

- [17] 吴阳阳, 姚魁武. 姚魁武教授运用养阴定悸汤治疗室性早搏经验撷英[J]. 天津中医药, 2019, 36(10): 991-993.
- [18] 王永成, 豆娟娟, 马度芳, 等. 经方炙甘草汤合潜阳封髓丹对室性早搏患者自主神经失衡的影响[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(5): 1881-1885.
- [19] 燕春裕, 陈会君. 加味黄连温胆汤治疗痰火扰心型室性早搏的临床观察[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(5): 591-594.
- [20] 李 燕, 李 纲, 张松雨, 等. 宁心定悸方治疗室性早搏疗效及对患者血清 NO、ET-1 的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(4): 441-443.
- [21] 神安煌, 潘正星, 欧阳远鹏. 养心复脉汤联合倍他乐克缓释片治疗气血两虚证功能性室性早搏疗效观察[J]. 四川中医, 2020, 38(12): 60-62.
- [22] 孙俊波, 郑毅敏, 王燕华, 等. 炙甘草汤联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗室性早搏临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(3): 6-9.
- [23] 马玉娟, 姚学旺, 卢吉锋. 益气养阴复脉颗粒联合酒石酸美托洛尔片治疗室性早搏的疗效与安全性评价[J]. 世界科学技术 (中医药现代化), 2023, 25(5): 1821-1827.

玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散对干燥综合征患者的临床疗效

侯冬杰¹, 李 林², 刘 飞³, 罗亚萍¹, 侯小双^{1*}

(1. 河北省中医院风湿病科, 河北 石家庄 050013; 2. 石家庄市人民医院外二科, 河北 石家庄 050030; 3. 石家庄藁城市人民医院骨二科, 河北 石家庄 052160)

摘要: **目的** 考察玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散对干燥综合征患者的临床疗效。**方法** 180 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 90 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散, 疗程 3 个月。检测临床疗效、中医证候评分、免疫功能指标 (ESR、CRP、IgG)、Th17/Treg 细胞平衡系统 (Th17/Treg、IL-17、IL-10)、ESSPRI 评分、ESSDAI 评分、外分泌腺功能指标 (泪液流率、唾液流率)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、免疫功能指标、Th17/Treg、IL-17、ESSPRI 评分、ESSDAI 评分降低 ($P<0.05$), IL-10、外分泌腺功能指标升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散可安全有效地降低干燥综合征患者临床证候评分, 改善外分泌腺功能, 纠正免疫失衡。

关键词: 玄麦甘桔汤; 柴胡疏肝散; 常规治疗; 干燥综合征

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2024)11-3875-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2024.11.057

原发性干燥综合征是临床常见的慢性炎症性自身免疫病, 以淋巴细胞增殖、外分泌腺体 (唾液腺、泪腺) 损伤为主要特征, 严重影响患者生活质量^[1-2]。本病发病机制复杂, 临床上一一般采用硫酸氢氯喹、强的松等免疫抑制剂进行干预, 可延缓内脏炎症损伤, 有效控制病情反复, 但无法根治^[3], 故优化治疗策略具有重要临床价值。

中医认为, 原发性干燥综合征属于“燥痹”范畴, 即外感内伤燥邪, 肺气津血受损, 宣发功能失常, 气机阻滞形成瘀血, 燥瘀相互搏结影响肝脏疏泄, 津液代谢失常导致肌肤枯溢、脏器损害^[4], 治疗的关键在于滋阴润燥、调肝理肺^[5]。杨琨等^[6]认为, 玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散具有疏肝理气、畅肺润肺的功效, 根据具体病症进行加减时可有效改善中医证候。研究表明, 原发性干燥综合征患

者免疫系统异常, 体液和细胞免疫失衡, 主要表现为 T 细胞亚群失调, 炎性因子、免疫蛋白高表达, 且各项免疫功能指标与疾病严重程度呈相关性^[7]。目前, 关于玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散治疗干燥综合征的报道大多关注证候改善和炎性因子变化, 本研究从机体体液和细胞免疫角度探讨其疗效, 以期对相关临床治疗提供参考依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 6 月至 2023 年 6 月收治于河北省中医院的 180 例干燥综合征患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 90 例, 2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (批准号 HBZY2022-KY-039-01)。

收稿日期: 2024-08-02

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2023051)

作者简介: 侯冬杰 (1989—), 女, 硕士生, 主治医师, 研究方向为风湿免疫。E-mail: houdongjie2016@163.com

*** 通信作者:** 侯小双 (1986—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为风湿免疫病的中西医诊治。E-mail: 15033433667@163.com

表 1 2 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=90$)

组别	(男/女)/例	平均年龄/岁	平均病程/月	平均体质量指数/($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)
对照组	12/78	44.46±6.33	7.42±2.32	23.32±2.15
观察组	8/81	45.85±6.28	7.25±2.16	23.13±2.43

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 符合干燥综合征的国际分类诊断标准^[8]。

1.2.2 中医 符合燥痹气阴两虚证辨证标准^[9]，主证口眼干燥、鼻干、皮肤干、神疲乏力，次证气短懒言、舌红苔少、脉细数，关节疼痛、便秘、夜尿频数。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合“1.2”项下诊断标准；(2)均为首次确诊，于本院接受治疗；(3)病历资料完整；(4)患者了解本研究，签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1)传染性、感染性病变；(2)血液、神经、免疫系统疾病及其他眼底病变；(3)入组前 4 周内接受糖皮质激素、免疫抑制剂治疗，有药物禁忌证；(4)孕产妇。

1.4 治疗手段

1.4.1 对照组 给予常规治疗，即硫酸羟氯喹片（国药准字 H1999026，上海上药中西制药有限公司，规格 0.2 g，批号 20210306），每天 2 次，每次 0.2 g，饭后服用，疗程 3 个月。

1.4.2 观察组 在对照组基础上加用玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散，组方药材麦冬 15 g、玄参 10 g、甘草 6 g、桔梗 10 g、薄荷 10 g、益母草 10 g、柴胡 10 g、川芎 9 g、白芍 12 g、香附 12 g，肝经热盛者，加密蒙花散；肺胃热盛者，加百合知母汤、黄连、黄柏、桑白皮等；胃胀纳差者，加砂仁 9 g；大便秘结加者，厚朴 9 g；心烦失眠者，加酸枣仁 12 g，每天 1 剂，加 1 000 mL 水煎煮，取 400 mL 药汁，每天早晚各 1 次，疗程 3 个月。

1.5 疗效评价 (1)痊愈，实验室指标恢复正常，临床症状基本消失，中医证候评分降低 $\geq 80\%$ ；(2)显效，临床症状、实验室指标有所改善，中医证候评分降低 40%~80%；(3)无效，未达到以上标准。总有效率=〔(痊愈例数+显效例数)/总例数〕 $\times 100\%$ 。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 参照文献^[9]报道制定，包括口咽干燥、眼眵增多、皮肤干燥、大便干燥、关节肿痛、五心烦热等，分为 4 个等级，依次为重度（6 分）、中度（4 分）、轻度（2 分）、无（0 分）。

1.6.2 免疫功能指标 抽取 2 组空腹静脉肘脉血 3 份，每份

3 mL，1 份采用流式细胞仪（型号 Cyto FLEX LX，美国贝克曼库尔特公司）检测调节性 T 细胞（Treg）、辅助性 T 细胞 17（Th17）水平，并计算 Th17/Treg，1 份采用红细胞沉降率分析仪（北京赛尔福知心科技有限公司）检测红细胞沉降率（ESR），1 份采用酶联免疫吸附试验检测血清白介素 10（IL-10）、白介素 17（IL-17）、C 反应蛋白（CRP）、免疫球蛋白（IgG）水平，相关试剂盒均购自武汉碧云天生物技术有限公司。

1.6.3 外分泌腺功能指标

1.6.3.1 泪液流率 采用 Schirmer 泪液试验，试验前 1 h 内患者眼睛保持原有状态，将条状滤纸一端置于右眼下睑结膜囊内，测量闭眼 5 min 内滤纸浸润长度，公式为泪液流率=浸润滤纸长度/5。

1.6.3.2 唾液流率 试验前 1 h 内禁止喝水、饮食等刺激唾液分泌的行为，试验开始后收集唾液，每隔 30~60 s 吐至容器中，持续 10 min，测量总体积，公式为唾液流率=唾液总体积/10。

1.6.4 干燥综合征疾病活动指数（ESSDAI）评分、干燥综合征报告指数（ESSPRI）评分 ESSDAI 评分涉及全身 12 个受累部位，分为 4 个等级，依次为不活动（0 分）及轻度（1 分）、中度（2 分）、高度活动（3 分），分值越高，程度越严重。ESSPRI 评分包括疼痛、干燥、躯体疲劳及精神疲倦，每项 0~10 分，分值越高，程度越严重。

1.7 统计学分析 通过 SPSS 26.0 软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，组内比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 由表 2 可知，观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较 ($n=90$)

组别	治愈/例	显效/例	无效/例	总有效/[例(%)]
对照组	41	31	16	74(82.2)
观察组	56	27	7	83(92.2)*

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。

2.2 中医证候评分 由表 3 可知，治疗后 2 组中医证候评分降低 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。

表 3 2 组中医证候评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=90$)

组别	口咽干燥		眼眵增多		皮肤干燥		大便干燥		关节肿痛	
	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月
对照组	4.66±0.65	1.54±0.32 [#]	4.58±0.84	1.65±0.37 [#]	3.65±0.63	1.17±0.25 [#]	2.76±0.52	0.95±0.24 [#]	2.56±0.66	1.06±0.32 [#]
观察组	4.74±0.73	1.05±0.28 ^{**}	4.43±0.86	1.13±0.23 ^{**}	3.58±0.67	0.96±0.23 ^{**}	2.84±0.55	0.74±0.22 ^{**}	2.54±0.57	0.78±0.27 ^{**}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.3 免疫功能指标 由表 4 可知，治疗后 2 组 ESR、CRP、IgG 水平降低 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。

表 4 2 组免疫功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=90$)

组别	ESR/(mm·h ⁻¹)			CRP/(mg·L ⁻¹)			IgG/(g·L ⁻¹)		
	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 3 个月后
对照组	16.34±1.66	13.53±1.09 [#]	10.92±0.53 [#]	11.19±0.93	9.44±0.52 [#]	7.02±0.39 [#]	24.46±4.72	18.41±3.43 [#]	16.47±1.76 [#]
观察组	16.37±1.84	12.27±1.23 ^{#*}	9.53±0.84 ^{#*}	11.23±0.87	8.23±0.41 ^{#*}	5.74±0.33 ^{#*}	25.54±4.63	14.25±2.65 ^{#*}	10.25±1.64 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.4 Th17/Treg 细胞平衡系统 由表 5 可知，治疗后 2 组 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。Th17/Treg、IL-17 水平降低 ($P<0.05$)，IL-10 水平升高

表 5 2 组 Th17/Treg 细胞平衡系统比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=90$)

组别	Th17/Treg			IL-17/(pg·mL ⁻¹)			IL-10/(pg·mL ⁻¹)		
	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 3 个月后
对照组	2.74±0.75	1.98±0.37 [#]	1.58±0.32 [#]	85.34±11.48	72.58±10.24 [#]	61.68±8.63 [#]	10.12±1.55	18.68±2.48 [#]	26.47±3.63 [#]
观察组	2.87±0.74	1.63±0.32 ^{#*}	1.32±0.29 ^{#*}	87.56±10.48	67.39±9.79 ^{#*}	52.26±7.38 ^{#*}	10.42±1.50	21.46±2.57 ^{#*}	30.57±3.56 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.5 外分泌腺功能指标及 ESSPRI 评分、ESSDAI 评分 由 ESSPRI 评分、ESSDAI 评分降低 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。表 6 可知，治疗后 2 组泪液流率、唾液流率升高 ($P<0.05$)，

表 6 2 组外分泌腺功能指标及 ESSPRI 评分、ESSDAI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=90$)

组别	泪液流率/[mm·(5 min) ⁻¹]		唾液流率/(mL·min ⁻¹)		ESSPRI 评分/分		ESSDAI 评分/分	
	治疗前	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 3 个月后	治疗前	治疗 3 个月后
对照组	1.59±0.25	2.17±0.37 [#]	1.02±0.19	1.78±0.23 [#]	7.34±1.72	3.36±0.48 [#]	1.46±0.25	0.68±0.16 [#]
观察组	1.64±0.24	2.73±0.39 ^{#*}	1.07±0.22	1.96±0.36 ^{#*}	7.47±1.55	2.45±0.36 ^{#*}	1.51±0.28	0.53±0.12 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.6 不良反应发生率 由表 7 可知，2 组不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 7 2 组不良反应发生率比较 ($n=90$)

组别	恶心呕吐/例	皮疹/例	腹泻/例	心律失常/例	总发生/例(%)
观察组	3	2	2	1	8(8.9)
对照组	5	4	3	1	13(14.4)

3 讨论

口服硫酸羟化氯喹临床上是治疗原发性干燥综合征的常用方案，但长期服用会影响机体多项功能^[10-11]。中医认为干燥综合征病的病机为天时风热过剩外感燥邪，素体先天禀赋不足，精血内伤而阴虚生燥，燥伤肺卫津血而气虚等^[12-13]，因此治疗关键在于滋阴润燥、疏肝解郁、清热润肺、活血化瘀。玄麦甘桔汤是治疗干燥综合征的常用方剂，具有清热凉血、滋阴润燥之功效，合用柴胡疏肝散共奏疏肝活血行气之功^[14]。

本研究结果显示，治疗后观察组口咽干燥、眼眵增多、皮肤干燥、大便干燥、关节肿痛评分均低于对照组，提示玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散可进一步改善临床症状。此外，观察组治疗后的 ESSPRI、ESSDAI 评分均低于对照组，而泪液流率、唾液流率高于对照组，证实玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散可加快泪腺、唾液腺功能恢复，减轻脏器损伤。以上结果可能与玄麦甘桔汤中多种药味有关，如玄参具有凉血降火、清热滋阴的功效，麦冬可养阴润肺、清心除烦，桔梗宣肺利咽，畅达肺气，生甘草可清热益气止痛，并调和诸药药性，联合柴胡疏肝散方中柴胡疏肝解郁、引诸药入肝经，川芎行气活血、开郁止痛，香附疏肝行气止痛，

白芍养血柔肝、防辛香之品耗伤气血，加以薄荷疏肝行气、清利头目，益母草清热活血^[15-16]，诸药合用共奏清热滋阴、宣肺益气、疏肝活血、行气止痛之效。

干燥综合征属于多系统损害的免疫系统疾病，而既往研究表明玄麦甘桔汤具有调节免疫功能^[17]。本研究发现，治疗后，2 组患者 Th17/Treg、CRP、IgG 均下降，且观察组更明显，表明在玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散可进一步加强免疫功能稳态。既往研究表明，Th17/Treg 细胞失衡已成为引起干燥综合征的重要原因^[18]。本次研究发现，治疗后，2 组患者 Th17/Treg、IL-17 水平均下降，IL-10 水平上升，均以观察组更明显，表明柴胡疏肝散可通过调节 Th17/Treg 细胞平衡改善机体炎症反应。既往研究发现，柴胡疏肝散可通过调节免疫系统功能、抗自由基损伤等作用保护免疫性肝损伤大鼠的肝功能，其中白芍总苷可通过抑制 JAK2/STAT3 信号通路来下调 Th17/Treg，减轻组织器官炎症损伤，且中医认为白芍柔肝养血，中医、西医理论相互佐证^[19-20]。另外，干燥综合征患者血流动力学紊乱，本研究发现，治疗后的观察组 ESR 低于对照组，表明中药汤剂可改善血液流变学状态，对于疾病预后具有积极作用。

综上所述，在常规西药治疗基础上服用玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散可有效降低干燥综合征患者临床证候评分，改善外分泌腺功能，纠正免疫失衡，从而提高治疗效果，且安全性较好，具有良好的临床应用价值。

参考文献:

[1] Bjordal O, Norheim K B, Rødahl E, et al. Primary Sjögren's syndrome and the eye [J]. *Surv Ophthalmol*, 2020, 65 (2) :

119-132.

[2] Manfrè V, Chatzis L G, Cafaro G, *et al.* Sjögren’s syndrome: one year in review 2022 [J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2022, 40 (12): 2211-2224.

[3] Manfrè V, Cafaro G, Riccucci I, *et al.* One year in review 2020: comorbidities, diagnosis and treatment of primary Sjögren’s syndrome[J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2020, 126 (4): 10-22.

[4] 孙 洁, 邹 宇, 姜 萍. 基于“治气, 增液, 治血”探讨干燥综合征的辨治规律[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(8): 1268-1271.

[5] 孙晓泽, 焦东方, 刘爱华. 中西医结合治疗干燥综合征思路探讨[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7): 2956-2959.

[6] 杨 琨, 赵亚男, 刘宏潇. 从调肝理肺法论治干燥综合征[J]. 中医杂志, 2022, 63(20): 1932-1935.

[7] Verstappen G M, Pringle S, Bootsma H, *et al.* Epithelial-immune cell interplay in primary Sjögren syndrome salivary gland pathogenesis[J]. *Nat Rev Rheumatol*, 2021, 17(6): 333-348.

[8] 金月波, 何 菁. 2016 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿病联盟原发性干燥综合征分类标准[J]. 中华风湿病学杂志, 2017, 21(3): 213.

[9] 姜 泉, 周新尧, 唐晓颇, 等. 干燥综合征病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2024, 65(4): 434-444.

[10] Thorlacius G E, Björk A, Wahren-Herlenius M. Genetics and epigenetics of primary Sjögren syndrome: implications for future therapies[J]. *Nat Rev Rheumatol*, 2023, 19(5): 288-306.

[11] Fox R I, Fox C M, Gottenberg J E, *et al.* Treatment of Sjögren’s syndrome: current therapy and future directions [J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2019, 60(5): 2066-2074.

[12] 周新尧, 姜 泉, 唐晓颇, 等. 干燥综合征中医证候专家共识[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(3): 310-314.

[13] 崔家康, 陈 晓, 姜 泉. 从津液代谢探析干燥综合征论治 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25 (12): 1662-1663; 1680.

[14] 刘本勇, 庞 秀, 冯兴华. 冯兴华治疗干燥综合征经验[J]. 北京中医药, 2014, 33(2): 108-110.

[15] 雷晓楠, 李天慧, 牛拾可, 等. 玄麦甘桔汤在皮肤病中的运用 验案举隅 [J]. 湖南中医杂志, 2015, 31 (4): 114-116.

[16] 白 娟, 刘 燕, 王丹妮, 等. 柴胡疏肝散在肝郁证中的作用机制 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26 (3): 199-204.

[17] 彭 婉, 马 骁, 王 建, 等. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2018, 49(2): 477-488.

[18] Miao M, Hao Z, Guo Y, *et al.* Short-term and low-dose IL-2 therapy restores the Th17/Treg balance in the peripheral blood of patients with primary Sjögren’s syndrome [J]. *Ann Rheum Dis*, 2018, 77(12): 1838-1840.

[19] 孙丽霞, 周玲玲, 袁冬平, 等. 柴胡疏肝散对大鼠免疫性肝损伤的防治作用 [J]. 中国生化药物杂志, 2012, 33 (5): 628-630.

[20] 周丽娟, 单馨慧, 胥卫青, 等. 白芍总苷对过敏性紫癜小鼠 Treg/Th17 免疫平衡及 JAK1/STAT3 信号通路蛋白的影响 [J]. 中国免疫学杂志, 2023, 39(8): 1660-1664.

苏合香丸联合常规治疗对急性脑梗死患者的临床疗效

王 勇, 黄 春
(萍乡市人民医院急诊科神经内科, 江西 萍乡 337000)

摘要: **目的** 探讨苏合香丸联合常规治疗对急性脑梗死患者的临床疗效。**方法** 72 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 36 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用苏合香丸, 疗程 14 d。检测临床疗效、中医证候评分、神经功能和行为能力指标 (NIHSS 评分、BI 评分)、血清因子 (IL-18、IL-33、NT-proBNP)、脑血流动力学指标 (PI、RI、Vs、CVR)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、NIHSS 评分、血清因子降低 ($P<0.05$), BI 评分、脑血流动力学指标升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 苏合香丸联合常规治疗可安全有效地降低急性脑梗死患者炎症因子水平, 改善脑血流动力学指标, 增强行为认知能力。

关键词: 苏合香丸; 常规治疗; 急性脑梗死

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2024)11-3878-04

doi: 10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2024. 11. 058