

脑卒中后吞咽障碍的护理模式及施行效果

纳文丽, 高慧平*

银川市第一人民医院 宁夏银川

【摘要】目的 探寻最适宜脑卒中后出现吞咽障碍患者的护理模式, 观察其施行效果。**方法** 在进行施行效果观察前, 本研究自 2024 年 1 月至 2025 年 1 月在本院接受治疗的脑卒中吞咽困难患者中随机抽取 80 例进行观察, 通过抽签方式分入接受常规护理干预的对照组及接受吞咽障碍护理模式干预的实验组, 对比两组患者吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分及不良反应发生率。**结果** 实验组患者吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分均高于对照组患者, 且不良反应发生率低于对照组患者 ($P < 0.05$)。**结论** 脑卒中后吞咽障碍的护理模式能够有效降低患者出现不良反应概率, 对于患者吞咽功能改善有非常明显的作用, 能够有效提高患者生活质量。

【关键词】 脑卒中; 吞咽障碍; 护理模式及施行效果

【收稿日期】 2025 年 4 月 18 日

【出刊日期】 2025 年 5 月 23 日

【DOI】 10.12208/j.ijnr.20250248

Nursing model and implementation effect of swallowing disorders after stroke

Wenli Na, Huiping Gao*

Yinchuan First People's Hospital, Yinchuan, Ningxia

【Abstract】Objective To explore the most suitable nursing model for patients with swallowing disorders after stroke and observe its implementation effect. **Methods** Prior to the implementation effect observation, this study randomly selected 80 stroke patients with swallowing difficulties who received treatment in our hospital from January 2024 to January 2025 for observation. They were divided into a control group receiving routine nursing intervention and an experimental group receiving swallowing disorder nursing intervention by drawing lots. The swallowing function score, quality of life score, nutritional score, and incidence of adverse reactions were compared between the two groups of patients. **Results** The swallowing function score, quality of life score, and nutritional score of the experimental group patients were higher than those of the control group patients, and the incidence of adverse reactions was lower than that of the control group patients ($P < 0.05$). **Conclusion** The nursing model for post-stroke dysphagia can effectively reduce the probability of adverse reactions in patients, have a significant effect on improving swallowing function, and can effectively improve the quality of life of patients.

【Keywords】 Stroke; Swallowing disorders; Nursing mode and implementation effect

脑卒中包括出血性和缺血性脑卒中^[1]。脑部血管破裂导致的是出血性脑卒中, 而脑部血管阻塞导致血液供应中断形成的是缺血性脑卒中, 该病发病率占全球心脑血管疾病发病率第一位^[2]。三高患者发病率高, 死亡率及致残率高^[3]。

随现代医学急救技术发展, 多数患者抢救及时可挽回生命, 但遗留功能障碍, 如肢体功能障碍及吞咽障碍^[4]。本文主要研究脑卒中后吞咽障碍的护理模式及施行效果, 具体研究如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在进行施行效果观察前, 本研究自 2024 年 1 月至 2025 年 1 月在本院接受治疗的脑卒中吞咽困难患者中随机抽取 80 例进行观察, 通过抽签方式分入接受常规护理干预的对照组及接受吞咽障碍护理模式干预的实验组, 对照组 40 例患者中有 21 例男性、19 例女性, 患者年龄均在 53 岁至 73 岁之间, 平均年龄 (63.20 ± 1.69) 岁; 实验组 40 例患者中有 18 例男性、22 例女

*通讯作者: 高慧平

性, 患者年龄均在 54 岁至 73 岁之间, 平均年龄 (63.50 ± 1.75) 岁, 两组患者一般资料对比差异无统计学意义 (P>0.05)。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理干预; 实验组患者接受吞咽障碍护理模式干预:

(1) 营养管理: 首先由营养师进行营养筛查评估, 再做出治疗方案, 无法进食者可用鼻胃管、鼻肠管进食, 这是对吞咽功能最重要的一方面, 位居首位;

(2) 吞咽功能训练: 由专业的治疗师操作, 包括口腔感觉刺激、口腔有关吞咽肌群训练等。通过电刺激、生物反馈、针灸、咳嗽训练、呼吸控制训练等进行治疗, 指导患者进行口腔周围肌肉训练, 主要是口唇闭锁、下颌开合、舌部运动、腭咽闭食等, 对舌肌、咀嚼肌进行按摩, 练习张口、伸舌舔上下唇等;

(3) 代偿方法: 包括食物调整。有的患者喝稀的东西会误吸, 可以在水或者食物里面加增稠剂, 改善食物的性质, 包括把床头抬高, 利用食物的重力作用, 在床头抬高以后, 食物会顺着重力, 流向低处, 即食道和胃; 平卧的时候, 食道和胃的食物或者其它东西, 可以反流到口腔, 进一步吸入到肺, 会产生误吸;

(4) 护理: 加强口腔护理、体位管理, 还有分泌物的处理;

(5) 其它健康指导: 有些病人还需要通过外科手术治疗, 包括甲状软骨成形、声带内移手术、环咽肌切断术和肉毒素注射等, 对于有顽固性或者风险非常大的吞咽障碍患者, 可以采用气管切开, 另外有气囊保护的的气管切开套管, 不容易发生误吸, 防止口腔内的食物进入气道。

(6) 保证良好的进食环境: 环境安静, 光线适宜, 避免多人探视时进食、进食时交谈。进食时间 30-40 分钟, 避免患者疲劳进食, 含食入睡。必要时备好吸痰装置, 患者有痰, 提前给予吸痰, 翻身叩背。关闭手机、电视。

(7) 心理干预: 关注患者心理, 患者脑卒中后遗留不同的功能障碍, 加之发生吞咽刺激引起的对进食的惧怕感, 使患者常具有自卑、消极等情绪, 让患者了

解疾病通过治疗和护理康复后功能障碍可以改善, 正确认识疾病发生、发展、预后的过程, 护理人员可以通过以往康复患者的成功案例作为引导, 使其增加配合度。在患者取得进步时, 进行及时鼓励, 加强其康复信心。鼓励照护人员掌握更多地照护技巧, 陪伴患者给予情感支持。

(8) 护理人员对吞咽障碍患者及照护人员进行专项健康教育可降低误吸窒息的发生风险。首先向其讲解吞咽障碍的影响及并发症, 提高患者及照护者配合治疗训练的重视度, 教会降低发生风险的方法。指导患者按时规律进食, 选择安静的进食环境, 避免嘈杂分散患者的注意力, 坐位进食为最佳体位, 进食前应嘱患者放松精神, 保持轻松情绪。照护者可在患者一侧观察进食状态, 不要与患者进行交谈, 避免患者说话时食物残渣进入气道。

1.3 疗效标准

1.3.1 吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分

对比两组患者吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分, 分值均在 0-10 分, 分值越高, 患者机体功能越好。

1.3.2 不良反应发生率

观察两组患者不良反应发生率, 包括呛咳、误吸及吸入性肺炎三种, 不良反应发生率越低, 患者恢复效果越好。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS21.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, (P<0.05) 为差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分

实验组患者吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分均高于对照组患者, 数据对比具有统计学意义 (P<0.05)。

2.2 不良反应发生率

实验组患者出现不良反应概率明显低于对照组患者, 数据具有统计学意义 (P<0.05)。

表 1 吞咽功能评分、生活质量评分、营养评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	吞咽功能评分	生活质量评分	营养评分
实验组	40	8.46 ± 0.56	8.64 ± 0.61	8.26 ± 0.51
对照组	40	4.12 ± 0.21	4.03 ± 0.23	4.23 ± 0.22
t	-	5.631	6.163	5.692
P	-	0.001	0.001	0.001

表 2 不良反应发生率[n, (%)]

组别	例数	呛咳	误吸	吸入性肺炎	不良反应发生率
实验组	40	4 (10.00)	2 (5.00)	0 (0.00)	6 (15.00)
对照组	40	8 (20.00)	4 (10.00)	1 (2.50)	13 (32.50)
χ^2	-	3.922	1.802	2.531	8.456
P	-	0.048	0.179	0.112	0.004

3 讨论

吞咽障碍也就是吞咽困难,既有功能性咽喉障碍,任何的咽喉部剧烈疼痛都可以引起吞咽障碍,如咽喉部严重的急性炎症、下咽癌晚期、咽部溃疡等疾病,还有某些先天性畸形,如后鼻孔闭锁、腭裂等^[5]。也有各种原因导致的咽喉部梗阻等,如咽部或食道各种原因导致的狭窄、肿瘤以及异物等^[6]。如果是中枢性疾病或周围性神经炎可导致咽肌瘫痪,也会引起吞咽障碍。吞咽障碍的程度与病变部位、病变的性质,以及病变严重程度关系相关,轻则仅仅吞咽不畅,重者可能滴水难进、口水外流^[7]。脑卒中后根据患者的病变部位不同,有的患者会发生吞咽障碍,并且吞咽障碍发生比例很高^[8]。

在本研究中,采取吞咽障碍护理模式对患者进行干预,其中包括常规康复训练、基础护理及健康指导^[9]。另外更加关注到患者的心理健康及健康知识储备,通过进一步的吞咽障碍护理,能够有效降低患者出现不良反应的概率,提高患者对于医护人员的信赖度^[10]。

综上所述,脑卒中后吞咽障碍的护理干预十分必要,护理效果非常明显。

参考文献

[1] 吕江琴,张莉莉,王璐平.基于可视宣教技术的计划性口腔运动训练对脑卒中后吞咽障碍患者的影响效果[J].全科医学临床与教育,2025,23(01):90-91+94.

[2] 俞蕾莹,李艳芳,朋海平.脑卒中后吞咽障碍无缝隙康复护理模式临床效果观察[J].浙江创伤外科,2025,30(01):186-188.

[3] 施明郡,陈雨,余晓燕,侯华娟.常规护理与护理专案干预对急性期脑卒中吞咽障碍患者的护理效果分析[J].中国防痨

杂志,2024,46(S2):420-422.

[4] 宁红霞,刘丹,郑春丽,王军霞,翟兆艳.基于老年综合评估的家庭赋权方案在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J].医学临床研究,2024,41(12):1962-1965.

[5] 尹玲,陈麟,张靖婷.老年卒中后吞咽障碍患者干预措施的最佳证据分析[J].中国老年保健医学,2024,22(06):44-48+56.

[6] 魏娟,李霞,杨雪玉.中医特色护理联合吞咽功能训练对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能的改善作用[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(24):125-128.

[7] 张云,孙文杰,曹芹.标准化早期康复护理与中频治疗对卒中后吞咽障碍的效果探讨[J].中国标准化,2024,(22):301-304.

[8] 陈月华,肖梦婷,吴汝娟,吴丽香,符建平,刘燕飞.集束化护理联合延续护理在急性缺血性脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[J].中国医药科学,2024,14(21):126-129.

[9] 陈晴,万仁娟,方全凤,曾宪晶,宋青.集束化护理模式在脑卒中后吞咽障碍患者中的效果[J].中国医学创新,2021,18(28):106-109.

[10] 吴海燕.卒中单元护理模式对脑卒中后吞咽障碍患者康复护理的效果分析[J].人人健康,2020,(14):570-571.

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/>

