

探究肌肉刺激联合吞咽功能训练对脑卒中患者吞咽功能的影响

高峰

(安徽省宿州市立医院神经内科三病区 安徽宿州 234000)

摘要: 目的: 研究肌肉刺激联合吞咽功能训练对脑卒中患者吞咽功能的影响。方法: 从我院2018年5月至2019年5月就诊脑卒中存在吞咽障碍患者中选取66例, 随机分为2组, 针对31例对照组的病人我们只是对其进行吞咽功能训练, 而35名观察组的病人我们不仅要对其进行吞咽功能的训练还对其进行肌肉刺激, 然后对比两组患者在通过治疗之后吞咽功能情况。结果: 通过治疗, 对照组患者的吞咽功能的改善程度明显要低于观察组, $P < 0.05$, 差异存在统计学意义。结论: 针对脑卒中的患者给予肌肉刺激联合吞咽功能训练安全可靠, 并能有效改善患者吞咽功能。
关键词: 吞咽功能; 脑卒中; 肌肉刺激

“脑卒中”是因脑部血管突然破裂或血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤引起的疾病^[1]。脑卒中患者常见症状有: 肢体无力、感觉异常、吞咽困难等。近年来, 神经肌肉电刺激(LAMES)治疗吞咽障碍受到国内外关注。我科 35 例脑卒中患者接受肌肉刺激联合吞咽功能训练, 预后效果较好, 现将研究报道如下。

1. 资料与方法

1.1 资料

从我院 2018 年 5 月至 2019 年 5 月就诊于神经内科患者中选取 66 例脑卒中存在吞咽障碍患者, 随机分为 2 组, 对照组患者 31 例, 其中 19 例为男性, 12 例为女性, 年龄在 56-85 岁, 平均年龄 69 岁, 22 例脑卒中首次发病, 7 例脑卒中 2 次发病, 2 例脑卒中发病 3 次以上; 观察组患者 35 例, 其中 21 例为男性, 14 例为女性, 年龄在 60-84 岁, 平均年龄 72.23 岁, 26 例脑卒中首次发病, 7 例脑卒中 2 次发病, 2 例脑卒中发病 3 次以上。通过对比两组病人的临床资料及吞咽功能, $P > 0.05$, 不存在明显的差异, 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组患者 在常规治疗的基础上, 给予神经肌肉电刺激联合吞咽功能训练。

(1) 神经肌肉电刺激

针对神经肌肉的电刺激我们采用 Vitalstim5900 吞咽障碍治疗仪, 将电极贴于咽缩肌、环咽肌及舌肌, 脉冲比率 300us, 电刺激强度 6-21 mV, 边刺激边做空吞咽, 根据患者表现逐步改进食物的质地和增加数量。每次治疗 30 min, 每天 2 次, 连续治疗 10 天。

(2) 吞咽功能训练

根据吞咽功能评价结果, 选择直接或间接吞咽功能训练方法。直接训练: 食物的选择, 可根据患者的饮食习惯选择易于咀嚼, 不易在膜上滞留, 柔软、密度和性状均一, 且不易松散的营养食物。

体位, 首先应该使用颈部前倾 30° 的仰卧的体位, 在吞咽的功能得到慢慢的改善, 再将倾斜的角度慢慢抬高。偏瘫患者应将患侧的肩部垫高, 从健侧喂食。一口量, 一般从 1-4ml 开始, 逐步加量。一口量过少, 难于促发吞咽反射; 一口量过多, 容易从口中漏食或咽部滞留, 增加误吸的风险。咽部滞留食物去除法: 指导患者固体食物或流质食物交替食用, 或每次吞咽后饮少量的水, 每次吞咽食物后再反复做几次空吞咽, 使食物全部咽下, 并在吞咽时头转向功能较差的一侧以利关闭患侧梨状隐窝, 避免呛咳。

1.2.2 对照组患者

在常规治疗的基础上, 给予吞咽功能训练, 具体操作同观察组吞咽功能训练。

1.3 统计学方法

运用统计软件 SPSS21.0 对数据进行处理, 计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 来代表, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以频数和百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验。以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 吞咽功能

治疗前两组患者之间洼田饮水试验分级患者人数之间统计学无差异 ($P > 0.05$) 见表 1。

3. 讨论

表1 两组吞咽功能(洼田饮水试验结果)比较(例)

组别	级	级	级	级	级
对照组 (n=31)	15	8	3	3	2
观察组 (n=35)	23	9	2	1	0

注: 两组治疗前分级患者人数之间比较用 Fisher 精确检验, 确切概率 $p = 0.353$ 无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 疗效比较

观察组患者经治疗后有效率 94.28%, 对照组有效率 74.19%, 两组 χ^2 比较 $P < 0.05$, 差异有统计学意义(见表 2)。

表2 两组治疗后临床疗效比较[n (%)]

组别	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n,%)	5 (16.13)	8 (25.8)	9 (29.03)	9 (29.03)	23 (74.19)
观察组 (n,%)	10 (28.57)	17 (48.57)	6 (17.14)	2 (5.72)	33 (94.28)

注: 治疗后两组有效性患者之间比较用 Fisher 精确检验, 确切概率 $p = 0.021$ 有统计学意义 ($P < 0.05$)。

吞咽困难是指食物在进入消化道过程中受阻, 导致食物在咽部及食管部位发生停滞或梗阻感^[2]。吞咽功能是人类日常活动必不可少的动作, 吞咽障碍会导致唾液吞咽困难, 难以摄取食物等, 严重影响患者的营养摄取, 因此对患者采取相关吞咽康复训练对于吞咽功能的改善有十分重要的意义^[3]。轻度吞咽障碍主要临床表现为饮水呛咳、食物滞留以及进食时间较长, 病情严重者可能会窒息、长期营养不良, 甚至出现吸入性肺炎, 影响患者脑卒中的预后, 导致生活质量的下降, 给家人及社会带来严重的负担^[4]。

本文对我科 66 例脑卒中患者研究表明, 在给予患者吞咽功能训练的基础上再联合肌肉电刺激对提高患者的吞咽功能起到了有效的作用, 患者营养状况得到改善, 生活质量也随之提高。脑卒中患者给予肌肉刺激联合吞咽功能训练, 利用肌肉电刺激产生肌肉收缩提高患者吞咽肌的肌力, 并每天进行吞咽训练, 改善了吞咽肌群灵活性与协调性, 促进患者吞咽功能的恢复, 且改善情况明显优于单纯进行吞咽功能患者。结合两组患者疗效比较, 肌肉刺激联合吞咽功能训练疗效明显高于单纯进行吞咽功能训练患者, 表明肌肉刺激联合吞咽功能训练对患者吞咽功能的恢复疗效更佳。

综上所述, 脑卒中患者给予肌肉刺激联合吞咽功能训练可有效改善患者吞咽功能情况, 预后良好。

参考文献:

- [1] 郭媛, 唐多香, 毕妙玲, 等. 连续护理干预对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响[J]. 临床医学工程, 2019, 26(4): 535-536.
- [2] Kim L, Chun MH, Kim BR, et al. Effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on patients with brain injury and dysphagia [J]. Ann Rehabil Med, 2011, 35: 765.
- [3] 张雅娟. 脑卒中吞咽困难患者预防误吸的饮食护理[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2017, 34(5): 537-538.
- [4] 孙英晶. 缺血性脑卒中遗有吞咽功能障碍患者坚持康复训练的重要性[J]. 中国医药指南, 2017, 15(8): 150-151.