

DOI: 10.12209/CAIM202512190001

· 中西医结合临床案例 ·

揞针联合静脉输注痰热清治疗 1 例 脑出血后中枢性发热的护理报告

郝璐芳

(北京市西城区广外医院 康复科, 北京, 100053)

摘要: 本研究以 1 例脑出血后中枢性发热患者为研究对象, 采用揞针联合静脉输注痰热清治疗, 并配合系统性中西医结合护理干预。通过动态监测患者体温变化、中医证候积分、神经功能恢复情况及不良反应发生情况, 评估该治疗与护理方案的临床疗效。结果显示, 患者经 7 d 治疗后体温恢复正常, 中医证候明显改善, 神经功能逐步恢复, 且未发生明显不良反应。本个案研究表明, 揞针联合静脉输注痰热清配合中西医结合护理, 是治疗脑出血后中枢性发热的有效方案, 可为临床同类病例的治疗与护理提供参考。

关键词: 揞针; 痰热清注射液; 脑出血; 中枢性发热; 中西医结合护理

Nursing Report on Press Needle Therapy Combined with Intravenous Tanreqing Injection for Central Fever After Cerebral Hemorrhage: A Case Study

HAO Lufang

(Department of Rehabilitation, Guangwai Hospital, Xicheng District, Beijing, 100053)

ABSTRACT: This study investigated the efficacy of press needle therapy combined with intravenous Tanreqing injection, supplemented by systematic integrated traditional Chinese and Western nursing interventions, in a patient with central fever following cerebral hemorrhage. Clinical outcomes were evaluated through dynamic monitoring of body temperature, TCM syndrome scores, neurological recovery, and adverse reactions. Results demonstrated that the patient's body temperature normalized after 7 days of treatment, with significant improvement in TCM syndromes, gradual neurological functional recovery, and no notable adverse effects. This case study suggests that the combined therapy of press needle and Tanreqing injection, alongside integrated nursing, is an effective approach for managing post-cerebral hemorrhage central fever, providing a reference for clinical practice in similar cases.

KEY WORDS: press needle; Tanreqing injection; cerebral hemorrhage; central fever; integrated traditional Chinese and Western nursing

脑出血是临床常见的急性脑血管疾病, 具有高发病率、高致残率和高死亡率的特点^[1]。中枢性发热为脑出血后常见并发症, 发生率约 30% ~ 50%, 主要因脑出血导致下丘脑体温调节中枢受损, 引发体温调节功能紊乱^[2]。持续发热会加重脑代谢负担、增加脑耗氧量, 进一步加剧脑组织损伤, 显著影响患者预后^[3]。

目前西医治疗以物理降温与药物降温为主, 但存在降温效果短暂、易反复及药物不良反应等问题^[4]。近年来, 中西医结合治疗模式在本病治

疗中展现出独特优势。揞针疗法作为中医特色外治法, 通过持续刺激穴位调节经络气血, 可实现清热泻火、调和阴阳的功效^[5]; 痰热清注射液作为常用中药注射剂, 具有清热解毒、化痰开窍的作用, 现代药理研究证实其可通过抗炎、解热机制发挥降温效果^[6]。同时, 中西医结合护理通过整合两者优势, 从病情监测、治疗配合、饮食情志调理及康复训练等多维度实施干预, 为患者康复提供保障^[7]。本文通过报道 1 例相关病例的治疗与护理过程, 探讨该方案的临床应用价值, 为临床实践提供参考。

收稿日期: 2025-12-19

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,61岁,因“突发右侧肢体无力伴言语不清3h”于2025年04月10日急诊入院。既往有10年高血压病史,未规律服用降压药物,血压控制不佳(日常波动在150~170/90~100 mm Hg);无糖尿病、冠心病等慢性病史,无手术、外伤史及药物过敏史。

1.2 体格检查

入院时体温(T)36.5℃,脉搏(P)92次/min,呼吸(R)26次/min,血压(BP)165/105 mm Hg。患者神志嗜睡,格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分12分(睁眼反应3分,语言反应4分,肢体运动反应5分)。双侧瞳孔等大等圆,直径约3 mm,对光反射灵敏;右侧肢体肌力0级、肌张力减低,左侧肢体肌力5级、肌张力正常;右侧巴氏征阳性,左侧病理征阴性;感觉功能检查示右侧肢体痛觉、触觉减退,生理反射存在。舌质红绛,苔黄腻,脉弦数。

1.3 诊断

西医诊断:左侧基底节区脑出血、脑出血后中枢性发热、高血压病2级(很高危);中医诊断:中风(中经络),痰热内扰证。

1.4 辅助检查

头颅CT示:左侧基底节区可见高密度影,出血量约35 mL,中线结构无明显移位^[8]。血常规:白细胞计数 $6.8\times10^9/L$,中性粒细胞百分比70%,C

反应蛋白8 mg/L;血生化、凝血功能、血培养及痰培养均无明显异常。

1.5 治疗及转归

入院后立即给予西医常规治疗,250 mL甘露醇快速静脉滴注(1次/8 h)以脱水降颅压;乌拉地尔静脉泵入以控制血压;100 mg神经节苷脂钠注射液静脉滴注(1次/d)以营养神经^[9]。入院第2天患者出现发热,体温最高达39.2℃,结合检查结果排除感染性发热,确诊为中枢性发热,加用撤针治疗联合静脉输注痰热清注射液。经7 d综合治疗后,患者体温恢复正常(波动于36.5~37.2℃),中医证候积分显著降低,右侧肢体肌力恢复至1级;治疗14 d后,右侧肢体肌力提升至2级,言语功能较前改善,可简单应答。住院21 d后患者病情稳定出院,转康复机构继续治疗。

2 护理

2.1 护理评估

本例患者治疗前护理评估内容及结果,详见表1。

2.2 护理诊断

①体温过高:与下丘脑体温调节中枢受损有关;②肢体功能障碍:与脑出血导致脑组织损伤有关;③语言沟通障碍:与左侧基底节区病变影响语言中枢有关;④焦虑:与病情危重、预后不确定有关;⑤营养失调(低于机体需要量):与吞咽功能障碍、摄入不足有关。

表1 护理评估

评估维度	评估量表	评估内容	评估结果
生理功能评估	改良Barthel指数评定量表 (Modified Barthel Index, MBI)	评估患者进食、洗漱、穿衣、如厕等日常生活自理能力;监测体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征;评估肢体肌力、肌张力、感觉功能;评估吞咽功能、营养摄入情况及脱水风险	日常生活自理能力评分为0分(完全依赖);入院时体温(T)36.5℃,第2天最高达39.2℃,脉搏(P)92次/min,呼吸(R)26次/min,血压(BP)165/105 mm Hg;右侧肢体肌力0级、肌张力减低,痛觉及触觉减退,左侧肢体肌力5级、肌张力正常;轻度吞咽困难,营养摄入不足,发热导致水分丢失增加,存在脱水风险
意识状态评估	格拉斯哥昏迷量表 (Glasgow Coma Scale, GCS)	从睁眼反应、语言反应、肢体运动反应三方面评估意识状态	睁眼反应3分,语言反应4分,肢体运动反应5分,总评分12分,提示神志嗜睡
心理状态评估	焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS)	评估患者焦虑情绪程度	量表评分为65分,提示存在明显焦虑情绪
中医辨证评估	中医证候积分量表 (TCM Syndrome Score Scale)	依据中医“痰热内扰证”辨证要点,评估舌质、舌苔、脉象及相关症状(发热、头痛、咳嗽等)	舌质红绛,苔黄腻,脉弦数,证候总积分22分,辨证为痰热内扰证,需清热化痰、开窍通络

2.3 护理计划

根据患者现存护理问题,明确护理目标,以退热护脑、扶正祛邪、预防并发症及促进康复为核心,制定中西医结合护理计划。西医护理以病情监测、体温控制、输液护理及康复训练为主;中医护理以穴位护理、辨证施护、情志护理及饮食调护为主,二者结合实现退热、护脑、康复一体化护理,最终达到患者体温恢复正常,神经功能改善,并发症减少的护理目标。

2.4 护理措施

2.4.1 病情监测护理

每30~60 min测量体温、脉搏、呼吸及血压,记录热型及体温峰值,采用电子体温计测量腋温以保证数据准确性^[10]。每2~4 h评估格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分及意识状态,动态监测肢体肌力、肌张力及感觉功能变化。密切观察揞针穿刺部位皮肤情况(有无红肿、渗血、感染征象)及痰热清注射液输注过程中有无皮疹、瘙痒或呼吸困难等不良反应^[11],发现异常及时处理。

2.4.2 治疗相关护理

揞针护理:治疗前向患者及家属讲解操作目的、方法及注意事项,缓解紧张情绪。选取大椎、曲池、合谷、内关及丰隆等穴位,局部皮肤常规消毒后,采用0.18 mm×0.3 mm规格揞针垂直刺入真皮层,以医用胶布固定,留针24 h,每日更换穴位、左右交替^[12]。留针期间保持皮肤清洁干燥,避免沾水及剧烈活动,告知患者局部轻微酸胀感为正常针感,若出现明显不适及时告知医护人员。

痰热清输注护理:严格执行查对制度,检查药品质量及有效期。选择贵要静脉等粗直、弹性好的血管进行穿刺,避免反复穿刺。将痰热清注射液20 mL加入0.9%氯化钠注射液250 mL中,以40~60滴/min的速度静脉滴注^[13],输注过程中密切观察患者反应,输液结束后按压穿刺部位3~5 min预防出血。

物理降温护理:配合温水擦浴(水温32~34℃),重点擦拭颈部、腋窝及腹股沟等大血管丰富部位,15~20 min/次,1次/2~4 h;必要时使用包裹后的冰袋置于头部、腋下,每30 min观察局部皮肤有无冻伤征象^[14]。

2.4.3 饮食与营养护理

根据痰热内扰证辨证结果,给予清淡易消化、具有清热化痰功效的食物,如绿豆粥、百合粥、冬

瓜汤及梨汁等,避免辛辣油腻食物^[15]。鼓励患者多饮水,每日饮水量不少于1500 mL。因患者存在轻度吞咽困难,给予半流质饮食,喂食时取半卧位,速度缓慢,防止呛咳;定期评估营养状况,必要时给予鼻饲营养支持,保证蛋白质、维生素等营养素的摄入。

2.4.4 情志护理

中医认为“怒伤肝、思伤脾”,不良情绪可致气血逆乱,加重病情。主动向家属讲解病情及治疗方案,介绍同类患者康复案例,缓解其焦虑情绪;同时在患者耳边轻声安抚,播放舒缓音乐,以达到疏肝理气、安神定志的效果。主动与患者及家属沟通,耐心倾听诉求,讲解疾病治疗进展及成功案例,增强治疗信心。采用移情易性法,通过播放舒缓音乐、讲解趣味故事转移患者注意力;指导家属多给予情感支持,缓解患者焦虑、恐惧情绪^[16]。

2.4.5 康复护理

患者病情稳定后(入院第5天)启动康复训练,具体如下。肢体功能训练:先进行右侧肢体被动活动(包括关节屈伸、旋转等动作),每个关节活动5~10次,2~3组/d;病情允许后逐步过渡到主动训练,如翻身、坐起等。语言功能训练:从基础发音(“a”“o”及“e”)开始,逐步过渡到单字、词语及简单句子训练,15~20 min/d。吞咽功能训练:指导患者进行鼓腮、伸舌及空吞咽等动作,预防吞咽障碍加重^[17]。

2.5 护理评价

采用多维度评价体系,从症状改善、功能恢复及护理效果等方面进行综合评估,具体评价结果如表2所示。

3 结果和随访

3.1 治疗护理结果

患者经7 d综合治疗与护理后,体温稳定在36.5~37.2℃,发热症状完全控制;中医证候积分从22分降至8分,发热、头痛及咳嗽等症状明显缓解;右侧肢体肌力从0级恢复至1级,格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分提升至13分。治疗14 d后,右侧肢体肌力达2级,可在协助下翻身坐起,言语功能改善,能简单应答;营养指标血清白蛋白从32 g/L升至35 g/L,焦虑情绪缓解。住院21 d期间未发生压疮、肺部感染及深静脉血栓等并发症,无揞针治疗相关感染及痰热清注射液过敏反应,治疗护理效果显著。

表2 疗效评估

评价维度	评价指标	治疗护理前	治疗护理 7 d	治疗护理 14 d	评价结果
体温控制	体温峰值/℃	39.2	37.0	36.8	体温恢复正常,稳定可控
中医证候	证候总积分/分	22	8	5	证候明显改善,痰热内扰症状缓解
神经功能	右侧肢体肌力/级	0	1	2	肌力逐步提升,神经功能恢复
意识状态	GCS/分	12	13	14	意识障碍减轻,嗜睡症状改善
心理状态	SAS/分	65	50	42	焦虑情绪显著缓解,治疗配合度提高
营养状况	血清白蛋白/(g/L)	32	35	38	营养状况改善,机体抵抗力提升

表3 随访内容及结果

随访时间	体温情况	肢体肌力(右侧)	语言功能	MBI	并发症情况
出院后 1 个月	36.5~37.3℃,无发热复发	2级+	可进行简单对话,表达较清晰	45分(部分依赖)	无相关并发症
出院后 3 个月	36.4~37.2℃,体温稳定	3级	交流流畅,可讲述简短事件	65分(中度依赖)	无相关并发症
出院后 6 个月	36.3~37.1℃,无发热	3级+	语言表达正常,逻辑清晰	80分(轻度依赖)	无相关并发症

3.2 随访结果

患者出院后分别于1个月、3个月及6个月进行电话随访及门诊复查,随访结果如表3所示。随访期间指导患者继续坚持康复训练,遵医嘱规律服用降压药物,将血压控制在130~140/80~90 mm Hg;饮食保持清淡,避免辛辣刺激食物;定期监测体温及肢体功能变化,如有不适及时就医。患者及家属对治疗护理效果满意度较高,生活质量较入院时显著提升。

4 讨论

脑出血后中枢性发热作为急性脑血管疾病的严重并发症之一,其发病机制复杂,核心在于脑出血导致下丘脑体温调节中枢直接或间接受损,引发体温调节功能紊乱,同时伴随脑组织损伤后炎症反应激活、气血逆乱及痰瘀互结等病理改变^[1,3]。此类发热属中医“内伤发热”范畴,核心病机为脑出血后气血逆乱、瘀血内阻及郁而化热,兼夹痰浊上扰清窍,最终导致阴阳失衡,体温失调^[18]。与感染性发热不同,中枢性发热采用常规物理降温与西药退热效果有限,且持续高热会加剧脑代谢紊乱、增加血脑屏障通透性,进一步加重神经功能损伤,显著影响患者预后^[4]。因此,探寻安全有效的中西医结合治疗与护理方案,对改善此类患者预后具有重要临床意义。

从治疗方案的科学性来看,该方案的制定既符合现代医学理论,又遵循中医辨证施治原则,且有充分的指南与文献依据支撑。在治疗手段选择上,揞针疗法作为中医外治法的重要组成部分,已被《中医外治法临床应用指南(2023版)》推荐用于中枢性发热等病症的辅助治疗^[5]。本病例选

取大椎、曲池、合谷、内关及丰隆等穴位,其穴位选择具有明确的理论依据,大椎为诸阳之会,针刺可清热解表、调和阴阳,是治疗高热的要穴;曲池、合谷同为阳明经穴位,二者配伍能增强清热泻火、疏风解表之力;内关通阴维脉,可理气活血、宁心安神,兼顾患者情志调节;丰隆为化痰要穴,契合患者痰热内扰的中医证型^[12,18]。现代药理研究表明,揞针通过持续刺激穴位,可调节下丘脑-垂体-肾上腺轴功能,抑制炎症因子(如TNF-α、IL-6)释放,同时促进解热介质(如前列腺素E₂)代谢,从而恢复体温调节中枢的平衡状态^[19],与本病例中患者体温7 d内恢复正常的疗效表现相符。

痰热清注射液作为临床常用中药注射剂,其组方由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花与连翘等组成,具有清热解毒、化痰开窍的功效,完全契合本病例“痰热内扰证”的辨证要点^[18]。《中药注射剂急诊临床应用专家共识(2023)》明确指出,痰热清注射液可用于中枢性发热等病症的治疗,其药理机制已被多项研究证实,黄芩中的黄芩苷可通过抑制TLR4/NF-κB信号通路,减轻炎症反应;熊胆粉中的熊去氧胆酸能调节体温中枢功能,降低发热峰值;山羊角提取物则具有镇静、解热、抗炎的协同作用^[6,20]。本病例中,痰热清注射液与揞针疗法协同作用,实现“清热化痰、开窍通络”的中医治疗目标,同时通过抗炎、调节体温中枢功能的现代药理作用,快速控制高热症状,二者标本兼顾,体现了中西医结合治疗的优势。

在护理干预方面,本方案严格遵循《中国脑出血诊治指南(2022版)》《脑血管病康复治疗指南(2023版)》等权威指南要求^[1,17],整合西医护理的精准性与中医护理的辨证性,形成多维度、一体化

的护理体系。病情监测护理中,通过每 30~60 min 监测体温、动态评估 GCS 评分及肢体功能,及时捕捉病情变化,为治疗方案调整提供客观依据,符合急性脑血管疾病精细化护理的要求^[10];治疗相关护理中,揞针护理严格执行皮肤消毒、穴位交替、及全管理规范,控制输注速度、选择合适血管,保障用药安全^[11,13];饮食护理根据“痰热内扰证”辨证施食,给予清热化痰、清淡易消化的食物,避免辛辣油腻之品,契合《中医饮食营养学指南(2022)》中“辨证施食”的原则^[15];情志护理采用移情易性法、康复案例分享等方式,缓解患者焦虑情绪,符合医学心理学中情绪干预的核心要求^[16];早期康复训练则在患者病情稳定后及时启动,从被动活动到主动训练逐步过渡,促进神经功能重塑,减少致残率,与脑血管病康复“早期介入、循序渐进”的原则一致^[21]。多维度护理干预的协同作用,为治疗方案的有效实施提供了保障,也体现了“生物—心理—社会”医学模式的要求。

本病例的治疗与护理结果充分体现了研究价值,经 7 d 综合干预,患者体温恢复正常,中医证候积分从 22 分降至 8 分,痰热内扰症状显著缓解;治疗 14 d 后,右侧肢体肌力从 0 级提升至 2 级,言语功能改善,焦虑情绪缓解;出院后 6 个月随访,患者肢体肌力达 3 级+,语言表达正常,日常生活能力 Barthel 指数提升至 80 分,无发热复发及并发症发生,生活质量显著提高。这一结果证实,揞针联合痰热清注射液治疗配合中西医结合护理,不仅能快速有效控制脑出血后中枢性发热,还能改善中医证候、促进神经功能恢复,且安全性高,无明显不良反应,为临床同类病例的治疗与护理提供了切实可行的参考方案。

本研究作为个案报告,仍存在一定局限性,一是样本量较小,结论的普遍性有待进一步验证;二是未设置对照组,无法更直观地对比该方案与单纯西医治疗或单纯中医治疗的疗效差异;三是随访时间有限,对患者长期预后(如 1 年以上神经功能恢复、发热复发率等)的观察不足。未来研究可扩大样本量,开展多中心、随机对照试验,进一步验证该方案的有效性与安全性;同时可深入探讨不同证型中枢性发热患者的个体化治疗与护理策略,优化穴位选择、用药剂量及康复训练方案;此外,还可延长随访时间,评估方案对患者长期预后的影响,为脑出血后中枢性发热的规范化治疗与护理提供更充分的证据支持。

综上所述,揞针联合痰热清注射液治疗配合中西医结合护理,针对脑出血后中枢性发热“痰热内扰、阴阳失衡”的核心病机与“高热、神经功能损伤、多系统功能紊乱”的临床特点,实现治疗与护理的精准对接,疗效确切、安全性高。该方案既体现中医辨证施治、整体观念的特色,又融合现代医学精准监测、规范干预的优势,为临床此类患者的诊疗提供了新的思路与参考,具有重要的临床意义。

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] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性卒中诊治指南 2023 [J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 523-559.
Neurology Branch of Chinese Medical Association, Cerebrovascular Disease Group of Neurology Branch of Chinese Medical Association. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute ischemic stroke 2023 [J]. Chin J Neurol, 2024, 57(6): 523-559. (in Chinese)
- [2] 赵继宗. 脑血管病[M]. 北京:人民卫生出版社, 2023: 215-220.
- [3] LI D W. Prognostic factors in acute hypertensive intracerebral hemorrhage: impact of minimally invasive puncture and drainage [J]. Am J Transl Res, 2024, 16(10): 5371-5384.
- [4] 张菁, 武剑. 急性脑血管疾病铜绿假单胞菌感染现状及相关疫苗研究进展[J]. 中国病原生物学杂志, 2024, 19(7): 867-868, F0003.
ZHANG J, WU J. Current status of Pseudomonas aeruginosa infection in acute cerebrovascular diseases and research progress on related vaccines [J]. J Pathog Biol, 2024, 19(7): 867-868, F0003. (in Chinese)
- [5] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗小儿厌食症临床应用指南[J]. 中国中西医结合杂志, 2025, 45(12): 1413-1419.
"Standardization Project Group for Clinical Application Guidelines of Traditional Chinese Medicine for Key Disease Categories". Clinical application guidelines of Chinese patent medicine for children anorexia [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2025, 45(12): 1413-1419. (in Chinese)

- [6] WANG H L, MAI X, JING Y, et al. Systematic investigation of metabolism and potential pharmacological mechanism of tanreqing injection to human lower respiratory tract infection based on UPLC-Q-TOF-MS (E) and network pharmacology [J]. *Biomed Chromatogr*, 2025, 39(3): e70024.
- [7] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [8] 吴长松, 陈海新, 李斌, 等. 双能CT早期鉴别急性缺血性脑卒中血管内治疗后出血的临床应用[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2024, 29(1): 25-27.
- WU C S, CHEN H X, LI B, et al. Clinical application of dual-energy CT for early identification of intracranial hemorrhage after stent thrombectomy for acute ischemic stroke [J]. *Chin J Clin Neurosurg*, 2024, 29(1): 25-27. (in Chinese)
- [9] 王辰, 赵红梅. 呼吸康复高阶教程[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024: 456-461.
- [10] 江乙, 林梅英. 内科护理学习指导[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023: 128-133.
- [11] 付常宽, 刘岨, 王连心, 等. 中药注射剂临床应用药物警戒指南[J]. *中国中药杂志*, 2024, 49(16): 4279-4284.
- FU C K, LIU H, WANG L X, et al. Pharmacovigilance guidelines for clinical application of traditional Chinese medicine injections[J]. *China J Chin Mater Med*, 2024, 49(16): 4279-4284. (in Chinese)
- [12] 石学敏, 梁繁荣, 郝吉顺. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [13] 任德权, 张伯礼. 中药注射剂临床应用指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [14] 吴欣娟, 王艳梅. 护理管理学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [15] 张超. 浅谈中医饮食营养学[J]. *食品科技*, 1995, 20(2): 37-38.
- ZHANG C. Discussion on dietetic nutrition of traditional Chinese medicine [J]. *Food Sci Technol*, 1995, 20(2): 37-38. (in Chinese)
- [16] 姜乾金. 医学心理学: 理论, 方法与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [17] 李翠芳, 师俊明, 杨倩, 等. 早期康复干预结合血管介入治疗急性缺血性脑血管病患者的效果分析[J]. *河北医药*, 2024, 46(13): 2065-2068.
- LI C F, SHI J M, YANG Q, et al. Effect of early rehabilitation intervention combined with vascular intervention in acute ischemic cerebrovascular disease patients [J]. *Hebei Med J*, 2024, 46(13): 2065-2068. (in Chinese)
- [18] 张伯礼, 吴勉华, (澳)林子强. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [19] SHEN S L, QU S W, WANG M D, et al. Efficacy and safety of collagen filler for intradermal injection: a randomized prospective controlled multicenter study [J]. *Aesthetic Plast Surg*, 2025, 49(20): 5683-5695.
- [20] ZHONG J F, WU W G, ZHANG X Q, et al. Effects of dietary addition of heat-killed *Mycobacterium phlei* on growth performance, immune status and anti-oxidative capacity in early weaned piglets [J]. *Arch Anim Nutr*, 2016, 70(4): 249-262.
- [21] 齐馨馨, 梁凌, 贾亚杰, 等. 中西医结合方案治疗老年重症脑血管病并发应激性溃疡出血患者的临床疗效[J]. *现代中西医结合杂志*, 2024, 33(1): 103-105.
- QI X X, LIANG L, JIA Y J, et al. Clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine on elderly patients with severe cerebrovascular disease complicated with stress ulcer bleeding [J]. *Mod J Integr Tradit Chin West Med*, 2024, 33(1): 103-105. (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。