

DOI: 10.12209/CAIM202605100003

· 中西医结合临床案例 ·

中医舌功能训练联合耳穴疗法干预1例 脑梗死恢复期吞咽障碍患者的护理体会

姚 娣, 陈 斌, 丁 雁, 王海波

(北京中医药大学东方医院 脑病一科, 北京, 100078)

摘要: 本文总结1例脑梗死恢复期吞咽障碍患者应用中医舌功能训练联合耳穴疗法的护理经验。患者因脑梗死后遗留吞咽困难入院,入院时洼田饮水试验Ⅳ级,伴明显呛咳、误吸高风险及营养风险。在常规治疗与康复基础上,予中医舌功能训练联合耳穴疗法,配合吞咽安全管理、辨证饮食指导、心理护理及出院延续性指导。连续干预14 d后,患者洼田饮水试验由Ⅳ级改善至Ⅱ级,饮水呛咳明显减少,可安全进食糊状及半流质饮食,住院期间未发生吸入性肺炎、窒息等并发症。出院后电话随访4周,患者坚持居家训练,吞咽功能持续改善。该联合方案操作简便、安全无创,提示中医舌功能训练联合耳穴疗法用于脑梗死恢复期吞咽障碍患者具有可行性,为同类患者的中西医结合护理提供参考。

关键词: 脑梗死恢复期; 吞咽障碍; 中医舌功能训练; 耳穴疗法; 中医康复护理

Nursing Experience of TCM Tongue Function Training Combined with Auricular Acupressure in Intervening a Patient with Dysphagia during Convalescent Stage of Cerebral Infarction

YAO Di, CHEN Bin, DING Yan, WANG Haibo

(First Department of Encephalopathy, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with dysphagia during the convalescent stage of cerebral infarction who received traditional Chinese medicine (TCM) tongue function training combined with auricular acupressure. The patient was admitted due to persistent dysphagia following cerebral infarction. On admission, the Kubota water swallowing test graded level IV, accompanied by obvious choking on water, high aspiration risk, and nutritional risk. On the basis of routine treatment and rehabilitation, TCM tongue function training combined with auricular acupressure was implemented, supplemented by swallowing safety management, syndrome-differentiated dietary guidance, psychological care, and continuity-of-care guidance upon discharge. After 14 consecutive days of intervention, the patient's Kubota water swallowing test improved from level IV to level II, with markedly reduced choking during fluid intake and the ability to safely consume paste-like and semi-liquid diets. No complications such as aspiration pneumonia or asphyxia occurred during hospitalization. Telephone follow-up conducted for four weeks after discharge indicated that the patient consistently adhered to home-based training, with continued improvement in swallowing function. This combined protocol is simple to perform, safe, and non-invasive, suggesting that TCM tongue function training combined with auricular acupressure is feasible for patients with dysphagia during the convalescent stage of cerebral infarction, and providing a reference for integrated Chinese and Western medicine nursing care in similar patients.

KEY WORDS: convalescent stage of cerebral infarction; dysphagia; TCM tongue function training; auricular acupressure; TCM rehabilitation nursing

收稿日期: 2026-05-10

通信作者: 王海波, E-mail: 382533958@qq.com

OPEN ACCESS

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

吞咽障碍是脑梗死恢复期的高发性严重并发症,流行病学显示急性脑卒中吞咽障碍发生率为46.3%,恢复期高达56.99%^[1],其不仅导致患者摄食困难、营养不良,更易引发吸入性肺炎、窒息等致命并发症,已成为神经内科护理的重点难点问题。现代康复医学虽通过吞咽训练、神经电刺激等手段干预,但存在部分患者疗效欠佳、依从性差及鼻饲并发症等局限^[2]。近年来,中西医结合护理理念的深化为吞咽障碍干预提供了新路径^[3]。中医认为舌为心之苗、脾之外候,脑梗死恢复期吞咽障碍多属“中风—暗瘕”范畴^[4],核心病机为气虚血瘀、痰浊阻络;中医舌功能训练可疏通经络、强化舌肌,耳穴疗法依据“耳为宗脉之所聚”理论,能调和气血、开窍利咽,二者联合具有协同增效、安全无创的优势^[5]。本文总结1例脑梗死恢复期吞咽障碍患者应用中医舌功能训练联合耳穴疗法的护理经验,探析中西医结合护理在吞咽障碍康复中的应用价值,以期对脑梗死恢复期吞咽障碍的中西医结合护理提供参考,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,31岁,1年前无明显诱因突发右侧肢体无力、伴言语不利,诊断为“急性脑梗死”。2025年08月患者在外院住院期间,因进食误吸发生窒息,出现呼吸心跳停止,行心肺复苏、气管插管等抢救;抢救成功后于2025年09月拔除气管插管,继续康复治疗,后遗留吞咽困难、右侧肢体活动无力、站立困难及言语含糊不清。为求中西医系统诊治,2025年09月30日患者主因“右侧肢体无力1年余,吞咽困难1个月”,由门诊以“脑梗死恢复期”收入我科。刻下症见:神清,精神可,右侧肢体无力,无法自行行走及站立,言语不利,吞咽困难,流涎,疲乏,纳眠可,白天易困倦,小便调,排便困难,需开塞露辅助通便。既往史:高血压病史1余年,最高血压180/70 mm Hg,目前规律服用降压药,血压控制可;肠道菌群失调病史,未系统干预;肾结石病史;否认糖尿病、冠心病等其他慢性病史,否认药物及食物过敏史。

1.2 体格检查

入院生命体征:体温(T)36℃,脉搏(P)76次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)120/80 mmHg。

专科查体:患者左侧肌力为V级,右侧上肢肌力Ⅲ级,右侧下肢肌力Ⅱ级,肌张力正常;右侧巴

氏征阳性;口腔期吞咽启动延迟,软腭抬举无力,咽反射减弱,构音障碍,伸舌居中。

辅助检查:头CT示脑干区可见条片状边界清晰的脑脊液样低密度软化灶,局部脑组织轻度萎缩,脑沟、脑池增宽,中线结构居中,无新发梗死灶及出血征象。

中医查体:①望诊:精神良好,面色荣润,形体偏胖,被动体态,舌体正常,舌质暗红,舌底络脉无迂曲,舌态正常,舌苔白腻;②闻诊:呼吸平缓,体味正常,口气正常,言语含糊,语声正常;③问诊:无腹胀腹痛,纳眠可,小便调,大便难,需开塞露辅助通便;④切诊:脉象滑、弦。

1.3 诊断

中医诊断:中风;辨证分型:风痰瘀痹络证。

西医诊断:脑梗死恢复期。辨证依据:患者形体偏胖,舌暗红、苔白腻,脉滑弦,伴吞咽困难、流涎、肢体偏瘫,属风痰上扰、痰瘀互结、脉络阻滞之证。

1.4 治疗干预

中医治疗以熄风活血、化痰通络为主;西医治疗以控制血压、调节肠道菌群及改善肢体运动功能为主。在神经内科常规治疗及西医康复基础上,制定个体化中西医结合干预方案:西医康复干预:由康复师每日行冰棉棒咽部冷刺激,强化吞咽反射、改善咽部感觉迟钝,配合吞咽功能训练、肢体运动训练,改善吞咽协调能力与肢体肌力。中医特色干预:①予规范化中医舌功能训练:指导患者行伸缩舌、顶腮对抗、舌体灵活度训练及空吞咽训练,3次/d,10~15 min/次,增强舌肌力量、改善舌窍失用;②予辨证取穴耳穴疗法,选取咽喉、食道、皮质下、神门、肝及脾穴,以王不留行籽贴压,双耳交替,每3 d更换1次,疏通经络、调和脏腑并开窍利咽。上述干预自入院当日开始,连续实施14 d,患者吞咽功能、肢体肌力及日常生活能力显著改善,未发生并发症,于2025年10月13日康复出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 吞咽功能评估

嘱患者取坐位(床头抬高>30°),饮用30 mL温水,采用洼田饮水试验^[6](WST)进行吞咽功能评估。WST共5级,Ⅳ级提示中重度吞咽障碍。患者分次咽下,出现明显呛咳,评定为Ⅳ级,属于中重度吞咽障碍。查体示口腔期吞咽启动延迟,

咽反射减弱,软腭抬举无力,构音障碍,进食流质、半流质食物时频繁呛咳,吞咽效率低下,进食量偏少,存在极高误吸、吸入性肺炎及窒息风险。

2.1.2 躯体与运动功能评估

患者右侧肢体活动不利,采用肌力分级^[7](MRC)和日常生活能力量表(ADL-Barthel指数)综合评估躯体运动功能。Barthel指数0~40分为重度功能缺陷。患者右侧上肢肌力Ⅲ级、右侧下肢肌力Ⅱ级,肌张力正常,右侧巴氏征阳性;Barthel指数评分为25分,属于重度功能缺陷,无法独立维持坐位进食体位,自主活动能力差,进一步加重吞咽代偿负担。

2.1.3 营养风险评估

患者因吞咽障碍长期进食受限、摄入不足,采用营养风险筛查2002量表^[8](NRS 2002)进行营养风险筛查,NRS 2002总分≥3分提示存在营养风险。患者NRS 2002评分为5分,存在营养摄入不足、体重下降及营养不良风险,需加强营养支持与进食管理。

2.1.4 心理与认知评估

患者因吞咽困难、肢体偏瘫,存在明显焦虑情绪,采用广泛性焦虑障碍7项量表^[9](GAD-7)评估心理状态。GAD-7总分10~14分为中度焦虑。患者GAD-7评分为14分,属中度焦虑。患者对脑梗死、吞咽障碍的疾病知识、康复方案及预防复发知识认知不足,康复训练依从性一般,家庭社会支持系统良好。

2.1.5 安全风险评估

患者卧床时间长,存在坠床高风险、误吸高风险,采用Braden压疮风险评估量表^[10](Braden)筛查压疮发生风险。该患者Braden压疮风险评估评分12分,属压疮高风险;长期卧床易诱发坠积性肺炎、深静脉血栓等并发症,需加强安全防护与病情监测。

2.1.6 中医证候评估

患者形体偏胖,舌暗红、苔白腻,脉滑弦,伴吞咽困难、流涎、肢体偏瘫,辨证属中风病—风痰瘀痹络证。核心病机为风痰上扰、痰瘀互结、脉络阻滞,舌窍失用,发为吞咽障碍。

2.2 护理诊断

依据NANDA护理诊断及中医整体辨证标准,确立以下护理诊断:①吞咽障碍:与脑干梗死累及吞咽中枢、风痰瘀痹导致舌窍失用、舌肌及咽肌运动功能受损有关;②躯体活动障碍:与右侧肢

体肌力下降、风痰瘀阻脉络及气血运行不畅有关;

③营养失调:低于机体需要量:与吞咽困难、进食量减少有关;④有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床、体位受限有关;⑤焦虑:与吞咽障碍、肢体偏瘫及担心预后有关;⑥有误吸的风险:与吞咽反射减弱、进食时呛咳有关。

2.3 护理计划

结合患者病情、护理诊断及中西医辨证特点制定个体化护理方案。严密监测生命体征及吞咽情况,做好体位管理与饮食安全护理,规范开展冰刺激、中医吞咽康复训练,降低误吸风险;合理搭配饮食,加强营养监测,改善营养状况;做好肢体功能护理,规范良肢位摆放,循序渐进开展康复锻炼;加强皮肤护理与安全防护,预防压疮、坠床及肺部感染等并发症;做好心理疏导与健康宣教,缓解焦虑情绪,提高康复依从性,促进患者早日康复。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中医舌功能训练护理

遵循中医疏通经络、行气活血及开窍利咽原则,开展中医舌功能康复护理,由责任护士全程指导,3次/d,10~15 min/次,动作循序渐进,以患者耐受为度,具体操作如下:①伸缩舌训练:指导患者尽力将舌体伸出口外,停留3 s后缓慢收回,反复15~20次,增强舌体前后肌力;②颊部对抗训练:指导患者用舌尖交替顶压双侧颊部,用力对抗发力,反复15~20次,改善舌体运动协调性;③舌体灵活度训练:指导患者舌尖抵压上腭及环绕口唇活动,灵活调控舌体运动,反复15~20次;④空咽巩固训练:指导患者反复做空吞咽动作,协调咽喉肌群,强化吞咽反射,2~3次/d,10~15 min/次。

2.4.1.2 耳穴疗法

结合患者风痰瘀痹络证,选取咽喉、食道为主穴,配伍皮质下、神门、肝及脾穴行耳穴干预。操作方法:常规消毒耳廓皮肤,将王不留行籽贴压于所选穴位;指导患者及家属每日自行按压3~5次,每次每穴按压1~2 min,以局部酸胀温热为宜,力度轻柔适中,双耳交替贴压,每3 d更换1次。

2.4.2 吞咽安全护理

严密评估患者吞咽功能及饮水呛咳情况,合理选择饮食性状,予以糊状、软烂易消化食物,避免干硬、黏稠或流质食物;进食时抬高床头30~45°,保持坐位进食,头稍前倾,每次进食量以1/3

~ 1/2 汤匙为宜,小口慢咽,进食时集中注意力,不交谈;进食后清洁口腔,避免食物残留;进食期间专人看护,防止误吸、呛咳及窒息,床旁备好吸痰用物,密切观察呼吸、面色变化,预防吸入性肺炎。

2.4.3 辨证施护

结合风痰瘀痹络证型,制定饮食方案:①宜食:陈皮粥、山药粥、茯苓粥、冬瓜、丝瓜及白萝卜等,以健脾化痰、活血通络;②忌食:肥甘厚味、生冷、辛辣及黏腻食物(如糯米、年糕),以免助湿生痰;③通便护理:予蜂蜜水(晨起空腹饮用)、香蕉及火龙果等,必要时遵医嘱予润肠通便药物,改善大便干结情况;④情志调护:结合患者中度焦虑情绪,以言语疏导开解患者郁结,讲解疾病康复案例,树立信心,配合五行音乐(角调、徵调)以疏肝宁心。

2.4.4 基础护理

做好生命体征监测、口腔护理、皮肤护理及体位护理,保持床单位整洁干燥;定时翻身拍背,预防压疮、坠积性肺炎;指导卧床期间肢体良肢位摆放,做好大小便护理,维持机体舒适,预防各类卧

床并发症。

2.4.5 康复护理

指导患者循序渐进开展舌功能康复训练,坚持每日规律练习,改善舌肌运动及吞咽协调性;早期进行肢体功能锻炼,防止肌肉萎缩、关节挛缩;循序渐进活动,避免劳累,促进神经功能恢复。

2.4.6 心理护理

患者年轻突发疾病,易出现焦虑、抑郁情绪。责任护士主动倾听患者担忧,鼓励其表达内心感受,耐心解答疑问,讲解疾病预后及成功康复案例,及时做好心理疏导与沟通安慰,缓解心理压力,树立康复信心,积极配合治疗与护理。

2.4.7 健康宣教护理

向患者及家属讲解中风危险因素、饮食禁忌、居家康复要点及防跌倒知识;指导规律作息,低盐低脂饮食,戒烟限酒,避免熬夜劳累;定期复查,坚持居家康复训练,预防病情复发。

2.5 护理评价

经治疗,患者相关症状得到改善,现将干预前后护理效果对比汇总,如表1所示。

表1 疗效评估

评价项目	入院时	干预14 d后	疗效分析
WST	Ⅳ级,频繁呛咳、无法正常进食	Ⅱ级,偶有呛咳、可正常进食	改善舌肌力量,疏通经络,提升吞咽功能
临床症状	吞咽迟缓	症状显著缓解	调和脏腑、化痰通脉,改善气血运行
进食安全	高误吸风险	进食安全、无呛咳误吸	降低并发症风险,保障营养摄入
康复依从性	差	良好	提升自主居家康复能力
并发症风险	极高	低	有效规避不良预后
GAD-7	14分(中度焦虑)	6分(轻度焦虑)	焦虑情绪显著缓解
NRS 2002	5分	2分	营养风险明显降低

3 结果和随访

经14 d系统干预后,患者整体恢复良好,饮水呛咳明显减少,可安全进食糊状及半流质饮食,无呛咳、误吸及吸入性肺炎等并发症,舌体活动灵活,吞咽协调改善,患者熟练掌握居家舌功能锻炼及耳穴按压方法,依从性良好。出院后定期电话随访4周,患者坚持居家康复训练,吞咽功能持续好转,未再次出现频繁呛咳、进食困难等情况,饮食规律、生活质量稳定,无病情反复及相关并发症发生,整体预后良好。

4 讨论

脑卒中后吞咽障碍是中风恢复期高发并发症,以饮水呛咳、进食困难及误吸风险升高等为主

要表现,易诱发吸入性肺炎、营养不良等不良事件,严重影响患者康复进程及远期预后。目前临床多采用单纯西医对症处理及常规康复训练,该干预方式存在起效较慢、远期疗效不佳等问题。中西医结合康复护理可实现优势互补,现已成为本病主流干预模式^[11-12]。

本病对应中医“暗瘕”范畴,病机属本虚标实。本例患者辨证为风痰瘀痹络证,因风、痰、瘀三邪阻滞咽喉经络,气机升降失司而发病^[13]。既往临床多单独采用舌肌训练、针刺、常规护理等单一干预手段,本病例结合中医辨证思维,采用耳穴疗法联合个体化舌功能康复的中西医双模式干预方案。严格遵循经络辨证取穴,取咽喉、食道为主穴,疏通局部经络、通畅吞咽通路;皮质下调节大脑吞咽反射中枢;神门宁心安神、改善情绪;配伍

肝、脾二穴,共奏祛风通络、健脾化痰之效,与本病核心病机高度契合^[14]。舌功能训练可直接增强舌肌肌力与运动协调性,改善食团转运及吞咽启动功能;耳穴疗法循经通络、调和脏腑气血,促进受损神经修复,二者内外同治、标本兼顾,发挥协同作用^[15-16]。

本例为青年脑干梗死恢复期患者,基础病情较重,且患者既往曾因吞咽误吸发生窒息、心跳骤停,属吞咽障碍极高危病例。经14 d规范化联合干预后,患者饮水呛咳、误吸症状显著缓解,焦虑情绪缓解,营养风险基本解除。患者住院期间未发生吸入性肺炎、窒息或压疮等并发症。结合现有临床试验及同类病例报告对比分析,单纯西医常规吞咽康复干预14 d,卒中后吞咽障碍患者洼田饮水试验大多仅可改善1级左右,整体有效率偏低。多项研究证实耳穴联合疗法治疗中风后吞咽障碍疗效确切,其中舌七针联合耳穴压豆总有效率达96.88%,耳穴压豆联合手法按摩总有效率为94.00%^[17]。本例患者病情危重、误吸风险极高,经本中西医结合方案干预后吞咽功能明显恢复,且未出现严重并发症,临床效果与现有文献研究结论一致。

本联合干预方案临床应用优势显著,一是立足中医辨证施治,干预方案针对性强;二是耳穴疗法无创、操作简便,患者接受度与依从性良好,可应用于居家延续性康复;三是全程兼顾吞咽功能重建与并发症防控,临床实用性强。作用机制方面,舌功能训练可促进大脑神经重塑,耳穴干预能够修复受损吞咽反射弧,二者协同增效^[18-19]。

综上所述,耳穴疗法联合个体化舌功能训练的中西医结合方案,可有效改善脑梗死恢复期患者吞咽功能,提升进食安全性,同时改善心理状态与营养水平,对提高患者生活质量、改善远期预后具有重要临床意义^[20-22]。但本研究为单个案观察,样本量有限,研究结果存在一定局限性。后续可扩大样本量开展多中心临床研究,进一步验证该方案的疗效与安全性,为脑梗死恢复期吞咽障碍的中西医结合康复护理推广提供可靠依据。

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] 王陇德.《中国脑卒中防治报告2021》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2023, 20(11): 783-792.
Wang L D. Brief report on stroke prevention and treatment in China, 2021 [J]. Chin J Cerebrovascular Dis, 2023, 20(11): 783-792. (in Chinese)
- [2] 倪小佳, 林浩, 罗旭飞, 等. 脑卒中中西医结合防治指南(2023版)[J]. 中国全科医学, 2025, 28(5): 521-533.
Ni X J, Lin H, Luo X F, et al. Clinical practice guideline for the prevention and treatment of stroke with integrated traditional Chinese and western medicine (2023 edition) [J]. Chin Gen Pract, 2025, 28(5): 521-533. (in Chinese)
- [3] 梁钊明, 古剑雄, 黄小妹, 等. 运用因子分析法探索脑卒中后吞咽障碍的证候要素规律[J]. 中医临床研究, 2020, 12(14): 29-32.
Liang Z M, Gu J X, Huang X M, et al. A study on TCM syndrome elements of dysphagia after stroke based on factor analysis [J]. Clin J Chin Med, 2020, 12(14): 29-32. (in Chinese)
- [4] 金海鹏, 吴秋燕, 张卫, 等. 耳穴磁贴治疗卒中后慢性期吞咽障碍: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(1): 9-14.
Jin H P, Wu Q Y, Zhang W, et al. Post-stroke dysphagia in chronic stage treated with magnetic-ball sticking therapy at the auricular points: a randomized controlled trial [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2014, 34(1): 9-14. (in Chinese)
- [5] 陶玉, 杨艾影, 喻悦, 等. 中医外治法对脑卒中后吞咽障碍疗效的网状Meta分析[J]. 全科护理, 2026, 24(1): 164-169.
Tao Y, Yang A Y, Yu Y, et al. Mesh Meta-analysis of the curative effect of external treatment of traditional Chinese medicine on dysphagia after stroke [J]. Chin Gen Pract Nurs, 2026, 24(1): 164-169. (in Chinese)
- [6] 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.
Chinese Association of Rehabilitation Medicine, Professional Committee on Swallowing Disorders. Chinese Guidelines for Swallowing Disorder Rehabilitation Management (2023 Edition) [J]. Chin J Phys Med Rehabil, 2023, 45(12): 1057-1072. (in Chinese)
- [7] 王刚, 肖秀英. 肿瘤神经病学的多学科融合与精准诊疗进展[J]. 内科理论与实践, 2025, 20

- (5): 351.
Wang G, Xiao X Y. Advances in multidisciplinary integration and precision management of onco-neurological disorders [J]. *J Intern Med Concepts Pract*, 2025, 20(5): 351. (in Chinese)
- [8] 中国研究型医院学会老年外科专委会. 老年外科患者围手术期营养支持中国专家共识(2024版) [J]. *中华普通外科杂志*, 2024, 39(5): 386-394. Chinese Society of Research Hospitals, Geriatric Surgery Branch. Chinese Expert Consensus on Perioperative Nutritional Support for Elderly Surgical Patients (2024 Edition) [J]. *Chin J Gen Surg*, 2024, 39(5): 386-394. (in Chinese)
- [9] 王瑜, 陈然, 张岚. 广泛性焦虑量表-7在中国综合医院住院患者中的信效度研究[J]. *临床精神医学杂志*, 2018, 28(3): 168-171.
Wang Y, Chen R, Zhang L. Evaluation of the reliability and validity of the generalized anxiety disorder 7-item scale among inpatients in general hospital [J]. *J Clin Psychiatry*, 2018, 28(3): 168-171. (in Chinese)
- [10] 孙玉梅, 张雪. 手术压疮的护理研究与预防进展 [J]. *护士进修杂志*, 2013, 28(4): 305-307.
Sun Y M, Zhang X. Research and Advances in the Nursing Care and Prevention of Surgical Pressure Ulcers [J]. *J Nurses Train*, 2013, 28(4): 305-307. (in Chinese)
- [11] 刘平, 周楠, 薛晓杰, 等. 脑卒中后吞咽障碍康复治疗技术应用研究的文献计量分析[J]. *中国康复理论与实践*, 2026, 32(3): 294-303.
Liu P, Zhou N, Xue X J, et al. Application of rehabilitation therapy techniques for post-stroke dysphagia: a bibliometric analysis [J]. *Chin J Rehabil Theory Pract*, 2026, 32(3): 294-303. (in Chinese)
- [12] 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)
- [13] 张世林, 程红亮, 顾伟, 等. 基于“辨经论治”研究针刺对中风后吞咽障碍疗效的影响[J]. *中医药学报*, 2025, 53(5): 47-51.
Zhang S L, Cheng H L, Gu W, et al. Efficacy of acupuncture based on the theory of “meridian differentiation and treatment” on post-stroke swallowing disorders [J]. *Acta Chin Med Pharmacol*, 2025, 53(5): 47-51. (in Chinese)
- [14] 祁晓, 陈丽萍, 李亚, 等. 颈部前五穴透刺联合吞咽训练治疗脑卒中吞咽障碍的疗效[J]. *辽宁中医杂志*, 2025, 52(11): 161-164.
Qi X, Chen L P, Li Y, et al. Efficacy of penetration acupuncture at the first five acupoints of neck combined with swallowing training on stroke dysphagia [J]. *Liaoning J Tradit Chin Med*, 2025, 52(11): 161-164. (in Chinese)
- [15] 张运锋, 孔艳芳, 秦合伟, 等. 项五针联合祛痰治呛方穴位贴敷治疗缺血性脑卒中吞咽障碍的临床观察[J]. *中医药信息*, 2025, 42(3): 68-73.
Zhang Y F, Kong Y F, Qin H W, et al. Clinical observation of five needles of the nape combined with qutan Zhiqiang formula acupoint application in treating dysphagia due to ischemic stroke [J]. *Inf Tradit Chin Med*, 2025, 42(3): 68-73. (in Chinese)
- [16] 黄彦莉, 吴铮萍, 高玲, 等. 耳穴电针对脑卒中后气管切开患者气管套管拔管成功率的影响: 随机对照试验[J]. *中国针灸*, 2026, 46(4): 530-536.
Huang Y L, Wu Z P, Gao L, et al. Effect of auricular electroacupuncture on tracheal extubation success rate in patients with post-stroke tracheotomy: a randomized controlled trial [J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2026, 46(4): 530-536. (in Chinese)
- [17] 许蕾, 石荣菊, 陈寒昱, 等. 耳穴压豆联合半夏厚朴汤加减对脑卒中后吞咽功能障碍患者神经损伤指标的影响[J]. *西部中医药*, 2025, 38(4): 134-138.
Xu L, Shi R J, Chen H Y, et al. Influence of auricular pressing with bean joined with modified Banxia Houpo decoction on nerve injury indexes in patients with dysphagia after stroke [J]. *West J Tradit Chin Med*, 2025, 38(4): 134-138. (in Chinese)
- [18] 夏小玲, 茆丽, 周康, 等. 间歇性经口至食管管饲法联合舌压抗阻反馈及摄食训练干预对脑卒中后吞咽障碍患者舌骨喉活动度及吞咽功能的影响[J]. *临床和实验医学杂志*, 2025, 24(17): 1886-1891.
Xia X L, Mao L, Zhou K, et al. Effect of intermittent oral-esophageal tube feeding combined with tongue pressure resistance feedback training intervention on hyoid la-ryngeal activity and swallowing function in patients with post-stroke dysphagia [J]. *J Clin Exp Med*, 2025, 24(17): 1886-1891. (in Chinese)
- [19] 韩梅, 胡佳惠, 胡晓红, 等. 个体化饮食表在脑卒中后吞咽障碍患者康复护理中的应用[J]. *中国护*

- 理管理, 2025, 25(8): 1131-1135.
- Han M, Hu J H, Hu X H, et al. Effects of individualized diet table in the rehabilitation of patients with dysphagia after stroke[J]. Chin Nurs Manag, 2025, 25(8): 1131-1135. (in Chinese)
- [20] 刘颖, 张海燕, 王宁宁, 等. 缺血性卒中后认知障碍与抑郁的共同轨迹、相互作用及其影响因素分析[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2026, 33(2): 165-173.
- Liu Y, Zhang H Y, Wang N N, et al. Joint trajectories, bidirectional interplay, and determinants of post-ischemic stroke cognitive impairment and depression[J]. Chin J Neuroimmunol Neurol, 2026, 33(2): 165-173. (in Chinese)
- [21] 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.
- Long F, Yang Q, Liao K L, et al. Nerve trunk electrical stimulation therapy combined with oropharyngeal stimulation for post-stroke dysphagia[J]. Chin J Rehabil, 2025, 40(9): 515-519. (in Chinese)
- [22] 漆何秀, 杨柳, 马丽, 等. 脑梗死吞咽障碍康复护理质量敏感指标体系的构建及应用研究[J]. 现代医学, 2024, 52(2): 272-276.
- Qi H X, Yang L, Ma L, et al. Construction and Application Research of Quality Sensitivity Index System for Rehabilitation Nursing of Dysphagia after Cerebral Infarction[J]. Mod Med J, 2024, 52(2): 272-276. (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 BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。