

DOI: 10.19338/j.issn.1672-2019.2024.05.014

· 临床研究 ·

综合康复治疗在改善高血压脑出血患者术后吞咽功能及预后中的应用

李雅丽

(郑州市第七人民医院 神经内科, 河南 郑州 450000)

摘要: **目的** 对高血压脑出血患者采用综合康复治疗, 观察对其吞咽功能以及预后的影响。**方法** 选取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月郑州市第七人民医院高血压脑出血手术患者 100 例, 采取随机数字分配法分为两组, 各 50 例。术后对照组采用常规术后治疗, 观察组在对照组基础上联合综合康复治疗, 比较两组患者的生活质量、吞咽功能评价量表 (SSA)、日常生活活动 (ADL) 评分、临床疗效以及并发症发生率。**结果** 治疗后观察组 SSA 评分低于对照组, ADL 评分高于对照组 ($P<0.05$); 两组总有效率比较, 观察组 94.00% vs. 对照组 80.00% ($P<0.05$); 治疗后观察组的精力、语言、思维能力评分均高于对照组 ($P<0.05$); 两组并发症发生率比较, 观察组 4.00% vs. 对照组 16.00% ($P<0.05$)。**结论** 对高血压脑出血患者采用综合康复治疗有利于提高患者的吞咽功能障碍的恢复速度, 患者的自理能力以及生活质量均有所改善, 增加临床治疗效果, 减少并发症。

关键词: 综合康复治疗; 高血压脑出血; 吞咽功能

中图分类号: R651.1; R493

Application of comprehensive rehabilitation therapy in improving postoperative swallowing function and prognosis in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage

LI Yali

(Department of Neurology, the Seventh People's Hospital, Zhengzhou, Henan 450000, China)

Abstract: **[Objective]** To observe the effect of comprehensive rehabilitation therapy on swallowing function and prognosis of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage. **[Methods]** A hundred patients underwent hypertensive cerebral hemorrhage surgery from March 2022 to March 2023 in the Seventh People's hospital were selected. They were divided into two groups using random number allocation method, 50 patients in each group. After the operation, the control group adopted the conventional rehabilitation treatment, and the observation group adopted comprehensive rehabilitation therapy on the basis of the control group. The life quality, swallowing function evaluation scale (Standardized Swallowing Assessment, SSA), activity of daily living (ADL) score, clinical efficacy, and complication rate between the two groups were compared. **[Results]** After treatment, SSA score was lower and ADL score was higher in the observation group than in the control group ($P<0.05$). There was statistically significant difference in treatment efficiency between the two groups (94.00% in the observation group vs. 80.00% in the control group, $P<0.05$). After treatment, the energy, language, and thinking ability scores in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). There was statistically significant difference in complication rate between the two groups (4.00% in the observation group vs. 16.00% in the control group, $P<0.05$). **[Conclusion]** Comprehensive rehabilitation treatment for patients with hypertensive cerebral hemorrhage is beneficial to improve the recovery speed of swallowing dysfunction, improve the self-care ability and quality of life, increase the clinical treatment effect and reduce complications.

Keywords: comprehensive rehabilitation treatment; hypertensive cerebral hemorrhage; swallowing function

高血压脑出血属于高血压疾病的并发症, 主要的病理机制是血管长期处于高压的状态同时合

并脑动脉粥样硬化, 随着时间的推移, 逐渐发生病变, 从而导致患者的动脉血管发生破裂引发脑

收稿日期: 2023-08-22

出血, 临床症状主要表现为不同程度的头痛、失语以及意识障碍, 且该疾病具有死亡率较高的特点^[1-2]。随着人们生活水平的提高, 老年人肥胖问题逐渐加重, 同时高血压患病概率也随之上升, 高血压脑出血的发病率也随之增加^[3]。临床上手术为常见的治疗方法, 但由于该方法为创伤性操作, 在一定程度上使患者发生应激, 引发肺部感染以及术后吞咽功能障碍等情况的发生, 以往临床上采用抗炎、抗感染等方法防止感染的发生, 但缺少对患者吞咽功能恢复的研究^[4]。综合康复治疗指的是综合、协调地运用各种治疗方法, 刺激病损部位, 缓解患者身心不适及社会功能障碍, 从而改善患者的自理能力^[5]。本研究对高血压脑出血患者采用综合康复治疗, 观察对其吞咽功能以及预后的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月郑州市第七人民医院高血压脑出血手术患者 100 例, 采取随机数字分配法分为两组, 各 50 例。观察组男 39 例, 女 11 例; 年龄 56~70 岁, 平均 (63.49 ± 5.27) 岁; 病程 5~11 年, 平均 (8.04 ± 2.48) 年; 出血部位包括: 基底节出血 16 例、丘脑出血 14 例、脑叶出血 13 例、脑干出血 7 例。对照组男 37 例, 女 13 例; 年龄 58~70 岁, 平均 (64.89 ± 5.59) 岁; 病程 4~11 年, 平均 (7.86 ± 2.16) 年; 出血部位包括: 基底节出血 15 例、丘脑出血 11 例、脑叶出血 15 例、脑干出血 9 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》^[6] 中的疾病诊断标准, 同时伴有吞咽功能障碍; ②年龄 ≥ 55 岁; ③首次脑出血的患者; ④患者临床资料完整。排除标准: ①患有凝血功能障碍的患者; ②肝肾功能严重损坏的患者; ③免疫功能异常的患者; ④患有恶性肿瘤的患者; ⑤患有精神类疾病且无法正常沟通的患者。

1.3 方法

对照组采用常规术后治疗, 向患者提供强营养支持以及药物治疗, 密切关注患者生命体征的变化, 如发现异常及时进行处理。观察组在对照组的基础上联合综合康复对患者进行治疗, 具体操作如下。

1.3.1 被动康复治疗 ①采用吞咽言语诊治仪 (生产厂家: 西安百德仪器设备有限公司, 型号: vocaSTIM Trainer), 根据患者自身的实际情况, 选择相应的电流刺激患者, 按照仪器放置阴阳极的规定, 将阳极放置患者脖子后方, 阴极放置患者下颚, 进行电疗的过程中, 指导患者进行吞咽的动作, 每次治疗 20 min, 一天一次。②球囊扩张治疗。对患者鼻部进行局部麻醉, 同时对导管注入 0.9% 氯化钠注射液, 使球囊在未发生破损的情况下呈现充盈的状态, 随后将注射液抽出后, 将导管从鼻腔插入, 经环咽肌后进行食管, 固定导管, 随后再次注入氯化钠注射液 10 mL, 使导管直径膨胀至 2.5 cm, 将导管缓慢拉出, 有卡顿感后暂停, 做好标记, 根据操作时患者的紧张程度适当缩小导管直径, 该治疗连续操作 4~6 次, 一天一次。

1.3.2 主动康复治疗 ①采用专业的评分量表即汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 和汉密顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD) 对患者术后的心理状态进行评价, 向患者讲述该疾病的治疗方案、治疗目的、术后护理方案以及术后常见的并发症, 列举成功案例并分享经验, 普及术后康复治疗的重要性, 对患者进行鼓励。联合家属为患者营造良好的护理环境, 叮嘱家属多陪伴以及关心患者, 使患者感受到温暖、舒适。将患者保持瘫痪肢体功能位, 当患者翻转为侧卧时, 需将患者头部抬高 15~30°。密切关注患者的生命体征的变化, 如发现异常, 及时通知医生进行处理。②术后进食训练, 初始阶段患者食用流质食物, 对于吞咽功能障碍较为严重的患者输入营养液, 采用胃管进食, 病情好转后逐渐过渡为日常食物, 饮食遵循少食多餐的原则, 多食用清淡、易消化、高营养的食物, 禁止患者食用辛辣刺激、坚硬的食物, 适当多饮水, 防止便秘。吞咽功能训练, 引导患者进行面部、舌部的运动练习, 训练内容包括鼓腮、咀嚼、舌头后缩及侧向运动等, 将患者的舌头使用纱布进行包裹, 并进行左右牵拉, 使患者的舌头被动训练, 恢复舌头的运动功能, 扩张咽喉部, 引导患者张口发音或吹口哨等, 锻炼患者的咽喉闭合能力。进食姿势调整, 指导患者保持坐卧位的进食姿势, 头颈部适当的向上抬, 保持咽喉管通畅。③咽部刺激: 将棉签浸润 0℃ 生理盐水刺激患者舌根、咽后壁, 叮嘱患者做吞咽动作, 每日进行 5 次, 每次持续时间为 10 min。

两组患者术后均进行两周的干预治疗。

1.4 观察指标

1.4.1 两组患者治疗前后吞咽功能评价量表^[7] (Standardized Swallowing Assessment, SSA) 以及日常生活活动^[8] (activity of daily living, ADL) 评分比较 采用 SSA 对患者吞咽功能进行评价, 其中包括初步评价、吞咽 5 mL 水 3 次、60 mL 水吞咽 3 个维度, 最低分为 18 分, 满分为 46 分, 分数与吞咽功能呈负相关。采用 ADL 对患者的自理能力进行评价, 其中包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、行走、上下楼梯 10 个维度, 满分为 100 分, 分数越低代表患者的自理能力越差。

1.4.2 两组患者临床疗效比较 显效: 患者可正常进食、吞咽功能恢复正常; 有效: 患者可以正常食用半流质食物, 吞咽功能有明显改善, 但偶尔会发生呛咳; 无效: 患者需靠胃管进行进食, 吞咽功能无改善, 呛咳现象比较严重。总有效率=(总人数-无效人数)/总人数×100%。

1.4.3 两组患者治疗前后生活质量的比较 采用本院自制的生活质量评价表 (Cronbach's α 系数为 0.933, 信度 0.857、效度 0.873) 评价, 其中包括精力、语言、思维能力 3 个维度, 每个维度满分为 10 分, 分数与患者的生活质量呈正比。

1.4.4 两组患者并发症发生率的比较 其中包括: 营养不良、脱水、呛咳、肺炎。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行统计分析。生活质量、SSA 以及 ADL 评分以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 临床疗效、并发症以百分率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异

有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 SSA 以及 ADL 评分比较

治疗前组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后观察组 SSA 评分低于对照组, ADL 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组临床疗效比较

两组总有效率比较 (观察组 94.00% vs. 对照组 80.00%), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.332, P = 0.037$)。见表 2。

表 1 两组治疗前后 SSA 以及 ADL 评分比较
($n=50, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	SSA		ADL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40.49 \pm 5.67	20.89 \pm 4.29 [†]	45.59 \pm 6.62	78.85 \pm 11.64 [†]
对照组	41.63 \pm 5.24	29.57 \pm 4.34 [†]	46.82 \pm 6.48	64.34 \pm 10.28 [†]
t	1.044	10.058	0.939	6.607
P	0.299	<0.001	0.350	<0.001

注: [†]与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

表 2 两组临床疗效比较 [$n=50, n(\%)$]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	20(40.00)	27(54.00)	3(6.00)	47(94.00)
对照组	15(30.00)	25(50.00)	10(20.00)	40(80.00)

2.3 两组治疗前后生活质量比较

治疗前组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后观察组精力、语言、思维能力评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后生活质量比较 ($n=50, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	精力		语言		思维能力	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	4.05 \pm 0.82	8.65 \pm 1.07 [†]	2.59 \pm 0.34	6.55 \pm 0.84 [†]	2.76 \pm 0.41	6.59 \pm 0.72 [†]
对照组	4.12 \pm 0.85	6.38 \pm 1.24 [†]	2.57 \pm 0.35	4.82 \pm 0.71 [†]	2.80 \pm 0.39	5.14 \pm 0.61 [†]
t	0.419	9.800	0.290	11.122	0.500	10.865
P	0.676	<0.001	0.773	<0.001	0.618	<0.001

注: [†]与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.4 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率 (4.00%) 低于对照组 (16.00%), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.000, P = 0.046$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较 [$n=50, n(\%)$]

组别	营养不良	脱水	呛咳	肺炎	总发生率
观察组	0(0.00)	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	2(4.00)
对照组	1(2.00)	3(6.00)	3(6.00)	1(2.00)	8(16.00)

3 讨论

高血压属于临床上常见的老年综合病症, 随

着病情的不断加重, 患者身体的各个器官功能均受损, 导致一系列并发症发生, 其中发病率较高

且具有代表性的为脑出血^[9]。高血压脑出血患者在发病后脑内出现大量积血,压迫脑干神经,导致脑脊液循环障碍,加剧病情发展严重程度,严重威胁患者的生命健康^[10-11]。随着医疗技术的进步,临床主要采用手术治疗,能够在一定程度上改善患者的神经功能,但手术时会对患者的舌咽及舌下神经产生损伤,从而引发吞咽功能障碍,影响患者正常饮食,增加误吸、肺炎等发生风险,因此对患者术后进行科学有效的康复治疗是重中之重^[12-13]。常规的康复治疗对患者改善吞咽功能具有一定的效果,但未能达到预期目的,综合康复治疗通过用专业的医学知识和医学理论来进行专业的康复训练,并对患者进行心理及生理不同层面的调整,使患者损伤部位恢复正常或接近正常,提高生活质量^[14-15]。

吞咽言语诊治仪是通过刺激喉返神经、舌下神经、舌咽神经以及吞咽相关的神经等,达到缓解神经元麻痹,促使麻痹受损的神经复苏,从而加强吞咽肌群、构音肌群运动的作用,加强患者的吞咽功能,加快咽喉部血流速度,提高其代谢能力,实现言语功能和吞咽的恢复。球囊扩张训练,可以诱导患者进行吞咽动作,增强患者吞咽肌群的力量,刺激咽喉部及环咽肌的感觉,通过改变导管的直径,增加对环咽肌的刺激,促进大脑皮质层对吞咽功能的调节,改善患者的吞咽动作协调性。本研究结果中观察组的 SSA 评分低于对照组,ADL、精力、语言、思维能力评分高于对照组 ($P<0.05$),表明对患者采用综合康复治疗有利于提高患者吞咽功能障碍的恢复速度,对患者的自理能力以及生活质量有所改善。其原因为,通过刺激患者的受损神经元,促进吞咽肌群功能的提高,且通过刺激运动核,调节咽部反射顺序,从而促进患者吞咽功能的恢复,提高患者食物摄入量,增强患者对营养物质的吸收,改善患者自身的健康程度,使其早日下床活动及逐步恢复自理能力,改善生活质量。

手术后由于自身功能发生障碍,导致患者产生恐慌、焦虑等负面情绪,从而影响患者的自我效能感,以及参与配合各项康复治疗内容的积极性。本研究中综合康复治疗中,除了对患者吞咽功能障碍给予科学专业的训练指导之外,同时关注患者的认知不足及情绪不佳的问题,通过对患者进行心理疏导,列举成功案例并分享经验,增强患者对疾病治疗的信心,改善康复训练遵医行为。与此同时,指导患者饮食减轻营养不良风险,禁止服用坚硬刺激的食物,减少对食管伤害,

帮助患者尽快掌握进食技巧,减少误吸、呛咳等并发症。结合康复训练中,咽部刺激以及吞咽功能训练,使患者咽喉部保持放松,增加相关部位肌肉的灵活性,提高临床的治疗效果,这与本研究中观察组的治疗有效率高于对照组,并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$) 的结果相论证。

综上所述,对高血压脑出血患者采用综合康复治疗有利于提高患者的吞咽功能障碍的恢复速度,患者的自理能力以及生活质量均有所改善,增加临床治疗效果,减少并发症。值得临床进行推广。

参 考 文 献

- [1] 查洲舟, 查海锋. 高血压脑出血患者血浆 lncRNA FENDRR 和 miR-126 表达变化及其临床意义[J]. 山东医药, 2023, 63(13): 59-62.
- [2] 黄现平, 李淑贤, 张玉冰. 高压氧联合脑心通胶囊治疗高血压脑出血患者疗效及对 NO、ET-1、NPY 水平的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2023, 46(2): 93-94.
- [3] 李元贵, 杨燕文, 王晓麒, 等. 软通道血肿穿刺引流术与神经内镜颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效[J]. 实用医学杂志, 2023, 39(7): 833-837.
- [4] 赵红芬. 心理干预对老年高血压脑出血病人自我管理、睡眠质量及生活质量的影响[J]. 护理研究, 2023, 37(3): 560-562.
- [5] 刘卫兵, 梁锐, 帅记焱, 等. 综合康复治疗对高血压脑出血患者术后吞咽功能障碍的影响[J]. 中国医学创新, 2022, 19(17): 141-144.
- [6] 中华医学会神经外科学分会, 中国医师协会急诊医师分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 等. 高血压性脑出血中国多学科诊治指南[J]. 中华神经外科杂志, 2020, 36(8): 757-770.
- [7] 宋琦, 李宏玉, 侯鑫磊, 等. 电针颈夹脊穴联合表面肌电生物反馈治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(3): 647-652.
- [8] 李翔, 俞君, 吴晓亚, 等. 应用改良 Barthel 指数(MBI)评估上肢离断再植术后日常生活活动能力(ADL)的信度与效度研究[J]. 实用手外科杂志, 2021, 35(3): 379-381.
- [9] 艾昕, 苏杰, 姚美, 等. 高血压脑出血病人神经内镜血肿清除术后预后不良发生率及相关因素分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2023, 48(3): 402-405.
- [10] 龚欠, 谭彧, 杨得奖. 高血压脑出血患者围术期优化健康教育联合生态营养的实施效果[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(2): 255-259.
- [11] 李涛. 不同入路手术对基底核区高血压脑出血患者术后脑组织的血流动力学的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2022, 45(4): 153-154.
- [12] 刘雪英. 康复治疗及术后护理干预对高血压脑出血患者术后恢复的影响[J]. 中华全科医学, 2021, 19(3): 515-519.
- [13] 姜海鹏, 张凯, 王广斌, 等. 早期康复联合高压氧对急诊微创术后高血压脑出血患者神经功能恢复及预后的影响[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2021, 28(4): 445-449.
- [14] 姚向荣, 吕云利, 尤红, 等. 高压氧对高血压脑出血微创术后血清一氧化氮、血浆内皮素 1 及临床疗效的影响研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(26): 3184-3190.
- [15] 王永慧, 荆静, 岳寿伟. 老年人脑康复研究进展[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(6): 635-639.

(龚仪 编辑)