

天麻葛根汤加减治疗缺血性中风 (风痰瘀阻证)的效果分析

张淼,于毅*

如皋市中医院,江苏 南通 226500

摘要 目的:分析天麻葛根汤加减治疗缺血性中风(风痰瘀阻证)的效果。方法:回顾性分析 2021 年 1 月—2023 年 12 月如皋市中医院收治的 105 例缺血性中风(风痰瘀阻证)患者的临床资料,按照治疗方法的不同分为对照组(55 例,常规治疗)和观察组(50 例,常规治疗+天麻葛根汤加减)。连续治疗 2 周后评估患者的临床疗效、不良反应及治疗前、后的中医证候积分、神经功能缺损程度[美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分]、血清指标[神经元特异性烯醇化酶(NSE)、基质金属蛋白酶(MMP)-9、细胞间黏附分子(ICAM)-1、单核细胞趋化蛋白(MCP)-1]水平。结果:观察组总有效率为 98.00% (49/50),高于对照组的 85.45% (47/55),差异有统计学意义($P < 0.05$)。与治疗前比较,治疗后两组中医证候积分、NIHSS 评分及血清 NSE、MMP-9、ICAM-1、MCP-1 水平均降低($P < 0.01$),且观察组低于对照组($P < 0.01$)。观察组与对照组的不良反应总发生率分别为 8.00% (4/50)、5.45% (3/55),差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:天麻葛根汤加减辅助治疗缺血性中风(风痰瘀阻证),可提高治疗效果,减轻症状,降低血清 NSE、MMP-9、ICAM-1、MCP-1 水平,利于神经功能缺损的改善,且不会增加不良反应的发生。

关键词 天麻葛根汤;缺血性中风;风痰瘀阻证

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)06-0075-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260123

缺血性中风是由脑血流供应不足引起的脑部组织损伤,通常伴有神经功能障碍,如肢体麻木、言语障碍、偏瘫等,主要采用溶栓治疗、机械取栓、抗凝药物、抗血小板药物进行治疗^[1-2],虽然具有一定的效果,但对治疗时机和患者个体差异的依赖较大,因此需结合其他治疗方法,以实现更好的疗效。中医认为本病的发生与“风”“痰”“瘀血”等因素密切相关^[3-4],根据其临床表现与病机分为多种类型,其中风痰瘀阻证是一种较为常见的类型。对于缺血性中风(风痰瘀阻证)患者,治疗强调疏通经络、化痰通络、活血化瘀,旨在恢复脑部的血液循环,减轻或避免脑部进一步的损害。天麻葛根汤是现代医家根据传统方剂化裁或结合临床经验创制的组方,主要用于治疗风痰瘀阻证引起的头痛、眩

晕等症状^[5-6]。基于此,本研究分析了天麻葛根汤加减的辅助治疗效果,为缺血性中风的治疗提供更加安全、有效的治疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2021 年 1 月—2023 年 12 月如皋市中医院收治的 105 例缺血性中风(风痰瘀阻证)患者的临床资料,按照治疗方法的不同分为对照组(55 例,常规治疗)和观察组(50 例,常规治疗+天麻葛根汤加减)。两组数据资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。本研究已通过如皋市中医院伦理委员会审批(RGSZYLL032)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国脑血管病临床管理指南》^[7]制定。
①症状体征:意识障碍、偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、失语,或交叉性瘫痪、交叉性感觉障碍、外眼肌麻痹、眼球震颤、构语困难、吞咽困难、共济失调、眩晕等;时间 > 24 h;
②辅助检查:头颅 CT 及 MRI 检查提示存在梗死,脑血管造影可发现动脉闭塞或狭窄。

收稿日期:2025-01-16 修回日期:2025-12-16

基金项目:江苏省中医药科技发展计划项目(MS2022077)

作者简介:张淼(1990-),女,主治医师,从事中西医结合治疗神经系统疾病。

*通信作者:于毅(1990-),男,硕士,主治医师,从事中医内科学相关研究。

表 1 两组缺血性中风(风痰瘀阻证)患者一般资料比较

组别	例数	男/女	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	发病时间($\bar{x} \pm s$)/h	梗死部位[例(%)]				
					基底核	额叶	枕叶	顶叶	脑干
对照组	55	36/19	56.37 $\pm$ 7.24	7.42 $\pm$ 2.13	18(32.73)	14(25.45)	13(23.64)	7(12.73)	3(5.45)
观察组	50	30/20	58.61 $\pm$ 7.32	7.99 $\pm$ 2.04	16(32.00)	12(24.00)	11(22.00)	9(18.00)	2(4.00)
χ^2/t 值		0.334	1.575	1.397			0.652		
P 值		0.563	0.118	0.165			0.957		

组别	例数	高血压[例(%)]	糖尿病[例(%)]	高脂血症[例(%)]	冠心病[例(%)]
对照组	55	23(41.82)	8(14.55)	17(30.91)	4(7.27)
观察组	50	18(36.00)	10(20.00)	20(40.00)	8(16.00)
χ^2/t 值		0.373	0.549	0.948	1.971
P 值		0.542	0.459	0.330	0.160

1.2.2 中医诊断标准

参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[8] 中风痰瘀阻证的诊断标准,①主症:口舌歪斜、半身不遂、感觉减退或消失、不语或语言謇涩;②次症:痰多而黏、头晕目眩;③舌脉:舌暗淡,苔薄白或白腻,脉弦滑。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②行血管内介入治疗;③年龄 18 ~ 80 岁;④发病时间 < 24 h;⑤无酒精、药物滥用病史;⑥无骨关节病;⑦依从性良好;⑧临床资料完整。

1.3.2 排除标准

①存在颅内出血等其他脑病者;②存在出血倾向或凝血障碍者;③患有心肺、肝肾严重疾病者;④患有严重感染性疾病者;⑤药物无法控制的高血压患者;⑥对造影剂过敏者;⑦内分泌疾病者;⑧妊娠、哺乳期妇女;⑨患有恶性肿瘤史者。

1.3.3 剔除标准

①近 1 个月内参加过其他药物临床研究者;②治疗过程中失访,无法继续评估治疗效果者;③治疗过程中出现药物性肝损害、药物性皮炎等严重不良反应,需停止治疗者;④同时接受其他可能影响治疗效果的治疗或药物者。

1.4 治疗方法

对照组行常规治疗,参照《中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南 2018》^[9]《介入神经放射诊断治疗规范 II(修订稿)》^[10]行血管内介入治疗,术后给予清除氧自由基、抗血小板聚集及基础对症治疗。

观察组在对照组的基础上加用天麻葛根汤加减,组方:葛根、淡竹沥各 30 g,丹参、郁金各 15 g,天麻、川芎、石菖蒲各 10 g,甘草 5 g;辨证加减:风痰重(头晕、

恶心呕吐、口舌干燥、舌苔腻重)者加用半夏 20 g,天南星 15 g,瘀血(肢体麻木、偏瘫)重者加用红花 5 g,气虚重(乏力、气短)者加用黄芪 15 g,人参 5 g,痰湿重(口黏、舌苔厚腻)者加用竹茹 10 g,白茅根 15 g。1 剂/d,加水煎至 300 mL,分早、晚两次温服。

两组均连续治疗 2 周。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 中医证候积分标准

于治疗前后,参考《中风病辨证诊断标准(试行)》^[11],①主症:无 0 分,轻、中、重度分别为 2 分、4 分、6 分;②次症:无 0 分,轻、中、重度分别为 1 分、2 分、3 分;③舌脉:正常 0 分,异常 1 分。最高分为 32 分,分数越高,症状越严重。

1.5.2 神经功能缺损程度评估

于治疗前后,参考《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[12],运用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估,共 11 个项目,最高分 42 分,分数越高,神经功能缺损越严重。

1.5.3 临床疗效判定标准

参照文献^[7,10]制定疗效判定标准,①显效:症状大部分改善,NIHSS 评分下降 $\geq 50\%$;②有效:症状有所缓解,NIHSS 评分下降 20% ~ 50%;③无效:未达到有效标准。总有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times 100\%$

1.5.4 血清指标检测

治疗前后,空腹抽取肘静脉血,离心(3 500 r/min, 15 min)后取血清,运用酶联免疫吸附试验(ELISA)测定神经元特异性烯醇化酶(NSE)、基质金属蛋白酶(MMP) - 9、细胞间黏附分子(ICAM) - 1、单核细胞趋化蛋白(MCP) - 1 水平。

1.5.5 安全性观察

统计两组不良反应情况,包括过敏反应、恶心呕

吐、头晕、颅内出血。

1.6 统计学方法

采用统计学软件 SPSS26.0 处理数据,计数(%)类型的数据,使用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法评估不同组别间的差异;计量资料,行 Shapiro – Wilk 正态性检验,如符合正态分布,使用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述其分布情况,运用独立样本 t 检验比较组间数据的差异,配对 t 检验比较同一组样本在不同时间点的差异;如为偏态分布,则使用中位数和四分位数间距 $[M(Q_L, Q_U)]$ 表示,比较采用 Mann – Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

治疗后,两组中医证候积分均降低($P < 0.01$),且观察组更低($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组缺血性中风(风痰瘀阻证)患者治疗前后的中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	55	18.69 $\pm$ 5.21	9.13 $\pm$ 2.42	12.342	0.000
观察组	50	17.25 $\pm$ 5.16	5.42 $\pm$ 1.31	15.713	0.000
t 值		1.421	9.631		
P 值		0.158	0.000		

表 5 两组缺血性中风(风痰瘀阻证)患者治疗前后的血清指标比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	NSE/(ng/mL)		MMP-9/(ng/mL)		ICAM-1/(ng/mL)		MCP-1/(μ g/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	55	22.46 $\pm$ 4.52	14.62 $\pm$ 2.31 *	236.64 $\pm$ 17.48	142.47 $\pm$ 13.52 *	292.62 $\pm$ 32.41	213.58 $\pm$ 26.49 *	152.62 $\pm$ 23.47	131.52 $\pm$ 21.69 *
观察组	50	23.67 $\pm$ 4.35	8.69 $\pm$ 1.43 *	241.31 $\pm$ 15.83	124.78 $\pm$ 12.69 *	301.58 $\pm$ 34.67	189.61 $\pm$ 25.73 *	159.43 $\pm$ 25.19	116.37 $\pm$ 23.52 *
t 值		1.395	15.629	1.430	6.894	1.369	4.694	1.434	3.434
P 值		0.166	0.000	0.156	0.000	0.174	0.000	0.155	0.001

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$ 。

2.5 安全性比较

两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 6。

表 6 两组缺血性中风(风痰瘀阻证)患者不良反应比较[例(%)]					
组别	例数	过敏反应	恶心呕吐	头晕	颅内出血
对照组	55	0	1(1.82)	1(1.82)	1(1.82)
观察组	50	1(2.00)	2(4.00)	0	1(2.00)
P 值					0.706 *

注:* 采用 Fisher 精确概率法。

3 讨论

风痰瘀阻证的缺血性中风反映了外界因素与体内

2.2 神经功能缺损程度

治疗后,两组 NIHSS 评分均降低($P < 0.01$),且观察组更低($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组缺血性中风(风痰瘀阻证)患者治疗前后的 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	55	15.39 $\pm$ 3.42	10.26 $\pm$ 2.13	9.443	0.000
观察组	50	14.46 $\pm$ 3.61	7.43 $\pm$ 1.74	12.404	0.000
t 值		1.355	7.411		
P 值		0.178	0.000		

2.3 临床疗效

两组总有效率比较,观察组更高($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组缺血性中风(风痰瘀阻证)患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	55	21(38.18)	26(47.27)	8(14.55)	47(85.45)
观察组	50	27(54.00)	22(44.00)	1(2.00)	49(98.00)
P 值					0.033 *

注:* 采用 Fisher 精确概率法。

2.4 血清指标

治疗后,两组血清 NSE、MMP-9、ICAM-1、MCP-1 水平均降低($P < 0.01$),且观察组更低($P < 0.01$),见表 5。

失调的相互作用,风邪可使气血运行不畅,导致血液和氧气供应不足,被认为是引发中风的首要因素之一;脾胃是后天之本,气血生成的源头,脾胃失调,体内水湿不能正常排泄,集聚成痰,造成痰湿,阻碍脑血管,影响脑部的血液供应,还会与血瘀相互作用,使血流更加滯涩,导致脑部血流的阻塞和缺氧,进一步加剧缺血症状;瘀血是缺血性中风的另一主要病理因素,长期的气滯或脉络阻塞,血液循环不畅,血流变得缓慢,血液容易凝结、集聚,形成血瘀,导致脑部血流减少,形成局部缺血,造成脑组织缺氧,引发脑细胞损伤,且长期的情志不畅容易导致气滯,进而加重痰湿、瘀血的形成,增加中风的风险^[13-14]。目前临床上多采用天麻葛根汤治疗风痰瘀阻证疾病^[15-16],且取得了较好的治疗效

果。本研究中采用的是天麻葛根汤加减方,方中天麻可平肝熄风、祛风通络,葛根可通经活络,均为君药,直击“风痰瘀阻”核心病机;淡竹沥可清热豁痰、利窍开音,丹参可活血化瘀、通络止痛,均为臣药,以强化祛痰化瘀的作用;郁金可行气解郁、清心凉血,川芎行气活血、祛风止痛,石菖蒲开窍豁痰、醒神益智,均为佐药,发挥行气通络开窍之效;甘草为使药,可调和诸药、缓急止痛。现代药理表明,葛根中含有葛根素,可抑制血小板聚集,减轻缺血再灌注损伤,改善脑部供血;天麻所含天麻素可调节 γ -氨基丁酸(GABA)受体,抑制神经元异常放电,缓解肝风内动兼风痰上扰导致的眩晕、肢体偏瘫;淡竹沥所含的竹沥多糖,可抑制炎症因子释放,减轻脑水肿,改善痰瘀互结导致的舌强语謇、喉间痰鸣;丹参中的丹参酮IIA可抑制血栓素A₂(TXA₂)合成,促进血管内皮修复,改善微循环,改善瘀血阻滞经络导致的偏瘫、口舌歪斜;川芎中的川芎嗪可扩张脑血管,增加血流量,抑制血小板活化因子(PAF)介导的血栓形成,配合丹参,可协同增强抗血栓效果;郁金中的姜黄素可调节NF- κ B通路,抑制氧化应激和炎症反应,保护神经元,改善气滞血瘀伴痰热内阻的烦躁、失眠;石菖蒲中的挥发油成分(α -细辛醚)可促进脑源性神经营养因子(BDNF)表达,改善认知障碍,改善痰蒙清窍导致的意识模糊、健忘;甘草中的甘草酸可抑制脂质过氧化,减轻神经细胞凋亡,促进脑功能的恢复。同时辅助西医治疗,可获得更好的治疗效果,故经过治疗后,观察组的中医证候积分、NIHSS评分更低,总有效率更高,且具有较好的安全性。

NSE是神经元损伤的敏感标志物,主要存在于神经元和神经胶质细胞中,中风患者存在脑组织损伤,会导致神经元细胞的破坏,使NSE释放入血,故血清NSE水平可反映神经损伤^[17]。MMP-9在组织修复、炎症反应及血管重塑中具有重要作用,中风患者因血液循环障碍、血脑屏障损伤及脑部炎症反应激活导致其水平升高,可反映血脑屏障损伤及血管重塑情况^[18-19]。ICAM-1是血管内皮细胞表面的一种细胞黏附分子,在炎症反应和免疫细胞渗透中发挥重要作用,其水平与血管内皮损伤、免疫细胞迁移密切相关^[20]。MCP-1是一种主要由内皮细胞、平滑肌细胞、巨噬细胞等分泌的趋化因子,能够促进单核细胞、巨噬细胞等免疫细胞向炎症部位的迁移,其水平与中风后炎症反应、免疫细胞的参与相关^[21]。以上标志物反映了患者的神经损伤和炎症反应,揭示了中风的严重程度及预后。本研究结果显示,治疗后,两组血清NSE、MMP-9、ICAM-1、MCP-1水平均降低,且观察组更

低,提示天麻葛根汤加减辅助治疗可更好地降低血清NSE、MMP-9、ICAM-1、MCP-1水平。这是由于天麻葛根汤加减方中,葛根可扩张脑血管,改善脑缺血区血流灌注,减少神经元缺氧坏死,直接降低NSE释放;而石菖蒲的挥发油 β -细辛醚^[22]可增多海马CA3区神经元NSE表达量,提高神经元活性,减少神经元损伤,进而减少NSE释放,降低血清NSE水平。郁金姜黄素可抑制核因子- κ B(NF- κ B)活化,减少促炎因子释放,还可阻断单核细胞趋化信号通路(如CCR2/MCP-1轴),抑制单核细胞向血管内皮黏附,间接降低ICAM-1表达;丹参中丹参酮IIA可抑制Toll样受体4(TLR4)/髓样分化因子88(MyD88)通路,减少炎症因子(如MCP-1)转录,清除活性氧(ROS),减轻氧化应激诱导的血管内皮损伤,降低ICAM-1黏附分子表达,降低血清ICAM-1、MCP-1水平。葛根素可抑制基质金属蛋白酶-9(MMP-9)活性,减少细胞外基质(如纤维连接蛋白)降解,维持血脑屏障完整性,上调组织金属蛋白酶抑制剂-1(TIMP-1)表达,恢复MMP-9/TIMP-1平衡;川芎嗪可抑制磷脂酶A₂(PLA₂)活性,减少花生四烯酸代谢产物(如LTB₄)生成,减轻血管内皮细胞损伤,促进血管内皮细胞紧密连接蛋白(如ZO-1)表达,修复血脑屏障结构,从而降低血清MMP-9水平。

本研究也存在一定的局限性,①本研究为回顾性分析,缺乏随机对照试验的证据,可能存在选择偏倚;②样本量相对较小,未能全面涵盖所有缺血性中风患者类型,结果的外推性可能受到一定限制;③没有长期随访数据,未能评估天麻葛根汤加减在长期疗效和预后方面的作用。未来建议开展多中心、大样本的前瞻性随机对照试验,以进一步验证天麻葛根汤加减在缺血性中风治疗中的效果;并对不同类型的缺血性中风进行分层研究,以探索更精确的治疗方案,还需增加长期随访,评估其对中风复发率、长期神经功能恢复的影响。

综上所述,天麻葛根汤加减辅助治疗风痰瘀阻证缺血性中风更为安全有效,利于神经功能的改善。

参考文献:

- [1] 李昆宏,武爽,杨嘉葳,等. 湿证缺血性中风小鼠模型的建立[J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35(10): 1492-1497.
- [2] DELONG J H, OHASHI S N, O'CONNOR K C, et al. Inflammatory responses after ischemic stroke [J]. Semin Immunopathol, 2022, 44(5): 625-648.
- [3] 陈亮,王晓玲,唐勇,等. 自拟方平肝活血散治疗缺血性中风急性期风痰瘀阻证的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(28): 102-105.
- [4] 郑颖影,黎治荣,余恒旺. 加味通窍活血汤治疗缺血性中风介入术

- 后风痰瘀阻证患者的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(9): 2002–2007.
- [5] 黄黎娟, 邓奕辉. 天麻葛根汤联合倍他司汀治疗后循环缺血性眩晕风痰瘀阻证临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(12): 53–56.
- [6] 牟欢. 半夏天麻葛根汤对痰湿中阻证原发性高血压(非杓型)的疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2022.
- [7] 刘丽萍, 周宏宇, 段婉莹, 等. 中国脑血管病临床管理指南(第2版)(节选)——第4章缺血性脑血管病临床管理推荐意见[J]. 中国卒中杂志, 2023, 18(8): 910–933.
- [8] 李平, 吴钟璇, 张云如, 等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55–56.
- [9] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 中华医学会神经病学分会神经血管介入协作组. 中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 683–691.
- [10] 中华医学会神经外科分会, 中国医师协会神经外科分会, 中国医师协会神经内科分会. 介入神经放射诊断治疗规范II(修订稿)[J]. 中国脑血管病杂志, 2005, 2(9): 427–432.
- [11] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 64–66.
- [12] 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(10): 2068–2069.
- [13] 王丽波, 杨泽华. 中风醒神合剂治疗急性缺血性脑卒中风痰瘀阻证临床评价及对 NT-pro-BNP、MMP-9、ICAM-1、MCP-1 影响研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(3): 15–18.
- [14] 王渭, 游娟, 罗洁. 半夏白术天麻汤加味治疗缺血性中风风痰瘀阻证疗效研究[J]. 陕西中医, 2022, 43(12): 1717–1720.
- [15] 朱伟炜, 苏寅, 李荣, 等. 天麻葛根汤治疗颈椎源性眩晕症的临床疗效分析[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(22): 161–164.
- [16] 梁洪文, 孙波, 孙宏, 等. 葛根汤合天麻钩藤饮治疗脑卒中后痉挛性偏瘫临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2024, 26(5): 22–25.
- [17] BABKINA A S, LYUBOMUDROV M A, GOLUBEV M A, et al. Neuron-specific enolase – what are we measuring? [J]. Int J Mol Sci, 2024, 25(9): 5040.
- [18] MASHAQI S, MANSOUR H M, ALAMEDDIN H, et al. Matrix metalloproteinase – 9 as a messenger in the cross talk between obstructive sleep apnea and comorbid systemic hypertension, cardiac remodeling, and ischemic stroke: a literature review [J]. J Clin Sleep Med, 2021, 17(3): 567–591.
- [19] ZHAO J H, YANG F L, PENG X, et al. Is matrix metalloproteinase – 9 associated with post-stroke cognitive impairment or dementia? [J]. J Integr Neurosci, 2022, 21(6): 160.
- [20] MATHEW D T, PEIGH G, LIMA J A C, et al. Associations of circulating vascular cell adhesion molecule – 1 and intercellular adhesion molecule – 1 with long-term cardiac function [J]. J Am Heart Assoc, 2024, 13(6): e032213.
- [21] XU Q, LIU Y L, TIAN X, et al. Monocyte chemoattractant protein – 1, inflammatory biomarkers, and prognosis of patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: findings from a nationwide registry study [J]. J Am Heart Assoc, 2024, 13(16): e035820.
- [22] 刘得水, 兴桂华, 卢长方, 等. β -细辛醚对抑郁模型大鼠海马和血清神经元特异性烯醇化酶变化的干预作用[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(5): 1040–1041.

Effect Analysis on Treating Ischemic Apoplexy (Wind – Phlegm – Stasis Blocking Syndrome) with Modified Tianma Gegen Decoction

ZHANG Miao, YU Yi

Rugao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nantong 226500, China

Abstract Objective: To analyze the effect of Tianma Gegen decoction on ischemic stroke (Wind – Phlegm – Stasis Blocking Syndrome). Methods: The clinical data of 105 patients with ischemic stroke (Wind – Phlegm – Stasis blocking syndrome) admitted to Rugao Hospital of Traditional Chinese Medicine during January 2021 to December 2023 were retrospectively analyzed. According to different treatment methods, they were divided into control group ($n = 55$, conventional treatment) and observation group ($n = 50$, conventional treatment + modified Tianma Gegen decoction). After 2 weeks of continuous treatment, the clinical efficacy, adverse reactions, and TCM symptom scores, degree of neurological impairment [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score], serum indexes [neuron-specific enolase (NSE), matrix metalloproteinase (MMP) – 9, intercellular adhesion molecule (ICAM) – 1, monocyte chemoattractant protein (MCP) – 1] levels before and after treatment were evaluated. Results: The total effective rate of observation group was 98.00% (49/50), which was higher than that of control group 85.45% (47/55) ($P < 0.05$). Compared with before treatment, TCM syndrome score, NIHSS score and serum levels of NSE, MMP – 9, ICAM – 1 and MCP – 1 in both groups were decreased after treatment ($P < 0.01$), and the observation group was lower than the control group ($P < 0.01$). The total incidence of adverse reactions in observation group and control group was 8.00% (4/50) and 5.45% (3/55), respectively, with no statistical significance ($P > 0.05$). Conclusion: The modified Tianma Gegen decoction in the treatment of ischemic stroke (Wind – Phlegm – Stasis Blocking Syndrome) can improve the therapeutic effect, alleviate symptoms, reduce the levels of serum NSE, MMP – 9, ICAM – 1 and MCP – 1, which is conducive to the improvement of neurological impairment, and will not increase the occurrence of adverse reactions.

Key words Tianma Gegen Decoction; Ischemic stroke; Wind – Phlegm – Stasis blocking syndrome