

半夏白术天麻汤合泽泻汤加味 治疗眩晕 42 例临床观察

张许鸽

(河南省平顶山市郏县中医院, 河南 郏县, 467100)

[摘要] 目的:观察半夏白术天麻汤合泽泻汤加味治疗眩晕的临床疗效及对血液流变学的影响。方法:将84例眩晕患者随机分为2组,每组各42例。对照组采用长春西汀注射液加尼莫地平治疗,治疗组在对照组治疗基础上加半夏白术天麻汤合泽泻汤治疗。结果:总有效率治疗组为92.86%,对照组为76.19%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组血液流变学各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:半夏白术天麻汤合泽泻汤加味治疗眩晕有较好的临床疗效,能明显改善患者血液流变学指标。

[关键词] 眩晕;中西医结合疗法;半夏白术天麻汤;泽泻汤

[中图分类号] R255.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.01.020

眩晕是临床上较为常见的疾病,属于感觉障碍,其中椎-基底动脉供血不足性眩晕是常见的缺血性脑血管病,可使椎基底动脉管腔变窄,减慢血液流动速度,还可使供血区域脑干、小脑等组织发生一过性局灶性神经功能障碍,患者发病时表现为突发性眩晕,可持续数分钟,还可能存在后循环缺血等神经系统症状^[1]。有报道显示,半夏白术天麻汤治疗眩晕疗效确切^[2]。笔者采用半夏白术天麻汤合泽泻汤加味治疗眩晕42例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年9月至2017年8月本院收治的眩晕患者84例,按随机数字表法随机分为2组,每组各42例。治疗组中,男24例,女18例;年龄47~76岁,平均 (61.53 ± 7.06) 岁。对照组中,男25例,女17例;年龄46~78岁,平均 (61.87 ± 7.24) 岁。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《实用神经精神科手册》^[3]中的诊断标准。经颅多普勒检查发现椎-基底动脉血流量减少;伴有站立不稳、眼球震颤、视物模糊、复视等症状。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[4]中痰浊上蒙证的辨证标准。胸闷作恶,视物旋转,头重如裹,呕吐痰涎,舌苔白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准与中医

辨证标准;2)年龄 >45 岁;3)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)近期服用降压、降脂等药物;2)由脑出血、颅内占位性病变、梅尼埃病等引发的眩晕;3)对本研究所用药物存在禁忌或过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。长春西汀注射液(湖南五洲通药业有限责任公司,国药准字H20143091,规格:10mg)30mg加入0.9%氯化钠注射液250ml静脉滴注,每天1次;尼莫地平(长春雷允上药业有限公司生产,批准文号:国药准字H22021550,规格:30mg)口服,每次30mg,每天3次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加半夏白术天麻汤合泽泻汤治疗。处方:白茯苓、白芍各30g,姜半夏、丹参各15g,旋覆花12g,天麻、竹茹各10g,泽泻、陈皮各8g,炒白术、浙贝母、甘草各6g。随症加减:脘腹胀闷者加枳壳15g、白蔻仁10g;痰热中阻者加黄芩15g、胆南星6g;呕吐者加代赭石8g;胸闷者加瓜蒌10g、薤白8g;乏力者加黄芪20g、党参15g;耳鸣者加石菖蒲15g;严重失眠者加珍珠母30g。水煎服,每天1剂。

2组均治疗1周后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2组综合疗效及血液流变学指标,包括全血高切黏度、全血低切黏度、纤维蛋白原。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]

拟定。显效:临床症状及体征均明显改善,各项实验室指标恢复正常;有效:临床症状、体征及各项实验室指标均有所改善;无效:临床症状、体征及各项实验室指标均无改善,甚至加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行统计分析,计数资料用 χ^2 检验,以百分数表示;计量资料用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.86%,对照组为 76.19%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	42	26(61.91)	13(30.95)	3(7.14)	39(92.86) ^a
对照组	42	21(50.00)	11(26.19)	10(23.81)	32(76.19)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后血液流变学指标比较 2 组血液流变学各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	全血高切黏度 (mPa/s)	全血低切黏度 (mPa/s)	纤维蛋白原 (g/L)
治疗组	42	治疗前	6.43 $\pm$ 0.58	13.19 $\pm$ 1.27	4.54 $\pm$ 0.79
		治疗后	5.28 $\pm$ 0.31 ^{ab}	9.13 $\pm$ 1.02 ^{ab}	2.70 $\pm$ 0.48 ^{ab}
对照组	42	治疗前	6.37 $\pm$ 0.52	13.25 $\pm$ 1.34	4.39 $\pm$ 0.63
		治疗后	5.59 $\pm$ 0.46 ^a	11.47 $\pm$ 1.21 ^a	3.56 $\pm$ 0.54 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

眩晕的发生主要与血流动力学改变、管腔狭窄、脑动脉粥样硬化等因素有关,这些因素导致相应的脑区域供血不足,进而引发局限性神经功能缺损。该病多发于中老年患者,若患者频繁发生眩晕,还可能引发脑梗死,危及患者生命^[5]。西医通常从扩张血管、抗凝、改善脑血供等方面进行治,以减轻脑组织的缺血缺氧。尼莫地平是一种钙通道阻滞剂,可有效防止细胞内钙超载,避免发生血管痉挛,增加血流量,改善微循环^[6]。由于眩晕病因较为复杂,单纯采用西药治疗虽然具有一定疗效,但治标不治本,故需寻求更好的治疗方案。

椎-基底动脉供血不足性眩晕属中医学“厥证”“眩晕”等范畴。患者因年老久病,致脏腑虚衰;

或饮食不节,脾胃受损,化生痰湿,黏滞阻碍气机,致气机不畅,血运不通,脑窍失养,而引发眩晕^[7]。本研究结果显示,治疗组总有效率较对照组高,血液流变学指标较对照组低,表明半夏白术天麻汤合泽泻汤加味对眩晕患者血液流变学指标的影响显著。半夏白术天麻汤主治风痰上扰引发的眩晕,泽泻汤主治清阳不升、浊阴上犯引发的眩晕。方中白茯苓益气化痰、健脾燥湿;白芍养血柔肝、缓急敛阴;姜半夏和胃止呕、化痰燥湿;丹参活血祛瘀、养血;旋覆花化痰止呕;天麻祛风通络、止痉息风;竹茹清热化痰、止呕;泽泻、炒白术渗湿利水、益气健脾;陈皮燥湿化痰、健脾行气;浙贝母散结开郁、燥湿化痰;甘草调和诸药。全方共奏化痰祛瘀、息风通络、益气和中的功效^[8-9]。现代药理研究表明,天麻的有效成分可起到良好的营养神经、镇静、镇痛及抑制中枢的效果^[10]。半夏白术天麻汤合泽泻汤与西药联合治疗眩晕,可有效提升动脉供血能力,增强脑细胞抗氧化能力,进而降低血管阻力,改善血液流变学。

参考文献

[1] 吴伟翔,薛枫,路敬叶,等. 中西医结合方案治疗椎-基底动脉缺血性眩晕的疗效及对血流动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(26):2917-2919.

[2] 李华,谢勇,郭耀良,等. 加味半夏白术天麻汤治疗椎-基底动脉供血不足临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(3):303-304.

[3] 周慎,肖平. 实用神经精神科手册[M]. 3 版. 长沙:湖南科学技术出版社,2007:162-163.

[4] 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,1994:122-126.

[5] 朱华平,鞠丽娜. 中西医结合治疗椎基底动脉供血不足性眩晕 50 例疗效观察[J]. 中国中医药科技,2016,23(2):201,205.

[6] 李淑芸,仲云. 活血补气祛痰汤治疗椎基底动脉供血不足性眩晕的疗效观察[J]. 国际中医中药,2015,37(7):605-608.

[7] 陈婉兰. 活血补气祛痰汤治疗椎基底动脉供血不足性眩晕对照研究[J]. 中国实用神经疾病杂志,2017,20(2):93-95.

[8] 孟令一,路洁,赵静,等. 路志正教授从脾胃辨治眩晕经验撷英[J]. 上海中医药大学学报,2017,31(1):1-3.

[9] 甘业贤,陈海峰,胡跃强,等. 半夏白术天麻汤加减治疗椎基底动脉供血不足性眩晕疗效 Meta 分析[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(4):112-115.

[10] 刘晓利. 半夏白术天麻汤联合西药治疗对原发性高血压患者血清 Hcy、CysC 和 UA 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(32):3584-3586.