

DOI: 10.12209/CAIM202310140068

· 中西医结合临床案例 ·

中医适宜技术配合导尿管球囊扩张技术治疗 1例延髓背外侧综合征吞咽障碍患者的护理

汪咏梅¹, 高洁²

(1. 南京市栖霞区医院 护理部, 江苏 南京 210046;

2. 南京市栖霞区医院 康复病区, 江苏 南京 210046)

摘要: 本文总结1例采用中医适宜技术配合导尿管球囊扩张技术治疗延髓背外侧综合征吞咽障碍患者的护理经验。本案例在常规护理基础上,强调多学科协作诊疗(MDT)个性化联合治疗,通过MDT团队制定院内吞咽障碍康复管理路径,针对患者营养评估高风险制定个体化方案,运用中医辅助按压穴位等适宜技术,实施中西医结合护理,治疗效果较好。

关键词: 延髓背外侧综合征; 中医适宜技术; 环咽肌弛缓; 中西医结合护理

Nursing of a patient with Wallenberg syndrome with dysphagia treated with appropriate traditional Chinese medicine technology combined with catheter balloon dilatation

WANG Yongmei¹, GAO Jie²

(1. Department of Nursing, Qixia District Hospital of Nanjing, Nanjing 210046;

2. Rehabilitation Ward, Qixia District Hospital of Nanjing, Nanjing 210046)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with dysphagia of dorsolateral medulla oblongata syndrome treated with appropriate technology of traditional Chinese medicine combined with catheter balloon dilatation technology. This case on the basis of conventional nursing care, emphasis on multidisciplinary collaborative diagnosis and personalized combination therapy (MDT), in the swallowing disorder treatment designed by means of MDT team management path, for patients with a high risk to develop individualized programs, nutrition assessment using appropriate technologies such as auxiliary press of traditional Chinese medicine acupuncture points, combine traditional Chinese and western medicine nursing, treatment effect is good.

KEY WORDS: Wallenberg syndrome; traditional Chinese medicine appropriate technology; cricopharyngeal muscle achalasia; integrated traditional Chinese and western medicine nursing

延髓背外侧综合征(Wallenberg syndrome)是因延髓外侧部血供障碍导致脑组织缺血坏死,是脑干梗死最常见的一种类型^[1]。延髓背侧区由孤束核和其周围的神经元组成,是吞咽中枢所在。51%~94%的延髓背外侧综合征病人出现吞咽障碍,其中环咽肌失迟缓的发生率为6%~61%。吞咽功能障碍患者会出现营养不良、呛咳、脱水、误吸等风险,严重者可引发吸入性肺炎、窒息、气道梗阻,导致住院时间延长,患者经济负担加重。尽早对患者进行吞咽功能评定、训练及护理干预对

促进患者的康复有重要意义^[2-3]。本文回顾科室收治的1例延髓背外侧综合征所致吞咽障碍患者的临床资料,在常规西医治疗和护理的基础上,通过中医辨证论治,行导尿管球囊扩张技术及中医特色治疗及护理干预后,患者症状明显改善,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

患者男,59岁,因“吞咽困难伴行走不稳20 d”于2023年3月27日至本院康复科治疗。患者前

收稿日期:2023-10-14

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

多次发作头晕,于当地医院就诊,查头颅CT平扫+颅脑CTA。CTP示:双侧胚胎型大脑后动脉;双侧椎动脉纤细,椎基底动脉断续显影;两侧大脑中动脉M1段局部管腔轻度狭窄。行“脑血管造影及支架取栓术及椎基底动脉球囊扩张成形术及支架置入术”,术后转入ICU,监护治疗,期间并发肺部感染,指脉氧下降,于气管插管接呼吸机辅助通气维持。同时患者突发吞咽困难,声音嘶哑,右侧肢体力量减弱等情况,3d后拔除气管插管,床边胸片示:右下肺渗出实变;3月16日痰培养:鲍曼不动杆菌;3月25日痰培养:金黄色葡萄球菌,肺炎克雷伯杆菌。予调脂、改善循环、营养神经、抗感染等治疗后,患者仍有右侧肢体活动不利,吞咽困难。

3月27日,患者至本院康复科治疗。入院诊断:脑梗死恢复期;吞咽困难;构音障碍;共济失调;右侧椎动脉狭窄支架术后;肺部感染;高血压病2级。入院后完善相关辅助检查,体格检查:体温(T)36.5℃,脉搏(P)70次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)119/72 mmHg;精神好,神志清楚,声音嘶哑,口齿欠流利;记忆力未见减退,表达正常,沟通无障碍,简易智力状态检查量表(MMSE)评分(初中)24分;右侧眼裂减小,提上睑无力,双侧瞳孔等大等圆,直径2.5 mm,对光反射灵敏,眼球活动无受限;右侧鼻唇沟浅,伸舌右偏,悬雍垂居中,双侧软腭上抬无力,咽反射消失,洼田饮水试验NT;坐位平衡2级,立位不能;肌张力(改良Ashworth)未见异常升高;全身各关节活动度(PROM)无受限;右侧肢体深浅感觉未见减退;生理反射:膝反射、踝反射、肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射左侧(++),右侧(+++);病理征:左侧Hoffmann征(-),Babinski征(±),Chaddock征(-),右侧Babinski征(-);共济失调检查:右侧指鼻试验、指指试验欠稳准,闭目难立征(+),左侧未见异常;右下肢单腿支撑不能。经阶段一治疗,门德尔松手法辅助吞咽和神经肌肉电刺激(低频),治疗效果不佳,咽部出现水肿;第二阶段,遂进行球囊食道主动训练治疗,球囊扩张技术辅以电针等中医技术;第三阶段,改变经口进食食物性状+代偿性训练,继续电针、中医定向透药疗法等中西医结合护理,经摄食-吞咽功能等级量表、Rosenbek渗漏-误吸量表评定和透视荧光吞咽检查分析,患者吞咽功能改善,已于2023年5月15日出院。于患者出院1个月和3个月后随访,

吞咽功能正常。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

入院查体,精神好,神志清楚,声音嘶哑,口齿欠流利,记忆力未见减退,表达正常,沟通无障碍,MMSE评分(初中)24分。右侧眼裂减小,提上睑无力,双侧瞳孔等大等圆,直径2.5 mm,对光反射灵敏,眼球活动无受限。采用ADL评分标准、营养风险筛查(NRS-2002)、Braden评估表、Morse跌倒风险评估量表、Autar评估表、口腔护理清洁度对患者进行评估。

ADL评分标准:评分≤40分为重度依赖,41分~60分为中度依赖,61分~95分为轻度依赖,评分>95无需依赖;营养风险筛查(NRS-2002)评分≥3分,有营养风险^[4]。Braden评估表:低风险15分~16分,中风险13分~14分,高风险10分~12分,极高风险≤9分。Morse跌倒风险评估评分标准:评分>45分,为高风险,评分25分~45分,为中度风险,评分<25分,为低风险。Autar评估表,评分≤6分为无风险,7分~10分为低风险,11分~14分为中风险,评分>15分为高风险。口腔护理清洁度从口腔粘膜、牙床、舌、气味、牙、唇、唇损伤情况、腭8个维度,按照1~3等级综合打分,8分口腔情况正常,9分~16分口腔轻度缺陷,17分~24分口腔中度缺陷。本患者入院时ADL评分45分,属中度依赖;NRS2002评分为5分,存在营养风险;Braden评分18分,属低风险;Morse评分55分,属高风险;Autar评估15分,属高风险;口腔清洁度18分,属中度缺陷。

2.1.2 专科评估

Brunnstrom右侧(上肢一手一下肢):V-V-V。肌力(MMT分级):左侧肢体肌力5级,右侧肢体主要肌群肌力5-级。肌张力(改良Ashworth):双侧肌张力未见明显异常。关节活动度(PROM):双侧活动度未见明显异常。平衡:坐位平衡3级,立位不能。协调:右侧指鼻试验、指指试验欠稳准,闭目难立征(+),左侧未见异常。感觉:右侧深浅感觉未见减退。腱反射:左侧肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨骨膜反射、膝腱反射、跟腱反射(++),右侧(+++)。病理征:左侧Babinski征(-),右侧Babinski征(-)。脑高级功能:声音嘶哑,口齿欠流利,咳嗽能级2级,吞咽启动延

迟,咽反射消失,舌上抬力量欠佳、舌根后缩和咽后壁向前蠕动欠佳、喉上抬欠佳、右侧会厌有残留。病程中出现呃逆不止,反复呕吐、唾液无法下咽。口腔护理清洁度调查表 18 分。反复唾液测试:30 s 吞咽 1 次。洼田饮水试验:5 级,饮水 1 mL 无法下咽,饮水 2 mL 出现呛咳。

2.2 护理诊断

护理诊断主要包括:患者存在吞咽障碍及营养失调;存在窒息、吸入性肺炎等潜在并发症;患者存在心理焦虑。

2.3 护理计划

护理计划具体如下:(1)MDT 团队制定院内吞咽障碍康复管理路径,包括评估、治疗与护理。(2)制定了营养干预流程,针对患者营养评估高风险(5 分)制定个体化方案。(3)针对吞咽造影诊断为“环咽肌失迟缓”康复治疗效果不佳,再次请专家会诊进行了食道测压检查修正诊断为“环咽肌迟缓”,进行球囊食道主动训练治疗。操作步骤如下:①由 1 名治疗师按插鼻饲管操作常规,将备用的 14 号导管经鼻孔插入食道中,确定进入食道并完全穿过环咽肌后(长约 30 cm),将导管交给护士原位保持。②治疗师将抽满 10 mL 水(冰水或温水)的注射器与导管相连接,向导管内注水 6 mL~9 mL,使球囊扩张(直径约 2.22 cm~2.71 cm),顶住针栓防止水逆流回针筒。③护士将导管缓慢向外拉出,直到有卡住感觉或拉不动时,用记号笔在鼻孔处作出标记(长度约 18 cm~23 cm),以使再次扩张时或扩张过程中判断环咽肌长度作为参考点。④治疗师嘱护士抽出适量水(根据环咽肌紧张程度,球囊拉出时能通过为适度后,操作者再次轻轻的反反复向外提拉导管,一旦有滑过感觉,或持续保持 2 min 后拉出,阻力锐减时,嘱护士迅速抽出球囊中的水。⑤治疗师再将导管从咽腔插入食道中,重复操作,自下而上的缓慢移动球囊,通过狭窄的食道入口,充分牵拉环咽肌降低肌张力。这个过程中治疗师与护士之间的相互配合非常重要。(4)呃逆(难点):在药物治疗同时运用中医辅助按压穴位技术,同时严密监测鼻饲营养液温度、量、速度、体位及排便。

2.4 护理措施

2.4.1 吞咽障碍的护理

2.4.1.1 第一阶段:经评估后医、护、治团队会议讨论治疗方案,拔除鼻肠管改鼻胃管,带管训练,口腔清洁干预,肠内喂养管理,改善呃逆、呕吐,呼

吸训练,营养管理。①口腔清洁:采用自制的中药口腔护理液,电动牙刷清洁口腔的方式,刷洗口腔,3 次/d。评分由 18 分降至 8 分。②经口直接进食:从水凝胶开始训练,逐步过渡到细泥、细馅、软食进行代偿训练。③改善呕吐症状:肠内喂养管理,营养液温度加热至 37°,鼻饲前回抽,查看潴留情况,减少单次喂养量,200 mL/次,8 次/d,床头抬高 60°^[5]。④口腔内感觉刺激:冰刺激患者口唇、颊部、软腭、舌面、舌根,舌抵抗压舌板牵伸和左右摆动、舌左右顶腮、主动弹舌。⑤吞咽训练:让病人头前伸,促使颏下肌伸展 2 s~3 s,然后于病人颊下部施加向上的阻力^[6]。诱发病人低头,嘱病人向下抵抗给予向上的推力,同时作空吞咽动作,反复训练。每天训练不少于 5 次,每次训练不少于 5 min。⑥呼吸训练:指导患者缩唇呼吸、蝶式呼吸、腹式呼吸。⑦改善肺部感染:机械辅助排痰,排痰背心。模式:梯度;频率:5HZ~7HZ~9HZ~11HZ;压力:12HZ;时间:10 min。

2.4.1.2 第二阶段:拔鼻胃管后训练。因第一阶段依据造影诊断为“环咽肌失迟缓”康复治疗方案,门德尔松手法辅助吞咽和神经肌肉电刺激(低频),治疗效果不佳,咽部出现水肿。4 月 7 日,团队讨论后请吞咽专家会诊进行食道压力测压结果为“环咽肌迟缓”,修订治疗方案。①间歇性经口管饲,5 次/d。②球囊扩张技术(难点技术):让患者做主动吞咽动作,向外牵拉球囊,增加环咽肌肌肉力量。餐前,2 次/d,治疗后局部冷敷,休息 1 h。③经口进食训练:遵循吞咽食物金字塔先进食水凝胶,逐步过渡到细泥、细馅、软食进行直接训练,同时进行姿势代偿性训练^[7]。④口腔内感觉刺激:冰刺激患者口唇、颊部、软腭、舌面、舌根,舌抵抗压舌板牵伸和左右摆动、舌左右顶腮、主动弹舌。⑤吞咽训练:让病人头前伸,促使颏下肌伸展 2 s~3 s,然后于病人颊下部施加向上的阻力。诱发病人低头,嘱病人向下抵抗给予向上的推力,同时作空吞咽动作,反复训练。每天训练不少于 5 次,每次训练不少于 5 min。⑥呼吸训练:体适能测验、三位一体呼吸操、呼吸肌训练、整理训练技术^[8-9]。

2.4.1.3 第三阶段:改变经口进食食物性状+代偿性训练。经过评估,患者四肢肌力正常,自我行走,咳嗽效能 4 级,吞咽启动尚可,咽反射、呕吐反射存在,咳嗽反射灵敏。患者进食费力,不能单独饮水,舌上抬力量欠佳、舌根后缩和咽后壁向前蠕

动欠佳、喉上抬欠佳、右侧会厌有残留,再次调整方案^[10-11]。①患者间歇管饲,每日3次(补水)+舒食素U调整食物(每顿500 mL左右)。②经口直接进食(食物改进技术—通过添加食品调整剂后制作成的特殊性状食品),从水凝胶开始训练,逐步过渡到细泥、细馅、软食进行代偿训练。定期复查吞咽造影,指导进食食物的性状改变。③口腔内感觉刺激:冰刺激患者口唇、颊部、软腭、舌面、舌根,舌抵抗压舌板牵伸和左右摆动、舌左右顶腮、主动弹舌。④吞咽训练:让病人头前伸,促使颏下肌伸展2 s~3 s,然后于病人颊下部施加向上的阻力。诱发病人低头,嘱病人向下抵抗给予向上的推力,同时作空吞咽动作,反复训练。每天训练不少于5次,每次训练不少于5 min。⑤增强吞咽启动:冰刺激扁桃体区、低频脉冲电治疗刺激舌骨上肌群和右侧面部。5月15日,复查吞咽造影:中稠、低稠、高稠5 mL和10 mL时,会厌谷未见残留、梨状隐窝有残留、清嗓后仍有挂壁,无渗漏、无误吸,环咽肌开放可。

2.4.2 营养失调的护理

予患者营养失调的护理,具体如下:①计算每日热卡生理需求量,指导家属选择食物的种类;②改善患者不良习惯,尝试吞咽唾液,减少酶的流失^[12];③发放饮食宣教单,护士督促执行^[13];④定期复查生化指标。

2.4.3 潜在并发症护理

患者存在窒息、吸入性肺炎等潜在并发症,具体护理如下:①每次进食一口量不超过5 mL,总量不超过300 mL,坐位下进食;②与患者及家属反复强调勿擅自经口进食^[14];③选择适合食物性状、监测血氧饱和度,及时清除咽部残留,保持口

腔清洁。

2.4.4 焦虑护理

由于发病突然,患者及家属对疾病缺乏认识,加上患者意识清楚,构音不清,对胃管存在排斥,出现紧张、害怕、焦虑、悲观等负面情绪。①予心理干预,医护人员做到多安慰,多倾听,护士对患者及家属解释积极配合治疗和护理的重要性,介绍成功案例,让其重拾治疗信心。②责任护士及时实施心理疏导,配以患者家庭支持。③MDT团队共同参与,安慰并稳定患者情绪,增强患者康复的信心,取得患者及家属的信任,让其主动参与自我管理,配合治疗。

2.4.5 中医特色护理

中医特色护理具体如下:①口腔清洁:采用自制的中药口腔护理液,电动牙刷清洁口腔的方式,刷洗口腔,3次/d。4月5日,患者口腔清洁度评分由入院时18分降至8分。②穴位按压改善呃逆:药物治疗配合中医穴位按压攒竹、中脘、翳风、足三里、内关、膈俞,每个穴位按压200次,2次/d。4月8日,患者呃逆不止的现象明显改善,表现为进食后会出现短暂呃逆现象。5月5日已完全没有呃逆现象。

2.5 护理评价

结合临床症状,予患者进行个性化中西医结合治疗,评估患者康复情况。该患者治疗后,跌倒评分由9分降低为7分,ADL评分由45分上升为97分,营养风险筛查(NRS-2002)由2分上升为3分,Braden评估表由18分上升为22分,Morse跌倒风险评估量表由55分下降为15分,Autar评估表由15分下降为10分,口腔护理清洁度连续性评估由18分下降为8分,详见表1。

表1 疗效评估

评估日期	ADL/分	NRS-2002/分	Braden/分	Morse/分	Autar/分	口腔护理清洁度/分
3月27日	45	2	18	55	15	18
4月11日	81	2	18	15	13	8
5月4日	94	3	22	15	10	8
5月15日	97	3	22	15	10	8

3 讨论

中医学认为,吞咽障碍的病因病机大多是经络阻滞,经气不畅,上扰神明,闭塞咽关舌窍所致。穴位按压、低频电针刺激、中医定向透药疗法均是常用的中医外治法。本研究通过常规护理措施联合中医特色护理技术,同时实施球囊扩张技术,通

过穴位刺激经络,促进气血流通,从而更快更好地促进了吞咽反射弧的重新建立,有效缩短患者的吞咽反射延迟时间,缓解恶心、呕吐症状,使患者能尽快进食,提高患者对护理工作的满意度及中医药文化的认可度^[15]。

本案的特点是在“咽肌失迟缓”康复治疗效果不佳,再次请专家会诊进行了食道测压检查修正

诊断为“环咽肌迟缓”，早期快速分辨真性球麻痹与假性球麻痹，是制定最佳康复治疗的关键。在这期间，由于一日三餐多数吞咽障碍患者至少食多餐，医生和治疗师往往无法兼顾到每个人，如果任由患者自我实践，很有可能引发误吸，营养的流失，甚至肺炎，导致患者病情加重、治疗的终止和延后，对患者的整体预后是不利的。经过MDT团队合作施以中西医结合护理，患者成功的拔除胃管，最终患者吞咽功能恢复，安全有效经口进食，无肺部感染等并发症，回归家庭与社会，取得满意的康复效果。本案中医护理在对患者治疗过程中起到一定作用，值得推广。

护理人员应提高早期风险识别能力，同时对高风险病人进行同质化管理，尤其在吞咽管理中，护理工作任重道远，需要护士的监督和看护^[16]。对于中医护理和中西医结合护理题材而言，本病例报告属于个案，中医学较遵循个性化治疗、诊疗方法灵活多变，对于新型疾病、罕见病、新方法的认知还需要更多地病例资料研究。

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] 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)
- [2] 张文杰, 戴新娟. 临床护理中健康评估的研究现状与进展[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(1): 36-38, 44.
ZHANG W J, DAI X J. Research status and progress of health assessment in clinical nursing [J]. Nurs J Chin People's Liberation Army, 2012, 29(1): 36-38, 44. (in Chinese)
- [3] 张谦, 吴霜, 周腾飞, 等. 摄食训练同步神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2022, 44(5): 415-418.
ZHANG Q, WU S, ZHOU T F, et al. Effects of feeding training combined with neuromuscular electrical stimulation in patients with dysphagia after stroke [J]. Chin J Phys Med Rehabil, 2022, 44(5): 415-418. (in Chinese)
- [4] 程姐, 张远玲, 尤敏, 等. 基于NRS2002营养评估的康复综合护理对脑卒中后吞咽障碍患者营养状况及预后的影响[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(7): 1794-1800.
CHENG J, ZHANG Y L, YOU M, et al. Effect of comprehensive rehabilitation nursing based on NRS2002 nutritional assessment on the nutritional status and prognosis of patients with dysphagia after stroke [J]. J Clin Pathol Res, 2020, 40(7): 1794-1800. (in Chinese)
- [5] 张志娟. 探讨脑出血患者术后早期吞咽障碍的筛查方法与康复护理效果[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(2): 286-287.
ZHANG Z J. To explore the screening method and rehabilitation nursing effect of early postoperative dysphagia in patients with cerebral hemorrhage [J]. Heilongjiang J Tradit Chin Med, 2020, 49(2): 286-287. (in Chinese)
- [6] 沈亚玲, 朱伟, 夏晓燕, 等. 早期综合康复护理干预在急性脑卒中合并摄食-吞咽障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(9): 58-60.
SHEN Y L, ZHU W, XIA X Y, et al. Application of early comprehensive rehabilitation nursing intervention in patients with acute stroke complicated with feeding and swallowing disorder [J]. J Qilu Nurs, 2021, 27(9): 58-60. (in Chinese)
- [7] 李霞, 厉学敏, 王陈军, 等. 专科护士主导的家庭赋权方案在老年脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(36): 4957-4963.
LI X, LI X M, WANG C J, et al. Application of family empowerment program led by specialist nurses in elderly stroke patients with dysphagia [J]. Chin J Mod Nurs, 2021, 27(36): 4957-4963. (in Chinese)
- [8] 李国瑞. 早期康复护理对急性脑卒中患者吞咽功能障碍与肢体功能恢复的影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(5): 277-278.
LI G R. Effect of early rehabilitation nursing on swallowing dysfunction and limb function recovery in patients with acute stroke [J]. Heilongjiang J Tradit Chin Med, 2021, 50(5): 277-278. (in Chinese)
- [9] 王朝辉, 唐娜, 封彬. 急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复护理的效果观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020, 27(6): 709-712.
WANG C H, TANG N, FENG B. Effect of early rehabilitation nursing on acute stroke patients with dysphagia. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine Emergency Care, 2020, 27(6): 709-712.

- [10] 臧全雪. 探讨早期标准化康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的运用[J]. 中国标准化, 2022(10): 206–208.
- ZANG Q X. Exploration of the application of early standardized rehabilitation nursing combined with feeding training in stroke patients with dysphagia [J]. China Stand, 2022 (10): 206–208. (in Chinese)
- [11] 于敢红, 李慧敏, 张海红. 早期康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(15): 55–57.
- YU G H, LI H M, ZHANG H H. Application of early rehabilitation nursing combined with feeding training in stroke patients with dysphagia [J]. J Qilu Nurs, 2021, 27(15): 55–57. (in Chinese)
- [12] 徐小青. 早期康复护理对急性脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J]. 首都食品与医药, 2021, 28(15): 140–141.
- XU X Q. Effect of early rehabilitation nursing on swallowing function and quality of life of patients with dysphagia after acute stroke [J]. Cap Med, 2021, 28(15): 140–141. Chinese in [13] 许梦敏, 孟晓冰. 急性脑卒中吞咽障碍患者行早期康复护理干预的效果分析[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(8): 815–816.
- XU M M, MENG X B. Effect analysis of early rehabilitation nursing intervention for patients with dysphagia after acute stroke [J]. Heilongjiang Med J, 2021, 45(8): 815–816. (in Chinese)
- [13] 田芳芳. 早期康复护理干预在脑卒中伴吞咽障碍患者护理中的价值体会[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(6): 326–327.
- TIAN F F. Value experience of early rehabilitation nursing intervention in nursing care of stroke patients with dysphagia [J]. Heilongjiang J Tradit Chin Med, 2021, 50(6): 326–327. (in Chinese)
- [14] 丁玉华, 侯琨, 冯英璞. 家属强化健康教育和训练在老年脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(5): 131–133.
- DING Y H, HOU K, FENG Y P. Application of family members' intensive health education and training in elderly patients with swallowing dysfunction after stroke [J]. J Qilu Nurs, 2021, 27(5): 131–133. (in Chinese)
- [15] 黄少曼, 林凯胜, 林育微, 等. 急性脑卒中吞咽障碍患者实施早期康复护理的效果[J]. 中外医学研究, 2022, 20(3): 74–78.
- HUANG S M, LIN K S, LIN Y W, et al. Effect of the implement of early rehabilitation nursing in patients with acute stroke dysphagia [J]. Chin Foreign Med Res, 2022, 20(3): 74–78. (in Chinese)
- [16] 黄素玲, 唐冬娥, 孙会会. 质控康复护理在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2022(6): 825–827.
- HUANG S L, TANG D E, SUN H H. Application effect of quality control rehabilitation nursing in patients with dysphagia after acute stroke [J]. Chin J Mod Nurs, 2022(6): 825–827. (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。