

DOI: 10.12209/CAIM202210230002

· 中西医结合临床案例 ·

耳穴压丸联合针灸及肌肉电刺激 治疗脑卒中后吞咽障碍 1 例的护理体会

贾文新, 李雪芬

(北京市平谷区中医医院 康复一科, 北京, 101200)

摘要: 本文总结 1 例耳穴压丸联合针灸、电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的护理体会。在中医理论的指导下, 基于中医辨证施护, 合理选穴进行耳穴压丸、针灸治疗并配合肌肉电刺激治疗, 同时做好患者饮食护理及情志护理, 有助于改善患者吞咽障碍症状。

关键词: 吞咽障碍; 耳穴压丸; 针灸; 电刺激; 中医护理

Nursing of a patient with post-stroke dysphagia treated with auricular acupoint pressing combined with acupuncture and electrical muscle stimulation

JIA Wenxin, LI Xuefen

(First Department of Rehabilitation, Pinggu Hospital Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital, Beijing, 101200)

KEY WORDS: dysphagia; auricular acupoint pressing; acupuncture; electrical stimulation; Traditional Chinese Medicine nursing

吞咽障碍是脑卒中后最常见的并发症之一, 脑卒中后吞咽障碍(PSD)以饮食障碍、自主咳嗽、饮水呛咳等表现为主, 发生率为 37%~78%^[1-2]。可引起误吸、吸入性肺炎以及营养不良等症状, 病情严重者甚至会窒息死亡。2022 年 6 月, 我科收治了 1 例脑卒中后吞咽障碍合并肺部感染的患者, 患者大量咳嗽, 频繁呃逆, 增大误吸的风险, 经精心治疗和护理后康复出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者男性, 56 岁, 主因“言语欠利伴行走不稳 2 小时”于 2022 年 6 月 18 日 11:25 收入院。患者当日 8 时左右无明显诱因突然出现言语不利, 左口角歪斜, 就诊于我院门诊, 期间自觉症状加重, 遂就诊于我院急诊。查头 CT 示: 左侧小脑、额叶梗塞及软化灶。NIHSS 评分 3 分, 考虑急性脑梗塞, 10:25 经家属同意予阿替普酶静脉溶栓治疗。

入院查体: 体温 36.3℃, 脉搏 72 次/min, 呼吸 22 次/min, 血压 130/82 mm Hg, 患者神志清楚, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3 mm, 对光反射灵

敏。观察患者牙龈、眼结膜等未见出血, 言语欠利, 吐字略欠清晰, 左侧口角麻木, 左侧口角变浅, 左下肢乏力感, 行走不稳, 右利手, 右侧肢体肌力 5 级, 左侧上肢肌力 5-级, 左侧下肢肌力 5-级, 四肢肌张力正常, 时有咳嗽咳痰, 咯白黏痰, 饮水呛咳, 吞咽差, 纳可, 眠安, 小便可, 大便 1 次/d。患者近期血压高, 最高 150/100 mmHg, 自服硝苯地平缓释片 II 1 片, 1 次/d, 血压水平尚可。吸烟饮酒史, 吸烟 2~5 根/d, 偶有饮酒。左侧指鼻试验跟膝胫试验尚稳准, 右侧病理征阳性。脑膜刺激征(一)。NTHSS 评分 2 分(构音障碍+面瘫)。中医诊断: 缺血性中风病-中经络, 风痰阻络证。西医诊断: 脑梗死, 高血压 2 级极高危组。

患者入院第 2 天, 患者高热 Tmax 39.5℃, 可闻及痰鸣音、湿啰音, 左侧口角麻木减轻, 左侧口角变浅, 饮水呛咳, 吐字欠清晰, 大量咳白色粘痰, 吞咽差, 饮水呛咳, 频繁呃逆。NTHSS 评分 3 分(构音障碍+面瘫+左侧共济试验)。血常规+CRP 示: 红细胞 $4.28 \times 10^{12}/L$, 中性粒细胞百分率 83.5%; 肝功血脂等: 同型半胱氨酸 52.50 umol/

收稿日期: 2022-10-23

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

L, 低密度脂蛋白 3.17 mmol/L, 间接胆红素 23.20 μ mol/L; 凝血功能: D-二聚体 0.61 mg/L; 活化部分凝血活酶时间 16.10 s; 尿常规: 白细胞(高倍视野) 14.10/HPF, 上皮细胞(高倍视野) 2.87/HPF, 白细胞 78.30/uL; 维生素 B₁₂ 9.00 pg/mL; 降钙素原 0.69 ng/mL; 甲功、感筛、糖化血红蛋白未见异常。头颅 MRI 示: 1. 左侧小脑急性脑梗死; 2. 右侧丘脑、左侧放射冠陈旧梗塞灶; 3. 脑白质脱髓鞘改变、老年性脑改变; 4. 双侧筛实炎头颅非增强。MRA: 双侧颈内动脉及右侧大脑后动脉轻度硬化性改变; 右侧大脑中动脉远端分支较对侧减少, 请结合临床。头部 CT: 1. 左侧小脑梗塞灶; 2. 脑白质脱髓鞘改变; 对比 2022-06-18 头 CT, 大致同前。内科胸部 CT: 双肺炎症, 建议治疗后复查; 双肺散在微结节, 建议定期复查; 轻度肺气肿。补充诊断: 肺部感染、泌尿系感染、维生素 B₁₂ 缺乏、高同型半胱氨酸血症。

临床给予患者留置胃管鼻饲流食, 给予注射用头孢美唑钠、左氧氟沙星氯化钠注射液抗感染, 氨溴索注射液化痰; 氯化钠注射液+吸入用乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入湿化痰液; 中药汤剂呃逆护胃; 耳穴压丸联合针灸、电刺激中医操作治疗患者的吞咽障碍。12 天后患者体温正常, 16 天后呃逆较前缓解, 20 天后痰液明显减少, 60 天后吞咽障碍明显好转, 可自主进食, 小口饮水无呛咳, 给予患者拔除胃管, 痊愈出院。

2 护理

2.1 护理评估

患者神志清楚, 自动睁眼, 回答问题正确, 格拉斯哥昏迷(GCS)评分 15 分, 双侧瞳孔等大等圆, 直径 3mm, 对光反射灵敏。中医查体: 舌质黯红, 苔薄白腻, 脉弦滑。纳差, 吞咽障碍, 眠安, 小便可, 大便日一行。Barthel 评分: 40 分, Barden 评分: 16 分, Morse 评分: 55 分。吞咽评估: 采用洼田饮水试验, 主要是对患者的吞咽功能障碍初步筛查及床边筛查, 洼田饮水试验的诊断方法来诊断患有急性脑卒中后吞咽障碍疾病的患者, 临床效果明显^[3]。患者取端坐位, 将 30ml 温开水尽量一次性地咽下, 患者需要超过 2 次的吞咽才能将水饮完, 同时还有声音嘶哑与呛咳, 评定结果为 4 级, 刘国菊^[4]等提出洼田饮水试验结合系统的吞咽功能训练能够明显改善脑梗死吞咽功能障碍患者的吞咽功能, 是最经典、临床最常用的评估吞咽

障碍的方法, 具有操作便利、患者配合性高的优点, 在饮食指导中具有积极作用。但是, 贾春玲等^[5]专家认为此法只能进行简单的初筛, 方法不够严谨, 患者的意识容易产生误判而延误病情。此患者意识清楚, 完全配合检查。

2.2 预期目标

预期目标包括: ①患者体温恢复正常; ②吞咽障碍症状较前好转, 可自主进食水, 无呛咳。

2.3 护理措施

2.3.1 体温过高护理 患者高热 T_{max} 39.5℃, 每 4 小时测量体温 1 次, 密切观察患者面色、生命体征等, 遵医嘱给予患者左氧氟沙星氯化钠注射液及头孢美唑钠药物抗感染, 体温超过 38.5℃, 给予患者注射用赖氨匹林降温, 酌情物理降温, 及时复测体温, 出汗后及时更换衣物, 避免影响机体散热。给予患者补充水分及营养, 加强患者口腔护理。6 月 22 日患者体温低于 38℃, 给予患者物理降温, 温水擦拭前额、腋窝等部位, 每 6 小时测量体温 1 次, 7 月 4 日体温正常 36.9℃, 复查胸 CT: 双肺炎症部分较前减轻, 部分较前加重。给予患者暂停抗生素静滴, 改头孢地尼分散片口服。7 月 14 日复查血常规提示白细胞、中性粒细胞、C 反应蛋白大致正常, 给予患者暂停抗生素口服治疗。

2.3.2 吞咽障碍康复护理

2.3.2.1 中医特色护理 ①: 耳穴疗法属于针刺疗法之一, 耳如倒置的胚胎, 其上分布有主管全身的穴位, 刺激相应耳穴可对全身疾病均可起到良好的调节作用, 改善疾病状态, 改善不适症状。耳穴刺激可有效改善脏腑经络气血运行, 使气血协调平顺, 从而改善症状^[6]。6 月 18 日~7 月 17 日给予患者耳穴压丸 2 次/周, 耳穴取穴: 面颊、口、舌、咽喉、脑干、皮质下。以达到调节脑功能, 改善吞咽障碍。操作: 首先选择一侧耳廓, 经 75% 乙醇局部消毒, 用探棒按压上述穴位周围, 选择疼痛反应最明显的反应点作为贴压部位, 将王不留行籽耳贴贴于确定的耳穴上, 以拇指和食指置于耳廓的正面和背面进行按压, 以患者产生酸、麻、胀、痛、热感为佳。每次每穴按压 1~2 min, 3~4 次/d, 下次更换至对侧耳廓重复上面操作, 连续治疗 4 周后患者吞咽障碍较前好转, 可经小口进半流食无呛咳。②吞咽困难主要是神经受损, 吞咽肌群功能丧失, 针刺可以通调气机, 改善大脑血流量, 针刺所产生的兴奋可传入神经元加强效应器的反应, 促进大脑对皮质脑干束的调节, 进而恢复

吞咽反射弧来对吞咽神经功能进行恢复^[7]。中医病属“缺血性中风病-中经络”范畴,四诊合参,辨证为风痰阻络证,治疗以活血祛风,化痰通络为法。6月19日~8月16日给予患者特殊穴位治疗,选穴如下:百会、神庭、四神聪、风池、风府、曲池、合谷、内关、足三里、阳陵泉、三阴交、太冲等;头针治疗,右侧顶颞前斜线,平补平泻手法,10次为1疗程,治疗5疗程。患者吞咽障碍明显好转,小口饮水无呛咳。

2.3.2.2 康复训练:头皮针联合肌肉电刺激(NEMS)和康复训练能显著改善脑卒中恢复期咽期吞咽障碍患者的吞咽功能^[8]。前期指导患者进行吞咽康复训练,如:增强口面部肌群运动、舌体运动和下颌骨的张合运动;空吞咽训练,呼吸功能训练。肌肉电刺激训练是通过刺激完整的外周运动神经来激活肌肉的电刺激,主要适用于神经性吞咽障碍。应用于治疗疼痛、肌力恢复和感觉运动恢复,通过控制脉冲频率、强度以及时间参数从而引起肌肉收缩。针刺联合神经肌肉电刺激能有效改善急性缺血性卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能和生活质量,效果优于单用吞咽康复训练,且安全性较好,调节频率30~80 Hz,电流强度2.5~10.0 mA,电极垂直排列放置在颈部中线两侧,输出波形为双相波,波宽为700 ms,治疗20 min^[9]。7月15日~8月16日给予患者物理电刺激7~9 mA,持续20 min,1次/d,电刺激治疗过程中,患者无不适,观察患者吞咽障碍明显好转,小口饮水无呛咳。

2.3.2.3 防误吸护理:患者吞咽障碍合并肺部感染,大量咳痰,频发呃逆,观察患者痰液粘稠,大量咳痰,可自主咳出,可闻及湿啰音和痰鸣音,患者频发呃逆,误吸的风险高,观察患者呃逆发作频率,持续时间;给予患者持续心电监护,鼻导管吸氧2L/min,密切监测患者生命体征,观察患者无呼吸困难、紫绀、烦躁不安、呼吸道阻塞、意识障碍的情况发生。遵医嘱给予患者盐酸氨溴索注射液静滴、吸入用乙酰半胱氨酸溶液雾化吸入,中药汤剂泻肺汤促进排痰,疏肝理气。教会患者有效咳痰方法,让其尽量采取坐位或半坐位,先进行几次深呼吸,然后深吸气保持张口,用力进行两次短促的咳嗽,将痰从深部咳出。协助患者翻身或行背部叩击,促进痰液排出。每日给予患者口腔护理,保持口腔清洁,防止继发感染。做好口腔护理,可以防止患者误吸或是由吞咽困难导致窒息

的发生^[10]。患者住院期间未发生误吸。

2.3.3 营养失调护理 联合营养科给予患者定制鼻饲流食,保证营养支持。监测患者体重,血红蛋白、白蛋白等指标无异常。中后期以体位训练和摄食训练为主,嵇芳^[11]对比实施个体化饮食护理模式对脑卒中后吞咽困难患者的吞咽功能具有明显改善作用,而且还能减少误吸发生率、降低胃管留置率以及缩短胃管留置时间。对此患者采用洼田饮水试验评估基础上完善了个性化测试吞咽困难程度并制订护理策略,为其选择不同性状(布丁状、蜂蜜状、果茶状、水)的最佳食物以及一口进食量。采用改变食物性状改善患者吞咽状况,先用糊状或胶体食物对患者进行训练,少量多次,逐步过渡到普通食物。进食体位:卧床患者取躯干仰卧位,偏瘫侧肩下垫枕,协助者位于健侧,减少误吸和逆流。能下床活动者,取端坐位或半坐卧位,抬高床头30°~60°,便于食物进入,防止误吸^[12]。患者从软食逐渐过渡到可进食水无呛咳。

2.3.4 情志护理 孙星月等^[10]提出,脑卒中后吞咽困难患者会出现焦虑、精神颓废,会产生严重的心理障碍,护士要耐心与患者沟通,缓解消极情绪,积极配合,调动患者主动性,增强自信心,提高生存质量。

①关心尊重患者,多与患者沟通,了解其心理状态,及时给予患者心理疏导。②解除患者因突然得病而产生的恐惧、焦虑、悲观情绪:采用释放、宣泄法,使患者心中的焦躁、痛苦释放出来。指导患者转移注意力,放松心情。③鼓励患者家属多陪伴患者,多给予情感支持。④鼓励病友间互相交流治疗体会,提高认知,增强治疗信心。

2.4 效果评价

患者吞咽障碍明显好转,言语流利,声音嘶哑较前好转,偶有咳嗽咳痰,经口进食及药物无碍,肌力评估:右侧肢体肌力5级,左侧上肢肌力5级,左侧下肢肌力5-级,四肢肌张力正常,肢体可自主活动,行走略欠稳,呈宽基底步态,纳眠可,二便可。查体大致同前,无明显变化。舌质淡红,苔微黄腻。脉弦滑。患者目前可经口进食及药物,再次给予患者洼田饮水试验评估,需要超过2次的吞咽才能将水饮完,但声音嘶哑,不呛咳,评定结果为2级^[3],认为吞咽障碍明显改善,但尚未完全好转,建议继续带胃管行吞咽功能训练,患者拒绝,坚持要求拔除胃管,已详细告知可能风险及后果,表示已知情了解,嘱患者进食祛风化痰开窍食物,如山楂、荸荠、黄瓜。食疗方:鱼头汤。忌食羊

肉、牛肉、狗肉等。进餐时小口慢嚼,饮水少量多次,进食水时保持环境安静、舒适,减少进餐时分散注意力的干扰因素,如关闭电视、收音机等,指导患者进餐时不要讲话,以防呛咳。8月16日给予患者拔除胃管,患者于8月17日康复出院,出院 Barthel 评分:75分, Barden 评分:21分, Morse 评分:35分。随访:患者表示家中饮水未发生呛咳,嘱患者定期复查。

3 讨论

患者脑卒中后吞咽障碍合并肺部感染,大量咳痰,在康复训练上患者非常痛苦,患者时有呃逆,增大误吸的风险。治疗重点是及时给予药物降低体温,抗感染,中药汤剂呃逆护胃,保证皮肤与口腔黏膜清洁,留置胃管保证摄入足够营养。采用耳穴压丸联合针灸、电刺激疗法改善患者吞咽功能预后良好,患者进食水无呛咳,拔除胃管。护理上配合治疗要点,做好基础护理,及时有效将患者痰液排出,防止误吸。本例中对患者心理安抚非常重要,患者由一个健康人变成吞咽功能障碍的脑卒中患者,心理落差大,非常容易出现负面情绪,多与患者沟通,满足患者需求,建立良好护患关系,取得患者配合,积极参与康复治疗,为患者减轻疾病痛苦,提高缓和和生活质量,康复出院。

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] 金蓓, 马振宇, 金璐. 天突深刺联合康复训练对脑卒中后吞咽障碍患者洼田饮水试验、VFSS 评分及生活质量的影响[J]. 新中医, 2021, 53(17): 165-168.
JIN B, MA Z Y, JIN L. Effect of deep acupuncture at Tiantu point combined with rehabilitation training on scores of water swallow test and VFSS and quality of life in patients with dysphagia after stroke[J]. J New Chin Med, 2021, 53(17): 165-168. (in Chinese)
- [2] 王佳, 沈卫东. 头针、舌针联合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(12): 1774-1777.
WANG J, SHEN W D. Efficacy of scalp acupuncture and tongue acupuncture combined with rehabilitation training on dysphagia after cerebral stroke[J]. Shaanxi J Tradit Chin Med, 2019, 40(12): 1774-1777. (in Chinese)
- [3] 孙宁. 洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J]. 中国医药指南, 2020, 18(1): 88-89.
SUN N. Application value of Wadian drinking water test in patients with dysphagia after acute stroke[J]. Guide China Med, 2020, 18(1): 88-89. (in Chinese)
- [4] 刘国菊, 丁芸, 程阅凤, 等. 洼田饮水试验联合吞咽训练对脑梗死吞咽障碍患者治疗效果的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(2): 5-8.
LIU G J, DING Y, CHENG Y F, et al. Effect of drinking water test combined with swallowing training for the treatment of cerebral infarction patients with dysphagia[J]. J Clin Med Pract, 2018, 22(2): 5-8. (in Chinese)
- [5] 贾春玲, 张乔, 孟春英, 等. 老年人吞咽障碍筛查与评估工具研究进展[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, 26(8): 14-16.
JIA C L, ZHANG Q, MENG C Y, et al. Research progress of screening and evaluation tools for dysphagia in the elderly[J]. Today Nurse, 2019, 26(8): 14-16. (in Chinese)
- [6] 欧素琼, 黄小丽, 柯碧芝, 等. 耳穴贴压联合经口间歇置管对脑卒中后吞咽障碍护理观察[J]. 山西中医, 2020, 36(1): 60-62.
OU S Q, HUANG X L, KE B Z, et al. Nursing observation of auricular point sticking combined with oral intermittent catheterization for dysphagia after stroke[J]. Shanxi J Tradit Chin Med, 2020, 36(1): 60-62. (in Chinese)
- [7] 思聪, 李彦娇, 安军明, 等. 近5年针刺治疗卒中后吞咽障碍研究进展[J]. 世界中医药, 2021, 16(6): 1000-1003.
SI C, LI Y J, AN J M, et al. Clinical progress of acupuncture treatment for dysphagia after stroke in recent 5 years[J]. World Chin Med, 2021, 16(6): 1000-1003. (in Chinese)
- [8] 黄金秀, 周文姬, 孙明英, 等. 头皮针联合神经肌肉电刺激和康复训练治疗脑卒中恢复期咽期吞咽障碍的效果[J]. 中国医药导报, 2021, 18(23): 76-79.
HUANG J X, ZHOU W J, SUN M Y, et al. Efficacy of scalp acupuncture combined with neuromuscular electrical stimulation and swallowing training in the treatment of pharyngeal dysphagia during the recovery phase of stroke[J]. China Med Her, 2021, 18(23): 76-79. (in Chinese)

- [9] 肖云, 赵玉华, 张旭, 等. 针刺联合神经肌肉电刺激治疗急性缺血性卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 中国医药科学, 2022, 12(16): 65-68.
- XIAO Y, ZHAO Y H, ZHANG X, et al. Clinical research on acupuncture combined with neuromuscular electrical stimulation on dysphagia after acute ischemic stroke [J]. China Med Pharm, 2022, 12(16): 65-68. (in Chinese)
- [10] 孙星月. 脑卒中患者吞咽障碍病人的进食护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(56): 359, 362.
- SUN X Y. Eating nursing care of patients with dysphagia after stroke[J]. World Latest Med Inf, 2019, 19(56): 359, 362. (in Chinese)
- [11] 嵇芳. 脑卒中吞咽困难患者的个体化饮食护理指导模式[J]. 当代护士(下旬刊), 2022, 29(5): 52-55.
- JI F. Individualized diet nursing guidance mode for patients with dysphagia after stroke[J]. Mod Nurse, 2022, 29(5): 52-55. (in Chinese)
- [12] 韩志英, 张淑娟, 罗永梅, 等. 脑卒中后吞咽障碍护理的研究进展[J]. 中华脑血管病杂志(电子版), 2020, 14(2): 80-84.
- HAN Z Y, ZHANG S J, LUO Y M, et al. Advances in nursing of dysphagia after stroke [J]. Chin J Cerebrovasc Dis Electron Ed, 2020, 14(2): 80-84. (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。