

DOI: 10.12209/CAIM202506050001

· 中西医结合临床案例 ·

中西医结合治疗 1 例基底节脑出血患者的护理报告

李凤燕, 刘 丹

(石家庄市中医院光华院区 外科神经外科, 河北 石家庄, 050000)

摘要: 本文总结中医综合疗法联合西医治疗 1 例基底节脑出血患者的护理经验。中医采用温通刮痧、中药热奄包及中药泡洗疗法,以温通经络、活血祛瘀;西医应用脱水降颅压、止血及醒脑开窍等药物,辅以生活起居、饮食调护、情志调理与康复锻炼等相关护理,对患者实施全程优质的护理干预,显著改善了患者的运动及感觉障碍,提高了患者的生活质量。

关键词: 基底节出血; 中医综合疗法; 中西医结合; 临床护理

Nursing Report of a Patient with Basal Ganglia Intracerebral Hemorrhage Treated with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

LI Fengyan, LIU Dan

(Department of Neurosurgery, Guanghua Branch of Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei, 050000)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese medicine (TCM) and Western medicine treatment for a patient with basal ganglia hemorrhage. TCM modalities included warming and unblocking Gua Sha therapy, Chinese herbal hot compress packs, and herbal soaking baths to warm/unblock meridians and activate blood circulation/resolve stasis. Western medical interventions involved administering dehydration agents for intracranial pressure reduction, hemostatics, and consciousness-restoring/orifice-opening medications. Comprehensive high-quality nursing interventions were implemented throughout the treatment course, encompassing lifestyle guidance, dietary regulation, emotional regulation, and rehabilitation exercises. These combined approaches significantly improved the patient's motor and sensory deficits and enhanced their quality of life.

KEY WORDS: basal ganglia hemorrhage; comprehensive TCM therapies; integrated Chinese and Western medicine; clinical nursing

脑卒中(Stroke)是脑部血管阻塞或突然破裂引起脑组织损伤的一种急性脑血管疾病,为神经系统的常见病和多发病。根据美国心脏协会/美国卒中协会(American Heart Association/American Stroke Association, AHA/ASA)公布的脑卒中统计数据显示,脑卒中已经成为全球第二大死亡原因^[1]。近年来流行病学资料表明,我国每年新发脑血管病者数约为 200 万人,发病率及患病率呈逐年上升趋势^[2-4]。脑出血(Intracerebral Hemorrhage, ICH)作为危害最严重的卒中亚型,具有发病率高、致残率高、病死率高的特点。症状可能在

数分钟或数小时内迅速进展,在出血量大和出血部位特定的情况下,可能会出现昏迷、言语含混、面部麻木、行走困难等典型症状,严重影响到患者生活质量^[5],因此早期精准辨证与中西医结合干预对改善预后至关重要^[6]。本病例以 37 岁青年男性为对象,突破传统“中老年高发”的认知,提示青年患者可能因不良生活方式(如长期高血压未控制)诱发中风,需引起临床警惕^[7]。结合头颅 CT 定位出血灶与中医“风痰阻络”辨证,验证中西医结合诊疗的有效性,西医遵循 AHA/ASA 指南及中国脑出血诊疗规范进行血压管理、降颅压及神

收稿日期:2025-06-05

OPEN ACCESS

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

经保护,中医以息风化痰、活血通络为治则,并于脑出血稳定后启动中医康复干预措施。该病例为非典型年龄人群的脑出血辨治提供了实证依据,既体现中医个体化治疗优势,也提示青年高血压患者需重视血压管理及体质调理。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,37岁,主因“突发头晕头痛伴右侧肢体无力2h”于2025年03月18日入院。现病史:缘于入院前约2h患者做饭时突然感觉头晕头痛,头晕呈持续性闷痛,伴右侧肢体活动无力,右手持物不稳,右腿抬脚无力,休息不能缓解,但未觉视物模糊,听力障碍等症状,由家人陪同来我院就诊于骨科。行头颅CT、颈椎CT及腰椎CT检查提示左基底节区脑出血,脑干腔梗?必要时复查或进一步检查;C2-3、C3-4、C4-5椎间盘突出;L4-5、L5S1椎间盘轻度膨出。患者检查提示脑出血,为进一步诊治门诊以“左侧基底节出血”收入神经外科。入院证见:神清,精神差,言语迟缓,头晕头痛,头晕呈持续性闷痛,伴右侧肢体活动无力,感觉麻木,右手持物不稳,右腿抬脚无力。既往史:既往体健。

1.2 查体

入院查体:体温(T)36.0℃,脉搏(P)88次/min,呼吸(R)22次/分,血压(BP)154/103 mm Hg。专科情况:神清,精神差,言语迟缓,双侧瞳孔直径2.5 mm,对光反射灵敏,颈项无强直,双肺呼吸稍粗,心脏听诊未见明显异常,腹软,无压痛反跳痛,叩鼓音,肝脾肋下未触及。嗅觉正常,粗测视力未见明显异常、听力未见明显异常,额纹对称,伸舌居中,口角无歪斜,耸肩有力,右侧下肢肌力3级,肌张力下降,上肢肌力3级,持物不稳,精细动作差,感觉麻木,左侧肢体肌力5级,肌张力正常,右侧巴氏征阳性。患者舌暗红苔白厚腻,脉弦数。

1.3 辅助检查

2025年3月18日头颅CT:左侧基底节区脑出血(最大横截面2.5 cm×1.4 cm,出血量估算5.25 mL)。2025年3月25日头颅CT:左侧基底节区脑出血后改变,与3月18日检查结果相比变化不大,建议治疗后复查。2025年4月1日头颅CT:此次检查与2025年3月25日检查比较,示左基底节区脑出血后改变(最大横截面1.1 cm×1.6 cm,出血量估算2.64 mL),建议治疗后复查。

2025年3月18日:血常规白细胞计数 $9.88 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对值 $7.81 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比79.0%,其他实验室检查未见明显异常。2025年3月26日血常规结果正常。

1.4 诊断

中医诊断:中风(中经络),风痰阻络证。辨证依据:患者突发头晕头痛、右侧肢体无力,结合头颅CT示左基底节区脑出血,病属中风中经络。舌暗红为瘀血阻滞,苔白厚腻、脉弦数提示风痰内盛。其病机为肝风夹痰,上扰清窍,阻滞经络,致气血运行不畅、肢体失养。虽年轻但起病急骤,符合风阳上扰之征,且无明显气虚表现,故辨证为风痰阻络证。西医诊断:左侧基底节出血,高血压病2级(极高危),颈椎间盘突出,腰椎间盘突出。

1.5 治疗

入院后予神经外科护理常规,一级护理,禁食水,头抬高30°卧位,心电血压指脉氧监测,氧气吸入。完善血常规、生化、凝血、大便常规、尿常规等检验检查。针对患者病情以息风化痰、活血通络为治则,需针对“风、痰、瘀”三大病理因素,以平息肝风、化解痰浊为核心,兼以疏通经络、活血化瘀,改善气血痹阻状态,恢复肢体功能,同时注重早期介入通络康复,促进神经功能恢复。予脱水降颅压、止血、抑酸护胃、营养支持及醒脑等药物应用,酚磺乙胺0.5 g静点,1次/d(应用起止时间2025年3月19日至2025年3月23日),甘露醇150 mL静点,1次/8 h,泮托拉唑40 mg静点,1次/d,纳洛酮2.0 mg静点,1次/d(应用起止时间均为2025年3月19日至2025年3月25日),复方氨基酸注射液250 mL静点,1次/d,清开灵40 mL静点,1次/d(应用起止时间均为2025年3月19日至2025年4月10日)。予患者温通刮痧、中药热奄包及中药泡洗治疗,均为1次/d(应用起止时间均为2025年3月22日至2025年4月9日)以改善局部血液循环,促进神经功能恢复。患者于2025年4月10日好转出院,累计住院23 d,治疗变化过程详见表1。

2 护理

2.1 护理评估

本例患者护理评估内容及结果,详见表2。

2.2 护理诊断

根据患者病情,护理诊断结果具体如下:①运动感觉障碍与脑出血位置靠近外囊有关;②头痛头晕与脑出血后脑水肿有关。

表1 治疗变化过程

评估项目	3月18日	3月20日	3月24日	3月26日	3月28日	3月31日	4月7日
右上肢肌力	3级	3级	3+级	3+级	4-级	5-级	5-级
右下肢肌力	3级	3级	3+级	3+级	4-级	5-级	5-级
右上肢诺丁汉感觉功能评价量表	10分	/	15分	/	/	16分	18分
右下肢诺丁汉感觉功能评价量表	10分	/	14分	/	/	16分	16分

表2 护理评估内容及结果(3月18日)

评估目标	评估工具	评估内容	评估分值	评估结果
自理能力评估	Barthel指数评定量表	进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯等	60分	中度依赖
跌倒风险评估	Morse跌倒风险评估量表	跌倒史、超过一个疾病诊断、使用助行器具、静脉输液/置管/使用药物治疗(抗胆碱药、镇静催眠药、血管扩张药、抗癫痫药、抗抑郁药、利尿药、麻醉止痛药、降糖药、缓泻剂)、步态及精神/认知状态等	50分	高风险

2.3 护理计划

根据患者主诉及症状体征,制订如下护理计划:①实施中医综合疗法,提高右侧肢体肌力及肌张力,增加持物稳定性及精细动作,改善肢体麻木状态;②提高 Barthel 指数评定量表评分,提高患者生活自理能力;③做好生活护理及健康宣教,使患者养成良好的生活习惯。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 温通刮痧疗法

温通刮痧是将艾条固定于陶罐内底,点燃后置于体表的腧穴或疼痛处,以罐代手,采用多种手法进行操作,将艾灸、刮痧、推拿等作用机理有效的结合在一起,以起到温通经脉,调和气血,协调阴阳,扶正祛邪的功效。物品准备包括治疗盘、温通罐、艾柱(5年的蕲艾,直径1.8 cm,长度2.5~3.0 cm)、防风打火机、刮痧油、镊子、弯盘、纱布及治疗巾,必要时备浴巾与屏风。操作前检查罐口有无破损,将艾柱插入温通罐内固定点燃,刮痧部位涂抹刮痧油,插艾时注意艾柱刚好到达针尖的位置,这样既不烫手,也不容易烫伤病人。操作中选取的部位为患侧上肢下肢的三条阴经及三条阳经,阴经及阳经交替刮拭,治疗时采用灸、点、按、拨、刮、揉、推、熨等多种手法,在关节缝隙处采用点法、拨法,结节或痛处可适当加强力度,罐体发热后采用熨法收缩皮肤毛孔。重点揉刮手太阴肺经太渊、尺泽、天府,手少阴心包经神门、少海、极泉,手厥阴心包经大陵、曲泽、天泉等穴。灸:灸时一定要与身体表面留小缝隙使艾条充分燃烧;点:罐体立起与身体成60°,力度均匀,注意穴位的准确度;按:施加一定的压力,使温通罐的热能与操作力度能更好的作用于身体;拨:利用温通罐口的

柔润,在身体的瘀结和条索状瘀阻的部位,按压做拨筋动作,以达到开穴、解瘀、通经络等功效;刮:罐体和身体成30°,沿体表经脉滑动,速度可适当加快,这种手法配合艾火的温热刺激,相比传统刮痧更加舒适并且无疼痛;揉:使用温通罐罐口或者罐体,以适度的压力,在体表回旋打圈,它能有效散瘀,通气血,放松肌肉;推:利用温通罐罐体或罐口的热能,在肢体缓压,慢推,滑动,使局部的压力推动气血向四周扩散,以迫使受压部位及周边气血加速运行;熨:温通罐罐体加热以后在皮肤上进行滚动,熨灸,这样能改善身体微循环,又能调节气血,达到通经疏络,扶正祛邪,温阳祛寒的效果。操作后用物处理:艾灰、纱布、治疗巾倒入医疗垃圾桶,温通罐、弯盘、镊子放入污染区待消毒。注意事项:①避免烫伤,及时用镊子剥灰,不要太使劲,轻轻剥下即可;②刮痧过程中注意观察患者感受;③以刮法、揉法为主,不可用暴力,不可强行出痧;④刮痧过程中局部皮肤微红属正常,如有少量艾灰脱落不会造成皮肤的灼伤和不适,告知患者不必紧张,刮痧后保暖,30 min 钟内避免受风着凉,以防外邪入侵;⑤刮痧后嘱患者饮用温开水适量,有助于体内代谢;⑥每天操作1次,每条经络刮10~20次,以患者能耐受或出痧为度,每次刮痧治疗控制在20 min 左右。

2.4.1.2 中药热奄包

中药热奄包法是将加热好的中药药包置于身体的患病部位或身体一特定位置(如穴位上)。通过奄包的热蒸气使局部的毛细血管扩张,血液循环加速,利用热力使中药发散,从而达到温经通络、调和气血、祛湿驱寒为目的的一种外治方法。科室用中药热奄包成分包括丁香30 g、肉桂30 g、清半夏30 g、麸炒枳壳30 g、干姜30 g、炒紫苏子

30 g 及大青盐 170 g, 将以上药物装入 12 cm×18 cm 的纯棉布口袋中。使用前用喷壶将两面喷洒少许清水, 放入微波炉中高火加热 1~2 min, 加热后的热奄包放于无纺布口袋内放置于患侧肢体的肘关节、膝关节位置, 1 次/d, 20 min/次, 温度 50~60℃, 操作注意观察局部情况, 患者感觉烫可加用毛巾包裹, 适当挪动位置, 防止烫伤。

2.4.1.3 中药泡洗

中药泡洗是借助泡洗时洗液的温热之力及药物本身的功效, 浸洗全身或局部皮肤, 达到活血、消肿、止痛、祛瘀生新等作用的一种操作方法。科室用中药泡洗包的成分包括北刘寄奴 10 g、苏木 10 g、干益母草 10 g、当归 10 g、赤芍 10 g、花椒 20 g、威灵仙 10 g、大黄 10 g、白芷 10 g 及醋延胡索 10 g, 将以上中药进行打粉后装入无纺布袋中, 每袋重 25 g。每次睡前一次, 泡洗双足, 让家属协助按摩涌泉穴及三阴交, 20 min/次, 水温以 40℃ 左右为宜。

2.4.2 常见症状护理

2.4.2.1 运动障碍护理

①脑出血稳定期, 右侧肢体进行功能锻炼, 如下肢床上蹬腿, 床边坐位抬腿, 到逐步行走; 上肢锻炼握力, 如捏握力球, 逐步过渡到举哑铃等。②活动需要有家属陪同, 防止跌倒坠床。③持物稳定性锻炼, 可进行硬币分类与转移, 将 10 枚硬币混合(1 元、5 角、1 角), 要求患手按面值分类并放入不同容器, 计时完成, 2 次/d, 目标时间<2 min; 筷子夹物, 用患手执筷子夹取小橡皮块→花生米→黄豆, 逐步缩小目标物尺寸, 3 组/d, 10 次/组。

2.4.2.2 感觉障碍护理

①右侧肢体麻木, 不要长时间受压, 观察局部皮肤情况, 防止压疮。②予触觉刺激, 可用不同材质(如棉布、毛刷、砂纸)轻轻摩擦患侧皮肤, 从粗糙到细腻过渡, 2 次/d, 10 min/次。③予温度刺激, 交替使用温水(35~40℃)和凉水(15~20℃)浸泡毛巾, 敷于患肢, 增强温度觉识别能力。

2.4.2.3 头痛头晕护理

①观察头痛头晕的次数、程度、持续时间及伴随症状等, 遵医嘱持续监测血压, 及时调整药物。②向患者讲解头晕头痛的病因、诱因, 指导患者避免诱因的方法, 如自我调适, 保持心理平衡, 避免急躁发怒等不良情绪。③卧位时头部抬高 30°, 改变体位时动作缓慢, 避免深低头、旋转等动作, 防止摔倒。

2.4.2.4 饮食指导

前 2 d 予患者禁食水, 避免应激性溃疡, 开始进食后以流食为主, 观察有无呛水呛食、恶心呕吐等情况, 少量多次, 逐步过渡到普通饮食; 饮食以低盐低脂、粗纤维为主, 多吃利于通便的食物, 如黑芝麻、蔬菜、瓜果等, 避免肥甘厚腻等生湿助火之品。

2.4.2.5 情志调理

予患者提供情绪价值, 多与患者沟通, 了解其心理状态, 及时给予心理疏导。解除患者因突然得病而产生的恐惧、焦虑及悲观情绪, 采用释放、宣泄法使患者不良情绪得到释放。鼓励家属多陪伴患者, 避免负面语言刺激。建立康复信心, 设定小目标(如“今天锻炼握力球 50 次”), 记录进步增强信心。

2.4.2.6 生活起居

①指导患者养成良好的生活习惯, 避免熬夜, 戒烟酒; ②保持大便通畅, 养成定时排便习惯, 勿努挣; ③注意安全, 防跌倒、防坠床、防烫伤等意外; ④居家期间可逐步练习八段锦或太极拳, 避免劳累, 规律用药, 定时测量血压, 不适随诊。

2.5 护理评价

患者住院期间生活自理能力提高, 生活基本自理, 跌倒风险降低, 未发生跌倒坠床, 烫伤等护理不良事件, 治疗变化过程详见表 3。患者自诉认可温通刮痧治疗, 每次治疗 2 h 内肢体麻木感会减轻, 症状好转, 满意治疗效果。

表 3 疗效评估 分

评估时间	Barthel	Morse
3 月 18 日	60(中度依赖)	50(高风险)
3 月 24 日	70(轻度依赖)	35(中风险)
3 月 31 日	90(轻度依赖)	35(中风险)
4 月 07 日	95(轻度依赖)	15(低风险)

3 结果与随访

通过对患者实施 23 d 的中西医结合治疗, 患者精神可, 头痛头晕不明显, 右侧肢体无力明显好转, 右侧肢体肌力由 3 级恢复至 5 级, 肌张力正常, 右侧巴氏征阳性。患者精细动作, 持物稳定性逐步提升, 肢体麻木感逐渐减轻, 于 2025 年 4 月 10 日好转出院。主管护士分别在出院 10 d 与 30 d 进行电话随访, 予患者用药、生活方式及康复指导, 经过 1 个月的康复, 患者自述精神状态良好, 肢体麻木感逐渐消退, 持物稳定性向好, 未出现头痛头晕。

4 讨论

脑出血是神经外科常见疾病,占急性脑血管病的20%~30%,严重影响患者生活质量^[8]。脑出血是一种非外伤性脑实质内的血管破裂引起的出血,脑出血发病机制较为复杂,其基本病因主要包括高血压和动脉硬化,同时酗酒、吸烟、使用可卡因等也可能增加脑出血的风险^[9-10]。感觉(sensation)是客观物质世界在脑的主观反应,是机体赖以生存的重要功能活动之一^[11]。外界对人体产生刺激,由神经系统传入相应的大脑皮层感觉区,大脑对信号进行处理分析后形成感觉,并作出判断,再由神经系统传输至有关组织部位,使机体作出反应。与手和上肢密切相关的是躯体感觉,包括浅、深、复合感觉3类,拥有正常的感觉可帮助机体躲避伤害,对于人的生存、生活都非常重要。研究表明,脑卒中后上肢感觉功能障碍的发生率可高达85%^[12]。感觉障碍会降低患者对外周环境中有害刺激的反应能力,对伤害反应迟钝,进而使运动系统受损。邵伟波等^[13]在脑卒中患者常规康复训练的基础上,加入感觉功能再训练,发现对脑卒中后患者进行感觉再训练不但能够提高患者Fugl-Meyer感觉及运动评分,还能提升患者日常生活活动能力。中医认为脑出血后偏瘫是由于中风导致体内气血失调、气机阻塞所致,治疗应以调理气血,通经活络,恢复患者运动功能为主^[14]。推拿以外力作用于皮肤、关节、肌腱等通过刺激间接性神经反射以及体液循环产生功能性影响,促进气血运行,疏通经络^[15]。

本例患者在治疗护理初期即从运动、感觉两方面着手进行干预,通过中医综合疗法(温通刮痧、中药热奄包、中药泡洗),联合西医药物(脱水降颅压、醒脑开窍),实现运动、感觉功能的显著改善。本患者温通刮痧采用的陶罐是井陘窑温通罐,此罐的特点是采用河北井陘当地研土制作而成,主要成份为硅、钙、铝、铁等,不含汞及对人体有害的各种成份,不易导热,不易腐蚀,相对纯瓷及各种金属质产品,能保护皮肤不被烫伤,经久耐用,携带方便。温通刮痧的四大功效为温通调补。温:以火攻邪,祛寒、散滞,促进血液循环;通:通经活络,改善供血;调:平衡脏腑,调节神经机能;补:扶正祛邪,补益强身,激活免疫系统功能。温通刮痧作用于患肢的三条阴经与三条阳经,可促进患肢的血液循环,改善患肢无力及麻木状态。科室

用中药热奄包的处方中,丁香温中降逆、散寒止痛,肉桂补火助阳、温通经脉,清半夏燥湿化痰、消痞散结,麸炒枳壳理气宽中、行滞消胀,干姜温中回阳,温肺化饮,炒紫苏子散寒解表、行气和胃,大青盐清热凉血,通过热力使中药发散,作用于患肢共奏行气活血,温通经脉之功效,促进患肢运动感觉功能的恢复。科室用中药泡洗的处方中,北刘寄奴活血祛瘀、通经止痛,苏木行气破瘀、消肿止痛,干益母草活血调经、利尿消肿,当归补血活血、调经止痛,赤芍清热凉血、散瘀止痛,花椒温中散寒、化湿利水,威灵仙祛风除湿、通络止痛,大黄泻下攻积、逐瘀通经,白芷散风除湿、通窍止痛,醋延胡索活血化瘀、行气止痛。涌泉穴是足少阴肾经上的重要穴位,具有扩张血管、固本培元作用,三阴交能够健脾祛湿、安神、调经,是足三阴经的交会穴,所以通过刺激三阴交对肝、脾、肾三经都有调理作用。护理中将中药泡洗与穴位按摩相结合,可有效调节自主神经功能,改善夜间睡眠质量、降低血压波动。

本例通过中医综合疗法联合西医治疗,显著改善基底节脑出血患者的运动—感觉功能及生活质量。未来需通过多中心研究验证疗效,并探索神经重塑的分子机制,以推动中西医结合脑出血康复的精准化发展。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] MEMBERS W G, MOZAFFARIAN D, BENJAMIN E J, et al. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American heart association[J]. *Circulation*, 2016, 133(4): e38–360.
- [2] 中华人民共和国国家统计局. 中国第三产业统计年鉴—2016, 2016[M]. 北京: 中国统计出版社, 2016.
- [3] 孙陈晨, 朱业. 饮食及肠道菌群与新发高血压关系的研究进展[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2024, 26(11): 1363–1366.
SUN C C, ZHU Y. Research progress on the relationship between diet, intestinal flora and new hypertension[J]. *Chin J Geriatr Heart Brain Vessel Dis*, 2024, 26(11): 1363–1366. (in Chinese)
- [4] 胡洁蔓, 谭斐翔, 袁安新, 等. 结直肠癌患者术后衰弱变化轨迹及影响因素研究[J]. *中国全科医*

- 学, 2025, 28(26): 3276–3282.
- HU J M, TAN F X, YUAN A X, et al. Analysis of the trajectory of postoperative frailty and influencing factors in patients with colorectal cancer [J]. *Chin Gen Pract*, 2025, 28(26): 3276–3282. (in Chinese)
- [5] 张晶晶. 中药熏蒸联合中医康复护理对脑出血后偏瘫患者步行能力及肢体功能的影响[J]. *四川中医*, 2020, 38(8): 214–217.
- ZHANG J J. Effect of traditional Chinese medicine fumigation combined with rehabilitation nursing on walking ability and limb function of hemiplegia patients after cerebral hemorrhage [J]. *J Sichuan Tradit Chin Med*, 2020, 38(8): 214–217. (in Chinese)
- [6] 无朱遂强, 刘鸣, 崔丽英. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. *中华神经科杂志*, 2019, 52(12): 994–1005.
- WU Z S Q, LIU M, CUI L Y. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute intracerebral hemorrhage 2019 [J]. *Chin J Neurol*, 2019, 52(12): 994–1005. (in Chinese)
- [7] QURESHI A I, TUHRIM S, BRODERICK J P, et al. Spontaneous intracerebral hemorrhage [J]. *N Engl J Med*, 2001, 344(19): 1450–1460.
- [8] 黄成宝, 刘毅, 黄明安, 等. 电针联合康复功能训练治疗脑出血偏瘫患者临床疗效观察[J]. *湖北中医药大学学报*, 2021, 23(4): 85–87.
- HUANG C B, LIU Y, HUANG M A, et al. Clinical effect of electroacupuncture combined with rehabilitation function training on hemiplegia patients with cerebral hemorrhage [J]. *J Hubei Univ Chin Med*, 2021, 23(4): 85–87. (in Chinese)
- [9] 杨海霞, 郝泓旭, 仇凯强, 等. 针灸联合阶段性康复训练在脑出血后偏瘫中的应用研究[J]. *长春中医药大学学报*, 2023, 39(3): 289–292.
- YANG H X, HAO H X, QIU K Q, et al. Application of acupuncture and moxibustion combined with a staged rehabilitation training in the treatment of patients with hemiplegia after cerebral hemorrhage [J]. *J Changchun Univ Chin Med*, 2023, 39(3): 289–292. (in Chinese)
- [10] 赵会芳. 前瞻性针对护理对脑出血偏瘫患者运动功能及生活质量的影响[J]. *山西医药杂志*, 2020, 49(11): 1446–1448.
- ZHAO H F. Effect of prospective targeted nursing on motor function and quality of life of hemiplegic patients with cerebral hemorrhage [J]. *Shanxi Med J*, 2020, 49(11): 1446–1448. (in Chinese)
- [11] 王庭槐. 生理学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 256–292.
- [12] CARLSSON H, GARD G, BROGÅRDH C. Upper-limb sensory impairments after stroke: Self-reported experiences of daily life and rehabilitation [J]. *J Rehabil Med*, 2018, 50(1): 45–51.
- [13] 邵伟波, 孙美红. 脑卒中后感觉障碍的康复训练作用探讨[J]. *中国康复理论与实践*, 2004, 10(12): 747–748.
- SHAO W B, SUN M H. Effect of rehabilitation training on the sensory dysfunction after stroke [J]. *Chin J Rehabil Theory Pract*, 2004, 10(12): 747–748. (in Chinese)
- [14] 余媛媛, 刘东, 赵君. 针灸联合推拿治疗对脑卒中后偏瘫患者临床效果、肢体运动功能及生存质量的影响[J]. *解放军医药杂志*, 2021, 33(12): 105–108.
- YU Y Y, LIU D, ZHAO J. Effects of acupuncture combined with massage therapy on clinical efficacy, limb motor function and quality of life in treatment of patients with hemiplegia after stroke [J]. *Med Pharm J Chin People's Liberation Army*, 2021, 33(12): 105–108. (in Chinese)
- [15] 吴涛, 张驰, 任婧, 等. 强制运动结合舒经通督推拿对缺血性卒中偏瘫患者肢体功能恢复效果的影响[J]. *西部医学*, 2022, 34(6): 839–842.
- WU T, ZHANG C, REN J, et al. Compulsory exercise combined with Shujingtongdu help ischemic stroke patients with hemiplegia and massage effect on the recovery of limb function [J]. *Med J West China*, 2022, 34(6): 839–842. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。