

一例重型闭合性颅脑损伤恢复期患者的中西医康复治疗与护理

赵娟^{1,2}

1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300391

2. 国家中医针灸临床医学研究中心 天津 300391

摘要: 本文总结1例闭合性颅脑损伤患者的中西医治疗与康复护理。通过收集患者病历资料, 提出护理诊断, 制定护理计划, 针对患者的症状和护理诊断给予个性化护理, 其中包括火龙罐、穴位贴敷和中药热奄包疗法, 经过20天的治疗, 吞咽障碍、失眠、便秘症状得到明显改善, 为此类患者的中西医康复护理提供新思路。

关键词: 颅脑损伤; 中西医康复; 中医护理; 火龙罐; 穴位贴敷; 中药热奄包

颅脑损伤是患者头部受到外界不同程度暴力导致头部受损, 很有可能会引起脑震荡、脑干受损、颅骨骨折等严重情况, 患者病情复杂且进展迅速, 其危害性大, 并由于涉及多个部位, 救治难度大^[1-2]。闭合性颅脑损伤是有外力所致的一种较为常见的脑损伤, 可分为原发性脑震荡、脑挫裂伤、以及外伤后引起的病变如(1)脑水肿(2)脑出血, 包括脑内出血, 蛛网膜下腔出血, 硬膜外出血, 硬膜下出血(3)脑血肿等。颅脑损伤急性期多以手术疗法为主, 但术后恢复不当很有可能对患者神经功能恢复造成损害, 增加致残风险, 影响患者预后^[3]。我科于2024年4月29日收治1例闭合性颅脑损伤恢复期患者, 经中西医结合康复治疗及护理, 取得良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

患者女性, 62岁, 于2024年4月11日因与三轮车相撞致头部外伤被送至天津市医科大学第二附属医院, 当时患者意识不清, 频繁呕吐, 无法对答, 查头CT示颅骨骨折、脑裂伤、硬膜下血肿。急行开颅探查血肿清除术+去骨瓣减压术, 术后患者意识状态好转, 经治疗患者病情平稳, 遗留右肢活动不利, 为进一步康复治疗收入我病区。现症: 神清, 精神可, 语言清晰, 反应迟缓, 右肢活动不利, 无头晕头痛及胸闷憋气, 纳食自胃管注入, 寐欠安, 小便自尿管排出, 大便干。否认高血压病史; 否认糖尿病病史; 否认药物及食物过敏史; 否认家族遗传病史。查体: T:36.2℃ P:64次/分 R:16次/分 BP:135/85mmHg。中医查体: 神志清楚, 精神可, 面色淡白无华, 语言清晰, 右侧肢体活动不利, 未闻及口臭及其他异常体味, 未及度、瘤、瘰疬及微痕痞块, 纳食自管

注入, 小便自管排出, 大便秘。舌暗红, 苔薄黄, 脉弦。中医诊断: 创伤病, 证型诊断: 络脉破损证, 西医诊断: 重型闭合性颅脑损伤; 硬膜下血肿; 脑挫裂伤; 颅骨骨折等。阳性体征: 右侧上肢肌力3级, 下肢肌力3级, 右侧巴宾斯基征(-); 颅脑CT: 颅骨骨折, 硬膜下血肿, 脑挫裂伤。患者入院当日尿管已到期, 试拔尿管不成功, 患者腹部膨隆, 遵嘱重置尿管, 只管过程顺利, 妥善固定。遵嘱予以一级护理, 康复科护理常规, 保留胃管, 鼻饲流质饮食, 保留尿管, 会阴擦洗1/日, 神经肌肉刺激1/日, 穴位贴敷1/日, 火龙罐1/日, 胞磷胆碱钠胶囊0.2G口服Tid, 以改善脑代谢。经治疗该患者于5月8日可经口进食, 遵嘱停保留胃管, 停流质饮食, 改为普通饮食, 5月17日患者尿管到期, 遵嘱拔出尿管, 自晨起9:00--14:00患者可自行排尿800ml, 成功拔出尿管。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生活自理能力评估

运用Barthel指数(the Barthelindex of ADL)进行评估, 内容包括修饰、进食、洗澡及穿衣及大小便控制等10项指标, 均分5个等级评分, 总分100分, 正常100分; 生活基本自理 ≥ 60 分; 中度功能障碍, 生活需要帮助41-59分; 重度功能障碍, 生活依赖明显21-40分; 生活完全依赖 ≤ 20 分。本例患者入院时BI评分为45分

2.1.2 膀胱及排便功能评估

使用膀胱功能积分表(Bladder function score, BFS)评定本例患者的排尿情况, 按照严重程度分别记为0分~3分,

得分越高,表示尿储留越严重。本例患者入院时得分为3分。

2.1.3 睡眠质量评估

采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[4]量表评定患者睡眠质量。PSQI量表是一种常用语评估个体睡眠质量的量表,该量表包括7个维度:睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、药物使用及日间功能障碍。每个维度应根据不同标准评分,总分越高则说明睡眠质量越差。如果总分低于5分,则说明睡眠质量很好;5-10分则说明睡眠质量尚可;10-15分则说明睡眠质量不佳。本例患者入院时睡眠指数为17分。

2.1.4 吞咽功能的评估

通过标准吞咽功能评估量表(SSA)、洼田饮水试验^[5-6]评估患者吞咽功能。患者取端坐位喝下30ml的温开水观察所需时间和呛咳情况。疗效评定分为以下几级:1级(优):能顺利1次将水咽下,5秒之内;2级(良):分2次或2次以上喝完,无呛咳;3级(中):能1次喝完,但有呛咳;4级(可):分2次以上喝完,但有呛咳;5级(差):频繁呛咳,不能将水喝完。本例患者入院时洼田饮水试验为4级。

2.2 护理诊断

护理诊断内容:(1)躯体移动障碍;(2)吞咽障碍;(3)尿储留;(4)睡眠障碍;均与颅脑损伤后脑血管受损有关;患者的潜在护理诊断:压力性损伤、非计划性拔管。

2.3 中西医结合治疗及护理计划

(1)中医诊断为创伤病,证型为:络脉破损、瘀阻脑窍证,针刺治疗以醒脑开窍、疏通经络、补益脑髓为原则,取穴:内关、人中、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、天柱穴等。中药以疏通经络、益气活血、固本培元为原则,西药治疗原则:改善脑代谢、营养神经。

(2)针对该患者护理评估和护理诊断的结果,制定如下的护理计划,充分体现我院中医护理专科技术优势,采用神经肌肉刺激、火龙罐、穴位贴敷、中药热奄包等中医外治法,已改善患者吞咽障碍、尿储留、便秘及睡眠障碍等症状。

2.4 护理实施

(1)肢体功能康复训练指导:第一周患者目前病情相对平稳,对患侧肢体进行穴位按摩,上肢选取曲池、内关、合谷等;下肢选取足三里、承山穴等穴分别以拇指、指腹进行按压每次10分钟,按摩结束后,可对患侧肢体进行被动锻炼,上肢肩关节、肘关节、腕关节的外旋、内旋、外

展、内展等;下肢膝关节、踝关节的屈伸、内收、外展等,10min/次,每日2次^[7]。第二周在充氟第一周训练的基础上训练靠背坐起,逐渐过渡到独立坐起^[8],待坐起平稳后逐步进行身体左右前后倾斜的平衡训练。同时利用中药热奄包(院内组方),由红花10g、干益母草15g、威灵仙10g、络石藤15g、秦九15g、丝瓜络10g、艾叶10g、透骨草15g组成,其主要功效为疏通经络活,将上述粉剂放入容器内,用100℃热水将中药粉调成厚糊状,平摊药物厚薄适中厚薄一般以5mm,大小以一角硬币为宜,敷于曲池、足三里以改善肢体功能,药物温度适宜,一般为40-50℃,热奄包外敷时间为20-30min,敷药结束后,予以温水擦净敷药部位,手法要轻柔,避免皮肤损伤。敷药后,注意观察局部情况。

(2)火龙罐改善患者尿储留及便秘:选用中罐将火龙罐置于患者气海、关元、水道、归来穴位,运用和式太极方法运罐结合点、振、叩、碾、推、按、拨等火龙罐特有手法由上向下走罐,20min/次,每日1次。操作注意事项:操作前关闭门窗,操作过程中应与患者沟通询问患者感受,力度由轻到重以患者能耐受为准,操作结束后,嘱患者多饮水300ml左右,注意保暖,4小时内避免沐浴。

(3)穴位贴敷改善患者睡眠障碍:选用交泰丸为主方,辅以煅磁石,黄连、肉桂:煅磁石为6:1:10,研磨成细粉并用蜂蜜调匀涂于5*5cm的纸质胶贴上,贴敷于手少阴心经之原穴神门穴以泄心火、足少阴肾经之原穴太溪穴以滋肾水,神门穴位于腕前区,腕横纹尺侧端,尺侧腕屈肌腱的挠侧缘,具有益心安神通经活络的功效,太溪穴位于足踝区,内踝尖与跟腱之间的凹陷中,具有滋肾养阴之功效,煅磁石归肝、心、肾经,具有水火既济、交通心肾、平肝潜阳、镇惊安神之功效,用于治疗惊悸失眠,头晕目眩等症。每次贴敷4-6小时,每日一次。

操作注意事项:治疗前应询问患者有无药敏史,评估患者皮肤情况,如患者有中药过敏现象应适当缩短贴敷时间。

(4)神经肌肉刺激:分别将两块电极片置于患者的颈部,打开开关,接通电源后调节治疗仪上的参数,根据病人的耐受程度调节强度,输出电流以患者能耐受为宜,一般患者有针刺样或蚁爬感,每次60min,每日1次^[9]。

操作注意事项:(1)病室保持安静整洁、温湿度宜适的治疗环境,便于集中患者注意力;(2)操作前先向患者及家属沟告知注意事项(3)用生理盐水或75%医院酒精清洁皮

肤,以利于电极与皮肤接触,确保导电良好;(4)治疗过程中护理人员需加强观察,及时听取患者主诉^[10-12]。

2.5 护理评价

患者住院20日,通过在院期间的治疗护理,患者生活自理能力Barthel评分为60分,尿储留及便秘的情况明显得到改善,BFS评分为0分,大便每日一次,匹兹堡睡眠指数评分为10分,睡眠质量得到明显改善,吞咽功能通过洼田饮水试验为2级。

3 结果及随访

患者于2024年5月19日出院,患者出院前胃管尿管均拔出,可经口进食、自主排尿,出院一周后电话随访,患者主诉可正常饮食、自主排尿、睡眠质量明显改善,可利用助行器行走20米。嘱其保持心情舒畅,进食富含粗纤维蔬菜,以保持大便通常。

4 讨论

此病例通过运用中西医结合的治疗方法,多元化护理模式,个体化护理策略,对闭合性颅脑损伤的中西医结合康复护理针对性更强,护理效果更佳,为此类患者的康复护理提供了临床依据。

参考文献:

- [1] 杨艳霞,李亚琴,任锐萍,等.积极心理暗示结合基于行为转变理论的护理干预对肺结核患者心理弹性及健康行为的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(36):187-189.
- [2] 王成莉.身心护理干预对耐药肺结核患者康复效果、心理状态及应对方式的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(19):3524-3527.
- [3] 黄兰妹,陈欣梅,冯芳,等.思维导图引导延续性护理干预对肺结核患者诊疗依从性及预后的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(9):2469-2474.

[4] 赵颖子,杨莉霞,张鹏,赵璐,马淑丽子午流注择时五行音乐疗法干预失眠的临床研究[J].医药高职教育与现代护理,2019,2(5):346-349.

[5] 孙宁,洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J].中国医药指南,2020,18(01):88-89.

[6] 赵锦颖,韩宇洲.标准吞咽功能评估量表联合标准饮食护理在脑血管病吞咽障碍患者中的应用价值[J].河北医药,2019,41(13):2066-2069.

[7] 张雪,王佳耀,闫小峰.基于MOTOmed训练的阶梯式护理结合穴位按摩对后循环缺血性卒中患者肢体功能及康复锻炼积极性的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(9):161-164.

[8] 云青梅,张凤林.早期上肢功能训练对脑卒中恢复期患者效果及对预后的影响[J].医药论坛杂志,2021,42(11):31-34+39.

[9] 杨艳,彭永芳.神经肌肉电刺激联合吞咽功能训练在脑卒中后吞咽功能障碍中的应用价值[J].山西医药杂志,2020,11:1385-1387.

[10] 钱小蕾,常立国,谢遵伟.神经肌肉中低频电刺激治疗脑卒中后吞咽困难的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(04):34-36.

[11] 厉雯雯.应用神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽困难的效果观察[J].家庭医药就医选药,2018(11):66.

[12] 陈琴,余晴,谢徐勇,等.吞咽治疗仪联合吞咽功能及进食训练对脑梗死后吞咽功能障碍患者康复效果的影响[J].医疗装备,2022,02:185-187.

作者简介:

赵娟(1973—),天津,女,汉,本科,天津中医药大学第一附属医院,副主任护师,临床护理。