

针刺结合个体化桥式运动治疗中风后 痰热腑实型便秘临床研究^{*}

贺阿利 刘国强 王晓霞^{**}

(陕西省中医医院,陕西 西安 710021)

摘要:目的 观察针刺结合个体化桥式运动治疗中风后痰热腑实型便秘的临床疗效。方法 将120例符合中风后痰热腑实型便秘患者随机分为治疗组;采用针刺结合个体化桥式运动治疗,对照组:针刺治疗。观察两组便秘评分量表、生活质量问卷评分量表及简化Fugl-Meyer运动功能评测量表的变化。结果 ①两种治疗方法对改善中风后痰热腑实型便秘疗效相当,但在自主排便和排便费力程度两方面,治疗组优于对照组。②便秘患者生活质量问卷评分比较显示:治疗组和对照组治疗前后对比,差异具有统计学意义($P < 0.01$);治疗后组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。③Fugl-Meyer运动功能评分对比:治疗组和对照组治疗前后比较,均对患者肢体运动功能的改进具有统计学意义($P < 0.05$);治疗后组间的比较,治疗组对其上、下肢功能活动的改进优于对照组($P < 0.05$)。结论 ①针刺结合个体化桥式运动治疗中风后痰热腑实型便秘疗效确定,能够改善患者大便情况,提高生活质量;②针刺结合个体化桥式运动的治疗方法,在改善中风患者便秘的同时,对于偏瘫肢体的康复优于单纯的针刺治疗,特别是对于患者下肢的康复有显著疗效;③针刺结合个体化桥式运动治疗中风后痰热腑实型便秘,无不良事件发生,安全性好。

关键词:针刺;个体化桥式运动;中风;痰热腑实;便秘;偏瘫;康复

中图分类号:R246.1 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2022)03-0079-05

DOI:10.13424/j.cnki.jstcm.2022.03.020

中风后便秘指中风发生之后,以排便周期延长或排便周期虽正常,但粪便干硬,难以排除等为主要临床表现^[1]。中风患者因用力排便,腹腔压力升高,心脏收缩加强,血压上升,易发生再梗死、再出血及并发心肌梗死等^[2-3]。

临床上治疗便秘的药物种类较多^[4],但长期应用会形成依赖,如果停止服药,肠道的自主运动功能在短期内很难恢复;其次该类药物毒副作用较强,会给患者带来更多的并发症,甚至影响中风病的恢复。因此,药物治疗中风后便秘受到限制。中风患者除了会出现便秘,更多的存在肢体偏瘫,那么,有什么方法既可以治疗便秘又能帮助后期康复,既往大量的临床研究较少观察针刺在治疗便秘的同时对于肢体功能康复的疗效;针刺结合个体化桥式运动,具有针刺和康复的双重作用。因此,本研究以此为切入点,探讨针刺结合个体化

桥式运动治疗中风后痰热腑实型便秘的疗效,为中风患者便秘的治疗、肢体功能的康复及中风病的二级预防,提供科学有效的临床依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次收集的120例患者均来自于2016年12月—2018年11月陕西省中医医院针灸科门诊和住院部患者,按其就诊顺序,以随机数字表法随机分为治疗组60例和对照组60例。治疗组男38例,女22例,年龄38~75岁,平均 (54 ± 7) 岁;病程短2w,最长3w,平均16d。对照组男36例,女24例,年龄35~77岁,平均 (48 ± 9) 岁;病程最短13d,最长4w,平均18d。两组患者在年龄、性别、病程比较上,均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中风诊断标准 西医诊断标准参照全国第

* 基金项目:西安市2018年第5批科技计划项目(201805103YX11SF37)

** 通讯作者:王晓霞,副主任医师。E-mail:327987054@qq.com

四次脑血管病学术会议 1995 年修订的“各类脑血管疾病诊断要点”中脑血管病的诊断标准^[5]。中风病(痰热腑实型)中医诊断标准^[6]主证:半身不遂,口舌歪斜,言语蹇涩、不语,感觉减退或消失。次症:头痛目眩,咯痰、痰多,腹胀便干便秘,舌暗红,苔黄腻,脉弦滑或偏瘫侧弦滑大。

1.2.2 便秘诊断标准 西医诊断标准据 2006 年国际功能性胃肠疾病(FGIDs)-Rome III 标准诊断^[7],慢性功能性便秘的诊断标准:符合 2 个或 2 个以上的症状。①排便努挣 $\geq 25\%$;②便质为硬粪块 $\geq 25\%$;③排便有不完全排空感 $\geq 25\%$;④排便时肛门直肠阻塞感 $\geq 25\%$;⑤排便需手指排便、支托盆底等手助排便 $\geq 25\%$;⑥排便次数 < 3 次/周。中医诊断标准:依据国家中医药管理局 1994 年制定的《中医病证诊断疗效标准》^[8]:①排便 > 1 次/2 d RI 确诊为中风,既往无便秘史,发病后 3 d 以上未解大便;②排除器质性疾病。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②患者年龄在 33~78 岁间,性别不限;③患者 Fugl-Meyer 评分大于 50 分且小于 85 分;④患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①中风前有便秘史;②生命体征不稳;③患者 Fugl-Meyer 评分 < 50 分,或 > 85 分之间;④有精神疾患,严重视听、认知障碍和失语,严重的肝肾损害的患者;⑤肛门肿瘤、异物、畸形、器质性疾病梗阻。

1.5 观察指标 ①根据便秘的临床评分量表,综合中风后便秘的特点,拟主症临床评分量表;②便秘患者生活质量问卷;③Fugl-Meyer 评价法^[9]是瑞典学者 Fugl-Meyer 根据 Brunnstrom 的观点设计并于 1975 年发表,是一种累加积分量表,专用于中风偏瘫的评测。

1.6 疗效评估标准

1.6.1 主要症状疗效评价标准 根据尼莫地平法判定症状疗效,以便秘评分量表计算治疗前后减分率作组间比较。[减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$]痊愈:减分率达 $76\% \sim 100\%$;显效:减分率达 $51\% \sim 75\%$;有效:减分率达 $25\% \sim 50\%$;无效:减分率 $< 25\%$ 。

1.6.2 便秘患者生活质量问卷 对两组便秘患者生活质量进行问卷调查。

1.7 治疗

1.7.1 基础治疗 两组患者均按照针灸一科中风

病常规诊疗,予以控制血压、血糖等对症支持治疗,进行饮食、排便方式等行为干预及必要的心理疏导。

1.7.2 治疗组 基础治疗+针刺+个体化桥式运动。①针刺选穴^[10]:患侧上肢:肩髃、手三里、尺泽、内关,患侧下肢:髀关、风市、委中、阳陵泉、三阴交、解溪。腹四针^[11]:关元、中脘、双天枢。操作方法:根据《中华人民共和国国家标准·经穴部位(GB12346-2006)》选取穴位,常规消毒;选 $\emptyset 0.30$ mm,长 50 mm 针灸针(华佗牌,苏州医疗用品有限公司生产);刺手执针,使针尖抵触穴位皮肤,押手配合,利用指力和腕力,压捻结合,迅速刺过皮肤;进针时突感阻力减轻,为穿过壁层腹膜,再慢速进针,中脘、关元和天枢的针刺深度^[12]直刺 1.5~2.0 寸,进针后患者出现针感(酸、麻、胀、重),捻针 30 s,平补平泻;10 min 行针 1 次,行两次针,每次针刺留针 30 min,1 次/d,5 次/周,连续观察治疗 4 w。②个体化桥式运动^[13]:桥式运动的标准动作:起始期:在康复师的协助下,患者两腿屈曲,双足平踏床面,双手平放于体侧,Boath 握手举于胸前或放于头枕后。抬离期:患者将臀部抬离床面,使髋关节充分伸展。中间期:患者臀部抬到最高位保持 3~6 s。放离期:患者控制缓慢将臀部放到床上。

每次做个体化桥式运动前,需做约 15 min 的标准桥式运动;每次训练前由康复治疗师根据患者具体情况选择采用一种或组合几种变化,每个动作做 3~5 组,6~10 次/组,每个动作做完后患者休息 1~2 min,45 min/次,1 次/d,5 d/周;严禁患者屏气、过度用力,避免出现联合反应、代偿动作等异常运动,患者训练不喘气、第 2 天醒来不疲劳为度。

1.7.3 对照组 基础治疗+针刺治疗。针刺选穴及操作方法同治疗组。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件。 χ^2 检验、 t 检验用于均衡性检验;配对样本 t 检验用于治疗前后自身对照的计量资料采用;用 t 检验用于比较两组疗效;以 $P < 0.05$,被检验的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前两组基线比较

2.1.1 两组患者主症积分比较 治疗前两组便秘临床主症积分及总分均无显著统计学差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者便秘临床主症积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	自主排便	便意感	排便间隔	费力程度	排便时间	粪便性质	腹胀	腹痛	排气不畅感	排便不尽感	肛门口梗阻感	总分
治疗组	60	2.10 ± 1.12	1.65 ± 0.47	1.54 ± 0.67	1.74 ± 0.46	1.63 ± 0.76	2.20 ± 0.71	1.82 ± 0.66	1.37 ± 0.92	1.41 ± 1.16	1.50 ± 0.68	0.65 ± 0.80	17.61 ± 2.21
对照组	60	2.02 ± 1.42	1.52 ± 0.50	1.36 ± 0.49	1.57 ± 0.50	1.37 ± 0.61	2.15 ± 0.70	1.63 ± 0.85	1.58 ± 1.10	1.60 ± 1.10	1.48 ± 0.62	0.77 ± 0.75	17.05 ± 2.68
<i>P</i> 值		0.68	0.18	0.17	0.26	0.14	0.86	0.40	0.45	0.47	0.88	0.78	0.67

2.1.2 两组患者便秘生活质量问卷(PAC-QOL)积分比较 两组便秘生活质量问卷治疗前无统计差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者便秘生活质量问卷(PAC-QOL)积分的比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	PAC-QOL 积分	<i>P</i> 值
治疗组	60	76.80 ± 14.69	0.462
对照组	60	75.97 ± 14.92	

2.1.3 两组患者 Fugl-Meyer 运动功能评测比较 两组 Fugl-Meyer 运动功能评测无显著统计学差异($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 Fugl-Meyer 运动功能评测比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	上肢运动功能	下肢运动功能	总分
治疗组	60	40.63 ± 7.47	14.08 ± 4.78	54.71 ± 8.21
对照组	60	42.78 ± 2.26	14.21 ± 3.97	56.99 ± 4.21
<i>P</i> 值		0.15	0.91	0.43

表 5 治疗组治疗前后便秘临床主症积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	自主排便	便意感	排便间隔	费力程度	排便时间	粪便性质	腹胀	腹痛	排气不畅感	排便不尽感	肛门口梗阻感	总分
治疗前	60	2.10 ± 1.12	1.65 ± 0.47	1.54 ± 0.67	1.74 ± 0.46	1.63 ± 0.76	2.20 ± 0.71	1.82 ± 0.66	1.37 ± 0.92	1.41 ± 1.16	1.50 ± 0.68	0.65 ± 0.80	17.61 ± 2.21
治疗后	60	0.61 ± 1.22	0.70 ± 0.66	0.82 ± 0.46	0.83 ± 0.63	0.85 ± 0.61	0.73 ± 0.09	0.57 ± 0.51	0.34 ± 0.45	0.56 ± 0.51	0.92 ± 0.57	0.36 ± 0.48	7.29 ± 2.23
<i>P</i> 值		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.00

表 6 对照组治疗前后便秘临床主症积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	自主排便	便意感	排便间隔	费力程度	排便时间	粪便性质	腹胀	腹痛	排气不畅感	排便不尽感	肛门口梗阻感	总分
治疗前	60	2.02 ± 1.42	1.52 ± 0.50	1.36 ± 0.49	1.57 ± 0.50	1.37 ± 0.61	2.15 ± 0.70	1.63 ± 0.85	1.58 ± 1.10	1.60 ± 1.10	1.48 ± 0.62	0.77 ± 0.75	17.05 ± 2.68
治疗后	60	1.39 ± 1.51	0.77 ± 0.61	0.97 ± 0.72	1.19 ± 0.71	0.91 ± 0.74	0.86 ± 0.61	0.64 ± 0.66	0.42 ± 0.51	0.40 ± 0.47	1.07 ± 0.55	0.51 ± 0.51	9.13 ± 2.69
<i>P</i> 值		0.02	0.00	0.01	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.67	0.00

2.2.3 两组治疗后便秘临床主症积分比较 组间比较,自主排便、费力程度方面有统计学意义($P <$

2.2 治疗结果
2.2.1 两组治疗后疗效比较 由表 4 可见,两组患者治疗后疗效比较没有显著统计学差异($P > 0.05$)。

表 4 两组治疗后疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	60	10	23	23	4	93.33
对照组	60	5	18	31	6	90.00

2.2.2 两组治疗前后主症积分比较 治疗组治疗前后对比,除肛门口梗阻感方面没有统计学意义($P > 0.05$),其余各方面均具有显著统计学意义($P < 0.01$)。见表 5;对照组治疗前后对比,肛门口梗阻感方面没有统计学意义($P > 0.05$),自主排便、排便间隔、费力程度、排便时间、排便不尽感具有统计学意义($P < 0.05$),其余各方面均具有显著统计学意义($P < 0.01$)。见表 6。

0.05),其余各项均没有统计学意义($P > 0.05$),总分没有统计学意义($P > 0.05$)。见表 7。

表 7 两组治疗后便秘临床主症积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	自主排便	便意感	排便间隔	费力程度	排便时间	粪便性质	腹胀	腹痛	排气不畅感	排便不尽感	肛门口梗阻感	总分
治疗组	60	0.61 ± 1.22	0.70 ± 0.66	0.82 ± 0.46	0.83 ± 0.63	0.85 ± 0.61	0.73 ± 0.09	0.57 ± 0.51	0.34 ± 0.45	0.56 ± 0.51	0.92 ± 0.57	0.36 ± 0.48	7.29 ± 2.23
对照组	60	1.39 ± 1.51	0.77 ± 0.61	0.97 ± 0.72	1.19 ± 0.71	0.91 ± 0.74	0.86 ± 0.61	0.64 ± 0.66	0.42 ± 0.51	0.40 ± 0.47	1.07 ± 0.55	0.51 ± 0.51	9.13 ± 2.69
<i>P</i> 值		0.02	0.67	0.38	0.03	0.85	0.49	0.50	0.60	0.21	0.37	0.31	0.07

2.2.4 比较两组便秘生活质量问卷 对两组便秘患者生活质量进行问卷调查,结果见表 8。

表 8 两组治疗前后及组间治疗后便秘生活质量问卷的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	60	76.80 ± 14.69	51.25 ± 17.41 [△]
对照组	60	75.97 ± 14.92	51.13 ± 17.53

注:与本组治疗前比较,[△] $P < 0.01$ 具有显著统计学差异。

2.2.5 比较两组 Fugl-Meyer 运动功能 见表 9。

表 9 两组治疗前后及组间治疗后 Fugl-Meyer 运动功能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	项目	治疗前	治疗后
治疗组	60	上肢运动功能	40.63 ± 7.47	45.82 ± 4.85 [*]
		下肢运动功能	14.08 ± 4.78	33.75 ± 0.80 [△]
对照组	60	上肢运动功能	42.78 ± 2.26	44.01 ± 1.94 [*]
		下肢运动功能	14.21 ± 3.97	17.32 ± 4.88 [*]

注:与本组治疗前比较,[△] $P < 0.01$ 具有统计学差异;
^{*} $P < 0.05$ 具有统计学差异。组间比较,[△] $P < 0.01$ 具有统计学差异。

3 讨论

中医学对中风后便秘没有明确的定义,中风多在 内伤积累的基础上,又因劳逸结合不当、情志失 调、外邪侵袭等诱发。本病属本虚标实,病机属阴 阳失调,气血逆乱。中风和便秘互为因果。中风 后,患者长期卧床,邪阻中焦,化热化燥致腑实,中 焦升降降浊不能,则出现腹胀痛、便秘等症;肝为 刚脏,喜条达舒畅恶抑郁,中风后引起的焦虑、忧 伤等情志变化又引起肝的疏泄功能失常,肝乘脾, 脾不升清,横逆犯胃,胃失和降,六腑壅积。便秘, 肠失传导,脾失健运,气血津液化生不足;浊邪内 积,化热化燥,伤津耗液;邪气痞结于中,清阳不 升,脑失所养,这些不仅不利于中风的康复,甚至 加重中风病情。有研究认为中风的关键在于急性 期的治疗,直接影响患者致残率和死亡率^[14],临 床一般中风急性期都以标实为主,特别是“痰热腑 实”的病理机制,腑气不通在临床中表现为便秘。

现代医学认为中风患者若出现便秘^[15-17],一 方面,粪便在机体内停留时间较长,肠道除了吸收 更多胆固醇加重动脉粥样硬化,还会吸收毒素(经 细菌分解、发酵和腐败产生),从而损害神经系统, 影响神经细胞的恢复和原发病的治疗;另一方面,

中风患者若过分用力排便,因腹腔压力增高和心 脏收缩力加强,诱发血压升高、颅内压增高、更易 诱发二次或多次中风,严重时因颅压高诱发脑疝, 危及中风患者生命。

“腹四针”是脾胃、大肠、小肠居住之处。天枢 穴,位于脐腹,大肠募穴,阳明经脉气来源,调理 肠、脾、胃,临床常用于治疗大肠腑病。《素问·六 微旨大论》云:“天气主天枢之上;地气主天枢之 下。”张景岳曰:“天枢是居阴阳升降之中的枢机。” 本穴助肠中水谷之气化,吸收水分,排出糟粕,增 加肠蠕动之力。因此,深刺双侧天枢,可升清降 浊,理气,通腑,畅利三焦^[18-19]。中脘穴^[20],是胃之 募穴,八会穴之腑会。张景岳“腑会,故凡腑病者, 当治之”因此,临床上用于便秘的治疗。从经络循 行方面说,中脘穴和肺、胃、脾、小肠有着直接的 联系,经脉所过,主治所及。便秘病位在肠,属气 机不调、邪滞于腹,深刺中脘可调节三焦的气机, 尤以中焦为主。关元穴,为手太阳小肠经之募穴, 脾经、肾经、肝经交会穴。主封藏阴阳,可固本培 元使脏腑机能振奋,引气归元使气血化生得以促 进。用于治疗便秘则因其为气之要穴可益气温阳、 调理脏腑气机使腹通秘除。其次关元穴为小肠经 之募穴,小肠主液并泌别清浊,清者化为精微,浊 者下传大肠,小肠有病则下传大肠不利,糟粕内 停发为便秘,刺之小肠之募穴关元可增津润肠, 清肠通便。任脉、肾经、胃经、脾经,在腹部分别 从内向外分布,与肠腑直接相关;中脘、关元、天 枢均与脾经、肾经、肝经、大肠经、三焦经、胃经、 任脉等经脉联系密切;且其部位的深处有脾胃、 大肠、小肠的存在。因此根据针灸的整体调节和 近治原则,四穴相配,通过针刺调节植物神经使 胃肠蠕动加速和各种消化酶的分泌,最终快速将 代谢物排出体外。

桥式运动,又名抬臀运动。桥式运动,由四部 分组成:“放松-收缩-放松-调整呼吸”。放松阶 段:患者身体处于松弛状态,内外括约肌、骨盆和 腹部肌肉放松;收缩阶段:通过肛门外括约肌、提 肛肌在盆底肌群的收缩,增加其力量强度,维持肛 管在盆底的解剖位置,为排便提供强有力的盆底 支持,还可以增强盆底神经的兴奋频率,以刺激肠 壁感觉神经末梢,使直肠扩张、增加直肠壁张力, 促进肠蠕动。通过反复、有节律的腹部、臀部及 盆腔肌肉的放松与收缩,增强腹部和骨盆肌肉的 收缩力,

加速腹腔内血液的循环速度,增加肠的蠕动。

针刺与个体化桥式运动相结合治疗中风后痰热腑实型便秘患者的优势是:①针刺与康复有机结合:本研究所选的主穴,其部位的深处有脾胃、大肠、小肠的存在,且与9条经脉联系密切,分别为脾经、肾经、肝经、大肠经、三焦经、胃经、任脉、冲脉、带脉。因此根据针灸的整体调节和近治原则,四穴相配,通过针刺调节植物神经使胃肠蠕动加速和各种消化酶的分泌;个体化桥式运动根据不同的患者或相同患者不同时期的具体情况而制定的训练方法,可以调动患者的主观能动性,一方面可以提高患者腹部肌肉的力量,增加腹压,另一方面,适当的运动有助于患者增加食量。因此,本研究通过将中医针刺疗法与现代医学康复疗法有机结合,将代谢物排出体外,从根本上改善了中风患者便秘临床症状。②无毒副作用。③便捷实用。

总之,针刺结合个体化桥式运动治疗中风后痰热腑实型便秘,安全可靠,费用廉价,在降低医疗成本的同时有利于中风病的康复及中风病的二级预防,值得在临床推广。

参考文献

[1]高少鸽,赵杨.卒中后便秘研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(5):142-145.
[2]黎超明,李海新.穴位埋线结合艾灸治疗中风后便秘的临床疗效观察[J].中国医药科学,2018,8(17):77-79,96.
[3]邓慧明,田青,曾科学.埋线治疗气虚血瘀型中风后便秘29例临床观察[J].湖南中医杂志,2019,35(1):64-65.
[4]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.中国慢性便秘诊治指南(2013年,武汉)[J].胃肠病学,2013,18(10):605-612.
[5]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
[6]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:321.

[7]罗马委员会.功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准[J].胃肠病学,2006,11(12):761-765.
[8]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:18.
[9]王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2008:464-467.
[10]王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2007:67-68.
[11]石学敏.“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材—针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2015:43-44.
[12]刘清国,胡玲.经络腧穴学[M].北京:中国中医药出版社,2008:76-186.
[13]高强,关敏,奚颖,等.个体化桥式运动强化训练对脑卒中偏瘫患者的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(9):804.
[14]庄文荣.中药穴位敷贴治疗中风后便秘疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2012.
[15]马哲河,林广华.速刺次膠配合常规针刺治疗中风后便秘的临床研究[J].针灸临床杂志,2013,29(9):7-10.
[16]凌惠菊,颜雨虹,汪俐娜.穴位贴敷配合艾盐包热熨治疗急性脑卒中后便秘疗效观察[J].上海针灸杂志,2017,36(9):1061-1064.
[17]黄毅玲,梁红兰,陈广煊.耳穴压豆联合腹部穴位按摩治疗中风后便秘的效果观察[J].护理实践与研究,2016,(3):147-148.
[18]刘海飞,宋丰军,叶必宏.合募配穴法针灸治疗中风后便秘疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(2):160-161.
[19]吴玉敏,吴雪梅,丁文涛,等.电针深刺配合离子导入天枢穴治疗中风后便秘临床观察[J].中国临床医生,2013,41(11):63-67.
[20]任珍,吴清明,李丹丹,等.调气通腑针刺法治疗中风后便秘的临床研究[J].中医药学报,2013,41(5):103-105.

(修回日期:2020-07-26 编辑:蒲瑞生)