

脑卒中后吞咽功能障碍康复现状与护理研究进展

沈花, 周华, 鞠明凤, 李蕊

(上海市同仁医院, 上海, 200050)

关键词: 脑卒中; 吞咽功能; 康复护理; 生活质量; 洼田饮水试验法

中图分类号: R 473.5 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2018)10-125-04 DOI: 10.7619/jcmp.201810037

世界卫生组织调查结果显示, 中国脑卒中发病率排名世界第1。脑卒中除了高致死率外, 还具有高致残率和高复发率的特点, 严重威胁患者生命健康和生活质量。国外研究^[1]证实, 28% ~ 67% 的脑卒中的患者会发生吞咽障碍, 而且不同程度的会引起吸入性肺炎、脱水、营养不良等并发症。吞咽困难以发音困难、构音障碍、自主咳嗽异常、流涎、吞咽后呛咳、吞咽后声音改变为主症, 且在老年人中尤为常见, 发病率高达 48.6%^[2]。因此, 脑卒中后早期介入康复及进行护理干预, 对患者吞咽功能障碍的恢复起着非常重要的作用, 还能降低以吸入性肺炎为首的并发症发生率, 促进康复, 增强患者康复信心。

1 脑卒中后吞咽功能障碍的发病机制

吞咽障碍是指任何食物(包括唾液)从口腔运送到胃的过程中出现障碍的一种表现。吞咽的神经机制较为复杂, 包括高级中枢、吞咽中枢、吞咽肌群、生理过程、器质性病变等。基本上分为认知期障碍、口腔准备期障碍、口腔期障碍、咽期障碍和食管期障碍。其临床主要表现为进食困难、小口吞咽、缓慢进食、咽下有梗阻感、饮水有呛咳, 并伴有发音费力或不清晰等特点^[3]。患者临床症状和体征显示, 不同部位脑卒中后吞咽障碍的特点则有不同侧重^[4]。① 脑皮质损伤: 左侧大脑皮质损伤可导致吞咽失用和口腔期功能障碍, 右侧大脑皮质损伤与左侧大脑皮质脑卒中比较, 咽期吞咽障碍更常见。② 皮质下损伤: 往往影响吞咽的运动及感觉通路。③ 脑干损伤: 如果损伤到皮质延髓束、孤束核、三叉神经核团、疑核、舌下神经核或者延髓吞咽中枢, 则会导致吞咽困难。

2 相关影响因素分析

研究显示, 患者发生脑卒中的面积决定了吞

咽障碍的严重程度, 因此这是影响吞咽障碍预后的关键因素。如果治疗前患者病情重, 吞咽障碍的程度越重, 那么其疗效就越差。康复治疗及护理干预介入的时间也影响康复疗效。早期康复及护理的介入可以促进中枢神经系统功能重组, 对原来那些不承担组织功能的进行有效功能训练, 并对原来组织功能的重新反复功能训练。因此康复训练越早, 大脑的可塑性越强, 功能恢复越好。因此, 脑卒中吞咽障碍康复治疗及护理干预介入时间越早, 患者的吞咽功能远期改善情况越好。研究^[5]显示, 对于脑卒中后吞咽障碍患者而言, 年龄与吞咽障碍程度成正相关, 年龄与生活质量不一定正相关。对于并发症而言, 伴有并发症的患者生活质量明显不如不伴有并发症的患者。伴有并发症的患者病情严重而且病程长, 预后及生活质量明显不如不伴有并发症患者。这也说明对患者并发症的治疗可明显有助于恢复吞咽功能, 同时也可提高患者的生活质量。其他影响因素表明, 患者有无相关并发症、有无认知障碍、是否配合医护人员治疗护理、有无视听觉障碍、有无失语等症状等是其影响因素。

3 吞咽功能评价

① 洼田饮水试验法^[6]: 首先, 让患者取坐位或半卧位(床头抬高 $>30^{\circ}$), 准备好 30 mL 温水, 让患者喝下(让其放松, 像平时喝水一样喝下), 医护人员观察患者饮水经过, 查看患者有无呛咳及并记录喝水次数。现将吞咽障碍分成 5 级。I 级为正常, II 级为可疑吞咽障碍, III 级以上为吞咽障碍异常。I 级: 在 5 s 内 1 次喝完 30 mL 温水无呛咳; II 级: 分 2 次以上喝完 30 mL 温水但无呛咳; III 级: 能 1 次喝完 30 mL 温水但有呛咳; IV 级: 分 2 次以上喝完 30 mL 温水且有呛咳; V 级: 患者有明显的呛咳且难以全部喝完。② 诊

收稿日期: 2018-01-10

录用日期: 2018-02-09

基金项目: 上海市同仁医院院级课题基金项目(TRYJ201616)

通信作者: 周华

断吞咽障碍的金标准^[7]：荧光影像直视检查法为诊断吞咽障碍的金标准,可对整个吞咽的不同阶段的情况进行评估。观察舌、软腭、咽喉,食管上段括约肌的解剖结构与生理功能,可以发现患者吞咽障碍的结构性或功能性异常的病因及其部位、程度和代偿情况,同时还可以观察患者进食各种性状食物如稀流质、浓流质、糊状食物、固体食物在口腔期的运送情况,吞咽反射的启动情况,患者是否存在误吸,发生误吸的时间、原因、量;咽腔是否有残留;患者有无其清除能力;是否存在咳嗽反射;环咽肌开放程度等,是医护人员选择有效治疗措施和观察治疗效果的依据。

③ 反复唾液吞咽测试:这是一种观察引发患者随意性吞咽反射的简单方法。

4 康复现状研究

4.1 运动康复

4.1.1 触觉训练^[8]:医护人员可用清洁棉签等刺激患者口腔、腭弓、软腭、舌根等部位,这样可以提高这些刺激部位的敏感度。

4.1.2 咽部冷刺激方法^[9]:医护人员嘱患者张开嘴,用冰冻棉棒在患者唇周反复涂擦,约20次,力度适中,勿太用力避免患者受伤;可刺激患者双颊部各10次;并嘱患者做吞咽动作,依次涂擦,左右侧交替,约20 min/次。2次/d,14 d为1个疗程。

4.1.3 肌肉训练:舌的运动训练、口唇运动训练、下颌运动训练、喉肌运动训练。

4.1.4 味觉刺激:可增强患者味觉敏感性,提高患者进食食欲。方法:用棉签蘸不同味道来刺激舌味觉。

4.1.5 发音训练^[10]:发音训练是最早期的基础训练,训练时让患者先张口发“啊”,随后练习发“呜”音,同时可指导患者缩唇(吹口哨动作)以起到诱导发音的作用。训练一般选择在早晨及午睡后进行,每次每音发3~5次,时间20 min。

4.1.6 吞咽功能障碍不同的吞咽肌群可以分别进行功能训练:① 按摩患侧口唇及颊部皮肤;唇肌训练做吸管的吸气运动并且小口呼吸;抗阻力下紧闭嘴唇;吸管吹泡泡的训练法;一般2次/d,10~20 min/次。② 咀嚼肌和舌肌训练:嘱患者抵上腭运动10~15次,将舌体前伸3 s后收回,反复10~15次;如果患者不能自行伸舌时,护理人员可用干净纱布把患者舌头包住,帮助其上下

左右运动,反复5~10次。③ 咽喉肌训练:医护人员用手指握喉结做上下活动,嘱患者点头做吞咽的动作,诱发患者的吞咽反射,发“啊”音,有助于咽缩肌的开放。④ 咽部的内收运动训练:嘱患者深呼吸5次,吸吮10次,鼓腮10次,每日2次,20 min/次^[11]。

4.2 物理康复

目前,吞咽功能障碍的物理疗法主要是磁疗法和电刺激疗法。磁疗法是通过磁场而产生的运动诱发电位,可以促进咽部反射^[12]。电刺激是通过刺激患者受损的脑神经,恢复和重建大脑高级运动中枢,同时也能缩短反应时间^[13]。研究^[14]显示,电刺激和冰刺激对脑卒中后吞咽功能障碍均有疗效,但是电刺激有效率高达98%,冰刺激有效率仅为62%,因此临床上多用电刺激治疗吞咽功能障碍。此外,还有言语治疗仪治疗和生物反馈治疗等也对吞咽功能障碍有一定疗效^[15]。

4.3 中医康复

临床上多采用针灸治疗。中医认为吞咽功能障碍的病理机制是气血虚弱,肝肾不足,痰瘀阻经络,而针灸治疗可激活脑干网状结构系统,改善高级脑细胞的功能,恢复患者咽部神经支配功能。国内有较多学者采用中医康复方法对吞咽功能障碍患者进行康复治疗护理,取得较好的效果。

5 护理进展

5.1 摄食功能训练

创造一个温馨安静方便患者摄食的环境,进食必须在患者清醒、无痛苦的时候进行。对昏睡、嗜睡、吞咽能力较差患者,给予易吞咽流质饮食,由营养师将主食中配以鲜牛奶、蔬菜汁和果汁等。其他患者选择高蛋白高维生素易消化的食物为主,首先采用糊状食物(最易吞咽的食物,密度均匀,宜粘而不易松散,容易在口腔内移动,通过咽及食道时易变形,不在粘膜上残留又不易出现误咽),指导患者摄食、咀嚼、吞咽等一系列吞咽动作^[16]。随着吞咽功能的改善及患者的体能恢复,可将食物做成冻状、粥状,还要兼顾食物色、香、味及温度等。进食时采取的体位为坐位,颈部微前屈;卧床患者头部应抬高45°,偏瘫侧肩部以枕垫托起,医护人员位于患者健侧。进食用具:选择小而浅的勺,每次喂食前用勺背压一

下舌给予刺激,可促进舌的运动。每次摄食量约20 mL,根据病情酌量增加。进食速度宜慢,使患者能充分咀嚼,咽下后做空吞动作数次,可防止食物残留。同时为了防止胃内容物反流,减少误吸等并发症,进食30~60 min后再取平卧位或侧卧位^[17]。

5.2 管饲护理^[18]

重中度吞咽障碍的患者在鼻饲管进食时医护人员应掌握正确鼻饲量、食物性状、间隔时间(可与医生、营养师确认),同时防止吸入性肺炎等并发症发生。做好管饲的护理注意事项:管饲前抬高床头30~60°,清除口腔及咽部分泌物;管饲前后在胃管内注入温开水20 mL,防止胃管堵塞;在分次灌注时应控制好速度及灌注量,降低误吸的风险;每次饭后进行口腔护理,及时清除多余的唾液,防止因唾液引起的误吸或反流。

5.3 心理护理^[19]

患者脑卒中后日常生活自理困难,容易产生严重心理障碍,患者及家属易产生焦虑、抑郁、绝望、恐惧等负性心理状态,继而影响患者康复。在进行饮食训练时应针对不同患者的性格特点、文化程度和社会阅历等进行心理疏导。做好患者及家属的思想工作,使患者掌握训练方法,鼓励患者增强康复的信心,积极主动配合训练。

5.4 并发症护理

5.4.1 误吸的预防及护理:误吸是脑卒中吞咽障碍患者常见的并发症,容易引起吸入性肺炎,甚至危及患者生命。因此,无论经口或鼻饲摄食,医护人员均应采取预防措施,减少和避免误吸的发生。李霞^[21]对脑卒中吞咽障碍患者运用预见性的护理方法,改进了喂食方法,同时进行有效健康教育,降低其发生误吸(包括隐性误吸)发生率,继而降低了吸入性肺炎发生率。

5.4.2 窒息的预防及护理^[22]:脑卒中吞咽障碍患者因咽喉肌功能失调而抑制了咽反射,进食时易出现噎食甚至窒息,一旦发生立即抢救。患者出现窒息时,医护人员应迅速用海姆立克法急救法,或者迅速撑开患者口腔,掏出食物,同时刺激咽喉部促使患者反射性呕吐,将患者头低侧卧位,叩击背部,将食物吐出。必要时用负压吸引器或者气管切开。一旦患者出现呼吸困难伴发绀,应立即采用环甲膜穿刺。

6 讨论

目前,中国脑卒中后吞咽功能障碍康复已形

成了一个康复体系,在患者入院后可准确地评估并早期介入康复治疗 and 护理干预。“医院-社区-家庭”的连续性护理模式已成为康复护理专家及学者探索未来护理模式的试金石^[23]。这种规范化、有计划、有步骤的康复模式是患者从医疗康复到家庭康复的一个转变。这种以家庭为中心的吞咽障碍患者康复理念可以让患者及家属重视康复护理。今后研究的方向就是医患共同参与决策,相互尊重。循证护理是护理人员在计划护理活动过程中,审慎、明确、明智地将科研结论与临床经验、患者愿望相结合,获取证据,作为临床护理决策依据的过程,也是循证医学和循证保健必不可少的环节。中国采用循证护理研究患者在脑卒中后经过专业护理人员进行吞咽功能障碍护理功能改善的研究不多,绝大部分医院或机构开展的康复护理方法未经过循证方式进行论证。因此,有必要开展脑卒中后患者吞咽功能障碍康复护理的循证研究,找出最佳的康复护理方法,这样才能够为患者提供更精准、更优质的护理服务。

护理人员是整个康复医学科正常运行的基础,目前中国脑卒中后吞咽功能障碍的康复中护士已经成为主体力量,临床医生对患者进行康复评估后,基本由护士为患者进行各项康复指导及健康宣教,同时追踪患者康复效果^[24-25]。专科护士可为患者提供更加专业的康复护理,因此大力发展康复专科护士是大势所趋。

研究^[26-27]显示,采用标准吞咽功能评价量表(SSA)在患者入院后对患者进行风险评估,同时结合患者的具体情况(饮水、进食等)实行有针对性的护理干预,可改善患者吞咽障碍情况;同时,在SSA评分的基础上,对患者运动障碍的肢体进行早期康复,可降低废用性挛缩发生的可能性,提高后期肢体康复治疗效果,改善患者生存质量。鼓励患者及家属积极主动参与康复治疗训练,可最大限度地恢复患者的运动功能、言语功能、吞咽功能,有效的预防脑卒中患者并发症发生,提高患者自理能力和生活质量。

参考文献

- [1] Han GS, Byung-Mo O, Tai R H. Swallowing kinematics and factors associated with laryngeal penetration and aspiration in stroke survivors with dysphagia [J]. Dysphagia, 2015, 21 (11): 1502-1511.
- [2] 黄宏. 综合护理对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及营养状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 10 (33):

- 2712-2714.
- [3] 张琰, 刘文伟, 周雅英, 等. 脑卒中伴吞咽障碍的康复护理研究新进展[J]. 中国卫生产业, 2017, 12: 196-198.
- [4] 韩维嘉, 孙建琴, 谢华, 等. 老年吞咽障碍者营养与生活质量的现状[J]. 中国老年学杂志, 2014, 6(34): 3438-3441.
- [5] 李莎. 脑卒中后吞咽障碍患者生活质量的相关因素[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(5): 563-568.
- [6] 任琳, 郎黎薇, 殷志雯. 增加吞咽功能筛查频次对减少桥小脑角肿瘤患者手术后吸入性肺炎的作用[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(3): 284-286.
- [7] 凌卫仙, 欧小凡. 脑卒中患者吞咽障碍评估和营养支持护理体会[J]. 护士进修杂志, 2013, 12(28): 1126-1127.
- [8] 李凌晖. 老年脑卒中患者吞咽障碍的综合护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(16): 1463-1464.
- [9] 杨小燕, 王艳芳. 冰冻棉棒涂擦刺激法用于脑卒中吞咽障碍早期护理的效果观察[J]. 护士进修杂志, 2014, 17(29): 1599-1600.
- [10] 张伟. 脑卒中后假性延髓麻痹致吞咽困难患者的康复护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 13(29): 1205-1206.
- [11] 陈巧玲, 卢爱金, 杨伟英. 脑卒中伴吞咽功能障碍患者的早期护理[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(10): 35-36.
- [12] Khedr E M, Abo-Elfetoh N, Rothwell J C. Treatment of post-stroke dysphagia with repetitive transcranial magnetic stimulation[J]. Acta Neurol Scand, 2009, 119(3): 155-161.
- [13] Gallas S, Marie J P, Leroi A M, et al. Sensory transcutaneous electrical stimulation improves post-stroke dysphagic patients[J]. Dysphagia, 2010, 25(4): 291-297.
- [14] 嫦玉, 莫幼芳. 脑卒中后吞咽功能障碍康复护理的研究现状[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(23): 44-46.
- [15] 张树珍, 廖尤秀. 脑卒中后吞咽障碍的康复护理进展[J]. 按摩与康复医学, 2014, 5(7): 138-140.
- [16] 强荧艳. 循证护理对脑卒中后吞咽困难的康复效果分析[J]. 中国医药导刊, 2012, 14(6): 1076-1077.
- [17] 张阳. 脑卒中后吞咽困难患者的康复护理[J]. 护理研究, 2012, 26(28): 2649-2650.
- [18] 朱美红, 时美芳, 万里红, 等. 吞咽-摄食管理预防脑卒中吞咽障碍患者相关性肺炎的研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 3(51): 294-196.
- [19] 胡玮琳, 李保兰, 冯丽华. 分级康复护理对老年脑卒中患者吞咽能力的影响[J]. 重庆医学, 2012, 19(41): 2000-2001.
- [20] 赵学慧. 卒中单元护理模式对脑卒中后吞咽功能障碍患者康复的研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 14(34): 250-253.
- [21] 李霞. 预见性护理对卒中吞咽障碍致吸入性肺炎的影响[J]. 安徽医学, 2013, 34(7): 1028-1029.
- [22] 张述辉. 脑卒中吞咽困难患者窒息急救及护理干预[J]. 中国实用医药, 2013, 8(28): 214-215.
- [23] 陈兴连, 温梦玲, 李春霞, 等. 吞咽障碍患者家属参与康复护理方案的研究[J]. 中华护理杂志, 2015, 11(50): 1308-1312.
- [24] 薛彩云. 护理干预对老年脑卒中吞咽障碍的效果评价[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(2): 191-193.
- [25] 张志彬. 观察早期康复护理对脑梗死后吞咽障碍患者的护理效果[J]. 中国医药指南, 2015, 13(29): 266-266.
- [26] Xia W, Zheng C, Zhu S, et al. Does the addition of specific acupuncture to standard swallowing training improve outcomes in patients with dysphagia after stroke: A randomized controlled trial[J]. Clinical rehabilitation, 2016, 30(3): 237-246.
- [27] 武文娟, 毕霞, 宋磊, 等. 洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2016, 36(7): 1049-1049.

(上接第 124 面)

- [38] 郝玲梅. 胃肠道术后病人早期下床活动对肛门排气的影响[J]. 临床护理杂志, 2006, 5(6): 6-7.
- [39] 夏灿灿, 杨洋, 江志伟, 等. 应用达芬奇机器人胃癌术后病人活动量与胃肠道功能恢复的相关性研究[J]. 护理研究, 2016, 30(12): 4277-4280.
- [40] 王东升, 仲蓓, 赵萍, 等. 结直肠癌患者术后早期给予肠内营养的随机对照研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2014, 17(10): 977-980.
- [41] Klaver Y L, Nienhuijs S W, Nieuwenhuijzen G A. Omentoplasty in rectal cancer surgery prolongs post-operative ileus[J]. Int J Colorectal Dis, 2008, 23(2): 165-169.
- [42] Alexander Bauer, Dirk Vordermark, Thomas Seufferlein, et al. Trans-sectoral care in patients with colorectal cancer: Protocol of the randomized controlled multi-center trial Supportive Cancer Care Networkers (SCAN)[J]. BMC Cancer, 2015, 15: 997-1007.
- [43] 王仁辉. 临床护理路径对结直肠癌浸润转移患者术后肠内营养护理依从性的影响[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(23): 3369-3372.
- [44] 张薇, 杨婕, 蒋理立, 等. 新型入院宣教模式在结直肠外科加速康复流程中的应用[J]. 成都医学院学报, 2017, 12(1): 85-88.
- [45] 汪丹丹, 郑蔚, 乔婷婷, 等. 胃癌术后患者参与饮食管理对其营养状况影响的研究[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(4): 389-394.