

安全进食行为流程护理对急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者的影响

王小霞 李亚菲 马丽荣（通讯作者）

宁夏回族自治区人民医院宁南医院 宁夏 中卫 755000

【摘要】目的：探讨安全进食行为流程护理在急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果。方法：选取2024年1月至2025年1月我院收治的80例急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者作为研究对象，根据护理模式的差异按乱数表法进行分组，对照组实施脑卒中常规护理，观察组在对照组基础上实施安全进食行为流程护理。对比两组护理满意度；吞咽功能以及不良事件发生情况。结果：观察组护理满意度明显高于对照组；观察组干预后的吞咽功能改善效果优于对照组；相较于对照组，观察组总发生率更低($P<0.05$)。结论：对急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者实施安全进食行为流程护理，可有效改善吞咽功能，提升营养状态，降低误吸、肺部感染等不良事件发生率，具有较高的临床价值。

【关键词】急性缺血性脑卒中；吞咽障碍；安全进食；流程护理；吞咽功能；营养状态

DOI:10.12417/2811-051X.26.02.058

The impact of safe eating behavior process nursing on swallowing disorders in patients with acute ischemic stroke

Wang Xiaoxia, Ma Lirong Corresponding authors

Ningxia Zhongwei 755000 Ningnan Hospital, People's Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region

Abstract: To explore the application effect of safe eating behavior process nursing in patients with swallowing disorders after acute ischemic stroke. Method: 80 patients with swallowing disorders after acute ischemic stroke admitted to our hospital from January 2024 to January 2025 were selected as the research subjects. According to the differences in nursing modes, they were divided into groups using a random number table method. The control group received routine stroke care, while the observation group received safe eating behavior process care on the basis of the control group. Compare the satisfaction levels of two nursing groups; Swallowing function and occurrence of adverse events. Result: The nursing satisfaction of the observation group was significantly higher than that of the control group; The observation group showed better improvement in swallowing function after intervention compared to the control group; Compared to the control group, the observation group had a lower overall incidence rate ($P<0.05$). Conclusion: Implementing safe eating behavior process nursing for patients with swallowing disorders after acute ischemic stroke can effectively improve swallowing function, enhance nutritional status, reduce the incidence of adverse events such as aspiration and pulmonary infection, and has high clinical value.

Keywords: Acute ischemic stroke; Swallowing disorders; Safe eating; Process nursing; Swallowing function; Nutritional status

急性缺血性脑卒中是临床常见脑血管疾病，具有高发病率、高致残率特点，吞咽障碍是其常见并发症^[1]。脑卒中后吞咽障碍患者因吞咽肌群协调功能异常，易出现进食困难、误吸等问题，不仅导致营养摄入不足，还可能引发肺部感染、窒息等严重不良事件，延长住院时间，降低生活质量。目前，临床对脑卒中后吞咽障碍患者多采用常规饮食指导与护理，但缺乏系统性、规范化的进食能管理流程，护理措施多集中于“告知”而非“干预执行”，导致部分仍存在进食风险。安全进食行为流程护理是基于循证医学，围绕“进食前-进食中-进食后”全环节构建的标准化护理模式，通过精准评估、科学干预、动态监测，可最大限度降低进食风险，同时针对性改善吞咽功能与营养状态^[2]。本研究旨在探讨安全进食行为流程护理的应用效果，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年1月我院收治的80例急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者作为研究对象，根据护理模式的差异按乱数表法进行分组，对照组：男22例，女18例，年龄50~78岁，均值(65.28±3.01)岁；观察组：男20例，女20例，年龄53~80岁，均值(68.26±3.76)岁。

纳入标准：①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2022年版)》中急性缺血性脑卒中诊断标准，经头颅CT或MRI确诊；②存在吞咽障碍，洼田饮水试验评分≥2分；③发病至入院时间≤72h；④意识清楚，可配合护理操作；⑤患者及家属知情同意。

排除标准：①合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍；②存在口腔、咽喉部器质性病变（如肿瘤、溃疡）；③既往有吞咽障碍史或认知功能障碍（MMSE评分<24分）；④干预期间

因病情加重退出研究。两组患者在年龄、性别等一般资料比较中，结果均无统计学差异， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规护理：病情监测：密切观察意识、生命体征及神经系统症状变化，记录病情动态。基础饮食指导：告知患者及家属选择软烂、易吞咽的食物（如米糊、蛋羹），避免干硬、黏性食物，进食时提醒细嚼慢咽。康复训练告知：介绍吞咽功能康复训练方法，指导家属协助完成，每日2~3次，每次15~20min。常规健康宣教：讲解脑卒中及吞咽障碍相关知识，告知患者遵医嘱用药、定期复查的重要性。

观察组在对照组基础上实施安全进食行为流程护理，主要措施如下：

(1) 进食前评估与准备（每日进食前30min）

吞咽功能评估：采用洼田饮水试验动态评估患者吞咽能力。根据评分情况调整护理方案，如2分的患者可以协助进食；3分的患者需专人喂食；4分的患者先采用鼻饲过渡，待评分降至3分以下再尝试经口进食。

营养状态评估：通过询问饮食史、测量体质量、检测血清白蛋白等指标，判断患者营养风险。联合营养科制定个性化饮食计划，根据患者具体情况调整食物的营养配比，确保营养供给精准。

环境准备：清理进食环境中的干扰因素，如噪音、杂物等，将室温调节至22~24°C，保证光线充足，营造一个安静、舒适的进食环境，在进食时情绪稳定。

(2) 进食中规范化干预（每餐进食期间）

体位调整：对于能坐起的患者，让其取坐位，使上半身与桌面呈90°；无法坐起的患者取半坐卧位，将床头抬高30~45°，并将头部偏向健侧，这样可避免食物残留于患侧咽喉，减少误吸风险。

食物性状管理：依据洼田饮水试验评分选择合适的食物。2分的患者可选择软食，如软饭、煮烂的蔬菜；3分的患者选择半流质食物，如藕粉、蔬菜泥。避免让患者食用液体或干硬食物，以降低吞咽难度。

进食速度与量控制：采用“小口慢喂”的方式，每口食物量控制在5~10mL。等待完全吞咽后再喂下一口，避免催促，防止因进食过快导致呛咳或误吸。

进食协助：对于吞咽乏力的患者，喂食时用勺子轻压舌面，刺激吞咽反射。同时，密切观察面部表情，若出现呛咳，应立即停止进食，并轻拍其背部，促进异物排出。

(3) 进食后护理（进食后30min内）

口腔清洁：用温水或生理盐水为患者清洁口腔，彻底清除食物残渣，防止细菌滋生引发口腔感染或其他并发症。

体位维持：继续保持患者坐位或半坐卧位30min，避免立即平卧，防止食物反流至气道，引发误吸或肺部感染。

不良反应观察：仔细记录进食后是否出现呛咳、呼吸困难、腹胀等症状。若出现异常情况，及时采取相应的处理措施，确保安全。

1.3 观察指标

(1) 采用自制的护理满意度调查表（信效度为0.87）调查患者的满意度情况，满分100分，依次分为不满意（60分以下）、一般（61~80分）、满意（81~100分）三级，其中以90分为界值将满意细分为比较满意和非常满意。由专门人员对问卷调查结果进行统计分析，总满意度=(非常满意+满意)例数/总例数×100%。

(2) 干预4周后采用洼田饮水试验评估：患者取坐位，饮用30mL温水，观察吞咽情况。分级标准：I级：1次顺利咽下；II级：分2次咽下，无呛咳；III级：1次咽下，有呛咳；IV级：分2次以上咽下，有呛咳；V级：频繁呛咳，无法咽下。以“分级降低”为吞咽功能改善。

(3) 记录干预4周内两组呛咳、误吸性肺炎、营养不良的发生例数，计算总发生率。

1.4 统计学方法

本次研究的所有数据均纳入SPSS23.0软件中进行比较分析，对于计数资料的检验，分别用 χ^2 和t进行，若($P<0.05$)提示有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组护理满意度

对照组非常满意14例(35%)，比较满意12例(30%)，一般8例(20%)，不满意6例(15%)；观察组非常满意18例(45%)，比较满意16例(40%)，一般6例(15%)，不满意0例(100%)；($\chi^2=8.529$, $p=0.001$)；相较于对照组，观察组护理服务满意度更高($P<0.05$)。

2.2 两组干预后吞咽功能比较

对照组40例中，吞咽功能达到I级者6例，II级者15例，III级者14例，IV级者4例，V级者1例；吞咽功能分级降低者18例，改善率为45.00%。观察组40例中，吞咽功能达到I级者18例，II级者16例，III级者5例，IV级者1例，V级者0例；吞咽功能分级降低者35例，改善率为87.50%。($\chi^2=7.629$, $p=0.001$)，经统计分析，观察组吞咽功能I级占比、分级降低例数及改善率均高于对照组，III级、IV级、V级占比低于对照组，观察组干预后的吞咽功能改善效果优于对照组($P<0.05$)。

2.3 两组干预期间不良事件发生情况比较

对照组呛咳5例(12.5%)，误吸性肺炎4例(10%)，营养不良3例(7.5%)，总发生率12例(30%)，观察组呛

咳 1 例(2.5%), 误吸性肺炎 1 例(2.5%), 营养不良 0 例(0.00%), 总发生率 2 例(5%); ($\chi^2=9.762$, $p=0.001$) , 相较于对照组, 观察组总发生率更低 ($P<0.05$)。

3 讨论

安全进食行为流程护理是针对存在吞咽功能障碍的患者以“降低进食风险、保障营养供给”为核心, 围绕进食前评估与准备、进食中规范化干预、进食后护理的标准化、系统化护理模式^[3-4]。该模式通过动态评估吞咽功能、调整进食方案、规范操作细节, 提供全流程、个性化的进食护理支持, 减少进食相关不良事件, 同时满足营养需求。通过进食前吞咽功能评估划分风险等级, 针对性调整食物性状与体位, 减少呛咳、误吸性肺炎等高危事件发生。结合营养状态评估, 联合营养科制定饮食计划, 在适配吞咽能力的前提下, 确保蛋白质、热量等营养素精准摄入, 避免营养不良。明确各阶段护理要点, 避免护理操作的随意性, 提升护理质量的稳定性与安全性。干预 4 周后, 洼田饮水试验分级降低比例提升^[5]。呛咳、营养不良的总发生率下降, 从“被动应对进食风险”转为“主动预防风险”, 同时通过改善吞咽功能, 帮助逐步恢复自主进食能力, 提升生活质量与康复信心。为吞咽障碍进食护理提供标准化流程, 避免因护理经验差异导致的风险, 提升护理工作的科学性与规范

性^[6]。

急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者, 是在急性缺血性脑卒中发病后, 因脑卒中损伤吞咽中枢或相关神经通路, 出现吞咽肌肉协调能力下降、吞咽反射延迟或减弱, 表现为进食时食物难以下咽、易发生呛咳, 甚至无法自主完成进食的群体。通过口腔运动训练、冰刺激咽喉部等康复护理手段, 促进吞咽中枢及神经通路的功能恢复, 增强吞咽肌肉力量与协调性, 逐步提升自主吞咽能力^[7-8]。帮助在避免呛咳、误吸风险的前提下, 实现安全进食, 满足基本生理需求; 随着吞咽功能改善, 可逐步恢复正常饮食模式, 减少对他人喂食的依赖, 提升康复信心与生活自理能力。及时干预吞咽障碍可避免误吸性肺炎、营养不良等并发症对身体的进一步损害, 降低脑卒中后死亡风险; 同时通过恢复吞咽功能, 帮助回归正常饮食, 减少心理焦虑, 提升康复积极性, 促进整体预后改善^[9-10]。本次研究发现, 观察组护理满意度明显高于对照组; 观察组干预后的吞咽功能改善效果优于对照组; 相较于对照组, 观察组总发生率更低 ($P<0.05$)。

综上所述, 安全进食行为流程护理可有效改善急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能与营养状态, 降低不良事件发生率, 是一种科学、有效的临床护理方案, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 王鹏远,刘彩云,曾琳瑶,等.安全进食行为流程护理对急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能、营养状况及不良事件的影响[J].航空航天医学杂志,2025,36(05):600-602.
- [2] 杜迎春,高延伦,侯兵兵,等.智能化康复机器人配合四肢联动疗法运动训练对急性缺血性脑卒中后肢体功能障碍患者运动功能和预后的影响[J].海南医学,2025,36(13):1866-1871.
- [3] 陈月华,肖梦婷,吴汝娟,等.集束化护理联合延续护理在急性缺血性脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[J].中国医药科学,2024,14(21):126-129.
- [4] 娄永军.舌三针配合舌压抗阻反馈训练对急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者的康复疗效观察[J].中国医学工程,2022,28(09):123-125.
- [5] 李晓燕,朱云,何霞.黄帝内针配合咽部冰刺激对急性缺血性脑卒中并发吞咽障碍患者生活质量的影响[J].四川中医,2021,39(08):186-189.
- [6] 邓小渝,徐冬梅,樊琼,等.舌三针联合穴位贴敷廉泉穴对缺血性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及表面肌电信号的影响[J].中医杂志,2025,66(15):1559-1565.
- [7] 张祥军,张克,刘开明,等.经鼻导尿管球囊扩张术治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍患者的效果及对其吞咽功能的影响分析[J].中国实用医药,2025,20(13):35-37.
- [8] 董蕾,彭拥军,倪永聘.经穴推拿对老年急性缺血性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J].国际老年医学杂志,2024,45(06):702-706.
- [9] 王笑,于洁.通关利窍针刺法联合吞咽障碍电刺激对缺血性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(01):53-56.
- [10] 王慧娟,霍会永,刘运平,等.依达拉奉联合阿替普酶对急性缺血性脑卒中后抑郁伴睡眠障碍患者的影响[J].河北医药,2022,44(07):1067-1069+1073.