

老年吞咽障碍患者误吸风险评估与护理干预策略

庄怡青

上海中医药大学附属龙华医院老年科，上海 200032

摘要：**目的：**探讨老年吞咽障碍患者误吸风险评估与护理干预策略的临床应用效果。**方法：**选取 2025 年 1 月至 2026 年 5 月期间收治的 40 例老年吞咽障碍患者，按照随机数字表法分为观察组（n=20 例）和对照组（n=20 例）。对照组实施常规护理，观察组在此基础上实施系统性误吸风险评估与针对性护理干预。比较两组患者的误吸发生率、吞咽功能改善情况及护理满意度。**结果：**观察组误吸发生率为 10.00%，明显低于对照组的 40.00%（ $P<0.05$ ）；干预后，观察组标准吞咽功能评价量表评分为（ 15.42 ± 2.31 ）分，明显低于对照组的（ 20.85 ± 3.12 ）分（ $P<0.05$ ）；观察组护理总满意度为 95.00%，显著高于对照组的 65.00%（ $P<0.05$ ）。**结论：**对老年吞咽障碍患者实施系统的误吸风险评估与针对性护理干预，能够显著降低误吸发生率，改善吞咽功能，提高护理满意度，保障患者安全。

关键词：老年；吞咽障碍；误吸风险；评估；护理干预

老年人群生理机能衰退，吞咽反射减弱，吞咽障碍高发，易引发误吸、吸入性肺炎甚至窒息，严重威胁生命安全。临床常规护理缺乏针对性风险分层，干预效果有限^[1]。为优化老年吞咽障碍患者护理方案，本研究选取 40 例患者，对比常规护理与系统性误吸风险评估联合针对性干预的效果，从误吸发生率、吞咽功能、护理满意度三方面分析，为临床降低误吸风险、改善预后提供参考。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2026 年 5 月期间我院老年医学科及肺病科收治的 40 例老年吞咽障碍患者作为研究对象。按照随机数字表法，将患者分为观察组（n=20 例）和对照组（n=20 例）。观察组中，男性 12 例，女性 8 例；年龄 65 至 89 岁，平均（ 75.62 ± 6.43 ）岁；对照组中，男性 11 例，女性 9 例；年龄 66 至 88 岁，平均（ 76.15 ± 6.28 ）岁。两组患者一般资料方面比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）年龄 65-89 岁；（2）符合吞咽障碍的诊断标准，经洼田饮水试验评估为Ⅱ级及以上；（3）意识清楚，生命体征平稳，可配合指令性动作；（4）患者及家属对本研究知情同意，并已签署知情同意书。

排除标准：（1）合并严重心、肝、肾等重要脏器功能衰竭者；（2）处于疾病急性期或生命体征极度不稳定者；（3）伴有严重认知障碍或精神疾病无法配合评估与干预者；（4）既往有食管器质性病变或头颈部肿瘤导致吞咽障碍者；（5）中途退出或未按规定完成干预者。

1.2 方法

对照组实施常规护理，包括常规饮食指导、体位摆放（进食时抬高床头 30 至 45 度）、进食后保持坐位或半卧位 30 分钟、常规口腔护理及病情观察等。

观察组在对照组基础上实施系统性误吸风险评估与针对性护理干预策略。患者入院 24 小时内由专科护士采用 SSA 量表及才藤氏吞咽障碍分级法评估，结合误吸风险专项表从意识、口腔控制、咳嗽反射、呼吸功能、并发症及用药史 6 维度量化打分，分为低危（0~6 分）、中危（7~12 分）、高危（13~18 分）三级，以绿、黄、红色床头标识标注。干预包括：①体位管理：低中危坐位 90° 头前屈，高危半卧位 >60° 颈前屈偏瘫侧颈侧屈；②食物质地：低中危果冻糊状，高危布丁稠泥状，必要时加增稠剂，一口量低危 10~15ml、中高危 3~5ml；③吞咽训练：中高危采用声门上吞咽法及门德尔松法；④口腔清洁、备吸痰器，进食后 30 分钟监测 SpO₂，下降 >3% 立即停食；⑤"宣教-回示-再宣教"模式培训家属掌握防误吸及海姆立克急救法。

1.3 观察指标

（1）误吸发生率：记录两组患者干预期间（住院期间及随访 3 个月内）发生隐性误吸（进食后声音嘶哑、血氧下降但无剧烈呛咳）和显性误吸（进食时剧烈呛咳、紫绀甚至窒息）的总例数，计算发生率。

（2）吞咽功能：采用 SSA 量表进行评价，该量表分为三个部分，总分 18 至 46 分，分数越高代表吞咽功能越差。分别于干预前及干预 3 个月后进行评价。

（3）护理满意度：干预结束后采用自制的护理满意度调查表进行评价，总分 100 分，≥90 分为非常满意，70 至 89 分为满意，<70 分为不满意。总满意度 =（非常满意+满意）/总例数 × 100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 27.0 软件对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以频数和百分比表示, 组间比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者误吸发生率及护理满意度比较

观察组误吸发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。在护理满意度方面, 观察组总满意度为 95.00% (19/20), 对照组为 65.00% (13/20), 观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者误吸发生率及护理满意度比较 [n(%)]

组别	例数	显性误吸	隐性误吸	误吸总发生率	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	20	1(5.00)	1(5.00)	2(10.00)	12(60.00)	7(35.00)	1(5.00)	19(95.00)
对照组	20	5(25.00)	3(15.00)	8(40.00)	5(25.00)	8(40.00)	7(35.00)	13(65.00)
卡方值				5.227				5.625
P 值				0.022				0.018

2.2 两组患者干预前后吞咽功能 (SSA 评分) 比较

干预前, 两组患者的 SSA 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 3 个月后, 观察组的 SSA 评分为 (15.42 ± 2.31) 分, 对照组为 (20.85 ± 3.12) 分, 观察组吞咽功能改善程度显著优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SSA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前 SSA 评分	干预后 SSA 评分	t 值 (组内干预前后比较)	P 值 (组内干预前后比较)
观察组	20	35.18 ± 4.26	15.42 ± 2.31	17.843	<0.001
对照组	20	34.92 ± 4.15	20.85 ± 3.12	12.605	<0.001
t 值 (组间同期比较)		0.194	6.218		
P 值 (组间同期比较)		0.847	<0.001		

3.讨论

老年人生理机能衰退, 吞咽反射减弱, 吞咽障碍高发, 误吸风险显著上升, 易诱发吸入性肺炎、窒息等严重并发症, 常规护理缺乏风险分层, 干预效果有限^[2-3]。本研究在常规护理基础上, 构建系统性误吸风险评估体系, 通过 SSA 量表、才藤氏分级法结合多维度专项评分, 精准划分风险等级并标识, 实施体位、食物质地、吞咽训练、血氧监测及家属急救培训等针对性干预, 实现分层化、个体化护理^[4-5]。

研究结果显示, 观察组误吸发生率 10.00% 显著低于对照组 40.00% ($P<0.05$), 干预后 SSA 评分更低 ($P<0.05$), 护理满意度达 95.00% 高于对照组 65.00% ($P<0.05$)。表明风险评估可精准识别高危人群, 针对性干预能减少误吸诱因、强化吞咽功能、提升护理体验^[6]。

综上, 系统误吸风险评估联合针对性护理干预, 可有效降低老年吞咽障碍患者误吸风险, 改善吞咽功能, 提高护理满意度, 临床推广价值高。

参考文献

- [1]熊尹诗,王娜,张颖.基于奥马哈问题分类系统构建吞咽障碍老年患者护理问题评估体系[J].护理学报, 2023, 30(23):67-72.
- [2]张泓,陈秋华,徐伊闻.早期吞咽功能系统性康复策略结合心理干预在老年脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文), 2024, 10(3):67-69.
- [3]王娇;金文娇.护理干预对改善老年脑卒中患者吞咽功能障碍的效果探讨[J].中国护理学报, 2025, 8(4):42-48.
- [4]何蕊,李苗,彭加琼.老年脑卒中患者吞咽障碍的护理干预措施及效果观察[J].医学前沿, 2024(21):95-96.
- [5]张慧.标准吞咽功能评估及预见性护理对老年脑卒中吞咽障碍患者康复的影响研究[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2023(5):4.
- [6]颜雪靖,陈建辉.误吸风险评估导向康复训练联合焦虑认同护理在老年脑出血吞咽障碍患者中的应用[J].医学理论与实践, 2025, 38(20):3556-3558.