

间歇性经口胃管饲法对脑卒中吞咽障碍患者的舒适度及吞咽功能的影响

李雪梅

广西壮族自治区南溪山医院 广西 桂林 541002

【摘要】目的：分析间歇性经口胃管饲法对脑卒中吞咽障碍患者舒适度和吞咽功能的影响。**方法：**选取2020年7月至2021年8月我科收治符合纳入标准的84例脑卒中吞咽障碍患者等分为研究组及对照组，研究组选择间歇性经口胃管饲法供给营养，对照组选择传统留置胃管鼻饲法供给营养。比较两组患者在管饲第15天鼻咽喉部舒适度和吞咽功能恢复情况，以及两组患者管饲前、管饲第15天的吞咽功能情况和并发症总发生率。**结果：**管饲第15天，研究组舒适度和吞咽功能恢复情况均优于对照组（ $P < 0.05$ ）；管饲前两组患者吞咽障碍程度比较无明显差异（ $P > 0.05$ ），管饲第15天研究组患者吞咽障碍程度及并发症总发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。**结论：**间歇性经口胃管饲法能提升脑卒中吞咽障碍患者鼻咽喉舒适度，促进患者吞咽功能的恢复，降低并发症发生率，值得临床推广。

【关键词】脑卒中；吞咽障碍；间歇性经口胃管饲

据统计，有51%-73%的脑卒中患者存在轻重不一的吞咽障碍^[1]。当今，如何确保脑卒中吞咽障碍患者的进食安全和降低并发症发生率已成为护理同仁关注的焦点；传统留置胃管管饲虽然能保证营养的供给，但容易导致口、鼻、咽喉部不适、疼痛等并发症^[2]。间歇性经口胃管置管管饲法仅仅在患者每次进食之际从口腔置入胃管，注食完毕立即拔管的营养支持法，渐渐替代传统留置胃管管饲应用于脑卒中吞咽障碍患者中；间歇性经口胃管置管管饲法不仅仅是吞咽障碍患者进食的替代方式，也是改善吞咽障碍的治疗方法，通过反复插管刺激患者做吞咽动作进行吞咽肌群的功能训练，促进吞咽功能恢复^[3]。本研究在脑卒中吞咽障碍患者中实施间歇性经口胃管置管管饲法，取得较好的效果，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)	
		男	女		初中及以下	高中及以上
对照组	42	32	10	60.02 ± 2.63	26	16
研究组	42	34	8	60.55 ± 3.51	28	14
χ^2/t 值		0.283		0.783	0.217	
P 值		0.62		0.45	0.67	

1.2 方法

两组患者给予相同的治疗手段，如吞咽功能训练、肢体运动训练等康复训练，选用医院营养科统一准备营养丰富的流质食物和14号硅胶胃管，注食前后用温开水20ml冲管，注食速度不宜过快，以20-30min为宜。

1.2.1 对照组方法 对照组患者实施传统留置鼻胃管法供给营养。①传统留置鼻胃管法供给营养：由经验丰富的护

士按常规方法将胃管由鼻腔插入胃内，确认胃管在胃内并妥善固定。根据患者个体情况将流质食物经胃管注入，每天6-8次，每次200-300ml。注意观察胃管的插入长度和固定情况，维持胃管的清洁和通畅。

①神志清楚，认知正常，同意参与并能配合研究；②病历资料完整；③吞咽障碍3-5级的患者；④留置胃管 ≥ 15 天。排除标准：①神志不清，认知异常，不同意参与者；②有口鼻咽喉部感觉异常者；③留置胃管 < 15 天者；④患有精神疾病及其他严重器官疾病者。两组患者在性别、病情等资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性（见表1）。

士按常规方法将胃管由鼻腔插入胃内，确认胃管在胃内并妥善固定。根据患者个体情况将流质食物经胃管注入，每天6-8次，每次200-300ml。注意观察胃管的插入长度和固定情况，维持胃管的清洁和通畅。

1.2.2 研究组方法 观察组患者接受间歇性经口胃管饲法供给营养。具体措施：安排经验丰富的护士为患者间歇置管，每天3-6次，注入量300-500ml/次。操作步骤：①协助患

者取半卧位或坐位；②用石蜡油棉球润滑胃管前端；③置管至咽喉部时指导患者做深呼吸或吞咽动作，随后顺势将胃管插入，确认胃管在胃内后注入食物，以患者有饱腹感为宜。④管饲结束注入20ml温开水反折胃管并嘱患者深吸一口气屏住呼吸，用纱布包裹近口端胃管，边拔边用纱布擦胃管，拔到咽喉处时，快速拔出，并保持进食体位不少于30min，用温水清洗干净胃管晾干备用。每14天更换1次胃管。

1.3 观察指标

比较两组患者管饲前和管饲15天的吞咽障碍程度、管饲15天的舒适度和吞咽功能恢复情况以及并发症发生率。

①吞咽功能障碍评定^[2-4]：选择洼田饮水试验进行评定。具体规则：患者神志清楚，可听从指挥进行实验。患者端坐，饮下30ml温开水，监测应花费时间及有无呛咳：5秒之内能顺利地1次将水咽下，无呛咳（1级）；分2次以上咽下，无呛咳（2级）；能1次咽下，出现呛咳（3级）；分2次以上咽下，出现呛咳（4级）；频繁呛咳，无法全部咽下（5级）。②舒适度评估^[5]：使用舒适度量表进行评定，I度：

没有明显不适（1分）；II度：有口咽部干燥（2分）；III度：有口咽部干燥、疼痛、有痰（3分）；IV度：出现口腔炎、痰多等（4分）。评分越低表明舒适度越高。③吞咽功能恢复情况的评价：疗效判定标准^[6]：a治愈：吞咽障碍消失，饮水试验评定1级；b显效：吞咽困难显著改善，饮水试验评定提升2个级别；c好转：吞咽困难改善，饮水试验提高1个级别；d无效：吞咽障碍改善不显著，饮水试验评定无改变。④观察两组患者并发症发生率。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0对资料进行统计学处理，计量资料采用两独立样本t检验；计数资料的比较采用 χ^2 检验；等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者管饲前后洼田饮水试验吞咽障碍程度分级比较：管饲前两组患者吞咽障碍程度比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。管饲第15天研究组患者吞咽障碍程度低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（表2）。

表2 两组患者洼田饮水试验吞咽障碍程度分级比较（例）

组别	n	管饲前			管饲第15天				
		3级	4级	5级	1级	2级	3级	4级	5级
对照组	42	15	16	11	4	8	16	10	4
研究组	42	12	17	13	11	14	10	5	2
Z值		0.695			2.790				
P值		0.488			0.005				

2.2 管饲第15天两组患者舒适度比较：管饲第15天研究组患者的舒适度优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（表3）。

表3 管饲第15天两组患者舒适度比较 [例（%）]

组别	例数	I度	II度	III度	IV度
对照组	42	5(11.90)	11(26.19)	20(47.62)	6(14.29)
研究组	42	16(38.10)	14(33.33)	9(21.43)	3(7.14)
Z值		3.211			
P值		0.001			

2.3 管饲第15天两组患者吞咽功能恢复情况比较：管饲第15天研究组患者吞咽功能恢复情况优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（表4）。

表4 管饲第15天两组患者吞咽功能恢复情况比较（例）

组别	例数	治愈	显效	好转	无效
对照组	42	4	7	16	15
研究组	42	12	10	13	7
Z值		2.733			
P值		0.007			

2.4 两组患者并发症总发生率比较：研究组患者并发症发生率低于对照组差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（表5）。

表5 两组患者并发症总发生率比较 [例(%)]

组别	n	吸入性肺炎	食物反流	呃逆	口、鼻、咽、喉粘膜溃疡	总发生
对照组	42	2 (4.76)	5 (11.90)	6 (14.29)	5 (11.90)	18 (42.86)
研究组	42	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (9.52)	3 (7.14)	7 (16.66)
χ^2 值				6.891		
P 值				0.009		

3 讨论

3.1 间歇性经口胃管饲法能提升脑卒中吞咽障碍患者的舒适度及维护患者自尊

长期留置胃管不仅影响患者的外在形象,同时可致使吞咽功能、咀嚼功能废用性减退,从而减缓患者康复^[7]。有研究表明^[8-9],间歇性经口胃管饲法不仅能满足患者的营养需求,同时使患者在非管饲时不受置管的影响,减少口鼻腔分泌物,利于患者呼吸,既美观又舒适。从表3显示,管饲第15天研究组患者的舒适度优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。究其原因:间歇性经口胃管饲法符合人体的饮食需求,注食后立即拔管,与正常进食方式和习惯接近;而长期留置胃管的患者,由于胃管长期不间断地对鼻咽部刺激容易出现鼻咽部干燥、疼痛等不适,导致患者不能很好地配合治疗;在加上长期留置胃管,给患者的外在形象带来困扰,容易引起患者自卑和意外拔管事件,不利于患者康复。间歇性经口胃管饲法很好地规避了上述存在问题。这就表明了间歇性经口胃管饲法能提升患者的舒适度及维护患者自尊。

3.2 间歇性经口胃管饲法能促进脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复

脑卒中后吞咽功能障碍部位以口腔、咽及食管上段为主,实施间歇性经口-胃管饲法能反复刺激口咽部运动,促进患者自身吞咽动作^[10]。间歇性经口胃管饲法通过插管-拔管-再插管-再拔管周而复始的动作,不断对咽喉肌群的刺激训练,促进患者吞咽功能恢复^[11]。传统留置鼻胃管法因为长期留置胃管,鼻腔始终处于开放状态,咽喉肌群无法获得刺激和训练,咽喉肌群功能减退,延误吞咽功能恢复^[12]。间歇性经口胃管饲法当患者进食时插入胃管,鼻腔开放,利于进食,为患者提供营养;进食完毕拔除胃管,鼻腔关闭,既舒适,又顺应患者进食的生理规律^[13]。从表2、4得出,管饲前两组患者吞咽障碍程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);管饲第15天研究组患者吞咽障碍程度低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);管饲第15天

研究组患者吞咽功能恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这就说明了间歇性经口胃管饲法能促进患者吞咽功能恢复。

3.3 间歇性经口胃管饲法可降低脑卒中吞咽障碍患者并发症总发生率

传统的留置胃管虽然能保证患者的营养摄入,但可增

加食物反流、肺炎等并发症发生率^[8]。有研究表明,间歇性经口胃管饲法组并发症发生率明显低于留置胃管管饲法组,间歇性经口胃管饲法当患者进食时插入胃管,进食完毕拔除,如此循环进行,促进患者吞咽与呼吸的统一,防止误吸^[14]。进食前后做好口鼻腔护理,预防肺部感染。从表5可以看出,研究组患者的并发症总发生率低于对照组($P < 0.05$)。这就说明了间歇性经口胃管饲法不仅能解决吞咽障碍患者进食问题,还可以降低患者并发症总发生率。

综上所述,间歇性经口胃管饲法能提升脑卒中吞咽障碍患者的舒适度,维护患者自尊,能促进患者吞咽功能恢复和降低患者并发症总发生率,值得推广。

参考文献:

- [1] 韦艳燕. 吞咽训练及穴位按摩治疗脑卒中吞咽障碍的研究进展[J]. 护理学杂志, 2016,31(5): 106-110.
- [2] 王爱霞, 刘延锦, 董小方, 等. 间歇经口管饲法对脑卒中吞咽障碍患者舒适度及吞咽功能的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(3): 305-309.
- [3] 黄倩, 黄梅. 间歇性经口胃管置管鼻饲在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J]. 当代护士, 2020,27(31)(上旬刊): 150-152.
- [4] 龚春艳, 赵友兰, 吕梅芬, 等. 间歇性经口至食管管饲法技术在卒中后吞咽功能障碍中的应用[J]. 当代护士, 2020,27(12)(下旬刊): 117-119.
- [5] 征桂荣. 优质护理服务视域下留置胃管及营养管患者舒适护理模式初探[J]. 安徽医药, 2012, 16(8): 1204-1205.
- [6] 朱美红, 时美芳, 万里红, 等. 吞咽-摄食管理预防脑卒中吞咽障碍患者相关性肺炎的研究[J]. 中华护理杂志, 2016,51(3):294-298.
- [7] 宗敏茹, 庞灵, 郑兰娥, 等. 间歇性管饲结合吞咽训练对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 932.
- [8] 董小方, 刘延锦. 脑卒中吞咽障碍患者间歇经口至食管管饲体验的质性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(26): 3367-3370.
- [9] 陈明玉, 罗俏娟, 谢志琼等. 间歇性经口置管管饲法对脑梗死患者吞咽障碍康复的效果观察[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(13): 2206-2208.

(下转205页)

否存在胃管。第三,胃管固定。一般情况下采用胶布固定方式,但容易出现胃管滑出的现象。通过在胃管近鼻翼处打结,能够有效固定。第四,鼻饲误吸。对于一部分意识不清患者,如果出现咳嗽、呕吐情况将会增加误吸的可能性。因此还应做好相关管理,对脑出血患者及家属讲解相关知识,建立医护关系并做好配合^[6]。在缓解脑出血患者焦虑情绪的同时确保配合治疗。对脑出血患者给予流质饮食,并做好鼻饲插管,做好酸碱平衡的维持。做好特殊管理。部分脑出血患者采用亚低温疗法,在给予头置冰帽治疗的同时减少耗氧量,并做好体温监测^[7]。

对于脑出血患者来说,昏迷不是CPR增高的主要原因。经研究表明,患者在CPR增高时容易出现肺部感染情况,同时CPR浓度增高和肺部感染程度具有明显关系,具体原因如下:第一,上呼吸道感染、细菌感染具有明显关系。第二,血液中CPR作为血压偏高的危险因素^[8]。

开颅清除术能够清除血肿,但对于患者来说,整体损伤大需要进行全麻治疗,在术后病死率相对较高。相比较上述方法来说,采用微创颅内血肿清除对于患者的要求相对较小,同时合并症相对较少^[9]。对于手术时机来说,应在发病后6h为主,对于血肿腔内应立即进行止血,从而避免出现再出血的发生。对于部分患者,如果出现恶化,还应严密监察患者的体征变化。如果出现病情恶化,对于血肿扩大还应继续进行手术^[10]。对于一部分出血量不大的患者,出血量不大,但神经功能难以改善。对于一部分患者还应考虑水肿情况,对于一部分血肿部分溶解患者,还应选择抽吸水肿手术,以此来改善患者的神经功能,促进疗效的缩短。通过采用微创血肿清除术能够有效提升患者的生存效果,整体生存质量明显提高。

参考文献:

- [1] 何春林. 开颅手术与微创手术治疗高血压脑出血的临床效果分析[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(01): 215-218
- [2] 陈文海. 超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血的临床疗效及对神经功能的影响[J]. 吉林医学, 2022, 43(01): 109-110.
- [3] 沈亚星, 刘兴文, 成毅. 超早期小骨窗微创脑出血清除术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(35): 63-64.
- [4] 李茂. 微创软通道手术治疗幕上高血压脑出血的临床疗效及安全性评价[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(23): 101-102.
- [5] 白金伟. 微创软通道穿刺引流术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血72例的疗效分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(32): 47-50.
- [6] 张亚萌, 任晓渊. 微创手术治疗高血压脑出血的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(19): 115-117.
- [7] 黄国洲, 廖振南, 利文倩, 吴亮, 周传凯. 手术方式和小骨窗微创手术治疗时间的选择对高血压脑出血患者疗效及生活质量的影响[J]. 河北医科大学学报, 2021, 42(10): 1215-1220.
- [8] Wei J H, Tian Y N, Zhang Y Z, et al. Short-term effect and long-term prognosis of neuroendoscopic minimally invasive surgery for hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. 世界临床病例杂志, 2021, 9(28): 8.
- [9] 丁锡武, 贾向军. 超早期小骨窗微创脑出血清除术应用于高血压脑出血治疗中的疗效及并发症发生率分析[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(05): 762-764.
- [10] calid SuXiaoLei, Wang Huazhu, wang wei, Wu Xing, Zhang Zhi. Transshipment model combined modified early warning score system in spinal injury effect of combined application of multiple trauma patients nosocomial transshipment [J]. Journal of college of armed police logistics (medical), 2018, 27 (8) : 689-692.

(上接 191 页)

- [10] 张秀淋, 陈文媛, 黄惠芳. 吞咽功能障碍患者应用间歇性经口管饲法对管饲相关并发症的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(2): 157-159.
- [11] 高兰, 郭桂丽, 明晓峰, 等. 间歇性经口至食管管饲在脑卒中吞咽障碍患者中的应用进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(9): 115-118.
- [12] 温梦玲, 李春霞, 卜淑娟, 等. 家属参与间歇性经口置管注食对吞咽障碍患者营养状况的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, (3): 38-40.
- [13] 孙俊, 管文娟. 吞咽功能康复锻炼在脑卒中鼻饲患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(23): 153-154.
- [14] 刘美青, 刘小菁, 吴建芬, 等. 间歇性经口至食管管饲技术在脑卒中合并吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 中国当代医药, 2020, 27(3): 210-212.