

针药治疗痰湿中阻型脑动脉供血不足性眩晕的临床研究

王会芳¹ 向诗余^{2#}

(1 湖北中医药大学 2014 级研究生 武汉 430061; 2 湖北省武汉市中医医院针灸科 武汉 430010)

摘要:目的:观察针药结合治疗痰湿中阻型脑动脉供血不足性眩晕的临床疗效。方法:将 75 例痰湿中阻型脑动脉供血不足性眩晕患者随机分为针药组和对照组,针药组 39 例予针刺+半夏白术天麻汤加减(半夏、白术、天麻、茯苓、橘红、钩藤、石决明、葛根、菊花、石菖蒲、枳壳、陈皮、桑叶、白芍、川芎、炙甘草)治疗,对照组 36 例予盐酸氟桂利嗪胶囊+半夏白术天麻汤加减治疗,1 个疗程(14 d)后对两组进行临床疗效评价和经颅多普勒(TCD)检查血液流变学参数变化比较。结果:治疗后,针药组的有效率为 94.9%,对照组有效率 86.1%,说明针药组的总体疗效优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组的 TCD 参数均有改善,与治疗前比较差异有统计学意义, $P<0.05$;且针药组对 TCD 参数改善作用优于对照组,两组治疗后比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:针药结合治疗痰湿中阻型脑动脉供血不足性眩晕效果显著。

关键词:眩晕;脑动脉供血不足;痰湿中阻;针灸;半夏白术天麻汤

中图分类号:R255.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.034

脑动脉供血不足性眩晕是由于动脉硬化、血管狭窄、血液黏稠度增高、椎动脉及其周围神经丛受刺激等原因所致的脑干前庭系统和小脑缺血。其主要症状是自觉自身旋转或周围环境旋转,站立不稳,头晕,眼前发黑等,重则伴有听力障碍、恶心、呕吐、倾倒和眼球震颤,半规管功能检查异常。西医目前最主要的治疗手段是解除脑动脉压迫,扩张血管,降低血液稠度。中医学认为本病是由风、火、痰、瘀上扰清空或精亏血少,清窍失养所引起,临床以痰湿中阻型尤为常见。而长期临床实践表明中医中药对本病有显著疗效。本研究中,笔者以针药结合的方法治疗痰湿中阻型脑动脉供血不足性眩晕,临床收到满意效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机将武汉市中医院 2015 年 8 月~2016 年 1 月门诊及住院患者 75 例分为针药组 39 例和对照组各 36 例。针药组男 18 例,女 21 例;年龄 42~65 岁,平均年龄(50.4 ± 4.2)岁;病程 3 个月~10 年,平均病程(2.7 ± 0.9)年;对照组男 17 例,女 19 例;年龄 43~64 岁,平均年龄(50.6 ± 4.9)岁;病程 2 个月~11 年,平均病程(2.4 ± 1.0)年。两组患者的年龄、性别、病程等资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 诊断符合《实用神经病学》^[1]的眩晕诊断标准和《中医病证诊断疗效标准》^[2]中痰浊中阻证眩晕的诊断标准:眩晕而见头重如蒙,或眩晕急剧,自身或景物旋转,胸闷身困,食少多寐,恶心呕吐,耳鸣耳聋,舌苔白腻,脉濡滑或弦滑。排除严重肝肾心脑血管疾病以及因其他疾病(耳源性眩晕、眼源性眩晕、心血管疾病、内分泌及代谢疾病)所致眩

晕。

1.3 治疗方法

1.3.1 针药组 (1)半夏白术天麻汤加减,方药组成:半夏 10 g,白术 10 g,天麻 10 g,茯苓 15 g,橘红 10 g,钩藤 20 g,石决明 30 g,葛根 20 g,菊花 10 g,石菖蒲 12 g,枳壳 10 g,陈皮 10 g,桑叶 10 g,白芍 10 g,川芎 8 g,炙甘草 6 g,水煎服,1 剂/d,共 14 剂,早晚分服。(2)针灸取穴:百会、风池、颈部夹脊穴、内关、中脘、足三里、丰隆、阴陵泉。操作方法:常规消毒后,行针至得气,平补平泻,留针 30 min,期间行针 2 次,1/d 次,14 次为 1 个疗程。

1.3.2 对照组 (1)给予盐酸氟桂利嗪胶囊口服,10 mg/次,1 次/晚,14 d 为 1 个疗程。(2)中药治疗方法及疗程同针药组。

1.4 观察指标 经颅多普勒(TCD)检测方法及指标^[3]:使用仪器为德国 DWL 经颅多普勒仪,将探头置于枕部检测左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA),电脑自动计算平均血流速度(Vm)。两组患者在治疗前、治疗后各检查 1 次。

1.5 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[4]中有关眩晕的疗效评定标准进行判断。痊愈:眩晕及其他伴随症状消失;显效:眩晕等症状明显减轻,头微有晕沉,或轻微头晕目眩,但不伴有自身及景物的旋转感,可以正常生活和工作;有效:眩晕或头晕减轻,仅伴有轻微自身及景物的旋转感,虽能坚持工作,但生活和工作受影响;无效:眩晕等症状无改善或加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 数据采用 SPSS20.0 统计学软件分析,计量资料组内比较采用配对均数 t 检验,组间

通讯作者:向诗余,E-mail:1225735286@qq.com

比较采用两独立样本均数 *t* 检验, 等级资料采用 Ridit 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 针药组总有效率为 94.9%, 对照组总有效率为 86.1%。Ridit 分析结果表明, 针药组的总体疗效优于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗后总体疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显著	有效	无效	总有效
对照组	36	6(16.7)	13(36.1)	12(33.3)	5(13.9)	31(86.1)
针药组	39	12(30.8)	14(35.9)	11(28.2)	2(5.1)	37(94.9)*

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 TCD 参数变化比较 治疗前两组左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)的平均血流速度等 TCD 参数比较, 差异均无统计学意义, $P>0.05$ 。治疗后两组的 TCD 参数均有明显改善, 与治疗前比较差异均有统计学意义, $P<0.05$; 且针药组对 TCD 参数的改善作用均明显优于对照组; 两组的 TCD 参数治疗后比较, 差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后的 TCD 参数变化比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)					
组别	时间	LVA	RVA	BA	
针药组	治疗前	25.34± 3.92	24.21± 3.86	28.37± 4.12	
	治疗后	27.51± 4.52**	27.55± 4.81**	30.51± 3.20**	
对照组	治疗前	25.50± 3.82	23.68± 3.45	25.08± 4.04	
	治疗后	26.80± 4.05*	26.82± 4.65*	27.11± 2.98*	

注: 与治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ** $P<0.05$ 。

3 讨论

脑动脉供血不足性眩晕是由于脑动脉粥样硬化、血管狭窄、椎动脉管受压等原因引起的椎 - 基底动脉系统供血障碍, 致脑干小脑供血不足而发为本病, 占中老年人各种眩晕的 60%以上^[5], 是中老年人的常见病、多发病。本研究主要讨论的脑动脉供血不足性眩晕, 属于祖国医学中“眩晕”的范畴。西医认为针对性和选择性地改善脑动脉供血不足是治疗的关键, 解除脑动脉压迫, 扩张血管, 降低血液黏稠度是目前最主要的治疗方法。

中医认为病因不外乎虚实两端, 虚者为肝肾亏虚、气血不足, 实者为肝阳上亢、痰湿中阻、瘀血阻窍。《丹溪心法·头眩》提出“头眩, 痰夹气虚并火……无痰不作眩”的观点, 主张“治痰为先”。脾主健运, 运化水液, 是水液代谢的中心环节。若脾虚健运失责, 则水湿停滞, 留滞肌肉、筋骨间, 可见四肢、颈部的强直、沉重乏力, 水湿淤久成痰, 风痰上扰则蒙蔽清窍而发为眩晕, 因而治疗以健脾和胃, 化痰降逆为法。方中以半夏白术天麻汤健脾降逆化痰, 配陈皮、

枳壳燥湿行气; 钩藤、石决明平肝熄风; 桑叶、菊花加强平抑肝阳, 加白芍柔肝, 石菖蒲辛开苦燥温通, 不但有开窍醒神之功, 且兼具化湿, 豁痰, 辟秽之效。葛根发汗解肌, 疏通经络, 主治各种痹症, 现代药理研究表明葛根能扩张冠状动脉及脑血管, 对抗血管痉挛, 舒张平滑肌^[6]。川芎为血中气药, 气行则痰无以生。诸药合用共奏健脾和胃, 化痰降逆之功。

现代研究表明, 针刺治疗能够疏通经络, 调理气血, 改善血液循环及充盈, 对调节脑动脉供血不足有良好效果^[7]。本次临床研究取穴以局部取穴配合辨证取穴, 以通络止眩, 降逆化痰为法。百会穴为督脉要穴, 居一身之巅, 属三阳五会之穴, 有醒脑开窍、醒神止眩之功, 为定眩晕要穴。风池属足少阳胆经, 《通玄指要赋》指出“头晕目眩, 要觅于风池”, 又是手足少阳经与阳维脉交会处, 针刺可通畅脑络血运与气机。夹脊穴为经外奇穴, 位于颈项背夹督脉伴足太阳经而行, 针刺颈部夹脊穴可疏通气机, 增加血运, 又能对神经和体液进行调节, 使病变受累的颈椎、关节、肌肉、韧带等组织结构产生良性反应^[8]。内关为八脉交会穴, 通阴维脉, 主治心胸胃疾病, 足三里为胃经合穴, 中脘为胃经募穴, 丰隆为胃经络穴, 可和胃气, 化痰浊, 为祛痰要穴, 四穴配合理气和胃, 化痰降逆; 阴陵泉为脾经合穴, 主排渗脾湿。诸穴共用可使经气得行, 水湿得化, 痰浊得消, 气血上行荣于脑, 眩晕可止。

综上所述, 半夏白术天麻汤加减联合针灸治疗痰湿中阻型脑动脉供血不足性眩晕疗效优于单纯西药组, 且安全性高和依从性好, 尤其对于西药无法改善的顽固性眩晕有一定作用, 临床使用价值高。

参考文献

[1]史玉泉,周孝达.实用神经病学[M].第3版.上海:上海科学技术出版社,2004.1487-1488

[2]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准 - 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.24-25

[3]焦明德.经颅多普勒超声学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995.104

[4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:15-16

[5]王国明,李丽霞,温峰云,等.太冲穴对椎 - 基底动脉供血不足患者血流速度的影响[J].中国针灸,2011,31(3):216-218

[6]巩红岩,秦元旭,王更富,等.葛根素对大鼠体外循环后心肌缺血再灌注损伤的保护作用及抗氧化应激机制的探讨[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(1):165-168

[7]戚秀杰,王顺.头穴透刺治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕[J].中国针灸,2011,31(6):503-507

[8]张益辉.深刺颈夹脊穴配合牵引为主治疗椎动脉型颈椎病[J].针灸临床杂志,2010,26(6):23-24

(收稿日期: 2016-03-13)