

# 中医护理干预对脑卒中患者吞咽功能改善效果的研究

李翠, 黄婵, 龚清环, 曾小兵, 曾梅许

阳春市中医院内三科, 广东 阳春 529600

**[摘要]** 目的: 观察中医护理干预对脑卒中患者吞咽功能的疗效以及对血清 P 物质的影响。方法: 选取 84 例脑卒中合并吞咽功能障碍患者, 按数字表法随机分为对照组和观察组各 42 例; 对照组在脑卒中吞咽障碍药物治疗基础上给予神经内科常规护理; 观察组在对照组护理方案的基础上给予中医护理, 包括饮食调护、情志疏导、穴位按摩、吞咽动作刺激以及简易康复训练。比较 2 组治疗前后吞咽功能评分; 分析 2 组治疗后吞咽功能疗效; 检测 2 组血清 P 物质水平。结果: 观察组有效率为 95.24%, 对照组有效率为 76.19%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组优于对照组。观察组治疗 1、2、4 周后患者吞咽功能评分分别低于同期对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。观察组治疗后 1 周、2 周和 4 周患者 P 物质水平均高于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 在常规护理基础上, 中医护理干预脑卒中患者吞咽障碍可减少吞咽功能评分, 提高吞咽功能疗效, 上调患者血清 P 物质水平可能与上述疗效相关。

**[关键词]** 脑卒中; 中医护理; 吞咽功能; 血清 P 物质

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)04-0234-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.088

吞咽功能障碍为脑卒中常见并发症, 调查显示, 30%~70% 的急性脑卒中患者伴有不同程度吞咽障碍<sup>[1]</sup>; 若不及时给予有效治疗, 常易引起脱水、营养不良以及吸入性肺炎等, 极大延迟了患者的住院时间, 对脑卒中患者的康复及生活质量造成严重影响<sup>[2]</sup>。因此, 对脑卒中后患者的吞咽障碍进行早期诊断、尽早给予康复训练是临床治疗该病的重要步骤。为促进脑卒中患者吞咽功能的恢复, 笔者对脑卒中后吞咽障碍患者采用中医护理干预, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** ①脑卒中诊断标准: 参照《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[3]</sup>制定标准; 患者均经头颅核磁共振成像(MRI)或 CT 检查确诊。②吞咽障碍诊断标准: 参照《摄食——吞咽障碍康复实用技术》<sup>[4]</sup>制定标准; 吞咽困难, 饮水反呛, 构音障碍, 声音嘶哑, 咽反射减弱或消失。

**1.2 纳入标准** ①符合上述诊断标准者; ②年龄 50~70 岁; ③吞咽功能分级为 ~ 者; ④初次发病, 病程 < 6 月; ⑤病情稳定, 且意识清楚者; ⑥患者或患者家属知情, 且签署同意书。

**1.3 排除标准** ①伴有严重心、肺、肝、肾等重要脏器功能障碍者; ②既往吞咽功能障碍病史者; ③多系统萎缩引起的假性延髓麻痹或后组颅神经病变所引起的真性延髓麻痹患者; ④其他疾病引起的吞咽障碍者; ⑤精神病者。

**1.4 一般资料** 观察病例为 2013 年 1 月—2014 年 9 月本院收治的 84 例脑卒中合并吞咽功能障碍患者; 按数字表法随机分为 2 组均 42 例; 对照组男 25 例, 女 17 例; 年龄 51~66 岁, 平均(60.18±7.41)岁; 病程 15~60 天, 平均(44.57±4.68)天; 吞咽功能<sup>[4]</sup>: 级 18 例, 级 17 例, 级 7 例。观察组男 23 例, 女 19 例; 年龄 50~68 岁, 平均(59.72±7.33)岁; 病程 14~65 天, 平均(45.13±4.82)天; 吞咽功能: 级 19 例, 级 17 例, 级 6 例。2 组患者性别、年龄、病程以及吞咽功能分级等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 基础治疗** 常规药物治疗。脱水: 采用 20% 甘露醇(四川科伦药业有限公司, 国药准字 H20043785)125 mL, 每 8 h 治疗 1 次; 脑保护: 25%

**[收稿日期]** 2015-12-13

**[作者简介]** 李翠(1976-), 女, 主管护师, 主要从事神经内科护理临床工作。

硫酸镁溶液(自贡恒远制药有限公司, 国药准字 H51020612)10 mL, 用 10% 葡萄糖注射液稀释成 5% 浓度后静脉滴注, 每天 1 次, 连用 10 天; 神经营养: 应用单唾液酸四己糖神经节苷脂钠注射液(北京赛升药业股份有限公司, 国药准字: H20093980) 20 mg, 静脉滴注, 每天 1 次; 活血化瘀药物: 口服脑心通胶囊(陕西步长制药有限公司, 国药准字 Z20025001), 每次 3 粒, 每天 3 次。

2.2 对照组 在脑卒中吞咽障碍药物治疗基础上给予神经内科常规护理, 包括休息和体位、饮食护理、口腔护理、安全护理以及吞咽功能训练等; 饮食护理有多食新鲜水果蔬菜, 尽量摄入低盐、低脂、刺激性小及高纤维素、高蛋白、高维生素且易消化的食物, 预防大便秘结可适量饮用蜂蜜等; 保持口腔清洁和呼吸道畅通, 每日定时翻身及擦洗身体, 以防产生褥疮; 加强安全护理, 及时发现患者的思想动态, 以防产生自杀念头; 吞咽功能训练包括咽部冷刺激、舌肌和咀嚼肌训练法、下颌和喉部训练法及摄食训练等。

2.3 观察组 在对照组护理方案的基础上给予中医护理, 包括饮食调护、情志疏导、穴位按摩、吞咽动作刺激以及简易康复训练。①饮食调护: 对轻度吞咽功能障碍患者以摄食训练为主, 先给予胶状或糊状食物进行训练, 多次少量, 逐渐过度到普通食物; 食量一般从 2~4 mL 开始, 再逐渐增加, 每次进食后可饮 1~2 mL 碳酸盐饮料; 吞咽反射迟钝者, 根据需要延长进餐时间, 促进患者吞咽功能改善。②情志护理: 本类患者易产生急躁、易怒、悲观情绪, 多生忧思恼怒, 给予相应谈心法、释疑法等情志疏导, 消除患者悲观、焦虑不安情绪, 使患者气机调顺, 耐心接受治疗, 积极配合治疗, 利于早日康复。③穴位按摩: 经培训合格护理人员指导患者或其家属按摩廉泉、金津、风池、玉液, 每穴 5 min, 早、晚各 1 次; 按摩采取按法和揉法交替, 起到疏通经络、促进气血运行以及调整脏腑功能的效果。④吞咽动作刺激: 将棉签在配制的柠檬水中浸透, 然后放在冰箱冷冻待用, 患者张口发“啊”音时, 用冰冻的棉签刺激舌根、软腭及咽后壁, 每部位停留 10 s, 嘱患者做吞咽动作, 每天 3 次。

2 组疗程均为 4 周。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2 组吞咽功能评分: 参照洼田饮

水试验制定标准<sup>[4]</sup>; 患者取坐位, 饮入 30 mL 温开水, 观察所需时间和呛咳情况; 级(0 分): 5s 内患者将 30 mL 温水一次性顺利咽下; 级(2 分): 5~10 s 内分 2 次或 2 次以上咽下, 无呛咳; 级(4 分): 5~10 s 内一次性咽下, 但有呛咳; 级(6 分): 5~10 s 内分 2 次或 2 次以上咽下, 有呛咳; 级(8 分): 10 s 内全量咽下比较难, 期间多次呛咳; 分别于治疗前以及治疗后 1 周、2 周、4 周进行评估。②2 组血清 P 物质测定: 晨起空腹集静脉血约 3 mL, 离心取血清, 储存于 -70℃ 待测; 于治疗前及后 1 周、2 周、4 周采用酶联免疫吸附法检测, 试剂盒由上海乔羽生物科技有限公司提供。

3.2 统计学方法 数据用 SPSS17.0 统计软件处理, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 比较采用 *t* 检验; 计数资料以率表示, 比较采用  $\chi^2$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照洼田饮水试验制定标准<sup>[4]</sup>; 临床痊愈: 吞咽障碍症状基本消失, 饮水试验评定为级; 有效: 吞咽障碍症状明显改善, 饮水试验评定为级; 无效: 吞咽障碍改善不明显, 饮水试验评定在级或级以上。

4.2 2 组吞咽功能疗效比较 见表 1。总有效率观察组 95.24%, 对照组 76.19%; 观察组优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	<i>n</i>	临床痊愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	42	21	19	2	95.24 <sup>①</sup>
对照组	42	7	25	10	76.19

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组吞咽功能评分比较 见表 2。观察组治疗 1、2、4 周, 对照组治疗 2、4 周患者吞咽功能评分均比治疗前降低, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 观察组治疗 1、2、4 周后患者吞咽功能评分分别低于同期对照组, 组间比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

组别	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
观察组	5.46±0.57	5.01±0.52 <sup>①②</sup>	4.09±0.42 <sup>①②</sup>	1.68±0.19 <sup>①②</sup>
对照组	5.49±0.59	5.37±0.55	5.11±0.53 <sup>①</sup>	4.79±0.49 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

4.4 2组血清P物质水平情况比较 见表3。治疗1周、2周和4周,2组患者血清P物质水平均升高,差异均有统计学意义( $P<0.01$ );观察组治疗1周、2周和4周患者P物质水平均高于对照组,2组比较,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。

表3 2组血清P物质水平情况比较( $\bar{x}\pm s$ ) ng/L

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗4周
观察组	42	90.26±9.39	120.34±11.68 <sup>①②</sup>	159.36±16.72 <sup>①②</sup>	186.61±19.63 <sup>①②</sup>
对照组	42	90.44±9.22	97.14±9.87 <sup>①</sup>	111.37±12.41 <sup>①</sup>	133.63±14.76 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P<0.01$ ;与对照组同期比较,② $P<0.01$

## 5 讨论

脑卒中后吞咽障碍包括真性延髓性麻痹和假性延髓性麻痹,分别由迷走神经、舌咽神经、舌下神经核和双侧皮质脑干束损害产生,临床以吞咽困难、舌运动异常为主要表现;研究发现,经细胞元轴突的再生、树突侧支出芽、改变突触阈值,刺激神经元的兴奋性,达到神经功能网络的重建,实现神经功能重塑<sup>[5]</sup>。

本研究在对照组神经内科常规护理基础上给予中医护理如饮食调护、情志疏导、穴位按摩、吞咽动作刺激以及简易康复训练,取得良好效果。中医学认为“食治胜于药治,药补不如食补”,饮食调理对本病治疗已被证实疗效可靠;脑卒中患者由于吞咽障碍,情志上有较大变化,因此,直接影响疾病的预后,情志疏导是该病疗法的重要组成部分;中医学将脑卒中后吞咽困难归属暗痲、喉痹范畴,认为肝肾亏虚、气血不能濡养舌根所致,病位以舌、咽、脑为主,按摩廉泉、风池、金津、玉液穴可疏通经络、促进气血运行的作用。此外,辅助反复性吞咽刺激和康复训练,使患者在心理、生理、身体、生活环境等方面得到改善,协同药物治疗促进的康复<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示,在常规护理基础上中医护理干预可减少脑卒中患者吞咽功能评分;治疗后效果分析发现:中医护理干预组患者的有效率95.24%,对照组76.19%;观察组优于对照组,差异有统计学意义

( $P<0.05$ )。因此,提示中医护理干预对脑卒中患者吞咽功能改善具有良好疗效。

P物质作为肽类神经递质的一种,大量分布于神经纤维内;在机体神经受刺激后,P物质被释放,起到经脉信息传递的作用。研究发现,多种干预措施可促进中枢多巴胺能神经递质的合成和释放,促进P物质释放,进而改善患者的吞咽困难。本研究结果显示:治疗1周、2周和4周,2组患者P物质水平均升高( $P<0.01$ );中医护理干预组治疗1周、2周和4周后患者P物质水平均高于对照组( $P<0.01$ )。提示中医护理干预可能通过升高患者血清P物质水平,从而改善脑卒中患者的吞咽功能障碍。

综上所述,中医护理干预可降低脑卒中后吞咽功能评分,提高吞咽障碍治疗效果,上调患者血清P物质水平可能与之相关,值得进一步探讨。

## [参考文献]

- [1] 王爱丽,徐正梅.舒适护理对126例急性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响[J].重庆医学,2014,43(16):2105-2106.
- [2] 方平,邢小丽,于帆,等.降低脑卒中吞咽障碍患者并发吸入性肺炎的护理研究[J].国际护理学杂志,2012,31(10):1822-1823.
- [3] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J].临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.
- [4] 大西幸子,孙启良.摄食——吞咽障碍康复实用技术[M].赵峻,译.北京:中国医药科技出版社,2000:7-18.
- [5] 李利红,党宇生,叶天申,等.低频脉冲穴位电刺激配合康复训练对脑卒中患者吞咽功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(4):275-278.
- [6] 周勤,田君,陆燕红.脑卒中后吞咽困难患者中医护理方案效果研究[J].现代医药卫生,2014,30(19):2919-2920.

(责任编辑:刘淑婷)