

## 脑梗死后吞咽障碍病人误吸病因分析与护理干预

关薛芳, 潘春含, 李文玉, 张 岩\*

联勤保障部队第九八八医院 河南浉池

**【摘要】目的** 探讨脑梗死后吞咽障碍病人发生误吸的病因并针对性地制定相应的护理干预策略。**方法** 本研究从我院收治的脑梗死后吞咽障碍病人中选取 90 例作为研究对象, 依据电视荧光吞咽检查(VFSS)的检测结果, 将其划分为误吸组与非误吸组, 并针对病人误吸发生的原因展开深入分析。**结果** 在 90 例病人中, 有 35 例病人发生误吸, 其中 22 例病人为隐匿性误吸。喉上抬启动延迟、喉上抬幅度不足、喉上抬速度迟缓、环咽肌开放异常以及梨状窝滞留等因素, 与病人发生误吸存在显著关联( $P<0.05$ )。**结论** 脑梗死后吞咽障碍病人误吸发生率较高, 护理人员需针对误吸相关危险因素, 制定并实施科学有效的护理干预措施, 以促进病人康复进程。

**【关键词】** 脑梗死; 吞咽障碍; 误吸; 病因; 护理干预

**【收稿日期】** 2025 年 7 月 17 日

**【出刊日期】** 2025 年 8 月 16 日

**【DOI】** 10.12208/j.jnmn.20250467

### Analysis of the causes of aspiration in patients with swallowing disorders after cerebral infarction and nursing intervention

Xuefang Guan, Chunhan Pan, Wenyu Li, Yan Zhang\*

The 988th Hospital of the Joint Logistics Support Force, Mianchi, Henan

**【Abstract】Objective** To explore the causes of aspiration in patients with swallowing disorders after cerebral infarction and develop targeted nursing intervention strategies. **Methods** This study selected 90 patients with swallowing disorders after cerebral infarction admitted to our hospital as research subjects. Based on the detection results of television fluorescence swallowing test (VFSS), they were divided into aspiration group and non aspiration group, and in-depth analysis was conducted on the causes of aspiration in patients. **Result** Out of 90 patients, 35 experienced aspiration, of which 22 had occult aspiration. Delayed initiation of laryngeal elevation, insufficient amplitude of laryngeal elevation, slow velocity of laryngeal elevation, abnormal opening of the cricopharyngeal muscle, and retention of the piriform fossa are significantly associated with aspiration in patients ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Patients with swallowing disorders after cerebral infarction have a higher incidence of aspiration. Nursing staff need to develop and implement scientific and effective nursing interventions based on the risk factors related to aspiration to promote the patient's recovery process.

**【Keywords】** Cerebral infarction; Swallowing disorders; Aspiration; pathogeny; Nursing intervention

脑梗死作为常见的神经系统疾病, 在中老年群体中发病率较高。随着人口老龄化进程的加快, 其患病人数呈持续上升趋势。当脑梗死致使病人舌下神经、迷走神经受损时, 吞咽障碍随之出现, 病人难以正常完成吞咽动作<sup>[1]</sup>。这一状况不仅直接干扰病人的日常进食活动, 长期还易诱发营养不良、电解质失衡等并发症。更为严重的是, 部分病人会因吞咽障碍导致的误吸现象, 进而引发吸入性肺炎, 这对病人脑梗死后的康复进程构成

了极大威胁, 显著降低了病人的生存质量与生活舒适度<sup>[2]</sup>。因此, 深入探究脑梗死后吞咽障碍病人发生误吸的病因, 并探寻有效的治疗干预策略, 具有重要的临床意义。鉴于此, 本研究聚焦于脑梗死后吞咽障碍病人, 深入剖析其发生误吸的病因, 并针对性地制定相应的护理干预策略, 具体如下。

#### 1 对象和方法

##### 1.1 对象

\*通讯作者: 张岩

本次研究的对象选取自 2024 年 1 月至 12 月期间在我院接受治疗的脑梗死后吞咽障碍病人, 样本总量达 90 例。其中男性 51 例、女性 39 例, 病人平均年龄为  $(60.46 \pm 5.39)$  岁, 平均患病时长为  $(16.33 \pm 2.33)$  天。纳入标准如下: (1) 所有入选病人均经确诊患有脑梗死, 且伴有吞咽功能障碍; (2) 病人意识清晰, 能够积极配合完成各项检查; (3) 在研究开展前, 已向病人及其家属全面说明研究详情, 病人在充分知悉研究内容后, 自愿签署知情同意书。排除标准: (1) 合并有其他中枢神经系统病症的病人不纳入研究; (2) 存在沟通交流障碍, 无法正常表达与配合的病人予以排除; (3) 伴有严重心、肺、肝、肾功能损伤的病人, 同样不在研究对象范围之内。

## 1.2 方法

### (1) 检查方法

所有病人均接受电视荧光吞咽检查 (VFSS)。检查操作由医师采用日本岛津多功能数字化透视摄影系统完成。先引导病人就座于 X 线检查台, 双足置于踏板, 保持头颈部与踏板平面垂直。随后, 病人按医师指令依次完成吞咽 5ml、10ml、15ml、20ml 含碘对比剂的系列动作。吞咽过程中, X 线穿透病人身体, 实时显示液体在咽喉及食管内的流动状态。医师在工作站对影像资料进行细致观察, 以判断病人是否存在吞咽障碍, 并进一步明确吞咽障碍的具体类型及其严重程度。VFSS 除评估吞咽过程外, 还可协助医师判断病人气管通畅情况及液体是否顺利进入胃部。若检查发现液体在食管内出现滞留, 或存在其他异常表现, 医师需及时记录, 为后续研究与治疗提供依据。检查期间, 需全程引导病人维持正确体位, 给予必要指导与心理安慰, 并采取适当防护措施, 以保障病人隐私安全及避免 X 线辐射损伤。

### (2) 资料收集

收集病人一般资料信息, 内容如下: ①年龄; ②性别; ③舌肌功能异常: 舌肌作为控制吞咽动作的关键肌群, 若其功能异常, 病人进食时推动食团至咽部的力量将减弱; ④喉上抬启动延迟: 喉上抬是吞咽过程的重要环节, 启动延迟会致使食团或对比剂在口腔内停留时间延长, 进而提高误吸风险; ⑤喉上抬幅度不足: 表现为舌骨上缘上升高度未达正常范围, 会厌谿无法完全覆盖喉头, 致使食团或对比剂易进入气道, 提升误吸概率; ⑥喉上抬速度减慢: 指喉头上抬速率降低, 导致食团或对比剂在口腔内停留时间延长; ⑦环咽肌开放异常: 环咽肌是位于咽喉部控制食物进入食管的肌肉, 其

开放异常包括不开放和开放不全, 会导致食团或对比剂误入气道, 提升误吸概率; ⑧梨状窝滞留: 梨状窝是喉部两侧的凹陷区域。当食团或对比剂在梨状窝内长时间滞留, 通常是由于舌肌功能异常或喉部运动不协调等引起的, 易诱发误吸; ⑨会厌谿滞留: 会厌谿为会厌与舌根之间的凹陷区域, 若食团或对比剂在此位置停留时间过长, 可能引发误吸。

## 1.3 观察指标

误吸判定标准: 当对比剂经喉前庭进入声门下方的气道区域, 并引发病人出现呛咳等显著症状时, 即可诊断为误吸。

隐匿性误吸判定标准: 部分病人在吞咽期间中, 对比剂进入声门以下气道后 1 分钟内未出现任何不适症状, 此类情况定义为隐匿性误吸。尽管病人未出现明显咳嗽、呼吸困难等临床表现, 但该类误吸仍可能诱发肺部感染或其他并发症。

## 1.4 统计学分析

借助 SPSS 26.0 统计软件包对收集的数据进行了全面而细致地分析处理。针对计量资料, 运用了 t 检验和  $\bar{x} \pm s$  的统计方法进行了深入分析。对于计数资料, 则采用了卡方检验与百分比 (%) 进行表述。当 P 值小于 0.05 时, 判定该差异在统计学层面具有意义。

## 2 结果

### 2.1 病人 VFSS 检查结果

在 90 例病人中, 有 35 例病人发生误吸, 其中 22 例病人为隐匿性误吸。

### 2.2 误吸病因分析

影响病人发生误吸的原因包括喉上抬启动延迟、喉上抬幅度不足、喉上抬速度减慢、环咽肌开放异常、梨状窝滞留等, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

## 3 讨论

脑梗死作为神经系统领域的高发疾病, 近年来其发病率呈现出逐年递增的趋势, 给社会与家庭造成沉重负担。吞咽障碍是脑梗死后常见的并发症, 病人常表现出饮水时发生呛咳、进食过程中食物误吸等典型症状, 这些症状极易引发肺部感染、窒息等严重不良后果。在吞咽障碍引发的诸多并发症中, 误吸为高危并发症之一, 同时也是导致病人死亡的重要因素。由此可见, 针对脑卒中后存在吞咽障碍的病人开展误吸干预工作十分必要。

本研究数据表明, 喉上抬启动延迟、喉上抬幅度不足、喉上抬速度迟缓、环咽肌开放异常以及梨状窝滞留

表 1 误吸病因分析[n,(%)]

| 项目      |       | 误吸组 (35 例) | 非误吸组 (55 例) | $\chi^2$ | P     |
|---------|-------|------------|-------------|----------|-------|
| 性别      | 男     | 19 (54.29) | 32 (58.18)  | 0.021    | 0.884 |
|         | 女     | 16 (45.71) | 23 (41.82)  |          |       |
| 年龄      | ≥60 岁 | 28 (80.00) | 39 (70.91)  | 0.513    | 0.474 |
|         | <60 岁 | 7 (20.00)  | 16 (29.09)  |          |       |
| 舌肌功能异常  | 是     | 5 (14.29)  | 5 (9.09)    | 0.177    | 0.674 |
|         | 否     | 30 (85.71) | 50 (90.91)  |          |       |
| 喉上抬启动延迟 | 是     | 9 (25.71)  | 3 (5.45)    | 5.945    | 0.015 |
|         | 否     | 26 (74.29) | 52 (94.55)  |          |       |
| 喉上抬幅度不足 | 是     | 14 (40.00) | 7 (12.73)   | 7.434    | 0.006 |
|         | 否     | 21 (60.00) | 48 (87.27)  |          |       |
| 喉上抬速度减慢 | 是     | 13 (37.14) | 8 (14.55)   | 4.908    | 0.027 |
|         | 否     | 22 (62.86) | 47 (85.45)  |          |       |
| 环咽肌开发异常 | 是     | 18 (51.43) | 12 (21.82)  | 7.159    | 0.007 |
|         | 否     | 17 (48.57) | 43 (78.18)  |          |       |
| 梨状窝滞留   | 是     | 21 (60.00) | 18 (32.73)  | 5.416    | 0.020 |
|         | 否     | 14 (40.00) | 37 (67.27)  |          |       |
| 会厌谿滞留   | 是     | 24 (68.57) | 29 (52.73)  | 1.612    | 0.204 |
|         | 否     | 11 (31.43) | 26 (47.27)  |          |       |

等因素，与病人发生误吸存在显著关联（ $P<0.05$ ）。分析原因为：①喉上抬启动延迟。在健康人群的吞咽过程中，喉上抬动作通常早于食团抵达舌骨下缘，然而，脑梗死后，病人早期的喉上抬动作往往会消失，当食团进入喉部，此时喉部尚未做好充分准备，增加了食物误入气道的风险。且喉上抬启动延迟的时间越长，误吸的严重程度就越高<sup>[3]</sup>。②喉上抬幅度不足。喉的闭合功能主要依赖于舌骨上肌群以及甲状舌骨肌的收缩。脑梗死后，这些肌群的力量会明显减弱，从而导致喉上抬幅度不足，使得喉口无法完全闭合，进而增加了误吸的发生概率<sup>[4]</sup>。③喉上抬速度减慢。若喉上抬速度减慢，喉结构未能及时上移至安全高度，使得喉部结构不能及时阻挡食物进入气道，导致其误入气道。且速度越迟缓，误吸量越大<sup>[5-6]</sup>。

因此，为有效降低脑梗死吞咽障碍病人误吸发生率，促进病人康复，需制定针对性的护理干预：①加强护理人员专业培训。应系统开展护理人员专项培训，着重提升其吞咽障碍评估、预防及处置能力。培训内容涵盖吞咽障碍识别方法、吞咽功能评估技术等核心要点，确保护理人员具备扎实的理论知识与实践技能。②气道护理干预。脑梗死病人由于神经系统受损，常出现咳嗽反射减弱甚至消失的情况，导致气道内分泌物难以有效排出，易在气道内积聚，进而增加肺部感染的风险。

因此，护理人员需密切关注病人气道状况，通过体位引流、胸部叩击、雾化吸入等多元化措施以及时清除气道内分泌物，确保呼吸道通畅<sup>[7]</sup>。③饮食护理。护理人员应根据病人的吞咽功能状况，为其选择适宜的食物种类和进食方式。对于吞咽功能严重受损、无法经口进食的病人，可实施鼻饲饮食。④康复护理。通过吞咽功能锻炼、呼吸功能锻炼、颈部肌群强化锻炼等康复训练，可有效提升病人吞咽及呼吸功能，从而降低误吸的发生概率<sup>[8]</sup>。

综上所述，脑梗死后吞咽障碍病人误吸发生率较高，护理人员需针对误吸相关危险因素，制定并实施科学有效的护理干预措施，以促进病人康复进程。

参考文献

[1] 张敏敏,吴婕,韩燕.早期吞咽功能评估及分级针对性康复护理方案对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能及并发症的影响[J].吉林医学,2023,44(11):3246-3248.

[2] 田会丽,孟珊珊,张秀秀.个性化护理对脑梗死患者吞咽障碍的临床护理分析[J].中国医学文摘（耳鼻咽喉科学）,2023,38(04):164-166.

[3] 黑丽莎,钱可可.量化评估式护理干预对脑梗死后吞咽障碍患者的影响研究[J].黑龙江医学,2023,47(06):751-753.

- [4] 杜振莲,李艳春.基于量化评估式护理联合自我效能干预对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能、心理状态及自我效能感的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(20):3772-3776.
- [5] 张莉.Shaker 训练与因时护理模式联用对改善老年脑梗死合并吞咽障碍患者吞咽功能的作用分析[J].当代医药论丛, 2024,22(23):137-141.
- [6] 周绍娟.脑梗死后吞咽障碍患者康复护理的文献分析[J].护理实践与研究,2021,18(12):1802-1805.
- [7] 漆何秀,杨柳,马丽,等.脑梗死吞咽障碍康复护理质量敏感指标体系的构建及应用研究[J].现代医学,2024,52(2): 272-276.
- [8] 刘柯,马静.SSA 量表评分联合预见性护理干预策略对老年脑梗死吞咽困难患者吸入性肺炎风险及生活质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2021,53(11):1399-1401.

**版权声明:** ©2025 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**