

基于食物形态调整的摄食训练对中风后 吞咽困难患者的价值研究

王 静

(平煤神马医疗集团总医院医院 感染管理科,河南 平顶山 467000)

摘要:目的:分析基于食物形态调整的摄食训练在中风后吞咽困难患者中的应用效果。方法:选取我院2019-03~2020-05中风后吞咽困难患者110例,根据干预方法不同分为2组,其中55例行常规饮食干预为对照组,另55例实施基于食物形态调整的摄食训练为试验组,比较2组干预前后的MMASA、FOIS、PRO。结果:干预后2组MMA-SA、FOIS评分高于干预前,且试验组较对照组高($P < 0.05$);试验组肺部感染发生率7.27%(4/55)低于对照组21.82%(12/55)($P < 0.05$);干预后2组社会功能、症状、心理等PRO指标均明显上提高,且试验组较对照组高($P < 0.05$)。结论:基于食物形态调整的摄食训练应用于中风后吞咽困难患者,可促进吞咽功能、摄食能力恢复,减少肺部感染,改善临床结局。

关键词: 吞咽困难;摄食训练;食物形态;肺部感染

中图分类号: R473.5

文献标识码: B

文章编号: 1673-9388(2021)02-0111-04

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2021)02-0111-04

中风是吞咽困难发生的常见因素,急性期吞咽困难发生率 $> 50\%$,可导致营养不良,出现误吸可诱发肺部感染,不利于患者预后改善^[1]。摄食训练是促进患者吞咽功能恢复的常用方式,对改善患者摄食能力、促进营养摄入有积极作用^[2]。但吞咽困难患者病情较复杂,不同患者所表现吞咽障碍症状有所区别,导致部分患者摄食训练效果欠佳。基于此,本研究选取我院中风后吞咽困难患者,根据不同病情选择基于食物形态调整的摄食训练,以分析临床效果。详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2019-03~2020-05中风后吞咽困难患者110例,根据干预方法不同分为2组,其中55例行常规饮食干预为对照组,另55例实施基于食物形态调整的摄食训练为试验组。对照组男21例,女34

例;年龄53~76岁,平均 (64.61 ± 5.03) 岁;首次中风42例,再次中风13例;吞咽困难程度:轻度26例,中度29例。试验组男20例,女35例;年龄52~78岁,平均 (65.02 ± 5.14) 岁;首次中风43例,再次中风12例;吞咽困难程度:轻度25例,中度30例。2组基线资料均衡可比($P > 0.05$)。吞咽困难程度标准:轻度:可经口营养,除少数难以吞咽的食物,3顿均可经口摄取;中度:仅1~2顿可经口摄食,需额外补充营养。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 选取标准

(1)纳入标准:经饮水试验确诊为吞咽困难,且经X线检查结合临床症状、病史资料确定病因为中风;无明显感觉性失语;患者家属知情本研究并签署同意书;(2)排除标准:合并脏器功能衰竭;入院前合并肺部感染;认知功能严重受损,或难以领会护理人员表达意思。

1.3 方法

1.3.1 对照组 实施常规饮食干预,科学合理安排

收稿日期:2020-10-13;修回日期:2021-02-07

作者简介:王静(1973-),女,平煤神马医疗集团总医院医院感染管理科主管护师。

营养膳食,注重营养搭配,以流食或半流食为主。

1.3.2 试验组 实施基于食物形态调整的摄食训练,具体如下:(1)吞咽姿势:餐前保持心情愉悦,进食前深吸气,吞咽时注意憋气,避免造成误吸,吞咽后轻微咳嗽排出肺部气体,喷出咽喉残留食物;若患者需卧床,则取仰卧位,前屈头部,垫高偏瘫侧,护理人员于健侧喂食,避免食物逆流;(2)吞咽训练:通过按摩法锻炼口腔肌肉组织运动,以拇指、食指自颊部拉向口唇,掌心按摩侧面肌;嘴唇运动:紧闭双唇发出“吧”的声音,上下唇间放压舌板,双唇含紧,用力抽出压舌板;舌部运动:伸舌依次舔上下唇、左右唇,食指、拇指以湿纱布轻夹外伸舌体向外拉,然后舌头用力缩回;(3)摄食训练:待患者吞咽功能得到一定程度恢复后进行;取前倾坐位,头向健侧偏,进食前吞咽数次,完成吞咽动作后进食,进食完成后张口检查是否存在食物残渣,若存在则重复2~3次吞咽动作,确认一次进食完成后再进行喂食;(4)食物形态调整:对于咀嚼能力低下者,选择泥状食物或糊状食物,特点为密度均匀、便于咀嚼,优势在于经过食道时可变形,便于顺利吞咽,注意控制每次进食的量;对于吞咽反射迟缓患者,主要选择胶冻状食物,或者经增稠剂调整过的流质食物,目的在于减少误吸、咽喉部残留。2组均于干预1个月后进行观察。

1.4 观察指标

(1)比较两组干预前后吞咽功能。采用改良曼恩吞咽能力评估量表(modified mann assessment of swallowing ability, MMASA)进行评估,共12项,最高分值100分,分值越高表明吞咽功能越好;(2)比较两组干预前后摄食能力,采用功能性经口摄食量表(functional oral intake scale, FOIS)进行评估,分值1~7分,分值越高表明摄食能力越好;(3)统计两组肺部感染发生率。肺部感染以血常规白细胞计数、CT检查、发热症状等综合判定为主;(4)比较两组干预前后患者报告结局(patient reported outcomes, PRO)指标,包括社会功能、症状、心理3个方面,共涉及27个条目,采用4级评分法进行评估,分值越高表明临床结局越好。

1.5 统计学分析

通过SPSS 22.0处理数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示、*t*检验,计数资料以(*n*,%)表示、 χ^2 检验,检验标准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 吞咽功能、摄食能力

干预后2组MMASA、FOIS评分高于干预前,且试验组较对照组高($P < 0.05$)(见表1)。

2.2 肺部感染发生率

试验组出现肺部感染4例,对照组出现肺部感

表1 吞咽功能、摄食能力($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	MMASA		FOIS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	55	70.64 ± 5.29	81.05 ± 6.34a	2.24 ± 0.49	3.58 ± 0.62a
对照组	55	71.12 ± 5.41	76.71 ± 6.18a	2.36 ± 0.52	3.09 ± 0.57a
<i>t</i>		0.471	3.635	1.246	4.315
<i>P</i>		0.639	< 0.001	0.216	< 0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$

染12例。两组比较,试验组肺部感染发生率7.27%(4/55)低于对照组21.82%(12/55)($\chi^2 = 4.681, P = 0.031$)。

2.3 报告结局

干预后两组社会功能、症状、心理等PRO指标均明显上提高,且试验组较对照组高($P < 0.05$)(见

表2 报告结局($\bar{x} \pm s$,分)

时间	组别	<i>n</i>	社会功能	症状	心理
干预前	试验组	55	7.12 ± 1.03	25.96 ± 2.84	8.14 ± 1.02
	对照组	55	7.35 ± 1.14	26.27 ± 2.91	8.26 ± 1.14
	<i>t</i>		1.110	1.222	0.582
	<i>P</i>		0.269	0.224	0.562
干预后	试验组	55	14.95 ± 2.12 ^a	40.67 ± 3.15 ^a	17.68 ± 1.35 ^a
	对照组	55	10.38 ± 1.64 ^a	36.22 ± 3.53 ^a	14.06 ± 1.41 ^a
	<i>t</i>		12.645	6.976	13.753
	<i>P</i>		< 0.001	< 0.001	< 0.001

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$

表2)。

3 讨论

中风是严重脑血管疾病,会造成多种严重并发症,中风后吞咽困难临床较常见,轻者影响发音及营养摄入,重者可导致营养不良、吸入性肺炎,威胁患者生命^[3,4]。同时中风患者身体康复需以足够营养支持做保障,如何改善中风后吞咽困难患者摄食能力、确保摄取足够营养是临床护理重点研究方向。相关资料指出,中风后脑皮质组织重塑,代偿受损部位功能,而内在及外在因素均会对该过程造成影响^[5]。中风患者康复进程中通过刺激病变皮质可促进皮质可塑性^[6,7]。吞咽困难与中枢神经损害密切相关,通过吞咽功能摄食训练有助于提高口腔运动协调性,增加吞咽反射灵敏度^[8]。因此,通过摄食训练改善中风后患者吞咽困难症状具有理论基础。

本研究通过吞咽姿势调整、吞咽训练、摄食训练等刺激吞咽神经,以促进吞咽功能康复。有学者证实,直接摄食训练可显著促进脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复,提高吞咽安全性^[9]。本研究结果显示,干预后两组MMASA、FOIS评分高于干预前,且试验组较对照组高($P < 0.05$),表明摄食训练有助

于改善患者吞咽功能及摄食能力。在此基础上,本研究结合调整不同病情患者食物形态,以减少误吸,对促进营养摄入、预防肺部感染有积极作用。本研究中试验组肺部感染发生率低于对照组($P < 0.05$),表明基于食物形态调整的摄食训练可降低肺部感染发生率。崔承文等^[10]研究表明,摄食管理应用于脑卒中吞咽障碍患者可减少肺部感染,改善生活质量,与本研究结果一致。基于食物形态调整的摄食训练通过反复吞咽锻炼口腔、面部、咽喉、舌体、呼吸系统等位置肌力,改善吞咽姿势,促进吞咽技能恢复,增强呼吸系统应变力,从而避免吞咽时出现误吸,起到预防肺部感染的作用^[11-14]。王瑞瑜等^[15]报道证实,摄食结合康复训练应用于高龄中风合并吞咽困难患者,可改善吞咽功能,提高自理能力,有助于临床结局及生活质量改善。本研究中干预后试验组社会功能、症状、心理等PRO指标均较对照组高($P < 0.05$),提示基于食物形态调整的摄食训练可改善患者临床结局。

综上,基于食物形态调整的摄食训练应用于中风后吞咽困难患者,可促进吞咽功能、摄食能力恢复,减少肺部感染,改善临床结局。尽管临床开展摄食训练具有一定难度,规范训练所需时间较长,

(下转第123页)

- 药物警戒,2019;16(8):467-472
- [2]崔伟锋,刘萧萧,韩静旖,等.原发性高血压病心血管危险因素分析[J].中国全科医学,2020;23(22):2797-2803
- [3]李传惠,丁玉芳,鲁志霞,等.吴茱萸穴位贴敷联合刮痧用于原发性高血压的疗效观察[J].护理研究,2020;34(14):2544-2547
- [4]余雪姣,金菊仙,董全胜,等.原发性高血压相关的线粒体tRNA突变研究[J].浙江临床医学,2020;22(6):791-792,798
- [5]Kondratiuk V E, Synytsia Y P. Effect of quercetin on the echocardiographic parameters of left ventricular diastolic function in patients with gout and essential hypertension[J]. Wiad Lek,2018;71(8):1554-1559
- [6]秦晋梅,孙宁玲.原发性高血压尿钠排泄量与左室肥厚的关系探讨[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020;18(13):2143-2146
- [7]冯闪闪,孙朝军,石学敏.原发性高血压合并脑卒中病人中医证型特点分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020;18(12):1858-1862
- [8]姚苗苗,李永峰,金如玉,等.针刺论治原发性高血压病临床研究进展[J].陕西中医,2020;41(5):693-696
- [9]高凡凡,木胡牙提,杨玉春.原发性高血压合并心房颤动影响因素分析[J].中国心血管病研究,2020;18(5):424-429
- [10]Schmieder R E, Wagner F, Mayr M, et al. The effect of sacubitril/valsartan compared to olmesartan on cardiovascular remodelling in subjects with essential hypertension: the results of a randomized, double-blind, active-controlled study[J]. Eur Heart J,2017;38(44):3308-3317
- [11]洪路贤,梁莉萍,苗屈.比索洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗老年单纯收缩期高血压合并慢性心力衰竭的疗效[J].河北医药,2018;40(19):2971-2974
- [12]Toyoda S, Haruyama A, Inami S, et al. Protective effects of bisoprolol against myocardial injury and pulmonary dysfunction in patients with chronic heart failure[J]. Int J Cardiol, 2017;226:71-76
- [13]李艳娜,薛雯雯,赵梦瑜.乌拉地尔与酒石酸美托洛尔治疗高血压合并心力衰竭的临床疗效观察[J].中国临床医生杂志,2020;48(6):659-662
- [14]唐雪梅.高血压伴心力衰竭高龄患者采用ACEI联用 β -受体阻滞剂的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2019;6(24):25-26
- [15]张惠莉.原发性高血压合并舒张性心力衰竭的临床治疗探析[J].中国卫生标准管理,2015;(13):102-103

(上接第113页)

对不同患者需针对性定制训练计划,但所取得的效果值得临床肯定。

参考文献

- [1]胡娜,陈彦臻,陈捷文,等.中风后吞咽障碍患者实施康复护理的效果探讨[J].中国现代药物应用,2019;13(18):93-94
- [2]王云,吴玉琴.吞咽与摄食训练在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用[J].护理实践与研究,2018;15(24):55-56
- [3]覃慧敏,唐丹喆,施惠芳,等.脑卒中后吞咽障碍患者病耻感现状及影响因素研究[J].护理学杂志,2018;33(9):15-17
- [4]Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, et al. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia[J]. Dysphagia,2016;31(3):434-441
- [5]张香玉,随燕芳,郭铁成.成对关联刺激对大脑皮质兴奋性的调节作用及在脑卒中康复中的应用进展[J].中华物理医学与康复杂志,2018;40(6):473-476
- [6]武惠香,万桂芳,谢纯青,等.大脑皮质卒中后吞咽困难合并认知障碍患者的吞咽造影特征分析[J].中华物理医学与康复杂志,2020;42(1):18-23
- [7]Cugy E, Leroi A M, Kerouac-Laplante J, et al. Effect of submental sensitive transcutaneous electrical stimulation on virtual lesions of the oropharyngeal cortex[J]. Ann Phys Rehabil Med,2016;59(2):94-99
- [8]戴卉,周辰,潘晓东,等.吞咽功能训练预防老年吞咽障碍病人肠内营养误吸的研究[J].实用老年医学,2018;32(3):293-294
- [9]黄绍春,徐建珍,刘莉,等.直接摄食训练对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019;41(12):920-923
- [10]崔承文,孙媛媛,侯莉娜,等.吞咽-摄食管理对脑卒中吞咽障碍患者肺部感染的影响[J].齐鲁护理杂志,2018;24(15):35-37
- [11]黄燕冰,许雪华,罗丽霞.带管摄食训练对卒中后吞咽障碍患者的疗效观察[J].中国现代药物应用,2019;13(11):234-236
- [12]秦延京,王亮,李巍,等.基于食物形态调整的摄食训练改善脑卒中后吞咽障碍的效果研究[J].中华现代护理杂志,2020;26(4):509-513
- [13]方杰,张亚琴,姚依吟,等.改变食物形态配合吞咽训练干预对脑卒中吞咽障碍患者误吸发生率、营养状态及免疫功能的影响[J].国际护理学杂志,2020;39(21):3928-3931
- [14]潘敏.食物形态改变结合吞咽护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果[J].当代护士,2020;27(2):21-23
- [15]王瑞瑜,资青兰.摄食结合康复训练对高龄中风合并吞咽困难患者PRO的影响[J].国际医药卫生导报,2019;25(15):2622-2625