

吞咽训练对脑卒中吞咽障碍的疗效

尹伟华¹, 郭永禄¹, 郭锐²

【摘要】 目的: 观察吞咽康复训练对脑卒中后吞咽障碍的疗效。方法: 脑卒中后伴吞咽障碍的患者 398 例, 分为康复组 198 例和对照组 200 例, 2 组均常规进行神经内科药物治疗, 康复组增加被动手法刺激诱发咽反射及咳嗽反射等吞咽康复训练, 采用饮水试验和临床疗效评定评价治疗前后 2 组患者的吞咽功能。结果: 治疗 1 个月后, 2 组饮水试验评分 < 3 分的患者均较治疗前明显增加, 且康复组明显多于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组临床疗效比较, 康复组总有效率明显优于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 吞咽康复训练可以促进脑卒中患者吞咽功能障碍的恢复。

【关键词】 手法刺激; 咽反射; 咳嗽反射; 吞咽障碍; 脑卒中

【中图分类号】 R49; R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.03.012

摄食-吞咽障碍是脑卒中患者常见且较为严重的并发症之一, 有报道约 37%~78% 急性脑卒中患者存在不同程度的吞咽困难^[1]。巩尊科等^[2]报道 62.5% 脑卒中患者发生吞咽障碍。吞咽障碍不仅发生率高, 而且导致的后果严重, 如反复肺部感染、脱水、电解质紊乱等, 严重影响患者的生存质量。本文采用吞咽康复训练对脑卒中后吞咽障碍患者进行治疗, 观察到刺激患者口咽部, 利用咽、咳嗽反射诱导自主运动, 效果显著, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2005~2010 年住院的脑卒中伴吞咽功能障碍患者 398 例, 均符合第四届全国脑血管病学术会议制定的诊断标准, 并经颅脑 CT 或 MRI 确诊, 神志清楚, 生命体征稳定, 无明显认知障碍, 无严重心、肺功能不全, 无影响吞咽的口腔或咽喉疾病。398 例分为 2 组, ①康复组 198 例, 男 112 例, 女 86 例; 平均年龄 (60.6 ± 10.2) 岁; 平均病程 (42.0 ± 3.6) d; 脑梗死 176 例, 脑出血 22 例。②对照组 200 例, 男 127 例, 女 73 例; 平均年龄 (60.3 ± 9.7) 岁; 平均病程 (38.5 ± 4.0) d; 脑梗死 188 例, 脑出血 12 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法 2 组患者均进行常规神经内科药物治疗和护理, 康复组同时加用吞咽康复训练^[3]: ①被动手法刺激: 用压舌板或蘸水的长棉棒刺激舌后根、腭弓、软腭诱发咽反射, 引发吞咽动作; 压舌板用力下压舌后部

咽喉部, 力量大小依患者病损情况及反应程度而定, 以此触发咳嗽反射引起咳嗽或作呕反应。②舌训练: 舌肌张力非常低时, 使用舌板反复压舌刺激; 舌肌有一定张力出现主动运动时, 使用舌钳诱导舌运动; 舌肌张力较高时, 使用无菌纱布或舌钳牵拉舌, 降低张力。③冰刺激: 使用带棉签的细冰棒刺激腭弓、软腭、舌后部。④口唇训练: 手指叩打口周, 肌张力高时可冰刺激; 练习口抿筷子、使用奶嘴或吸管吸。⑤面颊训练: 闭嘴或捏住嘴鼓腮和向内嘬交替练习。⑥咀嚼肌训练: 根据肌张力高低, 分别采用按摩、按压或冰刺激。⑦下颌张口训练: 张口困难时使用冰刺激或/和张口牵拉训练。上述训练每次 30 min, 每日 1~2 次。⑧摄食训练: 患者开始从口进食时开始训练, 患者坐位或半卧位, 首次可先食米糊、豆腐脑、蛋羹、压碎的香蕉、打成糊的营养餐; 开始一口量 1~2 ml, 3~5 次后一般 3~4 ml。

1.3 评定标准 2 组患者于治疗前后进行饮水试验测定和临床疗效评定^[4]。①饮水试验: 患者于坐位时饮 30 ml 常温水, 观察全部饮水的状况及时间。1 分, 能 1 次 (5 s 内) 饮完, 无呛咳、停顿; 2 分, 能 1 次饮完, 但 > 5 s, 或分 2 次饮完, 但无呛咳、停顿; 3 分, 能 1 次饮完, 但有呛咳; 4 分, 分 2 次饮完, 但有呛咳; 5 分, 有呛咳, 全部饮完有困难。1 分为正常, 2 分为可疑, > 3 分为异常。②临床疗效: 治愈, 吞咽功能完全恢复, 饮水试验评定正常; 显效, 吞咽功能基本恢复, 能正常进食饮水试验 2 或 3 分; 好转, 吞咽功能改善, 可顺利进流质饮食饮水试验 3 或 4 分; 无效, 吞咽功能改善不明显, 仍需鼻饲, 饮水试验评分无变化^[5]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 秩和检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

基金项目: 河北省科技技术研究与发展计划项目 (102761103)

收稿日期: 2012-03-15

作者单位: 1. 邢台市第三医院, 河北 邢台 054001; 2. 邢台医专第二附属医院, 河北 邢台 054000

作者简介: 尹伟华 (1964-), 女, 副主任护师, 主要从事吞咽障碍康复治疗方面的研究。

2 结果

治疗1个月后,2组饮水试验评分 <3 分的患者均较治疗前明显增加,且康复组明显多于对照组。治疗后,2组临床疗效比较,康复组总有效率明显优于对照组。见表1。

表1 2组治疗前后饮水试验评分及治疗后临床疗效比较 例

组别	n	饮水试验评分				临床疗效				
		治疗前 <3	治疗前 ≥ 3	治疗后 <3	治疗后 ≥ 3	治愈	显效	好转	无效	总有效率%
康复组	198	0	200	158 ^{ab}	40 ^{ab}	61	103	31	3	98.5 ^b
对照组	200	0	200	43 ^a	157	18	32	77	73	63.5

与治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组比较,^b $P<0.01$

3 讨论

脑卒中后的吞咽障碍主要是由皮质脑干束受损导致的假性球麻痹与延髓神经核和周围神经受损导致的真性球麻痹引起。吞咽功能的恢复,一是依赖病损神经功能的恢复,二是大脑中枢神经功能重组作用代偿。由于吞咽机制的神经网络和皮质代表区广泛,因此吞咽困难对康复治疗可能具有良好反应。皮质区和所参与肌肉系统的感觉刺激可促进其运动功能的恢复;运动量和运动效果的感觉、视觉和本体感觉反馈可刺激运动恢复;成功尝试某种运动时,形成有效的正反馈环路,该功能性运动得到促进,并在治疗后的吞咽过程中持续受到刺激、促进和巩固^[5-6]。一般认为,吞咽启动的传入纤维有三叉神经、吞咽神经、迷走神经。吞咽食物时通过口咽粘膜感受器和/或舌、腭咽机械感受器启动和连续完成吞咽;而且,来自口咽粘膜和深部感受器的感觉反馈可以调节延髓吞咽网络的中枢模式发生器。为了使吞咽的运动序列适应周围感受器的信息,感觉输入在生理上起着调节中枢网络活动的作用。随后的感觉反馈可以影响中枢模式发生器,调节中枢程

序^[7]。咽反射的感受器位于两侧咽后壁,当机械刺激咽反射发生时,冲动沿迷走神经传入支传送到延髓的迷走神经核;咳嗽反射的感受器位于喉、气管和支气管的粘膜,大支气管以上部位的感受器对机械刺激敏感,传入冲动经迷走神经传入延髓,触发咳嗽反射。咽反射、咳嗽反射的出现,很好地诱导了吞咽运动的发生。

本研究结果显示,此种方法操作技术简单易行,安全性较高,患者恢复速度快,易于推广。但操作中值得注意,对于心脏功能差或对刺激感觉敏感的患者手法要轻柔,避免出现心律紊乱等不良后果。本方法在康复治疗中,无出现患者不适或意外发生。

【参考文献】

- [1] Martino R, Foley N, Bhojal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications [J]. Stroke, 2005, 36(15): 2756-2763.
- [2] 巩尊科, 陈伟, 孙洁, 等. 神经肌肉电刺激并吞咽训练对急性脑卒中患者吞咽障碍的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(10): 782-783.
- [3] 尹伟华. 吞咽功能训练对脑卒中后吞咽功能障碍的疗效观察[J]. 中国康复, 2009, 24(1): 36-37.
- [4] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009, 62-65.
- [5] 董继超, 马跃文, 耿咏梅, 等. 吞咽基础训练与摄食训练结合神经肌肉电刺激治疗脑梗死后吞咽障碍[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(9): 685-686.
- [6] Gross JC, Goodrich SW, Kain ME, et al. Determining stroke rehabilitation inpatients' level of nursing care[J]. Clin Nurs Res, 2001, 10(1): 40-51.
- [7] 汪洁, 吴东宇, 宋为群, 等. 表面电刺激治疗低位脑干梗死致严重吞咽困难及其机制[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(1): 54-57.

作者·读者·编者

重要启示

为方便编辑部与作者建立及时、有效的沟通,建立快速审稿、用稿的通道,请各位作者在投稿时一定留下自己的手机号、E-mail 或其它详细联系方式,以便您的稿件能及时刊登。

《中国康复》投稿网址 <http://www.zgkfzz.com>, E-mail: kfk@tjh.tjmu.edu.cn

联系电话: 027-83662686。