· 临床论著 ·

刘氏菖郁汤对缺血性脑卒中风痰阻络证患者神经功能缺损和依赖程度的影响

彭皓均[1] 庾国桢[2] 杨小梅[3] 皮立宏[1] 王 琛[1] 何思颖[1]
何灵玲[1] 刘亚敏[1] 沈 强[1] 吴智兵[1] 林培政[1]

摘要 目的 观察刘氏菖郁汤改善缺血性脑卒中风痰阻络证患者神经功能缺损以及降低患者依赖程度的临床疗效。**方法** 采用单中心前瞻性随机对照盲法评价方法，纳入缺血性脑卒中风痰阻络证患者共 204 例，对照组、醒脑静组、刘氏菖郁汤组、刘氏菖郁汤合醒脑静组各 51 例。对照组按缺血性脑卒中指南进行治疗，醒脑静组、刘氏菖郁汤组、刘氏菖郁汤合醒脑静组在此基础上分别联用 10 天醒脑静注射液、刘氏菖郁汤、刘氏菖郁汤合醒脑静注射液。以美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评定神经功能缺损、简化改良 Rankin 评分问卷（smRSq）进行 90 天依赖情况随访。**结果** 与干预前比较，干预 10 天后，刘氏菖郁汤组、醒脑静组、刘氏菖郁汤合醒脑静组 NIHSS 评分下降（$P<0.05$）；神经功能缺损改善有效率，刘氏菖郁汤组、醒脑静组、刘氏菖郁汤合醒脑静组均优于对照组（$P<0.0083$）。90 天后刘氏菖郁汤组依赖情况低于对照组（$P<0.0083$）；刘氏菖郁汤合醒脑静组有低于对照组的趋势（$P=0.02$）；与对照组比较，刘氏菖郁汤组获得生活自理的比值比为 3.1[95%CI（1.406,7.747）]。**结论** 缺血性脑卒中风痰阻络证患者早期使用刘氏菖郁汤 10 天能减轻神经功能缺损；可降低 90 天时患者的依赖程度，提高生活自理能力。

关键词 刘氏菖郁汤；缺血性脑卒中；化痰开窍；神经功能缺损；简化改良 Rankin 评分问卷

Effect of LIU's Changyu Decoction on the Neurological Deficit and the Dependence Degree of Ischemic Stroke Patients with Wind and Phlegm Obstructing Channel

PENG Hao-jun[1], YU Guo-zhen[2], YANG Xiao-mei[3], PI Li-hong[1], WANG Chen[1], HE Si-ying[1], HE Ling-ling[1], LIU Ya-min[1], SHEN Qiang[1], WU Zhi-bin[1], and LIN Pei-zheng[1] *1 Department of Encephalopathy, First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou (510405); 2 Department of Encephalopathy, Dongguan TCM Hospital, Guangdong (523000); 3 Department of Internal Medicine, Tianjin Dekang Tang Clinic of Tradition Chinese Medicine, Tianjin (300450)*

ABSTRACT Objective To observe the efficacy of whether LIU's Changyu Decoction (LCYD) improvd functional deficit and reducd dependence of ischemic stroke patients with wind and phlegm obstructing channel syndrome (WPOCS). **Methods** Adopted was a single-center prospective randomized controlled blind evaluation method. A total of 204 ischemic stroke patients with WPOCS were included and assigned to 4 groups, i.e., the control group, Xingnaojing group (XNJ), LCYD group, LCYD+XNJ group, 51 cases in each group. Patients in the control group were treated according to the guideline of ischemic stroke as the basic treatment. Patients in the remaining three groups additionally received XNJ Injection, LCYD, LCYD+XNJ injection for 10 days, respectively. The National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and the simplified modified Rankin Scale Questionnaire (smRSq) were used for neurological dysfunction assessment and 90-day dependence follow-ups. **Results** After 10 days of intervention, the NIHSS scores decreased significantly more than before intervention

基金项目：广东省中医药局面上项目（No.20211141）；广东省首批名中医师承项目（No. 粤中医函〔2015〕20 号）；广州中医药大学教育研究课题（No.A3-0433-171-035）

作者单位：1. 广州中医药大学第一附属医院脑病科（广州 510405）；2. 广东省东莞市中医院脑病科（广东 523000）；3. 天津德康堂中医门诊部内科（天津 300450）

通讯作者：林培政，Tel：020-36591364，Email：linpeizheng@gzucm.edu.cn

DOI：10. 7661/j. cjim. 20210714.181

中国中西医结合杂志

in LCYD group，XNJ group，LCYD+XNJ group（P<0.05）. In terms of the effective rate of improving neurological deficits，better effects were obtained in LCYD group，XNJ group，LCYD+XNJ group than in the control group（P<0.0083）. After 90 days the dependence degree was lower in LCYD group than in the control group（P<0.0083）. The dependence degree showed a lower tendency in LCYD+XNJ group than in the control group（P=0.02）. Compared with the control group，the odds ratio in getting self-care of LCYD group was 3.1 [95%CI (1.406,7.747)]. **Conclusions** Early use of LCYD for 10 days in ischemic stroke patients with WPOCS attenuated neurological deficits. It reduced the patient's dependence at 90 days and improved self-care ability.

KEYWORDS LIU' s Changyu Decoction；cerebral ischemic stroke；dissipating phlegm for resuscitation；neurological deficit；simplified modified Rankin Scale Questionnaire

我国居民死亡和致残的第一位原因为脑卒中[1-3]，并且我国脑血管病的发病率与病死率明显高于西方发达国家[4]，因此研究缺血性卒中防治具有重要的价值。

经过长期的临床实践和研究，目前认为“气血逆乱、脑窍闭阻”[5]是中风病主要病机，使用麝香联合冰片治疗中风病获得较好疗效，刘亚敏等提出芳香开窍法适用于缺血性脑损伤各阶段的治疗[6-8]。由于芳香开窍药物如麝香、冰片均属名贵药材，价格昂贵又获取不易，因此全国名老中医专家、广州中医药大学终身教授刘仕昌在临床诊治中风病的过程中，结合岭南地区独特的地理环境、气候特点和人群生活饮食习惯，把温病经典方剂菖蒲郁金汤化裁为具有化痰开窍、行气活血之功的刘氏菖郁汤，用于治疗中风病风痰阻络证的患者。此方在本科室沿用多年，前期研究已证实该方对中风风痰阻络证患者球麻痹、吞咽障碍等方面效果突出[9]，并且能改善中风病患者的免疫平衡状态[10]。本研究运用刘氏菖郁汤治疗缺血性脑卒中风痰阻络证患者，探讨其在改善神经功能缺损以及降低患者依赖程度方面的疗效。

资料与方法

1　诊断标准

1.1　现代医学诊断标准　缺血性脑卒中诊断参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》[11]：急性起病；局灶性神经功能缺损（一侧面部或肢体无力或麻木，语言障碍等），少数为全面神经功能缺损；影像学出现责任病灶或症状 / 体征持续 24 h 以上；排除非血管性病因；脑 CT/ MRⅠ排除脑出血。

1.2　中医辨证标准　风痰阻络证辨证标准参照《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分》[12]：半身不遂，口舌歪斜，语言蹇涩或不语，偏身麻木，头晕目眩，痰多而黏，舌质淡暗，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

2　纳入标准　（1）符合现代医学缺血性脑卒中诊断标准和中医风痰阻络证辨证标准；（2）年龄 30~85 岁；（3）发病 7 天以内；（4）美国国立卫生研究院卒中量表（National Institute of Health Stroke Scale，NIHSS）[13]评分为 3~20 分；（5）患者或法定代理人签署知情同意书。

3　排除标准　（1）既往有卒中病史并遗留严重后遗症，改良 Rankin 量表（modified Rankin Scale，mRS）[14]>2 分；（2）合并其他影响肢体活动功能的疾病；合并严重肝、肾功能不全（肝功能不全指 ALT 或 AST 值 >2 倍正常上限，肾功能不全指血肌酐 > 2 倍正常上限）；（3）妊娠或哺乳期妇女；（4）正参加其他药物临床试验者；（5）对治疗药物过敏或对中药组方中已知成分过敏者；（6）存在意识障碍者。

4　一般资料　本研究全部病例均来源 2017 年 3 月 – 2018 年 3 月期间广州中医药大学第一附属医院脑病中心脑病科住院患者。本研究共纳入病例 204 例。按随机数字表法分为 4 组：对照组、醒脑静组、刘氏菖郁汤组、刘氏菖郁汤合醒脑静组，每组 51 例。最终对照组脱落 5 例，刘氏菖郁汤组脱落 3 例，其余两组无脱落，最终共纳入患者 196 例。其中男性 116 例，女性 80 例。最小年龄 32 岁，最大年龄 85 岁。各组一般资料比较（表 1），差异无统计学意义（P>0.05）。本研究经广州中医药大学第一附属医院伦理委员会审批（No.ZYYECK[2017]）。

5　治疗方法

5.1　对照组方案　基于《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》[11]、《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014》[15]制定治疗方案。具体包括口服 / 鼻饲抗血小板药阿司匹林肠溶片（拜耳医药保健有限公司，生产批号：BJ57521，每片 100 mg），每次 100 mg，每天 1 次；调脂药阿托伐他汀钙片（辉瑞制药有限公司，生产批号：EG8987，每片 20 mg），每次 20 mg，每晚 1 次；降压药苯磺酸氨氯地平片（辉瑞制药有限公司，生产批号：EK0580，每片 5 mg），每次 5 mg，每天 1 次。若需

表 1 各组患者一般资料比较

项目		对照组（46 例）	醒脑静组（51 例）	刘氏菖郁汤组（48 例）	刘氏菖郁汤合醒脑静组（51 例）	*P* 值
性别［例 (%)］	男	24（52.2）	26（50.9）	30（62.5）	36（70.6）	0.169
	女	22（47.8）	25（49.1）	18（27.5）	15（29.4）	
年龄（岁，$\bar{x} \pm s$）		63.7 ± 13.2	60.8 ± 11.3	59.6 ± 8.0	60.1 ± 12.1	0.355
危险因素［例 (%)］						
吸烟		14（30.4）	22（43.1）	15（31.3）	24（47.1）	0.223
酗酒		11（23.9）	11（21.6）	9（18.8）	15（29.4）	0.633
高血压病		35（76.1）	37（72.5）	36（75.0）	39（76.5）	0.969
糖尿病		21（45.7）	26（50.9）	24（50.0）	24（47.1）	0.948
冠心病		3（6.5）	4（7.8）	0（0）	3（5.9）	0.302
血脂异常		32（69.6）	35（68.6）	39（81.3）	33（64.7）	0.307
房颤		3（6.5）	4（7.8）	3（6.3）	0（0）	0.276
既往卒中史［例 (%)］		5（10.9）	6（11.8）	6（12.5）	9（17.6）	0.752
NIHSS[M（IQR）]		6（5，8）	7（4.5，7.5）	6（5.0，7.8）	6（4，7）	0.218

使用降血糖，予盐酸二甲双胍片（中美上海施贵宝制药有限公司，生产批号：AEV4465，每片 0.5 g），每次 0.5 g，每天 3 次。

5.2 醒脑静组方案 在对照组方案基础上联合使用醒脑静注射液。醒脑静注射液（无锡济民可信山禾药业股份有限公司，生产批号：161221，每支 10 mL）20 mL，用 0.9 % 氯化钠注射液 250 mL 稀释后静脉滴注，每天 1 次，共使用 10 天。

5.3 刘氏菖郁汤组方案 在对照组治疗方案的基础上联合使用刘氏菖郁汤。方药组成：石菖蒲 15 g 郁金 10 g 天竺黄 5 g 竹茹 10 g 川贝 10 g 橘红 10 g 苏梗 10 g 枳壳 10 g 枯梗 10 g 红花 5 g 丹参 15 g 甘草 6 g，每天 1 剂，水煎至 400 mL，分两次口服或鼻饲。中药饮片由致信药业公司提供，共使用 10 天。

5.4 刘氏菖郁汤合醒脑静组方案 在对照组治疗方案的基础上联合使用醒脑静注射液、刘氏菖郁汤水煎剂，方案同上。

6 评价指标和评价方法 由团队中 1 位具有量表评价资质的医师进行评价，评价者不参与患者的管理，保证盲法评价实施。

6.1 神经功能缺损评价 使用 NIHSS 评价神经功能缺损，在入组当天、48 h、10 天时进行评定。

6.2 神经功能缺损改善程度 参考《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准（1995）》[16]，以 NIHSS 评分减少程度评价。有效：NIHSS 评分减少 >18%；无效：NIHSS 评分减少 <18%（包括无变化、恶化、死亡）；有效率（%）= 有效例数 / 总例数 ×100%。

6.3 依赖（残疾）情况评价 90 天后以简化的改良 Rankin 评分问卷（Simplified Modified Rankin Scale Questionnaire，smRSq）[17] 对患者进行依赖情况电话随访，分值在 0~2 分为自理，3~6 分为依赖（残疾）。

7 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布采用 $\bar{x} \pm s$ 表示；不符合正态分布采 *M*（*IQR*）表示。R × C 表资料使用 χ^2 检验。符合正态分布的定量资料使用方差分析，不符合正态分布的定量资料使用 *Kruskal Wallis* 检验。治疗前后比较使用配对样本 *Friedman* 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义，组间两两比较采用矫正的 $\alpha' = \alpha/6 = 0.0083$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 病例流程图（图 1） 本研究对照组脱落 5 例，刘氏菖郁汤组脱落 3 例，其余两组无脱落，最终共纳入患者 196 例。

2 4 组治疗前后 NIHSS 比较（表 2） 醒脑静组、刘氏菖郁汤组、刘氏菖郁汤合醒脑组治疗 10 天后与治疗前比较，NIHSS 评分均有下降（$P<0.05$）；对照组治疗前后 NIHSS 评分无明显变化（$P>0.05$）。

3 4 组神经功能缺损改善有效率比较（表 3） 治疗 48 h 后 4 组间神经功能缺损改善有效率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗 10 d 后 4 组间改善有效率比较，差异有统计学意义（$\chi^2=12.194$，$P<0.05$）；刘氏菖郁汤组、刘氏菖郁汤合醒脑静组、醒脑静组神经功能缺损改善有效率明显高于对照组（$P<0.0083$）。

4 90 天后依赖（残疾）情况（表 4） 治疗 90 天

中国中西医结合杂志

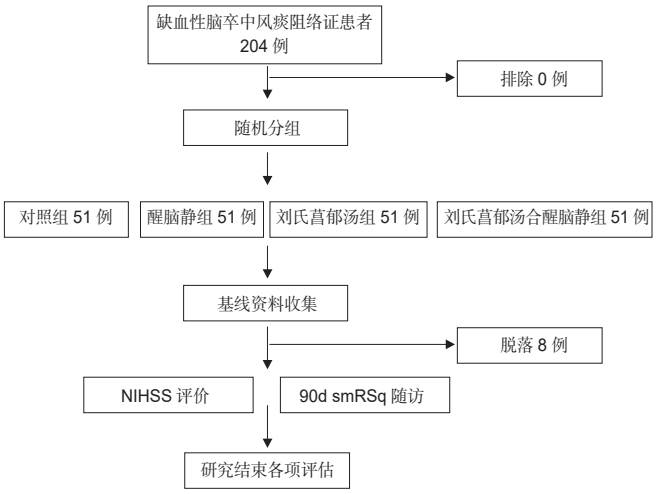

图 1　病例流程图

表 2　4 组治疗前后 NIHSS 比较　[*M*（*IQR*）]

组别	例数	治疗前	48 h	10 d
对照	46	6（5，8）	5（4，8）	5（3，10）
醒脑静	51	7（4，8）	6（4，9）	4（3，6）*
刘氏菖郁汤	48	6（5，8）	6（3，7）	4.5（4，5）*
刘氏菖郁汤合醒脑静	51	6（4，7）	5（4，7）	3.5（3，6）*

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$

表 3　4 组治疗后神经功能缺损改善有效率比较　[例（%）]

组别	例数	48 h	10 d
对照	46	17（37.0）	16（34.8）
醒脑静	51	19（37.3）	32（62.7）*
刘氏菖郁汤	48	14（29.1）	32（65.9）*
刘氏菖郁汤合醒脑静	51	18（35.3）	33（64.7）*

注：与对照组比较，*$P<0.083$

后 4 个治疗组依赖（残疾）比例比较，差异有统计学意义（$\chi^2=16.234$，$P<0.05$）；两两比较，刘氏菖郁汤组依赖率显著低于对照组（$P<0.0083$），刘氏菖郁汤合醒脑静组有低于对照组的趋势（$P=0.02$）；与对照组比较，刘氏菖郁汤组获得生活自理的比值比

表 4　4 组治疗 90 天时依赖程度　[例（%）]

组别	例数	smRSq	
		自理（0~2 分）	依赖（3~6 分）
对照	46	19（41.3）	27（58.7）
醒脑静	51	25（49.0）	26（51.0）
刘氏菖郁汤	48	33（68.8）	15（31.2）*
刘氏菖郁汤合醒脑静	51	33（64.7）	18（35.3）

注：与对照组比较，*$P<0.0083$

是 3.1[95%*CI*（1.406,7.747）]，差异有统计学意义。

讨　论

缺血性脑卒中是造成全球范围内严重的社会经济负担主要原因之一[18]。成都卒中登记研究[19]显示，我国脑梗死患者 3 个月末的残疾或死亡比例（定义为 mRS ≥ 3 分）为 37.1%，虽然低于西方国家报道，但在实际生活中，此类患者仍需要家庭或社会付出一定的劳动力进行日常生活协助甚至是完全依赖。因此探索能够降低缺血性脑卒中后残疾或死亡具有重要意义。

本研究中刘氏菖郁汤组、醒脑静组、刘氏菖郁汤合醒脑静组患者经过 10 天干预，NIHSS 评分均较本组干预前明显下降，而对照组 NIHSS 评分则无明显下降，提示在基础治疗方案上配合使用开窍法可在短期内改善神经功能缺损。再按 NIHSS 改善有效率分析，干预 48 h 后组间有效率差异不明显，干预 10 天后刘氏菖郁汤组、醒脑静组、刘氏菖郁汤合醒脑静组有效率分别是 65.9%、62.7%、64.7%，明显高于对照组，提示对照组患者接受基础治疗后，虽然病情稳定，但神经功能缺损无明显改善，配合使用开窍法的患者能获得较好的神经功能改善。90 天后通过电话行 smRSq 随访，发现刘氏菖郁汤组依赖比例显著低于对照组，说明中风病风痰阻络证的患者早期使用 10 天刘氏菖郁汤，就能更好的改善依赖（残疾）情况，增加生活自理的能力。

刘氏菖郁汤能获得良好的临床疗效，需要从中风的病机、立方原则上进行分析。在中医学对神明认识的基础上，结合现代医学的解剖、生理等，认为缺血性脑卒中主要病机是“气血逆乱、脑窍闭阻”，发病后机体各项功能障碍是“脑窍闭阻，神不导气”的结果，由于气失神明的引导，不能支配机体各项生理功能，故出现神经功能缺损的情况。所以刘亚敏提出早期使用醒脑开窍法是治疗缺血性脑卒中的关键，不应拘泥于患者是否存在神志障碍[8]。在岭南地区使用开窍法还有其特殊的理论背景。岭南在传统上指越城、大庾、骑田、都庞、萌渚五岭以南的地区[20]。早在《素问 · 异法方宜论篇》中就提到了南方的气候特点，“南方者……阳之所盛处也……雾露之所聚”[21]。岭南地区四季气候划分不明显，长夏少冬，雨量充沛，高温多湿，人们腠理疏松，汗液外泄偏多，加之潮湿闷热的气候长期作用于人体，饮食上又多进食生冷鲜活之品，导致脾胃功能呆滞，痰湿内生，故岭南地区人群体质以痰湿常见。因此刘仕昌教授根据岭南地区独特的地理环境、气候特点和人群生活饮食习惯，结合中风病“脑窍闭阻”的主要病机，开立了“化痰开窍、行气活血”为治法的处方，由我本吴宣富教授首先总结，并将其命名为“刘氏菖郁汤”，其

中国中西医结合杂志

组成为石菖蒲、郁金、天竺黄、竹茹、川贝、橘红、苏梗、枳壳、桔梗、红花、丹参、甘草等，此方组成颇具岭南温病学派轻清灵巧的用药特点[22]。石菖蒲化痰开窍，化湿行气，《神农本草经》[23]中指出石菖蒲具有“开心孔，补五脏，通九窍”作用，为聪耳开窍之要药。本方取其开窍、化痰湿之功效。郁金性味辛苦寒，能清心、解郁开窍，用治痰浊蒙蔽心窍者，与石菖蒲配伍共为君药。天竺黄、川贝母、竹茹、橘红均为化痰良药。桔梗“除上气壅闭，清头目……引诸药上升……唯咽喉疼痛，与甘草多用”，“同甘草，理喉闭甚捷”[24]，桔梗与甘草配伍善宣肺化痰以利咽开音；苏梗行气和中，枳壳理气宽中；上述七味，起行气化痰之功，助君药化痰醒神开窍，导脑髓之气通行全身，乃刘氏菖郁汤之臣药。刘仕昌教授指出，缺血性中风患者气血逆乱，血行不畅而致血脉瘀滞，因此在化裁菖蒲郁金汤时加入了红花、丹参两味活血通络之药[25]；红花《新修本草》言其能“治口噤不语，血结”[26]，丹参活血化瘀更具凉血清心之效；以上两味是刘氏菖郁汤兼治血瘀之佐药。甘草调和诸药为使。纵观刘氏菖郁汤全方具备化痰开窍、行气活血的功效，服用此方后痰化窍开，神可出窍，恢复神能导气的作用，使神通过气能重新支配机体各项功能活动，提高患者日常生活各项功能。在遵循缺血性脑卒中诊治指南的前提下，联合使用的刘氏菖郁汤能短期内减少风痰阻络证患者神经功能缺损，且有更优的改善程度；尚可提高患者 90 天后的生活自理能力、降低依赖（残疾）风险，获得生活自理的可能性是对照组患者的 3.1 倍。

综上所述，应用刘氏菖郁汤治疗缺血性脑卒中在岭南地区最常见的证型风痰阻络证[27]，体现了刘老治疗此病的整体思维，用药精当，灵活变通的思想，药证相符，切中病机，故可取得良好的疗效，显著提高生活自理能力，降低医疗、经济、人力资源等成本[28]。

利益冲突：无。

参 考 文 献

［1］ Wu X，Zhu B，Fu L，et al. Prevalence，incidence，and mortality of stroke in the Chinese island populations：a systematic review[J]. PLoS One，2013，8（11）：e78629.

［2］ Yang G，Wang Y，Zeng Y，et al. Rapid health transition in China，1990–2010：findings from the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet，2013，381（9882）：1987–2015.

［3］ 谢婷婷，王虹，刘屏，等 . 中药石菖蒲对脑内单胺类神经递质 5- 羟色胺水平的影响 [J]. 中国药物应用与监测，2007，4（3）：15–17.

［4］ Jiang B，Ru X，Sun H，et al. Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China[J]. Sci Reports，2016，6（7）：29795.

［5］ 刘亚敏，沈强，徐秋英 . 麝香保心丸合中医辨证治疗急性缺血性中风的临床疗效分析 [J]. 中成药，2006，28（1）：52–55.

［6］ 刘亚敏，张赐安，徐秋英，等 . 芳香开窍法对急性缺血性中风治疗作用的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报，2002，19（3）：165-168，174.

［7］ 刘亚敏，张赐安，彭胜权 . 开窍法治疗中风的临床再认识 [J]. 新中医，2002，34（8）：7–8.

［8］ 刘亚敏 . 芳香开窍法对急性缺血性中风的脑保护作用研究 [D]. 广州：广州中医药大学，2002.

［9］ 李泽希 . 刘氏菖郁汤治疗风痰阻络型缺血性中风病的疗效观察 [D]. 广州：广州中医药大学，2016.

［10］ 彭皓均，庾国桢，杨小梅，等 . 刘氏菖郁汤对缺血性脑卒中风痰阻络证患者 Th17/Treg 免疫平衡的影响 [J]. 中药新药与临床药理，2021，32（1）：117–122.

［11］ 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 . 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志，2015，48（4）：246–257.

［12］ 中华中医药学会 . 中医内科常见病诊疗指南 [M]. 北京：中国中医药出版社，2008：260.

［13］ Brott T，Adams HP Jr，Olinger CP，et al. Measurements of acute cerebral infarction：a clinical examination scale[J]. Stroke，1989，20（7）：864-870.

［14］ Swieten V，Koudstaal PJ，Visser MC，et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients[J]. Stroke，1988，19（5）：604–607.

［15］ 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 . 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014[J]. 中华神经科杂志，2015，48（4）：258–273.

［16］ 全国第四届脑血管病学术会议 . 脑卒中患者临床神经

中国中西医结合杂志

功能缺损程度评分标准（1995）[J]. 中华神经科杂志. 1996，29（6）：381–383.

[17] Askiel B，Abiodun EA，Chen L，et al. Simplified modified Rankin Scale Questionnaire reproducibility over the telephone and validation with quality of life[J]. Stroke，2011，42（8）：2276–2279.

[18] Macrez R，Ali C，Toutirais O，et al. Stroke and the immune system：from pathophysiology to new therapeutic strategies[J]. Lancet Neurol，2011，10（5）：471–480.

[19] 郝子龙，刘鸣，李伟，等. 成都卒中登记方法及 3123 例患者基本特征和功能结局 [J]. 中华神经科杂志，2011，44（12）：826–831.

[20] 钟嘉熙，林培政主编. 岭南中医药名家刘仕昌 [M]. 广州：广东科技出版社，2013：序 1.

[21] 李瑞祥，郭琦玮主编. 中医四大经典 [M]. 北京：中国医药科技出版社，2016：21.

[22] 于征淼. 岭南温病学派古今验案发挥 [M]. 北京：中国中医药出版社，2018：79–80.

[23] 清 • 顾观光. 神农本草经 [M]. 北京：学苑出版社，2007：28.

[24] 明 • 陈士铎. 本草新编 [M]. 北京：中国医药科技出版社，2011：101.

[25] 钟嘉熙，林培政主编. 临床中医家刘仕昌 [M]. 北京：中国中医药出版社，2001：70–74.

[26] 宋 • 苏敬. 新修本草（辑复本）[M]. 第 2 版. 合肥：安徽科学技术出版社，2005：98.

[27] 余锋，刘南，信梦雪. 岭南地区急性脑梗死中医证候分布规律分析 [J]. 中国中医药现代远程教育，2017，15（6）：45–47.

[28] 彭皓均，涂淮，王文静，等. 中风急性期中医临床路径应用前后情况回顾性分析 [J]. 广州中医药大学学报，2017，34（6）：805–809.

（收稿：2021–05–20　在线：2021–10–14）

责任编辑：李焕荣

英文责编：张晶晶

欢迎订阅 2022 年 *Chinese Journal of Integrative Medicine*

Chinese Journal of Integrative Medicine《中国结合医学杂志》是由中国中西医结合学会、中国中医科学院主办的国际性学术期刊，旨在促进结合医学及替代医学的国际交流，及时发表结合医学或替代医学领域的最新进展、趋势以及临床实践、科学研究、教育、保健方面经验和成果的科学论文。1995 年创刊，由中国科学院院士陈可冀担任主编。设有述评、专题笔谈、论著、临床经验、病例报道、综述、药物相互作用、法规指南、学术探讨、思路与方法、跨学科知识、会议纪要、书评、读者来信等栏目。本刊被多种国际知名检索系统收录，如：Science Citation Index Expanded（SCI-E）、Index Medicus/Medline、Chemical Abstracts（CA）、Abstract Journal（AJ）、CAB Abstracts、CAB International、Excepta Media（EMBASE）、Expanded Academic、Global Health、Google Scholar、Index Copernicus（IC）、Online Computer Library Center（OCLC）、SCOPUS 等。本刊于 2007 年被 SCI-E 收录，2021 年 6 月底科睿唯安公布 2020 年本刊 SCI 影响因子为 1.978。2010 年 10 月 1 日与汤森路透集团签约，正式采用 ScholarOne Manuscripts 在线投审稿系统。

Chinese Journal of Integrative Medicine 为大 16 开本，铜版纸印刷，彩色插图，2011 年改为月刊，80 页，国内定价，60.00 元/期，全年定价：720.00 元。国际标准刊号：ISSN 1672–0415，国内统一刊号：CN 11–4928/R，国内邮发代号：82–825，海外发行由 Springer 公司代理。国内订户在各地邮局均可订阅，也可直接汇款至本社邮购。

地址：北京市海淀区西苑操场 1 号，中国中西医结合杂志社，邮政编码：100091；电话：010–62886827，62876547，62876548；传真：010–62876547–815；E–mail：cjim_en@cjim.cn；网址：http://www.cjim.cn。

中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志