

DOI: 10.12209/CAIM202501180001

· 中西医结合临床案例 ·

康复吞咽功能训练法联合中医耳穴埋豆 治疗 1 例中风后吞咽障碍患者的护理体会

林昭锦, 李春峰

(北京市中医药大学第三附属医院 脑病科, 北京, 100029)

摘要: 本文总结 1 例中风后出现吞咽障碍患者的临床护理过程, 重点介绍通过康复吞咽功能训练法与中医耳穴埋豆治疗相结合的综合干预措施, 使患者的吞咽功能得到显著改善, 生活质量得到提升, 可为临床治疗提供借鉴。

关键词: 中风; 吞咽障碍; 康复训练; 吞咽功能训练; 中医耳穴埋豆

Nursing Experience of Combined Rehabilitation Swallowing Function Training and Traditional Chinese Medicine Auricular Acupoint Bean Embedding in the Treatment of a Post-Stroke Dysphagia Patient

LIN Zhaojin, LI Chunfeng

(Department of Neurology, The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical nursing process of a post-stroke patient with dysphagia, focusing on the integrated intervention combining rehabilitation swallowing function training and Traditional Chinese Medicine auricular acupoint bean embedding therapy. These combined measures resulted in significant improvement in swallowing function and enhanced quality of life for the patient, providing a reference for clinical practice.

KEY WORDS: stroke; dysphagia; rehabilitation training; swallowing function training; Traditional Chinese Medicine auricular acupoint bean embedding

中风又称“脑卒中”, 是老年人常见脑血管疾病, 同时也是全球范围内导致成人残疾的主要原因之一。脑卒中后吞咽障碍是脑卒中常见的并发症之一, 当属于中医学“中风”“喉痹”及“暗瘕”等病证。《金匱要略》提出“经络空虚, 风邪乘虚入中”“邪入于脏, 舌即难言, 口吐涎”^[1], 吞咽功能障碍会造成患者进食困难、饮水呛咳等, 若摄入的食物误入气道还会诱发窒息、吸入性肺炎等, 影响脑梗塞患者的康复, 甚至危及生命安全^[2]。传统的康复训练是改善吞咽功能的主要手段, 近年来中医辅助治疗方法, 如耳穴埋豆逐渐受到重视。本文总结 1 例应用康复吞咽训练法和耳穴埋豆治疗中风后吞咽障碍患者的应用效果及护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 54 岁, 主因“右侧肢体乏力伴吞咽困难 4 月余”于 2024 年 5 月 22 日 08 点 22 分收入我科。患者 4 月前无明显诱因出现右侧肢体乏力, 查头部 MRI 示脑梗死, 近日伴随饮食水呛咳, 为求进一步中西医结合诊疗收入我病区。入院症状: 神清, 精神一般, 吞咽困难, 饮水呛咳, 偶有咳嗽咳痰, 痰黏色白, 留置胃管, 留置尿管, 舌暗, 苔白, 脉沉弦细。既往史: 高血压病史 4 年, 在外院住院期间发现高脂血症、反流性食管炎, 抑郁状态; 否认 2 型糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等慢性

收稿日期: 2025-01-18

通信作者: 李春峰, E-mail: 429410325@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

病病史,否认吸烟、饮酒,否认结核、肝炎等传染病病史,否认严重外伤、手术及输血史,否认食物过敏史,对磺胺类药物(磺胺甲硝唑)过敏。

1.2 查体

患者入院完善体格检查,体温(T)36.6℃,脉搏(P)76次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)147/88 mm Hg。中医查体:神志清楚,精神一般,形体正常,吞咽困难,面色淡黄,未闻及明显气味,舌暗,苔白,脉沉弦细。专科情况:神志清楚,言语不利,双侧瞳孔等大等圆,对光反射存在,眼球各向运动自如,无眼及复视;听力正常,双侧额纹对称,左侧鼻唇沟变浅,伸舌居中,双侧浅感觉对称存在;四肢肌张力正常,双侧腱反射减退,双侧巴氏征(-),余病理征未引出,脑膜刺激征(-)。辅助检查:头MRI示DWI像右侧丘脑、左侧枕叶及脑干点状稍高信号,可疑梗塞,复查脑内多发腔隙灶,轻度脑白质脱髓鞘改变,右侧顶叶陈旧病变,右耳皮下占位,脂肪瘤可能,双侧筛窦黏膜轻度增厚;复查示脑干点状慢性梗塞不排除,脑内多发腔隙灶,轻度脑白质脱髓鞘改变,右侧顶叶陈旧病变,右耳皮下占位,脂肪瘤可能,双侧筛窦黏膜轻度增厚。实验室检查:血常规结果提示中性细胞比率80.6%,淋巴细胞比率12.0%,C反应蛋白10.89 mg/L;白蛋白34.2 g/L,超敏C反应蛋白10.3 mg/L,血红蛋白127 g/L。

1.3 诊断

中医诊断:缺血性中风;中医辨证:肝肾亏虚证;西医诊断:脑动脉闭塞或狭窄引起的脑梗死。辨证依据:患者体虚,阴血不足,经脉失养,经气不畅,肢体筋脉受损,功能受限,可见肢体乏力;舌暗,苔白脉沉细,阳气虚衰,气血不足,鼓动无力,证位在经络,经脉失养,筋脉受损,综观症、舌、脉,本病属本虚标实,病位在四肢及舌经络,证属肝肾亏虚证。

1.4 治疗

入院后予患者内科护理常规,一级护理,低盐低脂饮食,氧气吸入;西医予双重抗血小板聚集、降压、降脂稳斑、抑酸护胃、改善循环及改善睡眠等治疗为主;患者肢体乏力伴吞咽困难,将康复吞咽训练法与中医耳穴埋豆(主穴取皮质下、脑干、咽喉、口、舌,配穴取肝、脾)治疗相结合,促进吞咽功能。患者于2024年5月22日遵医嘱留置胃管,于2024年7月6日拔除胃管。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 洼田饮水试验

嘱患者坐位或半卧位(床头抬高 $>30^{\circ}$)喝30 mL温水,观察患者饮水过程,记录患者饮水过程中是否发生呛咳,记录喝水次数。吞咽障碍分级主要分为5级,其中评估 ≥ 3 级为吞咽障碍^[3]。1级:5 s内1次喝完30 mL温水无呛咳为正常;2级:分 ≥ 2 次喝完30 mL温水但无呛咳,为可疑吞咽障碍;3级:能1次喝完30 mL温水但有呛咳;4级:分 ≥ 2 次喝完30 mL温水且有呛咳;5级:患者有明显的呛咳且难以全部喝完。本例患者评估为5级,属吞咽障碍。

2.1.2 VFSS 吞咽造影评分

通过在X线透视下观察病人吞咽不同粘稠度的由造影剂包裹的食团和不同容积的食团的情况,对整个吞咽的口、咽、喉、食管的不同阶段的情况进行评估。其评分系统通常用于评估患者的吞咽功能,在评估过程中,分析口腔期(包括准备期及口腔期)的食团运送情况、咽期咽喉部食物残留情况及误咽情况。口腔期总分为0~3分,咽期总分为0~3分,误咽总分为0~4分,总分为10分,分数越高,吞咽功能越好。根据VFSS评分,吞咽障碍的疗效评定标准通常分为以下几个等级:痊愈:吞咽障碍完全消失,VFSS评分为9~10分;显效:吞咽障碍显著改善,吞咽障碍等级为轻度,VFSS评分为8~9分;有效:吞咽障碍有一定改善,吞咽障碍等级为中度,VFSS评分为4~8分;无效:吞咽障碍无改善甚至加重,吞咽障碍等级为重度,VFSS评分低于4分。

2.1.3 焦虑评估

采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对患者焦虑程度进行评估,反映焦虑症状的严重程度。总分可用来评价焦虑和抑郁障碍患者焦虑症状的严重程度和对各种药物、心理干预效果的评估。按照我国量表协作组提供的资料,总分 ≥ 29 分,可能为严重焦虑;总分 ≥ 21 分,肯定有明显焦虑;总分 ≥ 14 分,肯定有焦虑;超过7分,可能有焦虑;如小于7分,便没有焦虑症状。本病例患者治疗前HAMA评分为21分,属肯定有明显焦虑。

2.1.4 生活自理能力评估

采用Barthel指数评估患者生活自理能力,评分为100分,生活能自理;61~99分;轻度功能障

碍;41~60分,中度功能障碍;评分 $\leq$ 40分,重度功能障碍。本病例患者治疗前Barthel得分50分,患者如厕时需部分帮助,进食时完全依赖他人,属中度功能障碍。

2.2 护理诊断

患者吞咽障碍与中枢神经系统受损有关;误吸的危险与吞咽困难有关;有受伤的危险与肢体活动不利有关;焦虑与相关疾病知识缺乏、健康情况改变、环境改变有关。

2.3 护理计划

针对患者相关护理问题,制定如下护理计划:

①患者在训练早期能够自主进食流质食物,误吸和呛咳现象得到减少;患者在训练中期能够自主进食半流质食物,误吸和呛咳现象明显减少;患者晚期已拔除胃管,可自主进食,没有误吸和呛咳的现象。②给予患者心理疏导、放松训练、呼吸操等,减轻患者的焦虑程度,使患者能够更好地恢复身心健康,指导患者掌握疾病相关知识,缓解患者焦虑情绪。③增强患者的日常生活自理能力,提高独立生活的能力,培养患者的自信心和独立性,提高自我管理能力和减少对他人的依赖,鼓励独立完成日常生活活动。

2.4 护理措施

2.4.1 吞咽功能训练

吞咽功能训练主要指牵涉吞咽功能的部位或器官训练,包括口唇闭锁、下颌运动、软腭运动、咽部反射训练、舌制动吞咽法等,尽早进行吞咽功能训练可显著提升吞咽肌群的敏感性,刺激咽喉部位神经,提升吞咽反射敏感程度,进而恢复吞咽功能^[4]。

2.4.1.1 吞咽障碍康复训练

①咽部冷刺激:用冰冻、蘸取少量冰水的棉签(其温度大约为零下20℃,与口腔的常温36.2~37.2℃形成显著的温度差异),对患者的软腭/舌根/咽喉壁处进行轻轻刺激,按压力度以患者可承受的力为度,再引导患者进行空吞咽。②吞咽器官肌肉训练:对患者的唇部/舌头/下颌等进行被动练习,等待患者熟悉后再指导患者进行主动和抗阻练习,教会患者进行舌部水平、后缩、侧方主动练习。③呼吸训练:指导患者进行深呼吸、憋气及咳出训练,呼吸训练每次10~15 min,2~3次/d,以增强呼吸肌力量,提高咳嗽能力,有效排除呼吸道分泌物,预防肺部感染。④进食训练:以头颈部旋转、侧方吞咽、仰头吞咽等不同吞咽姿势

练习。上述练习内容每天进行1次,每周共练习5次,持续1个月^[5]。

2.4.1.2 摄食训练

首先,指导患者取坐立体位,戴上医用手套后,将食指放入其口内,嘱咐其进行吸吮,再将食指置入喉结部位,指导其进行吞咽,待患者喉头升高并超越食指高度后,即可复位,完成一个吞咽流程,5 min/次,2次/d。其次,指导患者进行咀嚼动作后再吞咽,于前咽门处放置冰块,对吞咽反射功能产生刺激作用,5 min/次,2次/d。最后,选择易吞咽、黏性及柔软性高,咀嚼难度小的食品,进食时将食品置于脸颊侧部或者舌后部位,鼓励患者咀嚼吞咽,食品量控制在5 mL左右,进食时间45 min左右,结合患者摄食功能改善情况酌情增加进食量,缩短进食时间。

2.4.1.3 改良康复吞咽操

首先,指导患者深呼吸,吸气时提升肩膀高度,停顿3 s后经口缓慢呼出,依次为1回,连续2回。其次,指导患者颈部向左缓慢倾斜,维持3 s后回正位,再缓慢向右倾斜,维持3 s回正位,按照此方式上下各1次,回正位后,逆时针旋转头部1圈,再顺时针旋转头部1圈,以此为1回,连续2回。再次,指导患者将力量集中于双肩,缓慢抬升肩膀,立即放下,连续2次。最后,指导患者左侧脸颊鼓气,2 s后吐出,右侧脸颊鼓气,2 s后吐出,在双侧脸颊鼓气,以双手压迫脸颊缓慢挤出,连续2次。改良康复吞咽操每次 $\leq$ 10 min/次,2次/d,两组均连续干预1个月^[6]。

2.4.1.4 舌部运动

嘱咐患者伸出舌头,再缓慢缩回,再从左侧伸出舌头,收回后从右侧伸出舌头,收回;指导患者用舌头顺时针舔唇1圈,连续2次。

2.4.1.5 发音训练

指导患者发出“趴”“他”“咖”及“拉”音,各音节重复10次;然再次发出“趴”“他”“咖”及“拉”音,各音节的声母,再进一步降低声调,重复10次。嘱患者张口发“a”音,并向两侧运动发“yi”音,然后再发“wu”音,在发“wu”音时可紧闭嘴唇坚持一段时间,以增强唇部肌肉的力量。这些发音动作可锻炼口腔和咽喉部的肌肉,也可让患者缩唇后发“f”音,模仿吹蜡烛或吹哨的动作,有助于增强唇部肌肉的力量。轮流发“啊、咦、呜”等音,每个音发10次左右,重复说“爸、打、家、啦”等音节,同样每个音节发10次左右,发出“a、e、i、u、

o”的声音并做出口型,每个音重复10次。在发音的同时,结合颈部、唇部、舌部等部位的训练。例如,在发“a”音时,可同时做仰头、低头或左右转动头部的动作;在发“wu”音时,可紧闭嘴唇坚持一段时间,以增强唇部肌肉的力量。发音训练一般在晨间护理后及午睡起床后进行,每次训练时间不宜过长,避免患者疲劳。每天进行多次训练,每次每音发3次,连续进行5~10遍,以提高训练效果。

2.4.2 耳穴埋豆

临床应用主穴取皮质下、脑干、咽喉、口及舌,配穴取肝、脾。使用75%乙醇严格消毒双侧耳郭2次后,探测各穴位阳性反应点并进行标记,将王不留行籽贴于上述穴位。同一操作者以中等力度按压贴处约1~3 min,以患者耳部有酸麻热胀放射感为度,3次/d,分别于8:00、11:00及17:00进行,每次每穴按压30下,每次选择单侧耳穴,双耳交替,每3 d更换一次,以14 d为一个疗程^[7],一共进行5次操作。

2.4.3 常规护理

中医中肝肾同源,冬季不仅要补肾藏精,也要适当补养肝血;肝藏血,肾藏精,精血相互滋生;肾精又依赖肝血的不断补充,肝血与肾精相互滋生转化。可食枸杞、红枣、山药、玫瑰、山楂及小米等,如每日饮一次枸杞小米粥。指导患者勤与家属交流沟通,保持愉快的心情,避免恐惧、急躁、忧虑及激动等一切不良情绪刺激。

2.5 护理评价

经过为期两个月的联合治疗及护理干预,患者吞咽功能得到显著改善。患者在训练早期能够自主进食流质食物,误吸和呛咳现象得到减少,每餐的进食量每一口以半或一茶匙为宜、进食时间以30~40 min为宜。患者无发热、咳嗽、咳痰增多且性状改变等肺部感染的迹象;VFSS评分为9~10分,吞咽障碍完全消失;患者晚期已拔除胃管,可自主进食,没有误吸和呛咳的现象,患者生活质量得到极大提高。

3 结果和随访

患者于2024年07月6日拔除胃管,于2024年7月22日结束住院治疗。洼田饮水试验I级,吞咽功能正常,肌张力正常,未发生出血并发症。治疗干预前患者的汉密尔顿焦虑量表评分为21为严重焦虑,治疗后降至14分(由于患者在出院时存

在对专业知识方面的稍微欠缺,害怕居家之后自己及家属不能对患者进行很好的照顾,所以该患者在出院的时候及时拔除了胃管,但仍然存在一定的焦虑)。在患者出院第5天通过电话回访,患者精神可,言语尚流利,无呛咳。

4 讨论

中医学认为中风后吞咽障碍多是由于痰瘀阻络,精气不能上行濡养筋脉、气官所致^[8]。而从现代医学角度讲,正常的生理吞咽过程通过皮质高级中枢、脑干吞咽中枢及相关脑神经的调控^[9],在舌骨、上颌骨、下颌骨、舌肌、咽肌、喉肌、面肌及咀嚼肌等骨骼肌肉的参与下来完成,而这些环节中某一个出现问题都会造成不同时期不同程度的吞咽障碍。吞咽障碍病位在脑,治疗应醒脑开窍,通络通利。康复训练可疏通经络,调和气血,促进神经功能恢复^[10]。耳穴贴压可有效促进吞咽障碍患者吞咽功能的恢复,从而减少误吸,具有推广及应用价值^[11]。

本个案研究印证,康复吞咽训练法与中医耳穴埋豆治疗的结合为中风后吞咽障碍患者提供了一种有效的护理干预措施。康复训练通过增强口腔肌肉力量和改善吞咽技巧,而中医耳穴埋豆可能通过刺激穴位,调整气血,促进局部神经功能的恢复。综合运用康复吞咽训练法和中医耳穴埋豆治疗对于改善中风后吞咽障碍患者的吞咽功能具有积极作用。未来的研究需要进一步验证这一护理策略的有效性和长期效果,其更好地应用于临床工作中。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王昭凤,周义杰. 脑卒中后吞咽困难的中医治疗进展[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(5): 191-193.
WANG Z F, ZHOU Y J. Progress in TCM treatment of dysphagia after stroke [J]. Hunan J Tradit Chin Med, 2018, 34(5): 191-193. (in Chinese)
- [2] 金海涛,王非,张雯. 针刺联合吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(3): 225-230.
JIN H T, WANG F, ZHANG W. Clinical study on acupuncture combined with swallowing rehabilitation training in treatment of swallowing disorder after

- stroke[J]. *Shandong J Tradit Chin Med*, 2024, 43(3): 225-230. (in Chinese)
- [3] 崔颖. 老年急性缺血性卒中相关性肺炎的易患因素及其对预后的影响[J]. *浙江医学*, 2017, 39(13): 1116-1117.
- CUI Y. Risk factors of acute ischemic stroke-related pneumonia in the elderly and its influence on prognosis[J]. *Zhejiang Med J*, 2017, 39(13): 1116-1117. (in Chinese)
- [4] 李文丽, 董利英, 李晶, 等. 脑卒中后吞咽障碍病人的康复护理研究进展[J]. *全科护理*, 2023, 21(28): 3923-3927.
- LI W L, DONG L Y, LI J, et al. [J]. *Chin Gen Pract Nurs*, 2023, 21(28): 3923-3927. (in Chinese)
- [5] 杨晓鸿, 邹敏刚. 醒脑开窍针法联合康复训练对中风后遗症患者言语及吞咽障碍的影响[J]. *河南中医*, 2024, 44(4): 595-599.
- YANG X H, ZOU M G. The influence of acupuncture for activating brain for resuscitation combined with rehabilitation training on speech and swallowing disorders in patients with stroke sequelae[J]. *Henan Tradit Chin Med*, 2024, 44(4): 595-599. (in Chinese)
- [6] 尚娜, 刘嘉, 王新露. 摄食训练联合改良康复吞咽操对脑卒中吞咽障碍患者康复效果及摄食-吞咽功能的影响[J]. *中国全科医学*, 2023, 26(S1): 28-31.
- SHANG N, LIU J, WANG X L. [J]. *Chin Gen Pract*, 2023, 26(S1): 28-31. (in Chinese)
- [7] 胡雅倩, 陈偶英, 叶新萍, 等. 耳穴压豆结合神经肌肉电刺激干预风痰入络型脑卒中吞咽障碍 30 例[J]. *湖南中医杂志*, 2023, 39(5): 102-105.
- HU Y Q, CHEN O Y, YE X P, et al. Intervention of auricular point pressing beans combined with neuromuscular electrical stimulation on dysphagia in 30 cases of stroke with wind-phlegm entering collaterals[J]. *Hunan J Tradit Chin Med*, 2023, 39(5): 102-105. (in Chinese)
- [8] 郭春茂. 观察中医综合疗法对中风后吞咽障碍的影响[J]. *中医临床研究*, 2018, 10(3): 19-21.
- GUO C M. Effective observation on treating swallowing disorder after stroke by TCM comprehensive therapy[J]. *Clin J Chin Med*, 2018, 10(3): 19-21. (in Chinese)
- [9] 吉莉, 陈宏梅, 贺磊, 等. 卒中后吞咽障碍临床决策支持系统的构建及应用评价[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(18): 24-27.
- JI L, CHEN H M, HE L, et al. Construction and application evaluation of a clinical decision support system for dysphagia after stroke[J]. *J Nurs Sci*, 2024, 39(18): 24-27. (in Chinese)
- [10] 陈姣姣, 胡江波, 苏彩霞, 等. 经颅直流电刺激联合认知康复训练治疗脑卒中后认知障碍患者的疗效及对生活质量的影响[J]. *中国现代药物应用*, 2022, 16(14): 177-180.
- CHEN J J, HU J B, SU C X, et al. Efficacy of transcranial direct current stimulation combined with cognitive rehabilitation training on cognitive impairment after stroke and its influence on quality of life[J]. *Chin J Mod Drug Appl*, 2022, 16(14): 177-180. (in Chinese)
- [11] 陈连珠, 肖卫红, 林婉真, 等. 耳穴贴压对中风后吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J]. *中医药通报*, 2022, 21(12): 33-35, 60.
- CHEN L Z, XIAO W H, LIN W Z, et al. Effect of auricular point sticking on swallowing function of patients with dysphagia after stroke[J]. *Tradit Chin Med J*, 2022, 21(12): 33-35, 60. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。