

综合康复训练促进脑性瘫痪患儿吞咽障碍恢复的效果观察

彭小燕,曾惠英,李文英,温玉群,吴妙莉

(广州市社会福利院康复医院儿科,广东广州,510520)

[摘要] 目的 探讨综合康复训练促进脑性瘫痪(简称脑瘫)患儿吞咽障碍恢复的效果观察。方法 选择2013年1~6月收治的27例患儿作为对照组,2013年7月~2014年1月收治31例患儿作为实验组,对照组除鼻饲喂养外由专职护士根据患儿年龄给予吸吮奶瓶或用匙进行少量喂食训练,实验组在对照组喂养基础上由康复治疗师及专职护士给予患儿综合康复训练。比较两组患儿4周吞咽障碍程度及疗效,两组患儿<1个月,1~3个月,>3个月拔除胃管情况及3个月内拔管率,平均置管时间。结果 实验组患儿4周吞咽障碍恢复程度明显优于对照组,治疗总有效率明显高于对照组,3个月内总拔管率明显高于对照组,置管时间明显短于对照组,两组比较,均 $P<0.01$,差异具有统计学意义。结论 综合康复训练可促进脑瘫患儿吞咽障碍恢复,提高患儿主动进食能力,缩短鼻饲喂养过渡到完全经口进食的时间,改善脑瘫患儿的生活质量。

[关键词] 康复训练;脑瘫;鼻饲喂养

[中图分类号] R473.74 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2015)02-0053-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.02.016

Effect of rehabilitation training on deglutition disorders of children with cerebral palsy

Peng Xiaoyan, Zeng Huiying, Li Wenying, Wen Yuqun, Wu Miaoli//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(02):53.

[Abstract] **Objective** To explore effect of rehabilitation training on deglutition disorders of children with cerebral palsy.

Methods Twenty-seven children patients from January to June in 2013 were set as control group and thirty-one patients from July 2013 to January 2014 as experiment group. The children in the control group were treated with tube-feeding combined with spoon feeding and bottle-feeding by professional nurse. Children in the experiment group were treated with oral rehabilitation training by professional therapists and nurses apart from the same feeding as in the control group. The two groups were compared in terms of effect of deglutition within 4 weeks, time and rate of removing the stomach tube. **Results** The recovery of deglutition function in the experiment group was much better than that in the control group, the total effective rate and rate of removing the stomach tube within 3 months were higher and the intubation duration was significantly lower as compared with those of the control group ($P<0.01$). **Conclusion** Rehabilitation training can improve the recovery of deglutition disorders, improve active feeding ability of children with cerebral palsy, shorten time of tube feeding and improve their life quality.

[Key words] rehabilitation training; deglutition disorders; cerebral palsy

脑性瘫痪(简称脑瘫)是指从受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所致的综合征,主要表现为运动障碍及姿势异常。由于不同的病因、类型、受累部位和程度,临床上表现差异较大,但绝大多数脑瘫患儿存在口运动和进食障碍^[1],常导致不同程度的营养不良,影响生长发育,甚至疾病的发生。鼻饲喂养作为一种过渡时期的喂养方式,可满足机体需要,加快疾病恢复的特点,但长期留置胃管常会导致鼻腔及咽喉糜烂、出血,呕吐或误吸而引发肺部感染及吞咽咀嚼系统废用性萎缩等

并发症,如何帮助患儿由鼻饲喂养过渡到自主进食是护理的关键。2013年7月~2014年1月对本院收治的31例留置胃管脑瘫患儿进行口腔康复训练,提高患儿主动进食能力,从而提高患儿的生活质量,现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择在本院住院的鼻饲喂养脑瘫患儿58例,其中2013年1~6月收治的27例患儿作为对照组,2013年7月~2014年1月收治的31例患儿作为实验组。对照组,男15例,女12例,年龄6~42个月,平均 (17.2 ± 2.4) 个月。脑瘫类型:痉挛型13

[收稿日期] 2014-08-20

[作者简介] 彭小燕(1979-),女,广东阳江人,主管护师,本科,主要从事儿科护理工作。

例,不随意运动型 10 例,共济失调型 4 例。洼田饮水试验结果^[2]显示:Ⅲ级 8 例,Ⅳ级 14 例,Ⅴ级 5 例。实验组,男 17 例,女 14 例,年龄 5 ~ 48 个月,平均 (17.2 ± 2.2) 个月。脑瘫类型:痉挛型 14 例,不随意运动型 12 例,共济失调型 5 例。洼田饮水试验结果^[2]显示:Ⅲ级 7 例,Ⅳ级 16 例,Ⅴ级 8 例。患儿诊断与分型均符合全国脑瘫会议制订标准^[3]。两组患儿一般资料比较,均 $P > 0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 由专职护士在鼻饲喂养前给予患儿常规喂养训练,即根据患儿年龄以奶瓶试喂食或匙少量喂食训练,不足的量再由管饲补充。

1.2.2 实验组 实验组患儿在对照组喂养法基础上增加综合康复训练。由康复治疗师及本科室的专职护士组成康复训练小组,康复治疗师每天下午到病房评估鼻饲喂养脑瘫患儿喂养困难情况,采取针对性综合康复训练,同时指导专职护士开展工作。

1.2.3 综合康复训练方法

1.2.3.1 口周按摩 ①上唇肌群用拇指指腹顺时针方向按揉迎香、水沟、地仓穴,每穴约 100 次左右,然后按揉上唇肌肉 2 ~ 3 min,每日 2 次;②下唇肌群用双中指或食指,以上述方法按揉下关、翳风、颊车、承浆穴,并以食指、中指腹缓慢揉按面颊部和下唇肌 2 ~ 3 min,每日 2 次;③按揉喉部廉泉穴,并以中食指腹按揉颈部喉结旁及下颌部舌底肌肉,并轻度按压上唇引起下唇上抬,使唇闭合^[4],每天 2 次。轻叩击下颌及拍打两颊部、颈部,放松肌肉,每次 10 min,每日 1 ~ 2 次。

1.2.3.2 口腔感觉刺激 使用硅胶指套、牙刷对口周、双唇、面颊、舌、牙龈、颊黏膜及咽部进行刺激,每日 2 次,每次 10 min^[5];戴一次性清洁乳胶手套,抚摸牙槽、牙齿侧面、舌面,并用冰水及棒棒糖等进行温度觉、味觉等感觉刺激,每次 5 min,每日 2 ~ 3 次。

1.2.3.3 吞咽功能训练 使用硅胶牙刷沾少许冰水,轻轻刺激软腭、舌根及咽后壁,用拇指指腹对舌骨施行触压,诱发吞咽动作,提高吞咽力度,每次 5 min,每日 2 次。

1.2.3.4 面舌肌训练 ①对于吸吮无力患儿,用指

腹抵抗双侧颊肌收缩,提高颊肌肌力,诱导其咧嘴、圆唇、咂唇,提升唇部肌力,每次 10 min,每日 2 次。②对于唇闭合欠佳或舌运动不灵活的患儿,用手辅助进行口唇的闭合训练,用纱布缠绕拇指和食指,轻轻捏住患儿的舌体,向上、下、左、右摇动,然后向外牵拉,重复数遍,每日 2 次,每次 5 min;用压舌板对舌中央部位反复施行按压,每日 20 次,如果患儿能够配合训练,应诱导其舌外伸、左右侧摆、上抬及弹响;控制伸舌,下颌控制技术可有效预防伸舌,但有时并不足够,可用 1 把头部浅平、边缘圆钝的勺子对患儿舌头施以一定的压力,阻止舌头外伸^[6]。

1.3 效果评价

①康复训练 4 周评价患儿吞咽障碍恢复程度及疗效情况。痊愈,吞咽障碍消失(呛咳症状消除),饮水试验评定 1 分;显效,吞咽障碍明显改善(呛咳症状大部分改善),饮水试验评定 2 分;有效,吞咽障碍稍有改善(呛咳症状稍有改善),饮水试验评定 3 分;无效,吞咽障碍改善不明显(呛咳症状无改善),饮水试验评定 3 分以上^[7]。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②观察两组患儿 < 1 个月,1 ~ 3 个月,> 3 个月拔除胃管情况及 3 个月内总拔管率,平均置管时间。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS19.0 统计软件包进行统计分析。计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验,计量资料比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患儿吞咽障碍恢复程度及疗效比较

两组患儿吞咽障碍恢复程度及疗效比较见表 1。由表 1 可见,两组患儿吞咽障碍恢复程度及治疗总有效率比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义,实验组患儿恢复程度明显优于对照组,治疗总有效率明显优于对照组。

2.2 两组患儿拔除胃管情况及 3 个月内拔管率比较

两组患儿拔除胃管情况及 3 个月内拔管率比较见表 2。由表 2 可见,实验组患儿拔除胃管情况明显优于对照组,3 个月总拔管率明显高于对照组,两组比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义。

表 1 两组患儿吞咽障碍恢复程度及疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	27	0(0.0)	7(25.9)	12(44.5)	8(29.6)	19(70.4)
实验组	31	0(0.0)	25(80.6)	5(16.1)	1(3.2)	30(96.8)
Z/χ^2				-4.226		18.263
P				0.001		< 0.001

表 2 两组患儿拔除胃管情况及 3 个月内拔管率比较 例(%)

组别	例数	< 1 个月	1 ~ 3 个月	> 3 个月	3 个月内拔管率(%)
对照组	27	2(7.4)	5(18.5)	20(74.1)	7(25.9)
实验组	31	5(16.1)	14(45.2)	12(38.7)	19(61.3)
Z/χ^2			-40.787		7.499
P			< 0.001		0.006

2.3 两组患儿胃管置管时间比较

两组患儿胃管置管时间比较见表 3。由表 3 可见,实验组患儿置管时间明显短于对照组,两组比较, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

表 3 两组患儿胃管置管时间比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	置管时间
对照组	27	90.1 ± 31.1
实验组	31	71.4 ± 24.3
t		2.095
P		0.043

3 讨论

3.1 脑瘫患儿经口喂养的重要性

留置胃管鼻饲喂养,会剥夺患儿自主进食的体验,而长时间气管插管或鼻饲会出现口防御而拒绝进食,这种口防御需要很长时间来调整^[8]。由于早期大脑损伤,26% ~ 100%的脑瘫患儿存在口腔肌肉协调功能障碍,咽喉肌发育不良,吞咽过程的起始至口腔期受阻,而且嘴唇也不能同步闭合,与吞咽有关的肌肉运动协调不良,导致进食障碍^[9]。其主要包括主动进食技能欠缺,口内辨别能力降低,口腔高度敏感性和口唇舌运动不协调等。吞咽障碍可造成患儿进食困难,继而出现营养不良,体质虚弱而引发呼吸道感染性疾病等,影响脑瘫患儿的康复^[10]。经口进食可以满足患儿口欲要求,锻炼吞咽功能;另外,经口喂养过程给

予患儿造成视觉、感觉的刺激,使迷走神经兴奋,刺激 G 细胞释放胃动素、胃泌素及胃酸的分泌,促进胃肠蠕动,加速胃排空,减少食管返流等并发症^[11]。但脑瘫患儿经口喂养过程常出现频繁呕吐、呛咳、误吸、牙关紧闭、匙被咬住、吞咽不充分及无效吞咽、食物潴留口中或流出口外、食物碰到舌尖时舌就往外顶食物等现象,不能进行正常喂养,如何帮助鼻饲喂养的脑瘫患儿从管饲喂养过渡到完全经口进食,这成为脑瘫患儿护理的关键。

3.2 康复训练促进脑瘫患儿吞咽功能恢复

穴位按摩、艾灸能够起到活血舒筋、除浊化痰、通舌络之功、启闭开阖之门。本研究实验组由康复师及专职护士对患儿口腔及周围穴位,如地仓穴、承浆穴、廉泉穴和下关穴等穴进行按压,这些穴位下分布有面神经、舌下神经及血管,通过对这些穴位的按摩和轻叩击下颌及拍打两颊部、颈部,放松肌肉,对患儿的神经系统、感觉系统等可起到有效刺激作用^[4]。其中按摩颊车穴、地仓穴和下关穴,这 3 个穴位为足阳明胃经之穴,具有主治流涎之功效,穴位按摩能使吞咽肌产生收缩,改善吞咽肌功能,有利于唾液清除,同时能够调节面部口唇肌运动,使口唇闭合功能正常,唾液不再溢于口腔之外,流涎症状消失^[12]。同时,配合吞咽功能训练,可提高神经系统的兴奋性,使突触间的化学活动重新变得活跃或通过功能重组,加强舌肌、咀嚼肌的自主运动,提高吞咽反射的灵活性,从而避免误吸及呛咳,防止肺部并发症的发生^[13]。口腔感觉刺激有利于增强口腔感知觉及反馈,提高口咽部肌力和肌张力,促进原始反射建立,加快进食能力的发育。面舌肌训练能显著提高舌头、口腔和咽喉部吞咽功能,通过直接进行肌肉的灵活性和协调性训练,可防止咽部肌群发生废用性萎缩,反射性刺激中枢神经系统使神经细胞再生及功能重组^[14]。结果显示,实验组患儿康复训练 4 周后吞咽障碍恢复程度明显优于对照组,治疗总有效率明显高于对照组,3 个月内拔管率明显高于对照组,置管时间明显短于对照组,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

3.3 护理注意事项

①进行康复训练前,应先评估患儿的精神状态,

生命体征是否稳定, 吞咽反射是否存在。②进行口腔按摩时先从口腔外再到口腔内, 从不敏感部位到敏感部位。③脑瘫患儿大多数会出现姿势异常, 需要在喂养的开始阶段注意保持正确的体位, 患儿坐于护士腿上, 头向前微倾, 背部伸直, 双侧肩关节内收, 髋关节屈曲呈 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$, 膝关节屈曲, 保持坐位稳定, 食物来源于身体前方。患儿不要取仰卧位或使其头部过度后倾, 否则会使吸吮及吞咽更加困难, 容易引起窒息。喂食时也可置患儿于喂食椅上, 不管抱坐喂食还是椅子坐位进食, 均应保持头颈稍前倾中立位。④根据患儿吞咽障碍的程度及阶段选择食物形态, 选择原则是先易后难, 少量多次喂养。⑤喂养时要耐心, 减少强迫进食, 关心及鼓励患儿, 提高进食兴致。⑥对于吞咽障碍, 咳嗽反射较弱者, 不能勉强喂食, 以防食物或口鼻分泌物进入气管, 发生吸入性肺炎。⑦喂食后应检查患儿咽部有无食物残存, 防止咽部食物残留或进食后返流造成误吸。

4 结论

综上所述, 对于进食障碍脑瘫患儿采取穴位按摩、口腔感觉刺激、吞咽功能训练、面舌肌综合康复方法训练, 可促进患儿吞咽障碍恢复及提高患儿主动进食能力, 缩短鼻饲喂养过渡到完全经口进食所需的时间, 改善患儿营养状况, 减少残障, 从而提高患儿的生活质量。

参考文献:

[1] 侯梅, 傅平, 赵建慧, 等. 脑瘫患儿口运动与进食和营

养问题[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(10): 765-768.

[2] 王拥军. 神经病学临床评定量表[M]. 北京: 中国友谊出版公司, 2005: 217.

[3] 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型[J]. 中华儿科杂志, 2005, 43(4): 262.

[4] 周惠嫦, 张盘德. 穴位按摩结合语言训练对自闭症儿童语言交流障碍的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2008, 3(23): 24-26.

[5] 李君, 李淑秋, 李媛, 等. 脑瘫患儿早期口运动训练的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(9): 819-820.

[6] 李晓捷. 实用小儿脑瘫康复治疗技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 298-304.

[7] 韩雪燕, 刘勇. 针刺结合康复护理治疗脑卒中后吞咽困难的临床研究[J]. 中国新技术新产品, 2010, 17(4): 15.

[8] Dello Stroloqo L, Principato F, Sinibaldi D, et al. Feeding dysfunction in infants with severe chronic renal failure after long-term nasogastric tube feeding[J]. Pediatr Nephrol, 1997, 11(1): 84-86.

[9] 赵旸, 董继萍, 王小菊, 等. 吞咽协调训练在小儿脑性瘫痪流涎症治疗中的应用[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(5): 697-698.

[10] 区惠红, 易爱文, 邓晶晶, 等. 针刺疗法和吞咽协调在改善脑性瘫痪患儿吞咽障碍中的作用[J]. 现代临床护理, 2012, 11(7): 16-19.

[11] 胡子艳, 耿金花. 脑瘫患儿进食途径的观察与护理[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(11): 189-190.

[12] 王刚. 点穴加吞咽训练治疗脑瘫流涎的临床观察[J]. 中医临床研究, 2010, 2(9): 22-23.

[13] 王雪芳, 熊华春, 宋丽娟, 等. 综合疗法治疗脑性瘫痪患儿吞咽障碍的作用[J]. 实用儿科临床杂志, 2012, 27(16): 1272-1273.

[14] 吴小燕. 早期吞咽功能康复训练对改善急性脑卒中患者吞咽障碍的影响[J]. 现代临床护理, 2008, 7(4): 30-32.

[本文编辑: 刘晓华]

~~~~~

