

参 考 文 献

- 1 刘承宜, 罗刚跃, 李学梅. 关于低强度激光生物效应的文献探讨-生物信息模型. 中国激光医学杂志, 1999, 8: 121-122.
- 2 Kolarova H, Ditrchova D, Smolan S. Effect of He-Ne laser irradiation on phagocytic activity of leukocytes in vitro. Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med, 1991, 129: 127-132.
- 3 Ricevuti G, Mazzone A, Monaia C, et al. In vivo and in vitro He-Ne laser effects on phagocyte functions. Inflammation, 1989, 13: 507-527.
- 4 吴并生. 超短波对慢性前列腺炎患者精液质量的影响. 中华理疗杂志, 1998, 21: 337-338.
- 5 陈红霞, 金成兰, 李素琴. 超短波抗炎对细菌作用的国内研究概况及展望. 中华理疗杂志, 2000, 23: 375-376.

(收稿日期: 2002-08-29)

(本文编辑: 易 浩)

· 临床研究 ·

康复训练治疗吞咽困难 63 例

徐燕忠

吞咽困难是中风、颅脑外伤等中枢神经系统病损所致的常见症状。我科于 1996 年 3 月~2001 年 2 月采用康复训练治疗吞咽困难患者 63 例, 取得了良好的效果。

临床资料与方法

一、临床资料

吞咽困难患者 126 例, 均为中风或颅脑外伤引起。按单双数随机抽样原则分为康复组与对照组, 每组 63 例。康复组中, 男 37 例, 女 26 例; 中风致吞咽困难 40 例, 颅脑外伤所致 23 例; 年龄 30~67 岁, 平均 54 岁; 病程 29~195 d, 平均 67 d。对照组中, 男 40 例, 女 23 例; 中风致吞咽困难 38 例, 颅脑外伤所致 25 例; 年龄 29~71 岁, 平均 53 岁; 病程 18~172 d, 平均 63 d。入院时 126 例患者均有鼻饲管留置。

二、康复训练方法及程序

1. 康复组: (1) 舌运动训练—伸舌运动并把嘴唇推开; 舌向侧方主动运动及抗压舌板阻力的抗阻运动; 舌上卷上抬的主动运动及抗压舌板阻力的抗阻运动。早期如患者不能进行舌的主动运动时, 治疗师可用湿纱布包住舌头, 然后用食、拇指捏住患者的舌头, 引导进行各个方向的运动。(2) 软腭上抬训练—早期治疗师用压舌板压下舌暴露软腭, 用冰冻过的棉签头在不能主动运动的软腭上迅速地做抚摸动作, 然后立即让患者发“啊”等短而尖的声音以提升软腭; 当软腭能主动运动时, 让患者用吸管吹肥皂泡沫以及做吸吮动作, 以主动抬高软腭。(3) 喉活动训练—早期治疗师用手进行喉的被动上下运动, 患者利用发“啊、依、噢”等声音做喉的主动运动, 还可以让患者做点头样空吞咽动作。(4) 进食训练—上述训练成功后(以能否做主动运动为标准), 可进行进食训练; 取直立位, 起初宜吃粘稠的泥状食物(如香蕉), 逐步过渡到固体、液体; 量由 3~4 ml 逐渐增加到正常的 20 ml 左右。(5) 如合并面神经麻痹, 同时给予面肌训练。

2. 对照组: 使用传统的鼻饲管护理等等待性治疗。

三、评定标准

采用日本洼田的咽水试验评定吞咽困难, 即玻璃杯中盛常温水 30 ml, 嘱患者在不呛咳的情况下三口咽下, 测定口腔含水

至咽完的时间(以喉头运动为标准), 进行 2 次测试, 计最短的时间。I 级为 <5 s, II 级为 6~10 s, III 级为 11~15 s, IV 级为 >16 s 或不能咽下。达 I、II 级者可拔除鼻饲管而正常进食, 为治愈。III、IV 级为无效, 仍需留置鼻饲管以辅助进食。

结 果

2 组患者经 1 个月治疗后进行咽水试验评定, 结果为康复组治愈率明显高于对照组, 经统计学处理, 差异有显著性(见表 1)。

表 1 2 组患者的咽水试验评定比较

组 别	例数	I 级		II 级		III 级		治愈率(%)
		例数	%	例数	%	例数	%	
康复组	63	52	82.5	11	17.5	0	0.0	100.0
对照组	63	15	23.8	16	25.4	32	50.8	49.2

注: 2 组治愈率比较, $P < 0.005$

讨 论

吞咽是食物由口向胃输送的一系列动作。可分为 3 个时期: 口腔期—食物自口腔至咽部, 为随意过程; 咽部期—食物自咽部至食管, 为反射性运动; 食管期—食物自食管至胃, 为平滑肌的蠕动。吞咽困难的特征为舌运动受限和软腭麻痹, 导致口腔内压不能充分升高, 食物由口腔经咽部向食管入口部移动的动力缺乏。更由于食管入口部的收缩肌(咽缩肌、咽提肌)的不松弛而成为阻力, 更加阻碍了食物向食管的移动, 结果导致食物误咽入喉头气管而发生呛咳。因而舌肌及软腭的运动训练有助于口腔内压力的升高, 增加动力。喉运动训练有助于咽部收缩肌的放松而使阻力下降。

长期留置鼻饲管不仅可造成胃食管粘膜溃疡及出血等多种并发症, 而且给患者在心理上和精神上带来极大的障碍, 往往导致肢体等其他功能训练无法进行, 使患者最终回归社会的康复目标不能实现。因此, 中枢神经系统病损所致的吞咽困难患者应进行康复训练。我们所观察的 63 例患者经训练后全部拔除鼻饲管而能独立完成进食, 说明此种训练方法简单有效, 无需特殊技巧, 且对患者的认知、言语等要求低。吞咽障碍的患者往往伴有构音障碍, 以上训练也同样适用于构音障碍的患者。

(收稿日期: 2002-08-07)

(本文编辑: 郭正成)