

引用:江颖子,程红亮,卜云,朱超林,吴志媛,柳刚.中药封包联合通络解痉汤对脑卒中后痉挛性偏瘫患者FAC分级、肌张力及凝血的影响[J].中医导报,2023,29(4):103-106.

# 中药封包联合通络解痉汤对脑卒中后痉挛性偏瘫患者FAC分级、肌张力及凝血的影响

江颖子,程红亮,卜云,朱超林,吴志媛,柳刚  
(安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061)

**[摘要]** 目的:观察中药封包联合通络解痉汤对脑卒中后痉挛性偏瘫(SPAS)患者Holden功能性步行分级(FAC)、肌张力及凝血的影响。方法:选择2020年1月至2021年12月本院收治的100例SPAS患者,按随机数字表法分两组,对照组50例予神经内科常规处理与基础康复训练,治疗组50例在对照组基础上予中药封包联合通络解痉汤治疗。比较两组的肢体运动功能、日常生活自理能力、步行能力、肌张力、凝血指标。结果:治疗前两组患者各项指标比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者简式Fugl-Meyer运动功能(FMA)评分、巴氏指数(BI)评分、FAC分级均高于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组高于对照组( $P<0.05$ )。治疗后,两组患者肘关节改良Ashworth痉挛分级(MAS)与膝关节MAS分级均优于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。治疗后,两组患者凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)均长于治疗前( $P<0.05$ ),纤维蛋白原(FBG)均短于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组PT、APTT、TT长于对照组( $P<0.05$ ),FBG短于对照组( $P<0.05$ )。结论:中药封包联合通络解痉汤可促进SPAS患者肢体运动功能、日常生活自理能力、步行能力、肌张力的改善,且能调节凝血指标。

**[关键词]** 脑卒中;痉挛性偏瘫;中药封包;通络解痉汤;Holden功能性步行分级;肌张力;凝血

**[中图分类号]** R248.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2023)04-0103-04

**DOI:** 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.04.021

脑卒中致残率高<sup>[1]</sup>。痉挛性偏瘫是脑卒中患者较多见的残障表现,救治不及时、不当可导致患侧肢体肌肉萎缩、关节挛缩等,降低生存质量<sup>[2]</sup>。迄今为止,现代医学在治疗脑卒中

后痉挛性偏瘫(spastic paralysis after stroke, SPAS)方面尚未研制出特效药物,常综合运用物理疗法、服用抗痉挛药物等,整体疗效局限<sup>[3]</sup>。纵观中、西医治疗SPAS,可以发现中医学显

通信作者:柳刚, E-mail: xufangrui2022@163.com

- [21] 刘湘丹,蔡嘉洛,邹君华,等.吴茱萸及其炮制品中吴茱萸碱、吴茱萸次碱和柠檬苦素成分含量对比分析[J].中医导报,2016,22(3):39-41.
- [22] 周红霞,陈辉慧,李佩运.粗盐炒吴茱萸热敷腹部缓解原发性肾病患者胃肠道反应的临床观察[J].中医导报,2016,22(17):109-110.
- [23] 支梦伟,戴新娟,江志伟,等.不同时机穴位贴敷对腹腔镜下结直肠癌根治术后胃肠功能恢复及心率变异度的影响[J].中国针灸,2020,40(9):947-952.
- [24] 张馥丽,刘丽荣,胡利敏,等.中药穴位贴敷防治顺铂化疗所致胃肠道反应的效果观察[J].护理研究,2017,31(24):3036-3038.
- [25] 李晓燕,牛雪花.中药穴位敷贴联合肝病治疗仪治疗肝硬化腹水的临床疗效观察[J].中国现代医药杂志,2021,23(10):64-66.
- [26] 朱宝,宋瑞平,张彦军.中药穴位贴敷疗法的理论与机制探讨[J].甘肃医药,2016,35(8):578-580.
- [27] 林丽君,周春姣,何军明,等.穴位按摩联合热敏灸缓解肝癌术后患者气滞型呃逆的效果观察[J].护理学报,2019,26(9):60-63.
- [28] 李婷婷.中脘穴艾灸联合穴位贴敷对脾胃虚寒型胃溃疡的效果探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(10):206-208.
- [29] 胡丽立,刘怡素,李佳,等.芒硝袋外敷脐周联合足三里按摩对腹腔镜肝叶切除术患者术后胃肠道功能的影响[J].护理学报,2019,26(1):5-7.
- [30] 姜亚平,刘宝贵,庞洋,等.新斯的明足三里穴位注射治疗重症卧床腹胀患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(36):61-63.
- [31] 冷贵荣,秦秀珍.肝癌患者介入手术治疗的护理[J].护理实践与研究,2013,10(2):78-79.
- [32] 肖媛,张学忠,耿英杰,等.双侧内关穴、合谷穴经皮穴位电刺激预防甲状腺切除术后恶心呕吐的效果[J].临床麻醉学杂志,2021,37(6):588-591.

(收稿日期:2022-07-25 编辑:罗英姣)

示出经济、有效、方便等多重优势。部分医学研究者提出,将不同中医特色疗法联合用于SPAS,可促进疗效显著提升<sup>[4-5]</sup>。临床上能用于治疗SPAS的中医特色疗法繁多,例如内服中药、热熨法等,均取得不俗效果。中药封包隶属传统医学中的“热熨法”,为“内病外治”之术,视病情与诊断结果合理选用药物、辅料,予加热处理(患者可耐受的温度),精准敷于患处、目标腧穴,集药物与热疗双重刺激,可活血、通络等<sup>[6]</sup>。通络解痉汤由钩藤、全蝎等多味中药配伍而成,能活血滋阴、镇痉通络、息风舒筋,有效缓解疼痛、痉挛<sup>[7]</sup>。笔者侧重分析中药封包联合通络解痉汤治疗SPAS的有效性。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 诊断标准 参考《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》<sup>[8]</sup>中“脑卒中”的诊断标准,包括脑梗死(诊断要点:头颅CT/MRI证实脑部存在相应梗死灶、急性发病的局灶性神经功能缺失等)与脑出血(诊断要点:头颅CT/MRI显示脑内出血病灶、突发局灶性神经功能缺失等)。中医辨证分型属于“气虚血瘀证”。主症:半身不遂,口舌歪斜,不语,感觉减退;次症:面色㿗白,气短,乏力,自汗出;舌脉象:舌质暗淡,舌苔白腻或可见齿痕,脉沉细。

1.2 纳入标准 (1)符合“脑卒中”<sup>[8]</sup>诊断标准;(2)改良Ashworth痉挛分级(modified Ashworth scale, MAS)<sup>[9]</sup>评定偏瘫侧肢体肌张力 $\geq$  I级且 $\leq$  III级, Brunnstrom分期处于III期~IV期;(3)意识清醒;(4)知情同意。

1.3 排除标准 (1)妊娠期女性、哺乳期女性;(2)正在服用骨骼肌松弛效果的药物;(3)恶性肿瘤;(4)患精神疾病;(5)存在中药封包治疗、通络解痉汤治疗禁忌;(6)重要器官(肝、肾等)功能障碍;(7)既往有运动系统疾病史;(8)既往有其他神经系统病史。

1.4 研究对象 本研究经医院伦理委员会批准,伦理批号:191115。选择2020年1月至2021年12月本院收治的100例SPAS患者,按随机数字表法分对照组和治疗组,每组50例。

## 1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 予神经内科常规处理与基础康复训练,持续8周。(1)神经内科常规处理:依据《中国脑血管病防治指南》<sup>[10]</sup>。(2)基础康复训练:依据《临床诊疗指南-物理医学与康复分册》<sup>[11]</sup>,包括解除诱因、体位摆放、物理治疗(运动疗法40 min/次, 1次/d)。

1.5.2 治疗组 在对照组基础上予中药封包联合通络解痉汤治疗,持续8周。(1)中药封包:将我院自制内含艾叶、防风、当归、桂枝、红花、鸡血藤、木瓜、路路通、羌活、赤芍、虎杖、吴茱萸、威灵仙等中药的舒筋活络袋,放在冷水中浸泡1 h,放进蒸箱(购自广州白云永力设备厂)内,接通电源,温度设置到100℃,蒸40 min,使药包充分蒸透,温度冷却至45℃,将药包放进大小合适的专用包布中,协助患者取合适体位,暴露痉挛性偏瘫侧肢体,患肢下铺一次性中单,药包置于患处,上肢敷于手阳明大肠经循经路线,下肢敷于足阳明胃经循经路线,将一次性中单包裹好患肢和封包,温度范围38~43℃, 1次/d,每次20~30 min。(2)通络解痉汤:全蝎3 g,制穿山甲6 g,木瓜10 g,焦生地黄、钩藤、乌梢蛇、地龙各12 g,当归、白芍、天

麻各15 g,伸筋草20 g,怀牛膝、酒桑枝各30 g。加适量水,煎熬,取汁200 mL,早晚各1次, 100 mL/次。

## 1.6 观察指标

1.6.1 肢体运动功能 治疗前后均进行简式Fugl-Meyer运动功能评分(Fugl-Meyer assessment, FMA)<sup>[12]</sup>评价,该量表包括上肢33项(最高分66分)与下肢17项(最高分34分),FMA总分100分,得分越高说明肢体运动功能障碍程度越低。由同一位经过专业培训康复治疗师负责评估。

1.6.2 日常生活自理能力 治疗前后均进行巴氏指数(Barthel index, BI)<sup>[13]</sup>评价,总分0分(日常生活无法自理)~100分(日常生活完全能够自理)。由同一位经过专业培训康复治疗师负责评估。

1.6.3 步行能力 治疗前后均进行Holden功能性步行分级(functional ambulation classification, FAC)<sup>[14]</sup>评价,分级0~5级, FAC分级越低说明步行能力越差。由同一位经过专业培训康复治疗师负责评估。

1.6.4 肌张力 治疗前后均进行MAS分级,评估患者静息状态下偏瘫侧肘、膝关节被动活动时阻力大小, MAS分级越低说明偏瘫侧肘、膝关节肌张力越正常。由同一位经过专业培训康复治疗师负责评估。

1.6.5 凝血指标 治疗前后均检测凝血指标:(1)活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT);(2)凝血酶原时间(prothrombin time, PT);(3)凝血酶时间(thrombin time, TT);(4)纤维蛋白原(fibrinogen, FBG)。

1.7 统计学方法 数据分析使用SPSS 23.0软件。计量资料符合正态分布的,用“均数 $\pm$ 标准差”( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料用例表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;等级资料比较采用秩和检验,  $P<0.05$ 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,具有可比性( $P>0.05$ )。(见表1)

表1 两组患者基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	病程( $\bar{x}\pm s$ ,d)	脑卒中(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
对照组	50	34	16	58.32 $\pm$ 7.48	42.69 $\pm$ 6.43	38	12
治疗组	50	30	20	56.54 $\pm$ 7.11	43.31 $\pm$ 5.89	40	10
检验统计量		$\chi^2=0.694$		$t=1.220$	$t=0.503$	$\chi^2=0.233$	
$P$		0.405		0.226	0.616	0.629	

2.2 两组患者肢体运动功能比较 两组患者治疗前FMA总分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者FMA总分均高于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组高于对照组( $P<0.05$ )。(见表2)

表2 两组患者肢体运动功能比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$	$P$
对照组	50	68.01 $\pm$ 10.93	76.21 $\pm$ 8.46	4.195	0.000
治疗组	50	67.24 $\pm$ 10.45	80.73 $\pm$ 7.24	7.503	0.000
$t$		0.360	2.870		
$P$		0.720	0.005		

2.3 两组患者日常生活自理能力比较 两组患者治疗前BI

表6 凝血指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	PT(s)		APTT(s)		TT(s)		FBG(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	10.08±0.92	11.04±0.63 <sup>a</sup>	24.26±3.02	26.01±2.68 <sup>a</sup>	11.21±2.32	12.05±1.23 <sup>a</sup>	4.23±0.39	3.94±0.43 <sup>a</sup>
治疗组	50	10.24±0.83	11.89±0.58 <sup>a</sup>	23.89±2.96	28.64±2.35 <sup>a</sup>	11.06±2.27	13.18±1.01 <sup>a</sup>	4.14±0.35	3.16±0.38 <sup>a</sup>
<i>t</i>		0.913	7.019	0.619	5.217	0.327	5.020	1.214	9.611
<i>P</i>		0.363	0.000	0.538	0.000	0.745	0.000	0.227	0.000

注:与同组治疗前比较,<sup>a</sup>*P*<0.05

总分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,两组患者BI总分均高于治疗前(*P*<0.05),且治疗组高于对照组(*P*<0.05)。(见表3)

表3 两组患者BI总分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	50	38.26±5.02	46.14±8.86	5.472	0.000
治疗组	50	40.01±5.24	51.23±7.35	8.789	0.000
<i>t</i>		1.705	3.127		
<i>P</i>		0.091	0.002		

2.4 两组患者步行能力比较 两组患者治疗前FAC分级比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,两组患者FAC分级均高于治疗前(*P*<0.05),且治疗组高于对照组(*P*<0.05)。(见表4)

表4 两组患者FAC分级比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,级)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	50	1.63±0.52	2.72±0.64	9.347	0.000
治疗组	50	1.59±0.48	3.58±0.82	14.810	0.000
<i>t</i>		0.400	5.846		
<i>P</i>		0.690	0.000		

2.5 两组患者肌张力比较 两组患者治疗前肘关节MAS分级与膝关节MAS分级比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,两组患者肘关节MAS分级与膝关节MAS分级均优于治疗前(*P*<0.05),且治疗组优于对照组(*P*<0.05)。(见表5)

表5 两组患者肌张力比较 (例)

组别	例数	部位	治疗前					治疗后					<i>Z</i>	<i>P</i>		
			0	I	I <sup>+</sup>	II	III	IV	0	I	I <sup>+</sup>	II			III	IV
对照组	50	肘关节	0	4	6	14	26	0	0	6	10	18	16	0	-1.975	0.048
		膝关节	0	2	6	24	18	0	0	6	6	30	8	0	-2.174	0.030
治疗组	50	肘关节	0	4	8	8	30	0	4	18	20	8	0	0	-6.597	0.000
		膝关节	0	2	3	30	15	0	4	16	24	6	0	0	-7.385	0.000
<i>ZP</i>														-0.458/0.646	-5.525/0.000	
<i>ZP</i>														-0.138/0.890	-5.938/0.000	

2.6 两组患者凝血指标比较 两组患者治疗前PT、APTT、TT、FBG比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,两组患者PT、APTT、TT长于治疗前(*P*<0.05),FBG均短于治疗前(*P*<0.05),且治疗组PT、APTT、TT均长于对照组(*P*<0.05),FBG低于对照组(*P*<0.05)。(见表6)

### 3 讨 论

SPAS属传统医学中“筋病”“痉证”范畴。SPAS病位在经、筋,其病因病机在于“阴阳失调、筋脉失养”,宜遵循“温阳通脉、活血除痹、益气舒筋”治则。“痉病,伤……身信(伸)而不

能曲治之……以熨,熬其举……熨寒,更器(熬)盐以熨……熨勿绝。”(《五十二病方》)其为“熨法治疗痉病”的理论支持;《灵枢·经筋篇》同样明确记载“焯针药熨”的方法,由此可见,熨法适用于治疗SPAS。本研究试运用中药封包治疗SPAS,合理选用药物、辅料以活血通络,实现治病目的<sup>[15-16]</sup>。依据“治痿独取阳明”的理论原则,结合《素问·太阴阳明论篇》曰:“四肢皆禀气于胃……乃得禀也……四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉。”最终本研究在实施中药封包时选择上肢敷于手阳明大肠经循经路线,下肢敷于足阳明胃经循经路线。《灵枢·经脉》记载:“胃气上注于肺,其悍气上冲头者……入络脑,出颞……合阳明……此胃气别走于阳明者也。”《灵枢·经脉》描述“胃足阳明之脉,起于鼻,交颞中……下循鼻外,入上齿中,还出挟口……却循颐后下廉,出大迎……循发际,至额颅……”,提示阳明胃气循行至脑、入络,故选择下肢敷于足阳明胃经循经路线。手阳明大肠经,隶属于腑,行走于上肢,十二经脉之一,是气血运行的重要通道。其中,合谷、曲池、肩髃等多处穴位能有效治疗上肢麻木、肢体挛痛等。本院自制舒筋活络袋内含艾叶(温经散寒)、防风(解表除湿)、当归(活血通络)、桂枝(散寒止痛)、红花(活血通络)、鸡血藤、木瓜(活血止痛、舒筋活络)、路路通(祛风活络)、羌活(散寒止痛)、赤芍(散瘀止痛)、虎杖(散瘀止痛)、吴茱萸(散寒止痛)、威灵仙(除湿通络)等多味中药,联合使用,能温通经络、活血除滞,效若桴鼓。SPAS的治疗重点在于恢复功能,多数医学研究者认为仅运用某一种中医特色疗法效果有限,宜通过搭配其他中医特色疗法加强疗效。通络解痉汤是治疗中风偏瘫的效验方剂,方简效宏。全蝎镇痉通络、行滞散结,制穿山甲活血祛风、消肿畅络,木瓜除湿舒筋,焦生地黄解热生津,钩藤舒筋祛风,乌梢蛇祛风畅络、通利关节,地龙息风活络,当归活血除痹,白芍养血祛风、镇痉止痛,天麻息风活络、除痹止痉,伸筋草舒筋除痹、消肿活络,怀牛膝强筋壮骨、通畅经络,酒桑枝通利关节。全方配伍精当,能活血滋阴、镇痉通络、息风舒筋。

SPAS患者因脑卒中导致上运动神经元受损,处于肌张力亢奋状态,常伴感觉与运动障碍,生活难以自理,步行能力异常。结合本研究表2~4结果可知,中药封包联合通络解痉汤可促进SPAS患者肢体运动功能、日常生活自理能力、步行能力改善。猜测可能是由于中药封包联合通络解痉汤协同增效,中药封包中的药物成分与通络解痉汤药物组成均能活血通络、强筋健骨,对肢体运动功能、日常生活自理能力、步行能力改善大有裨益。肌张力指静息状态下肌肉的紧张度,是机体进行复杂运动的关键<sup>[7]</sup>。对SPAS患者而言,其肌张力异常

增高,因中枢神经系统受损所致<sup>[18]</sup>。表5结果显示,中药封包联合通络解痉汤可促进SPAS患者肌张力改善。猜测是由于中药封包联合通络解痉汤在药理、物理(温通效应)的作用下,可扩张局部毛细血管,促进血液循环,能抑制周围神经兴奋,显著降低牵张反射敏感性,最终改善肌张力。表6结果显示,中药封包联合通络解痉汤治疗SPAS可调节凝血指标。动物实验研究<sup>[19]</sup>表明,当归-红花配伍可改善急性血瘀大鼠的凝血系统。地龙富含多种活性成分,兼具纤溶、抗凝等多种药理作用<sup>[20]</sup>。提示通络解痉汤能调节凝血指标。中药封包可经皮毛腠理,使药效直达病灶,通过穴位刺激、热敷效应等综合改变血管弹性,促进血液循环,一定程度能改善凝血指标。对SPAS患者而言,除规范康复治疗外,康复护理同样不容忽视,双管齐下见效更快。将不同中医特色护理方法联合使用,内外结合,将极大促进SPAS患者肢体功能改善,应用前景非常广阔,且适合各级医院。

综上所述,中药封包联合通络解痉汤可促进SPAS患者肢体运动功能、日常生活自理能力、步行能力、肌张力改善,且能调节凝血指标。因纳入的SPAS患者数量偏少,加上人力、物力等限制,未能对具体病因予以分组,导致所获结论存在一定局限性。

参考文献

[1] 马林,巢宝华,曹雷,等.2007—2017年中国脑卒中流行趋势及特征分析[J].中华脑血管病杂志(电子版),2020,14(5):253-258.  
 [2] 马艾峰,邢勇胜.针刺联合康复训练对中风痉挛性偏瘫患者肌电生理指标及运动功能康复的影响[J].上海针灸杂志,2022,41(3):213-218.  
 [3] 钱见见,张泽荣,邹志伟,等.持续被动运动联合康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效[J].淮海医药,2022,40(2):154-157.  
 [4] 李静,刘睿,周婷,等.补阳还五汤加减联合针刺治疗缺血性脑卒中后肢体运动功能障碍临床观察[J].安徽中医药大学学报,2022,41(2):39-43.  
 [5] 杨帆,汪慧,陈正豪,等.穴位埋线联合大灸背部治疗风痰瘀阻型卒中后痉挛性偏瘫的临床疗效及对血清神经递质指标和康复效果的影响[J].河北中医,2022,44(1):130-134.  
 [6] 武玉红.中药封包联合推拿点穴治疗脑梗死偏瘫对运动能力及平衡能力的影响[J].实用中医药杂志,2021,37(3):

358-359.  
 [7] 王继明,郑玉冰,王周淳,等.通络解痉汤联合推拿治疗中风后偏瘫痉挛状态的疗效及对日常生活能力影响[J].中华中医药学刊,2021,39(7):168-171.  
 [8] 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.中国各类主要脑血管病诊断要点2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.  
 [9] 郭铁成,卫小梅,陈小红.改良Ashworth量表用于痉挛评定的信度研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(10):906-909.  
 [10] 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,2007,7(1):17,70.  
 [11] 中华医学会.临床诊疗指南:物理医学与康复分册[M].北京:人民卫生出版社,2011:12.  
 [12] SANFORD J, MORELAND J, SWANSON L R, et al. Reliability of the Fugl-Meyer assessment for testing motor performance in patients following stroke [J]. Phys Ther,1993,73(7):447-454.  
 [13] WADE D T, COLLIN C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? [J]. Int Disabil Stud,1988,10(2):64-76.  
 [14] 吴玉霞,侯红,龚晨,等.任务导向性功能活动训练对脑卒中偏瘫患者步行和日常生活活动能力的影响[J].南京医科大学学报(自然科学版),2020,40(9):1372-1376.  
 [15] 黎敏嫦,何健仪,吴妙玉,等.中药封包结合针灸对脑梗死恢复期患者神经功能及生活质量的影响[J].中国临床护理,2020,12(5):450-453.  
 [16] 龚海燕.中药封包治疗联合推拿按摩在脑卒中后便秘患者中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(12):48-50.  
 [17] 李垚眉,王继先,谢青.肌张力增高在卒中后肩痛中的发病机制和研究进展[J].中国康复,2022,37(3):179-182.  
 [18] 蔡玉翠,杨泽华.针灸联合中药熏蒸治疗脑梗死后肌张力增高临床研究[J].吉林中医药,2022,42(2):233-236.  
 [19] 杨延泽,邓毅,杨秀娟,等.当归不同配伍对急性血瘀大鼠血液流变学、凝血功能及心、肺病理影响[J].中药药理与临床,2018,34(6):125-129.  
 [20] 杨新,刘欣,万明,等.地龙抗凝血活性物质研究进展[J].江汉大学学报(自然科学版),2017,45(1):83-88.

(收稿日期:2022-10-13 编辑:李海洋)

(上接第79页)临床研究进展[J].中国医药导报,2020,17(22):38-41.  
 [22] 杨海峰.针刺结合盆底康复治疗慢性盆腔疼痛综合征40例总结[J].湖南中医杂志,2019,35(3):71-72.  
 [23] 何浪驰,黄柳,范祎,等.针灸联合盆底康复治疗对妇科慢性盆腔疼痛综合征患者盆腔功能的影响[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(13):53-54.  
 [24] 付丽霞,陶玉玲,李琛妮.盆底康复治疗联合艾灸八髎穴治疗慢性盆腔痛的临床疗效[J].医学理论与实践,2021,34(18):3294-3296.

[25] 耿强,赵玉,李重,等.针刺“八髎”穴治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的单中心随机对照试验[C]//首届男性大健康中西医协同创新论坛暨第三届全国中西医结合男科青年学术论坛论文集,2019:43.  
 [26] 骆黎静,张宇迪,卢丹,等.改良电刺激模式结合手法按摩治疗产后盆底肌高张的效果分析[J].中国临床医生杂志,2022,50(8):993-996.  
 [27] 龙抗胜,叶勇,李铁浪,等.从经筋-皮部系统探讨脏腑疾病的推拿治疗[J].中医导报,2022,28(3):195-198.

(收稿日期:2022-10-18 编辑:罗英姣)