

小柴胡汤对中风后眩晕的疗效及机制研究

刘 超¹ 王中琳²

(1 山东中医药大学第一临床医学院脑病科, 济南, 250000; 2 山东中医药大学附属医院脑病科, 济南, 250000)

摘要 目的: 观察小柴胡汤治疗中风后眩晕的疗效, 并初步探讨其作用机制。方法: 选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月山东中医药大学第一临床医学院收治的中风后眩晕患者 90 例, 按照随机数字表法随机分为对照组和观察组, 每组 45 例, 对照组予氟桂利嗪口服, 静脉注射舒血宁注射液, 观察组在上述治疗基础上加用小柴胡汤加减, 1 剂/d, 200 mL 煎服, 早晚温服分服。2 组均连续治疗 10 d, 比较 2 组治疗前后临床神经功能缺损程度评分量表 (NDS)、Fugl-Meyer 评分、日常生活能力 (ADL) 评分、Berg 平衡量表评分 (BBS) 以及血液流变学指标的变化。结果: 1) 治疗前 2 组患者 NDS 评分、FCA 评分、Fugl-Meyer 评分以及 ADL 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 经过 10 d 治疗后 2 组患者 NDS 评分下降, FCA 评分、Fugl-Meyer 评分以及 ADL 评分均提高, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组优于对照组; 2) 治疗前 2 组患者 BBS 评分、MSQ、HAMA、HAMD 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 经过 10 d 治疗后 2 组患者 BBS 评分升高, MSQ、HAMA、HAMD 评分均下降, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组优于对照组; 3) 治疗前 2 组患者 PV、FIB 及 WBV 水平差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 经过 10 d 治疗后 2 组患者 PV、FIB 及 WBV 水平均降低, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组优于对照组; 4) 观察组临床总有效率为 97.78%, 与对照组 70% 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $\chi^2 = 2.88$)。结论: 小柴胡汤加减对中风后眩晕有理想疗效, 可能通过改善血液流变学实现治疗作用。

关键词 中风; 眩晕; 小柴胡汤加减; 运动功能; 日常生活能力; 焦虑抑郁状态; 血液流变学; 临床疗效

Effects and Mechanism of Xiaochaihu Decoction on Vertigo after Stroke

Liu Chao¹, Wang Zhonglin²

(1 Department of Encephalopathy, First Clinical Medical College of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250000, China; 2 Department of Encephalopathy, The Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250000, China)

Abstract **Objective:** To observe the effects of Xiaochaihu Decoction on vertigo after stroke, and to analyze its mechanism. **Methods:** A total of 90 patients with post-stroke vertigo admitted to the First Clinical Medical College of Shandong University of Traditional Chinese Medicine from January 2015 to September 2016 were randomly divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 45 cases in each group. The control group was given flunarizine orally and Shuxuening Injection intravenously. The observation group was given Xiaochaihu Decoction on the basis of the above treatment, with 1 dose per day, and 200 mL decoction was taken in the morning and evening. The two groups were treated for 10 d continuously, and the changes of clinical nerve function defect scale (NDS), Fugl-Meyer score, daily living ability (ADL) score, Berg balance scale score (BBS) and hemorheological indexes were compared before and after treatment in the two groups. **Results:** 1) There was no significant difference in NDS score, FCA score, Fugl-Meyer score and ADL score before treatment ($P > 0.05$). After 10 days' treatment, the NDS scores of the two groups were decreased, and FCA score, Fugl-Meyer score and ADL score were all improved. The difference was statistically significant compared with those before the treatment ($P < 0.05$). The observation group was superior to the control group; 2) there was no significant difference in BBS score, MSQ, HAMA and HAMD score in the two groups of patients before treatment ($P > 0.05$). After 10 days' treatment, the BBS scores in two groups were increased. MSQ, HAMA and HAMD scores were all decreased, and the difference was statistically significant compared with those before the treatment ($P < 0.05$). The observation group was superior to the control group; 3) there was no significant difference in the levels of PV, FIB and WBV in the two groups before treatment ($P > 0.05$). After 10 days' treatment, the levels of PV, FIB and WBV decreased in two groups, and the difference was statistically significant compared with that before treatment ($P < 0.05$). The observation group was superior to the control group; 4) the total effective rate was 97.78% in the observation group, which was significantly different from 70% in the control group ($P < 0.05$, $\chi^2 = 2.88$). **Conclusion:** Xiaochaihu Decoction has an ideal effect on vertigo after stroke, and it may a-

基金项目: 山东省 2015 年度中医药科技发展计划项目 (2015-018)

作者简介: 刘超 (1992.08—), 女, 硕士, 住院医师, 研究方向: 中医内科脑病方向, E-mail: liuchao192@aliyun.com

通信作者: 王中琳 (1965.07—), 男, 博士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 神经内科临床、教学与科研, E-mail: zydoctor7@126.com

chieve therapeutic effect by improving hemorheology.

Key Words Stroke; Vertigo; Xiaochaihu Decoction; Exercise function; Activities of daily living; Anxiety and depression; Hemorheology; Curative effect

中图分类号:R255 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.10.027

中风具有极高的死亡率及致残率,约有 90%^[1]的患者遗留明显的肢体功能障碍,以往对中风后遗症的关注多集中于肢体功能方面,近年来,大量临床研究^[2,3]显示多数中风患者可反复发作眩晕症状,严重影响康复进程。《素问·至真要大论》认为:“诸风掉眩,皆属于肝”,指出眩晕发生与肝脏关系密切,肝喜条达,肝郁气滞则乘王伤脾,致使气血生化受阻,日久清窍失养而发为眩晕。张仲景又提出了痰饮致病理论,为后世医者“无痰不作眩”奠定了理论基础,痰湿内阻中焦,清阳遏阻无法濡养清窍而发为眩晕^[4,5],基于此,疏肝解郁、化痰开窍是治疗中风后眩晕的关键。小柴胡汤是和解少阳的经典方,可通利三焦、畅达气机,调节气血津液,迎合了中风后眩晕病因病机,故本团队利用小柴胡汤加减治疗中风后眩晕,获得理想疗效,但对其作用机制尚未明确,因此我们进一步进行机制探析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月山东中医药大学第一临床医学院收治的中风后眩晕患者 90 例,按照随机数字表法随机分为对照组和观察组,每组 45 例,对照组中男 23 例,女 22 例,年龄 45~77 岁,平均年龄(58 ± 1.23)岁,病程 1 个月至 3 年,平均病程(17 ± 3.13)个月,脑梗死 18 例,脑出血 17 例,脑栓塞 10 例。观察组中男 20 例,女 25 例,年龄 48~79 岁,平均年龄(59 ± 1.62)岁,病程 2 个月至 3.5 年,平均病程(18 ± 2.67)个月,脑梗死 19 例,脑出血 17 例,脑梗死 9 例。2 组患者在年龄、性别、病程、中风类型等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究方案经过本院医学伦理委员会审批通过(伦理审批号 202792831)。

1.2 诊断标准 所有入组患者诊断均符合 2012 年中华医学会脑血管分会颁布的《各类脑血管疾病的诊断要点》中关于脑卒中的诊断^[5]。

1.3 纳入标准 1)符合诊断标准者;2)年龄 ≤ 80 岁者;3)无合并严重感染者;4)知情同意并签署相关文书者。

1.4 排除标准 1)中风前即存在眩晕症状者;2)其他原因引起的眩晕;3)存在严重并发症或全身感染患者。

1.5 脱落与剔除标准 1)治疗过程中配合度差者;2)对中药过敏者;3)未完成疗程者;4)随访过程中因各种原因脱落者。

1.6 治疗方法 参照 2017 年中华医学会神经病学会颁布的《中国脑血管病防治指南》对入组患者进行内科疾病的治疗,包括个体化降压、控制血糖、调节血脂代谢、营养神经、改善脑代谢代谢等处理,缺血性脑卒中患者进行抗血小板或者抗凝治疗。防治并发症的治疗。对照组患者加用氟桂利嗪(西安杨森制药有限公司,国药准字 H10930003)10 mg/次,1 次/d。舒血宁(神威药业集团有限公司,国药准字 13020795),0.9% NaCl 100 mL + 舒血宁 10 mL 静脉滴注,1 次/d。观察组在对照组治疗方案基础上加用小柴胡汤,详方如下:柴胡 12 g、黄芩 9 g、半夏 9 g、党参 12 g、大枣 5 枚、甘草 3 g,痰浊蒙窍者加用茯苓 15 g、白术 12 g、厚朴 9 g、陈皮 9 g。气血亏虚者加黄芪 15 g、当归 12 g、葛根 9 g。肝肾阴虚明显者加枸杞 12 g、菟丝子 12 g、熟地黄 12 g。瘀血阻滞明显者加桃仁 12 g、红花 12 g、川芎 9 g。肝阳上亢明显者加天麻 12 g、钩藤 9 g。肝火旺盛者加栀子 9 g、龙胆草 9 g。1 剂/d,200 mL 煎服,早晚温服分服。2 组均连续治疗 10 d。

1.7 观察指标

1.7.1 临床神经功能缺损程度评分量表(NDS)

对患者意识状态、水平凝视功能、面肌、语言能力、肢体功能、步行能力进行评分,总分 45 分,以 0~15 分为轻度缺损,16~30 分中度缺损,31~45 分重度缺损。

1.7.2 Fugl-Meyer 评分 对患者上肢及下肢的运动功能进行评定,其中上肢总评分是 66 分,下肢总评分是 34 分,分值越高提示患者运动功能越好。

1.7.3 ADL 评分 包括两部分内容:一是躯体生活自理量表,共 6 项:上厕所、进食、穿衣、梳洗、行走和洗澡;二是工具性日常生活能力量表,共 8 项:打电话、购物、备餐、做家务、洗衣、使用交通工具、服药和自理经济 8 项。分值越高提示患者日常生活能力越强。

1.7.4 BBS 评分 对患者不同体位转移能力进行评估,总评分 < 40 分认为患者存在跌倒风险,其中

0-20 建议使用轮椅,21-40 分建议辅助下步行,41-56 提示完全独立。

1.7.5 眩晕评定量表(MSQ) 对患者改变体位时诱发的眩晕的严重程度等级和持续时间等级进行评估,不同眩晕持续时间代表不同等级及分值。

1.7.6 HAMA 量表评分、HAMD 量表评分 HAMA 所有项目采用 0~4 分的 5 级评分法,各级的标准为:无症状;轻;中等;重;极重。HAMD 根据不同评分评定抑郁状态:正常:评分<7 分;可能抑郁症:7~17 分;存在抑郁症:17~24 分。

1.7.7 血液流变学指标 对治疗前后血浆黏度(PV)、全纤维蛋白原(FIB)、血黏度(WBV)进行检测,嘱患者前日晚 22:00 后禁食,次日清晨空腹状态下抽取肘静脉血 10 mL,采用锥-板式旋转黏度计进行检测,操作过程严格按照说明书进行。

1.8 疗效判定标准 将临床疗效分为痊愈、显效、有效、无效 4 个等级,具体内容如下。痊愈:患者眩晕症状完全消失,随访 2 个月后无复发;显效:患者眩晕症状基本消失,活动后仍感不适;有效:患者眩晕症状有效改善,仍存在轻度不适感,对日常生活无影响;无效:临床症状无改善,甚至恶化^[5]。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式表示,进行 t 检验;计数资料使用率(%)表示,并使用 χ^2 检验分析组间差异。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 神经缺损功能水平 治疗前 2 组患者 NDS 评分、FCA 评分、Fugl-Meyer 评分以及 ADL 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),经过 10 d 治疗后 2 组患者 NDS 评分下降,FCA 评分、Fugl-Meyer 评分以及 ADL 评分均提高,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组优于对照组。见表 1、表 2。

表 1 2 组治疗前后神经功能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	NDS	FCA	ADL
对照组($n=45$)			
治疗前	16.2±5.22	40.2±10.66	48.2±21.24
治疗后	13.7±3.76*	49.2±13.89*	61.61±26.89*
观察组($n=45$)			
治疗前	16.4±4.94	39.8±10.74	48.11±22.01
治疗后	11.2±4.11* [△]	52.8±15.11* [△]	73.24±27.34* [△]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.2 平衡功能及眩晕症状 治疗前 2 组患者 BBS 评分及 MSQ 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),经过 10 d 治疗后 2 组患者 BBS 评分升高,MSQ 评分下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),观

察组优于对照组。见表 3。

表 2 2 组治疗前后 Fugl-Meyer 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	Fugl-Meyer(上肢)	Fugl-Meyer(下肢)
对照组($n=45$)		
治疗前	30.4±1.53	19.24±3.24
治疗后	35.3±2.35*	22.3±4.28*
观察组($n=45$)		
治疗前	31.2±1.01	18.98±4.01
治疗后	38.4±4.28* [△]	27.3±5.35* [△]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

表 3 2 组治疗前后神经功能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	BBS	MSQ
对照组($n=45$)		
治疗前	44.2±4.82	32.2±6.35
治疗后	53.5±5.11*	26.5±3.24*
观察组($n=45$)		
治疗前	43.5±5.01	33.1±5.82
治疗后	69.2±6.28* [△]	18.5±2.89* [△]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.3 焦虑抑郁状态 治疗前 2 组患者 HAMA、HAMD 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),经过 10 d 治疗后 2 组患者 HAMA、HAMD 评分均降低,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组优于对照组。见表 4。

表 4 2 组治疗前后 HAMA、HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	HAMA	HAMD
对照组($n=45$)		
治疗前	43.1±4.13	44.3±2.18
治疗后	33.5±3.25*	27.3±3.36*
观察组($n=45$)		
治疗前	42.8±4.58	44.1±3.01
治疗后	25.6±2.36* [△]	26.6±1.47* [△]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.4 血液流变学指标 治疗前 2 组患者 PV、FIB 及 WBV 水平差异无统计学意义($P > 0.05$),经过 10 d 治疗后 2 组患者 PV、FIB 及 WBV 水平均降低,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组优于对照组。见表 5。

表 5 2 组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	PV(mPa/s)	FIB(g/L)	WBV(mPa/s)
对照组($n=45$)			
治疗前	3.12±0.61	5.12±0.76	5.02±0.58
治疗后	2.15±0.21*	3.67±0.48*	3.76±0.32*
观察组($n=45$)			
治疗前	3.11±0.59	5.22±0.64	4.98±0.61
治疗后	1.15±0.17* [△]	2.25±0.27* [△]	2.11±0.17* [△]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.5 各组疗效差异比较 观察组临床总有效率为 97.78%,与对照组 70% 比较,差异有统计学意义($\chi^2=2.88, P<0.05$)。见表 6。

表 6 各组临床疗效结果比较

组别	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
对照组(n=45)	18	10	6	11	75.56
观察组(n=45)	25	12	7	1	97.78
χ^2					2.88
P					<0.05

3 讨论

现代医学认为头晕与目眩两类症状常并存,故统称为眩晕。最新临床研究证实约有 48%~50% 的中风患者遗留眩晕症状,严重影响患者的康复进程。古籍对眩晕症状多有记载,其属于“头眩”“目眩”“风眩”等病名范畴,《黄帝内经》、张仲景学乃古代医家研究眩晕病的起点,并在宋金元时期快速发展,至明清时代历代医家对眩晕病诊治内容更为丰富饱满^[6-7]。《黄帝内经》认为本病主要病机无外乎肝阳上亢气血亏虚、痰湿中阻,故“无风不作眩”孕育而生,《素问·至真要大论》认为:“诸风掉眩,皆属于肝”,因此眩晕发生与肝脏关系密切,肝喜条达,肝气郁滞横逆犯胃,则胃失和降,浊阴不散而壅堵清窍,亦或肝郁气滞则乘王伤脾,致使气血生化受阻,日久清窍失养而发为眩晕,故肝脾、胆胃失和导致气机升降失司,眩晕由此而生。直至《类证治裁·眩晕》指出:“良由肝胆乃风木之脏,相火内寄,其性主动主升,阴不吸阳,以至目昏耳鸣,震眩不定”,由此确认治疗眩晕病的关键是调理气机^[8-10]。《素问·阴阳离合论》写到:“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢”,少阳经脉介乎于表里之间,是连接表里经气枢纽,《伤寒论》曰:“口苦,咽干,目眩”乃少阳之为病,医圣认为少阳经为经络之枢,外感内伤皆可向外传输病邪,调和少阳气机是六经契机平顺之根本,由此我们认为中风后眩晕的发生乃少阳经气机不畅所致^[11-13],因此调整少阳经气是治疗本病的核心环节。

小柴胡汤是和解少阳的经典方,首载于《伤寒杂病论》,有通利三焦,畅达内外气机,调和气血的作用^[14-15]。方中柴胡味苦性微寒,有疏肝解郁之功,亦可升阳达表,是本方君药;黄芩苦寒,如肝胆经以清热养阴,利胆退热,是本方臣药;半夏入中焦,有健脾和胃,行气燥湿化痰之功,人参、甘草可健脾益气和中,正气得充使外邪无以内侵,共为佐药;少阳经乃半表半里之经,邪亦处于半表半里之地,则营卫互

争,故使用生姜、大枣之辛甘以调和营卫。故此小柴胡汤可调和肝脾胃,使营卫安顺,气机安和^[16-18]。本研究根据患者伴随症状辨证论治,痰浊蒙窍者加用茯苓、白术、厚朴、陈皮以加强健脾行气燥湿之功,气血亏虚者加黄芪、当归、葛根可养血活血,正气旺盛则可祛邪外出。肝肾阴虚明显者加枸杞、菟丝子、熟地黄可加强补益肝肾。瘀血阻滞明显者加桃仁、红花、川芎可有效活血化瘀通络。肝火旺盛者加栀子、龙胆草加强清热泻火除烦,保肝利胆之功。

现代医学认为血液流变学异常是眩晕发生发展的重要因素,当血液流变学受到不良因素影响时导致血液黏度及血小板聚集度上调,从而导致血液顺应性下降,导致微血栓形成,影响了血液循环功能,由此红细胞膜蛋白质非酶糖基化浓度逐渐上调,从而导致红细胞膜负电荷减弱,引起其电斥力,增加了红细胞的聚集性,此外,非酶糖化过程伴随着大量自由基的产生,导致红细胞膜蛋白质变性,增加了黏稠度,由此导致血液运行能力减弱,引发了眩晕症状的发生^[19-20],因此改善血液流变学是治疗眩晕的关键。本研究我们发现 2 组患者经过一定手段干预后血液流变学指标均有一定程度改善,舒血宁是银杏叶提取物,可通过抑制血小板聚集能力改善脑组织的微循环,从而增加脑部血流量,改善眩晕症状,然而在研究中我们发现,加用小柴胡汤的观察组在改善血液流变学方面明显优于对照组,这说明小柴胡汤加减可进一步改善血液流变学指标,从而改善血液循环状态,促进病情恢复。

综上所述,我们利用小柴胡汤有效治疗了中风后眩晕症状,患者不但运动功能、日常生活能力有了明显提升,且通过改善眩晕症状明显改善了患者的负性情绪,而产生这一效应的作用机制可能是通过改善血液流变学实现的。

参考文献

[1] 兰天,呼日勒特木尔. 脑卒中流行病学现状及遗传学研究进展[J]. 疑难病杂志,2015,12(9):986-989.
[2] 徐荣. 浅析耳穴埋豆与天麻钩藤饮在中风后眩晕治疗中的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,22(77):100-100,101.
[3] 赵宏廷,李晓斌. 中风膏治疗后循环缺血性眩晕 31 例临床研究[J]. 卫生职业教育,2015,33(17):149-149,150.
[4] 顾超,沈婷,袁灿兴. 利舒康胶囊治疗腔隙性脑梗死伴眩晕症的效果观察[J]. 解放军医药杂志,2017,29(4):58-61.
[5] 杨芳芳. 用小柴胡汤加减治疗中风后眩晕的价值分析[J]. 当代医药论丛,2015,13(10):132-133.
[6] 任晓春. 眩晕中风的中医诊疗[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2013,20(24):117-118.

双向调节,即在胃动力亢进是抑制平滑肌节律,在胃动力不足时促进平滑肌收缩。此外,可促进胃动素(一种氨基酸多肽)分泌,加速胃肠平滑肌收缩进而刺激胃蛋白酶的分泌^[14]。

因此,除探索四君子汤加减方对慢性胃炎的疗效、症状积分情况和不良反应的影响,本研究观察了治疗前后血浆胃动素(MTL)和生长抑素(SS)水平。MTL是由活性氨基酸(22个)构成的多肽,对胃体和胃小弯有一定刺激作用,可刺激其运动从而对胃排空有一定调节作用,此外,SS也对胃肠道运动有一定的调节作用,但它是作为胃肠激素对胃泌素和胃酸的分泌有一定抑制作用,这2个胃肠道的指标均是衡量胃肠道疾病,尤其是慢性胃炎的标志性指标,故本研究选取其为探索机制的血浆指标^[15-16]。本研究发现,采取四君子汤加减治疗慢性胃炎后,MTL降低了,而SS则升高,因此我们推测,四君子汤加减方对慢性胃炎的作用可能是通过调节胃肠道动力或抑制激素起作用。

但本研究依然存在以下几点不足:1)本研究所研究的时间跨度仅仅是5年左右,对于慢性病的研究而言,相对较短;2)本研究选择的患者100例,样本量太小,代表性不是太高。希望今后能开展更深入、大样本量的研究以进一步探讨四君子汤在慢性胃炎患者中的药用价值。

综上所述,四君子汤加减方对慢性胃炎的治疗不仅仅疗效好,不良反应低,治疗后患者炎症反应指标和相关激素水平有改善。

参考文献

[1] Cicala M, Emerenziani S, Guarino MP, et al. Proton pump inhibitor

resistance, the real challenge in gastro-esophageal reflux disease[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(39): 6529-6535.

[2] 莫剑忠, 江石湖, 吴叔明, 等. 江绍基胃肠病学[M]. 2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2014: 490-492.

[3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24-36.

[4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 14版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 1914-1916.

[5] 祝志勇. 半夏泻心汤联合奥美拉唑胶囊治疗慢性胃炎疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(3): 83-84.

[6] 李益农, 陆星华. 消化内镜学[M]. 北京: 科学出版社, 1998: 227.

[7] 黄灏彬. 辨证施护在胃痛患者中的应用与效果[J]. 中外医疗, 2013, 32(31): 124, 126.

[8] 张伟先, 黄少娜. 陈夏六君子汤加味佐治慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 中国医学创新, 2012, 9(17): 48-49.

[9] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 335-336.

[10] 李京伟, 侯政昆, 刘凤斌. 刘凤斌教授中医药治疗慢性胃炎的临床经验[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(5): 753-755.

[11] 杨小梅, 利惠珍, 陈文姿, 等. 慢性胃炎病人辨证施教路径对自我效能的影响[J]. 护理研究, 2012, 26(15): 1400-1401.

[12] 王萍. 慢性萎缩性胃炎中医证治规律探讨及临床疗效评价研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2015.

[13] 吕苑. 四君子汤的药理研究和临床应用[J]. 中医研究, 2012, 25(1): 76-78, 封3.

[14] 应利园. 慢性胃炎情志护理与饮食调护研究[J]. 大家健康(下旬版), 2014, 8(2): 358-358, 359.

[15] 李文丽. 浅谈艾灸和饮食调护治疗慢性胃炎疗效观察[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2012, 22(4): 603.

[16] 赵纯杰. 铝碳酸镁和西沙必利对胆汁反流性胃炎的疗效及胃内胆汁的影响[J]. 转化医学电子杂志, 2016, 3(4): 56-57.

(2017-11-04 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

(上接第2479页)

[7] 李晓霁. 眩晕中风患者的中医论治[J]. 中外健康文摘, 2013, 10(9): 391-392.

[8] 耿中文. Clinical Observation of Tuina Therapy in Treating 47 Cases of Vertigo[J]. 针灸推拿医学(英文版), 2008, 6(1): 49-51.

[9] 耿彦婷, 郭焕荣. 和解少阳法治疗眩晕医案2则[J]. 江苏中医药, 2013, 45(6): 38-39.

[10] 陶晓雯, 雷正权. 针刺手少阳经筋结点治疗颈源性眩晕临床研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(14): 109-110.

[11] 田永衍, 胡蓉, 赵小强. 《黄帝内经》眩晕证治探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(2): 109-111, 176.

[12] 焦转转, 白广龙, 王中琳. 王中琳治疗外感性眩晕经验[J]. 河南中医, 2014, 34(11): 2101.

[13] 许新. 小柴胡汤加减治疗中风后眩晕疗效观察[J]. 光明中医, 2014, 29(9): 1993-1994.

[14] 毛佩, 王鹏龙, 张宇忠. 《伤寒论》“和”之思想探析[J]. 吉林中

医药, 2018, 38(1): 9-12.

[15] 王禄. 小柴胡汤临证举隅[J]. 河南中医, 2017, 37(8): 1344-1345.

[16] 王瑞婷, 陶晓华, 邹锦. 《名医类案》“伤寒门”小柴胡汤应用辨析[J]. 河南中医, 2017, 37(3): 414-416.

[17] 韩国杰. 小柴胡汤加减治疗中风后眩晕临床观察[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(21): 2951-2952.

[18] 陈玥. 小柴胡汤加减治疗中风后眩晕临床疗效分析[J]. 大家健康(下旬版), 2017, 11(11): 32.

[19] 肖展翅, 金朝霞, 李钢, 等. 丹红注射液对后循环缺血眩晕患者血液流变学及血脂的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(4): 407-409.

[20] 张丛林. 血栓通联合丹参川芎嗪治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的疗效及对血液流变学的影响[J]. 河北医药, 2017, 39(1): 127-129, 132.

(2018-04-17 收稿 责任编辑: 芮莉莉)