

本文引文格式:康雅红,涂淑贞,刘芳,等.头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸对卒中后认知障碍患者记忆力及日常生活活动能力的影响[J].右江民族医学院学报,2026,48(3):493-498.

【临床护理】

## 头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸对卒中后认知障碍 患者记忆力及日常生活活动能力的影响

康雅红<sup>1</sup>,涂淑贞<sup>2</sup>,刘芳<sup>1</sup>,高姗<sup>1</sup>,陈秋华<sup>1</sup>

(1. 福建中医药大学护理学院,福建 福州 350122;

2. 北京中医药大学第三附属医院,北京 100029)

**摘要:**目的 探讨头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸治疗卒中后认知障碍(PSCI)患者整体认知功能、记忆力及日常生活活动能力的疗效。**方法** 于2024年3月至2024年11月期间招募符合纳入及排除标准的PSCI患者82例,通过随机数字表法分为对照组(常规治疗)和联合组(常规治疗+头部穴位按摩+石菖蒲嗅吸),各41例。两组患者于干预前及干预4周后分别接受福州版蒙特利尔认知评估量表(MoCA-ChiFZ)、听觉词语学习测验(AVLT)和改良 Barthel 指数(MBI)评估。**结果** 最终对照组和联合组各37例完成试验。干预4周后,两组患者 MoCA-ChiFZ 总分及各维度得分、AVLT 得分和 MBI 得分较干预前提高( $P<0.05$ );联合组在 MoCA-ChiFZ 总分及延迟回忆、语言、注意力、视空间与执行能力4个维度得分、AVLT 得分和 MBI 得分方面,均显著高于对照组( $P<0.05$ ,  $P<0.001$ )。**结论** 头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸能有效改善 PSCI 患者的整体认知功能及记忆力,提高日常生活活动能力。

**关键词:**穴位按摩;石菖蒲;嗅吸;卒中;认知;记忆;日常生活活动能力

**中图分类号:**R473.5

**文献标识码:**C

**文章编号:**1001-5817(2026)03-0493-06

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.03.026

卒中后认知障碍(post-stroke cognitive impairment, PSCI)是脑卒中患者较为常见的后遗症之一,通常在脑卒中事件发生后出现并持续至6个月仍存在,是以认知功能下降为特点的一种临床综合征<sup>[1]</sup>。在我国首次卒中患者中,PSCI的发生率高达78.7%<sup>[2]</sup>。记忆损害是PSCI患者的重要临床表现之一,影响约25%~30%的患者<sup>[3]</sup>。记忆功能受损会影响PSCI患者的学习能力、语言理解、逻辑思维等多个认知子领域<sup>[4]</sup>,导致患者对复杂指令理解困难,无法配合完成康复训练,从而延缓其整体康复进程,降低日常生活活动能力及生活质量<sup>[5]</sup>,给患者家庭带来沉重的照护及经济负担。因此,有必要探索一种便捷、安全且能有效改善PSCI患者认知及记忆力的康复护理手段,以延缓PSCI的进展。头部穴位按摩是以中医经络理论为基础的一种中医护理操作技术,通过按、揉、推、拿等手法对头部腧穴进行刺激,从而发挥疏经通络、理气活血、平衡阴阳及调节脏腑功能的功效<sup>[6]</sup>。该技术具有操作简单、安全无创的特点,课题组前期研究已证实头部穴

位按摩可明显改善PSCI患者的认知功能<sup>[7]</sup>。中药嗅吸是指经口鼻吸入或嗅入中药,使药物有效成分作用于体内,产生局部或全身疗效的一种给药方法<sup>[8]</sup>。其深植于中医“鼻为肺窍”“香药开窍”“脑为元神之府”经典理论,构建了“从鼻入脑—以香行气—以气通神”的完整干预链<sup>[9]</sup>。芳香类中药嗅吸具有开窍醒神功效,主治闭窍神昏证,在中医治疗神志病中应用广泛<sup>[10]</sup>。石菖蒲是临床常用的芳香类中药,味辛性温,归心经、胃经,具辛香走窜之性,属宣气通窍之佳品,主要功效为活血化瘀、开窍豁痰、除湿健胃、醒神益智<sup>[11]</sup>,是治疗PSCI频次最高的中药<sup>[12]</sup>。故本研究采用随机对照试验,观察头部穴位按摩联合石菖蒲精油嗅吸对PSCI患者整体认知功能、记忆力及日常生活活动能力的影响,以为头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸在PSCI患者认知康复中的应用提供临床依据。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究于2024年3月至2024年11月在福建中医药大学附属康复医院招募符合纳入及排

**基金项目:**福建省2025年“大学生创新训练计划”项目(S202510393027);福建省认知功能康复重点实验室开放课题(XKF2023008)

**第一作者:**康雅红,在读硕士研究生,研究方向:脑血管康复护理,E-mail:2262323129@qq.com

**通讯作者:**刘芳,博士,教授,研究方向:脑血管康复护理,E-mail:liufangcn05@163.com

除标准的 PSCI 患者 82 例作为研究对象。根据 SPSS 26.0 软件生成的随机数字,将患者分为联合组和对照组,各 41 例。研究过程中,联合组脱落 4 例(2 例因无法坚持自行退出,1 例转院,1 例因家属质疑疗效主动要求退出),最终 37 例完成试验,其中男 30 例,女 7 例;平均年龄( $60.51 \pm 10.07$ )岁;缺血性卒中 19 例,出血性卒中 18 例;卒中病程 6 个月以内 27 例,6 个月以上 10 例。对照组剔除 2 例,脱落 2 例(2 例干预期间同时参加其他试验,2 例提前出院),最终 37 例完成试验,其中男 31 例,女 6 例;平均年龄( $60.41 \pm 10.11$ )岁;缺血性卒中 24 例,出血性卒中 13 例;卒中病程 6 个月以内 28 例,6 个月以上 9 例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。本研究已通过医院伦理委员会审核批准,伦理号为 2023KY-049-001。

## 1.2 选取标准

1.2.1 诊断标准 脑卒中遵循《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》<sup>[13]</sup>中脑出血及脑梗死的诊断要点;认知障碍参考《中国血管性认知障碍诊治指南 2019》<sup>[14]</sup>中血管性认知障碍的诊断要点。

1.2.2 纳入标准 符合上述诊断标准的 PSCI 患者;首次发病,脑卒中病程 $\geq 2$ 周,处于恢复期或后遗症期;出现 1 个及以上认知领域障碍,福州版蒙特利尔认知评估量表得分为 10~26 分(根据受教育程度调整);年龄为 40~75 岁;病情稳定,意识清醒,能够进行语言及书面有效沟通;嗅觉功能正常;患者本人及家属同意参与本研究。

1.2.3 排除标准 认知功能障碍非脑卒中引起者;头部存在破溃、感染、湿疹等皮肤病,或颅脑术后未达骨性愈合标准等不宜行穴位按摩者;有石菖蒲及精油过敏史不能进行嗅吸者;有精神病史,存在视听及语言障碍,或合并其他重要脏器功能障碍者。

1.2.4 脱落与剔除标准 自行决定退出试验;因提前出院、转院等原因未能按照原定试验方案完成全部干预;同时参加其他试验,无法判定疗效。

## 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 对照组患者参照《中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)》<sup>[15]</sup>接受常规内科治疗、康复训练与护理,具体方案包括:对症治疗,控制血糖、血压、血脂,积极治疗并发症等常规治疗;进行家务性作业训练、步态训练、良肢位摆放等常规康复锻炼;给予患者安全、饮食、心理、并发症等常规护理措施。

1.3.2 联合组 在对照组的基础上,予患者头部穴位按摩联合石菖蒲精油嗅吸。①头部穴位按摩:遵循 2015 年国家中医药管理局医政司发布的《护理人员中医技术使用手册》相关规定操作。操作前,嘱患者取坐

位或仰卧位,操作人员使用手指指腹沿患者头部督脉、胆经、膀胱经循行线进行梳理按摩 30 次,帮助患者镇静放松。梳理按摩结束后,选取四神聪、神庭、百会、太阳(双侧)、风池(双侧)进行按摩刺激,定位方法参照《经穴名称与定位》(GB/T12346—2021)。按摩力度均匀、柔和、持久,每穴按摩 2 min,频率 120~160 次/分钟,以患者穴位出现酸、麻、胀、痛等得气感,皮肤微热、发红为度。操作过程中注意保暖,观察患者表情与状态,及时根据患者情况调整力度;②石菖蒲嗅吸:在按摩的同时给予患者 1%石菖蒲精油嗅吸<sup>[16]</sup>。精油由操作人员现配现用,将 100%石菖蒲纯精油原液与基础油(椰子油)混合稀释至 1%浓度(椰子油和石菖蒲精油原液均来自江西松盛源生物科技有限公司)。询问患者有无石菖蒲精油过敏史,进行皮肤过敏测试,待测试通过后正式进行嗅吸。操作人员取 1%石菖蒲精油 0.1 mL 滴在直径 20 mm、厚度 2 mm 的无味香薰棉片上进行扩香,借助医用透气胶带固定于患者衣领,使香薰棉片距患者鼻翼约 10~15 cm,指导患者闭目放松,均匀呼吸进行嗅吸。具体操作参考《中医官窍疗法》<sup>[17]</sup>及相关文献<sup>[18]</sup>。嗅吸过程中注意观察患者有无皮肤过敏现象。每次干预 20 min,1 次/天,5 天/周,共干预 4 周。

1.4 疗效观察 于干预前及干预结束后,由同一名对分组信息不知情的作业治疗师对 PSCI 患者进行一系列评估,具体指标如下。①整体认知功能:采用陈立典团队修订的福州版蒙特利尔认知量表(MoCA-ChiFZ)进行评估。该量表由延迟回忆、语言、命名等 7 个认知子维度组成,共含 11 项测试内容。量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.912,重测信度为 0.90,信度良好,更适合福州地区人群的认知评价<sup>[19]</sup>。量表总分 30 分,根据受试者受教育水平不同,总分需进行相应调整:若受教育年限 $\leq 12$ 年,则在原始总分上加 1 分。总分 $< 26$ 分提示存在认知障碍,评分越高表明认知功能越好;②记忆力:采用郭起浩团队编制的华山版听觉词语学习测验(AVLT)进行评估。该测验共含 12 个名词,评估人员以每秒 1 个名词的速度依次读出,要求受试者在读完后立即回忆,此过程重复 3 次,3 次回忆得分之和记为短时记忆(AVLT123);间隔 5 min 后,受试者在无提示下回忆 12 个名词,记为短延迟回忆(AVLT4);20 min 后受试者自由回忆,记为长延迟回忆(AVLT5)。每正确回忆 1 个词语计 1 分,错误不计分,每次回忆得分范围为 0~12 分,得分越高代表记忆力越好;③日常生活活动能力:采用改良 Barthel 指数(MBI)进行评估。MBI 涵盖个人卫生、床椅转移、大小便控制、进食等 10 个基础生活技能项目,反映受试者在基础生活领域的独立程度。MBI 采用 100 分制,根据总分划分为

完全依赖、重度依赖、中度依赖、轻度依赖、完全独立 5 个等级,得分越高代表日常生活活动能力越好;④不良反应:在整个干预期间密切关注可能出现的所有不良事件,如头晕、头痛、呼吸困难、皮肤红肿、瘙痒、丘疹等,并给予及时正确处理,随后在《不良反应记录表》上记录不良反应的症状、时间、原因及采取措施,并统计不良反应发生率[不良反应发生率(%)=(不良反应例数/该组总例数)×100%]。

1.5 统计学方法 应用统计学软件 SPSS 26.0 对收集的数据进行分析。计数资料采用例数(百分数)[ $n$ (%)]进行描述,统计分析方法选用 $\chi^2$ 检验。对于计量资料,若服从正态分布,则以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )的形式进行描述,运用配对样本  $t$  检验进行组内比较,独

立样本  $t$  检验进行组间比较;若不满足正态分布的条件,则采用中位数(四分位数间距)[ $M(P_{25}\sim P_{75})$ ]的形式加以描述,统计分析方法选用秩和检验。当  $P<0.05$  时,认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 MoCA-ChiFZ 评分比较 两组患者干预前的 MoCA-ChiFZ 总分及各维度得分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者干预后的 MoCA-ChiFZ 总分及各维度得分均较干预前提高( $P<0.05$ ),且联合组的 MoCA-ChiFZ 总分及延迟回忆、注意力、语言、视空间与执行能力 4 个维度得分较对照组提高更显著( $P<0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组 PSCI 患者干预前、干预 4 周后 MoCA-ChiFZ 总分及各维度得分比较 |                  |                                |                  | 单位:分                          |  |
|-------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------------|--|
| 项目                                              | 联合组( $n=37$ )    |                                | 对照组( $n=37$ )    |                               |  |
|                                                 | 干预前              | 干预 4 周后                        | 干预前              | 干预 4 周后                       |  |
| 总分                                              | 16.27±2.85       | 22.16±2.82 <sup>ab</sup>       | 15.76±2.89       | 19.43±2.94 <sup>a</sup>       |  |
| 视空间与执行能力                                        | 2.00 (1.00~3.00) | 3.00 (2.00~4.00) <sup>ab</sup> | 2.00 (1.00~3.00) | 2.00 (1.50~3.00) <sup>a</sup> |  |
| 命名                                              | 2.00 (1.50~3.00) | 3.00 (2.50~3.00) <sup>a</sup>  | 2.00 (2.00~3.00) | 3.00 (2.00~3.00) <sup>a</sup> |  |
| 注意力                                             | 3.00 (2.00~5.00) | 5.00 (4.00~6.00) <sup>ab</sup> | 3.00 (2.00~5.00) | 4.00 (3.00~5.00) <sup>a</sup> |  |
| 语言                                              | 2.00 (1.00~2.00) | 2.00 (1.50~3.00) <sup>ab</sup> | 1.00 (1.00~2.00) | 2.00 (1.00~2.00) <sup>a</sup> |  |
| 抽象                                              | 1.00 (0.00~2.00) | 1.00 (1.00~2.00) <sup>a</sup>  | 1.00 (0.00~2.00) | 1.00 (1.00~2.00) <sup>a</sup> |  |
| 延迟回忆                                            | 2.00 (1.00~2.00) | 3.00 (3.00~4.00) <sup>ab</sup> | 2.00 (1.00~2.00) | 2.00 (2.00~3.00) <sup>a</sup> |  |
| 定向力                                             | 3.00 (3.00~4.00) | 4.00 (3.00~5.00) <sup>a</sup>  | 3.00 (3.00~5.00) | 4.00 (3.00~5.00) <sup>a</sup> |  |

注:①表内正态分布计量资料数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示,非正态分布计量资料数据以  $M(P_{25}\sim P_{75})$  表示;②与本组干预前相比,a: $P<0.05$ ,与对照组干预后相比,b: $P<0.05$ 。

2.2 两组患者 AVLT 评分比较 两组患者干预前的 AVLT123、AVLT4、AVLT5 评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者干预后的 AVLT123、

AVLT4、AVLT5 评分均较干预前提高( $P<0.05$ ),且联合组明显高于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

| 表 2 两组 PSCI 患者干预前、干预 4 周后 AVLT 评分比较 |                  |                                |                  | 单位:分                          |  |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------------|--|
| 项目                                  | 联合组( $n=37$ )    |                                | 对照组( $n=37$ )    |                               |  |
|                                     | 干预前              | 干预 4 周后                        | 干预前              | 干预 4 周后                       |  |
| AVLT123                             | 9.22±4.17        | 12.35±4.49 <sup>ab</sup>       | 8.30±3.53        | 10.16±3.78 <sup>a</sup>       |  |
| AVLT4                               | 2.00 (1.00~3.00) | 3.00 (2.00~4.50) <sup>ab</sup> | 2.00 (1.00~2.00) | 2.00 (1.50~3.00) <sup>a</sup> |  |
| AVLT5                               | 1.00 (1.00~2.00) | 2.00 (1.00~3.00) <sup>ab</sup> | 1.00 (0.50~2.00) | 1.00 (1.00~2.00) <sup>a</sup> |  |

注:①表内正态分布计量资料数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示,非正态分布计量资料数据以  $M(P_{25}\sim P_{75})$  表示;②与本组干预前相比,a: $P<0.05$ ,与对照组干预后相比,b: $P<0.05$ 。

2.3 两组患者 MBI 评分比较 两组患者干预前的 MBI 评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者干预后的 MBI 评分均较干预前提高( $P<0.001$ ),且联合组高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.001$ )。见表 3。

| 表 3 两组 PSCI 患者干预前、干预 4 周后 MBI 评分比较 |     |             |            |        |        |
|------------------------------------|-----|-------------|------------|--------|--------|
| 单位:分                               |     |             |            |        |        |
| 组别                                 | $n$ | 干预前         | 干预 4 周后    | $t$    | $P$    |
| 联合组                                | 37  | 57.00±12.12 | 78.27±6.91 | 14.887 | <0.001 |
| 对照组                                | 37  | 60.03±12.52 | 70.03±9.57 | 11.816 | <0.001 |
| $t$                                |     | -1.056      | 4.249      |        |        |
| $P$                                |     | 0.294       | <0.001     |        |        |

2.4 安全性分析 本研究在干预期间所有患者均未出现头晕、呼吸困难、皮肤过敏等不良反应。

### 3 讨论

3.1 头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸干预 PSCI 的中医理论基础 中医认为 PSCI 是“中风”的合病与并病,《杂病源流犀烛》记载“中风后善忘”,说明中风后易发生以记忆功能下降为主的认知障碍。关于中风后认知障碍的病因病机,历代医家多有论述:《医学心悟·健忘》云“肾虚则智不足,故喜忘其前言”,认为记忆的产生与肾脏之精气密切相关;清·《辨证录》有言“痰积于胸中,盘居于心外,使神明不清而成呆病矣”,《伤寒杂病论》云“本有久瘀血,故令喜忘”,可见瘀血、痰浊也是导致呆病、善忘的重要因素。现代中医学家将 PSCI 的发生发展归纳为“肾虚—痰瘀—酿毒—病络”,认为中风后肾脏亏虚,肾阳温煦蒸腾无力,气血津液运行受阻,致使痰湿内生;痰邪久而不化与瘀血互结,酿浊化毒,侵袭阻塞脑络清窍,髓海失养而致神机失用,最终引起认知障碍<sup>[20]</sup>。故 PSCI 治疗原则以祛痰化瘀、开窍醒脑为主。

《黄帝内经》中提到“经络不通……治之以按摩”,《厘正按摩要术》曰“运则行之……俾血脉流动,筋络宣通”,说明穴位按摩能够促进经络气血运行通畅,缓解相关疾病症状。《素问·脉要精微论》有云“诸阳之神气上会于头,诸髓之精上聚于脑”,可见人体的经络及脏腑精气皆会于头部,故通过按摩刺激头部腧穴,能够理气活血、疏通脑络、振奋阳气、促进肾之精气上乘于脑、使髓海得以滋养,从而改善 PSCI 患者的认知功能。课题组前期研究<sup>[21]</sup>表明,穴位按摩治疗认知障碍选用频次前五位的腧穴为百会、太阳、风池、四神聪、神庭。根据《灵枢》记载,“病变在脑,首取督脉”,督脉诸穴常被用于治疗神志类疾病,且头为诸阳之会,头面之疾应当首调阳经。督脉具有联系“心、脑、肾”三脏的作用,刺激督脉上的腧穴有利于推动肾气肾精运行于脑,进而补益脑髓、开智益脑,改善 PSCI 患者记忆差、善忘等髓海不足之症。百会穴、神庭穴均属督脉,可借助督脉统领一身之阳气及联系各脏腑的作用;四神聪穴为诸阳经交汇之所,其前后二穴位于督脉循行线上;风池穴为足少阳、阳维之会;太阳穴位于三阳交汇之地,为阳气汇聚之所。因此,采用百会、神庭与四神聪、太阳、风池配伍,具有扶阳祛邪之效;机体阳气充足,气血循行有力,可使痰浊血瘀消散,并推动肾脏精气上行于脑,充盈脑髓,有助于改善认知障碍。

张仲景在《金匮要略》中首创“薤汁灌鼻”急救卒死,开创药气直通脑络之先河;清代《理瀹骈文》则以醋煎红花熏鼻治瘀血神昏,可见古代医家多采用鼻腔递药急救昏厥、中风等神识障碍。中医认为人体五官与

九窍之间息息相通,《医林改错》记载:“鼻通于脑,所闻香臭归于脑”。从所处位置来看,鼻居头面部正中线上,乃人体多气多血之孔窍,位于任脉与督脉交会之处,能够通过任督二脉及膀胱经与脑组织相连<sup>[22]</sup>,因此经鼻给药可借经络直达脑部,用于治疗“善忘”“痴呆”等认知障碍疾病。石菖蒲别称昌本,是芳香开窍类中药的代表性药物,常用于治疗神昏谵语、健忘失眠、痰蒙清窍等神志病症<sup>[23]</sup>。《景岳全书》云:“痰之本无不在肾……肾虚则水泛为痰”,说明肾虚则生痰,而石菖蒲的豁痰开窍作用正与此契合。《重庆堂随笔》提及:“石菖蒲……赖以祛痰秽之浊而卫宫城……借以宣心思之结而通神明”,因此石菖蒲经鼻嗅吸可循经入脑,行气活血以祛痰瘀,畅通脑络,使肾精上达于脑而神志清明,从而减轻认知功能障碍。综上所述,本研究采用头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸对 PSCI 患者进行干预。

3.2 头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸有助于改善 PSCI 患者的整体认知功能及记忆力 本研究发现,头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸能有效促进 PSCI 患者整体认知功能及记忆力的恢复。分析其原因是按摩患者的百会、神庭、四神聪等头部穴位可通畅经络、益气升阳、推动肾精上充脑髓,使脑发挥“元神之府”的作用,从而延缓记忆力下降;而进行石菖蒲嗅吸,则令其发挥化痰祛瘀、疏调元神之府气机、解窍醒神的功效,有利于肾之精气上行、补益脑髓、益智醒脑,进而改善认知与记忆障碍。从现代医学的角度来看,颞叶、额叶、顶叶是人体记忆思维形成的核心区域<sup>[24-25]</sup>,PSCI 患者的记忆损害可能与脑卒中事件后局部血液循环障碍导致相关脑区神经元受损有关<sup>[26]</sup>。百会、风池、四神聪等腧穴位于人体延髓中枢及额颞顶三叶的投射区,通过按摩这些腧穴可引起神经及骨膜效应,改善大脑的血液循环障碍,促进大脑皮质功能的恢复,增强记忆相关区域与大脑其他区域的联系,有效改善 PSCI 患者的记忆及认知功能<sup>[27]</sup>。另有研究表明<sup>[28]</sup>,记忆功能障碍的发生还与海马体的突触形态及功能变化有关。石菖蒲精油分子经鼻腔吸入后,主要通过嗅觉通路传递至海马体等区域,海马区整合嗅觉信号形成特异性嗅觉相关记忆,该过程涉及突触可塑性改变与神经元连接模式重构,能够优化海马神经环路的信号处理效能,增强记忆信息的识别精度、编码强度及存储稳定性,从而提高记忆和认知功能<sup>[29]</sup>。综上,头部穴位按摩与石菖蒲精油嗅吸在作用机制上存在多方面重叠,既可直接刺激中枢神经系统,增强神经元可塑性,加快中枢神经功能重建,又可活血化瘀、温经通络,推动肾气肾精上行于脑而充盈髓海、益智醒脑。故两者同步干预有助于发挥治疗的即刻效应并产生协同作用,共同促进 PSCI 患者认知及记忆功能的恢复。

3.3 头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸可提高 PSCI 患者的日常生活活动能力 本研究发现,头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸还能够提高 PSCI 患者的日常生活活动能力。分析其原因是日常生活的各项活动需要在肢体功能正常以及清晰意识的共同作用下进行,日常生活活动受限主要归因于感知觉和肢体功能发生障碍<sup>[30]</sup>,故认知功能改善程度越大,日常生活活动能力恢复越好<sup>[31]</sup>。相比常规治疗,头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸的独特之处在于其综合发挥了石菖蒲精油的药理作用与穴位按摩对经络腧穴的物理刺激作用,实现了药物直达病变部位、疏通经络、开窍醒神的效果,进而促进患者认知功能的恢复。记忆力、执行力等认知功能是日常生活活动能力的前提和基础,当这些高级认知功能改善后,患者对于复杂活动顺序的理解和执行能力增强,更愿意参与到康复训练中,康复效率提高,肢体功能恢复加快,患者的日常生活活动能力随之增强<sup>[32-33]</sup>。此外,PSCI 患者的日常生活活动能力还与其心理健康状态密切相关<sup>[34]</sup>。头部穴位按摩作为一种辅助治疗手段,可帮助患者放松身体、舒缓精神,减轻焦虑、抑郁等负面情绪,增强疾病康复的信心与应对能力,从而改善 PSCI 患者的日常生活活动能力。与此同时,石菖蒲精油分子会伴随患者的嗅吸,通过嗅觉通路传递至边缘系统完成情绪加工,激活相关脑区,释放神经递质以重构情绪与认知联结网络,最终实现负性情绪缓解与认知障碍改善的协同效应<sup>[35]</sup>,进一步提高患者的日常生活活动能力。故通过二者的联用可增强疗效,加快 PSCI 患者认知及记忆功能的恢复,进而促进患者日常生活活动能力的改善。

#### 4 小结

综上所述,头部穴位按摩联合石菖蒲嗅吸可有效改善 PSCI 患者的整体认知及记忆功能,提高患者的日常生活活动能力。作为传统中医技术,两种疗法操作简便,具有较好的安全性与舒适性,二者联用可增强疗效,适合在临床 PSCI 患者康复中推广使用。但受时间、经费等因素限制,本研究纳入样本量较少,且未进行远期疗效随访。希望后续开展更多高质量、多中心、大样本的临床随机对照试验,并制定详细的随访计划,为 PSCI 患者治疗提供更有效的方案。

#### 参考文献:

- [1] 汪凯,董强,郁金泰,等.卒中后认知障碍管理专家共识 2021[J].中国卒中杂志,2021,16(4):376-389.
- [2] HE A N,WANG Z,WU X,et al. Incidence of post-stroke cognitive impairment in patients with first-ever ischemic stroke:a multicenter cross-sectional study in China[J]. Lancet Reg Health West Pac,2023,33:100687.
- [3] O'SULLIVAN M J,LI X Q,GALLIGAN D,et al. Cognitive recovery after stroke:memory[J]. Stroke,2023,54(1):44-54.
- [4] 范舒涵,牛星阳,古锦敏,等.卒中后汉语失语症患者的言语和空间工作记忆障碍[J].中山大学学报:医学科学版,2021,42(5):738-745.
- [5] IRFANI FITRI F,FITHRIE A,S RAMBE A. Association between working memory impairment and activities of daily living in post-stroke patients[J]. Med Glas,2020,17(2):433-438.
- [6] 徐桂华,胡慧.中医护理学基础[M].4版.北京:中国中医药出版社,2021:452.
- [7] 刘芳,余李强,聂平英,等.头部穴位按摩对卒中后认知障碍患者认知和日常生活自理能力的影响[J].中华养生保健,2022,40(3):66-68.
- [8] 杨卉妍,蒋鑫,安一珂,等.中药吸嗅给药的历史、现状、存在问题及发展思考[J].中药药理与临床,2024,40(12):124-128.
- [9] 张双丽,葛诗慧,葛梓萌,等.“中药嗅药”——一种中药应用的新形式[J].中国实验方剂学杂志,2026,32(13):225-332.
- [10] 王纳,熊磊,吴忻晨,等.“芳香开窍”理论探析[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(9):1460-1462.
- [11] 刘彩芳,方兴,王娇,等.石菖蒲治疗血管性认知障碍的机制研究进展[J].实用中医内科杂志,2024,38(10):88-91.
- [12] 申伟,樊雪鸣,王柳丁,等.基于 Python 语言探析中药治疗卒中后认知障碍的用药规律[J].中草药,2022,53(10):3093-3102.
- [13] 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.
- [14] 中国医师协会神经内科分会认知障碍专业委员会,《中国血管性认知障碍诊治指南》编写组.2019 年中国血管性认知障碍诊治指南[J].中华医学杂志,2019,99(35):2737-2744.
- [15] 中华中医药学会脑病分会,广东省中医药学会脑病专业委员会,广东省中西医结合学会卒中专业委员会.中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)[J].中国循证医学杂志,2020,20(8):901-912.
- [16] 颜梦群,姚斌莲,毛小培,等.薰衣草精油嗅吸法对异基因造血干细胞移植患者焦虑情绪的影响研究[J].护理与康复,2024,23(1):52-54.
- [17] 刘兵,王栋,刘学莲.中医官窍疗法[M].济南:济南出版社,2008:27.
- [18] 段艳芳,王海蓉,许慧娟,等.芳香疗法联合穴位按摩缓解乳腺癌术后化疗患者疲乏与睡眠障碍[J].护理学杂志,2022,37(17):50-54.
- [19] 方云华.“十二·五”测试版蒙特利尔认知评估量表在卒中后认知障碍人群中的信效度初步研究[D].福州:福建中医药大学,2014:27-33.
- [20] 齐宝云.试述痰邪在卒中后认知障碍发病过程中的作用[J].中国中医急症,2021,30(10):1764-1766.
- [21] 方素珠,余李强,刘芳,等.基于数据挖掘技术分析穴位按摩治疗认知功能障碍的选穴规律[J].中国民族民间医药,2019,28(21):1-6.
- [22] 李东垣.五脏之气交变论[J].中医药通报,2016,15(3):40.

[23] 王浩,高磊,张金莲,等. 石菖蒲中  $\alpha$ -细辛醚和  $\beta$ -细辛醚药理作用及机制研究进展[J]. 中国中药杂志,2025,50(9):2305-2316.

[24] 宋晶,王东岩,何雷,等. 四神聪穴相关研究进展[J]. 针灸临床杂志,2018,34(2):82-84.

[25] 王艺璇,李淑雅,刘烜利,等. 针刺治疗轻度认知障碍的神经影像学进展[J]. 磁共振成像,2025,16(4):120-125.

[26] 刘静,韩涛,严翠华,等. 卒中后患者认知障碍发病机制及治疗策略研究进展[J]. 精准医学杂志,2025,40(1):88-92.

[27] 朱旗霞,苏桂婷,刘芳,等. 穴位按摩对脑卒中患者认知功能康复效果的系统评价与 Meta 分析[J]. 贵州中医药大学学报,2025,47(4):72-78.

[28] 袁洁,蔡时青. 衰老过程中行为和认知功能退化的调控机制研究[J]. 遗传,2021,43(6):545-570.

[29] LIE G, WILSON A, CAMPION T, et al. What's that smell a pictorial review of the olfactory pathways and imaging assessment of the myriad pathologies that can affect them[J]. Insights Imaging,2021,12(1):7.

[30] 李玮,陈蓓蓓,叶佩仪,等. 循经穴位艾灸结合红光疗法对中风偏瘫患者神经功能及 ADL 水平的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2023,23(24):88-92.

[31] WILSON L, HORTON L, KUNZMANN K, et al. Understanding the relationship between cognitive performance and function in daily life after traumatic brain injury [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2020; jnnp-2020-324492.

[32] 葛飞飞,陶亮,应婷婷,等. 运动反馈训练对脑卒中患者认知功能及日常生活活动能力的影响[J]. 护理与康复,2020,19(12):62-64.

[33] 姜欣琳. 重复经颅磁刺激对 PSCI 患者认知功能及日常生活活动能力的疗效观察[D]. 南京:南京医科大学,2024:20-21.

[34] 杜仁仁,孙文江,蔡珍珍,等. 传统功法结合康复治疗对脑卒中恢复期患者轻度抑郁、焦虑及日常生活活动能力的疗效及机制分析[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(12):152-160.

[35] 崔艳秋. 芳香疗法联合经穴推拿干预维持性血液透析患者失眠的效果研究[D]. 湖州:湖州师范学院,2021:10-13.

收稿日期:2025-12-15;修回日期:2026-02-02

(本文编辑 钟琳)

(上接第 480 页)

4 结论

综上所述,本研究证实 CBL-PBL 双轨教学模式能够有效提升肿瘤放射治疗学住院医师规范化培训的效果,显著改善学员的考核成绩、综合能力与教学满意度。该模式对培养学员的临床批判性思维、自主学习能力及团队协作精神具有积极作用,具备良好的推广应用价值。但是,本研究也存在局限性,研究为单中心设计,样本量相对有限,其结果的外推性需在更多中心、更大样本的研究中进一步验证。尽管采用了随机分组,但干预过程无法实现双盲,可能引入实施与测量偏倚。未来研究可通过多中心协作、采用更客观的评估工具加以完善。

参考文献:

[1] 阴蒙蒙,王浩,董兵. 一分钟教学法在放射肿瘤科住院医师规范化培训床边教学中的应用[J]. 医学研究杂志,2025,54(7):189-192.

[2] 胡海霞,江俊杰,王迪,等. 情景模拟法在康复科住院医师预见性思维培养中的应用效果[J]. 医药前沿,2025,15(34):143-146.

[3] 史宏睿,陕柏峰,段红英,等. 基于 OBE 理念的 CDIO 教学模式在中医院肿瘤科护理教学中的实践[J]. 中医教育,2026,45(2):66-71.

[4] 衣欢,陈坦,宋建榕,等. 基于问题的教学法联合基于案例的教学法在妇科肿瘤临床教学中的应用[J]. 妇儿健康导刊,2024,3(21):186-189.

[5] 胡丽丽,何明媛,陈望花. PBL 与 CBL 混合模式在肿瘤学临床教学中的应用[J]. 科教导刊,2025(30):112-114.

[6] HUANG SH, O'SULLIVAN B. Overview of the 8th edition TNM classification for head and neck cancer[J]. Curr Treat Options Oncol,2017,18(7):40.

[7] DRINKWATER B L. A comparison of the direction-of-perception technique with the Likert method in the measurement of attitudes[J]. J Soc Psychol,1965,67(2):189-196.

[8] 段金伟,马晓娟,李武,等. 住院医师规范化培训中教学模式对科研能力培养的影响[J]. 卫生职业教育,2026,44(1):147-151.

[9] DONG R, CHEN JY, WANG H, et al. The application of the acoustic shadowing facilitates guidance in radial artery puncture and cannulation teaching in standardized training for residents;a randomized controlled trial[J]. BMC Med Educ,2022,22(1):263.

[10] 周永红,李俊,李科,等. 人工智能联合 PBL+CBL 教学模式在内科学临床教学中的应用研究[J]. 中国现代医生,2025,63(36):72-75.

[11] 莫威,刘香林,孙建聪,等. PBL 联合 CBL 教学模式在肺部肿瘤立体定向放射治疗教学中的应用[J]. 中国病案,2025,26(12):100-102.

[12] 苏雷,霍新燕,胡玲. 基于 PBL 联合 CBL 的肿瘤学临床教学模式创新研究[J]. 继续医学教育,2025,39(10):31-33,38.

收稿日期:2025-12-02;修回日期:2026-02-25

(本文编辑 钟琳)