

# 早期经口喂养对脑卒中伴中度吞咽障碍患者吞咽功能恢复的临床效果观察

赫韦韦

(合肥市第二人民医院 安徽省合肥市 230000)

**摘要:**目的:探究早期经口喂养对脑卒中伴中度吞咽障碍患者吞咽功能恢复的临床应用效果。方法:选取我院于20200501-20210501期间收治的40例脑卒中并发中度吞咽障碍患者展开分析,依据随机数字表法将其分为观察组(入院5d后拔胃管经口喂养)与对照组(入院14d后拔胃管经口喂养),均20例。住院20d后观察并比较两组患者的营养状况及吞咽功能情况。结果:干预前两组营养指标均无明显差异( $P > 0.05$ );干预后观察组营养指标各项评分均优于干预前及对照组( $P < 0.05$ );观察组患者吞咽功能优于对照组,差异对比( $P < 0.05$ )。结论:在脑卒中伴中度吞咽障碍患者病情稳定,拔出胃管后,应尽可能进行早期经口喂养,利于患者吞咽功能的恢复及营养状况的稳定,建议应用。

**关键词:**早期经口喂养;脑卒中;中度吞咽障碍;吞咽功能

脑梗死属世界范围内高发脑类疾病之一,其发病率呈逐年增高趋势,该病患者中出现吞咽障碍的比例高达51%-73%。吞咽障碍易导致患者营养不良,抵抗力下降而引发感染,严重影响预后<sup>[1-2]</sup>。脑卒中伴中度吞咽障碍患者若长期使用常规的鼻胃管饲法,易导致腹胀、反流、营养不良等症状,对患者生理及心理均产生影响,不利于康复。脑卒中后1周内伴吞咽障碍患者发生营养不良的概率是吞咽功能正常的脑卒中患者的2.45倍。有资料表明<sup>[3]</sup>,该类患者进行早期经口喂养,可有效降低并发症及营养不良的发生。因此,本研究深入探究早期经口喂养对脑卒中伴中度吞咽障碍患者吞咽功能的恢复效果,内容如下。

## 1 资料/方法

### 1.1 临床资料

选取我院于20200501-20210501期间收治的40例脑卒中并发中度吞咽障碍患者展开分析,依据随机数字表法将其分为观察组与对照组,均20例。其中观察组男12例,女8例;年龄45~77岁,平均(52.13±3.30)岁。对照组男13例,女7例;年龄44~79岁,平均(54.15±4.42)岁;纳入标准:(1)均经头颅CT或MRI证实的初发脑卒中者;(2)经饮水试验评估、吞咽功能检查确诊为中度吞咽功能障碍者;(3)依从性较佳者。排除标准:(1)住院时间少于20d;;(2)存在严重认知障碍者;(3)存在严重心肾等脏器疾病者。两组基线资料对比,存在可比性( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

两组患者均予以常规鼻饲,吞咽功能训练,观察组患者由责任护士进行鼻饲流质,入院5d病情稳定时拔出胃管,进行早期经口喂养,由专科护士统一进行,具体操作如下:(1)喂养时机及方式:在患者清醒、低疼痛时进行,可以起身的患者取坐位,并将头顶部拉高40°上下,头顶稍前屈,喂养者应坐落于患者的健侧。若患者不能够采用坐位,则应取吞咽器官的健侧卧位开展。在喂食时,应将食物放到最合适的部位,以利于吞咽;可以用汤勺在舌前1/3往下后压,刺激性咽喉部。在进餐的过程中,可给与适当的温开水,以避免产生误吸。进餐后,可让患者维持>30min的站立,以预防食物返流。(2)食物选择:应把握少吃多餐、食物相对密度均一、不易疏松、便于咽下,要留意食物的温度,防止过低及过高,每次喂食量应控制于8-10mL。

对照组患者进行鼻饲流质,入院14d病情稳定时拔出胃管,改为经口喂养。具体操作步骤同上。

### 1.3 观察指标

(1)住院20d后观察并比较两组患者的营养状况;分别测量干预前后两组患者体重(BW)、总蛋白(TP)及血红蛋白(Hb)、血清前白蛋白(PAB)、血清白蛋白(ALB)含量。(2)住院20d后观察并比较两组患者的吞咽功能情况。

### 1.4 统计学意义

SPSS 25.0处理数据,以( $\bar{x} \pm s$ )表示计量资料,行t检验,以率(%)表示计数资料,行 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为检验水准。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者的营养状况

干预前两组营养指标均无明显差异( $P > 0.05$ );干预后观察组营养指标各项评分均优于干预前及对照组( $P < 0.05$ )。见表2

表1 比较两组患者的营养状况( $\bar{x} \pm s$ )

分组	时间	BW(kg)	TP(g/L)	Hb(g/L-1)	PAB(g/L-1)	ALB(g/L-1)
对照组	前	65.82 ± 14.45	65.46 ± 4.55	131.45 ± 15.77	221.52 ± 25.23	37.57 ± 3.86
	后	63.94 ± 13.80 <sup>a</sup>	61.72 ± 4.60 <sup>a</sup>	132.68 ± 16.94 <sup>a</sup>	162.09 ± 15.71 <sup>a</sup>	34.44 ± 3.27 <sup>a</sup>
观察组	前	65.40 ± 15.31	65.36 ± 6.24	132.55 ± 15.38	222.60 ± 19.87	37.42 ± 4.75
	后	66.58 ± 10.73 <sup>ab</sup>	64.87 ± 6.12 <sup>ab</sup>	134.81 ± 16.50 <sup>ab</sup>	230.44 ± 16.75 <sup>ab</sup>	37.38 ± 4.16 <sup>ab</sup>

注:组内比较, a $P < 0.05$ ; 组间比较, b $P < 0.05$ 。

### 2.2 比较两组患者的吞咽功能情况

观察组患者吞咽功能优于对照组,差异对比( $P < 0.05$ )。见表2

表2 比较两组患者的吞咽功能情况( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	干预前	干预后
对照组	20	4.09 ± 0.66	2.63 ± 0.57
观察组	20	4.08 ± 0.73	1.86 ± 0.31
$\chi^2$	/		5.861
P	/		0.014

(下转第56页)

(上接第 45 页)

### 3 讨论

世界卫生组织通过对近 20 年来脑卒中死亡率的调查显示<sup>[4]</sup>, 该病年死亡高达 200 万人次左右, 且以 8.7% 的年增长速度呈现年轻化趋势。在脑卒中发病率如此之高的情况下, 一半以上的患者均存在不同程度的吞咽功能障碍, 易引发营养不良、肺炎、偏瘫半身不遂等并发症。

本文结果显示, 干预前两组营养指标均无明显差异 ( $P > 0.05$ ); 干预后观察组营养指标各项评分均优于干预前及对照组 ( $P$  均  $< 0.05$ ); 观察组患者吞咽功能优于对照组, 差异对比 ( $P < 0.05$ )。提示, 早期经口喂养在脑卒中伴中度吞咽障碍患者中的应用价值较高。早期脑卒中后易发生脑水肿并发症, 经口喂养易引起呛咳, 诱发颅内压增高, 不建议经口喂养。但长期鼻饲会进一步减弱患者的吞咽反射, 加之异物的刺激会增加口腔及呼吸道分泌物。脑卒中发病后 3~5d 为脑水肿高峰期, 若此时患者病情稳定的情况下, 拔出胃管改经口喂养, 可避免超早期经口喂养的弊端<sup>[5-8]</sup>;

综上, 在脑卒中伴中度吞咽障碍患者病情稳定, 拔出胃管后, 应尽可能进行早期经口喂养, 利于患者吞咽功能的恢复及营养状况的稳定, 建议应用。

参考文献:

[1] 吴小培, 禹玲, 贲国平. 以 Gugging 吞咽功能评估量表评分  $\geq 15$  分作为急性脑卒中伴吞咽障碍患者拔管指征的效果研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29(7): 40-44.

[2] 屈彦辉. 容积-黏度吞咽试验在脑卒中伴吞咽障碍患者喂养管理中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(12): 64-65.

[3] 夏丽霞, 顾则娟, 林征, 等. 成人吞咽障碍经口进食专业照护证据总结[J]. 护理研究, 2020, 34(17): 2997-3004.

[4] 方萍, 岳明, 石苗苗, 聂燕茸. 早期经口喂养对脑卒中伴中度吞咽障碍患者吞咽功能恢复的临床效果观察[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(16): 1519-1520.

[5] 刘桂英, 李水云. 间歇经口食管管饲喂养法在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用与观察[J]. 内蒙古医科大学学报, 2021, 43(S1): 121-124.

[6] 石金妮. 不同喂养途径对减少脑卒中吞咽障碍患者误吸的影响[J]. 心理月刊, 2020, 15(5): 63-64.

[7] 王清, 张敏, 汪梦月, 盛少婷. 神经系统疾病伴吞咽困难患者基于容积黏度吞咽试验的喂养管理[J]. 护理学杂志, 2019, 34(9): 21-24.

[8] 张晓燕. 老年脑卒中吞咽障碍患者护理中采用经口摄食管饲的效果[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(1): 169-170.