

DOI: 10.12209/CAIM202605110004

· 中西医结合临床案例 ·

艾灸疗法改善 1 例脑梗死恢复期 继发癫痫后肢体无力的护理体会

代小庭

(北京中医药大学附属护国寺中医医院 针灸六病房, 北京, 100035)

摘要: 探讨艾灸疗法联合综合护理干预对脑梗死恢复期继发癫痫患者肢体无力症状的临床改善效果与护理价值。回顾性分析 1 例脑梗死恢复期继发癫痫后出现肢体无力患者的临床资料,在常规抗癫痫治疗及基础康复护理基础上,施以规范艾灸穴位干预,配合病情监测、癫痫发作防护、肢体功能护理、情志疏导及用药健康指导等综合护理措施。干预后患者癫痫发作得到有效控制,肢体无力症状明显缓解,肢体肌力与日常生活活动能力均显著改善。提示艾灸疗法联合综合护理可有效改善脑梗死恢复期继发癫痫患者的肢体无力症状,促进肢体功能恢复,提升患者康复效果,为临床此类患者的护理提供参考依据。

关键词: 脑梗死恢复期;继发性癫痫;肢体无力;艾灸疗法;护理

Moxibustion Therapy for Alleviating Limb Weakness in a Patient with Secondary Epilepsy Following Cerebral Infarction Recovery: A Nursing Case Report

DAI Xiaoting

(Ward 6 of Acupuncture, Huguosi Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100035)

ABSTRACT: This report explores the clinical efficacy and nursing value of moxibustion therapy combined with comprehensive nursing interventions in ameliorating limb weakness in patients with secondary epilepsy during the recovery period of cerebral infarction. The clinical data of a patient presenting with limb weakness following secondary epilepsy after cerebral infarction recovery were retrospectively analyzed. On the basis of conventional antiepileptic treatment and foundational rehabilitation nursing, standardized moxibustion at acupoints was implemented, supplemented by comprehensive nursing measures including disease monitoring, seizure precaution and protection, limb function care, emotional support, and medication-related health education. Following the intervention, the patient's epileptic seizures were effectively controlled, the limb weakness was markedly alleviated, and both limb muscle strength and activities of daily living (ADL) improved significantly. The findings suggest that moxibustion therapy combined with comprehensive nursing can effectively ameliorate limb weakness, promote the recovery of limb function, and enhance rehabilitation outcomes in patients with secondary epilepsy during the recovery period of cerebral infarction, thereby providing a reference for clinical nursing care of such patients.

KEY WORDS: cerebral infarction recovery period; secondary epilepsy; limb weakness; moxibustion therapy; nursing care

脑梗死作为临床高发的脑血管疾病,具有高发病率、高致残率与高并发症发生率的特点,恢复期患者常因脑组织缺血缺氧性损伤引发肢体运动功能障碍,严重降低其日常生活活动能力,加重家

庭与社会照护负担^[1]。癫痫是脑梗死恢复期常见的继发性神经系统并发症,脑组织病灶异常放电会进一步加剧神经功能损伤,不仅会诱发肢体抽搐、意识障碍等症状,还会加重肢体无力、肌张力

收稿日期:2026-05-11

OPEN ACCESS

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

异常等运动功能缺损表现,延缓患者康复进程,同时也给临床护理工作带来更高挑战^[2]。

目前,临床针对脑梗死恢复期继发癫痫患者,多采用抗癫痫药物、原发病对症治疗联合基础康复护理的方案,虽能在一定程度上控制癫痫发作、缓解病情,但针对患者继发的肢体无力症状,单纯西医干预与常规护理往往效果有限^[3]。中医艾灸疗法作为传统外治特色技术,具有温通经络、益气活血、濡养筋脉及调和气血的功效,在神经系统疾病康复、肢体功能障碍改善中已展现出良好临床价值,且操作简便、安全性高,符合恢复期患者康复护理需求^[4]。

现阶段临床针对脑梗死恢复期继发癫痫后肢体无力的专项护理研究较少,缺乏特色中医护理技术联合综合护理的实践参考^[5]。基于此,本文回顾性分析1例脑梗死恢复期继发癫痫后肢体无力患者的临床护理资料,在常规治疗与基础护理基础上实施艾灸干预联合综合护理,总结护理经验与干预效果,旨在为临床优化此类患者护理方案、改善肢体功能及提升康复质量提供实践依据。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者男,65岁,因“左侧肢体无力4个月、伴言语混乱”于2025年11月14日因康复治疗收入院。入院时生命体征:体温(T)36.6℃,脉搏(P)84次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)142/73 mm Hg,血氧饱和度(SpO₂)99%;身高170 cm,体重70 kg, BMI 24.22。入院时患者神清,精神可,左侧肢体活动不利,左下肢沉重麻木;肌力评估:左上肢Ⅳ⁻级,左下肢Ⅲ⁻级,右上肢Ⅳ级,右下肢Ⅳ⁺级;纳寐可,二便调。既往有脑出血术后、继发性癫痫、高血压、2型糖尿病、冠脉缺血及脑梗死病史;患者因自觉病情好转,已自行停用抗癫痫药物半年余,否认食药过敏史。

2025年12月09日16:45,患者突发全面强直一阵挛发作,表现为神志不清、呼之不应,四肢抽搐、紧咬牙关及喉中痰鸣,反复发作,每次持续5~10 min;发作期间因肢体抽搐无法测量血压、指氧,心电监护示心率(HR)137次/min,呼吸(R)32次/min。予氧气吸入2 L/min,遵医嘱予地西洋静脉泵入,并恢复口服抗癫痫药物治疗。12月10日患者神志转清,抽搐未再发作;心电监测示窦性心

律,心率(HR)101次/min,血压(BP)130/90 mm Hg,呼吸(R)20次/min,血氧饱和度(SpO₂)99%,双下肢肌力降至Ⅱ级。

1.2 体格检查

中医检查:①望诊:神疲乏力,精神弱;面色少华;舌质红,舌苔白腻。②闻诊:语声低微,呼吸平稳,喉中痰鸣,无咳嗽。③问诊:纳差,二便调,寐欠安。④切诊:脉象滑、细弱。

西医检查:血常规(2025年12月09日):各项指标均在正常范围,无感染及贫血征象。血生化(2025年12月09日):肝肾功能、电解质均在正常范围;葡萄糖9.2 mmol/L ↑,甘油三酯2.0 mmol/L ↑。凝血功能(2025年12月09日):各项指标均在正常范围。心肌酶(2025年12月09日):肌酸激酶180 U/L ↑,余指标均在正常范围。心电图(2025年12月09日):窦性心律,大致正常心电图。头颅CT(2025年12月10日):颅脑术后改变,双侧多发腔隙性梗塞灶及软化灶,较前大致相仿,未见新鲜出血及新发梗死灶。

1.3 诊断

西医诊断:参照中华医学会神经病学分会《中国脑卒中后癫痫诊治指南(2022版)》^[6]及《中国脑血管病临床管理指南(第2版)》^[7]中相关标准:①脑梗死恢复期:经头颅CT或MRI证实存在脑梗塞灶,且发病时间超过2周,遗留神经功能缺损症状;②继发性癫痫:脑卒中后出现癫痫发作,排除其他诱因,符合迟发性癫痫诊断(卒中7天后发作)。患者头颅CT示“右侧放射冠区新近腔隙性脑梗塞,双侧多发陈旧腔隙性脑梗塞灶及软化灶”,于2025年12月09日(卒中后约5个月)突发全面强直一阵挛发作,符合上述标准。西医诊断:①脑梗死恢复期;②继发性癫痫。

中医诊断:参照《脑梗死中西医结合诊疗指南(2023)》^[8]、《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2023》^[9]及《中医病证诊断疗效标准》^[10]及《中国痫性发作与癫痫诊疗指南(2023版)》^[11]中相关部分:①半身不遂、言语謇涩;②头晕、手足麻木、舌质暗红苔白腻、脉弦涩;具备①项,加②中任意2项,结合起病形式、诱因可诊断为中风病(气虚血瘀证)。①突然昏仆、肢体抽搐、醒后如常;②胸闷、肢体麻木、舌质红苔白腻、脉滑;具备①项,加②中任意2项,结合起病形式、诱因可诊断为痫病(风痰阻络证)。中医诊断:①中风(气虚血瘀证);②痫病(风痰阻络证)。

1.4 治疗干预

2025 年 12 月 09 日患者癫痫发作后,遵医嘱予地西泮 20 mg+0.9% 氯化钠注射液 250 mL 以 10 mL/h 静脉泵入维持,协助保持呼吸道通畅,间断氧气吸入 2 L/min。12 月 10 日 7:00 患者神志转清,未再抽搐,遵医嘱停用静脉地西泮,并督促患者规律口服自备药复方苯巴比妥溴化钠片 1 片,2 次/d,抗癫痫治疗,后续未再发作。同时继续予基础疾病药物治疗,胞磷胆碱钠片 0.2 g 口服,3 次/d,改善脑代谢;阿托伐他汀钙片 20 mg 口服,1 次/d,降脂稳定斑块;苯磺酸氨氯地平片 5 mg 口服,1 次/d,降压;阿卡波糖片 100 mg,3 次/d,盐酸二甲双胍片 0.5 g,2 次/d,口服降糖;单硝酸异山梨酯 20 mg 口服,2 次/d,扩冠。

患者癫痫发作后双下肢肌力Ⅱ级,遵医嘱予艾灸治疗,1 次/d,15~20 min/穴,取穴双侧脾俞、气海、关元及双侧足三里,以温通经络、强壮筋骨,

改善肢体无力。12 月 17 日患者进食饮水恢复正常,可自行坐位,乏力较前减轻,双下肢肌力由Ⅱ级恢复至Ⅲ级;出院时达Ⅳ级,步行能力明显提升,于 12 月 23 日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 辨证分型

患者癫痫后风痰扰动,肢体无力,结合舌质红、苔白腻、脉滑细弱,辨证为风痰阻络、气虚血瘀证。

2.1.2 癫痫持续状态严重程度评估

参照国际通用癫痫持续状态严重程度评分(STESS)量表,从意识状态、最严重发作类型、年龄及既往癫痫发作史 4 个维度评估,总分 0~6 分,分值越低预后越好。本患者评分为 5 分,详见表 1。

表 1 癫痫持续状态严重程度评分(STESS)

评估项目	评分标准	患者情况	得分
意识状态	清醒/嗜睡/模糊=0 分;昏迷/木僵=1 分	浅昏迷(GCS 评分为 12 分)	1 分
最严重发作类型	单纯部分性/复杂部分性/肌阵挛=0 分;全面性强直-阵挛/全面性惊厥性=2 分	全面强直一阵挛发作	2 分
年龄	≤65 岁=0 分;>65 岁=1 分	65 岁	1 分
既往癫痫发作史	无=0 分;有=1 分	27 年前诊断继发性癫痫	1 分
总分	/	/	5 分

2.1.3 昏迷程度评估

参照《格拉斯哥昏迷量表临床应用指南》,予患者格拉斯哥昏迷量表(GCS)评估,GCS 总分 3~15 分,13~14 分为轻度意识障碍,9~12 分为中度意识障碍,3~8 分为重度意识障碍。本患者癫痫发作后评分为 12 分,属中度意识障碍。

2.1.4 压疮风险评估

参照《压疮风险评估与预防指南》,Braden 压疮风险评估量表总分 6~23 分,评分≤12 分为高度风险,13~14 分为中度风险,15~18 分为轻度风险,评分≥19 分为无风险。本患者评分为 12 分,属高度风险。

2.1.5 日常生活能力评估

采用 Barthel 指数评定量表评估患者日常生活能力,本患者癫痫发作后日常生活能力完全丧失,评分为 0 分,属重度功能障碍。

2.1.6 焦虑评估

采用焦虑自评量表(SAS)评估患者焦虑程度,本患者癫痫发作后焦虑程度加重,评分为 63 分,属中度焦虑。

2.1.7 徒手肌力分级评估

参照《MRC 徒手肌力检查法》标准,本患者癫痫发作后四肢肌力均降至Ⅱ级,仅能水平移动,属严重肢体无力。

2.2 护理诊断

患者癫痫发作后,主要护理问题如下:①有窒息的危险:与癫痫发作时舌后坠、气道分泌物增多有关;②有受伤的危险:与癫痫发作时突然意识障碍、肢体强直性痉挛及肢体无力有关;③躯体活动障碍:与脑梗死恢复期、癫痫后肢体无力及肌力下降有关;④焦虑:与突发癫痫、担心复发及躯体功能受损有关;⑤知识缺乏:缺乏癫痫发作及复方苯巴比妥溴化钠片用药相关知识。

2.3 护理计划

结合患者实际病情及护理诊断结果,制定如下护理计划:①密切观察患者病情及癫痫发作情况,加强气道管理与安全防护,预防窒息及意外伤害;②通过中医艾灸疗法与康复训练改善肢体无力,提高肢体肌力;③通过心理疏导缓解患者焦虑情绪;④通过针对性健康宣教,使患者及家属掌握

癫痫发作时的应急抢救、安全防护及复方苯巴比妥溴化钠片规范用药知识。

2.4 护理措施

2.4.1 安全护理 癫痫发作时立即协助患者取去枕平卧位,头偏向一侧,解开衣领与腰带,及时清除口鼻分泌物以保持呼吸道通畅;发作期间严禁强行喂食喂药,避免误吸窒息。遵医嘱给予吸氧、抗癫痫药物治疗,密切监测患者意识、呼吸及面色变化;床旁常备吸痰器、开口器等急救用物,出现异常及时配合抢救。抽搐发作时不可强压肢体,头部垫软枕防护,移开周围硬物锐器,防止磕碰、骨折等损伤。保持病室安静,减少声光刺激;指导患者卧床休息,安排专人陪护,预防突发抽搐引发意外。

2.4.2 情志护理 癫痫发作后及时床旁安抚患者,告知其发作已控制、生命体征平稳,缓解恐惧与无助感;主动倾听患者对病情、预后及肢体功能的担忧,做好疾病与治疗相关知识宣教,鼓励患者宣泄不良情绪;及时肯定患者的治疗配合行为,同时指导家属给予正向情感支持,帮助患者树立康复信心。

2.4.3 用药护理 向患者及家属讲解复方苯巴比妥溴化钠片为复方制剂,含苯巴比妥、溴化钠及丹参等中药成分,说明其抗癫痫作用机制,强调规律服药的重要性。告知患者不可擅自减量、停药或漏服,以免诱发癫痫持续状态;停药需在医师指导下1~2周逐步减量,漏服后不可加倍服用。指导患者饭后整片吞服,不可掰开或研碎,以减轻胃肠道刺激;观察有无头晕、嗜睡或皮疹等不良反应,出现严重过敏反应立即停药就医。该药物为国家管制精神药品,长期服用可能产生依赖,需严格遵医嘱执行,并定期复查血常规、肝肾功能及血药浓度;家属协助做好用药管理,提高患者用药依从性。

2.4.4 饮食护理 患者辨证为风痰阻络、气虚血瘀证,予以化痰息风、益气活血及健脾通络的饮食指导,以清淡、易消化及营养均衡为宜;忌食肥甘厚味、辛辣刺激及生冷发物,避免助湿生痰、诱发癫痫。患者合并糖尿病,严格执行低盐低脂糖尿病饮食,合理控制总热量,定时定量、少食多餐;严格限制甜食、糕点、含糖饮料及米粥等高糖高升糖食物,多摄入菠菜、芹菜等蔬菜及燕麦、荞麦等粗粮,保持血糖平稳。进食时取坐位或半卧位,缓慢进食,防止呛咳误吸;保持大便通畅,避免用力排

便诱发病情加重。

2.4.5 康复护理 保持患肢功能位摆放,预防关节挛缩、肌肉萎缩及足下垂。协助患者定时翻身拍背,对患侧肢体进行被动关节活动;指导患者规律完成踝泵运动,促进下肢血液循环、增强肌力。患者病情稳定后循序渐进开展康复训练,避免诱发癫痫,逐步改善肢体功能。

2.4.6 中医特色护理 遵医嘱行艾灸疗法,采用绿莹牌纯艾条(规格:长20 cm,直径1.5 cm,主要成分为艾叶艾绒),实施温和灸。协助患者取俯卧位,暴露双侧脾俞穴,评估局部皮肤情况,做好保暖与隐私保护;再协助患者取仰卧位,暴露双侧足三里、气海及关元穴,再次评估局部皮肤情况,注意遮挡保暖。点燃艾条,检查燃烧是否均匀,将艾条距皮肤2~3 cm,以局部温热、皮肤微红为度,每穴艾灸15~20 min;随时询问患者感受,观察局部皮肤,防止烫伤。艾灸结束后熄灭艾条,整理局部皮肤,协助患者穿衣、整理床单位,记录艾灸部位、时间、患者反应及局部皮肤情况。温和灸治疗1次/d,10次为1疗程,患者共完成13次治疗。

2.5 护理评价

经癫痫急性期抗癫痫药物干预及后续艾灸疗法干预,患者各项护理问题均得到显著改善。参照临床常用护理疗效评价标准,疗效指数(EI)分为4级:无效:症状无变化或加重;稍有效:症状略有减轻;有效:症状有肯定进步或部分症状消失;显效:症状完全或基本消失。经治疗,患者肢体无力、焦虑、自理能力等症状完全或基本消失,因此护理疗效评定为显效,详见表2。

3 结果和随访

患者于2025年12月23日顺利出院,出院时四肢肌力Ⅳ级,日常生活能力有所改善,焦虑情绪缓解,未再发癫痫,住院期间无不良反应及意外事件。出院后1周电话随访,患者未发生癫痫,按时服用抗癫痫药物(复方苯巴比妥溴化钠片)及基础病药物,肢体无力无反复,日常生活能力及肌力与出院时基本持平。指导患者继续康复训练,定期复查血糖、血压及头颅影像;嘱家属注意观察癫痫前驱症状,如出现及时就医。

4 讨论

脑梗死缺血缺氧性脑损伤可造成神经元不可逆损害,恢复期极易继发癫痫,病灶异常反复放电

表 2 疗效评估

评估量表	癫痫发作当日	癫痫发作后 1 d	治疗后 7 d	出院时
GCS	12 分	/	/	/
Braden	12 分	14 分	/	/
Morse	/	/	80 分	45 分
BI	0 分	0 分	50 分	55 分
SAS	63 分	63 分	61 分	51 分
MRC	四肢肌力均为Ⅱ级	四肢肌力均为Ⅱ级	双上肢肌力均为Ⅳ级、双下肢肌力均为Ⅲ级	四肢肌力均为Ⅳ级

会进一步加重神经功能缺损,加剧肢体偏瘫、肢体无力及活动不利等后遗症,严重阻碍患者肢体功能康复,延长住院与康复周期,同时显著降低患者生活自理能力与生存质量^[12]。脑梗死后癫痫反复发作易造成脑组织二次损伤,肢体肌力持续下降,单纯西医抗癫痫、改善循环及常规康复护理难以快速有效改善肢体痿软无力症状,整体康复效果欠佳,因此探索安全有效的中医特色护理干预方案尤为重要^[13]。

中医理论认为,脑梗死恢复期继发肢体无力属于“中风”及“痿证”范畴,病机多为气血瘀滞、经络痹阻、阳气亏虚及筋脉失养。癫痫久病耗伤正气,气血运行不畅,经络阻滞不通,筋骨肌肉失于濡养,故而肢体痿弱无力、屈伸不利。艾灸疗法作为中医传统外治护理技术,借助温热药力渗透穴位,能够温通经络、行气活血、散寒化瘀、温补阳气、濡养筋脉,疏通脑部及肢体经络气血循环,改善局部脑组织供血供氧,修复受损神经功能,从而有效缓解肢体麻木、肌力下降、肢体无力等症状^[14]。临床施灸选穴遵循中医脏腑经络理论,双侧脾俞—脾主运化、主四肢肌肉,《黄帝内经》云“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也”,灸之可健脾益气、充养肌肉,针对性改善脑梗后肢体痿软无力,契合“脾主四肢”理论^[15];气海、关元—气海为“气之海”,关元为“元气之根”,二穴同灸可温阳益气、培元固本,扶助正气,为肢体康复奠定基础^[16];足三里—为足阳明胃经合穴,脾胃为后天之本,灸之可调和气血、强壮筋骨,是改善中风后肢体痿废的核心要穴^[17]。

本例患者在常规抗癫痫、基础康复护理基础上联合穴位艾灸疗法干预,配合癫痫安全防护、肢体功能训练、情志调理、饮食指导及用药健康宣教综合护理后,癫痫发作得到平稳控制,肢体无力症状明显好转,肢体肌力逐步恢复,日常活动能力显著提升。提示艾灸疗法联合综合护理,可协同改善脑部微循环,稳定神经元兴奋性,减少异常放

电,减轻神经功能损伤,兼顾控痫与康复双重作用,弥补单纯西医康复护理的不足。

临床护理中,脑梗死恢复期继发癫痫患者行艾灸疗法干预时需严格把控艾灸时长、温度与穴位配伍,全程密切观察癫痫发作先兆、意识变化及肢体活动情况,防范烫伤、跌倒及发作意外等护理风险,做好全程安全护理管理;同时兼顾情志疏导,避免焦虑、烦躁情绪影响气血调和与康复依从性,进一步提升整体护理疗效^[18]。但本次研究为单例病例护理总结,样本量有限,观察随访时间较短,远期康复效果、艾灸最佳疗程及穴位优化方案尚需后续大样本、长期对照研究进一步验证。总体而言,艾灸疗法安全简便、疗效确切,适合基层医院及康复期长期居家护理,在脑梗死恢复期继发癫痫合并肢体无力患者康复护理中具有较高推广应用价值。

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 the Chinese Medical Association, Cerebrovascular Disease Study Group of the Neurology Branch of the 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] 刘焕凯, 王中琳. 基于风引汤方义探讨中医药辨治卒中后癫痫 [J]. 吉林中医药, 2025, 45 (8): 889-892.
Liu H K, Wang Z L. Study on syndrome differentiation and treatment of post-stroke epilepsy in traditional Chinese medicine based on a discussion of the connotations of Fengyin Decoction [J]. Jilin J Chin

- Med, 2025, 45(8): 889–892. (in Chinese)
- [3] 柳越, 陈树达, 陈思卿, 等. 缺血性卒中再灌注治疗后癫痫的研究进展[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2024, 50(10): 619–626.
Liu Y, Chen S D, Chen S Q, et al. Research progress on epilepsy after reperfusion therapy in ischemic stroke[J]. Chin J Nerv Ment Dis, 2024, 50(10): 619–626. (in Chinese)
- [4] 张雨晴, 吕元昊, 邓士哲, 等. 基于数据挖掘技术探讨经穴穴位电刺激治疗脑卒中后肢体功能障碍的腧穴及参数应用规律[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(12): 47–55.
Zhang Y Q, Lv Y H, Deng S Z, et al. Exploring acupoints and parameter application patterns of TEAS for treating post-stroke limb dysfunction based on data mining techniques[J]. J Clin Acupunct Moxibustion, 2024, 40(12): 47–55. (in Chinese)
- [5] 邹文珑, 李颖, 刘喷颺, 等. 髓鞘少突胶质细胞糖蛋白抗体相关疾病和抗N-甲基-D-天冬氨酸受体脑炎重叠综合征1例[J]. 中华医学杂志, 2024, 104(3): 222–223.
Zou W L, Li Y, Liu P J, et al. A Case of Overlapping Syndrome between Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody-Associated Disease and Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis[J]. Natl Med J China, 2024, 104(3): 222–223. (in Chinese)
- [6] 李雪峰. 脑卒中后癫痫患者采用重复经颅刺激干预的临床效果[J]. 武警医学, 2024, 35(10): : 880–884. .
Li X F. Clinical effect of repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with epilepsy after stroke[J]. Med J Chin People's Armed Police Force, 2024, 35(10): 880–884. (in Chinese)
- [7] 林金嬉, 李上智, 王梦星, 等. 脑血管病多中心临床研究生物样本质量管理体系的构建与验证研究[J]. 中国卒中杂志, 2025, 20(12): 1576–1582.
Lin J X, Li S Z, Wang M X, et al. Construction and validation of a biological sample quality management system for multicenter clinical research of cerebrovascular diseases[J]. Chin J Stroke, 2025, 20(12): 1576–1582. (in Chinese)
- [8] 冯凯, 郑志东. 脑梗死急性期中西医结合诊疗专家共识[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(7): 1153–1162.
Feng K, Zheng Z D. Expert consensus on diagnosis and treatment of acute cerebral infarction with integrated traditional Chinese and western medicine[J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovascular Dis, 2024, 22(7): 1153–1162. (in Chinese)
- [9] Liu L P, Li Z X, Zhou H Y, et al. Chinese Stroke Association guidelines for clinical management of ischaemic cerebrovascular diseases: executive summary and 2023 update[J]. Stroke Vasc Neurol, 2023, 8(6): e3.
- [10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [11] 中华医学会心身医学分会心身神经病协作学组. 功能性发作/心因性非痫性发作疾病的诊疗共识[J]. 中华精神科杂志, 2024, 57(5): 261–266.
Collaborative Group on Psychosomatic Neurology, Section of Psychosomatic Medicine, Chinese Medical Association. Chinese expert consensus on the diagnosis and management of psychogenic nonepileptic seizures (functional seizures)[J]. Chin J Psychiatry, 2024, 57(5): 261–266. (in Chinese)
- [12] 吴云青, 刘欣欣, 王倩, 等. 以重度视觉障碍为主要表现的神经元核内包涵体病1例[J]. 中华医学杂志, 2025, 105(47): 4409–4411.
Wu Y Q, Liu X X, Wang Q, et al. A case of neuronal intranuclear inclusions disease with severe visual impairment as the main manifestation[J]. Natl Med J China, 2025, 105(47): 4409–4411. (in Chinese)
- [13] 张华, 侍永伟. 脑卒中后患者癫痫发作及其临床特点研究[J]. 中外医学研究, 2023, 21(24): 176–179.
Zhang H, Shi Y W. Study on epileptic seizures and its clinical characteristics of patients after stroke[J]. Chin Foreign Med Res, 2023, 21(24): 176–179. (in Chinese)
- [14] 陶晓虹, 樊莉, 胡叶明. 循经温通刮痧联合艾灸在脑卒中后压疮患者中的应用[J]. 中华全科医学, 2024, 22(12): 2108–2111.
Tao X H, Fan L, Hu Y M. Application of meridian warming and scraping therapy combined with moxibustion in patients with pressure sore after stroke[J]. Chin J Gen Pract, 2024, 22(12): 2108–2111. (in Chinese)
- [15] 殷梦云, 陈栋, 徐斌. 针灸治疗重症监护病房获得性肌无力的临床研究进展[J]. 世界中医药, 2022, 17(16): 2366–2369.
Yin M Y, Chen D, Xu B. Clinical research progress on acupuncture and moxibustion treatment of intensive care unit-acquired weakness[J]. World Chin Med, 2022, 17(16): 2366–2369. (in Chinese)

- [16] 胡旺凯, 杨俊红. 热敏灸治疗中风后遗症的研究概况[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(7): 1283-1286.
Hu W K, Yang J H. General situation of heat-sensitive moxibustion in the treatment of apoplexy sequelae [J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovascular Dis, 2024, 22(7): 1283-1286. (in Chinese)
- [17] 童艳杰, 安军明, 张乐, 等. 方氏头针治疗中风临床经验[J]. 陕西中医, 2026, 47(2): 237-241.
Tong Y J, An J M, Zhang L, et al. Clinical experience of FANG's scalp acupuncture in treating stroke [J]. Shaanxi J Tradit Chin Med, 2026, 47(2): 237-241. (in Chinese)
- [18] 丁勇, 赵焰. 扶正祛邪通络针法联合三阴经推拿治疗脑卒中后痉挛性肢体功能障碍的效果[J]. 中国康复医学杂志, 2025, 40(4): 561-565.
Ding Y, Zhao Y. Curative effect of Fuzheng Quxie Tongluo acupuncture combined with Sanyin Meridian tuina on post-stroke spastic limb dysfunction [J]. Chin J Rehabil Med, 2025, 40(4): 561-565. (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。