

- [19] 李静, 王炳征, 葛玲霞, 等. 小儿豉翘清热颗粒联合磷酸奥司他韦颗粒治疗儿童流感的疗效及对炎症因子的影响[J]. 中华急诊医学杂志, 2021, 30(6): 761-763.
- [20] 雷燕, 田元祥, 杨静, 等. 抗感冒处方治疗感冒风热证有效性的临床随机对照试验[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(2): 178-183.
- [21] 同学平, 郝秀丽, 孙婷, 等. 血常规联合 hs-CRP、免疫学指标检测在小儿急性上呼吸道感染中的临床价值[J]. 现代生物医学进展, 2018, 18(8): 1502-1505.
- [22] Kushima Y, Takizawa H, Machida Y, et al. Cryptococcal pleuritis presenting with lymphocyte-predominant and high levels of adenosine deaminase in pleural effusions coincident with pulmonary tuberculosis [J]. Intern Med, 2018, 57(1): 115-120.
- [23] 杨淑慧, 陈丽平. 治疗感冒的中成药用药规律研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(2): 245-247; 257.

加味资生丸对肺肾亏虚型慢性肺心病胃肠功能障碍患者的临床疗效

陈 荣, 谢海道, 符秀曼, 朱德天

(海口市中医院, 海南 海口 570000)

摘要: 目的 探讨加味资生丸对肺肾亏虚型慢性肺心病胃肠功能障碍患者的临床疗效。方法 116例患者随机分为对照组和观察组, 每组58例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用加味资生丸, 疗程12周。检测临床疗效, 血清IL-6、TGF-β1、ET-1、AngⅡ、MTL、LVEF、FEV1/FVC、6MWD、MPAP, 胃窦收缩幅度, 胃半排空时间, 中医证候评分, 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组血清IL-6、TGF-β1、ET-1、AngⅡ及MPAP、中医证候评分降低($P<0.05$), 血清MTL及LVEF、FEV1/FVC升高($P<0.05$), 6MWD、胃半排空时间延长($P<0.05$), 胃窦收缩幅度增大($P<0.05$), 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 加味资生丸可安全有效地减轻肺肾亏虚型慢性肺心病胃肠功能障碍患者炎症反应, 调节血管内皮功能, 促进胃肠功能障碍恢复。

关键词: 加味资生丸; 常规治疗; 慢性肺心病; 胃肠功能障碍; 肺肾亏虚

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2023)04-1390-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2023.04.064

肺心病即肺源性心脏病, 是指由支气管-肺组织、肺血管、胸廓等病变引发肺组织结构和(或)功能异常, 肺血管阻力增强, 导致肺动脉高压而发病, 随着病情发展可引起右心衰竭^[1], 本病可分为急性期、缓解期, 后者主要表现为慢性咳嗽、浮肿, 劳动耐力降低, 随着病情加重可引起呼吸困难, 甚至呼吸衰竭, 故患者在此期间的治疗具有重要意义, 可提高生活质量, 并且降低急性发病频率, 有助于改善预后。目前认为, 炎性因子、血管内皮功能损伤是引起肺心病发生及加重的重要因素, 表现为IL-6水平升高, 同时还合并胃肠功能障碍, 故减轻炎症反应具有重要意义^[2]。

中医认为, 肺心病本虚标实, 临床证型以肺肾亏虚型多见, 根据“治未病”“扶正固本”的思想, 缓解期应注重扶正, 避免邪气进一步入里^[3]。资生丸主要用于治疗脾胃虚弱型消化系统疾病, 课题组前期对其进行调整以加强补益肺肾功效, 并佐以化痰平喘之品, 形成加味资生丸, 本研究考察该制剂对肺肾亏虚型慢性肺心病胃肠功能障碍患者的临床疗效, 并对其作用机制^[4]进行探讨, 现报道

如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2018年5月至2021年6月就诊于海口市中医院的116例肺肾亏虚型慢性肺心病胃肠功能障碍患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组58例。其中, 对照组男性34例, 女性24例; 年龄40~73岁, 平均年龄(54.17 ± 5.97)岁; 体质量58~95kg, 平均体质量(70.28 ± 5.94)kg; 病程6~39个月, 平均病程(17.58±2.95)个月; 心功能分级Ⅱ级36例, Ⅲ级22例, 而观察组男性33例, 女性25例; 年龄41~75岁, 平均年龄(55.69 ± 5.75)岁; 体质量56~94kg, 平均体质量(69.91 ± 5.68)kg; 病程5~41个月, 平均病程(18.13±2.73)个月; 心功能分级Ⅱ级32例, Ⅲ级26例, 2组一般情况比较, 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。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医(慢性肺心病胃肠功能障碍) 参考文献

收稿日期: 2022-10-18

基金项目: 海南省卫生健康行业科研项目(20A200211)

作者简介: 陈 荣(1986—), 男, 主治医师, 研究方向为中医内科和呼吸。Tel: 18689797798。

[5] 报道, (1) 有肺气肿、慢支气管肺炎病史, 以及胸闷、呼吸困难等症状; (2) 颈静脉怒张, 肝大, 右心室增厚, 体静脉压增高, 肝颈静脉反流征阳性。

1.2.2 中医(肺肾亏虚型) 参考文献[6]报道, 主证乏力, 胸闷, 呼吸费力; 次证下肢浮肿, 腰膝酸软; 舌淡胖, 脉细沉。

1.3 纳入标准 (1) 符合“1.2”项下诊断标准, 并且是初次治疗; (2) 年龄18~75岁; (3) 1个月内未接受其他临床研究; (4) 心功能分级II~III级; (5) 有COPD病史; (6) 患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 合并肺心病急性期、风湿性心脏病、高血压性心脏病; (2) 对受试药物过敏; (3) 肝功能障碍; (4) 多脏器功能衰竭; (5) 妊娠期妇女; (6) 凝血功能障碍; (7) 合并肠梗阻、肠穿孔、胰腺炎等外科急腹症及胃肠疾病。

1.5 治疗手段 对照组采用常规治疗, 包括吸入沙美特罗替卡松粉吸入剂(法国Laboratoire GlaxoSmithKline公司, 批号20180403、20191006、20200306、20210301), 每次1吸, 每天2次; 若痰多难以咳出, 则口服盐酸氨溴索片(上海衡山药业有限公司, 批号20180203、20190904、20200501、20210302), 每次1片, 必要时可增加至2片, 每天3次。观察组在对照组基础上采用加味资生丸, 原组方药材炙黄芪30g、人参10g、淮山药15g、白术(麸炒)15g、茯苓15g、熟地黄15g、桔梗10g、化橘红10g、白扁豆(去皮)10g、南山楂(炒)10g、六神曲(麸炒)10g、麦芽(炒)10g、黄连6g、蛤蚧1对、甘草3g, 食欲降低者, 加砂仁6g; 自汗出者, 加五味子10g; 胸闷痰多者, 加葶苈子10g, 由医院中药房提供, 每天1剂。2组均连续治疗12周。

1.6 指标检测 (1) 血清TGF-β1、ET-1、IL-6、AngⅡ、MTL水平, 均采用ELISA法检测, 其中TGF-β1、ET-1试剂盒由上海研卉生物科技有限公司提供(批号20180503、20190804、20200703、20210301), IL-6、AngⅡ试剂盒由南京建成科技有限公司提供(批号20180302、20191005、20200901、20210403); (2) LVEF、FEV1/FVC、6MWD、MPAP, 其中FEV1/FVC采用AS-507肺功能仪(日本

表3 2组血清ET-1、AngⅡ、MTL水平比较($\bar{x}\pm s$, n=58)

组别	ET-1/(ng·L ⁻¹)		AngⅡ/(pg·mL ⁻¹)		MTL/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	93.87±8.73	81.02±6.35 [#]	0.97±0.14	0.78±0.12 [#]	229.85±47.42	268.63±37.63 [#]
观察组	94.62±8.47	62.39±5.61 ^{#△}	0.94±0.17	0.56±0.09 ^{#△}	231.18±48.76	315.73±46.95 ^{#△}

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 LVEF、FEV1/FVC 由表4可知, 治疗后, 2组LVEF、FEV1/FVC升高(P<0.05), 以观察组更明显(P<0.05)。

2.5 6MWD、MPAP 由表5可知, 治疗后, 2组6MWD延长(P<0.05), MPAP降低(P<0.05), 以观察组更明显(P<0.05)。

Minato公司)检测, MPAP、LVEF采用彩色多普勒超声仪(迈瑞医疗国际有限公司)检测; (3) 胃窦收缩幅度、胃半排空时间、中医证候评分, 其中前两者采用超声胃排空法检测, 而中医证候评分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]拟定, 包括乏力、胸闷、呼吸费力、下肢浮肿、腰膝酸软; (4) 治疗期间皮疹、消化不良、恶心等不良反应发生情况, 计算其发生率。

1.7 疗效评价 参考文献[6]报道, (1) 显效, 相关症状消失, 中医证候评分降低>75.0%; (2) 有效, 相关症状缓解, 中医证候评分降低30.0%~75.0%; (3) 无效, 相关症状未缓解或加重, 中医证候评分降低<30.0%。总有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.8 统计学分析 通过SPSS 22.0软件进行处理, 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示, 组间比较采用t检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验(双侧检验)。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1可知, 观察组总有效率高于对照组(P<0.05)。

表1 2组临床疗效比较[例(%), n=58]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	24(41.38)	22(37.93)	12(20.69)	46(79.31)
观察组	37(63.79)	17(29.31)	4(6.90)	54(93.10)*

注: 与对照组比较, *P<0.05。

2.2 血清IL-6、TGF-β1 由表2可知, 治疗后, 2组IL-6、TGF-β1水平降低(P<0.05), 以观察组更明显(P<0.05)。

表2 2组血清IL-6、TGF-β1水平比较($\bar{x}\pm s$, n=58)

组别	IL-6/(pg·mL ⁻¹)		TGF-β1/(μg·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	97.63±12.59	74.19±6.92 [#]	57.37±9.62	48.37±6.85 [#]
观察组	98.27±12.26	53.84±4.63 ^{#△}	58.58±9.47	30.98±4.73 ^{#△}

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 血清ET-1、AngⅡ、MTL水平 由表3可知, 治疗后, 2组MTL水平升高(P<0.05), ET-1、AngⅡ水平降低(P<0.05), 以观察组更明显(P<0.05)。

表3 2组血清ET-1、AngⅡ、MTL水平比较($\bar{x}\pm s$, n=58)

组别	LVEF/%		(FEV1/FVC)/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38.63±7.59	44.19±5.92 [#]	58.37±9.62	69.87±8.85 [#]
观察组	39.27±7.26	51.84±6.63 ^{#△}	58.58±9.47	76.98±6.73 ^{#△}

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

表4 2组LVEF、FEV1/FVC比较($\bar{x}\pm s$, n=58)

组别	LVEF/%		(FEV1/FVC)/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38.63±7.59	44.19±5.92 [#]	58.37±9.62	69.87±8.85 [#]
观察组	39.27±7.26	51.84±6.63 ^{#△}	58.58±9.47	76.98±6.73 ^{#△}

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

表5 2组6MWD、MPAP比较 ($\bar{x} \pm s$, n=58, 1 mmHg=0.133 kPa)

组别	6MWD/m		MPAP/mmHg	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	368.27±84.61	425.49±76.78 [#]	35.84±6.69	26.57±5.97 [#]
观察组	370.46±87.96	459.85±62.35 ^{#△}	36.27±6.47	20.95±4.85 ^{#△}

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

表6 2组胃窦收缩幅度、胃半排空时间、中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s$, n=58)

组别	胃窦收缩幅度/cm ²		胃半排空时间/min		中医证候评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	0.26±0.04	0.31±0.05 [#]	26.69±5.04	37.86±6.26 [#]	17.85±3.42	7.63±1.43 [#]
观察组	0.28±0.05	0.36±0.06 ^{#△}	27.67±4.95	46.95±6.67 ^{#△}	18.18±3.76	3.75±0.95 ^{#△}

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

3 讨论

肺心病作为临床常见心脏疾病, 在发展至失代偿期后病情将呈现不可逆发展, 并且受到感染等因素会导致反复急性发作, 并发多脏器功能衰竭, 严重威胁患者生命健康^[7-8]。同时, 患者机体长期处于缺氧状态, 可引起胃肠道损伤, 加重胃肠负担, 从而引起胃肠功能障碍^[9]。

IL-6是炎症网络的重要启动因子, 其水平升高后可促使IL-8合成及分泌, 导致炎性渗出, 增强血管通透性, 加重免疫损伤^[10], 还能使气道中性粒细胞聚集, 活化T细胞功能, 导致气道、肺泡组织结构变化^[11-12]。ET-1是由血管内皮细胞分泌的长效性血管收缩肽, 可促进血管平滑肌生成, 升高动脉压, 并且肺心病患者血清ET-1呈现高表达^[13]。本研究发现, 治疗后观察组血清ET-1、IL-6水平低于对照组, 提示加味资生丸可降低炎症反应, 改善血管内皮功能。

AngⅡ可引起交感神经活性增加、小动脉收缩而导致血压升高, 其水平变化程度与血压呈正相关^[13-14], 同时还能影响血管内皮功能, 促进缩血管因子ET-1产生, 从而使肺动脉压力进一步提高^[15]。肺心病患者由于肺动脉高压持续存在可引起心力衰竭, 而纤维化引起的心室重构是引起心力衰竭的重要机制^[16]。TGF-β1是目前被认为敏感性最高的致纤物质, 纤维化形成时其水平显著升高^[17], 它由肾小管上皮细胞分泌, 可影响细胞外基质降解, 提高肺及心肌组织中成纤维细胞含量, 进而导致小气道壁厚度及心肌细胞厚度增加^[18-19]。本研究发现, 治疗后观察组血清TGF-β1、AngⅡ、MPAP水平更低, MTL水平更高。

中医认为, 肺心病属于“肺胀”“心水”“水肿”等疾病范畴, 病位在肺, 累及心脏, 发病与长期吸烟、饮食不节、情志不调等因素相关。加味资生丸中人参大补元气、补益肺脾肾, 促进脏器功能恢复及元气修复, 为君药; 炙黄芪补益肺脾, 使宗气充足, 且气血生化有源, 淮山药补益脾肾、止泻, 与黄芪合用则健脾之力增; 脾喜燥恶湿, 为生痰之源, 白术、茯苓均可健脾, 两者合用可增强健脾功效; 熟地黄滋肾养阴, 促进肾气修复, 合为臣药; 桔梗宣肺化痰、止咳消痈; 化橘红燥湿化痰, 促进痰浊清除; 藿香化湿醒脾, 促进湿邪清除; 白扁豆燥湿健脾, 与藿香

2.6 胃窦收缩幅度、胃半排空时间、中医证候评分 由表6可知, 治疗后, 2组胃窦收缩幅度增大 (P<0.05), 胃半排空时间延长 (P<0.05), 中医证候评分降低 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05)。

2.7 不良反应发生率 对照组出现1例皮疹、1例恶心, 观察组出现1例消化不良, 2组不良反应发生率 (3.45%、1.72%) 比较, 差异无统计学意义 (P>0.05)。

表6 2组胃窦收缩幅度、胃半排空时间、中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s$, n=58)

合用则化湿之力增; 山楂消食、化瘀, 与六神曲、麦芽合用则消食之力增, 促进脾胃运化功能恢复; 黄连清热燥湿、解毒, 善于清中焦湿热, 且可避免湿邪郁久化热; 蛤蚧益肾、纳气平喘, 合为佐药; 甘草调和诸药, 为使药。

本研究发现, 治疗后观察组LVEF、FEV1/FVC、6MWD高于对照组, MPAP更低, 而且胃窦收缩幅度更小, 胃半排空时间更短, 中医证候评分更低, 即胃肠功能障碍得到有效改善, 并且2组不良反应发生率无显著差异, 其作用机制^[20-24]主要包括(1)调节ET-1水平, 促进血管内皮功能改善;(2)抑制IL-6分泌, 减轻炎症反应;(3)调节胃肠激素水平, 促进胃肠功能恢复;(4)抗纤维化, 改善肺功能, 利于病情康复。

综上所述, 加味资生丸联合常规治疗对肺肾亏虚型慢性肺心病胃肠功能障碍患者而言联合有重要临床意义, 可为医师选择相关治疗方案提供依据。

参考文献:

- 李旭, 刘洪洲, 王洪建, 等. 肺心病患者流行病学调查和不良预后的影响因素分析[J]. 国际医药卫生导报, 2018, 24(9): 1332-1334.
- 郭娟, 王化猛. 肺源性心脏病临床证治研究新进展[J]. 中医临床研究, 2020, 12(31): 146-148.
- Pinsky M R. The right ventricle: interaction with the pulmonary circulation[J]. Crit Care, 2016, 20(1): 266.
- 张婉莉, 杨桐, 唐泓, 等. 不同中医证型慢性肺源性心脏病患者心功能情况的比较研究[J]. 云南中医中药杂志, 2021, 42(9): 46-48.
- 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 慢性肺源性心脏病基层诊疗指南(2018年)[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(12): 959-965.
- 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: 243.
- 宋彦伟, 杨如意. 中医药治疗慢性肺心病的研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(16): 177-178.
- 卢鹏, 马桂. 丹车附子汤结合耳穴压丸对肺心病急性加重期患者疗效、心肺功能及血清炎症因子水平影响研究[J]. 四川中医, 2021, 39(6): 68-71.

- [9] 周建伟, 赵军, 车向京, 等. 重组人脑利钠肽联合低分子肝素钙对重症肺心病心力衰竭患者炎性细胞因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(14): 1565-1567.
- [10] 姜成利, 代国仲, 郭涛弦, 等. 血清总 IgE、TGF- β 1 及 IL-6 在哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征患者的表达及临床意义[J]. 转化医学杂志, 2020, 9(1): 17-20.
- [11] 王寒, 龚保源, 冯姐, 等. 比索洛尔治疗肺心病并发心律失常的效果及对其肺功能、血气指标及炎性因子水平的影响[J]. 中国卫生工程学, 2021, 20(4): 652-653; 655.
- [12] 张晓斌, 杨京会, 肖玉, 等. 冬虫夏草对肺心病患者血管内皮功能、炎性细胞因子和左室舒张功能的影响[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(8): 1890-1891.
- [13] 苏军, 张艳丽. 补肺益气汤联合穴位贴敷对肺气亏虚型肺心病缓解期患者心肺功能及血管内皮功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(26): 2900-2904.
- [14] 王艾青, 郭锦丽, 牛增志, 等. 养心汤加减辨治对肺心病缓解期心肺气虚证疾病的进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(12): 139-144.
- [15] 武铁力, 秦迎新, 卢冠男, 等. 肺心病患者急性加重期及缓解期血浆内皮素-1 与降钙素基因相关肽水平分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(8): 898-899.
- [16] 郭金叶. 慢性肺源性心脏病患者血清 TGF- β 1 水平与动脉血氧分压及心脏超声右心指标相关性的研究[D]. 承德: 承德医学院, 2017.
- [17] 吴俣, 刘良丽, 朱晓龙. TGF- β 1/Smad 通路在养肺保元汤治疗慢性阻塞性肺病合并肺间质纤维化中的作用[J]. 海南医学, 2021, 32(2): 137-140.
- [18] 王新, 王静. 百令胶囊辅助治疗对稳定期 COPD 患者气道功能及血清气道重塑分子的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2019, 29(6): 88-91.
- [19] 李红, 沈明霞, 张莎莎, 等. 清肺化痰通络法对慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰浊蕴肺、脉络瘀阻证患者血清 sICAM-1、TGF- β 1 水平的影响[J]. 中医研究, 2012, 25(12): 8-10.
- [20] 潘晶晶. 益气涤痰逐瘀方“涤痰”和“逐瘀”药对调节 COPD 气道重塑 TGF- β 1/Smad 通路的实验研究[D]. 昆明: 云南中医学院, 2016.
- [21] 阮欢荣, 马锦地, 李建生, 等. 慢性肺源性心脏病中医病因病机分析[J]. 中医学报, 2018, 33(1): 37-41.
- [22] 田望望, 王至婉. 2000—2020 年中医药治疗肺源性心脏病用药规律分析[J]. 中国全科医学, 2021, 24(36): 4633-4639.
- [23] 樊俊, 王馨璐, 彭波. 半夏厚朴汤加减治疗老年肺心病急性加重期合并胃肠道功能障碍[J]. 世界中医药, 2021, 16(8): 1279-1283.
- [24] 于化江, 刘立敏, 于赢, 等. 补脾益肺汤联合丹参川芎嗪注射液治疗慢性肺源性心脏病的临床疗效及安全性评价[J]. 河北中医, 2016, 38(8): 1151-1154.

化浊行血汤联合常规治疗对脑梗死恢复期患者的临床疗效

吴婷婷¹, 王兴臣², 焉凯¹, 宗寿健², 胡晓洁², 娄宁¹, 马学芹¹

(1. 济南市第八人民医院, 山东济南 271126; 2. 山东中医药大学第二附属医院, 山东济南 250000)

摘要: 目的 探讨化浊行血汤联合常规治疗对脑梗死恢复期患者临床疗效。方法 180 例患者随机分为对照组 A、对照组 B、观察组, 每组 60 例, 对照组 A 给予常规治疗, 对照组 B 给予化浊行血汤治疗, 观察组给予常规治疗+化浊行血汤, 疗程 12 周。检测临床疗效、NIHSS 评分、FMA 评分、血清神经营养因子 (Gal-1、BDNF、NGF)、血清炎症因子 (IL-6、CXCL-16、GDF-15)、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组 A、对照组 B ($P<0.05$)。治疗后, 3 组 NIHSS 评分、血清炎症因子降低 ($P<0.05$), FMA 评分、血清神经营养因子升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。3 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 化浊行血汤联合常规治疗可安全有效地改善脑梗死恢复期患者神经功能障碍, 提高生活质量, 其作用机制可能与增强神经营养因子保护作用, 降低炎症因子水平有关。

关键词: 化浊行血汤; 常规治疗; 脑梗死恢复期

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2023)04-1393-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2023.04.065

收稿日期: 2022-09-01

基金项目: 山东省中医药科技青年项目 (2020Q065)

作者简介: 吴婷婷 (1986—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为中西医结合防治脑血管病。Tel: 15163476306, E-mail: wutingting2005@163.com