

口肌训练器对脑出血患者吞咽障碍的疗效

任维补 俞佳祁

阿克苏职业技术学院

[摘要]探讨口肌训练器对脑出血吞咽障碍患者进行治疗与进行常规康复治疗患者的疗效差异。方法：在广东三九脑科医院选取2020年12月到2021年5月脑出血患者并具有吞咽功能障碍的患者共40例，故将40例脑出血吞咽障碍患者分为两组，其中实验组20例，对照组20例，对照组进行一般康复治疗训练：如甲状软骨低频电刺激，门德尔松训练法，冰刺激，酸刺激等治疗手法。实验组除使用以上所诉一般治疗外，用口肌训练器进行口肌训练，30min/次，每周五次。30天为一个疗程。结果：实验组治疗结果相较于对照组疗效更为明显，所以实验组与对照组比较差异具有一定的统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：根据观察患者疗效，并发症发生状况，Guss量表评分，吞咽困难程度对比得知口肌训练器对脑出血吞咽困难患者进行口肌训练疗效显著，值得推广。

[关键词]脑出血；脑溢血；吞咽障碍；吞咽训练；口肌训练器；舌肌训练器

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6261.2021.10.1157

前言

脑出血是指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血，常见原因是因为高血压并小动脉硬化，微动脉瘤或者微血管破裂等有关，而脑出血患者常见的临床特征就是偏瘫、言语功能障碍、吞咽功能障碍、精神和认知功能障碍，以及运动功能障碍等，严重者可出现死亡。

吞咽障碍是脑出血的发生率较高的并发症之一，所谓吞咽障碍指的是患者口面部肌肉出现瘫痪，它的主要表现为进食吞咽困难、饮水呛咳、食物咽下后滞留于梨状窝，甚至出现误咽误吸，症状较轻者导致营养不良、低蛋白血症，严重者可能会出现吸入性肺炎甚至死亡。因此，对存在吞咽功能障碍的脑出血患者应在早期进行治疗和护理干预，主要目的是为了降低患者的致残的可能性，提高其生活质量。所以吞咽治疗成为脑出血患者康复训练的重点。

本次研究课题中所使用的口肌训练器主要分为专业感知按摩刷，吸舌器，牙龈咀嚼棒，唇肌训练器，呼吸发声哨五种工具组成。它们通过刺激患者口腔内颊粘膜，牙床，舌，软腭，双唇等吞咽系统来提高患者口腔触觉灵敏性和舌肌肌群的综合力量，以及发声和唇闭合能力从而改善患者的吞咽系统功能。

一、资料与方法

（一）一般资料

收集2020年12月至2021年5月在广东三九脑科医院中脑出血并具有吞咽功能障碍的患者40例分别作为实验组和对照组，其中对照组男性患者11例，女性患者9例；年龄36-64岁，平均（48.95±7.91）岁。实验组男性患者13例，女性患者7例；年龄范围23-74岁，平均（50.45±9.37）岁。病例纳入标准如下：1.选取的40例均为首次脑出血患者。2.选取符合脑出血吞咽功能障碍诊断标准的患者。3.在MRI或CT影像证实属脑出血患者。4.排除在未发病前本身因其他疾病具有吞咽障碍的患者。5.对照组与实验组患者都采用相同的一般康复手法进行吞咽障碍训练，如一般康复治疗训练：如甲状软骨低频电刺激，门德尔松训练法，冰刺激，酸刺激等治疗手法。6.两组患者都对本次试验具有知情权。7.排除具有严重心、肝、肾等重要器官疾病的患者。8.排除存在精神方面疾病，无法与治疗师沟通或者不配合的患者。两组患者在性别，年龄等方面的对比差异无统计学意义（ $p > 0.05$ ），治疗方法具有可比性。

（二）方法

对照组与实验组均采用一般吞咽功能障碍训练，但实验组在其基础上加用口肌训练器进行康复，30min/次，1次/天，5次/周，30天/疗程，两组对比疗程相同。

1.对照组对照组进行一般康复治疗训练：如甲状软骨低频电刺激，门德尔松训练法，冰刺激，酸刺激等治疗手法。

2.实验组实验组在使用对照组的治疗手法的基础上加用

口肌训练器其具体方法如下：（1）感知按摩刷：治疗师用门德尔松训练手法放松患者颊肌之后，用感知按摩刷刺激患者口腔内颊肌以帮助患者面部放松训练患者面部肌肉，并用按摩刷刮蹭患者舌根与上颚，分别引出患者的咳嗽反射与上颚收缩反射，有助于患者咳嗽避免患者痰液堆积，其次刺激诱发唇，舌，口腔内颊粘膜及口腔感知，提高口腔触觉灵敏性和唇肌群的综合运动能力。（2）吸舌器：医护人员用吸舌器吸住患者舌尖，针对舌肌无力的患者做辅助拉伸运动。如上下运动，左右运动，斜下运动，根据患者自身情况适用于不同类型的舌部牵拉，这种方法也适用于面瘫患者的吞咽治疗。针对吞咽障碍稍轻的患者来说，患者本身具有一定的舌肌力量。医护人员可对其增加阻力运动，如用吸舌器将患者的舌牵拉出来，嘱咐患者自行将舌收回。若患者左侧肌群力量稍弱，治疗师可将患者的舌牵拉出并放置右侧，嘱咐患者移动舌至左侧，期间给予阻力。以此方法有效的增加舌头活动范围，强化舌肌肌群力量和舌头灵活性，增加舌与口腔肌群运动的协调性，增强舌对食团的控制与传送能力。在此过程中医护人员需耐心指导患者，通过鼓励等言语帮助患者恢复信心加快患者康复速度。（3）牙龈咀嚼棒：针对无意识牙齿咬合紧的患者先使用勺子刺激患者“k”点（位于磨牙后三角的高度，腭舌弓和翼突下颌帆的中央位置，位于两牙线交点的后方，此处实际上是一个凹陷。）帮助患者张开牙齿，再将牙龈咀嚼棒放入患者后槽牙，以此放松患者咀嚼肌。若针对有意识的患者，可将咀嚼棒放置患者口中嘱咐患者在口中左右来回咀嚼，其目的是训练患者两侧咀嚼肌以及舌肌的灵活性，咀嚼牙龈增强下颚的感知，增强下颚运动的幅度及其灵活性，提高下颚的稳定性，提高撕咬食物和咀嚼力量。（4）唇肌训练器：医护人员将训练器放置患者双唇之间，让患者有节奏的唇肌用力使训练器开合，10个/组。加强患者的唇肌功能，改善患者进食时唇部闭合不全的问题，有效增加颊肌力量和肌张力，增加口轮匝肌，颊肌运动的协调性（5）呼吸发声哨：医护人员手持呼吸发声哨让患者鼻部吸气，唇部呼气吹响发声哨，让患者保持长时间的吹气。锻炼患者呼吸避免呛咳，以及患者唇部力量改善其唇部漏风现象，增强吸气肌群及腹肌肌群收缩力量，增大肺部的换气量，延长呼气时间。

（三）指标观察

观察实验组患者的治疗前后的语言，吞咽，临床体征等情况以及对对照组的评定结果，评价对比两组的疗效。

（四）康复疗效评定标准

临床疗效：有效：患者的临床症状和体征有改善，出现简单言语，可以在半辅助过程中进行食用流质食物等；无效：病情无变化或加重。

临床并发症情况：发生并发症：治疗过程中治疗师没有发

现患者频繁的误吸,这种反复发作急性误吸就会导致患者临床上出现不明原因的发热。并且患者在治疗过程中如果出现不断呛咳,也会发生营养不良和脱水等情况,严重者可吸入性肺炎甚至是死亡;未发生并发症:患者未发生呛咳和误吸,或者是治疗过程中治疗师及时发现患者异样,并进行处理。使患者并未发生任何不良体征。

(五) 统计学运用

采用SPSS19.0统计软件对所得数据进行分析处理,计量资料的对比方法采用t检验,计数资料的对比方法采用c2检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

二、结果

(一) 对照组与实验组疗效对比(表1)

表1 对照组与实验组疗效对比

组别	有效	无效	合计	有效率
对照组	9	11	20	45%
实验组	18	2	20	90%

确定p值($P<0.05$),做出推断结论。在 $\alpha=0.05$ 的水准上,差异有统计学意义。

(二) 对照组与实验组并发症发生情况对比(表2)

表2 对照组与实验组并发症发生情况对比

组别	发生并发症	未发生并发症	合计	并发症发生率
对照组	3	17	20	15%
实验组	1	19	20	5%

确定p值($P>0.05$),做出推断结论,差异无统计学意义。

(三) 对照组与实验组的Guss量表评分对比(表3)

表3 对照组与实验组Guss量表评分对比($\bar{x}\pm s$)

	治疗前	治疗后	T值	P值
实验组	3 \pm 2.61	8.7 \pm 4.57	4.87	$P<0.05$
对照组	3.8 \pm 2.93	5.25 \pm 3.19	1.49	$P>0.05$
T值	0.91	2.78		
p值	$P>0.05$	$P<0.05$		

确定p值,可知实验组治疗前后对比 $p<0.05$,差异有统计学意义。

确定p值,可知对照组与实验组治疗后对比 $p<0.05$,差异有统计学意义。

(四) 对照组与实验组的吞咽困难程度评价对比(表4)

表4 对照组与实验组吞咽困难程度评价对比($\bar{x}\pm s$)

	治疗前	治疗后	T值	P值
实验组	1.65 \pm 0.85	4.75 \pm 1.67	5.25	$P<0.05$
对照组	1.7 \pm 0.84	2.45 \pm 1.32	1.53	$P>0.05$
T值	0.14	3.43		
p值	$P>0.05$	$P<0.05$		

确定p值,可知实验组治疗前后对比 $p<0.05$,差异有统计学意义。

确定p值,可知对照组与实验组治疗后对比 $p<0.05$,差异有统计学意义。

三、讨论意义

脑出血是指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血,常见原因是因为高血压并小动脉硬化,微动脉瘤或者微血管破裂等有关,而脑出血患者常见的临床特征就是偏瘫、言语功能障碍、吞咽功能障碍、精神和认知功能障碍,以及运动功能障碍

等,严重者可出现死亡。吞咽障碍作为脑出血的发生率较高的并发症之一,所谓吞咽障碍指的是患者口面部肌肉出现瘫痪,它的主要表现为进食吞咽困难、饮水呛咳、食物咽下后滞留于梨状窝,甚至出现误咽误吸,症状较轻者导致营养不良、低蛋白血症,严重者可出现吸入性肺炎甚至死亡。临床康复可以尽早的帮助脑出血患者康复,减少吞咽障碍所引起的并发症为了帮助患者尽快拔出胃管,实现基本的饮食功能。所以吞咽治疗成为脑出血患者康复训练的重点。

正常人的吞咽运动可分为五个阶段:口腔前期、口腔准备期、口腔期、咽期、和食管期。脑出血患者绝大多数的吞咽障碍主要是口腔期与咽期的较多。在口腔期中常常无法将预备好的食物经过口腔向咽推动。而在咽期阶段需要患者软腭上抬、关闭声门、关闭气道防止误吸、喉穿透。会厌襞在咽部开口之上,也防止食物滞留在梨状窝。但脑出血引发的患者饮水呛咳、吞咽困难、脱水、营养不良都是因为患者面肌、咀嚼肌、腭肌、舌肌等肌群废用性肌萎缩造成的。所以本研究中,口肌训练器作为一套完整的康复治疗器具,治疗师可根据患者不同程度的障碍运用不同的工具训练患者,达到意义上的专项训练。根据表1可以看出在对照组的疗效有效率为45%,而实验组的有限率高达90%,从GUSS评分量表以及吞咽困难程度也有明显的提升。也证实了口肌训练器对脑出血患者的疗效,并且口肌训练器在治疗过程中并未出现大量不良反应,证实了其器具的安全性。

四、结论

综上所述,口肌训练器对脑出血患者的吞咽障碍康复治疗具有重大的意义。对吞咽功能困难患者及时进行早期康复,重建吞咽功能十分必要。因此该研究课题值得临床。

参考文献:

- [1]于春艳,祖艳红,白丽,王娜.脑卒中吞咽困难患者舌肌训练器的制作及临床应用研究[J].中国医药导报,2010,7(13):219-219.
- [2]黄洁,陈晓锋,郑明华,李思明,廖洪全.舌肌康复器联合吞咽康复治疗卒中后隐性误吸的疗效观察[J].广西中医药大学学报,2016,19(4):49-51.
- [3]张杰.脑卒中吞咽障碍患者康复护理进展[J].医学理论与实践,2013,26(9).
- [4]王娜,祖艳红,于春艳,卢宁.舌肌训练器对脑卒中吞咽困难患者进行舌肌训练的护理体会[J].中国当代医药,2010,17(8):87-87.
- [5]祖艳红,白丽,于春艳,王娜.应用舌肌训练器对脑卒中吞咽困难患者的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2010,3(6):47-47.
- [6]黄锦燕.舌肌康复器在脑卒中患者中的应用[J].护理实践与研究,2016,(17).
- [7]赵岩,周染云,张敏,王岩.脑卒中后吞咽障碍的护理研究进展[J].中华现代护理杂志,2014,20(27):3526-3528.
- [8]张慧慧.康复训练对脑卒中患者吞咽障碍的改善作用观察[J].中医药临床杂志,2010,22(4):290-291.
- [9]郑奋妹,吴小梅,黄晓华.舌肌康复器用于脑卒中吞咽障碍患者的效果观察[J].当代护士(中旬刊),2015,(11):85-86.
- [10]UMAY, E. K., UNLU, E., SAYLAM, G. K., et al. Evaluation of dysphagia in early stroke patients by bedside, endoscopic, and electrophysiological methods[J]. Dysphagia, 2013, 3(3):395-403