基于奥马哈系统的脑卒中吞咽障碍患者康复方案构建及应用

曾令丹，尹雪，万艳，贺权威，卫敏，叶旭阳，胡潇

【摘要】 **目的**：探索基于奥马哈系统的脑卒中吞咽障碍（PSD）患者康复方案的构建及应用。**方法**：以奥马哈系统为理论依据，通过研究文献、查阅患者护理记录单及病程记录、现场访谈患者，对患者进行全面评估，构建基于奥马哈系统的康复方案。选取PSD患者70例，随机分为观察组和对照组各35例。观察组实施基于奥马哈系统的包含心理社会、生理、健康相关行为3个领域的康复方案，对照组实施常规康复方案。比较干预前及干预4周后2组患者基于上述3个领域的主要护理问题在认知、行为和状况3个维度的评分情况。**结果**：干预前，2组9项主要护理问题在认知、行为和状况3个维度得分比较差异无统计学意义。干预4周后，2组上述各项评分均较干预前增加（$P<0.01$）；观察组角色改变、精神健康、语言障碍、口腔卫生、消化与水分摄取、神经－肌肉－骨骼、营养、个人照顾8个护理问题在3个维度评分均高于对照组（$P<0.05$，0.01），社会交往问题在状况维度评分高于对照组（$P<0.01$），但在认知和行为维度评分与对照组比较差异无统计学意义。**结论**：以奥马哈系统为理论框架构建的PSD患者康复方案具有一定的临床可行性，可提高患者心理社会、生理、健康相关行为3个领域主要护理问题在认知、行为、状况维度的评分，但对社会交往问题的认知与行为维度改善有限，尚需延长干预周期进一步验证。

【关键词】 奥马哈系统；脑卒中吞咽障碍；康复护理

【中图分类号】 R49；R743.3 【DOI】 10.3870/zgkf.2026.10.004

Development and application of a rehabilitation program for patients with post-stroke dysphagia based on the Omaha system

Zeng Lingdan, Yin Xue, Wan Yan, He Quanwei, Wei Min, Ye Xuyang, Hu Xiao

Department of Neurology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

【**Abstract**】 **Objective**: To explore the development and application of a rehabilitation nursing program for patients with post-stroke dysphagia (PSD) based on the Omaha system. **Methods**: Using the Omaha system as the theoretical framework, a comprehensive assessment of patients was conducted through literature review, examination of nursing records and medical course records, and on-site patient interviews. A convenience sampling method was employed to recruit 70 PSD patients hospitalized in our department from January to December 2024. Patients were randomly assigned to either an observation group ($n=35$) or a control group ($n=35$). The observation group received the Omaha System-based rehabilitation nursing program, while the control group received routine rehabilitation nursing care. Scores and score differences for knowledge, behavior, and status dimensions across the main nursing problems in each domain were compared between the two groups at baseline and 4 weeks post-discharge. **Results**: Before the intervention, there was no statistically significant difference in the scores of the 9 main nursing problems between the two groups across the three dimensions of cognition, behavior and status. After 4 weeks of intervention, all the above scores in both groups increased compared with those before the intervention ($P<0.01$). In the observation group, the scores of 8 nursing problems (role change, mental health, language disorder, oral hygiene, digestion and water intake, neuromusculoskeletal condition, nutrition, and personal care) in the three dimensions were higher than those in the control group ($P<0.05$, 0.01). For the social interaction problem, the score in the status dimension was higher than that in the control group ($P<0.01$), while there was no statistically significant difference in the scores of the cognition and behavior dimensions between the two groups. **Conclusion**: The Omaha System-based rehabilitation nursing program for PSD patients demonstrates certain clinical feasibility. It can improve the scores of knowledge, behavioral, and status dimensions of the three main nursing problems in patients' psychosocial, physiological, and health-related behaviors. However, the improvement in knowledge and behavioral dimensions of social interaction problems

收稿日期：2026-01-12

作者单位：华中科技大学同济医学院附属协和医院神经内科，武汉 430022

作者简介：曾令丹（1983-），女，主管护师，主要从事神经内科早期康复护理相关研究。

通讯作者：尹雪，1029506609@qq.com

is limited, and further verification is needed by extending the intervention period.

【Key words】 Omaha system; post-stroke dysphagia; rehabilitation nursing

脑卒中已成为我国居民首位死亡原因和成年人首要致残原因[1]。约22%～65%的脑卒中患者会出现不同程度的吞咽障碍[2]。脑卒中后吞咽障碍(post-stroke dysphagia,PSD)主要由于吞咽皮质中枢、皮质下行纤维、脑干核团等损害,使患者不能安全有效地把食物由口送到胃[3]。轻症患者可出现饮水呛咳、咀嚼无力等,影响患者进食信心;重症患者则易诱发吸入性肺炎、窒息、反复心脏病发作、脱水等严重并发症,增加患者的病死率和医疗负担[4]。PSD患者的传统康复护理模式多侧重于单一生理功能的康复训练,缺乏系统性和整体性,难以满足患者多维度的康复需求。当前,随着"生物-心理-社会"医学模式的发展,PSD患者的康复护理涉及心理社会适应能力培养、生理功能恢复及健康行为建立等多个维度。奥马哈系统(Omaha system)是以解决患者实际问题为导向的整体护理程序,包括问题分类系统、干预系统、效果评价系统[5]。该系统在PSD患者康复护理中具有独特优势:其一,问题分类系统涵盖环境、心理社会、生理、健康相关行为4个领域共42个问题,能够全面识别PSD患者的多维度康复需求;其二,标准化的评估语言便于不同医疗机构间的信息交流与协作,符合整合型医疗卫生服务体系的建设要求;其三,效果评价系统从认知、行为、状况3个维度进行动态评估,能够客观反映康复护理效果,为方案的持续改进提供依据。目前,奥马哈系统已成功应用于冠心病、高血压、糖尿病视网膜病变等慢性疾病的延续护理,并取得良好效果[6-8],但尚缺乏将其应用于PSD患者康复护理的研究。基于此,本研究以奥马哈系统为理论框架,通过全面评估PSD患者的护理问题,构建并实施康复方案,评价其干预效果,以期为PSD患者提供科学可行的康复方案及实践指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究为单中心前瞻性随机对照研究,选取2024年1月至12月在我科住院的70例PSD患者为研究对象。根据样本量计算公式 $n=Z^2\times[P\times(1-P)]/E^2$:Z为标准正态分布下置信水平对应的Z值,当置信水平为95%时,Z≈1.96;P为总体中目标事件的发生率,本研究设定为0.04;E为允许误差值,本研究默认E=0.05,算出 $n=59.01$,假定5%的失访率并向上取整最终得出样本量为70例[9]。纳入标准:符合《中国脑卒中防治指导规范(2021版)》脑卒中诊断标准[10],经头部CT或MRI检查证实;首次发病或既往发病但未遗留吞咽障碍,本次病程≤14d;病灶累及脑干、基底节区、皮质区等与吞咽功能相关的部位;洼田饮水试验评估为2级及以上[11],并结合临床吞咽功能评估(包括口腔运动功能检查、咽反射检查等)确认存在吞咽障碍;意识清楚,病情稳定,具有较好的认知能力和沟通能力,可独立或在协助下完成问卷。排除标准:合并有心、肺、肝、肾等重要脏器功能严重不全者;口腔、咽喉部位存在器质性病变等导致的结构性吞咽障碍者;由其他疾病所致的吞咽障碍着;入组前已接受吞咽康复训练者。脱落标准:研究期间自行退出者;失访或随访资料不完整者;研究期间死亡者。本研究通过我院伦理委员会审批(2020伦审字0273号),所有患者均签署知情同意书。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各35例。2组一般资料比较差异无统计学意义,见表1。

1.2 方法

1.2.1 对照组干预方法 对照组实施常规康复护理

表1 2组一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄	病程	居住方式(例)			主要照顾者(例)				
		男	女	(岁,$\bar{x}\pm s$)	(d,$\bar{x}\pm s$)	与家人居住	养老院	独居	伴侣	子女	护工	兄弟姐妹	父母
观察组	35	23	12	61.91±14.11	7.43±2.35	33	1	1	14	13	4	3	1
对照组	35	21	14	63.43±12.78	6.71±2.30	29	0	6	9	20	2	2	2
$\chi^2/t/Z$		0.245		−0.470	1.281	3.096			3.813				
P		0.621		0.640	0.204	0.078			0.432				

组别	n	文化程度(例)				脑卒中类型(例)		病变部位(例)			洼田饮水试验分级(例)			
		小学及以下	初中	高中	大专及以上	缺血性	出血性	脑干	基底节区	皮质区	2级	3级	4级	5级
观察组	35	13	12	4	6	28	7	5	16	14	5	12	14	4
对照组	35	15	6	3	11	30	5	3	22	10	7	15	10	3
$\chi^2/t/Z$		−0.395				0.402		2.114			−1.129			
P		0.693				0.526		0.347			0.259			

方案。住院期间，责任护士指导患者进行以下练习：①空吞咽与交替吞咽，空吞咽时确认口腔无残留食物，交替吞咽时先进食一小口固体食物，完全咽下后，再饮少量水；②进食时进行低头吞咽，吞咽时可做头转向患侧的动作；③用棉签轻柔刺激唇、颊、舌黏膜，提高口腔黏膜对食物的敏感性。出院居家后，患者在家人辅助下完成。以上练习每日1次，每周5次，每次30min，干预4周。

1.2.2 观察组干预方法 成立研究小组，该小组由1名神经内科医师、1名护士长、2名护理专业研究生及3名康复、营养、精神卫生专科护士组成。研究小组成员通过文献研究、查看患者护理记录单及病程记录、现场访谈患者，对患者进行全面评估，发现患者所有现存及潜在护理问题。基于奥马哈系统，筛选与问题分类系统条目相对应的症状和体征，选定9个主要护理问题。针对主要护理问题制订康复护理方案，见表2。医师和康复专科护士负责患者的康复训练的指导与实施；营养专科护士负责患者营养与进食的指导、鼻饲管的护理等；精神卫生专科护士负责患者心理社会领域的康复干预；护士长负责干预过程中的统筹协调。小组成员接受1周奥马哈系统培训[12]，考核合格后开始研究。患者在院期间，由研究小组成员对患者进行一对一指导，并对患者和家属发放《脑卒中吞咽障碍居家康复护理手册》，组织患者及居家主要照料者集体观看吞咽障碍居家康复护理视频。患者出院居家后，由主要护理者协助完成。研究小组通过门诊复查、视频指导及电话等形式进行随访，干预4周。

1.3 评定标准 基于奥马哈系统，拟定《PSD患者主要护理问题KBS评价记录表》。评价记录表包含基于奥马哈系统的心理社会、生理、健康相关行为3个方面的共计9个护理问题。分别于入组时和出院4周后由经过统一培训的评估者对2组患者进行评定。入组时评定采用纸质版问卷，在患者纳入研究后、实施干预前24h内完成，出院4周后采用问卷星或纸质问卷，进行评估。评定内容为9个主要护理问题，涵盖认知（knowledge，K）、行为（behavior，B）、状况（status，S）3个维度，采用Likert 5级评分法[13]。认知指患者记忆和理解信息的能力[1级（缺乏认知）～5级（充分认知）]；行为指患者做出的可观察反应[1级（不恰当）～5级（一贯恰当）]；状况指患者状态的相关特征[1级（极严重症状/体征）～5级（无症状/体征）]。为保证评估的一致性和可靠性，本研究采取以下措施：①所有评估由经过统一培训的2名研究人员独立完成；②正式研究前，选取10例患者进行预试验，计算评估者间一致性（Kappa系数为0.86）和重测信度（间隔1周，组内相关系数为0.91），均达到良好水平；③评估

表2 观察组患者康复护理方案的主要措施

领域	护理问题	主要康复措施
心理社会领域	角色改变	健康指导：告知患者鼻饲管为短期治疗方案；角色转变：鼓励患者自主选择食物温度、训练时间等，做康复的“决策者”。
	精神健康	第1～2天接受食物性状改变→第3～5天接受进食时间延长→1周后调整进食方案。
	社会交往	家属陪同就餐，将食物、水等放在患者方便拿取的地方。在进食间歇期与家人或同病房病友进行轻松愉快的交谈。
生理领域	语言障碍	有失语症或构音障碍患者使用《失语患者日常需求图册》；口唇肌肉训练：患者双唇含住压舌板，用力紧闭，护士用力向外拉压舌板，做对抗训练，每次5s，重复3组；发音训练：患者发“嗯”和“鸣”的声音，各维持5s，重复5次。发“咿”声，随即发“呜”声，重复5～10次。快速开启和闭合唇，发p、b等辅音；唇部运动训练：张口至最大，维持5s放松，紧闭唇鼓腮，维持5s放松。口内含空气快速左右移动，重复5～10次，干预4周。
	口腔卫生	氯己定漱口水漱口，每日2次；吞咽反射训练：冰的软棉签刺激软腭弓，每日5～10次；吞咽前训练：指导患者吹肥皂泡或口哨，每日2～3次，每次3～5min，干预4周。
	消化与水分摄取	体位：进食水时头部前屈，偏瘫侧垫软枕；记录：准确记录患者24h液体出入量，保证出入平衡，避免引起脱水。
	神经-肌肉-骨骼	舌运动训练：伸缩舌、绕舌训练各5～10次；舌尖抗阻运动：伸舌后用压舌板抵住舌尖，伸舌至左右唇角，抵抗压舌板，每次5s，重复5～10次；空吞咽训练：每组10～15次，每日3～4组。腹式呼吸训练：每日3次，每次10min，干预4周。
健康相关行为领域	营养	食物选择：根据洼田饮水试验分级选择适合患者吞咽的食物。2级患者给予软食，例如煮烂的米饭、面条、鸡蛋羹、豆腐脑等。3～4级患者给予糊状或泥状食物，例如米糊、蔬菜泥、肉泥等。5级患者留置鼻饲管，保证营养供给；一口进食量：为最适合吞咽障碍患者的单次安全吞咽量，成人约为15～20ml，首次进食时先以3～4ml少量尝试，然后逐步增加。进食时将食物放在健侧舌的中后部或颊部，可减少呛咳及误吸。
	个人照顾	进食后保持坐位≥30min；穿着衣领宽松的衣服，避免压迫食管；居家作业治疗：如做饭、打扫卫生等，以不感劳累为宜，时间为15～20min，干预4周。

注：本方案在临床实施时需根据患者洼田饮水试验分级及综合评估结果进行选择：2级患者可进行全部训练内容；3～4级患者以间接训练（如口腔运动训练、冷刺激等）为主，直接进食训练需在专业指导下谨慎进行；5级患者禁止经口进食，以间接训练为主，待吞咽功能改善后逐步过渡至直接进食训练

时采用盲法，评估者不知晓患者分组情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 28.0 统计软件进行数据分析，等级资料的描述性统计以 $M(P_{25},P_{75})$ 表示，组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验，组内干预前后比较采用 Wilcoxon 符号秩检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 9 个护理问题在认知维度评分 干预前，2 组各项评分比较差异均无统计学意义。干预后，2 组 9 个护理问题的评分均高于干预前（$P<0.01$），2 组社会交往评分比较差异无统计学意义，观察组其余 8 个护理问题评分均高于对照组（$P<0.05$，0.01），见表 3。

2.2 9 个护理问题在行为维度评分 干预前，2 组各项评分比较差异均无统计学意义。干预后，2 组 9 个护理问题的评分均高于干预前（$P<0.01$）；2 组社会交往评分比较差异无统计学意义，观察组其余 8 个护理问题评分均高于对照组（$P<0.05$，0.01），见表 4。

2.3 9 个护理问题在状况维度评分 干预前，2 组各项评分比较差异均无统计学意义。干预后，2 组 9 个护理问题的评分均高于干预前（$P<0.01$），观察组 9 个护理问题的评分均高于对照组（$P<0.05$，0.01），见表 5。

3 讨论

《“健康中国 2030”规划纲要》指出：全面建成分工明确、功能互补、密切协作的整合型医疗卫生服务体系[14]。使用标准化护理语言可以实现跨机构、跨地域、跨系统间的合作与沟通，为医疗机构协同工作创造条件[15]。奥马哈系统作为标准化语言分类系统，其成

表 3 2 组干预前后护理问题认知维度评分比较 分，$M(P_{25},P_{75})$

组别	n	时间	角色改变	精神健康	社会交往	语言障碍	口腔卫生	消化与水分摄取	神经-肌肉-骨骼	营养	个人照顾
观察组	35	干预前	3.0(2.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	2.0(2.0 3.0)	3.0(3.0 3.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 3.0)	3.0(3.04.0)	3.0(3.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)
		干预后	4.0(3.0 4.0)	4.0(4.0 5.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 5.0)	4.0(3.0 5.0)	4.0(4.0 5.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(4.0 5.0)
对照组	35	干预前	3.0(2.0 3.0)	3.0(3.0 3.0)	2.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 3.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 3.0)	3.0(3.0 4.0)
		干预后	4.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)
z1/p1			−0.505/0.613	−0.961/0.337	−0.907/0.364	0.000/1.000	−0.264/0.792	−0.028/0.978	−0.032/0.974	−0.804/0.421	−0.718/0.472
z2/p2			−2.078/0.038	−4.764/0.000	−1.877/0.061	−3.201/0.001	−2.471/0.013	−3.460/0.001	−2.136/0.033	−2.014/0.044	−2.539/0.011
z3/p3			−4.782/0.000	−4.916/0.000	−4.667/0.000	−4.756/0.001	−4.963/0.001	−5.340/0.000	−4.347/0.003	−4.463/0.000	−4.730/0.000
z4/p4			−4.691/0.000	−3.690/0.000	−4.455/0.000	−3.317/0.001	−3.258/0.001	−4.264/0.000	−3.000/0.003	−4.123/0.000	−3.873/0.000

注：z1/p1 代表干预前组间比较；z2/p2 代表干预后组间比较；z3/p3 代表观察组干预前后比较；z4/p4 代表对照组干预前后比较

表 4 2 组干预前后护理问题行为维度评分比较 分，$M(P_{25},P_{75})$

组别	n	时间	角色改变	精神健康	社会交往	语言障碍	口腔卫生	消化与水分摄取	神经-肌肉-骨骼	营养	个人照顾
观察组	35	干预前	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)
		干预后	4.0(3.0 4.0)	4.0(4.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 5.0)	4.0(3.0 5.0)	4.0(4.0 5.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(4.0 5.0)
对照组	35	干预前	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	2.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)
		干预后	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)
z1/p1			−0.230/0.818	−1.030/0.303	−1.925/0.054	−1.172/0.241	−0.516/0.606	−0.070/0.944	−0.679/0.497	−0.097/0.923	−0.223/0.824
z2/p2			−2.365/0.018	−4.589/0.000	−1.781/0.075	−3.731/0.000	−2.649/0.008	−3.552/0.000	−2.263/0.024	−2.615/0.009	−2.803/0.005
z3/p3			−5.066/0.000	−4.862/0.000	−4.413/0.000	−4.973/0.001	−4.875/0.001	−5.044/0.000	−4.667/0.003	−4.513/0.000	−5.002/0.000
z4/p4			−4.315/0.000	−4.185/0.000	−4.217/0.000	−3.638/0.000	−4.523/0.001	−4.021/0.000	−4.379/0.000	−3.911/0.000	−3.662/0.000

注：z1/p1 代表干预前组间比较；z2/p2 代表干预后组间比较；z3/p3 代表观察组干预前后比较；z4/p4 代表对照组干预前后比较

表 5 2 组干预前后护理问题状况维度评分比较 分，$M(P_{25},P_{75})$

组别	n	时间	角色改变	精神健康	社会交往	语言障碍	口腔卫生	消化与水分摄取	神经-肌肉-骨骼	营养	个人照顾
观察组	35	干预前	3.0(2.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	2.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)
		干预后	4.0(3.0 4.0)	4.0(4.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 5.0)	4.0(4.0 5.0)	4.0(3.0 5.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	4.0(4.0 5.0)
对照组	35	干预前	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 3.0)	2.0(2.0 3.0)	2.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	2.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	3.0(2.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)
		干预后	3.0(3.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 3.0)	3.0(2.0 4.0)	4.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)	3.0(3.0 4.0)
z1/p1			−0.637/0.524	−1.711/0.087	−0.810/0.418	−1.856/0.063	−0.211/0.833	−1.090/0.276	−0.506/0.613	−0.653/0.514	−1.007/0.314
z2/p2			−2.797/0.005	−4.056/0.000	−2.970/0.003	−2.436/0.015	−2.545/0.011	−3.264/0.001	−2.128/0.033	−3.350/0.001	−3.000/0.003
z3/p3			−4.961/0.000	−4.191/0.000	−4.612/0.000	−4.234/0.000	−4.898/0.000	−4.768/0.000	−4.350/0.000	−4.556/0.000	−4.860/0.000
z4/p4			−4.200/0.000	−3.522/0.000	−4.200/0.000	−4.234/0.000	−3.892/0.001	−4.070/0.000	−3.350/0.001	−3.487/0.000	−2.828/0.005

注：z1/p1 代表干预前组间比较；z2/p2 代表干预后组间比较；z3/p3 代表观察组干预前后比较；z4/p4 代表对照组干预前后比较

功实施需依赖于多学科团队的协作。本研究小组人员包含了医师，营养、康复、精神卫生专科护士，对患者进行同质化评估与干预，保证了该方案的可行性。本研究结果显示，干预前，9项主要护理问题在认知、行为和状况3方面得分组间比较差异无统计学意义。干预4周后，观察组在角色改变、精神健康、语言障碍、口腔卫生、消化与水分摄取、神经-肌肉-骨骼、营养、个人照顾8个护理问题在认知、行为、状况3个维度的评分均高于对照组；在社会交往方面，观察组在状况维度评分高于对照组，但认知和行为维度评分与对照组比较差异无统计学意义。患者认知常受到以往性格、患病体验、家庭社会支持等影响，短期干预难以实现观念的完全转变。患者在住院期内，能够接触的社交场景较为单一，本研究针对社会交往的干预措施主要为家属陪同就餐、进食间歇期鼓励患者与家属及同病房病友交谈，干预重点在于优化就餐的外部社交环境。虽告知患者“一口量进食”可使吞咽过程更有效地完成[16]，减少患者因吞咽问题产生的病耻感，帮助患者树立社会交往的初步信心，但可能还不足以消除患者患病后对社会交往的恐惧，未实现患者内在社交观念的有效转变。且患者出院后常因进食困难、呛咳风险及形象改变（如流涎、留置鼻饲管等）易产生社交回避行为和病耻感等固化负性认知。李宁等[17]指出，躯体症状的改善并不必然带来患者社交认知的转变，仅依靠环境支持的护理干预，对病耻感介导的负性社交认知干预效果有限，单纯场景支持难以实现观念更新。本研究干预内容多聚焦疾病照护相关知识及就餐和社会交往的环境优化，受干预周期影响，尚未系统开展针对认知矫正及重构的心理干预。针对此，本方案将后续优化吞咽障碍患者社会交往认知心理行为干预相关内容，开展针对性认知疏导，加强认知强化持续引导，实现院内-家庭-社区的持续干预。

通过后续随访，发现患者吞咽功能受限，部分患者伴有呛咳和口水较多，对进食感到恐惧，甚至有部分患者因吞咽问题对自己感到生气。或者由于知识缺乏及肌力未完全恢复，使患者对进食存在抵触心理，易产生忧伤、自卑情绪，不愿外出就餐或与人交往，与他人社交互动减少。同时，大多数患者出院后的活动重心转移至功能康复训练，较少外出进行人际交往。吞咽障碍患者中多数合并构音障碍或失语症，可能与吞咽后咳嗽导致说话连续性下降或脑卒中导致理解能力减弱有关[18]。语言障碍使患者外出顾虑较多，加上出院后社交环境受限，患者在家庭及社区环境中缺乏持续、自然的人际交往场景，最终导致其社会参与度较低。本结果与赵倩等[19]研究结果一致，脑卒中吞咽障碍患者社交行为改善滞后于躯体功能恢复，躯体症状好转后，受心理顾虑、外部交往场景限制，主动社交行为很难随躯体症状恢复相应提升。基于此，研究人员告知患者在功能逐步康复的基础上，可从与家人聊天或和朋友通话等小事开始，逐渐改善人际交往。针对患者社交减少行为，指导患者每周与家属共同进餐2次，进餐时告知家属勿催促患者，并鼓励患者记录自己的进步行为，逐步强化其自我效能感及社会交往的信心。但本研究干预周期相对较短，而行为内化需要时间较长，认知功能的改善和行为习惯的建立常需要反复强化和积累。未来可设置循序渐进的社交任务，从家庭内部交流逐步过渡到外部社交活动，帮助患者把干预所学转变为现实社交行为，缩小躯体康复与社会交往之间的差距。

与认知、行为维度不同，本研究社会交往状况维度干预后观察组优于对照组。状况维度反映患者客观处境，包括患病后社会交往困难程度、不适症状对社会交往的限制等[20]。本研究通过多学科干预有效改善患者精神健康、营养、神经-肌肉-骨骼等相关问题，并优化进食方案，降低患者呛咳、误吸风险，减少流涎等影响社交的躯体症状。同时开展负性情绪识别与疏导，指导家属给予包容支持，减少进餐催促，减轻患者与家人进餐交往的压力。状况维度不要求患者主动产生社交想法和行为，只需要躯体症状、外部环境等条件改善，就能改善患者所处的社会交往困境状况。因此由于吞咽相关躯体症状缓解、家庭内部社交环境优化，患者客观社会交往环境得到改善，使干预后观察组社会交往状况维度评分显著优于对照组。

本研究作为奥马哈系统在脑卒中吞咽障碍患者康复护理领域的初步探索，仍存在以下局限性：本研究纳入患者主要处于急性期至亚急性期，选择该人群主要基于以下考量：一是脑卒中后吞咽障碍康复存在“时间窗”效应，发病后2周内神经可塑性较强，是吞咽功能恢复的关键时期[21]，且早期干预有助于预防吸入性肺炎、营养不良等并发症[22]；二是急性期患者多处于住院状态，便于进行系统化的康复指导和基线评估，有利于保障干预依从性。然而，研究结论能否推广至恢复期或后遗症期患者尚需进一步验证。此外，本研究采用洼田饮水试验作为吞咽障碍的评估工具并据此制定康复方案，存在一定局限性。洼田饮水试验分级明确、操作简便，适合护士独立完成，且在脑卒中急性期应用广泛，与临床指南推荐的早期筛查时间窗吻合。但该试验依赖患者主观感觉，仅能反映液体误吸，无法检出隐性误吸，可能存在对轻度吞咽障碍或隐性误吸患者的评估偏差。

后续本课题组将进一步扩大样本量，并开展多中心研究；增加其他评估工具进行吞咽功能评估；针对不同病程阶段患者进行分层研究并延长随访时间，以探索更为规范、完整的康复护理方案，为临床实践提供更科学的依据。

【参考文献】

[1] Chung-fen Tsai, Brenda Thomas, Cathie LM. Sudlow. Epidemiology of stroke and its subtypes in chinese vs white populations: A systematic review [J]. Neurology, 2013, 81(3): 264-272.

[2] Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, et al. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia [J]. Dysphagia. 2016; 31(3): 434-441.

[3] 吴晶，张伟，陈焱强，等. 双侧重复经颅磁刺激联合肌电生物反馈治疗脑卒中吞咽障碍的临床研究[J]. 中国康复，2023，38(6)：323-327.

[4] 熊尹诗，王娜，张颖. 基于奥马哈问题分类系统构建吞咽障碍老年患者护理问题评估体系[J]. 护理学报，2023，30(23)：67-72.

[5] 文喆卿，郭珊，文雯，等. 基于奥马哈系统的护理模式在老年脑卒中病人中的应用[J]. 护理研究，2023，37(5)：938-940.

[6] 刘文伟，曾海涓，曾婷，等. 基于奥马哈系统的护理干预在接受抗阻训练的老年高血压病人中的应用效果研究[J]. 护理研究，2022，36(2)：299-302.

[7] 胡哲，雷丹丹，赵益，等. 基于奥马哈系统的 DR 患者延续护理方案的构建及应用研究[J]. 中国中医眼科杂志，2024，v. 34(1)：89-94.

[8] 曹程秀，尹琴. 基于奥马哈系统心力衰竭病人延续护理方案的构建及应用[J]. 护理研究，2020，34(17)：3055-3059.

[9] 马斌荣. 医学统计学. 第 5 版[M]. 北京：人民卫生出版社，2008：

[10] 中华人民共和国健康委员会. 中国脑卒中防治指导规范(2021 版)[EB/OL]. (2021)[2021-08-31]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202108/df1789a9ba174678b1979bc14117b58f.shtml

[11] 龙凤，杨强，廖康林，等. 神经干电刺激疗法联合口咽刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效[J]. 中国康复，2025，40(9)：515-519.

[12] KarenS, Karen A, Jeanette M, et al. The omaha system solving the clinical data-Information puzzle[EB/OL]. (2001-3-22)[2024-03-18]. https://www.omahasystem.org/.

[13] Kerr MJ, Flaten C, Honey MLL, et al. Feasibility of using the omaha system for community-level observations[J]. Pub Health Nurs, 2016, 33(3): 256-263.

[14] 中共中央国务院.《"健康中国 2030"规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25)[2024-03-18]. https://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm.

[15] 靳荣秀，郭晶晶，刘素琼，等. 2 型糖尿病住院患者核心护理标准化语言的构建[J]. 中华护理教育，2024，21(7)：887-891.

[16] 徐婷，曹瀚元，卢悦，等. 在电视 X 线透视吞咽功能检查指导下进行治疗性进食结合吞咽训练对脑卒中后吞咽障碍患者功能的影响[J]. 中国康复，2023，38(7)：397-401.

[17] 李宁，赵丽，赵永乐，等. 基于结构方程模型的卒中后吞咽障碍病人病耻感影响因素分析[J]. 全科护理，2024，22(3)：576-579.

[18] 许保闪，洪文军，赵东凤，等. 重复经颅磁刺激联合三维可视化言语康复训练治疗脑卒中后吞咽合并构音障碍的临床疗效分析[J]. 疑难病杂志，2025，24(8)：906-910.

[19] 赵倩，薛静，蒋春，等. 听障口语者社会交往现状调查研究[J]. 中国听力语言康复科学杂志，2026，24(03)：229-232.

[20] 张新春，刘丽娟，韩艳，等. 基于奥马哈系统食管癌术后患者精准延续护理方案的构建及应用[J]. 中国医药导报，2022，19(8)：151-155.

[21] Coleman ER, Moudgal R, Lang K, et al. Early rehabilitation after stroke: a narrative review[J]. Curr Atheroscler Rep, 2017, 19(12): 59.

[22] Labeit B, Michou E, Trapl-grundschober M, et al. Dysphagia after stroke: research advances in treatment interventions[J]. Lancet Neurol, 2024, (4): 418-428.

作者·读者·编者

论文书写要求

引言(也称前言、序言或概述)经常作为科技论文的开端，提出文中要研究的问题，引导读者阅读和理解全文。

引言的写作要求：开门见山，避免大篇幅地讲述历史渊源和立题研究过程；言简意赅，突出重点，不应过多叙述同行熟知教科书中的常识性内容，确有必要提及他人的研究成果和基本原理时，只需以参考引文的形式标出即可；尊重科学，实事求是，在论述本文的研究意义时，应注意分寸，切忌使用"有很高的学术价值"、"填补了国内外空白"、"首次发现"等不适之词；引言一般应与结论相呼应，在引言中提出的问题，在结论中应有解答，但也应避免引言与结论雷同；简短的引言，最好不要分段论述。