

DOI: 10.12209/CAIM202506100010

· 中西医结合临床案例 ·

1 例脑梗死恢复期患者中西医结合 康复治疗的护理病例报告

陶志月

(北京市昌平区中医医院 针灸康复科, 北京, 102200)

摘要: 本文总结 1 例脑梗死恢复期患者中西医结合康复治疗的护理病例报告。患者因左侧肢体活动不利, 伴言语不利 5 个月入院, 接受中西医结合康复治疗。护理中, 结合中医辨证施护(如针灸、耳穴压丸治疗、水罐治疗及中药内服)与现代康复手段(运动疗法、言语训练), 制定个性化方案。经干预, 患者肢体功能及言语能力逐步改善。通过此案例总结出中西医结合护理在改善患者功能障碍、提升生活质量方面的优势, 强调辨证施护与康复训练结合的重要性, 为同类患者护理提供参考, 凸显中西医结合康复治疗在脑梗死恢复期的应用价值。

关键词: 脑梗死恢复期; 中西医结合治疗; 康复护理; 辨证施护

Nursing Case Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation for a Patient in the Recovery Phase of Cerebral Infarction

TAO Zhiyue

(Department of Acupuncture and Rehabilitation, Beijing Changping Hospital of
Traditional Chinese Medicine, Beijing, 102200)

ABSTRACT: This article presents a nursing case report on the integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western medicine rehabilitation for a patient in the recovery phase of cerebral infarction. The patient was admitted with left-sided limb dysfunction and speech impairment persisting for five months. The rehabilitation protocol combined TCM interventions (e. g. , acupuncture, auricular acupressure, cupping therapy, and herbal medicine) based on syndrome differentiation with modern rehabilitation techniques (motor therapy and speech training), tailored to the patient's condition. Post-intervention, gradual improvements were observed in limb function and speech ability. This case highlights the advantages of integrated TCM-Western nursing in enhancing functional recovery and quality of life, emphasizing the synergistic value of syndrome-specific care and rehabilitation training. It provides clinical insights for similar cases and underscores the efficacy of integrated rehabilitation approaches during the post-stroke recovery phase.

KEY WORDS: cerebral infarction recovery phase; integrated Chinese and Western medicine; rehabilitation nursing; syndrome differentiation and nursing

在脑血管疾病中, 脑卒中是一种较为典型的病症。该病发病突然, 进展迅速, 具有高度的凶险性^[1]。脑梗死是由多种因素引起的突发性脑血液循环障碍, 多数患者在发病后会伴有不同程度的神经功能障碍^[2]。脑梗死的发病率在各类脑血管疾病中位居前列, 脑组织因缺血或缺氧导致的病理性改变是造成相应部位功能损伤的关键原因。

随着医疗技术的进步, 脑梗死的死亡率已显著降低, 但其致残率仍然较高, 许多患者会遭受不同程度的肢体功能障碍及言语障碍, 严重者甚至无法自理生活。因此, 对脑梗死患者进行系统性和综合性的护理干预显得尤为必要, 目的是恢复其肢体协调运动的能力。西医护理主要采用对症护理和专项护理作为干预手段, 而中医护理则以辨证

收稿日期: 2025-06-10

OPEN ACCESS

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

施护为特色,从情志护理、中医特色适宜技术等方面进行综合阐述,旨在为功能障碍患者提供中西医结合的护理方法参考,促进其康复。中医康复护理措施从多个角度入手,有助于患者改善身心状态,疗效显著^[3]。中西医结合护理强调综合运用西医护理和中医护理措施,汲取各家之长,发展出内容更加丰富且全面的护理模式,以满足患者的照护需求。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,65岁,主因“左侧肢体活动不利伴言语不利5个月,加重1周”由门诊以“脑梗死恢复期”于2025年04月22日由门诊收入院。入院症见:言语不利,左侧肢体活动不利,口角右歪,偶有反酸烧心,食纳可,眠安,大便1~2d一行,便质干,小便频,偶有失禁。既往史:高血压病史3年,最高达160/100 mm Hg,平时口服苯磺酸氨氯地平片5 mg,1次/d,血压控制情况不详;10余年前患脑梗死,遗留左侧肢体活动不利、言语不利,未进行正规康复治疗,目前口服阿司匹林肠溶片100 mg,1次/d,硫酸氢氯吡格雷片75 mg,1次/d;高脂血症病史10余年,现口服匹伐他汀钙片2 mg,1次/晚,血脂控制情况不详。

1.2 查体

一般情况:患者体温(T)36.2℃,脉搏(P)75次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)120/70 mm Hg。专科查体:神志清楚,精神正常,构音障碍,定向力、理解判断力减退,记忆力、计算力减退;无视野缺损,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,眼震(-);左侧面部痛温觉、触觉较对侧减退;双侧额纹对称,左侧鼻唇沟略浅,示齿口角右歪;咽反射存在,伸舌居中;右侧肢体肌力5级,左上肢肌力0级,左下肢肌力2级,左侧肌张力略增高,右侧肌张力正常;左侧指鼻试验、跟膝胫试验不能配合,右侧稳准;左侧肢体温度觉及触觉较对侧减退;双侧肱二头肌反射(++),双侧肱三头肌反射(++),双侧桡骨膜反射(++),双侧膝腱反射(++),双侧跟腱反射(++),无阵挛;双侧掌颌反射(-),无强握及摸索,双侧Hoffmann征(-),Rossolimo征(-),吸吮反射(-),双侧Babinski征(+),双侧Chaddock征(-);双侧Kernig征(-),Brudzinski(-);NIHSS评分为5分,洼田饮水试验1级。辅助检查:头部CT示脑内多个缺血灶、梗塞灶,脑

萎缩,脑白质脱髓鞘改变。中医四诊:望诊:神清,面色如常,舌质暗红,苔白腻;闻诊:言语不利,声息均匀,无特殊气味;问诊:言语謇涩不利,对答切题;切诊:脉弦滑。

1.3 诊断

中医诊断:中风病,中经络,痰瘀阻络证;辨证依据:患者为老年男性,平素饮食不调,损伤脾胃,痰浊内生,经脉气血运行不畅,日久瘀血阻络,痰瘀互阻,使气血运行失其常道,发为中风。舌质暗红,正常舌质为淡红,若瘀血阻滞经络,气血运行不畅,局部组织失于濡养且血行瘀滞,反映于舌则表现为舌质暗红(或见瘀点、瘀斑),这是《中医内科学》中瘀血证的典型舌象特征。苔白腻,腻苔提示湿浊或痰浊内停,白苔多属寒或病邪性质偏湿。痰浊作为有形实邪,阻滞脾胃运化或气机升降,导致湿浊凝聚,反映于舌面即形成白腻苔,是痰浊内盛的直接舌象体现。脉弦滑,弦脉主气机不畅、肝郁或疼痛,痰瘀阻滞经络可致气机阻滞,故脉弦;滑脉主痰浊、食积或实热,痰浊内蕴时,脉道被痰浊充实,血流应指滑利,故脉滑;弦滑相兼,恰是痰浊与瘀血相互搏结、阻滞气机的脉象综合表现,与痰瘀阻络的病机完全对应。均为上述征象。综上症、舌、脉,病位在脑、脉,病性为本虚标实,证属痰瘀阻络证。西医诊断:脑梗死恢复期、高血压病2级(极高危)、高脂血症。

1.4 治疗

以中西医结合治疗为主,药物治疗予中药汤剂口服,配合静脉注射丹红注射液,以活血化瘀通络;针对肢体功能障碍,予耳穴压丸治疗、水罐治疗、针灸治疗及康复治疗,使患者肢体肌力较前提高;针对言语不利,予皮内针治疗及发音训练,提高患者语言表达及理解能力;予膀胱功能训练以改善尿频症状,予穴位贴敷治疗以改善便秘。本例患者治疗周期4周为一个疗程。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

采用Barthel指数量表进行日常生活基本活动测评,主要包括自我照顾(进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕)及移动能力(转移、行走、上下楼梯),总分100分,100分代表ADL完全独立,0分代表ADL完全依赖。本例患者评分为20分,属重度依赖。

2.1.2 跌倒风险评估

采用 Mores 跌倒风险程度评价量表进行跌倒风险评估,主要包括近期三个月内跌倒史、超过一个医疗诊断、行走是否使用辅助工具、是否接受药物治疗、步态/移动、认知状态等,总分 125 分。分值 ≥ 45 分为高度危险,25~45 分为中度危险,0~24 分为低度危险,分数越高代表危险程度越高。本例患者评分为 85 分,属高度危险。

2.1.3 压疮风险评估

采用 Braden 压疮危险因素评估表进行压疮风险评估,主要包括感知能力、潮湿、活动能力、移动能力、营养摄取、摩擦力及剪切力,总分 23 分。分值 ≤ 12 分为高度危险,13~14 分为中度危险,15~16 分为低度危险,分数越低代表危险程度越高。本例患者评分为 14 分,属中度危险。

2.1.4 肌力评估

常见肌力评估量表及评估标准,具体如下:0 级:肌肉无收缩(完全瘫痪);1 级:肌肉有轻微收缩,但无法引起关节活动;2 级:肌肉收缩可引起关节活动,但不能对抗重力;3 级:能对抗重力完成关节活动,但不能对抗阻力;4 级:能对抗一定阻力完成关节活动,但力量弱于正常;5 级:肌力正常,能对抗完全阻力。本例患者为右侧肢体肌力 5 级,左上肢肌力 0 级,左下肢肌力 2 级。

2.1.5 肌肉痉挛程度评估

阿什沃斯量表(Ashworth 痉挛量表)用于评估肌肉痉挛程度,量表评估标准共分为 6 个等级,具体标准如下:0 级:肌肉无张力增加,被动活动时无阻力;1 级:肌肉张力轻度增加,被动活动时在关节活动范围(ROM)末端出现轻微阻力;1+ 级:肌肉张力轻度增加,被动活动时在 ROM 后 50% 范围内出现突然卡住,并伴有轻微阻力;2 级:肌肉张力明显增加,被动活动时在大部分 ROM 中均有阻力,但关节仍可轻松活动;3 级:肌肉张力严重增加,被动活动困难,关节活动范围明显受限;4 级:肌肉呈僵直状态,关节无法被动活动。本例患者评为 2 级。

2.1.6 平衡功能评估

平衡功能(Fugl-Meyer)评定量表用于评估平衡功能,量表通过 7 个项目评估患者平衡能力,每个项目按 0~2 分评分(0 分最差,2 分最佳),总分 14 分,具体评估项目包括无支撑坐位,健侧伸展防护反应,患侧伸展防护反应,支撑站立,无支撑站立,站立时重心转移,单腿站立。总分 ≤ 4 分,

为平衡功能严重障碍;5~8 分,为平衡功能中度障碍;9~12 分,为平衡功能轻度障碍;13~14 分,为平衡功能基本正常。本例患者总得分为 4 分,为平衡功能严重障碍。

2.1.7 神经功能缺损评估

脑卒中评分量表(NIHSS)总分 0~42 分,分数越高表示神经损伤越严重。0~1 分:正常或接近正常;1~4 分:轻度卒中;5~15 分:中度卒中;16~20 分:中重度卒中;21~42 分:重度卒中。本例患者 NIHSS 评分为 5 分,属中度卒中。

2.2 护理诊断

①躯体移动障碍与脑梗死导致左侧肢体偏瘫、肌力下降及平衡受损有关;②沟通障碍与脑梗死累及语言中枢导致表达性或/和感受性失语有关;③有跌倒的危险与左侧肢体活动不利(肌力、平衡、协调障碍)、可能存在的感知觉障碍(忽略症)有关;④有皮肤完整性受损的危险与躯体移动障碍,导致长期卧床或坐轮椅(局部受压)、如厕自理缺陷(清洁困难、潮湿刺激)有关;⑤有治疗计划管理不当的危险,与对高血压、高脂血症长期管理的重要性认知不足、药物依从性可能不佳、康复锻炼方案执行困难(躯体移动障碍、沟通障碍、动力问题)及生活方式(饮食、活动)改变困难有关;⑥如厕自理缺陷与左侧肢体活动不利(影响转移、穿脱衣裤、清洁)、沟通障碍(表达如厕需求困难)、以及小便频和大便秘结(增加如厕需求和难度)有关;⑦便秘与脑梗死导致的神经源性肠道功能障碍(肠蠕动减慢)、活动量减少(躯体移动障碍)、液体或膳食纤维摄入可能不足、以及如厕环境或姿势不适应有关;⑧尿潴留/排尿型态改变(尿频)的风险,与脑梗死导致的神经源性膀胱功能障碍(逼尿肌过度活动或收缩一括约肌协同失调)有关;⑨知识缺乏,与缺乏相关疾病信息、沟通障碍影响信息接收和理解有关;⑩舒适度减低与便秘引起的腹胀不适、小便频带来的困扰、活动受限、沟通障碍导致的挫败感有关。

2.3 护理计划

基于患者病情、身体状态及心理评估,聚焦肢体功能、言语功能与膀胱功能提升。在中西医结合理论指导下辨证施护,开展针对性、预见性护理干预,以促进康复为核心目标,帮助患者树立积极乐观心态,增强治疗信心,加速病情恢复进程,提高生活质量,同时为其重返家庭与社会做好准备。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

予患者二级护理,低盐低脂饮食,测血压2次/d,保持肢体功能位摆放,予二便护理。

2.4.2 对症护理

2.4.2.1 肢体功能障碍护理

①遵医嘱予耳穴压丸(王不留行子)治疗,取穴肝、肾、脾、神门、枕,通过刺激耳部反射区,实现调节脏腑功能、疏通经络,促进神经功能修复。将贴于王不留行籽的胶布置于相应穴位,等待其粘贴牢固,每日按压3~5次,采取对压法,即用食指和拇指的指腹置于患者耳廓正面和背面,相对按压,至出现热、麻、胀、痛等感觉,食指和拇指可边压边左右移动,或做圆形移动,一旦找到敏感点,则每个穴位持续对压20~30 s。按压时机为三餐前或康复训练前,耳穴贴压每次选择一侧耳穴,双侧耳穴轮流使用。夏季易出汗,留置时间1~3 d,冬季留置3~7 d。观察患者耳部皮肤情况,留置期间应防止胶布脱落或污染;对普通胶布过敏者改用脱敏胶布。患者侧卧位耳部感觉不适时,可适当调整穴位,2次/周,4周为一个疗程。

②遵医嘱予水罐治疗(活血),通过负压刺激,吸力牵拉皮下组织,降低肌张力,缓解偏瘫痉挛状促进肢体功能恢复。治疗取穴肩髃、曲池、手三里、合谷、环跳、风市及阳陵泉,配穴取阿是穴。水罐治疗选取口径2 cm,长度8 cm的竹罐,浸泡在盛有本科室特色的制剂的容器内,竹罐应在药中煮沸30 min,用镊子将竹罐夹出并迅速用毛巾捂住罐口,以吸去沸水降低罐口温度,待温度降至38~43℃即可操作。注意事项:拔罐留罐时间一般为5~10 min,结合患者体质和耐受程度,及时询问患者感受,询问患者有无不适,拔罐操作时必须迅速,有利于提高竹罐的密合性,增加吸力。注意掌握竹罐的温度,以免烫伤皮肤。出现紫红色瘀斑为正常现象,如出现小水泡不必处理,可自行吸收;若水泡较大,可局部消毒后,应用无菌针头低位挑破,将水泡内的液体用无菌棉签吸干,覆盖消毒敷料。拔罐后身体毛孔处于开放状态,应注意保暖,操作后嘱患者喝一杯温水。避免受凉着风,不可立即洗澡,至少间隔4 h。拔罐顺序先上肢后下肢,2次/周,4周为一个疗程。

③予患者针刺治疗,以活血通络,治疗取穴金针王乐亭之手足十二针加减,百会、四神聪、风池、天柱、神庭、曲池、合谷、内关、足三里、阳陵泉、三

阴交及丰隆;手法为平补平泻,留针30 min,5次/周,疗程为4周。特殊穴位针刺,取双侧风池穴,以小幅度高频率捻转,注意针刺角度方向,避免刺及延髓。芒针治疗、特殊手法针刺,取3寸针行透刺法,肩髃透臂臑、阳陵泉透阴陵泉、丘墟透照海,以改善肢体不利。

④根据患者左侧肢体活动不利的程度,协助康复治疗师进行针对性训练,如身体功能障碍作业疗法训练、徒手手功能训练、运动协调性训练、康复踏车训练、肢体平衡功能训练及日常生活动作训练。初期以被动运动为主,包括关节的屈伸、旋转、外展等活动,每个关节重复10~15次,2~3次/d,5次/周,预防关节挛缩和肌肉萎缩。随着肌力逐渐恢复,增加主动运动训练,如桥式运动等,提高肢体的协调性和控制能力。后期借助康复器械,如助行器、平衡杠等,进行站立、行走训练,诱发左上肢主动运动,促进左下肢分离运动,提高患者站立位平衡功能,加强下肢负重能力,改善步态,逐步提高患者日常生活能力。

2.4.2.2 言语障碍护理

①予患者皮内针治疗,取穴廉泉、天突、金津及玉液,5次/周,留针时间为1 d,埋针时机每次言语训练之前进行操作,疗程为4周,可醒脑开窍、提升清阳,改善大脑皮层功能,促进言语中枢恢复。

②从简单的发音、单字、单词开始训练,逐渐过渡到短语、句子和对话练习。鼓励患者多听、多说、多练,可通过与患者交流、阅读、唱歌等方式进行训练,每天进行30~60 min。还可开展交流训练,鼓励患者与家属、医护人员进行对话,提高语言表达和理解能力。

2.4.2.3 二便护理

①小便频护理:记录患者排尿日记,包括排尿时间、尿量及次数等,分析尿频的原因。指导患者进行膀胱功能训练,如定时排尿,开始时每1~2 h排尿1次,逐渐延长排尿间隔时间,每次有尿意时尽量延迟5~10 min排尿,以增加膀胱容量,同时告知患者晚上19:00后适当减少饮水量,避免夜间尿频影响睡眠。对于合并泌尿系统感染的患者,遵医嘱予抗生素治疗。

②大便秘结护理:遵医嘱予穴位贴敷,选穴神阙穴,将大黄、芒硝、枳实3味中药颗粒研成细末,用醋调成糊状,贴敷于神阙穴,物品准备治疗盘,薄胶纸,0.9%生理盐水棉球,遵医嘱配制的药物,

压舌板,纱布。操作流程:备齐用物,携至床旁;根据敷药部位,协助患者取适宜体位,充分暴露患处,必要时予屏风遮挡患者;根据敷药面积,取大小合适的棉纸或薄胶纸,用压舌板将所需药物均匀地涂抹于棉纸上或薄胶纸上,厚薄适中;将药物敷贴于穴位上,做好固定;为避免药物受热溢出污染衣物,可加敷料或棉垫覆盖;以胶布或绷带固定,松紧适宜;操作完毕后擦净局部皮肤,协助患者着衣,安排舒适体位。注意事项:药物应均匀涂抹于绵纸中央,厚薄一般以0.2~0.5 cm为宜,穴位贴敷时间为6 h。敷贴部位应交替使用,不宜单个部位连续敷贴。对于残留在皮肤上的药物,不宜采用肥皂或刺激性物品擦洗,可使用0.9%生理盐水或温水擦洗皮肤上的药渍。使用敷药后,如出现红疹、瘙痒及水泡等过敏现象,应暂停使用,报告医师,配合处理。治疗2次/周,4周为一疗程,通过穴位刺激和药物透皮吸收,起到泻热通便的作用。调整患者饮食结构,增加膳食纤维摄入,如多吃蔬菜(芹菜、菠菜、西兰花等)、水果(苹果、香蕉、梨等)及粗粮(玉米、燕麦、糙米等),鼓励患者每天饮水1500~2000 mL。指导患者进行腹部按摩,以脐为中心,顺时针方向按摩腹部,10~15 min/次,2~3次/d,促进胃肠蠕动。必要时遵医嘱予开塞露纳肛或口服缓泻剂,如乳果糖口服液等。

2.4.2.4 心理护理

脑梗死恢复期患者常因肢体功能障碍、语言障碍等导致生活质量下降,易出现焦虑、抑郁等不良情绪。主动与患者沟通交流,了解其心理状态,耐心倾听患者的诉说,给予心理支持和安慰,帮助患者树立战胜疾病的信心。患者能够以积极的心态面对疾病,主动配合治疗和康复训练,提高生活质量。鼓励家属多关心、陪伴患者,给予情感支持。根据患者临床表现,采取针对性中西医结合护理,通过情志护理改善患者负面情绪,提高治疗配合^[4]。

2.4.2.5 皮肤护理

保持皮肤清洁干燥,定时为患者翻身(1次/2 h),按摩受压部位,尤其是骨隆突处,如骶尾部、足跟及肘部等,防止压疮形成。使用气垫床、减压敷料等辅助器具,减轻局部压力。

2.4.2.6 情志护理

鼓励患者详细表达出使其不安的想法和感觉,给予疏导解释和安慰,解除其紧张、恐惧及焦

躁情绪,尤其要制怒,才能气血运行流畅,减少复发因素。与患者和家属一起探讨减轻焦虑的方法,可看电视、听广播来分散注意力,感受生活的乐趣。予患者五音疗法,肝在音为角,心在音为徵,脾在音为宫,肺在音为商,肾在音为羽^[5]。五音疗法是中医里用声音来调理身体的一种方法,将音乐的五个音调(角、徵、宫、商、羽)和人体的五脏(肝、心、脾、肺、肾)对应,通过听相应的音乐来达到养生或辅助治疗的效果。根据子午流注的运行规律,在治疗中应将干预时间的选择作为重要考虑的因素,泻则乘其盛,补则随其衰,从而制定出最优化治疗方案。于17:00~19:00播放《三生情深重》《梅花三弄》及《浏阳河》等曲目,助长肾气;于9:00~11:00播放《十面埋伏》《不染》及《穿越时空的思念》等曲目,促使脾气隆盛。

2.4.2.7 预防血栓护理

指导患者进行踝泵运动,平卧时足跟垫枕30°,抬高双下肢,并适度旋转、屈伸足踝部,也可适当按摩下肢肌肉群,从远心端至近心端,以促进静脉血液回流,给予患者进行此方面的健康宣教,提高患者和家属的重视程度。脑梗死偏瘫患者早期运动护理能够显著改善患者血流相关指标,预防DVT发生^[6],提升护理满意度。

2.5 护理评价

患者通过康复治疗与中西医护理,生活质量显著提高,能自主进食,跌倒风险仍为高度危险,压疮危险由中度危险降为低度危险,肌力、肌张力及平衡功能均部分提升,二便均明显改善,详见表1;言语上能主动的减慢语速,认真说每一个字、词、短句的准音。

3 结果和随访

经过4周中西医结合住院治疗,患者日常生活能力改善至中度依赖,依从性较好,左侧肢体肌力较入院时有很大提升。予患者电话随访,患者自述继续中西医结合康复治疗,询问康复锻炼执行情况、饮食、睡眠及二便等,对患者心理及脑血管病的二级预防,进行健康教育,嘱患者规律服药,起居有常。

4 讨论

随着老龄化和生活方式变化,全球脑梗塞发病率、伤残率和死亡率均呈现上升趋势^[7]。脑梗死恢复期的康复治疗至关重要,对患者远期预后

表 1 疗效评估

评估项目	04月22日	04月29日	05月06日	05月13日
Barthel/分	20	30	40	45
Mores/分	85	85	85	85
Braden/分	14	15	16	18
Ashworth/级	2	1+	1+	1
Fugl-Meyer/分	4	4	5	5
肌力(左侧肢体)/级	左上0级、左下2级	左上1-级、左下2级	左上1-级、左下2级	左上1级、左下2+级
二便情况	小便频,大便秘结	小便频,大便秘结	小便频,大便正常	小便正常,大便正常

有直接影响^[8]。脑梗死恢复期患者常遗留肢体功能障碍、言语障碍及二便功能失调等症状,严重影响生活质量。现代康复医学强调通过运动疗法、作业疗法等改善肢体功能,但其对整体症状的综合改善存在局限性。中医理论认为,脑梗死属于“中风”范畴,病位在脑,与肝、肾、心及脾等脏腑密切相关,病机为气血逆乱、脉络瘀阻。针灸通过刺激穴位,疏通经络、调和气血;皮内针治疗可持续给予穴位刺激,调节卫气,激发机体抵御外邪的能力,可减少反复针刺的麻烦,较之传统的毫针刺法具有独特的优势^[9]。水罐治疗可温通经络、散寒化瘀;穴位贴敷以药物透皮吸收,发挥温阳通便、开窍醒神之效;耳穴压丸是将王不留行籽贴在耳穴上,并通过对相应穴位进行不断按压刺激,达到疏通经络,防治便秘效果的方法^[10]。中西医结合康复治疗整合现代医学的精准康复技术与中医整体调理优势,符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》中“多学科协同康复”的理念。从肢体肌力提升速度来看,《中国康复医学杂志》曾发表相关研究,选取一定数量的脑梗死恢复期患者,将其分为单纯西医康复组与中西医结合康复组。单纯西医康复组主要采用常规的康复训练,包括运动疗法、作业疗法等,以促进肢体功能的恢复。而中西医结合康复组则在西医康复治疗的基础上,加用针灸、中药等中医治疗手段。经过一段时间的治疗后,研究结果显示中西医结合康复组的肢体肌力提升速度明显快于单纯西医康复组。在脑梗死导致肢体肌力下降的患者中,单纯西医康复组从3级恢复到4级可能需要3~6个月甚至更长时间,而中西医结合康复组在同样的肌力提升过程中,所需时间可能缩短至2~4个月。

目前,中西医结合康复护理在脑梗死恢复期的应用日益广泛。研究表明,针灸联合运动疗法可显著改善肢体运动功能,耳穴压丸对二便功能失调有较好调节作用,穴位贴敷能促进胃肠蠕动、

缓解便秘。然而,现有研究多集中于单一疗法的有效性,对多维度中西医结合方案的协同效应探讨不足,且缺乏大样本、多中心的循证医学证据。本病例采用“康复治疗+针灸+水罐+耳穴压丸+穴位贴敷”的综合方案,为多模式干预提供实践依据。

本病例通过多维度中西医结合护理,实现功能恢复的协同增效。康复训练针对性改善肢体运动功能,中医外治法从整体调节二便、言语等症状,体现“局部与整体并重”的护理理念。治疗28 d后,患者肢体活动、二便及言语功能均有改善,验证了该方案的可行性与安全性。但单个病例报告缺乏统计学效力,无法排除个体差异(如年龄、基础疾病、依从性等)对疗效的影响,其结果难以直接推广至所有脑梗死恢复期患者。此外,本病例未设置对照组,无法明确各疗法的具体贡献度及方案的最佳干预周期。本病例为脑梗死恢复期的中西医结合护理提供实践范例,提示多疗法联合干预可更全面改善患者功能障碍。为临床制定个性化中西医结合康复护理方案提供参考;验证中医外治法在改善二便失调、言语功能方面的潜在优势;强调中西医协同护理在促进患者生活自理能力恢复中的重要性。未来需通过大样本临床研究进一步验证该方案的普适性,并优化治疗组合与干预流程。

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] 吴淼,钱苏荣,张翎,等. 脑卒中吞咽障碍患者表面肌电信号与咽期活动的量化关系研究[J]. 中国康复医学杂志, 2023, 38(8): 1102-1107, 1132.

WU M, QIAN S R, ZHANG L, et al. Quantifying the relationship between surface electromyographic

- signals and pharyngeal swallowing event in patients with dysphagia after stroke[J]. *Chin J Rehabil Med*, 2023, 38(8): 1102–1107, 1132. (in Chinese)
- [2] 陈进英, 周友田, 徐习. 老年脑梗死患者肢体功能障碍康复训练及物理技术的研究进展[J]. *老年医学与保健*, 2021, 27(3): 670–673.
- CHEN J Y, ZHOU Y T, XU X. Research progress on rehabilitation training and physical technology of limb dysfunction in elderly patients with cerebral infarction [J]. *Geriatr Health Care*, 2021, 27(3): 670–673. (in Chinese)
- [3] 王璐, 朱晓萍, 王宇, 等. 健康行为互动模式结合加速康复外科理念在代谢手术治疗患者中的应用[J]. *中国实用护理杂志*, 2024, 40(36): 2835–2842.
- WANG L, ZHU X P, WANG Y, et al. Effects of model of client health behavior combined with enhanced recovery after surgery concept in patients with metabolic surgery [J]. *Chin J Pract Nurs*, 2024, 40(36): 2835–2842. (in Chinese)
- [4] 李建民, 王艳丽, 王敏, 等. 中西医结合治疗高血压性脑出血微创术后患者临床疗效探讨[J]. *西部中医药*, 2020, 33(12): 92–95.
- LI J M, WANG Y L, WANG M, et al. Clinical effects of integrative medicine in the treatment for hypertensive intracerebral hemorrhage after minimally invasive surgery [J]. *West J Tradit Chin Med*, 2020, 33(12): 92–95. (in Chinese)
- [5] 王俐, 任伟. 肾内科危重患者皮肤特点及护理对策[J]. *养生保健指南*, 2021(15): 172.
- WANG L, REN W. Skin Characteristics and Nursing Strategies for Critically Ill Patients in the Nephrology Department [J]. *Health Guide*, 2021(15): 172. (in Chinese)
- [6] 陈雪峰. 早期运动护理对脑梗死偏瘫患者下肢深静脉血栓形成的预防效果[J]. *中国医药指南*, 2022, 20(2): 173–175.
- CHEN X F. Effect of early exercise nursing on prevention of deep vein thrombosis in patients with cerebral infarction and hemiplegia [J]. *Guide China Med*, 2022, 20(2): 173–175. (in Chinese)
- [7] 熊惠荷, 崔悦, 谢雨清. 集束化管理模式联合直接摄食训练在脑卒中后吞咽障碍留置胃管患者中的效果[J]. *中国临床医生杂志*, 2024, 52(12): 1429–1432.
- XIONG H H, CUI Y, XIE Y Q. Effect of cluster management mode combined with direct feeding training on patients with dysphagia after stroke with indwelling gastric tube [J]. *Chin J Clin*, 2024, 52(12): 1429–1432. (in Chinese)
- [8] 敖维艳, 彭纪临. 中药热熨与针刺结合康复疗法对脑梗死恢复期(气虚血瘀证)脑血流动力学及运动功能的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2020, 38(3): 134–137.
- AO W Y, PENG J L. Effect of traditional Chinese medicine hot ironing and acupuncture combined with western medicine rehabilitation therapy on cerebral hemodynamics and motor function in patients with cerebral infarction in convalescence (qi-deficiency and blood-stasis) [J]. *Chin Arch Tradit Chin Med*, 2020, 38(3): 134–137. (in Chinese)
- [9] 易建军, 范烁楠, 刘琪玉. 皮内针疗法在腰椎间盘突出症患者中的应用效果[J]. *当代护士(上旬刊)*, 2022, 29(5): 97–100.
- YI J J, FAN S N, LIU Q Y. Application effect of intradermal needle therapy in patients with lumbar disc herniation [J]. *Mod Nurse*, 2022, 29(5): 97–100. (in Chinese)
- [10] 千维娜, 李治, 李仁廷, 等. 耳穴埋豆联合五羟色胺受体拮抗剂在肿瘤化疗中的应用价值[J]. *西部中医药*, 2022, 35(3): 119–123.
- QIAN W N, LI Z, LI R T, et al. Application value of seed-embedding at otopoints combined with serotonin receptor antagonist in tumor chemotherapy [J]. *West J Tradit Chin Med*, 2022, 35(3): 119–123. (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。