

. 护理技术 .

吞咽干预护理对脑血管意外行气管切开术患者 吞咽功能的效果

石要红 朱永刚 骆海燕 王 敏

【摘要】目的 探讨吞咽干预护理对脑血管意外行气管切开术患者吞咽功能的恢复效果。**方法** 2013年12月至2015年12月收治脑血管意外行气管切开术50例,按护理方法分为观察组和对照组,各25例。对照组进行神经外科常规护理,观察组在对照组基础上给予吞咽干预护理。应用吞咽障碍7级评价法和吞咽功能评估工具(CNSAT)评估吞咽障碍等级与吞咽功能。**结果** 观察组总有效率(96%)明显高于对照组(72%; $P<0.05$)。观察组干预后1周CNSAT评分[(5.47±4.89)分]较干预前[(8.74±7.66)分]前明显降低($P<0.05$)。对照组干预后1周CNSAT评分[(6.58±5.56)分]较干预前[(8.52±7.98)分]明显降低($P<0.05$)。观察组干预后1周CNSAT评分较对照组明显降低($P<0.05$)。**结论** 早期吞咽干预护理可明显改善脑血管意外行气管切开术患者吞咽功能。

【关键词】 脑血管意外;气管切开术;吞咽干预护理;吞咽障碍

【文章编号】 1009-153X(2016)12-0792-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 473.6

吞咽功能障碍是脑血管意外患者常见的症状之一。脑血管意外后昏迷患者因病情危重,发生呕吐、误吸及吞咽反射障碍的几率增加,常常需要行气管切开术。这种进食通道异常、不协调的吞咽-呼吸模式妨碍患者进行有效的吞咽和咳嗽,增加窒息、肺部感染、营养不良等危险^[1-3]。因此,对脑血管意外行气管切开术患者早期进行吞咽干预护理,重建吞咽功能非常必要。本文探讨吞咽干预护理对脑血管意外行气管切开术患者吞咽功能的效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象 纳入标准:①符合1995年第4次全国脑血管病学术会议修订的诊断标准^[4],无后组颅神经受损表现;②行气管切开术,由气管套管呼吸,鼻胃管进食流质饮食;③应用临床护理用吞咽功能评估工具(clinical nursing swallowing assessment tool, CNSAT)^[5]对患者吞咽功能进行初筛,CNSAT评分>6分,均存在吞咽障碍;④GCS评分>9分,能遵嘱动作,可配合吞咽干预护理。2013年12月至2015年12月收治的脑血管意外行气管切开术50例,按护理方法分为观察组和对照组,各25例。观察组男16

例,女9例;平均年龄(51.2±8.4)岁。对照组男15例,女性10例;平均年龄(50.0±9.1)岁。两组年龄、性别、病程、吞咽障碍程度等均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 护理方法 对照组护理:对患者及其家属进行饮食指导和相关知识的健康教育;提供安静、轻松的进食环境,让患者的注意力集中在进食上;床头抬高30°~45°,以防止食物反流;进食的量不宜过多,速度不宜过快;鼻饲前要证实胃管在胃内,鼻饲前后要用温开水冲洗胃管;仔细观察患者的反应等。观察组则在此基础上增加吞咽干预护理。

1.2.1 进食基础训练 主要包括一些感官刺激和口部运动体操;每日4~5次,每次5~10 min。感官刺激主要为冷、热刺激,可以降低肌张力,促进感觉,增加中枢神经系统对吞咽功能的敏感性。把食物送入患者口中时,增加汤匙下压舌部的力量,促进本体感觉。

1.2.2 声门上吞咽 可以增加对病人气管的保护。具体为深深吸一口气后闭住气,保持闭气状态,同时作吞咽动作(1~2个),吞咽后立即咳嗽。

1.2.3 神经肌肉电刺激疗法 应用吞咽障碍理疗仪VitalStim(S/N2010-2P3P便携式,美国制造)进行神经肌肉电刺激,每日一次,每次30 min。采用双向方波,波宽700 ms,固定频率范围在30~80 Hz,刺激时间5~11 ms。开启电疗仪,同时增加两通道电量,询问病人的感觉。边刺激边做空吞咽或边进食,主要用于辅助强化肌力、帮助喉提升、增加咽肌收缩力量与速度、增加感觉反馈和时序性。告诉患者治疗时

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.12.024

基金项目:江苏省连云港市第一人民医院青年英才豪森基金项目(QN130304)

作者单位:222002 江苏,连云港市第一人民医院神经外科(石要红、骆海燕、王 敏),康复科(朱永刚)

的各种感觉、治疗进展以及预期的效果。依据患者误吸的表现再决定治疗量及进度的调整。

1.3 吞咽能力评价标准

1.3.1 CNSAT CNSAT 是黄宝延等^[5]研制的供临床护理人员使用的脑血管病患者吞咽功能评估工具。CNSAT 包括 6 个条目：口唇运动、流涎、舌的运动、喉的提升、咳嗽和饮水试验；每个条目根据症状严重程度分为 A 至 D 等级，最高 36 分，最低 0 分，得分越高吞咽功能越差。

1.3.2 吞咽障碍评价 采用才藤荣一于设计的 7 级评分法^[6]。7 级为正常，进食及吞咽功能正常；6 级为进食及吞咽功能轻度异常，需要改变食物的形态及性状，口腔内残留少，不会产生误咽；5 级为口腔问题，需要改善咀嚼形态，吃饭时间延长，口腔内残留食增多，吞咽时需要提示，不会产生误咽；4 级为机会误咽，用一般的方法进食存在误咽，但是通过调整进食的体位或调整一口量可以有效预防误咽；3 级为水的误咽，改变食物的形态及性状有一定作用，吃饭时只能咽下食物，不能摄取水分；2 级为食物误咽，改变食物的形态及性状没有作用，水份和营养物质均需静脉供给；1 级为唾液误咽，需要进行持续静脉营养供给。痊愈为吞咽功能达到 7 级；显效为有效吞咽功能提高 3~5 级，但未到 7 级；有效为吞咽功能提高 1~2 级，但未到 7 级；无效为吞咽障碍无变化^[7]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行分析；计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验；计数资料采用 χ^2 检验；以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组痊愈 9 例，显效 9 例，有效 6 例，无效 1 例；总有效率为 96%。对照组痊愈 2 例，显效 9 例，有效 7 例，无效 7 例；总有效率为 72%。观察组总有效率明显高于对照组 (*P* < 0.05)。观察组干预后 1 周 CNSAT 评分 [(5.47 ± 4.89) 分] 较干预前 [(8.74 ± 7.66) 分] 前明显降低 (*P* < 0.05)。对照组干预后 1 周 CNSAT 评分 [(6.58 ± 5.56) 分] 较干预前 [(8.52 ± 7.98) 分] 明显降低 (*P* < 0.05)。观察组干预后 1 周 CNSAT 评分较对照组明显降低 (*P* < 0.05)。

3 讨论

脑血管意外患者常伴有昏迷、舌后坠、咳嗽反射减弱或消失、痰液易堵塞呼吸道梗阻甚至窒息或缺氧等症状，危重患者常需行气管切开术来解除呼吸道梗阻。当气管切开后，喉部被牵拉向下，阻碍吞咽

时候能够正常升起的保护作用。同时气管切开术也导致喉功能的神经生理改变，如喉敏感性降低、吞咽时候内收反应减退，使误吸的发生率明显升高^[8]。吞咽障碍主要是舌咽神经、迷走神经、舌下神经的核性或核下性损害产生真性延髓麻痹或假性延髓麻痹。中神经系统可重组和代偿，通过反复适当的康复训练，反射性刺激受损伤神经细胞，可以促进中枢神经系统通路恢复，建立新的运动投射区，促进吞咽肌群肌力的恢复。

本文吞咽干预措施有几个关键点：首先，电极的放置至关重要，电极按要求贴于不同解剖部位（舌肌、环咽肌及咽缩肌）；其次，边刺激边做空吞咽或边进食，主要用于辅助强化肌力、帮助喉提升、增加咽肌收缩力量与速度、增加感觉反馈和时序性；最后，依据患者误吸的表现再决定治疗量及进度的调整。本文结果显示观察组经过吞咽干预护理，患者有效率较对照组明显提高，观察组吞咽障碍康复效果较对照组也更为显著。

【参考文献】

[1] Dziewas R, Ritter M, Schilling M, *et al.* Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004, 75(6): 852–856.

[2] Kedlaya D, Brandstater ME. Swallowing, nutrition, and hydration during acute stroke care [J]. *Top Stroke Rehabil*, 2002, 9(2):23–38.

[3] Frank U, Mader M, Sticher H. Dysphagic patients with tracheotomies: a multidisciplinary approach to treatment and decannulation management [J]. *Dysphagia*, 2007, 22(1): 20–29.

[4] 中华医学会第四届全国脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6):379.

[5] 黄宝延, 沈 宁, 李胜利, 等. 临床护理用吞咽功能评估工具的信效度研究[J]. *中华护理杂志*, 2007, 17(2): 127–130.

[6] 高怀民. 脑卒中吞咽障碍的 7 级功能分级评价[J]. *现代康复*, 2001, 5(10): 78.

[7] O'Neill PA. Swallowing and prevention of complications [J]. *Br Med Bull*, 2000, 56(2):457–465.

[8] Smithard DG, O'Neill PA, Parks C, *et al.* Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter [J]? *Stroke*, 1996, 27(7): 1200–1204.

(2016-03-17 收稿, 2016-07-28 修回)