

1 例高血压性脑出血患者中西医结合护理报告

洪学娇

(北京市健宫医院 脑病科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例高血压性脑出血患者的临床观察。对脑出血患者在住院期间采取适当有效的中西医结合治疗及护理, 包括针灸、口服中药、中药塌渍及穴位贴敷等。经上述治疗与护理后, 患者偏瘫及言语不利症状缓解明显, 生活质量提高, 最终平安出院。

关键词: 高血压性脑出血患者; 中西医结合; 个案护理

A Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Hypertensive Intracerebral Hemorrhage

HONG Xuejiao

(Department of Encephalopathy, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical observation of a patient with hypertensive intracerebral hemorrhage. During hospitalization, the patient received appropriate and effective integrated traditional Chinese and Western medicine treatments and nursing interventions, including acupuncture, oral Chinese herbal medicine, herbal compression therapy, and acupoint application. Following these interventions, the patient showed significant improvement in hemiplegia and speech impairment, enhanced quality of life, and was eventually discharged safely.

KEY WORDS: hypertensive intracerebral hemorrhage; integrated traditional Chinese and Western medicine; case nursing

高血压性脑出血(hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH)是一种因长期高血压病导致脑底小动脉发生病理性变化所致的常见并发症,好发于中老年人群,具有较高的发病率及病死率^[1]。当前,临床治疗 HICH 仍然以手术为主。手术可有效清除血肿、降低颅内压,但是术后患者易出现较多的并发症^[2]。以往临床采用的常规护理模式较为单一且缺乏针对性,已难以满足患者的康复需求^[3]。

随着年龄的增长,高血压患病率逐渐增加,高血压性脑出血的发病率也相对较高^[4]。由于老年患者生理功能减退,对疼痛的敏感性降低,头痛、恶心等脑出血的常见症状不如年轻患者典型,且自我调节能力下降,脑出血后病情可能迅速恶化,短时间内即可出现脑疝等严重并发症^[5]。中西医结合作为一种综合性治疗方法,将中医传统理论与现代医学相结合,对于高血压性脑出血的治疗具有独特的优势。本个案报告旨在分享 1 例高血

压性脑出血患者的中西医结合护理经验,通过本案例分享,希望能为同行们提供有价值的参考,共同为患者的健康和康复贡献力量。

1 病例资料

1.1 时间表

患者女,68 岁,主因“右侧肢体不利、言语不清 11 d”于 2025 年 04 月 14 日 14:21 由门诊以“脑出血”收入院。患者 04 月 03 日晨起如厕,起身时突发头晕并跌倒,当时未摔伤头部,家属发现其右侧肢体无力、言语不清、情绪低落,自行于家中休息后未见缓解,当天就诊于房山区某医院,发现血压升高,完善头部 CT 提示“脑出血”,后转诊至北京某医院住院治疗,予“脱水、降低颅压”对症处理后症状好转,拟进一步行中西医结合康复治疗,于 04 月 14 日 14:21 分由门诊以“脑出血”收入我科,于 2025 年 04 月 29 日 12:00 病情好转出院。

1.2 患者信息

患者女,68岁,已婚育有一女,无吸烟、饮酒等不良嗜好,主诉右侧肢体不利、言语不清11 d。既往史:发现“高血压”10 d,最高血压165/100 mm Hg,予“硝苯地平控释片(拜新同)”降压;否认手术史,否认食物过敏史,否认药物过敏史。

1.3 体格检查

西医表述(视、触、叩、听):视诊:神志清楚,发育正常,营养中等,表情自然,面色如常,自主体位。按六级肌力记录法:左上肢近端肌力5级、远端肌力5级,肌张力正常,肌容积对称无萎缩;右上肢近端肌力1级、远端肌力3级,肌张力正常,肌容积对称无萎缩;左下肢近端肌力5级、远端肌力5级,肌张力正常,肌容积对称无萎缩;右下肢近端肌力4级、远端肌力4级,肌张力正常,肌容积对称无萎缩。触诊:气管居中,甲状腺无肿大,无皮下气肿,胸廓对称,腹部平坦。叩诊:胃泡鼓音区正常,肝浊音界正常,肝肾区无明显叩击痛,腹部叩诊鼓音,移动性浊音(-)。听诊:双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,未闻及胸膜摩擦音;肠鸣音4~5次/min。

中医表述(望、闻、问、切):望诊:神色自如,面色含蓄,精神疲乏,半身不遂(右侧肢体不利),动静姿态如常;舌暗淡,苔薄白。闻诊:语声清,言语不利,构音欠清,无异常气味。问诊:心烦意乱,食欲减退。切诊:脉弦滑。

1.4 诊断

中医诊断:出血性中风病;辨证分型:气虚血瘀证。辨病辨证依据:患者老年女性,年近七旬,劳累日久致脾胃肾虚,水液代谢失常,津液凝聚成痰;气虚血瘀,复感寒凉,气血逆乱,上犯于脑,清阳不升,脑失所养,血溢脉外,瘀阻脑窍则言语不利,气血不能濡养肢体则右侧肢体不利。舌暗淡、舌体胖、苔薄白,脉弦滑,俱为佐证。四诊合参,辨病为出血性中风病,辨证为气虚血瘀证。病位在脑,与心、肾、肝、脾密切相关;病性属虚实夹杂,本虚标实。

西医诊断:脑出血(左侧脑室);运动障碍(右侧肢体,脑出血后遗症);高血压病2级(极高危);后天获得性周围神经病。诊断方法:辅助检查:2025年04月03日房山区某医院头部CT示左侧脑室出血;2025年04月09日外院头部CT示左侧脑室出血较前吸收。定性诊断:结合患者症状及影像学检查,脑出血定位于左侧脑室;患者为老年

女性,有高血压病史(脑血管病高危因素),急性起病,符合出血性脑血管病的临床特点。

1.5 治疗干预

干预类型:给予脑病科一级护理。干预管理:西医:治疗上给予脱水降颅压、维持内循环稳定、改善运动障碍、降压、抑酸护胃、维持电解质平衡、营养神经、降脂及补钙等对症治疗。中医:中药汤药治以益气化痰为法,拟补阳还五汤合黄芪桂枝五物汤加减;口服中成药予安脑片2 g,3次/d,以开窍醒神;中医治疗予中药塌渍以活血通络,并行特殊手法针刺(阴中隐阳)及特殊穴位针刺(百会、四神聪、合谷、内关、曲池、血海、足三里、丰隆、承山、三阴交、太冲)。住院期间,患者通过以上治疗及护理,主诉言语不利及右侧肢体肌力有所改善,焦虑症状缓解,于2025年04月29日12:00病情好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

患者主因右侧肢体不利(右上肢近端肌力1级、远端肌力3级,右下肢肌力4级)。肌力分级标准:5级:正常肌力;4级:肢体能对抗阻力活动,但达不到正常肌力;3级:肢体能抬起,但不能抗阻力;2级:肢体能做水平移动,但不能抬起;1级:有肌肉收缩,但无肢体活动;0级:完全瘫痪。日常生活评定量表(ADL):总分100分,分级标准:0级:100分,不需要帮助;1级:61~99分,需一定帮助;2级:41~60分,需极大的帮助;3级:评分≤40分,完全需要帮助。患者实际评分40分,评估等级3级(完全需要帮助),表现为大部分日常生活活动不能完成或完全需人照料。

跌倒坠床评估量表总分为125分,风险分级具体如下:高风险:评分≥45分,需特别防护;中风险:25~44分,需标准防护;低风险:评分≤24分,需一般监护。患者实际评分为100分,风险等级为跌倒高风险,需要特别防护。

洼田饮水试验分5级,分级标准具体如下:1级:能顺利一次将水喝下;2级:分2次以上,能不呛咳地咽下;3级:能1次咽下,但有呛咳;4级:分2次以上咽下,有呛咳;5级:频繁咳嗽,不能全部咽下。患者测试结果为2级,可经口进食。

汉密尔顿焦虑量表测评总分56分,分级标准:总分≥30分,可能为严重焦虑;22~29分,肯定有明显焦虑;15~21分,肯定有焦虑;8~14分,可

能有焦虑;评分 ≤ 7 分,没有焦虑症状。患者实际评分为29分,属于“肯定有明显焦虑”。此外,患者存在食欲减退及便秘(3~5 d排便一次,大便干、质硬,排便费力)。

2.2 护理诊断

有跌倒风险与患者右侧肢体不利有关;焦虑与担心疾病预后有关;语言沟通障碍与言语不清有关;便秘与右侧肢体活动不利,活动减少有关。

2.3 护理计划

通过中西医结合治疗及护理,患者住院期间右侧肢体肌力改善,右上肢近端肌力3级、远端肌力4级,右下肢肌力4+级,肢体肌张力正常;言语不利及焦虑症状改善,排便正常,搀扶下可行走,血压平稳。

2.4 护理措施

2.4.1 有跌倒的风险

2.4.1.1 环境设备、药物管理及健康宣教

环境改造:地面保持干燥防滑(铺设防滑垫)、通道无障碍、卫生间安装扶手、床头设呼叫铃;夜间开启低照度地灯。辅助设备适配:提供助行器/拐杖并指导正确使用。

药物管理:筛查易致跌倒药物(如降压药、安眠药),动态监测血压及意识状态。

健康宣教:教授“起床三步法”;强调改变体位宜缓慢,避免登高取物;起夜时开灯,穿合脚防滑鞋(橡胶底、包跟),避免拖鞋;衣裤松紧适宜,防止绊倒。如厕、淋浴时使用洗澡椅,借助扶手保持平衡。

2.4.1.2 改善患者肢体肌力

西医治疗:给予脱水降颅压、补液维持内循环稳定、改善运动障碍、降压、抑酸护胃、维持电解质平衡、营养神经、降脂及补钙等对症治疗。

中医治疗及护理:中药汤药治以益气化痰为法,拟补阳还五汤合黄芪桂枝五物汤加减。口服中成药予安脑片2 g,3次/d,以开窍醒神;予特殊手法针刺(阴中隐阳)及特殊穴位针刺(百会、四神聪、合谷、内关、曲池、血海、足三里、丰隆、承山、三阴交、太冲)。中医治疗予中药塌渍以活血通络,拟方伸筋草20 g、鸡血藤30 g、当归20 g、赤芍30 g、醋乳香15 g、醋没药15 g、艾叶9 g、红花10 g、川芎20 g、威灵仙20 g、铁线透骨草20 g、牛膝20 g、桂枝10 g、苏木10 g及独活10 g,3付,1剂/d,1次/d,外用。全方共奏活血通经、祛风通络之效。中药塌渍操作方法:每次治疗前协助患者

取合适体位,暴露塌渍部位,下垫一次性垫单,必要时备屏风。用温水清洁患侧(右侧)肢体皮肤后待干,将熬制好的中药制剂倒入容器内,放微波炉加热至40~60℃(以皮肤耐受为准),将6~8层无菌纱布或棉毛巾浸入药液,充分浸透后拧至不滴水状态(湿度适中以防药液流淌),覆盖保鲜膜固定,再用微波照射加热,5~10 min密切观察患者皮肤反应,及时调整药物浓度和照射时间,确保治疗安全有效,20~30 min/次。塌渍完毕后取下敷布,擦干局部药液,取下一次性垫单,协助患者穿好衣裤,防止着凉。治疗1次/d,共治疗两周。

2.4.2 焦虑护理

患者入院后详细介绍病区环境,使其尽快熟悉及适应新环境,减少对陌生环境产生的焦虑心理。进行检查或治疗时,做好解释工作,避免产生不必要的顾虑,及时消除恐惧感。主动与患者交谈,了解其病情及思想变化,对出现的问题及时解决。向患者介绍治疗成功的病例,增强战胜疾病的信心,克服妨碍治疗的消极心理。依托中医优势,落实健康宣教,指导练习中医手指降压操。

2.4.3 语言沟通障碍

2.4.3.1 语言康复训练

①专业语言治疗:由康复科言语治疗师制定个性化方案,包括发音练习、口语表达,逐步恢复语言能力,同时应用言语治疗仪辅助治疗;②日常自主训练:鼓励患者描述日常生活。

2.4.3.2 沟通方式优化

①简化语言输入,使用短句、清晰词汇交流;②非语言沟通,支持利用肢体动作。

2.4.3.3 心理与情感支持

①减轻患者心理压力,避免催促表达,给予充足反应时间;②增强康复信心,家属积极陪伴鼓励,建立治疗信心。

2.4.4 便秘护理

2.4.4.1 饮食干预

增加膳食纤维,每日摄入蔬菜、水果、全谷物等;充足水分摄入,饮水1500~2000 mL/d,晨起空腹饮温水刺激肠蠕动;限制辛辣、油腻食物及精制米面。

2.4.4.2 行为习惯调整

予患者定时排便训练,固定餐后(尤早餐后)如厕,建立排便反射。

2.4.4.3 运动与物理疗法

协助患者行床上踝泵运动、腹部按摩(顺时针

环形按压,10 min/次)。

2.4.4.4 用药护理

遵医嘱给予乳果糖口服溶液口服,开塞露塞肛。

2.4.4.5 心理与环境支持

帮助患者减轻焦虑,提供私密排便环境。

2.4.4.6 中医护理技术

穴位贴敷:予大黄、威灵仙等组成的科室协定方神阙穴穴位贴敷,清热通便。将药物调成糊状,揉成药球,穴位选择神阙穴;采用酒精擦拭皮肤,将药球摊于穴位贴敷料内,贴紧穴位,并保留6 h。揭贴前涂抹甘油减少疼痛,贴后温水清洁皮肤,观察是否泛红、水疱;及时观察患者排便情况,如排便次数增加、排便形态改变,应及时停止应用。

2.5 护理评价

患者经以上治疗及护理,症状得到改善(详见表1),遵医嘱于2025年04月29日12:00病情好转出院。

表1 疗效评估

评估项目	治疗前	治疗后
右上肢近端肌力	1级	3级
右上肢远端肌力	3级	4级
右下肢近端肌力	4级	4+级
右下肢远端肌力	4级	4+级
ADL	卧床(40分)	搀扶下可行走(60分)
HAMA	29分	14分

3 结果与随访

在2025年04月14日至2025年04月29日住院期间,患者接受系统中西医结合治疗及护理,包括药物治疗、营养支持、身体功能监测,同时进行康复训练,涵盖中医特色护理技术与西医康复训练。04月29日出院时,患者右上肢近端肌力3级、远端肌力4级,右下肢肌力4+级,搀扶下可行走。05月05日视频电话随访中,患者症状明显改善,言语清晰流利,右上肢近端肌力4级、远端肌力4级,右下肢肌力5-级,肢体肌张力正常;可自行进食、室内行走,无需协助;情绪稳定,生活自理能力显著提升。

4 讨论

高血压是临床常见慢性疾病,老年群体发病率极高。高血压在影响老年患者身体健康的同时,常因日常血压波动引发一系列并发症,严重影响患者生活质量。特别是季节性发作率较高的心

脑血管疾病,一旦因高血压导致脑出血,致残率、致死率将显著提升^[6]。

中医认为,该病属于“中风”范畴,病因病机主要为肝阳亢盛、迫血妄行、络破血溢,为本虚标实之证,治疗原则为“急则治标,缓则治本”。从整体看,中医与西医保守治疗各具优势与不足,因此临床多建议采取中西医结合治疗^[7]。中医护理以整体观念和辨证施护为核心,在中医共性理论上结合患者个体特征,与西医护理协同发挥综合效能^[8]。常用中医护理技术包括针灸、中药内服、中药塌渍、穴位贴敷等:针灸可有效刺激受压神经,解除脑血管痉挛,促进局部血肿吸收;中药内服能调整机体阴阳平衡,实现痰瘀同治、调节营卫、攻补兼施;配合中药塌渍则可行气活血、舒筋通络、扶正祛邪^[9]。以往研究显示^[10],对患者实施中医护理不仅能提高治疗有效率,还可提升护理满意度。本报告分享中药塌渍、穴位贴敷等 in 高血压性脑出血患者中的中西医结合护理经验,通过细致观察、科学评估及综合性干预,全面提升患者康复水平。希望通过本案例为同行提供有价值的参考,共同为患者健康与康复贡献力量。

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] 殷骏,吴高远,钱洪波. 高血压性脑出血微创穿刺血肿清除术后生活质量多因素分析[J]. 中国动脉硬化杂志, 2020, 28(4): 333-338.
YIN J, WU G Y, QIAN H B. Multivariate analysis of quality of life in patients with hypertensive hemorrhage undergoing minimally invasive puncture hematoma evacuation[J]. Chin J Arterioscler, 2020, 28(4): 333-338. (in Chinese)
[2] 张卫峰,李锋,王明,等. 高血压性脑出血开颅术后呼吸机辅助呼吸病人需行气管切开的危险因素分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2023, 28(4): 252-254.
ZHANG W F, LI F, WANG M, et al. Risk factors for tracheotomy in patients with hypertensive cerebral hemorrhage undergoing ventilator-assisted breathing after craniotomy[J]. Chin J Clin Neurosurg, 2023, 28(4): 252-254. (in Chinese)
[3] 蒋凤林,吴强. 高血压病脑出血患者围手术期中加速术后护理效果的临床分析[J]. 结直肠肛门外

- 科, 2021, 27(S2): 126.
- JIANG F L, WU Q. Clinical analysis of nursing effect of hypertensive cerebral hemorrhage patients with accelerated postoperative perioperative period [J]. *J Colorectal Anal Surg*, 2021, 27(S2): 126. (in Chinese)
- [4] 肖成贤, 栗永生, 董滨, 等. 老年高血压性脑出血的治疗与预后研究进展[J]. *老年医学与保健*, 2022, 28(4): 942-945.
- XIAO C X, LI Y S, DONG B, et al. Progress in treatment and prognosis of hypertensive cerebral hemorrhage in the elderly [J]. *Geriatr Health Care*, 2022, 28(4): 942-945. (in Chinese)
- [5] 黎昌江, 陈方安, 洪娟, 等. miR-155 靶向 Nrf2/HO-1 通路对高糖作用下视网膜血管内皮细胞氧化应激损伤的影响[J]. *东南大学学报(医学版)*, 2021, 40(5): 666-674.
- LI C J, CHEN F A, HONG J, et al. Effects of miR-155 targeting Nrf2/HO-1 pathway on oxidative stress injury of retinal vascular endothelial cells induced by high glucose [J]. *J Southeast Univ Med Sci Ed*, 2021, 40(5): 666-674. (in Chinese)
- [6] 李娜, 谢乃思, 朱芳霞. 零缺陷护理模式应用于脑出血患者术后护理中对其神经康复与生活质量的影 响分析[J]. *黑龙江中医药*, 2021, 50(4): 304-305.
- LI N, XIE N S, ZHU F X. Analysis of the impact of zero-defect nursing model on neurological rehabilitation and quality of life in patients with cerebral hemorrhage after surgery [J]. *Heilongjiang J Tradit Chin Med*, 2021, 50(4): 304-305. (in Chinese)
- [7] 刘雪梅, 于晓红. 高血压脑出血患者经保守治疗过程中应用中医护理临床探讨[J]. *系统医学*, 2017, 2(23): 145-147.
- LIU X M, YU X H. Clinical study on TCM nursing in the patients with hypertensive intracerebral hemorrhage in the conservative treatment course [J]. *Syst Med*, 2017, 2(23): 145-147. (in Chinese)
- [8] 王艳秋. 中医护理在保守治疗高血压脑出血中的应用效果分析[J]. *内蒙古中医药*, 2017, 36(18): 153.
- WANG Y Q. Analysis of the application effect of traditional Chinese medicine nursing in conservative treatment of hypertensive cerebral hemorrhage [J]. *Nei Mongol J Tradit Chin Med*, 2017, 36(18): 153. (in Chinese)
- [9] 曹文璐. 高血压脑出血患者采用中医护理干预后并发症发生情况研究[J]. *中医临床研究*, 2017, 9(17): 77-78.
- CAO W L. Observation on nursing HICH complications by TCM nursing [J]. *Clin J Chin Med*, 2017, 9(17): 77-78. (in Chinese)
- [10] 王秦. 中医护理在保守治疗急诊高血压脑出血中的应用效果[J]. *内蒙古中医药*, 2017, 36(4): 175.
- WANG Q. Application effect of traditional Chinese medicine nursing in conservative treatment of emergency hypertensive cerebral hemorrhage [J]. *Nei Mongol J Tradit Chin Med*, 2017, 36(4): 175. (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。