

- gy-restricted diet with and without exercise in obese women. Am J Clin Nutr, 1992, 56:329-333.
- 17 Buemann B, Themdlay A. Effects of exercise training on abdominal obesity and related metabolic complications. Sports Med, 1996, 21:191-212.
- 18 Hill JO, Commerford R. Physical activity, fat balance, and energy balance. Int J Sport Nutr, 1996, 6:80-92.
- 19 Morris JN. Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. Br Med J, 1996, 63:325.
- 20 Niebauer J, Velich T, Hambrecht R, et al. Years of intensive physical exercise and low fat diet: effects on progression of coronary artery disease. Circulation, 1995, 92:395-398.

(收稿日期:2005-07-19)

(本文编辑:易浩)

综合康复治疗脑卒中合并假性延髓麻痹患者 吞咽障碍的疗效观察

宋振华 褚明 马素萍 吴丹丽

脑卒中后,部分患者可能因假性延髓麻痹而导致吞咽困难,造成营养成分摄入不足,出现吸入性肺炎,甚至窒息,同时易引起患者悲观、失望等心理,影响脑卒中的治疗^[1]。为此,我们采用心理支持、针刺和吞咽功能训练等综合康复治疗,对 30 例脑卒中合并假性延髓麻痹的吞咽障碍患者进行康复治疗,取得了较好疗效,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

60 例入选病例为 2002 年 2 月至 2004 年 12 月由神经内科转入我科的脑卒中合并假性延髓麻痹的吞咽障碍患者,均符合 1995 年全国第 4 届脑血管病会议拟定的脑卒中诊断标准^[2]和假性延髓麻痹诊断标准^[3],并经头颅 CT 或 MRI 证实。其中男 40 例,女 20 例;病程 20 d~3 个月;脑出血 28 例,脑梗死 32 例;首次发病 56 例,复发 4 例。所有患者均神志清楚,无感觉性失语,能配合康复训练。

吞咽障碍的分级标准参照洼田氏的饮水实验^[4],正常为 5 s 内将 30 ml 温水一饮而尽,无呛咳,可正常摄食;轻度为 5 s 内将水一饮而尽,有呛咳,有轻度吞咽障碍,但完全能经口摄食;中度为 5~10 s 内分若干次将水喝完,有呛咳,能部分经口摄食,但不能维持营养;重度为 10 s 内不能将水喝完,多次发生呛咳,完全不能经口摄食。

将 60 例患者随机分为综合康复组和对照组,每组 30 例,2 组患者性别、年龄、病程、既往史、病因及吞咽障碍分级比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性(表 1)。

二、治疗方法

2 组患者均采用脑血管病常规内科治疗方法,综合康复组配合综合康复治疗,包括心理支持、针刺、功能恢复训练和摄食训练。

1. 心理支持治疗:耐心细致地向患者讲解本病的相关知识,为其阅读相关的文献报道,使患者对疾病的发展过程、功能恢复有所了解;同时说明吞咽的目的、办法、注意事项,消除患者焦虑不安的情绪,使其放下思想包袱,积极配合康复训练;并为患者选择整洁的就餐环境,帮助患者做好就餐准备工作,解除不良心理。

2. 针刺治疗:取廉泉、风府、风池和合谷穴行针刺治疗。廉泉穴:采用 3 寸毫针向舌根方向斜刺 1.2 寸,捻转 15 s 后出针;风府穴:采用 2 寸毫针,针尖向喉结方向进针 1.2 寸,平补平泻,得气后出针,不留针;风池、合谷穴:采用 1.5 寸毫针,针刺得气后留针 20 min 后出针。

3. 功能恢复训练:(1)口面和舌肌群的训练——面对镜子进行紧闭口唇、口唇突出和旁拉训练;下颌开合训练;舌部后前伸、后缩、侧方主动运动及舌背抬高运动;用指尖叩击或冰块击打唇周,短暂的周围肌肉牵拉和抗阻力运动。(2)寒冷刺激法——每次餐前用冰冻的棉棒触压前腭弓、后腭弓、软腭、咽后壁及舌后部,以提高对食物的敏感度,促进吞咽反射。(3)声带内收训练——深吸后以双手按住桌子或于胸前对掌,用力推压,闭唇、憋气 5 s,使声带闭锁,从而阻挡食块进入气道。(4)舌骨上、下肌群松弛训练——应用门德尔松(Mendelsonhn)手法^[5],患者取坐位,颈向前屈,躯干向后,全身放松,指导患者做

表 1 2 组治疗前一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄 (岁)	病程 (d)	既往史积分 (分)	病因(例)		吞咽障碍分级(例)		
		男	女				脑出血	脑梗死	重度	中度	轻度
综合康复组	30	22	8	63.2±4.3	52.5±29.9	6.6±2.4	16	14	9	12	9
对照组	30	18	12	63.1±4.6	54.3±27.2	6.9±2.7	12	18	10	12	8

作者单位:650021 昆明,云南省第二人民医院康复医学科(宋振华、吴丹丽);云南省第一人民医院神经内科(褚明);昆明医学院第一附属医院神经内科(马素萍)

吞咽动作,当患者咽喉上提时治疗师用手指握住其甲状软骨部,并保持数秒,此手法的目的在于使舌骨上、下肌群松弛。(5)特殊的吞咽技术训练——深吸后屏住呼吸,做吞咽动作后立即咳嗽,该法适用于咽反射延迟或减退,声门闭合迟缓而发生吞咽前或吞咽时吸入患者。

4. 摄食训练:一般取躯干上抬 30° 的仰卧位,头部前屈,偏瘫侧肩部垫一枕头,治疗师位于患者健侧,给予患者易于吞咽的食物,如菜泥、果冻和蛋羹等,每次摄入量以 1/2 汤匙(1~4 ml)开始,然后酌情增加到 1 汤匙,进食速度以 30 min 内摄入 70% 的食物量(首次食物量为 50~100 ml,随着吞咽功能的改善,可逐渐增加)为宜,每次进食吞咽后,嘱患者反复做 8 次空吞咽动作,使食物全部咽下,以防误吸进入气管,还能起到诱发吞咽反射的作用。

上述治疗均每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。

三、评定标准

治疗前、后采用吞咽困难评分^[6]对患者进行评定。基本痊愈:吞咽困难评分≥9 分;明显好转:吞咽困难评分提高 6~8 分;好转:吞咽困难评分提高 3~5 分;无效:吞咽困难评分提高 1~2 分或无变化。

四、统计学分析

2 组患者吞咽障碍治疗前、后评分以及组间评分比较采用 *t* 检验,疗效对比采用 χ^2 检验。

结 果

2 组治疗后吞咽障碍评分较治疗前有明显提高(均 $P < 0.01$);治疗后组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。综合康复组的总有效率为 93.3%,对照组为 70.0%,2 组相比差异有统计学意义($P < 0.01$),说明综合康复训练能明显提高卒中合并假性延髓麻痹患者吞咽困难的治疗效果(表 2,3)。

表 2 2 组治疗前、后吞咽障碍评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	增加值
综合康复组	30	4.89 ± 2.14	8.10 ± 1.29 ^{**}	4.92 ± 0.23
对照组	30	4.71 ± 2.29	6.10 ± 1.89 [*]	3.17 ± 0.36

注:同组与治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

表 3 2 组疗效比较(例,%)

组 别	<i>n</i>	基本痊愈	明显好转	好转	无效	总有效率
综合康复组	30	17(56.7)	9(30.0)	2(6.7)	2(6.7)	93.3 [*]
对照组	30	9(30.0)	6(20.0)	6(20.0)	9(30.0)	70.0

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.01$

讨 论

脑卒中患者中有 29%~60% 出现吞咽障碍^[7],主要是由于双侧大脑皮质或皮质脑干束损害引起的。西医通常以鼻饲或胃造口成形术来维持患者的生命,久之,会造成患者营养失调,咽、喉、腭、舌肌废用性萎缩,不利于吞咽功能重建;同时,患者可能因不能进食而产生悲观、失望和厌世的心理,导致生活质量下降,死亡率增高。事实上假性延髓麻痹所造成的吞咽障碍大多

为可逆性,经过积极、及时的康复治疗,绝大多数患者可以恢复。因此,根据病情需要和营养状态对吞咽障碍患者进行系统的康复治疗是非常必要的。

本研究将 60 例脑卒中吞咽障碍患者随机分为综合康复组和对照组,前者采用心理支持治疗、针灸治疗和吞咽功能训练等综合康复治疗方法,后者采用常规内科治疗,且为了避免急性期因患者自愈对结果评价的影响,所选取患者的病程均大于 20 d。由于心理治疗是吞咽训练成功的基础和保证,因此于摄食训练前应尽量安慰和关心患者,消除其不良心理,增强其对治疗的信心,能积极配合治疗。祖国的传统医学认为,针刺廉泉穴可使舌体脉络通畅,舌体得以精血濡养,运动灵活自如,因此廉泉穴为主治语言不清、吞咽困难之要穴;针刺风府、风池穴可调理髓海、活血通络、醒神开窍,改善吞咽功能;而合谷穴为手阳明经之原穴,根据腧穴的医治原理,此穴对吞咽功能具有良好的调节作用;风池、风府穴附近有颈 1~3 神经纤维前支广泛分布,针刺该穴可刺激舌咽神经、舌下神经、三叉神经、迷走神经等,增强神经反射,改善肌肉的灵活性和协调性,并能促进椎基底动脉和颈内动脉的血液循环,起到提高吞咽功能的作用。现代康复医学认为,中枢神经系统在结构或功能上具有重组能力或可塑性。在条件适当时,只要神经元尚未完全受损,其轴芽、树突与突触均可发芽、再生,其残留部分通过功能重组可以起到代偿作用。对吞咽功能障碍患者进行功能恢复性训练和摄食训练的目的就是通过输入正常的模式来抑制异常的模式,从而促进正常模式的形成,最大限度地恢复各种功能;同时,通过功能训练可提高神经系统的兴奋性,形成新的传导通路。经过 2 个疗程的综合康复训练后,综合康复组吞咽障碍评分明显高于对照组($P < 0.01$);综合康复组的总有效率为 93.3%,对照组为 70.0%,2 组相比差异有统计学意义($P < 0.01$),说明综合康复组疗效优于对照组,综合康复训练能明显提高脑卒中合并假性延髓麻痹患者吞咽困难的疗效。

综上所述,综合康复训练对脑卒中合并假性延髓麻痹患者吞咽障碍疗效好,能改善患者吞咽功能,且方法简便易行,值得推广应用。

参 考 文 献

- 1 高青. 急性脑卒中致吞咽障碍的早期康复训练. 青海医药杂志, 2004, 34:15-16.
- 2 王新德. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经杂志, 1996, 29:379.
- 3 胡维明, 王维治. 神经内科主治医师 699 问. 北京:北京医科大学协和医科大学联合出版社, 1998. 145-146.
- 4 大西幸子, 孙启良, 编著. 赵峻, 译. 摄食-吞咽障碍康复实用技术. 北京:中国医药科技出版社, 2000. 7-18.
- 5 汪洁. 脑卒中后吞咽困难的康复治疗. 中国临床康复, 2002, 6:11.
- 6 南登崑, 郭正成, 主编. 康复医学临床指南. 北京:科学技术出版社, 1999. 340-341.
- 7 刘悦, 凌方明, 梁彦宇. 针刺治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24:373-374.

(修回日期:2005-10-12)

(本文编辑:吴 倩)