

- 中国中医基础医学杂志,2014,20(9):1302-1303.
- [3] 梁英,汪卫东,张鸿燕,等.舒眠胶囊与解郁安神胶囊治疗失眠症(肝郁伤神证)多中心随机双盲对照研究[J].中国新药杂志,2015,24(10):1155-1159.
- [4] MELLAR P D,GOFLRTH H.Fighting insomnia and battling lethargy:the Yin and Yang of palliative care[J].Current Oncology Reports,2014,16(4):1-18.
- [5] 罗本华.从不同观察指标综述针灸治疗失眠症的基础研究进展[J].环球中医药,2014,7(12):972-977.
- [6] 陈彦方.中国精神障碍分类与诊断标准[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2006:68.
- [7] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M].北京:中华人民共和国卫生部,1993:186-187.
- [8] 韦良玉,徐艳青,赵利华,等.“健脑安神引火归元”针灸法治疗慢性失眠的临床观察[J].西部中医药,2014,37(3):40-41.
- [9] FULLER P M,SAPER C B,LU J.The pontine REM switch: past and present[J].J Physiol,2007,584(3):735-741.
- [10] 杨金亮,张蓉,杜磊,等.温针灸配合耳穴贴压调节阳虚型失眠患者神经递质临床观察[J].中国针灸,2014,34(12):1165-1168.
- [11] SHI Manman,PIAO Jinhua,Xu Xilin, et al .Chinese medicines with sedative-hypnotic effects and their active components[J].Sleep Medicine Reviews,2016,29:108-118.
- [12] LIN Yufang,LIU Zhidan,MA Wen, et al .Hazards of insomnia and the effects of acupuncture treatment on insomnia[J].Journal of Integrative Medicine,2016,14(3):174-186.
- [13] 王琦,张晓林,朱颖,等.百乐眠胶囊联合黛力新治疗焦虑性失眠 40 例[J].南京中医药大学学报,2016,32(5):495-497.
- [14] 戴琦,王文英,甘可,加味酸枣仁汤对肝血亏虚证失眠的临床疗效观察[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(11):1577-1578.
- [15] 蒋洁,赵百孝,哈略,等.不同波形电针对 PCPA 致失眠大鼠下丘脑 5-HT 和 GLu、GABA 含量的影响[J].上海针灸杂志,2015,34(7):678.
- [16] 王燕,张岗强,张楠,等.肝胆两益汤对失眠模型大鼠不同脑区中单胺类神经递质的影响[J].中国药物应用与监测,2015,12(4):215-219.
- [17] 李林涛,谭奔腾,李新纯,等.怡神助眠汤治疗失眠症的疗效及对脑内神经递质的影响[J].湖南中医药大学学报,2015,35(1):47-49;63.

(收稿日期:2017-11-17)

(本文编辑 王丽)

康复训练对后循环脑梗死急性期病人吞咽功能及吸入性肺炎的影响



陈文生,王玉龙,李 华

摘要:目的 探讨康复训练对后循环脑梗死急性期吸入性肺炎的影响,为构建有效治疗方案提供参考。方法 选择 2015 年 4 月—2017 年 4 月于我院住院接受治疗的 94 例后循环脑梗死急性期吸入性肺炎病人为研究对象,按照随机数字表法分为康复组与对照组,每组 47 例。康复组给予综合康复训练,对照组仅给予常规干预,治疗 4 周。比较两组吞咽障碍临床疗效、吸入性肺炎发生率及其相关症状改善情况。结果 康复组吞咽障碍治疗总有效率为 87.23%,对照组总有效率为 59.57%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$);康复组病人肺部啰音消失、体温恢复及咳嗽恢复时间较对照组均显著缩短 ($P < 0.05$);康复组病人吸入性肺炎发生率为 14.89%,明显低于对照组的 48.94%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 康复训练模式能够有效改善病人的吞咽功能及吸入性肺炎症状,降低吸入性肺炎发生率。

关键词:后循环脑梗死;吸入性肺炎;康复训练;吞咽功能

中图分类号:R743.3 R255.2 **文献标识码:**B **doi:**10.12102/j.issn.1672-1349.2019.10.037

临床证实,吸入性肺炎是脑梗死十分常见且严重的并发症,对脑梗死的预后有严重影响,严重情况下甚至可能造成重度性呼吸道感染,最终可致病人死亡^[1]。

对于后循环脑梗死急性期病人,发生吸入性肺炎的主要危险因素是误吸,这是因为后循环脑梗死造成了病人吞咽功能障碍进而会导致病人在进食时,下咽的水或者食物误入气管,从而引发肺炎,严重可出现窒息。同时病人因为进食过程中出现了呛咳现象,可能出现拒绝水或者食物的情况,进一步可导致病人出现营养不良^[2],影响了脑梗死病情的恢复,因此对后循环脑梗死急性期病人采取康复训练改善吞咽功能,降低吸入性肺炎的发生率是十分必要的^[3-4]。

作者单位 广东省深圳市第二人民医院(广东深圳 518035)

通讯作者 王玉龙,E-mail:ylwang66@126.com

引用信息 陈文生,王玉龙,李华.康复训练对后循环脑梗死急性期病人吞咽功能及吸入性肺炎的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(10):1570-1572.

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2015 年 4 月—2017 年 4 月于我院住院接受治疗的后循环脑梗死急性期病人 94 例。纳入标准:①均符合后循环脑梗死诊断标准(中国后循环缺血专家共识组制定)^[5];②均经头颅 CT 或者 MRI 等检查确诊;③发病急,症状及体征持续时间长;④临床表现为肢体瘫痪、吞咽障碍、眼球运动障碍、共济失调、视野缺损等;⑤发病时间 ≤ 4.5 h;⑥美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)神经功能缺损评分 < 25 分;⑦洼田饮水试验分级均为 III~V 级。排除标准:①脑梗死合并意识障碍、感觉性失语及认知障碍者;②合并严重肝肾功能障碍、肿瘤、心肌梗死、糖尿病;③行起搏器手术、心脏支架者;④严重精神疾病、重症肌无力、痴呆者;⑤入院时合并急性支气管炎、肺炎、上呼吸道感染或者自身免疫性疾病等。将 94 例病人随机分为康复组与对照组,每组 47 例。康复组,男 24 例,女 23 例;年龄(70.78 \pm 5.26)岁;主要梗死部位:中脑 8 例,小脑 10 例,延髓 6 例,脑桥 23 例;对照组,男 25 例,女 22 例;年龄(71.92 \pm 5.05)岁;主要梗死部位:中脑 9 例,小脑 11 例,延髓 5 例,脑桥 22 例。两组性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 干预方法 对照组给予常规干预,包括药物治疗、营养神经支持、对症治疗、改善脑循环干预等。康复组在对照组基础上给予综合康复训练。①吞咽功能训练:包括舌运动、吞咽反射功能、口轮匝肌肉、空吞咽、咽喉运动、有食吞咽情况下的体位调整、超声门上吞咽等一系列训练。②摄食训练:主要内容为在病人进食时,要采取正确的体位,注意食物的用量、食物的形态,给予综合训练,进食环境要安静,病人采取正确的坐姿,放松,采取鼻式呼吸法。在进食时,病人一定要注意力集中,头部要偏向麻痹一侧,从而有利于食物从喉前绕过并提高咽喉对食物的推动,对于软食或者半流质食物,在通过咽喉及食管时,易导致变形,也不容易停滞在黏膜上,并会对触觉产生刺激从而增加唾液的分泌,因此容易吞咽。此外进食之前要先进行空咽训练,然后将食物尽量置于健侧再行进食,每一次置于口中食物量以 3~5 mL 为宜。③心理训练:积极调整病人的心理状态,减轻恐惧、焦虑及抑郁等负面情绪,鼓励病人,增加病人信心,从而利于病情的恢复。

1.3 吞咽功能测评 予以洼田饮水试验,保持坐位,病人喝下 30 mL 温水,观察呛咳情况。I 级:顺利下咽;II 级:两次以上下咽,未出现呛咳;III 级:可一次下咽,但出现呛咳;IV 级:两次以上下咽并出现呛咳;V 级:频繁呛咳,无法全部下咽。饮水试验评估标准,正

常:5 s 内一次饮完;可疑:一次饮完但时间大于 5 s;异常:吞咽达到 III~V 级。

1.4 吸入性肺炎诊断标准 经胸部影像学检查可见肺部浸润性病变并合并 2 个以上症状:①体温 ≥ 38 °C;②原有呼吸道疾病症状有明显加重或者新发现咳嗽咳痰情况,或者伴有胸痛;③存在肺部湿啰音;④外周血白细胞 $\geq 10 \times 10^9/L$,伴或者不伴有核左移。

1.5 疗效评估 显效:吞咽功能障碍消失,洼田饮水试验 1 级;有效:吞咽功能显著改善,洼田饮水试验 2 级;无效:吞咽功能障碍改善不明显或无改善,洼田饮水试验 3 级。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,采用独立样本 t 检验;计数资料以率(%)描述,若正态分布且方差齐,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较(见表 1)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	47	11(23.40)	17(36.17)	19(40.43)	28(59.57)
康复组	47	25(53.19)	16(34.04)	6(12.77)	41(87.23)

注:两组总有效率比较, $\chi^2 = 11.30, P < 0.05$

2.2 两组吸入性肺炎体征及临床症状改善情况比较(见表 2)

组别	例数	体温恢复时间	咳嗽缓解时间	肺部啰音消失时间
对照组	47	16.53 \pm 2.01	15.72 \pm 2.23	17.12 \pm 3.67
康复组	47	7.26 \pm 1.57	6.70 \pm 1.58	7.72 \pm 1.66
t 值		7.89	6.01	5.61
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组吸入性肺炎发生率比较 康复组吸入性肺炎发生率为 14.89%(7/47),明显低于对照组的 48.94%(23/47),差异有统计学意义($\chi^2 = 12.386, P < 0.05$)。

3 讨论

临床医学实践表明,后循环脑梗死急性期病人发生吞咽功能障碍的概率高达 73%,而吞咽功能障碍容易引发误吸,误吸是病人发生吸入性肺炎的主要危险因素之一^[6]。据相关研究统计报道,后循环脑梗死急性期病人吸入性肺炎感染的发生率为 10%~

60%^[7-8]。在相关研究中证实,脑梗死起发于脑干部位时,会累及到病人咽喉部肌肉运动神经核团,可诱发真性球麻痹,一旦发生多次脑梗死累及到双侧皮质脑干束情况,就会引发假性球麻痹从而导致病人出现进食呛咳以及吞咽障碍等^[9-10],一般在累及到吞咽中枢时,障碍多发于咽期,进一步可在咽期出现吞咽消失等,可导致单侧痉挛咽壁完全瘫痪,也可造成环咽肌肉群功能障碍。脑梗死病人发生吞咽功能障碍多发于咽期,因此给予积极的康复训练是十分必要的^[11-12]。

本研究对康复组病人予以综合康复训练,其中包括吞咽功能训练,以神经促通技术为前提,经口唇的运动、面颊部及舌部的运动促进吞咽器官及构音器的血供,加快血液循环,改善咽喉部肌肉的协调及灵活性,此外通过综合康复训练,有利于咽部肌肉群的活跃性,防止废用萎缩。可见综合康复训练能够改善脑梗死病人的吞咽功能。有相关文献显示,通过康复训练可以加强吞咽的基础训练,提高病人的吞咽能力及吞咽障碍的疗效。综合康复训练还包括心理指导,由于病人生活质量受到严重的负面影响,非常容易出现负面情绪,病人情绪低落,治疗依从性差,与他人沟通能力下降,家属、朋友多方面人际关系中出现误解、争执等,关系不融洽,严重影响治疗效果,使吸入性肺炎发生率提高。通过心理指导,提高了病人的良性情绪,心态改善,自信心提高,有利于改善吞咽功能^[13-14]。

本研究结果显示,康复组的吞咽功能得到改善,临床治疗总有效率明显提高,因为通过康复训练后,病人经过了咽喉运动、吞咽反射能力强化等,提高了病人吞咽区域的敏感度,促进了吞咽反射能力的恢复,改善了吞咽中神经肌肉的活动能力。康复组体温恢复、咳嗽缓解、肺部啰音消失时间均短于对照组,可见康复组吸入性肺炎的症状体征均缓解。经康复训练后,病人吞咽功能恢复,心理状态改善,情绪稳定,治疗信心增强,功能锻炼更加主动积极,一定程度上减少了吸入性肺炎的发生率。本研究结果也表明康复组吸入性肺炎发生率低于对照组,与文献报道内容相符^[15]。

综上所述,康复训练能够改善后循环脑梗死急性期病人的吞咽功能,降低吸入性肺炎的发生率,促进恢复。

参考文献:

- [1] 唐桂华,马荣,丘东海,等.急性期吞咽障碍系统管理对后循环脑梗死预后的影响[J].中华脑科疾病与康复杂志(电子版),2014,4(5):289-292.
- [2] 徐明馨,王强,孟萍萍,等.强化神经肌肉电刺激联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(4):274-277.
- [3] KIM Y,PARK G Y,SEO Y J, *et al* .Effect of anterior cervical osteophyte in poststroke dysphagia:a case control study[J].Arch Phys Med Rehabil,2015,96(7):1269-1276.
- [4] KIM S,BYEON Y.Comparison of nutritional status indicators according to feeding methods in patients with acute stroke[J].Nutr Neuro Sci,2014,17(3):138-144.
- [5] 中国后循环缺血专家共识组.中国后循环缺血的专家共识[J].中华内科杂志,2006,45(9):786-787.
- [6] 袁春兰,彭化生.导尿管球囊扩张术不同介入时机对脑卒中后环咽肌弛缓症疗效的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(2):126-129.
- [7] ABE A,HARADA ABE M,TAKAYAMA Y, *et al* .Excision of Zenker's diverticulum to treat dysphagia associated with acute phase cerebral infarction[J].J Nippon Med Sch,2014,81(3):164-167.
- [8] LIU W,UNICK J,GALIK E, *et al* .Barthel Index of activities of daily living:item response theory analysis of ratings for longterm care residents[J].Nurs Res,2015,64(2):88-99.
- [9] YANG S R,HUA P,SHANG X Y, *et al* .Predictors of early post ischemic stroke apathy and depression: a cross-sectional study[J].Bmc Psychiatry,2013,13(12):1-10.
- [10] 霍阳,高智玉,高旭光.急性脑卒中患者预后的影响因素分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2014,16(3):240-242.
- [11] 武彦,王峰.康复训练脑卒中导致吞咽困难的技巧[J].中国老年学杂志,2014,34(19):5575-5577.
- [12] 彭俊峰,李彦杰,李鸿章.针刺和电刺激联合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(4):310-311.
- [13] FAIGLE R,MARSH E B,LLINAS R H, *et al* .Novel score predicting gastrostomy tube placement in intracerebral hemorrhage [J].Stroke,2015,46(1):31-36.
- [14] VAN DOKKUM L,HAURET I,MOTTET D, *et al* .The contribution of kinematics in the assessment of upper limb motor recovery early after stroke[J].Neurorehabil Neural Repair,2014,28(1):4-12.
- [15] 李宏玉,唐强,朱路文,等.脑卒中后吞咽障碍康复治疗的研究进展[J].针灸临床杂志,2016,32(2):98-101.

(收稿日期:2017-08-01)

(本文编辑 王丽)