

护理协调为主导的多学科团队协作模式在卒中后吞咽障碍患者中的应用*

刘玲,何竟

(四川大学华西医院康复医学中心,四川成都,611135)

[摘要] **目的** 探讨以护理协调为主导的多学科团队协作模式在卒中后吞咽障碍患者治疗中的应用效果。**方法** 采用抽签法将 120 例卒中后吞咽障碍患者随机分为对照组和多学科组,每组各 60 例。对照组患者采用常规吞咽治疗及康复护理,多学科组患者采用护理协调为主导的多学科团队协作模式。治疗前和治疗 1 个月后比较两组患者吞咽功能、营养状况、心理状况。**结果** 两组患者吞咽功能、营养状况、心理状况比较,差异具有统计学意义(均 $P<0.05$),多学科组患者各项指标优于对照组。**结论** 护理协调为主导的多学科团队协作能有效提高患者吞咽功能、改善营养状况,并减轻患者心理负担,有利于患者的康复。

[关键词] 多学科团队协作;吞咽障碍;吞咽功能;营养状况;心理状况

[中图分类号] R473.74 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2017)09-0064-06 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.09.015

Application of nursing-coordination-led multidisciplinary collaboration model in treatment of patients with post-stroke swallowing disorder

Liu Ling, He Jing//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(9):64.

(Rehabilitation Medicine Center, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, 611135, China)

[Abstract] **Objective** To study the effect of nursing-coordination-led multidisciplinary collaboration model in the treatment of patients with post-stroke swallowing disorder. **Methods** About 120 patients who suffered from post-stroke swallowing disorder were randomly divided into two groups: 60 patients in the multidisciplinary collaboration group and 60 patients in the control group. In the latter, the patients were treated with conventional deglutition treatment and rehabilitation care, and those in the former were treated on the multidisciplinary collaboration model. The two groups were compared in terms of swallow function, nutrition and physiological

[基金项目] * 本课题为四川省应用基础研究计划项目课题基金资助,项目编号 2014JY0114。

[收稿日期] 2017-03-11

[作者简介] 刘玲(1988-),女,四川内江人,护理组长,护师,本科,主要从事神经科康复护理工作。

[通信作者] 何竟,医疗组长,副教授,博士,E-mail: yeshj028@163.com。

吞咽障碍是脑卒中患者常见并发症之一,脑卒中后合并吞咽功能障碍的发生率为 30%~78%^[1]。吞咽障碍是指由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管等器官结构功能受损,不能安全有效地把食物由口送到胃内取得足够的营养和水分的进食困难^[2]。吞咽功能障碍可导致患者反复肺部感染、因进食困难出现营养不良及水、电解质紊乱等并发

[10] BADER M K, PALMER S, STALCUP C, et al. Using a FOCUS-PDCA quality improvement model for applying the severe traumatic brain injury guidelines to practice: process and outcomes[J]. Reflect Nurs Leadersh, 2002, 28(2): 34-35.

[11] NIELSEN P R, CHRISTENSEN P A, MEYHOFF C S, et al. Post-operative pain treatment in denmark from 2000 to 2009: a nationwide sequential survey on organizational

aspects [J]. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2012, 56(6): 686-694.

[12] 徐长龙,郭晓敏,张连杰,等.FOCUS-PDCA 程序在护理管理中的[J]. 护理研究,2017,31(1):16-17.

[13] 覃丽锦.FOCUS-PDCA 程序化管理在护理人员专科培训中的应用[J]. 吉林医学,2014,35(1):163-164.

[本文编辑:郑志惠]

situations before and one month after their treatment. **Result** The swallow function, nutrition and physiological situation in the collaboration group were significantly better than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The treatment on the nursing-coordination-led multidisciplinary collaboration can effectively improve the patients' swallow function and their nutrition conditions and alleviate the physiological pressure, which is good for their recovery.

[**Key words**] multidisciplinary collaborations; swallowing disorder; swallow function; nutrition situation; physiological situation

症,影响疾病的恢复。据报道^[3],大约有 34%的脑卒中患者死于吸入性肺炎。多学科团队协作是指以多个专业为基础,通过各学科专业人员的相互协作,为患者提供高效、系统、全面及规范的干预措施,旨在促进患者病情康复,改善患者生活质量^[4]。本研究中,以护理协调为主导的多学科团队是由康复科专科护士、康复科医师、吞咽治疗师、高压氧医师、神经内科医师、营养科医师、心理卫生中心医师组成的多学科专业团队,团队工作中,由康复专科护士统筹规划、沟通协调,团队所有成员针对每一位患者基础疾病情况、吞咽障碍严重程度、患者营养状况及心理状况讨论制订个体化治疗方案,取得良好效果,现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2015 年 1 月-2016 年 12 月本院收治的脑卒中后吞咽功能障碍患者 120 例为研究对象,采用抽签法将患者随机分为多学科组和对照组,每组各 60 例。①多学科组:男 38 例,女 22 例,年龄 20~69 岁,平均 (35.3 ± 6.3) 岁;住院时间 32~70d,平均 (45.1 ± 7.6) d;体重 41~85kg,平均 (57.3 ± 9.7) kg。②对照组:男 35 例,女 25 例,年龄 18~65 岁,平均 (33.4 ± 5.7) 岁;住院时间 31~65d,平均 (43.7 ± 6.9) d;体重 45~83kg,平均 (55.8 ± 10.5) kg。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准与排除标准

①纳入标准:经 CT 或 MRI 确诊为脑卒中且符合《各类脑血管疾病诊断要点》中对脑卒中的诊断标准^[5];洼田饮水试验^[6]为 2~5 级;简易平衡三级评定^[7]达到一级及以上;神志清楚,生命体征平稳;年龄 18~70 岁;患者和家属知情同意。②排除标准:严重并发症、意识障碍、认知功能障碍、精神病

患者。

1.3 方法

对照组和多学科组患者入住不同的住院病房,对照组患者应用常规治疗及吞咽康复护理治疗,具体为在药物治疗基础上对患者进行每日 1 次的饮食管理、摄食指导、吞咽功能训练。多学科组患者应用多学科团队协作模式,具体方法如下。

1.3.1 组建多学科组 组建多学科组,多学科组组长 1 名,组员由康复专科护士 3 名、康复科医师和或吞咽治疗师 2 名、高压氧医师 1 名、神经内科医师 1 名、营养科医师 1 名及心理咨询师 1 名组成。多学科组组长由康复专科护士长担任,具有良好的沟通能力、善于倾听别人的意见、有较强的决策能力及有丰富的管理经验,主要负责团队工作制度的制订及团队管理。

1.3.2 制订多学科团队工作制度 由多学科组团队成员讨论制订多学科团队工作制度,包括团队成员职责分工、团队成员工作方式、健康宣教方式及内容等。

1.3.3 创建多学科团队信息交流平台 由康复专科护士建立“多学科团队协作微信交流群”,便于多学科团队成员治疗方案的讨论和信息反馈,为及时有效的沟通提供平台。团队成员对患者治疗中的热点或有疑问的问题,在“多学科团队协作微信交流群”中讨论,反馈患者病情信息,及时为患者调整适合的病情治疗方案。

1.3.4 团队各成员分工及职责

1.3.4.1 康复科医师和或吞咽治疗师 综合评估患者病情,给予康复专科治疗。康复专科护士配合吞咽治疗师准确地对患者进行吞咽康复评定,制订吞咽训练计划,实施康复治疗;负责对患者进行吞咽训练和进食指导,如食物性状的选择、一口量、进食体位、进食速度等。

1.3.4.2 高压氧医师 文献报道^[8],脑卒中吞咽障

碍早期配合高压氧治疗,迅速增加氧含量,可改善病变周围缺血、缺氧状况,促进脑组织侧枝循环的形成,对吞咽障碍的恢复有利。高压氧医师根据患者病情,合理安排高压氧治疗周期。康复专科护士负责对患者进行高压氧治疗指导,告知患者高压氧治疗中的注意事项,如嘱患者在加压时做吞咽、捏鼻、鼓气等动作,使咽鼓管口打开,预防耳部气压伤等。

1.3.4.3 神经内科医师 负责卒中患者原发病的治疗和评估,并与康复科医师定期交流患者病情,共同制订治疗方案。康复专科护士做好患者病情及疾病恢复情况的观察,并指导患者配合治疗,并将治疗的信息告知患者,增强患者治疗的信心。

1.3.4.4 营养科医师 负责患者营养状况的评估和营养餐的制订与调整。康复专科护士配合营养师对患者进行饮食监督及宣教,根据患者个体化饮食需求进行全面营养指导,并在患者每餐进餐时指导患者选择有利于吞咽的食物,进餐时观察患者进食量,指导合理营养搭配。研究报道^[9],加强卒中后吞咽障碍患者的营养支持,可改善患者的营养状况,减少并发症,提高其生存质量。

1.3.4.5 康复专科护士 负责整合资源,收集资料并建立患者病例档案,承担卒中患者的专科护理,并负责团队的协调工作,充当团队中的联络员,有效地与团队人员沟通,并配合做好对团队各成员的协助工作。

1.3.4.6 心理咨询师 负责患者的心理状况评估和治疗。康复专科护士采用本院自制的“华西心晴指数问卷”^[10]对患者进行心理状况筛查,对存在心理问题的患者,康复专科护士及时告知心理咨询师会诊,并根据医嘱采取干预措施。康复专科护士组织患者进行座谈,了解其顾虑,积极开导患者,满足患者合理需求,帮助其树立正确的认识,保持良好的心态,让患者主动积极配合治疗。

1.3.5 团队协作模式工作方式

1.3.5.1 实行健康教育 由康复专科护士整体计划并安排康复科医师、吞咽治疗师、专科护理人员运用PPT进行健康教育讲座。护理人员提前1周通知相关团队成员授课时间、地点,提醒备课等,并由护理人员负责组织患者及家属到场学习。健

康教育内容主要包括:康复医师讲解脑卒中原发病的病因、治疗;吞咽治疗师讲解吞咽训练的方法及注意事项;护理人员讲解疾病的护理方法、观察要点,行吞咽障碍饮食指导等。

1.3.5.2 周例会 由康复专科护士组织多学科团队成员举行团队例会,每周1次。各亚专业人员分别汇报患者本周的治疗护理情况,就多学科组患者的治疗护理进行分析,讨论制订下一周的治疗计划。康复专科护士记录患者的病情及治疗效果,用于评价治疗进展。

1.3.5.3 “医护治”一体化查房 每日上午10:00进行多学科组患者“医护治”一体化查房,康复专科护士汇报患者病情的动态变化,包括患者的生命体征、睡眠、饮食、大小便、心理状况及吞咽恢复情况,医生指示重点观察护理内容。

1.3.5.4 集中强化练习 康复专科护士每日晚上20:00集中患者在示教室内进行吞咽基础训练,部分行走能力较差的患者可由家属轮椅推入示教室,当患者无法完成某项动作时,家属可在护士指导下给予一定帮助。每次集中训练时间为20min,让患者主动参与唇舌操练习,对患者进行饮食管理和摄食指导。讲解误吸、呛咳的处理方法,督促患者坚持吞咽功能训练。

1.4 观察指标

两组患者在治疗前和治疗1个月后进行如下指标评定。

1.4.1 吞咽功能评定 吞咽功能评定采用“洼田饮水试验”评定方法^[6]。患者取端坐位,喝30mL温水,观察记录患者饮水所需要的时间、有无呛咳、饮水状况等。评定结果:I级,能1次饮完,无呛咳、停顿;II级,分2次以上饮完,但无呛咳、停顿;III级,能1次饮完,但有呛咳;IV级,分2次以上饮完,但有呛咳;V级,频繁呛咳,全部饮完有困难。分级越高表示吞咽功能越差(1级为优)。疗效评价标准^[11]:痊愈,吞咽困难消失,饮水试验评定结果为I级;显效,吞咽困难明显好转,饮水试验提高2级,但未达到I级;好转,吞咽困难有所改善,饮水试验提高1级,但未达到I级;无效,吞咽困难改善不显著,饮水试验评定结果无变化。

1.4.2 营养状况评定 营养状况评定采用“体重

指数(body mass index,BMI)”进行评定。BMI 是国际上目前常用的衡量人体胖瘦程度与是否健康的标准^[12]。BMI 评定结果:正常范围为 18.5~23.0kg/m²;轻度营养不良为 17.0~18.4 kg/m²;中度营养不良为 16.0~16.9 kg/m²;16.0kg/m²以下为重度营养不良。

1.4.3 心理状况评估 心理状况评估采用本院自制的“华西心晴指数问卷”进行评估^[10]。共 11 个条目,总分 36 分,0~8 分为无或有轻度的不良情绪;9~12 分为可能存在轻度的不良情绪;13~16 分为可能存在中度的不良情绪;17 分及以上为可能存在较重或重度不良情绪。分数越高表示患者心理问题越严重。

1.5 统计分析方法

数据采用 SPSS23.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料采用频数和率描述,等级资料比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后吞咽功能评定情况比较

两组患者治疗后吞咽功能评定情况比较见表1。由表 1 可见,两组患者治疗后吞咽功能评定情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),多学科组患者吞咽功能恢复情况优于对照组。

表 1 两组患者治疗后吞咽功能评定情况比较 (n)

组别	n	痊愈	显效	好转	无效
对照组	60	3	18	26	13
多学科组	60	8	25	20	7
Z			-2.409		
P			0.016		

2.2 两组患者治疗前后营养状况评定情况比较

两组患者治疗前后营养状况评定情况比较见表 2。由表 2 可见,两组患者治疗前营养状况评定及对照组患者治疗前后营养状况评定情况比较,均 $P>0.05$,差异无统计学意义;两组患者治疗后营养状况评定及多学科组患者治疗前后营养状况评定情况比较,均 $P<0.05$,差异有统计学意义,多学科组患者营养状况优于对照组及干预前。

表 2 两组患者治疗前后营养状况评定情况比较 (n)

组别	时间	n	重度营 养不良	中度营 养不良	轻度营养 不良	正常
对照组	治疗前	60	4	5	13	38
	治疗后 ^a	60	2	3	15	40
多学科组	治疗前 ^c	60	3	4	16	37
	治疗后 ^{b,d}	60	1	2	7	50

注:a 为对照组治疗前后比较,Z=-0.597,P=0.55;b 为多学科组治疗前后比较,Z=-2.627,P=0.009;c 为两组治疗前比较,Z=-0.018,P=0.985;d 为两组治疗后比较,Z=-2.051,P=0.04

2.3 两组患者治疗前后心理状况比较

两组患者治疗前后心理状况比较见表 3。由表 3 可见,两组患者治疗前心理状况评估情况比较,均 $P>0.05$,差异无统计学意义;两组患者治疗后心理状况评估情况比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),多学科组心理状况优于对照组。

表 3 两组患者治疗前后心理状况比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	60	13.13±8.74	12.1±7.74
多学科组	60	12.28±9.38	9.23±7.05
t		0.513	2.122
P		0.609	0.036

3 讨论

多学科团队是由不同学科的专业人员组成,通过各学科人员的有机结合,将多个学科资源进行整合,旨在运用多学科的资源优势实施全面康复护理,提高康复治疗效果,进而提高吞咽障碍患者生存质量^[13]。卒中后吞咽功能障碍患者极易导致脱水、营养失调、吸入性肺炎、心理障碍等,发生并发症的机率增加、死亡率增加^[14]。给予卒中后吞咽障碍患者积极有效的治疗与护理,提高摄食—吞咽功能水平,改善营养状况,在促进患者神经功能恢复等方面具有重大意义^[15]。本研究通过采用以护理协调为主导的多学科团队协作模式,及时观察患者的病情变化,调整治疗方案,优化营养结构,并及时疏导患者的不良情绪,患者及时得到康复科医师、吞咽治疗师、高压氧医师、营养师、神经

内科医师、心理医师及护理人员共同制订的治疗及护理方案,促进患者的康复,具体分析如下。

3.1 护理协调为主导的多学科团队协作对卒中后吞咽障碍患者吞咽功能的影响

吞咽功能障碍是卒中后患者常见并发症之一,本研究中,对照组患者进行常规每日1次的吞咽训练,多学科组患者运用多学科团队协作模式,由康复科医师对患者进行综合病情评估,吞咽治疗师对患者实施准确的吞咽康复评定并实施针对性的吞咽训练,有效提高患者的吞咽功能。多学科组中,康复专科护士每日20:00组织患者集中学习吞咽障碍相关知识,现场指导患者唇舌操练习,增强患者主动训练意识。康复专科护士每日与治疗师沟通,了解患者当日吞咽治疗情况,给予患者吞咽训练后的延续指导,有助于患者吞咽功能的改善。高压氧医师根据患者病情,合理安排高压氧治疗,使患者吞咽机能得到较大程度的恢复。康复科医师、吞咽治疗师、康复专科护士等团队成员以多种形式,按亚专业为患者提供全面、专业的吞咽知识宣教。结果显示,两组患者治疗后吞咽功能评定情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),多学科组患者吞咽功能恢复明显优于对照组。表明以护理为主导的多学科团队协作模式能有效改善患者的吞咽功能,对患者的病情恢复有极大的促进作用。

3.2 护理协调为主导的多学科团队协作对卒中后吞咽障碍患者营养状况的影响

卒中后吞咽功能障碍患者是营养不良高危群体,可增加卒中患者复发率、各种感染的发生率及死亡率,不利于疾病的恢复^[16]。本研究在对卒中后吞咽功能障碍患者进行吞咽功能训练的基础上,由营养师对患者的营养状况进行评估,及时调整膳食方案,对患者进行饮食管理和摄食指导,确保了患者营养的摄入;而且随着患者吞咽功能的改善,进食量的增加,形成一个良性循环,营养状况的改善又进一步促进了患者的康复。结果显示,两组患者治疗前营养状况与对照组患者治疗前后营养状况比较,均 $P>0.05$,差异无统计学意义;两组患者治疗后营养状况及多学科组患者治疗前后营养状况比较,均 $P<0.05$,差异有统计学意义,多学科组患者营养状况优于对照组及干预前。

3.3 护理协调为主导的多学科团队协作对卒中后吞咽障碍患者心理状况的影响

卒中后吞咽障碍患者因病情迁延,多数患者伴肢体运动功能障碍,影响日常生活活动,导致患者产生焦虑、抑郁等心理问题。本研究中,康复专科护士通过采用本院自制的“心晴指数问卷”^[11]进行筛查,了解患者的心理状况。心理咨询师针对性地进行心理干预,改善患者的负面情绪,促进患者的身心健康。多学科组中,康复专科护士及时了解患者心理需求,通过病情分析和健康宣教解除患者对疾病的疑惑,减轻患者心理压力,增强康复信心。结果显示,两组患者治疗前心理状况比较,均 $P>0.05$,差异无统计学意义;两组患者治疗后心理状况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),多学科组患者心理状况优于对照组。表明多学科组心理咨询师对患者采用专业的心理评估及干预,有效减轻患者的心理负担,改善负面情绪,促进患者康复。

4 结论

综上所述,以护理协调为主导的多学科团队协作模式综合了各学科的资源优势以及人员的有机结合,共同制订并及时调整治疗护理方案,使患者疾病得到了及时治疗,在患者吞咽功能状况改善的同时,调整营养结构、疏导患者的负面情绪,明显改善了患者营养状况及心理状况,对患者吞咽功能治疗有利,形式良性循环。

参考文献:

- [1] MARTINO R, FOLEY N, BHOGAL S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2005, 36(12): 2756-2763.
- [2] 王珊珊, 白田雨, 刘敏, 等. 肌电生物反馈和针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(2): 129-131.
- [3] 汪洁, 吴东宇. 吞咽障碍的电刺激治疗研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(6): 573-575.
- [4] 莫柳仙, 盘庆东, 林永东, 等. 对人工髋关节置换术后患者实施多学科团队家庭康复指导的效果评价[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(9): 1650-1652.
- [5] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.