

多维度护理干预对脑卒中患者吞咽功能及并发症发生率的影响

朱荣荣

安徽省合肥市安徽医科大学第一附属医院（南区） 康复医学科二病区，安徽合肥，231200；

摘要：目的：将多维度护理干预融入脑卒中患者的护理实践中，分析其对患者吞咽功能、并发症发生率的影响。方法：研究年限是2024年1月-2026年3月，筛选该期限内于我院就诊的100例脑卒中患者为研究对象。以随机抽签法为分组依据，抽签结果为数字的50例患者归为对照组，抽签结果为符号的50例患者归为观察组。基于对照组常规护理，观察组施行多维度护理干预。探讨临床护理成效。结果：观察组护理后WST评分、SSA评分、并发症发生率较对照组更低，康复总有效率、护理满意度较对照组更高，脑卒中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能较对照组更优， $P<0.05$ 。结论：多维度护理的实施，能够改善脑卒中患者的吞咽功能，加快其康复进程，提高其满意度，减少并发症发生可能，可予以推广。

关键词：脑卒中；多维度护理；吞咽功能；并发症

DOI：10.69979/3029-2808.26.03.041

脑卒中是很常见的一种脑血管疾病^[1]。该病主要发病机制在于脑血管系统突然发生阻塞或出血，进而导致脑实质组织缺氧、缺血而造成神经功能受损^[2]。以血管病变类型为划分依据，脑卒中可分为两大类，即出血性卒中、缺血性卒中^[3]。该病发作后，患者脑神经细胞会快速坏死，进而对其身体控制功能造成不同程度的影响，病情控制不佳或控制不及时，导致大脑皮层和脑干受累，还会引起不同程度的吞咽功能损伤，增加患者进食难度与误吸发生风险，使患者生命安全遭受严重威胁^[4]。多维度护理干预是临床用于功能损伤疾病的常见干预措施，从生理、心理等不同维度对患者进行干预，可加快患者功能恢复进程，减少并发症发生几率，增强其日常生活能力^[5]。本文脑卒中患者为研究对象，深入剖析多维度护理干预的应用价值，旨在优化本病患者的护理方

案，提升其吞咽功能，减少并发症发生可能。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究年限是2024年1月-2026年3月，筛选该期限内于我院就诊的100例脑卒中患者为研究对象。以随机抽签法为分组依据，抽签结果为数字的50例患者归为对照组，抽签结果为符号的50例患者归为观察组。纳入标准：（1）与脑卒中诊断要求相符；（2）经临床救治，体征指标处于稳定状态；（3）合并吞咽障碍。排除标准：（1）不具备正常的视、听、说功能；（2）罹患抑郁症或精神分裂症等精神类疾病；（3）预计生存期间不足3个月，或者主动放弃治疗。根据有关要求收集脑卒中患者基线资料，后分析组间差异，未发现统计学意义， $P>0.05$ 。见表1。

表1 脑卒中患者资料 [$\bar{X} \pm s$, n(%)]

组别	性别		年龄（岁）	平均年龄（岁）
	男	女		
对照组（n=50）	21（42.00）	29（58.00）	55-74	68.54±3.32
观察组（n=50）	23（46.00）	27（54.00）	53-76	68.13±3.25
t/×2	0.162		-	0.624
P	>0.05		-	>0.05

1.2 方法

给予对照组常规护理，即按要求对患者进行口腔卫生管理、环境干预与常规健康宣教，同时鼓励其参与进食与发音训练等。以此为前提，观察组施行多维度护理，

详见下述：（1）评估患者的吞咽功能。利用专业工具，如WST（洼田饮水试验）、纤维内镜等，对脑卒中患者吞咽障碍严重程度进行细致评估。与评估结果相结合，制定并优化护理方案。以轻度吞咽障碍患者为例，进食期间可帮助其调整至坐立姿势，并尽量选择软烂、易于

咀嚼的流食或半流食。以中重度吞咽障碍患者为例，遵医嘱使用鼻饲或管饲替代经口进食，以满足机体营养所需，减少误吸发生可能。(2)开展基础功能训练。利用冰棉签对患者软腭与舌根部形成一定刺激，以强化其咽部感觉。指导患者采取仰卧姿势，抬起头部并将视线聚焦在足尖，或将舌体向后收缩，以增强舌骨上肌群。

(3)开展摄食管理。饮食中选择易于吞咽的食物，如糊状或胶冻状食物等。帮助患者调整至安全的进食体位，如坐姿或将床头抬高 60° 及以上，头部向前倾约 15° 。选择并使用防滑餐具，并对进食速度进行严格控制，每口进食量不得超过5ml。进食完成后保持安全进食体位至少半小时。(4)合理利用电生理、物理疗法。利用神经肌肉电刺激患者的下颌与颈前肌群，以强化其局部肌肉收缩功能。联用口腔振动器等专业仪器，重建吞咽反射弧。(5)预防并发症。辅助患者定时清洁口腔，鼓励其参与气道廓清训练。对患者营养水平进行动态监测，按医生指示及时补充营养制剂。(6)心理疏导与支持。重视与患者沟通，疏导其负面情绪，并实施正念减压、肌肉放松训练等。(7)开展家属协同教育。教会患者家属正确的喂食技巧，识别、处理误吸问题的正确方式。考虑患者实况，制定、优化居家康复方案，定期来院复诊、评估。

1.3 观察指标

(1) 吞咽功能。依据WST(洼田饮水试验)、SSA(标准吞咽功能量表)评估结果，明确脑卒中患者的吞

咽功能。在试验中，患者保持坐立姿势，尝试饮用30mL温水，共分为5个等级，对应评分1-5分，高分意味着吞咽功能差。SSA满分是18-46分，高分证实吞咽功能障碍严重。(2) 康复效率。患者吞咽困难或呛咳症状显著改善，WST评分下降2级及以上，即显效；症状有所改善，WST评分下降1级，即有效；症状无改善，WST评分无变化，即无效。(3) 脑卒中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能。依据自拟量表评估结果，了解脑卒中患者脑卒中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能，各项满分是0-100分，评分越高越好。(4) 护理满意度。向患者发放自拟问卷，并设有不满意、满意或非常满意3个选项，由患者根据就医体验自主选择。

(5) 并发症发生率。肺炎、语言功能障碍或抑郁等均是脑卒中常见并发症。

1.4 统计学处理

研究数据分析时，常用软件是SPSS23.0。研究中存在大量计量资料，均以 $(\bar{X} \pm s)$ 形式加以呈现，基于t检验确定组间差异。研究中存在大量计数资料，均以n(%)形式加以呈现，基于 χ^2 检验确定组间差异。P值 < 0.05 时，证实组间差异大。

2 结果

2.1 吞咽功能对比

观察组WST、SSA评分较对照组更低， $P < 0.05$ 。见表2。

表2 吞咽功能对比 [$(\bar{X} \pm s)$, 分]

组别	例数	WST评分		SSA评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	3.85±0.71	2.24±0.61	40.23±4.25	36.37±3.18
观察组	50	3.89±0.69	1.43±0.41	40.15±4.06	23.56±2.64
t		0.286	7.793	0.096	21.916
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 康复效率对比

观察组康复总有效率较对照组更高， $P < 0.05$ 。见表3。

表3 康复效率对比 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	15 (30.00)	25 (50.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
观察组	50	30 (60.00)	17 (34.00)	3 (6.00)	47 (94.00)
χ^2					4.332
P					<0.05

2.3 脑卒中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能对比

观察组脑卒中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能较对照组更优， $P < 0.05$ 。见表4。

表4 脑卒中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能对比 [$(\bar{X} \pm s)$, 分]

组别	例数	脑卒中知识掌握度		生存质量		肢体运动功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	15	67.65±3.24	77.23±4.15	66.34±3.19	76.52±4.36	65.39±3.13	76.49±4.23
观察组	15	67.49±3.16	89.82±5.01	66.57±3.08	88.75±5.14	65.41±3.25	87.82±4.95
t		0.250	13.684	0.367	12.831	0.031	12.304
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 护理满意度对比

观察组护理满意度较对照组更高, P<0.05。见表5。

表5 护理满意度对比 [n (%)]

组别	例数	不满意	满意	非常满意	总有效率
对照组	50	11 (22.00)	27 (54.00)	12 (24.00)	39 (78.00)
观察组	50	8 (16.00)	21 (42.00)	25 (50.00)	46 (92.00)
x ²					3.843
P					<0.05

2.5 并发症发生率对比

观察组并发症发生率较对照组更低, P<0.05。见表6。

表6 并发症发生率对比 [n (%)]

组别	例数	肺炎	语言功能障碍	抑郁	总发生率
对照组	50	2 (4.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	7 (14.00)
观察组	50	0 (0.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)
x ²					4.891
P					<0.05

3 讨论

脑卒中的发生与多种因素有关,如高血压控制不佳、吸烟、酗酒、作息紊乱等^[6]。吞咽障碍是很常见的一种脑卒中并发症,病情控制不佳或控制不及时,导致吞咽中枢神经受累,继发咽喉肌群失调,吞咽速度减缓、进食呛咳等均是临床常见表现^[7]。吞咽障碍会对机体营养摄取造成严重不良影响,增加并发症发生风险,甚至引起患者死亡,故增强吞咽功能护理很重要^[8]。据表2、3数据显示,观察组护理后WST、SSA评分较对照组更低,康复总有效率, P<0.05。可见,多维度护理的实施能够提高脑卒中患者的吞咽功能与康复效率。可能是因为利用专业工具评估患者的吞咽功能,据此制定相应的护理方案,可确保干预措施的针对性。开展基础功能训练,可对患者的咽部感觉神经形成一定刺激,同时强化舌骨上肌群,帮助患者重建吞咽反射弧。联用电生理治疗、摄食管理,可有效改善患者的肌力,保障患者进食安全。重视疏导患者负面情绪并开展家属协同教育,可有效提升患者居家康复的依从性,提高康复效率。据表4、5和6数据显示,观察组脑卒中中知识掌握度、生存质量、肢体运动功能较对照组更优,护理满意度较对照组更高,并发症发生率较对照组更低, P<0.05。可见,多维度护理的应用价值较高。可能是因为护理期间,开展个性化摄食管理,能够有效降低误吸发生风险,且安全经口进食能够使患者的营养水平得到改善,并提高其治疗信心。联用电生理治疗,能够强化患者的舌骨上肌群,促进肢体功能恢复。通过采取并发症预防措施,可减少肺炎或抑郁等并发症发生风险进一步提高康复质量,提高患者的就医体验与满意度。

结合上述内容,多维度护理的实施,能够改善脑卒中患者的吞咽功能,加快其康复进程,提高其满意度,减少并发症发生可能,可予以推广。

参考文献

[1]陶秋红,高文芳,刘海燕,等.叙事护理对脑卒中后吞咽功能障碍病人负性情绪及康复训练依从性的影响[J].循证护理,2025,11(6):1134-1139.

[2]黄璐,辜一平,胡娟,等.吞咽功能训练与中医针灸穴位护理对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(9):57-60.

[3]董妍,陈士东.基于个性化护理方案对脑卒中患者吞咽功能恢复的效果观察与分析[J].中国药物滥用防治杂志,2025,31(10):1926-1929.

[4]范培玥,贝令娜.脑卒中患者吞咽功能障碍的康复护理研究[J].中外医学研究,2025,23(35):82-86.

[5]邵菲,王美英,戴明慧.多维度协同护理对脑卒中患者日常生活能力和神经功能的影响[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(12):121-123.

[6]余洁明,陈柏玲,文荣初,等.综合康复护理对脑卒中吞咽障碍患者营养状况、吞咽功能的影响分析[J].智慧健康,2024,10(2):234-237.

[7]秦婷婷,张悦,杜婷婷,等.基于标准吞咽功能评估的预见性护理在脑卒中后吞咽功能障碍患者中的应用效果研究[J].山西医药杂志,2024,53(24):1889-1893.

[8]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(电子版),2024,8(24):125-128.

作者简介:朱荣荣(1985.10),女,汉族,籍贯:安徽合肥,学历:本科,职称:主管护师,科室:康复医学科二病区,单位:安徽省合肥市安徽医科大学第一附属医院(南区),邮编:231200。