

DOI: 10.12209/CAIM202504290007

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高龄脑挫伤后谵妄患者的中西医结合护理

傅温钰, 刘丽艳

(上海中医药大学附属曙光医院 2S 病区, 上海, 201203)

摘要: 本文总结 1 例老年脑挫伤合并谵妄患者的中西医结合护理体会。患者因跌倒致脑挫伤、蛛网膜下腔出血入院, 住院期间出现谵妄症状, 提供穴位贴敷及药物缓解疼痛症状。通过 8 周的中西医结合干预, 患者疼痛缓解, 谵妄症状得到有效控制, 避免患者发生严重并发症, 心理状态明显改善, 家属掌握谵妄护理相关知识, 患者病情稳定出院。

关键词: 脑挫伤; 谵妄; 中西医结合护理; 老年患者; 蛛网膜下腔出血

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for an Elderly Patient with Post-Traumatic Brain Contusion Delirium

FU Wenyu, LIU Liyan

(2S Ward, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine,
Shanghai, 201203)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of an elderly patient with traumatic brain contusion complicated by delirium using an integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western medicine approach. The patient was hospitalized due to brain contusion and sub-arachnoid hemorrhage caused by a fall and subsequently developed delirium. Interventions included acupoint application therapy and analgesic medication for pain relief. After 8 weeks of integrated care, the patient achieved significant pain reduction, effective delirium control, and prevention of severe complications. Psychological status markedly improved, family members acquired delirium care knowledge, and the patient was discharged in stable condition.

KEY WORDS: brain contusion; delirium; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; elderly patient; subarachnoid hemorrhage

谵妄是常见的老年综合征之一, 表现为急性发作的认知能力受损和注意力集中障碍, 症状呈波动性^[1], 谵妄可分为以躁动、幻觉和攻击为特征的高活动性谵妄, 以嗜睡和注意力不集中为特征的低活动性谵妄, 以及在过度活跃和低活跃状态之间波动的混合型谵妄^[2]。临床研究表明^[3], 在危重患者中, 谵妄的发生与延长住院时间、增加死亡率及恶化的认知功能关系密切。谵妄不仅增加心肺并发症的发病率和病死率, 而且谵妄可增加病人住院时间、护理费用、痴呆及死亡率^[4], 研究表明疼痛、焦虑、不合理镇静均是促发谵妄的因素^[5]。2023 年中国急诊成人镇痛、镇静与谵妄管理专家达成共识, 即有效的镇痛及合理镇静对减

少应激所致的生理和心理功能障碍可起到积极作用。谵妄的对症治疗只是在对因治疗发挥作用过程中的有效补充^[6]。鉴于此, 本文采用中西医结合疗法治疗 1 例高龄脑挫伤合并谵妄患者, 取得良好的效果, 现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女, 84 岁, 主诉“不慎跌倒致头痛及腰痛 1 h”。既往史: 有腰椎压缩性骨折手术史, 否认糖尿病、高血压及心脏病病史, 否认结核、伤寒及肝炎等传染病病史, 否认其他重大手术、输血病史, 否认药物食物过敏史。现病史: 患者于 2024 年 10

收稿日期: 2025-04-29

通信作者: 刘丽艳, E-mail: woainiyu2000@qq.com

OPEN ACCESS

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

月24日17:00左右步行时不慎跌倒,伤至头部,伤后出现头晕、头痛及腰痛,伴恶心、呕吐,左侧头皮血肿,急查颅脑CTA提示右颞脑挫伤、创伤性蛛网膜下腔出血、左颞顶头皮血肿。患者为求进一步治疗,急诊拟“右颞脑挫伤,创伤性蛛网膜下腔出血,左颞顶头皮血肿,腰椎滑脱”收治入院。

1.2 体格检查

入院时查体,患者体温(T)36.5℃,脉搏(P)88次/min,呼吸(R)25次/min,血压(BP)177/72 mm Hg;神志清,发育正常,营养一般,查体合作,问答切题;皮肤巩膜无黄染,皮肤黏膜无出血点,浅表淋巴结未及肿大;左颞顶头皮血肿,压痛(+),双侧瞳孔3 mm,对光反射正常;双侧鼻唇沟对称,口角无歪,伸舌居中;双侧肱二头肌反射、肱三头肌反射、双侧膝关节反射、跟腱反射均存在。中医四诊:望:患者少神、面色淡、舌红,苔薄白;闻:言语欠清晰、呼吸平稳、无异常气味;问:患者听力减退;切:脉弱。

1.3 诊断

中医诊断:创伤类病(气滞血瘀证)。辨证依据:患者年过八旬,先天禀赋不足,气血亏虚,患者左颞顶头皮及腰部压痛明显,舌淡红,苔薄白,脉弱,结合病史、理化检查及四诊合参,辨病当属祖国医学“创伤类病”范畴。患者筋脉受损,气血运行不畅,不通则痛,证属气滞血瘀型,治当行活血化瘀,行气通络为主。治疗原则:益气活血止痛。

西医诊断:右颞脑挫伤,创伤性蛛网膜下腔出血,左颞顶头皮血肿,腰椎滑脱,骶骨骨折,胸腔积液。西医诊断依据:主诉:不慎跌倒致头痛及腰痛1 h;查体:左颞顶头皮血肿,压痛(+);辅助检查:颅脑CT示右侧颞叶脑挫伤,右侧颞部及左侧额部硬膜下积血,右侧小脑半球旁小血肿,环池及四叠体池内积血,多发蛛血。

1.4 治疗干预

入院后积极完善相关检查,遵医嘱予促醒、营养、抗眩晕、降压及止痛治疗。患者入院后第1天出现谵妄症状,表现为夜间躁动、定向力障碍及言语混乱。经过穴位贴敷,1次/d,6~8 h/次;辅以经穴推拿,按揉神门、三阴交及太溪穴,3 min/穴,2次/d。此外,加强情志调护,采用羽调音乐(如《梅花三弄》)滋肾宁心,2次/d,30 min/次。患者谵妄症状3 d后逐渐缓解,于2025年12月25日病情稳定出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 谵妄评估

采用谵妄评分表CAM(Confusion Assessment Method),评估患者是否存在谵妄症状^[7]。患者表现为急性起病、注意力不集中、思维混乱及意识水平改变,符合谵妄诊断标准。2022年李鑫等对ICU意识模糊评估表-7(CAM-ICU-7)进行汉化,中文版CAM-ICU-7量表^[8]根据意识状态的急性改变或波动,注意力,目前意识水平的改变及思维混乱是非题的分值评估来进行评分。分值越高表示谵妄程度越严重,其中,0~2分为无谵妄,3~5分为轻度—中度谵妄,6~7分为严重谵妄。患者入院时评分为5分,属轻度—中度谵妄。

2.1.2 疼痛评估

数字等级评定量表(numerical rating scale, NRS)评分为0~10分,1~3分轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。患者入院时NRS评分为6分,中度疼痛,影响病人生活自理能力,干预后逐渐下降至1分。

2.1.3 日常生活能力评估

Barthel指数量表评分结果分4个等级,其中0级:100分生活自理能力良好,无需帮助;I级:轻度依赖,99~61分,能独立完成部分日常活动,但需一定帮助;II级:中度依赖,60~41分,需要极大帮助才能完成日常生活活动;III级:评分≤40分,大部分日常生活活动不能外城或完全需要人照顾。患者入院时Barthel评分为40分,III级,生活完全依赖。

2.1.4 心理状态评估

采用Zung编写的焦虑自评表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评价,每个量表中均包括20个项目,4级评分制。其中,SAS分值<50分,无焦虑;50~59分,轻度焦虑;60~69分,中度焦虑;评分≥70分,重度焦虑。SDS分值<53分,无抑郁;53~62分,轻度抑郁;63~72分,中度抑郁;评分≥73分,重度抑郁。患者入院时SAS得分为50分,SDS得分为45分,存在轻度焦虑和抑郁情绪。

2.2 护理诊断

根据患者入科后情况,责任护士通过查体、交流等方式整体评估患者,收集病史资料,确定护理问题:生活自理能力缺陷,与脑挫伤及腰椎滑脱导致活动受限有关;意识改变,谵妄与脑挫伤、颅内

压增高及环境改变有关;急性疼痛与脑挫伤及腰椎滑脱有关;焦虑与疾病预后不良及谵妄症状有关;潜在并发症,有跌倒、坠床、肺部感染的可能。

2.3 护理计划

根据现存护理问题,确定如下护理目标:运用中医特色治疗护理结合常规护理,控制患者谵妄症状,改善心理状态,提高活动耐力,提高自理能力。

2.4 护理措施

2.4.1 谵妄护理

患者年龄大,长期由独子照顾,对家属依赖性较强,所以加强患者的心理支持重要,指导家属如何与患者沟通,提供必要的护理支持。家庭成员的参与有助于减少患者谵妄的发生,促进谵妄恢复^[9]。予患者情志调护,应用五音疗法,即羽调音乐(如《梅花三弄》)滋肾宁心,2次/d,30 min/次。予患者经穴推拿治疗,按揉神门、三阴交及太溪穴,3 min/穴,2次/d。其次,使用药物干预,遵医嘱使用镇静药物,观察药物反应,避免过度镇静。同时去除引起认知功能障碍的诱发因素,如吸烟、酗酒^[10]。加强定向力训练,定向障碍会引起病人过度警醒,易发生谵妄^[11],故需加强定向力训练。通过简短问答,判断病人定向力及认知情况,有针对性地对患者进行时间、地点及人物强化。针对该患者情况,由长期陪伴的家属陪护,主动介绍主管医生及责任护士姓名,准备时钟及日历放于病人床旁桌上,并在进行治疗和护理时告知患者时间及用时长短,患者身体许可的情况下协助其下床活动介绍病房环境以减轻陌生感;提示患者观察窗外花草树木变化,舒缓心情。该患者参与训练第3天仍会有回答问题停顿、出错情况;训练4 d后,患者能够准确叫出护士姓名及熟悉护理内容,回答问题注意力集中。

2.4.2 疼痛护理

予患者穴位贴敷治疗,1次/d,6~8 h/次,贴间避免剧烈运动,防止脱落。局部出现轻微红、痒属正常反应,若出现起疱、剧痛症状需立即取下。治疗取穴合谷、足三里,达到理气活血止痛之功效,患者使用舒适,配合度高。遵医嘱使用镇痛药物(如复方对乙酰氨基酚片),观察疼痛缓解情况。

2.4.3 生活护理

体位管理:协助患者保持舒适卧位,定时翻身,预防压疮。功能锻炼:指导患者进行床上肢体活动,防止肌肉萎缩和关节僵硬。早期活动既可

预防谵妄发生率,又可缩短谵妄的持续时间^[12]。饮食指导:根据患者证属气滞血瘀,指导患者应多吃山楂、黑木耳、红糖,玫瑰花泡茶。通过饮食调理达到活血化瘀、行气导滞的效果。

2.4.4 并发症预防

跌倒预防:患者年老体弱,需卧床休息为主,所以应加强床栏使用,指导家属24 h陪护,避免患者独自活动,以免发生意外。肺部感染预防:患者长期卧床,年龄大,应指导患者进行有效咳嗽和深呼吸,定期翻身拍背,促进排痰。

3 结果和随访

经过治疗和护理干预,患者谵妄症状得到有效控制,疼痛缓解,未发生跌倒、坠床等意外事件,生活自理能力提高,病情稳定出院,详见表1。出院后第7天进行电话随访,患者谵妄症状未复发,家属掌握相关护理知识,患者生活质量明显改善。

表1 疗效评估

评估项目	2024年10月24日	2024年10月31日	2024年12月25日
NRS	6	3	1
SAS	50	40	30
SDS	45	35	20
Barthel	40	60	70
CAM-ICU-7	5	2	0

4 讨论

脑外伤发生后,脑组织发生严重的“瀑布样”炎症反应,急性缺血缺氧造成血管内皮细胞损伤,诱发神经元凋亡,随后小胶质细胞过度活化,对神经细胞造成进一步毒性伤害,最终导致谵妄^[13]。疼痛也是导致谵妄产生的重要因素之一,及时有效干预患者疼痛能降低谵妄发生风险^[14]。对此,本案例初期治疗以活血化瘀、行气止痛为主;治疗中期,以和营生新、接骨续筋为原则,则以养血补气、补益肝肾及续筋接骨之法为主。通过睡眠调控、运动康复及认知定向训练,构建基础干预框架,同步联合中医经穴推拿、穴位贴敷与五音疗法形成协同增效。经中西医整合护理实践,患者谵妄严重程度显著减轻,复发风险有效降低。国内也有一些学者尝试采用中医物理疗法,包括中药穴位贴敷或耳穴贴辅助西医治疗谵妄,取得良好疗效^[15]。

综上所述,整合谵妄的中西医证候特征、治疗

及护理策略,针对临床护理难点提出综合干预方案。中医护理通过穴位贴敷与情志调节等非药物疗法践行“内病外治”理念,在缓解老年患者疼痛、改善睡眠方面展现操作便捷性与安全性优势;西医护理聚焦镇静药物的个体化应用及并发症预防,强调动态监测与精准干预;同步建立家属协同机制,通过结构化健康教育提升家庭照护能力。实践表明,中西医结合的整合护理模式能有效抑制谵妄发生发展,显著改善临床症状、降低并发症风险,并提升医患满意度,将为谵妄的治疗提供广阔前景。

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] BATTLE D E. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)[J]. *Codas*, 2013, 25(2): 191-192.
- [2] LA COUR K N, ANDERSEN-RANBERG N C, WEIHE S, et al. Distribution of delirium motor subtypes in the intensive care unit: a systematic scoping review[J]. *Crit Care*, 2022, 26(1): 53.
- [3] ROBERSON S W, PATEL M B, DABROWSKI W, et al. Challenges of delirium management in patients with traumatic brain injury: from pathophysiology to clinical practice [J]. *Curr Neuropsychopharmacol*, 2021, 19(9): 1519-1544.
- [4] 房佳, 孙征. 1例BRCA1基因阳性的三阴性乳腺癌病人谵妄的护理[J]. *全科护理*, 2023, 21(5): 708-712.
FANG J, SUN Z. Nursing care of a patient with triple negative breast cancer with BRCA1 gene positive [J]. *Chin Gen Pract Nurs*, 2023, 21(5): 708-712. (in Chinese)
- [5] 孟恬宇, 尹战海, 李萌, 等. 老年髋部骨折术后谵妄的管理[J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2021, 20(9): 716-720.
MENG T Y, YIN Z H, LI M, et al. Management of postoperative delirium in elderly patients with hip fracture[J]. *Chin J Mult Organ Dis Elder*, 2021, 20(9): 716-720. (in Chinese)
- [6] 中华医学会急诊医学分会危重症学组, 中国急诊成人镇痛、镇静与谵妄管理专家共识组, 张茂, 等. 中国急诊成人镇痛、镇静与谵妄管理专家共识[J]. *中华急诊医学杂志*, 2023, 32(12): 1594-1609.
The Critical Care Group of the Emergency Medicine Branch of the Chinese Medical Association, the Expert Consensus Group for Adult Pain Management, Sedation, and Delirium Control in Acute Care in China, et al. Expert consensus on management of analgesia, sedation and delirium in emergency adults in China [J]. *Chin J Emerg Med*, 2023, 32(12): 1594-1609. (in Chinese)
- [7] 易进, 崔飞环, 梁玉兰, 等. 心脏外科术后谵妄的临床特点和危险因素分析[J]. *心肺血管病杂志*, 2024, 43(5): 469-473.
YI J, CUI F H, LIANG Y L, et al. Analysis of clinical characteristics and risk factors of postoperative delirium after cardiac surgery [J]. *J Cardiovasc Pulm Dis*, 2024, 43(5): 469-473. (in Chinese)
- [8] 李鑫, 李奇, 孙建华, 等. ICU意识模糊评估表-7量化项目的汉化及信效度检验[J]. *护士进修杂志*, 2022, 37(10): 865-869.
LI X, LI Q, SUN J H, et al. The Chinese version of scored items and reliability and validity test of the confusion assessment method for the intensive care unit-7 [J]. *J Nurses Train*, 2022, 37(10): 865-869. (in Chinese)
- [9] 李九红, 黄伶俐, 周艳红, 等. ICU成人患者谵妄预防及管理策略的最佳证据总结[J]. *护士进修杂志*, 2022, 37(5): 439-445.
LI J H, HUANG L Z, ZHOU Y H, et al. Evidence summary for prevention and management of delirium for adult patients in intensive care unit [J]. *J Nurses Train*, 2022, 37(5): 439-445. (in Chinese)
- [10] 王艳新, 易晓平, 李曼, 等. 神经重症监护病房蛛网膜下腔出血患者谵妄发生的危险因素及预测模型构建[J]. *中国卒中杂志*, 2025, 20(3): 313-319.
WANG Y X, YI X P, LI M, et al. Risk factors and prediction model construction for delirium in patients with subarachnoid hemorrhage in the neurology intensive care unit [J]. *Chin J Stroke*, 2025, 20(3): 313-319. (in Chinese)
- [11] O'MAHONY R, MURTHY L, AKUNNE A, et al. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium [J]. *Ann Intern Med*, 2011, 154(11): 746-751.
- [12] PACI M, CARDELLICCHIO P, DI LUZIO P, et al. When the heart inhibits the brain: Cardiac phases modulate short-interval intracortical inhibition [J]. *iScience*, 2024, 27(3): 109140.
- [13] LIU J, SHEN Q L, ZHANG H P, et al. The potential protective effect of mesencephalic astrocyte-de-

- rived neurotrophic factor on post-operative delirium via inhibiting inflammation and microglia activation [J]. *J Inflamm Res*, 2021, 14: 2781–2791.
- [14] 宋玉华, 苗运敏. 疼痛护理干预对ICU重症患者谵妄发生情况、疼痛因子、应激因子的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2022, 29(8): 56–58.
- SONG Y H, MIAO Y M. Effect of pain nursing intervention on delirium, pain factors and stress factors in ICU patients[J]. *Mod Nurse*, 2022, 29(8): 56–58. (in Chinese)
- [15] 李珺, 叶晨玄, 钱景, 等. 髋或膝关节置换术患者术后苏醒期谵妄的前额脑电特征[J]. 临床麻醉学杂志, 2024, 40(6): 606–611.
- LI J, YE C X, QIAN J, et al. Prefrontal electroencephalographic characteristics in patients with emergence delirium period after hip or knee arthroplasty [J]. *J Clin Anesthesiol*, 2024, 40(6): 606–611. (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。