

觉传导,提高疼痛阈值,产生镇痛作用,并可抑制新生儿激惹状态,使新生儿保持安静<sup>[7]</sup>。多项研究显示,非营养性吸吮可缓解足跟采血新生儿疼痛<sup>[8-10]</sup>。本研究结果显示,联合组啼哭时间短于常规组,NIPS 评分、NFCS 评分低于常规组,穿刺后 30 s、穿刺后 2 min、穿刺后 4 min HR 低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明对头皮动脉采血新生儿实施拥抱安抚联合非营养性吸吮,可减少啼哭时间,减轻新生儿针刺疼痛,稳定新生儿心率。本研究还显示,联合组新生儿家属护理满意度 97.06% 高于常规组 83.82% ( $P < 0.05$ ),提示对头皮动脉采血新生儿实施拥抱安抚联合非营养性吸吮,可提高新生儿家属护理满意度。综上所述,对头皮动脉采血新生儿实施拥抱安抚联合非营养性吸吮,可减轻新生儿针刺疼痛,缩短啼哭时间,稳定新生儿心率,提高新生儿家属护理满意度。

参考文献

[1]夏冬晴,陈梦莹,闵翠婷,等.早期反复操作性疼痛对足月新生儿疼

痛反应的影响[J].中华实用儿科临床杂志,2016,31(9):692-695.  
 [2]贺芳,张喆,黄小知,等.3 种量表用于新生儿足跟采血疼痛评估的信效度分析[J].护理学报,2017,24(1):1-4.  
 [3]申培培,李娟,方梦洁,等.急性疼痛服务小组在术后患者镇痛泵管理中的效果探讨[J].海军医学杂志,2018,39(1):91-93.  
 [4]卢慧,李蓉,马学华.非营养性吸吮与口服 25%葡萄糖溶液对缓解新生儿足跟采血疼痛的比较研究[J].空军医学杂志,2017,33(3):210-212.  
 [5]杨晓霞.早产儿足跟采血干预方法缓解疼痛的对比研究[J].临床与病理杂志,2016,36(6):742-746.  
 [6]何静妍,梁琪琪,何宛仪,等.抚触对减轻新生儿末梢血采集所致疼痛的效果观察[J].海南医学,2018,29(20):2958-2960.  
 [7]何婧,刘蓓蓓,罗敏,等.袋鼠式护理联合非营养性吸吮对缓解早产儿微量血糖采血疼痛的作用[J].四川医学,2018,39(4):467-471.  
 [8]周福霞,刘芳,戴淑芳,等.甜味剂联合非营养性吸吮在早产儿疼痛管理中的应用[J].中国妇幼保健,2016,31(5):1074-1076.  
 [9]魏振英,于桂玲,王爱敏.非药物疗法缓解早产儿桡动脉采血疼痛的效果分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(14):226-227.  
 [10]刘毅.非营养性吸吮配合弹簧式采血针缓解新生儿足跟采血疼痛效果观察[J].河北医药,2016,38(10):1596-1597,1600.

(收稿日期: 2020-07-20)

## 低频电刺激、吞咽训练配合康复护理对脑卒中后吞咽障碍患者康复的改善作用

田延收

(河南省漯河市第一人民医院康复科 漯河 462005)

**摘要:**目的:分析脑卒中吞咽障碍患者应用低频电刺激、吞咽训练配合康复护理效果。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月收治的 120 例脑卒中后吞咽障碍患者为研究对象,随机分为常规组和干预组,各 60 例。常规组采用常规护理联合低频电刺激疗法,干预组在常规组基础上接受康复护理联合吞咽训练。比较两组吞咽障碍等级,吞咽障碍评分。结果:干预组吞咽障碍等级优于常规组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );干预后,两组吞咽障碍程度评分均较干预前提升,且干预组较常规组高( $P < 0.05$ )。结论:低频电刺激、吞咽训练配合康复护理在脑卒中后吞咽障碍患者中有较好效果,改善患者的吞咽功能,促进身体恢复。

**关键词:**脑卒中;吞咽训练;康复护理;低频电刺激

中图分类号:R473.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.072

临床实践证明,脑卒中有着较高的致残率、致死率,其中发生吞咽障碍的概率较大,可高达 45% 左右,占据临床发生吞咽困难总人数的 25%<sup>[1]</sup>。该疾病的发病机制为延髓疑核与迷走神经背核发生病理变化,使得软腭、舌、食道、咽喉等功能受到了一定的损害,直接影响患者对饮食的摄取,进而影响身心健康<sup>[2]</sup>。临床上常用的干预措施为吞咽障碍训练法,可以有效强化用口进食的速度,也能提高进食的安全性与能动性,减少鼻饲的运用,利于肠道功能的恢复,促进身体吸收营养<sup>[3]</sup>。但是该项操作需要时间较长,且患者耐受力不同,所起到的效果也有所不同,故而需要一种有效且短时间内能够促进患者恢复吞咽功能的干预,以便于促进患者的身体恢复<sup>[4]</sup>。本研究旨在探讨低频电刺激、吞咽训练配合康复护理应用于脑

卒中后吞咽障碍患者中的效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月我院收治的 120 例脑卒中后吞咽障碍的患者为研究对象,随机分为常规组和干预组,各 60 例。常规组男 32 例,女 28 例;年龄 31~76 岁,平均(65.52± 2.58)岁;病程 1~6 个月,平均(3.11± 0.58)个月。干预组男 33 例,女 27 例;年龄 30~75 岁,平均(65.02± 2.46)岁;病程 1~5 个月,平均(2.90± 0.62)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。纳入标准:临床资料完整;符合脑卒中的诊断标准,且经过治疗后发现伴有吞咽功能障碍;患者经过洼田饮水试验评测,吞咽障碍为 5 级;患者由家属陪同且同意参与本研究。排除标准:伴代谢性或

内分泌系统性疾病;伴凝血功能障碍;存在精神疾患,沟通障碍,不能参与研究。

**1.2 护理方法** 常规组接受常规护理方法联合低频电刺激疗法,即用低频生物电刺激对患者实施治疗(使用脉冲电流以及指数电流),在干预时嘱患者做吞咽动作,每次 30 min,每天 1 次。并给予患者疾病健康教育、病情监测,遵医嘱给予患者用药干预,指导患者进行相关的恢复措施,并叮嘱患者家属对患者多加监督。干预组在常规组的基础上接受康复护理联合吞咽训练。(1)康复护理干预。强化基础护理干预措施,每日对患者进行口腔护理,保证口腔的清洁,避免食物残渣在口腔中遗留,从而发生口腔炎症反应;患者进食时,需要在旁指导,当其发生呛咳时,立即使其弯腰,并使身体前倾,护理人员快速、连续拍打肩胛下区,迫使残渣咳出,并告知患者并发症发生的应急处理方法,提高患者的生活技能;另外在训练的过程中给予患者适当的心理护理以及安慰,鼓励其战胜疾病,并提高训练积极性。(2)吞咽训练方法。指导患者进行下颌、面部的训练,指引嘴张开至最大限度,且维持较长的时间;引导移动下颌,进行大幅度的咀嚼动作;引导患者做鼓腮、闭唇等运动,以上训练反复数次,且逐渐延长训练的时间。指导患者练习唇部运动,将口腔部训练体操视频发放于患者微信,使其每天按照视频要求进行训练,加强唇部的控制、协调力等;引导患者说“嗯、唔、衣”字等,每次 5 s,反复训练 10 次。指导患者控制软腭、舌部的力量,将舌头尽量向口外伸展(维持时间长于 5 s),反复数次训练。指导患者进行腹式呼吸、咳嗽训练等,并引导其从声门发出音量,并持续发音;引导患者通过吹气泡、气球等方法,以控制呼吸的频率、节奏等;并通过感受汤匙、食物的温度、触感等,促进咽部反射。摄食训练,待患者可以随意地完成空吞咽之后,对患者进行摄食训练的指导,协助其取左侧卧位,从流质饮食开始,并由少到多逐渐增加,另外也可以在患者练习摄食前,指导其口含冰块,进一步促进吞咽功能。

**1.3 观察指标** (1)对比两组干预前后的吞咽障碍程度评分,共计 3 项,总分 0~10 分,分数越高则意味着患者的吞咽功能较好。(2)对比两组吞咽障碍等级,重度:患者无法经口吞咽;中度:患者可以通过口腔摄取少量的食物;轻度:患者可以经口摄取普通饮食;正常:患者的吞咽功能与健康人相同。

**1.4 统计学分析** 数据采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计

数资料用率表示,采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组干预后吞咽障碍等级对比** 干预组吞咽障碍等级优于常规组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组干预后吞咽障碍等级对比(例)

组别	n	重度	中度	轻度	正常
常规组	60	15	24	7	14
干预组	60	8	7	19	26
Z				5.114	
P				0.036	

**2.2 两组干预前后吞咽障碍程度评分对比** 干预后,两组吞咽障碍程度评分均较干预前升高,且干预组高于常规组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组干预前后吞咽障碍程度评分对比(分, $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	干预前	干预后	t	P
常规组	60	2.88± 0.67	5.11± 1.10	13.411	0.001
干预组	60	3.01± 0.59	7.56± 1.06	29.052	0.001
t		1.128	12.423		
P		0.131	0.001		

## 3 讨论

吞咽困难是由于中枢神经系统受到损害后而导致,也是脑卒中患者发病后常见的后遗症,临床表现为吞咽反射消失或减弱,饮水呛咳等<sup>[5-8]</sup>。因此临床需对患者进行干预,帮助改善吞咽障碍的情况。

低频电刺激法可以对患者的甲状腺舌骨肌进行干预,以降低喉上提的幅度,给患者不同的脉冲模式进行干预,其中脉冲电流能够使用低频率,使得肌肉发生震动以及震颤,促进肌肉功能的恢复<sup>[9]</sup>;指数电流刺激可以有效刺激咽部肌肉,继而使患者产生吞咽反应,利于提升吞咽的敏感性,改善吞咽困难的状况,也可以刺激相关脑部组织的再生。故而在吞咽训练的基础上加之低频电刺激,可以明显提高训练的效果,改善患者吞咽障碍的情况,促进患者经口进食的能力<sup>[10]</sup>。但是单纯电刺激疗法并不能改善患者的吞咽困难症状,对患者口咽有了一定的刺激之后,再对患者实施口咽训练法,主要是依据再塑神经的原理,有针对性地对患者缺乏的部分功能进行干预,如使患者感受温度、触感等刺激,再训练患者的檐口与口腔的协调功能,使其重建或者恢复协调功能,有效改善肌群萎缩,并刺激神经细胞功能及其系统的恢复,继而使得患者恢复经口摄食的能力。本研究结果显示,干预后,两组吞咽障碍程度评分均较干预前升高,且干预组高于常规组( $P < 0.05$ ),表明干预组实施康复护理干预及吞咽训练方法,着重强调对患者

口腔卫生、并发症的干预,并积极改善患者的心态,帮助其树立战胜疾病的信心,提高训练的耐受力,护理人员耐心对患者进行动作的指导,使患者逐渐恢复吞咽反射等,有利于刺激大脑皮质功能,促进血液循环,改善咽喉部肌肉的灵活性,防止肌肉萎缩,最终彻底将吞咽机能得以恢复。本研究结果还显示,干预组吞咽障碍等级优于常规组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。综上所述,给予脑卒中后吞咽障碍的患者低频电刺激、吞咽训练配合康复护理后,明显降低吞咽功能障碍的程度,进而促进了机体恢复。

参考文献

[1]王江玲,戴新娟,翟晓萍,等.神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效的 Meta 分析[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(1):48-54.  
 [2]闫瑾,郭泽春.呼吸训练结合神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效[J].心血管康复医学杂志,2018,27(4):394-397.  
 [3]王舒,沈晓艳,莫丹,等.经颅直流电刺激联合吞咽训练对脑卒中后

吞咽功能障碍的临床疗效观察[J].神经损伤与功能重建,2019,14(4):209-211.  
 [4]陈丹,郭海英.针刺结合康复训练治疗卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍疗效观察[J].中国针灸,2018,38(4):364-368.  
 [5]刘晟,裴子文,孟宪梅.神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的系统评价及 Meta 分析[J].中国康复,2019,34(8):426-431.  
 [6]徐颖.醒脑开窍针结合神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者的疗效[J].心血管康复医学杂志,2019,28(1):100-103.  
 [7]王星淳.脑卒中后吞咽障碍患者神经肌肉电刺激与吞咽功能训练联合治疗效果分析[J].山西医药杂志,2019,48(20):2492-2494.  
 [8]代欣,魏冰,公维军.神经肌肉电刺激结合饮食指导对卒中后吞咽障碍患者的疗效[J].神经疾病与精神卫生,2018,18(11):779-784.  
 [9]方君辉,宋丰军,陈炳,等.颈项针联合电刺激对脑卒中吞咽障碍临床效果和脑血流的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(2):474-479.  
 [10]张莉,刘畅,李慧敏,等.低频电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].实用老年医学,2018,32(5):478-480.  
 [11]殷淑萍,刘训灿,颜秀丽,等.低频脉冲电刺激联合吞咽训练对急性脑卒中吞咽障碍的治疗作用[J].实用老年医学,2018,32(8):784-785.

(收稿日期: 2020-08-20)

# 奥马哈系统的延伸护理应用于增生性糖尿病视网膜病变

范小丽

(河南省开封市中心医院 开封 475000)

**摘要:**目的:分析奥马哈系统的延伸护理服务对增生性糖尿病视网膜病变患者自护能力及健康调查简表评分的影响。方法:选取 2017 年 8 月~2019 年 3 月收治的增生性糖尿病视网膜病变患者 74 例,按建档时间分为试验组与参照组,各 37 例。两组均予以康柏西普辅助微创玻璃体切除术,参照组予以常规护理干预,试验组在参照组基础上予以奥马哈系统的延伸护理服务。对比两组护理工作满意度及干预前后自我护理能力测量表评分、健康调查简表评分及负面情绪。结果:试验组干预后自我护理能力、健康调查简表评分较参照组高 ( $P<0.05$ ); 负面情绪评分较参照组低 ( $P<0.05$ ); 试验组护理工作满意度 94.59%(35/37) 较参照组 78.38%(29/37) 高 ( $P<0.05$ )。结论:增生性糖尿病视网膜病变患者予以奥马哈系统的延伸护理服务可减轻患者负面情绪,提高患者自护能力及生活质量,提高护理工作满意度。

**关键词:**增生性糖尿病视网膜病变;奥马哈系统的延伸护理;自我护理能力测量表评分

中图分类号:R473.77

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.073

增生性糖尿病视网膜病变(Proliferative Diabetic Retinopathy, PDR) 属于糖尿病严重并发症之一,发病率高达 20.5%~46.9%<sup>[1]</sup>。当前,临床针对 PDR 主要采取药物联合手术治疗,以控制患者血糖、复位视网膜,改善患者临床症状,但由于受患者自护能力低等多方面因素影响,PDR 致盲率仍居高不下<sup>[2]</sup>。因此,临床应在药物联合手术治疗基础上配合相关护理干预,以提高患者自护能力,改善患者预后。基于此,本研究选取我院 PDR 患者,以探究奥马哈系统的延伸护理服务应用价值。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经我院医学伦理委员会审批通过,选取我院 2017 年 8 月~2019 年 3 月收治的 PDR 患者 74 例,按建档时间分为试验组与参照

组,各 37 例。试验组男 22 例,女 15 例;年龄 40~67 岁,平均年龄(53.62± 6.45)岁。参照组男 21 例,女 16 例;年龄 41~68 岁,平均年龄(53.84± 6.72)岁。两组年龄、性别资料均衡可比( $P>0.05$ )。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)经临床确诊为 PDR;(2)符合手术适应证;(3)一般资料完整;(4)患者及家属知情,签订承诺书。排除标准:(1)严重依从性差者;(2)妊娠期女性;(3)伴有严重意识障碍或患有精神疾病无法配合本研究。

1.3 护理方法 两组均予以康柏西普辅助微创玻璃体切除术。

1.3.1 参照组 予以常规护理干预。(1)用药护理,告知患者及家属详细用药方式及可能的不良反应。(2)眼部自我护理,告知患者及家属正确用眼注意事