

· 临床 ·

养阴通络汤联合舌三针治疗缺血性中风后失语症阴虚风动证疗效观察

陈睿*, 孙苏闻, 周睿娴, 王光义
(贵州医科大学附属医院, 贵阳 550001)

[摘要] 目的:观察养阴通络汤联合舌三针治疗缺血性中风后失语症阴虚风动证的疗效,及对血清降钙素基因相关肽(CGRP)和血管内皮素(ET)水平的影响。方法:筛选缺血性中风后失语症患者共98例,按数字表法随机分为对照组(48例)和治疗组(50例);两组依据《中国脑血管病防治指南》行常规治疗;对照组应用舒尔氏(Schuell)刺激法行言语康复训练,30 min/次,3次/周;治疗组在对照组基础上采取养阴通络汤(1剂/d,分早晚2次温水冲服)联合舌三针治疗(1次/d,5次/周);两组均连续治疗30 d。比较两组患者言语功能、中医(TCM)阴虚风动证相关症状评分及临床疗效;检测两组血清CGRP和ET水平。结果:治疗后,治疗组中国康复研究中心失语症检查表(CRRCAE)各项指标评分均明显高于对照组,TCM评分显著低于对照组($P < 0.01$);治疗组愈显率明显高于对照组($P < 0.05$);治疗后15,30 d,治疗组血清CGRP水平显著高于对照组同时点,ET低于对照组($P < 0.01$)。结论:在常规西医治疗基础上,养阴通络汤联合舌三针能够显著改善阴虚风动型缺血性中风后失语症的言语功能、中医症状,提高临床疗效,上调患者血清CGRP水平及抑制ET水平可能与其治疗作用密切相关。

[关键词] 养阴通络汤;舌三针;缺血性中风;失语症;阴虚风动证

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)20-0148-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2016200148

[网络出版地址] <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20160830.0827.036.html>

[网络出版时间] 2016-08-30 8:27

Effect of Yangyin Tongluo Decoction Combined with Tongue Triple Acupuncture in Treating Aphasia After Ischemic Stroke with Syndrome of Yin Deficiency and Wind Stirring

CHEN Rui*, SUN Su-wen, ZHOU Rui-xian, WANG Guang-yi
(The Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang 550001, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effect of Yangyin Tongluo decoction combined with tongue triple acupuncture in treating aphasia after ischemic stroke with syndrome of Yin deficiency and Wind stirring, and the impact on serum calcitonin gene-related peptide (CGRP) and endothelins (ET). **Method:** Ninety-eight cases with aphasia after ischemic stroke were divided into control group (48 cases) and treatment group (50 cases) by table of random number method. The conventional therapy was given to all of the patients according to *China Cerebrovascular Disease Prevention and Treatment Guidelines*. Patients in control group were treated with Schuell's aphasic stimulation approach, 30 min/time, 3 times/week. In addition to the therapy of control group, treatment group was also given Yangyin Tongluo decoction (one dose/d, *bid*) combined with tongue triple acupuncture (*qd*, 5 times/week). The treatment courses for all of the cases were 30 days. Speaking function, clinical efficacy and scores of traditional Chinese medicine (TCM) symptom were evaluated and compared between both groups. Serum CGRP and ET in both groups were evaluated. **Result:** After treatment, each index score in Chinese rehabilitation

[收稿日期] 20160122(010)

[基金项目] 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

[通讯作者] *陈睿, 硕士, 副主任医师, 从事中医药及针灸治疗脑血管病研究, Tel:13595077918, E-mail:437754702@qq.com

research center aphasia examination (CRRCAE) in treatment group was obviously higher those of control group, but with obviously lower TCM scores ($P < 0.01$). The cured and markedly effective rate of treatment group was superior to that of control group ($P < 0.05$). Treatment group showed a higher serum level of CGRP, but lower ET than that of control group at the same time points at 15 and 30 d after treatment ($P < 0.01$). **Conclusion:** In addition to the conventional western medicine therapy, Yangyin Tongluo decoction combined with tongue triple acupuncture in treating with aphasia after ischemic stroke with syndrome of Yin deficiency and wind stirring improves language function, TCM symptom scores and clinical efficacy. Up-regulation in levels of CGRP and inhibition of ET may be closely related with its therapeutic effect.

[**Key words**] Yangyin Tongluo decoction; tongue triple acupuncture; ischemic stroke; aphasia; syndrome of Yin deficiency and wind stirring

失语症是缺血性中风最常见临床表现之一,据统计中风病患者合并不同程度言语障碍概率约为 1/3^[1]。中风后失语症以语言功能下降甚至缺失为主要临床表现,对患者的生活质量、工作交际等造成严重影响。缺血性脑中风的临床以老年人群为主,伴随我国老龄化现象加剧,中风后失语症的患病率日渐增高^[2]。目前,临床治疗失语症尚缺乏特效疗法,以往研究表明语言训练通过强化治疗可明显改善患者的语言能力,对中风后失语症有一定效果,但整体疗效仍有限^[3]。近年来,中医学防治缺血性中风后失语症的疗效已得到国内外学者的肯定^[4]。研究表明中医疗法(包括中药内服、针灸等)应用于缺血性中风后失语症的治疗,可显著提高患者的言语功能,改善临床症状,提高疗效^[5]。多项研究证实,舌三针是临床治疗缺血性中风后失语症的有效方法^[6-7],其结合地黄饮子对中风所致言语不利患者的语言功能改善疗效明显^[8]。本研究依据中医辨证论治原则及中药组方配伍规律,应用《圣济总录》古方地黄饮子为基本方化裁为养阴通络汤,并以此方联合舌三针治疗阴虚风动型缺血性中风后失语症患者,观察该疗法的临床疗效,并探讨其对阴虚风动证的机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 筛选 2012 年 7 月—2015 年 2 月在贵州医科大学附属医院针灸科住院及门诊的缺血性中风后失语症患者 100 例,按数字表法随机分为对照组和治疗组,各 50 例;对照组疗程期间死亡、资料遗失共脱落 2 例;对照组男 29 例,女 19 例,年龄 56~72 岁,平均年龄(65.25±9.02)岁;病程 4 周~4 个月,平均(1.36±0.18)个月;左侧病灶 20 例,右侧病灶 28 例。治疗组男 30 例,女 20 例,年龄 58~71 岁,平均年龄(64.81±9.66)岁;病程 4.5 周~3.5 个月,平均(1.41±0.20)个月;左侧病灶 21 例,

右侧病灶 29 例;两组患者在性别、年龄、病程及病灶部位基本资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 缺血性脑卒中诊断标准 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2010)》^[9]中“缺血性脑卒中”相关标准,所有患者结合核磁共振成像或头颅 CT 检查诊断。失语症诊断标准根据《汉语标准失语症检查法的编制与常模》^[10]相关标准制定。

1.3 阴虚风动证诊断标准 根据《中药新药临床研究指导原则》相关标准制定,主证为半身不遂,口舌歪斜,言语蹇涩或不语,感觉减退或消失;次证为眩晕耳鸣,手足心热,咽干口燥,舌质红瘦,少苔或无苔,脉弦细数。

1.4 纳入标准 ①符合缺血性中风及失语症诊断标准;②符合阴虚风动证诊断标准;③年龄 55~75 岁;④中风后 4 周~4 个月;⑤母语为汉语,起病前无视听功能障碍者;⑥意识清楚、情绪稳定,且无显著记忆障碍;⑦近期无服用中药治疗;⑧所有患者或患者家属签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①抑郁症或精神病者;②合并心、肝、肾等系统严重功能障碍者;③恶性肿瘤病情恶化及器官衰竭者;④疗程期间依从性差者;⑤同时参与其他临床试验者。

1.6 治疗方法 两组基础治疗依据《中国脑血管病防治指南》^[11],包括稳定血压,改善脑血液循环,维持水、电解质平衡,纠正脑水肿及神经营养剂等;以症状得到改善为停止干预标准。口服阿司匹林肠溶片(德国拜耳医药保健有限公司,进口药物批准文号 J20130078),100 mg/次,1 次/d,晚餐后服用,长期服用;依达拉奉注射液(南京先声东元制药有限公司,国药准字 H20050280),30 mg 稀释后快速静脉滴注(30 min),2 次/d,共 14 d;辛伐他汀片(北京双鹭药业股份有限公司,国药准字 H20073828),

20 mg/次, 1 次/d; 尼莫地平片(丽珠集团丽珠制药厂, 国药准字 H44020870), 30 mg/次, 1 次/d。

在基础治疗基础上, 对照组应用舒尔氏(Schuell)刺激法^[12]行言语康复训练, 30 min/次, 3 次/周。治疗组在对照组基础上采取养阴通络汤联合舌三针治疗; 养阴通络汤方药组成: 熟地黄 25 g, 山茱萸 9 g, 石斛 12 g, 五味子 10 g, 钩藤 12 g, 天麻 10 g, 茯苓 9 g, 麦冬 10 g, 菖蒲 10 g, 远志 10 g, 天南星 9 g, 丹参 12 g, 白芍 9 g, 当归 12 g, 地龙 12 g, 甘草 9 g; 1 剂/d, 常规水煎 2 次, 煮取药液约 400 mL, 分早、晚 2 次温服。舌三针疗法: 取穴上廉泉、左右旁廉泉; 上廉泉位于廉泉穴上 1 寸, 左右旁廉泉分别位于上廉泉旁开 0.8 寸; 患者取仰卧位, 酒精常规消毒, 持 40 mm 长毫针, 针尖向舌根方向呈 45°~60°斜刺 0.8~1.0 寸, 在得气基础上行提插捻转手法约 20 s, 患者舌根感觉酸麻胀痛且发出声音为佳, 留针 30 min, 每 10 min 捻转 1 次, 每次捻转约 20 s, 采取平补平泻手法, 出针后建议患者尽量大声说话; 1 次/d, 5 次/周。两组疗程均为 30 d。

1.7 观察指标 ①两组治疗前后言语功能评价依据中国康复研究中心失语症检查表(CRRCAE)^[13]相关标准评定; 包括 9 个指标: 听(1~6 分), 口头表达(1~10 分), 复述(1~6 分), 出声读(1~6 分), 听写(1~6 分), 描写(1~6 分), 阅读理解(1~6 分), 抄写(1~6 分), 计算(0~20 分), 满分 198 分。②两组中医(TCM)阴虚风动证相关症状评分参照

《中药新药临床研究指导原则》中风病症状分级量化表进行, 评价指标包括眩晕、肢体麻木、咽干口燥、舌质红; 按照症状分级给予评分为无(0 分)、轻度(2 分)、中度(4 分)、重度(6 分)。③两组血清降钙素基因相关肽(CGRP)和血管内皮素(ET)水平检测应用酶联免疫吸附法(ELISA)于治疗前及治疗后 15, 30 d 测定; 所有患者于晨起空腹抽取外周血约 4 mL, 离心取血清, 低温保存; CGRP 试剂盒(青岛捷世康生物科技有限公司, 批号 JS12586), ET 试剂盒(上海酶研生物科技有限公司, 批号 M-01700)。

1.8 失语症疗效评定标准 根据失语症汉语评测法和失语症严重程度分级标准评定^[14]; 临床痊愈: 语言功能恢复正常或失语症严重分级提高 3 级, 显效: 失语症严重程度分级提高 2 级, 有效: 失语症严重程度分级提高 1 级, 无效: 失语症严重程度分级提高不足 1 级或无变化。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件包处理, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验分析, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 CRRCAE 各指标评分比较 治疗后, 两组患者 CRRCAE 各项指标评分均显著增高($P < 0.01$); 治疗组治疗后 CRRCAE 各项指标分值均显著高于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组患者 CRRCAE 各指标评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of scores of CRRCAE between two groups($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	听	口头表达	复述	出声读	听写	描写	阅读理解	抄写	计算
对照	48	治疗前	2.34 ± 0.28	2.12 ± 0.31	2.90 ± 0.34	2.15 ± 0.28	1.65 ± 0.22	1.77 ± 0.24	1.93 ± 0.25	1.71 ± 0.23	1.27 ± 0.18
		治疗后	3.27 ± 0.39 ¹⁾	2.61 ± 0.31 ¹⁾	3.91 ± 0.46 ¹⁾	2.81 ± 0.33 ¹⁾	2.52 ± 0.52 ¹⁾	2.51 ± 0.30 ¹⁾	2.92 ± 0.34 ¹⁾	2.61 ± 0.30 ¹⁾	2.72 ± 0.31 ¹⁾
治疗	50	治疗前	2.31 ± 0.30	2.09 ± 0.29	2.93 ± 0.37	2.17 ± 0.32	1.68 ± 0.25	1.75 ± 0.22	2.01 ± 0.28	1.68 ± 0.19	1.30 ± 0.19
		治疗后	4.33 ± 0.51 ^{1,2)}	3.38 ± 0.40 ^{1,2)}	4.82 ± 0.55 ^{1,2)}	3.67 ± 0.42 ^{1,2)}	3.11 ± 0.41 ^{1,2)}	3.39 ± 0.37 ^{1,2)}	3.68 ± 0.41 ^{1,2)}	3.37 ± 0.40 ^{1,2)}	3.88 ± 0.44 ^{1,2)}

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$, 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 2 同)。

2.2 两组患者治疗前后中医症状评分比较 治疗后治疗组患者眩晕、肢体麻木、咽干口燥、舌质红中

医症状评分显著降低($P < 0.01$), 且显著低于对照组治疗后水平($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of scores of traditional Chinese medicine symptoms between two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	眩晕	肢体麻木	咽干口燥	舌质红
对照	48	治疗前	4.87 ± 0.57	4.93 ± 0.56	4.90 ± 0.57	4.87 ± 0.57
		治疗后	4.79 ± 0.68	4.81 ± 0.65	4.76 ± 0.71	4.68 ± 0.62
治疗	50	治疗前	4.91 ± 0.59	4.91 ± 0.58	4.87 ± 0.55	4.85 ± 0.61
		治疗后	1.76 ± 0.22 ^{1,2)}	1.76 ± 0.21 ^{1,2)}	1.64 ± 0.19 ^{1,2)}	1.61 ± 0.20 ^{1,2)}

2.3 两组患者失语症疗效比较 治疗组愈显率显著高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组患者失语症疗效比较

Table 3 Comparison of efficacy for aphasia between two groups

组别	例数	临床痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	愈显率/%
对照	48	5	15	16	12	41.67
治疗	50	15	19	10	6	68.00 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.4 两组患者血清 CGRP 和 ET 水平比较 治疗后两组血清 CGRP 水平显著升高,ET 显著降低 ($P < 0.01$);治疗后 15,30 d,治疗组血清 CGRP 水平显著高于同期对照组,ET 显著低于同期对照组 ($P < 0.01$)。见表 4。

表 4 两组患者血清 CGRP 和 ET 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of serum levels of CGRP and ET between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CGRP	ET
对照	48	治疗前	90.41 ± 9.81	105.02 ± 12.77
		治疗后 15 d	101.52 ± 11.72 ¹⁾	92.35 ± 10.88 ¹⁾
		治疗后 30 d	116.36 ± 12.91 ¹⁾	78.21 ± 8.86 ¹⁾
治疗	50	治疗前	90.33 ± 9.79	103.85 ± 12.41
		治疗后 15 d	112.67 ± 12.93 ^{1,2)}	80.75 ± 8.91 ^{1,2)}
		治疗后 30 d	131.26 ± 14.72 ^{1,2)}	65.41 ± 7.72 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$,与对照组治疗后同时间点比较²⁾ $P < 0.01$ 。

3 讨论

缺血性中风后失语症的发病机制尚不十分清楚,目前认为该病是由于大脑功能受损,引起脑内部信号通路紊乱、言语分析器失调以及文字表达、领悟能力、口语陈述等不同步或不协调;常需采用语言训练刺激以促进言语功能的恢复。研究证实语言训练能够重建损伤区神经递质活动性,刺激突触增生及诱导正常组织“接替”损伤的功能,从而使缺血性中风失语症的语言功能自然恢复,尤其在发病后的3~6个月内疗效最为突出^[15]。Schuell 刺激法属语言训练的一种,应用较强的、控制下的听觉刺激,最大限度地促进失语症患者对损害的言语符号进行系统的重建及恢复。本研究以该疗法作用于缺血性中风恢复期失语症患者,结果与以往文献报道基本一致^[3]。

中医学将缺血性中风后失语症归为“暗瘵”、“暗哑”、“不语”等病范围;《黄帝内经·素问》记载:“内夺而厥,则为暗瘵,此肾虚也。”一般认为肾阴虚

损、阴不制阳、风阳内动,挟气血痰火上冲于脑,阻滞舌本脉络,舌脉受阻而致本病。《临证指南医案》指出:“夫发声之本在肾,其标在肺……有内夺而厥,则为暗瘵,此肾虚也;若龙相上炎灼肺者,宜金水同治。”此外,《灵枢·本神》曰:“阴虚则无气”。因此,临床治疗当以养阴息风、活血通络为治则。

养阴通络汤方中熟地黄、山茱萸滋补肾阴;石斛、麦冬、五味子滋养肺肾,金水相生;钩藤、天麻平肝息风;石菖蒲、远志、茯苓、天南星化痰开窍、交通心肾;丹参、白芍、当归养血活血、化瘀通络;地龙通经活络;甘草调和诸药;综观全方,使肾阴得以补养,浮阳得以摄纳,金水相生,痰化窍开则暗瘵可愈。舌三针源于“靳三针”,舌 I 针为上廉泉,为任脉脉气所发;舌 II 针和舌 III 针分别称为左、右旁廉泉。针刺舌三针加强了舌体根部刺激,舌根部为脾经、心包经、任脉所过之处,多血气,利于促使语言功能恢复^[16]。

本次结果显示,在常规西医基础上给予养阴通络汤联合舌三针治疗可明显升高 CRRCAE 各项指标评分,降低眩晕、肢体麻木、咽干口渴、舌质红等阴虚风动证的相关症状评分;加用养阴通络汤联合舌三针治疗后,患者的愈显率明显高于对照组。上述结果均表明了加用养阴通络汤联合舌三针干预缺血性中风后失语症,对患者的语言功能及中医症状发挥了更好改善作用,且提高了总体的临床疗效。

近年研究发现,中风后失语症除了与病灶部位有关外,还与脑皮质语言区血流灌注量的下降密切相关^[17]。CGRP 是内源性舒血管神经肽,ET 为内皮细胞释放的血管收缩神经肽,正常情况下两者处于动态平衡,维持人体脑血管的生理性舒缩状态^[18]。CGRP 通过扩张血管增加脑局部血流量,利于侧支循环建立及脑部血液供应^[19]。缺血性中风刺激可引起 ET 释放增加,局部 ET 浓度的增高使缺血区及其周围脑区的侧支血管产生持久收缩,加重缺血程度及组织损伤范围^[20]。地黄饮子对动脉硬化性脑病有降低血液黏稠度,改善血液流变,缓解脑部血液供应等作用^[21]。舌三针刺刺激舌根等心包、脾经及任脉等多血气循行部位,推测可发挥促血液循环的功效。本研究显示在治疗后 15,30 d,治疗组血清 CGRP 水平高于同期对照组,而 ET 低于同期对照组,提示了养阴通络汤联合舌三针治疗均可上调患者血清 CGRP 水平,同时抑制 ET 水平。

综上所述,养阴通络汤联合舌三针治疗阴虚风动型缺血性中风后失语症能够改善患者语言功能及

中医症状,提高临床疗效,通过调节血清 CGR 和 ET 水平达到增加脑血流量,可能与上述作用有关,具体作用机制有待于进一步阐明。

[参考文献]

[1] 林润,陈锦秀,林茜,等. 微调音乐对脑卒中后运动性失语的效果观察[J]. 中国康复医学杂志,2014,29(2):137-140.

[2] 郭大江,杨立侠.“开音通窍”针刺法治疗中风失语疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2012,31(2):88-90.

[3] 胡向阳,周武. 启语丹配合 Schuell 语言训练治疗缺血性中风后失语症[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(13):213-215.

[4] 常晖,常乐军. 脑血疏口服液联合语言训练治疗脑中风失语症的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(8):952-953.

[5] 易咏希,杨万章,张敏,等. 针药合并语言训练治疗中风后运动性失语症的临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(8):41-43.

[6] 李骁飞,刘玲玲,张彩霞. 舌三针配合梅花针治疗缺血性脑卒中后运动性失语疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2015,34(3):201-202.

[7] 崔韶阳,刘佳霁,王曙辉,等. 舌三针配合颞三针治疗中风失语症临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(8):1280-1282.

[8] 秦松杰,尚雪梅,顾春蕾. 舌三针结合地黄饮子治疗中风后言语不利 36 例临床观察[J]. 贵州医药,2015,39(7):631-632.

[9] 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(2010)[J]. 中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.

[10] 李胜利,肖兰,田鸿,等. 汉语标准失语症检查法的编制与常模[J]. 中国康复理论与实践,2000,6(4):162-164.

[11] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫

生出版社,2007:28-30.

[12] 田智慧,江钟立,丛芳,等. 词联导航训练法与 Schuell 刺激疗法改善卒中后言语功能的对比研究[J]. 中国康复医学杂志,2014,29(2):119-123.

[13] 张庆苏,纪树荣,李胜利,等. 中国康复研究中心汉语标准失语症检查量表的信度与效度分析[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(9):703-705.

[14] 高素荣. 失语症[M]. 北京:北京大学医学出版社,2006:516-518.

[15] 丘卫红,万桂芳,谢纯青,等. 美金刚联合语言训练治疗卒中后失语患者的临床研究[J]. 中国新药与临床杂志,2014,33(5):390-393.

[16] 向诗余,张昆. 头针结合舌三针治疗中风后失语 40 例[J]. 中国中医急症,2011,20(12):2016-2017.

[17] Sebastian R, Schein M G, Davis C, et al. Aphasia or neglect after thalamic stroke; the various ways they may be related to cortical hypoperfusion[J]. Front Neurol, 2014,5(231):231.

[18] Wang W, Zhao W, Liu Z, et al. Trigeminal neuralgia increases cerebral blood flow in a focal cerebral ischemic model in rats[J]. Int J Clin Exp Med, 2015,8(4):6544-6552.

[19] Zhang J Y, Yan G T, Liao J, et al. Leptin attenuates cerebral ischemia/reperfusion injury partially by CGRP expression[J]. Eur J Pharmacol, 2011,671(1/3):61-69.

[20] Cipolla M J, Sweet J G, Gokina N I, et al. Mechanisms of enhanced basal tone of brain parenchymal arterioles during early postischemic reperfusion: role of ET-1-induced peroxynitrite generation[J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2013,33(10):1486-1492.

[21] 王雷. 观察脑心通胶囊联合地黄饮子治疗皮层下动脉硬化性脑病的疗效[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2014,2(14):40-41.

[责任编辑 张丰丰]