

## 脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理的效果观察

孙素侠

**[摘要]**目的:探讨脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理方法。方法:对43例脑卒中吞咽障碍患者随机分为两组,对照组20例采用神经内科常规护理方法,康复组23例在此基础上采用早期系统化康复护理方法,包括基础训练、吞咽功能训练、摄食训练。结果:康复组患者吞咽功能得到不同程度的改善,与对照组相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:脑卒中吞咽障碍患者早期康复训练,有助于恢复吞咽功能,减少并发症。

**[关键词]** 脑血管意外; 吞咽障碍; 康复护理

**[中国图书资料分类法分类号]** R 743.3 **[文献标识码]** A

吞咽障碍是脑卒中常见的症状之一,50%脑卒中患者发病后伴有不同程度的吞咽障碍<sup>[1]</sup>。主要表现为进食吞咽困难,饮水呛咳,甚至误咽、误吸,轻者导致营养不良、低蛋白血症,重者导致吸入性肺炎甚至死亡<sup>[2]</sup>。因此,早期对脑卒中患者进行康复护理,最大限度地促进吞咽功能的恢复具有重要意义。2006~2009年,我科对住院的脑卒中伴吞咽障碍患者43例实施早期系统化康复护理,取得较好效果,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 43例均符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准<sup>[3]</sup>,并经头颅CT或MRI证实。按入院顺序将43例随机分为两组:康复组23例,男17例,女6例;年龄64~78岁。对照组20例,男18例,女2例;年龄66~77岁。两组在性别、年龄、病情程度、伴发疾病及既往史、吞咽障碍方面均具有可比性。

**1.2 康复训练方法** 两组均按神经内科常规治疗护理,康复组在生命体征平稳、神经系统症状不再发展48h后行改善吞咽功能的基础训练、吞咽训练和摄食训练。

**1.2.1 基础训练** 先予以心理护理,与患者充分交流了解其心理状态,积极配合康复训练。基础训练的具体方法:(1)发音训练。训练患者张口发“啊”音,闭口后双唇突出发“呜”音,或让患者从“你、我、他”等单音字开始,也可指导患者缩唇做吹口哨动作,诱导发音,通过声门开闭可促进口唇肌肉运动和声门的闭锁功能,2次/天,每次10min。(2)颊肌、喉部内收肌运动。将患者手洗净,取无菌纱布将其食指包绕放于口中,让患者模仿吸吮动作,体会吸吮感觉。然后嘱患者张口,轻吸一口气闭口,使双颊部

充满气体,做鼓腮、吹气动作,以使颊肌收缩有力,每日晨、晚间各做1次,每次10min。(3)舌肌、咀嚼肌按摩运动。在患者未出现吞咽反射情况下进行舌肌和咀嚼肌按摩。嘱患者张口,将舌尽力向外伸出,先舔下唇及左右口角,转至舔上唇及硬腭部,再将舌缩回,闭口后上下牙齿互叩及咀嚼10次。若患者不能自行伸舌,护士可用纱布轻轻把持其舌,进行上、下、左、右运动,反复8~10次,将舌还回原处,轻托下颌闭口,以磨牙咬动10次。分别于三餐前进行,每次5min。

**1.2.2 吞咽训练** (1)咽部冷刺激和空咽运动:用冰过的棉棒(最好是5%葡萄糖溶液浸湿后冷冻)轻轻刺激咽后壁、软腭及舌根,以诱发咽喉肌收缩。寒冷刺激可提高吞咽反射敏感性,使吞咽功能得到强化,每日三餐前各做1次,然后嘱患者做空咽动作数次。(2)强化咳嗽:深吸气→憋气→咳出,防止因咽喉部闭锁效果不好而引发呛咳,建立排除气管异物的防御能力。(3)模拟吞咽训练:深吸气→屏气→吞咽唾液→呼气→咳嗽。

**1.2.3 摄食训练** 经过以上训练患者吞咽功能明显好转,再进行摄食训练。(1)进食体位:身体尽量坐直,头稍前倾,身体倾向健侧30°。偏瘫侧肩部垫起,不能坐起者取躯干抬高30°仰卧位,头前屈,膝关节下放一枕头。进食时将头转向麻痹一侧,使食物绕过喉前面的一侧,提高咽对食团的推动力。采取这种体位食物不易从口中漏出,有利于食团向舌根运送,减少鼻腔返流及误吸。进食后30min应保持上述体位,防止食物返流。(2)食物形态:食物形态应根据吞咽困难的程度及阶段,本着先易后难原则选择。容易吞咽的食物特征是密度均匀,有适当黏性,不易松散,通过咽及食管时容易变形,不在黏膜上残留。通常选用果冻、布丁、蛋羹、豆腐等食品。一般认为神经性吞咽困难的患者容易误吸液体,最容易吞咽的食物是泥状食物,稠状食物较为安全。食物的香味、温度、外观要好,能引起患者的食欲,最

[收稿日期] 2010-03-08

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院老年病科,安徽蚌埠233004

[作者简介] 孙素侠(1970-),女,主管护师。

好符合患者的饮食习惯。(3)一口量:对患者进行摄食训练时,如果一口量过多,会从口中漏出或残留在咽部导致误吸;过少则会因刺激强度不够难以诱发吞咽反射。正常人一口量约 20 ml,患者一般先以少量开始(3~4 ml),然后酌情增加,每次进食时,嘱患者反复吞咽数次,以免食物残积过多引起误吸。(4)喂食方法:做好进食准备工作,保持进食环境安静、舒适、心情愉快,清洁口腔后用拇指指腹环行按摩面颊部 5 min,做咀嚼肌群的训练。嘱患者调整好呼吸,先用汤匙盛少量食物放在患者舌后部并轻轻压下,以刺激知觉,促进舌体运动。患者不能闭口,颊肌收缩无力时,可用手按压口角,将调拌好的食物直接放于舌根附近,刺激咽下反射。当患者吞咽功能初步恢复时,为防止误咽,在进食时嘱患者吸气,吞咽前与吞咽时憋气,使声带闭合封闭喉部后再吞咽,吞咽后咳嗽 1 次,将肺中气体排出,以喷出残留在咽后部的食物残渣。会厌谷是食物容易残留的部位。当头后仰,会厌谷变得狭小,残留食物可被挤出。随后向前低头,同时作空吞咽动作,即点头样吞咽,可清除残留食物。给患者充足的进食时间,喂食的速度宜慢,每次进食量要少,让患者充分咀嚼、慢咽,确定完全吞咽后再喂食。对吞咽困难的危重患者,餐后进行口腔护理,以防口腔内存留食物而导致在变换体位时造成误吸。

1.2.4 正确处理呛咳 呛咳是吞咽障碍的最基本特征,出现呛咳时,立即扶托患者弯腰低头,使下颌靠近胸前,在患者肩胛骨之间快速连续拍击,迫使食物残渣咳出;或者站在患者背后,将手臂绕过胸廓下,双手指交叉,对横膈施加一个向上猛拉的力量,由此产生一股气流经过会厌,使阻塞物呛出。

1.3 疗效评定标准 (1)吞咽障碍程度评判标准:参照洼田饮水试验<sup>[4]</sup>进行吞咽功能评定,让患者端坐,口服 30 ml 温开水,观察所需时间及呛咳情况。正常 5 s 之内完成,能顺利的 1 次将水咽下为 1 级;分 2 次以上,能不呛咳的咽下为 2 级;能 1 次咽下但有呛咳为 3 级;分 2 次以上咽下但有呛咳为 4 级;频繁呛咳不能全部咽下为 5 级。(2)疗效评定:痊愈:吞咽困难消失,饮水试验评定 1 级;有效,吞咽困难明显改善,饮水试验评定 2 级;无效,吞咽困难改善不明显,饮水试验评定 3 级以上。

1.4 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

经过系统康复训练后,康复组吞咽功能较治疗前明显改善,与对照组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )(见表 1)。

表 1 康复组与对照组吞咽功能改善程度比较(n)

分组	n	痊愈	有效	无效	总有效率(%)	$\chi^2$	P
康复组	23	13	8	2	91.3		
对照组	20	7	4	9	55.0	7.41	<0.05
合计	43	20	12	11	74.5		

## 3 讨论

脑卒中是导致吞咽障碍的主要原因,脑卒中引起的吞咽障碍主要表现为随意性舌运动开始时间延迟与吞咽有关的肌肉运动协调性降低<sup>[5]</sup>。早期进行吞咽功能训练,一方面可加强舌和咀嚼肌的灵活性和协调性,并反射性刺激中枢神经系统使神经网络重组及侧支芽生,皮质感觉区扩大;另一方面早期训练可防止咽部肌群发生废用性萎缩<sup>[6]</sup>。康复训练可有效地改善脑卒中患者的吞咽功能,减少并发症发生,且越早进行越好<sup>[7]</sup>。近年研究<sup>[8]</sup>表明,脑卒中后机体功能恢复的最佳时机在发病后 3 个月内,尤其在最初 4 周,早期康复训练可最大程度促进功能恢复。

脑卒中患者多系老年人,其病情复杂,并发症多,脑卒中后发生了较大的心理变化,多数患者出现焦虑、抑郁和悲观心理。因此在进行康复训练的同时一定要做好心理护理,取得患者的积极配合,吞咽功能才能恢复至最大程度。

本文通过对脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理,加强患者吞咽功能的恢复,康复组吞咽功能较对照组明显改善( $P < 0.05$ ),总有效率 91.3%。充分说明早期康复训练的有效性,提示早期进行吞咽康复训练可使患者恢复经口进食,提高患者的生活质量。

### [参考文献]

- [1] Freed ML, Freed L, Chatburn RL, et al. Electrical stimulation for swallowing disorders caused by stroke[J]. Respir Care, 2004, 46(5):466-474.
- [2] 谢娟. 急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理的效果观察[J]. 临床护理杂志, 2007, 6(3):31-32.
- [3] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:62.
- [4] 李淑芸, 张艳华. 卒中单元模式下治疗脑卒中吞咽困难 110 例[J]. 山东中医杂志, 2008, 27(1):535-536.
- [5] 包乐珊. 脑卒中致假性球麻痹患者吞咽功能障碍康复护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(6A):630-631.
- [6] 周惠娥, 张盘德, 张薇平, 等. 易化技术治疗延髓性麻痹吞咽障碍的临床观察[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(3):207.
- [7] 冯涛, 戴艳萍, 遇亚南, 等. 急性脑血管病患者吞咽困难的评价与康复治疗[J]. 黑龙江医学, 2008, 32(1):23-27.
- [8] Gross JC, Goodrich SW, Kain ME, et al. Determining stroke rehabilitation in patients' level care[J]. Clin Nurse Res, 2001, 10(1):40-51.