

- 塞性肺疾病患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 40 (2): 155-159.
- [11] CHEN X, KANG F, LAI J, et al. Comparative effectiveness of phlegm-heat clearing Chinese medicine injections for AECOPD: A systematic review and network meta-analysis [J]. J Ethnopharmacol, 2022, 292: 115043.
- [12] ZENG Z, KE X, GONG S, et al. Blood urea nitrogen to serum albumin ratio: a good predictor of in-hospital and 90-day all-cause mortality in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease [J]. BMC Pulm Med, 2022, 22 (1): 476.
- [13] HEUBEL A D, KABBACH E Z, SCHAFHAUSER N S, et al. Noninvasive ventilation acutely improves endothelial function in exacerbated COPD patients [J]. Respir Med, 2021, 181: 106389.
- [14] STONE P W, ADAMSON A, HURST J R, et al. Does pay-for-performance improve patient outcomes in acute exacerbation of COPD admissions? [J]. Thorax, 2022, 77 (3): 239-246.
- [15] 张琴. 短期营养支持配合呼吸功能锻炼对 COPD 呼吸衰竭患者营养状态及预后的影响 [J/OL]. 微量元素与健康研究, 1-3 [2024-01-31].

[文章编号] 1007-0893(2024)07-0091-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.07.026

脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的康复治疗效果

孙秀珍 王小勇 郑昌岳 林艳 柯政凌

(福建省级机关医院, 福建 福州 350000)

[摘要] 目的: 分析脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难患者的康复治疗效果。方法: 选取福建省级机关医院 2023 年 1 月至 2023 年 12 月收治的 80 例脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的患者, 随机分为两组, 每组 40 例。对照组患者给予常规治疗, 观察组患者在此基础上增加康复治疗。观察并比较两组患者治疗效果。结果: 观察组患者治疗总有效率为 97.50%, 高于对照组的 75.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者吞咽功能评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 康复治疗对脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的患者具有显著效果, 能有效改善患者的吞咽功能, 提高生活质量。

[关键词] 脑梗死; 假性球麻痹; 吞咽困难; 康复治疗

[中图分类号] R 743.3 **[文献标识码]** B

脑梗死作为一种常见的脑血管疾病, 其发病率逐年上升, 且往往伴随假性球麻痹等后遗症, 导致患者吞咽困难, 严重影响其生活质量。吞咽困难不仅增加了患者营养不良和吸入性肺炎的风险, 还会导致社交和情感生活障碍。因此, 对于脑梗死合并假性球麻痹导致的吞咽困难, 康复治疗显得尤为重要^[1-3]。康复治疗作为一种综合性治疗手段, 旨在通过功能训练、物理疗法和心理干预等多种方式, 促进患者吞咽功能的恢复。通过针对性的康复训练, 可改善患者口腔肌肉协调性和灵活性, 提高吞咽效率, 减少呛咳和误吸的发生^[4]。然而, 目前关于脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的康复治疗效果的研究尚不够充分, 缺乏大规模、高质量的临床研究支持。因此, 本研究旨在通过对比康复治疗与传统治疗方法的

效果, 评估康复治疗在改善患者吞咽功能, 为临床决策提供科学依据。具体内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取福建省级机关医院 2023 年 1 月至 2023 年 12 月收治的 80 例脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的患者, 随机分为两组, 每组 40 例。对照组男性 22 例, 女性 18 例; 年龄 52~78 岁, 平均 (62.57 ± 3.31) 岁。观察组男性 23 例, 女性 17 例; 年龄 53~76 岁, 平均 (62.61 ± 3.29) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准 (批准编号 K2014018)。

[收稿日期] 2024-02-22

[作者简介] 孙秀珍, 女, 主治医师, 主要研究方向是吞咽障碍。

1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准 (1) 与脑梗死诊断标准相符^[5]；(2) 临床表现符合假性球麻痹导致的吞咽困难症状；(3) 患者意识清醒，能够配合康复治疗；(4) 无其他严重并发症或合并症，预计生存期超过康复治疗周期；(5) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 非脑梗死引起的吞咽困难；(2) 患有严重认知障碍或无法配合康复治疗的患者；(3) 存在严重心肺功能不全、肝肾功能不全等全身性疾病；(4) 患有其他影响吞咽功能的疾病，如口腔癌、咽喉癌等；(5) 预期生存期较短，无法完成整个康复治疗周期的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采取鼻饲治疗，同时静脉给予阿替普酶（德国勃林格殷格翰公司，国药准字 S20110051）进行治疗，根据患者体质量确定给药剂量为 $0.9 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ ，注意给药总剂量 $\leq 90 \text{ mg}$ 。先静脉注射 10% 总剂量的阿替普酶，余下的 90% 利用静脉滴注的方法输入患者体内，滴注时间控制在 60 min。连续治疗 4 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上增加康复治疗。

(1) 口腔肌肉运动，①舌部运动：指导患者进行舌头伸缩、左右移动以及上下顶压等动作，以增强舌头灵活性和力量。②唇肌运动：通过紧闭嘴唇、吹口哨、吮吸等动作，锻炼唇部肌肉，提高嘴唇的闭合能力。③下颌运动：指导患者进行下颌的开合、左右移动等动作，增加下颌关节的灵活性和稳定性。④软腭运动：通过发出“啊”“一”等音，帮助患者锻炼软腭，提高口腔后部的肌肉张力。(2) 吞咽训练，①咽部冷刺激：使用棉签蘸取少量冰水，轻轻刺激患者的咽后壁，以诱发吞咽反射。②空吞咽训练：在患者没有食物或水的情况下，指导其进行吞咽动作，以锻炼吞咽肌肉的协调性。③食物训练：根据患者吞咽功能恢复情况，逐步引入不同质地和黏稠度的食物，从稀到稠、从软到硬，让患者逐渐适应和恢复正常的吞咽功能。(3) 物理治疗方法，①电刺激：使用专业的电刺激仪器，对患者吞咽肌肉进行低强度电流刺激，以增强肌肉的收缩力和协调性。②针灸：针灸主要选取风池、翳风、完骨三个穴位。针灸风池穴时，针尖应向对侧眼球方向进针，而翳风和完骨穴则采用直刺进针法，稍做捻转，得气后即可留针，留针 30 min，每日 1 次，连续治疗 5 d 为 1 个疗程。对于轻度患者，可将汤勺内放 1/4 的食物送至患者健侧舌根，指导其进行吞咽，待确定其吞咽动作完成后，方可继续喂食。对于中度患者，首先让患者饮用少量温开水以温润食管和口腔，并检查其吞咽能力。若吞咽顺利，则逐渐增加食物量，并指导患者用舌搅拌食物、抬起舌头，引导其产生吞咽意识并正确完成吞咽动作。对于重度患者，主要采用舌

肌运动训练、软腭训练等措施进行康复处理。③冰刺激治疗：治疗时，采用特制冰冻棉棒刺激患者口腔多区域，包括腭弓、牙齿及面颊部。每处刺激 1 min，左右交替，共 15 min，每日 2 次。

1.4 观察指标

(1) 治疗 4 周后，吞咽功能评分采用 1~8 分的量表进行评定^[6]。具体评定：评分为 1 分患者，几乎完全丧失吞咽功能，无法经口摄取任何食物；评分为 2 分患者，虽然能尝试少量进食，但依然需要依赖静脉营养支持来维持生命；评分为 3 分患者，能够摄取 1~2 种食物，但这仍然不足以满足他们的营养需求；评分为 4 分患者，能够摄取 2 种食物，并且不再需要静脉营养支持；评分为 5 分患者，能够经口摄取 3 种食物，并且完全不再需要静脉营养；评分为 6 分患者，吞咽功能已经接近正常，除了特别难吞咽的食物外，其余均可经口进食；评分为 7 分患者，可经口进食，但仍需要医护人员的观察与指导，以确保他们能够安全、有效地摄取食物；评分为 8 分患者，吞咽功能已经基本恢复正常，能够像正常人一样自由摄食。(2) 治疗 4 周后，对患者临床疗效进行评价^[7]，①基本痊愈：患者吞咽功能评分达到或超过 7 分，表示患者能够正常摄食，吞咽功能基本恢复正常。②明显好转：患者吞咽功能评分提升幅度在 5~6 分，表明患者吞咽功能有了显著改善。③好转：患者吞咽功能评分提升幅度在 3~4 分，说明患者吞咽功能有了一定的进步。④无效：患者吞咽功能评分提升幅度仅在 1~2 分，意味着患者吞咽功能改善不明显。总有效率 = (基本痊愈 + 明显好转 + 好转) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

观察组患者治疗总有效率为 97.50%，高于对照组的 75.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较 [$n = 40, n(\%)$]

组别	基本痊愈	明显好转	好转	无效	总有效
对照组	12(30.00)	10(25.00)	8(20.00)	10(25.00)	30(75.00)
观察组	18(45.00)	15(37.50)	6(15.00)	1(2.50)	39(97.50) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后吞咽功能评分比较

治疗前，两组患者吞咽功能评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，观察组患者吞咽功能评分高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后吞咽功能评分比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	2.64 ± 1.05	4.04 ± 1.11
观察组	2.58 ± 1.04	6.64 ± 1.43 ^b

注：与对照组比较，^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难，其背后隐藏着复杂的生理机制与病理过程。虽然该类患者在肌肉运动上貌似与正常人并无任何区别，但其实患者的舌部运动只能在极其有限的范围内进行活动，由此就导致其无法正常摄取食物、生活等。在过去，对于这种并发症的治疗主要依赖于鼻饲处理，然而，该方法是非根本性的解决方案。它虽然能在短期内为患者提供必要的营养支持，但缺乏积极的康复治疗措施，使得患者的吞咽功能难以得到实质性的恢复^[8-11]。因此，许多患者在经过一段时间后，仍然无法摆脱对鼻饲的依赖，甚至可能出现吞咽功能进一步恶化的情况。为了打破这一僵局，就需要从更深层次上研究脑梗死合并假性球麻痹导致的吞咽困难的发病机制，并探索更为积极、有效的治疗方法。例如，借助现代康复医学的理念和技术，通过针对性的康复训练，帮助患者重新建立吞咽功能的神经肌肉连接，提高其肌肉运动协调能力。同时，结合中医的针灸、推拿等疗法，从整体上调节患者的气血运行，促进吞咽功能的恢复。近年来，随着针对性康复治疗在临床的广泛应用，针对脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的治疗取得了显著的效果。针对性康复治疗不仅能够改善患者的肌肉运动功能，还能提高与吞咽功能相关的肌肉运动协调能力，从而有效缓解吞咽困难的症状。

脑梗死合并假性球麻痹导致的吞咽困难运用以下康复治疗方法具有一定优势，而且临床相关报道多，方法丰富多样：（1）口腔肌肉运动训练的好处在于能够直接增强与吞咽功能相关的肌肉力量和灵活性^[12]。通过舌部、唇肌、下颌和软腭的运动训练，可有效改善患者口腔肌肉功能，提高舌头伸缩、嘴唇闭合、下颌关节灵活性和软腭张力，从而为正常吞咽打下坚实基础。（2）吞咽训练能够针对性地提升患者的吞咽能力。咽部冷刺激可诱发吞咽反射，增强患者的吞咽意识；空吞咽训练有助于锻炼吞咽肌肉的协调性；食物训练则让患者逐步适应不同质地和黏稠度的食物，促进吞咽功能的恢复。这些训练能够帮助患者更好地掌握吞咽技巧，减少呛咳和误吸的风险。（3）物理治疗方法中的电刺激和针灸治疗能够进一步促进肌肉功能的恢复。电刺激通过低强度电流刺激吞咽肌肉，增强肌肉的收缩力和协调性；针灸治疗则通过刺激特定穴位，调节气血运行，改善吞咽功能^[13-15]。

这些物理治疗方法具有无痛、无副作用的优点，能够显著提高康复治疗的效果。此外，对于不同病情程度的患者，观察组还采取了个性化的康复措施。对于轻度患者，采用汤匙喂食和安静环境进食，有助于患者逐步适应吞咽过程；对于中度患者，通过放松心情、调整坐姿和食物选择等措施，提高患者的吞咽效率和舒适度；对于重度患者，采用舌肌运动训练、软腭训练等综合措施，以最大程度地改善患者的吞咽功能。最后，冰刺激治疗作为一种专业的康复手段，能够直接刺激咽部肌肉和神经，促进局部血液循环和肌肉张力的提高，改善患者的吞咽功能，提高患者生活质量。

本研究结果显示：观察组患者治疗总有效率为 97.50%，高于对照组的 75.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后观察组患者吞咽功能评分高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果说明：对脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的患者采取康复治疗能够恢复患者吞咽功能。分析原因为：（1）康复治疗在脑卒中患者的康复过程中，扮演着至关重要的角色。通过一系列训练，康复治疗能够显著触发患者的咽部、喉部及口腔肌肉的运动与反射功能。在训练过程中，治疗师会采用特定的动作和刺激，引导患者主动或被动地进行肌肉收缩和放松，从而激活这些区域的肌肉群。随着训练的深入，患者的面部肌群运动协调性将得到显著提高，面部肌肉的灵活性和力量也将得到增强。此外，康复治疗还能有效预防肌肉萎缩现象的发生，通过持续刺激和锻炼肌肉，保持其正常功能和形态。（2）康复治疗还注重对患者进行自行、多次的吞咽胃管动作训练。在这一训练过程中，治疗师会耐心指导患者进行正确的吞咽动作，并通过多次重复训练，加强吞咽肌群的锻炼。随着训练的进行，患者的吞咽功能将得到逐渐恢复，生活质量也将得到提高。

综上所述，康复治疗对脑梗死合并假性球麻痹致吞咽困难的患者具有显著效果，能有效改善患者的吞咽功能，提高生活质量。

[参考文献]

- [1] 赵鸿龙, 赵剑锋, 屈玉明. 针刺联合督脉灸治疗脑卒中吞咽障碍的效果研究 [J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2023, 33 (3): 70-72.
- [2] 张铃铃, 覃勤, 秦海霞, 等. 间歇管饲联合穴位按摩对脑卒中吞咽障碍患者康复效果的影响 [J]. 广西医学, 2023, 45 (9): 1038-1042.
- [3] 王维玺, 唐寒露. 针灸联合康复疗法对脑卒中患者吞咽困难及流涎症状的影响 [J]. 贵州医药, 2023, 47 (4): 525-526.
- [4] 袁松柏, 郑旭, 何小英. 针灸结合康复功能训练治疗脑卒

- 中后吞咽障碍的效果和安全性 [J]. 中国当代医药, 2021, 28 (21): 168-170.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性脑梗死后出血转化诊治共识 2019 [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52 (4): 252-265.
- [6] 刘超宇, 胡继红, 何金华, 等. 早期康复对重度颅脑外伤吞咽困难患儿神经发育及吞咽功能的影响 [J]. 中国医药导报, 2023, 20 (22): 97-100.
- [7] 陈运红, 王志. 虚拟现实生物反馈训练联合重复经颅磁刺激在急性脑梗死后吞咽困难患者康复治疗中的应用 [J]. 中国医学物理学杂志, 2023, 40 (7): 904-908.
- [8] 田智, 武昌, 严静怡. 项丛刺联合表面肌电生物反馈治疗脑卒中后吞咽困难的效果 [J]. 中国医药导报, 2023, 20 (4): 100-103.
- [9] 王燕, 梁海云. 涤痰汤联合康复疗法治疗脑卒中后吞咽障碍效果观察 [J]. 海南医学, 2023, 34 (12): 1683-1686.
- [10] 何思锦, 陈小霞, 陈奇刚等. 基于“中枢-外周-中枢”闭环康复理论运用头针联合吞咽治疗仪治疗脑卒中后吞咽困难的临床疗效研究 [J]. 昆明医科大学学报, 2023, 44 (8): 105-109.
- [11] ZHONG K, AN X, KONG Y, et al. Predictive model for the risk of hemorrhagic transformation after rt-PA intravenous thrombolysis in patients with acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis [J]. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2024, 239, 108-225.
- [12] SATO K, OGAWA T. Impact of increased trunk muscle mass on trunk function and activities of daily living in older individuals with cerebral infarction [J]. Clinical Nutrition ESPEN, 2024, 60, 203-209.
- [13] MITTAL M A, NOWICKI W K, MANTENA R, et al. Advances in biomarkers for vasospasm—Towards a future blood-based diagnostic test [J]. World Neurosurgery: X, 2024, 22, 100343.
- [14] SINA A, HUMAIN B, BABAK G, et al. 403 Malignant Cerebral Venous Infarction: Decompressive Craniectomy Versus Medical Treatment [J]. Neurosurgery, 2024, 70 (Supplement 1): 122.
- [15] 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.

[文章编号] 1007-0893(2024)07-0094-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.07.027

不同剂量更昔洛韦治疗新生儿先天性巨细胞病毒感染的疗效

郭佳佳 霍婉莹 雷冰 张彦华

(郑州大学第三附属医院, 河南 郑州 450052)

[摘要] 目的: 比较不同剂量更昔洛韦治疗新生儿先天性巨细胞病毒感染的疗效及安全性。方法: 选取郑州大学第三附属医院 2019 年 2 月至 2022 年 2 月期间收治的 50 例新生儿先天性巨细胞病毒感染患儿, 依据不同剂量更昔洛韦用药分为小剂量组 ($6.0 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$)、大剂量组 ($7.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$), 各 25 例, 比较两组患儿临床症状评分、肝功能、病毒学检查结果、临床疗效、副作用发生情况。结果: 两组患儿治疗后发热、呕吐腹泻、黄疸、肝大、原始反射异常评分均低于治疗前, 血清谷草转氨酶 (AST)、谷丙转氨酶 (ALT)、总胆红素 (TBIL) 水平及人类巨细胞病毒的脱氧核糖核酸 (CMV-DNA)、基因拷贝数变异的免疫球蛋白 G (CNV-IgG)、基因拷贝数变异的免疫球蛋白 M (CNV-IgM) 阳性率均低于治疗前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但两组组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 小剂量组患儿的副作用发生率低于大剂量组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患儿总有效率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 大剂量和小剂量更昔洛韦治疗新生儿先天性巨细胞病毒感染的疗效相当, 但小剂量安全性更高。

[关键词] 先天性巨细胞病毒感染; 更昔洛韦; 用药剂量; 新生儿

[中图分类号] R 722.13 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2024-01-26

[作者简介] 郭佳佳, 女, 主治医师, 主要研究方向是儿科新生儿疾病。