

补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性脑中风的疗效分析

曹 凡

湖北省京山市中医院 湖北京山 431899

摘要：目的：分析气虚血瘀型缺血性脑中风的补阳还五汤治疗效果。方法：随机抽取2023年1月~2023年12月我院100例气虚血瘀型缺血性脑中风的患者分为各为50例的两组，对比常规西药治疗（对照组）与常规西药+补阳还五汤治疗（观察组）的临床效果。结果：各项临床指标对比，观察组优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：采取补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性脑中风的患者，可以对神经、肢体功能以及日常生活能力起到良好的改善作用，有助于促进患者病情恢复，提升患者生活质量。

关键词：气虚血瘀；缺血性脑中风；补阳还五汤；神经功能；生活质量；肢体运动功能

缺血性脑中风是一种发病率非常高的脑血管疾病，患者病情最为明显的特点就是脑部缺血，导致腔隙性脑梗死、脑栓塞等，患者病情不仅发病急，病情严重，且变化快，神经功能损伤，致残率和死亡率高，患者在患病后表现出不同程度的语言及认知功能障碍，拉低患者生活质量^[1-2]。针对缺血性脑中风临床更多的是采取静脉溶栓术、机械取栓术进行治疗，但是对治疗时机有着非常高的要求，患者需要在发病4.5h尽早得到治疗^[3]。中医将缺血性脑卒中划分到中风范畴，认为患者元气亏损、气血瘀滞，因此，在治疗中更多的是以活血化瘀、益气补血为治疗重点。补阳还五汤为活血化瘀代表性方剂，对急性期缺血性脑卒中以及缺血性脑卒中导致后遗症具有显著的改善效果^[4]。此次研究为探讨补阳还五汤效果，抽取气虚血瘀型缺血性脑中风患者100例，观察报道如下：

一、资料与方法

1. 一般资料

随机抽取本院100例气虚血瘀型缺血性脑中风患者分为各为50例的两组，对照组男女为28/22例，年龄56~75（ 64.23 ± 4.11 ）岁；观察组男女为26/24例，年龄54~73（ 64.09 ± 4.31 ）岁；两组一般资料接近（ $P > 0.05$ ），有可比性。

2. 方法

所有患者常规治疗方案包括溶栓、抗凝，控制高血压、血脂及血糖水平，降低患者颅内压；对照组取2~5ml血栓通注射液加入20~40ml氯化钠注射液（0.9%），静脉滴注，1~2次/天，1取4g吡拉西坦注射液加入250ml

氯化钠注射液（0.9%），静脉滴注，1次/天。

观察组在以上基础上增加补阳还五汤，取60g黄芪，12g当归，红花、燀桃仁各9g，酒地龙、川芎、赤芍各10g，加水煎煮为300mL，1剂/天，3次/天。

两组均连续用药1个月。

3. 观察指标

（1）根据患者临床症状、神经功能评分情况评估临床症状，总有效率=显效率+有效率。

（2）对中医证候进行评分，各项总分均为3分，评分高则症状严重。

（3）神经功能以美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评估，评分高则神经功能差；通过Barthel指数、肢体运动功能评定量表（FMA）评估日常生活能力及肢体运动功能，评分高则日常生活能力及肢体运动功能更好。

（4）通过SF-36量表评估生活质量，评分高则生活质量更高。

4. 统计学方法

研究数据运用SPSS 26.0软件进行处理，计数资料以（n）表示，行 χ^2 检验；符合正态分布的计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行t检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 临床效果对比

观察组总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ），如表1。

2. 中医证候积分对比

观察组治疗后中医证候积分均低于对照组（ $P < 0.05$ ），如表2。

3. 神经功能、日常生活能力及肢体运动功能评分对比
神经功能、日常生活能力及肢体运动功能评分对比，
观察组优于对照组 (P<0.05)，如表3。

4. 生活质量评分对比

观察组生活质量评分高于对照组 (P<0.05)，如表4。

三、讨论

缺血性脑中风发病率、死亡率及致残率都非常高，

患者脑部动脉、椎动脉以及颈动脉因为高血压、高血脂、糖尿病、心脏病等多种原因影响，出现病理改变，导致脑部组织血液循环异常，对脑组织造成急性损伤，导致患者昏迷、偏瘫，该疾病也是最为常见的一种脑血管疾病，一旦发病如果不及时采取治疗措施，将会影响患者正常运动功能^[5]。研究表明，脑中风患者即使经过治疗，80%患者仍旧存在后遗症。临床将脑中风划分为三个阶段

表1 临床效果对比[n. (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	18 (36.00)	21 (42.00)	11 (22.00)	39 (78.00)
观察组	50	26 (52.00)	22 (44.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
χ^2 值	—				7.162
P值	—				0.007

表2 中医证候积分对比 ($\bar{x} \pm s$.分)

组别	例数	神昏		偏瘫		失语		头痛		眩晕	
		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	50	2.47 ± 0.12	1.72 ± 0.14	2.16 ± 0.16	1.47 ± 0.15	2.02 ± 0.11	1.27 ± 0.13	2.59 ± 0.11	1.73 ± 0.21	2.69 ± 0.13	1.74 ± 0.16
观察组	50	2.49 ± 0.22	1.04 ± 0.12	2.18 ± 0.13	1.01 ± 0.11	2.04 ± 0.17	0.95 ± 0.12	2.58 ± 0.13	1.25 ± 0.16	2.65 ± 0.14	1.13 ± 0.24
t值	—	0.564	26.077	0.686	17.487	0.698	12.790	0.415	12.856	1.480	14.954
P值	—	0.574	P<0.001	0.494	P<0.001	0.487	P<0.001	0.679	P<0.001	0.142	P<0.001

表3 神经功能、日常生活能力及肢体运动功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$.分)

组别	例数	NIHSS评分		Barthel指数评分		FMA评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	38.16 ± 2.19	20.12 ± 1.45	56.27 ± 1.20	76.45 ± 1.28	55.28 ± 1.42	72.15 ± 1.83
观察组	50	38.12 ± 2.23	15.44 ± 1.69	56.29 ± 1.34	89.46 ± 1.27	55.22 ± 1.40	84.58 ± 1.22
t值	—	0.090	14.861	0.079	51.019	0.213	39.963
P值	—	0.928	P<0.001	0.937	P<0.001	0.832	P<0.001

表4 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$.分)

组别	例数	生理功能		生理职能		躯体疼痛		一般健康状况	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	62.24 ± 4.11	73.12 ± 3.08	62.17 ± 5.47	71.27 ± 3.26	64.23 ± 3.15	76.23 ± 2.67	63.20 ± 3.21	70.51 ± 3.27
观察组	50	62.32 ± 3.37	80.27 ± 3.34	62.53 ± 5.09	79.28 ± 3.06	64.28 ± 4.16	82.29 ± 2.68	63.42 ± 4.07	78.27 ± 4.11
t值	—	0.106	11.128	0.341	12.668	0.068	11.327	0.300	10.447
P值	—	0.915	P<0.001	0.734	P<0.001	0.946	P<0.001	0.765	P<0.001

续表4

组别	例数	精力		社会功能		情感职能		精神健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	61.27 ± 3.18	74.23 ± 4.09	63.28 ± 3.41	76.22 ± 1.48	60.31 ± 3.47	79.31 ± 4.58	65.08 ± 2.15	71.39 ± 3.15
观察组	50	61.92 ± 3.45	86.71 ± 5.24	63.30 ± 4.59	85.23 ± 4.32	61.02 ± 4.28	86.31 ± 4.24	65.03 ± 2.90	84.64 ± 3.02
t值	—	0.980	13.276	0.025	13.952	0.911	7.931	0.098	21.470
P值	—	0.330	P<0.001	0.980	P<0.001	0.364	P<0.001	0.922	P<0.001

段,包括:急性期、恢复期、慢性期,一旦患者损伤加重,患者神经元、脑组织出现严重损伤,从而导致患者面部、手臂、腿部发麻,无法正常言语,头晕、协调功能变差,无法掌握平衡^[6]。也有患者缺血时间比较短,几分钟、几小时症状就会自行消失,容易被患者忽略。针对缺血性脑中风治疗关键点在于恢复患者脑部血液供应,减轻脑组织损伤,但是常规西药治疗效果有限,且随着用药时间长,不良反应比较多^[7]。

中医研究表明缺血性脑中风发病和痰瘀有着密切的关系,壅窍被痰瘀阻滞,从而导致患者脏腑变得虚弱,根据中医分型气虚血瘀型主要是因为随着患者年龄增加,机体脏腑功能越来越差,导致气虚血衰,机体血液运行受到影响,脑络淤阻,从而导致脑部失养,换言之,缺血性脑中风中医认为主要原因是气虚、血瘀,观察可见患者面色晦暗、肢体乏力、麻木,言语不清^[8]。而和西医治疗相比,中医治疗作用靶点多,具有更高的安全性,不仅能改善患者运动、神经功能,并且还能更好的对脑保护,在缺血性脑中风治疗中具有更大的优势。针对气虚血瘀型缺血性脑中风补阳还五汤治疗可以调节气血、疏通经络。此次研究中所使用的黄芪不仅能养血固表,还能对中气起到补益的效果。从现代医学来讲,黄芪可以有效提升机体免疫力,还能促进机体代谢,对损伤的脑组织起到良好的修复作用。而当归从在中医药方面来讲,可以活血化瘀,但是从现代药理学来看可以加快机体血液循环,通过激发脑细胞再生,可以修复脑损伤^[9]。川芎可以舒筋活络,促进血液循环,使阻塞脑血管恢复通畅,达到活血祛瘀的作用,同时对神经功能损伤起到改善作用。桃仁、红花通过活血祛瘀,同样可以使机体血液循环起到改善作用,让缺血脑组织恢复正常供血,还能减轻机体炎症反应。赤芍通过活血散瘀,可以加快机体脑部血液循环,修复脑损伤。地龙不仅能通经活络,还能加快脑血流循环,对神经功能具有显著的改善作用。临床研究表明,补阳还五汤通过多种中药材联合,可以达到良好的抗炎效果,患者脑组织炎症反应控制后,可以避免损伤进一步加重,有助于促进神经功能尽快的恢复。并且用药后对机体免疫系统具有激活作用,修复脑组织,最终改善患者肢体运动功能^[10]。此次研究结果发现,经过补阳还五汤治疗,缺血性脑中风可以达到比常

规西药治疗更好的效果,患者各项临床指标均表现更优。

综上所述,缺血性脑中风在临床治疗中可以选择补阳还五汤,从而促进损伤神经功能修复,改善患者肢体运动功能,达到更好的恢复效果,进一步提升患者生活质量。

参考文献

- [1]姜霞,陈世宣,朱斌,等.补阳还五汤联合利伐沙班治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中后下肢深静脉血栓临床研究[J].新中医,2025,57(01):22-27.
- [2]尚玉芳.补阳还五汤与温阳针灸联合治疗老年缺血性脑卒中恢复期气虚血瘀证的临床观察[J].心血管病防治知识,2024,14(11):42-44.
- [3]李晓红,韩金娥.补阳还五汤对缺血性脑卒中恢复期气虚血瘀证患者踝背屈障碍的改善效果[J].贵州医药,2024,48(03):380-382.
- [4]唐善龙.耳针联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中的临床观察[J].实用中西医结合临床,2023,23(10):30-32+36.
- [5]谭春风,郑全成,徐琼,等.补阳还五汤配合温阳针灸法治疗老年缺血性脑卒中恢复期气虚血瘀证的疗效观察[J].中华中医药学刊,2023,41(07):230-234.
- [6]BALALI, PARGOL, HART, ROBERT G., SMITH, ERIC E., et al. Cerebral microbleeds and asundexian in non-cardioembolic ischemic stroke: Secondary analyses of the PACIFIC-STROKE randomized trial[J]. International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society,2024,19(5):526-535.
- [7]李林芳.补阳还五汤辅治气虚血瘀型缺血性脑卒中患者的效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(09):64-67.
- [8]张慧.头针联合补阳还五汤治疗缺血性脑卒中气虚血瘀证的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(23):74-77.
- [9]吴万丰,聂慧芳,胡立娟,等.补阳还五汤对缺血性脑卒中气虚血瘀证大鼠肠道菌群及其血浆代谢产物的影响[J].中草药,2021,52(01):118-128.
- [10]辛明珠.补阳还五汤治疗脑梗死急性期气虚血瘀型临床观察[J].光明中医,2020,35(23):3727-3729.