

·临床研究·

本文引用:赵智儒,屈建峰,袁玉娇.苓桂术甘汤加味治疗脾阳不足、痰饮内停型后循环缺血性眩晕的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2019,39(6):746-749.

苓桂术甘汤加味治疗脾阳不足、痰饮内停型 后循环缺血性眩晕的临床研究

赵智儒,屈建峰,袁玉娇

(北京市东城区第一人民医院,北京 100075)

[摘要] **目的** 探讨苓桂术甘汤加味治疗脾阳不足、痰饮内停型后循环缺血性眩晕患者的临床疗效。**方法** 将 80 例脾阳不足、痰饮内停型后循环缺血性眩晕患者采用随机数字表法分成治疗组和对照组,每组 40 例。治疗组患者服用苓桂术甘汤加味治疗,对照组患者给予前列地尔静滴治疗。治疗 4 周后,比较两组患者的眩晕症状评分、椎动脉及基底动脉血流动力学情况、血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)水平及药物的疗效。**结果** 治疗 4 周后,两组患者的眩晕症状评分及血清 hs-CRP 水平均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者降低较对照组显著($P<0.05$);两组患者的收缩期末、舒张期末椎动脉及基底动脉的血流速度均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组患者较对照组升高显著($P<0.05$);治疗组患者的总有效率(95.0%)高于对照组(80.0%)($P<0.05$)。**结论** 苓桂术甘汤加味治疗脾阳不足、痰饮内停型后循环缺血性眩晕患者疗效较好,可明显改善患者的眩晕症状,促进患者的康复。

[关键词] 后循环缺血;眩晕;苓桂术甘汤;超敏 C-反应蛋白;血流动力学

[中图分类号] R255.3

[文献标志码] B

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.06.016

Clinical Study on Modified Lingui Zhugan Decoction in Treatment for Posterior Circulation Ischemic Vertigo with Spleen Yang Deficiency and Phlegm-fluid Retention

ZHAO Zhiru, QU Jianfeng, YUAN Yujiao

(Beijing Dongcheng District First People's Hospital, Beijing 100075, China)

[Abstract] **Objective** To explore the clinical efficacy of modified Lingui Zhugan Decoction on patients with posterior circulation ischemic vertigo with spleen Yang deficiency and phlegm-fluid retention. **Methods** A total of 80 patients with posterior circulation ischemic vertigo with spleen Yang deficiency and phlegm-fluid retention were randomly divided into a treatment group and a control group, with 40 patients in each group. Patients of the treatment group were given the modified Lingui Zhugan Decoction orally, and the patients of the control group were given alprostadil drip. Vertigo symptom scores, hemodynamic situations of vertebral artery and basilar artery, serum hs-CRP levels and drug efficacy of the 2 groups were compared after 4 weeks of treatment. **Results** After 4 weeks of treatment, the vertigo symptom scores and serum hs-CRP levels of the 2 groups were lower than those before the treatment ($P<0.05$), and the decrease in the treatment group was more significant than that in the control group ($P<0.05$). The blood flow velocities of vertebral artery and basilar artery at the ends of systole and diastole in the

[收稿日期] 2018-10-22

[基金项目] 北京市中医药科技发展基金项目(JJ2012-58)。

[作者简介] 赵智儒,女,学士,主治医师,研究方向:中医内科,E-mail:doctorzhzhr@163.com。

2 groups were higher than those before the treatment ($P<0.05$), and the increase in the treatment group was more significant than that in the control group ($P<0.05$). The total effective rate of the treatment group (95.0%) was higher than that of the control group (80.0%) ($P<0.05$). **Conclusion** The treatment of the modified Linggui Zhugan Decoction is effective in posterior circulation ischemic vertigo patients with spleen Yang deficiency and phlegm-fluid retention. It can obviously relieve the vertigo symptoms of patients, and promote the rehabilitation of patients.

[**Keywords**] posterior circulation ischemia; vertigo; Linggui Zhugan Decoction; hs-CRP; hemodynamics

后循环缺血主要是指椎-基底动脉供血不足,即人体后循环发生的短暂性缺血发作与脑梗死,主要包括椎-基底动脉系统缺血、椎-基底动脉疾病、椎-基底动脉血栓栓塞性疾病等^[1-2]。研究表明后循环缺血主要是由于动脉粥样硬化所引起动脉发生一系列结构和功能的改变,造成动脉夹层、血栓形成、低灌注等^[3]。临床表现多为眩晕、听觉障碍、视觉障碍、行走障碍等,其中以眩晕最为常见,严重影响患者生活和工作^[4-5]。目前为止,现代医学对后循环缺血的治疗还没有比较有效的方案,也没有任何特殊的优势^[6]。本院为老年病医院,大部分患者年老体弱,基础疾病较多。后循环缺血在这些患者较为常见,以脾阳不足、痰饮内停患者居多,因为苓桂术甘汤具有温阳化饮、健脾利湿的功效^[7],所以笔者采用随机对照研究探讨苓桂术甘汤加味治疗后循环缺血性眩晕患者的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年1月-2017年12月本院治疗的后循环缺血性眩晕患者80例作为对象,采用随机数字表法分为治疗组与对照组。治疗组40例,男21例,女19例;年龄46~85(62.23±7.79)岁;病程1~5(2.58±0.41)d。合并症:高脂血症14例,高同型半胱氨酸血症11例,糖尿病7例。对照组40例,男23例,女17例;年龄47~86(63.11±7.82)岁;病程1~5(2.77±0.44)d。合并症:高脂血症12例,高同型半胱氨酸血症13例,糖尿病8例。本研究均在医院伦理委员会监管下完成,两组性别、年龄、病程及合并症比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 病例选择

1.2.1 西医诊断标准 参照中国后循环缺血的专家共识^[8]标准。(1)既往具有动脉硬化、高血压、糖尿病

及高脂血症史;(2)伴有不同程度的恶心、呕吐症状;(3)反复发作,常与体位及劳累有关;(4)眩晕至少出现一种后循环缺血症状,包括:复视、呛咳、猝倒、麻木等;(5)伴或不伴小脑体征。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[9]中相关标准:(1)头晕目眩,视物旋转,轻者闭目自止,重者如坐车船,甚则昏仆;(2)可伴恶心呕吐,眼球震颤,耳鸣耳聋,汗出,面色苍白等;(3)慢性起病,逐渐加重,或急性起病,或反复发作。同时符合苓桂术甘汤适应症(背寒如掌大,胸胁支满,目眩心悸,或短气而咳,舌苔白滑,脉弦滑)中的1项或多项。脾阳不足、痰饮内停证:心悸眩晕,胸闷泛恶,呕吐痰涎,腹胀纳少,倦怠乏力,头重如裹,视物旋转,小便短少,或下肢浮肿,肢冷畏寒,舌体胖淡,舌苔白滑,脉弦滑或沉滑等。

1.2.3 纳入标准 (1)符合西医临床诊断标准及中医证候诊断标准;(2)病程在1~7 d者;(3)能在医嘱下完成相关检查、治疗者。

1.2.4 排除标准 (1)合并颅脑部位占位性病变、感染或由于出血等原因引起的中枢性眩晕;(2)存在药物过敏或难以耐受治疗者;(3)合并精神异常或伴有肝、肾功能异常者。

1.2.5 病例剔除及脱落标准 (1)病情持续恶化或无法耐受治疗者;(2)用药过程中伴有药物过敏或出现严重并发症需要终止治疗者。

1.3 治疗方法

两组患者均采用标准化基础治疗:抗血小板聚集,血脂控制,血糖控制,行为干预等。对照组在此基础上给予前列地尔治疗。取前列地尔(吉林省辉南长龙生化药业股份有限公司,国药准字H22025196)10 μg混合生理盐水250 mL,静滴,每天1次,连续治疗4周(1个疗程)^[9]。治疗组患者在基础治疗方案之上服用苓桂术甘汤加味治疗,方药:茯苓30 g,桂枝15 g,

白术 15 g,甘草 6 g,半夏 9 g,生姜 10 g,泽泻 10 g,天麻 15 g,白芍 15 g。每日 1 剂,水煎,每次 150 mL,早晚各服用 1 次,2 周为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 眩晕症状评分 眩晕症状量表^[10]共包括跌倒趋势、眩晕感、颠簸感、摇晃感、突然发作、位置改变及站立不稳共计 7 个方面,按照病情的严重程度分别赋予 0~3 分,总分范围 0~21 分,分数越高,患者眩晕的病情越严重。

1.4.2 椎动脉及基底动脉血流动力学检测 采用多普勒超声观察两组患者治疗前后椎动脉及基底动脉的血流速度,主要观察椎动脉及基底动脉分别在收缩期末及舒张期末的血流速度。

1.4.3 血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)检测 采用免疫比浊法测定两组患者治疗前后血清 hs-CRP 的含量。

1.5 疗效标准^[8]

治愈:疾病症状基本缓解,实验室相关指标检查无异常。显效:疾病症状大幅缓解,实验室相关指标检查基本无异常;有效:疾病症状在一定程度上缓解,实验室相关指标检查显示有所改善;无效:疾病症状无改善,实验室相关指标检查无变化或少量变化。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 19.0 进行分析。计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, t 检验;计数资料用率和百分比表示, χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者椎动脉及基底动脉血流动力学比较

治疗前两组患者的收缩期末、舒张期末椎动脉及基底动脉的血流速度差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组患者的收缩期末、舒张期末椎动脉及基底动脉的血流速度均较治疗前升高($P < 0.05$),且治疗组患者较对照组升高显著($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者治疗前后眩晕症状及血清 hs-CRP 的比较

治疗前两组患者的眩晕症状评分及血清 hs-CRP 水平均差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组

表 1 两组患者椎动脉及基底动脉的血流动力学比较($\bar{x} \pm s, n=40, \text{cm/s}$)

组别	椎动脉		基底动脉		
	收缩期末	舒张期末	收缩期末	舒张期末	
治疗组	治疗前	28.73±2.66	11.13±2.56	31.45±3.07	15.08±1.27
	治疗后	44.65±2.64*#	20.33±2.56*#	55.68±3.86*#	25.03±2.07*#
对照组	治疗前	29.38±2.89	11.25±3.01	31.38±2.66	14.85±1.67
	治疗后	39.63±3.82*	16.83±1.80*	50.43±4.51*	19.40±2.32*

注:与治疗前相比,* $P < 0.05$;与对照组相比,# $P < 0.05$

患者的眩晕症状评分及血清 hs-CRP 水平均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组患者降低较对照组显著($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的眩晕症状评分及血清 hs-CRP 水平比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

分组	眩晕症状评分/分		血清 hs-CRP/($\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	11.85±1.25	3.55±0.55*#	10.75±0.95	3.05±1.26*#
对照组	12.03±0.97	7.75±0.71*	10.68±1.14	6.75±1.19*

注:与治疗前相比,* $P < 0.05$;与对照组相比,# $P < 0.05$

2.3 两组患者疗效的比较

本研究中,两组病例均按照医嘱完成相关治疗,未发生脱落情况。

治疗后治疗组总有效率为 95.0%,对照组为 80.0%,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者的疗效比较[例(%)]

分组	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	7(17.5)	17(42.5)	14(35.0)	2(5.0)	38(95.0)*
对照组	40	3(7.5)	11(27.5)	18(45.0)	8(20.0)	32(80.0)

注:与对照组相比,* $P < 0.05$

3 讨论

眩晕是属于一种幻觉,主要体现在运动或位置两方面,是人体对空间的定位能力或对重力关系的理解两方面出现障碍,同样也是人体大脑皮质对平衡障碍产生的一种主观上的反映^[11]。有研究表明,后循环缺血性眩晕发生的独立危险因素是基底动脉迂曲,而基底动脉迂曲的独立危险因素是椎动脉优势^[12]。基底动脉迂曲可使患者的脑组织及深穿支小动脉受到一定的压迫,从而造成脑部血管缺血及动脉粥样硬化,进而使患者的前庭神经系统的血供受到一定程度的影响,使患者表现出以眩晕为代表的一系列症状^[13]。常规疗法主要以西药治疗为主,虽然能改善

患者症状,但是长期用药药物不良反应发生率较高,影响患者耐受性、依从性。

从中医学来看,眩晕最早见于《内经》《灵枢经》,有“目眩”“眩暈”之称。《内经》认为眩晕因肝所起,与血虚、邪中、髓海不足等有关;汉代张仲景则认为痰饮是致眩晕的重要因素之一。因此,针对老年眩晕患者,年老体弱,脾阳虚弱,运化失司,痰饮内停,导致清阳不升、脑窍失养、元神受损,中医治以健脾利湿、温阳化饮。张仲景在《伤寒论》运用苓桂术甘汤治疗脾阳虚弱所致眩晕。本研究以茯苓为君,健脾利湿,培补中焦;桂枝温通经脉,为臣;白术、半夏、生姜健脾降逆,泽泻利水降浊佐茯苓消痰除饮,天麻化痰祛风,白芍、甘草养血柔肝止痉。上述诸药合用,共奏补虚泻实、温阳化饮、健脾利湿之功,使即停之痰饮由温化渗利而去,未聚之水湿因阳复脾健而不生,诸症遂除。故可收到满意效果。

本研究中,治疗后两组患者的收缩期末、舒张期末椎动脉及基底动脉的血流速度均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组升高较对照组显著($P<0.05$);治疗组仅有2例无效的患者,总有效率为95.0%,而对照组共计8例无效的患者,总有效率为80.0%,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),说明苓桂术甘汤加味治疗后循环缺血性眩晕患者,能改善机体血流动力学水平,有效缓解症状,获得较好的疗效。血清hs-CRP是一种急性时相反应蛋白,可用来反应急性脑梗死的严重程度^[4]。有研究表明,脑梗死发生后,hs-CRP便立即开始释放进入血液,引起局部血管壁出现一定程度的损伤,导致血液中的血小板发挥作用,在破损处形成不稳定的斑块,通过在局部斑块发生相关的免疫反应,从而促进斑块的脱落,导致缺血性卒中的发生甚至病情加重^[5]。临床上,将苓桂术甘汤加味方用于后循环缺血性眩晕患者则能降低炎症因子水平,从根本上控制疾病的发生、发展。本研究中,治疗后两组患者的眩晕症状评分及血清hs-CRP水平均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组低于对照组($P<0.05$)。但是,本研究中尚存在诸多不足,一方面实验中纳入的病例数较少,尚需要大样本量进一步验证;另一方面实验中对患者数据统计、分析时存在较大的人

为误差,均需要进一步深入研究。

综上所述,苓桂术甘汤加味方治疗后循环缺血性眩晕患者疗效较好,能明显改善患者的眩晕症状,且药物安全稳定,值得推广应用。

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] 戚慧敏,赵有旭.耳穴压豆治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(7):799-801.
- [3] PLAS G J, BOOIJ H A, BROUWERS P J, et al. Nonfocal symptoms in patients with transient ischemic attack or ischemic stroke: occurrence, clinical determinants, and association with cardiac history [J]. Cerebrovascular Diseases, 2016,42(5-6):439-445.
- [4] OWOLABI L F, IBRAHIM A, MUSA I. Infratentorial posterior circulation stroke in a Nigerian population: Clinical characteristics, risk factors, and predictors of outcome[J]. Journal of Neurosciences in Rural Practice, 2016,7(1):72-76.
- [5] 贺思,赵晓峰,文妍,等.不同针刺手法治疗后循环缺血性眩晕患者120例随机双盲对照试验[J].中医杂志,2015,56(6):478-482.
- [6] 李娜,程红亮.针灸治疗后循环缺血性眩晕的研究进展[J].中医药临床杂志,2018,30(3):558-560.
- [7] 张国芳,张玉芝,栗晓乐.苓桂术甘汤加减治疗慢性心力衰竭的疗效观察[J].中医临床研究,2017,9(5):34-35.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:37.
- [9] 李法强,纪艾玲.银杏达莫注射液联合前列地尔治疗后循环缺血性眩晕临床观察[J].湖北中医药大学学报,2015,17(6):25-27.
- [10] 李嘉辉.苦碟子注射液联合纳洛酮治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(4):745-749.
- [11] 王维治.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2015:249.
- [12] 刘兰,刘筠,许亮.后循环缺血性眩晕患者椎-基底动脉形态学改变[J].中国脑血管病杂志,2016,13(2):62-66.
- [13] IKEDA K, NAKAMURA Y, HIRAYAMA T, et al. Cardiovascular risk and neuroradiological profiles in asymptomatic vertebrobasilar dolichoectasia[J]. Cerebrovascular Diseases, 2010,30(1):23-28.
- [14] 李茜茜,王昆祥,杨慧,等.丁苯酞与纤溶酶治疗急性后循环梗死的疗效观察及TCD改变[J].微量元素与健康研究,2016,33(6):9-10.
- [15] 孙增强,王璐璐,王雁.急性后循环缺血性脑卒中患者血清淀粉样蛋白A和C反应蛋白浓度变化[J].中国老年学杂志,2018,38(14):3368-3370.