

化痰止眩汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床研究

邓颖 袁昌文 张秋池

(江苏省中医院脑病中心 南京 210029)

摘要:目的:观察化痰止眩汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效、对椎-基底动脉血流速度及血小板活化指标的影响。方法:将符合后循环缺血诊断标准及入选标准的 80 例患者随机分为治疗组和对照组各 40 例,治疗组予化痰止眩汤,对照组予倍他司汀治疗。分别于就诊时、治疗第 14 天进行眩晕程度评定;超声经颅多普勒(TCD)检测测定两侧椎动脉(VA)、基底动脉(BA)的血流速度及血小板 α 颗粒蛋白 140(GMP-140)水平。结果:治疗 14 d 后,治疗组 DHI-S 评分改善优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组基底动脉、椎动脉收缩期血流速度(VS)、舒张期血流速度(VD)与治疗前比较有显著改善($P<0.05$);治疗后治疗组与对照组比较,基底动脉、椎动脉收缩期血流速度、舒张期血流速度改善明显,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组与治疗前相比 GMP-140 水平有较明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组比较,治疗组 GMP-140 的下降幅度优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:化痰止眩汤可改善后循环缺血属痰瘀阻络型患者的眩晕症状、脑部血流速度及抑制其血小板活化。

关键词:后循环缺血性眩晕;化痰止眩汤;疗效观察

中图分类号:R255.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.07.041

后循环缺血(PCI)是指后循环的短暂性脑缺血发作(TIA)和脑梗死。PCI的常见症状包括眩晕、肢体或头面部麻木、肢体瘫痪、感觉异常、共济失调、构音或吞咽障碍、跌倒发作、偏盲等,是神经科多发疾病,其发病率呈逐年上升。因其易反复发作,缠绵难愈,如何提高其治疗效果,是我们亟待研究的问题。本研究采用自拟化痰止眩汤治疗后循环缺血痰瘀阻络型眩晕患者,取得了较满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院脑病科住院和门诊患者 80 例,随机分为治疗组和对照组各 40 例。其中治疗组男 26 例,女 14 例;年龄 42~76 岁,平均(63.43±12.12)岁。对照组男 23 例,女 17 例;年龄 39~78 岁,平均(62.56±11.41)岁。两组患者在性别、年龄、基础疾病等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 2006 年《中国后循环缺血的专家共识》^[1]。中医诊断标准参照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[2]中关于眩晕的诊断标准。

1.3 排除标准 年龄<18 岁或>80 岁;有精神障碍或严重痴呆患者;内耳疾病、颅内占位性病变、脑出血所致眩晕者;合并有其他系统严重疾病者;妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 治疗方法 治疗组采用化痰止眩汤治疗,方剂组成:天麻 10 g、姜半夏 10 g、菖蒲 6 g、白茯苓 15 g、川芎 10 g、白芍 20 g、白术 15 g、茯苓 20 g、桃仁 10 g、红花 10 g、桂枝 6 g、泽泻 30 g、葛根 30 g。兼气虚,加党参 15 g、当归 10 g;兼耳鸣,加蝉衣 6 g、磁石 30 g;伴失眠,加炙远志 6 g、夜交藤 30 g;呕吐频作,加煨生姜 3 g、姜竹茹 10 g。每日 1 剂,水煎 200

ml,分 2 次口服。对照组口服倍他司汀 6 mg/次,3 次/d。两组均连续服用 14 d。

1.5 观察指标 采用眩晕障碍量表(DHI-S)对两组就诊时、治疗第 14 天的眩晕程度进行评定;采用超声经颅多普勒(TCD)对两组就诊时、治疗第 14 天时的两侧椎动脉(VA)、基底动脉(BA)血流速度进行测定;分别于就诊时、治疗第 14 天测定两组血浆血小板 α 颗粒膜蛋白 140(GMP-140)。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 DHI-S 评分比较 治疗 14 d 后,治疗组 DHI-S 评分改善优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 DHI-S 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗第 14 天
治疗组	40	19.26± 8.14	8.65± 5.36
对照组	40	18.45± 7.83	12.37± 5.42

2.2 两组治疗前后 TCD 结果比较 治疗 14 d 后,治疗组基底动脉(BA)、椎动脉(VA)收缩期血流速度(VS)、舒张期血流速度(VD)与治疗前比较有显著改善($P<0.05$);治疗后治疗组与对照组比较,基底动脉、椎动脉收缩期血流速度、舒张期血流速度改变更显著,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 TCD 结果比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)

项目	指标	治疗组		对照组	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
VS	BA	35.18± 11.23	43.56± 7.45	34.65± 12.32	40.45± 7.56
	RVA	27.54± 10.72	36.24± 6.43	28.43± 8.76	34.80± 5.43
	LVA	30.68± 9.15	38.68± 5.76	30.45± 6.54	35.78± 4.32
VD	BA	14.40± 5.76	22.54± 4.12	13.86± 5.46	18.50± 3.50
	RVA	12.56± 5.65	20.43± 3.42	12.87± 3.71	17.43± 3.24
	LVA	14.20± 4.58	21.22± 4.30	12.85± 3.08	18.34± 2.46

(下转第 104 页)

非同步电除颤是救治心室颤动最有效方法之一,为提高心室颤动患者生存质量关键措施。非同步电除颤治疗缺血性心脏病心室颤动工作原理为:通过除颤器高能脉冲电流,经由胸壁时对心跳造成刺激,有效促进全部心肌纤维消除折返通道,于短时间内同时除极,抑制心肌纤维性颤动,使心律恢复正常^[5]。

研究结果显示,研究组复律成功率显著高于对照组($P<0.05$)。说明,应用非同步电除颤治疗缺血性心脏病心室颤动,可显著提高患者复律成功率。但应用电除颤时应注意:(1)若患者心电图显示为细颤波,应先给予用药或心脏按压,待细颤波转为粗颤波后实施电击;(2)放电 10 min 内所引起的心脏骤停,应给予 100 mg 利多因静滴。综上所述,对缺血性心脏病心室颤动患者实施非同步电除颤治疗疗效显

著,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]杨倩,齐晓勇,党懿,等.他汀类药物对持续性心房颤动电复律后复发影响的荟萃分析[J].中华心血管病杂志,2015,43(11):994-998
- [2]Tokuda M,Kojodjojo P,Tung S,et al.Acute Failure of Catheter Ablation for Ventricular Tachycardia Due to Structural Heart Disease:Causes and Significance.[J].Journal of the American Heart Association,2013,2(3):18-24
- [3]谢展雄,梁翠霞,王庆文,等.胺碘酮与普罗帕酮治疗慢性心房颤动复律的疗效与安全性比较[J].中国药房,2015,26(21):2916-2918
- [4]Piers SR,Leong DP,Van CF,et al.Outcome of ventricular tachycardia ablation in patients with nonischemic cardiomyopathy:the impact of noninducibility[J].Circulation Arrhythmia & Electrophysiology,2013,6(3):513-521
- [5]范景秀,石峻,郭应强.同步电复律治疗心脏术后房性心律失常的疗效及安全性观察[J].重庆医学,2015,44(21):2918-2920

(收稿日期:2017-06-07)

(上接第 68 页)

2.3 两组血小板 α 颗粒膜蛋白 140 比较 两组治疗第 14 天与治疗前相比,治疗组 GMP-140 治疗后较明显下降($P<0.05$),对照组无明显下降($P>0.05$);与对照组比较,治疗组 GMP-140 下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组血小板 α 颗粒膜蛋白 140 比较 (ng/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗第 14 天
治疗组	40	9.34± 2.52	6.28± 2.36
对照组	40	9.27± 3.43	8.95± 2.42

3 讨论

后循环缺血系椎-基底动脉及其分支发生动脉粥样硬化或痉挛,血液呈高凝状态或微血栓形成状态,导致小脑、脑干局部血液循环障碍,脑灌注减少,而发生眩晕、平衡功能障碍的症状和体征^[3]。

后循环缺血多以眩晕为主要症状,属中医“眩晕”范畴。究其病因,朱丹溪在《丹溪心法·头眩》中即指出:“无痰不作眩”。现代生活中的人们饮食多肥甘厚味,伤于脾胃,健运失司,以致精微不化,聚湿生痰,痰湿阻遏,血行不畅,又致瘀血阻络。痰瘀互结,阻遏气机,则清阳不升,浊阴不降,导致眩晕。湿邪其性胶着,故易反复发作。笔者临证时发现眩晕者以痰瘀阻络型占多数,因此对于眩晕急性发作者治疗以化痰熄风、活血通络为先。化痰止眩汤针对风、痰、瘀而设,方中天麻平肝熄风,半夏燥湿化痰、降逆止呕,是为治疗风痰眩晕之要药;白术、茯苓健脾化痰,菖蒲辛开苦燥温通,芳香走窜,不但有开窍醒神之功,且兼具化湿、豁痰之效,擅长治痰湿蒙蔽清窍

所致神志昏乱、头晕目眩等症;白蒺藜辛、苦、微温,入肝经,轻扬疏达,具有平肝熄风活血的作用,与茯苓配伍,一渗一散,使湿浊去,清阳升,头晕止;川芎走而不守,活血行气,现代药理研究证实川芎还有明显的镇静作用,与桃仁、红花同用,活血化瘀通窍^[4]。方中尤须提及桂枝一味,其性温,与川芎、当归等同用,可以温经散寒、活血通经。方中重用泽泻,取《金贵要略》中泽泻汤之义,涤痰利水。现代药理研究证实泽泻能明显降低血清总胆固醇、甘油三酯和 LDL,明显抑制血管内膜斑块的形成;泽泻提取物有抗血小板聚集,抑制血栓形成的作用^[5]。方中还用到葛根,药理研究显示其有扩张血管,改善微循环增加血流量的作用、还取其载药上行之义。笔者临床以该方治疗眩晕一证,多能迅速止眩,疗效较显著,究其原因,盖眩晕发作之际,痰饮上逆之象明显,以熄风化痰、活血通络为治则的化痰止眩汤正是击中了病之要害。综上所述,化痰止眩汤能改善后循环缺血属痰瘀阻络型患者的眩晕症状、脑部血流速度,并能明显抑制其血小板活化,改善血瘀状态,用于治疗后循环缺血性眩晕,疗效显著。

参考文献

- [1]中国后循环缺血专家共识组.中国后循环缺血的专家共识[J].中华内科杂志,2006,45(9):786-787
- [2]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,1994.88
- [3]Schober A,Siess W.Lysophosphatidic acid in atherosclerotic diseases [J].Br J Pharmacol,2012,167(3):465-482
- [4]耿彦婷,徐士欣,朱亚萍,等.舒脑欣滴丸佐治后循环缺血性眩晕血瘀证临床研究[J].新中医,2014,46(3):58-60
- [5]陈利娟,李卿.泽泻的研究进展[J].中国药业,2016,25(21):1-3

(收稿日期:2017-04-14)