

后卧床,牵引制动,往往发生髋关节伸屈、内收、外展和旋转肌群以及股四头肌的废用性萎缩。术后卧床,会影响臀部和整个下肢的血液循环,甚至影响整个人体的呼吸、消化、排泄及新陈代谢。髋关节置换术后,不是治疗的结束,而是关节功能康复的开始。根据 Salter 提出的滑膜关节持续活动理论^[2],我们及时应用下肢关节功能康复仪对 42 例髋关节置换术后患者进行功能训练,这种持续、被动活动有利于损伤关节最大限度地修复,可避免制动所致的关节僵硬,同时可缩短卧床时间,避免引起褥疮、呼吸道和泌尿道感染^[3]。

如果做骨水泥型人工髋关节置换术,术后 2 周便开始 CPM 功能训练。如果做非骨水泥型人工髋关节置换,骨组织长入假体多面形成生物固定需要一定时间,过早活动会引起假体松动,一般在术后 3~4 周作 CPM 训练较为适宜。

必须强调,早期的肌肉主动收缩与关节被动活动相结合,

逐渐过渡到关节主动运动,甚至正常或接近正常行走,本组遵循这种方法,治疗组中髋关节功能优良和很好的病例占 91%,效果满意。

参 考 文 献

- 1 张伯勋,卢世壁. 髋关节人工置换(续). 中华外科杂志, 1982, 20: 250.
- 2 Salter RB, Simmonas DF, Malcolm BW, et al. The biological effect of continuous passive motion on the healing of full thickness in articular cartilage. J Bone and Joint Surg (Am), 1980, 62:1232.
- 3 肖德明,王崇武,曾纪葵. 股骨颈骨折手术患者的康复治疗. 中国康复, 1996, 11:27.

(收稿日期:2001-12-27)

(本文编辑:熊芝兰)

重症脑卒中患者吞咽障碍的影响因素与治疗

史长青 刘永明 常天才

重症脑卒中的幸存者,有许多并发严重的吞咽障碍,长期靠鼻饲或静脉输液维持生命。从 1995 年 5 月~2001 年 5 月,我们收治了 16 例重症脑卒中吞咽障碍患者,与科外 10 例同类患者进行了详尽的对照观察,以探讨重症脑卒中患者吞咽障碍的影响因素和治疗方法。

资料与方法

一、对象

治疗组为 1995 年 5 月~2001 年 5 月收治的 16 例重症脑卒中吞咽障碍患者,其中男 11 例,女 5 例;鼻饲 6 例,完全靠静脉输液 6 例,基本靠静脉输液 4 例;年龄 55~78 岁;入院时,全靠输液最长 12 d,基本靠输液 30 d,鼻饲最长约 180 d。对照组为 10 例同类患者,其中男 7 例,女 3 例,年龄 55~77 岁。2 组患者的临床状况见表 1。

表 1 2 组患者的临床状况(例)

组别	例数	偏瘫	认知障碍	言语障碍	肺脓肿	肺胸感染	胃食管反流
治疗组	16	16	15	14	4	10	8
对照组	10	10	8	8	3	5	6

二、评价方法

1. 参照洼田氏饮水试验^[1]评价:患者坐位,饮温水 30 ml,观察经过,记录时间,注意有无呛咳。正常:1 次 5 s 内饮完无呛咳。异常:I—1 次 5 s 以上饮完,或 2 次以上饮完;II—1 次饮完,有呛咳;III—2 次以上饮完,有呛咳;IV—多次呛咳,不能饮完。

2. 参照藤岛一郎所述吞咽疗效评价标准^[2]评价(表 2)。

三、治疗方法

对照组的治疗,主要是输液、鼻饲,等待自然恢复;治疗组根据临床状况,系统地进行如下康复治疗。

表 2 吞咽疗效评价标准

评价内容	得分
不适合任何吞咽训练,且不能经口进食	1
仅适合基础吞咽训练,但仍不能经口进食	2
可进行摄食训练,但仍不能经口进食	3
在安慰中可能少量进食,但仍需静脉营养	4
1~2 种食物经口进食,需部分静脉营养	5
3 种食物经口进食,需部分静脉营养	6
3 种食物经口进食,不需静脉营养	7
除特别难吞咽的食物外,均可经口进食	8
经口进食,但需临床观察指导	9
正常的摄食吞咽能力	10

1. 积极治疗原发病,同时积极诊治认知功能障碍。

2. 治疗呼吸系统和消化系统相关疾病。

3. 呼吸控制训练:颈肩部肌肉主动或被动放松运动,指导患者练习长吸气、长呼气、长闭气,能达到足够长时间闭气,使呼吸运动能和吞咽运动协调配合。

4. 口、舌运动训练:让患者张口、呲牙、闭唇、鼓腮;使舌头向口唇外左右上下用力伸展,必要时可被动牵拉,鼓励患者卷曲舌尖,由软腭向硬腭滑动,以及在口腔内向各方向运动;用酸、甜、苦、咸等液体刺激舌尖、舌、口运动;用手指练习吸吮。

5. 吞咽训练:首先练习空咽,取坐位,微前倾、低头,辅助甲状软骨上下运动,或在甲状软骨至下颌部上下摩擦,诱发吞咽;进而咽小冰条、冰棍、果冻等,逐渐过渡到稀状食物和水的训练,注意呛咳和梨状窝、会厌溪残留食物的处理。

6. 注意力与心理治疗:整个吞咽治疗过程中,要吸引患者注意力。因重度脑损伤患者注意力常不集中,或集中注意时间很短。可采用强烈、简短、夸张性语言刺激,待注意力集中时,抓紧治疗。另外,此类患者情绪常不稳定、烦躁、易怒、不易合作,要给患者尽可能讲清事实、病情、治疗过程和转归,针对性疏导,较

多地争取患者的配合。

四、统计学分析

注田氏饮水试验评价,对Ⅲ和Ⅳ级人数构成比,作卡方检验;对藤岛一郎吞咽疗效评价标准,作积分平均数的 t 检验。

结 果

经过上述 6 项治疗,有的患者在 3~4 次治疗后,即可少量进食,最长治疗可延至 2 个月。治疗 2 周后,按注田氏饮水试验和藤岛一郎所述吞咽疗效评价标准评价,治疗组较对照组有明显提高;治疗组治疗后较治疗前明显提高;经统计学分析,差异有显著性(表 3、表 4)。

表 3 注田氏饮水试验评价(例)

组 别	例数	治疗前		治疗后			
		Ⅲ	Ⅳ	I	II	III	IV
治疗组	16	3	13	12	3	1	-
对照组	10	2	8	1	2	4	3

注:仅对Ⅲ、Ⅳ作统计学分析,为简化将Ⅲ、Ⅳ人数相加,作卡方检验, $P < 0.05$

表 4 藤岛一郎疗效评价结果(分)

组 别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	16	42(2.63) *	122(7.63) *
对照组	10	27(2.70) *	43(4.30) *
P		> 0.05	< 0.01

注: * 括号内为每例得分平均数,作 t 检验, $P < 0.05$

讨 论

通过我们对 26 例重症脑卒中患者吞咽障碍的评价与治疗观察,结合文献,我们认为,本组吞咽障碍患者的临床影响因素为原发病治疗不彻底;认知障碍没有引起临床的足够重视,诊断和治疗不到位;呼吸系统常常合并吸入性肺炎、肺脓肿,咳嗽、气急;消化系统的疾病常导致恶心、呕吐、不耐水食;呼吸运动和吞咽运动不能协调配合,吞咽时不能闭气;因脑卒中,患者可有口面部肌肉、咀嚼肌、舌肌瘫痪,特别是长期不经口进食,舌肌等产生废用性萎缩、僵硬,引起吞咽运动的口腔时相障碍;咽时相吞咽障碍;患者精神心理因素和情绪受到影响。

针对上述病因,我们采取系统检查及治疗。特别强调对呼吸系统疾病的诊断。有 1 例患者,曾在外院气管切开,拔管后,进食时气急、烦躁、拒食,不与医护人员配合,曾怀疑气管狭窄、上呼吸道梗阻,请耳鼻喉科会诊,准备气管切开,后经我们检查,发现左肺有 1 个脓肿,经治疗后缓解。

患者气急,呼吸吸气时间短,也不能较长时间闭气,不能协

调完成吞咽。有节奏地训练患者吸气—闭气—呼气,注重控制能力,逐渐延长闭气时间,而后再进食吞咽,可改善吞咽功能。患者的情绪,也会影响呼吸和吞咽。因焦虑、烦躁、发怒等,常影响吞咽功能。要告诉患者病情,告诉患者吞咽障碍的事实、治疗方法、过程和转归,鼓励患者治愈的信心,并与医护人员配合治疗。

原发病的彻底治疗和认知障碍的改善是治疗吞咽障碍的基础。要使患者逐渐能随意运动与吞咽有关的肌肉,按程序有目的地进行训练,使有关肌群运动逐渐到位。

吞咽的全过程分为三个时相,口腔时相、咽时相、食管时相^[3]。吞咽障碍治疗的重点在前两个时相。口腔时相,要训练面肌、咀嚼肌、舌肌,要张口、呲牙、闭唇、鼓腮,舌肌外伸,向左右上下尽力伸舌,舌肌卷曲由软腭向硬腭划动,在口腔内舌肌尽可能向各个方向运动;舌的味觉敏感部位刺激,包括酸、甜、苦、咸等,以刺激舌肌运动并诱发咀嚼运动,在疾病早期,认知障碍较重时,味觉刺激可优先进行。

咽时相的吞咽,首先要有一个吞咽反射的感觉触发,此感觉主要由舌咽神经支配,只有当舌完成随意运动,将食团等向后推进,才能触发吞咽反射,即吞咽感觉上传网状结构,启动吞咽,在咽部产生一系列的神经肌肉的协调运动,包括咽咽闭合,咽缩肌群的收缩蠕动,使食团通过咽部,同时喉上提,喉闭合,由吞咽中枢控制气道保护。吞咽反射不同于软腭反射和呕吐反射,它必须通过随意的舌运动,向大脑传入信息,而不是在口腔某个部位触发吞咽。严重的脑卒中患者,常常没有随意的舌运动,因此,舌的运动和感觉治疗,尤为重要。

当患者意识清楚,有中度注意力,对环境能理解,对听觉、视觉刺激和简单指令可作出正确反应(如张口、吸吮、咀嚼等)时可进入饮食治疗。治疗时,取坐位,略前倾低头,初以冰条、冰棍,后以果冻、食团,缓慢喂食,最后饮水,其间给患者充分时间,并能正确处理呛咳。在患者吞咽功能改善及进食的种类、量增多时,可考虑拔出鼻饲管。

参 考 文 献

- 1 大西幸子,孙启良. 脑卒中患者摄食—吞咽障碍的评价与训练. 中国康复医学杂志, 1997, 12:141.
- 2 藤岛一郎,大熊みり,ほか. 假性球麻痹による咽下障害とリハビリテーション. 神经内科, 1997, 47:32-39.
- 3 汪洁. 神经源性吞咽障碍的评价. 中国康复医学杂志, 1996, 11:38.

(收稿日期:2001-11-25)

(本文编辑:郭正成)

欢迎订阅

《中华物理医学与康复杂志》