

· 临床研究 ·

卒中单元治疗脑卒中后吞咽困难的临床疗效分析

罗利俊 龚雪琴 马艳 笱玉兰 单萍 戴伟

【摘要】目的 探讨卒中单元综合康复治疗急性脑卒中后吞咽困难的疗效。方法 卒中单元 158 例脑卒中后吞咽困难患者为康复治疗组,普通神经内科 46 例脑卒中后吞咽困难患者为对照组,康复治疗组进行综合康复治疗,对照组未行综合康复治疗,依患者意愿辅助进食。比较 2 组患者治疗前、后吞咽功能恢复情况、吸入性肺炎发生率、生活质量指数量表和 Barthel 指数的评分。结果 康复治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$),误吸性肺炎发生率显著低于对照组($P < 0.01$),生活质量明显高于对照组($P < 0.01$)。结论 卒中单元综合康复治疗可明显改善急性脑卒中后吞咽困难患者的吞咽功能,显著降低误吸性肺炎的发生率,明显提高患者的生活质量。

【关键词】 卒中单元; 吞咽困难; 康复

脑卒中后吞咽困难(dysphagia after stroke, DAS)是脑卒中后常见并发症。约 37% ~ 74% 的急性脑卒中患者存在不同程度的吞咽困难,DAS 患者肺炎发生率可增加 3.17 倍,误吸发生率可增加 11.5 倍^[1]。持续时间较长的吞咽困难可并发营养不良、脱水、水电解质平衡紊乱、心律失常、心理障碍等等,使患者对康复失去信心、拒食、拒绝治疗,严重影响患者的康复,增加死亡率、致残率和康复时间,使患者不能尽早回归社会,增加家庭及社会负担^[2],因此要充分重视 DAS 的临床评估和治疗。

我院卒中单元对 2005 年 3 月至 2008 年 3 月收治的 158 例脑卒中后吞咽困难患者进行综合康复治疗,取得了较好的效果,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选取 2005 年 3 月至 2008 年 3 月武汉市第一医院卒中单元收治的脑卒中患者 158 例及武汉市东西湖区人民医院神经内科普通病房收治的脑卒中患者 46 例为研究对象,均符合各类脑血管病诊断要点的诊断标准^[3]。入选标准:①首次脑梗死或脑出血;②年龄为 40 ~ 80 岁;③经 CT 或 MRI 证实;④格拉斯哥昏迷量表评分 > 8 分,意识清晰;⑤吞咽困难程度洼田饮水试验 III 级以上,生命体征平稳,神经系统体征(如麻木、偏瘫、失语、共济失调等)不再加重;⑥病程 < 2 周。排除标准:①严重心、肝、肾、肺功能不全;②恶性肿瘤;③恶性进行性高血压;④感觉性失语或完全性失语及四肢瘫痪;⑤有痴呆病史者。卒中单元 158 例为康复治疗组,其中男 94 例,女 64 例;平均年龄为(60.7 ± 10.4)岁;脑梗死 126 例,脑出血 32 例;中重度吞咽障碍 122 例,轻度 36 例。神经内科普通病房 46 例为对照组,其中男 28 例,女 18 例;平均(59.1 ± 9.7)岁,脑梗死 35 例,脑出血 11 例;中重度 34 例,轻度 12 例。2 组患者的性别、年龄、吞咽困难程度等差异无统计学意义($P > 0.05$)。

二、吞咽困难分级标准

参照洼田饮水试验^[4],让患者端坐,喝下 30 ml 温开水,观

察所需时间及呛咳情况。此法评价分为 I ~ V 级,I 级——能顺利地 1 次咽下;II 级——分 2 次以上,能不呛地咽下;III 级——能 1 次咽下,但有呛咳;IV 级——分 2 次以上咽下也有呛咳;V 级——全量咽下困难,频频呛咳。中重度为 30 s 内不能饮完 30 ml 温开水及呛咳多次,轻度为 10 s 内能饮完 30 ml 温开水,有呛咳。

三、康复治疗方法

1. 康复治疗组:①心理治疗及健康教育;②吞咽功能基础训练,针对与吞咽活动有关的器官进行功能训练,包括口咽喉肌、面颊肌、舌肌功能训练、咽反射训练等;③进食训练,根据病情选择好进食体位、食物形态及摄食摄入量,多采取半侧卧位或半卧位,或坐在轮椅上,避免食物过冷、过热,同时准备好吸痰器,以免进食时呛咳,发生窒息,喂食时患者应将注意力集中于吞咽,如吞咽动作开始,可轻轻上抬甲状软骨,有流涎时不必擦拭,使其随食团一起吞咽;④冷刺激治疗;⑤针刺治疗,取廉泉、风府、天容、内关、翳风、合谷穴,平补平泻,5 min 行针 1 次,留针 20 min,每日 1 次。

2. 对照组:只给予鼻饲治疗,未行综合康复训练,依患者意愿辅助进食。

四、疗效判定标准

治愈:吞咽障碍消失,饮水试验评定 I 级;有效:吞咽障碍明显改善,饮水试验评定 II 级;无效:吞咽障碍改善不显著,饮水试验评定 III 级以上。在入院和出院时各进行 1 次吞咽困难评价,并计算 2 组患者住院期间误吸性肺炎的发生率,另外,在入院和出院时 2 组均采用吞咽困难患者生活质量量表^[5]及 Barthel 指数评分进行评定。

五、统计学分析

采用 SPSS 10.0 软件包进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组吞咽困难恢复情况比较

2 组在康复治疗前,吞咽困难程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$),出院时康复治疗组吞咽困难的治愈率、有效率明显高于对照组($P < 0.01$),表明卒中单元综合康复治疗能够显著

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2009.12.020

作者单位:430022 武汉,武汉市第一医院卒中单元(罗利俊、马燕、笱玉兰、单萍、戴伟);武汉市东西湖区医院神经内科(龚雪琴)

改善脑卒中患者的吞咽功能,见表 1。

表 1 2 组吞咽困难疗效比较

组别	例数	治愈 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
康复治疗组	158	47(29.7) ^a	95(60.1)	16(10.1)	89.9 ^a
对照组	46	5(10.9)	20(43.5)	21(45.6)	54.3

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$

二、2 组住院期间误吸性肺炎发生率比较

住院期间康复治疗组误吸性肺炎的发生率为 5.7%,对照组为 23.9%(误吸性肺炎的发生率=入组后发生肺炎的例数/该组总人数 $\times 100\%$),2 组比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

表 2 2 组出院时误吸性肺炎发生率

组别	例数	误吸性肺炎 (例)	发生率 (%)
康复治疗组	158	9	5.7 ^a
对照组	46	11	23.9

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$

三、2 组患者生活质量的比较

康复治疗组与对照组患者入选时,生活质量量表及 Barthel 指数评分差异无统计学意义($P > 0.05$),出院时康复治疗组患者生活质量量表、Barthel 指数评分明显优于对照组($P < 0.01$),见表 3。

表 3 2 组患者出院时生活质量量表及 Barthel 指数评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生活质量 量表评分	Barthel 指数
康复治疗组	158	98.12 \pm 1.03 ^a	73.00 \pm 12.36 ^a
对照组	46	6.76 \pm 0.98	58.00 \pm 13.27

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$

讨 论

脑卒中是神经系统的常见病、多发病,也是危害患者生命、影响其生活质量的严重疾病之一,具有死亡率和致残率高的特点。而吞咽困难又是脑卒中的常见并发症,国外文献报道其发生率为 22%~65%^[6],国内报道其发生率为 62.6%^[7]。有吞咽困难的脑卒中幸存者易出现其它并发症,且致死率较高^[8],有研究表明,有效地恢复患者的吞咽功能,对改善其生活自理能力,降低肺部感染率和病死率有重要的意义^[9]。

重视吞咽困难的诊断和综合康复治疗是目前脑血管病治疗的一个重要方面,是卒中单元的一个重要部分。Sinha 和 Warburton^[10]认为,对脑卒中后并发症更好地进行处理是卒中单元成功的重要原因之一。脑卒中后吞咽困难患者常出现一定程度的精神心理障碍,患者常感到抑郁、焦虑、恐惧、紧张、悲观等,因此,医护人员应尽快给予心理治疗和健康教育,给患者充分的安慰和关心,耐心地开导与启发,帮助其了解疾病,不断调整心态,树立战胜疾病的信心。Jacobsson 等^[11]研究显示,心理治疗有助于患者的康复。

脑卒中后,从大脑皮质运动区至脑干吞咽功能中枢任何环

节受到损害均可以发生吞咽困难,包括吞咽启动困难、口咽部肌肉无力致食物转运障碍、咽反射延迟等,主要是随意性舌运动开始时间延迟,与吞咽有关的肌肉运动协调性降低所致。通过吞咽功能基础训练及进食训练,一方面可促进肌肉的灵活性和协调性,并反射性刺激中枢神经系统使神经网络重组及侧支芽生,皮质感觉区扩大;另一方面早期训练可防止咽部肌群发生废用性萎缩。冷刺激咽腭弓前部是治疗吞咽困难最传统的间接方法,它通过冷刺激提高相应区域的敏感性,改善吞咽过程中必需的神经肌肉活动,从而使吞咽反射更加强烈。中医学认为,近部取穴有疏通经络、改善局部气血运行之功,使脑血液循环得到改善,促进神经组织功能的恢复;现代医学认为,针刺近部穴位及神经刺激点,能够促使被破坏的神经反射弧重新建立起来,使病变的神经组织功能逐步恢复。本研究中,康复治疗组有神经内科医师、康复医师、心理医师、康复治疗师和责任护士组成医疗小组,神经科医师进行全面的神经系统检查及系统化的健康教育,康复医师进行吞咽困难程度评定及制定康复治疗方

参 考 文 献

- [1] Rosemary M, Norine F, Sanjit B, et al. Dysphagia after stroke incidence diagnosis and pulmonary complications. *Stroke*, 2005, 36: 2756-2763.
- [2] 贾海燕, 胡荣东, 杜燕, 等. 老年脑中风患者吞咽困难的早期康复治疗. *中国临床康复*, 2002, 6: 1296.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点. *中华神经科杂志*, 1996, 29: 379-381.
- [4] 王拥军. 卒中单元. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 153-163.
- [5] Spitzer WO. Measuring the quality of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. *J Chron Dis*, 1981, 34: 585.
- [6] Deborah JC, David G, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 2003, 34: 1252-1257.
- [7] Runions S, Rodrigue N, White C. Practice on an acute stroke unit after implementation of a decision-making algorithm for dietary management of dysphagia. *J Neurosci Nurs*, 2004, 36: 200-207.
- [8] 孙伟平, 阿依古丽·艾山, 王欣华, 等. 115 例急性脑卒中患者标准吞咽功能评估. *中国康复理论与实践*, 2006, 12: 282-284.
- [9] Lin LC, Wang SC, Chen SH, et al. Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *J Adv Nurs*, 2003, 44: 469-478.
- [10] Sinha S, Warburton EA. The evolution of stroke units towards a more intensive approach. *J Med*, 2000, 93: 633-638.
- [11] Jacobsson C, Axelsson K, Norberg A, et al. Outcomes of individualized interventions in patients with severe eating difficulties. *Clin Nurs Res*, 1997, 6: 25-28.

(修回日期: 2009-07-13)

(本文编辑: 松 明)