

[临 床]

麝香乌龙丸治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎的临床疗效

王志文¹, 任晨晖², 袁 强¹, 张爱国¹, 曹 颖², 董玉山², 仲伟静², 王松松²

(1. 华北理工大学附属医院, 河北 唐山 063000; 2. 华北理工大学, 河北 唐山 063000)

摘要: 目的 评价麝香乌龙丸(麝香、制川乌、地龙等)对寒湿痹阻型类风湿关节炎(RA)的临床疗效及其对血清中白介素18(IL-18)、分形素趋化因子(FKN/CX3CL1)水平的影响。**方法** 将78例寒湿痹阻型RA患者随机分为治疗组(麝香乌龙丸组)和对照组(白芍总苷胶囊组),两组分别于治疗前后进行主要症状、体征、中医证候积分比较,以及红细胞沉降率(ESR)及C反应蛋白(CRP)检测,采用ELISA法检测治疗前后血清中IL-18、FKN/CX3CL1水平。**结果** 治疗8周后,患者主要症状和体征明显好转,中医证候积分较治疗前下降,ESR、CRP水平随时间推进下降显著;治疗组总有效率明显优于对照组;治疗组IL-18、FKN/CX3CL1水平较对照组明显降低。**结论** 麝香乌龙丸对寒湿痹阻型RA的临床疗效优于白芍总苷胶囊。

关键词: 麝香乌龙丸; 类风湿关节炎(RA); 寒湿痹阻型; 白介素18(IL-18); 分形素趋化因子(FKN/CX3CL1)

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2016)09-1910-05

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2016.09.007

Clinical efficacy of Shexiang Wulong Pills on rheumatoid arthritis with cold-dampness impeding syndrome

WANG Zhi-wen¹, REN Chen-hui², YUAN Qiang¹, ZHANG Ai-guo¹, CAO Ying²,
DONG Yu-shan², ZHONG Wei-jing², WANG Song-song²

(1. The Affiliated Hospital of North China University of Science and Technology, Tangshan 063000, China; 2. North China University of Science and Technology, Tangshan 063000, China)

ABSTRACT: AIM To evaluate the clinical efficacy of Shexiang Wulong Pills (*Moschus*, *Aconiti Radix cocta*, *Pheretima*, etc.) in the treatment of rheumatoid arthritis (RA) with cold-dampness impeding syndrome and its influences on IL-18 and FKN/CX3CL1 levels. **METHODS** Seventy-eight RA patients with cold-dampness impeding syndrome were randomly divided into treatment group (Shexiang Wulong Pills) and control group (Total Glucosides of Paeonia Capsules). Then the comparisons and determination were made pre- and post-treatment in main symptoms, signs, TCM syndrome integral, erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) and C reactive protein (CRP) between the two groups. Pre- and post-treatment levels of IL-18 and FKN/CX3CL1 in serum were detected by ELISA. **RESULTS** After eight weeks' treatment, the main symptoms and signs of patients were obviously improved, and TCM syndrome integral was reduced than before. The ESR and CRP levels were significantly reduced as time passed. The total effective rate of the treatment group improved more significantly than that of the control group. The levels of IL-18 and FKN/CX3CL1 in the treatment group were obviously lower than those of the control group. **CONCLUSION** The clinical efficacy of Shexiang Wulong Pills on RA with cold-damp impeding syndrome is better than that of Total Glucosides of Paeonia Capsules.

KEY WORDS: Shexiang Wulong Pills; rheumatoid arthritis (RA); cold-dampness impeding syndrome; IL-18; FKN/CX3CL1

收稿日期: 2016-03-16

基金项目: 河北省中医药类重大医学科研项目(ZYZ2013017)

作者简介: 王志文(1955—),男,教授,主任医师,硕士生导师,研究方向为中西医结合防治风湿免疫疾病。Tel: 15383055698,

E-mail: wangzhiwen_1955@163.com

类风湿关节炎(RA)是一种原因不明的致残性自身免疫性疾病,若缺乏正确的治疗,患者关节可能会出现不可逆的损伤,严重影响其生活质量。RA属祖国医学中“痹证”范畴,早在《素问·痹论篇》中即有“风寒湿三气杂至,合而为痹”,指出风寒湿是“痹证”的主要外因,现代研究仍认同寒湿痹阻^[1]是RA的主要证型的观点。麝香乌龙丸是导师王志文教授在宋代《普济本事方》“麝香圆”的基础上进行药味加减和剂量调整研制而成的纯中药制剂,由人工麝香、制川乌、地龙、全蝎、黑豆组成,临床上对寒湿痹阻型关节病具有较好的临床疗效。目前普遍认为,炎性细胞因子参与关节破坏的过程,麝香乌龙丸具有通过调节炎性因子以减轻炎症反应的作用^[2],近几年发现,IL-18、FKN/CX3CL1与RA发病密切相关^[3]。因此,本实验通过评价麝香乌龙丸对寒湿痹阻型RA的临床疗效,并测定治疗前后血清中IL-18、FKN/CX3CL1水平,探讨其临床治疗作用可能的机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年10月至2015年8月于华北理工大学附属医院风湿免疫科门诊就诊的寒湿痹阻型RA病人78例,按照随机数字表法将其分为治疗组(麝香乌龙丸组)和对照组(白芍总苷组),各39例。治疗组患者由于依从性差而脱落1例,剩余38例中男5例,女33例,平均年龄(53.03±12.22)岁,平均病程(19.13±17.41)月;对照组患者出现稀便而脱落2例,剩余37例中男6例,女31例,平均年龄(51.41±12.52)岁,平均病程(17.38±11.98)月,两组患者一般资料分布均衡,具有可比性($P>0.05$)。所有患者均需签署知情同意书。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照2010年美国风湿病学会(ACR)/欧洲抗风湿病联盟(EULAR)制定的RA分类标准和评分系统^[4],评分在6分以上者可确诊为RA。

中医(寒湿痹阻型证候)诊断标准参考2002年《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5],主症为关节冷痛而肿,遇寒痛增,得热痛减,关节屈伸不利,晨僵,关节畸形;次症为口淡不渴,恶风寒,阴雨天加重,肢体沉重;舌脉为舌质淡,苔白,脉弦紧。至少符合上述主症中的两条及舌脉象者方能确认辨证。

1.3 纳入标准 ①符合ACR/EULAR类风湿关节

炎诊断标准者;②符合寒湿痹阻型中医证候辩证标准者;③符合初诊或临床症状消失1个月以上,且在此期间未接受治疗而复发性者;④年龄在18周岁以上70周岁以下者。

1.4 排除标准 ①不符合上述纳入标准者;②患有其他风湿类疾病,如系统性红斑狼疮等;③采用其它抗风湿治疗,合并高血压者;④血液疾病、十二指肠溃疡活动期者;⑤孕妇、妊娠期或备孕期间妇女;⑥严重心肺功能异常,伴肝、肾功能受损者。

1.5 治疗方法 治疗组给予麝香乌龙丸(经河北省食品药品监督管理局批准,委托颈复康药业集团有限公司加工制成水丸,冀药制字Z20051581),3g/次,每日两次;对照组给予白芍总苷胶囊(宁波立华制药有限公司生产,国药准字H20055058),2粒/次,每日3次。温开水送服,两组疗程均为8周。

1.6 实验材料 人IL-18酶联免疫试剂盒(批号RGB-60033H)、人FKN/CX3CL1酶联免疫试剂盒(批号RGB-60371H),均由北京瑞格科技发展有限公司提供。

1.7 检测方法 分别于用药前及用药8周后,收集患者清晨空腹静脉血3mL,置于无菌非抗凝管中,在3000r/min条件下离心10min,取上清液分装于Eppendorf管中,标记后置于-80℃深低温冰箱中快速冻存,备用。采用酶联免疫吸附法(ELISA)进行IL-18、FKN/CX3CL1检测,由专人严格按照试剂盒说明书进行操作。

1.8 疗效分析 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]疗效判定标准。

1.8.1 疾病疗效判定标准 ①显效,主要症状、体征整体改善率 $\geq 75\%$;血沉及C反应蛋白正常或明显改善或接近正常。②进步,主要症状、体征整体改善率 $\geq 50\%$;血沉及C反应蛋白有改善。③有效,主要症状、体征整体改善率 $\geq 30\%$;血沉及C反应蛋白有改善或无改善。④无效,主要症状、体征改善率 $< 30\%$;血沉及C反应蛋白无改善。

其中,主要症状、体征是指关节压痛数、关节肿胀数、晨僵时间(min)、双手平均握力(mmHg)、疼痛水平视力对照表数值(VAS)5项。整体改善率是指以上5项指标的改善百分率[(治疗前值-治疗后值)/治疗前值 $\times 100\%$]相加后求其平均值。并于治疗前及治疗第3、8周时,测

定血沉及C反应蛋白值。

1.8.2 证候疗效判定标准 ①临床痊愈，中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；②显效，中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少率 $\geq 70\%$ ；③有效，中医临床症状、体征均好转，证候积分减率 $\geq 30\%$ ；④无效，中医临床症状无明显改善，证候积分减少率 $< 30\%$ 。

其中，将寒湿痹阻型RA的各个症状分为轻、中、重3级，轻者计1分，中等者计2分，重者计3分，无该项症状者不计分，舌脉象不计分，中医证候积分为寒湿痹阻型RA症状评分的总和。

计算公式(尼莫地平法)为[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

表1 两组治疗前后主要症状、体征比较 (1 mmHg = 0.133 kPa, $\bar{x} \pm s$)

Tab.1 Comparisons of main symptoms and signs before and after treatment between the two groups (1 mmHg = 0.133 kPa, $\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前		治疗后	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
病例数/例	38	37	38	37
关节压痛数/个	19.55 \pm 5.27	20.08 \pm 4.59	8.42 \pm 5.20 Δ	11.46 \pm 4.83 Δ
关节肿胀数/个	5.63 \pm 1.36	5.54 \pm 1.63	2.50 \pm 1.47 Δ	3.19 \pm 1.33 Δ
晨僵时间/min	119.21 \pm 54.49	128.92 \pm 55.01	51.32 \pm 29.16 Δ	65.95 \pm 33.46 Δ
双手平均握力/mmHg	41.29 \pm 7.39	41.17 \pm 4.86	83.21 \pm 21.32 Δ	67.23 \pm 15.85 Δ
VAS/分	7.23 \pm 1.33	7.55 \pm 1.01	2.99 \pm 0.92 Δ	4.29 \pm 1.22 Δ

注：与治疗前比较， $\Delta P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较， $\Delta P < 0.05$

2.2 两组ESR、CRP水平变化 见表2。ESR经球形检验， $P = 0.078 > 0.05$ ，满足球形假设，可按照单因素方差分析进行处理。在治疗第3、8周后两组ESR水平均较治疗前降低，差异具有统计学意义($P < 0.01$)。治疗同期，治疗组ESR水平明显低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.01$)；CRP经球形检验， $P < 0.01$ ，不满足球形假设，治疗前采用单因素方差比较，差异无统计学意义($P = 0.204 > 0.05$)，两组具有可比性。与治疗前比较，第3、8周两组CRP值均较治疗前降低，差异具有统计学意义($P < 0.01$)，说明两组在治疗第3、8周时均较治疗前好转；治疗组CRP值低于对照组，差异有统计学意义($F = 25.44$ ， $P < 0.01$)；观察时间与治疗药物之间不存在交互效应($F = 1.243$ ， $P = 0.281 > 0.05$)。

2.3 两组疾病疗效对比 见表3。治疗组的总有效率为94.74%，对照组为72.97%，治疗组的有效率明显高于对照组。经秩和检验， $Z = -3.642$ ，差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

1.9 统计学处理 采用Excel表录入数据，SPSS 13.0软件进行数据整理分析，检验标准 $\alpha = 0.05$ 。正态分布计量资料数据均采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，两组间比较采用独立样本 t 检验，治疗前后比较采用配对 t 检验，重复测量资料采用重复测量方差分析，疗效评定采用秩和检验处理。

2 结果

2.1 两组治疗前后主要症状、体征比较 见表1。治疗前，两组患者的主要症状、体征具有可比性，差异无统计学意义($P > 0.05$)；经过8周治疗后，两组的主要症状、体征均有所改善，且治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$)；治疗组治疗后的主要症状、体征改善更明显($P < 0.05$)。

表2 两组ESR和CRP水平的比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab.2 Comparisons of ESR and CRP levels before and after treatment between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数/例	时间	ESR/(mm·h ⁻¹)	CRP/(mg·dL ⁻¹)
治疗组	38	治疗前	42.61 \pm 4.33	4.78 \pm 0.55
		第3周	24.05 \pm 3.45 \diamond	2.02 \pm 0.22 \diamond
		第8周	15.87 \pm 2.95 \diamond	0.41 \pm 0.10 \diamond
对照组	37	治疗前	43.16 \pm 3.64	4.94 \pm 0.54
		第3周	27.46 \pm 3.56 \diamond	2.28 \pm 0.27 \diamond
		第8周	19.57 \pm 2.38 \diamond	0.75 \pm 0.12 \diamond

注：与治疗前比较， $\diamond P < 0.01$ ；治疗同期两组间比较， $\diamond P < 0.01$

表3 两组疗效对比

Tab.3 Comparison of curative effect between the two groups

组别	病例数/例	显效/	进步/	有效/	无效/
		[例(%)]	[例(%)]	[例(%)]	[例(%)]
治疗组	38	3(7.89)	11(28.95)	22(55.26)	2(5.26)
对照组	37	1(2.70)	9(24.32)	17(45.95)	10(27.03)

2.4 两组治疗前后中医证候积分比较 见表4。治疗前两组中医证候积分具有可比性，差异无统计学意义($P > 0.05$)；两组治疗后，中医证候积分

均降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组的中医证型积分明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表4 两组治疗前后中医证型积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 4 Comparison of TCM syndrome integral before and after treatment between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数/例	治疗前/分	治疗后/分
治疗组	38	36.45 ± 4.73	14.89 ± 4.68 [☆]
对照组	37	35.86 ± 4.14	18.70 ± 5.71 [☆]

注: 与治疗前比较, [☆] $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [☆] $P < 0.05$

2.5 两组中医证候疗效对比 见表5。治疗组总有效率92.11%, 对照组为72.97%, 治疗组的证候疗效明显高于对照组。经秩和检验, $Z =$

表6 两组治疗前后IL-18、FKN/CX3CL1水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 6 Comparisons of IL-18 and FKN/CX3CL1 levels before and after treatment between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数/例	治疗前		治疗后	
		IL-18/(ng·L ⁻¹)	(FKN/CX3CL1)/(ng·mL ⁻¹)	IL-18/(ng·L ⁻¹)	(FKN/CX3CL1)/(ng·mL ⁻¹)
治疗组	38	10.39 ± 1.33	3.74 ± 0.65	8.97 ± 1.28 ^{□■}	3.12 ± 0.50 ^{□■}
对照组	37	10.61 ± 1.61	3.74 ± 0.43	9.95 ± 1.23 [□]	3.40 ± 0.28 [□]

注: 与治疗前比较, [□] $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [■] $P < 0.05$

3 讨论

RA是一种致病原因尚未明确的慢性、进行性自身免疫性疾病, 其临床表现主要包括晨僵、对称性小关节肿胀疼痛、活动障碍等, 严重者可出现骨质破坏、关节畸形, 造成多系统损害, 滑膜炎和血管翳的形成是其主要病理特征。IL-18^[6]是新发现的前炎症因子, 可直接作用于RA患者的关节滑膜单核-巨噬细胞, 刺激滑膜细胞产生TNF- α , TNF- α 是RA滑膜炎症发生和发展的中心环节^[7], 通过以下几个方面使RA加重: 诱导内皮细胞表达黏附分子, 促进白细胞与血管内皮黏附渗透, 导致局部炎症; 促进滑膜和内皮细胞成纤维细胞生长因子的释放, 导致血管翳加速形成^[8]; 激活成纤维样滑膜细胞核因子NF(NF κ B)信号通路, NF能够被磷酸化解离, 活化并进入核内, 与RNA链的相应部位结合后启动基因转录, 提升FKN/CX3CL1的表达^[9]。FKN/CX3CL1是一种重要的炎症趋化刺激因子^[10], 有研究推测^[3], 它能够通过诱导IL18的高表达调控炎症的启动, 导致骨质被破坏, 形成恶性循环, 加速关节破坏。

祖国医学将RA归属于“痹证”范畴。汪履秋^[11]教授认为, 痹证多寒, 临床多以关节冷痛而肿, 屈伸不利为主症。中医药治疗具有其优势^[12]。导师王志文教授针对寒湿痹阻型“痹证”所研制

-3.889, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表5 两组中医证候疗效对比

Tab. 5 Comparison of TCM symptom effect between the two groups

组别	病例数/例	临床痊愈/ [例(%)]	显效/ [例(%)]	有效/ [例(%)]	无效/ [例(%)]
治疗组	38	0(0)	13(34.21)	22(57.89)	3(7.89)
对照组	37	0(0)	9(24.32)	18(48.65)	10(27.03)

2.6 两组IL-18、FKN/CX3CL1水平变化 见表6。经8周治疗后, 两组患者血清中IL-18、FKN/CX3CL1水平均较治疗前下降, 但治疗组更明显, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

的麝香乌龙丸中, 麝香辛温, 具有活血通络、消肿止痛的功效, 并通行十二经上下, 开通闭阻之经隧为君药; 辅以制川乌祛风除湿, 温经止痛为臣; 地龙善通经活络, 引川乌直达寒湿所结之处; 全蝎有息风解痉止痛的作用, 与地龙共同发挥搜剔窜透的功效, 使寒湿之邪从经络、肌肉、筋骨而出, 共为佐药; 黑豆味甘性平, 有滋肾健脾、治风湿痹痛之效, 并解诸药之毒, 以之为使, 诸药配伍, 共奏温经散寒、舒筋活络、行血祛瘀、消肿止痛之功效。临床研究结果显示, 麝香乌龙丸能明显改善寒湿痹阻型RA的临床症状、体征, 提高临床疗效。

麝香乌龙丸能调节患者血清中IL-18、FKN/CX3CL1水平, 这可能与其组方中人工麝香、制川乌、地龙、全蝎等相关。有报道发现, 麝香酮可减少TNF- α 的产生^[13], 一方面能使IL-18对滑膜细胞的刺激作用处于停滞状态, 抑制血管翳的形成; 另一方面, 能降低FKN/CX3CL1的表达, 减轻炎症反应。相关研究表明, 乌头碱^[14]能降低TNF- α 、IL-6等的水平, 可与麝香协同减轻炎症反应, 而且地龙、全蝎^[15]均有不同程度的抗炎镇痛作用。综上所述, 麝香乌龙丸针对寒湿痹阻型RA临床疗效肯定, 可通过降低IL-18、FKN/CX3CL1水平, 使RA患者临床症状得到缓解。

参考文献:

- [1] 姜小帆, 曾进, 石亮. 类风湿性关节炎辨证分型及证候要素分布的文献研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(4): 196-200.
- [2] 陈守中, 袁强, 张爱国, 等. 麝香乌龙丸对佐剂性关节炎大鼠滑膜组织病理形态及 TNF- α 、IL-6 表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(6): 234-236.
- [3] 刘朝辉, 黄波, 徐海波, 等. RA 患者血清中 FKN、IL-18 表达水平的测定及相关因素研究[J]. 黑龙江医药科学, 2015, 38(4): 83-84.
- [4] 吕芳, 李兴福. 2010 年美国风湿病学会联合欧洲抗风湿病联盟的类风湿关节炎分类标准解读[J]. 诊断学理论与实践, 2010, 9(4): 307-310.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 156.
- [6] 荆炳霞, 朱静, 张晓懿. RA 患者血清 TGF- β 、MMP-3、IL-18 和 CRP 测定的临床意义[J]. 放射免疫学杂志, 2013, 26(2): 137-140.
- [7] Brennan, Fionula M, McInnes, et al. Evidence that cytokines play a role in rheumatoid arthritis[J]. *J Clin Invest*, 2008, 118(11): 3537-3545.
- [8] 达古拉, 李鸿斌. 血管内皮细胞生长因子与类风湿关节炎发病机制及其治疗的相关性[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2012, 6(1): 55-59.
- [9] 丘创华, 侯敢, 黄迪南. TNF- α 信号传导通路的分子机理[J]. 中国生物化学与分子生物学报, 2007, 23(6): 430-435.
- [10] 郭兴华, 潘云峰, 宋泽蓉, 等. Fractalkine 对类风湿关节炎患者成纤维样滑膜细胞中 NF- κ B 活化及内源性 fractalkine mRNA 表达的影响[J]. 中国病理生理杂志, 2011, 27(10): 1967-1971.
- [11] 汪悦. 汪履秋治疗痹证经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(7): 555-557.
- [12] 刘风云, 刘喜德, 陈滢. 中医药诊治类风湿关节炎的临床及实验研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(8): 1768-1771.
- [13] Liang Q Q, Zhang M, Zhou Q, et al. Muscone protects vertebral end-plate degeneration by antiinflammatory property[J]. *Clin Orthop Relat Res*, 2010, 468(6): 1600-1610.
- [14] 吴红金, 张颖莉. 参附注射液对实验性心力衰竭大鼠血浆凋亡相关因子的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(8): 926-928.
- [15] 马琳, 刘维. 虫类药在痹病中的应用探析[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(6): 1134-1135.

康复新液联合泮托拉唑治疗高血压性脑出血并发上消化道出血的疗效分析

张波¹, 钟志军¹, 谢巍², 宋世宾³, 杨华³, 刘健³

(1. 贵阳中医学院第一附属医院神经外科, 贵州 贵阳 550002; 2. 贵州医科大学肿瘤医院 ICU, 贵州 贵阳 550004; 3. 贵州医科大学附属第一医院神经外科, 贵州 贵阳 550004)

摘要: **目的** 观察康复新液(美洲大蠊提取物)联合泮托拉唑治疗高血压性脑出血并发上消化道出血的效果。**方法** 选择 91 例高血压脑出血患者, 随机分为对照组与治疗组, 对照组使用西米替丁注射液, 治疗组使用康复新液及抑酸、保护胃黏膜的泮托拉唑注射液。观察两组上消化道出血停止情况、血常规、肝肾功能、血红蛋白、白细胞、白蛋白、转氨酶、尿素氮等指标及预后情况。**结果** 治疗组显效率(52.2%)明显高于对照组(27.3%)($P < 0.05$)。治疗组第 3、7 天, 血红蛋白、白蛋白水平显著高于对照组, 转氨酶、尿素氮水平显著低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗 1 个月, 对照组死亡率达 25.0% (11/44), 治疗组降为 17.0% (8/47), 具有显著性差异($P < 0.05$)。**结论** 康复新液联合泮托拉唑能有效预防高血压性脑出血患者上消化道出血的发生及减少上消化道出血时间, 能有效减少并发症发生, 改善预后。

关键词: 高血压性脑出血; 上消化道出血; 康复新液; 泮托拉唑; 西米替丁

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2016)09-1914-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2016.09.008

收稿日期: 2016-02-16

基金项目: 贵州省科技基金(黔科合 SY 字[2015] 3041)

作者简介: 张波(1977—), 男, 硕士, 副教授, 副主任医师, 硕士生导师, 研究方向为脑卒中、颅脑肿瘤。Tel: 13984380025, E-mail: 664085608@qq.com