

● 临床论著 ●

引用:谭华,彭小飞. 自拟升阳化浊汤治疗气虚痰阻型慢性脑供血不足性眩晕 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(9):1-4.

自拟升阳化浊汤治疗气虚痰阻型慢性脑供血不足性眩晕 30 例临床观察

谭 华,彭小飞

(郴州市中医医院,湖南 郴州,423000)

[摘要] 目的:观察自拟升阳化浊汤治疗气虚痰阻型慢性脑供血不足性眩晕的临床疗效。方法:将 90 例气虚痰阻型慢性脑供血不足性眩晕患者随机分为 3 组,每组各 30 例。治疗组采用自拟升阳化浊汤联合甲磺酸倍他司汀片治疗,对照 1 组单用甲磺酸倍他司汀片治疗,对照 2 组单用自拟升阳化浊汤治疗。治疗 2 周后,观察 3 组综合疗效、血液流变学指标(全血黏度、全血高切还原黏度、血浆黏度、全血低切还原黏度)及不良反应。结果:总有效率治疗组为 93.3%(28/30),高于对照 1、2 组的 80.0%(24/30)、83.3%(25/30),差异有统计学意义($P<0.05$),而对照 1、2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。3 组血液流变学各项指标治疗前后组内比较及治疗后治疗组与对照 1、2 组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),而对照 1、2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。对照 2 组不良反应总发生率为 6.7%(2/30),低于治疗组、对照 1 组的 30.0%(9/30)、23.3%(7/30),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:自拟升阳化浊汤联合甲磺酸倍他司汀片治疗气虚痰阻型慢性脑供血不足性眩晕疗效好,能改善血液流变学指标,且安全性较高,具有临床应用价值。

[关键词] 慢性脑供血不足性眩晕;气虚痰阻证;自拟升阳化浊汤;甲磺酸倍他司汀片

[中图分类号] R255.3 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.09.001

Clinical effect of self-made Shengyang Huazhuo decoction in treatment of chronic cerebral circulation insufficiency vertigo with Qi deficiency and phlegm obstruction: An analysis of 30 cases

TAN Hua, PENG Xiaofei

(Chenzhou Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chenzhou 423000, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of self-made Shengyang Huazhuo decoction in the treatment of chronic cerebral circulation insufficiency vertigo with Qi deficiency and phlegm obstruction. Methods: A total of 90 patients with chronic cerebral circulation insufficiency vertigo with Qi deficiency and phlegm obstruction were randomly divided into treatment group, control group 1, and control group 2, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given self-made Shengyang Huazhuo decoction combined with betahistine mesilate tablets, those in the control group 1 were given betahistine mesilate tablets alone, and those in the control group 2 were given self-made Shengyang Huazhuo decoction alone. After 2 weeks of treatment, the three groups were observed in terms of overall response, hemorheological indices (blood viscosity, high-shear whole blood viscosity reduction, plasma viscosity, and low-shear whole blood viscosity reduction), and adverse reactions. Results: The treatment group had a significantly higher overall response rate than the control groups 1 and 2 [93.3% (28/30) vs 80.0% (24/30) and 83.3% (25/30), $P<0.05$], while there was no significant difference between

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(2019118)

第一作者:谭华,男,副主任医师,研究方向:中医药防治脑血管病

通讯作者:彭小飞,男,副主任医师,研究方向:中医药防治脑血管病, E-mail: 84008352@qq.com

the control groups 1 and 2 ($P>0.05$). All groups had significant changes in hemorheological indices after treatment, and there were significant differences in these indices between the treatment group and the control groups 1 and 2 after treatment ($P<0.05$), while there were no significant differences between the control groups 1 and 2 ($P>0.05$). The control group 2 had a significantly lower overall incidence rate of adverse reactions than the treatment group and the control groups 1 [6.7% (2/30) vs 30.0% (9/30) and 23.3% (7/30), $P<0.05$]. Conclusion: Self-made Shengyang Huazhuo decoction combined with betahistine mesilate tablets has a marked clinical effect and good safety in the treatment of chronic cerebral circulation insufficiency vertigo with Qi deficiency and phlegm obstruction and can improve hemorheological indices, and therefore, it holds for clinical application.

[Keywords] chronic cerebral circulation insufficiency vertigo; Qi deficiency and phlegm obstruction; self-made Shengyang Huazhuo decoction; betahistine mesilate tablets

目前,我国已进入老龄化社会,65岁以上的老年人已达1.35亿,其中13.6%的老人患有脑血管疾病。由于脑血管疾病的病死率、复发率、致残率均较高,严重威胁老龄人群的健康。另一方面,随着生活节奏的加快,在有抽烟、酗酒、高盐、高糖和高脂饮食等不良生活习惯的人群中,80%存在罹患脑血管疾病的潜在危险。慢性脑供血不足(chronic cerebral circulation insufficiency, CCCI)是指大脑整体水平的血液供应减少[$<40\sim60\text{ ml}/(100\text{ g}\cdot\text{min})$]的状态,非局灶性大脑缺血。由于CCCI起病隐匿,早期症状不典型,缺乏特异性临床表现,CT等影像学诊断均无血管性或其他脑器质性病变的明确提示,因此给临床诊断造成了一定的困难。长期处于CCCI状态下可使患者脑组织产生慢性缺血,若不及时治疗,极易导致脑梗死、痴呆的发生^[1-2]。因此,对CCCI进行积极而有效的防治具有重要意义。目前该病尚无针对性的防治药物,而中药及其复方制剂具有多途径、多靶点的作用特点,在防治缺血性疾病中具有一定优势。笔者采用自拟升阳化浊汤治疗气虚痰阻型CCCI 30例,临床疗效显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2018年9月至2020年8月我院脑病科门诊及住院部收治的气虚痰阻型CCCI患者90例。采用随机数字表法将其随机分为3组,每组各30例。治疗组中,男23例,女7例;年龄45~80岁,平均(55.4±1.2)岁;病程2~26年。对照1组中,男18例,女12例;年龄45~88岁,平均(56.4±0.6)岁;病程2~28年。对照2组中,男19例,女11例;年龄46~82岁,平均(58.4±0.6)岁;病程2~27年。3组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本临床研究已经过

本院伦理委员会批准执行。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《内科疾病诊断标准》^[3]中的有关标准。1)有头晕(眩晕)、头痛、头沉、肢麻等自觉症状;2)有支持脑动脉硬化的表现:伴有高血压病、眼底动脉硬化改变等,有时可闻及脑灌注动脉的血管杂音;3)未见大脑的局灶神经体征;4)CT/MRI扫描未见血管性器质性脑改变;5)排除其他疾病导致的上述自觉症状;6)年龄>45岁;7)脑循环确认脑血流低下;8)数字减影造影或经颅多普勒提示脑灌注流动脉有闭塞或狭窄改变。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定眩晕气虚痰阻证的辨证标准。眩晕,头重,劳累后加重,神疲懒言,胸闷或呕吐痰涎,舌淡胖有齿痕、苔白或白腻,脉细滑。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断与中医辨证标准;2)年龄45~88岁;3)肝肾功能正常;4)自愿参加该研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)其他严重躯体及精神疾患;2)其他原因引起的头晕;3)有药物及乙醇依赖;4)依从性差,中途退出;5)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 3组分别根据具体病情给予相应的药物进行常规治疗。如高血压病、糖尿病患者分别给予降压、降糖治疗。

2.2 治疗组 予自拟升阳化浊汤联合甲磺酸倍他司汀片治疗。1)自拟升阳化浊汤。药物组成:黄芪30g,法半夏10g,柴胡5g,泽泻10g,炒白术15g,炙甘草10g,黄芩10g,当归10g,葛根30g,郁金15g,天麻15g,石菖蒲10g,升麻4g,川芎10g,生

晒参 10 g, 羌活 10 g, 竹茹 15 g, 白芍 30 g(以上药物由我院中药房提供)。每天 1 剂, 水煎, 200 ml/次, 早晚顿服。2) 西药。甲磺酸倍他司汀片(卫才中国药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H20040130, 规格: 6 mg/片) 每次 1 片, 每天 3 次。

2.3 对照 1 组 予甲磺酸倍他司汀片治疗。用法、用量同治疗组。

2.4 对照 2 组 予自拟升阳化浊汤治疗。方药、煎服法同治疗组。

3 组均以 2 周为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 综合疗效。根据临床症状、体征及中医证候积分判定综合疗效。每项症状(眩晕、头重、神疲懒言、胸闷等)按重、中、轻、无 4 个等级分别计 3、2、1、0 分, 采用尼莫地平法计算中医证候积分减少率。中医证候积分减少率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%^[5]。2) 血液流变学指标。抽取空腹静脉血 3 ml, 采用赛科希德 SA-6900 仪器测量 3 组治疗前后全血黏度、全血高切还原黏度、血浆黏度、全血低切还原黏度。3) 不良反应。观察 3 组治疗后的胃肠道反应、困倦、头痛、皮肤瘙痒、尿频等不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5] 拟定。临床控制: 临床症状、体征消失或基本消失, 中医证候积分减少率 ≥ 95%; 显效: 临床症状、体征明显改善, 中医证候积分减少率 ≥ 70%、但 < 95%; 有效: 临床症状、体征均有明显好转, 中医证候积分减少率 ≥ 30%、但 < 70%; 无效: 临床症状、体征无明显改善或加重, 中医证候积分减少率 < 30%。

3.3 统计学方法 所得数据运用 SPSS 23.0 软件进行分析。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验; *P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 93.3%, 高于对照 1、2 组的 80.0%、83.3%, 治疗组与对照 1、2 组比较, 差异均有统计学意义 (*P* < 0.05); 对照 1、2 组组间比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。(见表 1)

表 1 3 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	12(40.0)	10(33.3)	6(20.0)	2(6.7)	28(93.3) ^a
对照 1 组	30	8(26.7)	7(23.3)	9(30.0)	6(20.0)	24(80.0)
对照 2 组	30	7(23.3)	9(30.0)	9(30.0)	5(16.7)	25(83.3)

注: 与对照 1、2 组比较, ^a*P* < 0.05。

3.4.2 3 组治疗前后血液流变学指标比较 3 组血液流变学各项指标治疗前后组内比较及治疗后治疗组与对照 1、2 组比较, 差异均有统计学意义 (*P* < 0.05); 对照 1、2 组组间比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。(见表 2)

表 2 3 组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$, mPa · s)

组别	例数	时间节点	全血黏度	全血高切还原黏度	血浆黏度	全血低切还原黏度
治疗组	30	治疗前	24.89 ± 1.49	12.99 ± 0.43	2.11 ± 0.35	60.21 ± 4.57
		治疗后	13.35 ± 0.99 ^{ab}	2.88 ± 0.26 ^{ab}	0.89 ± 0.26 ^{ab}	23.71 ± 2.53 ^{ab}
对照 1 组	30	治疗前	24.12 ± 2.01	13.53 ± 0.33	2.09 ± 0.32	61.80 ± 5.07
		治疗后	17.97 ± 1.75 ^a	5.24 ± 0.43 ^a	1.31 ± 0.23 ^a	38.21 ± 3.40 ^a
对照 2 组	30	治疗前	23.36 ± 2.31	13.85 ± 0.62	2.21 ± 0.42	58.97 ± 5.01
		治疗后	18.48 ± 2.49 ^a	4.24 ± 0.72 ^a	1.42 ± 0.49 ^a	39.98 ± 3.59 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a*P* < 0.05; 与对照 1、2 组比较, ^b*P* < 0.05。

3.4.3 3 组不良反应发生情况比较 3 组患者均有不良反应发生, 但均可耐受, 在治疗过程中无退出病例。对照 2 组不良反应总发生率为 6.7%, 低于治疗组、对照 1 组的 30.0%、23.3%, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。(见表 3)

表 3 3 组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	胃肠道反应	困倦	头痛	皮肤瘙痒	尿频	总发生
治疗组	30	4(13.3)	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	1(3.3)	9(30.0)
对照 1 组	30	2(6.7)	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	1(3.3)	7(23.3)
对照 2 组	30	1(3.3)	0	0	0	1(3.3)	2(6.7) ^a

注: 与治疗组、对照 1 组比较, ^a*P* < 0.05。

4 讨论

现代医学认为, CCCI 多由椎-基底动脉、头颅主要动脉狭窄及血管痉挛、血压改变引起的血液流变学异常所致^[6], 是缺血性卒中、Alzheimer 病以及血管性痴呆等疾病产生和发展的重要诱因^[7]。因此, 积极防治 CCCI 可降低缺血性卒中、Alzheimer 病以及血管性痴呆症等疾病的发生。

中医学中并无 CCCI 相应的病名, 头晕、头痛、失眠、健忘是本病最常见的症状, 因此可以将本病归属于“头痛”“眩晕”等范畴。中医学认为 CCCI 的发病与情志失调、饮食不节、劳倦过度及年老内

伤虚损有关,强调年老是本病的重要病因^[7-8]。笔者认为 CCCI 多因饮食不节,过食肥甘,脾胃失健,中气不足,肝失疏泄,痰浊不化,清阳不升,痰浊上扰清窍,清窍失养而发病。饮食失宜为其主要病因,痰浊为其基本病理产物,脾胃功能升降失调是其关键病机。自拟升阳化浊汤为我院协定方,方中黄芪益气,升麻、葛根升清阳,泽泻降浊阴,四者相配益气升清阳而降浊气;生晒参大补元气,炒白术健脾燥湿,二药合用加强益气升阳、健脾化浊之功;竹茹配法半夏和胃止呕;郁金活血行气解郁,白芍养肝柔肝,当归养肝,天麻平肝止眩,柴胡疏肝,川芎行气活血开郁,上六药合用,疏肝解郁、活血祛瘀;羌活胜湿,石菖蒲化湿开窍,黄芩清热燥湿,除浊热;炙甘草调和诸药。诸药配伍,益气升阳、健脾化浊、疏肝解郁、活血祛瘀,使气机畅通,脾升胃降,清阳得升,痰浊得化,从而有效治疗本病。

现代药理研究指出,黄芪中的有效成分具有改善微循环、抗自由基等作用,同时还可增强脑细胞的抗缺氧能力,有助于促进脑组织血流量的增加,改善临床症状^[9]。葛根中所含葛根总黄酮有明显选择性扩张脑血管的作用,可显著改善脑循环,并可抑制血小板聚集,修复血管内皮细胞,降低或减少儿茶酚胺生成,从而抑制血栓形成^[10],降低血液黏稠度,加快血流速度,改善脑缺血症状。泽泻具有降血脂、抗动脉粥样硬化,减轻膜迷路积水的程度^[11]。白术具有抗凝、利尿等作用。当归具有抗血小板聚集、促进血浆纤维蛋白溶解及改善微循环的作用^[12]。川芎中川芎嗪能抑制血小板聚集,抑制血管平滑肌的收缩,增加脑及肢体血流量;天麻具有改善血液流变性、促进细胞能量代谢、增强抗损伤能力、拮抗兴奋性氨基酸神经毒性作用及保护神经细胞膜、维持细胞膜稳定性的作用^[13]。诸药合用,在治疗脑缺血方面可发挥协同作用,改善微循环,增加脑血流量,缓解血管痉挛,从而改善眩晕。

本研究结果发现,与单用西药治疗比较,自拟升阳化浊汤联合甲磺酸倍他司汀片治疗能提高总有效率,改善全血黏度、全血高切还原黏度、血浆黏度、全血低切还原黏度,表明自拟升阳化浊汤治疗慢性脑供血不足性眩晕疗效确切,联合甲磺酸倍他司汀片治疗效果更优,但在安全性方面以单用自拟升阳化浊汤更高,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 李娜. 复方丹参滴丸治疗高血压患者慢性脑供血不足的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(85): 108-110.
- [2] 吕秀武, 陈朝进, 区健刚. 养血清脑颗粒治疗慢性脑供血不足的效果研究[J]. 数理医药学杂志, 2016, 29(4): 551-552.
- [3] 贝政平. 内科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 857.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 37.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 379-380.
- [6] 刘华新, 孟望, 李术先, 等. 荣脑通络益智汤治疗慢性脑供血不足患者 62 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(21): 28-29.
- [7] TORRE J. Alzheimer's disease: how does it start[J]. J Alzheimers Dis, 2002, 4(6): 497-512.
- [8] 严渝峡. 探讨慢性脑供血不足的发病原因及治疗方法[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(25): 31-32.
- [9] 孔勇, 王莹, 刘海超, 等. 通络化痰方对脑梗死恢复期患者神经功能缺损、脑血流、生存质量的影响[J]. 环球中医药, 2019, 12(8): 1275-1278.
- [10] 翟美芳, 于莲. 葛根制剂研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2017, 36(3): 232-236.
- [11] 牛朝阳, 据保军, 孙永强, 等. 泽泻汤加味治疗痰浊中阻型颈性眩晕 54 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(15): 1298-1300.
- [12] 徐玉成, 郭晓洁. 滋阴通脉胶囊联合西医治疗早期糖尿病肾病 80 例临床观察[J]. 河北中医, 2017, 39(1): 87-90.
- [13] 南一楠, 王少卿. 天麻素对神经系统疾病作用的基础研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(22): 3811-3813.

(收稿日期: 2021-02-02)

谢觉哉的养生之道(一)

饮食讲原则

谢觉哉总结出了一套适合自己的饮食原则。一是食量,吃饭要做到适可而止,既不能过多又不能过少,即所谓“暴饮暴食固宜慎之,强进小食亦非所宜”。二是进食的方法,要讲究细嚼慢咽,不能囫圇吞枣,即“必十分咀嚼而后下咽”。三是用餐的频率和次数,要做到一日三餐,定时定量,切忌随心所欲、胡吃海喝。四是营养搭配,首先应该选取营养丰富的食物;其次对脂肪的摄取量要尽量克制,不宜过多;最后,对零食副食要严加管控,一日之内最多食用 1 次。五是饮食习惯,要做到饭后不用脑、不就寝、不喝冷水。(遯富红
<http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=180136>)