

通补结合三联外治法干预 1 例气虚血瘀型 后循环缺血患者眩晕的护理报告

张双双¹, 房丽², 李媛²

(1. 北京市密云区中医医院 急诊科, 北京, 101500;

2. 中国中医科学院西苑医院 急诊科, 北京, 100091)

摘要: 本研究总结 1 例气虚血瘀型后循环缺血患者的护理经验。以“通补结合”理论为依据, 对该患者实施中医辨证施护, 采用砭石熨摩中药导入化瘀、腕踝针调气及温灸刮痧温阳三联外治法进行护理干预。经 7 d 治疗, 患者眩晕、高血压、便秘及焦虑症状均得到改善, 最终顺利出院。

关键词: 通补结合; 三联外治法; 气虚血瘀型; 后循环缺血; 眩晕护理

Nursing Report on the Triple External Therapy Integrating Unblocking and Tonifying in a Patient with Posterior Circulation Ischemia of Qi Deficiency and Blood Stasis Type

ZHANG Shuangshuang¹, FANG Li², LI Yuan²

(1. Department of Emergency, Miyun District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 101500;

2. Department of Emergency, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091)

ABSTRACT: This study summarizes the nursing experience of a patient with posterior circulation ischemia (PCI) of the qi deficiency and blood stasis type. Guided by the theory of "integrating unblocking and tonifying," pattern-based TCM nursing was implemented. A triple external therapy regimen was adopted, consisting of stone-needle ironing and rubbing with Chinese herbal penetration for resolving blood stasis, wrist-ankle acupuncture for regulating qi, and warm moxibustion combined with scraping therapy for warming yang. After 7 days of intervention, the patient's symptoms—including vertigo, hypertension, constipation, and anxiety—were all improved, and the patient was ultimately discharged uneventfully.

KEY WORDS: integrating unblocking and tonifying; triple external therapy; qi deficiency and blood stasis type; posterior circulation ischemia; vertigo nursing

后循环缺血是指因椎—基底动脉血管狭窄、血栓形成或栓塞, 导致脑细胞缺血缺氧的病理过程, 大动脉粥样硬化是其最重要的发病因素; 眩晕是后循环缺血最常见或首发的症状, 其中后循环缺血性眩晕在眩晕患者中的占比高达 60%。西医对本病的治疗多采用扩血管、抗血小板聚集、增加脑部供血及缓解脑血管痉挛等对症手段, 但存在病程长、不易根治及易复发的问題^[1]。

后循环缺血属于中医“眩晕病”范畴, 病因主要涉及“气、血、痰、火、虚、瘀”, 病位在脑, 与肝、脾、肾密切相关; 其病机复杂, 证型多相互兼夹、转化^[2]。中医治疗眩晕注重整体观念与辨证论治,

标本兼顾, 先缓解急性眩晕症状, 再调节气血、脏腑功能, 改善病因, 降低复发率^[3]。基于“通补结合”理论, 本文采用中药膏摩化瘀、腕踝针调气及温灸温阳三联外治法, 形成针对气虚血瘀型后循环缺血眩晕患者的中医护理方案, 现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性, 89 岁, 因“阵发性头晕 1 年余, 加重伴走路不稳 4 d”于 2025 年 03 月 24 日入院。患者 1 年余前无明显诱因出现活动后头晕, 伴走路不

稳,平卧后缓解,曾诊断为后循环缺血;4 d前无明显诱因出现头晕加重伴走路不稳,静点天麻素后症状稍缓解。既往有糖尿病、高血压病史,均规律治疗;有脑梗、甲状腺癌术后肺转移病史。

1.2 查体

一般情况:患者神志清楚,精神萎靡,体温(T) 36.5℃,脉搏(P) 66次/min,呼吸(R) 17次/min,血压(BP) 154/66 mm Hg。双下肢轻度水肿;阵发性头晕,走路活动时明显,伴走路不稳、踩棉花感,平卧后缓解,睁眼困难,耳鸣;纳差,不欲饮食;咳嗽,咳黄痰;便秘,大便3~4 d一行,大便干结;小便频数。舌红,苔黄,舌下青紫,脉弦。

1.3 辅助检查

影像学检查:头颅CT提示脑白质慢性缺血性改变;椎动脉超声提示右侧椎动脉异常(管腔内未见明显血流信号);颈动脉超声提示右侧颈外动脉起始部狭窄70%~99%,左侧颈内动脉起始部狭窄50%~69%。实验室检查:超敏C反应蛋白18.88 mg/L,降钙素原0.163 ng/mL,肌酐124 μmol/L,尿酸518 μmol/L;尿常规示细菌计数21157.9/μL,尿白细胞(++),提示泌尿系感染、肾功能异常。

1.4 诊断

中医诊断:眩晕,辨证分型:气虚血瘀证;西医诊断:后循环缺血。

1.5 治疗与转归

西医予止晕、扩血管、抗感染及化痰治疗;中医以疏肝解郁、通络化痰及益气活血为治则,采用砭石熨摩中药导入、腕踝针与温灸刮痧中医适宜技术,同时配合饮食指导、情志护理。7 d后患者不适症状明显减轻,于2025年03月31日独立行走后出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 症状评估

2.1.1.1 眩晕程度评估

采用中医眩晕程度分级评分表评估患者眩晕程度,对头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、汗出异常及发作频率6种症状进行评分,分数越高提示症状越严重,观察指标为治疗前后积分变化情况^[4]。入院时患者眩晕程度分级评分为9分,提示眩晕严重。

2.1.1.2 中医证候评估

眩晕病临床症候评价量表参照《中药新药临

床疗效评价标准》,由1项主症、5项次证、19项兼症以及舌苔脉象组成;主症分为无(0分)、轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分)4个程度,次证与兼症分为无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分)4个程度,舌苔脉象分为异常(2分)、好转(1分)、正常(0分)3种情况,观察指标为治疗前后症候积分变化情况,总分越高代表眩晕及中医证候病情越重^[5]。本案例患者评分为24分,提示眩晕病证候复杂。

2.1.1.3 步态评估

采用Tinetti步态和平衡测试的步态测试部分评估步态情况,该部分包含7个条目,满分12分,得分越低预示个体跌倒风险越高、步态异常^[6]。本例患者评分为2分,提示步态异常。

2.1.1.4 焦虑评估

采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)评估患者焦虑程度,量表包含情绪、饮食、睡眠及日常活动等方面的20个问题,由患者根据自身感受评分;标准分界值为50分,其中50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分及以上为重度焦虑^[7]。本例患者得分70分,属重度焦虑。

2.1.1.5 便秘评估

采用慢性便秘严重程度评分(Chronic constipation Severity Scale, CSS)评估便秘程度,量表涵盖排便频率、排便费力、排便不尽感、腹痛、每次如厕时间、排便辅助方式、排便失败次数及病程8个维度,取值范围为0~30分,分值越高提示便秘程度越重,得分<15分为轻度便秘,评分≥15分为严重便秘^[8]。本例患者评分为9分,属轻度便秘。

2.1.1.6 跌倒风险评估

采用Morse跌倒风险评估表(Morse Fall Scale, MFS)评估患者跌倒风险,评估表包括有无跌倒史、有无超过一个医学诊断、有无助行器具、步态、认知6个条目,评分≥45分属于跌倒高度风险^[9]。此病例患者评分为60分,属于跌倒高危人群。

综上,患者中医眩晕程度评分为9分(眩晕严重),眩晕病临床症候评分为24分(证候复杂),Tinetti步态量表评分为2分(步态异常),SAS评分为70分(重度焦虑),CSS评分为9分(轻度便秘),MFS评分为60分(高危跌倒风险)。

2.1.2 中医辨证评估

2.1.2.1 四诊参合

通过望、闻、问、切全面收集患者信息,精准辨

证论治。患者舌下脉络迂曲青紫、脉弦,结合寡言忧虑,提示肝郁血瘀;下肢凉、小便频、耳鸣、甲状腺术后,提示肾元不足,符合《灵枢》“髓海不足则脑转耳鸣”的论述;乏力、便秘、纳差,提示脾虚气弱,对应《脾胃论》“清气不升,浊气不降”的病机。

2.1.2.2 八纲辨证分析

患者舌红苔黄、面色无华、下肢凉,属阴阳失调;慢性病程、脏腑气血失调、瘀血内阻、清窍失养,病位在里;身不热、下肢凉、舌红苔黄、咳嗽咳黄痰、脉弦,为真寒假热;高龄、多种慢性病并存,气血阴阳俱虚,头晕乏力,血瘀湿浊痰浊内阻,属虚实夹杂(本虚标实);患者高龄,舌红苔黄,肾阴不足、虚火上炎,舌下青紫提示肝血瘀阻,肝郁脾虚提示肝脾不和,甲状腺术后头晕加重,因手术伤气致血行不畅,肝肾同源致阴血耗伤,辨证为气虚血瘀、本虚标实证。

2.1.2.3 六经辨证结论

根据六经辨证,患者证型以厥阴病为主,兼太阴脾虚、少阴肾虚;辨证依据:核心病位在肝(厥阴),表现为气滞血瘀、阴阳失衡;脾肾虚损(太阴、少阴)为兼证,加重气血亏虚与脑络瘀阻,核心病位在肝,与脾、肾密切相关。

2.1.2.4 脏腑辨证分析

患者久病体虚,脏腑亏损,肾主藏精生髓,肾精失摄、元气亏虚致髓海不足,脑窍失养;肝主疏泄,肝失疏泄致肝气郁结,一方面导致情志不遂,另一方面气滞血瘀、瘀血阻窍;脾主运化,脾失健运则气血生化不足,清阳不升、浊阴不降,引发便秘,同时水湿停滞、聚湿生痰,痰湿阻肺导致咳嗽咳痰。在外感与内伤共同作用下,邪气上犯头目,最终引发眩晕。

2.2 护理诊断

①眩晕:与肝风内动、脾虚清阳不升、肾虚髓海空虚有关;②便秘:与脾虚推动无力、肾阴不足致肠失濡润有关;③活动无耐力:与脾虚肌肉失养、肾虚筋骨无力有关;④焦虑:与担心疾病预后致肝郁气滞、心脾两虚有关。

2.3 护理计划

针对患者存在的护理问题,明确护理目标,运用中医辨证论治理论发挥中医特色技术优势,制定个性化护理计划:改善患者眩晕症状,使患者自觉行走有力、步态平稳、体力提升,可短距离行走;保持排便通畅,排便频率达1~2 d/次;缓解不适症状,减轻焦虑恐惧情绪。

2.4 护理措施

2.4.1 辨证施护

密切观察头晕发作次数、持续时间、伴随症状及血压变化,做好血压监测与记录。保持病室环境安静、光线柔和,床头抬高15~30°,避免颈部过度屈曲或旋转,以减轻椎动脉压迫;教会患者“起床三部曲”动作规范,固定床栏、轮椅防坠装置,防范跌倒风险。

2.4.2 辨证施膳

保持规律饮食,定期评估营养状况并及时调整饮食方案;饮食宜清淡易消化,可选用具有润肠通便、益气活血化瘀功效的食物,少食肥甘厚味,多食山药、山楂及黑豆等健脾活血之品,避免刺激性食物。

2.4.3 辨证施志

指导患者保持心情舒畅,给予针对性心理支持,遵循中医辨证施护原则疏肝理气;当患者表现忧虑情绪时,引导其正确释放情绪并给予必要安抚。鼓励家属积极参与患者护理与康复活动,通过听音乐、阅读等方式分散注意力,减轻心理压力。

2.4.4 辨证施术

中医护理技术实施方案以“疏肝化瘀、健脾益气、温肾填髓”为核心,分别针对肝、脾、肾三大脏腑功能调理;兼顾通络化瘀以祛实邪、补益气血以扶正气,遵循“通不伤正、补不留瘀”原则,最终达成调和阴阳、通补结合的目标,实现疏通气血与补益正气协同推进,避免过度通泄损伤正气或过度补益导致瘀血滞留,具体治则如下。

治厥阴肝:患者舌下青紫提示气血瘀滞于肝,脉弦反映肝气郁结或肝血瘀阻,治则以疏肝理气、活血通络为主。治太阴脾:患者纳差、食欲减退提示脾胃运化失常,便秘提示腑气不通,乏力源于脾胃虚弱、气血生化不足,治则以健脾益气、通腑降浊为主,增强脾胃运化功能以补气血,同时通利肠道、降泄浊气,恢复脾胃“升清降浊”的生理特性。治少阴肾:患者下肢凉多因肾阳不足、温煦失常,耳鸣、头晕常与肾阴亏虚或肾阴阳失调相关,治则以温肾填髓、滋阴降火为主,温补肾阳以祛寒,填髓滋养肾精以充养脑髓,滋阴降火、平衡阴阳、清泄虚热,纠正肾阴阳失调。

护理上分三阶段实施中医护理技术,具体如下:第一阶段:通络化瘀(通腑泄浊,以通为主):采用砭石熨摩中药导入技术,通过“通”的手段清除

体内浊邪;砭石熨摩是用砭石热敷、按摩体表,借助热力与机械刺激疏通经络,中药导入则通过皮肤渗透导入药物,强化通腑泄浊效果;第二阶段:益气活血(疏肝理气,通络升清):采用腕踝针技术,调节气机与经络气血;腕踝针是中医针刺疗法的一种,通过刺激腕部、踝部的特定穴位区域,调节全身气血分布,实现疏肝理气与通络升清的目标;第三阶段:通补结合(温通经脉,通补兼施):采用温灸刮痧技术,温灸以艾灸的温热效应温通经络、补益气机,刮痧通过刮拭体表疏通气血瘀滞。

2.4.4.1 第一阶段:摩化瘀(通脾腑)

采用砭石熨摩腹部,通腑降浊以助清阳上升。选穴:中脘、神阙、天枢、关元及气海;频率:1次/d, 20 min/次;方法:中脘、神阙、天枢行熨摩兼点按,气海、关元行熨摩,重按慢移,体现通补平衡^[10-11]。

2.4.4.2 第二阶段:针调气(疏肝络)

通过腕踝针刺激肝经穴位调畅气机以行血,针对不同区域对应不同经络及作用。腕1区(手少阴心经皮部):调节心神、清心火,缓解焦虑,改善失眠,调节血压;腕5区(手太阳小肠经皮部):通络止痛,改善颈肩部疼痛;腕6区(手少阳三焦经皮部):调畅三焦、利水消肿,减轻耳鸣与偏头痛;踝2区(足太阴脾经皮部):健脾和胃化湿,改善腹胀、消化不良与疲劳乏力;踝5区(足太阳膀胱经皮部):通督强脊、缓解疼痛;踝6区(足厥阴肝经皮部):疏肝解郁。依托十二皮部与经络理论,十二正经均有对应皮部分布于体表,皮肤与十二经脉关系密切,是经脉感应外界信息并传入内脏的关键通路;通过刺激特定穴位区域,可实现对应身体机能的调节^[12-15]。

2.4.4.3 第三阶段:灸温阳(补肾元)

采用温灸涌泉、然谷,温补下焦以充髓海。选穴:双侧涌泉、双侧然谷;频率:1次/d, 10 min/穴;方法:灸刮结合,以灸为主、刮为辅,补为主、通为辅,灸法采用回旋灸与雀啄灸结合;刮拭角度15°,以患者感觉温热、皮肤微红为度。涌泉穴为肾经井穴,可引火归元、交通心肾,有效改善虚火上炎引发的头晕、失眠;然谷穴为肾经荥穴,能滋阴降火,缓解肾阴不足导致的口干、舌红等不适^[16]。

2.4.4.4 分期护理中的三脏侧重

在整体调理过程中,根据不同阶段制定针对性方案:急性期(03月25日至03月27日):以摩化瘀为主,搭配针调气,快速缓解便秘、眩晕症状;缓

解期(03月28日至03月31日):调整为灸温阳结合针调气的方案,一方面修复肾元以充养髓海,另一方面滋养脾气以生化气血,双管齐下巩固脑窍濡养,深化调理效果。

2.5 护理评价

经综合治疗与护理后,患者自觉眩晕程度、眩晕临床症状明显改善,步态平稳,焦虑情绪、跌倒风险显著降低,大便趋于通畅,详见表1。

表1 疗效评估			分
评估项目	综合治疗前	综合治疗后	
中医眩晕程度	9	3	
中医证候评估	24	13	
Tinetti步态量表	2	8	
SAS	70	41	
CSS	9	3	
MFS	60	45	

3 结果和随访

患者于2025年03月24日轮椅入院,03月31日出院时可独立行走;黄厚苔变薄,舌下青筋颜色变浅、迂曲减轻,提示气血运行改善,患者主诉眩晕好转,大便通畅。出院后一周随访显示,患者偶有头晕发作,大便通畅,情绪状态良好。

4 讨论

本案例构建“肾元不足为本,脾虚气弱为源,肝郁血瘀为变,脑窍失养为标”的病机链,突破了单一气虚血瘀的认知局限,强调肝、脾、肾三脏在脑循环调节中的协同作用。“通补结合三联法”本质体现“脏病治脑、脑病治脏”的整体理念。摩腹调脾通腑以降浊,腕针调肝理气以通络,温灸补肾温阳以升清,形成上下同治、气血同调的立体干预模式^[17]。

西医扩血管、抗血小板治疗对应中医“通瘀调肝”治法,但易损伤正气;中医温阳、益气调补脾肾可弥补西药不足,减少疾病复发,体现攻补兼施的原则。针对颈动脉狭窄患者,避免过度降压,通过健脾补肾提升正气、改善微循环,实现西医控标、中医固本的协同增效。

本案例以肾元不足、脾虚气弱、肝郁血瘀为核心病机,通过摩化瘀调脾、针调气调肝、灸温阳调肾三联法,构建“治脏以调脑”的中西医结合护理模式。每项技术靶向特定脏腑,又通过气血、经络实现脑—脏互动,最终达到“通瘀而不伤正,补虚

而不得邪”的疗效^[18],为气虚血瘀型后循环缺血眩晕患者提供了可复制的护理方案。该方案具有操作简便、安全性高、患者依从性好的特点,注重整体调理、内外兼治,弥补了单一疗法的不足。

基于通补结合理论的三联外治法可显著改善气虚血瘀型后循环缺血眩晕患者的临床症状,优化血液流变学指标,提高生活质量,具有临床推广价值。护理实践中需注重辨证施护与操作规范,确保安全有效,如膏摩力度需因人而异,温灸时避免皮肤灼伤,腕踝针操作严格遵循无菌原则。未来可进一步完善研究设计,增加肝脾功能等三脏特异性生化指标,细化通补比例,探索三脏相关腧穴配伍方案,强化肝脾肾同治的精准性;鉴于本研究样本量较小、随访时间较短,后续需开展大样本随机对照研究验证疗效,并深入探讨其作用机制。

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] 伍卓芳. 后循环缺血性孤立性眩晕的相关危险因素分析[J]. 中国现代医药杂志, 2024, 26(3): 75-77.
WU Z F. Analysis of related risk factors of ischemic isolated vertigo in posterior circulation [J]. Mod Med J China, 2024, 26(3): 75-77. (in Chinese)
- [2] 张思怡, 郑莉, 马哲, 等. 中医药治疗后循环缺血性眩晕的研究进展[J]. 基层中医药, 2025, 4(2): 101-107.
ZHANG S Y, ZHENG L, MA Z, et al. Research progress of traditional Chinese medicine in treatment of posterior circulation ischemic vertigo [J]. Basic Tradit Chin Med, 2025, 4(2): 101-107. (in Chinese)
- [3] 郑敏, 李勇, 董文峰, 等. 从“三无不作眩说”和“因瘀致眩”论后循环缺血性眩晕[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(13): 2476-2479.
ZHENG M, LI Y, DONG W F, et al. Discussion on posterior circulation ischemic vertigo from the theory of “three kinds of dizziness” and “dizziness caused by blood stasis” [J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovasc Dis, 2024, 22(13): 2476-2479. (in Chinese)
- [4] 王恒, 杨本德. 隔物灸脐法在卒中后患者康复中的临床应用及作用机制研究进展[J]. 江苏中医药, 2024, 56(2): 75-79.
WANG H, YANG B D. Clinical Application and Mechanism Research Progress of Moxibustion on the Navel with Barrier in Stroke Rehabilitation [J]. Jiangsu J Tradit Chin Med, 2024, 56(2): 75-79. (in Chinese)
- [5] 张晶文. 加味半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕复位成功后残余头晕临床观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2019.
- [6] TINETTI M E, SPEECHLEY M, GINTER S F. Risk factors for falls among elderly persons living in the community [J]. N Engl J Med, 1988, 319(26): 1701-1707.
- [7] 王新洪, 姜钧文. 基于“虚气留滞”理论探讨缺血性心脏病的病机与治疗[J]. 医学综述, 2025, 31(17): 2139-2143.
WANG X Q, JIANG J W. Pathogenesis and treatment of ischemic heart disease based on “deficient-qi stagnation” theory [J]. Med Recapitul, 2025, 31(17): 2139-2143. (in Chinese)
- [8] 李海悦. 帕金森病伴便秘患者中医证候要素特征研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2024.
- [9] 王祥华, 胡宗亮, 谷新, 等. 前路股骨头置换是否修复关节囊的比较[J]. 中国矫形外科杂志, 2024, 32(18): 1657-1662.
WANG X H, HU Z L, GU X, et al. Anterior approach femoral head replacement for femoral neck fracture with or without capsule repair [J]. Orthop J China, 2024, 32(18): 1657-1662. (in Chinese)
- [10] 郑敏, 蒋帅, 甘蕾蕾, 等. 热敏灸联合穴位贴敷治疗后循环缺血性眩晕临床观察[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(5): 520-524.
ZHENG M, JIANG S, GAN L L, et al. Clinical observation of heat-sensitive moxibustion combined with acupoint application in treatment of posterior circulation ischemic vertigo [J]. Shandong J Tradit Chin Med, 2024, 43(5): 520-524. (in Chinese)
- [11] 黄惠榕, 吴翠娟, 刘磊, 等. 火龙罐疗法治疗后循环缺血性眩晕疗效观察[J]. 福建中医药, 2024, 55(11): 50-52, 55.
HUANG H R, WU C J, LIU L, et al. Clinical effect of huolong cupping therapy in patients with posterior circulation ischemia vertigo [J]. Fujian J Tradit Chin Med, 2024, 55(11): 50-52, 55. (in Chinese)
- [12] 俞雅婷, 郭栋, 王丹丹, 等. 针刺治疗后循环缺血性眩晕疗效及其安全性的Meta分析[J]. 中医临床研究, 2024, 16(14): 61-68.
YU Y T, GUO D, WANG D D, et al. A Meta anal-

- ysis of efficacy and safety of acupuncture posterior circulation ischemic vertigo [J]. Clin J Chin Med, 2024, 16(14): 61–68. (in Chinese)
- [13] 文林月, 杨丽芳, 欧小燕, 等. 针刺通过良性调控反应性星形胶质细胞极化改善后循环缺血性眩晕[J]. 上海针灸杂志, 2024, 43(10): 1139–1146.
WEN L Y, YANG L F, OU X Y, et al. Acupuncture improves posterior circulation ischemic vertigo via positive regulation of reactive astrocyte polarization [J]. Shanghai J Acupunct Moxibustion, 2024, 43(10): 1139–1146. (in Chinese)
- [14] 林春, 张媛媛. 针灸康复联合通络汤对后循环缺血性孤立性眩晕老年患者预后的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(23): 151–154, 159.
LIN C, ZHANG Y Y. The impact of acupuncture and moxibustion rehabilitation combined with Tongluo decoction on the prognosis of elderly patients with isolated vertigo due to posterior circulation ischemia [J]. China Health Stand Manag, 2024, 15(23): 151–154, 159. (in Chinese)
- [15] 胡峻瑞, 刘燕平, 梁韡斌. 针刺联合通痹益脑汤治疗老年后循环缺血性孤立性眩晕的临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2024, 46(7): 854–859.
HU J R, LIU Y P, LIANG W B. Clinical study of acupuncture combined with Tongbi Yinao Decoction in the treatment of isolated vertigo due to posterior circulation ischemia [J]. Int J Tradit Chin Med, 2024, 46(7): 854–859. (in Chinese)
- [16] 刘石红, 杜晓楠, 牛向宝, 等. 温针灸对后循环缺血眩晕大鼠神经递质和IKB/NF- κ B信号通路的影响[J]. 西部中医药, 2024, 37(5): 37–43.
LIU S H, DU X N, NIU X B, et al. Effects of warm acupuncture on neurotransmitters and IKB/NF- κ B signaling pathway in rats with posterior circulation ischemic vertigo [J]. West J Tradit Chin Med, 2024, 37(5): 37–43. (in Chinese)
- [17] 王翊梦, 鲁望, 杭明辉, 等. 针刺联合耳穴压籽治疗后循环缺血性眩晕疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(5): 170–174.
WANG Y M, LU W, HANG M H, et al. Effect observation of acupuncture combined with auricular acupressure seeds to treat posterior circulation ischemic vertigo [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med, 2024, 26(5): 170–174. (in Chinese)
- [18] 卢璐. 基于子母补泻针刺法治疗肝阳上亢型眩晕的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2024.

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。