

## ◆临床研究◆

## 924例PCI术患者病变血管情况与中医证候分布关系调查

孙春霞<sup>1,2</sup>, 颜乾麟<sup>1</sup>, 王俊丽<sup>3</sup>, 胡晓贞<sup>1</sup>, 陈丽娟<sup>1</sup>, 李青卿<sup>1</sup>

1. 同济大学中医研究所, 上海 200092

2. 同济大学附属同济医院分院, 上海 200092

3. 同济大学电子与信息工程学院, 上海 200092

**[摘要]** 目的: 观察冠心病介入术患者的病变血管情况与中医证候分布的关系。方法: 对924例冠心病介入术患者的病变血管数目、狭窄程度及中医证候学数据进行前瞻性、回顾性调查。结果: ①与病变血管数目的相关性: 标实证和本虚证与病变血管数目有正相关关系。标实证中, 心血瘀滞、气机郁滞、阴寒凝滞与病变血管数目均呈正相关, 其中相关性最强的是心血瘀滞证。本虚证中, 阳虚和肝肾阴虚与病变血管数目有正相关关系, 相关性最强的是阳虚证。9项兼证均与病变血管数目有正相关关系, 阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞与病变血管数目的相关性最强。②与病变血管狭窄程度的相关性: 未发现与左主干(LMCA)狭窄程度有正相关关系的中医证候。标实证与左前降支(LAD)狭窄程度有正相关关系, 其中心血瘀滞与LAD狭窄程度有正相关关系。本虚证与LAD狭窄程度无相关关系。兼证中, 心阳虚合并心血瘀滞与LAD狭窄程度有正相关关系。心阳虚与左回旋支(LCX)狭窄程度有正相关关系。其余证候与LCX狭窄程度无正相关关系。标实证与右冠状动脉(RA)狭窄程度有正相关关系, 其中心血瘀滞、痰浊壅滞、气机郁滞与RA狭窄程度均有正相关关系, 其中心血瘀滞与RA狭窄程度的相关性最强。本虚证与RA狭窄程度无相关关系。兼证中, 阳虚合并心血瘀滞、心阳虚合并心血瘀滞、心气虚合并心阳虚及心血瘀滞、阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞与RA狭窄程度均有正相关关系。结论: 阳虚血瘀证与冠心病介入术患者的病变血管数目、病变血管狭窄程度均有正相关关系, 且相关性强、相关系数较大, 验证了颜德馨教授关于“阳虚血瘀乃冠心病介入术后再狭窄的基本病机”这一假说的正确性。

**[关键词]** 经皮冠状动脉内介入治疗(PCI); 中医证候; 相关性; 病变血管数目; 病变血管狭窄程度; 阳虚血瘀; 颜德馨

**[中图分类号]** R541.4; R619 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 09-0020-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.09.006

## Investigation on Correlation between Lesion Vessels and Distribution of Chinese Medicine Syndrome in Patients Received PCI: A Report of 924 Cases

SUN Chunxia, Yan Qianlin, WANG Junli, HU Xiaozhen, CHEN Lijuan, LI Qingqing

**Abstract:** **Objective:** To observe the correlation between lesion vessels and distribution of Chinese medicine syndrome in patients received percutaneous coronary intervention (PCI). **Methods:** A prospective and retrospective investigation was conducted on 924 patients that received PCI so as to collect data of the number of lesion vessels, stenosis degree of lesion vessels and Chinese medicine syndrome. **Results:** Correlation with the number of lesion vessels: There was positive correlation between incidental excess syndrome, deficient fundamental syndrome and the number of lesion vessels in patients received PCI. In the incidental excess syndrome, there was positive correlation between heart blood stasis, stagnation of qi, stagnation of yin-cold and the number of lesion vessels. Among them, correlation between heart blood stasis and the number of lesion vessels was the highest. In deficient fundamental syndrome, there was positive correlation between Yang deficiency, Yin deficiency of liver and kidney and the number of lesion vessels. Among them, correlation between Yang deficiency and the number of lesion vessels was the highest. There was positive correlation between the nine accompanying syndromes and the number of lesion vessels. Among them, correlation between Yang deficiency with stagnation of yin-cold, heart blood stasis

**[收稿日期]** 2017-05-14

**[基金项目]** 国家重点基础研究计划(973计划)中医专项(2006CB504810); 中央高校基本科研业务费专项资金项目(同济大学); 上海市卫生局中医药科研基金项目(2012L013A)

**[作者简介]** 孙春霞(1979-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中医药防治心脑血管病。

and the number of lesion vessels was the highest. Correlation with stenosis degree of lesion vessels: No Chinese medicine syndrome was found to have positive correlation with stenosis degree of left main coronary arteries (LMCA). There was positive correlation between stenosis degree of left anterior descending (LAD) and incidental excess syndrome such as heart blood stasis. No deficient fundamental syndrome was found to have positive correlation with LAD. Among the accompanying syndromes, there was positive correlation between heart–yang deficiency with heart blood stasis and stenosis degree of LAD, there was positive correlation between heart–yang deficiency and stenosis degree of left circumflex artery (LCX) while there was no positive correlation between other syndromes and stenosis degree of LCX. There was positive correlation between incidental excess syndrome and stenosis degree of right artery (RA). Among them, there was positive correlation between heart blood stasis, stagnation of turbid phlegm, stagnation of qi and stenosis degree of RA. There was no correlation between deficient fundamental syndrome and stenosis degree of RA. Among the accompanying syndromes, there was positive correlation between stenosis degree of RA and yang deficiency with heart blood stasis, heart–yang deficiency with heart blood stasis, deficiency of heart–qi with heart–yang deficiency and heart blood stasis, yang deficiency with stagnation of yin–cold and heart blood stasis. **Conclusion:** There was positive correlation between yang deficiency and blood stasis syndrome and the amount of lesion vessels as well as stenosis degree of lesion vessels. The strong correlation and significant correlation coefficient verified the correctness of hypothesis that “basic pathogenesis of restenosis after PCI is yang deficiency and blood stasis” of professor YAN Dexin.

**Keywords:** Percutaneous coronary intervention (PCI); Chinese medicine syndrome; Correlation; Amount of lesion vessels; Stenosis degree of lesion vessels; Yang deficiency and blood stasis syndrome; YAN Dexin

经皮冠状动脉内介入治疗(Percutaneous Coronary Intervention, PCI)是目前治疗冠心病的主要手段之一,即刻成功率高达90%~95%,临床应用广泛。与之而来,PCI术后再狭窄屡屡发生<sup>[1]</sup>,成为当今医学界的一个难点。国医大师颜德馨教授近年提出“阳虚血瘀乃PCI术后再狭窄的基本病机”的假说<sup>[2]</sup>,为该病的中医药防治开辟了一条新的思路。在当今大数据时代的背景下,本课题组对924例PCI术患者病变血管数目、狭窄程度与中医证候学方面的数据进行调查、分析,旨在掌握该病证患者的中医证候分布与病变血管情况之间的关系,明确中医学基本证型,为颜教授提出的这一假说提供数据支持,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《内科学》<sup>[3]</sup>以及世界卫生组织制定的PCI术适应症标准<sup>[4]</sup>。

**1.2 辨证标准** 参照《冠心病中医辨证标准》<sup>[5]</sup>中的相关标准,经2名主治医师分别进行辨证。

**1.3 纳入标准** ①符合诊断标准,2名主治医师辨证意见一致者;②自愿配合调查者;③年龄60~80岁。

**1.4 排除标准** ①神志不清、痴呆、精神疾病患者及不愿意合作者;②合并严重感染者;③资料数据严重缺失者。

**1.5 一般资料** 924例调查对象均来源于2008年8月—2016年3月在同济大学附属医院第十人民医院(405例)、同济医院(302例)及东方医院(217例)心内科治疗的PCI术后患者,包括前瞻性病例(412例)及回顾性病例(512例),其中前瞻性病

例为术后2~3天的患者,回顾性病例为术后15~20天的患者。前瞻性病例均为住院患者,回顾性病例均为门诊随访患者。

## 2 研究方法

**2.1 一般情况调查** 包括姓名、性别、年龄、体质量、地址、工作单位、职业、婚姻状况、饮食爱好、发病诱因、西医诊断类型、实验室检查等。

Braunwald临床分级情况、冠脉造影情况(按Abrams分级):0级:4支血管均无重要性病变;Ⅰ级:1支血管有重要性病变;Ⅱ级:2支血管有重要性病变;Ⅲ级:3支血管有重要性病变。

血管狭窄程度:Ⅰ级:轻度狭窄,管腔面积减少<50%;Ⅱ级:中度狭窄,管腔面积减少50%~75%;Ⅲ级:重度狭窄,管腔面积减少76%~99%;Ⅳ级:管腔面积减少100%。

**2.2 中医证候调查** 包括胸痛、胸闷、乏力、气短、心悸、身寒、肢冷、腰膝酸软、健忘耳鸣、头晕目眩、夜尿频数、五心烦热、口干等,以及舌象、脉象等,具体见《冠心病中医辨证标准》<sup>[5]</sup>。共两大类,12种分型。如下:

**标实:** ①心血瘀阻:胸痛,痛有定处,舌质紫暗,或有瘀点、瘀斑;②痰浊壅滞:胸脘痞满,苔厚腻、脉滑;③气机郁滞:胸闷痛、憋气,两肋胀痛,苔薄;④阴寒凝滞:胸痛甚,遇寒常发。

**本虚:** ①气虚:气虚共性:疲乏,气短,舌质淡胖嫩或有齿痕、脉沉细。心气虚:气虚兼有心悸;脾气虚:气虚兼有腹

胀,食少便溏,喜热食;肾气虚:气虚兼有腰膝酸软,健忘耳鸣,头晕目眩。②阳虚:阳虚共性:疲乏,气短,身寒,肢冷,舌质淡胖或有齿痕,脉沉细或迟。心阳虚:阳虚兼有心悸;肾阳虚:阳虚兼有腰膝酸软,夜尿频数,肿胀。③阴虚:阴虚共性:舌红少苔或无苔,五心烦热,口干,脉细数。心阴虚:阴虚兼有心悸;肝肾阴虚:阴虚兼有心悸,腰膝酸软,头晕目眩,耳鸣,健忘。④阳脱:四肢厥冷,大汗出,脉微欲绝,表情淡漠,面色苍白或暗淡,舌质暗淡。

上述各证候皆可见结、代、促脉。数据调查过程中病情若有变化,则根据具体临床表现进一步辨证分析,并在数据记录中注明,反映辨证的动态变化。如患者的临床证候特点用以上辨证标准未能概括者,则另行辨证分析。

**2.3 调查方法** 调研前,对所有参与研究者进行统一的相关知识培训。每一份资料的收集均由2名研究者共同填写、核对并完成。确定中医证候类型时以两人诊断达成一致后填入表格。对前瞻性调查病例,采用现场调查、后期随访的方式;对于回顾性调查病例进行定期随访,了解患者情况。

### 3 统计学方法

应用 Epidata3.1 软件建立数据库及录入数据,采用 SPSS14.0 软件进行统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料用频数表示。统计中医证候与 PCI 术患者病变血管数目及病变血管狭窄程度的相互关系采用秩相关分析方法。因讨论的变量均为有序多分类变量,故选用 Kendall's tau-b 相关系数。以  $P < 0.05$  代表差异有统计学意义。

### 4 研究结果

**4.1 PCI 术后患者一般情况** 收集到完整资料的 PCI 术后患者病例数为 924 例,平均年龄 $(67.4 \pm 10.7)$ 岁。女 284 例,占 30.7%;男 640 例,占 69.3%。各证型在不同年龄阶段的分布差异无统计学意义( $P > 0.05$ );各证型在不同性别的分布亦无统计学差异( $P > 0.05$ )。

**4.2 标实证和本虚证与 PCI 术患者病变血管数目的相关性** 见表 1。标实证和本虚证与 PCI 术患者的病变血管数目有正相关关系。标实证中,心血瘀滞、气机郁滞、阴寒凝滞与病变血管数目均呈正相关,其中相关性最强的是心血瘀滞证。本虚证中,阳虚和肝肾阴虚与病变血管数目有正相关关系,相关性最强的是阳虚证。

**4.3 兼证与 PCI 术患者病变血管数目的相关性** 见表 2。9 项兼证均与病变血管数目有正相关关系,阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞与病变血管数目的相关性最强。

#### 4.4 中医证候与 PCI 术患者病变血管狭窄程度的相关性

**4.4.1 标实证和本虚证与左主干、左前降支狭窄程度的相关性** 见表 3。未发现与左主干(LMCA)狭窄程度有正相关关系的中医证候。标实证与左前降支(LAD)狭窄程度有正相关关系,其中心血瘀滞与 LAD 狭窄程度有正相关关系。本虚证与 LAD 狭窄程度无相关关系。

**4.4.2 兼证与左主干、左前降支狭窄程度的相关性** 见表 4。兼证中,心阳虚合并心血瘀滞与 LAD 狭窄程度有正相关关系。

**4.4.3 兼证与左回旋支、右冠状动脉狭窄程度的相关性** 见表 5。兼证中,阳虚合并心血瘀滞、心阳虚合并心血瘀滞、心气虚合并心阳虚及心血瘀滞、阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞与 RA 狭窄程度均有正相关关系。

**4.4.4 标实证和本虚证与左回旋支、右冠状动脉狭窄程度的相关性** 见表 6。心阳虚与左回旋支(LCX)狭窄程度有正相关关系。其余证候与 LCX 狭窄程度无正相关关系。标实证与右冠状动脉(RA)狭窄程度有正相关关系,其中心血瘀滞、痰浊壅滞、气机郁滞与 RA 狭窄程度均有正相关关系,其中心血瘀滞与 RA 狭窄程度的相关性最强。本虚证与 RA 狭窄程度无相关关系。

表 1 标实证和本虚证与 PCI 术患者病变血管数目的相关性

证候	相关系数	P
标实证	0.128	<0.001
心血瘀滞	0.132	<0.001
痰浊壅滞	0.023	0.455
气机郁滞	0.076	0.013
阴寒凝滞	0.060	0.049
本虚证	0.072	0.018
气虚	0.019	0.544
心气虚	-0.009	0.762
脾气虚	-0.003	0.921
肾气虚	-0.002	0.956
阳虚	0.088	0.004
心阳虚	0.018	0.550
肾阳虚	0.006	0.843
阴虚	0.027	0.376
心阴虚	-0.006	0.855
肝肾阴虚	0.084	0.006
阳脱	0.003	0.917

表 2 兼证与 PCI 术患者病变血管数目的相关性

证候	相关系数	P
阳虚合并心血瘀滞	0.136	<0.001
心阳虚合并心血瘀滞	0.119	<0.001
心气虚合并心阳虚及心血瘀滞	0.105	0.001
气虚合并阳虚及心血瘀滞	0.117	<0.001
气虚合并阳虚	0.083	0.007
阳虚合并阴寒凝滞	0.095	0.002
阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞	0.139	<0.001
阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞、气虚	0.122	<0.001
阳虚合并阴寒凝滞及气虚	0.087	0.005

**表3 标实证和本虚证与左主干、左前降支狭窄程度的相关性**

证候	左主干(LMCA)		左前降支(LAD)	
	相关系数	P值	相关系数	P值
标实证	-0.023	0.811	0.093	0.007
心血瘀滞	-0.019	0.841	0.071	0.038
痰浊壅滞	-0.110	0.248	<0.001	0.985
气机郁滞	-0.017	0.857	0.016	0.633
阴寒凝滞	-0.088	0.355	-0.029	0.394
本虚证	-0.034	0.722	-0.050	0.141
气虚	0.056	0.558	-0.012	0.718
心气虚	0.020	0.836	0.004	0.897
脾气虚	0.084	0.374	-0.032	0.353
肾气虚	0.134	0.159	0.018	0.590
阳虚	-0.096	0.312	-0.013	0.698
心阳虚	-0.180	0.058	-0.029	0.401
肾阳虚	0.009	0.921	-0.057	0.095
阴虚	0.119	0.209	0.009	0.799
心阴虚	-	-	-0.042	0.220
肝肾阴虚	0.086	0.366	0.011	0.753
阳脱	-	-	-0.004	0.901

**表4 兼证与左主干、左前降支狭窄程度的相关性**

证候	左主干(LMCA)		左前降支(LAD)	
	相关系数	P值	相关系数	P值
阳虚合并心血瘀滞	-0.023	0.812	0.063	0.065
心阳虚合并心血瘀滞	-0.043	0.649	0.068	0.047
心气虚合并心阳虚及心血瘀滞	-0.047	0.622	0.064	0.061
气虚合并阳虚及心血瘀滞	-0.002	0.984	0.045	0.187
气虚合并阳虚	-0.029	0.761	-0.043	0.209
阳虚合并阴寒凝滞	-0.120	0.205	-0.022	0.527
阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞	-0.023	0.812	0.057	0.096
阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞、气虚	-0.002	0.984	0.040	0.247
阳虚合并阴寒凝滞及气虚	-0.029	0.761	-0.048	0.158

**表5 兼证与左回旋支、右冠状动脉狭窄程度的相关性**

证候	左回旋支(LCX)		右冠状动脉(RA)	
	相关系数	P值	相关系数	P值
阳虚合并心血瘀滞	0.044	0.299	0.104	0.007
心阳虚合并心血瘀滞	0.048	0.053	0.098	0.011
心气虚合并心阳虚及心血瘀滞	0.048	0.249	0.080	0.039
气虚合并阳虚及心血瘀滞	0.016	0.696	0.071	0.065
气虚合并阳虚	0.005	0.911	0.010	0.786
阳虚合并阴寒凝滞	0.048	0.250	0.060	0.122
阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞	0.042	0.315	0.104	0.007
阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞、气虚	0.012	0.777	0.075	0.053
阳虚合并阴寒凝滞及气虚	-0.003	0.946	0.015	0.694

**表6 标实证和本虚证与左回旋支、右冠状动脉狭窄程度的相关性**

证候	左回旋支(LCX)		右冠状动脉(RA)	
	相关系数	P值	相关系数	P值
标实证	-0.028	0.499	0.102	0.008
心血瘀滞	0.050	0.236	0.110	0.004
痰浊壅滞	0.033	0.430	0.094	0.015
气机郁滞	0.007	0.874	0.081	0.037
阴寒凝滞	-0.043	0.304	-0.003	0.946
本虚证	-0.011	0.792	0.012	0.765
气虚	0.009	0.836	0.008	0.834
心气虚	0.008	0.847	0.004	0.922
脾气虚	-0.069	0.097	<0.001	0.983
肾气虚	0.023	0.581	0.011	0.784
阳虚	0.048	0.250	0.061	0.112
心阳虚	0.096	0.022	0.047	0.222
肾阳虚	0.010	0.802	-0.070	0.070
阴虚	-0.004	0.917	0.040	0.296
心阴虚	-	-	-0.028	0.467
肝肾阴虚	0.032	0.441	0.070	0.069
阳脱	-0.009	0.834	-0.051	0.188

5 讨论

根据对 924 例 PCI 术患者中医证型分布的统计结果, 可以得出以下结论: ①PCI 术患者可见阳虚、气虚、阴虚各证型与寒凝、痰浊、血瘀同时存在, 兼夹并存的比例高于单纯各病理因素存在的比例, 表明本病的发病特点是病机复杂, 虚实并见。这与临床实际情况非常一致。②与 PCI 术患者病变血管数目相关的中医证候: 本研究结果提示, 标实证中与 PCI 术患者病变血管数目相关性最强的是心血瘀滞; 本虚证中与病变血管数目相关性最强的是阳虚。兼证中, 阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞与病变血管数目的相关性最强; 阳虚合并心血瘀滞与病变血管数目有正相关关系, 相关性仅次于阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞。提示阳虚血瘀与 PCI 术患者的病变血管数目有强相关性, 这与颜教授提出的假说不谋而合。③心血瘀滞、心阳虚合并心血瘀滞与 PCI 术患者 LAD 狭窄程度有正相关关系。标实证中, 心血瘀滞与 RA 狭窄程度的相关性最强; 本虚证中, 心阳虚与 LCX 狭窄程度有正相关关系。兼证中, 阳虚合并心血瘀滞、阳虚合并阴寒凝滞及心血瘀滞与 RA 狭窄程度均有正相关关系, 且相关性最强, 相关系数均为 0.104。提示阳虚血瘀与 PCI 术患者病变血管的狭窄程度有强相关性。

综合以上结论, 阳虚血瘀证与 PCI 术患者的病变血管数目、病变血管狭窄程度均有正相关关系, 且相关性强、相关系数较大, 验证了颜教授关于“阳虚血瘀乃 PCI 术后再狭窄的基本病机”这一假说的正确性, 为进一步运用中药复方干预该病提供了中医证候学方面的数据支持。

## [参考文献]

- [1] Landzberg BR, Frishman WH, Lerrick K. Pathophysiology and pharmacological approaches for prevention of coronary artery restenosis following coronary artery balloon angioplasty and related procedures[J]. Prog Cardiovasc Dis, 1997, 39(4): 361-398.
- [2] 颜乾麟. 颜德馨中医心脑血管病诊治精粹[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 52-56.
- [3] 叶任高. 内科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 310-312.
- [4] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 302.
- [5] 中国中西医结合学会心血管学会. 冠心病中医辨证标准[J]. 中国中西医结合杂志, 1991, 11(5): 257.

(责任编辑: 吴凌)

## 清热豁痰通腑方治疗脑出血急性期痰热腑实证临床观察

雷小宁, 乔路敏

银川市中医医院急诊科, 宁夏 银川 750001

**[摘要]** 目的: 观察清热豁痰通腑方治疗脑出血急性期痰热腑实证的有效性和安全性。方法: 将100例脑出血急性期痰热腑实证患者按随机数字表法分为治疗组和对照组各50例, 2组均接受西医内科基础治疗, 治疗组加用清热豁痰通腑方治疗, 2组均治疗28天。在治疗前、治疗第7天、第28天分别行头颅CT检查, 观察出血量变化情况; 在治疗前、治疗第28天分别采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、脑卒中专门生存质量量表(SS-QOL)对患者的神经功能缺损情况及生活质量进行评价, 并对治疗的安全性进行评定。结果: 治疗后, 治疗组总有效率87.23%, 对照组总有效率72.92%, 2组比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗组治疗第7天、第28天与治疗前相比, 出血量均有减少, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗第28天, 治疗组的血肿吸收情况优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。与治疗前相比, 2组治疗第28天的NIHSS评分均降低( $P < 0.05$ ); 2组治疗前后NIHSS评分差值比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组治疗第28天的SS-QOL评分与治疗前比较均提高, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗第28天, 治疗组SS-QOL评分高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 在内科治疗的基础上加用清热豁痰通腑方治疗脑出血急性期痰热腑实证患者可促进血肿吸收, 改善神经功能缺损情况, 提高患者的生存质量, 且无明显不良反应, 在脑出血的临床治疗中发挥了一定的优势作用。

**[关键词]** 脑出血; 急性期; 痰热腑实证; 中西医结合疗法; 清热豁痰通腑方; 出血量; 神经功能; 生存质量

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 09-0024-04

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2017.09.007

### Clinical Observation of Qingre Huotan Tongfu Prescription for Cerebral Hemorrhage in Acute Stage of Phlegm-Heat FU-Organ Sthenia Syndrome

LEI Xiaoning, QIAO Lumin

**Abstract:** Objective: To observe the effectiveness and safety of Qingre Huotan Tongfu prescription in treating patients with cerebral hemorrhage in acute stage of phlegm-heat FU-organ sthenia syndrome. **Methods:** Divided 100 cases of patients with cerebral hemorrhage in acute stage of phlegm-heat FU-organ sthenia syndrome into the treatment group and the control group, according to the random table method, 50 cases in each group. The two groups both received internal medical treatment of western medicine, while the treatment group was given Qingre Huotan Tongfu prescription additionally. Both groups received treatment for 28 days. Skull CT examination was conducted before treatment, in the 7<sup>th</sup> day and 28<sup>th</sup> day of treatment so as to

**[收稿日期]** 2017-05-03

**[基金项目]** 宁夏回族自治区自然科学基金项目 (NZ10189)

**[作者简介]** 雷小宁 (1967-), 男, 主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗心脑血管疾病。

**[通信作者]** 乔路敏, E-mail: qiao3018543@163.com。