

中国吞咽障碍临床与科研十年回眸



窦祖林,教授,主任医师,博士生导师
 中山大学附属第三医院康复医学科主任
 中山大学康复治疗学系副主任
 中国康复医学会脑血管病专业委员会副主任委员
 中国医师协会康复医师分会常务委员
 广东省康复医学会副会长
 广东省康复医师分会常务委员
 《中华物理医学与康复杂志》副主编

年初,《中国康复》编辑部约我们配合本期吞咽障碍专栏写一篇述评,继今年9月参加了在东京举行的日本第20届摄食吞咽障碍康复年会暨国际摄食吞咽障碍论坛及10月在比利时举行的第四届欧洲吞咽障碍年会,如今拜读编辑部发来的吞咽专栏文章,结合这两次他国在此领域的会议,感慨颇多。依笔者的感受与经历,我国在吞咽障碍领域里的临床评估与治疗、基础与临床科学研究相比之下,尚存在一定差距。但10多年来,通过我国多学科、不同背景专业人员的努力,我国吞咽障碍领域临床与科研也有了长足发展,呈现了一批具有实践意义的研究成果。藉此专栏述评之机,我们认为有必要对过去10年进行回顾与总结,温故知新。为了更好地从宏观上了解我们过去10年间的发展轨迹,我们利用万方数据库,查找关键词“吞咽障碍”或“吞咽困难”,发现过去10年间相关文献量呈不断递增趋势,其中以吞咽障碍治疗领域文献数量为首,犹如本期专栏文章一样,其次分别是与护理相关、评估相关、综述及病例报告。结

合对查找文献的阅读,我们大致将吞咽障碍的过去10年分为三个阶段:第一阶段,初步探索(2005~2006年),发表的文献多集中于关于吞咽障碍的定义及康复模式的介绍,治疗内容局限;第二阶段,快速发展(2007~2010年),随着国际交流逐渐增多,开拓了治疗领域的新方向,同时护理方面的临床报道也较前增多,除了关注吞咽障碍本身的康复外,关于吸入性肺炎等继发问题以及患者的营养替代治疗等方面的观察与研究也渐渐出现,有了多学科的初步合作;第三阶段,纵深研究(2011年至今),更多评估与治疗新技术开始应用于吞咽障碍的临床与研究中,对吞咽障碍的中枢调控机制以及治疗机制的探究更加深入,研究成果更为丰富立体。多学科的专家积极参与国际会议与学术交流,寻求更广泛的合作。现整理如下文,以飨同仁。

一 初步探索阶段

关于吞咽障碍的定义。吞咽障碍作为临床上常见的症状,多学科的疾病均可涉及,因此不同的学科对其定义稍有不同。一般认为,吞咽障碍是由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食道括约肌或食道功能受损所致的进食障碍。临床表现为对液体或固体食物的摄取、吞咽发生障碍或吞咽时发生呛咳、哽噎,严重者可发生吸入性肺炎、营养不良的并发症。在耳鼻喉科杂志中可以看到将吞咽困

难定义为饮食摄入和转运到胃部出现障碍。疾病范围广泛,包括耳鼻咽喉头颈、神经、消化、口腔、肿瘤、放射、内镜、放疗、康复、护理等诸多科室,但又非学科的主要领域,因此较少关注。其次,吞咽障碍是较新的研究领域,至1986年,学术刊物《Dysphagia》才问世。有关临床诊疗手段尚待探索和逐步完善。

关于评估。这一时期由于吞咽障碍话题虽然受关注,由于缺乏临床积累,大部分的评估手段均来自于借鉴其他国家的方法,其中大部分来自于日本,包括洼田饮水试验、洼田吞咽能力评定法、洼田吞咽功能障碍评价标准、才藤吞咽功能分级标准等。这些评估方法结合了患者吞咽相关肌肉力量的评定,患者吞咽食物种类及营养摄取途径以及饮水时呛咳的情况等制定标准,简便易行,临床上广泛使用,本期发表的5篇临床疗效观察性文章,概不例外。但这些评估方法或量表在我国的应用是拿来主义,都是直接的借用,其信度及效度暂时研究较少,鲜见报道,本期发表的“脑卒中后吞咽障碍评估现状与研究进展”一文中也未提及。这一时期吞咽造影检查也被引入作为吞咽障碍评估的手段,我们注意到这一时期评估不够完整,无论是量表评估或者仪器检查评估指标尚不完善。

关于治疗。在学习国外治疗经验的同时,我国专业人员也对不同的康复手段进行了探索,包括球囊扩张治疗技术、神经肌肉电刺激技术、针灸及综合治疗等方法。例如作者带领的团队对放射性脑病、脑干梗死后吞咽障碍的患者进行球囊扩张治疗,通过吞咽造影检查进行疗效评估,这一技术可以有效地缓解脑干梗死后所致环咽肌失迟缓。电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者的治疗效果优于冰刺激,直至今日,这一结论不断被临床验证。这一时期出现了一些新的康复治疗方法,但是仍然缺乏系统性研究,并且多停留在经验性观察治疗阶段,对于治疗更深层的机制尚未涉及。

二 快速发展阶段

关于评估。在应用日本等学者简易筛查量表评估基础上,我国专业人员开始尝试自行修订、归纳、开发新的量表,其中我们借鉴国外通用的吞咽功能临床评估量表,改编适合中国饮食文化与饮食结构的吞咽功能临床评估表,该量表以主观、客观、评估、计划格式为基本框架更为全面地整合了吞咽障碍患者评估需要的主客观信息,并对存在的问题进行分析,提出治疗方案和措施。关于量表的信度和效度也有了进一步的研究,标准吞咽功能评定量表具有良好的信度、效度,较高的敏感度和特异度,适合临床应用,在本期的文章中也有提及。吞咽造影检查方面的研究也趋于细化,笔者通过对泛影葡胺和硫酸钡这两种造影剂进行比较后,认为硫酸钡混悬液可以更好地反映患者的吞咽功能及康复治疗的效果,故推荐硫酸钡混悬液作为吞咽造影使用的对比剂,迄今为止,国际上也一直公认这种造影方法。纤维鼻咽喉镜作为吞咽功能检查的手段对于急性脑卒中患者渗漏、误吸和滞留的诊断,这种可视化检查方法均较可靠。

关于治疗。在这一时期,关于吞咽障碍的治疗更为丰富、立体。出现了气脉冲刺激、振动刺激、K点刺激、舌肌主动及被动训练等康复治疗手段,并且出现了三级吞咽康复治疗等理念。前一时期所发展的治疗方案被进一步推广运用,临床工作的成果也为治疗提供了循证依据。

关于多学科合作。鉴于吞咽障碍病因多种多样,且涉及患者营养情况、生存质量等因素的考量,除康复科医生、治疗师外,其他学科背景的专业人员开始关注此领域,并为改善患者的功能和生存质量在努力。例如,以神经内科专家组成的中国卒中患者营养管理专家共识组发布了“中国卒中患者营养管理专家共识”,除强调了营养管理外,其中也涵盖了吞咽障碍相关内容。营养支持对吞咽障碍患者至关重要,营养科医生从营养支持的方式、实际供应量、并发症的处理和监测指标等方面对吞咽障碍患者的营养支持进行了探讨。此外,经皮内镜下胃造瘘术作为胃肠外营养支持的途径也在中国的吞咽障碍患者中得以实施,消化科医生作为胃造瘘术的主力军,积极参与到了吞咽障碍患者的综合治疗中。

三 深入研究阶段

关于评估。随着临床不同学科的关注及经验的积累,吞咽障碍量表与临床检查,简单的仪器评估已无法满足临床和科研的进一步需要。在此阶段,更为细化、准确和直观的检查手段及分析方法不断出现。表面肌电图用于分析脑卒中后吞咽障碍患者颈下肌群的肌电信号可有效筛查口咽吞咽障碍患者,并且能定量检测吞咽肌的收缩力。应用高分辨率固态咽食管段压力测量,评估咽和食管腔运动、压力和协调性,量化静态、动态情况下所测部位压力的变化,与传统的吞咽造影所获取的信息相相得益彰。考虑到两种检查有极强的互补特点,吞咽视频采集分析同步测压检测也被运用于吞咽障碍的评估中,开创了从生物力学与运动学两个方面更为精确、全面地定量评估吞咽功能。

关于治疗。本阶段"中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识"的发布,是吞咽障碍领域发展过程中的里程碑,借鉴国外的做法,这份专家共识荟萃了临床、治疗与护理方面的询证依据,全面系统地对手咽障碍康复的评估和治疗进行了阐述,相信对今后的临床工作具有指导意义。除了系统性,这一阶段的治疗在传统康复手段的基础上,也开始涉猎国际上的研究热点、难点及科学引入中医治疗方案。刺激下肢穴位能够激活岛叶后部皮质,这一效应可能通过易化吞咽动作启动、改善口咽部躯体感觉和味觉等多种途径促进吞咽功能的恢复,本期对口咽期吞咽障碍的大脑定位有更多描述。将肌电生物反馈与传统吞咽功能训练进行比较研究,患者 UES 开放情况等吞咽指标改善更为显著,在本期高压氧与肌电生物反馈比较,有同样的共识。

关于新技术的应用。经颅磁刺激在吞咽障碍治疗中的应用是目前研究与应用的热点,国内的相关研究正进行中。同时我们将 320 排 CT 引入吞咽障碍研究领域,用计算流体力学手段进行三维重建,进而分析吞咽运动的动态生理机制,建立吞咽-呼吸协调模型,希望通过计算机模拟进一步阐明吞咽障碍的误吸与咽腔残留等症状的发生机制。

综上所述,我国在吞咽障碍评估与治疗领域,经过 10 多年的努力,成绩是喜人的,本期专栏及相关中文杂志的大量文章就是最好的例证。但从国际视野看,我们应该对我们吞咽障碍领域的康复临床及科研有一个清醒的认识,尚存在如下问题:1. 多学科间的合作尚不够密切,多学科治疗团队仍然缺乏指导性的合作模式;2. 多数文章侧重于临床观察性治疗,吞咽障碍评估简单,停留于筛查性量表,没有询证依据的量化评估;治疗师作为临床治疗的主力军,则鲜见治疗师发表文章;3. 研究领域文献量较少,关于机制的研究及新技术的应用多见综述(本期后 2 篇文章),基础与临床研究亟待开展。

