◆临床证治◆

化痰通络汤加减联合常规疗法治疗痰瘀阻络型脑梗死临床研究

刘均仪，方亮，林敏霞，徐珊，王袖平

广州市海珠区中医医院康复医学科，广东 广州 510220

［摘要］**目的：**观察化痰通络汤加减联合常规疗法治疗痰瘀阻络型脑梗死的临床效果。**方法：**选取2019年1月—2023年12月在广州市海珠区中医医院康复医学科治疗的80例痰瘀阻络型脑梗死住院患者为研究对象，通过随机数字表法分为对照组和治疗组各40例。2组均予常规内科基础治疗与康复训练，治疗组加用化痰通络汤加减治疗，2组疗程均为2周。治疗前后评估2组患者的中医证候评分、美国国立卫生研究院卒中量表（NHISS）评分、Barthel指数（BI）评分，检测血红细胞比容（HCT）、纤维蛋白原（FIB）水平，比较2组的临床疗效与不良反应发生率。**结果：**治疗后，治疗组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。2组中医证候积分、NIHSS评分均较治疗前减少，BI评分均较治疗前增加，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗组中医证候积分、NIHSS评分均低于对照组，BI评分高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组HCT、FIB水平均较治疗前降低（$P<0.05$）。治疗组HCT、FIB水平均低于对照组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**应用化痰通络汤加减联合常规疗法治疗痰瘀阻络型脑梗死患者，相较于单纯应用常规疗法治疗，可提高临床疗效，提升患者的日常生活自理能力，改善生活质量，且安全性良好。

［关键词］脑梗死；痰瘀阻络证；化痰通络汤；日常生活活动能力；神经功能

［中图分类号］R743.33 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0054-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.010

Clinical Study on Treatment of Modified Huatan Tongluo Decoction Combined with Conventional Therapy for Cerebral Infarction of Phlegm and Blood Stasis Obstructing the Collaterals Type

LIU Junyi, FANG Liang, LIN Minxia, XU Shan, WANG Xiuping

Department of Rehabilitation Medicine, Guangzhou Haizhu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510220, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Huatan Tongluo Decoction combined with conventional therapy in the treatment of cerebral infarction of phlegm and blood stasis obstructing the collaterals type. **Methods:** A total of 80 inpatients with cerebral infarction of phlegm and blood stasis obstructing the collaterals type, who were treated in the Department of Rehabilitation Medicine of Guangzhou Haizhu Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2019 to December 2023, were selected as the research subjects and divided into a control group and a treatment group, with 40 cases in each group, using the random number table method. Both groups were given conventional internal medicine basic treatment and rehabilitation training, while the treatment group was additionally treated with modified Huatan Tongluo Decoction. The treatment course for both groups was two weeks. Before and after

［收稿日期］2025-07-03
［修回日期］2025-08-13
［作者简介］刘均仪（1981-），女，医学硕士，副主任中医师，E-mail：103433868@qq.com。

treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores, and Barthel Index (BI) scores of the patients in both groups were assessed, and the levels of hematocrit (HCT) and fibrinogen (FIB) were detected. The clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate in the treatment group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The traditional Chinese medicine syndrome scores and NIHSS scores in both groups reduced compared with those before treatment, and the BI scores increased compared with those before treatment, with statistically significant differences ($P<0.05$). The traditional Chinese medicine syndrome scores and NIHSS scores in the treatment group were lower than those in the control group, and the BI score was higher than that in the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). The levels of HCT and FIB in both groups reduced compared with those before treatment ($P<0.05$). The levels of HCT and FIB in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion:** The application of the modified Huatan Tongluo Decoction combined with conventional therapy in the treatment of patients with cerebral infarction of phlegm and blood stasis obstructing the collaterals type, compared with the sole use of conventional therapy, can improve clinical efficacy, enhance the patients′ ability to take care of themselves in daily life, improve the quality of life, and ensure good safety.

Keywords: Cerebral infarction; Syndrome of phlegm and blood stasis obstructing the collaterals; Huatan Tongluo Decoction; Activities of daily living; Neurological function

脑梗死是常见的缺血性脑血管病，具有高致残率、高死亡率，随着医学的不断进步，救治成功率不断提高，但患者仍常遗留不同程度的认知、运动等功能障碍，显著降低生活质量[1]。如何快速、高效地促进功能恢复，帮助患者尽早回归家庭和社会，已成为医患双方共同面临的亟待解决的关键临床问题。临床实践证实，中西医结合治疗脑血管疾病有其独特优势。脑梗死归属于中医学中风范畴，痰瘀阻络证是笔者在临床常见的中医证型。笔者在补气扶正以祛邪思路的指导下，以益气活血通络为治则，以化痰通络汤加减联合常规现代医学疗法治疗痰瘀阻络型脑梗死，疗效较为显著。为明确此中西医结合疗法的疗效，笔者开展了相关临床研究，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 脑梗死的诊断参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2023》[2]。

1.2 辨证标准 参照《中风病(脑梗死)恢复期中医临床路径和中医诊疗方案(2017版)》[3]拟定痰瘀阻络型中风辨证标准。主症：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或语不达意，甚或不语，偏身麻木，或饮水发呛，目偏不瞬，步履不稳；次症：头晕目眩，痰多而黏；舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉弦滑。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准与辨证标准；神志清晰，无严重认知障碍，能言语交流；年龄30～85岁；病程在3个月内；签署知情同意书。

1.4 排除标准 近期有颅内出血或有出血倾向病史；对本次试验所涉及的药物有过敏反应；伴有颅内肿瘤、颅内动脉瘤、严重的肝肾功能损害；患有免疫性疾病；合并有严重的代谢系统、血液循环系统及精神性疾病。

1.5 剔除标准与脱落标准 因依从性差、严重不良反应等原因中途更换治疗方案；在研究过程中自行退出研究。

1.6 一般资料 选取2019年1月—2023年12月在广州市海珠区中医医院康复医学科治疗的80例痰瘀阻络型脑梗死住院患者为研究对象，通过随机数字表法分为对照组和治疗组，每组40例。治疗期间，对照组1例未按要求服药，2例中途退出；治疗组2例未按要求服药，1例中途退出。最后对照组及治疗组各37例患者纳入数据分析。对照组男24例，女13例；年龄平均(68.65±11.10)岁；病程平均(28.00±26.93)天。治疗组男26例，女11例；年龄平均(68.16±10.06)岁；病程平均(25.32±22.01)天。2组一

般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究方案经广州市海珠区中医医院医学伦理委员会审查批准。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用内科基础治疗与康复训练干预。内科基础治疗方案包括调控血压、血糖、血脂，抗血小板聚集或抗凝，保护神经等措施[2]。康复训练[4]：安排主管或副主任康复治疗师（有5年及以上工作经验），结合患者实际状况设计个体化的康复治疗措施，涉及以下5个部分。①运动疗法：实施内容包括良肢位摆放、关节活动度训练、肌力增强训练、平衡功能训练及步态训练。每次45 min，每天1次。②作业疗法：重点开展上肢功能训练及日常生活活动能力（ADL）训练，每次45 min，每天1次。③吞咽功能康复：采用综合性干预策略，包括：营养状态管理、进食技巧训练、吞咽器官功能锻炼、辅助性吞咽治疗，每次20 min，每天1次。④言语功能康复：实施系统化训练方案，包含肌肉松弛训练、呼吸控制训练、发音器官感觉运动训练、语音清晰度训练、语速调节训练。每次20 min，每天1次。⑤物理因子治疗：根据实际情况采取相应功能性电刺激疗法，如低频脉冲电治疗（吞咽电刺激）、中频脉冲电治疗、电子生物反馈疗法等，每次20 min，每天1次。

2.2 治疗组 在对照组疗法基础上加用化痰通络汤加减治疗。处方：黄芪30～45 g，白术15 g，防风10 g，橘红10 g，法半夏10 g，茯苓30 g，枳壳15 g，川芎10 g，桃仁10 g，远志10 g，石菖蒲10 g，丹参15 g，党参30 g，炙甘草6 g。随症加减：气虚明显，党参可改为人参15 g；瘀血阻络明显，加红花6 g、地龙10 g、蜈蚣2条增强活血通络之力；肝阳上亢，头晕头痛明显，加天麻15 g，钩藤（后下）15 g，石决明（先煎）30 g；睡眠差，加酸枣仁15 g，柏子仁15 g，首乌藤30 g；便秘，加生地黄10～15 g，柏子仁15 g，火麻仁30 g，白花蛇舌草30 g。每天1剂，统一由大翔医药集团有限公司规范煎煮制成400 mL汤剂，给药方式为早、晚餐后温服，不能经口进食者采用鼻饲管注入。

2组疗程均为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①神经功能缺损程度。采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评定，核心评分项目包括意识水平、面瘫、肢体运动、构音障碍等11项，总分范围0～42分，分数越高，表示神经功能受损越严重。②ADL。运用Barthel指数（BI）评定量表进行评估，包括进食、穿衣、洗漱、如厕等10项基本生活活动，总分0～100分，分值越高，表示ADL越好。③中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》[5]，观察患者头晕目眩、肢体麻木、痰多等14项证候，依据无（0分）、轻（2分）、中（4分）、重（6分）进行相应的评分，积分为14项中医证候评分之和。④血红细胞比容（HCT）。空腹抽取2 mL肘静脉血，放入EDTA抗凝管后，立即轻柔颠倒混匀8～10次（防止凝血），尽快送检，于2 h内，使用XN-1000-B4全自动血细胞分析装置（希森美康株式会社）进行检测，检测前需提前较准和质控。⑤纤维蛋白原（FIB）。空腹抽取2 mL肘静脉血，放入真空采血管中摇匀后，放入离心机，离心速度为3 000 r/min，离心半径15 cm，离心时间10 min，使用C3510全自动凝血分析仪（北京普利生仪器有限公司），采用凝固法进行检测。以上各项观察指标均于治疗前、治疗2周后评估和检测。⑥临床疗效。于治疗2周后评估。⑦不良反应。观察治疗期间患者发生不良反应的情况，统计不良反应发生率。

3.2 统计学方法 运用SPSS27.0软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检验。计数资料以百分比（%）表示，组间比较采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床痊愈：头晕目眩、肢体麻木等主要临床症状基本消失，中医证候积分减少率≥95%；显效：临床症状显著改善，70%≤中医证候积分减少率＜95%；有效：临床症状有所缓解，30%≤中医证候积分减少率＜70%；无效：临床症状未改善或加重，中医证候积分减少率＜30%。中医证候积分减少率=（治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分）/治疗前中医证候积分×100%[5]。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，治疗组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	37	3(8.11)	14(37.84)	17(45.95)	3(8.11)	34(91.89)
对照组	37	1(2.70)	5(13.51)	22(59.46)	9(24.32)	28(75.68)
χ^2值						8.904
P值						0.031

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$)。治疗组中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	37	49.62±7.51	17.14±12.95①
对照组	37	49.89±7.39	23.73±14.21①
t值		0.156	2.086
P值		0.876	0.041

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4 2组治疗前后NIHSS、BI评分比较 见表3。治疗前，2组NIHSS评分、BI评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组NIHSS评分均较治疗前减少，BI评分均较治疗前增加，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组NIHSS评分低于对照组，BI评分高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后NIHSS、BI评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	NIHSS评分		BI评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	37	9.05±1.72	4.03±1.34①	38.92±6.36	56.89±12.15①
对照组	37	9.32±1.68	5.03±2.39①	39.19±6.29	50.68±11.07①
t值		0.684	2.221	0.184	2.300
P值		0.496	0.029	0.855	0.024

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.5 2组治疗前后HCT、FIB水平比较 见表4。治疗前，2组HCT、FIB水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组HCT、FIB水平均较治疗前降低($P<0.05$)。治疗组HCT、FIB水平均低于对照组($P<0.05$)。

4.6 2组不良反应发生率比较 见表5。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组治疗前后HCT、FIB水平比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	HCT(%)		FIB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	37	45.11±6.18	33.96±4.70①	3.89±1.03	2.84±0.47①
对照组	37	45.35±5.65	37.09±5.66①	3.93±1.02	3.20±0.76①
t值		0.177	2.593	0.161	2.428
P值		0.860	0.012	0.873	0.018

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表5 2组不良反应发生率比较 例(%)

组 别	例数	口干口苦	便秘	腹胀腹痛	恶心呕吐	合计
治疗组	37	2(5.41)	1(2.70)	1(2.70)	1(2.70)	5(13.51)
对照组	37	2(5.41)	3(8.11)	1(2.70)	1(2.70)	7(18.92)
χ^2值						0.804
P值						0.849

5 讨论

脑梗死属于中医学中风范畴，正气亏虚是根本病因，风、火、痰、瘀是致病因素，正虚肝风内动、痰浊内闭，瘀阻脑脉是主要病机，正虚、痰瘀阻络伴随脑梗死发生、发展的全过程[6]。笔者根据多年临床实践，以益气化痰通络为法，以化痰通络汤加减培补正气，扶正固本，化痰活血，祛瘀通络，标本同治。化痰通络汤是《中风病(脑梗死)恢复期中医临床路径和中医诊疗方案(2017版)》[3]推荐的中药方剂，具有健脾化痰祛湿、活血通络功效。现代药理学研究结果显示，化痰通络汤具有清除氧自由基、抑制血小板聚集作用，避免急性脑梗死患者出现再灌注脑损伤，同时还能抑制脂质过氧化反应，降低血液黏度，改善微循环，促进康复[7]。化痰通络汤中的法半夏、橘红、茯苓含二陈汤之意，健脾行气、化痰祛湿，联合枳壳增强行气化湿之效。川芎升散上行头目，丹参降泄下行血海，二者相须为用，形成“上行下达”的协同作用，以活血行气、祛瘀通络。桃仁活血祛瘀通络，润肠通便，腑气通畅，有助中风早日康复。石菖蒲、远志交通心肾，化痰开窍，党参、茯苓、炙甘草、白术合为四君子汤，有健脾祛湿、益气扶正固本之效。黄芪、白术、防风组成玉屏风散，能健脾燥湿，培补正气。诸药合用，达补中益气、化痰祛瘀通络之功。本研究结果显示，治疗后，治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$)，提示加用化痰通络汤加减治疗可提高临床疗效。治疗组中医证候积分、NHISS评分均低于对照组，BI评分

高于对照组，提示加用化痰通络汤加减治疗更有助于缓解临床症状，改善患者的神经功能、提高日常生活自理能力。

血液高凝状态在脑梗死的发生、发展中起着重要作用[8]。HCT、FIB作为血液流变学的关键指标，其异常升高可导致全血黏度增加、微循环阻力增高、血管内皮剪切应力异常，这些改变最终引起脑组织灌注不足，导致神经细胞代谢障碍[9-10]。本研究结果显示，治疗后，治疗组HCT、FIB水平均低于对照组。笔者分析认为，可能与化痰通络汤中应用了黄芪、丹参、川芎、桃仁等补气活血药物有关。现代药理学研究结果表明，黄芪可改善血液流变学与血流动力学，一方面，黄芪可降低血小板黏附率、抑制血小板聚集、防止血栓形成，从而降低全血黏度和血浆黏度；另一方面，黄芪所含的黄酮类化合物可能通过诱导缺氧因子-1α（HIF-1α）积累介导的信号，促进红细胞生成素的表达，增加红细胞数，进而促使血液流动加速，刺激血液再生[11]。张梅等[12]的研究发现，应用高剂量黄芪对脑缺血的治疗效果更佳。杨梦琳等[13]经研究发现，丹参-川芎药对具有抗小动脉硬化、抗血小板聚集、预防血栓形成的作用，能改善脑血管微循环。桃仁亦具有抗凝血、抑制血小板聚集和改善血液流变学等作用[14]。气为血之帅，黄芪与丹参配伍、黄芪与川芎配伍，相辅相成，丹参、川芎得黄芪益气之功，祛瘀通络之功更显著，血液运行更顺畅，更利于破除经络瘀滞之证。本研究结果显示，治疗组不良反应发生率与对照组相近，提示加用化痰通络汤加减治疗未增加额外风险，临床应用安全性良好。

综上，应用化痰通络汤加减联合常规疗法治疗痰瘀阻络型脑梗死患者，相较于单纯应用常规疗法治疗，可提高临床疗效，提升患者的日常生活自理能力，改善生活质量，且安全性良好。

［参考文献］

[1] 郑会芬，张妙时，牛悦虹．温针灸联合补阳还五汤对脑梗死恢复期气虚血瘀患者神经功能恢复及日常生活质量的影响[J]．现代中西医结合杂志，2020，29(2)：178-181．
[2] 彭斌，王拥军．中国急性缺血性脑卒中诊治指南2023[J]．中华神经科杂志，2024，57(6)：523-559．
[3] 国家中医药管理局．中风病(脑梗死)恢复期中医临床路径和中医诊疗方案(2017版)[EB/OL]．[2017-03-22]．http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2651.html．
[4] 国家卫生健康委员会．脑血管病防治指南(2024年版)[J]．全科医学临床与教育，2025，23(5)：389-392．
[5] 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，2002：101-104．
[6] 汪逸岚，祁婷，王彤，等．尉中民从痰瘀论治中风临床经验探析[J]．中华中医药杂志，2020，35(6)：2943-2945．
[7] 姜双燕，李丰，张俊静．化痰通络汤治疗中老年急性脑梗死临床观察[J]．光明中医，2022，37(14)：2503．
[8] ZHANG S Q，ZHANG J M，WANG C X，et al．COVID19 and ischemic stroke：Mechanisms of hypercoagulability (Review) [J]．Int J Mol Med，2021，47(3)：21．
[9] GYAWALI P，LILLICRAP T P，TOMARI S，et al．Whole blood viscosity is associated with baseline cerebral perfusion in acute ischemic stroke[J]．Neurol Sci，2022，43(4)：2375-2381．
[10] WOO H G，KIM H G，LEE K M，et al．Blood viscosity associated with stroke mechanism and early neurological deterioration in middle cerebral artery atherosclerosis[J]．Sci Rep，2023，13(1)：9384．
[11] 吕琴，赵文晓，王世军，等．黄芪活血功效及现代药理学研究进展[J]．中国实验方剂学杂志，2020，26(9)：215-224．
[12] 张梅，李平．黄芪、川芎及其配伍对脑缺血后凋亡相关基因表达影响的实验研究[J]．中国中医基础医学杂志，2002，8(7)：16-17．
[13] 杨梦琳，周小青，伍大华，等．基于网络药理学的丹参-川芎药对治疗阿尔茨海默病的作用机制分析[J]．天然产物研究与开发，2021，33(8)：1382-1390．
[14] 周国铭，王玺，何成峙，等．桃仁现代研究进展和炮制方法历史沿革[J]．中草药，2024，55(13)：4565-4574．

［责任编辑：吴凌，蒋维超(英文)］