



经鼻及经口球囊扩张术在环咽肌失弛缓应用中的比较

曾文君

(邵阳市中心医院耳鼻咽喉头颈外科 湖南邵阳 422000)

摘要：目的：对比观察经鼻及经口球囊扩张术在环咽肌失弛缓应用中的效果及安全性。方法：纳入我院2014年12月至2017年12月的环咽肌失弛缓患者共80例，分为对照组和观察组各40例，对照组采用经鼻球囊扩张术，观察组采用经口球囊扩张术，观察两组的临床指标改善情况及不良反应发生率。结果：两组插管前的血氧饱和度对比无统计学意义($P>0.05$)，拔管后，均较插管前出现上升，且观察组上升较对照组更为明显($P<0.05$)，治疗前两组的HAMA对比无差异，治疗后评分均出现下降，且观察组下降更为明显($P<0.05$)，观察组心率增加次数较对照组低($P<0.05$)，对比差异具有统计学意义。对照组不良反应发生率为34.15%，观察组的不良反应发生率为5.00%，观察组的不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)，对比差异具有统计学意义。结论：经口腔进行球囊扩张术能有效地改善环咽肌失弛缓患者的临床指标，不良反应发生率较低，值得在临床中推广实施。

关键词：经鼻球囊扩张术；经口球囊扩张术；经鼻及经口球囊扩张术

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)06-003-01

吞咽障碍为卒中中常见的并发症之一，会导致诸多发病症如脱水、吸入性肺炎等发生[1]。卒中患者出现环咽肌失弛缓是出现吞咽障碍的主要原因。目前临床针对环咽肌失弛缓的治疗主要以手术、功能锻炼、电刺激及生物反馈为主[2]。经鼻扩张术在治疗疗效欠佳，但不良反应如黏膜水肿及严重疼痛不容忽视。在本次研究中，采用经鼻及经口球囊扩张术治疗环咽肌失弛缓患者。观察运用的效果。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集我院2014年12月至2017年12月的环咽肌失弛缓患者共80例，纳入标准：(1)诊断符合脑卒中的诊断标准[3]，并经诊断为环咽肌失弛缓；(2)无口咽部结构异常；(3)自愿签署同意书。排除标准：(1)临床资料不完善；(2)精神障碍类疾病；(3)妊娠期及哺乳期患者。纳入的80例患者分为对照组和观察组各40例，对照组男23例、女17例，平均年龄(56.41 ± 5.13)岁，MMSE评分(29.01 ± 1.67)分，观察组男25例、女15例，平均年龄(55.89 ± 5.06)岁，MMSE评分(28.76 ± 1.08)分，两组患者的一般资料对比无差异，具有可比性。

1.2 方法 所有患者进行吞咽功能训练及心理治疗，并与患者进行

充分交流，观察患者的不良情绪进行指导。对照组采用经鼻球囊扩张术，观察组采用经口球囊扩张术。经鼻球囊扩张术的步骤和导尿管球囊扩张的方法相同，0.5h/次，1次/d，扩张次数约20次，注水量为0.5~1.0ml，在扩张后采用预防黏膜水肿的措施。经口球囊扩张术为经口腔插入扩张用导管，充水球囊滑过环咽肌拉出口腔，并抽出球囊内的生理盐水，其余方法与对照组相同。两组患者共治疗2周。

1.3 观察指标 检测插管前及拔管后的血氧饱和度、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、心率增加次数，并观察不良反应发生率。

1.4 统计学方法 采用SPSS17.00软件对数据进行统计学分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，进行t检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标 两组插管前的血氧饱和度对比无统计学意义($P>0.05$)，拔管后，均较插管前出现上升，且观察组上升较对照组更为明显($P<0.05$)，治疗前两组的HAMA对比无差异，治疗后评分均出现下降，且观察组下降更为明显($P<0.05$)，观察组心率增加次数较对照组低($P<0.05$)，对比差异具有统计学意义，见表1。

表1 两组血氧饱和度、HAMA评分、心率增加次数对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血氧饱和度		HAMA 评分		心率增加次数(次)
		插管前	拔管后	治疗前	治疗后	
对照组	40	94.12±3.01	98.42±3.42	13.01±5.22	8.76±4.13	21.51±2.12
观察组	40	93.86±2.72	99.86±2.86	12.76±4.91	4.17±3.86	10.42±1.84
t						24.990
P						0.000

2.2 不良反应发生率 对照组不良反应发生率为34.15%，观察组的不良反应发生率为5.00%，观察组的不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)，对比差异具有统计学意义，见表2。

表2 两组不良反应发生率[n(%)]

组别	n	黏膜出血	黏膜水肿	发生率
对照组	40	10	4	14(34.15)
观察组	40	1	1	2(5.00)
X ²				11.248
P				0.001

3 讨论

环咽肌失弛缓症在吞咽障碍患者中发生率较高，脑卒中出现吞咽功能障碍的发病率较高，主要表现为舌肌活动受限导致的食物无法进入咽部。该病在中医中属于“喉痹”范畴，病因为劳累及情绪等诱发的肝风内动、气机紊乱等，从而出现吞咽困难的症候。目前临床针对环咽肌失弛缓患者的治疗方法为药物治疗和手术治疗为主[4]。在国内的研究中，采用手术治疗为主，导尿管球囊扩张术为主要的治疗方法，且临床运用安全性较高。但经鼻腔及经口腔插管的球囊扩张术对比治疗较少，国内学者的研究中，对比两种手术方法的临床疗效及安全性，结果表明了经口腔经口腔进行球囊扩张术能有效地改善环咽肌失弛缓患者的临床症状，不良反应发生率较低[5]。在本次研究中，对照组采用经鼻球囊扩张术，观察组采用经口球囊扩张术治疗后，结果表明了观察组的血氧饱和度、HAMA评分和心率增加次数较对照组改善更为明显，对比差异具有统计学意义，且观察组的不良反应发生率低于对照组，本次研究结果与上述学者的研究结果具有相似之处，表明了经口腔进行球囊扩张术的临床疗效较高，究其原因因为鼻腔插管对鼻粘膜有较大的刺激，因此血氧饱和度较差，而口腔进行球囊扩张术

则避免了鼻腔刺激，因此改善了通气功能，患者的血氧饱和度改善较为明显。

综上所述，经口腔进行球囊扩张术较经鼻进行球囊扩张术能有效地改善环咽肌失弛缓患者的临床指标，安全性较高，具有较高的临床运用价值及运用前景。

参考文献：

- [1] 冯声旺,曹淑华,杜淑佳,等.针刺配合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍:随机对照研究[J].中国针灸,2016,36(4):347-350.
- [2] 朱慧敏,杨永超,饶江,等.表面肌电生物反馈治疗对卒中后吞咽功能障碍患者咽期活动的影响[J].中国脑血管病杂志,2015,(11):572-576.
- [3] 中华神经科学会;中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(06):379-380.
- [4] 黄绍春,杨永超,刘莉,等.主动球囊扩张术治疗卒中后环咽肌失弛缓所致吞咽障碍的效果[J].中国脑血管病杂志,2016,13(8):398-403.
- [5] 郭君,郭钢花,李哲,等.经鼻及经口球囊扩张术在环咽肌失弛缓应用中的比较[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(7):538-540.