

DOI: 10.12209/CAIM202604010003

· 中西医结合临床案例 ·

中药塌渍治疗 1 例缺血性中风伴 糖尿病足患者的护理体会

李 晶, 牛晓徽

(北京市健宫医院 脑病科, 北京, 100054)

摘要: 本报告总结 1 例 56 岁男性缺血性脑卒中合并周围性面瘫、2 型糖尿病伴糖尿病足患者的中西医结合护理过程。患者入院后接受西医抗血小板聚集、改善脑循环、血糖调控及抗感染治疗; 中医予中药塌渍治疗面瘫、复方黄柏液湿敷糖尿病足创面, 同时联合口服中药、康复训练及系统专科护理。经过 12 d 住院治疗与护理, 患者面瘫症状显著改善, 言语功能恢复, 糖尿病足感染得到有效控制, 未发生眼部并发症、跌倒与压疮等不良事件; 出院后随访显示, 患者功能状态持续好转, 足部创面愈合良好, 提示中药塌渍联合个体化中西医护理, 对缺血性脑卒中伴面瘫、糖尿病足患者疗效确切, 可有效促进患者功能恢复、提升生活质量, 值得临床推广。

关键词: 中药塌渍; 缺血性中风; 周围性面瘫; 糖尿病足; 中西医结合护理

Nursing Experience of Herbal Compress Therapy in a Case of Ischemic Stroke with Diabetic Foot

LI Jing, NIU Xiaohui

(Department of Encephalopathy, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This report summarizes the integrated traditional Chinese and Western nursing process for a 56-year-old male patient with ischemic stroke complicated by peripheral facial paralysis, type 2 diabetes mellitus, and diabetic foot. Upon admission, the patient received Western medical treatments including antiplatelet aggregation, cerebral circulation improvement, glycemic control, and anti-infection therapy. Traditional Chinese medicine interventions involved herbal compress therapy for facial paralysis, compound Huangbai liquid wet compresses for diabetic foot wounds, alongside oral herbal medicine, rehabilitation training, and systematic specialized nursing. After 12 days of hospitalization, the patient exhibited significant improvement in facial paralysis, restored speech function, and effective control of diabetic foot infection, with no adverse events such as ocular complications, falls, or pressure ulcers. Follow-up post-discharge indicated sustained functional recovery and satisfactory wound healing, demonstrating that herbal compress therapy combined with individualized integrated nursing is clinically effective for ischemic stroke patients with facial paralysis and diabetic foot, promoting functional rehabilitation and quality of life, thus warranting broader clinical application.

KEY WORDS: herbal compress therapy; ischemic stroke; peripheral facial paralysis; diabetic foot; integrated traditional Chinese and Western nursing

缺血性脑卒中^[1]是中老年人高发的脑血管疾病,以猝然昏仆、言语謇涩、半身不遂、口眼歪斜为主要特征,属中医“中风”范畴,多以气虚血瘀、肝肾阴虚、气血逆乱为基本病机,其发病率、致残率均居高不下,给临床护理带来诸多挑战。中西医结合治疗脑卒中,近年已从辅助配合走向全周期协同^[2]。面瘫作为缺血性脑卒中常见周围神经并

发症,发生率约 20%~30%,严重影响患者言语、进食及自我形象,降低其治疗依从性与生活质量。中药塌渍疗法^[3]作为中医外治经典手段,通过药物局部渗透配合温热效应,起到活血化瘀、消肿止痛、通经活络之效,在脑卒中后面瘫康复中总有效率可达 85% 以上,且安全性高,优势显著。

糖尿病足是 2 型糖尿病严重慢性并发症,而

收稿日期:2026-04-01

OPEN ACCESS

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

缺血性脑卒中患者因肢体感觉障碍、活动减少,会进一步增加糖尿病足感染、创面不愈的风险,二者合并时临床治疗及护理难度显著提升。本例患者同时合并长期血糖控制不佳、双侧糖尿病足(左侧瓦格纳2期伴感染),护理难度高、并发症风险大。临床通过实施中西医结合综合护理方案,以中药塌渍为核心技术,联合糖尿病足创面管理^[4]、面瘫专科护理、血糖管控、心理干预与康复指导,取得满意效果,现将护理体会报道如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男性,56岁,因“右侧颜面部麻木伴言语不清12d,加重2d”于2026年02月26日入院。既往有2型糖尿病史7年,长期口服二甲双胍,血糖控制不佳;右侧糖尿病足病史4年,右足拇指缺如;左侧糖尿病足病史7年,创面反复不愈合,可见脓性分泌物。

1.2 体格检查

患者神志清楚,吐字欠清晰,右侧颜面部麻木,无肢体活动障碍,无明显饮水呛咳,洼田饮水试验2级。专科查体:右侧额纹消失,眼睑闭合不全,鼻唇沟变浅,口角向左侧歪斜;左侧糖尿病足创面约3.0 cm×4.0 cm,可见黄色脓性分泌物,创面周围皮肤红肿、皮温升高。

1.3 诊断

西医诊断:缺血性脑卒中(急性期),周围性面瘫(右侧),2型糖尿病伴糖尿病足(双侧,左侧瓦格纳2期);中医诊断:中风—中经络(气虚血瘀证),消渴病合并脱疽(痰瘀互结、热毒壅盛证)。辨证依据:患者为中老年男性,年近六旬,饮食不节,过食肥甘厚味,致使脾胃受损,脾失健运,水液代谢失常,正气亏虚,不能鼓动血脉运行,以致脉络瘀阻,肌肉筋脉失于濡养,营血不能上荣,脏腑功能减退,故见半身不遂、口眼歪斜;气虚血瘀,舌本失养,故语言蹇涩;气虚失于固摄,故口角流涎、小便频数、遗尿失禁;气虚固摄无权,故自汗出;脾虚水失运化,故便溏,手足肿胀,苔白腻。气虚无力推动血液运行,导致瘀血阻塞脉络,故舌淡红,舌苔薄白,脉沉细,四诊合参,辨病为缺血性中风病,辨证为气虚血瘀证。

1.4 治疗

西医治疗:遵医嘱给予患者一级护理,留陪护1人,心电、血压、血氧监护,氧气吸入;静脉输注

苦碟子注射液、川芎嗪注射液活血改善循环,依达拉奉注射液清除自由基;肌肉注射维生素B₁₂及维生素B₁营养神经;皮下注射精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合注射液(25R)控制血糖;雾化吸入乙酰半胱氨酸溶液、布地奈德混悬液化痰解痉;口服阿司匹林肠溶片抗血小板聚集,阿托伐他汀钙片降脂稳斑,泮托拉唑钠肠溶片抑酸护胃,厄贝沙坦氢氯噻嗪片、苯磺酸氨氯地平片降压,吡格列酮二甲双胍片、米格列醇片降糖,羧甲司坦片化痰,贝前列素钠片、己酮可可碱缓释片改善下肢血液循环,蚓激酶肠溶胶囊降纤维蛋白原等治疗。中医治疗:予中药塌渍治疗面瘫,1次/d,7d为1疗程;复方黄柏液湿敷左侧糖尿病足创面,1次/d,20 min/次,7d为1疗程;同时口服牵正散合补阳还五汤加减中药汤剂,2次/d,7d为1疗程,以益气活血、化痰通络。康复治疗:开展面部肌肉功能训练、语言功能训练。

本病例通过中西医结合综合治疗干预,西医对症控制基础病情、抗感染稳血糖,中医外治(塌渍、湿敷)结合内服中药调理病机,配合康复训练改善功能。经12d住院治疗后,患者面瘫症状显著改善,糖尿病足感染得到有效控制,言语功能基本恢复,无明显并发症发生,于03月04日顺利出院;出院后7d完成随访,患者各项功能状态持续好转。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

生命体征与躯体评估:体温(T)36.5℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)135/85 mm Hg;左侧糖尿病足创面3.0 cm×4.0 cm,可见黄色脓性分泌物,创面周围红肿范围约5.0 cm×6.0 cm,皮温升高,压痛(+);右侧颜面部麻木,额纹消失,眼睑闭合不全,口角左偏;饮食纳差,夜寐欠安,二便调,营养状况中等。

血糖评估:空腹血糖8.9 mmol/L,餐后2 h血糖12.5 mmol/L,血糖控制不佳。

心理与社会评估:患者因容貌改变、言语障碍及足部创面迁延不愈,存在明显焦虑、自卑、抑郁情绪,SAS评分58分(轻度焦虑),SDS评分62分(中度抑郁);家属支持系统良好,但缺乏中风康复、面瘫护理及糖尿病足专科护理相关知识。

2.1.2 量表评估

面神经功能分级量表(House-Brackmann Fa-

cial Nerve Grading System, H-B)^[5]将面神经功能分为 I ~ VI 级, I 级为正常, II 级轻度功能障碍, III 级中度功能障碍, IV 级中重度功能障碍, V 级重度功能障碍, VI 级完全麻痹。本例患者右侧面神经功能评分为 IV 级, 属中重度功能障碍。

洼田饮水试验(Kubota Drinking Test)^[6]评估标准共分 1 ~ 5 级, 1 级可顺利一次性咽下, 2 级分 2 次以上咽下无呛咳, 3 级能 1 次咽下但有呛咳, 4 级分 2 次以上咽下仍有呛咳, 5 级频繁呛咳无法咽下。本例患者评估为 2 级, 分 2 次以上咽下无呛咳, 吞咽功能轻度异常。

日常生活能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)^[7]总分 100 分, 评分 ≥ 90 分为自理, 60 ~ 89 分为中度依赖, 40 ~ 59 分为重度依赖, 评分 < 40 分为完全依赖。本例患者评估为 65 分, 属中度依赖。

视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[8]总分 0 ~ 10 分, 0 分为无痛, 1 ~ 3 分为轻度疼痛, 4 ~ 6 分为中度疼痛, 7 ~ 10 分为重度疼痛。本例者左侧糖尿病足创面疼痛评分为 5 分, 属中度疼痛。

2.2 护理诊断

沟通障碍: 与面神经麻痹导致言语不清有关, 护理评估示患者吐字欠清、言语謇涩, 无法流畅完成交流。自我形象紊乱: 与面瘫所致面容改变有关, 护理评估示患者右侧额纹消失、眼睑闭合不全、口角左偏, 面容改变明显, 存在自卑情绪。皮肤完整性受损: 与糖尿病足合并感染、创面不愈有关, 护理评估示左侧糖尿病足 3.0 cm $\times$ 4.0 cm 创面, 有黄色脓性分泌物, 创面周围红肿、皮温升高。有角膜损伤的风险: 与眼睑闭合不全, 存在暴露性角膜炎风险有关, 护理评估示患者右侧眼睑闭合不全, 角膜缺乏有效保护。急性疼痛: 与糖尿病足创面感染、炎症刺激有关, 护理评估示患者左侧足部创面压痛(+), VAS 疼痛评分 5 分, 中度疼痛。血糖过高: 与糖尿病病史、胰岛素分泌不足有关, 护理评估示空腹血糖 8.9 mmol/L, 餐后 2 h 血糖 12.5 mmol/L, 超出正常范围。焦虑、抑郁: 与面容改变、言语障碍、足部创面反复不愈有关, 护理评估示 SAS 评分 58 分、SDS 评分 62 分, 存在轻中度焦虑抑郁。潜在并发症: 跌倒、深静脉血栓、血糖剧烈波动、感染扩散, 患者糖尿病史多年、肢体感觉稍欠, 创面感染未控制, 血糖波动大, 存在并发症发生风险。知识缺乏: 缺乏疾病管理、康复训练、血糖监测及足部护理相关知识, 护理评估显示

家属支持良好, 但无相关疾病专科护理知识。

2.3 护理目标

2.3.1 短期目标

一周内改善患者面部血液循环, 减轻面瘫症状, 控制足部创面感染, 减少脓性分泌物。预防患者发生眼部并发症、跌倒、压疮及血糖急剧升高等情况。一周内将患者空腹血糖控制在 7.0 mmol/L 左右, 餐后 2 h 血糖控制在 10.0 mmol/L 以内, 缓解足部创面疼痛(VAS 评分降至 3 分以下)。

2.3.2 长期目标

患者出院前言语、面部功能明显改善, 足部创面清洁, 感染得到有效控制。使患者及家属掌握血糖监测、足部护理、面部康复训练的相关技能。患者出院后足部创面逐步愈合, 日常生活能力显著提升。缓解患者焦虑抑郁情绪, 使 SAS、SDS 评分降至正常范围, 提高治疗依从性。

2.4 护理措施

2.4.1 中药塌渍护理

方药组成包括丹参、当归、地龙、红花、桃仁、栀子、乳香、没药、大黄及合欢皮。操作前: 评估患者面部皮肤完整无破损, 确认无药物过敏史; 调节病室室温至 18 ~ 20 $^{\circ}\text{C}$ 、湿度 50% ~ 60%, 关闭对流风; 备齐药物、凡士林、纱布、镊子及红外线灯等用物。操作中: 协助患者取仰卧位, 暴露患侧面部; 将药粉与凡士林按 20% 比例调匀成糊状, 均匀涂于纱布, 厚度约 0.3 cm, 将纱布覆盖于患侧全面部; 采用红外线灯局部照射, 灯距 5 ~ 10 cm, 以患者自觉温热舒适为宜; 每次治疗 30 min, 1 次/d, 10 d 为一疗程。注意事项: 治疗中定时询问患者感受, 严防烫伤; 密切观察患者皮肤有无发红、瘙痒、皮疹等过敏反应; 治疗后清洁患者局部皮肤, 并做好护理记录。

2.4.2 糖尿病足护理

创面护理^[9]: 每日予复方黄柏液湿敷 20 min, 轻柔清创后用无菌敷料覆盖, 保持创面清洁干燥; 严密观察创面分泌物性质、肉芽生长状态、红肿范围及皮温变化, 并准确记录^[4]。血糖管理: 严密监测患者空腹及餐后血糖, 遵医嘱调整用药方案, 维持血糖稳定, 为创面愈合提供保障。健康教育: 指导患者避免久站、长时间行走; 每日自行检查双足皮肤完整性; 用 37 $^{\circ}\text{C}$ 左右的温水洗脚, 禁止用力揉搓足部, 避免造成新的皮肤损伤。

2.4.3 面瘫专科护理

眼部护理^[10]: 指导患者外出时戴墨镜, 遮光防

风;对眼睑闭合不全者,定时滴人工泪液,3次/d;睡前涂抹眼膏,保护角膜,预防暴露性角膜炎、角膜损伤。口腔护理:指导患者进食后用温水漱口,清除口腔残留食物,预防口腔感染;指导患者咀嚼口香糖,辅助锻炼面部肌肉。康复训练:指导患者进行抬眉、闭眼、鼓腮、示齿、吹口哨等动作,3次/d,10~15 min/次,促进面肌功能恢复。

2.4.4 心理护理

耐心向患者解释病情、治疗方案及预后,缓解其焦虑、自卑心理;鼓励患者表达内心感受,给予针对性情感支持;调动家属参与患者护理,增强患者治疗信心,提高其治疗依从性。

2.4.5 饮食护理

指导患者遵循低糖、低脂、低盐、清淡易消化

及营养均衡的饮食原则。宜食富含B族维生素的食物(全谷物、瘦肉、蛋类)、高钙食物(奶制品、豆制品)及新鲜蔬菜;忌食辛辣刺激、高糖高脂食物,烟酒、浓茶及咖啡。

2.4.6 基础护理

保持病室安静、光线柔和;定时协助患者翻身、拍背,预防压疮及下肢静脉血栓;加强安全宣教,在病室设置防跌倒标识;规范开展口腔护理,保持患者口腔清洁湿润。

2.5 护理评价

本次护理评价严格对照护理评估中评估指标,采用同一评估工具进行干预后复测,量化呈现患者症状及功能的改善情况,患者各阶段干预效果量化评估见表1。

表1 疗效评估

评估指标	入院时(干预前)	治疗3 d	治疗7 d	出院时(干预后)	出院7 d随访
H-B/级	Ⅳ(中重度障碍)	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ(轻度障碍)	Ⅱ(轻度障碍)
洼田饮水试验/级	2	2	2	1(正常)	1(正常)
ADL/分	65(中度依赖)	70	80	85(中度依赖)	90(自理)
VAS疼/分	5(中度疼痛)	3(轻度疼痛)	2(轻度疼痛)	0(无痛)	0(无痛)
空腹血糖/mmol/L	8.9	7.2	6.8	6.5	6.3~7.0
餐后2 h血糖/mmol/L	12.5	9.8	9.2	8.8	8.5~10.0
糖尿病足创面大小/cm ²	3.0×4.0	2.5×3.0	2.0×2.5	1.0×1.5	0.5×0.8
糖尿病足红肿范围/cm ²	5.0×6.0	4.0×5.0	3.0×3.0	无	无
SAS/分	58(轻度焦虑)	52	45	38(正常)	35(正常)
SDS/分	62(中度抑郁)	56	50	42(正常)	40(正常)

3 结果与随访

经12 d中西医结合治疗与系统护理,患者面瘫症状显著改善,言语功能基本恢复,糖尿病足感染得到有效控制,未发生角膜损伤、跌倒、压疮及感染扩散等并发症。出院后7 d随访显示,患者言语清晰,面部运动功能进一步恢复,足部创面肉芽生长良好,血糖控制稳定,日常生活能力显著提升,家属已掌握规范的护理方法,延续性护理落实到位。各项量化指标较入院时均显著改善:面神经功能H-B分级由Ⅳ级改善至Ⅱ级,洼田饮水试验由2级改善至1级,ADL评分由65分提升至85分(随访达90分),空腹血糖由8.9 mmol/L降至6.5 mmol/L,餐后2 h血糖由12.5 mmol/L降至8.8 mmol/L,糖尿病足创面由3.0 cm×4.0 cm缩小至1.0 cm×1.5 cm(随访进一步缩小至0.5 cm×0.8 cm),VAS疼痛评分由5分降至0分,SAS评分由58分降至38分,SDS评分由62分降至42分,实现了临床症状、功能状态、心理状态的全面改善。

4 讨论

4.1 缺血性脑卒中合并糖尿病足的临床现状

缺血性脑卒中是脑血管疾病中发病率最高的类型,面瘫为其常见周围神经并发症,发生率约20%~30%;而糖尿病患者长期血糖控制不佳易引发糖尿病足,缺血性脑卒中患者因肢体感觉障碍、活动减少,会进一步增加糖尿病足感染、创面不愈的风险,二者合并时临床治疗及护理难度显著提升,目前临床多采用中西医结合的干预模式。

4.2 中药塌渍疗法的理论与应用进展

中药塌渍是中医外治经典疗法,基于“经络传导”“外治即内治”理论,通过药物局部渗透与温热效应结合,达到活血化瘀、通经活络等功效。近年研究显示,该疗法在脑卒中后面瘫康复中总有效率可达85%以上,且安全性高,其方药配伍多以活血化瘀、通络止痛类药物为主,与本病例的丹参、当归等组方思路一致。

4.3 本病例的优势与局限性

护理方案体现个体化辨证施护,针对患者“气虚血瘀、痰瘀阻络”的中医证型制定中药塌渍及内服方药,同时结合西医量表评估实现量化护理,使护理更具针对性和科学性。构建“中药塌渍+创面管理+血糖管控+康复训练+心理干预”的综合护理体系,覆盖生理、心理、功能等多个维度,实现了全方位护理。注重延续性护理,出院前对家属进行系统培训,保证出院后护理措施的有效落实,促进患者长期康复。

但本研究为单个病例报告,样本量仅1例,缺乏大样本、多中心的临床对照研究,研究结果的普遍性和代表性有限。单个病例的治疗护理结果可能不适用于所有缺血性脑卒中伴糖尿病足患者,不同患者的证型、病情严重程度、身体基础状况不同,护理方案需个体化调整。随访时间较短,仅完成出院后7 d的随访,未对患者进行长期(3个月、6个月)随访,无法观察护理措施的长期疗效及患者病情的远期恢复情况。护理评估中部分量表虽有参考文献支撑,但未结合更多客观指标(如面神经电图、创面分泌物细菌培养),评估的客观性可进一步提升。

对缺血性脑卒中合并周围性面瘫、2型糖尿病伴糖尿病足的患者,采用中医辨证施护为基础、中药塌渍为核心及西医量化评估为支撑的中西医结合系统护理,可有效改善患者面瘫症状、控制糖尿病足感染,促进神经功能与日常生活能力恢复,同时缓解患者不良情绪,降低并发症发生率。临床护理中需注重个体化方案制定、全流程量化评估及出院后延续性护理的落实。本病例的护理经验提示,中西医结合综合护理是缺血性脑卒中合并糖尿病足患者的优选护理模式,值得在脑病科、糖尿病专科及中西医结合护理临床中推广应用,但临床应用时需根据患者具体证型及病情个体化调整方案,同时需开展大样本、长期随访的临床研究进一步验证疗效。

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] 付景娜,王芳,耿庆文,等. 脑梗死(缺血性中风)中西医结合护理专家共识[J]. 医养结合护理, 2025(2): 63-70.

FU J N, WANG F, GENG Q W, et al. Expert consensus on integrated traditional Chinese and western medicine nursing for cerebral infarction (ischemic stroke) [J]. J Integr Healthc Nurs, 2025 (2): 63-70. (in Chinese)

[2] 倪小佳,林浩,罗旭飞,等. 脑卒中中西医结合防治指南(2023版)[J]. 中国全科医学, 2025, 28(5): 521-533.

NI X J, LIN H, LUO X F, et al. Clinical practice guideline for the prevention and treatment of stroke with integrated traditional Chinese and western medicine (2023 edition) [J]. Chin Gen Pract, 2025, 28(5): 521-533. (in Chinese)

[3] 张楠楠,唐玉红,耿庆文,等. 中药塌渍治疗中风偏瘫的临床应用进展[J]. 中西医结合护理, 2021(10): 48-52.

ZHANG N N, TUO Y H, GENG Q W, et al. Advance in clinical application of Traditional Chinese Medicine collapse therapy in the treatment of hemiplegia after stroke [J]. Chin J Integr Nurs, 2021(10): 48-52. (in Chinese)

[4] 党婷婷,郭璞,张巧霞,等. 创面管理在老年糖尿病足患者治疗中的效果观察[J]. 宁夏医学杂志, 2025, 47(11): 1000-1003.

DANG T T, GUO P, ZHANG Q X, et al. Observation on the effect of wound management in the treatment of elderly patients with diabetic foot [J]. Ningxia Med J, 2025, 47(11): 1000-1003. (in Chinese)

[5] 刘昱甫,刘海涛,赵钧. 腹部温通针刺法对顽固性面神经麻痹患者肌电图与面神经功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(3): 514-517.

LIU Y F, LIU H T, ZHAO J. Effect of acupuncture with warming and ventilating abdomen on electromyography and facial nerve function in patients with intractable facial nerve palsy [J]. World J Integr Tradit West Med, 2021, 16(3): 514-517. (in Chinese)

[6] 高思宇,孙洁,唐艳,等. 咽反射检查联合动态吞咽造影对洼田饮水试验评估脑卒中后患者吞咽功能的应用分析[J]. 西部医学, 2025, 37(10): 1500-1505.

GAO S Y, SUN J, TANG Y, et al. The use of pharyngeal reflex examination combined with dynamic swallowing study on Kubota drinking test to assess swallowing function in post-stroke patients [J]. Med J West China, 2025, 37(10): 1500-1505. (in Chinese)

[7] 王宝艺,黄培冬,方佳,等. 日常生活能力量表的中医临床应用研究[J]. 云南中医药大学学报,

- 2025, 48(5): 14–19.
- WANG B Y, HUANG P D, FANG J, et al. Study on clinical application of daily living ability scale in traditional Chinese medicine [J]. J Yunnan Univ Chin Med, 2025, 48(5): 14–19. (in Chinese)
- [8] 徐海燕. 改良视觉模拟评分法在中医护理方案临床效果评价中的作用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(13): 86–88.
- XU H Y. The role of improved visual analogue scale in clinical effect evaluation of traditional Chinese medicine nursing scheme [J]. J Tradit Chin Med Manag, 2021, 29(13): 86–88. (in Chinese)
- [9] 杨皓, 王军, 徐阳, 等. 王军分期、分级、分型论治糖尿病足经验[J]. 中医药导报, 2026, 32(2): 253–256.
- YANG H, WANG J, XU Y, et al. Wang Jun's experience in treating diabetic foot by stages, grades and types [J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm, 2026, 32(2): 253–256. (in Chinese)
- [10] 王彩星, 洪珍兰. 雷火灸配合中西医疗法及护理干预周围性面瘫的临床疗效[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2024, 31(3): 353–356.
- WANG C X, HONG Z L. Clinical observation of the treatment of peripheral facial paralysis by Thunder-fire moxibustion combined with traditional Chinese and western medicine therapy and nursing [J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2024, 31(3): 353–356. (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。