

DOI: 10.12209/CAIM202503070001

· 中西医结合临床案例 ·

1例脑梗塞合并心衰患者的中西医结合护理 实践与多学科协作的护理体会

王 盈¹, 苏瑞霞¹, 冯文英²

(1. 北京市大兴区中西医结合医院 神经内科, 北京, 100076;

2. 北京市大兴区中西医结合医院 护理部, 北京, 100076)

摘要: 脑梗塞合并心力衰竭是临床常见的复杂共病,其护理需兼顾脑灌注与心功能平衡。本文通过1例89岁脑梗死合并心衰患者的护理实践,探讨中西医结合康复护理及多学科协作模式的应用效果。患者入院时存在吞咽障碍(EAT-10评分4分,洼田饮水试验3级)、左侧肢体肌力减退(左上肢3级,左下肢3+级)及心衰急性发作。护理团队通过限制性补液(每日 ≤ 1500 mL,滴速 ≤ 40 滴/min)、代偿性吞咽训练(低头姿势联合增稠饮食)、中医干预(艾灸、耳穴压豆)及多学科动态调控,14 d后患者吞咽功能显著改善(EAT-10评分3分,洼田饮水试验2级),肢体肌力提升(左上肢4级),未发生急性心衰加重或抽搐事件。本案例表明,中西医协同护理与多学科协作可有效解决心脑血管共病的矛盾需求,为同类患者的个体化管理提供参考。

关键词: 脑梗死; 心力衰竭; 中西医结合护理; 多学科协作; 吞咽障碍

Nursing Practice of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine and Multidisciplinary Collaboration for a Patient with Cerebral Infarction Complicated with Heart Failure: A Case Report

WANG Ying¹, SU Ruixia¹, FENG Wenying²

(1. Department of Neurology, Beijing Daxing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100076;

2. Department of Nursing, Beijing Daxing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100076)

ABSTRACT: Cerebral infarction complicated with heart failure is a common and complex comorbidity in clinical practice, and its nursing requires balancing cerebral perfusion and cardiac function. This paper explores the application effect of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing and multidisciplinary collaboration through the nursing practice of an 89-year-old patient with cerebral infarction and heart failure. The patient was admitted with dysphagia (EAT-10 score of 4, grade 3 in the water swallowing test), decreased muscle strength in the left limb (grade 3 in the left upper limb and grade 3+ in the left lower limb), and acute heart failure. The nursing team implemented restrictive fluid administration (≤ 1500 mL per day, ≤ 40 drops/min), compensatory swallowing training (head-down position combined with thickened diet), traditional Chinese medicine intervention (moxibustion and auricular point pressing), and dynamic multidisciplinary regulation. After 14 days, the patient's swallowing function significantly improved (EAT-10 score of 3, grade 2 in the water swallowing test), muscle strength in the left limb increased (grade 4 in the left upper limb), and no acute heart failure exacerbation or seizure events occurred. This case indicates that integrated traditional Chinese and Western medicine nursing and multidisciplinary collaboration can effectively address the conflicting demands of

收稿日期: 2025-03-07

通信作者: 苏瑞霞, E-mail: 1464789614@qq.com

OPEN ACCESS

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

heart and brain comorbidities, providing a reference for individualized management of similar patients.

KEY WORDS: cerebral infarction; heart failure; integrated traditional Chinese and western medicine nursing; multidisciplinary collaboration; dysphagia

脑梗塞也称为脑梗死或缺血性脑卒中,是由于脑部血管发生堵塞导致的脑部血液供应不足,进而引发脑细胞死亡^[1]。脑梗死是导致残疾和死亡的主要病因之一,约30%的脑梗死患者合并心力衰竭,二者共存时治疗矛盾突出,即脑低灌注需增加血容量,而心衰需限制液体负荷^[2]。传统护理模式往往难以平衡此类矛盾,近年研究指出中西医结合干预可通过机制互补优化疗效,如西医的精准补液联合中医的经络调理,而多学科协作能动态调整护理策略^[3]。本文通过1例高龄脑梗死合并心衰患者的护理实践,分析中西医结合与多学科协作模式的应用价值,以期临床提供循证依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,89岁,因“左下肢无力加重6h”于2024年8月27日14:21由急诊以“中风/脑梗死/风痰阻络证”收入院。入科时患者神清,精神弱,左侧肢体麻木无力,左上肢肌力3级,左下肢肌力3+级,言语不利,口角向右歪斜,伸舌左偏,饮水偶有呛咳。EAT-10评分4分,洼田饮水试验3级中。既往有高血压病病史4年,血压最高达155/80 mm Hg,未用药治疗,血压控制在125~135/78~90 mm Hg;冠心病病史10年,口服单硝酸异山梨酯缓释片、酒石酸美托洛尔片药物治疗;抑郁状态13年,口服盐酸舍曲林片药物治疗。

1.2 查体

西医查体:神清,左上肢肌力3级,左下肢肌力3+级,言语不利,口角右歪,伸舌左偏;房颤(心率180次/min),部分湿啰音,咳痰困难。中医四诊:舌质淡,边有齿痕,苔薄白,脉弦细;症见肢体麻木、夜间躁动、少寐多梦,属气虚血瘀证。

1.3 诊断

辅助检查:CT示右侧基底节区亚急性脑梗死,心电图示心房颤动,痰培养提示肺炎链球菌感染。西医诊断:右侧基底节区脑梗死,冠心病(心房颤动),细菌性肺炎;中医诊断:中风(气虚血瘀证)。本病属祖国医学“出血性中风”范畴,证属

“气虚血瘀证”。本病缘患者脏腑功能渐衰,脾胃虚弱,外伤致血溢脉外,经脉失养,发为中风。综上所述,本病因为外伤所致,病位在脑,病性属本虚标实。舌质淡,边有齿痕,苔薄白,脉弦细均为出血性中风,气虚血瘀证所具。

1.4 治疗干预

治疗以营养脑神经及活血、抗血小板聚集、消炎、化痰等为原则;灸法以“温经通络”,现代康复治疗予吞咽功能障碍训练、低频脉冲电治疗、徒手功能训练及针灸等,以促进康复。通过14 d药物、针灸、中医和现代康复治疗护理,2024年9月9日患者症状较前明显好转。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 全身评估

入院当天患者神清,精神弱,全身皮肤完好无破损。生命体征:体温(T)39.1℃,脉搏(P)91次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)136/101 mm Hg,随机血糖5.9 mmol/L。

2.1.2 肌力评估

根据肌力的情况,一般均将肌力分为0~5级,共6个级别,分别为0级,完全瘫痪,测不到肌肉收缩;1级,仅测到肌肉收缩,但不能产生动作;2级,肢体能在床上平行移动,但不能抵抗自身重力,即不能抬离床面;3级,肢体可以克服地心引力,能抬离床面,但不能抵抗阻力;4级,肢体能做对抗外界阻力的运动,但不完全;5级,肌力正常。本病例患者治疗前左上肢肌力3级,左下肢肌力3+级。

2.1.3 吞咽功能评估

使用EAT-10吞咽筛查量表问卷筛查后结合洼田饮水试验进行评估^[4],评定方法为患者端坐,喝下30 mL温开水,观察所需时间喝呛咳情况。1级(优)能顺利地1次将水咽下;2级(良)分2次以上,能不呛咳地咽下;3级(中)能1次咽下,但有呛咳;4级(可)分2次以上咽下,但有呛咳;5级(差)频繁呛咳,不能全部咽下。评定结果:正常:1级,5 s之内;可疑:1级,5 s以上或2级;异常:3~5

级。本病例患者治疗前 EAT-10 吞咽筛查量表问卷评分 7 分,洼田饮水试验 3 级中。

2.1.4 心理—社会状况评估

采用焦虑自评量表(SAS)对患者进行评估^[5],SAS 标准分的分界值为 50 分,其中 50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。治疗前患者 SAS 评分为 70 分,属重度焦虑。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:①肢体活动功能受限与脑梗塞导致患者肢体活动受损有关;②营养失调与吞咽障碍、心功能衰竭限制液体摄入有关;③焦虑抑郁与既往有抑郁病史 13 年,突发病情变化有关;④存在抽搐发作风险的潜在并发症,低灌注状态、脑部血流不足均可能诱发抽搐。

2.3 护理计划

根据护理评估、诊断结果,制定如下护理计划:①肢体活动功能受限:通过采取皮内针,高压氧等促进脑组织神经功能恢复,提高自身免疫力,提高患者自理能力,肌力得到提高;②改善吞咽功能:出院前拔除胃管,患者恢复自主进食的能力;③改善焦虑抑郁:通过治疗,患者焦虑情绪由重度转为轻度。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

①保持室内空气适宜,温度保持在 18~22℃,湿度在 50%~70%,每天开窗通风 1~2 次,15~30 min/次。②口腔护理,2 次/d;会阴擦洗,2 次/d。

2.4.2 控制或减轻肺部感染,保持呼吸道通畅

①持续给予氧气吸入,2~3 L/min,予雾化吸入湿化气道,稀释痰液,保持呼吸道通畅;②保持室内空气适宜,温度保持在 18~22℃,湿度在 50%~70%,每天开窗通风 1~2 次,15~30 min/次;③给予酚咖片降温治疗、抗生素控制感染;④密切监测生命体征、血氧饱和度,观察是否存在呼吸困难、烦躁不安等呼吸道阻塞情况的发生。⑤进食前后抬高床头 30°,进食后 30 min 方可改变体位,防止坠积性肺炎的发生。

2.4.3 出入量管理

确保每日液体入量≤1500 mL,滴速控制在≤40 滴/min,防止心衰加重及低灌注状态;完善出入量统计表,确保数据实时准确无误。

2.4.4 康复护理

2.4.4.1 肢体功能康复指导

康复师给予徒手功能训练、日常生活活动能力训练、踏车训练的前提下,结合患者康复情况,护理告知患者及陪护人员体位改变的方法,促进患者尽早回归社会。①卧位到从床边坐起训练:患者先侧移至床边,将健腿插入患腿下,用健腿将患腿移于床边外,患膝自然屈曲;然后头向上抬,躯干向患侧旋转,健手横过身体,在患侧用手推床把自己推至坐位,同时摆动健腿下床;必要时护士可以一手放在患者健侧肩部,另一手放于其臀部帮助坐起。②坐到站起平衡训练:指导患者双手交叉,让患者屈髋、身体前倾,重心移至双腿,然后做抬臀站起动作;患者负重能力加强后,可让患者独立做双手交叉屈髋、身体前倾,然后自行站立。③步行训练:指导患者使用助行器和手杖等。④上下楼梯训练:上楼时健足先上,患足后上;下楼时患足先下,健足后下。

2.4.4.2 吞咽功能康复指导

结合康复师训练指导家属食物的形态易吞咽的食物,如糊状的酸奶等。减少或避免误吸发生的方法,具体如下:①空吞咽与交互吞咽:每次进食吞咽后,应反复作几次空吞咽,使食块全部咽下,然后再进食;②侧方吞咽:吞咽后让患者下颏分别左右转,同时做吞咽动作;③点头样吞咽:进食后反复进行几次形似点头的动作,同时做空吞咽动作,去除残留食物。

2.4.5 中医特色护理

2.4.5.1 耳穴压丸

治疗取穴心、肝、肾、神门、内分泌及交感,以达到改善情绪,缓解焦虑的目的。操作方法:首先选择一侧耳廓,操作者单手从下到上,由内向外按摩耳廓 3 min,随后用 75% 乙醇局部消毒,用探棒按压上述穴位周围,选择疼痛反应最明显的反应点作为贴压部位,将王不留行籽贴于相应的耳穴上,以拇指和食指置于耳廓的正面和背面进行按压。每次每穴按压 1~2 min,3~4 次/d,下次更换至对侧耳廓重复上面操作,2 次/周。经过 2 周治疗后,患者焦虑情绪较前明显好转,治疗期间评估患者情况。

2.4.5.2 艾灸

治疗取穴心俞穴、足三里穴,心俞穴属足太阳膀胱经,在背部第 5 胸椎棘突下,旁开 1.5 寸,主治惊悸、心烦、失眠及冠心病,心动过速或过缓,心律不齐,心绞痛等;足三里穴在小腿前外侧,当犊鼻

下3寸,距胫骨前缘一横指(中指),主治中风、心悸及气短等,是“足阳明胃经”的主要穴位之一,是一个强壮身心的大穴,传统中医认为足三里有调节机体免疫力、增强抗病能力、调理脾胃、补中益气、通经活络、疏风化湿及扶正祛邪的作用。操作方法:选用悬灸,取穴心俞穴、足三里,艾灸与患者皮肤距离约5~8 cm,以患者有温热感为宜,每日

治疗1次,10 min/次,1周为一疗程,治疗期间评估患者情况。

3 结果和随访

治疗14 d后,患者病情得到好转并于9月9日出院,详见表1。患者出院第7天予电话随访,家属表示症状无加重,患者生活可自理。

表1 疗效评估

评估日期	8月27日	9月2日	9月4日	9月9日
肌力评估	左上肢肌力3级, 左下肢肌力3+级	左上肢肌力3+级, 左下肢肌力3+级	左上肢肌力4级, 左下肢肌力3级	左上肢肌力4级, 左下肢肌力3+级
EAT-10吞咽筛查量表评估	4分	4分	3分	3分
洼田饮水试验评估	3级	3级	2级	2级
SAS评分	70分	69分	65分	59分

4 讨论

脑梗塞在中医属中风范畴,缺血性脑血管病属中医学中风范畴,又称“仆击”“偏枯”“薄厥”“大厥”及“类中”,主要是由于脑之脉络痹阻使气不运血布津,血不养气荣脑,使脑神失用而致神志精神语言肢体功能等诸种障碍^[6]。心力衰竭是多见于各种心血管疾病后期,属中医心悸、怔忡、胸痹及喘证等范畴。其病机较复杂,证候虚实夹杂,但程丑夫等认为心阳气虚是本病发病之本,水饮泛滥是其标病,强调阳虚水泛是其病机关键。心阳不足,心失所养,血瘀水停,心主血脉功能的失常,出现心力衰竭的表现^[7]。中西医、康复相结合以其“简便廉效”,毒副作用小,效果好为特点在脑梗塞合并心力衰竭患者的治疗上有一定优势,是未来值得关注的研究方向。中西医协同,西医的精准补液与康复训练可快速缓解症状,而中医通过艾灸改善通经活络、疏风化湿,耳穴调节自主神经功能,二者互补解决心脑灌注矛盾。本研究结果与《心脑共病管理中国专家共识(2023)》的推荐一致^[8]。

艾灸是利用艾叶制成的艾条,通过热刺激来调理人体的经络和气血。艾灸具有温通经络、活血化瘀的作用。在脑梗塞合并心力衰竭患者的治疗中,艾灸可通过刺激相关穴位,促进气血运行,改善局部血液循环^[9],从而有助于改善心力衰竭及肢体活动障碍的症状。耳穴压丸属于针刺疗法之一,耳如倒置的胚胎,其上分布有主管全身的穴位,刺激相应耳穴可对全身疾病均可起到良好的调节作用,改善疾病状态,改善不适症状。耳穴刺

激可有效改善脏腑经络气血运行,使气血协调平顺,从而改善症状。缓解患者的焦虑情况^[10]。多学科协作干预集心血管内科、呼吸内科、康复技师、神经内科医护等多学人才形成小组,动态评估患者的病情变化,制定个性化的治疗护理方案,了解患者的病情变化,使护理措施更具有针对性,提高患者病情康复的有效性^[11]。

综上所述,中西医结合护理与多学科协助治疗脑梗塞合并心衰患者是一种值得探讨治疗方法,可从多个层面改善患者的症状,提高其生活质量。由于案例较少,具体的应用方法和效果还需进一步的临床研究和实践验证。

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] 郭晓彤,褚思思. 探讨脑梗塞患者实施早期综合护理干预的康复效果:评《脑梗塞用药与配餐》[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(6): 158.
GUO X T, CHU S S. To explore the rehabilitation effect of early comprehensive nursing intervention for patients with cerebral infarction: Comment on Medication and Catering for Cerebral Infarction[J]. Chin J Exp Tradit Med Formulae, 2021, 27(6): 158. (in Chinese)
[2] 田浩文,韩为,王颖,等. 通督调神针刺联合高频重复经颅磁刺激对缺血性脑卒中伴有偏身感觉障碍患者的感觉功能及脑血流和血清因子的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2024, 23(16): 1681-1685.

- TIAN H W, HAN W, WANG Y, et al. Effects of Tongdu Tiaoshen acupuncture combined with high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on sensory function, cerebral hemodynamics, serum factor levels in patients with cerebral ischemic stroke accompanied by hemidysesthesia [J]. *J Clin Exp Med*, 2024, 23(16): 1681-1685. (in Chinese)
- [3] 蒋晓琳, 沈吉利, 卫杰. 急性缺血性脑卒中合并脑心综合征患者预后不良的危险因素及风险预测模型研究[J]. *新疆医科大学学报*, 2024, 47(12): 1593-1597, 1603.
- JIANG X L, SHEN J L, WEI J. Study on risk factors and risk prediction model of poor prognosis in patients with acute ischemic stroke (AIS) complicated with cerebrocardiac syndrome (CCS) [J]. *J Xinjiang Med Univ*, 2024, 47(12): 1593-1597, 1603. (in Chinese)
- [4] 余鹏, 米元元, 渠缘, 等. 标准吞咽功能评估联合容积-黏度吞咽试验在神经外科吞咽障碍患者饮食中的应用[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2022, 25(8): 990-995.
- YU P, MI Y Y, QU Y, et al. Application of standard swallowing assessment combined with volume-viscosity swallowing test in diet of neurosurgical patients with dysphagia [J]. *Chin J Pract Nerv Dis*, 2022, 25(8): 990-995. (in Chinese)
- [5] 霍艳虹, 慕莉. 认知行为护理对脑卒中后抑郁患者焦虑抑郁情绪认知功能及生活质量的改善作用[J]. *山西医药杂志*, 2019, 48(21): 2721-2723.
- HUO Y H, MU L. Effect of cognitive behavior nursing on cognitive function and quality of life of patients with post-stroke depression [J]. *Shanxi Med J*, 2019, 48(21): 2721-2723. (in Chinese)
- [6] 杨柳, 顾玉玲, 高松年, 等. 针刺联合镜像疗法对脑卒中后偏瘫患者上肢运动功能的疗效观察[J]. *中国康复*, 2024, 39(8): 451-455.
- YANG L, GU Y L, GAO S N, et al. Effect of acupuncture combined with mirror therapy on upper limb motor function in patients with hemiplegia after stroke [J]. *Chin J Rehabil*, 2024, 39(8): 451-455. (in Chinese)
- [7] 陈艳娟, 韩杲. 参附注射液联合艾灸治疗充血性心衰患者临床疗效分析[J]. *中医临床研究*, 2012, 4(21): 70-71.
- CHEN Y J, HAN G. Clinical analysis of treating congestive heart failure patients with the Shenfu injection plus moxibustion [J]. *Clin J Chin Med*, 2012, 4(21): 70-71. (in Chinese)
- [8] BATH P M, BATH F J, SMITHARD D G. Interventions for dysphagia in acute stroke [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000(2): CD000323.
- [9] 者荣娜. 中医五音疗法临床作用研究概述[J]. *心理月刊*, 2021, 16(24): 238-240.
- ZHE R N. Summary of the research on the clinical effect of Chinese medicine Wuyin therapy [J]. *Psychological Month*, 2021, 16(24): 238-240. (in Chinese)
- [10] 孙培养, 王国平, 李佩芳, 等. 脑卒中后吞咽障碍(假性延髓麻痹)中西医诊疗方案[J]. *安徽中医药大学学报*, 2023, 42(6): 16-22.
- SUN P Y, WANG G P, LI P F, et al. Diagnosis and treatment scheme of Chinese and western medicine for dysphagia (pseudobulbar palsy) after stroke [J]. *J Anhui Univ Chin Med*, 2023, 42(6): 16-22. (in Chinese)
- [11] 郭燕花. 针刺太冲内关联合多学科协作干预对脑梗康复的影响[J]. *光明中医*, 2024, 39(10): 2037-2039.
- GUO Y H. Effect of acupuncture at Taichong Neiguan combined with multidisciplinary cooperative intervention on rehabilitation of cerebral infarction [J]. *Guangming J Chin Med*, 2024, 39(10): 2037-2039. (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。