

补阳还五汤加味联合常规西医疗法治疗冠心病心绞痛临床研究

丁志欣, 顾旭, 李建杰

郑州市中医院心内科, 河南 郑州 450002

[摘要] 目的: 分析补阳还五汤加味联合常规西医疗法治疗冠心病心绞痛的临床疗效。方法: 选取冠心病心绞痛患者 122 例, 按随机数字表法分为对照组和观察组各 61 例。对照组采用常规西医治疗, 观察组在对照组基础上联合补阳还五汤加味治疗。比较 2 组临床疗效, 统计中医证候积分, 检测 2 组心脏功能和心肌酶水平变化。结果: 治疗前, 2 组中医证候积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组疲倦乏力、胸闷、胸痛、心悸积分较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 观察组疲倦乏力、胸闷、胸痛、心悸积分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组心功能指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组心输出量 (CO)、心脏指数 (CI)、射血分数 (EF) 水平较治疗前显著升高 ($P < 0.05$), 观察组 CO、CI、EF 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组心肌酶水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组肌酸酶同工酶 (CK-MB)、羟丁酸脱氢酶 (HBDH)、乳酸脱氢酶 (LDH) 水平较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 观察组 CK-MB、HBDH、LDH 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组超氧化物歧化酶 (SOD)、谷胱甘肽 (GSH)、总抗氧化能力 (T-AOC)、一氧化氮合酶 (NOS) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 SOD、GSH、T-AOC、NOS 水平较治疗前显著升高 ($P < 0.05$), 观察组 SOD、GSH、T-AOC、NOS 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 补阳还五汤加味联合常规西医疗法治疗冠心病心绞痛可改善患者临床症状和心功能, 降低心肌酶水平, 减轻氧化应激反应。

[关键词] 冠心病心绞痛; 补阳还五汤加味; 心脏功能; 心肌酶; 氧化应激反应

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 06-0093-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.028

Clinical Study on Modified Buyang Huanwu Tang Combined with Routine Western Medicine Therapy for Angina Pectoris

DING Zhixin, GU Xu, LI Jianjie

Abstract: Objective: To analyze the clinical effect of modified Buyang Huanwu tang combined with routine western medicine therapy for angina pectoris. **Methods:** Selected 122 cases of patients with angina pectoris, and divided them into the control group and the observation group randomly, 61 cases in each group. The control group received routine western medicine therapy, while the observation group additionally received modified Buyang Huanwu tang. Compared the clinical effect in both groups, statistically analyzed Chinese medicine syndrome scores, and detected the changes of cardiac functions and levels of myocardial enzymes before and after treatment in both groups. **Results:** Before treatment, comparing Chinese medicine syndrome scores in both groups, there was no significant difference being found ($P > 0.05$). After treatment, the scores of fatigue, chest distress, chest pain and palpitation in both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$); each score above in the observation group was respectively lower than that in the control group ($P < 0.05$). Before treatment, comparing the levels of cardiac function indexes in both groups, there was no significant difference being found ($P > 0.05$). After treatment, the levels of cardiac output (CO), cardiac index (CI) and ejection fraction (EF) in both groups were significantly higher than those before treatment ($P < 0.05$); the levels of CO, CI and EF in the observation group were respectively higher than those in the control group ($P < 0.05$). Before treatment, comparing the levels of myocardial enzymes in both groups, there was no significant difference being found ($P > 0.05$). After treatment, the levels of creatine kinase-MB (CK-MB), hydroxybutyrate dehydrogenase (HBDH) and lactate dehydrogenase (LDH) in both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$); the levels of CK-MB, HBDH and LDH in the observation group

[收稿日期] 2018-10-23

[作者简介] 丁志欣 (1983-), 男, 主治医师, 研究方向: 心内科疾病及冠脉介入。

were respectively lower than those in the control group ($P < 0.05$). Before treatment, comparing the levels of superoxide dismutase(SOD), glutathione(GSH), total antioxidant capacity(T-AOC) and nitric oxide synthase (NOS) in both groups, there was no significant difference being found ($P > 0.05$). After treatment, the levels of SOD, GSH, T-AOC and NOS in both groups were significantly higher than those before treatment ($P < 0.05$); the levels of SOD, GSH, T-AOC and NOS in the observation group were respectively higher than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Buyang Huanwu tang combined with routine western medicine therapy for angina pectoris can improve the clinical symptoms and cardiac functions of patients, reduce levels of myocardial enzymes and alleviate oxidative stress reaction.

Keywords: Angina pectoris; Modified Buyang Huanwu tang; Cardiac function; Myocardial enzyme; Oxidative stress reaction

冠心病是临床常见的心血管疾病之一,多发生于中老年人。近年来,随着人口老龄化进程,冠心病的发病率逐年升高,已成为医疗资源的沉重负担。在受寒、情绪剧烈波动等各种诱因的刺激下,冠脉粥样硬化斑块发生破裂、血栓形成、冠脉痉挛等可导致冠状动脉狭窄、闭塞,心肌供血量减少或中断,进而引起心绞痛发作^[1]。冠心病心绞痛如不及时治疗,可能引起患者死亡。西医临床多采用硝酸酯类药物扩冠、阿司匹林抗凝、他汀类药物调脂等方法综合治疗冠心病心绞痛,但仍有一部分患者病情控制不佳^[2]。

中医学理论认为,冠心病心绞痛属于真心痛、胸痹心痛等范畴,多为本虚标实之证,以心气亏虚为本,瘀血为标,心气亏虚导致血脉无力、血行受阻,瘀血阻滞心脉,不通则痛,治则以活血化瘀、通络止痛为法^[3]。补阳还五汤为中医治疗血瘀证的经典方剂,具有补气活血、化瘀通络之功效^[4]。本研究分析了补阳还五汤加味治疗冠心病心绞痛对患者心脏功能和心肌酶水平的影响,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2015年9月—2018年2月收治的冠心病心绞痛患者122例,按随机数字表法分为对照组和观察组各61例。对照组男36例,女25例;年龄42~69岁,平均(57.52±8.66)岁;病程1~10年,平均(6.01±2.22)年;心绞痛分级符合加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重程度分级:I级18例,II级28例,III级15例。观察组男34例,女27例;年龄42~69岁,平均(57.48±8.95)岁;病程1~10年,平均(5.97±2.18)年;心绞痛分级:I级16例,II级27例,III级18例。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 ①临床表现:心绞痛位于胸骨后部或者左前胸部前侧,疼痛常不局限在同一个部位,可放射到颈部、咽部、或者肩颈后背部或其他附近部位,疼痛性质常有紧缩感、窒息、压迫感、烧灼感;②明确的陈旧性心肌梗死并且心电图有ST-T改变;③冠状动脉造影检查或冠状动脉CTA检查提示至少一支冠脉管腔狭窄且狭窄>50%。

1.3 纳入标准 ①符合《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[5]

中稳定型心绞痛的诊断标准;②符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中稳定型心绞痛气滞血瘀证型,主症以胸痛为主,次症以胸闷、心悸、腕痞纳呆、疲倦乏力为主,舌质紫暗,脉弦或涩;③心电图检查提示缺血性改变或运动试验阳性。

1.4 排除标准 ①合并严重的心脏病、严重的心律失常、恶性肿瘤、感染性疾病、重度肾功能不全者;②应用心脏起搏器者;③由心肌肥厚、洋地黄药物等其他原因影响造成的心电图ST-T段改变者;④对本研究药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西医治疗,口服单硝酸异山梨酯片每次40mg,每天1次,晨起顿服;阿托伐他汀钙胶囊20mg/次,临睡前顿服;阿司匹林肠溶片100mg/次,临睡前顿服。

2.2 观察组 在常规西医治疗基础上联合补阳还五汤加味治疗,处方:黄芪30g,当归、地龙、赤芍、熟地黄各15g,川芎、桃仁、红花各10g。每天1剂,加水煎煮2次,取汁300mL,分早、晚2次饭后温服。

2组均连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①分别于治疗前后采用超声心动图检测心输出量(Cardiac output, CO)、心脏指数(Cardiac index, CI)、射血分数(Ejection fraction, EF)等心功能指标。②分别于治疗前后抽取患者空腹静脉血,3000 r/min离心15 min,分离血清后置于-80℃冰箱保存。采用电化学发光法检测肌酸酶同工酶(CK-MB)、羟丁酸脱氢酶(HBDH)、乳酸脱氢酶(LDH)等心肌酶水平及超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽(GSH)、总抗氧化能力(T-AOC)、一氧化氮合酶(NOS)等氧化应激指标水平,检测仪器为罗氏e601化学发光免疫分析仪,试剂盒均购自南京建成生物工程研究所,严格按照说明书进行检测。③观察2组患者治疗前后中医证候积分,根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》中症状量化积分表进行评估,包括疲倦乏力和心悸评分,无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分)。胸闷、胸痛评分标准,无(0分),轻度(2分),中度(4分),重度(6分)。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计软件处理数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,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。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后中医证候积分比较 见表1。治疗前,2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组疲倦乏力、胸闷、胸痛、心悸积分较治疗前显著降低($P < 0.05$),观察组疲倦乏力、胸闷、胸痛、心悸积分低于对照组($P < 0.05$)。

4.2 2组治疗前后心功能指标水平比较 见表2。治疗前,2组心功能指标水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组CO、CI、EF水平较治疗前显著升高($P < 0.05$),观察

组CO、CI、EF水平高于对照组($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后心肌酶水平比较 见表3。治疗前,2组心肌酶水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组CK-MB、HBDH、LDH水平较治疗前显著降低($P < 0.05$),观察组CK-MB、HBDH、LDH水平低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后SOD、GSH、T-AOC、NOS水平比较 见表4。治疗前,2组SOD、GSH、T-AOC、NOS水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组SOD、GSH、T-AOC、NOS水平较治疗前显著升高($P < 0.05$),观察组SOD、GSH、T-AOC、NOS水平高于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	疲倦乏力		胸闷		胸痛		心悸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	61	1.90 ± 0.29	1.28 ± 0.27 ^①	3.80 ± 0.54	2.35 ± 0.33 ^①	4.52 ± 1.22	2.84 ± 0.92 ^①	1.95 ± 0.52	1.02 ± 0.37 ^①
观察组	61	1.91 ± 0.30	0.81 ± 0.21 ^①	3.79 ± 0.56	1.56 ± 0.31 ^①	4.55 ± 1.26	1.66 ± 0.59 ^①	1.96 ± 0.58	0.72 ± 0.33 ^①
t值		0.187	10.732	0.100	13.627	0.134	8.432	0.100	4.726
P值		0.426	0.000	0.460	0.000	0.447	0.000	0.460	0.000

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

表2 2组治疗前后心功能指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CO(L/min)		CI[L/(min·m ²)]		EF(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	61	3.55 ± 0.52	4.18 ± 0.66 ^①	1.87 ± 0.33	2.11 ± 0.36 ^①	0.42 ± 0.03	0.47 ± 0.06 ^①
观察组	61	3.58 ± 0.49	4.98 ± 0.72 ^①	1.89 ± 0.30	2.87 ± 0.41 ^①	0.43 ± 0.05	0.72 ± 0.09 ^①
t值		0.378	6.397	0.350	10.879	1.339	18.051
P值		0.372	0.000	0.363	0.000	0.091	0.000

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

表3 2组治疗前后心肌酶水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CK-MB(U/L)		HBDH(U/L)		LDH(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	61	40.12 ± 7.11	26.63 ± 6.03 ^①	425.63 ± 102.22	242.36 ± 52.11 ^①	125.23 ± 37.22	25.87 ± 7.12 ^①
观察组	61	40.15 ± 7.09	16.47 ± 5.89 ^①	419.36 ± 98.89	148.63 ± 34.23 ^①	125.99 ± 38.02	16.38 ± 6.47 ^①
t值		0.023	9.414	0.344	11.742	0.116	7.704
P值		0.491	0.000	0.366	0.000	0.456	0.000

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

表4 2组治疗前后SOD、GSH、T-AOC、NOS水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SOD(kU/L)		GSH(g/L)		T-AOC(kU/L)		NOS(U/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	61	56.63 ± 3.58	81.54 ± 4.58 ^①	25.85 ± 15.23	28.86 ± 15.75 ^①	6.55 ± 0.87	8.89 ± 1.02 ^①	27.94 ± 9.25	31.02 ± 10.11 ^①
观察组	61	56.70 ± 3.49	95.63 ± 5.26 ^①	25.88 ± 15.30	35.88 ± 16.32 ^①	6.56 ± 0.89	11.62 ± 1.17 ^①	27.99 ± 9.21	35.25 ± 10.45 ^①
t值		0.109	15.778	0.011	2.417	0.063	13.737	0.030	2.272
P值		0.457	0.000	0.496	0.009	0.475	0.000	0.489	0.012

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

冠心病患者的冠状动脉呈粥样硬化性病变,斑块破裂、脱落阻滞冠脉血流,导致血栓形成而引起供血不足,造成心肌暂时性缺血、缺氧而引起心前区疼痛^[1]。冠心病心绞痛是临床常见的心血管疾病,在发病初期以稳定型心绞痛比较多见,随着病程进展,可进展至不稳定型心绞痛、急性心肌梗死等冠脉综合征,严重威胁患者的生命安全^[2]。西医临床多采用扩冠、抗凝、调脂、降压等综合治疗,硝酸异山梨酯是目前治疗心绞痛的常用药物,可扩张冠脉,促进心肌侧支循环建立,进而增加冠脉血流灌注量,增加心肌供氧^[3]。阿司匹林可抑制血小板异常聚集、改善血流变,增加心肌供氧^[4]。阿托伐他汀钙片可调节血脂、减轻动脉粥样硬化程度,同时具有一定的抗炎作用,有利于保持斑块稳定^[5]。但上述西医治疗效果有限,不良反应较大,存在一定的弊端^[6]。

近年来中医药在心血管疾病的治疗中发挥着越来越重要的作用,冠心病心绞痛属于中医学胸痹、心痛等范畴,为本虚标实之证,与先天禀赋不足、劳逸过度、饮食不节、情志不舒等有关,心之气血、阴阳虚损,无力行血而致心脉瘀阻。气虚血瘀是冠心病心绞痛的基本病机,治则以补气活血、化瘀通络为法^[7]。补阳还五汤出自清代王清任所著之《医林改错》,组方包括黄芪、当归、赤芍、桃仁、红花、地龙、川芎,功擅补气活血^[8]。

本研究在补阳还五汤方中加熟地黄应用于冠心病心绞痛的治疗,方中重用黄芪为君,益气固表,使气旺血行、瘀去络通;当归为臣药,可活血化瘀、养血和营;佐以红花、桃仁活血祛瘀、通络止痛,赤芍活血化瘀、缓急止痛,熟地黄益精填髓、滋阴养血,地龙通行经络、活血逐瘀,川芎行气活血、调畅气机。诸药合用,共奏补气活血、化瘀通络之功效^[9-10]。本研究发现,采用补阳还五汤加味辅助治疗者治疗后的疲倦乏力、胸闷、胸痛、心悸积分低于采用西医常规治疗者。这一结果提示,采用补阳还五汤加味治疗更有助于减轻冠心病心绞痛患者的不适症状,减轻其痛苦。

冠心病可引起心室重塑、心功能下降,心肌缺血、缺氧状态下,心肌细胞受损,心肌酶释放入血而引起血清水平升高^[11]。本研究中采用补阳还五汤加味辅助治疗后患者的CO、CI、EF水平高于采用西医常规治疗者,心肌酶水平低于采用西医常规治疗者。这一结果提示,补阳还五汤加味治疗更有助于减轻心肌细胞损伤、改善心脏功能。这可能与黄芪总皂甙具有类似洋地黄的强心作用;当归挥发油增加心肌血流量;川芎可扩张冠脉、增加心肌血流量、抑制血小板聚集和血栓形成;地龙提取物可抑制血小板黏附、提高红细胞变形能力;桃仁、红花、赤芍降低血黏度等药理作用有关^[12]。

机体氧化/抗氧化系统失衡是引起冠心病心绞痛的重要机制之一,可引起或加重动脉粥样硬化病变,损伤血管内皮功能,引起冠脉特异性炎症反应^[13]。SOD、GSH是具有对抗超氧

化物自由基活性的蛋白酶,可清除氧自由基,有利于维持机体氧化/抗氧化平衡^[14]。T-AOC反映机体的抗氧化能力^[15]。NOS可与氧自由基结合,并参与调节血管功能,缓解冠脉痉挛^[16]。本研究中采用补阳还五汤加味治疗后患者的SOD、GSH、T-AOC、NOS水平高于采用西医常规治疗者。这一结果提示,采用补阳还五汤加味治疗更有助于减轻冠心病心绞痛患者的氧化应激损伤,促进机体氧化/抗氧化系统恢复平衡。

综上所述,补阳还五汤加味治疗冠心病心绞痛可改善患者临床症状和心功能,降低心肌酶水平,减轻氧化应激反应。

【参考文献】

- [1] 余盛龙,郭惠庄,张稳柱,等. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压、冠心病合并颈动脉粥样硬化患者的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(4): 823-825.
- [2] 李晓焯,王齐兵,胡亚男,等. 辛伐他汀及阿托伐他汀对冠心病合并糖尿病患者经皮冠状动脉介入术围术期对比剂肾病的预防作用[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2016, 10(21): 3170-3175.
- [3] 刘晴晴,沈乐,俞鹏,等. 冠心病阿司匹林抵抗临床危险因素及与中医证素相关性研究[J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(3): 232-236.
- [4] 王慧云,赵军香. 补阳还五汤联合西药治疗冠心病稳定型心绞痛的疗效及对血液流变学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(10): 1089-1091.
- [5] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.
- [6] 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: 68-73.
- [7] 何云,成小凤,范华平,等. 反应性充血指数对冠心病患者PCI术后心绞痛的预测价值[J]. 重庆医学, 2017, 46(10): 1315-1318, 1322.
- [8] LÜSCHER T F. Revisiting angina pectoris with and without obstructive coronary artery disease[J]. Eur Heart J, 2018, 39(23): 2119-2122.
- [9] 丁恒生,施玲. 单硝酸异山梨酯治疗冠心病心功能不全的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(5): 25-26.
- [10] 张梅. 氯吡格雷、阿司匹林单用及双联抗血小板长期治疗对老年冠心病患者经皮冠状动脉介入术术后的影响[J]. 血栓与止血学, 2016, 22(2): 134-136.
- [11] 尹立,钟凤林,刘绍江,等. 阿托伐他汀联合阿司匹林对绝经期冠心病妇女骨密度及骨生化和代谢的影响[J]. 中国骨质疏松杂志, 2017, 23(9): 1149-1152.
- [12] 岳颖,王璟,李乃达. 肠溶阿司匹林引发冠心病患者上

- 消化道出血不良反应分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(3): 390-393.
- [13] 尚坤, 于清华, 石光, 等. 老年冠心病的中医临床证治特点[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(8): 2023-2024.
- [14] 张刘扛. 补阳还五汤联合硝酸甘油治疗冠心病稳定性心绞痛的效果观察[J]. 国际医药卫生导报, 2018, 24(8): 1222-1224.
- [15] 侯王君, 庄贺, 薛一涛, 等. 应用中医传承辅助平台分析冠心病不稳定型心绞痛方剂的组方用药规律[J]. 中国药房, 2017, 28(32): 4478-4482.
- [16] 韩一萍, 王凤荣. 从活血化瘀、祛痰降浊论治冠心病[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(6): 1168-1170.
- [17] 刘志强, 吴振军, 杨刘顺, 等. BNP联合心肌酶检测对冠心病危险分层和冠脉搭桥术疗效的预测作用[J]. 山东医药, 2016, 56(5): 57-59.
- [18] 汪强, 谷惠敏, 朱建中, 等. 补阳还五汤治疗气虚血瘀型冠心病心绞痛的临床回顾性研究[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(6): 579-582.
- [19] 易德茂, 张娟, 徐冬梅, 等. 阿托伐他汀联合曲美他嗪对冠心病患者心功能、氧化应激及炎症因子的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(5): 631-634.
- [20] 严建军, 刘倩, 张贞胜, 等. 血清内脏脂肪素水平与冠心病患者氧化应激、颈动脉粥样硬化的相关性及其通心络胶囊的干预作用[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 26(4): 54-57, 62.
- [21] 卢炜, 王鸿超, 杜超, 等. 颈动脉粥样硬化指标及氧化应激指标与冠心病的关系分析[J]. 贵州医药, 2016, 40(12): 1308-1310.
- [22] ADAMSON P D, HUNTER A, MADSEN D M, et al. High-Sensitivity Cardiac Troponin I and the Diagnosis of Coronary Artery Disease in Patients With Suspected Angina Pectoris[J]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2018, 11(2): e004227.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

补阳还五汤联合盾叶冠心宁片治疗急性缺血性脑卒中临床研究

徐书晓

南阳南石医院, 河南 南阳 473000

[摘要] 目的: 观察补阳还五汤联合盾叶冠心宁片治疗急性缺血性脑卒中患者的临床疗效, 并探讨其对患者血清同型半胱氨酸(Homocysteine, Hcy)水平的影响。方法: 选取112例急性缺血性脑卒中患者为研究对象, 按随机数字表法分为对照组和观察组各56例。对照组给予常规西药治疗, 观察组在对照组基础上加用补阳还五汤加减联合盾叶冠心宁片内服, 2组均连续用药1个月。观察2组临床效果, 治疗前后采用神经功能缺损评分(NIHSS)、Fugl-Meyer(FMA)评分分别评定患者的神经功能缺损程度及肢体运动功能, 检测治疗前后患者脑血流动力学变化, 检测外周血清同型半胱氨酸(Hcy)水平。结果: 观察组总有效率为92.86%, 显著高于对照组的76.79%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2组NIHSS评分、FMA评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组NIHSS评分较治疗前降低, FMA评分较治疗前升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 且观察组NIHSS评分低于对照组, FMA评分高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2组脑血流动力学指标比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组脑血流动力学指标基底动脉(BA)、双侧大脑中动脉(MCA)、大脑前动脉(ACA)、大脑后动脉(PCA)水平较治疗前升高($P < 0.05$); 且观察组BA、MCA、ACA、PCA水平高于对照组($P < 0.05$)。治疗前, 2组血清Hcy水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组血清Hcy水平较治疗前降低($P < 0.05$); 且观察组Hcy水平低于对照组($P < 0.05$)。对照组不良反应发生率为17.86%, 观察组为5.36%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 补阳还五汤联合盾叶冠心宁片治疗急性缺血性脑卒中患者疗效满意, 能够修复受损的神经功能, 改善脑血管血流动力学, 用药安全性高, 有一定的临床推广应用价值。

[关键词] 急性缺血性脑卒中; 气虚血瘀证; 补阳还五汤; 盾叶冠心宁片; 同型半胱氨酸(Hcy)

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2019)06-0097-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.029

[收稿日期] 2018-11-22

[作者简介] 徐书晓(1983-), 女, 主治医师, 主要从事脑科临床工作。