

脑瘫合并吞咽障碍患儿护理干预的效果分析

赵海霞¹ 李彦军²

1. 青海省妇女儿童医院康复科 青海 西宁 810000

2. 西宁市第三人民医院口腔科 青海 西宁 810000

摘要:目的: 浅析脑瘫合并吞咽障碍的患儿临床护理效果。方法: 样本对象为80例于2022年1月至2023年12月期间在我院接受治疗的脑瘫合并吞咽障碍患儿, 随机分为对照及观察组。对照组接受吞咽治疗仪进行干预, 而观察组在对照组基础上加入综合性护理, 对比两组临床治疗效果、吞咽障碍以及营养状况。结果: 观察组和对照组的总有效率分别为95.00%及75.00%, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组吞咽障碍改善程度优于对照组, 营养健康优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 脑瘫合并吞咽障碍患儿临床治疗中加入综合性护理干预对于提升临床疗效具有积极意义, 值得推荐使用。

关键词: 脑瘫; 吞咽障碍; 吞咽治疗仪; 综合护理; 营养状况

吞咽障碍是脑瘫患儿常见的一种并发症, 相关文献研究报道^[1], 脑瘫患儿出现吞咽功能障碍概率为70%~75%。患儿合并吞咽障碍后会表现为进食以及吞咽困难, 同时会出现流涎以及呛咳等情况, 长此以往会影响患儿的营养以及身体健康。提高患儿吞咽功能, 改善其营养状况, 增强机体抵抗力是脑瘫患儿康复的基础, 近年来随着研究深入也有较多文献报道治疗手段, 但疗效有限。而国外有文献报道, 对于吞咽障碍的脑瘫患儿在治疗时同步开展综合护理对于提升疗效具有积极意义。基于以上情况, 本次选择80例脑瘫合并吞咽障碍患儿为对象, 分析在吞咽治疗仪干预基础上加入综合性护理对于提升疗效的价值, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料来源

样本对象为80例脑瘫合并吞咽障碍的患儿, 收集时间为2022年1月至2023年12月, 随机分为对照组30例及观察组30例。对照组平均年龄 (34.23 ± 6.31) 月, 脑瘫类型: 痉挛型、不随意运动型、混合型分别为25、6、9例; 观察组男31例, 女9例, 平均年龄 (34.35 ± 6.01) 月, 脑瘫类型: 痉挛型、不随意运动型、混合型分别为22、8、10例。以上两组患儿的基础资料经过对比分析后显示 $P > 0.05$, 说明结果具有可比性。本次研究经过我院伦理委员会批准。

纳入标准: 脑瘫疾病诊断符合^[2]; 进食困难、吞咽障碍等症明显, 伴随流涎、饮水呛咳以及口腔咀嚼动作僵硬等症; 年龄在1~6岁之间; 监护人同意参与本次研究。

排除标准: 咽喉部结构畸形患儿; 伴随严重的心、肝、肾功能障碍患儿; 临床资料不完整患儿。

1.2 方法

对照组患者接受吞咽治疗仪进行治疗: 将电极板的正极置于患儿颈后的发际线下, 负极置于颈前环状软骨处, 并且用专门的绷带固定, 开机预热7min, 然后选择中频的电流AMF和MT, 每次治疗30min, 1次/d。

观察组在以上治疗的基础上加入综合性治疗措施, 具体包括: (1) 心理疏导。在治疗前向患儿家属以及年龄较大的患儿进行心理疏导, 主要为向其介绍疾病的相关知识点, 包括早期开展康复护理的内容、需要协助事项、注意事项以及一般可获得的效果等, 使得家属能够全面了解整个康复护理的过程, 并树立康复的信心。制定“以家庭为中心”的康复方案, 对于年龄较大的患儿需要及时给予情感安慰, 给予拥抱和语言鼓励等帮助其积极参与到干预中。对于智力水平较低的患儿需要安排特殊教育, 创造轻松和愉快的环境, 减少其心理压力。(2) 进食前护理。重视摄食-吞咽相关的器官功能训练。下颌运动训练中, 指导患儿尽量张大口, 然后松弛下颌向两侧运动练习, 指导其开展闭颌关节5~10次后休息2min后重复。指导患儿开展吹气、大笑等口唇的训练, 每完成一个动作都保持5s, 之后重复开展。在开展舌头的训练过程中, 借助棒棒糖在患儿嘴边左右上下引导舌头伸展; 对于伸舌头不充分的患儿, 可以使用纱布在舌尖上牵拉, 采取被动引导的方式帮助舌头活动, 每次开展8~10下, 持续4min, 于早晚各进行一次。还可以使用冷刺激和摩擦等方式改善患儿的感受, 比如使用冰冻柠檬触碰舌根、咽后壁等敏感的位置, 让患儿感受酸、冷刺激。在发音训练中采取循序渐进的方式, 从简单的单音节, 比如“啊、哦”等, 每日练习5~10min, 熟练

之后开始训练双音节,最后到多音节的语言,不断提升其发音能力。(3) 饮食指导。在患儿饮食过程中,一定要保证周围环境的安静,避免情绪激动出现呛咳。在患儿进食前指导其做几次空咽的动作,进食时不宜逗笑,避免呛咳。食物根据患儿的吞咽功能选择,并从流质-半流质-软食物-固体食物过渡。食物选择应该粘度适宜,不易松散,并注意满足患儿的饮食喜好。在进食之前帮助患儿取合适的体位,不可躺着进食,最好为坐位,躯干垂直。对于不能采取坐位的患儿可由家长怀抱,采取半坐的姿势,头部稍微向前倾。在喂食开始之前先喂一点温开水,让患儿感受吞咽的动作后在开始。喂食时先从口角缓慢喂少量温水,观察吞咽情况再进行。使用小金属勺子,根据患儿的年龄、病情勺取适量的食物,从嘴角放入食物,从舌部1/3位置轻轻按压,诱导患儿闭嘴咀嚼。需要等待患儿完全吞咽之后方可进行下一次的喂食,不可连续喂食,预防出现呛咳或者窒息等不良后果。如果患儿在进食的过程中出现呛咳的情况,护士需要协助家属拍打,将食物咳出,并指导患儿家属正确的拍打方式,避免无护士在场时发生意外。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效

在干预前以及干预后8周使用才藤吞咽功能量表分级分析其疗效,痊愈:量表评价中功能分级提升7级,摄食无困难;显效:量表评价后功能提升3级以上7级以下;有效:量表评价后功能提升1级以上但不足3级;无效:未获得以上效果。总有效率 = (痊愈+显效+有效)/总例

数*100%^[3]。

1.3.2 吞咽障碍

使用吞咽障碍调查量表(DDS)进行分析,从接受食物能力、口腔控制能力、咽期评价、食管期评价等进行评价,总分为24分,分值越高说明吞咽障碍功能越严重^[4]。

1.3.3 营养状况

依据文献报道^[5],采用Kaup指数进行评估,Kaup指数 = [体重(kg)/身高(cm)2]*10⁴, > 22为肥胖20~22为优良,16~19为正常,15~13为消瘦, < 13为营养不良。优良率+正常率为营养正常率。

1.4 统计分析

使用统计SPSS20.0对数据进行计算分析,t和卡方检验分别对计量和计数资料及性能计算分析,检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 临床治疗总有效率

观察组40例患儿中,痊愈、显效、有效及无效分别为3、20、15、2例,总有效率为95.00%(38/40);对照组40例患儿中,痊愈、显效、有效及无效分别为1、13、16、10例,总有效率为75.00%(30/40),两组总有效率差异显著($\chi^2 = 6.015 P < 0.05$)。

2.2 两组吞咽障碍情况

干预后观察组患儿的DDS量表得分明显低于对照组,说明观察组患儿的吞咽功能改善更加显著,具体结果见表1。

表1 两组干预前后DDS量表得分[($\bar{x} \pm s$)分]

组别	口腔期评分		咽期评分		食管期评分		DDS量表总分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	8.12±1.01	3.03±1.02	2.86±0.11	0.92±0.20	0.21±0.10	0.13±0.11	10.85±2.10	3.02±1.03
对照组	8.13±1.16	4.52±1.20	2.91±0.18	1.64±0.45	0.25±0.10	0.16±0.01	10.96±2.16	6.16±2.13
t值	0.220	3.916	0.307	3.004	0.715	0.664	0.146	6.665
P值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 两组干预后营养状况对比

干预后观察组的营养正常率达到85.00%,高于对照组的62.50%,具体结果见表2。

表2 两组营养状况对比[n(%)]

组别	例数	肥胖	优良	正常	消瘦	营养不良	营养正常率
观察组	40	0	6	28	5	1	85.00
对照组	40	0	2	23	9	6	62.5
χ^2 值							9.759
P值							< 0.05

3 讨论

脑瘫合并吞咽功能障碍的致病因素比较多,比如宫内感染、新生儿窒息、早产等,胎儿发育或者婴幼儿时期脑部发育过程中受到非进行性因素损伤,使得患儿中枢性运动神经发育障碍、活动受限和吞咽障碍等^[6]。脑瘫患儿中发生吞咽障碍的几率比较高,相关文献报道其发病率能够达到57%~92%,且以口腔期问题为主^[7]。吞咽功能障碍后患儿可出现口腔运动功能差、吞咽协调性不佳、误吸等,不仅会引起营养不良,影响生长发育,甚至会导致吸入性

肺炎或者窒息等,严重威胁患儿的生命安全。

对于吞咽障碍的临床治疗,较多采取生物电刺激的方式,但是单一的治疗效果并不理想,需要在治疗同时加入其他干预措施,同步提升临床治疗效果。随着年龄增长,患儿发现与其他年龄小朋友存在差异,容易产生焦虑、抑郁以及情绪波动等情况。良好的心理能够提升患儿积极性,因此在康复干预开始之前应该做好心理评估并开展心理护理。为患儿提供安静和舒适的进食环境在喂养过程中十分重要,喧闹环境会转移患儿注意力,并可能会引起急躁或者急动,影响进食过程甚至会引发呛咳。在进食过程中需要根据患儿的疾病情况选择合适体位,提升患儿舒适度同时避免体位不正确引发的呛咳等情况。注意在饮食的过程中,先从稀到稠的原则,避免患儿出现呛卡等情况。正常的食物最难吞咽,需要结合患儿情况给予^[8]。每餐进食时间控制在45min左右,避免长时间进食引发劳累。在口腔康复训练中,采取多元化的训练方式,通过舌运动训练、冷刺激、发音训练等方式提升训练效果。本次观察组的患儿经过以上的护理干预后临床治疗总有效率达到95.00%,显著高于单一治疗的75.00%,说明综合干预模式对于提升疗效具有积极意义。观察组患儿的吞咽功能改善情况优于对照组,因此观察组患儿的营养状况优于对照组,获得的结果与前人报道基本一致^[9]。

综上所述,脑瘫合并吞咽障碍患儿临床治疗中加入综合性护理干预对于提升临床疗效具有积极意义,值得推荐使用。

参考文献

[1]徐慧博,陈强伦,孙向东. 针灸联合推拿对脑瘫合并

吞咽障碍患儿临床疗效、吞咽功能及肢体功能的影响[J]. 临床研究,2023,31(5):109-112.

[2]姜艳平,脑瘫患儿吞咽困难的症状学、评估方法与治疗[J]. 中华物理医学与康复杂志,2010,32(12):953-955.

[3]班会会,李盼,任麦青,等. 针灸联合吞咽功能训练对脑瘫合并吞咽障碍患儿流涎症的临床疗效[J]. 医药论坛杂志,2022,43(7):81-84.

[4]侯梅,姜艳平,杨会娟,脑瘫患儿吞咽障碍和口运动特点及其临床评定[J]. 中华物理医学与康复杂志,2011,33(12):902-905.

[5]中华医学会儿科学分会康复学组,中华医学会肠外肠内营养学分会儿科学组,脑性瘫痪患儿营养支持专家共识[J]. 中华儿科杂志,2020,58(7):553-558.

[6]韦斌垣,唐芳芳,韦艳燕,等. 神经肌肉电刺激结合吞咽功能训练治疗脑瘫儿童吞咽障碍的研究[J]. 重庆医学,2017,46(2):232-234

[7]BECKER P, CARNEY LN, CORKINS MR, et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics / American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition(undernutrition) [J]. Nutr Clin Pract,2015,30(1):147-161.

[8]任金梅,詹艳,喂食指导与吞咽功能训练护理对脑卒中患者吞咽障碍的临床效果分析[J]. 国际护理学杂志,2013,32(5):1070-1071.

[9]白青云,张建奎. 脑瘫合并吞咽障碍患儿护理干预的效果分析[J]. 光明中医,2015,30(8):1765-1768.