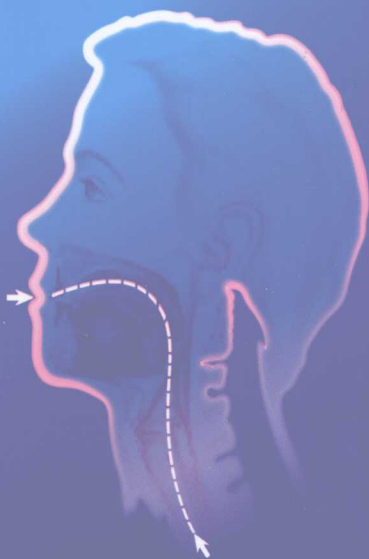


脑血管病临床手册系列

总主编 王拥军

脑卒中 吞咽障碍 临床手册



Bedside Manual on Dysphagia and Stroke

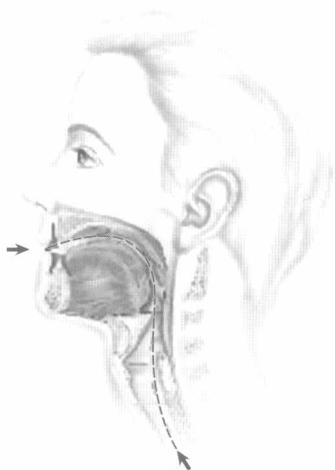
主 编 张 婧 陆菁菁



人民卫生出版社

脑血管病临床手册系列

脑卒中 吞咽障碍 临床手册



Bedside Manual on Dysphagia and Stroke

总 主 编 王拥军

主 编 张 婧 陆菁菁

编 者 (以姓氏拼音排序)

陈立云 杜万良 方瑞乐 马越涛

牛松涛 秦海强 宋 田 唐鹤飞

杨 波 于丹丹 周 筠 邹新颖

总主编助理 张 婧

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

脑卒中吞咽障碍临床手册/王拥军总主编. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 9

ISBN 978-7-117-10311-4

I. 脑… II. 王… III. 中风-吞咽障碍-诊疗-手册 IV. R745.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 083850 号

脑卒中吞咽障碍临床手册

总 主 编: 王拥军

主 编: 张 婧 陆菁菁

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/32 印张: 4.5

字 数: 81 千字

版 次: 2008 年 9 月第 1 版 2008 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10311-4/R · 10312

定 价: 29.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

本书受“十一五”国家科技支撑计划重大项目——“缺血性卒中急性期病因诊断、临床分型及规范治疗”资助（课题编号：2006BAI01A11）

课题负责人：王拥军

课题负责单位：首都医科大学附属
北京天坛医院



脑血管病临床手册系列编委会

(以姓氏拼音排序)

董可辉 高培毅 龚浠平

刘丽萍 陆菁菁 王春雪

王伊龙 杨中华 张 婧

赵性泉 赵志刚 郑华光





序

2003年3月美国专科医生委员会(ABMS)批准美国精神病学和神经病学委员会(ABPN)关于设立血管神经病学资格考试的申请。从此一个新的学科正式产生,这就是血管神经病学(vascular neurology)。血管神经病学是特定的医学领域,它利用临床检查、影像、介入技术、药物对中枢神经系统缺血和出血性疾病进行评价、监护、治疗和预防。血管神经病学医师参与血管病的多学科医疗,包括流行病学、基础科学、临床神经病学、神经影像、重症监护、血管内介入治疗、神经血管外科、神经外科、神经超声、脑血流与代谢、神经行为、神经康复。同时血管神经病学医师获得中枢神经系统血管支配及其病变时改变的详尽知识,并且管理门诊、病房、监护室的卒中患者。血管神经病学的产生把脑血管病的临床推向一个全新的阶段。

2004年,我和姜卫剑教授、高培毅教授在首都医科大学为研究生开设了《血管神经病学》的课程,反响之好,超出了我的想象。之后,结合血管神经病学的基本理论,我在全国进行了多场脑血管病分层诊断和处理的讲座,在与全国各地的医生交流中,

我深深体会到我们缺乏一套具有操作性的脑血管病临床手册,于是我和我的同事们着手编写了这套《脑血管病临床手册 (A Protocol-based Manual for Cerebrovascular Diseases)》。

这套脑血管病临床手册一共由 12 个分册组成,内容包括解剖、诊断、临床治疗等各个方面。各个部分自成一册,目的是便于临床医生携带查阅。这 12 本手册的内容分别是:

1. 临床脑血管解剖手册
2. 脑血管病国际疾病分类手册
3. 脑血管病临床检查与诊断手册
4. 脑血管病影像学手册
5. 经颅多普勒超声诊断手册
6. 急性脑血管病医疗手册
7. 卒中单元操作手册
8. 脑血管病重症监护与治疗手册
9. 缺血性脑血管病二级预防手册
10. 脑血管病药物手册
11. 脑卒中吞咽障碍临床手册
12. 脑血管病量表手册

脑血管病临床手册是以北京天坛医院脑血管病中心的医疗模式为基础撰写的,难免会有偏颇之处,也不一定适合所有的医院,它仅供大家在医疗实践过程中参考。

这套手册也是国家“十一五”课题“缺血性卒中急性期病因诊断、临床分型及规范治疗(课题编号:2006BAI01A11)”的重要产物,它是在研究后

期临床医疗质量持续改进的重要参考工具。

在此感谢全国从事脑血管病医疗实践的医生,是你们的问题给了我写作的灵感和动力。感谢我的同事们,是你们在临床不断的探索逐渐完善了今天的医疗模式。感谢所有的编者,你们的忘我工作让天坛医院脑血管病医疗经验变成可以供大家参考的资料。感谢科技部、卫生部在国家科技支撑计划中给予的支持。

王拥军

2008年6月



前言

要想做到最好的卒中治疗，那么其治疗体系中必须包括针对卒中后吞咽障碍的诊断和治疗。吞咽障碍既可在脑卒中后立即明显地表现出来，也可在发病后数天内逐渐出现。研究表明发病 3 天内的急性卒中患者中约有 50% 存在不同程度的吞咽障碍。吞咽障碍可能导致严重的内科并发症，包括脱水、营养不良、皮肤压疮、误吸性肺炎和意识障碍。如果患者存在吞咽障碍，而没有给予相应地诊断和治疗，那么这些并发症将更容易发生。有证据表明，对卒中后吞咽障碍的早期发现、早期诊断和早期治疗是降低这些并发症的非常重要的手段。吞咽障碍也与患者住院时间延长、不能回归家庭、死亡率增高有关。因此早期发现吞咽障碍并给予适当的治疗，有可能减少住院时间并降低并发症的发生率。

许多卒中治疗指南中明确写出卒中后吞咽障碍的管理流程，关于吞咽障碍诊断与管理的普遍观点是：

所有卒中患者必须接受快速及时的吞咽障碍筛选，以减少并发症的发生。筛选结果为阳性的患

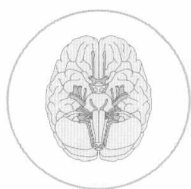
者必须接受吞咽障碍专家所提供的快速、及时、全面的吞咽困难评估。吞咽障碍者需要遵循吞咽障碍管理指南的要求并接受恰当的、个体化的管理以及营养管理。

本手册介绍脑卒中后如何进行吞咽困难的管理,主要包括吞咽障碍筛选、评估、治疗三个部分,另外还有非常重要的内容,即吞咽困难管理小组的组建、人员的培训及健康教育。吞咽困难的管理不仅仅是语言治疗师及作业治疗师、物理治疗师的任务,更需要医生、护士、家庭成员、患者自身以及照看者的共同参与。

本手册分为九章。分别从脑卒中吞咽障碍的概述、管理小组的构成及任务、常见症状与体征及其发生机制、筛选、评估、治疗、人员培训、护理、健康教育及安全警示等方面进行论述。

主编

2008年6月



目

录

第一章 脑卒中后吞咽障碍的常见 症状、体征及其发生机制	1
一、常见症状与体征	1
(一) 口阶段吞咽障碍	1
(二) 咽阶段吞咽障碍	2
(三) 口阶段与咽阶段吞咽障碍都可造成 下列异常	3
二、吞咽障碍发生机制	4
(一) 口唇闭合功能降低	4
(二) 舌运动功能降低	4
(三) 软腭运动差	6
(四) 咽肌收缩幅度下降	8
(五) 喉结构上提、关闭的异常	9
(六) 会厌返折异常	10
(七) 环咽肌打开不充分或不能	14
(八) 声门关闭不全	14
三、吞咽障碍的并发症	17
(一) 误吸	17
(二) 营养不良	18

(三) 脱水	19
--------------	----

第二章 概述脑卒中后吞咽障碍的管理

管理	20
----------	----

一、吞咽障碍小组的组建	20
二、脑卒中患者吞咽功能管理的流程	20
三、吞咽障碍的筛选	23
四、吞咽障碍的评估	24
(一) 临床床旁评估(CBA)	24
(二) 仪器评估	24
五、吞咽障碍的治疗	25
六、再评估	25
七、教育与培训	25

第三章 吞咽障碍多学科管理小组的构成及任务

构成及任务	26
-------------	----

一、医生	26
二、语言治疗师	27
三、作业治疗师	29
四、物理治疗师	29
五、护士	29
六、营养师	30
七、社会工作者	30
八、放射科医生	30
九、卒中患者、家属及照看者	31

第四章 吞咽障碍的筛选	32
一、完成人	32
二、筛选方法	32
三、筛选方法的实施	32
第五章 吞咽障碍的评估	37
一、完成人	37
二、评估方法	37
(一) 床旁评估	37
(二) 电视透视检查	57
(三) 实时监测	69
第六章 吞咽障碍的治疗	70
一、吞咽障碍针对性治疗	70
(一) 口运动训练	70
(二) 直接方法	89
(三) 代偿性方法	92
二、饮食改进	97
(一) 液体食物的改进	97
(二) 固体食物的改进	99
(三) 吞咽困难患者避免的食物种类	102
三、饮食器具及喂养方法	103
(一) 进食体位	103
(二) 喂养的方法	104
(三) 进餐环境	105
(四) 进食的器具	105

四、胃肠营养	106
(一) 脑卒中患者采取胃肠营养的时机	107
(二) 胃肠营养的方法	107
(三) 胃肠营养方法和时机的选择	108
(四) 生存质量以及伦理问题	110
(五) 管饲饮食的注意事项	111
(六) 喂养方式	111
(七) 管饲饮食的并发症及其防治	112
 第七章 人员培训	114
一、吞咽专业人员/语言治疗师的培训	114
二、医生培训	114
三、护士培训	114
四、患者、家属、照看者的培训	115
五、营养师的培训	116
六、社区医生培训	116
 第八章 吞咽障碍的护理	117
一、卒中对口腔健康的影响	117
二、口腔护理	118
三、服药	120
 第九章 健康教育和安全警示	123
一、吞咽障碍的症状和体征	124
二、吞咽障碍患者预防并发症的措施	125
(一) 防止吸入性肺炎	125
(二) 预防窒息	125
(三) 服用药物	126

第一章

脑卒中后吞咽障碍的常见症状、体征及其发生机制

一、常见症状与体征

临床评估是获得吞咽障碍症状、体征最直接的手段。病史中常见的症状为饮水呛咳、进食呛咳、进食缓慢等。经过标准的口面检查还可以发现其他吞咽障碍的症状和体征。

(一) 口阶段吞咽障碍

- 流涎。
- 唇闭合无力。
- 鼓腮不能。
- 构音障碍，指肌肉控制异常影响了呼吸和发音所导致的言语障碍。
- 舌无力影响咀嚼。
- 吞咽后口内有食物残留。
- 分次吞咽，患者的一次吞咽动作不能将口腔内本可以一次安全咽下的食物完全咽下，需要两次及以上的吞咽才能将食物完全或部分地送入咽部。
- 仰头吞咽，指在吞咽动作开始前或吞咽过程中，仰头的动作。

- 口阶段吞咽延迟,指给予吞咽指令到吞咽开始启动之间的时间超过2秒,这一概念与透视下的吞咽延迟概念不同。
- 吞咽启动不能,指患者将食物放入口中后始终不能启动并完成一个完整的吞咽动作。
- 软腭麻痹。
- 低头吞咽,指在吞咽时的低头动作。
- 咽反射异常,指刺激咽后壁缺乏单侧或双侧软腭或咽壁收缩,或收缩减弱。
- 鼻音。

(二) 咽阶段吞咽障碍

- 唾液在口咽部聚集,指唾液等口咽分泌物存留于口腔或咽部,不能咽下,必须定期吐出。
- 发声困难,指声音质量、音调、强度等参数的异常。
- 声音嘶哑。
- 自主咳嗽异常,是指令患者主动进行咳嗽动作,所完成的咳嗽反应减弱、咳嗽声音减弱或不能自主咳嗽。
- 一口量减小,指能一次完全咽下而没有误吸的食物量,也称为吞咽限度。正常人一口量为20ml,大于这个量才会出现分次吞咽,而患者的一口量往往减少,一般在3~20ml之间。
- 吞咽延迟。
- 喉结构上提幅度降低。
- 无效吞咽,指在真正的吞咽动作前,有数次试图吞咽的动作或者吞咽犹豫动作,表现为喉结构

上提,但未达到足够的幅度,故不能完成真正的吞咽。

- 重复吞咽,指患者一次吞咽不能将进入咽部的本可以一次安全咽下的食物完全咽入食管,需要两次以上的吞咽动作,才能将食物完全或部分地咽入胃内。
- 用力吞咽。
- 咽下困难,指吞咽时,食物经过咽部时存在障碍的情况。
- 喉部食物梗阻感。
- 吞咽后声音改变,指饮定量水或进食之后声音质量的改变。
- 鼻反流。

(三) 口阶段与咽阶段吞咽障碍都可造成下列异常

- 误吸。
- 饮水相关的呛咳,指饮一定量水后立刻或1分钟之内出现咳嗽。
- 进食相关的呛咳,指吞咽一定量固体食物后立刻或1分钟之内出现咳嗽。
- 进餐时间延长,指所进食物的量与质地相同,而所需时间延长。
- 吞咽后的清嗓动作。
- 吞咽后喘息或憋喘症状。
- 卒中后出现咳嗽、咳痰或较前增多的情况。
- 进餐后痰液增多。
- 反复发生的肺炎。