

· 述评 ·

正确理解和应用临床饮水试验

孙启良

“饮水试验”是大家熟知、常用的一种吞咽功能评定方法,其临床操作简单、易行,对判断患者有无吞咽功能障碍,具有很高的灵敏度。“饮水试验”阳性,即可判定患者存在吞咽障碍。但是,“饮水试验”也存在明显的局限性,如果临床应用不规范,其产生的评定结果将会受到质疑。

近期,读过数篇关于评价吞咽功能康复治疗效果的报道,发现作者们不约而同地选用了“饮水试验”作为评定手段,通过分级,评定疗效。特别是最近由卫生部发布的《常用康复治疗技术操作规范(2012 年版)》^[1],也将饮水吞咽试验进行分级,用于评定吞咽功能。

“操作规范”中,关于“饮水试验”评定标准的分级解读是:Ⅰ级,可一口喝完,无呛咳,5 s 内喝完为正常,超过 5 s 为可疑吞咽障碍;Ⅱ级,分 2 次以上喝完,无呛咳,可疑吞咽障碍;Ⅲ级,能 1 次喝完,但有呛咳,确定有吞咽障碍;Ⅳ级,分 2 次以上喝完,且有呛咳,确定有吞咽障碍;Ⅴ级,常常呛住,难以全部喝完,确定有吞咽障碍。

将洼田的“饮水试验”与之对照,感觉“操作规范”关于评定标准的Ⅴ级解读值得商榷。

“饮水试验”由日本洼田俊夫等^[2]于 1982 年始用于临床,旨在判断患者能否经口摄取或以此作为能否进行吞咽造影检查的筛查标准。洼田俊夫等^[2]观察、记录患者饮水过程中的各种表现,并归纳为 5 种简况:①可一次喝完,无呛咳(a. 5 s 以内; b. 5 s 以上);②分 2 次以上喝完,无呛咳;③能一次喝完,但有呛咳;④分 2 次以上喝完,并有呛咳;⑤呛咳不断,难以全部喝完。基于上述 5 种简况,“饮水试验”做出的评定标准是:①a 为正常;①b 及②为可疑;③、④、⑤则均为异常,即“饮水试验”阳性。

洼田归纳的 5 种简况,没有冠以“grade”、“stage”、

“score”等具有分级、分期或计分等概念的字样,而是采用了“profile”,即简洁的外观、概况、特征或趋势描述,并未涉及量化概念。所谓Ⅴ级或 5 分量化评定概念,并非洼田的原意,而是由后来的使用者衍生而出,其合理性并未见诸科学论证。

对“饮水试验”的Ⅴ级评定解读需要斟酌的是:①Ⅴ级表述与洼田“饮水试验”的 5 种简况产生歧义,两者并不等同,不能衔接;②将“正常”与“可疑”并列为Ⅰ级,尤为不妥,甚至失去分级的意义;③对已经“确定有吞咽障碍”的患者,又细化为Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ三个级别,但这三个量级,并不具备像徒手肌力检查(manual muscle test, MMT)那般,各量级间存在着确切、可重复的量化差异。例如,重复“饮水试验”检查,确认试验阳性的患者,其 2 次试验所呈现的简况常游移于 3、4、5 之间,并不固定。这就提示,应用Ⅴ级评分、量化分析的评定结果并不可靠。

正是其筛查试验的本质,决定了通过“饮水试验”得到的答案只能是“正常”、“可疑”或“异常”,仅此而已。而且,由于饮水试验受精神状态、认知、特别是注意力、环境、水温等许多因素的影响,欲对吞咽功能进行深入、细化分析,单一采用“饮水试验”不能胜任,必须选用或配合其它更加严密的检查手段。

另外,见有作者将“洼田饮水试验”英译为“WaTian Water Drinking Test”,其实日文汉字的读音、拼写与汉语大相径庭,规范的英译应是“Kubota Water Swallowing Test”。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部办公厅医政发〔2012〕51 号. 常用康复治疗技术操作规范(2012 年版). <http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/pyzgl/201205/54610.shtml>
- [2] 洼田俊夫,三岛博信,花田实,等. 脑血管障害における麻痺性咽下障害: 筛查试验及其临床应用. 总合リハ, 1982, 10: 271-276.

(修回日期: 2013-01-12)

(本文编辑: 汪 玲)

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2013. 02. 001

作者单位: 100029 北京, 北京中日友好医院康复医学科