

吞咽治疗仪联合吞咽功能训练在老年吞咽障碍留置胃管患者中的应用

冯艳 朱跃平 杨君 何锡珍
(重庆医科大学附属第一医院 重庆 400016)

摘要:目的:探讨吞咽治疗仪联合吞咽功能训练在老年吞咽障碍留置胃管患者中的应用。方法:将 90 例老年吞咽障碍留置胃管患者分为实验组与对照组各 45 例,对照组行鼻饲护理,实验组行吞咽治疗仪与吞咽功能训练,对比两组临床效果。结果:实验组患者总有效率、拔管率以及吸入性肺炎发生率均优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:老年吞咽障碍留置胃管患者行吞咽治疗仪联合吞咽功能训练可改善患者的吞咽功能,提高拔管率,降低吸入性肺炎发生率。

关键词:吞咽障碍;留置胃管;吞咽功能;老年

中图分类号:R473.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.006

老年患者器官老化加剧后容易改变口腔的功能与结构,对于食物的控制效果较差,进而引发吞咽困难的几率较高^[1]。对于这类需长时间留置胃管的患者而言,加强吞咽锻炼十分关键,我院对收治的该病患者采取吞咽治疗仪治疗的同时配合吞咽功能锻炼,效果显著。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 90 例研究对象均为本院 2016 年 1~12 月收治的老年吞咽障碍留置胃管患者,将其分为实验组和对照组各 45 例。实验组男 32 例、女 13 例,平均年龄(77.07±9.04)岁;对照组男 36 例、女 9 例,平均年龄(76.78±8.56)岁。两组患者一般资料对比无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组进行洼田饮水试验初步评估吞咽障碍的程度,对照组给予鼻饲护理常规护理;实验组给予吞咽治疗仪联合吞咽训练治疗。

1.2.1 吞咽治疗仪 清洁皮肤后放置电极,头部中立后正极于第 7 颈椎部固定,而负极则在颌与软骨间固定,将治疗仪启动以方波脉冲进行刺激,得数值 A 后再以三角型波脉冲展开刺激,得数值 B 后评估患者的吞咽肌群受损情况,最后展开 7 min 吞咽障碍预疗直至出现刺激感直接跳入治疗阶段,刺激 1 次的时间为 3~5 s,在刺激期间引导患者进行吞咽的动作,2 次/d,1 个疗程为 14 d,持续 2 个疗程^[2]。

1.2.2 吞咽功能训练 训练口咽的活动度,每次时间控制 20~30 min,1~2 次/d;冰刺激咽部训练,分别对患者的面、腭弓、软腭等多处行约 1 min 刺激,2 次/d;吮吸训练每次 20 下,1~2 次/d;最后行咳嗽训练。所有训练项目均持续 2 周,待吞咽好转后展开带管进食锻炼。

1.2.3 带管进食锻炼 患者半卧位,或者坐位展开鼻饲。鼻饲结束后,至少保持坐位或半卧位 30 min。

选择食物要从泥糊状、滑软、易吞咽的食物开始,使用小勺喂食,并嘱患者反复做几次空吞咽动作,锻炼吞咽能力,使食物完全咽下,再进食第 2 口。并注意观察患者有无腹泻、便秘等消化不良。若无异常可从泥糊状食物逐渐向固体食物过渡。同时,注意在患者床旁备负压吸引器,进食过程中如出现呛咳、呼吸困难等误吸症状时,立即停止进食并马上抢救^[3]。

1.3 观察指标及疗效评定标准 两组患者治疗 2 个疗程后采用洼田饮水试验,比较两组患者吞咽功能改善情况,同时记录两组在治疗期间拔管例数和发生吸入性肺炎例数。洼田饮水试验:记录咽下 30 ml 水的时间及吞咽次数,记录呛咳情况。5 s 内 1 次咽水为 1 级;5 s 内需分≥2 次咽水,但无呛咳为 2 级;5 s 内 1 次性咽水但存在呛咳为 3 级;5~10 s 内≥2 次咽水,且有呛咳为 4 级;10 s 内不能将水彻底咽下,且频繁呛咳为 5 级。正常、可疑异常、异常分别是 1 级、2 级、3~4 级^[4]。疗效评定标准:治疗前后等级无变化为无效;患者吞咽功能改善且吞咽功能提升 1 级为进步;吞咽功能提升 2 级或近乎于正常为显效;吞咽正常且洼田饮水试验为 1 级,视为治愈^[5]。总有效=进步+显效+治愈。

1.4 统计学方法 数据应用 SPSS19.0 统计软件包进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,计数资料以%表示,用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 实验组患者总有效率高 于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	无效(例)	进步(例)	显效(例)	治愈(例)	总有效率(%)
实验组	45	2	32	5	6	95.6
对照组	45	32	5	8	0	28.9
χ^2						42.542
P						0.000

2.2 两组拔管率及吸入性肺炎发生率比较 实验组患者拔管率及吸入性肺炎发生率均优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组拔管率及吸入性肺炎发生率比较[例(%)]

组别	n	胃管拔管	吸入性肺炎发生
实验组	45	6(13.3)	0(0.0)
对照组	45	1(2.2)	5(11.1)
χ^2		3.873	5.294
P		0.049	0.021

3 讨论

对于留置胃管的老年患者而言,吞咽障碍属于一种极为常见的并发症,主要表现为发音不清楚、进食困难、饮水呛咳等,这是由于患者的延髓吞咽中枢遭受损伤后导致球麻痹,或者双侧的皮质脑干束遭受损伤进而引发假性的球麻痹,最后引起一系列的吞咽反射延迟使得患者吞咽的协调性变差,同时也降低了软腭运动的功能性,最终引起呛咳。特别是对于老年患者而言,由于年龄逐步增加,器官老化的速度越来越快,导致口腔的功能与结构不断发生变化,进食期间对于食物的控制效果较差,进而引发一系列的吞咽困难甚至障碍。对于这类患者的治疗,方法多种多样,常用手术、药物治疗等,均可取得一定效果。本次研究中,对患者采取吞咽治疗仪进行治疗,同时配合吞咽功能训练,取得了显著的疗效。

3.1 吞咽言语诊治仪 借助 Vocastim-Maste 吞咽言语诊治仪是通过输出电流刺激患者咽喉部的肌肉,促进其兴奋后强化肌群运动而提升其协调及灵活性,可防止该部位肌肉萎缩。另外,对患者大脑中的高级运动神经进行间接刺激后促进其形成新突触后强化中枢神经系统重建^[6]。另外通过正负电极可刺激患者麻痹、受损的喉返、舌下、舌咽等神经,有利于神经元复苏而重建正常吞咽的反射弧,并且强化

吞咽肌肉力量而改善患者的吞咽功能。与此同时配合吞咽康复锻炼效果更佳。

3.2 加强患者家属和陪护人员对误吸的重视 在进行吞咽康复训练的过程中,向患者家属及陪护人员说明误吸的危险性,做好健康宣教,引起重视,减少因误吸导致吸入性肺炎的发生^[7]。

3.3 改善吞咽功能恢复,提高患者生活质量 患者长期留置胃管,对鼻腔、咽喉部及食管黏膜形成刺激和压迫,容易发生黏膜压力性损伤等并发症。长期依靠鼻饲的患者,会导致吞咽功能进一步退化,更加降低患者的进食能力。通过实施吞咽治疗仪联合吞咽功能训练可改善吞咽功能恢复,有利于提高患者的生活质量^[8]。

本研究结果显示,实验组临床疗效及并发症发生情况均优于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$,可见对老年吞咽障碍留置胃管患者采取吞咽治疗仪联合吞咽功能锻炼效果显著,应用价值高。

参考文献

[1]汪文婧,孙慧男,陈旭昕,等.吞咽困难的发病原因及治疗研究进展[J].转化医学杂志,2015,4(6):377-381
[2]邹小芳,于书慧,刘青,等.不同吞咽功能评估方法及康复策略在老年吞咽障碍患者中的应用[J].广东医学,2015,36(10):1624-1626
[3]李本夫,张怀安,李召鹏.吞咽障碍治疗仪联合吞咽训练对治疗吞咽障碍的疗效观察[J].吉林医学,2013,34(31):6483-6485
[4]邹小芳,黄美凌,刘青,等.改良吞咽功能评估配合安全进食指导在老年患者误吸中的研究[J].实用老年医学,2015,29(6):525-528
[5]邹小芳,于书慧,刘青,等.不同吞咽功能评估方法及康复策略在老年吞咽障碍患者中的应用[J].广东医学,2015,36(10):1624-1626
[6]陈曦,范柏林,凌慧芬.标准吞咽功能评价量表在吞咽障碍患者胃管拔管时机中的应用[J].现代临床护理,2016,15(2):30-33
[7]陈俊春,孔婵,孙丽凯.老年吞咽障碍病人携带胃管出院的家庭安全管理[J].护理研究,2015,29(24):3055-3056
[8]郑晓丽,陈芳.老年脑卒中吞咽障碍患者早期胃管鼻饲流质饮食与精心护理的应用效果[J].临床检验杂志(电子版),2016,5(3):144-146

(收稿日期: 2017-08-10)

(上接第 6 页)细胞的再生、迁移,改善了语言编码功能,提高了语言沟通能力。综上所述,头针结合补阳还五汤能够改善大脑中动脉血流量,提高 Broca 区脑组织的灌注,从而提升患者的语言功能,改善了日常沟通能力。本研究结果表明针刺语言一区结合口服补阳还五汤是简便而有效的促进语言功能康复的方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1]Ellis C,Urban S.Age and aphasia: a review of presence, type, recovery and clinical outcomes[J].Top Stroke Rehabil,2016,23(6):430-439
[2]Tao J,Fang Y,Wu Z,et al.Community-applied research of a traditional Chinese medicine rehabilitation scheme on Broca's aphasia after s stroke: study protocol for a randomized controlled trial[J].Trials,2014,15

(1):290
[3]黄素贞,黄鲲.针刺配合语言功能训练对中风后运动性失语患者语言功能恢复的影响[J].世界中医药,2016,11(6):1074-1076
[4]周成,刘宏坤.补阳还五汤治疗脑梗死的临床疗效分析[J].中药药理与临床,2015,31(3):165-167
[5]Watari T,Shimizu T,Tokuda Y.Broca aphasia[J].BMJ Case Reports,2014,19(1):845
[6]费洪新,韩玉生,杜徽,等.补阳还五汤对 APP/PS1 双转基因小鼠学习记忆及海马组织白介素 -6 水平的影响[J].中国医科大学学报,2014,43(8):677-681
[7]胡夏逢,胡锐宁,朱承科,等.补阳还五汤复方颗粒对脑缺血大鼠的治疗作用研究[J].中草药,2016,39(4):891-894
[8]尹育华,吴晓光.补阳还五汤预处理对脑缺血再灌注损伤沙鼠 VEGF 和 Ang-1 表达的影响[J].临床和实验医学杂志,2012,11(7):487-488
[9]牛雯颖,王鸣慧,袁良杰,等.补阳还五汤对老龄大鼠红细胞膜组分的影响[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(2):125-128

(收稿日期: 2017-08-08)