

引用:杨美荣,全红梅,聂艳芳,袁秋娟,冀霞,刘同明.穴位贴敷联合康复训练在膝痹病患者术后功能锻炼康复中的应用[J].中医药导报,2025,31(10):69-72,119.

穴位贴敷联合康复训练在膝痹病患者术后功能锻炼康复中的应用*

杨美荣,全红梅,聂艳芳,袁秋娟,冀霞,刘同明
(亳州市中医院,安徽 亳州 236800)

[摘要] 目的:观察穴位贴敷联合康复训练在膝痹病患者术后功能锻炼康复中的应用效果。方法:选取接受康复训练的膝痹病患者80例为研究对象,采用随机信封法分为对照组和观察组,每组40例。对照组进行常规的术后康复训练,观察组在对照组基础上进行穴位贴敷。干预前后采用疼痛数字评分法(NRS)、膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分分别评价两组患者膝关节疼痛程度、关节功能改善情况,同时利用一般自我效能感量表(GSES)、生活质量量表(SF-36)分别评估患者的自我效能感和生活质量改善情况,并评价两组临床疗效。结果:两组患者干预后NRS评分、膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分均逐渐降低($P<0.05$);术后10 d、术后1个月,观察组患者NRS评分、膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分均低于对照组($P<0.05$);观察组患者NRS评分、膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分下降幅度高于对照组。干预1个月后,两组患者的GSES评分、SF-36评分均高于干预初期,且观察组患者的GSES评分、SF-36评分明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者治疗总有效率为95.00%(38/40),高于对照组的75.00%(30/40),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:穴位贴敷联合康复训练可缓解膝痹病患者的疼痛、改善膝关节功能、提升自我效能感及生活质量。

[关键词] 膝痹病;膝关节骨关节炎;穴位贴敷;康复训练;功能锻炼

[中图分类号] R246.9 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)10-0069-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.20250929.001

Application of Acupoint Application Combined with Rehabilitation Training in Postoperative Functional Exercise and Rehabilitation of Patients with Knee Arthralgia

YANG Meirong, QUAN Hongmei, NIE Yanfang, YUAN Qiujuan, JI Xia, LIU Tongming
(Bozhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Bozhou Anhui 236800, China)

[Abstract] Objective: To observe the application effect of acupoint application combined with rehabilitation training in postoperative functional exercise and rehabilitation of patients with knee arthralgia. Methods: A total of 80 patients with knee arthralgia who received rehabilitation training were selected as the research objects. They were divided into the control group and the observation group by random envelope method, with 40 cases in each group. The control group received routine postoperative rehabilitation training, while the observation group received acupoint application on the basis of the control group. Before and after the intervention, the numerical rating scale (NRS), knee joint swelling score and knee joint stiffness score were used to evaluate the knee joint pain degree and joint function improvement of patients in the two groups. At the same time, the general self-efficacy scale (GSES) and 36-item short form health survey (SF-36) were used to assess the improvement of patients' self-efficacy and quality of life respectively. The clinical efficacy was evaluated. Results: After the intervention, the NRS score, knee joint swelling score and knee joint stiffness score of both groups gradually decreased ($P<0.05$). On the 10th day and 1 month after surgery, the NRS score, knee joint swelling score and knee joint stiffness score of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$). The decrease ranges of NRS score, knee joint swelling score and knee joint stiffness score in the observation group were higher than those in the control group. At the initial stage of nursing and 1 month after intervention, the GSES score and SF-36 score of both groups were higher than those at the initial stage of nursing, and the GSES score and SF-36 score of the observation group were significantly higher than those of the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). The total effective rate

*基金项目:安徽省红十字会中医药传承创新发展研究项目(2021ZYB10)

of the observation group was 95.00% (38/40), which was higher than 75.00% (30/40) of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Acupoint application combined with rehabilitation training can relieve pain, improve knee joint function, enhance self-efficacy and quality of life in patients with knee arthralgia.

[Keywords] knee arthralgia; knee osteoarthritis; acupoint application; rehabilitation training; functional exercise

膝关节炎是一种复杂的慢性外周膝关节疾病,中医称之为膝痹病,特征多为关节疼痛、肌肉强化和骨质增生,中老年人群膝痹病发病率较高^[1]。其主要临床表现为膝关节疼痛、活动受限等症状,在运动或受潮后疼痛更为明显,对老年人的日常生活有很大的影响,不及时采取治疗措施可能会导致瘫痪,将严重影响人们的身体健康,降低生活质量,增加经济压力和心理负担^[2]。目前,手术治疗是改善膝痹病患者关节功能、缓解症状的重要手段。但术后若仅依赖常规护理,康复效果往往不尽人意^[3]。康复训练虽被公认为促进膝关节功能恢复的核心方法,能通过针对性运动增强肌肉力量、改善关节活动度,但单一的康复训练存在局限性,尤其对疼痛较为敏感的患者,难以顺利完成训练计划,影响康复进程^[4]。穴位贴敷是将中药、中医经络理论融合的一种中医传统外治手法,该疗法将中药磨成粉,通过黄酒、蜂蜜、蒜泥等制成膏药后,贴敷在患者相应的穴位上,使中药经过皮肤快速渗透到患病部位发挥药效^[5]。笔者采用穴位贴敷联合康复训练对膝痹病患者术后功能恢复情况进行临床观察,取得了较为满意的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 符合《膝痹病诊疗规范(试行)》^[6]中的诊断标准,并经X线检查可见关节间隙狭窄、骨质增生、骨赘形成等,MRI检查可显示软骨损伤、半月板病变及软组织损伤情况。

1.2 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)年龄53~79岁;(3)意识清晰,无交流障碍;(4)对本研究知情同意,签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)患有膝关节骨折等疾病;(2)膝关节局部皮肤异常者;(3)有心、肝、脾、肾、肺等重要组织器官相关重大疾病者;(4)拒不配合者;(5)不接受中医治疗者;(6)不能接受康复训练者;(7)存在认知障碍、精神疾病的患者;(8)既往参与过类似研究者。

1.4 剔除与脱落标准 剔除标准:(1)数据记录存在严重错误;(2)未按要求进行干预。脱落标准:(1)因各种原因未能完成治疗周期;(2)中途退出研究。

1.5 研究对象 本研究样本量估算参考公式 $n=t_{\alpha}^2PQ/d^2$,其中 $\alpha=0.05$, $t_{\alpha}=1.96$, $P=0.5$, $Q=0.5$, $d=10\%$,估算出的样本量约为69例,考虑到抽样误差再扩大10%~20%,样本量为76~83例。本研究实际选取亳州市中医院2022年1月至2023年12月接受术后康复训练的膝痹病患者80例为研究对象。以随机信封法分为对照组和观察组,每组40例。本研究经亳州市中医院医学伦理委员会批准(审批号:2021KY-19)。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 按照患者膝痹病严重程度对患者术后进行针对性的膝围肌力康复训练,主要包括等长和等张收缩训练、髌桥训练、深蹲夹球训练及关节活动训练^[7]等,同时由对应的

专科护士协助患者完成肌肉力量、肌腱力量和耐力训练,2次/d,每次30~40 min,每周5次。在训练期间专科护士要时刻关注患者,进行健康指导,告知患者注意事项,让患者形成正确的护理理念,辅助患者完成训练,保证康复训练质量,告知患者在日常生活中应注意膝关节的保护。连续训练1个月。

1.6.2 观察组 在对照组的基础上采取穴位贴敷,穴位贴敷操作方法:制川乌4 g,制草乌4 g,黑顺片4 g,肉桂4 g,花椒4 g,蜜麻黄4 g,预知子4 g,川芎4 g,红花4 g。饮片来自本院中药房,将方剂中的中药打成细粉,用蜂蜜调和后制成约10 g的丸剂。选取规格为8 cm×8 cm的胶布,将丸剂贴敷在腘窝处的委中穴,1次/d,每次贴敷4~6 h。贴敷操作由经过统一培训的专科护士完成。连续干预1个月。

1.7 观察指标

1.7.1 疼痛程度 在术后5、10 d及干预1个月后评估患者的疼痛程度,评估方法为疼痛数字评分法(NRS)^[8]。该评分法的评分范围为0~10分,其中0分表示无疼痛,10分表示极其疼痛,评分与疼痛程度呈正相关,分数越低,疼痛程度越低。

1.7.2 膝关节功能 于术后5、10 d及干预1个月后评价患者膝关节肿胀和僵硬程度^[9]。评分范围均为0~6分,肿胀评分:0分表示膝关节无肿胀,6分表示膝关节肿胀严重。僵硬程度评分:0分表示膝关节无僵硬,能自由完成交锁、下蹲、爬楼梯等运动,6分表示膝关节十分僵硬,不可活动。两项评分均与对应功能状态呈负相关,即分数越低,表明膝关节肿胀越轻、僵硬程度越轻,功能越好。

1.7.3 自我效能感 于干预初期(术后第1天)、干预1个月后采用自我效能感量表(GSES)^[10]评估患者的自我效能感。该量表共10项,每项分值为1~4分,总分10~40分,分数越高,表明自我效能感越好。

1.7.4 生活质量 于干预初期(术后第1天)、干预1个月后,采用简明生活质量量表(SF-36)^[11]评估患者的生活质量。该量表包括生理功能、职能、身体疼痛等8个维度,共36项,分值为0~100分,分数越高表明生活质量越好。

1.8 疗效标准 于干预1个月后,参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[12]中的相关标准进行疗效判定。(1)治愈:疼痛、肿胀等主要症状消失,膝关节功能基本恢复正常;(2)显效:疼痛、肿胀等主要症状明显改善,膝关节功能显著恢复;(3)有效:疼痛、肿胀等主要症状有所减轻,膝关节功能有所改善;(4)无效:症状及膝关节功能均无改善,甚至加重。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.9 统计学方法 本研究数据分析均使用SPSS 25.0统计软件完成。计量资料表示为“均数±标准差”($\bar{x} \pm s$),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,重复测量计量资料采用重复测量方差分析;计数资料采用例数和率(%)

表示,组间比较采用 χ^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 本研究未出现剔除及脱落病例。两组患者性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别[例(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)
		男	女		
观察组	40	16(40.00)	24(60.00)	67.41 \pm 6.80	3.59 \pm 0.71
对照组	40	14(35.00)	26(65.00)	64.61 \pm 8.99	3.64 \pm 0.72
检验统计量		$\chi^2=0.213$		$t=1.571$	$t=0.313$
P		0.644		0.120	0.755

2.2 两组患者疼痛程度比较 所有患者术后不同时间节点NRS评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在时间效应,两组均如此;两组患者NRS评分随着时间呈逐渐下降趋势($P<0.05$);术后1个月、术后10 d与术后5 d比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);术后1个月与术后10 d比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者NRS评分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应;两组患者术后5 d、术后10 d、术后1个月比较,观察组患者NRS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。时间因素与分组因素存在交互效应($P<0.05$),观察组患者NRS评分下降幅度高于对照组。(见表2、图1)

表2 两组患者干预前后NRS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	术后5 d	术后10 d	术后1个月	F	P
观察组	40	3.34 \pm 0.56	2.23 \pm 0.35 ^a	1.03 \pm 0.25 ^{ab}	321.227	0.000
对照组	40	5.42 \pm 1.06	2.41 \pm 0.28 ^a	1.16 \pm 0.20 ^{ab}	494.170	0.000
t		10.973	2.540	2.568		
P		0.000	0.013	0.012		

注:与术后5 d比较,^a $P<0.05$;与术后10 d比较,^b $P<0.05$;

$F_{\text{时间主效应}}=85.201$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=759.989$, $P_{\text{分组主效应}}=0.000$; $F_{\text{交互效应}}=131.267$, $P_{\text{交互效应}}=0.000$ 。

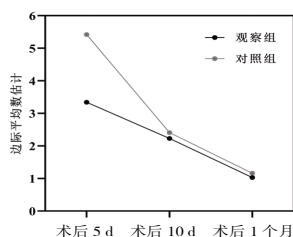


图1 NRS评分交互效应轮廓图

表3 两组患者干预前后膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	膝关节肿胀评分					膝关节僵硬程度评分				
		术后5 d	术后10 d	术后1个月	F	P	术后5 d	术后10 d	术后1个月	F	P
观察组	40	3.88 \pm 0.73	2.22 \pm 0.43 ^a	1.75 \pm 0.40 ^{ab}	171.187	0.000	4.14 \pm 0.85	2.05 \pm 0.43 ^a	1.60 \pm 0.33 ^{ab}	216.908	0.000
对照组	40	4.06 \pm 0.70	2.49 \pm 0.56 ^a	1.99 \pm 0.46 ^{ab}	226.836	0.000	4.15 \pm 0.88	2.58 \pm 0.49 ^a	1.95 \pm 0.37 ^{ab}	133.781	0.000
t		1.126	2.419	2.490			0.052	5.142	4.465		
P		0.264	0.018	0.015			0.959	0.000	0.000		

注:与术后5 d比较,^a $P<0.05$;与术后10 d比较,^b $P<0.05$ 。膝关节肿胀评分: $F_{\text{时间主效应}}=31.968$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=397.479$, $P_{\text{分组主效应}}=0.000$; $F_{\text{交互效应}}=4.583$, $P_{\text{交互效应}}=0.011$;膝关节僵硬程度评分: $F_{\text{时间主效应}}=14.616$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=341.649$, $P_{\text{分组主效应}}=0.000$; $F_{\text{交互效应}}=3.860$, $P_{\text{交互效应}}=0.022$ 。

2.3 两组患者膝关节功能比较 治疗前两组患者膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者术后不同时间节点膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在时间效应,两组均如此;两组患者膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分均呈逐渐下降趋势($P<0.05$);术后1个月、术后10 d与术后5 d比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);术后1个月与术后10 d比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应;两组患者术后10 d、术后1个月比较,观察组患者评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。时间因素与分组因素存在交互效应($P<0.05$),观察组患者膝关节肿胀评分和膝关节僵硬程度评分下降幅度均高于对照组。(见表3、图2~3)

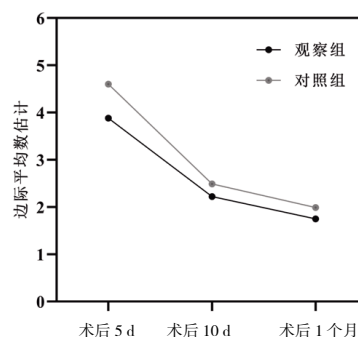


图2 膝关节肿胀评分交互效应轮廓图

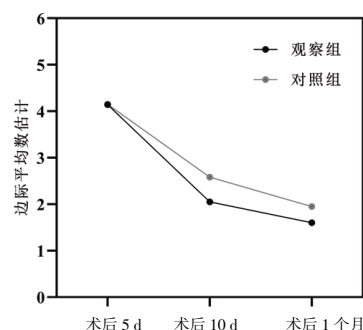


图3 膝关节僵硬程度评分交互效应轮廓图

2.4 两组患者自我效能感及生活质量比较 干预1个月后,两组患者的GSES评分、SF-36评分均高于干预初期,且观察组患者的GSES评分、SF-36评分明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 两组患者 GSES 评分、SF-36 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	GSES评分		SF-36评分	
		干预初期	干预1个月	干预初期	干预1个月
观察组	40	17.45 ± 3.23	32.18 ± 2.29 ^a	62.25 ± 10.27	92.18 ± 5.31 ^a
对照组	40	17.49 ± 3.27	26.52 ± 2.34 ^a	63.58 ± 10.34	78.25 ± 6.89 ^a
t		0.055	10.933	0.577	10.128
P		0.956	0.000	0.566	0.000

注:与本组干预初期比较,^aP<0.05。

2.5 两组患者临床疗效比较 观察组总有效率为95.00% (38/40),高于对照组的75.00% (30/40),差异有统计学意义 (P<0.05)。(见表5)

表5 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	12(30.00)	16(40.00)	10(25.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	6(15.00)	14(35.00)	12(30.00)	10(25.00)	30(75.00)
Z			2.537			
P			0.011			

3 讨 论

膝痹病是一种以膝关节软骨退变及骨质增生为主要病理特征的膝关节炎性疾病,病情严重时可能导致瘫痪,目前临床上多以中老年人多发^[13]。康复训练作为膝痹病患者术后恢复的一种重要护理方式,能够预防肌肉萎缩且可改善膝关节功能^[14],在临床护理上经常被使用。随着医学的进步,愈来愈多的护理方式开始出现,常见的辅助康复方式包括药物、健康教育、肢体训练、针灸、理疗、康复辅具和手术等^[15]。在众多的护理方式中,始终没有一种既能达到临床护理效果,又能让患者及其家属满意,同时还能节省时间和经济成本者。

从中医理论角度分析,膝痹病的发生主要与年老体衰、肝肾亏虚、气血不足,加之风寒湿邪外侵,或劳损外伤等因素有关,导致筋骨失养,经络痹阻,气血运行不畅,“不通则痛”“不荣则痛”而发病。其病机关键在于本虚标实,肝肾亏虚、气血不足为本,风寒湿邪痹阻、气滞血瘀为标。穴位贴敷作为中医传统外治方法,以经络学说为理论基础,将特定中药贴敷于穴位,使药物经皮渗透,发挥疏通经络、调和气血、散寒止痛的作用^[16-17]。本研究为进一步探寻穴位贴敷的临床应用价值,对观察组采取穴位贴敷护理,结果显示,术后10 d、术后1个月观察组NRS评分、膝关节肿胀评分、膝关节僵硬程度评分均低于对照组,提示在康复训练基础上联合穴位贴敷能够减轻膝痹病患者的疼痛,改善膝关节功能,促进患者恢复。分析原因如下:康复训练有针对性地强化膝关节周围肌肉力量,纠正关节力学失衡。而穴位贴敷法所用处方主要包含制川乌、制草乌、黑顺片、肉桂、花椒、蜜麻黄、预知子、川芎、红花等。其中制川乌、制草乌可祛风除湿,温经止痛;黑顺片能回阳救逆、散寒止痛;肉桂有治腰膝冷痛之效;花椒味辛性热,能温通膝关节局部经络、散寒除湿,缓解术后局部发凉、肿胀与疼痛;预知子能疏肝理气、活血通络;蜜麻黄由麻黄蜜制而成,可宣通下肢经络以散瘀滞、通利关节以改善屈伸受限,还能宣畅肺气间接助下肢气血濡养;川芎可祛风燥湿,活血止痛;红花能祛风止痛^[18]。王国臣等^[19]的Meta分析也指出冰片、制川

乌等中药成分用于关节疾病患者可显著改善其疼痛、肿胀等临床症状,促进关节功能恢复。

同时,有研究^[20]发现,快速、高效的护理方式可有效减缓膝痹病患者的心理负担,保证其身心愉悦,使其积极配合临床治疗,从而促进恢复。赵晨光等^[21]发现,对于胃癌根治术后患者采取中药穴位贴敷联合心理弹性支持护理能够改善患者胃肠道功能,减轻心理焦虑,提高睡眠质量及生活质量。本研究中,观察组患者护理干预1个月后GSES评分、SF-36评分与对照组相比均显著提高,也证实穴位贴敷联合康复训练对于提高膝痹病患者自我效能及生活质量有显著效果,可能与患者生理功能和疼痛得到改善后生活质量提高、心理焦虑和负担减轻有关。本研究样本量少,观察时间较短,对于穴位贴敷长期疗效的评估有一定程度的局限性,有待进一步完善以更好地评价穴位贴敷的干预效果。

综上所述,穴位贴敷联合康复训练对于膝痹病患者膝关节功能恢复有十分积极的作用,能够缓解患者的膝关节疼痛、改善膝关节肿胀和僵硬程度,同时还能提高患者自我效能及生活质量,值得在临床护理中推广。

参考文献

- [1] 范思奇,曾平,刘雄,等.刺络放血结合针灸治疗膝骨性关节炎的Meta分析[J].中医药导报,2019,25(2):119-123.
- [2] 许林林,周颖昊,许雪婷.膝骨关节炎病变程度与金属蛋白酶组织抑制物-1、白细胞介素-1及白细胞介素-6的关系[J].感染、炎症、修复,2025,26(3):193-196.
- [3] 陈旻,曹树红.中医辨证施护结合穴位贴敷及中药熏洗对膝痹病患者疼痛及生活质量的影响[J].当代护士(上旬刊),2022,29(1):119-122.
- [4] 张静,刘娟,陈媛媛.中医特色通痹护理配合康复训练对膝关节骨性关节炎功能恢复及生活质量的影响[J].中医药导报,2018,24(5):120-122.
- [5] 万崇鑫,母艳.醋延胡索、独一味颗粒联合穴位敷贴在肛肠疾病术后镇痛中的效果观察[J].中南医学科学杂志,2023,51(4):582-584,588.
- [6] 管宏钟.膝痹病诊疗规范(试行)[C]/中国针灸学会经筋诊治专业委员会.中国针灸学会经筋诊治专业委员会2011年年会论文集,2011:6.
- [7] 王孝楠.穴位贴敷联合点穴疗法改善膝关节术后关节僵硬提高患者护理质量的观察[J].基层医学论坛,2024,28(31):153-156.
- [8] 王艳,陆雪颖.授权式健康教育结合早期运动锻炼对老年膝关节骨性关节炎患者术后功能恢复及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(35):173-175.
- [9] 王权,邵强,王勇刚.塞来昔布联合双氯芬酸钠治疗膝关节骨关节炎患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2023,39(15):2169-2173.
- [10] 刘艳霞,胡仕祥.穴位贴敷联合中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎的疗效及对VAS、WOMAC、SF-36评分和IL-6、IL-10、SOD水平的影响[J].中医研究,2022,35(5):17-21.

(下转第119页)

- 其影响[D].济南:山东中医药大学,2022.
- [35] 段艳蕊,肖勇洪,李黔云.“温阳益气”“解郁安神”昼夜两方治疗肿瘤相关性失眠[J].环球中医药,2021,14(2):258-260.
- [36] 滕晶.调和营卫恢复“昼精-夜瞑”与干预细胞因子的实验研究[J].中华中医药学刊,2007,25(8):1667-1669.
- [37] 郑艳华,向亚君,周天秀,等.“旦助阳,暮益阴”推拿法干预原发性失眠症的探索性研究[J].中医外治杂志,2015,24(1):30-31.
- [38] 吴霜,高静,吴晨曦,等.基于营卫理论择时顺势足浴调护失眠患者睡眠质量研究[J].护理学杂志,2016,31(19):36-39,52.
- [39] 左瑞,祝泊远,王晓燕.分时辰论治失眠[J].新中医,2014,46(9):208-209.
- [40] 陆素琴,顾植山,吴贞,等.十二味乌梅汤治疗丑时夜醒型失眠74例临床观察[J].湖南中医杂志,2023,39(7):7-10,29.
- [41] 杨海侠.中医择时服药治疗围绝经期失眠探讨[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(1):80-81.
- [42] 赵继,孟毅,肖艳婷,等.择时施治失眠探析[J].中医研究,2020,33(2):5-7.
- [43] 杨家蕾,樊永平.择时用药论治失眠的理论探讨[J].中华中医药杂志,2010,25(9):1363-1365.
- [44] 刘建,曾姿霏,苏美意.子午流注纳支法治疗失眠症临床观察[J].吉林中医药,2013,33(10):1058-1059.
- [45] 王彦红.不同时间针刺治疗心肾不交型失眠临床观察[J].光明中医,2022,37(3):481-484.
- [46] 黄彩燕.子午流注理论下逆经刮痧及刺络放血治疗肝郁化火型失眠疗效[J].内蒙古中医药,2021,40(8):142-144.
- [47] 吴绮华.择时循经点穴法配合归脾汤治疗心脾两虚型失眠的疗效分析[J].中国药物与临床,2021,21(15):2710-2712.
- [48] 赵子玲,皮衍玲,王赛娜,等.耳穴组方择时施治失眠90例临床观察[J].中国医药指南,2011,9(23):137-138.
- [49] 童伯瑛,董晓燕,赵建国.浅谈缪刺法与月节律的关系[J].上海针灸杂志,2011,30(4):266-267.
- [50] 张梦,谭甜,吴远,等.名中医吴清明应用“胆气春生”理论治疗不寐经验[J].陕西中医,2024,45(4):545-548.
- [51] 彭彬,王国为,谷劼楠,等.基于“阳气升降圆运动”探讨失眠的四时病机及治法[J].中医杂志,2023,64(21):2192-2196.
- [52] NUNES M L, BRUNI O. Insomnia in childhood and adolescence: Clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach[J]. J Pediatr (Rio J),2015,91(6 Suppl 1):S26-S35.
- [53] 梁丽俊,于白莉.疏肝清胆法治疗青年焦虑型失眠的临床分析[J].光明中医,2013,28(4):676-677.
- [54] 李修恒,汤玲,闫清雅,等.从“心阴虚热”病机变化探讨国医大师肖承棕治疗更年期失眠症经验[J].中国临床医生杂志,2023,51(9):1130-1132.
- [55] 冯心,陈民.根据“肾藏精”理论及老年不寐病机从肾虚精亏论治老年不寐[J].实用中医内科杂志,2024,38(3):123-125.
- [56] 张煌辉.五运六气日节律结合六经辨证治疗失眠的临床观察[D].长沙:湖南中医药大学,2021.
- [57] 阴倩雅.基于五运六气理论探究敷和汤治疗己亥年不寐的证治规律[D].太原:山西中医药大学,2021.
- [58] 刘菲.基于五运六气理论探讨庚子年应用正阳汤的方证经验[D].南京:南京中医药大学,2021.
- [59] 刘泽轩.基于五运六气理论针刺治疗心胆气虚型不寐的临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2021.

(收稿日期:2025-05-03 编辑:蒋凯彪)

(上接第72页)

- [11] 门宏艳,胡菊兰,龙菲,等.温针灸联合穴位贴敷治疗寒湿痹阻型膝关节骨性关节炎的效果探究[J].中国实用医药,2023,18(21):147-150.
- [12] 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,2002:338-350.
- [13] 左文定,刘丽云,邓小娟.基于量化评估策略的手术室护理在膝关节骨关节炎患者中的应用[J].护理实践与研究,2023,20(5):643-647.
- [14] 黄觅,曾宇,杜世阳,等.同源点针刺法治疗膝痹病(骨关节炎)的临床疗效评价研究[J].时珍国医国药,2022,33(3):656-658.
- [15] 刘倩汝,王梦娜,耿力.我国医养结合养老背景下老年康复护理模式研究进展[J].护理学杂志,2022,37(5):20-23.
- [16] 赵欣,李傲梅,王双双,等.系统性护理干预在膝关节骨关节炎患者中的应用效果分析[J].医学研究与战创伤救治,2023,36(7):768-770.
- [17] 白娇,党媛.中医穴位贴敷联合穴位注射甲钴胺在痰瘀阻络型中风病患者肢体麻木护理中的应用[J].贵州医药,2023,47(6):970-971.
- [18] 乔逸,雷露,曹金一,等.黄芪-红花预防大鼠脑缺血再灌注损伤的药对、配伍、给药剂量研究[J].中南药学,2022,20(11):2598-2605.
- [19] 王国臣,欧阳文斯,尹志达,等.中药外敷干预骨性关节炎的临床疗效Meta分析及组方用药规律研究[J].世界中西医结合杂志,2022,17(11):2154-2161.
- [20] 刘冉.穴位贴敷联合电针治疗风寒湿痹型膝骨关节炎的疗效及对关节疼痛、关节功能、中医证候积分的影响[J].中医研究,2023,36(3):64-67.
- [21] 赵晨光,孟临翠,朱艳.中药穴位贴敷联合心理弹性支持护理对胃癌根治术后恢复及生活质量的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(1):175-182.

(收稿日期:2024-12-20 编辑:李海洋)