



早期诱发唾液分泌对改善脑卒中患者吞咽障碍的效果观察

杨玉梅 邓丽妮 (广西桂林医学院附属医院康复医学科 541001)

摘要: 目的 探讨早期诱发唾液分泌对改善脑卒中患者吞咽障碍的应用效果。方法 选取我院2016年3月至2017年6月收治的脑卒中吞咽障碍患者80例作为研究对象,随机分为对照组40例、观察组40例。对照组给予康复护理基础训练;观察组给予综合康复护理训练。采用才藤氏吞咽障碍评价法、洼田饮水试验评估法分别在治疗前、治疗后4周,评估各组吞咽功能,根据评估结果比较,分析两组的治疗效果。结果 经治疗4周后吞咽功能改善总有效率为:对照组80%(32/40),观察组95%(38/40),比较两组,观察组总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对于脑卒中后吞咽功能障碍患者早期诱发唾液分泌配合康复护理进行摄食训练能有效改善患者的吞咽障碍,值得临床护理推广应用。

关键词: 诱发唾液分泌 脑卒中 吞咽障碍 康复护理

中图分类号: R743 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)09-277-02

吞咽障碍是脑卒中后患者的常见并发症,约51%-78%^[1]的脑卒中患者急性期会出现吞咽困难的症状,同时吞咽障碍又会导致一系列并发症,而有效的康复护理可以使脑卒中患者吞咽障碍得到改善,其中早期介入综合康复护理可获得显著效果。魏冬侠等^[2]研究成果表明,脑卒中患者发病后早期禁食期间唾液分泌减少,经刺激唾液分泌、吞咽反射增强,同时增加食欲,从而有助于感觉的恢复,改善吞咽功能。本文对早期诱发唾液分泌+康复护理基础训练对改善脑卒中患者吞咽障碍的临床效果进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年3月至2017年6月收治我院80例脑卒中后吞咽障碍患者。采用康复护理基础训练40例为对照组。采用早期诱发唾液分泌+康复护理基础训练40例为观察组。两组患者临床资料比较差异无统计学差异($P > 0.05$)具有可比性。

1.2 纳入标准

①符合全国第四届脑血管会议制定的脑卒中吞咽障碍诊断标准^[3],并经头颅CT或MRI检查证实;②所有患者具有吞咽困难,饮水呛咳等吞咽障碍临床症状,并符合下列条件:神志清楚,生命体征平稳,具有一定的理解和执行能力,简易智力测试量表(TMT)评分大于7分,经吞咽功能评估后确诊为有吞咽障碍者。③患者及家属均知情同意,并签署知情同意书。

1.3 护理方法

1.3.1 对对照组患者采用康复护理基础训练:通过基础训练:口、面和舌肌群的运动训练、喉内收训练、促进吞咽反射的寒冷刺激法及下颌运动训练等,使患者改善吞咽相关器官的运动及协调性,为口腔摄食做必要的功能性准备。通过摄食训练:选择安静的进食环境,根据患者病情,选择坐位或取躯干30度仰卧位,用薄而小的勺子从健侧喂食,尽量把食物放在舌根部,以防食物向鼻腔逆流或误吸;食物入口量从少量约3-4ml开始,逐步增加,以防食物从口中漏出或引起咽部残留导致误咽。通过功能补偿方法,调整摄食姿势和调整食物形态,同时,选取适宜餐具等补偿手段以减少误吸,食物的形态根据患者吞咽障碍程度选择,采用代偿训练方法:如侧方吞咽、低头吞咽、用力吞咽、点头样吞咽、空吞咽与交替吞咽等方法来进行直接摄食训练。

1.3.2 对观察组患者采用早期诱发唾液分泌+康复护理基础训练。诱发唾液分泌:在每次摄食训练前,首先用牙膏牙刷进行口腔清洁,牙膏具有较好的刺激唾液分泌作用^[4],再选择患者平常特别喜欢的一些食物,通过食物的色香味,以及家属在旁给予安慰和鼓励,同时与患者同餐桌美味进食的方式来诱发患者分泌大量唾液的生理现象,从而充分调动患者食欲感后再让患者进行直接摄食训练。其余训练方法同对照组。

1.4 观察指标及评价标准

作者简介:杨玉梅,女,本科,主管护师,国家级康复专科护士。

采用才藤氏吞咽障碍评价法(1-7级)、洼田饮水试验评估法(I-V级)分别于治疗前及治疗后4周评估两组患者吞咽功能级别,比较两组吞咽功能改善情况。

1.4.1 才藤氏吞咽障碍评价法^[5]:7级(为正常):摄食吞咽没有困难;6级(摄食咽下有轻度困难):摄食有必要改变食物形态,口腔残留少,不误咽;5级(口腔问题):吞咽时口腔有中度或重度障碍,需改变咀嚼形,吃饭时间延长,口腔内残留食物增多,摄食吞咽时需要他人提示,没有误咽,这种程度是吞咽训练的适应证;4级(机会误咽):用一般的方法摄食吞咽有误咽,但经过调整姿势或每口的量,调整和咽下代偿后可以充分防止误咽;3级(水的误咽):有水的误咽,使用误咽防止法不能控制,改变食物形态有一定效果,吃饭只能咽下食物,但摄食的能量不充分;2级(食物误咽):改变食物形态没有效果,水和营养素基本由静脉供给;1级(唾液误咽):唾液产生误咽,有必要进行持续静脉营养。

1.4.2 洼田饮水试验进行评价^[6]:嘱患者单次喝下2-3勺水,如无问题,再让患者像平常一样喝下30ml水。I级:可1次喝完,无呛咳;II级:能2次喝完,无呛咳;III级:能2次喝完,有呛咳;IV级:2次以上喝完,有呛咳;V级:常常呛住,难以全部喝完。

1.4.3 临床疗效:用好转程度对患者进行评估,采用才藤氏吞咽障碍评价法,恢复:吞咽没有障碍;明显好转:吞咽障碍得到明显改善;好转:才藤分级进步达到2级或者以上;稍微好转:分级进步仅为2级;无效:才藤分级无变化。有效率:好转以上;显效率:明显好转以上;采用洼田饮水试验评价法,达I级为恢复;达II级为明显好转;达III级为好转;达IV级为稍微好转;V级为无效。有效率:好转以上;显效率:明显好转以上。

1.5 统计学方法

采用spss24.0软件进行统计学分析,本研究测定结果均以($\bar{x} \pm s$),组间相同时间点比较使用独立样本t检验,组内治疗前、后比较采用配对样本t检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能评定

经治疗4周后,观察组两种评定结果均优于对照组($P < 0.05$),见表1各组患者护理前后吞咽功能评分比较($\bar{x} \pm s$)。

表1:使用两种方法分别对两组治疗前后患者吞咽障碍康复评定情况

组别	例数	才藤氏吞咽障碍评价法	
		(1-7级)	(I-V级)
对照组	治疗前	40	4.10±0.96
	治疗后	40	5.63±1.00 ①
观察组	治疗前	40	4.08±0.94
	治疗后	40	6.25±0.81 ①②

注:①与组内治疗前比较, $(P < 0.05)$;②治疗后与对照组比较, $(P < 0.05)$ 。

2.2 经按两组方法护理4周后,两组吞咽障碍症状均较前获得明



显改善,对照组、观察组有效率分别为80%(32/40)、95%(38/40),两组差异有显著性,观察组有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

近年来,脑卒中的发病率成逐年增高趋势,病死率和致残率较高,严重危害人类生命健康^[7]。而吞咽功能障碍作为脑卒中最常见的并发症之一,严重影响脑卒中患者生活质量,同时,由于吞咽功能障碍造成患者经口进食量减少、易发生呛咳、误吸而引起营养不良、吸入性肺炎等风险,而留置胃管或空肠管增加患者精神压力及不舒适感。因此,对脑卒中后吞咽障碍患者进行早期诊断及及时实施有效的综合康复护理干预措施可以明显的改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能,保证机体的营养供给,减少并发症的发生,提高患者的生活自理能力,增强其康复信心,从而加快患者康复速度。

早期介入综合康复护理训练是促进吞咽功能恢复的有效手段,国外研究^[8]表明,脑卒中后3个月为最佳的康复时期,其中又以最初4周内的康复效果最好,早期、全面、系统的康复训练可最大程度地促进机体功能恢复。脑卒中患者常存在焦虑、抑郁、不安心理,担忧疾病进展,而吞咽障碍更会加深其焦虑情绪,因此很有必要早期进行康复,但康复治疗师和康复护士进行康复基础训练时,患者对训练缺乏信心,易乏味,配合及依从性差。然而诱发唾液分泌,同时有患者家属的参与,明显提高了患者进行康复训练的积极性。分泌唾液能引起味觉并易于吞咽,能清洁和保护口腔,能不由自主产生吞咽动作,是一种近乎生理性吞咽动作,而非空吞咽活动,这样能使病人的紧张感减轻或消失,舒适感增加,同时此诱发活动有患者家属的参与,陈兴连研究^[9]表明患者由于角色的转变,疾病的缠绕,对康复训练的不适等,使他们产生不同程度的心理压力,而家属与患者朝夕相处,对其十分了解,通过在旁的安慰和鼓励,能使患者克服困难,树立信心,正确

(上接第274页)

对待康复训练,从而提高康复训练的效果。

综上所述,对于脑卒中后吞咽障碍的患者,应该尽早评定,早期诱发唾液分泌配合康复护理的综合康复护理训练方法,可有效改善吞咽障碍临床症状,最大限度地减少并发症,提高患者的生存质量。但目前部分治疗技术缺乏循证医学的证据基础,需要进一步的临床试验来确定其技术参数以及疗效,有待于进一步研究和完善。

参考文献

[1] Rensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, et al. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke[J]. Journal of Neuroscience Nursing, 2013, 45(3): 139-146.

[2] 魏冬侠, 孙洁. 维生素C酸刺激法改善脑卒中患者吞咽障碍的效果观察[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(2): 169-171.

[3] 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, 51(3): 294-298.

[4] 张进源, 覃青云, 黄华来等. 糖尿病人适用牙膏刺激唾液分泌临床效果观察[J]. 口腔护理用品工业, 2012, (2): 25-26.

[5] 尚克中. 吞咽障碍诊疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 192-199.

[6] 周婕. 评价早期护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(4): 185-185, 187.

[7] 李兰英. 综合康复护理训练治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(7): 131-133.

[8] Gross JC, Goodrich SW, Kain ME, et al. Determining stroke rehabilitatin in patients' level care [J]. Clin Nurse Res, 2001, 10(1): 40-51.

[9] 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, 50(11): 1308-1312.

[2] 刘明琴, 和瑞金, 白航, 等. 探讨整体护理在缺铁性贫血护理中的应用体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(62).

[3] 吴雪花, 莫焕章, 董金生, 等. 探讨整体护理在缺铁性贫血护理中的应用[J]. 中国医药科学, 2017, 7(14): 127-129.

[4] 马荣. 缺铁性贫血护理中整体护理的应用体会[J]. 健康前沿, 2017, 26(3).

[5] 陈海燕. 整体护理在缺铁性贫血护理中的应用分析[J]. 心理医生, 2017, 23(16).

[1] 周婷. 整体护理干预在缺铁性贫血护理中的应用体会[J]. 中国保健营养, 2017, 27(16).

(上接第275页)

[1] 韩晓萌. 精细化护理干预配合心理护理在中晚期异常妊娠引产患者中的应用价值体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(77): 376-377.

[2] 高俊娥. 精细化护理干预配合心理护理在中晚期异常妊娠引产患者中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(03): 104-106.

[3] 张静. 中晚期异常妊娠引产患者的心理特点及护理方式分析

[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 3(09): 191-193.

[4] 李建辉. 异常妊娠产妇产前产后的心理护理措施探究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(31): 12-13.

[5] 刘芳. 精细化护理配合心理护理对中晚期异常妊娠产妇产的引产价值体会[J]. 中外女性健康研究, 2017(16): 1-2.

[6] 秦小香. 精细化护理干预配合心理护理在中晚期异常妊娠引产患者中的应用[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(06): 114.

(上接第276页)

患儿家属的健康状况,并就那些针对性的心理疏导。根据临床研究证明^[2],孤独症患者家长的抑郁焦虑情况远远高于健康儿童家长。同时,患儿家长的心理状态对患儿的心理有一定影响,对患儿的身心健康带来威胁。有学者认为,患儿家长产生的负面心理会导致患儿产生消极的情绪,对干预效果百害而无一利。

如今,国内大部分孤独症的相关医护人员在临床治疗过程中均以患儿为中心,将患儿的护理和治疗排在第一位,往往忽略了其家长的护理,而家长的身心健康却是为患儿提供支持的基础。从目前形势来看,在围绕“以人为本”思想的现代化护理方案中,除了强调医护人员对患者全身心护理以外,还需要着重强调对患儿家长的支持和护理。因此,医护人员在护理患儿途中,还需主动观察家长的心理变化情况,根据家长的实际状况实施有针对性的个性化干预手段;及时实施包含心理干预的相关措施,维护家长的正常心理,增强家长在治疗过程中

的配合性,改善护理质量,这对患儿的康复治疗有重要意义^[3]。在我院研究中,两组患儿治疗4周后,观察组家长的SDS评分和SAS评分均低于对照组,组间差异具统计学意义($P < 0.05$)。可见,对患儿家长实施心理护理,可减轻家长的负面情绪。

综上所述,通常情况下,孤独症患者家长会存在严重的心理压力和负担,故观察家长的心理情绪变化以及实施相应的心理护理是不可缺少的环节。

参考文献

[1] 钟于玲, 谢立春, 陈火星等. 孤独症儿童家长社会支持需求与现状研究[J]. 中国计划生育学杂志, 2016, 24(1): 24-27.

[2] 杨永, 李琰, 叶霖等. 康复训练期孤独症儿童家长心理健康状况评估[J]. 皖南医学院学报, 2013, (4): 338-339, 340.

[3] 卢迪. 孤独症儿童家长心理状态及其心理护理对照研究[J]. 继续医学教育, 2015, (1): 103-104.