

• 专科护理 •
• 论 著 •

后颅窝肿瘤术后患者误吸预防护理专案的实施

戚春霞, 张雅芝, 厉春林, 张月萍, 向瑜

摘要:目的 探讨后颅窝肿瘤术后患者误吸预防护理专案的实施效果。方法 根据入院时间将神经外科收治的后颅窝肿瘤手术患者分为对照组($n=296$)和观察组($n=272$)。对照组按常规实施围术期护理;观察组在对照组基础上实施误吸预防护理专案,即通过聚焦误吸事件,分析查找误吸发生的原因,针对原因基于循证实施集束化误吸预防干预措施,加强安全进食健康指导,提升护士误吸预防能力,并全程饮食监督监测和控制患者进食时的误吸风险。比较两组平均住院日、误吸发生率、患者预防误吸知识掌握度,以及护理专案实施前后护士对后颅窝肿瘤误吸相关理论和技能考核成绩。结果 观察组误吸发生率、住院时间显著低于对照组,误吸预防知识得分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。护理专案实施后护士对后颅窝肿瘤误吸相关理论和技能考核成绩显著提高(均 $P<0.05$)。结论 对后颅窝肿瘤手术患者实施护理专案有利于误吸风险因素的过程控制,实现预防误吸有效管理,降低后颅窝肿瘤术后患者误吸发生率,保障患者术后安全。

关键词:后颅窝肿瘤; 吞咽障碍; 呛咳; 误吸; 吸入性肺炎; 患者安全; 护理专案; 预防护理

中图分类号:R473.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.04.031

Implementation of nursing program on aspiration prevention in postoperative patients with posterior fossa tumor

Qi Chunxia, Zhang Yazhi, Li Chunlin, Zhang Yueping, Xiang

Yu. Nursing Department, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030 China

Abstract: **Objective** To explore the implementation effect of aspiration prevention nursing program in postoperative patients with posterior fossa tumor. **Methods** The patients with posterior fossa tumor surgery admitted to neuro-surgery Department were divided into the control group ($n=296$) and the observation group ($n=272$) according to the admission time. The control group was given routine perioperative nursing, and the observation group was given aspiration prevention nursing program on the basis of the control group, that was, by focusing on the aspiration event, analyzing and finding the causes of aspiration. Implementing evidence-based bundle interventions for aspiration prevention according to the causes of aspiration, and then health education on safe eating was strengthened, nurses' aspiration prevention ability was improved, and the risk of aspiration of patients during eating was monitored and controlled through the whole diet supervision. The average length of stay, the incidence of aspiration, the knowledge of patients to prevent aspiration, and the theoretical and skill assessment scores of nurses on posterior fossa tumor aspiration before and after the implementation of the nursing program were compared between the two groups. **Results** The incidence of aspiration and the average length of hospital stay in the observation group were significantly lower than those in the control group, while the knowledge of aspiration prevention of patients and/or their families was significantly higher than that in the control group (all $P<0.05$). After the implementation of the nursing project, the theoretical and skill assessment scores of nurses on posterior fossa tumor aspiration were significantly improved (both $P<0.05$). **Conclusion** The implementation of nursing project for patients with posterior cranial fossa tumor surgery is conducive to the process control of aspiration risk factors, to achieve effective management of aspiration prevention, reduce the incidence of aspiration after posterior cranial fossa tumor surgery, and ensure the postoperative safety of patients.

Keywords: posterior fossa tumor; dysphagia; choking; aspiration; aspiration pneumonia; patient safety; nursing program; preventive nursing

后颅窝是小脑幕下包括脑组织和脑神经的区域,由于后颅窝肿瘤与舌咽、迷走、舌下等后组颅神经关

系密切,手术切除时容易损伤或牵拉后组颅神经,患者术后会出现咳嗽反射减弱或消失、吞咽障碍等后组颅神经受损症状。获得性吞咽障碍是后颅窝肿瘤术后重要的并发症之一,吞咽障碍易引发误吸,患者会出现呛咳、吸入性肺炎甚至窒息,严重威胁患者的生命健康^[1-2]。误吸不仅会降低患者的生活质量,增加治疗难度,还会延长住院时间,显著增加患者经济负担及病死率。目前后颅窝肿瘤患者误吸预防相关研究主要集中在规范风险评估、气道管理、体位管理、肠

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北 武汉,430030)

通信作者:张雅芝, zhangyazhizhi@qq.com

戚春霞:女,本科,副主任护师,护士长, cxqi000@163.com

科研项目:华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金护理专项项目(2023D25)

收稿:2024-07-17;修回:2024-10-09

内营养管理等患者方面的策略,缺乏从管理层面运用有效手段去促进这些策略落实的相关研究。护理专案是指针对特定护理问题或困难,应用科学的方法,有系统地加以分析控制,以达成特定目标的活动^[3]。护理专案改善的核心在于组织一个团队,采取可行的措施,实现特定的目标,其方法包括选定主题、现况分析、确定问题与目标、确定计划和方案、过程控制、结果评价和撰写报告^[4]。基于此,我院神经外科对后颅窝肿瘤手术患者实施误吸预防护理专案,旨在降低误吸发生率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年1月至2023年12月,选取我院神经外科收治的后颅窝肿瘤患者为研究对象。纳入标准:①年龄≥18岁;②临床影像检查提示后颅窝肿

瘤;③拟行开颅肿瘤切除手术;④经患者和家属知情同意参加本研究。排除标准:①伴有重要脏器严重疾病;②术前存在影响吞咽功能的其他疾病或吞咽障碍,如颈部手术、帕金森病、脑血管意外、神经肌肉疾病、口咽或食管肿瘤等。剔除资料不全者。根据入院时间将2022年1—12月收治的后颅窝肿瘤手术患者分为对照组($n=296$),2023年1—12月收治的患者为观察组($n=272$)。两组均为全麻开颅手术。两组患者一般资料比较,见表1。护理人员共20人,均为女性;年龄23~46(34.30 ± 7.97)岁。学历:本科19人,研究生1人。职称:副主任护师1人,主管护师11人,护师5人,护士3人。临床岗位:N1岗3人,N2岗10人,N3岗4人,N4岗1人,教学督导岗1人,管理岗1人。工作年限2~35 $[10.0(6.75,20.75)]$ 年。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	文化程度(例)			
		男	女		小学及以下	初中	高中/中专	大专及以上
对照组	296	119	177	48.45±12.30	96	89	47	64
观察组	272	107	165	49.56±11.37	86	85	43	58
统计量		$\chi^2=0.044$		$t=1.113$	$Z=0.049$			
P		0.833		0.266	0.961			

组别	例数	医疗费支付方式(例)			肿瘤部位(例)				手术时间 (h, $\bar{x}\pm s$)
		自费	医保	商业保险	听神经瘤	岩斜区	小脑桥脑角	其他部位	
对照组	296	4	262	30	115	94	68	19	6.72±2.25
观察组	272	4	225	43	93	110	51	18	6.37±2.00
统计量					$\chi^2=5.032$				$t=1.924$
P		0.122*			0.169				0.055

注:其他部位肿瘤包括四脑室肿瘤、颈静脉孔区肿瘤、枕骨大孔区肿瘤。*为精确概率法。

1.2 护理干预方法

对照组按常规实施围手术期护理。术后拔除气管插管后4h,若患者意识清楚,采用标准吞咽功能评定量表^[5]评定患者吞咽功能,若评分为18分,即开始经口进食;若评分为19~25分,饮水试验阶段通过,可经口进食;若评分为26~46分,禁止经口饮食,留置胃管鼻饲饮食。观察组在对照组基础上实施误吸预防护理专案,具体如下。

1.2.1 成立护理专案改善小组 2023年1月组建护理专案改善小组,明确分工。由专科护士长担任护理专案改善小组组长,主导项目的实施、推进及质量控制;1名吞咽障碍专科护士负责质量控制标准的制订与方法实践。神经外科后颅窝肿瘤教授1名、营养科教授1名、放射科教授1名、康复科教授1名,负责技术指导;由1名护理硕士研究生负责最佳证据总结及危险因素分析;1名病区护士长负责质量工作的统筹安排;各病区教学督导及护理骨干负责每日评估,数据收集的过程质量控制。小组成员定期召开工作会议,进行工作汇报。

1.2.2 设定目标 根据后颅窝肿瘤患者术后误吸发生现况值,综合考虑专案小组成员及临床护士的工作

资历、经验、能力等各方面因素,将目标值设定为后颅窝肿瘤患者术后误吸发生率由护理专案实施前的9.12%下降至实施后的4.56%,进步率 $[(\text{改善后数据}-\text{改善前数据})/\text{改善前数据}\times 100\%]$ 达50.0%。

1.2.3 护理专案实施方法

1.2.3.1 聚焦误吸典型案例并分析原因 聚焦2022年收治的后颅窝肿瘤术后典型严重误吸案例,利用失效模式与效应分析法对误吸事件进行原因分析。案例1:脑干肿瘤术后患者,并发舌咽神经麻痹,饮水时突发呛咳,出现呼吸紊乱、窒息面容,急诊行气管切开后留置胃管鼻饲饮食。发生误吸的失效原因为预防误吸措施未落实。案例2:四脑室恶性肿瘤患儿,持续鼻胃管肠内营养时家长经口喂食导致患儿突然出现噎食。经叩背、去除口腔食物,吸痰给氧后症状缓解。误吸的失效原因为误吸风险动态评估未落实。案例3:小脑肿瘤开颅术后患者,患者呈昏迷状态,颅内压增高出现喷射状呕吐,护士发现后予以吸痰,痰液呈咖啡渣样,2d后胸部CT提示肺不张。误吸的失效原因为实施营养前误吸风险评估未落实。案例4:为听神经瘤术后伴偏瘫患者,术后轻度吞咽

障碍。患者家属给患者喂食水果时出现呛咳、喘息、发绀,血氧饱和度从 0.99 下降至 0.94,立即予以侧卧位、拍背、床旁吸引并吸氧后缓解。误吸的失效原因为疾病恢复期吞咽障碍康复训练未落实。通过计算风险优先指数,依据分数越高,优先处理等级越高,确定需要优先处理的七大问题;专科缺乏误吸风险评估规范;护士缺乏误吸相关培训;护士对预防误吸相关措施掌握不全;护士缺乏实施吞咽障碍康复训练能力;家属不知晓安全进食的方法;专科缺乏误吸质量

控制体系;护士未评估吞咽功能。

1.2.3.2 构建基于循证的集束化误吸预防措施 根据“6S”证据资源模型,计算机检索国内外相关网站及数据库中关于误吸预防护理的证据。由小组成员对文献进行归纳和整理,并进行证据总结,根据最终确立的误吸预防最佳证据及聚集案例存在的七大问题,并结合我科临床情景制订后颅窝肿瘤手术患者预防误吸管理策略,见表 2。

表 2 后颅窝肿瘤手术患者误吸预防方案

内容	要素	干预方法	执行时间	执行人
误吸风险评估	评估时机及工具	于入院和转入、手术或介入、医嘱变更饮食、护理级别更改为上一级等级、病情变化时进行误吸风险评估 ^[6] 。患者 GCS 评分<12 分,使用误吸风险评估表 ^[7] 筛查误吸风险,误吸风险评分 10~18 分为低中度危险,评分>19 分为重度危险。患者 GCS 评分≥12 分,使用神经系统肿瘤患者术后误吸风险筛查表 ^[8] 评估误吸风险,若评分 13~20 分为Ⅰ级(高度风险),6~12 分为Ⅱ级(中度风险),1~5 分为Ⅲ级(低度风险),0 分为无风险	围手术期	教学督导/护理骨干、神经外科教授
风险干预	风险告知	针对误吸风险评估结果告知患者及家属误吸风险等级,向患者或家属解读误吸风险点(年龄大于 65 岁, GCS 评分<12 分、明显腹胀、呕吐等),指导患者及照护者认识误吸危害性及误吸的具体表现。对于误吸高风险患者签署“后颅窝肿瘤术后误吸风险告知单”,一式两份,一份存于病历,一份交于患者或照护者	存在误吸中高风险	责任护士及患者或照护者
	风险跟踪	误吸中低风险患者每周评估 1 次,高风险患者每日评估 1 次。连续 3 d 评估为无误吸风险,停止评估。床头标识误吸风险等级,将误吸风险纳入交接班内容	围手术期	责任护士
饮食指导	经口饮食启动时间	术后经口进食前进行吞咽功能筛查和评估,根据评估结果考虑是否经口进食,并确定合适的食物性状 ^[9] 。当患者意识清醒,病情稳定,能主动吞咽,少量误吸能通过随意咳嗽咳出,能明白并配合简单指令 ^[10] ,使用标准吞咽功能评定量表 ^[5] 评估吞咽功能,评分为 18 分者启动经口进食普食,未测评者暂禁食。评分 19~46 分,进一步实施中文改良版容积黏度吞咽测试(Volume Viscosity Swallowing Test-Chinese version, VVST-CV) ^[11] ,若测试没有一项能通过者给予鼻饲饮食	预启动经口饮食时	教学督导/护理骨干
	经口饮食食物选择	提供患者容易吞咽的食物,根据其咀嚼、吞咽功能和意识状态,食物选择从全流食逐渐向半流食、普食过渡。根据 VVST-CV 结果指导患者选择正确的食物性状和一口量 ^[12] 。计算每日能量所需,并指导膳食搭配	预启动经口饮食时	教学督导/护理骨干、营养科教授
	安全喂食演示	喂食时针对性地指导患者安全有效地摄取食物,以满足机体需要。包括营造进食环境、摆放进食体位、选择食物形态、选择食物入口位置、选择食团性状、选择一口量、控制进食速度、指导有效咳嗽	预启动经口饮食时	教学督导/护理骨干
	进食日记	指导患者或家属记录进食日记 ^[13] 。患者或家属每餐完成进餐后填写进食日记单,记录相应的进食方式、进餐频次、进食体位、食物性状、进食姿势、一口量、进食总量、进食过程发生呛咳次数、痰液的性状。护士查看每餐进食情况,核对确认呛咳情况,排查误吸可能	术后至出院	患者或照护者、教学督导/护理骨干
吞咽康复训练	间接摄食训练	术前口腔运动训练:舌做左右偏、上下伸动作,做顺时针和逆时针画弧运动;四指并拢按压面颊做向前和向后运动;大拇指局部按摩软腭刺激运动,做吞咽动作;嘴角上扬做微笑动作、张口、露齿、嘟嘴、鼓腮并双手按压;练习发“咄”“呲”“喀”音。术后第 1 天开始口腔运动,每日 3 次,每次 15 min	围手术期	患者、吞咽障碍专科护士、康复科医生
	直接摄食训练	利用舒食素制备水凝胶,通过增稠剂改良食物性状。患者在吞咽障碍专科护士的指导下完成摄食训练	存在吞咽障碍时	患者、吞咽障碍专科护士、康复科医生
胃管拔除	拔管时机	经口进食量满足一日目标营养量的 60%,吞咽造影复查无渗漏、误吸发生,优先选择经口进食,可拔除鼻胃管 ^[14]	食管碘水造影检查结果正常	吞咽障碍专科护士
误吸应对	误吸急救预案	发生误吸按误吸急救预案处理,对误吸案例进行根因分析,并制订切实可行防范措施,进行持续质量改进	发生误吸时	教学督导/护理骨干、专科护士长

1.2.3.3 赋能患者和照护者提高安全进食能力 通过辅助工具,如视频、健康教育手册、吞咽模型等对患者及家属进行安全进食健康教育。结合“后颅窝肿瘤术后误吸风险告知单”告知患者和其照护者目前存在的误吸风险因素,使其对即刻疾病状态下的误吸风险有正确的认知,再请患者主动提出饮食目标及可能的行动计划,并由护士帮助提出适宜的决策建议,目标一致后双方确认签名。通过床旁一对一指导患者及其照护者知晓开始经口饮食的时机,第一口饮食内容的选择,以及如何安全地进食(进食前准备、进食时姿势、一口量、食具的选择、进食速度、清洁口腔方法)。护士在配餐间结合医院现有的环境指导患者家属制备一次改良后预防误吸的餐食,指导照护者举一反三,

三,结合患者饮食偏好制备适合患者吞咽又能预防误吸的一日三餐。指导患者和照护者记录饮食日记,向护士提供可靠的进食信息,以便护士做出正确的误吸判断。护士与患者共同制订切实可行的康复训练计划,尽早开始实施吞咽障碍训练计划,每日打卡训练内容,循序渐进达到阶段性目标。

1.2.3.4 赋能护士提升其误吸预防能力 由教学督导和 1 名护理骨干每月初根据相关护理问题编写 PBL 教案并教学。对高风险因素及临床护理技巧进行现场讲授并录制视频发布在群内共享学习;每月末对实践方案开展模块化学习。内容包括误吸预防干预措施、神经外科后颅窝肿瘤误吸风险评估、后颅窝肿瘤误吸风险管理流程、后颅窝肿瘤术后预防误吸管

理策略、术后误吸风险告知等,提高护士认知层面误吸预防能力;教学督导每年在病区设计 4 次预防误吸工作坊,由 2 名责任护士进行情景模拟。学习后现场考核。个案实践由责任护士主导,明确实践核心,以确保患者接受连续性照护管理。内容包括安全喂食演示、吞咽障碍食物容积黏度测试、吞咽障碍饮食制备方法、康复训练操演示,从而提高护士技能层面误吸预防的能力。发生误吸事件或安全隐患时,及时上报,由项目小组对误吸案例进行根因分析,并制订切实可行防范措施,持续质量改进。

1.2.3.5 加强饮食监督 对后颅窝肿瘤患者术后实施全程饮食监督。从患者术后经口进食第一口水或食物开始,持续跟踪患者饮食状态。如关注患者餐前觉醒状态、唾液状态、口腔状态、呼吸状态、认知能力、坐位平衡、口唇肌肉能力、食物是否符合吞咽障碍治疗饮食的要求。用餐时观察患者口腔中是否有食物残留,喉上抬幅度、咀嚼状态、摄入量、进食时间,进食疲劳、进食运动的独立程度、显性误吸表现。餐后观察日营养量是否达标、手指血氧饱和度的变化,音质是否改变,是否出现发热等隐性误吸表现。指导患者或家属及时准确地记录饮食情况、进餐感受,协助护士分析患者每餐进食情况,并分析其误吸风险,从而实现精准干预下的闭环管理。

1.3 评价方法 由研究者采用统一的病例报告表收集患者相关资料。①统计患者术后误吸发生率(若多次发生,按 1 例计算)及住院时间。误吸判断标准^[15]:经口进食患者进食前无明显呛咳、咳嗽,进食过程中或进食后出现刺激性呛咳;进食过程中有异常发音;进食时或进食后出现面色、口唇发绀,呼吸困难、气喘,血氧饱和度突然下降 >0.03 超过 1 min;痰液中有胃内容物。肠内营养患者鼻饲前无明显呛咳、咳嗽,鼻饲过程中或鼻饲后出现明显呕吐症状、血氧饱和度突然下降;患者出现明显气促、呼吸困难,肺部有明显湿啰音、喉头有痰鸣音以及呼吸机抵抗明显;气道分泌物内吸出胃内容物。②误吸预防知识测评。出院当天采用患者误吸预防知识问卷对患者或家属进行调查。该问卷由研究团队通过查阅文献、小组讨论等自行编制,共 20 道选择题(其中单选题 15 道,多选题 5 道。每题有 4 个选项,回答正确计 5 分,不完全正确或错误计 0 分),满分 100 分,得分越高表示掌握预防误吸知识越好。由患者或家属通过手机微信扫码填写问卷,问卷均有效回收。③误吸预防相关理论知识和技能考核。专案实施前(2023 年 1 月)及实施后(2023 年 12 月)由教学督导对临床护士(除护士长及教学督导外,共 18 人)进行理论及技能考核,考核内容包括误吸预防评估、预防、应急处理等,理论考试在晨会交班后现场完成,技能考核在患者床旁完成,评分标准参照相关专家共识及团体标准^[6,9,12,14]自行制订,满分均为 100 分。

1.4 统计学方法 使用 SPSS26.0 软件处理数据,正态分布计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料以频数和百分比描述。行 t 检验、 χ^2 检验、Fisher 精确概率法,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术后误吸发生率、住院时间及误吸预防知识得分比较 见表 3。

表 3 两组术后误吸发生率、住院时间及误吸预防知识得分比较

组别	例数	误吸 [例(%)]	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	误吸预防知识 (分, $\bar{x} \pm s$)
对照组	296	27(9.12)	13.96 $\pm$ 3.33	89.76 $\pm$ 11.94
观察组	272	6(2.21)	10.93 $\pm$ 3.31	98.71 $\pm$ 5.65
统计量		$\chi^2=12.388$	$t=10.842$	$t=11.561^*$
P		<0.001	<0.001	<0.001

注: * 方差不齐采用 Welch 法。

2.2 护理专案实施前后护士误吸预防相关理论知识和技能考核成绩比较 见表 4。

表 4 护理专案实施前后护士误吸预防相关理论知识和技能考核成绩比较

时间	人数	理论知识	技能考核
实施前	18	84.00 $\pm$ 5.35	82.75 $\pm$ 3.58
实施后	18	91.55 $\pm$ 4.02	94.25 $\pm$ 2.61
t		-6.697	-10.418
P		<0.001	<0.001

3 讨论

3.1 实施护理专案可降低后颅窝肿瘤患者术后误吸发生率,缩短住院时间 后颅窝肿瘤术后发生误吸会威胁患者安全,延长患者住院时间,增加医疗成本,甚至导致医疗纠纷,影响护患关系和谐。国家卫生健康委办公厅印发的《进一步改善护理服务行动计划(2023—2025)》^[16]中指出,要增强并发症早期预警识别能力,降低医疗安全不良事件发生率,确保护理质量和患者安全。表 2 显示,观察组误吸预防知识评分显著高于对照组,术后误吸发生率显著低于对照组(进步率为 75.77%,高于拟订目标 50%),住院时间显著短于对照组(均 $P<0.05$)。护理专案通过聚焦既往误吸案例,剖析误吸发生的深层原因,采用循证方法制订后颅窝肿瘤手术患者误吸预防方案。此方案使后颅窝肿瘤患者术后预防误吸有章可循,也使病房护士预防误吸的护理行为规范一致。对患者及照护者实施安全进食健康教育,并将患者作为自身健康的第一责任人,赋能患者及照护者与护士共同参与进食计划的制订,有利于提高患者及照顾者的参与度以及配合度,发挥照护者对患者的正向辅助作用,提高护理依从性。患者进食过程以进食日记形式记录并反馈给护士,护士根据进食日记分析患者可能存在的进食风险及效果,纠正患者不当的进食行为,从而有

效避免各类误吸风险的发生。当患者的进食行为始终被监管和反馈时,患者误吸预防知识不断被巩固和加强,有效杜绝了误吸发生。再结合饮食监督的反馈机制,使发生误吸的每一个风险环节得到有效控制,可有效降低后颅窝肿瘤术后患者误吸发生率,从而缩短住院时间。说明通过实施护理专案可降低后颅窝肿瘤患者术后误吸发生率,保障患者安全,降低住院时间。

3.2 实施护理专案可提高神经外科护士误吸预防理论知识和技能成绩 后颅窝肿瘤手术患者术后并发症多,吞咽困难护理尤其需要临床护士具有丰富的理论知识支撑和熟练的操作技能基础。本次研究结果显示,实施护理专案后护士误吸预防理论知识和技能成绩显著高于实施前(均 $P<0.05$)。临床学习是一个由知识积累到临床实践技能提升的过程。通过护理专案的实施,护士对后颅窝肿瘤患者术后误吸风险管理有了全局意识。通过误吸风险筛查,增强护士对术后误吸风险人群的敏感性;术后误吸预防管理方案使护士对后颅窝肿瘤围手术期护理措施有了清晰的思维认知,通过对不同患者的反复运用,一方面不断巩固知识,另一方面也熟练了操作。基于 Miller 能力金字塔模型的培训可有效培养专门人才^[17],该模型分为 4 个阶段,第 1 层是专业理论知识(Knowledge),第 2 层是应用能力(Competence),第 3 层是操作表现(Performance),第 4 层是真实工作环境中的实际表现(Action)^[18-19]。本专案通过 PBL 教学、现场讲授、模块化学习等培训方式对临床护士进行误吸风险人群识别、风险防范、交接班管理、康复训练、质量管理五大方面的培训,使护士对后颅窝肿瘤术后误吸的理论知识加深了认知,提高了护士认知层面误吸预防能力;通过工作坊情景模拟、个案实践等多种形式进行操作培训,及时发现护士在操作过程中存在的问题并改进,进而增强其对单项操作的理解和对细节的准确把握,提高护士技能层面的误吸预防能力,使护士完成从“了解、学习、展示、做”四个层次的进步,实现由知识积累到临床实践技能提升的过程。

4 结论

本研究显示,实施护理专案可提升患者误吸预防知识水平,降低后颅窝肿瘤患者术后误吸发生率,缩短住院时间,且可提高神经外科护士误吸预防理论知识和技能成绩,保障患者围手术期安全。因研究仅在单中心开展,干预对象受限,且实施时间有限,鉴于出院后可能还存在吞咽障碍及误吸风险,未来研究可进行多中心、随机化的后颅窝肿瘤误吸预防的管理研究,并延长随访时间进一步探索本专案的实施效果。

参考文献:

[1] 王芳.早期识别和强化吞咽训练方案在后颅窝肿瘤获得性吞咽障碍患者中的应用效果研究[D].南京:南京大

学,2019.

[2] 戚春霞,厉春林.应用失效模式与效应分析预防桥小脑角肿瘤手术患者误吸[J].护理学杂志,2016,31(4):36-38.

[3] 王庆富.专案管理[M].台北:联经出版社,2005:15.

[4] 陈冰.护理专案提高 0~5 岁患儿半卧位正确率的效果[J].中华现代护理杂志,2015,21(28):3420-3422.

[5] 马月利,张黎明,祝勤雅,等.标准吞咽功能评定量表应用于高龄患者吞咽功能评估的信效度研究[J].护理学报,2012,19(5):65-67.

[6] 中华医学会神经外科分会,中国神经外科重症管理协作组.中国神经外科重症患者营养治疗专家共识(2022 版)[J].中华医学杂志,2022,102(29):2236-2255.

[7] Metheny N A. Risk factors for aspiration[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr,2002,26(6 Suppl):S26-S31.

[8] 石倩,刘萌,鲁军帅.神经系统肿瘤患者术后误吸风险筛查表的设计及应用[J].中华护理杂志,2019,54(11):1668-1672.

[9] 中国康复医学会,中国吞咽障碍膳食营养管理专家共识组.吞咽障碍膳食营养管理中国专家共识(2019 版)[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(12):881-888.

[10] 黄绍春,徐建珍,刘莉,等.水凝胶摄食训练改善卒中后吞咽障碍患者吞咽功能疗效研究[J].康复学报,2021,31(5):396-400.

[11] 万桂芳,张耀文,史静,等.改良容积粘度测试在吞咽障碍评估中的灵敏性和特异性研究[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(12):900-904.

[12] 李秀云,孟玲,中国康复医学会康复护理专业委员会,等.吞咽障碍康复护理专家共识[J].护理学杂志,2021,36(15):1-4.

[13] 王琪,满斌,许军峰.“通关利窍”针刺法治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍[J].吉林中医药,2019,39(11):1469-1472.

[14] 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.

[15] 张滢滢,王海芳,王玉宇,等.ICU 不同进食方式的患者误吸发生现状及特征比较[J].中华护理杂志,2022,57(3):266-267.

[16] 国家卫生健康委员会.进一步改善护理服务行动计划(2023-2025 年)[EB/OL].(2023-06-20)[2024-03-16].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202306/content_6887303.htm.

[17] 王刚,潘月帅,高祀龙,等.基于 Miller 能力金字塔模型的中等长度导管置管培训方案实施[J].护理学杂志,2023,38(18):89-92.

[18] Bordage G, Carlin B, Mazmanian P E. Continuing medical education effect on physician knowledge: effectiveness of continuing medical education: American Collge of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines [J]. Chest,2009,135(3 Suppl):29S-36S.

[19] Miller G E. The assessment of clinical skills/competence/performance[J]. Acad Med,1990,65(9 Suppl):S63-S67.

(本文编辑 李春华)