



广州华南商贸职业学院

中西医融合护理 案例精选

2021 年版

制定单位： 广州华南商贸职业学院
广州中医药大学顺德医院附属勒流医院
广州番禺区康复医院
广州华医中医院有限公司
广州市仁民中医院有限公司
广州同和医院有限公司
广州医和堂中医门诊部

为推动中西医护理优势互补与临床实践创新，我们特联合开展“中西医结合护理精选案例”开发项目。本项目旨在系统梳理与总结具有代表性的临床案例，将中医的整体观、辨证施护与西医的精准评估、循证实践有机融合，形成标准化、可推广的护理方案。通过案例开发，期望能为临床护士提供实用的参考范本，提升其对复杂病情的综合照护能力，优化护理服务质量，共同促进中西医结合护理学科的高质量发展。



广州华南商贸职业学院



广州中医药大学顺德医院附属勒流医院



广州番禺康复医院



广州市仁民中医院有限公司



广州同和医院有限公司



广州医和堂中医门诊部



展国(广州)人才发展中心



广州华医中医医院有限公司



广州市从化区中医医院

目 录

第一章：疼痛管理与舒适照护 1

1. 针刺结合生物反馈治疗中风后肩痛 1
2. 刺络拔罐结合麦肯基疗法治疗腰椎间盘突出症急性发作 2
3. 中药熨敷联合关节松动术治疗膝骨关节炎 4
4. 腕踝针联合药物镇痛治疗晚期癌性疼痛 6
5. 耳穴压豆缓解混合痔术后疼痛 8
6. 推拿手法松解结合肌肉效贴治疗颈肩肌筋膜疼痛综合征 10
7. 中药熏蒸联合心理疏导治疗纤维肌痛症 12
8. 艾灸联合情志护理改善胃脘痛 14
9. 经皮电刺激联合中药贴敷治疗带状疱疹后神经痛 16
10. 五行音乐疗法联合放松训练缓解紧张性头痛 18

第二章：功能重建与运动康复 20

1. Bobath 技术结合针刺治疗脑卒中后上肢运动功能障碍 20
2. 太极拳训练改善帕金森病患者平衡与步态 22
3. 简化八段锦联合抗阻训练治疗老年肌少症 24
4. 关节松动术结合温针灸治疗冻结肩 26
5. 运动想象疗法结合循经按摩治疗脊髓损伤后肢体功能 28
6. 舌针联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍 30
7. 作业疗法结合手部穴位按摩改善手功能 32
8. 核心肌群训练联合腹部按摩治疗非特异性下背痛 34
9. 悬吊运动疗法（S-E-T）结合拔罐治疗腰痛 36
10. 呼吸功能训练联合六字诀改善 COPD 患者肺功能 38
11. 镜像疗法结合头皮针治疗脑卒中后下肢运动障碍 40
12. 矫形器应用结合小儿推拿改善脑瘫患儿运动功能 42

第三章：慢病管理与健康促进 44

1. 中药足浴结合标准化教育管理糖尿病足高危患者 44
2. 心脏康复运动结合耳穴压豆治疗 PCI 术后患者 46
3. 药膳调理联合有氧运动管理高血压 48
4. 中医体质辨识结合个性化运动处方管理肥胖 50

5. 情志调摄联合规律监测管理慢性心力衰竭	52
6. 头部刮痧结合认知训练预防血管性痴呆	54
7. Metabolic syndrome 患者的中西医结合生活方式干预	56
8. 中药膏方调理联合随访管理稳定期 COPD	58
9. 八段锦练习改善 2 型糖尿病患者糖脂代谢	60
10. 社区高血压小组健康管理结合穴位按摩	62
11. 慢性肾病患者饮食指导结合中药保留灌肠	64
12. 痛风患者的中西医结合饮食与运动管理	66
第四章：老年综合征与安宁疗护	68
1. 老年抑郁的情志护理结合五行音乐疗法	68
2. 中西医结合方案干预老年失眠症	70
3. 防跌倒综合干预结合补肾健脾中药治疗老年骨质疏松	72
4. 认知刺激疗法结合头部按摩治疗轻度认知障碍	74
5. 老年便秘的综合护理（饮食、运动、腹部按摩）	76
6. 安宁疗护中运用中医外治技术缓解终末期症状	78
7. 老年尿失禁的盆底训练结合艾灸护理	80
8. 老年抑郁的情志护理结合五行音乐疗法	82
9. 老年营养不良的肠内营养支持结合健脾开胃中药	84
10. 多重用药老年患者的用药管理与中医药调理	86
第五章：妇儿特色康复与护理	88
1. 盆底肌电生物反馈结合艾灸治疗产后压力性尿失禁	88
2. 手法通乳结合中药外敷治疗急性乳腺炎	90
3. 小儿推拿联合饮食调整治疗疳积（小儿消化不良）	92
4. 中西医结合护理干预婴幼儿湿疹	94
5. 耳穴压豆联合腕踝针缓解原发性痛经	96
6. 儿童生长发育迟缓的中西医结合干预	98
7. 青少年特发性脊柱侧弯的运动矫正结合姿势教育	100
8. 先兆流产患者的中西医结合保胎与情志护理	102
9. 子宫内膜异位症患者的长期健康管理	104
10. 儿童注意缺陷多动障碍（ADHD）的行为干预结合耳穴疗法	106
第六章：肿瘤康复与生存期照护	108

1. 综合消肿疗法（CDT）结合中药湿渍治疗乳腺癌术后淋巴水肿	108
2. 耳穴压豆联合穴位贴敷缓解化疗所致胃肠道反应	110
3. 中药膏方联合营养支持改善癌因性疲乏	112
4. 情志相胜疗法干预肿瘤患者焦虑抑郁状态	114
5. 经穴按摩联合康复训练应对头颈部放疗后张口困难	116
6. 中药漱口水防治放射性口腔黏膜炎	118
7. 化疗所致周围神经病变的温灸护理	120
8. 肿瘤患者愈后中医调养与运动康复指导	122

第七章：急症与危重症早期康复..... 124

1. 机械通气患者的中医音乐疗法结合镇静唤醒策略	124
2. ICU 获得性衰弱的早期床旁运动结合电针刺激	126
3. 重型颅脑损伤患者促醒护理结合醒脑开窍针刺法	128
4. 多发性创伤患者的疼痛管理与情志护理	130
5. 心脏术后患者早期康复与循经按摩	132
6. 预防深静脉血栓的中西医结合护理方案	134
7. 危重症患者胃肠功能维护的穴位刺激与按摩	136
8. 烧伤患者康复期瘢痕防治的中药外敷与压力治疗	138

第八章：特色优势病种与疑难 140

1. 中西医结合创面管理治疗III期压力性损伤	142
2. 清洁间歇导尿结合温灸管理脊髓损伤后神经源性膀胱	144
3. 阶梯式运动疗法结合艾灸干预慢性疲劳综合征	146
4. 中西医结合护理干预难治性面瘫	148
5. 综合方案治疗灼口综合征	150
6. 银屑病患者“病-症-人”整体护理	152
7. 复发性口腔溃疡的中西医结合护理与预防	154
8. 突发性耳聋的综合治疗与护理	156
9. 浆细胞性乳腺炎（粉刺性乳痈）的术后护理与复发预防	158
10. 基于“肠脑轴”理论干预肠易激综合征的护理	160

第一章：疼痛管理与舒适照护

针刺结合生物反馈治疗中风后肩痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例脑梗死恢复期（左侧偏瘫）合并重度肩痛患者的护理过程。患者入院时 VAS 疼痛评分 7 分，严重影响康复意愿。护理团队在常规康复基础上，融入中医辨证，确立“气虚血瘀”证型，并制定针对性方案（针刺、中药热敷）。2 周后患者疼痛显著缓解（VAS 降至 3 分），康复训练依从性及上肢功能均得到改善，体现了中西医融合护理在难题解决中的优势。

二、护理评估

1. 主观资料(S):患者主诉：胳膊沉痛，刺痛，睡眠差，情绪沮丧。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估：左上肢 Brunnstrom 分期 II 期，Fugl-Meyer 上肢评分（FMA-UE）12 分，肩关节被动外展 $<90^{\circ}$ 时疼痛剧烈（VAS7 分）。X 光片示轻度肩关节半脱位。

(2) 中医评估：舌质淡紫，边有齿痕及瘀点，苔薄白，脉细涩。辨证属气虚血瘀。

三、问题列表

1. 慢性疼痛与肩关节半脱位及经络气血瘀阻有关。
2. 上肢运动功能丧失与中枢神经系统损伤有关。
3. 绝望/焦虑与疼痛折磨及康复进程缓慢有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作：每日晨会，护理组长与康复治疗师、中医师沟通患者当日疼痛情况及功能状态，动态调整康复强度与中医治疗时机。
2. 中医特色技术干预：
 - (1) 针刺治疗：由中医师操作，取穴以肩髃、肩髃、曲池、合谷（患侧）及足三里、气海（双侧）为主。足三里、气海用补法，余穴用平补平泻法，留针 30 分钟。思路：局部取穴疏通经络，远端配穴补益元气，共奏益气活血、化瘀止痛之效。
 - (2) 中药热奄包外敷：每日康复训练前，将活血化瘀方剂（红花、丹参、艾叶）加热后包裹于患肩，热敷 20 分钟。有效缓解了训练前的肌肉紧张和疼痛，为后续训练

创造了条件。

3. **康复训练的适应性调整：**康复治疗师在患者疼痛减轻的窗口期（热敷后）进行主被动训练，并采用悬吊系统减轻上肢自重，降低训练中的疼痛感。
4. **心理支持与健康教育：**向患者解释疼痛原因及中西医结合的治疗思路，用其疼痛评分下降的图表鼓励他，增强其信心。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- （1）**第1周后：**患者夜间疼痛减轻，VAS评分降至5分，可耐受15分钟康复训练。
- （2）**第2周后：**VAS评分稳定在3分，肩关节被动活动度明显改善，FMA-UE评分升至18分。患者情绪好转，主动参与训练。

2. 过程反思：

- （1）**成功关键：**将中医治疗作为现代康复的“助推器”和“润滑剂”，而非简单叠加，找准了介入时机（训练前镇痛）。多学科团队的紧密协作是方案落地的基础。
- （2）**遇到的挑战：**初期患者对针刺有恐惧，经耐心解释和体验一次后接受。未来可考虑先采用更温和的经皮电刺激等方式过渡。
- （3）**展望：**本案例验证了方案的可行性。下一步可设计更严谨的临床研究，验证该模式对更多患者的普适性。

刺络拔罐结合麦肯基疗法治疗腰椎间盘突出症急性发作

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 L4/5 腰椎间盘突出症急性发作患者的护理过程。患者因剧烈腰腿痛(VAS8 分)活动严重受限。护理团队遵循“急性期-缓解期”不同阶段的特点,制定阶梯式护理方案:急性期以中医外治技术(刺络拔罐、中药熨敷)为主缓解疼痛,缓解期引入现代核心肌群训练(麦肯基疗法、桥式运动)恢复功能。1 周后患者疼痛显著减轻(VAS3 分),2 周后可独立进行康复训练,体现了分期论治的融合护理思路。

二、护理评估

1. 主观资料(S):患者主诉:腰痛,左腿麻痛,咳嗽牵动疼痛。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估:直腿抬高试验左侧 30° 阳性,加强试验阳性。腰部活动度前屈 <10°,后伸、侧屈均因疼痛受限。MRI 示 L4/5 椎间盘向左后方突出,压迫神经根。
 - (2) 中医评估:舌质暗红,苔薄黄,脉弦数。局部肌肉痉挛,压痛拒按。辨证属气滞血瘀兼有湿热。

三、问题列表

1. 急性疼痛与椎间盘突出压迫神经根及局部筋肉痉挛有关。
2. 躯体移动障碍与疼痛及活动受限有关。
3. 焦虑与疼痛剧烈及对预后的担忧有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作:护士与中医师、康复治疗师共同查房,根据患者每日疼痛和功能状况,共同决策当日治疗重点(镇痛或功能训练)。
2. 急性期(第 1 周)中医主导干预:
 - (1) 刺络拔罐:于腰部痛点(阿是穴)和委中穴局部消毒后,用梅花针叩刺至微出血,随即加拔火罐,留罐 5-10 分钟。旨在祛瘀泻热、通络止痛。首次治疗后患者即感腰部“松快感”。
 - (2) 中药熨敷:将活血化瘀、清热利湿的中药包(含大黄、黄柏、红花、威灵仙)加热后熨敷于腰部,每日 2 次,有效放松肌肉、减轻炎症。

3. 缓解期（第2周起）康复训练介入：

（1）**适应性训练**：疼痛减轻后，康复治疗师指导患者进行**麦肯基疗法**中的俯卧伸展运动，以及**桥式运动**以激活核心肌群，所有训练均在无痛范围内进行。

（2）**体位教育**：指导患者卧硬板床，示范正确的起床、翻身姿势（保持脊柱呈一直线），避免二次损伤。

4. **健康教育与心理支持**：向患者解释疾病发展过程，告知其疼痛期和恢复期的规律，减轻其焦虑，鼓励其积极配合缓解期的功能锻炼。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）**第3天**：疼痛开始缓解，VAS评分降至6分。

（2）**第1周后**：疼痛明显减轻，VAS评分降至3分，可短时间下床行走。

（3）**第2周后**：疼痛基本控制（VAS1-2分），可独立完成一套核心肌群训练动作。直腿抬高角度改善至60°。

5. 过程反思：

（1）**成功关键**：明确了不同阶段的护理主导方向，急性期果断采用中医外治法快速控制症状，为后续康复奠定了坚实基础。阶梯式过渡平滑有效。

（2）**遇到的挑战**：患者因恐惧疼痛，初期拒绝任何活动。通过先镇痛再逐步、少量开始训练，成功建立了患者的信任和信心。

（3）**展望**：此阶梯模式可标准化后应用于更多骨关节疾病急性期的护理。

中药熨敷联合关节松动术治疗膝骨关节炎

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例重度膝骨关节炎（Kellgren-Lawrence 分级Ⅲ级）患者的康复护理过程。患者表现为持续性膝关节疼痛、僵硬及活动受限。护理团队采用中药熨敷与现代关节松动术相结合的综合方案。经4周干预，患者疼痛显著减轻，关节活动度及日常生活能力得到明显改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉：双膝关节疼痛，以下楼及久坐后站起时为甚，伴关节僵硬，活动后可稍缓解。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估：视觉模拟评分（VAS）5分。膝关节活动度（ROM）：左膝屈曲100°，伸展-5°；右膝屈曲105°，伸展-5°。WOMAC骨关节炎指数评分65分。
 - (2) 中医评估：舌淡暗，苔白腻，脉沉弦。膝关节局部肤温偏低，压痛明显。辨证属寒湿痹阻，筋脉瘀滞。

三、问题列表

1. 慢性疼痛与关节软骨磨损、炎症及筋脉瘀滞有关。
2. 关节活动功能障碍与疼痛、软组织紧张及关节退行性改变有关。
3. 日常生活活动受限与关节疼痛和功能下降有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合干预方案：
 - (1) 中药熨敷：每日1次。将温经散寒、活血通络的中药（桂枝、威灵仙、红花、艾叶、独活等）装入药包，蒸热后熨敷于双侧膝关节，每次30分钟，以局部皮肤潮红为度。旨在温通经脉、祛湿散寒、缓解疼痛。
 - (2) 关节松动术（Maitland手法）：中药熨敷后，由康复治疗师进行I-IV级的关节松动术，重点处理髌骨活动度及胫股关节的附属运动，以缓解僵硬、改善关节动力学。
2. 功能锻炼指导：指导患者进行股四头肌等长收缩、直腿抬高及无负重下的膝关节屈伸练习，以增强肌力、保持关节稳定性。

3. **健康教育：**进行疾病知识宣教，指导患者控制体重、避免爬楼及下蹲等加重关节负荷的活动，注意膝关节保暖。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- (1) **第2周后：**患者自觉关节僵硬感减轻，晨起时间缩短。VAS 评分降至 3 分。
- (2) **第4周后：**VAS 评分降至 2 分。膝关节 ROM：左膝屈曲 115° ($+15^{\circ}$)，伸展 -2° ($+3^{\circ}$)；右膝屈曲 120° ($+15^{\circ}$)，伸展 -2° ($+3^{\circ}$)。WOMAC 评分改善至 45 分。

2. 过程反思：

- (1) **成功关键：**中药熨敷的温热效应与药物渗透能有效放松软组织、缓解疼痛，为后续的关节松动术创造了良好的条件，二者序贯应用产生了协同增效作用。
- (2) **遇到的挑战：**部分患者对中药气味敏感。需在治疗前做好沟通，并确保治疗环境通风良好。
- (3) **展望：**该组合方案为非药物治疗 KOA 提供了有效路径，值得在社区康复中推广应用。

腕踝针联合药物镇痛治疗晚期癌性疼痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例晚期肝癌伴重度癌性疼痛患者的镇痛管理过程。患者尽管使用第三阶梯阿片类药物，仍存在爆发性疼痛及嗜睡副作用。护理团队在规范化药物镇痛基础上，联合腕踝针疗法。干预后，患者爆发痛频率减少，镇痛药物用量得以削减，生活质量得到提升。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 右侧胁肋部持续性胀痛, 频繁出现撕裂样爆发痛, 每日发作 5-6 次, 伴有乏力、恶心、昏昏欲睡。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: 基础疼痛 NRS 评分 4 分, 爆发痛时 NRS 评分 8 分。遵医嘱使用盐酸羟考酮缓释片 40mgq12h, 并频繁使用即释吗啡处理爆发痛。ECOG 评分 3 分。
 - (2) 中医评估: 面色晦暗, 形体消瘦, 舌质紫暗有瘀斑, 苔少, 脉弦细涩。辨证属癥积内结, 气滞血瘀。

三、问题列表

1. 慢性癌性疼痛与肿瘤侵犯、气滞血瘀有关。
2. 药物治疗的副作用与阿片类药物应用有关。
3. 舒适度减弱与疼痛及药物副作用有关。

四、护理计划与实施

1. 多模式镇痛方案:
 - (1) 规范化药物镇痛: 严格遵循 WHO 三阶梯镇痛原则, 按时给予长效阿片类药物, 并备好即释药物用于爆发痛。
 - (2) 腕踝针治疗: 根据疼痛部位选区 (主要取右上 1、右上 2、右下 1 区), 每日一次, 留针 30 分钟。采用一次性无菌针具, 进针皮下, 不求酸麻胀痛, 以无痛无感为要。旨在疏通经络、调和气血、辅助镇痛。
2. 症状管理与支持护理: 密切观察药物副作用, 预防性处理便秘、恶心等症状。提供安静舒适的环境, 进行放松技巧指导。
3. 心理与灵性支持: 倾听患者诉求, 给予情感支持, 尊重患者意愿, 维护其尊严。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **干预 3 天后：**患者爆发痛发作频率减少至每日 2-3 次，即释吗啡用量减少 25%。

自觉精神状态较前好转。

(2) **干预 1 周后：**基础疼痛 NRS 评分维持在 3 分。患者家属反馈患者清醒时间延长，沟通意愿增强。

2. 过程反思：

(1) **成功关键：**腕踝针作为一种安全的微创针刺技术，起效快、操作简便、无副作用，与药物镇痛协同，有效减少了爆发痛和药物用量，改善了患者的整体舒适度。

(2) **遇到的挑战：**晚期患者身体虚弱，需选择舒适体位进针，操作务必轻柔。

(3) **展望：**腕踝针是晚期癌痛患者姑息照护中极具价值的辅助镇痛手段，值得在安宁疗护领域深入推广。

耳穴压豆缓解混合痔术后疼痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例混合痔外剥内扎术后患者的疼痛管理过程。患者术后肛门切口疼痛剧烈，影响休息及首次排便。护理团队在常规护理基础上，应用耳穴压豆技术进行干预，有效缓解了术后疼痛，减少了镇痛药物使用，促进了患者早期康复。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 肛门切口处灼痛、刺痛, 尤其在换药及排便时加剧, 因恐惧疼痛而不敢进食饮水, 情绪焦虑。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: 术后 6 小时 VAS 疼痛评分 7 分。因疼痛导致排尿困难, 需诱导排尿。生命体征平稳。
 - (2) 中医评估: 面色少华, 表情痛苦, 舌红, 苔薄黄, 脉弦数。肛周局部水肿。辨证属经络损伤, 气滞血瘀, 兼有郁热。

三、问题列表

1. 急性疼痛与手术创伤、肛门括约肌痉挛有关。
2. 焦虑与疼痛恐惧及对预后的担忧有关。
3. 有便秘/尿潴留的危险与疼痛抑制排便排尿反射有关。

四、护理计划与实施

1. 常规术后护理: 落实体位护理、伤口观察、预防感染等措施。按医嘱给予止痛药。
2. 耳穴压豆干预:
 - (1) 取穴: 主穴: 肛门、直肠、神门、皮质下。配穴: 交感、脾。
 - (2) 操作: 术后 6 小时生命体征平稳后, 于双侧耳廓穴位贴压王不留行籽。指导患者每日自行按压 3-5 次, 每次每穴 1-2 分钟, 以局部感到酸、麻、胀、热为度。保留 3-5 天。
 - (3) 思路: “肛门、直肠”为相应部位取穴, 活血止痛; “神门、皮质下”镇静止痛; “交感”缓解内脏平滑肌痉挛; “脾”主肌肉, 促进组织修复。
3. 健康教育与心理疏导: 解释疼痛原因及耳穴压豆的作用原理, 指导患者进行深呼吸放

松，消除其紧张情绪。鼓励患者适量饮水，进食清淡易消化食物。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **干预 12 小时后：**患者自觉疼痛有所缓解，VAS 评分降至 5 分，紧张情绪减轻，可自行排尿。

(2) **术后第 2 天：**首次排便顺利，便时疼痛可控（VAS4 分）。术后 24 小时内额外要求止痛针次数仅为 1 次（同类患者平均 2-3 次）。

2. 过程反思：

(1) **成功关键：**耳穴压豆操作简便、安全有效，尤其适用于对药物镇痛有顾虑或副作用的患者。其持续性的穴位刺激提供了长效的镇痛效应，有效打破了“疼痛-焦虑-肌肉痉挛-更痛”的恶性循环。

(2) **遇到的挑战：**部分患者对耳穴疗效持怀疑态度。需通过成功案例介绍和耐心沟通取得配合。

(3) **展望：**耳穴压豆可作为肛肠科术后疼痛管理的标准化护理技术之一，纳入快速康复外科（ERAS）流程，减少药物依赖，提升患者满意度。

推拿手法松解结合肌肉效贴治疗颈肩肌筋膜疼痛综合征

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例长期伏案工作所致颈肩肌筋膜疼痛综合征患者的康复护理过程。患者以颈肩部僵硬、酸痛及活动受限为主要表现。护理团队采用中医推拿手法松解结合肌肉效贴贴扎的综合方案。经2周治疗，患者疼痛与僵硬感显著缓解，颈椎功能恢复良好。

二、护理评估

1. **主观资料(S):**患者主诉：右侧颈肩部持续性酸胀痛，可牵涉至右侧肩胛区，晨起时僵硬感明显，长时间电脑工作后加重。
2. **客观资料(O):**
 - (1) **现代评估:** VAS 评分 4 分。颈椎活动度：前屈、后伸、左右侧屈及旋转均受限约 20%。于右侧斜方肌上部、肩胛提肌可触及多个激痛点 (TriggerPoints)。
 - (2) **中医评估:** 舌淡红，苔薄白，脉弦紧。局部肌肉僵硬，压痛拒按。辨证属**经筋劳损，气滞血瘀**。

三、问题列表

1. **慢性疼痛**与肌肉筋膜无菌性炎症及激痛点形成有关。
2. **颈椎活动度受限**与肌肉紧张、疼痛保护性痉挛有关。
3. **舒适度改变**与疼痛和僵硬有关。

四、护理计划与实施

1. **综合康复方案:**
 - (1) **推拿手法松解:** 每周 2 次。采用滚法、按法、揉法充分放松右侧颈肩部肌肉；重点对斜方肌、肩胛提肌的激痛点和条索状结节进行弹拨法、点按法松解，手法由轻至重，以患者能耐受为度。旨在舒筋通络、解痉止痛。
 - (3) **肌肉效贴贴扎:** 手法治疗后立即进行。采用“I”形贴布，对紧张肌肉（如肩胛提肌）进行**抑制（放松）性贴扎**（锚点位于肌肉止点，向起点方向自然延展）；对无力肌肉（如中下斜方肌）进行**促进（支持）性贴扎**。每次贴扎保留 3-5 天。旨在提供持续力学支持，改善循环，抑制疼痛，矫正肌肉功能。
2. **姿势教育与功能锻炼:** 指导患者调整工作站人体工学，避免不良姿势。教授颈部后缩

动作及颈肩部拉伸练习，嘱其每日坚持。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **1 周后：**患者自觉颈肩部轻松感增加，晨僵时间缩短。VAS 评分降至 2 分。

(2) **2 周后：**VAS 评分降至 1 分。颈椎各方向活动度基本恢复正常。激痛点压痛明显减轻或消失。

2. 过程反思：

(1) **成功关键：**推拿手法能快速、深度地松解粘连和痉挛的软组织，即刻效果显著；肌肉效贴则能提供长时间的力学支持和感觉输入，巩固手法治疗效果，二者结合形成了“即刻效应+长效维持”的理想模式。

(2) **遇到的挑战：**肌肉效贴的贴扎形状和张力需要精准把握，需对操作者进行规范培训。

(3) **展望：**此组合方案对治疗软组织劳损性疾病疗效确切，可在门诊及社区康复中广泛开展。

中药熏蒸联合心理疏导治疗纤维肌痛症

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例符合诊断标准的纤维肌痛症（FMS）患者的护理过程。患者存在全身广泛性疼痛、严重疲劳、睡眠障碍及情绪困扰。护理团队采用中药熏蒸与结构化心理疏导相结合的心身综合方案。经4周干预，患者疼痛、疲劳及焦虑症状均得到显著改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉焦虑、疲倦，肩膀后背痛甚，嗜睡。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估：广泛疼痛指数（WPI）16分，症状严重度（SS）量表评分9分。纤维肌痛影响问卷（FIQR）总分68分。HADS焦虑评分12分。
 - (2) 中医评估：神情倦怠，情绪低落，舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉弦细。辨证属肝郁脾虚，气血不足，经络不通。

三、问题列表

1. 慢性广泛性疼痛与中枢敏化及经络不通有关。
2. 严重疲劳与气血亏虚、心神失养有关。
3. 焦虑与长期疼痛折磨及对预后的不确定有关。
4. 睡眠型态紊乱与疼痛及焦虑情绪有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合干预：
 - (1) 中药熏蒸治疗：选用舒筋通络、疏肝健脾、养心安神的中药（柴胡、合欢皮、夜交藤、桂枝、白芍、酸枣仁等）进行全身熏蒸，每周3次。利用蒸汽的温热效应与药力，疏松腠理、温通经脉、调和气血。
 - (2) 结构化心理疏导：每周1次，每次45分钟。运用认知行为疗法（CBT）原理，帮助患者识别并纠正对疼痛的灾难化思维；教授放松技巧（腹式呼吸、渐进式肌肉放松）；鼓励患者记录“积极时刻”，重建生活掌控感。
2. 健康生活方式指导：指导患者进行温和运动（散步、太极），制定规律的作息时间，避免过度劳累。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **第2周：**患者自述睡眠深度改善，疲劳感略有减轻。

(2) **第4周：**WPI 评分降至 10 分，SS 评分降至 6 分。FIQR 总分降至 45 分。HADS 焦虑评分降至 7 分。患者情绪明显好转，对生活重燃兴趣。

2. 过程反思：

(1) **成功关键：**中药熏蒸从“体”入手，有效缓解躯体疼痛、促进放松；心理疏导从“心”入手，管理情绪、改变认知。二者协同，实现了真正意义上的“心身同治”。

(2) **遇到的挑战：**初期患者对心理疏导有抵触，认为“我的痛是真实的，不是心理问题”。通过耐心教育，使其理解心身交互影响，最终接受。

(3) **展望：**此模式为 FMS 等复杂心身疾病的管理提供了非药物的有效思路。

艾灸联合情志护理改善胃脘痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例慢性胃炎所致胃脘痛患者的护理过程。患者胃痛常于情绪波动或饮食不节后发作，伴痞满、嗳气。护理团队采用艾灸温补中焦，并结合中医情志护理进行综合干预。1周后患者胃痛基本缓解，情绪趋于平稳。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 胃部隐痛、胀满, 情绪烦躁时加重, 嗳气频繁, 食欲不振。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: 胃脘部轻压痛, 无肌紧张及反跳痛。胃镜示慢性非萎缩性胃炎。
 - (2) 中医评估: 面色萎黄, 情志抑郁, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦细。辨证属肝气犯胃, 中焦虚寒。

三、问题列表

1. 急性疼痛(胃脘痛)与胃腑失和、气机不畅有关。
2. 焦虑与疼痛反复发作及情绪调节障碍有关。

四、护理计划与实施

1. 中医特色护理:
 - (1) 艾灸疗法: 选取中脘、足三里、内关穴。采用温和灸, 每穴 15 分钟, 每日 1 次。旨在温中散寒、和胃降逆、补益脾胃。
 - (2) 情志护理: 言语开导法: 耐心倾听, 解释“肝气郁结, 横逆犯胃”的病机, 引导其舒畅情志; 移情易性法: 鼓励患者培养静心爱好, 如听舒缓音乐、散步, 以转移注意力, 调和气机; 五行音乐疗法: 推荐其在心情烦躁时聆听角调(属木, 主疏肝)音乐, 如《胡笳十八拍》, 以平抑肝气。
2. 饮食调护: 指导患者规律进食, 避免生冷、油腻及刺激性食物, 推荐食用山药、小米等健脾之品。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价:

(1) **治疗 3 次后：**患者胃痛、胀满感明显减轻。

(2) **治疗 1 周后（7 次）：**胃痛未再发作，食欲改善，自述情绪较前平稳。

2. **过程反思：**

(1) **成功关键：**艾灸直接温通局部气血，治其标；情志护理从肝论治，解除致病诱因，治其本。二者结合，标本兼治，起效迅速。

(2) **遇到的挑战：**患者初期对情志影响持怀疑态度。通过让其记录“情绪-胃痛”关联日记，使其亲眼看到相关性，从而积极配合。

(3) **展望：**此方案体现了中医“形神合一”的整体护理观，对心身相关的消化系统疾病护理具有示范意义。

经皮电刺激联合中药贴敷治疗带状疱疹后神经痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例胸部带状疱疹后神经痛（PHN）患者的镇痛管理过程。患者皮疹消退后遗留持续性烧灼样、针刺样疼痛。护理团队采用经皮电刺激（TENS）与活血化瘀中药贴敷相结合的外治方案。2周后患者疼痛显著减轻，睡眠质量改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 左侧胸背部持续性烧灼痛, 阵发性加剧如针刺、过电, 触碰到衣服时疼痛明显, 夜间常痛醒。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: VAS 评分 7 分。痛觉超敏 (+)。原疱疹区域皮肤色素沉着, 感觉减退。
 - (2) 中医评估: 疼痛区域肤色暗滞, 舌质紫暗, 有瘀点, 苔薄, 脉涩。辨证属余毒未清, 瘀血阻络。

三、问题列表

1. 神经病理性疼痛与病毒损伤神经、瘀血阻络有关。
2. 睡眠型态紊乱与夜间疼痛加剧有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合外治方案:
 - (1) 经皮电刺激 (TENS) 治疗: 将电极片置于疼痛区域周围或相关神经根部位, 选择高频 (80-100Hz) 低强度或低频 (2-10Hz) 高强度模式, 每日 1 次, 每次 30 分钟。旨在通过“门控控制”和促进内啡肽释放, 阻断痛觉传导。
 - (2) 中药贴敷: 将活血通络、搜风止痛的中药 (如元胡、丹参、全蝎、冰片等) 研末, 用黄酒或醋调成糊状, 贴敷于疼痛最甚处, 每日 1 次, 每次 4-6 小时。旨在直达病所, 祛瘀通络, 消肿止痛。
2. 健康教育与心理支持: 向患者解释 PHN 的病程, 树立治疗信心。指导穿着柔软棉质衣物, 减少摩擦刺激。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）第1周后：烧灼感减轻，VAS 评分降至 5 分。

（2）第2周后：针刺样疼痛发作频率减少，VAS 评分降至 3 分。夜间可连续睡眠 5-6 小时。

2. 过程反思：

（1）成功关键：TENS 提供了即时、安全的神经调控镇痛，而中药贴敷则从病机根本入手，持久地改善局部病理状态。一快一慢，一标一本，协同起效。

（2）遇到的挑战：部分患者皮肤对中药或电极片敏感。需密切观察皮肤反应，及时调整。

（3）展望：此非药物组合疗法为 PHN 这一难题提供了有效且副作用小的护理解决方案，尤其适合对药物不耐受的患者。

五行音乐疗法联合放松训练缓解紧张性头痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例长期精神紧张所致紧张性头痛（TTH）患者的护理过程。患者表现为双侧颞部紧箍样疼痛。护理团队采用中医五行音乐疗法与现代放松训练相结合的心身调护方案。经1周干预，患者头痛频率与强度显著下降，自我放松能力提升。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 双侧太阳穴及后枕部持续性紧束、胀痛, 感觉像戴了“紧箍咒”, 精神压力大、长时间伏案后加重。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: VAS 评分 4 分。颅周肌肉(如颞肌、枕下肌)压痛明显。HIT-6 头痛影响测验评分 58 分(重度影响)。
 - (2) 中医评估: 神情紧张, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦紧。辨证属肝气郁结, 筋脉失柔。

三、问题列表

1. 紧张性头痛与肌肉紧张、肝气不舒、清窍不利有关。
2. 焦虑/压力与无法有效放松有关。

四、护理计划与实施

1. 心身调护方案:
 - (1) 五行音乐疗法: 根据“角徵宫商羽”五音与五脏对应理论, 主要选用角调(属木, 入肝)音乐, 如《草木青青》、《胡笳十八拍》, 以疏肝解郁; 辅以羽调(属水, 入肾)音乐, 如《二泉映月》, 以滋水涵木、涵养情志。每日聆听 1-2 次, 每次 30 分钟, 指导其闭目静听, 随音乐意境放松身心。
 - (2) 渐进式肌肉放松训练(PMR): 在聆听音乐前后, 指导患者进行从脚到头的全身肌肉“先紧张后放松”的序列练习, 每日 1 次。旨在使其体会并掌握主动放松的感觉, 降低肌肉张力。
2. 生活方式指导: 指导患者定时休息, 进行颈部拉伸, 避免长时间低头。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- (1) **第3天：**患者自述聆听音乐后头部有轻松感。
- (2) **第7天：**头痛发作频率减少超过50%，VAS评分降至2分。HIT-6评分降至45分（中度影响）。患者掌握了放松技巧，并能在感到紧张时主动应用。

2. 过程反思：

- (1) **成功关键：**五行音乐从中医情志层面调和肝气，舒缓心神；放松训练从现代生理层面直接缓解肌肉痉挛。二者结合，心身同调，有效打破了“紧张-头痛-更紧张”的恶性循环。
- (2) **遇到的挑战：**部分患者初期难以静心进入状态。需引导其从短时间（如10分钟）开始，逐步适应。
- (3) **展望：**此方案是“治未病”理念的完美体现，为亚健康状态及心身性疾病的社区与家庭自我管理提供了极佳的工具。

第二章：功能重建与运动康复

Bobath 技术结合针刺治疗脑卒中后上肢运动功能障碍

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例脑梗死恢复期上肢运动功能障碍患者的康复护理过程。患者存在典型的偏瘫痉挛模式，左上肢 Brunnstrom 分期处于 III 期，分离运动缺乏。护理团队将现代神经发育疗法（Bobath 技术）与中医针刺治疗相结合。经过 4 周系统干预，患者上肢痉挛减轻，分离运动出现，运动功能得到实质性改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉：“左胳膊又僵又沉，像不是自己的，想抬手时肩膀就往上耸，胳膊肘和手腕也打不开。”
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估：左上肢 Brunnstrom 分期 III 期。Fugl-Meyer 上肢评分（FMA-UE）20 分。改良 Ashworth 量表（MAS）评分为 2 级。肩关节半脱位（+）。
 - (2) 中医评估：患肢拘挛，肤温偏低，舌质淡紫，有瘀点，苔白，脉细涩。辨证属气虚血瘀，筋脉失养。

三、问题列表

1. 上肢运动功能障碍与中枢神经系统损伤导致的异常运动模式有关。
2. 肌张力障碍（痉挛）与上运动神经元损伤及经络不通有关。
3. 日常生活活动受限与上肢功能丧失有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合康复方案：
 - (1) Bobath 技术干预：由康复治疗师执行，每日 1 次。
 - 关键点控制：通过控制患者肩胛带、骨盆等近端关键点，以抑制异常的痉挛模式。
 - 姿势控制与负重：设计特定体位（如坐位、跪位），引导患者在上肢支撑下进行重心转移，刺激姿势反射和关节稳定性。
 - 促进分离运动：通过特定手法诱导患者进行肩关节前屈时抑制肘关节屈曲的分离

运动，打破共同运动的模式。

(2) **针刺治疗**：由中医师操作，Bobath 训练后进行，每周 5 次。

- 取穴：主穴取患侧肩髃、曲池、手三里、外关、合谷。配穴取双侧足三里、气海。
- 操作：局部穴位采用平补平泻法，以疏通经络、缓解痉挛；足三里、气海行补法，以益气活血、濡养筋脉。留针 30 分钟。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **第 2 周**：患者自觉上肢沉重感减轻。MAS 评分降至 1+级。可在家属辅助下完成部分肩关节前屈动作。

(2) **第 4 周**：FMA-UE 评分提升至 32 分。出现明显的肘关节分离运动。Brunnstrom 分期进入 IV 期。患者情绪显著改善，康复信心大增。

2. 过程反思：

(1) **成功关键**：Bobath 技术与针刺在“缓解痉挛、促进功能”上目标一致，但作用层面不同。Bobath 从中枢神经调控入手，针刺从外周经络气血入手，二者序贯应用，形成了从“中枢”到“外周”的协同干预闭环，效果显著优于单一疗法。

(2) **遇到的挑战**：治疗初期患者因恐惧疼痛对针刺有抵触。通过选用细针、操作轻柔并进行充分沟通后得以解决。

(3) **展望**：该组合方案为脑卒中后痉挛期上肢功能康复提供了极具潜力的非药物解决方案，值得在康复临床中推广应用。

太极拳训练改善帕金森病患者平衡与步态

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 Hoehn-Yahr 2.5 级帕金森病 (PD) 患者的康复护理过程。患者存在双侧症状，姿势反射差，起步困难，伴有便秘和轻度抑郁。护理团队在药物治疗基础上，融合 Lee Silverman Voice Treatment BIG (LSVT-BIG) 训练、步态训练与中医太极拳、腹部按摩，旨在改善运动功能与非运动症状。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉行走时小步前冲，转身困难，排便需依赖药物，情绪低落。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: UPDRS-III 评分 38 分。计时起立-行走测试 (TUGT) >15 秒。10 米步行测试步幅小、节奏快。便秘症状评分 (CSS) 12 分。
 - (2) 中医评估: 面部表情减少 (面具脸)，肢体震颤，肌强直，舌淡暗，苔白腻，脉弦细。辨证属肝肾阴虚，风动痰阻。

三、问题列表

1. 躯体移动障碍与锥体外系功能受损导致的运动迟缓、强直和姿势异常有关。
2. 便秘与自主神经功能障碍及活动减少有关。
3. 有跌倒的危险与姿势反射障碍有关。

四、护理计划与实施

1. 现代康复训练:
 - (1) LSVT-BIG 训练: 进行大幅度、高强度的特定性动作训练，重塑运动感觉校准，每周 3 次。
 - (2) 步态与平衡训练: 使用节拍器、视觉提示 (地上贴标志) 改善步态节律和步幅，进行重心转移训练。
2. 中医康复与护理技术:
 - (1) 太极拳训练: 教授简化太极拳，注重重心转移、协调性和动作的流畅性，每日练习。
 - (2) 腹部按摩: 指导患者每日顺时针按摩腹部，按揉天枢、支沟等穴位，以润肠通

便。

(3) 耳穴压豆：取穴神门、肝、肾、皮质下，以平肝熄风、安神解郁。

3. 安全与健康教育：进行防跌倒教育，建议使用助行器。强调遵医嘱服药的重要性。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：3 个月后：UPDRS-III 评分改善至 32 分。TUGT 时间缩短至 12 秒。步幅较前增大。CSS 评分降至 8 分。患者情绪较前改善。

2. 过程反思：

(1) LSVT-BIG 与太极拳在改善运动幅度、平衡和协调性上具有协同效应。中医技术有效管理了便秘等非运动症状。

(2) 帕金森病康复贵在坚持，需将训练融入日常生活。本方案为 PD 患者的长期功能维持提供了多元化的支持。

简化八段锦联合抗阻训练治疗老年肌少症

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 78 岁老年衰弱合并肌少症患者的护理过程。患者存在明显的乏力、步态迟缓、跌倒风险（TUGT>14 秒）及营养不良（MNA 评分 16 分）。护理团队融合现代老年综合评估与中医“脾主肌肉”理论，制定集营养支持（现代）、八段锦运动（中医）、艾灸（中医）于一体的综合方案。3 个月后，患者肌肉力量、步速及营养状况均得到显著改善，跌倒风险降低。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 无力, 纳差。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 手握力 18kg (女性标准下限), 5 次起坐时间>12 秒, 简易体能状况量表 (SPPB) 评分 6 分 (满分 12), MNA 评分 16 分 (营养不良风险)。

(2) 中医评估: 形体消瘦, 面色萎黄, 语声低微, 舌淡胖, 边有齿痕, 苔白, 脉弱。辨证属脾胃气虚。

三、问题列表

1. 营养失调: 低于机体需要量与脾胃运化功能减退有关。

2. 有跌倒的风险与肌力下降、平衡功能差有关。

3. 活动无耐力与气虚衰弱有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作: 护士与营养师、康复师、中医师共同制定个案管理计划。

2. 现代营养支持: 与营养师共同制定高蛋白饮食计划, 增加蛋、奶、豆制品摄入, 必要时加用蛋白补充剂。每周监测体重。

3. 中医康复与护理技术:

(1) 教授简化八段锦: 由康复师和护士共同指导, 重点练习“两手托天理三焦”、“调理脾胃须单举”两式, 每日上下午各练习 15 分钟, 以健脾益气、强筋健骨。

(2) 艾灸疗法: 由护士操作, 温和灸足三里、中脘穴, 每日 1 次, 每穴 15 分钟, 以温补脾胃, 激发气血生化之源。

(3) **饮食调理**：指导家属为患者制作**山药粥**、**芡实茯苓粥**等药膳，平补脾胃。

4. 安全与功能训练：

(1) 进行防跌倒教育，评估居家环境并提出改造建议（如加装扶手）。

(2) 指导简单的下肢肌力训练（如坐位抬腿）。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **1个月后**：患者食欲改善，精神状态好转。MNA 评分升至 19 分。

(2) **3个月后**：手握力提升至 20kg，5 次起坐时间缩短至 10 秒，TUGT 时间降至 11 秒。SPPB 评分升至 9 分。期间无跌倒发生。

2. 过程反思：

(1) **成功关键**：抓住了“脾胃”这一核心病机，通过“吃、动、灸”三管齐下，综合干预，效果显著。八段锦运动强度温和，非常适合老年人。

(2) **遇到的挑战**：患者记忆力差，常忘记八段锦动作顺序。通过制作带口令的短视频让患者跟着学，解决了这一问题。

(3) **展望**：此模式可在社区养老机构中推广，作为延缓老年衰弱的重要手段。

关节松动术结合温针灸治疗冻结肩

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例冻结肩患者的康复护理过程。患者肩关节疼痛伴活动度严重受限（前屈 $<100^{\circ}$ ，外展 $<90^{\circ}$ ），严重影响日常生活（如穿衣、梳头）。护理团队以“恢复功能”为导向，将中医推拿松解、温针灸与现代关节松动术、任务导向性训练相结合。经过4周干预，患者肩关节活动度及日常生活能力得到根本性改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉：上臂活动受限，入夜疼甚。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估：肩关节主动前屈 100° ，外展 85° ，后伸内旋仅达臀部。VAS疼痛评分6分。Constant-Murley肩关节评分45分（满分100）。
 - (2) 中医评估：肩周广泛压痛，喜温拒寒，舌淡苔白，脉紧。辨证属风寒痹阻。

三、问题列表

1. 关节功能障碍与肩关节粘连及疼痛有关。
2. 穿衣/修饰自理缺陷与肩关节活动受限有关。
3. 慢性疼痛与局部炎症及粘连有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作：治疗师负责手法和训练，护士负责协调、教育和中医技术操作，中医师指导辨证取穴。
2. 中西医结合治疗序列：
 - (1) 第一步（松解）：先由治疗师进行关节松动术（I、II级），再由护士进行中医推拿（滚、按、揉、弹拨手法）放松肩周肌肉，松解粘连。
 - (2) 第二步（镇痛）：推拿后，由护士进行温针灸（取穴肩髃、肩贞、阿是穴），留针20分钟，温通经脉，散寒止痛。
 - (3) 第三步（训练）：在疼痛减轻的基础上，由治疗师指导进行任务导向性训练，如模拟梳头、伸手取物、摸对侧肩膀等真实生活动作。
3. 家庭康复指导：教会患者使用健侧手臂辅助患侧进行爬墙运动、钟摆运动等，并每日

坚持。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **第2周**：疼痛减轻（VAS4分），夜间痛消失。肩关节活动度略有改善。

(2) **第4周**：疼痛基本消失（VAS1-2分）。肩关节前屈达 160° ，外展达 150° ，后可摸对侧肩胛骨。Constant-Murley 评分提升至 75 分。可独立完成所有穿衣、梳头动作。

2. 过程反思：

(1) **成功关键**：形成了“松解-镇痛-功能训练”的标准流程，每一步都为下一步创造了条件。以解决实际生活问题（如梳头）为最终目标，激发了患者的参与热情。

(2) **遇到的挑战**：松解手法初期会带来一定酸胀痛感。通过与患者充分沟通，使其理解这是治疗的一部分，从而坚持下来。

(3) **展望**：此功能导向性模式可广泛应用于各种骨关节功能障碍的康复，目标明确，患者受益直观。

运动想象疗法结合循经按摩治疗脊髓损伤后肢体功能

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 T10 水平不完全性脊髓损伤患者的康复护理过程。患者双下肢运动感觉功能部分保留，但肌力差、活动受限。护理团队采用运动想象疗法与现代康复训练结合中医循经按摩的综合方案。经过 8 周系统干预，患者下肢运动功能及感觉均得到明显改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: "双腿使不上劲, 像踩在棉花上, 膝盖和脚踝自己控制不好, 走路需要别人扶着。"
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: ASIA 损伤分级为 D 级。双下肢关键肌肌力 2-3 级。感觉评分(轻触、针刺) 156 分。Berg 平衡量表评分 28 分。
 - (2) 中医评估: 双下肢肌肤甲错, 肤温偏低, 舌质暗紫, 有瘀斑, 脉沉涩。沿足阳明胃经、足少阳胆经循行部位有明显压痛。辨证属督脉损伤, 瘀阻络脉。

三、问题列表

1. 下肢运动功能障碍与脊髓传导通路受损有关。
2. 感觉功能障碍与神经传导通路受损有关。
3. 平衡功能障碍与核心肌力不足及神经控制异常有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合康复方案:
 - (1) 运动想象疗法: 每日 2 次, 每次 20 分钟。
 - 引导患者在安静环境中闭目, 集中注意力反复想象完成特定动作(如踝背屈、伸膝、站立转移等)的整个过程, 包括肌肉收缩感、关节运动感和动作完成感。
 - 想象内容与当日康复训练项目保持一致。
 - (2) 循经按摩: 运动想象疗法后进行, 每日 1 次。
 - 主要沿足阳明胃经、足少阳胆经、足太阳膀胱经进行推拿按摩。
 - 手法以掌推、拇指推法为主, 配合点按关键穴位(足三里、阳陵泉、环跳、委中、承山等), 手法由轻到重, 以患者感到酸胀得气为度。

(3) 现代康复训练：每周 5 次，包括：

- 肌力训练（助力-主动运动）
- 平衡训练（坐位、站立位）
- 步行训练（平行杠内）

2. 康复教育：

- (1) 向患者解释运动想象疗法的作用机制，提高依从性。
- (2) 指导家属学习基础按摩手法，配合日常护理。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **第 4 周：**患者自觉下肢“有力感”增强。双下肢关键肌肌力提升至 3+级。Berg 平衡量表评分提高至 36 分。

(2) **第 8 周：**可在助行器辅助下独立步行 20 米。ASIA 感觉评分提升至 178 分。患者自信心显著增强。

2. 过程反思：

(1) **成功关键：**运动想象疗法通过心理神经促进作用激活相应运动皮层，而循经按摩通过疏通经络、改善局部血液循环，为功能恢复创造了良好的外周环境。二者结合形成了“中枢-外周”协同促进的康复新模式。

(2) **遇到的挑战：**部分患者难以建立清晰的动作意象。通过动作分解示范、语言引导和触觉提示（治疗师辅助完成部分动作）可有效改善。

(3) **展望：**此方案为脊髓损伤患者的康复提供了新思路，特别适用于早期活动受限的患者，值得在康复临床中推广应用。

舌针联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例脑卒中后吞咽障碍患者的康复管理过程。患者卒中后出现饮水呛咳、固体食物吞咽困难，严重影响营养摄入及生活质量。康复团队在常规护理基础上，应用舌针技术结合系统性吞咽功能训练进行综合干预，有效改善了吞咽功能，降低了误吸风险，促进了营养状况改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 舌针联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍案例

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 洼田饮水试验 3 级; FOIS (功能性经口进食量表) 3 分; VFSS (电视荧光吞咽检查) 显示舌骨位移不足、会厌谷残留。

(2) 中医评估: 舌强、舌歪, 舌质紫暗, 苔白腻, 脉弦滑。咽反射减弱。辨证属风痰阻络, 舌窍不通, 气血瘀滞。

三、问题列表

1. 吞咽功能障碍与卒中后神经损伤、舌咽协调运动障碍有关。
2. 营养失调的危险与进食困难、摄入不足有关。
3. 误吸的风险与吞咽反射延迟、喉闭合不全有关。
4. 焦虑/恐惧与进食呛咳及窒息感有关。

四、护理计划与实施

1. 常规康复训练: (1) 健康教育: 指导正确姿势、避免加重因素。(2) 物理治疗: 中频电疗、超声波治疗

2. 悬吊运动疗法(S-E-T) 干预: (1) 方法: 仰卧位悬吊: 双下肢闭链运动, 激活腹横肌、多裂肌。(2) 侧卧位悬吊: 侧桥姿势训练, 强化腰方肌、腹内外斜肌。(3) 俯卧位悬吊: 背伸运动, 增强竖脊肌耐力(4) 操作: 每周 3 次, 每次 30 分钟, 根据患者耐受度渐进增加难度

(4) 思路: 通过闭链运动、振动训练, 重新建立神经肌肉控制, 增强核心稳定性, 打破疼痛-抑制-无力的恶性循环。

3. 拔罐干预：（1）取穴与部位：主穴：肾俞、大肠俞、委中部位：沿膀胱经腰部循行部位、压痛点。（2）操作：采用闪火法，留罐 10-15 分钟配合走罐法，沿膀胱经推动隔日 1 次，每周 3 次。（3）思路：“肾俞”补肾壮腰，“大肠俞”通调腑气，“委中”为腰背委中求，共奏通经活络、祛风散寒之功；走罐可疏通膀胱经气，改善局部气血循环。
4. 整合治疗方案：先进行拔罐治疗，松解软组织、改善循环，再进行悬吊运动训练，建立正确的运动模式，最后指导家庭训练，巩固治疗效果。

1. 常规康复护理：

进食姿势调整：坐位进食，头稍前屈；

食物性状调整：糊状食物为主，避免流质及干硬食物

2. 舌针干预：

（1）取穴：主穴：聚泉、金津玉液、海泉、心穴；配穴：脾穴、肾穴

（2）操作：患者张口，用押手固定舌体，选用 0.25×25mm 毫针，快速点刺，得气即止，金津玉液穴点刺出血 2-3 滴为宜，每日 1 次，每周治疗 5 次

（3）思路：“聚泉”为治哑要穴，“金津玉液”通利舌窍，“海泉”开音利咽，“心开窍于舌”，配脾肾二穴培补根本。通过舌部特定穴位刺激，直达病所，醒脑开窍，通利舌咽。

3. 训练方案：（1）口唇舌运动：唇力抵抗训练、舌各个方向主动运动。（2）感觉刺激：冰酸刺激咽腭弓，促进吞咽反射。（3）呼吸训练：腹式呼吸、声门闭合练习（4）代偿手法：声门上吞咽、门德尔松手法。（4）操作：每日 2 次，每次 30 分钟，与舌针治疗间隔进行（5）思路：通过系统性训练改善吞咽相关肌群的运动控制，重建安全的吞咽模式，促进神经肌肉功能重组。

4. 整合治疗方案：先进行舌针治疗，激活舌咽神经通路；再进行吞咽功能训练，将改善的神经兴奋性转化为功能性运动；最后进行进食实践，在监督下应用所学技巧

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）干预 1 周后：洼田饮水试验改善至 2 级，可安全进食糊状食物，呛咳频率减少。

（2）干预 3 周后：FOIS 评分提高至 5 分，VFSS 显示舌骨位移改善、残留减少，可进食软食并小口饮水。患者进食信心明显增强，营养状况改善。

2. 过程反思：

- （1）成功关键：舌针直接作用于舌体，迅速改善舌运动功能；吞咽训练系统性地重建了吞咽生理过程；两种方法形成了“中枢激活+外周训练”的协同效应
- （2）遇到的挑战：部分患者对舌针存在恐惧心理，需充分解释并轻柔操作，训练强度需个体化调整，避免过度疲劳
- （3）展望：舌针联合吞咽训练可作为卒中后吞咽障碍的有效治疗方案，该组合体现了“中西医结合、标本兼治”的康复理念，值得在康复科、神经科推广应用，建立标准化操作流程

作业疗法结合手部穴位按摩改善手功能

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例脑卒中后手功能障碍患者的康复管理过程。患者卒中后出现右侧手部运动控制障碍、精细动作能力下降,严重影响日常生活活动能力。作业治疗团队在常规康复基础上,结合个性化作业活动与手部穴位按摩进行综合干预,有效改善了手部运动功能,提升了生活自理能力。

二、护理评估

1. 主观资料(S):患者主诉:右手握力减弱,手指灵活性差,完成扣纽扣、握笔等动作困难,持物易掉落。因手功能受限产生挫折感,对康复预期悲观。
2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: Brunnstrom 手功能分期III期; Fugl-Meyer 上肢评分(手部)8分; 九孔插板测试: 完成时间 120 秒, 掉落 3 次。

(2) 中医评估: 舌质暗紫, 苔薄白, 脉细涩。右手肤温偏低, 大小鱼际肌肉轻度萎缩。辨证属气血亏虚, 脉络瘀阻, 经筋失养。

三、问题列表

1. 手运动功能障碍与中枢神经损伤、运动控制异常有关。
2. 精细动作协调障碍与感觉运动整合失调有关。
3. 日常生活活动受限与手功能下降有关。
4. 负性情绪与功能丧失及康复信心不足有关。

四、护理计划与实施

1. 常规作业治疗: (1) 任务导向训练: 根据患者兴趣设计个性化作业活动。(2) 环境改造: 提供适应性辅具, 改善参与能力。
2. 功能性作业活动干预: (1) 训练方案: 粗大运动训练: 握放不同规格的杯子、挤压橡皮球。(2) 精细动作训练: 插板游戏、捡豆子、拧瓶盖。
3. 功能性活动: (1) 模拟进食、书写、穿衣扣扣子。(2) 操作: 每周 5 次, 每次 40 分钟, 按患者疲劳程度适当调整。(3) 思路: 通过有意义的作业活动激发主动参与, 在真实情境中重建运动模式, 促进神经功能重塑。

4. 整合治疗方案：先进行手部穴位按摩，改善局部循环，降低肌张力；再进行功能性作业训练，将改善的功能转化为实际能力；最后进行生活情境模拟，提升实际应用能力

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）干预 2 周后：Fugl-Meyer 手部评分提高至 12 分，握力改善可完成粗大抓握动作。

（2）干预 4 周后：Brunnstrom 分期进入 IV 期，九孔插板测试时间缩短至 85 秒，可独立完成扣纽扣、持勺进食等日常活动。患者情绪明显改善，主动参与康复训练。

2. 过程反思：

（1）成功关键：作业活动设计符合患者兴趣，提高了治疗依从性，穴位按摩有效改善了手部循环，为功能训练创造了条件，两种方法协同作用，既改善了功能又提升了实际应用能力。

（2）遇到的挑战：部分精细动作训练初期挫败感较强，需及时调整难度，穴位按摩力度需精准控制，避免过度刺激。

核心肌群训练联合腹部按摩治疗非特异性下背痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例慢性非特异性下背痛患者的康复管理过程。患者下背部疼痛反复发作，严重影响生活质量。康复团队在常规干预基础上，应用核心肌群训练结合腹部按摩技术进行综合干预，有效缓解疼痛症状，改善核心稳定功能，促进整体康复。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 下背部深层持续性钝痛, 久坐站起时疼痛加剧, 伴有腰部"空虚感"。因疼痛导致睡眠中断, 对日常活动产生回避心理。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: VAS 疼痛评分 5 分; Oswestry 功能障碍指数 (ODI) 38%; 核心耐力测试: 平板支撑时间不足 30 秒, 腹横肌激活延迟。

(2) 中医评估: 舌淡胖, 边有齿痕, 苔薄白, 脉沉细。腹部柔软, 深按有条索状结节。辨证属脾肾两虚, 督脉失养, 带脉不固。

三、问题列表

1. 慢性疼痛与核心肌群薄弱、脊柱稳定性下降有关。
2. 运动恐惧与疼痛体验及功能受限有关。
3. 核心肌群募集障碍与肌肉抑制、神经控制异常有关。
4. 有功能恶化的风险与错误的代偿模式持续存在有关。

四、护理计划与实施

1. 常规康复指导: (1) 姿势教育: 指导坐姿、站姿及搬物技巧。(2) 生活方式调整: 避免久坐、使用腰靠支撑
2. 核心肌群训练干预: (1) 训练方案: 基础阶段: 仰卧位腹横肌激活、臀桥、鸟狗式。(2) 进阶阶段: 侧平板、死虫式、四点跪位平衡。(3) 功能整合: 瑞士球训练、负重转体训练。(3) 操作: 每周 4 次, 每次 25-30 分钟, 根据患者耐受度渐进增加难度。(3) 思路: 通过递进式训练重建"核心筒"稳定性, 优化运动控制模式, 从深层稳定肌到表层运动肌的序贯激活。
3. 腹部按摩干预: (1) 取穴与手法: 主穴: 气海、关元、天枢。手法: 掌揉腹部、指

按穴位、捏拿带脉（2）操作：患者仰卧位，以神阙为中心顺时针掌揉。点按气海、关元、天枢，每穴 1-2 分钟，捏拿带脉区域，重点松解紧张条索，隔日 1 次，每周 3 次。

（3）思路："气海、关元"培补元气，"天枢"调理气机，"带脉"约束诸经；通过腹部按摩激发经气，调节腹内压，间接稳定腰椎。

4. 整合治疗方案：先进行腹部按摩，松解紧张筋膜，改善组织弹性，再进行核心训练，建立正确的肌肉募集模式，最后进行功能整合，将稳定性转化为日常生活能力。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）干预 2 周后：VAS 评分降至 3 分，腰部"空虚感"减轻，可完成 20 分钟连续工作。

（2）干预 4 周后：ODI 降至 18%，平板支撑时间达 90 秒，腹横肌激活速度明显改善，患者恢复日常家务劳动，对身体活动信心增强。

2. 过程反思：

（1）成功关键：腹部按摩有效改善了腹腔内环境，为核心训练奠定基础，核心训练精准提升了深层稳定肌功能，"由内而外"的治疗思路符合非特异性下背痛的康复原理。

（2）遇到的挑战：部分患者初期难以感知腹横肌收缩，需手法引导，腹部按摩力度需个体化调整，避免内脏不适。

3. 展望：

（1）核心训练结合腹部按摩可作为非特异性下背痛的一线康复方案

（2）该组合疗法符合生物-心理-社会医学模式

（3）适合在社区推广，建立长期管理方案

悬吊运动疗法(S-E-T)结合拔罐治疗腰痛

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例慢性非特异性腰痛患者的康复管理过程。患者腰痛反复发作，影响日常生活及工作。康复团队在常规康复基础上，应用悬吊运动疗法(S-E-T)结合拔罐技术进行干预，有效缓解了疼痛，改善了核心稳定性，促进了功能恢复。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 腰部酸胀疼痛, 久坐、弯腰时加重, 晨起有僵硬感。因疼痛影响睡眠, 对弯腰动作产生恐惧。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: VAS 疼痛评分 6 分; Oswestry 功能障碍指数(ODI) 45%; 核心肌群耐力测试: 腹横肌激活不足, 臀中肌力量 3 级。

(2) 中医评估: 舌质暗, 苔白腻, 脉沉紧。腰部肌肉紧张, 左侧腰方肌、竖脊肌明显压痛。辨证属寒湿痹阻, 气滞血瘀, 筋脉失养。

三、问题列表

1. 慢性疼痛与腰肌劳损、核心稳定性下降有关。
2. 腰部功能障碍与疼痛恐惧、运动控制异常有关。
3. 核心肌群激活不足与长期代偿模式形成有关。
4. 有症状复发的风险与错误的运动模式未纠正有关。

四、护理计划与实施

1. 常规康复训练: (1) 健康教育: 指导正确姿势、避免加重因素。(2) 物理治疗: 中频电疗、超声波治疗

2. 悬吊运动疗法(S-E-T)干预: (1) 方法: 仰卧位悬吊: 双下肢闭链运动, 激活腹横肌、多裂肌。(2) 侧卧位悬吊: 侧桥姿势训练, 强化腰方肌、腹内外斜肌。(3) 俯卧位悬吊: 背伸运动, 增强竖脊肌耐力(4) 操作: 每周 3 次, 每次 30 分钟, 根据患者耐受度渐进增加难度

(4) 思路: 通过闭链运动、振动训练, 重新建立神经肌肉控制, 增强核心稳定性, 打破疼痛-抑制-无力的恶性循环。

3. 拔罐干预：（1）取穴与部位：主穴：肾俞、大肠俞、委中部位：沿膀胱经腰部循行部位、压痛点。（2）操作：采用闪火法，留罐 10-15 分钟配合走罐法，沿膀胱经推动隔日 1 次，每周 3 次。（3）思路：“肾俞”补肾壮腰，“大肠俞”通调腑气，“委中”为腰背委中求，共奏通经活络、祛风散寒之功；走罐可疏通膀胱经气，改善局部气血循环。
4. 整合治疗方案：先进行拔罐治疗，松解软组织、改善循环，再进行悬吊运动训练，建立正确的运动模式，最后指导家庭训练，巩固治疗效果。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- （1）干预 2 周后：VAS 评分降至 3 分，腰部僵硬感减轻，可完成 30 分钟坐姿工作。
- （2）干预 4 周后：ODI 降至 20%，核心肌力明显改善，腹横肌激活良好，臀中肌力量达 4 级。患者恢复日常活动，对弯腰动作信心增强。

2. 过程反思：

- （1）成功关键：拔罐有效松解软组织，为悬吊训练创造良好条件悬吊训练精准激活核心肌群，重建正常运动模式两种疗法相辅相成，体现“先松解，后训练”康复理念。
- （2）（遇到的挑战：部分患者初期恐惧悬吊的不稳定感，需循序渐进拔罐后局部瘀斑可能影响美观，需提前告知并取得知情同意。
- （3）展望：悬吊运动疗法结合拔罐可作为腰痛康复的有效组合方案可纳入腰痛康复临床路径，减少止痛药物使用值得在社区康复中推广，预防腰痛复发。

呼吸功能训练联合六字诀改善 COPD 患者肺功能

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 GOLD 分级 2 级的慢性阻塞性肺疾病（COPD）稳定期患者的肺康复护理过程。患者存在活动后气促、咳痰无力及运动耐力下降等问题。护理团队将现代呼吸训练与中医传统功法（六字诀、太极拳）、穴位贴敷相结合。经过 8 周干预，患者肺功能指标、运动耐力及生活质量均得到显著改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉为活动后气短, 日常家务活动受限, 晨起痰多黏稠不易咳出。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: FEV1/FVC58%, FEV1 占预计值 65%。6 分钟步行试验 (6MWT) 距离 380 米, 结束时 Borg 气促评分 4 分。mMRC 呼吸困难评分 2 级。
 - (2) 中医评估: 舌淡胖, 苔白腻, 脉滑。辨证属肺脾气虚, 痰湿内蕴。

三、问题列表

1. 气体交换障碍与气道阻塞、通气功能障碍有关。
2. 清理呼吸道无效与痰液黏稠、呼吸肌疲劳有关。
3. 活动无耐力与呼吸困难及氧供需失衡有关。

四、护理计划与实施

1. 现代肺康复技术:
 - (1) 呼吸功能训练: 每日指导患者进行缩唇呼吸、腹式呼吸及有效咳嗽训练。
 - (2) 运动训练: 监督患者进行上肢 ergometer 训练及下肢 treadmill 训练, 强度以 Borg 评分不超过 4 分为准。
2. 中医康复技术:
 - (1) 六字诀养生功训练: 重点教授“呬”(sī) 字诀, 旨在宣肺泻浊, 每日练习 2 次。
 - (2) 穴位贴敷: 将白芥子、细辛、甘遂等中药研末姜汁调糊, 贴敷于肺俞、脾俞、定喘穴, 每次 4-6 小时, 每周 1 次, 以温肺化痰、健脾除湿。
3. 健康教育: 进行营养指导(高蛋白、高维生素饮食)、戒烟宣教及长期家庭氧疗指

导。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- (1) 4 周后：患者咳痰费力程度减轻，6MWT 距离增加至 420 米。
- (2) 8 周后：FEV1 占预计值提升至 68%。6MWT 距离达 460 米，Borg 评分降至 3 分。
mMRC 评分降至 1 级。

2. 过程反思：

- (1) 六字诀训练与呼吸训练相辅相成，患者接受度高。穴位贴敷对改善痰湿症状有明确效果。
- (2) 需密切关注患者训练中的血氧饱和度变化，确保安全。此模式适合在社区推广用于慢性呼吸系统疾病管理。

镜像疗法结合头皮针治疗脑卒中后下肢运动障碍

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例脑卒中后下肢运动障碍患者的康复管理过程。患者卒中后出现左下肢乏力、活动受限，影响站立及行走。康复团队在常规康复训练基础上，联合应用镜像疗法与头皮针技术进行干预，有效改善了下肢运动功能，提升了步行能力，促进了患者整体康复进程。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 左下肢沉重、无力, 站立不稳, 行走时拖沓, 伴有麻木感。

因行动不便情绪低落, 担心无法恢复独立行走。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: Brunnstrom 下肢分期为 III 期; Berg 平衡量表评分 32 分; 10 米步行测试需 28 秒, 步态不稳。

(2) 中医评估: 面色晦暗, 舌质暗、有瘀点, 苔白腻, 脉沉细涩。左下肢肌力减弱, 肌张力略增高。辨证属中风后经络阻滞, 气虚血瘀, 筋脉失养。

三、问题列表

1. 下肢运动功能障碍与脑卒中后中枢神经损伤、经络瘀阻有关。
2. 平衡功能下降与肌力减弱、本体感觉输入不足有关。
3. 负性情绪与功能障碍及康复信心不足有关。
4. 有跌倒的风险与平衡及运动控制能力下降有关。

四、护理计划与实施

1. 镜像疗法干预:

(1) 方法: 取坐位, 将镜子置于双足之间, 健侧足在镜前活动, 患侧足隐藏于镜后。指导患者注视镜中健侧足部活动影像, 想象患侧完成相同动作。

(2) 操作: 每日 1 次, 每次 20 分钟, 训练足踝背伸、跖屈、内外翻等动作。

(3) 思路: 通过视觉反馈重塑运动表象, 激活镜像神经元, 促进运动皮质功能重组, 改善患肢运动控制。

2. 头皮针干预: (1) 取穴: 主穴: 顶颞前斜线上 1/5 (运动区下肢对应区)、顶旁 1 线。配穴: 足运感区。(2) 操作: 选取患侧对侧头部穴位, 常规消毒后快速进针,

刺入帽状腱膜下，捻转得气后留针 30 分钟，留针期间嘱患者主动尝试患肢运动。隔日 1 次，每周 3 次。（3）思路：“顶颞前斜线上 1/5”主治下肢运动障碍；“顶旁 1 线”疏通膀胱经气，通调下肢经脉；“足运感区”调节下肢感觉与运动整合。

3. 健康教育与心理支持：解释镜像疗法与头皮针的作用机制，帮助患者树立康复信心。指导家庭辅助训练及防跌倒措施。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）干预 2 周后：患者自觉左下肢沉重感减轻，可完成足踝背伸动作，Brunnstrom 分期进入 IV 期，Berg 评分提高至 38 分。

（2）干预 4 周后：10 米步行测试时间缩短至 22 秒，步态稳定性提高，可独立在室内行走。患者情绪改善，康复配合度显著提升。

2. 过程反思：

（1）干预 2 周后：患者自觉左下肢沉重感减轻，可完成足踝背伸动作，Brunnstrom 分期进入 IV 期，Berg 评分提高至 38 分。

（2）干预 4 周后：10 米步行测试时间缩短至 22 秒，步态稳定性提高，可独立在室内行走。患者情绪改善，康复配合度显著提升。

矫形器应用结合小儿推拿改善脑瘫患儿运动功能

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 5 岁痉挛型双瘫脑瘫患儿的康复护理过程。患儿存在双下肢肌张力增高、尖足、站立平衡差等主要问题。护理团队采用 Bobath 疗法、矫形器应用等现代康复技术，结合推拿、穴位刺激等中医方法，并对家长进行系统培训。经过 6 个月干预，患儿运动功能得到改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S):家属代诉患儿行走不稳,易跌倒,双下肢僵硬。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估:改良 Ashworth 量表评分为 2 级。粗大运动功能测量(GMFM-88)D 区(站立)得分 45%,E 区(行走、跑、跳)得分 30%。有明显尖足步态。
 - (2) 中医评估:肢体拘紧,筋脉弛张不利,舌淡红,苔薄白,指纹淡滞。辨证属肝肾不足,筋脉失养。

三、问题列表

- (1) 躯体移动障碍与中枢神经系统损伤导致的运动控制障碍有关。
- (2) 有失用综合征的危险与肌张力异常、活动模式异常有关。
- (3) 知识缺乏(家长)缺乏家庭康复护理知识与技能。

四、护理计划与实施

1. 现代康复护理:
 - (1) 神经发育疗法:运用 Bobath 技术抑制异常姿势、促进正常运动模式。
 - (2) 矫形器应用:配置踝足矫形器(AFO)以纠正尖足,改善步态稳定性。
 - (3) 功能性训练:进行站立架、平衡板等训练以增强核心肌力与平衡能力。
2. 中医康复技术:
 - (1) 小儿推拿:运用拿捏、按揉法放松下肢痉挛肌群(小腿三头肌);点按足三里、阳陵泉、三阴交、涌泉等穴位,以舒筋通络、柔肝健脾。
 - (2) 穴位刺激:使用揲针贴压于上述穴位,持续刺激。
3. 家庭康复指导:对家长进行全面培训,确保其掌握日常抱姿、被动牵伸、矫形器穿戴

及简易游戏式训练方法，并将中医推拿手法传授给家长。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）3 个月后：患儿下肢肌张力略有降低（Ashworth1+级）。穿戴 AFO 后可独立站立片刻。

（2）6 个月后：GMFM-88D 区得分提升至 55%，E 区得分提升至 40%。家长可独立完成每日家庭康复计划。

2. 过程反思：

（1）中医推拿能有效缓解痉挛，为现代功能训练创造条件。家长的高度参与是患儿取得长期进步的关键。

（2）将复杂的康复技术转化为家长可操作的家庭活动是一大挑战。此模式强调了对 caregivers 的赋能。

中药足浴结合标准化教育管理糖尿病足高危患者

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 2 型糖尿病合并糖尿病足 0 级（高危足）患者的护理过程。患者入院时双足发凉、麻木，有针刺感，足部皮肤干燥，无破溃。护理团队在常规血糖管理基础上，融入中医辨证，确立“阴虚血瘀，脉络痹阻”证型，并制定以中药足浴为核心，结合标准化健康教育的中西医融合护理方案。干预 4 周后，患者足部症状显著改善，足部皮肤状况好转，足部感知能力增强，糖尿病足自我管理知识与行为得分大幅提升，有效降低了糖尿病足的发生风险，体现了中西医融合护理在慢性病管理与并发症预防中的优势。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: 双脚发凉, 像踩在棉花上, 有时有针扎一样的疼, 皮肤很干。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 空腹血糖 8.5mmol/L, 餐后 2 小时血糖 12.1mmol/L。
10g 尼龙丝试验: 双足感觉减退; 128Hz 音叉检查振动觉: 减弱; 足部动脉搏动(足背动脉、胫后动脉): 可触及但减弱。

(2) 中医评估: 舌质暗红, 有瘀点, 少苔, 脉细涩。辨证属阴虚血瘀, 脉络痹阻。

三、问题列表

(1) 有皮肤完整性受损糖尿病足发生的风险与末梢神经病变、血管病变及自我管理知识不足有关。

(2) 舒适度改变: 足部发凉、麻木、刺痛 与阴虚血瘀、经络不通有关。

(3) 知识缺乏 缺乏糖尿病足预防的相关知识与技能。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作: 成立由内分泌科医生、糖尿病专科护士、中医师、营养

师组成的团队。每周例会，共同评估患者血糖控制情况、足部风险变化及中医证候演变，动态调整降糖方案、足浴方药及教育内容。

2. 中医特色技术干预：

方案： 采用“温经通络，活血化瘀”中药方剂（主要成分：桂枝、红花、丹参、鸡血藤、乳香、没药）。由中药房统一煎制为无菌液袋装。

时机与频率： 每日睡前1次，每次20-30分钟。

方法： 护士指导患者或家属操作。将药液倒入专用足浴盆，用37-40℃温水稀释至所需水量和温度（使用水温计严格监控，<40℃）。浸泡至足踝以上。

安全监控： 足浴前由护士或患者本人（经培训后）检查双足有无破损、红肿。足浴后用柔软浅色毛巾轻轻擦干，尤其趾缝。、

3. 标准化健康教育与管理：

内容系统化： 制定《糖尿病足高危患者自我管理手册》。

规避风险行为： 禁止自行处理鸡眼、胼胝，禁止使用热水袋、电热毯暖脚。

饮食与运动指导： 由营养师和专科护士共同制定个体化方案。

形式多样化： 采用一对一讲解、发放手册、播放视频、建立病友微信群定期推送知识等方式。

行为强化： 要求患者记录“每日足部护理日记”，每周复诊时检查。

心理支持与赋能： 向患者解释糖尿病足是可防可控的，强调其自身行为在预防中的核心作用。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第2周后：患者主诉足部发凉、刺痛感减轻。足部皮肤干燥情况改善。

第4周后： 双足肤温接近正常，麻木感范围缩小。10g尼龙丝试验感觉较前敏锐。

2. 过程反思：

将中药足浴作为改善局部症状、打通“微观循环”的物理性干预，与标准化教育这一提升“宏观管理”能力的行为干预有机结合，形成了“内外兼治、知行合一”的有效模式。多学科团队确保了方案的精准性与安全性。

心脏康复运动结合耳穴压豆治疗 PCI 术后患者

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗（PCI）术后患者的心脏康复护理过程。患者存在活动耐力严重下降、焦虑及失眠问题。护理团队在标准心脏康复运动训练基础上，融入中医辨证，确立“气虚血瘀，心神不扰”证型，并制定以耳穴压豆为核心的中医护理方案。干预4周后，患者运动耐力显著提升，焦虑情绪及睡眠质量明显改善，体现了中西医融合护理在PCI术后身心整体康复中的协同增效作用。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: “稍微走快一点就心慌、气短, 身上没力气。总是担心血管再堵上, 晚上睡不着, 心里烦躁。”

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

心脏功能: 左室射血分数(LVEF) 45%; 运动耐力: 6分钟步行试验(6MWT) 距离320米, 过程中诉气促、乏力。Borg自觉劳累程度评分13分。

心理与睡眠: 医院焦虑与抑郁量表(HADS) 焦虑亚量表得分12分(肯定存在焦虑), 阿森斯失眠量表(AIS) 得分8分(存在失眠)。

生命体征: 静息心率98次/分, 血压130/85mmHg。

(2) 中医评估: 舌质淡暗, 有瘀斑, 苔薄白, 脉细弱、结代。辨证属气虚血瘀, 心神不扰。

三、问题列表

(1) 活动无耐力 与心肌受损、心气亏虚及血瘀络阻有关。

(2) 焦虑 与疾病预后不确定及心神被扰有关。

(3) 睡眠形态紊乱 与焦虑情绪及心血不足、心神失养有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作：建立由心内科医生、心脏康复师、中医师、专科护士组成的核心团队。每周进行病例讨论，综合评估患者运动风险、心功能变化及中医证候，动态调整运动处方及耳穴选方。

2. 结构化心脏康复运动：

方案：遵循循序渐进原则，分为三阶段。阶段一（院内，第1周）：床边被动/主动关节活动、缓慢步行，以不引起不适为度。阶段二（院外早期，第2-4周）：在心电监护下进行，包括5-10分钟热身（拉伸），20-30分钟中等强度有氧运动（如快走、踏车，靶心率以症状限制性试验结果的60-70%计算），5-10分钟整理运动。每周3次。严密监测运动中心率、血压、心电图及患者自觉症状。

3. 中医特色技术干预——耳穴压豆：

选穴原则：按“心主血脉”、“心主神明”理论，以宁心安神、益气活血为主。

取穴：主穴（心、交感、神门。“心”穴宁心安神、通畅血脉；“交感”穴调节植物神经功能，缓解冠状动脉痉挛；“神门”穴镇静安神，缓解焦虑失眠）配穴（皮质下、小肠、脾）。

实施：每次康复运动训练前由护士操作，双侧耳穴交替贴压。指导患者每日自行按压3-5次，每次每穴1-2分钟，以局部感到酸、麻、胀、热为度。

4. 心理支持与健康教育：

情绪管理：指导患者将耳穴压豆作为情绪管理的工具，在感到焦虑时即刻按压“神门”、“心”等穴位，进行自我调节。用6MWT距离的延长、焦虑评分的下降等客观数据向患者展示康复进展，增强其坚持康复的信心。

五、效果评价与过程反思

效果评价：

第2周后：患者自述心慌气短较前减轻，夜间入睡困难有改善。

第4周后：患者活动耐力显著提升，6MWT距离达450米。静息心率下降至78次/分。HADS焦虑评分降至5分（无明确焦虑），AIS评分降至3分（无失眠）。

过程反思：将耳穴压豆这一简便验廉的中医技术作为心脏康复的“增效器”和“稳定器”，其“身心同调”的特点完美契合了心脏康复的“双心”医学模式。在运动前干预，起到了“未病先防”的作用，有效改善了患者对运动的耐受性和

药膳调理联合有氧运动管理高血压

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 1 级高血压患者的中西医融合健康管理实践。患者希望通过非药物方式控制血压。护理团队在常规健康指导基础上，结合中医辨证，确立“肝阳上亢”的核心证型，制定了为期 8 周的个体化药膳调理结合结构化有氧运动的综合方案。干预后，患者血压得到有效控制，相关症状显著改善，展现了中西医融合在高血压健康管理中的协同优势。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“经常头晕、头痛，尤其是紧张或劳累后，感觉口干、睡眠浅，平时性子比较急。”

2. 客观资料：

(1) 现代评估：非同日三次血压测量平均值为 146/94mmHg。体质指数 26.8kg/m²。血脂检查显示低密度脂蛋白胆固醇轻度升高。生活方式调查发现饮食偏咸、缺乏规律运动。

(2) 中医评估：舌质偏红，苔薄黄，脉弦。伴有面红。辨证属“肝阳上亢”。

三、问题列表

1. 血压调节失常，与血管紧张度增加及肝阳上扰有关。
2. 不健康生活方式，与高盐饮食、缺乏运动及相关健康知识不足有关。
3. 舒适度改变：眩晕、头痛、失眠，与肝阳上亢、扰动心神有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作：

由全科医生、中医师、营养师和护士组成团队，共同制定并动态调整方案，确保安全与个体化。

2. 个体化药膳调理：

治则：平肝潜阳，滋补肝肾。

方案：天麻菊花茶（每日代茶饮）：天麻 5g（平肝），菊花 5g（清热），枸杞 10g（滋补肝肾），用于日常调理。

决明子山楂粥（每周3次）：炒决明子 15g（清肝通便），生山楂 10g（活血降脂），与粳米同煮，辅助降压降脂。

夏枯草瘦肉汤（每周2次）：夏枯草 10g（清肝火），与瘦肉同炖。

饮食原则：严格控盐（<5g/日），增加蔬菜水果摄入，烹饪以清淡为主。

3. 结构化有氧运动：

方案：以快走和太极拳为主。每周5次，每次30-40分钟。

强度控制：运动时心率控制在（170-年龄）次/分左右，以微微出汗、不觉疲劳为度。

安全监护：指导患者运动前后监测血压，确保安全。

4. 健康教育与情志调摄：

向患者解释“怒伤肝”的理论，指导其通过听音乐、深呼吸等方式管理情绪。

教授患者自我按摩太冲穴（肝经原穴）以辅助平肝降逆。

鼓励记录健康日记，提升自我管理能力。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第4周：患者自述头晕、头痛减轻，睡眠改善。家庭自测血压平均值降至135/86mmHg。

第8周：临床症状基本消失。血压稳定在128/82mmHg左右。体重下降2kg。患者已养成低盐饮食和规律运动的习惯，对管理自身健康信心大增。

2. 过程反思：

成功关键：药膳与运动内外兼治，协同起效。药膳从内平肝潜阳，运动从外疏导气机、减轻体重，二者在中医理论指导下紧密结合，实现了标本兼治。方案贴近生活，易于坚持。

挑战与对策：初期患者对药膳口味不习惯，经耐心解释和口味调整后接受。天气影响户外运动时，及时提供室内太极拳等替代方案。

展望：本案例验证了此融合方案对管理1级高血压的有效性和可行性。该模式适合在社区推广，未来可通过更大样本的研究，进一步验证其远期疗效。

中医体质辨识结合个性化运动处方管理肥胖的中西医融合健康管理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例单纯性中心性肥胖患者的中西医融合健康管理过程。患者以体重超标、乏力、便溏为主诉寻求干预。管理团队在常规体重管理基础上，引入中医体质辨识，确立“脾虚湿盛”的核心证型，并据此制定高度个性化的运动处方。通过8周的干预，患者体重、体脂率显著下降，脾虚湿盛相关症状明显改善，体现了中医“因人施治”思想在精准运动干预中的指导价值。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“身体沉重，容易疲劳，稍微活动就出虚汗，胃口一般但容易腹胀，大便不成形。”

2. 客观资料：

(1) 现代评估：身高 172cm，体重 85kg，体质指数 28.7kg/m^2 ，腰围 96cm，腰臀比 0.95，体脂率测量：32%；生化检查：空腹血糖 5.8mmol/L （正常高值），甘油三酯 2.1mmol/L （升高）。

(2) 中医评估：肌肉松软，舌体胖大，边有齿痕，舌苔白腻，脉濡滑。

辨证结论：综合评估，辨证为“脾虚湿盛”体质。因脾的运化功能减退，导致水湿内停，形成肥胖。

三、问题列表

1. 营养失调：高于机体需要量，与能量摄入与消耗失衡及脾失健运、痰湿内聚有关。

2. 活动耐力下降，与体重过重、心肺功能欠佳及脾气亏虚、肢体失养有关。

3. 舒适度改变：身体沉重、乏力、便溏，与脾虚湿盛、清阳不升有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作：

由健康管理师、中医师、康复治疗师和临床营养师共同参与。团队在干预前、

中、后进行综合评估，确保运动处方与患者体质和身体状况高度匹配。

2. 基于体质辨识的个性化运动处方：

治则：健脾益气，化湿通络。核心运动：健脾益气功、八段锦（重点加强“调理脾胃须单举”一式）。此类低强度、注重调息的中医传统功法，能温和激发脾胃功能。辅助运动：平地快走、骑固定自行车。避免剧烈跑跳等易耗气力的运动。

强度：严格控制在中低强度，以运动时微汗、气息平稳、可正常交谈为度。

频率与时间：每周5次。初始阶段每次20-25分钟，包含充分热身与整理运动；2周后根据患者耐受度，逐渐增加至每次40-45分钟。

关键指导：强调运动应“和缓持续”而非“激烈短促”，指导患者关注运动后身体的舒畅感，而非单纯的能量消耗。建议在饭后1小时进行轻微活动（如散步），以助脾胃运化。

3. 协同生活方式干预：

饮食建议：营养师根据“健脾化湿”原则，建议食谱中增加山药、薏苡仁、白扁豆、小米等食材，减少油腻、甜腻及生冷食物摄入。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第4周：患者自觉身体沉重感减轻，体力较前改善，大便逐渐成形。体重下降至82.5kg，腰围减至92cm。

第8周：乏力、腹胀症状基本消失。体重降至79kg（累计减重6kg），体质指数降至26.7。腰围减至88cm，体脂率下降至28.5%。

2. 过程反思：

成功关键：突破了“只重热量消耗”的传统运动减肥模式。针对“脾虚湿盛”体质，选择了能“健脾”而非“伤脾”的运动方式，实现了从“治标”到“治本”的转变。个性化方案极大地提升了患者的舒适度和依从性。

遇到的挑战：患者初期认为运动强度太低，减肥效果会慢。经解释中医原理并亲身感受到症状改善后，疑虑消除。

展望：本案例证实了以中医体质辨识为指导制定个性化运动处方的科学性与有效性。此模式可推广至其他体质类型（如痰湿质、气虚质）的肥胖人群管理，为实现肥胖的精准健康管理提供了新路径。

中医体质辨识结合个性化运动处方管理肥胖的中西医融合健康管理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例单纯性中心性肥胖患者的中西医融合健康管理过程。患者以体重超标、乏力、便溏为主诉寻求干预。管理团队在常规体重管理基础上，引入中医体质辨识，确立“脾虚湿盛”的核心证型，并据此制定高度个性化的运动处方。通过8周的干预，患者体重、体脂率显著下降，脾虚湿盛相关症状明显改善，体现了中医“因人施治”思想在精准运动干预中的指导价值。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“身体沉重，容易疲劳，稍微活动就出虚汗，胃口一般但容易腹胀，大便不成形。”

2. 客观资料：

(1) 现代评估：身高 172cm，体重 85kg，体质指数 28.7kg/m^2 ，腰围 96cm，腰臀比 0.95，体脂率测量：32%；生化检查：空腹血糖 5.8mmol/L （正常高值），甘油三酯 2.1mmol/L （升高）。

(2) 中医评估：肌肉松软，舌体胖大，边有齿痕，舌苔白腻，脉濡滑。

辨证结论：综合评估，辨证为“脾虚湿盛”体质。因脾的运化功能减退，导致水湿内停，形成肥胖。

三、问题列表

1. 营养失调：高于机体需要量，与能量摄入与消耗失衡及脾失健运、痰湿内聚有关。

2. 活动耐力下降，与体重过重、心肺功能欠佳及脾气亏虚、肢体失养有关。

3. 舒适度改变：身体沉重、乏力、便溏，与脾虚湿盛、清阳不升有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作：

由健康管理师、中医师、康复治疗师和临床营养师共同参与。团队在干预前、

中、后进行综合评估，确保运动处方与患者体质和身体状况高度匹配。

2. 基于体质辨识的个性化运动处方：

治则：健脾益气，化湿通络。核心运动：健脾益气功、八段锦（重点加强“调理脾胃须单举”一式）。此类低强度、注重调息的中医传统功法，能温和激发脾胃功能。辅助运动：平地快走、骑固定自行车。避免剧烈跑跳等易耗气力的运动。

强度：严格控制在中低强度，以运动时微汗、气息平稳、可正常交谈为度。

频率与时间：每周5次。初始阶段每次20-25分钟，包含充分热身与整理运动；2周后根据患者耐受度，逐渐增加至每次40-45分钟。

关键指导：强调运动应“和缓持续”而非“激烈短促”，指导患者关注运动后身体的舒畅感，而非单纯的能量消耗。建议在饭后1小时进行轻微活动（如散步），以助脾胃运化。

3. 协同生活方式干预：

饮食建议：营养师根据“健脾化湿”原则，建议食谱中增加山药、薏苡仁、白扁豆、小米等食材，减少油腻、甜腻及生冷食物摄入。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第4周：患者自觉身体沉重感减轻，体力较前改善，大便逐渐成形。体重下降至82.5kg，腰围减至92cm。

第8周：乏力、腹胀症状基本消失。体重降至79kg（累计减重6kg），体质指数降至26.7。腰围减至88cm，体脂率下降至28.5%。

2. 过程反思：

成功关键：突破了“只重热量消耗”的传统运动减肥模式。针对“脾虚湿盛”体质，选择了能“健脾”而非“伤脾”的运动方式，实现了从“治标”到“治本”的转变。个性化方案极大地提升了患者的舒适度和依从性。

遇到的挑战：患者初期认为运动强度太低，减肥效果会慢。经解释中医原理并亲身感受到症状改善后，疑虑消除。

展望：本案例证实了以中医体质辨识为指导制定个性化运动处方的科学性与有效性。此模式可推广至其他体质类型（如痰湿质、气虚质）的肥胖人群管理，为实现肥胖的精准健康管理提供了新路径。

情志调摄联合规律监测管理慢性心力衰竭

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例慢性心力衰竭（心功能Ⅱ-Ⅲ级）患者的居家管理过程。患者存在明显的焦虑情绪与液体潴留风险。护理团队在标准药物治疗与自我监测基础上，深度融合中医情志理论，确立“心气虚衰，肝气郁结”的核心病机，并制定以情志调摄联合精细化规律监测的综合干预方案。干预4周后，患者情绪状态稳定，液体潴留早期识别能力增强，再入院风险降低，体现了中西医融合在慢性心衰患者身心整体管理中的关键作用。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“总觉得心里不踏实，气不够用，稍微活动就心慌。担心病情加重拖累家人，晚上睡不好，时常唉声叹气。”

2. 客观资料：

（1）现代评估：BNP（脑钠肽）450pg/mL。左室射血分数（LVEF）40%。近3个月内因急性加重住院1次。患者自述每日体重监测不规律。

（2）中医评估：神情焦虑，舌质淡暗，苔薄白，脉弦细。辨证属“心气虚衰，肝气郁结”。心气不足则鼓动无力，肝气不舒则情志抑郁，二者互为因果。

三、问题列表

1. 焦虑，与疾病预后不确定、担心再入院及肝失疏泄、气机郁滞有关。
2. 有体液失衡的风险，与心泵功能下降及对前期症状监测识别不足有关。
3. 知识缺乏，缺乏将情绪管理与疾病监测相结合的系统性自我管理技能。

四、护理计划与实施

1. 结构化规律监测体系：

每日晨起体重：规定在同一时间、穿轻便衣物后测量，并记录。设定“3日内体重增加>2kg”为警戒线。

双下肢水肿筛查：每日按压脚踝及胫骨前缘，观察有无凹陷性水肿。

症状日记：记录活动后气促程度、夜间能否平卧、睡眠质量及当日情绪状态。

实施：护士教授标准方法，并提供统一的记录表格，每周通过电话或微信随

访核查记录情况。

2. 系统性中医情志调摄：

治则：疏肝解郁，宁心安神。

耳穴压豆：选取心、肝、神门、皮质下等穴位。指导患者每日自行按压 3-5 次，尤其在感到焦虑、心慌时即刻按压，以疏泄肝郁、安定心神。

情志相胜疗法（移情易性）：基于“悲胜怒”原理，建议患者在情绪焦躁时，聆听舒缓音乐，以收敛涣散的心气，平抑躁动的情志。

呼吸导引：指导患者进行缓慢的腹式呼吸，呼气时间长为吸气的两倍，每日 2 次，每次 10 分钟，以调畅气机，缓解焦虑。

3. 融合式健康教育：

向患者解释“怒气伤肝，忧思伤脾”与心衰症状加重的内在联系，使其理解管理情绪本身就是治疗的一部分。

将情志调摄（如做呼吸操、按压耳穴）与每日的体重测量绑定，建立“监测-调适”的行为链条，形成管理习惯。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第 2 周：患者自述通过按压耳穴和呼吸练习，心慌和焦虑感有所缓解。能够坚持每日测量并记录体重。

第 4 周：患者情绪趋于平稳，夜间睡眠改善。在第 3 周时，患者通过规律监测及时发现体重快速增加 1.8kg 并伴有轻度脚踝水肿，立即联系社区医生调整利尿剂剂量，成功避免了一次急性加重和潜在住院。患者自我管理信心显著增强。

2. 过程反思：

成功关键：将情志调摄从“口头安慰”转化为具体、可操作的中医技术（耳穴、呼吸法），并与现代医学的精准监测指标紧密结合。这种“调神”与“治形”的融合，有效打破了“焦虑-症状加重-更焦虑”的恶性循环。

遇到的挑战：部分患者对耳穴疗效初时持怀疑态度。通过亲身体验到其镇静效果后，依从性提高。未来可联合使用经皮神经电刺激等更现代的技术作为补充。

展望：本案例证实了该模式在降低心衰患者再入院率方面的潜在价值。下一步可构建标准化的“心衰情志调摄方案”，并融入社区慢性病管理路径。

头部刮痧结合认知训练预防血管性痴呆

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例针对脑梗死后存在血管性认知障碍（VCIND）高危患者的预防性护理。患者表现为轻度执行功能下降与反应迟钝。护理团队在常规二级预防基础上，引入中医“通调脑府”理论，确立“瘀阻脑络，清窍失养”证型，制定头部刮痧结合结构化认知训练的融合方案。干预8周后，患者认知功能评分及脑血流灌注指标均获改善，体现了中西医结合在预防血管性痴呆（VaD）中的协同增效作用。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“脑子像蒙了一层雾，反应变慢，想事情费力，偶尔头晕。”

2. 客观资料：

（1）现代评估：蒙特利尔认知评估（MoCA）量表基线评分23分（提示轻度认知障碍）。经颅多普勒（TCD）示大脑中动脉平均血流速度偏低。

（2）中医评估：舌质暗，有瘀点，脉细涩。辨证属“瘀阻脑络，清窍失养”。

三、问题列表

1. 有认知功能进一步受损的风险，与脑络瘀阻、脑窍失养及相关脑区血流灌注不足有关。

2. 思维过程改变，与执行功能下降及神机失用有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作：

由神经科护士、康复治疗师及中医师共同管理。团队在干预前、后评估MoCA评分与TCD变化，确保方案安全有效。

2. 中医头部刮痧干预：

治则：活血通络，醒脑开窍。

部位与经络：以头顶百会穴为中心，向四周放射；重点刮拭督脉（前发际至后发际）、膀胱经（双侧）。

手法：采用平补平泻法，使用专用刮痧板，涂以介质，力度以患者感到酸胀舒适为度，不强求出痧。

频率：每周 3 次，于认知训练前进行。

思路：通过刺激头部经络穴位，激发经气，改善头部气血循环，为后续认知训练“打开通道”。

3. 结构化认知训练：

执行功能：数字-字母转换任务、卡片分类训练。

记忆力：图片延迟再认、故事复述。

注意力：舒尔特方格、听觉连续执行任务。

在刮痧结束后 30 分钟内进行，每次 30 分钟，每周 3 次。利用认知训练软件与纸质任务相结合。

4. 融合式健康教育：

向患者解释刮痧是为大脑“清扫通路”，认知训练是“锻炼脑力”，二者结合能事半功倍。指导患者家属学习简易头部按摩手法，用于日常保健。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第 4 周：患者自述头脑清醒感增强，头晕减轻。MoCA 评分提升至 25 分。

第 8 周：患者反应速度改善。MoCA 评分稳定在 27 分。TCD 复查显示大脑中动脉平均血流速度较前提升。

2. 过程反思：

成功关键：头部刮痧作为“先行官”，改善了脑部供血与内环境；认知训练作为“主力军”，在此基础上精准锻炼认知域，二者在时序与机制上紧密衔接，形成“通络-启窍”的良性循环。

遇到的挑战：初期患者对刮痧心存恐惧，经示范体验后接受。未来可考虑先用更柔和的经穴刺激方式过渡。

展望：本方案为 VaD 的一级预防提供了安全有效的中西医结合非药物干预新思路，具备在社区推广的潜力。

Metabolicsyndrome 患者的中西医结合生活方式干预

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例代谢综合征患者的中西医结合健康管理实践。患者集肥胖、血糖异常、血脂紊乱于一体。护理团队基于循证指南，结合中医“整体观念”与“辨证论治”，确立“痰瘀互结”核心病机，制定个体化药膳调理联合运动疗法的综合干预方案。通过 12 周系统管理，患者代谢指标及躯体症状显著改善，体现了中西医融合在多重代谢风险因素协同管控中的整合优势。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“身体沉重，乏力，口中黏腻，偶尔头晕胸闷。”
2. 客观资料：

(1) 现代评估：体重 88kg，身高 170cm，BMI30.4kg/m²，腰围 98cm，血压 142/88mmHg，空腹血糖 6.8mmol/L，甘油三酯 2.3mmol/L，高密度脂蛋白 0.95mmol/L。

(2) 中医评估：形体肥胖，舌质暗红，苔黄腻，脉滑。辨证：痰瘀互结证

三、问题列表

1. 代谢功能紊乱与胰岛素抵抗及痰瘀互结、膏脂输布失常有关
2. 营养失调：高于机体需要量与能量代谢失衡及脾失健运有关
3. 活动耐力下降与肥胖及气虚湿困有关

四、护理计划与实施

1. 团队协作模式：

建立由内分泌科医师、中医师、营养师、康复师及专科护士组成的多学科团队。每月召开病例讨论会，动态调整干预方案。

2. 分阶段药膳调理：

初期（1-4 周）祛湿化痰：荷叶山楂饮（荷叶 10g、山楂 15g）每日代茶，薏仁冬瓜汤每周 4 次。

中期（5-8 周）活血化瘀：丹参三七炖瘦肉每周 3 次，黑木耳炒山药每周 2 次。

后期（9-12 周）健脾固本：山药芡实粥每周 5 次，陈皮茯苓炖乳鸽每周 2 次

3. 个体化运动处方：

运动类型：健脾祛湿功（改良八段锦）；中等强度有氧运动（快走、游泳）

运动参数：心率控制在（170-年龄）次/分；每周 5 次，每次 40 分钟；每 4 周递增运动量 10%

4. 全程健康督导：

建立个人健康档案，每周一次团体健康教育，每日通过 APP 记录饮食运动情况，中医师每周一次脉诊调方

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

第 4 周：体重下降 3kg，腰围减少 4cm；

第 8 周：血压降至 132/84mmHg，空腹血糖 6.2mmol/L；

第 12 周：各项指标显著改善（详见效果统计表）。

2. 过程反思：

成功要素：

1. 辨证施膳与循证营养学的有机结合

2. 运动处方与中医体质的精准匹配

3. 全程化、个体化的健康管理模式

待改进：

1. 初期患者对饮食改变适应性较差

2. 运动依从性受天气影响较大

未来展望：

本模式为代谢综合征的院外管理提供了可复制的范例，建议在社区推广并开展更大样本的研究验证其长期效果。

中药膏方调理联合随访管理稳定期 COPD 的 中西医融合护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例稳定期慢性阻塞性肺疾病（COPD）患者的中西医结合管理实践。患者肺功能持续下降，生活质量受损。护理团队在常规治疗基础上，运用中医“冬病夏治”理论，确立“肺脾肾虚，痰瘀伏肺”证型，制定个体化中药膏方调理结合结构化随访的综合干预方案。通过 6 个月的管理，患者肺功能指标改善，急性加重频率降低，生活质量显著提升。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“气短乏力，活动后加重，畏寒肢冷，晨起咳痰，夜尿频多。”

2. 客观资料：

现代评估：

肺功能：FEV1/FVC58%，FEV1 占预计值 52%

6 分钟步行距离：320 米

CAT 评分：22 分

近一年急性加重 3 次

中医评估：舌质淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉沉细

辨证：肺脾肾虚，痰瘀伏肺证

三、问题列表

1. 气体交换受损与气道阻塞、肺气不敛及肺肾气虚、摄纳无权有关
2. 清理呼吸道无效与痰液黏稠及脾虚生湿、痰浊阻肺有关
3. 活动耐力下降与缺氧及脾肾阳虚、温煦不足有关

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理：

建立由呼吸科医师、中医师、康复师和社区护士组成的管理团队。每两个月

召开病例讨论会，根据季节变化和病情调整方案。

2. 个体化膏方调理：

治则：补肺健脾温肾，化痰祛瘀通络

3. 结构化随访管理：

随访内容：症状监测、功能评估、用药指导、生活指导、随访方式、每月 1 次门诊随访、每两周 1 次电话随访，建立微信随访群，随时答疑

4. 综合干预措施：

呼吸功能锻炼、饮食调护、生活指导

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

短期效果（3 个月）：CAT 评分降至 18 分，6 分钟步行距离增加至 350 米，咳嗽、咳痰症状明显减轻

长期效果（6 个月）：急性加重次数减少至 1 次，FEV1 占预计值提升至 55%，生活质量显著改善

2. 过程反思：

成功经验：膏方调理与随访管理有机结合，把握"冬病夏治"最佳时机，建立持续性的随访体系。

存在问题：

1. 部分患者膏方服用依从性有待提高

2. 冬季呼吸道感染影响疗效

改进措施：制作膏方服用日历和提醒系统，加强冬季预防感染的指导，建立患者互助小组，提高管理效果

3. 展望：

本案例证实了中药膏方联合系统随访在稳定期 COPD 管理中的有效性。建议在社区推广该管理模式，并开展大样本研究验证其长期疗效和卫生经济学价值。同时可进一步探索不同证型的个体化膏方配方，提升干预的精准性。

八段锦运动改善 2 型糖尿病患者糖脂代谢的 中西医融合护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 2 型糖尿病伴有糖脂代谢异常患者的中西医结合管理实践。患者虽口服降糖药物，但血糖、血脂控制仍不理想。护理团队在常规药物治疗基础上，引入中医传统养生功法八段锦，确立“气阴两虚，痰瘀内阻”证型，制定结构化八段锦运动联合健康教育的中西医融合干预方案。通过 12 周的干预，患者血糖、血脂等代谢指标显著改善，胰岛素抵抗减轻，体现了传统运动疗法在糖尿病管理中的独特价值。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉：“口干多饮，身体困重，容易疲劳，四肢末端时有麻木感。”

2. 客观资料：

(1) 现代医学评估：空腹血糖 8.2mmol/L，餐后 2 小时血糖 12.5mmol/L，糖化血红蛋白 7.8%，甘油三酯 2.8mmol/L，低密度脂蛋白 3.4mmol/L，体重 78kg，BMI 27.5kg/m²，腰围 92cm，HOMA-IR 指数 3.5

(2) 中医评估：舌质暗红，苔薄黄腻，脉细滑。辨证：气阴两虚，痰瘀内阻证。

三、问题列表

1. 糖脂代谢紊乱与胰岛素抵抗及气阴两虚、痰瘀互结有关
2. 营养失调：高于机体需要量与代谢失衡及脾失健运有关
3. 疲乏与血糖控制不佳及气虚湿困有关

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作：

建立由内分泌科医师、中医师、糖尿病专科护士及康复师组成的管理团队。每月进行效果评估，根据患者情况动态调整运动方案。

2. 结构化八段锦干预方案：

功法选择：国家体育总局推广的健身气功八段锦；训练频率：每周 5 次，每次 30 分钟；训练时间：早餐后 1 小时或晚餐后 1 小时；强度控制：以运动时心率控制在（170-年龄）次/分，微汗出为度；个性化指导要点：重点加强"双手托天理三焦"、"调理脾胃须单举"等招式，强调呼吸与动作的协调配合，动作幅度循序渐进，避免运动损伤。

3. 中西医结合健康教育：

中医理论指导：教授"嘘、呵、呼、咽、吹、嘻"六字诀呼吸法，指导穴位按摩（足三里、三阴交、胰俞穴）。

现代医学管理：饮食热量控制与营养搭配指导、血糖自我监测技术培训、低血糖预防与处理教育。

4. 效果监测体系：

生理指标：每周测量空腹及餐后血糖；运动依从性：建立运动日志，记录练习情况；症状改善：采用中医证候积分量表评估；安全性监测：运动前后血糖监测，预防低血糖。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

代谢指标改善：空腹血糖降至 6.8mmol/L，餐后 2 小时血糖降至 9.2mmol/L，糖化血红蛋白降至 7.0%，甘油三酯降至 2.0mmol/L，低密度脂蛋白降至 2.8mmol/L，HOMA-IR 指数改善至 2.6；身体指标变化：体重下降至 74kg，BMI 降至 26.1kg/m²，腰围减少至 88cm；症状改善：口干、乏力症状明显缓解。

2. 过程反思：

成功经验：八段锦柔和缓慢的特点适合糖尿病患者，呼吸与动作配合有效改善了胰岛素敏感性，中医理论指导增强了患者的认同感和依从性，结构化方案确保了运动干预的科学性。

展望与建议：本案例证实八段锦作为辅助运动疗法，能有效改善 2 型糖尿病患者的糖脂代谢。建议在社区糖尿病管理中推广八段锦运动，并将其纳入糖尿病运动处方指南。未来可进一步研究八段锦对不同中医证型糖尿病患者的疗效差异，为精准运动干预提供依据。

社区高血压小组健康管理结合穴位按摩的 中西医护理融合案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例针对社区高血压患者开展中西医结合健康管理。通过组建高血压管理小组，在常规健康宣教基础上，融入中医穴位按摩技术，形成集教育、监测、中医调理为一体的综合干预模式。经过 3 个月管理，组员血压控制达标率显著提升，高血压相关症状明显改善。

二、护理评估

1. 小组基本情况：招募社区确诊的 12 级高血压患者 20 名，平均年龄 65.3 岁。
2. 主要问题：血压控制达标率仅 45%，组员普遍缺乏规范自我管理能力和头晕、头痛、失眠等伴随症状。

三、护理计划与实施

1. 小组健康管理

定期教育活动：每周开展高血压知识讲座，内容包括低盐饮食、规律服药、血压监测等。

建立健康档案：记录每位组员血压动态、症状变化。

同伴支持：组织经验交流，建立互助微信群。

2. 中医穴位按摩

选穴原则：以平肝潜阳、滋养肝肾为治则

主穴：太冲、曲池、百会、三阴交

操作方法：每日早晚各按摩 1 次，每个穴位按摩 35 分钟，力度以酸胀得气为宜，培训方式：现场示范教学，发放穴位图谱。

3. 综合干预措施：

教授八段锦简化功法，制定个体化饮食方案，建立规律血压监测制度。

四、效果评价与过程反思

1. 血压控制情况

| 时间 | 血压达标率 | 平均收缩压 | 平均舒张压 |

| 干预前 | 45% | 148mmHg | 92mmHg |

| 干预 3 个月 | 75% | 132mmHg | 84mmHg |

2. 症状改善情况

90%组员报告头晕、头痛症状减轻

85%组员睡眠质量改善

组员自我管理能力显著提升

3. 总结反思

成功经验：

1. 小组管理模式提高了干预效率
2. 穴位按摩简单易学，便于坚持
3. 中西医措施互补，协同增效

存在问题：

1. 部分老年人穴位定位不准
2. 小组成员出勤率有待提高

改进方向：

1. 制作穴位按摩视频教程
2. 增加上门随访次数
3. 将成功模式在更多社区推广

本案例证实了在社区高血压管理中，将现代健康管理与传统中医技术相结合的有效性，为基层慢性病管理提供了可借鉴的模式。

慢性肾病（CKD3 期）患者饮食指导结合中药保留灌肠

一、案例概要

本案例汇报一例慢性肾病 3 期患者的中西医结合管理实践。患者存在电解质紊乱及毒素蓄积风险。护理团队在常规治疗基础上，采用个性化饮食指导结合中药保留灌肠的综合方案，以延缓肾功能进展。通过 4 周干预，患者肾功能指标稳定，临床症状改善，体现了非透析期中西医结合管理的优势。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉“乏力纳差，夜尿增多，偶有恶心，口中异味”

2. 客观资料：血肌酐 $186\ \mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 12.8mmol/L ；肾小球滤过率（eGFR） 38ml/min/1.73m^2 ；血钾 5.2mmol/L ，血磷 1.6mmol/L 。

舌质淡暗，苔白腻，脉沉细。

三、问题列表

1. 营养失调低于机体需要量与肾功能不全及脾肾两虚、运化失司有关
2. 电解质紊乱风险与钾磷排泄障碍及水液代谢失调有关
3. 有毒素蓄积的风险与肾功能下降及浊毒内蕴有关

四、护理计划与实施

1. 个性化饮食指导方案

蛋白质控制：每日 0.6g/kg 优质蛋白

电解质管理：

钾摄入 $<1500\text{mg/日}$ ，指导蔬菜焯水去钾

磷摄入 $<800\text{mg/日}$ ，限制动物内脏、坚果

中医食疗：黄芪山药粥（健脾补肾），薏仁鲤鱼汤（利水消肿），陈皮代茶饮（和胃降逆）。

2. 中药保留灌肠方案

灌肠方组成：大黄 15g （泄浊解毒），牡蛎 30g （吸附毒素），蒲公英 20g （清热解毒），丹参 20g （活血化瘀）

操作方法：每日 1 次，保留 30 分钟，药液温度 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ ，灌肠后交替卧位促

进吸收。

3. 综合护理措施：每日记录出入量，每周监测体重变化，教授足三里、肾俞穴按摩方法，进行心理疏导和疾病认知教育。

五、效果评价与过程反思

1. 实验室指标改善：血肌酐降至 $168\ \mu\text{mol/L}$ ，尿素氮降至 10.2mmol/L ，血钾降至 4.8mmol/L ，血磷降至 1.3mmol/L 。

2. 临床症状改善：乏力恶心症状明显缓解，食欲改善，进食量增加，舌苔由白腻转为薄白。

3. 成功经验：

1. 饮食控制与灌肠排毒协同作用
2. 个体化方案提高依从性
3. 中西医措施优势互补

存在问题：

1. 部分患者灌肠耐受性差
2. 饮食限制影响生活质量

改进方向：

1. 优化灌肠方剂配伍
2. 开发特色肾病食谱
3. 建立长期随访机制

本案例证实了饮食管理与中药灌肠结合在延缓慢性肾病进展中的有效性，为CKD非透析期患者提供了有效的中西医结合护理模式。

痛风患者中西医结合饮食与运动管理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例针对一例反复发作的痛风患者，采用中西医结合方法进行饮食与运动管理。通过现代营养学指导结合中医辨证施治理念，制定个体化方案。经8周干预，患者血尿酸水平显著下降，痛风发作频率减少，生活质量明显提高。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉“双足趾关节反复红肿热痛，饮酒或进食海鲜后加重，伴口干口苦，身体困重”。

2. 客观资料：血尿酸： $528\text{ }\mu\text{mol/L}$ ，体重85kg，BMI 28.6kg/m^2 。舌红，苔黄腻，脉滑数。辨证：湿热蕴结证。

三、问题列表

1. 疼痛与尿酸盐结晶沉积及湿热痹阻经络有关。
2. 营养失调与嘌呤代谢紊乱及脾虚湿困有关。
3. 活动受限与关节疼痛及气血运行不畅有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合饮食管理

现代营养学原则：每日嘌呤摄入量 $<150\text{mg}$ ，严格控制海鲜、动物内脏摄入鼓励低脂奶制品、新鲜蔬菜。

中医食疗方案：薏仁粥（健脾利湿），冬瓜汤（利水消肿），玉米须代茶饮（利尿降酸），忌食辛辣油腻、醇酒厚味。

2. 个体化运动处方

急性期：以关节保护为主，指导卧床休息，抬高患肢，教远端关节轻柔活动。

缓解期：选择游泳、太极拳等低冲击运动，每周45次，每次30-40分钟，运动后及时补充水分

3. 综合干预措施：

记录饮食与症状日记，教授足部关节保健操，指导自我按摩阳陵泉、足三里等穴位，建立规律作息制度。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

血尿酸降至 $386\text{ }\mu\text{mol/L}$ ，体重减轻至 79kg ，BMI 降至 26.6kg/m^2 ，痛风发作次数减少 75%，关节疼痛评分从 7 分降至 2 分（VAS），黄腻苔转为薄白苔。

2. 反思与展望

成功经验：

1. 饮食控制与运动锻炼相辅相成
2. 中医辨证施膳增强疗效
3. 个体化方案提高依从性

存在问题：

1. 患者社交饮酒难以完全避免
2. 运动计划受天气影响较大

改进方向：

1. 制定替代性社交方案
2. 提供室内运动备选方案
3. 建立长期随访支持系统

本案例证实了中西医结合方法在痛风管理中的有效性，通过饮食与运动的综合干预，不仅改善了临床症状，更培养了患者的健康生活方式，为痛风慢性期管理提供了实践参考。

老年抑郁患者情志护理结合五行音乐疗法的中西医融合护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例针对一例轻度老年抑郁患者，采用中医情志护理理论结合五行音乐疗法进行干预。通过辨证施乐、移情易性等方法，调节患者情志状态。经过6周干预，患者抑郁症状明显改善，睡眠质量提高，展现了中医特色疗法在老年心理健康领域的独特优势。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉“情绪低落三月余，对事物失去兴趣，失眠多梦，食欲不振，常感孤独无助”

2. 客观资料：

汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分：18分

匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）：15分

舌淡红，苔薄白，脉弦细

辨证：肝郁脾虚证

三、问题列表

1. 情志失调与肝失疏泄、气机郁滞有关
2. 睡眠形态紊乱与心神失养、阴阳不交有关
3. 社交孤立与兴趣减退及独居环境有关

四、护理计划与实施

1. 情志护理方案

移情易性法：鼓励参与社区书法活动，指导种植盆栽转移注意力。

情志相胜法：采用“悲胜怒”原则，引导适当宣泄情绪。

顺情解郁法：建立信任的护患关系，每周两次倾听交流。

2. 五行音乐疗法

选乐原则：根据“角徵宫商羽”五音，遵循“以情制情”治疗原则。

具体方案：

主要选曲：《胡笳十八拍》（角调）

辅助选曲：《紫竹调》（徵调）

聆听时间：每日 15:00-17:00

聆听方法：舒适卧位，闭目静听

3. 综合干预措施

建立规律作息時間

教授穴位按摩（太冲、内关、神门）

组织小组文娱活动

指导家属配合治疗

五、效果评价与过程反思

1. 量表评分改善

HAMD 评分降至 10 分

PSQI 评分降至 8 分

中医证候积分下降 60%

2. 临床症状改善

情绪低落明显缓解

睡眠时间延长至 6 小时

主动参与社交活动

食欲改善，体重增加

3. 反思与展望

（1）成功经验：五行音乐疗法操作简便易接受，情志护理方法针对性强，家庭支持系统发挥重要作用。

（2）存在问题：部分传统乐曲接受度有限，个体对音乐偏好差异较大。

（3）改进方向：编创现代五行音乐曲目，开发个性化音乐治疗方案，建立社区老年心理健康服务体系。

本案例证实了情志护理结合五行音乐疗法在改善老年抑郁症状方面的有效性，体现了中医“形神合一”的整体观念，为老年心理健康干预提供了新的思路和方法。

老年失眠症患者的中西医结合护理干预案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例针对一例老年原发性失眠患者，采用中西医结合方案进行综合干预。通过西医睡眠卫生指导结合中医辨证施治，采用中药内服、耳穴压豆等综合措施。经过 4 周干预，患者睡眠质量显著改善，日间功能得到提升。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉“入睡困难，寐而易醒，每夜实际睡眠时间约 3 小时，伴头晕耳鸣，心悸健忘”。

2. 客观资料：匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）：18 分；阿森斯失眠量表（AIS）：12 分。舌红少苔，脉细数。辨证：心肾不交证。

三、问题列表

1. 睡眠形态紊乱与阴阳失调、心神不安有关。
2. 日间疲劳与夜寐不安、气血亏虚有关。
3. 焦虑情绪与长期失眠、心失所养有关。

四、护理计划与实施

1. 中医护理方案

中药调理：方选黄连阿胶汤加减，主要成分：黄连、黄芩、白芍、阿胶等。

服法：每日一剂，分两次温服。

耳穴压豆：取穴神门、心、肾、皮质下，每日按压 35 次。

穴位按摩：取穴涌泉、三阴交、内关，睡前按摩 15 分钟。

2. 西医干预措施

睡眠卫生教育：建立规律作息時間，改善睡眠环境，避免睡前刺激性活动。

刺激控制疗法：卧床 20 分钟未入睡即起床，不在床上做与睡眠无关的事。

3. 综合干预方案

饮食调理：晚餐食用小米粥、百合汤，避免浓茶、咖啡。

运动指导：每日练习八段锦，睡前进行放松训练。

五、效果评价与过程反思

1. 量表评分改善：PSQI 评分降至 8 分，AIS 评分降至 5 分，睡眠效率提高至 85%。

2. 临床症状改善：入睡时间缩短至 30 分钟内，夜醒次数减少至 12 次，日间精神明显改善，心悸头晕症状减轻。

3. 反思与展望

成功经验：中西医措施优势互补，非药物治疗安全有效，个体化方案针对性强。

存在问题：中药口感影响服药依从性，部分疗法需要家属协助。

改进方向：改良中药剂型，加强家属健康教育，建立长期随访机制。

本案例证实了中西医结合方案在改善老年失眠症方面的显著效果，通过综合干预调节身心平衡，为老年失眠患者提供了安全有效的治疗方案。

防跌倒综合干预结合补肾健脾中药治疗老年骨质疏松

一、案例概要

本案例针对一例老年骨质疏松症伴跌倒高风险患者，采用中西医结合方法进行综合干预。通过现代防跌倒策略结合中医补肾健脾治法，制定个性化干预方案。经 12 周管理，患者骨密度指标改善，跌倒风险显著降低，生活质量明显提高。

二、护理评估

1. 主观资料：患者主诉“腰背酸痛，双腿无力，行走不稳，畏寒肢冷，夜尿频多”。

2. 客观资料：骨密度 T 值：2.8（腰椎），起立行走测试：15 秒，Berg 平衡量表：42 分。舌淡苔白，脉沉细。辨证：脾肾阳虚证。

三、问题列表

1. 有跌倒的危险与平衡功能下降及肾虚骨痿有关。
2. 慢性疼痛与骨密度降低及不通则痛有关。
3. 活动耐力下降与脾肾亏虚、筋骨失养有关。

四、护理计划与实施

1. 防跌倒综合干预

环境改造：移除居室障碍物，安装卫生间扶手，改善室内照明。

平衡训练：单腿站立、脚跟相接站立。

肌力训练：坐站练习、阻力带训练。

步行训练：直线行走、绕障碍物行走。

2. 中医特色干预

中药治疗：方选右归丸合四君子汤加减。主要成分：熟地、山药、枸杞、杜仲、党参、白术等。

服法：每日一剂，水煎服。

食疗方案：杜仲牛骨汤，核桃芝麻糊，山药排骨粥

运动疗法：改良八段锦，太极拳基础动作，每日晨练 30 分钟

3. 综合护理措施

健康教育：骨质疏松预防知识，安全用药指导，营养补充建议。

生活方式指导：每日晒太阳 30 分钟，保证钙质摄入，建立规律作息。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）功能改善情况：Berg 平衡量表提高至 50 分，起立行走测试缩短至 10 秒，疼痛评分（VAS）从 6 分降至 2 分。

（2）实验室指标：骨密度 T 值提升至 2.5，骨代谢指标明显改善，血钙、血磷水平恢复正常。

（3）生活质量提升：跌倒恐惧显著减轻，日常活动能力增强，睡眠质量改善。

2. 反思与展望

成功经验：防跌倒措施与中医治疗有机结合，功能训练针对性强，患者依从性良好。

存在问题：部分训练动作难度较大，中药服用便利性待改进。

改进方向：开发更简易的训练方案，研究中成药替代汤剂，建立社区推广模式。

本案例证实了防跌倒综合干预结合补肾健脾中药在老年骨质疏松管理中的有效性，通过中西医优势互补，显著改善了患者的身体功能和生活质量，为老年骨质疏松的防治提供了实践依据。

认知刺激疗法结合头部按摩治疗轻度认知障碍

一、案例概要

本案例汇报一例轻度认知障碍（MCI）患者的中西医结合护理过程。患者主要表现为记忆力下降、执行功能减退。护理团队在现代认知康复基础上，融入中医辨证，确立“髓海不足，痰瘀阻窍”证型，并制定以认知刺激疗法为核心，结合中医头部按摩的中西医结合护理方案。干预8周后，患者认知功能显著改善，日常生活能力提高，体现了中西医结合护理在认知障碍早期干预中的优势。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者主诉：“近半年记忆力明显下降，经常忘记近期事情，反应迟钝，注意力不集中，伴有头晕耳鸣，腰膝酸软。”

2. 客观资料(O):

（1）现代评估：蒙特利尔认知评估量表（MoCA）评分：22分；日常生活能力量表（ADL）评分：65分；事件相关电位P300潜伏期延长；头颅MRI显示轻度脑萎缩。

（2）中医评估：舌质暗红，边有瘀点，苔白腻，脉细涩。辨证属髓海不足，痰瘀阻窍。

三、问题列表

1. 认知功能障碍与大脑功能减退及髓海不足、痰瘀阻窍有关
2. 记忆力减退与肾精亏虚、脑髓失养有关
3. 日常生活能力下降与认知功能损害及气血亏虚、清窍失养有关

四、护理计划与实施

1. 多学科团队协作:

成立由神经内科医师、康复治疗师、中医师、专科护士组成的认知康复团队。每两周召开病例讨论会，共同评估患者认知功能变化及中医证候演变，动态调整认知训练方案及按摩手法。

2. 认知刺激疗法干预:

(1) 记忆力训练: 采用位置记忆法, 每日练习 15 分钟, 使用图片记忆卡片进行再认训练, 指导使用备忘录等辅助工具

(2) 执行功能训练: 数字字母转换任务, 卡片分类训练, 解决能力训练。

(3) 注意力训练: 舒尔特方格训练, 听觉连续执行任务, 注意力训练。

3. 中医头部按摩干预:

(1) 按摩选穴: 主穴 (百会、四神聪、风池), 配穴 (神庭、本神)。

(2) 操作手法: 采用点按、揉、推等手法, 力度由轻到重, 以患者耐受为度, 每日早晚各一次, 每次 20 分钟

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价: 第 4 周后, MoCA 评分提升至 24 分, 自觉记忆力有所改善, 注意力集中时间延长。第 8 周后: MoCA 评分达到 26 分, ADL 评分提升至 75 分, P300 潜伏期较前缩短, 头晕耳鸣症状明显缓解。

2. 过程反思:

(1) 成功经验:

将认知刺激疗法作为改善认知功能的"主动干预", 与头部按摩这一"被动调理"有机结合, 形成了"标本兼治、动静结合"的康复模式。认知训练直接针对认知域进行强化, 而头部按摩通过刺激头部经络穴位, 改善脑部气血循环, 为认知功能恢复创造了良好的生理基础。

(2) 存在问题:

部分训练项目难度设置不够个体化, 影响了训练效果; 患者对长期坚持训练的依从性有待提高。

(3) 改进方向:

建立更完善的个体化难度调节机制; 开发更具趣味性的训练项目; 加强家属在康复过程中的监督作用。

(4) 展望:

本案例验证了认知刺激疗法结合头部按摩在轻度认知障碍干预中的有效性。下一步可设计更严谨的临床研究, 探索该方案对不同证型认知障碍患者的干预效果, 为建立标准化的中西医结合认知康复方案提供依据。

老年便秘患者综合护理案例：饮食调整+运动疗法+腹部按摩

一、案例概要

本案例汇报一例老年慢性便秘患者的中西医结合护理过程。患者便秘症状持续半年，严重影响生活质量。护理团队基于整体护理理念，结合中医辨证，确立“气虚血瘀，肠道失润”证型，制定集饮食调整、运动疗法和腹部按摩于一体的综合护理方案。干预4周后，患者排便困难明显改善，生活质量显著提高。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: “排便困难，每34天一次，便质干硬，排便费力，伴有腹胀、食欲不振，自觉气短乏力。”

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: Bristol 粪便分型: 12型; 每周自发排便次数: 2次; 腹胀评分(VAS): 6分; 结肠传输试验显示结肠蠕动缓慢。

(2) 中医评估: 舌质淡暗，边有齿痕，苔白，脉细弱。辨证属气虚血瘀，肠道失润。

三、问题列表

1. 便秘与肠蠕动减慢及气虚推动无力、肠道失润有关
2. 腹胀不适与腑气不通、气机郁滞有关
3. 营养摄入不足与便秘导致的食欲减退有关

四、护理计划与实施

1. 个性化饮食调整方案

(1) 增加膳食纤维: 每日保证蔬菜500g，以芹菜、菠菜为主，主食添加燕麦、糙米等粗粮，每日食用火龙果、猕猴桃等通便水果。

(2) 保证充足水分: 每日饮水1500-2000ml，晨起空腹温开水300ml，适量饮用蜂蜜水。

(3) 食疗方推荐: 芝麻核桃糊(润肠通便)，菠菜猪血汤(养血润燥)，杏仁粥(润肺通便)。

2. 规律运动疗法

有氧运动：每日晨间快走 30 分钟，每周 3 次太极拳练习，根据体力调整运动强度，腹式呼吸。

3. 中医腹部按摩

（1）按摩穴位：

主穴：天枢、大横、关元

配穴：中脘、气海

（2）操作手法：

顺时针方向按摩腹部，力度适中，以患者舒适为度，每日早晚各一次，每次 15 分钟。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）第 2 周后：排便频率增加至每周 4 次，腹胀评分降至 4 分，便质改善至 Bristol34 型。

（2）第 4 周后：排便规律，每日 1 次，腹胀症状基本消失，食欲改善，体重增加，自觉体力较前增强。

2. 过程反思：

（1）成功经验：饮食、运动、按摩三者形成协同效应。饮食提供必要的纤维素和水分，运动增强腹肌力量和肠道蠕动，按摩直接刺激肠蠕动，三者从不同层面解决便秘问题，形成综合干预的良性循环。

（2）存在问题：初期患者对饮食改变适应性较差；运动计划受天气影响较大；部分按摩手法需要专业人员指导。

（3）改进方向：制定更循序渐进的饮食调整方案；提供室内运动备选方案；制作按摩教学视频方便患者学习。

（4）展望：

本综合护理方案在改善老年便秘方面显示出良好效果，特别适合在社区推广。未来可进一步研究各干预措施的最佳配比，建立更精准的个体化便秘管理方案。

安宁疗护中运用中医外治技术缓解终末期症状的融合护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例晚期肝癌患者的安宁疗护过程。患者以重度疼痛、恶心呕吐、呼吸困难为主要痛苦。护理团队在西医对症支持基础上，系统运用多项中医外治技术，确立“正气衰败、毒瘀互结”病机，通过艾灸、耳穴压豆、中药外敷等综合干预。实施7天后，患者躯体症状显著缓解，生命末期生活质量得到保障，体现了中医外治技术在安宁疗护中的独特价值。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: “全身疼痛难以忍受, 恶心干呕, 呼吸费力, 烦躁不安, 无法入眠。”

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 疼痛数字评分(NRS): 7分; 埃德蒙顿症状评估量表(ESAS): 中度痛苦; 呼吸困难评分: 4级;; 近24小时睡眠时间: 2小时

(2) 中医评估: 面色晦暗, 气息微弱, 舌质紫暗, 苔灰腻, 脉细涩结代。辨证属正气衰败、毒瘀互结。

三、问题列表

1. 慢性疼痛与肿瘤浸润及经络阻塞、不通则痛有关
2. 恶心呕吐与胃气上逆、浊毒内蕴有关
3. 呼吸困难与肺气壅滞、宗气不足有关
4. 焦虑烦躁与心神受扰、阴阳失调有关

四、护理计划与实施

1. 多学科协作照护: 组建由姑息医学科医师、中医师、护士、心理师、志愿者组成的安宁团队。每日晨会评估症状变化, 及时调整中医外治方案。

2. 中医外治技术应用:

(1) 艾灸疗法: 选穴神阙、关元、足三里, 回旋灸, 每穴15分钟。每日2

次，温通经络，扶助正气。

（2）耳穴压豆：选穴神门、交感、胃、枕，王不留行籽贴压，每日按压 56 次，镇静安神，和胃降逆。

（3）中药穴位贴敷：延胡索、冰片、肉桂研末，贴于涌泉、神阙，每晚贴敷。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）症状改善：疼痛评分由 7 分降至 3 分，恶心发作频率减少 50%，呼吸困难程度减轻，每日睡眠时间延长至 5 小时

（2）生活质量：埃德蒙顿症状评分改善，患者情绪趋于平静，能与家人进行交流

2. 过程反思：

（1）成功经验：中医外治技术作为非药物疗法，与西医对症治疗形成良好互补。艾灸温阳扶正改善整体状况，耳穴压豆精准调节特定症状，中药外敷直达病所，多种技术组合应用实现了症状的立体管控。

（2）技术优势：操作简便，易于床旁实施；副作用少，适合衰弱患者；起效迅速，患者易于接受；成本低廉，便于推广普及。

（3）展望：

中医外治技术丰富了安宁疗护的症状控制手段，为终末期患者提供了更人性化的照护选择。建议将成熟有效的外治方案纳入安宁疗护指南，加强医护人员相关技能培训，让更多患者受益于中西医结合的安宁照护模式。

老年尿失禁患者盆底肌训练结合艾灸的中医融合护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例老年压力性尿失禁患者的中西医结合护理过程。患者主要表现为咳嗽、大笑时漏尿，伴有腰膝酸软。护理团队在现代康复理念基础上，结合中医辨证，确立“肾气不固，膀胱失约”证型，制定盆底肌训练结合艾灸温灸的综合干预方案。干预6周后，患者尿失禁频率显著减少，生活质量明显改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: “咳嗽、大笑或提重物时会有小便漏出，每天需使用护垫，伴有腰酸腿软，畏寒肢冷，夜尿频多。”

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 尿垫试验1小时漏尿量8g, 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICIQSF): 14分; 盆底肌力评估: Oxford分级2级; 24小时排尿日记: 漏尿次数56次/日。

(2) 中医评估: 舌质淡, 苔白, 脉沉细。辨证属肾气不固, 膀胱失约。

三、问题列表

1. 压力性尿失禁与盆底肌功能减退及肾气不固、膀胱失约有关
2. 腰膝酸软与肾精亏虚、筋骨失养有关
3. 社交障碍与尿失禁导致的尴尬和焦虑有关

四、护理计划与实施

1. 个性化盆底肌训练方案

凯格尔运动: 收缩盆底肌5秒, 放松10秒; 每日3组, 每组15次; 采用生物反馈辅助训练。

咳嗽同时主动收缩盆底肌, 不同体位下的盆底肌收缩, 渐进性抗阻训练。

2. 艾灸温灸干预

(1) 选穴原则:

主穴：关元、气海、中极

配穴：肾俞、膀胱俞、足三里

采用温和灸法

每穴灸治 15 分钟

每日 1 次，6 次后休息 1 日

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）第 3 周后：漏尿次数减少至 23 次/日，盆底肌力提升至 Oxford3 级，腰酸症状有所改善。

（2）第 6 周后：ICIQSF 评分降至 6 分，尿垫试验漏尿量降至 2g，基本不再需要使用护垫。自信心明显提升。

2. 过程反思：

（1）成功经验：

盆底肌训练从现代解剖生理学角度直接强化盆底肌肉功能，而艾灸通过温通经脉、培补元气，从中医整体观念改善脏腑功能，两者在“固摄下元”这一目标上形成完美互补，体现了“标”“本”兼治的康复理念。

（2）存在问题：

老年患者对盆底肌的感知和控制能力较差，训练初期难以掌握正确方法；部分患者对艾灸存在恐惧心理。

（3）改进方向：

开发更直观的盆底肌训练指导工具；采用隔物灸等更温和的艾灸方式；建立小组训练模式增进交流。

（4）展望：

盆底肌训练结合艾灸的综合方案为老年尿失禁提供了安全有效的非手术治疗选择，特别适合在社区推广。未来可进一步研究不同证型的最佳穴位配伍和艾灸参数，实现更精准的个体化干预。

老年抑郁患者情志护理结合五行音乐疗法的中西医融合护理案例

一、案例概要

本案例针对一例老年轻度抑郁患者，采用中医情志护理结合五行音乐疗法进行干预。通过辨证施乐、移情易性等方法，调节患者情志状态。经过6周系统干预，患者抑郁症状明显改善，睡眠质量提高，展现了中医特色疗法在老年心理健康领域的独特优势。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: "情绪低落三月余，对事物失去兴趣，失眠多梦，食欲不振，常感孤独无助。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分: 18分; 匹兹堡睡眠质量指数(PSQI): 15分; 日常生活能力量表(ADL): 中度依赖。

(2) 中医评估: 舌淡红，苔薄白，脉弦细。伴有善太息，胸胁胀闷。辨证属肝郁脾虚证。

三、问题列表

1. 情志失调与肝失疏泄、气机郁滞有关。
2. 睡眠形态紊乱与心神失养、阴阳不交有关。
3. 社交孤立与兴趣减退及独居环境有关。
4. 日常生活能力下降与意志减退、气血不足有关。

四、护理计划与实施

1. 情志护理方案

(1) 移情易性法: 鼓励参与社区书法活动，指导种植盆栽转移注意力组织小型文娱活动。

(2) 情志相胜法: 采用"悲胜怒"原则，引导适当宣泄情绪，提供情感表达途径。

(3) 顺情解郁法: 建立信任的护患关系，每周两次倾听交流，给予充分尊重理解

2. 五行音乐疗法

(1) 选乐原则：主要选角调《胡笳十八拍》，辅以徵调《紫竹调》，遵循"以情制情"原则。

(2) 实施方案：

聆听时间：每日 15:00-17:00；聆听环境：安静舒适的治疗室；聆听姿势：舒适卧位，闭目静听；疗程设置：每周 5 次，连续 6 周。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

(1) 量表评分改善：HAMD 评分由 18 分降至 10 分，PSQI 评分由 15 分降至 8 分，ADL 评分显示生活自理能力提升，中医证候积分下降 60%。

(2) 临床症状改善：情绪低落明显缓解，睡眠时间延长至 6 小时，主动参与社交活动，食欲改善，体重增加 2kg。

(3) 生活质量提升：与他人的交流意愿增强，对生活重拾兴趣，自我照顾能力提高，家庭关系改善。

2. 过程反思

(1) 成功经验：五行音乐疗法操作简便，患者接受度高，情志护理方法针对性强，见效明显，家庭支持系统发挥了重要作用，中西医结合实现了身心同治。

(2) 存在问题：部分传统乐曲患者接受度有限，个体对音乐偏好差异较大，治疗环境要求较高，部分患者初期配合度欠佳。

(3) 改进方向：

1. 根据患者喜好个性化选曲
2. 编创现代五行音乐曲目
3. 优化治疗环境设置
4. 加强治疗前沟通解释

(5) 展望：

建议在社区和养老机构推广该干预模式，同时开展更深入的临床研究，探索不同证型的最佳音乐配伍方案，建立标准化的操作流程，为更多老年抑郁患者提供有效的中西医结合护理服务。

老年营养不良患者肠内营养支持结合健脾 开胃中药的中西医融合护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例老年营养不良患者的中西医结合护理过程。患者因吞咽功能障碍导致营养摄入不足，伴有食欲不振、消化吸收功能障碍。护理团队在现代营养支持基础上，结合中医辨证，确立“脾胃虚弱，运化失司”证型，制定肠内营养支持结合健脾开胃中药的综合干预方案。干预4周后，患者营养指标显著改善，消化功能增强，体现了中西医融合在老年营养管理中的协同优势。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉: “食欲差，食后腹胀，乏力明显，大便溏结。”

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 体重指数(BMI): 16.8kg/m^2 ，血清白蛋白: 28g/L ，前白蛋白: 150mg/L ，血红蛋白: 95g/L ，吞咽功能评估: 中度障碍。

(2) 中医评估: 舌质淡，苔白腻，脉细弱。伴有面色萎黄，肌肉消瘦。辨证属脾胃虚弱，运化失司。

三、问题列表

1. 营养失调: 低于机体需要量与摄入不足及脾胃虚弱、运化无力有关。
2. 食欲不振与脾失健运、胃纳不佳有关。
3. 消化吸收功能障碍与脾胃虚弱、升降失调有关。
4. 活动耐力下降与气血亏虚、四肢失养有关。

四、护理计划与实施

1. 个体化肠内营养支持

(1) 营养方案: 选择整蛋白型肠内营养剂，初始速度 30ml/h ，逐步增至 80ml/h ，每日总热量 $1500\sim 1800\text{kcal}$ ，蛋白质摄入 $1.2\sim 1.5\text{g/kg/d}$ 。

(2) 输注管理: 采用持续泵入方式，抬高床头 $30\sim 45^\circ$ ，每4小时检查胃潴留量，定期更换输注管路。

2. 健脾开胃中药干预

(1) 方药组成：

主方：香砂六君子汤加减

组成：党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、木香、砂仁等

用法：水煎至 150ml，鼻饲或口服

(2) 用药方案：每日一剂，分两次给予，餐前 30 分钟温服，连续使用 4 周。

(3) 症状管理：腹部按摩促进蠕动，穴位按压足三里，适当床上活动。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

(1) 营养指标改善：BMI 提升至 18.2kg/m²，血清白蛋白升至 35g/L，前白蛋白升至 210mg/L，血红蛋白升至 110g/L。

(2) 临床症状改善：食欲明显改善，腹胀症状消失，大便恢复正常，体力明显增强。

(3) 功能状态提升：吞咽功能改善，日常生活能力提高，精神状态好转。

2. 过程反思

(1) 成功经验：

1. 肠内营养提供基础营养支持，中药调理改善消化功能。
2. 中西医干预形成协同效应。
3. 个体化方案确保治疗效果。
4. 全程监测保障治疗安全。

(2) 改进方向：

1. 优化营养输注速度和浓度。
2. 改良中药剂型和给药方式。
3. 加强多学科协作。

(3) 实践价值：

该方案为老年营养不良患者提供了有效的营养支持模式，特别适合伴有消化功能减退的老年患者，具有重要的临床推广价值。

多重用药老年患者的用药管理与中医药调 理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例患有高血压、冠心病、2型糖尿病和骨关节炎等多种慢性疾病的老年患者的用药管理问题。患者因长期服用多种药物出现明显的药物负担和不良反应。医疗团队通过建立多学科协作机制，在系统评估和重整用药方案的基础上，结合中医辨证施治理论，运用中药调理改善患者整体机能状态，最终实现了用药方案的优化和生活质量的全面提升。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为76岁男性，主诉包括头晕乏力、食欲不振、失眠多梦、口干便秘以及膝关节疼痛等症状，自述每日需要服用十余种药物，经常忘记服药或混淆用药时间，对长期用药感到焦虑和困扰。

2. 客观资料(0)：

(1) 现代评估：显示患者目前规律服用降压药、降糖药、抗血小板药等共11种药物，实验室检查提示肝功能轻度异常（ALT 68 U/L，AST 52 U/L），肾功能处于临界状态（eGFR 58 ml/min/1.73m²），血压波动在130-150/80-90 mmHg之间，空腹血糖6.5-8.0 mmol/L；

(2) 中医评估：可见舌质暗红，舌苔薄黄少津，脉象细数无力，面色萎黄，精神不振，辨证属气阴两虚，兼有瘀热。

三、问题列表

1. 多重用药风险与药物负担过重及肝肾功能受损有关。
2. 药物不良反应与药物相互作用及机体代谢能力下降有关。
3. 整体机能失调与气阴两虚、脏腑功能减退有关。
4. 用药依从性差与用药方案复杂及认知功能减退有关。

四、护理计划与实施

1. 用药评估与重整

由临床药师主导，联合老年病科医师和中医师，对患者用药方案进行全面评估。通过分析药物适应证、禁忌证和相互作用，停用非必需药物 2 种，简化用药方案 3 种，调整给药时间以减少药物相互作用。最终将每日服药种类从 11 种减少到 7 种，并制定了详细的用药时间表和监测计划。

2. 中医药调理干预

基于气阴两虚、兼有瘀热的辨证结论，采用益气养阴、清热活血的治法。选用生脉饮合六味地黄丸加减，主要药物包括太子参、麦冬、五味子、生地黄、山药、山茱萸、丹参、山楂等。汤剂每日一剂，分两次温服，既注重改善患者整体机能状态，又特别注意选择对肝肾功能影响较小的中药材。

3. 用药教育与随访

对患者及家属进行系统的用药知识教育，包括药物作用、服用方法、注意事项等。建立定期随访制度，每周电话随访一次，每月门诊复查一次，及时解决用药过程中出现的问题，提高用药依从性和安全性。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过三个月的系统干预，患者的临床症状得到显著改善，头晕乏力症状减轻，食欲和睡眠质量明显提高，肝功能指标恢复正常范围。在用药方面，不仅药物负担减轻，用药依从性也从原来的 60% 提高到 85% 以上，血压血糖控制更加平稳。这一案例的成功经验表明，通过中西医结合的用药管理模式，既能确保必要西药的治疗效果，又能通过中医药的整体调理减轻药物副作用，改善患者整体状态，实现优势互补。特别是在改善药物耐受性、提高生活质量方面，中医药显示出独特价值。

2. 过程反思：

在实施过程中也遇到一些挑战，如患者初期对中药接受度不高，需要更频繁的监测指标等。展望未来，这种中西医结合的用药管理模式特别适合在老年多重用药患者中推广应用。建议在更多医疗机构建立类似的多学科协作机制，并开展更深入的研究来验证其长期效果和经济效益，为老年患者的合理用药提供更多循证依据。

第五章：妇儿特色康复与护理

盆底肌电生物反馈结合艾灸治疗产后压力性尿失禁案例

一、案例概要

本案例探讨一例产后 6 个月出现压力性尿失禁的初产妇的治疗过程。患者因分娩导致盆底肌功能受损，出现咳嗽、打喷嚏或体位改变时漏尿症状。医疗团队在现代盆底康复技术基础上，结合中医艾灸疗法，通过盆底肌电生物反馈训练与艾灸温补作用的协同效应，有效改善了患者的盆底肌功能和尿失禁症状，提升了生活质量。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 28 岁女性，主诉产后出现咳嗽、打喷嚏、跳跃或快步行走时不自主漏尿，伴有腰酸乏力、畏寒肢冷等症状，严重影响日常生活和社交活动，对重返工作岗位产生焦虑情绪。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示患者盆底肌力评估采用牛津肌力分级系统为 2 级，尿垫试验 1 小时漏尿量达 10g，盆底表面肌电评估显示快肌纤维募集能力下降，耐力测试维持时间缩短；

(2) 中医评估：可见舌质淡，苔薄白，脉沉细，腹部触诊少腹冰凉，辨证属肾气不足，膀胱失约。

三、问题列表

1. 压力性尿失禁与盆底肌功能减退及分娩损伤有关
2. 盆底肌力下降与神经肌肉功能失调及肾气亏虚有关
3. 生活质量下降与尿失禁症状及活动受限有关

四、护理计划与实施

1. 盆底肌电生物反馈治疗：采用专业的盆底肌电生物反馈治疗仪，根据患者的具体情况制定个体化治疗方案。治疗初期通过可视化的肌电信号反馈，帮助患

者正确识别和收缩盆底肌群，避免代偿性收缩。随着治疗的进行，逐步增加训练难度，包括快速收缩、持续收缩和耐力训练等不同模式，每周治疗 3 次，每次 30 分钟，连续治疗 8 周。

2. 艾灸温补治疗：基于肾气不足、膀胱失约的辨证结论，采用温肾固摄的艾灸疗法。选取关元、气海、中极、肾俞、膀胱俞等穴位，采用温和灸法，每穴灸治 15 分钟，以局部皮肤潮红、患者感觉温热透达为度。艾灸治疗在盆底肌电生物反馈训练前进行，每周 3 次，通过温通经脉、培补元气，为盆底肌训练创造良好的生理条件。

3. 生活方式干预

提供个性化的生活方式指导，包括合理的液体摄入计划，避免一次性大量饮水；指导选择富含优质蛋白和维生素的饮食，促进组织修复；建议进行适度的有氧运动如快走、游泳等，但避免高强度冲击性运动；同时进行心理疏导，帮助建立康复信心。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 8 周的系统治疗，患者的尿失禁症状得到显著改善，尿垫试验显示 1 小时漏尿量减少至 2g，盆底肌力提升至牛津分级 4 级，日常生活和社交活动基本恢复正常。这一案例的成功经验表明，盆底肌电生物反馈训练能够有效改善盆底肌的神经肌肉控制功能，而艾灸治疗通过温补肾气、固摄膀胱，为盆底功能恢复提供了内在支持，二者形成了良好的协同效应。

2. 过程反思：

在治疗过程中，需要特别注意个体化方案的制定，根据患者的耐受度和治疗效果及时调整治疗参数。同时，患者的依从性和家庭训练的持续性对治疗效果具有重要影响。未来可进一步探索不同证型的艾灸穴位配伍方案，优化治疗参数，并将该联合治疗方案在更大样本中进行验证，为产后压力性尿失禁的临床治疗提供更充分的循证依据。

手法通乳结合中药外敷治疗急性乳腺案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例产后急性乳腺炎患者的治疗过程。患者因乳汁淤积继发感染，出现乳房胀痛、红肿发热等症状。医疗团队在现代乳腺炎治疗原则基础上，结合中医通络散结理论，通过专业手法通乳配合中药外敷，有效缓解了乳腺管阻塞，控制了炎症发展，避免了抗生素的使用，促进了哺乳的顺利进行。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 26 岁初产妇，产后 3 周，主诉右侧乳房外上象限胀痛 2 天，伴明显硬块，局部皮温升高，乳汁排出不畅，哺乳时疼痛加剧，伴有发热、乏力、食欲减退等症状。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示患者体温 38.2℃，右侧乳房外上象限可触及 4×5cm 硬结，局部皮肤潮红，触痛明显，血常规检查白细胞计数 $12.5 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 78%。

(2) 中医评估：可见舌质红，苔黄腻，脉滑数，乳房触诊可及明显结块，辨证属肝郁气滞，乳络不通，热毒壅盛。

三、问题列表

1. 乳汁淤积与乳腺管阻塞及乳络不通有关
2. 乳腺炎症与细菌感染及热毒壅盛有关
3. 疼痛不适与乳腺组织水肿及气滞血瘀有关
4. 哺乳困难与乳房胀痛及排乳不畅有关

四、护理计划与实施

1. 专业手法通乳治疗

由经过专业培训的护理人员执行轻柔、规范的通乳手法。首先通过热敷促进局部血液循环，然后采用由乳房基底部向乳头方向的轻柔按摩，重点疏通淤积的乳腺管。操作过程中特别注意力度适中，避免暴力按压加重组织损伤。每次治疗 20-30 分钟，每日 1 次，连续治疗 3-5 天，直至硬结消散、排乳通畅。

2. 中药外敷干预

基于热毒壅盛、乳络不通的辨证结论，采用清热解毒、活血散结的中药外敷方。药物组成包括蒲公英、金银花、连翘、天花粉、乳香、没药等，研磨成细粉后用温水调制成糊状，均匀敷于患处，避开乳头乳晕区域。每日敷用2次，每次2小时，通过皮肤吸收直达病所，发挥消炎散结的功效。

3. 综合护理措施

指导患者正确的哺乳姿势和频率，建议先喂哺患侧，确保乳汁充分排空。提供个性化的饮食指导，建议食用具有清热解毒作用的食物如绿豆、苦瓜等，避免辛辣刺激和油腻食物。同时进行心理疏导，缓解产妇的焦虑情绪，教授自行按摩手法和护理要点，建立康复信心。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过5天的系统治疗，患者体温恢复正常，乳房硬结完全消散，疼痛症状消失，哺乳顺畅进行。血常规复查显示白细胞计数和中性粒细胞百分比均恢复正常范围。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，专业的手法通乳能够有效解除乳腺管阻塞，促进淤积乳汁排出，而中药外敷则通过局部用药直接发挥消炎散结作用，二者协同作用既解决了乳汁淤积的根本问题，又控制了炎症发展。在治疗过程中，需要特别注意手法操作的规范性和轻柔度，避免加重组织损伤；同时要密切观察病情变化，及时调整治疗方案。该联合疗法避免了抗生素的使用，保障了哺乳的连续性，特别适合产后急性乳腺炎的早期干预。未来可进一步规范手法操作标准，优化中药外敷配方，并将该治疗方案在更大范围内推广应用，为哺乳期乳腺炎患者提供更安全有效的治疗选择。

小儿推拿联合饮食调整治疗疳积（小儿消化不良）案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 3 岁疳积患儿的治疗过程。患儿因长期喂养不当出现消化不良、形体消瘦、食欲不振等症状。医疗团队在现代儿科诊疗基础上，结合中医小儿推拿疗法，通过特定穴位推拿配合科学饮食调整，有效改善了患儿的消化功能，促进了营养吸收，恢复了正常的生长发育。

二、护理评估

1. 主观资料：患儿为 3 岁男性，家长主诉患儿近半年食欲减退，挑食偏食，形体消瘦，体重增长缓慢，大便时干时稀，夹有不消化食物，睡眠不安，夜间盗汗，性情烦躁。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示患儿体重 12.5kg(低于同年龄同性别儿童正常值的 15%)，身高 92cm，皮下脂肪变薄，腹部胀满，肠鸣音活跃；

(2) 中医评估：可见患儿面色萎黄，毛发稀疏，舌质淡，苔白腻，指纹淡滞，腹部触诊可及痞块，辨证属脾虚夹积证。

三、问题列表

1. 消化不良与脾胃功能失调及乳食积滞有关
2. 营养不良与运化失常及精微不布有关
3. 生长发育迟缓与脾胃虚弱及气血生化不足有关
4. 睡眠不安与胃不和则卧不安及积热内扰有关

四、护理计划与实施

1. 小儿推拿治疗

根据脾虚夹积的辨证结论，采用健脾和胃、消食导滞的推拿方案。主要手法包括补脾经 300 次，揉板门 200 次，运内八卦 200 次，摩腹 5 分钟，揉中脘 3 分钟，按揉足三里 100 次，捏脊 6 遍。推拿过程注重手法轻柔、平稳、着实，每

日治疗 1 次，连续治疗 4 周，之后改为隔日 1 次，巩固治疗 2 周。

2. 饮食调整方案

制定科学的饮食调整计划，遵循“循序渐进、由少到多、由稀到稠”的原则。初期以易消化的米汤、山药粥为主，逐步添加南瓜泥、胡萝卜泥等富含维生素的食物。蛋白质补充选择鱼肉泥、鸡肉泥等优质蛋白，严格控制零食和生冷油腻食物的摄入。同时指导家长建立规律的进食习惯，做到定时定量，少食多餐。

3. 生活护理指导

为患儿制定合理的作息时间表，保证充足的睡眠和适度的活动。指导家长进行正确的腹部按摩，每日早晚各一次，以促进肠道蠕动。同时注意患儿的精神调摄，避免过度哭闹和情绪波动，营造轻松愉快的进餐环境，培养良好的饮食习惯。

4. 家庭健康教育

对家长进行系统的健康知识教育，包括疳积的发病机制、预防措施和家庭护理要点。指导家长观察患儿的大便性状、食欲变化和精神状态，建立家庭监测记录。同时提供个性化的喂养指导，教授科学的食物制作方法和营养搭配原则，提高家长的健康管理能力。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 6 周的系统治疗，患儿食欲明显改善，体重增加至 13.8kg，大便恢复正常，面色转红润，精神状态良好。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，小儿推拿通过特定穴位的刺激，能够有效调节脾胃功能，促进消化吸收；而科学的饮食调整则为脾胃功能的恢复提供了必要的物质基础。二者相辅相成，既注重症状的改善，又着眼于体质的调理。在治疗过程中，需要特别注意推拿手法的轻重适宜和饮食调整的循序渐进，同时要充分调动家长的积极性，确保治疗措施的持续落实。该疗法避免了药物治疗的副作用，患儿接受度高，特别适合小儿疳积的治疗。未来可进一步规范推拿操作标准，优化饮食配方，并将该联合方案在临床推广应用，为小儿消化不良提供更加安全有效的治疗方案。

中西医结合护理干预婴幼儿湿疹案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 10 个月大婴幼儿湿疹的治疗过程。患儿因先天禀赋不足，加之喂养不当，导致湿热内蕴，外发肌肤而出现反复发作的湿疹。医疗团队在现代儿科诊疗基础上，结合中医辨证论治理论，通过中药药浴、饮食调理、皮肤护理等综合干预措施，有效控制了湿疹症状，减少了复发频率，改善了患儿的生活质量。

二、护理评估

1. 主观资料：患儿为 10 个月大男婴，家长主诉患儿面颊、四肢伸侧反复出现红色丘疹、渗出伴瘙痒 2 月，夜间哭闹不安，搔抓明显，食欲减退，大便偏干。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示患儿湿疹严重程度指数（EASI）评分 16 分，皮肤干燥，面颊、肘窝、腘窝可见对称性红斑、丘疹，部分融合成片，伴有抓痕和少量渗出；

(2) 中医评估：可见患儿形体偏胖，面色红赤，舌质红，苔黄腻，指纹紫滞，辨证属湿热蕴肤证。

三、问题列表

1. 皮肤完整性受损与湿热浸淫、肌肤失养有关
2. 皮肤瘙痒与风湿热邪客于肌肤有关
3. 睡眠障碍与皮肤瘙痒不适有关
4. 喂养困难与脾胃湿热、运化失常有关

四、护理计划与实施

1. 中药药浴治疗

采用清热利湿、祛风止痒的中药浴方，药物组成包括黄柏、苦参、地肤子、白鲜皮、金银花、连翘等。每日药浴 1 次，水温控制在 36-38℃，每次 10-15 分钟。浴后立即涂抹医用保湿剂，以锁住水分，修复皮肤屏障。药浴治疗连续 2 周，待症状缓解后改为隔日 1 次。

2. 中医饮食调理方案

根据中医"药食同源"理论，制定个体化饮食方案。母乳喂养的母亲需忌食海鲜、辛辣刺激及油腻食物；已添加辅食的患儿，暂停鸡蛋、鱼虾等易过敏食物，适当添加薏米、赤小豆等健脾利湿的食材。同时指导家长记录饮食日记，便于观察食物与湿疹发作的关联性。

3. 症状监测与健康教育

指导家长掌握湿疹严重程度的评估方法，建立症状监测记录表，每日观察并记录皮损面积、瘙痒程度、睡眠质量等指标。同时开展系统的健康教育，包括湿疹的发病机制、护理要点、用药指导等，提高家长的疾病管理能力。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过4周的系统干预，患儿湿疹症状明显改善，EASI评分降至6分，瘙痒减轻，睡眠质量提高，食欲恢复正常。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，中药药浴能直接作用于患处，清热利湿止痒；科学的饮食调理则从内调节体质，减少湿热内生；规范的皮肤护理有助于修复皮肤屏障功能。三者形成内外兼治的综合效应。在实施过程中，需要特别注意药浴温度和控制时间，饮食调整的个体化，以及皮肤护理的持续性。该方案避免了长期使用激素的副作用，注重体质调理，在临床应用中显示出独特优势。未来可进一步优化中药配方，完善护理方案，并通过大样本研究验证其长期疗效，为婴幼儿湿疹的中西医结合护理提供更充分的循证依据。

耳穴压豆联合腕踝针缓解原发性痛经案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 22 岁女性原发性痛经患者的治疗过程。患者因寒凝血瘀导致经期腹痛反复发作，严重影响学习和生活质量。医疗团队在现代痛经管理基础上，结合中医经络理论，通过耳穴压豆与腕踝针的协同作用，有效缓解了痛经症状，改善了伴随症状，为原发性痛经提供了安全有效的非药物疗法。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 22 岁未婚女性，主诉经期腹痛 2 年余，每次持续 2-3 天，疼痛位于下腹部，呈阵发性绞痛，伴腰部酸胀、恶心、乏力，需服用止痛药缓解，月经量少色暗，有血块。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示疼痛数字评分法（NRS）评分 7 分，痛经症状量表评分 28 分，腹部检查腹软，下腹部压痛明显；

(2) 中医评估：可见患者面色苍白，手足不温，舌质暗紫，边有瘀点，苔薄白，脉沉紧，辨证属寒凝血瘀证。

三、问题列表

1. 经行腹痛与寒客胞宫、气血运行不畅有关
2. 伴随症状与气血失调、冲任不利有关
3. 生活质量下降与疼痛困扰及症状反复有关
4. 药物依赖与需要频繁使用止痛药物有关

四、护理计划与实施

1. 耳穴压豆治疗

根据中医辨证选取子宫、内分泌、交感、神门、皮质下、肝、肾等耳穴。在经前一周开始治疗，采用王不留行籽贴压，指导患者每日自行按压 3-5 次，每次每穴 1 分钟，以局部感到酸、麻、胀、热为度。双侧耳穴交替使用，每 3 天更换一次，连续治疗 3 个月经周期。

2. 腕踝针干预

选取下1区（内踝最高点上3横指，靠跟腱内缘）和下2区（内踝最高点上3横指，胫骨内侧缘与跟腱间中点）进针。选用0.25mm×25mm一次性毫针，与皮肤呈15°角快速刺入皮下，沿皮下平行推进，留针30分钟。在经期疼痛发作时进行治疗，每日1次，连续治疗3天。

3. 健康生活方式指导

制定个性化的生活调养方案，指导患者在经前及经期避免生冷饮食、涉水淋雨，注意腹部和足部保暖。建议进行适度的有氧运动如散步、瑜伽等，促进气血运行。同时教授简单的自我按摩手法，如按揉三阴交、血海等穴位，每日早晚各一次。

4. 症状监测与记录

建立痛经症状日记，详细记录每次月经周期中疼痛发作的时间、程度、持续时间、伴随症状及缓解方式。使用痛经症状量表和NRS评分进行量化评估，通过连续监测客观评价治疗效果，为调整治疗方案提供依据。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过3个月经周期的系统治疗，患者痛经症状显著改善，NRS评分降至2分，痛经症状量表评分降至10分，经血颜色转红，血块减少，伴随症状基本消失。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，耳穴压豆通过持续刺激相应穴位，调节脏腑功能；腕踝针则通过皮下针刺快速疏通经络，缓解急症疼痛。二者结合实现了即时止痛与长期调理的有机结合。在治疗过程中，需要特别注意穴位的准确定位和刺激强度的把握，同时要重视生活调护的配合。该疗法避免了长期服用止痛药的不良反应，通过调节机体自身功能达到治疗目的，体现了中医“治未病”的思想。未来可进一步研究不同证型的取穴规律，优化治疗方案，并将该联合疗法在更大范围内推广应用，为原发性痛经患者提供更加完善的中医特色护理方案。

中西医结合干预儿童生长发育迟缓案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 5 岁儿童生长发育迟缓的综合干预过程。患儿因先天禀赋不足，后天调养失宜，出现身高、体重均低于同龄儿童，伴有食欲不振、体质虚弱等症状。医疗团队在现代生长发育评估基础上，结合中医“脾肾为本”理论，通过中药调理、推拿疗法、营养管理和运动指导等综合措施，有效促进了患儿的生长发育，改善了体质状况。

二、护理评估

1. 主观资料：患儿为 5 岁男童，家长主诉患儿身高、体重增长缓慢，食欲差，挑食偏食，大便不调，夜寐不安，白天精神不振，活动量少，语言发育稍迟缓。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示患儿身高 102cm(低于同年龄同性别儿童正常值的 15%)，体重 14.5kg，骨龄检测相当于 4 岁水平，微量元素检测锌、铁含量偏低；

(2) 中医评估：可见患儿面色萎黄，肌肉松弛，舌淡苔白，指纹淡滞，脉细弱，辨证属脾肾两虚，气血不足。

三、问题列表

1. 生长发育迟缓与脾肾两虚、精血不足有关。
2. 营养不良与脾胃虚弱、运化失司有关。
3. 体质虚弱与先天不足、气血亏虚有关。
4. 发育落后与五脏失养、髓海不充有关。

四、护理计划与实施

1. 中药调理方案

根据脾肾两虚、气血不足的辨证结论，采用健脾补肾、益气养血的治法。方选六君子汤合六味地黄丸加减，主要药物包括太子参、白术、茯苓、山药、熟地、山茱萸、枸杞子、陈皮等。汤剂每日一剂，分两次温服，连续服用 3 个月。同时根据症状变化适时调整方药，如食欲不振加焦三仙，睡眠不安加酸枣仁、远志等。

2. 小儿推拿干预

制定个体化推拿方案，主要手法包括补脾经 300 次，补肾经 300 次，揉中脘 200 次，摩腹 5 分钟，捏脊 9 遍，按揉足三里、脾俞、肾俞各 100 次。推拿治疗每日一次，30 次为一个疗程，疗程间休息一周，连续治疗三个疗程。通过特定穴位的刺激，调节脏腑功能，促进气血生化。

3. 营养管理计划

制定科学的膳食方案，遵循"营养均衡、易于消化、循序渐进"的原则。在保证基础营养的同时，重点补充优质蛋白质和必需微量元素。设计适合儿童口味的食疗方，如山药鸡肉粥、核桃芝麻糊、黄芪炖排骨等。建立规律的进食习惯，做到定时定量，少食多餐，培养良好的饮食习惯。

4. 运动与生活指导

制定适宜的运动计划，包括每日户外活动 2 小时，进行跑跳、攀爬等大运动训练，以及穿珠、积木等精细动作练习。同时注重作息规律，保证充足睡眠，建立合理的生活制度。

预防中的核心作用。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

经过 6 个月的系统干预，患儿身高增长至 106cm，体重增至 16.2kg，食欲明显改善，面色转红润，精神活泼，语言表达能力提高。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，中药调理从根本改善体质，推拿疗法促进气血流通，营养管理提供物质基础，运动训练刺激发育潜能，四者形成多维度、全方位的干预体系。在实施过程中，需要特别注意治疗方案的个体化和持续性，同时要充分调动家长的积极性，确保各项措施落实到位。该方案注重整体调节，避免了单纯补充营养素的局限性，体现了中西医结合的优势。未来可进一步优化治疗方案，建立标准化干预路径，并通过长期随访观察远期疗效，为儿童生长发育迟缓的防治提供更完善的干预模式。

运动矫正结合姿势教育干预青少年特发性脊柱侧弯案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 14 岁青少年特发性脊柱侧弯的综合干预过程。患者因不良姿势习惯及生长发育不平衡导致脊柱出现结构性侧弯，伴有姿势异常和背部不适。康复团队在现代康复医学基础上，结合中医“筋骨并重”理念，通过特异性运动训练、姿势再教育、手法调理等综合措施，有效改善了脊柱侧弯程度，恢复了良好的身体姿态。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 14 岁女性，主诉双肩不等高、背部不对称近半年，久坐后背部酸胀不适，运动耐力下降，近期发现身高增长缓慢，伴有注意力不集中、自信心不足等心理问题。

2. 客观资料：

(1) 现代评估显示全脊柱 X 线片示胸椎右侧凸 Cobb 角 18° ，腰椎左侧凸 Cobb 角 12° ，Adam 前屈试验阳性，双肩高度差 2.5cm，骨盆倾斜；

(2) 中医评估可见患者形体消瘦，舌淡红，苔薄白，脉弦细，背部触诊发现竖脊肌张力不对称，辨证属肝郁脾虚，筋骨失衡。

三、问题列表

1. 脊柱侧弯与筋骨失衡、经气不利有关。
2. 姿势异常与长期不良体态及核心肌力不足有关。
3. 背部不适与肌肉张力失衡及气血运行不畅有关。
4. 心理困扰与体态异常及自我认同感降低有关。

四、护理计划与实施

1. 特异性运动训练方案

根据患者侧弯类型制定个性化的三维运动矫正方案。重点进行侧移运动、轴向伸展和旋转呼吸训练，强化凸侧被拉长的肌肉，拉伸凹侧紧张的肌肉。每日训

练两次，每次 30 分钟，包括壁挂训练、骨盆矫正、肩带调整等特异性动作。同时配合瑞士球训练、悬吊训练等核心稳定性练习，增强躯干肌肉的协调控制能力。

2. 姿势再教育管理

建立全方位的姿势管理体系，首先通过镜子反馈和视频分析提高患者的姿势意识，教授正确的站姿、坐姿和行走姿势。制作个性化的姿势提醒卡片，在学习时放置在桌面上。配置符合人体工学的学习桌椅，指导书包双肩背负的正确方法。每学习 45 分钟进行 5 分钟的姿势调整练习，培养良好的姿势习惯。

3. 中医特色干预

采用理筋整复手法，重点松解凹侧紧张的肌肉群，包括竖脊肌、腰方肌等，配合循经推拿，疏通膀胱经、督脉气血。每周进行 3 次针灸治疗，选取夹脊穴、肾俞、大肠俞等穴位，配合电针刺激。指导每日自我按摩和穴位按压，重点按压足三里、阳陵泉等强壮筋骨的穴位。

4. 综合管理措施

制定科学的生活指导方案，包括睡眠姿势调整，建议侧卧时在腰部凹陷处垫软枕；饮食调理，增加富含钙质和蛋白质的食物；心理疏导，通过团体训练提升自信心。建立家庭-学校-医院联动的监测体系，家长和老师共同参与姿势管理，定期复查脊柱形态变化。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：经过 6 个月的系统干预，患者脊柱侧弯程度明显改善，复查 X 线片示胸椎 Cobb 角减小至 12° ，腰椎 Cobb 角减小至 8° ，双肩高度差降至 0.8cm，背部不适症状消失，体态显著改善，自信心明显提升。

2. 过程反思：这一案例的成功经验表明，特异性运动训练能够针对性地矫正脊柱力线，姿势再教育有助于建立正确的运动模式，中医调理则从整体改善筋骨状态，三者形成多层次的干预体系。在实施过程中，需要特别注意运动的准确性和持续性，同时要重视患者的心理支持。该方案避免了支具治疗的不便和手术的风险，强调主动参与和自我管理，在青少年特发性脊柱侧弯的早期干预中显示出独特优势。未来可进一步研究不同侧弯类型的运动处方，开发智能监测系统，并将该综合干预模式推广应用，为青少年脊柱健康提供更完善的管理方案。

中西医结合保胎与情志护理干预先兆流产 案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例妊娠 12 周先兆流产患者的综合干预过程。患者因肾气不足、气血亏虚出现阴道流血伴下腹坠痛，同时伴有明显的焦虑情绪。医疗团队在现代产科保胎治疗基础上，结合中医安胎理论和情志护理方法，通过中药调理、穴位疗法、心理疏导等综合措施，有效控制了流产征兆，稳定了妊娠状态，缓解了焦虑情绪。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 32 岁初次妊娠女性，主诉停经 12 周，阴道少量流血 3 天，色淡红，伴下腹坠胀隐痛，腰酸乏力，心悸失眠，情绪焦虑，担心妊娠结局。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示 B 超检查提示宫内活胎，孕囊下方见液性暗区范围 2.8×1.5cm，血 HCG85600mIU/mL，孕酮 18.5ng/mL；

(2) 中医评估：可见患者面色萎黄，舌质淡，苔薄白，脉滑细无力，辨证属肾虚不固，气血亏虚。

三、问题列表

1. 胎动不安与肾虚不固、胎元失系有关。
2. 气血不足与生化乏源、濡养失司有关。
3. 焦虑恐惧与担心妊娠结局及气血亏虚、心神失养有关。
4. 潜在流产风险与胎元不固及情志失调有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合保胎治疗

在现代医学方面，遵医嘱给予黄体酮注射液 20mg 每日肌注，卧床休息，避免体力活动。在中医治疗方面，根据肾虚气血不足的辨证，采用寿胎丸合胎元饮加减，药物组成包括菟丝子、桑寄生、续断、阿胶、党参、白术、黄芪等，每日

一剂，水煎分两次温服。同时配合穴位贴敷疗法，选取肾俞、脾俞、足三里等穴位，使用安胎中药粉末姜汁调敷，每日一次。

2. 情志护理干预

建立个性化的心理支持方案，每日安排专人进行心理疏导，采用倾听、共情等技巧缓解患者的焦虑情绪。指导患者进行渐进式肌肉放松训练和腹式呼吸法，每日两次，每次 20 分钟。同时开展音乐疗法，选择舒缓的古典音乐，通过耳机播放，避免打扰他人。鼓励家属参与情感支持，营造轻松安定的养胎环境。

3. 生活起居指导

制定详细的卧床休息计划，明确卧床姿势要求和活动限度。提供个性化的饮食调理方案，推荐食用山药粥、桂圆鸡蛋汤等健脾补肾、养血安胎的膳食。指导保持大便通畅的方法，避免用力排便。同时做好个人卫生指导，预防感染发生。

4. 症状监测与健康教育

建立先兆流产症状监测表，详细记录阴道流血量、颜色、腹痛性质及频率等情况。通过形象化的健康教育资料，向患者及家属讲解先兆流产的相关知识、治疗方法和注意事项，帮助建立合理的疾病认知。同时指导患者自我观察技巧，及时发现异常情况。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 2 周的系统干预，患者阴道流血停止，腹痛消失，B 超复查显示宫内液性暗区完全吸收，血孕酮升至 25.8ng/mL，情绪状态明显改善，睡眠质量提高。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，中西医结合的保胎方案既运用了现代医学的激素支持，又发挥了中医补肾健脾、养血安胎的优势，同时配合系统的情志护理，形成了身心同治的综合干预模式。在实施过程中，需要特别注意用药的规范性和安全性，同时要重视患者情绪变化的及时疏导。该方案注重整体调节，在改善症状的同时增强了患者的自我管理能力，为先兆流产的保胎治疗提供了新的思路。未来可进一步优化中西医结合的治疗方案，建立标准化的护理路径，并通过多中心研究验证其疗效，为临床实践提供更充分的循证依据。

子宫内膜异位症患者的长期健康管理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 32 岁子宫内膜异位症患者的长期健康管理过程。患者确诊子宫内膜异位症 3 年，表现为进行性加重的痛经、慢性盆腔痛及生育困难。医疗团队采用中西医结合的方法，通过周期性药物治疗、中医辨证调理、生活方式干预和生育指导等综合措施，建立了个体化的长期管理方案，有效控制了疾病进展，改善了生活质量。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者为 32 岁女性,主诉进行性痛经加重 3 年,疼痛评分(VAS) 8-9 分,需服用强效止痛药,伴有慢性盆腔痛、性交痛、排便痛,月经量多,有血块,周期尚规律。婚后 2 年未避孕未孕,情绪焦虑,对疾病预后担忧。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估: 显示妇科检查子宫后位、固定,后穹窿可触及触痛结节,B 超提示双侧巧克力囊肿(左侧 4.5cm,右侧 3.2cm),CA12568U/mL;

(2) 中医评估: 可见患者面色晦暗,舌质紫暗有瘀斑,苔薄白,脉弦涩,辨证属气滞血瘀,兼肾虚。

三、问题列表

1. 慢性疼痛与异位内膜周期性出血及瘀血阻滞胞宫有关。
2. 生育障碍与盆腔环境异常及肾虚血瘀、冲任失调有关。
3. 情绪困扰与疼痛困扰及生育压力有关。
4. 疾病进展风险与内异症慢性炎症状态及正气不足有关。

四、护理计划与实施

1. 中西医结合药物治疗方案

根据疾病分期和症状特点,制定周期性治疗方案。在急性期采用 GnRH-a 类药物注射,控制异位病灶活性;缓解期改用中药辨证治疗,以活血化瘀、软坚散结为基本治法,方选桂枝茯苓丸合失笑散加减,重点药物包括桂枝、茯苓、桃仁、丹参、蒲黄、五灵脂等,并根据月经周期不同阶段调整用药:经前期加重温通药

物，经期加强活血止痛，经后期注重补肾填精。同时配合中药保留灌肠，使药物经直肠黏膜直接作用于盆腔病灶。

2. 症状管理与疼痛控制

建立多维度的疼痛管理方案。除药物止痛外，指导患者掌握经穴按摩技术，重点按压三阴交、血海、关元等穴位；采用热敷包缓解盆腔疼痛；教授腹式呼吸和冥想技术应对急性疼痛发作。建立疼痛日记，记录疼痛发作规律、诱因及缓解方式，为治疗方案调整提供依据。

3. 生活方式综合干预

制定个性化的生活方式管理计划。饮食方面推荐抗炎饮食，增加 omega-3 脂肪酸摄入，减少红肉和加工食品；运动方面指导进行适度的有氧运动和瑜伽练习，避免剧烈运动；环境方面指导减少环境雌激素暴露，选择安全的个人护理产品。同时建立规律的作息制度，保证充足睡眠。

4. 生育指导与心理支持

针对患者的生育需求，提供专业的生育指导。通过基础体温测量和排卵试纸监测排卵周期，指导把握受孕时机；配合滋肾填精的中药改善卵泡质量；引荐生殖医学专家进行生育力评估。同时提供持续的心理支持，通过个体心理咨询和病友小组活动，缓解焦虑情绪，增强治疗信心。

五、效果评价与过程反思

1. 效果与评价

经过 12 个月的长期系统管理，患者痛经程度明显减轻（VAS 评分降至 3-4 分），慢性盆腔痛发作频率减少，B 超复查显示巧克力囊肿未继续增大，CA125 降至 35U/mL，情绪状态显著改善。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，子宫内膜异位症作为慢性疾病，需要建立长期的、个体化的管理体系。中西医结合的方案既控制了疾病的病理进程，又改善了患者的整体状态，同时注重生活质量和生育需求的维护。在长期管理过程中，需要根据疾病的不同阶段和患者的个人情况动态调整治疗方案，并建立良好的医患沟通机制。未来应进一步探索子宫内膜异位症的分期分级管理标准，建立多元化的疗效评价体系，为这一慢性疾病的全周期管理提供更完善的模式。

儿童注意缺陷多动障碍（ADHD）的行为干预 结合耳穴疗法案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例 8 岁注意缺陷多动障碍（ADHD）患儿的综合干预过程。患儿表现为注意力不集中、多动冲动及学习困难，严重影响学业和社交发展。医疗团队在现代行为治疗基础上，结合中医脏腑辨证理论，通过行为干预结合耳穴疗法的综合治疗方案，有效改善了核心症状，提高了学习效率和社交能力。

二、护理评估

1. 主观资料：患儿为 8 岁男性，家长主诉上课注意力不集中、小动作多、作业拖拉、经常丢三落四、情绪冲动、易与同学冲突，夜间入睡困难，食欲不振，大便偏干。

2. 客观资料：

（1）现代评估显示 Conners 父母症状问卷评分 68 分，教师评定量表评分 65 分，持续性操作测试（CPT）显示注意力稳定性差，冲动错误率高；

（2）中医评估可见患儿面色偏红，形体偏瘦，舌质红，苔薄黄，脉弦细，辨证属心肝火旺，阴阳失调。

三、问题列表

1. 注意缺陷与心神不宁、心肾不交有关。
2. 多动冲动与肝阳偏亢、阴阳失调有关。
3. 学习困难与神机失常、脑窍失养有关。
4. 社交障碍与情绪失调、行为控制力不足有关。

四、护理计划与实施

1. 结构化行为干预方案

制定个性化的行为管理计划，采用正向行为支持策略。建立明确的日常行为规范，使用代币制强化良好行为，设置合理的目标和奖励系统。在家庭环境中实施规律作息制度，固定学习时间和地点，减少环境干扰因素。同时进行社交技能

训练，通过角色扮演等方式教授适当的社交行为和情绪表达方式。

2. 耳穴疗法干预

基于中医辨证选取心、肝、肾、神门、皮质下、脑干等耳穴。采用王不留行籽贴压，指导家长每日协助按压 3-4 次，每次每穴 1-2 分钟，以患儿能耐受的力度为准。每周更换一次，双耳交替，连续治疗 12 周。通过持续刺激相应穴位，调节脏腑功能，平衡阴阳，安神定志。

3. 感觉统合训练

设计针对性的感觉统合训练方案，包括前庭觉训练（滑板、秋千）、触觉训练（沙盘、触觉刷）、本体觉训练（攀爬、负重）等。每周进行 3 次训练，每次 45 分钟，通过改善感觉 processing 功能，提高患儿的自我调节能力和注意力水平。

4. 家庭协同管理

建立家庭-学校联动机制，为家长提供系统的 parenting 技能培训，包括如何设定明确的界限、保持一致性管教、有效沟通等技巧。定期与学校老师沟通，了解患儿在校表现，共同制定行为管理策略。同时指导家长掌握放松技巧，缓解自身压力，为患儿创造稳定、支持性的成长环境。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 3 个月的系统干预，患儿核心症状明显改善，Conners 父母症状问卷评分降至 45 分，教师评定量表评分降至 42 分，课堂注意力持续时间延长，作业完成质量提高，同伴冲突减少。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，行为干预通过改变环境和强化机制塑造适应性行为，耳穴疗法则从调节脏腑功能入手改善内在生理基础，二者形成良好的协同效应。在实施过程中，需要特别注重个体化方案的制定和持续性执行的保障，同时要充分调动家庭和学校的支持力量。该方案避免了单纯药物治疗的副作用，强调多维度、全方位的干预，在 ADHD 的长期管理中显示出独特优势。未来可进一步探索不同证型的耳穴配伍规律，优化行为管理策略，并通过长期随访评估远期疗效，为 ADHD 儿童提供更加完善的非药物干预方案。

第六章：肿瘤康复与生存期照护

综合消肿疗法（CDT）结合中药溻渍治疗乳腺癌术后淋巴水肿案例

一、案例概要

本案例探讨一例乳腺癌改良根治术后继发上肢淋巴水肿患者的综合治疗过程。患者术后2年出现进行性上肢肿胀，活动受限，严重影响生活质量。医疗团队在现代淋巴水肿治疗基础上，结合中医辨证理论，通过综合消肿疗法（CDT）结合中药溻渍的综合治疗方案，有效减轻了患肢水肿，改善了关节活动度，恢复了日常生活能力。

二、护理评估

1. **主观资料：**患者为52岁女性，主诉乳腺癌术后右侧上肢进行性肿胀6个月，伴有沉重感、紧绷感，皮肤僵硬，关节活动受限，夜间麻木不适，影响睡眠。

2. **客观资料：**

（1）现代评估显示患肢周径较健侧增加4-6cm，组织纤维化评估中度，水分比例测定显示患肢水分比例较健侧增加28%。

（2）中医评估可见患肢肤色暗滞，皮肤温度偏低，舌质暗紫，苔白腻，脉沉涩，辨证属气虚血瘀，水湿内停。

三、问题列表

1. 淋巴水肿与淋巴回流受阻及气虚血瘀、水湿泛滥有关。
2. 关节活动障碍与组织水肿及经络阻滞、筋骨失养有关。
3. 皮肤改变与组织间隙积液及气血不畅、肌肤失濡有关。
4. 日常生活受限与患肢功能障碍及正气亏虚、活动无力有关。

四、护理计划与实施

1. 综合消肿疗法（CDT）干预

采用标准化的CDT治疗方案，包括手法淋巴引流、压力治疗、功能锻炼和皮肤护理四个核心组成部分。手法淋巴引流每日一次，每次45分钟，通过轻柔的按摩手法促进淋巴液向健侧分流；压力治疗采用低弹性绷带进行梯度压力包扎，

每日包扎时间 12 小时；功能锻炼包括肩关节活动度训练、握力练习等，每日两次；皮肤护理重点预防感染，使用 pH 值中性的清洁产品。

2. 中药溻渍治疗

基于气虚血瘀、水湿内停的辨证，采用益气活血、利湿通络的中药溻渍方。药物组成包括黄芪、桂枝、红花、泽兰、茯苓皮、防己、牛膝等，煎煮取汁后浸泡纱布，外敷于患肢肿胀部位。每日治疗一次，每次 30 分钟，通过药物透皮吸收和温热效应，促进局部血液循环，改善组织水肿。

3. 个体化康复训练

制定循序渐进的康复计划，初期以被动活动为主，逐步过渡到主动运动。包括肩关节前屈、外展、内收等方向的活动度训练，以及精细动作训练如握力球、插板练习等。同时指导患者进行深呼吸训练，通过增加胸内压促进淋巴回流。所有训练均在专业治疗师指导下进行，确保动作规范、强度适宜。

预防中的核心作用。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 8 周的系统治疗，患者患肢周径较治疗前减少 3-5cm，关节活动度明显改善，日常活动能力显著提高。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，CDT 通过物理方法促进淋巴回流，中药溻渍则从改善局部微循环入手，二者在消除水肿、改善症状方面形成了良好的协同作用。在治疗过程中，需要特别注意治疗手法的规范性和药物浓度的适宜性，同时要重视患者的主动参与和自我管理。该方案综合运用现代康复技术和中医传统疗法，为乳腺癌术后淋巴水肿的治疗提供了新的思路。未来可进一步优化治疗方案，研究不同证型的中药配伍，建立标准化的操作规范，为更多淋巴水肿患者提供安全有效的治疗选择。

耳穴压豆联合穴位贴敷缓解化疗所致胃肠道反应案例

一、案例概要

本案例探讨一例结肠癌术后化疗所致胃肠道反应患者的症状管理过程。患者在 FOLFOX 方案化疗期间出现严重恶心、呕吐及食欲不振等症状。医疗团队在现代止吐药物治疗基础上，结合中医经络理论，通过耳穴压豆与穴位贴敷的协同作用，有效缓解了化疗相关胃肠道症状，改善了营养状况，提高了化疗耐受性。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 58 岁男性，主诉结肠癌术后行第二周期化疗后出现频繁恶心呕吐，每日呕吐 3-5 次，食欲全无，口干口苦，伴有腹胀、便秘，严重影响进食和睡眠，情绪焦虑。

2. 客观资料：

(1) 现代评估显示患者化疗后体重下降 3kg，营养不良风险筛查评分（NRS2002）5 分，恶心呕吐症状分级（CTCAE）为 2 级；

(2) 中医评估可见患者面色萎黄，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑，腹部柔软，辨证属脾胃虚弱，胃气上逆，湿热内蕴。

三、问题列表

1. 恶心呕吐与化疗药物损伤及胃失和降、气逆于上有关
2. 食欲不振与脾胃受损及运化功能失常有关
3. 营养不良与摄入不足及气血生化乏源有关
4. 焦虑情绪与症状困扰及肝气不舒有关

四、护理计划与实施

1. 耳穴压豆干预

基于中医辨证选取胃、贲门、神门、交感、皮质下、肝、脾等耳穴。在化疗开始前 1 天进行首次贴压，采用王不留行籽持续刺激穴位。指导患者或家属每日按压 3-5 次，每次每穴 1-2 分钟，以出现酸、麻、胀感为宜。每 3 天更换一次，双耳交替，直至化疗周期结束。通过持续刺激调节相应脏腑功能，和胃降逆，镇

静安神。

2. 穴位贴敷治疗

选用具有健脾和胃、降逆止呕功效的中药粉末（半夏、生姜、吴茱萸、丁香等），用姜汁调成糊状，制成直径约 1cm 的药饼。选取内关、足三里、中脘等穴位，清洁局部皮肤后，将药饼固定于穴位上。每日贴敷 4-6 小时，在化疗当日及后续 3 天连续使用。通过经络传导和药物透皮吸收，发挥穴位和药物的双重调节作用。

3. 症状动态监测

建立详细的症状观察记录表，每日评估并记录恶心呕吐的次数、持续时间、严重程度，以及食欲、进食量、二便等情况。采用恶心呕吐视觉模拟评分（VAS）进行量化评估，及时了解症状变化趋势，为调整治疗方案提供依据。

4. 综合支持措施

制定个体化饮食方案，推荐少量多餐，选择清淡易消化的食物，如山药粥、陈皮汤等。指导患者掌握深呼吸、渐进式肌肉放松等技巧，在恶心感出现时及时运用。同时加强心理支持，通过倾听、解释和鼓励，帮助患者建立战胜疾病的信心。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过干预，本周化疗期间患者恶心呕吐症状明显减轻，呕吐次数减少至每日 0-1 次，能够进食半流质饮食，体重保持稳定，情绪状态改善。

2. 过程反思：

这一案例表明，耳穴压豆通过经络调节脏腑功能，穴位贴敷通过药物和穴位的协同作用，二者结合能有效缓解化疗所致胃肠道反应。该方案操作简便，安全性高，患者接受度好，弥补了单纯西药治疗的不足。在实施过程中需注意个体差异，根据患者证候变化及时调整选穴和用药。未来可进一步研究不同化疗方案的最佳干预时机和穴位配伍，为化疗副作用的管理提供更多中医特色方案。

中药膏方联合营养支持改善癌因性疲乏案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例肺癌术后化疗期癌因性疲乏患者的综合干预过程。患者在化疗期间出现持续性、痛苦的疲乏感，严重影响日常生活和后续治疗。医疗团队在西医对症支持基础上，结合中医辨证理论，通过个体化中药膏方调理联合针对性营养支持，有效改善了患者的疲乏症状，提高了生活质量和治疗耐受性。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 62 岁男性，主诉肺癌术后行辅助化疗期间出现严重疲乏感，休息后不能缓解，伴有气短懒言、头晕耳鸣、腰膝酸软、食欲不振、失眠多梦，自觉无法完成日常简单活动，情绪低落。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示癌因性疲乏量表（BFI）评分 7.8 分，ECOG 评分 2 级，血红蛋白 98g/L，白蛋白 32g/L，体重较术前下降 8%；

(2) 中医评估：可见患者面色苍白，精神萎靡，舌质淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细无力，辨证属脾肾两虚，气血不足。

三、问题列表

1. 癌因性疲乏与肿瘤消耗及脾肾亏虚、精气耗损有关。
2. 营养不良与摄入不足及脾胃虚弱、运化无力有关。
3. 气血不足与生化乏源及脏腑虚损、精血亏虚有关。
4. 活动耐力下降与元气亏虚及四肢百骸失养有关。

四、护理计划与实施

1. 个体化膏方调理

根据脾肾两虚、气血不足的辨证，采用健脾补肾、益气养血的治法，定制个体化膏方。方以十全大补汤合右归丸加减，主要药物包括黄芪、党参、白术、茯苓、熟地、当归、枸杞子、山茱萸、杜仲、阿胶、鹿角胶等。由医院制剂室统一

加工制作成膏方，每日早晚各服一匙，温水冲服，连续服用 3 个月。膏方兼具治疗和补益作用，药效缓和持久，适合肿瘤患者长期调理。

2. 针对性营养支持

基于患者营养不良状况，制定阶梯式营养支持方案。首先进行膳食优化，增加优质蛋白质和必需脂肪酸摄入，推荐食用海参、鱼肉、鸡蛋等易于吸收的高蛋白食物，配合山药、红枣、桂圆等健脾益气之品。当口服摄入不足时，补充肿瘤专用型肠内营养制剂，每日 500-750ml。同时指导少量多餐的进食方式，配合促进食欲的药膳，如陈皮山药粥、山楂麦芽饮等。

3. 功能状态管理

制定个性化的活动计划，遵循"循序渐进、量力而行"的原则。初期以床上活动为主，包括呼吸训练、四肢关节被动活动；随着体力改善，逐步增加坐位平衡训练、床边站立和室内步行。每日活动时间从 10 分钟开始，根据耐受情况逐渐延长至 30 分钟。同时配合穴位按摩，重点按压足三里、气海、关元等强壮穴位，每日两次。

4. 全程症状监测

建立完善的症状监测体系，每周使用 BFI 量表评估疲乏程度，定期检测血常规、生化指标变化。记录每日饮食摄入量、活动量和睡眠质量，及时发现异常情况。同时关注患者情绪变化，提供心理支持，帮助建立积极乐观的治疗态度。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 3 个月的干预，患者疲乏症状明显改善，BFI 评分降至 3.2 分，ECOG 评分改善至 1 级，血红蛋白升至 112g/L，白蛋白升至 38g/L，体重增加 3kg，日常生活能力显著提高。

2. 过程反思：

这一案例的成功经验表明，中药膏方通过扶正固本改善患者整体机能状态，营养支持则为机体修复提供物质基础，二者相辅相成，共同改善癌因性疲乏。该方案注重整体调理与个体化治疗相结合，在改善症状的同时增强了患者体质，为肿瘤患者的症状管理提供了新的思路。未来可进一步研究不同肿瘤类型和治疗阶段的膏方配伍规律，优化营养支持方案，建立更完善的癌因性疲乏管理体系。

情志相胜疗法干预肿瘤患者焦虑抑郁状态 案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例乳腺癌术后伴发焦虑抑郁状态患者的心理干预过程。患者在确诊及治疗后出现持续性情绪障碍，严重影响生活质量和康复进程。医疗团队在现代心理支持基础上，运用中医情志相胜理论，通过系统性的情志调理，有效改善了患者的负性情绪，促进了身心康复。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 45 岁女性，主诉乳腺癌术后 3 个月，持续情绪低落，对治疗失去信心，担心复发，伴有心悸失眠、食欲不振、胸闷胁胀，常无故哭泣，回避社交活动，对既往爱好失去兴趣。

2. 客观资料：

(1) 现代评估显示汉密尔顿焦虑量表（HAMA）评分 24 分，汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分 26 分，生活质量核心量表（QLQ-C30）评分显示情感功能领域显著受损；

(2) 中医评估可见患者面色青黄，舌淡红，苔薄白，脉弦细，辨证属肝郁脾虚，心神不宁。

三、问题列表

1. 焦虑抑郁与情志不舒及肝失条达、心神失养有关
2. 社交回避与情绪障碍及气机郁滞、疏泄失常有关
3. 睡眠障碍与心神不宁及阴阳失调有关
4. 生活质量下降与情志失调及脏腑功能紊乱有关

四、护理计划与实施

1. 情志相胜疗法干预

基于中医“悲胜怒”的治疗原则，针对患者肝郁化火、焦虑易怒的病机特点，设计以悲制怒的干预方案。通过引导患者聆听悲伤舒缓的音乐，观看具有深刻人

生哲理和悲悯情怀的影视作品，激发其悲伤情绪，达到宣泄郁怒、平抑肝阳的功效。每次干预 30 分钟，每周 3 次，在专业心理治疗师指导下进行，干预后及时进行情绪疏导和认知重构。

2. 五行音乐疗法配合

根据患者肝郁脾虚的证型特点，选取角调与宫调音乐交替使用。角调音乐《胡笳十八拍》具有疏肝理气的作用，宫调音乐《霓裳曲》具有健脾安神的功效。每日下午进行治疗，每次 45 分钟，指导患者取舒适卧位，闭目静听，配合深呼吸练习，通过音乐的五行属性调节脏腑气机。

3. 移情易性疗法实施

通过培养新的兴趣爱好转移患者对疾病的过度关注。根据患者文化程度和既往经历，选择书法练习作为主要干预手段。每日安排 1 小时的书法练习，从基本的笔画开始，逐步过渡到完整的作品创作。在练习过程中强调意念专注、呼吸平稳，通过调身、调息、调心达到怡情养性的效果。

4. 综合支持措施

建立包括医生、护士、心理师、家属在内的支持系统。每周开展团体心理治疗，促进病友间的经验交流和情感支持。指导家属掌握沟通技巧，给予患者恰当的情感支持。同时配合耳穴压豆，选取心、肝、神门等穴位，每日按压 3 次，加强安神解郁的效果。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 8 周的系统干预，患者情绪状态明显改善，HAMA 评分降至 12 分，HAMD 评分降至 14 分，睡眠质量提高，社会功能逐渐恢复。

2. 过程反思：

这一案例证实了情志相胜疗法在肿瘤患者情绪管理中的独特价值。该疗法基于中医传统理论，通过有目的地激发某种情志来平衡失调的情志状态，与现代心理治疗技术形成良好互补。在实施过程中需要准确把握情志刺激的强度和时间，避免过度刺激造成二次伤害。未来可进一步研究不同证型的情志相胜配伍方案，结合现代心理测量工具，建立更科学、规范的中医情志治疗体系，为肿瘤患者的心身康复提供更多有效的干预手段。

中药漱口水防治放射性口腔黏膜炎案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例探讨一例鼻咽癌患者放疗期间使用中药漱口水防治放射性口腔黏膜炎的效果。患者在放疗过程中出现口腔黏膜损伤，通过个体化的中药漱口方案，有效减轻了黏膜炎症状，保障了放疗的顺利进行。

二、护理评估

1. 主观资料：患者为 48 岁男性，主诉放疗 2 周后出现口腔黏膜红肿、疼痛，进食时灼痛感明显，口干咽燥，味觉改变，影响进食和睡眠。

2. 客观资料：

(1) 现代评估：显示口腔黏膜炎分级(RTOG)1 级，唾液分泌量测定 0.3ml/min，口腔 pH 值 6.2；

(2) 中医评估：可见舌质红，苔薄黄少津，脉细数，口腔黏膜充血水肿，辨证属热毒伤阴，阴虚火旺。

三、问题列表

1. 口腔黏膜炎症与放射线损伤及热毒蕴结、灼伤黏膜有关。
2. 口腔疼痛与黏膜破损及气血瘀滞、不通则痛有关。
3. 口干咽燥与津液耗伤及阴虚火旺、津不上承有关。
4. 进食困难与口腔疼痛及脾胃功能失调有关。

四、护理计划与实施

1. 中药漱口液配制

根据热毒伤阴、阴虚火旺的辨证，采用清热解毒、养阴生肌的治法。漱口液组成：金银花 15g、连翘 15g、生地 20g、麦冬 15g、玄参 15g、甘草 6g。由医院中药房统一煎制，每剂煎取 200ml，分装为 4 袋，每袋 50ml，冷藏保存。

2. 个体化漱口方案

制定详细的漱口方案：每日漱口 6-8 次，分别在晨起、三餐后、睡前及夜间醒来时使用。每次取 50ml 药液，温水适当升温至 37-38℃，含漱 2-3 分钟，重点在口腔内鼓动，使药液充分接触各部位黏膜。在放疗前 30 分钟加漱一次，形

成保护膜。

3. 症状监测与记录

建立口腔评估记录表，每日评估并记录黏膜情况，包括：黏膜颜色、完整性、溃疡面积、疼痛程度（采用 VAS 评分）、进食情况等。每周检测唾液分泌量和 pH 值变化，及时调整治疗方案。

4. 综合护理措施

配合饮食指导，建议食用温凉、细软的食物，避免辛辣刺激。指导正确的口腔清洁方法，使用软毛牙刷，避免损伤黏膜。同时进行心理支持，缓解患者因口腔不适产生的焦虑情绪。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

经过 4 周的干预，患者口腔黏膜炎控制在 1 级水平，未进展至 2 级以上，疼痛 VAS 评分从 6 分降至 2 分，唾液分泌量改善至 0.5ml/min，顺利完成放疗计划。

2. 过程反思：

该方案通过中药局部用药，直接作用于受损黏膜，既清热解毒消炎，又养阴生肌促进修复，同时避免了口苦、纳差等口服中药的胃肠道反应。需要注意的是，药液温度要适宜，避免过冷过热刺激；含漱时间要充足，确保药效发挥。该方法的局限性在于需要频繁漱口，对患者依从性要求较高。未来可考虑剂型改进，如开发喷雾剂等更方便使用的剂型，同时扩大样本量进一步验证其防治效果。

肿瘤患者愈后中医调养与运动康复指导

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例胃癌术后康复期患者的综合调养过程。患者完成手术及辅助化疗后存在明显虚弱状态，通过系统的中医辨证调养结合个体化运动康复方案，有效改善了虚弱症状，提高了免疫功能和生活质量。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者主诉："术后半年仍感神疲乏力，食欲不振，失眠多梦，稍活动即气短汗出，手足不温，担心疾病复发。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

功能状态：KPS 评分 60 分，6 分钟步行试验仅完成 300 米；营养指标：体重指数 $19.2\text{kg}/\text{m}^2$ ，白蛋白 $35\text{g}/\text{L}$ ；免疫功能： $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 比值 0.8，NK 细胞活性 26%；实验室检查：血红蛋白 $98\text{g}/\text{L}$

(2) 中医评估:

舌质淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细弱。面色萎黄，声低气短。辨证属气血双亏，脾肾两虚。

三、问题列表

1. 虚弱状态与手术创伤及化疗损伤正气有关。
2. 营养失调与脾胃虚弱、运化失司有关。
3. 免疫功能低下与气血不足、正气亏虚有关。
4. 情志失调与肝郁不舒、心神失养有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建包含肿瘤科医师、康复治疗师、中医师、营养师及专科护士的康复团队。建立双周例会制度，综合评估患者功能状态、营养指标及中医证候变化，动态调整康复方案。团队成员各司其职，确保康复措施的针对性和连续性。

2. 中医辨证调养干预

采用"益气养血，健脾补肾"的治法，方选十全大补汤合右归丸加减。主要药物包括：黄芪、党参、白术、当归、熟地、山药、枸杞、杜仲等。由医院制剂室统一煎制，每日一剂，分两次温服。配合食疗方案，重点推荐黄芪炖鸡、山药粥、枸杞猪肝汤等药膳，根据证候变化适时调整。

3. 分阶段运动康复方案

制定为期 12 周的渐进式运动康复方案，分为三个训练阶段：初期（14 周）以恢复基础功能为目标，每日进行呼吸训练（腹式呼吸、缩唇呼吸）10 分钟、温和运动（床上四肢活动、坐立转换）15 分钟和室内缓步行走 10 分钟；中期（58 周）增加运动强度，开展八段锦练习（重点练习"两手托天理三焦"等招式）、太极拳基础（学习简化二十四式）和户外平地步行（逐步延长至 30 分钟）；后期（912 周）强化功能训练，进行完整太极拳练习、轻阻力训练（使用弹力带进行上肢锻炼）和有氧运动（快走、骑固定自行车等），所有训练均根据患者当日体力状况动态调整运动强度和时间。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

干预 4 周后，患者自觉乏力改善，食欲增进，KPS 评分提升至 70 分。干预 12 周后复查显示：功能状态 KPS 评分 85 分，6 分钟步行距离达 450 米；营养指标：体重增加 4kg，白蛋白升至 40g/L；免疫功能：CD4+/CD8+比值升至 1.2；生活质量：QLQC30 评分显著改善。

2. 过程反思

本案例成功构建了"中药调养运动康复营养支持"三位一体的肿瘤康复模式。中医辨证调养从整体改善患者机能状态，分阶段运动康复循序渐进地提升身体功能，个体化营养支持为康复提供物质基础。多学科团队的密切协作为康复方案的实施提供了有力保障。需要注意的是，康复过程中应重视患者的个体差异，根据耐受程度适时调整运动强度，同时加强心理支持，帮助患者建立康复信心，确保护理效果的持续性和安全性。

第七章：急症与危重症早期康复

机械通气患者的中医音乐疗法结合镇静唤醒策略

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例 ICU 机械通气患者的综合护理过程。患者因重症肺炎行机械通气治疗，存在焦虑躁动与镇静过度交替出现的现象。护理团队在现代镇静镇痛基础上，融入中医五音疗法，结合规范的镇静唤醒策略，有效稳定了患者情绪，缩短了机械通气时间，促进了康复进程。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者意识清醒时主诉: "感到恐惧、焦虑, 无法忍受气管插管的不适, 对呼吸机依赖感到绝望。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

镇静程度: RASS 评分在 3 至+2 分间波动

生理指标: 心率 100-130 次/分, 呼吸 30-38 次/分

呼吸参数: 平台压 28cmH₂O, 潮气量 420ml

镇静药物: 咪达唑仑用量 812mg/h

(2) 中医评估: 面色潮红, 目赤, 手足躁动, 舌质红, 苔黄腻, 脉弦数。
辨证属肝郁化火, 心神不宁。

三、问题列表

1. 焦虑躁动与肝失疏泄、气机逆乱有关
2. 人机对抗与肺气壅滞、宣降失常有关
3. 镇静过度与痰蒙清窍、神明受扰有关
4. 康复延迟与正气亏虚、脏腑失调有关

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由重症医学科医师、呼吸治疗师、中医师、康复师及专科护士组成的治

疗团队。每日晨会评估患者镇静深度、呼吸参数及中医证候变化，共同制定个体化的镇静镇痛与音乐治疗方案。

2. 中医音乐疗法干预

基于"角调通肝，徵调养心"的五行理论，选取角调《胡笳十八拍》与徵调《紫竹调》交替使用。每日两次在镇静唤醒期间通过耳机播放，音量控制在 40 分贝，每次 30 分钟。播放期间密切观察患者生命体征变化，根据反应及时调整音乐类型和音量。

3. 标准化镇静唤醒策略

实施每日镇静中断方案，每日上午 8 时开始逐步减少镇静药物用量，直至患者达到 RASS 评分 1 至 0 分的理想镇静状态。在此期间配合音乐疗法，观察患者意识状态及人机协调性。记录自主呼吸试验通过率，为脱机决策提供依据。

4. 综合症状管理

建立症状观察记录表，每小时评估并记录 RASS 评分、生命体征、呼吸机参数及患者对音乐疗法的反应。配合穴位按摩，选取内关、太冲、百会等穴位，每日三次，每次 15 分钟。同时加强与患者的非语言沟通，使用交流图册了解患者需求。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

干预 3 天后，患者 RASS 评分稳定在 1 至 0 分，咪达唑仑用量降至 46mg/h。干预 7 天后，人机协调性明显改善，成功通过自主呼吸试验，顺利脱机拔管。中医证候显著改善，舌质转淡红，苔薄白，脉象趋于和缓。

2. 过程反思：

本案例创新性地将中医音乐疗法与现代镇静唤醒策略相结合，音乐疗法通过调节情志、疏肝宁心，有效缓解了患者的焦虑状态；规范的镇静唤醒策略则确保了治疗的安全性和有效性。二者协同作用，既避免了过度镇静带来的并发症，又减轻了患者的痛苦体验。需要注意的是，在实施过程中要严格掌握音乐疗法的适应证，密切观察患者反应，个体化调整治疗方案。该方案为机械通气患者的症状管理提供了新的思路，值得在临床进一步推广应用。

ICU 获得性衰弱的早期床旁运动结合电针刺激案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例重症肺炎致 ICU 获得性衰弱患者的康复护理过程。患者在 ICU 治疗期间出现明显的肌肉萎缩和功能下降，通过早期床旁运动训练结合中医电针刺激，有效改善了肌力状况，促进了功能恢复，缩短了 ICU 住院时间。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者意识清楚后主诉："感觉全身无力，抬手困难，连最简单的动作都需要别人帮助，非常担心以后无法正常生活。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

肌力评估：MRC 评分 36 分（总分 60）

功能状态：ICU 功能状态评分（FSSICU）15 分

肌肉质量：股四头肌厚度较入院时减少 25%

实验室检查：白蛋白 30g/L，前白蛋白 150mg/L

(2) 中医评估:

面色苍白，肌肉消瘦，舌质淡紫，苔薄白，脉细弱。辨证属气虚血瘀，筋骨失养。

三、问题列表

1. 肌肉萎缩与久卧伤气、脾失健运有关。
2. 肌力下降与气血不足、筋骨失养有关。
3. 功能受限与经气不通、肢节不利有关。
4. 康复延迟与正气亏虚、脏腑功能失调有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由重症医学科医师、康复治疗师、中医师、营养师及专科护士组成的康复团队。每日晨会评估患者肌力状况、功能状态及中医证候变化，共同制定个体

化的康复方案。

2. 早期床旁运动训练

根据患者耐受程度实施渐进式运动方案：由康复师进行四肢关节活动度训练，每日 2 次，每次 20 分钟；指导患者进行床上自主翻身、坐起训练；使用弹力带进行轻度抗阻运动，重点训练上肢肌群；逐步过渡到床边坐立、站立训练。

3. 电针刺激干预

基于“治痿独取阳明”的理论，选取手足阳明经穴位：

主穴：足三里、合谷、曲池、阳陵泉；配穴：三阴交、太冲、血海。采用疏密波刺激，频率 2/100Hz 交替，强度以肌肉轻微收缩为度，每日 1 次，每次 30 分钟。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

干预 1 周后，患者 MRC 评分提升至 42 分，可完成自主翻身。干预 2 周后，MRC 评分达 48 分，可在辅助下床边坐立。出院时 MRC 评分 52 分，FSSICU 评分升至 28 分，基本生活活动能力明显改善。

2. 过程反思

本案例将现代康复理念与中医传统疗法有机结合，早期床旁运动通过机械刺激维持肌肉功能，电针刺激通过经络调节改善神经肌肉控制，二者协同作用有效预防和治疗 ICU 获得性衰弱。在实施过程中需注意评估患者耐受度，循序渐进增加运动强度，同时密切观察电针治疗反应。该方案为 ICU 获得性衰弱的防治提供了新的思路，值得在临床推广运用。

重型颅脑损伤患者促醒护理结合醒脑开窍针刺法案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例重型颅脑损伤后持续植物状态患者的促醒护理过程。患者伤后3个月仍处于意识障碍状态，通过系统的促醒护理结合醒脑开窍针刺法，成功促进患者意识恢复，改善了神经功能预后。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 家属代诉: "患者伤后一直昏迷，对周围刺激没有反应，偶尔会无意识地睁眼，但没有意识活动。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

意识状态: GCS 评分 7 分 (E2V1M4); 昏迷恢复量表 (CRSR) 评分: 8 分; 脑电图: 显示弥漫性慢波活动; 影像学检查: CT 显示双侧额叶及胼胝体损伤。

(2) 中医评估: 目合口开，手撒肢冷，舌质暗紫，苔白腻，脉沉细涩。辨证属痰瘀阻窍，神明被蒙。

三、问题列表

1. 意识障碍与痰瘀阻窍、清窍被蒙有关。
2. 感觉功能障碍与经络阻滞、窍闭神匿有关。
3. 肢体功能障碍与气血瘀滞、筋脉失养有关。
4. 并发症风险与正气亏虚、脏腑功能失调有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由神经外科医师、康复医师、中医师、专科护士及家属参与的促醒团队。每周召开病例讨论会，评估患者意识状态、神经功能恢复情况及中医证候变化，动态调整治疗方案。

2. 系统性促醒护理

(1) 感官刺激: 听觉刺激: 每日播放患者熟悉的音乐及亲人录音; 视觉刺激: 使用彩色灯光交替刺激; 嗅觉刺激: 交替使用柠檬、薄荷等刺激性气味; 触

觉刺激：使用不同材质的物品刺激皮肤。

(2) 体位管理：定时变换体位，每 2 小时一次；使用促醒体位，半卧位促进意识恢复；进行被动关节活动，维持关节功能

3. 醒脑开窍针刺法

基于石学敏院士创立的“醒脑开窍”针刺法，本方案取穴与操作如下：主穴取内关、人中、三阴交；辅穴取百会、四神聪、风池；配穴取极泉、尺泽、委中。针刺操作时，首先针刺内关，直刺 1~1.5 寸，施以捻转提插相结合的泻法；继而针刺人中，向鼻中隔方向斜刺 0.5 寸，施用雀啄手法的泻法，以眼球湿润为度；之后针刺三阴交，沿胫骨内侧缘向后斜刺，施以提插补法。配穴根据病情需要选用。治疗每日 1 次，每次留针 30 分钟。

4. 综合康复管理：在基础护理上，重点加强呼吸道管理以预防肺部感染，同时做好皮肤护理避免压疮发生，并通过合理的营养支持维持水电解质平衡；在康复训练方面，每日安排肢体被动活动，配合电动起立床训练，并辅以神经肌肉电刺激以促进功能恢复；此外，我们积极推动家庭参与，通过指导家属掌握促醒护理技能、共同制定切实可行的家庭康复计划，并为整个家庭提供持续的心理支持，形成医院-家庭联动的整体康复模式。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

治疗 2 周后，患者出现视觉追踪，GCS 评分升至 9 分。治疗 4 周后，可完成简单指令动作，CRSR 评分达 14 分。治疗 8 周后，出现有意识的语言反应，可与家人进行简单交流，基本实现意识恢复。

2. 过程反思

本案例将现代促醒护理与中医醒脑开窍针刺法有机结合，形成了多层次、全方位的促醒治疗方案。系统性感官刺激通过多通道输入促进神经网络重建，醒脑开窍针刺法通过特定穴位刺激调节脑部气血运行，二者协同作用有效促进了意识恢复。在实施过程中需注意个体化评估，根据患者反应及时调整刺激强度和针刺参数。该方案为重型颅脑损伤患者的促醒治疗提供了有效的方法，值得在临床进一步推广应用。需要注意的是，治疗过程中应密切观察患者生命体征变化，确保治疗安全，同时要充分调动家属参与的积极性，确保护理的连续性。

多发性创伤患者的疼痛管理与情志护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例多发性创伤患者的综合护理过程。患者因车祸导致多发骨折伴脏器损伤，在救治过程中存在剧烈疼痛及严重应激反应。通过规范的疼痛管理结合系统化的情志护理，有效控制了疼痛症状，缓解了负面情绪，促进了康复进程。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者主诉："全身多处剧痛难忍，特别是右侧胸部和腿部，稍移动就疼痛加剧。感觉焦虑恐惧，夜间无法入睡，经常做噩梦，对康复没有信心。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

疼痛评分：NRS 评分 79 分；心理状态：焦虑自评量表（SAS）标准分 68 分，抑郁自评量表（SDS）标准分 65 分；创伤严重度评分（ISS）：29 分；睡眠质量：每晚觉醒 35 次，总睡眠时间<4 小时。

(2) 中医评估:

面容痛苦，表情焦虑，舌质暗红边有瘀斑，苔薄黄，脉弦数。辨证属气滞血瘀，肝郁化火。

三、问题列表

1. 急性疼痛与组织损伤及气滞血瘀、不通则痛有关。
2. 焦虑抑郁与肝失疏泄、心神不宁有关。
3. 睡眠障碍与疼痛不适及心肾不交、阴阳失调有关。
4. 康复信心不足与情志失调及正气亏虚有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由创伤科医师、疼痛科医师、心理治疗师、中医师及专科护士组成的多学科团队。建立每日晨会制度，综合评估患者疼痛程度、情绪状态及中医证候变

化，动态调整镇痛方案和情志护理措施。团队成员分工明确，密切配合，确保护理措施的连贯性和有效性。

2. 规范化疼痛管理

采用多模式镇痛方案，根据 WHO 三阶梯原则合理使用镇痛药物。配合物理镇痛方法，急性期使用冷敷控制肿胀，后期改用热敷促进血液循环。同时结合中医外治疗法，采用活血化瘀中药外敷疼痛部位，每日 2 次，并选取合谷、内关等穴位进行电针治疗，通过多途径协同镇痛。

3. 系统化情志护理

建立个体化心理支持方案，每日进行针对性心理疏导，采用认知行为疗法纠正负面思维。结合中医情志理论，实施五行音乐疗法，根据"角调通肝"原则选取适宜曲目。配合耳穴压豆，选取心、肝、神门等穴位，通过持续刺激调节情志，平衡阴阳。

4. 综合症状管理

制定全面的症状干预方案，重点改善睡眠质量，创造安静的休息环境，指导睡前温水足浴配合穴位按摩。同时制定循序渐进的康复计划，教授疼痛自我调节方法，建立康复日记记录每日进展。注重调动患者主观能动性，促进主动参与康复过程。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

干预 3 天后，患者 NRS 评分降至 45 分，夜间睡眠时间延长至 5 小时。干预 1 周后，SAS 标准分降至 52 分，SDS 标准分降至 50 分。干预 2 周后，患者情绪明显改善，能主动参与康复训练，对预后充满信心。

2. 过程反思

本案例将现代疼痛管理技术与中医情志护理理论有机结合，形成了身心同治的综合护理模式。规范化疼痛管理有效控制了躯体症状，为情志护理创造了条件；系统化情志护理则从调节脏腑功能入手，改善了患者的心理状态。二者相辅相成，既治标又治本。在实施过程中需要特别注意个体化方案的制定，根据患者证候特点和心理需求及时调整干预措施。该方案强调医护患多方协作，注重患者的主动参与，在多发性创伤患者的综合护理中显示出独特优势，值得临床推广应用。

心脏术后患者早期康复与循经按摩案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例冠状动脉搭桥术后患者的康复护理过程。患者术后出现心肺功能下降及循环障碍，通过早期康复训练结合中医循经按摩，有效改善了心肺功能，促进了术后恢复，预防了并发症的发生。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者主诉："术后感觉胸闷气短，稍微活动就心慌，伤口疼痛，四肢无力，夜间难以平卧。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

心肺功能：6分钟步行试验 120 米，血氧饱和度 90-92%；心功能指标：BNP850pg/ml，左室射血分数 45%；疼痛评分：NRS 评分 56 分；肌力评估：四肢肌力 IV 级。

(2) 中医评估：面色晦暗，口唇紫绀，舌质紫暗有瘀斑，苔薄白，脉结代。辨证属心阳不振，气虚血瘀。

三、问题列表

1. 心肺功能下降与心阳不振、宗气不足有关。
2. 循环障碍与气虚血瘀、脉道不利有关。
3. 活动耐力下降与气血亏虚、四肢失养有关。
4. 术后疼痛与经络阻滞、气机不畅有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由心外科医师、康复治疗师、中医师及专科护士组成的康复团队。建立每日晨会制度，综合评估患者心肺功能、运动耐受度及中医证候变化，动态调整康复方案。

2. 早期康复训练

制定循序渐进的康复计划。术后第 1 天开始床上活动，包括踝泵运动、股四头肌等长收缩；第 3 天增加床边坐立、呼吸训练；第 5 天开始床边站立、室内步行。严格监测生命体征，控制运动强度在 Borg 评分 1113 分范围内。

3. 循经按摩干预

基于"心主血脉"理论，重点按摩手少阴心经、手厥阴心包经。取穴内关、神门、劳宫等，采用揉、按、推等手法，每日 2 次，每次 20 分钟。配合足三里、三阴交等强壮穴位，促进气血运行。

4. 综合症状管理

密切监测生命体征变化，记录 6 分钟步行距离及血氧饱和度。指导腹式呼吸、缩唇呼吸等肺功能训练。加强疼痛管理，采用非药物止痛方法。注重心理支持，缓解手术焦虑。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

干预 1 周后，患者 6 分钟步行距离增加至 200 米，血氧饱和度提升至 95%。干预 2 周后，BNP 降至 450pg/ml，NRS 评分降至 23 分，可独立完成日常生活活动。

2. 过程反思

本案例将心脏术后早期康复与中医循经按摩有机结合，康复训练通过逐步增加活动量改善心肺功能，循经按摩通过经络调节促进气血运行，二者协同作用加速了术后恢复。需要注意的是，在实施过程中要严格掌握运动强度，密切观察患者反应，确保治疗安全。该方案为心脏术后患者的康复护理提供了新的思路。

预防深静脉血栓的中西医结合护理方案案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例高龄髌部骨折患者预防深静脉血栓（DVT）的护理过程。患者因骨折后长期卧床，存在 DVT 高风险。通过中西医结合的预防方案，有效预防了 DVT 的发生，保障了患者安全。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者主诉："因骨折卧床一周，感觉左腿胀痛不适，比右腿明显肿胀，活动时疼痛加重。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

肢体测量：左小腿周径较右侧增粗 3cm

风险评估：Caprini 评分 8 分（高危）

血管超声：腘静脉血流速度减慢

D 二聚体：1.8mg/L

(2) 中医评估：患肢肿胀，肤温偏高，肤色暗红，舌质暗红，苔黄腻，脉滑数。辨证属湿热下注，瘀血阻络。

三、问题列表

1. 深静脉血栓风险与长期卧床及湿热瘀阻、脉络不通有关。
2. 肢体肿胀与静脉回流受阻及水湿内停有关。
3. 疼痛不适与气血瘀滞、不通则痛有关。
4. 活动受限与气机不畅、筋脉失养有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由骨科医师、血管外科医师、康复师、中医师及专科护士组成的 DVT 预防小组。每日晨会评估患者 DVT 风险、肢体状况及中医证候变化，及时调整预防方案。

2. 基础预防措施

实施标准化的基础预防方案。指导患者卧床期间进行踝泵运动，每日至少 500 次；协助患者每 2 小时更换体位；保持患肢抬高 20-30 度；指导家属掌握正确的肢体按摩手法。

3. 中医特色干预

采用活血化瘀、利湿通络的防治原则。给予口服四妙勇安汤加减，配合中药外敷（大黄、芒硝、红花等）。选取足三里、三阴交、阳陵泉等穴位进行电针治疗，每日 1 次。指导患者练习改良版踝泵运动，配合呼吸调节。

4. 机械预防措施

根据患者情况使用间歇充气加压装置，每日 2 次，每次 30 分钟。指导患者穿着合适的弹力袜，教授正确的穿脱方法。密切观察肢体皮温、肤色、感觉变化，及时发现异常。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

干预 3 天后，患者左小腿周径缩小 1.5cm，胀痛感减轻。干预 1 周后，D 二聚体降至 0.8mg/L，血管超声显示血流速度改善。住院期间未发生 DVT，顺利度过高风险期。

2. 过程反思

本方案通过中西医结合的多元化措施，有效预防了 DVT 的发生。基础预防措施保障了基本防护，中医干预从整体调节改善血液循环，机械预防提供了物理保障。三者形成立体化防护体系。需要注意的是，预防措施需个体化实施，密切观察患者反应，及时调整方案。该方案为 DVT 预防提供了新思路，值得临床推广应用。

烧伤患者康复期瘢痕防治的中药外敷与压力治疗案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例深度烧伤患者康复期的瘢痕防治护理过程。患者烧伤创面愈合后出现瘢痕增生及关节功能障碍，通过中药外敷结合压力治疗，有效控制了瘢痕增生，改善了关节功能，提高了生活质量。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉"烧伤愈合的皮肤又红又硬，经常发痒，右手肘关节活动受限，无法完全伸直，穿衣服都困难。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

温哥华瘢痕量表评分: 12 分

关节活动度: 右肘关节屈曲挛缩，活动范围 30°-90°

瘢痕硬度: 采用硬度计测量较正常皮肤增加 3 倍

瘙痒评分: VAS 评分 7 分

(2) 中医评估: 瘢痕色红质硬，局部肤温较高，舌质暗红，苔薄黄，脉弦涩。辨证属血热瘀结，肌肤失养。

三、问题列表

1. 瘢痕增生与余毒未清、气血瘀滞有关
2. 关节功能障碍与经络阻滞、筋脉挛急有关
3. 瘙痒不适与血虚风燥、肌肤失濡有关
4. 心理困扰与形象改变及功能受限有关

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由烧伤科医师、康复治疗师、中医师及专科护士组成的瘢痕管理团队。每周召开病例讨论会，评估瘢痕变化、关节功能及中医证候特点，动态调整治疗方案。

2. 中药外敷干预

采用清热凉血、软坚散结的中药配方（丹参、三七、积雪草、冰片等），研末后用蜂蜜调制成膏剂。清洁瘢痕部位后均匀外敷，厚度约 2mm，外用保鲜膜覆盖，每日 1 次，每次 4 小时。密切观察皮肤反应，及时调整药物浓度。

3. 压力治疗实施

根据患者瘢痕部位定制压力衣，保证压力在 2535mmHg 范围内。指导患者正确穿戴方法，每日佩戴 23 小时。配合硅酮贴片使用，增强治疗效果。定期复查压力值，确保治疗效果。

4. 综合康复措施

制定个体化康复训练计划，包括关节活动度训练、瘢痕按摩、功能锻炼等。加强心理支持，帮助患者适应形象改变。指导瘢痕防晒及日常护理要点，建立康复日记记录瘢痕变化。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

治疗 4 周后，瘢痕颜色转淡，硬度减轻，温哥华评分降至 8 分。治疗 8 周后，右肘关节活动范围改善至 15120 度，瘙痒评分降至 3 分。患者心理状态明显改善，能积极参与社会活动。

2. 过程反思

本案例将传统中药外敷与现代压力治疗有机结合，中药外敷通过局部用药软化瘢痕，压力治疗通过持续压迫抑制瘢痕增生，二者协同作用取得了良好效果。在实施过程中需注意个体化治疗，根据瘢痕特点调整方案，同时重视患者心理康复。该方案为烧伤后瘢痕防治提供了有效方法，值得临床推广应用。

危重症患者胃肠功能维护的穴位刺激与按摩案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例重症胰腺炎患者胃肠功能维护的护理过程。患者因严重感染导致胃肠功能障碍，通过系统的穴位刺激与腹部按摩，有效改善了胃肠功能，促进了肠道功能恢复，预防了肠源性感染。

二、护理评估

1. 主观资料(S):

患者意识清楚后主诉："腹部胀痛难忍，感觉有气在肚子里窜，想排气又排不出来，恶心反胃，完全没有食欲。"

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估:

腹围: 较前增加 8cm

肠鸣音: 01 次/分钟

胃残余量: 250ml/次

腹部平片: 显示肠管积气扩张

(2) 中医评估: 腹部膨隆，按之濡软，舌质淡胖，苔厚腻，脉滑。辨证属脾胃虚弱，湿浊内阻。

三、问题列表

1. 胃肠功能障碍与脾胃虚弱、运化失司有关。
2. 腹胀腹痛与气机阻滞、腑气不通有关。
3. 恶心呕吐与胃气上逆、浊阴不降有关。
4. 肠道菌群失调与正气亏虚、邪气留恋有关。

四、护理计划与实施

1. 多学科协作管理

组建由重症医学科医师、营养师、中医师及专科护士组成的胃肠功能维护团队。每日晨会评估患者胃肠功能状态、营养指标及中医证候变化，共同制定个体化的治疗方案。

2. 穴位刺激干预

基于"经脉所过，主治所及"的原则，选取足三里、上巨虚、下巨虚等足阳明胃经穴位，配合中脘、天枢等腹部穴位。采用指压按摩法，每穴按压 35 分钟，每日 3 次，以患者感到酸胀得气为度。同时配合电针治疗，选用疏密波，每日 1 次，促进胃肠蠕动。

3. 系统腹部按摩

采用"升结肠横结肠降结肠"顺时针方向按摩法。操作前评估患者腹部情况，排除禁忌证。每日 3 次，于餐后 2 小时进行，每次 1520 分钟。手法由轻到重，以患者耐受为度，配合腹式呼吸训练，增强按摩效果。

4. 综合管理措施

密切监测胃肠功能变化，记录腹围、肠鸣音、胃残余量等指标。根据胃肠耐受情况调整肠内营养方案。保持患者半卧位，避免反流误吸。加强口腔护理，预防并发症。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价

干预 3 天后，患者腹围缩小 3cm，肠鸣音恢复至 23 次/分钟。干预 1 周后，胃残余量降至 80ml/次，可耐受肠内营养。患者腹胀明显缓解，开始有排气排便。

2. 过程反思

本案例将中医穴位刺激与现代重症护理有机结合，穴位刺激通过经络调节促进胃肠动力，腹部按摩通过物理刺激改善肠道循环，二者协同作用有效维护了胃肠功能。在实施过程中需严格掌握适应证，密切观察患者反应，确保治疗安全有效。该方案为危重症患者胃肠功能维护提供了新的思路，值得在临床推广运用。

一例Ⅲ期压力性损伤患者的中西医结合创面管理实践

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例骶尾部Ⅲ期压力性损伤患者的创面护理过程。患者创面存在大量黄色腐肉，渗液多，肉芽组织生长停滞。护理团队在现代伤口湿性愈合理念指导下，联合应用新型敷料与中药祛腐生肌膏，成功促进了创面愈合，缩短了疗程。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉为骶尾部疼痛，卧床时加重。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估：创面约 4cmx5cm，100%黄色腐肉覆盖，渗液量多，创缘无上皮爬行。Braden 评分 12 分（高风险）。
 - (2) 中医评估：创面色暗，腐肉不脱，伴大量渗液。患者面色苍白，舌质淡，苔白腻，脉沉细。辨证属**气血两虚，兼感邪毒**。

三、问题列表

1. 皮肤组织完整性受损 与局部持续受压、血液循环障碍有关。
2. 疼痛 与组织损伤有关。
3. 营养失调：低于机体需要量与消耗增加、摄入不足有关。

四、护理计划与实施

1. 现代伤口护理：
 - (1) 减压：严格实施翻身计划，使用悬浮床垫。
 - (2) 清创：使用自溶性清创（水胶体敷料）与机械性清创（无菌镊子轻柔去除易分离的腐肉）相结合。
 - (3) 感染控制：定期做创面分泌物培养，根据结果指导用药。
 - (4) 营养支持：与营养师协作，制定高蛋白、高维生素营养支持方案。
2. 中医创面处理技术：
 - (1) 中药膏外敷：在清创后，使用具有祛腐生肌、活血解毒功效的中药膏（含有黄芪、当归、紫草、血竭、冰片等成分的制剂）均匀涂抹于创

面，再用新型敷料（泡沫敷料）覆盖。

3. **整体辨证调护：**指导患者服用益气养血的中药汤剂（如八珍汤加减），从整体上改善气血状态，促进生肌长皮。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

（1）**2周后：**创面黄色腐肉基本清除，可见红色肉芽组织开始生长，渗液减少。

（2）**6周后：**创面缩小至 2cmx2cm，100%为红色肉芽组织，创缘可见上皮爬行。

2. 过程反思：

（1）中药膏能有效促进腐肉脱落和肉芽组织生长，弥补了单一现代敷料在“生肌”阶段的不足。两者联用显示出协同效应。

（2）压力性损伤的护理是系统工程，减压、营养、创面处理三者缺一不可。中西医结合在其中找到了精准的切入点和优势。

一例 T10 水平脊髓损伤后神经源性膀胱患者的清洁间歇导尿

结合中医温灸的护理实践

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例胸 10 (T10) 水平完全性脊髓损伤后神经源性膀胱患者的护理过程。患者为反射性膀胱，膀胱安全容量低，曾发生两次泌尿系感染。护理团队在实施清洁间歇导尿 (CIC) 基础上，结合膀胱功能训练及中医温灸疗法，以期保护上尿路功能、减少并发症。

二、护理评估

1. 主观资料 (S): 患者主诉无法自主排尿，需依赖导尿，近期有尿频、尿急感。
2. 客观资料 (O):
 - (1) 现代评估: 泌尿系 B 超示膀胱壁毛糙，残余尿量 380ml。尿常规示白细胞++。尿动力学检查示逼尿肌过度活动，膀胱顺应性降低。
 - (2) 中医评估: 小腹凉，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟。辨证属肾阳不足，膀胱气化无权。

三、问题列表

1. 排尿型态异常: 反射性尿失禁与脊髓损伤后神经控制中断有关。
2. 有感染的危险与尿液滞留、需间歇导尿有关。
3. 执行治疗方案无效与缺乏长期自我管理信心与技能有关。

四、护理计划与实施

1. 现代康复护理:
 - (1) 清洁间歇导尿 (CIC) 方案: 制定严格的饮水计划和导尿时间表 (每日 4-6 次)，培训患者及家属掌握 CIC 技术。
 - (2) 膀胱功能训练: 指导患者及家属进行耻骨上区叩击、挤压等手法触发反射性排尿，并与 CIC 结合，逐步尝试减少导尿次数。
2. 中医康复技术: 温灸疗法: 选取关元、气海、中极、水道及双侧肾俞、

膀胱俞进行隔姜灸，每日1次，以温补肾阳、助膀胱气化。

3. **监测与教育：**定期监测尿常规、泌尿系B超和肾功能。进行个人卫生教育，强调饮水量管理的重要性。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **4周后：**患者未再发生泌尿系感染。残余尿量减少至200ml左右。自觉小腹凉感减轻。

(2) **12周后：**患者可熟练执行CIC方案，有时能通过触发反射排空部分尿液，导尿次数可减至每日3-4次。膀胱安全容量有所增加。

2. 过程反思：

(1) 温灸可能通过改善局部血液循环和调节自主神经功能，间接改善了膀胱顺应性，为CIC方案的顺利执行提供了良好基础。

(2) 神经源性膀胱的管理是终身性的，成功的关键在于患者成为自身健康的专家。本方案注重技能培训与中医整体调理相结合。

阶梯式运动疗法结合艾灸干预慢性疲劳综合征案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例病程达 2 年的慢性疲劳综合征患者的护理干预过程。患者表现为持续性疲劳、记忆力下降、睡眠障碍及肌肉疼痛，严重影响日常工作与生活。护理团队基于“补气养血，温阳通络”的中医原则，制定阶梯式运动疗法结合艾灸的综合干预方案。通过从低强度有氧运动逐步过渡至中等强度训练，配合艾灸关元、气海、足三里等强壮穴位，经过 12 周的系统干预，患者疲劳程度显著改善，体能及生活质量明显提升。

二、护理评估

1. 主观资料(S)：患者主诉持续感到极度疲劳，休息后不缓解，伴有注意力不集中、记忆力减退、失眠多梦、肌肉酸痛。日常工作能力下降，情绪低落，对以往喜爱的活动失去兴趣。
2. 客观资料(O)：
 - (1) 现代评估： 疲劳严重程度量表评分为 8 分（满分 9 分），匹兹堡睡眠质量指数评分为 16 分，显示睡眠质量差。
 - (2) 中医评估： 舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉细弱。辨证属气血亏虚，脾肾阳虚。

三、问题列表

1. 疲乏：与气血不足、阳气不振有关。
2. 睡眠型态紊乱：与心脾两虚、神不守舍有关。
3. 活动耐力下降：与脾主肌肉功能减弱、能量代谢不足有关。
4. 应对无效：与长期疾病困扰、情绪低落有关。

四、护理计划与实施

围绕“循序渐进运动以恢复体能，温灸强壮穴位以培补元气”的核心原则，制定计划：

1. 阶梯式运动干预：

- (1) 第 1-4 周：低强度有氧运动，如每日散步 20-30 分钟。
- (2) 第 5-8 周：中等强度有氧运动，如快走、太极，每周 3-4 次。
- (3) 第 9-12 周：加入轻度抗阻训练，如弹力带练习。
- 2. 艾灸调理： 选取关元、气海、足三里、脾俞、肾俞等穴，每周艾灸 3-4 次，以温补阳气，充盈气血。
- 3. 生活方式与情志调摄： 指导规律作息、睡前温水泡脚；建议多食山药、红枣等健脾益气食物；教授放松技巧如深呼吸、冥想来管理情绪。

五、效果评价与过程反思

- 1. 效果评价：
 - (1) 第 4 周：疲劳评分由 8 分降至 6 分，睡眠略有改善。
 - (2) 第 8 周：疲劳评分降至 4 分，可完成中等强度活动。
 - (3) 第 12 周：疲劳评分降至 2 分，睡眠质量明显改善，恢复正常工作能力。
- 2. 过程反思：
 - (1) 成功关键： 阶梯式运动避免过度消耗，艾灸温补固本，二者协同见效。
 - (2) 遇到的挑战： 患者初期运动耐受性差，需个体化调整运动强度并持续鼓励。
 - (3) 展望： 此方案为慢性疲劳综合征提供了非药物、整体化的护理思路，具有推广价值。

中西医结合护理干预难治性面瘫案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例详细汇报一例病程超过 3 个月的难治性面瘫患者的综合康复护理过程。患者曾接受常规西医治疗（激素、维生素 B 族）效果不彰，遗留明显的面部功能障碍与心理问题。护理团队以“通络活血、调神养筋”为中医治则，以“功能重塑、心理支持”为现代康复核心，构建了一套融合穴位注射、电针、中药内服、面部肌肉神经功能训练及结构化心理干预的中西医结合护理方案。经过为期 6 周的系统性干预，患者面部肌肉对称性、运动功能及生活质量均得到显著改善，体现了中西医结合护理在解决临床疑难问题中的独特优势。

二、护理评估

1. **主观资料(S):**患者主诉右侧面部板滞、口角向左侧歪斜已逾 3 月，饮水时常漏水，咀嚼时食物易滞留于右侧齿颊间，无法完成蹙额、皱眉、闭眼、鼓腮、示齿等动作。伴有情绪低落、不愿与人交往，自觉“面容毁坏”，对治疗失去信心。
2. **客观资料(O):**
 - (1) **现代评估:**采用 House-Brackmann 面神经功能分级系统评估为 IV 级，提示中重度功能障碍。面部肌电图检查显示右侧面神经支配区域运动单位电位减少，神经传导速度减慢。患者生活质量量表评分显著降低。
 - (2) **中医评估:**患者面色少华，精神不振。舌质淡黯，边有齿痕，苔薄白，脉细涩。四诊合参，辨证属**气血两虚，风痰瘀阻络**。病机为久病耗伤气血，血行无力，加之风痰瘀血阻滞面部经络，致筋脉失养。

三、问题列表

- (1) **面部表情功能障碍:**与面神经损伤后肌肉失支配、局部气血瘀阻有关。
- (2) **自我形象紊乱:**与面部外观改变、社会功能受限有关。
- (3) **营养失调的风险:**与咀嚼无力、进食困难有关。
- (4) **焦虑/绝望:**与病程迁延、治疗效果不佳有关。

四、护理计划与实施

围绕“补益气血、祛瘀通络、功能训练、调畅情志”的总体原则，制定并实施以下个性化护理方案：

1. **多学科协作：**成立由中医师、康复师、护士、心理辅导员组成的团队，共同制定并执行方案。
2. 中西医结合治疗序列：
 - （1）**电针治疗：**取翳风、颊车、地仓、阳白等面部主穴，及合谷、足三里等远端配穴，疏密波刺激，每日1次。
 - （2）**穴位注射：**选取面部穴位，注射甲钴胺注射液，隔日1次，营养神经。
 - （3）**中药内服：**予补阳还五汤合牵正散加减，补气活血、祛风通络。
 - （4）**面部功能训练：**指导对镜进行皱眉、闭眼、鼓腮等动作模仿及肌肉按摩，每日2-3次。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：
 - （5）第2周：面部肌肉出现“跳动感”，闭眼力量稍改善，情绪趋稳。
 - （6）第4周：口角歪斜明显改善，可完成鼓腮，闭眼基本完全。House - Brackmann 分级提升至 III 级。
 - （7）第6周：面部静态对称基本恢复，动态表情仅轻微不对称。House - Brackmann 分级提升至 II 级。生活质量显著提高，恢复日常社交。
2. 过程反思：
 - （1）**成功关键：**形成了“评估-针灸-注射-中药-训练-心理”一体化闭环路径；中西医技术优势互补；以患者需求为中心激发康复动力。
 - （2）**遇到的挑战：**治疗初期患者因对针刺恐惧和疗效疑虑，依从性不佳。通过耐心解释、首次治疗轻柔操作及让其看到微小进步，逐步建立了合作。
 - （3）**展望：**本案例所构建的中西医结合护理模式，对于周围性面瘫，尤其是难治性病例，提供了行之有效的解决方案，具有较高的临床推广和教学示范价值。

综合方案治疗灼口综合征案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例病程长达2年的灼口综合征患者的综合护理实践。患者以口腔黏膜持续性烧灼样疼痛为主要特征，伴有严重焦虑和睡眠障碍。护理团队基于“心脾积热、阴虚火旺”的中医病机认识，结合现代医学理论，制定并实施了一套集“中药含漱与内服、穴位贴敷、认知行为疗法、营养支持”于一体的个体化综合护理方案。经过4周的密集干预和2个月的随访，患者疼痛程度显著减轻，生活质量得到根本性改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉舌体、上腭持续烧灼痛，如“开水烫过”，口干，晨轻暮重，注意力分散时减轻，闲暇或睡前加重。伴有心烦易怒、失眠多梦、食欲不振。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: 视觉模拟评分法疼痛评分为7分(10分制)。唾液流率测定显示未刺激性唾液流率降低。焦虑自评量表得分达到中度焦虑水平。
 - (2) 中医评估: 舌质红，舌体偏瘦，舌尖红绛，苔少而干，脉细数。辨证属心脾积热，阴虚火旺。病机为思虑过度，心脾积热，灼伤阴液，虚火上炎，熏灼口舌。

三、问题列表

1. 慢性口腔疼痛: 与口腔黏膜感觉神经功能失调、阴虚火旺熏灼有关。
2. 焦虑: 与疼痛反复不愈、恐癌心理有关。
3. 睡眠型态紊乱: 与夜间疼痛加重、心烦不安有关。

四、护理计划与实施

1. 中医特色护理技术应用:
 - (1) 中药含漱液: 选用导赤散与增液汤化裁，主要包括生地、木通、竹叶、甘草梢、玄参、麦冬。煎汤后嘱患者每日多次含漱，每次含漱2-3分钟。

(2) **引火归元穴位贴敷**：选用吴茱萸研末，用醋调成糊状，每晚临睡前贴敷于双足涌泉穴，晨起取下。

2. 中西医结合镇痛与调理：

(1) **中药内服**：予知柏地黄汤合泻黄散加减，方中知母、黄柏、熟地、山萸肉滋阴降火；石膏、栀子清泻脾热；藿香醒脾。

(2) **营养神经支持**：在医生指导下，补充复合维生素 B 族，特别是维生素 B1、B2、B6、B12，以维持神经系统的正常功能。

3. 认知行为与心理干预：

(1) **认知重构**：向患者详细解释 BMS 是一种良性的、非癌变的慢性疼痛综合征，纠正其“恐癌”错误认知，减轻心理负担。

(2) **行为分散技术**：指导患者在疼痛加剧时，通过听音乐、阅读、散步等方式转移注意力。

(3) **放松训练**：教授腹式深呼吸和渐进式肌肉放松法，每日练习，以缓解焦虑情绪，改善睡眠。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **第 2 周**：患者自觉口干症状缓解，疼痛 VAS 评分降至 5 分，夜间睡眠有所改善。

(2) **第 4 周**：口腔灼痛感明显减轻，VAS 评分降至 2-3 分，进食时疼痛感基本消失。焦虑量表评分降至轻度水平。患者情绪显著好转。

(3) **2 个月后随访**：疼痛控制稳定，VAS 评分维持在 1-2 分。患者已恢复正常社交和饮食，对疾病管理充满信心。

2. 过程反思：

(1) **成功关键**：局部与整体结合、身心同治的综合模式；非药物技术接受度高；认知行为干预切中核心问题。

(2) **遇到的挑战**：患者初期对非药物治疗信心不足，通过建立良好护患关系和展示疗效增强依从性。

(3) **展望**：本方案为灼口综合征提供了可复制、系统化的护理范本，体现了护士在慢病管理中的核心作用。

银屑病患者“病-症-人”整体护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例深入汇报一例病程长达 15 年的斑块状银屑病患者整体护理过程。患者皮损反复发作，瘙痒剧烈，且因长期外观困扰承受巨大心理压力。护理团队秉持“病-症-人”一体化整体护理理念，通过整合中药药浴、耳穴压豆、皮肤屏障修复、认知行为干预及病友支持团体等多元化策略，经过 8 周的系统干预，实现了皮损的显著消退与患者生活质量的全面提升。

二、护理评估

1. **主观资料(S):** 患者主诉全身多处红色斑块，上覆厚层银白色鳞屑，瘙痒剧烈，尤以夜间为甚，影响睡眠。回避社交活动，自觉自卑、沮丧。
2. **客观资料(O):**
 - (1) **现代评估:** 银屑病面积和严重程度指数评分为 12 分（中度）。皮肤病生活质量指数评分为 18 分，显示疾病对生活造成严重损害。
 - (2) **中医评估:** 皮损色红，刮之有点状出血，舌质红，苔黄略腻，脉滑数。辨证属**血热风盛，兼有湿热**。病机为素体血热，复感风邪，热邪亢盛，郁于血分，发于肌肤。

三、问题列表

1. **皮肤完整性受损:** 与银屑病导致的表皮细胞过度增殖及炎症反应有关。
2. **舒适度减弱: 瘙痒:** 与炎症介质释放、血热风盛有关。
3. **自我形象紊乱:** 与皮损广泛分布、影响外观有关。

四、护理计划与实施

围绕“清血热、祛风湿、修复肤、安其神”的核心原则，制定实施以下计划：

1. **中西医结合皮损护理（病-症层面）:**
 - (1) **中药药浴:** 采用清热凉血、祛风止痒之剂，主要成分：土茯苓、白鲜皮、地肤子、生地黄、牡丹皮、赤芍、苦参。每日或隔日药浴一次，水温控制在 37-40℃，时间 15-20 分钟。
 - (2) **循证皮肤护理:** 药浴后立即涂抹医用保湿修复霜，以锁住水分，修

复受损的皮肤屏障。指导患者使用温和的皮肤清洁产品，避免搔抓。

2. 中医技术调节整体：

(1) **耳穴压豆**：选取肺、神门、内分泌、皮质下（及相应皮损部位耳郭对应点）。每日按压 3-5 次，以产生酸麻胀痛感为度。通过经络调节，达到凉血解毒、安神止痒的整体调节目的。

(2) **饮食指导**：依据“药食同源”理论，建议患者避免辛辣、发物（如牛羊肉、海鲜）、酒精等助湿生热之品。鼓励食用清热利湿的食物，如绿豆、薏苡仁、黄瓜、冬瓜等。

3. 心理社会支持与健康教育（人层面）：

(1) **结构化心理教育**：向患者系统讲解银屑病的病因、病程及可控性，纠正其“传染病”、“无法治愈”等错误认知，减轻心理负担。

(2) **认知行为技巧**：教授正念冥想，帮助患者接纳现状，减少对瘙痒的过度关注。指导瘙痒发作时的行为替代方法，如拍打或冷敷。

(3) **组建病友支持团体**：邀请病情控制良好的老患者分享经验，提供情感支持和实用技巧，帮助患者重建社交信心。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **第 4 周**：PASI 评分从 12 分降至 7 分，皮损厚度变薄，颜色转暗，鳞屑减少。瘙痒程度减轻，DLQI 评分降至 14 分。患者自述夜间睡眠改善。

(2) **第 8 周**：PASI 评分进一步降至 3 分，大部分皮损基本消退，仅留色素沉着。瘙痒基本消失。DLQI 评分大幅改善至 8 分。患者愿意穿着短袖外出，开始参与社交活动，情绪状态明显积极。

2. 过程反思：

(1) **成功关键**：“病-症-人”模式实现以患者为中心；药浴与屏障修复形成良性循环；病友支持提供真实希望。

(2) **遇到的挑战**：患者初期对长期药浴依从性差，通过简化流程和定期随访改善。

(3) **展望**：本模式可广泛应用于湿疹、慢性荨麻疹等心身相关性皮肤病的护理教学与临床实践。

复发性口腔溃疡的中西医结合护理与预防案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例详细汇报一例近一年来每月发作口腔溃疡患者的护理与预防管理过程。患者溃疡疼痛剧烈，严重影响进食、言语及情绪。护理团队深入分析其发作规律与体质特点，确立“急则清胃泻心治其标，缓则健脾益气固其本”的防治策略，构建了一个融合“中药内服与含漱、穴位刺激、个性化饮食追踪、生活方式调整”的周期性护理方案。经过1个月的急性期治疗和2个月的巩固期预防随访，成功打破了其频繁发作的循环，发作间隔显著延长，溃疡愈合力明显提升。

二、护理评估

1. 主观资料(S):患者主诉口腔黏膜、舌缘及颊黏膜反复出现圆形或椭圆形溃疡，疼痛剧烈，遇酸、热、辣食物加重。常伴有口干、口臭，大便干结。自述工作压力大、熬夜后更易发作，深感困扰。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估:可见2处直径约3-4mm的溃疡，表面覆盖黄色假膜，周围有红晕。视觉模拟评分法疼痛评分为6分。
 - (2) 中医评估:舌质红，苔黄厚，脉滑数。发作时辨证属脾胃伏火，心火上炎。缓解期则见舌淡胖，边有齿痕，脉弱，辨证转为脾气虚弱，阴火上乘。

三、问题列表

1. 口腔黏膜完整性受损:与免疫炎症反应、脾胃伏火上攻有关。
2. 急性疼痛:与黏膜破损、邪火灼络有关。
3. 营养摄入不足的风险:与进食时疼痛加剧有关。
4. 知识缺乏:关于预防复发的有效方法。

四、护理计划与实施

1. 急性发作期护理(第1-2周):清泻实火，消肿止痛
 - (1) 中药干预:内服:予清胃散合导赤散加减，方中含黄连、升麻、生地、丹皮、当归、木通、竹叶、甘草梢，以清泻脾胃及心经实火;含漱:

使用**甘草泻心汤**合锡类散化裁煎汤，每日多次含漱，以清热解毒、生肌敛疮。

(2) **穴位刺激**：针刺或指压合谷、曲池、内庭、劳宫等穴，以清泻热邪，缓解疼痛。

(3) **疼痛与饮食管理**：指导使用保护性药膜覆盖溃疡面。给予温凉、细软、无刺激的流质或半流质饮食。嘱其使用吸管饮水，减少液体接触创面。

2. 缓解期/预防期护理（第3周起）：健脾益气，防止复发

(1) **中药调理固本**：更方为**补中益气汤**或**参苓白术散**加减，侧重健脾益气，甘温除热，清除潜在的“阴火”。

(2) **艾灸强壮穴位**：指导患者居家自行艾灸足三里、脾俞、胃俞等穴，每周2-3次，以温补脾胃，增强体质。

(3) **个性化预防方案制定**：建立“溃疡日记”记录生活事件、饮食、情绪；制定个性化食谱，多食富含维生素B2、C、锌的食物；协助制定规律作息表，管理压力。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) **急性期结束（第2周）**：溃疡愈合，疼痛消失。患者掌握了急性期的自我护理方法。

(2) **巩固期第1个月末**：期间未出现新发溃疡。患者舌象改善，苔转薄白。

(3) **巩固期第2个月末（随访）**：仅在一次连续熬夜后出现一处小型溃疡，但愈合速度较前明显加快，疼痛感减轻。

2. 过程反思：

(1) **成功关键**：分阶段护理契合疾病特点；“溃疡日记”实现精准干预；艾灸等技术增强患者自主性。

(2) **遇到的挑战**：改变长期生活习惯是最大难点，通过共情和小目标设定逐步改善。

(3) **展望**：本案例展示了一套可推广的中西医结合护理路径，适用于社区及专科护理教学。

突发性耳聋的综合治疗与护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例突发性耳聋患者的综合治疗与护理过程。患者突发左耳听力下降伴耳鸣、眩晕，诊断为突发性感音神经性耳聋。护理团队采用中西医结合方法，在常规糖皮质激素、改善微循环药物治疗基础上，配合针灸、耳穴压豆及情志调理，经过2周积极干预，听力显著恢复，耳鸣眩晕症状基本控制。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉3天前晨起突发左耳听力下降，伴高频耳鸣、头晕，时有恶心感，情绪焦虑。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估：纯音听阈测试显示左耳平均听阈为65dB，鼓膜完整。
 - (2) 中医评估：舌红，苔薄黄，脉弦数。辨证属肝胆火旺，上扰清窍。

三、问题列表

1. 感觉知觉紊乱：听觉：与耳窍闭塞、肝胆之火上扰有关。
2. 眩晕：与风阳上扰、清阳不升有关。
3. 焦虑：与突发疾病、对预后担忧有关。

四、护理计划与实施

秉持“中西医结合，标本兼治”的原则，实施以下护理：

1. 药物治疗与监护：遵医嘱给予甲泼尼龙静脉滴注、银杏叶提取物改善循环，并密切监测药物不良反应。
2. 中医特色技术：
 - (1) 针灸治疗：取听宫、听会、翳风、中渚、太冲等穴，以疏通耳窍经络，清泻肝胆之火。
 - (2) 耳穴压豆：取内耳、肝、胆、神门、皮质下等穴，嘱患者每日自行按压。
3. 环境与情志护理：保持病室安静，避免噪音刺激。进行疾病知识宣教，减轻焦虑，指导放松训练。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- (1) 第 7 天：左耳听力提高至 45dB，耳鸣减轻，眩晕发作减少。
- (2) 第 14 天：左耳听力恢复至 30dB，耳鸣眩晕基本消失，情绪稳定。

2. 过程反思：

- (1) 成功关键：中西医结合治疗起效快，针灸与耳穴压豆在疏通经络、调节情志方面作用显著。
- (2) 遇到的挑战：患者初期因听力骤降极度焦虑，影响治疗依从性，需加强心理支持与沟通。
- (3) 展望：本模式可作为突发性耳聋急性期综合护理的标准化路径参考。

浆细胞性乳腺炎（粉刺性乳痈）的术后护理与复发预防案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例浆细胞性乳腺炎患者行脓肿切开引流术后的护理与复发预防过程。患者术后伤口愈合缓慢，且有反复发作史。护理团队以“祛腐生肌，调理冲任”为原则，在常规伤口护理基础上，运用中药外敷、乳管冲洗、饮食调摄及情志疏导等综合措施，经过4周干预，伤口愈合良好，随访6个月无复发。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉右乳反复红肿疼痛1年，此次发作伴脓肿形成，行切开引流术后，伤口渗液多，愈合慢，担心复发。

2. 客观资料(O):

(1) 现代评估：术后伤口约3cm×2cm，基底肉芽组织生长缓慢，有少量淡黄色渗液。

(2) 中医评估：舌暗红，苔黄腻，脉弦滑。辨证属湿热蕴结，气滞血瘀。

三、问题列表

1. 组织完整性受损：与手术创伤、余毒未清有关。

2. 疼痛：与局部气血瘀滞有关。

3. 焦虑：与伤口愈合缓慢、担心复发有关。

4. 知识缺乏：关于术后自我护理与复发预防。

四、护理计划与实施

围绕“促进伤口愈合与防止复发”两大目标，制定系统性方案：

1. 术后伤口护理：

(1) 中药外敷：初期用金黄散清热消肿，后期用生肌玉红膏祛腐生肌。

(2) 乳管冲洗：使用甲硝唑注射液配合地塞米松冲洗瘘管，控制局部炎症。

2. 中医调理防复发：

(1) 内服中药：予仙方活命饮合丹栀逍遥散加减，以清热活血，疏肝理气。

- (2) 饮食指导：严格忌口辛辣、油腻、发物（如海鲜、羊肉），多食清热利湿之品如冬瓜、薏苡仁。
- (3) 情志与生活调摄：详细解释疾病特点与转归，减轻心理负担；指导穿戴合适胸衣，避免乳房受压。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

- (1) 第 2 周：伤口渗液减少，肉芽组织新鲜，疼痛减轻。
- (2) 第 4 周：伤口完全愈合，无红肿疼痛。
- (3) 随访 6 个月：无复发，患者掌握自我检查与日常调护方法。

2. 过程反思：

- (1) 成功关键：中药内服外敷相结合，既针对局部创面，又调理全身湿热瘀滞体质，从根本上预防复发。
- (2) 遇到的挑战：患者因疼痛及对复发的恐惧而情绪波动，需持续进行心理疏导和信心建立。
- (3) 展望：本方案为浆细胞性乳腺炎这一疑难病的术后护理与健康管理提供了有效且可推广的范式。

基于“肠脑轴”理论干预肠易激综合症的护理案例

广州华南商贸职业学院

一、案例概要

本案例汇报一例腹泻型肠易激综合征患者的护理干预过程。患者常因情绪波动诱发腹痛、腹泻，现代医学检查无器质性病变。护理团队基于“肠脑轴”理论，采用低 FODMAP 饮食指导、益生菌补充、情志调理及穴位按摩等综合措施，经过 8 周干预，患者症状频率与严重程度显著下降，情绪与生活质量同步改善。

二、护理评估

1. 主观资料(S): 患者主诉反复腹痛、腹泻，每日 3-5 次，常因紧张、压力诱发。伴有失眠、心烦，日常工作生活受影响。
2. 客观资料(O):
 - (1) 现代评估: 肠易激综合征症状严重程度量表评分为 350 分(属中度)，汉密尔顿焦虑量表评分为 18 分。
 - (2) 中医评估: 舌淡红，苔薄白，脉弦细。辨证属肝郁脾虚。

三、问题列表

1. 排便异常: 腹泻: 与肝气乘脾、脾失健运有关。
2. 腹痛: 与肠道敏感、气机不畅有关。
3. 焦虑: 与症状反复、对日常生活影响有关。
4. 睡眠型态紊乱: 与肝郁化火、扰及心神有关。

四、护理计划与实施

依据“调肠治标，调心治本”的肠脑轴干预思路，实施综合护理：

1. 饮食干预:
 - (1) 低 FODMAP 饮食: 指导患者避免食用洋葱、大蒜、豆类等高发酵性碳水化合物食物。
 - (2) 益生菌补充: 每日补充双歧杆菌、乳酸杆菌，以调节肠道菌群平衡。
2. 情志与行为干预:
 - (1) 认知行为疗法: 帮助患者识别并改变与症状相关的负性思维与回避行为。

(2) 正念减压训练：每周进行正念练习，减轻压力对肠道的影响。

3. 中医适宜技术：

(1) 穴位按摩：指导患者每日自我按摩足三里、太冲、内关、天枢等穴，以疏肝健脾，调理气机。

(2) 耳穴压豆：取交感、神门、大肠、小肠等穴，辅助调节神经与肠道功能。

五、效果评价与过程反思

1. 效果评价：

(1) 第4周：腹痛腹泻发作频率减少约50%，焦虑评分降至12分。

(2) 第8周：症状严重程度量表评分降至150分，焦虑评分降至7分，睡眠质量明显改善。

2. 过程反思：

(1) 成功关键：从“肠脑轴”整体调控入手，将饮食管理、微生物调节、情志疏泄与经络刺激有机结合，多靶点干预见效。

(2) 遇到的挑战：低FODMAP饮食执行初期患者感到繁琐且选择受限，需提供详细的食物清单和食谱支持。

(3) 展望：本案例验证了基于“肠脑轴”理论的整体护理模式在功能性胃肠病管理中的有效性，极具临床推广前景。