

早期康复与中频治疗对卒中后吞咽障碍的效果

刘小芳

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

摘要:目的:探讨在卒中后吞咽功能障碍患者的治疗中应用早期康复和中频治疗相结合干预方式的临床应用效果。方法:本研究选2023.1~2024.1,58例在我院展开治疗的卒中后吞咽障碍患者纳入研究,以电脑随机分组的方式将其均分为2组(组别名:对照,研究),各29例,其中对照组应用常规治疗;研究组在早期康复治疗的基础上增加中频治疗干预,比较患者日常生活功能、吞咽功能以及营养指标。结果:研究组患者日常生活能力评分相对对照组有所升高($P < 0.05$);研究组吞咽功能两组间存在明显差异($P < 0.05$);较之对照一组,研究组各营养指标有所上升($P < 0.05$)。结论:在对卒中后吞咽障碍患者的治疗中应用中频治疗与早期康复联合干预,有助于帮助其日常生活功能和吞咽功能改善,提升机体营养指标,帮助患者加速康复。

关键词:早期康复;中频治疗;卒中;吞咽障碍

卒中具有较高致残率、发病率等特点,是由于局部的脑组织供血障碍诱发坏死所引起,患者发病后以偏瘫、语言功能障碍、意识不清等为主要临床表现,极易对中枢神经系统造成损伤,诱发一系列并发症^[1]。而吞咽障碍就是卒中患者治疗后比较常见的一种并发症,容易导致咽喉部肌肉神经功能减弱,对机体的食物、水份摄入造成影响,诱发营养不良、脱水以及呛咳等发生风险,造成生活质量下降^[2]。以往经鼻导管进食,因饮食单一等因素影响,造成患者营养不良的同时还容易诱发一系列心理情绪障碍,临床上通过大量的数据发现,经早期的康复护理干预,可以帮助其改善吞咽功能,极大限度内提高日常生活能力^[3]。近年来^[4],随着医学的不断进步,应用仪器治疗也逐渐广泛,其中中频治疗可以借助仪器发射的强电流刺激,逐渐恢复吞咽功能,但是二者联合应用,研究资料尚少,对应用效果存在争议,因此,本文择48例卒中后吞咽障碍患者,旨在分析早期康复+中频治疗的临床应用效果,为提升卒中后患者生活质量提供强有力支持,现具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究遴选58例(2023.01至2024.01),我院收治的卒中后吞咽障碍患者作为研究主体,将其以“电脑随机分组”为依据,均分为对照组($N = 29$ 例)和研究组($N = 29$ 例)。对照组中性别比例:12例(女)/17例(男);年龄范围40~75岁,区间中位值(57.71 ± 5.03)岁;疾病种类各占比脑梗死、脑出血各16例、13例;体质量指数(BMI)在21~26 kg/m^2 之间,均值(23.61 ± 3.11) kg/m^2 。研究组中性别比例:

11例(女)/18例(男);年龄范围39~75岁,区间中位值(57.31 ± 5.36)岁;疾病种类各占比脑梗死、脑出血各为15例、14例;BMI在20~26 kg/m^2 之间,均值(23.33 ± 2.72) kg/m^2 。2组数据信息差比较($P > 0.05$),有可比性。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:^[5](1)经临床诊断为脑卒中患者;(2)经临床评估,病情处于稳定期,且意识清醒;(3)身体耐受条件良好,可进行康复训练者;(4)家属、患者对本次研究的内容了解,同意参与研究。

排除标准^[6]:(1)存在严重脏器(肝肾等)功能病变者;(2)精神、认知功能障碍者;(3)存在食管肿瘤患者;(4)因其他研究导致的吞咽障碍者。

1.3 方法

对照组:常规治疗。包括对血糖、血压等指标的控制,行抗血小板聚集等治疗,以帮助改善脑循环系统。研究组:早期康复+中频治疗。(1)早期康复训练:①组建专业训练干预小组:由护士长、护理部成员以及科室骨干护士共同构成,入选的小组成员统一进行相关的知识培训,并以吞咽障碍、卒中等为主要检索关键词,充分掌握康复训练管理方法。②进行健康宣教:结合身边成功的案例,为患者讲解疾病知识、康复训练的重要性等,以帮助患者对情绪进行动态调整,主动参与康复计划的实施,增加依从性。③吞咽功能训练:指导患者进行规范的皱眉动作训练,注意保持两侧对称性,之后进行张口-闭口反复训练,将一侧的面颊鼓起,将气体完全充满后,匀速轻吐出,交替将腮部鼓起-恢复。张口训练时,将舌头伸出,进行上下唇触及训练。同时进行

舌头左右摆动训练,以帮助吞咽功能加速恢复。④口唇发音训练:护理人员指导患者进行“a/w”的发音练习,以帮助进行唇部运动,逐渐增加唇部肌肉力量。⑤饮食训练:在进食之前,取一软枕垫在患侧肩部,指导患者进行健侧喂食,并将食物放置在舌根处,以防从口中漏出。食物选择上要避免干燥、过于粘稠以及刺激类的食物,多以流食为主,帮助推动恢复。⑥下颌运动训练:指导患者在最大限度内做张口运动,或者下颌部两侧的区域活动,以加速下颌部功能的恢复。⑦咽部冰刺激:在操作过程中使用冰冻的棉棒对咽后壁、舌部以及舌根等位置进行刺激,经反复刺激后,引导患者进行吞咽动作空练习,予以咽部刺激。⑧呼吸道训练:指导患者进行深呼吸(使用鼻腔进行深呼吸,憋气后5s,呼气)、反复咳嗽练习,过程中注意避免误吸,确保临床安全。

(2)中频治疗:①对其皮肤予以脱脂干预,并将3层无纺布使用温水浸泡后以备用;②对电极板进行性消毒、清洁;③使用预先准备的无纺布,将患者皮肤和电极板之间隔开;④将仪器正极与其脊椎(第七节)位置相连接,负极与咽喉部相连接,对于存在面部瘫痪的患者,可以将电机放置在面颊的两侧;⑤打开开关,结合患者病情严重程度,对载波频率进行适当的调整,以患者耐受内为准,1次治疗时间控制在30分钟之内,1天1次。

1.4 观察指标

(1)日常生活能力:参考“Barthel量表”对患者干预前后进食、穿衣、上下楼梯等进行评分,分值范围在0分至100分之间,分值越高,提示日常生活能力越佳。

(2)吞咽功能:参考“SSA吞咽功能评分量表”,分值范围控制在18分至46分之间,分值越低,提示吞咽功能越佳。参考“Burke吞咽障碍筛查量表”分值范围0分至7分之间,分值越低,提示吞咽功能越佳。参考“VESS”内镜检查,分值范围0分至10分,二者之间呈正比。

(3)营养指标:于干预前后,取外周静脉血,经过2500r/min离心,对Hb(血清血红蛋白)、ALB(白蛋白)以及PAB(前白蛋白)进行检测,对比营养指标。

1.5 统计学方法

统计学软件:SPSS23.0,对患者资料进行整理录入;计数资料:[$n/(%)$],行 χ^2 检验;计量资料:($\bar{x}\pm s$),行 t 检验;统计学意义指标: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 日常生活能力对比

相比干预前,干预后Barthel评分呈上升曲线($P < 0.05$)。见表1。

表1 日常生活能力($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	Barthel评分	
		干预前	干预后
对照组	29	52.13±7.23	63.77±5.56
研究组	29	53.02±6.72	72.13±5.60
t	--	0.485	5.704
P	--	0.629	0.000

2.2 吞咽功能比较

干预前各数据对比无统计意义($P > 0.05$);干预

后,研究组Burke、SSA、VESS各数据评分均优于对照组,组间差异明显, $P < 0.05$ 。见表2。

表2 吞咽功能比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	Burke评分		SSA评分		VESS评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组(n=29)	5.23±0.22	3.38±0.63	37.11±5.07	27.53±2.61	3.29±0.88	5.22±1.01
研究组(n=29)	5.28±0.39	1.62±0.35	37.12±5.65	23.37±2.53	3.31±0.72	7.73±2.20
t	0.601	13.151	0.007	6.162	0.094	5.583
P	0.550	0.000	0.994	0.000	0.924	0.000

2.3 营养指标比较

相比较干预前,经治疗干预后,Hb、ALB、PAB各

数据均有所上升, ($P < 0.05$)。见表3。

表3 营养指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	ALB (g/L)		Hb (g/L)		PAB (mg/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n = 29)	30.22±3.01	35.21±3.07	107.55±13.29	127.31±16.77	210.88±22.71	238.72±23.56
研究组 (n = 29)	30.73±3.20	39.72±3.81	108.31±15.22	136.72±17.13	211.73±20.82	266.73±26.72
t	0.625	4.963	0.202	2.113	0.148	4.234
P	0.534	0.000	0.840	0.039	0.882	0.000

3 讨论

在临床各疾病中，卒中依旧具有较高的发病率、致死率是威胁患者生命安全的重要疾病^[7]。近年来，随着祖国医学领域得到突飞猛进的进步，我国医学对此疾病的诊断水平也得到大幅度的改善，使卒中患者的致死率得到明显控制，但是此疾病患者治疗后的致残情况控制有限，无法达到理想状态，尤其是吞咽障碍患者更高达42%~67%左右，容易导致机体水电解质紊乱，造成营养缺乏，对康复效果造成不良影响，严重时甚至会导致窒息，危及生命安全，因此必须采取积极的防治方法进行干预。

本文研究结果显示，研究组患者日常生活能力、吞咽功能得到明显改善，说明对于卒中后吞咽障碍患者应用中频治疗联合早期康复干预，更有利于改善患者日常生活能力。原因分析：人脑具有一定的可重塑性，可以进行功能重组与代偿，将处于储备状态的中枢神经细胞经刺激后，转化为活化状态。中频治疗可以通过特定的电刺激对神经肌肉进行干预，帮助改善神经元麻痹的情况，以提升吞咽功能，但是此疗程为被动治疗，在改善肌群协调性方面效果受限。而早期康复训练是在近年来发展出的一种新型的干预模式，将其应用于卒中患者的治疗中，可以利用此训练方法，使受损的神经细胞修复，加速丧失部分功能重塑。二者联合使用，可以对皮质感觉区进行扩大，帮助缓解吞咽障碍，同时经过冷刺激等干预方法，帮助激发吞咽反射，构建良好的吞咽反射功能，优化日常生活能力与吞咽功能。

本文表3证实，研究组各营养指标均有所上升，说明二者联合应用，更有利于机体营养指标提升。原因分析：应用早期康复训练，可以对口唇部肌肉进行锻炼，以加速协调性恢复，同时展开声带发声训练，以声门上吞咽，促进声门闭锁功能，加速改善进食，为良好的营

养水平奠定基础。通过中频治疗，可以利用电循环刺激作用，加速改善局部血液循环流通，从而提升局部神经的兴奋性，便于肌肉恢复。二者联合使用，可以将优势协同发挥作用，增加咽部肌肉灵活性，极大提高康复速度。同时还可以缓解因患者长时间的吞咽障碍导致的机体营养不良情况，起到良好的改善预后的方法。

综上所述，在对卒中后吞咽障碍患者的治疗中，应用早期康复联合中频治疗干预，有助于提高日常生活能力，优化其吞咽功能，避免营养不良的情况发生，效果明确，具有进一步借鉴、采纳价值。

参考文献

- [1]李静敏,孙静,赵源.老年脑梗死吞咽障碍患者早期康复护理干预的效果观察[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(5):162-165.
- [2]宋庆,刘凯丽.早期康复护理干预在老年脑梗死吞咽障碍患者中的康复效果研究[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(6):202-204,184.
- [3]黄婷婷.标准化早期康复护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J].中国标准化,2023(6):239-242.
- [4]陈枫,亚·娜仁,甄作睿,等.早期综合康复治疗对脑卒中后吞咽障碍的效果及临床价值[J].中国医学创新,2023,20(8):143-146.
- [5]李华强,刘建成,高佳新,等.重症监护室获得性吞咽障碍的流行病学特征及早期康复治疗研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2023,45(12):1136-1139.
- [6]臧全雪.探讨早期标准化康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的运用[J].中国标准化,2022(10):206-208.
- [7]谷海燕,谭家泽,范玉兰.加强吞咽障碍的早期筛查及康复指导对提升神经内科专科护士能力的教学探索[J].现代医药卫生,2022,38(15):2674-2677.