团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗

规范》（征求意见稿）编制说明

一、项目来源

根据《广西标准化协会关于下达2023年第四十一批团体标准制修订项目计划的通知》（桂标协〔2023〕140号）文件精神，由广西康复医学会提出，广西医科大学第二附属医院、广西中医药大学附属瑞康医院、南宁市第一人民医院等单位共同起草的团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》（项目编号：2023-4101）已获批立项。

二、项目背景及目的意义

健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，党和国家历来高度重视人民健康。中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》强调要强化慢性病筛查和早期发现，针对高发地区重点癌症开展早诊早治工作，推动癌症、脑卒中、冠心病等慢性病的机会性筛查。基本实现高血压、糖尿病患者管理干预全覆盖，逐步将符合条件的癌症、脑卒中等重大慢性病早诊早治适宜技术纳入诊疗常规。脑卒中是我国居民致死、致残的第一大原因，有效防控脑卒中对实现健康中国及减少我国贫困人群的战略目标意义重大。2021年，为进一步指导脑卒中防治工作，提高防治工作规范化水平，国家卫健委委托脑卒中防治工程委员会组织专家编制《中国脑卒中防治指导规范（2021年版）》。为进一步加强自治区脑卒中综合防治工作，降低脑卒中危害，保障人民群众健康权益，《自治区卫生计生委办公室关于印发广西脑卒中综合防治工作方案的通知》（桂卫办发〔2017〕97号）提出将脑卒中防治作为健康广西建设的重点内容，逐步完善防治政策；加强体系建设，构建脑卒中全程管理服务模式等要求。2022年，《广西壮族自治区人民政府关于印发广西卫生健康发展“十四五”规划的通知》（桂政发〔2022〕15号）强调要深入实施健康广西行动，深入实施《“健康广西2030”规划》，提出要强化慢性病综合防控和伤害预防干预，做到重大疾病危害得到有效控制，重大慢性病发病率上升趋势得到遏制等。

脑卒中（stroke）亦称脑血管意外（cerebrovascular accident，CVA）是指突然发生的、由脑血管病变引起的局限性或全脑功能障碍，持续超过24小时或引起的临床综合征。它包括脑梗死（cerebral infarction）、脑出血（intracerebral hemorrhage）和蛛网膜下腔出血（subarachnoid hemorrhage）。

根据最新公布的全球疾病负担研究数据显示，全球脑卒中患病人数估计超过1亿，我国超过八成患者的脑卒中类型是脑梗死，带病生存的脑卒中患者在我国多达1700多万。数据显示，我国40—74岁人群脑卒中发病率平均每年增长超过了8%，值得警惕的是，在我国，脑卒中不仅死亡率逐年上升，发病也在趋于年轻化，45岁以下人群的发病率已经超过总发病率的10%。我国脑卒中患病总人数已超过2800万，每5位死亡者中就至少有1人死于脑卒中。

吞咽障碍是脑卒中后常见的并发症之一，其发生率约为29%—81%。尽管大多数患者可在2—4周内自行恢复吞咽功能，但仍有11%—50%的患者于出院后6个月出现吞咽障碍，进而导致营养不良、脱水或吸入性肺炎，甚至死亡等严重后果，因此会增加患者住院时间和降低生存质量。

随着人口老龄化，脑卒中发病率呈逐年上升趋势。超过50%的脑卒中患者存在脑卒中后吞咽困难，不仅增加了吸入性肺炎、营养不良和脱水等并发症发生风险，而且与不良预后和死亡率增高相关。另外，吞咽困难也会影响患者心理健康和独立水平，不利于其恢复。由于其高发病率和高并发症风险，脑卒中后吞咽困难筛查、评估、治疗就显得尤为重要，其康复宗旨是早筛查、早评估、早治疗。以此不仅可以减少误吸、肺炎等并发症发生率，而且可以改善患者预后结局。脑卒中后吞咽困难康复是个复杂的问题，需要多学科团结合作，也需要临床医生、治疗师、护理人员相互配合，采用指南推荐的合适筛查、评估、治疗方法对脑卒中患者进行早干预，促进吞咽功能恢复。

通过制定团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》，以标准为抓手规范和推广脑卒中吞咽障碍康复技术，对提高脑卒中吞咽障碍病人康复治疗率，提升脑卒中吞咽障碍患者生活质量具有重要意义。

三、项目编制过程

**（一）成立标准编制组**

团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》项目任务下达后，由广西医科大学第二附属医院牵头组织成立了标准编制组，制定了标准编写方案，明确任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。具体编制工作由广西医科大学第二附属医院、广西中医药大学附属瑞康医院、南宁市第一人民医院组成的标准编制组负责。编制组下设三个小组，分别是资料收集组、草案编写组、标准实施组。

资料收集组：负责国内外关于脑卒中吞咽障碍康复治疗文献资料的查询、收集和整理工作，查阅现存关于脑卒中吞咽障碍康复治疗的研究以及国内相关标准的制定。

草案编写组：负责标准立项、征求意见、审定、报批等阶段的标准文本及编制说明的起草工作，包括标准制定过程各阶段标准文本及相关材料的修改和完善。

标准实施组：负责团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》标准发布后，组织相关部门、医疗机构等，开展标准宣贯培训会，对标准进行研讨和详细解读，使相关人员了解标准，熟悉标准，并能熟练运用标准；为确保标准的实施效果和综合运用率，对标准实施情况进行总结分析，对标准提出持续改进意见。

1. **收集整理文献资料**

通过资料收集组对文献资料的收集和整理，草案编写组主要参考了以下国内外相关的标准和期刊书籍：

《临床实用 康复技术操作》

《吞咽障碍评估与治疗（第2版）》

《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》

《实用吞咽障碍治疗技术》

《脑卒中后吞咽障碍的评估与应用概况》

《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)第二部 分治疗与康复管理篇》

《欧洲卒中后吞咽困难诊断和治疗指南（2021版）解读》

《European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia》

**（三）研讨确定标准主体内容**

标准编制组在对收集的资料进行整理研究之后，标准编制组召开了标准编制会议，对标准的整体框架结构进行了研究，并对标准的关键性内容进行了初步探讨。经过研究，标准的主体内容确定为脑卒中吞咽障碍涉及的术语和定义、人员要求、环境要求、评估、康复治疗以及注意事项。

1. **调研，形成草案、征求意见稿**

广西医科大学第二附属医院多年来持续开展脑卒中吞咽障碍康复治疗研究，制定了脑卒中吞咽障碍康复治疗方案并作为优势病种治疗方案在医院进行临床应用。科室带头人对吞咽障碍的脑功能恢复机制进行了长期思考与治疗探索，在我区首先成立了吞咽障碍专科门诊，有一整套精准评估体系：基于吞咽功能解剖学、临床生理学，针对脑卒中吞咽障碍进行临床评估、仪器检查及个体化康复评定，对吞咽障碍的分类、分级进行精准评估，以利于精准康复。

2023年6月～7月，标准编制组深入到广西中医药大学附属瑞康医院、南宁市第一人民医院进行了实地调研工作，查阅了大量的国内外文献资料，对脑卒中吞咽障碍康复治疗的相关文件进行系统总结。形成了标准的基本构架，对主要内容进行了讨论并对项目的工作进行了部署和安排。

2022年8月，在前期工作的基础之上，通过理清逻辑脉络，整合已有参考资料中有关脑卒中吞咽障碍康复治疗的内容，并结合脑卒中吞咽障碍康复治疗实际要求的基础上，按照简化、统一等原则编制完成团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》（草案）。

2022年8月～9月，标准起草工作组组织相关单位、医疗机构等多次召开标准研讨会，收集反馈了大量意见，掌握脑卒中吞咽障碍康复治疗的基本要求。标准编制组对标准草案进行了反复修改和研究讨论。最终形成了团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》（征求意见稿）及其编制说明。

四、标准制定原则

1.实用性原则

本文件是在充分收集相关资料，分析当前现状、调研的实际情况，在现有文献中参考与脑卒中吞咽障碍康复治疗相关内容的基础上，结合多年经验而总结起草的。符合当前脑卒中吞咽障碍康复治疗的需要，有利于行业的长远发展，具有较强的实用性和可操作性。

2.协调性原则

本文件编写过程中注意了与脑卒中吞咽障碍康复治疗相关法律法规的协调问题，在内容上与现行法律法规、标准协调一致。

3.规范性原则

本文件严格按照《GB/T 1.1—2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的要求和规定编写本标准的内容，保证标准的编写质量。

4.前瞻性原则

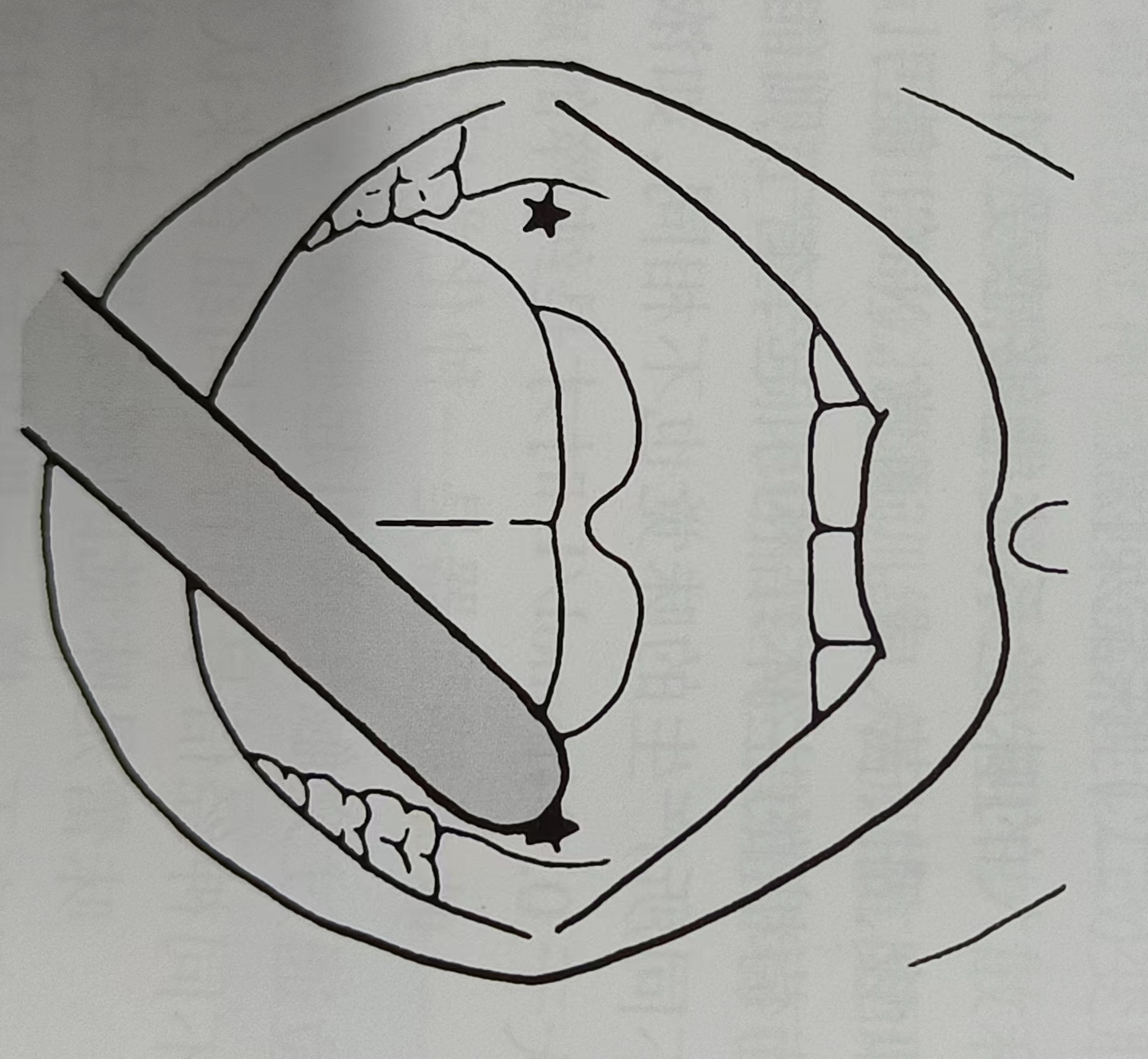
本文件在兼顾当前脑卒中吞咽障碍康复治疗现实情况的同时，还考虑到了脑卒中吞咽障碍康复治疗快速发展的趋势和需要，在标准中体现了个别特色性、前瞻性和先进性条款，作为对开展脑卒中吞咽障碍康复治疗的指导。

五、标准主要内容及依据来源

本标准主要章节内容包括术语和定义、人员要求、环境要求、评估、康复治疗以及注意事项。广西医科大学第二附属医院创新研发了治疗脑卒中吞咽障碍的外周联合中枢吞咽康复治疗技术，发现脑卒中吞咽障碍的脑功能网络连接及恢复机制，创新研发以针灸、神经肌肉电刺激、球囊扩张、间歇经口插胃管、ROOD技术等为主的外周吞咽康复治疗技术，以及以镜像疗法、经颅磁刺激技术为主的中枢吞咽康复治疗技术，有效促进了吞咽障碍患者大脑皮层吞咽中枢功能重组和吞咽功能恢复。近3年接收老年人脑卒中约6000例，通过吞咽障碍康复治疗老年人脑卒中每年约600例，有效率超90%，治愈率超80%，有效促进了吞咽障碍患者大脑皮层吞咽中枢功能重组和吞咽功能恢复，减少并发症，提高吞咽功能筛查的准确性和有效性，降低误吸风险，使患者误咽发生率平均降低了15%，营养状态平均改善了10%，提高了脑卒中吞咽障碍病人康复治疗率，大幅降低病人的治疗成本，缩短住院疗程，减轻患者家庭的经济负担。相关技术获得社会认可，现已在33家医院推广应用。标准主要内容及依据来源说明如下：

1. **术语和定义**

根据《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》明确“K点”的定义为：“位于磨牙后三角高度，在腭舌弓和翼突下颌凹陷处的一点”。



K点示意图（标星号处为K点）

**（二）人员要求、环境要求**

为保障操作人员的专业性以及脑卒中吞咽障碍康复治疗的顺利进行，对人员要求和环境要求进行了确定。结合当前实际明确了操作人员应具备康复医学、临床医学执业医师或执业助理医师、技师、护士资格，并培训合格。根据康复治疗实际工作情况并查阅了相关资料明确了环境应整洁干净，室内温度适宜，通风良好，符合GB 15982、WS/T 367及WS/T 512的规定的要求。

**（三）评估**

评估对尽早发现可能有吞咽障碍的患者至关重要。评估的目的是发现有误吸、营养不良、脱水风险及需要专业人员进一步评价的患者。评估能帮助操作人员识别高风险吞咽障碍患者，确定患者是否需要进一步评价。根据《临床实用 康复技术操作》《脑卒中后吞咽障碍的评估与应用概况》并结合标准编制组实际工作情况对评估涉及的**筛查与实验**、**临床评估**以及**实验室检查**的要求进行了确定。

**1.筛查与实验**

根据《临床实用 康复技术操作》，明确了**进食评估问卷调查**、**洼田饮水试验**、**反复唾液吞咽试验**、**容积-黏度吞咽测试（V-VST）**的具体要求。

**2.临床评估**

临床评估，又称床旁评估，是进一步临床决策的基础。临床评估包括**主观评估**、**客观评估**、**摄食评估**、**结果评估**。根据《临床实用 康复技术操作》对上述4种临床评估形式的具体要求进行了明确。

**3.实验室检查**

仪器检查可以更直观、准确地评估口腔期、咽期和食管期的吞咽情况，了解吞咽气道保护功能的完整情况，对于诊断、干预手段的选择和咽期吞咽障碍的管理意义较大，同时可以评估治疗和代偿策略对吞咽功能的改善作用。根据当前脑卒中吞咽障碍康复治疗发展情况，实验室评估主要采用**吞咽造影检查(VFSE)**和**软管喉内镜吞咽检查（FEES）**等方法。

根据《临床实用 康复技术操作》和《脑卒中后吞咽障碍的评估与应用概况》对咽造影检查(VFSE)和软管喉内镜吞咽检查（FEES）等方法的要求进行了明确。其中，明确了如果患者不能自己坐稳，则宜坐在头颈部有支撑物的椅子上并固定好躯干，以免跌倒，椅子应与所用X线机配套，以便在侧坐位和前后坐位间能够转换等[吞咽造影检查(VFSS)](https://www.baidu.com/link?url=pblUxfei3U1-_XC4-NvO4Uv1wB36sb9RZ9c4ZvaiOVVz2N_JwBnxNOUWgqjaoNaSaMEgm6w-IgsThhgOIex_na&wd=&eqid=837d18f2000164090000000664f98c03" \t "_blank)要求。

###### （四）康复治疗

脑卒中吞咽障碍康复治疗方法多样，选择何种方法需要根据不同患者的具体情况进行确定，脑卒中吞咽障碍患者的治疗方案须个体化，因而评估结果尤为重要。根据评估结果，优先考虑需要解决的问题，再明确所要选择的治疗方案，以利于治疗效果最大化。

根据标准编制组多年实践经验，并参考《吞咽障碍评估与治疗（第2版）》《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)第二部 分治疗与康复管理篇》《临床实用 康复技术操作》对**口腔感觉刺激治疗**、**口腔运动治疗**、**呼吸训练**、**导管球囊扩张术**、**低频电刺激**、**表面肌电生物反馈训练**、**非侵入性脑电刺激治疗**、**气道保护手法**等**促进吞咽功能**的治疗方法的具体要求进行了明确。此外，还对**食物调整**、**姿势调整**等**代偿方法**等具体要求进行了明确。

**1.促进吞咽功能**

**1.1口腔感觉刺激治疗**

口腔感觉的神经支配和传导通路是相同的，口腔感觉损伤的吞咽障碍患者，其触压觉、痛觉和温度觉均存在障碍，此类患者多出现口腔分泌物潴留，口腔食物残留，感觉障碍侧黏膜肿胀，黏膜损伤等情况，且患者对此感知能力减退。因此，口腔感觉刺激治疗，不但可以改善吞咽功能，减轻口腔残留，预防吸入性肺炎，而且可以增加患者的自我保护，增加患者对进食的自我注意和警醒。因而根据标准编制组实践经验并参考《吞咽障碍评估与治疗（第2版）》《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》对口腔感觉刺激治疗包含的**冷刺激训练**、**嗅觉刺激**、**味觉刺激**、**口面部振动刺激**、**气脉冲感觉刺激**、**冰酸刺激**、**K点刺激**、深**层咽肌神经刺激(DPNS)**、**改良振动棒深感觉训练**的具体操作要求进行了确定。

其中，为强化患者的咳嗽和吐痰能力、减少流涎、增强咽喉肌的力量、提高吞咽反射、改善音质、减少误吸，明确了**深层咽肌神经刺激**的具体要求：操作者戴手套，用湿纱布包住患者前1/3舌面，以持续稳定的力度向外牵拉舌部，以另一只手持冷冻柠檬棒分别刺激患者的软腭、舌根、咽后壁等部位。方法包括：①冷冻柠檬棒置于软腭，由患侧向健侧平滑移动，刺激1～3s，以增加软腭的反射功能；②冷冻柠檬棒置于软腭，由前向后平滑移动，先患侧后健侧，最后置于中间向悬雍垂滑去，各刺激1～3s，以增加软腭反射功能；3在舌根味蕾部位由患侧向健侧平滑移动，刺激1～3s，以增加舌根收缩反射；4由一侧舌前外缘滑向舌根味蕾部位，刺激2～4s，然后同法刺激另一侧，以增加舌旁感觉和舌体移动力量；⑤咽舌中间部位由后方滑向前方，以增加舌体形成勺状的运动；⑥在患侧咽后壁处刺激1～2s，再换健侧，以增加咽后壁紧缩反射功能；⑦在悬雍垂上轻点，刺激1～2s，以增加舌根收缩反射的力量和速度；⑧咽悬雍垂两旁划线，刺激1～2s，先患侧后健侧，以增加舌根回缩反射的力量。

**1.2口腔运动治疗**

本体感觉对人体运动功能的影响包括：关节不稳、关节运动的控制能力下降、运动中身体姿势的调整和平衡能力下降以及人整体的运动功能下降，因此，强调恢复本体感觉和神经肌肉的控制能力，是恢复运动功能的重要内容。口腔感觉障碍的患者，会出现下颌关节不稳定、唇舌运动不协调、舌运动方向感知能力差、食物质地辨识降低、定向清除食物残留的能力降低等。为刺激本体感受器，改善口腔相关肌肉的张力和运动协调性。因而可以进行口腔运动治疗，采用有关肌肉或关节的牵拉、挤压、抗阻、敲打等方法来刺激口腔感觉，具体包括**口腔器官运动体操（含唇部运动练习、下颌、面部及颊部运动训练、舌肌训练）**、**舌压抗阻反馈训练**、**舌肌主被动康复训练、Masako训练法**、**Shaker锻炼（抬头训练）**。

其中，为加强唇的运动控制、力量及协调，从而提高进食吞咽的功能，确定了**唇部运动练习**，明确了将一个栓线的纽扣放置于患者嘴唇与牙齿之间，操作者手轻轻拉线，让患者嘴唇进行抗阻训练，以增强双唇力量等具体操作要求。为加强上下颌的运动控制、稳定性及协调、力量，从而提高进食咀嚼的功能，明确了**下颌、面部及颊部运动训练**的具体操作要求。

**1.3呼吸训练**

呼吸支持不足和呼吸协调障碍将影响呼吸功能，从而导致声门关闭不足、声带闭合等功能下降，发生误吸。强化呼吸功能是预防误吸的一项重要措施。根据标准编制组实践总结及《临床实用 康复技术操作》明确了**咳嗽训练**、**倒置呼气训练**、**正置吸气训练**的具体操作要去。

**1.4导管球囊扩张术**

随着我国导管球囊扩张术的发展，当前该技术在临床实践中已取得良好疗效，能够改善多人群的吞咽功能，尤其对老年脑卒中患者环咽肌功能障碍、吞咽障碍具有显著疗效。该技术能够减少误吸的发生，从而有效预防老年脑卒中患者窒息、吸入性肺炎等不良并发症。标准编制组结合实际通过参考《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》对导管球囊扩张术的具体操作进行了明确。

**1.5低频电刺激**

随着电子技术的发展，电极的更新，低频电刺激作为吞咽障碍治疗的重要手段被广泛应用。在此领域目前较多使用的是**神经肌肉电刺激（NMES）**和**经皮神经电刺激(TENS)**。经低频电刺激治疗后产生的肌肉力量、耐力和协调性均表现出明确的正向训练效应。其生物学效应表现为：①增加肌肉收缩蛋白的容积，更多肌肉收缩；②增加氧化过程中酶的量，更好的氧化能力；③增加内质网数量和体积，更好的氧化能力；④增加毛细血管的密度；更好的氧化能力；⑤锻炼效果的最佳化和维持，继发随意运动；⑥改善肌肉能力从而改善功能，提高日常生活活动能力。因而根据《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》并结合标准编制组实际工作情况明确了**神经肌肉电刺激**和**经皮神经电刺激**的具体要求。

**1.6表面肌电生物反馈训练**

吞咽动作是口腔、咽部和喉部许多小肌肉复杂的协调运动过程，直接观察这些复杂的肌肉运动比较困难。通过表面电极监测肌肉活动，可为患者提供肌肉收缩力量大小和时序的视觉提示，并通过肌电声音、波形反馈和语言提示，训练患者加强吞咽肌群的力量和协调性。根据标准编制组实际操作并参考《吞咽障碍评估与治疗（第2版）》对表面肌电生物反馈训练进行了确定并明确了3种治疗模式的操作方法。

**1.7非侵入性脑电刺激治疗**

重复经颅磁刺激(rTMS)、经颅直流电刺激(tDCS)通过改变脑的兴奋性，可以诱导脑的可塑性改变，结合吞咽训练，对吞咽功能的恢复具有一定的疗效。根据标准编制组经验并参考《吞咽障碍评估与治疗（第2版）》对**重复经颅磁刺激(rTMS)**、**经颅直流电刺激(tDCS)**的具体操作要求进行了明确。

**1.8气道保护手法**

《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》中强调吞咽技术策略为自主控制特定神经肌肉的时间与力量，借以改变咽部功能，减少误吸及帮助食物进入食管，通常包括：**门德尔森吞咽法**、**声门上吞咽法**等。标准编制组结合实际工作对上述2种方法的具体要求进行了确定，明确了对于喉部可以上抬的患者，当吞咽唾液时，让患者感觉有喉向上抬时，同时保持喉上抬位置数秒等要求。

**2.代偿方法**

代偿方法是一种旨在利用一定方式代偿口咽功能，改善食团摄入方式，不会改变潜在吞咽生理的治疗技术。包括：**食物调整**和**姿势调整**。

标准编制组根据总结实践经验并参考《康复治疗师临床工作指南 吞咽障碍康复治疗技术》对食物调整和姿势调整的具体操作要求进行了确定。

明确了**液体稠度调整**、**食物质地调整**、**一口量调整**的要求。此外，**躯干姿势**治疗可以通过调整进食体位，引起食团流向、流速等的改变，从而减少误吸和残留，改善和消除吞咽障碍的症状。在选择躯干姿势时，既要考虑代偿作用，又要考虑安全。躯干姿势选择的一般原则是：能坐起来就不要躺着，能在餐桌上就不要在床边进食。通常，躯干姿势包括**自然坐位**、**半坐卧位**和**侧卧位。**标准编制组对3类躯干姿势具体要求进行了明确。**头部姿势**治疗是指通过调整头部姿势，使吞咽通道的走向、腔径的大小和某些吞咽器官(如喉、舌、杓状软骨)的形态发生变化，从而减少误吸和残留，改善或消除吞咽障碍的一种治疗方法。头部姿势治疗包括**低头**、**仰头**、**转头**、**侧头**等，每种头部姿势对吞咽机制都产生不同的影响，因此每一种头部姿势治疗都有特定的临床适应证。因而，标准编制组在明确4类头部姿势要求的同时给出了特定吞咽异常采用的姿势情况。

**（五）注意事项**

根据标准编制组实践工作，并参考《实用吞咽障碍治疗技术》《欧洲卒中后吞咽困难诊断和治疗指南（2021版）解读》《European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia》对注意事项进行了确定。

其中，为预防卒中后肺炎并降低早期死亡风险，明确了急性卒中患者入院后应尽快采用洼田饮水试验或进食评估问卷调查等进行吞咽困难筛查的要求。行吞咽造影前，为保证造影顺利进行，应清洁口腔、给予排痰处理；插鼻饲管者，宜把鼻饲管拔掉，避免影响造影剂运动。因为鼻饲管会影响食物运送速度，沾黏附食物，影响吞咽的顺应性和协调性，影响观察。与未增稠的液体相比，增稠液体容易诱发腹胀且下咽时缺乏清爽感，因此会导致患者摄食量减少的情况。此外，增稠也会导致患者摄取的水分量减少。为防止患者脱水，找对摄取或吞咽障碍患者能够安全摄取液体的方法，明确了增稠时应把握摄取量的要求。

六、国内外同类标准制修订情况及与法律法规、强制性标准关系

经查阅，目前国内没有与脑卒中吞咽障碍康复治疗现行密切相关的国家、行业、地方以及团体标准，当前广西未制定有团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》。

本标准的内容与现行的法律、法规及强制性标准无冲突，标准的编写符合GB/T 1.1—2020的要求。

七、重大分歧意见的处理经过和依据

本标准研制过程中无重大分歧意见。

八、自我承诺

本标准内容与各项指标不低于强制性标准要求。

团体标准《脑卒中吞咽障碍康复治疗规范》

标准编制组

2023年9月26日