

· 短篇论著 ·

多学科管理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用

李洪艳¹ 朱茜¹ 陈伟¹ 孙洁¹ 巩尊科¹ 郭文丹²¹江苏省徐州市中心医院康复医学科,徐州 221009; ²浙江湖州师范学院医学院,浙江 310000

通信作者:朱茜,Email:370367371@qq.com

基金项目:1.徐州市科技重点研发计划项目(KC17189);2.江苏省科技社会发展-面上项目(BE2020638);3.中国生命关怀协会智慧照护与健康养生专委会面上课题(HL20210111)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2021.03.017

吞咽障碍作为脑卒中患者常见的并发症,发病率高达28%~67%^[1],吞咽障碍不仅易导致营养不良、吸入性肺炎等疾病的发生,更严重影响患者的生存质量,加重患者的病情,增加患者的病死率^[2]。调查研究显示吞咽障碍所导致的吸入性肺炎是老年患者致死的独立危险因素之一^[3],此外,窒息、营养不良、脱水等吞咽障碍并发症均可能增加患者的致死风险。临床上对脑卒中吞咽障碍患者的功能康复治疗是康复工作的重点内容之一。近年来,本研究团队一直致力于脑卒中后患者的功能康复研究^[4-5],发现吞咽功能康复是一项复杂且系统的工程,需要多学科密切配合,故本研究采取多学科管理的方法对患者进行管理,取得了一定的效果,现报道如下。

对象与方法

一、研究对象及分组

入选标准:①符合脑卒中的诊断标准^[6],并符合吞咽功能评估量表^[7]所筛查的吞咽障碍标准;②除吞咽障碍外,患者能进行语言交流并思路清晰;③处于脑卒中发病后的稳定期,患者吞咽功能康复作为治疗的重点;④患者病程均为发病后<3个月;⑤患者自愿加入本研究并签署知情同意书。

排除标准:①患者存在精神系统异常;②患有较严重的其它基础性疾病,如恶性肿瘤、心肺衰竭等。

选择2018年11月至2019年4月本院康复医学科收治且符合上述标准的脑卒中吞咽障碍患者60例,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组30例。2组患者的性别、年龄、学历和脑卒中类型等方面经统计学分析比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,具体数据详见表1。本研究获江苏省徐州市中心医院伦理委员会审查通过(审核批文号XZXY-LJ-20181112-026)。

二、研究方法

(一)组建团队

组建的多学科团队主要包括营养科、放射科、言语咽喉康

复科、神经康复科、心理康复科、护理等部门的人员组成,为保证团队的顺利开展,团队领导由分管业务的副院长兼任,便于科室间的业务协调。

多学科团队成员的具体分工:①院领导负责协调各科室业务,统筹团队发展;②神经康复科负责患者入院时的查体、常规检查等工作;③营养科负责评估患者的营养状况,对患者进行营养管理,确定患者的营养摄入量;④放射科负责对患者进行放射检查并对比患者检查结果,评估康复训练效果;⑤言语咽喉康复科负责患者吞咽功能筛查,指导患者进行吞咽功能训练,制订训练时间和训练方式等;⑥心理康复科负责患者的心理状态评估和干预;⑦护士负责配合医师进修吞咽功能筛查、进食方式的执行、健康教育及常规护理。

(二)干预方法

2组患者均采用常规的康复治疗方法或个性化治疗康复方案进行干预,观察组在此基础上进行多学科管理模式的干预方案,2组患者的观察时间均为4周。

1.常规康复治疗方法或个性化治疗康复方案:①药物治疗——按照不同患者的病情进行药物治疗(包括改善脑血液循环、营养支持等);②电刺激治疗——采用吞咽障碍治疗仪进行康复治疗;③康复训练——康复治疗师指导下进行口、舌、软腭、咬肌、咀嚼肌等肌肉训练;④吞咽训练——由康复治疗师指导进行相关的吞咽康复训练。

2.多学科管理模式的具体方法:①患者入院后第一天,神经康复科医生对患者进行入院检查、体格检查、常规血清学检查等,语言康复师和护士对患者进行吞咽功能评估(洼田饮水试验);②营养科医生采用欧洲肠外肠内营养学会推荐的营养风险筛查工具表2002(nutrition risk screening, NRS2002)^[8]对患者进行营养风险筛查,分析患者的营养状态,每日至少评估1次;分数 ≥ 3 分,说明患者存在营养风险。③放射科医生对患者行吞咽造影(video fluoroscopic swallowing study, VFSS)检查,评估患者吞咽功能;④康复科医生根据营养科和放射科的检查结论

表1 2组患者的一般临床资料

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	学历(例)		脑卒中类型(例)	
		男	女		小学及初中	高中及大专以上	脑梗死	脑出血
观察组	30	21	9	64.58 \pm 9.88	11	19	12	18
对照组	30	19	11	65.71 \pm 10.34	12	18	10	20

给患者制订康复训练计划,护士根据营养科制订的营养支持方案指导患者饮食;⑤言语康复师指导患者行吞咽功能训练;⑥护士在护理过程中及时反馈患者的进食情况,以便营养科和康复医师及时调整营养计划和康复计划。

三、评估方法及观察指标

分别于干预前和干预 4 周后(干预后),对 2 组患者的营养不良风险情况进行筛查及吞咽功能评估,并比较 2 组患者干预后吞咽功能改善的临床疗效。

1.营养学指标:采用 NRS2002 评分对患者的营养不良风险进行筛查,NRS2002 评分内容包括营养、疾病和年龄三个方面,≥3 分为具有营养风险,反之不存在营养风险^[8]。

2. VFSS 评分:VFSS 评分主要包括口腔期、咽期、误咽程度三部分内容,口腔期为 0~2 分,咽期为 0~3 分,误咽程度为 0~4 分,总分为三者之和,共 9 分,分数越高,则提示吞咽功能越好^[9]。

3.洼田饮水试验分级:观察和记录患者正常喝下 30 ml 温水时所需时间及呛咳情况,分为 5 级^[10]。① I 级——患者 5 s 内能一次性喝完,无呛咳发生,表示吞咽功能良好;② II 级——分 2 次喝完,无呛咳;③ III 级——能 1 次喝完,但有呛咳;④ IV 级——分 2 次以上喝完,但有呛咳;⑤ V 级——有明显呛咳,无法全部喝完。饮水试验 1 级者为正常,2 级者为可疑吞咽障碍,3~5 级者为吞咽障碍。

4.临床疗效:患者治疗后的洼田饮水试验分级较治疗前改善 2 级为显效,较治疗前改善 1 级为有效;患者吞咽功能未改善为无效;观察和比较 2 组患者治疗后的临床效果,计算总有效率,总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

四、统计学方法

使用 SPSS 24.0 版统计软件对所得数据进行统计学分析处理,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验;计数资料采用数值表示,组间比较采用 χ^2 检验,单项有序的计数资料采用秩和检验(M-H test),所有检验均采用双侧检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者干预前后的营养不良风险筛查情况

干预前,2 组患者的营养不良风险筛查 NRS2002 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组出现营养不良风险的患者例数明显低于对照组($P < 0.05$),详见表 1。

表 1 2 组干预前后 NRS2002 筛查情况比较(例)

组别	例数	有营养不良风险	无营养不良风险
观察组			
干预前	30	18	12
干预后	30	3 ^a	27
对照组			
干预前	30	16	14
干预后	30	10	20

注:与对照组干预后比较,^a $P < 0.05$

二、2 组干预前后 VFSS 评分比较

干预前,2 组患者的 VFSS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,2 组患者的的 VFSS 评分均较组内干预前明显提

高($P < 0.05$),且观察组患者的 VFSS 评分明显高于对照组($P < 0.01$),详见表 3。

表 2 2 组患者干预前后 VFSS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	30	4.71±2.18	8.45±0.55 ^{ab}
对照组	30	4.54±1.86	6.35±2.65 ^a

注:与组内干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.01$

三、2 组干预前后洼田饮水试验分级比较

干预前,2 组患者洼田饮水试验分级组间差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,2 组患者的洼田饮水试验分级明显优于治疗前($P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 2 组患者干预前后洼田饮水试验分级比较(例)

组别	例数	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
观察组						
干预前	30	0	0	17	8	5
干预后	30	16	9	3	2	0
对照组						
干预前	30	0	0	18	8	4
干预后	30	6	10	4	9	1

四、2 组患者干预后的临床疗效比较

2 组患者的临床疗效比较,观察组有效率为 83.3%,对照组有效率 53.3%,组间差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 4。

表 4 2 组患者的临床疗效比较

组别	例数	临床效果(例)			总有效率 (%)
		显效	有效	无效	
观察组	30	16	9	5	83.3 ^a
对照组	30	6	10	14	53.3

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

讨 论

脑卒中引起的吞咽障碍根据脑卒中位置和面积的大小对吞咽障碍患者的严重程度和康复效果也有着至关重要的影响^[11-12],吞咽障碍患者多易导致营养不良,及时评估患者的营养不良状况能在一定程度上改善患者的吞咽功能^[13]。本研究将多学科团队协作管理模式引入吞咽训练康复和物理康复训练等康复治疗方案,结果显示,观察组出现营养不良风险的患者 3 例明显低于对照组(10 例),且差异有统计学意义($P < 0.05$);VFSS 评分(8.45±0.55)与对照组(6.35±2.65)相比,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者吞咽功能改善的总有效率高于对照组($P < 0.05$)。这与国内的研究^[14]结果相似。本研究多学科团队管理中,分管业务的副院长兼任团队领导,便于科室间的业务协调,设置的联络员制度是多学科协助管理的纽带,在脑卒中吞咽障碍康复训练中可以起到时效性和连续性的优势,这些优势在住院过程中均有体现,如患者的营养评估、放射检查评估,通过多学科协作管理减少了患者排队等待的时间;患者评估后的状况及治疗后再评估的状况能及时得到医生的诊断;不同学科之间的协作不仅使患者在治疗中得到多学科及时会诊,也加深了主诊医生对患者病情的掌握,对治疗方案

的及时调整和连续性诊疗提供参考。

本研究中,多学科协作模式的管理贯穿了康复工作的整理流程:影像科所开展的 VFSS 检查对护理人员确定食物和验证吞咽功能水平起到了关键性作用;营养科医师的营养评估筛查对确定患者的营养状态及制订营养和康复计划也很重要;护理工作多学科管理中也有着重要的作用,有学者指出康复护士在吞咽功能障碍中的作用与日俱增,已成为主体力量^[15]。本研究团队中,护士在临床工作中密切接触患者,指导患者的摄食功能训练,并进行必要的管饲护理和并发症护理等,康复护士还承担着对患者吞咽功能的评估和营养不良的筛查,这些工作为康复师的治疗提供了基础依据;由于吞咽障碍患者病情长、恢复时间慢,患者也会出现不同程度的心理问题,因此多学科管理团队中的心理治疗师提供及时的心理干预,也是患者康复的重要保障。

综上所述,利用多学科协作模式管理脑卒中吞咽障碍患者,能改善患者的营养状况,使患者的吞咽功能得到最大程度的恢复,提升患者的生存质量。

参 考 文 献

- [1] Seo HG, Oh BM, Han TR. Swallowing kinematics and factors associated with laryngeal penetration and aspiration in stroke survivors with dysphagia [J]. *Dysphagia*, 2016, 31 (2): 160-168. DOI: 10.1007/s00455-015-9670-x.
- [2] Brooks M, McLaughlin E, Shields N. Expiratory muscle strength training improves swallowing and respiratory outcomes in people with dysphagia: a systematic review[J]. *Int J Speech Lang Pathol*, 2019, 21 (1): 89-100. DOI:10.1080/17549507.2017.1387285.
- [3] 孙敏敏.老年脑卒中合并吸入性肺炎临床特征观察[J].*临床肺科杂志*, 2017, 22(1): 168-170. DOI:10.3969/j.issn.1009-6663.2017.01.049.
- [4] 李洪艳,巩尊科,胡智艳,等.短期正念行为训练对卒中中偏瘫患者肢体运动功能的影响[J].*中华现代护理杂志*, 2016, 22(7): 926-929. DOI:10.3760/cma.j.issn.16742907.2016.07.010.
- [5] 李洪艳,胡智艳,巩尊科,等.认知训练在卒中中认知障碍偏瘫病人运动功能恢复中的应用[J].*护理研究*, 2017, 31(2): 232-234.

DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2017.02.032.

- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].*中华神经科杂志*, 2018, 51(9): 666-682. DOI:10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2018.09.004.
- [7] 刘国菊,丁芸,程阅凤,等.洼田饮水试验联合吞咽训练对脑梗死吞咽障碍患者治疗效果的影响[J].*实用临床医药杂志*, 2018, 22(2): 5-8. DOI:10.7619/jcmp.201802002.
- [8] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials[J]. *Clin Nutr*, 2003, 22(3): 321-336. DOI:10.1016/s0261-5614(02)00214-5.
- [9] 刘玲玉,翟华,王惠芳,等.多学科团队管理对脑损伤吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].*中国康复*, 2018, 33(5): 461-464. DOI: 10.3870/zgkf.2018.05.005.
- [10] 张涛,邓静.洼田饮水试验结合吞咽训练对缺血性卒中吞咽障碍患者吞咽功能和摄食情况的影响[J].*中国实用医药*, 2020, 15(22): 176-178.
- [11] 李超,张梦清,窦祖林,等.中国特定人群吞咽功能障碍的流行病学调查报告[J].*中华物理医学与康复杂志*, 2017, 39(12): 937-941. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2017.12.014.
- [12] 吴霜,刘春风,楚兰,等.肌电生物反馈联合低频电刺激和康复训练对卒中后吞咽功能障碍的影响[J].*中华物理医学与康复杂志*, 2017, 39(05): 332-324. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2017.05.003.
- [13] 刘琴,胡兆雄,全变瑞,等.电刺激疗法联合运动康复训练对急性脑梗死患者的疗效观察[J].*中国中医急症*, 2017, 26(1): 121-123. DOI:10.3969/j.issn.1004-745X.2017.01.038.
- [14] 李敏,王峥,韩维嘉,等.多学科团队基于行动研究法对高龄吞咽障碍患者的进食管理[J].*护理学杂志*, 2016, 31(1): 53-56. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2016.01.053.
- [15] 沈花,周华,鞠明凤,等.卒中中后吞咽功能障碍康复现状与护理研究进展[J].*实用临床医药杂志*, 2018, 22(10): 131-134. DOI: 10.7619/jcmp.201810037.

(修回日期:2020-12-28)

(本文编辑:汪 玲)

· 个案报道 ·

综合康复治疗脑卒中后 Pusher 综合征 1 例报道

李志凤¹ 解二康² 王瑜元² 白玉龙¹

¹复旦大学附属华山医院,上海 200040; ²复旦大学附属华山医院北院,上海 201907

通信作者:白玉龙,Email:dr_baiyl@fudan.edu.cn

基金项目:上海市科学技术委员会科研项目(项目编号:17511107802);上海申康医院发

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2021.03.018

延髓背外侧梗死可引起延髓背外侧综合征,表现出眩晕、眼球震颤、声音嘶哑、吞咽困难及饮水呛咳、病灶侧共济失调、感觉障碍、Horner 征等症状。Pusher 综合征是一种脑卒中后较

为严重的体位控制障碍,患者所有体位均向偏瘫侧倾斜,并抵抗使重心向中线或过中线向非瘫痪侧的校正,多在病程早期出现,严重影响患者的平衡功能。两者同时发生对患者进行康复