

间歇经口管饲法在脑卒中吞咽障碍中的应用

余红

无锡市惠山区康复医院 江苏 无锡 214181

【摘要】：目的：回顾分析院内脑卒中吞咽障碍中应用间歇经口管饲法的作用。方法：纳入时间为2022年1月到2022年12月，将该时间段院内脑卒中吞咽障碍患者68例进行研究讨论，通过随机分配法安排为对照组（35例实施常规治疗方案）、观察组（33例实施常规治疗联合间歇经口管饲法方案），分析治疗效果。结果：观察组各项营养指标水平更高，吞咽功能障碍等级与并发症发生率更低，生活质量评分更高，患者对治疗工作满意度更高，统计学结果 $P<0.05$ ，差异较大。结论：间歇经口管饲法在脑卒中吞咽障碍中的应用能够有效改善患者机体营养状态，降低吞咽功能障碍等级与并发症发生率，提高患者生活质量状态、对护理工作满意程度。

【关键词】：间歇经口管饲法；脑卒中吞咽障碍；营养指标；生活质量；满意度

Application of Intermittent Oral Feeding Method in Swallowing Disorders after Stroke

Hong Yu

Wuxi Huishan District Rehabilitation Hospital, Jiangsu Wuxi 214181

Abstract: Objective: To retrospectively analyze the effect of intermittent oral feeding on swallowing disorders in stroke patients in the hospital. Method: The inclusion period was from January 2022 to December 2022. A total of 68 patients with swallowing disorders caused by stroke in the hospital during this period were studied and discussed. They were randomly assigned to a control group (35 cases receiving routine treatment) and an observation group (33 cases receiving routine treatment combined with intermittent oral feeding), and the treatment effect was analyzed. Result: The observation group had higher levels of various nutritional indicators, lower levels of swallowing dysfunction and incidence of complications, higher quality of life scores, and higher satisfaction with treatment work. The statistical results showed a significant difference ($P<0.05$). Conclusion: The application of intermittent oral feeding in stroke swallowing disorders can effectively improve the patient's nutritional status, reduce the level of swallowing dysfunction and the incidence of complications, improve the patient's quality of life and satisfaction with treatment work.

Keywords: Intermittent oral tube feeding method; Stroke swallowing disorders; Nutritional indicators; Quality of life; Satisfaction

脑出血、血栓出血、性别、年龄、不良生活方式等均作为脑卒中患者危险因素，患者会因为症状发作时出现的短暂性脑缺血发作、可逆性缺血性神经功能障碍、完全性卒中等临床症状，导致正常生活受到严重影响，降低生活质量。部分患者还会出现吞咽障碍，不能正常进食，引起营养不良，增加治疗难度。在脑卒中吞咽障碍患者治疗中，需要重视营养支持方式选择，保证患者机体可以得到充足营养，降低相关并发症发生风险，促进康复。随着现代医疗卫生事业不断发展，研究人员发现给予脑卒中吞咽障碍患者间歇经口管饲法可获得较为理想效果，这为脑卒中吞咽障碍营养支持相关研究提供了新方向^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入时间为2022年1月到2022年12月，将该时间段院内脑卒中吞咽障碍患者68例进行研究讨论，通过随机分配法安排为两组，对照组与观察组分别包括35、33例患者，其中对照组中男性23例，女性12例，60岁为最小患者年龄，89岁为最大患者年龄，平均值为 (71.33 ± 2.85) 岁；而观察组中男性22例，女性11例，61岁为最小患者年龄，89岁为最大患者年龄，平均值为 (71.25 ± 2.79) 岁。选择要求：临床相关检查结果满足脑卒中吞咽障碍诊断标准；认知达到常规标准，意识正常；均自愿参与并签署知情同意书。

剔除要求：精神障碍；临床资料不全；合并其他严重疾病。医院伦理委员会审批此次研究活动。患者一般资料由统计学处理并得出结果不具备统计学方面含义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组实施常规治疗方案，观察组实施常规治疗联合间歇经口管饲法方案。

1.2.1 常规治疗方案

①准备好相应型号的吞咽神经和肌肉电刺激设备，按照相关规范开展治疗工作，治疗操作每天进行1次，每次操作持续半小时，连续食疗15d。②指导并辅助患者开展吞咽功能训练，包括唇部训练（上下嘴唇弹动，弹出“波”音，并逐渐加快弹动节奏，通过运动及发音，增加唇部包纳食物的力量。）、舌训练（做舌肌的上、下、左、右四向运动，然后，弹动发出“da-da-da”（嗒一嗒一嗒）的声音，速度要求渐快，增加舌头的灵敏性，提高搅拌食物的能力；伸舌运动，用舌尖舔上唇、下唇及左、右嘴角，并用舌尖舔嘴唇一圈）、下颌训练（慢慢用力把嘴巴张到最大，然后慢慢闭合，可用手置于下巴施加阻力，增加张口幅度）、软腭训练、鼓腮训练（用力闭紧双唇，鼓腮，可用手指置于脸颊施加阻力，以增强面部及口腔颊部感觉功能，可减少颊部内侧食物残留）、吞口水训练。③指导患者进行腹式呼吸、缩唇呼吸、吹气训练，建立正确的口、鼻呼吸模

式以及正常的呼吸与吞咽协调模式。④给予患者经鼻胃管管饲, 指导患者保持坐位, 将鼻腔清理干净, 充分润滑胃管前端 (约 15—20cm); 从鼻腔将胃管放置到鼻咽部位, 放置深度约 12—14cm 左右, 指导患者进行重复吞咽, 然后快速完成胃管置入操作, 插入深度控制 40cm 左右; 如患者呼吸处于正常状态, 且未发生咳嗽、胃管尾部放入水中没有出现气泡外冒情况就判断置管成功; 给予患者流质食物, 对每次流质食物给予量进行控制 (250—450ml), 每天进行 3—4 次, 操作时间持续 15d。

1.2.2 常规治疗联合间歇经口管饲法方案

吞咽神经和肌肉电刺激治疗与吞咽功能训练和对照组一致。间歇经口管饲法: 指导患者保持坐位, 将鼻腔中分泌物清除干净, 充分润滑胃管前端部分 (15—20cm); 从口腔经咽后壁方向将胃管置入; 当胃管到达咽喉部位时, 需要提醒患者进行重复吞咽动作, 便于胃管推进; 当胃管与门齿之间距离间隔 20—25cm 时, 就可以停止推入操作; 如果患者呼吸处于正常状态, 没有出现咳嗽、胃管部位放置到水中后没有出现气泡, 就可以判断胃管置管成功; 给予患者流质食物, 在呼气完成后将胃管拔出, 要求患者静坐, 静坐时间持续 25min, 每次流质食物量控制在 250—450ml, 每天进行 3—4 次, 操作时间持续 15d。

1.3 判断标准

对两组治疗后营养指标进行检测与记录。血红蛋白 (110—160g/L 为正常范围)、总蛋白 (60—80g/L 为正常范围)、前白蛋白 (280—360mg/L 为正常范围)、转铁蛋

白 (13-400ug/L 为正常范围)。

评估两组治疗前后吞咽功能障碍等级。吞咽功能障碍等级 1-4 级, 吞咽功能障碍越严重则分值越高。

统计两组并发症发生率, 包括营养不良、萎缩性胃炎、肺炎等。

评估两组治疗后生活质量。SF-36 生活质量量表, 包括生理机能 (最高 100 分)、生理职能 (最高 100 分)、躯体疼痛 (最高 100 分)、精力 (最高 100 分)、社会功能 (最高 125 分)、情感职能 (最高 100 分)、精神健康 (最高 100 分)、一般健康状况 (最高 100 分), 分值与患者生活质量水平呈正比。

了解两组患者对治疗工作满意度。医院自制满意程度评估量表, 分数 60 以下则判断为不满意, 分数 60 分 -85 分则判断为基本满意, 分数 86 分 -100 分则判断为比较满意, 总满意度 = 基本满意与比较满意之和 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

处理系统为 SPSS20.0, 计量资料方面显示为 ($\bar{x} \pm s$), 计数资料方面显示为 ($n, \%$), 分别采取 t 、 χ^2 开展检验操作, 将 0.05 作为判断标准, P 值 > 0.05 为无显著差异, P 值 < 0.05 为有显著差异。

2 结果

2.1 营养指标

观察组各项营养指标水平更高, 统计学结果 $P < 0.05$, 差异较大。见表 1。

表 1 两组营养指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	血红蛋白 (g/L)	总蛋白 (g/L)	前白蛋白 (mg/L)	转铁蛋白 (ug/L)
观察组 (n=33)	132.02 $\pm$ 10.23	65.01 $\pm$ 6.49	306.98 $\pm$ 14.15	298.96 $\pm$ 15.63
对照组 (n=35)	123.20 $\pm$ 8.41	55.96 $\pm$ 5.13	298.85 $\pm$ 12.30	203.96 $\pm$ 14.52
t	3.893	6.398	2.532	25.983
P	0.001	0.001	0.013	0.001

2.2 吞咽功能障碍等级、并发症

吞咽功能障碍等级治疗前后观察组为 (3.38 $\pm$ 0.47、1.01 $\pm$ 0.02) 对照组为 (3.41 $\pm$ 0.50、2.56 $\pm$ 0.21), 结果 $t=0.254$, $P=0.799$; $t=42.202$, $P=0.001$ 。观察组总并发症发生率为 3.03% (1/33), 包括萎缩性胃炎 1 例, 无营养不良、肺炎; 对照组总并发症发生率为 14.28% (5/35), 包括营养不良 2 例、萎缩性胃炎 2 例、肺炎 1 例等, 结果 $\chi^2=8.004$, $P=0.004$ 。治疗后观察组吞咽功能障碍等级与并发症发生率更低, 统计学结果 $P < 0.05$, 差异较大。

2.3 生活质量

生理机能 (分) 观察组为 (82.52 $\pm$ 12.97) 对照组为 (73.13 $\pm$ 4.11), 处理结果 $t=4.073$, $P=0.003$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 生理职能 (分) 观察组为 (74.91 $\pm$ 5.78) 对照组为 (65.21 $\pm$ 3.27), 处理结果 $t=8.580$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 躯体疼痛 (分) 观察组为 (78.03 $\pm$ 3.13) 对照组为 (69.30 $\pm$ 1.12), 处理结果 $t=15.488$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 一般健康状况 (分) 观察组为 (91.86 $\pm$ 3.95) 对照组为 (83.25 $\pm$ 2.31), 处理结果 $t=11.049$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 精力 (分) 观察组为 (98.19 $\pm$ 4.79) 对照组为 (89.09 $\pm$ 2.25), 处理结果 $t=10.120$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 社会功能 (分) 观察组为 (72.90 $\pm$ 2.93) 对照组

为 (67.03 $\pm$ 1.16), 处理结果 $t=10.978$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 情感职能 (分) 观察组为 (81.94 $\pm$ 3.91) 对照组为 (75.03 $\pm$ 1.17), 处理结果 $t=9.995$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著; 精神健康 (分) 观察组为 (82.94 $\pm$ 4.91) 对照组为 (73.16 $\pm$ 1.08), 处理结果 $t=11.479$, $P=0.001$, P 值 < 0.05 , 差异显著。观察组各项生活质量评分更高, 统计学结果 $P < 0.05$, 差异较大。

2.4 满意度

观察组与对照组比较满意比值为 20: 15, 比较满意率分别达到 60.60%、42.85%, 处理结果 $\chi^2=6.308$, $P=0.012$; 观察组与对照组基本满意比值为 12: 15, 基本满意率分别达到 36.36%、42.85% 处理结果 $\chi^2=0.880$, $P=0.348$; 观察组与对照组不满意比值为 1: 5, 不满意率分别达到 3.03%、14.28%, 处理结果 $\chi^2=8.004$, $P=0.004$; 观察组与对照组总满意比值为 32: 30, 总满意率分别达到 96.96%、85.71%, 处理结果 $\chi^2=7.995$, $P=0.004$ 。观察组与对照组相比, 观察组满意率更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

从临床实际发展来看, 在给予脑卒中吞咽障碍患者营养支持操作时, 主要会选择经鼻胃管管饲进行。经鼻胃管管饲主要是利用导管经一侧鼻腔插入胃管, 利用胃管将流

质食物、水以及相关药物等输注到患者身体中,确保患者机体可以及时得到营养补充,还能避免创伤,操作比较方便快捷。但是在实际操作中存在反流风险,部分患者还会出现局部感染情况,降低预后^[2]。

间歇经口管饲法主要是经口将食饲管放置到患者食管中,与传统胃管留置相比较,该种营养支持方式能够维持消化道正常生理结构不被破坏,促进患者吞咽功能恢复。与经鼻胃管管饲相比较,间歇经口管饲法能够避免长时间胃管插管对皮肤黏膜造成压迫、呃逆,维持患者鼻部、口腔、咽部的卫生状态;管道直接进入食道,避免消化道出血;经食管摄入食物后,还能在最大程度上保留吞咽功能,更加符合人体生理过程,降低胃肠功能紊乱风险,避免反流性疾病^[3]。将间歇性经口管饲法应用到脑卒中吞咽障碍患者中,及时为患者补充营养物质,改善机体营养状态,帮助患者将相关营养指标控制在合理范围,促进康复^[4]。这与文中研究结果一致,观察组各项营养指标水平更高,统计学结果 $P<0.05$, 差异较大。同时结合患者实际情况,指导患者开展相应的吞咽功能训练,在专业的治疗师的指导下,包括口腔感觉刺激、口腔有关吞咽肌群训练等,通过电刺激、生物反馈、针灸、咳嗽训练、呼吸控制训练等进行治疗,有效改善患者吞咽功能障碍,缩短患者住院时间,提高生活质量水平,为患者提供更为满意的治疗方案^[5]。结合文中研究结果,观察组吞咽功能障碍等级与并发症发

生率更低,生活质量评分更高,患者对护理工作满意度更高,统计学结果 $P<0.05$, 差异较大。

综上所述,间歇经口管饲法在脑卒中吞咽障碍中的应用能够有效改善患者机体营养状态,降低吞咽功能障碍等级与并发症发生率,提高患者生活质量状态、对护理工作满意程度,值得推广应用。

参考文献

- [1] 董小方,郭园丽,张琳,等.间歇经口管饲法对脑卒中吞咽障碍患者影响的 Meta 分析[J].中国实用神经疾病杂志,2020,23(2):153-157.
- [2] 鲁娟娟,张伟,黄振英,等.间歇经口至食管管饲法联合吞咽康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(7):118-120.
- [3] 于成超,李勇军,史丽娜,等.间歇经口至食管管饲法在脑卒中合并吞咽障碍患者中的临床应用[J].宁夏医学杂志,2021,43(9):814-816.
- [4] 华文英.康复训练联合间歇性经口至食管管饲法在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J].中国当代医药,2021,28(10):75-77.
- [5] 缪月卿,俞苗苗,丁霞,等.腕踝针联合间歇经口管饲法营养支持干预对脑卒中吞咽障碍病人的影响[J].循证护理,2023,9(4):697-700.