

上辅以穴位电针或埋线治疗,发现治疗结束后及随访时患者 1 h 漏尿量、ICI-Q-SF 评分均较治疗前及盆底肌训练组明显改善,表明在盆底肌生物反馈治疗基础上辅以穴位电针或埋线治疗 SUI 患者具有协同作用,能进一步改善 SUI 患者控尿能力,提高其生活质量^[20]。需要指出的是,虽然穴位电针或埋线治疗 SUI 的疗效相当,但两种方法各有利弊,如电针治疗操作简单,各级医疗机构均可开展治疗,但治疗时间较长、就诊次数较多,而穴位埋线弥补了电针治疗时间长、就诊次数多等缺点,但治疗时机体创伤较电针治疗大,因此可根据患者具体情况选择合适的治疗方法。

综上所述,本研究结果表明,穴位电针或穴位埋线联合盆底肌生物反馈训练均能有效改善轻中度 SUI 患者控尿能力,且远期康复疗效较好,上述中西医结合治疗值得在轻中度 SUI 患者中推广、应用。关于穴位针灸或穴位埋线治疗 SUI 的确切机制以及及盆底肌生物反馈训练如何发挥协同治疗作用还需进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] 段继宏,杨勇,吴士良,等.北京地区尿失禁发病率调查[J].北京医科大学学报,2000,32(1):74-75. DOI: 10.3321/j.issn:1671-167X.2000.01.021.
- [2] 封海霞,陆雪松,秦洪云,等.肌电生物反馈电刺激治疗尿失禁的疗效分析[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):328-330. DOI: 10.3760/j.issn:0254-1424.2007.05.012.
- [3] 范保维.健康教育-盆底肌训练模式预防女性尿失禁的随机对照试验[J].中华临床医师杂志(电子版),2011,5(23):7099-7101. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2011.23.050.
- [4] Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, et al. EAU guidelines on urinary incontinence[J]. Eur Urol, 2011, 59(3):387-400. DOI: 10.1016/j.eururo.2010.11.021.
- [5] Abrams P, Cardozo L, Wein A. 3rd International Consultation on Incontinence--Research Society 2011[J]. Neurourol Urodyn, 2012, 31(3):291-292. DOI: 10.1002/nau.22221.
- [6] 那彦群.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2011:133.

- [7] Haab F, Sananes S, Amarenco G, et al. Treatment of type II stress urinary incontinence at a minimum follow-up 1 year[J]. J Urol, 2001, 165(1):159-162.
- [8] Edwall L, Carlström K, Jonasson AF. Markers of collagen synthesis and degradation in urogenital tissue from women with and without stress urinary incontinence[J]. Neurourol Urodyn, 2005, 24(4):319-320.
- [9] Mokrzycki ML, Mittal K, Smilen SW, et al. Estrogen and progesterone receptors in the uterosacral ligament[J]. Obstet Gynecol, 1997, 90(3):402-403.
- [10] 严瑞珍.女性压力性尿失禁的盆底康复训练临床疗效研究[J].现代预防医学,2012,39(23):6158-6159.
- [11] Bo K. Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2006, 85(3):263-268.
- [12] Vonthein R, Heimerl T, Schwandner T, et al. Electrical stimulation and biofeedback for the treatment of fecal incontinence: a systematic review[J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(11):1567-1577.
- [13] 刘会范,张瑞莉,姜安峰,等.盆底肌电刺激联合功能锻炼治疗老年女性真性压力性尿失禁 60 例临床疗效观察[J].中国老年学杂志,2008,28(23):2344-2345.
- [14] 叶小珣,高诗倩,宫敬,等.电针与穴位埋线治疗压力性尿失禁疗效的比较研究[J].中国医学工程,2013,21(2):72-73.
- [15] 史金环.电针治疗压力性尿失禁的临床观察[J].针灸临床杂志,2007,23(4):33-33. DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2007.04.020.
- [16] 陈元宵,马睿杰.电针会阳、中髂穴结合头针治疗女性压力性尿失禁临床观察[J].上海针灸杂志,2015,34(12):1159-1161.
- [17] 连爱霞,张伟,王松.经皮穴位电刺激治疗轻中度女性压力性尿失禁:随机对照研究[J].中国针灸,2015,35(4):327-329. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2015.04.004.
- [18] 韩红.针灸结合盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁[J].中国康复理论与实践,2011,17(7):671-672. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2011.07.022.
- [19] 张采真,吕艳青.穴位埋线配合功能锻炼治疗压力性尿失禁临床观察[J].中国针灸,2004,24(7):457-458.
- [20] 何朝霞,李昕.电针治疗女性轻中度压力性尿失禁[J].新疆中医药,2011,29(1):19-21. DOI: 10.3969/j.issn.1009-3931.2011.01.011.

(修回日期:2016-07-12)

(本文编辑:易 浩)

· 个案报道 ·

血管球囊扩张管留置治疗 1 例脑干卒中后食道上端开放不全患者的疗效观察

项洁 祖茂衡

急性卒中后吞咽障碍的发生率高达 37%~78%^[1],患者表现为进食、饮水呛咳或进食、饮水后不能吞咽即刻呕吐,能

显著增加患者误吸及肺炎风险,同时由于减少了经口进食量,容易导致脱水、电解质紊乱及营养不良,增加卒中患者死亡率及不良预后风险^[2-4]。脑干卒中后吞咽障碍是常见神经功能缺损,其中环咽肌弛缓占了较高比例,临床针对此类患者常采用改良导尿管球囊术进行反复扩张,但治疗操作复杂且用时较长,患者需承受一定痛苦。本研究采用血管球囊扩张管留置治疗 1 例脑干卒中后食道上端开放不全患者,发现临床

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2016.08.018

作者单位:221002 徐州,江苏省徐州医学院附属医院康复医学科(项洁),介入科(祖茂衡)

通信作者:项洁,Email: xj1111@163.com

疗效显著,且该疗法还具有操作简单方便、治疗时程短、患者痛苦小等优点。

一、患者情况及处理

患者陈某某,男,61岁,病案号 0899247,因头晕、恶心、呕吐、吞咽障碍、言语不清 6 h 入院,头部 MRI 检查显示脑干、右侧小脑半球、右侧枕叶、胼胝体压部有新鲜脑梗死病灶;患者吞咽困难表现为完全不能咽下食物,进食后全部呕吐。该患者在神经科给予抗血小板、脱水、改善循环、抗感染处理,于发病 30 d 后转入康复科接受进一步治疗。入康复科时评定结果如下:肢体肌力、肌张力、关节活动度、深、浅感觉功能正常;右侧肢体协调能力差;站立平衡 2 级;构音障碍;功能性经口摄食量表(functional oral intake scale, FOIS)^[1]评定为 1 级,经电视 X 线透视吞咽功能检查(the videofluoroscopic swallowing study, VFSS)显示环咽肌完全不开放;患者大小便控制自如;认知功能无异常。初步诊断结果如下:①多发脑梗死(病灶包括脑干、右侧小脑半球、右侧枕叶、胼胝体压部等);②平衡功能障碍、构音障碍、吞咽障碍;③吸入性肺炎;④营养不良;⑤高血压病 3 级(极高危)。根据患者病情给予鼻饲流质纠正营养不良、禁止经口进食防止误吸、采用抗生素控制肺部感染、开展平衡功能训练等干预。经治疗后患者感染病情明显控制,平衡运动功能亦得到显著改善。

二、血管球囊扩张管留置治疗吞咽障碍

我科对该吞咽困难患者最初给予常规吞咽治疗(如口咽部冰刺激、门德尔松手法治疗、吞咽肌电刺激等),但治疗后其吞咽功能无明显改善。考虑到该患者主要吞咽障碍是环咽肌不能开放,经医院伦理委员会批准并与患者、家属充分沟通后,我科在患者入院第 6 天采用血管球囊扩张管留置治疗该患者,具体操作方法如下:治疗时患者取平卧位,将超滑导丝(直径约 0.89 mm)沿一侧鼻腔送入食道内,在 X 光透视下观察导丝到达位置,待导丝进入食道中下段后送入球囊导管,根据球囊两端的标志,将球囊置于 C₆ 至 T₃ 水平,拔除引导导丝后向球囊内注入泛影葡胺 8 ml。通过 X 光透视观察到球囊慢慢被扩张,患者无呼吸困难,保持 3 min,待患者无明显不适感后将泛影葡胺完全抽出,休息 3 min 后重复注入 8 ml 泛影葡胺,保持 3 min 后回抽,共治疗 3 次,确认患者无明显不适感、保留并固定球囊导管后让其返回病房。此后该患者每天在病房经三通管向球囊内注入 8 ml 生理盐水,持续扩张 5 min 后将 8 ml 生理盐水完全回抽,休息 5 min 后再进行下一次球囊扩张,每次进行 5~6 遍扩张操作,每天共扩张 5 次,并在球囊扩张的同时嘱患者反复练习吞咽动作。该患者于治疗 1 周后开始经口进软食,不再发生呕吐,此时 FOIS 评级为 7 级,CT 检查显示肺部感染控制,治疗 10 d 后复查 VFSS,发现环咽肌开放良好,吞咽无残留,遂拔除鼻饲管。2 个月后随访发现该患者已能正常饮食。

三、讨论

目前临床针对脑干卒中后环咽肌失弛缓症的康复治疗方法主要有手法、电刺激及改良导尿管球囊扩张治疗等,其中手法、电刺激治疗可改善口咽部感觉功能、喉上举、舌根上抬等。

球囊扩张术可通过反复机械扩张牵伸环咽肌,降低环咽肌静止期压力,增加其松弛时间及松弛程度,促进环咽肌正常开放、关闭,改善感觉输入及缓解异常局部肌张力,重新建立脑皮质与脑干吞咽中枢之间联系,加速吞咽功能恢复^[5-7]。通常在临床上采用导尿管球囊扩张环咽肌,已取得不错疗效,但存在治疗操作繁琐、费时、部分年老体弱患者无法耐受等不足;另外有学者采用经口球囊扩张术治疗卒中后吞咽障碍,但不适用于张口配合度较差的患者^[8]。鉴于上述问题,本研究采用血管球囊扩张管留置治疗 1 例脑干卒中后食管上端开放不全患者,发现效果确切,且该疗法还具有患者痛苦小、操作简便、不需麻醉等优点,减轻了传统的环咽肌扩张过程中反复提拉导管造成的不适感,患者治疗依从性较好,并且扩张持续时间及次数可根据患者自身感受、耐受情况酌情增减。

综上所述,本研究采用的血管球囊扩张管留置术是一种治疗脑干卒中后环咽肌失弛缓致吞咽障碍的新尝试,其治疗操作简单、患者痛苦小、总体治疗费用不增加,能尽量避免肺部感染、营养不良及经皮胃造瘘手术等。需要指出的是,由于本研究只有 1 例患者,故该疗法缺点及远期疗效还有待进一步观察。

参 考 文 献

- [1] Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications [J]. Stroke, 2005, 36 (12): 2756-2763. DOI: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.
- [2] Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CD. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? [J]. Age Ageing, 2007, 36 (1): 90-94. DOI: 10.1093/ageing/af1149.
- [3] Foley NC, Martin RE, Salter KL, et al. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke [J]. Rehabil Med, 2009, 41: 707-713. DOI: 10.2340/16501977-0415.
- [4] Huang KL, Liu TY, Huang YC, et al. Functional outcome in acute stroke patients with oropharyngeal dysphagia after swallowing therapy [J]. Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23 (10): 2547-2553. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.05.031.
- [5] 窦祖林, 万桂芳, 王小红, 等. 导尿管球囊扩张治疗环咽肌失弛症 2 例报告 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28 (3): 166-170.
- [6] Dou Z, Zu Y, Wen H, et al. The effect of different catheter balloon dilatation modes on cricopharyngeal dysfunction in patients with dysphagia [J]. Dysphagia, 2012, 27 (4): 514-520. DOI: 10.1007/s00455-012-9402-4.
- [7] Lan Y, Xu G, Dou Z, et al. Biomechanical changes in the pharynx and upper esophageal sphincter after modified balloon dilatation in brainstem stroke patients with dysphagia [J]. Neurogastroenterol Motil, 2013, 25 (12): 821-829. DOI: 10.1111/nmo.12209.
- [8] 郭君, 郭钢花, 李哲, 等. 经鼻及经口球囊扩张术在环咽肌失弛缓应用中的比较 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36 (7): 538-540. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.07.011.

(修回日期: 2016-03-23)

(本文编辑: 易 浩)