

互联网+护理服务对卒中后吞咽障碍患者应用中医适宜技术康复的干预性研究

任翠美 赵治霞

山东第一医科大学第二附属医院 山东 泰安 271000

【摘要】目的：探讨卒中后吞咽障碍患者采用基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复的效果。方法：选取我院 2024 年 11 月至 2026 年 11 月收治的 80 例卒中后吞咽障碍患者作为研究对象，按照随机数字表法分为每组 40 例的参照组（采用常规护理模式与康复训练）及干预组（采用基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术），比较两组不同护理方案下的标准吞咽评估（SSA）量表、日常生活能力评分（ADL）、康复锻炼依从性改善效果。结果：入院时，两组 SSA 评分对比无差异， $P>0.05$ ；出院 1 个月后，干预组 SSA 评分低于参照组， $P<0.05$ ；入院时，两组 ADL 评分对比无差异， $P>0.05$ ；出院 1 个月后，干预组 ADL 评分高于参照组， $P<0.05$ ；入院时，两组康复锻炼依从性评分对比无差异， $P>0.05$ ；出院 1 个月后，干预组评分均高于参照组， $P<0.05$ 。结论：卒中后吞咽障碍患者采用基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复效果显著，能够在改善患者吞咽功能的同时，提高其日常活动能力与锻炼依从性。

【关键词】卒中；吞咽障碍；互联网；护理服务；中医技术

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.040

脑卒中是临床常见且高发的一种脑血管疾病，绝大多数患者在抢救成功后会出现不同程度的吞咽障碍。而吞咽障碍在日常生活中又会导致患者出现进食困难、饮水呛咳等症状，极易引起脱水、营养不良以及吸入性肺炎等并发症，导致康复进程被延长，进一步增加二次入院概率，降低患者日常生活质量与远期生存质量，在一定程度上给家庭照护带来负担^[1]。临床当下开展的规范化吞咽康复训练相对成熟，但患者在病情稳定后通常会选择居家康复，而大部分家庭欠缺专业化康复指导，导致康复训练效果欠佳，患者训练依从性降低，吞咽功能恢复进展受限，院内-院外衔接断层是目前临床卒中吞咽障碍康复的重要难题之一^[2]。互联网+护理服务基于线上平台摒弃常规训练的不足，能够将院内专业护理延伸至院外家庭场景中^[3]。中医适宜技术具有操作安全且无创的优势，主要涵盖穴位案例、耳穴压豆、穴位贴敷以及吞咽导引等方式，在卒中后功能障碍康复方面优势突出^[4]。基于此，本文旨在对卒中后吞咽障碍患者采用基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复的效果加以分析，内容如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料

选取我院 2024 年 11 月至 2026 年 11 月收治的卒中后吞咽障碍患者，按照随机数字表法分为每组 40 例的参照组与干预组，其中参照组男女各有 20 例，年龄 45-75 岁，平均（59.15

± 1.27 ）岁，病程 1-3 个月，平均（2.41 ± 0.12 ）月。干预组男女各有 16、24 例，年龄 45-75 岁，平均（58.12 ± 6.12 ）岁，病程 1-3 个月，平均（2.45 ± 0.19 ）月。两组基线资料对比无差异， $P>0.05$ 。研究已获得伦理委员会审核批准。

纳入标准：（1）参考《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》^[5]诊断标准，病情稳定且消化功能正常；（2）均在洼田饮水试验下证明存在不同程度的吞咽障碍；（3）病程 ≤ 3 个月；（4）神志清晰，能够熟练操作智能手机，拥有微信账号者；（5）研究已获得所有患者及家属知晓同意，均签订知情同意书。

排除标准：（1）严重心脑血管、肝肾等重要脏器功能不全者；（2）沟通障碍，听力、理解能力极差；（3）伴精神疾病者；（4）因个人因素中途退出研究者。

1.2 方法

参照组采用常规护理模式与康复训练，措施如下：在入院阶段实施常规健康教育，为患者讲解卒中相关知识、吞咽障碍存在的风险以及日常饮食注意事项。指导患者基础吞咽康复动作，如 ice-massage 冰刺激训练、颊肌咀嚼训练、空吞咽训练，指导家属掌握进食体位管理，在进食时需将床头抬高 30-45°，或将体位调整至坐位，选择适宜的性状食物，避免呛咳与误吸。在患者出院时发放纸质康复手册，针对性告知患者与家属居家康复要点，并叮嘱患者每日坚持开展康复锻炼。督促其每月定期来院复诊，常规开展电话随访，及时解答患者疑问。

项目来源：泰安市科技创新发展项目（政策引导类）。

项目名称：互联网+护理服务对卒中后吞咽障碍患者应用中医适宜技术康复的干预性研究。

项目编号：2024NS442。

干预组采用基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术，在患者出院当日建立互联网线上护理服务交流群，由中医护理及康复专科等护理人员组建干预小组，措施如下：

（1）线上管理：借助微信交流平台为其分享中医护理及吞咽康复科普短视频，并每周开展2次线上视频随访，指导患者及家属如何正确实操。线上查阅患者训练成果，及时纠正其错误动作。根据患者实际情况建立个人康复电子档案，密切记录患者居家锻炼期间的吞咽功能变化情况。

（2）中医适宜技术康复：①耳穴压豆：选择患者胃、脾、皮质下、脑干及咽喉等处穴位，使用王不留行籽贴压，每日自行按压3-5次，每次每穴按压30-60秒，双耳交替按压，3d更换1次。②点按颈项部穴位：选择患者天突、翳风、风池、廉泉等处穴位，轻柔点揉每个穴位1-2min，每日2次。③吞咽引导训练：配合中医调息，开展空咽、叩齿、鼓腮等引导动作，每日早晚各训练1组，每组20次。

（3）上门补充护理：对于部分无法通过线上开展的操作指导，可通过线上预约护理上门服务，为患者上门示范操作，同时对家属学习情况进行实操考核。

（4）心理与照护干预：线上同步疏导患者消极心理，督促家属监督患者每日完成康复任何，并及时解答患者居家康复的各类问题。

两组干预周期均为3个月。

1.3 观察指标

（1）分别在入院时及出院1个月采用标准吞咽评估（SSA）^[6]量表评估患者吞咽功能改善效果，量表总分为18-46分，评分越高则表示患者吞咽功能越好。

（2）分别在入院时及出院1个月采用日常生活能力评定量表（ADL）^[7]对比两组日常活动能力改善情况，量表总分：100分：患者日常生活中不需要依赖他人，可自理；>60分：症状良，生活能力存在轻度功能障碍，但基本操作可以自理；60-41分：中度障碍，日常生活需要帮助；40-21分：患者存在重度障碍，明显需要依赖他人；<20分：完全障碍，日常生活中需要完全依赖他人。评分越高则表示患者生活能力越好。

（3）分别在入院时及出院1个月采用社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表比较两组康复锻炼依从性，量表涵盖学习依从性、检测依从性以及参与依从性三个维度，量表共计14个条目，各分值为1-4分，评分结果越高则表示康复依从性越好。

1.4 统计学处理

采用SPSS24.0统计软件对所得数据进行分析处理，计数资料采用百分比表示， χ^2 检验，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，t检验，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SSA 评分

入院时，两组SSA评分对比无差异， $P > 0.05$ ；出院1个月后，干预组SSA评分低于参照组， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 比较两组SSA评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	参照组	干预组	t	P
n	40	40	-	-
入院时	34.29 ± 3.51	33.78 ± 3.25	0.674	0.502
出院1个月后	28.41 ± 3.14	23.25 ± 3.80	6.620	<0.001

2.2 两组 ADL 评分

入院时，两组ADL评分对比无差异， $P > 0.05$ ；出院1个月后，干预组ADL评分高于参照组， $P < 0.05$ ，见表2。

表2 比较两组ADL评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	参照组	干预组	t	P
n	40	40	-	-
入院时	45.76 ± 6.28	44.39 ± 6.45	0.962	0.339
出院1个月后	56.52 ± 6.17	67.84 ± 7.32	7.478	<0.001

2.3 两组康复锻炼依从性

入院时，两组康复锻炼依从性评分对比无差异， $P > 0.05$ ；出院1个月后，干预组评分均高于参照组， $P < 0.05$ ，见表3。

表3 比较两组康复锻炼依从性（分， $\bar{x} \pm s$ ）

	组别	参照组	干预组	t	P
	n	40	40	-	-
学习	入院时	2.05±0.36	2.09±0.41	0.464	0.644
	出院 1 个月后	2.74±0.25	3.31±0.14	12.582	<0.001
监测	入院时	2.67±0.14	2.72±0.17	1.436	0.155
	出院 1 个月后	3.07±1.02	3.65±0.13	3.567	<0.001
参与	入院时	1.80±0.24	1.87±0.31	1.129	0.262
	出院 1 个月后	2.71±0.12	3.57±0.34	15.085	<0.001

3 讨论

现阶段，随着临床急救体系的不断完善，脑卒中死亡率得到有效控制，但病后高发的吞咽障碍症状依旧居高不下。中医将卒中后吞咽障碍划分为“中风-喉痹”等范畴，此类患者口咽肌群协调能力降低，吞咽反射功能延迟，故存在一定的呛咳与误吸风险，极易引起营养不良与吸入性肺炎，直接影响了患

者整体康复周期^[8]。故寻找能够适用于院内延伸至院外的居家康复训练方案,对改善卒中吞咽功能障碍患者的预后恢复具有重要意义。

本次研究结果表明,干预组 SSA 评分低于参照组, $P < 0.05$ 。表明互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复能够有效促进卒中后吞咽障碍患者的病情康复。究其原因在于,中医理论认为卒中后出现吞咽障碍的主要病因在于气血逆乱,风痰瘀血阻滞经络,咽喉失于气血濡养,咽喉关窍不利而导致吞咽失常。研究采用耳穴压豆选取胃、脾、皮质下、脑干及咽喉等穴位,通过持续刺激局部穴位调节脏腑气机,反射性激活吞咽中枢,调节吞咽反射弧^[9]。而点按揉动天突、翳风、风池及廉泉等穴位,可促进局部气血运行,疏通咽喉部经络,改善口咽舌肌的神经兴奋性与供血。除此之外,配以吞咽引导训练能够锻炼咽缩肌、舌肌以及颊肌协调性与肌群力量,改善咽期与口腔期吞咽动作^[10]。基于多途径共同作用下,改善患者吞咽反射功能,促进其功能恢复。另两组日常活动能力对比,干预组 ADL 评分高于参照组, $P < 0.05$ 。证实卒中后吞咽障碍患者在互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复,对日常生活质

量的改善具有显著作用。分析其原因在于,在上述一系列作用干预下,患者吞咽功能得到显著改善,故其进食安全性随之提升,降低了误吸与呛咳发生率,患者能够独立完成进食,有效保障其机体营养供给,患者整体生理与心理状态好转,故其日常活动能力有所提高。研究结果还表明,干预组评分均高于参照组, $P < 0.05$ 。进而提示基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复能够显著改善卒中后吞咽障碍患者居家期间的康复积极性,为后期康复奠定良好基础。可能是因为互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复基于线上交流平台,开展视频随访、上门补充指导、线上反馈等方式,能够及时纠正患者错误训练行为,动态化督促其康复过程,配以线上心理干预,能够缓解其负面情绪,进而提高患者自主学习积极性,同时指导家属共同参与学习并承担监督交涉,能够形成“医护-患者-家属”协同康复的正向循环,以此强化康复效果。

综上所述,卒中后吞咽障碍患者采用基于互联网联合护理服务下开展中医适宜技术康复效果确切可行,不仅能够促进患者吞咽功能好转,还可提升其日常活动能力与锻炼依从性,临床康复护理应用价值良好。

参考文献:

- [1] 王依贵,熊玲玲,伍崇英,等.基于 IMB 模型的“互联网+”延续护理在喉癌术后患者吞咽康复训练中的应用研究[J].检验医学与临床,2025,22(16):2271-2275.
- [2] 李文丽,余娟娟,杨志远.咽三针联合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍疗效研究[J].湖北中医药大学学报,2026,28(2):93-95.
- [3] 张丽荣,武艺玲.中医康复疗法联合功能锻炼用于脑卒中吞咽障碍患者效果分析[J].中国基层医药,2025,32(12):1884-1888.
- [4] 张留,刘燎原.接气通经法针刺联合吞咽康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床观察[J].安徽中医药大学学报,2025,44(2):68-72.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性卒中诊治指南 2023[J].中华神经科杂志,2024,57(6):523-559.
- [6] 孙丽娜.综合康复训练联合穴位按摩干预脑卒中吞咽障碍患者疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(4):14-16.
- [7] 张雯,金海涛,王非,等.不同频率电针廉泉穴联合吞咽康复训练对脑卒中吞咽障碍患者疗效及血清 BDNF、SP 水平的影响[J].西部中医药,2023,36(7):125-129.
- [8] 陈志秀,毛忠南,张晓凌,等.舌针联合康复训练治疗中风后口腔期吞咽障碍(气虚血瘀型)的临床研究[J].针灸临床杂志,2023,39(5):31-36.
- [9] 傅娟,楼月玲,张岚.基于目标设置的阶段性健康教育理论在气管切开吞咽障碍康复训练中的应用价值[J].中国基层医药,2023,30(2):308-311.
- [10] 赵培华.针灸联合中医康复标准化训练治疗脑卒中吞咽障碍患者的临床效果观察[J].中国标准化,2023(16):261-264.