

· 短篇论著 ·

脑干卒中后吞咽障碍的康复治疗

杨初燕 冯珍 于国华

脑卒中是引起吞咽障碍最常见的原因,约占全部吞咽障碍的 25%^[1],而脑干卒中后吞咽障碍发生率为 51%^[2]。吞咽障碍严重影响患者的营养摄取、疾病康复及生活质量。我们采用电疗配合吞咽功能训练以及摄食训练治疗 20 例脑干卒中后吞咽障碍患者,现报道如下。

一、资料与方法

(一)临床资料

选择 2004 年 10 月至 2008 年 8 月在我科住院治疗的脑干卒中患者 20 例,参照 1995 年全国第 4 次脑血管病会议确定的诊断标准^[3],结合影像学检查结果确诊。其中男 13 例,女 7 例;平均年龄(54.1±8.4)岁;平均病程(28.5±17.3)d;头颅 MRI 检查显示,脑干梗死 14 例,脑干出血 6 例;吞咽 X 线荧光透视(动态造影)检查显示:吞咽时双侧梨状窝滞留,双侧咽壁滞留,腭咽闭合差(鼻返流),喉关闭差,环咽段不开放或狭窄,咽食管运动不协调。

(二)治疗方法

1. 低频电刺激治疗:选用美国产 VitalStim 神经肌肉低频电刺激仪。治疗参数为双向方波,波宽 700 ms,频率范围 30~80 Hz,刺激强度以患者感觉麻木并有喉部紧缩感为准,电极片并置于喉结两侧,每次治疗 30 min,每日 2 次,共治疗 20 d。

2. 吞咽功能训练:①咽部冷刺激。用冰冻棉签蘸少许水,轻轻刺激软腭、舌根及咽后壁,然后嘱患者进行空咽动作。②喉上抬训练。让患者微低头抬舌后部,做吞咽动作或将喉头向上推挤,促进吞咽。③闭锁声门练习。患者双手压住桌面或墙壁的同时,大声发“啊”。④姿势训练。包括下颌回缩-抬起训练、侧卧及转头训练。⑤吞咽技巧训练。包括声门上吞咽、用力吞咽及门德尔松法。以上训练每日 2 次,每次 20 min,共治疗 20 d。训练 2 周待患者吞咽功能明显好转时再进行摄食训练。

3. 摄食训练:①体位,一般让患者取 30°仰卧位,头部前屈,以后逐渐过渡至坐位进食。②食物的形状,采用最易吞咽的食物,逐渐调整黏稠度。③一口量,一般先以少量试之(3~4 ml),然后酌情增加至 20 ml。以上训练每日 2 次,每次 20 min,共治疗 20 d。

(三)评价方法

参照才藤吞咽障碍 7 级评价法^[4]进行吞咽功能评定。由专人负责每日记录患者的进食情况,包括进食所需时间、是否存在呛咳及误咽、进食量及种类等。以患者在入院和治疗结束时吞咽障碍改变的程度代表临床治疗效果:痊愈为吞咽功能提高至 7 级;显效为吞咽功能提高 3~5 级,但未到 7 级;有效为吞咽功能提高 1~2 级,但未到 7 级;无效为吞咽障碍无变化。

(四)统计学分析

组间吞咽功能评分比较采用 Wilcoxon 秩和检验。

二、结果

治疗前、后患者才藤吞咽障碍 7 级评价法评定结果比较见

表 1。临床痊愈 3 例,占 15%;显效 7 例,占 35%;有效 7 例,占 35%;无效 3 例,占 15%;总有效率 85%。

表 1 治疗前、后才藤氏吞咽障碍 7 级评价法评定结果比较(例)

评定时间	例数	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	6 级	7 级
治疗前	20	0	1	9	6	3	1	0
治疗后	20	0	0	2	1	4	10	3

注:治疗前、后比较, $P<0.01$

三、讨论

脑干卒中如果损伤到皮质延髓束、孤束核、三叉神经核团、疑核、舌下神经核或者延髓吞咽中枢,则会导致吞咽困难^[5]。通常脑干卒中临床表现非常分散,吞咽困难常常是唯一或者非常突出的症状^[6]。大多数患者存在自行恢复,且通常发生在 3 周之内。一般脑卒中后 2~3 周内吞咽困难最严重,吞咽恢复所需要的时间长。

我们采用电刺激配合吞咽功能训练及摄食训练治疗脑干损伤患者吞咽障碍。电刺激可通过刺激舌骨上肌群(二腹肌、下颌舌骨肌、茎突舌骨肌、颏舌骨肌)促进喉上抬,喉上抬是环咽肌打开的动力,有利于食物通过,喉上抬也是喉口封闭的关键动力,可减少误吸的发生;可刺激咽缩肌群,促进腭咽闭合、咽缩肌蠕动;可促进组织血液循环,改善咽部肌肉的灵活性和协调性,防止咽部肌肉萎缩,恢复吞咽功能。吞咽功能训练可防止咽下肌群废用性萎缩,通过对舌和咀嚼肌的按摩和训练,可提高吞咽反射的灵活性^[7]。同时以适量的食物进行训练,能重新建立吞咽反射的皮质控制功能。

本研究在吞咽功能训练的基础上加用电刺激及摄食训练治疗脑干损伤后吞咽障碍,有效率达 85%,改善了患者的吞咽功能,恢复了经口摄食,提高了患者的生活质量。

参 考 文 献

- [1] Groher ME, Bukatman R. The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospital. *Dysphagia*, 1986, 1: 1-3.
- [2] Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, et al. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow up: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*, 1995, 76: 310-316.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. *中华神经科杂志*, 1996, 29: 379.
- [4] 高怀民. 脑卒中吞咽障碍的 7 级功能分级评价. *现代康复*, 2001, 5: 78.
- [5] Chua KSG, Konh KH. Functional outcome in brain stem stroke patients after rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996, 77: 194-197.
- [6] Buchholz DW. Clinically-probable brainstem stroke presenting primarily as dysphagia and nonvisualized by MRI. *Dysphagia*, 1992, 8: 235-238.
- [7] 谢静红. 综合疗法治疗脑卒中吞咽障碍 84 例. *中国康复理论与实践*, 2006, 12: 671-672.

(修回日期: 2009-09-19)

(本文编辑: 吴 倩)