

DOI: 10.12209/CAIM202601170003

· 中西医结合临床案例 ·

醒脑开窍针刺疗法联合中药方剂对 1 例 脑干梗死患者的精细化护理体会

陈胜存^{1,2}

(1. 天津中医药大学第一附属医院 针灸科四病区, 天津, 300380;

2. 中医国家临床医学研究中心, 天津, 300380)

摘要: 本文总结 1 例脑干梗死致意识障碍患者采用醒脑开窍针刺疗法联合中药方剂治疗的精细化护理体会。患者因脑干梗死致昏迷伴四肢瘫痪, 在醒脑开窍针刺法联合中药方剂治疗基础上实施精细化护理, 经 8 d 治疗, 患者对疼痛刺激产生反应, 格拉斯哥昏迷评分(GCS)由 3 分提升至 4 分; 经 15 d 系统干预, 患者病情平稳, 顺利出院。该案例可为同类危重患者的护理提供参考, 值得临床推广应用。

关键词: 脑干梗死; 昏迷; 醒脑开窍针刺疗法; 中药方剂; 精细化护理

Refined Nursing Experience of Xingnao Kaiqiao Acupuncture Combined with Herbal Formula in a Case of Brainstem Infarction

CHEN Shengcun^{1,2}(1. Fourth Ward of Acupuncture Department, First Affiliated Hospital of Tianjin University of
Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300380;

2. National Clinical Research Center for Chinese Medicine, Tianjin, 300380)

ABSTRACT: This article summarizes the refined nursing experience for a patient with consciousness disorder caused by brainstem infarction treated with Xingnao Kaiqiao acupuncture therapy combined with herbal formula. The patient, who presented with coma and quadriplegia due to brainstem infarction, received refined nursing care alongside the combined treatment. After 8 days of intervention, the patient exhibited responses to painful stimuli, with the Glasgow Coma Scale (GCS) score improving from 3 to 4. Following 15 days of systematic treatment, the patient stabilized and was discharged successfully. This case provides a reference for nursing similar critical conditions and warrants clinical promotion.

KEY WORDS: brainstem infarction; coma; Xingnao Kaiqiao acupuncture therapy; herbal formula; refined nursing

脑干梗死是脑梗死的特殊类型, 因脑干解剖位置特殊、生理功能重要, 病情凶险、预后差, 具有高致残率、高死亡率的特点, 严重威胁患者生命健康^[1]。患者多表现为昏迷、四肢瘫痪及中枢性高热等典型症状。目前西医急性期治疗以溶栓、抗血小板及对症支持为主, 但在重症患者意识唤醒、瘫痪肢体功能改善及高热控制等方面存在局限。中医将急性脑梗死归属于“中风”范畴, 依据“主不明则十二官危”理论, 采用“醒脑开窍”法^[2-3], 可达到醒脑开窍、滋补肝肾、疏通经络及补益脑髓的功

效; 联合中药方剂, 可发挥清热泻火、活血祛瘀及补气通络的作用。

本病例针对 1 例脑干梗死致深度昏迷、四肢瘫痪并伴高热的危重患者, 在醒脑开窍针刺法联合中药方剂^[4]辨证施治的基础上, 实施系统化精细化护理^[5]。治疗 8 d 后, 患者对疼痛刺激产生反应, 意识障碍得到改善, 高热症状完全控制, 为后续康复奠定重要基础。该病例诊疗过程既严格遵循重症脑卒中临床护理规范, 又充分发挥中医“醒脑开窍”的独特优势, 为中医“针药结合”精细化护

收稿日期: 2026-01-17

OPEN ACCESS

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

理在脑干梗死危重症中的应用提供临床实证。现将护理体会报告如下,为临床实践提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,56岁,主因“四肢瘫痪伴昏迷12 d”于2025年09月02日入院。患者2020年患脑梗死,行支架治疗后未遗留明显后遗症;2025年08月22日10:00无明显诱因出现眼部憋胀感,14:00出现右侧脸颊部麻木感,自行尝试以水送服安宫牛黄丸,因反复呛咳未成功服入,当时神志清楚,无胸闷憋气、头晕头痛,四肢活动正常,遂由120送至天津市某医院;根据颅脑MRI检查结果,于当日17:00左右行动脉取栓及球囊扩张术,术后出现昏迷、四肢瘫痪、双眼闭目不能(右侧症状更明显);08月29日停用气管插管,改行气管切开术,经治疗病情平稳(具体治疗方案不详)。

既往史:高血压病史10余年,最高血压不详,平素服用厄贝沙坦片,近期血压控制情况不详;2型糖尿病病史10余年,现服用阿卡波糖片、恩格列净片,血糖控制情况不详;脑梗死病史5年,平素服用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片;否认吸烟史、饮酒史及食物药物过敏史。

1.2 查体

体格检查:体温(T)37.6℃,脉搏(P)113次/min,呼吸(R)21次/min,血压(BP)130/92 mm Hg,血氧饱和度(SpO₂)95%。专科检查:患者处于昏迷状态,疼痛刺激无反应,格拉斯哥昏迷评分(GCS)3分;双侧上下肢肌力0级,肌张力增高,病理征未引出;气管切开状态,翻身时双侧鼻腔及口腔可见血性液体流出;呼吸微促,偶有叹息样呼吸,双肺呼吸音粗,肺底呼吸音低,闻及少许痰鸣音;双眼闭合不全(右眼症状更明显);经胃管注入饮食,经尿管引流尿液,大便8 d未行;骶尾部可见10 cm×10 cm I期压力性损伤,双足可见5 cm×5 cm I期压力性损伤,左腹股沟大面积瘀紫,四肢散在皮疹结痂。

中医查体:患者舌质暗,苔黄厚,脉沉弱,呼吸微促、偶有叹息样呼吸。病位在脏腑,脉沉弱提示里证;舌质暗、苔黄厚提示热证;吞咽困难、痰浊停聚、阻滞中焦提示实证;结合寒热属性辨证为热证,属阳证。

1.3 诊断

中医诊断:中风—中脏腑,痰热腑实证;辨证

依据:肝阳素旺,脾失健运,痰浊停聚,阻滞中焦,传导失司,上扰清窍,横窜经络,发为中风。西医诊断:昏迷,脑干梗死,陈旧性脑梗死,肺部感染,2型糖尿病,高血压病3级(极高危),I期压力性损伤(受压区)。

1.4 治疗方案

中医治则:醒脑开窍、滋补肝肾、疏通经络及补益脑髓。治疗措施为醒脑开窍针刺法联合中药方剂。西医治疗:予抗血小板聚集、降脂稳斑、控制血压、控制血糖、营养神经、抑酸护胃、补液、抗感染、纠正酸中毒、营养支持及通便等对症支持治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者处于昏迷状态,四肢瘫痪,伴发热;气管切开后,双眼闭合不全(右眼症状更明显);双侧鼻腔及口腔可见血性液体,痰液黏稠,合并肺部感染;经胃管注入饮食,经尿管引流尿液,胃肠功能未恢复,大便8 d未行;骶尾部可见10 cm×10 cm I期压力性损伤,双足可见5 cm×5 cm I期压力性损伤,左腹股沟大面积瘀紫,四肢散在皮疹结痂。

2.1.2 量表评估

①生活自理能力评估:采用Barthel指数评定量表^[5]评估,患者得分为0分,属于重度依赖,日常生活完全需他人照料。②意识障碍程度评估:采用格拉斯哥昏迷评分量表(GCS)^[6]评估,患者评分为3分,处于深昏迷状态。③镇静程度评估:采用Richmond躁动—镇静评分量表(RASS)^[7]评估,患者评分为-5分,处于深昏迷镇静状态。④肌力评估:采用医学研究委员会肌力分级量表^[8]评估,患者肌力等级为0级,无肌肉收缩反应。⑤压力性损伤风险评估:采用Norton压疮风险评估量表^[9]评估,患者评分为10分,目前骶尾部及双足已发生I期压力性损伤。⑥跌倒风险评估:采用Morse跌倒风险评估量表^[10]评估,患者评分为35分,属中度跌倒风险。⑦非计划性拔管风险评估:采用非计划性拔管风险评估量表^[11]评估,患者得分为3分,属低危风险,无需约束。⑧家属心理状态评估:采用广泛性焦虑障碍量表^[12]评估,患者家属评分为10分,存在中度焦虑情绪。

2.2 护理诊断

①清理呼吸道无效:与肺部感染致分泌物增

多、意识障碍(昏迷)、痰液黏稠及咳嗽反射减弱有关。②体温过高:与肺部感染引发炎症反应、病原体释放致热原有关。③有感染加重的风险:与肺部感染未有效控制、人工气道(气管切开)开放状态及免疫功能低下有关。④有管路相关并发症的风险(感染、非计划性拔管):与留置多重管路(胃管、尿管、气管套管)及护理操作不规范有关。⑤皮肤完整性受损:I期压力性损伤,与活动受限(长期卧床)、局部组织持续受压及营养不良有关。⑥口腔黏膜受损:与口腔血性分泌物刺激、口腔护理不足有关。⑦有眼部感染的风险:与眼睑闭合不全致结膜暴露有关。⑧便秘:与活动减少(长期卧床)、膳食纤维摄入不足及肠道蠕动减弱有关。⑨营养失调:低于机体需要量,与经口进食障碍(留置胃管)有关。⑩焦虑(家属):与患者病情危重、疾病知识缺乏、预后不明确、担心治疗效果有关。

2.3 护理计划

结合护理评估与诊断,制订针对性护理计划如下:①及时清除呼吸道、口腔、鼻腔及气管套管分泌物,保持气道通畅与局部清洁;②密切监测体温变化,采取对症干预措施,将体温控制在正常范围;③妥善固定各类管路,确保管路通畅,预防管路相关并发症;④加强皮肤护理,促进现有压力性损伤恢复,预防新的皮肤损伤;⑤做好口腔、鼻腔清洁护理,防止黏膜损伤与感染;⑥强化眼部护理,预防结膜、角膜损伤及感染;⑦采取措施促进胃肠道功能恢复,改善便秘症状;⑧给予营养支持治疗,提高机体免疫力;⑨加强家属心理疏导,指导家属参与基础照护,缓解其焦虑情绪。

2.4 护理措施

2.4.1 基础护理

患者存在免疫力低下、多重管路留置等高危因素,护理全程严格执行无菌操作原则,加强手卫生与环境管理,最大限度降低院内感染风险。严密监测患者生命体征,重点关注体温变化,体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 时给予物理降温,即将冰袋用毛巾包裹后置于患者头顶、双侧腋下及腹股沟等大血管走行处,指导家属定时更换冰袋位置,保证降温效果的同时避免局部皮肤冻伤;若体温持续不降或出现高热惊厥倾向,及时报告医师,遵医嘱处理。持续床旁心电监护,动态监测心率、呼吸、血压及血氧饱和度变化;准确记录24 h出入量,维持水电解质及酸碱平衡。

2.4.2 管路专项护理

2.4.2.1 胃管护理

每日更换胃管固定贴,用温毛巾清洁局部皮肤,待干后将水胶体敷料剪成Y型,整端固定在鼻翼,分支交叉固定在胃管上,脸颊部采取高举平台法二次固定,避免管路牵拉导致移位与滑脱。鼻饲喂养前抬高床头 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$,通过回抽胃液、听诊气过水声双重确认胃管位置及通畅性;营养餐及药物泵入前后均用20 mL温开水脉冲式冲管,反折胃管末端防止空气进入。鼻饲泵入过程中使用加温器将营养液加温至 $38^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$,减少低温对胃肠道的刺激;鼻饲后密切观察患者有无腹胀、腹泻、呕吐及反流等不良反应,记录大便性状,出现异常立即通知医师处理,必要时请营养科、消化科院内会诊协同诊疗。

2.4.2.2 尿管护理

①引流管护理:引流管采用C形固定贴将尿管固定于大腿内侧,避免牵拉、打折、受压;引流袋固定于床沿,低于耻骨联合水平 $10\sim 15\text{ cm}$,采用密闭式抗反流引流袋,防止逆行感染,每周更换1次,更换时严格无菌操作。②尿道口护理:每日用0.5%碘伏棉球进行尿道口护理,由内向外环形擦拭,依次擦拭尿管与尿道口衔接处、龟头、冠状沟及包皮内外侧,最后擦拭会阴部及肛周区域;每个棉球仅用1次,避免反复擦拭造成污染,每日清洁2次,重点清除尿道口周围分泌物,保持局部干燥。准确记录24 h尿量,动态观察尿液颜色、量、性状,发现异常及时处理。

2.4.2.3 气管切开护理

①气道湿化:采用持续气道湿化系统,维持湿度 $50\%\sim 55\%$,每4 h评估湿化效果,根据痰液黏稠度调整湿化方案;若痰液呈白色稀薄、易吸出为湿化适宜;若痰液黏稠难以吸出,遵医嘱给予碳酸氢钠注射液10 mL+灭菌注射用水10 mL间断气管滴入以稀释痰液。

②套管周围皮肤护理:每日用0.5%碘伏棉球消毒套管周围皮肤2次,及时更换无菌开口纱布,保持敷料干燥清洁;观察局部皮肤有无红肿、渗液及感染迹象,出现异常及时遵医嘱对症处理。

③吸痰护理:严格无菌操作,采用按需吸痰原则,持续氧气吸入 2 L/min ,床旁负压吸引装置处于备用状态;当患者出现血氧饱和度 $<93\%$ 、气道痰鸣音明显、呼吸急促、口鼻分泌物外溢时立即吸痰。吸痰负压调节为 $40\sim 53.3\text{ kPa}$,选用12#一次

性吸痰管,吸痰时间 ≤ 15 s,采用左右旋转、向上提拉方式吸痰,动作轻柔。吸痰后观察并记录痰液颜色、性状及量,吸痰管避免重复使用,以防交叉感染;必要时遵医嘱给予雾化吸入,改善痰液黏稠度。

2.4.3 雾化吸入护理

①遵医嘱使用富露施、普米克令舒、异丙托溴铵联合雾化方案,按照“异丙托溴铵—普米克令舒—富露施”的顺序雾化,每种药物间隔3~5 min,以提升药物协同效果;异丙托溴铵可松弛气道平滑肌、开放气道,为后续药物沉积创造条件;普米克令舒直接作用于气道黏膜发挥抗炎消肿作用;富露施可有效溶解黏稠痰液,显著提升药物利用率。雾化结束后,用生理盐水清洁口腔,温毛巾擦拭面部,避免药物残留。

②雾化后构建“给药—促效—排痰”闭环护理,富露施雾化后30 min为药物最佳起效时段,在此期间协助患者轴线翻身,采用以脊柱为中心、空心掌从下往上、从外向内规范叩背,松动痰液;适当补充水分促进痰液稀释,配合按需吸痰,及时清除气道分泌物,有效预防痰堵窒息,维持气道通畅。

2.4.4 压疮专项护理

①体位管理:采用轴线翻身法,每2 h翻身1次,取30°侧卧体位,动作轻柔,避免拖拽,防止皮肤摩擦受损^[13];使用防压疮气垫床^[14],足跟处垫软枕悬空减压,骶尾部贴水胶体敷料保护,减轻局部压力与剪切力;使用翻身记录单详细记录翻身时间、体位、皮肤情况

②局部护理:保持患者皮肤及床单位清洁干燥,每次翻身时评估皮肤湿度、完整性及床单位整洁度,及时更换潮湿、污染衣物及床单位;衣物选择纯棉透气材质,床单平整无褶皱,减少局部皮肤刺激,预防压力性损伤发生。

2.4.5 营养支持

①肠内营养支持:经胃管持续泵入肠内营养乳剂500 mL,2次/d,泵入速度为100 mL/h,根据患者耐受情况动态调整。

②肠外营养支持:遵医嘱静脉输入糖盐、氨基酸及人血白蛋白注射液等药物,以纠正低蛋白血症,维持正氮平衡,监测营养指标变化。

2.4.6 眼部护理

①保湿保护:遵医嘱予玻璃酸钠滴眼液,4次/d,每次1滴/眼;操作时协助患者取仰卧位,用无菌棉签轻拉开下眼睑,将药液滴入,避免直接刺激

角膜;日间用无菌纱布覆盖保护,夜间用生理盐水湿润无菌纱布覆盖双眼,保持结膜湿润,预防角膜干燥、损伤。滴药及更换敷料时注意无菌操作,观察有无结膜充血及分泌物,及时对症处理。

②清洁护理:眼部有分泌物时,用无菌棉签蘸生理盐水从内眦向外眦单向轻柔擦拭,每根棉签使用1次,避免逆行感染;每天评估角膜反射与眼部情况,及时发现角膜损伤、感染等并发症。

2.4.7 口腔护理

每日2次口腔护理,使用0.9%生理盐水;操作时用止血钳夹取无菌棉球,重点清洁血性分泌物残留部位,擦拭动作轻柔,避免损伤口腔黏膜,保持口腔清洁、湿润、无异味,预防口腔感染。

2.4.8 鼻腔护理

采用负压吸引及时清除鼻腔内血性分泌物及污染物,保持气道通畅;分泌物清除后用无菌棉签轻轻擦拭鼻腔外部,保持鼻腔清洁。鼻腔干燥时,涂抹少量医用凡士林软膏于鼻腔前部黏膜,保持黏膜湿润,降低黏膜破损出血风险;密切观察并记录鼻腔分泌物颜色、量。

2.4.9 遵医嘱予药物干预

患者大便8 d未行,遵医嘱予开塞露80 mL人工辅助通便,当天排出成形硬便。患者因高热使用抗生素治疗,为预防抗生素相关性肠道菌群失调,遵医嘱予双歧杆菌乳杆菌三联活菌片,4片/次,3次/d,冷藏保存,温水胃管注入。

2.4.10 情志护理

主动与家属沟通,建立信任桥梁;每次操作前及时告知并反馈,使用通俗易懂的语言向家属宣教疾病相关知识及治疗方案,共同商议决策,增强家属的参与感。客观介绍患者的恢复进程,避免家属对恢复预期过高而产生负面情绪;根据家属的意愿,宣教基础照护技能(如轴线翻身法、手三阴经推拿、管路护理等),增强家属的参与感与成就感;根据家属的情绪变化动态调整情志护理方案。

2.4.11 中医特色促醒护理

醒脑开窍针刺法遵循石学敏院士“醒脑开窍”组穴方案,主穴为双侧内关(捻转提插泻法1 min)、人中(雀啄泻法至眼球湿润为度)及双侧三阴交(提插补法至肢体抽动3次为度);配穴为极泉、尺泽、委中(提插泻法至肢体抽动3次为度),风池、完骨、天柱(捻转补法1 min),双侧太溪(捻转补法1 min)^[15];特殊穴位为上焦区、下焦区及肝肾区。

操作要点:针刺前评估皮肤完整性,严格无菌操作,掌握针刺手法量学。先刺双侧内关,采用提插捻转泻法,双侧同时操作,施手法 1 min;继刺人中,采用雀啄泻法;再刺双侧三阴交,采用提插补法(快进快退或重按轻提),以患肢抽动 3 次为度。极泉穴沿经络下移 1~2 cm,避开腋毛,在肌肉丰厚处取穴,采用提插泻法,以上肢抽动 3 次为度;尺泽采取提插泻法,以手外旋抽动 3 次为度;委中采用提插泻法,以下肢抽动 3 次为度;极泉、尺泽和委中均不留针。双侧风池采取捻转补法,行手法 1 min,要求双手操作同时捻转,留针 30 min;双侧完骨、天柱手法同风池;双侧太溪采取捻转补法 1 min,滋阴补肾。头皮针选取顶颞前、后斜线;盲针选取肩髃、臂臑等部位,治疗时间为 30 min,及时记录针刺反应。密切观察患者面色、呼吸及心率是否正常,局部是否有出血,如发生弯针、断针或晕针等情况,及时通知医护人员,遵医嘱予以对症处理;必要时备急救物品,予以抢救。

2.4.12 中药方剂及护理干预

①水煎服方剂:初始治疗采用半夏白术天麻汤,经胃管注入,温度 38~40℃,200 mL/次,2 次/d;给药前评估患者面色、舌苔及脉象变化,测量血压,给药后重点关注患者是否发生半夏毒性反应及低血压不良反应。因患者高热(5 号体温高达 40℃),遵医嘱予小柴胡汤加减清热泻火,方剂组成包括北柴胡 25 g,黄芩片 10 g,桂枝 10 g,法半夏 10 g,连翘 10 g,粉葛 30 g,芦根 20 g,酒大黄 10 g,生姜片 5 g×2 袋及麸炒枳壳 10 g,共 3 副,水煎服;给药期间密切关注患者体温变化,防止惊厥,6 号 6:00 体温 37.7℃。8 号遵医嘱予上述方剂 3 副,以防余热未清导致病情反复;用药期间重点观察患者尿量,防止脱水,观察大便次数及性状,防止虚脱。9 号至 11 号体温在正常范围,最高 37℃,遵医嘱更换方剂,即北柴胡 15 g,黄芩片 10 g,桂枝 10 g,法半夏 10 g,连翘 10 g,粉葛 30 g,芦根 20 g,酒大黄 10 g,生姜片 5 g×2 袋,麸炒枳壳 10 g,当归 10 g,浙贝母 10 g,川芎 10 g,茯苓 10 g 及炒白术 9 g,共 4 副,给药方式同上;给药期间重点关注患者皮肤黏膜出血点及痰液性状的变化。

②外用方剂:组成包括红花 15 g,鸡血藤 15 g,丝瓜络 10 g,木瓜 15 g,伸筋草 15 g,络石藤 15 g,炒蒲黄 10 g,醋五灵脂 10 g,全蝎 6 g,秦艽 15 g,苏木 15 g,透骨草 15 g,威灵仙 15 g,桂枝 15 g,独活 15 g,牛膝 20 g,片姜黄 10 g 及泽兰

15 g;给药方式为外用擦洗、浸泡患肢,200 mL/次,2 次/d。用药前评估患者皮肤完整性,因患者双足存在 I 期压力性损伤,嘱家属将浸泡药液的温毛巾湿敷双下肢,双手采用浸泡法,以达到活血通络的作用。

2.4.13 早期康复护理介入

①体位管理:采取肢体功能位摆放,被动运动患侧肢体,2 次/d,维持关节活动度,防止肌肉萎缩、关节挛缩。②听觉刺激:直系家属陪伴聊天、播放熟悉音乐。③触觉刺激:手三阴经推拿^[16],操作方法为取适量润滑油均匀涂抹于患者治疗部位,操作者左手固定患肢腕部,用右手大拇指及食指指腹附着于太渊、神门穴,沿手太阴肺经及少阴心经循行路线缓缓推至过肘横纹,达天府、极泉穴;再用右手大拇指附着于大陵穴,沿手厥阴心包经循行路线缓缓向上推至过肘横纹,达天泉穴;三条经络交替进行推法,力量要轻,推动速度要慢,操作时手法要持久、有力、均匀、柔和且渗透,从轻手法开始逐渐增加刺激量;操作时注意保暖,操作后鼻饲泵入温开水。④吞咽功能训练:遵医嘱给予吞咽障碍电刺激训练,2 次/d,20 min/次;密切关注患者刺激部位局部皮肤,合理调试电流大小,以防发生电击伤。

2.4.14 中医情志护理与家属支持

指导家属掌握正确呼唤、触摸等方式参与促醒过程,运用中医“以情胜情”理论,营造积极康复氛围;定期与家属沟通病情变化,提供心理支持与照护指导,增强家庭治疗信心。

2.5 护理评价

经 15 d 系统精细化护理干预^[17],患者意识状态明显改善;第 8 天由深昏迷转为浅昏迷,对疼痛刺激出现躲避反应,格拉斯哥昏迷评分(GCS)由 3 分提升至 4 分;体温得到有效控制,9 号起持续维持在正常范围;住院期间皮肤完整,压力性损伤风险得到有效控制,骶尾部皮肤恢复良好;口腔、鼻腔清洁,无异常分泌物,未出现黏膜出血与感染;肺部感染得到有效控制,气道通畅;眼部湿润,无干燥、感染情况;大便可自行排出,脉象较前有力。家属焦虑情绪有所缓解,积极配合治疗,为后续康复奠定良好基础。

3 讨论

本次针对该危重患者实施系统化、个体化及精细化护理干预,围绕体温管理、气道维护、多重

管路安全、皮肤压力性损伤预防、营养支持、意识促醒、早期康复及家属心理支持等核心护理问题展开,以精准护理诊断为导向、以明确护理目标为引领,有效控制感染及高热等危险因素,保障多重管路的安全通畅,未发生误吸、压力性损伤、黏膜损伤及院内感染等并发症。通过早期介入中医醒脑开窍针刺、中药内服外用、经络推拿及康复促醒等特色护理措施,促进了患者意识水平与神经功能的逐步恢复。

脑干梗死属中医“中风—中脏腑”范畴,病机为“窍闭神匿,神不导气”。醒脑开窍针刺疗法通过刺激内关可调神开窍,刺激人中可醒脑启闭,刺激三阴交可滋补肝肾,通过激活脑干网状上行激活系统,促进意识恢复。现代研究证实,针刺可增加脑血流量,改善脑细胞代谢,促进神经功能重塑。中药口服方剂选用半夏白术天麻汤和小柴胡汤,半夏白术天麻汤中,半夏燥湿化痰、降逆止呕,天麻平肝熄风、止头眩,两者合用为治风痰眩晕头痛之要药,正如李东垣在《脾胃论》中所言“足太阴痰厥头痛,非半夏不能疗;眼黑头眩,风虚内作,非天麻不能除”,故以两味为君药;白术、茯苓健脾祛湿,治生痰之源,为臣药;佐以橘红理气化痰,气顺则痰消;使以甘草和中调药,煎加姜、枣调和脾胃,生姜兼解半夏之毒^[18]。全方风痰并治、标本兼顾,以化痰熄风治标为主,健脾祛湿治本为辅,共奏清热化痰通腑、疏通经络之效。患者高热时通过调整小柴胡汤方剂达到清热泻火的目的,效果显著,患者体温维持在正常范围内且未反复;外用汤剂则起到活血通络的作用。

本例将中医整体观念、辨证施护与西医精准监测、并发症预防相结合,形成优势互补。针刺中药针对“本”解决神昏问题,西医支持治疗针对“标”维持生命体征,护理在其中发挥桥梁作用,确保治疗方案有效实施。在整体护理过程中,坚持动态评估、精准实施、持续优化的原则,兼顾专科护理的规范性与人文关怀的整体性,最终实现预期护理目标,患者病情得到有效控制,整体状态呈持续改善趋势,为后续进一步康复治疗创造了稳定条件。

醒脑开窍针刺法联合中药方剂对脑干梗死昏迷患者具有确切促醒效果,实施精细化病情观察与并发症预防,发挥中西医结合护理优势,为同类危重患者的临床护理提供了可借鉴的实践思路。

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] 师晶晶,蔡萌萌,晁琳琳,等.快速和缓慢进展型脑干梗死的影响因素[J].中风与神经疾病杂志,2024,41(6):550-554.
SHI J J, CAI M M, CHAO L L, et al. Influencing factors for rapidly or slowly progressive brainstem infarction [J]. J Apoplexy Nerv Dis, 2024, 41 (6) : 550-554. (in Chinese)
- [2] 李悦,杨玉霞,闫馨月,等.基于子午流注理论运用揠针早期介入促醒重型颅脑损伤昏迷患者的临床观察[J].中华中医药杂志,2024,39(3):1582-1585.
LI Y, YANG Y X, YAN X Y, et al. Clinical observation of using thumbtack needling early intervention to wake up coma patients with severe traumatic brain injury based on midnight-noon ebb-flow theory [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2024, 39 (3) : 1582-1585. (in Chinese)
- [3] 李孟汉.脑血管病意识障碍案[J].中国针灸,2020,40(3):342.
LI M H. Cases of consciousness disorder of cerebrovascular disease [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2020, 40(3): 342. (in Chinese)
- [4] 霍梦月,何朝伟,李雪艳.半夏白术天麻汤及针刺疗法辅助治疗对痰湿瘀阻型缺血性脑卒中急性期患者的疗效观察[J].四川生理科学杂志,2023,45(2):240-243.
HUO M Y, HE C W, LI X Y. Effect of Banxia Bai-zhu Tianma decoction and acupuncture on acute ischemic stroke patients with phlegm dampness and blood stasis [J]. Sichuan Journal of Physiological Sciences, 2023, 45(2): 240-243. (in Chinese)
- [5] 文翠凤,娅茹,黄昊,等.镜像疗法对脑卒中后 I 型复杂区域性疼痛综合征患者上肢功能及大脑皮质活动效果的随机对照试验[J].中国康复理论与实践,2024,30(10):1203-1214.
WEN C F, YA R, HUANG H, et al. Effect of mirror therapy on upper limb function and cerebral cortex activity in patients with type I complex regional pain syndrome after stroke: a randomized controlled trial [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2024, 30(10): 1203-1214. (in Chinese)
- [6] 中华医学会神经外科学分会颅脑创伤专业组,中华医学会创伤学分会神经损伤专业组.颅脑创伤患者脑监测技术中国专家共识[J].中华神经外科杂

- 志, 2020, 36(12): 1189–1194.
- The Cerebral Trauma Professional Group of the Neurosurgery Branch of the Chinese Medical Association, and the Neurological Injury Professional Group of the Trauma Branch of the Chinese Medical Association. China expert consensus on brain monitoring technology for patients with craniocerebral trauma [J]. *Chin J Neurosurg*, 2020, 36(12): 1189–1194. (in Chinese)
- [7] 中华医学会重症医学分会. 中国成人ICU镇痛和镇静治疗指南[J]. *中华危重病急救医学*, 2018, 30(6): 497–514.
- Society of Critical Care Medicine Chinese Medical Association. Guidelines for analgesia and sedation treatment in intensive care unit of Chinese adults [J]. *Chin Crit Care Med*, 2018, 30(6): 497–514. (in Chinese)
- [8] 王茂斌. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [9] 蒋琪霞. 压疮护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [10] 成人住院患者跌倒风险评估及预防(发布稿) 现行 standard_T/CNAS 18–2020[标准]: T/CNAS 18–2020[S].
- [11] 杨鑫晨, 张超, 李星茹, 等. ICU经口气管插管患者口腔黏膜压力性损伤预防的最佳证据总结[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(18): 57–61.
- YANG X C, ZHANG C, LI X R, et al. Prevention of oral mucosal pressure injury in ICU patients with oral endotracheal intubation: evidence summary [J]. *J Nurs Sci*, 2024, 39(18): 57–61. (in Chinese)
- [12] 郑华文, 李金燕, 李素萍. 危重症患儿家属ICU后综合征的潜在类别分析及影响因素研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2024, 40(24): 1871–1878.
- ZHENG H W, LI J Y, LI S P. Research in classification and influencing factors of post-intensive care syndrome in family members of critically ill children [J]. *Chin J Pract Nurs*, 2024, 40(24): 1871–1878. (in Chinese)
- [13] RETRACTION: effects of predictive nursing interventions on pressure ulcer in elderly bedridden patients [J]. *Int Wound J*, 2024, 21(12): e70149.
- [14] 肖云轩, 刘腾, 孟垂舟, 等. 阵列式气囊床垫防压疮辅助翻身建模与舒适性分析[J]. *生物医学工程学杂志*, 2024, 41(1): 160–167.
- XIAO Y X, LIU T, MENG C Z, et al. Modeling and comfort analysis of arrayed air cushion mattress for pressure ulcer prevention and assisted repositioning [J]. *J Biomed Eng*, 2024, 41(1): 160–167. (in Chinese)
- [15] 寇鹏, 石学敏. 醒脑开窍法针刺治疗中风疗效回顾及NIHSS量表评价分析[J]. *山西中医*, 2015, 31(5): 41–42, 55.
- KOU P, SHI X M. Retrospection of the therapeutic effect of acupuncture with the method of refreshing brain and inducing resuscitation on stroke and evaluation and analysis of NIHSS scale [J]. *Shanxi J Tradit Chin Med*, 2015, 31(5): 41–42, 55. (in Chinese)
- [16] 汤俊玲, 韩淑凯. 循经推拿治疗脑卒中后上肢痉挛疗效观察[J]. *护理研究(中旬版)*, 2011(7): 1839–1840.
- TANG J L, HAN S K. Observation on curative effect of patients with upper extremity spasm after cerebral apoplexy treated with Chinese traditional manipulation along the meridians [J]. *Chin Nurs Research*, 2011(7): 1839–1840. (in Chinese)
- [17] 何云, 梁晶, 李秀雅, 等. 基于患者安全的精细化护理在鼻科日间全身麻醉手术护理中的应用及效果评价[J]. *重庆医学*, 2024, 53(S1): 299–301.
- HE Y, LIANG J, LI X Y, et al. Application and effect evaluation of meticulous nursing based on patient safety in daytime general anesthesia surgery of nasal department [J]. *Chongqing Med J*, 2024, 53(S1): 299–301. (in Chinese)
- [18] 房宗宝, 曾胜, 谢爱琼, 等. 加味半夏白术天麻汤联合血栓通冻干粉治疗椎基底动脉供血不足临床观察[J]. *山西中医*, 2019, 35(1): 16–18.
- FANG Z B, ZENG S, XIE A Q, et al. Clinical observation of modified Banxia Baizhu Tianma decoction with Xueshuantong lyophilized powder on vertebrobasilar insufficiency [J]. *Shanxi J Tradit Chin Med*, 2019, 35(1): 16–18. (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。