早期体位管理联合吞咽功能训练在老年脑梗死患者中的护理效果观察

王 洁

新疆医科大学第二附属医院 新疆 830000

【摘 要】：目的：探究早期体位管理联合吞咽功能训练在老年脑梗死患者中的护理效果。方法：在本院2023年6月~2025年9月收治的老年脑梗死患者中选取符合研究条件的136例，采用随机对照方法将患者分为研究组（n=68）和对照组（n=68）。对照组行常规护理，研究组在对照组基础上实施早期体位管理联合吞咽功能训练。结果：在落实护理措施前，两组患者的SWAL-QOL评分数据差异较小，患者在得到有效的护理干预以后，SWAL-QOL评分明显提高，研究组患者评分提高幅度更大，说明研究组患者的生命质量能够得到更好地保障，P＜0.05。两组患者实施差异化的护理干预，并发症发病情况均得到一定控制，研究组患者并发症发病情况控制效果能够（4.41%＜14.70%），P＜0.05。在两组不同护理干预模式的支持下，患者的护理满意程度存在一定差异，研究组患者的护理满意程度更高（97.06%＞80.88%），P＜0.05。结论：针对老年脑梗死患者的护理措施安排，重点关注患者存在的主要功能障碍和容易遇到的健康风险，采用早期体位管理联合吞咽功能训练，能够帮助患者降低并发症发病率，改善患者的护理体验，调整吞咽功能障碍给患者生活带来的影响，有利于进一步提高患者的生活质量。

【关键词】：早期体位管理；吞咽功能训练；老年脑梗死；护理观察

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.056

引言

随着年龄的增长，脑梗死发病率也会随之上升。脑梗死的致死率较高，幸存患者容易出现多种后遗症，对患者生活质量影响显著，比如吞咽功能障碍，导致患者身体康复进程难以正常推进。在实际康复护理过程中发现，如果不能有效解决后遗症，常规康复护理能够起到的效果将会受到明显限制。基于此，本文就早期体位管理联合吞咽功能训练在老年脑梗死患者中的护理效果进行研究，具体内容报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

在本院收治的老年脑梗死患者中选取136例，分为对照组（n=68）和研究组（n=68）。研究组男28例，女40例，平均（69.84±5.52）岁；对照组男29例，女39例，平均（70.11±5.48）岁，所有患者年龄均在60~83岁范围内。研究开始前，由医务人员对脑梗死相关知识及常规护理、早期体位管理联合吞咽功能训练的具体差异进行讲解，在患者及家属对上述内容有全面、充分的理解且给出明确表达参与研究的意愿以后，再将患者纳入研究中。

纳入标准：（1）符合脑梗死诊断标准，且存在吞咽功能障碍。（2）年龄≥60岁。（3）签订知情同意书。（4）患者并未出现认知功能障碍，在治疗、护理干预措施实施过程中不会出现明显受阻情况。

排除标准：（1）患者及家属表示不愿意参与研究。（2）合并重要器官功能不全或其他危险情况。（3）患者精神状态过差，或长期受到精神类疾病影响。（4）临床资料不完整，或经历过多次转院。

1.2 方法

对照组行常规护理，护理人员在患者入院后做好生命体征监测安排，并与患者、家属共同交流，告知在护理阶段严格遵循医嘱的重要性，提高患者在此过程中的配合度，同时介绍治疗方案和主要的护理措施，让患者及家属有一定的心理装备。尤其注意提醒患者家属，当前患者身体受到脑梗死影响整体状态较差，容易产生不良情绪，需要主动帮助患者疏导情绪，才能让患者长期保持相对良好的心态，以免影响治疗、护理措施的实施顺利性。在护理初期，采用半流食或软质食物，随着患者身体状态改善，鼓励自主进食，尊重少食多餐的原则，保证营养摄入充足，在进餐完成后需要及时漱口，确保口腔清洁。

研究组在对照组基础上实施早期体位管理联合吞咽功能训练，具体护理措施安排如下：

（1）早期体位管理。老年脑梗死患者在护理早期身体状态相对较差，病情给患者带来的负面影响显著，并且还容易出现呼吸困难等症状问题。护理人员帮助患者做好早期体位管理，将床头抬高30°，让患者能够在休息期间保持半卧位，提高在此过程中的舒适性[1]。如果患者需要长期卧床休息，护理人员与患者家属应当做好定期翻身计划安排，帮助患者调整体位，以免因为长时间保持相同体位导致患者出现压疮等问题。在患者身体状态逐渐恢复，病情相对可控的情况下，如果没有其他显著的症状或不良反应，鼓励患者适当保持坐位，有利于改善身体状态，但是应当避免长时间保持坐位，适时休息。由于老年脑梗死患者受到的疾病影响较为严重，在康复护理期间必须考虑到患者神经功能、呼吸功能变化引发的口腔分泌物过

多，让患者采取侧卧位、俯卧位，促进口腔分泌物排出，以免造成呼吸道阻塞。通常情况下，建议每 2~3 小时变换一次体位，在实际操作过程中需要以患者的状态和诉求为准进行一定调整，确保体位管理能够兼顾康复过程中患者的舒适性与安全性[2]。

（2）吞咽功能训练。在吞咽功能训练的应用安排上，需要采用做好对患者吞咽功能的分级评估，按照具体分级采取更具针对性的护理干预，高效利用护理资源，具体护理措施如下：①吞咽功能筛查。护理人员对患者的吞咽功能进行筛查、评估，重点关注患者是否存在流口水症状，并观察患者咳嗽与发音情况，验证是否存在构音障碍。在此基础上采用洼田饮水试验评估患者吞咽功能，将患者吞咽功能分为 5 个等级。1 级，可一次性饮用 30ml 的水；2 级，饮尽 30ml 的水至少需要吞咽两次；3 级，可一次性饮用 30ml 的水，但有呛咳症状；4 级，饮尽 30ml 的水至少需要吞咽两次，且有呛咳症状；5 级，在饮水过程中频繁呛咳且需要多次吞咽[3]。②吞咽功能分级训练：1 级患者，建议采用低盐低脂饮食，注意补充维生素和粗纤维，护理人员需要指导患者正确的咳嗽方法，有效保护气管功能。2 级患者，将心理疏导融入基础护理，帮助患者解决心理问题，主动防范精神压力引发的呛咳[4]。3 级患者，加强饮食指导，安排好患者的进食环境，严格控制进食量、食物形态和进食速度，降低呛咳问题发生率。4 级患者，随身体康复进程调整食物性质，从糊状食物逐渐过渡到普通食物，帮助患者慢慢恢复到正常生活状态。5 级患者，实施监督患者饮食情况，如果患者可以正常进食，应当详细记录进食过程，若采用留置胃管则需要注意食物总量、性质和搭配的合理性。在上述基础上，指导患者做好功能训练，采用舌部伸缩运动、舌尖抬高动作、正确吮吸动作等进行训练，促进患者吞咽功能恢复进程[5]。

1.3 观察指标

（1）生命质量：包括护理前后的生命质量评分，采用生命质量量表（SWAL-QOL）进行评估，总分 44~220 分，分数越大生活质量越高。

（2）并发症发生情况：包括吸入性肺炎、电解质紊乱、低蛋白血症和营养不良四种常见并发症。

并发症总发生率=（吸入性肺炎+电解质紊乱+低蛋白血症+营养不良）患者数量÷对应分组患者总数×100%

（3）护理满意程度：包括非常满意、满意、不满意三项指标，完全尊重患者意见，医务人员不做任何干涉只记录数据

护理满意程度=（非常满意+满意）患者数量÷对应分组患者总数×100%

1.4 统计学方法

SPSS22.0 软件处理，t、X^2 值检验，P＜0.05 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比患者护理前后 SWAL-QOL 评分

据表 1 可知，在落实护理措施前，两组患者的 SWAL-QOL 评分数据差异较小，患者在得到有效的护理干预以后，SWAL-QOL 评分明显提高，研究组患者评分提高幅度更大，说明研究组患者的生命质量能够得到更好地保障，P＜0.05。

表 1 两组患者护理前后 SWAL-QOL 评分对比表[$\bar{x}\pm s$，分]

分组	对照组	研究组	t	P
例数	68	68	--	--
护理前	106.34±10.55	108.74±10.36	1.33	＞0.05
护理后	143.48±12.76	179.62±15.78	14.69	＜0.05

2.2 对比患者并发症发病情况

据表 2 可知，对两组患者实施差异化的护理干预，并发症发病情况均得到一定控制，研究组患者并发症发病情况控制效果能够（4.41%＜14.70%），P＜0.05。

表 2 两组患者并发症发病情况对比表[n(%)，n=68]

分组	对照组	研究组	X^2	P
吸入性肺炎	2	1	--	--
电解质紊乱	3	0	--	--
低蛋白血症	2	0	--	--
营养不良	3	2	--	--
总发生率	10(14.70)	3(4.41)	3.06	<0.05

2.3 对比患者护理满意程度

据表 2 可知，在两组不同护理干预模式的支持下，患者的护理满意程度存在一定差异，研究组患者的护理满意程度更高（97.06%＞80.88%），数据对比差异显著，P＜0.05。

表 2 两组患者护理满意程度对比表[n(%)]

分组	对照组	研究组	X^2	P
例数	68	68	--	--
非常满意	21	36	--	--
满意	34	30	--	--
不满意	13	2	--	--
满意程度	55(80.88)	66(97.06)	9.07	<0.05

3 讨论

由于人体随年龄增长，身体机能、免疫力都会有一定下降，

老年脑梗死患者更容易受到多种并发症影响，吞咽功能障碍便是其中之一。受到并发症影响，患者的病情会进一步加重，在对患者实施护理的过程中，必须充分考虑到临床治疗、护理的难度，对现阶段常用的护理方案进行补充完善，将早期体位管理与吞咽功能训练应用到护理工作中。结合研究结果来看，早期体位管理与吞咽功能训练，确实有利于改善患者在康复护理期间的生活状态，确保呼吸道分泌物能够顺利排出[6]。体位管理与吞咽功能训练本身具有显著的针对性，通过将患者身体摆放在不同的位置，可以借助重力促进排痰，吞咽功能训练则可以根据患者吞咽功能分级采取更具针对性的训练安排，从而达到促进身体康复进程的效果。

综上所述，基于老年脑梗死患者在护理期间的实际需求，在常规护理基础上实施早期体位管理和吞咽功能训练，能够降低患者并发症发生率，有效改善患者的护理体验，控制吞咽功能障碍给患者日常生活带来的影响，帮助患者提高生活质量，值得在临床上进行推广。

参考文献：

[1] 王园园,刘畅,张红娟.老年脑梗死护理中早期精细化干预对患者自护能力,运动功能的影响[J].航空航天医学杂志,2026,37(4):456-459.

[2] 顾军,吴美娟.早期康复护理干预对老年脑梗死吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J].中国科技论文在线精品论文,2026,19(1):393-395.

[3] 凌娜.循证护理对老年脑梗死患者生活质量的影响[J].中国城乡企业卫生,2026,41(2):142-144.

[4] 王果,万小焱.基于患者需求的优质护理对老年脑梗死患者神经功能的影响[J].名医,2025,(23):123-125.

[5] 刘必成,刘惠芳,黄子祥,等.基于“信息-动机-行为技巧”的干预模式对老年脑梗死患者 FMA 评分、Barthel 指数、自我护理能力的影响分析[J].延边大学医学学报,2025,48(12):151-153.

[6] 刘伟.知信行理论护理在老年脑梗死恢复期合并抑郁症患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(20):162-164.