

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

刘桂英¹,李水云²

(1.内蒙古医科大学附属医院 神经内科,内蒙古 呼和浩特 010050;2.内蒙古医科大学附属医院 麻醉科)

关键词: 吞咽障碍;脑卒中;IOE;鼻饲

中图分类号: R472.9

文献标识码: B

文章编号: 2095-512X(2021)S1-0121-04

脑卒中也被称之为“脑中风”和“脑血管障碍”,是由多种原因引起的急性脑血管疾病发作,它会使脑供血动脉狭窄或者闭塞,或脑实质出血,引起诸多相关的临床症状^[1]。该病在老年人当中最多见,并且缺血性脑卒中的发病率显著高于出血性脑卒中^[1]。这个疾病对患者的生活质量会造成非常严重的影响^[2],有研究表明30%~60%以上的脑卒中患者会发生吞咽障碍^[3]。间歇经口至食管管饲喂养法(IOE),是指将营养管插入患者的食管中段为其进行注食,通过插管刺激舌根部,以诱发患者的吞咽功能,改善吞咽困难,使患者通过胃肠道的消化作用来吸收营养物质,它不仅仅是一种进食手段,更是一种治疗手段,可以避免留置胃管导致的黏膜缺血坏死和糜烂。现如今,临床中经常使用的肠内营养法是持续经鼻至胃管饲营养法,但是它会带来许多的并发症,例如感染、吸入性肺炎和食管胃黏膜糜烂等,由于一些传统方法的延续,使得部分患者和家属以及医护人员还没有了解到IOE营养法的优势,使得IOE营养法在临床中的使用受到一定程度的限制^[4]。本研究主要探讨IOE法对缺血性脑卒中患者的吞咽功能、口咽部舒适度以及吸入性肺炎发生例数的改变,具体研究如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019-08~2020-03内蒙古医科大学附属医院神经内科和康复科收治的60例缺血性脑卒中吞咽功能障碍患者为研究对象,根据患者入院的前后

顺序随机均分为两组,一组为观察组,另一组为对照组。其中男性34例,女性26例,平均年龄为(73.52±4.15)岁。(1)纳入标准:①患者均与《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[6]中相应临床诊断相符②病情稳定,医护人员可以与其进行无障碍沟通;③只能以营养管进食的吞咽功能障碍患者;④患者知情同意,并且愿意参与研究^[5],并签署知情同意书;(2)排除标准:①对参与本研究明确表示拒绝者;②有食道肿瘤、食道狭窄及先天食道闭锁等疾病的患者;③非缺血性脑卒中所导致的吞咽功能障碍患者;④有胃底出血风险的患者。

1.2 操作方法

两组患者都分别进行药物治疗及一般康复治疗,观察组选择IOE营养法输送营养物质,对照组选择留置鼻胃管营养法输送营养物质。在进行每次操作之前,护士需要与患者进行一定地沟通并取得适当地配合。IOE法详细操作如下:(1)仔细核对患者的个人信息,置管前为其合适的体位,如坐位或半坐卧位,有活动性义齿的患者应先该取下;(2)颌下垫治疗巾,嘱患者张口,同时察看口腔黏膜有无受损,无问题后将湿润后的营养管沿患者一侧口角缓慢插入,经过咽喉部时需要嘱其做吞咽动作,将营养管迅速插入患者食道中段;(3)确定营养管在食道内后用胶布妥善固定,不宜过快地注入食物,每次注食前后都向营养管内推入20mL温开水进行冲洗,注食完毕后于呼气末时将营养管的末端反折并迅速拔出;(4)喂食后嘱患者坚持半卧位姿势0.5~1h,且1~2h内不进行气道护理等刺激性操作,防止出现食物反流的情况。依照患者身体的需

作者简介: 刘桂英(1969-),女,内蒙古医科大学附属医院神经内科主任护师。

通讯作者: 李水云,主任护师,E-mail:1181563877@qq.com 内蒙古医科大学附属医院麻醉科,010050

求,每天进食4~6次,每次进食的量约为300~400mL;(5)在置管前,护士需要告诉患者置管过程中会出现少许的不适以及配合操作的方法,向患者讲解进食后的一些注意事项,并鼓励患者积极参与疾病恢复之中。

1.3 疗效观察

1.3.1 洼田饮水试验 两组患者治疗前和治疗后的吞咽功能分级及治疗后的疗效评定以“洼田饮水试验”为准,可分为5个等级。(1)试验方法如下:①患者坐位,提前备好30mL的温水,可以一次咽下,不发生呛咳者为I级;②通过两次以上咽下,不发生呛咳者为II级;③可以一次咽下,但发生呛咳者为III级;④通过两次以上咽下,发生呛咳者为IV级;⑤难以全部咽下,频繁发生呛咳者为V级^[5];(2)疗效评定标准如下:①治愈:患者没有出现吞咽障碍,洼田饮水试验结果为1级;②显效:患者的吞咽障碍得到很大的改善,洼田饮水试验结果≤2级;或通过一系列诊治后为2级;③有效:患者的吞咽障碍得到轻度改善,洼田饮水试验结果≤3级;或通过一系列诊治后为1级;④无效:患者的吞咽障碍没有得到改善,洼田饮水试验结果没有变化^[5]。治愈、显效、有效三者的总和定为总有效数。

1.3.2 舒适度量表评价 选用征桂荣优质护理服务^[7]中的自拟舒适度评分量表对两组患者治疗后的口咽部舒适情况进行评价:(1)I度:无明显不适,得分为1分;(2)II度:轻度不适,口咽部发干,得分为2分;(3)III度:中度不适,口咽部发干、疼痛、有痰液,得分为3分;(4)IV度:重度不适,有口腔炎症、大量痰液,得分为4分^[5]。得分与患者的舒适度成反比。

1.3.3 吸入性肺炎的评估 将患者的临床症状、实验室检查、X线检查等作为依据,由主治医师做出临床诊断。对两组患者入院14天内吸入性肺炎的发生例数进行比较,吸入性肺炎的诊断符合单凯、贾冬梅等的卒中相关性肺炎^[8]。

1.4 统计学方法

应用SPSS 19.0软件对收集的数据进行统计分析,对吸入性肺炎的发生例数、吞咽功能等级、吞咽功能疗效的分析选用百分数,组间比较选用卡方检验;对口咽部的舒适度得分的分析选用均数±标准差 $\bar{x} \pm s$ 和独立样本t检验。检验水准为 $\alpha=0.05$, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能的比较

14天后,观察组的吞咽功能的评级优于对照组的吞咽功能评级($P < 0.05$)(见表1)。

表1 两组患者出院时吞咽功能的比较(%)

分组	n	I级	II级	III级	IV级	V级
对照组	30					
14天前		0(0)	0(0)	10(33.3)	11(36.7)	9(30.0)
14天后		2(6.7)	4(13.3)	7(23.3)	8(26.7)	9(30.0)
观察组	30					
14天前		0(0)	0(0)	12(40.0)	9(30.0)	9(30.0)
14天后		6(20.0)	10(33.3)	8(26.7)	4(13.3)	2(6.7)
χ^2				10.43		
P				0.03		

14天后,对比两组患者的疗效结果,其中观察组总有效为28例(93.3%),其中有效为10例,显效为12例,治愈为6例,无效为2例;对照组总有效为20例(66.7%),其中有效为11例,显效为7例,治愈为2例,无效为10例。由此得出,观察组的疗效明显高于对照组,二者之间的差异具有统计学意义($P < 0.05$)(见表2)。

表2 两组患者14天后疗效对比(%)

分组	n	治愈	显效	有效	总有效	无效
对照组	30	2(6.7)	7(23.3)	11(36.7)	20(66.7)	10(33.3)
观察组	30	6(20.0)	12(40.0)	10(33.3)	28(93.3)	2(6.7)
χ^2				8.70		
P				0.03		

2.2 吸入性肺炎的发生

14天后,对比两组患者吸入性肺炎发生的百分比,可以看出,观察组的发生率明显低于对照组,二者之间的差异具有统计学意义($P < 0.05$)(见表3)。

表3 14天后两组患者吸入性肺炎的发生对比(%)

分组	n	发生	未发生
对照组	30	11(36.7)	19(63.3)
观察组	30	2(6.7)	28(93.3)
χ^2		7.95	
P		0.01	

2.3 口咽部舒适度评分

14天后,对照组口咽部舒适度得分为(3.00±0.91)分,观察组口咽部舒适度得分为(2.33±0.88)分,通过比较可以看出,观察组的口咽部舒适度得

明显低于对照组,二者之间的差异具有统计学意义($P < 0.05$)(见表4)。

表4 14天后两组患者口咽部舒适度得分的比较

分组	舒适度得分	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	3.00 ± 0.91	2.878	0.006
观察组	2.33 ± 0.88		

3 讨论

3.1 有助于吞咽功能的恢复

据了解,大多数的缺血性脑卒中患者都会并发吞咽功能障碍,长期患该病会导致患者出现消瘦和营养不良,容易出现更多的并发症,所以改善患者的吞咽功能对其疾病的恢复有很大的作用。如今国外大部分采用胃造瘘或者空肠造瘘的方法,对严重吞咽障碍的患者进行营养物质的运送,但国内大部分的患者和家属很少选择造瘘术,所以通常采用留置鼻胃管(PNG)的方法对吞咽障碍的患者进行营养物质的运送,虽然使得进食的问题得到了很好地解决,但是会出现口鼻及咽部的干燥、不适等症状^[10],IOE营养法可以促进患者的吞咽功能,原因是它在置管和喂食的过程中可以不断地刺激患者作出吞咽的动作,以此来训练其吞咽功能。IOE法采用间歇经口进食,每日置管4~6次,每次置管时都可以刺激患者做出吞咽的动作,从而达到促成患者吞咽功能恢复的效果^[12]。

3.2 减少吸入性肺炎的发生

以往的鼻饲法会增加鼻窦炎、鼻出血、吸入性肺炎和胃肠道感染等的发作风险,在本研究中着重讨论IOE营养法对吸入性肺炎的产生的影响。根据李国平^[11]等研究结果显示,连续经鼻至胃管饲营养法发生肺部感染的机率可以达到35%^[11],况且在临床当中,进行鼻饲的患者由于长期留置胃管,在进食过程中容易发生误吸现象,并且留在胃中的营养管长期受到胃内容物的浸泡会发生细菌的聚积,这也加大了吸入性肺炎的发生率。而国外常用的胃肠造瘘则会发生瘘管滑脱、造口感染、胃穿孔等一系列的并发症。IOE营养法无创简单,进食后不需要留置营养管,所以不会对患者的咽部和胃黏膜产生一些刺激,也可以大大地降低吸入性肺炎的发生风险。

3.3 口咽部的舒适度提高

IOE营养法使患者的食管括约肌得到了保护,

减少了胃食管返流物在咽部留滞的机会。同时,由于缺血性脑卒中吞咽功能障碍患者的咽部反射功能会有一定程度的受损,即便反复置管,但患者的不适感并没有增加^[13],且间歇进食更符合人体的生理规律。与过去传统的鼻饲法相比,IOE营养法的每次置管,不会经过患者的鼻窦,这可以在很大程度上降低患者的痛苦与不适,置管的操作也更容易完成。

4 结论

脑卒中是在临床上以老年人最为多见的一种脑血液循环障碍性疾病,脑卒中患者发病后通常会合并不同程度的吞咽功能障碍^[9]。由于持续经鼻至胃管饲营养法存在许多不足,因此本研究采用IOE营养法治疗缺血性脑卒中患者的吞咽功能障碍。长期留置胃管会使患者产生强烈的自卑感^[14],而IOE营养法在每次进食完成后即可拔出,不需要长期留置,这不但可以保护患者的形象,也可以增加患者对于疾病康复的信心,也更容易被患者及其家属所接受。

综上所述,IOE法具有以下优点:(1)吸入性肺炎的发生风险低;(2)没有发生鼻腔及胃黏膜溃疡风险;(3)有利于疾病的快速康复;(4)有利于吞咽功能的恢复;(5)能够有效提高患者口咽部的舒适度;(6)操作简单方便。总而言之,IOE法能够有效改善缺血性脑卒中患者的吞咽功能障碍及口咽部的舒适度,减少吸入性肺炎的发生,但是由于地区发展的限制及人们观念的因素,导致IOE法营养法并未在该地区得到广泛使用,原因可能是医护人员所做的宣传并未到位,或者是医疗行业对于该项专利的推崇力度不够大,又或者是国家对于医保报销政策的缺失导致该项专利不在医保报销范围内等一些因素,这些都可能是患者们不愿意选择这项治疗的原因。因此,在国家和社会层面上会不会出台一些相关政策,将IOE营养法的耗材费用纳入医保范围以内,以此来推动该项治疗技术的广泛应用。

参考文献

- [1] 尤黎明, 吴瑛. 内科护理学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 825-833
- [2] 付伟锋, 张媛圆. 间歇经口至食管管饲法对卒中致吞咽障碍患者的疗效分析[J]. 河南医学研究, 2019; 28(19): 3495-3498

- [3]钱英,薛云霞.鼻饲管置管在脑中风合并吞咽功能障碍干预治疗中的应用[J].当代临床医刊,2015;28(4):1529
- [4]张艳丽,崔颖.间歇经口管饲对脑卒中所致吞咽障碍患者营养状况及吞咽功能的影响[J].中国康复,2017;32(5):397-400
- [5]王爱霞.间歇性经口管饲法在脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[J].郑州大学硕士论文,2015
- [6]中华医学会神经病学分会.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J].中华神经科杂志,2015;48(4):246
- [7]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
- [8]单凯,贾冬梅,郭伟.卒中相关性肺炎的诊断-卒中并发肺炎研究组专家共识[J].中华急诊医学杂志,2015;24(12):1346
- [9]宋立红.早期肠内营养对急性脑卒中后吞咽障碍患者预后的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015;19(6):26-27
- [10]Cohen DL, Roffe C, Beavan J, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials[J]. Int J Stroke, 2016; 11(4): 399
- [11]李国平,杨玉峰,侯玉琴,等.脑卒中后吞咽困难致吸入性肺炎的临床研究[J].中国实用神经疾病杂志,2016;19(15):68-70
- [12]陈念,王春茹,杨东锋,等.间歇经口管饲法改善脑卒中吞咽障碍的疗效观察[J].吉林医学,2020;41(2):431-433
- [13]付伟锋,张媛圆.间歇经口至食管管饲法对脑卒中致吞咽障碍患者的疗效分析[J].河南医学研究,2019;28(19):3495-3498
- [14]谢纯青,丘卫红,万桂芳,等.脑卒中后吞咽障碍患者肠内营养素应用的临床观察[J].中国康复,2015;30(5):352-354

达芬奇机器人辅助结直肠癌根治术前,术后患者的心理护理

胡秀花,侯明星*

(内蒙古医科大学附属医院 胃肠外科,内蒙古 呼和浩特 010050)

关键词:达芬奇机器人;结直肠癌;心理护理;不良情绪

中图分类号:R472.9

文献标识码:B

文章编号:2095-512X(2021)S1-0124-02

结直肠癌手术是临床上难度较大的一项手术,在手术后患者还可能会出现并发症,影响患者术后恢复。达芬奇机器人手术系统具有减少对患者身体造成的创伤,操作更加便捷,术中出血量少,术后恢复速度快等优势,在难度较大的外科手术中运用率不断地升高。但是由于大多数患者对机器人辅助手术的认可度不高,因此会产生质疑、担心等心理情绪,因此医护人员需要对患者展开心理疏导措施,从而提高患者手术期间配合度^[1]。本文就术前、术后心理护理的效果进行分析,内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2020-01~2021-01接诊的结肠癌患者作为研究对象,共50例,随机分组,观察组、对照组分别选择心理护理、常规护理,每组25例;观察组

男、女各13例、12例。男性平均年龄:(57.61±1.10)岁;女性平均年龄:(57.55±1.02)岁;对照组男、女各14例、11例。男性平均年龄:(57.57±1.10)岁;女性平均年龄:(57.52±1.02)岁。两组一般资料比较,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用常规护理,包括协助患者完成各项身体检查、制定手术计划等基础护理;观察组增加心理护理:(1)术前心理护理:由于大多数患者在患结肠癌后,会产生恐惧、担心等情绪,在入院时情绪状态不佳。医护人员需要耐心地接待患者,同时结合患者术前检查结果为其介绍疾病产生原因、症状、治疗方式等;若患者对达芬奇机器人设备持怀疑态度,医护人员则可为患者分发宣传册、播放视频,让其能够更全面地了解达芬奇机器人设备的构造、手术步骤、微创的优点等,从而提高患者在治疗期间的配合度。若患者对疾病知识、手术知识存在

作者简介:胡秀花(1980-),女,内蒙古医科大学附属医院胃肠外科副主任护师。

通讯作者:侯明星,主任医师,E-mail:hmx6412@163.com 内蒙古医科大学附属医院胃肠外科,010050