

脑卒中摄食 - 吞咽障碍的中西医康复护理进展

艾艳平

桂林市中西医结合医院 广西桂林 541004

【摘要】脑卒中是多见于中老年人群的神经系统疾病,致死致残率较高,其中摄食-吞咽障碍是常见后遗症之一,严重影响患者的生活质量。随着医疗技术的发展,摄食-吞咽障碍的康复手段越来越丰富且效果理想,现对摄食-吞咽障碍的中西医康复护理措施进行综述。

【关键词】脑卒中;摄食-吞咽障碍;中西医结合护理;进展

【中图分类号】R473.74

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763 (2022) 10-172-02

脑卒中是全球范围内发生率、死亡率较高的疾病之一,随着高血压、糖尿病的患者人数越来越多,脑卒中的患病率越来越高,对人们的生命安全造成较大威胁。该病患者可能出现多种后遗症,超过 50% 的患者伴有摄食-吞咽障碍,症状较轻者会影响日常饮食、发音以及生活等,症状严重者可能出现误吸、营养不良、脱水、心理障碍以及吸入性肺炎等情况,因此需要采取有效的康复护理措施^[1]。脑卒中摄食-吞咽障碍的最佳康复时机即患病后的三至六个月,采用科学的评估工具进行全面评估,重视摄食-吞咽障碍管理的效果评估,可帮助患者尽快恢复正常饮食,保障进食安全,避免并发症的发生^[2]。

1 脑卒中摄食 - 吞咽障碍的发生机制

吞咽是一种短暂且复杂的过程,可将其分为认知期、准备期、口腔期、咽部期以及食管期五个阶段,整个进食过程需要各个阶段的解剖结构协同作用共同完成。脑神经以及脊神经受皮质延髓束、大脑皮质、脑干核束以及吞咽中枢等控制和管理,而摄食-吞咽障碍的发生主要与皮质延髓束、大脑皮质、脑干核束以及吞咽中枢受损有关。研究显示,延髓束以及脑干损伤引起的吞咽功能障碍主要表现为吞咽时间延长,而皮质损伤引起的吞咽功能障碍主要表现为咽反射延迟^[3]。

2 西医康复

2.1 心理康复护理

由于患者出现吞咽困难,影响正常的语言交流和饮食,因此容易出现焦虑抑郁等不良情绪,不利于康复。因此需要采取有效的心理干预并贯穿康复护理全程。吴玲玲^[4]等学者对 Meta 分析的方法对心理康复护理的应用效果进行评估,结果显示干预后患者的心理功能评分、躯体功能、社会功能以及生命质量与干预前存在明显差异,且干预组患者的吞咽功能康复效果更理想。可见脑卒中摄食-吞咽接受心理护理科稳定患者情绪状态,有利于病情康复。心理护理实施时需要根据患者的实际情况以及需求给予心理疏导,耐心指导各项功能训练的目的,介绍康复完全的案例帮助患者建立康复信心,积极配合完全各项康复护理工作。

2.2 基本功能训练

通过专业、系统的吞咽功能训练才能最有效的改善吞咽功能,为摄食训练奠定基础。基本功能训练内容涉及发音训练、吹起训练、咬牙胶、闭唇唇食、鼓腮、移动下颌部等唇部训练、下颌训练以及发音训练等。另外,针对吞咽功能相关的器官进行针对性的基础训练包括吞空咽动作、咳嗽训练、屏气-发生运动、颈部活动以及舌唇颌肌肉训练等。贾秀贤^[5]等研究对 147 例脑卒中后吞咽障碍患者进行对比研究,结果显示研究组吞咽功能、日常生活能力等评分更理想,发生吸入性肺炎的几率更低,可见通过基础功能的训练可改善吞咽功能,提高患者的日常生活能力,避免吸入性肺炎的发生。尽早进行基础功能训练,通过多种形式对吞咽过程的神经和肌肉进行刺激,从而改善肌肉的灵活性以及协调性,促进神经系统兴奋,改善吞咽障碍。

2.3 感觉刺激训练

出现吞咽功能障碍时给予嗅觉刺激或者温度觉刺激对病情的改善有积极影响。嗅觉刺激即经鼻吸入气味较重的气体,以此刺激右侧岛叶皮质的重塑,可明显缩短吞咽时间。咽部冷觉刺激是使用冰冻的棉签刺激咽部的腭弓、软腭、后腭弓以及舌后根等部位,指导患者进行空咽。陈泗萍^[6]等研究对 68 例急性脑卒中吞咽功能障碍患者进行对比研究,结果显示实验组患者的吞咽功能障碍评分、生活质量评分更理想,洼田饮水试验评级更优,说明在早期康复训练的基础上给予冰棒刺激可促进吞咽功能恢复,改善生活质量。

2.4 摄食 - 吞咽训练

根据摄食-吞咽障碍的发生机制给予科学的训练指导,主要通过促进舌部、唇部以及咀嚼肌肉等吞咽肌群的功能训练和控制,促进脑组织残余细胞功能的恢复以及神经反馈通路的重建,从而促进吞咽功能恢复。何小燕^[7]等学者对 135 例脑卒中后吞咽障碍进行对比研究,结果显示联合组患者的 Gugging 吞咽功能评分、功能性经口摄食量表评分更具优越性,说明摄食-吞咽训练对功能改善有积极影响。摄食-吞咽训练主要是对患者的进食方式、吞咽姿势、饮食习惯等进行改进,护理人员需要对患者进行定期的吞咽功能评估,结合实际情况确定调整康复手段,改善吞咽功能。

2.5 肌电生物反馈技术

脑卒中摄食-吞咽障碍临床多以吞咽功能康复训练作为主要康复手段,而对于咽-食管期的患者而言,其临床效果有限,缺乏针对性的康复手段。随着康复医疗技术的不断提升,肌电生物反馈技术得到广泛应用且获得较多患者和医护人员的认可。肌电生物反馈技术主要是通过表面肌电信号引导患者自行改正吞咽动作,实现生物反馈,康复过程更具象化。罗思思^[8]研究中对 82 例脑卒中吞咽功能障碍患者进行对比研究,一组给予常规康复护理,另一组结合肌电生物反馈技术,结果显示观察组患者的吞咽功能、摄食能力评分更具优越性,说明肌电生物反馈技术对吞咽功能以及摄食能力的改善有积极影响。肌电生物反馈技术是改善吞咽功能的辅助手段,是一个崭新的领域,其安全性和有效性尚处于研究中。

3 中医康复

3.1 穴位按摩

穴位按摩是临床最常用的康复手段,操作简单,不受场地限制,效果理想且安全性较高,用于摄食-吞咽障碍中是以特定的手法对特定穴位进行按摩,对吞咽功能的改善有积极影响。赵萍^[9]等研究中对 80 例急性脑卒中后吞咽功能障碍患者进行对比研究,结果显示观察组患者吞咽功能障碍改善有效率更高、吞咽障碍特异性生活质量评分更佳、吸入性肺炎的发生率更低。说明穴位按摩对脑卒中摄食-吞咽障碍患者的康复有积极影响。穴位按摩时选择人中穴、廉泉穴以及颊车穴等穴位,采用推、按、揉等手法,每个穴位三至五分钟,一天三次,均在餐前操作。穴位选择时应该遵循循经选穴、局部选穴的原则,通过穴位按摩可促进血液循环,

(下转第 174 页)

效改善了焦虑、敌对性和恐怖症状在检查中的出现。

2.3 检查中护理

详细告知密切配合的重要性,切勿切动身体,保持轻松、愉快的心情,避免影响结果。加强指导调整舒适体位,特殊情况可与家属陪同检查,并为患者提供防护服。选择健侧肢体粗、直、弹性好的血管注射,以保证 18F-FDG 能准确地进入到体内,首先予以生理盐水建立静脉通道,确保通畅固定,在推注生理盐水 2ml 无渗漏后,再将头皮针更换成为铅罐内装有 18F-FDG 药物的注射器静脉推注。期间要严密观察周围是否发生肿胀,并询问患者是否疼痛,避免药液的外渗。在注射完毕后为患者提供 3~4ml 生理盐水冲管,拔除针头,利用棉球按压,对于血小板低或凝血功能障碍要延长按压时间。另外,立即测量该注射器残留活度,并记录注射前后注射器内药物活动和进入体内药物活动以及测量时间、部位、注射时间,双人核对后签字。

2.4 检查后护理

在上机检查完毕后指导回留观室休息,因禁食过长,要密切观察是否存在不适。待医师查看图像质量符合要求后方可离开。离开前嘱多饮水,促使药液的排泄,另告知可进食,但 2h 内不可挂瓶。需要进行二次对比扫描,要提前告知。以及定时做好随访工作,避免和其他他人近距离的接触,特别是孕妇和婴幼儿,10h 后才可接触他人。

3 小结

PET/CT 是放射诊断科一种高端检查手段,不但能准确的反应全身各个组织形态,还能显示局部血管情况和代谢情况在,在肿瘤疾病的诊断期间被、诊断中具有重要临床价值,同时该项检查敏感性与应用性高。大多数患者对该检查方式并不熟悉,检查期间出现悲观、恐惧、焦虑等情绪,并因此产生应激反应,无法保持稳定体位,使检查难度加大,故难以或缺高质量的图像,对此,在检查期间为患者提供全面的护理干预极为重要,不但能改善其不良情绪,也能很好地提升依从性,为获取高质量 PET/CT 图像提供保障。

参考文献

[1] 陈灵芝,牛萍,杨金芝.护理干预对肿瘤患者行 PET/CT 显像检查的图像质量影响[J].中国继续医学教育,2018,10(31):148-150.

[2] 李春晓.护理干预对胃癌患者 18F-FDG PET/CT 显像图像质量与心理状态的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(7):50-51.

[3] 侯为华,周艳丽,方石君,等.PET/CT 联合增强 CT 扫描和肿瘤标志物对诊断肺癌及淋巴结转移的应用价值[J].中国医疗器械信息,2022,28(11):73-75.

[4] 李晶,陈光弟,豆晓峰,等.PET/CT 显像与超声成像对乳腺肿瘤良恶性诊断的价值[J].实用肿瘤杂志,2021,36(6):502-506.

[5] 李可心,孙洪赞,辛军,等.18F-FDG PET/CT 代谢参数预测早期宫颈癌盆腔淋巴结转移[J].中国医学影像技术,2018,34(10):1532-1535.

[6] 朱荣华,王书中,张准,等.PET/CT 与 HRCT 在周围型肺癌鉴别诊断中的应用[J].医学临床研究,2019,36(1):49-51.

[7] 刘玉奇,章斌,邓胜明,等.18F-FDG PET/CT 对结直肠癌术后患者临床再分期、治疗策略及预后评估的价值[J].中华核医学与分子影像杂志,2017,37(10):613-617.

[8] Orsaria P, Chiaravalloti A, Careda E, et al. Evaluation of the Usefulness of FDG-PET/CT for Nodal Staging of Breast Cancer[J]. Anticancer Res, 2018, 38(12): 6639-6652.

[9] 陈学涛,张毓艺,姚雅明,等.术前 18F-FDG PET/CT 显像对非小细胞肺癌患者中远期预后的预测价值[J].中华核医学与分子影像杂志,2020,40(4):219-223.

[10] 陈虞梅,周明舸,刘建军,等.化疗中期及化疗后 18F-FDG PET/CT 对弥漫性大 B 细胞淋巴瘤患者预后判断的价值[J].中华核医学与分子影像杂志,2018,38(9):598-601.

[11] 郭静,吉衡山,孙晶晶,等.基础血糖水平对 18F-FDG PET/CT 图像质量的影响及护理[J].实用临床医药杂志,2018,22(6):114-117.

[12] 罗丽丽,王林浩,林筱琴.护理因素对妇科肿瘤患者 18F-FDG PET/CT 显像图像质量的影响[J].吉林医学,2019,40(9):2141-2143.

[13] 张铃锋,郭林红.心理护理干预在 PET/CT 全身显像患者中的应用观察[J].临床研究,2022,30(5):175-178.

[14] 付忠霞.护理干预对胃癌患者 18F-FDG PET/CT 显像图像质量与心理状态的影响[J].中国医药导报,2016,13(29):161-164.

(上接第 172 页)

刺激迷走神经、舌下神经以及舌咽神经等,起到活血通络、醒神开窍的作用,从而改善吞咽障碍。

3.2 中药冷刺激

中药冷刺激是将中医与感觉刺激训练相结合的一种康复手段,将中药药液降温处理后浸湿棉签或者直接冰冻呈冰棒刺激咽喉。用于摄食-吞咽障碍康复训练中需选择开窍利咽的中药,结合冷刺激可明显提高咽部的敏感度,促进各级神经元兴奋。王李丽^[10]等研究中对 103 例老年脑卒中吞咽功能障碍患者进行对比研究,结果显示观察组患者的吞咽功能评分更具优越性。药方组成为川贝母、桔梗、薄荷以及冰片等,具有开窍利咽的效果,另外药味可刺激舌根,促进味觉恢复,避免咽部肌肉萎缩。

4 小结

摄食-吞咽障碍是脑卒中患者的常见并发症,对患者生活造成较大影响,需尽早接受康复护理。随着康复技术的发展,中西医结合护理手段也越来越丰富,需根据患者的病情特点选择合适的康复训练方案,在确保康复效果的同时减轻对身体的损伤。

参考文献

[1] 朱欢欢.急性脑卒中吞咽障碍患者行早期康复护理干预的效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(9):148.

[2] 乔荣慧.早期康复护理干预对促进脑卒中吞咽障碍患者功能

恢复的作用探讨[J].按摩与康复医学,2018,9(9):80-81.

[3] 陈楚娜,叶德琴.隔附子饼灸结合康复护理治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].中国民间疗法,2018,26(3):83-84.

[4] 吴玲玲,王玲玲,唐灯娟,等.心理康复护理对脑卒中后吞咽障碍患者功能恢复影响的 Meta 分析[J].中国实用护理杂志,2021,37(28):2235-2241.

[5] 贾秀贤,雷少军,刘卫霞,等.综合康复训练对脑卒中后吞咽障碍及吸入性肺炎发生率的影响[J].河北医药,2018,40(5):778-780.

[6] 陈泗萍,董小敏,梁翠云,等.早期康复训练联合冰棒刺激护理对急性脑卒中患者吞咽障碍的治疗效果观察[J].中国实用医药,2017,12(6):144-146.

[7] 何小燕,钟建兵,刘剑.电生理疗法联合吞咽-摄食训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(5):360-364.

[8] 罗思思.肌电生物反馈治疗仪配合康复护理在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用[J].医疗装备,2020,33(23):185-186.

[9] 赵萍,赵书敏,曹会芳,等.穴位按摩联合高压氧对急性脑卒中后吞咽功能障碍临床效果[J].现代生物医学进展,2020,20(7):1385-1388.

[10] 王李丽.中药咽部冷刺激联合标准吞咽功能评估应用于老年脑卒中吞咽障碍患者的临床观察[J].中国民间疗法,2018,26(12):44-56.