

冷热交替疗法对脑卒中后口腔期 吞咽障碍及流涎的效果观察

陈欢^a, 胡玲利^b

【摘要】 目的:探讨口腔及面部冷热交替刺激训练对脑卒中后口腔期吞咽障碍及流涎的疗效。方法:36例脑卒中后口腔期吞咽障碍合并流涎患者随机分为2组各18例,对照组给予吞咽基础训练和针灸治疗,观察组在对照组的基础上加用冷热交替刺激患者口腔黏膜及面部。治疗20d后,通过功能性经口摄食评估(FOIS)及流涎分级法对2组患者进行评估。结果:治疗后,2组吞咽功能评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且观察组更高于对照组($P<0.05$);2组治疗后流涎分级评级均较治疗前明显改善($P<0.05$),且观察组更优于对照组($P<0.05$);2组治疗后流涎疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。结论:在综合康复治疗的基础上给予冷热交替刺激训练,对提高脑卒中后口腔期吞咽障碍患者吞咽功能及减少流涎症状效果明显,可在临床推广应用。

【关键词】 冷热交替;吞咽障碍;流涎

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2018.05.010

吞咽障碍是脑卒中患者最常见的并发症,约29.0%~60.4%的患者伴有吞咽障碍^[1],脑卒中后吞咽障碍患者中约80%~90%有不同程度的流涎症状^[2],严重影响了患者的日常生活。本研究对脑卒中吞咽障碍及流涎患者采用冷热交替疗法结合综合性康复治疗的方法,取得了较好的疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年8月~2017年6月在我院住院的脑卒中后吞咽障碍患者36例为研究对象。纳入标准:符合全国第四届脑血管疾病会议制定的诊断标准^[3],并经颅脑CT或MRI确诊,均为首次发病;吞咽障碍根据吞咽过程的分期,分为认知期、口腔准备期、口腔期、咽期、食管期,此次纳入的标准为口腔期或口腔期与咽期并存的患者;生命体征稳定,能配合康复治疗,无严重心、肝、肾等重要脏器疾病。排除标准:认知障碍及失语症;精神障碍等。36例患者随机分为2组各18例,①观察组:男10例,女8例;年龄(67.45 ± 4.03)岁;病程(15.20 ± 7.61)d。②对照组:男12例,女6例;年龄(64.27 ± 5.81)岁;病程(17.69 ± 5.93)d。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 ①对照组:按神经内科脑卒中常规对症治疗,并在生命体征平稳,症状不再发展后48h开始进行综合性康复治疗。综合性康复治疗包括吞咽基础训练和针灸治疗,吞咽基础训练包括吞咽间接训练和直接

训练。a. 针灸治疗,取风池、金津、人迎、三阴交、天突、廉泉、内关、玉液、合谷等穴予以针刺,1次/d^[4]。b. 间接训练,包括构音器官训练,下颌、唇、舌的运动训练;下颌训练做被动或主动的活动下颌,并做咀嚼动作;唇训练做被动、主动或抗阻做噘嘴、呲牙、抿唇动作;舌训练做被动、主动或抗阻舌向前和向两侧动作。每个动作15次为1组,2组/d;冰刺激腭咽弓,10次为1组,1组/d;呼吸训练,吹蜡烛或做呼吸训练小球,15次为1组,1组/d;喉上抬训练,吸空吸管和门德尔松手法。c. 直接训练包括:选择合适的进食体位,坐位或半坐卧位。颈部稍前屈,偏瘫侧肩部以枕垫起,喂食者位于患者健侧。选择不宜松散、爽滑、密度均一的食物。确保每一口吞完,才能进行下一口。进食前后都需清理口腔分泌物。②观察组:在对照组的基础上加用冷热交替刺激口腔内黏膜及患侧面部。具体操作方法为:用蘸有0℃~5℃冰水的棉签和蘸有50℃~55℃温热水的棉签交替刺激口腔黏膜各15次,每次在局部停留1~2s后,移开棉签,并询问患者局部的感受。同理,用盛有0℃~5℃的冰水的试管和盛有50℃~55℃温热水的试管交替刺激患者患侧面部各15次,每次在局部停留1~2s后,移开试管,并询问患者局部的感受。如果患者未感受到,康复治疗师在给予冷热刺激的同时告诉患者该温度。

1.3 评定标准 ①吞咽功能评估:采用功能性经口摄食评估(Functional Oral Intake Scale, FOIS)^[5],根据患者的经口进食情况间接判定患者的吞咽功能。1分,不能经口进食;2分,依赖管饲进食,最小量的尝试进食食物或液体;3分,依赖管饲进食,经口进食单一质地的食物或液体;4分,安全经口进食单一质地的食

收稿日期:2018-01-07

作者单位:株洲市中心医院 a. 康复医学科门诊, b. 感染内科, 湖南 株洲 412000

作者简介:陈欢(1983-),女,主管技师,主要从事言语康复方面的研究。

通讯作者:胡玲利, 459490378@qq.com

物;5分,完全经口进食多种质地的食物,但需要特殊的准备或代偿;6分,完全经口进食不需要特殊准备,但有特殊的食物限制;7分,完全经口进食没有限制。

②流涎疗效评定:根据教师流涎分级法(teacher drooling sizing, TDS) 评定疗效^[6]:1级,不流涎;2级,少量或偶尔流涎;3级,不时地流涎;4级,经常流涎;5级,成线地流涎,胸前常常弄湿。显效:流涎症状减轻2级;有效:流涎症状减轻1级;无效:流涎症状无改善。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS 21.0 软件包进行分析处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内组间均数比较采用 t 检验,计数资料用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 20d 后,2 组吞咽功能评分均较治疗前明显提高($P < 0.05$),且观察组更高于对照组($P < 0.05$);2 组患者治疗后流涎分级评级均较治疗前明显改善($P < 0.05$),且观察组更优于对照组($P < 0.05$);2 组治疗后流涎疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 1,2。

表 1 2 组治疗前后吞咽功能评分及治疗后流涎疗效比较

组别	n	吞咽功能评分(分, $\bar{x} \pm s$)		流涎疗效(例, %)			
		治疗前	治疗后	显效	有效	无效	总有效率
观察组	18	2.50 $\pm$ 1.79	5.61 $\pm$ 1.54 ^{ab}	11(61.1)	5(27.8)	2(11.1)	16(88.9) ^b
对照组	18	2.44 $\pm$ 1.76	4.50 $\pm$ 1.34 ^a	5(27.8)	7(38.9)	6(33.3)	12(66.7)

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

表 2 2 组治疗前后流涎分级评级比较

组别	n	时间	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
观察组	18	治疗前	0	0	8(44.4)	6(33.3)	4(22.3)
		治疗后	5(27.8)	8(44.4)	5(27.8)	0	0
对照组	18	治疗前	0	1(5.6)	8(44.4)	6(33.3)	3(16.7)
		治疗后	1(5.6)	5(27.8)	6(33.3)	6(33.3)	0

2 组组内治疗前后比较, $P < 0.05$;2 组治疗后组间比较, $P < 0.05$

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中后常见的并发症之一,可引起吸入性肺炎、营养不良、脱水和因误吸而引起的窒息等严重的并发症。在脑卒中后有不少的吞咽障碍患者也伴有不同程度的流涎,并且许多患者察觉不到自己流涎,严重增加了患者的自卑感,降低了患者的生活质量。

吞咽障碍作为脑卒中常见的并发症,综合性康复治疗已被大家广泛的认可,相比单一的治疗方法,综合性康复治疗的效果更为突出。目前国内外主要的治疗方法有药物治疗、针灸治疗、神经肌肉电刺激术^[7]、吞咽训练配合进食策略训练等,均可防止咽下肌群废用

性萎缩,促进舌肌、咀嚼肌的运动,提高吞咽反射,促进吞咽功能的恢复。本研究在针灸治疗及吞咽功能的直接训练和间接训练的基础上采用冷热交替刺激口腔内黏膜及患侧面部,本研究观察组在治疗后吞咽功能评分显著高于对照组。这是因为口腔冰刺激可兴奋 C 感觉纤维,异化 γ 神经元,同时热感觉是通过无髓的 C 神经纤维传导^[8-9],热刺激也可兴奋 C 感觉纤维,这样可有效地提高敏感度,利于感觉的恢复。感觉功能的恢复,能提高患者对食物的敏感度,能加快吞咽启动,减少食物在口腔内的残留。同时在询问患者或告诉患者温度的同时,利用言语刺激可兴奋大脑皮质,利用脑的可塑性来促进功能的恢复,共同促使吞咽功能的恢复。

本研究采用在针灸治疗及吞咽功能的直接训练和间接训练的基础上配合冷热交替刺激口腔内黏膜及患侧面部,能促使感觉的恢复,使流涎现象得到明显改善。这是因为流涎是继发性吞咽障碍所致,吞咽功能得到提高,流涎现象改善;同时感知觉的恢复,促使患者能感知到涎水,有利于患者及时处理。

综上所述,在针灸治疗及吞咽功能的直、间接训练的基础上配合冷热交替刺激口腔内黏膜及患侧面部治疗,能促使感觉的恢复,使吞咽功能和流涎现象得到明显改善。这不仅提高了患者的进食能力,改善了患者的营养状态,同时减轻了患者的自卑感,提高了自信心,使生活质量得以提高。

【参考文献】

- [1] 李爱东,胡昔权,丘卫红,等. 综合康复疗法改善脑卒中患者吞咽困难及流涎症状[J]. 中国临床康复,2004,8(22):4401-4403.
- [2] 张平. 脑卒中后流涎的吞咽言语诊治仪配合功能训练的康复治疗. 河南省护理学会. 2012 年河南省中风康复护理新业务、新技术学术会议论文集[C]. 河南省护理学会;2012:3.
- [3] 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,2000:55-57.
- [4] 刘飞,段文芳,任辉,等. 针灸配合康复疗法治疗脑卒中吞咽困难的临床效果及可行性分析[J]. 当代医学,2016,22(36):190-191.
- [5] 曾明安,陈玲,王如蜜,等. 低频电刺激结合康复训练进行吞咽障碍管理的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2015,30(9):951-953.
- [6] 赵旸,董继萍,王小菊,等. 吞咽协调训练在小儿脑性瘫痪流涎症治疗中的应用[J]. 实用医学杂志,2007,23(5):697-698.
- [7] Xue WX, Wu QY, Tang WD. Therapeutic observation on acupoint injection for post-stroke deglutition disorder[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2012, 10(3):162-164.
- [8] 高明慧,冯晓珍,李利红,等. 低频脉冲穴位电刺激配合冰刺激治疗脑卒中后吞咽功能障碍临床观察[J]. 浙江中医杂志,2013,48(3):196-197.
- [9] Yarnitsky D, Ochoc J. Differential effect of compression-ischaemia block on warm sensation and heat-induced pain[J]. Brain, 1991, 114(2):907-913.