

早期吞咽功能训练护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的疗效探讨

吕海玉

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】：目的：探讨早期吞咽功能训练护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的疗效。方法：选取我院2025年4月-2026年4月收治的74例脑卒中后吞咽障碍患者，按随机分组法分为观察组和对照组各37例。对照组采取常规护理，观察组实施早期吞咽功能训练护理。结果：观察组患者吞咽功能评分及Barthel指数评分优于对照组患者，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者并发症发生率低于对照组患者，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者营养指标优于对照组患者，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者生活质量评分高于对照组患者生活质量评分，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对于脑卒中后吞咽障碍患者来说，早期吞咽功能训练护理的实施能够促进患者吞咽功能得到有效改善，提升机体营养水平，提高生活质量，同时还能降低误吸、肺部感染等并发症的发生率，加快患者康复，值得临床推广应用。

【关键词】：早期吞咽功能训练护理；脑卒中；吞咽障碍；护理疗效

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.046

脑卒中后吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症之一，临床症状表现为吞咽困难、饮水呛咳等，吞咽障碍不仅影响患者正常进食，还会降低患者机体营养水平，甚至在进食过程中还易引发误吸、感染等更严重并发症^[1-2]。目前临床治疗吞咽障碍主要采取常规护理干预方式，包括常规饮食指导、基础口腔清洁等，该护理干预的进行能够实现对多数护理风险的防控，但并未对吞咽功能进行针对性训练护理，使得患者受损的吞咽肌群与神经功能无法得到有效修复，这会让护理效果存在较强的局限性，降低患者预后质量。随现代康复医学的快速发展，早期康复介入理念已用于脑卒中后遗症护理中，通过早期指导患者进行吞咽功能训练，可更好地激活患者吞咽神经通路，强化吞咽反射，帮助患者更快修复吞咽功能。本院对脑卒中后吞咽障碍患者实施早期吞咽功能训练护理，现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2025年4月-2026年4月收治的74例脑卒中后吞咽障碍患者，按随机分组法分为观察组和对照组各37例。观察组中，男性患者与女性患者比例为20:17，年龄51-78岁，平均（ 65.15 ± 6.23 ）岁；脑梗死21例，脑出血16例；病程2-10d，平均（ 5.16 ± 1.24 ）d；吞咽障碍分级：轻度14例，中度18例，重度5例。对照组中，男性患者与女性患者比例为22:15，年龄52-79岁，平均（ 64.89 ± 6.17 ）岁；脑梗死20例，脑出血17例；病程2-9d，平均（ 5.08 ± 1.26 ）d；吞咽障碍分级：轻度15例，中度17例，重度5例。两组患者一般资料不具有统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，值得深入研究。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组患者采取常规护理，包括监测患者体征及病情变化、为患者提供舒适康复环境、评估患者吞咽情况指导进食、

做好基础健康宣教、指导患者进行口腔清洁、安抚疏导患者负面情绪等护理内容^[3-4]。

观察组患者实施早期吞咽功能训练护理，在患者体征稳定后，于入院48h内开始训练，每日训练2次，每次时长控制在30-40min，在实际训练护理期间结合患者的个体情况合理调整训练内容和强度，具体训练内容如下：

（1）口腔肌群训练。指导患者进行唇部训练，包括噘嘴、抿嘴、鼓腮等，每个动作保持5s后放松，一日做两组，每组每个动作10次，若患者肌力偏低，可由护理人员用手指辅助按压唇部完成。指导患者进行舌部训练，包括缩舌、伸舌、左右摆舌等，每个动作保持3s后放松，一日做两组，每组每个动作15次，若患者舌运动障碍，可使用压舌板等工具进行合理刺激，诱发舌部活动。指导患者进行下颌训练，包括闭口、张口等，合理放松咀嚼肌群，提高下颌运动灵活度。

（2）咽喉部刺激训练。首先，指导患者进行冷刺激训练，将冷藏后的无菌棉棒轻轻刺激患者舌根、咽后壁等部位，每次保持7s左右刺激时长，间隔30s，重复10次，每日开展两次。冷刺激可让患者吞咽神经兴奋，强化吞咽反射。其次，指导患者进行空吞咽训练，在口腔肌群训练、冷刺激训练完成后，护理人员可指导患者做空吞咽动作，每日做动作20-30次，以达到提高正常吞咽动作能力的效果。

（3）呼吸与咳嗽训练。指导患者进行腹式呼吸，每日训练10min。指导患者正确进行咳嗽，深吸气后屏气3s，用力咳嗽排出气道分泌物，这样有利于提高气道防御性，减少误吸、肺部感染等并发症的发生。

（4）体位与摄食训练。进食时协助患者取端坐位或床头抬高30°-45°，头部前屈，该体位可减少食物反流与误吸，让食物顺利进入胃部^[5-6]。进食完毕，也要嘱咐患者保持原体位30min左右，避免食物反流。对于脑卒中后吞咽障碍患者来说，

需要合理调整饮食进行摄食训练,遵循由稀到稠、由少到多原则,早期尽可能选择柔软、糊状的食物,包括蛋羹等,这样有利于患者吞咽咀嚼,无选择松散、干性、流质食物,每次进食量 3-5ml,完成完整吞咽动作后再喂食下一口。少量多次,但患者吞咽功能逐步提升后再合理增加食量,慢慢过渡至普通饮食。对于吞咽无力的患者,护理人员应指导患者使用点头吞咽、侧方吞咽等代偿手法完成吞咽,通过日复训练促进患者吞咽功能早日恢复。

(5) 心理与康复护理。吞咽功能训练需要连续进行,对于吞咽功能较差的患者来说具有一定难度,在训练期间患者易产生负性情绪,护理人员需加强心理干预,多鼓励多安抚,并嘱咐家属给予陪伴和支持。同时,还应结合患者的个体情况适时调整训练方案,定期告知患者及家属康复训练效果,帮助患者增加训练信心,有效改善吞咽功能。

1.3 观察指标

吞咽功能评分及 Barthel 指数评分:采取洼田饮水试验、吞咽功能评分量表对两组患者吞咽功能进行评分,满分十分,得分越高表示吞咽功能越好。采用 Barthel 指数评估,满分 100 分,得分越高表示患者生活自理能力越强。

并发症发生率:对两组患者治疗护理期间并发症发生率进行统计分析,主要包括误吸、肺部感染、营养不良、口腔感染等。

营养指标:检测两组患者血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)两项核心营养指标,指标水平越高,表示患者机体营养状态越佳。

生活质量评分:两组患者在治疗期间,利用 SF-36 量表对患者生活质量进行评估包括生理功能、身体功能、社会活动、精神健康等维度,单个项目为 100 分,分数与生活质量呈正相关。

1.4 统计学分析

统计学分析采用 SPSS26.0 数据分析软件进行分析,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,组间数据予以 t 检验,计数数据以%描述,予以 χ^2 检验。差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组吞咽功能评分及 Barthel 指数评分比较

观察组患者吞咽功能评分及 Barthel 指数评分优于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者吞咽功能评分及 Barthel 指数评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t	p
n	37	37	-	-

吞咽功能评分	8.15±0.85	6.02±0.81	9.036	<0.05
Barthel 指数评分	76.28±5.11	58.39±5.06	8.774	<0.05

2.2 两组并发症发生率比较

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

表 2 两组患者并发症发生率比较(n, %)

组别	观察组	对照组	χ^2	p
n	37	37	-	-
误吸	1(2.70%)	3(8.11%)		
肺部感染	0(0.00%)	2(5.41%)		
营养不良	0(0.00%)	2(5.41%)		
口腔感染	1(2.70%)	2(5.41%)		
总发生率	2(5.41%)	9(24.32%)	10.658	<0.05

2.3 两组营养指标比较

观察组患者营养指标优于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者营养指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t	p
n	37	37	-	-
血清白蛋白(g/L)	39.15±1.84	35.42±1.79	10.025	<0.05
血红蛋白(g/L)	118.24±4.11	110.37±4.06	9.879	<0.05

2.4 两组生活质量评分比较

观察组患者生活质量评分高于对照组患者生活质量评分,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t	p
n	37	37	-	-
生理功能	91.23±4.46	82.56±4.51	9.165	<0.05
身体功能	92.17±4.92	85.03±4.87	10.427	<0.05
社会活动	90.46±5.08	78.52±5.11	9.301	<0.05
精神健康	89.54±4.36	76.29±4.41	8.258	<0.05

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中患者常见并发症,根据相关调查显示,超 50%以上患者发病后会伴随不同程度的吞咽功能障碍^[7-8]。

人体吞咽由口腔、咽喉等多部位肌群、神经协同完成较为复杂的反射动作,但患者患有脑卒中疾病后会导致自身的大脑皮质等吞咽中枢、传导神经受损,在此情况下口唇、舌、咽喉肌群运动失调,吞咽反射动作缓慢,进而出现吞咽困难等情况。吞咽障碍发生后若未及时干预护理,患者则难以正常经口进食,身体营养摄入不足,极易引发营养不良问题,且由于吞咽异常,还容易发生食物、口水误入气道,进一步引发误吸、肺部感染等严重并发症,影响患者生命健康。常规护理内容单一,无法达到预期目标,需要基于吞咽功能修复、患者个体情况,采取更针对有效的护理措施。

早期吞咽功能训练护理是基于神经康复理论开展的主动性护理方法,在患者稳定后48h内开展训练,让患者受损神经细胞还能得到激活,帮助患者吞咽功能反射弧重塑。本研究结果显示,观察组患者吞咽功能评分、Barthel指数评分、营养指标及生活质量评分显著优于对照组患者,且观察组患者并发症发生率显著低于对照组患者($P<0.05$),可证实早期吞咽功能训练护理可加快患者吞咽功能修复,提高治疗效果。分析其机

制如下:

(1)早期吞咽训练能让患者残存吞咽神经通路得到激活,加快恢复吞咽肌群功能与神经反射,促进患者可在更短时间内恢复正常进食,增强吞咽功能,而营养供应到位,可降低营养不良情况的发生,改善营养指标。

(2)正确的体位和摄食训练,可避免食物反流,大幅度降低误吸、感染等情况的发生。当患者营养摄入充足时,体能、机体免疫力也会随之提高,可推动患者更好地配合训练,形成良性循环,不仅强化生活自理能力,还能提高生活质量。

(3)早期训练护理期间会进一步关注患者的心理健康,根据患者的个体情况调整康复方案,帮助患者增强训练自信心,可长期坚持训练,真正提高整体康复效果。

综上所述,对于脑卒中后吞咽障碍患者来说,早期吞咽功能训练护理的实施能够促进患者吞咽功能得到有效改善,提升机体营养水平,提高生活质量,同时还能降低误吸、肺部感染等并发症的发生率,加快患者康复,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 孔彤彤.早期标准化康复护理结合水凝胶摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J].标准生活,2025(9):350-352.
- [2] 徐燕.早期识别和强化吞咽训练护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果[J].医学信息,2023,36(6):160-163.
- [3] 韩容,曹小琴.早期吞咽功能训练对脑卒中合并吞咽障碍患者的干预研究[J].川北医学院学报,2021,36(1):130-132.
- [4] 于敢红,李慧敏,张海红.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].齐鲁护理杂志,2021,27(15):55-57.
- [5] 臧全雪.探讨早期标准化康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的运用[J].中国标准化,2022(10):206-208.
- [6] 戴蒋亚,杨敏,顾琴红,等.自我决定理论联合早期个体化吞咽功能训练对脑卒中后吞咽障碍的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(17):3145-3150.
- [7] 孙晓燕,施剑,万婕,等.早期康复护理结合摄食训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].临床护理进展,2025,4(1).
- [8] 邓燕,贾玉华.早期识别和强化吞咽训练方案对预防脑卒中患者吞咽障碍的效果[J].护理实践与研究,2023,20(7):965-969.