

## • 临床观察 •

## 急性脑卒中后吞咽障碍的康复

徐秋珍, 张修芝

[摘要] 目的 探讨对急性脑卒中后吞咽障碍的康复。方法 急性脑卒中后吞咽障碍的患者 52 例, 对其中 26 例患者在给予药物治疗的同时, 按不同程度制定不同的训练计划。对照组仅进行神经内科常规治疗和护理。结果 对内囊及以上部位病损引起的吞咽障碍, 观察组康复效果好, 多在 10 天内改善, 优于对照组。结论 急性脑卒中后吞咽障碍患者接受康复护理, 能改善吞咽功能。

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 康复

中图分类号: R743.3 文献标识码: A 文章编号: 1006-9771(2006)03-0266-02

[本文著录格式] 徐秋珍, 张修芝. 急性脑卒中后吞咽障碍的康复[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(3): 266-267.

急性脑卒中患者 47% 有吞咽障碍<sup>[1]</sup>。吞咽障碍可引起脱水及营养不良, 也可引起吸入性肺炎, 危及生命。我科对 26 例吞咽障碍患者进行康复训练, 报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料与分组 2004 年 1 月~2005 年 6 月我科收治的脑卒中后吞咽障碍患者 52 例, 男 33 例, 女 19 例, 年龄 52~81 岁。经 CT 证实, 脑出血 16 例, 脑梗死 36 例; 基底节及内囊病变引起的假性球麻痹 36 例, 脑干病变引起的真性球麻痹 16 例。按入院顺序随机分为观察组和对照组。观察组 26 例, 23 例于入院 72 h 进行康复训练, 3 例延长至 8~15 d 进行训练。对照组 26 例, 按神经内科常规治疗和护理。

1.2 吞咽障碍程度的评定标准 参照洼田氏的咽水试验<sup>[2-3]</sup>: 正常: 30 ml 温水 5 s 内 1 次饮尽, 无呛咳; 轻度: 5 s 内 1 次饮尽, 有呛咳; 中度: 5~10 s 内分 2 次以上饮完, 有呛咳; 重度: 呛咳多次发生, 10 s 内不能饮完。

1.3 训练方法 对中、重度吞咽障碍的患者, 予以系统的基础训练: ①吸吮训练: 患者食指戴上胶套放于口中, 模仿吸吮动作, 体验吸吮的感觉 20 次; ②喉抬高训练: 患者把手指置于指导者甲状软骨的上缘, 在指导者吞咽时, 感觉甲状软骨向上运动。然后让患者面对镜子, 将手指置于自己的甲状软骨上, 模仿动作 20 次。以上训练每日 2 次。当患者掌握了吸吮和喉抬高后, 指导患者在吸吮后立即喉抬高。不断练习, 直到唾液不再从口中流出。③咽部冷刺激与空吞咽: 用冰冻的棉棒蘸少许水, 轻轻刺激软腭、舌根及咽后壁, 然后嘱患者做空吞咽动作, 每日 2 次。

对轻度吞咽障碍者主要是选择体位和摄食训练, 进食时取健侧在下, 躯干 30° 的卧位, 头部前屈, 采用最易吞咽的食物, 如菜泥、果泥、蛋羹, 这些食物易在口内控制, 便于患者将注意力集中于吞咽, 而不是咀嚼或吸吮。使用金属勺给患者喂食, 每次喂食 1/2 勺。每次进食吞咽后, 嘱反复做几次空吞咽, 使食物全部咽下, 然后再进食。

对意识障碍的患者, 先采用非经口摄取营养的方法, 如鼻饲, 等待恢复。一旦意识清楚, 病情稳定, 即予以基础训练。

1.4 疗效评定 无效: 训练前后无变化; 有效: 吞咽程度进步 1 度; 显效: 吞咽障碍程度进步 2 度或接近正常。

### 2 结果

观察组内囊及以上部位病损引起的吞咽障碍, 经实施康复护理训练, 康复效果好, 多在 10 d 内改善。而对照组经常规治疗和护理后, 康复效果较差, 多在 15 d 内改善, 2 例无效。观察组脑干(双侧)病损引起的吞咽障碍症状较重, 康复效果差, 1 例 31 d 有效, 2 例无效, 而对照组 1 例 45 d 有效, 4 例无效。见

表 1。

表 1 两组不同病损部位吞咽障碍的康复训练效果比较(例)

组别	内囊及以上病变				脑干病变			
	例数	显效	有效	无效	例数	显效	有效	无效
观察组	18	15	3	0	8	1	5	2
对照组	18	5	11	2	8	1	3	4

### 3 讨论

吞咽障碍是脑卒中的常见并发症, 它不仅影响患者的生存质量, 而且增加了社会和家庭的经济负担。若得不到及时有效的康复护理, 患者可因吞咽障碍不能进食产生悲观失望和厌世的绝望心理。吞咽障碍治疗不仅需要医疗手段, 更需要护理人员尽早进行康复训练。通过 26 例患者的康复训练, 我们有以下几点体会:

训练前对吞咽障碍程度进行评估, 按不同程度制定不同的训练计划。轻度吞咽障碍者, 以摄食训练为主。中、重度障碍者先进行吞咽动作训练, 并辅以咽部冷刺激, 冷刺激可提高相应区域的敏感性, 使吞咽反射更强烈<sup>[4]</sup>。当产生一定吞咽能力时再利利用摄食训练让患者做吞咽练习, 以提高实际的吞咽能力。

急性脑卒中发病后除及时有效地药物治疗外, 要尽早开展康复治疗。只要患者神志清楚, 生命体征稳定, 康复几乎与药物治疗同步进行<sup>[5-7]</sup>。除脑出血并发蛛网膜下腔出血, 严重脑出血可稍延长外, 康复应于病后第 3 天进行。本组 23 例均于发病第 3 天进行训练, 2 例脑出血并发蛛网膜下腔出血于第 8 天开始, 1 例脑干出血破入脑室患者延至第 15 天后进行训练。急性脑卒中引起的吞咽障碍多发生于口腔期(口腔→咽入口处, 随意运动)和咽期(口腔→食管入口, 反射运动), 因此, 训练时应选择既有代偿作用又安全的体位。取躯干 30° 仰卧位, 头部前屈, 健侧肢体在下。此体位食物不易从口中漏出, 有利于食物向舌根运送, 减少向鼻腔逆流及误咽的危险<sup>[4]</sup>。本组 26 例在训练过程中未发生误咽。

脑干病变引起的吞咽障碍因脑干运动核受损, 一般症状重, 舌肌萎缩或有肌束震颤, 咽反射消失, 代偿能力差, 故康复效果差。内囊及以上病变引起的吞咽障碍以单侧多见, 支配咽喉肌的下运动神经元神经未受损, 代偿能力强, 故康复效果好。与国内报道一致<sup>[8]</sup>。

训练时要为患者营造一个轻松、愉快、无拘无束、整洁的就餐环境<sup>[9]</sup>, 进餐前患者至少有 30 min 的休息时间, 帮助患者做好就餐准备, 如排便、洗脸、洗手、刷牙等。给患者取舒适的体位。

本组 1 例重度吞咽障碍患者, 家属及患者害怕训练时会呛咳窒息, 不能主动配合训练, 经耐心解释, 解除了思想顾虑, 取得了很好的配合。因此, 训练前要做好患者及家属的思想工作, 鼓励患者增强康复的信心, 调动患者自身的潜力, 以顽强的

毅力,按康复训练计划进行训练。

护士要指导和监护摄食训练:要耐心,不能急躁。注意观察,如一旦疑有吸入即用床边吸引器将口内与咽部食物吸出。本组 26 例无 1 例发生误吸。

大多数吞咽障碍患者经康复训练后接近正常,但有少数患者的恢复需出院后在家庭继续训练。本组 2 例无效患者均带鼻饲管出院,患者出院前我们向患者及家属详细做了鼻饲的宣教工作,交待出院后康复训练方法,选择食物的要求,防止误吸的方法。提醒家属康复训练是一项需要耐心和爱心的工作,要关心患者,充分调动患者的积极性,促进其早日康复。

### [参考文献]

- [1]陈灏珠.内科学[M].4版.北京:人民卫生出版社,1997:802-808.
- [2]何玉琴,梁亮标,杨艺,等.脑卒中吞咽障碍患者功能训练与心理护理[J].中国康复,2004,19(4):249-250.

- [3]栗滢波,马秀芹,顾连芬.脑卒中后延髓麻痹吞咽障碍的综合治疗[J].中国康复,2004,19(5):305.
- [4]方丽波,王拥军.脑卒中后吞咽困难的康复及治疗[J].中国康复理论与实践,2005,11(5):404-405.
- [5]刘翠华,张盘德,彭小文,等.早期减重训练对脑卒中偏瘫患者下肢功能的影响[J].中国康复理论与实践,2005,11(7):518-519.
- [6]陈冬青,吴佳明.神经促进技术配合感应电对脑卒中偏瘫患者肢体运动功能的影响[J].中国康复理论与实践,2005,11(7):520-521.
- [7]魏铁花,邢艳丽,唐强.头针结合促进技术对脑梗死功能障碍的评价[J].中国康复理论与实践,2005,11(7):522-523.
- [8]马艳平,张俊玲,宋慧,等.综合性吞咽功能训练对脑卒中吞咽障碍的疗效[J].中国康复理论与实践,2005,11(6):492.
- [9]王丽娟.脑卒中患者吞咽障碍的饮食护理[J].中国康复理论与实践,2005,11(8):615.

(收稿日期:2005-10-26 修回日期:2006-01-12)