

脑卒中后吞咽障碍无缝隙康复护理模式的应用效果探讨

李平

十堰市太和医院，湖北省十堰市，442000；

摘要：目的：研究脑卒中后吞咽障碍无缝隙康复护理模式的应用效果。方法：将2024年2月至2025年10月我院治疗的90例脑卒中后吞咽障碍患者分为两组。观察组45例，对照组45例。对照组采取常规护理，观察组则采用无缝隙康复护理模式。护理后，比较两组患者的中医症状评分（舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳、肢体偏瘫）、吞咽功能改善情况（显效、有效、无效、总有效）、生活质量、护理配合度以及两组患者的护理满意度（非常满意、比较满意、不满意、总满意）。结果：护理后，观察组的舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳、肢体偏瘫等中医症状评分均低于对照组（ $P<0.05$ ），吞咽功能改善情况明显强于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对脑卒中后吞咽障碍患者使用无缝隙康复护理模式，能有效改善患者吞咽功能，提高患者生活质量。

关键词：脑卒中；吞咽障碍；无缝隙康复

DOI：10.69979/3029-2808.26.01.014

脑卒中是临床常见的脑血管疾病，具有高发病率、高致残率、高复发率的特点，我国每年新发脑卒中患者超200万例，其中约50%~70%的患者在发病后会出现吞咽障碍^[1]。吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症之一，主要表现为进食困难、饮水呛咳。不仅会导致患者营养摄入不足、体重下降，更易引发吸入性肺炎、窒息等严重并发症，甚至增加患者死亡率^[2]。并且，吞咽障碍还会影响患者生活质量，导致焦虑、抑郁等心理问题，延长住院时间，加重家庭及社会医疗负担^[3]。目前，临床针对脑卒中后吞咽障碍多采用常规护理模式，包括基础饮食指导、口腔护理、简单吞咽训练等，但该模式存在护理环节碎片化、多学科协作不足、出院后延续性差等问题，导致康复效果受限。本研究旨在通过对比常规护理与无缝隙康复护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果，期望为临床脑卒中后吞咽障碍康复护理方案的制定提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将2024年2月至2025年10月我院收治的90例脑卒中后吞咽障碍患者作为研究对象。纳入标准：①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2022年）》或《中国脑出血诊治指南（2022年）》中脑卒中的诊断标准；②发病时间 ≤ 72 h，生命体征稳定；③存在吞咽障碍，洼田饮水试验分级 \geq III级；④意识清楚，能够配合护理

及康复训练；⑤年龄40~80岁。排除标准：①脑卒中前已存在吞咽障碍；②合并严重心、肝、肾等重要脏器功能衰竭^[4]；③合并认知障碍、精神疾病或沟通障碍，无法配合评估及训练^[5]；④颈部或咽喉部手术史、外伤史；⑤干预过程中出现脑卒中复发或其他严重并发症，需终止研究。其中，对照组患者45例，平均年龄为（66.54 \pm 9.21）岁。观察组患者45例，平均年龄为（66.39 \pm 10.04）岁。两组患者在性别、年龄等一般资料统计学差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

两组患者均接受脑卒中基础治疗，包括改善脑循环、营养神经、控制血压血糖血脂等对症治疗。

对照组患者采用常规护理，包括密切观察患者生命体征、意识状态及吞咽情况，记录进食量、饮水呛咳次数。根据洼田饮水试验分级给予相应饮食，指导患者进食时采取坐位或半坐位，避免低头进食^[6]。每日早晚及进食后用生理盐水清洁口腔，保持口腔湿润。指导患者进行空吞咽训练、舌头运动训练。出院时告知患者及家属居家饮食注意事项，推荐社区康复训练机构，未进行系统延续护理。

观察组患者则采用无缝隙康复护理模式，具体内容包括：（1）入院评估阶段，团队成员共同对患者进行评估，医生评估脑卒中病情及整体预后，康复治疗师采用洼田饮水试验、SSA量表评估吞咽功能，营养师评估

营养状况，心理咨询师评估患者心理状态，制定一人一策的康复护理方案，明确各阶段护理目标、干预措施及责任人；（2）急性期干预阶段，若患者洼田饮水试验超于Ⅲ级，立即给予鼻饲饮食，避免误吸；每日评估吞咽功能，待分级降至Ⅲ级时，逐步过渡到稠厚流质饮食。由康复治疗师指导进行口腔感觉训练、口腔运动训练，护士协助患者进行空吞咽训练，每次训练后观察有无呛咳。营养师根据患者体重、营养状况制定个性化饮食计划，鼻饲患者给予肠内营养制剂，过渡饮食患者给予高蛋白、高热量、易吞咽的食物。心理咨询师每周 1 次与患者沟通，采用倾听、共情、认知行为疗法缓解焦虑、抑郁情绪，同时指导家属给予心理支持，增强患者康复信心；（3）恢复期强化阶段康复治疗师根据患者吞咽功能改善情况，增加训练难度，包括吞咽肌力量训练、吞咽协调性训练、进食训练。每周召开团队会议，根据患者吞咽功能、营养状况、心理状态调整护理方案，如患者出现进食呛咳次数增加，及时调整饮食稠度或暂停经口进食^[7]。护士及康复治疗师对家属进行居家护理培训，包括饮食制作、吞咽训练操作、误吸急救方法，确保家属掌握核心护理技能；（4）出院延续阶段，建立患者随访档案，护士每周 1 次电话随访，每 2 周 1 次上门随访，评估患者居家进食情况、吞咽训练依从性、有无并发症。康复治疗师每 2 周 1 次通过视频指导患者进行进阶训练，调整训练方案。同时，与患者所在社区卫生服务中心建立协作关系，将患者康复护理方案同步至

社区，由社区护士协助监督训练及饮食管理。建立患者微信群，团队成员每日在线解答患者及家属疑问，分享吞咽康复知识，鼓励患者交流康复经验，提高训练依从性。

1.3 观察指标

1.3.1 中医症状评分

使用中医症状评分量表对两组患者进行测评，包括舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳、肢体偏瘫四项，每项满分均为 6 分，分数越低代表患者症状越轻。

1.3.2 吞咽功能改善情况

干预后，对患者进行洼田饮水试验。实验结果Ⅰ级且吞咽功能障碍基本消失为显效，实验结果Ⅱ级且吞咽功能障碍缓解为有效，实验结果Ⅲ级及以上且吞咽功能障碍无变化为无效。

1.4 统计学分析

本文以 SPSS26.0 统计学软件对数据进行分析处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，并采用 t 值检验^[8]。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者中医症状评分对比

护理后，观察组的舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳、肢体偏瘫等中医症状评分均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。详情见表 1。

表 1 观察组和对照组护理结果对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	舌强语謇	吞咽困难	饮水呛咳	肢体偏瘫
观察组	45	1.12 ± 0.24	1.07 ± 0.15	1.15 ± 0.12	1.34 ± 0.28
对照组	45	2.19 ± 0.13	2.16 ± 0.09	2.20 ± 0.08	1.96 ± 0.19
t	-	26.297	41.799	48.839	12.291
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者吞咽功能改善情况

护理后，观察组的吞咽功能改善情况明显强于对照组（ $P < 0.05$ ）。详情见表 2。

表 2 观察组和对照组护理结果对比 $[n(\%)]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效（%）
观察组	45	20	22	3	42（93.33）
对照组	45	15	13	17	28（62.22）
t	-				12.600
P	-				0.000

3 讨论

脑卒中作为全球范围内导致成人残疾的首要原因，

在我国呈现高发病率、高致残率、高复发率的“三高”特征，每年新发患者超 200 万例。其中，吞咽障碍是脑卒中患者发病后最常见的并发症之一，有研究显示吞咽

障碍患者吸入性肺炎发生率是无吞咽障碍患者的3.2倍,且显著增加患者死亡率。目前临床针对脑卒中后吞咽障碍多采用常规护理模式,核心措施包括基础饮食指导、口腔清洁及简单吞咽训练,缺乏对出院后居家康复的系统支持,难以满足患者多维度康复需求。鉴于此,无缝隙康复护理模式作为以患者为中心的高效护理手段,被逐渐应用于脑卒中后吞咽障碍康复护理中。

本次研究随机选取了90例脑卒中后吞咽障碍患者进行测试,研究结果显示,采取无缝隙康复护理模式的患者,其舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳、肢体偏瘫等中医症状评分均低于对照组($P<0.05$),吞咽功能改善情况明显强于对照组($P<0.05$)。表明脑卒中后吞咽障碍无缝隙康复护理模式具有显著的应用效果。常规护理模式的核心缺陷在于重住院、轻居家,患者出院后缺乏系统康复指导,易出现吞咽功能倒退。而无缝隙康复护理模式通过构建的四阶段闭环流程,将康复干预贯穿患者诊疗全周期。本研究中观察组干预后吞咽功能改善情况正是全程连续性干预的直接体现,印证了该流程对吞咽功能恢复的促进作用。并且,本研究还构建了多学科团队实现了各司其职、协同作战,神经内科医生把控患者病情稳定性,确保了康复训练与脑卒中基础治疗无冲突。康复治疗师根据患者吞咽功能分级动态调整训练方案,从基础口腔感觉训练到进阶吞咽协调性训练,确保了干预的专业性与针对性。营养师通过微型营养评定法动态评估营养状态,制定适配吞咽功能的饮食计划,既保障了营养摄入,又降低了误吸风险。心理咨询师通过认知行为疗法缓解患者因进食困难产生的焦虑情绪,提高训练依从性。而护理终末期,医护人员还会及早启动家属培训,确保家属掌握增稠剂使用、海姆立克急救法等关键技能。常规护理中,家属则多仅接受简单出院指导,缺乏系统培训。无缝隙康复护理模式可有效改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能,降低并发症发生率,缩短住院时间,提高护理满意度,形成“医院—家属—社区”的协同支持体系。需要注意的是,本研究存在样

本来源集中,可能存在选择偏倚,结果外推性需多中心研究验证的问题。

综上所述,无缝隙康复护理模式通过优化全程护理流程、整合多学科资源、强化家属参与,可有效改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能,降低并发症发生率,缩短住院时间,提高护理满意度,是一种科学、高效的康复护理模式,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 邹白露,王宝兰.心理-认知-行为干预结合温差刺激式口腔护理在脑卒中后吞咽障碍病人中的应用[J].全科护理,2025,23(18):3491-3494.
- [2] 古晓琳,林献青,韩飞.FEES指导下的脑卒中吞咽障碍患者康复护理的应用[J].右江医学,2025,53(09):820-825.
- [3] 贾传宇,王舒阳,李宇辉.吞咽刺激仪结合肠内营养支持干预对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及营养状况的影响[J].临床医学工程,2025,32(09):947-950.
- [4] 牛冰,王盼盼.摄食行为指导联合咽部冷刺激对脑卒中后口咽期吞咽障碍的改善作用研究[J].黑龙江医药科学,2025,48(09):113-115.
- [5] 周艳,吴艳云,谷建松,等.基于互动达标理论的脑卒中后吞咽障碍患者延续护理方案的构建及应用[J].河北医药,2025,47(08):1386-1389.
- [6] 陈琼梅,李媛芳,吴秀兰,等.可视化吸唾管负压吸引在脑卒中后吞咽障碍患者口腔分泌物清除中的应用研究[J].新医学,2025,56(08):756-763.
- [7] 林美凤,钟丽华,刘新娣,等.实施个性化评估联合全面护理模式对脑卒中吞咽障碍患者误吸预防的价值研究[J].基层医学论坛,2025,29(22):145-148+156.
- [8] 朱莉莉,傅蕾,彭鲜红.改良洼田饮水试验赋能脑卒中后吞咽功能障碍的康复护理研究[J].智慧健康,2025,11(20):205-208.