

◆ 针灸推拿 ◆

强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法 治疗脑梗死后偏侧忽略临床研究

吴用伟¹, 吴立友², 吕爱静¹, 周胡叶¹

1. 泰顺县中医院康复治疗科, 浙江 泰顺 325500

2. 泰顺县中医院针灸推拿科, 浙江 泰顺 325500

[摘要] 目的: 观察强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法治疗脑梗死后偏侧忽略的临床效果。方法: 回顾性选取2022年3月—2025年3月泰顺县中医院收治的脑梗死后偏侧忽略患者70例, 根据治疗方法不同分为针刺组31例和联合组39例。针刺组给予百会八阵穴子午捣臼刺法治疗, 联合组在针刺组基础上给予强制性运动疗法治疗。2组均治疗4周。比较2组脑电生理指标、血流动力学参数、偏侧忽略情况、认知功能、肢体功能及日常活动能力。结果: 治疗后, 2组P300波幅、P1波幅较治疗前均升高, 且联合组高于针刺组 ($P<0.05$); 2组P300潜伏期、P1潜伏期较治疗前均缩短, 且联合组短于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组大脑中动脉(MCA)平均流速、大脑前动脉(ACA)平均流速、颈总动脉舒张末期最低流速(EDV)较治疗前均加快, 且联合组快于针刺组 ($P<0.05$); 2组颈总动脉阻力指数(RI)较治疗前均降低, 且联合组低于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组中国行为性忽略测试-香港版量表(CBIT-HK)常规测试、行为测试评分较治疗前均升高, 且联合组高于针刺组 ($P<0.05$); 2组凯瑟琳-波哥量表(CBS)评分较治疗前均降低, 且联合组低于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、动作研究量表(ARAT)、独立性评定量表(FIM)评分较治疗前均升高, 且联合组高于针刺组 ($P<0.05$)。结论: 强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法可以改善脑梗死后偏侧忽略患者脑电生理水平及血流动力学, 降低偏侧忽略程度, 提高认知功能, 增强肢体功能及日常活动能力。

[关键词] 脑梗死; 偏侧忽略; 强制性运动疗法; 百会八阵穴子午捣臼刺法; 脑电生理; 认知功能; 血流动力学; 日常活动能力

[中图分类号] R246.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2026) 11-0040-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.11.006

Clinical Study on Constraint-Induced Movement Therapy Combined with Ziwu Daojiu Acupuncture at Baihui Bazhen Points for Hemispatial Neglect After Cerebral Infarction

WU Yongwei¹, WU Liyou², LYU Aijing¹, ZHOU Huye¹

1. Department of Rehabilitation, Taishun Hospital of Chinese Medicine, Taishun Zhejiang 325500, China; 2. Department of Acupuncture, moxibustion, and Tuina, Taishun Hospital of Chinese Medicine, Taishun Zhejiang 325500, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effects of constraint-induced movement therapy (CIMT) combined with Ziwu Daojiu acupuncture at Baihui Bazhen points in the treatment of hemispatial neglect after cerebral infarction.

[收稿日期] 2025-10-09
[修回日期] 2026-04-07
[基金项目] 泰顺县科技计划项目 (2021TSXM0021)
[作者简介] 吴用伟 (1989-), 男, 主管康复治疗师。

Methods: A retrospective study was conducted on 70 patients with hemispatial neglect after cerebral infarction admitted to Taishun Hospital of Chinese Medicine from March 2022 to March 2025. According to different treatment methods, they were divided into the acupuncture group (31 cases) and the combination group (39 cases). The acupuncture group received Ziwu Daojiu acupuncture at Baihui Bazhen points, while the combination group was additionally given constraint-induced movement therapy on the basis of the acupuncture group. Both groups were treated for four weeks. The electroencephalophysiological indexes, hemodynamic parameters, hemispatial neglect, cognitive function, limb function, and activities of daily living were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the amplitudes of P300 and P1 waves in both groups were significantly increased when compared with those before treatment, and those in the combination group were higher than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). The latencies of P300 and P1 waves in both groups were significantly shortened when compared with those before treatment, and those in the combination group were shorter than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the mean flow velocities of middle cerebral artery (MCA), anterior cerebral artery (ACA), and end-diastolic velocity (EDV) of common carotid artery in both groups were significantly accelerated when compared with those before treatment, and those in the combination group were faster than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). The resistance index (RI) of common carotid artery in both groups was significantly decreased when compared with that before treatment, and that in the combination group was lower than that in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of conventional test and behavioral test of Chinese Behavioral Inattention Test-Hong Kong version (CBIT-HK) in both groups were significantly increased when compared with those before treatment, and those in the combination group were higher than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). The Catherine Bergego Scale (CBS) scores in both groups were significantly decreased when compared with those before treatment, and those in the combination group were lower than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Action Research Arm Test (ARAT), and Functional Independence Measure (FIM) in both groups were significantly increased when compared with those before treatment, and those in the combination group were higher than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). **Conclusion:** CIMT combined with Ziwu Daojiu acupuncture at Baihui Bazhen points can improve electroencephalophysiology and hemodynamics, reduce the degree of hemispatial neglect, enhance cognitive function, limb function, and activities of daily living in patients with hemispatial neglect after cerebral infarction.

Keywords: Cerebral infarction; Hemispatial neglect; Constraint-induced movement therapy; Ziwu Daojiu acupuncture at Baihui Bazhen points; Electroencephalophysiology; Cognitive function; Hemodynamics; Activities of daily living

脑梗死病理基础为脑血管因闭塞或狭窄等因素,引发相应脑组织区域的缺血、缺氧性坏死,从而表现为一系列神经功能缺损的临床综合征^[1-2]。脑梗死具有高发病率与高致残率的特点,目前已被视为全球范围内一个重大的公共卫生挑战^[3]。偏侧忽略作为常见且易被忽视的空间认知障碍,其特征表现为患者对大脑病灶

对侧空间的刺激失去应有的感知、定向和反应能力,常伴有注意力、执行功能与日常生活能力显著下降,多发于脑梗死患者^[4-5]。目前,临床采用药物治疗脑梗死后偏侧忽略,虽能改善临床症状,但治疗时间长,且疗效不明显^[6]。强制性运动疗法通过限制健侧肢体活动,强制性地使用与强化患侧肢体功能,并结合大量、

重复、任务导向性的训练,旨在打破习得性废用的恶性循环,促进大脑功能重组与神经网络修复^[7-8]。脑梗死后偏侧忽略属于中医学窍闭神匿范畴,病机多为脉络瘀阻。百会八阵穴子午捣臼刺法通过使用子午捣臼复式补泻手法针刺百会八阵穴,能够增强经气运行、疏通络脉、醒神开窍^[9]。本研究观察强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法治疗脑梗死后偏侧忽略的临床效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[10]确诊为脑梗死,伴有侧肢、面部无力或麻木、口角歪斜、视物模糊、眩晕、呕吐、意识障碍等症状及体征,急性起病,影像学检查出现责任病灶或症状/体征持续24 h以上;患者线段等分测试出现中点偏移,删除测试出现目标符号遗漏,临摹与画钟测试图像不全。

1.2 纳入标准 符合脑梗死、偏侧忽略的诊断标准;年龄>18岁,病历资料完整。

1.3 排除标准 合并肾衰竭、肝硬化等严重器官功能障碍;合并视听障碍、精神疾病;合并创伤性脑损伤、失语症;合并急性心肌梗死等心脏疾病、恶性肿瘤;合并免疫缺陷性疾病、凝血功能障碍。

1.4 一般资料 回顾性选取2022年3月—2025年3月泰顺县中医院收治的脑梗死后偏侧忽略患者70例,根据治疗方法不同分为针刺组31例和联合组39例。针刺组男19例,女12例;平均年龄 (61.27 ± 7.59) 岁;平均病程 (43.86 ± 8.54) 天。联合组男25例,女14例;平均年龄 (62.31 ± 7.62) 岁;平均病程 (44.25 ± 8.63) 天。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经泰顺县中医院伦理委员会审批通过(TSXZYY2025-LW-10-07)。

2 治疗方法

2.1 针刺组 给予百会八阵穴子午捣臼刺法治疗。选取百会八阵穴作为主要针刺部位。百会八阵穴定位方法:以百会穴为中心,以百会至前额印堂的直线距离为半径作一圆形区域,将该圆周均分为8等份,依照八卦方位,圆周顶部设定为天乾位,沿逆时针方向依次命名为兑虎、离鸟、龙震、地坤、云艮、蛇坎、风巽。操作方法:患者取坐位,局部皮肤以75%乙醇常规消毒,采用规格为0.25 mm×40 mm的一次性无菌针灸针(天津中研医疗器械有限公司)进行针刺。进针顺序自天乾位起,按逆时针方向依次针刺各穴位。所有穴位针刺时针尖均朝向百会穴方向斜刺,缓慢进针至15 mm深度,得气后施行子午捣臼针刺手法,具体为先紧慢提并结合向左捻转9次,继而紧提慢按并向右捻转6次,留针时间为20 min。每天1次,每周治疗5天,休息2天,总治疗时间为4周。

2.2 联合组 在针刺组基础上联合强制性运动疗法治疗。①健侧限制性干预:为健侧手佩戴填充式手套,或使其处于休息位手夹板的固定状态,同时使用吊带限制其上臂活动,此限制可在睡眠、洗浴、如厕或可能影响患者平衡与安全的活动时解除。固定装置推荐采用尼龙搭扣,以确保在紧急情况下患者能自行快速解除。②患侧强化性训练:基于患者的个体功能评估,制定并执行针对性强化训练。训练内容应模拟日常活动,例如进食、持握水杯、书写、拾取豆子、穿脱衣物、梳头以及拧螺丝等。③日常生活活动应用:根据患者功能水平差异,采取分级训练策略。对于功能保留较好的患者,积极鼓励其在真实生活场景中运用患侧肢体,完成如洗漱、穿脱衣物、起床、书写等活动。对于功能受损较重的患者,则侧重于利用粗大运动模式完成上述任务,简化精细动作要求,并可引入辅助器具或技巧以达成治疗

目标。每天总训练时长为2 h,每周治疗5天,休息2天,总治疗时间为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①脑电生理指标。治疗前、治疗4周后,采用事件相关电位仪(湖南数脑医疗科技有限公司)检测患者P300波幅、P1波幅、P300潜伏期及P1潜伏期。②血流动力学参数。治疗前、治疗4周后,通过经颅多普勒血流分析仪(南京科进实业有限公司)检测患者大脑中动脉(MCA)平均流速、大脑前动脉(ACA)平均流速。应用彩色多普勒超声诊断仪(康达洲际医疗器械有限公司)检测患者颈总动脉阻力指数(RI)、颈总动脉舒张末期最低流速(EDV)。③偏侧忽略情况。治疗前、治疗4周后,运用中国行为性忽略测试-香港版量表(CBIT-HK)对患者偏侧忽略情况进行评价,该量表分为常规测试(146分)、行为测试(81分)两部分,满分为227分,分数越低说明偏侧忽略越严重。通过凯瑟琳-波哥量表(CBS)对患者偏侧忽略程度进行评定,包括移动、注意等10个条目,满分为30分,分数越低说明偏侧忽略程度越低。④认知功能、肢体功能及日常活动能力。治疗前、治疗4周后,运用蒙特利尔认知评估量表(MoCA)对患者认知功能进行

评估,包括抽象思维、视空间、执行功能等8个方面,满分为30分,分数越低说明认知功能越低。通过上肢动作研究量表(ARAT)对患者肢体功能进行评价,包括粗大运动、抓等4个方面,满分为57分,分数越低说明肢体功能越差。采用功能独立性评定量表(FIM)对患者日常活动能力进行评定,包括交流、自理能力等18个条目,满分为126分,分数越低说明日常活动能力越低。

3.2 统计学方法 采用SPSS23.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后脑电生理指标比较 见表1。治疗前,2组P300波幅、P1波幅、P300潜伏期、P1潜伏期比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组P300波幅、P1波幅较治疗前均升高,且联合组高于针刺组($P < 0.05$);2组P300潜伏期、P1潜伏期较治疗前均缩短,且联合组短于针刺组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后脑电生理指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	P300波幅(μV)		P1波幅(μV)		P300潜伏期(ms)		P1潜伏期(ms)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	31	6.71 $\pm$ 0.58	7.56 $\pm$ 0.84 ^①	2.91 $\pm$ 0.42	3.82 $\pm$ 0.65 ^①	378.24 $\pm$ 15.91	342.76 $\pm$ 11.82 ^①	136.24 $\pm$ 12.39	123.57 $\pm$ 9.14 ^①
联合组	39	6.63 $\pm$ 0.59	8.47 $\pm$ 0.98 ^①	3.05 $\pm$ 0.46	4.53 $\pm$ 0.72 ^①	380.13 $\pm$ 16.05	314.69 $\pm$ 13.43 ^①	134.21 $\pm$ 13.26	112.03 $\pm$ 8.61 ^①
t 值		0.568	4.107	1.314	4.276	0.491	9.153	0.655	5.421
P 值		0.572	<0.001	0.193	<0.001	0.625	<0.001	0.515	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.2 2组治疗前后血流动力学参数比较 见表2。治疗前,2组MCA平均流速、颈总动脉RI、ACA平均流速、颈总动脉EDV比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组MCA平

均流速、ACA平均流速、颈总动脉EDV较治疗前均加快,且联合组快于针刺组($P < 0.05$);2组颈总动脉RI较治疗前均降低,且联合组低于针刺组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后血流动力学参数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MCA 平均流速(cm/s)		颈总动脉 RI		ACA 平均流速(cm/s)		颈总动脉 EDV(cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	31	46.67 ± 4.30	54.92 ± 5.46 ^①	0.74 ± 0.10	0.67 ± 0.09 ^①	40.29 ± 6.34	46.82 ± 6.50 ^①	18.51 ± 2.63	21.38 ± 3.15 ^①
联合组	39	47.01 ± 4.33	60.85 ± 6.51 ^①	0.75 ± 0.11	0.60 ± 0.08 ^①	39.71 ± 6.18	54.13 ± 6.12 ^①	18.49 ± 2.64	25.86 ± 3.57 ^①
<i>t</i> 值		0.327	4.061	0.393	3.440	0.386	4.830	0.032	5.490
<i>P</i> 值		0.744	< 0.001	0.695	0.001	0.701	< 0.001	0.975	< 0.001

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ 。

4.3 2组治疗前后偏侧忽略情况比较 见表3。治疗前，2组 CBIT-HK 常规测试、行为测试及 CBS 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组 CBIT-HK 常规测试、行为测试评分较治疗前均升高，且联合组高于针刺组($P < 0.05$)；2组 CBS 评分较治疗前均降低，

且联合组低于针刺组($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后 MoCA、ARAT、FIM 评分比较 见表4。治疗前，2组 MoCA、ARAT、FIM 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组 MoCA、ARAT、FIM 评分较治疗前均升高，且联合组高于针刺组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后偏侧忽略情况比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	CBIT-HK 常规测试		CBIT-HK 行为测试		CBS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	31	89.14 ± 7.25	113.27 ± 9.12 ^①	47.96 ± 6.11	59.83 ± 7.15 ^①	16.35 ± 3.27	9.72 ± 2.16 ^①
联合组	39	88.39 ± 7.18	121.26 ± 10.54 ^①	46.52 ± 6.08	68.61 ± 8.34 ^①	17.04 ± 3.31	6.55 ± 2.12 ^①
<i>t</i> 值		0.432	3.341	0.982	4.656	0.871	6.163
<i>P</i> 值		0.667	0.001	0.330	< 0.001	0.387	< 0.001

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ 。

表4 2组治疗前后 MoCA、ARAT、FIM 评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	MoCA		ARAT		FIM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	31	15.37 ± 3.10	20.46 ± 4.51 ^①	22.80 ± 4.57	38.73 ± 5.48 ^①	65.74 ± 7.58	88.35 ± 8.21 ^①
联合组	39	14.92 ± 2.98	24.19 ± 5.23 ^①	22.94 ± 4.61	45.19 ± 6.12 ^①	64.31 ± 7.56	98.52 ± 9.14 ^①
<i>t</i> 值		0.617	3.147	0.127	4.592	0.785	4.835
<i>P</i> 值		0.540	0.002	0.900	< 0.001	0.435	< 0.001

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ 。

5 讨论

脑梗死具有发病率高、并发症多等临床特征。随着医疗技术与诊疗水平的持续进步，脑梗死相关的致死率已得到一定程度的控制，然而，该疾病所导致的各种后遗症问题日益凸显。偏侧忽略是脑梗死后的常见并发症，与颞顶联合区、大脑顶下小叶等区域的损害有关，主要特征为患者无法有效感知或回应其病灶对

侧空间呈现的视觉、听觉等刺激^[11]。若不及时治疗，不仅损害患者日常活动能力与社会参与度，还影响整体神经功能恢复进程与远期预后，降低生活质量。

本研究结果显示，联合组 CBIT-HK、MoCA、ARAT、FIM 评分均高于针刺组，CBS 评分低于针刺组。百会八阵穴以督脉要穴百会穴为中心，以百会至印堂的间距为半径作圆，

将该圆周8等分后所形成的八个穴位点,其中天乾位于印堂,属上丹田,为神气所藏,又属督脉所过,具有通脑调神、协调督脉气血之功;兑虎象征泽,长于化痰通络,兼可益气;离鸟与蛇坎协同调节手足六经阳气,通利耳部经气,对改善偏侧忽略症状具有积极作用;龙震与云艮分别具震、艮之性,共同维持脑部乃至全身气血平衡;地坤位于督脉循行线上,具体为哑门穴下1.5寸、大椎穴上方处,能够疏风通络、宣通脑窍;风巽具风性,可以主治内外风所致的疾病^[12]。因此,百会八阵穴作为一个整体刺激区,具有益气升阳、疏风化痰、醒神开窍的综合治疗作用。同时子午捣臼刺法能引导经气、通行气血,可有效激发经气沿经络循行,使其直达疾病部位,有利于开窍醒神,改善对侧空间的忽略表现。强制性运动疗法是以大脑可塑性与皮质功能重组理论为基础的神经康复技术,通过限制健侧肢体的代偿性活动,强制使用患侧上肢进行高强度、任务导向性的重复训练,能够打破习得性废用的恶性循环,增强肢体功能和日常活动能力,最终在行为认知层面改善偏侧忽略症状^[13]。强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法可以减轻患者偏侧忽略的严重程度,提高认知功能、肢体功能及日常活动能力。本研究结果显示,联合组P300波幅、P1波幅、MCA平均流速、颈总动脉EDV、ACA平均流速高于针刺组,P300潜伏期、P1潜伏期、颈总动脉RI低于针刺组。百会八阵穴子午捣臼刺法通过刺激百会八阵穴可将兴奋信号传递至大脑中央后回等感觉皮层,有助于提高患者的感觉信息整合能力,并提升病灶对侧神经元的兴奋性,有助于促进中枢神经系统中感觉输入与运动输出之间协调关系的重建,进而推动大脑皮质功能重组与神经通路再塑,增强脑电活动,改善脑循环^[14]。强制性运动疗法能够在中枢神经系统内有效激发

运动意念,转化为实际的动作输出,提高神经觉醒水平,进而诱导与感觉、运动功能等相关的脑区发生适应性重组,最终提升患侧功能,还可以提高患者的主动参与度,增强其康复信心^[15]。强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法可以改善患者脑电生理水平,增加脑血流量,促进偏侧忽略症状的恢复。

综上所述,强制性运动疗法联合百会八阵穴子午捣臼刺法可以改善脑梗死后偏侧忽略患者脑电生理情况,促进脑血液循环,提升认知水平,提高肢体功能及日常活动能力。

[参考文献]

- [1] ZHAO Y, ZHANG X, CHEN X, et al. Neuronal injuries in cerebral infarction and ischemic stroke: From mechanisms to treatment (Review)[J]. *Int J Mol Med*, 2022, 49(2): 15.
- [2] LAKSHMIPRIYA T, GOPINATH S C B. Clinical Markers and Diagnostics for Diagnosing Cerebral Infarction[J]. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 2025, 24(7): 494-497.
- [3] EKKERT A, ŠLIACHTENKO A, GRIGAITĖ J, et al. Ischemic Stroke Genetics: What Is New and How to Apply It in Clinical Practice[J]. *Genes (Basel)*, 2021, 13(1): 48.
- [4] DURFEE A Z, HILLIS A E. Unilateral Spatial Neglect Recovery Poststroke[J]. *Stroke*, 2023, 54(1): 10-19.
- [5] MINELLI C, LUVIZUTTO G J, CACHO R O, et al. Brazilian practice guidelines for stroke rehabilitation: Part II [J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2022, 80(7): 741-758.
- [6] ZHAO W, YE L, CAO L, et al. A bibliometric review of unilateral neglect: Trends, frontiers, and frameworks[J]. *Brain Circ*, 2024, 10(2): 94-105.
- [7] GARRIDO M M, ÁLVAREZ E E, ACEVEDO P F, et al. Early transcranial direct current stimulation with modified constraint-induced movement therapy for motor and functional upper limb recovery in hospitalized patients with stroke: A randomized, multicentre, double-blind, clinical trial[J]. *Brain Stimul*, 2023, 16(1): 40-47.
- [8] 仲沛瑾,李爽,张晓颖.强制性运动疗法联合经颅直流电刺激对老年脑卒中患者认知功能及纤维完整性的影响[J].*中国实用神经疾病杂志*, 2025, 28(6): 746-750.
- [9] 李雪青,邓娟娟,熊丽,等.通络醒神针法联合缪刺法治疗脑卒中后运动性失语症临床研究[J].*天津中医药大学学报*, 2023, 42(1): 24-28.

- [10] 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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [11] 曹磊, 叶琳琳, 杨晓龙, 等. 智能下肢康复机器人辅助步行训练对卒中后偏侧忽略患者步行功能的疗效研究[J]. 中国康复医学杂志, 2025, 40(9): 1308-1313.
- [12] 陈健林, 傅晓峰, 倪新元, 等. 百会八阵穴联合圣愈汤对卒中后失语症患者的疗效及脑血流的影响[J]. 中国中医急症, 2023, 32(9): 1583-1586.
- [13] 陈小龙, 张文华, 刘冠雄, 等. 分期针刺法结合强制性运动疗法治疗对脑卒中合并肢体障碍的临床疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2025, 22(1): 148-151.
- [14] 成帅, 尹昱, 张少华, 等. 针刺联合经颅直流电刺激治疗脑卒中后偏侧忽略疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(14): 1950-1956.
- [15] 巢小琳, 李燕, 曹欣. 功能性电刺激结合中药涂擦、强制性运动疗法对脑卒中偏瘫患者上肢功能障碍的治疗效果[J]. 海军医学杂志, 2024, 45(12): 1250-1254.
- [责任编辑: 郑锋玲, 蒋维超(英文)]

《新中医》杂志征稿

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊, 1969年创刊。标准刊号: ISSN 0256-7415, CN 44-1231/R, 2020年由原月刊改为半月刊, 期刊代号, 国内: 46-38, 国外: SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范, 对来稿做出如下要求。一、**征稿内容** 实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、调研报告、思路方法、名医传承、古籍研究、临证医案等。二、**来稿要求** 主题鲜明, 论点明确, 论据充分, 文字精炼, 内容真实, 资料可靠, 数据准确, 数据比较应做统计学处理。三、**来稿格式** 参照本刊格式。四、**投稿方式** 在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址: <http://xzy.ijournal.cn>。五、**文责自负** 作者如有侵权行为, 本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》, 本刊对文稿有修改权、删节权, 修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、**稿件采用** 需与编辑部签订论文著作权转让书。