

# 填精益髓汤加减联合针刺治疗对脑梗死后遗症期血管性痴呆患者的临床疗效

殷军辉, 刘志华, 李玉新

(河南省中医院脑病科一区, 河南 郑州 450002)

**摘要:** **目的** 探究填精益髓汤加减联合针刺治疗对脑梗死后遗症期血管性痴呆患者的临床疗效。**方法** 253例患者按治疗方法分为对照组(60例)、针刺组(98例)、联合组(95例), 对照组给予常规西医治疗, 针刺组在对照组基础上给予针刺, 联合组在针刺组基础上加用填精益髓汤加减, 疗程8周。检测临床疗效、主要疗效指标(MMSE、CDR、ADL、中医证候评分)、血清指标(Hcy、IL-1 $\beta$ )、脑血流动力学(大脑中动脉、基底动脉、大脑前动脉、大脑后动脉血流速度)、不良反应发生率变化。**结果** 联合组总有效率最高( $P<0.05$ )。治疗后, 3组CDR、中医证候评分、血清指标降低( $P<0.05$ ), MMSE、ADL评分升高、脑动脉血流速度加快( $P<0.05$ ), 以联合组最明显( $P<0.05$ )。3组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 填精益髓汤加减联合针刺治疗能安全有效地提高脑梗死后遗症期血管性痴呆患者的临床疗效, 改善认知功能、脑血流动力学, 降低Hcy和IL-1 $\beta$ 水平。

**关键词:** 填精益髓汤; 针刺; 血管性痴呆; 脑梗死; 后遗症期; 同型半胱氨酸; 白细胞介素-1 $\beta$

**中图分类号:** R287

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1001-1528(2026)06-2122-05

**doi:** 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.06.049

血管性痴呆是因脑血管疾病引起的认知障碍综合征, 是常见老年痴呆类型之一, 约占痴呆患者的15%~20%<sup>[1]</sup>。随着人口老龄化加剧, 血管性痴呆发病率逐年上升, 已成为威胁老年人生命质量和公共健康的重要疾病。血管性痴呆患者预后较差, 病程中常伴发行为异常和生活能力下降, 严重影响患者及其家庭的生活质量, 同时加重社会经济负担<sup>[2]</sup>。西医治疗血管性痴呆措施主要包括抗血小板、降脂、控制血压及脑循环改善等, 但针对性治疗手段有限。常用药物如多奈哌齐、美金刚虽见效快, 但疗效不稳定, 且长期应用易产生药物依赖及不良反应<sup>[3]</sup>, 临床亟需探索安全有效的治疗方法, 以改善患者认知功能和生活质量。

中医学将血管性痴呆归属于“痴呆”“健忘”“中风后遗症”等范畴, 认为其病机核心为脏腑功能失调, 气血不足, 瘀血阻络, 痰浊蒙窍。正如《黄帝内经》中所述“血脉和利, 精神乃居”, 提示血脉不畅、脑窍失养为本病的重要病机。脑梗死后遗症期血管性痴呆的发生, 多因卒中耗伤正气, 加之年老体虚, 气血亏虚, 痰浊瘀阻, 导致髓失养, 神机失用。《灵枢·海论》有云“脑为髓之海”, 髓源于肾, 赖脾胃运化以化生气血而养髓,

脑梗死后遗症期血管性痴呆患者往往以“肾虚髓亏”为本, “气滞血瘀、痰浊阻窍”为标, 治疗宜以补肾益髓、活血通络、滋阴潜阳为法则。针刺疗法作为中医特色治疗手段之一, 具有调和阴阳、疏通经络、活血化瘀、改善脑功能的独特优势<sup>[4]</sup>。精益髓汤以补肾益髓为主要功效, 其组方遵循中医整体观念, 强调标本兼治、虚实同调。针药结合, 可进一步增强益肾活血、通窍醒神之效<sup>[5]</sup>。基于此, 本研究旨在探讨精益髓汤加减联合针刺治疗对脑梗死后遗症期血管性痴呆患者的临床疗效, 以及对血清同型半胱氨酸(Hcy)和白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )的调节作用, 为中医药干预血管性痴呆提供新的理论依据和实践指导, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年12月至2024年12月收治于河南省中医院的253例血管性痴呆患者, 按照不同治疗方法随机分为对照组( $n=60$ )、针刺组( $n=98$ )以及联合组( $n=95$ ), 3组一般资料比较见表1, 可知差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。研究经本院医学伦理委员会批准(伦理批号HNSZY2023080217)。

收稿日期: 2026-03-09

基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题(编号2022ZYZD07)

作者简介: 殷军辉(1985—), 男, 硕士, 主治医师, 从事中医脑病方向的研究。E-mail: 13323866779@163.com

表 1 3组一般资料比较

组别	例数/例	平均年龄/岁	性别/[例(%)]		平均病程/月	临床痴呆评定量表(CDR)分级/[例(%)]			基础疾病/[例(%)]		
			男	女		轻度	中度	重度	高血压	糖尿病	高脂血症
对照组	60	66.83±5.25	39(65.00)	21(35.00)	4.05±1.22	12(20.00)	29(48.33)	19(31.67)	32(53.33)	15(25.00)	17(28.33)
针刺组	98	66.32±5.62	68(69.39)	30(30.61)	4.18±1.13	21(21.43)	47(47.96)	30(30.61)	42(42.86)	26(26.53)	30(30.61)
联合组	95	67.18±5.70	63(66.32)	32(33.68)	3.94±0.91	32(33.68)	37(38.95)	26(27.37)	37(38.95)	23(24.21)	35(36.84)

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 具有明确脑梗死病史，临床表现符合认知功能障碍，头颅影像学检查可见脑部多个梗死灶<sup>[6]</sup>。

1.2.2 中医 符合血管性痴呆肾虚髓减证，主证智能减退，腰膝酸软、乏力嗜睡；次证面部表情呆滞、思维迟缓、步履沉重、行走艰难，善惊易恐、面颊潮红，脑转耳鸣、或有幻听，小便失禁、大便滑脱；舌脉偏肾阴虚者见舌红苔少、脉细数，偏肾阳虚者见舌淡苔薄、脉沉细，结合舌脉，具备2项主证（智能减退必备）及2项次证即可确诊<sup>[7]</sup>。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合“1.2”项下诊断标准；(2)年龄在45~85岁之间；(3)简易精神状态检查表(MMSE)评分<24分，排除文化程度影响；(4)临床症状稳定，未出现严重的急性疾病或重大病理改变，能够进行相关治疗；(5)患者了解本研究，签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1)存在严重的合并症或其他影响治疗效果的重大疾病，如严重心脏病、肝肾功能衰竭、恶性肿瘤等；(2)有严重的精神障碍或认知功能丧失，无法进行有效评估和治疗；(3)对研究中的中医药方或治疗方法存在过敏史或严重不良反应史；(4)孕妇或哺乳期妇女；(5)参与其他临床试验或在治疗期间使用过其他可能干扰研究结果的药物；(6)未能遵守研究的相关要求或因个人原因中途退出治疗。

1.4 治疗手段 对照组参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》<sup>[8]</sup>接受规范治疗，包括降压扩容、抗血小板、降脂、抗凝降纤、静脉溶栓、保护神经等，疗程8周。针刺组在对照组基础上给予针刺治疗，选穴百会、风池、神庭、悬钟、四神聪、印堂、太溪、足三里，患者取坐位，常规消毒穴位及周围皮肤，百会穴位于耳尖连线中点，以百会穴为中心，与头皮呈15°夹角刺入，采用补法；风池穴位于后枕部向发际线方向两侧凹陷处，针尖斜向鼻尖方向，斜刺1.2寸，采用平补平泻法；其余穴位均采用常规针刺法，针刺深度根据具体穴位调

整，均使用补法。所有针刺得气后，留针时间为30 min，每日1次，针刺6 d需休息1 d，2周为1疗程，疗程8周。

联合组在针刺组基础上加用填精益髓汤加减治疗，填精益髓汤是在左归丸基础上加潜阳、平肝滋阴之药，组方药材熟地黄24 g、山药12 g、枸杞子12 g、山茱萸12 g、怀牛膝9 g、菟丝子12 g、鹿角胶12 g、龟板胶12 g、生牡蛎12 g、生鳖甲12 g、麦冬9 g、白芍9 g、炙甘草6 g；另随证加减，虚火旺盛者去掉菟丝子、枸杞子、鹿角胶，加入知母、黄柏、牡丹皮；阴虚火旺者去掉山茱萸、怀牛膝，加入茯苓、泽泻；气虚者去掉山药、山茱萸，加入党参、黄芪；血虚者去掉生牡蛎、生鳖甲，加入当归；痰湿体质者去掉生牡蛎、龟板胶，加入陈皮、半夏、茯苓，疗程8周。

1.5 指标检测

1.5.1 主要疗效指标 (1)MMSE评分，MMSE共包含30个问题，评估患者的定向、记忆、注意和计算、语言和回忆，回答正确计1分，回答错误或不知道计0分，满分30分，分值越低，认知功能越差；(2)CDR分级，CDR量表共6项，包含记忆、定向、判断与解决问题、社会事务、家庭生活和个人护理，总分0~3分，分值越高，痴呆程度越重；(3)日常生活能力，使用日常生活能力(ADL)量表评估患者自理能力，包括穿衣、洗澡、吃饭、如厕、行走等日常生活活动，总分为0~100分，分值越低，患者自理能力、日常生活能力越差；(4)中医证候评分，将患者主证轻、中、重度症状量化为2、4、6分，次证、舌脉轻、中、重度症状量化为1、2、3分，总评分越高，患者症状越重。

1.5.2 血清指标 抽取2组患者晨起空腹静脉血各5 mL，3 000 r/min离心10 min，分离血清待检。采用水解酶循环酶试验检测血清Hcy，Hcy检测试剂盒(货号E031-1-1)由上海雅吉生物科技有限公司提供；采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测血清IL-1β，人IL-1β检测试剂盒(货号JL13662-48T)由上海将来实业股份有限公司提供。

1.5.3 脑血流动力学 通过经颅多普勒超声检测患者双侧脑动脉血流速度，将探头放置在患者颞部或枕部窗口，调整角度以确保获得最佳信号并清晰显示血流波形，包括大脑中动脉、基底动脉、大脑前动脉、大脑后动脉，记录血流速度数据。

1.5.4 不良反应发生率 观察并记录2组患者发生恶心呕吐、腹胀腹泻、感染、皮疹瘙痒等不良反应情况，并计算其发生率。

1.6 疗效评价 (1) 临床痊愈，肾阴虚证的所有症状和体征完全消失或接近完全消失，日常生活不受影响，证候评分减少 $\geq 95\%$ ；(2) 显效，智能减退明显改善，腰膝酸软、倦怠思卧等症状得到显著缓解， $70\% \leq$ 证候评分减少 $< 94\%$ ；(3) 好转，智能减退有所改善，部分症状减轻， $30\% \leq$ 证

候评分减少 $< 69\%$ ；(4) 无效，不及上述标准或加重<sup>[7]</sup>。证候评分采用尼莫地平法计算，总有效率= $[(临床痊愈例数+显效例数+好转例数)/总例数] \times 100\%$ 。

1.7 统计学分析 通过SPSS 28.0软件进行处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，3组比较用单因素方差分析，组内比较用LSD-t检验；计数资料以百分率表示，组间比较用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效 针刺组、联合组总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )，联合组总有效率高于针刺组 ( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 3组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数/例	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	60	15(25.00)	21(35.00)	9(15.00)	15(25.00)	45(75.00)
针刺组	98	26(26.53)	35(35.71)	25(25.51)	12(12.24)	86(87.76) <sup>#</sup>
联合组	95	38(40.00)	33(34.74)	20(21.05)	4(4.21)	91(95.79) <sup>#Δ</sup>

注：与对照组比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ ；与针刺组比较，<sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 主要疗效指标 治疗后，3组CDR分级、中

MMSE评分、ADL评分升高 ( $P < 0.05$ ，对照组除外)，以联合组最明显 ( $P < 0.05$ )，见表3。

表3 3组主要疗效指标比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数/例	CDR 分级		MMSE 评分		ADL 评分		中医证候评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	1.49 $\pm$ 0.42	1.19 $\pm$ 0.26 <sup>*</sup>	13.81 $\pm$ 3.58	17.65 $\pm$ 4.96	35.42 $\pm$ 5.89	42.85 $\pm$ 6.88	21.82 $\pm$ 4.53	17.49 $\pm$ 3.67
针刺组	98	1.53 $\pm$ 0.43	1.06 $\pm$ 0.29 <sup>**</sup>	14.02 $\pm$ 3.39	19.48 $\pm$ 4.62 <sup>**</sup>	33.68 $\pm$ 5.64	46.47 $\pm$ 6.71 <sup>**</sup>	22.47 $\pm$ 3.95	15.74 $\pm$ 3.25 <sup>**</sup>
联合组	95	1.54 $\pm$ 0.44	0.82 $\pm$ 0.25 <sup>**Δ</sup>	13.94 $\pm$ 3.69	24.54 $\pm$ 4.45 <sup>**Δ</sup>	34.11 $\pm$ 6.35	65.97 $\pm$ 7.28 <sup>**Δ</sup>	21.58 $\pm$ 4.13	8.63 $\pm$ 2.18 <sup>**Δ</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ ；与针刺组治疗后比较，<sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 血清指标 治疗后，针刺组和联合组血清Hcy、IL-1 $\beta$ 水平下降 ( $P < 0.05$ )，以联合组最明

显 ( $P < 0.05$ )，见表4。

表4 3组血清Hcy、IL-1 $\beta$ 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数/例	Hcy/ $(\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1})$		IL-1 $\beta$ / $(\text{pg} \cdot \text{mL}^{-1})$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	45.89 $\pm$ 4.15	37.74 $\pm$ 5.62	56.28 $\pm$ 7.14	42.59 $\pm$ 5.49
针刺组	98	45.23 $\pm$ 5.52	34.48 $\pm$ 4.97 <sup>**</sup>	55.34 $\pm$ 6.63	35.71 $\pm$ 4.37 <sup>**</sup>
联合组	95	44.87 $\pm$ 3.41	26.52 $\pm$ 5.11 <sup>**Δ</sup>	56.42 $\pm$ 6.67	31.36 $\pm$ 5.25 <sup>**Δ</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ ；与针刺组治疗后比较，<sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 脑血流动力学 治疗后，针刺组和联合组大

脑血流速度加快 ( $P < 0.05$ )，以联合组最明显 ( $P < 0.05$ )，见表5。

表5 3组脑血流动力学比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数/例	大脑中动脉/ $(\text{cm} \cdot \text{s}^{-1})$		基底动脉/ $(\text{cm} \cdot \text{s}^{-1})$		大脑前动脉/ $(\text{cm} \cdot \text{s}^{-1})$		大脑后动脉/ $(\text{cm} \cdot \text{s}^{-1})$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	36.87 $\pm$ 6.12	40.83 $\pm$ 7.45	25.66 $\pm$ 4.13	28.34 $\pm$ 4.08	30.99 $\pm$ 4.54	34.61 $\pm$ 5.29	25.96 $\pm$ 4.21	29.56 $\pm$ 4.03
针刺组	98	35.62 $\pm$ 5.94	43.69 $\pm$ 6.16 <sup>**</sup>	24.57 $\pm$ 3.85	30.63 $\pm$ 3.39 <sup>**</sup>	31.34 $\pm$ 4.22	36.63 $\pm$ 5.92 <sup>**</sup>	25.73 $\pm$ 3.15	31.71 $\pm$ 3.27 <sup>**</sup>
联合组	95	36.89 $\pm$ 5.15	50.72 $\pm$ 7.92 <sup>**Δ</sup>	25.12 $\pm$ 3.87	35.87 $\pm$ 4.58 <sup>**Δ</sup>	30.51 $\pm$ 4.17	41.92 $\pm$ 5.26 <sup>**Δ</sup>	24.99 $\pm$ 3.37	36.83 $\pm$ 4.24 <sup>**Δ</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ ；与针刺组治疗后比较，<sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。

2.5 不良反应发生率 3组不良反应发生率比较，

差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表6。

表6 3组不良反应发生率比较

组别	例数/例	恶心呕吐	腹胀腹泻	感染	皮疹痒痒	总不良反应
对照组	60	2(3.33)	1(1.67)	0(0)	0(0)	3(5.00)
针刺组	98	1(1.02)	2(2.04)	1(1.02)	2(2.04)	6(6.12)
联合组	95	4(4.21)	3(3.16)	3(3.16)	3(3.16)	13(13.68)

### 3 讨论

目前, 西医在脑梗死后遗症期血管性痴呆的治疗中面临治疗效果有限、缺乏针对性病因治疗等局限。中医学对此类疾病积累了丰富的经验, 在调节整体功能、改善循环、缓解神经损伤方面具有独特优势。中医理论认为“肾主骨, 生髓, 通于脑”, 肾精充盈则脑髓得养, 脑功能正常<sup>[9]</sup>。随着年龄增长或疾病损伤, 肾精渐亏可致髓海失养, 引发记忆力减退、认知障碍等血管性痴呆典型症状, 临床以肾虚髓减证较为常见。同时, 血管性痴呆常伴随脑血流不畅, 血液循环障碍会加剧神经损伤, 故活血通络属必要疗法。针刺疗法通过刺激特定穴位, 可调节神经功能、改善脑部血流, 发挥活血通络之效<sup>[10]</sup>。故血管性痴呆的治疗应以“补肾益髓、活血通络”为主要原则, 同时兼顾肝气郁结、肝阳上亢等因素, 辅以滋阴潜阳, 整体调节阴阳平衡。

针刺疗法具有显著活血通络作用, 针刺百会、风池穴可疏通经络、活血化瘀, 改善脑部血液循环; 悬钟、四神聪穴有助于活络脑血管, 促进血流; 太溪穴通过补肾活血增强气流畅通; 足三里穴通过调节脾胃气血, 改善全身血液供应<sup>[11]</sup>。诸穴协同刺激能有效改善脑血流, 缓解血瘀阻络所致脑功能障碍。填精益髓汤以“肾藏精, 精生髓, 髓充脑”理论为指导, 以补肾益髓、活血通络为核心治法。方中熟地黄补血滋阴、益肾填精, 山药健脾益气、助运精微, 枸杞子补肝肾、益精明目, 山茱萸固肾益精, 怀牛膝活血祛瘀、补肾强骨, 菟丝子补肾益精, 鹿角胶、龟板胶滋阴补肾、益髓填精, 生牡蛎、生鳖甲软坚散结、填补精髓, 麦冬养阴润肺, 白芍养血调经, 炙甘草调和诸药, 全方通过补益肾精、养血活血、滋阴补髓, 促进神经功能恢复。本研究结果显示, 联合组总有效率最高, 针刺组次之, 对照组最低, 提示针药联合可显著提高血管性痴呆临床疗效。针刺活血通络与汤药补肾益髓相辅相成, 综合调节机体、改善脑血流、增强神经功能, 在提高认知功能、改善临床症状方面展现出更强优势<sup>[12-13]</sup>。本研究结果显示, 治疗8周后, 联合组在CDR、MMSE、ADL、中医证候评分、血清Hcy、IL-1 $\beta$ 水平及大脑动脉血流速度方面的改

善最明显, 提示填精益髓汤加减联合针刺治疗血管性痴呆具有显著优势。Hcy升高会损害血管内皮, 促进动脉硬化及血栓形成; IL-1 $\beta$ 作为关键炎症因子, 可增加血管通透性、加剧脑损伤<sup>[14-15]</sup>。分析原因, 填精益髓汤补肾益精、活血通络、滋阴养血, 从根源改善脑血流和神经功能; 针刺疏通经络、活血化瘀, 促进气血运行<sup>[16-18]</sup>。两者协同, 不仅增强血液循环, 还能有效调节Hcy和IL-1 $\beta$ 水平, 缓解炎症反应, 促进神经修复。

综上所述, 填精益髓汤加减联合针刺能安全有效地提高脑梗死后遗症期血管性痴呆患者的临床疗效, 改善认知功能, 调节Hcy、IL-1 $\beta$ 水平, 促进脑血流改善。

### 参考文献:

- [1] Chang Wong E, Chang Chui H. Vascular cognitive impairment and dementia[J]. Continuum (Minneapolis), 2022, 28(3): 750-780.
- [2] 钟文清, 陈晓娟, 刘丹丹. 血管性痴呆患者血清神经调节蛋白1、神经元正五聚蛋白2的表达及临床意义[J]. 临床神经病学杂志, 2023, 36(1): 28-33.
- [3] 张喜武, 刘安然, 窦金金. 基于中西医结合的血管性痴呆发病机制及治疗的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(4): 202-211.
- [4] 阙彬福, 曾小连, 马观福生, 等. 灯盏生脉胶囊联合针刺对脑梗死后血管性痴呆患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(5): 1529-1532.
- [5] 庄泽钦, 李明慧, 曾文瑞, 等. 杨文辉教授针药结合分期论治血管性痴呆经验摘要[J]. 环球中医药, 2023, 16(1): 87-90.
- [6] 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. 中国各类主要脑血管病诊断要点2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 91-99.
- [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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [9] 黄凯, 顾耘, 韩素静. 补肾益髓方对老年性痴呆病人中医证候量表的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(12): 2014-2016.
- [10] 姜晓璇, 蔡静, 吴远华, 等. 近5年中医药防治血管性痴呆实验研究进展[J]. 世界中医药, 2024, 19(11): 1680-1685; 1692.

- [11] 李 渤, 王 强, 王 渊, 等. 2003-2023 年针刺治疗血管性痴呆研究文献可视化分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(3): 71-77.
- [12] 黄彩妮, 王小璐, 邱泓媛, 等. 乌参醒脑汤联合针刺治疗卒中后血管性痴呆临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(11): 222-226.
- [13] 王洋岗, 周春燕, 任惠明, 等. 电针配合加味补阳还五汤对血管性痴呆患者记忆行为学、血清 BDNF、VEGF 及神经元凋亡相关分子表达的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(5): 81-84; 268.
- [14] 朱丽丽, 叶哲瑄, 刘少杰. 血清同型半胱氨酸 (Hcy) 检测对于诊断心脑血管疾病的应用价值[J]. 中国实验诊断学, 2024, 28(7): 763-766.
- [15] 赖智勇, 韩 慧, 陈 燕, 等. 血清 IL-1 $\beta$ 、MMP-9 与急性脑梗死患者血-脑脊液屏障损伤的相关性[J]. 脑与神经疾病杂志, 2023, 31(3): 160-163.
- [16] 刘亚鸽, 李坤彬, 姚先丽, 等. 填精益髓汤加减治疗脑梗死后痴呆的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(7): 100-103.
- [17] 单金平, 单晓晶, 徐云龙, 等. 补肾填精益髓法治疗缺血性中风轻度认知功能障碍肾虚髓减证临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(3): 151-154.
- [18] 陈 琦, 吴 月, 张小凡, 等. 针刺通督调神联合重复经颅磁刺激治疗中风后血管性痴呆临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2025, 27(3): 94-96.

## 津力达颗粒联合常规治疗对气阴两虚型糖尿病心脏自主神经病变患者的临床疗效

毛小芳<sup>1</sup>, 周艳红<sup>1\*</sup>, 陈红利<sup>2</sup>, 陈玉凤<sup>1</sup>

(1. 新乡市中心医院内分泌科, 新乡医学院第四临床学院, 河南 新乡 453000; 2. 新乡市中心医院临床药学科, 新乡医学院第四临床学院, 河南 新乡 453000)

**摘要:** 目的 探究津力达颗粒联合常规治疗对气阴两虚型糖尿病心脏自主神经病变 (DCAN) 患者的临床疗效。

**方法** 135例患者随机分为对照组 (67例) 和观察组 (68例), 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用津力达颗粒, 疗程 12 周。检测临床疗效、中医证候评分、血糖指标 (FPG、2hPG、HbA1c)、血脂指标 (TC、TG、LDL-C、HDL-C)、HRV 指标 (SDNN、RMSSD、LF、HF、LF/HF)、神经修复相关指标 (NGF、NfL、BDNF) 及不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组中医证候评分、血糖指标、TC、TG、LDL-C、NfL、LF/HF 降低 ( $P < 0.05$ ), HDL-C、SDNN、RMSSD、HF、NGF、BDNF 升高 ( $P < 0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P < 0.05$ )。2 组 LF、不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 津力达颗粒联合常规治疗可安全有效地提升气阴两虚型 DCAN 患者的临床疗效, 改善糖脂代谢与心率变异性, 调节神经营养与损伤标志物水平从而改善心脏自主神经功能。

**关键词:** 津力达颗粒; 常规治疗; 糖尿病心脏自主神经病变 (DCAN); 气阴两虚型; 心率变异性

**中图分类号:** R287

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1001-1528(2026)06-2126-06

**doi:** 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.06.050

糖尿病与糖尿病心脏自主神经病变 (DCAN) 常伴随发生, 前者作为全球高发的慢性代谢性疾病患病率已达 9.3%, 后者作为糖尿病严重慢性并发症之一, 在糖尿病患者中的发生率高达 20% ~ 40%, 且病程超 10 年者发生率可升至 60% 以上<sup>[1-2]</sup>。临床数据显示合并 DCAN 的糖尿病患者, 心源性猝死发生率是无 DCAN 患者的 2~4 倍, 显著降低患者 5 年生存率<sup>[3]</sup>。糖尿病患者长期血糖控

制不佳会通过多元醇通路激活、晚期糖基化终末产物蓄积, 加速血管内皮功能紊乱与神经毒性物质释放, 而心脏自主神经对缺血缺氧的敏感性更高, 一旦神经滋养血管灌注不足, 会进一步加重自主神经功能失调<sup>[4]</sup>。当前西医治疗以控制血糖为基础, 联合甲钴胺营养神经、胰激肽原酶改善微循环, 但对患者心率变异性 (HRV) 指标改善效果有限, 且长期使用甲钴胺可能引发胃肠道不适<sup>[5-6]</sup>。

收稿日期: 2026-01-08

基金项目: 河南省医学科技攻关计划项目 (LHGJ20221003)

作者简介: 毛小芳 (1988—), 女, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合治疗内分泌与代谢类疾病的研究。E-mail: swakfsdf@163.com

\* 通信作者: 周艳红 (1968—), 女, 硕士, 主任医师, 从事内分泌与代谢类疾病的研究。E-mail: zhouyanhong01@163.com