

脑卒中吞咽障碍早期综合康复的方法及疗效*

顾莹¹ 邰瑛¹ 吕涌涛¹ 李丽² 李义召³

摘要 目的:探讨脑卒中吞咽障碍早期综合康复的方法及疗效。**方法:**将 60 例吞咽障碍患者随机分组,其中 15 例为早期康复组,15 例为延迟康复组,另外 30 例为对照组。根据才藤分级法分级并在康复训练前后进行评分,进行 3 组间比较。**结果:**治疗前 3 组间评分差异无显著性意义($P>0.05$),治疗后,早期康复组、延迟康复组分别与对照组比较差异均有显著性意义($P<0.01$)。早期康复组与延迟康复组比较差异有显著性意义($P<0.05$)。**结论:**早期康复治疗较延迟康复治疗改善吞咽障碍更明显,早期康复治疗较延迟康复治疗可减少肺部感染的发生,有利于患者神经功能恢复。

关键词 脑卒中;吞咽障碍;早期康复;才藤分级法;康复训练

中图分类号:R743.3,R473.74,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-01-0071-02

脑卒中是目前世界上首位的致残原因。吞咽困难是卒中后常见并发症。急性卒中患者 30%—65%可检查出吞咽困难^[1-5]。慢性期为 16%,吞咽障碍造成患者难于控制的吸入性肺感染^[4,6-7]、营养不良且可独立的影响死亡率^[9]。从病后 2 天给予的常规鼻饲,其插管风险及弊端也很常见,如:心跳骤停、心肌缺血、食道粘膜出血、食管胃返流等^[8]。吞咽障碍目前无有效的药物治疗,康复训练有较肯定的疗效。但国内尚少见关于临床早期介入并使用综合手段治疗的观察报道^[9-11],本文探讨脑卒中吞咽障碍早期综合康复的方法及疗效。旨在探索既能减少患者痛苦,又能促进吞咽功能恢复的方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2002 年 4 月—2005 年 4 月在山东省交通医院及山东省铁路中心医院住院的 60 例脑卒中吞咽障碍的患者。均经 CT 或 MRI 证实有颅脑器质性损害。入选条件:①神志清楚,生命体征平稳。②能理解执行治疗人员的基本指令。③存在不同程度的吞咽障碍。分组方法:随机分组,其中 30 例为治疗组,治疗组中 15 例为早期康复组,另 15 例为延迟康复组,分别于发病 7 天内和 7 天后开始进行 4 周的康复治疗,另外 30 例为对照组,见表 1。患者入选时文化程度、吞咽检查得分、病灶部位、各治疗组分别与对照组比较,均无显著性差异,在观察期间无 1 例病情恶化。

1.2 方法

1.2.1 评价方法:经过临床观察,根据才藤分级法^[12],将吞咽功能分级;并根据上述分级给予相应的吞咽困难评分,分为 1—7 分,分数越高表示吞咽困难的程度越低,7 分表示正常吞咽。用中国康复中心标准失语症检查(CRRCAE)^[13]进行失语症评测。用河北省人民医院康复中心修改的 Frenchay 构音障碍评定法^[14]评价构音状况。用功能独立性评定法(functional independence measure, FIM)^[13]中的 5 项,即吃饭、梳洗修饰、穿上身衣服、穿下身衣服、如厕的总分评价对神经功能康复的影响。用疗前及疗后 4 周内血象及咳嗽、咳痰、X 线胸片、肺部听诊、症状,以统计分析肺部感染率。

1.2.2 治疗方法:对照组为常规药物治疗,康复组在对照组的基础上加用吞咽训练、针灸、低频电刺激、语言、认知训练,重度吞咽障碍的患者在胃管鼻饲的状况下进行治疗。训练内

表 1 三组患者一般资料

(例)

组别	早期康复组	延迟康复组	对照组
性别			
男	13	12	17
女	2	3	13
年龄(岁)			
<39	1	0	3
40—49	5	5	6
50—59	5	5	9
60—69	3	3	6
>70	1	2	6
文化程度			
大学	7	6	9
中学	6	7	14
小学	1	1	6
文盲	1	1	1
病因			
脑梗死	9	11	18
脑出血	4	3	7
其他	2	1	5
利手			
右	14	15	29
左	1	0	1
吞咽障碍分类			
真性延髓麻痹	8	8	16
假性延髓麻痹	7	7	14
构音障碍	8	9	16
才藤分级			
(首次检查)			
1 级	1	2	3
2 级	7	6	10
3 级	6	5	11
4 级	1	1	3
5 级	0	1	3
失语症	2	2	4
失用、失认症	2	2	4

容按以下方法进行合理组合。

1.2.2.1 吞咽康复治疗措施:咽部冷刺激和空吞咽,屏气—发声训练,吸吮与喉上抬的训练。空吞咽和交互吞咽,门德尔松氏手法(Mendelsohns maneuver),摄食训练。

1.2.2.2 针灸治疗措施^[15-16]:取穴:风府、人迎、廉泉、百劳。

1.2.2.3 认知治疗措施:拼凑图案、画图、数球;综合练习,训练处理和解决问题的思维能力,提高日常生活思维能力。

1.2.2.4 合并语言、构音障碍、失用、失认症的患者给予相应治疗措施。吞咽障碍患者急性期的上述治疗在床边进行。恢复期的治疗在治疗室进行,每日 2 次,每次 30min。

* 基金项目:山东省交通科技计划项目(鲁交科 2002)

1 山东省交通医院神经内科、神经康复中心,济南,250031

2 山东省铁路中心医院康复科

3 济南长城医院康复医学科

作者简介:顾莹,女,副主任医师

收稿日期:2005-10-24

1.3 统计学分析

应用SAS统计分析软件,进行组内配对 t 检验和3组间方差检验及独立样本 t 检验。

2 结果

见表2。在吞咽功能方面,治疗2周、4周后与治疗前评分差值各组内比较显示,早期康复组、延迟康复组、对照组比较差异有非常显著性意义($P<0.01$)。各组间比较显示,早期康复组与对照组、延迟康复组与对照组差异有非常显著性意义($P<0.01$);早期康复组与延迟康复组比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

治疗2周、4周后,各组内FIM得分变化显示,早期康复组、延迟康复组、对照组差异有非常显著性意义($P<0.01$)。3组指标得分差值两两比较结果显示,早期康复组与对照组、延迟康复组与对照组差异有显著性意义($P<0.01$),早期康复与延迟康复组比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

表3表明,治疗组肺部感染减少,对照组肺部感染增加。3组均按需使用胃管鼻饲。治疗前,早期康复组、延迟康复组、对照组的各种并发症发生率差异没有显著性意义($P>0.05$),治疗4周后康复组较对照组好转率明显增高,差异有显著性意义($P<0.05$)。

表2 3组患者治疗2周、4周后吞咽功能评分差值、FIM评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗2周	治疗4周
治疗前后吞咽功能评分差值			
早期康复组		3.5±2.0	6.1±1.1
延迟康复组		3.6±1.9	4.8±1.25
对照组		3.8±2.5	4.25±0.1
FIM(五项评分和)			
早期康复组	25.3±5.32	29.32±2.12	34.24±1.63
延迟康复组	24.36±5.89	27.08±3.81	29.23±5.2
对照组	25.63±4.96	26.40±4.76	27.00±4.23

表3 3组患者治疗前后肺感染及并发症比较 (例)

组别	治疗前		治疗4周	
	有	无	有	无
肺部感染				
早期康复组	6	9	3	12
延迟康复组	8	7	5	10
对照组	14	16	16	14
构音障碍				
早期康复组	8	7	3	12
延迟康复组	9	6	4	11
对照组	16	14	8	22
语言障碍				
早期康复组	2	13	0	15
延迟康复组	2	13	1	14
对照组	4	26	4	26
失用、失认症				
早期康复组	2	13	0	15
延迟康复组	2	13	0	15
对照组	4	26	2	28

3 讨论

本组结果显示,同样治疗2周、4周时间,早期康复组、延迟康复组、对照组均比治疗前明显好转,各组内评分变化比较差异有非常显著性意义($P<0.01$)。说明脑血管病在恢复过

程中有自愈性,吞咽康复效果中有自愈性的成份。

同样治疗2周、4周时间,早期康复组和延迟康复组的恢复均比对照组好,差异有显著性意义,早期康复组和延迟康复组比较,早期康复组的恢复明显比延迟康复组好。说明康复对吞咽功能的恢复起着重要作用,无论康复在早期或延迟进行,均比不进行康复对吞咽功能的恢复有帮助,而康复在早期开始较延迟开始,吞咽功能恢复更明显。提示吞咽康复治疗应尽早开始。

关于吞咽障碍早期康复开始时间方面,WHO推荐的康复训练开始时间为生命体征稳定,神经系统症状不再发展48h后^[7]。故笔者认为吞咽障碍的早期康复,应在患者神志清,能理解执行治疗人员的基本指令,且符合上述条件即可进行。本组进行的早期吞咽训练,由于处于脑出血、脑梗死急性期,先床边进行,开始训练强度小。关于综合康复治疗方面,传统的吞咽治疗多采用针灸法。但治疗手段的单一往往不能适应吞咽类型、程度及特点不同的患者,影响治疗效果。我们采用综合康复治疗的方法,使吞咽患者得到更适合个体化的治疗。从而使吞咽患者疗效更明显。

关于吞咽障碍的并发症方面,从我们收集的病例可以看出,吞咽障碍往往又和构音障碍、失语症、失用、失认症并发出现。从我们的观察看出,并发症的存在不利于吞咽障碍的恢复,特别是患者失语存在理解障碍,不能理解指令时,预后差,相反不存在理解障碍的真性延髓麻痹,坚持训练则预后良好。吞咽障碍往往会随着上述并发症的好转,明显恢复。

参考文献

- [1] Gordon C, Langton HR, Wade DT. Dysphagia in acute stroke[J]. BMJ, 1987, 295(6595): 411—414.
- [2] Wade DT, Langton HR. Motor loss and swallowing difficulty after stroke: frequency, recovery and prognosis [J]. Acta Neurol Scand, 1987, 76(1): 50—54.
- [3] Barer DH. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemisphere stroke [J]. J Neurosurg Psychiatry, 1989, 52(2): 236—241.
- [4] Kidd D, Lawson J, Nesbitt R, et al. The natural history and clinical consequences of aspiration in acute stroke [J]. QJM, 1995, 88(6): 409—413.
- [5] Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, et al. Aspiration in patients with acute stroke [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1998, 79(1): 14—19.
- [6] 温汉春, 朱继金, 张志哲. 脑卒中中获得性肺炎危险因素分析 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2004, 21(5): 437—439.
- [7] 石向群, 杨金升, 杨树琛, 等. 吞咽障碍对急性脑卒中患者营养及神经康复的影响 [J]. 中国临床康复, 2003, 7(19): 2704—2705.
- [8] 大西幸子, 孙启良编著, 赵峻译. 摄食吞咽障碍康复实用技术 [M]. 第1版. 北京: 中国医药科技出版社, 2000. 43—44.
- [9] 朱士文, 李义召, 任文博, 等. 综合康复治疗脑卒中吞咽障碍临床研究 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(1): 53—54.
- [10] 周惠娣, 张盘德, 张薇平. 易化技术治疗延髓性麻痹吞咽障碍的临床观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(3): 205.
- [11] 万桂芳, 窦祖林, 丘卫红, 等. 小组工作模式对吞咽障碍评价与治疗的作用 [J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(9): 539—541.
- [12] 才藤荣一, 藤谷顺子. JNNスパシヤル, No. 52, 摄食・吞咽リハビリテーションマニュアル [M]. 医学书院, 1996.
- [13] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范(上册) [M]. 第1版. 北京: 华夏出版社, 1998. 143—156, 351—355.
- [14] Travers PL. Poststroke dysphagia: implications for nurses [J]. Rehabil Nurs, 1999, 24(2): 69—73.
- [15] 刘志顺, 刘保延. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍临床研究 [J]. 中国针灸, 2002, 22(5): 291.
- [16] 刘悦. 针刺治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24(6): 373—374.
- [17] WHO Stroke 1989. Recommendation on stroke prevention, diagnosis and therapy [J]. Stroke, 1989, 20(10): 1407.