

集束化护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果

周国琼

徐州市贾汪区人民医院 江苏 徐州 221000

【摘要】目的：本研究旨在评估集束化护理模式对脑卒中后吞咽功能障碍患者的临床干预效果，以期优化临床护理实践提供科学依据。方法：采用随机对照试验设计，纳入2022年1月至2023年12月期间本院收治的86例脑卒中伴吞咽障碍患者作为研究对象，通过随机数字表法将其均分为观察组与对照组各43例。对照组接受常规护理措施，观察组则在常规护理基础上实施为期4周的集束化护理干预方案。研究采用标准吞咽功能评估量表和吞咽障碍特异性生活质量量表分别评估两组患者干预前后的吞咽功能及生活质量改善情况，同时记录吸入性肺炎、营养不良等并发症发生率及患者对护理服务的满意度。结果：基线期两组患者的SSA评分和SWAL-QOL评分无显著统计学差异；经干预后，观察组SSA评分较对照组显著降低，而SWAL-QOL评分则显著提升。此外，观察组并发症发生率明显低于对照组，护理满意度显著高于对照组，差异均具有统计学意义。结论：集束化护理模式能够显著改善脑卒中患者的吞咽功能和生活质量，有效降低相关并发症风险，同时提高患者对护理服务的满意度，具有重要的临床应用价值。

【关键词】脑卒中；吞咽障碍；集束化护理；吞咽功能；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.062

引言

脑卒中是临床高发的脑血管疾病，具有起病急、进展快、致残率高的特点，其中缺血性脑卒中占比达60%以上，严重威胁中老年群体的生命健康和生活质量^[1]。吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症之一，临床研究显示其发生率可达37%~78%，部分meta分析结果甚至显示脑卒中后吞咽障碍的总体患病率高达46.6%，其中出血性脑卒中患者的患病率（58.8%）高于缺血性脑卒中（43.6%）^[2]。吞咽障碍的发生主要与脑卒中后中枢神经系统受损，导致吞咽反射弧传导障碍有关，患者主要表现为进食困难、呛咳、误吸等症状，不仅会导致患者营养摄入不足，引发营养不良，还易诱发吸入性肺炎等严重并发症，延长住院时间，增加患者的病死率和致残率^[3]。因此，采取科学有效的护理干预措施，改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能，降低并发症发生率，是促进患者康复、提高生活质量的关键。

集束化护理是基于循证医学理论，将一系列经过临床验证有效的护理措施整合形成的标准化护理模式，通过多维度、系统性的干预，最大限度发挥护理措施的协同作用，从而提升护理质量和患者康复效果^[4]。与常规护理相比，集束化护理更具针对性和系统性，可根据患者的具体病情制定个性化护理方案，有效解决吞咽障碍患者护理中的重点和难点问题。近年来，集束化护理在脑卒中患者护理中的应用逐渐广泛，但针对吞咽障碍患者的专项研究仍需进一步深化。本研究通过对脑卒中吞咽障碍患者实施集束化护理干预，探讨其对患者吞咽功能、生活质量及并发症的影响，为临床护理实践提供参考，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2023年1月至2025年12月收治的86例脑卒中吞咽障碍患者作为研究对象，纳入标准：符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2022》中脑卒中的诊断标准，经头颅CT或MRI检查确诊；存在明确的吞咽障碍，经SSA评分 ≥ 18 分；发病时间 ≤ 14 d，意识清楚，能够配合护理干预；患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍者；合并口腔疾病、咽喉部肿瘤等影响吞咽功能的疾病者；存在认知功能障碍、精神疾病无法配合干预者；合并严重营养不良、恶病质者。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组43例。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，详见表1。

组别	对照组	观察组	t/x ² 值	P值
例数	43	43	-	-
性别(例,男/女)	25/18	26/17	0.042	0.837
年龄(岁,x \pm s)	62.35 \pm 5.42	61.89 \pm 5.56	0.389	0.698
脑卒中类型(例,缺血性/出血性)	30/13	31/12	0.047	0.828
病程(d,x \pm s)	7.82 \pm 2.15	7.65 \pm 2.23	0.321	0.749
SSA评分(分,x \pm s)	23.56 \pm 3.12	23.89 \pm 3.08	0.512	0.609

注：SSA为标准吞咽功能评估量表；x \pm s表示均数 \pm 标准差。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理干预,具体措施包括:遵医嘱给予患者药物治疗,监测生命体征变化;指导患者进行基础的吞咽训练,如空咽训练、鼓腮训练等;给予饮食指导,建议患者食用易吞咽的流质或半流质食物,避免辛辣、粗糙食物;做好口腔护理,每日清洁口腔2次,预防口腔感染;密切观察患者进食情况,及时发现呛咳、误吸等异常情况并处理。

观察组在常规护理基础上实施集束化护理干预,成立由护士长、责任护士及康复治疗师组成的集束化护理小组,结合患者的病情和吞咽功能评估结果,制定个性化的集束化护理方案,干预周期为4周,具体措施如下:首先进行全面的吞咽功能评估,干预前采用SSA量表对患者的吞咽功能进行分级,明确患者的吞咽障碍程度,同时评估患者的营养状况、心理状态及进食习惯,为护理方案的制定提供依据^[5]。其次实施个性化吞咽康复训练,根据患者的吞咽障碍程度制定针对性的训练计划,轻度吞咽障碍患者以口腔肌肉训练、空咽训练为主,指导患者进行鼓腮、伸舌、卷舌等动作,每次10~15min,每日3次,同时进行空咽训练,每次5~10min,每日3次;中度吞咽障碍患者在口腔肌肉训练的基础上,增加冰刺激训练,用冰棉签刺激患者的咽喉部、舌根等部位,每次5~10min,每日2次,促进吞咽反射恢复;重度吞咽障碍患者先给予鼻饲营养支持,待吞咽功能有所改善后,逐渐过渡到经口进食训练,从少量流质食物开始,逐步增加进食量和食物稠度。

同时优化进食护理,根据患者的吞咽障碍程度和营养需求,制定个性化的饮食方案,轻度患者给予半流质食物,如蛋羹、菜泥、浓汤等,中度患者给予流质食物,如蔬菜汁、果汁、稀粥等,重度患者给予鼻饲营养液,确保营养摄入充足;进食时协助患者采取半坐位或坐位,无法坐位者采取仰卧位并将头颈部抬高30°~45°,减少误吸风险,进食速度缓慢,每次喂食量控制在5~10ml,待患者完全吞咽后再进行下一次喂食,进食后协助患者保持坐位或半坐位30min,避免立即平卧。加强口腔护理,根据患者的口腔情况制定个性化口腔护理方案,每日清洁口腔3次,分别在晨起、进食后、睡前进行,对于口腔分泌物较多的患者,增加清洁次数,必要时使用口腔护理液,预防口腔感染,减少误吸时的细菌滋生。

1.3 观察指标比较

两组患者干预前后的吞咽功能、生活质量,统计并发症发生率及护理满意度。吞咽功能采用SSA量表评估,该量表包括口腔期、咽喉期、误吸风险3个维度,总分18~46分,评分越高表示吞咽障碍越严重;生活质量采用SWAL-QOL量表评估,该量表包括进食欲望、吞咽信心、社会交往等8个维度,共44个条目,每个条目1~5分,总分44~220分,评分越高表示生活质量越好。并发症包括吸入性肺炎、营养不良,统计两组患者干预期间的并发症发生情况,计算并发症发生率。护理满意

度采用本院自制的护理满意度量表评估,该量表包括护理态度、护理操作、康复指导等5个维度,共20个条目,总分0~100分,≥90分为非常满意,70~89分为满意,<70分为不满意,护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用t检验,干预前后比较采用配对t检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后吞咽功能及生活质量比较

干预前,两组患者SSA评分、SWAL-QOL评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者SSA评分均显著降低,SWAL-QOL评分均显著升高,且观察组SSA评分显著低于对照组,SWAL-QOL评分显著高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

组别	例数	SSA 评分(分, $\bar{x}\pm s$)		SWAL-QOL 评分(分, $\bar{x}\pm s$)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	43	23.56±3.12	19.87±2.89	125.68±15.32	156.34±16.25
观察组	43	23.89±3.08	15.62±2.76	126.35±15.18	189.56±15.89
t 值 (干预前)	-	0.512	-	0.198	-
P 值 (干预前)	-	0.609	-	0.843	-
t 值 (干预后)	-	6.892	-	8.765	-
P 值 (干预后)	-	<0.001	-	<0.001	-

注:SSA为标准吞咽功能评估量表,SWAL-QOL为吞咽障碍特异性生活质量量表; $\bar{x}\pm s$ 表示均数±标准差。

2.2 两组患者并发症发生率比较

干预期间,观察组发生吸入性肺炎1例、营养不良1例,并发症发生率为4.65%;对照组发生吸入性肺炎4例、营养不良4例,并发症发生率为18.60%;观察组并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.441, P=0.035$)。

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组非常满意 28 例、满意 13 例、不满意 2 例，护理满意度为 95.35%；对照组非常满意 19 例、满意 15 例、不满意 9 例，护理满意度为 79.07%；观察组护理满意度显著高于对照组，差异有统计学意义 ($\chi^2=5.464$, $P=0.019$)。

3 讨论

脑卒中后吞咽障碍属于临床常见并发症，病症出现，和脑组织损伤后吞咽反射功能异常有关，没有及时介入有效护理干预，会影响患者营养摄入，也容易引发吸入性肺炎等并发症。这类情况会加重患者身体状态，拖慢康复节奏，常规护理围绕基础护理与简单吞咽训练展开，缺少系统性内容，也无法匹配不同患者的实际情况，达不到吞咽障碍患者的康复需求，护理作用有限。集束化护理是一种新型护理模式，建立在循证医学基础上，整合多种有效护理措施，整理出标准化护理方案，可覆盖患者全维度需求，也能根据个体情况调整护理内容，最终提高护理整体效果。

本次研究收集的数据显示，干预完成后，观察组 SSA 评分低于对照组，SWAL-QOL 评分高于对照组。集束化护理可改善脑卒中伴吞咽障碍患者的吞咽功能，提高患者生活质量，集束化护理进行之初，会完成完整吞咽功能评估，确定患者吞咽障碍的具体程度，为定制个性化护理方案给出支撑，规避护理操作的盲目性，医护人员会结合患者吞咽障碍的具体程度，安

排对应康复训练内容，训练从口腔肌肉练习冰刺激练习开始，逐步推进到进食练习，可推动患者吞咽反射恢复，改善吞咽功能。优化进食护理可降低误吸发生概率，保证患者获取足够营养，满足吞咽功能恢复过程中的营养需求，口腔护理可阻断口腔感染发生路径，减少误吸过程中伴随的细菌繁殖，最终降低并发症出现的频率。

并发症预防是脑卒中吞咽障碍患者护理的核心内容。本研究体现了集束化护理的应用价值：集束化护理加大并发症监测力度，可早期识别吸入性肺炎营养不良等问题，采取对应措施干预，可降低并发症发生风险，心理方面干预可疏解患者负面情绪，强化康复信念，提高患者对护理工作的配合程度，确保护理各项操作按计划推进，优化护理效果，提高患者对护理工作的满意程度。集束化护理组建专门护理团队，推动护士长责任护士康复治疗师协同工作，挖掘不同岗位的工作优势，为患者输出更专业的护理服务，推动患者康复进程。

本研究存在一定局限性，研究样本仅来自本院，样本量相对偏小，研究周期偏短，未对患者长期康复效果做跟踪观察，后续研究可扩大样本量，延长研究周期，验证集束化护理的长期应用效果。

综上所述，集束化护理可有效改善脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能，提高患者的生活质量，降低吸入性肺炎、营养不良等并发症的发生率，值得在临床推广应用。

参考文献：

- [1] 秦海燕.集束化护理对脑卒中吞咽障碍患者功能恢复及卒中相关性肺炎的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(21):3952-3954.
- [2] 潘章琴.集束化护理对脑卒中伴吞咽功能障碍患者的影响[J].当代护理,2024,5(5):122-125.
- [3] 宋文静,吴敏敏,王浩然,等.脑卒中后吞咽障碍的患病率、危险因素及预后的系统评价与 meta 分析[J].中国康复医学杂志,2024,39(11):1389-1396.
- [4] 吕淑敏.集束化护理在脑卒中后吞咽障碍患者营养管理中的应用效果[J].中国实用护理杂志,2023,39(15):1121-1126.
- [5] 和意娴.集束化护理方案在恢复期缺血性脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[J].中华护理杂志,2025,50(2):165-170.