

自拟健脾升阳补气汤治疗后循环缺血性眩晕临床观察

侯彦昌

(河南省洛阳市偃师区中医院心内科 洛阳 471999)

摘要:目的:观察自拟健脾升阳补气汤辅助治疗气血亏虚型后循环缺血性眩晕(PCIV)的临床疗效。方法:选取2018年3月至2020年3月收治的104例PCIV患者为研究对象,随机分为观察组和对照组,各52例。对照组给予基础治疗,观察组在基础治疗上加用自拟健脾升阳补气汤治疗。比较治疗前及治疗2周后,两组中医症候积分、眩晕程度[眩晕评定量表(DARS)]、生活质量[日常生活能力量表(ADL)]评分,以及脑血流灌注情况[基底动脉血流速度(BA)、左椎动脉血流速度(LVA)、右椎动脉血流速度(RVA)]、血脂指标[总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)]情况。结果:治疗2周后,两组头晕目眩、神倦乏力、心悸积分,DARS评分均明显降低,且观察组明显低于对照组($P<0.05$);两组ADL评分及BA、LVA、RVA水平均明显升高,且观察组明显高于对照组($P<0.05$);观察组TC、TG、LDL-C水平均明显低于对照组($P<0.05$)。结论:健脾升阳补气汤可明显改善PCIV患者眩晕等主要症状,增加脑血流灌注,降低血脂水平,从而提高生活质量。

关键词:眩晕;后循环缺血;气血亏虚;健脾升阳补气汤;脑血流灌注

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.033

脑血管病是一类严重威胁人类生命健康的疾病,致死率与致残率均较高,缺血性疾病较为多见^[1-2]。后循环缺血性眩晕(PCIV)是常见的缺血性脑血管疾病,发病原因在于椎-基底动脉供血不足,导致脑血流灌注量减少,出现大脑局部血液循环障碍的一种缺血性脑血管病,严重影响患者生活质量,并对患者及其家庭生活造成极大影响^[3-4]。目前临床主要依靠药物对症治疗,以扩张血管、增加脑部供血量。中医将PCIV归为“眩晕、厥证”范畴,认为是由风阳上扰、痰瘀内阻所致的脑髓不充,治疗应以固本为主,祛邪为辅。本研究选取气血亏虚型PCIV患者为对象,观察自拟健脾升阳补气汤辅助治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年3月至2020年3月我院收治的104例PCIV患者为研究对象,随机分为观察组与对照组,各52例。观察组男28例,女24例;年龄46~64岁,平均(57.26±3.17)岁;病程7~13d,平均(9.12±1.08)d;类型:动脉粥样硬化19例,动脉栓塞25例,其他8例。对照组男29例,女23例;年龄49~65岁,平均(58.49±4.05)岁;病程7~14

d,平均(9.25±1.24)d;类型:动脉粥样硬化21例,动脉栓塞24例,其他7例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可进行对比研究。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。纳入标准:(1)符合PCIV诊断标准^[5];(2)符合中医“眩晕”诊断标准^[6],且辨证为气血亏虚型;(3)年龄18~65岁,急性起病。排除标准:(1)入院时颅内CT示大面积脑梗死;(2)由其他原因所致眩晕,如癫痫、颅内占位等;(3)合并严重心、肝、肾疾病。

1.2 治疗方法 两组患者入院后均予以常规治疗方案,天麻素注射液(国药准字H20083789)5ml、注射用长春西汀(国药准字H20051584)20mg,分别配以250ml的0.9%氯化钠注射液,静脉滴注,1次/d;并给予阿托伐他汀钙片(国药准字H20163270)口服,20mg/次,1次/d,连续治疗2周。观察组在此基础上予自拟健脾升阳补气汤口服,组方:黄芪16g,葛根10g,厚朴10g,升麻8g,羌活8g,天麻8g,川芎6g,泽泻6g,甘草3g。以上所有药材加水1000ml,文火煎至500ml(中药由本院统一采购煎制),分别于早晚饭前温服。两组患者均连续治疗2周。

1.3 检测方法 使用EMS-9EB×2P经颅多普勒超

声检测仪,频率调至 2 MHz,检测基底动脉血流速度(BA)、左椎动脉血流速度(LVA)、右椎动脉血流速度(RVA);使用 AU5800 全自动生化分析仪(美国 Beckman Coulter 有限公司)检测总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。

1.4 评估标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]对眩晕各项症候进行评分,包括头晕目眩、神倦乏力、心悸,每项症状评分 0~3 分,分数越高提示症状越明显。眩晕评定量表(DARS)^[8]分为平衡失调、现有眩晕、病情总体印象(医生角度)及病情总体印象(患者角度)4 条类目,每条类目 0~6 分,取总分为量表评分,分值越高提示眩晕程度越重。日常生活能力量表(ADL)^[9]:采用李克特评分法对 6 项躯体生活自理能力及 8 项工具性日常生活能力进行评

价,4 分提示完全自理,3 分提示自理困难,2 分提示需要帮助,1 分提示完全不能自理,总分 14~56 分,分数越高提示生活质量越高。

1.5 观察指标 两组中医症候积分、DARS 评分、ADL 评分以及脑血流灌注情况(BA、LVA、RVA)、血脂指标(TC、TG、HDL-C、LDL-C)。

1.6 统计学分析 数据分析采用 SPSS20.0 统计软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 TC、TG、HDL-C、LDL-C 水平比较 治疗 2 周后,观察组 TC、TG、LDL-C 水平均明显低于对照组($P < 0.05$),两组 HDL-C 水平与治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组 TC、TG、HDL-C、LDL-C 水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	TC	TG	HDL-C	LDL-C
观察组	治疗前	52	6.17± 1.33	2.96± 0.83	0.96± 0.87	3.94± 1.21
	治疗 2 周后	52	5.62± 1.08*	2.56± 0.75*	1.06± 0.71	3.42± 1.09*
对照组	治疗前	52	6.16± 1.28	2.95± 0.82	0.98± 0.91	3.91± 1.31
	治疗 2 周后	52	6.08± 1.21*	2.87± 0.74*	1.08± 0.82	3.89± 1.12*
<i>t</i> 治疗 2 周后组间比较			2.045	2.122	0.133	2.169
<i>P</i> 治疗 2 周后组间比较			0.043	0.036	0.894	0.032

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组 DARS 评分、ADL 评分比较 治疗 2 周后,两组 DARS 评分均明显降低,且观察组明显低于对照组($P < 0.05$);两组 ADL 评分均明显升高,且观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组 DARS 评分、ADL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	DARS	ADL
观察组	治疗前	52	21.51± 3.26	22.86± 4.21
	治疗 2 周后	52	8.69± 1.41*	49.62± 7.88*
对照组	治疗前	52	21.07± 3.49	23.32± 4.14
	治疗 2 周后	52	9.26± 1.32*	45.71± 7.62*
<i>t</i> 治疗 2 周后组间比较			2.128	2.572
<i>P</i> 治疗 2 周后组间比较			0.036	0.012

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组中医症候积分比较 治疗 2 周后,两组头晕目眩、神倦乏力、心悸积分均明显减少,且观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组中医症候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	头晕目眩	神倦乏力	心悸
观察组	治疗前	52	2.19± 0.54	2.43± 0.64	2.30± 0.58
	治疗 2 周后	52	1.07± 0.22*	1.16± 0.31*	1.12± 0.29*
对照组	治疗前	52	2.22± 0.51	2.41± 0.63	2.15± 0.63
	治疗 2 周后	52	1.21± 0.26*	1.33± 0.34*	1.33± 0.38*
<i>t</i> 治疗 2 周后组间比较			2.964	2.664	3.168
<i>P</i> 治疗 2 周后组间比较			0.004	0.009	0.002

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.4 两组 BA、LVA、RVA 水平比较 治疗 2 周后,两组 BA、LVA、RVA 均明显升高($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组 BA、LVA、RVA 水平比较(ml/min, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	BA	LVA	RVA
观察组	治疗前	52	29.49± 4.31	26.29± 4.32	25.38± 4.60
	治疗 2 周后	52	46.52± 6.47*	37.98± 3.84*	36.46± 3.57*
对照组	治疗前	52	30.15± 4.76	26.54± 4.27	26.01± 4.82
	治疗 2 周后	52	43.26± 6.36*	35.75± 4.28*	34.34± 5.02*
<i>t</i> 治疗 2 周后组间比较			2.591	2.644	2.481
<i>P</i> 治疗 2 周后组间比较			0.011	0.009	0.015

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

PCIV 概念成形的时间较短,随着影像学水平的发展与医学的进步,椎-基底动脉供血不足逐渐被 PCIV 所替代^[10],目前西医主要通过控制危险因素如治疗颈椎病、降血压与血脂,同时使患者注意养成良好的生活规律,保持健康心情,低盐低脂饮食等,由于无法深入患者椎-基底动脉治疗,故效果较差。

中医学将 PCIV 归为“眩晕”范畴,早在《内经》中即有记载,且历代医家长期实践经验做出了总结,“无痰不作眩,无风不作眩”^[11]。中医理论认为,眩晕病多虚实夹杂,本虚标实,以气血亏虚、肝肾不足为主要病因,因此就治疗长期效果而言,中医治疗具有独特优势。对于 PCIV 患者,一般表现为本虚标实,以气血亏虚为主,兼有痰浊、血瘀等标实之证,治疗时应以标本兼治为原则,益气升阳、疏肝健脾。本研究结果显示,治疗 2 周后,观察组患者主要症状表现、眩晕程度及生活质量均明显优于对照组,主要是因为气血亏虚型眩晕患者一般年龄较大,脏腑功能逐渐衰退,脾胃虚弱、肝肾不足,导致气机升降失调、清窍失养,出现眩晕^[12]。自拟健脾升阳补气汤由黄芪为君药,补气健脾,对于气虚乏力、阳气不足效果极佳;配合葛根、升麻升举阳气,清热健脾,以补虚为主;辅以羌活、天麻祛风止痛,平肝止痉;厚朴、川芎、泽泻行气消积、化浊,配合治疗患者气血亏虚兼风痰湿之实邪;甘草调和诸药。诸药合用共奏行气健脾、升阳祛邪、标本兼治之功。

PCIV 是以椎-基底动脉供血不足引起脑部神经、组织中血流灌注减少为主要病理特征的脑血管疾病,眩晕为主要表现^[13]。因此通过增加脑血流灌注量,减轻眩晕感对 PCIV 进行治疗^[14]。本研究结果显示,治疗 2 周后,联合自拟健脾升阳补气汤治疗患者的 BA、LVA、RVA 水平均明显高于仅采用基础治疗患者,说明中西医结合治疗能有效增加脑血流灌注量,抑制病情发展。究其原因,方中重要组成药物黄芪,其主要活性物质皂苷、黄酮、生物碱等,已经现代药理学证实,具有解热、镇静、改善血液循环、降低胆固醇以及增强机体免疫的作用^[15],对降低心血管事件发生率、改善心脑血管疾病具有重要作用。

PCIV 患者多由于血脂水平较高,椎-基底动脉血流速度变慢,可能引起动脉粥样硬化等不良并发

症,因此临床治疗 PCIV 时多联合降血脂药物,控制患者血脂水平,改善预后。本研究结果显示,两组治疗后 TC、TG、LDL-C 水平均明显降低,且观察组明显低于对照组,提示自拟健脾升阳补气汤能有效降低 PCIV 患者血脂水平。这是因为天麻具有抑制血小板聚集的作用^[16];川芎具有提升脑血流灌注量、改善脑循环、抗血小板聚集的作用^[17];甘草中所含的甘草酸能降低血脂,抑制动脉粥样硬化形成^[18]。多种药物联合作用,降低患者血脂水平的同时,消除部分脑血管病患者的危险因素。

综上所述,自拟健脾升阳补气汤可有效改善气血亏虚型 PCIV 患者眩晕、心悸、乏力等症状,提高患者自理生活能力,增加脑血流灌注水平,降低血脂水平,为临床治疗提供重要参考依据。

参考文献

- [1]孙海欣,王文志.中国 60 万人群脑血管病流行病学抽样调查报告[J].中国现代神经疾病杂志,2018,18(2):83-88.
- [2]王妮,吴炳义,武继磊,等.2012 年山东省心脑血管疾病死亡状况及去死因期望寿命研究[J].中华疾病控制杂志,2017,21(9):917-920.
- [3]阮明军,郑峰,黄德莲.三参通络汤配合臭氧自体血回输对后循环缺血性眩晕(气虚血瘀型)患者 TCD 的影响[J].世界中西医结合杂志,2018,13(1):59-62.
- [4]张志军,王宝亮,张士金,等.“调营充络”论治法对椎基底动脉迂曲并后循环缺血性眩晕的临床研究[J].中华中医药学刊,2020,38(5):56-59.
- [5]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.
- [6]李志,张崇泉.眩晕中医辨治进展[J].中医药导报,2009,15(7):90-92.
- [7]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.37.
- [8]王利一,彭好,黄魏宁,等.良性阵发性位置性眩晕患者眩晕障碍评定量表分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(8):595-597.
- [9]邱纪方.护理日常生活活动能力量表的效度分析[J].中华物理医学与康复杂志,2000,22(4):41-43.
- [10]何菊,张怀亮.后循环缺血性眩晕的中西医研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(6):871-874.
- [11]陶文强,梁丹,唐军.曾定伦教授治疗后循环缺血性眩晕辨治经验探析[J].中国中医急症,2020,29(4):706-707,717.
- [12]刘迅,吴智兵.从五脏虚损论治眩晕探析[J].江苏中医药,2019,51(6):9-11.
- [13]杨明,张新江.孤立性眩晕与后循环缺血性卒中[J].国际脑血管病杂志,2018,26(2):131-134.
- [14]王世奇,蒋亚斌.尤瑞克林联合依达拉奉对急性脑梗死患者脑血管储备能力的改良与神经功能保护作用分析[J].山西医药杂志,2017,46(22):2707-2710.
- [15]薛倩倩,刘晓节,李科,等.黄芪药材化学成分差异的研究进展[J].山西医科大学学报,2018,49(10):1259-1263.
- [16]傅凯丽,霍磊.半夏白术天麻汤联合氯吡格雷对急性缺血性脑卒中患者运动功能、血小板功能、血清超敏 C 反应蛋白和可溶性 P 选择素水平的影响[J].中国中医急症,2018,27(3):422-425.
- [17]刘亚鹭,徐士欣,张军平,等.川芎-当归药对有效成分在缺血性脑卒中应用的研究进展[J].华西药理学杂志,2018,33(6):550-553.
- [18]颜股红,雷晓毅,傅鹭华.甘草酸二铵肠溶胶囊联合双歧杆菌四联活菌对 NAFLD 患者炎症指标和肝损伤的影响[J].中国现代应用药学,2018,35(11):1713-1718.

(收稿日期: 2021-09-21)