

综述

脑外伤后吞咽障碍患者康复护理的研究进展

吴佳俊

江苏省丹阳市人民医院 江苏丹阳 212300

【摘要】脑外伤治愈后部分患者伴有不同程度的吞咽功能障碍,不仅影响患者生活质量,也影响患者机体的营养摄入。在常规治疗基础上,实行吞咽功能康复护理利于患者吞咽功能的快速转归。基于此,本文首先对脑外伤后吞咽障碍的评定方式及筛查手段进行了归纳分析,其次对该类患者的康复训练干预方式按照类型不同予以了细化分析,围绕脑外伤后吞咽障碍患者康复护理的研究进展特做一综述。

【关键词】脑外伤; 吞咽障碍; 康复护理; 饮水试验; 肌肉

脑外伤疾病具有高致残率及高死亡率的特点,是世界范围内重要的致残及致死原因之一。有研究^[1]显示,脑外伤患者治疗后发生吞咽功能障碍的几率较高,是诱发患者死亡的独立危险因素之一,影响患者生活质量及生命健康。有学者显示,针对脑外伤后吞咽功能障碍患者给予多样化的康复训练指导,可显著提升患者生存质量,利于吞咽功能恢复。但从当前来看,临床针对脑外伤患者应用的康复护理措施过于同质化,缺乏多样化表现,对此,笔者特针对脑外伤后吞咽功能障碍患者康复护理措施的进展做一综述,现将研究结果汇报如下:

1 吞咽障碍概述

1.1 致病原因

吞咽障碍的神经控制在成分上主要能够分为以下几个方面,分别为皮质高级中枢,其起到启动主动和对自吞咽调节的作用;脑干吞咽中枢反射性协调吞咽以及传入传出神经。在临床中对于吞咽障碍以及皮质吞咽中枢的关系并没有一个具体的研究,未来进行主要的一个研究课题在于对皮质功能磁共振的一项研究。人类的皮质吞咽中枢已经成为了临床中的一项重点内容,同时皮质吞咽中枢内有着脑代表区若干个。在相关研究中发现,对于脑卒中吞咽障碍患者而言,采用功能磁共振的成像结果发现其中多个脑区内都是有着吞咽中枢的存在,尤其是对于中央的回皮质以及运动前区皮质这几个方面而言。同时,在人体无主动意识的情况下,进行吞咽运用的皮质兴奋区域以及以往的医学证据研究有着一定的匹配,同时在右侧脑导以及前扣带回尾部有着明显的兴奋区存在。通过以上的研究发现能够得知,人体的吞咽功能的神经控制是呈现出可变性的,同时互相之间具备一定的联系。脑外伤出现之后有可能导致吞咽功能障碍的相关中枢神经出现损伤,导致吞咽障碍提高,从而出现风险的情况。在正常的一个误吸之后,咳嗽是一种常见的生理改变。不过大多数的患者并未出现有咳嗽这一临床症状,也就是一种隐蔽性误吸的情况,这会导致肺炎等并发症几率出现明显提高。

1.2 临床症状

吞咽是一种受到不同肌肉在神经的支配下进行协同运作的生理过程,在正常的消化活动中有着重要意义。在吞咽的过程中,根据不同的功能可以分为为口准备、口腔、咽、食管等阶段。而出现吞咽障碍的主

要原因在于对一些不明原因出现的发热、咳嗽、营养不良以及抵抗力低等因素来进行判断。在临床中对于吞咽功能以及咽反射之间的关系还是存在有一定的争议的。相关学者表示,在吞咽障碍的预示总,不包含有咽反射的消失情况,并且在咽反射仍然存在的情况下,也不能排除误吸的情况,同时有一小部分的人群在正常的未合并吞咽障碍的患者还是会出有不同程度的咽反射消失。而患者咽反射的消失和隐匿性误吸等有着一定关系。同时,反射的消失和持续性的误吸有观,当患者合并有体质虚弱隐匿性误吸等情况时,会让患者出现假阴性的情况,因此出现隐匿性误吸的合并风险较高。

1.3 相关因素

吞咽障碍的相关因素和GCS评分低、意识水平低、气切史、通气时间>2周等因素之间有着密切联系。其中患者的GCS评分低则表示其在意识水平上并不高,这就说明患者的神经损伤程度较高,受到伤害水平较为严重,其所出现的误吸以及吞咽障碍的风险也就越加增高,这一情况在一些其他神经损伤症状中也是适用的。而要注意的是,吞咽障碍作为一种严重的神经损伤症状,虽然采用长时间的一个通气治疗能够让这一风险水平降低,但是并不是原因性要素。在相关研究中发现,在患者恢复了意识之后,可以很明显的改善患者的进食情况,而气管切开的患者更加容易出现有合并吞咽障碍的情况,其所经历的通气时间越长则表示出现吞咽障碍的发病率也就越高。当通气时间超过三天之后,患者出现的吞咽障碍发病率是远高于通气时间三天之内的患者的。并且患者所服用的一些镇静药物也会对吞咽功能造成影响,让患者的反应性降低。

2 临床现应用的吞咽功能障碍评定方式

2.1 吞咽能力评价标准

该标准最先由日本学者所提出,量表共分设7级评价指标,按照级别由高到低可将吞咽功能概括为正常、轻度异常、口腔问题、机会误咽、水误咽、食物误咽及唾液误咽等。在临床对脑外伤患者症状及体征的评估中应用效果较好,且实施难度低,能辅助治疗的有效开展。

2.2 洼田饮水实验

该标准最先由日本学者所提出^[2]。实验开展步骤为:患者自主饮用2-3口(一勺子)水,若正常吞咽。可应用30ml量杯饮水,观察患者饮水过

程中吞咽状况, 并进行 1-5 级评级。按照级别由低到高, 吞咽功能的评价标准为: 差, 10s 内无法饮用完毕, 且出现呛咳表现; 可, 饮水时间 > 5s, 且需要分两次以上饮用完毕; 中, 饮水时间 > 5s, 一次即可饮用完毕, 但存在呛咳表现; 良, 饮水时间 < 5s, 多次内饮用完毕, 且无呛咳表现; 优: 5s 内可一次性饮用完毕, 且无呛咳表现。其中优良属于吞咽功能正常, 其他三个等级认为是吞咽功能异常。

2.3 器械诊断方式

下述诊断方式在大型三甲医院及英美国家应用较为广泛: 例如借助纤维光学内镜吞咽评估器械、电视透声录像造影检查的器械等方式评估。其中临床将第二类检查方式认为是吞咽功能评定的“金标准”, 但应用缺陷在于收费较高; 第一类检查方式则应用花费较少, 在临床中同样应用率较高。

3 吞咽功能康复训练方式

3.1 徒手方式

该训练方式开展的核心原理在于训练吞咽的核心肌群。训练步骤如下: (1) 手部安置及呼吸节律调整: 治疗师双手患者两侧锁骨下, 五指沿着肋骨方向摆放。依照患者呼吸节律, 对按压方式予以明确。呼气末撤离双手, 吸气末按压胸廓; (2) 肋间按压: 选取左侧胸廓, 沿着肋骨方向自上而下用力, 沿着锁骨逐一进行肋间松动; (3) 指导患者应用横膈肌呼吸: 将治疗师两手置于患者剑突下, 参照患者呼吸节律对是否施加按压的方式进行干预, 按压方式与步骤 (1) 相同。开展时间及频次: 于午餐前或午餐后 2h 开展, 日训练一次, 单次训练时间 20-30cm。

3.2 物理方式

(1) 冰刺激方式: 借助冰块刺激患者口咽部肌肉, 以增强肌肉神经响应度的方式开展。选取冰块盒制作尺寸为 20*20*30mm 的冰块³⁾。待患者精神状态饱满, 神志清醒时, 由护士夹取一块冰块送入患者口腔中, 引导患者利用舌头灵活的对口腔的咽咽弓、软腭、咽后壁、舌弓及舌面进行交替刺激。持续 10-20s 后, 嘱患者吞咽口腔内的冰块及冰水。上述流程为一循环, 每次循环共持续 3-4 个循环。开展时间及频次: 于早餐及中餐前进行吞咽练习。持续训练 1 个月后可进行吞咽功能评定。

(2) 摄食训练方式: 指导患者摄食的体位端坐位。为保证偏袒部位肢体的舒适度, 需将垫枕垫于患者侧肩部, 于患者健侧开展摄食训练⁴⁾。根据患者训练周期及自身吞咽功能恢复情况不同, 对食物类型合理选择。①训练早期: 此时期患者进食后易呛咳, 此时可选取稀糊状食物摄入, 待吞咽功能有所恢复后, 转为正常糊状食物摄入; ②训练中期: 可选取患者所喜欢的水果利用榨汁机搅拌后, 给予患者服用; ③训练后期: 可选取面食、稀饭等食物给予患者摄入。单口摄入量不宜过多以 3-4ml, 约为一小勺为宜。观察患者吞咽时口腔内部无食物滞留后方可继续进食。

(3) 口唇面部训练: 进食前, 护士指导患者进行表情训练, 包括微笑: 张嘴闭嘴、鼓腮、闭眼等口唇面部训练方式, 以提升面部及口咽部肌肉力量。

3.3 手工作业包方式

目前临床可应用的手工作业包包括: 拼豆包、丝网花包、衍纸面包、

不织布包及数字油画包等⁵⁾。实际护理时, 护士可根据患者的意愿选取 1 项手工作业任务, 任务开展时由护士进行一对一指导, 单次指导时间 60min, 每周开展 3-5 次。

4 结束语:

综上, 脑外伤后吞咽功能障碍康复护理中引入多种多样的吞咽功能训练形式, 利于患者吞咽功能及生存质量的同步提升。为更好的提升临床诊疗效果, 护理人员对患者进行护理干预时, 应借助多学科团队合作、个体化、早期化及激发患者训练主观能动性的方式展开护理。但从当前来看, 我国目前对专科护士的培养力度不足, 存在着未配备气管的康复护士使用、认证、考核及培训机制。因此, 在总结现有康复护理措施的基础上, 如何加强对康复护士的培养为后续工作开展方向。

参考文献:

- [1]夏青. 脑外伤后吞咽障碍患者康复护理的研究进展[J]. 科技视界, 2020, 5(13): 192.
- [2]倪啸晓, 谢秋幼, 王恒, 等. 意识障碍患者的吞咽功能障碍研究进展[J]. 实用医学杂志, 2019, 4(13): 2101-2103.
- [3]盘丽华, 张传东, 莫喜萍, 等. 颅脑外伤术后吞咽障碍训练与 K 点刺激联合吞咽摄食管理的研究进展[J]. 医药高职教育与现代护理, 2020, 3(4): 284-287.
- [4]周惠端, 张盘德. 脑卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 1(1): 54-56.
- [5]吴超, 卢爱兰, 陈巧鸽. 间歇性鼻饲技术对重度脑外伤伴吞咽障碍患者的疗效研究[J]. 中华全科医学, 2022, 20(1): 113-116.
- [6]罗伟, 王军英, 刘春雷, 等. 针刺治疗重度脑外伤后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中医药导报, 2019, 25(22): 43-45.
- [7]王洁. 间歇性经口至食管管饲对脑外伤吞咽障碍患者营养指标的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(21): 7-9.
- [8]崔璨. 认知结合针刺对脑外伤吞咽障碍的疗效观察[J]. 浙江创伤外科, 2021, 26(3): 480-481.
- [9]余灵芝, 林兴, 韩丹. 说话瓣膜配合口腔感觉治疗脑外伤吞咽功能障碍的临床效果分析[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(20): 61-64.
- [10]林志诚, 游咏梅, 王君, 等. 脑卒中后吞咽障碍患者下丘脑功能连接和全脑各向异性的磁共振成像研究[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(5): 504-509.
- [11]吴昊月, 罗红玲, 祝乐群, 等. 吞咽功能磁共振成像的研究进展[J]. 中国康复, 2020, 35(6): 325-328.
- [12]朱瑞珍. 经鼻高流量氧疗治疗脑卒中后遗症期吸入性肺炎合并呼吸衰竭的疗效观察[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(2): 309-312.
- [13]李淑景, 周晓虹, 宋东庆. 改良吞咽球囊扩张术联合呼吸训练对 ICU 老年脑卒中后吞咽障碍患者吞咽能力及吸入性肺炎的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(8): 1813-1815.
- [14]张蒙蒙, 孙洁, 陈伟, 等. 咽反射功能对洼田饮水试验评估吞咽障碍准确性的影响[J]. 中国康复, 2020, 35(10): 529-531.