

益气活血通痹汤对气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫的临床疗效分析

唐金雅, 王姝娟, 李春江, 朱建*

江阴市中医肝胆医院, 江苏 无锡 214400

摘要 目的:探究益气活血通痹汤对气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫的临床疗效分析。方法:前瞻性选取江阴市中医肝胆医院 2022 年 1 月—2024 年 12 月诊疗的 80 例气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者,根据随机数字表法分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组予以常规西医治疗,观察组予以西医联合中药汤剂益气活血通痹汤治疗。比较两组中医症状改善情况、临床疗效、血液流变学、运动功能、神经功能相关指标及安全性。结果:治疗后,两组中医证候积分、HCT、FIB、CRP、CysC、BNP 水平均减少($P < 0.05$),且观察组减少更明显($P < 0.05$)。治疗后,两组 FMA 评分、BBS 评分增加($P < 0.05$),且观察组增加更明显($P < 0.05$)。观察组临床疗效高于对照组($P < 0.05$)。结论:对气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者予以益气活血通痹汤治疗,可通过促进血液循环、改善神经功能,促进运动功能恢复,从而可有效提升疗效。

关键词 缺血性卒中;偏瘫;益气活血通痹汤;气虚血瘀证;血液流变学;神经功能

中图分类号:R255.2

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)01-0097-04

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260018

缺血性卒中又称脑梗死,是指多种因素造成的脑部供血不足,使局部脑组织发生不可逆性损害,导致脑组织缺血、缺氧性坏死^[1]。血液高凝状态、血管硬化斑块、血栓形成等都可能引起缺血性卒中发生^[2]。近年来,卒中发生率有逐渐增加的趋势,且趋于年轻化,临床致残率、致死率以及复发率较高,严重威胁患者生活质量及生命安全,同时加重家庭及社会负担^[3-4]。偏瘫是卒中后常见表现之一,其发生率达 75%,会增加治疗难度^[5]。药物治疗、康复运动、物理疗法等是治疗卒中后偏瘫的主要方法,但存在治疗周期长、费用高、不良反应多等问题^[6]。缺血性卒中后偏瘫以气虚血瘀证最为常见,气虚血行无力,而引起瘀阻于

络,引起偏瘫^[7]。基于此,本研究将探索中药益气活血通痹汤在气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者中的应用效果,以期临床改善患者预后提供一定的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

前瞻性选取江阴市中医肝胆医院 2022 年 1 月—2024 年 12 月诊疗的 80 例气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者,根据随机数字表法分为对照组和观察组,每组 40 例。两组基本资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。患者均知晓本研究方案,签署知情同意书。研究经江阴市中医肝胆医院伦理委员会审批同意(JYGD-2021-101)。

表 1 两组气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者基本资料比较

组别	例数	性别		年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	BMI($\bar{x} \pm s$)/(kg·m ⁻²)	发病位置		病程($\bar{x} \pm s$)/d
		男	女			左侧	右侧	
观察组	40	24	16	67.58 ± 3.19	22.58 ± 1.33	20	20	45.32 ± 5.04
对照组	40	21	19	67.34 ± 3.37	22.69 ± 1.34	15	25	46.13 ± 5.20

收稿日期:2025-05-17 修回日期:2025-12-01

基金项目:江苏省中医药科技发展计划项目(MS2023162)

作者简介:唐金雅(1988-),女,硕士,主治医师,从事神经内科相关研究。

*通信作者:朱建(1983-),男,硕士,副主任中医师,从事神经内科临床工作。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照文献^[8]制定,急性起病;一侧面部或肢体麻木无力、言语障碍;经 CT 或 MRI 诊断为脑梗死;影像学检查出现责任病灶持续 24 h 以上;排除非血管性病因。卒中后偏瘫定位:病变部位累及皮质脊髓束(如内囊、脑干锥体束);临床表现为单侧肢体运动功能障碍(肌力≤3 级);发病至入组时间≤14 d(急性期至亚急性期)。

1.2.2 中医诊断标准

参照文献^[9]制定,气虚血瘀证:主症可见口舌歪斜,偏身麻木,半身不遂,舌强言謇或不语;次症可见手部肿胀,心悸自汗,气短乏力,面色无华,便溏,舌质暗苔白,脉沉细。

1.3 纳入、排除及剔除脱落标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄 60~75 岁;③首次发病,处于卒中恢复期(发病后 14 d~6 个月);④相关资料完整,包含完整的入院记录、病程记录、实验室检查(血常规、凝血功能、肝肾功能等)、影像学资料(头颅 CT/MRI)及知情同意书;⑤自愿参与;⑥单侧偏瘫;⑦无治疗禁忌证。

1.3.2 排除标准

①精神疾病者;②恶性肿瘤者;③其他原因导致偏瘫者;④重要脏器功能异常者;⑤脑血管病史者。

1.3.3 剔除脱落标准

①依从性差;②超过 3 d 未严格按照疗程用药;③自愿退出研究。

1.4 治疗方法

所有患者均予以常规西医治疗,①抗血小板治疗:阿司匹林 100 mg/d(山东绿因药业有限公司,H37024011);②神经保护与危险因素控制:阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司,H19990258,20 mg/d)联合氨氯地平片(安徽华益药业科技有限公司,H20254776,10 mg/片);③代谢管理:二甲双胍(丹东医创药业有限责任公司,H21022377,0.5 g/片);④康复训练:采用 Bobath 技术、中频电刺激和针灸推拿。

观察组加用益气活血通痹汤治疗。该方源自清代王清任《医林改错》补阳还五汤化裁,组方:黄芪、丹参

各 30 g,当归、赤芍、川芎、鸡血藤、伸筋草各 15 g,白芍、桂枝、红花、地龙各 10 g,全蝎、僵蚕、蜈蚣各 5 g,冰片、甘草各 3 g。中药由江阴市中医肝胆医院中药房统一煎煮,300 mL/剂,1 剂/d,分早晚 2 次服用。

两组患者持续治疗 8 周。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 中医症状及运动功能改善

根据气虚血瘀证候相关症状按照无、轻、中、重分别积 0、1、2、3 分。运动功能采用 Fugl-Meyer 运动量表(FMA)和 Berg 平衡量表(BBS);FMA 包含上、下肢两部分,上肢总分 66 分,下肢总分 34 分,得分越高运动功能越好;BBS 共包含 14 项内容,每项均为 0~4 分,总分 0~56 分,得分越高平衡功能越好。所有患者症状积分及量表评估均在治疗前后分别进行 1 次评估。

1.5.2 临床疗效

根据中医证候积分改善率评估。改善率=(治疗前-治疗后)积分/治疗前积分×100%。显效:症状消失或缓解显著,改善率≥70%;有效:症状缓解,30%≤改善率<70%;无效:症状无变化,改善率<30%^[10]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5.3 血液流变学及神经功能指标测定

采集治疗前后外周血,用 HT-100A 全自动血液流变分析仪测定红细胞压积(HCT)、纤维蛋白原(FIB)、血浆黏度。取血抗凝静置,3 000 r/min 离心 10 min,取血清,用酶联免疫吸附法测定 C 反应蛋白(CRP)、胱抑素 C(CysC)、脑钠肽(BNP)水平。

1.5.4 安全性

观察并记录两组恶心呕吐、腹胀、皮疹、肝肾损伤等不良反应发生情况。

1.6 统计学方法

用 SPSS25.0 处理数据,例或% 描述疗效、性别等计数资料,行 χ^2 检验;($\bar{x} \pm s$)描述计量资料,行配对或独立 *t* 检验;*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医症状及运动功能改善比较

治疗后,两组中医证候积分均减少(*P*<0.05),FMA 评分、BBS 评分均增加(*P*<0.05),且观察组中医证候积分减少更明显(*P*<0.05),FMA 评分、BBS 评分增加更明显(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者中医症状及运动功能改善情况($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	主症积分	次症积分	FMA 评分	BBS 评分
观察组	40	治疗前	10.25±1.71	13.65±2.73	46.82±5.85	27.56±3.44
		治疗后	3.46±0.69 ^{*#}	4.39±1.09 ^{*#}	77.61±5.97 ^{*#}	41.36±5.17 ^{*#}
对照组	40	治疗前	10.03±1.67	13.21±2.57	46.11±5.76	26.95±3.39
		治疗后	5.24±1.05 [*]	5.21±1.30 [*]	74.32±5.72 [*]	38.74±4.84 [*]

注:与同组治疗前相比,**P*<0.05;与对照组治疗后相比,#*P*<0.05。

2.2 两组临床疗效比较

观察组临床总有率高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	30(75.00)	8(20.00)	2(5.00)	38(95.00) *
对照组	40	21(52.50)	10(25.00)	9(22.50)	31(77.50)

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组血液流变学指标比较

治疗后, 两组 HCT、FIB 水平均减少($P < 0.05$), 且观察组减少更明显($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	时间	HCT/ %	FIB/(g/L)	
观察组	40	治疗前	50.34 $\pm$ 8.39	4.53 $\pm$ 0.76	
		治疗后	28.65 $\pm$ 4.78 **	2.65 $\pm$ 0.53 **	
对照组	40	治疗前	51.05 $\pm$ 8.52	4.68 $\pm$ 0.78	
		治疗后	32.36 $\pm$ 5.39 *	2.93 $\pm$ 0.58 *	

注:与同组治疗前相比, * $P < 0.05$;与对照组治疗后相比, # $P < 0.05$ 。

2.4 两组神经功能指标比较

治疗后, 两组 CRP、CysC、BNP 均减少($P < 0.05$), 且观察组减少明显($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者神经功能指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	时间	CRP/ (mg/L)	CysC/ (mg/L)	BNP/ (ng/mL)
观察组	40	治疗前	18.72 $\pm$ 3.12	2.31 $\pm$ 0.33	385.64 $\pm$ 42.78
		治疗后	7.52 $\pm$ 1.50 **	1.65 $\pm$ 0.24 **	182.43 $\pm$ 20.27 **
对照组	40	治疗前	19.43 $\pm$ 3.24	2.24 $\pm$ 0.32	377.92 $\pm$ 41.99
		治疗后	9.21 $\pm$ 1.84 *	1.86 $\pm$ 0.26 *	214.69 $\pm$ 23.85 *

注:与同组治疗前相比, * $P < 0.05$;与对照组治疗后相比, # $P < 0.05$ 。

2.5 两组安全性比较

两组安全性比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 6。

表 6 两组气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者不良反应比较[例(%)]						
组别	例数	恶心呕吐	腹胀腹痛	皮疹	瘙痒	不良反应总发生
观察组	40	2(5.00)	2(5.00)	0(0.00)	1(2.50)	5(12.50)
对照组	40	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	3(7.50)

3 讨论

中医认为, 卒中后偏瘫归属“中风”“偏枯”等范畴, 与情志不畅、饮食不节、劳逸失调等有关, 脏腑阴阳失衡、气血逆乱可上犯脑窍、瘀阻于络, 导致血行不畅、脑失所养, 从而导致筋脉失养, 肢体拘挛瘫痪^[11-12]。

益气活血通痹汤方中黄芪为君药, 补气升阳, 生津养血, 行滞通痹, 具有大补脾胃元气的功效。丹参活血凉血、祛瘀止痛, 当归补血活血, 与黄芪配伍, 使气旺血生, 共为臣药; 赤芍清热凉血、散瘀止痛, 可以协助丹参、当归等增强活血祛瘀之力; 川芎活血行气、祛风止痛, 能上行头目, 下行血海, 通达全身, 增强活血通络效果; 红花活血祛瘀, 鸡血藤活血补血、舒筋活络; 地龙清热定惊、通络, 善于通行经络; 全蝎可深入经络, 祛除风邪, 使气血更好地通达肢体末端; 僵蚕息风止痉、化痰散结; 蜈蚣走窜之力最速, 内而脏腑, 外而经络, 凡气血凝聚之处皆能开之; 伸筋草祛风除湿、舒筋活络; 桂枝能温通经脉、助阳化气; 白芍可缓急止痛, 缓解肢体拘挛疼痛, 同时养血柔肝, 防止诸虫类药辛温走窜伤阴, 起到佐制的作用; 冰片开窍醒神、清热止痛, 其芳香走窜, 能通诸窍, 引药上行; 共为佐药。甘草补脾益气, 为使药, 可调和诸药, 使其共行补气、活血、通络的功效。

本研究显示, 与对照组相比, 观察组治疗后临床总有效率较高, 中医证候积分较低, FMA 评分、BBS 评分较高, 提示益气活血通痹汤可有效改善中医证候相关症状, 促进疗效提升, 同时改善肢体功能。分析其原因, 气是推动血液运行的动力, 气虚则血行无力, 导致瘀血阻滞经络; 黄芪为补气要药, 可推动血液在脉络中正常运行, 改善脑部及肢体血液供应; 甘草辅助黄芪补脾益气, 增强补气之力, 使气血生化有源, 进一步促进气血运行。丹参、当归、赤芍等有活血祛瘀、止痛的作用, 可有效促进经络通畅、促进血液循环; 地龙、全蝎、蜈蚣等具有通络止痛、息风止痉的功效, 善于深入经络, 搜剔风邪, 对于中风后肢体经络阻滞、筋脉拘挛有较好作用。全方合用有补气、活血、通络的功效, 可有效促进患者气血运行, 从而改善由于气血瘀滞引起的症状, 促进肢体运动功能改善, 提升疗效。

研究显示, 与对照组相比, 观察组治疗后 HCT、FIB、CRP、CysC、BNP 水平均较低, 提示益气活血通痹汤可有效促进气血运动, 改善血液循环和患者神经功能。HCT 指一定容积全血中红细胞所占的百分比, 反映了红细胞的数量和体积在血液中所占的比例, 可在一定程度上反映血液的黏稠度^[13]。FIB 是一种由肝脏合成的具有凝血功能的蛋白质, 在凝血过程中起着关键作用, 可在凝血酶的作用下转变为纤维蛋白, 形成血栓, FIB 升高可促进血小板的聚集和黏附, 使血液处于高凝状态^[14]。CRP 是肝脏组织在炎症、感染等刺激下产生的急性时相反应蛋白, 是一种敏感炎症标志物, 其水平可在炎症刺激时迅速升高, 卒中患者 CRP 水平越高, 脑组织损伤越严重^[15]。CysC 是肾功能评估常用标志物, 血液中的胱抑素 C 水平是反映肾小球滤过功能的一个敏感且特异的指标^[16]。CysC 能通过中性粒细胞迁移参与炎症反应, 与神经功能损伤呈正相

关^[17]。BNP 是心脏标志物,主要由心室肌细胞合成和分泌,有利钠、利尿、扩张血管、降低血压和交感神经系统兴奋性等作用^[18],血清 BNP 水平与脑梗死患者神经缺损程度正相关^[19],且对患者预后有一定预测价值。益气活血通痹汤方中活血化瘀药物可以降低血液黏稠度,抑制血小板聚集,改善血液的流动性和黏滞性,促进血液循环,从而改善脑部及肢体的血液循环,增加缺血组织的血液灌注,为受损神经细胞提供充足的氧气和营养物质,促进神经功能的恢复;同时方中药材有抗炎、抗氧化、抗凋亡等作用,可抑制炎症、氧化应激对神经细胞的损伤作用,促进神经细胞存活和修复,有效改善神经功能。

研究还显示,两组安全性差异无统计学意义,提示益气活血通痹汤治疗卒中后偏瘫安全有效。由于观察组不良反应发生率略高于对照组,可能与益气活血通痹汤中虫类药(全蝎、蜈蚣等)的异体蛋白致敏性及活血成分(红花、川芎)的胃肠刺激作用有关,且 8 周疗程可能加剧药物累积效应。此外,气虚血瘀证患者本身存在血管脆性增加的病理基础,高龄群体对多靶点干预的敏感性差异也可能扩大不良反应表型。

综上所述,对气虚血瘀证缺血性卒中后偏瘫患者予以益气活血通痹汤治疗,可通过促进血液循环、改善神经功能,促进运动功能恢复,提升临床疗效。

参考文献:

[1] 屈怡纯,王效春.灌注成像技术在缺血性脑卒中治疗及预后评估中的研究进展[J].磁共振成像,2025,16(2):130-134.
[2] 刘晓雯,王竹行,周熙,等.针灸辅助治疗急性缺血性脑卒中后偏瘫的临床价值[J].实用医院临床杂志,2023,20(2):65-67.
[3] 赵娜,李宁,张立帅,等.全身垂直律动训练联合反复促通疗法对缺血性脑卒中后偏瘫患者下肢运动功能的康复效果[J].实用心脑血管病杂志,2025,33(4):69-74.
[4] SASEGBON A, CHENG I, HAMDY S. The neurorehabilitation of post-stroke dysphagia: physiology and pathophysiology [J]. J Physiol, 2025, 603(3): 617-634.

[5] 董莹慧,张立杰.东垣针法对缺血性脑卒中后偏瘫患者运动功能及皮质脊髓束损伤的影响研究[J].针灸临床杂志,2023,39(8):14-18.
[6] 康永清,陈慧敏,沈锦,等.头针结合绳带疗法治疗缺血性卒中偏瘫患者恢复期步行功能的疗效及对其血清炎症因子的影响[J].世界中西医结合杂志,2023,18(8):1620-1624,1629.
[7] 齐月华,信馨,张颖,等.芪仙通络方熏蒸辅助治疗对脑梗死后偏瘫气虚血瘀证患者神经功能及康复效果的影响[J].国际中医中药杂志,2023,45(5):543-547.
[8] 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].中国临床医生,2011,39(3):67-73.
[9] 国家中医药管理局脑病急症协作组.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.
[10] 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,2002:99-104.
[11] 岳琳,施赞华,张蓉蓉,等.益气活血针法联合重复经颅磁刺激治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中后偏瘫临床研究[J].新中医,2025,57(4):61-66.
[12] 胡惠惠,刘燕观,李雨阳.通窍活血汤联合通督调神针法治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中后偏瘫的临床研究[J].中国医药导报,2024,21(4):148-152.
[13] CUI L Y, FENG Y F, LU P, et al. Hematocrit predicts poor prognosis in patients with acute ischemic stroke or transient ischemic attack[J]. Brain Sci, 2024, 14(5): 439.
[14] ROMOLI M, GIANNANDREA D, ZINI A. Fibrinogen depletion and intracerebral hemorrhage after thrombolysis for ischemic stroke: a meta-analysis[J]. Neurol Sci, 2022, 43(2): 1127-1134.
[15] 顾福一,黄维英,熊长贵,等.急性脑梗死患者并发认知功能障碍的风险预测 Nomogram 模型构建[J].神经损伤与功能重建,2025,20(1):12-16,56.
[16] HAO C G, CHEN S B. A systematic review and meta-analysis of serum cystatin C levels and acute ischemic stroke outcomes[J]. Adv Clin Exp Med, 2025, 34(2): 153-163.
[17] 罗明晶,刘婧,王心怡,等.依达拉奉右莰醇联合 rt-PA 治疗急性脑梗死的疗效[J].西部医学,2025,37(2):284-288,294.
[18] LEDWIDGE M, DODD J D, RYAN F, et al. Effect of sacubitril/valsartan vs valsartan on left atrial volume in patients with pre-heart failure with preserved ejection fraction: the PARABLE randomized clinical trial[J]. JAMA Cardiol, 2023, 8(4): 366-375.
[19] 黄家建,黄溯智,农金尧.脑利钠肽、超敏 C 反应蛋白、纤维蛋白原与急性脑梗死患者 NIHSS 评分关系及支架介入成形术预后预测效能探究[J].脑与神经疾病杂志,2024,32(12):740-745.

Clinical Efficacy Analysis of Yiqi Huoxue Tongbi Decoction in Hemiplegia after Ischemic Stroke with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome

TANG Jinya, WANG Shujuan, LI Chunjiang, ZHU Jian

Hepatobiliary Hospital of Jiangyin Traditional Chinese Medicine, Wuxi 214400, China

Abstract Objective: To explore the clinical effect of Yiqi Huoxue Tongbi Decoction on hemiplegia after ischemic stroke with qi deficiency and blood stasis. Methods: A total of 80 patients with hemiplegia after ischemic stroke with qi deficiency and blood stasis syndrome in Hepatobiliary Hospital of Jiangyin Traditional Chinese Medicine from January 2022 to December 2024 were prospectively selected and divided into 2 groups with 40 cases each according to random number table method. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was treated with Yiqi Huoxue Tongbi Decoction combined with western medicine. Symptom improvement, curative effect, hemorheology, motor function, neurological function and safety were compared between the two groups. Results After treatment, TCM syndrome score, HCT, FIB, CRP, CysC and BNP levels were decreased in both groups, and the decrease was significant in the observation group ($P < 0.05$). After treatment, FMA scores and BBS scores in two groups were increased, and the increases in observation group were significant ($P < 0.05$). The curative effect of observation group was higher than that of control group ($P < 0.05$). Conclusion: The treatment of Yiqi Huoxue Tongbi Decoction for hemiplegia patients after ischemic stroke with qi deficiency and blood stasis syndrome can promote blood circulation, improve nerve function, and promote the recovery of motor function, so as to effectively improve the curative effect.

Key words Ischemic stroke; Hemiplegia; Yiqi Huoxue Tongbi Decoction; Qi deficiency and blood stasis syndrome; Hemorheology; Neural function