补阳还五汤加减治疗中风后遗症患者的效果

史彦超[1] 张振铎[2]
（1 河南省郑州市管城区陇海马路社区卫生服务中心中医科 郑州 450004；
2 河南中医药大学第一附属医院脑病三区 郑州 450002）

摘要：目的：探究补阳还五汤加减治疗中风后遗症的效果及对临床症状的影响。方法：选取 2018 年 1 月 ~2019 年 12 月收治的 60 例中风后遗症患者开展临床研究，采用双色球法分为对照组和观察组，每组 30 例。对照组给予常规西医治疗，观察组给予补阳还五汤加减治疗。比较两组临床疗效、神经功能缺损程度、自理能力。结果：观察组临床治疗总有效率高于对照组，治疗后美国国立卫生院神经功能缺损评分低于对照组，Barthel 指数评定量表评分高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：中风后遗症患者应用补阳还五汤加减治疗效果显著，患者神经功能改善明显，自理能力显著提高。

关键词：中风后遗症；补阳还五汤；神经功能；自理能力

中图分类号：R743 **文献标识码**：B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.067

在中医学领域，脑卒中被称作中风，致残率、死亡率高，预后差。现如今，我国呈现人口老龄化趋势，中风发病率较高，倘若未及时治疗，很容易留下口眼歪斜、半身不遂、意识不清等后遗症，增加社会及家庭负担，威胁患者的生命安全[1]。当前临床主要通过给氧、纠正水电解质紊乱等治疗中风患者，但很难达到预期效果，甚至会因为药物作用诱发不良反应。研究证实，在脑梗死、缺血性卒中治疗中，补阳还五汤疗效显著。本研究简要评估中风后遗症患者补阳还五汤加减的治疗效果。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2018 年 1 月 ~2019 年 12 月急性期过后转诊到本服务中心继续康复治疗的 60 例中风后遗症患者作为研究对象，采用双色球法分为对照组和观察组，每组 30 例。对照组男 14 例，女 16 例；年龄 57~72 岁，平均（64.52± 3.81）岁；疾病类型：脑梗死 8 例，脑血栓 12 例，脑出血 10 例。观察组男 15 例，女 15 例；年龄 56~73 岁，平均（64.51± 3.77）岁；疾病类型：脑梗死 9 例，脑血栓 10 例，脑出血 11 例。两组一般资料（性别、年龄、疾病类型）比较无显著差异（$P>0.05$），具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 入组标准 （1）纳入标准：经 CT、MRI 检查确诊；符合《各类脑血管疾病诊断要点》诊断标准[2]；自愿参与配合本研究。（2）排除标准：合并心、肝、肾等脏器疾病；合并免疫系统疾病；由其他原因引起的神经功能障碍；伴恶性肿瘤。

1.3 治疗方法 对照组采用常规西医治疗，包括扩张软化血管、抗凝、营养支持等，共治疗 30 d。观察组实施补阳还五汤加减治疗。基础组方：当归 15 g，葛根 30 g，川芎 10 g，桃仁 10 g，黄芪 60 g，丹参 15 g，赤芍 10 g，川牛膝 15 g，地龙 10 g。合并上肢运动障碍，加桑枝 15 g，桂枝、姜黄各 10 g；合并下肢运动障碍，加川续断 15 g，木瓜 10 g，桑寄生 15 g；伴便秘加郁李仁 12 g，苦杏仁 10 g，火麻仁 12 g。300 ml 水煎服，取汁 100 ml，每天 1 剂，于早晚各服用 1 次，15 d 为一个疗程，共治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 （1）临床疗效：依据临床症状、体征恢复情况，划分显效、有效、无效。显效：治疗后，临床症状、体征消失，无语言表达障碍，肌力恢复正常；有效：经治疗，临床症状、体征有所改善，语言表达、肌力提升；无效：治疗后，患者的临床症状、体征未见任何改善，甚至加剧[3]。总有效率 =（显效例数 + 有效例数）/ 总例数× 100%。（2）美国国立卫生研究院率中量表（NIHSS）评分[4]：0~42 分，分值越高，提示神经功能缺损越严重。（3）自理能力评分：应用 Barthel 指数评定量表（BI）[5]评价，共计 10 项，包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯，总分 100 分，≤40 分表示重度依赖，41~60 分表示中度依赖，61~99 分表示轻度依赖，100 分表示无需依赖，分值与患者的自理能力呈正相关。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS23.0 统计学软件，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验，计数资料用率表示，采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组临床治疗总有效率高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	20（66.67）	9（30.00）	1（3.33）	29（96.67）
对照组	30	12（40.00）	10（33.33）	8（26.67）	22（73.33）
χ^2					4.705
P					0.030

2.2　两组 NIHSS、BI 评分比较　治疗前，两组 NIHSS、BI 评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，观察组 NIHSS 评分低于对照组，BI 评分高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表 2。

表 2　两组 NIHSS、BI 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	n	NIHSS		BI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	17.22± 1.31	13.66± 0.52*	59.54± 3.22	77.36± 3.88*
对照组	30	17.18± 1.34	14.03± 0.49*	59.52± 3.19	74.49± 3.62*
t		0.117	2.836	0.024	2.962
P		0.454	0.003	0.490	0.002

注：与同组治疗前比较，*$P<0.05$。

3　讨论

中风起病急，病情进展快，预后差，近年来在我国发病率逐年升高。该病不仅病死率高，还会诱发各类后遗症，导致社会及患者家庭负担加剧。虽说常规西医治疗方案能够使中风患者急性发病期的临床症状得到明显改善，但无法消除和改善后遗症，不能够实现预期治疗目标，取得理想的临床效果。在中医学领域，中风后遗症被归于“偏枯、偏风”范畴，是气虚血滞、脉络瘀阻而致，表现为四肢无力、半身不遂、言语意识不清等，自理能力丧失[6]。

在气虚血瘀型患者中补阳还五汤加减应用普遍，其具有活血祛瘀、益气补血的功效，可明显改善中风后遗症患者的临床症状。基础方中，黄芪具备益气健脾、补气生血等功效，当归可活血化瘀，与川芎、桃仁、赤芍等配伍，能进一步增强当归、黄芪的功效。加减治疗主要依据中风后遗症患者的症状适当增减、调整方剂，使临床治疗更具针对性和有效性，如针对上肢运动障碍患者，加用桑枝、姜黄、桂枝，有助于疏通、温养经络，增强患者的上肢运动能力；针对下肢运动障碍患者，加用川续断、桑寄生、木瓜，可滋养肝肾、增强骨骼、恢复下肢运动能力[7]。本研究结果显示，观察组临床治疗总有效率高于对照组，治疗后 NIHSS 评分低于对照组，BI 评分高于对照组，与徐建娟[8]研究一致，提示在中风后遗症患者中应用补阳还五汤加减治疗的临床疗效显著，既能够改善患者的神经功能，还能够增强其自理能力。综上所述，中风后遗症患者应用补阳还五汤加减治疗效果显著，可在临床上做进一步推广及应用，为后续同类治疗及研究工作开展提供理论支持。

参考文献

[1]陈谭红,鱼宁彬.补阳还五汤加减疗法治疗中风后遗症患者的疗效及安全性分析[J].检验医学与临床,2019,16(11):1581-1583.

[2]杞锦政,唐裕玲.补阳还五汤联合子午流注纳甲法治疗脑中风后遗症及对炎症因子的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(3):357-360.

[3 罗德康.针灸治疗中风后遗症的临床疗效观察[J].大医生,2018,3(10):61-62.

[4]李皓楠.研究肠内营养治疗急性脑梗死患者时对患者美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分及营养状况的影响[J].中国保健营养,2019,29(34):66-67.

[5]狄美琪,胡玲玲,孔亮,等.补阳还五汤对老年缺血性脑卒中病人临床疗效、神经功能评分及炎症因子水平的影响[J].实用老年医学,2019,33(4):386-388.

[6]李茂清,徐碧红,钟俊杰,等.药食同源圆苞车前子壳复方治疗老年中风后遗症便秘的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2019,36(1):17-20.

[7]温思炯,苏浩,黄昭.补阳还五汤加减联合丁苯酞软胶囊治疗中风病恢复期临床疗效及作用机制[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(3):145-148.

[8]徐建娟.补阳还五汤加减方治疗中风后遗症的效果观察[J].当代医药论丛,2020,18(6):210-211.

（收稿日期：2020-10-11）

（上接第 114 页）虽症状较轻微，但因反复发作会影响患者身心健康，故需提高诊治意识，不应拘泥于泌尿生殖器区域发病才诊断为生殖器疱疹，这样才能更好地控制该病的传播。

参考文献

[1]中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会性病学组.生殖器疱疹中西医结合诊疗共识（2020 年）[J].中华皮肤科杂志,2020,53(3):180-183.

[2]Rajul Patel,Oliver J Kennedy,Emily Clarke,et al.2017 European guidelines for the management of genital herpes [J].Int J STD AIDS,2017,28(14):1366-1379.

[3]中国疾病预防控制中心性病控制中心,中华医学会皮肤性病学分会免疫学组,中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会.梅毒、淋病、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南(2014)[J].中华皮肤科杂志,2014,47(5):365-372.

[4]赖伟红,韩国柱,王千秋,等.126 例生殖器疱疹的临床和病毒学检查的分析[J].临床皮肤科杂志,2001,30(2):75-76.

[5]Workowski KA,Bolan GA.Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015[J].MMWR Recomm Rep,2015,64(RR-03):1-137.

[6]曾洁媛,李琦涵,范胜涛,等.单纯疱疹病毒Ⅱ型经不同途径感染 BALB/c 小鼠的病理学研究[J].中华微生物学和免疫学杂志,2019,39(7):485-491.

[7]Davis S,Toledo C,Lewis L,et al.Does voluntary medical male circumcision protect against sexually transmitted infections among men and women in real-world scale-up settings? Findings of a household survey in KwaZulu-Natal, South Africa [J].BMJ Glob Health,2019,4(3):e001389.

[8]Cabrera JR,Rodrí guez-Izquierdo I,Jimé nez JL,et al.Analysis of ALS-related proteins during herpes simplex virus-2 latent infection [J].J Neuroinflammation,2020,17(1):371.

（收稿日期：2020-12-16）