

本文引文格式:严康,张磊,余菁菁,等.“通督调神”针法联合化痰通络灸治疗前庭性偏头痛的临床观察[J].右江民族医学院学报,2026,48(2):231-235,260.

【论著与临床报道】

“通督调神”针法联合化痰通络灸治疗前庭性偏头痛的临床观察

严康¹,张磊¹,余菁菁¹,李梅¹,张国庆²

- (1. 安徽中医药大学第二临床医学院,安徽 合肥 230000;
2. 安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230000)

摘要:目的 观察“通督调神”针法联合化痰通络灸治疗前庭性偏头痛的临床疗效。方法 将64例前庭性偏头痛患者采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组32例,观察组予“通督调神”针法联合化痰通络灸治疗,每天1次,1周6次,治疗4周;对照组予以口服盐酸氟桂利嗪胶囊(10毫克/次),每天1次,治疗4周。观察两组患者治疗前、治疗4周后眩晕发作次数、眩晕残障程度评定量表(DHI)评分、前庭性偏头痛患者评估工具和障碍量表(VM-PATHI)评分及特异性活动平衡自信量表(ABC)评分,并评定两组临床疗效。结果 两组患者眩晕发作次数、DHI评分、VM-PATHI评分及ABC评分均较治疗前改善($P < 0.001$),且观察组均优于对照组($P < 0.05$),观察组临床疗效优于对照组($P < 0.05$)。结论 “通督调神”针法联合化痰通络灸治疗前庭性偏头痛有效,可以明显缓解临床症状。

关键词:偏头痛;通督调神;化痰通络灸;眩晕;针刺

中图分类号:R747.2 文献标识码:A 文章编号:1001-5817(2026)02-0231-06

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.02.012

Clinical observation on “Tongdu Tiaoshen” acupuncture combined with Huayu Tongluo moxibustion in the treatment of vestibular migraine

YAN Kang¹, ZHANG Lei¹, YU Jingjing¹, LI Mei¹, ZHANG Guoqing²

- (1. *The Second Clinical Medical College, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230000, Anhui, China*; 2. *The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230000, Anhui, China*)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of “Tongdu Tiaoshen” acupuncture combined with Huayu Tongluo moxibustion in the treatment of vestibular migraine (VM). **Methods** A total of 64 patients with VM were randomly divided into an observation group and a control group using the random number table method, with 32 patients in each group. The observation group was treated with “Tongdu Tiaoshen” acupuncture combined with Huayu Tongluo moxibustion, once daily, 6 times per week, for 4 consecutive weeks. The control group was treated with oral flunarizine hydrochloride capsules (10 mg each time), once daily for 4 consecutive weeks. The following parameters were measured before treatment and after 4 weeks of treatment in both groups: frequency of vertigo attacks, Dizziness Handicap Inventory (DHI) score, Vestibular Migraine Patient Assessment Tool and Handicap Index (VM-PATHI) score, and Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale score. Clinical efficacy was also evaluated. **Results** The frequency of vertigo attacks, DHI score, VM-PATHI score and ABC score in both groups were improved compared with those before treatment ($P < 0.001$), and the observation group was superior to the control group ($P < 0.05$). The clinical efficacy of

基金项目:安徽中医药大学科研基金项目[2021efylc06(科发[2022]2号)];安徽中医药大学第二附属医院杏林计划项目(院发[2023]118号);国家中医优势专科建设脑病项目(0224)

第一作者:严康,在读硕士研究生,研究方向:针灸的机制与临床研究,E-mail:3111506483@qq.com

通讯作者:张国庆,主任医师,研究方向:针灸的机制与临床研究,E-mail:tcmzgq@126.com

the observation group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** “Tongdu Tiaoshen” acupuncture combined with Huayu Tongluo moxibustion is effective in the treatment of vestibular migraine and can significantly relieve clinical symptoms.

Key words: migraine; Tongdu Tiaoshen; Huayu Tongluo moxibustion; vertigo; acupuncture

前庭性偏头痛(vestibular migraine, VM)是一种以反复发作性眩晕为主的疾病,发作时可能表现为头晕伴眼震、恶心、呕吐和视物模糊等症状,也可能伴有头痛、畏光和畏声等偏头痛性表现^[1]。临床发病以女性多见,男女患病比例约为1:1.5~5^[2]。目前VM发病机制尚未明确,存在三叉神经血管机制学说、皮质扩散抑制机制学说、神经递质异常机制学说、离子通道机制学说等,上述机制交互作用,共同促成了VM的发病^[3]。VM属于偏头痛大类,但偏头痛与眩晕症状的重叠机制亦不明确,推测可能与脑内前庭通路和疼痛通路的异常交汇,以及某些神经递质在两大通路中的共同表达有关^[4]。

由于VM临床表现的复杂多变,目前现代医学尚无明确的诊疗方案,多以西医药物治疗为主,但存在服药周期较长,不良反应较多等局限性,从而导致疗效不佳。针灸作为中医学的优势疗法,对治疗VM有明显的疗效^[5-7]。全国名中医张道宗教授立足中医整体观念,结合多年临床经验,创立“通督调神”针法。本团队前期研究发现^[8]，“通督调神”针法可通过下调前庭诱发肌源性电位,进而改善前庭功能作用。化瘀通络灸是全国名中医杨骏教授治疗VM的经验疗法,在临床取得明显效果。然而,目前关于“通督调神”针法联合化瘀通络灸治疗VM的临床研究少有报道,基于此,本研究观察“通督调神”针法联合化瘀通络灸治疗VM的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在2023年9月至2024年12月就诊于安徽中医药大学第二附属医院脑病三科的VM患者中招募实验对象,总共招募64例符合临床试验要求的患者[样本量计算公式 $n_1 = n_2 = 2\sigma^2(t_{\alpha/2} + t_{\beta})^2 / \delta^2$ 确定样本量,设计为双侧检验, α 取值为0.05, β 取值为0.1,其中, n 为各组样本量所需的例数;查表 $t_{\alpha/2} = 1.96$, $t_{\beta} = 1.28$,取最大的标准差 $\delta = 1.95$,代入公式],采用随机数字表法,将筛选合格的受试者分为对照组与观察组,每组均包含32例患者。本研究通过安徽中医药大学第二附属医院伦理委员会审查批准(审批号:2022-zj-42)。

1.2 诊断标准 参照《前庭性偏头痛诊治专家共识》(2018)^[1]中制定VM的诊断标准。中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]中眩晕的诊断标准。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者;②入院前未接受相关治疗者;③年龄在18~65周岁之间,性别不限;④所有受试者均接受本研究采用的治疗方案;⑤未参与其他临床研究;⑥所有参与者或其法定代理人均已完全知情并同意后签署同意书。

1.4 排除标准 ①有脑外伤、脑出血或其他脑血管疾病的患者;②有持续性姿势感知性眩晕、耳石症、梅尼埃病或其他可能出现眩晕症状疾病的患者;③对针刺及治疗药物有严重不良反应的患者;④临床已确诊患有精神疾病的患者。

1.5 脱落、中止标准 ①接受治疗期间病情加重;②突发其他严重疾病(如脑卒中、心脏病等);③接受治疗后出现严重的不良反应;④因个人原因强烈要求退出临床研究;⑤依从性较差。

1.6 治疗方法 参照《前庭性偏头痛诊治专家共识》(2018)^[1],给予两组患者VM基础知识宣教,嘱患者戒烟戒酒,清淡饮食,忌浓茶等,并注意劳逸结合,确立科学和理性的防治观念与目标。

1.6.1 观察组 ①通督调神针刺:参照《张道宗临床治验》^[10]中通督调神针刺处方选取主穴:百会、四神聪、风府、哑门、大椎、风池(双侧)、太阳。辨证配穴:参考高树中、杨骏主编的《针灸治疗学》^[11],肝阳上亢者配行间、侠溪;痰湿中阻者配丰隆、阴陵泉;瘀血阻窍者配血海、膈俞;气血亏虚者配气海、脾俞;肾精不足者配悬钟、太溪。参照《经穴名称与定位》(GB/T 12346-2021)^[12]进行腧穴定位。针刺方法:操作前,用75%的酒精,经常规皮肤消毒后,选用0.25 mm×25 mm和0.30 mm×40 mm的一次性无菌针灸针(苏械注准20162200894,苏州天协针灸器械有限公司生产),针刺穴位,快速进针。得气后小幅度提插捻转行平补平泻法,留针30 min,每10 min行针1次,每天1次,每周治疗6次,连续治疗4周;②化瘀通络灸:在针刺治疗的基础上行化瘀通络灸取百会、神庭和大椎,百会穴采用压灸,嘱患者取坐位,将2层硬质厚纸片置于百会穴上,一手固定住纸片,另一手持点燃的清艾条,向下加力,暂停约3~5 s,使热感下传,当患者自觉皮肤有灼热感时立即移除艾条重复此操作,20 min后去除艾条和纸片。神庭、大椎采用悬灸,以皮肤有灼热感且耐受为度,艾灸时长20 min。每天1次,每周治疗6次,连续治疗4周。

1.6.2 对照组 给予对照组患者口服盐酸氟桂利嗪

胶囊(西安杨森制药有限公司生产,国药准字H10930003,5毫克/粒)10毫克/次,每日1次,睡前服用,服用4周。

1.7 统计学方法 采用SPSS 26.0软件进行统计分析。满足正态分布的计量资料(年龄、病程、眩晕发作次数、DHI评分、VM-PATHI评分、ABC评分)以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料(性别、疗效)以例数(n)或百分数(%)表示,采用 χ^2 检验或Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

1.8 观察指标 分别于治疗前、治疗结束时评定以下指标:①两组患者开始治疗前的4周、治疗期间的眩晕发作次数;②眩晕残障程度评定量表^[13](Dizziness Handicap Inventory, DHI):总分100分,0~30分为轻度障碍;31~60分为中度障碍;61~100分为严重障碍。评分越低表示眩晕对患者影响越小;③前庭性偏头痛患者评估工具和障碍量表^[14](Vestibular Migraine Patient Assessment Tool and Handicap Inventory, VM-PATHI):该量表满分100分,共包含认知、情绪、失衡、头痛、运动敏感性及焦虑6大领域,评分结果与病情严重程度正相关;④特异性活动平衡自信量表^[15](Activity-specific Balance Confidence Scale, ABC):以0%~100%的比例选择其中一个百分比,表示对完成某项动作的信心程度,越高表示信心越大,眩晕对平衡的影响越小。

1.9 安全性评价 密切关注治疗过程中患者是否出现晕针、皮下出血、艾灸烫伤以及服用药物后是否出现嗜睡、疲惫、胃部灼烧感等不良反应。

1.10 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]将最终疗效评价分为痊愈、显效、有效、无效。总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。痊愈:眩晕及伴随症状(肢体麻木、恶心、呕吐、视物模糊、耳鸣、耳闷)与客观体征(眼震)均完全消失;显效:眩晕基本消退,伴随症状与体征明显减轻;有效:眩晕程度减轻,部分症状及体征有所缓解;无效:眩晕及伴随表现未见改善,或较前加重。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 共有64例患者参与本次研究,最终对照组1例治疗期间口服抗抑郁药物,1例因骨折转科治疗,1例口服治疗药物自觉症状加重要求退出,共有29例完成研究;观察组1例无法坚持治疗,1例突发脑梗死而脱落,共有30例完成研究;两组患者性别、年龄及病程比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别		年龄/岁	病程/月
		男	女		
对照组	29	10	19	49.41±11.02	12.41±10.89
观察组	30	11	19	48.20±10.15	13.10±10.21
χ^2/t		0.031		0.438	-0.251
P		0.861		0.663	0.803

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.2 两组患者眩晕发作次数比较 两组患者治疗前眩晕发作次数比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗4周后,两组患者眩晕发作次数均较前显著降低($P < 0.001$),且观察组低于对照组($P < 0.001$),见表2。

表2 两组患者眩晕发作次数比较

组别	n	单位:次		
		治疗前	治疗后	t
对照组	29	7.17±1.73	2.62±1.01	14.054
观察组	30	7.37±2.16	1.70±0.95	16.184
t		-0.392	3.605	
P		0.697	<0.001	

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.3 两组患者DHI评分比较 两组患者治疗前DHI评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗4周后,两组患者DHI评分均较前显著降低($P < 0.001$),且观察组低于对照组($P < 0.001$),见表3。

表3 两组患者DHI评分比较

组别	n	单位:分		
		治疗前	治疗后	t
对照组	29	51.93±12.20	22.34±8.19	13.345
观察组	30	52.33±11.08	14.07±3.41	19.836
t		-0.132	5.094	
P		0.896	<0.001	

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.4 两组患者VM-PATHI评分比较 两组患者治疗前VM-PATHI评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗4周后,两组患者VM-PATHI评分均较前显著降低($P < 0.001$),且观察组低于对照组($P < 0.001$),见表4。

2.5 两组患者ABC评分比较 两组患者治疗前ABC评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗4周后,两组患者ABC评分均较前显著升高($P < 0.001$),且观察组高于对照组($P < 0.05$),见表5。

2.6 两组患者临床疗效比较 观察组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表6。

表 4 两组患者 VM-PATHI 评分比较 单位:分

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	29	51.62±10.39	25.55±7.68	14.064	<0.001
观察组	30	50.50±11.65	17.97±6.32	14.125	<0.001
t		0.389	4.148		
P		0.699	<0.001		

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 5 两组患者 ABC 评分比较 单位:分

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	29	47.93±10.20	72.31±8.96	-9.294	<0.001
观察组	30	45.33±9.87	77.53±9.96	-11.364	<0.001
t		0.991	2.114		
P		0.326	0.039		

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 6 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%	平均秩次	Z	P
对照组	29	2	8	10	9	68.97	34.16	-2.811	0.005
观察组	30	5	15	9	1	96.67	25.98		
χ^2						6.191			
P						0.013			

2.7 安全性评价 观察组患者在接受治疗期间,均未出现晕针、艾灸烫伤等不良情况;对照组有 2 例患者口服药物后出现轻微嗜睡。

3 讨论

本研究结果显示,两组患者治疗 4 周后眩晕发作次数、DHI 评分、VM-PATHI 评分及 ABC 评分均较治疗前改善,但观察组改善幅度大于对照组,且观察组的临床疗效显著优于对照组。说明两种治疗方法对 VM 皆有较好的治疗效果,但相较于口服盐酸氟桂利嗪胶囊,“通督调神”针法联合化癥通络灸治疗 VM 更具优势。

VM 属于中医学“眩晕”范畴,其病名首载于《黄帝内经》,“眩”指眼花或眼前黑朦,视物模糊,“晕”即目眩不稳之证。西医理论认为 VM 常表现为发作性眩晕,可能兼有前庭症状和偏头痛症状,常伴有畏光畏声、恶心呕吐等症状^[16],严重影响患者生活质量。目前 VM 的诊疗参照偏头痛进行管理,分为急性发作治疗和预防性治疗。研究表明^[17-18],钙通道阻滞剂氟桂利嗪在减少眩晕发作频率、缓解头痛等方面具有一定疗效,临床使用较为广泛,但本次研究中对照组有 2 例患者口服药物后出现轻微嗜睡,证明其长期应用可能会引起不良反应。因此,探究更加安全有效的治疗方法,成为现在临床研究的方向。

“通督调神”针法以“病变在脑,首取督脉”为核心,“通督”旨在疏通督脉,贯通诸经气机,使经脉气血运行得畅,进而脑府得养,元神得充;“调神”核心在于调畅神机,藉针刺以和阴阳、调气血,促使脏腑经络功能协调,形神合一^[19]。本团队前期研究^[20-21]显示,使用通督调神针法治疗眩晕等脑系病症疗效显著。化癥通络灸以压灸为主,具有振奋阳气、充髓醒神、通络活血之功;起到温通经络、驱外邪、起沉疴之用;发挥化癥血、通脑络、填髓海、醒神智之效。胡培佳等研究发现^[22-24]

化癥通络灸治疗血管性痴呆、眩晕等脑血管疾病有较好疗效。“通督调神”针法和化癥通络灸取穴皆以督脉穴为主,因督脉与脑的关系最为密切,是治疗脑系病症的关键经脉。百会穴首载于《针灸甲乙经》,“百”者,众也;“会”者,交汇之义,其位上通于天,下贯全身。研究表明^[25],针灸百会穴可提高脑部血流速度,改善脑循环,有效缓解眩晕症状。大椎穴是督脉与诸阳经的交会穴,为“诸阳之会”。徐小雯等^[26]研究表明,针灸大椎穴可调节颈部交感神经兴奋性,减少各种炎症介质的释放,降低疼痛因子水平,提高疼痛阈值,改善眩晕症状。神庭为“神之门户”,位于前发际区,为诸多经络之枢要,针刺相应头皮区域可促进中枢功能重建与维持稳态,对神经递质水平进行调控,有效地缓解疼痛、改善情绪^[27]。四神聪位于巅顶部,针刺可直接作用于病所,调节脑府之精明,可醒脑调神止眩。研究发现^[28],针刺四神聪能够改善脑部血流灌注,调节大脑皮质兴奋,抑制平衡,促进神经功能重塑,具有显著调控作用。太阳穴,为阳气汇聚之穴,位于晕听区,深层组织中有三叉神经分支及血管走行,针灸太阳穴可使皮层神经递质释放良性信号,纠正血管痉挛,从而减轻缺血缺氧所致的神经代谢障碍,缓解偏头痛症状^[29-31]。风池穴为手足少阳经、阳维脉之交会要穴,研究表明^[32-33],风池穴在治疗偏头痛时选用频次最高,针刺其可改善椎—基底动脉血流动力学,增加脑循环血量,通过抑制硬脑膜肥大细胞、巨噬细胞和血清炎性因子水平来改善痛觉过敏,从而减轻偏头痛症状。哑门、风府是督脉与阳维脉交汇之地,是督脉入络脑的重要通道,是阳气充养脑窍的桥梁,针刺二穴可通关开窍、疏利经气。二者合用,相辅相成,针刺主“调神”,偏于中枢神经功能调控;艾灸侧“通络”,着力于改善局部气血运行。针灸并举,疏通经络、调和阴阳,最终达到消晕止痛、安神定眩之效。

近年来,诸多学者对神经递质异常学说进行了深入研究,其中,在VM发病中起到关键作用的5-羟色胺与降钙素基因相关肽等神经递质尤受关注^[34-35]。5-羟色胺作为一种单胺类神经递质,也是一种血管活性物质,通过受体介导脑膜血管扩张与神经源性炎症。降钙素基因相关肽是一种强效的血管扩张剂,能加剧神经炎症。5-羟色胺系统的紊乱可以触发降钙素基因相关肽的释放,而降钙素基因相关肽水平的升高又会进一步影响5-羟色胺的功能,从而影响VM的发病进程^[36]。已有学者^[37-38]证实,针灸治疗可以明显调节偏头痛患者的5-羟色胺和降钙素基因相关肽水平,进而调控神经源性炎症过程和脑膜血管的收缩与舒张。综合本次研究结果,认为针灸督脉及其相关经络穴位可能参与调控患者的5-羟色胺和降钙素基因相关肽水平,进而改善脑部血流动力学,平衡自主神经功能,调节神经递质水平,促进前庭系统代偿,减轻前庭过度兴奋状态,抑制炎症因子释放,降低疼痛水平,从而起到缓解临床症状的作用^[39-41]。

综上所述,“通督调神”针法联合化痰通络灸治疗VM立足于经络、腧穴理论,以调畅督脉、活血通络为治疗要点,显著缓解患者临床症状,改善患者情绪状态,提高患者生活质量。在本研究过程中,观察组未出现不良情况,提示联合疗法安全有效,值得推广。然而本次研究仍具有一定局限性:①本次研究样本量小,且为单中心研究,今后将进一步多中心大样本研究证实;②研究对象涵盖范围较广,影响因素较多,个人体质及改善速度可能对试验结果产生一定的影响;③该试验为开放性试验,且对照组未设立常规针刺组,试验结果可能存在偏倚。

参考文献:

[1] 于生元,万琪,王武庆,等.前庭性偏头痛诊治专家共识(2018)[J].中国疼痛医学杂志,2018,24(7):481-488.

[2] SOHN J H. Recent advances in the understanding of vestibular migraine[J]. Behav Neurol, 2016, 2016:1801845.

[3] CERIANI C E J. Vestibular migraine pathophysiology and treatment: a narrative review [J]. Curr Pain Headache Rep, 2024, 28(2):47-54.

[4] 刘妮,潘永惠,贺麟媛,等.前庭性偏头痛脑功能网络研究进展[J].中国疼痛医学杂志,2022,28(11):839-842.

[5] 刘柯均,周天梅.前庭性偏头痛的中医治疗研究进展[J].中医文献杂志,2021,39(4):85,89,86-85,89,88.

[6] 贾世震.针刺督脉组穴治疗前庭性偏头痛的疗效观察[D].合肥:安徽中医药大学,2023.

[7] 罗莹,王彦红.醒脑开窍针刺法治疗前庭性偏头痛[J].长春中医药大学学报,2020,36(1):113-115.

[8] 张磊,张国庆,李梦,等.“通督调神”法针刺联合前庭康复

训练治疗前庭性偏头痛疗效研究[J].陕西中医,2025,46(3):412-415.

[9] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中华人民共和国卫生部,1993:24-25.

[10] 曹奕.张道宗临床治验[M].合肥:安徽科学技术出版社,2010:1.

[11] 高树中,杨骏,赵吉平,等.针灸治疗学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016:40.

[12] 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会.经穴名称与定位:GB/T 12346—2021[S].北京:中国标准出版社,2021.

[13] JACOBSON G P, NEWMAN C W. The development of the dizziness handicap inventory [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990, 116(4):424-427.

[14] SHARON J D, KRAUTER R, KIRK L, et al. Development and validation of VM-PATHI: vestibular migraine patient assessment tool and handicap inventory [J]. Otol Neurotol, 2020, 41(4):e494-e500.

[15] POWELL L E, MYERS A M. The activities-specific balance confidence (ABC) scale [J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 1995, 50A(1):M28-M34.

[16] 巩丽娜,于栋祯,殷善开.前庭性偏头痛研究进展[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,32(15):1143-1147.

[17] 陈宇航,戴丽娟,张加英,等.排针平刺法联合盐酸氟桂利嗪治疗颈性眩晕疗效观察[J].陕西中医,2025,46(2):259-262,267.

[18] 孙鹤天.针刺督脉组穴联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的疗效及对负性情绪的影响[D].合肥:安徽中医药大学,2025.

[19] 王鸿波,张弘,陈伊,等.通督调神针法对脑梗死恢复期椎—基底动脉血流影响的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(8):24-27.

[20] 张国庆,韩为,王文静,等.基于动脉质子自旋标记技术探讨通督调神针刺对短暂性脑缺血发作患者脑血流的影响[J].安徽中医药大学学报,2017,36(1):46-49.

[21] 张国庆,张玲,朱玲玲,等.通督调神针刺结合化痰通络灸治疗痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕临床观察[J].安徽中医药大学学报,2023,42(4):40-44.

[22] 胡培佳,程红亮.化痰通络灸法治疗颈性眩晕临床研究[J].中医药临床杂志,2018,30(3):508-510.

[23] 付金峰,樊吟秋,石杰.化痰通络灸联合通督调神针法治疗血管性痴呆临床疗效[J].辽宁中医杂志,2025,52(7):163-166.

[24] 汪林英,肖洪波,张庆萍,等.化痰通络灸结合针刺治疗脑卒中后轻度认知障碍的临床疗效观察[J].安徽中医药大学学报,2021,40(5):40-44.

[25] 陈怡文,刘颖,邵智愚,等.项七针针刺联合百会压灸治疗颈性眩晕的疗效观察[J].上海针灸杂志,2024,43(4):394-399.

(下转第260页)

(9):930-933.

- [3] 曾月婵. 全程药学干预对慢性咳嗽患儿合理用药的影响[J]. 中国药物经济学, 2024, 19(S1): 242-243.
- [4] 罗载荣. 药学干预在呼吸内科中的应用和对抗菌药物使用情况的影响[J]. 内科, 2024, 19(3): 271-274.
- [5] 陈雪茁, 张思培, 屠莹, 等. 药学干预对呼吸科门诊急诊抗菌药使用的影响[J]. 继续医学教育, 2024, 38(1): 184-188.
- [6] 喻雯, 唐响. 临床药学服务干预在头孢菌素类抗菌药物合理用药中的应用效果[J]. 临床合理用药, 2023, 16(33): 168-171.
- [7] 甄中锋. 药剂科参与抗菌药物用药管理对临床合理用药的促进作用[J]. 中国现代药物应用, 2023, 17(19): 164-167.
- [8] 管咪咪, 杨苏芬, 李轲, 等. 药学干预对呼吸内科抗菌药物

使用及影响分析[J]. 医院管理论坛, 2023, 40(3): 61-64.

- [9] 陈丹红, 缪健. 呼吸内科肺炎患者 87 例抗菌药物应用情况[J]. 临床合理用药杂志, 2024, 17(7): 119-122.
- [10] 姚志红, 刘文广, 任志强, 等. 临床药师参与呼吸内科抗感染药物治疗管理实践[J]. 临床合理用药, 2023, 16(20): 144-147.
- [11] 周丹, 秦守权, 朱虹. 药学评估思维在住院患者药学干预中的应用[J]. 医学与哲学, 2022, 43(22): 16-18.
- [12] 黄萍娟, 邵振兴. 呼吸内科住院患者喹诺酮类药物临床合理应用的药师药学干预效果分析[J]. 系统医学, 2022, 7(20): 135-139.

收稿日期: 2025-10-22; 修回日期: 2025-12-09

(本文编辑 钟琳)

(上接第 235 页)

- [26] 徐小雯. 围刺联合悬灸大椎穴治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [27] 杨燕宇, 周洋宾, 魏雅馨, 等. 关于神庭穴定位的探讨[J]. 环球中医药, 2025, 18(3): 540-544.
- [28] 周紫琳, 李嘉玉, 李京谕, 等. 百会、四神聪穴治疗卒中后失眠的作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(7): 216-220.
- [29] 陈辉平. 太阳穴刺血治疗偏头痛的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(24): 232-234.
- [30] 陈思璇, 孙畅, 胡效萌, 等. 范刚启“四维”辨治针灸治疗偏头痛临床经验[J]. 中国针灸, 2025, 45(9): 1299-1304.
- [31] 张晨迪. 温针灸太阳穴联合普通针刺治疗紧张型头痛的临床观察[D]. 北京: 中国中医科学院, 2019.
- [32] 韩鹏, 温静, 吴慧慧, 等. 基于复杂网络探析针灸治疗偏头痛的腧穴配伍规律[J]. 针刺研究, 2022, 47(2): 171-176.
- [33] 赵焕军, 贾红玲. 风池穴古今临床应用及作用机制探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(8): 87-91.
- [34] ZHAI Q L, CHEN Q H, ZHANG N, et al. Exploring vestibulocerebellum-vestibular nuclei-spinal trigeminal nucleus caudals communication and TRPV2 ion channel in a mouse model of vestibular migraine[J]. J Headache

Pain, 2025, 26(1): 47.

- [35] 符加荣, 李丽, 张睿, 等. “定眩止痛合剂”治疗前庭性偏头痛风痰瘀阻证 49 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2025, 57(11): 50-54.
- [36] 张涵, 王伟涛, 张道培, 等. 5-羟色胺及其受体在前庭性偏头痛发病中作用的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(15): 2779-2782.
- [37] 吴爽, 赵钧. 益气线灸法对气虚血瘀型偏头痛患者血浆 5-HT 与脑血流速的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(2): 485-488.
- [38] 柯洪奎, 涂韶恒, 沈玉杰, 等. 朱璜针灸抑制 II 型手法治疗慢性偏头痛及对血清 5-HT、VEGF、CGRP 的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(10): 1079-1083.
- [39] 胡静, 王京京, 刘璐, 等. 《针灸临床实践指南: 偏头痛》国际需求调研结果分析[J]. 中国针灸, 2021, 41(7): 799-804.
- [40] 李万倩, 高桃, 冯卫星, 等. 艾灸治疗偏头痛疗效特点及作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(3): 38-42.
- [41] 赵振, 刘亚芬, 刘寅, 等. 通玄针法治疗前庭性偏头痛及对神经递质 5-HT、CGRP 与 SP 水平影响的研究[J]. 四川中医, 2023, 41(2): 192-195.

收稿日期: 2025-10-14; 修回日期: 2025-11-29

(本文编辑 钟琳)