

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.02.014

运用麝香从“痰、火、瘀、虚”论治最小意识状态

宋研博^{1,2}, 孙永康^{1,3}, 李明远⁴, 王新志^{1,3,5}✉

1. 河南中医药大学第一附属医院脑病中心, 河南省郑州市金水区人民路19号, 450099; 2. 河南中医药大学第一临床医学院;
3. 中西医防治重大疾病河南省协同创新中心; 4. 焦作市第二人民医院; 5. 河南省中医药科学院脑病研究所

[摘要] 认为最小意识状态为处于窍闭神匿到窍开神现的边缘状态, 但仍属“中风闭证”范畴, 病机总属邪气痹阻、窍闭神匿, 病理因素为痰、火、瘀三端, 风动和水饮可伴随其中, 后期多因气血阴阳的耗伤而致虚闭。治疗上以麝香为君, 注意配伍及用药缓急; 以开窍为法, 同时注重祛邪与扶正。痰、火重者以小承气汤开其下窍、以泄热通腑, 以麝香配牛黄开其上窍, 以醒神导气。痰浊较甚者以白芷暂代麝香, 以涤痰汤豁痰开窍, 待痰浊渐消再加用麝香。瘀血为主者以通窍活血汤活血通窍, 以求血行风自灭, 血利则无水患, 瘀血除则窍开神现。窍闭体虚者应开窍扶正、标本兼顾, 气虚者以补阳还五汤益气扶正, 阴虚者以芍药甘草汤合封髓丹养阴柔筋、封固肾中精气, 阳虚者以地黄饮子滋阴补阳开窍。

[关键词] 最小意识状态; 麝香; 意识障碍; 醒脑开窍; 痰; 火; 瘀; 虚

最小意识状态(minimally conscious state, MCS)是一种严重的意识障碍, 即意识严重障碍, 但又有明确的行为证据证明患者存在最小的自我或环境意识的状态^[1], 包括最小意识状态+(MCS+)和最小意识状态-(MCS-)^[2]。MCS+指患者具有较高水平的行为反应, MCS-则指水平较低的行为反应^[3]。MCS可由急性脑损伤后植物状态或昏迷、神经系统变性或先天性疾病等发展而来^[4]。有研究显示, 19.8%的急性缺血性中风患者起初即存在意识水平降低^[5], 34.4%的脑出血患者入院时处于嗜睡或昏迷状态^[6]。严重的意识障碍既影响患者预后, 又延迟其康复时间, 增加相应的治疗和护理费用^[7]。MCS的出现标志着患者恢复了对环境做出反应的能力^[8], 预示良好的病情转归。与植物状态患者相比, 1/3的MCS患者在起病1年后可得到改善^[9]。把握好MCS的治疗时机对促进昏迷和植物状态患者的苏醒具有十分重要的意义, 但目前针对MCS尚缺乏特异治疗方案及药物。

本团队结合多年辨治经验, 认为MCS处于窍闭神匿到窍开神现的临界状态, 病理因素为痰、火、瘀, 风动和水饮可伴随其中, 后期多因气血阴阳的耗伤而致虚闭。麝香为开窍要药, 可用于MCS的临床治疗。本团队治疗MCS以麝香开窍为主, 同时注重祛邪与扶正, 现将相关经验总结如下。

1 麝香为开窍醒神之要药

麝香又名脐香、元寸、当门子等, 为鹿科动物麝之雄体香囊中的干燥分泌物, 位列四大动物香之首^[10], 《神农本草经》将其列为上品。《本草求真》谓其“辛温芳烈, 开关利窍, 无处不到, 如邪气着人淹闭不起, 则关窍闭塞, 登时眼翻手握, 僵仆昏地, 故必用此辛香自内达外, 则毫毛骨节俱开”。因麝香既芳香辛窜, 又为上品, 故自古多为窍蒙神闭之必用药, 诸多开窍剂中皆有麝香。《本草纲目》言:“若诸风、诸气、诸血、诸痛、惊痫、癰疽诸病, 经络壅闭, 孔窍不利者, 安得不用为引导以开之、通之耶?”《本草述》亦言:“麝香之用, 其要在能通诸窍一语……如风中藏昏冒, 投以至宝丹、活命金丹, 其用之为使者, 实用之为开关夺路, 其功更在龙脑、牛黄之先也……即虚而病于壅结闭者, 亦必借之为先导。”本团队治疗MCS每以麝香

基金项目: 中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)(国中医药人教发[2018]284号); 河南省“双一流”创建学科中医学科学研究专项(HSRP-DFCTCM-2023-5-07); 河南中医药大学2023年度研究生科研创新类项目(2023KYCX035)

✉ 通讯作者: zqnzqn@163.com

为君药，其走窜虽烈，又为血肉有情之物，以此疗血肉有情之身绝非草石能比，无论寒热诸闭皆可用之。

现代药理研究^[11-12]表明，麝香对中枢神经系统有兴奋和抑制的双向作用（少量兴奋、大量抑制），并能快速透过血脑屏障，减轻脑组织缺血缺氧及水肿，减轻神经元细胞肿胀，减少迟发性神经细胞变性坏死；减少缺血脑组织的白细胞浸润，抑制炎症反应；抗自由基损伤，减轻神经细胞损害，可不同程度地保护和修复大脑皮层神经元、改善神经功能等。

2 运用麝香从痰、火、瘀、虚治疗 MCS

根据 MCS 患者的意识活动状态，可将其归属“中风闭证”范畴。MCS 闭证多由痰、火、瘀等实邪闭窍匿神所致，风动、水饮可伴随其中，后期多出现气血阴阳耗损而转为虚闭。根据“缓则治其本、急则治其标”的原则，MCS 患者窍闭神匿、神不导气，若不急投开窍之剂、施以醒脑之法，则患者神气渐失，变证万千，终不能治。《本草纲目》载：“中风不省者，以麝香、清油灌之，先通其关，则后免语謇瘫痪之证，而他药亦有效也。”故治疗上以麝香为君药，以醒脑开窍为总体治疗大法，以求窍开神现，对于麝香的用法用量强调“中节而投，适可而止”（《本草述》）。本团队在临床上麝香每次用量为 0.1 g，常以 5 剂为 1 个疗程，直至患者意识恢复正常。此时亦需特别注意望神，即密切观察患者意识水平是否恢复至正常状态，连服 20 剂仍不能完全恢复者不可更服，须暂缓 1 周再投麝香。同时注重从胃论治^[13]，急性期强调开窍为主、通腑为辅，疾病后期注意开窍扶正、养护脾胃。并强调应用腹诊^[14]和切诊趺阳脉以诊查脾胃之气，通过腹诊和切诊合参，综合辨证，对麝香之配伍用药有重要意义。

2.1 痰热并重，上下同治，麝香配牛黄

在中风的急性期出现 MCS 患者往往痰热较重，临床常表现为发热痰多，腹部叩之如鼓，按之有条索状物，大便秘结，舌质红苔黄厚，脉弦滑等一派痰热之象。本团队认为脾、胃、肠均以胃为本，在辨治脑系疾病时注重脑与胃的密切关系，形成了“上病下治，脑病胃治”的学术观点^[13]。在 MCS 的辨治中亦注重同调上下窍。此时宜以小承气汤开其下窍、以泄热通腑使邪有所去，同时用麝香配牛黄开其上窍、以醒神导气使神有所出。常用牛黄 3 g（冲服）、麝香 0.1 g（冲服），每日 1 次，以增强开

窍醒神、豁痰解毒之功。能自行饮水者可直接冲服，不可自行饮水者采用鼻饲管服用。对于伴有急腹症等不宜服药的患者，可先以小承气汤灌肠，待腑气通畅，再冲服麝香、牛黄。

此阶段的治疗因患者风阳痰火炽盛、上蒙清窍、下闭阴窍，故神机内闭、腑气不通，必用通下法使下窍通、痰热泄，以麝香配合牛黄以清上窍痰热毒邪，则上窍可开、危象可解。对于痰热壅甚，痰多而黏、喉中痰鸣的患者可加胆南星 12 g、橘红 15 g、竹茹 15 g、煅礞石 30 g 以助豁痰。热毒较重，发热、鼻翼扇动、苔黄厚者加黄连 10 g、黄芩 12 g、黄柏 9 g、栀子 12 g 以解热毒实邪。肝火明显而见面红目赤、脉弦有力者，可加龙胆 9 g、栀子 15 g 以清肝泻火。若患者颜面潮红，寸口脉弦而细、趺阳脉弦而长，偏于肝阳上亢者加赭石 15 g、龙骨 15~30 g、牡蛎 15~30 g 以平肝潜阳，加白芍 9 g、柏子仁 9 g 以润肝阴。本团队应用大黄多以 10 g 为起始剂量，腑实热结甚者大黄可渐加至 20 g，不效加芒硝 10 g 取大承气汤方义以通腑泄热。

2.2 痰蒙甚者，宜先豁痰，缓投麝香

若患者痰蒙较重，当先豁痰，暂缓应用麝香。因壅盛之痰浊未除，恐开窍无益反为其害，此时宜用涤痰汤（《奇效良方》）加减，以豁痰熄风、醒脑开窍。可先以白芷 9~15 g 暂代麝香，取其芳香辛温通透之效，待痰浊渐消后再加用麝香。痰浊重症，痰稠而黏，喉中痰鸣，咳吐不利，可加猪牙皂 1.5 g、细辛 3 g 以辛开温通、化浊去痰、芳香透达。略偏热者可加川贝母粉冲服以清润化痰。若大便不畅者可加大黄 10 g 以通腑气。偏寒者可配合苏合香 1 g 以辛温开窍。伴瘀血明显者加赤芍 6 g、川芎 6 g、炒桃仁 10 g、红花 10 g 以活血化瘀通窍。

2.3 瘀血为主，化瘀通窍，守通窍活血汤

若患者脑有离经之血，而他证又尚不明显时，可采用活血化瘀、通络开窍为治疗大法，方选《医林改错》通窍活血汤加减。应用此方时应特别注意，痰、热及虚象不明显方可投用，煎服方法亦需特别注意。原方载：“用黄酒半斤，将前七味煎一钟，去渣，将麝香入酒内，再煎二沸，临卧服。方内黄酒……宁可多二两，不可少……大人一连三晚吃三付，隔一日再吃三付。”临证应用通窍活血汤时基本遵循原方制法，睡前服用，5 日为 1 个疗程。若恐有出血之虞，可加海螵蛸 30 g、三七 9 g、当归 9 g 以收敛止血。

2.4 窍闭体虚，标本兼顾，勿忘扶正养神

虚证可由痰热、痰蒙、瘀血等证转化而来，或因日久虚损而来。患者未能及时恢复意识，长期卧床，则会导致正气渐亏，神气耗散，甚至出现多种并发症。患者常无明显痰、热之象，舌质暗淡，苔白，脉沉，大便可因气虚无力、阴虚失润而表现为便秘，趺阳脉多迟或浮而无力。故在醒脑开窍的同时当开窍扶正、标本兼顾，辅以补益之品以养神，一防神气暗耗、无神可回，二防久卧体虚、神无所依。《素问·宣明五气论篇》言“久卧伤气”，意识障碍患者卧床少动，短则数周，长则终生，由此气虚可知。患者常表现为腹部起伏减弱，腹壁柔软，闻之肠鸣羸弱，临证可以麝香 0.1 g 配合补阳还五汤加减。《类经》言：“气盛则神全。”故以补阳还五汤益气生血养神，为神的恢复提供物质基础。对于方中黄芪，王清任《医林改错》有言：“用一二两，以后渐加至四两，至微效时，日服两剂”。本团队在临床上用黄芪常以 15~30 g 起，可逐渐加量至 60 g 以上。且黄芪尚能利水，若伴水肿、趺阳脉见伏象者可加泽泻 30 g、泽兰 15 g、益母草 20 g 以助其利水消肿。气虚便秘者加火麻仁 15 g、陈皮 15 g 以取黄芪汤益气通便之效。腹胀明显者加槟榔 9 g、枳壳 12 g 以行气除胀。若见筋脉拘急、四肢痉挛性瘫痪，皮肤多触及正常，久按温热，甚者夜间潮润、黏腻，已由气虚转为阴虚，不可再予黄芪之类，当取酸甘化阴之法，以芍药甘草汤合封髓丹封固肾中精气以养神。若患者面白、肢冷，少腹发凉，转为阳虚者，以地黄饮子加减；寒象明显者，加炮附片 3 g、桂枝 3 g 温阳行气化饮。

3 典型案例

患者，男，74 岁，2021 年 4 月 14 日初诊。家属代诉：外伤后头痛 16 天，加重伴意识障碍 15 天。患者 16 天前头部外伤后出现头痛、恶心欲吐，不伴意识障碍，无肢体乏力，无大小便失禁，当地村医测血压高压 200 mmHg，低压未测出，予脱水降颅压等治疗（具体用药不详），外伤次日症状加重并伴意识障碍。2021 年 3 月 29 日查头颅 CT 示：右侧硬膜下血肿；多发脑挫裂伤。予脱水降颅压、营养神经等对症治疗，症状未见明显好转。2021 年 4 月 13 日行头颅 CT 示：双侧颞叶挫裂伤，双侧硬膜下血肿，蛛网膜下腔出血；脑水肿，脑疝形成。既往高血压病史，具体时间及血压情况不详，未规律服用药物治疗，余无异常。刻下症见：听觉惊吓可

眨眼，可视觉定位，疼痛刺激下肢体可回撤屈曲，有反射性口部运动但不能进行语言交流，呼吸急促，痰多黏稠，双肺听诊呼吸音粗，面红，口气臭秽，腹胀明显，大便 3 日未解，舌绛、苔黄厚，寸口脉弦数，趺阳脉浮而数。心率 103 次/min，呼吸 27 次/min，血压 148/62 mmHg。昏迷恢复量表（the Coma Recovery Scale-Revised, CRS-R）^[15] 检测：听觉 1 分、视觉 2 分、运动 2 分、言语 1 分、交流 0 分、觉醒 3 分，结果：MCS-。西医诊断：脑挫裂伤；右侧颞顶部硬膜下血肿；蛛网膜下腔出血；高血压病 3 级（极高危）。中医诊断：中风，闭证，痰热蒙窍证。治法：泄热通腑、豁痰开窍。处方：大黄 20 g，芒硝 10 g。3 剂，灌肠，隔日 1 次，以大便通下为度，大便自解时随时停药。西医治疗予气管切开术、留置尿管，保肝、营养支持、调节电解质等对症处理。

2021 年 4 月 22 日二诊：患者灌肠 3 剂后大便解，口臭好转，生命体征平稳（体温 36.7℃，心率 70 次/min，呼吸 20 次/min，血压 138/75 mmHg），痰明显减少，腹胀减轻，但意识障碍未见明显好转，气管切开处氧气吸入，双肺呼吸音粗，面色暗，大便偏稀，每日 2 或 3 次，留置尿管，尿色黄，余症同前，舌暗、苔黄，寸口脉弦涩，趺阳脉涩。CRS-R 评分同前。中医辨证属瘀血阻窍，治以活血化瘀、醒脑开窍为法，予通窍活血汤加减，处方：赤芍 6 g，川芎 6 g，炒桃仁 10 g，红花 10 g，川贝母粉 15 g（冲服），人参 30 g，海螵蛸 30 g，麝香 0.1 g（冲服），生姜 3 片，大枣 5 枚，葱白 2 根。5 剂，睡前服用 1 次。煎服方法：葱白切段放入药物内，取黄酒 200~300 ml 浸泡药物 50 min，大火烧开后，小火煎熬 50 min，滤出药液，放入川贝母粉、麝香冲服。西医治疗同前。

2021 年 4 月 26 日三诊：患者意识好转，呈觉醒状态，可做声源定位、视觉定位、疼痛定位，有口部发声动作但不能言语交流，面色淡暗，气管切开，留置胃管，留置尿管，尿色黄，大便稀溏，每日 2 次，舌暗、苔白，脉沉细涩，趺阳脉微弦。CRS-R 评分：听觉 2 分、视觉 2 分、运动 3 分、言语 2 分、交流 0 分、觉醒 3 分，结果：MCS-。头颅 CT 结果示：双侧颞叶挫裂伤，双侧硬膜下血肿，较 4 月 13 日 CT 结果血肿明显吸收。继续予 4 月 22 日方加滑石 30 g、甘草 6 g，5 剂，煎服法同前。西医治疗继续予保肝、营养支持、调节电解质等对症处理。

2021 年 4 月 29 日四诊：意识较前明显好转，呈觉醒状态，可重复执行指令、眼球可追踪目标、可疼痛定位，可做简单言语交流但不完全准确，气管切开，留置胃管，留置尿管，尿液转清，大便稀、每日 2 次，舌暗红、苔白腻，脉沉细涩。CRS-R 评分：听觉 3 分、视觉 3 分、运动 3 分、言语 2 分、交流 1 分、觉醒 3 分，结果：MCS+。复查头颅 CT 示：双侧颞叶挫裂伤治疗后，双侧硬膜下少量血肿，较 4 月 26 日 CT 结果血肿明显吸收。予通窍活血汤与平胃散，通窍活血汤：赤芍 6 g，川芎 6 g，炒桃仁 10 g，红花 10 g，麝香 0.1 g（冲服），生姜 3 片，大枣 5 枚，葱白 2 根，5 剂，煎服方法同二诊；平胃散方：麸炒苍术 15 g，姜厚朴 10 g，陈皮 12 g，炙甘草 6 g，草果仁 12 g，石菖蒲 15 g，砂仁 9 g，白术炭 15 g，诃子肉 20 g，茯苓 15 g，5 剂，每日 1 剂，水煎，每日早晚饭后分服。西医治疗同前。

2021 年 5 月 4 日五诊：意识状态稳定（同四诊），留置胃管，留置尿管，大便仍偏稀、每日 1 次，腹部鼓音，舌暗淡、苔白厚，脉沉细，趺阳脉浮。CRS-R 评分同四诊。守 4 月 29 日通窍活血汤与平胃散方各 5 剂，煎服法同前。西医治疗同前。

2021 年 5 月 8 日六诊：呈觉醒状态，可重复执行指令、眼球可追踪目标、可疼痛定位，可进行简短言语交流、语言表述正确，留置尿管，大便较之前成形、每日 1 次，腹部鼓音较前好转，舌淡暗、苔白，脉沉，趺阳脉缓。CRS-R 量表评分：听觉 3 分、视觉 4 分、运动 5 分、言语 3 分、交流 2 分、觉醒 3 分，结果：脱离 MCS（EMCS）。患者意识障碍好转，病情稳定，因骶尾部压疮较重，转入专科治疗。

半年后随访，患者意识尚清，可简短语言交流，囍不适随诊。

按语：参考文献 [9, 16] 报道，本团队在治疗中采用了 CRS-R 来评价患者的意识水平。本例患者初入院时，痰热较重，大便不解，上下皆闭，邪无出路，且患者病情较重，药从上窍入时又恐其不受，故予大黄、芒硝直肠给药直取下窍，以求速效且不得上窍。下窍通则邪有所去，故邪热得解，为上窍启闭创造了条件。下窍已开，痰热标实已去，则上窍启闭当紧，而该患者外伤起病，上窍为离经之血所闭，且已无痰热之患，抓住 MCS 开窍的关键时期，合理运用麝香，5 剂即效。因患者二诊时大便偏稀，故用海螵蛸以收涩腑气，兼防活血

太过，并以人参兼防气虚，以川贝母清扫余痰，仍以麝香开窍醒神。三诊患者未见明显变证，患者虽然出现大便稀溏，但治疗上并未急于实便，而是以滑石利小便之法，一者患者小便色黄，有小便不利之象，二者患者宁取便溏以通腑、切勿实便而致闭，故前方加滑石并调大小便，使小便利，大便畅，以麝香开窍的同时加甘草以调和诸药、兼护脾胃。四诊加用平胃散调之，取苍术运脾之效，一防麝香辛窜碍胃，二可化湿扫除余痰，三可扶正恢复脾胃之气、以助气血养神，仍法“脑病胃治”。六诊患者脱离最小意识状态，病情转稳。本案以“痰、火、瘀、虚”为辨证纲领，以麝香为主醒脑开窍，谨守病机，辨证施治，密切关注病情变化，及时调整用药方案，在不同阶段施以开窍、通腑、化痰、扶正等治法，在 MCS 的关键时刻，纠正了患者的意识障碍，终获良效。

参考文献

- [1]GIACINO JT, ASHWAL S, CHILDS N, et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria [J]. *Neurol*, 2002, 58(3):349-353.
- [2]BRUNO MA, VANHAUDENHUYSE A, THIBAUT A, et al. From unresponsive wakefulness to minimally conscious PLUS and functional locked-in syndromes: recent advances in our understanding of disorders of consciousness [J]. *J Neurol*, 2011, 258(7):1373-1384.
- [3]BRUNO MA, MAJERUS S, BOLDY M, et al. Functional neuroanatomy underlying the clinical subcategorization of minimally conscious state patients [J]. *J Neurol*, 2012, 259(6):1087-1098.
- [4]林元相, 徐如祥. 最小意识状态的定义、诊断标准及临床鉴别 [J]. *中华神经医学杂志*, 2005, 4(2):203-205.
- [5]WEIMAR C, ROTH MP, ZILLESSEN G, et al. Complications following acute ischemic stroke [J]. *European Neurol*, 2002, 48(3):133-140.
- [6]VEMMOS KN, TAKIS CE, GEORGILIS K, et al. The athens stroke registry: results of a five-year hospital-based study [J]. *Cerebrovasc Dis*, 2000, 10(2):133-141.
- [7]TONG X, KUKLINA EV, GILLESPIE C, et al. Medical complications among hospitalizations for ischemic stroke in the United States from 1998 to 2007 [J]. *Stroke*, 2010, 41(5):980-986.
- [8]董月青. 关注最小意识状态 [J]. *武警医学*, 2017, 28(1):1-4.
- [9]LUAUTÉ J, MAUCORT-BOULCH D, TELL L, et al. Long-term outcomes of chronic minimally conscious and

- vegetative states[J]. *Neurol*, 2010, 75(3):246-252.
- [10]王岚,王翰,刘海萍,等. 麝香的研究现状[J]. 资源开发与市场, 2016, 32(1):77-81.
- [11]郝吉福,程怡. 麝香的药理学研究概况[J]. 时珍国医国药, 2004, 15(4): 248-249.
- [12]李瑾翡,王宁生,陆惠文,等. 麝香酮药代动力学研究[J]. 中药新药与临床药理, 2000, 11(4): 208-210, 255.
- [13]孙永康,王新志. 王新志从“胃”论治脑病学术观点探析[J]. 中医杂志, 2020, 61(24):2140-2144.
- [14]孙永康,王新志,杨海燕. 王新志教授在脑系疾病中应用腹诊经验[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(3):702-703.
- [15]GIACINO JT, KALMAR K, WHYTE J. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: measurement characteristics and diagnostic utility[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2004, 85(12):2020-2029.
- [16]SEEL RT, SHERER M, WHYTE J, et al. Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2010, 91(12):1795-1813.

Treatment of Minimally Conscious State with Musk Based on "Phlegm, Fire, Blood Stasis, and Deficiency"

SONG Yanbo^{1,2}, SUN Yongkang^{1,3}, LI Mingyuan⁴, WANG Xinzh^{1,3,5}

1. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450099; 2. The First Clinical Medical College of Henan University of Chinese Medicine; 3. Henan Provincial Collaborative Innovation Center of Prevention and Treatment of Major Diseases by Chinese and Western Medicine; 4. The Second People's Hospital of Jiaozuo; 5. Institute for Brain Disorders of Henan Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT Minimally conscious state (MCS) is at the edge between closed and open consciousness, but it still belongs to the category of "wind-strike block" syndrome. The basic pathogenesis of MCS is the obstruction of pathogenic *qi*, orifices closed and spirit hidden, with pathological factors including phlegm, fire, and blood stasis. Wind movement and water retention may also be present, and often leading to deficiency syndrome due to the exhaustion of *qi*, blood, *yin*, and *yang* at later stages. Treatment chooses Shexiang (*Moschus*) as the chief medicinal, emphasizing combination of medicinals and urgency of medication administration; the key therapeutic method is to open the orifices, with focuses on expelling pathogens and reinforcing healthy *qi*. For patients with severe phlegm or fire, use *Xiao-chengqi Decoction* (小承气汤) to open the lower orifices, discharge heat and unblock the bowels, combined with Shexiang (*Moschus*) and Niu Huang (*Bovis Calculus*) to open the upper orifices, awaken the spirit and guide *qi*. For patients with turbid phlegm as the predominant, temporarily replace Shexiang (*Moschus*) with Baizhi (*Angelicae dahuricae radix*), using *Ditan Decoction* (涤痰汤) to eliminate phlegm to open the orifices, when turbid phlegm gradually subsided, Shexiang (*Moschus*) could be added. For patients with blood stasis as the predominant, *Tongqiao Huoxue Decoction* (通窍活血汤) will be used to activate blood and open orifice, if the blood circulates, the endogenous wind will be calmed, the water will be induced, the orifices will open and the consciousness will restore. For patients with closed orifices and body deficiency, the treatment should open the orifices and reinforce healthy *qi*, and consider the root and branch simultaneously; *qi* deficiency syndrome can be addressed with *Buyang Huanwu Decoction* (补阳还五汤) to boost *qi* and reinforce healthy *qi*; *yin* deficiency syndrome can be treated with *Shaoyao Gancao Decoction* (芍药甘草汤) combined with *Fengsui Pill* (封髓丹) to nourish *yin*, soften sinews, and secure kidney essence; *yang* deficiency can be managed by using *Dihuang Yinzi Decoction* (地黄饮子) to enrich *yin*, supplement *yang*, and open the orifices.

Keywords minimally conscious state; Shexiang (*Moschus*); disorders of consciousness; awaken the consciousness and open the orifices; phlegm; fire; blood stasis; deficiency

(收稿日期: 2024-04-11; 修回日期: 2024-05-12)

[编辑: 贾维娜]