

脑卒中患者吞咽障碍早期筛查及分级护理干预效果评价

麻群群

温州市人民医院 浙江 温州 325000

摘要：目的：探讨脑卒中患者吞咽障碍早期筛查方法和分级护理干预对吞咽功能恢复的临床效果。方法：回顾性分析我院2024年1月1日至2024年12月31日收治的脑卒中吞咽障碍患者100例的病历资料，根据患者是否接受早期筛查及分级护理干预分为对照组与观察组，每组各50例。对照组给予常规护理，观察组在此基础上实施吞咽障碍早期筛查结合分级护理干预。采用水饮试验与吞咽功能评估量表对干预前后吞咽功能进行评估，并比较两组干预前后吞咽功能恢复情况、肺部感染发生率及住院时间。结果：回顾性数据分析干预后，观察组吞咽功能评分明显高于对照组（ $P < 0.01$ ），肺部感染发生率为10.0%，显著低于对照组的26.0%（ $P < 0.05$ ），住院时间（ 13.26 ± 2.17 ）天短于对照组（ 17.48 ± 2.53 ）天（ $P < 0.01$ ）。结论：通过对脑卒中患者开展早期吞咽障碍筛查并联合分级护理干预，可有效改善吞咽功能，降低并发症的发生频次，减少住院天数，具备显著的临床推广价值。

关键词：脑卒中；吞咽障碍；早期筛查；分级护理；临床效果

作为神经系统疾病，脑卒中在全球的致死致残率居高不下，体现出高发病率、高致残率、高复发率的属性，吞咽障碍属于脑卒中后常见的并发症范畴，发病率可达五成以上，显著影响患者的营养吸收及生活品质，并且极易造成误吸、肺部感染这类并发症，引起住院时间的进一步延长，使得治疗负担得以增加^[1-3]。若吞咽功能障碍在急性期未获及时的识别及干预，将明显干扰康复预后的正常走向，临床急需建立科学、高效的早期筛查机制和护理干预方案，旨在降低吞咽障碍带来的风险^[4-6]。即便已有部分研究针对吞咽功能训练方法开展探讨，然而在真实的护理实践里，依旧缺失系统化与分级化兼具的护理干预模式，尤其是在早期判定和针对性护理方面存在缺失，分级护理干预模式根据患者吞咽功能障碍的轻重程度，设计贴合个体实际的护理办法，具有更强的靶向性和可实施性，已渐成吞咽障碍干预研究的关注领域方向^[7-9]。本研究通过回顾性分析早期筛查相关工具的应用及分级护理干预的效果，实施针对脑卒中吞咽障碍患者的系统管理，意在分析该干预模式在提升吞咽功能、防止并发症、缩短住院时长等方面的临床成效，进一步为脑卒中后吞咽障碍护理给予理论支撑与实践引导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院2024年1月—2024年12月收治的脑卒中合并吞咽障碍患者100例的病历资料，按既往护理方案不同分为对照组与观察组，每组各50例。对照组中，男28例，女22例；年龄在50~80岁之间，平均（ 65.38 ± 6.19 ）岁。观察组中，男27例，女23例；年龄在

51~79岁之间，平均（ 64.82 ± 6.55 ）岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）符合《脑卒中诊治指南》中脑卒中诊断标准，经CT或MRI明确诊断；（2）经吞咽功能初筛存在吞咽障碍表现；（3）年龄50~80岁之间；（4）意识清楚、可配合完成评估与干预。

排除标准：（1）合并重度认知功能障碍或失语无法配合评估者；（2）伴有恶性肿瘤、严重心肾功能不全等重大器质性疾病者；（3）合并重度精神疾病者；（4）存在明显结构性咽喉疾病影响吞咽功能者；（5）既往有慢性吞咽功能障碍病史者。

1.2 方法

回顾性分析对照组实施常规脑卒中护理，包括基础护理（监测生命体征、观察病情、保持床单位清洁、预防并发症）、营养护理（根据吞咽状况提供软质或半流质饮食，必要时用营养补充剂，如瑞福宁®200mL/日，鼻胃管喂养300~500mL/次，3次/日）、吞咽训练（基础动作训练，2次/日，20分钟/次）、康复宣教。未使用专业器械，干预以人工引导为主。对于营养不良或胃酸反流患者，分别给予维生素B族（10mg/次，2次/日）和奥美拉唑（20mg/日，连续7~10天）。

回顾性分析观察组在常规护理基础上，实施“早期筛查+分级护理干预”。入院24小时内，护士用30mL水饮试验筛查吞咽功能，按轻、中、重度分级，制定个体化方案。I级：自主咽反射训练、冰刺激（一次性冰棒轻敲舌根等部位，5分钟/次，2次/日）、吞咽姿势调整

（头前倾30°或侧头法，餐前练习5分钟）。Ⅱ级：在Ⅰ级基础上，增加吞咽肌群训练、吞咽球训练（10次/组，3组/日）、冷刺激加压训练（15分钟/次），酌情用吞咽助剂（易吞宝®0.5包溶于20mL水，餐前口服）。Ⅲ级：电刺激治疗（天津邦诚®，30Hz，20分钟/次，1次/日）、鼻胃管营养支持（300mL/次，3次/日，20~30mL/分钟）、高误吸风险者喉部振动刺激和改良吞咽法，必要时联合语言治疗师康复训练。每日评估吞咽功能，动态调护理级别，每周组织知识小课堂，增强依从性和信心。

1.3 观察指标

（1）吞咽功能评分：回顾性分析采用改良水饮试验（MWST）评估吞咽功能，分为5级，等级越高表示障碍越严重。分别在干预前与干预后第14天进行评分。

（2）肺部感染发生率：回顾性分析通过病程记录、影像学及实验室检查结果统计两组住院期间肺部感染发生例数。

（3）住院时间：回顾性分析记录患者从入院到出院的住院天数，以天为单位。

（4）营养状况评分：回顾性分析采用简易营养评估量表（MNA）进行评分，满分30分，得分越高表示营养状况越好。

（5）护理依从性评价：回顾性分析根据患者主动参与康复训练、配合护理行为等指标评分，分为优、良、差三级。

1.4 统计学处理

数据采用SPSS 26.0软件进行统计分析。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以百分比（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后吞咽功能评分比较

回顾性分析发现，干预前两组吞咽功能评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后第14天，观察组评分显著优于对照组（ $P < 0.01$ ），差异具有统计学意义。详见表1。

表1 两组患者干预前后吞咽功能评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

类别/组别	例数	干预前	干预后第14天
对照组	50	3.56±0.64	2.84±0.59
观察组	50	3.52±0.60	1.92±0.47
t 值		0.31	8.54
P 值		0.76	< 0.01

2.2 两组患者肺部感染发生率比较

回顾性分析发现，观察组肺部感染发生率显著低于

对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组患者肺部感染发生率比较（ n ，%）

类别/组别	例数	感染例数	感染发生率（%）
对照组	50	13	26
观察组	50	5	10
χ^2 值			4.41
P 值			0.036

2.3 两组患者住院时间比较

回顾性分析发现，观察组平均住院时间明显短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。详见表3。

表3 两组患者住院时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，天）

类别/组别	例数	住院时间（天）
对照组	50	17.48±2.53
观察组	50	13.26±2.17
t 值		9.03
P 值		< 0.01

2.4 两组患者营养状况评分比较

回顾性分析发现，干预后第14天，观察组营养状况评分显著优于对照组，差异具有统计学意义。详见表4。

表4 两组患者营养状况评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

类别/组别	例数	营养评分（MNA）
对照组	50	20.42±2.76
观察组	50	24.36±3.05
t 值		6.53
P 值		< 0.01

2.5 两组患者护理依从性比较

回顾性分析发现，观察组护理依从性优良率显著高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。详见表5。

表5 两组患者护理依从性比较（ n ，%）

类别/组别	例数	优	良	差	优良率（%）
对照组	50	18	20	12	76
观察组	50	30	18	2	96
χ^2 值					8.53
P 值					< 0.01

3 讨论

吞咽障碍属脑卒中后常见功能性障碍，未及时识别干预易引发营养不良、误吸性肺炎等严重并发症，影响患者康复进程与生活质量。本研究通过回顾性分析我院收治100例脑卒中吞咽障碍患者的病历资料，观察组在常规护理基础上加用早期筛查联合分级护理干预，结果显示其吞咽功能恢复、肺部感染预防、营养改善及住院时间缩短等方面均优于对照组，差异有统计学意义^[10-13]。研究采用的改良水饮试验（MWST）可在患者入院初期快速识别吞咽障碍风险，操作简便且敏感性高，能有效辅

助护理分级^[14-15]。观察组依据评估结果将患者分为不同护理等级并实施分级护理干预,最大程度实现护理资源精准投放,轻度患者经冰刺激、体位调整即可获显著恢复;中、重度患者借助电刺激仪、吞咽训练器等康复辅助设备进行系统训练,在吞咽反射重建和肌力增强方面成效显著。观察组同步加强营养支持与依从性管理,进一步推动机体恢复,需注意的是,分级护理模式实施既提升护理干预科学性 with 个体化水平,也凸显多学科协作(如康复科、营养科)重要性,为吞咽障碍患者综合治疗提供新思路。

综上所述,吞咽障碍早期识别结合分级护理干预对脑卒中患者康复效果提升有关键作用。我院实践显示,该模式能明显恢复吞咽功能、减少肺部感染风险、提高营养状况,建议在临床护理工作中进一步推广应用。

参考文献

- [1]程双玉,李依婷,胡新亚,等.链式康复护理措施在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].海南医学,2025,36(08):1200-1204.
- [2]胡玲琴,王小华,任一理,等.老年脑卒中后咽期吞咽障碍患者营养不良的风险列线图模型构建[J].中华全科医学,2025,23(04):551-554.
- [3]陈礼静,于龙娟,李娟,等.急性缺血性脑卒中患者认知功能发展轨迹及其预测因素分析[J].海军军医大学学报,2025,46(04):442-450.
- [4]蒋奕晨,沈沁,朱光跃,等.脑卒中病灶与吞咽障碍严重程度的关联:回顾性队列研究[J].中国康复医学杂志,2025,40(04):528-533.
- [5]刘永香,严璐,张沙沙,等.脑卒中患者发生卒中相关性肺炎相关危险因素的研究进展[J].贵州中医药大学学报,2025,47(02):78-83.
- [6]郑焕弟,曾广坤,陈倩怡,等.量化增稠剂在脑卒中吞咽障碍患者阶梯式摄食训练中的应用[J].中国医药科学,2025,15(06):89-92+116.
- [7]于萍,徐璐瑶,王志红,等.脑卒中吞咽障碍患者误吸风险评估工具的Meta分析[J].神经病学与神经康复学杂志,2025,21(02):131-142.
- [8]张倩,杨世杰.兰州地区缺血性脑卒中患者吞咽障碍的预测模型构建与验证[J].医学信息,2025,38(06):22-28.
- [9]刘梦凡,刘明博,冯浩芸,等.老年脑卒中吞咽障碍患者衰弱的现状及危险因素分析[J].现代养生,2025,25(04):251-256.
- [10]梁勇,毛承红,景登容,等.早期评估与分级管理对脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽功能和误吸的影响[J].岭南急诊医学杂志,2025,30(01):47-49.
- [11]武英红.奥马哈系统在首发脑卒中吞咽障碍患者健康管理中的应用[J].内蒙古医学杂志,2025,57(01):113-119.
- [12]于怡然,张丹丹,何静,等.吞咽造影检查对卒中早期吞咽障碍患者康复的应用价值[J].医学影像学杂志,2025,35(01):24-27+48.
- [13]李文静,张小红.神经康复护理:脑卒中患者预防误吸[N].山西科技报,2025-01-16(A05).
- [14]林虹琼,高绫,陈汉娘,等.5E康复护理促进脑卒中吞咽障碍患者康复的价值探讨[C]//重庆市健康促进与健康教育学会.临床医学健康与传播学术研讨会论文集(第二册).厦门大学附属中山医院,2025:173-176.
- [15]张金玉,张晓玲.急性脑卒中吞咽障碍患者的康复护理[J].山东医学高等专科学校学报,2024,46(06):59-60.