

苓桂术甘汤合泽泻汤治疗眩晕的疗效

陆永

(河南神火集团职工总医院药剂科 永城 476600)

摘要:目的:分析苓桂术甘汤合泽泻汤治疗眩晕的临床效果。方法:纳入 2018 年 2 月~2020 年 11 月收治的痰浊中阻型眩晕患者 80 例,采用随机数字表法分为对照组和研究组,各 40 例。对照组行西医治疗,研究组在对照组基础上加用苓桂术甘汤合泽泻汤治疗,连续治疗 14 d,并行 3 个月随访。对比两组临床疗效、中医证候积分、复发率。结果:研究组治疗总有效率为 95.00%,高于对照组的 77.50%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后研究组头晕目眩、视物旋转、恶心呕吐、食少多寐、胸闷等中医证候积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组复发率为 7.50%,低于对照组的 25.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:苓桂术甘汤合泽泻汤在眩晕治疗中疗效确切,能够有效改善临床症状,复发率低。

关键词:眩晕;痰浊中阻型;苓桂术甘汤;泽泻汤;氟桂利嗪;中医证候积分

中图分类号:R255.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.16.042

眩晕为常见病症,多发生于中老年群体,近年来发病年龄呈年轻化趋势。诱发眩晕因素较多且复杂,部分患者因无法寻找诱因而放弃治疗,对生活质量造成严重影响^[1]。现阶段,西医在眩晕症治疗中采用对症治疗,仅可缓解患者临床症状,无法从根本上解决,且患者长时间用药易产生较多不良反应,远期效果不佳^[2-3]。中医学在眩晕症治疗中具有操作简单、治疗费用低等优势,患者更易接受,能够有效减轻患者经济及家庭负担。痰浊中阻型眩晕是因清阳不升、浊阴不降、痰浊中阻而导致,在治疗中应以健脾利水、温阳化饮为基本原则^[4]。鉴于此,本研究纳入我收治的痰浊中阻型眩晕患者,采用苓桂术甘汤合泽泻汤治疗,旨在探究其临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 2018 年 2 月~2020 年 11 月我院收治的痰浊中阻型眩晕患者 80 例,采用随机数字表法分为对照组和研究组,各 40 例。研究组男 19 例,女 21 例;年龄 37~69 岁,平均 (52.94 ± 3.78) 岁;病程 1~4 年,平均 (2.53 ± 0.48) 年。对照组男 17 例,女 23 例;年龄 36~70 岁,平均 (53.02 ± 3.16) 岁;病程 1~3 年,平均 (2.60 ± 0.47) 年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 西医符合《眩晕诊治多学科专家共识》^[5]中眩晕症诊断标准,患者出现恶心呕吐、视物旋转等症状,经颅脑 CT 或 MRI 检查排除脑出血、脑梗死导致的眩晕。中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]中痰浊中阻型诊断标准,头晕目眩,视物旋转,恶心呕吐,食少多寐,胸闷;舌有瘀斑,苔白腻,脉濡滑。

1.3 纳入及排除标准 纳入标准:符合上述中西医

诊断标准;自愿参与本研究,签署知情同意书。排除标准:存在脑出血、脑梗死及其他脑部疾病病史;伴有其他脏器严重疾病;意识障碍,无法完成本研究。

1.4 治疗方法 对照组给予西医治疗,口服盐酸氟桂利嗪胶囊(国药准字 H10900040),1 粒/次,2 次/d;另将 0.5 g 胞二磷胆碱注射液(国药准字 H53020287)、20 ml 丹参注射液(国药准字 Z32020678)分别与 250 ml 的 5%葡萄糖注射液混合后,静脉滴注,1 次/d。研究组在对照组治疗基础上加用苓桂术甘汤合泽泻汤,组方如下:桂枝、白术各 9 g,茯苓 12 g,泽泻 15 g,甘草 6 g。若腹胀、纳呆,加陈皮、白蔻仁;呕吐明显,加生姜、竹茹;肢体沉重,加佩兰、藿香。用水煎煮取汁 300 ml 服用,3 次/d。两组均连续治疗 14 d。

1.5 观察指标 (1)临床疗效:眩晕等症状全部消失,可正常工作及生活为治愈;眩晕症状明显减轻,存在轻微头晕目眩,工作及生活不受影响,疗效指数 70%~89%为显效;眩晕症状较治疗前好转,仍伴有自身或景物旋转,或晃动感,工作及生活受到影响,疗效指数 30%~69%为有效;未达上述标准为无效。(2)中医证候积分:采用 0、2、4、6 分评分法于治疗前及治疗 14 d 后对患者各症状进行评估,评分越高,症状越严重。(3)复发率:对患者进行 3 个月随访,观察眩晕复发情况。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率高

于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	40	21(52.50)	13(32.50)	4(10.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	16(40.00)	10(25.00)	5(12.50)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2						5.165
P						0.023

表 2 两组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	头晕目眩	视物旋转	恶心呕吐	食少多寐	胸闷
治疗前	研究组	40	5.37± 0.55	5.28± 0.53	4.96± 0.57	3.82± 0.74	3.93± 0.76
	对照组	40	5.40± 0.51	5.31± 0.50	5.03± 0.52	3.90± 0.71	3.89± 0.75
	t		0.253	0.260	0.574	0.493	0.237
	P		0.801	0.795	0.568	0.623	0.813
治疗后	研究组	40	1.06± 0.34	0.98± 0.21	0.87± 0.11	0.72± 0.05	0.61± 0.04
	对照组	40	2.75± 0.41	2.16± 0.39	1.99± 0.36	1.57± 0.11	1.39± 0.18
	t		20.067	16.849	18.818	44.491	26.754
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组复发情况比较 研究组出现 3 例复发, 复发率为 7.50%(3/40); 对照组出现 10 例复发, 复发率为 25.00%(10/40)。研究组复发率低于对照组, 差异有统计学意义($\chi^2=4.501, P=0.034$)。

3 讨论

眩晕症最早出现于《内经》,《古今医统》中记载:“肥人眩晕,气虚有痰;瘦人眩晕,血虚有火”,认为内伤虚损是引发眩晕关键所在。痰浊中阻型是眩晕症中常见证型,由于患者过量食用肥厚食物,饥饱劳倦,损伤脾胃,健运失司,进一步导致水谷不化,痰浊中阻而引发眩晕。在治疗中应以祛痰健脾、温阳化饮为原则。

西医认为眩晕病机复杂,脑动脉粥样硬化、高血压、低血压、梅尼埃病等因素均可引发眩晕。氟桂利嗪为选择性钙离子拮抗剂,能够有效阻滞钙离子释放,同时不会影响正常细胞钙离子转换,可有效通过血脑屏障^[7]。氟桂利嗪还可有效改善脑部供血,促进局部血液循环,进而改善脑部供氧^[8]。本研究结果显示,研究组治疗总有效率高于对照组,头晕目眩、视物旋转、恶心呕吐、食少多寐、胸闷等中医证候积分及复发率均低于对照组($P<0.05$),表明采用苓桂术甘汤合泽泻汤能够有效改善眩晕患者临床症状,复发率低,远期效果较好,疗效确切。究其原因可知苓桂术甘汤合泽泻汤是由苓桂术甘汤、泽泻汤共同组成,二者均源于《伤寒杂论论》,在治疗痰饮、饮邪上犯清窍而引发的眩晕中具有较好效果。组方中桂枝温阳化气、降逆平冲;白术、茯苓健脾利水、燥湿化痰;泽泻利水渗湿、泄热化浊;甘草调和诸药。诸药合用,可奏渗湿健脾、温阳化饮之效^[9]。现代药理学研

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较 治疗后研究组头晕目眩、视物旋转、恶心呕吐、食少多寐、胸闷等中医证候积分均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

究表明,桂枝中的有效成分具有较好的镇静作用,能够有效缓解胃肠道不适,对改善因眩晕引发的恶心呕吐具有较好作用;白术对中神经系统具有镇静作用,可抑制肾脏中 $\text{Na}^+ \text{-K}^+ \text{-ATP}$ 酶活性,达到利尿作用^[10]。

综上所述,在眩晕治疗中采用苓桂术甘汤合泽泻汤,能够有效改善患者临床症状,复发率较低,远期效果较好,疗效确切,具有较好推广价值。

参考文献

[1]闫亚平,崔程敏,张淑香.良性阵发性位置性眩晕复位即时疗效不佳的影响因素[J].武警医学,2018,29(8):776-779.
[2]韩璧泽.中西医结合治疗眩晕症的临床效果研究[J].健康养生,2020(2):160.
[3]曹瑞,郭俊林.强力定眩片联合氟桂利嗪治疗眩晕症 29 例[J].西部中医药,2018,31(8):4-6.
[4]孙小添.半夏白术天麻汤合泽泻汤治疗眩晕[J].长春中医药大学学报,2020,36(1):82-85.
[5]中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治多学科专家共识[J].中华神经科杂志,2017,50(11):805-812.
[6]国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017:37.
[7]徐波.丹红注射液联合氟桂利嗪治疗椎基底动脉供血不足眩晕的疗效观察[J].现代药物与临床,2017,32(9):1651-1654.
[8]刘丰.舒血宁联合氟桂利嗪治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕的临床效果观察[J].检验医学与临床,2020,17(2):158-161.
[9]王宝祥,许俊杰,陆霞,等.苓桂术甘汤联合管石复位对良性阵发性位置性眩晕患者中医证候积分、血液流变学指标及预后的影响[J].中国中医急症,2018,27(6):1004-1007.
[10]赵智儒,屈建峰,袁玉娇.苓桂术甘汤加味治疗脾阳不足、痰饮内停型后循环缺血性眩晕的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2019,39(6):746-749.

(收稿日期: 2021-04-20)



欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!