

- 展. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 788-790.
- [9] Cathy A, Pelletier MS. A comparison of consistency and taste of five commercial thickeners. *Dysphagia*, 1997, 12: 74-78.
- [10] 任智, 张立平, 李超英, 等. 泛影葡胺在肠梗阻治疗中的作用. 中华普通外科杂志, 2007, 22: 154-155.
- [11] Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorder. 2nd edition. Austin: PRO-ED Inc, 1998: 350-368.
- [12] Heckert KD, Komaroff E, Adler U, et al. Postacute reevaluation may prevent dysphagia-associated morbidity. *Stroke*, 2009, 40: 1381-1385.
- [13] Stoeckli SJ, Huisman TA, Seifert B, et al. Interrater reliability of videofluoroscopic swallow evaluation. *Dysphagia*, 2003, 18: 53-57.
- [14] 彭红芬, 阳义, 易明培, 等. 口服泛影葡胺造影检查的临床应用. 实用医学杂志, 2008, 24: 158-159.

(修回日期: 2009-11-30)

(本文编辑: 松 明)

· 个案报道 ·

球囊扩张术治疗环咽肌失弛缓吞咽困难 1 例

王璇 陈艳 潘翠环

一、病例资料

患者王某, 男, 41 岁。因“吞咽困难 2 月余”入院。患者于 2 个多月前活动后出现左侧肢体乏力, 不能持物, 站立, 步行不稳, 伴头晕、恶心、呕吐、吞咽困难, 饮水呛咳。入院前, 曾在其他医院治疗, 主要采用针刺、吞咽手法训练及电刺激治疗, 目前, 肢体功能恢复正常, 但其吞咽困难无任何好转, 转入我科。查体见: 头面部及肢体无明显感觉障碍, 口角不偏, 伸舌居中, 唇舌运动可, 悬雍垂偏右, 右侧软腭上抬差, 双侧咽反射消失, 吞咽时, 喉上抬不充分。MRI 检查: 右侧小脑及延髓梗死。吞咽造影示: 吞咽时环咽段不开放, 造影剂完全存留于双侧梨状隐窝, 有部分返流至鼻腔, 反复吞咽仍无法清除, 右侧残留量比左侧多。根据评定情况, 进行冰刺激、门德尔松手法^[1]及 Shaker 手法^[2]训练, 此外, 还采用了球囊扩张术^[3]。

该患者开始治疗时, 球囊注水只有 2 ml, 拉出困难。共进行 20 次扩张, 至注水 9 ml 且比较容易拉出时, 吞咽能力仍无明显改善, 只能饮少量水, 且一口量只有 1 ml。因患者上呼吸道感染, 遂停止扩张, 改采用门德尔松手法及 Shaker 手法, 每日 2 次, 每次 30 min, 并将进食姿势改为侧方吞咽, 即吞咽时, 头转向右侧。训练 1 周后, 吞咽功能有明显改善, 可进食少量稀糊状食品, 且饮水一口量增加至 2 ml。吞咽造影示, 右侧梨状隐窝残留较多造影剂。再进行 8 次扩张术及 3 周的手法训练, 患者可进食白粥及米糊、豆腐、蛋羹等食品, 拔除胃管。

二、讨论

环咽肌位于咽下缩肌的下缘, 是食道上的括约肌。在正常情况下, 保持连续张力性收缩状态, 在人类这一特征更明显, 被动成分(具有弹性)可使咽部变窄, 防止腹压增高时食物反流到咽部及吸气时阻止空气吸入胃部^[4]。环咽肌失弛缓患者在吞咽时, 其环咽肌水平压力无明显下降, 而正常情况下机体在吞咽时, 其环咽肌水平压力应是降低的, 原因可能是延髓梗死后累及迷走神经背核, 最终影响喉返神经在咽丛分支的功能, 从而导致食管上括约肌顺应性降低^[5]。

球囊扩张术通过降低食道上的括约肌的静止期压力, 和/或

增加它松弛的时间和程度, 能显著缓解患者的吞咽困难。据文献报道^[3,6], 球囊扩张术能有效地治疗由环咽肌失弛缓引起的吞咽困难。

本研究中, 患者的 MRI 示, 右侧延髓的梗死面积约为一侧延髓的 2/3, 且小脑也有梗死灶。延髓损伤主要导致咽阶段的吞咽困难, 而且单侧延髓损伤出现的吞咽困难往往比较严重, 持续的时间也较长。该患者经过 20 次的扩张后, 吞咽困难缓解不明显, 改采用门德尔松手法及 Shaker 手法, 训练 1 周后, 吞咽功能开始改善。有研究报道, 环咽肌功能异常的可能原因是^[7]: ①环咽肌无法适当的开放, 使喉部无法维持在上提与前移的位置; ②喉部向上与向前的动作不足; ③及或食团向下的力量不足以致食团无法通过括约肌并加宽括约肌开口处。因此, 对于存在喉部向上和向前的动作不足以及吞咽时咽部压力不足的患者, 采用门德尔松手法以及 Shaker 手法加强喉上抬的动作以及咽部肌群的力量, 可达到改善吞咽功能的目的。

参 考 文 献

- [1] 大西幸子, 孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 14-30.
- [2] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 87.
- [3] 窦祖林, 万桂芳, 王小红, 等. 导尿管球囊扩张治疗环咽肌失弛缓症 2 例报告. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 166-170.
- [4] Mu L, Sanders I. Muscle fiber-type distribution pattern in the human cricopharyngeus muscle. *Dysphagia*, 2002, 17: 87-96.
- [5] Perie S, Coiffie L, Laccourreye L, et al. Swallowing disorders in paralysis of the lower cranial nerves: a functional analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1999, 108: 606-611.
- [6] Katoh J, Hayakawa M, Ishihara K, et al. Swallowing rehabilitation using balloon catheter treatment evaluated by videofluorography in an elderly patient with Wallenberg's syndrome. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 2000, 37: 490-494.
- [7] Vigderman AM, Chavin JM, Kososky C, et al. Aphagia due to pharyngeal constrictor paresis from acute lateral medullary infarction. *Neurol Sci*, 1998, 155: 208-210.

(修回日期: 2009-11-30)

(本文编辑: 阮仕衡)

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2009. 12. 007

基金项目: 广州医学院第二附属医院科研项目 (2008-9)

作者单位: 510260 广州, 广东省广州医学院第二附属医院