

- 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。

## Clinical Study on Buyang Huanwu Tang Combined with Dunye Guanxinling Tablets for Acute Ischemic Stroke

XU Shuxiao

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of Buyang Huanwu tang combined with Dunye Guanxinling tablets for patients with acute ischemic stroke and to discuss its effect on the level of serum homocysteine(Hcy) in patients. **Methods:** Selected 112 cases of patients with acute ischemic stroke as the study subjects, and divided them into the control group and the observation group according to random number table, with 56 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine, while the observation group was additionally treated with Buyang Huanwu tang and Dunye Guanxinling tablets. Both groups were treated continuously for 1 month. Observed the clinical effect of the two groups, assessed the degree of neurological deficit and limb motor function by using neurological deficit scores (NIHSS) and Fugl-Meyer (FMA) scores before and after treatment, and detected the changes of cerebral hemodynamic before and after treatment and monitored the serum homocysteine (Hcy) level. **Results:** The total effective rate was 92.86% in the observation group, being significantly higher than that of 76.79% in the control group, difference being significant ( $P < 0.05$ ). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparison of the NIHSS scores and FMA scores between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the NIHSS scores of the two groups were lower than those before treatment; the FMA scores were higher than those before treatment, differences being significant ( $P < 0.05$ ); the NIHSS scores in the observation group were lower than those in the control group; and the FMA scores were higher than those in the control group, differences being significant ( $P < 0.05$ ). Before treatment, there were no significant differences being found in the comparison of cerebral hemodynamics between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the levels of cerebral hemodynamics such as BA, MCA, ACA and PCA in the two groups were higher than those before treatment ( $P < 0.05$ ); the levels of BA, MCA, ACA and PCA in the observation group were higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparison of serum Hcy levels between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the serum Hcy level in the two groups was lower than that before treatment ( $P < 0.05$ ); and the Hcy level of the observation group was lower than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The incidence of adverse reactions was 17.86% in the control group and 5.36% in the observation group, compared the two groups, difference being significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The application of Buyang Huanwu tang combined with Dunye Guanxinling tablets has good effect in the treatment of patients with acute ischemic stroke. It can repair damaged nerve function and improve cerebral vascular hemodynamics. With high safety of medication, it has certain value in clinical application and promotion.

**Keywords:** Acute ischemic stroke; Qi deficiency and blood stasis syndrome; Buyang Huanwu tang; Dunye Guanxinling tablets; Homocysteine (Hcy)

急性缺血性脑卒中(Acute ischemic stroke, ACIS)是神经科的常见病,是脑卒中最常见的类型,占脑卒中的50%~80%,是在颅内动脉粥样硬化的基础上导致管腔狭窄、闭塞,形成血栓造成局部脑组织缺血引起神经损害,其病情进展迅速,预后较差,具有发病率高、致残率高、复发率高、死亡率高等特点<sup>[1]</sup>。国内外的研究表明,粥样斑块破裂和形成、动脉粥样硬化、脂质沉积、血小板黏附聚集等均能够导致血管管腔狭窄甚至直接堵塞,是ACIS的危险因素<sup>[2]</sup>。现代医学临床多给予抗血小板聚集、抗凝、溶栓、神经保护剂等对症处理,虽然在一定程度上降低了死亡率,但是仍有一定比例的患者出现神经细胞的不可逆损害,后遗症发生率依然居高不下<sup>[3]</sup>。近年来,中医药在改善血管内皮功能、促进血管新生、降脂、改善血液微循环、抗血栓、抗炎、抗动脉粥样硬化、修复受损神经干细胞等

方面表现出良好效果<sup>[4]</sup>。中医学认为,ACIS属于中风的范畴,多因正气亏虚,气虚不能运血,气血瘀滞,脑脉失养痹阻所致。补阳还五汤功善补气活血,盾叶冠心宁片可行气活络,临床上二者联合应用治疗ACIS的报道甚少。本研究结合ACIS气虚血瘀的病机特点,探讨补阳还五汤加减联合盾叶冠心宁片治疗ACIS的临床效果,现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2017年1月至2018年4月本院神经内科收治的112例急性缺血性脑卒中患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组各56例。对照组男32例,女24例;年龄45~80岁,平均(68.42±4.57)岁;病程2~4.5h,平均(3.17±0.52)h;平均体质指数23.76±2.35;伴有冠心病21例,伴有高血压23例,伴有糖尿病18例;单侧动脉粥样

硬化者 34 例, 双侧者 22 例; 发病类型: 脑干梗死 21 例, 局灶性梗死 35 例。观察组男 35 例, 女 21 例; 年龄 45~80 岁, 平均(68.74±4.38)岁; 病程 2~4.5 h, 平均(3.26±0.45)h; 平均体质指数 23.84±2.26; 伴有冠心病 20 例, 伴有高血压 25 例, 伴有糖尿病 15 例; 单侧动脉粥样硬化者 32 例, 双侧者 24 例; 发病类型: 脑干梗死 22 例, 局灶性梗死 34 例。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》<sup>[9]</sup>中有关急性缺血性脑卒中的诊断标准。①急性起病; ②脑 CT 或 MRI 有责任梗死病灶; ③症状和体征持续数小时以上; ④局灶性神经功能缺损, 少数为全面神经功能缺损。

**1.3 辨证标准** 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>中有关气虚血瘀证中风病的辨证标准。患者多见半身不遂, 偏身麻木, 言语蹇涩或不语, 口舌歪斜, 面色晄白, 手足肿胀, 心悸, 乏力倦怠, 气短懒言, 自汗出, 口流涎, 便溏, 舌质暗淡, 苔薄白, 脉沉细涩。

**1.4 纳入标准** ①患者年龄 45~80 岁, 首次发病或既往卒中未遗留明显后遗症; ②患者意识状态清晰, 能配合进行相关研究; ③符合上述诊断标准, 中医辨证为气虚血瘀证; ④MRI 或 CT 检查无脑出血; ⑤出现局灶性神经功能缺损; ⑥有梗死病灶, 出现神经系统损害相关症状; ⑦无严重自身免疫缺陷疾病; ⑧患者自愿参与本研究, 签署知情同意书。

**1.5 排除标准** ①严重心、肾功能不全者; ②有颅内肿瘤、颅内出血、蛛网膜下腔出血、动静脉畸形等疾病者; ③合并感染、血液系统疾病、自身免疫系统疾病、凝血功能障碍者; ④近 3 个月内有过脑梗死、头颅外伤史者; ⑤严重高血压、癫痫者; ⑥近 1 个月内有使用抗凝药等可能影响研究结果的相关药物治疗史者。

## 2 治疗方法

2 组患者均给予心电监护、保持呼吸道通畅、低流量吸氧、抗感染、营养支持等常规治疗, 根据是否存在高血压、糖尿病及相关并发症进行降颅内压、降糖等相应药物对症干预。

**2.1 对照组** 在常规处理的基础上给予阿托伐他汀钙片(国药准字 H20051407, 辉瑞制药有限公司, 规格: 10 mg)每晚口服, 10 mg/次, 每天 1 次; 注射用奥扎格雷钠(国药准字 H20059143, 北京凯因生物有限公司, 规格: 40 mg), 80 mg/次, 加入生理盐水 250 mL 静脉滴注; 阿司匹林肠溶片(国药准字 J20130078, 拜耳医药保健有限公司, 规格: 100 mg)每晚口服, 每次 100 mg, 每天 1 次。2 周为 1 个疗程, 连续用药 2 个疗程。

**2.2 观察组** 在对照组基础上加用补阳还五汤联合盾叶冠心宁片内服。补阳还五汤加减而成的协定方组成如下: 黄芪、桑寄生、葛根各 20 g, 赤芍、当归尾、桃仁、地龙、独活、泽泻各 15 g, 天麻 12 g, 红花、川芎、防风、天竺黄、木香各 10 g, 胆南星 9 g, 甘草 6 g。随症加减, 气虚甚者加炒党参、炒白术

各 15 g; 口齿不清者加全蝎 5 g, 僵蚕 10 g; 血压高者加钩藤 9 g; 心烦易怒者加柴胡 8 g, 郁金 12 g; 痰多者加瓜蒌 12 g, 半夏 9 g; 肢体肿胀甚者加防己 15 g, 茯苓 30 g; 大便秘结甚者加炒枣仁 15 g, 麻仁 20 g; 腰膝酸软甚者加入杜仲、续断各 15 g; 每天 1 剂, 去渣取汁后分 2 次内服。盾叶冠心宁片(国药准字 Z32020309, 江苏黄河药业股份有限公司, 规格: 0.16 g)口服, 每次 2 片, 每天 3 次。2 周为 1 个疗程, 连续用药 2 个疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①治疗前后参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》<sup>[7]</sup>中神经功能缺损评分(NIHSS)评定患者的神经功能缺损程度, 评分愈低, 神经功能缺损程度愈轻; ②用 Fugl-Meyer(FMA)评分量表<sup>[8]</sup>评定治疗前后患者的肢体运动功能, 评分愈高, 肢体运动功能愈好; ③采用德国 EME 公司生产的 TC2000 型超声经颅多普勒血流分析仪检查治疗前后患者脑血流动力学指标基底动脉(Basilar artery, BA)、双侧大脑中动脉(Middle cerebral artery, MCA)、大脑前动脉(Anterior cerebral artery, ACA)、大脑后动脉(Posterior cerebral artery, PCA), 探头频率 2.0 MHz, 计算其平均血流速度; ④采用酶联免疫吸附法测定治疗前后外周血清同型半胱氨酸(Homocysteine, Hcy)水平, 试剂购自上海西唐生物科技有限公司, 操作严格按照说明书进行; ⑤记录治疗过程中患者的不良反应。

**3.2 统计学方法** 采用 SPSS20.0 统计软件分析数据, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用  $t$  检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》<sup>[7]</sup>评价。痊愈: NIHSS 评分下降 91%~100%; 显效: NIHSS 评分下降 40%~90%; 进步: NIHSS 评分下降 18%~39%; 无效: NIHSS 评分未见变化。NIHSS 评分减少率=(治疗前 NIHSS 评分-治疗后 NIHSS 评分)/治疗前 NIHSS 评分×100%。

**4.2 2 组临床疗效比较** 见表 1。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( $P<0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

| 组别  | 例数 | 痊愈 | 显效 | 进步 | 无效 | 总有效率(%)            |
|-----|----|----|----|----|----|--------------------|
| 观察组 | 56 | 27 | 16 | 9  | 4  | 92.86 <sup>①</sup> |
| 对照组 | 56 | 15 | 10 | 18 | 13 | 76.79              |

与对照组比较, ① $P<0.05$

**4.3 2 组 NIHSS 评分、FMA 评分比较** 见表 2。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( $P<0.05$ )。

表2 2组NIHSS评分、FMA评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | NIHSS评分      |              |        |        | FMA评分        |              |         |        |
|-----|----|--------------|--------------|--------|--------|--------------|--------------|---------|--------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后          | t值     | P      | 治疗前          | 治疗后          | t值      | P      |
| 观察组 | 56 | 25.57 ± 5.77 | 8.02 ± 1.35  | 10.427 | < 0.05 | 30.65 ± 3.71 | 51.27 ± 9.23 | -13.042 | < 0.05 |
| 对照组 | 56 | 25.35 ± 6.35 | 16.60 ± 4.31 | 7.139  | < 0.05 | 31.57 ± 3.58 | 42.68 ± 6.98 | -5.915  | < 0.05 |
| t值  |    | -0.928       | 3.642        |        |        | 1.230        | -6.119       |         |        |
| P   |    | > 0.05       | < 0.05       |        |        | > 0.05       | < 0.05       |         |        |

4.4 2组脑血流动力学指标比较 见表3。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BA、MCA、ACA、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( $P < 0.05$ )。

表3 2组脑血流动力学指标比较( $\bar{x} \pm s$ ) cm/s

| 组别  | 例数 | 时间  | BA                         | MCA                         | ACA                        | PCA                        |
|-----|----|-----|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|     |    |     |                            |                             |                            |                            |
|     |    | 治疗后 | 46.56 ± 9.11 <sup>①②</sup> | 77.12 ± 11.23 <sup>①②</sup> | 70.62 ± 8.37 <sup>①②</sup> | 62.18 ± 9.45 <sup>①②</sup> |
| 对照组 | 56 | 治疗前 | 30.93 ± 5.82               | 47.16 ± 6.85                | 40.96 ± 5.21               | 37.84 ± 6.13               |
|     |    | 治疗后 | 35.53 ± 7.34 <sup>①</sup>  | 53.52 ± 8.49 <sup>①</sup>   | 57.18 ± 7.20 <sup>①</sup>  | 41.57 ± 6.56 <sup>①</sup>  |

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

4.5 2组血清Hcy水平比较 见表4。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( $P < 0.05$ )。

表4 2组血清Hcy水平比较( $\bar{x} \pm s$ )  $\mu\text{mol/L}$

| 组别  | 例数 | Hcy          |              | t值     | P      |
|-----|----|--------------|--------------|--------|--------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后          |        |        |
| 观察组 | 56 | 42.47 ± 7.26 | 16.85 ± 2.50 | 15.724 | < 0.05 |
| 对照组 | 56 | 40.84 ± 8.17 | 28.11 ± 5.74 | 7.395  | < 0.05 |
| t值  |    | 1.683        | -8.037       |        |        |
| P   |    | > 0.05       | < 0.05       |        |        |

4.6 2组不良反应发生率比较 治疗过程中，对照组出现3例恶心，4例食欲下降，2例腹泻，1例皮疹，不良反应发生率为17.86%；观察组有1例轻度头痛，2例食欲不振，不良反应发生率为5.36%，1周后自行缓解；2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

5 讨论

ACIS属于中医学中风的范畴，临床所见以中老年人居多。患者多因年老体弱、素体禀赋不足、久病劳伤、饮食不节、情志过极等因素而致脏腑功能虚衰，尤其是脾胃所伤，失于健运，则气血生化乏源，无力充养脑窍；加之气虚则无力行血，

致瘀滞脉络，脑脉失养而发病<sup>[9]</sup>。可见，ACIS为本虚标实之证，其病机多以气虚为本，血瘀为标，临床治之须以补气为主，活血通络为辅。本研究所用补阳还五汤为《医林改错》中功善补气活血的名方，善治因虚致瘀证。方中重用生黄芪补益元气，意在气旺则血行，达到祛瘀络通之效；赤芍、当归尾、桃仁、红花、川芎养血活血，达到活血通络而不伤血之功；地龙力专善走，周行全身，功在通经活络、清热熄风；独活善行血分，有祛风湿、通痹止痛之功；防风为治风通用药，有祛风解表、胜湿止痛之功；桑寄生可强筋骨，补肝肾；天麻可平肝解郁、熄风止痉；川芎、地龙、防风、天麻等祛风活络之品均能上行头部，行血中之滞，清头目以止痛；天竺黄功在清热豁痰，凉心定惊；葛根功善解肌，清解肌腠间之风邪；泽泻重在清热泄浊，润燥坚因；胆南星清热化痰，熄风定惊；木香行气止痛；甘草调和诸药。全方药证相应，寓通于补，攻补兼施，且补而不俊，共奏益气活血、化痰通窍之功。

研究发现，慢性炎症是ACIS发生发展的重要机制，动脉粥样硬化是其病理基础<sup>[10]</sup>。Hey主要是由甲硫氨酸经甲基代谢产生的一种含硫氨基酸，近年来被证实是造成动脉粥样硬化的危险因素。Hey主要在机体中可激发血管氧化应激，介导炎症因子和氧自由基生成，导致血管内皮损伤，从而使机体慢性炎症浸润。不仅如此，Hey还可诱发大量血小板聚集，促进纤维蛋白原产生，可使血栓素A2合成增加，增加血管平滑肌细胞增殖，加速血栓形成，促进斑块形成，从而诱发动脉粥样硬化，加速脂质、钙在动脉管壁中的沉积，促进ACIS的形成<sup>[11]</sup>。临床报道证实，ACIS患者血液循环中血液黏度增加、血小板激活、黏附聚集功能增强，不仅增大了血栓形成的风险，还加重了患者脑神经的缺血性损害程度<sup>[12]</sup>。本研究发现，ACIS患者中血清Hcy水平明显上升，随着用药后神经功能损伤程度的减轻及脑血流动力学指标的改善，血清Hcy水平明显降低，这证实Hcy与ACIS存在明显的相关性，其表达水平升高可增加内皮细胞凋亡、氧自由基生成及血管内皮细胞损伤、血栓形成等作用，是评估ACIS发生和预后效果的独立因素<sup>[13]</sup>。卢彪等<sup>[14]</sup>最新临床报道证实，ACIS患者神经功能缺失程度与血清Hcy水平呈正相关，血清Hcy水平越高ACIS患者的神经功能缺失程度越严重，且高Hcy水平还容易造成ACIS患者的预后效果不良，与本研究结果一致。

本研究结果发现，采用补阳还五汤加减联合盾心宁片

治疗的观察组患者临床疗效更突出,不良反应发生率显著降低( $P < 0.05$ ),患者的脑神经功能、运动功能改善更为明显( $P < 0.05$ ),脑血流动力学指标水平明显升高( $P < 0.05$ ),且血清中Hcy水平降低更为明显( $P < 0.05$ ),可以总结出,补阳还五汤加减联合盾叶冠心宁片治疗ACIS更利于修复受损的神经功能,提高运动能力,改善脑血管血流动力学,增加脑组织的血液灌注,用药安全性高,其效果优于单纯的西医治疗。考虑补阳还五汤加减联合盾叶冠心宁片能收获良好效果的原因可能与降低血清中Hcy水平以减轻血管内皮细胞损伤、减少血栓形成有关。最新临床报道证实,补阳还五汤能通过抑制Toll样受体4及其下游信号传导通路主要元件而对动脉粥样硬化的发生发展发挥良好的预防作用;不仅如此,补阳还五汤还能抑制血小板的活性,发挥抗血小板聚集作用,增强抗血栓功能,还能扩张脑血管,降低脑血管阻力,增加脑血流量,减轻大脑缺氧、缺血症状,从而改善脑灌注,修复受损的脑神经功能;另外,补阳还五汤可以提高超氧化物歧化酶在血清中的含量,抗自由基损伤,进一步清除自由基,减轻神经元的损伤<sup>[5]</sup>。盾叶冠心宁片为薯蕷科植物盾叶薯蕷的根茎提取制成的膏片,功在活血化瘀、行气止痛,现代研究认为,盾叶冠心宁片具有良好的降血脂、改善内皮功能等作用,可通过降低TG水平,降低血脂水平,还可通过调节ET/NO的失衡而扩张血管,减轻病变血管的收缩和痉挛,增加缺血区的血液供应,保护血管内皮,减少血管内皮功能障碍<sup>[6]</sup>。总之,补阳还五汤加减谨守ACIS患者气虚血瘀的病机特点,遣方用药注重气血并调,攻补兼施,且补而不峻,效果理想,用药安全性高,值得临床推广运用。

### [参考文献]

- [1] ALKAGIET S, PAPAGIANNIS A, TZIOMALOS K. Associations between nonalcoholic fatty liver disease and ischemic stroke[J]. *World J Hepatol*, 2018, 10(7): 474-478.
- [2] 齐江彤,徐雷,金海加. 脑血流口服液对缺血性脑卒中脑血流动力学及神经功能的效果[J]. *中华中医药学刊*, 2018, 36(7): 1643-1646.
- [3] 翟伟,杜革术,孟雨竹. Bobath结合调神止痉法针刺、体感音波治疗缺血性脑卒中肢体痉挛27例[J]. *湖南中医杂志*, 2018, 34(7): 105-108.
- [4] 孟胜喜,霍清萍. 中医药基于治疗性血管新生干预缺血性脑卒中研究进展[J]. *中国中医药信息杂志*, 2017, 24(9): 132-136.
- [5] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. *中国全科医学*, 2011, 14(35): 4013-4017.
- [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: 236.
- [7] 全国第四届脑血管病学术会议通过. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6): 381-383.
- [8] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 154-400.
- [9] 杨晶. 通络熄风汤加减联合瓜蒌皮注射液对急性缺血性脑卒中患者神经功能及血清H-FABP、IMA水平的影响[J]. *陕西中医*, 2018, 39(7): 863-865.
- [10] LEE K J, LEE J S, JUNG K H. Interactive effect of acute and chronic glycemic indexes for severity in acute ischemic stroke patients[J]. *BMC Neurol*, 2018, 18(1): 105.
- [11] 张丽,杨君素,朱红雯,等. 同型半胱氨酸水平与急性缺血性脑卒中老年患者溶栓预后相关性分析[J]. *河北医科大学学报*, 2018, 39(8): 872-876.
- [12] SAEED N, QAZI Z, BUTT N H, et al. Effectiveness of sodium hyaluronate eye gel in patients with dry eye disease: a multi-centre, open label, uncontrolled study[J]. *Pak J Med Sci*, 2013, 29(4): 1055-1058.
- [13] 何雪苹,谭娟,刘昀. 缺血性脑卒中患者NT-proBNP和Hcy检测的应用价值研究[J]. *实用医院临床杂志*, 2018, 15(4): 226-228.
- [14] 卢彪,郭华,王晓东,等. 高龄脑卒中病人脑神经功能缺失程度与同型半胱氨酸水平的研究[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2018, 16(12): 1750-1752.
- [15] 唐华,王倩. 补阳还五汤配合针灸对脑梗死后遗症的治疗作用[J]. *中医药临床杂志*, 2018, 30(7): 1252-1254.
- [16] 霍根红,李娟,牛媛媛,等. 盾叶冠心宁片治疗气滞血瘀型冠心病心绞痛45例[J]. *中医研究*, 2016, 29(6): 9-11.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)