

饮食管理结合康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用

黄晓华 林丽妹 林雁和

福建医科大学附属漳州市医院 363005

〔摘要〕目的 探讨饮食管理结合康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用价值及效果。方法 选取 2021 年 1 月至 2022 年 12 月期间我院收治的 108 例脑卒中吞咽障碍患者作为研究对象，随机分为对照组和观察组，每组各 54 例。对照组患者采用常规康复训练，观察组患者在常规康复训练的基础上结合饮食管理。比较两组患者的吞咽功能评分及不良反应发生情况。结果 干预后，观察组患者的吞咽功能评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)；观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 饮食管理结合康复训练可以有效改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能，降低不良反应发生率，值得临床应用。

〔关键词〕饮食管理；康复训练；脑卒中；吞咽障碍

〔中图分类号〕R743.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 09-019-02

脑卒中是一种常见的脑血管疾病，吞咽障碍是其常见的并发症之一。吞咽障碍会严重影响患者的生活质量，甚至危及生命。因此，及时有效的治疗和康复训练对于改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能至关重要。近年来，饮食管理逐渐被应用于脑卒中吞咽障碍的治疗中。饮食管理是指根据患者的吞咽功能和营养需求，选择适合的食物质地、口味和温度等，以减少误吸和提高进食的安全性和舒适度^[1]。已有研究表明，饮食管理可以有效改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能，提高患者的生活质量^[2]。对此，本研究旨在探讨饮食管理结合康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 12 月期间我院收治的 108 例脑卒中吞咽障碍患者作为研究对象，根据随机数字表法分组原则将其分为对照组和观察组各 54 例。对照组男 36 例，女 18 例；年龄 46 ~ 78 岁，平均年龄 (62.47 ± 6.28) 岁。观察组男 34 例，女 20 例；年龄 47 ~ 77 岁，平均年龄 (62.25 ± 6.35) 岁。两组患者的性别、年龄等一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组患者采用常规康复训练，包括吞咽肌训练、口腔感知训练、摄食训练等。

观察组患者在常规康复训练的基础上结合饮食管理，具体如下：(1) 食物选择：根据患者的吞咽功能和营养需求，选择适合的食物质地、口味和温度等。对于吞咽困难较严重的患者，可选择流质或半流质食物，如浓汤、稀粥等；对于吞咽功能较好的患者，可逐渐过渡到固体食物，但要注意食物的软烂程度和大小。(2) 进食体位：协助患者采取合适的进食体位，如床头抬高 30° ~ 45°，以减少误吸的发生。(3) 进食量和速度：控制患者的进食量和速度，避免一次进食过多或过快。建议采用少食多餐的方式，以减少误吸的风险。(4) 安全管理：在进食过程中密切观察患者的反应，如出现呛咳、呼吸困难等情况，应立即停止进食并采取相应的处理措施。(5) 康复训练：在饮食管理的同时，继续进行常规的康复训练，如吞咽肌训练、口腔感知训练等，以提高吞咽功能。

1.3 观察指标

比较两组患者的吞咽功能恢复情况及不良反应发生情况。

(1) 吞咽功能评估：采用洼田饮水试验 (WST) 对两组患者的吞咽功能进行评估。试验方法如下：患者取坐位，饮下 30ml 温水，观察所需时间和呛咳情况。评估采用 1-5 分评分标准，1 分：5 秒内一次将水咽下，无停顿、无呛咳；2 分：分两次以上喝完，无呛咳，但饮用时间超过 5 秒；3 分：能 1 次咽下，但有呛咳；4 分：2 次以上咽下，但有呛咳；5 分：频繁呛咳，不能全部咽下。分数越高代表吞咽功能越差。(2) 不良反应发生情况：记录两组患者在治疗过程中出现的不良反应，如误吸、肺炎、窒息等。

1.4 统计学方法

使用 SPSS24.0 统计软件对数据进行处理，计量和计数资料分别采用“均数 ± 标准差” ($\bar{x} \pm s$) 和“例数、百分比” [例 (%)] 表示，组间对比分别使用 χ^2/t 检验；以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者吞咽功能恢复情况比较

干预前，两组患者的吞咽功能评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，观察组患者的吞咽功能评分明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组干预前后吞咽功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	吞咽功能评分	
		干预前	干预后
对照组	54	3.71 ± 0.66	2.52 ± 0.54
观察组	54	3.72 ± 0.65	1.45 ± 0.49
t 值		0.057	4.813
P 值		0.941	0.000

2.2 两组患者的不良反应发生情况比较

观察组患者不良反应发生率为 3.70% (2/54)，明显低于对照组的 14.81% (8/54)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率对比 [n (%)]

组别	n	误吸	肺炎	窒息	发生率
对照组	54	4 (7.41)	3 (5.56)	1 (1.85)	8 (14.81)
观察组	54	1 (1.85)	1 (1.85)	0 (0.00)	2 (3.70)
χ^2 值					5.127
P 值					0.019

(下转第 21 页)

见表 1 所示:

2.2 两组预后其他临床指标结果

实验组和对照组在红细胞沉降率 (ESR) (魏氏法 mm/h)、美国脊髓损伤协会 (ASIA) 分级 (S4- S5)、Cobb 角、C 反应蛋白上, 数值对比分别为 (13.16±2.34) 和 (25.38±1.75)、(1.95±0.17) 和 (4.83±1.39)、(38.42±0.56) 和 (19.12±0.73)、(2.28±0.35) 和 (10.92±0.17), 有

统计学意义 (P<0.05)。见表 2 所示:

表 1 两组治疗后病灶清除率水平比较 (n%)

组别	例数	有效	显效	无效	病灶清除率水平
对照组	20	6(30.00)	9(45.00)	5(25.00)	15(75.00)
实验组	20	9(45.00)	10(50.00)	1(5.00)	19(95.00)
χ^2	/	0.960	0.100	1.764	15.686
P	/	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

表 2 两组预后其他临床指标结果比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	红细胞沉降率 (ESR) (魏氏法 mm/h)	美国脊髓损伤协会 (ASIA) 分级 (S4- S5)	Cobb 角 (°)	C 反应蛋白 (mg/L)
实验组	20	13.16±2.34	1.95±0.17	19.12±0.73	2.28±0.35
对照组	20	25.38±1.75	4.83±1.39	38.42±0.56	10.92±0.17
t	/	18.702	9.197	93.812	99.303
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

单节段胸椎结核为胸椎结核中较为常见的一种, 且手术治疗为本疾病的主要治疗方法。经胸腔前路术式的主要治疗原则为病灶清除、脓肿清除及其植骨固定; 后路处置主要针对脓肿浸润到椎管内, 对脊髓造成压迫的时候, 可以经后路手术切除减压, 同时可以切除部分肋间神经或者肋椎小关节, 达到前方进行椎体之间病灶的处理, 同时做植骨融合, 术后可以得到理想的稳定性, 以便于患者得到及时的康复。

对于胸椎结核病变活动型合并截瘫患者, 实施病清除脊髓减压内固定手术, 可以获得良好的神经功能恢复、脊柱稳定性重建和结核治愈的效果^[6]。严格掌握手术适应证, 20 例胸椎结核患者采用有限减压及椎板重建经胸手术病灶清除、植骨融合、内固定治疗^[7], 清除胸椎结核病灶彻底, 椎管减压可靠, 矫形效果显著, 行自体或同种异体骨植骨钉棒系统内固定可有效重建胸段脊柱的稳定性^[8]。后路椎弓根固定联合前路开胸病灶清除治疗胸椎结核能够一期完成病灶清除, 脊髓减压彻底, 提供肋骨植骨, 重建脊柱稳定性, 有效矫正后凸畸形, 预防远期后凸畸形加重^[9]。

综合来讲, 有限减压及椎板重建后, 通过积极进行术前抗结核治疗, 充分进行术前准备, 且在全麻下进行手术治疗。合理手术入路选择及其脓肿清理, 还针对存在有骨质破坏, 需对骨质破坏进行修复重建脊椎结核引起椎骨破坏, 导致脊髓受压, 一般需手术治疗; 冲洗切口, 关闭切口, 留置橡皮管引流, 术后积极进行继续抗结核治疗, 以达到完善的治疗效果。

综上所述, 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术

治疗中的应用价值突出, 尤其表现在提升病灶清除率, 改善患者预后上, 值得在该类患者的临床治疗实践中大力普及实施。

[参考文献]

[1] 谭亮, 徐皓, 叶永平, 等. 后路一期病灶清除椎弓根钉内固定术治疗胸椎结核[J]. 临床军医杂志, 2021, 39(2):295-297.
 [2] 罗一, 邓展生, 陈静, 等. 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用[J]. 中国修复重建外科杂志, 2020, 26(12):1409-1414.
 [3] 庄宏达. 经肋骨横突入路病灶清除、侧前方减压、钛网植入、内固定术治疗老年胸椎结核合并截瘫的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(30):124.
 [4] 杨海青, 段洪, 闵捷, 等. 钛网植骨结合椎弓根钉棒内固定修复胸椎结核: 重建脊柱生理曲度及稳定性[J]. 中国组织工程研究, 2021, 18(53):8590-8595.
 [5] 牛辉, 张本立, 李林军, 等. 一期后方入路病灶清除并钛网植骨融合治疗胸椎结核[J]. 当代医学, 2020, 22(19):28-29.
 [6] 严广璇, 秦世炳, 董伟杰, 等. 胸椎结核病变活动型合并截瘫患者手术疗效分析[J]. 中国防痨杂志, 2022, 37(3):223-229.
 [7] 林斌, 黎秋生, 张毕, 等. 肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核[J]. 临床骨科杂志, 2021, 18(6):645-648.
 [8] 蓝旭, 许建中, 罗飞, 等. I 期手术经后路病灶清除内固定治疗儿童胸椎结核[J]. 中国骨伤, 2022, 26(4):320-323.
 [9] 兰汀隆, 秦世炳, 董伟杰, 等. 一期开胸病灶清除加椎弓根固定治疗儿童胸椎结核 35 例分析[J]. 中国防痨杂志, 2022, 35(5):314-316.

(上接第 19 页)

3 讨论

康复训练是脑卒中吞咽障碍患者治疗的核心部分。通过吞咽肌训练、口腔感知训练等康复训练方法, 可以提高吞咽肌群的力量和协调性, 改善口腔感知能力, 从而改善吞咽功能^[3]。本研究中, 两组患者均接受了康复训练, 但观察组患者在结合饮食管理后, 其吞咽功能的改善程度更加明显。这表明饮食管理可以增强康复训练的效果, 进一步提高脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能。饮食管理作为脑卒中吞咽障碍患者治疗的重要组成部分。通过选择适合患者吞咽功能的食物质地、口味和温度等, 可以减少误吸和提高进食的安全性和舒适度。本研究中, 观察组患者在常规康复训练的基础上结合饮食管理, 结果显示观察组患者的吞咽功能得到了显著改善, WST 评分明显提高, 且优于单纯康复训练的对照组。这表明饮食管

理可以有效改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能。

综上所述, 饮食管理结合康复训练可以有效改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能, 降低不良反应发生率, 进而提高患者的生活质量, 值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 康菊华, 缪琴, 于银银, 等. 照顾者参与的安全饮食管理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J]. 上海护理, 2021, 21(7):48-51.
 [2] 邓治平. 标准吞咽功能评估及饮食管理对老年脑卒中吞咽障碍患者康复效果的影响[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2021(3):439, 441.
 [3] 张雯雯, 胡智艳, 邱晓燕, 等. 基于群组管理的康复训练在脑卒中吞咽障碍病人中的应用[J]. 循证护理, 2020, 6(12):1371-1374.