

IOE 联合“开窍利咽按摩法”在脑卒中后吞咽障碍患者 康复护理中的应用与观察

覃金艳

右江民族医学院附属医院 广西百色

【摘要】目的 观察间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”在脑卒中后吞咽障碍患者康复护理中的应用效果。**方法** 选取康复医学科收治的 100 例脑卒中后吞咽障碍患者, 采用随机数字表法分为观察组 (间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”组) 和对照组 (普通留置胃管喂养), 每组各 50 例。均连续干预 4 周。比较两组干预前及干预 4 周后的吞咽功能[采用 Rosenbek 渗透-误吸量表 (PAS) 评分]、吞咽障碍程度 (VGF) 评分、生活质量[采用吞咽障碍特异性生活质量量表 (SWAL-QOL) 评估], 统计干预期间并发症发生情况。**结果** 干预 4 周后, 两组 PAS 评分较干预前降低, VGF 评分较治疗前升高, 且观察组 PAS 评分低于对照组, VGF 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组干预 4 周后 SWAL-QOL 评分均较干预前升高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组干预期间的并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 脑卒中后吞咽障碍患者在康复护理期间采用间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”, 可提高患者康复护理疗效, 患者生活质量及吞咽功能均明显改善, 值得临床应用推广。

【关键词】 间歇性经口至食管管饲法 (IOE); “开窍利咽按摩法”; 脑卒中; 吞咽障碍

【收稿日期】 2023 年 2 月 14 日 **【出刊日期】** 2023 年 4 月 28 日 **【DOI】** 10.12208/j.ijnr.20230169

Application and observation of IOE combined with "open-throat massage method" in rehabilitation care of patients with dysphagia after stroke

Jinyan Qin

The Affiliated Hospital of Youjiang Medical College for Nationalities, Baise, Guangxi

【Abstract】 Objective To observe the application effect of intermittent oral-to-esophageal feeding (IOE) combined with "open-minded pharyngeal massage" in the rehabilitation nursing of patients with dysphagia after stroke. **Methods** A total of 100 patients with dysphagia after stroke admitted to the Department of Rehabilitation Medicine were divided into observation group (intermittent oral-to-esophageal feeding (IOE) combined with "open pharyngeal massage") and control group (ordinary indwelling gastric tube feeding) and 50 cases in each group. All were continuously intervened for 4 weeks. The swallowing function [Rosenbek osmosis-aspiration scale (PAS) score], swallowing disorder degree (VGF) score, and quality of life [assessed by swallowing disorder-specific quality of life scale (SWAL-QOL)] were compared between the two groups before and after the intervention, and the incidence of complications during the intervention was statistically measured. **Results** After 4 weeks of intervention, the PAS score of the two groups was lower than that before the intervention, the VGF score was higher than that before treatment, and the PAS score of the observation group was lower than that of the control group, and the VGF score was higher than that of the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$), the SWAL-QOL score of the two groups after 4 weeks of intervention was higher than that before the intervention, and the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$), and the total incidence of complications during the intervention period between the two groups was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion** During rehabilitation nursing for patients with dysphagia after stroke, intermittent oral to esophageal tube feeding (IOE) combined with "opening orifice and nourishing pharynx massage" can improve the

curative effect of rehabilitation nursing, and the quality of life and swallowing function of patients are significantly improved, which is worthy of clinical application and promotion.

【Keywords】 Intermittent oral to esophageal feeding (IOE); "Opening orifice and benefiting pharynx massage method"; Cerebral apoplexy; dysphagia

吞咽障碍 (swallowing disorders SD) 是指由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管等器官结构和 (或) 功能受损, 不能安全有效地把食物输送到胃内的过程^[1]。吞咽障碍是脑卒中患者最常见的并发症之一, 可影响患者正常的营养吸收及摄食, 易出现营养不良, 同时因吞咽障碍可增加食物误入气管风险, 增加患吸入性肺炎的发生风险^[2-3]。故合理的康复训练已成为脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能恢复的必要手段。常规康复训练通过各种训练方式及饮食护理, 但效果并不能达到预期^[4]。间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 是一种在吞咽障碍患者进食前将导管经口腔插入食管中上段, 根据患者吞咽功能和营养状况可适时调整所注入的食物、药物等, 注食完毕随即拔出口腔营养管, 呈间歇性的进食代偿手段。该方法既可弥补传统留置胃管的缺陷, 减少导管滑脱、吸入性肺炎等并发症的发生, 也可根据患者的机体营养指标和饮食规律进行有计划地调整, 从而达到改善患者营养状况、治疗吞咽障碍的目的。间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 已成为肠内营养管理的一种重要方式^[5], 适用于由于吞咽困难需要长期置管的各类疾病的患者。而开窍利咽按摩法是在穴位按摩的基础上, 患者配合主动吞咽的方法, 可缓解咽喉部肌肉痉挛, 达到改善吞咽功能的目的^[6]。本研究重点观察间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”在脑卒中后吞咽障碍患者康复护理中的应用效果。结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 10 月—2022 年 10 月康复医学科收治的 100 例脑卒中后吞咽障碍患者, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 50 例。纳入标准: ①符合脑卒中的诊断标准^[7]; ②洼田饮水试验^[8]在 III~V 级, 确诊为吞咽障碍患者; ③神志清晰, 生命体征平稳。排除标准: ①既往有精神疾病史的患者; ②既往有脑血管病史的患者; ③治疗依从性差的患者; ④食管癌、口腔癌、上消化道大出血、口腔疾患口腔张不开的患者; ⑤重要脏器功能严重减退或衰竭者。其中观察组男 26 例 女 24 例; 年龄 55~77 岁, 平均 (67.83 ± 3.04) 岁; 病程 9~38d, 平均 (21.04 ± 4.38) d。对

照组男 28 例, 女 22 例; 年龄 54~78 岁, 平均 (68.61 ± 3.12) 岁; 病程 8~36d, 平均 (20.31 ± 4.55) d。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准, 患者及家属均签署研究知情同意书。

1.2 方法

两组患者均采用常规康复护理: ①冷刺激训练: 冰棉签轻轻刺激口腔舌根咽后壁、软腭、腭弓等部位, 嘱咐患者做空吞咽训练; ②唇运动训练: 包括闭唇、噘嘴运动及上抬唇角; ③面部、下颌、峡部训练: 张口至最大, 维持 5s, 将下颌向左右两边移动, 维持 5s, 放松重复 10 次, 紧闭嘴唇, 鼓腮 5s, 做漱口动作重复 5~10 次; ④神经肌肉低频治疗仪治疗; ⑤饮食护理: 开始一般宜少量流质饮食, 以 1 小汤匙为宜。对照组患者采用留置胃管, 观察组给予间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”, 按护理技术操作进行并护理。

(1) 间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 置管前做好评估和解释工作, 告知患者该治疗的目的和优点, 以消除患者的恐惧和顾虑, 以取得患者最大程度的配合, 患者接受后签知情同意书, 制定相应的进食计划。间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 具体置管步骤如下: 患者取半卧位 (床头抬高 30° 以上) 或坐位, 头颈稍向前屈曲。操作者清理好患者口鼻分泌物, 根据无菌操作原则, 将营养管前端 15~20 cm 进行润滑, 随后将营养管缓慢经口腔插入, 经过舌根部至咽部时嘱患者配合做吞咽动作, 使营养管进入食管。通过观察患者呼吸和有无咳嗽等方法判断营养管的位置, 将营养管外口放入水中, 无气泡外冒, 或用灌食器注入少量的温开水, 不少于 20 mL, 观察是否呛咳, 如无则表示置管不在气管内。置管成功后将其固定, 再进行注食。进行患者需要量的注食后, 用温水 50 mL 冲管, 然后封闭营养管外口缓慢拔管。依据实际情况每日喂养 4~6 次, 单次注食 300~500ml。

(2) 开窍利咽按摩法采用点按和指揉相结合的手法, 其中点按: ①拇指端点法: 手握空拳, 拇指伸直并紧靠于食指中节, 以拇指端着力于施术部位或穴位上。前臂与拇指主动力进行持续点压。亦可采用拇指

按法的手法形态、用拇指端进行持续点压；②指揉手法：以拇指罗纹面着力按压在施术部位，带动皮下组织做环形运动的手法。以拇指罗纹面置于施术部位上，余四指置于其相对或合适的位置以助力，腕关节微屈或伸直，拇指主动做环形运动，带动皮肤和皮下组织。

1.3 观察指标

①吞咽功能：干预前及干预 4 周后，采用 Rosenbek 渗透-误吸量表（penetration-aspirationscale, PAS）^[8]、吞咽障碍程度评分（degreescoreofdysphagia, VGF）^[9]。PAS：该量表分为 8 个等级，对应 1~8 分，分数越高吞咽功能越差。VGF：由咽喉期、口腔期、误吸程度 3 个方面共 13 项组成，满分 10 分，分数越高吞咽功能越好。②生活质量：于干预前及干预 4 周后采用吞咽障碍特异性生活质量量表（swallowing quality of life question-naire, SWAL-QOL）^[10]评分评估，包括 11 个维度，共 44 个条目，每个条目 1~5 分，分数越高生活质量越好。③并发症：统计两组干预期间吸入性肺炎、营养不良、晕厥、心律失常发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，经 Shapiro-Wilk 正态性检验计量资料，符合正态分布计量资料采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验，不符合正态分布以中位数及四分位数[M（P25, P75）]表示，组间比较采用非参数 Mann-WhitneyU 秩和检验，组内比较采用 Wilcoxon 符号秩检验。计数资料以例数

和百分比表示，采用 χ^2 检验；如期望值 < 5 采用连续校正检验。以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组吞咽功能比较

干预前，两组 PAS、VGF 评分比较，差异无统计学意义（P > 0.05）；干预 4 周后，两组 PAS 评分均较干预前降低，VGF 评分较干预前升高，且观察组 VGF 评分高于对照组，PAS 评分低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05）。见表 1。

2.2 两组 SWAL-QOL 评分比较

干预前，两组 SWAL-QOL 评分比较，差异无统计学意义（P > 0.05）；干预 4 周后两组 SWAL-QOL 评分均较干预前升高，且观察组高于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05）。见表 2。

3 讨论

脑卒中患者支配吞咽功能的颅神经受损后，因舌运动功能受限，软腭麻痹，进食过程中，因食物经咽部缺乏动力进入食管，在咽部长时间滞留，继而导致吞咽功能障碍发生。脑卒中后吞咽障碍患者易出现误吸引发吸入性肺炎，同时反复呛咳会使患者出现摄物恐惧，出现营养不良，导致其生活质量降低。

临床上常给予脑卒中后吞咽障碍患者常规康复训练，并通过改变饮食方式及适应性代偿策略可降低吸入性肺炎及营养不良发生风险，但难以改善患者吞咽功能障碍。

表 1 两组吞咽功能比较

组别	例数	PAS	VGF
观察组	50		
干预前		6.00 (5.00, 7.00)	4.00 (4.00, 5.00)
干预 4 周		2.00 (2.00, 3.00)	7.50 (7.00, 8.00)
Z 值		8.866	8.883
P		0.001	0.001
对照组	50		
干预前		6.00 (6.00, 7.00)	4.00 (4.00, 5.00)
干预 4 周		4.00 (4.00, 5.00)	6.00 (6.00, 7.00)
Z		8.271	8.435
P		0.001	0.001
U1		1.802	0.000
P1		0.071	1.000
U2		8.948	7.473
P2		0.001	0.001

表 2 两组 SWAL-QOL 评分比较

组别	例数	干预前	干预 4 周	Z	P
观察组	50	111.00 (97.75, 121, 25)	185.00 (177.00, 199.00)	8.619	0.001
对照组	50	108.50 (94.00, 126.25)	131.00 (120.00, 142.00)	8.620	0.001
U		0.107	5.628		
P		0.915	0.001		

而祖国医学认为,脑卒中后吞咽障碍主要表现在咽喉,症结在脑,患者多因肝肾阴虚,气血不能上乘濡养喉舌,邪阻经络,风火痰瘀结于咽喉。开窍利咽按摩法通过按摩舌咽局部穴位,以调整全身脏腑血气,疏通十二经脉经气,进而可改善脑卒中后吞咽障碍患者的症状,其中按摩廉泉可达利咽开窍、疏风通络之功;人迎穴可达调节气血、疏通经络之效;地仓、颊车可开关通络、调节气血;承浆有通经活络、疏风解表、祛痰利窍、调理任督之效;故开窍利咽按摩法用于脑卒中后吞咽障碍患者中可获益。

本研究结果显示,观察组干预 4 周后 PAS 评分低于对照组, VGF 评分高于对照组,显示间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”可有效改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能。同时采用开窍利咽按摩法按摩相应穴位,可疏通经络、益脑开窍、促进咽部气血运行、加快血液循环,促进神经功能恢复以治其本。上述两种方法联合实施,标本兼治,故更利于促进患者吞咽功能恢复。此外,本研究结果显示,观察组 SWAL-QOL 评分高于对照组,提示间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”可改善脑卒中后吞咽障碍患者的生活质量。究其原因,间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”可通过改善患者的吞咽功能,促进患者进食时间及进食形态恢复正常,进而间接提升患者疾病恢复信心。但并发症组间无差异的结果可能与研究观察时间尚短或研究纳入对象条件设置有关,还需要在未来大样本研究,并延长观察时间来明确。

综上所述,脑卒中后吞咽障碍患者在康复护理期间运用间歇性经口至食管管饲法 (IOE) 联合“开窍利咽按摩法”,可提高患者康复护理疗效,患者生活质量及吞咽功能均明显改善,值得临床应用推广。

参考文献

[1] 陈娇,张小培,林满秋.基于微信平台的健康促进随访模式在脑卒中合并吞咽障碍患者中的应用[J].中国医药导

报,2017,23(7):2611-2615.

- [2] Smith EE, Kent DM, Bulsara KR, et al. Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke: A Systematic Review for the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke [J]. Stroke, 2018,49(3): e1 40.
- [3] Oh DH, Park JS, Kim WJ. Effect of neuromuscular electrical stimulation on lip strength and closure function in patients with dysphagia after stroke [J]. J Phys Ther Sci, 2017,29(11):1974-1975.
- [4] 王珊珊,顾莹,刘敏,等.舌压抗阻反馈训练联合神经肌肉电刺激治疗神经性吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(4):322-324.
- [5] 罗蕾蕾,吴鸣,范连彬,等.针刺结合穴位按摩法在脑卒中吞咽康复中的应用研究[J].中国临床保健杂志,2019,22(6):839-841.
- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [7] 窦祖林.吞咽功能障碍的评估与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2009:87.
- [8] Steele CM, Grace-Martin K. Reflections on Clinical and Statistical Use of the Penetration-Aspiration Scale [J]. Dysphagia, 2019,32(5):601-616.
- [9] 夏文广,郑婵娟,华强,等.吞咽障碍评价标准评定脑卒中后吞咽障碍患者的信度和效度分析[J].中华物理医学与康复杂志,2019,31(12):817-819.
- [10] 谭嘉升,丘卫红,刘中良,等.中文版吞咽生命质量量表信度和效度的研究[J].中华物理医学与康复杂志,2019,38(9):669-673.

版权声明: ©2023 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS