

DOI: 10.12209/CAIM202603310002

· 中西医结合临床案例 ·

耳穴疗法治疗基底动脉取栓术后患者合并 顽固性呃逆的护理体会

海明会¹, 马 昕¹, 蒋晓月², 谭 蕾³

(1. 北京市回民医院 重症医学科, 北京, 100054;

2. 北京市回民医院 消毒供应室, 北京, 100054;

3. 北京市回民医院 护理部, 北京, 100054)

摘要: **目的** 总结耳穴疗法治疗基底动脉取栓术后并发顽固性呃逆患者的中医护理经验,为临床护理提供参考。**方法** 对1例基底动脉取栓术后并发顽固性呃逆(呃逆持续时间>48 h)的中年男性患者实施中医辨证施护,采用耳部全息刮痧联合手指点穴、艾条灸的耳部综合疗法干预,疗程7 d,同时配合基础护理与病情监测。**结果** 采用耳穴综合疗法治疗后,患者呃逆症状显著改善,腹胀、恶心呕吐等伴随症状均明显缓解;出院后1个月随访,患者未再出现顽固性呃逆,生活质量显著提升。**结论** 该耳部综合疗法操作简便、安全有效且患者依从性高,能有效缓解基底动脉取栓术后患者的顽固性呃逆症状,可在临床重症科室推广应用。

关键词: 顽固性呃逆; 耳穴疗法; 基底动脉取栓术; 耳穴刮痧; 辨证施护

Nursing Experience of Auricular Therapy in Treating Patients with Intractable Hiccup after Basilar Artery Thrombectomy

HAI Minghui¹, MA Xin¹, JIANG Xiaoyue², TAN Lei³

(1. Department of Critical Care Medicine, Beijing Moslem People's Hospital, Beijing, 100054;

2. Department of Sterile Supply, Beijing Moslem People's Hospital, Beijing, 100054;

3. Department of Nursing, Beijing Moslem People's Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: Objective To summarize the traditional Chinese medicine (TCM) nursing experience of auricular therapy in treating a patient with intractable hiccup after basilar artery thrombectomy, and to provide references for clinical nursing practice. **Methods** A middle-aged male patient with intractable hiccup (duration > 48 h) after basilar artery thrombectomy received TCM syndrome differentiation-based nursing care. A comprehensive auricular intervention was implemented, integrating holographic auricular scraping, finger acupoint pressing, and moxibustion, with a treatment course of 7 days. Basic nursing care and condition monitoring were provided concurrently. **Results** After the comprehensive auricular therapy, the patient's hiccup symptoms were significantly alleviated, and the accompanying symptoms including abdominal distension, nausea, and vomiting were markedly relieved. During the 1-month follow-up after discharge, no recurrence of intractable hiccup was observed, and the patient's quality of life was notably improved. **Conclusion** This comprehensive auricular therapy is simple, safe, and effective, with high patient compliance. It can effectively relieve intractable hiccup in patients after basilar artery thrombectomy and is worthy of promotion and application in clinical intensive care units.

KEY WORDS: intractable hiccup; auricular therapy; basilar artery thrombectomy; auricular scraping; dialectical nursing based on syndrome differentiation

收稿日期: 2026-03-31

通信作者: 马昕, E-mail: 550268741@qq.com

OPEN ACCESS

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

呃逆是由膈肌不自主阵发性痉挛收缩所引发的临床症状,基底动脉取栓术后患者因脑内神经发生缺血缺氧损伤,易出现中枢及周围神经功能异常,进而引发顽固性呃逆(呃逆持续时间>48 h)。顽固性呃逆会严重影响患者呼吸、睡眠及营养摄入,延缓术后康复进程。正如《麻醉学》中指出,呃逆系膈肌不自主阵发性收缩,可明显影响患者通气并引发躯体不适^[1]。西医常规物理方法及药物治疗存在疗效有限、不良反应多等问题,有临床研究显示,单纯采用西医常规治疗顽固性呃逆的总有效率仅为79.17%^[2];而中医在呃逆辨证施护方面具有独特优势,如针灸联合西医常规治疗顽固性呃逆的总有效率可达91.67%,且无明显不良反应。中医认为呃逆核心病机为胃失和降、膈间气机不利、气逆动膈^[2],耳部为“宗脉之所聚”,与脏腑经络密切相连,刺激耳部特定穴位可调节脏腑功能、理气和胃降逆。本文总结基底动脉取栓术后并发顽固性呃逆患者的耳穴疗法护理经验,现报告如下。

1 临床资料

患者男,40岁,于2024年03月25日因“肢体无力、意识障碍”入院,2024年03月26日启动耳穴疗法干预。西医诊断:脑梗死;中医诊断:缺血性中风(风痰阻络证)。既往史:高血压病史5年,有长期吸烟、饮酒史;否认冠心病、药物及食物过敏史。刻下症:神清,言语謇涩,呃逆频繁(每日>10次),间断躁动,吞咽困难,间断咳嗽咳痰,半身不遂,留置胃管、尿管,大便干结。中医四诊:神疲,肢体偏瘫,口角歪斜;言语謇涩,无异常气味;舌淡、苔白腻,脉细弦。入院护理量化评估:呃逆7分,腹胀5分,恶心呕吐3分,泛酸3分,总分18分。予I级护理、心电监测、鼻导管吸氧(3 L/min),加强翻身拍背、吸痰等基础护理。分别于03月25日、27日及29日给予耳部全息刮痧,刮痧范围包括耳廓(耳垂、耳轮、耳舟、对耳轮、耳甲腔、耳甲艇、三角窝)及耳后(耳垂背面、耳轮尾背面、对耳轮后沟、耳甲腔后隆起)部位,并给予肾、胃、脾、大肠、内分泌及交感穴王不留行籽贴压,规范干预后患者呃逆症状明显好转。

2 护理

2.1 护理评估

本研究采用症状量化评分法开展证候疗效评

价,症状分级量化标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]制定。按症状无、轻、中、重程度依次赋值0、1、2、3分,累加各症状积分以评定病情严重程度及干预疗效。本研究评估患者呃逆、腹胀、恶心呕吐及泛酸症状,评分标准设定为:0分=无症状;3分=症状偶发,不影响日常生活;5分=症状频发,轻度影响日常生活;7分=症状持续存在,严重影响睡眠、饮食等日常生活。患者入院后护理量化评估结果见表1。

表1 患者护理量化评估评分

评估日期	呃逆	腹胀	恶心呕吐	泛酸	总分
2024年03月25日	7	5	3	3	18
2024年03月26日	7	7	3	5	22
2024年03月28日	3	5	3	3	14

2.2 护理诊断

结合患者入院评估及中医辨证结果,按照问题优先级确定核心护理诊断:①呃逆、腹胀:与胃气上逆、肌肉痉挛抑制胃肠蠕动、膈肌活动受限相关;②焦虑:与病情危重、症状持续不缓解相关;③营养失调:低于机体需要量,与呃逆、吞咽困难及留置胃管相关;④有皮肤完整性受损的风险:与半身不遂、长期卧床及肢体活动障碍相关,此类患者可因局部皮肤受压、血液循环障碍出现皮肤破损、糜烂,严重者可形成溃疡及压力性损伤。

2.3 护理计划

依据患者现存护理问题,确立护理目标:缓解患者呃逆、腹胀等不适症状,减轻焦虑情绪,改善营养状况,住院期间不发生皮肤损伤。①中医特色干预以理气和胃、降逆止呃:每日实施耳部全息刮痧、耳穴点穴联合艾条悬灸耳部三联疗法,1次/d,连续干预7d,以疏通耳络、宽膈消胀;每日观察呃逆、腹胀发作频次,预期5d内呃逆发作明显减少,缓解膈肌痉挛,改善通气。②情志调护:持续对患者及家属进行情志疏导,讲解情志失调引发胃气上逆的中医病机;操作前充分宣教,指导患者配合腹式呼吸以疏肝理气,减轻烦躁焦虑,提高治疗依从性,使其主动配合各项处置。③营养调护:遵医嘱予以补液、补充蛋白治疗,纠正水电解质紊乱及低蛋白血症;鼻饲采取少量多餐模式,抬高床头预防反流;动态评估吞咽功能,阶梯式过渡饮食,保证热量与蛋白质供给,改善营养摄入不足。④皮肤完整性受损风险预防:每2h协助患者轻柔翻身,对骨突部位按摩减压,定时叩背排痰、化痰通络;住院期间每日行皮肤评估,保持床单位整

洁,预防压力性损伤与肺部感染,维持皮肤完整无破损。

2.4 护理措施

所有中医护理操作均由接受中医护理技术规范培训的护士实施。操作前严格评估患者耳廓皮肤状况,排除皮肤破损、出血倾向及艾灸过敏等禁忌证;向患者及家属详细讲解操作目的、流程、注意事项及配合要点,获取知情同意。

2.4.1 耳部全息刮痧

采用酒精棉球消毒耳廓前后皮肤,待皮肤干燥后轻柔按摩耳廓至局部微热,依次刮拭耳前区域(耳垂、耳轮、耳舟、对耳轮、耳甲腔、耳甲艇、三角窝)及耳后区域(耳垂背面、耳轮尾背面、对耳轮后沟、耳甲腔后隆起),刮拭力度以皮肤微红、患者无明显疼痛感为宜;重点刮拭肾、胃、脾、肝、内分泌及交感穴,强化交感、贲门对应区域刺激。先行按摩1 min,耳前、耳后各刮痧10 min,重点穴位每穴刮拭30 s。

2.4.2 手指点穴

实施耳部手指点穴治疗,操作方法如下。①耳穴定位:同耳部全息刮痧。②用物准备:提前备好无菌物品及辅助用品,包括免洗手消毒凝胶、医用无菌刮痧油及一次性治疗巾;同时核对患者信息,评估耳部皮肤完整性,排除破损、湿疹、炎症及冻伤等禁忌情况,保障操作安全。操作人员操作前使用免洗手消毒凝胶规范手消毒,待双手干燥后开展操作。③操作流程:患者取平卧位,于耳部滴入适量刮痧油润滑;护士以拇指、食指指腹点按肾、胃、贲门、脾、肝及交感穴,用力均匀深沉,以穴位局部酸胀、得气为度;严格控制单穴位操作时长,每穴持续点按1~2 min,点按过程保持节律均匀,采取一压一松交替操作,按压停留3~5 s后缓慢松开,循环操作,保证穴位刺激充分。④操作时间:每穴点按1~2 min,于耳部全息刮痧完成后实施。

2.4.3 艾条温和灸

给予患者艾条温和灸治疗,操作方法如下。①取穴:中脘穴(中脘穴位于上腹部前正中线上,脐中上4寸,属任脉穴位,为胃之募穴、八会穴之腑会,是脾胃脏腑精气汇聚之处,可统调全身腑气,主治中焦脾胃气机失调类病症。刺激该穴可直接调和胃腑、疏理中焦、平复上逆胃气,为临床治疗呃逆、腹胀、呕吐与胃失和降的核心要穴)^[4]。②用物准备:纯艾条、打火机、弯盘及小口玻璃瓶

(盛放艾灰)。③操作流程:患者取平卧位,充分暴露施灸部位;护士手持点燃的艾条,距离皮肤2~3 cm行温和灸,随时弹除艾灰,防止烫伤。④操作时间:5~10 min,以局部皮肤红晕、患者自觉温热舒适为度,于手指点穴结束后开展。患者证属虚寒夹湿,艾灸中脘穴可达温中散寒、化痰降逆与和胃健脾之效。

2.4.4 基础护理与病情监测

①加强翻身拍背(1次/2 h)、口腔护理(2次/d),保持尿管、胃管引流通畅,预防压力性损伤、肺部感染及尿路感染;②肠内营养乳剂(能全力)2瓶,以60 mL/h速度经肠内营养泵泵入;③动态监测患者意识、生命体征及呃逆发作频率,每日记录症状量化评分,依据病情调整护理方案;④持续开展心理疏导,向患者及家属讲解病情与护理措施,缓解焦虑情绪。

3 结果和随访

经7 d连续耳穴疗法干预后,患者顽固性呃逆及伴随症状均显著改善,患者自述胸闷、睡眠差等症状缓解,能够配合基础护理及康复训练,营养摄入较前改善。干预后护理量化评估结果见表2,具体疗效评价如下:呃逆发作由每日>10次降至偶发,腹胀减轻,恶心呕吐、泛酸症状完全消失,可安静入睡,胃管喂食无明显不适。于出院后1个月开展电话随访,患者呃逆评分维持0分,无腹胀、恶心等不适,顽固性呃逆未复发;患者可正常进食,肢体康复进展顺利,生活质量较住院期间进一步提升。

表2 疗效评估

评估日期	呃逆	腹胀	恶心呕吐	泛酸	总分
2024年04月07日	3	3	0	0	6
2024年04月09日	3	0	0	3	6
2024年04月11日	0	0	0	0	0

4 讨论

基底动脉取栓术后顽固性呃逆是后循环缺血介入手术极具代表性的并发症,其发病机制与延髓解剖结构、术中血流再灌注损伤密切相关。延髓内存在调控膈肌、胃肠道蠕动的核心呃逆反射中枢,该区域分布迷走神经背核、孤束核及疑核,共同构成完整的呃逆反射调控通路。基底动脉闭塞可造成脑组织长期低灌注,取栓开通血管后引发再灌注损伤,诱发延髓局部水肿,直接破坏神经

抑制传导通路,使反射弧持续处于过度兴奋状态,膈肌出现难以自控的持续性痉挛,最终形成反复发作、经干预效果欠佳的顽固性呃逆^[5]。持续性呃逆可引起胸闷憋气、腹胀纳差、夜间睡眠中断,患者进食及管饲过程易诱发恶心反流,明显增加营养不良、误吸及肺部感染发生风险;同时持续躯体不适加重患者焦虑烦躁情绪,多重因素叠加延缓神经功能康复,延长住院时间^[6]。

西医临床针对该并发症多采用促胃肠动力药、巴氯芬、镇静类药物、胃肠减压等对症治疗,短期可松弛膈肌、抑制神经异常兴奋,但存在明显局限性。上述干预仅作用于外周肌肉与神经末梢,无法修复延髓受损的中枢调控通路,亦不能纠正机体气机紊乱,停药后呃逆易复发。同时镇静、肌松药物可引发嗜睡、肢体肌力下降、胃肠不适等不良反应,对于合并半身不遂、意识偏弱的重症卒中患者,会加重肢体活动障碍、抑制排痰能力,存在明确用药禁忌,难以实现长效、安全管控,临床亟需更为安全、可持续的非药物干预手段^[7]。

从中医辨证角度分析,本病属本虚标实之证。卒中患者多中年起病,平素嗜食肥甘厚味,日久痰湿内蕴;中风后瘀血、风痰阻滞经络,全身气机升降出入失常,脾虚运化无力,水湿停滞中焦,脾虚湿盛为发病之本,胃气上逆动膈为发病之标,风痰阻络贯穿病程始终。气机逆乱、痰浊壅滞相互影响,情志失调又可加重肝气犯胃,进一步诱发呃逆频繁发作,单纯西药不具备化痰通络、健脾和胃的整体调理作用,难以根除病机根源^[8]。

本研究以“理气和胃、降逆止呃、化痰通络”为核心治则,采用耳部全息刮痧、手指点穴联合艾灸三联耳部疗法实施辨证施护,理论依据源自“耳为宗脉所聚,十二经脉上循于耳”的传统经络学说。耳部分布脾、胃、膈、肝及交感等脏腑对应反射区,全息刮痧联合手指点穴双重物理刺激,可双向调节交感、迷走神经张力,平稳胃肠平滑肌节律,直接缓解膈肌痉挛,于外周阻断异常呃逆反射。配合耳部艾灸温热刺激,能够温通耳周经络,兼顾化痰散浊;中脘穴作为胃之募穴、八会穴之腑会,艾灸该穴可温运脾阳、化解中焦湿浊、和胃降逆^[9]。耳部外治于外调节神经反射,腹部艾灸于内调理脾胃气机,上下协同、内外同治,标本兼顾,契合脾虚湿盛、胃气上逆的核心病机,同时兼顾脑卒中基础风痰阻络证候^[10]。

该中医综合外治方案无药物相关不良反应,

不抑制肢体肌力与意识状态,适用于基底动脉取栓术后偏瘫重症患者,符合现代中西医结合“脑—肠轴”整体调控理念^[11]。相较于单纯西医对症治疗,该方案不仅可在短期内快速改善呃逆、腹胀症状,还能调和全身气机、健脾化痰,降低复发风险。干预期间同步实施情志疏导、营养支持、压力性损伤与肺部感染预防等整体性护理,同步改善焦虑、营养摄入不足、长期卧床相关并发症等多重问题,构建完整术后康复护理体系,安全有效、操作简便,适合在后循环介入术后临床推广应用。

此联合中医护理方案优势显著,操作简单易学,仅需刮痧板、艾条等低成本耗材,无需大型仪器;纯物理外治无药物不良反应,可与西医治疗同步实施;操作温和,患者耐受性与依从性良好,不受场地、意识状态限制,适合神经内科、ICU与神经介入术后卧床患者推广应用。但本病例样本量较小,未设置西医对症治疗对照组,无法量化对比中西医疗效差异;刮痧、点穴及艾灸操作暂无统一量化标准,操作效果依赖护士临床经验,难以标准化复制;仅观察7 d短期疗效,未开展术后1~3个月远期随访,无法明确该方案在预防呃逆复发、长期改善胃肠功能方面的作用。后续拟开展大样本随机对照研究,增设西医对照组,采集呃逆发作频率、腹围、血氧、血清白蛋白及焦虑评分等客观指标验证疗效;建立轻、中、重度呃逆分级标准化操作规范,统一刮痧范围、点穴时长与艾灸参数;延长随访至术后1个月、3个月,追踪呃逆复发及胃肠、营养功能恢复情况,为脑血管介入术后顽固性呃逆中西医规范化护理提供临床依据。

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] 邓小明,姚尚龙,于布为,等.现代麻醉学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2014:1623-1624.
- [2] 余洳如,陈朦,范录平.脑卒中后顽固性呃逆的药物治理研究进展[J].中国药物与临床,2024,24(15):1016-1020.
Yu R R, Chen M, Fan L P. Research progress on drug treatment of intractable hiccup after stroke[J]. Chin Remedies Clin, 2024, 24(15): 1016-1020. (in Chinese)
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002:134-137.

- [4] 沈雪勇, 刘存志. 经络腧穴学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 156-158.
- [5] 朱君. 胃癌术后并发顽固性呃逆的危险因素分析及护理干预研究进展[J]. 医药前沿, 2023, 13(25): 40-44.
- Zhu J. Research progress on risk factors analysis and nursing interventions for stubborn hiccup after gastric cancer surgery[J]. J Front Med, 2023, 13(25): 40-44. (in Chinese)
- [6] 李芳, 刘培良, 杨艳娟, 等. 揶针疗法联合穴位敷贴对脑梗死后顽固性呃逆患者胃动力学指标的影响[J]. 中国中医急症, 2024, 33(4): 640-643.
- Li F, Liu P L, Yang Y J, et al. Effect of pressing acupuncture combined with acupoint application on gastric dynamics in patients with intractable hiccup after cerebral infarction [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(4): 640-643. (in Chinese)
- [7] 张鹏, 刘嘉妍, 许军峰. 针刺治疗脑卒中后呃逆的有效性及安全性系统评价[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(6): 1298-1301.
- Zhang P, Liu J Y, Xu J F. Systematic evaluation of efficacy and safety of acupuncture in the treatment of poststroke hiccup [J]. Chin J Gerontol, 2022, 42(6): 1298-1301. (in Chinese)
- [8] 中华中医药学会缺血性中风脾肾两虚证诊断专家共识项目组, 刘向哲, 王新志, 等. 缺血性中风脾肾两虚证诊断专家共识[J]. 中医杂志, 2026, 67(13): 1465-1468.
- Chinese Society of Traditional Chinese Medicine Expert Consensus Group on Diagnosis of Spleen and Kidney Deficiency Syndrome in Ischemic Stroke, Liu X Z, Wang X Z, et al. Expert consensus on the diagnosis of ischemic stroke with spleen and kidney deficiency syndrome[J]. J Tradit Chin Med, 2026, 67(13): 1465-1468. (in Chinese)
- [9] 屠娜飞, 张耀虹, 徐敏. 基于数据挖掘耳穴贴压治疗顽固性呃逆的选穴规律分析[J]. 护理学杂志, 2024, 39(13): 48-51.
- Tu N F, Zhang Y H, Xu M. Analysis of the acupoint selection rule of auricular point sticking applied in the treatment of intractable hiccups based on data mining[J]. J Nurs Sci, 2024, 39(13): 48-51. (in Chinese)
- [10] 廖萌, 谢明国. 缺血性脑卒中辨证分型与MRI病变部位相关性的Meta分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(8): 1389-1394.
- Liao M, Xie M G. The correlation between dialectical classification of ischemic stroke and MRI lesion site: a meta-analysis[J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovascular Dis, 2024, 22(8): 1389-1394. (in Chinese)
- [11] 陈颖妍, 杨小林, 孙健. 基于数据挖掘技术探讨中医外治法治疗中枢性呃逆的选穴规律[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(1): 38-45.
- Chen Y Y, Yang X L, Sun J. Rules of acupoints selection for treating intractable hiccup by traditional Chinese medicine based on data mining[J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovascular Dis, 2024, 22(1): 38-45. (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。