

DOI: 10.12209/CAIM202602020001

· 中西医结合临床案例 ·

颈部刮痧联合耳穴疗法缓解 1 例 轻型脑外伤后头痛患者的护理体会

张艳艳, 刘桂英

(北京中医药大学东方医院 脑病三科(神经外科), 北京, 100078)

摘要: 本文总结了颈部刮痧联合耳穴疗法缓解 1 例轻型脑外伤后头痛患者的效果,并梳理了相关护理经验。通过中医辨证施护,配合颈部刮痧、耳穴疗法、常规护理、饮食护理及情志护理等综合干预措施,有效改善患者头痛症状,提升患者生活质量。

关键词: 颈部刮痧; 耳穴疗法; 脑外伤后头痛; 中医护理

Nursing Experience of Cervical Gua Sha Combined with Auricular Therapy in Relieving Post-Traumatic Headache in a Patient with Mild Traumatic Brain Injury

ZHANG Yanyan, LIU Guiying

(Department of Neurology III (Neurosurgery), Dongfang Hospital Beijing University of
Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the efficacy of cervical Gua Sha combined with auricular therapy in alleviating post-traumatic headache in a patient with mild traumatic brain injury and outlines relevant nursing experiences. Through syndrome differentiation and holistic nursing interventions—including cervical Gua Sha, auricular therapy, routine care, dietary guidance, and emotional support—the patient's headache symptoms were significantly improved, enhancing their quality of life.

KEY WORDS: cervical Gua Sha; auricular therapy; post-traumatic headache; Traditional Chinese Medicine nursing

轻型脑外伤(mild traumatic brain injury, mTBI)是神经外科常见临床急症^[1],脑外伤后头痛(Post-traumatic headache, PTH)作为其最常见并发症,发生率高达 72.7%~77.9%^[2]。此类疼痛不仅严重干扰患者睡眠与日常生活,还常诱发焦虑、抑郁等负面情绪,延缓康复进程^[3]。目前西医临床多采用镇痛药物对症治疗,但长期服用存在胃肠道损伤及药物依赖等风险。中医主张“经脉所过,主治所及”,颈部刮痧通过物理刺激经络可达到活血化瘀止痛的效果;耳穴疗法则通过按压耳廓特定区域调节神经系统功能,起到镇痛安神的作用,两者联合应用可实现协同增效。本研究回顾性总结 1 例应用颈部刮痧联合耳穴疗法缓解轻

型脑外伤后头痛患者的护理体会,通过辨证施护取得满意效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 患者信息

患者男性,45 岁,主因“头部外伤后持续性头痛、间断头晕 15 d”于 2025 年 12 月 20 日收入我科。患者 15 d 前乘坐公交车时头部左侧颞顶部不慎受撞击,当即感剧烈头痛、轻微头晕,伴恶心、呕吐,无意识丧失。急诊头颅 CT 检查示“颅内未见明显器质性异常”,排除颅内血肿及骨折,临床诊断为“轻型脑外伤”。急诊予以镇痛、止吐等对症处理后,嘱其居家休养。居家期间,患者头痛症状

收稿日期:2026-02-02

基金项目:中央高水平中医医院临床科研业务费资助(DFRCGC-2024QHTS-PGY004)

通信作者:刘桂英, E-mail: 79784722@qq.com

OPEN ACCESS

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

持续不减,性质呈固定性刺痛,间断头晕,严重影响睡眠与日常活动,遂为求中医康复治疗转入我科。患者既往体健,心理状况良好,否认食物及药物过敏史,否认家族遗传病史。

1.2 体格检查

入院后体格检查,体温(T)36.5℃,脉搏(P)52次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)132/70 mm Hg;神志清楚,精神欠佳,发育正常,营养中等,自主体位,检查合作。神经系统专科检查:GCS评分15分;双侧瞳孔等大等圆,直径约3.0 mm,对光反射灵敏;语言流利,无口角歪斜;四肢肌力5级,肌张力正常;生理反射存在,病理反射(Babinski征)未引出。局部触诊:左侧头部撞击处(颞顶部)有轻微隆起感,触痛明显;颈部肌肉(双侧斜方肌、胸锁乳突肌)触之僵硬,呈条索状改变,压痛(+).中医四诊:面色晦暗无华,眼眶周围可见轻度暗沉;舌质紫暗,舌边尖可见明显瘀点、瘀斑,舌下络脉怒张、色青紫;脉弦涩。疼痛评估:采用视觉模拟评分法(VAS),入院评分为7分,性质表述为固定性、持续性刺痛。

1.3 诊断

中医诊断:头痛;辨证分型:瘀血阻络证。西医诊断:轻型脑外伤。中医辨病辨证:中年男性因脑外伤导致头部脉络受损,血溢脉外,瘀血停滞,阻塞清窍经络,气血运行受阻,故发为头痛;其痛如刺、部位固定,舌质紫暗,舌边尖可见明显瘀点、瘀斑,舌下络脉怒张、色青紫,脉弦涩,故辨证为瘀血阻络证。辅助检查:头颅CT及头颅MRI影像学检查均未见明显异常。

1.4 治疗

西医治疗:给予神经营养支持及对症治疗,口服甲钴胺片0.5 mg/次,3次/d,以促进神经功能恢复;若头痛剧烈,必要时给予非甾体抗炎药临时镇痛。中医治疗:基于“活血化瘀、通络止痛”的原则,实施内外合治;内服中药予血府逐瘀汤加减,1剂/d,早晚分两次温服;外治法予患者颈部刮痧联合耳穴疗法,以改善头部供血及神经系统功能。

治疗前患者疼痛评分(VAS)7分;焦虑自评量表(SAS)评分52分;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分14分,入睡困难、易惊醒;止痛药使用频次1次/d;偶有头晕。12月23日,患者疼痛评分(VAS)5分;焦虑自评量表(SAS)评分46分;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分8分,入睡加快、睡眠深度增加;止痛药使用频次1次/3 d;无头晕。

2026年01月03日:患者疼痛评分(VAS)1分;焦虑自评量表(SAS)评分38分;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分3分,睡眠安稳;完全停用止痛药;无头晕。患者病情稳定,出院。

2 护理

2.1 护理评估

本病例采用视觉模拟疼痛评分法、焦虑自评量表及匹兹堡睡眠质量指数量表对患者进行评估:①视觉模拟疼痛评分法^[4](VAS)用于评估疼痛程度,0分为无痛,10分为剧痛,该患者入院时评分为7分,疼痛性质为固定性刺痛;②焦虑自评量表^[5](SAS)用于评估心理状态,标准分≥50分提示存在焦虑,该患者评分为52分,因病程迁延、担心预后产生焦虑情绪;③匹兹堡睡眠质量指数量表^[6](PSQI)用于评估睡眠质量,总分>7分提示睡眠质量差,该患者评分为14分,主诉因头痛难以入睡、易惊醒。

2.2 护理诊断

①急性疼痛:与外伤后脑络瘀阻、气血运行不畅有关;②睡眠形态紊乱:与头痛迁延不愈、夜间疼痛加重有关;③焦虑:与头痛病程较长、担忧康复效果及未来工作有关;④有受伤的危险:与头痛伴偶发眩晕、反应能力下降有关。

2.3 护理计划

结合患者实际情况制定如下护理计划:①依据疼痛程度,发挥中医特色技术优势,实施活血化瘀、通络止痛方案,缓解头痛症状;②采取综合干预措施,改善患者睡眠质量,提升夜间休息效率;③加强心理疏导,缓解焦虑情绪,提高患者治疗依从性;④落实安全告知与防护措施,防止患者因头痛眩晕发作跌倒。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

①颈部刮痧:协助患者取坐位并充分暴露颈部,局部皮肤经75%酒精常规消毒待干后,均匀涂抹适量刮痧油以润滑皮肤。术者单手持刮痧板,与皮肤呈45°角,借助身体重量适度下压,依次循经刮拭督脉(风府穴至大椎穴)、足太阳膀胱经(双侧天柱穴至风门穴)及足少阳胆经(双侧风池穴至肩井穴)。操作时手法需连贯,刮痧板全程不抬离皮肤,力量轻柔且深达组织,针对督脉、膀胱经及胆经重点部位重复刮拭,力度以患者耐受为宜,直至局部皮肤出现紫红色瘀斑(出痧)即可;

术毕擦净皮肤表面残留介质,并告知患者局部保暖等注意事项。每3 d刮拭1次,2次/周,2周为一个疗程。操作过程中密切观察皮肤反应,避免强行出痧,若患者出现头晕、冷汗等“晕刮”现象,应立即停止操作并协助其平卧休息。

②耳穴疗法:充分按摩双耳至微微发红,消毒耳廓后,将王不留行籽贴于选定穴位,取穴包括神门、皮质下、额、颞、肝、耳尖等。嘱患者每日自行按压3~5次,每穴按压1~2 min,以产生酸麻胀痛感为佳。双耳交替贴压,每3 d更换1次,2周为一个疗程。整个中医特色护理干预过程中,颈部刮痧部位未发生皮肤破损或过敏反应;耳穴贴压处无局部感染或压力性损伤等不良事件;患者治疗依从性良好,对中医护理技术的减痛效果表示满意。

2.4.2 一般护理

保持病室安静、光线柔和。头痛发作时,指导患者取平卧位,减少头部活动,避免强光及噪音刺激。将日常用品置于患者伸手可及处,减少反复低头或大幅度动作。

2.4.3 饮食护理

遵循“活血化瘀”原则,指导患者食用山楂、黑木耳、红糖等具有活血散瘀作用的食物;避免摄入辛辣、酒精及咖啡因等刺激性食物,以免诱发血管收缩加重头痛。晚餐不宜过饱,睡前减少饮水。

2.4.4 心理护理

主动倾听患者诉求,向其解释“瘀血”恢复需要一定周期,减轻心理负担。针对“瘀血阻络”导致的烦躁不安,可于每日9:00~11:00(脾经当令时段)引导患者化湿生血,或于19:00~21:00播放《梅花三弄》等角调音乐,以助肝气疏泄、调和气血,音量控制在40~50 dB,20~30 min/次,畅达情志。

2.4.5 睡眠护理

营造“睡前仪式感”,指导患者在睡前通过按压耳穴神门、皮质下达到放松状态。强调“先睡心,后睡眠”,重视精神调摄,以放松、顺其自然的心态对待睡眠。

2.5 护理评价

经过14 d治疗与护理,患者临床症状显著改善,详见表1。头痛发作频率明显降低,疼痛性质由入院时的持续性刺痛转为偶发性轻微胀痛,VAS评分为1分;睡眠质量大幅提升,每晚睡眠时间保持在7.5 h以上,入睡顺利;食欲良好,二便通畅;焦虑情绪消失,精神状态佳。

表1 疗效评估

评估项目	治疗前	治疗第3天	治疗第9天	出院当天
VAS/分	7	5	2	1
SAS/分	52	48	41	38
PSQI/分	14	11	8	6
止痛药使用 频次/(次/d)	1	0.33*	0	0

注:0.33次/d表示平均每3 d服用1次止痛药。

3 结果和随访

患者出院1周后进行电话随访,了解其头痛发作及睡眠改善情况。患者主诉头痛基本消失,睡眠状态持续良好,并反馈出院后仍坚持按医嘱进行耳穴按压。医护人员指导患者继续保持清淡饮食,避免情绪剧烈波动,维持良好作息习惯,如有不适及时就诊。

4 讨论

现代医学研究认为,PTH的发生与颅内血管舒缩功能障碍、神经源性炎症反应及外伤引发的颈部肌肉保护性痉挛密切相关^[7]。外伤导致的局部微循环障碍及代谢产物堆积,可持续刺激伤害性感受器,诱发慢性疼痛。中医理论将此类头痛归属于“伤科头痛”范畴,病机核心在于“瘀”。如《医林改错》所云:“查患头痛者……多由于瘀血阻滞脑络。”外伤导致血溢脉外、留聚为瘀,瘀阻气机则“不通则痛”。本案例患者左侧头部的固定性刺痛及舌脉象变化,均高度契合瘀血阻络证的病理特征。

循经刮痧即针对患者左侧颞顶部的损伤定位施治^[8],颞部为足少阳胆经循行所主,顶部则为足太阳膀胱经与督脉交会之处。本研究重点选取风池穴(胆经要穴)以疏导局部郁结之瘀气,体现“经脉所过,主治所及”的治疗原则;通过刮拭天柱穴(膀胱经穴)舒缓颈后肌群张力,构建头颈部血液回流与瘀热下行的通道;配合刮拭大椎穴(督脉要穴)以振奋全身阳气,达到“阳化气、血化瘀”的目的。刮拭过程中观察到,患者左侧颈后部(损伤同侧)出痧迅速且色泽深紫、伴条索状结节。这种“痧象”与损伤部位的高度一致性,既从客观上验证了瘀血阻络的严重程度,也证实颈部刮痧可通过物理刺激改善脑部灌注,阻断“疼痛—痉挛—疼痛”的恶性循环^[9]。

耳穴疗法通过刺激耳廓特定功能区发挥整体调节作用。中医认为“耳为宗脉之所聚”^[10],耳穴

贴压可调节脏腑气血。本方案选取“神门”“皮质下”以提高痛阈、镇静安神,通过调节自主神经系统缓解患者应激状态^[11];同时针对受损部位选取“额、颞、枕”等相应穴位,实现局部病灶的精准干预。现代研究亦证实,耳穴刺激能有效干预痛觉传导通路,对缓解疼痛伴随的焦虑情绪及睡眠障碍具有明确优势^[12]。

颈部刮痧联合耳穴疗法发挥内外合治、经穴触发的协同作用。本研究通过对损伤部位相关经络的精准干预,有效缓解瘀血阻络型头痛,改善患者生活质量。该操作简便、安全性高,体现中医护理“辨证施护、整体施护”的独特优势。本案例的局限性在于仅为个案报道,干预周期较短,后续研究可扩大样本量并延长随访时间,以进一步证实该方案的长期临床价值。

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] JIANG J Y, GAO G Y, FENG J F, et al. Traumatic brain injury in China[J]. *Lancet Neurol*, 2019, 18(3): 286-295.
- [2] NAMPIAPARAMPIL D E. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review[J]. *JAMA*, 2008, 300(6): 711-719.
- [3] KHOKHAR B R, LINDBERG M A, WALKER W C. Post-mTBI pain interference in a U. S. military population: a chronic effects of neurotrauma consortium study[J]. *Mil Med*, 2021, 186(3/4): e293-e299.
- [4] 潘亚娟, 薛明, 王柯娜, 等. 4种疼痛评估量表在房颤射频消融术患者中的应用比较[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(4): 29-32.
PAN Y J, XUE M, WANG K N, et al. Comparison of different pain scales in pain assessment of patients receiving radio-frequency ablation for atrial fibrillation[J]. *J Nurs Sci*, 2024, 39(4): 29-32. (in Chinese)
- [5] 王昕旭, 陈晗晖, 王宇昊, 等. Zung焦虑自评量表在社区居民中的信效度检验[J]. *临床精神医学杂志*, 2024, 34(5): 397-401.
WANG X X, CHEN H H, WANG Y H, et al. Reliability and validity of Zung self-rating anxiety scale among community residents[J]. *J Clin Psychiatry*, 2024, 34(5): 397-401. (in Chinese)
- [6] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. *中华精神科杂志*, 1996, 29(2): 103-107.
LIU X C, TANG M Q, HU L, et al. Reliability and validity of the Pittsburgh sleep quality index [J]. *Chin J Psychiatry*, 1996, 29(2): 103-107. (in Chinese)
- [7] 张诗媛, 王卓楠, 白丽君. 脑外伤创伤后头痛的神经影像学损伤机制及针刺干预研究[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2025, 31(11): 819-825.
ZHANG S Y, WANG Z N, BAI L J. Neuroimaging injury mechanism and acupuncture intervention of post-traumatic headache after traumatic brain injury [J]. *Chin J Pain Med*, 2025, 31(11): 819-825. (in Chinese)
- [8] 蒋露露. 针刺配合刮痧治疗颈源性头痛(肝阳上亢型)的临床研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2021.
- [9] 雷婷, 施茵, 李燕婷, 等. 刮痧放痧联合电针治疗枕大神经痛: 随机对照试验[J]. *中国针灸*, 2024, 44(8): 889-893.
LEI T, SHI Y, LI Y T, et al. Guasha-Fangsha therapy combined with electroacupuncture in treatment of greater occipital neuralgia: a randomized controlled trial[J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2024, 44(8): 889-893. (in Chinese)
- [10] 黄丽春. 耳医学的发展与作用机理[C]//第九次全国中医外治学术年会暨“耳穴诊疗技术防治疾病应用”学习班论文汇编. 2013.
- [11] 黄绍磊. 基于多组学的耳穴综合疗法治疗肝阳上亢型偏头痛的临床及机制研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2021.
- [12] GAO J, CHEN B, JI W P, et al. Auricular point acupressure for managing postoperative pain and reducing anxiety in patients with perianal abscesses [J]. *Explore*, 2024, 20(5): 103020.

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。