

DOI: 10.12209/CAIM202604230008

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高血压脑出血患者院前-院内一体化急救护理经验

孙 旭

(北京市昌平区中西医结合医院 急诊科, 北京, 102208)

摘要: 本案例总结院前-院内一体化救治模式下 1 例高血压脑出血患者的中西医结合急救护理经验。患者入院后启动急诊绿色通道, 针对患者昏迷、气机逆乱的病机特点, 在西医气道管理、降颅压、血压控制、低钾纠正及心电监护等急救措施的基础上, 结合中医理论实施辨证施护, 采用人中、涌泉穴穴位按摩进行辅助治疗。通过院前与院内的无缝衔接及中西医结合护理的综合应用, 患者在 1 h 40 min 内完成生命体征监测、气道管理及影像学检查等急救操作, 生命体征趋于稳定, 并顺利转运至上级医院接受进一步治疗。

关键词: 院前-院内一体化; 高血压脑出血; 急救护理; 中西医结合; 穴位按摩

Experience with Pre-hospital and In-hospital Integrated Emergency Nursing Care for a Patient with Hypertensive Intracerebral Hemorrhage

SUN Xu

(Department of Emergency, Beijing Changping District Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 102208)

ABSTRACT: This case summarizes the experience of integrated traditional Chinese and Western medicine emergency nursing care for a patient with hypertensive intracerebral hemorrhage under the pre-hospital and in-hospital integrated treatment model. Following admission, the emergency green channel was activated. In response to the patient's coma and the pathological characteristics of disordered qi movement, traditional Chinese medicine nursing interventions based on syndrome differentiation, including acupoint massage at Renzhong and Yongquan, were implemented as adjunctive therapies alongside Western medicine emergency measures such as airway management, intracranial pressure reduction, blood pressure control, potassium correction, and electrocardiographic monitoring. Through seamless pre-hospital and in-hospital coordination and the comprehensive application of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing, emergency procedures including vital sign monitoring, airway management, and imaging examinations were completed within 1 hour and 40 minutes. The patient's vital signs stabilized, and the patient was successfully transferred to a superior hospital for further treatment.

KEY WORDS: pre-hospital and in-hospital integration; hypertensive intracerebral hemorrhage; emergency nursing care; integrated traditional Chinese and Western medicine; acupoint massage

高血压脑出血是指高血压病理基础上脑内血管破裂引起的出血性脑血管疾病, 是神经外科常见急危重症之一, 具有发病急、病情重、进展快、致残率和致死率高等特点。据报道, 我国高血压性脑出血约占脑出血的 60%~80%, 病死率可达 30%~40%, 发病后早期救治质量与预后密切相关^[1]。传统急救模式中, 院前与院内信息传递不畅、流程衔接不足, 易造成评估、检查和处置延迟;

院前-院内一体化救治模式可通过信息预警、绿色通道及多部门协同提高救治效率^[2]。对于危重患者而言, 规范的转运评估与院前一院内衔接也是降低转运不良事件的重要环节^[3]。高血压性脑出血急性期救治需急诊科、影像科、神经外科、神经内科、麻醉科及重症医学科等多学科协作, 危重患者还需重视气道管理、血压控制、颅内压监测及相关并发症处理^[4]。中医学将本病归属“中风”范

收稿日期: 2026-04-23

OPEN ACCESS

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

畴,其发生多与风火上扰、痰热内闭及气血逆乱有关^[5]。本文总结院前-院内一体化救治模式下1例高血压脑出血患者的中西医结合急救护理经验,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,57岁,主因“突发意识不清1h余”于2026年01月19日13:02由120急救车送入我院急诊科。家属描述患者在进食时突发左侧肢体抽搐,随即跌倒,伴喷射性呕吐、小便失禁。既往史、药物过敏史、家族史不详。

1.2 入院查体

患者深昏迷,面色晦暗,呼之不应。入院时体温(T)36.1℃,脉搏(P)117次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)206/113 mmHg,血氧饱和度(SpO₂)95%。双侧瞳孔等大等圆,直径约3.5 mm,对光反射迟钝。口腔内可见血性分泌物及呕吐物,双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿性啰音;心率(HR)117次/min,律齐,未闻及明显病理性杂音。中医四诊见:舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑数。

1.3 辅助检查

快速血糖9.3 mmol/L,血钾2.8 mmol/L。头颅CT示右侧额颞顶叶、右侧基底节区及放射冠脑出血,破入脑室系统,脑疝形成。

1.4 诊断

中医诊断:中风病(中脏腑);辨证分型:风火上扰证。辨证依据:患者突发昏仆,不省人事,伴左侧肢体抽搐、喷射性呕吐;入院查见面色晦暗、舌质暗红、苔黄腻、脉弦滑数,结合其急骤起病、昏迷、痰热闭窍之表现,属中风病中脏腑范畴;舌暗红、苔黄腻、脉弦滑数提示肝阳偏亢、痰热内盛、风火上扰,故辨为风火上扰证^[5]。西医诊断:高血压性脑出血(右侧额颞顶叶、右侧基底节区及放射冠,破入脑室,脑疝形成);低钾血症。

1.5 治疗

患者入院后立即启动急诊绿色通道,予特级护理和持续心电监护。西医方面予气道管理、脱水降颅压、血压控制、补钾、抑酸护胃及改善脑循环等治疗,协助气管插管并行呼吸机辅助通气;先后予甘露醇快速静滴、乌拉地尔静脉泵入、氯化钾静滴补钾,并同步使用醒脑静、奥美拉唑等药物。补钾期间持续心电监护,禁忌静脉推注氯化钾。中医护理依据中风病(中脏腑)、风火上扰证辨证,

予人中、涌泉穴穴位按摩。护理方面同步实施院前-院内衔接、病情监测、误吸及并发症预防、安全转运等措施。14:42患者转往上级医院,转运前收缩压由206 mmHg降至165 mmHg,SpO₂维持在95%~100%。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 病情评估

患者入院时呈深昏迷状态。采用格拉斯哥昏迷量表(Glasgow Coma Scale, GCS)评估,量表总分3~15分,3~8分提示昏迷,分值越低表明意识障碍越重^[1]。本例患者睁眼反应1分、言语反应1分、运动反应1分,总分3分,提示深昏迷。

采用国家早期预警评分2(National Early Warning Score 2, NEWS2)评估病情,评分项目包括呼吸频率、血氧饱和度、是否吸氧、体温、收缩压、心率及意识水平,总分越高提示病情越危重,通常≥7分提示需紧急干预和严密监测^[6]。本例患者NEWS2评分8分,提示病情危重,需立即启动高级生命支持相关救治。

2.1.2 气道评估

患者GCS评分3分,深昏迷,口腔内存在血性分泌物及呕吐物,保护性咳嗽和吞咽反射明显减弱,依据急危重症ABC初始评估判断其存在气道梗阻及误吸高风险^[7],需立即清理呼吸道并建立人工气道。

2.1.3 跌倒/压疮风险评估

急诊危重患者因意识障碍、活动受限、营养状态改变及大小便失禁等因素,压力性损伤风险较高,应在接诊早期完成风险评估并采取预防措施^[8]。采用Braden压力性损伤风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)进行评估,该量表从感觉感知、潮湿、活动、移动、营养及摩擦/剪切力6个维度进行评分,总分6~23分,分值越低提示风险越高,得分≤12分为高风险。本例患者因深昏迷、完全卧床且活动受限,评估为压力性损伤高风险^[8]。

2.2 护理诊断

①气体交换受损:与脑出血致意识障碍、气道分泌物及呕吐物阻塞气道有关;②有误吸风险:与深昏迷、呕吐及保护性反射减弱有关;③脑组织灌注无效:与脑出血、脑水肿、颅内压增高及脑疝形成有关;④电解质紊乱:与血钾2.8 mmol/L有关,

存在心律失常发生风险;⑤有压力性损伤风险:与深昏迷、完全卧床及活动受限有关。

2.3 护理计划

①通过持续心电监护、动态血压监测、意识及瞳孔观察,及时发现病情变化,维持生命体征相对稳定。②通过清理呼吸道分泌物、气管插管、呼吸机辅助通气、头偏向一侧及禁食等措施,保持气道通畅并降低误吸风险。③通过20%甘露醇快速静脉滴注、抬高床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 、控制血压及辅助实施穴位按摩,减轻颅内高压相关症状,为患者安全转运创造条件。④通过规范静脉补钾、持续心电监护、尿量观察及转运交接,纠正低钾血症,预防低钾相关心律失常。

2.4 护理措施

2.4.1 院前-院内一体化衔接护理

120转运途中,院前急救人员已电话预警急诊科,重点交接发病时间约1 h、进食时突发左侧肢体抽搐后跌倒、喷射性呕吐、小便失禁、意识持续不清及血压明显升高等信息。急诊护士据此提前准备抢救床、心电监护、吸痰装置、气管插管用物、静脉通路建立物品、甘露醇、乌拉地尔及转运所需设备,并同步联系CT室和检验科开启绿色通道。患者到院后直接进入抢救室,由院前人员与急诊护士围绕发病时间、病情演变、途中处置及用药情况进行床旁交接,避免重复分诊和搬运^[2]。

2.4.2 生命体征监测与病情观察

入抢救室后立即给予持续心电监护及脉搏血氧监测,首次测量 $T36.1^{\circ}\text{C}$ 、 $P117\text{次}/\text{min}$ 、 $R18\text{次}/\text{min}$ 、 $BP206/113\text{ mmHg}$ 、 $SpO_2 95\%$ 。因患者已形成脑疝,护士每5~10 min记录血压、心率、呼吸及 SpO_2 ,连续观察意识、瞳孔大小及对光反射变化,重点关注血压下降过快、 SpO_2 下降、痰鸣音加重及瞳孔进行性改变。参考相关指南及专家共识^[4,9],急诊阶段以平稳降压为原则,将收缩压初步控制在160~180 mmHg,避免短时间内降压过快影响脑灌注。

2.4.3 气道管理护理

患者入院时口鼻腔内可见血性分泌物及呕吐物,护士立即协助其头偏向一侧,使用吸痰装置清理口鼻腔分泌物,减少误吸风险。急诊停留期间分别于13:05、13:35实施吸痰,并根据痰鸣音、 SpO_2 变化及分泌物潴留情况按需追加吸痰。13:12配合医师完成气管插管并连接呼吸机辅助通气,插管后及时检查导管固定情况,持续观察胸廓

起伏是否对称、双肺呼吸音是否存在异常及呼吸机通气是否同步。为避免再次误吸,患者全程禁食禁饮,口腔分泌物及时清除。

2.4.4 降颅压及血压管理

患者入院时血压显著升高并已出现脑疝表现,护士于13:18遵医嘱给予20%甘露醇250 mL快速静脉滴注,并在用药过程中观察滴速、静脉通路通畅情况及瞳孔变化。13:20开始静脉泵入乌拉地尔,根据血压变化配合医师调整给药速度,使收缩压平稳下降,避免短时间内降压幅度过大^[9]。同时将床头抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,保持头颈中立位,避免颈部受压和频繁翻动,以促进颅内静脉回流、降低颅压进一步升高风险^[10]。吸痰、搬动及各项操作均尽量集中进行,动作轻柔,减少强刺激导致的血压波动。

2.4.5 低钾血症护理

患者入院后快速检验示血钾 2.8 mmol/L ,13:05血气分析示 $K^{+}2.6\text{ mmol/L}$,提示明显低钾血症。低钾血症可增加心律失常风险,并可能加重危重患者循环不稳定,护士立即报告医师并配合处理。13:55遵医嘱予0.9%氯化钠注射液500 mL+10%氯化钾注射液1.5 g静脉滴注补钾,补钾过程中严格控制滴速,禁止静脉推注;持续心电监护,重点观察心率、心律、ST-T改变及室性早搏等异常表现。14:16遵医嘱留置导尿,尿色为淡黄色,尿量约300 mL,提示具备继续补钾的尿量基础。14:23复查血气分析示 $K^{+}2.8\text{ mmol/L}$,仍低于正常范围,转运前将低钾血症诊断、已补钾剂量、复查结果及需继续监测电解质情况作为重点内容交接。

2.4.6 中医特色护理

结合患者突发昏仆、深昏迷、喷射性呕吐及舌暗红、苔黄腻、脉弦滑数等表现,辨证属风火上扰、痰热闭窍。在标准化西医急救基础上,实施穴位按摩作为辅助护理干预^[11-13]。人中、涌泉穴位定位参照《经穴名称与定位》国家标准^[14]。人中穴按压以醒神开窍为主要功效,采用拇指指腹按压鼻唇沟上1/3与下2/3交界处,每次持续1~2 min,间隔约10 min可重复1次;涌泉穴按揉以平肝潜阳、引火归元为主要功效,按揉双侧足底前1/3与后2/3交界凹陷处,每侧2~3 min。首次操作于入院后15 min内完成,随后于14:00、14:30各实施1次。每次操作前先确认人工气道固定可靠,并评估血压、心率、 SpO_2 及瞳孔变化;操作中持续观察心率、血压及 SpO_2 变化,如出

现血压明显升高或血氧下降立即停止操作。穴位按摩前后结合心电图监护记录动态观察血压、心率及SpO₂变化。原始护理记录显示,患者13:19时BP192/108 mmHg、HR120次/min、SpO₂100%;14:00时BP208/139 mmHg、HR114次/min;14:35时BP165/109 mmHg、HR121次/min、SpO₂95%。操作期间未记录因穴位按摩诱发血压骤升、SpO₂下降或新发恶性心律失常。由于患者已形成脑疝,护理过程中严格控制刺激强度,操作动作轻柔,并以血压、心率、SpO₂及瞳孔变化作为停止操作的重要依据。

2.4.7 并发症预防

急诊停留期主要预防误吸、肺部感染、压力性损伤及应激性消化道出血。护理中持续保持头偏向一侧,及时清理口腔分泌物,并完成口腔清洁;持续监测体温变化,急诊停留期间未见发热。因患者急诊停留仅1 h40 min,未达到常规2 h翻身

周期,护理中主要采取保持床单位清洁干燥、受压部位减压保护及转运前检查骶尾部和足跟皮肤完整性等措施预防压力性损伤。遵医嘱给予奥美拉唑静脉滴注预防应激性消化道出血,并持续观察呕吐物及排便情况。

2.4.8 转运护理

患者在急诊科完成初步救治后,因病情危重需转运至上级医院神经外科进一步治疗。转运前再次评估生命体征,病情相对稳定后备齐转运所需降压药物、简易呼吸器、吸痰装置及抢救用品,与上级医院做好病情沟通,并向家属说明转运风险后由120救护车转运至上级医院进一步治疗。

3 结果

本例患者完成初步救治后,病情相对稳定,顺利转往上级医院进一步治疗,详见表1。

表1 疗效评估

观察项目	时间节点	结果/处置	临床意义
血压	入院时	206/113 mmHg	血压明显升高
血压	13:19	192/108 mmHg	仍处于较高水平
	14:00	208/139 mmHg	提示需持续动态调整降压方案
	14:35	165/109 mmHg	收缩压较入院下降41 mmHg
	14:42转运前	165/108 mmHg	进入预设控制范围,未出现血压骤降
氧合情况	插管并呼吸机辅助通气后	SpO ₂ 维持95%~100%	氧合维持稳定
血钾	入院时	2.8 mmol/L	存在低钾血症
	13:05(血气分析)	K ⁺ 2.6 mmol/L	低钾加重
	13:55(补钾处理)	0.9%氯化钠注射液500 mL+10%氯化钾注射液1.5 g静脉滴注	遵医嘱补钾
	14:23(血气分析)	K ⁺ 2.8 mmol/L	血钾较前回升
心电监护	补钾期间	持续心电监护	未记录新发恶性心律失常
尿量	14:16	留置导尿,尿色淡黄,尿量约300 mL	尿量及尿色可辅助评估循环灌注情况
转归	14:42	由120转上级医院进一步诊治	完成急诊阶段综合救治与转运

4 讨论

高血压性脑出血是临床常见急危重症,具有起病急、进展快、致残率和病死率高等特点,早期识别和规范救治直接影响患者预后^[1]。相关指南和专家共识指出,急性期救治应突出快速评估、气道保护、平稳降压、颅内压管理、继发损伤预防及多学科协作^[4,9]。本例患者入院时呈深昏迷状态,伴喷射性呕吐、血压显著升高、低钾血症,头颅CT提示脑出血破入脑室并形成脑疝,病情危重,存在误吸、窒息、脑疝进展、恶性心律失常及转运途中病情恶化等多重风险。本病例护理优势在于将院前预警、绿色通道、标准化西医急救、中医特色护

理及安全转运管理相结合。院前-院内一体化救治模式通过120预警、信息共享、绿色通道启动和多部门协同,可缩短急诊评估与处置等待时间,提高危重患者救治衔接效率^[2];危重患者转运前充分评估人工气道、循环状态、用药情况及抢救设备,可降低转运相关风险^[3]。

本例中,急诊护士接诊后迅速完成病情评估,及时清理呼吸道并协助建立人工气道,配合使用甘露醇降颅压、乌拉地尔平稳降压,针对低钾血症规范补钾并持续心电监护,同时落实误吸、压力性损伤、转运意外等并发症预防措施。患者收缩压由206 mmHg降至转运前165 mmHg,SpO₂维持在95%~100%;补钾期间未记录新发恶性心律失常

常,急诊停留期间未见明显误吸、发热及压力性损伤,提示综合护理干预在维持生命体征稳定、保障气道安全、预防并发症和安全转运方面具有积极意义。与既往研究和相关病例报道相比,本例结果与急性脑出血规范化救治理念基本一致,即急性期应优先处理危及生命的问题,包括气道管理、血压控制、颅内压管理和继发损伤预防^[4,9]。

中医学认为,脑出血可归属于“中风”范畴,多与风火上扰、痰热内闭、气血逆乱有关^[5]。本例辨为中风病中脏腑、风火上扰证,在标准化西医急救基础上辅以人中、涌泉穴位按摩,取醒神开窍、平肝潜阳之意。既往研究提示,中医护理及穴位刺激可作为脑出血或脑卒中患者护理中的辅助干预方式^[11-13]。本例3次穴位按摩过程中未记录血压骤升、血氧下降或恶性心律失常,提示在严密监测和风险评估前提下,中医特色护理具有一定可行性和安全性,但其作用应定位为辅助干预,不能替代气道管理、降颅压、血压控制、补钾及转运风险评估等核心救治措施。

本病例也存在一定局限性,首先,本研究为单病例报告,病例结果受患者基础状况、出血部位、出血量、救治时机、团队配合及个体差异等多种因素影响,不能简单推广至所有高血压性脑出血患者;其次,本例缺乏对照病例,无法证明院前-院内一体化流程、中医穴位按摩或某一单项护理措施对患者预后的独立作用;再次,本病例主要观察急诊救治和转运前后的短期护理效果,缺乏转运后长期随访资料,不能评价远期神经功能恢复、生活质量及再出血等结局。

综上,本病例提示,对于急性危重高血压性脑出血患者,急诊护理应贯穿院前预警、急诊评估、抢救配合、并发症预防、用药观察和安全转运全过程,突出早期预警、气道优先、平稳降压、降颅压、风险识别和转运交接;中医特色护理可在规范西医急救基础上作为辅助措施应用,但应坚持辨证施护、严密监测和安全优先。后续可开展多中心病例积累、前瞻性观察研究或护理路径优化研究,进一步评价一体化急救护理流程和中医特色护理在急性脑出血患者中的安全性、适用人群及临床价值。

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] 骆明涛,伍聪,陶传元,等.《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》急救诊治解读[J]. 中国急救医学, 2021, 41(3): 185-190.
Luo M T, Wu C, Tao C Y, et al. Interpretation of emergency treatment of Chinese multidisciplinary guideline for management of hypertensive intracerebral hemorrhage [J]. Chin J Crit Care Med, 2021, 41(3): 185-190. (in Chinese)
- [2] 郑晖. 院前院内一体化急救模式在急性缺血性脑卒中患者中的应用效果[J]. 现代实用医学, 2022, 34(2): 261-263.
Zheng H. Application effect of integrated first aid aid mode in front of hospital and in hospital in patients with acute ischemic stroke [J]. Mod Pract Med, 2022, 34(2): 261-263. (in Chinese)
- [3] 刘茹,赵文婷,杜娟,等. 危重患者院内转运不良事件危险因素 Meta 分析[J]. 护理学杂志, 2022, 37(17): 31-35.
Liu R, Zhao W T, Du J, et al. Risk factors for adverse events in intrahospital transport of critically ill patients: a meta-analysis [J]. J Nurs Sci, 2022, 37(17): 31-35. (in Chinese)
- [4] 中国医师协会神经外科医师分会神经重症专业委员会, 中国神经外科重症管理协作组, 康德智, 等. 高血压性脑出血重症管理专家共识(2026版) [J]. 中华神经外科杂志, 2026, 42(4): 325-336.
The Neurosurgical Critical Care Committee of the Neurosurgery Physicians' Branch of the Chinese Medical Doctor Association, the China Neurosurgical Critical Care Collaboration Group, Kang D Z, et al. Expert consensus on severe management of hypertensive cerebral hemorrhage (2026 edition) [J]. Chin J Neurosurg, 2026, 42(4): 325-336. (in Chinese)
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T 001.1~001.9-94 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 25-28.
- [6] 郭芝廷,金静芬. 急诊危重度指数与早期预警评分系统的判别模型研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(5): 594-598.
Guo Z T, Jin J F. Discriminatory model of emergency severity index and early warning system [J]. Chin J Nurs, 2016, 51(5): 594-598. (in Chinese)
- [7] 张骄莹,蔡莲珠,汪梅贵. 脑卒中吞咽障碍患者发生隐性误吸的危险因素及对策[J]. 西藏医药, 2025, 46(1): 67-68.
Zhang J Y, Cai L Z, Wang M G. Risk factors and

- countermeasures of recessive aspiration in patients with dysphagia after stroke[J]. *Tibetan Med*, 2025, 46(1): 67–68. (in Chinese)
- [8] 吕虹蕾, 岳晨琪, 么颖, 等. 急诊病人压力性损伤风险预测模型的构建与验证[J]. *护理研究*, 2025, 39(2): 197–203.
- Lyu H L, Yue C Q, Yao Y, et al. Construction and validation of a risk prediction model for pressure injury in emergency patients[J]. *Chin Nurs Res*, 2025, 39(2): 197–203. (in Chinese)
- [9] 杨楠, 宋海庆, 吉训明, 等. 2022年版美国心脏协会/美国卒中协会自发性脑出血患者管理指南更新要点及解读[J]. *中国脑血管病杂志*, 2022, 19(11): 729–732, 748.
- Yang N, Song H Q, Ji X M, et al. Highlights and interpretation of the 2022 AHA/ASA guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage[J]. *Chin J Cerebrovascular Dis*, 2022, 19(11): 729–732, 748. (in Chinese)
- [10] 蔡晶, 谢铃莉, 张慧, 等. 《ICU病人体位管理与早期活动指南》解读[J]. *护理研究*, 2026, 40(1): 1–8.
- Cai J, Xie L L, Zhang H, et al. Interpretation of the “Guideline on positioning and early mobilisation in the critically ill by an expert panel” [J]. *Chin Nurs Res*, 2026, 40(1): 1–8. (in Chinese)
- [11] 马厚银. 中医护理对急诊科重症监护病房脑出血患者的应用[J]. *护理学*, 2024(3): 277–281.
- Ma H Y. Application of traditional Chinese medicine nursing to cerebral hemorrhage patients in emergency intensive care unit [J]. *Nurs Sci*, 2024 (3): 277–281. (in Chinese)
- [12] 白丽云, 陈乐. 急诊高血压脑出血保守治疗患者开展中医护理的干预价值分析[J]. *医学食疗与健康*, 2022, 20(2): 145–148.
- Bai L Y, Chen L. Analysis of intervention value of traditional Chinese medicine nursing for patients with emergency hypertensive cerebral hemorrhage treated conservatively [J]. *Med Diet Heal*, 2022, 20(2): 145–148. (in Chinese)
- [13] 魏雅云, 刘美娟. 穴位按摩联合针刺对缺血性脑卒中患者肢体运动功能及生活质量的影响[J]. *上海医药*, 2024, 45(12): 30–32, 38.
- Wei Y Y, Liu M J. Influence of acupoint massage combined with acupuncture on limb motor function and quality of life in patients with cerebral ischemic stroke [J]. *Shanghai Med Pharm J*, 2024, 45(12): 30–32, 38. (in Chinese)
- [14] 武晓冬, 黄龙祥, 赵京生. 《经穴名称与定位》(GB/T 12346–2021)标准解读[J]. *中国针灸*, 2022, 42(5): 579–582, 584.
- Wu X D, Huang L X, Zhao J S. Interpretation of China national standard nomenclature and location of meridian points (GB/T 12346–2021) [J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2022, 42(5): 579–582, 584. (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。