

脑卒中后吞咽障碍患者吞咽评估及康复护理的研究进展

黄新愉

温州市人民医院康复科, 浙江 温州

收稿日期: 2025年9月29日; 录用日期: 2025年10月23日; 发布日期: 2025年11月3日

摘要

近年来, 我国急性脑梗死患病人数不断增加。而根据心血管疾病调查报告显示, 我国55岁以上人群急性脑梗死患病数占总数40%, 且患病率远超平均值, 普通人发生脑梗死风险高达39.9%, 且该疾病具有发病急、高病死率、低治愈率的特征, 对人们生命健康危害性极大, 当发病后必须立即采取有效的康复措施, 提高患者生活质量。吞咽障碍是脑卒中后常见的并发症之一, 可造成患者误吸, 窒息以及肺部感染, 进而增加其死亡概率。对其实施评估有利于开展正确的个性化的摄食训练, 实现吞咽功能的恢复。本文旨在分析脑卒中后吞咽障碍患者吞咽评估及康复护理的研究进展。

关键词

脑卒中后吞咽障碍, 吞咽评估, 康复护理, 心理护理, 摄食训练

Research Progress on Swallowing Assessment and Rehabilitation Nursing for Patients with Dysphagia after Stroke

Xinyu Huang

Rehabilitation Department of Wenzhou People's Hospital, Wenzhou Zhejiang

Received: September 29, 2025; accepted: October 23, 2025; published: November 3, 2025

Abstract

In recent years, the number of patients with acute cerebral infarction in China has been increasing continuously. According to the cardiovascular disease survey report, the number of patients with

acute cerebral infarction among people over 55 years old accounts for 40% of the total, and the incidence rate is far above the average. The risk of cerebral infarction for ordinary people is as high as 39.9%. This disease is characterized by sudden onset, high mortality rate and low cure rate, which poses a great threat to people's health and life. After the onset, effective rehabilitation measures must be taken immediately to improve the quality of life of patients. Dysphagia is one of the common complications after stroke, which can cause aspiration, choking and pulmonary infection in patients, thereby increasing their mortality rate. Conducting assessment on it is conducive to carrying out correct and personalized eating training and restoring swallowing function. This article aims to analyze the research progress of swallowing assessment and rehabilitation nursing for patients with dysphagia after stroke.

Keywords

Dysphagia after Stroke, Swallowing Assessment, Rehabilitation Nursing, Psychological Nursing, Eating Training

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

急性脑梗死是一种突发性脑组织坏死性疾病，主要由于多种因素引起的脑血管堵塞引起，多见于中老年人群，常伴有原发性疾病，如高血压、糖尿病、冠心病等病史，或存在不良嗜好，如长期酗酒、吸烟等，疾病主要以急性头痛、眩晕、失语、昏迷为病症表现[1]。根据相关数据统计，急性脑梗死年发病率为116~219/10万人，年死亡率达58~42/10万人，可见对临床患者的生命威胁较大，必须采取有效治疗，控制疾病，提高患者生存质量。急性脑梗死对患者神经功能、生活能力均造成较大影响，因此需要进行积极的康复护理，以恢复患者的残存功能，实现自理和正常生活[2]。而脑卒中吞咽障碍患者的发生机制是暂时性中断血液对中枢神经造成损伤，影响患者感觉运动通路，进而出现神经受损，表现为饮水呛咳、吞咽困难以及吞咽存在粘滞感，部分患者甚至可伴随有大量的泡沫痰情况。而随着研究证实，首发脑卒中患者如是轻微型的吞咽障碍，或可随着时间的推移，在2月内吞咽功能逐步恢复正常，但患者如果为多次脑卒中以及脑内双侧病变者，在发生构音障碍的同时，还存在有严重的吞咽功能障碍，其恢复难度较高。而针对脑卒中后吞咽障碍患者，吞咽评估以及康复护理是必要方向。本文对脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽评估以及康复护理内容加以综述。

2. 脑卒中后吞咽障碍发生的病理机制

临床研究证实，吞咽障碍在所有脑卒中患者的发生概率高达30%，可造成患者饮水呛咳进而导致误吸、窒息以及气管痉挛，同时也会因为进食困难进而出现营养失调，如果存在有食物摄入过程中食物误入气管，可引起误吸、窒息以及肺部感染。段前涛[3]研究中以2021年1~12月为研究开展区域，以脑卒中后吞咽障碍作为研究对象，选取30例，再选择同一段时间进行正常体检的受检者30例，对所有患者均实施颅脑CT、脑电图、神经传导速度(NCV)测试，结果发现脑卒中患者颅脑CT以及脑电图显示延髓麻痹以及功能异常。延髓位于脑干的最下部，同时也位于颅脑后窝位置，其生理功能较为复杂，主要参与外调节心血管系统、呼吸、神经传导反射以及影响运动和感觉功能。而由该项研究可以证实，脑卒中后吞咽功能障碍患者的发病机制主要为球麻痹。而在李雪莲[4]研究中又回顾性收集分析了脑卒中后吞咽

功能障碍者的康复资料,总计收入 72 例,36 例临床诊断为真性球麻痹,表现较大程度的延髓神经损伤,且伴有舌部肌肉的萎缩结和肌束震颤,同时咽喉反射消失以及减弱的情况较为严重代偿情况不佳,预后也不佳。其余的 36 例患者被证实为假性球麻痹,虽有延髓神经损伤,但是控制吞咽的神经未受严重影响,表现为构音障碍大于吞咽障碍,患者有咽喉反射,往往预后较好。

脑卒中后吞咽障碍的吞咽评估

大量研究证实,快速识别和评估脑卒中患者的吞咽障碍,是实现安全、科学、有效的摄食训练和保持营养的必要基础。脑卒中后吞咽障碍的吞咽评估主要以洼田饮水和容积-黏度吞咽测试为主要的评估工具。(1) 洼田饮水:起源于日本康复医学,其原理是应用 1 ml、3 ml、5 ml 的温水(35℃~40℃)嘱咐逐量饮水,没有呛咳的患者,再添加 30 ml 水饮下。按有无呛咳以及呛咳的严重程度实施评估,1 级者 1 次性饮完,评估结果为优。2 级者为 1~2 次分次饮完,评估结果为良,3 级为 1 次饮完,但存在有呛咳的情况,评估结果为尚可。4 级则为 2 次或大于 2 次以上饮完,且伴随有呛咳,评估结果较差。5 级为频繁性的呛咳,无法咽下,评估结果极差。(2) 容积-黏度吞咽测试:容积-黏度吞咽测试评估的内容不但包含有水,还有半液体以及固体等。其测量流程为先指导患者保持坐位或者是半坐位,而后在肩部垫放一个软垫,垫高肩部。护理人员站在患者的健侧方向,按照先糖浆-水液体-固定物(布丁)等流程实施测试。糖浆黏度为 51~350 cp,以 5 ml、10 ml、20 ml 等逐层实施吞咽,全部顺利咽下者。再取水样试剂进行测量,黏度为 1750 cp,最后取固定物布丁进行测试。出现呛咳、声音变化、SPO₂ 的下降,视为患者存在有高度的误吸风险,立即停止饮食,且摄食按照低于黏度下单次使用体积进行进食。叶林[5]研究中以 20 例脑卒中后吞咽障碍患者为观察组,同时再选择 20 例患者为对照组,对照组常规护理,观察在对其实施黏度容积测试评估后,制定了个性化的饮食护理,其中 10 例患者低于 350 cp 黏度进食、10 例患者低于 1750 cp 黏度进食,所有患者均自主进食,端坐位,期间有进食困难者,在健侧安排家属进行喂食,饮食原则为高蛋白、高纤维、高热量。所有患者均坚持少食多餐,且进餐在 30 min 内进餐完毕,每次进餐结束后务必进行一次空吞咽,进食结束后继续保持端坐位 30 min,结束后实施冷热水冲洗口腔,减少感染。再连续对患者实施 7 d 的干预后,观察组仅有 2 例发生误吸,1 例罹患肺炎,其发生率 15%,远低于对照组组有 4 例发生误吸,5 例罹患肺炎,其发生率 45%,因此可以得出结论,对脑卒中后吞咽障碍患者实施吞咽评估可以指导个性化进餐,保障进餐安全,进而降低误吸和肺炎的发生概率。

3. 脑卒中后吞咽障碍患者的康复护理

3.1. 脑卒中后吞咽障碍康复的意义

朱明芳[6]研究收集了大量的病例资料,同时集合临床康复现状得出结论,神经受损的恢复困难系数较大,但随着康复医学以及康复护理的不断进展,逐渐发现对此类患者实施康复护理可一定程度上恢复受损的功能,且科学良好的康复以及和治疗可带来较好的神经可塑性促进神经轴突的发育。脑卒中发作后,可继发出脑水肿以及脑部循环障碍受阻,但随着治疗和大量脱水药物的应用以及营养神经的药物应用,脑水肿的程度可逐步改善,脑部循环的情况以及坏死重吸收的速度也会逐渐降低,而这一情况则意味着恢复脑神经病的受损功能可塑性将显示出明显的优势,一定程度上实现脑内部分功能的重组和神经通路的开放,恢复残余功能。如马红梅[7]研究中对 2021 年 1 月~2023 年就诊于内科康复科的患者 60 例进行跟踪随访,将其设置为观察组,所有观察组的患者均在康复科指导下进行系统性的训练,而后再选择同期在本院溶栓治疗后直接出院的患者 60 例为对照组,以首次复查结果为观察指标,结果证实对照组神经损伤程度较自身出院未有显著差异,而观察组神经损伤程度较自身出院有 20%~30% 的改善度,由此证实,脑卒中后 1 个月或可是康复的最佳时间,患者的神经受损性有较大的恢复,临床康复科应当重视

治疗后的早期康复,以提高康复质量。故结合以上分析和各类案例可以得出结论,在脑卒中患者溶栓等治疗后,越早实施康复,对患者的神经恢复越佳。

3.2. 科学宣教

脑卒中后吞咽障碍患者的康复效果很大程度上取决于患者的配合度和锻炼性。但对脑卒中后吞咽障碍患者进行深入的研究后发现,此类患者普遍为老年群体、疾病感知弱、自护意识差、且接受新鲜事物的能力较差,而这些特点也给患者的锻炼依从性带来干扰,容易错过最佳康复时间,导致康复质量不佳,因此在进行康复前,务必要对患者实施针对性的健康教育,以促使其依从性提高。潘盈盈[8]研究中以 30 例患者为对照组,以 30 例患者为观察组,对照组仅采取常规简单口头宣教,而观察组采取个性化以及针对性的科学宣教,包含有对患者进行康复意识评估、康复思维树立、康复观念纠正等,同时借助同伴教育、真实案例教育等,对患者实施科普,对其实施护理后,以 EXCA 自护意识评分进行观察对比,结果发现观察组患者 ESCA 自护评分高于对照组,由此可以证实,对脑卒中后吞咽障碍患者实施健康宣教和科学宣教可以提高自护意识,助力于患者积极配合护理人员实施康复,从而取得较好的康复结果。

3.3. 心理护理

脑卒中后吞咽障碍患者的心理较为复杂,既有对自身疾病和未来情况的担忧恐慌,又有迫切康复恢复的急切心理,同时也有部分患者沉浸在对家庭经济支出的担忧中,抗拒康复护理。因此,心理护理是康复护理的重点环节,其本质目的是为患者疏导和赋能。所谓赋能则是在心理护理的过程内由教育者或者引导者对于被赋能者方法指导,同时为其提供优良的环境,进而提高被赋能者的自我决策的相关能力,同时再加强和患者的沟通以及交流,面对面聆听患者的内心感受,对患者表达出的合理的护理建议以及治疗建议进行采取。鼓励和引导患者家属给予患者积极的陪伴和照护,让患者感受到情感支持。还可为同类型疾病的患者牵线搭桥,鼓励同类型疾病患者交流病情,疏导心理。在李丽丽[9]研究中,选择 68 例脑卒中吞咽障碍患者为研究对象,划分 34 例常规护理,34 例增加心理护理,对其护理 3 d 后,以 SAS 焦虑评分对比,观察组焦虑评分(52.36 ± 0.32)分低于对照组(59.67 ± 0.32)分,证实对脑卒中后吞咽障碍患者实施心理护理,可缓解患者的心理焦虑,为长期稳定康复锻炼提供基础。

3.4. 吞咽障碍的间接训练

脑卒中患者的吞咽障碍的训练主要包含有间接训练和直接训练,前者是后者基础,要点是不以食物实施直接训练,而是仅对吞咽障碍本身实施训练。其训练的方法主要有 3 点,即口唇闭锁训练、下颌运动训练、舌运动训练。口唇闭锁训练的原理是降低患者饮水时水从口部漏出的情况。指导患者寻找一面镜子,面对镜子实施禁闭口周的训练,嘴部含系着线的大颗的纽扣、由家属或者康复护理人员一手牵拉线条,患者紧闭口周抵御线的拉力,不让纽扣被线拉走。此外,还可以面对镜子实施阻鼓腮、微笑锻炼、口唇突出旁拉训练。下颌运动:同样面对镜子,指导患者张大口周,活动口周肌肉。如果患者无法自我张大,则可以对其口周实施按摩,再被动性的对下颌进行上下闭合训练。取一根压舌板,放置于口腔内,要求患者紧咬,加强咬肌训练。舌部训练:指导患者尽力朝着自己口外或者两侧伸舌,实施缩舌以及舌部的前后运动,以舌尖舔舐口周,提高舌的灵活性。刘洁[10]研究对患者 32 例患者实施间接训练 5d 后,患者进食期间吞咽生活质量(42.63 ± 0.32)分高于训练前,充分证实实施间接训练护理可以提高患者吞咽生活质量,让患者受益。

3.5. 吞咽障碍的直接训练

吞咽障碍的直接要点为直接采用食物进行训练,其原理是调整食物的质地、性状等改善患者的吞咽

功能障碍。崔巍巍[11]研究中补充,开展直接训练的必要前提是患者已经接受过了系统性的间接训练,其经过评估后,患者各类情况稳定,可实现直接以食物训练的有关步骤。注意在实施直接训练时,其体位姿势主要为定时、定量地进行餐桌前的进食。无法坐位的患者,则头部提高 30°,且于腰部垫放软枕,头部前屈,同时再进食前务必对患者实施针对性的评估,区分单侧咽喉麻痹以及双侧咽喉麻痹,以单侧咽喉麻痹为例,其进食方式应当将食物放置在健侧处,而后进行以头部旋转的方法进行进食。而口腔以及咽喉部麻痹者,则应当为侧方吞咽。而有舌根无力者,则需要食物进入口周后,仰头咀嚼下咽。咽喉反射无力或者反射减弱的患者,则需要实施食物吞咽以及空吞咽交替进行的方式进餐。朱明芳[6]研究中以 20 例脑卒中后吞咽障碍的患者为例,对患者全部实施直接训练,干预 1 个月后,患者的发生呛咳、窒息、肺炎的发生率相较于干预前,从 15.9%下降到 4.6%,充分证实了直接训练对吞咽障碍患者的康复价值,且在康复护理的开展过程中需要针对患者球麻痹的状态,实施不同的体位调整和进食姿势干预。

4. 总结

当前,针对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽评估主要以洼田饮水和容积-黏度吞咽测试为主,但洼田饮水的结果受患者主观感受影响,仅仅体现液体食物的吞咽,同时存在有漏诊以及无症状误吸的情况。而容积-黏度吞咽测试无法直观地观察到吞咽结构受损的确切位置及存在的问题,故针对脑卒中的吞咽障碍评估还应当结合其他的检查方法,如 Bedside 吞咽评估工具、SAT 评估方法、吞咽造影等综合性判断患者吞咽障碍。此外,当前研究针对脑卒中吞咽障碍康复护理的不足之处还存在有个性化护理方案的不足以及心理护理的不足。而脑卒中吞咽障碍康复护理是一个长期性的内容,更需要家属的参与以及延续性护理持续护理,未来在加强综合性评估的同时,进一步开展个性化康复护理以及心理康复,且结合家属护理和出院后的定期随访,可提高康复效果。

参考文献

- [1] 曹靖惠,胡秀娟,吴可嘉,等.行动研究理论健康教育联合吞咽康复护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2022,28(31):4376-4381.
- [2] 黄素玲,唐冬娥,孙会会.质控康复护理在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2022,28(6):825-827.
- [3] 段前涛,刘燕,吴伟.护士为主导的分级管理策略在脑卒中术后吞咽障碍康复中的价值[J].国际护理学杂志,2024,43(3):421-425.
- [4] 李雪莲,洪珍兰,王丽,等.改良醒神解语操在脑卒中吞咽障碍患者康复训练中的应用[J].护理学杂志,2022,37(16):16-19.
- [5] 叶林,朱明芳,李璐璐.赋能教育模式下的水凝胶摄食训练对脑卒中吞咽障碍患者自我效能及康复效果的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(7):119-121.
- [6] 朱明芳,李璐璐,贡静,等.改变食物性状结合康复护理干预对脑卒中后吞咽障碍患者进食安全及营养状况的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(17):29-31.
- [7] 马红梅.早期康复护理对急性脑卒中吞咽障碍患者的效果观察[J].中国医药指南,2022,20(33):175-177.
- [8] 潘盈盈,刘晓梅.标准吞咽功能评估联合早期康复护理对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].江苏科技信息,2021,38(26):62-64.
- [9] 李丽丽.综合康复护理对脑卒中吞咽障碍患者的干预效果分析[J].甘肃科技,2021,37(15):170-172+152.
- [10] 刘洁,郑天会.康复护理对脑卒中患者吞咽障碍功能恢复的作用探讨[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(23):133.
- [11] 崔巍巍,杜林林,黄秀平,等.行动管理联合卧位康复训练在预防脑卒中后吞咽障碍患者吸入性肺炎的应用[J].川北医学院学报,2023,38(4):562-565.