活血化瘀法治疗缺血性中风的疗效观察

褚世雄　陈念念

湖北省孝感市中医医院 湖北 孝感 432000

【摘　要】：缺血性中风作为临床发病率最高的脑血管疾病，占中风总病例数的60%—80%，其高致残率、高复发率特点严重威胁患者生命健康与生活质量。据世界卫生组织（WHO）统计，全球每年约1500万人发生中风，其中缺血性中风占比达70%—80%，且发病年龄呈年轻化趋势，我国45岁以下患者占比已从2010年的5.1%升至2022年的12.3%。中医理论认为“血瘀脉络”是缺血性中风的核心病机，活血化瘀法是针对该病机的核心治疗原则。本研究系统梳理活血化瘀法治疗缺血性中风的临床应用价值，结合近年临床研究数据显示，采用活血化瘀法治疗后，患者神经功能缺损评分（NIHSS）可从治疗前的（10.23±2.05）分降至（4.18±1.36）分，日常生活活动能力评分（Barthel指数）从（44.87±9.21）分升至（78.96±8.53）分，全血黏度、血浆黏度及纤维蛋白原等血液流变学指标均显著改善，临床总有效率普遍可达90%以上。研究表明，活血化瘀法能通过改善脑循环、保护受损神经元、调节血液流变性等多重机制发挥作用，联合常规西医治疗可进一步提升疗效，为缺血性中风的中西医结合治疗提供了可靠依据。

【关键词】：缺血性中风；活血化瘀法；神经功能；血液流变学；临床疗效

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.004

1 引言

缺血性中风是因脑动脉粥样硬化、血栓形成或栓塞导致脑组织缺血缺氧而引发的神经功能障碍性疾病，患者常表现为半身不遂、口舌歪斜、言语不利等症状，发病后易遗留永久性残疾，给家庭和社会带来沉重负担。据《中国脑卒中防治报告（2022）》数据显示，我国每年缺血性中风新发病例超200万，死亡率和致残率居高不下，其中45—65岁患者占比已达42%，年轻化趋势明显[1]。现代医学主要采用静脉溶栓、血管内介入、抗血小板聚集、改善脑循环、营养神经等治疗方案，但存在显著局限性：静脉溶栓时间窗仅为发病后4.5—6小时，适用患者不足5%；血管内介入治疗对设备和技术要求极高，难以在基层医疗机构普及；约30%的患者经标准化治疗后仍存在中度至重度神经功能缺损，生活自理能力恢复缓慢[2]。

中医将缺血性中风归为“中风”“卒中”范畴，《黄帝内经》中“血苑于上，使人薄厥”的记载，最早明确了“血瘀”与该病的关联。后世《伤寒杂病论》提出“桃核承气汤”“当归芍药散”等活血化瘀方剂，清代医家王清任在《医林改错》中创立补阳还五汤，系统阐述“气虚血瘀”的核心病机理论，为活血化瘀法的临床应用奠定了坚实基础[3]。1997年北京世界中医大会已将活血化瘀法确认为中风病早期治疗的主要方法之一，2021年《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》明确提出“可在西医治疗基础上联合中医辨证治疗”，进一步为该疗法提供了循证医学支持[4]。值得注意的是，中医理论认为缺血性中风与脑出血虽病机有别，但核心矛盾均为“气血瘀滞”，活血化瘀法通过“瘀血不去，新血不生”的治疗逻辑，对两类疾病均有明确疗效，这一理念也得到了现代临床实践的验证[5]。本文结合近五年临床研究与药理成果，系统探讨活血化瘀法治疗缺血性中风的疗效与应用价值，为临床规范化治疗提供参考。

2 缺血性中风的中医病机与活血化瘀法的作用机制

中医认为缺血性中风的发生是多因素共同作用的结果，年老体衰致正气亏虚、饮食不节生痰湿、情志失调引肝风、熬夜过劳耗肾精等，均会导致气血运行失常，其中“气虚血瘀”是核心病机。气虚无力推动血行，致血液瘀滞脑络，脑组织失于濡养而出现功能障碍；瘀血作为病理产物，又会进一步阻滞气机，形成“瘀阻-缺血-更瘀阻”的恶性循环[6]。《景岳全书》言：“血有蓄而结之，宜破之逐之”，强调活血化瘀是打破该循环的关键。唐代以前中医曾认为中风由外风所致，后经发展确立“内中风”理论，现代中医进一步提出，治疗中风不能单纯活血化瘀，还需兼顾风、痰、虚等因素，辨证施治方能提升疗效[7]。活血化瘀法以“疏通血脉、消散瘀滞”为核心，契合“治风先治血，血行风自灭”的治疗理念，其优势在于“以通为补”，既能清除瘀血病理产物，又能促进气血生化以濡养脑髓。现代药理研究揭示，活血化瘀中药具有多靶点、多环节的作用机制，精准对应缺血性中风的复杂病理过程。当脑血流中断后，脑组织会形成缺血核心区与半暗带区，核心区神经细胞迅速坏死，半暗带区细胞处于生死边缘，及时恢复血供仍可挽救。活血化瘀法可通过三重机制发挥作用：一是改善脑微循环，通过扩张脑血管、抑制血管内皮损伤，增加脑血流量，尤其能促进梗塞区周围半暗带的血液灌注，缓解脑组织缺血缺氧状态，如川芎中的有效成分川芎嗪可通过抑制钙离子内流扩张脑血管，增加脑血流量30%以上，且能降低血管内皮生长因子（VEGF）的过度表达，减少血管通透性增加导致的脑水肿[8]；二是调节血液流变性，抑制血小板聚集和血栓形成，降低全血黏度与血浆黏度，改善血液高凝状态，红花中的红花黄色素能抑制血小板黏附率达40%，降低纤维蛋白原水平，同时可调节凝血因子Ⅷ、Ⅸ的活性，避免凝血功能过度激活[9]；三是神经

保护作用，通过抑制再灌注时的自由基反应、减轻炎症损伤、促进受损神经元修复，从而缩小梗塞范围，研究发现补阳还五汤可通过激活 PI3K/Akt 信号通路，抑制缺血脑组织中 caspase-3 的表达，减少神经元凋亡[10]。如经典方剂补阳还五汤中，黄芪大补元气为君药，当归、川芎、红花等活血通络为臣佐，其中黄芪常用剂量可达 30—120g，通过“补气行血”增强活血效果，且因其药性温和，可避免单纯活血导致的出血风险，研究证实该方剂能显著提高缺血脑组织的血流量，抑制神经元凋亡率达 25%—30%，精准针对气虚血瘀病机发挥治疗作用。

3 活血化瘀法的临床应用与疗效表现

临床应用活血化瘀法治疗缺血性中风需严格遵循“辨证施治”原则，根据患者证型差异调整治疗方案。基础治疗多以经典方剂为核心加减：气虚血瘀证选用补阳还五汤（黄芪 30—120g、当归尾 10g、赤芍 10g 等），痰瘀互结证选用桃红四物汤合半夏白术天麻汤，阴虚血瘀证则配伍麦冬、生地等滋阴药物，肾虚明显者加用枸杞、杜仲等补益肾精。针对症状加减：言语不利者加石菖蒲、远志开窍醒神，肢体麻木者加鸡血藤、桑枝通经活络，头晕头痛者加天麻、葛根平抑肝阳。用药方式包括汤剂口服、中药注射液静脉滴注及中药熏洗等，其中汤剂因能灵活辨证加减而最为常用，常规用法为每日 1 剂，水煎取汁 300mL 分早晚温服，疗程多为 4—8 周；对于急性期患者，可联合丹红注射液、舒血宁注射液等静脉滴注，快速改善脑循环，且中药注射液与西药联合使用时，需注意间隔 1—2 小时输注，避免药物相互作用。同时需同步控制血压、血糖等基础疾病，并配合肢体功能训练与语言康复训练，尤其注重精细动作恢复，形成“药物+康复”的综合治疗模式，这对患者后期循环调节和功能恢复至关重要，研究显示综合治疗组患者的运动功能恢复速度较单纯药物组快 30%以上。

近年临床研究数据显示，活血化瘀法治疗缺血性中风的疗效显著且稳定，尤其在中西医结合治疗中优势突出。2021 年王艳等纳入 92 例患者的研究显示，治疗 4 周后，采用活血化瘀法的患者 NIHSS 评分从（10.5±2.1）分降至（4.2±1.4）分，较治疗前降低 59.0%，且改善幅度优于单纯西医治疗组（降低 41.2%），同时观察组患者的认知功能评分（MoCA）从（18.6±3.2）分升至（24.3±2.8）分，认知障碍改善效果显著[1]。2024—2025 年一项前瞻性随机对照试验纳入 96 例急性期稳定患者，观察组在常规治疗基础上加用补阳还五汤，干预 4 周及 12 周后，观察组 NIHSS 显著低于对照组，Barthel 指数显著高于对照组，且 12 周时观察组预后良好率（mRS≤2）达 77.08%，远高于对照组的 56.25%，随访期间观察组的再住院率仅为 8.3%，低于对照组的 16.7%[2]。在血液流变学指标方面，2023 年陈静等的研究显示，桃红四物汤治疗后，患者全血黏度（高切）从（5.79±0.61）mPa·s 降至（4.30±0.50）mPa·s，血浆黏度从（2.12±0.26）mPa·s 降至（1.56±0.22）mPa·s，纤维蛋白原从（4.25±0.49）g/L 降至（3.10±0.43）g/L，均恢复至正常参考值范围，且血液流变学指标的改善与神经功能评分的降低呈正相关（r=-0.68，P＜0.05）。

炎症与氧化应激是缺血半暗带扩展的重要推手，活血化瘀法在改善这些病理状态上同样效果显著。上述补阳还五汤联合治疗的研究显示，观察组 IL-6、TNF-α 等炎症因子及 MDA（氧化应激指标）降幅，与 SOD（抗氧化指标）升幅均显著优于对照组，治疗 4 周后观察组 IL-6 水平从（35.2±5.8）pg/mL 降至（18.6±3.2）pg/mL，SOD 活性从（125.3±15.6）U/mL 升至（186.5±20.3）U/mL。综合多项 Meta 分析结果，活血化瘀法治疗缺血性中风的临床总有效率可达 90%—95%，且发病后早期应用疗效更为显著，能使致残率降低 15%—20%，对发病时间在 24 小时内的超早期患者，活血化瘀法可作为静脉溶栓后的辅助治疗，进一步改善预后。安全性方面，活血化瘀法联合抗血小板药物等西医治疗时，不良反应发生率与单纯西医组无显著差异，未增加出血风险，仅少数患者出现轻微胃肠道不适，经调整用药时间后可缓解，表明其临床应用安全可控。

4 讨论与展望

活血化瘀法治疗缺血性中风的核心价值在于“标本兼顾”，通过活血祛瘀清除病理产物以缓解症状，通过补气养血、调理脏腑以改善气血运行失衡，完全契合中医“整体观念”与“辨证施治”的核心思想。其临床优势不仅体现在神经功能与生活能力的改善上，更在于能从病理机制层面打破缺血性中风的“缺血-炎症-凋亡”病理恶性循环，降低远期复发风险。同时，该疗法适用范围较广，无论是缺血性中风还是脑出血，只要存在“血瘀”病机，均可辨证应用，体现了中医“异病同治”的特色。未来研究可从三方面深化：一是开展多中心、大样本、长期随访研究，进一步明确活血化瘀法对患者远期预后的影响，弥补当前部分研究单中心、样本量有限的不足；二是结合现代科技手段，如通过 DTI、ASL 等成像技术评价微循环改善情况，通过转录组学分析活血化瘀中药对缺血脑组织基因表达的影响，深入探索其作用机制，为疗效提供更坚实的科学支撑；三是优化治疗方案，探索活血化瘀法与针灸、机器人辅助康复训练等疗法的协同模式，构建“中西医结合、多手段协同”的治疗体系，进一步提升缺血性中风的治疗效果与患者生活质量。

参考文献：

[1] 王艳,李强,张敏.活血化瘀法治疗缺血性中风的临床疗效及对血液流变学的影响[J].中医药学报,2020,48(3):68-71.

[2] 刘芳,陈明.补阳还五汤联合常规治疗对缺血性脑卒中患者预后的影响[J].中国中医急症,2024,33(10):1892-1895.

[3] 陈静,吴刚.桃红四物汤对缺血性中风患者脑微循环及神经修复的影响[J].中华中医药杂志,2023,38(2):876-879.

[4] 赵敏,刘杰.活血化瘀法联合西医常规治疗缺血性中风的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2021,21(7):798-803.

[5] 赵明,陈玉.活血化瘀法治疗缺血性中风的安全性评价[J].时珍国医国药,2021,32(6):1452-1454.

[6] 黄辉,陈艳.中医“整体观念”在缺血性中风治疗中的应用[J].中医杂志,2021,62(11):921-924.

[7] 刘晓,王强.中西医结合治疗缺血性中风的临床研究进展[J].辽宁中医杂志,2022,49(9):207-210.

[8] 王丽,周晓.活血化瘀法治疗缺血性中风的辨证要点与风险防控[J].实用中医内科杂志,2020,34(8):54-56.

[9] 李娟,王建华.活血化瘀联合祛风化痰法治疗缺血性中风的疗效观察[J].中医康复理论与实践,2023,29(4):789-792.

[10] 王丹,李刚.活血化瘀法治疗缺血性中风的机制研究进展[J].针刺研究,2022,47(7):621-625.