

K点刺激联合温差式中药口腔护理在改善卒中后吞咽困难患者中的应用

董仙娜 杨宇华 魏叶红 王彩姣 章毅

浙江中医药大学附属第二医院 浙江 310000

摘要：目的：探讨K点刺激联合温差式中药口腔护理在改善卒中后吞咽困难患者中的应用的效果。方法：62例脑卒中吞咽障碍的患者，采用随机数字表法将患者随机分为观察组与对照组，各31例。观察组采用K点刺激联合温差式中药口腔护理，对照组采用生理盐水口腔护理联合生理盐水冰棒刺激。一周、二周后观察指标患者的吞咽功能；口腔状态；口臭指数。结果：两组患者干预前后在吞咽功能、口腔状态、口臭指数等内容上差异存在统计学意义。结论 K点刺激联合温差式中药口腔护理能改善卒中后患者吞咽困难的情况，值得临床推广应用。

关键词：K点刺激；冷热刺激；中药口护；卒中

引言

吞咽功能障碍是脑卒中患者治疗后常见的后遗症^[1]，对卒中后吞咽功能障碍患者，为保证准确给予营养素以及药物，防止因误吸引起的肺部感染，患者通常需要长期使用鼻胃管进行肠内营养^[2]。因自身咀嚼能力减弱，分泌物堆积较多，口腔pH值、口腔自净能力降低^[3]口腔卫生变差，易出现口臭等口腔疾病^[4]。本研究通过K点刺激，结合温差式中药口腔护理在卒中后吞咽困难的患者临床上取得较好的疗效，现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 案例分组

选择来自2021年10月-2022年10月在我院神经内、外科住院的62例脑卒中吞咽障碍的患者，采用随机数字表法将患者随机分为对照组和实验组，各31例（表1）。

1.2 纳入标准

1) 符合《第18次中国脑血管病大会2018会议纪要脑血管病》的诊断标准，且通过脑卒中患者吞咽功能障碍评估工具，确定有吞咽障碍^[5-6]；2) 病程小于6个月；3) 意识清醒，能配合研究；4) 患者家属签署同意书。排除标准：1) 食管、口腔、咽喉部伴有严重病变；2) 有中药过敏患者。脱落提出标准：中途转院或病情变重无法配合患者。本研究已经我院医学伦理委员会审核批准。

表1 患者的一般资料

特征	对照组 (n=31)	试验组 (n=31)	t/χ ²	P
年龄	68.806 ± 8.920	69.806 ± 8.376	-0.455	0.651
性别				
男	19 (61.29%)	18 (58.06%)	0.067	0.796
女	12 (38.71%)	13 (41.94%)		

本次调查，观察组及试验组均为31例，对照组平均年龄为68.81岁，实验组平均年龄为69.81岁，两组差异无统计学意义（ $p>0.05$ ）；对照组中男生19例，女生12例，实验组中男性18例，女性13例，两组性别构成差异无统计学意义（ $p>0.05$ ）。

1.3 方法

1.3.1 观察组和试验组均给予基础治疗

根据脑卒中相关指南^[5-9]，予基础治疗（控制血压、血糖、稳定斑块、改善循环等）及康复锻炼（肢体功能锻炼、认知功能锻炼、吞咽功能锻炼、口腔功能锻炼等）。

1.3.2 对照组治疗

在基础治疗的基础上予口腔护理，取下假牙、取坐位或半做卧位，采用生理盐水棉球按照口腔护理操作流程进行口腔清洁，按照外侧面、内侧面、咬合面、颊部、舌面、硬腭的顺序擦拭^[6]，一天两次。采用冰水刺激康复训练，将被生理盐水浸湿冰棉棒训练对患者后腭弓与软腭、腭弓、上下牙内外面与咬合面、两侧面颊等部位行冰棉棒接触刺激^[10]，

每日2次刺激，时长为10~20 min。

1.3.3 实验组治疗

1. 自制两种温度中药大棉棒：用本院自制中药（金银花、菊花、薄荷、佩兰、甘草，浓煎至100ml），将50ml的中药加热，将大头棉棒浸泡半小时后，挤干水分后取出，确保大棉棒温度在38~40°。将大头棉棒放入50ml中药充分浸泡后冷冻3小时后取出，去除边缘冰碴。2. 在基础治疗的基础上予温差中药口护。患者去除假牙，取坐位或半坐位，使用中药棉棒开始口腔护理，依次温棉棒-冰棉棒-温棉棒按照口腔护理的顺序（外侧面、内侧面、咬合面、颊部、舌面、硬腭）擦拭，共擦拭3遍。3. 中药棒K点治疗：K点部位：位于磨牙后三角高度、腭舌弓及翼突下颌帆中间、两牙线交点后方一凹陷处^[11]。患者处于放松状态，处于张口时，使用冰棉棒、温棉棒、冰棉棒依次刺激K点，每次按压K点时间控制在15s以下刺激期间，力度适中。每日2次。4. 人员培训：操作的护士统一培训考核，熟练掌握该项技术。

1.4 观察指标

1) 标准吞咽功能评价量表（standardized swallowing assessment, SSA）总分18~46分，分数越高说明吞咽功能越差^[2,12]。2) 改良的Beck口腔评分量表。内容包括：嘴唇、牙龈和口腔黏膜、舌头、牙齿及唾液。得分越低表示口腔卫生状况越好^[13, 14]。3) 口臭评分：患者的口臭通过感官方法进行测量^[14, 15]，在距离口腔约10厘米处^[14]。口臭等级（OR计数）采用5级计分法，无口臭计0分；可疑口臭计1分；轻微口臭计2分；中度口臭计3分；重度口臭计4分；严重恶臭计5分^[16]。指标测定分别在口腔护理前，1周、2周口腔护理后测定。

1.5 统计学方法

数据由双人录入核对，采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行处理分析，计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料采用例数（百分比）[n（%）]表示，组间比较采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。采用两因素重复测量方差分析方法，判断不同组别随着时间变化对患者SAA、Bec、及口臭得分等指标的影响。在time的主效应检验中，因各指标不满足球形假设检验，除SAA需采用Huynh-Feldt方法进行校正外，其他均采用Greenhouse-Geisser方法进行校正。其中SAA、Bec、及口臭得分的组别 × 时间的交互作用有统计学意义（ $P < 0.05$ ），因此需要对

不同组别及时间因素进行单独效应的检验。

2. 结果

表2 两组SAA干预前后结果比较

组别	干预前	干预中（1周后）	干预后（2周后）
对照组	33.52 ± 6.88 ^a	30.29 ± 6.30 ^{ab}	29.42 ± 5.98 ^b
实验组	32.87 ± 6.29 ^a	26.26 ± 5.39 ^b	24.52 ± 4.41 ^b
t	-0.385	-2.709	-3.673
p	0.701	0.009**	0.001**

干预前，对照组与实验组患者SAA差异不具有统计学意义（ $p > 0.05$ ），干预中及干预后，对照组与实验组患者SAA差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；对照组时间因素对SAA的单独效应有统计学意义（ $F = 3.526, P < 0.05$ ），具体两两比较可知：干预前 > 干预后。实验组时间因素对SAA的单独效应有统计学意义（ $F = 20.538, P < 0.05$ ），具体两两比较可知：“干预前 > 干预中；干预前 > 干预后”

表3 两组改良的Beck口腔评分量表干预前后结果比较

组别	干预前	干预中（1周后）	干预后（二周后）
对照组	12.90 ± 2.47 ^a	11.87 ± 1.98 ^{ab}	11.61 ± 1.65 ^b
实验组	13.03 ± 1.82 ^a	9.90 ± 1.30 ^b	9.07 ± 1.03 ^b
t	0.234	-4.627	-7.304
p	0.815	0.000**	0.000**

干预前，对照组与实验组患者改良的Beck口腔评分量表差异不具有统计学意义（ $p > 0.05$ ），干预中及干预后，对照组与实验组患者改良的Beck口腔评分量表差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；对照组时间因素对改良的Beck口腔评分量表的单独效应有统计学意义（ $F = 3.409, P < 0.05$ ），具体两两比较可知：干预前 > 干预后。实验组时间因素对改良的Beck口腔评分量表的单独效应有统计学意义（ $F = 67.201, P < 0.05$ ），具体两两比较可知：“干预前 > 干预中 > 干预后”

表4 两组口臭指数干预前后结果比较

组别	干预前	干预中（1周后）	干预后（2周）
对照组	2.52 ± 0.57 ^a	1.97 ± 0.48 ^b	1.84 ± 0.45 ^b
实验组	2.58 ± 0.67 ^a	1.58 ± 0.50 ^b	1.16 ± 0.37 ^b
t	0.408	-3.098	-6.410
p	0.690	0.003**	0.000**

干预前，对照组与实验组患者口臭得分差异不具有统计学意义（ $p > 0.05$ ），干预中及干预后，对照组与实验组患者口臭得分差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；对照组时间因素对口臭得分的单独效应有统计学意义（ $F = 15.761, P < 0.05$ ），具体两两比较可知：干预前 > 干预中；干预前 > 干预后。实

验组时间因素对 Bec 的单独效应有统计学意义 ($F=58.661$, $P<0.05$), 具体两两比较可知: “干预前 > 干预中 > 干预后”

3. 讨论

卒中后患者的口腔护理现国内无统一的标准^[17], 最常见护理方法为仍采用传统棉球结合生理盐水擦洗法, 使用率约 62.5%^[21-22]。在文献报道中, 中药口护^[19-20]、温差式口腔护理^[23,25]、K 点刺激^[24,26] 均有报道可以改善卒中后患者的口腔状态及吞咽功能, 但未见联合使用的案例。故本研究将几种方法连用, 不管从患者的口腔状态评分、口臭指数还是吞咽功能评分上均取得比较满意的效果, 时间越长, 效果越具有显著性差异。

卒中后患者多存在运化不良, 邪阻中焦, 中焦失于升降清浊, 故而出现口腔问题^[18], 本研究的中药选用了具有芳香化湿, 醒脾开胃功的佩兰^[19], 具有清热解毒、消炎功效的金银花、菊花、薄荷^[18]; 有补脾益气、调和诸药的甘草^[20]组成的中药方。故此中药方可以健脾益气, 清热化湿, 改善患者中焦湿热, 从本质上改善患者口腔内环境。温差氏的口腔护理, 冷热交替刺激可向患者输入强度更高更灵敏的刺激信号^[25], 在清洁口腔的同时, 能有效地促进舌肌、颊肌、咀嚼肌及咽喉部肌群的训练, 从而改善吞咽功能^[23]。K 点, 也称为 K-point, 当刺激 K 点时, 能增强口腔感觉刺激, 提高神经末梢敏感性, 减轻口腔高敏、低敏状态, 增强咽喉部肌肉的灵活性和协调性, 从而诱发患者吞咽反射, 增强吞咽肌群的运动, 改善吞咽功能^[24,26]。

故此三种方法联用, 不仅操作简单, 改善患者口腔内环境, 还能明显改善患者的吞咽功能^[24,26], 但与传统方法相比具有显著性差异。值得临床推广应用。但此时研究存在时间短, 样本量较小有关, 单中心研究, 希望后期可以延长时间, 加大样本量, 再次深入研究。

参考文献:

[1] 姚乐乐, 罗宏丹. 基于标准吞咽功能评估的分层护理结合冰柠檬酸刺激对脑卒中后吞咽功能障碍患者吞咽功能及表面肌电图的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(33): 170-172.

[2] 陈曦, 范柏林, 凌慧芬. 标准吞咽功能评价量表在吞咽障碍患者胃管拔管时机中的应用 [J]. 现代临床护理, 2016, 15(02): 30-33.

[3] 胡晓, 林海燕, 陈燕燕, 傅方望. 基于容积黏度吞咽

试验联合训练对脑卒中吞咽障碍患者的影响 [J]. 中华全科医学, 2022, 20(11): 1938-1940+1991

[4] 陈静. 基于牙菌斑指数动态评估的口腔护理在中风急性期鼻饲患者中的应用 [J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(13): 112-114+121.

[5] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识 (2017 年版) 第一部分评估篇 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-892.

[6] 王玲, 徐惠丽, 熊荣荣, 韩丹, 袁民辉, 邢利民. 风油精口腔护理在脑卒中后吞咽困难病人中的应用 [J]. 护理研究, 2021, 35(10): 1854-1857

[7] 中华医学会神经病学分会中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南 (2019) [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52: 994-1005.

[8] 杨瑛. 化痰通腑针刺方治疗痰热腑实型脑卒中重症气管切开后吞咽障碍的临床研究 [D]. 福建中医药大学, 2022

[9] 戴文文. 基于 MEP 探讨通咽利窍针法对卒中后咽期吞咽障碍患者吞咽运动通路兴奋性的影响 [D]. 福建中医药大学, 2022.

[10] 王艾萍, 李本滢, 张小丽. 温差刺激式口腔护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用 [J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2020, 29(06): 49-51.

[11] 孙霞萍, 顾夕梅, 耿燕. K 点刺激联合摄食管理应用于颅脑外伤术后吞咽障碍患者的效果 [J]. 中外医学研究, 2022, 20(28): 166-169.

[12] 钱秀群. 柠檬冰刺激联合呼吸训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究 [D]. 湖州师范学院, 2022.

[13] British Society of Gerodontology. Guidelines for the oral healthcare of stroke survivors [EB/OL]. [2017-04-17]. <http://www.brit-ishgerontology.org/>.

[14] 谢静. 昏迷患者口腔卫生管理的循证实践研究 [D]. 承德医学院, 2022.

[15] Oho T, Yoshida Y, Shimazaki Y, et al. Psychological pa-condition of patients complaining of halitosis [J]. J Dent, 2001, 29(1): 31-33.

[16] 金婕, 包艳, 蒋圆圆. 藿香正气液联合长棉签在中风口臭病人口腔护理中的应用 [J]. 护理研究, 2018, 32(06): 955-957.

[17] 杨彩侠, 马珂珂, 郭丽娜, 郭园丽. 脑卒中患者口腔护理的最佳证据总结[J]. 现代疾病预防控制, 2023, 34(05): 383-387.

[18] 冯月. 中药口腔护理液在中风患者口腔护理中的应用[J]. 中国卒中杂志, 2022, 17(11): 1288.

[19] 王爱军, 韩一益, 袁艳红. 佩兰合七味白术散治疗2型糖尿病[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(01): 75-79.

[20] 王波, 王丽, 刘晓峰, 曹馨元, 黄文华, 徐超. 中药甘草成分和药理作用及其现代临床应用的研究进展[J]. 中国医药, 2022, 17(02): 316-320.

[21] 周远远, 田杏音. 改良K点刺激结合长棉枝及陈皮水口腔护理对脑卒中吞咽困难的干预效果研究[J]. 现代医院, 2022, 22(11): 1798-1800+1804.

[22] 杜永卫, 张咪. 口内口臭的影响因素及消除措施分析[J]. 现代盐化工, 2021, 48(06): 136-138.

[23] 李孝红, 张婷, 敖莉, 陈旭娟, 仇荣敏, 周雨诗, 朱晓萍. 脑卒中吞咽障碍患者口腔护理的研究进展[J]. 临床与病理杂志, 2021, 41(03): 713-719.

[24] 周远远, 田杏音. K点刺激、长棉枝和陈皮水在长期住院患者口腔护理中临床疗效的Meta分析[J]. 当代护士(中旬刊), 2022, 29(07): 66-69.

[25] 王艾萍, 李本滢, 张小丽. 温差刺激式口腔护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2020, 29(06): 49-51.

[26] 孙霞萍, 顾夕梅, 耿燕. K点刺激联合摄食管理应用于颅脑外伤术后吞咽障碍患者的效果[J]. 中外医学研究, 2022, 20(28): 166-169.

作者简介:

董仙娜, (1981—), 女, 汉族, 浙江省金华人, 本科, 浙江中医药大学附属第二医院, 职位: 主管护师, 研究方向: 中医

基金项目:

浙江省中医药科技计划
2021ZB141 不同温度中药口腔护理在改善卒中后吞咽困难患者口腔状态的疗效研究