多系统萎缩患者的证候规律(167 例)

王粟实¹ 陈路² 王焱² 韦依佛² 岳喜峰² 王雨晴² 陈志刚²

(1 北京中医药大学,北京,100029; 2 北京中医药大学东方医院病房十楼脑一科,北京,100078)

摘要 目的:本研究旨在临床观察并分析多系统萎缩(Multiple System Atrophy,MSA)证候规律。方法:采用横断面分析方法,收集所有符合西医诊断标准的 MSA 患者一般情况及四诊信息,不设定证候类型,辨别每个病例具体证型,提取证候要素。统计证候要素频次,百分比,归纳证候要素组成分布;采用以类型或平均值为界进行证素的分组比较,探讨证候要素与病程、疾病严重程度、疾病分型的相关性。结果:167 例 MSA 患者总体病机虚多实少,寒多热少。P 型热证多见,C + P 型寒证多见;气虚最多见于 C + P 型,血虚多见于 P 型;气虚常与寒证并见,且多见于疾病中晚期,热证常与血虚并见,且多见于疾病早期。肾虚最多见于 C + P 型,肝病、心病多见于 P 型,脾虚及胃病多见于 C 型。痰、湿多见于 C + P 型和 P 型,血瘀多见于 C + P 型,而气陷只见于 C + P 型。随着病情加重、混合型的出现,虚证与实证并见,正虚和邪实皆增加。结论:MSA 核心病机为肾阳虚,总体治则在于温肾助阳。

关键词 多系统萎缩;证候规律;证素;温肾助阳

Syndrome Law of 167 Cases of Multiple System Atrophy Patients

Wang Sushi¹, Chen Lu², Wang Yao², Wei Yifeng², Yue Xifeng², Wang Yuqing², Chen Zhigang²

(1 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2 Department of Neurology, Dong Fang Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

Abstract Objective: To observe and analyze syndrome law of multiple system atrophy (MSA). **Methods:** It was a cross-sectional study. General information and four diagnosis information of MAS patients meeting western medicine criteria were collected. And specific syndrome of each case was differentiated, to extract syndrome elements. Frequency of syndrome elements and percentage were calculated. Distribution of syndrome elements was concluded. Type and mean value were used to compare the group of syndrome elements. And the correlation between syndromes and course of the disease, syndromes and severity, syndromes and type of the disease of all MSA patients were evaluated. **Results:** The mechanism of MSA was more deficiency and less excess. There were more heat and blood deficiency in MSA-P type, with more cold and qi deficiency in MSA-C + P. Qi deficiency was commonly seen in C + P type, and blood deficiency was frequently seen in P type. Qi deficiency was often together with cold syndrome, and often seen in the middle and advanced stage of disease. Heat syndrome was often together with blood deficiency, and often seen in the early stage of disease. Kidney deficiency was often seen in C + P type, and liver disease, heart disease were often seen in P type. Spleen deficiency and stomach disease were often seen in C type. Phlegm and damp were more frequently seen in P and C + P type. Blood stasis was more frequently in C + P type, and qi collapse only in C + P type. Deficiency and excess were both increased with the progress of MSA. **Conclusion:** Key mechanism of MSA was Yang deficiency of kidney. TCM treatment principle of MSA was warming kidney and supporting Yang.

Key Words Multiple system atrophy; Law of TCM syndrome; Syndrome elements; Warm kidney and support yang

中图分类号:R256;R259 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.065

多系统萎缩(Multiple System Atrophy,MSA)^[1]是一种以自主神经系统功能障碍,小脑共济失调,多巴低反应的帕金森样症状为主要特征的神经系统变性疾病^[2]。主要分为以小脑共济失调为主症的MSA-C型,及以帕金森样症状为主的MSA-P型^[3],二者均伴有自主神经系统功能障碍,主要表现为泌尿生殖系统功能障碍,直立性低血压。

MSA 目前无统一中医病名,依据各症状出现的频繁程度可将其归为骨摇^[4]、暗疝^[5]、风痺^[6]等。MSA 发病一般在 50 ~ 60 岁,肾为先天之本,其病因病机与肾密切相关^[7-10],其次为肝脾^[11],可表现为脾肾阳虚和肝肾阴虚^[12]。然而目前尚没有大样本量 MSA 证素分布,及证素与病程、疾病分型、严重程度关系的相关研究。本研究旨在临床观察 MSA 证候

基金项目:2013 年北京中医药大学自主课题:滋肾益髓方治疗帕金森病的中医疗效及 H-MRS 评价研究

作者简介:王粟实(1988.02—),女,博士研究生应届毕业生,医师,神经系统变性病中医临床研究,E-mail:tototoha@163.com

通信作者:陈志刚(1964.04—),男,硕士研究生,教授,博士研究生导师,北京中医药大学东方医院脑病一科主任医师,中西医结合治疗神经系统变性病、神经肌肉接头病及脑血管病等,E-mail:chenzhigang64@126.com

规律,为进一步探讨中医药治疗 MSA 作用机制提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2013 年 10 月至 2016 年 9 月北京中医药大学东方医院脑病一科 MSA 患者,共 167 例,其中男 98 例,女 69 例,平均年龄(58.85 ± 9.20)岁;137 例很可能的 MSA,30 例可能的 MSA;C 型 82 例,P 型 48 例,C + P 或 P + C 混合型 37 例(不能明确优势主导分型);平均病程(4.37 ± 2.15)年,平均 UMSARS 评分(42.65 ± 16.00)分。

1.2 诊断标准 参照国际第二次专家诊断共识^[2]:很可能的 MSA 诊断:自主神经系统功能障碍包括直立性低血压(站立 3 min 后收缩压下降 > 30 mmHg 或舒张压下降 > 15 mmHg 或尿失禁;和多巴低反应的帕金森样症状或小脑症状。可能的 MSA 诊断:帕金森样症状或小脑症状;和自主神经系统功能不全,以下一项以上:无法解释的尿急、尿频,膀胱排空不完全,或男性勃起功能障碍,或直立性低血压但未达到很可能 MSA 严重程度。

1.3 纳入标准 符合以上 MSA 西医很可能的及可能的诊断标准;年龄 30 岁到 80 岁之间;自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 严重意识障碍,及无法顺利交流;有癫痫持续发作病史;有严重心脏、肝肾疾病;有严重恶性肿瘤或血液疾病;艾滋病、梅毒病史。

1.5 研究方法 本研究采用横断面分析方法,采集所有符合西医诊断标准的 MSA 患者一般情况及证候分析所用的四诊信息如舌脉,面色、形体、呼吸、寒热、汗、饮食、二便等,不以设定的具体证候类型分类,依据《中医临床诊疗术语证候部分》及《中医诊断学》,辨别每个病例的具体证候类型,提取证候要素^[13]。

统计证候要素频次,百分比,归纳证候要素组成分布;因统一 MSA 评估量表(Unified Multiple System Atrophy Rating Scale, UMSARS)是目前唯一公认的 MSA 评估量表^[14],故采集所有患者 UMSARS 评分为疾病严重程度评价方法,采用以疾病类型或评分平均值为界进行证素的二分类分组比较,将疾病分型、病程和 UMSARS 评分按照类型或平均值进行分组,分别统计证素频次、比例,其中比例 = 频次/人数,因为每人可同时兼有数种证素,总频次不等于于总人数,所以各证素比例之和不等于 1。

1.6 统计学方法 数据库建立采用 EXCEL,数据采用 SPSS 17.0 统计软件中的描述分析。

2 结果

2.1 证素分布 共 29 种证候要素,其中频率从高到低前 10 位分别是痰湿、血瘀、肾虚、肾阳虚、肾阴虚、痰热、血虚、脾虚、阴虚、内热。虚证中以肾虚,包括肾阳虚、肾阴虚为主要病机,其次为血虚、脾虚、阴虚等,以肝病为主要病机的肝阴虚、肝血虚及肝风内动所占比例不高。实证所占比例高,前 5 位证素三虚两实。见表 1。

表 1 29 种证候要素频次

证素	频次	证素	频次	证素	频次	证素	频次	证素	频次
痰湿	69	血虚	31	胃阴虚	5	气陷	2	肺虚	1
血瘀	67	脾虚	14	肝血虚	4	水湿	2	痰浊	1
肾虚	61	阴虚	12	气虚	4	胃寒	1	毒浊	1
肾阳虚	42	内热	12	湿热	3	心阴虚	1	湿毒	1
肾阴虚	36	肝阴虚	6	肝虚	2	心血虚	1	食积	1
痰热	34	肝风	6	心虚	2	心火	1		

2.2 证候与疾病分型、病程和疾病严重程度相关性

根据疾病分型分组,统计证素频次及比例如下(疾病分型 C 型 82 例、P 型 48 例、C + P 或 P + C 型 37 例)。见表 2。

表 2 证候与疾病分型、病程和疾病严重程度相关性

C 型	频次	比例	P 型	频次	比例	C + P 或 P + C 型	频次	比例
痰湿	33	0.40	痰湿	18	0.38	血瘀	19	0.51
肾虚	30	0.37	肾虚	17	0.35	痰湿	18	0.49
血瘀	25	0.30	血瘀	13	0.27	肾虚	14	0.38
肾阴虚	19	0.23	痰热	12	0.25	肾阳虚	14	0.38
肾阳虚	18	0.22	血虚	12	0.25	肾阴虚	10	0.27
痰热	17	0.21	肾阳虚	10	0.21	痰热	5	0.14
血虚	14	0.17	肾阴虚	7	0.15	血虚	5	0.14
脾虚	10	0.12	阴虚	6	0.13	肝血虚	4	0.11
内热	6	0.07	气虚	4	0.08	阴虚	3	0.08
气虚	3	0.04	内热	4	0.08	脾虚	3	0.08
阴虚	3	0.04	肝风	4	0.08	内热	2	0.05
肝阴虚	2	0.02	肝阴虚	2	0.04	气陷	2	0.05
胃阴虚	2	0.02	肝血虚	1	0.02	胃阴虚	2	0.05
肝风	1	0.01	肝虚	1	0.02	水湿	1	0.03
肝血虚	1	0.01	胃阴虚	1	0.02	湿热	1	0.03
湿热	1	0.01	脾虚	1	0.02	气虚	1	0.03
肝虚	1	0.01	心阴虚	1	0.02	心虚	1	0.03
心虚	1	0.01	心血虚	1	0.02	肝风	1	0.03
肺虚	1	0.01	心火	1	0.02			
胃寒	1	0.01	水湿	1	0.02			
湿毒	1	0.01	湿热	1	0.02			
食积	1	0.01	痰浊	1	0.02			
			毒浊	1	0.02			

2.3 八纲、脏腑、气血津液辨证与疾病分型 根据八纲、脏腑、气血津液辨证,统计各疾病分型所占比例,由于热可灼津,寒凝可致痰、湿、瘀血等病理产物

形成,故热证包括所有热象和阴虚,寒证包括所有寒象、阳虚和痰湿血瘀。

疾病分型辨证结果显示,MSA 总体病机虚多实少,寒多热少;虚证以肾虚为主,气虚其次;实证乃痰、湿多见。P 型热证多见;C + P 型寒证多见,且虚多实多。

肾虚最多见于 C + P 型,肝病、心病多见于 P 型,脾虚及胃病多见于 C 型。气虚最多见于 C + P 型,血虚多见于 P 型。痰、湿多见于 C + P 型和 P 型,血瘀多见于 C + P 型,而气陷只见于 C + P 型。见表 3。

表 3 八纲、脏腑、气血津液辨证与疾病分型

证型分类	C 型 比例	P 型 比例	C + P 或 P + C 型比例
八纲辨证			
虚证	1.28	1.54	1.59
实证	1.05	0.96	1.27
热证:包括热象和阴虚	0.38	0.73	0.62
寒证:包括寒象阳虚痰湿血瘀	0.94	0.90	1.41
脏腑辨证			
肾病:肾虚肾阴虚肾阳虚	0.82	0.71	1.03
肝病:肝虚肝阴虚肝血虚肝风	0.07	0.25	0.17
脾虚	0.12	0.02	0.08
胃病:胃阴虚胃寒	0.04	0.02	0.05
心病:心虚心阴虚心血虚心火	0.01	0.06	0.03
肺虚	0.01	0	0
气血津液			
气虚:包括脏气虚	0.44	0.48	0.68
血虚:包括脏血虚	0.18	0.29	0.24
痰和湿	0.63	0.69	0.68
血瘀	0.30	0.27	0.51
毒和浊	0.01	0.04	0
气陷	0	0	0.05

2.4 平均病程与证素频次及比例 病程 > 4.4 年 60 例,病程 < 4.4 年 107 例。病程分组辨证结果显示,病程延长,虚证和实证的比例都在增加,未呈现随病程增加虚证增加而实证减少的情况。

P 型热证多见,C + P 型寒证多见,随着病程延长而热证减少,寒证、气虚证增多,甚至出现气陷,与前述疾病分型辨证结果吻合。随病程延长,肝病、肺虚证增加,脾胃及心病减少,肾病无明显变化。见表 4 和表 5。

2.5 UMSARS 评分分组与证素频次及比例 其中 UMSARS 评分 ≥ 43 分 68 例,UMSARS 评分 < 43 分 84 例(存在缺失数据)。疾病严重程度分类辨证结果显示,疾病严重程度增加,虚证、实证都有所增加,具体表现在气虚、血虚、气陷增加,所有邪实之痰湿、血瘀、毒浊亦增加;疾病严重程度增加,热证减少寒证增多,肾、肝、心、肺之病增加,脾胃病减少。见表 6 和表 7。

表 4 平均病程与证素频次及比例

病程 > 4.4 年	频次	比例	病程 < 4.4 年	频次	比例
痰湿	26	0.43	痰湿	43	0.40
肾虚	26	0.43	血瘀	42	0.39
血瘀	25	0.42	肾虚	35	0.33
肾阳虚	13	0.22	肾阳虚	29	0.27
血虚	13	0.22	肾阴虚	26	0.24
痰热	11	0.18	痰热	23	0.21
肾阴虚	10	0.17	血虚	18	0.17
气虚	5	0.08	脾虚	12	0.11
肝风	5	0.08	阴虚	8	0.07
阴虚	4	0.07	内热	8	0.07
内热	4	0.07	肝血虚	4	0.04
肝阴虚	2	0.03	气虚	3	0.03
气陷	2	0.03	湿热	3	0.03
水湿	2	0.03	肝阴虚	2	0.02
肝血虚	2	0.03	心虚	1	0.01
脾虚	2	0.03	肝风	1	0.01
心虚	1	0.02	心血虚	1	0.01
胃阴虚	1	0.02	胃阴虚	4	0.04
肝虚	1	0.02	肝虚	1	0.01
肺虚	1	0.02	心火	1	0.01
痰浊	1	0.02	胃寒	1	0.01
			心阴虚	1	0.01
			湿毒	1	0.01
			毒浊	1	0.01
			食积	1	0.01

表 5 八纲、脏腑、气血津液辨证与病程分组所占比例

证型分类	病程 > 4.4 年	病程 < 4.4 年
八纲辨证		
虚证	1.39	1.36
实证	1.23	1.15
热证:包括热象和阴虚	0.54	0.70
寒证:包括寒象阳虚痰湿血瘀	1.12	1.07
脏腑辨证		
肾病:肾虚肾阴虚肾阳虚	0.82	0.84
肝病:肝虚肝阴虚肝血虚肝风	0.16	0.08
脾虚	0.03	0.11
胃病:胃阴虚胃寒	0.02	0.05
心病:心虚心阴虚心血虚心火	0.02	0.04
肺虚	0.02	0
气血津液		
气虚:包括脏气虚	0.60	0.49
血虚:包括脏血虚	0.25	0.22
痰和湿	0.66	0.64
血瘀	0.42	0.39
毒和浊	0.02	0.02
气陷	0.03	0

3 讨论

MSA 是一种进展较快的神经系统变性疾病,预后较差^[15],因而分析其证候与疾病病程、疾病严重程度的相关性可以让整个疾病证候规律以一个沿时

间与疾病进展纵向伸展的方式展现在我们面前,一定程度上削弱横断面分析研究可能造成的时间节点不足问题。MSA 作为一种慢性疾病,主要治疗原则及按照不同疾病类型的治法是否异同也是我们在临床上最为关注的问题,以及辨证论治的分量占据什么样的地位等,因此探讨证素与疾病分型相关性及其整体证候规律,可以在临床的实用性角度提供 MSA 中药治疗思路,并为进一步开展 MSA 系统化证候研究明确侧重方向。

表 6 UMSARS 评分分组与证素频次及比例

UMSARS 评分 ≥43 分			UMSARS 评分 <43 分		
证素	频次	比例	证素	频次	比例
痰湿	29	0.43	痰湿	37	0.44
血瘀	29	0.43	血瘀	35	0.42
肾虚	27	0.40	肾虚	31	0.37
肾阳虚	17	0.25	肾阳虚	20	0.24
肾阴虚	17	0.25	痰热	19	0.23
痰热	15	0.22	肾阴虚	18	0.21
血虚	14	0.21	血虚	16	0.19
脾虚	6	0.09	脾虚	8	0.10
内热	6	0.09	阴虚	5	0.06
阴虚	5	0.07	内热	4	0.05
肝血虚	5	0.07	气虚	3	0.04
肝风	5	0.07	胃阴虚	3	0.04
气虚	3	0.04	肝阴虚	2	0.02
湿热	2	0.03	心虚	1	0.01
肝阴虚	2	0.03	胃寒	1	0.01
水湿	2	0.03	肝虚	1	0.01
气陷	2	0.03	肝血虚	1	0.01
心血虚	1	0.01	肝风	1	0.01
肝虚	1	0.01	毒浊	1	0.01
心火	1	0.01	湿热	1	0.01
胃阴虚	1	0.01	食积	1	0.01
肺虚	1	0.01			
心虚	1	0.01			
痰浊	1	0.01			
湿毒	1	0.01			

本研究结果显示,P 型热证多见,C + P 型寒证多见,气虚最多见于 C + P 型,血虚多见于 P 型,这与 C + P 型多见寒证、P 型多见热证病机相同。气为阳,阳气虚弱无力推动,而致寒凝津液、脉道,气虚常与寒证并见,且多见于疾病中晚期;血为阴,热盛则灼阴津,热证常与血虚并见,且多见于疾病早期。

肾虚最多见于 C + P 型,肝病、心病多见于 P 型,脾虚及胃病多见于 C 型。随病程延长和疾病严重程度增加,肾病、肝病、肺虚证增加,脾胃病减少,心病无明显变化。痰、湿多见于 C + P 型和 P 型,血瘀多见于 C + P 型,而气陷只见于 C + P 型。说明血瘀往往是疾病后期常见且最顽固的病产物,

而在疾病末期正虚邪实的情况下常出现气陷等脱证。

随着病情加重、混合型的出现,证候逐渐由热转寒,寒证、气虚证增多,甚至出现气陷,由于寒凝所致的痰湿血瘀等病理产物聚积,邪实之痰湿、血瘀、毒浊亦增加,虚证与实证并见,即正虚和邪实皆增加,未呈现随病程增加虚证增加而实证减少的情况,说明 MSA 之实证是虚证引起病理产物的聚积,系邪实表现,非正气盛。

概括而言,MSA 总体病机虚多实少,寒多热少。根据 167 例 MSA 患者证素频次分布前 5 位证素分别为痰湿、血瘀、肾虚、肾阳虚、肾阴虚,因血瘀、痰湿都是阳气虚弱无力推动脉道、津液所致,可以推出 MSA 核心病机为肾阳虚。此病根本病机为虚,但单纯虚证、单纯实证少见,多为虚实夹杂,虚证以肾虚为主,包括肾阳虚、肾阴虚,气虚其次;实证乃痰湿、血瘀多见。说明 MSA 总体治疗原则在于温肾助阳,根据不同疾病类型及病程分期,治疗方法可以有所偏重,但是总体辨病而非辨证的谨守基本病机、谨守基本方药治疗思路不变,即“守病”“守方”。

表 7 八纲、脏腑、气血津液辨证与疾病严重程度

证型分类	UMSARS 评分 ≥43 分	UMSARS 评分 <43 分
八纲辨证		
虚证	1.39	1.36
实证	1.23	1.15
热证:包括热象和阴虚	0.54	0.70
寒证:包括寒象阳虚痰湿血瘀	1.12	1.07
脏腑辨证		
肾病:肾虚肾阴虚肾阳虚	0.90	0.82
肝病:肝虚肝阴虚肝血虚肝风	0.18	0.05
脾虚	0.09	0.10
胃病:胃阴虚胃寒	0.01	0.05
心病:心虚心阴虚心血虚心火	0.03	0.01
肺虚	0.01	0
气血津液		
气虚:包括脏气虚	0.56	0.53
血虚:包括脏血虚	0.29	0.20
痰和湿	0.73	0.68
血瘀	0.43	0.42
毒和浊	0.02	0.01
气陷	0.03	0

参考文献

[1] Wenning GK, Colosimo C, Geser F, et al. Multiple system atrophy [J]. Lancet Neurol, 2004, 3(2): 93-103.

[2] Gilman S, Wenning GK, Low PA, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy [J]. Neurology, 2008, 71(9): 670-676.

[3] Trojanowski JQ, Revesz T. Proposed neuropathological criteria for the postmortem diagnosis of multiple system atrophy [J]. Neuropathol Appl Neurobiol, 2007, 33(6): 615-620.

效率、Hp 根除率以及溃疡愈合率均优于对照组,2 组之间的差异有统计学意义,从而印证了中西药综合治疗较好的运用前景,有助于今后临床用药的进一步优化选择。但是,本篇 Meta 分析也存在不足之处。因此,有必要进行样本量更丰富、随机方法明确的临床试验,采用更为一致的疗效标准,从而获得更为精确的结论,为今后的治疗提供相应的理论支撑。

参考文献

[1]于阳,赵顺. 幽门螺杆菌与慢性胃炎、消化性溃疡及胃癌的关系探讨[J]. 中国实用医药,2013,8(32):65-66.

[2]Liu W, Liu Y, Zhang X Z, et al. In vitro bactericidal activity of Jing-hua Weikang Capsule and its individual herb Chenopodium ambrosioides L. against antibiotic-resistant Helicobacter pylori[J]. Chin J Integr Med,2013,19(1):54-57.

[3]黄星涛,张学智,李宁,等. 荆花胃康胶丸对幽门螺杆菌耐药菌株体外抑菌作用的研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):290-293.

[4]张贺燕. 荆花胃康胶丸联合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡 46 例[J]. 中国药业,2013,22(16):109-109.

[5]王建华,韩元才. 荆花胃康胶丸治疗消化性溃疡 138 例临床分析[J]. 北方药学,2015,12(8):168-169.

[6]曹蕊芸,张科. 荆花胃康胶丸对幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡治疗效果的影响[J]. 中国基层医药,2012,19(18):2851-2852.

[7]柴玉萍. 荆花胃康胶丸联合含质子泵抑制剂三联疗法治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 中国医学工程,2016,24(4):110-111.

[8]赵迪. 三联疗法联合荆花胃康胶丸根除幽门螺杆菌相关性胃溃疡疗效分析[J]. 中外医疗,2015,34(1):131-132.

[9]辛玉珍. 荆花胃康胶丸联合埃索美拉唑治疗难治性消化性溃疡 70 例临床观察[J]. 青海医药杂志,2015,45(8):19-21.

[10]贾宝洋,杨志平,关晓辉. 荆花胃康胶丸联合三联疗法治疗幽门

螺杆菌相关十二指肠溃疡的临床研究[J]. 中华中医药学刊,2016,34(4):1009-1011.

[11]石燕燕,孙军. 荆花胃康胶丸治疗消化性溃疡的临床疗效观察[J]. 中国医学工程,2014,22(12):114-114.

[12]韦照永. 荆花胃康胶丸四联治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 天津中医药,2010,27(6):482-482.

[13]周洋. 荆花胃康胶丸与三联用药联合治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(28):4426-4427.

[14]马桂凤,华建平,李俊美,等. 荆花胃康胶丸治疗十二指肠球部溃疡的疗效[J]. 中国新药杂志,2006,15(21):1874-1876.

[15]李治国. 荆花胃康胶丸治疗消化性溃疡 42 例临床观察[J]. 基层医学论坛,2009,13(20):599-600.

[16]郑闽,詹丽英,李志晋,等. 荆花胃康胶丸治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 世界中医药,2013,8(4):412-413.

[17]孟云霞,洪慧杰. 以奥美拉唑为基础的三联和合用荆花胃康胶丸根除幽门螺杆菌的疗效分析[J]. 中国药物与临床,2012,12(5):654-655.

[18]张莲莲. 荆花胃康胶丸四联疗法治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 中国民康医学,2013,25(9):11-12.

[19]付世龙,张彩莲. 荆花胃康胶丸联合“三联”疗法治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 西部中医药,2011,24(7):66-68.

[20]张洋. 荆花胃康胶丸联合三联疗法治疗 Hp 阳性十二指肠球部溃疡的疗效观察[J]. 中国卫生产业,2012,9(16):154-154.

[21]胡伏莲,成虹,张学智,等. 多中心临床观察荆花胃康联合三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性十二指肠溃疡和胃炎疗效及耐药分析[J]. 中华医学杂志,2012,92(10):679-684.

[22]刘彦娥. 幽门螺杆菌诱发消化性溃疡的临床研究[J]. 山西医药杂志,2015,44(18):2145-2146.

[23]丰胜利. 荆花胃康胶丸抗幽门螺杆菌治疗研究进展[J]. 现代中医临床,2014,21(6):55-57.

(2017-01-18 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第 2830 页)

[4]幸冰峰,周歆. 36 例多系统萎缩临床特征及中医证候治疗分析[J]. 西部中医药,2012,25(3):49-51.

[5]汪瀚. 多系统萎缩中医研究进展[J]. 长春中医药大学学报,2014,30(5):956-958.

[6]王永炎. 临床中医内科学[M]. 北京:北京出版社,1993:665.

[7]司维. 周绍华益气温阳法治疗多系统萎缩经验总结[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(6):669-671.

[8]许玉珉,马云枝,沈晓明. 补肾归元法论治多系统萎缩临证探微[J]. 中医临床研究,2015,7(1):70-71.

[9]胡洋,何华. 王松龄教授治疗多系统萎缩经验[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(3):72-74.

[10]陈霄,张敏,高青铭. 中医辨证综合治疗多系统萎缩临床观察

[J]. 吉林中医药,2012,32(4):374-376.

[11]宋春侠,邹忆怀,王国相,等. 多系统萎缩 48 例证候特征分析[J]. 天津中医药,2007,24(6):465-467.

[12]王粟实,陈路,江墨,等. 多系统萎缩证候分析及中医药治疗进展[J]. 北京中医药,2016,35(12):1180-1184.

[13]王永炎,张启明,张志斌. 证候要素及其靶位的提取[J]. 山东中医药大学学报,2006,30(1):6-7.

[14]Wenning GK, Tison F, Seppi K, et al. Development and validation of the Unified Multiple System Atrophy Rating Scale (UMSARS) [J]. Mov Disord,2004,19(12):1391-1402.

[15]Schrag A, Wenning GK, Quinn N, et al. Survival in multiple system atrophy [J]. Mov Disord,2008,23(2):294-296.

(2016-12-30 收稿 责任编辑:徐颖)