

引用:杨丽荣,贾志杰,李雪玉.通督调神针法联合任务导向训练在中风后偏瘫护理中的应用[J].中医导报,2026,32(5):105-108,123.

护 理

通督调神针法联合任务导向训练 在中风后偏瘫护理中的应用*

杨丽荣¹,贾志杰¹,李雪玉²

(1.唐山市中医医院,河北 唐山 063000;

2.唐山市眼科医院,河北 唐山 063000)

[摘要] 目的:探究通督调神针法联合任务导向训练(TOT)对中风后偏瘫患者的疗效。方法:按照随机数字表法将124例中风后偏瘫患者分为观察组($n=62$)和对照组($n=62$)。对照组进行TOT,观察组在对照组基础上给予通督调神针法干预。对比两组患者临床症状、神经功能缺损程度、肢体功能、日常生活能力及心理状态,并评价临床疗效。结果:观察组总有效率为93.55%(58/62),高于对照组的80.65%(50/62),差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后,两组患者中医证候积分、美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)各项评分、广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)评分、抑郁症筛查量表(PHQ-9)评分均较干预前降低($P<0.05$),上下肢Fugl-Meyer运动功能评分(FMA)、改良Barthel指数(MBI)各项评分均较干预前升高($P<0.05$);且观察组患者中医证候积分、NIHSS各项评分、GAD-7评分、PHQ-9评分均低于对照组($P<0.05$),上下肢FMA评分、MBI指数各项评分均高于对照组($P<0.05$)。结论:通督调神针法联合TOT可有效改善中风后偏瘫患者临床症状及神经功能缺损,提高患者肢体活动功能及日常生活能力,改善心理状态。

[关键词] 中风;偏瘫;通督调神针法;任务导向训练;神经功能;肢体功能;康复护理

[中图分类号] R248.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2026)05-0105-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.05.017

Application of Tongdu Tiaoshen Acupuncture (通督调神针法) Combined with Task-Oriented Training in Rehabilitation Nursing for Patients with Post-Stroke Hemiplegia

YANG Lirong¹, JIA Zhijie¹, LI Xueyu²

(1.Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan Hebei 063000, China;

2.Tangshan Eye Hospital, Tangshan Hebei 063000, China)

[Abstract] Objective: To investigate the efficacy of Tongdu Tiaoshen acupuncture combined with task-oriented training (TOT) in patients with post-stroke hemiplegia. Methods: According to the random number table method, 124 patients with post-stroke hemiplegia were divided into an observation group ($n=62$) and a control group ($n=62$). The control group received TOT, and the observation group received Tongdu Tiaoshen acupuncture in addition to TOT. Clinical symptoms, degree of neurological impairment, limb function, activities of daily living, and psychological status were compared between the two groups, and the clinical efficacy was evaluated. Results: The total effective rate in the observation group was 93.55% (58/62), which was significantly higher than that in the control group (80.65%, 50/62) ($P<0.05$). After intervention, TCM syndrome scores, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores, Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scores, and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) scores were significantly decreased, while Fugl-Meyer Assessment (FMA) scores and modified Barthel Index (MBI) scores were significantly increased in both groups ($P<0.05$). After intervention, the TCM syndrome scores, NIHSS scores, GAD-7 scores, and PHQ-9 scores in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), while the FMA scores of upper and lower limbs and MBI scores were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: Tongdu Tiaoshen Acupuncture combined with TOT effectively alleviates clinical symptoms, improves neurological impairment, limb

*基金项目:河北省中医药类科学研究课题计划项目(2025133)

motor function, activities of daily living and psychological status in post-stroke hemiplegia patients.

[Keywords] stroke; hemiplegia; Tongdu Tiaoshen acupuncture; task-oriented training; neurological function; limb function; rehabilitation nursing

偏瘫是中风后常见的后遗症,表现为患者肢体功能受损,日常生活受限^[1]。目前干预以药物预防、营养神经、改善脑循环为主,辅以康复训练,如任务导向训练(TOT),是建立于运动控制及运动学习理论系统模型上的康复训练方法,其通过运动学习、运动控制和康复科学领域理论的运用,在康复训练期间给患者制定清晰的训练目标,使其通过持续反馈调节来实现训练目的^[2]。然而,个体依从性和训练效果的规范性等因素影响着其临床疗效。中医学认为中风后偏瘫源于内虚邪中、瘀血等因素导致经络阻塞、气血不通,而督脉是调节人体阳气的重要通道。因此,本研究旨在探究通督调神针法联合TOT在中风后偏瘫康复护理中的应用价值,为本病患者康复护理提供新的参考依据。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 (1)西医诊断符合《中国脑血管病防治指南》中中风后偏瘫^[3]诊断标准。(2)中医辨证符合《中风病诊断与疗效评定标准》中气虚血瘀证^[4]辨证标准。主症:口舌歪斜、半身不遂、言语蹇涩;次症:面色㿔白、气短乏力、自汗出;舌脉:舌暗淡、苔白腻有齿痕、脉沉细。满足主症、次症各2项,参考舌脉,即可明确辨证。

1.2 纳入标准 (1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;(2)病情稳定,处于康复阶段;(3)初次发病且为单侧瘫痪;(4)经Brunnstrom运动功能评价法^[5]评定为 \geq II期;(5)患者具有基本理解能力和沟通能力,能够按要求配合完成治疗与随访评估。

1.3 排除标准 (1)合并心肺肾功能障碍、严重外伤、恶性肿瘤等;(2)原发疾病未控制;(3)Ashworth痉挛评价3~4级;(4)资料不完整。

1.4 研究对象

1.4.1 样本量估算 使用G*Power软件计算样本量,选择t检验(两独立样本均值比较),参数设置: α 误差概率设为0.05,Power($1-\beta$ 误差概率)设为0.95,效应量d设为0.63,计算得出 $N_1=N_2=56$,考虑到10%的失访率,扩大样本量至 $N_1=N_2=62$,总样本量为 $62 \times 2=124$ 例。

1.4.2 样本来源及分组 选择唐山市中医医院2023年2月至2025年1月收治的124例中风后偏瘫患者作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组($n=62$)和对照组($n=62$)。本研究经唐山市中医医院医学伦理委员会批准(编号:2023-014-01),且所有患者签署知情同意书。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 进行TOT。训练内容围绕日常活动中常见的姿势转换、物体操作及移动任务设计,由康复治疗师根据患者功能状态循序实施。(1)卧位阶段训练:在治疗师的手势与口令引导下,患者完成卧位下的体位控制练习,包括仰卧与侧卧之间的姿势转换、半坐卧位调整,以及从卧位过渡至坐位等训练。(2)坐位阶段训练:在床边坐位下进行骨盆与躯干

的主动移动训练,如向不同方向位移、调整坐姿重心等,同时结合日常操作,如在坐位下取放不同高度或距离的物品、练习穿脱衣物,以及完成从床边向椅位的转移任务。(3)站立阶段训练:训练重点为维持站立稳定性与执行双任务活动,患者在治疗师引导下尝试于站立位取放前方、侧方及高低不同位置的对象,并进行弯腰拾物等模拟日常动作,必要时可借助辅助器具。(4)步行与移动训练:包括前后左右多方向迈步、抬腿与踏步练习、跨越不同高度障碍物、抱持或手持物品行走,治疗师可随机给出“暂停、转弯、掉头”等指令,提高患者在真实环境中的应变能力及行走功能。TOT每次持续40 min,1次/d,每周训练5 d,连续训练4周。

1.5.2 观察组 在对照组基础上给予通督调神针法干预。主穴选水沟、上星、百会、神庭、大椎、风府、腰阳关。配穴随症加减:胸闷痞满、不思饮食加中脘、内关;语言不利、吞咽困难加廉泉、金津、玉液;口角歪斜加地仓、迎香、承浆;口干口臭加内庭、劳宫;尿闭加中极、合谷;排痰不爽加天突;咽干便秘加照海、廉泉、天枢等。操作:皮肤消毒,使用0.25 mm \times 25.00 mm一次性针灸针(苏州辰瑞医疗器械有限公司),水沟穴斜刺7.5~12.5 mm,上星、百会、神庭穴平刺12.5~20.0 mm,大椎穴斜刺12.5~25.0 mm,风府穴向下直刺12.5~25.0 mm。换用0.30 mm \times 40.00 mm针灸针,取腰阳关穴向上斜刺25.0 mm。配穴随症加减,均规范操作。留针30 min,隔15 min行针1次,1次/d。连续干预4周。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 分别于干预前后参考文献[6]标准评估,根据中风后偏瘫患者主症(口舌歪斜、半身不遂、言语蹇涩)及次症(面色㿔白、气短乏力、自汗出、脉沉细、舌暗淡苔白)的严重程度分为4级,主症等级分值依次为0、2、4、6分,次症分值依次为0、1、2、3分。中医证候积分越低代表症状越轻。

1.6.2 神经功能缺损评分 对两组患者干预前后采用美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)进行评价。评定项目包括:语言功能、视野、上下肢体活动、运动忽视、感觉、意识水平及面瘫等11项内容。总分42分,分值越高表示神经功能缺损越严重。

1.6.3 肢体功能评分 对两组患者干预前后采用Fugl-Meyer运动功能评分(FMA)进行评定。上肢运动功能包括有无反射活动、屈肌协同运动、腕稳定性、脱离有协同运动的活动、手指活动、协调能力与速度、反射亢进、肘伸直前屈30°时、伴有协同运动的活动、伸肌协同运动10个维度,共33项内容,依据完成程度采取三级评分,分别为0、1、2分,总分为66分;下肢运动功能包括有无反射活动、脱离有协同运动的活动、屈肌协同运动、反射亢进、伴有协同运动的活动、伸肌协同运动及协调能力与速度7个维度,共17项内容,总分为34分,分值越高,表明肢体功能越好。

1.6.4 日常生活能力 采用改良Barthel指数(MBI)对两组患

者干预前后日常生活能力进行评定,内容包括穿衣、洗漱、进食、转移及二便控制等20个项目,每个项目分值0~5分,总分100分,分值越高代表日常生活能力越强。

1.6.5 心理状态 对两组患者干预前后采用广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)、抑郁症筛查量表(PHQ-9)进行评定,GAD-7包含7种核心症状,总分0~21分,分值越高表明焦虑症状越严重。PHQ-9包含9个项目,总分0~27分,分值越高表明抑郁症状越严重。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]按照干预前后积分改善率进行中医疗效判定,疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。临床痊愈:口舌歪斜、半身不遂等症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:口舌歪斜、半身不遂等症状、体征明显改善,疗效指数≥70%且<95%;有效:口舌歪斜、半身不遂等症状、体征均有好转,疗效指数≥30%且<70%;无效:口舌歪斜、半身不遂等症状、体征均无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。总有效率=[(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.8 统计学方法 采用SPSS 23.0对数据进行分析比较。计量资料用“均值±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,满足正态性和方差齐性时,组间比较采用成组 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,否则采用秩和检验。计数资料用[例(%)]表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料 两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者临床疗效比较 观察组总有效率为93.55%(58/62),高于对照组的80.65%(50/62),差异有统计学意义

($P<0.05$)。(见表2)

表1 两组患者基线资料比较

组别	性别/例		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	偏瘫侧/例		病程($\bar{x}\pm s$,月)	卒中类型/例	
	n	男 女		左侧 右侧	脑出血 脑梗死			
对照组	62	37 25	51.56±6.62	29 33	3.24±0.53	23 39		
观察组	62	35 27	52.57±6.38	28 34	3.16±0.41	26 36		
检验统计量	$\chi^2=0.132$	$t=0.685$	$\chi^2=0.032$	$t=0.940$	$\chi^2=0.304$			
P	0.716	0.389	0.857	0.349	0.582			

表2 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	62	12(19.35)	20(32.26)	18(29.03)	12(19.35)	50(80.65)
观察组	62	20(32.26)	24(38.71)	14(22.58)	4(6.45)	58(93.55)
χ^2						4.593
P						0.032

2.3 两组患者中医证候积分比较 干预前,两组患者中医证候积分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者主症、次症积分及总分均较干预前降低,且观察组患者主症、次症积分及总分均低于对照组($P<0.05$)。(见表3)

2.4 两组患者NIHSS评分比较 干预前,两组患者NIHSS评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者NIHSS各项评分均较干预前降低,且观察组患者NIHSS各项评分均低于对照组($P<0.05$)。(见表4)

2.5 两组患者FMA评分比较 干预前,两组患者FMA评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者上肢及下肢FMA评分均较干预前升高,且观察组患者上肢及下肢FMA评分均高于对照组($P<0.05$)。(见表5)

2.6 两组患者日常生活能力比较 干预前,两组患者MBI指数各项评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者MBI指数各项评分均较干预前升高,且观察组患者MBI指数

表3 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	主症				次症				总分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	14.22±2.41	7.06±1.13	21.181	0.000	12.62±2.24	10.34±1.37	6.837	0.000	26.84±3.27	17.40±3.04	16.648	0.000
观察组	62	14.07±2.65	3.87±0.74	29.191	0.000	12.58±2.16	7.29±1.25	1.691	0.000	26.65±3.15	11.16±2.06	32.406	0.000
t		0.330	18.596			0.101	12.950			0.329	13.380		
P		0.742	0.000			0.920	0.000			0.742	0.000		

表4 两组患者NIHSS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	上下肢体活动				意识水平				语言功能				感觉			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	3.24±0.49	2.18±0.37	13.593	0.000	3.24±0.57	2.64±0.35	7.063	0.000	2.45±0.38	1.84±0.34	4.070	0.000	3.21±0.37	2.05±0.24	20.711	0.000
观察组	62	3.18±0.52	1.03±0.24	29.560	0.000	3.27±0.61	1.21±0.38	22.570	0.000	2.49±0.51	1.07±0.26	19.532	0.000	3.16±0.28	1.28±0.16	45.903	0.000
t		0.661	20.532			0.283	21.795			0.495	14.165			0.848	21.020		
P		0.510	0.000			0.778	0.000			0.621	0.000			0.398	0.000		

组别	n	面瘫				运动忽视				视野				其他项目			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	3.13±0.35	2.18±0.49	12.422	0.000	3.46±0.62	2.61±0.27	9.897	0.000	3.18±0.53	2.16±0.61	9.939	0.000	10.43±2.37	8.24±1.29	6.391	0.000
观察组	62	3.17±0.24	1.27±0.35	35.253	0.000	3.51±0.53	1.07±0.34	30.512	0.000	3.22±0.46	1.27±0.39	25.460	0.000	10.37±2.15	6.37±1.24	12.690	0.000
t		0.742	11.899			0.483	27.929			0.449	9.679			0.148	8.229		
P		0.459	0.000			0.630	0.000			0.654	0.000			0.883	0.000		

表6 两组患者日常生活能力比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	穿衣				洗漱				进食			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	8.31±2.34	11.07±2.49	6.360	0.000	7.52±1.26	10.34±2.13	8.972	0.000	7.42±1.27	11.45±2.04	13.205	0.000
观察组	62	8.25±2.16	14.29±3.04	12.753	0.000	7.46±1.03	13.27±2.08	19.710	0.000	7.49±1.15	13.10±2.18	17.922	0.000
t		0.149	6.452			0.290	7.749			0.322	4.352		
P		0.882	0.000			0.772	0.000			0.748	0.000		

组别	n	转移				二便控制				其他项目			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	6.41±1.13	10.46±1.59	16.347	0.000	8.23±1.37	10.37±2.13	6.654	0.000	12.41±2.16	14.92±3.42	4.177	0.000
观察组	62	6.37±1.06	12.08±2.36	17.379	0.000	8.16±1.24	12.39±2.05	13.902	0.000	12.38±2.34	18.64±3.27	15.258	0.000
t		0.204	4.483			0.298	5.380			0.074	6.190		
P		0.839	0.000			0.766	0.000			0.941	0.000		

各项评分均高于对照组($P<0.05$)。(见表6)

表5 两组患者FMA评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	上肢FMA				下肢FMA			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	25.48±5.14	45.32±5.81	20.138	0.000	15.42±4.18	23.16±4.27	10.199	0.000
观察组	62	25.37±4.26	51.27±6.29	26.845	0.000	15.34±3.26	30.28±5.11	19.408	0.000
t		0.130	5.471			0.119	8.419		
P		0.897	0.000			0.906	0.000		

2.7 两组患者心理状态比较 干预前,两组患者GAD-7、PHQ-9评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者GAD-7、PHQ-9评分均较干预前降低,且观察组患者GAD-7、PHQ-9评分均低于对照组($P<0.05$)。(见表7)

表7 两组患者心理状态比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	GAD-7				PHQ-9			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	62	9.58±2.31	7.73±2.04	4.727	0.000	11.05±2.84	7.42±2.51	7.541	0.000
观察组	62	9.62±2.27	5.15±1.86	11.993	0.000	11.10±2.79	4.10±2.23	15.432	0.000
t		0.097	7.359			0.099	7.786		
P		0.923	0.000			0.921	0.000		

3 讨论

中风致残率高,常表现为偏瘫或运动障碍,患者通常需要康复干预来恢复肢体功能,提高日常生活能力^[8]。研究显示,中风后患者肢体功能的恢复主要依赖于大脑的可塑性和功能重组,而TOT以明确的目标和日常活动为基础,通过患者的积极参与和反复强化,有助于提高运动能力,但干预效果受患者依从性和焦虑程度影响,因此效果和进展受限^[9-10]。中医学在中风患者的康复护理上积累了丰富的临床经验,本研究将通督调神针法联合TOT用于中风后偏瘫患者,结果显示,观察组总有效率高于对照组。干预后两组患者的中医证候积分均显著下降,且观察组显著低于对照组,提示与常规TOT康复护理比较,联合通督调神针法干预会使患者临床症状改善更显著。分析原因,督脉位于后背正中,背部为阳,是全身阳气汇聚之地,可调动全身阳气,同时,督脉与肾、元阳之间紧密联系,其可调节阳属性的经脉,故对于中风的干预,可利用督脉对五脏六腑的调节功能,将经脉中的气血瘀积疏通,从而息肝风,疏通气脉^[11]。水沟穴是督脉和手足阳明之会合处,具

有开窍醒神、息风清热之功。针刺上星穴有通鼻宁神、清热息风作用。百会穴为各经脉之气会聚之处,可醒神开窍、定志安神、定痛通督、升阳举陷。神庭穴为胃和膀胱两经在督脉的汇聚之处,有平喘降逆、醒脑宁神功效。大椎穴作为督脉要穴,为阳气集中之处,如同上下内外中转站或枢纽,可代表督脉,调整诸阳经的上传下达而完成统帅与协调脏腑经络的功能活动,能止痛截虐、解表清热、通调督脉及阴阳。风府为天部风气重要生发之源,可开窍通关、息风散风。腰阳关为元阳元阴之处,深刺则通达阳气,疏利关节,故可除湿祛寒、舒筋活络。诸督脉经穴用于干预脑部疾患,有调节情志、定志安神、醒脑开窍等作用^[12-13]。

本研究将通督调神针法联合TOT干预中风后偏瘫患者,研究发现,干预后观察组NIHSS评分低于对照组,上肢及下肢FMA评分、MBI指数高于对照组,提示了通督调神针法联合TOT干预中风后偏瘫患者可以提高患者临床疗效,改善其神经功能及肢体功能,提高其日常生活能力。本研究选取督脉水沟、上星、百会、神庭、大椎、风府、腰阳关作为处方穴位,通过通调督脉、导气调神、补髓益脑、针入神入,振奋全身阳气,补益人体虚弱之气,加速血运,气血通畅则脏腑协调,脑髓得以濡养,从而达到气至神至、开窍醒脑、健髓益脑、疏经活络的作用,使脑有所养,疾病可治^[14-15]。现代神经生理学研究^[17]表明,针刺水沟等穴位,可减少脑缺血时对大脑的损害,同时还可促进大脑在缺血后的功能恢复,调控大脑中血管活性物质含量,对大脑中的神经元起到保护作用。另有研究^[16]表明,针刺上述穴位可以加快侧支循环建立速度,促使病变周围组织或未被彻底破坏凋亡脑细胞重新组合或补偿,极大开发大脑“可塑性”功能,修复受损神经细胞并促使各神经功能逐渐恢复。同时,本研究结果还显示,干预后观察组GAD-7、PHQ-9评分低于对照组,提示通督调神针法联合TOT不仅能够改善中风后偏瘫患者的神经与运动功能,还可有效缓解其焦虑、抑郁等负性情绪,增强康复过程中的心理适应能力。分析其原因,督脉与脑及神志活动密切相关,针刺百会、上星、神庭、水沟等穴位可调畅脑部经气,安神定志,从而减轻情绪紧张,加上肢体运动功能的恢复会增加患者康复信心,减轻负性情绪^[18]。本研究限于样本量和研究时间,结果有待进一步验证,拟在后期进行大样本量多中心试验以(下转第123页)

- 通路抑制COPD模型细胞炎症反应和细胞外基质损伤[J]. 中药材, 2024, 47(8): 2063-2066.
- [86] 曾耀明, 汪洋鹏, 柯晓. 基于藏象学说论治炎症性肠病的理论探讨[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(10): 2375-2377.
- [87] JIANG H, SHEN J, RAN Z. Epithelial-mesenchymal transition in Crohn's disease[J]. Mucosal Immunol, 2018, 11(2): 294-303.
- [88] WANG Z Z, ZHOU H H, CHENG F, et al. miR-21 negatively regulates the PTEN-PI3K-Akt-mTOR signaling pathway in Crohn's disease by altering immune tolerance and epithelial-mesenchymal transition[J]. Discov Med, 2022, 34(171): 45-58.
- [89] 徐速. 三棱丸方对克罗恩病肠纤维化的影响及机制研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
- [90] ZHENG L L, WEI Z Y, NI X, et al. Exploring the therapeutic potential of Xiangsha Liujunzi Wan in Crohn's disease: From network pharmacology approach to experimental validation[J]. J Ethnopharmacol, 2025, 337(Pt 2): 118863.
- [91] WU F, SHAO Q Q, HU M L, et al. Wu-Mei-Wan ameliorates chronic colitis-associated intestinal fibrosis through inhibiting fibroblast activation[J]. J Ethnopharmacol, 2020, 252: 112580.
- [92] 李长洋. 基于上皮间质转化理论探讨健脾化痰法抑制肺癌转移的研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2021.
- [93] 丁毓雪, 苏志威, 薛娟, 等. 中医药调控PI3K/Akt信号通路治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(6): 307-315.
- [94] 张一鸣, 王子健, 田辛晨, 等. 肝癌免疫抑制性肿瘤微环境的痰瘀病机与治疗策略[J]. 中医杂志, 2025, 66(14): 1444-1449.

(收稿日期: 2025-04-23 编辑: 刘国华)

(上接第108页) 深入探究。

综上所述, 采用通督调神针法联合TOT干预中风后偏瘫患者效果显著, 不仅可有效减轻患者神经功能损伤, 同时可提高患者肢体功能及日常生活能力, 值得临床推介。

参考文献

- [1] 王家艳, 许玉皎, 林晓伟, 等. 加减桂枝汤泡洗对缺血性中风病(中经络)急性期偏瘫患者的影响研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(30): 3851-3855.
- [2] 朱冬燕, 刘苏, 王梁, 等. 重复经颅磁刺激联合任务导向性训练对脑卒中患者下肢功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2022, 37(8): 1046-1050.
- [3] 卫生部疾病控制司, 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南(节选)[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2006, 6(5): 403, 425.
- [4] 李平, 吴钟璇, 张云如, 等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 2.
- [5] 刘勇, 范红阳. 关刺四缝穴对中风后手指痉挛性瘫手功能的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(6): 593-596.
- [6] 路晟, 程飞, 陈乾. 滋阴通络方联合针刺治疗中风恢复期偏瘫患者临床观察[J]. 山东医药, 2020, 60(7): 77-79.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-104.
- [8] 曾超, 李霞, 张淑青, 等. 芒针阴阳透刺法联合温阳通络汤治疗中风后痉挛性偏瘫临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(17): 210-214.
- [9] 林君, 李瀛, 徐超. 填阴汤加味联合康复训练对老年中风后偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. 新中医, 2021, 53(5): 189-192.
- [10] 张洁, 付晓康, 王勇勇, 等. 基于日常生活活动动作分析的任务导向性训练对卒中患者的康复疗效[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2022, 44(7): 595-598.
- [11] 路晟, 程飞, 陈乾. 滋阴通络方联合针刺治疗中风恢复期偏瘫患者临床观察[J]. 山东医药, 2020, 60(7): 77-79.
- [12] 汤敬一, 王友刚, 韩为, 等. 通督调神针刺联合腹针治疗中风后偏瘫疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(8): 173-176.
- [13] 唐晓敏, 丁锐, 姚舒雅, 等. 电针督脉穴对脑梗死恢复期患者神经功能恢复及炎症因子、凝血状态影响时效性临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(7): 7-10.
- [14] 于建锋, 张丽, 彭飞, 等. 电针任督联合疏血通注射液治疗急性脑梗死临床疗效及对血清超敏C-反应蛋白的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24(2): 34-37.
- [15] 王波, 刘建浩, 王天磊, 等. 祛瘀通络汤和督脉三针联合常规治疗对急性脑梗死患者的临床疗效[J]. 中成药, 2020, 42(9): 2541-2543.
- [16] 汤敬一, 王友刚, 韩为, 等. 通督调神针刺联合腹针治疗中风后偏瘫疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(8): 173-176.
- [17] 江勇, 徐磊, 郝群, 等. 针刺督脉和夹脊穴为主对脑梗死病人平衡功能的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 45(9): 1187-1189.
- [18] 袁勤, 王颖, 沈志强, 等. 通督调神针刺联合阴阳平衡透穴巨刺法治疗卒中后偏瘫疗效观察[J]. 四川中医, 2024, 42(7): 179-183.

(收稿日期: 2025-09-24 编辑: 李海洋)