

预见性护理模式对减少脑卒中鼻饲患者误吸发生率的影响

郭鹤¹ 杨洪磊¹ 孙宝祥¹ 王焕南^{2*}

1. 吉林大学第二医院, 吉林 长春 130000
2. 吉林大学中日联谊医院, 吉林 长春 130000

[摘要]目的: 探究预见性护理模式对减少脑卒中鼻饲患者误吸发生率的影响。方法: 选取2023年6月~2024年7月本院收治的80例脑卒中鼻饲患者, 随机分为观察组和参照组, 予以不同护理方法, 观察效果。结果: 观察组误吸、反流、窒息、吸入性肺炎发生率低于参照组 ($P < 0.05$); 观察组出院后6mo自主吞咽能力评分高于参照组 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度高于参照组 ($P < 0.05$)。结论: 对脑卒中鼻饲患者实施预见性护理, 可减少和预防误吸等并发症出现, 保证患者安全, 改善其吞咽能力, 提高护理满意度。

[关键词]脑卒中; 鼻饲; 预见性护理

DOI: 10.33142/cmn.v2i2.14055

中图分类号: R5

文献标识码: A

The Impact of Predictive Nursing Mode on Reducing the Incidence of Aspiration in Stroke Patients Receiving Nasogastric Feeding

GUO He¹, YANG Honglei¹, SUN Baoxiang¹, WANG Huannan^{2*}

1. Second Hospital of Jilin University, Changchun, Jilin, 130000, China
2. China-Japan Union Hospital of Jilin University, Changchun, Jilin, 130000, China

Abstract: Objective: to explore the effect of anticipatory nursing mode on reducing the incidence of aspiration in stroke patients receiving nasogastric feeding. Method: 80 stroke patients who received nasal feeding in our hospital from June 2023 to July 2024 were randomly divided into an observation group and a reference group, and different nursing methods were given to observe the effects. Result: the incidence of aspiration, reflux, asphyxia, and aspiration pneumonia in the observation group was lower than that in the reference group ($P < 0.05$); The autonomous swallowing ability score of the observation group was higher than that of the reference group 6 months after discharge ($P < 0.05$); The nursing satisfaction of the observation group was higher than that of the reference group ($P < 0.05$). Conclusion: proactive nursing for stroke patients receiving nasal feeding can reduce and prevent complications such as aspiration, ensure patient safety, improve swallowing ability, and increase nursing satisfaction.

Keywords: stroke; nasal feeding; proactive nursing

引言

脑卒中是脑中风的一个别名。是突然发起的脑血管的循环障碍疾病, 严重的患者容易因为脑卒中的出现而导致死亡。在脑卒中患者中, 大多数患者会出现吞咽功能障碍, 导致无法通过正常的口腔进食方式获取足够的营养。为了解决这一问题, 许多患者需要接受鼻饲饮食, 即通过一根穿过鼻腔到达胃部的导管来提供流质食物和必要的药物^[1]。然而, 鼻饲过程并非没有风险; 可能会引起一些并发症, 如误吸, 即食物或液体意外进入呼吸道而非胃部, 这种情况会诱发肺炎等严重后果, 对患者的健康造成不利影响。因此, 在实施鼻饲的过程中, 提供适当的护理干预至关重要。定期评估患者的吞咽能力、确保鼻饲管位置正确、调整饮食的质地与粘稠度以减少误吸的风险, 以及监测患者的呼吸状况。通过这些护理措施, 可以显著降低与鼻饲相关的并发症发生率, 从而改善患者的整体健康状况和生活质量。此外, 对于吞咽困难的患者来说, 适时地引入言语治疗师进行吞咽训练也能帮助提高他们的吞咽功能, 减少对长期

鼻饲的依赖。本文探究预见性护理模式对减少脑卒中鼻饲患者误吸发生率的影响, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取2023年6月~2024年7月本院收治的80例脑卒中鼻饲患者, 随机分为观察组和参照组。观察组男25例, 女15例; 年龄48~80岁, 平均年龄(60.0±10.2)岁; 病程周期1d~2个月, 平均病程(1.0±0.2)个月。参照组男22例, 女18例; 年龄47~81岁, 平均年龄(61.0±10.3)岁; 病程周期1d~2个月, 平均病程(1.0±0.3)个月。纳入标准: 所有患者均符合脑卒中临床诊断标准; 所有患者均为鼻饲患者; 所有患者或家属均知情该次研究。排除标准: 存在其他重症疾病者; 存在鼻饲禁忌症者。两组患者在年龄、性别等一般资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

参照组采取常规护理措施, 指导患者饮食, 检查导管

是否阻塞，做好预防感染措施。观察组予以预见性护理，具体内容：①在进行鼻饲插管之前，护理人员需要对患者的综合情况进行全面评估，选用最合适的胃管类型和尺寸。评估患者既往病史、目前的医疗状况等；临床观察和吞咽测试来评估患者的吞咽能力，确定是否有吞咽障碍；检查患者的呼吸模式和肺部听诊，以排除任何潜在的呼吸困难或异常；检查患者的鼻腔是否通畅，是否存在任何阻碍插管的因素，比如鼻息肉或鼻中隔偏曲等；根据上述评估结果，护理人员选择合适的胃管型号和材质。例如，使用较细的胃管，减缓营养液的流速和滴速，从而降低误吸的风险^[2]。此外，还可以考虑使用带有特殊设计的胃管，如有侧孔的胃管，此设计有助于更好地控制营养液的流入速度，并且可以减少堵塞可能性。②以往使用的硅胶胃管插入的深度通常设定在 50 厘米左右。然而这类胃管的侧孔开口往往位于贲门上方的食道内，这使得食物容易从胃中反流回食道，增加了患者出现不适甚至并发症的风险^[3]。为了避免这种情况的发生，护理人员注意调整胃管的插入深度。可将胃管的插入深度增加 8 至 10 厘米，使胃管的末端更深入胃内，远离贲门，以减少食物反流的机会，降低患者因食物反流而引起的不适感和其他并发症的风险。在调整胃管深度之前，应全面评估患者的综合状况，确保新的胃管深度是安全且符合要求。使用 X 射线或超声波等影像学检查手段确认胃管的位置，确保其正确无误地放置在胃内。在调整胃管深度后，需要密切观察患者的情况，判断新的胃管深度是否合适。即使在初始阶段胃管位置正确，也应定期复查胃管的位置，随着时间的推移，胃管可能会移动，尤其是当患者改变体位时^[4]。③开始鼻饲前，适当调整病床角度，45° 左右为宜，根据实际情况进行调整，目的是避免胃内容物反流，进入至呼吸道内。鼻饲过程中以及营养支持完成后短时间内，应持续保持该体位，同时告诫患者不能私自更换体位，若有不舒服及时通报护理人员，协助进行调整^[5]。注意操作手法，尽量不采用容易引起胃内容物反流的操作。如果出现呼吸系统方面的不良症状，需终止操作，随即调整病人体位，选择侧卧位，患者头部略微下垂，以便于呼吸道内的异物排出。若不能自主排出，可使用吸引器，尽快抽取出来，以免引发严重不良后果。④对患者的胃功能进行全面评估，以确保鼻饲过程中的安全性。评估患者的胃功能状态，包括患者的消化系统病史、胃排空情况以及其他可能影响胃功能的因素，确保胃部能够有效地容纳和消化通过鼻饲管提供的食物^[6]。为了确保患者能够安全地接受鼻饲，护理人员需要每 4 小时对胃内残余量进行回抽检测，以判断胃排空的速度和效率。可以通过轻抽鼻饲管，收集胃内的残留物进行测量。如果发现胃内残余量超过 150 毫升，表明患者的胃排空速度较慢，可能存在胃滞留的风险。需要采取措施，例如延长两餐之间的间隔时间，给胃部更多的时间来消化食物^[7]。同时密切关注患者的反应，并根据需要调整鼻饲的量和频率。若

患者的胃排空速度明显减慢，或者胃内残余量持续较高，护理人员应咨询医生的意见，考虑使用促进胃排空的药物，如促胃动力药。⑤依据胃内残余量的评估结果来决定是否对患者输注营养液。要每 4 小时对患者的胃内残余量进行评估，以判断是否适合继续进行鼻饲。根据胃内残余量的评估结果，如果残余量在安全范围内，护理人员可以继续按照预定的计划为患者输注营养液。残余量过高时，护理人员应暂停输注，根据患者的具体情况延长两餐之间的间隔时间，直至胃内残余量降至安全水平^[8]。继续输注营养液时，注意控制输注的速度，以避免输注过快导致胃内压力升高，增加误吸的风险。可以采取缓慢输注的方式，将 200 毫升的营养液在 30 分钟内均匀地输注完毕，以确保胃部有足够的时间消化吸收。需要使用加热器对营养液进行加温，以接近人体正常体温。保持营养液的适宜温度不仅可以提高患者的舒适度，还可减少因冷营养液刺激胃黏膜而引起的胃痉挛^[9]。

1.3 观察指标

观察患者并发症发生情况，分析发生率。自主吞咽能力使用 Barthel 指数开展进食部分的评定，得分越高越好。自制的护理满意度调查问卷，非常满意：分数 ≥ 90 分；满意：分数 ≥ 75 分且 < 90 分；比较满意：分数 ≥ 60 分且 < 75 分；不满意：分数 < 60 分。

1.4 统计学处理

使用 SPSS 26.0 软件，计数资料用 χ^2 检验，% 表示；计量资料用 t 检验，(X ± S) 表示；P < 0.05 为组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组并发症发生情况

观察组误吸、反流、窒息、吸入性肺炎发生率低于参照组 (P < 0.05)，见表 1。

表 1 两组并发症发生情况 [n (%)]

| 组别 | 误吸 | 反流 | 窒息 | 吸入性肺炎 |
|----------|----------|---------|---------|----------|
| 观察组 | 0 (0.00) | 1 (2.5) | 1 (2.5) | 0 (0.00) |
| 参照组 | 3 (7.5) | 2 (5.0) | 2 (5.0) | 1 (2.5) |
| χ^2 | 5.324 | 4.127 | 3.006 | 4.028 |
| P | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.2 两组自主吞咽能力评分

观察组出院后 6mo 自主吞咽能力评分高于参照组 (P < 0.05)，见表 2。

表 2 两组自主吞咽能力评分 (X ± S, 分)

| 组别 | 入院后 | 出院前 | 出院后 6mo |
|-----|-------------|-------------|-------------|
| 观察组 | 4.31 ± 1.73 | 5.12 ± 1.80 | 7.93 ± 2.57 |
| 参照组 | 4.21 ± 1.51 | 5.02 ± 1.03 | 6.16 ± 2.38 |
| t | 0.2567 | 0.2472 | 3.3961 |
| P | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.3 两组护理满意度

观察组护理满意度高于参照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组护理满意度[n (%)]

| 组别 | 非常满意 | 满意 | 比较满意 | 不满意 |
|-----|------------|------------|------------|-----------|
| 观察组 | 18 (45.00) | 11 (27.50) | 9 (22.50) | 2 (5.00) |
| 参照组 | 13 (32.50) | 8 (20.00) | 10 (25.00) | 9 (22.50) |
| t | 2.164 | 3.319 | 2.017 | 8.395 |
| P | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

3 讨论

脑卒中患者由于大脑受损的部位和程度不同,可能会出现各种各样的功能障碍。当大脑梗死面积较大或延髓受损时,常常会导致吞咽功能障碍,使患者难以正常吞咽食物,容易引起呛咳,从而增加肺部感染的风险,无法获得足够的营养支持,对于患者康复极为不利。在这种情况下,临床上通常采用鼻饲营养作为解决方案。鼻饲是一种通过插入鼻腔的软管直接向胃内输送营养液的方法。对于存在吞咽困难的患者,如果仍然尝试经口喂食,不仅会增加呛咳和误吸的风险,还会导致肺部感染等严重并发症,严重影响患者的康复进程。当患者出现吞咽困难时,鼻饲可以避免食物或液体进入呼吸道,减少误吸的风险。对于处于昏迷状态或因呛咳而无法经口进食的患者,鼻饲能够确保患者获得必需的营养素,支持身体的基本代谢需求。充足的营养供应有助于加快患者的身体恢复,尤其是在急性期或康复初期。随着病情的好转和吞咽功能的恢复,患者意识清晰且吞咽功能得到改善,没有出现呛咳的现象,可以考虑逐步恢复经口进食。在这一过程中,护理人员需要密切监测患者的吞咽能力和反应,逐渐过渡到固体食物,确保患者能够安全地进行经口进食。康复情况良好时,可以逐步减少鼻饲的次数,并最终拔除鼻饲管。鼻饲作为一种重要的营养支持手段,在脑卒中患者的康复过程中扮演着关键角色,特别是在患者无法经口进食时。随着患者吞咽功能的恢复,适时地转换到经口进食对于提高患者的生活质量具有重要意义。

本文分析了预见性护理模式对减少脑卒中鼻饲患者误吸发生率的影响,观察组误吸、反流、窒息、吸入性肺炎发生率低于参照组 ($P < 0.05$);观察组出院后 6mo 自主吞咽能力评分高于参照组 ($P < 0.05$);观察组护理满意度高于参照组 ($P < 0.05$)。预见性护理是一种前瞻性的护理方法,强调通过对患者可能发生的并发症进行早期识别和干预,以预防这些问题的发生。对于脑卒中鼻饲患者,预见性护理模式能够显著减少误吸的发生率,从而改善患者的预后和生活质量。预见性护理模式要求护理人员对患者进行全面的评估,包括吞咽功能、呼吸状况等,及早识别出哪些患者更容易发生误吸。通过对患者的风险因素进行早

期识别,制定相应的护理计划。针对每位患者的具体情况,预见性护理模式提倡制定个性化的护理计划,包括调整鼻饲液的质地、温度、输注速度以及患者的体位等。例如,对于存在吞咽困难的患者,可以使用更稠的鼻饲液,并控制输注速度,以减少误吸的风险。预见性护理模式强调持续监测患者的反应和病情变化,定期评估鼻饲的效果以及患者对护理干预的反应,鼓励不断改进护理流程和技术,通过数据分析和质量改进项目来优化护理实践^[10]。

综上,对脑卒中鼻饲患者实施预见性护理,可减少和预防误吸等并发症出现,保证患者安全,改善其吞咽能力,提高护理满意度。在生活中也要注意预防脑卒中,在早上起床的时候,不要急着起来,可以先在床上躺一下,来让身体机能苏醒。可以慢慢地动一下四肢以及头部,并且让血管循环慢慢加速。否则突然起床血管当中的血液突然上升,就容易出现脑卒中的情况。特别是患有高血压的患者,在起床的时候更是需要慢慢来。一些隐藏的脑卒中患者不要常常进行剧烈的运动,例如跑步登山等运动比较激烈,容易导致血压的上升而导致脑卒中,因此不要进行这样的运动,可以选择瑜伽、太极拳等运动来进行,能够有效地让血管的舒张能力增加,并且能够缓解动脉的紧张。在洗漱的过程当中,要选择温水,否则过热或者是过凉的水都会对皮肤进行刺激,容易导致血管出现收缩的情况,会对血压的起伏造成影响。对于脑中风的患者来说,需要及时进行治疗,才能够免除生命健康的威胁。并且出现脑卒中的情况,会容易造成患者瘫痪、失语或者是失明的情况。一些患者更是会反复发作,并且容易出现后遗症,因此更要注意预防。

[参考文献]

- [1]孟晶晶,张利敏.浅析预见性护理对老年痴呆鼻饲患者并发症的影响[J].人人健康,2020,510(1):281-281.
- [2]张宁.预见性护理对重症监护室鼻饲患者的护理效果[J].妇幼护理,2023(2):432-435.
- [3]夏丽娜.预见性护理干预对重症监护室鼻饲患者住院时间和并发症的影响[J].中国医药指南,2022,20(1):177-180.
- [4]王春丽,唐俊,夏萍,等.预见性护理干预在老年卧床患者鼻饲并发症预防中的应用[J].东方药膳,2020,000(19):195.
- [5]李伟茹.预见性护理对重症监护室鼻饲患者的效果及满意度分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(9):4.
- [6]周慧玲.预见性护理配合鼻饲食谱在神经外科鼻饲患者中的应用[J].医学理论与实践,2021,34(5):2.
- [7]刘娟,徐华锐.预见性护理干预对呼吸重症监护室鼻饲

患者住院时间和并发症的影响研究[J]. 养生保健指南, 2021(30): 232.

[8] 於莹. 预见性护理联合早期肠内营养支持对急性脑梗死患者的作用评价[J]. 中国食品工业, 2023(20): 126-128.

[9] 周泉希. 护理干预减少老年患者留置胃管鼻饲并发症的效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2020(11): 2.

[10] 张宇, 金丽亚, 陈燕. 基于奥马哈系统预见性护理在重型颅脑损伤鼻饲患者中应用对营养状态及并发症控制的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(28): 190-193.

作者简介: 郭鹤(1990.10—), 男, 毕业院校: 吉林大学所学专业: 护理, 当前就职单位: 吉林大学第二医院, 职务: 护士, 职称级别: 护师; 王焕南(1990.5—), 女, 毕业院校: 吉林大学, 所学专业: 护理, 当前就职单位: 吉林大学中日联谊医院, 职务: 护士, 职称级别: 主管护师。