

中風患者吞咽困難的早期功能訓練及護理

范麗玲 梁淑敏*

1. 引言

世界衛生組織估計全世界每年約有五百萬的患者於中風後會有不同程度的殘缺，例如：癱瘓、失語、吞咽困難等 (WHO, 2005)。本澳於 2003 年至 2004 年間每年約有 115~119 人因為腦血管病而死亡 (澳門衛生局, 2004, 2005)。接近一半的中風患者曾經歷吞咽困難的情況 (謝永肖, 2004; Barclay & Vega, 2005)，而吞咽困難亦會引致很多的併發症，如吸入性肺炎、營養不良和脫水等 (張婧、王擁軍、張姍姍, 2004; Westergren、Ohlsson & Hallberg, 2001)，其中吸入性肺炎更是導致中風後致死的重要原因之一 (張婧、王擁軍, 2003)。這種由吞咽困難所引致的併發症對中風患者的生存質量會有不同程度的影響，若患者得不到早期、有效的康復護理，嚴重者甚至可增加其致殘率和死亡率。在臨床大部份的中風患者都是以胃管的方式來進食，護理人員較少為吞咽困難患者作評估及相關訓練和護理。以下本人將對中風伴吞咽困難患者的早期功能訓練及護理作一綜述。

2. 中風患者發生吞咽困難的原因

李玉龍、段芳齡、馬軍 (2005) 定義吞咽困難為“包括產生吞咽動作困難 (口咽部吞咽困難) 和食物或液體到達胃的過程中的一種被阻滯感 (食道吞咽困難)。”中風患者由於腦部出現損傷導致上述系統功能損傷，以致面部肌、咽喉肌、食道括約肌等的肌力減退或麻痺、舌感覺喪失、舌肌或面肌癱瘓、咽喉反射延遲或缺失，因而引致不同程度的吞咽困難 (石向群、包仕堯、王運良, 2003; 張婧等, 2004)。

3. 吞咽困難的評估

先評估患者吞咽困難的程度才實行針對性的康復訓練措施。評估方法如下：

3.1 問診

詢問患者在中風後有無感覺咽部不適和有梗阻感、食物殘留感等 (張婧等, 2004)。

3.2 觀察

觀察患者有沒有流涎嗆咳、聲音變化、痰中混有食物、體重下降等情況 (張婧等, 2004)。

3.3 檢查

檢查患者面部咀嚼肌、唇、舌的肌力；舌的活動度；咽反射是否存在 (張婧等, 2004)。飲水試驗亦是方便的鑒別方法。讓患者飲下 30ml 溫水再觀察結果。如患者能 1 次飲完無嗆咳表示吞咽功能為 I 級；如分 2 次或以上飲下無嗆咳表示 II 級；如能 1 次飲下但有嗆咳表示 III 級；如要分 2 次或以上飲完並有嗆咳表示 IV 級；如未能將水飲完且嗆咳多次發生表示 V 級 (周維金, 2002)。

4. 中風患者吞咽困難的早期功能訓練及護理

在香港，為中風吞咽困難患者作功能訓練的是由語言治療師來承擔的，但現時本澳未有語言治療師在醫院內服務。有研究指出，一些非侵入性的中風吞咽功能訓練亦可由受過訓練的護士來承擔，例如口部運動訓練、進食姿勢訓練、食物形態改變等。所以當護士評估到中風患者有吞咽困難時，她們是有能力給予患者訓練而避免吞咽功能進一步退化甚至以插胃管的方法進食 (Lin et al., 2003)。

護士與患者有較密切和較多的接觸，護士可盡量將訓練項目配合在護理工作中，患者吞咽功能康復得好，那出現吞咽困難併發症也相應減少。對於 I 級至 III 級輕度吞咽困難的患者應採用以口進食，IV 級至 V 級重度吞咽困難的應以鼻飼方法進食 (何艷玲, 2003)。在鼻飼過程中，賁門括約肌長期處於開放的狀態使較易發生胃、食管返流而導致誤吸，加重了肺炎發生。故患者在胃管進食期間亦應配合以下的一些功能訓練，以增強患者的吞咽功能，使早日能以口進食。當患者吞咽功能改善到 III 級或以上，我們應給患者嘗試以口進食，然後再配合一些吞咽功能訓練。

輕度吞咽困難的患者應以攝食訓練為主。而中、重度吞咽困難的可先進行基礎訓練 (毛芙敏, 2000)。綜合資料所示，對於中風伴吞咽困難患者

的功能訓練有以下幾項：

4.1 發音訓練

患者先利用單字進行訓練，如發“a”、“yi”、“w”音，重覆3~5次，每日2次，然後逐步練習雙字或單句，令到面部的肌肉群能得到協調和運動(高京華、羅紅梅、孫媛, 2005; 徐翠蘭、鹿麗華, 2003)。

4.2 舌部和面部運動訓練

先按摩患者舌肌和面部的肌肉，再囑患者將舌向外盡力伸出舔下唇、左右口角、上唇和硬齶，最後縮回即時配合咀嚼動作和鼓腮動作，然後慢慢呼氣或吸吮動作，重覆做5次，每日2回(高京華等, 2005; 徐翠蘭等, 2003; 謝永肖, 2004)。

4.3 咽部冷刺激法

冷刺激可提高吞咽的敏感性和速度，從而強化吞咽功能。用棉枝沾冷水，來按摩軟齶、舌根和咽後壁，每次5~8下，再囑患者做空吞咽的動作，每天做3次(高京華等, 2005; 趙曉輝、劉曉聯、曹櫻花, 2004)。

4.4 頸部活動度訓練

臨床上發現中風的患者常伴有癱瘓的情況，從而肌力亦會減少，所以增強了頸部的肌力，可使患者進食時利用頸部前屈的動作來配合吞咽。利用頸部屈曲的動作來誘發吞咽反射和喉部抬高，這能防誤咽的發生(王紅、趙紅、丁萍, 2004)。

4.5 通過吞咽肌群感覺誘發

用手指沿著甲狀軟骨到下頷的位置上下地按摩該處的皮膚，通過吞咽肌群的感覺來誘發吞咽反射(韓蓉蓉, 2000)。

4.6 聲帶內收訓練

囑患者雙手用力在胸前掌對掌推壓或按住桌子，閉氣5秒。此動作能使聲帶閉鎖，防止食塊走進呼吸道(周維金, 2002)。

4.7 屏氣——發聲運動

讓患者坐著，手支撐著椅面推壓和屏氣，然後突然放手並大開聲門，呼出氣發聲(高麗萍、霍春暖、瓦長水、于生文、于增志, 2003)。

4.8 喉上提訓練

此動作能消除食管入口處的緊張，擴大咽部的空間。囑患者張口將喉部上提或頭部向前伸2~3秒再低頭並在頸下施加阻力，保持動作數秒再作空吞咽動作(周維金, 2002)。

4.9 吸吮訓練+喉抬高訓練

此訓練是要求患者將吸吮和喉抬高這兩個動作結合。如這兩個動作能協調好，就可產生吞咽

動作(毛芙敏, 2000)。

上述9項訓練都具有它們的獨特的效能，但訓練者應以患者實際情況去訂定訓練項目。例如前五種訓練的動作都較易掌握，故適合每位患者。但“聲帶內收訓練”、“吸吮訓練+喉抬高訓練”和“屏氣發聲運動”這三項較難掌握，而且大部份的中風患者以中年和老年人為多，接受訊息能力可能會較差一點，加上他們多伴有其他障礙如肢體癱瘓等，這些訓練對他們都有一定的難度和危險性，如失平衡跌倒或閉氣時不適，所以此訓練不是每位患者都適合，因此訓練時護理人員應要加倍注意患者情況。故當中風吞咽困難的患者開始接受這些基礎訓練時，應先接受前五種較好，且“咽部冷刺激法”和“發音訓練”都可分配在日常口腔護理工作中進行，而“通過舌咽肌群感覺誘發”、“頸部活動度訓練”和“舌部和面部運動訓練”可分配在晨間護理如擦身擦臉時進行。因這些訓練都易於結合在上述的護理工作中進行，而最後三種訓練較適合軀體功能障礙較輕或學習能力較好的患者進行。對於輕度吞咽困難患者應採用攝食訓練。但進行攝食訓練時，因食物是直接由患者吞咽，所以為了預防誤咽等的情況出現，護理人員應在訓練前準備一些安全設置，如在床邊設置吸痰裝置、吸氧裝置等用物，當患者出現誤吸時可作即時的搶救措施。在患者進食時，護理人員應設置一個安靜、清潔的環境，使患者能舒適和集中精神地進食。另外，在進餐前的一段時間應停止任何治療，使患者避免出現緊張和痛苦的情緒而影響進食(郭長靜, 2004)。一般在進食體位方面要求患者取仰臥30°的頸部前屈體位，這樣會較易吞咽和減少誤吸的出現(毛芙敏, 2000; 周維金, 2002)。而在食物選擇方面，一般以半流質、有黏性和不易鬆散的食物為主(高麗萍等, 2003; 郭長靜, 2004)。但對於吞咽無力的人食物很易殘留在口腔或咽部，故還要配合一些訓練，如：1) 空吞咽+交互吞咽：當每次進食吞咽後，囑患者再作多次空吞咽動作，然後再喝約1~2 ml的水，這樣能刺激誘發下次的吞咽反射，且能除去咽部殘留的食物(高麗萍等, 2003)。在餵食或水時要注意患者有沒有發生誤咽或噎咳的情況，且要求患者集中精神不可說話。2) 側方吞咽：患者下頷分別左右轉動，以側面吞咽的方法去清除殘留於咽部兩側的梨狀隱窩的食物(高麗萍等, 2003)。3) 點頭樣吞咽：會厭軟骨處是容易殘留食物的部位。當吞咽後，頸部後屈時，殘留食物就會

被擠出，頸部再前屈作空吞咽，殘留食物就可被清除 (高麗萍等, 2003)。

5. 中風患者吞咽困難的早期功能訓練及護理之成效

綜合各資料所示，對中風伴吞咽困難的患者越早進行功能訓練的效果越明顯 (毛芙敏, 2000; 高京華等 2005; 高麗萍等, 2003)。且經吞咽功能訓練後，中風患者的體重和營養狀況等都比訓練前明顯增加，進食時噎咳的發生亦較沒有進行功能訓練的患者為少 (Lin et al, 2003)。另外對於有較重度吞咽困難的患者，經過進行飲食訓練後，吸入性肺炎的發生率亦有明顯下降 (張金花, 2002)。因此早期為吞咽困難患者進行功能訓練，使患者能恢復經口來進行有效的吞咽進食，減少併發症出現，提高患者的生活質量是一項很重要和必需的工作。

6. 結論

吞咽困難是中風後的一種常見的併發症，它所引起的各種併發症都會直接影響著患者的生活質量，嚴重者甚至可增加其致殘率和死亡率。研究結果顯示適當的早期功能訓練及護理可有效改善患者的吞咽功能，因此護士應積極充實相關知識，並適當分配日常護理工作的時間及流程，將簡單的吞咽功能訓練結合在常規護理工作中，以提升工作效益及服務質素，真正協助中風伴吞咽困難的患者走上康復之路。

參考文獻

- 毛芙敏 (2000). 110 例腦卒中病人吞咽障礙早期康復護理 [電子版]. *護理研究*, 14 (4), 171-172.
- 王紅、趙紅、丁萍 (2004). 腦卒中吞咽障礙病人的康復護理 [電子版]. *護理研究*, 18 (7), 1255.
- 石向群、包仕堯、王運良 (2003). 鼻飼腸內營養支援對急性腦卒中後吞咽功能及感染併發症的影響 [電子版]. *中華老年醫學雜誌*, 22 (8), 498-490.
- 何艷玲 (2003). 腦卒中後吞咽障礙的護理幹預 [電子版]. *中國基層醫藥*, 10 (10), 1081.
- 李玉龍、段芳齡、馬軍 (2005). 吞咽困難 [電子版]. *胃腸病學和肝病學雜誌*, 14 (2), 160-163.
- 周維金 (2002). 吞咽障礙康復治療的基本方法 [電子版]. *中國康復理論與實踐*, 8 (10), 584-585.
- 徐翠蘭、鹿麗華 (2003). 腦中風患者吞咽障礙的早期康復護理 [電子版]. *中國民康醫學雜誌*, 15 (12), 763.
- 高京華、羅紅梅、孫媛 (2005). 急性腦卒中攝食-吞咽障礙的早期康復護理 192 例 [電子版]. *陝西醫學雜誌*, 34 (7), 897-898.
- 高麗萍、霍春暖、瓦長水、於生元、於增志 (2003). 腦卒中吞咽障礙患者的早期康復護理 [電子版]. *中華護理雜誌*, 38 (5), 344-346.
- 郭長靜 (2004). 腦卒中致吞咽困難患者誤吸的預防及護理 [電子版]. *邯鄲醫學高等專科學校學報*, 17 (2), 149.
- 張金花 (2002). 飲食指導對腦卒中吞咽障礙患者吸入性肺炎的效果觀察 [電子版]. *浙江實用醫學*, 7 (5), 312-313.
- 張婧、王擁軍 (2003). 卒中後吞咽困難的評估和治療 [電子版]. *國外醫學腦血管疾病分冊*, 11 (4), 263-265.
- 張婧、王擁軍、張姍姍 (2004). 卒中後吞咽困難的臨床檢查及康復方法的選擇 [電子版]. *中國康復理論與實踐*, 10 (10), 632-633.
- 趙曉輝、劉曉聯、曹櫻花 (2004). 腦卒中患者吞咽障礙的護理 [電子版]. *中國實用護理雜誌*, 20 (8), 62-63.
- 澳門衛生局 (2004). 2003 年統計資料: 健康指標. 2006 年 1月20日檢索於澳門衛生局網站: http://www.ssm.gov.mo/design/statistic/IMAGES/be2003/be2003_Part_I.pdf
- 澳門衛生局 (2005). 2004 年統計資料: 健康指標. 2006 年 1月20日檢索於澳門衛生局網站: http://www.ssm.gov.mo/design/statistic/IMAGES/be2004/be2004_Part_I.pdf
- 謝永肖 (2004). 腦卒中吞咽障礙患者早期康復護理 [電子版]. *護士進修雜誌*, 19 (11), 1016-1018.
- 韓蓉蓉 (2000). 腦梗塞合併假性球麻痺致吞咽困難的康復治療 [電子版]. *中國康復醫學雜誌*, 15 (2), 105-106.
- Barclay, L. & Vega, C. (2005). *American Heart and American Stroke Associations Endorse New Stroke Rehabilitation Guidelines*. Retrieved October 3, 2005, from the Medscape web site: <http://www.medscape.com/viewarticle/511995>
- Lin, L.C., Wang, S.C., Chen, S.H., Wang, T.G., Chen, M.Y., & Wu, S.C. (2003). Efficacy of swallowing training for residents following stroke [electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (5), 469-478.
- Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I. R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke [electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 416-426.
- WHO (2005). *Global burden of stroke*. Retrieved October 3, 2005, from the WHO web site: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf