·康复护理·

间歇口腔胃管营养法在吞咽障碍患者中的应用

郭 君[1] 苏慈宁[1] 陈维平[1] 李 哲[1]

间歇口腔胃管营养法即进食前将胃管经口腔插入胃内,经胃管将营养丰富的流质饮食、水与药物注入胃内,注入完毕随即拔管的营养供给法。它既是一种进食代偿手段,也是一种治疗吞咽障碍的方法[1]。吞咽障碍是脑卒中患者的常见并发症,若不及时处理,不仅会造成机体营养代谢失调,还会因进食不当引发吸入性肺炎,重者危及生命。2006 年 1—12 月我科对 30 例脑卒中合并吞咽障碍的患者实施间歇口腔胃管营养法,效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对入住我科的 60 例脑卒中伴吞咽障碍患者随机分实验组和对照组,每组 30 例。此 60 例患者出血性卒中 28 例,缺血性卒中 32 例, 经头部 CT 或 MRI 证实, 均为延髓以上病变,属假性延髓性麻痹,全部病例无意识障碍,生命体征平稳,无口腔及咽喉病变,其余治疗基本相同。吞咽功能评估采用洼田氏饮水试验方法进行[2]。患者一般资料见表 1。其病情、病程、年龄差异无显著性意义。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	病程(天)	平均年龄(岁)	性别(例)		吞咽功能评估(例)		
				男	女	轻度	中度	重度
实验组	30	18.0±5.5	51.0±9.2	16	14	5	18	7
对照组	30	17.0±5.9	51.5±10.1	17	13	6	19	5

1.2 方法

评估患者的承受能力、合作程度,了解其心理状态,解释插管的目的,告知应如何配合,以取得合作。操作前需取下义齿, 对听理解严重障碍或不配合的患者可助其咬住牙垫,以便插管。患者取坐位或半坐卧位,下颌稍稍抬起,胃管选用 16F, 导管直径越粗, 对食管下端括约肌扩张及压迫作用越大,易发生胃内容物反流。故应选择较细、较柔软胃管,以减少其对括约肌影响,但导管不宜太细太软,否则易在口腔及咽部盘绕。用饮用水湿润胃管前端,经口腔正中向咽后壁推进导管,当到达咽喉部时(约插入 10cm)嘱患者做吞咽动作,插入长度约 40—50cm。若插管过程中患者出现剧烈呛咳,应立即拔出待稍休息后重新插管。

确定胃管在胃内后即可用注食器注入流质饮食,可根据患者平时食量和每天插管的次数确定注食量,一般每天插管 3—6 次,每次量为 300—600ml,速度宜慢,温度 38—40℃。

注食完毕后,嘱患者做深呼吸,在呼气末拔出胃管,保持该体位至少 30min 方可改变体位。胃管用后用温开水洗净,晾干后保存,每周煮沸消毒胃管 1—2 次,胃管出现变色、变硬时及时更换。

对照组常规插入鼻饲管留置。每次进食前回抽胃液,确保胃管在胃内。

1.3 疗效评价

采用洼田氏饮水试验进行评估。在 5s 内将 30ml 温开水一饮而尽,有呛咳为轻度吞咽困难;在 5—10s 内将 30ml 温水分两次以上饮完, 有呛咳为中度吞咽困难; 多次发生呛咳, 30ml 温水在 10s 内不能饮完,即完全不能经口进食为重度吞咽困难。

分别于入院后 72h 及住院 60d 后对两组患者吞咽功能进行评估。治愈:吞咽功能恢复正常;显效:重度变为轻度;有效:重度变为中度,中度变为轻度;无效:无变化。治愈+显效+有效为总有效数。

患者接受程度根据其主诉、表情、配合程度来判断;吸入性肺炎的诊断参照卓安民[3]标准,符合卫生部颁布的医院感染诊断标准。

1.4 统计学分析

采用 SPSS10.0 统计软件进行数据分析, 结果采用 χ^2 检验。

2 结果与讨论

两组患者进食方法接受程度、吸入性肺炎发生率及吞咽功能康复效果比较见表 2。30d 后患者进食方法的接受程度比较差异有非常显著性意义($P<0.01$);入院时两组患者发生吸入性肺炎的人数差异无显著性意义($P>0.05$),60d 后两组吸入性肺炎的发生率比较差异有显著性意义 ($\chi^2=4.929$,$P<0.05$);吞咽功能康复评估结果显示,实验组的疗效优于对照组,其差异有非常显著性意义($\chi^2=13.413$,$P<0.01$)。

表 2 两组患者接受程度、吸入性肺炎发生率及吞咽功能康复效果比较

组别	例数	接受程度		吸入性肺炎				吞咽康复效果								
		例	%	入院时		住院 60d		痊愈		显效		有效		无效		总有效率
				例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	(%)
实验组	30	30①	100①	19②	63.33②	5③	16.66③	11	36.66	5	16.66	12	40.00	2	6.66	93.33①
对照组	30	4	13.3	18	60.00	14	46.66	4	13.33	4	13.33	6	20.00	16	53.33	46.66

与对照组比较:①$P<0.01$,②$P>0.05$,③$P<0.05$

间歇口腔胃管营养法保证了患者水分和营养代谢的需要,于每次进食时进行,进食外无插入导管的不适,不需要长期戴管、胶布固定,不影响患者外观形象,可减轻重病感,无鼻腔插入的疼痛,无损伤鼻腔黏膜的危险,有利于保持鼻腔、口腔和咽部的卫生,而长期留置胃管的患者因胃管长时间存在于咽喉部,妨碍吞咽运动,患者有明显异物感及刺激性咽痛,不堪耐受常自行拔去。故间歇口腔胃管营养法更易于让

1 郑州大学第五附属医院康复医学科,450052
作者简介:郭君,女,主管护师
收稿日期:2007-04-11

患者接受。

长期留置胃管对患者无论是心理还是生理都是一种创伤, 由于胃管的刺激,上呼吸道分泌物增加,容易引起呼吸道感染、鼻咽喉部溃疡、食管、胃黏膜糜烂等并发症。同时,长期留置胃管的患者存在不同程度的贲门肌肉松弛,胃肠蠕动减慢,所以胃-食道反流率较高[4],易促发或加重肺部感染,故吸入性肺炎的发生率(46.66%)高于应用间歇口腔胃管营养法的患者(16.66%)。

正常吞咽运动分口腔、咽头与食道三期[5],脑血管病患者的吞咽障碍主要在口腔期及咽头期,而应用间歇口腔胃管营养法的患者由于有自己多次吞咽管子的动作,对这两期的相关肌群进行了训练,利于促进口腔和咽腔的运动功能,故具有改善功能障碍的作用。而长期留置胃管易引起咽喉反射迟钝,对吞咽功能改善起着不良影响,甚至可导致废用性吞咽障碍。

总之,在患者生命体征平稳、意识清醒且无口腔及咽喉病变的情况下,及早应用间歇口腔胃管营养法能保证营养的摄入,避免发生误吸,利于减少吸入性肺炎的发生,并对吞咽功能改善起到积极的作用。它改善了患者的心态,提高了生存质量。

参考文献

[1] 方定华,陈小梅,李漪,等.脑血管病临床与康复[M].第 1 版.上海:上海科学技术文献出版社,2001.111.

[2] 李红玲.脑卒中患者的摄食-吞咽障碍[J].中华物理医学与康复,2002,24(5):279—281.

[3] 卓安民.脑卒中急性期病人下呼吸道医院感染临床分析[J].世界感染杂志,2005,(1):77—78.

[4] 岳振琴,谢延香,赵晓丽.脑血管病病人鼻饲并发症的预防及护理[J].承德医学院院报,2001,18(2):140.

[5] 韩蓉蓉.脑梗塞合并假性球麻痹致吞咽困难的康复治疗[J].中国康复医学杂志,2000,16(2):105.

·病例报告·

游戏矫正自闭症儿童异常行为的个案研究

朱友涵[1] 孙桂民[2]

自闭症(autism), 又称孤独症,是由堪纳(Kanner)在 1943 年发现并命名的。《精神疾病诊断与统计手册》第 4 版(DSM-Ⅳ) 把它划为四种广泛性发育障碍中的一种障碍[1]。我国台湾将自闭症界定为 “因精神和心理功能异常而显现出沟通、社会互动、行为及兴趣表现上有严重问题,造成在学习和生活适应上有显著困难,而需要特殊教育服务的一种病症”[2]。此病症特征为缺乏情感反应、语言发育障碍、动作刻板重复和对环境反应奇特[3]。Tonathan 认为“在自闭症中,自我伤害、敌意、刻板行为、破坏行为是最常见的异常行为”[4]。Janney 和 Snell 把这些行为问题按优先处理的顺序分成三个等级,分别是破坏的行为、干扰的行为、分心的行为[5]。这些行为问题如果不及时进行干预,不但会造成学生的心理问题和社会适应困难,使他们自闭倾向日渐严重,而且还会妨碍正常的班级教学秩序。因此,对自闭症儿童的异常行为进行有效、及时地干预是一个值得研究的课题。本文通过游戏干预的倒返实验,对 1 名具有异常行为的自闭症儿童进行研究,旨在探讨在培智学校教学中,集体游戏对自闭症儿童异常行为矫正的实效性,以期为自闭症儿童的教育与康复提供有益的参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本实验采用教师经验判断与专家诊断相结合的方式确定被试。该儿童赵某,男,10 岁,父母均为普通工人,家族经济较为困难,就读于南京市秦淮区特殊教育(培智)学校一年级,智商为 42,被专家诊断为自闭症。

1.2 患儿的异常行为表现

1.2.1 干扰行为:课堂上他不能安静地坐在椅子上听老师讲课,而是一会儿站起来趴在桌子上,一会儿又跑到窗户边,嘴里发出没有意义的声音;偶然坐在椅子上,也不能安静下来,不是用他的手指敲击文具盒, 就是两手按在桌子上, 头和身子不停地晃动,时常会莫明其妙的笑起来或哭起来,但表情很僵硬。严重影响了班级的正常教学。

1.2.2 分心行为:上课注意力较难集中,无论在学习、游戏还是在日常生活中,被试均表现为注意力不能集中或不能持久,时常东张西望,心不在焉,心神不宁,对老师的要求置若罔闻,有意注意能力很差。

1.2.3 孤独行为:常沉浸在自己的世界里,外界的任何信息一般不能引起他的关注。活动时,不与同伴一起合作,经常是自顾自地奔跑,边跑嘴里还会发出莫明其妙的声音,老师的呼喊也不能够使他停下来。自我控制能力差。

1.3 实验方法

1.3.1 倒返实验与设计思路:本研究采用游戏矫正异常行为的倒返实验研究。倒返实验设计也称 A-B-A-B 设计或还原-复制设计,是一种最基本的也是较常用的个案实验法[6]。其基本思路是:首先,在实验处理前的一定时间内观察和记录被试的行为表现作为目标行为的基线期;然后,进行实验处理,观察和记录被试的行为表现;再后,取消实验处理,观察和记录

1 南京特殊教育职业技术学院, 南京市中央门外吉祥庵神农路 1 号, 210038

2 南京市秦淮特殊教育学校

作者简介:朱友涵,男,副教授

收稿日期:2007-05-09