

化痰定眩汤对痰浊中阻证后循环缺血性眩晕患者中医证候及 DHI 评分的影响

王双利

(中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院神经内科 河南郑州 450007)

摘要:目的:探讨在痰浊中阻证后循环缺血性眩晕患者中应用化痰定眩汤对中医证候及眩晕严重程度的影响。方法:选取 2018 年 8 月~2021 年 2 月收治的 80 例循环缺血性眩晕患者,采用随机数字表法分为两组,各 40 例。对照组口服盐酸氟桂利嗪胶囊,观察组加用化痰定眩汤治疗,两组均连续治疗 2 周。对比两组中医证候积分、眩晕严重程度及不良反应。结果:治疗后,观察组各项中医证候积分及眩晕障碍调查表各项评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗期间两组未见明显不良反应。结论:在痰浊中阻证后循环缺血性眩晕患者中应用化痰定眩汤治疗,有助于减轻眩晕及伴随症状,效果确切,安全可靠。

关键词:后循环缺血性眩晕;痰浊中阻证;化痰定眩汤;眩晕严重程度

中图分类号:R255.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.17.015

后循环缺血(PCI)是常见脑血管疾病,发病后以眩晕、头痛、呕吐等症状为主要表现,眩晕是最为常见症状。PCI 性眩晕(PCIV)病情缠绵、反复发作,对患者生活、工作造成极大影响。临床目前针对 PCIV 治疗多采用抗血小板聚集、扩血管等药物,临床症状可得到一定改善,但长期应用伴随诸多不良反应,停药后易复发,整体治疗效果欠佳^[1-2]。中医学将 PCIV 归属于“眩晕”范畴,在长期治疗中发现以痰浊中阻证最为常见,针对此证型治疗关键在于化痰定眩。鉴于此,本研究以化痰定眩汤为治疗原则自拟化痰定眩汤,以探讨其对痰浊中阻证 PCIV 患者的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 8 月~2021 年 2 月我院收治的 80 例 PCIV 患者,采用随机数字表法分为两组,各 40 例。对照组男 22 例,女 18 例;年龄 42~73 岁,平均年龄(55.45 ± 5.12)岁;病程 1~6 个月,平均病程(3.24 ± 0.52)个月;眩晕程度:轻度 6 例,中度 24 例,重度 10 例。观察组男 24 例,女 16 例;年龄 41~74 岁,平均年龄(55.52 ± 5.09)岁;病程 1~6 个月,平均病程(3.27 ± 0.49)个月;眩晕程度:轻度 7 例,中度 22 例,重度 11 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。诊断标准:符合《中国后循环缺血的专家共识》^[3]中西医诊断标准:突发眩晕,视物旋转,伴有呕吐、头痛等症状;伴有一过性黑蒙、肢体瘫痪、走路不稳等;经彩色经颅多普勒(TCD)或血液检查证实;符合《中医病症诊断疗效标准》^[4]中医痰浊中阻证的诊断标准:头重如裹,视物旋转,呕吐痰涎,胸闷作恶;苔白腻,脉弦滑。

1.2 入组标准 纳入标准:符合上述中西医诊断标

准;首次发病;年龄 40~75 岁;临床资料完整;依从性好,能配合完成本研究;患者及其家属知情同意。排除标准:精神疾病者;重要脏器功能不全者;对本研究所用药物过敏者;颅内占位性病变、脑出血、脑梗死等疾病引起眩晕者。

1.3 治疗方法 两组均给予基础治疗,包括对症给予降血脂、控制血糖、稳定血压等治疗,同时口服阿司匹林肠溶片(国药准字 H20113013),睡前口服 100 mg。对照组口服盐酸氟桂利嗪胶囊(国药准字 H34020426)治疗,每晚口服 5 mg。观察组在对照组基础上加用化痰定眩汤治疗,方药组成:天麻 10 g、清半夏 9 g、陈皮 10 g、茯苓 15 g、炒白术 12 g、石菖蒲 10 g、红花 10 g、胆南星 6 g 郁金 10 g、生姜 10 g、炙甘草 9 g。水煎取汁 300 ml,分早晚 2 次温服,1 剂/d。两组均连续治疗 2 周。

1.4 观察指标 (1)中医证候积分:对患者头重如裹、视物旋转、呕吐痰涎、胸闷作恶 4 项症状于治疗前、治疗 2 周后评估,按症状由无到重度分别计 0、1、2、3 分,分值 0~12 分,症状越严重,评分越高。(2)眩晕严重程度:采用眩晕障碍调查表(Dizziness Handicap Inventory, DHI)^[5]于治疗前、治疗 2 周后评估,包含情绪(36 分)、躯体(28 分)、功能(36 分)3 方面,共 25 个问题,分值 0~100 分,眩晕症状越轻,评分越低。(3)不良反应:嗜睡、疲倦等。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学分析软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验;计数资料以%表示,用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 治疗后,两组中医证候积分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	头重如裹		视物旋转		呕吐痰涎		胸闷作恶	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.12± 0.41	1.25± 0.24*	2.18± 0.37	1.18± 0.33*	1.84± 0.42	1.05± 0.24*	1.76± 0.40	0.98± 0.20*
观察组	40	2.10± 0.39	0.74± 0.16*	2.20± 0.35	0.79± 0.20*	1.87± 0.44	0.73± 0.14*	1.80± 0.38	0.67± 0.12*
t		0.224	11.183	0.248	6.392	0.312	7.284	0.459	8.406
P		0.824	0.000	0.805	0.000	0.756	0.000	0.648	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组眩晕严重程度比较 治疗后,两组情绪、躯体、功能各项评分比较均明显低于治疗前,且观察

组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组眩晕严重程度比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	情绪		躯体		功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	18.05± 5.37	8.97± 2.02*	15.21± 4.34	8.16± 2.01*	17.33± 5.06	8.17± 2.02*
观察组	40	17.94± 5.46	7.32± 1.80*	15.08± 4.37	6.21± 1.52*	17.54± 5.11	5.21± 1.22*
t		0.091	3.857	0.134	4.894	0.185	7.933
P		0.928	0.000	0.894	0.000	0.854	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生情况比较 治疗期间两组未见明显不良反应。

3 讨论

现代医学认为,PCIV 主要由后循环短暂性脑缺血发作(TIA)和脑梗死所致,前者是由于动脉粥样硬化形成的小栓子脱落所致,起病突然,持续时间短,反复发作,后者是由于血管闭塞、缺血缺氧所致,与 TIA 相比,持续时间相对较长^[9]。现代医学关于 PCIV 治疗主要以改善脑部供血、扩张血管为主,盐酸氟桂利嗪是治疗常用药物,为高选择性钙离子拮抗剂,能够增加血流量,解除血管痉挛,缓解眩晕症状^[7]。

中医学关于眩晕的描述最早可追溯到春秋战国时期,《黄帝内经》中称之为“掉眩、眩冒”,直至清明时期才统一为“眩晕”。张仲景在《金匱要略》中指出“因痰致眩”,《丹溪心法》中记载:“无痰则不作眩”。随着现代生活压力增大及饮食习惯改变,喜食肥甘厚味,损伤脾胃功能,导致脾失健运,水湿易停,聚集成痰,阻滞中焦,导致清阳难升,痰浊上升,上扰清窍,故发为本病^[9]。加之久病入络,经脉阻滞,气虚血瘀,不能上荣头目,致疾病迁延不愈,因而治疗 PCIV 应以理气健脾、燥湿化痰为基本原则。本研究结果显示,观察组治疗后各项中医证候积分及 DHI 各项评分低于对照组,治疗期间两组未见明显不良反应。表明在痰浊中阻证 PCIV 患者中应用化痰定眩汤治疗能有效缓解症状,减轻眩晕程度,且安全可靠。化痰定眩汤中天麻祛风通络、熄风止痉,清半夏燥湿化痰,共为君药;陈皮燥湿化痰、理气健脾;茯苓、炒白术安心宁神、利水渗湿,石菖蒲开窍宁神、化湿和胃,共为臣药;红花散瘀止痛、活血通经,胆南星熄风定

惊、清热化痰,郁金行气解郁,生姜止咳化痰、温中止呕,共为佐药;炙甘草止痛、补益脾气、调和诸药,用为佐使药。诸药共奏理气健脾、燥湿化痰、活血化痰之效。现代药理研究显示,天麻提取物天麻素可改善血液循环,减轻缺氧、缺血对血管的损害;炒白术所含内酯类化合物、挥发油可改善胃肠功能,加快利尿;红花具有保护心肌、内皮细胞及抗凝作用,抗动脉粥样硬化效果显著^[9-10]。

综上所述,在痰浊中阻证 PCIV 患者中应用化痰定眩汤治疗效果确切,有助于眩晕及伴随症状的缓解,安全可靠,利于预后。

参考文献

[1]隋晓琳,牟善茂,张孟,等.自拟化痰活血解毒汤治疗痰瘀互结兼热毒型后循环缺血性眩晕的临床研究[J].中国中医急症,2020,29(11):1993-1995.
[2]李维根.前列地尔+疏血通注射液治疗后循环缺血性眩晕患者的疗效分析[J].中国药物与临床,2020,20(8):1358-1359.
[3]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.
[4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017.37.
[5]康紫厚,王新志,王建萍.天智颗粒治疗风阳上扰型前庭阵发症的疗效及对中医眩晕程度分级评分、DHI 评分的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(5):738-741.
[6]林如意,吴林,叶锐.通络止眩针法结合基础治疗后循环缺血性眩晕临床观察[J].四川中医,2020,38(7):180-182.
[7]姜志远,刘世萍.氟桂利嗪的药物分析及临床应用分析[J].医药前沿,2018,8(22):214-215.
[8]陈小兵,任小娟,张秀芬,等.雪莲通脉丸治疗气虚血瘀型后循环缺血性眩晕的临床观察[J].天津中医药大学学报,2019,38(3):244-246.
[9]王海荣.化痰止眩汤治疗痰浊中阻型后循环缺血性眩晕临床观察[J].云南中医中药杂志,2018,39(12):43-44.
[10]葛晶,虞鹤鸣.化痰止眩方联合盐酸氟桂利嗪治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2020,15(6):1104-1106.

(收稿日期: 2021-05-25)