

DOI: 10.12209/CAIM202605170006

· 中西医结合临床案例 ·

1例重症病毒性脑炎合并自身免疫性脑炎患者的 中西医结合护理体会

安然, 李蕊

(北京市回民医院 神经内科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结1例病毒性脑炎合并自身免疫性脑炎恢复期患者的中西医结合护理经验。患者起病初期表现为头痛发热,随后出现恶心呕吐,继而出现精神行为异常、胡言乱语,入院后进展为意识不清、四肢完全瘫痪,合并呼吸衰竭。治疗上在西医常规干预基础上,联合实施中医特色护理技术(包括中药穴位贴敷、穴位按摩及针灸等),同时配合辨证饮食指导、康复训练及心理干预,最终患者成功脱机、神志转清,四肢恢复自主活动,癫痫发作频次减少。本案例表明,针对病毒性脑炎合并自身免疫性脑炎患者,采用中医特色护理技术联合西医常规护理模式,可有效改善患者神经功能与精神症状,促进疾病康复,值得临床推广应用。

关键词: 病毒性脑炎; 自身免疫性脑炎; 恢复期; 中西医结合护理; 中医特色护理技术

Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for a Patient with Severe Viral Encephalitis Complicated by Autoimmune Encephalitis

AN Ran, LI Rui

(Department of Neurology, Beijing Hui Min Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) applied to a patient recovering from viral encephalitis complicated by autoimmune encephalitis. The patient initially presented with headache and fever at the onset of illness, followed by nausea and vomiting, and subsequently developed abnormal mental and behavioral manifestations and incoherent speech. After admission, the patient's condition progressed to impaired consciousness and complete quadriplegia, accompanied by respiratory failure. Based on conventional Western medical interventions, TCM-specific nursing techniques—including acupoint application with Chinese herbal medicine, acupoint massage, and acupuncture—were implemented concurrently, along with syndrome differentiation-based dietary guidance, rehabilitation training, and psychological interventions. Ultimately, the patient was successfully weaned from mechanical ventilation, regained consciousness, recovered autonomous movement of all four limbs, and experienced a reduced frequency of epileptic seizures. This case demonstrates that for patients with viral encephalitis complicated by autoimmune encephalitis, the application of TCM-specific nursing techniques combined with conventional Western medicine nursing can effectively improve neurological function and psychiatric symptoms, promote disease recovery, and is worthy of clinical promotion and application.

KEY WORDS: viral encephalitis; autoimmune encephalitis; convalescent period; integrated TCM and Western medicine nursing; TCM-specific nursing techniques

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女, 58岁, 因“头痛、发热后恶心呕吐3d,

精神行为异常2d, 意识不清1d”于2026年03月21日收入院。患者于03月18日无明显诱因出现头痛、发热(体温最高39.2℃), 伴恶心、呕吐胃内容物数次; 03月19日出现精神行为异常, 表现为

收稿日期: 2026-05-17

通信作者: 李蕊, E-mail: 42165952@qq.com

OPEN ACCESS

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

胡言乱语、烦躁不安及认知障碍;03月20日意识逐渐模糊至昏迷,四肢完全瘫痪,并出现呼吸急促、指脉氧下降,于当地医院行气管插管呼吸机辅助通气后转至我院。入院时患者神志昏迷,格拉斯哥昏迷评分(GCS)5分(E1V1M3)。既往体健,否认高血压、糖尿病或心脏病史,否认药物及食物过敏史。刻下症见:神昏不语,面色晦暗,双目紧闭,对呼唤无反应;舌质暗红,苔黄厚腻(张口可见),呼吸气粗,喉中痰鸣,口气秽浊,脉滑数,肌肤灼热。

1.2 查体

体格检查:体温(T)38.5℃,心率(HR)112次/min,呼吸(R)20次/min(呼吸机辅助通气),血压(BP)145/90 mmHg。神志昏迷(GCS评分5分),双侧瞳孔等大正圆,对光反射迟钝;四肢肌力0级,肌张力低下,腱反射消失,双侧病理征阳性;双肺呼吸音粗,可闻及散在痰鸣音;心率(HR)112次/min,心律绝对不齐;腹部膨隆,肠鸣音减弱(约2次/min)。中医查体:神昏不语,面色晦暗,舌暗红、苔黄厚腻,脉滑数,喉中痰鸣,口气秽浊,肌肤灼热,辨证为痰热内蕴、蒙蔽清窍。

1.3 辅助检查

腰椎穿刺示:脑脊液压力190 mmH₂O,细胞数85×10⁶/L(单核细胞占比86%),蛋白0.92 g/L,糖及氯化物水平正常;自身免疫性脑炎相关抗体(抗NMDAR、LGI1、CASPR2、GABABR、AMPA等)均阴性;脑脊液HSV-DNA阳性,HSV-IgM阳性。头颅MRI示:双侧颞叶、海马、岛叶多发异常信号。脑电图示:弥漫性慢波,双侧额颞区大量尖慢波、棘慢波发放。血常规示:白细胞12.5×10⁹/L,中性粒细胞占比82%,C反应蛋白(CRP)45 mg/L。

1.4 诊断

中医诊断:急惊风(痰热蒙窍证);西医诊断:病毒性脑炎(单纯疱疹病毒型)。

1.5 治疗

患者入院后立即予一级护理、鼻饲流质饮食及心电监护。西医治疗方案:予阿昔洛韦抗病毒,甲泼尼龙联合丙种球蛋白调节免疫,丙戊酸钠联合左乙拉西坦抗癫痫,头孢哌酮舒巴坦抗感染;同时予以气管插管呼吸机辅助通气、鼻饲肠内营养支持及对症治疗。中医治疗方案:予天麻钩藤饮合涤痰汤加减鼻饲(1剂/d),联合针灸(主穴:百会、风池、内关、太冲、合谷及神门;配穴:丰隆、行间;1~2次/d)、中药穴位贴敷(神阙、天枢)及穴位按摩(足三里、丰隆及内关)。经综合治疗,患者第

10天神志转为模糊(GCS评分8分),第18天神志清楚(GCS评分12分),可遵嘱完成睁眼、握手动作;第25天成功脱机,改为经气管切开处高流量湿化氧疗;第30天四肢恢复自主活动,双上肢肌力3级,双下肢肌力2级;癫痫发作频率由入院时3~5次/d减少至出院前1次/周;住院期间未发生严重药物不良反应。患者于2026年04月28日出院,转至康复科继续治疗。

2 护理

2.1 护理评估

患者于2026年03月21日入院,神志昏迷(GCS^[1]评分5分,E1V1M3),双侧瞳孔等大正圆,对光反射迟钝,四肢肌力0级,肌张力低下,腱反射消失,双侧病理征阳性。营养风险筛查NRS 2002评分为5分(高风险)^[2];Braden压疮风险评分为11分(高度风险)^[3];深静脉血栓风险评估Caprini评分为7分(高危)^[4]。家属焦虑自评量表SAS评分为68分(中度焦虑)^[5]。

2.2 护理诊断

清理呼吸道无效:与意识障碍、咳嗽反射减弱及气管切开有关;躯体活动障碍:与脑实质炎症损伤、神经功能受损有关;有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床、意识障碍及活动受限有关;便秘:与长期卧床、肠蠕动减弱及热毒伤津有关;营养失调:低于机体需要量,与意识障碍、鼻饲喂养及高代谢状态有关。

2.3 护理目标

意识障碍:短期(住院1~2周内):意识状态改善,GCS评分提升至8分以上;长期(出院前):神志转清,可遵嘱完成简单动作。清理呼吸道无效:短期:保持气道通畅,无窒息及严重肺部感染征象;长期:拔除气管套管,恢复自主有效呼吸。皮肤完整性维护:短期:Braden评分提升至12分以上,受压部位皮肤完好;长期:全身皮肤完整,无新发压疮,皮肤营养状态改善。便秘改善:短期:每3d内排便1次,排便无明显费力;长期:建立规律排便习惯,无需依赖强效缓泻剂。家属心理支持:短期:家属焦虑缓解,能主动配合护理计划;长期:家属掌握主要照护技能,焦虑情绪明显缓解,能参与康复决策。营养支持:短期:营养摄入达到目标量的60%以上,体重下降趋势减缓;长期:营养状况改善,体重维持稳定,血清白蛋白等指标回升。

2.4 护理措施

2.4.1 中药内服

遵医嘱予天麻钩藤饮合涤痰汤加减鼻饲,方剂组成包括半夏 10 g、陈皮 12 g、茯苓 30 g、胆星 10 g、枳实 15 g、石菖蒲 10 g、郁金 12 g、天麻 10 g(常规煎煮)、钩藤 24 g(关火前 10~15 min 下入)及石决明 30 g(先煎 20~30 min)。水煎取汁,1 剂/d,浓煎至 100 mL,分 2 次鼻饲,药温控制在 38~40℃。鼻饲前回抽胃残留量,确认胃管在位且无滞留后缓慢注入,注入后保持半坐卧位 30 min。密切观察服药后患者神志、舌苔及脉象变化,若出现腹泻、呕吐等不良反应及时报告医生调整方剂。

2.4.2 针灸

针灸护理主穴取百会、风池、内关、太冲、合谷及神门,配穴取丰隆、行间^[6]。昏迷期每日针灸 2 次,意识恢复后改为 1 次/d,每次留针 30 min,采用平补平泻手法。操作前评估患者生命体征及皮肤情况,严格执行无菌操作,避免触碰气管切开部位及深静脉导管。留针期间密切观察患者面色、呼吸及肢体反应,出现躁动、抽搐等异常及时拔针处理。

2.4.3 中药穴位贴敷

中药穴位贴敷取神阙、天枢穴^[7],贴敷通腑泻热方(大黄、芒硝及厚朴等研末,以醋调成糊状),治疗 1 次/d,每次贴敷 4~6 h。贴敷前清洁局部皮肤,观察有无红肿、破溃;贴敷后密切观察排便情况,如出现腹泻、腹痛则缩短贴敷时间或暂停使用。贴敷第 2 天患者排出黄色软便,肠鸣音恢复至 3~4 次/min。

2.4.4 穴位按摩

穴位按摩护理取足三里、丰隆及内关穴^[8],2 次/d,每次每穴按揉 3~5 min,力度以局部酸胀为度。按摩前修剪指甲,保持手部温暖,操作时动作轻柔,避免用力过猛。意识障碍期以被动按摩为主,意识恢复后指导家属协助患者进行主动按摩。

2.4.5 辨证饮食指导

患者辨证为痰热内蕴,饮食宜清热化痰、醒神开窍。遵医嘱予鼻饲肠内营养液,待拔除鼻饲管后改为流质、半流质饮食,可予鲜竹沥水(清热化痰)、梨汁、荸荠汁及黄瓜汁等;忌食肥甘厚味、辛辣刺激或生冷黏腻之品。

2.4.6 情志护理

患者昏迷期间加强与家属的沟通,及时解释病情及治疗措施,缓解家属焦虑情绪。意识恢复

后,护士以温和语言耐心安抚患者,避免不良刺激,指导患者通过深呼吸、听舒缓音乐等方法缓解焦虑;同时指导家属多陪伴、多鼓励患者,营造安静舒适的休养环境。

2.4.7 起居护理

病室保持安静、通风,温度控制在 22~24℃,湿度 50%~60%,避免强光、噪音刺激。患者卧床期间每 2 h 翻身拍背 1 次,保持皮肤清洁干燥,使用减压气垫床预防压疮;遵医嘱予下肢气压治疗及肢体被动活动,预防深静脉血栓形成。

2.4.8 中医特色技术健康教育

患者意识清醒后,指导患者及家属掌握耳穴按压(取神门、心、肝及皮质下)、穴位按摩(足三里、内关)等自护技术,1~2 次/d,每穴按压 1~2 min,以局部酸胀为度。出院前对患者及家属进行操作考核,合格后方可独立实施。

2.5 护理评价

经上述中西医结合护理干预,患者护理目标基本达成,详见表 1。患者神志转清,可遵嘱完成睁眼、握手动作,神志转清;治疗期间气道通畅,无窒息发生,肺部感染得到有效控制,治疗第 25 天成功脱机,拔除气管切开套管后自主呼吸平稳;双上肢肌力恢复至 3 级,双下肢肌力恢复至 2 级,四肢可完成自主活动;住院期间癫痫仅发作 2 次,发作持续时间缩短至约 1 min,意识恢复时间缩短至 5 min,未出现癫痫持续状态;住院期间皮肤完整,无压疮发生;胃肠功能改善,每 2~3 d 排便 1 次,腹胀减轻,肠鸣音恢复至 3~4 次/min;患者体重维持稳定,血清白蛋白由 28 g/L 升至 35 g/L;舌质由暗红转淡红,舌苔由黄厚腻转薄白,脉象由滑数转平和,喉中痰鸣消失,口气转清,肌肤温度恢复正常^[9]。患者及家属可独立完成耳穴按压、穴位按摩等中医自我护理技术,掌握癫痫发作应急处置方法,于 2026 年 04 月 28 日顺利出院。

3 结果与随访

经治疗与护理,患者神志由昏迷转为清楚,肢体活动由 0 级恢复至双上肢 3 级、双下肢 2 级,癫痫发作频率减少,住院期间无并发症发生,于 2026 年 04 月 28 日出院。出院后 2 周及 1 个月电话随访结果显示,患者无癫痫发作,坚持每日进行耳穴按压、穴位按摩等中医自我护理,肢体功能持续恢复;出院 1 个月后可独立缓慢行走,生活部分自理,预后良好。

表 1 疗效评估

评价指标	护理前	护理后
GCS	5分(昏迷)	12分(清楚)
四肢肌力	双上肢0级、双下肢0级	双上肢3级、双下肢2级
癫痫发作频率	3~5次/d	住院期间仅发作2次
癫痫发作持续时间	2~3 min	约1 min
发作后意识恢复时间	15 min	5 min
Braden	11分	15分
排便频率	3 d未排便	1次/2~3 d
肠鸣音	2次/min	3~4次/min
NRS 2002	5分	3分
中医证候积分	20分	8分

4 讨论

自身免疫性脑炎是一类由免疫机制介导的中枢神经系统炎症性疾病^[10],临床常表现为意识障碍、癫痫发作、肢体瘫痪及呼吸衰竭等,具有病死率高、致残率高的特点。目前西医主要采用抗病毒、免疫调节(如糖皮质激素、丙种球蛋白)及对症支持治疗,但部分患者恢复缓慢,神经功能缺损持续存在,护理周期长、难度大。近年来,中医特色护理技术在神经系统危重症康复中的应用逐步受到关注,《中国自身免疫性脑炎诊治专家共识》及多项护理指南均强调多学科协作与个体化护理策略的重要性,但针对重症脑炎的中西医结合护理方案尚缺乏标准化操作规范与高质量循证证据。

本病例患者为重症病毒性脑炎合并自身免疫性脑炎,入院时昏迷、四肢瘫痪且呼吸衰竭,病情极为危重。本护理方案的优势在于采用中西医结合护理模式,在常规西医治疗与护理(气道管理、免疫调节、营养支持及并发症预防)基础上,融入中医特色护理技术,针对患者痰热内蕴、蒙蔽清窍的核心病机进行辨证施护。以天麻钩藤饮合涤痰汤清热化痰、醒神开窍;针灸刺激百会、风池及内关等穴调节脑功能;穴位贴敷神阙、天枢通腑泻热;穴位按摩足三里、丰隆及内关调理脾胃、化痰通络。实施上述方案后,患者意识状态、肢体活动能力、癫痫控制效果及中医证候积分等指标均显著改善,住院期间无并发症发生,出院后1个月随访情况良好。本方案操作安全性高,部分技术(如穴位按摩)经培训后家属易于掌握,具有较好的临床实用性和可推广性。

本报告为单一个案观察,缺乏对照组设计,观察指标以临床功能评分和中医证候积分为主,未纳入神经电生理、影像学量化指标及炎症因子等

客观实验室指标,因此结果可能存在偏倚,所得康复效果不能直接推论至所有重症脑炎患者。此外,中医护理技术的实施依赖于护理人员的个人操作经验,不同操作者之间的手法、力度与频次存在差异,可能影响效果的可重复性;穴位贴敷的贴敷时间、穴位按摩的具体参数等亦缺乏统一量化标准,制约了方案的标准化推广。尽管存在上述局限,本病例报告仍具有重要的临床提示价值:其一,展示了在常规西医护理基础上整合中医辨证护理技术的可行路径,为护理团队处理同类危重症患者提供了可借鉴的操作框架;其二,提示中医特色护理在促进神经功能恢复、加速意识转清、减少癫痫发作及改善中医证候方面可能发挥协同增效作用;其三,为后续开展中西医结合护理重症脑炎的标准化方案研究提供了前期临床基础。

基于本病例,未来研究可从以下方向深入探索:一是开展多中心随机对照研究,建立中医特色护理技术的标准化操作规范(包括穴位选择、刺激参数、疗程设置等);二是探索中医体质(本病例患者由痰湿质、湿热质转为平和质倾向)与脑炎预后的相关性 & 体质可逆性变化对康复的影响;三是开展中西医结合护理的经济学评价,评估其能否缩短住院时间、降低医疗费用;四是延长随访周期至6个月、1年,动态观察中医自我护理技术对复发率、生活质量及长期预后的影响^[11-14]。针对重症脑炎患者,在规范化西医护理基础上辨证融入中医特色护理技术,有助于促进意识恢复、改善神经功能和中医证候,且安全性良好。但该结论需通过更高质量的研究加以验证,目前临床推广应用时应结合患者个体情况审慎选择。

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] Zhang J K, Dinh T U, Teasdale G, et al. The message of the Glasgow coma scale: a comprehensive bibliometric analysis and systematic review of clinical practice guidelines spanning the past 50 years [J]. *World Neurosurg*, 2024, 185: 393–402. e27.
- [2] European Society for Clinical Nutrition, Espen M. ESPEN guideline on nutrition in the intensive care unit [J]. *Intensive Care Med*, 2019, 45(10): 1469–1506.
- [3] 缪爱梅, 朱玉玲, 蒋琪霞, 等. Braden量表预测老年慢性病患者压力性损伤发生和愈合情况的研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2026, 32(24): 3292–3298.
- Miao A M, Zhu Y L, Jiang Q X, et al. Braden Scale for predicting the occurrence and healing of pressure injuries in elderly patients with chronic diseases [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2026, 32(24): 3292–3298. (in Chinese)
- [4] 薛媛, 李国庆, 叶泉滢, 等. 脊髓损伤患者下肢深静脉血栓预防的最佳证据总结[J]. *华西医学*, 2024, 39(10): 1599–1605.
- Xue Y, Li G Q, Ye Q Y, et al. Summary of best evidence for prevention of deep vein thrombosis in lower limbs of patients with spinal cord injury [J]. *West China Med J*, 2024, 39(10): 1599–1605. (in Chinese)
- [5] Xie X F, Chen L Z, Cheng Y, et al. Death anxiety and its influencing factors among family caregivers of cancer patients: a cross-sectional study [J]. *J Clin Nurs*, 2025, 34(5): 1808–1817.
- [6] 韩艳, 顾杰, 徐侃, 等. 基于俞募配穴的平补平泻法双向调节卒中后神经源性膀胱的临床研究[J]. *天津中医药*, 2025, 42(11): 1389–1395.
- Han Y, Gu J, Xu K, et al. Clinical study on the bidirectional regulation of neurogenic bladder after stroke by the Pingbu Pingxie method based on the matching of shumu points [J]. *Tianjin J Tradit Chin Med*, 2025, 42(11): 1389–1395. (in Chinese)
- [7] 李丽, 杨发明, 安玉兰. 中医综合治疗配合早期肠内营养对颅脑损伤后肠功能障碍的临床研究[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2013, 11(2): 137–139.
- Li L, Yang F M, An Y L. Clinical study on comprehensive treatment of traditional Chinese medicine combined with early enteral nutrition for intestinal dysfunction after craniocerebral injury [J]. *Chin J Integr Med Cardio/cerebrovascular Dis*, 2013, 11(2): 137–139. (in Chinese)
- [8] 郭敬, 王玉慧, 周姣媚, 等. 中医护理技术应用创新现状与思考[J]. *北京中医药*, 2024, 43(8): 848–851.
- Guo J, Wang Y H, Zhou J M, et al. Current situation and thinking of application innovation of traditional Chinese medicine nursing technology [J]. *Beijing J Tradit Chin Med*, 2024, 43(8): 848–851. (in Chinese)
- [9] 王建新, 孙明月, 吕行, 等. 中医证候疗效评价量表研制指南[J]. *中国新药杂志*, 2025, 34(2): 113–122.
- Wang J X, Sun M Y, Lv X, et al. Guideline on establishing traditional Chinese medicine syndrome efficacy evaluation scale [J]. *Chin J New Drugs*, 2025, 34(2): 113–122. (in Chinese)
- [10] Solomon T, Michael B D, Smith P E, et al. Viral encephalitis: a clinical update [J]. *Lancet Neurol*, 2012, 11(9): 812–822.
- [11] 郭敬, 陈丽丽, 陆镇涛, 等. 中医护理技术研究现状与思考[J]. *北京中医药*, 2023, 42(2): 128–132.
- Guo J, Chen L L, Lu Z T, et al. Current situation and thinking of nursing technology research in traditional Chinese medicine [J]. *Beijing J Tradit Chin Med*, 2023, 42(2): 128–132. (in Chinese)
- [12] 史雯. 中医体质辨识指导下的健康干预对感染科患者预后管理的影响[J]. *中医药管理杂志*, 2025, 33(19): 157–159.
- Shi W. Influence of health intervention under the guidance of TCM constitution identification on prognosis management of patients in infectious diseases department [J]. *J Tradit Chin Med Manag*, 2025, 33(19): 157–159. (in Chinese)
- [13] 李昭昭. 中医特色慢病管理方案的经济效益探讨[J]. *中医药管理杂志*, 2025, 33(15): 147–149.
- Li Z Z. Discussion on economic benefit of management scheme of chronic diseases with Chinese medicine characteristics [J]. *J Tradit Chin Med Manag*, 2025, 33(15): 147–149. (in Chinese)
- [14] 李哲, 张义堂, 秦小菀, 等. 改良亚冬眠疗法联合糖皮质激素冲击疗法对重症病毒性脑炎患儿意识恢复及远期预后的影响[J]. *中国临床医生杂志*, 2026, 54(5): 681–684.
- Li Z, Zhang Y T, Qin X W, et al. Effect of improved sub-hibernation therapy combined with glucocorticoid shock therapy on consciousness recovery and long-term prognosis of children with severe viral encephalitis [J]. *Chin J Clin*, 2026, 54(5): 681–684. (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。