

# 出血性脑卒中致吞咽障碍患者实施吞咽康复护理干预的价值研究

吴庆庆

(六安市中医院康复二科)

**摘要:**目的 探究为出血性脑卒中致吞咽障碍患者,接受吞咽康复护理干预的价值。方法 以 2020 年 2 月-2021 年 1 月出血性脑卒中致吞咽障碍患者 90 例,为此次研究对象,信封随机化法分组,对照组常规护理干预,实验组吞咽康复护理干预,分析 2 组干预结果的差异。结果 实施干预后,实验组 SSA 评分,较对照组低,VFSS 评分较对照组高, $P<0.05$ 。结论 吞咽康复护理干预对出血性脑卒中致吞咽障碍患者改善吞咽功能,效果明显,意义重大。

**关键词:** 吞咽康复护理; 出血性脑卒中; 吞咽障碍

出血性脑卒中,其属于心脑血管疾病的一种,其中近六成患者经治疗后,可发生吞咽功能障碍[1]。出血性脑卒中致吞咽障碍的发生,会严重降低患者的呼吸功能,影响其正常饮食,部分患者甚至会出现吸入性肺炎的情况,会对患者的正常呼吸、饮食等造成影响,严重者可行吸入性肺炎[2]。因此,应强化出血性脑卒中致吞咽障碍患者,其病情的分析,并实施针对性的康复干预,来改善其预后。本研究主要对出血性脑卒中致吞咽障碍患者,接受吞咽康复护理干预的价值,进行分析,如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

以出血性脑卒中致吞咽障碍患者,共计 90 例,时间 2020 年 4 月-2021 年 1 月,纳入研究对象,通过信封随机化法,进行分组,45 例/组。

纳入标准: a:参考《脑血管疾病诊断要点》确诊存在出血性脑卒中,且伴有吞咽障碍的情况; b:肝肾心等功能正常者。

排除标准: a:不能交流沟通者; b:妊娠/哺乳期者; c:服用性较差者。

实验组中,年龄 32-82 岁, ( $53.96 \pm 5.81$ ) 岁,病程 1 个月-3 个月,均值 ( $1.31 \pm 0.19$ ) 个月,男 25 例,女 20 例。对照组中,年龄 31-83 岁, ( $54.02 \pm 6.05$ ) 岁,病程 1 个月-4 个月,均值 ( $1.30 \pm 0.22$ ) 个月,男 26 例,女 19 例。2 组基本资料相比,  $P>0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组中,采取常规护理干预,为患者讲解疾病知识,其是了解自身疾病有关的医学常识,即疾病发生诱因、具体治疗方案等,适当与患者交流,给予安慰和心理支持,若患者存在相关疑问,则耐心解答。

实验组吞咽康复护理干预,即:

1.2.1 吞咽器官训练,引导患者,以鼻部吸气,充分吸气后,以嘴呼气,适当上提双肩,之后下垂,向双侧转动颈部,同时分别向左侧、右侧倾斜。双上肢上举,微微弯曲躯干,充分缩腮,之后鼓腮,伸舌并左右滑动,前伸舌,后退舌,嘱咐患者张口吸气。

1.2.2 呼吸训练,腹式呼吸时,协助患者保持为卧位,适当屈膝,在患者上腹部放置双手,嘱咐其鼻部吸气,以嘴呼气,呼气完成后,于上方膈部适当增加压力。缩口呼吸时,嘱咐患者先鼻吸气后,之后缩唇,充分呼吸,将呼气的速度,尽量延长。强化声门闭锁,保持为坐位,双手支撑,之后实施推压运动。

1.2.3 摄入训练,指导患者合理对进食姿势调整,通过空吞咽、交互吞咽、低头吞咽、头部旋转、头部后仰、侧方吞咽等方式,来消除误吸症状,嘱咐患者尽量保持坐位进食,减少卧位进食。

1.2.4 低频电刺激疗法,采用低频电刺激治疗仪进行相关的治疗,合理设置电流和脉冲宽度,实施低频电刺激治疗的过程中,强化患者面部表情的监测,根据患者的具体耐受程度,合理调整参数,每天 2 次,每次时间为 20min。

2 组干预时间均为 3 个月。

### 1.3 观察指标

对 2 组干预前后 SSA 评分(标准吞咽功能评分量表,评价吞咽

功能,17 分-46 分,分数越高,即代表患者的吞咽功能越差)、VFSS 评分(吞咽功能透视检查,即以 X 线评估吞咽情况,0 分-10 分,分数越高,即代表吞咽功能越好)作观察分析。

## 1.4 数据分析

数据经 SPSS21.0 软件作统计学处理,  $P<0.05$ , 统计学有意义。

## 2 结果

2 组干预后 SSA 评分均低于干预前,VFSS 评分高于干预前,  $P<0.05$ ; 实施干预后,实验组 SSA 评分,较对照组低,VFSS 评分较对照组高,  $P<0.05$ 。如表 1:

表 1 SSA、VFSS 评分()

组别	例数 (n)	SSA 评分(分)		VFSS 评分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	45	$38.55 \pm 2.13$	$20.13 \pm 4.26$	$3.11 \pm 0.32$	$7.87 \pm 0.65$
对照组	45	$39.04 \pm 2.08$	$26.57 \pm 3.15$	$3.15 \pm 0.29$	$5.44 \pm 1.30$
t 值	--	1.104	8.154	0.621	11.215
P 值	--	0.273	0.001	0.536	0.001

## 3 讨论

出血性脑卒中致吞咽功能障碍如不及时实施干预治疗,会加重患者误吸风险,引发吸入性肺炎的概率增加,加重病情[3]。因此,应选择有效措施干预,促进出血性脑卒中致吞咽障碍患者,其相关病情的改善。

本研究中,实施干预后,实验组 SSA 评分,较对照组低,VFSS 评分较对照组高,  $P<0.05$ 。即代表吞咽康复护理干预,在患者的吞咽功能障碍改善中,具备显著效果。吞咽康复护理干预,其可依据患者吞咽障碍的具体类型以及病情严重程度,结合患者的机体特点,从多个方面出发,来促进患者,其吞咽功能障碍程度的改善,使得患者得以更快康复[4]。吞咽康复护理在吞咽部位相关肌肉群的灵活性改善,以及协调性改善中,效果明显,可使得患者的吞咽反射大脑皮质控制功能,得以重建,促进患者主动进食的意识增强,避免出现呛咳等的情况,且能保证患者营养的充足,使得患者更好康复[5]。

综上所述,吞咽康复护理干预,在出血性脑卒中致吞咽障碍患者中应用,意义重大,可促进吞咽功能的改善,减轻患者的病情,值得推广。

## 参考文献:

- [1]武福玲. 吞咽康复护理对出血性脑卒中致吞咽障碍患者康复的影响观察[J]. 基层医学论坛,2017,21(17):2222-2224.
- [2]杨青霞,潘力强,郭文鹏. 中西医结合护理对脑卒中患者术后吞咽障碍康复疗效及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2016,22(27):3902-3905.
- [3]彭淑芬,刘立,潘德祥. 脑卒中患者早期康复护理进展[J]. 中西医结合护理(中英文),2017,3(11):7-11.
- [4]李秀峰,巨文慧. 康复干预对脑卒中后吞咽障碍肺部感染患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(16):99-100.
- [5]骆丽敏,邓国敏,冯利勉. 吞咽治疗仪配合综合康复护理对治疗脑卒中吞咽障碍患者临床效果的影响[J]. 吉林医学,2020,41(3):715-717.