

中西医结合治疗椎-基底动脉供血不足 38 例

席仲洪¹ 帅银花² 帅金花³

(1 雅柏药业(中国)有限公司 广东中山 528000; 2 广东省中山市中智医药有限公司 中山 528437; 3 江西省监狱局中心医院 新建 330100)

关键词: 椎-基底动脉供血不足; 川芎嗪; 西比灵胶囊; 中西医结合疗法; 中药煎剂

中图分类号: R 816.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0046-02

近几年来, 笔者采用中西医结合方法治疗椎基底动脉供血不足 38 例, 并与单纯西医治疗比较, 疗效较好。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例 74 例, 随机分 2 组, 中西医结合组 38 例, 年龄 50~75 岁, 平均年龄 65 岁; 西医组 36 例, 年龄 45~70 岁, 平均年龄 68 岁。首次发病 20 例, 2 次发病 32 例, 3 次发病 22 例; 伴发疾病有高血压、冠心病、糖尿病。2 组资料经统计学处理, 差异无显著性, 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 1998 年 WHO 对短暂性椎基底动脉供血不足的诊断标准并经脑 CT 或磁共振检查排除脑梗死、脑出血及占位性病变。临床表现: (1) 发作性眩晕伴有其他 VBI 症状或眩晕呈持续性; (2) 年龄 40 岁以上, 有动脉硬化或颈椎病史; (3) 颈椎 X 线摄片示: 颈椎肥大性改变, 经颅多普勒 (TCD) 显示有椎基底动脉供血不足表现; (4) 排外引起眩晕的其他病因, 如内耳性眩晕, 急性脑卒中, 颅内占位性病变等; (5) 无心、肝、肾严重疾病。

2 治疗方法

2.1 西医组 口服西比灵胶囊 10mg, 每晚 1 次; 盐酸川芎嗪氯化钠注射液 100mL, 静脉点滴, 每日 2 次。

2.2 中西医结合组 西药方法同上, 再按中医“眩晕”、“厥证”等范畴辨证分型, 其病机常与血虚血滞、夹痰上扰、气机受阻有关。治以益气活血, 清化痰热, 温通经络。方药: 黄芪 30g, 赤芍、白芍各 12g, 法半夏 15g, 当归 15g, 茯苓 20g, 地龙 12g, 陈皮 6g, 竹茹 10g, 葛根 20g, 枳壳 8g, 鸡血藤 20g, 石菖蒲 10g, 佛手 8g, 泽泻 20g。每日 1 剂煎服, 日 2 次。2 组 7d 为 1 个疗程, 共 2 个疗程。2 组患者有基础病的, 进行常规治疗。

2.3 出血部位、血肿大小与预后 幕上型(脑叶、脑室、丘脑、基底节区)出血占 89.2%, 其中脑叶及脑基底节区血肿量平均 >45mL。由于出血后自由基增强及血肿的占位效应和高血压造成的血管损伤, 更加重了脑水肿^[2], 中线结构移位, 内科保守治疗疗效差。有报告^[3]血肿 >50mL, 入院时 GCS 为 7~10 分者手术治疗病死率明显低于保守治疗组。因此, 对原发脑室出血、小脑出血、皮质下出血、基底节区出血应积极争取手术治疗^[4]。

2.4 并发症与预后 脑出血合并 MOF 是脑出血病死率高的又一主要原因。由于出血的部位和血肿容积大、血肿破入脑室、脑脊液循环受阻等原因, 脑水肿致脑结构移位, 均可刺激丘脑下部, 引起下丘脑—垂体—甲状腺功能的改变, 并发 MOF。本组 72.3% 的病例合并 MOF, 以脑肺、脑心、脑消化道最多见。其中以有既往史、年龄 >60 岁、原发于脑干、脑室及

30g, 赤芍、白芍各 12g, 法半夏 15g, 当归 15g, 茯苓 20g, 地龙 12g, 陈皮 6g, 竹茹 10g, 葛根 20g, 枳壳 8g, 鸡血藤 20g, 石菖蒲 10g, 佛手 8g, 泽泻 20g。每日 1 剂煎服, 日 2 次。2 组 7d 为 1 个疗程, 共 2 个疗程。2 组患者有基础病的, 进行常规治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈: 症状消失, TCD 复查恢复正常; 显效: 症状明显减轻, TCD 复查示椎-基底动脉供血改善; 有效: 症状减轻, 虽能坚持工作, 但生活及工作受影响, TCD 复查示椎-基底动脉供血稍改善; 无效: 症状无明显减轻或加重, TCD 复查示椎-基底动脉供血无改善。

3.2 治疗结果 2 组均治疗 14d, 中西医结合组 38 例, 痊愈 15 例, 显效 16 例, 有效 6 例, 无效 1 例; 总有效率 97.4%; 西医组 36 例, 痊愈 7 例, 显效 18 例, 有效 7 例, 无效 4 例; 总有效率 88.9%, 2 组比较差异有显著性 (P < 0.05)。

4 体会

西医认为, 椎-基底动脉供血不足是由各种原因引起的椎-基底动脉系统的血液循环障碍后出现的一系列脑干症状, 主要原因是在高血压、动脉硬化的基础上发生微栓子、脑血管痉挛, 致脑血管狭窄, 脑供血减少, 脑缺血缺氧, 外周血管功能失调, 出现眩晕、恶心呕吐等症, 有人认为椎-基底动脉供血不足者的全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原等血流变指标有明显升高^[5], 用西比灵胶囊具有扩血管作用, 川芎嗪有扩血管、改善微循环、抗凝、增加脑血流量的作用。中医认为, 丘脑出血和出血量大者并发 MOF 最多。单个脏器功能的衰竭不一定是患者的直接死因, 但是如果不能及时纠正, 会给全身多脏器带来致命的打击, 同时加重脑的损害, 如此恶性循环加速脑出血的死亡。

综上所述, 既往高血压、心脏病、脑血管等病史可为脑出血发病的一个基本原因; 发病后用 GCS 评分能够估计疾病的发展趋势; 脑出血的部位及大血肿为早期死亡的主要原因; 合并多脏器功能衰竭及血压持续增高, 加速了脑出血的死亡。

参考文献

[1] 马景楷, 杨树源, 鲁玉华. 高血压脑出血的分型与治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2001, 11(1): 35

[2] 任泽光, 吴建中, 尹可. 高血压脑出血后脑血流及自由基变化规律及与脑水肿的关系[J]. 中华神经外科杂志, 1995, 11(4): 209

[3] Broderick JP. Volume of intracerebral hemorrhage, a powerful and easy-to-use predictor of 30 day Mortality[J]. Stroke, 2002, 24(7): 987

[4] 韩静, 齐岚平, 张源祥. 高血压脑出血内外科治疗的死因对照分析[J]. 中国危重病急救医学, 1994, 6(4): 217

(收稿日期: 2006-10-08)

偏正汤治疗偏头痛 57 例疗效观察

喻炳奎

(浙江省桐庐县中医院 桐庐 311500)

关键词: 偏头痛; 偏正汤; 西比灵胶囊; 疗效对比

中图分类号: R 747.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0047-01

偏头痛是神经内科的一种常见病,具有病程长、反复发作、难以根治等特点。笔者自 1999 年 11 月~2005 年 11 月选用清·陈士铎《辨证录》中散偏汤,经更量加味制成偏正汤治疗偏头痛 57 例,并与西比灵胶囊口服治疗 53 例对比,结果疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 110 例门诊患者,均参照 1990 年国际偏头痛会议制定的 4 条诊断标准^[1],并排除脑血管、颅内占位、中枢感染、癫痫、脑外伤、耳源性及牙源性等疾病所致的头痛,根据偏头痛程度分类标准^[2]进行分级。随机分为 2 组,治疗组 57 例,男 17 例,女 40 例;年龄 18~37 岁,平均(27±4.3)岁;病程 0.5~7 年,平均 3.7 年;头痛程度 II 级 13 例,III 级 35 例,IV 级 9 例。对比组 53 例,男 14 例,女 39 例;年龄 17~39 岁,平均(26±4.8)岁;病程 0.5~8 年,平均 3.8 年;头痛程度 II 级 11 例,III 级 34 例,IV 级 8 例。2 组一般资料无显著性差异。

1.2 治疗方法 治疗组给予偏正汤:川芎 30g,白芷 12g,白芥子 6g,白芍 20g,郁李仁 6g,柴胡 9g,细辛 3g,香附 6g,全蝎 5g,蜈蚣 2 条,炙甘草 6g。阴血亏虚者加当归 10g、制首乌 24g,有内热者加菊花 10g、知母 10g,妇女经期白芍用量改为 30g。每日 1 剂,水煎,分 2 次口服。对比组每晚睡前口服西比灵胶囊(国药准字 H10930003)5mg。2 组均连续用药 30d。

1.3 疗效判断 临床治愈:头痛消失;显效:头痛程度减轻 II 级,或发作次数减少 2/3 以上;有效:头痛程度减轻 I 级,或发作次数减少不足 2/3;无效:头痛程度减轻不足 I 级,或发作次数减少不足 1/3。

2 结果

2 组治疗后结果比较见表 1、表 2。

表 1 治疗 30d 头痛改善情况比较 例(%)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	57	13(22.8)	27(47.4)	10(17.5)	7(12.3)	87.7
对比组	53	5(9.4)	20(37.7)	11(20.8)	17(32.1)	67.9

注:2 组总有效率比较, $P < 0.05$, 有显著性差异。

3 体会

偏头痛的病理生理虽然相当复杂,但离不开神经、血管椎-基底动脉供血不足,属中医“眩晕”范畴。常见于中老年患者,多因脏腑功能减退,阴阳失调,血少则脑失所养,气虚则清阳不升,精亏则髓海不足,髓空则清窍失养或痰浊阻遏,升降失常或痰火上逆,上扰清窍,与肝、脾、肾三脏关系密切。眩晕病机以虚者居多。张景岳认为“虚者居其八九”,眩晕的发病过程中,可相互转化,形成虚实夹杂等症。治以益气活血,清化痰热,温经通络。方中黄芪益气,扩血管;茯苓、泽泻健脾祛湿化痰;泽泻具有降低胆固醇的作用;石菖蒲、半夏、竹茹化痰降浊,开窍;赤芍、当归、地龙、鸡血藤养血活血通络;白芍平肝清火;陈皮、枳壳、佛手理气降逆,与黄芪合用调

表 2 治疗结束 3 个月后回访 例(%)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	57	13(22.8)	22(38.6)	9(15.8)	13(22.8)	77.2
对比组	53	4(7.5)	18(34.0)	10(18.9)	21(39.6)	60.4

注:2 组总有效率比较, $P < 0.05$, 有显著性差异。

和神经介质三者之间相互影响。西比灵是脂溶性药物,易通过血脑屏障,选择性抑制脑血管平滑肌细胞膜钙离子通道,阻止血管收缩,抑制 5-HT、前列腺 F_{2x} 、血栓烷 A_2 、儿茶酚胺等引起血管收缩,达到止痛作用^[3]。

偏头痛属中医“头痛”范畴,多为顽疾沉痾。中医认为头为清阳之府,诸阳之会,髓海所居之处,五脏精华之血,六腑清阳之气,皆会于巅顶,既有经络与脏腑相连,又有诸窍与内外相通。凡外感六淫之邪侵袭,上扰巅顶,由邪气稽留,阻遏清阳,经络被遏而气血逆乱,痰瘀阻络,脑失所养导致偏头痛发作。六淫之邪风寒为要,又以风邪为首,《内经》曰“高巅之上,惟风可到”。故风、寒、痰、瘀是本病的主因。方用偏正汤,以川芎味辛性温,祛风散寒止痛,又辛香走窜,可上通于巅顶,下达于血海,祛瘀通络为主药;白芷、细辛辛散上行,祛风散寒,助川芎疏散之力,又有止痛之长;蜈蚣、全蝎息风止痉,通络止痛,具搜刮之功;柴胡引药入于少阳,载药上浮,直达头面;白芥子引药深入,直达病所,具通窍蠲痰之功;白芍敛阴而防川芎辛散太过;炙甘草缓急止痛。诸药共奏祛风散寒、通络祛瘀、蠲痰利窍之功。上述资料显示偏正汤治疗偏头痛优于西比灵,笔者体会偏正汤紧扣了偏头痛的主要病因病机,用药兼顾了内热、阴血亏虚等情况,同时大剂量川芎与全蝎等虫类药合用才显示出临床确切疗效。中药治疗偏头痛可能通过多环节、多靶点发挥作用,值得临床使用。

参考文献

- [1] 阎海. 偏头痛诊治大成[M]. 北京: 学苑出版社, 1996. 141
- [2] Bussone G, Baldini S, D'Andrea G, et al. Nimodipine versus flunarizine in common migraine a controlled pilot trial[J]. Headache, 1987, 27(2): 76-79
- [3] 匡培根, 李永昌. 美国头痛学会第 38 届学术会议 - 偏头痛研究新进展简介[J]. 中华神经科杂志, 1997, 30(1): 56

(收稿日期: 2006-05-14)

理气机, 升清降浊; 葛根生津解痉, 葛根中含有的葛根素及葛根黄酮有扩张血管的作用^[4]。同时配合西药血管扩张剂的治疗, 症状改善较快, 中西医结合治疗进一步提高了疗效, 缩短了疗程, 疗效优于西药组。

参考文献

- [1] 唐丽群, 王者晋, 罗树明. 椎基底动脉供血不足 40 例血液动力学分析[J]. 中国综合临床, 1999, 15(1): 25
- [2] 王维权. 白芍木瓜汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕[J]. 上海中医药杂志, 2002, 36(9): 20

(收稿日期: 2006-05-10)