

# 苓桂术甘汤加减治疗脑卒中恢复期患者的临床效果观察

郝立夏

阜阳市妇女儿童医院 安徽 阜阳 236000

**【摘要】**目的：观察脑卒中恢复期患者治疗中苓桂术甘汤加减治疗的效果。方法：回顾性选取2020年2月-2022年2月本院脑卒中恢复期患者60例，分为常规治疗基础上苓桂术甘汤加减治疗组（加减治疗组）、常规治疗组两组，各30例，统计分析两组中医症候积分、神经功能指标、神经功能缺损程度、平衡功能、运动功能、日常生活能力、临床疗效。结果：治疗后，两组患者中医症候积分、NSE水平均低于治疗前（ $P<0.05$ ），BDNF、NGF水平均高于治疗前（ $P<0.05$ ），加减治疗组患者的中医症候积分、NSE水平均低于常规治疗组（ $P<0.05$ ），BDNF、NGF水平均高于常规治疗组（ $P<0.05$ ）。治疗后，两组患者的NIHSS评分均低于治疗前（ $P<0.05$ ），BBS评分、FMA评分、BI评分均高于治疗前（ $P<0.05$ ），加减治疗组患者的NIHSS评分低于常规治疗组（ $P<0.05$ ），BBS评分、FMA评分、BI评分均高于常规治疗组（ $P<0.05$ ）。加减治疗组患者的总有效率93.33%（28/30）高于常规治疗组70.00%（21/30）（ $\chi^2=5.455$ ， $P<0.05$ ）。结论：脑卒中恢复期患者治疗中苓桂术甘汤加减治疗的效果好。

**【关键词】**脑卒中；恢复期；常规治疗；苓桂术甘汤加减治疗；中医症候积分；神经功能

脑卒中是一种急性脑血管疾病，发生机制为脑部血液在血管阻塞或忽然破裂的情况下无法向大脑流入，损伤脑组织，发病率及病死率均较高，且极易复发<sup>[1]</sup>。现阶段，对脑神经细胞进行营养、对脑循环进行改善是西医主要治疗方法，虽然能够对症状进行缓解，将神经细胞损伤减轻，但是缺乏稳定的疗效、具有较大的不良反应等<sup>[2]</sup>。中医药治疗能够将一定的成效获取过来，近年来受到了临床日益广泛的关注<sup>[3]</sup>。本研究对2020年2月-2022年2月本院脑卒中恢复期患者60例的临床资料进行了统计分析，观察了脑卒中恢复期患者治疗中苓桂术甘汤加减治疗的临床效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取脑卒中恢复期患者60例，分为两组。加减治疗组30例患者年龄47~84岁，平均（62.53±10.21）岁，女性15例，男性15例。在体质指数方面，18~22kg/m<sup>2</sup> 13例，23~26kg/m<sup>2</sup> 17例；在病程方面，1~3d 11例，4~6d 19例；在卒中类型方面，缺血性脑卒中19例，出血性脑卒中11例；在疾病严重程度方面，出血转化10例，进展性脑梗死11例，其他9例。常规治疗组30例患者年龄48~85岁，平均（62.85±10.45）岁，女性14例，男性16例。在体质指数方面，18~22kg/m<sup>2</sup> 12例，23~26kg/m<sup>2</sup> 18例；在病程方面，1~3d 12例，4~6d 18例；在卒中类型方面，缺血性脑卒中18例，出血性脑卒中12例；在疾病严重程度方面，出血转化11例，进展性脑梗死10例，其他9例。两组患者的一般资料比较差异均不显著（ $P>0.05$ ）。纳入标准：均符合脑卒中的诊断标准。排除标准：①有慢性脑损伤；②处于脑梗死急性期；③合并非血管性脑部病变。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 常规治疗组

让患者口服阿司匹林100mg+阿托伐他汀钙20mg，每天1次，给予患者静脉滴注银杏内酯注射液10ml+0.9%氯化钠注射液250ml，每天1次，每住院周期用药15天，给予患者静脉滴注0.5g胞二磷胆碱+0.9%氯化钠注射液250ml，每天1次。1周为1个疗程，共治疗3个疗程。

#### 1.2.2 加减治疗组

同时让患者口服苓桂术甘汤，具体药方为：茯苓45g，桂枝15g，白术30g，炙甘草15g，黄芪30g，熟地黄20g，远志15g，桃仁10g，党参10g，当归10g，木香5g。如果患者心下痞、腹中有水，则将生姜、枳实加入其中；如果患者咳嗽痰多，则将陈皮、半夏、黄芩加入其中。用水煎服，将150ml汁液提取出来，每天1剂，每天2次，早晚各1次。1周为1个疗程，共治疗3个疗程。

### 1.3 观察指标

随访1个月。①中医症候积分。包括感觉减退或消失、口舌眼歪

等主症、痰多粘稠、头晕目眩等次症，分别0~6分、1~3分，表示无~严重；②神经功能指标；③神经功能缺损程度、平衡功能、运动功能、日常生活能力。分别采用卒中量表（NIHSS）、Berg平衡量表（BBS）、Fugl-Meyer运动功能评分量表（FMA）、Barthel指数（BI）量表，总分分别0~42分、0~56分、0~100分、0~100分，分别表示无~严重、低~高、差~优、低~高。

### 1.4 疗效评定标准

依据中医症候积分，降低0~19%、20%~69%、70%~100%分别评定为无效、有效、显效。

### 1.5 统计学分析

采用SPSS 20.0软件，计量资料分别用（ $\bar{x} \pm s$ ）、t表示、检验，计数资料分别用%、 $\chi^2$ 表示、检验， $P<0.05$ 具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组中医症候积分、神经功能指标比较

治疗前，两组患者的中医症候积分、NSE、BDNF、NGF水平之间的差异均不显著（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组患者中医症候积分、NSE水平均低于治疗前（ $P<0.05$ ），BDNF、NGF水平均高于治疗前（ $P<0.05$ ），加减治疗组患者的中医症候积分、NSE水平均低于常规治疗组（ $P<0.05$ ），BDNF、NGF水平均高于常规治疗组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 两组中医症候积分、神经功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	中医症候积分（分）		NSE（ $\mu\text{g/L}$ ）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
加减治疗组	30	23.47	6.24	17.63	4.18
		$\pm 2.16$	$\pm 0.62$	$\pm 2.46$	$\pm 0.67$
常规治疗组	30	23.48	13.45	17.64	8.66
		$\pm 2.17$	$\pm 2.34$	$\pm 2.47$	$\pm 1.44$
t值		0.018	16.314	0.016	15.450
P值		0.986	<0.001	0.988	<0.001

表1（续） 两组神经功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	BDNF（ng/ml）		NGF（ng/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
加减治疗组	30	3.44	6.07	10.56	14.86
		$\pm 1.13$	$\pm 1.94$	$\pm 1.05$	$\pm 2.48$
常规治疗组	30	3.47	4.66	10.58	11.22
		$\pm 1.15$	$\pm 1.52$	$\pm 1.06$	$\pm 1.17$
t值		0.102	3.134	0.073	7.271
P值		0.919	0.003	0.942	<0.001

注：NSE为神经元特异性烯醇化酶；BDNF为脑源性神经营养因子；NGF为神经营养因子

## 2.2 两组神经功能缺损程度、平衡功能、运动功能、日常生活能力比较

治疗前, 两组患者的 NIHSS 评分、BBS 评分、FMA 评分、BI 评分之间的差异均不显著 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 两组患者的 NIHSS 评分均低于治疗前 ( $P<0.05$ ), BBS 评分、FMA 评分、BI 评分均高于治疗前 ( $P<0.05$ ), 加减治疗组患者的 NIHSS 评分低于常规治疗组 ( $P<0.05$ ), BBS 评分、FMA 评分、BI 评分均高于常规治疗组 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组神经功能缺损程度、平衡功能比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	NIHSS 评分		BBS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
加减治疗组	30	5.83	3.11	23.14	46.75
		$\pm 1.22$	$\pm 0.96$	$\pm 3.47$	$\pm 7.81$
常规治疗组	30	5.85	4.64	23.63	38.40
		$\pm 1.23$	$\pm 1.21$	$\pm 3.20$	$\pm 6.72$
t 值		0.063	5.426	0.569	4.439
P 值		0.950	<0.001	0.572	<0.001

表 2 (续) 两组运动功能、日常生活能力比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	FMA 评分		BI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
加减治疗组	30	39.52	93.44	53.93	86.24
		$\pm 6.74$	$\pm 9.25$	$\pm 9.15$	$\pm 9.28$
常规治疗组	30	39.53	67.11	54.20	71.05
		$\pm 6.75$	$\pm 9.53$	$\pm 9.52$	$\pm 9.12$
t 值		0.006	10.859	0.112	6.394
P 值		0.995	<0.001	0.911	<0.001

## 2.3 两组临床疗效比较

加减治疗组患者的总有效率 93.33% (28/30) 高于常规治疗组

70.00% (21/30) ( $\chi^2=5.455$ ,  $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
加减治疗组	30	20 (66.67)	8 (26.67)	2 (6.67)	28 (93.33)
常规治疗组	30	12 (40.00)	9 (30.00)	9 (30.00)	21 (70.00)
$\chi^2$ 值					5.455
P 值					0.020

## 3 讨论

现代药理学研究证实, 茯苓能够将免疫力增强, 将抗菌、抗肿瘤作用发挥出来; 桂枝能够将抗菌、抗病毒作用发挥出来; 甘草能够为脑功能恢复提供有利条件, 将非特异性免疫功能增强; 黄芪能够将蛋白质、RNA、DNA 合成加速, 将免疫功能增强, 对血小板聚集、自由基形成进行抑制, 对机体内环境平衡进行保持; 当归能够对外周循环进行改善, 将自由基消除, 对脑缺氧进行抑制。本研究结果表明, 治疗后, 两组患者中医症候积分、NSE 水平均低于治疗前 ( $P<0.05$ ), BDNF、NGF 水平均高于治疗前 ( $P<0.05$ ), 加减治疗组患者的中医症候积分、NSE 水平均低于常规治疗组 ( $P<0.05$ ), BDNF、NGF 水平均高于常规治疗组 ( $P<0.05$ )。治疗后, 两组患者的 NIHSS 评分均低于治疗前 ( $P<0.05$ ), BBS 评分、FMA 评分、BI 评分均高于治疗前 ( $P<0.05$ ), 加减治疗组患者的 NIHSS 评分低于常规治疗组 ( $P<0.05$ ), BBS 评分、FMA 评分、BI 评分均高于常规治疗组 ( $P<0.05$ )。加减治疗组患者的总有效率 93.33% (28/30) 高于常规治疗组 70.00% (21/30) ( $\chi^2=5.455$ ,  $P<0.05$ ), 原因为苓桂术甘汤加减治疗能够健脾益气、化痰通络、宁心安神等, 畅通血液循环, 将患肢肌力增强。

综上所述, 脑卒中恢复期患者治疗中苓桂术甘汤加减治疗的效果好, 值得在临床推广。

## 参考文献:

- [1] 胡黎明,张晋锋.苓桂术甘汤、康复训练联合西药治疗脑卒中早期偏瘫随机平行对照研究[J].海峡药学,2019,31(2):189-190.
- [2] 孔北峰.针刺回阳九针穴联合苓桂术甘汤加减法在中风偏瘫患者中的应用分析[J].中医临床研究,2021,13(4):42-45.
- [3] 陈鸿云.观察苓桂术甘汤联合美托洛尔治疗冠心病心律失常的临床疗效[J].北方药学,2019,16(9):74-75.