

关注吞咽障碍 提高生活质量



神经医学科B3西护理单元

目 录

CONTENTS

1

脑卒中并发吞咽障碍概述

2

吞咽障碍评估

3

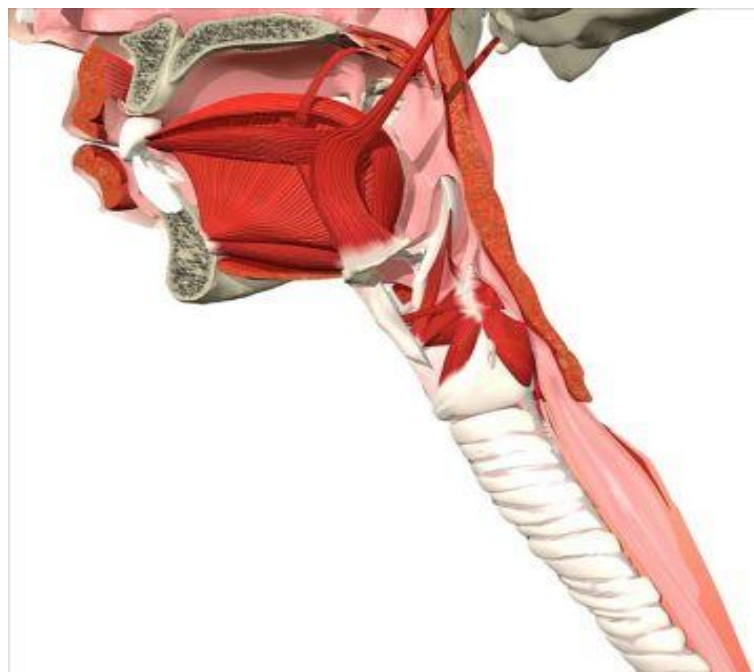
康复训练

4

护理健康教育

吞咽障碍（dysphagia）

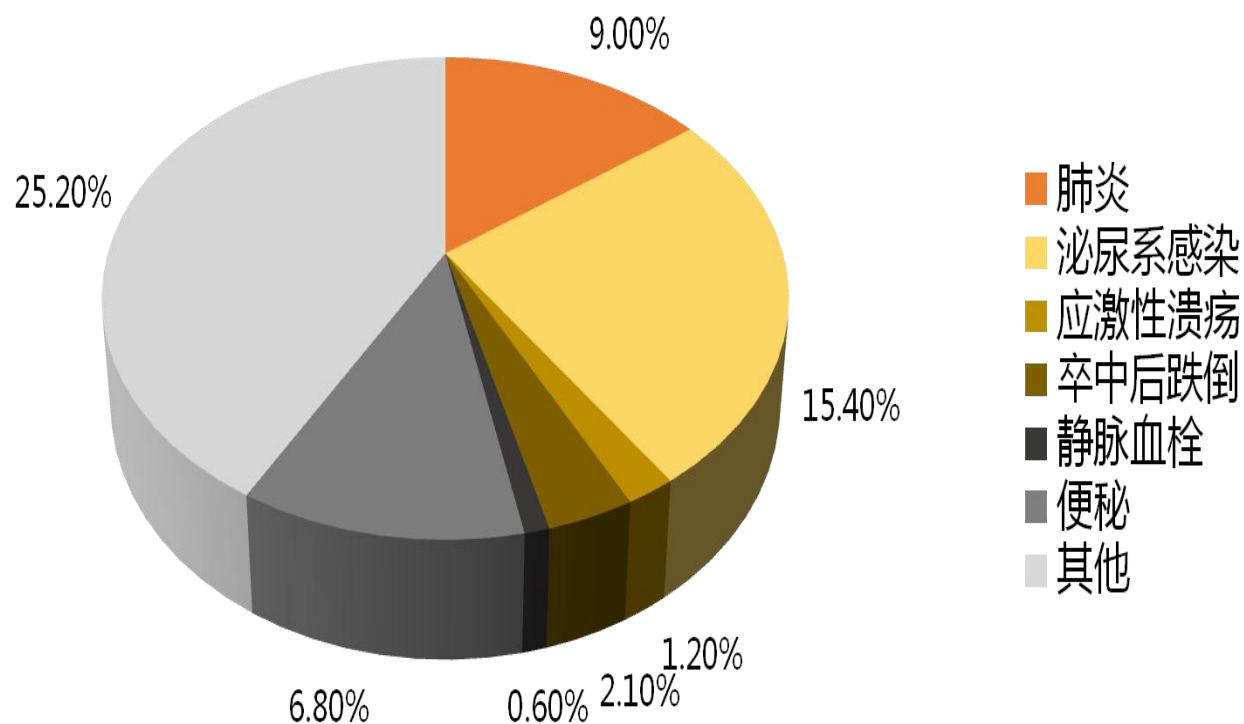
由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉
食道括约肌或食道功能受损，不
能安全有效地把食物由口送到胃
内取得足够营养和水分，由此产
生的进食困难^[1]。



脑卒中并发吞咽障碍概述

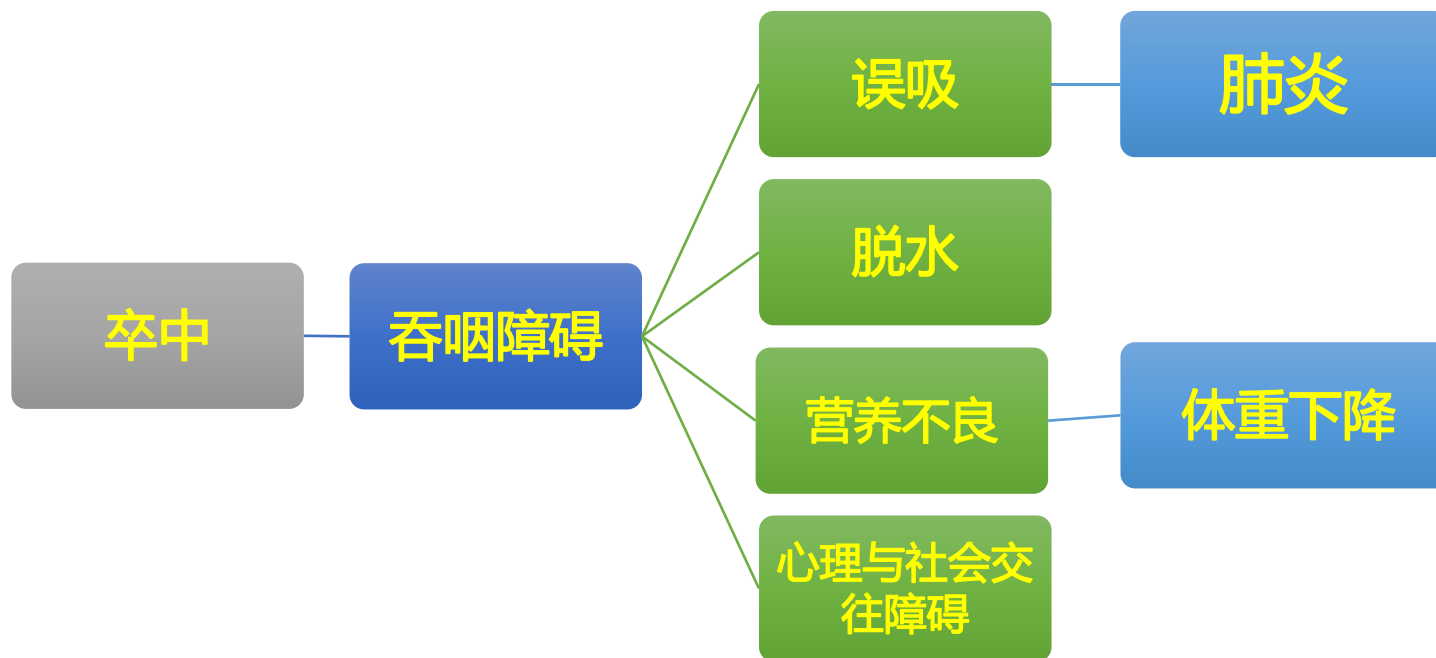
卒中急性期，肺炎等并发症与LOS延长、死亡率增加显著相关

急性卒中患者住院期间并发症
(特别是肺炎)与LOS延长、
死亡率增加密切相关



脑卒中并发吞咽障碍概述

吞咽障碍，显著增加卒中患者肺炎等不良预后风险



脑卒中并发吞咽障碍概述

常见的临床表现



- 进食费力、进食量减少
- 进食时间延长
- 有口、鼻返流，进食后呕吐



- 说话声音沙哑，变湿
- 饮水呛咳，吞咽时或吞咽后咳嗽
- 隐性误吸

吞咽障碍评估—洼田饮水试验

吞咽障碍的初步筛查（洼田饮水试验）--简单易行

- 方法：先让患者单次喝下2~3匙水，如无问题，再让患者像平常一样喝下30ml水
- 观察：喝水时患者表现；饮后声音变化、患者反应、听诊情况
- 记录：饮水时间、有无呛咳、饮水状况等
- 信效度：本试验由日本学者洼田氏设计，灵敏度为42%~92%；特异度为9%~91%

吞咽障碍评估—洼田饮水试验

吞咽障碍的初步筛查（洼田饮水试验）--简单易行

- 分级：按5级进行评价记录

- I 级，可一次喝完，无呛咳
- II级，分两次以上喝完，无呛咳
- III级，能一次喝完，但有呛咳
- IV级，分两次以上喝完，且有呛咳
- V级，常常呛住，难以全部喝完

- 诊断标准

- 正常，在5s内喝完，分级在 I 级
- 可疑，饮水喝完时间超过5s以上，分级为 I ~ II级
- 异常，分级为III、IV、V；连续两次均呛住属异常

吞咽障碍评估—V-VST

- 容积黏度吞咽测试（V-VST）是一种可以在床边进行的吞咽困难分级评估方法，用于鉴别吞咽的有效性（如口唇闭合功能、口腔或咽部残留及块状吞咽）和安全性（如湿性嗓音、咳嗽、血氧饱和度下降 $\geq 3\%$ ）。



吞咽障碍评估—V-VST

目的

检测口腔和咽部吞咽有效性相关的功能障碍

检测咽部安全性相关的功能障碍

辅助选择摄取液体最合适的体积和稠度

适应症

所有怀疑吞咽障碍的患者

容易发生吞咽问题的患者

吞咽障碍评估—V-VST

容易吞咽的食物特点

- ✓ 密度均匀
- ✓ 粘性适当
- ✓ 不易松散
- ✓ 通过咽和食道时易变形且很少在黏膜上残留
- ✓ 稠的食物比稀的安全，因为它能较满意地刺激触、压觉和刺激唾液分泌，使吞咽变得容易
- ✓ 兼顾食物的色、香、味及温度等
- ✓ 以偏凉食物为宜



吞咽障碍评估—V-VST

操作前准备

患者

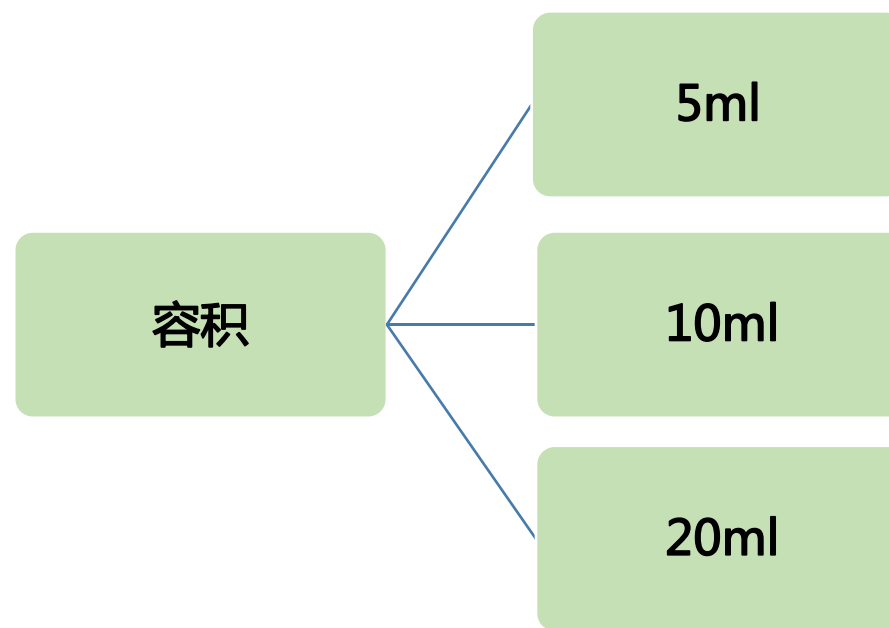
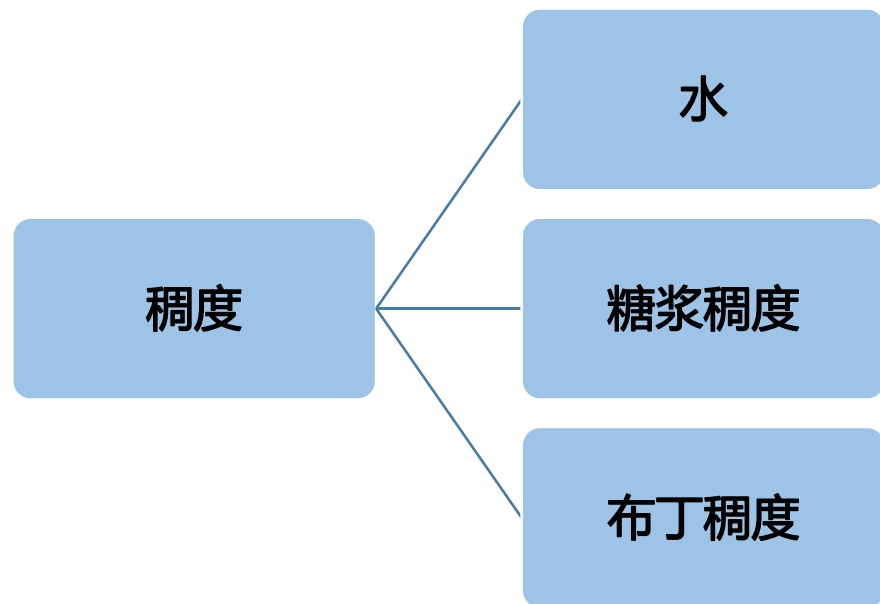
- 患者意识清楚，能够配合
- 患者必须处于坐立状态
- 监测血氧饱和
- 请患者说出自己的名字或其他短语，以此作为音调和音色的参考
- 向患者解释即将进行的测试包括哪些步骤

知情同意

- 提前与患者及家属做好沟通、解释，了解操作的目的、方法和意义

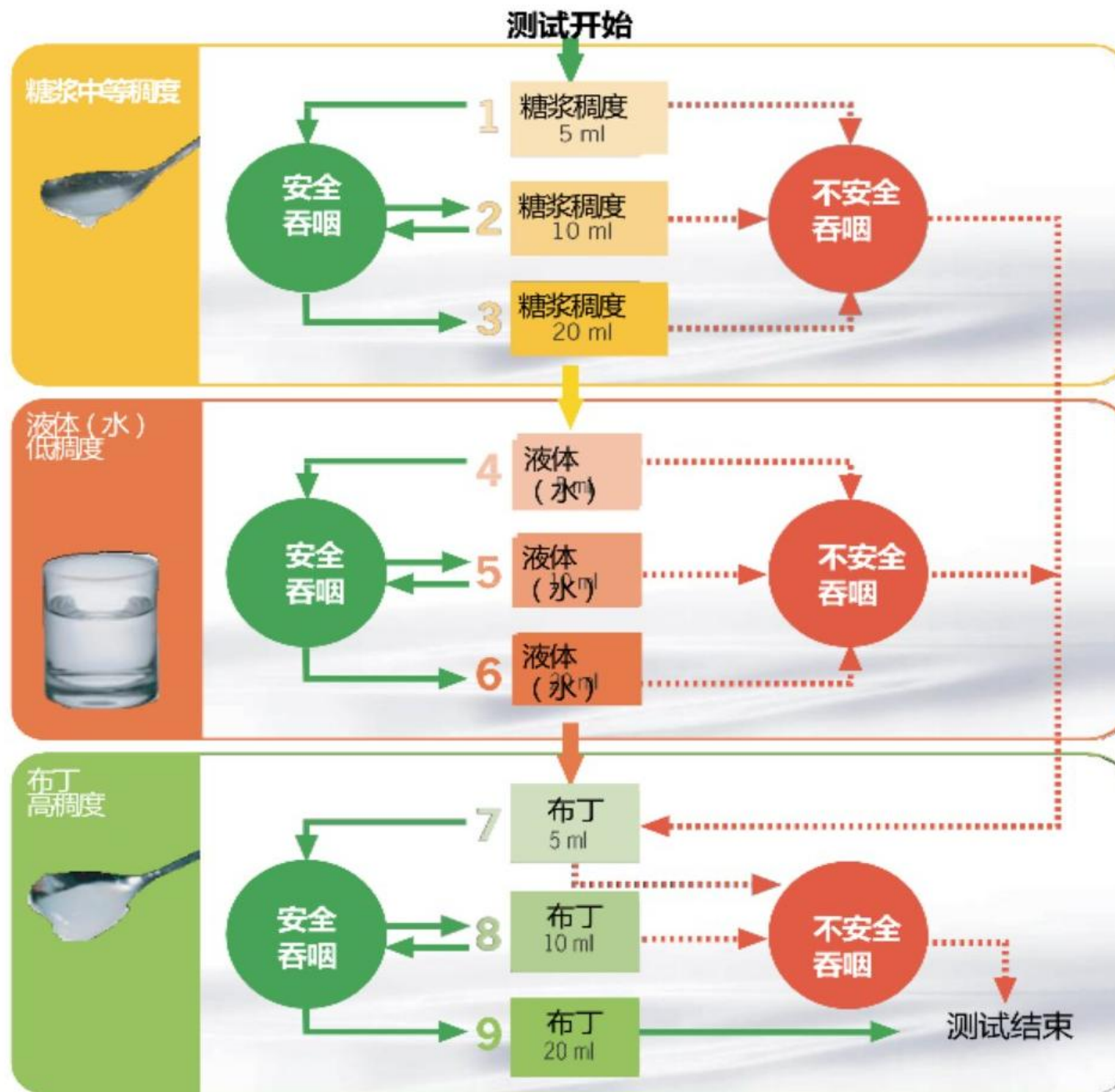
吞咽障碍评估—V-VST

准备三种稠度 三种容积的液体



吞咽障碍评估—V-VST

V-VST 操作流程



吞咽障碍评估—V-VST

结果判定

安全性受损相关指标

咳嗽

音质改变

血氧饱和度下降

有效性受损相关指标

唇部闭合

口腔残留

分次吞咽

咽部残留



训练前先予以心理
护理,与患者充分交流了
解其心理状态,积极配合
康复训练

康复训练

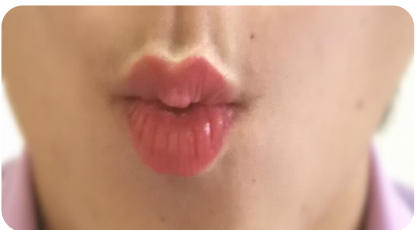
基础训练--(1)：发音训练



训练患者张口发“啊”音,闭口后双唇突出发“呜”音



从“你、我、他”等单音字开始



缩唇做吹口哨动作

康复训练

基础训练--(2)：颊肌、喉部内收肌运动



将患者手洗净,取无菌纱布将其食指包绕放于口中,让患者模仿吸吮动作,体会吸吮感觉



然后嘱患者张口,轻吸一口气闭口,使双颊部充满气体,做鼓腮、吹气动作,以使颊肌收缩有力

基础训练--(3)舌肌、咀嚼肌按摩运动



张口,将舌尽力向外伸出,先舔下唇及左右口角,转至舔上唇及硬腭部,再将舌缩回,闭口后上下牙齿互叩及咀嚼10次



若患者不能自行伸舌,护士可用纱布轻轻把持其舌,进行上、下、左、右运动,反复8~10次,将舌还回原处,轻托下颌闭口,以磨牙咬动10次

康复训练

吞咽训练



咽部冷刺激和空咽运动:用冰过的棉棒(最好是5%葡萄糖溶液浸湿后冷冻)轻轻刺激咽后壁、软腭及舌根,以诱发咽喉肌收缩。寒冷刺激可提高吞咽反射敏感性,使吞咽功能得到强化。每日三餐前各做1次,然后嘱患者做空咽动作数次



强化咳嗽:深吸气→憋气→咳出,防止因咽喉部闭锁效果不好而引发呛咳,建立排除气管异物的防御能力



模拟吞咽训练:深吸气→屏气→吞咽唾液→呼气→咳嗽

康复训练

物理治疗



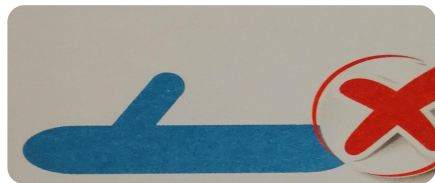
进食体位



身体尽量坐直,头稍前倾,身体倾向健侧30°。偏瘫侧肩部垫起



不能坐起者取躯干抬高30°仰卧位,头前屈,偏瘫侧肩部以枕垫起,喂食者位于患者健侧



进食后30 min应保持上述体位,防止食物返流

食物形态



食物形态应根据吞咽困难的程度及阶段,本着先易后难原则选择



容易吞咽的食物特征是：密度均匀,有适当黏性,不易松散,通过咽及食管时容易变形,不在黏膜上残留。通常选用果布丁、蛋羹、豆腐等食品



一般认为神经性吞咽困难的患者容易误吸液体,最容易吞咽的食物是泥状食物,稠状食物较为安全



食物的香味、温度、外观要好,能引起患者的食欲,最好符合患者的饮食习惯

一口量



对患者进行摄食训练时,如果一口量过多,会从口中漏出或残留在咽部导致误吸

过少则会因刺激强度不够难以诱发吞咽反射

正常人一口量约20 ml,患者一般先以少量开始(3~4 ml),然后酌情增加,每次进食时,嘱患者反复吞咽数次,以免食物残积过多引起误吸

护理健康教育

喂食方法

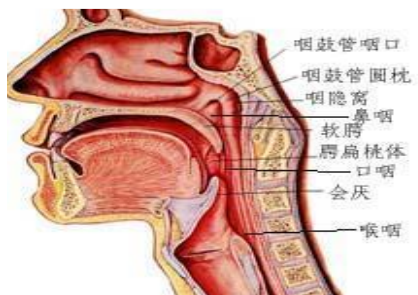


做好进食准备工作,保持进食环境安静、舒适、心情愉快,清洁口腔后用拇指指腹环行按摩面颊部5min,做咀嚼肌群的训练



嘱患者调整好呼吸,先用汤匙盛少量食物放在患者舌后部并轻轻压下,以刺激知觉,促进舌体运动

喂食方法



患者不能闭口,颊肌收缩无力时,可用手按压口角,将调拌好的食物直接放于舌根附近,刺激咽下反射



会厌谷是食物容易残留的部位。当头后仰,会厌谷变得狭小,残留食物可被挤出,随后向前低头,同时作空吞咽动作,即点头样吞咽,可清除残留食物

护理健康教育

喂食方法



给患者充足的进食时间,喂食的速度宜慢,每次进食量要少,让患者充分咀嚼、慢咽,确定完全吞咽后再喂食

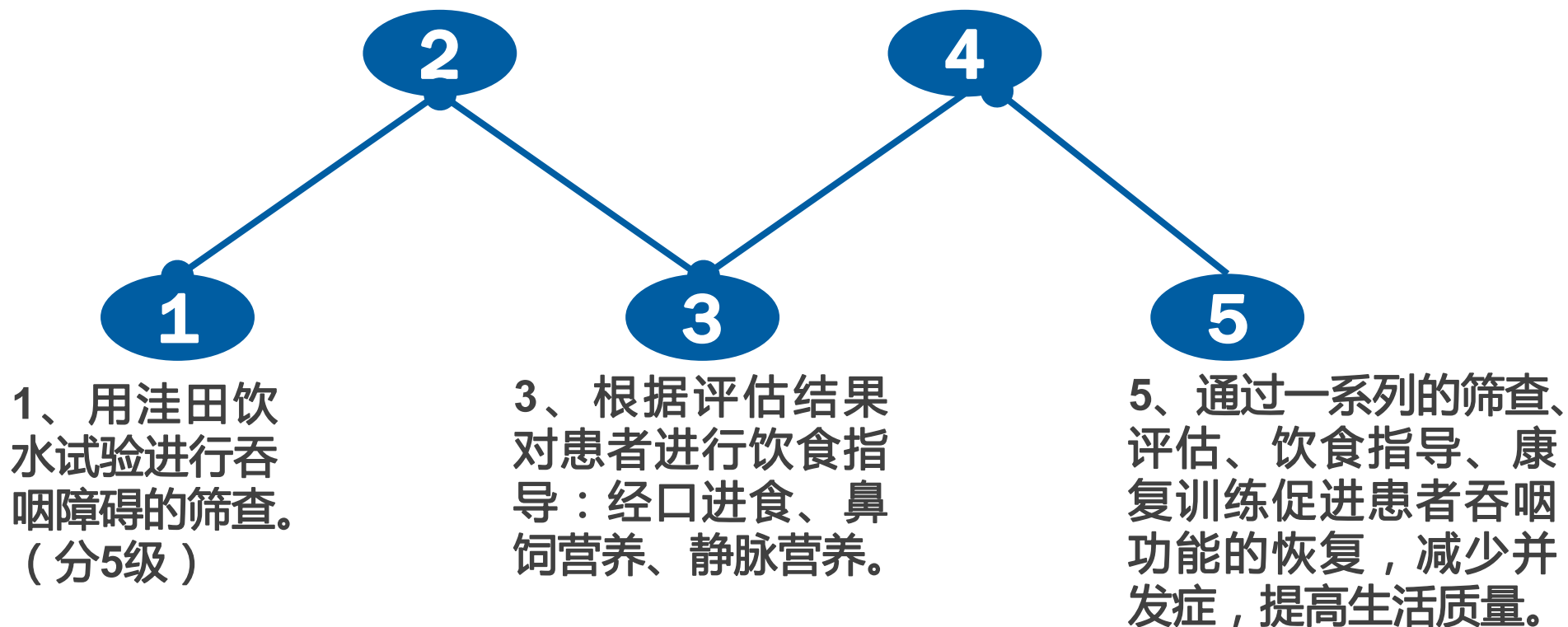


对吞咽困难的危重患者,餐后进行口腔护理,以防口腔内存留食物而导致在变换体位时造成误吸

总结

2、吞咽障碍分级评估（V-VST）：通过给予患者不同稠度及容积的液体，评估吞咽的安全性和有效性。

4、吞咽功能训练：基础训练、吞咽训练、物理治疗



THANK YOU !

天津市滨海新区海滨人民医院神经医学科B3西护理单元