【临床经验】

补阳还五汤合地黄饮子加减辅助开窍解语针刺治疗脑卒中后失语症的临床疗效观察

吴其昊，王理想，熊艳春
（安徽省中医药大学附属太和中医院康复一科，安徽阜阳 236600）

摘要：目的 探究补阳还五汤合地黄饮子加减结合开窍解语针刺治疗脑卒中后失语症的临床疗效观察。**方法** 回顾性选取2022 年 1 月至 2024 年 5 月间我院脑卒中后失语症患者 107 例，根据治疗方法分为对照组（n = 54）及试验组（n = 53）。对照组予以针刺治疗，试验组予以针刺结合中药汤剂治疗。比较两组疗效、言语功能改善、神经功能、血液流变学及安全性。**结果** 试验组疗效优于对照组（P < 0.05）。治疗后，两组波士顿诊断性失语症检查法分级及功能性语言沟通能力检查法评分均增加，且试验组高于对照组（P < 0.05）；两组神经元特异性烯醇化酶、同型半胱胺酸、高敏 C 反应蛋白、白介素 -6、纤维蛋白原及 D- 二聚体水平均降低，且试验组低于对照组（P < 0.05）。研究期间两组均未观察到明显不良反应。**结论** 补阳还五汤合地黄饮子加减结合开窍解语针刺治疗脑卒中后失语症，可改善言语功能及神经功能，促进血液流动，减轻炎症，从而有效提升疗效，且用药安全。

关键词： 脑卒中后失语症；针刺；补阳还五汤；地黄饮子；神经功能
中图分类号： R743.33 **文献标志码：** A **文章编号：** 1672-9188（2025）08-0817-006
引用： 吴其昊, 王理想, 熊艳春. 补阳还五汤合地黄饮子加减辅助开窍解语针刺治疗脑卒中后失语症的临床疗效观察[J]. 世界临床药物, 2025, 46（8）: 817-822. DOI：10.13683/j.wph.2025.08.013

Observation on the clinical effect of Buyang Huanwu decoction and Dihuang Yinzi combined with acupuncture for opening orifice and clarifying speech in the treatment of aphasia after stroke

WU Qihao, WANG Lixiang, XIONG Yanchun
(*Department of rehabilitation yike, Taihe traditional Chinese medicine hospital affiliated to Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Fuyang 236600, Anhui Province, China*)

Abstract: ***Objective*** To explore the clinical effect of Buyang Huanwu decoction and Dihuang Yinzi decoction combined with Kaiqiao Jieyu acupuncture in the treatment of aphasia after stroke. ***Methods*** A total of 107 patients with aphasia after stroke admitted to our hospital from January 2022 to May 2024 were retrospectively selected and divided into two groups according to different clinical treatment methods. The control group (n=54) was treated with acupuncture, and the experimental group (n=53) was treated with acupuncture combined with Chinese medicine decoction. The efficacy, speech function improvement, nerve function, hemorheology and safety were compared between the two groups. ***Results*** The efficacy of the experimental group was higher than that of the control group (P<0.05). After treatment, the Boston diagnostic aphasia examination grade and Chinese functional communication profile score of the two groups increased, and the experimental group was higher than the control group (P<0.05). The levels of neuron-specific enolase, homocysteine,

收稿日期： 2025-04-29
作者简介： 吴其昊，主治医师，研究方向：中西医结合临床（康复方向）。
基金项目： 安徽省自然科学基金项目（2208085MH273）

high-sensitivity C-reactive protein, interleukin-6, fibrinogen and D-dimer in the two groups were decreased, and those in the experimental group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant adverse reactions were observed in either group during the study. ***Conclusion*** Buyang Huanwu decoction and Dihuang Yinzi decoction combined with Kaiqiao Jieyu acupuncture in the treatment of aphasia after stroke can improve speech function and nerve function, promote blood flow, reduce inflammation, so as to effectively improve the efficacy and safety of medication.

Key words: aphasia after cerebral apoplexy; acupuncture; Buyang Huanwu decoction; Dihuang Yinzi; neurological function

脑卒中是临床常见急重症脑血管疾病，临床可见突发肢体麻木、头痛、恶心呕吐及平衡障碍等症状，脑卒中分出血性和缺血性两种类型，其中以缺血性较为常见，约占80%[1—2]。失语症是脑卒中并发症的一种，主要由于脑部神经功能损伤，造成言语中枢受损，从而导致言语功能障碍，患者临床多以说话困难、理解能力差、阅读障碍及书写障碍等为主要表现，高达70%脑卒中患者会伴有不同程度言语障碍，对日常生活产生严重影响[3—4]。康复训练是现代医学改善语言障碍的基础方法，但单纯康复训练周期长，患者依从性差，影响疗效[4]。近年，中医疗法逐渐被应用于临床，在特定穴位针刺治疗可通过促进血液循环、改善炎症等促进神经元修复、存活，从而改善神经功能[5]。中药汤剂也是中医疗法之一，补阳还五汤和地黄饮子均是临床常用方剂，有活血祛瘀、醒脑开窍的功效，对脑卒中患者神经功能均有一定改善作用[6—7]。基于此，本研究对脑卒中后失语症予以针刺联合中药汤剂治疗，分析其疗效，以期为临床治疗脑卒中后失语症提供一定的指导依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

回顾性选取2022年1月至2024年5月间我院脑卒中后失语症患者。样本量确定基于以下原则：①根据前期预实验数据（$n=30$）初步估算，补阳还五汤联合地黄饮子治疗可使失语症患者汉语失语症检查法（aphasia battery of Chinese，ABC）评分提升约（40±15）%，设定检验效能80%、$\alpha=0.05$，采用两独立样本t检验计算最小样本量为明每组44例。②结合临床实际，纳入期间符合纳入标准且资料完整的病例共107例，达到预设样本量的115%。③采用连续入组方式，避免选择性偏倚，确保病例时间跨度覆盖24个月以均衡季节因素对发病的影响。纳入标准：①符合西医缺血性脑卒中以及中医中风病风痰瘀阻证诊断标准[8—9]。②符合失语症诊断[10]。③临床资料完整。④年龄≥18岁。⑤首次发病并进行相关治疗。⑥发病前言语功能正常。排除标准：①伴感染、免疫、血液系统疾病、恶性肿瘤者。②伴咽喉、口腔、鼻部器官病变。③伴意识障碍、不能沟通者。④合并严重脏器损伤或功能不全者。本研究经我院伦理委员会审批（2024095）。

1.2 研究药物

补阳还五汤：黄芪40 g，当归12 g，赤芍10 g，地龙、川芎、红花、桃仁各6 g。地黄饮子：熟地黄24 g，山茱萸18 g，茯苓、肉苁蓉、石菖蒲各12 g，郁金、人参10 g，远志、石斛、麦冬、巴戟天各9 g，五味子6 g，肉桂5 g。

1.3 分组与治疗方法

根据治疗方法分为对照组（$n=54$）和试验组（$n=53$）。两组患者均予以常规药物及康复训练干预，并取哑门、金津、玉液及合谷穴进行针刺治疗，一日1次、每周持续6 d，具体操作如下：患者仰卧，用软垫垫高肩、腰，穴位处皮肤常规消毒后，取0.30 mm×40 mm针，哑门穴向下颏斜刺，进针10～20 mm，使舌根有针感即出，不留针；金津、玉液速刺进针2～5 mm，得气后，针体向前捻转，

待针下出现沉紧感、涩针感，用针尖带动肌肤微微提抖，回转针体，待针下松滑后出针，不压针孔，适当出血；合谷穴直刺进针 25 ～ 35 mm，平补平泻。试验组在上述基础上加用补阳还五汤合地黄饮子加减，一日 1 剂，取汁 200 mL，分早、晚 2 次服用。两组疗程均为 6 周。

1.4 观察指标

1.4.1 主要观察指标

以治疗总有效率为主要观察指标。根据 ABC 改善情况进行疗效指数评估，ABC 包括听、说、读、写 4 项内容，总分 650，得分越高表明言语功能越好[11]。疗效指数计算公式 $n=(n_a-n_b)/(n_t-n_a)\times100\%$，式中：$n$ 为疗效指数，n_a 为治疗后 ABC 得分，n_b 为治疗前 ABC 得分，n_t 为 ABC 总分。疗效评价标准：疗效指数≥ 50% 为显效；30% ≤疗效指数＜ 50% 为有效；10% ≤疗效指数＜ 30% 为进步；疗效指数＜ 10% 为无效[12]。有效率计算公式为 $R=(n_x+n_y+n_z)/n_{tot}\times100\%$，式中：$R$ 为总有效率，n_x 为显效例数，n_y 为有效例数，n_z 为进步例数，n_{tot} 为总例数。

1.4.2 次要观察指标

分别于治疗前、后应用波士顿诊断性失语症检查法（Boston diagnostic aphasia examination，BDAE）及功能性语言沟通能力检查法（Chinese functional communication profile，CFCP）评估言语功能改善情况。其中 BDAE 根据严重程度共分为 0 ～ 5 级，评级越高表示言语功能越好；CFCP 根据日常沟通技巧分为 5 个维度共 25 项，总分为 250 分，得分越高说明言语功能越好[11]。患者量表评估均由同一名接受过专业训练的医护人员进行评估。

治疗前后采集患者外周静脉血 5 mL，抗凝并在室温下静置，1 198.8 *g* 离心 10 min 取上清，应用酶联免疫吸附分析法测定神经元特异性烯醇化酶（neuron-specific enolase，NSE）、同型半胱胺酸（homocysteine，Hcy）、高敏 C 反应蛋白（highsensitivity C-reactive protein，hs-CRP）、白介素（interleukin，IL）-6 水平，以检测神经功能及炎症水平；应用全自动血流变测试仪（ZL6000 型，众驰 Zonci）检测纤维蛋白原（fibrinogen，FIB）及 D-二聚体（D-dimer，D-D）等血液流变学指标水平。

1.5 不良反应

记录两组在治疗期间出现的恶心呕吐、腹痛、腹胀等不良用药反应及晕针、皮下出血等针刺不良反应。

1.6 统计学方法

应用 SPSS24.0 软件处理研究数据，计数资料以 n(%) 描述，组间比较采用 χ^2 检验；疗效为等级资料，组间比较采用秩和检验；符合正态分布的计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 描述，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

两组性别、年龄、病程及体质量指数（body mass index，BMI）比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性，见表 1。

表 1 两组一般资料比较

Table 1 Comparison of baseline characteristics between the two groups

组别	性别/n(%)		年龄/岁	病程/周	BMI/kg·m^{-2}
	男	女			
对照组（n=54）	35(64.81)	19(35.19)	62.32±6.56	6.18±1.24	22.38±1.24
试验组（n=53）	30(56.60)	23(43.60)	60.84±6.40	6.42±1.28	22.64±1.26
χ^2/t值	0.756		1.181	0.985	1.076
P值	0.384		0.240	0.327	0.284

2.2 疗效

试验组治疗总有效率高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 2。

表 2 两组疗效比较［n(%)］

Table 2 Comparison of therapeutic effects between the two groups［n(%)］

组别	显效	有效	进步	无效	总有效率
对照组（n=54）	23(42.59)	14(25.93)	10(18.52)	7(12.96)	47(87.04)
试验组（n=53）	32(60.38)	11(20.75)	8(15.09)	2(3.77)	51(96.23)
Z值					2.261
P值					0.024

2.3 言语功能改善情况

治疗前，两组 BDAE 分级和 CFCP 评分比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后，两组 BDAE 分级和 CFCP 评分均较治疗前增加，且试验组高于对照组，差异均有统计学意义（$P < 0.05$），见表 3。

2.4 神经功能改善情况

治疗前，两组 NSE 及 Hcy 水平比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后，两组 NSE 及 Hcy 水平均较治疗前降低，且试验组低于对照组，差异均有统计学意义（$P < 0.05$），见表 4。

2.5 血液流变学指标

治疗前，两组 FIB 及 D-D 水平比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后，两组 FIB 及 D-D 水平均较治疗前降低，且试验组低于对照组，差异均有统计学意义（$P < 0.05$），见表 5。

表 3 两组 BDAE 分级和 CFCP 评分治疗前后比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 3 Comparison of BDAE grades and CFCP scores between the two groups before and after treatment（$\bar{x}\pm s$）

组别	BDAE分级/级				CFCP评分/分			
	治疗前	治疗后	t值	P值	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组（n=54）	2.25±0.35	3.52±0.47	15.925	0.001	126.87±25.37	188.62±19.86	14.083	0.001
试验组（n=53）	2.21±0.34	3.85±0.51	19.478	0.001	121.64±24.33	204.38±21.52	18.544	0.001
t值	0.599	3.482	–	–	1.088	3.938	–	–
P值	0.550	0.001	–	–	0.279	0.000	–	–

表 4 两组治疗前后 NSE 及 Hcy 水平比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 4 Comparison of NSE and Hcy levels between the two groups before and after treatment（$\bar{x}\pm s$）

组别	NSE/μg·L^{-1}				Hcy/μmol·L^{-1}			
	治疗前	治疗后	t值	P值	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组（n=54）	20.48±3.72	11.87±2.12	14.776	0.001	24.33±4.87	14.17±2.83	13.255	0.001
试验组（n=53）	21.33±3.87	10.34±1.88	18.595	0.001	25.26±5.05	12.51±2.50	16.472	0.001
t值	1.158	3.947	–	–	0.970	3.213	–	–
P值	0.249	0.000	–	–	0.334	0.002	–	–

表 5 两组治疗前后 FIB 及 D-D 水平比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 5 Comparison of FIB and D-D levels between the two groups before and after treatment（$\bar{x}\pm s$）

组别	FIB/g·L^{-1}				D-D/pg·mL^{-1}			
	治疗前	治疗后	t值	P值	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组（n=54）	2.74±0.62	1.54±0.39	12.039	0.001	1147.35±208.61	603.87±109.79	16.941	0.001
试验组（n=53）	2.82±0.71	1.21±0.31	15.129	0.001	1102.54±200.46	521.69±94.85	19.067	0.001
t值	0.621	4.840	–	–	1.133	4.140	–	–
P值	0.536	0.000	–	–	0.260	0.000	–	–

2.6 炎症水平

治疗前，两组 hs-CRP 及 IL-6 水平比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后，两组 hs-CRP 及 IL-6 水平均较治疗前降低，且试验组低于对照组，差异均有统计学意义（$P < 0.05$），见表 6。

2.7 安全性

两组治疗期间均未观察到显不良反应。

3 讨论

中医将脑卒中后失语症归属“謇涩”“喑痱”等范畴，其病机与机体脏腑功能失调密切相关。因心开窍于舌，故舌为心之苗，心主神明，舌主言语，心功能失调会影响语言的表达；肾主藏精，主骨生髓，肾虚可致脑髓失养、窍闭神昏；脏腑亏虚、阴阳失衡可导致痰浊、瘀血阻络于脑窍，脑络失养、脑脉不通，从而引起言语謇涩[13]。因此临床治疗以祛瘀、通络、化痰治疗为主。补阳还五汤方中黄芪为君药，补中益气、生津养血；当归为臣药，活血化瘀不伤正；红花、桃仁、川芎、赤芍补血、活血、祛瘀，地龙通经活络，共为佐使药；全方合用可共行益气、活血、通络的功效[14]。地黄饮子方中熟地黄、山茱萸益肾填精，巴戟天、肉苁蓉温阳补肾，为君药；肉桂温养下元，人参大补元气、补益脾肺，麦冬、石斛、五味子滋阴生津、养心安神，为臣药；石菖蒲、茯苓、远志开窍醒脑、通络化痰、宁心安神，郁金活血化瘀，行气解郁，为佐药；全方合用可共行滋阴补肾、开窍化痰、祛瘀通络的功效[15]。本研究中针刺所取的哑门穴归督脉，主治舌缓不语、音哑、主要作用于喉咙与声带，有助于改善喉咙和声带的协调性，通过刺激哑门穴可促进位于深部的延髓处血液循环，改善神经缺血，从而提升神经功能，促使患者更清晰地表达语言[16]；金津穴及玉液穴是两个位于口腔舌下系带左右两侧的穴位，可治难言，通过刺激两个穴位适当放血，可促进舌部血液流动，从而促进舌肌运动，具有通经活络、开窍解语之效[17]；合谷穴是手阳明大肠经的重要穴位，具有调理全身气血、平衡阴阳、疏通经络的作用，有助于改善整体的身体状态。

本研究显示，治疗后，与对照组相比，试验组疗效更好，BDAE 分级、CFCP 评分更高，提示针刺结合中药汤剂治疗可有效改善失语症，促进言语功能恢复。分析其原因为，在穴位处进行针刺可促进局部血液循环，增加血流供应，改善神经缺血缺氧状态，促进神经细胞的生长和恢复。补阳还五汤有活血化瘀、疏通经络的作用，可促进血液循环；地黄饮子可醒脑开窍、通络、滋肾阴、补肾阳，能改善气血虚弱，促进气血运行、养阴生津、清化痰浊，改善大脑环境，促进受损神经组织修复，提升大脑功能，改善语言能力。针药结合可有效促进机体阴阳平衡、调节气血、疏通经络，从而增强疗效。NSE 是一种特异性表达在神经元细胞中的酶，参与糖酵解过程，在神经系统的发育和功能中发挥重要作用，脑卒中发生导致脑血管缺血缺氧，神经元损伤，引起 NSE 释放入血液中，使其水平异常升高[18]。Hcy 是一种含硫氨基酸，高水平的 Hcy 被认为具有

表 6 两组治疗前后 hs-CRP 及 IL-6 水平比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 6 Comparison of hs-CRP and IL-6 levels between the two groups before and after treatment（$\bar{x}\pm s$）

组别	hs-CRP/mg·L^{-1}				IL-6/pg·mL^{-1}			
	治疗前	治疗后	*t*值	*P*值	治疗前	治疗后	*t*值	*P*值
对照组（*n*=54）	13.65±2.73	7.31±1.46	15.048	0.001	52.47±9.54	27.51±5.02	17.014	0.001
试验组（*n*=53）	13.11±2.62	6.24±1.25	17.229	0.001	50.62±9.21	24.08±4.37	18.953	0.001
*t*值	1.044	4.069	–	–	1.020	3.767	–	–
*P*值	0.299	0.000	–	–	0.310	0.000	–	–

神经毒性，可通过炎症反应、氧化应激及内皮功能障碍等多途径，介导神经细胞损伤、凋亡，造成神经功能损伤[19]。hs-CRP、IL-6是炎症反应标志物，炎症是造成神经功能损伤的重要机制之一。hs-CRP是一种更敏感的C-反应蛋白检测方法，可检测机体轻微炎症反应。而C-反应蛋白通过诱导单核细胞分泌相关炎症介质，加重炎症反应，引发神经损伤；IL-6是一种多细胞功能因子，在炎症反应早期阶段由免疫细胞分泌，会促进中性粒细胞激活，诱导多种炎症介质产生，加重炎症[20]。FIB是一种由肝脏合成的蛋白质，是血液凝固过程中的重要因子，可在凝血酶的作用下转化为纤维蛋白，形成血块，高FIB水平提示血液黏稠度增加，影响脑部供血，损伤神经功能；D-D是一种纤维蛋白降解产物，其水平升高通常提示体内存在血栓形成和溶解过程，机体可能处于高凝状态，神经元损伤可能加重[21]。本研究显示，治疗后，与对照组相比，试验组NSE、Hcy、hs-CRP、IL-6、FIB及D-D水平均显著降低，提示针刺结合中药汤剂治疗能改善神经功能，促进血液流动。分析其原因为，针刺治疗可以通过促进局部血液循环改善血液高凝状态，同时改善神经组织缺血损伤，还可以通过改善神经炎症反应促进神经功能损伤修复；补阳还五汤、地黄饮子均可活血、祛瘀、通络，改善血液循环，同时有抗血小板聚集、抗血栓形成、改善炎症和氧化应激反应的作用，从而促进神经功能恢复，改善血液流变学。

两组患者在治疗期间均未观察到明显不良反应，提示针刺结合中药汤剂治疗脑卒中后失语症在提升疗效的同时，不会增加不良反应，临床应用较为安全。本研究仍存在一定的局限性。首先样本量较小，且为回顾性研究，结果可能存在偏差，今后有待进一步扩大样本量开展随机对照试验，加以验证。

4 结论

综上所述，对脑卒中后失语症患者予以补阳还五汤合地黄饮子加减结合针刺治疗，可有效改善语言及神经功能，减轻炎症，改善血液高凝状态，促进血液流动，从而提升疗效，且安全性较好。

参考文献：

[1] 王麒颖, 姜华, 刘传立. 电针在卒中后偏瘫风痰瘀阻证靳三针辨证治疗中的应用价值[J]. 新疆医科大学学报, 2023, 46(4): 533-537.

[2] 张丹莉, 曹云, 黄佳钦, 等. 基于数据挖掘方法探讨卒中后失语中医证候分布规律研究[J]. 环球中医药, 2022, 15(6): 1002-1008.

[3] 张建博, 杨虹, 魏瑞鹏, 等. 针刺结合计算机辅助言语训练治疗卒中后运动性失语症疗效分析及机制研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24(5): 107-109.

[4] 殷红彪, 陈幸生, 周婷, 等. 芒针“循经透刺”结合语言康复训练治疗脑卒中后运动性失语临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(5): 26-30.

[5] 谭信哲, 王东岩, 董旭, 等. 基于星型胶质细胞探讨针刺治疗缺血性脑卒中机制的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(4): 105-110.

[6] 秦保锋, 郭咏梅, 朱旭莹, 等. 加味补阳还五汤对缺血性脑卒中患者血清VEGF的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2012, 26(5): 45-47.

[7] 孙龙, 王革生, 吴彦青. 地黄饮子联合穴位针刺对急性脑梗死患者神经功能及脑氧代谢的影响[J]. 中国中医急症, 2023, 32(8): 1443-1446.

[8] 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2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

[9] 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.

[10] 高素荣. 失语症[M]. 第2版. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 516-518.

[11] 曹京波, 赵纯, 金旻, 等. 失语症的常用评价方法[J]. 中国临床康复, 2006, 10(18): 139-141.

[12] 周士枋, 范振华. 实用康复医学[M]. 南京: 东南大学出版社, 1998: 352-353.

[13] 吴安文, 朱火林, 刘赛峰. 邵氏五针法联合加味芍药甘草汤治疗中风后运动性失语疗效及对语言功能、神经功能的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(12): 209-211.

（下转第829页）

in patients with diabetes and atherosclerosis[J]. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets, 2021, 21(3): 495-503.
[20] YANG FJ, SHU KH, CHEN HY, *et al*. Anti-cytomegalovirus IgG antibody titer is positively associated with advanced T cell differentiation and coronary artery disease in end-stage renal disease[J]. Immun Ageing, 2018, 15: 15.
[21] SVEEN KA, HOLTE KB, SVANTESON M, *et al*. Autoantibodies against methylglyoxal-modified apolipoprotein B100 and ApoB100 peptide are associated with less coronary artery atherosclerosis and retinopathy in long-term type 1 diabetes[J]. Diabetes Care, 2021, 44(6): 1402-1409.
[22] 杨雯雯, 王宁. 2型糖尿病合并冠状动脉粥样硬化性心脏病的临床特征分析[J]. 医学研究杂志, 2024, 53(5): 125-129.
[23] 吕静, 邢英茹. 温针灸联合中医定向透药治疗冠心病(寒湿痹阻证)对患者炎症因子水平、功能恢复和疼痛状况的影响[J]. 海南医学, 2022, 33(22): 2914-2917.
[24] 李程, 李喜荣, 冯程娟, 等. 血清SAA、ADP、CysC、HCY及SIRI在糖尿病肾病早期诊断中的价值[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(10): 90-93.
[25] 丁弘莘, 张竞锋. 银杏蜜环口服溶液治疗高血压合并冠心病心绞痛的临床疗效研究[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(11): 1349-1351.
[26] 李静, 赵绕绕. 银杏蜜环口服液辅助治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(2): 46-48.

(编辑：王 佳)

(上接第822页)

[14] 詹敏, 孙林娟, 刘建勋. 从气血立论辨析补阳还五汤治疗缺血性中风的药理机制[J]. 中医药导报, 2023, 29(8): 99-104.
[15] 张秀芬, 王思梦, 白建英, 等. 经典名方地黄饮子的古代文献考究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(14): 59-64.
[16] 任超展, 吕汐妍, 张茜娟, 等. “金钩钓鱼”开窍解语针法联合言语康复训练治疗中风后运动性失语疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(10): 1037-1041.
[17] 梁发俊, 胡徽星, 张静波, 等. “开喑利咽”针刺法配合语言功能训练治疗脑卒中后失语的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(9): 1674-1678.
[18] KHANDARE P, SALUJA A, SOLANKI RS, *et al*. Serum S100B and NSE levels correlate with infarct size and bladder-bowel involvement among acute ischemic stroke patients[J]. J Neurosci Rural Pract, 2022, 13(2): 218-225.
[19] KOKLESOVA L, MAZURAKOVA A, SAMEC M, *et al*. Homocysteine metabolism as the target for predictive medical approach, disease prevention, prognosis, and treatments tailored to the person[J]. EPMA J, 2021, 12(4): 477-505.
[20] 杨珊, 王恺, 刘念, 等. 督脉针刺合舌三针联合康复训练对老年脑卒中失语症患者语言功能、认知水平及炎症因子的影响[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(19): 4630-4633.
[21] BAO QJ, ZHANG JN, WU XT, *et al*. Clinical significance of plasma d-dimer and fibrinogen in outcomes after stroke: a systematic review and meta-analysis[J]. Cerebrovasc Dis, 2023, 52(3): 318-343.

(编辑：王 佳)