

DOI: 10. 12209/CAIM202310130018

· 中西医结合临床案例 ·

中西医结合治疗 1 例急性脑梗死患者的护理报告

孙晓慧

(北京中医药大学房山医院 重症医学科, 北京, 102400)

摘要: 本文总结 1 例急性脑梗死患者的中西医结合护理体会。根据患者临床表现制订相应的护理方案, 严密观察患者病情变化, 尤其是精神状态, 进行必要的个体化中医护理, 如五行音乐疗法等, 促进了患者的康复。

关键词: 急性脑梗死; 情志护理; 中西医结合护理

Nursing report on a patient with acute cerebral infarction treated with integrated traditional Chinese and Western medicine

SUN Xiaohui

(Intensive Care Medicine Department, Fangshan Hospital of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 102400)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for a patient with acute cerebral infarction. Based on the patient's clinical manifestations, corresponding nursing plans were developed, changes in the patient's condition were closely observed, especially the mental state, and necessary individualized Chinese and Western medicine nursing was provided, such as the five elements music therapy, which promoted the patient recovery.

KEY WORDS: Acute cerebral infarction; emotional nursing; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

急性脑梗死又名缺血性卒中, 是各种原因所致的脑内血管阻塞引起局部血液中断, 从而导致局部脑组织的区域血液供应障碍。随着全球人口的老齡化, 急性脑梗死发病率逐年递增, 每年至少有 500 万人死于脑卒中, 至少有 1500 万人患非致死性脑卒中, 患者的病死率约为 10%, 致残率在 50% 以上, 且再发率在 40% 以上^[1]。急性型脑梗死在中医学中属于“中风”范畴, 中医在治疗中风方面已积累几百年的经验, 疗效卓著。气虚是中风发病的主要基础, 因过食厚味肥甘、过度饮酒、过度吸烟、恼怒忧郁等引起人体阴阳不调、气血逆乱, 再遇恼怒等诱因, 风痰瘀火阻络, 气机上逆, 致使脑脉阻滞, 经络失养而筋肉、舌本运转失调, 发为中风^[2]。急性脑梗死是一种严重危及中老年患者生命安全的临床常见病和危重病。中西医结合护理是基于中医理论与临床实践, 已被证实安全而有效的护理方式, 近几十年来在中国得到了重

视和发展。本文总结 1 例急性脑梗死患者的中西医结合护理体会, 现报道如下。

1 临床病历资料

患者, 男性, 87 岁, 于 5 月 4 日中午 13 时灌肠后解大便过程中突然出现左侧肢体活动不利, 伴口角流涎, 意识淡漠, 持续约 20 分钟后症状略有改善。收入病房时左侧肢体活动不利, 躁动不安, 胡言乱语, 对答不切题, 时有腰骶部疼痛, 腹部胀满, 保留导尿, 大便 5 日未行。患者家属另诉: 患者 3 天外过程中不慎摔伤头部、腰骶部, 摔伤后于家中卧床 3 天, 未行进一步检查及处理。

既往史: 冠心病病史 20 余年, 一般活动轻度受限, 目前口服硫酸氢氯吡格雷片 75 mg qd, 阿托伐他汀钙片 10 mg qn; 前列腺增生病史 10 余年, 目前服用非那雄胺片 5 mg qd, 盐酸坦索罗辛缓释胶囊 0.2 mg qn; 神经衰弱病史 10 余年, 平素睡前

收稿日期: 2023-10-13

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

口服地西泮 1 片;高血压病 3 年余,最高达 200/103 mm Hg,目前服用酒石酸美托洛尔片 12.5 mg bid,未监测血压;颈动脉狭窄 3 年余;双眼青光眼病史 3 年余;反流性食管炎病史半年余。

查体:望:神清,精神弱,双侧瞳孔不等大,左侧瞳孔直径约 5 mm,右侧瞳孔约 3 mm,对光反射迟钝。躁动不安,言语错乱,体型消瘦,左侧肢体活动不利,伸舌查体不配合。双上肢散在瘀紫。闻:口臭,未闻及肠鸣音。问:三天前摔伤卧床,大便 5 日未行。切诊:脉弦数。

神经系统查体:左上肢肌张力增高,肌力查体不配合,双侧巴氏征阳性。辅助检查:血结果显示钠氯低,电解质紊乱。CT:①多发性脑梗塞;②左侧第 3~7 前肋,左侧第 12 后肋陈旧性骨折;③ T12 椎体骨折,右侧坐骨骨折;④结肠粪石及积气;⑤直结肠管扩张伴积气积液。

中西医诊断如下,中医诊断:缺血性中风,中经络,风火上扰证;西医诊断:急性脑梗死。

治疗上,中医方面辨证为“风火上扰证”,治疗以“平肝熄风”为原则。中药汤剂予天麻钩藤饮加减,患者兼有血瘀,静点注射用血栓通活血化瘀通脉。结合中医典籍《侍疾要语》中的护理要点,在疾病护理,饮食护理,情志护理等方面缓解患者的症状。西医方面,予硫酸氢氯吡格雷片抗血小板,阿托伐他汀降脂稳斑,酒石酸美托洛尔控制心室率,先后予注射用头孢噻肟钠、哌拉西林钠舒巴坦钠抗感染,那屈肝素钙注射液抗凝,肌苷注射液营养心肌,劳拉西泮片镇静安神,纠正电解质紊乱及肠内营养支持、调节肠道菌群等治疗。经上述治疗后,患者不适症状较入院时改善,病情稳定,于 5 月 18 日办理出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 意识状态的评估

采用格拉斯哥(Glasgow)评分表评估,包括睁眼反射,语言反射、动作反射,三个方面评估患者的意识,总分相加,分数越高,患者意识状态越差。该患者的 Glasgow 评分为 12 分。

2.1.2 跌倒坠床风险评估

采用 Morse 跌倒危险因素评估量表,包括近 3 个月跌倒史、医生诊断、是否使用辅助用具、是否接受药物治疗、步态/移动、认知状态,各项得分相加,总分>45 分为跌倒高风险患者。该患者经评

估得分为 65 分,为跌倒高风险患者。

2.1.3 疼痛评估

采用面部表情评估法,是通过脸谱评估疼痛程度,脸谱从笑脸到非常疼痛的哭脸,代表不同的疼痛等级。0 分为无痛;1~3 分为轻度头痛(睡眠不受影响);4~6 分为中度疼痛(睡眠受到影响);7~10 分为重度疼痛(严重影响睡眠)。该患者疼痛评分为 8 分,为重度疼痛,严重影响睡眠。

2.1.4 压力性损伤风险评估

采用 Braden 压力性损伤表,包括感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养获取能力、摩擦力和剪切力。各项得分相加,19~23 分为无风险;轻度风险:15~18 分;中度风险:13~14 分;高度风险:≤12 分;极度风险:≤9 分。该患者得分为 13 分,为压力性损伤中度风险的患者,注意加强翻身。

2.1.5 神经系统评估

左上肢肌力 5 级,肌张力增高,左下肢肌力 4 级,肌张力正常,双侧巴氏征阴性,该患者可自主活动,但是不能下床活动。

2.1.6 日常生活能力评定

采用自理指数量表评估,包括进食、修饰、洗澡、穿衣、大小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯等,各条目得分相加,分数越高,自理能力越强。该患者生活能力评定得分是 0 分,无自主生活的能力。

2.2 护理诊断

根据患者的病情及中医辨证护理评估,护理诊断结果如下:①意识障碍:与脑梗塞疾病有关;②躯体移动障碍:与骨折、脑梗塞疾病有关;③跌倒坠床的风险:与患者躁动不安有关;④疼痛:与骨折、急性胃粘膜病变有关;⑤有压力性损伤的风险。

2.3 护理计划

根据患者存在的护理问题,制定以下护理计划:①常规护理:病情观察、疼痛护理、西药用药护理、出院指导等方面,提高患者疾病相关知识,增强战胜疾病的信心。②中医护理:用药护理、情志护理等方面内容,调节患者的情绪障碍,提高患者的应对能力和生活自理能力。

2.4 护理措施

2.4.1 密切观察病情

患者入院时躁动不安,胡言乱语,血压高,需密切观察患者的神志及生命体征,尤其是患者的

神志与血压变化情况。脑梗死患者在发病 48 小时以内可能会出现症状的进一步加重,是否出现原有的神经功能缺损症状进行性加重,或者出现新的神经系统功能缺损的症状,如在患者在疾病的发展过程中出现了生命体征,体温、脉搏、呼吸、血压,甚至血氧饱和度等发生了相关的变化的时候,患者可能同时合并了脑干的病变,发生了延髓的病变,如果患者在疾病的发展过程中出现了共济的问题,这个时候很可能合并了小脑的病变^[3]。中药典籍《侍疾要语》中提到“没在夜间侍奉者,非特夜不能解衣,且亦不可暂时交睫,方能静听声息,知今宵较昨宵是曾是减,或亲命使睡,只可虚掩帐子,危坐帐中,闻声即起”^[4]。责任护士严密观察患者的病情变化以及生命体征,总体情况稳定。

2.4.2 情志护理

情志护理尤为关键,由于脑梗死起病急骤,加之半身不遂等症状使生活自理困难,患者往往缺乏信心,从而产生焦虑、躁动不安,紧张、抑郁和其他心理障碍,从中医角度可归为肝郁或肝阳上亢之证,在于患者沟通时应以快乐缓解压抑,并理解患者的心境变化^[5]。护士可以使用语言开导法,通过言语解除或缓解病人的担忧顾虑,增强其治疗疾病的信心。护士对患者说明其所患疾病的轻重及危害,以引起病人的关注,使其正确看待自身疾病,并争取获得病人的配合,告知病人护理过程中的具体操作,消除病人恐惧紧张的心理。

五行音乐疗法是一种中医特色情志调畅干预措施。现代医学研究证实,五行音乐疗法的角音律动会对人体脑波、心搏、胃肠功能、肾上腺素等产生某些作用,从而使情绪放松,降低抑郁程度,减轻患者自觉症状,且可增强大脑活动,促进肾上腺素入血,以增强胃肠蠕动,改善消化腺分泌,促进慢性胃炎康复^[6,7]。当解除了病人心中的疑虑担忧,病人心情放松则气机通畅,气血和调,机体便可不药而愈。

2.4.3 预防跌倒坠床

患者躁动不安,欲下床,专人专护,遵医嘱夜间予以泵入盐酸右美托咪定镇静治疗。加放床档保护,及保护性约束,约束带松紧度适宜,定时松绑。患者住院期间未发生跌倒坠床。

2.4.4 疼痛护理

患者患有右侧坐骨支、耻骨支骨折、胸 12 椎体骨折,自诉腰骶部疼痛,遵医嘱予以肌注盐酸哌

替啶 50 mg 及洛索洛芬凝胶膏药外敷止痛治疗。同时患者患有急性胃粘膜病变,肠道菌群失调,自诉下腹压痛,遵医嘱予以灌肠通便,结合中医手指点穴,取穴上、中、下脘,关元、气海,以缓解疼痛。责任护士及时采用面部疼痛评估表,评估患者的疼痛情况,并予以针对性的缓解疼痛的护理措施,使用止痛药物后需及时复评疼痛情况,腹部中药膏膜以缓解便秘。患者在出院时疼痛及便秘的症状得到有效缓解。

2.4.5 预防压性损伤的护理

患者存在身体多处骨折,同时由于疾病导致的肢体活动不利,患者存在压力性损伤的风险。护理人员定时给予患者翻身,改变体位,按摩受压部位皮肤,配合应用气垫床,患者型体消瘦,骨隆突处使用软垫等措施,预防压力性损伤的发生。患者住院期间未发生压力性损伤。

2.4.6 用药护理

患者在刚住院时出现了躁动不安,遵医嘱夜间予以泵入盐酸右美托咪定镇静。本例患者为脑梗死,剂量过大过快易使脑梗死意识障碍加重,甚至出现呼吸抑制,在用药过程中要严格监测血压,心率,防止心源性休克^[8]。天麻钩藤饮加减方中多种药物活性成分具有抗血小板凝聚、抗血栓、减轻脑细胞损伤、神经保护、改善血管内皮功能、稳定颈动脉斑块等作用进而发挥改善脑梗死患者神经功能缺损症状、促进神经功能恢复,改善疾病预后。但是天麻钩藤饮加减方服用不当,也可能出现头晕、头痛、腹泻、腹痛等症状,患者在服用中药时护理人员需注意观察。

2.4.7 出院指导

向患者及家属讲解药物的服药方法,不得自行随意增减药量或停药,避免影响病情恢复。患者要遵医嘱定期复查,血常规、血生化、肝功能,凝血功能等,若有异常及时就医。每天定时监测血压,并做好记录。养成良好的生活方式,饮食避免高油、高糖、高脂和刺激辛辣食物,保持情绪稳定,在避免劳累的情况下做一些康复运动,来分散注意力。

2.5 护理评价

经过 14 天的治疗与护理,患者日常生活能力评定在 40 分;压力性损伤风险评分上升为 18 分;跌倒坠床风险评分为 50 分;左上肢肌力 5 级,肌张力增高;左下肢肌力 4 级,肌张力正常;双侧巴氏征阴性。舌质淡暗有瘀点,乏津,苔薄黄,脉沉细

无力。情志护理后可有效调节自我情绪,躁动不安得以缓解,可正常交流,能够床上自主排便,轮椅上活动,遵医嘱活动,患者病情好转出院。

3 结果与随访

患者在中西医治疗与护理后,症状好转,情绪良好,病情稳定,予以出院后健康教育。出院后3天、7天、14天电话随访,患者出院后病情稳定,患者满意度高。

4 讨论

急性脑梗死又名缺血性脑中风,是指一组由不同病因引起的急性脑血管循环障碍痉挛、闭塞或破裂性疾病的总称,以发病急骤、持续性超过、局灶性神经功能缺损症候为临床特征。在本案例中,针对患者的辨证施治结果,实施了重要的用药护理,疼痛护理,情志护理。患者平素性情急躁易怒,疏机不利,气郁化火,日久伤阴,阴不敛阳,阳亢化风,风阳上扰,痹阻经脉,气血运行不畅,气滞血瘀,故症见左侧肢活动不利,言语错乱。肝旺则急躁易怒,脉弦数均为风火上扰之象。情志护理是以改善患者不良情绪为出发点,利用中医辨证方法及护理人员的语言、态度、表情、行为等,对患者情绪进行干预,调动出患者的最佳心理状态,促进患者健康恢复的中医护理方法。利用《灵枢·师传》中“以情胜情”法,了解影响患者的情绪因素,加强与患者沟通,解除患者的焦虑紧张情绪,患者气血运行通畅,不治而愈。同时利用中医五行音乐疗法,五音与五脏、情志活动相互联系,古人采用“角、徵、宫、商、羽”五种调式的乐曲用于调畅情志,平衡机体阴阳,使情绪放松,降低烦躁不安程度,减轻患者自觉症状,且可增强大脑活动,气机通畅,气血和调,同样不药而愈^[9]。因此使用以情胜情法和五行音乐疗法进行情志护理,缓解病人的担忧顾虑,增强其治疗疾病的信心。

综上所述,针对急性脑梗死的患者,应当予以规范诊治,根据病情及临床表现制订相应的治疗和护理方案,严密细致观察患者病情变化,尤其是精神状态,进行必要个体化中西医护理,促进患者康复。

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] 彭筱宁,单中人,矫非桐. 脑梗死偏瘫患者全程护理的研究进展[J]. 吉林医药学院学报, 2023, 44(2): 147-149.
PENG X N, SHAN Z R, JIAO F T. Research progress in whole course nursing care of patients with cerebral infarction and hemiplegia [J]. J Jilin Med Univ, 2023, 44(2): 147-149. (in Chinese)
- [2] 闫立华,寇新慧,滕钰,等. 中西医结合治疗脑梗死的临床效果观察[J]. 现代养生, 2023, 23(11): 838-841.
YAN L H, KOU X H, TENG Y, et al. Clinical observation on treatment of cerebral infarction with combination of traditional Chinese and western medicine [J]. Health Prot Promot, 2023, 23(11): 838-841. (in Chinese)
- [3] 李影,王苏丽,姚茹. 急诊护理路径用于中西医结合治疗脑梗死患者预后影响分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(6): 158-162.
LI Y, WANG S L, YAO R. Effect of emergency nursing pathway on prognosis of patients with cerebral infarction treated with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med, 2023, 25(6): 158-162. (in Chinese)
- [4] 傅维康. 现存最早中医护理学专著:《侍疾要语》[J]. 中华医史杂志, 1999(3): 139-140.
FU W K. Shi Ji Yao Yu, the earliest extant monograph on TCM Nursery [J]. China J Med Hist, 1999(3): 139-140. (in Chinese)
- [5] 张华. 右美托咪定在急性脑梗死血管内介入治疗围术期的应用及护理[J]. 全科护理, 2019, 17(30): 3795-3796.
ZHANG H. Perioperative application and nursing care of dexmedetomidine in intravascular interventional therapy for acute cerebral infarction [J]. Chin Gen Pract Nurs, 2019, 17(30): 3795-3796. (in Chinese)
- [6] 赵中秋,梁君昭,唐显群. 中医五音治疗郁病研究进展[J]. 陕西中医, 2020, 41(3): 406-408.
ZHAO Z Q, LIANG J Z, TANG X Q. Research progress on treatment of depression with five tones of traditional Chinese medicine [J]. Shaanxi J Tradit Chin Med, 2020, 41(3): 406-408. (in Chinese)
- [7] 屈群芳,谭玉婷,吴传芳,等. 中医五行音乐疗法改善抑郁情绪研究现状[J]. 西部中医药, 2020, 33(1): 155-158.
QU Q F, TAN Y T, WU C F, et al. Research status of TCM five elements musical therapy improving de-

- pression [J]. *West J Tradit Chin Med*, 2020, 33(1): 155-158. (in Chinese)
- [8] 徐红园, 任红敏, 刘文艳. 中医康复理疗联合心理干预对脑梗死康复期患者康复效果的影响[J]. *中国疗养医学*, 2023, 32(3): 281-285.
- XU H Y, REN H M, LIU W Y. Effect of TCM rehabilitation physiotherapy combined with psychological intervention on rehabilitation of cerebral infarction patients[J]. *Chin J Conval Med*, 2023, 32(3): 281-285. (in Chinese)
- [9] 朴鲜琼, 王旭东. 中医五行音乐疗法在临床的应用进展[J]. *中医临床研究*, 2014, 6(15): 147-148.
- PIAO X Q, WANG X D. Progress on music therapy of TCM five elements in clinical application [J]. *Clin J Chin Med*, 2014, 6(15): 147-148. (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。