

# 益气聪明汤联合康复训练干预脑卒中后认知功能障碍的临床疗效观察

袁桂春, 吴春梅, 艾欣, 曹春鑫, 李冰

黑龙江省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6月22日; 录用日期: 2026年7月31日; 发布日期: 2026年8月13日

## 摘要

目的: 观察益气聪明汤联合认知康复训练对脑卒中后认知功能障碍(PSCI)患者认知水平、日常生活能力的影响, 为PSCI的中西医结合临床干预提供参考。方法: 选取2025年12月~2026年6月就诊于黑龙江省哈尔滨市阿城区中医医院收治的92例气虚清阳不升型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46例。对照组给予脑卒中常规内科治疗联合认知康复训练, 观察组在对照组基础上加服益气聪明汤加减, 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量表(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分、Barthel指数(BI)评分, 评价临床疗效并监测不良反应。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89.13%, 显著高于对照组的71.74% ( $P < 0.05$ ); 且观察组改善幅度显著优于对照组( $P < 0.05$ )。两组均未出现严重不良反应, 肝肾功能等安全性指标无明显异常。结论: 益气聪明汤联合康复训练可通过益气升阳、通窍健脑改善PSCI患者认知功能, 提升日常生活能力, 安全性良好, 值得临床推广应用。

## 关键词

益气聪明汤, 认知康复训练, 脑卒中后认知功能障碍, 临床疗效

## Clinical Efficacy Observation of Yiqi Congming Decoction Combined with Rehabilitation Training for Post-Stroke Cognitive Impairment

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

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

Received: June 22, 2026; accepted: July 31, 2026; published: August 13, 2026

文章引用: 袁桂春, 吴春梅, 艾欣, 曹春鑫, 李冰. 益气聪明汤联合康复训练干预脑卒中后认知功能障碍的临床疗效观察[J]. 中医学, 2026, 15(8): 156-162. DOI: 10.12677/tcm.2026.158420

## Abstract

**Objective:** To observe the effects of Yiqi Congming Decoction combined with cognitive rehabilitation training on cognitive function and activities of daily living in patients with post-stroke cognitive impairment (PSCI), so as to provide evidence for integrated traditional Chinese and Western medicine intervention for PSCI. **Methods:** A total of 92 PSCI patients with syndrome of qi deficiency and failure of clear yang ascent admitted to Acheng District Hospital of Traditional Chinese Medicine in Harbin, Heilongjiang Province from December 2025 to June 2026 were enrolled as research subjects. The patients were divided into a control group and an observation group via random number table method, with 46 cases in each group. The control group received routine internal medical treatment for stroke combined with cognitive rehabilitation training, while the observation group was additionally treated with modified Yiqi Congming Decoction on the basis of the control group. Both groups received continuous intervention for 8 weeks. The scores of Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Barthel Index (BI) before and after intervention were compared between the two groups, the clinical efficacy was evaluated, and adverse reactions were monitored. **Results:** There were no statistically significant differences in all baseline indicators between the two groups before intervention ( $P > 0.05$ ). After 8 weeks of intervention, the total effective rate of the observation group was 89.13%, which was markedly higher than 71.74% of the control group ( $P < 0.05$ ). Besides, the improvement degree of the observation group was obviously superior to that of the control group ( $P < 0.05$ ). No severe adverse reactions occurred in either group, and no obvious abnormalities were found in safety indicators such as liver and kidney function. **Conclusion:** Combined rehabilitation training with Yiqi Congming Decoction can improve cognitive function and activities of daily living of PSCI patients by replenishing qi, ascending clear yang, dredging orifices and nourishing the brain, with favorable safety profile, which is worthy of clinical promotion and application.

## Keywords

Yiqi Congming Decoction, Cognitive Rehabilitation Training, Post-Stroke Cognitive Impairment, Clinical Efficacy

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

脑卒中是我国成人致死、致残的首位病因，其中缺血性脑卒中约占 70%以上[1]。近年来，随着静脉溶栓等技术的普及，脑卒中患者的存活率显著上升，但卒中后的神经功能缺损问题依旧存在[2]。临床观察发现，约 50%~70%的脑卒中患者会伴有不同程度的认知功能损害，出现记忆减退、注意力下降、执行功能受损等问题[3]。脑卒中后认知功能障碍(PSCI)不仅会延缓患者肢体功能与语言功能的康复进程，还会直接影响患者的日常生活及自理能力，增加远期血管性痴呆的发生风险，给家庭与社会带来沉重的负担[4]-[6]。现代医学治疗 PSCI 主要采用胆碱酯酶抑制剂、兴奋性氨基酸受体拮抗剂等药物治疗[7]。长期服药易出现胃肠道不适、肝肾功能负担等不良反应，存在一定局限性[8]。因此，探索中西医结合的联合干预方案来弥补西医治疗的不足，是当前 PSCI 治疗的重要方向。中医学将 PSCI 归属于“中风”“健忘”“呆病”的范畴，认为其核心病机为中风后正气亏虚，脾胃升清无力，清阳之气不能上荣脑窍，兼夹血瘀、痰湿阻滞脑络，最终导致脑髓失养、神机失用。益气聪明汤主治脾胃气虚、清阳不升所致的内障目

昏、耳鸣耳聋，具有益气升阳、聪耳明目的功效，近年来被逐步应用于脑血管病认知损害的临床治疗中。基于此，本研究将益气聪明汤与认知康复训练联合应用于 PSCI 患者，观察其对认知功能、日常生活能力的影响，以期 PSCI 的中西医结合治疗提供参考。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 一般资料

本研究选取 2025 年 6 月~2026 年 6 月就诊于黑龙江省哈尔滨市阿城区中医医院康复科住院及门诊随访的 92 例 PSCI 患者为研究对象，采用随机数字表法将患者分为对照组与观察组，各 46 例。所有患者及家属均充分知晓研究内容与治疗方案，自愿参与并签署知情同意书。

### 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》[9]：所有患者均经头颅 CT 或 MRI 检查证实存在新发缺血性卒中病灶；认知功能障碍诊断参照《血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)》[10]判定标准：卒中发病后 3 个月内出现认知损害，蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分 < 26 分，且认知损害累及至少 1 个认知域，已对患者日常生活能力造成影响。

#### 2.2.2. 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》[11]辨证为气虚清阳不升证。主症：健忘呆滞，神疲乏力，头晕目眩，少气懒言；次症：耳鸣失聪，面色萎黄，纳差便溏，肢体麻木；舌脉：舌淡胖、边有齿痕，苔薄白，脉细弱或沉缓。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辨证。

### 2.3. 纳入标准

- ① 符合上述中西医诊断标准；
- ② 首次卒中发病，病程 1~6 个月；
- ③ 年龄 45~75 岁，性别不限；
- ④ 意识清楚，可配合完成量表评估与康复训练；
- ⑤ 近 1 个月内未接受过改善认知的中药治疗或专项认知康复训练。

### 2.4. 排除标准

- ① 出血性脑卒中、反复卒中发作或大面积脑梗死；
- ② 卒中前已存在认知障碍、阿尔茨海默病或其他类型痴呆；
- ③ 合并严重心、肝、肾功能不全，恶性肿瘤无法配合评估。

### 2.5. 脱落与剔除标准

- ① 研究期间失访或自行退出；
- ② 擅自加用其他改善认知类药物；
- ③ 出现严重不良事件无法继续干预。

### 2.6. 干预方法

两组患者均接受缺血性脑卒中常规内科基础治疗，包括抗血小板聚集、调脂稳定斑块、控制血压血糖等基础用药，药物种类与剂量严格遵循临床指南规范。在此基础上分别实施对应干预方案，总疗程 8 周。

2.6.1. 对照组

给予系统化认知康复训练，包括：① 注意力训练：采用数字划消测验、符号 - 数字转换任务，从 3 位数字难度起步，根据患者耐受情况逐步提升至 7 位数字，训练选择性注意与持续注意能力，每次训练 10 分钟；② 记忆力训练：包括即刻单词复述、实物图片回忆等短时记忆训练，以及日常生活事件延迟回忆训练，过程中结合联想法、位置法等记忆策略进行指导，每次训练 10 分钟；③ 计算与执行功能训练：模拟日常购物算账、积木图案匹配、事件逻辑排序等生活化任务，从简单到复杂逐步进阶，每次训练 10 分钟。每日训练总时长 30 分钟，每周训练 5 次，连续干预 8 周。训练环境保持安静、光线柔和，过程中密切观察患者状态，出现疲劳、头晕或精神倦怠时及时暂停休息。

2.6.2. 观察组

在对照组认知康复训练基础上加服益气聪明汤加减。基础组方：黄芪 30 g，党参 15 g，葛根 15 g，蔓荆子 10 g，白芍 12 g，黄柏 9 g，升麻 6 g，炙甘草 6 g。临床随证加减：血瘀明显、舌有瘀斑或瘀点者，加川芎 12 g、丹参 15 g 以增强活血通络之力；痰湿较重、苔腻脘痞者，加石菖蒲 10 g、远志 10 g 以化痰开窍；肝肾不足、腰膝酸软者，加枸杞子 15 g、山茱萸 12 g 以补养肝肾、益脑填髓。均由中药房统一采用全自动煎药机煎制，每剂水煎取汁 400 ml，真空封装为 2 袋，每袋 200 ml，分早晚两次饭后温服，每日 1 剂，每周服用 5 天，与康复训练同步进行，总疗程 8 周。

2.7. 观察指标

分别于干预前、干预 8 周后评估简易精神状态检查量表(MMSE)与蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评定患者认知水平；Barthel 指数(BI)评价患者日常生活自理能力。

2.8. 疗效判定标准

参照《血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)》[10]制定疗效标准：总有效率 = (显效 + 有效)例数/总例数 × 100%。见表 1。

Table 1. Criteria for therapeutic effect judgment

表 1. 疗效判定标准

| 疗效 | 判定标准                                     |
|----|------------------------------------------|
| 显效 | MoCA 评分较干预前提高 ≥5 分，认知症状显著改善，日常生活能力明显提升；  |
| 有效 | MoCA 评分较干预前提高 2~4 分，认知症状部分改善，日常生活能力有所恢复； |
| 无效 | MoCA 评分提高 < 2 分，或认知状态无变化甚至较前加重。          |

2.9. 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件处理数据。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，组内干预前后比较采用配对 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  $\chi^2$  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

干预前，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 2。

**Table 2.** Comparison of baseline data between the two groups of patients  
**表 2.** 两组患者基线资料比较

| 基线资料    | 对照组(n = 46)  | 观察组(n = 46)  | $t/\chi^2$ 值 | P 值   |
|---------|--------------|--------------|--------------|-------|
| 性别(男/女) | 27/19        | 25/21        | 0.176        | 0.675 |
| 年龄(岁)   | 63.28 ± 7.54 | 62.75 ± 7.91 | 0.331        | 0.741 |
| 病程(月)   | 3.12 ± 1.35  | 3.26 ± 1.42  | 0.484        | 0.629 |

### 3.2. 两组临床疗效比较

干预 8 周后, 观察组总有效率为 89.13%, 显著高于对照组的 71.74%, 组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

**Table 3.** Comparison of clinical efficacy between the two groups [n (%)]  
**表 3.** 两组临床疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 显效         | 有效         | 无效         | 总有效率       |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| 对照组 | 46 | 14 (30.43) | 19 (41.30) | 13 (28.26) | 33 (71.74) |
| 观察组 | 46 | 22 (47.83) | 19 (41.30) | 5 (10.87)  | 41 (89.13) |

### 3.3. 两组干预前后认知功能评分比较

干预前, 两组 MMSE、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 4。

**Table 4.** Comparison of cognitive function scores before and after intervention between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , score)  
**表 4.** 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         | MoCA         |
|-----|----|-----|--------------|--------------|
| 对照组 | 46 | 干预前 | 20.15 ± 3.26 | 17.82 ± 2.94 |
|     |    | 干预后 | 23.47 ± 3.18 | 21.05 ± 3.27 |
| 观察组 | 46 | 干预前 | 19.89 ± 3.41 | 17.65 ± 3.08 |
|     |    | 干预后 | 26.12 ± 2.85 | 23.94 ± 2.76 |

### 3.4. 两组干预前后日常生活活动能力比较

干预前, 两组 Barthel 指数评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预 8 周后, 两组 BI 评分均较干预前升高, 且观察组升高幅度显著大于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 5。

**Table 5.** Comparison of Barthel Index scores before and after intervention between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , score)  
**表 5.** 两组干预前后 Barthel 指数评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 | 干预前           | 干预后           |
|-----|----|---------------|---------------|
| 对照组 | 46 | 58.72 ± 10.35 | 72.46 ± 11.28 |
| 观察组 | 46 | 57.94 ± 10.87 | 81.35 ± 10.62 |



### 3.5. 两组安全性比较

干预期间, 观察组 2 例患者出现轻度胃脘胀满, 考虑与中药汤剂口感及空腹刺激有关, 经调整服药时间至饭后 30 分钟温服、服药后少量饮水漱口后症状缓解; 对照组 1 例患者出现轻度恶心, 未予特殊处理, 休息后自行消失。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预前后两组血常规、肝肾功能、心电图均未出现明显异常改变。

## 4. 讨论

脑卒中后认知功能障碍是卒中后最常见的并发症之一, 部分卒中患者虽肢体功能恢复尚可, 但因认知损害导致康复训练依从性下降、日常生活能力恢复受阻, 现认知功能已成为影响卒中患者整体康复效果的关键因素。现代医学除控制脑血管病危险因素外, 多采用胆碱酯酶抑制剂改善认知, 但难以修复已损伤的神经元, 且长期服药存在一定不良反应[12]; 认知康复训练作为 PSCI 康复的重要手段, 但单一康复训练起效较慢, 对中重度认知损害的改善作用有限[13]。因此, 探索中西医结合的联合干预方案, 对 PSCI 的防治至关重要。

中医学认为, 脑为髓海、清窍之所在, 依赖清阳之气濡养方能维持正常神机功能。中风后正气亏虚, 尤其脾胃气虚, 升清无力, 清阳之气不能上达巅顶, 脑窍失于濡养; 兼之气虚推动无力, 血行迟滞而成瘀, 津液失布聚为痰, 痰瘀阻滞脑络, 进一步加重清阳不升, 最终致健忘呆滞、头晕神疲诸症。其病位在脑, 与脾、肾密切相关, 气虚清阳不升为本, 血瘀痰浊阻络为标[14]。因此, 治疗当以益气升阳为根本, 佐以活血通络、化痰开窍, 使清阳得升、脑窍得养。益气聪明汤原载于《东垣试效方》, 是李东垣益气升阳法的代表方剂, 原用于治疗脾胃气虚、清阳不升所致的目障耳鸣。方中黄芪、党参为君, 大补脾胃元气, 培补气血生化之源, 气足则推动有力, 清阳可上荣脑窍; 葛根、升麻、蔓荆子为臣, 升举清阳、上行头目, 引诸药直达病所, 其中葛根兼具活血通络之效, 可疏通脑脉瘀滞; 白芍养血敛阴, 黄柏苦寒坚阴, 二者配伍可防升散太过耗伤阴液, 为佐药; 炙甘草调和诸药为使。全方补散兼施、升降同调, 益气而不壅滞, 升阳而不燥热, 恰合 PSCI 气虚清阳不升的病机特点。本研究结果显示, 观察组总有效率达 89.13%, 显著高于对照组, 且 MMSE、MoCA 评分及 Barthel 指数的改善幅度均优于对照组, 证实中西医结合方案在认知功能与日常生活能力提升方面, 较单一康复训练更具优势。且在安全性方面, 两组均未出现严重不良反应, 提示益气聪明汤临床应用安全性良好, 适合卒中患者较长时间服用。

综上, 益气聪明汤联合认知康复训练干预脑卒中后认知功能障碍疗效确切, 可有效改善患者认知水平与日常生活能力, 且安全性良好。本研究仍存在一定局限, 如样本量偏小、单中心研究、随访周期较短。后续可扩大样本量, 多中心研究, 延长随访时间, 进一步探讨该方案的远期疗效, 为临床该方案的应用提供更充分的循证依据。

## 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(虚痰瘀阻型)的临床观察与科普转化。

## 参考文献

- [1] 杜雨晗, 安旭娜, 靳会欣, 等. 方步运动在脑卒中后认知障碍病人康复中的应用研究进展[J]. 循证护理, 2026, 12(11): 2345-2348.
- [2] 穆茗, 张臻年. 基于玄府-络脉动态规律探讨虫类风药对脑卒中后认知障碍的分期辨治[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2026, 24(9): 1451-1454.
- [3] 陈白霞, 王琼, 张真, 等. 卒中风险及睡眠障碍交互作用对老年房颤患者轻度认知障碍的影响[J]. 实用医院临床

- 杂志, 2026, 23(3): 174-178.
- [4] 胡蓉, 陈青, 陈苗, 等. “瘀去新生”理论指导下内外合治干预缺血性脑卒中后认知障碍探析[J]. 药食同源杂志, 2026, 2(4): 272-282.
- [5] 刘昊, 苏凯奇, 张钰涵, 等. 针刺治疗脑卒中后认知障碍随机对照试验的方法学评价[J]. 西部中医药, 2026, 39(5): 100-107.
- [6] 贾瑶, 王红斌, 闵卫飞. 头针对脑卒中后轻度认知障碍的临床疗效及血清 AQP9、IGFBP-3 表达水平的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2026, 50(4): 456-462.
- [7] 杨雯雯, 张三妮, 魏毅雯, 等. 多维认知训练联合高频重复经颅磁刺激治疗脑卒中后认知障碍患者的临床效果[J]. 青岛医药卫生, 2026, 58(2): 121-125.
- [8] 叶炎生, 张李宝, 陆成武, 等. 电针透穴对卒中后认知障碍患者认知、上肢运动功能及外周血炎症因子的影响[J]. 江西中医药, 2026, 57(4): 56-60.
- [9] 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.
- [10] 田金州, 韩明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)[J]. 中国老年学杂志, 2002, 22(5): 329-331.
- [11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 234-290.
- [12] 黄平. 老年缺血性脑卒中后认知功能障碍的影响因素分析[J]. 中外医药研究, 2025, 4(31): 75-77.
- [13] 林玮佳. 重复经颅磁刺激联合虚拟现实训练对脑卒中后认知功能障碍患者认知功能的影响[J]. 医疗装备, 2025, 38(19): 50-52.
- [14] 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.