

引用本文: 王国强, 伦令祝, 李鹏宇. 自拟心通方辅助西医治疗急性心肌梗死后心力衰竭疗效及对心功能、炎症标志物水平的影响[J]. 安徽医药, 2023, 27(2): 392-396. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2023.02.042.



◇ 药物与临床 ◇

自拟心通方辅助西医治疗急性心肌梗死后心力衰竭疗效 及对心功能、炎症标志物水平的影响

王国强, 伦令祝, 李鹏宇

作者单位: 河南中医药大学第一附属医院急诊科, 河南 郑州 450000

通信作者: 伦令祝, 男, 主任医师, 研究方向为中医内科, Email: 13937002298@163.com

摘要: **目的** 探讨自拟心通方辅助西医治疗急性心肌梗死后心力衰竭疗效及对心功能、炎症标志物水平的影响。**方法** 纳入2020年1月至2021年7月河南中医药大学第一附属医院收治急性心肌梗死后心力衰竭病人196例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 对照组98例采用常规西医治疗, 观察组98例则在对照组基础上加用自拟心通方治疗, 均治疗4周。比较两组治疗前后主要证候积分、超声心动图指标、6 min步行距离、明尼苏达生活质量量表(MLHFQ)评分、心肌损伤相关实验室指标、炎症标志物水平及随访6个月主要心血管不良事件(MACE)发生情况。**结果** 观察组治疗后主要证候积分和MLHFQ评分[(21.06±3.26)分]均显著少于对照组[(30.83±5.50)分]、治疗前[(54.80±7.91)分] ($P<0.05$); 观察组治疗后左心射血分数(LVEF) [(68.84±8.62)%] 比 [(60.17±6.83)%、(49.37±5.72)%]、心输出量(CO) [(5.85±0.82) L/min] 比 [(5.12±0.70) L/min、(4.33±0.58) L/min]、每搏输出量(SV) [(69.44±8.97) mL] 比 [(64.93±7.70) mL、(59.41±6.34) mL] 及6 min步行距离 [(486.72±49.17) m] 比 [(401.16±37.23) m、(331.26±26.30) m] 均显著多于对照组、治疗前 ($P<0.05$); 观察组治疗后心肌肌钙蛋白(cTn)I、cTnT、心脏型脂肪酸结合蛋白(H-FABP)、脂蛋白磷脂酶A2(Lp-PLA2)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素6(IL-6)及肿瘤坏死因子 α (TNF- α)水平均显著少于对照组、治疗前 ($P<0.05$); 同时观察组随访6个月MACE发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 自拟心通方辅助西医治疗急性心肌梗死后心力衰竭可有效控制临床症状, 改善心功能, 抑制炎症反应水平, 有助于降低远期MACE发生风险。

关键词: 心肌梗死; 中医药; 心力衰竭; 心脏功能; 炎症标志物

Clinical effects of self-made *Xintong* formula assisting western medicine in the treatment of heart failure after acute myocardial infarction and its influence on cardiac function and inflammatory markers

WANG Guoqiang, LUN Lingzhu, LI Pengyu

Author Affiliation: Emergency Department, The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450000, China

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effects of self-made *Xintong* formula assisting western medicine in the treatment of heart failure after acute myocardial infarction and its influence on cardiac function and inflammatory markers. **Methods** A total of 196 patients with heart failure after acute myocardial infarction in the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine from February 2020 to July 2021 were enrolled and randomly divided into control group and experiment group. The 98 patients in the control group were treated with western medicine and the 98 patients in the experiment group were treated with self-made *Xintong* formula on the basis of control group. The main syndrome scores, echocardiographic indexes, 6-min walking distance, MLHFQ score, laboratory indexes related to myocardial injury and inflammatory marker before and after treatment and MACE incidence after 6 months with follow-up of the 2 groups were compared. **Results** The main syndrome scores and MLHFQ [(21.06±3.26) vs. (30.83±5.50), (54.80±7.91)] score after treatment of the experiment group were significantly lower than those of the control group and before treatment ($P<0.05$). The LVEF [(68.84±8.62) % vs. (60.17±6.83) %, (49.37±5.72) %], CO [(5.85±0.82) L/min vs. (5.12±0.70) L/min, (4.33±0.58) L/min], SV [(69.44±8.97) mL vs. (64.93±7.70) mL, (59.41±6.34) mL] and 6-min walking distance [(486.72±49.17) m vs. (401.16±37.23) m, (331.26±26.30) m] after treatment of experiment group were significantly higher than those of the control group and before treatment ($P<0.05$). The cTnI, cTnT, H-FABP, Lp-PLA2, hs-CRP, IL-6 and TNF- α after treatment of the experiment group were significantly lower than those of the control group and before treatment ($P<0.05$). The MACE incidence after 6 months with follow-up of the experiment group was significantly lower than that of group ($P<0.05$). **Conclusion** Self-made *Xintong* formula assisting western medicine in the treatment of heart failure after acute myocardial infarction can efficiently control clinical symptoms, improve cardiac function, inhibit the level of inflammatory response and help to reduce the risk of mace in the long term.

Key words: Myocardial infarction; Traditional Chinese medicine; Heart failure; Cardiac function; Inflammatory markers

急性心肌梗死(AMI)是心内科常见急重症之一,具有病情进展迅速、再灌注治疗比例低及致死致残率高等问题;该病病人因心肌缺血和心肌收缩力下降,RASS系统异常激活,诱发心肌细胞代偿性肥大甚至凋亡,影响心脏收缩舒张功能,最终可导致心力衰竭发生^[1]。现有报道提示^[2],急性心肌梗死后心力衰竭发生率超过30%,而死亡率更接近22%;而西方现代医学推荐药物治疗仅能短期控制病情,但无法阻断病情发生发展过程。中医认为急性心肌梗死可归于“真心痛”范畴,多因心气虚及阳虚致病,日久可致心阳运血乏力,血瘀水停而发为心衰症状^[3]。气虚血瘀被认为是急性心肌梗死及心力衰竭共同发病机制,故益气活血法早期干预是防治急性心肌梗死后心力衰竭的关键^[4]。本次研究通过分析自拟心通方辅助西医治疗急性心肌梗死后心力衰竭疗效及对心功能、炎症标志物水平的影响,为中医药治疗该类疾病提供更多依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入2020年1月至2021年7月河南中医药大学第一附属医院收治的急性心肌梗死后心力衰竭病人196例,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组各98例。对照组中男性58例,女性40例,年龄(62.82 ± 5.33)岁,AMI病程(9.58 ± 1.30)d;根据Killip分级划分,Ⅱ级31例,Ⅲ级55例,Ⅳ级12例;根据梗死部位划分,下壁26例,前壁51例,其他21例;观察组中男性60例,女性38例,年龄(62.30 ± 5.16)岁,AMI病程(9.93 ± 1.41)d;根据Killip分级划分,Ⅱ级34例,Ⅲ级56例,Ⅳ级8例;根据梗死部位划分,下壁23例,前壁54例,其他21例;两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

1.2 纳入排除标准 纳入标准:①符合急性心肌梗死及心力衰竭西医诊断标准^[5-6];②符合气虚痰瘀互阻证辨证诊断标准^[7];③急性心肌梗死病程 < 4 周;④NYHA分级Ⅱ~Ⅳ级;⑤年龄 ≤ 75 岁;⑥病人及其近亲属知情同意。排除标准:①其他原因导致心力衰竭;②严重心律失常;③心源性休克;④重度瓣膜关闭不全;⑤重度主动脉瓣狭窄;⑥合并PCI术后并发症;⑦严重肝肾功能不全;⑧呼吸衰竭;⑨无法正常沟通交流;⑩恶性肿瘤。

1.3 治疗方法 对照组根据相关指南制定西医治疗方案,具体措施包括:①阿司匹林肠溶片口服,每次100 mg,每天1次;②硫酸氢氯吡格雷片口服,每次75 mg,每天1次;③辛伐他汀片口服,每次20 mg,每天1次;④单硝酸异山梨酯片口服,每天20 mg,每天1次;⑤酒石酸美托洛尔口服,每次0.2 g,每天1

次;⑥马来酸依那普利片口服,每次10 mg,每天1次;⑦螺内酯片口服,每次20~40 mg,每天1次。观察组则在对照组基础上加用自拟心通方治疗,基本方组党参25 g、黄芪20 g、麦冬20 g、葛根15 g、当归15 g、丹参15 g、制何首乌15 g、枳实10 g、皂角刺10 g、淫羊藿10 g、海藻10 g及昆布10 g,每天1剂水煎2遍留汁150 mL,早晚温服。两组疗程均为4周。

1.4 观察指标 ①主要证候积分参考相关专家共识^[7],具体指标包括胸部刺痛、胸闷如室、气短喘息、乏力及心悸,每项分值0~6分,分值越高提示症状越严重;②超声心动图检测采用西门子AUCSON 3000型彩色多普勒超声诊断仪,具体指标包括左心射血分数(LVEF)、心输出量(CO)及每搏输出量(SV);③运动耐力评价依据6 min步行测试;④生活质量评价采用明尼苏达生活质量量表(MLHFQ)^[5];④心肌损伤相关实验室指标包括心肌肌钙蛋白(cTn)I、cTnT及心脏型脂肪酸结合蛋白(H-FABP),其中cTnI和cTnT检测采用化学发光法,H-FABP检测采用胶乳免疫比浊法,试剂盒由上海艾森生物技术有限公司提供;⑤炎症标志物指标包括脂蛋白磷脂酶A2(Lp-PLA2)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素6(IL-6)及肿瘤坏死因子 α (TNF- α),采用酶联免疫吸附试验(ELISA),试剂盒由广州康辉生物技术有限公司提供;⑥随访6个月记录主要心血管不良事件(MACE)发生情况。

1.5 统计学方法 选择SPSS 20.0软件处理数据;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用成组或配对 t 检验;计数资料以例(%)表示,比较采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后主要证候积分比较 观察组治疗后主要证候积分均显著少于对照组、治疗前($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组治疗前后超声心动图指标水平比较 观察组治疗后LVEF、CO及SV水平均显著多于对照组、治疗前($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组治疗前后6 min步行距离和MLHFQ评分比较 观察组治疗后6 min步行距离显著多于对照组、治疗前($P < 0.05$);观察组治疗后MLHFQ评分显著少于对照组、治疗前($P < 0.05$)。见表3。

2.4 两组治疗前后心肌损伤相关实验室指标比较 观察组治疗后cTnI、cTnT及H-FABP水平均显著少于对照组、治疗前($P < 0.05$)。见表4。

2.5 两组治疗前后炎症标志物指标水平比较 观察组治疗后Lp-PLA2、hs-CRP、IL-6及TNF- α 水平均显著少于对照组、治疗前($P < 0.05$)。见表5。

表1 急性心肌梗死后心力衰竭196例治疗前后主要证候积分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胸部刺痛		胸闷如窒		气短喘息		乏力		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	治疗前	治疗后
对照组	98	4.24±1.05	1.48±0.46 ^①	4.13±0.95	1.35±0.38 ^①	4.03±0.90	1.27±0.39 ^①	4.11±0.84	1.50±0.37 ^①	4.05±0.87	1.40±0.36 ^①
观察组	98	4.19±1.02	0.87±0.17 ^①	4.20±0.98	0.82±0.20 ^①	4.10±0.94	0.80±0.16 ^①	4.17±0.87	0.92±0.19 ^①	3.99±0.84	0.89±0.20 ^①
<i>t</i> 值		0.34	12.31	0.51	12.22	0.53	11.04	0.49	13.80	0.49	12.26
<i>P</i> 值		0.736	<0.001	0.612	<0.001	0.595	<0.001	0.624	<0.001	0.624	<0.001

注:①与治疗前比较, $P<0.05$ 。表2 急性心肌梗死后心力衰竭196例治疗前后超声心动图指标水平比较/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	LVEF/%		CO/(L/min)		SV/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	98	48.81±5.55	60.17±6.83 ^①	4.28±0.53	5.12±0.70 ^①	59.18±6.27	64.93±7.70 ^①
观察组	98	49.37±5.72	68.84±8.62 ^①	4.33±0.58	5.85±0.82 ^①	59.41±6.34	69.44±8.97 ^①
<i>t</i> 值		0.70	7.80	0.63	6.70	0.26	3.78
<i>P</i> 值		0.488	<0.001	0.529	<0.001	0.799	<0.001

注:LVEF为左心射血分数,CO为心输出量,SV为每搏输出量。

①与治疗前比较, $P<0.05$ 。表3 急性心肌梗死后心力衰竭196例治疗前后6 min步行距离和明尼苏达生活质量量表(MLHFQ)评分比较/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	6 min步行距离/m		MLHFQ评分/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	98	328.08±25.77	401.16±37.23 ^①	55.46±8.05	30.83±5.50 ^①
观察组	98	331.26±26.30	486.72±49.17 ^①	54.80±7.91	21.06±3.26 ^①
<i>t</i> 值		0.86	14.22	0.58	15.13
<i>P</i> 值		0.393	<0.001	0.563	<0.001

注:①与治疗前比较, $P<0.05$ 。表4 急性心肌梗死后心力衰竭196例治疗前后心肌损伤相关实验室指标比较/($\mu\text{g/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	cTnI		cTnT		H-FABP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	98	2.63±0.56	0.54±0.11 ^①	0.78±0.17	0.36±0.09 ^①	7.46±1.30	2.83±0.50 ^①
观察组	98	2.70±0.61	0.20±0.06 ^①	0.76±0.15	0.17±0.05 ^①	7.35±1.24	1.16±0.24 ^①
<i>t</i> 值		0.84	26.86	0.87	18.27	0.61	29.81
<i>P</i> 值		0.404	<0.001	0.384	<0.001	0.545	<0.001

注:cTn为心肌肌钙蛋白,H-FABP为心脏型脂肪酸结合蛋白。

①与治疗前比较, $P<0.05$ 。表5 急性心肌梗死后心力衰竭196例治疗前后心肌纤维化指标和炎症相关因子水平比较/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	Lp-PLA2/($\mu\text{g/L}$)		hs-CRP/(mg/L)		IL-6/(ng/L)		TNF- α /(ng/L)	
		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	98	177.23±25.76	103.10±17.15 ^①	16.75±3.84	10.40±2.23 ^①	33.14±5.45	17.07±3.40 ^①	31.76±4.70	18.92±3.13 ^①
观察组	98	179.79±26.39	79.38±12.79 ^①	16.19±3.40	6.29±1.00 ^①	32.50±5.20	12.83±2.59 ^①	32.80±4.83	10.40±2.67 ^①
<i>t</i> 值		0.69	2.92	1.08	16.65	0.84	9.82	1.53	20.50
<i>P</i> 值		0.493	0.004	0.281	<0.001	0.401	<0.001	0.128	<0.001

注:Lp-PLA2为脂蛋白磷脂酶A2,hs-CRP为超敏C反应蛋白,IL-6为白细胞介素6,TNF- α 为肿瘤坏死因子 α 。①与治疗前比较, $P<0.05$ 。

2.6 两组随访6个月MACE发生情况比较 观察组随访6个月MACE发生率显著低于对照组(8.16%比20.41%, $\chi^2=6.00$, $P=0.014$)。见表6。

表6 急性心肌梗死后心力衰竭196例近期疗效比较/例

组别	例数	再发梗死	支架内血栓	恶性心律失常	心源性休克	血运重建
对照组	98	3	4	9	2	2
观察组	98	1	1	4	2	0

3 讨论

急性心肌梗死病人病情危重,较易合并心力衰竭症状;有报道显示,合并心力衰竭的急性心肌梗死病人死亡率为未合并者6~7倍^[8]。急性心肌梗死病人接受ACEI/ARB治疗达标率不理想,造成再灌注时间窗延长,病情控制效果较差不佳;而心肌缺血状态可导致心肌收缩功能障碍,心脏泵血功能下降,而异常氧化应激、炎症反应及再灌注损伤等均可导致心肌损伤加重,最终导致心力衰竭发生^[9]。

cTnI和cTnT是反映心肌组织损伤特异性生物标志物,两者可动态监测心肌损伤变化及预后转归;而H-FABP已被证实与cTnI联合可辅助用于急性心肌梗死面积及预后风险评估^[10]。炎症反应被认为在急性心肌梗死病情发生发展过程中发挥着关键作用;促炎细胞因子表达亢进,大量浸润心肌细胞,导致心室重构及动脉粥样硬化斑块破裂;同时炎性细胞因子还与PCI术后血栓再形成及血管再狭窄关系密切^[11]。Lp-PLA2是一类具有强血管炎症特异性的炎症标志物,其水平与动脉斑块进展及破裂脱落风险有相关性;同时其还能影响冠脉病变程度、MACE风险及生存预后^[12]。而hs-CRP、IL-6及TNF- α 作为临床常见促炎细胞因子,上述三者与MACE及心功能不全发生间关系已被广泛认可^[13]。

中医研究显示急性心肌梗死病人虚证多为气虚,而实证则以血瘀为主;同时合并心力衰竭人群证候则与气虚、阳虚及阴虚关系密切,且痰浊血瘀占比亦可达35%;故对于急性心肌梗死后心力衰竭病人临床治疗应将补气、化瘀及豁痰放在首位^[14]。祖国传统医学认为急性心肌梗死发生多因年老气虚,心阳难振,血运无力,心络凝滞瘀阻,久痹则痛^[15];同时饮食不节、情志内伤或寒邪内侵均可致血瘀痰浊,心脉闭塞,心脉不通或瘀阻,均能够导致心肌无以濡养,心液运行不畅,最终诱发喘证、水肿等心力衰竭相关症候^[16]。

本次研究所用自拟心通方组分中,党参益气养血,黄芪升阳利水,气行则血行,气旺则血自生,两者共为君药;麦冬滋阴生津,制何首乌补肾益精,当归生血活血,丹参散瘀通络,四者共为臣药;君臣相配,益气养阴,活血化瘀而通心脉。而葛根升阳通络枳实消积化痰,皂角刺活血消肿,淫羊藿补肾助阳,海藻和昆布均可软坚散结,皆为佐使;以上诸药共用可奏滋阴益气,活血通过,散结化痰之功效。中医药理研究显示,黄芪水提物具有促进动脉内皮细胞功能修复、加快氧自由基清除及增强心肌收缩力等作用^[17];党参可显著改善缺血再灌注心肌代谢,保护受损心肌细胞功能^[18];而何首乌已被证实

能够有效刺激冠状动脉扩张,增加缺血心肌区域血流灌注量^[19]。

本次研究结果中,观察组治疗后主要证候积分和MLHFQ评分均少于对照组、治疗前;观察组治疗后LVEF、CO、SV及6 min步行距离均多于对照组、治疗前;观察组治疗后cTnI、cTnT、H-FABP、Lp-PLA2、hs-CRP、IL-6及TNF- α 水平均少于对照组、治疗前;同时观察组随访6个月MACE发生率低于对照组,提示自拟心通方辅助西医治疗急性心肌梗死后心力衰竭可有效控制临床症状,改善心功能,抑制炎症反应水平,有助于降低远期MACE发生风险。

参考文献

- [1] 姚丽,张剑波,李永星,等.重组人B型钠尿肽对急性心肌梗死后心力衰竭患者心功能及心率变异性的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(1):50-53.
- [2] 熊振宇,满万荣,李越洋,等.沙库巴曲缬沙坦对心肌梗死后心力衰竭患者的临床疗效[J].心脏杂志,2020,32(1):28-32.
- [3] 朱婷婷,宋彦洁,王丽彦.升陷活血利水汤加减对心肌梗死后慢性心力衰竭患者运动耐量,BNP及LVEF的影响[J].湖南中医药大学学报,2020,40(5):621-625.
- [4] 周袁申,孔勇杰,魏丹丹,等.新通冠颗粒(芪麦通冠协定方)对急性心肌梗死后心力衰竭患者心功能影响的随机双盲对照研究[J].中国中西医结合杂志,2019,39(2):151-156.
- [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.中国心力衰竭诊断和治疗指南(2014)[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.
- [6] 中国医师协会中西医结合医师分会,中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中国中西医结合学会重症医学专业委员会,等.急性心肌梗死中西医结合诊疗指南[J].中国中西医结合杂志,2018,38(3):272-284.
- [7] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专家委员会.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2016,36(2):133-141.
- [8] 王金秀,王居新,夏惠英,等.自拟通脉汤早期干预对心肌梗死后心力衰竭患者心功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(4):359-362.
- [9] 肖秋玉.心肌梗死后心力衰竭的防治进展[J].心血管病防治知识,2020,10(3):94-96.
- [10] SOTOUDEH ANVARI M, KARIMI M, SHAFIEE A, et al. Complementary diagnostic value of heart type fatty acid-binding protein in early detection of acute myocardial infarction [J]. Crit Pathw Cardiol, 2018,17(1):43-46.
- [11] KHODAYARI S, KHODAYARI H, AMIRIMIRI AZ, et al. Inflammatory microenvironment of acute myocardial infarction prevents regeneration of heart with stem cells therapy[J]. Cell Physiol Biochem, 2019,53(5):887-909.
- [12] 余航,陈慧,曹丽菲,等.急性心肌梗死患者血清脂蛋白相关磷脂酶A2的表达及其与冠状动脉病变程度和预后的相关性[J].临床心血管病杂志,2020,36(5):433-437.
- [13] 袁新叶.心脉隆注射液对急性心肌梗死后心力衰竭患者炎症因子的影响[J].江西中医药,2019,50(1):40-41.
- [14] 邢冬梅,李彬,朱明军,等.中医药预防急性心肌梗死后心力衰

- 竭的新思路[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(1): 196-198.
- [15] 杨梦, 胡思远, 胡志希, 等. 基于“虚气留滞”理论探讨慢性心力衰竭的发病机理[J]. 环球中医药, 2019, 12(12): 1779-1782.
- [16] 耿艳琼, 李梓香, 詹艳, 等. 复方丹参滴丸对急性心肌梗死后心力衰竭模型家兔心功能的影响[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1): 91-94.
- [17] 孙洁. 黄芪及其经方的临床应用研究进展[J]. 中国医院药学杂志, 2019, 39(12): 1311-1314.
- [18] 李浅予, 汤岐梅, 侯雅竹, 等. 中药党参的心血管药理研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(17): 2604-2606.
- [19] 崔真真, 王海凌, 张冰, 等. 何首乌研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(1): 172-174.
- (收稿日期: 2021-08-26, 修回日期: 2021-10-08)

引用本文: 刘蕊, 马力, 江礼焰, 等. 化痰通络汤对风痰阻络型脑梗死病人神经功能及血清淀粉样蛋白 A、糖化血清蛋白的影响[J]. 安徽医药, 2023, 27(2): 396-400. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2023.02.043.

◇ 药物与临床 ◇



化痰通络汤对风痰阻络型脑梗死病人神经功能及血清淀粉样蛋白 A、糖化血清蛋白的影响

刘蕊, 马力, 江礼焰, 邵慧兴, 李莎, 毛庆支

作者单位: 南方医科大学附属花都医院康复医学科, 广东 广州 510800

基金项目: 广东省中医药局中医药科研项目(20191256)

摘要: **目的** 探讨化痰通络汤对风痰阻络型脑梗死病人神经功能及血清淀粉样蛋白 A(SAA)、糖化血清蛋白(GSP)的影响。**方法** 选取南方医科大学附属花都医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月收治的 84 例风痰阻络型脑梗死病人, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 均 42 例。对照组行阿司匹林肠溶片、银杏叶注射液治疗, 并予以常规降血压血糖、降颅内压以及对症支持治疗。观察组在此基础上联合化痰通络汤治疗, 连续治疗 2 周。测定血清 SAA、GSP、视黄醇结合蛋白 4(RBP4)、胶质纤维酸性蛋白(GFAP)、血管紧张素-Ⅱ(Ang-Ⅱ)、血管内皮生长因子(VEGF)。采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估病人治疗前后神经功能缺损情况, 并比较血液流变学指标与临床疗效。**结果** 治疗后观察组总有效率(92.86%)显著高于对照组(76.19%, $P < 0.05$); 观察组 NIHSS 评分低于对照组($P < 0.05$)。治疗后观察组血清 SAA、GSP、RBP4、GFAP、Ang-Ⅱ水平低于对照组, VEGF 水平高于对照组($P < 0.05$)。观察组高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度以及红细胞比容水平低于对照组($P < 0.05$)。观察组与对照组不良反应发生率相当(11.90%、7.14%, $P > 0.05$)。**结论** 化痰通络汤对风痰阻络型脑梗死病人疗效确切, 可有效降低血清 SAA、GSP 水平, 从而降低炎症反应, 改善病人神经功能缺损与血液黏滞性, 有较高推广价值。

关键词: 脑梗死; 化痰通络汤; 风痰阻络型; 血清淀粉样蛋白 A; 糖化血清蛋白

Effect of Huatan Tongluo decoction on neurological function and SAA and GSP in patients with wind-phlegm blocking cerebral infarction

LIU Rui, MA Li, JIANG Liyan, SHAO Huixing, LI Sha, MAO Qingzhi

Author Affiliation: Department of Rehabilitation Medicine, The Affiliated Huadu Hospital of Southern Medical University, Guangzhou, Guangdong 510800, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of Huatan Tongluo decoction on neurological function, serum amyloid A (SAA) and glycosylated serum protein (GSP) in patients with wind phlegm blocking cerebral infarction. **Methods** A total of 84 patients with wind-phlegm obstructive cerebral infarction admitted to the Affiliated Huadu Hospital of Southern Medical University from January 2020 to December 2021 were selected and divided into a control group and an observation group, with 42 cases each. The control group was treated with aspirin enteric-coated tablets and ginkgo biloba injection, and routine hypotensive and hypoglycemic, and intracranial hypotensive and symptomatic supportive treatments were given. The observation group was treated with the combination of Huatan Tongluo Decoction for 2 weeks. The levels of serum SAA, GSP, retinol-binding protein 4 (RBP4), glial fibrillary acidic protein (GFAP), angiotensin-Ⅱ (Ang-Ⅱ), and vascular endothelial growth factor (VEGF) were measured. The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) was used to assess patients' neurological deficits before and after treatment, and to compare blood rheological indices with clinical efficacy. **Results** The total effective rate of the observation group (92.86%) was significantly higher than that of the control group (76.19%, $P < 0.05$) after treatment. The NIHSS score of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). The serum SAA, GSP, RBP4, GFAP, and Ang-II levels in the observation group were lower than those in the control group, and the