

行为模式训练治疗脑损伤后流涎的初步研究

刘俊¹ 吴艳¹ 黄澎^{2,3}

各种原因导致的脑损伤发病率在我国呈逐年上升趋势。除了运动功能障碍、感觉功能障碍等主要表现外,相当数量的患者伴有不同程度的流涎过多,不但带来躯体问题,比如口唇破溃、皮肤感染等,还会影响患者的日常生活活动和社交活动。为了探讨行为模式训练对脑损伤患者流涎的影响,本文对40例患者进行了临床研究。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2006年12月—2008年12月入院的脑损伤(包括脑外伤和脑卒中)有流涎症状且符合入选标准的患者40例。研究对象入选标准:①脑外伤患者有明确病史和体征以及外院诊断,脑卒中符合第四届全国脑血管病会议通过的诊断标准^[1],经头颅CT或MR检查诊断明确;②距最近一次急性病程3个月以上,经临床治疗后病情稳定,心率和血压平稳,意识清晰,可接受动作性指令;③流涎症状超过1个月,近1个月来家属及患者主诉无明显改变;④无明显吞咽障碍:才腾氏吞咽障碍7级评定法评分均在6级以上;无认知障碍:MMSE评分均高于划界分。

1.2 治疗方法

所有观察患者因无认知及吞咽障碍,所以均未进行认知及吞咽治疗,仅接受常规运动治疗及肢体物理因子治疗,治疗时间外不对患者体位、日常生活活动进行限制性要求,患者可自由活动。

对患者的行为模式训练共进行1个月,其间要求全天除了患者睡眠时间外始终保持该行为模式所规定的状态。行为模式训练包括如下内容:

1.2.1 言语提示行为不当:要求所有和患者接触的人在发现患者流涎的时候随时用语言提示患者流涎的行为不当,从而加强患者对自己流涎行为不当的认识。

1.2.2 头部姿势控制:除了在给患者进行运动治疗的时候可能会有头部运动控制的特殊位置外,其余所有时间要求患者始终保持头颈的中立位,避免低头、侧偏、旋转和后仰位置。这种头部姿势的控制也应该是以言语要求为主的,而不可以

简单的被动扳动患者头部至中立位并用外力(如陪护者的手或头架等)保持此姿势。一旦患者因为各种头部运动离开中立位后长时间不自己回复到中立位姿势,如患者转脸看人或低头看地面之后,则需要随时言语提醒患者回复中立位。

1.2.3 定时吞咽唾液:视患者唾液分泌的多少和流涎的严重程度定时提醒患者主动吞咽唾液。这种提醒应该是定时的,而所定时间可能因患者当时的体位、精神状态有所改变:如患者半卧位的时候可以相对延长,坐位的时候则相对缩短,看电视的时候则应该缩短提醒时间。另外需要注意的是,提醒患者吞咽唾液应该是定时的,而不是观察到患者口水即将流出的时候再提醒患者,以便培养起患者定时吞咽唾液的习惯。

1.2.4 自己擦拭流出的唾液:一旦患者口水已经流出,则用言语要求患者自己擦拭口唇及衣物,而不是由陪护者为其擦拭。要求患者自己擦拭的指令一定要明确,而且要求患者一定要擦干净,而不可以因为患者动作缓慢或不精确而动手帮其擦拭。

1.3 疗效评定

在治疗前后对患者进行流涎严重程度和频率的评定,评定方法见表1^[2]。

表1 流涎严重程度与流涎频率的评定标准

流涎严重程度及频率	得分
流涎程度	
干(从不流涎)	1
轻度(仅有口唇潮湿)	2
中等(口唇和下巴潮湿)	3
严重(滴到衣服上)	4
大量(弄湿衣服、手、轮椅支架或其他物体)	5
流涎频率	
从不流涎	1
偶尔流涎	2
经常流涎	3
持续流涎	4

1.4 统计学分析

应用SPSS 12.0统计软件进行统计学分析,采用配对样

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.08.020

1 南京瑞海博康复医院,210006; 2 无锡同仁国际康复医院; 3 通讯作者
作者简介:刘俊,女,住院医师; 收稿日期:2011-08-31

本的 Wilcoxon 秩和检验, 设定检验水准为 0.05。

2 结果

与行为模式训练前相比, 经过行为模式训练, 患者无论在流涎的严重程度和频率方面都有明显改变, 有显著性意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后流涎严重程度与流涎频率比较 ($\bar{x} \pm s$, 评分)

	例数	流涎严重程度	流涎频率
治疗前	40	3.85 ± 0.67	3.35 ± 0.49
治疗后	40	1.70 ± 0.73^{①}	1.60 ± 0.60^{②}

① 治疗前后比较 Z 值 $= -3.954$, $P < 0.001$; ② 治疗前后比较 Z 值 $= -3.993$, $P < 0.001$

3 讨论

脑损伤后患者出现运动功能障碍、感觉功能障碍、言语功能障碍、认知功能障碍, 这在临床已经引起了足够的重视, 康复临床主要的处理基本上是针对这些方面进行的。但是, 各类脑损伤患者经常出现的流涎症状却没有得到康复临床足够的重视: 部分患者因同时伴有言语或吞咽功能障碍, 临床上会给予每天一定时段的言语或吞咽训练, 在一定程度上可以帮助患者缓解流涎症状; 而对于没有明显言语或吞咽障碍却伴有流涎症状的患者, 临床上常不给予任何处理, 仅由患者或陪护人员自行处理, 但程度不同的流涎可能成为影响患者日常生活活动能力和社会交往能力的重要因素, 应该给予充分的重视。

一般认为流涎的直接原因是口咽和颜面肌肉控制障碍, 其影响因素可能包括唾液分泌过多、牙齿咬合不正、头部姿势异常、对唾液流出感觉下降等。可使用抗胆碱能药物如 654-2 等来缓解流涎, 但是其效果有限且副作用较多; 肉毒毒素腮腺和颌下腺注射缓解流涎效果较好, 但是一次注射作用时间为 3—6 个月, 需要重复注射且价格昂贵^[3]; 手术治疗流涎的方法包括: 唾液腺切除、腺管结扎或改道术, 作用持久且效果较好, 但是不易为患者及家属接受, 此外, 缓解流涎的方法还有放射治疗等。

脑损伤的患者除了上述运动、感觉能力下降导致流涎外, 其行为模式退回原始状态, 也是导致患者流涎的原因之一。行为模式训练是此类精神行为症状常用的治疗方式^[4-5]。因此, 对脑损伤的患者进行行为模式的矫正训练有可能帮助患者控制流涎, 从而减少因流涎带来的躯体继发损伤, 同时提高患者重新参与社会的能力。对脑损伤患者行为模式矫正训练的主要目的是使患者了解到流涎的害处, 从而使患者从主

观上提高对控制流涎重要性的认识, 通过多次重复各种控制流涎的动作, 养成自己主动控制流涎的习惯, 从而最终减少流涎。主要方法是加强患者正确的行为模式、抑制患者错误的行为模式: 反复提醒患者不去控制流涎表现是错误的, 并通过要求患者在自己能力范围内完成自己擦拭和处理衣服等方法给予患者适当的惩罚, 以抑制患者错误的行为模式; 同时提醒患者定时进行吞咽唾液、随时控制头部姿势等, 强化患者正确处理流涎的行为, 最终形成患者自己良好的习惯。

本研究结果显示, 通过为期 1 个月的行为模式训练, 患者在流涎的严重程度和流涎频率方面较治疗前都有明显变化。仔细观察患者可以发现在 1 个月的训练过程中每天需要给予患者的提醒次数逐渐减少, 患者自己主动吞咽唾液和控制头部姿势的时间逐渐增加, 表明患者错误的行为模式得到了明显矫正。提示当患者临床表现涉及行为模式问题时, 正确的行为模式训练可以改善患者症状, 矫正不良表现。

本研究目的只是为了探讨行为模式训练的作用, 因此, 排除了有流涎表现同时有吞咽功能障碍的患者, 以免因为患者无法吞咽唾液而产生行为模式以外的器质性影响。同时, 本研究还排除了有流涎同时有认知功能障碍的患者, 避免了患者因认知功能障碍无法执行动作性指令而达不到行为模式训练的目的。但是, 因为吞咽功能障碍和认知功能障碍对流涎也有重要影响, 没有考虑这两方面的因素是本研究的一个局限。同时, 出于伦理学的原因, 本研究只能对治疗前后患者的治疗效果进行对比研究, 而未采取空白对照的研究, 无法完全排除患者随着病程的推移脑损伤的修复在症状缓解中的作用。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 12(6): 379.
- [2] Thomas-Stonell N, Greenberg J. Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling[J]. Dysphagia, 1988, 3(2): 73—78.
- [3] Lagalla G, Capecci M, Provinciali L, et al. Long-lasting benefits of botulinum toxin type B in Parkinson's disease-related drooling[J]. Journal of Neurology, 2009, 256(4): 563—567.
- [4] 冯辉, 姜益明, 陈玉明, 等. 行为技能训练对社区与住院精神分裂症患者康复效果的对照研究[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(6): 561—565.
- [5] 张仲荣, 胡勤玲, 赵福云. 认知行为综合干预对精神分裂症患者的康复作用[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(2): 158—160.