

- 效标准》专家会议纪要[J]. 中华急诊医学杂志, 2002, 11(4): 241-241.
- [3] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 第2版. 北京: 华夏出版社, 2003, 318-329.
- [4] 张利泰, 王泽林, 谢博多, 等. “五维五感”综合手段对持续性植物状态的促醒作用[J]. 中国康复, 2009, 24(5): 334-334.
- [5] 吴东, 朱崇田, 石娜. 高压氧治疗对持续性植物状态患者促醒功能的影响[J]. 中国康复, 2009, 24(2): 126-126.
- [6] 王晓明, 谢建平. 重复经颅磁刺激技术及其临床应用进展[J]. 国外医学. 物理医学与康复学分册, 2004, 24(1): 43-43.
- [7] 何铭锋, 杨志敬, 谢仁明, 等. 醒脑开窍法合大接经法治疗持续植物状态 15 例疗效观察. [J]. 新中医, 2011, 43(4): 74-76.

间歇口腔胃管营养法结合经络穴位电刺激治疗吞咽障碍

龙耀斌, 陈在娟, 黄福才, 杜灿荣, 李智敏

【摘要】 目的: 探讨间歇口腔胃管营养法结合经络穴位电刺激对脑卒中吞咽障碍的疗效。方法: 脑卒中吞咽障碍患者 80 例, 随机分为观察组和对照组各 40 例, 2 组均给予常规吞咽训练, 观察组加用间歇口腔胃管营养法, 并配合经络穴位电刺激。治疗后评定临床疗效及肺部感染发生率。结果: 治疗 6 周后, 观察组临床总有效率明显高于对照组(80%、45%, $P < 0.01$), 误吸性肺炎发生率显著低于对照组(5%、25%, $P < 0.01$)。结论: 间歇口腔胃管营养法结合经络穴位电刺激能明显改善脑卒中后吞咽困难患者的吞咽功能, 显著降低误吸性肺炎的发生率。

【关键词】 脑卒中; 吞咽障碍; 间歇口腔胃管

【中图分类号】 R49; R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.04.017

研究发现, 51%~73% 的脑卒中患者并发吞咽障碍^[1], 目前对急性期脑卒中吞咽障碍患者多以留置胃管鼻饲, 长期留置胃管的患者存在不同程度的贲门肌肉松弛, 胃肠蠕动减慢, 胃-食道反流率较高, 易促发或加重肺部感染^[2]。本文拟探讨间歇口腔胃管营养法结合经络穴位电刺激治疗脑卒中吞咽障碍, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 2 月~2011 年 12 月我科住院脑卒中患者 80 例, 均符合中国脑血管病防治指南的诊断标准^[3]。患者随机分为 2 组各 40 例。①观察组, 女 18 例, 男 22 例; 年龄 38~70 岁, 平均(58.21±12.34)岁; 病程 12~30d, 平均(17.31±5.13)d; 真性球麻痹 6 例, 假性球麻痹 34 例。②对照组, 女 19 例, 男 21 例; 年龄 36~75 岁, 平均(61.02±14.57)岁; 病程 14~29d, 平均(17.55±3.44)d; 真性球麻痹 5 例, 假性球麻痹 35 例。2 组患者一般资料比较差异均无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法 2 组均给予口腔功能训练、颜面肌肉训练、发声训练等常规吞咽训练, 观察组加用间歇口腔胃管营养法和经络穴位电刺激治疗。①间歇口腔胃管

营养法: 患者坐位或半坐卧位, 下颌稍抬起, 胃管选用 16F, 用饮用水湿润胃管前端, 经口腔正中向咽后壁推进导管, 当到达咽喉部时(约插入 10cm)嘱患者做吞咽动作, 插入长度约 40~50cm。确定胃管在胃内后即可用注食器注入流质饮食, 可根据患者平时食量和每天插管的次数确定注食量, 每天插管 3~5 次, 每次量为 300~600ml, 速度宜慢, 温度 38~40℃。注食完毕后, 嘱患者做深呼吸, 在呼气末拔出胃管, 保持该体位至少 30min。②经络穴位电刺激: 取坐或仰卧位, 采用 TM-21 型 Silver Spike Point(SSP)治疗仪, 取风池、风府、哑门、完骨、翳明、廉泉等主穴, 肝阳上亢配太冲, 气虚血瘀配足三里, 阴虚风动配太溪。用最小的负压强度依次把电极吸附在下颌和喉区所选择的穴位上, 频率 4Hz, 波形为双向对称方波, 波宽为 250μs, 强度以患者耐受为度。每次 60min, 每周 6 次。

1.3 评定标准 ①肺部感染发生率: 住院期间密切观察有无肺部感染^[4]。②洼田氏饮水实验^[5]: 患者端坐, 喝下 30mL 温开水, 观察所需时间及呛咳情况。1 级, 能顺利地 1 次咽下; 2 级, 5~10s 内分 2 次以上不呛地咽下; 3 级, 能 1 次咽下, 但有呛咳; 4 级, 分 2 次以上咽下也有呛咳; 5 级, 全量咽下困难, 频频呛咳。3 级及以上表明有吞咽障碍。③临床疗效: 痊愈, 吞咽困难消失, 饮水实验评定 1 级; 有效, 吞咽困难改善, 饮水实验评定 2 级; 无效, 吞咽困难改善不显著, 饮水实验评定

收稿日期: 2012-02-19

作者单位: 广西医科大学第一附属医院西院康复医学科, 南宁 530007

作者简介: 龙耀斌(1974-), 男, 副教授, 主要从事神经康复方面的研究。

3 级及以上。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计学软件进行分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 6 周后,2 组饮水实验评分达 1~2 级患者较治疗前明显增加,且观察组更高于对照组;2 组临床疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组;观察组误吸性肺炎发生率明显低于对照组。见表 1,2。

表 1 2 组治疗前后饮水实验比较 级,例(%)

组别	n	治疗前		治疗后	
		1~2	3~5	1~2	3~5
观察组	40	12(30.0)	28(70.0)	37(92.5) ^{ab}	3(7.5) ^{ab}
对照组	40	13(32.5)	27(67.5)	28(70.0) ^a	12(30.0) ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$

表 2 2 组治疗后临床疗效及肺炎发生率比较

组别	n	临床疗效(例)			肺炎发生率 (例,%)
		痊愈	有效	无效 总有效率%	
观察组	40	14	18	8 80 ^a	2(5) ^a
对照组	40	6	12	22 45	10(25)

与对照组比较,^a $P < 0.01$

3 讨论

间歇口腔胃管营养法既是一种进食代偿手段,也是一种治疗吞咽障碍的方法^[6]。间歇性口胃管经口腔插入,到达舌根部时刺激舌根部,通过间歇诱发吞咽反射使舌骨肌张力增强,有利于喉结上抬运动,从而配合主动吞咽功能训练诱导吞咽协调运动的恢复,确保患者在插管过程中能进行有效的吞咽。同时由于患者多次进行吞咽管子的动作,对口、咽相关肌群进行训练,利于促进口腔和咽腔的运动功能。而长期留置胃管易引起咽喉反射迟钝,对吞咽功能改善起着不良影响,甚至可导致废用性吞咽障碍。

中医认为中风后吞咽障碍为本虚标实,肝肾亏虚、气血虚弱为本,痰瘀阻络为标,本文取风池、翳明、完骨以调肝熄风、豁痰利咽;取风府、哑门穴补脑益髓,调理气血,故能标本兼治。从解剖上看,风池穴深层有椎动脉,翳明穴深层可及颈内动脉,因而针刺颈项部腧穴可改善脑部供血,促进中枢神经功能的恢复。Ludlow 等^[7]对吞咽障碍患者使用表面电刺激,可减少严重吞

咽障碍患者的误吸和滞留。在吞咽时进行颏下电刺激,加强对中枢神经系统的感觉输入,促进吞咽运动皮质的功能重组和中枢神经系统的可塑性变化。本研究经络穴位电刺激选择经络刺激法,通过电刺激脑卒中患者下颌和喉区的穴位,将低频电刺激和传统中医的针刺穴位相结合,既有电刺激的作用,又有类似针刺的效果。

在临床操作上,间歇口腔胃管营养法每天要进行 3~6 次,需要与患者和家属做好沟通,且它模仿正常的吞咽生理过程,不良刺激反应少,患者可配合完成。对照组大多患者能开始练习进食后不再同意再留置胃管,由于时有呛咳,仍易发生误吸性肺炎;观察组患者由于进食时采用经络穴位电刺激同时进行,提高了吞咽的收缩协调性,减少吞咽延迟时间,如呛咳加重,则可重新进行间歇口腔胃管,降低了误吸的风险。本研究表明观察组疗效明显好于对照组,误吸性肺炎发生率显著低于对照组,证明间歇口腔胃管营养法结合经络穴位电刺激能明显改善脑卒中后吞咽困难患者的吞咽功能,显著降低误吸性肺炎的发生率,适合临床推广运用。

【参考文献】

- [1] Cola MG, Daniels SK, Corey, DM, et al. Relevance of Subcortical Stroke in Dysphagia[J]. Stroke, 2010, 41(3): 482-486.
- [2] 张玉洁. 脑卒中患者长期管饲并发症的护理干预[J]. 医学论坛杂志, 2008, 29(16): 109-110.
- [3] 卫生部疾病控制司, 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2007, 7(2): 200-201.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 314-320.
- [5] 大西幸子, 孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000, 165-165.
- [6] 郭君, 苏慈宁, 陈维平, 等. 间歇口腔胃管营养法在吞咽障碍患者中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(1): 78-79.
- [7] Ludlow CL, Humbert IJ, Saxon KG, et al. Effects of surface stimulation both at rest and during swallowing in chronic pharyngeal dysphagia [J]. Dysphagia, 2007, 22(1): 1-10.