

本文引文格式: 庞舒娴, 李成林, 龚喜明, 等. 基于知识转化模式的卒中后吞咽障碍患者中西医结合
护理方案的循证实践[J]. 右江民族医学院学报, 2026, 48(4): 685-690, 702.

【临床护理】

基于知识转化模式的卒中后吞咽障碍患者 中西医结合护理方案的循证实践

庞舒娴¹, 李成林², 龚喜明³, 黄嫒⁴, 韦圆圆⁴, 苏苑婷⁵

1. 广西南宁市第二人民医院, 广西医科大学第三附属医院神经外科重症监护室, 广西 南宁 530031;
2. 广西南宁市第二人民医院, 广西医科大学第三附属医院医院感染管理科, 广西 南宁 530031;
3. 广西南宁市第二人民医院, 广西医科大学第三附属医院康复医学科, 广西 南宁 530031;
4. 广西南宁市第二人民医院, 广西医科大学第三附属医院神经内科, 广西 南宁 530031;
5. 广西南宁市第二人民医院, 广西医科大学第三附属医院中医科, 广西 南宁 530031

摘要:目的 探讨知识转化模式下中西医结合护理循证方案对卒中后吞咽障碍患者康复结局的影响。方法 选取 2023 年 12 月至 2024 年 12 月收治的 92 例卒中后吞咽障碍患者纳入研究, 随机分为对照组与干预组, 各 46 例。对照组行常规护理, 干预组实施知识转化模式构建的中西医结合护理循证方案, 涵盖吞咽评估、口腔清洁、进食监测、吞咽训练、中医护理、心理支持、多学科协作与健康教育等综合措施。**结果** 干预后, 干预组洼田饮水试验评级、吞咽相关生活质量评分均优于对照组, 误吸及吸入性肺炎发生率更低, 住院时间更短, 护理满意度更高, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 基于知识转化模式构建的中西医结合护理方案, 可系统整合卒中后吞咽障碍护理的最佳证据, 有效改善患者吞咽功能, 减少并发症, 缩短住院时间, 并提升生活质量和护理满意度, 推动循证护理实践科学落地。

关键词: 吞咽障碍; 循证实践; 卒中; 中西医结合护理; 知识转化模式

中图分类号: R473.74 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2026)04-0685-07

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.04.030

文献数据显示^[1], 卒中已高居我国居民致残与致死原因的首位。卒中后吞咽障碍(dysphagia after stroke, DAS)是其常见的并发症, 发生率约为 56%~78%。轻症患者表现为进食呛咳, 影响进食信心; 重症患者则易发生吸入性肺炎、营养不良等, 严重影响生活质量。护士在口腔护理、吞咽筛查、营养与饮食护理、体位管理及健康教育等 DAS 的护理工作中发挥了重要作用^[2]。随着中医护理技术在 DAS 中的临床应用与发展, DAS 中西医结合护理方法的文献日益增多^[3]。《中国吞咽障碍康复管理指南(2023 版)》正式将针灸、中药等中医康复护理技术列为辅助推荐, 国外相关指南亦开始关注中西医整合模式^[4]。DAS 患者的康复过程漫长且复杂, 如何将中西医护理技术更好地结合, 提供满意度更高、更易于接受的护理方案, 仍有待进一步探索。当前各级医疗机构在实施 DAS 护理时, 参考依据多为常规操作规范、咨询医师或依赖经

验等传统路径, 以证据为基础的实践模式尚未普及^[5]。知识转化模式(Knowledge-to-Action, KTA)作为一种系统性的实施科学框架, 包括知识产生和知识应用 2 大环节、9 个步骤, 其核心在于将研究证据有效转化为可改善患者结局的临床实践^[6]。该模式尤其适用于多学科协作的复杂护理场景, 能系统弥合证据与实践之间的差距, 并促进持续性的临床改进。基于此, 本研究选用 KTA 作为理论框架, 旨在系统检索、整合并结构化应用 DAS 中西医结合护理的最佳证据, 构建标准化护理方案, 推动循证实践落地, 以期为临床实践提供参考和指导。

1 对象和方法

1.1 对象 选取 2023 年 12 月至 2024 年 12 月入住医院神经内科、康复医学科符合纳排标准的 92 例 DAS 患者, 采用随机数字表法将研究对象随机分为干预组和对照组, 每组各 46 例患者。由于以定性变量作

基金项目: 广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题(GXZYA20230419)

第一作者: 庞舒娴, 主管护师, 研究方向: 慢病护理和护理管理, E-mail: 815865426@qq.com

通讯作者: 李成林, 公卫医师(中级), 研究方向: 医院感染管理和公共卫生教育, E-mail: 825268517@qq.com

为主要疗效结局指标,因此采用两组均等平行设计进行样本量估算。根据公式计算得出每组所需的最小样本量为 38 例,考虑可能 20% 的失访率,每组应招募 46 例,总计 92 例。两组患者在年龄、性别、教育水平等一般资料方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。研究已通过医院医学伦理委员会伦理审查批准(文件号:Y2023096)。纳入标准:①首次发生的急性缺血性脑卒中,依据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2023》^[7] 诊断,并经头颅 CT 或 MRI 检查证实;②存在明确的神经系统定位体征,并伴有吞咽障碍,洼田饮水试验 ≥ 3 级;③意识清楚,生命体征平稳,无感染;④ ≥ 18 岁,具备基本的指令理解与执行能力;⑤自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:①存在认知功能障碍、精神疾病史、严重器质性疾病,或发病前即有吞咽困难、肌无力等问题者;②依从性差,无法按方案治疗或配合者;③研究期间出现病情危重、转院或失访者。

1.2 方法

1.2.1 知识合成 采用 PICOS 构建循证问题模式,确定循证问题:P(Population)研究人群:DAS 患者,年龄 ≥ 18 岁;I(Intervention)干预措施:对 DAS 患者实施一定的中西医结合护理干预(包括但不限于预防和评估、口腔护理、康复护理、宣教和指导等);C(Comparison)对照措施:对 DAS 患者实施传统护理或未接受特定干预措施的对照组;O(Outcome)临床结局:DAS 评估情况(洼田饮水试验、吞咽障碍特异性生活质量量表等);S(Study design):确定证据类型为 RCT、循证实践指南及系统评价。

1.2.1.1 知识查阅 采用中文检索词与英文检索词进行系统检索。确定主题词:采用主题词检索和自由词检索相结合的策略,中文检索词为“脑卒中/卒中/中风/脑中风/脑血管疾病/脑血管意外/脑梗死/脑出血/脑溢血/脑缺血”“吞咽障碍/吞咽困难/吞咽功能障碍/噎膈”“护理/中医护理/中西医护理/中西医结合护理”。英文检索词:“Stroke/Strokes/Cerebrovascular Accident/Cerebrovascular Accidents/CVA/Cerebrovascular Stroke”“Deglutition Disorders/Deglutition Disorder/Swallowing Disorders/Swallowing Disorder/Dysphagia”“Nursing/Care/Chinese Nursing/Chinese Medicine Nursing/Integrated Chinese and Western Medicine Nursing”。①临床实践指南网站:JBI 循证卫健中心图书馆、国际指南协作网、英国国家卫生与临床评价机构、新西兰指南协作组、中国医脉通指南网等;②卒中专业协会网站:美国卒中协会、中国卒中协会、欧洲卒中组织等;③其他数据库:万方、知网、维普、中国生物医学文献数据库、PubMed、Cochrane Library、Embase、MEDLINE 等。以计算机检索为主,同时

辅以手工和“滚雪球”式检索相关文献。

1.2.1.2 知识整合 由 2 位人员担任评价者,并确保对文献质量评价工具的使用理解一致,交叉核对。当意见分歧时,将请第 3 位评价者参与讨论,以达成最终共识。文献纳入标准:①国内外公开发表的与护理干预相关的;②主要结局指标明确;③摘要、内文、参考文献等文献详细信息完整;④发表时间为 2020 年 1 月至 2025 年 7 月;⑤语种为中文或英文。文献排除标准:①不能提供完整的研究数据、研究方法存在严重缺陷、缺少评价结果相关数据、数据前后不一致、未获得全文的文献;②同一单位或者作者发表的类似研究文献;③研究患者不符合 PICOS 循证问题的文献;④样本量 < 20 人或文献质量评价结果不达标。

1.2.1.3 知识剪裁 ①采用 Cochrane 随机对照试验偏倚风险评价工具 RoB 2(Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trial)^[8] 对纳入的 RCT 进行方法学质量评价。将 RCT 偏倚风险划分为低、中、高 3 个等级;②采用指南研究与评价工具(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II, AGREE II)^[9] 对纳入的实践指南进行质量评价,依据评价结果将指南推荐级别分为 A 级(强烈推荐)、B 级(一般推荐)和 C 级(不推荐);③采用系统评价方法学质量评价工具 2(A Measure Tool to Assess Systematic Reviews, AMSTAR 2)^[10] 的评价标准对系统评价/Meta 分析进行质量评价。根据评价结果将证据质量划分为高、中、低、极低 4 个等级。

1.2.1.4 知识产出 根据检索策略,初步检索到 868 篇文献,剔除重复文献 305 篇,经排除不符合纳排标准的文献,最终纳入 21 篇文献,其中 13 篇 RCT,4 篇临床实践指南,4 篇系统评价/Meta 分析。

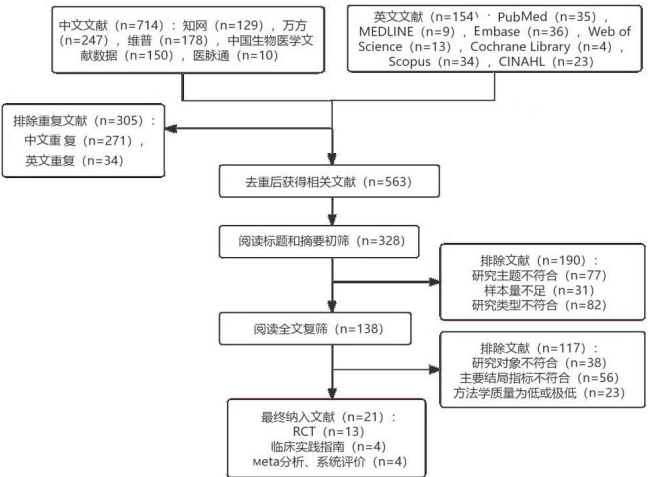


图 1 文献筛选流程图

1.2.1.5 确定、回顾、选择解决问题的知识 对获得

的文献进一步进行回顾、遴选与整合。选择证据时遵循证据等级,并综合考量循证性优先(国内指南优先)、时效性(最新优先)及临床适用性原则,系统整合了关键措施的最佳证据。

1.2.2 知识应用

1.2.2.1 将知识引入当地情境 基于知识合成部分形成的干预方案初稿,对具有丰富临床护理经验的卒中专科护士及卒中护理专家进行半结构化访谈,完成干预方案首轮修订并确定推荐措施;在文献回顾和半结构化访谈基础上,采用专家咨询法进行第二轮修订,分析科室临床实践中的障碍因素及促进因素,制定相应的行动策略,并对干预方案进行修改和完善,形成中西医结合护理干预方案终稿。最终确定将终稿中的措施全部引入临床实践。

1.2.2.2 评估障碍因素 在对基于循证的护理干预方案的障碍因素评估中,分析出主要存在 3 个方面障碍:首先,医护人员循证实践能力不足,部分医护人员对最新的 DAS 评估工具及中西医结合指南掌握不深入。其次,患者因认知障碍、失语等问题,理解与执行康复训练困难,依从性低。此外,多学科协作机制不完善,分工与流程不够清晰高效。

1.2.2.3 选择、裁剪、执行干预策略 针对上述障碍实施以下策略:①成立“1+3”质量改进小组(管理、培

训、质控、科研),对护士开展同质化培训,确保其能独立、准确地应用循证方案;②对配合度低的患者,采用简化宣教材料与视觉辅助工具,分解训练步骤,并借助家属加强沟通与协助;③建立多学科团队协作模式,定期召开会议,要求核心成员(责任护士、康复医师、中医医师)必须参会。明确各成员在关键环节的角色、职责、分工、执行频率、预期效果和评估指标。对实施效果进行系统性评估,分析数据与反馈,识别新问题或改进机会,以此进入计划—执行—检查—处理循环,从而确保护理方案在实践中得以持续迭代与优化,而非一次性应用。对照组:实施常规护理服务,按 DAS 患者常规进行护理。包括:①日常护理与评估:责任护士每日进行生命体征监测、吞咽功能筛查(采用洼田饮水试验)及心理状态评估;②基础生活与心理支持:指导护理员或陪护人员,协助患者进食、口腔清洁等基础生活护理,及时进行心理疏导与鼓励;③康复训练:推荐医院康复治疗师,指导患者进行空吞咽训练、唇舌运动及冰刺激;④健康教育:发放书面健康教育资料,解答疑虑,并对患者和其家属进行康复指导。干预组:在常规护理基础上实施中西医结合循证护理方案,内容包括:吞咽功能评估、口腔清洁、进食监测、吞咽辅助训练、中医护理、心理护理、多学科协作模式、健康教育等板块。详见表 1。

表 1 中西医结合循证护理干预方案内容框架

主题	方案内容	实施时机
吞咽功能评估 ^[11-13]	给予患者洼田饮水试验进行吞咽功能筛查,增加吞咽筛查频次,及时掌握患者吞咽功能的变化情况,强化摄食训练过程中的关键点、关键环节的评估。定期复评吞咽功能,直到患者的吞咽情况改善。	入院 24 h 内
口腔清洁 ^[14]	指导正确选择和使用口腔清洁工具,每日 3 次刷牙。鼻饲患者、摄食训练前后、餐后保持口腔清洁。	每日执行
进食监测 ^[5,15-19]	建立进食监测表,了解患者进食量、种类、进食时间、有无呛咳及有无噎食状况,保证进食安全。	每日执行
吞咽辅助训练 ^[2,5,20-23]	①基础训练:脸及下颌的运动:指导患者每日进行微笑、皱眉、鼓腮、伸舌训练和双侧面部按摩,每个动作保持 3~5 s,放松。重复 10~15 次。每日 3 次,每次 20 回;②吞咽训练:根据吞咽功能评估情况,选择采取仰头吞咽、低头吞咽、侧方吞咽、空吞咽与交互吞咽冰刺激、柠檬酸刺激软腭、舌根及咽后壁头颈部放松训练、舌肌康复训练、咽部康复训练(发音训练、门德尔松训练、Shaker 训练)、咳嗽训练及吞咽感觉训练等。每日 3 次,每次每项训练 10~15 回(根据患者耐受性调整)。训练应在安静、专注的环境下进行,最好在饭前 30 min 进行。鼓励患者对着镜子练习,以便观察和纠正动作。	入院 48 h 内,根据康复团队评估,启动康复计划
中医护理 ^[1,3,24-25]	①咽喉穴位按摩:穴位:风池、廉泉、翳风、人迎、天突等,每穴 2~5 min,每日 2~3 次。可使用点按法(指腹垂直按压穴位,力度由轻渐重,以患者感觉局部酸、胀、麻为度,保持 10~15 s,然后缓慢放松)、揉法(在穴位上做轻柔、和缓的环形揉动);②艾灸咽喉部:温和灸:使用清艾条,点燃后距离颈部皮肤(廉泉、天突、人迎穴区域)约 2~3 cm(约两横指),以患者感觉温热舒适、无灼痛感为度。回旋灸:在穴位上方小范围温和地回旋移动艾条。每穴/区域灸 5~10 min,总时长不超过 20 min。每日 1 次;③耳穴贴压:常用穴位:咽喉、口、食管、贲门、皮质下、神门、交感、脾、胃。在贴好耳豆之后,做按摩耳穴,每穴 2~3 min,注意按摩力度,以耳穴有发热、胀麻感为度。再次运耳[用拇指和食指夹住耳廓下部(耳垂),轻轻向下捋]10 次收尾。	入院 48 h 内,根据多学科团队评估,启动中医护理计划
多学科协作康复模式 ^[2,26]	建立多学科协作模式:责任护士负责筛查和基础安全进食指导,康复医师负责专业评估和制定康复方案,中医医师负责对中西医结合护理干预措施进行技术支持和保障。中医科护士负责实施中医护理措施。	入院 48 h 内启动
心理护理 ^[4,14,20]	关注患者是否出现焦虑、抑郁(如拒绝进食、社交退缩),挫败感或自尊心受损。通过耐心倾听、鼓励表达感受,避免催促进食,减轻心理压力。指导家属学习安全喂食技巧,避免责备或过度保护。	每日执行

表 1(续) 中西医结合循证护理干预方案内容框架

主题	方案内容	实施时机
吞咽障碍喂养的健康教育 ^[19,27]	①进食体位:端坐位或 30°~60°半坐卧位,头正中稍前屈,向健侧倾斜 30°,偏瘫侧肩部以枕头垫起,喂食的人位于患者健侧。如果患者不能坐起,采用咽喉器官的健侧卧位。②食物性状调配:帮助选择适合的食物:高蛋白、高维生素、易消化、密度均一;有适当粘性,不易松散;不在黏膜上残留的食物;可选择软饭、半流质或糊状、陈状、果冻、布丁、蛋羹、豆腐。通过食物增稠剂量化患者进食的食物性状和一口量,保证吞咽的安全性和有效性。③进食环境:应尽量保持安静,使患者能集中注意力进餐,减少误吸。如果需要控制患者的一口量时(正常人一口量约 20 mL,患者一般先从 1~5 mL 开始。④风险事件防范教育:每周称重,记录摄入量,观察脱水(如皮肤弹性、尿量)或营养不良体征(如水肿、消瘦),对有营养风险的患者推荐实施个性化营养计划。海姆立克急救法培训,误吸、窒息的处理。	入院 48 h 到出院前 48 h

1.2.2.4 监测知识应用 构建 PDCA-SDCA 双循环管理体系(计划—执行—检查—处理与标准化—执行—检查—调整)。管理小组首先制定明确的监测计划与关键评估指标。责任护士执行临床方案,质控组定期检查,通过床边督查、记录审查及患者反馈,收集方案依从性与效果数据。团队对有效做法进行总结,形成标准化流程与规范,并在全科室推广执行。随后再次检查新标准的落实情况,若运行不畅或出现新问题,则及时调整优化。及时发现问题,定期召开讨论会,解决管理方案实施过程中遇到的问题,通过强化管理提高方案的执行力,持续优化护理方案,确保循证实践与临床需求动态适配。

1.2.2.5 知识应用的效果评价 比较干预前后患者的基线资料,在为期 4 周的干预后,评价患者的洼田饮水试验评级、吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)得分、DAS 主要并发症发生率、平均住院天数和护理满意度。①洼田饮水试验:分为 1~5 级,吞咽功能正常的评级为 1 级,吞咽功能异常的评级为 2~5 级;②吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)^[21]:44 个条目,每个条目采用 5 级评分法,1~5 分分别代表总是这样,经常这样,有时这样,很少这样,从来没有。该量表最低分为 44 分,最高分为 220 分,得分越高提示患者的生活质量越好;③DAS 主要并发症发生率:误吸发生率=(发生误吸人数/DAS 患者总人数)×100%;吸入性肺炎发生率=(发生吸入性肺炎人数/DAS 患者总人数)×100%;④住院天数:患者自医嘱入院至医嘱出院占用床位的总天数。按出院病历统计;⑤护理满意度评分:采用医院护理工作满意度调查评价表,共 20 个条目,每个条目采用 Likert 计分法,从完全同意到完全不同意分为 5 个级别,分别赋分 5~1 分。评分范围为 10~100 分,Cronbach's α 系数为 0.94,分数越高表示满意度越高。

1.2.2.6 维持方案应用 制定标准化操作手册并配套考核机制,由质控小组负责强化干预过程中的管控,科室护士长为质量控制小组组长,护理部质控组加入质量督查管理,严格按照构建的循证方案对干预组患者实施干预。护士长、研究者、护理质控督导员共同监

督管理方案的实施。

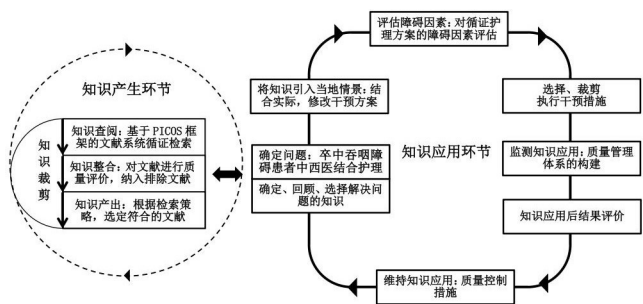


图 2 基于 KTA 模式的循证实践框架

1.3 统计学方法 采用 R 4.1.1 统计软件对数据进行分析。计量资料经正态性检验后以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以频数(n)和百分比(%)表示,两组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法,等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验(Mann-Whitney U 检验)。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般资料情况 两组患者的基本资料对比,性别、年龄、文化程度方面比较、两组干预前的洼田饮水试验和吞咽障碍特异性生活质量量表的比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 2、表 3。

2.2 干预后两组洼田饮水试验的比较 干预后,两组洼田饮水试验评级比较,采用 Wilcoxon 秩和检验。结果显示,干预组平均秩为 38.11,对照组平均秩为 54.89,干预组洼田饮水试验评级优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 4。

2.3 干预后两组吞咽障碍特异性生活质量量表评分的比较 SWAL-QOL 总分(116.89 ± 12.97)分高于对照组(88.74 ± 13.77)分,差异具有统计学意义($P < 0.001$)。见表 5。

2.4 两组主要并发症发生率的比较 干预组误吸及吸入性肺炎发生率均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 2 两组基本资料的比较

组别	<i>n</i>	性别		年龄/岁	文化程度		
		男	女		初中及以下	高中或中专	本科及以上
干预组	46	24(52.17)	22(47.83)	49.93±4.05	27(58.70)	13(28.26)	6(13.04)
对照组	46	21(45.65)	25(54.35)	48.74±4.44	26(56.52)	15(32.61)	5(10.87)
χ^2/t		0.174		1.349		0.253	
<i>P</i>		0.677		0.181		0.881	

注:表内计数资料数据用[*n*(%)]表示,计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 3 两组干预前洼田饮水试验和吞咽障碍特异性生活质量量表的比较

组别	<i>n</i>	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	吞咽障碍特异性生活质量量表得分
干预组	46	0(0.00)	3(6.52)	17(36.96)	21(45.65)	5(10.87)	74.59±3.55
对照组	46	0(0.00)	1(2.17)	19(41.30)	22(47.83)	4(8.70)	74.35±3.12
<i>Z</i>			−0.060				0.102
<i>P</i>			0.952				0.919

注:表内计数资料数据用[*n*(%)]表示,计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 4 干预后两组洼田饮水试验的比较

组别	<i>n</i>	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	平均秩	<i>Z</i>	<i>P</i>
干预组	46	8(17.39)	19(41.30)	9(19.57)	8(17.39)	2(4.35)	38.11	−3.115	0.002
对照组	46	2(4.35)	10(21.74)	14(30.43)	16(34.78)	4(8.70)	54.89		

注:表内计数资料数据用[*n*(%)]表示。

表 5 干预后两组 SWAL-QOL 评分比较

组别	<i>n</i>	得分/分	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	46	116.89±12.97	10.094	<0.001
对照组	46	88.74±13.77		

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 6 两组主要并发症发生率比较

组别	<i>n</i>	误吸发生率	吸入性肺炎发生率
干预组	46	1(2.17)	0(0.00)
对照组	46	8(17.39)	6(13.04)
Fisher 检验		—	—
<i>P</i>		0.030	0.027

注:表内计数资料数据用[*n*(%)]表示。

2.5 两组平均住院天数和护理满意度的比较 干预组平均住院天数少于对照组,护理满意度评分高于对照组,差异均具有统计学意义(*P*<0.001)。见表 7。

表 7 两组住院天数和护理满意度比较

组别	<i>n</i>	住院天数/天	护理满意度/分
干预组	46	6.98±1.98	97.76±0.67
对照组	46	9.35±1.77	88.57±3.22
<i>t</i>		6.051	18.951
<i>P</i>		<0.001	<0.001

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

3 讨论

3.1 基于 KTA 的中西医结合护理循证方案可改善卒中患者吞咽功能 研究结果显示,实施基于 KTA 的中西医结合护理方案干预后,优化了 DAS 患者的洼田饮水试验评级,表明该方案能有效促进 DAS 康复。这一结果验证了通过系统化知识转化流程,将循证证据与中西医特色护理整合应用于临床实践的可行性及优越性。与既往研究黄宏沱等^[21]结论类似,其原因可能在于:方案通过吞咽功能流程化评估、阶梯式进食管理、中医护理系列措施(穴位按摩、艾灸、耳穴压豆)与西医神经肌肉康复训练及护理结合,以及多学科协作模式等,形成了多维度、“监测—反馈—优化”的动态循环机制的干预体系,二者结合形成互补协同效应,更全面覆盖吞咽障碍的病理生理环节。相较于单一西医或中医干预,其综合疗效更优。此外,KTA 模式通过知识转化过程,形成“证据筛选—本土化剪裁—流程标准化—质量监测”结构化干预路径,将循证证据与临床实践紧密结合,解决了传统护理中证据与实践脱节问题,确保护理措施更具针对性。同时结合吞咽功能评估结果调整训练强度,从而提升干预效果。运用 KTA 框架实现了从证据到实践的系统化转化,通过建立跨学科团队、制定标准化操作流程、开展持续质量改进,解决了以往“知行差距”问题。建议未来研究进一步探讨

中西医结合护理的最佳干预时机和剂量效应关系。

3.2 基于 KTA 的中西医结合护理循证方案可提高患者生活质量和减少并发症 研究发现,基于 KTA 的中西医结合护理方案不仅显著提升了 DAS 患者的生活质量评分,还有效降低了误吸与吸入性肺炎等关键并发症的发生率,实现多维度干预的临床优势。这一结果与廖晓琴等^[5]的研究结论相似,聚焦于循证康复手段联合中西医结合护理技术的研究形成呼应,其原因可能在于:吞咽障碍患者的生活质量受生理、心理和社会因素多重影响;常规、单一的护理措施多侧重或只针对急性期症状护理,忽视患者各方面、长期的吞咽功能康复护理的需求。循证方案通过多模态干预策略的有机组合,形成了覆盖生理功能修复、行为矫正、心理护理与健康教育的全链条干预体系。此外,KTA 模式通过知识转化过程,将患者及家属纳入教育环节,提高其对吞咽障碍管理的认知,从而增强自我护理能力。相较传统模式,KTA 框架下建立的“证据—实践—反馈”闭环管理,通过结构化监测和定期审核,强化了干预措施的持续性优化,证据的应用更促使护士主动监测吞咽安全指标,及时调整饮食质地和给药方式,更能提高患者生活质量。同时,多学科团队的参与确保了评估与干预的精准性,KTA 驱动的循证实践避免了经验性护理的盲区,有效减少了患者并发症的发生。建议临床实践中将患者教育作为干预的重要组成部分,并建立长期随访机制以巩固效果。

3.3 基于 KTA 的中西医结合护理循证方案可减少平均住院天数和提高满意度 研究显示,基于 KTA 的中西医结合护理方案不仅缩短了 DAS 患者的平均住院天数,提高了患者的护理满意度评价,同时兼具加速吞咽功能恢复,提高医疗资源利用效率与优质护理服务的优势。这一结果与张云等^[26]的研究结论相符,其原因可能在于:中西医结合护理循证方案,以科学证据为基础进行护理实践,能提供更贴合患者具体证候和体质的护理措施,中西医结合护理协同增益,提升干预的精准性和有效性,共同促进患者吞咽功能康复,从而直接有助于缩短平均住院天数。同时,方案提供更多非药物、自然、侵入性小的治疗和中医护理选择,容易被患者接受,提升患者体验。此外,KTA 模式提供了一个结构化、系统化、强调情境适配、动态循环、促进协作、聚焦问题与结果的框架,以节奏化推进形成一体化护理路径,向临床效益的高效转化,缩短不必要的住院时间。护理满意度的提升源于方案中的人性化设计,更关注患者的心理感受:个性化进食管理计划和心理护理干预,既满足了患者的生理需求,又缓解了焦虑情绪。健康教育板块的强化,使患者及家属对疾病管理有了更清晰的认知,提高了自我护理能力,从而增强

了整体满意度。建议开展大数据研究数据以优化证据整合与应用流程,提升护理决策的精准性。

4 小结

本研究基于知识转化模式构建了 DAS 的中西医结合循证护理方案,通过系统整合证据,融合吞咽功能评估、中医特色护理与多学科协作,突破传统经验局限,实现科学证据向临床实践的有效转化。结果显示,该方案在改善患者吞咽功能、提升生活质量、降低并发症、缩短住院时间及提高护理满意度等方面均取得显著成效。然而,本研究尚存在一定局限性:单中心、小样本设计可能影响结果外推性,中医护理具体作用机制尚不明确,且缺乏长期随访数据支持远期效果。今后应推进多中心、大样本研究,深入探索中西医结合护理的作用机制,完善动态证据更新与护理人员循证能力培训,以促进该模式在基层医疗中的规范应用与持续推广。

参考文献:

- [1] 黄玉转,燕炼钢,李佩芳,等.普通针刺联合芒针透刺治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].右江民族医学院学报,2025,47(5):845-850.
- [2] 单丹丹,吴艳梅,李思思,等.基于 ERAS 理念的早期护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的效果分析[J].中国实用神经疾病杂志,2022,25(12):1563-1568.
- [3] 彭玲.脑卒中吞咽障碍患者护理中采用中医康复护理干预的效果[J].名医,2021(2):136-137.
- [4] 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会.中国吞咽障碍康复管理指南(2023 版)[J].中华物理医学与康复杂志,2023,45(12):1057-1072.
- [5] 廖晓琴,彭山玲,巴珍妮,等.集束化护理对脑卒中吞咽功能障碍患者干预效果的 meta 分析[J].现代医药卫生,2020,36(23):3783-3787.
- [6] GRAHAM I D,LOGAN J,HARRISON M B,et al. Lost in knowledge translation: time for a map? [J]. J Contin Educ Health Prof,2006,26(1):13-24.
- [7] 李光硕,赵性泉.《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》解读[J].中国卒中杂志,2024,19(8):956-961.
- [8] 刘津池,刘畅,华成舸.随机对照试验偏倚风险评价工具 RoB2(2019 修订版)解读[J].中国循证医学杂志,2021,21(6):737-744.
- [9] 杨楠,邹锬,何思颐,等.临床实践指南实施效果评价工具的信效度分析[J].中国循证医学杂志,2024,24(8):904-909.
- [10] 张方圆,沈傲梅,曾宪涛,等.系统评价方法学质量评价工具 AMSTAR 2 解读[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(1):14-18.
- [11] ADEOYE O,NYSTRÖM K V,YAVAGAL D R,et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care: a 2019 update[J]. Stroke,2019, 50(7): e187-e210.

(下转第 702 页)

路径式健康教育,能有效促进患者术后康复,提高患者对健康教育知识的掌握程度及满意度,丰富了胆石症患者围术期健康教育方法。本研究也存在一定的局限性,如健康教育路径表实施时间不长,其内容标准化程度有待继续完善,样本量较小,且为单中心研究,影响结果的稳定性和普适性。未来将通过扩大样本量和多中心协作,延长研究时间,进一步验证结论的可靠性和有效性。

参考文献:

[1] 孙苗苗,曹立瀛,孙卫东,等.血清高密度脂蛋白胆固醇与新发胆石症的关系[J].临床肝胆病杂志,2019,35(8):1745-1750.

[2] 孙国强.腹腔镜治疗肝胆结石分析[J].中外医疗,2019,38(25):54-56,81.

[3] 张清花.吴茱萸热熨对肝郁气滞型胆石症患者疼痛的影响[D].福州:福建中医药大学,2020.

[4] LI E L, YUAN R F, LIAO W J, et al. Intrahepatic bile duct exploration lithotomy is a useful adjunctive hepatec-

tomy method for bilateral primary hepatolithiasis: an eight-year experience at a single centre[J]. BMC Surg, 2019,19(1):16.

[5] MIR F, JONNALAGADDA S. Bile cast syndrome: Diagnosis and management, a case series[J]. Endosc Int Open, 2017,5(5):E321-E323.

[6] LI H, ZHENG J, CAI J Y, et al. Laparoscopic VS open hepatectomy for hepatolithiasis: an updated systematic review and meta-analysis[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(43):7791-7806.

[7] 季芳,卜杨,夏源.微视频联合情境体验健康教育在腹腔镜胆总管切开取石术病人中的应用研究[J].蚌埠医学院学报,2021,46(11):1619-1622.

[8] 刘昌,孟凡迪,王瑞涛.胆石症基础研究现状与展望[J].中国实用外科杂志,2021,41(1):48-51.

[9] 朱敏,韩雅婷,范慧敏,等.带T管的胆管结石患者出院准备度现状及与应对效能相关性分析[J].右江民族医学院学报,2025,47(1):177-181.

收稿日期:2025-11-06;修回日期:2026-01-07

(本文编辑 钟琳)

(上接第 690 页)

[12] KERNAN W N, VIERA A J, BILLINGER S A, et al. Primary care of adult patients after stroke: a scientific statement from the American heart association/American stroke association[J]. Stroke, 2021, 52(9): e558-e571.

[13] MANIACI A, LECHIEN J R, D'AMICO E, et al. Post-cerebro vascular stroke and early dysphagia assessment: a systematic review[J]. Acta Biomed, 2022, 93(4): e2022263.

[14] 石的红.脑卒中患者吞咽障碍的饮食护理干预效果[J].吉林医学,2022,43(11):3156-3158.

[15] 侯静.精密型摄食训练监管护理联合吞咽神经肌肉电刺激在脑卒中吞咽障碍患者康复中的应用[J].医学理论与实践,2023,36(13):2303-2305.

[16] NOUH A, AMIN-HANJANI S, FURIE K L, et al. Identifying best practices to improve evaluation and management of in-hospital stroke: a scientific statement from the American heart association[J]. Stroke, 2022, 53(4): e165-e175.

[17] 孙娟,张敏,王清,等.基于食物改进在脑卒中吞咽障碍患者经口进食管理的系统评价[J].当代护士:下旬刊,2021,28(10):37-44.

[18] LIN S C, LIN K H, TSAI Y C, et al. Effects of a food preparation program on dietary well-being for stroke patients with dysphagia: a pilot study[J]. Medicine, 2021, 100(25): e26479.

[19] 刘丽,唐朝霞,黄英华,等.以专科护士为主导的分级喂养管理在脑卒中吞咽障碍患者中的效果观察[J].护理实践与研究,2022,19(20):3135-3139.

[20] 袁媛,隋莹,魏小利,等.呼吸训练联合个体化健康教育对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(13):134-137.

[21] 黄宏汰,汪莉,庞舒娴,等.基于信息-动机-行为技巧模型理论的脑卒中吞咽障碍护理方案对老年脑卒中吞咽障碍病人的干预效果[J].实用老年医学,2023,37(12):1278-1282.

[22] ZHANG B H, WONG K P, LIU M Y, et al. Effect of artificial intelligence-based video-game system on dysphagia in patients with stroke: a randomized controlled trial[J]. Clin Nutr, 2025, 45: 81-90.

[23] 邢媛媛.摄食训练联合冰盐漱口护理对脑卒中吞咽障碍患者康复效果研究[D].荆州:长江大学,2021.

[24] 何薇,尤敏,袁娟,等.中医护理干预脑卒中后吞咽障碍疗效的 Meta 分析[J].牡丹江医学院学报,2021,42(1): 22-26.

[25] 黄华清,施家芳,施碧霞.经颅磁刺激联合穴位按摩在中风后吞咽障碍中的应用[J].中国卫生标准管理,2024, 15(13):155-158.

[26] 张云,王幽.康复团队协作模式下的吞咽障碍分级管理在脑卒中吞咽障碍病人中的应用[J].循证护理,2023,9(23):4282-4286.

[27] DZIEWAS R, MICHOU E, TRAPL-GRUNDSCHÖBER M, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia[J]. Eur Stroke J, 2021, 6(3): LXXXIX-CXV.

收稿日期:2025-12-15;修回日期:2026-01-06

(本文编辑 覃洪含)