

急性脑梗死患者标准化吞咽护理联合早期肢体康复干预的临床效果研究

张嘉丽

航天中心医院 北京 100149

【摘要】目的：研究急性脑梗死患者在采取标准化吞咽护理联合早期肢体康复干预时的影响。方法：2023年1月~2025年1月，选择78例于我院收治的急性脑梗死患者，随机分为两组，分别采取标准化吞咽护理联合早期肢体康复干预和常规护理，比较两组护理效果。结果：观察组生活质量高于对照组，并发症发生率低于对照组，EAT-10及Frenchay评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：急性脑梗死患者采取标准化吞咽护理联合早期肢体康复干预，可提升生活质量，改善吞咽和发音功能，后期并发症发生率同样得到控制。

【关键词】：急性缺血性卒中；标准化吞咽护理；早期肢体康复

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.088

急性脑梗死在临床中有着极高发病率和致残率，患者救治成功后，普遍存在吞咽功能障碍、发音困难以及肢体运动能力障碍^[1]。其中吞咽功能障碍发生后会出现明显的营养不良、吸入性肺炎等并发症，往往需要留置胃管，隔离社交，对患者的身心健康造成的威胁极大。肢体瘫痪则会直接影响生活活动能力，拉低生活质量水平。从单一康复来看，常规的护理方案可以改善患者的预后效果，但离预期值仍存在较大差距^[2]。在常规的吞咽功能护理中，主要通过精准评估分级设施以及代偿策略，减少患者误吸等风险。早期纳入肢体康复干预，可以利用神经可塑性关键期使肢体功能得到极大重建，两者若联合使用，可以有效提高整体的康复效果，全方位改善患者的生存质量以及功能结局。本文便就此展开深入探索，为后期研究提供参考和建议。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2023年1月~2025年1月，选取我院急性脑梗死患者78例，随机分为两组。观察组男19例，女20例，年龄均值 54.25 ± 5.33 岁，住院时间 10.25 ± 0.57 天；对照组男20例，女19例，年龄均值 54.31 ± 5.34 岁，住院时间 10.11 ± 0.13 天。一般资料无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组选择常规护理，主要内容为基础性的体征监测，按照医嘱用药，常规饮食指导，等待患者病情逐渐稳固安排常规肢体活动训练，对于吞咽功能障碍者可以给予鼻饲。

观察组选择标准化吞咽护理联合早期肢体康复，具体内容包括：

（1）精准评估和分级。在患者入院的24小时内，安排经过统一培训的护士选择吞咽功能评估量表，对患者的具体状况进行深度评估，阳性者需联合康复治疗师进行容积黏度-吞咽测

试，以此来评估患者客观的吞咽安全性以及有效性。并按照不同吞咽障碍程度将患者划分为轻，中，重三组，然后制定个体性的设施方案。

（2）饮食管理。对于轻度吞咽功能障碍者，可以给予经口进食，食物的选择以黏稠食物为主，并规范每一口的摄食量控制为10ml。进食时由护理人员引导患者躯干呈30度以上的半卧位，头部前屈。中度吞咽功能障碍者增加流质或黏糊状食物，严格执行低头吞咽，空吞咽交替，进餐时间控制在30分钟以内。重度吞咽功能障碍者暂停进食，进行鼻饲管营养支持，每日进行基础的吞咽功能训练。

（3）口腔护理及感觉刺激。在每日三餐前需要对患者进行冷刺激，选择冰棉棒蘸取少量酸味溶液对患者的唇周皮结、双侧软腭、舌根后部顺序进行点刷，每个部位需停留3~5秒，每次冰刺激持续10分钟。然后选择软毛砂对患者的口腔进行深度清洁，确保口腔内无食物残留，防止隐匿性误吸。

（4）早期肢体康复干预。良肢位摆放，对于前期入院急性发病期，患者行绝对卧床护理，将患侧肢体关节外展上肢、肩、肘、腕、指伸展后，掌心朝上，患侧下肢则将髋关节稍内旋，膝关节微屈。每间隔2小时进行一次翻身，交替选择患侧健侧仰卧位。

（5）被动及主动关节训练。在发病48小时之内，安排专业康复治疗师和护士协同，针对患者的肩、肘、腕、髋、膝等关节进行缓慢被动活动训练，必须保证全范围均能够得到活动，每个关节训练15~20次，早晚各一组。当患者出现微弱的主动运动，可以转变为辅助训练，增加双桥式运动等模式。

（6）神经发育管理。选择对角螺旋模式对患者的患肢行运动刺激，然后结合Rood技术进行刷擦，刺激低阈值活动单位。除此之外，需要指导患者的健侧肢体进行活动，以此来带动患侧形成双侧的对称性训练。

1.3 观察指标

生活质量水平的判定采取健康调查简表（SF-36），涉及 8 项指标，满分 100 分，得分与生活质量成正比。

并发症发生率对比指标为肺部感染、压疮、心律失常、血栓。

EAT-10 评估患者的吞咽功能，该量表共计包含十个条目，每个条目按照 0~4 分计分，共计 40 分，得分越高则表示吞咽功能障碍越严重^[3]。Frenchay 则评估患者构音障碍，共计纳入反射、唇、颌、呼吸、软腭、喉、舌、言语等八项指标，分值为 0~28，得分越低则表示构音障碍越严重。

1.4 统计方法

SPSS20.0 为本文运用的统计学软件， $n(\%) / \chi^2$ 检验为计数指标描述方法，两组指标数据对比具有较大差异时 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 生活质量对比

观察组生活质量高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 生活质量对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	观察组	对照组	T	P
n	39	39	/	/
生理机能	89.26 ± 5.14	74.24 ± 5.64	12.292	0.000
生理职能	87.31 ± 5.69	76.25 ± 5.97	8.375	0.000
社会功能	84.25 ± 5.97	75.67 ± 5.88	6.394	0.000
情感职能	83.21 ± 5.19	78.26 ± 5.19	4.212	0.000
精神健康	84.18 ± 5.98	79.25 ± 5.96	3.647	0.000
一般健康	83.25 ± 5.23	77.29 ± 5.19	5.052	0.000
躯体疼痛	84.96 ± 5.98	78.62 ± 6.25	4.577	0.000
精力	87.85 ± 5.14	77.98 ± 5.96	7.832	0.000

2.2 并发症发生率对比

观察组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 并发症发生率对比（ χ^2 ，%）

组别	观察组	对照组	χ^2	P
n	39	39	\	\
肺部感染	0(0.00)	1(2.56)	\	\
压疮	0(0.00)	3(7.69)	\	\

心律失常	1(2.56)	2(5.13)	\	\
血栓	0(0.00)	1(2.56)	\	\
并发症发生率	1(2.56)	7(17.95)	5.014	0.025

2.3 EAT-10 及 Frenchay 评分对比

两组护理前 EAT-10 及 Frenchay 评分无统计学差异（ $P > 0.05$ ），护理后差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 EAT-10 及 Frenchay 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		观察组	对照组	t	P
n		39	39	/	/
EAT-10	护理前	33.87±4.51	33.98±4.28	0.110	0.912
	护理后	18.96±3.54	22.98±3.01	5.403	0.000
Frenchay	护理前	22.98±3.98	22.88±3.47	0.118	0.906
	护理后	13.87±2.17	16.97±2.87	5.381	0.000

3 讨论

在急性脑梗死患者中，由于发病后肢体功能受损，明显普遍存在吞咽功能障碍，所以在护理措施的选择上应当采取联合护理形式，着重对患者的肢体功能以及吞咽功能提供康复训练，这是提高他们生活质量的关键所在^[4]。

本次研究中，首先对比两组生活质量水平，观察组高于对照组 p 小于 0.05。具体分析来看：在急性脑梗死患者中，生活质量受到吞咽功能、运动能力、心理健康等多重因素的影响，在本次联合护理中标准化的吞咽护理，首先使患者的经口进食能力得到显著提升，有利于摆脱鼻饲管，这一转变不仅仅是生理功能的改善，同时也能在极大程度上优化其负性情绪^[5]。因为经口进食使患者的基本味觉体验和社交参与感得到极大提升，消解了因无法吃饭、丧失的自我尊严感。在此基础上，配合早期肢体功能康复训练，从绝对卧床期到被动活动训练^[6]。再到患者能够自理、生活日常行为，每一次进步都能强化患者战胜病情的信心，生活质量因此提高。

对比两组患者并发症发生率，观察组低于对照组 p 小于 0.05。具体分析来看：标准化吞咽护理的应用，结合每位患者的吞咽功能障碍水平来制定对应的康复方案，防止凭护士个人经验来盲目喂食^[7]。进食期间严格的体位管理、进食量控制，代偿性吞咽动作等辅助，能够在极大程度上防止误吸事件的发生。在完成进食后做好每日口腔的清洁以及检查，防止细菌滋生，诱发肺部感染等异常风险。另外，早期肢体康复训练可以通过主被动的活动训练，显著改善患者卧床期间的静脉回流情况，有效防止了肩手综合征、下肢深静脉压血栓的形成，这些并发症在极大程度上增加了住院期间死亡风险，因此并发症发

生率明显降低。

最后对比两组患者的吞咽功能水平，观察组高于对照组 $p < 0.05$ 。具体分析来看：标准化吞咽护理的冰刺激和味觉刷擦，在很大程度上改善了患者的神经阈值强度，通过反复性刺激，能够有助于吞咽皮层的运动能力重建^[8]。黏稠剂的使用和喂食期间的体位调整，可以从力学层面上减轻患者吞咽功能障碍水平，使他们对口腔肌肉的控制能力显著提高^[9-10]。患者在相对安全的状况下，进行吞咽动作的训练产生正向反馈，因此整体

的吞咽功能得到极大改善。早期肢体康复训练给予关节被动活动本体感觉刺激，能够极大程度上激活剩余残存的神经元集群，促进侧支芽生以及突出重塑，通过早期足量，正确的运动输入，因此患者的自主运动能力得到极大改善。

综上在急性脑梗死患者中，开展标准化通感护理，联合早期肢体康复训练时，对于吞咽功能的改善尤为明显，能够提高生活质量水平，降低并发症发生，值得推广。

参考文献：

- [1] 毛晓岚,王国庆,陈荣,等.护士脑卒中吞咽障碍知情量表构建及信效度检测[J].中国实用护理杂志,2021,37(15):1140-1145.
- [2] 王云,鹿宇林,徐芬,等.头颈部控制及呼吸肌训练在早期脑卒中吞咽障碍患者中的康复效果分析[J].西北国防医学杂志,2020,224(02):60-64.
- [3] 胡婷婷,邓景贵,覃佩,等.脑卒中后环咽肌失弛缓症患者吞咽障碍康复策略的研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(02):184-188.
- [4] 陈巧凤.艾灸联合护理程序干预对脑卒中患者吞咽困难症状康复的影响[J].新乡医学院学报,2020,037(003):291-295.
- [5] 李莉莉,刘萍,阮恒芳,等.护士主导的吞咽障碍分级管理在神经内科脑卒中患者中的应用[J].中国护理管理,2020,020(002):304-308.
- [6] 孙慧,时文莉,韩亚莲.脑卒中伴吞咽障碍患者的康复护理及心理护理分析[J].山西医药杂志,2020,49(06):108-110.
- [7] 邓洪华,程岩,刘媛,等.医养结合对脑卒中吞咽障碍患者的康复与护理效果观察[J].河北医药,2020,42(17):133-137.
- [8] 管文娟,陈霞,胡伟,等.过程指标在急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复中的应用价值[J].安徽医学,2020,41(05):96-99.
- [9] 杨余华,曹建,周小燕.针刺,理疗联合冰柠檬酸刺激对脑卒中后吞咽障碍病人康复效果的影响[J].护理研究,2019,033(003):386-389.
- [10] 张秋,王玉龙,方锐,et al.脑卒中吞咽障碍患者早期行经皮内镜下胃造瘘术对康复效果的影响分析[J].中国康复,2019,34(9):461-464.