

# 间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果

吐逊楠·加马力

(新疆维吾尔自治区人民医院 新疆乌鲁木齐 830000)

**摘要:** 目的探讨间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果。方法研究对象 40 例为脑卒中吞咽障碍患者,入院后以电脑随机法分为对照组 (n=20)、观察组 (n=20) 两组,分别给予留置鼻胃管与间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练,并对比干预效果,研究起止时间为 2021 年 1 月-2023 年 2 月。结果两组患者干预前的营养状态无明显差别,对比无统计学意义 ( $P > 0.05$ );观察组患者干预后的营养状态优于对照组,对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ );观察组患者的吞咽功能优于对照组,对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ );观察组患者的并发症发生率低于对照组,对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ );两组患者干预前的生活质量评分无明显差别,对比无统计学意义 ( $P > 0.05$ );干预后的观察组患者,其生活质量评分高于对照组,对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 针对脑卒中吞咽障碍患者应用间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练,有利于改善患者的营养状态,调节患者的吞咽功能,减少并发症的发生,优化患者的生活品质,值得大力推广。

**关键词:** 间歇性鼻饲; 吞咽功能康复训练; 脑卒中吞咽障碍; 应用效果

脑卒中是一种常见的脑血管病,脑卒中后吞咽功能障碍会导致患者不能正常进食,造成营养不良和免疫力下降,严重影响患者的康复。鼻饲法是一种营养支持方法,它可以通过鼻胃管将食物、水或营养液输送到胃中,从而维持代谢,改善营养状况。但是,如果长期留置鼻饲管,会对鼻咽、食管和胃粘膜产生一定的刺激,容易导致呃逆、胃食管返流等症状,从而给患者带来更多的身心痛苦<sup>[1]</sup>。此外,鼻饲管留置还会对患者的日常活动产生一定的限制,从而对吞咽功能康复产生不利的影响。间歇式鼻饲是一种以间歇为中心的新的营养支持方式,即进食前将鼻胃管插入,饭后立即拔管,以缓解鼻胃管插入所致的不良反应。本次研究主要探讨的是间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果,具体情况报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象 40 例为脑卒中吞咽障碍患者,入院后以电脑随机法分为对照组 (n=20)、观察组 (n=20) 两组,分别给予留置鼻胃管与间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练,并对比干预效果,研究起止时间为 2021 年 1 月-2023 年 2 月。对照组男性患者 11 例,女性患者 9 例,年龄为 52~78 岁,平均年龄为 (63.28 ± 3.16) 岁;体重 49~88kg,均值 (62.89 ± 5.88) kg,应用留置鼻胃管的干预方式;观察组男性患者 12 例,女性患者 8 例,年龄为 51~78 岁,平均年龄为 (62.18 ± 3.35) 岁;体重 51~87kg,均值 (62.73 ± 5.81) kg,应用间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练的干预方式。对比两组患者的一般资料,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

**纳入标准:** 经诊断确诊为吞咽功能障碍;患者及其家属均签署了知情同意书。

**排除标准:** 患有营养不良症状的患者;合并消化系统疾病或具有感染性的疾病;患有智力缺陷或精神疾病的患者;无法配合实践研究的患者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组患者按照常规要求留置鼻胃管。

#### 1.2.2 观察组

观察组患者采用间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练。首先按照常规要求置入鼻饲管,为患者开展鼻饲治疗,将每次的注食量控制

为 250ml~350ml;其次结合患者的实际情况按照每日 4~5 次的频率鼻饲,将温度调节到 38~41℃,注食以后用温开水将胃管冲洗一遍,每次鼻饲结束后都要让患者深呼吸,呼吸的最后将胃管拔除,然后指导患者取半卧位姿势,保持 30 分钟。配合吞咽功能康复训练,第一进行基础训练,让患者反复练习鼓腮、张口、叩齿、顶舌等动作,每个工作重复 20~25 次,每日练习 3~5 组。第二进行下颌训练,引导患者用力将嘴张大,保持 5 秒以后缓慢向另一侧移动,重复训练 10 次,每日 3~5 组。第三进行进食训练,将食物制作成柔软、不容易松散且咀嚼方便的果冻状,使用小勺喂食,每次的进食训练时间都要控制在 45 分钟以内,训练结束后认真漱口,屏住呼吸后进行空吞咽,吞咽的过程中配合咳嗽,同时闭锁声门,将残渣清除干净,重复 10~20 次。两组患者均连续干预一个月的时间。

### 1.3 观察标准

1.3.1 在干预前后采集患者空腹状态下的 5ml 静脉血,利用全自动血液细胞分析仪器测试患者的白蛋白、血清白蛋白以及转铁蛋白水平。

1.3.2 使用 Gugging 吞咽功能评估表评估两组患者干预后的吞咽功能,分数越高证明患者的吞咽功能越好。

1.3.3 统计记录两组患者干预期间是否出现胃食管返流、呃逆、吸入性肺炎等并发症。

1.3.4 使用自制的生活质量调查表评估两组患者干预前后的生活质量,其中包含着躯体功能、自觉状态与社会功能等三项。

### 1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS24.0 软件中分析,计量资料比较采用 t 检验,并以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,率计数资料采用  $\chi^2$  检验,并以率 (%) 表示, ( $P < 0.05$ )。

## 2 结果

### 2.1 两组患者干预前后营养状态评分的对比

两组患者干预前的营养状态无明显差别,对比无统计学意义 ( $P > 0.05$ );观察组患者干预后的营养状态优于对照组,对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 患者干预前后营养状态评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	白蛋白 (g/L)		血清白蛋白 (g/L)		转铁蛋白 (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	20	31.32 ± 3.13	38.27 ± 4.36	0.23 ± 0.04	0.49 ± 0.12	1.65 ± 0.04	2.69 ± 0.14

对照组	20	31.47 ± 3.21	34.18 ± 3.76	0.27 ± 0.11	0.35 ± 0.05	1.69 ± 0.12	2.03 ± 0.05
t	-	0.150	3.177	1.528	4.816	1.414	19.855
P	-	0.882	0.003	0.135	0.000	0.165	0.000

2.2 两组患者吞咽功能的对比

观察组患者的吞咽功能优于对照组，对比有统计学意义 (P < 0.05)。详见表 2。

表 2 患者吞咽功能的比较[n (%) ]

组别	例数	重度	中度	轻度	正常
观察组	20	1 (5.00%)	2 (10.00%)	6 (30.00%)	11 (55.00%)
对照组	20	3 (15.00%)	6 (30.00%)	7 (35.00%)	4 (20.00%)
x <sup>2</sup>	-	-	-	-	5.227
P	-	-	-	-	0.022

2.3 两组患者并发症发生率的对比

表 4 患者生活质量评分的比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

组别	例数	躯体功能		自觉状态		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	20	26.71 ± 2.08	58.17 ± 5.14	23.34 ± 2.13	37.66 ± 3.08	23.31 ± 2.12	56.17 ± 6.32
对照组	20	26.64 ± 2.14	36.33 ± 3.01	23.55 ± 2.15	29.64 ± 2.77	23.58 ± 2.32	39.75 ± 4.13
t	-	0.105	16.398	0.310	8.658	0.384	9.726
P	-	0.917	0.000	0.758	0.000	0.703	0.000

3 讨论

在临床上，除了运动、语言及认知功能的损害，还经常伴随着进食-吞咽功能的损害。吞咽障碍会导致患者出现发音困难、构音障碍、自主咳嗽、流涎、吞咽后呛咳、吞咽后声音变化等症状，严重时还会导致吸入性肺炎、营养不良，严重时还会出现窒息、死亡等症状<sup>[2]</sup>。脑卒中患者由于吞咽中枢、运动感觉通路受到脑血管病的影响，会导致吞咽功能障碍，临床上会出现饮水呛咳、吞咽粘滞感、吞咽困难、吞咽乏力、口中有大量泡沫状痰液等症状。

脑卒中后的吞咽困难患者在进食时存在安全有效的困难，需要采用鼻饲的方式来保证食物的营养。然而，传统的鼻饲式留管会改变胃肠道原有的生理环境，增加出现呃逆、胃食管返流等并发症的危险性，同时，由于留管会引起吞咽反射的降低，不利于运动训练，也影响了患者的吞咽功能。因此，寻求一种更好、更有效的鼻饲方法，对改善患者的吞咽功能具有十分重要的意义<sup>[9]</sup>。

间歇式鼻饲法是指在进餐之前，将胃导管置入，餐后立即拔出的一种营养补充方式。本次实践结果显示，观察组患者干预后的白蛋白水平、血清白蛋白水平及转铁蛋白水平均优于对照组 (P < 0.05)。结论：对脑卒中后吞咽困难患者进行间歇式鼻饲及吞咽功能康复训练，可明显提高患者的营养状况及吞咽功能，降低并发症。对脑卒中后吞咽困难患者应用间歇式鼻饲置管，可提高其吞咽运动的起始，提高其对声门反射的敏感度，有助于其形成，从而促进其吞咽功能的恢复，并改善患者的营养状况<sup>[9]</sup>。在吃完饭之后，将胃管拔出来，可以最大限度的保留食管括约肌的完整性，这样可以让食道末端括约肌能够正常的闭合，这样可以保证消化道的正常生理结构，同时也可以降低对胃粘膜的刺激，从而提高患者的舒适度，降低出现呃逆等并发症的概率。在此基础上，根据患者的实际情况，采用间歇式鼻饲，既能保持患者的形象，又能使患者更容易接受<sup>[9]</sup>。与吞咽功能康复训练结合起来，就是利用下颌训练、进食训练等一系列有针对性的、持续的训练，对吞咽相关肌肉功能和吞咽控制能力进行有效的训练，这样可以帮助提升肌肉协调性，从而让吞咽功

能观察到患者的并发症发生率低于对照组，对比有统计学意义 (P < 0.05)。详见表 3。

表 3 患者并发症发生率的比较[n (%) ]

组别	例数	胃食管返流	呃逆	吸入性肺炎	总发生率
观察组	20	2 (10.00%)	1 (5.00%)	0 (0.00%)	3 (15.00%)
对照组	20	5 (25.00%)	2 (10.00%)	2 (10.00%)	8 (40.00%)
x <sup>2</sup>	-	-	-	-	4.286
P	-	-	-	-	0.038

2.4 两组患者生活质量评分的对比

两组患者干预前的生活质量评分无明显差别，对比无统计学意义 (P > 0.05)；干预后的观察组患者，其生活质量评分高于对照组，对比有统计学意义 (P < 0.05)。详见表 4。

能得到恢复。将间歇性鼻饲与吞咽功能康复训练相结合，可以发挥出比较理想的协同作用，可以解决鼻饲管留置对日常活动带来的一定的限制，确保患者吞咽的安全性和有效性，可以有效地恢复患者的吞咽功能，帮助患者早日恢复正常生活。间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练的干预疗法，其应用价值除了能够优化患者的营养状态、改善患者吞咽功能，减少并发症的发生概率，还能够进一步提高患者的生活品质，带给患者更加舒适良好的体验感<sup>[6]</sup>。

综上所述，吞咽困难是脑卒中疾病中比较高发的一种并发症，严重影响着患者的正常进食和生活质量。基于此，当前需要采用间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练的干预疗法，通过调节患者的营养状态循序渐进地改善患者的吞咽功能，降低并发症的发生率，优化患者的生活质量，具有良好的推广价值。

参考文献：

[1]唐亚兰,石旋捷,唐翠玲. 间歇性鼻饲联合冰刺激训练对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 护理实践与研究,2023,20(05):706-709.

[2]朵银莉,马玉荣. 间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练在老年脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果[J]. 中西医结合护理(中英文),2023,9(01):169-171.

[3]林玉贞,韦献萍,梁乐,李健文. 间歇性鼻饲配合吞咽训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[J]. 中国现代药物应用,2022,16(22):174-177.

[4]赵启同,李明霞,张经纬,徐祥敏,赵海军. 间歇性经口至食管管饲在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用进展[J]. 中国康复,2022,37(10):627-630.

[5]庞永艳,冯艳玲,吴爽. 间歇性鼻饲联合吞咽功能康复训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果[J]. 临床护理杂志,2022,21(03):11-13.

[6]吴凤芸. 间歇性鼻饲联合康复训练对老年脑卒中后吞咽障碍患者营养状况及吞咽功能的影响[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(18):150-151.