

DOI: 10.12209/CAIM202606100006

· 中西医结合临床案例 ·

砭石热熨联合艾灸缓解 1 例 中风患者肢体麻木的护理体会

吴新敏¹, 王 杰², 韩 柳², 田立立¹, 张 茜²

(1. 北京航天总医院 神经外科, 北京, 100076;

2. 北京中医药大学第三附属医院 老年科, 北京, 100010)

摘要: 本文总结砭石热熨联合艾灸干预 1 例气虚血瘀型中风患者肢体麻木的护理经验。患者年老体虚, 气血运行不畅, 伴肢体麻木、活动不利。在常规护理基础上, 采用砭石温熨疏通经络、活血化瘀, 配合艾灸益气健脾、温通血脉; 通过辨证施护调和气血, 有效改善肢体循环, 缓解肢体麻木、活动不利等症状, 提升患者生活质量。该疗法操作安全、温和舒适, 可提升康复效果。

关键词: 砭石热熨; 艾灸; 中风; 肢体麻木

Nursing Experience of Bian-Stone Hot Ironing Combined with Moxibustion in Alleviating Limb Numbness in a Stroke Patient: A Case Report

WU Xinmin¹, WANG Jie², HAN Liu², TIAN Lili¹, ZHANG Qian²

(1. Department of Neurosurgery, Beijing Aerospace General Hospital, Beijing, 100076;

2. Department of Geriatrics, the Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine,
Beijing, 100010)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of applying Bian-stone hot ironing (Bian-shi re-yun) combined with moxibustion to relieve limb numbness in a stroke patient with the qi deficiency and blood stasis pattern. The patient, elderly and physically debilitated, presented with impaired circulation of qi and blood accompanied by limb numbness and restricted mobility. On the basis of routine nursing care, Bian-stone warm ironing was employed to unblock the meridians and collaterals, promote blood circulation, and resolve blood stasis, while moxibustion was applied to replenish qi, strengthen the spleen, and warm and activate blood vessels. Through syndrome differentiation-based nursing care aimed at harmonizing qi and blood, limb circulation was effectively improved, symptoms of limb numbness and impaired mobility were alleviated, and the patient's quality of life was enhanced. This therapeutic approach is characterized by safety, gentleness, and comfort, and has been shown to improve rehabilitation outcomes.

KEY WORDS: Bian-stone hot ironing; moxibustion; stroke; limb numbness

腔隙性脑梗死是临床上常见的脑小血管病。在我国, 脑小血管病变引发的腔隙性梗死占缺血性脑卒中的 25% ~ 50%^[1]。约 85% 的腔隙性脑梗死患者会出现感觉障碍, 其中肢体麻木症状最为多见, 麻木具有偏侧急性起病、症状较重及持续时间较长的特点, 直接影响患者生活质量。现代医学中, 针对腔隙性脑梗死后出现的麻木主要采用

甲钴胺等营养神经药物治疗, 虽能短期内缓解症状, 但长期使用会导致患者出现电解质紊乱、胃肠道反应等不良反应^[2]。因此, 寻求更安全有效的干预方法成为共识。

中医认为, 腔隙性脑梗死属“中风病”轻症范畴, 多因患者素体亏虚、劳逸失度, 加之内伤、情志失调与饮食不节等因素, 导致机体阴阳、脏腑功能

收稿日期: 2026-06-10

通信作者: 王杰, E-mail: 1473704050@qq.com

OPEN ACCESS

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

失衡,气血逆乱,直冲犯脑,瘀痰之邪阻滞经络而发病^[3-4]。针对腔隙性脑梗死后的麻木症状,中医将其分为“麻”和“木”,触之有感觉但感觉减弱,伴胀、麻、蚁行感等属于“麻”;触之完全无感觉则属于“木”,一般认为“木”的损害程度较“麻”更严重^[5]。《景岳全书》记载“气虚则麻,血虚则木”,提示麻木的病机关键为各种因素引发的荣卫气血亏虚或凝涩不畅,导致皮肤腠理气血失养;《金匱要略·中风历节病脉证并治》记载“邪在于络,肌肤不仁”,提示中风后皮肤麻木的病位在皮部络脉。由此可见,中风后皮肤麻木的病机为脑窍闭阻后肢体经脉气血运行失常,相应皮部经络气血失养或瘀滞^[6]。

砭石热熨疗法通过刺激皮部经络气血,可发挥温通经络、调和气血及改善瘀滞等作用^[7],能针对性改善中风后肢体麻木情况。但老年患者气血亏虚日久,单纯使用砭石热熨因气血不足难以取得理想效果,而艾灸技术能够培补本源,二者协同可实现“调和气血与扶正固本”的双重效应。本文基于临床实例,探索砭石热熨联合艾灸技术在缓解1例中风患者肢体麻木中的效果,经过10 d积极治疗和精心护理,患者肢体麻木好转、满意度提升,现将案例护理要点报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,75岁,退(离)休人员,主因“头晕伴双下肢麻木2周”于2026年04月17日14:10收入院。既往有高血压2级、冠状动脉粥样硬化性心脏病、高脂血症、颈椎病及腰椎间盘突出病史,规律口服药物治疗。现患者神清,精神欠佳,时有头晕,无头痛,双下肢乏力、沉重,偶有行走不稳,四肢麻木,偶有颈肩部及右手僵硬,无进食困难及饮水呛咳,时有心慌,无明显胸闷胸痛,无发热,无咳嗽、咳痰,无恶心呕吐,纳少,眠差,入睡困难,夜卧不安,小便尚可,大便偏干,1行/d。近半年体重无明显变化。

1.2 体格检查

患者发育正常,营养良好,步入病室,主动体位,表情自然,慢性病容;神志清楚,吐字清晰,言语流利;定向力、记忆力、理解力及计算力正常;双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏;双侧颜纹、鼻唇沟对称,伸舌居中;四肢肌力、肌张力正常;腹壁反射存在,双侧膝腱反射正常,双侧Babinski征阴

性;脑膜刺激征阴性。

1.3 辅助检查

(2026年04月17日)头部CT:右侧基底节区、双侧侧脑室旁、脑干多发腔梗、缺血灶,请结合临床,必要时行MRI检查;脑白质变性;老年性脑改变。(2026年04月08日,我院)腰椎MRI:腰椎侧弯、退行性变;腰1/2、腰2/3、腰3/4、腰4/5椎间盘膨出;腰2/3、腰3/4、腰4/5水平双侧黄韧带增厚;腰3-4椎体终板退变;腰骶部皮下筋膜水肿。心电图:窦性心律,心率(HR)77次/min,频发室性早搏。

1.4 诊断

中医诊断:缺血性中风;中医辨证:气虚血瘀证(舌暗红,有裂纹;脉弦滑)。西医诊断:腔隙性脑梗死。

1.5 治疗

中医予中药汤剂,以益气扶正、活血通络,养阴清热及除湿通络;针对头晕、下肢麻木乏力症状,予以艾灸、砭石热熨下肢经络,以益气通络、调和气血。西医予以止晕、改善脑代谢、抗凝、调控血压、调脂及营养神经对症治疗。经上述中西医结合治疗,患者头晕、下肢麻木乏力症状较前好转,于2026年04月27日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

采用巴氏指数日常生活活动能力量表(Barthel Index of Activities of Daily Living, BI-ADL)评估,参考《脑卒中护理实践指南》划分标准,评分 ≤ 40 分为重度依赖,41~60分为中度依赖,61~99分为轻度依赖,100分为生活完全自理无依赖。本例患者量表评分为90分,判定为日常生活轻度依赖。

2.1.2 跌倒坠床风险评估

采用Morse跌倒风险评估量表(Morse Fall Scale, MFS)评估,量表 ≥ 45 分为跌倒高度风险,本例患者评分为45分,存在跌倒坠床高度风险。

2.1.3 肢体感觉功能评估

采用Fugl-Meyer感觉功能评定量表(Fugl-Meyer Sensory Assessment, FMSA)评估,量表总分100分,分值越低代表肢体感觉缺损越重,本例患者评分79.5分,存在肢体感觉减退。

2.1.4 焦虑情绪评估

采用Zung编制的焦虑自评量表(Self-Rating

Anxiety Scale, SAS)评估,标准分计算方式为标准分=总粗分 $\times 1.25$;标准分50分为临界值,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,评分 ≥ 70 分为重度焦虑。本例患者标准分60分,评估为中度焦虑。

2.2 护理诊断

有跌倒的危险:与肢体乏力麻木、头晕相关;感觉紊乱(感觉减退):与肢体麻木、感觉迟钝相关;焦虑:与对疾病复发的恐惧、担心遗留后遗症及不确定治疗预后相关;有再次发生脑梗死的危险:与腔隙性脑梗死病史、冠心病及高血脂基础疾病相关。

2.3 护理计划

针对患者现存护理问题,设定以下护理目标:患者住院期间不发生跌倒坠床不良事件,肢体麻木症状得到改善,焦虑情绪得到缓解。中医适宜技术方面,通过砭石热熨温通经脉、行气散瘀,配合艾灸益气活血、舒筋通络,双法协同作用于下肢病变经络与穴位,针对性改善中风后肢体麻木、感觉异常及活动不利等症状。

2.4 护理措施

2.4.1 砭石热熨疗法

①干预前:调节室温至24~26℃,治疗前15~20 min开启电热砭石仪预热至45~50℃,通过控温器维持砭石表面温度恒定在50℃。协助患者取俯卧位,充分暴露治疗部位,以毛毯或衣物遮盖健侧肢体,必要时使用屏风遮挡。②热熨部位:小腿后侧(膀胱经):重点作用于委中 $\rightarrow$ 承山 $\rightarrow$ 昆仑段,用于改善小腿后侧麻木、足底麻木及发凉感;小腿内侧(脾、肝、肾经):重点刺激阴陵泉、三阴交及太溪穴,用于缓解内侧腿麻、酸胀及气血亏虚型麻木;小腿外侧(胆经):重点刺激阳陵泉、悬钟穴,用于改善外侧麻木、足背麻木及中风偏瘫所致下肢麻木。③热熨手法:治疗部位涂抹润滑油后,将加热后的砭石底部紧贴皮肤,沿治疗部位反复做螺旋形运动。④热熨时长:每次砭石热熨15 min,随后进行穴位按摩15 min,单次干预共30 min,1次/d,连续干预1周。⑤注意事项:干预期间加强巡视,密切观察皮肤受热情况,询问患者感受及耐受度,若出现皮肤破损或过敏反应,立即停止治疗。

2.4.2 艾灸疗法

治疗选取足三里、阳陵泉、三阴交、太冲及环跳等穴位施灸,形成“补气+活血+舒筋+通络”的

综合治疗方案,通过上下同调、标本兼顾,强化“止麻”与“促行走”的康复效果。采用艾条温和灸,灸距皮肤2~3 cm,每侧穴位艾灸15 min,以局部温热发红、无烫伤为宜,10 d为1疗程。操作中及时询问患者感受,严防烫伤,重点关注感觉减退肢体的皮肤状况;灸后注意保暖,避免风寒,指导患者饮用温水。

2.4.3 跌倒坠床的护理

落实跌倒坠床风险评估,对高危患者设置警示标识并动态复评。开展专项健康宣教,告知患者头晕、肢体麻木时的跌倒风险,强调严禁擅自活动,不适时立即呼叫。做好环境与设施防护,病床固定并调至低位,常规拉起床栏,指导患者缓慢变换体位,避免快速起身;保持病房环境整洁干燥、光线充足,清除通道障碍物,指导患者合理借助扶手,穿戴防滑鞋袜。严密监测患者病情变化及用药反应,重点加强早晚及夜间巡视力度,高风险时段落实专人陪护,保障患者安全。

2.4.4 中药用药护理

中药汤剂以益气活血通络为核心,兼顾养阴清热、安神、补肝肾、舒经络。方药组成:炙红芪45 g、当归15 g、酒丹参15 g、滇鸡血藤15 g、川牛膝12 g、川芎15 g、赤芍15 g、白芍15 g、麦冬12 g、牡丹皮15 g、合欢皮15 g、炒酸枣仁15 g、桑寄生10 g、威灵仙15 g、海螵蛸10 g、续断片10 g、葛根30 g、北柴胡15 g及炒决明子10 g。水煎温服,100 mL/次,2次/d,早晚分服,3 d为1疗程,医师随症调整方药。用药期间监测生命体征,观察病情变化及药物不良反应。

2.4.5 饮食护理

气虚血瘀证患者饮食宜选用莲藕、鲢鱼、胡萝卜、黑芝麻、桂圆、乌鸡汤、山药粳米粥及猪肝炒木耳等具有健脾益气、活血散瘀功效的食物;忌或少食金橘、西瓜、石榴、山楂、芫荽、苦瓜或蚌类等生冷酸涩、耗损脾胃之品^[8]。同时,鼓励患者多食用新鲜蔬菜水果及粗纤维食物,保持大便通畅。

2.4.6 情志护理

中风患者易继发焦虑、抑郁、烦躁及悲观等情绪障碍。护理中主动加强护患沟通,以温和、耐心的态度倾听患者主诉,适时给予心理安慰与正向鼓励;针对性开展健康宣教,普及疾病预后及康复相关知识,纠正认知误区,增强康复信念。维持病室环境安静、舒适,避免外界不良刺激;联动家属共同做好心理支持与情绪疏导,减少情绪波动,引

导患者保持平和心态,主动配合各项诊疗护理工作。

2.4.7 健康宣教

指导患者低盐低脂饮食,多食新鲜蔬果及粗纤维食物,戒除烟酒,积极调控血压、血糖及血脂;指导患者规律作息,适度进行康复功能锻炼,避免劳累与剧烈运动;严格遵医嘱规律服药,按时返院复查。中医护理注重调畅情志,稳定心境,防止情志剧烈波动;日常注意避风寒、适保暖,可辅穴穴位按摩,合理膳食调补气血、通利血脉,扶助正气,降低复发风险。

2.5 护理评价

采用BI-ADL评估患者日常生活自理能力,入院评分90分,出院评分100分,日常生活自理能力显著改善,住院全程无跌倒坠床不良事件发生。采用FMSA评估患者肢体感觉,入院评估为79.5分,出院时提升至97.5分,肢体麻木、感觉减退症状明显缓解。出院时患者SAS评分降至43分,焦虑症状完全缓解。经健康宣教后,患者对脑卒中疾病、用药、康复及二级预防相关知识的认知水平明显提升,住院期间未新发脑梗死。

3 结果和随访

患者于2026年04月27日出院,出院1周后进行电话随访,患者自述肢体麻木及无力症状较前好转,心情较出院时明显改善,对疾病知识掌握更加全面。指导患者严格遵医嘱规律服用抗血小板、调脂及降压降糖药物,不可自行停药;合理膳食,低盐低脂饮食,戒烟限酒,控制体重;规律作息,适度运动,避免劳累、情绪激动及受凉受寒;日常监测血压、血糖、血脂,保持情志舒畅;定期入院复查,熟知肢体麻木、头晕及言语不清等复发前兆,出现不适及时就诊,降低复发风险。

4 讨论

近年来,中医外治法已广泛应用于中风后肢体麻木、活动不利等功能障碍的干预。砭石仪以泗滨浮石为介质,加热产生的远红外辐射可与人体经络频谱相契合,集温热理疗、红外干预及经络刺激于一体^[9]。临床常选取足三里、三阴交及阳陵泉等穴位,与艾灸联合应用,借助砭石温通经络、艾灸益气活血的协同作用,改善局部微循环,提升机体抗氧化水平,减轻神经损伤,促进神经功能修复^[10-11]。老年气虚血瘀型中风病机为本虚标

实,经络瘀滞、气血运行失畅。在常规康复护理基础上,辨证联用砭石热熨与艾灸,可发挥温经活血、扶正固本的叠加效果,有效改善肢体麻木、活动不利等症状。该疗法操作简便,安全性高,适配老年患者身体状况,能够提高康复依从性,提升整体护理与康复疗效,改善患者生活质量。

本研究存在一定局限性,由于治疗时间较短且为单病例报道,长期随访效果尚不明确,因此未来研究需要扩大样本量,并延长随访周期,以进一步探索砭石热熨治疗的长期疗效和适用人群。此外,砭石与艾灸联合疗法产生协同效应的具体生物学机制尚需进一步研究。砭石热熨联合艾灸在中风患者的治疗中具有良好的临床效果,能显著缓解肢体麻木无力,促进功能恢复,并改善患者心理状态和生活质量,为中风后肢体麻木提供了一种新的、有效的治疗选择,值得在临床中推广应用。

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.中国脑小血管病诊治指南2020[J].中华神经科杂志,2022,55(8):807-818.
Neurology Branch of the Chinese Medical Association, Cerebrovascular Disease Study Group of the Neurology Branch of the Chinese Medical Association. Chinese guideline for diagnosis and treatment of cerebral small vessel disease 2020[J]. Chin J Neurol, 2022, 55(8): 807-818. (in Chinese)
- [2] 杨梦笛,杨发明,史雯霞.基于“标本根结”理论探讨针刺治疗中风后肢体麻木[J].山西中医药大学学报,2026,27(8):898-902.
Yang M D, Yang F M, Shi W X. Exploration of acupuncture treatment for post-stroke limb numbness based on the “meridian origin, root and termination” theory[J]. J Shanxi Univ Chin Med, 2026, 27(8): 898-902. (in Chinese)
- [3] 詹沛霖,周小莉.基于络病学说探讨腔隙性脑梗死中医病机及治疗[J].中西医结合研究,2022,14(3):203-205.
Zhan P L, Zhou X L. Exploring the TCM Pathogenesis and Treatment of Lacunar Cerebral Infarction Based on the Theory of Luo Bing[J]. Res Integr Tradit Chin West Med, 2022, 14(3): 203-205. (in

- Chinese)
- [4] 陈俊伟, 余尚贞. 余尚贞从“风、痰、瘀”论治腔隙性脑梗死经验[J]. 亚太传统医药, 2025, 21(6): 95-100.
- Chen J W, Yu S Z. Yu Shangzhen's experience in treating lacunar infarct from the perspective of "wind, phlegm and blood stasis" [J]. Asia Pac Tradit Med, 2025, 21(6): 95-100. (in Chinese)
- [5] 于晓明, 饶旺福. 中风后麻木的中医病机与治疗原则[J]. 江西中医药大学学报, 2022, 34(4): 1-2.
- Yu X M, Rao W F. The pathogenesis and treatment principles of Chinese medicine for numbness after stroke [J]. J Jiangxi Univ Chin Med, 2022, 34(4): 1-2. (in Chinese)
- [6] 杨一涵, 谭程, 杨超, 等. 以辨病位为核心探讨中风后遗症的针灸诊疗思路[J]. 中国针灸, 2024, 44(11): 1317-1322.
- Yang Y H, Tan C, Yang C, et al. Ideas of acupuncture diagnosis and treatment of stroke sequela based on the differentiation of disease location [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2024, 44(11): 1317-1322. (in Chinese)
- [7] 丁伟, 田云霞, 李清花. 砭石疗法治疗脑卒中后偏瘫患者临床研究[J]. 中国医药指南, 2026, 24(7): 141-144.
- Ding W, Tian Y X, Li Q H. Clinical research on the treatment of hemiplegic patients after stroke with stone needle therapy [J]. Guide China Med, 2026, 24(7): 141-144. (in Chinese)
- [8] 严隽陶, 杨佩君, 吴毅, 等. 脑卒中居家康复上海地区专家共识[J]. 上海中医药大学学报, 2020, 34(2): 1-10.
- Yan J T, Yang P J, Wu Y, et al. Expert consensus on home rehabilitation of stroke in Shanghai [J]. Acad J Shanghai Univ Tradit Chin Med, 2020, 34(2): 1-10. (in Chinese)
- [9] 王军, 谢衡辉, 张维波. 中医温熨疗法与电热砭石仪[J]. 中国针灸, 2003, 23(7): 424-425.
- Wang J, Xie H H, Zhang W B. Warming and ironing therapy in TCM and electro-heating Bian-stone instrument [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2003, 23(7): 424-425. (in Chinese)
- [10] 张金伟, 周志彬, 方伟. 中医外治法在缺血性脑卒中患者康复中的应用效果[J]. 中华养生保健, 2025, 43(8): 78-81.
- Zhang J W, Zhou Z B, Fang W. Effectiveness of Traditional Chinese Medicine External Therapies in the Rehabilitation of Ischemic Stroke Patients [J]. Zhonghua Yangsheng Baojian, 2025, 43(8): 78-81. (in Chinese)
- [11] 张晓旭, 蔡承秀, 徐雨新, 等. 透刺针法联合艾灸足三里治疗脑梗死后中枢性面瘫疗效观察[J]. 山西中医, 2025, 41(1): 31-33.
- Zhang X X, Cai C X, Xu Y X, et al. Efficacy observation of penetrating needling and moxibustion at Zusanli on post-cerebral infarction central facial paralysis [J]. Shanxi J Tradit Chin Med, 2025, 41(1): 31-33. (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。