

益气聪明汤联合康复治疗对脑卒中后认知功能障碍患者认知及日常生活能力的影响

袁桂春, 吴春梅, 曹春鑫, 艾欣, 李冰

哈尔滨市阿城区中医医院康复理疗科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月4日; 录用日期: 2026年7月28日; 发布日期: 2026年8月6日

摘要

目的: 探讨益气聪明汤加减联合常规康复治疗对气虚血瘀型脑卒中后认知功能障碍(PSCI)患者认知水平、日常生活活动能力及各血清学指标的临床疗效, 为脑卒中后认知障碍的防治提供依据。方法: 选取2024年1月~2025年12月黑龙江省哈尔滨市阿城区中医医院康复理疗科收治的86例气虚血瘀型PSCI患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各43例。对照组实施常规治疗, 观察组在对照组基础上口服益气聪明汤加减治疗, 两组均连续干预8周。比较干预前后两组简易精神状态检查表(MMSE)评分、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分、Barthel日常生活能力指数(BI)及血清脑源性神经营养因子(BDNF)、同型半胱氨酸(Hcy)水平, 同时监测干预期间不良事件发生情况。结果: 干预前两组各项基线指标差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预8周后, 观察组总有效率90.70%显著高于对照组72.09% ($P < 0.05$); 两组MMSE评分、MoCA评分、Barthel指数及血清BDNF水平均较干预前升高, 血清Hcy水平较干预前降低, 且观察组改善幅度显著优于对照组($P < 0.05$)。两组均无严重不良事件发生。结论: 益气聪明汤加减联合康复治疗具有益气活血、升阳通络、通窍益智的作用, 有效改善气虚血瘀型PSCI患者的认知功能, 提升日常生活活动能力, 调节血清神经因子水平, 安全性良好, 值得临床推广应用。

关键词

益气聪明汤, 康复治疗, 脑卒中, 气虚血瘀型, 认知功能, 日常生活能力

The Impact of Yiqi Congming Decoction Combined with Rehabilitation Therapy on Cognition and Activities of Daily Living in Patients with Cognitive Dysfunction after Stroke

Guichun Yuan, Chunmei Wu, Chunxin Cao, Xin Ai, Bing Li

Rehabilitation and Physical Therapy Department, Traditional Chinese Medicine Hospital of Acheng District, Harbin City, Harbin Heilongjiang

Received: July 4, 2026; accepted: July 28, 2026; published: August 6, 2026

Abstract

Objective: To investigate the clinical efficacy of Yiqi Congming Decoction (YCD) combined with conventional rehabilitation therapy on cognitive level, activities of daily living (ADL), and various serum markers in patients with post-stroke cognitive impairment (PSCI) of qi deficiency and blood stasis type, and to provide evidence for the prevention and treatment of post-stroke cognitive impairment. **Methods:** A total of 86 patients with PSCI of qi deficiency and blood stasis type admitted to the neurology department of a tertiary hospital from January 2024 to December 2025 were selected as the study subjects and divided into a control group and an observation group using a random number table method, with 43 cases in each group. The control group received conventional treatment, while the observation group received oral YCD treatment on the basis of the control group. Both groups underwent continuous intervention for 8 weeks. The scores of Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Barthel Index (BI), as well as the levels of serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and homocysteine (Hcy), were compared between the two groups before and after intervention. Additionally, the occurrence of adverse events during the intervention period was monitored. **Results:** There were no significant differences in baseline indicators between the two groups before intervention ($P > 0.05$). After 8 weeks of intervention, the total effective rate in the observation group was 90.70%, which was significantly higher than that in the control group (72.09%) ($P < 0.05$). Both MMSE scores, MoCA scores, Barthel index, and serum BDNF levels increased after intervention, while serum Hcy levels decreased, with significantly greater improvements in the observation group compared to the control group ($P < 0.05$). No serious adverse events occurred in either group. **Conclusion:** YCD combined with rehabilitation therapy has the effects of nourishing qi, promoting blood circulation, ascending yang, dredging meridians, and improving intelligence, effectively improving cognitive function in patients with PSCI of qi deficiency and blood stasis type, enhancing ADL, regulating serum neurofactor levels, and demonstrating good safety. It is worthy of clinical promotion and application.

Keywords

Yiqi Congming Decoction, Rehabilitation Therapy, Stroke, Qi Deficiency and Blood Stasis Type, Cognitive Function, Activities of Daily Living

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脑卒中是我国成年人致残、致死的首位病因[1]。研究表明,我国现有脑卒中患者约 2876 万,每年新发卒中病例超 300 万[2] [3],其中 50%~70%的患者会伴有不同程度的认知功能障碍,出现注意力下降、记忆减退、执行功能受损、定向力障碍等问题[4]。脑卒中后认知功能障碍不仅会延缓患者运动与言语功

能的康复进程,还会显著降低患者的生活自理能力,现已成为亟需解决的问题[5]。目前,现代医学对 PSCI 的治疗以胆碱酯酶抑制剂等药物治疗为主,虽能在一定程度上延缓认知衰退,但长期服药易出现胃肠道反应、肝肾功能损伤等不良反应[6]。中医将脑卒中后认知障碍归属为“呆病”、“健忘”、“中风”的范畴,卒中发生后,机体元气耗伤,气虚无力推动血行,血行不畅则瘀滞脑络,脑髓失于充养,窍络闭阻,发为呆病;气虚为致病之本,血瘀为致病之标,二者相互影响[7]。益气聪明汤出自金代李东垣《东垣试效方》,原为治疗内障目昏、耳鸣耳聋的经典方剂,具有益气升阳、清利头目的功效。本研究通过探讨益气聪明汤联合康复治疗对气虚血瘀型 PSCI 患者认知功能、日常生活能力的影响,为此病的防治提供参考。

2. 研究对象与方法

2.1. 研究对象

选取 2024 年 1 月~2025 年 12 月黑龙江省哈尔滨市阿城区中医医院康复理疗科随访的 86 例气虚血瘀型脑卒中后认知功能障碍患者为研究对象。所有患者自愿签署知情同意书。

2.2. 诊断标准

2.2.1. 西医诊断标准

脑卒中诊断参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2023》[8],经头颅 CT 或 MRI 检查证实存在缺血性脑卒中病灶,且病灶分布与认知障碍区域对应;认知障碍诊断参照《中国血管性认知障碍诊治指南(2024 版)》[9]:卒中发病后 6 个月内出现明确认知功能减退,蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分 <26 分,认知损害累及至少 1 个认知域(注意力、记忆力、执行功能、定向力等);病程处于恢复期,生命体征平稳,血压、血糖控制在合理范围,可配合完成康复训练与量表评估。

2.2.2. 中医诊断标准

参照《血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准》[10]制定气虚血瘀证诊断标准:主症:① 认知减退(记忆力下降、反应迟钝、注意力不集中);② 神疲乏力、少气懒言;③ 肢体麻木或固定性刺痛;④ 面色晦暗或唇甲紫暗。次症:① 耳鸣健忘、视物昏花;② 语声低微、活动后症状加重;③ 纳差食少、大便溏结不调;④ 肌肤甲错。舌脉:舌淡暗或有瘀斑瘀点,苔薄白;脉细涩或沉细无力。具备主症 3 项及以上,或主症 2 项加次症 2 项及以上,结合典型舌脉表现,即可明确诊断。

2.3. 纳入与排除标准

2.3.1. 纳入标准

- ① 符合上述中西医诊断标准,中医证型为气虚血瘀型;
- ② 首次发病,病程 1~6 个月,年龄 40~75 岁,性别不限;
- ③ MoCA 评分 10~26 分,Barthel 指数 ≥ 40 分,意识清楚,具备基本沟通能力,可配合完成康复训练、量表评估及中药服用;
- ④ 自愿配合研究方案。

2.3.2. 排除标准

- ① 出血性脑卒中或大面积脑梗死急性期,或脑卒中病情进行性加重;
- ② 既往有阿尔茨海默病、帕金森病、精神疾病史或其他原因导致的认知功能障碍史;
- ③ 合并严重失语、肢体瘫痪无法配合康复训练;

④ 近 3 个月内参与过其他临床研究。

2.3.3. 脱落与剔除标准

- ① 自行退出研究、失访或无法坚持完成全程干预；
- ② 研究期间自行更换治疗方案；
- ③ 干预期间出现严重不良事件；
- ④ 干预依从性差，未按要求完成康复训练或中药服用。

2.4. 干预方法

两组患者均予以神经内科基础常规治疗，包括抗血小板聚集、调脂稳定斑块、控制血压血糖、营养神经等基础疾病管理，药物种类、剂量、用法均严格参照脑卒中二级预防指南规范执行。

2.4.1. 对照组

实施常规治疗，具体内容包括：① 认知功能训练、执行功能训练、定向力训练。每次训练 30 分钟，每日 1 次，每周 5 次。② 日常生活能力训练：指导患者进行穿衣、进食、洗漱、如厕、床椅转移、上下楼梯等日常生活活动训练，强化患者生活自理能力，每次训练 15 分钟，每日 1 次。③ 健康指导：严密监测患者生命体征、意识状态及病情变化；指导患者低盐低脂、高蛋白高维生素饮食，规律作息，避免过度劳累。

2.4.2. 观察组

在对照组基础上，加用益气聪明汤加减口服治疗。组方为：炙黄芪 30 g、黄参 20 g、葛根 15 g、川芎 15 g、赤芍 12 g、桃仁 12 g、红花 9 g、升麻 9 g、蔓荆子 12 g、炙甘草 6 g。气虚症状明显者加太子参 30 g、炒白术 15 g；血瘀症状显著者加地龙 12 g、水蛭 3 g；伴随失眠多梦者加酸枣仁 20 g、茯神 15 g、夜交藤 15 g；伴随便溏腹泻者加炒山药 15 g、莲子肉 12 g；伴随头晕头胀者加菊花 12 g、钩藤 15 g。方剂由医院中药房统一规范煎制，分早晚 2 次温服，每次 200 ml，每日 1 剂，每周服用 5 天，与康复训练同步进行。

2.5. 观察指标

分别于干预前 1 天及干预 8 周结束后次日，对两组患者简易精神状态检查表(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、Barthel 指数(BI)、中医证候积分、血清脑源性神经营养因子(BDNF)、同型半胱氨酸(Hcy)水平进行评估。

2.6. 疗效判定标准

显效：MoCA 评分提升 ≥ 5 分，Barthel 指数提升 ≥ 30 分，中医证候积分较干预前减少 $\geq 70\%$ ，认知症状明显改善；有效：MoCA 评分提升 2~4 分，Barthel 指数提升 10~29 分，中医证候积分较干预前减少 30%~69%；无效：MoCA 评分提升 < 2 分或较干预前下降，Barthel 指数提升不足 10 分，中医证候积分较干预前减少 $< 30\%$ 。总有效率 = (显效 + 有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

2.7. 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据分析。计量资料均经过正态性检验，符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组内干预前后比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料采用秩和检验；以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组基线资料比较

两组患者性别、年龄、病程等基线资料比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，组间具有可比性。见表 1。

Table 1. Comparison of baseline data of the two groups of patients

表 1. 两组患者基线资料比较

基线资料		对照组(n = 43)	观察组(n = 43)	χ^2/t	P
性别	男	24 (55.81)	25 (58.14)	0.047	0.829
	女	19 (44.19)	18 (41.86)		
年龄(岁)		61.24 $\pm$ 7.92	62.05 $\pm$ 7.58	0.486	0.628
病程(月)		3.31 $\pm$ 1.22	3.42 $\pm$ 1.28	0.407	0.685

3.2. 两组临床疗效比较

干预 8 周后，观察组总有效率为 90.70%，显著高于对照组的 72.09%，组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)；观察组显效率显著高于对照组，无效率显著低于对照组。见表 2。

Table 2. Comparison of clinical efficacy between the two groups

表 2. 两组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	Z	P
对照组	43	11 (25.58)	20 (46.51)	12 (27.91)	31 (72.09)	4.914	0.027
观察组	43	20 (46.51)	19 (44.19)	4 (9.30)	39 (90.70)		

3.3. 两组干预前后认知功能评分比较

干预前，两组 MMSE 评分、MoCA 评分差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预 8 周后，两组 MMSE、MoCA 评分均较干预前显著升高，且观察组评分显著高于对照组，组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of cognitive function scores before and after intervention between the two groups ($\bar{x} \pm s$, score)

表 3. 两组干预前后认知功能评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	MMSE 评分	MoCA 评分
对照组	43	干预前	22.08 $\pm$ 3.15	19.81 $\pm$ 3.22
		干预后	25.41 $\pm$ 2.82 ^a	23.19 $\pm$ 2.89 ^a
观察组	43	干预前	21.95 $\pm$ 3.02	19.62 $\pm$ 3.28
		干预后	28.13 $\pm$ 2.59 ^{ab}	26.58 $\pm$ 2.53 ^{ab}

注：与同组干预前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^b $P < 0.05$ 。

3.4. 两组干预前后日常生活能力与中医证候积分比较

干预前，两组 Barthel 指数、中医证候积分差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预 8 周后，两组 Barthel 指数均较干预前显著升高，中医证候积分均较干预前显著降低，且观察组改善幅度显著优于对照组，组间

差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of activities of daily living and traditional Chinese medicine syndrome scores before and after intervention between the two groups ($\bar{x} \pm s$, score)

表 4. 两组干预前后日常生活能力与中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	Barthel 指数	中医证候积分
对照组	43	干预前	54.12 $\pm$ 10.28	12.35 $\pm$ 2.64
		干预后	70.25 $\pm$ 11.18 ^a	8.64 $\pm$ 2.12 ^a
观察组	43	干预前	53.85 $\pm$ 10.46	12.52 $\pm$ 2.57
		干预后	83.16 $\pm$ 10.75 ^{ab}	5.13 $\pm$ 1.85 ^{ab}

注：与同组干预前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^b $P < 0.05$ 。

3.5. 两组干预前后血清学指标比较

干预前，两组血清 BDNF、Hcy 水平差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预 8 周后，两组血清 BDNF 水平均较干预前显著升高，血清 Hcy 水平均较干预前显著降低，且观察组改善幅度显著优于对照组，组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

Table 5. Comparison of serological indicators before and after intervention between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 5. 两组干预前后血清学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	BDNF (ng/ml)	Hcy (μ mol/L)
对照组	43	干预前	8.10 $\pm$ 1.65	18.32 $\pm$ 3.21
		干预后	10.92 $\pm$ 1.89 ^a	14.31 $\pm$ 2.54 ^a
观察组	43	干预前	8.03 $\pm$ 1.69	18.47 $\pm$ 3.15
		干预后	14.05 $\pm$ 2.12 ^{ab}	10.42 $\pm$ 2.08 ^{ab}

注：与同组干预前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^b $P < 0.05$ 。

3.6. 两组安全性比较

干预期间，观察组 3 例患者出现轻度胃肠道不适，均在饭后半小时服药后症状缓解，未影响后续治疗；对照组 2 例患者康复训练后出现轻度头晕，休息后自行缓解，未特殊处理。两组均未出现肝肾功能异常、凝血功能异常、皮疹、出血倾向等严重不良事件，不良事件发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4. 讨论

脑卒中后认知功能障碍属中医“呆病”、“健忘”的范畴，《医林改错》：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”[10]。卒中发生后，机体元气耗伤，气虚则血液运行无力，瘀血阻滞脑络，脑髓失去气血濡养，窍络闭阻，发生认知减退[11]。此类患者临床除认知症状外，多伴神疲乏力、肢体麻木、面色晦暗、唇甲紫暗等表现。本研究采用的益气聪明汤加减方，以益气升阳为基础，配伍活血祛瘀药物。方中炙黄芪、黄参为君药，重用炙黄芪大补元气，使气旺以行血，黄参补中益气、养血生津，二者相须为用，补脾胃后天之气，为气血运行提供动力；川芎、赤芍、桃仁、红花为臣药，川芎为血中气药，活血行血、祛风通络，赤芍、桃仁、红花增强活血祛瘀之功，直接疏通脑络瘀滞；葛根、升麻、蔓荆子为佐药，葛根、升麻轻清升阳，引药上行头目，使气血精微直达脑髓，蔓荆子清利头目、宣通窍络；炙甘草

为使药, 益气和中、调和诸药。全方补而不滞、温而不燥, 兼顾益气治本与活血治标, 共奏益气活血、升阳通络、通窍益智之功。

本研究结果显示, 干预 8 周后, 观察组总有效率高达 90.70%, 显著高于对照组的 72.09%; 观察组 MMSE、MoCA 认知评分及 Barthel 日常生活能力指数的改善幅度均显著优于对照组, 同时观察组神疲乏力、肢体麻木、面色晦暗等气虚血瘀症状缓解程度显著优于对照组。BDNF 是维持神经元存活、促进突触生长、调控神经可塑性的关键蛋白, 其水平升高反映神经元修复能力增强; Hcy 是心脑血管疾病的独立危险因素, 其水平升高会损伤血管内皮、促进血栓形成、诱导神经细胞凋亡, 加重认知损伤。本研究中, 观察组 BDNF 水平升高幅度、Hcy 水平降低幅度均显著优于对照组, 说明益气聪明汤加减联合康复训练, 可通过益气活血的作用, 同时促进神经修复、改善脑微循环、减轻血管内皮损伤。安全性结果显示, 观察组仅出现轻度胃肠道不适, 调整服药时间后即可缓解, 无其他严重不良反应, 说明该方案安全性良好, 适合长期临床应用。

综上, 益气聪明汤加减联合康复治疗可有效改善气虚血瘀型脑卒中后认知功能障碍患者的认知功能, 提升日常生活活动能力, 调节血清 BDNF、Hcy 水平, 安全性良好, 是一种高效、安全的治疗方案, 具有较高的临床推广应用价值。但本研究仍有不足, 例如本研究为单中心、小样本的临床研究, 今后需进行多中心、大样本的临床研究, 同时也可完善相关的实验基础, 为本研究奠定坚实的理论和实践基础。

基金项目

2026 年黑龙江省中医药文化研究项目(编号: ZYW2026-001), 项目名称: 益气聪明汤寒地化应用规范研究及其联合康复干预中风后认知障碍(虚瘀痰阻型)的临床观察与科普转化。

参考文献

- [1] 胡炜娜, 杨普香, 周志艳, 等. 不同模式磁刺激治疗脑卒中后认知功能障碍临床效果观察[J]. 临床军医杂志, 2026, 54(3): 266-270.
- [2] 高宏君, 曹娇, 张涛, 等. 天麻钩藤汤加减治疗脑卒中恢复期认知功能障碍患者的效果[J]. 广西医学, 2026, 48(1): 85-90.
- [3] 袁红丽, 牛相来, 肖亚平, 等. 电针灸通过 mTOR/NLRP3 介导的自噬改善卒中后认知功能障碍的研究[J]. 河北医学, 2025, 31(12): 1998-2004.
- [4] 陈悦琦, 汪婷婷, 胥琨, 等. 调督通络刺法对脑卒中后认知障碍患者认知及肢体功能的影响[J]. 光明中医, 2025, 40(22): 5027-5030.
- [5] 朱靖怡, 赵海燕, 王晗, 等. 芳香疗法联合重复经颅磁刺激对脑卒中后认知功能障碍患者认知功能及情绪的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(19): 2763-2766.
- [6] 陈丽. 重复经颅磁刺激联合丰富康复训练在卒中后认知功能障碍患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(19): 89-91+95.
- [7] 钱晨, 吴金云. 针刺结合认知康复训练对脑卒中后轻度认知障碍患者认知功能的改善作用分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2025, 9(19): 106-108.
- [8] 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. 中国急性缺血性卒中诊治指南 2023 [J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 523-559.
- [9] 中国卒中学会血管性认知障碍分会. 中国血管性认知障碍诊治指南(2024 版) [J]. 中华医学杂志, 2024, 104(31): 2881-2894.
- [10] 田金洲, 韩明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准[J]. 北京中医药大学学报, 2000(5): 16-24.
- [11] 蒋施瑞, 李汶逸, 姜季委, 等. 脑卒中后认知障碍的性别差异研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2026, 28(5): 701-703.