

早期识别和强化吞咽训练护理在脑卒中后 吞咽障碍患者中的应用效果

徐燕

(彭泽县人民医院内科,江西 彭泽 332701)

摘要:目的 研究早期识别和强化吞咽训练护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果。方法 以2021年5月-2022年5月彭泽县人民医院收治的60例脑卒中后吞咽障碍患者为研究对象,随机分为对照组(30例)与观察组(30例)。对照组给予常规护理,观察组在其基础上应用早期识别和强化吞咽训练护理,比较两组吞咽功能[洼田饮水试验、标准吞咽功能评价量表(SSA)]、留置胃管时间、住院时间、营养风险筛查NRS-2002评估表(NRS2002)评分、不良事件(误吸、吸入性肺炎、营养不良)、生活质量[改良Barthel指数(MBI)、吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)]。结果 两组洼田饮水试验、SSA分数低于护理前,且观察组洼田饮水试验、SSA分数低于对照组($P<0.05$);观察组留置胃管时间、住院时间短于对照组,且NRS2002评分低于对照组($P<0.05$);观察组不良事件发生率小于对照组($P<0.05$);两组MBI、SWAL-QOL分数均高于护理前,且观察组MBI、SWAL-QOL分数高于对照组($P<0.05$)。结论 早期识别和强化吞咽训练护理有助于改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能,可缩短其胃管留置时间与住院时间,降低误吸及营养不良等风险,促进生活质量改善。

关键词:脑卒中;吞咽障碍;吞咽训练;营养不良

中图分类号:R473.5

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.06.036

文章编号:1006-1959(2023)06-0160-04

Application Effect of Early Identification and Intensive Swallowing Training Nursing in Patients with Dysphagia After Stroke

XU Yan

(Department of Internal Medicine, Pengze County People's Hospital, Pengze 332701, Jiangxi, China)

Abstract: Objective To study the application effect of early identification and intensive swallowing training nursing in patients with dysphagia after stroke. **Methods** Sixty patients with dysphagia after stroke admitted to Pengze County People's Hospital from May 2021 to May 2022 were randomly divided into control group (30 cases) and observation group (30 cases). The control group was given routine nursing, and the observation group was given early identification and intensive swallowing training nursing on the basis of the control group. The swallowing function [Watian drinking water test, standard Standardized Swallowing Assessment (SSA)], indwelling gastric tube time, hospitalization time, nutritional risk screening NRS-2002 Assessment Scale (NRS2002) score, adverse events (aspiration, aspiration pneumonia, malnutrition), quality of life [modified Barthel index (MBI), Swallowing-quality of Life (SWAL-QOL)] were compared between the two groups. **Results** The scores of water swallow test and SSA in the two groups were lower than those before nursing, and the scores of water swallow test and SSA in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The time of indwelling gastric tube and hospitalization in the observation group were shorter than those in the control group, and the NRS2002 score was lower than that in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse events in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). The scores of MBI and SWAL-QOL in the two groups were higher than those before nursing, and the scores of MBI and SWAL-QOL in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Early identification and intensive swallowing training nursing can help improve the swallowing function of stroke patients with dysphagia, shorten the gastric tube indwelling time and hospitalization time, reduce the risk of aspiration and malnutrition, and promote the improvement of quality of life.

Key words: Stroke; Swallowing disorders; Swallowing training; Dystrophy

吞咽障碍为脑卒中(cerebral stroke)常见并发症之一,由脑功能区损伤造成的口咽、食管运动失控所致,可导致摄食-吞咽障碍,引发呛咳、误吸、营养不良等预后事件,对患者生活质量及生命安全均具有

较大影响^[1,2]。基于此,临床主张对脑卒中吞咽障碍患者开展早期吞咽康复训练,以恢复其吞咽功能,改善摄食障碍,降低不良风险^[3]。除此之外,及早识别吞咽障碍的不良风险事件,并给予强化康复训练,是改善患者预后质量的重要方式。早期识别和强化吞咽训练护理是基于上述理论开展的综合干预管理模式,可结合风险识别与强化训练措施,及时掌握患者的吞咽有效性与安全性,在给予针对性干预的同时,

作者简介:徐燕(1985.12-),女,江西彭泽县人,本科,主管护师,主要从事内科护理工作

加强其摄食康复管理,促进患者吞咽功能的快速恢复,进一步改善其预后^[4-5]。目前,临床关于早期识别和强化吞咽训练护理的应用报道尚不多见。为此,本研究结合 2021 年 5 月-2022 年 5 月彭泽县人民医院收治的 60 例脑卒中后吞咽障碍患者资料,观察早期识别和强化吞咽训练护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2021 年 5 月-2022 年 5 月彭泽县人民医院收治的 60 例脑卒中后吞咽障碍患者为研究对象,行随机数字表法分为对照组(30 例)与观察组(30 例)。对照组男 19 例,女 11 例;年龄 58~79 岁,平均年龄(64.21±5.75)岁;疾病类型:脑梗死 27 例,脑出血 3 例。观察组男 18 例,女 12 例;年龄 56~79 岁,平均年龄(64.30±5.68)岁;疾病类型:脑梗死 28 例,脑出血 2 例。两组性别、年龄、疾病类型比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究患者及家属均知情且自愿参加。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:①经颅脑磁共振成像(MRI)确诊为脑卒中,病历资料完整;②洼田饮水试验阳性,符合吞咽障碍诊断标准^[6];③意识清醒,认知正常。排除标准:①合并颅内出血及其他脑血管疾病者;②其他原因导致的吞咽障碍者;③合并精神及智力障碍者;④恶性肿瘤者;⑤病情危重者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行常规护理:①吞咽康复训练:口腔喂食时,协助患者取坐位或半坐卧,以黏性适当、密度均一、易吞咽食物为宜,将食物置于患者健侧舌后或健侧颊部,待患者咽下后,指导其进行空吞咽练习,反复进行,直至食物完全咽下,方可继续后续喂食,喂食时间维持在 30~45 min 为宜,期间可适当给予温开水辅助,后续需依据其吞咽功能调整进食量;②口腔护理:注意患者的口腔清洁,协助其饭后漱口,按时刷牙,可依据其口腔 pH 值,选择适当口腔护理液,保持口腔清洁;③鼻饲护理:鼻饲开始时,将床头抬高 30°~45°,待鼻饲管回抽无滞留后,采用 20 ml 温开水进行试喂,随后缓慢注入鼻饲液,温度 38℃~41℃,遵循少量多次原则,每次不超过 200 ml,结束后,采用温开水冲管,并叮嘱患者保持半卧位 30 min。当患者经口进食量恢复至一半,且连续 3~4 d 未出现呛咳、反流时,可拔除胃管。护理时间 1 个月。

1.3.2 观察组 在对照组基础上应用早期识别和强化

吞咽训练护理:①风险识别:患者入院后,给予容积-黏度吞咽测试(V-VST)^[7],指导患者吞咽不同稠度、容积的液体,用以评估其吞咽安全性与有效性:依次给予 5、10、20 ml 糖浆稠度液体,若安全咽下,可继续给予 5、10、20 ml 水,若安全咽下,指导患者依次吞咽 5、10、20 ml 布丁状半固体,安全吞咽结束测试。期间需观察患者的吞咽有效性受损表现(唇部闭合、口腔残留、分次吞咽、咽部残留)与安全性受损表现(咳嗽、音质改变、血氧饱和度下降),若患者吞咽糖浆稠度液体或水时存在安全性受损,需直接进入吞咽布丁状半固体阶段,若吞咽布丁状半固体存在安全性受损,则立即停止测试。依据其测试结果,评估患者的吞咽安全性与有效性,并给予针对性干预:②有效性受损,但无安全性受损:提示患者可安全吞咽,但有效性受损,其营养与补水方面存在一定风险,对此,可在保证患者吞咽安全性前提下,选择最低稠度、最大容积的食物;③存在安全性受损(伴/不伴相关有效性问题):提示患者吞咽安全性下降,误吸风险升高,对此,可在保证患者吞咽有效性前提下,适当调整患者的食物性状,增加食物的稠度与容积,并指导其保持低头吞咽,密切关注其吞咽过程;④强化吞咽训练:⑤强化吞咽康复:在常规吞咽康复训练基础上,指导患者交替吞咽流食与固体食物,针对舌根部后推动力不足的患者,需引导其低头完成吞咽动作,反复练习,直至将食物完全咽下,针对单侧咽部麻痹或有残留的患者,可将其头颈部向患侧旋转,促使食物向患侧移动,可适当给予少量温开水辅助,以避免食物滞留咽部;⑥吞咽功能训练操:指导患者进行吞咽功能训练操,包括颊肌锻炼、舌肌锻炼、咽喉肌锻炼、腹部锻炼,2 次/d,30 min/次。护理时间 1 个月。

1.4 观察指标 比较两组吞咽功能[洼田饮水试验、标准吞咽功能评价量表(SSA)]、留置胃管时间、住院时间、营养风险筛查 NRS-2002 评估表(NRS2002)评分、不良事件(误吸、吸入性肺炎、营养不良)、生活质量[改良 Barthel 指数(MBI)、吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)]。洼田饮水试验^[8]:于端坐状态饮用 30 ml 温开水,用 1~5 分代表其呛咳情况,分数越高表示吞咽障碍越严重。SSA^[9]:包括临床检查(8~23 分)、初次吞水观察(5~11 分)、再次吞水观察(5~12 分),总分 18~46 分,分数越高表示吞咽功能越差。NRS2002^[10]:包括营养状况(0~3 分)、疾病严重程

度(0~3分)、年龄(0~1分),总分0~7分,分数越高表示营养风险越高,分数 ≥ 3 分提示营养不良,需给予营养支持。MBI^[11]:共10项,其中自我照顾活动8项,行为相关活动2项,总分0~100分,分数越高表示生活能力越好。SWAL-QOL^[12]:共11个维度,44条目,总分0~176分,分数越高表示生活质量越好。

1.5 统计学方法 采用统计软件包 SPSS 21.0 对本研究的数据进行分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组吞咽功能比较 两组护理后洼田饮水试验、SSA 分数低于护理前,且观察组低于对照组 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组吞咽功能比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	洼田饮水试验		SSA	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	3.93 \pm 0.85	2.43 \pm 0.50*	32.18 \pm 2.41	25.33 \pm 1.59*
对照组	30	4.01 \pm 0.92	2.81 \pm 0.62*	32.50 \pm 2.52	27.04 \pm 1.70*
t		0.350	2.613	0.503	4.024
P		0.728	0.011	0.617	0.000

注:与护理前比较,* $P<0.05$

表 4 两组生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	MBI		SWAL-QOL	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	45.83 \pm 5.70	68.70 \pm 6.32*	85.73 \pm 9.15	114.72 \pm 12.04*
对照组	30	46.02 \pm 5.85	64.86 \pm 6.19*	86.25 \pm 9.28	106.60 \pm 12.53*
t		0.127	2.378	0.219	2.559
P		0.899	0.021	0.828	0.013

注:与护理前比较,* $P<0.05$

3 讨论

吞咽障碍是影响脑卒中患者预后的重要因素,其发生多与脑神经损伤引起的舌咽、迷走及舌下神经损害有关,可导致真性或假性延髓麻痹,引发吞咽肌群麻痹及控制协调障碍,致使软腭麻木及口腔、舌部运动受限,进而影响患者的摄食功能,导致吞咽障碍产生^[13,14]。吞咽障碍的出现,大大增加了患者的误吸、营养不良及吸入性肺炎风险,严重情况下可导致窒息等不良事件,存在较大安全隐患,不利于脑卒中

2.2 两组留置胃管时间、住院时间、NRS2002 评分比较 观察组留置胃管时间、住院时间短于对照组,且 NRS2002 评分低于对照组 ($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组不良事件比较 观察组不良事件发生率小于对照组 ($\chi^2=5.192, P=0.023$),见表 3。

2.4 两组生活质量比较 两组护理后 MBI、SWAL-QOL 评分高于护理前,且观察组 MBI、SWAL-QOL 评分高于对照组 ($P<0.05$),见表 4。

表 2 两组留置胃管时间、住院时间、NRS2002 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	留置胃管时间 (d)	住院时间 (d)	NRS2002 评分 (分)
观察组	30	21.55 \pm 3.14	30.63 \pm 3.45	2.04 \pm 0.74
对照组	30	26.38 \pm 3.52	37.12 \pm 4.09	2.59 \pm 0.66
t		5.608	6.643	3.038
P		0.000	0.000	0.004

表 3 两组不良事件比较[n(%)]

组别	n	误吸	吸入性肺炎	营养不良	发生率
观察组	30	1(3.33)	0	0	1(3.33)
对照组	30	3(10.00)	1(3.33)	3(10.00)	7(23.33)

患者预后的改善^[15]。常规护理多以基础性吞咽康复训练、口腔护理及鼻饲护理等措施为主,其护理过程存在一定的盲目性,干预效果有限^[16]。早期识别和强化吞咽训练护理则是基于风险评估实施的高效化干预方案,该方案可通过 V-VST 筛查,评估患者的吞咽有效性与安全性,以此识别其误吸及营养不良风险,给予针对性进食干预,避免了护理工作的盲目性,可在改善患者吞咽安全性的同时,提升其吞咽有效性^[17,18]。在其基础上,强化吞咽训练的实施,可进

一步激发患者的康复潜能,其训练方案包括强化吞咽康复与吞咽功能训练操,二者均有助于改善患者的进食能力与健康行为,可加快吞咽功能恢复,对其康复进程具有积极推动作用^[19,20]。

本研究结果显示,两组护理后洼田饮水试验、SSA分数低于护理前,且观察组洼田饮水试验、SSA分数低于对照组($P<0.05$),提示早期识别和强化吞咽训练护理可改善患者的吞咽功能,且效果优于常规护理。分析认为,早期识别和强化吞咽训练护理可通过风险识别,提供针对性管理干预,有利于患者吞咽有效性及安全性的提升,且强化吞咽训练的实 施,可进一步缓解患者的吞咽障碍,对吞咽功能的改善具有重要意义。此外,观察组留置胃管时间、住院时间短于对照组,且NRS2002评分低于对照组($P<0.05$),表明早期识别和强化吞咽训练护理可缩短患者的胃管留置时间与住院时间,并改善其营养状况。究其原因,该方案可促进患者吞咽功能的进一步恢复,有利于经口进食状态的快速改善,为胃管拔除及出院提供了良好条件。另一方面,观察组不良事件发生率小于对照组($P<0.05$),提示早期识别和强化吞咽训练护理可有效降低误吸、吸入性肺炎及营养不良等事件的发生风险。分析原因,该方案可通过V-VST筛查,识别患者的营养不良及误吸风险,在此结果上,给予针对性干预,可充分发挥其预防作用,降低以上不良事件的发生,保证患者临床安全。护理后,两组MBI、SWAL-QOL评分高于护理前,且观察组MBI、SWAL-QOL评分高于对照组($P<0.05$),表明早期识别和强化吞咽训练护理可改善患者的生活质量,这与其吞咽功能及不良风险的改善存在直接关联。

综上所述,早期识别和强化吞咽训练护理有助于改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能,可缩短其胃管留置时间与住院时间,降低误吸及营养不良等风险,促进生活质量改善,值得临床应用。

参考文献:

[1]苏阳,石晶晶,明宝红.酸冰刺激疗法联合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的效果及对呛咳状态和进食情况的影响[J].检验医学与临床,2022,19(12):1706-1708.
[2]贾蕾,王兆霞.冲吸式口腔护理结合连续强化吞咽功能训练对脑卒中吞咽障碍患者进食行为、VFSS评分及营养状况的影响[J].武警后勤学院学报(医学版),2021,30(8):174-176.

[3]于敢红,李慧敏,张海红.早期康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(15):55-57.
[4]马珊珊,王瑞萍,张云,等.早期综合评估及康复训练对老年急性脑梗死患者的功能恢复的研究[J].中国药物与临床,2021,21(3):369-372.
[5]韩容,曹小琴.早期吞咽功能训练对脑卒中合并吞咽障碍患者的干预研究[J].川北医学院学报,2021,36(1):130-132.
[6]中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组.中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(12):881-892.
[7]刘延锦,余溯源,董小方,等.容积-黏度吞咽测试在脑卒中吞咽困难患者早期评估中的应用[J].重庆医学,2019,48(9):1516-1519.
[8]侯晓红,陈霞,崔新,等.急性脑卒中患者吞咽障碍识别的循证护理实践[J].中国实用护理杂志,2020,36(16):1245-1251.
[9]赵锦颖,韩宇洲.标准吞咽功能评估量表联合标准饮食护理在脑血管病吞咽障碍患者中的应用价值[J].河北医药,2019,41(13):2066-2069.
[10]侯荣枝.吞咽训练联合饮食干预在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果[J].河南医学研究,2019,28(8):1496-1497.
[11]安榕,刘惠灵,张建华.吞咽训练改善亚急性期脑梗死病人吞咽障碍的效果观察[J].护理研究,2018,32(24):3963-3966.
[12]李晶,王静琳.脑卒中后吞咽障碍的康复治疗与护理[J].护士进修杂志,2018,33(19):1787-1788.
[13]王云,乔宇,姚向荣,等.早期康复护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果研究[J].西北国防医学杂志,2018,39(8):545-549.
[14]赵俊强,王晋芳,郭海玲,等.脑卒中吞咽困难识别与管理循证实践方案的优化[J].护理管理杂志,2018,18(7):475-480.
[15]梁盛华,刘强,李婷好,等.吞咽功能训练联合舌肌训练治疗脑卒中后吞咽障碍患者的效果观察[J].安徽医药,2018,22(02):283-285.
[16]高尚谦,王芳,郭海玲,等.基于指南的脑卒中患者吞咽困难识别与管理循证实践方案的构建[J].中国护理管理,2016,16(12):1623-1627.
[17]李玲.早期康复护理干预在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值分析[J].医学理论与实践,2019,32(12):1949-1951.
[18]莫永静,邵爱艳.基于标准吞咽功能评估的分层干预在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].医学临床研究,2019,36(12):2441-2443.
[19]张晓琳.综合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍患者的临床疗效观察[J].反射疗法与康复医学,2020,29(12):142-144.
[20]王朝辉,唐娜,封彬.急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理的效果观察[J].中国中西医结合急救杂志,2020,27(6):709-712.

收稿日期:2022-09-27;修回日期:2022-10-09

编辑/成森