

# 院前院内一体化护理在脑梗死吞咽障碍患者预防误吸中的应用

邱彩侠

丰县人民医院

DOI:10.32629/carnc.v3i10.18807

**[摘要]** 目的：分析院前院内一体化护理模式对脑梗死吞咽障碍患者误吸的预防效果。方法：选取我院2023年6月至2025年6月期间收治的164例脑梗死吞咽障碍患者，分为研究组与对照组。对照组接受常规护理，研究组实施院前院内一体化护理。结果：研究组误吸及吸入性肺炎发生率显著低于对照组，平均住院时间更短，吞咽功能评分更低，生活质量与护理满意度评分更高（ $P<0.05$ ）。结论：院前院内一体化护理能有效降低脑梗死吞咽障碍患者的误吸风险。

**[关键词]** 脑梗死；吞咽障碍；误吸

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

To Explore the Application of Pre-hospital and In-hospital Integrated Nursing in Preventing Aspiration in Cerebral Infarction Patients with Dysphagia

Caixia Qiu

Feng County People's Hospital

**Abstract:** Objective: To analyze the preventive effect of pre-hospital and in-hospital integrated nursing model on aspiration in cerebral infarction patients with dysphagia. Methods: A total of 164 patients with cerebral infarction dysphagia admitted to our hospital from June 2023 to June 2025 were selected and divided into a study group and a control group. The control group received routine nursing, while the study group received pre-hospital and in-hospital integrated nursing. Results: The incidence of aspiration and aspiration pneumonia in the study group was significantly lower than that in the control group, the average length of hospital stay was shorter, the swallowing function score was lower, and the quality of life and nursing satisfaction scores were higher ( $P<0.05$ ). Conclusions Pre-hospital and in-hospital integrated nursing can effectively reduce the risk of aspiration in cerebral infarction patients with dysphagia.

**Keywords:** Cerebral infarction; Dysphagia; Aspiration

## 引言

脑梗死是全球范围内致残致死的主要病因之一，其并发症的防控是临床关注的重点。吞咽障碍是脑梗死常见并发症，发生率可达37%~78%<sup>[1]</sup>。其影响患者营养摄入，引发误吸、吸入性肺炎等严重后果，甚至危及生命。在脑梗死救治中，院前急救与院内治疗的衔接有断层。尤其是吞咽障碍的早期识别干预，没有连续的护理策略<sup>[2]</sup>。集束化护理理念已被引入多个临床领域，但在脑梗死患者院前院内护理中的应用仍不成熟。其对误吸预防，目前缺少有循证支持的一体化护理方案急诊医学科与神经内科，来作为脑梗死患者救治的科室。如何在患者转运与治疗时实现护理措施对接，是提高护理质量的重要一环。本研究尝试构建以急诊科与神经内科协同为基础的院前院内一体化护理模式。旨在通过多种措施，降低脑梗死吞咽障碍患者的误吸风险，为临床护理实践提供参考。

## 1 对象和方法

### 1.1 研究对象

选取我院在2023年6月至2025年6月期间收治的脑梗死吞咽障碍患者164例，采用历史对照设计，将2023年6月至2024年6月收治的82例患者设为对照组，2024年7月至2025年6月收治的82例患者设为研究组。两组患者的年龄、性别、梗死部位等基线资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。见表1。本研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

- 急诊入院初诊患者，并于神经内科住院治疗；
- 符合《中国脑梗死诊治指南》诊断标准；
- 洼田饮水试验 $\geq$ III级；
- 年龄 $\geq$ 45岁；

(5) 患者或家属签署知情同意书。

排除标准:

(1) 合并严重心、肝、肾功能不全、呼吸衰竭或恶性肿瘤;

(2) 存在意识障碍、认知障碍或语言沟通障碍;

(3) 家属不理解、依从性差;

(4) 非急诊入院、复诊或中途转院者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组实施常规护理。院前阶段包括急救车组医生在接到调度后,电话指导现场人员对患者进行基本自救操作,到现场依据一般性原则做生命体征监测、血糖跟心电图检查,采取必要急救支持措施。患者转至急诊,使用院前院内交接单完成信息交接。院内阶段提供基础临床护理,按医疗方案药物治疗。依据医院通行流程对吞咽功能定期评估,给予患者及家属脑梗死康复期的基础健康教育。

1.3.2 研究组方法

研究组实施院前院内一体化护理模式,具体的操作方法如下:

1.院前阶段

院前预警与信息传输。在急救车组到达现场并评估后,除常规急救处理外,立即使用“脑梗死患者院前评估信息模板”记录患者数据。包括发病时间、意识状态、初步吞咽筛查结果和误吸风险因素等。将信息通过院内的通讯平台,实时传送至急诊卒中急救团队与神经内科值班人员,以实现患者上救护车即入院。

卒中专用交接单。设计使用为卒中患者定制的院前院内交接单。其在通用信息的基础上,增设吞咽障碍与误吸风险等专项评估项。在首页顶部标识列出多项卒中误吸高危因素(本单包括意识障碍、构音障碍、卧床等),供急救人员勾选,以提醒院内团队快速识别高危患者。

神经内科护理人员早期介入。在患者抵达急诊室时,神经内科卒中专科护理人员将同步接诊。与急诊团队共同做初始评估,主要侧重神经功能与吞咽功能诊断。确保评估的准确全面,为后续制定个性化计划做好基础。

家属健康教育。向患者家属发放生动易懂的《脑梗死与吞咽障碍家庭指导手册》。在院前及急诊早期开始宣教,内容有脑梗死基本知识、吞咽障碍的常见表现与风险、急性期家庭照护注意事项(主要是体位与喂食)跟后续康复治疗的重要性。宣教要缓解家属焦虑,提升其照护能力与配合度。

2.院内阶段

个体化吞咽训练。在神经内科病房,由护士与康复治疗师协作,根据患者的评估结果,做个体化康复方案。调整患者的进食体位,采用30~45度半卧位,平时食物使用增稠剂以改良食物性状并指导其吞咽手法。康复性训练包括唇、舌抗阻运动,门德尔松手法训练和感觉刺激,一部分患者根据

条件辅以物理治疗。

饮食指导与进食管理。制定明确的饮食分级方案,严格监督执行。对患者及主要喂食者做实操性喂食技巧讲解。包括一口量的控制、进食速度、食物质地判断及发生呛咳时的应急操作方法。

心理支持与情绪管理。观察患者因吞咽困难可能会有有的焦虑或拒食心理。以定期沟通、分享成功案例并鼓励家属参与情感支持等办法,来帮助患者建立康复信心,提高治疗依从性。

3.一体化协调机制

成立护理小组。由急诊科与神经内科的护士长、专科护士与骨干医生组成协作小组,共同负责制定脑梗死吞咽障碍患者的护理标准。

常态化沟通。除紧急情况即时通讯外,两科室要在每周联合交班跟病例讨论会上,回顾典型案例。分析护理环节中出现的问題,持续优化上述流程。

跨科室培训。定期组织急诊与神经内科医护人员共同参加培训。包括脑卒中最新指南,吞咽障碍评估工具的使用方法,误吸预防策略和急救技能的培训。确保双方在重要知识和技术上保持一致,提升团队效率。

1.4 观察指标

误吸发生率:误吸定义为口咽或胃内容物侵入声门以下气道。分为显性误吸与隐性误吸。所有纳入患者均通过床旁吞咽功能评估结合临床观察判定,记录发生误吸例次与时间。

吸入性肺炎发生率:诊断参照中华医学会呼吸病学分会相关标准,需同时满足以下至少两项:①新出现或进展的肺部浸润影;②体温 $>38.0^{\circ}\text{C}$ ;③外周血白细胞计数 $>10\times 10^9/\text{L}$ 或 $<4\times 10^9/\text{L}$ ;④脓性呼吸道分泌物。

住院时间:从急诊入院登记至最终出院结算的日历天数。

吞咽功能:采用注田饮水试验。要求患者依次饮用不同量的温开水,根据完成情况及有无呛咳分为5级。

生活质量:使用吞咽生活质量量表(SWAL-QOL)。包括11个维度共44个条目,采用5级Likert评分,总分换算为百分制,分数越高代表生活质量越好。

营养状态:于患者入院后24小时内及出院前一日清晨空腹采集静脉血,衡量血清白蛋白水平。

护理满意度:采用本院自制的《护理服务满意度问卷》评估。共10个条目,每个条目采用1~5分评分,总分100分,得分越高代表满意度越高。

1.5 统计学方法

使用SPSS 22.0软件分析,使用t和“ $\bar{x}\pm s$ ”表示计量资料,使用卡方和%表示计数资料, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄、性别、梗死部位等基线资料差异无统

Clinical Application Research of Nursing Care

计学意义 (P>0.05)，有可比性。见表1。

表1 两组患者的基线资料对比[n, (%)、( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	研究组	对照组	t/x <sup>2</sup>	P	
例数	82	82	-	-	
年龄(岁)	65.32±8.47	66.01±9.12	0.512	0.570	
性别(男/女)	44/38	42/40	0.108	0.754	
脑梗死类型	脑血栓形成	58(70.73%)	56(68.29%)	0.115	0.734
	脑栓塞	19(23.17%)	21(25.61%)	0.132	0.716
	腔隙性脑梗死	5(6.10%)	5(6.10%)	0.001	1.001
梗死部位	前循环	51(62.20%)	48(58.54%)	0.229	0.632
	后循环	31(37.80%)	34(41.46%)	0.229	0.632
基础合并症	高血压	58(70.73%)	60(73.17%)	0.124	0.725
	糖尿病	32(39.02%)	29(35.37%)	0.228	0.633
入院时NIHSS评分(分)	高脂血症	41(50.00%)	38(46.34%)	0.220	0.639
	发病至急诊时间(分钟)	142.35±45.67	148.90±51.23	0.851	0.396

2.2 患者的误吸、吸入性肺炎发生率及满意度比较

研究组的误吸及吸入性肺炎发生率均明显低于对照组，护理满意度更高，差异有统计学意义 (P<0.05)。见表2。

表2 两组患者的误吸、吸入性肺炎发生率及满意度对比[n, (%)、( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	误吸发生率	吸入性肺炎发生率	护理满意度评分(分)
研究组	82	12(14.63%)	3(3.66%)	92.45±5.12
对照组	82	26(31.71%)	10(12.20%)	85.67±6.34
t/x <sup>2</sup>	-	6.714	4.094	7.534
P	-	0.010	0.043	0.001

2.3 患者住院时间、吞咽功能与生活质量评分比较

研究组患者的住院时间明显短于对照组，洼田饮水试验评分更低，SWAL-QOL评分与血清白蛋白水平则更高，差异有统计学意义 (P<0.05)。见表3。

表3 两组患者住院时间、吞咽功能与生活质量评分对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	研究组	对照组	t	P
例数	82	82	-	-
住院时间(天)	12.35±3.21	16.84±4.05	7.868	0.001
洼田饮水试验评分(分)	1.85±0.67	2.64±0.89	6.422	0.001
SWAL-QOL评分(分)	68.42±9.35	56.78±11.24	7.209	0.001

血清白蛋白(g/L)	36.52±3.47	33.89±4.12	4.421	0.001
------------	------------	------------	-------	-------

3 讨论

脑梗死是缺血性卒中最主要的类型。其因脑部血液供应突然中断导致局部脑组织缺氧性坏死，进而引发急性脑血管疾病。它有高发病、高致残和高复发率的特点。即使救治存活，患者也常有不同程度的神经功能障碍。在脑梗死并发症中，吞咽障碍最常见且严重<sup>[4]</sup>。患者表现为饮水呛咳及吞咽费力等，这直接影响其营养摄入，并显著增加了误吸风险。误吸是导致吸入性肺炎、窒息甚至死亡的重要原因，是脑梗死患者康复中的主要威胁。

目前对脑梗死吞咽障碍常使用常规护理。包括在患者呛咳后做饮食调整、采用洼田饮水试验等工具间歇性评估并提供基础的吞咽康复指导。这种模式效果存有明显的局限性。其干预在并发症发生后才出现，有滞后性。护理措施在不同科室间的连续性及标准化程度不足。其普遍缺乏从急救现场到急诊，再到病房的全程管理。故常规护理能解决部分问题，但在防误吸、优化患者整体康复上，仍有不足。

本研究的结果显示，院前院内一体化护理模式能显著降低脑梗死吞咽障碍患者的误吸发生率。这得益于该模式在救治早期即实现了评估跟干预的连续性，避免了不同科室之间的断层。院前信息交流与神经内科早期介入，使患者在接受治疗前已有针对性评估，为后续康复计划奠定了基础。其交接单的使用，强化了误吸风险提示，提高了护理人员对高危因素的警觉性<sup>[5]</sup>。这些设计体现了以患者为中心的护理理念的实际应用。值得注意的是，研究组生活质量评分提升，不仅与生理功能改善有关，也与心理、家属参与度增加有关。吞咽障碍患者常伴有焦虑与进食恐惧。一体化护理中延续性健康教育跟社会支持，增强了患者的康复信心与依从性。

综上所述，院前院内一体化护理模式为脑梗死吞咽障碍患者的误吸预防提供了一种解决方案，有临床推广价值。

[参考文献]

[1]唐晓燕,崔秀琴,马朝霞.间歇性鼻饲联合吞咽功能训练在脑梗死后吞咽障碍患者中的应用效果[J].中国民康医学,2024,36(22):157-160.

[2]施筠,钱小难.院前急救流程改良模式在急性脑梗死患者中的应用[J].河北医药,2024,46(11):1701-1704.

[3]沉莉,许燕玲,曹燕,等.脑卒中病人吞咽障碍生活质量量表的研究进展[J].护理研究,2019,33(17):3005-3008.

[4]余月琴.表面肌电生物反馈联合吞咽训练对脑梗死后吞咽障碍患者的康复效果[J].现代电生理学杂志,2024,31(3):159-162.

[5]李芹仙.院前一院内一体化急救护理在急性脑梗死患者救治中的应用[J].黑龙江医学,2021,45(14):1490-1491+1494.

作者简介:

邱彩侠(1989.05-),女,汉族,江苏徐州人,本科,主管护师,研究方向为急诊医学科。