

DOI: 10.12209/CAIM202406260013

· 中西医结合临床案例 ·

1 例顽固性呃逆合并上消化道出血 患者的中西医结合护理体会

李 英

(天津市第一中心医院, 天津, 300384)

摘要: 本文总结 1 例顽固性呃逆合并上消化道出血患者的中西医结合护理体会。通过给予患者穴位注射、针灸、刮痧、按摩、饮食、情志护理、康复指导等中西医结合护理措施, 患者呃逆症状减轻, 病情逐步好转, 护理效果良好。

关键词: 呃逆; 上消化道出血; 中西医结合护理; 针灸

Integrated traditional Chinese and Western medicine nursing of a patient with intractable hiccup complicated with upper digestive tract bleeding

LI Ying

(Tianjin First Central Hospital, Tianjin, 300384)

ABSTRACT: This paper summarized the integrated traditional Chinese and Western medicine nursing management of a patient with intractable hiccup complicated with upper digestive tract bleeding. A comprehensive and individualized nursing plan was formed through the combination of traditional Chinese and Western medicine nursing methods, such as acupoint injection, acupuncture, diet, emotional nursing, rehabilitation exercise and guidance. The integrated traditional Chinese and Western medicine nursing interventions are effective to improve the quality of life and recovery of patients.

KEY WORDS: hiccup; upper gastrointestinal bleeding; nursing of integrated Chinese and western medicine; acupuncture

顽固性呃逆一般是由迷走神经、膈神经或其分支受刺激引发, 症状持续时间超过 48 h^[1]。上消化道出血时, 可对胃、十二指肠上分布的神经纤维产生直接刺激, 引发迷走神经功能亢进而出现呃逆^[2]。顽固性呃逆会严重影响患者饮食、呼吸、睡眠, 降低生活质量^[3], 严重时与上消化道出血相互作用, 将迅速恶化病情。本文回顾 1 例顽固性呃逆合并上消化道出血患者的临床资料, 在基础治疗上给予中西医结合护理, 并探讨一套全面、个体化的中西医结合护理方案, 现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 84 岁, 主因“呕吐咖啡样物质 2 天”入院, 患者 2 天前无明显诱因出现呕吐咖啡样物

质, 量约 200 mL, 无发热及黑便, 于医院急诊就诊, 诊断“消化道出血、肺炎”, 给予抑酸护胃、止血、抗炎等治疗。患者由于高龄病情较重, 为求进一步系统治疗于 2024 年 4 月 26 日由医院急诊收入本科室病区。入院时症见: 留置胃管, 未呕吐, 持续伴随呃逆症状, 偶有咳嗽咳痰, 睡眠质量差, 大便 2~3 天行 1 次, 神志清晰, 声音低微, 舌质黯, 舌苔白, 脉象沉。患者平素身体状况较差, 既往陈旧性脑梗死病史 4 年, 未遗留后遗症。患者否认手术史、外伤、输血史, 否认食物、药物过敏史。有吸烟史 50 年, 每天 20 支, 现已戒烟 8 年, 否认饮酒史。

1.2 查体

体温(T) 36.0℃, 脉搏(P) 86 次/min, 呼吸(R) 22 次/min, 血压(BP) 100/65 mm Hg, 身高 174 cm,

收稿日期: 2024-06-26

OPEN ACCESS

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

提质量 68 kg。患者意识清楚,精神差,言语正常,形体中等,双肺呼吸音粗。

1.3 诊断及治疗

实验室检查:查白细胞计数 $10.64 \times 10^9/L$,红细胞计数 $3.61 \times 10^{12}/L$,淋巴细胞计数 $0.87 \times 10^9/L$,降钙素原 1.38 ng/mL ,血浆 D-二聚体 2.45 mg/L ,C 反应蛋白 52.83 pg/mL ,BNP 1592 pg/mL 。

中医诊断:呃逆,吐血,咳嗽咳痰,中医辨证分型:胃气上逆,脾不统血证,外感邪气。西医诊断:上消化道出血,肺炎,陈旧性脑梗死,食管裂孔疝,膀胱多发结石。

入院后遵医嘱给予内科护理常规,一级护理,禁食水,氧气吸入,心电监护,持续胃肠减压,严格记录出入量。遵医嘱给与患者中医治疗,温中健脾,养血止血。中医给予盐酸甲氧氯普安穴位注射,每日针灸,对人中、承浆、内关、后溪等穴位;对两侧眶上神经进行指压治疗。经综合治疗、护理 4 d 后,呃逆终止。西医治疗以抑酸护胃、止血补液、抗炎、止咳化痰、提高免疫力等治疗,每日 3 次采用凝血酶散和铝碳酸镁咀嚼片胃管注入,每 12 小时静脉泵入生长抑素和艾司奥美拉唑液体,每 8 小时输注哌拉西林钠他唑巴坦钠,每日静脉输注益气复脉、复方氨基酸注射液(14AA-SF)、中长链脂肪乳等营养治疗。消化系统类药物如甲氧氯普胺及质子泵抑制剂类药物联用来控制呃逆,可见其作用效果肯定^[4],每日静脉注射氯丙嗪 25 mg ,连续治疗 3 d。

2 护理

2.1 护理评估

患者神志清,精神差,主诉乏力,呃逆症状持续存在,严重影响患者睡眠质量,乏力症状评估(RPE 评估量表^[5])20 分,乏力症状严重,跌倒/坠床风险评估(Morse 评分表) ≥ 46 分,属于跌倒高风险;压疮风险评估(Braden 评估量表)13 分,属于压疮中风险;脱管评分 10 分,有脱管风险存在;自理能力风险评估(Barthel 指数)30 分,属于重度依赖类型;老年综合评估:简易智能精神状态评估(MMSE)15 分,衰弱评估(FRSAl 量表)3 分,简易营养状态评估(MNA)7 分,睡眠质量评估(AIS)19 分。

2.2 护理诊断

根据患者症状提出以下诊断:①呃逆:与胃气上逆、饮食不当、情志不遂和正气亏虚有关。②咳

嗽咳痰:与肺、脾、肾等脏器功能失调有关。③睡眠形态紊乱:与气血失和、肝火旺盛、心神不宁、脾虚微弱有关。④活动无耐力:与脾胃虚损有关。⑤有管路滑脱的风险:与防脱管意识薄弱有关。⑥有坠床、皮肤完整性受损的风险:与长期卧床、营养不良有关。

2.3 护理措施

2.3.1 呃逆护理:患者出现呃逆时,检查患者上腹部,确定周围性呃逆还是中枢性呃逆,若有胃胀气可通过鼻胃管抽空胃内容物,可压迫眶上神经刺激迷走神经或采用通过屏气使血液中的动脉血二氧化碳分压升高,麻醉膈肌的原理来制止呃逆^[6]。让患者通过交谈或者听音乐分散注意力,同时严密观察患者的生命体征、瞳孔、意识、情绪和呃逆发作的频率、次数、持续时间和间断时间以及发作诱因,经口呼吸状况等,如有变化及时报告医生,并防止因呃逆频繁而使患者呼吸突然停止。

2.3.2 饮食护理:呃逆持续时间过久可使患者体能消耗严重,甚至因膈肌扑动而导致生物电紊乱,引起电解质失衡,做好患者饮食教育,使患者及家属理解并愿意遵循饮食计划;注意调节饮食种类、少量多餐,给予易消化流质饮食、避免生冷、刺激性食物;进食前暂停非紧急的治疗护理工作,避免进入胃内的空气过多而自口腔溢出;鼻饲时应先确定胃管是否在胃内,注意温度,缓慢注入,严防发生呛咳引起误吸,若呃逆顽固无法缓解,应暂停鼻饲。

2.3.3 情志护理:情绪的紧张会引发呃逆并会加重其症状,心理因素如焦虑及压力、吸烟、饮酒均可诱发顽固性呃逆的发作或复发^[7]。因此对于消化道出血但状态清醒的患者,当出现顽固性呃逆并且治疗效果不佳时应当给予必要的心理护理。

中医理论认为情志与脏腑功能密切相关,情志不畅往往会导致气机失调,影响疾病的治疗和康复。因此,情志护理的首要任务是帮助患者保持情绪稳定,避免情绪波动过大。护理人员可通过发泄疏导法,向患者解释疾病相关知识,并告知疾病和情绪之间的关系,使患者自觉参与主题讨论,纾解消极情绪;还可通过暗示疗法,将治疗成功的病例告知患者,并提供暗示与鼓励,使患者树立乐观的态度,摆脱负性情绪的干扰,增强应对疾病的能力;或通过以情胜情法,鼓励患者通过观看搞笑电影、喜剧小品等忘却悲伤与痛苦,建立生活信心,勇于面对疾病带来的挑战。另外,还可采用五音疗法,指导患者倾听一些著名的音乐,陶冶患者

的性情与情操,使其提振生活信心,加快病情康复。

在整个住院治疗过程中,为患者营造一个舒适、安静的环境,避免外界刺激,消除环境因素及治疗、疾病引起的恐惧。保持病房内整洁、清洁;保持室内温度均衡,可根据气温的改变调节室内的温度,满足患者的身体和身心的需要;为患者翻身操作过程中应注意保暖,避免患者受凉而引起呃逆;减少情志刺激,保持心情舒畅,消化道出血恢复期患者情绪易激动,保持环境安静,严格限制探视,避免各种刺激,进行各项护理操作时如翻身、鼻饲等均需动作轻柔,以免加重出血或者因患者身体紧张无法调整呼吸而导致呃逆;患者睡眠时及时关闭日光灯减少光线刺激。此外,护士语言柔和恰当,操作娴熟,对稳定患者情绪也有促进作用。

2.3.4 中医特色护理:该患者采取盐酸甲氧氯普胺穴位注射,对双侧足三里消毒后,采取肌肉注射方式,注入盐酸甲氧氯普胺 10 mg,完成注射操作后,使用干棉球按压 1 min,保持 2 次/d,直至呃逆停止。氯丙嗪肌肉注射,同时配合按压合谷穴、足三里、眶上神经等,针灸采取患者双侧内关、天突穴等穴位进行施针,针刺 1 寸,使用插捻的方式进行施针,保持留针时间约为 20 min,需行针 4 次。在用药过程中注意观察药物的不良反应,如氯丙嗪易引起体位性低血压、盐酸甲氧氯普胺易引起昏睡等,按压穴位及针灸时应准确找准压痛点,选穴正确,确保效果等。

经辨证采用中医适宜技术辅助治疗,以疏肝解郁理气、和胃健脾、降逆止呃。经过 3 次虎符铜砭刮痧治疗,开四穴,即大椎、大杼、膏肓、神堂穴鼓动阳气;刮拭背部肺腧穴、双侧三焦经、心包经、胆经,行气活血、调节气机、行气降逆。

刮痧辅助治疗间歇期给与按摩疗法,按掐内关穴,先左后右,指端点按中府、云门、期门、章门各 30 下,按揉合谷穴、足三里、内关穴、丰隆穴各 1 min;勾揉天突穴 1 min,“一指禅”推法推肝俞、肺俞穴各 2 min。

2.3.5 康复护理:中医认为耳朵与脏腑经络的关系密切,经常锻炼双耳,对局部按摩拉引刺激,可促进血液淋巴循环和组织间的代谢,调理人体各部及脏腑机能,起到强健身体、延年益寿作用。①拨鼓膜(震耳):双手掌先搓热,用两掌心捂住耳朵,手掌与耳朵完全封闭,然后两掌突然松开,重复 20 次。该法有增强听力、醒脑通窍的功效,有

助防治头晕、耳鸣、脑鸣等疾患。②揉搓耳廓(扫耳廓):用手掌心分别捂住同侧耳廓,做前后搓擦,向前搓时耳廓反过来盖住耳孔,做 50 次。向耳后推摩这动作配合吸气,沿耳后往回拉摩时配合呼气,以利疏通经络,调和气血,聪耳防聋。③揉搓耳根:用双手食指、中指夹住耳廓,以指掌上下搓擦为 1 次,共 50 次。由于在耳朵前后都有穴位,尤其是耳前,有耳门、听宫、听会等重要穴位,这样分搓可以疏通经脉的经气,达到清耳窍的目的。④点按翳风穴:翳风穴位于耳后上方的凹陷处。按摩时,可将双手置于头部,拇指指尖按在翳风穴,其他四指分散地放在耳朵上方,起稳定作用。拇指用力对凹陷进行点按,直到有酸胀感。此穴按摩对提神开窍、明目、防止头痛头晕有很好的效果。⑤点按听宫穴:微张口,耳屏前,下颌骨髁突的凹陷处取穴。用食指点压耳屏前的听宫穴 50 次。可以治疗耳鸣、耳聋以及中耳炎。⑥牵拉耳廓:用拇指、食指向上牵拉耳尖,向后牵拉耳廓中部,向下牵拉耳垂各 10 次,如此重复 3 次。捏拉的手指一紧一松,配合吸气呼气。该法有退热、降压、安神、健脑、明目、清咽喉等作用。⑦击天鼓(鸣天鼓):两掌心掩耳,以两掌心食指、中指及无名指鼓击枕部 50 次。中医认为肾开窍于耳,而鸣天鼓对人体肾经有疏通经络的作用,可预防耳病、提高听力。长期鸣天鼓,可以起到醒脑、补肾、坚固牙齿等作用。

结合手指操,可提高大脑皮层细胞的兴奋性,有利于放松身心、消除紧张,提高应激能力,同时带来愉悦的感受,提高睡眠质量,一共 10 个动作,每个动作两个八拍:①手心相对,上下摩擦,②手心搓手背,③双手十指交叉用力相握,④双手十指交叉握拳,顺时针转动,⑤单手指尖相对,⑥双手握拳,再用力放开,⑦一手握拳,一手五指散开,⑧一手手心放在胸前,一手握拳向前伸展,⑨一手手心按压一手指尖,⑩两手拇指、食指做爬梯动作。在进行手指操和耳部保健操的同时还伴有音乐的节奏起伏。

2.3.6 高危风险因素护理:患者乏力症状明显,注意营养的补充及充足的睡眠,积极给予患者被动的肢体活动,按摩曲垣穴、手三里、委中穴脾俞穴以强肾调养脏腑。患者长期卧床,翻身时加床挡保护,防止坠床不良事件发生,将呼叫器放于患者随手可及处,在家属外出时告知患者有任何不适,及时按呼叫器,加强交接班,加强巡视,保障患者

安全。指导患者正确使用气垫床,骶尾部及左、右髂部粘贴泡沫敷料以防受压,保持床单位清洁无褶皱,定时翻身,避免拖、拉、推等动作,预防压力性损伤发生。妥善固定鼻胃管,进行双固定,无牵拉打折,嘱咐患者勿自行拔出导管,讲明胃管留置的必要性。患者自理能力重度依赖,备呼叫器及常用物品放在病人容易拿到的地方,协助洗漱、更衣、床上擦浴每周一次,患者鼻饲时床头抬高30°,及时提供便器,协助做好便后清洁卫生,鼓励病人逐步完成各项自理活动。

2.4 护理评价

对患者实施中西医结合护理后,10 d后患者病情好转出院,诸项症状较入院时明显好转。乏力症状评估由入院时20分,下降至17分,乏力症状有所改善;压疮评估由入院时13分上升至18分,属于无压疮风险;自理能力风险评估由入院时30分上升到50分,属于中度依赖类型;简易智能精神状态评估由入院15分升至20分;简易营养状态评估由入院7分升至10分;睡眠质量由入院19分降至10分。见表1。

表1 患者入院、出院各项评估对比

	乏力评分/分	压疮评分/分	自理能力评分/分	简易智能精神状态评估/分	简易营养状态/分	睡眠质量评估/分
入院	20	13	30	15	7	19
出院	17	18	50	20	10	10

3 结果和随访

患者出院1周后,于2024年5月13日进行电话随访,随访时患者病情平稳,未诉特殊不适。指导患者节饮食,慎起居,避风寒、畅情志,告知其症状体征加重时及时就医,每1~2个月定期复查。

4 讨论

呃逆是一种反射性吸气运动,由膈肌与肋间肌突然收缩所致。顽固性呃逆指持续时间长、反复发作的呃逆症状,通常超过48 h,其发病机制较为复杂,涉及多个系统的相互作用,可严重影响患者的胃肠道功能健康,降低日常生活质量。上消化道出血是一种出血性病变,多发生于十二指肠、胃与食管,严重时可危及患者的生命安全。顽固性呃逆为上消化道出血的并发症之一,这类患者病情复杂,需要全方位的照顾和护理。

中医护理注重整体观念,提倡辨证论治,强调个体化的护理方案。通过“望、闻、问、切”四诊合参的方法,全面评估患者的身体状况,从而制定个性化的护理计划。同时,中医护理还强调情志护理,通过调节患者的情绪状态,达到改善病情的目的。西医护理则注重实证与规范化操作,强调科学的护理方法和技术。在顽固性呃逆并上消化道出血患者的护理中,西医护理通过综合性基础护理、心理护理和饮食护理等措施,能够有效控制病情,防止并发症的发生,并为疾病康复奠定基础。将这两种护理模式联合应用,通过中医的整体观念和西医的实证方法,可以更全面地评估患者的病情,制定更合理的护理方案,从而有效缓解症

状,提升整体护理效果。同时,中西医结合护理还能够充分发挥两种医学体系的优势,为患者提供更加全面、个性化的护理服务,从而达到促进康复、提高生活质量的目的。

本文通过总结1例顽固性呃逆合并上消化道出血患者的中西医结合护理,运用中医针灸、穴位注射药物、刮痧、按摩疗法,西医给予抑酸护胃、止血补液、抗炎、止咳化痰、提高免疫力的药物输注。在控制了消化道出血的同时,也控制了患者的顽固性呃逆,使患者的痛苦减轻,增加了患者的就医体验,提高了患者的生存质量。达到治疗目的。

综上所述,在消化道出血并发顽固性呃逆患者护理中,应用中西医结合护理,较常规护理发挥积极的疗效。刘烈^[8]报道显示,在中医治疗脑卒中顽固性呃逆期间,采取中医特色护理手段,可提升患者的护理依从性,有利于提升患者临床治疗效果,在饮食干预指导下,患者病情明显好转,护理满意度高。当前,临床上多采用中医和西医治疗的方式,包括物理治疗、药物治疗、神经阻滞等^[9],中医结合西医治疗护理效果更显著,可保证患者机体气血的通畅性,能够改善患者呃逆症状。加大中医中药治疗,改善患者病症,提升患者护理满意度^[10]。通过本次中西医结合的护理实践,患者的顽固性呃逆和上消化道出血症状得到了有效缓解。在今后的工作中,应继续加强中西医结合护理的研究与实践,为患者提供更加全面、个性化的护理服务,不断提高护理质量。

患者知情同意:所有个体参与者或其监护人均签署知情同意书。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王建民, 郑利君, 薛琨, 等. 推拿联合浮针治疗顽固性呃逆 22 例[J]. 中国针灸, 2022, 42(5): 540. WANG J M, ZHENG L J, XUE K, et al. 22 cases of intractable hiccup treated by massage combined with floating needle [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2022, 42(5): 540. (in Chinese)
- [2] 齐树清. 重型颅脑损伤急性上消化道出血并顽固性呃逆 24 例分析及护理[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(27): 263–267. QI S Q. Analysis and nursing of acute upper digestive tract in 24 cases of intractable hiccup and hemorrhage in severe craniocerebral injury [J]. China Continuing Med Educ, 2015, 7(27): 263–267. (in Chinese)
- [3] COHEN D T, CRAVEN C, BRAGIN I. Ischemic stroke induced area postrema syndrome with intractable nausea, vomiting, and hiccups [J]. Cureus, 2020, 12(6): e8630.
- [4] 刘若斌, 胡卫武, 龙安国. 足三里穴位注射甲氧氯普胺配合中药旋覆代赭汤加减治疗卒中后顽固性呃逆的临床观察[J]. 中医临床研究, 2021, 13(18): 33–35. LIU R B, HU W W, LONG A G. Clinical observation of injection of methoxyclopramide at Zusanli acupoint combined with Chinese medicine Xuanfu Daizhe Decoction in the treatment of intractable hiccup after stroke [J]. Clin J Chin Med, 2021, 13(18): 33–35. (in Chinese)
- [5] ARNEY B E, GLOVER R, FUSCO A, et al. Comparison of RPE (rating of perceived exertion) scales for session RPE [J]. Int J Sports Physiol Perform, 2019, 14(7): 994–996.
- [6] 曾金. 中枢顽固性呃逆的病因及其治疗进展[J]. 医学综述, 2008, 14(3): 365–367. ZENG J. Etiological and therapeutic progresses of central intractable hiccup [J]. Med Recapitul, 2008, 14(3): 365–367. (in Chinese)
- [7] ROUSE S, WODZIAK M. Intractable hiccups [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2018, 18(8): 51.
- [8] 刘烈. 针刺治疗卒中后顽固性呃逆患者的效果[J]. 中国民康医学, 2019, 31(24): 98–99. LIU L. Effect of acupuncture on intractable hiccup after stroke [J]. Med J Chin People's Health, 2019, 31(24): 98–99. (in Chinese)
- [9] 陆文秀, 徐世芬. 徐世芬针灸治疗顽固性呃逆经验辑要[J]. 现代中医药, 2021, 41(1): 60–62. LU W X, XU S F. Summary of Xu Shifen's experience in treating intractable hiccups with acupuncture and moxibustion [J]. Mod Tradit Chin Med, 2021, 41(1): 60–62. (in Chinese)
- [10] KOGA S, IKEDA K, NAKAGOMI D, et al. A patient with neuromyelitis optica with positive anti-Ro (SS-A) antibody presenting with intractable hiccup and nausea [J]. Mod Rheumatol, 2011, 21(5): 561–562.

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。