

1 例脑出血合并肺部感染患者的中西医结合康复护理

史陈红

(北京市健宫医院 脑病科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例脑出血合并肺部感染患者的中西医结合康复护理经验。患者住院期间出现肺部感染, 在完善基本情况、日常生活活动能力、吞咽功能、肌力功能等护理评估的基础上, 实施中西医结合护理, 从语言功能、便秘、情志、睡眠、并发症等方面提升康复护理质量。中西医结合护理干预有助于确保治疗效果, 促进神经功能和运动功能康复, 提升患者生活质量。

关键词: 脑出血; 中西医结合护理; 康复护理; 肺部感染

Integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation nursing of a patient with cerebral hemorrhage complicated by pulmonary infection

SHI Chenhong

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

ABSTRACT: This article summarized the integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation nursing measures for a patient with cerebral hemorrhage complicated by pulmonary infection. The patient had developed the pulmonary infection during hospitalization. Based on the comprehensive nursing assessment on patient's illness condition, activity of daily living, swallowing function and muscle function, integrative rehabilitation nursing measures including recovery of language, prevention of constipation, emotion care, improvement of sleep quality and prevention of post-stroke complications were carried out. Integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation nursing is effective to ensure the therapeutic effect and improve the neurological and motor function rehabilitation after cerebral hemorrhage.

KEY WORDS: cerebral hemorrhage; integrated traditional Chinese and western medicine nursing; rehabilitation nursing; pulmonary infection

脑出血指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血, 属中医“中风病”范畴, 其发病原因与高血压、高血脂、血管畸形及颅内肿瘤等因素有关, 发病率占全部脑卒中的 10%~40%, 病死率及致残率高, 严重影响患者的生活质量及生存期^[1]。若干预不及时, 可能会遗留不同程度的后遗症, 严重影响患者生存质量。脑出血患者还面临诸多严重并发症的风险, 其中最常见的是肺部感染。脑出血患者由于长期卧床、神经功能损伤和免疫功能低下等原因, 易出现肺部感染, 并且肺部感染对患者的康复和生存具有重要影响^[2-4], 临床上脑出血患者的康复效果与护理质量密切相关, 目前西医常规护理措施具有单一性、普遍性的特点, 仅采用

常规护理效果并不理想。而中医护理历史悠久、经验丰富, 随着中医护理在临床上的不断研究与应用, 发现中医特色护理在改善患者神经功能、运动功能及生活能力方面具有显著的效果^[5-6]。本文总结 1 例脑出血合并肺部感染患者的中西医结合康复护理经验, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 65 岁, 主诉: 左侧肢体活动不利伴语笨 3 天。患者于入院前 3 天无明显诱因晨起时发现左侧肢体活动不利, 表现为左上肢抬举费力, 左手精细动作完成差, 左下肢行走不能, 伴语笨,

表现为讲话舌僵,但可理解他人言语。伴头痛,以咳嗽时明显,头晕,饮水呛咳,嘴角歪斜。头部CT提示右侧基底节区脑出血,多发腔隙性脑梗死,于2024年5月23日于本院就诊,门诊以“脑出血”收入科室。患者吸烟30年,平均每天20支,饮酒20年。既往史:发现血压升高3年,最高148/80 mm Hg,未服用降压药物;分别于2017年及2019年脑梗死遗留左侧肢体活动不利,高脂血症多年;视物模糊多年。否认手术史。

1.2 体格检查

西医视、触、叩、听:①视:神志清楚,言语不利,构音欠清,营养良好,表情疲惫,无病容,红润,自主体位。②触:颈部气管居中,甲状腺无肿大、腹部平坦。③叩:肝肾无明显叩击痛,胸部胸骨无叩痛,腹部叩诊鼓音,移动性浊音阴性(-)。④听:肠鸣音正常,4~5次/min,双肺叩诊呈清音。

中医望、闻、问、切:①望:面色少华,舌暗红,苔薄白,精神尚可,形体正常,疲惫姿态。②闻:语声清,无异常气味。③问:左侧肢体活动不利伴语笨,头晕,头痛。④切:脉弦滑。

辅助检查:钠(Na)133.3 mmol/L,钾(K)3.34 mmol/L,白细胞(WBC), $10.02 \times 10^9/L$,头部CT:右侧基底节区脑出血,大小约为4.3 cm×3.3 cm×3.7 cm,多发腔隙性脑梗死。

1.3 诊断

西医诊断:脑出血(右侧基底节区),脑梗死后遗症,高血压病1级(高危),高脂血症,反流性食管炎。定性诊断:患者老年男性,既往多年高血压、高脂血症、吸烟、饮酒等脑血管高危因素明确,此次急性起病,表现为局灶性神经损伤的定位体征,考虑动脉硬化导致的缺血性脑血管病。头部CT明确诊断故定性诊断为脑出血。

中医诊断:出血性中风,辨证:肝阳上亢证。患者老年男性,年过六旬,失于调养,损及肝肾之阴,阴虚无以制阳,肝阳上亢,迫血妄行,上扰清窍,下阻筋脉。舌暗红,苔薄白,脉弦滑。俱是佐证,四诊合参,辨病为出血性中风病,故辨证为肝阳上亢。

1.4 治疗干预

西医治疗:给予脑病科护理常规,I级护理,低盐、低脂饮食,绝对卧床;苯磺酸氨氯地平片降压;阿托伐他汀钙片降脂稳定斑块;枸橼酸钾颗粒补钾;甘露醇注射液、甘油果糖氯化钠注射液脱水降颅压;葡萄糖氯化钠注射液补液;佐匹克隆改善

睡眠,乳果糖口服液通便。给予患者康复训练,改善肢体活动情况、言语功能。

中医治疗:中药汤药治疗原则以平肝熄风为法,以天麻钩藤饮加减,共7付,水煎服,浓煎100 mL/袋,早晚饭后半小时服用。汤药组方:天麻9 g、川牛膝12 g、钩藤12 g、石决明18 g、栀子9 g、杜仲9 g、黄芩9 g、益母草9 g、桑寄生9 g、首乌藤9 g、茯神9 g、酒大黄12 g、竹茹30 g。针刺:风池、风府、百会、后溪、合谷、太冲、悬钟、足三里、中渚、丘墟,每次针灸时间约20 min,1次/d。

5月24日血常规提示感染指标异常,结合当前临床表现有咳嗽咳痰,给予加用哌拉西林他唑巴坦抗炎治疗,盐酸氨溴索分散片止咳、化痰。6月1日血常规提示感染指标较前升高,给予停用哌拉西林钠他唑巴坦钠,改为头孢哌酮钠舒巴坦钠抗感染治疗,加强护理。6月7日复查血常规正常,咳嗽咳痰好转,CT提示出血面积较前缩小,语笨及左侧肢体活动情况较入院时好转,左侧肢体肌力(5-)级,右侧肢体肌力5级,双侧肢体肌张力基本正常。患者经治疗后病情较前好转,于2024年6月7日转至其他医院继续康复治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 基本信息评估:生命体征:体温(T)36.4℃,脉搏(P)69次/min,呼吸(R)18次/min,血压151/98 mm Hg。疼痛数字评分(VAS):头痛1分。神志清楚,言语不利,构音欠清,双侧瞳孔等大等圆,直径约3 mm,对光反射灵敏,咳嗽咳痰,二便困难,体质量无变化。舌暗红,苔薄白,脉弦滑。

2.1.2 日常生活能力评估:根据日常生活能力Barthel指数评定量表评估患者10项基本生活活动中的能力,包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯。0级(100分):不需要帮助,1级(61~99分):需要一定帮助,2级(41~60分):需极大的帮助,3级(≤40分完全需要帮助),本例患者Barthel指数评分为60分。

2.1.3 吞咽功能评估:根据洼田饮水试验评定表分级标准为1—5级,1级:5 s内能顺利将30 mL水一次饮下,无呛咳。2级:5 s内能顺利将30 mL水分两次饮下,无呛咳。3级:>5 s将30 mL水一次饮下,但有呛咳。4级:>5 s将30 mL水分两次以上咽下,但有呛咳。5级:频繁呛咳,>5 s不能

将 30 mL 水全部咽下。本例患者为 2 级。

2.1.4 肌力功能评估:根据手动肌力测试(MMT):分级标准分为 0—5 级,根据肌肉收缩力和关节活动情况评定:0 级:肌肉无收缩活动。1 级:轻微收缩,但不引起关节活动。2 级:轻重力下,肌肉收缩引起关节水平活动。3 级:自身重力下,关节做全方位活动,但不能抵抗阻力。4 级:能抵抗部分阻力,全方位运动。5 级:充分抵抗阻力和重力运动。本例患者左上肢近端肌力 3 级、远端肌力 2 级,左下肢肢体肌力 3 级,右侧肢体肌力 5 级,双侧肢体肌张力基本正常。

2.2 护理诊断

护理诊断内容:①大脑灌注异常:与脑出血后颅内压增高有关。②疼痛:与脑出血后头部疼痛有关。③生活自理能力缺陷:与脑出血、肢体活动障碍有关。④语言沟通障碍:与脑出血有关。⑤便秘:与脑出血患者突然卧床,胃肠蠕动减少有关。⑥睡眠紊乱:与脑出血后导致的焦虑,改变生活环境有关。⑦潜在并发症:再出血风险、低钾血症、肺部感染、脑疝等。

2.3 护理计划

严密监测患者生命体征,密切关注患者神志、瞳孔反射、吞咽功能、肢体活动情况;患者肢体功能恢复,肌力恢复至 5 级;大便恢复正常;指导患者正确地面对疾病,树立战胜疾病的信心;疼痛减轻;恢复良好的睡眠;血钾恢复正常;预防并发症。合并中医疗法改善脑部供血,促进神经功能恢复,进行饮食调理,给予清淡易消化、高蛋白、高维生素饮食,给予患者康复指导,提高生活质量。

2.4 护理实施

2.4.1 一般护理:指导患者戒烟戒酒,避免影响血压增高的因素,密切监测患者血压变化,遵医嘱给予心电监护使用,每小时测量 1 次,血压平稳后改为每日监测 2 次。每日评估体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、语言功能、肢体肌力、进食情况、二便、皮肤、抽搐、烦躁、头痛、呕吐、睡眠;双下肢有无水肿,有无静脉炎发生,有无并发症发生。遵医嘱给予患者应用脱水降颅压药物,防止药物外渗。嘱患者绝对卧床休息,床头抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,以促进脑部静脉回流,减轻脑水肿。每日室内开窗通风 2 次,每次 30 min,调整室内适宜温湿度。给予患者吸氧,保持呼吸道通畅。加用床档防止坠床,保持皮肤清洁。

2.4.2 疼痛护理:评估患者疼痛部位、性质及程度,多与患者沟通,耐心解释,告知患者可能诱发

或加重头痛的因素,如情绪紧张、用力等,保持患者安静、舒适、光线柔和。指导患者减轻头痛的方法,如缓慢深呼吸,听轻音乐,冷热敷、理疗及按摩等。指导患者遵医嘱正确用药。

2.4.3 康复护理:协助康复医师进行良肢位摆放,加强观察并予以纠正,指导并协助患者进行肢体功能锻炼,如伸屈、抬肢等被动运动,注意患肢保暖防寒。取仰卧位时,瘫痪侧上肢垫高超过肩部,肘略弯曲,腕和手指轻度伸展,手握纱布卷,膝下放一小枕,腿外侧放沙袋以防腿外展、外旋,足底防止足底板以防足下垂和外翻。被动体位时,按照关节活动范围进行被动运动,由健侧到患侧,由大关节到小关节循序渐进。日常生活训练对患者进行包括吃饭、穿衣、洗漱、如厕等。穴位按摩:患者取平卧位,用拇指或中指在相应的穴位处进行持续、柔和、有力地按压,按压数秒后放松,然后再继续按压,以患者局部有酸胀感为宜,1 次/d,每个穴位 3 ~ 5 min,患侧上肢取穴:极泉、尺泽、肩髃、合谷等;患侧下肢取穴:委中、阳陵泉、足三里等。

2.4.4 语言功能训练:训练有关发音肌肉,先做简单的张口、伸舌、露齿、鼓腮等动作,再进行软腭提高训练,再做舌部训练,还有唇部训练,指导患者反复进行抿嘴、噘嘴、叩齿等动作,采用吞咽障碍电刺激配合训练。对家属进行健康宣教,共同参与言语康复训练。穴位按摩:患者取坐位,用大拇指、食指、或中指的指腹来按揉穴位,1 次/d,每个穴位 3 ~ 5 分钟。取穴:廉泉、哑门、承浆、通里等穴,以促进语言功能恢复。

2.4.5 便秘护理:遵医嘱给予患者通便药物对症治疗。嘱患者避免用力排便,教育患者或家属用双手沿脐周顺时针按摩,每次 20 ~ 30 min,每日 2 ~ 3 次,促进肠蠕动。穴位贴敷:选用威灵仙、火麻仁、黄芪、枳实、当归、大黄、芒硝,将药物加工成散剂,用水或甘油及蜂蜜调和制成软膏,摊于纱布上,铜钱大小,贴敷于选定穴位上,取穴:神阙穴,位于肚脐中央,每日贴敷 1 次,每次 6 ~ 8 h,以促进排便。

2.4.6 情志护理:针对患者的情绪状态进行干预,调节其阴阳喜怒,尽可能多地对患者进行陪护,并鼓励患者家属多与患者交流,共同为患者提供情感支持。

2.4.7 睡眠紊乱护理:遵医嘱应用镇静药物,营造良好的睡眠环境,保持病房安静,光线暗有助于睡眠,舒缓患者心理压力,进行心理疏导,放松训练。

穴位贴敷:选用茯苓、首乌藤、丹参、柏子仁、合欢皮、珍珠母、远志、石菖蒲、女贞子、炒酸枣仁、地黄、冰片、川芎,把药物碾碎,用生姜汁和蜂蜜和成药团,将药团放入特制的胶布内,将带有药团的胶布贴敷于选定穴位上,取穴:双侧神门穴,位于腕前区,腕掌侧远端横纹的尺侧端,屈肌腱的桡侧凹陷处,每晚1次,每次6~8 h,以改善睡眠。

2.4.8 并发症护理:①再出血风险:脑出血患者72小时之内很容易伴发再出血,急性期保证患者绝对卧床,避免再出血。②低血钾症:遵医嘱给予患者枸橼酸钾补钾对症治疗,嘱患者多吃富含钾的蔬菜和水果,如橘子、香蕉、紫甘蓝、南瓜等。③肺部感染:遵医嘱给予患者抗生素类药物治疗,加强营养,指导患者有效咳痰,指导患者可以通过饮食调理,选择清淡易消化的食物,如蛋羹,鸡蛋汤等,

避免刺激性食物,以免刺激气道,加重咳嗽咳痰,配合医生针灸辅助治疗。④脑疝:加强病情观察,如患者出现剧烈头痛、呕吐、烦躁、血压升高、一侧瞳孔散大、意识障碍加重等脑疝的先兆表现,立即报告医生。

2.5 护理评价

患者住院期间经过治疗和护理,语笨及左侧肢体活动情况较入院时好转;神志清楚,言语不利,构音欠清;血压可控制在正常范围内,无头痛症状;左侧肢体肌力恢复至(5-)级,右侧肢体肌力5级;Barthel指数评分达到75分;大便恢复正常,可每日1次;睡眠改善,情绪稳定;钾(K)5.18 mmol/L正常;肺部感染得到有效控制,无进一步加重;无脑疝发生。见表1。

表1 相关指标变化

日期	头部CT	化验结果	肌力
5月24日	右侧基底节区脑出血大小约为4.3 cm×3.3 cm×3.7 cm	钾(K) 3.34 mmol/L 偏低 钠(Na) 133.3 mmol/L 偏低 白细胞(WBC) 10.02×10 ⁹ /L 偏高	左上肢近端肌力3级、远端肌力2级,左下肢肌力3级,右侧肢体肌力5级
6月1日	右侧基底节区脑出血大小约为3.2 cm×3.5 cm×2.6 cm	钾(K)5.18 mmol/L 正常 白细胞(WBC)14.30×10 ⁹ /L 偏高	左侧肢体肌力4级,右侧肢体肌力5级
6月3日	右侧基底节区脑出血大小约为3.2 cm×2.3 cm×2.7 cm	钠(Na)134.1 mmol/L 偏低	左侧肢体肌力5-级,右侧肢体肌力5级
6月7日	同前	白细胞(WBC) 6.97×10 ⁹ /L 正常	左侧肢体肌力5-级,右侧肢体肌力5级

3 结果与随访

转院后对患者进行随访,询问患者可按时服药,血压控制良好,已戒烟戒酒,坚持康复训练,语言较之前清晰,无并发症发生,患者情绪良好,对预后表示满意。再次给予患者用药指导、生活指导以及饮食指导,嘱患者定期复诊。

4 讨论

脑出血致病机制十分复杂,与多种基础性疾病存在关联,患者发病后可出现头晕、头痛、肢体乏力、四肢麻木、视力障碍、失语等症状,还会引起诸多并发症和后遗症,会对患者身心健康造成巨大威胁^[7]。常规西医护理包括健康教育、生命体征监测、药物干预、康复训练及生活护理,能提高患者的配合度,充分发挥药物的功效及保证康复训练的规范性,因此有利于改善病情。而中医护理主要是根据中医辨证施以护理措施,更强调环境、情志等对患者的影响^[8]。早期应用中医中药康复治疗可提升临床疗效、减少颅内血肿量、缩小

脑水肿面积、改善临床症状、提高日常生活能力及降低相关并发症的发生^[9]。穴位按摩能够根据经络脏腑理论,按摩相关穴位,促进神经功能、运动功能的恢复^[10]。中药疗法能调节体质状况,起到补益精气、活血化瘀之功效,进而推动康复进程。针灸穴位刺激能通过有效刺激对应的穴位,加速血运,进而加快肢体功能恢复,增强护理效果。中西医结合治疗能够达到相互弥补作用,通过运用中医药理论,能够通过辨病和辨证的结合,能够提高生活质量,降低病残率和死亡率^[11]。因此中医护理和西医护理各有其效,将中西医护理进行结合,有助于取其长补其短,从而优势互补,提升效果。

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] 鲁婵婵,陈宝瑾,舒适,等. 中医药治疗脑出血研究进展[J]. 河南中医, 2023, 43(9): 1445-1452.

- LU C C, CHEN B J, SHU S, et al. Research progress in the treatment of intracerebral hemorrhage with TCM [J]. *Henan Tradit Chin Med*, 2023, 43 (9): 1445–1452. (in Chinese)
- [2] 刘永霞. 护理干预对重症监护室脑出血患者肺部感染率并发症发生率及病死率的影响[J]. *基层医学论坛*, 2018, 22(21): 2942–2943.
- LIU Y X. Effect of nursing intervention on the incidence of complications and mortality of pulmonary infection rate in patients with cerebral hemorrhage in intensive care unit[J]. *Med Forum*, 2018, 22(21): 2942–2943. (in Chinese)
- [3] 黄樱菲, 江其影, 林春燕, 等. 脑出血重症ICU治疗患者合并肺部感染危险因素分析[J]. *岭南急诊医学杂志*, 2021, 26(6): 653–654.
- HAUNG Y F, JIANG Q Y, LIN C Y, et al. Risk factors analysis of pulmonary infection in patients with severe cerebral hemorrhage treated in ICU [J]. *Lingnan J Emerg Med*, 2021, 26(6): 653–654. (in Chinese)
- [4] 罗先强. ICU脑出血患者肺部感染的影响因素分析[J]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 2020, 8(6): 34.
- LUO X Q. Analysis of the impact of pulmonary infection in ICU patients with cerebral hemorrhage [J]. *J Integr Trad Chin West Med Cardiovasc Dis (Electronic Edition)*, 2020, 8(6): 34. (in Chinese)
- [5] 王丽梅, 杨海红, 袁怡婷, 等. 高血压脑出血并发偏瘫患者的综合康复护理干预[J]. *实用临床医药杂志*, 2018, 22(6): 5–8, 12.
- WANG L M, YANG H H, YUAN Y T, et al. Comprehensive rehabilitation nursing intervention in patients with hypertensive cerebral hemorrhage complicated by hemiplegia[J]. *J Clin Med Pract*, 2018, 22(6): 5–8, 12. (in Chinese)
- [6] 段春芝, 柯慧. 早期介入针刺结合现代康复护理用于脑出血术后临床疗效观察[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019, 21(10): 204–207.
- DUAN C Z, KE H. Clinical effects of interventional acupuncture combined with modern rehabilitation nursing on postoperative cerebral hemorrhage at early stage [J]. *J Liaoning Univ Tradit Chin Med*, 2019, 21(10): 204–207. (in Chinese)
- [7] 殷立夫. 中西医结合综合方案治疗脑出血后脑积水临床观察[J]. *光明中医*, 2022, 37(1): 134–136.
- YIN L F. Clinical observation on treatment of hydrocephalus after cerebral hemorrhage with comprehensive scheme of integrated traditional Chinese and western medicine [J]. *Guangming J Chin Med*, 2022, 37(1): 134–136. (in Chinese)
- [8] 邱建英. 中西医结合护理在脑出血患者中的应用[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2020, 18(22): 123–124.
- QIU J Y. The application of integrated traditional Chinese and western medicine nursing in patients with cerebral hemorrhage [J]. *Chin Med Mod Distance Educ China*, 2020, 18(22): 123–124. (in Chinese)
- [9] 马莹, 张冬梅, 崔雅斌, 等. 自发性脑出血中西医结合治疗研究进展[J]. *吉林中医药*, 2023, 43(2): 245–248.
- MA Y, ZHANG D M, CUI Y B, et al. Research progress in the treatment of spontaneous cerebral hemorrhage with Chinese and western medicine [J]. *Jilin J Chin Med*, 2023, 43(2): 245–248. (in Chinese)
- [10] 罗卫, 刘晓燕, 胡珍渊, 等. 中西医结合治疗高血压性脑出血术后认知功能障碍临床观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2013, 22(16): 1749–1750.
- LUO W, LIU X Y, HU Z Y, et al. Clinical observation of postoperative cognitive impairment in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage treated with integrated traditional Chinese and Western medicine [J]. *Modern J Integr Tradit Chin Western Med*, 2013, 22(16): 1749–1750. (in Chinese)
- [11] 张丽杰. 脑出血的中西医结合治疗现状与进展[J]. *实用临床护理学电子杂志*, 2018, 3(45): 198.
- ZHANG L J. Present situation and progress of treatment of cerebral hemorrhage with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. *Electron J Pract Clin Nurs Sci*, 2018, 3(45): 198. (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。