

# 早期康复训练对脑卒中后吞咽障碍的作用

肖 琴(广西医科大学第四附属医院康复医学科,广西柳州 545005)

**【摘要】 目的** 探讨早期康复训练对脑卒中后吞咽障碍的作用。**方法** 随机将患者分为观察组 79 例,对照组 78 例,两组患者经明确诊断后对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上加用系统的早期康复训练。**结果** 采用早期康复训练的观察组疗效明显优于对照组,两组疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论** 早期康复训练可明显改善脑卒中患者的吞咽功能,有助于提高患者的生活自理能力及改善患者的生活质量。

**【关键词】** 脑卒中; 吞咽障碍; 早期康复训练

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.10.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)10-1260-02

脑卒中患者吞咽障碍是指由于与吞咽有关的中枢部位或神经损伤,使吞咽的一个或多个阶段损伤而导致的一组临床综合征<sup>[1]</sup>。主要表现为食物向咽部移动困难、饮食发呛、构音障碍等。患者因吞咽障碍而引起误吸、肺炎、体质量下降、营养不良、脱水等并发症,导致住院时间延长,病死率增加<sup>[2]</sup>。2007 年 1 月至 2010 年 12 月本科室收治脑卒中后吞咽障碍的患者 157 例,经采取早期康复训练措施,效果较满意,现将经验报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 157 例,其中男 93 例,女 64 例;年龄 38~65 岁,平均(50.34±10.13)岁;平均身高(161.35±10.47)cm;平均体质量(55.35±15.12)kg;经头颅计算机断层扫描或核磁共振检查确诊为脑出血 62 例,脑梗死 95 例,均为首次发病,脑出血及脑梗死病情稳定,排除恶性肿瘤及其他全身系统性疾病。随机将患者分为观察组 79 例,对照组 78 例,两组患者在性别、年龄、病因、病情程度、饮水试验分级等方面比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 两组患者经明确诊断后对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上加用系统的早期康复训练。(1)早期心理康复护理。心理康复护理是脑卒中后吞咽障碍康复护理整体中的一个环节,它与神经功能康复密切相关<sup>[3]</sup>,心理护理是吞咽功能训练成功的保证<sup>[4]</sup>。针对患者不同的心理问题和症状所带来的不良情绪进行有效的心理疏导。责任护士通过与患者沟通,及时了解患者不同时间段、不同情景患者的不同心理需求,根据患者不同的文化水平,采取不同的交流方式,发现问题及时与医生联系,帮助患者解决。帮助患者及其家属了解吞咽困难的发生、发展、恢复过程及吞咽功能训练的目的、方法、注意事项,并在饮食护理方面及吞咽功能训练方面给予精心照顾和正确指导,以减少患者进食呛咳、误吸现象,消除恐惧心理,增强患者对康复的信心。(2)早期舌肌、咀嚼肌、颊肌康复训练。患者神志清楚,生命体征稳定,一般在发病后 3 d 即可开始吞咽训练。①舌肌训练:嘱患者张口,将舌尖向前伸出,然后摆向口角做左右运动。再用舌头舔下唇后转舔上唇,并挤压腭部,舌部则以多方向的主动运动为主,在特殊情况下则由医护人员用湿纱布裹住舌头或用舌钳引导做运动;②咀嚼肌训练:做咀嚼动作或嚼口香糖;③颊肌训练:做吸吮动作,可使用婴儿用的奶嘴进行。(3)早期发音康复训练。指导患者进行咳嗽练习以促进声门闭锁功能的恢复。早期发音应以“啊”音或“喔”音等单音训练为主要形式,尽可能延长发音时间并用力张口发音以有效促进口唇肌肉运动和声门闭锁功能的恢复。(4)早期空吞咽康复训练。指导患者在餐前 20 min 使用自制冰冻棉棒(果汁浸湿后冰冻)轻轻刺激软腭和舌根以及咽后壁<sup>[5]</sup>,以

促使患者做空吞咽动作,10 分钟/次,3 次/天。(5)早期摄食康复训练。指导患者进食时注意力必须集中,根据患者的实际病情在进食时取仰卧或半卧位或坐位,仰卧时使患者头部尽量偏向健侧,而在半卧位或坐位时则使患者头部向前稍倾斜,同时身体也可向健侧适度倾斜使食物由健侧咽部进入食管以防止误咽现象的发生。一般选择小而薄的食具从健侧喂食并尽量把食物放在舌根部以便吞咽。在食物选择上也应根据患者吞咽障碍程度选择密度均匀的食物,并遵循先易后难的原则。

**1.3 评价方法** 采用洼田饮水试验分级作为判定标准<sup>[6]</sup>。患者端坐,喝下 30 mL 温开水,观察所需时间和呛咳情况。I 级:能顺利地 1 次将水饮下;II 级:分 2 次以上能咽下,不呛咳;III 级:能 1 次咽下,但有呛咳;IV 级:分 2 次以上咽下,但有呛咳;V 级:频繁呛咳,不能全部咽下。参照上述标准进行疗效评定:显效吞咽功能提高 2 级;有效吞咽功能提高 1 级;无效吞咽功能无变化<sup>[7]</sup>。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析,成组设计两样本秩和检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

两组患者治疗 30 d 后疗效比较,见表 1。

表 1 两组患者治疗 30 d 后疗效比较

组别	n	显效	有效	无效
观察组	79	52*	19*	8*
对照组	78	22	28	28

注:与对照组比较,\* $P < 0.01$ 。

## 3 讨 论

脑卒中后吞咽障碍的康复护理越来越受到关注,以往对脑卒中后吞咽障碍多采用鼻饲,缺乏主动的康复训练,而当前的研究提倡对中度的吞咽障碍患者在早期进行康复训练。

本研究结果显示,采用早期康复训练的观察组疗效明显优于对照组,两组疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。早期康复训练可明显改善脑卒中患者的吞咽功能,有助于提高患者的生活自理能力及改善患者的生活质量。

早期康复训练要根据患者的具体情况,按照循序渐进、由易到难的原则,要以被动训练为主,逐渐过渡为主动训练。早期康复训练方法简单、易行,疗效确切,但必须正确指导、持之以恒,才能有效预防吸入性肺炎等并发症的发生,保证治疗效果。

## 参考文献

[1] 汪进丁,徐丽君.脑卒中吞咽障碍的病理生理机制研究进

展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7): 666-668.  
 [2] Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: A  
 sys-temfatic review[J]. Int Nurs Rev, 2006, 53: 143-149.  
 [3] 袁蓉, 沈蛇凤. 脑卒中后吞咽困难患者的康复护理分析  
 [J]. 医疗装备, 2010, 23(11): 33-34.  
 [4] 赵晓辉, 席延荣, 张永. 脑梗死吞咽困难患者的临床护理  
 [J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(5): 40-41.  
 [5] 肖琴, 史清秀, 王碧清. 不同时间咽部冰刺激对脑卒中后  
 吞咽功能障碍的影响[J]. 护理研究: 中旬版, 2010, 24

(10): 2677-2678.  
 [6] 王拥军. 神经病学临床评定表[M]. 北京: 中国友谊出版  
 公司, 2005: 217.  
 [7] 于淑燕, 王凤艳, 徐建梅. 早期综合康复训练联合高压氧  
 治疗对改善脑卒中患者吞咽障碍的影响[J]. 国际护理学  
 杂志, 2010, 29(5): 649-651.

(收稿日期: 2011-12-26)

## 237 例外周血细胞形态学检查回顾性分析

詹传华(湖北省黄石市第一医院检验科 435001)

**【摘要】 目的** 对临床申请外周血细胞形态学检查的应用进行分析评价。**方法** 对 237 例血液科细胞室外周血细胞形态学检查结果与检验科 Sysmex XE-2100 全自动血液分析仪检测结果白细胞(WBC)、中性粒细胞百分率(N%)、淋巴细胞百分率(L%)、单核细胞百分率(M%)、红细胞计数(RBC)、血小板计数(PLT)等指标进行分析比较。**结果** 血液分析仪检验结果 WBC、N%增高时晚幼粒细胞、中性粒细胞中毒颗粒、中性粒细胞空泡变性和中性粒细胞杆状核百分率大于 10 等异常形态检出的百分率也随之增高, 异型淋巴细胞百分率随 L%增高而增高, 红细胞形态大小不均、红细胞中央淡染区明显扩大百分率随贫血程度增加而明显增加; 晚幼红细胞百分率在贫血病例中明显增高; 嗜碱性点彩红细胞、靶形红细胞、镰刀形红细胞和破碎红细胞均出现在中度贫血以上的病例中。**结论** 全自动血液分析仪结果是临床医生申请外周血细胞形态学检查的重要参考因素, 加强血常规和外周血细胞形态学检查的质量控制对帮助临床病情诊断、疗效观察有重要意义。

**【关键词】** 外周血; 细胞形态学; 血液分析仪

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 10. 060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)10-1261-03

目前, 全自动血液分析仪的检验结果已能提供十几项甚至二十几项检查指标, 但外周血细胞形态学作为一项不可或缺的检查项目仍被临床重视。本文对 237 例临床医生申请的外周血细胞形态学检查进行了回顾性分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 237 例外周血细胞形态学标本均来自 2010 年 1~6 月本院住院和门诊患者, 其中门诊 61 例, 呼吸内科 73 例, 肾内科 26 例, 血液科 26 例, 老年病房 12 例, 神经内科 11 例, 消化内科 5 例, 重症监护病房 4 例, 心胸外科 4 例, 皮肤科 3 例, 干部病房 3 例, 耳鼻喉科 2 例, 骨外科 2 例, 肝胆外科 1 例, 感染科 1 例, 精神科 1 例, 心血管内科 1 例, 产科 1 例。

**1.2 仪器与方法** 血常规检测由 Sysmex XE-2100 全自动血液分析仪及其配套试剂完成, 检测者为检验科血液室工作人员; 外周血细胞形态学采用瑞氏-吉姆萨复合染料染色, Olympus 光学显微镜完成镜检, 检查者为血液科细胞室工作人员。血常规和外周血细胞形态学检查用美国 BD 公司乙二胺四乙酸二钾真空抗凝管采集标本。

**1.3 统计学方法** 把外周血细胞形态学检查与血液分析仪两组检测结果进行对比分析。

### 2 结果

**2.1 外周血细胞形态学异常形态分布情况** 237 例外周血细胞形态学检查有 179 例报告异常血细胞形态, 占 75. 52%; 报告晚幼粒 41 例, 占 17. 3%; 中幼粒 10 例, 占 4. 2%; 早幼粒 4 例, 占 1. 6%; 原始粒细胞 2 例, 占 0. 8%; 中性粒细胞中毒颗粒 75 例, 占 31. 6%; 中性粒细胞空泡变性 17 例, 占 7. 2%; 中性粒细胞核棘突 1 例, 占 0. 4%; 异型淋巴细胞 60 例, 占 25. 3%; 蓝状细胞 1 例, 占 0. 4%; 晚幼红 8 例, 占 3. 4%; 破碎红细胞大于 1% 2 例, 占 0. 8%; 红细胞形态大小不均 68 例, 占 28. 7%; 红

细胞中央淡染区明显扩大 22 例, 占 9. 3%; 嗜碱性点彩红细胞、靶形红细胞和镰刀形红细胞各 1 例, 各占 0. 4%; 红细胞缙钱状排列 2 例, 占 0. 8%; 油镜下平均每个视野血小板低于 8 个 38 例, 占 16. 0%; 涂片发现大量幼稚细胞 1 例, 占 0. 4%。

**2.2 外周血细胞形态学异常形态与血液分析仪检测结果** 见表 1。33 份无异常提示的血液分析报告, 有 17 份外周血细胞形态学检查报告了异常血细胞形态, 占 51. 52%。以血液分析报告单项目白细胞(WBC)、中性粒细胞百分率(N%)、淋巴细胞百分率(L%)、单核细胞百分率(M%)参考值为参数把 237 份血液分析仪结果分为低于参考值、介于参考值区间和高于参考值 3 个组, WBC、N%增高时晚幼粒细胞、中性粒细胞中毒颗粒、中性粒细胞空泡变性和中性粒细胞杆状核百分率大于 10 等异常形态检出率随之增高; 异型淋巴细胞检出率在 N%位于参考值范围内随 L%增高而增高; 中幼粒、早幼粒、原始粒细胞和中性粒细胞核棘突等异常形态因病例太少而难以与各组观察。

**2.3 外周血细胞形态学与血液分析仪血红蛋白(Hb)、红细胞(RBC)计数的关系** 见表 2。以贫血严重度判断标准<sup>[1]</sup>把 237 份血液分析仪结果分为中度贫血、轻度贫血和不贫血 3 组, RBC 形态大小不均、RBC 中央淡染区明显扩大等异常形态检出率随贫血程度增加而明显增加; 晚幼红检出率在贫血病例中明显增高; 嗜碱性点彩 RBC、靶形 RBC、镰刀形 RBC 和破碎 RBC 均出现在中度贫血以上病例。

**2.4 外周血细胞形态与血液分析仪血小板(PLT)计数的关系** 见表 3。以血液分析报告单项目 PLT 参考值把 237 份血液分析仪结果分为低于参考值、介于参考值区间和高于参考值 3 个组, 按照文献[2]来评估血液分析仪 PLT 计数, PLT 计数低于参考值时, 油镜下平均每个视野 PLT 数符合率低于 PLT 计