

吞咽功能专项护理干预脑卒中后吞咽障碍患者误吸风险的效果分析

纪佳欢

石家庄平安医院 河北 石家庄 050000

【摘要】目的：探讨吞咽功能专项护理干预应用于脑卒中后吞咽障碍患者，对改善吞咽功能、降低误吸风险的临床效果。方法：选取 2025 年 4 月—2026 年 3 月本院收治的 60 例脑卒中后吞咽障碍患者，随机分为对照组与观察组，各 30 例。对照组予以常规护理，观察组在常规护理基础上开展吞咽功能专项护理干预；对比两组干预前后标准吞咽功能评估量表（SSA）、洼田饮水试验（WST）评分，统计两组误吸发生率。结果：干预前两组各项评分基线水平相近，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后观察组 SSA 评分、洼田饮水试验评分均低于对照组，观察组误吸发生率显著低于对照组，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对脑卒中后吞咽障碍患者实施吞咽功能专项护理干预，可有效改善患者吞咽功能，减少误吸不良事件发生，护理操作简便，具备较高临床推广价值。

关键词：吞咽专项护理；脑卒中；吞咽障碍；洼田饮水试验；误吸

引言

脑卒中属于急性脑血管循环障碍性疾病，又称脑血管意外，临床致残率、并发症发生率较高，吞咽障碍为脑卒中最为常见的并发症之一。轻度吞咽障碍可造成患者进食受限、构音异常，影响日常生活；重度吞咽障碍极易引发营养不良、进食呛咳，继发窒息、吸入性肺炎，增加患者病死率，严重威胁生命安全。脑卒中合并吞咽障碍患者误吸发生风险极高，入院早期落实系统化吞咽功能评估，结合评估结果制定个体化康复训练与护理方案，对改善预后至关重要。吞咽专项护理依托吞咽评估、康复训练、饮食管理、口腔护理开展全方位干预，精准规避误吸危险因素，保障患者进食安全。基于此，本次研究探究专项护理的应用效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 4 月—2026 年 3 月本院收治的 60 例脑卒中后吞咽障碍患者作为研究对象，其中男性 37 例，女性 23 例；平均年龄 62.35 ± 10.42 岁。采用随机数字表法分为对照组、观察组，各 30 例；两组患者性别、年龄、脑卒中分型、吞咽障碍程度等基线资料对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），组间具有可比性。

纳入标准：（1）符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》《中国脑出血诊治指南》脑卒中临床确诊标准；（2）经洼田饮水试验筛查，确诊合并吞咽功能障碍；（3）生命体征平稳，意识清楚，沟通配合能力良好，可全程配合护理干预与功能评估；（4）患者及家属知情同意，签署研究知情告知书。

排除标准：（1）既往存在咽喉疾病、食管疾病所致原发性吞咽功能障碍；（2）合并恶性肿瘤、心肝肾多脏器严重功能衰竭；（3）合并重度痴呆、精神疾病，无法配合护理干预；（4）病情危重、预后较差，中途自动出院者。

1.2 干预方法

对照组：实施神经内科常规护理：遵医嘱落实药物治疗，持续监测血压、心率、血氧饱和度等生命体征；开展基础健康宣教，给予常规进食指导、病情观察，不实施吞咽功能专项评估、吞咽康复训练及针对性吞咽护理干预。观察组：在常规护理基础上，实施规范化吞咽功能专项护理干预：患者入院 24 h 内，护理人员依次开展洼田饮水试验初筛、SSA 量表精细化评估，结合吞咽障碍分级制定个体化干预方案，具体措施如下：

1. 吞咽康复训练

- ①口唇舌部运动训练：每日早晚各开展 1 次，指导患者依次完成张口、闭口、鼓腮、伸舌、舌尖左右摆动、舌根上抬训练，每次 15 min，强化口咽肌群肌力；
- ②咽部冷刺激训练：采用无菌冷藏棉签轻柔刺激软腭、舌根、咽后壁黏膜，每日 3~5 次，单次刺激 5~10 s，增强咽喉部吞咽反射敏感性；
- ③空吞咽训练：非进食状态下指导患者做空吞咽动作，每日 3 组，每组 10~15 次，优化吞咽协调性。

2. 摄食管理

依据吞咽障碍分级个体化调整饮食：轻度障碍进食软烂、糊状食物；中重度障碍使用食物增稠剂调制流质，调整为蜂蜜、布丁稠度；严格禁止冰水、白开水等稀薄流质摄入；进食遵循小口、慢咽原则，单次进食量控制在 10~15 mL，避免暴饮暴食。

3. 体位管理

进食首选端坐位，颈部轻微前屈，闭合气道减少误吸；无法自主坐立者抬高床

头 30° ～45° ，软垫固定躯干维持上身直立；绝对禁止平卧位进食，进食结束保持体位 30 min，预防餐后反流误吸。

4. 口腔护理

每日早晚开展口腔护理，采用生理盐水棉球清洁口腔，口腔分泌物较多、口腔黏膜充血患者，选用氯己定溶液擦拭；彻底清理齿缝、舌背、颊侧食物残留，减少口咽部细菌定植，降低吸入性肺炎发生率。

1.3 观察指标

- 1.3.1 吞咽功能：分别于干预前、干预 4 周后采用标准吞咽功能评估量表（SSA）评估，总分 18~46 分，分值越高吞咽损伤越严重；
- 1.3.2 洼田饮水试验（WST）：给予 30 ml 常温温开水，根据呛咳、饮水情况分级，分级越高吞咽障碍越重；I 级：一次性喝完，无呛咳；II 级：分 2 次及以上喝完，无呛咳；III 级：一次性喝完，伴随呛咳；IV 级：分 2 次以上饮用，存在呛咳；V 级：频繁呛咳，无法将温水全部饮入。
- 1.3.3 误吸发生率：统计干预期间两组显性呛咳、隐性误吸总发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件分析数据；计量资料采用均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较行独立样本 t 检验；计数资料采用例数、百分比（n/）描述，行 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后吞咽功能评分对比

干预前，两组 SSA 评分、洼田饮水试验评分对比无统计学差异（ $P > 0.05$ ）；干预后两组评分均下降，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者干预前后 SSA、洼田饮水试验评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）					
组别	例数	SSA 评分 - 治疗前	SSA 评分 - 治疗后	洼田饮水试验评分 - 治疗前	洼田饮水试验评分 - 治疗后
对照组	30	37.41 ± 3.44	24.43 ± 2.52	4.14 ± 0.25	3.01 ± 0.21
观察组	30	37.25 ± 3.21	20.88 ± 2.21	4.34 ± 0.46	2.22 ± 0.72
t 值	-	0.512	2.412	0.329	23.258

P	0.448				
值	0.05	<0.001	0.745	>0.05	<0.001

2.2 两组误吸发生率对比

干预周期内，对照组发生误吸 7 例，误吸发生率 23.33%；观察组发生误吸 1 例，误吸发生率 3.33%；观察组误吸发生率显著更低，差异具有统计学意义（ $\chi^2 = 5.192$ ， $P = 0.023 < 0.05$ ）。

3 讨论

脑卒中后吞咽障碍主要因中枢神经损伤，造成口咽肌群协调能力下降、吞咽反射迟钝，是诱发误吸、吸入性肺炎、营养不良的独立危险因素。临床常规护理仅落实基础病情监护，缺乏针对性吞咽评估与康复干预，改善吞咽功能效果有限。

本次研究实施的吞咽专项护理，核心优势为先评估、后干预：入院早期完成双重吞咽评估，精准划分障碍等级，规避护理盲目性；口面肌训练、咽部冷刺激能够修复受损吞咽反射通路，强化吞咽肌群肌力，改善生理性吞咽功能；进食体位管控、食物稠度个体化干预，可从物理层面阻断反流、呛咳路径；规范化口腔护理清除口咽致病菌，减少误吸继发肺部感染，实现生理康复与安全防护双向干预。

本次研究结果显示，干预后观察组吞咽功能评分、误吸发生率均优于对照组，证实吞咽专项护理可切实改善脑卒中患者吞咽功能，规避误吸风险。该护理方案操作简单、无需特殊器械，培训门槛低，契合基层医院神经内科、康复科护理工作现状。

同时本研究存在一定局限性：本次为单中心小样本临床研究，仅纳入本院初治脑卒中患者，研究结论外推存在一定局限，后续可开展多中心、大样本对照研究进一步验证干预效果。

综上，对脑卒中后吞咽障碍患者实施系统化吞咽专项护理，可优化吞咽功能，降低误吸并发症，改善患者预后，实用性强，适宜临床广泛推广。

参考文献

[1] 辛玉英, 黄琳琳, 秦川. 冰酸刺激联合冲吸式护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的效果研究 [J]. 中国当代医药, 2024, 31 (8):168-171.

[2] 何水滢, 杨辉. 食物稠度精细化护理预防脑卒中患者误吸的效果分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30 (9):65-68.

[3] 李娟. 吞咽康复专项护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值 [J]. 护

士进修杂志, 2023, 38 (11):1021-1024.