

脑卒中后吞咽障碍患者误吸的原因分析与护理新进展

黄 超

重庆医科大学附属第一医院 重庆 400016

摘 要: 在临床中脑卒中是发生率较高的脑血管疾病之一,而吞咽功能障碍是其常见并发症,容易引发误吸或窒息。患者吞咽食物时不完全或无力,食物残留于咽部,随着呼吸涌入气管中,或者患者无法正常进行吞咽反射,影响到气管闭锁。为了进一步预防误吸,改善吞咽功能,促进病情好转,预防并发症,提升身心健康水平,临床应深入分析误吸原因,研究其护理新进展,主要内容综述如下。

关键词: 脑卒中; 吞咽障碍; 误吸; 原因; 护理

Cause analysis and nursing progress of aspiration in patients with dysphagia after stroke

Chao Huang

The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016

Abstract: Stroke is one of the high-incidence cerebrovascular diseases in clinical practice, and swallowing dysfunction is a common complication that can lead to aspiration or choking. Patients with swallowing difficulties may have incomplete or weakened swallowing, resulting in food residue remaining in the throat and entering the trachea with respiration. Alternatively, patients may be unable to perform proper swallowing reflexes, affecting tracheal closure. To further prevent aspiration, improve swallowing function, facilitate recovery, prevent complications, and enhance overall physical and mental health, it is necessary to thoroughly analyze the causes of aspiration and explore new developments in nursing care. The main contents of this review are outlined as follows.

Key words: Stroke; Dysphagia; Aspiration; Reason; Nurse

引言

吞咽功能障碍发生后患者会出现进食缓慢、饮水或进食呛咳等症状,该现象基本不会受性别、原发病和年龄等因素影响,但若治疗不当、不及时,会引发脱水、吸入性肺炎和营养不良等严重并发症,生理痛苦感加重^[1]。误吸分为两种类型,一种为显性误吸,即出现咳嗽;一种为隐性误吸,因表现不明显,常被患者忽略。分析误吸原因,实施针对性护理措施具有非常积极意义。

一、分析脑卒中后吞咽障碍误吸原因

1. 留置鼻饲导管

受吞咽功能、意识障碍影响,患者无法进食,以胃管鼻饲为途径,定时提供药物,供给营养素^[2]。进行鼻饲时,如果患者体位不适宜,胃内容物反流风险增加,出现误吸的概率增加。鼻胃管置入深度和误吸之间关系密切,进行置管过程中,胃管前端共有侧孔 3 个,如果未将其完全送至胃内,为患者注食时有可能引发反流,引发误吸^[3]。另外反流还受胃管意外脱出、固定不牢等因素影响。

2. 颈部、躯干体位影响

体位不正确会对吞咽运动产生干扰,误吸发生风险增加。张庆玲等研究提出,采取平卧位时,患者容易吸入胃内容物,选取半卧位能有效预防误吸。床头角度较小、长时间行后仰

位、平卧位等,均可能引发反流误吸^[4]。进餐过程中选取 45° 半坐位或直坐,令其将头部微微前倾,转向患咽侧,稍稍倾向健侧,采取该体位能降低气道开放程度,将健侧咽部扩大,为食物进入提供便利,预防误吸、鼻腔逆流,于患者健侧进行喂食^[5]。

3. 气管切开影响

实施气管切开可以维持气道通气,但会对吞咽产生干扰,会伤害到环状括约肌,令其无法正常扩张、收缩,对喉部上抬运动产生限制,患者进行吞咽动作时,喉闭锁呈现出减弱趋势,此时不能完全关闭声门,咳出力明显降低。受气管切开影响,呼气不能顺利抵达咽部,食物、唾液进入气道口后不能咳出,最终引发误吸^[6]。

4. 心理因素

面部、身体出现偏瘫,进食时患者自觉吞咽、咀嚼能力减弱,形成焦虑、恐惧等心理,导致误吸发生率增加^[7]。种种不良情绪会导致患者产生抗拒心理,可能不想进食,程度严重者会引发营养不良。

5. 搬运过程不当

在搬运患者过程中方法、采取的体位等不恰当,家属或相关人员未掌握专业知识,尤其是患者进餐后马上搬运,患者易产生紧张、不安等心理,一旦出现呕吐现象,患者不清楚该将头部偏向哪一边,而运送过程中不存在吸引装置,无

法第一时间帮助其吸出呕吐物，导致误吸^[8]。

6. 意识障碍影响

脑卒中常伴有意识障碍，阻碍神经中枢传导，引发气道不畅、吞咽障碍。在意识障碍影响下，患者胃肠功能减弱，胃内容物滞留量增加，易导致胃食管反流，从而产生误吸^[9]。在吞咽困难、感觉障碍和反应迟钝等因素作用下，患者进食后无法马上将其咽下，口腔中滞留食物，出现呛咳的概率高。意识障碍者其咳嗽反射完全消失，或呈现出减弱趋势，声门关闭不全，伴有吞咽困难，气管中容易进入异物、食物等，无法咳出，最终引发气管阻塞。

7. 呼吸功能不全

脑卒中多发生于中老年人，可能同时合并慢阻肺，伴有多痰、咳嗽和喘息等症状，导致误吸风险提升^[10]。以慢性支气管炎患者为例，其呼吸道分泌物明显增加，进食、运动和冷空气等会诱发哮喘，气道阻力明显提升，易引发窒息。

二、分析脑卒中后吞咽障碍护理新进展

1. 吞咽功能训练

开展间接吞咽训练，指导患者进行吞咽小冰块练习、空吞咽练习等，针对颊、舌体、口唇等做被动活动和主动训练；实施吞咽模拟训练等^[11]。开展直接吞咽训练，观察患者病情，待其处于稳定状态后，协助其行坐位，如果患者伴有口干现象，为其提供温水 1ml，在半分钟内令患者小口吞咽，共进行 3 次，用餐过程中保证环境适宜、安静。开展代偿吞咽方法，包括点头吞咽、反复吞咽等。若患者进食过快，应予以其提醒，保证其将食物咀嚼充分后再咽下，每口食物进餐频率应为 15-30 次。

2. 体位干预

适宜进食体位能有效防控误吸，有报道指出最佳体位为半卧位，即将床头抬高不低于 30°^[12]。将软枕放在偏瘫侧肩部下方，护理人员处于健侧，令患者行健侧卧位，避免偏瘫侧残留食物；行坐位时，提醒患者将头部微微前倾，或稍稍将颈部旋转到患侧，保证躯干挺直，在身前放置一个小桌子，引导患者将患侧手平放于桌面上。进食后令患者维持体位，计 0.5-1h，后采取平卧体位，减轻刺激，预防食物反流。处于夜间时，如果患者胃内残留物质出现逆流现象，也有可能误吸，护理人员可以微微摇高床头。进餐过程中，叮嘱患者细嚼慢咽，将食物咀嚼充分后咽下，严格控制每口进食量，切忌过大，护理人员应保持耐心，进餐过程中不能讲话。

3. 心理干预

予以患者心理疏导，爱护、关心、尊重和理解患者，学会换位思考，护理时保证语气温和、语言文明，介绍误吸知识。邀请疾病治愈者分享自身医护经验，积极和患者沟通，帮助其加强信心。针对入院患者，主动和其交流，加强巡视频率，关注其心理动态，教会患者情绪调节方法。患者进餐前不可进行任何操作，改善其紧张、不安等情绪，减轻痛苦感。营造良好的护理环境，确保病房清洁、安静，及时清理排泄物和呕吐物等，防止患者进餐情绪受到干扰，促使其将精力集中，防范误吸^[13]。患者用餐过程中，做好病房巡视工作，对家属/患者行为进行监督，一旦发现异常，马上予以纠正。

4. 其他护理措施

鼻饲管护理，保证其位置适宜，不能将其置入呼吸道中，插入鼻饲管后保证其在胃内。确保插入深度适宜，通常为 45-55cm。在鼻饲情况下进食时，临床采取适宜体位，避免呛咳。对输入速度进行控制，计算好输入总量，做好加温处理。气管切开护理，为患者展开吞咽造影，患者可以吞咽后经口进食。关注咳出痰液性状、颜色，判断有无误吸食物，做好记录。秉持无菌理念，尽可能降低气管切开时间，预防误吸。意识障碍护理，当患者处于稳定期后，令其气道处于通畅状态，陪护人员、家属应知晓经口吸痰方法，将口咽部滞留的胃反流物、食物和痰液及时吸出，一旦出现误吸，能马上抢救。患者睡眠过程中监测其呼吸变化，对其体位进行调整。搬运过程护理，进餐 30min 后才可搬动患者，头部侧偏，由专业人员负责。健康宣教，全面、深入讲解有关知识。

三、分析脑卒中后吞咽障碍集束化护理进展

实施个性化康复护理，评估患者吞咽功能，结合其病情，制定干预方案。提供心理支持，因患者常伴有语言功能障碍、肢体功能障碍等现象，易引发不良情绪，护理人员予以疏导。实施健康教育，讲解误吸、吞咽障碍等相关知识，介绍康复护理方法，加深患者认知。锻炼日常生活能力，例如离床、负重、进食和穿衣等。提供社会支持，令患者感受到归属感。王耘云以 84 例该病患者为对象，均分为两组，分别实施常规康复护理和个性化康复护理，结果显示后者的 HAMA、HAMD 评分均明显低于前者，Baethel 指数明显高于前者，洼田饮水试验改善情况明显优于前者。

采取卒中单元护理，分析疾病体征，从健康教育、训练吞咽功能、心理和饮食等多个方面展开干预。鹿瑞霞等学者以 90 例该病患者为对象，一组予以常规性护理，一组实施卒中单元护理，结果显示后者的总有效率为 84.44% 明显高

于前者的 75.56%。崔艳艳、冷东东等选取 60 例该病患者，同样分成两组，结果表明卒中单元护理组的总有效率为 93.33% 明显高于常规护理组的 66.67%。

引入循证护理，先创建干预小组，结合医院现状，提出有关问题，寻找证据支持，从心理、语言、体位、进食等多方面展开干预。黄宝弟选取 60 例该病患者，一组予以常规护理，一组实施循证干预，研究结果为后者的吞咽功能改善情况明显优于前者。李小辉以该病患者 100 例为对象，分成两组，研究结果为循证护理组的吞咽障碍评分为 (4.13 ± 1.37) 分明显低于常规护理的 (5.86 ± 2.68) 分，循证护理组的脱水、吸入性肺炎、营养不良和误吸发生率均更低。

借助其他护理模式，任彩丽、宗丽春等研究提出予以患者中医康复护理，在常规干预基础上，联合低频电刺激、针灸、康复训练等技术，能有效预防误吸，改善吞咽功能、吞咽反射灵敏性和吞咽肌群运动能力。王汝琴等学者认为实施延续康复训练有助于预防并发症，降低致残率，调节吞咽功能。

四、结束语

吞咽功能障碍风险性高，可作为脑卒中独立风险因素，加大病死率。若未第一时间评估病情，实施针对性治疗，则可能导致感染、误吸和营养不良等症状。误吸发生后，心理负担增加，有可能引发吸入性肺炎，危及生命。全面分析误吸影响因素，从吞咽功能训练、体位干预、心理干预等多个方面探讨其护理措施，研究集束化护理进展，促进脑卒中吞咽功能恢复。

参考文献:

- [1] 段雅楠,郭燕君,张大鹏. 脑卒中术后吞咽障碍患者应用误吸风险评估下分级护理的效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2023,44(6):594-598.
- [2] 罗利金. 基于奥马哈系统的综合康复护理干预在脑卒中后吞咽障碍患者中的实施价值[J]. 中外医学研

究,2022,20(9):85-88.

- [3] 许邵萍,梁美芳,顾淑华. 延续分级护理对急性脑卒中后吞咽障碍患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(1):55-59.

- [4] 陆玉蓉. 中医特色护理干预在脑卒中后吞咽障碍患者 V-VST 结合间歇性管饲中的护理效果[J]. 西部中医药,2021,34(6):127-130.

- [5] 朱明芳,李璐璐,贡静,等. 改变食物性状结合康复护理干预对脑卒中后吞咽障碍患者进食安全及营养状况的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(17):29-31.

- [6] 张红秒. 脑卒中后中度吞咽障碍患者饮食护理干预效果[J]. 黑龙江中医药,2021,50(3):445-446.

- [7] 李丹,黄海波. 家属参与护理结合舌压抗阻反馈训练在脑卒中后吞咽障碍患者康复护理中的应用[J]. 临床医学工程,2022,29(5):701-702.

- [8] 杨辰. 家属参与早期康复护理对脑卒中后吞咽障碍患者短期预后的影响[J]. 中国保健营养,2021,31(31):158.

- [9] 曹晋,薛芬,刘霞. 基于 Snyder 希望理论的护理干预对脑卒中吞咽障碍患者希望水平及自我效能的影响[J]. 临床医学工程,2023,30(3):423-424.

- [10] 刘贤,赵志芳. 基于 Web of Science 护理领域脑卒中吞咽障碍研究热点的可视化分析[J]. 护士进修杂志,2022,37(6):509-515.

- [11] 邹艳贤,冯娜娜,朱贤旬,等. 自制冰棉签口腔护理联合吞咽功能训练对脑卒中后吞咽障碍患者康复效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(3):157-159.

- [12] 李萍,张海娇,冯俊艳,等. 应用护理专案提高急性脑卒中患者吞咽障碍筛查完整率的研究[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(9):1275-1278.

- [13] 饶红英,阮洁慧,杨秋莲,等. V-VST 的针对性护理对高龄脑卒中患者吞咽障碍、生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(7):28-31.