

DOI: 10.12209/CAIM202512220004

· 中西医结合临床案例 ·

1例重症副感染脑病可能合并多系统 并发症患者的中西医结合护理报告

翟梓臻¹, 董 慧²

(1. 北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 神经内二科, 北京, 100020;

2. 北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 护理部, 北京, 100020)

摘要: 本文报告1例20岁重症副感染性脑病可能患者的护理案例。护理团队基于多学科协作(MDT)模式,实施中西医结合护理方案。西医护理重点为气道管理、癫痫防控、感染控制及营养支持;中医护理遵循“痰热蒙窍、气虚湿阻”的辨证结果,应用头部按摩、耳穴贴压、艾灸及中药外治等技术。干预后患者胃肠功能改善,并发症减轻,生命体征趋于平稳,并出现神经功能微小反应。本案例表明,MDT框架下的中西医结合护理可有效改善危重患者生理机能,防控并发症,促进康复,体现了中西医协同的护理价值。

关键词: 副感染脑病; 中西医结合护理; 重症神经护理; 中医特色护理; 病例报告

Nursing Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for a Patient with Severe Para-infectious Encephalopathy and Potential Multi-system Complications

ZHAI Zizhen¹, DONG Hui²

(1. Department of Neurology II, Beijing Chaoyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Emergency Rescue, Beijing, 100020;

2. Department of Nursing, Beijing Chaoyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Emergency Rescue, Beijing, 100020)

ABSTRACT: This paper presents a nursing case study of a 20-year-old patient with severe para-infectious encephalopathy. The nursing team implemented an integrated Traditional Chinese and Western Medicine (TCM-WM) protocol under a multidisciplinary team (MDT) framework. Western nursing focused on airway management, epilepsy prevention, infection control, and nutritional support, while TCM nursing applied syndrome differentiation principles ("phlegm-heat clouding the mind" and "qi deficiency with dampness obstruction") through techniques such as head massage, auricular acupressure, moxibustion, and external herbal therapies. Post-intervention, the patient showed improved gastrointestinal function, reduced complications, stabilized vital signs, and minimal neurological responses. This case demonstrates that MDT-based TCM-WM integrated nursing can effectively enhance physiological functions, prevent complications, and promote recovery in critical care, highlighting the synergistic value of combined approaches.

KEY WORDS: para-infectious encephalopathy; integrated Traditional Chinese and Western Medicine; critical neurological care; Traditional Chinese Medicine characteristic nursing; case report

副感染性脑病(Parainfectious encephalopathy)是一种可能由感染后免疫介导的脑病,临床表现多样、病情危重,尤其在缺乏特异性抗体证据时,诊断与治疗面临巨大挑战^[1-2]。此类患者常快速进展为神经重症状态,并发多系统功能障碍,对

护理工作提出极高要求。目前针对此类患者的护理多集中于生命支持、并发症防治及神经功能监测等西医常规护理范畴,而系统性整合中医特色护理技术,并在多学科团队(MDT)框架下形成中西医结合的个体化护理方案,在临床实践与文献

收稿日期:2025-12-22

通信作者:董慧, E-mail: zxyhlbsjs@163.com

OPEN ACCESS

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

报道中仍相对不足^[3-4]。

本病例具有特殊性,患者为年轻女性,临床高度怀疑为抗体阴性的重症副感染性脑病,病程迁延达3个月,疾病进程中先后出现癫痫持续状态、心跳骤停,并并发获得性肺炎、消化道出血、多器官功能障碍、电解质紊乱、中枢性尿崩症等复杂严重的多系统并发症,病情危重程度与管理复杂度在临床中较为罕见。因此,详细报告该病例的全程护理干预,尤其是中西医结合护理的具体实践与效果,具有重要临床参考价值。撰写本病例报告的必要性体现在三方面,第一,为救治病因不明、并发症繁多的神经重症患者,提供一个基于MDT协作、中西医护理技术深度融合的完整护理实践范例;第二,详细阐述如何以中医辨证(本例为“痰热蒙窍、气虚湿阻”)指导护理评估,并针对性应用头部按摩、耳穴贴压、艾灸、中药热奄包等中医外治技术,以改善症状、处理并发症(如胃肠功能紊乱、注射硬结);第三,通过记录患者接受系

统中西医结合护理后,在胃肠功能、皮肤问题、神经细微反应等方面的积极变化,为中医护理在神经重症领域的应用提供实证依据,探讨其作为常规西医护理有效补充的协同价值^[3]。

当前神经重症护理标准强调在MDT模式下,开展以循证为基础的全面生理支持与并发症预防^[4]。本病例在此标准护理框架内,系统性融入并展示基于中医整体观念与辨证施护原则的个体化护理方案的实施路径与初步成效,提示将中医护理评估与技术早期、规范整合入神经重症护理计划,可能有助于改善患者部分生理机能、提升照护质量,并为后续神经康复创造条件。本病例护理实践参考了国内外神经重症护理、自身免疫性脑炎管理及中医护理技术应用的相关指南与进展。

1 病例资料

1.1 时间表

本例患者主要诊疗时间表,详见表1。

表1 诊疗时间表

日期	事件
2025年08月25日	无诱因发热起病,最高体温39.0℃,自服布洛芬可退热
2025年08月31日	出现首次全面性强直—阵挛发作(GTCS),表现为四肢屈曲阵挛、意识丧失、牙关紧闭、口吐白沫、颜面青紫伴舌咬伤,持续约2 min,发作后意识未恢复,1~3 h内反复发作,进入癫痫持续状态
2025年09月01至07日	于外院接受抗病毒、抗癫痫、甲泼尼龙冲击及首轮静脉注射免疫球蛋白(IVIG)治疗;期间病原宏基因组检测及血清自身免疫性脑炎抗体谱均为阴性,但意识障碍及频繁抽搐无改善
2025年09月08日	转至上级医院,急诊头颅CT提示左枕叶局部低密度影;予咪达唑仑、丙泊酚镇静,联合左乙拉西坦、丙戊酸钠、苯巴比妥等多种抗癫痫药物控制发作
2025年09月09日	出现心跳骤停,经心肺复苏后生命体征稳定,曾出现41℃高热;后续复查腰穿压力仍高(具体数值不详),脑脊液常规、生化及自身免疫抗体检测均为阴性;治疗期间接受第二轮IVIG冲击
2025年09月24日	转入神经重症监护室(NICU)
2025年09月25日至10月14日	予新型FcRn拮抗剂艾加莫德(1200 mg/周,共3次,末次给药10月14日)治疗
2025年09月30日	行气管切开术
2025年10月24日至28日	接受第三轮IVIG治疗;10月24日腰穿压力显著升高至280 mmH ₂ O,脑脊液蛋白显著增高(232.6 mg/dL),单核细胞比例100%
2025年11月21日	为求中西医结合治疗转入我科

1.2 患者信息

患者女性,20岁,因“发热伴肢体抽搐、意识障碍3个月”于2025年11月21日收入我院。转入时处于气管切开状态,留置胃管、尿管,呈神昏状态,伴发热、间断抽搐。既往史:2025年09月30日于上级医院行气管切开术;否认肝炎、疟疾、结核病史,否认高血压、冠心病、糖尿病、脑血管病、精神病史,否认外伤史;曾于上级医院输注1.5U红细胞(具体时间不详);预防接种史不详。

1.3 体格检查(转入我科时)

生命体征:体温(T)36.9℃,脉搏(P)120次/

min,呼吸(R)24次/min,血压(BP)128/92 mm Hg,经呼吸机辅助通气下血氧饱和度100%。

神经系统查体:镇静状态,气管切开,呼吸机辅助通气;双侧瞳孔等大等圆,直径约3 mm,对光反射灵敏;双侧鼻唇沟对称;四肢肌力查体不合作,肌张力正常;双上肢腱反射(++),双下肢腱反射(-);双侧巴宾斯基征(Babinski征)阴性;颈无抵抗。

中医四诊:望诊可见神志呈镇静状态(被动体位),面色如常,形体肥胖,舌质淡红胖大、苔白;闻诊未闻及特殊气味;家属代诉持续胃管鼻饲营养液,注食后无腹胀,留置尿管,小便经尿管引出,大

便性状及次数正常;切诊脉弦滑。

1.4 诊断评估

诊断方法:结合临床表现,多次血清及脑脊液自身免疫性脑炎抗体谱检测、病原宏基因组检测、头颅CT影像学检查、脑脊液常规生化及细胞学分析等结果综合判断。诊断推理:患者以急性发热、癫痫持续状态、意识障碍起病,辅助检查排除常见病原体感染及典型自身免疫性脑炎抗体,但脑脊液蛋白显著升高、单核细胞比例高,且对免疫治疗(激素、IVIG、艾加莫德)有部分反应。

西医诊断:①副感染性脑病可能;②症状性癫痫(癫痫持续状态后);③气管切开术后状态;④呼吸机依赖;⑤多重并发症(包括但不限于获得性肺炎、消化道出血、多器官功能障碍、电解质紊乱、中枢性尿崩症等)。中医诊断:痉病,昏迷;辨证为痰热内蕴、蒙蔽清窍,兼有气虚湿阻。

预后判断:患者急性重症起病,已出现多系统严重并发症,提示病情极其危重;预后与免疫炎症控制效果、神经功能恢复程度及并发症救治情况密切相关,存在遗留严重神经功能缺损甚至死亡的风险。

1.5 治疗干预

转入我院后,在西医强化生命支持与并发症管理基础上,系统开展中西医结合治疗与护理。西医治疗:以免疫调节为核心,继续口服醋酸泼尼松片 15 mg,1次/d,予托珠单抗 320 mg 靶向抑制 IL-6 通路;联合氯硝西泮、左乙拉西坦、丙戊酸钠等多药控制癫痫发作,予盐酸右美托咪定控制阵发性交感神经亢进;同时予以抗感染、呼吸机辅助通气、肠内营养支持及对症处理。

中医治疗与护理:基于“痰热蒙窍、气虚湿阻”辨证,实施综合性中医护理干预,包括每日行开窍醒神头部穴位按摩(百会、四神聪等);予耳穴贴压(神门、皮质下、交感)安神;艾灸足三里健运脾胃;腹部按摩(中脘、天枢、神阙、大横等)配合中药热奄包通腑理气;针对注射硬结予活血化瘀中药封包外敷;予中药煎剂湿敷处理皮肤问题。

治疗结果与进展:患者于 2025 年 11 月 21 日转入我院接受上述中西医结合治疗与护理,至本报告撰写时(2026 年 01 月)仍在持续治疗中。经约 6 周系统干预,目前生命体征趋于平稳,胃肠道功能基本恢复,腹部注射硬结显著缩小,皮肤状况改善,且在镇静药物减量期间出现定向恐惧反应等微小神经功能恢复迹象。后续治疗将聚焦于神经功能促醒与康复。

2 护理

2.1 护理评估

患者为青年女性,因“副感染性脑病可能”长期处于镇静、气管切开、呼吸机辅助通气状态,病情危重复杂。护理团队通过一般临床评估、量表评估及中医辨证评估进行全方位评估。

2.1.1 一般临床评估

生理功能评估:患者存在多重高风险问题,包括气道管理高风险(气管切开状态,自主咳痰能力弱)、癫痫发作及颅内压增高风险(既往癫痫持续状态,脑脊液压力升高史)、感染风险(多重耐药菌肺炎、中心静脉导管、尿管等多处侵入性操作)、皮肤完整性受损风险(长期卧床、肥胖、皮肤潮湿),以及营养失调风险(高代谢状态,完全依赖肠内营养)。心理社会评估:患者处于镇静状态,无法进行有效沟通。家属表现出高度焦虑、情绪耗竭,对疾病预后极度担忧,同时面临沉重的家庭照护与经济压力。

2.1.2 量表评估

压力性损伤风险评估:Braden 压疮风险评估量表用于评估压力性损伤发生风险,总分范围 6~23 分,分值越低风险越高,其中≤9 分为极高危,10~12 分为高危,13~14 分为中危,15~18 分为低危^[5]。本例患者评分为 12 分(高危),其中感知能力 1 分(完全受限)、潮湿程度 3 分(非常潮湿)、活动能力 1 分(卧床)、移动能力 1 分(完全无法自主移动)、营养状况 3 分(可能不足)、摩擦力和剪切力 3 分(潜在问题)。

意识状态评估:格拉斯哥昏迷量表(GCS)用于量化评估意识水平,总分范围 3~15 分,分值越低意识障碍越重^[6]。因患者持续镇静,GCS 评分无法反映其真实神经功能,故记录为“因镇静无法评估”,护士持续监测镇静深度(如 RASS 评分)以指导镇静药物调整。

疼痛评估:重症监护疼痛观察工具(CPOT)用于评估无法自我报告疼痛的 ICU 患者,总分 0~8 分,评分≥3 分提示存在疼痛^[7]。本例患者在未增加镇静深度的情况下,翻身、吸痰等操作时 CPOT 评分可达 2~3 分,提示存在潜在不适或疼痛,需加强干预。

2.1.3 中医辨证评估

望诊可见患者神志不清(镇静状态),形体肥胖,舌质淡红胖大、苔白;闻诊未闻及异常气味;家属代诉患者持续肠内营养、留置尿管;切诊脉弦滑。四诊合参,辨证属本虚标实,标实为痰热内

蕴、蒙蔽清窍(主症为神昏、脉滑);本虚为久病耗伤、气虚湿盛(兼证为舌体胖大、形体肥胖)。病位主要在心、脑,与肝、脾功能失调密切相关。

2.2 护理诊断

根据上述评估,确立以下主要护理诊断/问题:清理呼吸道无效:与气管切开、呼吸机依赖、镇静状态及痰液黏稠有关;有抽搐/癫痫再次发作的危险:与副感染性脑病所致脑损伤未完全控制有关;体温调节无效(中枢性发热):与脑病所致下丘脑功能障碍及阵发性交感神经亢进(PSH)有关;营养失调:有低于机体需要量的风险,与长期意识障碍、高代谢状态及胃肠功能紊乱有关;有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床、镇静状态、肥胖、皮肤潮湿(多汗)及感知觉完全受限有关;有感染的风险:与多重侵入性操作(气管切开、中心静脉导管、导尿管)、免疫抑制状态及住院时间长有关;潜在并发症:颅内压增高;家庭应对失调:与患者病情危重、病程漫长、经济及照护压力巨大有关;中医证候问题(痰热蒙窍,气虚湿阻):与热毒内陷、痰浊瘀滞、正气耗伤有关。

2.3 护理计划与实施

护理团队以多学科协作为基础,围绕上述护理诊断,制定系统、个体化的中西医结合护理计划并严格执行,具体措施见表2。

2.4 护理评价

经过约6周的系统性中西医结合护理干预,患者在多方面呈现出积极转归,具体如下。呼吸与气道:未发生呼吸机相关性肺炎(VAP),痰液引流顺畅,气道持续保持通畅。神经系统:在镇静药物逐步减量的情况下,患者对突发刺激(如大声呼唤)可出现定向性恐惧表情及眼球转动,提示大脑皮质反应性开始恢复;癫痫及阵发性交感神经亢进(PSH)发作的频率与强度较前减轻。胃肠功能:干预后腹胀症状缓解,大便状态呈良性演变,第10天由便秘转为腹泻,经调整腹部按摩力度并持续艾灸足三里后,第20天大便转为1~2次/d的成形软便;肠内营养耐受性良好,未再发生消化道出血。皮肤与局部并发症:住院期间未发生新发压力性损伤,原有皮肤湿疹及会阴淹红经中药湿敷后显著好转;腹部因长期注射形成的约5 cm×5 cm硬结,经活血化瘀中药封包治疗次日即软化,治疗10 d后显著缩小至3 cm×3 cm。生命体征:心率由入院时的120次/min逐渐下降并稳定在100~110次/min,体温波动幅度减小。综上,

中西医结合护理方案在改善胃肠功能、促进神经功能微小恢复、处理并发症及稳定生命体征方面显示出协同效应。但患者仍处于长期镇静、呼吸机依赖状态,神志彻底恢复、癫痫完全控制、成功脱机及远期神经功能康复仍是亟待攻克的核心难题。

2.5 患者观点

家属对护理效果表示认可,认为患者“看起来更安稳了”,并积极参与部分中医护理操作(如耳穴按压)。

3 结果和随访

3.1 临床结果

患者目前仍处于镇静状态,需呼吸机辅助通气,但生命体征平稳,胃肠道功能基本恢复,神经系统可见微小反应,正在接受持续康复刺激。

3.2 随访计划

医疗团队下一步主要计划为继续缓慢调整镇静药物剂量,开展针灸促醒治疗,加强肢体被动活动以预防关节挛缩,准备进行脱机筛查。患者将转入长期神经康复阶段,其预后仍需密切随访。

4 讨论

发热伴意识障碍及癫痫是神经重症的常见急症,病因复杂。副感染性脑病作为一种潜在的感染后免疫介导性疾病,在缺乏特异性生物标志物(如抗体阴性)时,诊断主要依赖排除法及对免疫治疗的反应,这为临床决策和护理带来极大不确定性^[8]。目前,此类患者的护理标准强调在多学科团队(MDT)模式下,实施以循证为基础的全面生理支持与并发症预防,核心在于维持生命体征稳定、控制癫痫发作、预防继发性损伤及感染^[3-4]。然而,对于并发多系统功能障碍、病程漫长的患者,常规护理在改善患者主观舒适度、处理功能性并发症(如胃肠动力障碍、药物性注射硬结)及促进神经功能细微恢复方面存在局限。

中医理论将此类重症归属于“痉病”“昏迷”范畴,核心病机常与“热毒内陷、痰浊蒙窍、气阴两伤”相关^[9],这为在常规支持治疗基础上,运用具有“清热化痰、开窍醒神、益气通腑”作用的中医外治技术提供了理论依据。近年来,中医护理技术在重症领域的应用逐渐受到关注,但其在神经重症,尤其是病因不明、并发症复杂的超长病程患者中,如何系统整合、规范实施并客观评价效果,仍是临床实践与研究的薄弱环节^[10]。

表2 中西医结合护理计划与实施措施

护理诊断/问题	护理目标	西医护理措施	中医护理措施
清理呼吸道无效	保持气道通畅,预防呼吸机相关性肺炎(VAP)	每1~2 h评估并按需无菌吸痰;每2 h翻身、叩背;监测并维持气囊压力25~30cmH ₂ O;遵医嘱予盐酸氨溴索化痰	穴位按压:吸痰前后按压天突、膻中、肺俞穴,30 s/穴;经络拍打:翻身时沿背部膀胱经由上至下轻轻拍打
有抽搐/癫痫发作危险;体温调节无效(中枢性发热)	控制癫痫及阵发性交感神经亢进(PSH)发作,稳定生命体征,促进神志复苏	严格遵医嘱给药(氯硝西泮、左乙拉西坦、丙戊酸钠抗癫痫;普萘洛尔、右美托咪定控制PSH);持续监测镇静深度(RASS评分)及脑电活动;物理降温(冰毯、温水擦浴)	1. 开窍醒神头部穴位按摩:取穴:百会、四神聪、风池、攒竹、太阳。操作:患者取仰卧位,头下垫薄枕;操作者修剪指甲、温暖双手后,以拇指指腹按揉百会穴2 min;双手拇指同时按揉双侧四神聪穴,1 min/穴;以双手拇指指腹分别点按双侧风池、攒竹穴,每穴垂直加压30 s后放松,重复3次;最后按揉双侧太阳穴,每侧1 min。全程环境安静,操作连贯,每日早晚各1次,每次约15 min 2. 耳穴贴压:取穴:神门、皮质下、交感。操作:用75%酒精擦拭耳廓相应区域,将王不留行籽贴片准确贴敷于穴位;指导家属每日固定时间用拇指和食指对压贴片,每穴按压1~2 min,3~5次/d,每侧耳廓贴压保留3~5 d后更换,双耳交替 3. 引热下行:体温>38.5℃时,予吴茱萸粉调醋敷贴涌泉穴
营养失调,有低于机体需要量的风险(胃肠功能紊乱)	满足营养需求,恢复胃肠功能	营养泵持续泵入肠内营养剂(TPF-D),起始速度50 mL/h;床头抬高≥30°;遵医嘱使用泮托拉唑	1. 艾灸足三里健运脾胃:取穴:双侧足三里。操作:患者取仰卧位,点燃清艾条,将艾火端对准穴位,距离皮肤2~3 cm行回旋灸,每侧穴位施灸15 min,以局部皮肤出现红晕为度,1次/d 2. 腹部按摩与中药热奄包通腑理气:取穴/部位:以神阙为中心,重点点按中脘、天枢、大横、关元。操作:操作者手掌搓热,以掌心劳宫穴对准神阙穴行掌摩法,顺时针摩动腹部5 min;随后用拇指或中指点按上述穴位,1 min/穴;最后再次掌摩腹部3 min,1次/d。配合中药热奄包外敷,将吴茱萸、小茴香、粗盐等中药装入布袋,微波加热至50~60℃,用治疗巾包裹后敷于腹部,30 min/次,1次/d
有皮肤完整性受损的危险;有感染的风险	预防压力性损伤,控制现有皮肤问题,降低感染率	每2 h轴线翻身,使用减压床垫;保持皮肤清洁干燥,潮湿及时处理;会阴部涂抹炉甘石洗剂,湿疹处外用药物;严格执行手卫生及无菌操作	1. 活血化痰中药封包治疗注射硬结:操作:将红花、丹参、乳香、没药等中药打粉调制成药膏,均匀涂抹于纱布上,敷贴于腹部注射硬结区域,外用保鲜膜覆盖固定,每次敷贴6~8 h,1次/d 2. 中药煎剂湿敷处理皮肤问题:操作:选用黄柏、苦参、地肤子、白鲜皮各30 g煎煮取汁,放凉至室温;用无菌纱布浸透药液敷于皮损处,15~20 min/次,2次/d
家庭应对失调;中医证候问题(痰热蒙窍,气虚湿阻)	缓解家属焦虑,建立治疗同盟,调和气血	每日进行病情沟通与健康教育;引导家属参与简单护理(如肢体被动活动)	1. 情志护理:向家属解释病机,指导其用平和语言与患者交流 2. 中医整体调节:通过上述各项外治法综合调理“痰热蒙窍、气虚湿阻”证候

本病例报告的优势在于,首次详尽记录并分析1例抗体阴性、超长病程、合并极复杂多系统并发症的重症副感染性脑病患者,在接受MDT框架下系统性中西医结合护理后的临床过程与微观结局。报告不仅清晰呈现从常规免疫治疗到靶向生物制剂(如托珠单抗)的治疗升级路径,更关键的是详细阐述如何基于中医辨证(痰热蒙窍、气虚湿阻),将开窍醒神头部按摩、耳穴贴压、艾灸、中药

热奄包与封包等多项技术有机融入每日护理计划,并观察到其在改善胃肠功能、软化皮下硬结、稳定生命体征及诱发细微神经反应方面的积极作用,为类似复杂病例的护理提供了可借鉴的具体操作范例。本报告的主要局限性在于其单案例报告的性质。所观察到的积极变化虽具有启发性,但受个体差异、疾病自然病程及多种干预措施混杂因素的影响,因果关系需谨慎解读,结论不宜直

接外推至所有患者。此外,尽管患者已呈现阶段性积极转归,但其远期神经功能恢复与生活质量仍不明确,需要更长时间的随访来评估最终结局。

本病例的核心价值在于,通过一个极具挑战性的真实案例,实证了在遵循现代神经重症护理标准的前提下,系统化、辨证性地融入中医护理技术,能够形成有效的协同与补充。这种“中西医结合护理模式”的价值不仅体现在对便秘、注射硬结等具体症状的改善上,更体现在通过“整体调节”可能为患者内环境稳态和神经功能修复创造的有利条件上,例如观察到的胃肠功能良性转归与细微神经反应的早期出现。本案例对临床护理的启示在于:第一,提示对于神经重症患者,尤其是常规护理手段效果有限或副作用明显时,应早期引入中医护理评估,将其作为全面护理评估的一部分;第二,展示了在MDT协作中,护士可作为中西医护理措施的整合者与执行者,根据辨证结果规范、安全地实施一系列非药物疗法;第三,为未来开展更高质量的研究(如设计严谨的队列研究或随机对照试验)以验证中医护理技术在神经重症特定结局指标(如呼吸机脱机时间、感染发生率、并发症缓解率、意识恢复速度)上的效用,提供了初步依据和研究思路。

本案例表明,对于诊断困难、并发症丛生的重症神经疾病患者,构建以患者为中心、多学科紧密协作、中西医护理优势互补的综合照护体系是可行且必要的。中医护理基于整体观和辨证施护,在缓解患者痛苦、改善功能状态、提升照护质量方面展现出独特价值。将中医护理技术早期、规范化地整合到神经重症护理路径中,有望成为优化患者结局、丰富重症护理内涵的重要方向,值得在更广泛的临床实践中探索和验证。

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] GAGNIER J J, KIENTLE G, ALTMAN D G, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development [J]. J Med Case Rep, 2013, 7(1): 223.
- [2] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经重症协作组, 潘速跃, 等. 重症自身免疫性脑炎监测与治疗中国专家共识(2024版)[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(10): 1075-1089.
- [3] 杨小岚, 张娟, 李波, 等. 中医集束化护理在ICU重症患者CRRT治疗中的应用评价[J]. 四川中医, 2024, 42(8): 209-213.
- [4] 蒋野, 龚伟, 龚银华, 等. 肺癌患者使用免疫检查点抑制剂引起自身免疫性脑炎的文献病例分析[J]. 中国医院药学杂志, 2025, 45(6): 655-659, 679.
- [5] YANG X L, ZHANG J, LI B, et al. Evaluation of the application of Chinese medicine cluster nursing in the treatment of CRRT of ICU patients[J]. J Sichuan Tradit Chin Med, 2024, 42(8): 209-213. (in Chinese)
- [6] BERGSTROM N, BRADEN B J, LAGUZZA A, et al. The braden scale for predicting pressure sore risk [J]. Nurs Res, 1987, 36(4): 205-210.
- [7] TEASDALE G, JENNETT B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale [J]. Lancet, 1974, 2(7872): 81-84.
- [8] GÉLINAS C, FILLION L, PUNTILLO K A, et al. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients[J]. Am J Crit Care, 2006, 15(4): 420-427.
- [9] GRAUS F, TITULAER M J, BALU R, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis[J]. Lancet Neurol, 2016, 15(4): 391-404.
- [10] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 320-335.
- [11] WANG J, WU L Q, MA X Y, et al. Considerations and recommendations for Chinese medicine case report guideline[J]. Chin J Evid Based Med, 2021, 21(11): 1347-1352. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。