

DOI: 10.12209/CAIM202501300002

· 中西医结合临床案例 ·

1例颅内动脉瘤伴蛛网膜下腔出血患者 中西医结合的护理报告

王嘉欣, 西宇翠, 冯雅笛

(首都医科大学附属北京天坛医院 重症医学科, 北京, 100070)

摘要: 本文总结1例颅内动脉瘤伴蛛网膜下腔出血患者术后中西医结合治疗的护理体会。在西医常规治疗基础上,结合中药汤剂、安宫牛黄丸等中医特色护理措施,完善患者护理评估,并制定个性化护理计划。患者住院期间病情稳定,未出现迟发性脑缺血(DCI)、脑血管痉挛、电解质紊乱及感染等常见并发症,也未发生其他严重不良事件,最终顺利康复出院。本报告旨在探讨中西医结合护理在神经外科重症患者中的应用价值,为临床护理实践提供参考。

关键词: 颅内动脉瘤;蛛网膜下腔出血;中西医结合护理;病例报告

Nursing Report of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for One Case of Intracranial Aneurysm with Subarachnoid Hemorrhage

WANG Jiaxin, XI Yucui, FENG Yadi

(Department of Critical Care Medicine, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100070)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine for one postoperative case of intracranial aneurysm with subarachnoid hemorrhage. Based on conventional Western medical treatment, traditional Chinese medicine (TCM) interventions—such as herbal decoctions and Angong Niu Huang Pills—were incorporated to refine nursing assessments and develop individualized care plans. Throughout hospitalization, the patient remained clinically stable, without complications such as delayed cerebral ischemia (DCI), cerebral vasospasm, electrolyte imbalances, or infections, nor any other severe adverse events. The patient was eventually discharged with successful recovery. This report aims to explore the clinical value of integrated TCM-Western nursing in neurosurgical critical care, providing references for clinical nursing practice.

KEY WORDS: intracranial aneurysm; subarachnoid hemorrhage; integrated traditional Chinese and Western nursing; case report

颅内动脉瘤伴蛛网膜下腔出血(SAH)是一种严重的神经系统急症,具有高发病率、高致残率和高死亡率的特点^[1-2]。其发病机制复杂,常因动脉瘤破裂导致急性颅内出血,引发一系列严重的神经功能障碍,如脑血管痉挛、迟发性脑缺血(DCI)及脑水肿等^[3-4]。及时有效的治疗和护理对于改善患者的预后至关重要。

近年来,随着中西医结合治疗理念的不断发展,中西医结合护理模式在神经外科重症患者中的应用逐渐受到关注^[5]。中医护理通过中药、针

灸、按摩、情志调节等手段,能够有效改善患者的体质,增强免疫力,促进康复^[6]。西医则通过手术干预和药物治疗,迅速控制病情进展^[7-8]。两者结合,不仅能够发挥各自的优势,还能弥补单一治疗模式的不足,为患者提供更全面的护理支持。本病例报告旨在总结1例颅内动脉瘤伴蛛网膜下腔出血患者的中西医结合护理经验,探讨中西医结合护理在改善患者预后、预防并发症及促进康复中的应用价值。通过对该病例的护理实践,以期进一步为临床护理工作提供参考和借鉴。

收稿日期:2025-01-30

通信作者:冯雅笛, E-mail: fengyadiph@163.com

OPEN ACCESS

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

1 病例资料

1.1 时间表

2024 年 12 月 08 日,患者主因“突发头痛伴头晕、呕吐 2 d 余”以“蛛网膜下腔出血”收入院;2024 年 12 月 09 日,行右额颞开颅动脉瘤夹闭术,术后体温升高,给予降温对症治疗;2024 年 12 月 11 日,患者意识逐渐加重,行中药汤剂治疗,加服安宫牛黄丸 1 粒;2024 年 12 月 13 日,复查 CT 示左额颞开颅动脉瘤介入术后改变,左额叶斑片状稍高密度影伴周围低密度,SAH(吸收期),颅内高密度灶较前部分吸收,患者躁动予镇静镇痛治疗;2024 年 12 月 15 日,患者体温恢复正常,胸片检查示双下肺炎症可能大,心影较大,胃管置入后,3 d 无大便,予药物辅助排便;2024 年 12 月 17 日,复查核磁共振示左额颞骨开颅动脉瘤夹闭术后,脑内多发亚急性期脑梗死灶,脑内散在白质高信号,桥脑微出血灶,SAH,鼻窦炎,双侧乳突炎,左侧颈内动脉交通段至大脑中动脉水平段未见显影,左侧大脑中动脉侧裂段分支纤细稀疏,左侧大脑前动脉 A1 段纤细,右侧后交通动脉起始处膨隆,血管壶腹?基底动脉末端抬高;2024 年 12 月 18 日,患者体温再次升高,加服安宫牛黄丸 1 粒,体温逐渐正常;2024 年 12 月 20 日,复查胸片示两肺纹理重,心影较大,胃管置入后;2024 年 12 月 23 日,患者出院。

1.2 一般资料

患者女性,56 岁,主因“突发头痛伴头晕、呕吐 2 d 余”以“蛛网膜下腔出血”于 2024 年 12 月 08 日收入院治疗。患者 2 d 前无明显诱因出现头痛,伴晕厥、呕吐,无四肢乏力,无癫痫发作,无视力模糊等不适,到当地医院就诊,行 CT 提示“蛛网膜下腔出血”,行 CT 血管造影(CTA)示“颅内动脉瘤”,建议手术治疗。患者现为求进一步治疗来我院就诊,行 CTA 示左侧颈内动脉 C7 段动脉瘤,左侧大脑中动脉 M1 段动脉瘤可能性大;右侧颈内动脉 C7 段膨隆,壶腹可能性大;右侧椎动脉 V4 段较细;右侧大脑中动脉 M3 段、双侧大脑后动脉 P1 段、右侧大脑后动脉 P2 段局部略窄。CTV 示右侧横窦狭窄,蛛网膜颗粒压迹可能性大;左侧横窦及乙状窦交界处蛛网膜颗粒压迹。CTP 检查(CT 灌注成像)示双侧小脑半球、脑干片状灌注表现异常。患者自患病以来,饮食可,睡眠可,二便如常,体重无明显变化。既往史:高血压病史 10 年,平日血压(BP)120/90 mm Hg,最高达 150/100 mm Hg,规律

服用药物,血压控制在 120/90 mm Hg;否认冠心病史,否认糖尿病史、脑血管病史、精神病史,否认肝炎史、疟疾史、结核史,否认手术史、外伤史、输血史,否认过敏史,预防接种史不详。

1.3 体格检查

患者体温(T)36.5℃,心率(P)78 次/min,呼吸(R)20 次/min,血压(BP)120/80 mm Hg;患者神志清楚,淡漠不语,双侧瞳孔等大正圆,直径 3 mm,余查体不配合。双侧 Babinski 征(+),脑膜刺激征(+).

1.4 诊断

临床表现:突发剧烈头痛、呕吐、颈项强直,符合蛛网膜下腔出血的典型症状。影像学检查:CTA 示 SAH,左颞叶片状低密度,缺血梗塞灶?双侧室旁缺血性脑白质病变;左侧颈内动脉 C7 段动脉瘤,左侧大脑中动脉 M1 段动脉瘤可能性大;右侧颈内动脉 C7 段膨隆;右侧椎动脉 V4 段较细;右侧大脑中动脉 M3 段、双侧大脑后动脉 P1 段、右侧大脑后动脉 P2 段局部略窄。CTV 示右侧横窦狭窄,蛛网膜颗粒压迹可能性大。CTP 示双侧小脑半球、脑干片状灌注表现异常。

诊断推理:与颅内肿瘤鉴别诊断,鞍上区动脉瘤常误诊为鞍区肿瘤,但鞍上区动脉瘤无蝶鞍球形扩大,无垂体功能低下表现。颅内肿瘤卒中出血多见于胶质瘤、转移瘤、脑膜瘤、垂体瘤、脉络丛乳头状瘤等,出血前多有颅内压增高及病灶定位体征,无再出血现象。根据 CT 扫描及脑血管造影可鉴别。本例患者西医诊断为蛛网膜下腔出血,颅内动脉瘤,高血压 3 级(极高危)。

1.5 治疗干预

患者于 2024 年 12 月 08 日入院,住院期间采用中西医结合治疗干预方法。西医治疗:2024 年 12 月 09 日全麻下行右额颞开颅动脉瘤夹闭术,术后采用常规及对症药物治疗;中医治疗:根据实际经验和调查行序贯疗法,前期以预防颅内感染为主,中后期以预防肺炎为主。前期血府逐瘀汤加减约 5 d,以预防颅内感染为主同时兼顾肺;若出现热闭神昏或热入心包,神昏谵语,同时加用安宫牛黄丸,以清热解毒,补气补血,止血,预防感染。2024 年 12 月 23 日,患者病情平稳出院。

2 护理

2.1 护理评估

本例患者跌倒/坠床评估为 3 分,中度危险;压力性损伤评估(Waterlow)为 15 分,高度危险;

管路滑脱评估为7分,中度危险;误吸/窒息评估为7分,中度危险;日常生活能力评估(Barthel指数)为0分,重度功能障碍。

2.2 护理诊断

潜在并发症:迟发性脑缺血;体温过高与患者肺部感染有关;电解质紊乱与颅内压增高引起的呕吐有关;营养失调,低于机体需要量与摄入不足、消耗增加有关;有皮肤完整性受损的危险与长期卧床有关;有误吸的危险与留置胃管有关;有管路滑脱的危险与留置多种管路有关。

2.3 护理计划

西医:及时发现并处理可能威胁健康的并发症,将体温恢复至正常范围,防止高热引发的并发症,调整电解质水平至正常范围;保证足够营养供给,支持身体康复;保持皮肤完整性,预防压力性损伤;通过评估和调整饮食方式、体位,降低误吸风险;确保所有留置管路安全固定,未发生非计划性拔管事件。

中医:火热偏亢者,重点保护肺。辨证:壮火食气,气阴大伤,正虚邪实;治法:补气养阴,扶正托邪,辅以清热化痰解毒,以保全肺气与津液为主题。情志护理:患者神态淡漠,情绪低落,需进行情志疏导,通过与患者及家属沟通,缓解其焦虑情绪,促进身心康复。穴位按摩:选择太冲、太溪、涌泉等穴位进行按摩,10~15 min/次,2次/d,以调节气血,平肝潜阳。康复指导:结合中医康复理念指导患者出院后进行太极拳、八段锦等康复训练,增强体质,促进康复。

2.4 护理实施

2.4.1 预防迟发性脑缺血

严密观察生命体征,特别是意识和瞳孔变化,控制血压,将收缩压控制在160 mm Hg以下,避免低血压,发现异常及时报告医生并记录。建立危重患者护理记录单,记录时间具体到分钟,病情变化随时记录。持续低流量吸氧,保持脑细胞供

氧。准确记录出入量,保证出入量平衡。遵医嘱用药,予患者脱水降颅压(甘露醇注射液125 mL,每隔8 h静点1次),预防脑血管痉挛(尼莫地平注射液持续泵入后改为尼莫地平片60 mg,每隔4 h鼻饲1次),使用血管扩张药及降压药物时,应严密观察患者血压的变化及有无其他不适;临时给予患者镇静镇痛药物(酒石酸布托啡诺1 mg入壶),对烦躁患者给予镇痛镇静治疗时,严密观察用药后反应。观察头痛症状及肢体活动情况,及时发现颅内出血及血管痉挛征象,遵医嘱予抗癫痫药物(注射用苯巴比妥钠0.1 g+0.9%氯化钠注射液1 mL肌注后改为左乙拉西坦片0.5 g,2次/d,鼻饲)。绝对卧床休息,避免搬动患者,减少再出血风险。预防便秘,避免用力排便,遵医嘱使用通便剂(甘油灌肠剂110 mL直肠给药),观察患者大便颜色、量及性质。

2.4.2 抗感染

患者病情危重,手术创伤加原发病,降低局部和全身免疫力,使得术后感染高发,患者术后1 d白细胞 $15.46 \times 10^9/L$ (趋势图详见图1),C反应蛋白113.39 mg/L(趋势图详见图2),术后最高体温(T)39.2℃。遵医嘱按时按量予中药汤剂抗感染,并遵医嘱予患者降温药物(注射用赖氨匹林0.9 g入壶)。严密监测并记录体温变化,保持呼吸道通畅,及时清除口腔、气道分泌物,避免误吸。观察手术伤口有无渗血、渗液,保持伤口干燥、清洁。保持口腔清洁,予复方氯己定漱口水口腔护理,2次/d。预防泌尿系感染,注意观察尿液的颜色、性质、量。

2.4.3 营养支持

准确记录24 h出入量,动态监测血电解质变化,遵医嘱用药维持电解质平衡(氯化钾注射液15 mL+葡萄糖氯化钠注射液+胰岛素8IU临时静点改为氯化钾缓释片1 g,2次/d鼻饲)。每日检查血清白蛋白变化,根据医嘱予鼻饲饮食,注意患者

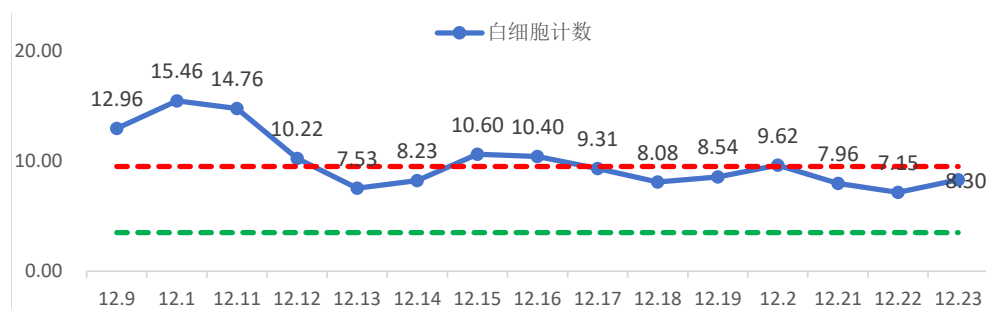


图1 患者白细胞计数趋势图

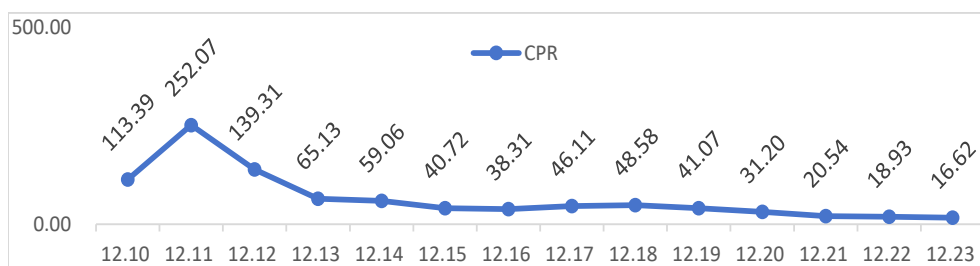


图2 患者C-反应蛋白趋势图

体位、胃内容物量、鼻饲液量和速度。每次鼻饲食物、进药物前后用少量温开水冲洗胃管。采用鼻饲泵均匀滴入,使营养物质与胃肠道充分接触,延长消化吸收时间。本例患者血清白蛋白变化详见图3,钾离子变化详见图4,钠离子变化详见图5。

2.4.4 皮肤护理

本例患者压力性损伤评估(Waterlow)为高度

危险,予患者提供舒适体位,肢体处于功能位,根据患者皮肤情况予气垫床保护皮肤。翻身或搬动患者时注意防止拖、拉、拽、推患者,给予患者保持床单平整干燥。严格执行床旁交接班,仔细检查皮肤情况并记录,发现问题及时处理。密切观察患者约束部位皮肤情况,更换各种管路贴膜时注意无张力粘贴及去除。

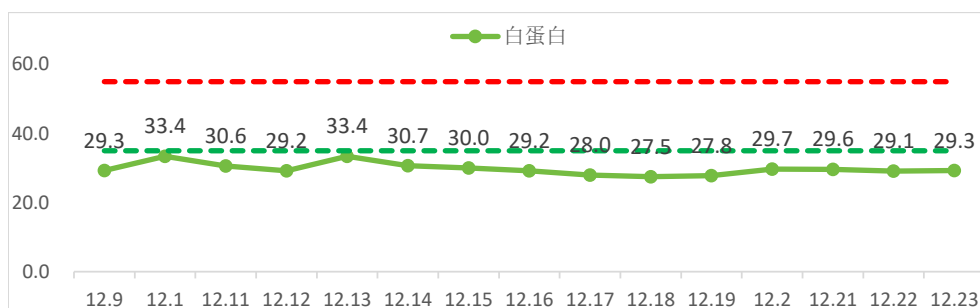


图3 患者白蛋白化验值趋势图

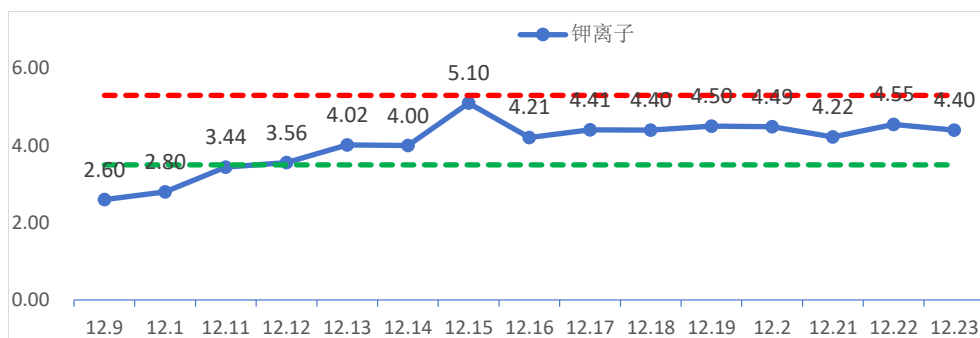


图4 患者钾离子化验值趋势图

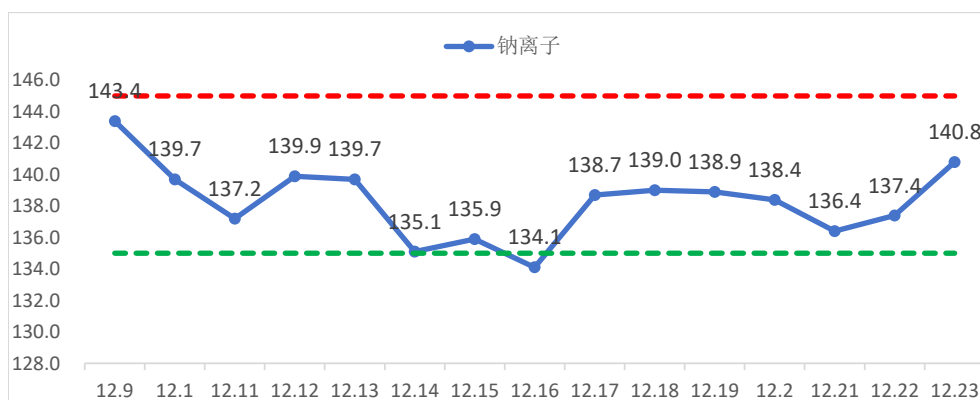


图5 患者钠离子化验值趋势图

2.4.5 中医护理措施

2.4.5.1 中药汤剂

根据中医辨证,予患者中药汤剂(川芎 8 g、麸炒枳壳 10 g、桔梗 10 g、地黄 15 g、牛膝 10 g、炙甘草 6 g、大黄 6 g、黄芪 80 g、桑叶 15 g、蜜枇杷叶 15 g、黄芩片 12 g、炒苦杏仁 12 g、川贝母 12 g、赤芍 8 g、当归 12 g、红花 6 g、北柴胡 8 g、天花粉 10 g 及燂桃仁 10 g)1 袋,每隔 12 h 鼻饲 1 次,以补气养阴,扶正托邪。三七粉 3 g 每隔 8 h 鼻饲 1 次,以去瘀生新,消肿定痛。特殊用药:12 月 11 日患者意识加重,加服安宫牛黄丸 1 粒鼻饲;于 12 月 13 日及 15 日分别服用安宫牛黄丸 1 粒;12 月 18 日患者体温再次升高,加服安宫牛黄丸 1 粒鼻饲。

2.4.5.2 穴位按摩

穴位按摩治疗选择太冲、太溪、涌泉等穴位进行按摩,10~15 min/次,2 次/d,以调节气血,平肝潜阳。

2.4.5.3 情志护理

通过与患者及家属沟通,了解患者心理状态,进行针对性心理疏导,缓解其焦虑情绪。

2.4.5.4 康复指导

结合中医康复理念,指导患者出院后进行太极拳、八段锦等康复训练,以增强体质,促进康复。

2.5 护理评价

通过中西医结合护理措施的实施,患者在住院期间未发生迟发性脑缺血(DCI)、脑血管痉挛、电解质紊乱及感染等常见并发症,未出现其他严重不良事件。患者意识状态逐渐好转,体温恢复正常,白细胞及 C 反应蛋白水平显著下降,电解质紊乱得到纠正,营养状况明显改善,皮肤完整性良好,未发生压力性损伤,未出现误吸及管路滑脱事件。中医护理措施在调节患者整体机能、改善症状及促进康复方面发挥重要作用,详见表 1。

表 1 疗效评估

评估项目	评估数值	评估结果
跌倒/坠床评估	3 分	中度危险
压力性损伤评估(Waterlow)	15 分	高度危险
管路滑脱评估	7 分	中度危险
误吸/窒息评估	7 分	中度危险
日常生活能力评估(Barthel 指数)	0 分	重度功能障碍

3 结果和随访

患者于 2024 年 12 月 23 日出院,出院时患者意识清楚,生命体征平稳。出院后第 1 周、第 2 周

及第 4 周进行门诊随访,患者恢复良好,无头痛、头晕等不适症状,肢体功能逐渐恢复。术后 3 个月,患者生活自理能力显著提高,Barthel 指数评分提升至 60 分,未出现复发或其他并发症^[10]。随访期间继续给予患者康复指导及心理支持,生活质量逐步改善。

4 讨论

4.1 中西医结合护理优势

本病例中,中西医结合护理模式在患者康复过程中发挥了重要作用。西医治疗通过手术及药物干预,迅速控制颅内出血及脑血管痉挛风险;中医护理则通过中药汤剂、安宫牛黄丸等特色措施^[11],调节患者整体机能,促进康复。中药汤剂具有清热解毒、补气补血、活血化瘀的作用,有助于改善患者体质,增强免疫力,安宫牛黄丸在意识障碍改善方面效果显著。此外,中医护理措施如穴位按摩、情志护理等,进一步缓解患者的焦虑情绪,促进身心康复^[12-13]。

4.2 个性化护理重要性

本病例中,护理团队根据患者具体病情和体质,制定个性化的护理计划,包括营养支持、皮肤护理、康复指导等。通过动态评估患者的病情变化,及时调整护理措施,确保护理的有效性和安全性。个性化护理不仅关注患者的生理需求,还重视心理和社会支持,体现了整体护理理念。

4.3 局限性与未来研究方向

尽管本病例取得了良好的护理效果,但仍存在一定的局限性。例如,护理措施的实施缺乏严格的对照研究,难以完全排除其他因素的干扰。此外,随访时间相对较短,对于患者长期预后的评估仍需进一步观察。未来研究可考虑开展多中心、随机对照研究,深入探讨中西医结合护理在神经外科重症患者中的应用效果及机制,为临床护理实践提供更有力的证据支持。

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] 黄华,包效燃,梁志坚.脑肿瘤相关脑动脉瘤的研究现状[J].中华神经外科杂志,2025,41(04):425-428.
HUANG H, BAO X R, LIANG Z J. Research Sta-

- tus of Cerebral Aneurysms Associated with Brain Tumors [J]. Chinese Journal of Neurosurgery, 2025, 41(04): 425-428. (in Chinese)
- [2] 程忻, 仲伟逸, 董漪, 等. 中国脑血管病临床管理指南(第2版)(节选): 第6章蛛网膜下腔出血临床管理推荐意见[J]. 中国卒中杂志, 2023, 18(9): 1024-1029.
- CHENG X, ZHONG W Y, DONG Y, et al. Chinese stroke association guidelines for clinical management of cerebrovascular diseases(second edition) (excerpt): chapter six clinical management of subarachnoid hemorrhage[J]. Chin J Stroke, 2023, 18(9): 1024-1029. (in Chinese)
- [3] 中国医师协会神经外科医师分会神经重症专业委员会, 中华医学会神经外科学分会脑血管病学组, 中国医师协会神经介入专业委员会, 等. 重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血管理专家共识(2023)[J]. 中国脑血管病杂志, 2023, 20(2): 126-144, F0003.
- The Expert Committee on Neurocritical Care of the Neurosurgery Branch of the Chinese Medical Doctor Association, the Cerebrovascular Disease Group of the Neurosurgery Branch of the Chinese Medical Association, and the Neurointerventional Professional Committee of the Chinese Medical Doctor Association, et al. Expert consensus on the management of severe aneurysmal subarachnoid hemorrhage 2023 [J]. Chin J Cerebrovasc Dis, 2023, 20(2): 126-144, F0003. (in Chinese)
- [4] TREGGIARI M M, RABINSTEIN A A, BUSL K M, et al. Guidelines for the neurocritical care management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage [J]. Neurocrit Care, 2023, 39(1): 1-28.
- [5] 孟六阳, 丁瑞殷, 殷军辉, 等. 蛛网膜下腔出血发热的中医病机[J]. 中医临床研究, 2022, 14(24): 3-5.
- MENG L Y, DING R C, YIN J H, et al. The pathogenesis of fever caused by subarachnoid hemorrhage [J]. Clin J Chin Med, 2022, 14(24): 3-5. (in Chinese)
- [6] 赵爱萍, 王丽. 蛛网膜下腔出血侧脑室引流后的中医护理[J]. 中国医药指南, 2008, 6(24): 399-400.
- ZHAO A P, WANG L. Traditional Chinese medicine nursing care of patients with subarachnoid hemorrhage after lateral ventricle drainage [J]. Guide China Med, 2008, 6(24): 399-400. (in Chinese)
- [7] GE M, GAN N, SHAN Y C, et al. Effects of clinical nursing pathway on postoperative satisfaction and quality of life of patients with subarachnoid hemorrhage[J]. Pak J Med Sci, 2024, 40(4): 747-752.
- [8] LINDNER A, BRUNELLI L, RASS V, et al. Long-term clinical trajectory of patients with subarachnoid hemorrhage: linking acute care and neurorehabilitation [J]. Neurocrit Care, 2023, 38(1): 138-148.
- [9] 邓莹, 陈冰清, 裴芬霞, 等. 神经重症患者目标体温管理的最佳实践证据总结[J]. 中华神经医学杂志, 2024, 23(10): 1028-1034.
- DENG Y, CHEN B Q, PEI F X, et al. Summary of Best Practice Evidence for Targeted Temperature Management in Neurocritical Patients [J]. Chinese Journal of Neurology and Neurosurgery, 2024, 23(10): 1028-1034. (in Chinese)
- [10] 王赛华, 施加加, 孙莹, 等. 简体版改良 Barthel 指数在脑卒中恢复期中的信度与效度研究[J]. 中国康复, 2020, 35(4): 179-182.
- WANG S H, SHI J J, SUN Y, et al. Reliability and validity of the simplified version Modified Barthel Index in convalescence period of stroke[J]. Chin J Rehabil, 2020, 35(4): 179-182. (in Chinese)
- [11] 李向荣, 李小红. 安宫牛黄丸治疗蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 1999, 6(10): 479-480.
- LI X R, LI X W. Clinical observations on treatment with Angong Niu Huang Pill (安宫牛黄丸) for cerebral vasospasm following subarachnoid hemorrhage [J]. Integr Tradit Chin West Med Pract Crit Care Med, 1999, 6(10): 479-480. (in Chinese)
- [12] 陆连第, 高长玉, 杨东宁, 等. 蛛网膜下腔出血急性期中医证候的特征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(2): 127-128.
- LU L D, GAO C Y, YANG D N, et al. Characteristics of TCM syndromes in acute stage of subarachnoid hemorrhage[J]. Chin J Basic Med Tradit Chin Med, 2008, 14(2): 127-128. (in Chinese)
- [13] 高杰, 黄贤键, 苏高健, 等. 颅脑创伤性蛛网膜下腔出血合并动脉瘤的诊治分析[J]. 中华神经外科杂志, 2024, 40(05): 450-454.
- GAO J, HUANG X J, SU G J, et al. Diagnosis and treatment analysis of traumatic subarachnoid hemorrhage with aneurysm in the brain [J]. Chinese Journal of Neurosurgery, 2024, 40(05): 450-454. (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。