

脑卒中后吞咽障碍的康复护理干预的临床研究

江青慧 周 妍

重庆市江津区中心医院 重庆 402260

【摘要】：目的：研究和分析脑卒中后吞咽障碍的康复护理干预的临床效果。方法：本研究共纳入 80 例脑卒中后吞咽障碍患者，纳入时间 2024 年 1 月-2025 年 5 月，使用随机数字表法分组，对照组（n=40）行常规护理，观察组（n=40）行康复护理。观察和对比两组并发症发生率及护理前后吞咽功能（洼田饮水试验）分级、营养指标[白蛋白（ALB）、前白蛋白（PA）、转铁蛋白（TRF）、总蛋白（TP）]水平变化。结果：护理前两组吞咽功能分级差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后观察组吞咽功能分级优于对照组（ $P<0.05$ ）。经 1 个月的护理，两组 ALB、PA、TRF、TRF 水平升高，且观察组更高（ $P<0.05$ ）。观察组并发症发生率更低（ $P<0.05$ ）。结论：康复护理应用于脑卒中后吞咽障碍患者，可进一步提高吞咽功能，改善营养状态，并减少并发症。

【关键词】：脑卒中；吞咽障碍；康复护理；洼田饮水试验

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.028

脑卒中是一种常见的脑血管疾病，具有高发病率、高致残率和高死亡率的特点。吞咽障碍是脑卒中后常见后遗症，其发生率高达 30%-65%。吞咽障碍不仅影响患者进食，导致营养不良，还可能引发吸入性肺炎等严重并发症，甚至直接危及患者生命安全。传统护理方法能在一定程度上缓解吞咽障碍的症状，但其效果有限，难以满足患者的康复需求。近年来，康复护理作为一种综合性的干预措施，通过系统的康复训练、个性化的饮食指导和细致的口腔护理，逐渐显示出其在改善吞咽功能、提升营养状态和降低并发症方面的优势^[1]。为了验证康复护理的应用效果，本文以 80 例脑卒中后吞咽障碍患者作为研究对象，以洼田饮水试验分级、营养指标水平、并发症发生率等作为观察指标进行研究分析。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本研究共纳入 80 例脑卒中后吞咽障碍患者，纳入时间 2024 年 1 月-2025 年 5 月，使用随机数字表法分成对照组、观察组，各 40 例。对照组：男/女例数：27/13；年龄：区间 62~78 岁，均值（70.11±3.22）岁；吞咽障碍病程：3~9 个月，平均（6.10±1.33）个月；脑卒中类型：缺血性/出血性例数：28/12。观察组：男/女例数：26/14；年龄：区间 61~79 岁，均值（70.15±3.17）岁；吞咽障碍病程：4~8 个月，平均（6.15±1.24）个月；脑卒中类型：缺血性/出血性例数：28/12。两组一般资料无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①符合《脑血管病防治指南(2024 年版)》^[2]对脑卒中的定义及确诊要求；②符合《中国吞咽障碍康复管理指南(2023 版)》^[3]对吞咽障碍的定义及确诊要求；③一般资料完整、客观；④签署知情同意书。

排除标准：①生命体征不稳定；②合并口腔、咽喉占位性病变；③合并严重的认知、意识、精神障碍；④非脑卒源性吞咽障碍；⑤入组前合并吸入性肺炎等严重并发症；⑥既往接

受系统性吞咽康复训练。

1.2 方法

对照组行常规护理：口头宣教脑卒中后发生吞咽障碍的原因，认真回答患者及家属疑惑，消除错误认知。餐后常规口腔清洁。教会患者正确咳嗽，每 2 h 叩背 1 次，必要时予以负压吸痰。指导患者开展口唇、舌、面部肌肉训练。鼻饲留置胃管者，根据患者吞咽功能恢复情况，及时拔除胃管，尽快过度到经口饮食。

观察组行康复护理：①康复训练：a 咽反射训练：使用蘸有冰水的医用棉签触碰患者舌根、咽喉，每触碰 1 次，指导患者主动吞咽 1 次。每次 10 min，每 3 次。b 吮吸训练：指导患者将其经过清洗、消毒且用无菌纱布包扎的优势手食指放在口腔内，并进行吮吸。每次 2 min，每天 3 次。c 下颚训练：指导患者练习鼓腮、吐气、撅嘴、微笑等动作。每次 2 min，每天 3 次。d 舌训练：指导患者将舌头伸向不同方向。每次每个方向伸 10 下，每天 3 次。e 下颌骨张合运动：指导患者将其经过清洗、消毒且用无菌纱布包扎的优势手食指放入口内甲状软骨，并适当施压，同时进行吮吸。每次 20 下，每天 3 次。f 摄食训练：洼田饮水试验 I 级：坐姿进食，保持专心，细嚼慢咽。II 级：≥90°坐位进食，下巴内收，颈部微前屈。慢速、小口（半茶勺）进食，鼓励患者主动吞咽。III 级：进食量减少到 1/4~1/3 茶勺，以极慢进食，充分咀嚼每口食物，并在吞咽后追加一口吞咽练习。喂食者在患者患侧前方。进餐前后均彻底清洁口腔，避免残留。IV、V 级不可摄食训练，以免误吸。②饮食指导：根据患者的口味、喜好制定食谱，并确保低盐、低脂，多食用富含维生素、粗纤维素、蛋白质的食物。食物性状早期以糊状为主，慢慢增加浓度，最后过度到普食。③口腔护理：洼田饮水试验 I~III 级者，餐前、餐后使用棉签蘸取 0.9 氯化钠注射液对口腔进行清洁。洼田饮水试验 IV、V 级者，床头抬高≥30°。每天使用海绵棒、软毛刷至少给予 3~4 次口腔清洁、消毒，避免细菌定制。每 2 h 翻身、叩背，定期给予吸痰，做

好建立人工气道的准备。

两组均护理1个月。

1.3 观察指标

(1) 吞咽功能分级：行洼田饮水试验，即根据患者饮用30 mL水所需时间及期间呛咳程度进行分级，5 s内一次性喝完，无呛咳，为I级；分2次及以上喝完，无呛咳，为II级；一次性喝完，但有呛咳，为III级；分2次及以上喝完，且有呛咳，为IV级；频繁呛咳，无法喝完，为V级。

(2) 营养指标水平：包括白蛋白（albumin，ALB）、前白蛋白（Prealbumin，PA）、转铁蛋白（Transferrin，TRF）、总蛋白（Total Protein，TP）水平。取患者5 mL空腹外周静脉血，常规离心，取血清，使用全自动生化分析仪（注册人名称：长沙芯生医疗科技有限公司，注册证号：湘械注准20222220407，型号规格：BI60）进行检测。

(3) 并发症发生率：统计吸入性肺炎、胃食管反流、误吸、鼻腔粘膜损伤等并发症发生例数，计算发生率。

1.4 统计学方法

使用SPSS26.0软件处理本研究结果，用t检验计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ），用 χ^2 检验计数资料（%）， $P < 0.05$ 为统计学差异。

2 结果

2.1 吞咽功能分级比较

护理前两组吞咽功能分级差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理后观察组吞咽功能分级优于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 吞咽功能分级比较[n(%)]

时间		护理前				护理后			
组别	观察组	对照组	χ^2	P	观察组	对照组	χ^2	P	
例数	40	40			40	40			
I级	0 (0.00)	0 (0.00)			10 (25.00)	2 (5.00)			
II级	10 (25.00)	10 (25.00)			10 (25.00)	10 (25.00)			
III级	10 (25.00)	12 (30.00)	-0.320	0.749	16(40.0 0)	20 (50.00)	2.169	0.030	
IV级	13 (32.50)	12 (30.00)			4 (10.00)	8 (20.00)			
V级	7 (17.50)	6 (15.00)			0 (0.00)	0 (0.00)			

2.2 营养指标水平

经1个月的护理，两组ALB、PA、TRF、TP水平升高，且观察组更高（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 营养指标水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别		观察组	对照组	t	P
例数		40	40		
ALB	护理前	31.71±6.52	31.20±6.55	0.349	0.728
(g/L)	护理后	39.14±7.52*	35.52±8.24*	2.052	0.043
PA	护理前	222.34±19.78	223.64±17.58	0.311	0.757
(g/L)	护理后	276.34±22.81	258.93±19.72	3.652	<0.001
TRF	护理前	94.42±13.45	94.21±13.55	0.070	0.945
(μg/L)	护理后	105.62±14.97*	98.35±13.97*	2.246	0.028
TP	护理前	50.72±10.55	50.34±10.41	0.162	0.872
(g/L)	护理后	65.32±13.33*	58.44±12.14*	2.413	0.018

注：与护理前相比，* $P < 0.05$

2.3 并发症发生率比较

观察组并发症发生率更低（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 并发症发生率比较[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	40	40		
吸入性肺炎	1 (2.50)	3 (7.50)	-	-
胃食管反流	0 (0.00)	2 (5.00)	-	-
误吸	0 (0.00)	2 (5.00)	-	-
鼻腔粘膜损伤	1 (2.50)	2 (5.00)	-	-
总数	2 (5.00)	9 (22.50)	5.165	0.023

3 讨论

对于脑卒中后吞咽障碍患者，不仅能改善吞咽功能、优化营养状态，还能减少并发症，具有显著的临床和社会价值。

在本次研究中，护理前两组吞咽功能分级差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理后观察组吞咽功能分级优于对照组（ $P < 0.05$ ）。原因分析：康复护理中的咽反射刺激、舌肌运动等针对性训练可通过反复刺激吞咽相关神经通路，促进大脑皮质及脑干吞咽中枢的功能重组，加速受损神经网络的代偿性修复；冰棉签刺激舌根等冷触觉训练可增强咽部敏感度，通过外周感觉输入激活中枢吞咽反射弧，减少吞咽延迟。此外，舌训练可

改善舌骨上肌群力量,增强食团推送能力^[4]。下颌运动可提高咽喉结构稳定性,减少吞咽时气道开放风险。吮吸、鼓腮训练可增强颊肌和口轮匝肌收缩力,改善口腔期吞咽效率。根据洼田饮水试验分级制定个性化摄食方案,如II级患者采用“下巴内收+颈部前屈”体位,利用重力减少误吸;III级者小口慢食、追加吞咽练习,在确保食团完全清除,降低残留的同时,进一步改善体位与进食技巧。

在本次研究中,经1个月的护理,两组ALB、PA、TRF、TRF水平升高,且观察组更高($P<0.05$)。原因分析:通过咽反射训练、摄食体位调整和食物性状改良,显著降低误吸发生率,保障营养摄入安全性,使得患者对进食更有信心。舌肌

训练可增强食团推送力,下颌训练改善咀嚼功能,增加实际摄入量,进一步改善营养指标。在本次研究中,观察组并发症发生率更低($P<0.05$)。原因分析:通过咽反射训练和吞咽动作练习,增强咽喉部肌肉的敏感性和协调性,减少食物或唾液误入气道的风险。进食体位指导、床头抬高 $\geq 30^\circ$,可进一步防止胃内容物反流至呼吸道。餐前餐后彻底清洁口腔,减少细菌滋生,避免细菌随食物或唾液进入肺部引发感染。通过康复训练尽快恢复经口进食,缩短胃管留置时间,从而减少鼻腔粘膜损伤^[5]。

综上所述,康复护理应用于脑卒中后吞咽障碍患者,可进一步提高吞咽功能,改善营养状态,并减少并发症。

参考文献:

- [1] 黄丽珊,曾丽萍,江益娟.早期康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J].福建医药杂志,2024,46(2):157-160.
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.脑血管病防治指南(2024年版)[J].磁共振成像,2025,16(1):1-8.
- [3] 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会.中国吞咽障碍康复管理指南(2023版)[J].中华物理医学与康复杂志,2023,45(12):1057-1072.
- [4] 李坤霞,李坤彬,姚先丽.脑卒中后吞咽障碍与步行能力在康复护理下的效果评价[J].黑龙江医学,2025,49(3):351-353.
- [5] 程双玉,李依婷,胡新亚,等.链式康复护理措施在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].海南医学,2025,36(8):1200-1204.