

DOI: 10.12209/CAIM202510270002

· 中西医结合临床案例 ·

中医适宜技术治疗 1 例梅杰综合征 DBS 术后 疗效欠佳的中西医结合护理报告

王英英

(天津中医药大学第一附属医院 针灸科, 天津, 300110)

摘要: 本文总结 1 例脑部深部电刺激术后效果不佳患者的中医特色治疗及护理体会。观察记录患者临床症状, 根据患者证型辨证施护, 有效改善患者双眼睑痉挛、口周痉挛及焦虑等症状, 降低跌倒风险, 有效提高患者自生活质量。

关键词: 中医适宜技术; 梅杰综合征; 脑部深部电刺激术; 护理报告

Integrated Traditional Chinese and Western Nursing Report on the Treatment of a Case of Meige Syndrome with Suboptimal Post-DBS Outcomes Using TCM Appropriate Techniques

WANG Yingying

(Department of Acupuncture and Moxibustion, First Teaching Hospital of Tianjin University of
Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300110)

ABSTRACT: This report summarizes the Traditional Chinese Medicine (TCM) therapeutic interventions and nursing experience for a patient with unsatisfactory outcomes following deep brain stimulation (DBS) surgery for Meige syndrome. Through systematic observation and recording of clinical symptoms, syndrome differentiation-based nursing was implemented, effectively alleviating symptoms including blepharospasm, oromandibular dystonia, and anxiety. The approach significantly reduced fall risks and improved the patient's quality of life.

KEY WORDS: TCM appropriate techniques; Meige syndrome; deep brain stimulation (DBS); nursing report

梅杰综合征(Meige 综合征), 又称特发性眼睑痉挛一口下颌肌张力障碍综合征, 被归类于锥体外系运动障碍性疾病, 而非成人多动症^[1]。其临床表现主要分为三型, 具体如下: ①眼睑痉挛型: 首发症状多为双眼睑不自主频繁眨眼(频率 ≥ 10 次/min)、眼轮匝肌强直性或阵挛性收缩(持续时间 ≥ 5 s), 严重时睁眼困难, 甚至出现“功能性失明”, 部分患者单眼起病, 逐渐发展为双侧, 症状可在强光、疲劳、精神压力、行走、注视、阅读及看电视时诱发或加剧^[2]; ②口下颌肌张力障碍型: 表现为口周肌肉不自主运动, 如噉嘴、缩唇、磨牙、张口困难, 严重时影响咀嚼、吞咽和发音; ③混合型: 除上述症状外, 可伴有面部肌张力增高、表情异常,

部分患者出现颈部肌肉受累, 如斜颈、头后仰等。中医结合患者症状、舌象、脉象综合判断, 强调辨证求因, 将梅杰综合征归为“痉证”“风动筋挛”范畴, 主要病机为肝风内动、气血亏虚、经络失养, 其中肝风内动为核心病机。大部分梅杰综合征患者的病情呈逐渐加重趋势, 虽致命性不强, 但如不及时干预, 可对患者的日常生活和工作造成较大影响。中医以整体观念、辨证论治为核心, 通过调和阴阳、扶正祛邪, 使机体恢复“阴平阳秘”的平衡状态, 临床多采用针灸(如针刺攒竹、四白、地仓等穴位)、中药(如口服天麻钩藤饮加减)及中医适宜技术(如耳穴压豆、中药熏蒸)联合治疗。本文总结 1 例梅杰综合征患者脑深部电刺激术后效果不佳

收稿日期: 2025-10-27

OPEN ACCESS

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

的中医治疗护理体会,现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男性,67岁,因“脑深部电刺激术后1年出现坐位起身及行走平衡障碍、短暂慌张步态,伴眼睑痉挛、口下颌肌肉对称性不规则多动收缩加重3月余”于2025年03月29日收入我院。现病史:患者2年前因双眼不自主眨眼、畏光,确诊为“梅杰综合征”,口服氯硝西洋0.5 mg/次、左乙拉西坦0.5 g/次,均2次/d,持续2月余症状无改善,因出现困倦、嗜睡等不良反应而停药;后行针灸治疗1月余,症状未见明显好转,遂于2023年07月行脑深部电刺激术(DBS),术后经5次脑起搏器参数调节,眼部及口周痉挛症状有所改善;术后1年出现坐位起身及行走平衡障碍、短暂慌张步态,并逐渐加重;2024年12月12日第6次调低脑起搏器刺激参数,坐位起身及行走平衡障碍、慌张步态症状逐渐减轻,但眼睑痉挛、口下颌肌肉对称性不规则多动收缩症状进行性加重。

1.2 查体

生命体征:体温(T)36.4℃,心率(HR)90次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)135/90 mm Hg;神经系统查体:神清,精神可,坐位起身及行走时平衡障碍,出现短暂慌张步态(步幅<0.3 m,步频>120步/min),眼睑痉挛,口下颌肌肉对称性不规则多动收缩,四肢肌力均为5级;中医四诊:畏光,腹部胀满,纳可,多寐,二便调,舌质暗、苔白腻,脉沉细。既往史:否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性病史。

1.3 诊断及治疗

西医诊断:梅杰综合征;中医诊断:痉证(肝肾亏虚证)。中医辨证依据:望诊:神志清楚,时有眨眼伴随噤嘴、伸舌、嘴角抽动,舌质暗、苔白腻;闻诊:言语清楚,无异常气味;问诊:自觉乏力气短,畏光,眨眼频繁时无法从事日常活动;切诊:脉沉细,综合判断为肝肾亏虚、风痰阻络之证。治则为调神醒脑、熄风止痉、滋补肝肾,佐以健脾和胃。治疗方案如下:①针灸治疗:采用“醒脑开窍”针刺法,取穴人中、内关、三阴交、百会、四神聪、印堂、上星;面部取穴睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎、太阳、四白、颧髎、颊车、地仓,留针30 min,1次/d。②耳穴埋豆:取穴皮质下、神门、肝、脾、眼,双耳交替进行,1次/d。③中医闪罐:取地仓、大迎、下关穴,反

复闪罐15次,1次/d。④电温灸:取关元、双侧天枢、中脘穴,每次施灸20 min,1次/d。经过1个月的治疗,患者眼部痉挛、口周肌肉多动收缩症状明显好转;焦虑、腹胀症状消失,跌倒风险下降,日常生活能力提高,患者于2025年04月28日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 肌张力障碍评估

采用Burke-Fahn-Marsden肌张力障碍评定量表(BFMDRS-M)^[3],该量表是梅杰综合征(MS)症状评估与疗效监测的金标准,聚焦眼部、口下颌部痉挛及相关功能影响,共分4个亚量表(运动功能、功能障碍、疼痛、生活质量),总分范围0~100分,评分越高提示症状越严重、功能受损越明显。疗效改善率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%,用于评估治疗前后整体症状改善程度;临床判定标准:≥30%为有效,≥50%为显著有效,≥70%为临床治愈。本例患者为眼睑-下颌型,需针对眼睑痉挛、口下颌痉挛两个亚量表进行单项症状评分及改善率记录,单项症状改善率=(某亚量表治疗前评分-治疗后评分)/该亚量表治疗前评分×100%。治疗前患者BFMDRS-M总评分为45分,其中眼睑痉挛亚量表评分20分,口下颌痉挛亚量表评分16分。

2.1.2 焦虑评估

采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[4],采用0~4分五级评分法(0分=无,1分=轻度,2分=中度,3分=重度,4分=极重度),总分0~56分。判定标准:总分<7分提示无焦虑症状,7~14分可能存在轻度焦虑,15~21分提示中度焦虑,22~28分提示重度焦虑,评分>28分提示极重度焦虑。本例患者治疗前HAMA评分为21分,评估为中度焦虑。

2.1.3 日常生活能力评估

采用Barthel指数(BI)^[5],通过进食、洗漱、穿衣、如厕、行走、上下楼梯等10项日常活动量化独立生活能力,总分0~100分,分数越高提示自理能力越强。分级标准:0~20分为完全依赖(生活无法自理),21~40分为重度依赖(大部分日常活动需他人协助),41~60分为中度依赖(部分活动可自主完成,关键动作需协助),61~90分为轻度依赖(仅复杂活动如上下楼梯、洗澡需少量协助),

91~100分为完全独立(可自主完成所有日常活动)。本例患者治疗前BI评分为85分,评估为轻度依赖。

2.1.4 跌倒风险评估

采用Morse跌倒风险评估量表(MFS)^[6],通过跌倒史、超过一个医学诊断、使用行走辅助工具、静脉输液治疗、步态、认知状态6个条目进行评估,总分为125分,得分越高提示跌倒风险越大。分级标准:低风险(0~24分):无或较低的历史跌倒风险;中风险(25~44分):存在跌倒风险;高风险(评分≥45分):高度跌倒风险。本例患者治疗前Morse评分为55分,评估为高度跌倒风险。

2.1.5 腹胀评估

腹胀评分量表(GSRS)^[7]采用7级评分法(评估周期为过去一周),评分标准:1分:完全没有对应胃肠道症状;2分:症状极轻微,几乎不会引起留意;3分:症状轻微,只是偶尔察觉,不会影响日常活动;4分:症状中度,经常能察觉到,对日常活动有轻微影响;5分:症状较明显,持续能察觉到,对日常活动有一定影响;6分:症状显著,会明显干扰日常活动的正常开展;7分:症状极其严重,严重干扰甚至让人无法开展日常活动。本例患者治疗前GSRS评分为5分。

2.2 护理诊断

根据患者身体评估及主诉,结合疾病特点,护理诊断如下:①肌张力障碍(眼睑一口下颌型):与梅杰综合征本身病理机制有关;②焦虑:与疾病治疗效果不佳、外观及功能受损有关;③自理能力缺陷:与眼睑痉挛导致视物困难、口下颌痉挛影响进食有关;④跌倒风险:与DBS术后平衡功能障碍、慌张步态有关。

2.3 护理计划

针对患者护理评估和诊断结果,制定如下护理计划:①中医特色治疗:耳穴埋豆、直接灸、中药熨烫;②康复功能锻炼:指导患者进行八段锦、冥想静坐、快走;③健康宣教:包括疾病知识讲解、症状自我管理技巧、跌倒预防措施等。通过综合干预,以改善患者眼睑及口周痉挛、坐起后走路不稳、慌张步态、腹部胀满等症状,缓解焦虑情绪,提高日常生活质量。

2.4 护理措施

2.4.1 一般护理

2.4.1.1 饮食护理

根据患者肝肾亏虚证的病机特点,指导患者

食用具有补肝肾、益精血功效的药食同源食物,如黑芝麻、黑豆、黑米、核桃、杏仁、海参、山药、大枣等,以滋养肝肾、补益精血;避免食用辛辣、油腻、生冷食物,如辣椒、油炸食品、冰淇淋等,以免加重肝肾负担,影响脾胃运化功能。

2.4.1.2 生活护理

患者存在坐位起身及行走平衡障碍,伴短暂慌张步态,跌倒风险较高,指导患者行走前先站稳停留3~5s,确认平衡后再缓慢行走;患者发现进食时咀嚼吞咽的节律性收缩可抑制面神经异常放电,从而缓解眼睑、口周痉挛症状,因此形成“以进食缓解症状”的习惯,导致腹胀。护理人员指导患者采用非进食性替代方法缓解症状:当痉挛发作时,可闭目静坐5~10min,调节呼吸与情绪;或按摩攒竹穴(眉头凹陷中)、地仓穴(口角旁开0.4寸),每穴按压1~2min,以局部酸胀为度。针对眼睑痉挛导致的眼干、畏光症状,白天光线较强时拉上房间窗帘,避免光线直射;外出时指导患者佩戴遮光墨镜。鼓励患者保持心情舒畅,培养兴趣爱好,通过与家属沟通了解到患者喜欢画画,指导其从简单的涂色练习开始,逐步恢复对生活的热情,增强疾病治疗的信心。

2.4.1.3 用药护理

予益气养血、滋补肝肾、熄风止痉的汤药口服,方剂组成包括黄芪30g,川芎10g,地龙10g,当归20g,燀桃仁10g,红花10g,郁金10g,薏苡仁20g,太子参15g,麦冬15g,鸡血藤20g,珍珠母20g(先煎),磁石15g(先煎),山楂10g,荷叶10g及白术10g。中药煎煮方法:①器具:优先选用砂锅、陶罐(不粘、耐高温),忌用铁、铝、铜器(会与药物成分发生反应,影响药效);②浸泡:药材加水没过2~3cm,浸泡30~60min(利于难溶性成分析出);③火候与时间:武火(大火)煮沸后转文火(小火)慢煎,滋补药煎30~40min;④倒药与复煎:滤出第一煎药液,再加温水(没过药材表面1~2cm)复煎1次,两次药液混合后分2~3次温服。服用方法:宜饭前30~60min空腹服用,以利于药物吸收。

2.4.1.4 运动指导

八段锦练习:八段锦是一套具有养生功效的中医功法,具体如下:①第一式“两手托天理三焦”:调理三焦气机,促进气血运行;②第二式“左右开弓似射雕”:调节心肺功能,增强上肢力量;③第三式“调理脾胃须单举”:健脾和胃,改善消化功

能;④第四式“五劳七伤往后瞧”:疏通颈部经络,缓解疲劳;⑤第五式“摇头摆尾去心火”:清泻心火,宁心安神;⑥第六式“两手攀足固肾腰”:滋补肝肾,强健腰膝;⑦第七式“攒怒拳目增气力”:明目醒脑,增强气力;⑧第八式“背后七颠百病消”:调节脏腑功能,改善平衡。由专业康复人员指导患者练习,待熟练掌握功法要领[8]后自行练习,频率为5天/周,30分钟/次。注意事项:饭后40~60 min后再练习,避免引起胃部不适;建议在早晨6~9点或傍晚练习,避免晚上11点后练习(以免影响睡眠);练习后不宜立即进食或洗澡,需休息30 min左右;练习结束后可进行简单放松活动(如散步、轻拍腿部和手臂),促进血液循环,缓解肌肉紧张。

静坐练习:选择安静、通风良好、温度适宜(22~26℃)、无干扰的空间,避免强光或昏暗环境;保持脊柱挺直,臀部可垫高2~3寸(减轻腰部压力),头颈端正,双眼平视前方,下巴微收,双手自然放在膝盖或腹部;双眼轻闭,采用腹式呼吸(深吸气时腹部隆起,缓慢呼气时腹部收缩),感受腹部起伏变化,逐渐进入放松状态,以舒适为原则,避免过度扭曲身体。训练时间为1次/d,15~30 min/次。注意事项:早晨起床后练习为佳,避免饭后1 h内静坐(以免影响消化);练习结束后不要立即起身或剧烈运动,可先放松双腿,摩擦膝盖部位,再缓慢起身;1 h内避免进食冷饮,可适量饮用温水。

快走练习:保持抬头挺胸,下巴微收,目视前方,步幅适中(比正常步幅多出半个脚掌),步频控制在每分钟120~135步,快走速度以“微微气喘,但仍能正常说话”为宜。注意事项:保持正确姿势,循序渐进增加运动强度;运动前进行5~10 min热身(如活动踝关节、膝关节),运动后进行5~10 min拉伸(如拉伸腿部肌肉)。

2.4.2 中医特色护理技术

2.4.2.1 耳穴埋豆

梅杰综合征的发病与神经肌肉异常调控有关,耳穴埋豆可通过刺激耳部反射区,调节神经功能,改善面部肌肉紧张状态,缓解不自主抽搐。治疗取穴皮质下、神门、肝、脾、眼,1次/d,双耳交替进行。操作流程:患者取舒适坐位或仰卧位,充分暴露耳部穴位;用75%酒精棉球擦拭耳廓及选定穴位,待干;将王不留行籽粘贴于0.5 cm×0.5 cm胶布中央,用镊子夹取对准穴位贴压,稍加按压固

定,使局部产生酸麻胀痛或发热感。指导患者每日自行按压3~5次,每次每穴按压1~3 min,以耳廓有温热、胀痛感为度;贴压期间注意防水,避免胶布潮湿脱落或引发皮肤问题;若出现皮肤发红、肿胀、瘙痒等过敏反应,立即取下并告知医护人员处理。

2.4.2.2 中医闪罐

中医闪罐利用温热作用和负压效应,可刺激面神经,促进面神经管水肿吸收,加速局部血液循环和淋巴回流,改善口面部运动障碍^[9]。操作方法:选用罐口直径为3 cm的小火罐,用95%酒精棉球点燃后在罐内快速旋转1~3圈抽出,立即将罐扣于皮肤,随即取下,反复闪罐15次;治疗取穴地仓、大迎、下关,1次/d;操作时间控制在5 min内为宜,避免皮肤充血过度或损伤^[10]。告知患者:拔罐后避免吹风、受凉,24 h内不宜洗澡;注意保暖,防止风寒入侵;皮肤瘙痒时勿抓挠,以免感染;拔罐后可适量饮水,避免剧烈运动。

2.4.2.3 电温灸器

根据脾主运化、胃主通降的中医理论,选取关元、双侧天枢、中脘穴进行电温灸,以温阳健脾、理气消胀。电温灸器具有恒温发热、可调温、安全无污染、无需手持、可同时灸多个穴位的优点。操作流程:将灸头固定于穴位上方,用腹带妥善固定;开启电源,设置温度为40℃,时间20 min,1次/d。注意事项:饭后1 h左右进行为宜;施灸后可适量饮用温水,促进新陈代谢;施灸过程中询问患者感受,避免烫伤。

3 结果和随访

患者住院期间及出院后电话随访过程中,医护人员根据患者具体情况给予针对性专业指导及护理措施,随访频率为出院后1个月、3个月、6个月各1次。分别于治疗前、出院前、出院后3个月、出院后6个月采用Burke-Fahn-Marsden肌张力障碍评定量表(BFMDRS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、Barthel指数(BI)、Morse跌倒风险评估量表(Morse)及腹胀评分量表(GSRS)进行评估并记录,通过系统的纵向数据对比,患者各项指标均呈持续改善趋势。

整体肌张力障碍改善:BFMDRS评分由治疗前45分降至出院后6个月12分,疗效改善率随时间逐渐提升;治疗后1个月(出院前)疗效改善率为 $(45-22)/45 \times 100\% = 51.12\%$,达到显著有效标

准($\geq 50\%$);出院后3个月疗效改善率为 $(45-17)/45 \times 100\% = 62.22\%$,维持显著有效;出院后6个月疗效改善率为 $(45-12)/45 \times 100\% = 73.33\%$,达到临床治愈标准($\geq 70\%$),提示患者整体痉挛症状呈持续好转趋势。

单项症状疗效评估:眼睑痉挛:BFMDRS 眼睑痉挛亚量表评分由治疗前20分降至出院后6个月8分,疗效改善率:出院后1个月为 $(20-12)/20 \times 100\% = 40\%$,达到有效标准($\geq 30\%$);出院后3个月为 $(20-8)/20 \times 100\% = 60\%$,达到显著有效;出院后6个月维持60%的改善率,提示眼睑痉挛症状得到有效控制。口周痉挛:BFMDRS 口下颌痉挛亚量表评分由治疗前16分降至出院后6个月4分,疗效改善率:治疗后1个月为 $(16-8)/16 \times 100\% = 50\%$,达到显著有效;出院后3个月维持50%的改善率;出院后6个月为 $(16-4)/16 \times 100\% = 75\%$,达到临床治愈标准,提示口周痉挛症状改善更为显著。

伴随症状与功能状态改善:焦虑症状:HAMA 评分由治疗前21分(中度焦虑)降至出院后6个月6分,达到无焦虑症状标准(< 7 分),提示患者焦虑情绪完全缓解。日常生活能力:BI 评分由治疗前85分(轻度依赖)升至出院后6个月95分,达到完全独立标准(91~100分),提示患者自理能力显著提高。跌倒风险:Morse 评分由治疗前55分(高度跌倒风险)降至出院后6个月15分,达到低跌倒风险标准(0~24分),提示跌倒风险明显降低。腹胀症状:GSRS 腹胀评分由治疗前5分(症状较明显,影响日常活动)降至出院后6个月1分(完全无症状),提示腹胀症状完全消失。

本案例表明,中西医结合护理干预可有效改善梅杰综合征患者的临床症状、心理状态及功能状态,不仅帮助患者树立了面对疾病的信心、提高了生活质量,更为同类疾病的临床护理提供了可行的实践方案和明确的干预方向。

4 讨论

经1个月住院治疗及6个月跟踪随访,患者临床症状及功能状态显著改善。住院期间,眼部及口周痉挛症状明显缓解(患者主诉眨眼频率降低、睁眼维持时间延长,下颌不自主活动频率及幅度减小),患者总体达到临床治愈标准(BFMDRS 总分改善率73.33%),但眼睑痉挛亚量表改善率(60%)尚未达到临床治愈($\geq 70\%$),提示需长期坚持治疗以巩固疗效。

随访期间患者口述症状变化与客观量表评估一致。出院3个月时,患者眨眼频率显著降低,可长时间保持睁眼状态,下颌不自主活动幅度减少,快走时因眨眼导致的间歇性停顿现象明显改善;出院6个月时,上述症状稳定维持,患者可独立驾驶电动三轮车前往集市购物,对应 Barthel 指数(BI)由85分升至95分,达到完全独立标准,日常生活能力显著提高。心理状态方面,汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分由21分(中度焦虑)降至6分(无焦虑),患者面对疾病的心态更趋积极乐观。腹胀症状经中医干预后,出院时 GSRS 评分由5分降至1分(无症状),并通过行为替代疗法(闭目静坐、穴位按摩)成功戒断“以进食缓解痉挛”的习惯。出院后3个月、6个月电话随访显示,患者坚持门诊针灸治疗,并规律进行八段锦、静坐及快走等康复锻炼。

梅杰综合征的病因及发病机制尚未完全阐明,目前认为可能与遗传易感性、环境因素及神经递质失衡相关,但需更多研究证实。西医治疗手段包括口服药物(如多巴胺受体拮抗剂、 γ -氨基丁酸类药物)、A型肉毒杆菌素局部注射及脑深部电刺激术(DBS)等:口服药物可改善部分患者症状,但长期使用易出现不良反应;A型肉毒杆菌素注射通过阻断神经肌肉接头乙酰胆碱释放缓解痉挛,效果可持续数月,但多次注射后可能产生耐药性;DBS通过调节基底节神经环路异常放电改善症状,尤其适用于药物难治性患者,但存在费用较高、创伤性及术后运动并发症风险^[11]。本案例患者口服药物无效,DBS术后虽症状改善,但出现平衡障碍及跌倒风险增加等副作用,故转入我院接受中医治疗。

传统医学将梅杰综合征归为“痉证”范畴,核心病机为肝风内动、气血亏虚、经络失养,采用中药(益气养血、熄风止痉方剂)、针灸(醒脑开窍针法)、耳穴埋豆、闪罐及电温灸等综合干预,可调理脏腑功能、调和阴阳。中西医结合治疗在发挥中医整体调理优势的同时,能降低西医治疗的不良反应^[12]。通过完善随访体系,医护人员可动态监测患者出院后病情变化,护士的健康宣教与康复指导有助于患者维持治疗效果及良好生活习惯。梅杰综合征作为一种进展性神经系统疾病,严重影响患者生活质量及心理健康。本案例提示,中西医结合护理干预可有效改善症状、提高功能状态,为临床提供了实践参考。未来需进一步探索

其病因机制,优化中西医结合治疗方案,为患者提供更精准有效的诊疗策略。

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] 顾茜彦,陈贵生,孙继业,等.“通督益髓”法针灸治疗梅杰综合征 15 例[J]. 中国针灸, 2025, 45(12): 1730–1734.
GU X Y, CHEN G S, SUN J Y, et al. “Tongdu Yisui” acupuncture and moxibustion for 15 cases of Meige syndrome [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2025, 45(12): 1730–1734. (in Chinese)
- [2] 武润泽,刘欣琦,董莹,等. 梅杰综合征的中医药治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(3): 339–342.
WU R Z, LIU X Q, DONG Y, et al. Progress in treatment of major syndrome with traditional Chinese medicine [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2021, 30(3): 339–342. (in Chinese)
- [3] 顾茜彦,陈贵生,孙继业,等.“通督益髓”法针灸治疗梅杰综合征 15 例[J]. 中国针灸, 2025, 45(12): 1730–1734.
GU X Y, CHEN G S, SUN J Y, et al. “Tongdu Yisui” acupuncture and moxibustion for 15 cases of Meige syndrome [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2025, 45(12): 1730–1734. (in Chinese)
- [4] 吴海龙,非尔凯提·阿不都克依木,裴祯楠,等. 原发性 Meige 综合征不同靶点脑深部电刺激疗效比较[J]. 临床神经外科杂志, 2025, 22(3): 263–270, 277.
WU H L, Abudukeremu Ferkeiti, PEI Y N, et al. Comparison of efficacy of deep brain stimulation with different targets in primary Meige syndrome [J]. J Clin Neurosurg, 2025, 22(3): 263–270, 277. (in Chinese)
- [5] 赵龙桃,施又丹,胡江琳,等. 骨科失能老年人生活自理能力评估体系的构建及应用[J]. 护理研究, 2025, 39(22): 3845–3847.
ZHAO L T, SHI Y D, HU J L, et al. Development and application of self-care ability assessment system for disabled older adults in orthopedic department [J]. Chin Nurs Res, 2025, 39(22): 3845–3847. (in Chinese)
- [6] 徐慧,张冬梅,崔枫岚. 跌倒风险评估量表下系统化护理干预在老年帕金森病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(11): 126–129.
XU H, ZHANG D M, CUI F L. Application of systematic nursing intervention under fall risk assessment scale in elderly patients with Parkinson’s disease [J]. J Qilu Nurs, 2023, 29(11): 126–129. (in Chinese)
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 功能性腹胀中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(7): 549–555.
The Gastroenterology Branch of the Chinese Association of Traditional Chinese Medicine. Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of functional bloating (2023) [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2024, 32(7): 549–555. (in Chinese)
- [8] 谢红梅. 基于“肺主悲”理论探究呼吸龟形功对慢性阻塞性肺疾病合并焦虑抑郁状态患者的影响[D]. 成都: 成都中医药大学, 2023.
- [9] 曾伟,李航宇,张绪赟,等. 张虹从“脾虚肝郁”理论辨治梅杰综合征经验[J]. 按摩与康复医学, 2023(7): 88–91.
ZENG W, LI H Y, ZHANG X Y, et al. Professor Zhang hong’s experience of treating meige syndrome from the theory of “spleen deficiency and liver depression” [J]. Chin Manip Rehabil Med, 2023(7): 88–91. (in Chinese)
- [10] 王福珍,董晓艳,邢行,等. 针刺加闪罐结合隔姜灸治疗顽固性面瘫的临床观察[J]. 中医外治杂志, 2023, 32(1): 98–99.
WANG F Z, DONG X Y, XING X, et al. Clinical observation on treatment of intractable facial paralysis with acupuncture and cupping combined with ginger-separated moxibustion [J]. J Extern Ther Tradit Chin Med, 2023, 32(1): 98–99. (in Chinese)
- [11] 许文涛,耿维平,戴淑青. 针刺风池穴为主治疗梅杰综合征初探[J]. 中医临床研究, 2021, 13(20): 96–98.
XU W T, GENG W P, DAI S Q. Treating Meige syndrome by acupuncture at Fengchi points [J]. Clin J Chin Med, 2021, 13(20): 96–98. (in Chinese)
- [12] 雷四英,彭铎. 低频重复经颅磁刺激联合 A 型肉毒毒素治疗梅杰综合征的疗效研究[J]. 医药前沿, 2025, 15(5): 15–18.
LEI S Y, PENG D. Clinical efficacy of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation combined with botulinum toxin type A in the treatment of patients with Meige syndrome [J]. Yiyao Qianyan, 2025, 15(5): 15–18. (in Chinese)

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