

# 阿尔兹海默症患者吞咽障碍护理研究进展

崔盼 李永举

(山东大学齐鲁医院德州医院神经内科一病区 山东德州 253000)

**【摘要】**阿尔兹海默症(AD)是由环境改变、生活方式不良、基因变化等多个因素导致的痴呆类型,其病因复杂,常见学说有神经血管假说与 $\beta$ -淀粉样蛋白瀑布学说等。该病会使脑神经细胞萎缩与死亡,累及大脑皮质功能,进而导致认知障碍,诱发吞咽障碍等并发症。AD合并吞咽障碍患者的窒息率、器官功能衰竭率较高,多伴随营养不良、吸入性肺炎与误吸等表现,会增加疾病严重度。为此,本文综述该合并症的常见病因、影响因素、评估方法与护理方法等内容,以指导临床工作,改善疾病预后。

**【关键词】**阿尔兹海默症; 吞咽障碍; 影响因素; 护理方法

Progress in nursing research for swallowing disorders in patients with Alzheimer's disease

Cui Pan, Li Yongju

Department of Neurology, Qilu Hospital, Shandong University, Dezhou 253000

**[Abstract]** Alzheimer's disease (AD) is a type of dementia caused by environmental changes, poor lifestyle, genetic changes and other factors. Its etiology is complex, and common theories include neurovascular hypothesis and  $\beta$ -amyloid waterfall theory. The disease will make the brain nerve cells atrophy and death, involving the cerebral cortical function, and then lead to cognitive impairment, induced swallowing disorders and other complications. Patients with AD swallowing have a high rate of asphyxia and organ failure, often accompanied by malnutrition, aspiration pneumonia and aspiration, which will increase the severity of the disease. To this end, this paper reviews the common causes, influencing factors, evaluation methods and nursing methods of the complication, so as to guide clinical work and improve disease prognosis.

**[Key words]** Alzheimer's disease; swallowing disorder; influencing factors; nursing method

AD是中老年人群较为高发的痴呆疾病,是由大脑结构损害所导致的神经系统疾病,其症状为智力下降、记忆力受损以及人格障碍等,多合并吞咽障碍。该合并症容易导致吸入性肺炎,进而增加AD患者的死亡率。为此,需强化对该合并症患者的护理管理,综合分析该合并症的影响因素和评估方法,并实施多样化护理干预,以防止吞咽障碍继续进展,缩短AD患者的治疗周期,全面改善远期疗效。

## 1. AD患者吞咽障碍的常见病因

胃食管反流是吞咽障碍的常见原因,罗敏<sup>[1]</sup>等研究指出,胃食管反流是吞咽障碍的主要诱因,其OR值为3.334。咽部感染同为该合并症的主要原因,感染会加重食管-胃界面的充血和水肿程度,进而诱发较重的吞咽困难表现。许戎鸾等<sup>[2]</sup>等研究指出,住院期间发生肺炎是重度吞咽障碍的独立性危险因素,其OR值为5.537,95%CI值为1.258至24.367。而胃肠道细菌感染会增加胃酸分泌量,使炎性因子大量释放,进而促进胆汁分泌,导致食道反流等情况,是吞咽障碍的病因之一。

## 2. AD患者吞咽障碍的影响因素

### 2.1 患者因素

年龄是AD合并吞咽障碍的主要影响因素,王甜梦等<sup>[3]</sup>研究对ROC曲线进行分析,可见年龄预测吞咽障碍的曲线下面积为0.598,灵敏度为91.30%,特异度为31.40%,由此证实,年龄是增加AD患者合并吞咽障碍的因素之一。此

外,女性患者、文化水平低均是该合并症的影响因素。

### 2.2 药物因素

抗精神病药物易导致锥体外系反应,降低咽喉部位的环状括约肌反射功能,进而导致咽喉肌群功能失调,诱发吞咽障碍。而抗精神病药物的加药速度过快、使用剂量过大、突然停药、联合用药不当均是该合并症的常见影响因素。申永辉等<sup>[4]</sup>研究利培酮对AD患者吞咽障碍的具体影响,发现利培酮会使吞咽障碍的病情加重,停用该药以后,患者的吞咽障碍程度减轻。由此证实,抗精神病药物对于吞咽障碍的影响性较大,且存在剂量相关性,需合理制定药物剂量和疗程,以此预防吞咽障碍。

### 2.3 疾病因素

AD患者普遍存在认知障碍,可见记忆力减退、视空间能力下降、言语功能失调等,同时会损伤患者的抽象思维,使患者表现出明显的躁动、呛咳、冲动、噎食等社会行为症状<sup>[5]</sup>。

### 2.4 其他因素

长期卧床患者的进食姿势不当,存在进食依赖等进食方式不当等情况,且进食速度快,对于食物的咀嚼效率低,个别患者偏好于固体食物、流质食物,以上因素均会提高吞咽障碍的发生风险。

## 3. AD患者吞咽障碍的评估方法

### 3.1 筛查方法

#### 3.1.1 饮水洼田试验(WST)

WST适用于精神状态较佳的患者,可以全程配合试验。其具体流程为:使患者保持坐位,备好温开水30ml,要求

患者一次性饮完,评估其饮水时间与呛咳发生率等情况。其评分标准为:(1)能够一次性饮完,未见呛咳,其中5s以内饮完记作a,5s以上饮完记作b;(2)饮完次数在2次或以上,未见呛咳;(3)能够一次性饮完,存在呛咳反应;(4)2次或以上饮完,存在呛咳;(5)多次呛咳,无法全部饮完。阳性标准为(1)b或(2)至(5)<sup>[6]</sup>。

### 3.1.2 进食评估问卷-10(EAT-10)

EAT-10适用于存在进食经历、饮水经历的吞咽障碍患者。该问卷包含10条,均是4等级,即0至4分,总分值超出3分记作异常<sup>[7]</sup>。该问卷可早期识别AD患者的吞咽障碍风险,评估患者的进食功能、吞咽能力。

### 3.1.3 反复唾液吞咽测试(RSST)

RSST适用于精神状态较佳的患者,要求患者保持半坐位、坐位,记录患者在30s内的喉上抬幅度、吞咽次数,若为高龄患者,在特定时间内完成3次动作为正常。正常情况下,该测试介于1至4分,分值高,吞咽障碍重。

## 3.2 功能评估方法

### 3.2.1 吞咽功能评估量表(GUSS)

GUSS可对患者进行间接性、直接性吞咽测试,前者的分值范围在5分,后者分三步,要求患者分别进食半固体食物、液体食物与固体食物,每步均是5分。在评估过程中,若间接性测试未通过,则终止测试。其评分标准为:吞咽功能正常即20分,轻度障碍即15至19分,中度障碍即10至14分,重度障碍即0至9分<sup>[8]</sup>。

### 3.2.2 标准吞咽功能评估量表(SSA)

SSA评估流程分三步,若初步评估结果正常,则开展第二步评估,指导患者饮水5ml,共饮水3次,观察患者的流涎、咳嗽、咽喉运动、哽咽等情况。患者可完成2次或以上的饮水动作,即为正常,可继续第三步评估<sup>[9]</sup>。

## 4. AD患者吞咽障碍的护理方法

### 4.1 进食护理

#### 4.1.1 进餐环境护理

AD患者伴有易激惹、躁动等行为障碍,且认知功能损伤,在进餐时难以集中注意力,会影响进餐顺利性。AD患者对于进餐环境的要求较高,嘈杂、压抑的进餐环境会激发患者的焦虑、烦躁等情绪,进而影响其进餐质量。为此,患者在进餐时需禁止饭间谈笑、看电视、听广播等行为,使患者尽量集中注意力,预防误吸或呛咳等行为。

#### 4.1.2 餐具护理

AD合并吞咽障碍患者在进餐时,会因为进餐用具对于口腔内感官的刺激而提升吞咽反射能力,增进患者的食欲。此外,该病患者的记忆功能下降,易合并食物失认症,难以准确辨别食物,且会在进餐期间出现拒食、中止进食等行为。为此,需使用色彩鲜明的餐具,或使用患者的常用餐具。在烹饪食物时,做到色香味俱全,尽量保证食物多元化,营养均衡,以刺激患者食欲。此外,进餐用具尽量选择硅胶类筷子、硅胶类勺子,防止患者出现误伤行为。

#### 4.1.3 进餐方法护理

AD患者对于汤勺等进餐用具的使用熟练度一般,可能一次性进食过多,或直接用手抓取食物,导致无节制进食等情况。为此,对于轻度吞咽障碍患者,需严格把控其每口的

进食量,尽量选择小巧、薄厚适宜的汤匙,要求患者将食物送至舌根处。家属全程陪同患者,要求患者不可过快进食。食物进入口中后,可咀嚼3min左右,而后送入下一口食物,每餐的进食时间约是45min。若存在重度吞咽障碍,则予以鼻饲进食,每次少量进食,注意把控鼻饲速度,每隔2h进食1次。

### 4.1.4 进餐体位护理

轻度吞咽障碍者,在进食时可选择坐位,使其头部轻微向前倾,以保证食物顺利进入食道。若难以直坐、卧床时间长,则辅助患者保持仰卧位,将床头抬高约30至40°,以顺利吞咽食物。血管性AD患者多伴有偏瘫症状,在进食前,需使用软枕垫起偏瘫一侧的肩部,使患者身体倾斜至健侧,防止食物经口漏出,并能避免食物残留至偏瘫一侧的口腔中。对于重度吞咽障碍者,需评估其生理需要量,将头部偏于患侧,取侧卧位或是半卧位,将床头抬升30°,以提高鼻饲顺利性。鼻饲完成后,使其继续保持30至60min的半卧位,使患者改为平卧位,以避免食物反流。孙炜怡等<sup>[10]</sup>研究中,为老年吞咽障碍患者营造舒适且安静的环境氛围,使其半卧位、端坐位饮食,并抬高床头,确保患者安全进食。结果显示,试验组的误吸发生率在6.70%,白蛋白状况更优;对照组的误吸发生率在30.0%,白蛋白状况较差,组间相比有差异。由此可见,进餐体位护理能够预防吞咽障碍患者的误吸情况,改善其营养状态。

### 4.1.5 营养支持护理

AD患者多伴有坐立不安、无目的散步等行为,而进食量较少,因此容易出现营养不良等情况。为此,需合理选择AD合并吞咽障碍患者的食物种类。对于轻度障碍者,建议食用菜泥、汤面等半流食,而中重度障碍可食用豆浆、米汤和牛奶等流食。同时应注意食物的密度均匀,黏稠性合理,以降低患者的吞咽难度。对于营养状态欠佳者,可联合瑞先营养制剂,其含有58g/L的脂肪、56g/L的蛋白质、188g/L的碳水化合物,1.50kcal/ml的热量,以满足营养需求,给予科学的营养支持。卓玉荣等<sup>[11]</sup>为吞咽障碍患者实行营养支持疗法,结果可见观察组的营养指标更优异,总有效率高达93.18%,可见营养支持疗法可以调节患者的营养状况,提升临床疗效。

## 4.2 康复护理

### 4.2.1 吞咽功能训练

吞咽障碍患者的常见功能训练方法为咀嚼肌、颊肌、舌肌等训练,目标是提升吞咽反射能力,避免吞咽肌群萎缩。同时进行颈部活动训练,可屈伸颈部,逐步扩大活动范围。指导患者重复开展深呼吸、憋气与咳嗽训练,并对咽喉进行冷刺激训练,逐步恢复患者的吞咽灵活度。姜凯慧等<sup>[12]</sup>为AD患者进行呼吸训练、唇部发辅音训练、空吞咽动作训练、声门训练、摄食训练,并评估其误吸评分,结果显示,对照组的误吸评分在(3.87想1.35)分,相比于对照组低,可见吞咽功能训练可保护AD患者的吞咽功能,预防误吸。

### 4.2.2 吞咽技巧训练

吞咽障碍患者的一口进食量约是2至4ml,再根据患者的疾病情况加量至每口5至20ml。条件允许,可开展容积-黏度测试,或指导患者进行吞咽造影检查,以此为基础选择食物一口量和黏稠度<sup>[13]</sup>。指导患者练习交互吞咽动作、空吞咽动作、点头样吞咽动作、侧方吞咽动作,以提升食团内压

力,使患者逐步掌握吞咽技巧。

#### 4.2.3 口腔护理

饭前饭后、鼻饲前后,均指导患者用温盐水漱口。选择软毛牙刷,一端蘸取生理盐水,另一端接通负压吸引器,压力值在 0.013 至 0.020Mpa,以此清洁牙齿内外面、咬合面,各面清洁 15s,每日清洁 3 次。

综上,AD 合并吞咽障碍的病情比较复杂,需根据患者的疾病程度合理制定护理措施,以进食护理、康复护理等措施预防吞咽障碍加重,全面改善疾病的治疗预后。但在未来研究中,还需动态评估该合并症患者的危险因素,以多中心、大规模研究等方式优化护理方案,以最大程度上发挥临床护理优势。

#### 参考文献:

- [1]罗敏,宋佳,万津,等.慢性阻塞性肺疾病患者吞咽障碍的发生现状及影响因素研究[J]. 护理与康复, 2023, 22 (4): 1-5, 10.
- [2]许戊鸾,谢咏祺,张庆苏,等.颈髓损伤患者吞咽障碍危险因素分析[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2023, 45 (12): 1099-1103.
- [3]王甜梦,曾泓辑,李彩霞,等.脑卒中后吞咽障碍患者吸入性肺炎的影响因素分析及预测模型构建[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2024, 46 (7): 618-623.
- [4]申永辉,陈致宇,陈斌华,等.利培酮对阿尔茨海默病患者吞咽障碍影响的研究[J].中国现代医生, 2019, 57 (21): 102-105.
- [5]阎婷.阿尔兹海默症患者吞咽障碍的综合护理干预[J]. 饮食保健, 2019, 6 (22): 232-233.
- [6]张蒙蒙,孙洁,陈伟,等.咽反射功能对洼田饮水试验评估吞咽障碍准确性的影响[J].中国康复, 2020, 35 (10): 529-531.
- [7]王莹,王司晔,孙丽,等.洼田饮水试验和 EAT-10 在帕金森病吞咽障碍中的应用[J]. 交通医学, 2020, 34 (3): 289-291.
- [8]郑清华,杨楠楠.基于 GUSS 分级吞咽护理对帕金森病伴吞咽功能障碍患者的作用[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2024, 28 (6): 379-382.
- [9]潘思京,郭章宝,邵卫,等. SSA 量表与 GUSS 量表在急性脑卒中吞咽障碍评估中的信度和效度对比[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2024, 46 (1): 23-27.
- [10]孙炜怡,黄贤凤,惠宁,等.老年吞咽障碍患者安全进食评估及护理干预研究[J].家庭保健, 2021, 5 (19): 246-247.
- [11]卓玉荣,武珏瑛. 营养风险筛查指导下进行营养支持治疗对出血性脑卒中伴吞咽障碍患者营养状况及康复进程的影响[J]. 中国基层医药, 2021, 28 (12): 1852-1855.
- [12]姜凯慧,张建薇,孟丽君,等. 认知刺激疗法结合重塑吞咽功能训练对阿尔兹海默症患者认知能力以及吞咽障碍的影响[J]. 海军医学杂志, 2023, 44 (1): 69-73.
- [13]晔媛媛,徐建珍,黄绍春,等. 脑卒中照护者吞咽障碍安全进食知识与喂食行为调查研究[J]. 循证护理, 2021, 7 (18): 2489-2493.

上接第 277 页

### 3.讨论

终末期肾病腹膜透析病人营养不良状态与多重因素有关,包括感染、酸中毒、食欲缺乏、透析不充分、残余肾功能低下或丧失、内分泌紊乱,影响营养物质的摄入,不利于

患者整体健康状态的改善。在实施护理干预过程中应围绕患者实际情况,从制定饮食方案、加强健康教育、提供心理疏导、做好透析护理等方面展开,消除影响患者营养状态的因素,缓解病情,促进患者整体健康状况的改善。在未来的研究中,应持续开展个性化、多元化的护理模式,进一步满足不同人群的护理需求,持续提高终末期肾病腹膜透析病人的营养护理质量。

#### 参考文献:

- [1]郭利群,彭文君,栾运慧.自我和谐对终末期肾病腹膜透析病人康复结局的影响[J].循证护理, 2023, 9 (21): 3971-3974.
- [2]廖锋群.终末期肾病腹膜透析患者外科手术围术期应用自动化腹膜透析与连续性肾脏替代疗法的临床效果比较[J].中国医学工程, 2021, 29 (1): 92-94.
- [3]王敏,杨朝霞,张卫,等.终末期肾病腹膜透析患者退出原因及危险因素分析[J].齐鲁护理杂志, 2023, 29 (13): 127-130.
- [4]柯秀香,陈华容,吴素敏.探讨营养联合护理干预对终末期肾病维持性血液透析患者睡眠和生命质量的影响[J].世界睡眠医学杂志, 2024, 11 (1): 200-202.
- [5]苏竞.营养护理在终末期肾病血液透析患儿中的应用[J].妇儿健康导刊, 2024, 3 (2): 172-175.
- [6]卢秀龙,魏珠珠,李宇慧,孔莉娜,李雅输.血液透析患者集束化护理对于导管相关性血流感染的预防效果[J].吉林医学, 2023, 44 (7): 2055-2058.
- [7]刘兰霞,张娟,刘嘉欣,等.基于循证构建血液透析导管相关性血流感染早期识别及护理流程管理方案[J].循证护理, 2024, 10 (3): 421-426.