

半夏白术天麻汤治疗脑血管硬化的临床研究

温志云

(江西省萍乡市安源区人民医院 萍乡 337000)

关键词: 脑血管硬化; 中西医结合疗法; 肠溶阿司匹林片; 复方丹参片; 半夏白术天麻汤

中图分类号: R 542.5 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2009)01-0022-03

半夏白术天麻汤具有行气健脾、化痰熄风等功
效,治疗头晕、头部不适、头痛、肢体麻木有作用。我
们近 2 年来运用该药治疗脑动脉硬化 84 例,疗效
满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有患者均符合脑动脉硬化的诊

断标准,154 例患者依就诊顺序,按数字表法随机分
为两组:治疗组 84 例,对照组 70 例;治疗组完成观
察 80 例,对照组完成观察 65 例,其余因失访等原
因退出观察。治疗组中男 45 例,女 35 例;年龄
52~75 岁,平均(60.6± 7.8)岁;平均病程(5.8± 1.9)
年;合并症:高血压 52 例,冠心病 32 例,高脂血症

心脑血管病有密切关系,它是缺血性脑血管疾病的
主要原因,同时颈动脉粥样硬化是判断冠状动脉粥
样硬化的相关因素^[3,4]。高脂血症是动脉粥样硬化重
要危险因素,而动脉粥样硬化是严重影响人类健康
的多系统性疾病。国内外临床研究结果显示,与安
慰剂相比,他汀类药物降低心血管事件(心肌梗死、
中风及心血管病死亡)的风险,同时也增加了不良
事件的风险。若对高危患者采用强化降脂策略,使
LDL-C 水平降至 2.08mmol/L 或以下,在增加他汀
剂量的同时不良反应也随之增多^[5]。烟酸类药物可
以协同他汀类药物进一步降低 LDL-C,在降低 TG、
升高 HDL-C 方面又强于他汀类药物。常规剂量的
他汀类联合烟酸类治疗与高剂量他汀类治疗比较,
既能更好达到调脂目标,又可避免严重不良反应。

本研究结果表明,烟酸类与他汀类合用在全面
改善血脂谱方面优于单用他汀类药物,在消退颈动
脉斑块方面也优于单用他汀类或烟酸类药物,临床
心血管事件有减少趋势,且联合用药的肝损害等发
生率与单用他汀类药物相似,其安全性、耐受性较
好。因此,混合性高脂血症或高胆固醇血症合并颈
动脉斑块的患者,可联合使用他汀类和烟酸类药物
以达到更好的调脂和消退颈动脉斑块效果。

参考文献

[1]The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group.Randomised
trial of cholesterol lowering in 4 444 patients with coronary heart
diseases:the Scandinvavian Simvastatin Survival Study (4s) [J].
Lancert,1999,344(8 934): 1 383-1 389
[2]血脂治疗现状调查组.我国血脂异常治疗现状的调查 [J].中华心
血管病杂志,2001,29(1): 15-17
[3]芦海,朱栓立,戴庆麟,等.心肌梗死与颈动脉斑块的关系[J].中国慢
性病预防与控制,1999,7(6): 259-260
[4]中华心血管病杂志编委会血脂异常防治对策专题组.血脂异常防
治建议[J].中华心血管病杂志,1997,25(3): 169
[5]Silva MA,Swanson AC,Gandhi PJ,et al.Statin-related adverse events:
a meta-analysis [J].Clin Ther,2006,28:26-35

(收稿日期: 2008-09-22)

表 1 三组用药前后血脂参数的比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L

组别	n	TC	TG	HDL-C	LDL-C
氟伐他汀组 60	治疗前	6.35± 0.42	2.83± 0.46	1.28± 0.12	4.93± 0.87
	治疗后	5.00± 0.26	1.94± 0.35	1.44± 0.09	3.52± 0.52
阿昔莫司组 59	治疗前	6.41± 0.45	2.85± 0.51	1.30± 0.12	4.93± 0.92
	治疗后	5.29± 0.27	2.31± 0.47	1.53± 0.11	3.85± 0.65
联合用药组 67	治疗前	6.33± 0.43	2.83± 0.44	1.28± 0.13	4.95± 0.53
	治疗后	4.34± 0.51	1.68± 0.33	1.62± 0.13	3.03± 0.35

表 2 治疗后三组患者的血脂各指标的变化率 %

组别	n	TC	TG	HDL-C	LDL-C
氟伐他汀组	60	21.26± 7.14	31.45± 9.26	12.50± 8.11	28.60± 13.23
阿昔莫司组	59	17.47± 5.59	18.95± 12.56	17.69± 6.97	21.91± 11.05
联合用药组	67	31.44± 9.51	40.64± 14.38	26.56± 11.78	38.79± 9.65

2.2 三组患者的颈动脉消退情况 治疗前三组患
者颈动脉斑块间差别无显著性意义 ($P>0.05$),治疗
后三组患者颈动脉斑块与治疗前相比较差别有显
著性意义 ($P<0.01$),治疗后三组患者颈动脉斑块组
间两两比较差别有显著性意义 ($P<0.05$),其中联合
用药组颈动脉斑块消退最为明显,见表 3。

表 3 三组用药前后颈动脉粥样斑块参数比较 ($\bar{X} \pm S$) d/mm

组别	n	治疗前	治疗后
氟伐他汀组	60	2.13± 0.27	1.61± 0.21
阿昔莫司组	59	2.09± 0.25	1.98± 0.25
联合用药组	67	2.11± 0.28	1.01± 0.19

2.3 安全性评价 在治疗过程中共有 22 例患者出
现不良反应,其中氟伐他汀组 9 例,分别为头晕、嗜
睡 2 例,胃痛 2 例,急性支气管炎 2 例,四肢瘙痒 2
例,头晕、恶心 1 例(退出试验);阿昔莫司组 2 例,
胃痛 1 例,手足小关节痛 1 例;联合用药组 11 例,
分别为头晕、嗜睡 3 例,胃痛 3 例,急性支气管炎 1
例,四肢瘙痒 3 例,头晕、皮疹及胸闷 1 例(退出试
验)。实验室检查:与用药前相比,用药后 AST 由正
常转为异常者氟伐他汀组和联合用药组各 2 例,但
升高的数值未达 2 倍。各组的磷酸激酶用药后均无
异常,其他指标治疗前后无明显变化。

3 讨论

近年来,国内外研究表明,颈动脉粥样硬化与

32 例,糖尿病 20 例,中风 25 例。对照组男 45 例,女 20 例;年龄 47~68 岁,平均(62.1± 6.4)岁;平均病程(5.1± 2.1)年;合并症:高血压 47 例,中风 24 例,冠心病 20 例,高脂血症 24 例,糖尿病 13 例。两组患者一般资料经统计学处理差异无显著性,具可比性。

1.2 诊断标准 (1)多发于 50 岁以上,男性多于女性。(2)头痛,眩晕。(3)血脂增高(尤其 HDL-C、LDL-C 指标异常)。(4)记忆力减退,痴呆。(5)可伴眼底动脉硬化症Ⅱ级以上。(6)经颅多谱勒或脑血流图示颅内血管壁硬化,弹性减退。其中(1)~(3)条为诊断必备。

1.3 治疗方法 两组患者均用肠溶阿斯匹林片 75mg,每日 1 次,口服;复方丹参片 4 片 / 次,每日 3 次,口服。服用 2 个疗程,共 6 个月。治疗组同时加用半夏白术天麻汤(半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、生姜、大枣、甘草)。两组均不用其他改善血液循环、镇痛及镇静药物。

1.4 观察指标 (1)主要症状:包括头晕、头痛或头部不适、昏沉感、耳鸣、失眠、肢体麻木。(2)平均血流速度(VM)测定:治疗前后经颅彩色多谱勒(TCD)检查,以 VM 最大血管做为观察目标,VM= 实际测定 / 正常参照值中位数× 100%。(3)血脂及微循环的测定:治疗前后测定胆固醇(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)。微循环测定用徐州产 COLD LIGHT SOURCE 型多功能微循环监测仪,结果用加权评分表示。

1.5 统计方法 计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 疗效判断参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[1]。显效:症状基本消失;有效:症状大部分消失;无效:症状无显著改善。

2.2 治疗效果 两组临床疗效比较见表 1。治疗组的显效率、有效率分别为 33.75%、83.75%,而对照组分别为 18.46%、63.08%, 两组临床疗效相比, $P < 0.01$, 差异有统计学意义。

表 1 两组临床疗效比较 例				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	80	27	40	13
对照组	65	12	29	24

2.3 两组患者治疗前后平均血流速度及微循环测定结果比较 见表 2。治疗前两组指标比较无差异性,治疗后两组平均血流速度、微循环值均显著改善($P < 0.01$),即两组治疗前后相比有明显疗效。且两组治疗后两项指标比较均 $P < 0.01$,说明治疗组明显

优于对照组。

表 2 两组患者治疗前后 VM 及微循环测定值比较 ($\bar{X} \pm S$)							
分组	n	VM(%)		微循环(分)			
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	80	170.02± 31.21	95.32± 30.04 ^{△*}	6.43± 1.04	2.13± 0.82 ^{*△}		
对照组	65	162.12± 30.34	102.92± 27.17	4.55± 2.13	3.96± 1.05		

注:与本组治疗前比较, $^{\Delta}P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $*P < 0.01$ 。

2.4 两组患者血脂结果比较 见表 3。治疗组治疗前后各项指标相比均 $P < 0.05$,说明治疗组可明显降低胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白和升高高密度脂蛋白,且与对照组比较差异明显 $P < 0.05$,即疗效明显优于对照组,而对照组治疗前后无差异。

表 3 两组患者血脂测定结果比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L					
组别	n	TC	TG	LDL-C	HDL-C
治疗组	80	治疗前 7.06± 0.72	4.62± 1.17	4.77± 1.98	1.45± 0.35
		治疗后 3.12± 0.31 ^{△*}	2.02± 1.02 ^{△*}	1.99± 0.67 ^{△*}	2.78± 1.02 ^{△*}
对照组	65	治疗前 6.85± 1.21	4.67± 1.57	4.81± 2.01	1.67± 0.58
		治疗后 5.97± 1.39	3.88± 1.78	3.96± 1.67	1.75± 0.61

注:与本组治疗前比较, $^{\Delta}P < 0.05$,与对照组治疗后比较, $*P < 0.05$ 。

3 讨论

脑动脉硬化症是全身动脉硬化的一部分,是指脑动脉管壁变性所引起的慢性进行性脑机能障碍、精神障碍和局灶性损害等慢性脑病症候群,是目前死因占第一位的脑血管意外的主要病因,严重威胁着中年后期及老年人的身心健康。迄今为止,现代医学尚无特效药物,主要是扩张血管、降血脂、抑制血小板凝聚等。中医无脑动脉硬化症的病名,类似于该病的记载散见于“眩晕”、“健忘”、“不寐”、“虚损”等症之中。综合大多数学者的认识,本病可概括为“虚”、“瘀”、“痰”。就虚而言,既非单纯的虚,往往是虚中夹实,虚实并存,“虚”是发病的基础,是所有患者的共同表现。正如张景岳所云:“无虚不作眩。”虚的本质要责之于肾精之虚,脑髓失养。“瘀”近年来已受到广大学者的重视,无论是临床的舌、脉、症或实验室检查的血流变学、甲皱微循环均支持有瘀血的存在,有人单从活血化瘀立法治疗脑动脉硬化症也取得了满意疗效,可以认为瘀血贯穿其始终。“痰”目前对此重视尚不够,现代医学认为脑动脉硬化的发病机理乃脂质代谢紊乱,在大、中动脉管壁内膜沉积所致,因此,降血脂成为防治本病措施的重要一环。中医学认为脂的沉积系痰浊凝聚范畴,多责之嗜食肥甘,脾失健运,水湿内停,凝聚为痰。从临床来看,该病患者舌苔多厚腻。

本研究治疗组在临床症状改善方面显著优于对照组,具有统计学意义,说明半夏白术天麻汤能够显著改善患者眩晕等症状。同时与对照组比较能够显著降低血液甘油三酯、低密度脂蛋白、总胆固醇等含量,增加高密度脂蛋白含量,改善血流变等,说明半夏白术天麻汤能够显著改善血脂水平。方中

天麻首乌片治疗偏头痛 60 例临床研究

李建国 黄仁峰 刘莲芳 吴国萍
(江西省萍乡市中医院 萍乡 337000)

关键词:偏头痛;中医药疗法;肝肾阴虚证;天麻首乌片

中图分类号:R 747.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0024-02

偏头痛属中医“头风”、“头痛”范畴,是由各种原因导致颅内外血管舒缩功能障碍而引发的发作性头痛。其起病急骤,病势凶猛,缠绵难愈,反复发作,是临床中的疑难杂症,治疗颇为棘手。我们于 2006 年 7 月~2008 年 3 月运用具有滋养肝肾、祛风活血功效的天麻首乌片 [本院自行研制:赣药制字(2004)第 Z0117 号]治疗肝肾阴虚型偏头痛患者 60 例,取得了良好的效果。现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例都来源于我院门诊,120 例病人分为两组。治疗组 60 例,男性 8 例,女性 52 例;年龄 18~60 岁,平均(38.9± 13.6)岁;病程 2~10 年,平均(4.79± 2.67)年。根据头痛发作程度及频率分为中度 34 例,轻度 26 例。经颅多谱勒超声检查,双侧脑血管扩张 14 例,右侧脑血管扩张 8 例,左侧脑血管扩张 10 例,椎基底动脉供血不足 12 例,血管痉挛 16 例。对照组 60 例,男性 10 例,女性 50 例;年龄 18~59 岁,平均(39.9± 12.3)岁;病程 2~11 年,平均(4.31± 2.20)年。根据头痛发作程度及频率分为中度 33 例,轻度 27 例。经颅多谱勒超声检查,双侧脑血管扩张 15 例,右侧脑血管扩张 9 例,左侧脑血管扩张 10 例,椎基底动脉供血不足 9 例,血管痉挛 17 例。两组在病程、性别、年龄、病情轻重、分型及经颅多谱勒检查等方面,经统计学检验,差异均无显著性($P>0.05$),具可比性。

1.2 诊断标准 参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[1]无先兆(普通型)偏头痛:(1)发作至少 5 次以上。(2)如果不治疗每次至少持续 4~72h。(3)具有以下特征,至少 2 项:单侧性;搏动性;程度为中度或重度(日常活动或受限);因上楼梯或其他类似日常躯体活动而头痛加重。(4)发作期间至少有下列之一:恶心和 / 或呕吐;畏光和畏声。(5)具有以下特征一项:病史和体格检查不提示有器质性疾病证据;病史和体格检查提示有某种疾病可能性,但经相关的实验室检查已排除;虽有陈皮理气健脾,半夏降逆止呕,合用燥湿化痰;茯苓利水渗湿,白术燥湿利水,共用以健脾利湿;天麻、蔓荆子熄风止眩;甘草、生姜、大枣健脾和胃,调和

某种器质性疾病,但头痛的初次发作与该疾病无密切关系。

1.3 排除标准 参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[1]:(1)年龄 18 岁以下或 60 岁以上,妊娠或哺乳期妇女,精神病患者。(2)合并心、肝、肾、造血系统等原发性病。(3)凡高血压、脑外伤后综合征及颅内占位等器质性病变者。

1.4 肝肾阴虚型标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]:头痛眩晕,时轻时重,视物模糊,五心烦热,口干,腰酸腿软,舌红少苔,脉细弦。

1.5 纳入标准 采用病证结合双重诊断标准,西医符合无先兆(普通型)偏头痛的轻、中度病人,中医符合肝肾阴虚诊断标准。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法 治疗组:口服天麻首乌片[本院开发研究生产,已通过省药监局自制品 GMP 认证,批准文号赣药制字(2004)第 Z0117 号],每次 6 片,每天 3 次。对照组:口服盐酸氟桂利嗪胶囊(国药准字 H19983001),每次 1 粒,每天 2 次。两组观察治疗期间停用其他中西药物。嘱患者保持情绪稳定,禁酒及辛辣食物。4 周为 1 个疗程,观察 1 个疗程。

2.2 头痛强度分级 参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[1] 头痛强度分 4 级:Ⅰ级:无疼痛;Ⅱ级:轻度痛,不影响活动;Ⅲ级:中度痛,但不停止活动;Ⅳ级:重度痛,不能参加活动。

2.3 统计学处理 等级资料用 Ridit 检验,计量资料用 t 检验。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 临床治愈:头痛及伴随症状消失,6 个月以上无复发;显效:疼痛强度减轻 2 级,伴随症状减轻,或发作次数减少 2/3 以上;有效:疼痛强度减轻 1 级,或发作间隔延长,或头痛持续时间缩短不足 2/3;无效:疼痛强度减轻不足 1 级,或疼痛持续时间缩短不足 1/3,或疼痛加重,持续时间延长。

3.2 两组临床疗效比较 治疗组:临床治愈 34 例诸药:全方共用,可燥湿祛痰,健脾和胃。本临床研究发现半夏白术天麻汤能够显著降脂及改善血流变,起到改善脑血管硬化患者临床症状的效果。