

• 论 著 •

康复期脑卒中患者心理灵活性现状及影响因素分析

田玲玲^{1,3}, 湛秘², 邹田子¹, 邵秀芹¹, 范玲³

摘要:目的 了解康复期脑卒中患者心理灵活性现状,分析其影响因素,为针对性干预提供参考。方法 便利选取在医院康复医学科住院的 156 例康复期脑卒中患者,采用一般资料调查表、接纳与行动问卷(测评心理灵活性)、认知融合问卷、脑卒中康复动机量表、脑卒中患者病耻感量表进行调查,分析影响因素。结果 患者心理灵活性总分为(27.78±12.01)分;多元线性回归分析结果显示,主要照顾者、认知融合、康复动机以及病耻感程度是康复期脑卒中患者心理灵活性的主要影响因素(均 $P<0.05$),可解释心理灵活性总变异的 56.5%。结论 康复期脑卒中患者心理灵活性较低,医护人员应针对影响因素实施个体化干预,提高其心理灵活性,从而促进患者身心康复。

关键词:脑卒中; 康复期; 心理灵活性; 认知融合; 康复动机; 病耻感; 影响因素; 神经内科护理

中图分类号:R473.74;R395.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.03.018

Level and factors associated with psychological flexibility among convalescent stroke patients

Tian Lingling, Shen Mi, Zou Tianzi, Shao Xiuqin, Fan Ling. Rehabilitation Medicine Department, The First Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, China

Abstract: **Objective** To investigate the level and factors associated with psychological flexibility among convalescent stroke patients, and to provide reference for targeted interventions. **Methods** A total of 156 stroke patients during the convalescent phase were selected from a rehabilitation medical department and surveyed using a self-designed demographic questionnaire, the Acceptance and Action Questionnaire- II (to measure psychological flexibility), the Cognitive Fusion Questionnaire, the Stroke Rehabilitation Motivation Scale, and the Stroke Stigma Scale. **Results** The sample scored (27.78±12.01) for psychological flexibility. Multiple linear regression analysis showed that main caregivers, cognitive fusion, rehabilitation motivation, and stigma were factors influencing psychological flexibility (all $P<0.05$), which could explain 56.5% of the total variance. **Conclusion** The psychological flexibility of convalescent stroke patients is relatively low. Personalized interventions should be implemented based on the influencing factors to improve stroke patients' psychological flexibility, thus to facilitate their physical and mental recovery.

Keywords: stroke; convalescent phase; psychological flexibility; cognitive fusion; rehabilitation motivation; stigma; influencing factor; neurological nursing

目前,中国居民脑卒中总体发病率为 1 386/10 万^[1],且呈持续上升趋势,每年新发病例超过 200 万^[2]。研究表明,发生脑卒中后会遗留不同程度的功能障碍,导致处于康复期的脑卒中患者与正常人交流、对比自身之前功能状态时,往往不能接受当下,易产生抑郁焦虑等负性情绪,康复意愿降低,增加患者家属及医护人员的照护负担^[3]。对康复期脑卒中患者的心理灵活性进行研究,对于提高其心理适应性水平、改善相应困扰,提高自我效能,促进健康行为以及提高患者及其家属生活质量起到重要作用^[4]。心理灵活性概念由 Hayes 等^[5]于 21 世纪基于接纳承诺疗

法提出,经过相关研究完善后概括为:有意识的个体,接纳自身现状并以目标为导向,充分应用当下自身能力在行为上做出改变或持久努力,而不是把精力消耗在回避消极情绪、记忆或感受上的能力^[6-7]。心理灵活性在癌症患者^[8]、艾滋病患者^[9]以及疾病照顾者等^[10]群体中的研究较为常见,当前尚无针对脑卒中康复期患者的相关调查研究。本研究通过对其心理灵活性现状及影响因素进行调查分析,旨在为今后开展针对性干预提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取 2021 年 12 月至 2023 年 5 月于南昌大学第一附属医院康复医学科住院的康复期脑卒中患者为调查对象。本研究获得医院伦理委员会批准(SFYXLL-PJ-2019-KJ001)。纳入标准:①患者经颅脑 CT 或 MRI 检查,符合脑卒中诊断标准^[11],均处于康复期^[12];②年龄≥18 岁;③意识清醒,可通过语言或文字进行交流;④知情同意,自愿参加本次研究,签署知情同意书。排除标准:①病情突发加重;②合并重要脏器功能障碍或恶性肿瘤。

作者单位:1. 南昌大学第一附属医院康复医学科(江西 南昌, 330006);2. 南昌大学第四附属医院教务科;3. 南昌大学护理学院

田玲玲:女,硕士在读,护士,1284606619@qq.com

通信作者:邹田子,254950840@qq.com

科研项目:江西省教育厅科学技术研究项目(170139);江西省中医药管理局科技计划课题(2021A089)

收稿:2023-09-18;修回:2023-11-09

剔除标准:调查中途退出或脱落患者。参照样本量为自变量 10 倍^[13]的要求,考虑 10% 的样本流失率,本研究共纳入自变量 14 个,样本量应为 156,实际纳入 160 例。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查表 自行编制,内容包括患者性别、年龄、婚姻状况、文化程度、家庭人均月收入、居住地、脑卒中类型、合并慢性病情况、既往卒中史及主要照顾者情况等。

1.2.1.2 接纳与行动问卷第 2 版(Acceptance and Action Questionnaire-2, AAQ-2) 该量表由 Bond 等^[14]于 2011 年编制,我国学者曹静等^[15]于 2013 年汉化,为 7 个条目的单维度量表,采用 Likert 7 级评分法,从“从未”至“总是”依次计 1~7 分,总分 7~49 分,得分越高,心理灵活性越低。Cronbach's α 系数为 0.88,重测信度为 0.80^[15]。

1.2.1.3 认知融合问卷(Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ) 由 Gillanders 等^[16]于 2014 年编制,包括认知融合分问卷(Cognitive Fusion Questionnaire-Fusion, CFQ-F; 9 个条目)和认知解离分问卷(Cognitive Fusion Questionnaire-Defusion, CFQ-D; 4 个条目)两部分。张维晨等^[17]于 2014 年对该问卷进行汉化,在各年龄段人群中应用后,只保留了 CFQ-F,为 9 个条目单维度,使用 Likert 7 级评分法,从“从未”至“总是”依次计 1~7 分,总分 9~63 分,得分越高,认知融合程度越高,表示个体消极情绪越重,越偏向心理僵化。中文版 CFQ-F Cronbach's α 系数为 0.92,重测信度为 0.67^[17]。

1.2.1.4 脑卒中康复动机量表(the Stroke Rehabilitation Motivation Scale, SRMS-28) 由 White 等^[18]于 2012 年编制。赵静静等^[19]对该量表进行汉化,包含外在动机内射、无动机、内在动机认知、外在动机调节、外在动机识别、内在动机刺激以及内在动机成就共 7 个维度各 4 个条目,共计 28 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“完全不同意”至“完全同意”依次计为 1~5 分,其中包括 3 个反向计分条目(5、12、23)。将反向条目进行正向计分后,总分 28~140 分,得分越高,脑卒中患者参与康复的动机越高。中文版 SRMS-28 Cronbach's α 系数为 0.906,内容效度为 0.970^[19]。

1.2.1.5 脑卒中患者病耻感量表(Stroke Stigma Scale, SSS) 由朱敏芳等^[20]于 2019 年编制,包括躯体障碍(4 个条目)、社会交往(3 个条目)、自我感受(4 个条目)、受歧视经历(5 个条目)4 个维度共 16 个条目,采用 Likert 5 级评分,从“从不”至“总是”依次计 1~5 分,其中有 5 个条目反向计分(1、3、4、11、14)。将反向条目进行正向计分后,总分 16~80 分,分数越高,病耻感程度越高。该量表 Cronbach's α 系数为

0.92,内容效度为 0.989^[20]。

1.2.2 资料收集方法 本研究采用电子问卷进行资料收集。调查前,首先取得康复医学科负责人的同意及配合,再选取 2 名调查员进行统一培训,使其能够对本研究的目的、意义、相关条目以及填写方法采用统一的指导语对患者进行讲解,患者在规定时间内填写完毕并提交。共收回电子问卷 158 份,剔除无效问卷 2 份,获得有效问卷 156 份,有效回收率为 98.73%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件对数据进行统计分析。行描述性分析、*t* 检验、方差分析、Pearson 相关性分析、多元线性回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 患者心理灵活性、认知融合、康复动机、病耻感得分 见表 1。

表 1 患者心理灵活性、认知融合、康复动机、病耻感得分($n=156$) $\bar{x} \pm s$

项目	总分	条目均分
心理灵活性	27.78±12.01	3.97±1.72
认知融合	32.88±8.93	4.67±1.30
康复动机	81.99±13.61	2.93±0.49
外在动机内射	12.04±3.36	3.01±0.84
无动机	11.12±3.78	2.78±0.94
内在动机认知	8.07±2.93	2.76±0.93
外在动机调节	10.72±3.16	2.68±0.79
外在动机识别	12.31±2.70	3.08±0.67
内在动机刺激	12.14±2.45	3.04±0.61
内在动机成就	12.61±2.85	3.15±0.71
病耻感	41.82±8.78	2.63±0.55
躯体障碍	10.34±2.92	2.58±0.73
社会交往	8.30±2.31	2.77±0.77
受歧视经历	10.54±3.21	2.64±0.80
自我感受	12.63±3.57	2.53±0.71

2.2 患者的一般资料及心理灵活性得分的单因素分析 156 例患者,男 104 例,女 52 例;年龄 32~79 (63.67±13.65)岁。脑卒中类型:脑梗死 87 例,脑出血 44 例,混合型 25 例。文化程度:小学及以下 45 例,初中 33 例,高中/中专 42 例,大专及以上 36 例。职业性质以脑力劳动为主 64 例,体力劳动为主 92 例;居住地为城镇 84 例,农村 72 例。家庭人均月收入:<2 000 元 41 例,2 000~5 000 元 75 例,>5 000 元 40 例。单因素分析中不同性别、脑卒中类型、文化程度、职业性质、居住地、家庭人均月收入患者心理灵活性得分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。有统计学差异的项目,见表 2。

2.3 患者认知融合、康复动机、病耻感得分与心理灵活性得分的相关性 认知融合、康复动机、病耻感总分与心理灵活性总分的相关系数 $r = 0.234$ 、 -0.600 、 0.643 ,均 $P<0.05$ 。

表 2 不同特征患者心理灵活性得分单因素分析(*n* = 156)

项 目	例数	得分($\bar{x} \pm s$)	统计量	<i>P</i>
年龄(岁)			<i>F</i> = 6.485	0.002
32~<60	60	3.70±1.67		
60~<75	69	3.79±1.66		
75~79	27	5.01±1.63		
婚姻状况			<i>t</i> = 0.404	0.684
有配偶	113	3.93±1.72		
单身	43	4.06±1.73		
照护情况			<i>F</i> = 6.425	<0.001
自我照护	20	5.35±1.70		
配偶照护	57	3.51±1.65		
子女照护	31	3.79±1.50		
其他(护工、其他亲属等)	48	4.05±1.66		
合并慢性病			<i>t</i> = 1.992	0.048
有	116	4.13±1.71		
无	40	3.51±1.68		
既往卒中史			<i>t</i> = 2.051	0.042
有	109	4.15±1.73		
无	47	3.54±1.61		

注:单身包括未婚 8 例、离异或丧偶 35 例。

2.4 影响患者心理灵活性的多因素分析 以心理灵活性总分为因变量,以单因素分析有统计学意义的变量及认知融合、康复动机、病耻感总分为自变量进行多元线性回归分析。结果,照护情况(以自我照顾为对照哑变量)、认知融合、康复动机、病耻感(3 项均原值输入)共 4 项进入回归方程,见表 3。

表 3 患者心理灵活性影响因素的多元线性回归分析

变量	β	<i>SE</i>	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
常量	33.104	8.318		3.980	<0.001
照护情况					
配偶照顾	-6.856	2.128	-0.276	-3.223	0.002
子女照顾	-7.689	2.334	-0.256	-3.295	0.001
其他	-6.902	2.134	-0.266	-3.234	0.002
认知融合	0.162	0.074	0.120	2.179	0.031
康复动机	-0.311	0.055	-0.353	-5.612	<0.001
病耻感	0.545	0.086	0.398	6.352	<0.001

注:*R*² = 0.591,调整 *R*² = 0.565;*F* = 23.395,*P* < 0.001。

3 讨论

3.1 康复期脑卒中患者的心理灵活性较低 本研究结果显示,康复期脑卒中患者 AAQ-2 得分为 27.78±12.01,稍高于吴蔚然等^[21]对急性脑卒中患者的调查结果[(26.40±6.48)分],说明康复期脑卒中患者的心理灵活性更低、存在的心理问题更严重。分析原因可能为,本组患者一方面因为脑卒中后相关功能障碍,不方便融入社会;同时需要长期康复训练而没有更多的时间融入社会;还有一部分患者合并多种慢性疾病,精力不济也影响了社会交往;尤其独居患者,亲密关系长期缺失,心理灵活性会受到更多不利影响。有研究指出,心理灵活性会对患者身心健康和生活质量造成严重影响,心理灵活性是脑卒中患者不良结局的预测因素^[22]。鉴此,医护人员在患者日常康复训练过程中,注重观察与评估患者的心理状况,适时进行疏导,提高患者的心理灵活性,使其身心获得康复。

3.2 康复期脑卒中患者心理灵活性的影响因素

3.2.1 照护人员影响患者的心理灵活性 本研究结果显示,康复期脑卒中患者的照护情况影响其心理灵活性,与李佳祺等^[23]研究结果一致。与自我照护的患者比较,由配偶、子女或其他(护工、其他亲属等)人员照护的患者心理灵活更高(均 *P* < 0.05);单因素分析显示,由配偶照顾的患者心理灵活性最优(AAQ-2 得分相对其他组低),与 Elayoubi 等^[24]的研究结果一致。在康复期间,照顾者支持是心理灵活性的保护性因素,其能够在不同程度上增强患者的康复动机,尤其是配偶的陪伴在患者康复期心理调适中发挥着重要作用,可为患者提供身心双重支持。医护人员应鼓励患者家属尽可能多地照护患者,讲解家属尤其是配偶支持的双重作用;同时对患者给予心理指导,增强患者心理防御机制,提高患者心理弹性。

3.2.2 认知融合程度越高的患者心理灵活性越低 本研究结果显示,认知融合程度越高的康复期脑卒中患者心理灵活性越低,与赵雯倩等^[25]研究结果一致。心理僵化会使患者在康复治疗过程中产生不良情绪,这可能与其自身的错误认知相关,即患者无法意识到自己的负面想法并非事实。有研究表明,健康素养水平较低的患者在康复早期可能会认为疾病非常严重,导致其心理灵活性降低^[26],同时较差的心态又减弱了其获取康复知识的积极性,形成健康素养低-心理灵活性低-健康素养低的恶性循环。因此,护理人员在制定康复期患者干预方案时,采取相关图文资源促进患者的理解,减少其认知偏差^[27],结合信息化技术向患者以及家属提供针对性的康复知识,解决患者心中疑惑,同时指导患者调节情绪、保持心理平稳的相关技能,使之保有较好的心理灵活性。

3.2.3 康复动机越低的患者心理灵活性越低 本研究显示,康复动机越低的康复期脑卒中患者心理灵活性越低,与 Lee 等^[28]的研究结果一致。康复期脑卒中患者因对未来担忧,自我效能感降低,同时随着康复时间的延长以及日常生活能力障碍的持续存在,患者康复动机逐渐弱化,导致其相关健康行为减少,康复效果不尽人意,对患者康复的信心产生消极影响。相关性研究显示,外在康复动机内化对心理灵活性的影响最大(*r* = -0.513,*P* < 0.05);在康复动机中,来源于家属、病友、护理人员的外部动机内化为患者自身内部动机,对激励患者在解决日常健康及生活问题中发挥着至关重要作用^[29]。这与积极的外在因素促进患者康复锻炼意识不断强化有关,有助于提升患者康复信心。因此医护人员应重视康复动机对患者心理灵活性的影响,定期对患者康复动机进行评估,并鼓励其家属注重患者康复过程中的内在感受与体验,可以结合奖励策略、营造积极周围环境以及减少康复相关危险因素,调动患者自主性以协助日常康复训练,通过外部动机的刺激内化,有效增强脑卒中患者

康复动力,从而提升心理灵活性。

3.2.4 病耻感越高的患者心理灵活性越低 本研究显示,病耻感越高的康复期脑卒中患者心理灵活性越低,与张雨等^[10]的研究结果一致。脑卒中后患者自理能力变差,加之康复期间效果不显著时,易产生自责、羞愧等心理;社交功能减退使患者产生自我贬值的负性情绪,导致在面对疾病相关困扰时,不能保持相对稳定的心理状态。Hu 等^[30]提出,应鼓励脑卒中患者积极参与社会活动,减少社会疏离的产生,以降低长期与社会脱节引发的病耻感。医护人员应在患者康复期间帮助营造积极健康的环境,避免诱发患者羞耻体验;采用同伴支持使患者获得归属感,使其逐渐接受自身社会角色改变;鼓励与病友进行思想交流和经验分享,逐步提升患者的社会参与水平,增加其康复过程的反思以及保持对自身正确的认知评价,使之在康复过程中保持稳定心态。

4 结论

本研究发现,康复期脑卒中患者心理灵活性较低,受多种因素影响。以自我照顾为主、认知融合程度较高、康复动机较低以及病耻感较高的康复期脑卒中患者,其心理灵活性较低。护理人员应对这类患者采取针对性干预措施,以提高其心理灵活性。本研究为横断面研究,调查对象来自 1 所医院的住院患者,样本的代表性有限,获得的结果可能不全面。今后的研究应扩大样本量,开展多中心调查以及相关纵向研究,以更深入确定康复期患者心理灵活性的影响因素。

参考文献:

- [1] 戴璟,张雪,何云渝,等.基于 CHNS2015 的中国脑卒中发病率及危险因素[J].中国老年学杂志,2020,40(24):5183-5186.
- [2] Wu S, Wu B, Liu M, et al. Stroke in China: advances and challenges in epidemiology, prevention, and management[J]. Lancet Neurol, 2019, 18(4): 394-405.
- [3] Donkor E S. Stroke in the 21(st) century: a snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life[J]. Stroke Res Treat, 2018, 2018: 3238165.
- [4] 吴巧娣,周静,王硕.康复自我效能老年脑卒中康复期患者卒中后抑郁与卒中后疲劳间的中介效应[J].护理学报, 2021, 28(17): 64-69.
- [5] Hayes S C, Luoma J B, Bond F W, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes[J]. Behav Res Ther, 2006, 44(1): 1-25.
- [6] Kashdan T B, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health [J]. Clin Psychol Rev, 2010, 30(7): 865-878.
- [7] McCracken L M. Committed action: an application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain[J]. J Pain, 2013, 14(8): 828-835.
- [8] Zhang Y, Ding Y, Chen X, et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexi-

bility, fatigue, sleep disturbance, and quality of life of patients with cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Worldviews Evid Based Nurs, 2023, 20(3): 485-488.

- [9] 韩凯骏,徐艳,张玉杰,等.接纳与承诺疗法干预艾滋病患者心理灵活性的研究进展[J].中国艾滋病性病, 2023, 29(2): 245-248.
- [10] 张雨,刘芳丽,高孟娟,等.痴呆病人居家照顾者心理灵活性现状及影响因素[J].护理研究, 2022, 36(23): 4287-4291.
- [11] 李正欢,陈杨,宋雪利,等.2019 年 NICE《大于 16 岁人群卒中和短暂性脑缺血发作的诊断和初期管理指南》解读(二)[J].中国全科医学, 2021, 24(7): 775-779.
- [12] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会,等.中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J].中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.
- [13] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J].中华护理杂志, 2010, 45(4): 378-380.
- [14] Bond F W, Hayes S C, Baer R A, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance[J]. Behav Ther, 2011, 42(4): 676-688.
- [15] 曹静,吉阳,祝卓宏.接纳与行动问卷第二版中文版测评大学生的信效度[J].中国心理卫生杂志, 2013, 27(11): 873-877.
- [16] Gillanders D T, Bolderston H, Bond F W, et al. The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire[J]. Behav Ther, 2014, 45(1): 83-101.
- [17] 张维晨,吉阳,李新,等.认知融合问卷中文版的信效度分析[J].中国心理卫生杂志, 2014, 28(1): 40-44.
- [18] White G N, Cordato D J, O'Rourke F, et al. Validation of the Stroke Rehabilitation Motivation Scale: a pilot study[J]. Asian J Gerontol Geriatr, 2012, 7(2): 80-87.
- [19] 赵静静,段峰,刘志梅,等.脑卒中康复动机量表的汉化及信效度检验[J].护士进修杂志, 2023, 38(13): 1158-1163.
- [20] 朱敏芳,周宏珍,邓瑛瑛,等.脑卒中患者病耻感量表的编制及信效度检验[J].护理学杂志, 2019, 34(01): 70-73.
- [21] 吴蔚然,陆惠慧,王彩芳,等.急性脑卒中病人经验性回避现状及影响因素[J].护理研究, 2022, 36(19): 3540-3544.
- [22] Lv J, Zhu L, Wu X, et al. Study on the correlation between postoperative mental flexibility, negative emotions, and quality of life in patients with thyroid cancer [J]. Gland Surg, 2021, 10(8): 2471-2476.
- [23] 李佳祺,赵彤,杨琨,等.脑卒中患者恢复期症状负担及其影响因素调查[J].护理学杂志, 2021, 36(14): 1-3.
- [24] Elayoubi J, Haley W E, Nelson M E, et al. How social connection and engagement relate to functional limitations and depressive symptoms outcomes after stroke [J]. Stroke, 2023, 54(7): 1830-1838.

[25] 赵雯倩,李璐璐,张蒙悦,等. 术后化疗期乳腺癌患者心理痛苦及其心理僵化相关影响因素研究[J]. 护理学杂志,2020,35(13):65-68.

[26] Geboers B, Uiters E, Reijneveld S A, et al. Health literacy among older adults is associated with their 10-years' cognitive functioning and decline:the Doetinchem Cohort Study[J]. BMC Geriatr,2018,18(1):77.

[27] Azizi A, Khatiban M, Mollai Z, et al. Effect of informational support on anxiety in family caregivers of patients with hemiplegic stroke[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2020,29(9):105020.

[28] Lee Y, Won M. Mediating effects of rehabilitation motivation between social support and health-related quality of life among patients with stroke[J]. Int J Environ Res Public Health,2022,19(22):15274.

[29] Cheong M J, Kang Y, Kang H W. Psychosocial factors related to stroke patients' rehabilitation motivation: a scoping review and meta-analysis focused on south Korea [J]. Healthcare (Basel),2021,9(9):1211.

[30] Hu R, Wang X, Liu Z, et al. Stigma, depression, and post-traumatic growth among Chinese stroke survivors: a longitudinal study examining patterns and correlations [J]. Top Stroke Rehabil,2022,29(1):16-29.

(本文编辑 王菊香)

脑卒中患者隐性误吸风险管理研究进展

林苗远¹,卢琼娜²,肖乐尧³,林文娟¹

摘要: 从脑卒中患者发生隐性误吸的风险因素(年龄、吞咽障碍、意识障碍、疾病与治疗性因素、机械通气、气管插管与气管切开、照护因素)、不良结局(吸入性肺炎、营养不良与恐惧)及防范措施(吞咽功能康复训练、营养管理、集束化护理、知识与技能培训)三方面进行综合论述,旨在为护理人员更好地护理脑卒中患者、预防隐性误吸提供参考。

关键词: 脑卒中; 吞咽障碍; 隐性误吸; 吸入性肺炎; 风险管理; 神经科护理; 综述文献

中图分类号: R473.74 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.03.022

Advances in risk management of silent aspiration in stroke patients

Lin Miaoyuan, Lu

Qiongna, Xiao Leyao, Lin Wenjuan. Department of Neurosurgery, Huazhong University of Science and Technology Union Shenzhen Hospital (Nanshan Hospital), Shenzhen 518000, China

Abstract: This paper reviews the risk factors for silent aspiration in stroke patients, including age, dysphagia, disorders of consciousness, disease and therapeutic factors, mechanical ventilation, endotracheal intubation and tracheotomy, and caregiving factors, summarizes adverse outcomes (aspiration pneumonia, malnutrition and fear) and preventive measures (swallowing function rehabilitation, nutrition management, bundled care, knowledge and skill training), aiming to provide references for prevention and management of silent aspiration in stroke patients.

Keywords: stroke; dysphagia; silent aspiration; aspiration pneumonia; risk management; neurological nursing; literature review

脑卒中患者因留置气管导管、吞咽障碍、咳嗽能力下降、长期卧床等因素容易并发误吸。误吸是指在进食或非进食状态下,食物残渣、口腔分泌物或胃食管反流物等液体或微小颗粒进入声门以下的气道内或肺部的现象。国外研究表明,因误吸导致的吸入性肺炎占住院患者的5%~15%,病死率为20%~65%^[1]。误吸分为显性误吸和隐性误吸。显性误吸因明显的咳嗽、呛咳、流涎、缺氧等临床症状可被及时识别,而没有外在迹象的隐性误吸往往被忽视,隐性误吸占误吸患者的30%~60%^[2]。隐性误吸这一概

念于1937年首次提出,指在没有咳嗽或其他警觉性症状的情况下,将食物残渣等物质吸入声门下方的气道,也被称为“沉默误吸”或“无声吸入”,是吸入性肺炎最常见的危险因素^[3-4]。文献报道,2%~25%脑卒中患者将食物或气道分泌物误吸至声带以下,无任何临床反应(如咳嗽或呼吸窘迫),发生了隐性误吸^[4]。Trimble等^[3]研究发现,在脑卒中急性期(72 h内),30%患者发生隐性误吸。Lesch等^[5]研究中有40.5%脑桥脑卒中吞咽障碍患者无声地吸入稀薄液体,表现出隐性误吸,尤其是双侧病变者,发生隐性误吸后其患肺炎风险比非隐性误吸患者高4.7倍。脑卒中患者隐性误吸发生率达15%~54%^[6]。不同研究中隐性误吸的发生率存在较大差异,这可能与评估标准以及患者类型不一致有关^[2-5]。研究者认为因隐性误吸无明显症状,难以发现造成漏诊,实际发生率可能会更高。因此,早期识别隐性误吸尤为重要。本文从隐性误吸风险识别、风险管理方面进行综述,旨

作者单位:1. 华中科技大学协和深圳医院(南山医院)神经外科(广东 深圳,518000);2. 汕头大学医学院护理系;3. 贵州医科大学附属医院

林苗远:女,硕士,护师,linmiaoyuan0422@163.com

通信作者:林文娟,linwenjuan2003@163.com

收稿:2023-09-26;修回:2023-11-11