

DOI: 10.12209/CAIM202505260002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例无主癫痫持续状态患者 中西医结合急诊救治与护理体会

李 杨

(石家庄市中医院 急诊科, 河北 石家庄, 050000)

摘要: 本文总结 1 例中西医结合治疗无主癫痫持续状态患者的护理体验。1 名 23 岁男性患者以癫痫持续状态为首发表现, 无家属陪同, 救治团队迅速启动应急预案, 完成生命支持、气道保护、镇静治疗、查找病因及预防并发症的发生, 同时配合中医穴位按摩促醒治疗, 选择有安神、醒脑与开窍功效的百会、水冲及太沟穴进行按摩后, 患者意识转清, 取得显著效果。

关键词: 绿色通道; 癫痫持续状态; 病因诊断; 中西医结合护理

A Case Report on Integrated Chinese-Western Emergency Treatment and Nursing of a Patient with Unattended Status Epilepticus

LI Yang

(Department of Emergency, Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei, 050000)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a 23-year-old male patient with unattended status epilepticus treated through integrated Chinese and Western medicine. The patient presented with status epilepticus as the initial symptom and had no family accompaniment. The emergency team promptly initiated contingency protocols, providing life support, airway protection, sedative therapy, etiological investigation, and complication prevention. Concurrently, traditional Chinese acupressure was applied to promote consciousness recovery, targeting the Baihui (GV20), Shuigou (GV26), and Taichong (LR3) acupoints—known for their effects in calming the mind, awakening consciousness, and resolving phlegm-dizziness. Following intervention, the patient regained clear awareness, demonstrating significant therapeutic efficacy.

KEY WORDS: green channel; status epilepticus; etiological diagnosis; integrated Chinese-Western nursing

癫痫持续状态是癫痫发作的最严重表现形式之一, 是指单次的癫痫发作持续 5 min 以上, 或者 5 min 内有 2 次或以上的癫痫发作, 且患者在发作之间未恢复正常^[1]。抽搐并不是单一疾病, 而是许多疾病的严重临床表现, 在诊断过程中综合分析各方面资料, 尤其是了解基础疾病和用药史, 而无主患者为明确病因增加了难度。对癫痫持续状态患者进行及时治疗与科学护理十分必要。护理人员第一时间开辟绿色通道, 对患者进行初始评估、气道保护、控制癫痫发作, 医护配合寻找病因, 采取紧急救治护理措施, 同时配合中医穴位按摩, 取得良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 23 岁, 主因“被路人发现意识不清伴抽搐约 30 min”于 2023 年 10 月 19 日 16:45 由 120 平车送入急诊科(无家属陪同)。患者意识不清, 双侧瞳孔正大等圆直径约 3 mm, 对光反射、压眶反射存在, 四肢抽搐, 口唇部有少量血液流出, 左腕横纹处留有长约 5 cm 缝合疤痕, 无大小便失禁。心电监护示窦性心动过速, 心率(HR)140 次/min, 血压(BP)150/110 mmHg(左上肢)、145/93 mmHg(右上肢), 呼吸(R)20 次/min, 血氧饱和

收稿日期: 2025-05-26

OPEN ACCESS

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

度 95%, 体温(T) 36℃, 随机血糖 7.1 mmol/L。

1.2 救治过程

立即开辟绿色通道, 并拨打 110 报警电话, 寻找家属。分别于 16:48、17:06 予地西洋 5 mg 静推, 17:23 地西洋 10 mg 静推, 患者间断四肢抽搐, 伴意识不清; 17:54 丙戊酸钠 0.3 g 静脉泵入; 18:32 患者逐渐安静, 停止抽搐仍意识不清, 予中医穴位按摩; 18:34 甘露醇 125 mL 快速静点; 19:05 患者母亲到达抢救室; 19:10 患者意识转清, 停丙戊酸钠静脉泵入; 母亲提供患者双相情感障碍病史; 19:40 抽取毒物分析外院送检, 结果回报苯海拉明浓度超正常 18 倍。遵医嘱洗胃(暂缓), 家属要求转往上级医院继续治疗。

1.3 辅助检查及诊断

16:55 急查头颅 CT 未见异常; 19:40 毒物分析, 苯海拉明浓度超过正常 18 倍。中医诊断为痫证, 西医诊断为癫痫持续状态, 药物中毒。

2 急诊救治与护理

2.1 立即开辟绿色通道

立即开辟绿色通道, 优先救治: 先抢救生命后办理手续, 先诊疗后付费; 全程畅通: 确保各环节无缝衔接, 减少滞留时间。上报总值班、科主任及护士长并登记, 联系保卫科清点随身物品, 未发现患者有关信息, 拨打 110 报警, 积极寻找家属, 第一时间启用无主患者就诊卡。16:55 提前与放射科沟通, 年资高护士陪同, 保证患者抽搐停止时进行头颅 CT, 同时做好联系神经外科准备, 如考虑脑出血, 立即从放射科转入神经外科, 为患者救治节省时间。CT 检查结果未见异常, 17:13 患者返回抢救室。

2.2 保证气道通畅、立即心电监护、吸氧

立即进行生命体征评价、12 导联心电图检查、扼要询问病史查体、吸氧及心电监护^[2]。将患者侧卧位、头偏向一侧, 以利唾液和呕吐物流出, 防止误吸, 保证呼吸道通畅, 吸氧、口咽通气道畅通气道, 必要时清除口腔异物, 观察患者气道情况, 如分泌物较多, 负压吸引器备用状态, 随时吸痰。

2.3 控制抽搐发作

快速查体: 患者神志不清, 长时间抽搐大于 5 min, 发作期间无意识, 考虑患者癫痫持续状态。16:48、17:06 分别予地西洋 5 mg 静推, 17:23 地西洋 10 mg 静推, 患者间断四肢抽搐, 伴意识不

清, 应用地西洋后反复发作; 17:54 丙戊酸钠 0.3 g 静脉泵入, 静脉泵注期间严格控输液速度, 初始速度 0.4 mg/min, 严密观察药物效果; 18:20 患者仍有抽搐, 遵医嘱静脉泵注速度调整为 0.6 mg/min; 18:32 患者抽搐停止, 逐渐安静, 仍意识不清。

2.4 积极寻找病因

患者头部 CT 未见异常, 急查血常规、血糖、电解质、肝肾功能、动脉血气及毒物分析。19:40 抽取毒物分析外院送检结果回报, 苯海拉明浓度超正常 18 倍。考虑患者苯海拉明中毒, 积极治疗原发病, 遵医嘱洗胃(暂缓), 患者清醒后, 家属要求转往上级医院继续治疗。

2.5 对症治疗

癫痫持续状态 1 h 以上者, 即有发生脑缺氧、脑水肿的可能性, 酌情予地塞米松、20% 甘露醇或利尿剂治疗; 18:34 予甘露醇快速静点, 控制癫痫发作的同时处理并发症。

2.6 加强护理支持配合中医穴位按摩

2.6.1 呼吸、循环功能支持

抗癫痫药物的应用会导致呼吸抑制或血流动力学不稳定, 加强呼吸及循环监护, 监测呼吸频率、节律、血氧饱和度、动脉血气分析、血压及血流动力学等相关指标, 且患者较年轻无家属陪同, 护理人员专人陪护, 做好随时气管插管准备。心电监护显示, 患者呼吸波动 16~22 次/min, 血压 130/85 mm Hg ~ 150/110 mmHg, 窦性心动过速, 心率波动在 120~155 次/min, 持续低流量(2 L/min)吸氧。18:32 患者抽搐停止后, 遵医嘱美托洛尔 25 mg 研碎后置于患者舌下含服, 后心率逐渐下降至 120 次/min。

2.6.2 颅内压监护支持

患者反复、多次发作容易出现低氧血症、高热、脑水肿, 进而引起颅内压升高。镇静期间, 抬高床头 20~30°, 每小时评估患者瞳孔大小及对光反射、肌张力, 出现躁动、瘥症等异常变化, 同步调整医疗护理方案。18:34 予甘露醇 125 mL 快速静点。

2.6.3 穴位按摩

患者抽搐停止后, 仍意识不清, 选择有安神、醒脑及开窍功效的穴位对患者进行按摩, 采用指按法、指揉法对百会、水沟、太冲穴进行按摩。百会穴位于头顶正中, 水沟穴位于人中沟上 1/3 与中 1/3 交点处, 太冲穴位于足背侧, 第 1、2 趾跖骨结合部之前凹陷处。指按法: 以拇指螺纹面着力

于施术部位,余四指张开,置于相应位置以支撑助力,腕关节屈曲 $40^{\circ}\sim 60^{\circ}$,拇指主动用力,垂直向下按压,当按压力达到所需的力度后,稍停片刻,“按而留之”,然后松劲撤力,再做重复按压。指揉法:以指端螺纹面置于施术部位上,其余手指置于其相对或合适的位置以助力,腕关节微屈,以腕关节为支点,使手指螺纹面在施术部位上做连续不断地旋转揉动。两种刺穴方法反复刺激,操作手法柔和、均匀、有力、持久,运力能达到组织深部。予以较快中强度刺激,持续约40 min,后患者意识转清。

2.6.4 并发症及不良事件管理

在家属到来之前,护理人员专人陪护,密切观察,予患者保护性约束,防止发生坠床、受伤、管路滑脱等意外情况。丙戊酸钠副作用很少,主要为头晕、血小板减少和轻度低血压,近年来研究表明高氨血症是该药的不良反应,进一步可致肝性昏迷,需引起关注^[3]。患者应用丙戊酸钠0.3 g泵入,用药过程中护士严格观察治疗效果及药物副作用,尤其是血小板、血氨、血压情况。

2.6.5 心理干预

患者意识清楚后,护理人员与患者耐心的交流,在交流中遵循中医情志护理原则,精准评估患者心理状态,向患者介绍所处环境,帮助患者回忆发病的过程,减轻焦虑和恐惧。取得患者信任后,鼓励患者积极配合治疗,询问患者有无进食特殊药物,患者承认曾口服苯海拉明药片,母亲提供双向情感障碍病史。

3 讨论

急诊绿色通道适用于短时间内发病、可能危及生命的急危重症患者,“三无”患者(无姓名、无家属、无治疗经费)也纳入其中。优先救治,即先抢救生命后办理手续,先诊疗后付费;全程畅通,即确保各环节无缝衔接,减少滞留时间。

一旦确定是癫痫持续状态,及时控制抽搐是治疗的关键。目标是在神经功能受损前控制癫痫发作(理论上是在20 min至1 h内控制抽搐发作)^[4]。应选择速效、抗痫力强、安全及对心肺无抑制作用的药物。苯二氮类药物为一线用药,如地西泮、劳拉西泮、氯硝西泮,较高剂量给药时,可导致呼吸抑制、认知障碍甚至昏迷;严重呼吸抑制需要气管插管、呼吸机辅助通气,增加了呼吸机肺炎的发生风险^[5]。地西泮为首选药物,成人10~

20 mg/次,儿童0.25~0.50 mg/kg,缓慢静脉注射,成人应小于5 mg/min,儿童2 mg/min,直到发作停止。10~15 min可重复给药,24 h总量不超过200 mg。当一线苯二氮类药物无效时,可选择苯巴比妥、戊巴比妥、磷苯妥英、丙戊酸钠及左乙拉西坦等二线药物。有癫痫发作病史,正在使用抗癫痫药物的患者,评估癫痫药物,增加药物剂量或更换抗癫痫药物。无相关癫痫病史,排除代谢性疾病、感染性疾病、电解质紊乱、神经系统病变及中毒可能。此患者考虑苯海拉明药物中毒引起的抽搐。

在抽搐停止后,配合中医穴位按摩,刺激人体特定穴位,激发人的经络之气,达防病治病之效。在穴位按摩作用下,可起到安神、醒脑的作用,可针对患者大脑神经异常放电症状进行改善,起到对患者癫痫症状进行缓解的效果^[6-7]。中医认为癫痫发病与风、火、痰、瘀、虚相关,其中风、痰为发病的影响因素,痰邪停聚于体内,日久痰瘀互结,因风、火邪气触发,出现痰瘀上犯,蒙蔽脑窍,脏腑功能失司,后循行至经络,致气血运行失调,升降出入失司,损伤神机,继而元神不受控制,故见癫痫^[8]。穴位按摩疗法是以祖国医学理论为指导,以经络腧穴学说为基础,不用药物、器械和特殊设备,仅凭医者的双手在人体一定部位上操作,刺激人体特定的穴位,激发人的经络之气,达防病治病之效。百会穴位于头顶正中,为手足三阳汇聚之所、各经脉气血之会、百神之会,具有升举阳气、开窍醒神及益精填髓等功效。其次是水沟,水沟又称“鬼宫”,水沟穴位于人中沟上1/3与中1/3交点处,是督脉要穴及手足阳明经与督脉交汇之处,其特殊位置具有独特的治疗价值。任脉经脉循行分支与督脉循行分支在眼部相会,根据急救取水沟需达眼球湿润或流泪为宜,可推测水沟起效是同时调节任督二脉,激发经气上达脑部,以醒脑开窍、升通阳气、舒筋通督,进而通调全身之阴阳气血^[9]。《灵枢·本输》记载足厥阴肝经具有平肝潜阳、解郁养血之功效,与督脉会于巅,太冲穴为其原穴、输穴,与脑功能有着密切联系。临床常取太冲穴补泻平衡、调和气血、调畅气机、疏泄肝气。因而太冲穴在神志病、中风后遗症等疾病的治疗中得到广泛应用^[10]。

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] 张文武. 急诊内科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [2] 曾梅, 林昕, 刘凌. 癫痫合并意识障碍的发生机制[J]. 中风与神经疾病杂志, 2023, 40(6): 496-500.
ZENG M, LIN X, LIU L. Mechanism of epilepsy complicated with disturbance of consciousness[J]. J Apoplexy Nerv Dis, 2023, 40(6): 496-500. (in Chinese)
- [3] 张莲芳, 彭翠清, 马廉亭. 癫痫持续状态的急救和护理[J]. 中国临床神经外科杂志, 2023, 28(4): 279-280.
ZHANG L F, PENG C Q, MA L T. Emergency treatment and nursing care for status epilepticus [J]. Chinese Journal of Clinical Neurosurgery, 2023, 28(4): 279-280. (in Chinese)
- [4] 孙田烨, 王凯悦, 阎明源, 等. 从“脑气络-病络”理论探析癫痫发作的病机及治疗[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(8): 1043-1048.
SUN T Y, WANG K Y, YAN M Y, et al. Discussion on the pathogenesis and treatment of epilepsy from the theory of “brain’s qi collateral-abnormal collateral” [J]. J Beijing Univ Tradit Chin Med, 2024, 47(8): 1043-1048. (in Chinese)
- [5] 范竹青, 高义崧, 陈於虹, 等. 针刺治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠症患者的临床疗效及其影响因素的 Logistic 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(6): 1193-1199.
FAN Z Q, GAO Y S, CHEN Y H, et al. Clinical efficacy of acupuncture in treatment of patients with benzodiazepine-dependent insomnia and logistic analysis of its influencing factors[J]. World J Integr Tradit West Med, 2025, 20(6): 1193-1199. (in Chinese)
- [6] 赵冠焱, 宁理懂, 蓝欢, 等. 高血压性脑出血患者行立体定向血肿抽吸术后癫痫发生情况及影响因素[J]. 医学综述, 2023, 29(11): 2284-2288.
ZHAO G Y, NING L D, LAN H, et al. Analysis of occurrence and influencing factors of epilepsy in hypertensive intracerebral hemorrhage patients after stereotactic hematoma aspiration [J]. Med Recapitul, 2023, 29(11): 2284-2288. (in Chinese)
- [7] 李勇芳. 中医综合护理对于癫痫患者发作次数及抑郁焦虑程度的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(12): 135-137.
LI Y F. Effect of comprehensive nursing of traditional Chinese medicine on the number of seizures and the degree of depression and anxiety in patients with epilepsy [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2020, 18(12): 135-137. (in Chinese)
- [8] 吴广, 铁梦意, 杨俊红, 等. 近10年中医药治疗癫痫的临床研究证据图[J]. 中国中医急症, 2024, 33(12): 2082-2087, 2092.
WU G, TIE M Y, YANG J H, et al. Evidence mapping of clinical research on traditional Chinese medicine treatment for epilepsy in recent ten years [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(12): 2082-2087, 2092. (in Chinese)
- [9] 商祚祥, 何腾, 张震, 等. 基于“急救刺水沟”探析水沟穴在急性脑病中的临床应用与机制研究进展[J]. 山东中医杂志, 2025, 44(6): 704-710.
SHANG Z X, HE T, ZHANG Z, et al. Clinical application and mechanism of Shuigou acupoint in acute encephalopathy based on “first aid stabbing of Shuigou acupoint” [J]. Shandong J Tradit Chin Med, 2025, 44(6): 704-710. (in Chinese)
- [10] 沈录峰, 孙艳群, 黄小蓉, 等. 持续太冲穴电刺激治疗昏迷患者的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(16): 95-97.
SHEN L F, SUN Y Q, HUANG X R, et al. The effect of continuous electrical stimulation at Taichong (LR3) on unconsciousness patients [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2023, 21(16): 95-97. (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。