

脑卒中吞咽困难识别与管理社区循证实践方案初步构建

张小艳¹, 王元红², 柴晶晶², 王斗¹, 丛雪¹, 曲畅¹, 周雅静¹, 郝玉芳^{1,3,4}

摘要:目的 构建适用于社区医疗卫生站的脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践方案,推动医院医疗护理向社区下沉。方法 在已有三甲医院方案的基础上,采用文献研究法,检索国内外吞咽困难相关证据,结合利益相关者会议更新证据,进而更新和调适循证实践方案。结果 对脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践方案进行社区医院跨机构调适后,吞咽障碍筛查工具由标准吞咽功能评定量表改为洼田饮水试验(护士用)和吞咽障碍指数(患者用),营养风险管理工具由NRS2002改为营养不良通用筛查工具,并增加中医护理技术和远程卒中管理。根据修订结果,重新修订工作流程,更新健康教育材料等。结论 脑卒中吞咽困难识别与管理社区循证实践方案的构建,为在社区医院开展循证实践提供了框架。

关键词:脑卒中; 吞咽困难; 社区医院; 洼田饮水试验; 营养不良筛查; 循证实践; 社区护理; 跨机构调适

中图分类号:R473.2;R743.3 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.01.014

Evidence-based nursing protocol for poststroke dysphagia assessment and management in community Zhang Xiaoyan, Wang Yuanhong, Chai Jingjing, Wang Dou, Cong Xue, Qu Chang, Zhou Yajing, Hao Yufang. School of Nursing, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 102448, China

Abstract: **Objective** To construct an evidence-based nursing protocol for poststroke dysphagia assessment and management in community, and to promote hospital-community linkage. **Methods** Based on the protocol formed for tertiary hospital in previous studies, we retrieved relevant evidence of dysphagia assessment and management, and then conducted stakeholder discussion to update the evidence and adapt the protocol. **Results** After adaptation, the protocol for community included: Water Swallowing Test for nurse use and Dysphagia Handicap Index for patient use replaced the Standard Swallowing Assessment for dysphagia screening; the Malnutrition Universal Screening Tool was substituted for the Nutritional Risk Screening-2002 for nutrition risk management; traditional Chinese medicine techniques and telerehabilitation were added in the protocol. According to the new protocol, we revised the work process and updated patient health education manual, etc. **Conclusion** The protocol provides framework to implement evidence-based nursing practice for poststroke dysphagia management in community.

Key words: stroke; dysphagia; community hospital; Water Swallowing Test; malnutrition screening; evidence-based practice; community nursing; adaption

吞咽困难是脑卒中后较常见且严重的并发症,如不能早期识别与管理,可能造成患者吸入性肺炎、脱水和营养不良、生活质量降低,甚至致残和病死率增高等一系列严重后果^[1-3]。目前国际上已有较为丰富的卒中指南,但临床实践现状欠佳。为缩短证据与实践的差距,本研究团队于2015年在北京市某三甲医院开展脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践项目^[4],该项目基于现有指南,结合临床调研构建实践方案,并进行为期3个月的临床实践,取得较好的短期效果。但持续1年后,方案整体执行率明显下降,本研究团队又于2017开展该方案的持续性应用研究^[5],制定持续性应用行动计划书,成功推动方案持续开展。但前期方案仅在三级甲等医院实施。文献报道,53.61%脑卒中恢复期患者有不同程度的吞咽困难^[6],社区脑卒中患者需要长期的吞咽指导^[7]。因此,本研究对前期方案进行基于证据审查及更新的社

区医院跨机构调适,以期促进方案在新的机构、不同卒中康复期患者成功实施,报告如下。

1 方法

1.1 证据审查 为确保证据的适用范围,2名研究者(硕士以上学历,经循证方法学培训且参与过循证实践项目,具备英文文献阅读能力)分别追溯前期纳入证据的原始指南,对证据进行再审查,剔除仅适用于医院超急性或急性期患者的证据,如有分歧则寻求第三方(副高级以上职称或博士研究生学历,经循证方法学培训且负责过循证实践项目,具备临床经验和英文文献阅读能力)商讨解决。前期共纳入10部指南,其相关证据均适用于社区脑卒中康复期患者及照顾者。因此,未剔除前期研究中的任何证据。

1.2 证据更新和补充

1.2.1 证据检索 系统检索国内外脑卒中吞咽困难患者康复期的相关证据,包括指南、证据总结、专家共识。检索资源:①指南网站及循证中心网站。Guidelines International Network、National Institute for Health and Care Excellence、New Zealand Guidelines Group、Registered Nurses Association of Ontario、The Australian National Health and Medical Research Council、Joanna Briggs Library、医脉通。②专

作者单位:1. 北京中医药大学护理学院(北京,102448);2. 北京市隆福医院康复科;3. 北京中医药大学RNAO-BPSO最佳实践指南研究中心;4. 北京中医药大学JBI循证实践护理卓越合作中心

张小艳:女,硕士在读,护师

通信作者:郝玉芳,Haoyufang0903@sina.com

收稿:2019-08-06;修回:2019-09-27

业协会。中国卒中学会、英国皇家医师学会、国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会、欧洲卒中组织、加拿大心脏与卒中基金会、美国卒中协会。③数据库。PubMed、Web of Science、中国知网和万方数据库。根据数据库特点制定相应检索策略。纳入 2014～2019 年发表的中英文循证指南、证据总结、专家共识;对于已修订或更新的指南,纳入最新版。初检共获得相关文献 68 篇,经逐层筛选,新增 3 个指南^[8-10],2 个证据总结^[11-12],1 个专家共识^[13]。

1.2.2 文献质量评价 指南运用 AGREE II^[14]、证据总结采用 CASE Worksheet^[15]、专家共识采用 JBI 质量评价工具^[16]作为文献质量评价工具。由 3 名评价员均接受过质量评价方法学系统培训对证据进行独立评价,如某条评价结果存在较大差异,通过讨论决定。

表 1 纳入证据的基本特征、主要推荐内容和质量评价

发布国家	发布机构	证据类型	适用人群	证据级别和推荐强度分级系统	吞咽困难筛查与管理(护士权责范围)	质量评价
加拿大 ^[8]	心脏和卒中基金会	指南	脑卒中康复期患者	ACCP	①鼓励患者尽可能自己进食;②社区定期进行营养状况筛查;③营养筛查结果异常转介(均为 C 级证据)	AGREE II 总体均分 5.67
加拿大 ^[9]	心脏和卒中基金会	指南	脑卒中过渡期患者	ACCP	①过渡到新的机构时应重新筛查吞咽困难(C 级证据);②增加远程卒中康复模式(B 级证据);③个性化的教育,涵盖康复和护理各个方面(A 级证据);④干预应以患者为中心,根据患者价值观和需求进行调整(C 级证据)	AGREE II 总体均分 6.67
加拿大 ^[10]	心脏和卒中基金会	指南	卒中卫生保健人员	ACCP	①应用远程康复技术为患者提供评估和治疗(C 级证据);②患者需要经常监测的情况下,考虑使用基于 Web 的应用程序进行(均为 C 级证据)	AGREE II 总体均分 5.67
澳大利亚 ^[11]	JBI	证据总结	脑卒中吞咽困难患者	JBI	①推荐洼田饮水试验用于卒中后吞咽困难的筛查(3 级证据,B 级推荐)	CASE 10 个评价项目均为是
中国 ^[13]	中国老年医学学会营养与食品安全分会	专家共识	老年吞咽困难患者	—	①通过监测出入量等方法评价老年患者的饮水情况;②患者可利用吞咽障碍指数自查吞咽功能状况;③根据吞咽功能分级,指导患者家庭尽早介入营养管理;④重视对医务人员、陪护、家属和患者常规进行营养教育	JBI 6 个项目评价均为是
中国 ^[12]	中医药大学循证护理研究中心	证据总结	脑卒中患者	基于证据体的中医药临床证据分级	①可给予穴位按摩护理促进喉部神经重建,改善吞咽困难症状(Ia 级证据);②耳穴贴压:可给予耳穴贴压促进神经重建护理,改善吞咽困难症状(Ib 级证据)	CASE 10 个评价项目均为是

注:ACCP: American College of Chest Physicians(美国胸科医师学会)。

1.3 调适循证实践方案

针对更新和补充后的证据,结合具体的推荐意见和社区实际情况,由方案调适社区医院护理部主任、护士长、护士 2 名、主治医生 1 名、康复治疗师 1 名、营养师 1 名、患者 2 名与研究者共同制定或改进原有方案的筛查工具、筛查流程、流程图、护理记录单、患者健康教育手册和护士教育手册的形式及内容等。本研究从以下几个方面对循证实践方案证据更新和调适。

1.3.1 吞咽困难筛查

1.3.1.1 筛查时间 前期使用的方案中^[5],强调所有脑卒中患者在首次进食前需进行吞咽困难筛查,此筛查需在入院 24 h 内完成。本次文献分析发现,指南^[9]

1.2.3 确定实践的推荐条目 采用文献研究法对推荐意见进行提取,并通过社区专家会议确定最终条目,此步骤纳入的专家主要为方案调适社区的利益相关者。纳入标准:具有注册护士资格且在社区医院工作 2 年以上的护士;具有执业医师资格且在社区医院工作 5 年以上的临床医生;具有治疗师资格且在社区医院工作 5 年以上的康复作业治疗师或物理治疗师。共纳入 7 人,其中护士 4 人(包括社区护士长 1 人、护理组长 1 人、临床护士 2 人),医生 1 人,治疗师 2 人。研究生学历 1 人,本科 4 人,大专 2 人。与前期研究^[4-5]中的推荐意见进行对比。对一致或相似者,保留原证据不变;对不一致或前期无推荐后期拟补充的证据,通过证据的 FAME 属性进行评估以确定是否推行。根据上述 3 个步骤,新增纳入证据的基本特征、推荐内容及质量评价结果,见表 1。

强调脑卒中患者由医院过渡到社区时,需重新筛查患者各项功能,包括吞咽困难,但该证据对时间没有明确要求。结合社区专家讨论结果,上级医院转诊到社区的过渡期患者一般几小时内完成各项护理评估,不会增加额外的工作负担,但专家建议将“入院”一词换一种说法,因此,证据调整为:所有脑卒中患者在转诊后 24 h 内,首次进食前需重新进行吞咽困难筛查。

1.3.1.2 筛查工具 前期实践项目中指南推荐采用洼田饮水试验进行筛查^[4]。随后持续性应用^[5]中将吞咽困难筛查工具更改为具有高灵敏度和特异度的标准吞咽功能评定量表(Standardized Swallowing Assessment,SSA)(灵敏度 77.8%,特异度 68.1%)。但社区护士普遍反映 SSA 操作程序繁琐,对护士专

业知识要求较高,而该社区以预防、康复、自我管理为主要目标,主张在有限的人力资源下,采用简单有效的方式评估。对现有的筛查工具进行对比分析发现,洼田饮水试验是目前应用最多且较为简单有效的方法,具有较高灵敏度(灵敏度 97.5%),且 1 个证据总结推荐洼田饮水试验作为卒中吞咽困难筛查方法^[11]。因此,将筛查工具变更为洼田饮水试验。专家会议时提出,应提供工具让家属或患者能够自己进行疾病判断,促进家庭和自我管理。结合专家意见及文献研究,有专家共识^[13]推荐选用吞咽障碍指数(Dysphagia Handicap Index, DHI)作为自我筛查工具。综上,筛查工具最终调适为:针对社区脑卒中患者,护士可采用洼田饮水试验,患者可采用 DHI 作为吞咽困难筛查工具。

1.3.2 吞咽困难的管理

1.3.2.1 喂养方式 相关指南^[8]推荐:应允许患者在可能的情况下自己进食。而在前期方案中仅强调喂养人员应接受培训,并未关注患者自理能力。专家认为该条证据非常重要,符合我国优质护理服务理念,对促进患者自我管理、自我价值实现等有一定的益处,因此建议纳入到患者宣教。此外,将监测出入量纳入到健康教育中。

1.3.2.2 吞咽困难分级的营养风险管理 前期项目推荐 NRS2002 作为筛查工具,但该工具适用于住院患者。证据更新:1 个指南明确推荐社区定期进行营养状况筛查^[8],1 个专家共识推荐使用营养不良通用筛查工具(Malnutrition Universal Screening Tool, MUST)进行营养筛查^[17],一般 3~5 min 即可完成,容易掌握。对于筛查时间,专家根据社区具体工作流程和强度建议 1 个月进行 1 次风险筛查即可。此外,证据也提示需要根据吞咽功能分级,以指导家庭营养管理的尽早介入,家庭营养管理也是社区及养老机构关注的重点。综上,营养风险管理调适为:采用 MUST 于每月初进行营养风险筛查,并根据洼田饮水试验分级给予营养指导。

1.3.2.3 吞咽困难中医治疗 前期方案中仅将推荐患者行针灸治疗融入健康教育,中医护理未涉及。更新证据^[12]显示:①护士可给予穴位按摩护理促进喉部神经重建,改善吞咽困难症状(Ia 级);②护士可给予耳穴贴压促进神经重建以改善吞咽困难症状(Ib 级)。而此次调适的社区医院以中医康复护理为优势项目,并与国内多家中医院合作密切,现有人力设备均可较好实现。专家在会议时也一致肯定中医护理技术在慢病管理、康复促进等方面的作用,表示穴位按摩和耳穴贴压较为简单易行,经济实用,可以开展。此外,政策分析发现,2016 年 9 月起,北京市东城区、西城区、丰台区等作为试点地区已启动中医药健康养老社区示范工程^[18],通过设置中医药健康养老服务专区,组建中医药健康养老服务联合体。2019 年 5

月,第 72 届世界卫生大会将传统医学正式纳入《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)》。综上,中医护理技术在脑卒中患者养老工程中也将有极大发展。

1.3.2.4 远程卒中管理 前期研究中,护士与患者多为面对面口头交流,健康教育形式较单一。最新远程卒中(Telestroke)指南^[10]强调远程康复(Telerehabilitation)的概念,尤其有利于社区卒中患者,偏瘫导致长期卧床行动不便以及偏远地区的卒中患者。专家表示,可以利用现有的公众号、电话、微信等进行远程康复评估和干预。同时前期研究健康宣教材料仅限于文字版,可以发挥远程卒中康复优势,将最佳证据转化为视频、动画、推文等形式,增加交互性、娱乐性、趣味性和多样性,使其更契合社区患者特点。

2 结果

针对更新和完善后的证据,基于社区实际情况,最终确定社区脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践调适方案。主要内容包括:基于洼田饮水试验制作社区吞咽困难筛查表格,并备注该筛查应在转诊后 24 h 内完成;修订基于洼田饮水试验的社区吞咽困难分级管理流程及其辅助材料,如吞咽级别标示卡、宣传单;基于 DHI 制作吞咽指数评估表;制作 MUST 营养风险筛查表;制定基于洼田饮水试验的分级营养管理流程;制作卒中吞咽困难项目相关最佳证据推文 10 篇(吞咽困难概述、筛查、康复锻炼、饮食管理、营养管理、中医护理技术、口腔管理、心理护理、用药管理、预防哽塞和窒息),系列慕课(包括专业版和患者版)、动画等;修订和更新脑卒中吞咽困难识别与管理患者健康教育手册、护士最佳知识手册,如增加中医护理技术、患者自我筛查,营养管理等内容;增加专业版和患者版慕课链接二维码于手册对应章节。干预方式除口头教育、发放健康宣教材料外,辅助微信远程康复模式:推送相关文章、播放视频、在线答疑、营养指导等。

3 讨论

3.1 循证实践跨机构调适的意义 近年来,WHO 等多项国际机构或组织明确表示,在受控的研究环境中发现有效的公共卫生干预措施应该及时推广(Scaling up),在多个背景下转化为有益于更多患者的成果^[19]。本研究前期方案在医院环境中已取得较好效果^[4-5]。另外,国内部分老年医疗护理机构包括老年护理(医)院、社区卫生服务中心等,也已将吞咽困难评估和护理纳入脑卒中护理质量评价体系^[20]。随着社区脑卒中吞咽困难患者基数增多,向社区医院引入脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践方案具有重要的现实意义。在新的环境实践时,原始的循证实践干预可能与相关人群、执行机构的特征不匹配^[21]。一项循证实践在某一环境中能够实施,在另一个新的环境中却未必能成功开展。如前期研究中营养风险筛查工具为 NRS2002,但此工具适用于住院患者,与社

区人群不匹配,因此跨机构调适后选用 MUST。此外,实际工作中各机构可能因为缺乏资源、资金或专业知识,无法按照最初设想实施,研究者和实践者必须进行证据调整,以便更好地适应新的受众或环境。

3.2 循证实践方案的跨机构调适方法探究 无论是实践经验还是理论框架,循证实践方案的跨机构调适必须基于循证护理核心要素,均需在证据、专业人员、患者和临床情境之间寻找最佳平衡点。首先,方案调适需基于当前最佳证据,方案的产生建立在证据基础上。而证据是不断更新和优化的。Cochrane 协作网要求每 2 年进行 1 次系统评价更新,作为指南制定基础的系统评价,一般在 3~5 年就会失去价值,有时甚至更快^[22],国际指南也会在 2~5 年更新。苏格兰指南网指出大于 7 年未更新的指南需谨慎使用。新的证据产生也会促进循证实践方案的更新和优化,因此,方案的调适也应以证据的更新为基础,以此说明循证实践是一个持续质量改进的动态过程。其次,方案调适需结合护理人员的专业判断。作为主要利益相关者之一,护理人员能够敏锐地将证据与临床实际问题实事求是地结合,也能够凭借自身丰富经验和实践技能预先判断证据在实施过程中面临的阻碍因素。此外,方案调适需充分考虑患者需求和偏好,这是开展循证决策的核心^[23]。循证护理实践过程既是诊治疾病的过程,也是充分体现人的自然属性、社会属性以及满足患者需求的过程,应尊重患者的价值观,促进共享决策^[24]。最后,方案调适应考虑应用证据的临床情境,不同机构的资源分布情况、条件、文化习俗、组织氛围等方面存在差异,而这些因素从不同程度都会影响证据的应用。任何循证护理实践项目的开展都应建立在对临床实践评估的基础上,也需要考虑临床情境证据的可行性、适宜性、临床意义。

4 小结

目前国内循证实践多聚焦单个项目的短期效果,较少关注项目的持续性应用,以及引入新的机构等纵向深入探讨。本研究通过文献研究及专家会议等方法对脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践项目进行社区医院跨机构调适,旨在体现循证实践本身应为一个持续质量改进的动态循环过程,并基于核心要素进行方案更新和调适,以促进方案在社区医院成功实施,推动医院—社区联动模式。下一步将在社区医院进行实际应用,探讨调适方案的效果。

参考文献:

[1] Murray J, Scholten I, Doeltgen S. Factors contributing to hydration, fluid intake and health status of inpatients with and without dysphagia post stroke[J]. *Dysphagia*, 2018,33(5):670-683.

[2] Moloney J, Walshe M. "I had no idea what a complicated business eating is...": a qualitative study of the impact of dysphagia during stroke recovery [J]. *Disabil Rehab*,

2018,40(13):1524-1531.

[3] Ho C H, Lin W C, Hsu Y F, et al. One-year risk of pneumonia and mortality in patients with poststroke dysphagia: a nationwide population-based study[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*,2018,27(5):1311-1317.

[4] 高尚谦. 脑卒中吞咽困难识别与管理的循证护理实践研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.

[5] 赵俊强. 脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践方案的持续质量改进:一项实施性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2018.

[6] Ho Y H, Liu H Y, Huang S T. The prevalence and signs of dysphagia among stroke patients in rehabilitation units[J]. *Hu Li Za Zhi*,2014,61(2):54-62.

[7] 付凌敏. 南昌市脑卒中患者社区护理需求调查及其影响因素分析[D]. 南昌:南昌大学,2011.

[8] Hebert D, Lindsay M P, McIntyre A, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015[J]. *Int J Stroke*, 2016,11(4):459-484.

[9] Cameron J I, O'Connell C, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016 [J]. *Int J Stroke*,2016,11(7):807-822.

[10] Blacquiere D, Lindsay M P, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: telestroke best practice guidelines update 2017[J]. *Int J Stroke*,2017,12(8):886-895.

[11] Sandeep M. Evidence Summary. Post stroke dysphagia: risk assessment[J]. The Joanna Briggs Institute EBP Database,2018:JBI12200.

[12] 中国老年医学学会营养与食品安全分会,中国循证医学中心,《中国循证医学杂志》编辑委员会. 老年吞咽障碍患者家庭营养管理中国专家共识(2018 版)[J]. *中国循证医学杂志*,2018,18(6):547-558.

[13] 李学靖. 基于证据体的中风中医护理方案的优化研究[D]. 北京:北京中医药大学,2019.

[14] Brouwers M, Kho M E, Browman G P, et al. Performance, usefulness and areas for improvement: development steps toward the AGREE II—Part 1[J]. *Can Med Assoc J*,2010,182(10):1045-1052.

[15] Foster M J, Shurtz S. Making the Critical Appraisal for Summaries of Evidence (CASE) for evidence-based medicine (EBM): critical appraisal of summaries of evidence[J]. *J Med Libr Assoc*,2013,101(3):192-198.

[16] McArthur A, Klugarova J, Yan H, et al. Innovations in the systematic review of text and opinion[J]. *Int J Evid Based Healthc*,2015,13(3):188-195.

[17] 卒中患者吞咽障碍和营养管理中国专家组. 卒中患者吞咽障碍和营养管理的中国专家共识(2013 版)[J]. *中国卒中杂志*,2013,8(12):973-983.

[18] 杨思秋,侯胜田. 北京市老年人对中医药健康养老服务的态度调查分析[J]. *中国医药导报*,2018,15(8):35-39.