

·临床研究·

本文引用: 丁雪霏, 肖阳春. 大续命汤加减治疗急性缺血性卒中(中风-中经络)的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(6): 1233-1238.

大续命汤加减治疗急性缺血性卒中(中风-中经络)的临床疗效观察

丁雪霏, 肖阳春*

北京中医医院顺义医院, 北京 101300

〔摘要〕 **目的** 观察大续命汤加减治疗急性缺血性卒中(AIS)(中风-中经络)风痰瘀阻证的临床疗效。**方法** 前瞻性选取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月北京中医医院顺义医院收治的 76 例 AIS(中风-中经络)风痰瘀阻证患者, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 各 38 例。对照组予常规西医治疗, 观察组在对照组基础上加用大续命汤加减治疗, 每日 1 剂, 疗程 14 d。比较两组治疗后的总有效率及治疗后 1、6 个月随访的美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Barthel 指数(BI)评分; 比较两组治疗前及治疗 14 d 后经颅多普勒超声检测的大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉平均血流速度(Vm)值以及血液流变学指标(全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平、中医证候积分和不良反应发生率。**结果** 治疗后, 观察组总有效率为 97.37%, 高于对照组的 76.32% ($P < 0.05$)。观察组 NIHSS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), BI 评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 与对照组比较, 观察组大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉 Vm 值升高 ($P < 0.05$), 血液流变学指标(全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原)及 hs-CRP 水平下降 ($P < 0.05$); 中医证候总积分、主症(半身不遂、口舌歪斜、言语不利)及次症(倦怠乏力、食欲不振、痰多)积分均下降 ($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 在常规西医治疗基础上联合大续命汤加减, 可有效改善 AIS(中风-中经络)风痰瘀阻证患者的神经功能、日常生活能力、脑血流灌注及中医证候, 且安全性良好。

〔关键词〕 急性缺血性卒中; 大续命汤; 中经络; 风痰瘀阻证; 神经功能; 血液流变学

〔中图分类号〕 R255.2

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.06.020

Clinical efficacy observation of modified Daxuming Decoction in treating acute ischemic stroke (stroke involving the meridians)

DING Xuefei, XIAO Yangchun*

Beijing Shunyi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China

〔Abstract〕 **Objective** To observe the clinical efficacy of modified Daxuming Decoction in treating acute ischemic stroke (AIS) (stroke involving the meridians) with wind-phlegm and blood stasis obstruction pattern. **Methods** A prospective study was conducted on 76 patients with AIS (stroke involving the meridians) of wind-phlegm and blood stasis obstruction pattern admitted to Beijing Shunyi Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2023 to December 2024. They were divided into observation group and control group using a random number table method, with 38 cases in each group. The control group received conventional Western medicine treatment, while the observation group received modified Daxuming Decoction (one dose per day for 14 days) in addition to the conventional treatment. The total effective rate after treatment, as well as the National Institutes of

〔收稿日期〕 2026-03-29

〔基金项目〕 北京市医管局培育计划项目(PZ2023023); 北京中医医院顺义医院院级课题项目(SYYJ-201810)。

〔通信作者〕 * 肖阳春, 男, 主任医师, E-mail: yaya_spring@sina.com。

Health Stroke Scale (NIHSS) score and Barthel Index (BI) score at 1-month and 6-month follow-up visits, was compared between the two groups. Additionally, the mean blood flow velocity (Vm) values of the anterior cerebral artery, middle cerebral artery, and posterior cerebral artery measured by transcranial Doppler, hemorheological parameters (whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity, fibrinogen), high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), TCM pattern score, and the incidence of adverse reactions were compared before and 14 days after treatment. **Results** After treatment, the total effective rate in the observation group was 97.37%, which was significantly higher than 76.32% in the control group ($P<0.05$). The NIHSS scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$), while the BI scores were higher ($P<0.05$). After treatment, compared with the control group, the observation group showed increased Vm values in the anterior, middle, and posterior cerebral arteries ($P<0.05$), decreased hemorheological parameters (whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity, fibrinogen) and hs-CRP levels ($P<0.05$), and reduced total TCM pattern scores as well as scores for primary symptoms (hemiplegia, facial deviation, dysphasia), and secondary symptoms (fatigue, loss of appetite, excessive phlegm) ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Modified Daxuming Decoction combined with conventional Western medicine can effectively improve neurological function, daily living ability, and cerebral blood flow perfusion, and reduce TCM pattern scores in patients with AIS (stroke involving the meridians) and wind-phlegm and blood stasis obstruction pattern, with good safety.

[**Keywords**] acute ischemic stroke; Daxuming Decoction; stroke involving the meridians; wind-phlegm and blood stasis pattern; neurological function; hemorheology

急性缺血性卒中 (acute ischemic stroke, AIS) 是指脑血供突然中断导致的脑组织坏死,是最常见的卒中类型,发病率、复发率、致残率、致死率高,占我国新发卒中的 69.6%~72.8%^[1-2]。参照《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》^[3], AIS 属于中医学“中风”范畴。风痰瘀阻证是 AIS 急性期最常见的证型之一,核心病机为风邪引动痰湿、瘀血痹阻脑脉^[4]。现代研究证实,该证型与脑血流异常、血液高凝状态及低度炎症反应密切相关^[5]。续命汤类方治疗 AIS 已有较多临床报道,其中,小续命汤在改善神经功能、调节血液流变学方面疗效确切^[6]。但针对大续命汤加减干预风痰瘀阻证 AIS 的远期随访及多指标综合评价研究仍较匮乏,缺乏高质量临床对照证据。现代医学中, AIS 时间窗内血管再通治疗为首选方案,治疗效果与发病时间密切相关。但受溶栓、取栓时间窗限制,加之存在禁忌证、高昂费用等问题,很多患者只能采取保守治疗^[7]。中医药在卒中防治中具有独特价值,续命汤类方是古代治疗中风病“中风痲证”的名方^[8],曾为治风剂之首。后由于医家对中风病机认识有所转变,续命汤类方的临床应用渐少,但现代研究重新肯定了其临床价值^[9]。本研究旨在观察大续命汤加减治疗 AIS (中风-中经络) 风痰瘀阻证的临床疗效,以期为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

前瞻性选取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月北京

中医医院顺义医院收治的 76 例 AIS 风痰瘀阻证 (中风-中经络) 患者为研究对象。本研究依据临床等效性试验样本量估算方法^[10], 设定检验水准 $\alpha=0.05$, 检验效能 $(1-\beta)=0.8$, 结合前期预实验有效率估算, 确定每组样本量为 38 例, 总样本量为 76 例, 满足统计学检验效能要求。本研究方案经北京中医医院顺义医院医学伦理委员会审查批准 (审批号: 2019SYKY17-03)。所有研究过程均遵循《赫尔辛基宣言》原则, 患者或家属知情同意并签署知情同意书。采用分层随机数字表法, 按美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) 评分 [轻度 (4~7 分)、中度 (8~14 分)] 进行分层后再随机分组, 分为观察组与对照组, 每组 38 例。两组患者的性别、年龄、发病至入院时间、NIHSS 评分、高血压合并症比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。详见表 1。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 AIS 西医诊断参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[11] 制定, 诊断要点如下: (1) 急性起病; (2) 局灶神经功能缺损, 少数为全面神经功能缺损; (3) 影像学出现责任病灶或症状/体征持续 24 h 以上; (4) 排除非血管性病因; (5) 脑 CT/MRI 排除脑出血。

1.2.2 中医诊断与辨证标准 疾病诊断: 参照国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准 (试行)》^[12] “中风病-中经络”的诊断标准。

表 1 两组患者基线资料比较 (n=38)

Table 1 Comparison of baseline data between the two groups of patients (n=38)

组别	性别/(男/女,例)	年龄/(\bar{x}±s,岁)	发病至入院时间/[M(P25,P75),d]	NIHSS 评分/(\bar{x}±s,分)	高血压合并症/例(%)
观察组	24/14	66.53±7.96	1.50(1.00,4.75)	6.37±1.65	28(73.7)
对照组	21/17	63.29±9.43	1.50(1.00,4.25)	6.42±1.33	25(65.8)
$\chi^2/t/z$ 值	0.641	1.632	0.106	0.151	0.545
P 值	0.423	0.107	0.916	0.880	0.460

证型诊断:结合上述标准及相关方药研究^[4,12],纳入风痰瘀阻证的患者。主症:突发半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语;次症:头晕目眩,痰多而黏;舌脉:舌质暗红,或有瘀点、瘀斑,苔白腻或黄腻,脉弦滑或涩。具备全部主症,并符合至少 1 项次症及相应舌脉特征者,则可辨为此证。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合上述中、西医诊断及辨证标准;(2)年龄 40~80 岁;(3)首次发病,发病至入院时间≤14 d;(4)NIHSS 评分为 4~14 分,分层为轻度 4~7 分、中度 8~14 分。

1.3.2 排除标准 (1)合并严重心、肝、肾功能不全,血液系统疾病或恶性肿瘤者;(2)伴有精神疾病、意识障碍或失语,无法配合评估者;(3)影像学证实为脑出血、脑肿瘤、外伤等非缺血性病变者;(4)对本研究药物过敏或近 1 个月内参与其他临床试验者;(5)妊娠或哺乳期妇女。

1.4 治疗方法

对照组参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[11]予以常规西医方案治疗:48 h 内发病的患者给予静脉滴注丁苯酞氯化钠注射液 100 mL,每日 2 次,及时脱水降颅压,同时给予抗血小板聚集、降压、调脂、控制血糖、通便、控制体温等对症常规治疗。总疗程为 14 d。

观察组在对照组基础上,加用大续命汤加减。药物组成:生麻黄 9 g,桂枝 9 g,苦杏仁 12 g,生石膏 30 g(先煎),党参 15 g,当归 12 g,川芎 12 g,干姜 6 g,炙甘草 6 g。随证加減:若表邪明显,症见恶寒发热、颈项强痛,加羌活 9 g、防风 9 g 以增强祛风解表之力;若痰热腑实,症见便秘、腹胀、苔黄厚腻,加生大黄(后下)6 g、全瓜蒌 15 g 以清热化痰、通腑泄浊;若元阳不足,见畏寒肢冷、小便清长、脉沉细,加制附片(先煎)9 g 以温补肾阳。中药配方颗粒由本院中药房提供(厂家:中国中药控股有限公司),

每日 1 剂,开水冲化后分早晚两次温服,疗程 14 d。

1.5 观察指标

1.5.1 主要疗效指标评价 (1)神经功能缺损程度:采用 NIHSS 评分,于治疗前、治疗 14 d 后、治疗后随访 1 个月及 6 个月,由经统一培训且不知分组的研究者评定。评分范围 0~42 分,分值越高提示神经功能缺损越严重^[13]。(2)日常生活活动能力:采用 Barthel 指数(Barthel index, BI)评分,于治疗前、治疗 14 d 后、治疗后随访 1 个月及 6 个月进行评定。评分范围 0~100 分,分值越高提示生活自理能力越好^[14]。

1.5.2 次要疗效指标评价 (1)中医证候积分:参照《中药新药临床研究指导原则:试行》^[15]及《中风病诊断与疗效评定标准试行》^[12]制定评分表,对主症(半身不遂、口舌歪斜、言语不利)和次症(头晕、痰多、乏力等)进行量化评分(主症 0~6 分,次症 0~3 分),于治疗前、治疗 14 d 后评定。(2)脑血流动力学:采用经颅多普勒超声检测治疗前、治疗 14 d 后大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉的平均血流速度(mean velocity, Vm)值。(3)实验室指标:治疗前、治疗 14 d 后检测血液流变学指标(全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原)及超敏 C 反应蛋白(high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP)水平。

1.5.3 安全性指标评价 治疗前、治疗 14 d 后检测血常规、尿常规、心电图及生化指标,包括肝功能(谷草转氨酶、谷丙转氨酶)、肾功能(肌酐、尿素氮)及心肌指标(肌酸激酶)。同时记录治疗期间所有不良反应。

1.6 临床疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则:试行》^[15]及 NIHSS 评分减分率,制定综合疗效标准。基本痊愈:中医证候积分减少≥95%,NIHSS 评分减少≥90%;显效:中医证候积分减少≥70%,NIHSS 评分减少≥46%;有效:中医证候积分减少≥30%,NIHSS 评分

减少 $\geq 18\%$;无效:未达到上述标准。总有效率($\%$)=(基本痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 27.0 软件分析数据。计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,符合正态分布且方差齐者,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;非正态分布者以“ $[M(P25, P75)]$ ”表示,采用 Wilcoxon 非参数检验。计数资料以“[例($\%$)]”表示,采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法。等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗 14 d 后,观察组总有效率为 97.37%(37/38),高于对照组的 76.32%(29/38)($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[$n=38$, 例($\%$)]

Table 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients [$n=38$, cases ($\%$)]

组别	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	7(18.42)	27(71.05)	3(7.89)	1(2.63)	37(97.37)
对照组	2(5.26)	15(39.47)	12(31.58)	9(23.68)	29(76.32)
$Z\chi^2$ 值		-2.841			7.344
P 值		0.004			0.004

2.2 NIHSS 与 BI 评分比较

治疗前,两组 NIHSS 和 BI 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗 14 d 后及随访 1、6 个月时,两组 NIHSS 评分均较治疗前降低($P<0.05$),BI 评分均较治疗前升高($P<0.05$);且各时间点观察组的 NIHSS 评分均低于对照组($P<0.05$),BI 评分均高于对照组($P<0.05$)。详见表 3。

2.3 脑血流动力学与实验室指标比较

治疗前,两组大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉的 V_m 值及全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原、hs-CRP 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗 14 d 后,两组大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉的 V_m 值均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组均高于对照组($P<0.05$)。观察组治疗 14 d 后全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原、hs-CRP 水平均较治

疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 4—5。

表 3 两组患者治疗前、治疗 14 d 后及随访 1、6 个月的 NIHSS 与 BI 评分比较($\bar{x}\pm s$, $n=38$, 分)

Table 3 Comparison of NIHSS and BI scores between the two groups of patients before treatment, after 14 days of treatment, and at 1 and 6 months of follow-up ($\bar{x}\pm s$, $n=38$, points)

组别	时间点	NIHSS 评分	BI 评分
观察组	治疗前	6.37 $\pm$ 1.65	60.13 $\pm$ 18.32
	治疗 14 d 后	2.42 $\pm$ 1.65**	85.53 $\pm$ 12.29**
	随访 1 个月	2.18 $\pm$ 1.52**	86.05 $\pm$ 10.60**
	随访 6 个月	1.87 $\pm$ 1.33**	88.42 $\pm$ 9.59**
对照组	治疗前	6.42 $\pm$ 1.33	57.76 $\pm$ 15.88
	治疗 14 d 后	3.97 $\pm$ 2.65*	73.82 $\pm$ 16.04*
	随访 1 个月	3.68 $\pm$ 2.41*	75.79 $\pm$ 17.38*
	随访 6 个月	3.37 $\pm$ 2.18*	78.03 $\pm$ 18.55*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前、治疗 14 d 后脑血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$, $n=38$, cm/s)

Table 4 Comparison of cerebral hemodynamic parameters between the two groups of patients before treatment and after 14 days of treatment ($\bar{x}\pm s$, $n=38$, cm/s)

组别	时间点	大脑前动脉	大脑中动脉	大脑后动脉
观察组	治疗前	45.84 $\pm$ 10.90	55.35 $\pm$ 12.95	27.72 $\pm$ 6.38
	治疗 14 d 后	53.26 $\pm$ 8.74**	65.18 $\pm$ 9.82**	33.45 $\pm$ 7.15**
对照组	治疗前	46.77 $\pm$ 15.39	54.27 $\pm$ 14.73	27.23 $\pm$ 7.78
	治疗 14 d 后	50.19 $\pm$ 9.61*	60.47 $\pm$ 10.36*	30.12 $\pm$ 6.29*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$ 。

2.4 中医证候积分比较

治疗前,两组中医证候总积分及各主症、次症积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗 14 d 后,两组中医证候总积分及各主症、次症积分均较治疗前下降($P<0.05$),且观察组中医证候总积分、各主症积分及部分次症(倦怠乏力、食欲不振、痰多)积分低于对照组($P<0.05$)。详见表 6—7。

2.5 安全性分析

治疗期间,两组患者的生命体征、血常规、尿常规、肝肾功能及心电图均未见异常改变(见表 8)。观察组有 3 例(7.89%)出现轻微不良反应(胃肠道不适 2 例、皮疹 1 例),对照组有 2 例(5.26%)出现轻微不良反应(胃肠道不适 1 例、皮疹 1 例),均自行缓解,未影响治疗。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 5 两组患者治疗前、治疗 14 d 后血液流变学及炎症指标比较($\bar{x}\pm s, n=38$)

Table 5 Comparison of hemorheological and inflammatory parameters between the two groups of patients before treatment and after 14 days of treatment ($\bar{x}\pm s, n=38$)

组别	时间点	全血低切黏度/(mPa·s)	血浆黏度/(mPa·s)	纤维蛋白原/(g/L)	hs-CRP/(mg/L)
观察组	治疗前	19.23±4.15	2.15±0.43	3.85±0.72	12.58±5.14
	治疗 14 d 后	13.42±3.28* [#]	1.78±0.35* [#]	3.12±0.58* [#]	6.73±2.95* [#]
对照组	治疗前	18.96±4.37	2.12±0.39	3.91±0.68	13.21±4.88
	治疗 14 d 后	16.35±3.91*	1.95±0.37*	3.55±0.61*	9.84±3.76*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表 6 两组患者治疗前、治疗 14 d 后中医证候总积分及主症积分比较($\bar{x}\pm s, n=38$, 分)

Table 6 Comparison of total TCM pattern scores and primary symptom scores between the two groups of patients before treatment and after 14 days of treatment ($\bar{x}\pm s, n=38$, points)

组别	时间点	总积分	半身不遂	口舌歪斜	言语不利
观察组	治疗前	28.63±4.12	4.12±0.89	2.05±0.73	2.24±0.85
	治疗 14 d 后	20.15±3.76* [#]	2.33±0.91* [#]	1.21±0.64* [#]	1.45±0.72* [#]
对照组	治疗前	29.47±3.85	4.08±0.92	2.11±0.68	2.31±0.79
	治疗 14 d 后	24.82±4.21*	2.95±0.87*	1.68±0.71*	1.92±0.80*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表 7 两组患者治疗前、治疗 14 d 后中医证候次症积分比较($\bar{x}\pm s, n=38$, 分)

Table 7 Comparison of secondary symptom scores of TCM patterns between the two groups of patients before treatment and after 14 days of treatment ($\bar{x}\pm s, n=38$, points)

组别	时间点	倦怠乏力	食欲不振	痰多	头晕	肢体麻木
观察组	治疗前	1.92±0.81	1.45±0.67	1.38±0.59	1.26±0.52	1.15±0.48
	治疗 14 d 后	1.18±0.55* [#]	1.02±0.41* [#]	0.95±0.42* [#]	0.98±0.46*	0.92±0.39*
对照组	治疗前	2.03±0.78	1.52±0.63	1.41±0.55	1.33±0.50	1.22±0.51
	治疗 14 d 后	1.65±0.62*	1.34±0.58*	1.22±0.51*	1.15±0.48*	1.08±0.47*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表 8 两组患者治疗前、治疗 14 d 后实验室安全性指标比较($\bar{x}\pm s, n=38$)

Table 8 Comparison of laboratory safety parameters between the two groups of patients before treatment and after 14 days of treatment ($\bar{x}\pm s, n=38$)

组别	时间点	谷丙转氨酶/(U/L)	谷草转氨酶/(U/L)	肌酐/(μmol/L)	尿素/(mmol/L)	肌酸激酶/(U/L)
观察组	治疗前	23.5±7.3	23.8±8.5	66.5±11.4	5.2±1.1	102.3±45.2
	治疗 14 d 后	25.5±6.9	24.9±7.8	67.8±10.6	5.5±1.3	108.9±46.8
对照组	治疗前	25.6±6.2	24.5±8.7	70.2±10.8	5.1±1.5	111.8±47.9
	治疗 14 d 后	27.1±7.7	24.9±8.5	71.0±11.1	5.7±1.5	108.4±50.1

3 讨论

续命汤类方是古代治疗中风病的经典方剂,包含大续命汤、《古今录验》续命汤、小续命汤等多个加减方,现代研究已证实该类方剂的临床价值^[6]。本研究在西医治疗基础上联合大续命汤加减,治疗 AIS (中风-中经络)风痰瘀阻证患者,结果显示观察组总有效率达 97.37%,优于对照组(76.32%);且在改善神经功能、日常生活能力、脑血流灌注、血液流变

学及抑制炎症反应方面均呈现明显优势,且安全性良好。

结合 AIS 患者个体差异及兼证特点,本研究在固定大续命汤基础方的前提下辨证加减,该加减思路遵循固本清源、攻补兼施原则,既保留了原方祛风扶正的核心功效,又拓宽了其临床适应证,体现了中医辨证论治、个体化治疗的特色。

本研究中,两组患者基线 NIHSS 评分约为 6.4 分,以轻型缺血性卒中为主。轻型卒中患者得益于脑

部侧支循环的开放及神经功能的自然代偿重组,具有较高的自然恢复率^[17]。但本研究结果显示,相比对照组,观察组在降低 NIHSS 评分、提高 BI 评分方面均表现出更为显著的改善疗效,且远期(6 个月)随访优势依然显著。这一结果提示,在轻型卒中积极干预的背景下,加用大续命汤加减能够获得更为显著的临床疗效,且疗效更优,与近年同类探讨续命汤类方治疗 AIS 的高质量研究结果趋势一致^[18]。

同时,本研究从脑血流动力学及炎症层面探讨了其可能的机制,结果显示,观察组在改善大脑主要动脉的 Vm 值及降低血液流变学指标(全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原)等方面均优于对照组。这表明大续命汤加减能够有效解除血管痉挛,改善脑部微循环,纠正血液高凝状态。卒中后局部脑组织缺血缺氧会引发强烈的无菌性炎症反应,而风痰瘀阻证的中医病机与该病理改变高度契合^[19-20]。本研究中观察组 hs-CRP 水平下降更为显著,表明大续命汤加减在改善脑血流灌注的同时减轻了神经炎症损伤,为中西医结合治疗本病提供了现代病理学依据。

观察组的中医证候总积分及各主症积分均低于对照组,倦怠乏力、食欲不振、痰多等症状的改善更为明显。这充分体现了本方攻补兼施,既祛经络之邪,又顾护正气,标本同治的特点。同时,两组患者治疗前、治疗 14 d 后肝肾功能、血常规等安全性指标也均无异常变化,且不良反应发生率和程度均较低,表明在常规西药治疗基础上联用本方未增加安全风险。

综上所述,本研究发现大续命汤加减联合常规西药治疗急性缺血性卒中(中风-中经络)风痰瘀阻证,能显著提高患者临床疗效,促进神经功能恢复,改善脑血流灌注、血液流变学异常及中医虚证,且安全性良好。

参考文献

- [1] 王拥军,李子孝,谷鸿秋,等. 中国卒中报告 2020(中文版)(1)[J]. 中国卒中杂志, 2022, 17(5): 433-447.
- [2] 马玉箫,童 骄,方 锐,等. 湖南省常德市缺血性脑卒中急性期风痰瘀阻证用药规律分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(7): 1164-1168.

- [3] 高长玉,吴成翰,赵建国,等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.
- [4] 李龙骧,于立恒,李诚诚,等. 中风病-中经络急性期中证候分布规律研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(13): 94-96.
- [5] 贺书辉,张玉余,李小霞,等. 通窍涤痰汤联合针刺治疗脑梗死恢复期患者疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(12): 1677-1681.
- [6] 林 玲,袁 捷,刘冬玲,等. 小续命汤治疗急性缺血性中风疗效的 Meta 分析[J]. 中医临床研究, 2022, 14(5): 136-140.
- [7] 《中国脑卒中防治报告》编写组. 《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.
- [8] 张晓晖,刘 洋,祁江峡,等. 续命汤类方源流及临床应用浅释[J]. 环球中医药, 2020, 13(12): 2085-2087.
- [9] 文国英,赵宏杰. 续命汤类方治疗中风偏瘫衰落与复兴及其背后的藏象理论因素[J]. 中国实用医药, 2008, 3(32): 153-154.
- [10] 潘岳松,金奥铭,王梦星. 临床研究样本量的估计方法和常见错误[J]. 中国卒中杂志, 2022, 17(1): 31-35.
- [11] 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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [12] 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.
- [13] 张会玲,高素颖,张 娜,等. 急性脑梗死患者出院时 NIHSS 评分影响因素分析[J]. 中国现代药物应用, 2026, 20(1): 6-9.
- [14] 陈聿恒,邹文静. 早期血管内介入与溶栓治疗在缺血性脑卒中的疗效比较[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2025, 29(4): 214-219.
- [15] 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.
- [16] 田真真,张紫薇,翟张喜,等. 小续命汤及其类方治疗缺血性脑卒中的药理及临床研究进展[J]. 临床合理用药, 2025, 18(10): 167-170.
- [17] 李卫来,吴伟红,纪 颖. 轻型急性缺血性脑卒中早期神经功能恶化临床预测模型构建与验证[J]. 中风与神经疾病杂志, 2025, 42(4): 321-327.
- [18] 裴晓婷,彭 雷,陈卫东. 小续命汤历史沿革、有效成分组、药理作用及临床应用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(10): 120-124.
- [19] 陈 锐,陈文博,宁 迪,等. 阿替普酶序贯平肝活血剂治疗脑梗死急性期(风痰瘀阻证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2026, 35(2): 210-213.
- [20] 曹蓓苓,潘赐明,杨晓洁,等. 基于生物信息技术研究川芎-防风-麻黄角药治疗缺血性脑卒中的机制[J]. 陕西中医药大学学报, 2022, 45(6): 91-98.

(本文编辑 周 旦)