

脑卒中吞咽障碍患者综合康复护理及研究进展

谢小霞

温州市人民医院 浙江 温州 325000

摘要：脑卒中是一种常见的急性脑血管疾病，具有高发病率、高致残率和高死亡率的特点。吞咽障碍是脑卒中患者高发且危害显著的并发症，可引发呛咳、误吸、营养不良及吸入性肺炎等问题，严重影响患者康复进程与生命安全。因此，对脑卒中吞咽障碍患者实施有效的综合康复护理至关重要。通过综合康复护理，可以改善患者的吞咽功能，降低并发症的发生率，提高患者的生活质量，促进患者的全面康复，同时也能减轻家庭和社会的负担，本文从发生机制、康复护理措施、研究新进展展开综述，系统梳理脑卒中吞咽障碍康复护理的核心内容，为临床实践提供科学参考。

关键词：脑卒中；吞咽障碍；评估方法；康复护理；研究进展

引言：

随着我国人口老龄化加剧及生活方式改变，脑卒中发病率逐年攀升，已成为威胁居民健康的主要脑血管疾病之一。吞咽障碍作为脑卒中典型并发症，其发生与脑部神经损伤密切相关，不仅导致患者进食困难、营养摄入不足，还会因误吸引发吸入性肺炎等严重并发症，显著增加患者致残率与死亡率。阮璿璐等人研究指出^[1]，多数的脑卒中患者会并发吞咽障碍，且该并发症已成为影响脑卒中患者预后的独立危险因素。本研究系统总结脑卒中吞咽障碍的评估方法、发生机制、康复护理措施及研究新进展，以期为临床护理工作提供更具针对性的指导。

1 评估方法

1.1 床旁评估

床旁评估因无需特殊仪器、操作简便，成为脑卒中患者入院后初步筛查吞咽障碍的首选方式，常用工具包括洼田饮水试验、反复唾液吞咽试验及Gugging 吞咽功能评估表（GUSS）等。洼田饮水试验通过让患者饮用30ml 温水，观察饮水过程、时间及有无呛咳，将吞咽障碍分为5级，其中I级为吞咽功能正常，III级及以上判定为明确吞咽障碍。反复唾液吞咽试验通过观察患者30s内吞咽次数评估吞咽功能。Gugging 吞咽功能评估表（GUSS）则通过让患者吞咽不同质地食物，综合评估吞咽安全性与有效性，将吞咽障碍分为正常、轻度、中度、重度四个等级。

1.2 仪器评估

吞咽造影检查（VFSS）通过让患者吞咽含荧光素的食物，在X线透视下动态观察食物从口腔到食管的运输过程，可清晰显示食物残留、渗透及误吸情况，精确定位吞咽障碍发生阶段（口腔期、咽期或食管期）。徐月等人研究指出^[2]，VFSS能为康复方案制定提供直观依据，但存在辐射暴露风险，不适用于孕妇、儿童及对辐射敏感的患者，且检查过程需患者配合完成吞咽动作，

对意识障碍患者适用性有限。软式喉内镜吞咽功能检查（FEES）通过将内镜经鼻腔插入咽喉部，直接观察咽喉部黏膜状态、吞咽反射启动时间及食物残留位置。FEES在评估咽期吞咽障碍及误吸风险方面灵敏度较高，尤其适用于需长期监测吞咽功能变化的患者，但检查过程可能引发患者恶心、不适，需在检查前做好心理疏导与局部麻醉处理，提高患者耐受度。

2 发生机制

脑卒中吞咽障碍的发生与脑部神经损伤及吞咽反射通路异常密切相关，其机制复杂，涉及吞咽中枢、神经通路及吞咽肌群的协同作用异常，不同部位的脑损伤对吞咽功能的影响存在差异。人体吞咽动作是由脑干吞咽中枢、大脑皮质高级中枢、吞咽肌群及神经通路共同调控的复杂反射过程，导致吞咽障碍。林广勇等人研究指出脑卒中后吞咽障碍的发生还与神经重塑延迟相关^[3]。脑卒中后，脑部受损区域周围的残余神经细胞会启动代偿机制，吞咽肌群因长期缺乏有效刺激出现废用性萎缩，进一步加重吞咽障碍。此外，汤秀红等人研究提及，脑卒中患者常伴随肢体运动障碍、语言障碍等并发症，这些问题会间接影响患者进食时的体位控制与配合度，增加吞咽困难发生风险，形成恶性循环^[4]。从病理生理角

度来看,脑卒中后局部脑组织缺血缺氧会导致神经递质失衡,影响神经信号传递,进而导致吞咽肌群收缩力下降、运动协调性降低。脑卒中后吞咽障碍患者早期多无典型临床症状,随着病情进展,才逐渐出现饮水呛咳、进食缓慢、发音不清晰等表现,这与脑部水肿消退后神经功能损伤逐渐显现有关,也提示临床需加强脑卒中患者早期吞咽功能筛查,避免因症状隐匿延误干预时机。

3 康复护理措施

3.1 心理护理

脑卒中吞咽障碍患者因进食困难、担心误吸及并发症,易产生焦虑、抑郁等负面情绪,而不良情绪会进一步抑制吞咽反射,影响康复效果。针对这一问题,有研究提出心理护理需贯穿康复全过程:护理人员需主动与患者沟通,采用正性暗示法讲解康复知识,分享吞咽功能恢复良好的案例;同时邀请康复成功患者现身说法,帮助患者重建信心。如尹玲等人^[5]对脑卒中吞咽障碍患者实施系统性心理护理,干预后患者心理状态好转,康复训练依从性提升,证实心理护理对吞咽功能恢复的促进作用。

3.2 吞咽功能训练

吞咽功能训练是改善吞咽障碍的核心措施,包括基础肌群训练与摄食-吞咽训练,需根据患者吞咽障碍程度制定针对性方案。基础肌群训练主要通过强化口唇、舌体、咽部等吞咽相关肌群力量,改善运动协调性。黄婷婷和刘亚红研究指出^[6],口唇训练(闭唇、撅唇、鼓腮等)可增强口唇闭合能力,减少食物从口腔漏出;舌体训练(伸舌、顶舌、舌体左右移动)能提升舌肌力量,避免因舌根部后推力不足导致食物残留,训练时可在患者硬腭部放置压舌板,指导患者用舌体对抗压力,增强训练效果。摄食-吞咽训练需结合患者吞咽能力调整进食方式。轻度吞咽障碍患者可经口进食糊状食物,指导患者保持端坐位、头部稍前屈;重度吞咽障碍患者需先留置胃管保证营养摄入,待病情稳定后过渡至经口进食。脑卒中后3~6个月是吞咽功能恢复的黄金期,早期开展摄食-吞咽训练可使患者吞咽功能恢复率提升。

3.3 中医康复护理

针灸治疗通过刺激吞咽相关穴位,调节气血运行,促进神经功能恢复。刘璐等的研究指出^[7],采用贺氏三通法治疗脑卒中吞咽障碍患者,通过刺激吞咽相关神经通路,可有效提升患者舌骨肌群功能,改善吞咽肌群收缩能力。穴位按摩通过按压廉泉、翳风、风池等穴位,

疏通经络、调和气血。王江玲等的研究指出^[8],穴位按摩以点按、指揉为主要手法,每次按压一定时间,每日多次操作,可促进患者舌体自由活动,改善吞咽功能,且该方法操作简便,适合家属在居家康复中协助患者完成。

3.4 摄食护理与营养支持

在摄食护理方面,进食环境需保持安静整洁,避免噪音干扰,防止患者因分心引发误吸;进食体位以端坐位或半坐卧位为宜,头部可向健侧倾斜一定角度,减少食物在患侧咽部的残留;食物质地需根据患者吞咽障碍程度灵活调整,轻度障碍患者可选择软食,中度障碍患者宜选择糊状食物,重度障碍患者则选择流质食物并添加增稠剂,以此降低食物流动速度,为患者吞咽反应预留充足时间。刘亚男等的研究指出^[9],科学调整食物质地对降低误吸风险、减少吸入性肺炎发生具有积极作用。营养支持方面,吞咽障碍患者因进食量减少,易出现蛋白质、维生素等营养素缺乏,需联合营养师为患者制定个性化营养方案:轻度障碍患者可通过调整日常饮食结构,增加优质蛋白食物摄入以满足营养需求;中重度障碍患者则需采用间歇经口至食管管饲或鼻饲方式补充营养,确保能量与蛋白质摄入充足,避免因营养不良影响神经修复与肌肉功能恢复。

4 吞咽障碍研究新进展

4.1 物理因子治疗创新

神经肌肉电刺激(NMES)通过低频脉冲电流刺激咽喉部吞咽肌群,促进肌肉收缩,改善局部血液循环。对老年脑卒中吞咽障碍患者采用NMES联合呼吸训练,能更显著提升患者吞咽功能,提高临床康复有效率,同时降低并发症发生率,充分证实NMES在增强吞咽肌群肌力与协调性方面的优势。郭艳侠等的研究指出^[10],NMES存在特定的最佳刺激参数,合理设置刺激频率、时长及强度,可在保障治疗安全性的前提下,最大化提升治疗效果。

重复经颅磁刺激(rTMS)通过磁场作用于大脑皮质吞咽中枢,调节皮质兴奋性,促进神经功能重组。吴昊等的研究指出^[11],对脑卒中吞咽障碍患者分别采用低频与高频rTMS治疗,结果显示低频rTMS更有利于改善患者洼田饮水试验结果,通过降低患侧大脑半球兴奋性、改善半球间竞争性抑制,促进吞咽皮质功能恢复。经颅直流电刺激(tDCS)作为另一类中枢刺激技术,具有安全、易操作、成本低的特点,其中阳极tDCS可有

效提升大脑皮质兴奋性,且不同刺激强度对康复效果存在影响,同时该技术可与NMES联合应用,进一步增强干预效果。

肌内效贴(KT)作为新型物理治疗技术,通过贴布拉力提升吞咽肌肉募集能力,促进喉上抬效率。周雪珍等的研究指出^[12],对急性脑卒中吞咽障碍患者实施特定区域的KT贴扎联合口腔功能训练,相较于常规训练,能更显著改善患者功能性经口摄食能力与发音功能,且该方法具有无创、便捷的优势,患者可居家自行操作,有助于提高康复训练的连续性。

小 结:

脑卒中吞咽障碍作为影响患者预后的关键并发症,其康复护理需以科学评估为基础,以个性化干预为核心,通过多维度措施改善吞咽功能、降低并发症风险。从评估方法来看,床旁评估适用于早期筛查,仪器评估则为精准干预提供依据,临床需结合患者病情选择合适的评估工具,避免单一评估导致的偏差;从发生机制来看,脑卒中吞咽障碍与脑部神经损伤、吞咽反射通路异常及神经重塑延迟密切相关,提示临床需早期干预,通过康复训练促进神经代偿与肌肉功能恢复;从康复护理措施来看,心理护理、功能训练、中医护理及摄食护理的协同应用,可全面改善患者吞咽功能,而营养支持则为康复提供物质保障,需贯穿护理全程;从研究新进展来看,物理因子治疗创新、延续性护理模式探索,为吞咽障碍康复提供新方向,为临床实践提供科学参考。

参考文献:

- [1] 阮璎璐,贾杰.发声功能训练预防脑卒中后吞咽障碍患者发生肺部感染的研究现状[J].中国医刊,2024,59(11):1166-1167.
- [2] 徐月,高娜,宋咪,等.虚拟现实技术在脑卒中患者吞咽障碍康复中的研究进展[J].武警医学,2024,35(10):900-903.
- [3] 林广勇,叶慧敏,黎月桃,等.高频重复经颅磁刺激对脑梗死吞咽功能障碍的影响及相关机制研究[J].中国实用医药,2024,19(01):11-14.
- [4] 汤秀红,刘婷,朱荣华,等.冰刺激疗法联合肌电生物反馈治疗脑卒中后吞咽障碍的效果观察[J].罕少

4.2 延续性护理模式探索

脑卒中吞咽障碍康复是长期过程,受医疗资源与家庭经济限制,多数患者出院后仍存在吞咽功能障碍,需通过延续性护理保障康复效果。徐璐研究指出^[13],我国延续性护理模式仍处于起步阶段,目前主要以医院-家庭-社区一体化照护模式为主——医院通过建立患者康复档案,制定个性化居家康复计划;社区卫生服务中心定期上门评估吞咽功能,指导家属协助完成训练;家庭则负责日常摄食护理与训练监督,形成三位一体的康复体系。

疾病杂志,2025,32(03):17-19.

- [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] 黄婷婷,刘亚红.口唇操训练在脑卒中后吞咽功能障碍患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(08):120-122.
- [7] 刘璐,吕天丽,聂利敏,等.通过表面肌电图技术观察贺氏三通法治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效[J].针刺研究,2022,47(3):256-261.
- [8] 王江玲,戴新娟,施琪,等.穴位按摩治疗脑卒中后吞咽障碍效果的Meta分析[J].护理研究,2020,34(5):821-827.
- [9] 刘亚男,冯雪亚,高佩佩.基于行动研究法的饮食护理对脑卒中后吞咽功能障碍患者进食情况及营养状态的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(28):142-145.
- [10] 郭艳侠,张莹.神经肌肉电刺激联合吞咽训练治疗急性脑梗死后吞咽障碍临床研究[J].中国实用内科杂志,2019,39(12):1084-1087.
- [11] 吴昊,潘剑罡,符家武,等.不同频率重复经颅磁刺激对脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽功能及其表面肌电图的影响[J].重庆医学,2017,46(32):4564-4566.
- [12] 周雪珍,叶素贞,陈传帮.肌内效贴治疗急性脑卒中患者吞咽障碍的疗效观察[J].重庆医学,2019,48(14):2423-2426.
- [13] 徐璐.延续性护理在精神科的应用现状与进展[J].智慧健康,2024,10(28):26-28+32.