

DOI: 10.12209/CAIM202604220004

· 中西医结合临床案例 ·

中药塌渍联合红外线改善 1 例高龄脑卒中偏瘫患者 肢体功能的护理体会

李雅坤, 陈彦超

(北京中医药大学房山医院 脑病科, 北京, 102400)

摘要: 本文总结 1 例 85 岁脑卒中后肢体偏瘫患者的护理经验。在常规治疗基础上, 采用中药塌渍联合红外线外治, 并针对性落实皮肤感觉评估与烫伤预防、阶梯式肢体康复训练、情志调护及延续性指导等中西医结合护理措施。干预 2 周后, 患者左侧肢体肌力由 3 级提升至 4 级, Barthel 指数由 50 分提高至 70 分, 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分由 23 分降至 13 分, 无护理并发症发生。该联合疗法能有效促进局部血液循环与神经功能恢复, 配合精准的护理风险管控, 可显著提升高龄偏瘫患者的康复质量, 且操作简便, 值得在临床实践中进一步探索和推广。

关键词: 脑卒中; 肢体偏瘫; 中药塌渍; 红外线治疗; 康复护理

Nursing Experience of Chinese Herbal Soaking Combined with Infrared Therapy in Improving Limb Function in an Elderly Stroke Patient with Hemiplegia: A Case Report

LI Yakun, CHEN Yanchao

(Department of Encephalopathy, Fangshan Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 102400)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of caring for an 85-year-old patient with post-stroke hemiplegia. On the basis of conventional treatment, a combined external therapeutic approach integrating Chinese herbal soaking with infrared radiation was employed, complemented by targeted integrated Chinese and Western medicine nursing interventions, including skin sensation assessment and burn prevention, staged limb rehabilitation training, emotional regulation, and continuity-of-care guidance. After two weeks of intervention, the muscle strength of the patient's left limb improved from grade 3 to grade 4, the Barthel Index score increased from 50 to 70, and the Hamilton Anxiety Scale (HAMA) score decreased from 23 to 13, with no nursing-related complications observed. This combined therapy can effectively promote local blood circulation and neurological function recovery. Combined with precise nursing risk management, it significantly enhances the rehabilitation quality of elderly hemiplegic patients. Moreover, the intervention is easy to perform and merits further exploration and promotion in clinical practice.

KEY WORDS: stroke; hemiplegia; Chinese herbal soaking; infrared therapy; rehabilitation nursing

脑卒中具有高发病率、高致残率特点, 约 80% 患者遗留肢体运动功能障碍, 严重影响生活质量^[1-2]。常规康复干预在促进精细运动、恢复正常运动模式等方面仍存在局限, 功能改善效果有限^[3]。因此, 优化康复护理方案、提升偏瘫患者肢体功能与自理能力尤为重要^[4]。近年中医药外治法在卒中康复中应用广泛, 其中中药塌渍可有效

减轻肢体功能障碍, 已被多项研究证实^[5]。中药塌渍历史悠久, 《五十二病方》最早记载该疗法, 《外科精义》提出其“通行表、发散邪气”的作用机制, 通过皮肤给药、经气传导, 沟通内外、贯穿上下, 调节机体机能^[6-7]。中药塌渍联合红外线治疗, 借助药物渗透与物理温热效应协同作用, 可促进患肢血液循环, 缓解肌痉挛, 改善神经功能, 具

收稿日期: 2026-04-22

OPEN ACCESS

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

有安全、有效且易操作的优势,在脑卒中后偏瘫康复中应用价值较高^[7]。本研究通过1例高龄卒中偏瘫病例,观察该联合疗法的护理效果,为临床提供实践依据。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男,85岁,于2026年02月19日09:35因“左侧肢体活动不利、言语不利1d”由门诊以“中风病、脑梗死、高血压3级”收入院。既往脑梗死病史12年,遗留左上肢轻度活动不利;高血压病史20余年,最高血压180/110 mmHg,未规律监测血压;焦虑抑郁状态10余年。入院前1d晨起出现左侧肢体无力、行走困难、言语不清及口角流涎,症状持续不缓解,门诊查头颅CT示多发腔隙性脑梗死、脑白质变性、脑萎缩。

1.2 查体

西医查体:神志清楚,精神弱,言语不利,反应略迟缓,记忆力、理解力、计算力及定向力下降;左上肢肌力3级、左下肢肌力3级,右侧肢体肌力基本正常;左侧指鼻试验、跟膝胫试验不稳准,左侧巴氏征阳性;美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分8分,改良Rankin量表(mRS)评分4分。辅助检查:头颅CT示多发腔隙性脑梗死、脑白质变性、脑萎缩;心电图示窦性心律,心率(HR)76次/min,偶发室性早搏,非特异性T波异常;快速血糖8.5 mmol/L。

中医查体:望诊:神志清楚,精神弱,体型消瘦,左侧鼻唇沟浅,伸舌左偏,舌暗红、舌下络脉迂曲,苔黄;闻诊:言语不利;问诊:纳差,寐欠安,偶有口苦;切诊:脉弦。

1.3 诊断

中医诊断:缺血性中风(风邪中经证、风火上扰证)。辨证依据:患者平素急躁易怒,气郁化火,阳亢化风,痹阻经络,发为中风;风火上扰清窍,故见头晕;肝经郁热则口苦;气滞血瘀,故舌暗脉弦。病位在脑,病性属标实,与肝相关。西医诊断:急性脑梗死,高血压病3级(极高危),焦虑状态。

1.4 治疗

入院后西医予改善脑循环、保护脑细胞、抗血小板聚集、调脂稳定斑块及控制血压等对症治疗;中医予左侧肢体中药塌渍联合红外线治疗,以温经通络、活血化瘀,并同步开展肢体及言语功能康复训练,同时给予患者饮食、情志及起居指导。干

预20d后,患者肢体功能、自理能力、神经功能及情绪均明显改善,于2026年03月09日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 肌力评估

参照Lovett肌力分级量表进行肌力测评^[8],本例患者入院时左侧上肢肌力3级,左侧下肢肌力3级。

2.1.2 日常生活能力评估

采用Barthel指数评分(范围0~100分)^[9],患者入院时日常生活能力评分为50分,属中度依赖,大部分日常活动需他人协助。

2.1.3 神经功能评估

美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)总分范围0~42分^[10],本例患者入院时NIHSS评分为8分,提示存在中度神经功能缺损;改良Rankin量表(mRS)等级范围0~5分^[11],患者入院时mRS评分为4分,提示存在重度残疾,日常生活需他人照料。

2.1.4 焦虑评估

汉密尔顿焦虑量表(HAMA)是常用的焦虑症状严重程度评估工具^[12],总分范围0~56分,本例患者HAMA评分为23分,提示可能存在明显焦虑。

2.1.5 感觉功能评估

采用棉签钝头及冷热水试管测试患侧肢体皮肤感觉,评估显示左侧肢体痛觉、温度觉敏感度较右侧下降,需警惕热疗过程中的烫伤风险。

2.1.6 语言功能评估

患者存在言语不利表现,沟通时表达困难,需借助手势辅助交流。

2.2 护理诊断

有受伤的风险:与左侧肢体肌力及协调功能下降(3级)、高龄(85岁)、服用降压药物及本体感觉减退有关。有皮肤完整性受损的危险:与中药塌渍药物直接接触、红外线热源照射及患肢温度觉感受能力减退有关。躯体活动障碍:与急性脑梗死导致左侧偏瘫、肌力减退有关,表现为行走困难、肢体抬举受限。自理缺陷:与患侧肢体活动受限、肌肉无力有关。知识缺乏:与患者及家属对急性脑梗死康复知识、用药注意事项及并发症预防知识不了解有关。

2.3 护理计划

短期目标(1~2周):患者肢体偏瘫症状稍有缓解,掌握中药塌渍联合红外线治疗的配合要点;

焦虑情绪减轻,血压、血糖控制稳定;肢体皮肤无破损,左侧肢体肌力提升至4级。长期目标(4周及以上):患者肢体偏瘫症状显著改善或消失,肢体活动能力明显提升,可辅助行走或独立行走;能独立完成部分日常生活动作,掌握居家康复及护理方法;心理状态平稳,无护理相关并发症。

2.4 护理措施

2.4.1 中药塌渍联合红外线治疗

治疗前准备:协助患者取舒适体位(仰卧或侧卧位),暴露患肢并保护隐私,调节室温至24~26℃。评估患肢皮肤无破损、皮疹或感染等异常后,使用0.9%氯化钠注射液棉球由内向外清洁局部皮肤,待干备用。检查红外线治疗仪性能完好,根据患者耐受程度调节功率(通常为250~300W),设定灯距30~40 cm。核对中药塌渍汤剂无误后,使用水温计测量药液温度,控制在38~43℃,以手背试温不烫为宜,严防烫伤。向患者解释治疗目的与配合要点。

中药塌渍方剂:苏木30 g、牛膝30 g、泽兰30 g、醋没药20 g、丝瓜络20 g、桂枝20 g、北刘寄奴30 g、木瓜30 g、醋延胡索30 g、醋乳香20 g及铁线透骨草30 g。汤剂煎制方法:将上述饮片加入清水2000 mL,浸泡30 min,武火煮沸后转文火煎煮20 min,过滤取汁约1500 mL,放凉至38~43℃备用。本方以活血化瘀、舒筋通络及补益肝肾为组方原则,诸药合用,共奏温经通络、消肿止痛及改善肢体循环之效,可缓解偏瘫患者肢体麻木、肿胀及活动不利等症状。

治疗中操作:将6~8层无菌纱布充分浸于38~43℃的中药汤剂中,取出后稍加拧挤至不滴药液,均匀敷于患者左侧偏瘫肢体(上肢覆盖肩髃、曲池、手三里、外关及合谷等穴位;下肢覆盖环跳、阳陵泉、足三里、丰隆及解溪等穴位),敷药范围超出病灶边缘2 cm。纱布外覆盖保鲜膜以保湿保温,防止药液外渗污染被服。随后将红外线治疗仪灯头对准塌渍部位,保持30~40 cm灯距,以患者感温热舒适、皮肤出现均匀潮红为度,切勿过近以免烫伤。照射时间20 min,1次/d,14 d为1个疗

程。全程密切观察患者反应,询问有无皮肤灼热、疼痛等不适,若患者感觉温度过高,及时调整灯距或功率;每10 min巡视1次,检查无菌纱布有无脱落、皮肤有无红肿。由于患者可能存在感觉迟钝,巡视时需用手掌小鱼际触摸敷料边缘裸露皮肤,直观感受皮温变化,防止热量蓄积导致低温烫伤,同时观察敷料边缘皮肤有无突发红疹、瘙痒。治疗中重点监测如下内容:①皮肤反应:观察有无红斑、水疱或瘙痒等异常,若患者感觉过热或皮肤潮红超过正常范围,及时调整灯距或暂停治疗;②药液温度:纱布温度低于体温时及时更换,维持温热效应;③全身反应:关注患者面色、汗出及心率等变化,若出现头晕、心慌或大汗等不适,立即停止治疗。因该患者入院时患侧皮肤感觉减退,治疗中将灯距固定为40 cm、功率控制在250W,每5 min手动测试纱布温度1次,确保安全,防止烫伤。

治疗后护理:清洁护理:治疗结束后关闭仪器,取下纱布及保鲜膜,待局部皮肤温度稍降后,用38~43℃温水湿毛巾轻柔擦拭患侧肢体残留药液,动作轻柔,严禁搓擦,再用清洁干毛巾擦干,保持皮肤清洁干燥。协助患者整理衣物及床单位,摆放良肢卧位,即患侧上肢肩下垫软枕,肘关节伸展,掌心向上;患侧下肢髋关节伸直,膝关节微屈,踝关节保持功能位。指导患者治疗后30 min内避免患侧肢体直接吹风受凉,可适度进行手指、足趾的主动或被动屈伸活动,促进药效吸收及气血运行;治疗后1 h鼓励饮用温开水200 mL,以助代谢。指导患者治疗后30 min内避免冷水刺激,交班时及次日晨间护理时,再次评估照射部位有无迟发性红斑或水疱。注意肢体保暖,利用治疗后肢体温热、肌肉放松的黄金窗口期,立即指导患者进行主动或被动康复训练(如Bobath握手抬举),借助肌肉痉挛缓解的时机扩大关节活动范围,为后续主动运动训练创造有利条件。

2.4.2 肢体康复护理

在中药塌渍联合红外线治疗基础上,根据患者病情恢复阶段,制定并实施个性化肢体阶梯式训练方案,具体内容详见表1。

表1 阶梯式训练方案

阶段	时间	训练内容	频率	注意事项
急性期	入院第1~3天	肢体被动运动(肩、肘、腕、髋、膝、踝关节屈伸、旋转)	2次/d, 20 min/次	动作轻柔,避免暴力牵拉
恢复早期	入院第4~7天	辅助主动运动(Bobath握手抬举、床上桥式运动)	2次/d, 25 min/次	专人陪护,监测血压
恢复中期	入院第8~14天	主动运动(抬手、抬腿、抓握物品)、坐位平衡训练	2次/d, 30 min/次	逐渐增加阻力
恢复后期	入院第2周后	站立训练、步态训练(平行杠内行走、助行器辅助)	1~2次/d, 15~20 min/次	防跌倒,保持地面干燥防滑

2.4.3 语言沟通障碍护理

沟通时放缓语速,耐心倾听,指导患者使用手势或写字板辅助表达。从单音节发音训练开始,逐步过渡到短句、日常对话训练,2~3次/d。

2.4.4 焦虑情绪护理

每日进行心理疏导,指导患者进行深呼吸放松训练;鼓励家属多陪伴,缓解患者焦虑情绪。

2.4.5 安全与并发症预防

跌倒预防:保持地面干燥,病床加床栏;误吸预防:取坐位/半卧位缓慢进食,必要时调整饮食为糊状,密切观察进食情况;压疮预防:定时翻身,使用气垫床,保持皮肤清洁干燥;血栓预防:协助患者进行下肢被动/主动活动,必要时使用弹力袜,观察下肢有无肿胀、疼痛。

2.4.6 营养与健康宣教

指导患者少量多餐,给予高蛋白、易消化饮食,每周监测体重。向患者及家属讲解脑梗死疾病知识、用药注意事项及康复训练要点,指导家属协助患者训练,强调需长期坚持康复。

2.5 护理评价

患者经2周中药塌渍联合红外线治疗及系统化护理后,各项评估指标均较入院时显著改善,护理目标全部达成,具体评价详见表2。

表2 疗效评估

评估指标	入院时(02月19日)	出院时(03月09日)
Lovett肌力	3级/3级	4级/4级
(左上/左下)		
Barthel	50分(中度依赖)	70分(轻度依赖)
NIHSS	8分(中度缺损)	4分(轻度缺损)
mRS	4分(重度残疾)	2分(轻度残疾)
HAMA	23分(明显焦虑)	13分(可能焦虑)
并发症情况	患侧皮肤感觉减退	无烫伤、压疮、感染、血栓
疾病认知	不了解康复要点	掌握居家康复及用药知识

3 结果与随访

患者经过20 d系统治疗后,肢体功能、自理能力、神经缺损症状及焦虑情绪均明显改善,无并发症发生,具备自我管理能力,顺利出院。出院后给予个性化居家康复指导,包括肢体训练、安全防护、用药指导及复诊计划。出院1周电话随访,患者可基本自理,能自主进食、室内行走,恢复状态良好。

4 讨论

脑卒中属中医“中风”“偏枯”范畴,病机以正气不足、气滞血瘀及风火痰瘀痹阻脑络为主^[13]。

卒中后偏瘫多因经络不通、气血瘀滞所致,需采取综合康复干预措施^[14]。中药塌渍通过经皮给药,发挥活血化瘀、舒筋通络之效;红外线利用温热效应扩张血管、促进循环、加速药物吸收,二者协同增效,可有效改善肢体麻木、肌力下降等症状^[15]。高龄、感觉减退是护理重点,全程精细化温度管控、皮肤评估及巡视测温是预防烫伤的关键。治疗后借助温热窗口期及时开展康复训练,可提升关节活动度,提高康复效率。本病例采用中西医结合模式,将中医外治、阶梯康复、情志护理及风险控制融为一体,有效促进患者功能恢复,提升生活质量。本研究为单个案,样本量小、观察周期短,结论外推存在局限性;中药方剂为个体化辨证用药,红外线治疗参数尚无统一标准。未来可开展大样本随机对照研究,延长随访时间,进一步验证该方案的有效性与安全性。综上所述,中药塌渍联合红外线治疗配合系统化中西医护理,可显著改善高龄脑卒中偏瘫患者肢体功能、日常生活能力与情绪状态,安全性高,操作简便,具有较高临床推广价值。核心护理经验为以感觉评估为基础的精细化温度管控、塌渍后即时康复训练、阶梯式训练与中医外治协同实施,可实现更优康复效果。

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] 王身芳,林宇煌,王身林,等. 中医康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能及生活质量的影响[J]. 护理学杂志, 2024, 39(14): 88-90.
Wang S F, Lin Y H, Wang S L, et al. Effects of Traditional Chinese Medicine rehabilitation nursing on limb function and quality of life of post-stroke hemiplegic patients[J]. J Nurs Sci, 2024, 39(14): 88-90. (in Chinese)
[2] Zhao Y, Hua X, Ren X W, et al. Increasing burden of stroke in China: a systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, mortality, and case fatality [J]. Int J Stroke, 2023, 18(3): 259-267.
[3] 王利锋. 镜像疗法联合常规康复治疗脑卒中偏瘫的临床效果研究[J]. 当代医药论丛, 2026, 24(1): 86-89.
Wang L F. Clinical Effect Study of Mirror Therapy Combined with Conventional Rehabilitation Treatment for Hemiplegia after Stroke[J]. Contemp Med Symp, 2026, 24(1): 86-89. (in Chinese)

- [4] 赵艳艳, 陈俭慰, 叶向红. 强化康复护理改善脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复的效果[J]. 实用医技杂志, 2021, 28(8): 1055-1057.
Zhao Y Y, Chen J W, Ye X H. Strengthening rehabilitation care to improve the recovery of limb functions in patients with cerebral infarction and hemiplegia [J]. J Pract Med Tech, 2021, 28(8): 1055-1057. (in Chinese)
- [5] 曾宪敏, 陈婷婷, 胡兰. 醒脑开窍针法配合中药塌渍治疗早期缺血性脑卒中患者上肢功能障碍的临床研究[J]. 四川中医, 2022, 40(10): 201-204.
Zeng X M, Chen T T, Hu L. Clinical study on treating upper limb dysfunction in patients with early ischemic stroke by Xingnao Kaiqiao Ac-upuncture method and Chinese herbs collapse [J]. J Sichuan Tradit Chin Med, 2022, 40(10): 201-204. (in Chinese)
- [6] 丁毅, 吕培文. 中药塌渍一号药液治疗糖尿病足的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 22(12): 944-945.
Ding Y, Lv P W. Clinical observation on the treatment of diabetic foot with Chinese medicine Tanzhan No. 1 liquid medicine [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2002, 22(12): 944-945. (in Chinese)
- [7] 谢海娟, 姚菊峰. 中药塌渍疗法在临床应用中的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2021(12): 90-92.
Xie H J, Yao J F. Research progress in clinical application of traditional Chinese medicine collapse therapy [J]. Chin Manip Rehabil Med, 2021(12): 90-92. (in Chinese)
- [8] 安丹蕾, 季宇宣, 张瀚之, 等. 下肢康复训练机器人联合等速肌力训练对老年脑卒中偏瘫患者神经功能、步行能力、Lovett肌力分级及平衡能力的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2024, 23(4): 377-381.
An D Q, Ji Y X, Zhang H Z, et al. Effects of lower limb rehabilitation training robot with isokinetic muscle strength training on nerve function, walking ability, Lovett muscle strength classification and balancing ability in elderly stroke patients with hemiplegia [J]. J Clin Exp Med, 2024, 23(4): 377-381. (in Chinese)
- [9] 刘茜. 经络针刺联合常规康复训练对中风患者上肢FMA评分及Barthel指数的影响分析[J]. 中国医药指南, 2025, 23(36): 158-160.
Liu Q. Analysis of the effect of meridian acupuncture combined with conventional rehabilitation training on upper limb FMA score and barthel index in stroke patients [J]. Guide China Med, 2025, 23(36): 158-160. (in Chinese)
- [10] 董恺, 张倩, 黄晓钦, 等. 培养神经内科医师NIHSS评分量表使用能力的探讨[J]. 医学教育管理, 2017, 3(S1): 82-83.
Dong K, Zhang Q, Huang X Q, et al. Discussion on cultivating the ability of using NIHSS rating scale for neurologists [J]. Med Educ Manag, 2017, 3(S1): 82-83. (in Chinese)
- [11] 孙冲, 徐迪荣, 李碧磊. 改良Rankin量表在急性大面积脑梗死长期生存的预后价值[J]. 医学研究杂志, 2012, 41(12): 179-182.
Sun C, Xu D R, Li B L. Prognostic value of modified rankin scale in the long-term survival in acute massive cerebral infarction [J]. J Med Res, 2012, 41(12): 179-182. (in Chinese)
- [12] 李婷, 顾玲, 孙善斌. 通督调任针刺联合五音疗法治疗心脾两虚型失眠的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(8): 1937-1942.
Li T, Gu L, Sun S B. Clinical observation of tongdu tiaoren acupuncture method combined with five-element music therapy for insomnia of heart-spleen deficiency type [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2025, 42(8): 1937-1942. (in Chinese)
- [13] 喻腾云, 吴艳华, 孙寒静, 等. 缺血性脑卒中中医病因病机的层次关系[J]. 吉林中医药, 2016, 36(4): 328-331.
Yu T Y, Wu Y H, Sun H J, et al. Hierarchical relationships of etiology and pathogenesis of ischemic stroke [J]. Jilin J Tradit Chin Med, 2016, 36(4): 328-331. (in Chinese)
- [14] 鞠上, 高瑜, 杨博华, 等. 中医外科塌渍法的历史源流及现实意义[J]. 北京中医药, 2016, 35(10): 931-933.
Ju S, Gao Y, Yang B H, et al. Historical origin and practical significance of soaking method in traditional Chinese medicine surgery [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2016, 35(10): 931-933. (in Chinese)
- [15] 丁华丽, 张小盼, 赵凰宏, 等. 中药塌渍治疗联合正念减压在中青年脑卒中肢体功能障碍患者中的应用[J]. 吉林医药学院学报, 2026, 47(1): 35-39.
Ding H L, Zhang X P, Zhao H H, et al. Application effect of Chinese medicine paste combined with mindfulness-based stress reduction in middle-aged and young stroke patients with limb dysfunction [J]. J Jilin Med Coll, 2026, 47(1): 35-39. (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。