

· 他山之石 ·

日本吞咽康复的历史与现状及其对中国吞咽康复的借鉴意义

出江绅一 宫本明 唐志明 东岛美佐子 宫本陈敏

“人是铁,饭是钢,一顿不吃饿得慌”、“民以食为天”等俗语充分体现了“吃”作为人类第一大本能和欲望的重要性。但学术上研究“吃”的历史非常短,随着现代医学进步以及高龄社会到来,这一领域才逐渐受到重视和发展。最早是 20 世纪 80 年代美国开展了一系列关于成人摄食问题的研究,接着 1986 年国际性杂志《Dysphagia》创刊,1992 年美国成立吞咽障碍研究会(The Dysphagia Research Society, DRS)。1995 年日本摄食-吞咽障碍康复学会成立,1997 年该学会官方杂志《摄食-吞咽障碍康复》创刊。目前吞咽障碍临床与研究已不仅局限于生理解剖水平的诊断及治疗,安全、舒适的摄食维持也是日本吞咽障碍康复的一大目标及特点。本文拟对日本近 30 年来吞咽障碍发展过程中出现的一些重要事件、学会发展状况、制度及体系等进行简要回顾,旨在为中国吞咽障碍的发展起到借鉴作用。

日本吞咽障碍康复发展历史

日本吞咽障碍康复源于耳鼻喉科和儿科,其发展模式受美国的影响巨大。20 世纪 70 年代在美国 Logemann 等学者的推动下,使得吞咽康复发展逐渐受到社会广泛关注与重视。在另一方面,随着脑卒中患者数量增加及防治水平提高,患者死亡率明显下降,但遗留功能障碍(如吞咽障碍等)的幸存者则越来越多。为了应对人口老龄化问题及防治因吞咽障碍导致的吸入性肺炎,促使吞咽障碍康复逐渐受到临床重视。根据日本吞咽障碍康复发展史上的重要事件(表 1),笔者将其分为 3 个重要阶段。

表 1 日本摄食-吞咽障碍康复医疗发展史上重大事件简述

发生时间	重大历史事件
1981 年	耳鼻喉科领域的吞咽研究会创立
1990 年	日本吞咽障碍临床研究学会创立
1994 年	医疗保险新设摄食吞咽功能疗法项目
1995 年	日本摄食-吞咽障碍康复研究会创立
1996 年	升级为日本摄食-吞咽障碍康复学会
1997 年	言语听力治疗师国家资格化,言语听力治疗师法里明确规定吞咽障碍训练内容
2005 年	摄食-吞咽认定护士制度导入
2006 年	摄食吞咽功能疗法的报销天数延长
2008 年	摄食-吞咽障碍康复学会认定士制度设立
2010 年	吞咽造影检查被医保重新认定
2010 年	许可物理治疗师、作业治疗师、言语听力治疗师及临床技工士进行气管吸痰操作

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.12.003

作者单位:日本东北大学大学院医工学研究科康复医工学领域(出江绅一);日本神户国际大学康复学部理学疗法学科(宫本明);中国中山大学附属第三医院康复医学科(唐志明);日本长崎大学大学院医齿药学综合研究科保健学专攻(东岛美佐子);日本神户医疗福祉专门学校作业疗法科(宫本陈敏)

通信作者:宫本明(韩明),Email:amiyamoto@kobe-kui.ac.jp

一、萌芽期阶段(1981 年~1994 年)

日本的吞咽康复从上世纪 80 年代初开始起步,初期阶段主要是学习美国模式,通过零星翻译外文书籍,并在此基础上不断创新并摸索出新的方法,特别是翻译的《吞咽障碍的康复-训练和摄食计划的实践》(Steeffel JS 著,柴田贞雄监译)和《吞咽障碍-其病理和康复》(Groher ME 著,藤岛一郎译)等数本专业书籍为后来吞咽障碍康复传播奠定了坚实基础。至 1982 年日本窪田开发了评估吞咽功能的饮水试验,目前已成为国际上通用的筛查手段。1985 年舟桥等开发了针对儿童吞咽障碍的经口腔间歇导管法,1986 年才藤等发表了论文“吞咽障碍康复中吞咽造影(video fluorography, VF)的应用”,1987 年金子等发表了论文“摄食功能障碍,其思维和康复”,1993 年藤岛出版了《脑中风的摄食-吞咽障碍》著作,随后关于吞咽方面的新技术、新方法研究源源不断。上述一系列研究成果均为日本吞咽障碍的康复实践奠定了基础。

二、成长期阶段(1995 年~2004 年)

经过上一时期之后,日本吞咽障碍康复已初具规模。这一时期的主要特点是各学术团体纷纷组建,并有组织、有计划地开展一系列吞咽障碍学术活动;同时一些专业书籍的出版也为推进吞咽障碍康复起到了重要作用。1995 年日本摄食-吞咽障碍康复研究会成立,第 2 年改名为日本摄食-吞咽障碍康复学会(The Japanese Society of Dysphagia Rehabilitation, JS DR),为日本吞咽障碍康复领域内最大的学会。1998 年金子、千野主编的《摄食·吞咽障碍康复》出版,日本吞咽障碍临床研究学会主编的《摄食·吞咽康复的思维和实践》等入门书籍也陆续出版。在此基础上,与吞咽障碍相关的各专业团体积极将本专业技能应用于吞咽障碍康复治疗中,特别是 1999 年出版的“言语治疗师法”明确提到吞咽训练的内容,这是首次从立法角度明确了言语治疗师应参与吞咽障碍的康复,为本专业的成长注入了新的活力。

三、发展期阶段(2005 年至今)

学会的创立使得吞咽障碍学术活动及行为更具有组织性和规划性,学术交流活动日趋频繁。特别是在学会努力下,各种有利于吞咽障碍康复发展的政策纷纷出台,资格认证制度与体系也得以实现。2005 年[即日本摄食-吞咽障碍康复学会(JS DR)成立后第 10 年],吞咽障碍护理协会确立了吞咽护士认定制度。随后 JS DR 与日本听力言语治疗师学会也同样设立了专业人员认定制度。2006 年摄食吞咽功能疗法对应的医疗保险期延长,2010 年吞咽造影检查在医疗保险中独立报销。2014 年 JS DR 将迎来第 20 周年纪念庆典,预期国际吞咽障碍专题研讨会和日本摄食-吞咽年会在日本东京同时召开。

从各学术团体的发展洞察日本吞咽障碍现状

一、日本摄食-吞咽障碍康复学会

(一)JS DR 的过去、现在及未来

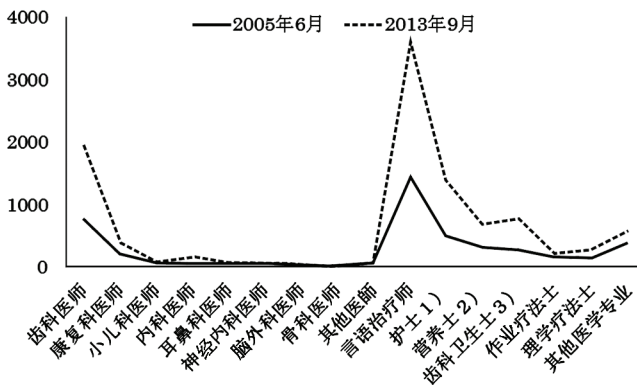
JS DR 是日本吞咽障碍康复最大、最专业的学术团体。其前

身为 1995 年由康复医师、齿科医师和言语听力治疗师为主的摄食-吞咽障碍研究会,第 2 年升级为学会。其会员数量现已超过 1 万人,包括康复医师、内科医师、齿科医师及齿科卫生士、护士、营养师、言语听力治疗师、物理治疗师等(详见表 2、图 1)。近年来 JS DR 每届年会参加者超过 5000 人,以至于确保和预订大规模会议场地都是会议组必须考虑的问题(图 2)。JS DR 为多职种组成的跨学科特殊组织,组成人员中最多的是为听力语言治疗师,约占到总体的 40%,其次为齿科医师,约占 20%,其余为护士、各科医师、齿科卫生士、物理治疗师、作业治疗师等(图 2、

表 2 日本 JS DR 会员增长情况分析(2005 年与 2013 年对比)

职种	资格	2005 年 6 月 (例)	2013 年 9 月 (例)
医师·齿科医师	齿科	759	1941
	康复科	189	382
	儿科	61	63
	内科	53	140
	耳鼻喉科	46	82
	神经内科	44	75
	脑外科	19	34
	整形外科	10	16
	其他医师	62	69
护理与医技	言语听力治疗师	1464	3647
	护士 ^a	477	1367
	营养师 ^b	311	674
	齿科卫生士 ^c	266	786
	作业治疗师	152	207
	物理治疗师	133	263
	其他医学相关人员	378	582
总数		4427	10328

注:^a表示含保健师;^b表示含管理营养师;^c表示含齿科技工士



注:1)含保健师;2)含管理营养师;3)含齿科技工士

图 1 日本 JS DR 会员增长情况示意图



图 2 经常爆满的 JS DR 会场

图 3)。每年年会前、后都有各种类型的学习班,会议期间除研讨会外,还有教育演讲、招待演讲、一般口头发言、午餐会议、专家面对面等多种形式交流。

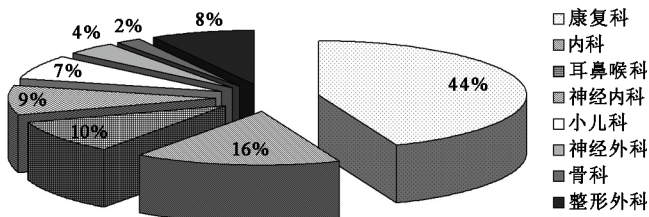


图 3 JS DR 医师会员构成示意图

JS DR 在推动吞咽障碍康复基础知识普及、行业规范、科研、学科交流等方面均发挥着重要作用。JS DR 初设立时 1 年仅发行 1 次学会杂志,1999 年开始 1 年发行 2 次,从 2005 年开始每年发行 3 次。杂志的创立为临床及基础研究成果的传播提供了良好学术平台。JS DR 每年举办 1 次年会、多次学术会议及学习班。除了为专业人员服务外,JS DR 也在积极开展普通市民教育,与大型会议同时举办或单独举办市民讲座,以普及吞咽障碍康复知识,直接惠及普通民众,同时也有利于提高学科在社会中的认知度。资格认证讲座也是学会活动中的一个重点,每年年会时都会组织相应的专题讲座并授予学分,学分是资格认证和资格更新的必备条件。除现场讲座外,为方便更多临床一线医务人员学习,JS DR 专门组织开发了网络课堂。通过网络课堂学习也可获得相应学分。网络课堂不仅针对会员开放,非会员通过申请也可使用。在 JS DR 的组织下各种诊疗指南相继制订,为从业人员提供了操作标准并简化了操作流程。JS DR 同时设立了吞咽障碍科研基金资助,以组织引导科研方向。JS DR 的下一步工作目标是向一般介护(养老)场所推广吞咽障碍康复,使之惠及全国每一个角落;同时推进国际化合作进程,促进日本国内与国际吞咽障碍康复事业高速发展。

(二) JS DR 的目标设定及相关成果

JS DR 的成长与理事会(委员会)及会员们的努力密不可分,委员会相继设定了 5 个重要的目标,为学会发展提供了航标^[1]。

1. 学会法人化:社团法人是经过国家相关部门批准的合法组织,JS DR 为了拥有更好的社会发言权及社会活动功能,法人化是相当重要的。JS DR 设立后第 10 年(2005 年)即确定此目标,原计划 5 年内实现法人化,该目标于 2009 年提前实现。这一点对中国成立吞咽障碍专业委员会具有很大借鉴作用。

2. 学会资格认证制度:吞咽障碍的康复是一个跨学科事业,JS DR 最大的目标就是推进多职种知识及技能普及,为行业发展设定标准和准入资格。为此 JS DR 通过充分准备于 2008 年开始实行认证制度,并设立了资格更新制度。

3. 强化与其他相关学术团体的合作:JS DR 成立以来非常重视与相关学术团体的合作交流,因为 JS DR 充分认识到吞咽障碍本身是一个以症状学诊断为基础的交叉学科。JS DR 在 2004 年与美国吞咽障碍研究会(Dysphagia Research Society, DRS)、2006 年与 Dysphagia 杂志和日本静脉经肠营养学会(Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition, JSPEN)等组织均建立了良好合作关系。

4. 吞咽障碍康复的循证研究:为促进吞咽障碍临床与基础

研究的发展和为临床研究积累证据,JSDR 专门成立了相关的研究委员会引导和协调多中心研究,并组织制订了各种检查、治疗和吞咽食物指南。

5. 吞咽障碍专业人员的激励与培养:为鼓励创新、积极培养吞咽障碍专业人才,2007 年 JSDR 专门设立了学会奖,2008 年设立了研究资助制度,2009 年开设了 e-大学(即网络课堂)。此外 JSDR 为鼓励海外学术交流,同时也为纪念对本学会创建及发展做出巨大贡献的已故言语听力治疗师冈田澄子,JSDR 于 2008 年设立了“冈田澄子纪念国际研究基金”。

二、日本吞咽医学会

日本吞咽医学会(The Society of Swallowing and Dysphagia of Japan)是日本最早涉及吞咽障碍的学术团体。该学会于 1981 年由耳鼻喉科及头颈外科医师为主体的吞咽研究会发起,当时挂靠在日本气管食道科学会之下,1999 年更名为日本吞咽研究会,2005 年独立出来改组为日本吞咽医学会。现在每年均召开全国性学术会议,交流高水平的基础研究及外科治疗技术。2012 年起该学会官方杂志从《耳鼻与临床》分册独立出来,创立了《吞咽医学》杂志。日本吞咽医学会会员虽仍以耳鼻咽喉科医师为主,但随着日本对吞咽问题的重视,许多其他学科人员也陆续加入到该学会中,包括康复科、神经内科、外科、脑外科等领域的临床医师以及言语听力治疗师、齿科医生、护士和物理治疗师等(图 5、图 6)。研究领域也从与病理生理相关的基础研究课题向吞咽障碍的诊断和治疗类临床问题延伸。

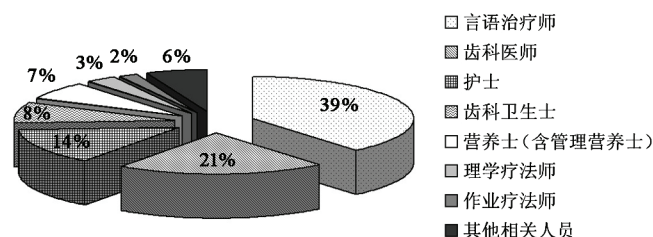


图 4 JSDR 医师以外的会员构成示意图

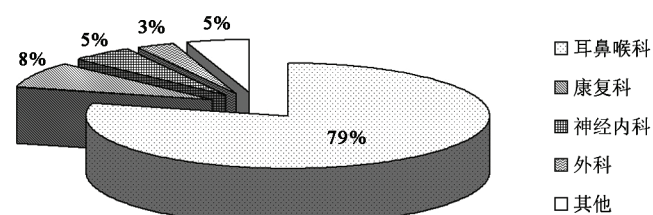


图 5 日本吞咽医学会医师会员构成示意图

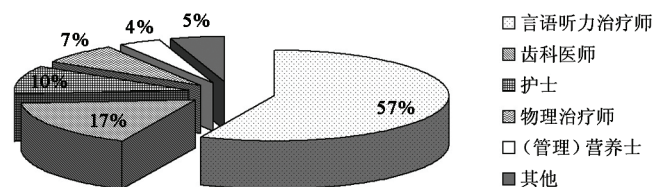


图 6 日本吞咽医学会医师以外的会员构成示意图

三、日本吞咽障碍临床研究会

日本吞咽障碍临床研究会(The Society of Japanese Clinical Dysphagia Research)是 1988~1989 年期间以言语听力治疗师为主体而成立的学术团体。2013 年 11 月期间该学会会员人数已达 406 名,半数以上皆为言语听力治疗师。该研究会的特点为

病例讨论多,每年在各地都举办多个病例讨论会,通过案例分析大力推动吞咽障碍知识普及与实践能力提高。1998 年该研究会组织编写了《吞咽障碍临床康复的思维与实践》。

日本吞咽障碍发展的契机、特征及最新动向

一、日本吞咽障碍康复的发展契机

(一) 诊疗收费标准的设立及改定

1994 年日本厚生劳动省批准了医科和齿科的摄食-吞咽疗法的诊疗费用,为这一行业的发展提供了经济基础。同时由于各学会努力,与吞咽相关的研究成果不断积累,吞咽障碍康复的重要性越来越被社会所认可。因此尽管在日本医疗预算相当严峻的现实下,一些新的摄食-吞咽障碍诊疗项目和口腔功能改善项目也逐渐被批准。随着行业发展,摄食功能训练和口腔卫生管理对介护预防的贡献被广泛认可^[2]。因此厚生劳动省在新的介护预防支付中将以健康高龄者为对象的社区支援项目及口腔功能改善两个项目事业列入其中。

(二) 言语听力治疗师法的制订

日本于 1997 年制订言语听力治疗师法,在 1998 年实施的言语听力治疗师法第 42 条规定:言语听力治疗师可以在临床医师和齿科医师指导下进行吞咽训练。这一规定肯定了言语听力治疗师从事吞咽训练业务的合法性,也是他们投身摄食-吞咽障碍领域的原动力,同时也提高了这个职业在社会中的认知度。目前言语听力治疗师已成为与摄食-吞咽障碍关联的各学术团体的主力。

二、日本吞咽障碍康复的特征

(一) 强调全面康复的重要性

过去针对吞咽的认识被局限在生理解剖结构层面,涉及与吞咽有关的问题都属于耳鼻咽喉科范畴。随着康复医学发展,人们对吞咽也逐渐产生了新的认识,强调摄食前准备期到食物进入胃整个过程涉及个体及环境等多个因素,如食物的性状、颜色、气味以及个体对这些特性的认知功能都可以影响其吞咽功能。JSDR 学会名称及学会杂志名称中都包含“摄食”与“吞咽”关键词,而且两者间都要加一个“·”,表示吞咽应体现从摄食到吞咽整个过程^[3]。

(二) 多学科间合作

摄食与吞咽是人类最基本的活动之一,多种疾病均可引起摄食-吞咽障碍,同时吞咽障碍也可引起误吸、营养不良等并发症,因此针对吞咽障碍患者需要各学科紧密协作才能获得满意疗效。在医疗资源良好、分科较细的大学附属医院,一般由医师作为吞咽康复团队的领导对患者进行初步评定和诊断,然后言语听力治疗师、放射科技师等开展进一步精密检查,紧接着护士、作业治疗师、物理治疗师、管理营养师、齿科卫生士以及患者共同召开评估会,决定治疗方针后各专业人员相互配合,对吞咽障碍患者进行综合康复和管理。但是一般医院或小规模医疗机构并不具备所有相应学科人员,导致各学科人员之间相互兼职是日本的现状。中国目前也一样,大部分医院并未细分相应专科治疗师,一名治疗师可能要同时开展作业治疗、物理治疗及吞咽障碍治疗,另外国内尚未有负责口腔卫生的齿科卫生士及负责营养处方管理的管理营养师,现阶段还主要由护士及护工具体实施。

(三) 康复医师和齿科医师的主导性

日本康复医师和齿科医师在吞咽障碍治疗中起主导作用。日本一方面正在向超高龄社会急速前进,另一方面随着医学进步,许多致命疾病正在被逐一征服,但幸存者中有相当数量患者遗留有各种程度的功能障碍,故该部分患者如何从医院顺利过渡到家庭生活并尽可能生活自理是一个重要的临床及社会课题。在此背景下,日本的康复医学急速发展,康复医师通常以吞咽障碍为中心,高度重视患者的风险管理,同时发挥小组综合治疗策略优势,其作用日益受到关注及重视。

齿科医师积极参与吞咽障碍治疗是日本吞咽障碍康复的另一大特点。第一代 JSDB 理事长(会长)即为齿科医师,现在学会中齿科医师数量仍占到第 2 位(图 4)。这是由于齿科在日本相当发达,齿科医师数量众多,齿科诊所遍布日本大街小巷,加之介护保险也适用,与紧缺的临床医疗资源相比,患者在齿科就诊相当便利。从专业角度分析,经口摄食的先决条件是口腔的状态良好,如仅将不合适的义齿重新安装正确就可以改善吞咽功能的例子不在少数。此外,口腔卫生管理对防治吸入性肺炎的重要性众所周知,而齿科医师和齿科卫生士在这一方面相当有经验。因此日本吞咽障碍康复是由临床医生、齿科医生作为领导,言语听力治疗师、护士、齿科卫生士、管理营养师、物理治疗师、作业治疗师等成员共同参以小组形式完成治疗,各成员间相互尊重、各司其职、扬长避短、合作交流,为提高吞咽障碍康复疗效奠定坚实基础。

三、日本吞咽障碍康复的最新动向

日本吞咽障碍康复通过 30 年来不断摸索和发展,各种新技术不断应用,以前较棘手的吞咽障碍问题逐个得以解决。目前日本吞咽障碍康复发展方向主要表现在 4 个方面:第一,对于新的评定手段的探索,特别是一些高精尖评定仪器的开发及应用。如最新的 320 排动态 CT 可以立体、动态观察咽喉器官的解剖结构及进食时状况,还有无线吞咽内窥镜、fMRI、近红外光谱技术等正应用于临床。第二,吞咽障碍治疗方法的探索与临床应用。如肉毒毒素注射、非侵袭性脑刺激技术、吞咽肌电刺激疗法等新方法正在向临床推广。第三,新型外科手术的开发,借助外科手术改变咽喉器官的结构也可达到改善吞咽功能目的,是目前吞咽康复发展的另一个重要方向^[4]。第四,针对骨骼肌减少综合征(sarcopenia)的对策。高龄患者由于机体衰老及功能衰退,可出现肌肉萎缩、肌力低下、身体活动性低下等问题,这些改变也可导致吞咽功能障碍,后者又可引起吸入性肺炎、营养不良等并发症,从而加速全身功能衰退。因此针对老年人肌肉(特别是骨骼肌)减少所诱发的吞咽障碍也越来越受到临床重视^[7]。

对中国的借鉴作用

经口摄食是人类最重要的功能和最基本的欲望,对于有经口摄食障碍的患者如何让他们更安全地进食、如何更好地提高他们的生活质量(quality of life, QOL)是摆在我们面前亟待解决的重要问题。据报道,2013 年中国 60 岁以上人口已超过 1 亿 8 千万,到 2030 年时 65 岁以上人口比例将超过日本而成为世界高龄人口最多的国家^[5-6]。与日本当时一样,中国现在脑血管意外患者数量不断增多,其治疗理念从拯救生命为主逐渐过渡到拯救生命兼提高 QOL。在上述背景下,近年来针对吞咽障碍的康复需求日渐增加。日本的吞咽障碍康复从上世纪 80 年代

初开始起步,经过 30 多年的发展,目前已形成一个完善的体系,其发展模式值得中国借鉴。

吞咽障碍的康复在中国方兴未艾,但是对吞咽障碍的诊疗及管理经验有待提高,特别是专业委员会的缺乏,使得吞咽障碍的发展缺乏计划性与系统性,如准入制度、人才培养系统、继续教育系统、资格认证、医保项目设立、国际合作、多中心科研的协调、指南共识的编制等等,都有待制订或实施。此外吞咽障碍康复并非单纯的吞咽训练,而是一个与患者症状相结合并运用各种治疗手段的系统工程,成功的关键是小组医疗及社区介护系统的构建。而这正是中国目前比较欠缺的,特别是低级别的医疗机构。大医院凭借优良的医疗资源,患者可能独立生活,但一旦脱离大医院的医疗环境后患者往往难以适应,这样康复医疗的意义就大打折扣^[8]。因此,为了给患者提供必要的医疗服务,构建小组协作医疗和医院间的转介制度,以及建设社区吞咽障碍康复模式十分重要,专科医院向社区医疗的支援必不可少。

中国近年来学术活动有所增加,但相比日本各学术团体的学术活动活跃程度还远远不够。目前,除了广州中山大学附属第三医院与《中华物理医学与康复杂志》每两年联合举办一次全国吞咽障碍高峰论坛之外,各地也陆续开始举办各种规模的培训班,这些都加速了国内吞咽障碍康复的发展,如何进一步加强各个专业间的学术交流将是以后考虑的重点。可喜的是今年“第三届中国吞咽障碍高峰论坛”上讨论并通过了国内首部吞咽障碍康复专家共识,可望为中国吞咽障碍诊疗提供典范。最后相对于日本吞咽障碍专业书籍的出版规模来说,中国出版的吞咽障碍专业书籍屈指可数,今后为普及吞咽障碍康复技术及理论,在专业书籍的编辑、翻译、出版及宣传等方面还需加大力度。

致谢 本稿在撰写过程中,得到了日本摄食-吞咽康复学会(JSDB)事务局、日本吞咽医学会事务局以及日本吞咽临床研究会事务局的大力支持。对上述学会提供的最新资料及数据在此深表谢意

参 考 文 献

- [1] 才藤栄一. 理事長に就任して. 日摂食嚥下リハ会誌, 2006, 10: 1-2.
- [2] 植田耕一郎. 医療一福祉一保健の中の摂食・嚥下リハビリテーション. 日摂食嚥下リハ会誌, 2007, 11: 1-2.
- [3] 植松宏, 監修. セミナー, わかる! 摂食・嚥下リハビリテーション I. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2005: 10-11.
- [4] 藤島一郎. 悲しみを乗り越えて一歩一歩. 日摂食嚥下リハ会誌, 2011, 15: 147-148.
- [5] 杜鹏, 翟振武, 陈卫. 中国人口老龄化百年发展趋势. 人口研究, 2005, 29: 92-95.
- [6] 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 18 年 12 月推計)中位推計」<http://muratainc.com/basics/>.
- [7] Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis; Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing, 2010, 39: 412-423.
- [8] 出江紳一. 口腔・咽喉頭の老化とアンチエイジング, 摂食・嚥下リハビリテーション. アンチ・エイジング医学, 2011, 7: 213-218.

(修回日期: 2013-10-20)

(本文编辑: 易 浩)