

星萸承气汤治疗急性脑梗病痰热腑实证的临床效果

康盛华¹ 倪敬年¹ 吴冬月¹ 时晶²

(1 北京中医药大学东直门医院脑三科,北京,100700; 2 首都医科大学北京友谊医院中医科,北京,100050)

摘要 目的:探讨星萸承气汤治疗对急性脑梗死病痰热腑实证的疗效特点及其对疾病证候演变的影响。方法:选取2014年3月至2016年10月北京中医药大学东直门医院收治的急性脑梗死病痰热腑实证患者40例纳入研究,根据随机对照表以2:1的比例分为观察组27例,对照组13例。对照组予以内科常规基础治疗,观察组在其基础上,加星萸承气汤加减口服;记录2组治疗前后的中医症状体征评分、痰热腑实证评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,评价其疗效差异。同时检测分析2组血液流变学和脂代谢水平的变化。结果:治疗前2组中医症状体征评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组中医症状体征评分改善,差异有统计学意义($P<0.05$),组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。2组痰热腑实证评分治疗后,观察组的内火、痰湿、阴虚和总分均比对照组低($P<0.05$)。治疗后观察组NIHSS评分较对照组降低($P<0.05$)。治疗后,2组血液流变学和脂代谢水平均明显降低($P<0.05$),且观察组优于对照组($P<0.05$)。2组血液流变学与痰热腑实证总评分正相关($P<0.05$),NIHSS评分未见明显相关性($P>0.05$)。结论:使用星萸承气汤对急性脑梗死病痰热腑实证患者,可以有效改善患者的中医证候积分及指标,缓解临床症状,充分体现中医辨证论治优势。

关键词 星萸承气汤;急性脑梗死;痰热腑实证;中医证候;临床疗效;国立卫生研究院卒中量表;血液流变;相关性

Clinical Observation on Xinglou Chengqi Decoction in the Treatment of Acute Ischemic Stroke Excess Syndrome of Phlegm Heat

Kang Shenghua¹, Ni Jingnian¹, Wu Dongyue¹, Shi Jing²

(1 The Third Department of Neurology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

2 Department of Traditional Chinese Medicine, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China)

Abstract Objective: To explore the clinical characteristics of Xinglou Chengqi Decoction on acute ischemic stroke of phlegm heat excess syndrome and its effects on the evolution of disease syndrome. **Methods:** Forty cases of acute ischemic stroke with phlegm heat and bowel excess syndrome were studied. According to the ratio of 2:1, they were divided into treatment group (27 cases) and control group (13 cases). The control group received routine therapy, and the treatment group on the basis of adding Xinglou Chengqi Decoction orally. TCM symptoms score, phlegm heat and bowel excess syndrome score, NIHSS score of two groups before and after treatment were recorded, and the efficacy differences was evaluated. At the same time, the changes of hemorheology in the two groups were detected, and lipid metabolism were analyzed. **Results:** 1) There was no difference between the two groups of TCM symptoms and signs before treatment ($P>0.05$). The score of TCM symptoms and signs in the treatment group was improved, and the difference was statistically significant after treatment ($P<0.05$), but there was no significant difference between the two groups ($P>0.05$). 2) Two groups of phlegm heat excess syndrome score in treatment group after treatment, the fire, phlegm, yin deficiency and total score were lower than the control group ($P<0.05$). 3) The NIHSS score of the treatment group was lower than that of the control group after treatment ($P<0.05$). 4) The hemorheological indexes and lipid metabolism of the two groups were significantly decreased ($P<0.05$), and the treatment group was better than the control group after treatment ($P<0.05$). 5) The blood rheology index of the two groups was positively correlated with the total score of phlegm heat and bowel excess. There was no significant correlation between NIHSS score ($P>0.05$). **Conclusion:** Xinglou Chengqi Decoction on acute ischemic stroke in the patients with syndrome of phlegm heat, can effectively improve the patient's symptom scores and index, alleviate the clinical symptoms of TCM, fully embodies the advantages, which is worthy of promotion.

Key Words Xinglou Chengqi Decoction; Acute ischemic stroke; Phlegm heat excess syndrome; TCM syndrome; Clinical curative effect; NIHSS; Blood rheology; Correlation

中图分类号:R289.5;R743 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.07.022

基金项目:“十二五”国家科技支撑计划课题(2013BA113B02)

作者简介:康盛华(1990.07—),女,博士研究生在读,研究方向:神经变性病的中医药防治方面的研究,E-mail:1826452924@qq.com

通信作者:时晶(1942.08—),女,博士研究生,主任医师,研究方向:神经变性病的中医药防治方面的研究,E-mail:shijing87@hotmail.com

脑梗死(Cerebral Infarction)是由于各种因素而致脑部组织血供、循环、灌注异常引起脑组织损害,并出现相应区域神经功能缺损,临床上以肢体麻木、半身不遂、言语障碍甚则昏迷为主要表现,中医又将其称为缺血性脑卒中或缺血性中风病^[1-2]。本病是最常见的脑卒中类型,占全部卒中类型的80%以上,且随着年龄的增长发病率呈上升趋势,由于本病的患者常合并有高血脂症、糖尿病等基础疾病,严重影响预后,从而使患者的病死率居高不下,而生存的患者大部分伴随肢体、言语、认知等功能障碍^[3],给家庭和社会带来了沉重的经济负担。目前在缺血性中风的治疗上,西医进行的溶栓、抗凝、降纤等特异性治疗,对大脑组织恢复再灌注、改善缺血脑组织功能、提高预后有重要的临床意义^[4-5]。但上述治疗受就医条件等影响,大多数患者在初次就诊时未能及时进行处理,故而尚存在一定的不足和问题。故而在急性期结合“简、便、廉、效”的中医中药治疗,受到越来越多学者,特别是基层临床工作者的欢迎。王永炎院士^[6]通过结合多年的临床经验,在进一步分析和总结了发现痰热腑实证是急性脑梗死的常见证型,确立了“气机逆乱、痰热内蕴、腑实不通、浊毒损伤脑络”为急性脑梗死的主要病机,提出在急性期的治疗上,应“急则治其标”,并结合“痰瘀同源”“痰瘀互患”的理论,确立了“化痰清热、活血祛瘀、通腑泻下”的治疗原则,从而创立星蒺承气汤用于临床治疗,其长期的临床应用取得了满意的疗效。本研究采用前瞻、随机、对照的研究方法,以痰热腑实证的急性脑梗死患者为研究对象,研究星蒺承气汤的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年3月至2016年10月间北京中医药大学东直门医院脑病三科收治的经确诊为痰热腑实证急性脑梗死病的住院患者40例,根据随机数字表法,以2:1的比例,分别将40例受试者随机纳入观察组和对照组。其中观察组27例,对照组13例,研究过程中观察组脱落1例,对照组脱落0例,最终进行有效分析病例39例,观察组26例中男12例,女14例,平均年龄(74.12±11.43)岁;对照组13例中男9例,女4例,平均年龄(67.62±8.79)岁,2组患者在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》急性缺血性脑卒中诊断标准制定^[7]。

中医诊断标准:参照《中风病诊断与疗效评定标准》及2002年《中药新药临床研究指导原则》中痰热腑实证的相关诊断标准制定^[8]。

1.3 纳入标准 1)符合上述急性缺血性脑卒中的西医诊断标准及中医中风病痰热腑实证诊断标准;2)病程≤14 d;3)年龄18~85岁;4)中风病痰热腑实证量表积分≥6分;5)患者自愿参加研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)不符合本研究中西医诊断标准者;2)确诊为短暂性脑缺血发作(TIA)、腔隙性脑梗死者或由脑肿瘤、外伤或循环系统等引起的脑梗死者;3)合并有风湿性心脏病、冠心病、心房颤动、心肌梗死及心力衰竭者;4)合并有肝肾等其他脏器严重原发性疾病、免疫缺陷疾病者;5)精神障碍、妊娠、哺乳期妇女及过敏体质者。

1.5 脱落与剔除标准 1)不符合纳入标准而被误入者;2)依从性差或治疗过程中出现严重不良事件、并发症等不宜继续研究者;3)受试者或直系亲属要求退出研究者。

1.6 治疗方法 1)对照组:患者以常规基础的西医治疗,根据患者个体差异及病情的不同,分别采取稳定血压、控制血糖、降脂、抗血小板聚集、改善循环、维持电解质平衡、控制感染和神经营养保护治疗。2)观察组:观察组患者在对照组基础上根据中医辨证论治加以使用星蒺承气汤治疗,整方如下:全瓜蒌30 g、胆南星6 g、生大黄(后下)10 g、芒硝(冲服)10 g、羌活6 g,水煎服,1剂/d,100 mL/次,2次/d。

1.7 观察指标

1.7.1 量表评定 1)中医症状体征评分:参考2002年《中药新药临床研究指导原则》对患者的中医症状评分进行评定,内容包括头晕头痛、心烦易怒、肢体麻木、痰多气促、便干便秘等。程度分为轻、中、重3级,记为1~3分。2)痰热腑实证评分:根据《中风病痰热腑实证候评价量表》对患者的中医痰热腑实证候情况进行量表评定,内容包括内火、痰湿、阴虚3大方面,并统计其总分。3)NIHSS评定:根据美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)对患者治疗前后的神经功能缺损情况进行评定。

1.7.2 血液指标检测 在治疗前及治疗后,抽取患者空腹血液5 mL,使用锥板式旋转黏度计检测2组患者血液流变学和脂代谢水平的相关指标。

1.8 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据分析,中医症状体征评分、痰热腑实证评分、

NIHSS 评分和血液流变学指标等描述都用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示;其组间治疗前后比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验。2 组性别比较采用非参数检验行评分检验;血液流变学与痰热腑实证评分、NIHSS 评分的相关性采用 Pearson 相关检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组中医症状体征评分 治疗前 2 组中医症状体征评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,观察组中医症状体征评分改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),但 2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组中医症状体征评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组 ($n=13$)	10.08 \pm 9.03	8.85 \pm 7.97*
观察组 ($n=26$)	12.85 \pm 8.83	10.00 \pm 6.47* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.2 2 组痰热腑实证评分 治疗前 2 组内火、痰湿、阴虚和总分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,观察组内火、痰湿、阴虚和总分改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 治疗前后 2 组 NIHSS 评分 治疗前 2 组 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,观察组 NIHSS 评分改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见图 1。

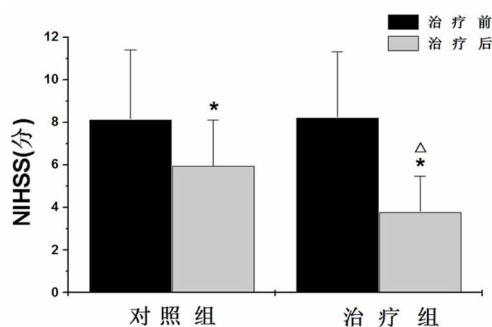


图 1 2 组 NIHSS 评分比较

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.4 2 组患者血液流变学指标比较 治疗前 2 组血液流变学指标比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在治疗后,2 组均呈现出明显降低 ($P < 0.05$),且观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.5 2 组血脂比较 治疗前 2 组血脂比较,差异无

统计学意义 ($P > 0.05$)。与治疗前比较,2 组治疗后血脂明显下降 ($P < 0.05$),观察组下降程度优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.6 血液流变学指标与痰热腑实证总评分、NIHSS 评分的相关性 2 组的血液流变学指标与痰热腑实证总评分呈正相关 ($P < 0.05$),与 NIHSS 评分未见明显相关性 ($P > 0.05$)。见表 5。

3 讨论

急性脑梗死在中医学中属于“中风”的范畴,脑梗死急性期主要是邪气作祟,其主要诱因主要内生毒邪如痰邪、热邪等,急性脑梗死患者体质多为痰湿壅盛,而痰对气血的运行有较大影响作用,当痰邪阻于脉道时,气机升降受影响而气血行不畅,导致气血凝滞血脉中化而为瘀,阻滞脑络;而此时热毒又起,大行其道,五脏受损,阴虚不济,又因痰瘀互结,蒙蔽清窍,发为中风。急性脑梗死主要以标实为主,根据中医基础理论,急则治其标,因此急性期脑梗多采用祛邪法,而痰热腑实证型的急性脑梗死患者,在治疗上如果单纯使用化痰、清热、除瘀中的其中一种方法,均不能有效改善内生毒邪对脑络的损害,而星蒺承气汤不仅完美结合上述 3 种治疗方法,而且具有通腑泻下的功效,使得邪出有路,集“解毒”与“排毒”为一体,方中全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝、羌活共奏化痰清热,活血祛瘀,通腑泻下之功^[9-10];本研究中显示星蒺承气汤有效改善急性脑梗死患者中医症状体征评分、痰热腑实证内火、痰湿、阴虚等评分。有研究显示,星蒺承气汤中胆南星对血液的凝固性有一定的改善作用,能够降低血液“浓、黏、凝、聚”的状态^[11]。

大脑主要靠血黏度调节血液供应的变化,当患者处于急性脑梗死时,血液流变学随着脑组织缺血缺氧后引起的内皮细胞功能严重受损而改变,此时升高的血黏度和纤维蛋白原均可增加血液流变阻力,可堵塞微血管,减少微循环血流,降低血灌注压并增加红细胞聚集性,进一步加重病灶区缺血缺氧程度^[12-13]。研究结果中星蒺承气汤有效降低低切全血黏度、高切全血黏度、血浆黏度和纤维蛋白原,减低血液流变阻力,改善微循环,增加大脑的血液供应。研究结果与申志敏在使用星蒺承气汤治疗急性脑梗死患者改善其血液流变学指标的结果相似。在血液流变学与痰热腑实证总分的相关性研究结果显示,血液流变学各低切全血黏度、高切全血黏度、血浆黏度和纤维蛋白原指标与痰热腑实证总分具有显著的正相关。本研究中痰热腑实证型急性脑梗死患

表 2 2 组痰热腑实证比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	内火	痰湿	阴虚	总分
对照组 (n = 13)				
治疗前	20.46 ± 10.05	14.62 ± 5.90	10.38 ± 6.60	45.17 ± 8.25
治疗后	16.62 ± 6.4*	12.92 ± 4.59*	8.08 ± 6.30*	37.42 ± 0.82
观察组 (n = 26)				
治疗前	20.65 ± 11.90	14.69 ± 9.42	10.77 ± 5.78	45.54 ± 9.20
治疗后	14.19 ± 8.61* [△]	10.88 ± 8.4* [△]	6.19 ± 5.87* [△]	30.64 ± 0.78* [△]

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05

表 3 2 组血液流变学比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	全血黏度 (mPa·s)		血浆黏度 (mPa·s)	纤维蛋白原 (g/L)
	低切	高切		
对照组 (n = 13)				
治疗前	13.67 ± 4.32	6.81 ± 2.35	2.31 ± 1.07	4.17 ± 1.25
治疗后	10.23 ± 2.58*	5.56 ± 1.79*	1.97 ± 0.63*	3.42 ± 0.82*
观察组 (n = 26)				
治疗前	13.49 ± 4.28	6.49 ± 2.28	2.38 ± 1.06	4.14 ± 1.20
治疗后	7.34 ± 1.89* [△]	4.21 ± 1.30* [△]	1.64 ± 0.55* [△]	2.64 ± 0.78* [△]

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05

表 4 2 组血脂比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	TG	TC	LDL-C
对照组 (n = 26)			
治疗前	2.58 ± 0.99	7.58 ± 2.24	4.74 ± 1.53
治疗后	2.13 ± 0.74*	5.43 ± 2.14*	3.95 ± 0.91*
观察组 (n = 13)			
治疗前	2.52 ± 1.02	7.50 ± 2.18	4.81 ± 1.55
治疗后	1.86 ± 0.61* [△]	4.26 ± 1.86* [△]	3.14 ± 0.78* [△]

注:与治疗前比较,*P<0.05;与对照组比较,[△]P<0.05

表 5 血液流变学指标与痰热腑实证评分、NIHSS 评分的相关性

血液流变学指标	痰热腑实证总评分		NIHSS 评分	
	r	P	r	P
低切全血黏度	0.653	<.0001	0.419	0.0079
高切全血黏度	0.545	0.0003	0.412	0.0092
血浆黏度	0.7960	<.0001	0.094	0.5703
纤维蛋白原	0.595	<.0001	0.189	0.248

者,“痰”作为其致病因素之一,贯穿疾病的各个阶段,而脂代谢水平与中医中的“痰”有密切的关系,研究显示脂代谢水平异常会使血液组分在血液中集聚过多,当血行不畅即形成“浊”,膏浊聚集的越来越多,则使血液的黏度越来越高,加之患者本身痰湿重浊,交相呼应又进一步降低血液流变学,加重急性脑梗死患者的病情。本研究结果中显示星蒺承气汤有效降低急性脑梗死患者的脂代谢水平,降低 NIHSS 评分,改善急性脑梗死患者的神经功能缺损情况。NIHSS 是 1989 年美国研究设计的评估神经功能检查量表,它包含每个主要脑动脉病变可能出现的神经系统检查项目、精神状态检查、感觉功能、瞳

孔反应和足底反射等项目,具有较高的信效度^[14],研究中血液流变学各指标与 NIHSS 评分未见显著相关性,可能与本研究样本量较小有关。

参考文献

[1]郭洪权,李华,谢怡,等. 大脑中动脉供血区急性脑梗死患者早期神经功能恶化危险因素分析[J]. 中国脑血管病杂志,2017,14(1):15-19.

[2]夏楠,任彩丽,王红星,等. 脑梗死急性期康复训练流程对患者运动功能和日常生活活动能力改善程度的影响[J]. 中国康复医学杂志,2017,32(4):396-401.

[3]吕林利,张琛,尹世敏,等. 急性脑梗死患者认知障碍与梗死部位的相关研究[J]. 中风与神经疾病杂志,2017,34(1):51-55.

[4]唐榕,桑纳,向帆,等. 曲克芦丁脑蛋白水解物治疗急性脑梗死的系统评价[J]. 世界临床药物,2017,38(1):28-35.

[5]段红利,刘骅,张光伟. 阿替普酶治疗急性脑梗死的疗效及安全性观察[J]. 华西医学,2017,32(8):1255-1257.

[6]王永炎,谢颖楨. 化痰通腑法治疗中风病痰热腑实证的源流及发展(一)——历史源流、证候病机及临床应用[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2013,20(1):1-6,24.

[7]王建伟,陈红芳. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南新旧版本比较[J]. 浙江实用医学,2016,21(3):233-235.

[8]李平,吴钟璇,张云如,等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[9]王帅,石小晶,段宏军,等. 舒肝解郁胶囊对脑卒中后抑郁患者神经功能缺损的影响[J]. 中国医药,2013,8(2):165-167.

[10]苏毅强,刘泰,甘照儒. 加味星蒺承气汤对痰热腑实证型急性脑梗死患者神经功能和日常生活活动能力及血液流变学指标的影响[J]. 中国临床康复,2006,10(15):3-5.

[11]廉全荣,付俊丽. 星蒺承气汤联合苦碟子治疗痰热腑实证型急性脑梗死临床观察[J]. 中医临床研究,2014,6(4):120-121.

组织的生理功能进行调节,帮助其抵御毒害物质的损伤^[14]。但在胃黏膜发生炎性反应或 Hp 感染时,组织内 NO 应激性的增加,则可与氧自由基反应形成多种氮氧化物与 N-亚硝基盐,产生细胞毒作用,使胃黏膜细胞发生过氧化损伤^[15]。本研究中也进一步证实了 2 组患者的血清 NO、SOD 水平与慢性胃炎的症状轻重呈负相关,同时使用香砂六君汤加减并结合西药对慢性浅表性胃炎患者进行治疗,可以明显提高血清内 NO、SOD 水平,内镜下可见胃黏膜修复程度明显高于单纯使用西药的对照组,且临床症状的改善程度也明显优于对照组($P < 0.05$)。

西药结合香砂六君子汤是一种治疗脾气虚型慢性浅表性胃炎的有效方剂,其作用机制可能与通过提高体内 SOD、NO 的水平,促进胃黏膜修复,改善胃黏膜炎症,从而缓解临床症状有关。

参考文献

[1] 魏尉. 序贯疗法治疗幽门螺杆菌阳性疣状胃炎疗效观察[J]. 中国医药,2013,8(8):1116-1117.

[2] 谢国强,邵耀明,马坚,等. 幽门螺杆菌感染致萎缩性胃炎患者胃黏膜组织的病理机制及血清学诊断指标临床意义[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(9):1783-1785.

[3] Lee SE, Song HJ, Park SY, et al. Effect of ECQ on Iodoacetamide-Induced Chronic Gastritis in Rats [J]. Korean J Physiol Pharmacol, 2013,17(5):469-477.

[4] 王北京,刘希双,姜坤,等. 中药治疗慢性胃炎伴糜烂黏膜修复机制的临床探讨[J]. 世界中医药,2016,11(10):1981-1985.

[5] 中华医学会消化病学分会,房静远,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J]. 中华消化杂志,2013,33(1):5-16.

[6] 胡晓伟. 香砂六君汤治疗浅表性胃炎疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2014,33(6):35-36.

[7] 薛珍. 常规三联疗法配合中药香砂六君汤治疗慢性胃炎 80 例疗效观察[J]. 右江医学,2013,41(5):703-704.

[8] 刘忠文. 小儿慢性胃炎用香砂六君汤加减治疗体会[J]. 医学信息,2015,13(14):317-318.

[9] 钱爱文. 香砂六君汤加减配合西药治疗功能性消化不良临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,15(71):125-125.

[10] 段云燕,王强,成映霞,等. 香砂六君子汤对脾胃虚弱型 CAG 大鼠胃黏膜细胞能量代谢相关酶活性和分泌功能的影响[J]. 中国老年学杂志,2016,36(7):1570-1572.

[11] Xiao Y, Liu YY, Yu KQ, et al. Chinese herbal medicine liu jun zi tang and xiang sha liu jun zi tang for functional dyspepsia: meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2012,2012:936459.

[12] 黄曼玲,孙圣斌,徐丹,等. 幽门螺杆菌感染与胃镜下的不同胃炎及病理之间的关系[J]. 实用医学杂志,2014,(14):2245-2247.

[13] 杨桂英,熊元治,马丽莉,等. 中高度海拔地区世居与移居汉族慢性胃炎患者胃黏膜内 MDA、SOD、XOD、NO 含量比较[J]. 高原医学杂志,2013,23(1):15-17.

[14] 于英莉. 黄连温胆汤治疗脾胃湿热型 Hp 阳性浅表性胃炎及对 SOD 和 NO 的影响[J]. 陕西中医,2016,37(11):1449-1451.

[15] 陈伟. 替普瑞酮治疗老年慢性浅表性胃炎临床效果分析[J]. 中国卫生标准管理,2015,6(8):228-229.

(2017-09-30 收稿 责任编辑:张雄杰)

(上接第 1652 页)

[12] 郑雪琼,朱彩红,邹杏坚. 丹红注射液对急性期脑梗患者疗效及血液流变学的影响分析[J]. 上海医药,2015,36(9):25-27.

[13] 李明芬,范小红. 急性脑梗死患者血液流变、超敏 C-反应蛋白及血脂水平变化分析[J]. 中国卫生标准管理,2015,6(21):116-

117.

[14] 蔡业峰,贾真,张新春,等. 美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)中文版多中心测评研究——附 537 例缺血性中风多中心多时点临床测评研究[J]. 北京中医药大学学报,2008,31(7):494-498.

(2018-02-28 收稿 责任编辑:杨觉雄)