较2组干预前后照顾者照顾能力、患者安全进食行为评分、洼田饮水试验等级及吞咽障碍生活质量,并记录2组误吸及吸入性肺炎发生情况。结果 干预后观察组照顾者照顾能力评分低于对照组($P<0.05$),而观察组干预后安全进食行为评分及吞咽障碍患者生活质量量表(SWAL-QOL)评分较对照组显著提升($P<0.05$)。观察组吞咽功能障碍改善总有效率高于对照组($P<0.05$),而观察组误吸及吸入性肺炎发生率低于对照组($P<0.05$)。结论 进食共享照护计划能有效提升脑梗后吞咽障碍患者照顾者照顾能力,提升患者进食安全性,有效预防吞咽障碍相关并发症,改善患者生活质量。

关键词:进食共享照护计划;脑梗;吞咽障碍;进食安全性;并发症;生活质量

中图分类号: R473

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2025)04-0315-05

脑梗死患者吞咽功能障碍是指脑梗死导致的神经功能损伤影响到咽部肌肉协调性,进而影响吞咽功能^[1]。患者具体表现为口水吞咽困难,吃饭时会呛咳,甚至严重者会导致食物误入气管而导致窒息^[2]。由于脑梗死患者常面临各种程度的功能障碍,在患者疾病康复和居家照顾阶段,家庭照顾者的照顾能力显得十分重要^[3]。研究表明^[4],照顾者的照顾能力可直接影响患者康复进程。因此,增强照顾者照顾能力将有助于其更好地为吞咽障碍患者提供饮食指导及照顾技能,从而有效地减少患者误吸风险,并有助于患者恢复吞咽功能。然而当前照顾者在处理吞咽障碍安全进食方面的知识和技能有所欠缺,尤其在识别和预防误吸及喂食技术方面存在明显不足^[5]。共享护理模式认为通过充分调动照顾者和医护人员参与照顾工作的主动性和积极性,可有效改善患者预后^[6]。进食共享照护计划强调医护人员与患者照顾者合作,并鼓励其共同参与患者的饮食和吞咽护理过程。这一模式通过为照顾者提供相关的知识和技能培训,可增强照顾者的能力和信心,同时也通过与医护人员的合作,确保患者能够得到最佳的护理^[7]。进食共享照护计划的实施能有效提高照顾者对照护技能的理解和认识,帮助其能正确照

顾技能,进而降低患者相关并发症。因此,本研究将探讨进食共享照护计划在脑梗后出现吞咽障碍患者中的应用效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2022年9月~2023年9月脑梗后出现吞咽障碍患者96例,患者纳入标准:(1)患者符合《神经病学》^[8]中对脑梗死的诊断标准,并经头部CT或MRI明确诊断;(2)患者洼田饮水试验为Ⅱ级及以上;(3)患者入组时生命体征平稳,意识清晰。照顾者纳入标准:(1)照顾者年龄 ≥ 18 周岁;(2)照顾者每天照顾患者时长超过12 h,且具备进食照顾能力;(3)照顾者具备良好的阅读、理解及交流能力;患者排除标准:(1)患者合并其他严重疾病,如心功能不全、恶性肿瘤及脑颅外伤等;(2)合并咽喉部或口腔占位性疾病。照顾者排除标准:(1)患有精神疾病或入组前1个月受到重大精神创伤;(2)照顾者存在运动功能障碍,缺乏照顾能力。基于随机数表法将患者分为观察组48例和对照组48例,2组患者及照顾者基线资料比较差异不具有统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 2组患者及照顾者基线资料比较

患者基线资料		观察组 (n=48)	对照组 (n=48)	χ^2 值	P 值
性别 (男/女)		24/24	25/23	0.042	0.838
患者年龄 (岁)		70.56±2.93	69.70±2.45	0.254	0.800
婚姻状况	已婚	35 (58.33)	34 (47.92)	1.046	0.306
	未婚/ 离异	14 (29.17)	3 (6.25)		
医疗费用支付方式	公费	2 (4.17)	45 (93.75)	0.487	0.784
	医保	32 (66.67)	46 (95.83)		
学历	初中及以下	15 (31.25)	14 (29.17)	0.792	0.673
	高中及中专	19 (39.58)	16 (33.33)		
	大专及以上学历	14 (29.17)	18 (37.50)		
照顾者基线资料	性别 (男/女)	25/23	23/25	0.167	0.683
	年龄 (岁)	59.83±2.96	60.25±3.10	0.275	0.784
日照护时长 (h)					
职业	事业单位	8 (16.67)	17 (35.42)	0.281	0.964
	工人	20(41.67)	21(43.75)		
	个体户	12 (25.00)	10 (20.83)		
家庭月收入 (元/月)	<5000	28 (58.33)	26 (54.17)	0.169	0.681
	≥5000	20 (41.67)	22 (45.83)		
与患者关系	护工 (雇佣)	15 (31.25)	16 (33.33)	0.519	0.772
	配偶	20 (41.67)	22 (45.83)		
	子女	13 (27.08)	10 (20.83)		
学历	初中及以下	20 (41.67)	18 (37.50)	0.175	0.916
	高中及中专	15 (31.25)	16 (33.33)		
	大专及以上学历	13 (27.08)	14 (29.17)		

1.2 方法

1.2.1 对照组 行常规性吞咽功能训练,具体措施包括语言和发音训练、吞咽训练、饮食调节、咀嚼训练、饮水训练等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上行进食共享照护计划,具体措施如下。一、成立共享干预小组:小组成员包括神经内科主治医生1名,神经内科康复师1名,神经内科主管护士3名,小组成员均为大专及以上学历,且从事神经内科护理工作时间超过10年。小组成员入组后由研究人员对其进行培训,培训内容包括进食共享照护计划具体内容及注意事项、进食共享照护计划构建方法及实施过程中注意事项。小组成员培训结束后由研究人员对其进行考核,经考核合格后方能入组对患者实施干预。二、进食共享照护计划具体方案:由共享干预小组成员负责对患

者实施,具体内容如下。(1)相助彼此支持:①组织照顾者观看与进食照护相关的教学视频。②医生及护士使用口腔模型来讲解视频中的内容,内容包括如何识别及处理窒息事件。③指导照顾者分享其在进食照护过程中的体验和问题,并提供反馈并设定下一阶段的照护计划。④鼓励照顾者记录每日情况。⑤干预结束后为患者发放拼图作为奖励,以增加其参与感和成就感。(2)相知共享互动:①组织家庭照顾者观看学习间歇性经口至食管管饲患者的进食照护视频。随后研究者抽选照顾者回顾视频内容并考核其掌握情况,医护人员将考核结果记录于互动日志中。②专科护士利用口腔模型示范并解说鼻饲注食法,并邀请一位照顾者操作,并由共享小组成员协助。研究者对操作问题进行总结,对照顾者表示肯定和鼓励。③共享小组成员检查照顾者进食照护计划进度表、照护日志及医护人员互动日志记录情况,对于表现良好的照顾者给予鼓励和表扬。(3)相伴携手共行:①组织共享小组成员在示教室进行学习和讨论。在讨论中,彼此共享各自对留置鼻胃管的理解和困惑。②借助指导手册和照顾者共同复习脑卒中吞咽障碍相关知识、并发症、照护要点等内容。③向照顾者介绍出院后可利用的社会资源,如“言语吞咽障碍之家”微信公众号及科室公众号等,微信公众号及科室公众号可为照顾者提供正确的吞咽障碍护理相关知识和护理视频,以帮助其提升居家照护的信心和能力。(4)相连保持互动:①进食干预小组确认照顾者短期目标已达成,并与照顾者一起回顾指引进食手册相关内容,预防出现行为退步的情况。②进食干预小组询问照顾者在家庭照顾进食过程中是否遇到任何问题,如鼻饲管是否堵塞、是否有误吸情况、口腔保洁是否得当等问题,并提供相应的解答和建议。③针对患者所取得的进步,干预小组给予支持鼓励和表扬,并告知患者出院后需要定期回医院复诊的情况,鼓励患者遇到专业问题时,可通过微信或电话方式与共享小组成员进行交流和联系。(5)相信收获成长:①当患者完成短期目标后,与照顾者一起复习进食指南的内容,以保证正确的行为得以持续。②询问照顾者在居家进行进食照护过程中所面临的问题,比如鼻饲管是否阻塞、患者是否出现误吸情况、口腔卫生是否良好等等,并提供详尽的解答。③对照顾者获得的进步,给予积极的肯定和表扬,并通过微信或电

话方式及时与小组联系。

1.3 观察指标

(1)照顾者照顾能力:应用家庭照顾者照顾能力量表(Family caregiver task inventory,FCTI)^[9]对患者进行评价,量表包括适应照顾角色、处理个人情绪、应变以提供协助、调整生活满足照顾需求、评估家庭与社区资源等5个维度,合计25个条目,每个条目采取0~2级评分,总评分0~50分,分值越高提示照顾者在承担照顾者角色方面遇到更多困难,照顾能力越差,量表Cronbach's α 系数为0.921,效度系数为0.892,提示量表信效度理想。(2)安全进食行为:应用冯晓瑜等^[10]编制脑卒中吞咽障碍患者安全进食行为评价量表进行评价,量表包括个人准备、进食观察、食物选择、进食准备、进食后处理、进食的量与速度等6个维度,合计24个条目,每个条目采取1~5级评分,总评分24~120分,分值越高提示患者安全进食行为越正确,量表Cronbach's α 系数为0.925,效度系数为0.852,提示量表信效度理想。(3)疗效评价:患者吞咽障碍症状消失,洼田饮水试验(Water swallow test,WST)^[11]为I级视为治愈;患者吞咽症状明显改善,WST $\leq$ 2级或经治疗后WST改善2个疾病视为改善;患者吞咽功能障碍改善,WST $\leq$ 3级或治疗后WST改善1级视为有效;患者吞咽功能无改善。总

有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times$ 100%。

(5)并发症:记录2组误吸及吸入性肺炎发生情况。

1.4 资料收集

由2名责任护士在患者入组时及干预10周时向其及照顾者发放家庭照顾者照顾能力量表、脑卒中吞咽障碍患者安全进食行为评价量表、SWAL-QOL量表,并采取简洁易懂的语言向患者及照顾者讲解相关量表填写方法及注意事项,患者及照顾者充分理解后,向其发放相关量表,并让其自行填写。本次共发出相关量表100份,有效回收96份,有效回收率96.0%。在患者入组时及出院前1 d对患者行WST,并记录结果。

1.5 统计学方法

2组数据采用SPSS 21.0进行分析,2组计量资料以均数标准差($\bar{x}\pm s$)表示,对于符合正态分布的计量资料采用 t 检验,2组计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组干预前后家庭照顾者照顾能力评分比较

干预前观察组与对照组相比较,照顾者照顾能力评分比较差异不显著($P>0.05$),干预后观察组与对照组相比较,照顾者照顾能力评分显著下降($P<0.05$),见表2。

表2 2组干预前后家庭照顾者照顾能力评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	照顾角色		处理个人情绪		应变以提供协助	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	48	7.85 $\pm$ 1.20	4.25 $\pm$ 1.02	7.92 $\pm$ 1.11	3.98 $\pm$ 0.89	7.89 $\pm$ 1.22	4.02 $\pm$ 1.05
对照组	48	7.90 $\pm$ 1.16	6.92 $\pm$ 0.96	7.88 $\pm$ 1.23	6.78 $\pm$ 1.02	7.86 $\pm$ 1.30	6.70 $\pm$ 1.20
<i>t</i>		0.207	13.206	0.167	14.330	0.116	11.645
<i>P</i>		0.836	<0.001	0.867	<0.001	0.907	<0.001

续表2 2组干预前后家庭照顾者照顾能力评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	调整生活满足照顾需求		评估家庭与社区资源		照顾能力总评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	48	7.52 $\pm$ 1.10	3.56 $\pm$ 1.33	6.92 $\pm$ 0.96	3.56 $\pm$ 0.63	38.10 $\pm$ 3.96	23.96 $\pm$ 4.22
对照组	48	7.36 $\pm$ 1.20	5.96 $\pm$ 1.20	6.90 $\pm$ 0.89	5.75 $\pm$ 0.88	37.90 $\pm$ 4.23	32.11 $\pm$ 4.10
<i>t</i>		0.681	9.282	0.106	14.019	0.239	9.597
<i>P</i>		0.497	<0.001	0.916	<0.001	0.811	<0.001

2.2 2组干预前后患者安全进食行为评分比较

干预前观察组与对照组相比较,患者安全进食行为评分比较差异不显著($P>0.05$),干预后观察组与对照组相比较,患者安全进食行为评分显著提升($P<0.05$),见表3。

表3 2组干预前后患者安全进食行为评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	个人准备		进食观察		食物选择		进食准备	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	48	8.12±1.69	11.85±2.02	15.08±2.20	18.96±2.10	9.20±1.45	13.25±2.02	8.96±2.02	12.02±2.45
对照组	48	8.10±1.23	9.45±1.40	15.12±2.10	16.45±2.03	9.30±1.32	10.78±1.18	8.78±1.63	10.32±2.03
t		0.066	6.765	0.091	5.954	0.353	7.315	0.480	3.702
P		0.947	<0.001	0.927	<0.001	0.725	<0.001	0.632	<0.001

续表3 2干预前后患者安全进食行为评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	进食后处理		进食的量与速度		总评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	48	7.45±1.02	11.02±2.30	8.90±1.20	12.89±2.30	57.77±4.20	79.99±3.23
对照组	48	7.50±1.10	9.56±2.20	9.02±1.23	11.02±2.04	57.82±4.10	67.58±3.40
t		0.231	3.178	0.484	4.214	0.059	18.334
P		0.818	0.002	0.630	<0.001	0.953	<0.001

2.4 2组治疗效果及并发症发生率比较

观察组吞咽功能障碍改善总有效率高于对照组($P<0.05$),而观察组误吸及吸入性肺炎发生率低于对照组($P<0.05$),见表4。

表4 2组治疗效果及并发症发生率比较(n,%)

组别	n	治疗有效率	误吸率	吸入性肺炎
观察组	48	47 (97.92)	1 (2.08)	0 (0.00)
对照组	48	32 (66.67)	8 (16.67)	6 (12.50)
χ^2		12.004	6.008	4.444
P		0.001	0.014	0.035

3 讨论

3.1 进食共享照护计划可提升脑梗死吞咽障碍患者照顾者照顾能力

本研究对脑梗死吞咽障碍患者实施进食共享照护计划,结果显示,观察组干预后照顾者照顾能力评分较对照组明显下降($P<0.05$),研究结果与李改乐等^[13]对吞咽障碍患者实施进食共享照护计划获得的结果一致。这是因为,在共享照护计划中照顾者将会接受有关如何正确进行喂食的教育和培训,这不仅能避免因错误的喂食方式导致的误吸,也可以帮助照顾者更好地理解患者在进食过程中所面临的困难和挑战^[14]。此外,共享照护计划还强调了团队工作和沟通的重要性,通过与专业医疗团队的紧密合作,照顾者可以获取更专业、更个性化的照顾建议,这可照顾者照顾能力,使患者能获得更好的照顾^[15]。

3.2 进食共享照护计划可提升脑梗死吞咽障碍患者进食安全性

本研究对脑梗死吞咽障碍患者实施进食共享照护计划,结果显示,观察组干预后患者进食安全性评分较对照组显著提升,表明进食共享照护计划可提升脑梗死吞咽障碍患者进食安全性。分析可能由于,进食共享照护计划可以根据脑梗死患者的具体情况量身定制进食计划,包括食物质地、口服姿势、进食速度等方面的指导,有效减少误吸和窒息的风险^[16]。此外,进食共享照护计划不仅注重实际的进食操作,还会对患者及其家属进行相关的健康教育和指导,提高其对吞咽障碍的认识,增强自我管理能力和,从而提高进食安全性^[17]。另外,进食共享照护计划通常会进行定期的复查和评估,及时调整进食方案,监测患者的进食情况和吞咽功能,确保患者在进食过程中始终得到有效的支持和监护^[18]。

3.3 进食共享照护计划可改善脑梗死吞咽障碍患者吞咽功能,预防相关并发症

本研究对脑梗死吞咽障碍患者实施进食共享照护计划,结果显示,观察组吞咽障碍改善有效率高于对照组,且观察组误吸及吸入性肺炎发生率低于对照组,表明进食共享照护计划可改善脑梗死吞咽障碍吞咽功能,预防相关并发症。这是因为进食共享照护计划通过对患者进行全面吞咽功能评估,分析患者吞咽过程中存在的问题,然后制定个性化的照护计划,如确定适当的饮食口感和

• 319 •