

1例老年2型糖尿病患者合并吞咽障碍的护理体会

王亚旬, 王 峥

(清华大学玉泉医院(清华大学中西医结合医院)内分泌科, 北京, 100040)

摘要: 本文总结1例2型糖尿病合并吞咽障碍患者的临床护理经验。在实施规范化基础护理的前提下, 针对该患者疾病特征制定个性化护理方案及健康教育计划, 并辅以耳穴压丸与艾条灸等中医特色护理技术。通过综合干预措施, 有效改善患者临床症状, 显著提升其生活质量。

关键词: 糖尿病; 吞咽障碍; 健康教育

Nursing Experience of an Elderly Patient with Type 2 Diabetes Mellitus Complicated by Dysphagia

WANG Yaxun, WANG Zheng

(Department of Endocrinology, Yuquan Hospital of Tsinghua University (Tsinghua University Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine), Beijing, 100040)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical nursing experience of a patient with type 2 diabetes mellitus complicated by dysphagia. Based on standardized basic nursing care, an individualized nursing plan and health education program were developed according to the patient's clinical characteristics, supplemented by Traditional Chinese Medicine (TCM) techniques such as auricular acupressure and moxibustion. Through comprehensive interventions, the patient's clinical symptoms were effectively improved, and their quality of life was significantly enhanced.

KEY WORDS: diabetes mellitus; dysphagia; health education

糖尿病(DM)是常见的慢性代谢性疾病。据统计我国现有患者数量超过9000万, 其中老年患病率达9.7%~11.6%^[1]。有临床研究表明, 老年DM合并肺部感染患者病死率可达41%, 威胁着老年人的生命。吞咽障碍(Swallowing Disorders/Dysphagia)是指由于下颌、双唇、软腭、食管等器官结构和(或)功能受损, 不能安全有效地把食物输送到胃内的一种临床表现, 会导致营养不良、误吸、肺部感染等并发症, 甚至导致死亡^[2], 是导致患者不良结局的常见原因之一。本病例患者是一名老年糖尿病患者, 病史有20余年, 伴有吞咽障碍半年, 引发肺部感染1月余, 由于长期的高糖状态, 自身免疫力下降, 促使病情迁延难愈, 严重影响患者生活质量, 如不及时干预可危及生命安全, 现将护理报告总结如下。

1 临床资料

1.1 病例资料

患者男性, 66岁, 主因“发现血糖升高20年

余, 口干多饮症状加重半月”于2025年02月05日来院就诊。患者自诉发现血糖升高20年, 未规律治疗, 半月前口干多饮症状明显, 口服二甲双胍片、瑞格列奈控制血糖, 效果欠佳, 为求进一步治疗就诊于我科。患者于2022年因左髌部骨裂行钢板置入术, 否认食物、药物过敏史。

1.2 查体

患者神清, 面色晦暗, 饮水呛咳、左眼失明仅有光感半年余, 双下肺可闻及湿啰音, 四肢肌力V级, 形态消瘦, 舌苔黄腻, 脉沉细数。体温(T)36.0℃, 脉搏(P)80次/min, 呼吸(R)20次/min, 血压(BP)124/70 mmHg。测随机血糖30.3 mmol/L, 予0.9%氯化钠注射液+人胰岛素静脉注射补液降糖, 急查血尿标本, 监测每小时血糖变化, 于16:00患者血糖降至14.4 mmol/L, 遵医嘱停止补液, 给予胰岛素泵降糖治疗。

1.3 诊断

西医诊断: 2型糖尿病; 中医诊断: 消渴; 辨证分

型:湿热内蕴。辨证依据:患者长期过食肥甘厚腻之品,损伤脾胃,致脾胃运化失职,积热内蕴,化燥伤筋,消谷耗液,发为消渴,患者舌质淡暗,舌苔黄腻,脉细数沉,辨证为湿热内蕴症,病性属本虚标实。

1.4 检查/检验/会诊

影像学检查:头颅CT:双侧基底节区及半卵圆中心见多发腔隙性梗死灶;胸部CT:双肺散在炎症性改变;头颅MRI:脑桥异常信号,需警惕脑桥中央髓鞘溶解症(CPM),建议进一步鉴别诊断;经颅多普勒超声(TCD):双侧颞窗透声不良,经眼窗探查示左侧大脑前动脉血流速度增快;颈动脉超声:双侧颈动脉多发斑块形成。

实验室检查:血生化:低钠血症(Na^+ 133.6 mmol/L)、低氯血症(Cl^- 96.5 mmol/L);显著高血糖(糖化血红蛋白14.6%,糖化白蛋白56.25%);肝功能正常(ALT6 U/L,AST12 U/L),低白蛋白血症(36 g/L);重度贫血(Hb 62 g/L, RBC 1.93 $\times 10^{12}$ /L, Hct 0.181);尿液分析:尿肌酐显著升高(4178.8 $\mu\text{mol/L}$),提示肾功能异常;尿微量白蛋白/肌酐比值增高(80.05 $\mu\text{g/mg}$),尿糖强阳性(++++).

会诊意见:耳鼻喉科:慢性咽炎、反流性食管炎,结合糖尿病史,考虑合并末梢神经病变,喉部神经反射减弱;神经内科:脑桥异常信号需排除脑桥中央髓鞘溶解症(CPM),建议转科进一步诊治;消化科:因吞咽障碍及营养风险,建议留置胃管支持治疗。

1.5 治疗

西医治疗:患者入院后予一级护理、监测血糖;胰岛素泵皮下注射+阿卡波糖片口服控制血糖;左氧氟沙星氯化钠注射液静点抗炎对症治疗;蔗糖铁注射液静点纠正贫血;匹伐他汀睡前口服降脂,骨化三醇+碳酸钙口服补钙。中医治疗:结合患者四诊辨证为湿热内蕴证,治以健脾清热祛湿为主。每日予艾条灸神阙、胃脘穴,以健脾和胃、补益元气。耳穴压丸取穴内分泌、皮质下、交感、脾、胃、肾及大肠,改善口干多饮,辅助降糖。中药汤剂口服,清热祛湿,每日早晚温服。至02月13日,患者乏力、口干症状较前改善明显。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

采用 Barthel 指数评定量表(BI),涵盖进食、

洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯10项内容,总分100分^[3]。分级标准:100分:生活完全自理;61~99分:轻度ADL受损;41~60分:中度ADL受损;评分 ≤ 40 分:重度ADL受损。本例患者评分35分,属重度ADL受损,提示需全面护理支持。

2.1.2 压疮风险评估

Braden 压疮风险评估量表(Braden Scale)评估内容包括感知能力、潮湿、活动能力、移动能力、营养状况、摩擦力/剪切力6项,总分23分^[4]。风险分级:15~18分:轻度风险;13~14分:中度风险;评分 ≤ 12 分:高度风险。本例患者评分22分,为轻度压疮风险,需常规预防措施。

2.1.3 跌倒风险评估

Morse 跌倒风险评估量表(MORSE Fall Scale)评估条目包括3个月内跌倒史、步态、行走辅助、认知状态、合并疾病、静脉输液,总分125分^[5]。风险分级:45分:高风险;25~45分:中风险;评分 < 25 分:低风险。本例患者评分35分,属中度跌倒风险,需加强防跌倒干预。

2.1.4 吞咽功能评估

洼田饮水试验分级标准,具体如下:1级:5 s内一次咽下30 mL水,无呛咳;2级:5 s内分两次咽下,无呛咳;3级: > 5 s一次咽下,伴呛咳;4级: > 5 s分两次以上咽下,伴呛咳;5级:频繁呛咳,无法完成^[6]。本例患者为3级吞咽障碍,需调整饮食性状并密切监测。

2.2 护理诊断

肺部感染与进食呛咳有关;有误吸的风险与进食呛咳有关;活动无耐力与血糖过高,糖代谢障碍、蛋白质过多分解消耗有关。

2.3 护理计划

根据患者存在的护理问题,制定以下护理计划:患者在院期间体温正常,肺部感染症状不加重,住院期间无误吸;运用中医适宜技术使患者乏力症状改善,可在家属搀扶下床站立15 min,住院期间不发生跌倒坠床。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

密切观察患者体温变化、咳嗽及咳痰情况,予患者对症处理;指导患者床上活动,每2 h给予扣背^[7];密切观察患者进食情况、吞咽能力、咳嗽反射等,评估患者误吸的风险程度;保持口腔清洁,预防口腔感染和炎症,以维持口腔和咽喉部的正

常功能^[6];根据医嘱监测患者血糖变化,如有异常及时通知医生;鼓励患者进行呼吸功能训练,如缩唇呼吸、腹式呼吸等^[8]。

2.4.2 情志护理

了解患者文化水平及理解能力,评估其心理状态,予心理支持和安慰,缓解患者因进食呛咳和担心误吸而产生的焦虑、恐惧等不良情绪,鼓励患者积极配合治疗和护理;与患者及陪护沟通,向患者解释导致乏力易疲劳的原因,指导患者卧床休息,避免劳累;共同创造安静、整洁的病室环境,为患者提供舒适的休息空间。

2.4.3 生活护理

患者日常生活能力属重度依赖,跌倒坠床为中度危险,建议患者卧床休息并使用床档,24 h有家属陪伴,护士按护理级别巡视;保持病房光线适宜,夜间用夜灯照明;将物品放在患者易取处,并对患者及其家属进行防跌倒和坠床教育,包括预防措施、正确使用辅助设备和保持安全睡眠姿势等;保持地面干燥整洁,无障碍物,在易滑区域铺设防滑垫;根据患者耐力制定活动计划,逐步增加活动量,活动时有人陪同,必要时使用辅助器具;指导患者穿合适的衣物和鞋子,避免过长过宽衣裤和拖鞋,防止绊倒。

2.4.4 饮食指导

全面评估患者营养状况,结合饮食习惯与临床指标,实施针对性营养干预。依据洼田饮水实验结果、辨证分型及血糖情况,选择具有清热化湿通络的低 GI 食物,食物选取原则为柔软、有一定黏性、容易咀嚼且不容易松散^[9],如冬瓜薏仁粥、苦瓜排骨汤等。同时控制碳水化合物的摄入量,合理分配三餐。进食时应缓慢,每口食物量适中,一般为 5~10 mL^[8],每次进食时间控制在 45 min 左右,避免食用坚果、油炸食品及糯米制品等质地坚硬、粘性大或不易咀嚼的食物,以防发生噎食或误吸。引导患者自己进食,指导患者选择合适的饮食器具,如较小的勺子,或特殊的器具,如奶瓶、注射器等。协助患者采取合适的进食体位,尽量选择坐位或半坐卧位,身体前倾,头稍低并偏向一侧,使食物更容易通过食管,减少呛咳和误吸的发生。为患者创造安静、舒适、整洁的进食环境^[10],避免在进食时进行医疗操作或其他干扰,减少患者紧张情绪,有利于患者集中精力进食。进食后不能立即躺下,让患者在舒适的坐位或半坐卧位休息 30~40 min^[11]。家属和医护人员要多与患者

沟通交流,给予心理支持和鼓励,帮助患者树立积极的心态,配合饮食治疗。

2.4.5 康复训练

指导患者进行吞咽功能训练,如门德尔松手法、咽部冰刺激吞咽、屏气一发声运动激等,3~4 组/d,10~15 次/组,以增强吞咽肌群的力量和协调性,减少呛咳发生。

2.4.5.1 门德尔松手法

操作步骤:患者取坐位或半卧位,先让患者充分做好吞咽准备,当吞咽开始时,护理人员用手置于患者甲状软骨上缘,在患者吞咽时,向上、向后轻推甲状软骨,保持这个推的动作 2~3 s,然后再放松^[12]。作用原理:通过手动干预,在患者吞咽时向上、向后轻推甲状软骨,增加喉部上抬的幅度与时长,从而提高吞咽时食管上括约肌开放的程度,增强吞咽功能,使食物更顺畅地通过咽喉进入食管,减少呛咳风险。注意事项:操作前需向患者详细解释,让其充分理解配合;操作过程中密切观察患者的面色、呼吸等反应,若出现不适立即停止;训练强度应循序渐进,避免过度疲劳;如果患者颈部有伤口、骨折或其他不稳定情况,应谨慎使用或避免使用该手法。

2.4.5.2 咽部冰刺激

操作步骤:用棉棒蘸取柠檬汁制成冰棉棒,选择安静、舒适的环境,确保患者情绪稳定且身体处于放松状态。让患者采取坐位或半坐位,头部略微前倾,确保患者背部有支撑,头部保持稳定。护理人员戴上手套,用冰棉棒轻轻刺激患者咽部,通常选择舌根、软腭和咽后壁等部位,刺激时应保持动作轻柔,避免过度用力造成患者不适。每次刺激持续 3~5 s,间隔数秒后视患者的耐受情况可重复操作^[13]。作用原理:通过冷刺激唤醒咽喉神经反射,增强神经敏感性,加速吞咽反射。注意事项:操作前后,护理人员需解释目的和步骤,缓解患者紧张情绪。观察患者反应,包括吞咽反射、咽部肌肉收缩情况及是否有不适或呛咳等。若出现不良反应,立即停止并报告医生。治疗后避免饮用过冷或过热食物。

2.4.6 中医特色护理

2.4.6.1 艾条灸

本例患者于上午 9:00 进行艾灸治疗,操作时将点燃的艾条放于温灸器中,将其放置于任脉神阙、胃脘穴上方约 3 cm 处,以施灸部位产生温热感而无灼痛为宜,单次治疗时间为 20 min。该方

法通过艾绒燃烧产生的温热之力,激发其药物活性作用于穴位,有效调动全身经气,达到培元固本,补中益气,和胃降浊的治疗效果,从而增强抵抗力^[14],显著改善患者乏力的症状,以每2周为一疗程。治疗过程中,需注意观察患者治疗部位皮肤情况,观察患者的反应,避免烫伤。

2.4.6.2 耳穴压丸

本例患者选取耳部穴位,包括内分泌、皮质下、交感、脾、胃、肾及大肠,以改善口干多饮的症状,辅助调节血糖。治疗过程中应每日以指压法

按压耳豆3~5次,每次每穴1 min,以微微发热疼痛,患者可耐受为宜,从而有效刺激穴位,以达到疏通经络,调节脏腑气血,改善患者口干多饮症状的目的。每2周为一疗程,治疗中应观察患者的耳部皮肤情况,如有不适及时处理。

2.5 护理评价

经过1周综合干预,患者体温在正常范围内,未发生吸入性误吸,肺部感染未加重,血糖波动平稳,控制较好,详见图1。患者洼田饮水试验仍为3级,乏力症状较前改善,在床旁可站立15 min。

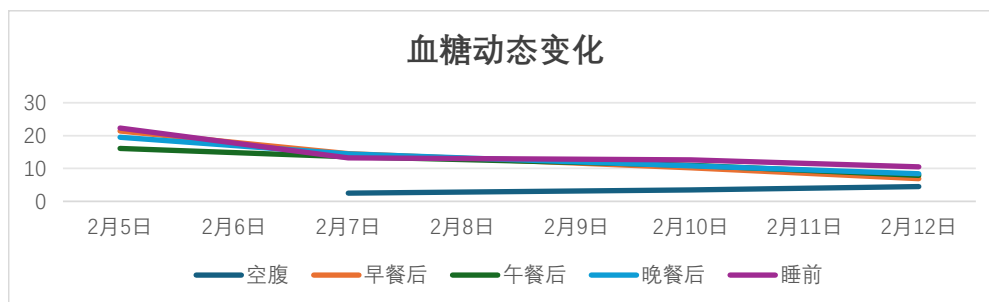


图1 血糖改善情况

3 结果与随访

治疗期间,患者呛咳症状未改善,请神经内科医生会诊,因核磁提示脑桥异常信号,02月13日患者转入神经内科进行进一步治疗。于02月20日对患者进行电话回访,患者在神经内科进行进一步专科治疗,血糖、体温平稳,对我科治疗效果满意。

4 讨论

糖尿病是临床最常见的内分泌代谢性疾病之一,典型临床表现以“三多一少”(多饮、多食、多尿、消瘦)为主要特征。根据其临床特点,近代著名医家张锡纯在《医学衷中参西录》玉液汤篇中首次提出中医学中的“消渴”,即相当于西医的糖尿病概念^[15]。

吞咽障碍是临床多学科的常见并发症,有误吸导致坠积性肺炎肺炎的风险。有临床研究表明,糖尿病患者发生肺部感染概率明显高于非糖尿病患者,患者年龄越大,免疫功能越差,发生肺部感染的风险越高且死亡风险加倍^[16]。由于其病程长、病机复杂,临床尚缺乏有效治疗方法。《吞咽障碍康复护理专家共识》中指出应结合患者和家属具体情况进行个体化的吞咽障碍健康教育,指导患者代偿进食方法和如何判断及处理误吸,教育患者保持口腔卫生并讲解吞咽障碍的基本知

识,配合吞咽障碍的筛查和评定、吞咽功能训练等相关知识,以提高患者的康复效果和生活质量。

本例患者因脑桥异常引发吞咽障碍,导致肺部感染,由于该患者长期的血糖升高导致自身免疫系统受损,同时高糖环境又给细菌和病毒提供了合适的生存条件,并抑制机体免疫反应,加快病原体扩散,促使病情恶化。基于此,对本案例临床实施包括吞咽功能评估、个体化营养支持及感染防控在内的综合干预策略,改善患者预后,为患者进一步治疗奠定基础。

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] 吴思, 张赟锋. 老年2型糖尿病合并肺部感染患者的预后危险因素[J]. 老年医学与保健, 2024, 30(1): 33-37, 49.
WU S, ZHANG Y F. Prognostic risk factors in elderly patients with type 2 diabetes mellitus complicated with pulmonary infection [J]. Geriatr Health Care, 2024, 30(1): 33-37, 49. (in Chinese)
- [2] 王敏, 习玲. 住院老年病人吞咽障碍的影响因素及与衰弱的相关性[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(16): 2848-2851.
WANG M, XI L. Influencing factors of dysphagia in

- hospitalized elderly patients and its correlation with weakness[J]. *Chin J Integr Med Cardio Cerebrovasc Dis*, 2021, 19(16): 2848–2851. (in Chinese)
- [3] 康颖, 高硕, 于颖, 等. 脑卒中吞咽障碍患者合并构音障碍风险预测模型的构建与验证[J]. *护理学报*, 2025, 32(10): 23–28.
- KANG Y, GAO S, YU Y, et al. Construction and verification of risk prediction model for dysphagia patients complicated with dysarthria after stroke[J]. *J Nurs China*, 2025, 32(10): 23–28. (in Chinese)
- [4] 程晓妹, 孔艳, 郑军. 压疮专项护理小组配合凝胶体位垫预防长时间侧卧位脊柱手术急性压力性损伤的效果[J]. *中国临床研究*, 2024, 37(10): 1618–1623.
- CHENG X M, KONG Y, ZHENG J. Effect of special pressure ulcer nursing team combined with gel positioning pad on preventing acute pressure injury during prolonged lateral decubitus spinal surgery[J]. *Chin J Clin Res*, 2024, 37(10): 1618–1623. (in Chinese)
- [5] 刘诗婕, 徐佩, 张燕, 等. 老年人跌倒风险评估工具的应用现状研究[J]. *中国老年保健医学*, 2024, 22(6): 112–115.
- LIU S J, XU P, ZHANG Y, et al. Research on the application status of fall risk assessment tools for the elderly[J]. *Chin J Geriatr Care*, 2024, 22(6): 112–115. (in Chinese)
- [6] 张金明, 桑贤明, 艾永琪, 等. 洼田饮水试验、耶鲁吞咽方案在老年吞咽功能障碍筛查中的应用价值[J]. *中国社区医师*, 2025, 41(12): 76–78.
- ZHANG J M, SANG X M, AI Y Q, et al. Application value of water swallowing test and Yale swallow protocol in screening of elderly swallowing disorders[J]. *Chin Community Dr*, 2025, 41(12): 76–78. (in Chinese)
- [7] 张艳艳. 基于个体化的综合护理对老年肺部感染患者康复进程、并发症及呼吸功能的影响[J]. *临床医学研究与实践*, 2025, 10(10): 154–157.
- ZHANG Y Y. Effects of comprehensive nursing based on individualization on rehabilitation process, complications and respiratory function in elderly patients with pulmonary infection[J]. *Clin Res Pract*, 2025, 10(10): 154–157. (in Chinese)
- [8] 李秀云, 孟玲. 吞咽障碍康复护理专家共识[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(15): 1–4.
- LI X Y, MENG L. Expert consensus on dysphagia rehabilitation care[J]. *J Nurs Sci*, 2021, 36(15): 1–4. (in Chinese)
- [9] 谭小清. 吞咽障碍康复护理专家共识[C]//第一届全国康复与临床药学学术交流会议论文集(三). 南京, 2022: 123–126.
- [10] 窦祖林. 吞咽障碍康复指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [11] 邢利英. 阶段式康复护理在喉癌喉部分切术后患者吞咽功能训练中的应用效果[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(S1): 177–180.
- XING L Y. The application effect of staged rehabilitation nursing in the swallowing function training of patients after partial laryngectomy for laryngeal cancer[J]. *Chin Gen Pract*, 2021, 24(S1): 177–180.
- [12] 钟运露, 黄世福, 何德深, 等. 门德尔松手法联合摄食训练护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[C]//2022中国康复医学会综合学术年会暨国际康复医疗产业博览会论文集. 福州, 2023: 105–114.
- [13] 任华英, 高雪芬. 咽部冰刺激+摄食训练的康复护理对脑卒中后吞咽障碍患者的影响[J]. *基层医学论坛*, 2025, 29(13): 118–121.
- REN H Y, GAO X F. The rehabilitation care of throat ice stimulation combined with feeding training on patients with post-stroke dysphagia[J]. *Med Forum*, 2025, 29(13): 118–121. (in Chinese)
- [14] 宁晓霞. 大艾条灸法治疗中风病痰湿型的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [15] 李雨倩. 基于复杂网络分析方法2型糖尿病中医诊疗方案优化[D]. 北京: 北京中医药大学, 2024.
- [16] 孟醒, 谭丽, 王威, 等. 冯兴中教授基于“虚气流滞”论治糖尿病合并肺部感染经验[J/OL]. *辽宁中医杂志*, 2025: 1–11. (2025-03-13). <https://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20250312.1858.020.html>.
- MENG X, TAN L, WANG W, et al. Professor Feng xingzhong's experience in treatment of diabetes complicated with pulmonary infection based on “deficiency qi and liquid stagnation”[J/OL]. *Liaoning J. Tradit. Chin. Med.*, 2025: 1–11. (2025-03-13). <https://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20250312.1858.020.html>. (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。