

- [10] 朱慧敏,杨永超,刘莉,等.凝固粉对吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响作用[J].医药卫生,2017,3(12):124-126.
- [11] 吕治宏,苏明松,陈建设.吞咽功能障碍患者食品质构的调整与标准化[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(12):952-954. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.012.018.
- [12] Steel CM, Alsanei WA, Ayanikalath S, et al. The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review [J]. Dysphagia, 2015, 30(1): 2-26. DOI: 10.1007/s00455-014-9578-x.
- [13] 钟磊,吴柳拿,周烈,等.吞咽功能障碍者增稠流体食品流变学研究进展[J].食品科学,2018,39(1):313-319. DOI: 10.7506/spkx1002-6630-201801047.
- [14] 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会嚥下調整食特別委員会.日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013[J].日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌,2013;17:255-267.
- [15] 曹建芬,胡波.老年脑梗死吞咽障碍患者鼻饲饮食并发症的预防及护理[J].护理学杂志,2009,24(5):44-45. DOI: 10.3870/hlxzz.2009.05.044.
- [16] 胡学军,毕娜,潘淑敏.老年脑卒中后吞咽障碍的早期功能训练与摄食行为指导[J].中国临床康复,2004,10(4):48-10.
- [17] 谭建兰,陈安华,罗紫兰,等.早期吞咽功能康复训练在急性脑卒中患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2012,18(13):102-103. DOI: 10.3969/j.issn. 1006-7256.2012.13.061.

(修回日期:2019-10-25)

(本文编辑:汪 玲)

经口间歇置管注食对在脑卒中后吞咽障碍患者营养摄入的影响

杨海燕¹ 喻勇^{1,2} 彭志勇¹

¹中山大学附属第三医院粤东医院康复医学科,梅州 514011; ²中山大学附属第三医院康复医学科,广州 510000

通信作者:喻勇;Email:27847739@qq.com

【摘要】 目的 观察经口间歇置管注食对在脑卒中后吞咽障碍患者营养摄入的影响。**方法** 将符合入选和排除标准的吞咽障碍患者 40 例随机分成治疗组和对照组,对照组采用传统留置胃管鼻饲,治疗组采用经口间歇置管注食。于治疗前和治疗 4 周后收集 2 组患者的营养指标,包括上臂三头肌皮褶厚度(TSF)和血清白蛋白,并记录治疗过程中并发症(误吸和肺部感染)的发生率。**结果** 治疗 4 周后,2 组患者的 TSF 和血清白蛋白与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),且治疗组治疗 4 周后的 TSF 和血清白蛋白分别为(12.30 ± 1.45) mm 和(40.58 ± 2.25) g/L,显著高于对照组治疗 4 周后,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 经口间歇置管注食可显著改善脑卒中后吞咽障碍患者的营养状况。

【关键词】 脑卒中; 经口间歇置管; 吞咽障碍

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2019.12.010

吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症之一^[1]。由于患者食管功能受损而不能有效地将食物从口部送至胃部,可导致患者并发营养不良、误吸和肺部感染等^[2]。研究表明,间歇置管不仅可以帮助患者补充营养、摄入水分,还可其改善吞咽功能^[3]。本研究采用经口间歇置管注食对脑卒中后吞咽障碍患者 20 例进行干预,取得了满意疗效。报道如下。

资料与方法

一、一般资料

纳入标准:①符合 1995 年中华医学会第 4 次脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[4],且经颅脑 CT 或 MRI 检查确诊为脑卒中;②经吞咽造影检查确诊为环咽肌失弛缓;③经临床评估存在吞咽障碍;④病程 ≤ 1 个月;⑤神志清楚、生命征平稳,能配合评估和检查;⑥签署知情同意书。

排除标准:①病情危重或有重要脏器功能衰竭者;②严重认知障碍或精神障碍者;③既往有口腔、咽及食管结构异常者。

选取 2019 年 1 月至 2019 年 7 月中山大学附属第三医院粤东医院康复医学科收治且符合上述标准的脑卒中后吞咽障碍

患者 40 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组患者 20 例。对照组患者中,男 12 例,女 8 例;年龄 52~78 岁,平均年龄(55.75 ± 10.61) 岁;平均病程(22.77 ± 7.64) d;脑梗死 13 例,脑出血 7 例。治疗组患者中,男 14 例,女 6 例;平均年龄(55.30 ± 8.58) 岁;平均病程(23.20 ± 8.54) d;脑梗死 12 例,脑出血 8 例。2 组患者在性别、平均年龄、平均病程和病变性质等一般资料经统计学分析,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、干预方法

对照组:采用长期留置胃管鼻饲,即将胃管由鼻腔插入胃内,妥善固定胃管于鼻部,每天 4 次根据患者的消化情况鼻饲流质。注食完毕后,将胃管末端抬高反折,用纱布包好,用橡皮圈扎紧,用别针固定于患者枕旁、床单或衣领上。

治疗组:采用硅胶双腔气囊导尿管经口至食管间歇置管,插至咽喉部时嘱患者做吞咽动作,插入深度至 18 cm~23 cm 时向导尿球囊中注入 3~5 ml 的水,然后上提导管,停留在有卡住感处,确保水囊卡在环咽肌下缘,将导管末端置于盛水的治疗碗中,无连续气泡溢出,嘱患者发“yi”音,声音清晰。观察患者有无呛咳,缓慢灌注鼻饲液,边注边嘱患者做吞咽动作,每次管

饲量为 300~400 ml,每日管饲 4~6 次。灌注完毕后,再注入 10~20 ml 盐水,最后将球囊内注入的水抽净,缓慢拔出导管(管饲结束后,嘱患者半坐卧位休息 30 min)。

三、观察指标

于治疗前和治疗 4 周后收集 2 组患者的营养指标,包括上臂三头肌皮褶厚度(triceps skinfold thickness,TSF)和血清白蛋白,并记录治疗过程中并发症(误吸和肺部感染)的发生率。

1. TSF 测量:要求患者上臂自然下垂,取左上臂背侧中点,即肩峰至尺骨鹰嘴连线中点上约 2 cm 处,用左手拇指、食指将皮肤连同皮下脂肪捏起成皱褶,用压力为 10 g/mm² 的皮褶厚度计进行测定,连续测量 3 次后取平均值,正常值为男 12.5 mm,女 16.5 mm,治疗 4 周后 TSF 下降 10%即可判断为营养不良^[5]。

2. 血清白蛋白检测:由检验科医师抽血化验血清白蛋白,正常值为 35~50 g/L,治疗 4 周后下降 10%即可判断为营养状况不佳。

四、统计学分析

采用 SPSS 19.0 版统计学软件包对数据进行处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用两独立样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者治疗前和治疗 4 周后营养指标情况

治疗前,2 组患者的 TSF 和血清白蛋白组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗 4 周后,2 组患者的 TSF 和血清白蛋白与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),且治疗组治疗 4 周后的 TSF 和血清白蛋白显著高于对照组治疗 4 周后,差异均有统计学意义($P<0.05$),详见表 1。

表 1 2 组患者治疗前和治疗 4 周后 TSF 和血清白蛋白指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TSF(mm)	血清白蛋白(g/L)
对照组			
治疗前	20	9.32±1.33	25.93±2.45
治疗 4 周后	20	10.3±1.53 ^a	35.760±2.53 ^a
治疗组			
治疗前	20	9.25±1.31	26.15±2.37
治疗 4 周后	20	12.30±1.45 ^{ab}	40.58±2.25 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗 4 周后比较,^b $P<0.05$

二、2 组患者治疗过程中并发症发生情况

4 周的治疗过程中,治疗组误吸发生率为 5%,低于对照组的 20%,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组肺炎发生率为 5%,低于对照组的 15%,差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 2。

表 2 2 组患者治疗过程中并发症发生情况比较[例(%)]

组别	例数	误吸发生率	肺炎发生率
对照组	20	4(20)	3(15)
治疗组	20	1(5)	1(5)

讨 论

本研究结果显示,治疗 4 周后,采用经口间歇置管注食的治疗组患者,其 TSF 和血清白蛋白均显著高于组内治疗前和对照组治疗 4 周后,,差异均有统计学意义($P<0.05$)。该结果提示,经口间歇置管注食可明显改善脑卒中后吞咽障碍患者的营养状况。经口间歇置管注食的疗效优于留置胃管鼻饲的原因可能与食物通过管路经口腔进入食管到胃内,相比较间歇鼻饲更符合人正常进食的生理规律,进食结束后可立即拔出管道,对康复功能训练和生活质量影响较小等有关。另外,经口间歇胃管置管的患者在每次胃管置管时必须要有自己多次吞咽胃管的动作,从而对参与咽期吞咽的相关肌群进行了训练,利于促进口腔和咽腔的运动功能,故也具有一定的改善吞咽功能的作用。

在临床实践中,吞咽障碍患者由于长期放置鼻胃管可引起鼻咽及食管黏膜溃疡、出血,反流性食管炎,增加误吸、吸入性肺炎及胃肠感染的机会^[6]。一方面留置胃管后异物的刺激使呼吸道和口腔分泌物增多;另一方面胃管的留置使食管下段括约肌相对关闭不全,胃管的留置又进一步减弱了吞咽反射^[7]。经口间歇置管注食不仅可以起到进食代偿的作用,还是一种吞咽功能障碍的治疗手段,该方法可满足患者对水和营养物质的需求^[8]。

本研究中,治疗组的误吸、肺部感染的发生率均低于观察组,但差异均无统计学意义($P>0.05$),这可能与病例数过少、病情严重程度等有关。

综上所述,经口间歇置管注食不仅可以改善脑卒中后吞咽功能障碍患者的营养状况,还可在一定程度上减少或降低误吸和肺部感染的发生率,改善吞咽功能,值得在临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 李冰洁,张通,赵军. 吞咽障碍对脑卒中康复患者营养状况的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(3): 262-264. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2011.03.020.

[2] 曹高凡. 老年脑卒中吞咽障碍患者间歇管饲对吞咽功能改善的应用效果[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(17): 230-231. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2016.17.146.

[3] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 290-291.

[4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[5] 吴小花, 赵西宁, 张华丽, 等. 吞咽困难患者经口进食与鼻饲营养效果比较[J]. 当代护士, 2016, 5(3): 105-107.

[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. DOI: ZHHL.0.2016-03-010.

[7] 郭福霞, 钟德福, 陈淑敏, 等. 脑卒中吞咽障碍患者鼻饲后取半卧位持续时间对误吸的影响[J]. 护理学报, 2010, 17(8A): 66. DOI: NF-HL.0.2010-15-026.

[8] 大幸西子, 孙启良. 摄食、吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京: 中国科技医药出版社, 2000: 95-98.