

透视吞咽功能检查在老年人误吸诊治中的应用

严文伟¹ 宋郑宏¹ 谈雪梅¹ 徐燕娟¹ 陆静波¹ 黄建松¹

摘要 目的:通过电视 X 线透视吞咽功能检查(VFSS)对老年患者吞咽功能进行评估,观察误吸发生的情况及康复前后误吸程度的变化,以提高预防和治疗误吸的水平。方法:对存在吞咽功能障碍的 28 例老年患者进行 VFSS 评估,其中 25 例患者进行了康复治疗,4 周后复查 VFSS,比较康复前后 VFSS 异常征象的发生情况及变化。结果:老年患者吞咽功能障碍 VFSS 检查中主要是误吸,发生次数为 54%,康复治疗后误吸发生率较治疗前减少($P<0.05$)。误吸发生率为 89%,隐匿性误吸占误吸的 44%。结论:VFSS 可准确诊断老年患者吞咽功能障碍中较为常见的误吸。针对性地进行康复训练,可改善患者吞咽功能。

关键词 老年患者;误吸;X 线透视检查

中图分类号:R493, R161.7 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2006)-12-1125-02

1 资料与方法

1.1 一般资料

2005 年 7 月—2006 年 7 月在我科住院的 45 例存在吞咽障碍的老年患者,均经神经康复学吞咽障碍评定的检测^[1]。临床症状主要表现为不明原因持续低热 8 例,食后呛咳 13 例,反复发生肺部感染 19 例,吞咽困难及餐后灼感 5 例。有意识障碍及条件不符未予 VFSS 检查的 17 例,剩余 28 例进行透视吞咽功能检查(video fluoroscopic swallowing study, VFSS)检查。

VFSS 检查排除标准^[2]:①病情危重、重要脏器功能衰竭或意识障碍;②有智能精神障碍、失语或其他不能配合检查。

1.2 方法

1.2.1 透视吞咽功能检查:VFSS 方法:应用 Philips tele Diagnost 数字胃肠机进行透视采集。受试者取坐位或半卧位,分别吞咽 2ml 液态钡食、10ml 半固钡食、1/4 块包钡蛋糕食(10cm³)、10ml 液态钡食。

评定分级:用 Rosenbek 渗透-误吸量表进行评估^[3]。渗透是指钡剂进入喉前庭但未达声襞以下,Rosenbek 分级 2—5 级。其中 Rosenbek 分级 2 级为轻度渗透,3—5 级为重度渗透。误吸是指钡剂进入喉前庭达到声襞以下,Rosenbek 分级 6—8 级。

隐匿性误吸:VFSS 发现误吸后 1min 不出现咳嗽或其他临床不适症状。

检测终止:当受试者出现下列情况之一时,即终止全部或部分检测:①2ml 液体、半固体、固体食团吞咽中,出现严重误吸,达 Rosenbek 渗透-误吸分级 7 级以上者,中止吞咽检查;②吞咽总时间大于 40s,中止下一步吞咽;③受试者出现窒息、严重呛咳,中止下一步吞咽。

1.2.2 康复治疗^[4]:吞咽功能训练治疗均由言语治疗师进行,30min/次,1 次/d,5 次/周,共进行 4 周。训练方法包括直接、间接方法。直接方法:食物吞咽时体位调整、进食速度、一口量、Mendelsohn 手法等特殊吞咽方法的应用。间接方法:口轮匝肌训练、舌运动训练、增强吞咽反射能力训练、咽喉运动训练、空吞咽训练。对 Rosenbek 渗透-误吸分级 7—8 级患者不进行直接训练。

1.3 统计学分析

组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为有显著差异,统计学分析采用 SPSS11.0。

2 结果

2.1 VFSS 异常征象的发生

28 例患者进行 74 次吞咽,其中 8 例患者咽 2ml 液体出现误吸达 Rosenbek 渗透-误吸分级 7 级以上,未进行半固体、固体、10ml 液体吞咽。7 例患者在半固体吞咽时出现误吸达 7 级以上,终止固体、10ml 液体吞咽。余 13 例完成了 4 种食团 40 次吞咽,10ml 液体吞咽中 10 例误吸达 7 级以上,在 28 例患者中 25 例出现误吸,其中 11 例相继在 2ml 液体、半固体、10ml 液体出现隐匿性误吸(见表 1)。

2.2 康复效果

见表 1—2。康复治疗后误吸较康复治疗前明显减少,差异有显著性意义($P<0.05$),康复治疗后隐匿性误吸较治疗前减少,差异有显著性意义($P<0.05$)。

3 讨论

VFSS 目前广泛用于吞咽功能的生理学研究及吞咽障碍的临床评价^[5],是辨明吞咽中渗透与误吸的最确切方法;是目前诊断吞咽困难的金标准^[6-7];VFSS 检查时应用 Rosenbek 渗透-误吸量表定性定量诊断,更能确切反映误吸的方式和程度。误吸是吞咽过程中的最严重障碍,它使患者罹患各种肺部并发症危险性加大,轻者可引起呛咳,重者发生吸入性肺炎,吸入较大异物阻塞食道引起窒息而死亡。本文误吸和隐匿性误吸在老年患者吞咽障碍中呈高发生率,这主要有两个方面的原因:生理因素和病因因素。生理上随着年龄的增长,老年人口咽肌运动障碍,咽部感知觉减退,协调功能不良,吞咽反射减低,减弱了防止异物进入气管的反射性动作,易发生食物误吸。病因方面老年人多发脑血管病、老年性痴呆、神经性疾病及慢支、慢性阻塞性肺疾病、脑血管病,以及神经性疾病影响面神经、舌咽神经、迷走神经和舌下神经,咳嗽反应下降,使得食物和口胃液进入气管,易引起误吸。值得重视的

1 常州市德安医院,常州,213000

作者简介:严文伟,男,主治医师

收稿日期:2006-09-18

表1 康复治疗前后 VFSS 异常征象的发生次数

食团性状	轻度渗透 2 级		重度渗透 3—5 级		误吸					
					6 级		7 级		8 级	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
2ml 液态	2	3	10	13	8	6	2	1	6	5
半固态	3	4	5	9	5	3	6	5	1	1
固态	8	8	3	7	2	1				
10ml 液态		1	3	8		2	6	3	4	2
合计	13	16	21	37	15	12	14	9	11	8

表2 康复治疗前后 VFSS 误吸严重程度比较与 VFSS 隐匿性误吸发生情况发生次数

	VFSS 误吸严重程度比较						VFSS 隐匿性误吸					
	吞咽次数	轻度渗透		重度渗透		误吸		吞咽次数	非隐匿性误吸		隐匿性误吸	
		次	%	次	%	次	%		次	%	次	%
康复治疗前	74	13	17.6	21	28.4	40	54.0	74	29	39.2	11	14.9
康复治疗后	82	16	19.5	37	45.1	29	35.4	82	21	25.6	8	9.7

$\chi^2=6.24, P<0.05$

是慢性阻塞性肺疾病患者误吸发生率亦较高,误吸与呼吸功能不全有关,喘息、咳嗽、多痰均可增加进食误吸的机会^[9]。据文献报道,因误吸酸性胃液所致的化学性吸入性肺炎是急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)的最常见原因。患一种疾病与患多种疾病误吸的发生率差异无显著性意义,而老年痴呆患者误吸的发生率最高,这与其存在不同程度的认知、摄食、吞咽障碍有关^[9]。

老人进食时最好取坐位或半卧位,卧床患者应抬高床头30°—45°以利于吞咽运动,减少误吸的机会,进食时需注意力集中,有吞咽困难的患者应选择合适食物,避免进食汤类流质及干硬食物,应将食物做成糊状。进食不宜过快,要注意一口量,咽下一口,再吃一口。进食后不宜立即平卧休息,而应保持坐位或半卧位30min以上,以避免胃内容物反流。咳嗽多痰、喘息的患者,进食前要鼓励患者充分咳痰,有条件者最好吸氧15—30min,以减轻喘息,避免进食中咳痰,导致误吸^[10—11]。误吸可发生在吞咽反射之前,由于吞咽调控作用减少或延迟,或是吞咽反射延迟或缺如而不能及时咽下,食团就散落到会厌谷、梨状窝或气道。误吸可发生在吞咽期间,由于喉肌张力减弱或喉肌麻痹,吞咽时喉的保护性反射作用减弱或消失,气道关闭不够所致。误吸可发生在吞咽之后,吞咽时喉上升不够,咽蠕动减少,一侧咽麻痹或环咽肌功能障碍等,吞咽后仍有食物残渣停留在咽部,而当患者像通常一样在吞咽之后张开声门吸气时,有些残渣就被吸进或落入气道。另外,老年患者进食后不宜立即刺激咽喉部,如口腔护理、口腔检查、吸痰等操作,以免引起恶心而误吸^[12]。当然对于严重吞咽困难、呛咳及昏迷的危重患者应及早给予胃管鼻饲,避免误吸。病情好转后再逐渐经口进食,进食时,严密观察患者的进食情况同时予积极的康复治疗。综上所述,利用VFSS可准确诊断老年患者吞咽功能障碍中较为常见的误吸,对误

吸,特别是隐匿性误吸应早期注意。经积极有效的预防及治疗,以及针对性地康复训练,可有效控制老年患者的误吸。

参考文献

- [1] 朱镛连,方定华.神经康复学[M].第1版.北京:人民军医出版社,2001.548.
- [2] 张婧,王拥军.脑卒中后吞咽困难的影像学分析[J].中华神经科杂志,2006,39(5):306.
- [3] Rosenbek JC, Robbins J, Roecker EB, et al. A penetration-aspiration scale[J]. Dysphagia,1996,11: 93—98.
- [4] 大西幸子,孙启良.摄食-吞咽障碍康复实用技术[M].北京:中国医药科技出版社,2000. 59—90.
- [5] Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders [M]. San Diego: College: College-Hill Press, 1983.
- [6] Logemann JA, Kahrilas P, Begelman J, et al. Clouse mechanical characteristics of oropharyngeal swallow in younger and older men[J]. J Speech Lang Hear Res,2000, 43(6): 1264—1274.
- [7] Splaingard ML, Hutchins B, Sulton LD, et al. Aspiration in rehabilitation patient: videofluoroscopy vs bedside clinical assessment[J]. Arch Phys Med Rehabil,1988,69: 223—227, 637—640.
- [8] 谢灿茂.重视吸入性肺炎的防治 [J]. 新医学, 2000,11(9):517—518.
- [9] 刘玉春,库洪安.老年人误吸的危险因素及对误吸认知的调查[J].中华护理杂志,2004,39(1):26—27.
- [10] 黄选兆.老年人吞咽功能障碍 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2001,15(8):381—382.
- [11] 黄选兆.老年人误吸的临床探讨[J]. Clin Otorhinolaryngol(China), 2005, 19(6):286—287.
- [12] 王增英,吴惠平.老年病人食物误吸的预防及护理[J]. 中华护理杂志, 2001,36(3): 233—234.