

茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗痰浊中阻型后循环缺血性眩晕的研究

付朝阳

(河南省武陟济民医院 武陟 454950)

摘要:目的:研究茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗痰浊中阻型后循环缺血性眩晕的效果。方法:回顾性分析 2020 年 2 月至 2021 年 2 月河南省武陟济民医院神经内科收治的痰浊中阻型后循环缺血性眩晕患者 60 例临床资料,依据治疗方法不同分为单独治疗组(采用西医常规治疗)、联合治疗组(在单独治疗组基础上给予茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗),各 30 例。比较两组中医症状积分、临床疗效、血液流变学指标、不良反应发生情况,眩晕障碍量表(DHI)、简易生活质量量表(SF-36)、日常生活能力量表(ADL)评分,两侧椎动脉、基底动脉平均血流速度及搏动指数。结果:联合治疗组治疗总有效率高于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组眩晕、胸闷心悸、呕吐痰涎、头痛、头重如裹、小便黄、失眠多梦、烦躁易怒积分均低于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉平均血流速度均高于单独治疗组,搏动指数均低于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组血浆比黏度、全血低切黏度、全血高切黏度均低于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组 DHI 评分低于单独治疗组,ADL 评分、SF-36 评分均高于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:痰浊中阻型后循环缺血性眩晕采用茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗,可改善患者临床症状,改善椎动脉、基底动脉血流,降低血液流变学指标,提高日常生活能力及生活质量,且不增加不良反应。

关键词:后循环缺血性眩晕;痰浊中阻型;茯苓泽泻汤加味;通络止眩针法;眩晕障碍程度;生活质量

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.032

后循环缺血是一种缺血性脑血管病,在临床较为常见,缺血性卒中有 20%~25%为后循环缺血性卒中^[1],临床表现为眩晕,对患者的生活质量及健康造成了严重不良影响。本病极易反复发作。基于此,本研究主要探讨茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗痰浊中阻型后循环缺血性眩晕的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2020 年 2 月至 2021 年 2 月河南省武陟济民医院神经内科收治的痰浊中阻型后循环缺血性眩晕患者 60 例临床资料,依据治疗方法分为单独治疗组、联合治疗组,各 30 例。单独治疗组平均年龄(58.14 ± 9.53)岁;女 15 例,男 15 例;病程 6 h 至 4 d 18 例,5~10 d 12 例;合并症:高脂血症 14 例,2 型糖尿病 11 例,原发性高血压 5 例。联合治疗组平均年龄(57.35 ± 9.15)岁;女 14 例,男

16 例;病程 6 h 至 4 d 19 例,5~10 d 11 例;合并症:高脂血症 15 例,2 型糖尿病 10 例,原发性高血压 5 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。本研究通过医院医学伦理委员会批准,患者均知情同意[伦审(202111608)]。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)存在眩晕或头晕伴头面部或肢体麻木等症状;(2)符合相关诊断标准^[2];(3)均具有良好的依从性。排除标准:(1)有颅内肿瘤;(2)合并血液系统疾病;(3)合并免疫系统疾病。

1.3 治疗方法 单独治疗组采用西医常规治疗。口服尼莫地平片(国药准字 H14022821)30 mg,每天 3 次,静脉滴注奥扎格雷钠氯化钠注射液(国药准字 H20040186)250 ml,每天 1 次。依据患者的合并症给予患者降脂、降糖、降压等治疗,持续治疗 2 周。在单独治疗组基础上联合治疗组给予茯苓泽泻汤加味联

合通络止眩针法治疗。茯苓泽泻汤加味：茯苓 40 g，泽泻、桂枝、葛根各 30 g，生姜、炙甘草各 20 g，白术、川芎各 15 g。用水煎服，每天 2 次。通络止眩针法：取百会穴、额中穴、风府穴、足三里穴、上星穴、大椎穴、丰隆穴，患者取坐位，常规消毒，分别平刺百会穴、上星穴、额中穴 0.5~0.8 寸、0.5~0.8 寸、0.3~0.5 寸，分别斜刺大椎穴、风府穴 0.5~1.0 寸、0.5~1.0 寸，分别直刺足三里穴、丰隆穴 0.8~1.5 寸、0.8~1.2 寸，得气后留针 20 min，每天 1 次，1 周为一个疗程，连续治疗 5 d 停 2 d，共治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 (1)症状积分。主要症状包括眩晕、胸闷心悸、呕吐痰涎，每项 0~6 分，0 分、6 分分别表示无症状、严重症状，次要症状包括头痛、头重如裹、小便黄、失眠多梦、烦躁易怒 5 项，每项 0~3 分，0 分、3 分分别表示无症状、严重症状。(2)两侧椎动脉、基底动脉平均血流速度及搏动指数。(3)血液流变学指标(血浆比黏度、全血低切黏度、全血高切黏度)。(4)眩晕障碍量表(DHI)、简易生活质量量表(SF-36)、日常生活能力量表(ADL)评分。DHI 分值范围 0~100 分，分值越高眩晕障碍越严重；ADL 分值范围 0~56 分，分值越高日常生活能力越好；SF-36 分值范围 0~100 分，分值越高生活质量越好。(5)不良反应(胃肠道反应、腹泻、心慌不适、胆红素异常)发生情况。(6)临床疗效。

1.5 疗效评定标准 痊愈：无症状；显效：眩晕、呕吐等症状在极大程度上减轻，不伴景物或自身旋转感，头略昏沉；有效：治疗后患者眩晕或头晕有所减轻；无效：不符合上述标准。

1.6 统计学分析 本研究采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据分析，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检

表 3 两组次要症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	时间	头痛	头重如裹	小便黄	失眠多梦	烦躁易怒
单独治疗组	30	治疗前	1.94± 0.35	1.18± 0.12	1.57± 0.23	1.30± 0.21	1.28± 0.23
		治疗后	1.00± 0.16 [#]	1.00± 0.10 [#]	0.60± 0.10 [#]	0.63± 0.15 [#]	0.67± 0.10 [#]
联合治疗组	30	治疗前	1.97± 0.38	1.26± 0.21	1.60± 0.22	1.40± 0.20	1.34± 0.23
		治疗后	0.84± 0.11 ^{##}	0.54± 0.12 ^{##}	0.58± 0.17 ^{##}	0.51± 0.15 ^{##}	0.57± 0.10 ^{##}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与单独治疗组治疗后比较，^{##} $P<0.05$ 。

2.4 两组椎动脉、基底动脉平均血流速度比较 治疗前，两组左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉平均血流速度比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗

后，联合治疗组左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉平均血流速度均高于单独治疗组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 联合治疗组治疗总有效率高于单独治疗组，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	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效
单独治疗组	30	10(33.33)	6(20.00)	8(26.67)	6(20.00)
联合治疗组	30	18(60.00)	8(26.67)	3(10.00)	1(3.33)
χ^2					4.043
P					0.044

2.2 两组主要症状积分比较 治疗前，两组眩晕、胸闷心悸、呕吐痰涎积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，联合治疗组眩晕、胸闷心悸、呕吐痰涎积分均低于单独治疗组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组主要症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	时间	眩晕	胸闷心悸	呕吐痰涎
单独治疗组	30	治疗前	3.83± 0.66	2.60± 0.27	2.88± 0.50
		治疗后	1.14± 0.16 [#]	1.01± 0.30 [#]	1.20± 0.22 [#]
联合治疗组	30	治疗前	3.88± 0.71	2.52± 0.25	2.95± 0.46
		治疗后	0.75± 0.13 ^{##}	0.42± 0.11 ^{##}	0.31± 0.14 ^{##}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与单独治疗组治疗后比较，^{##} $P<0.05$ 。

2.3 两组次要症状积分比较 治疗前，两组头痛、头重如裹、小便黄、失眠多梦、烦躁易怒积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，联合治疗组头痛、头重如裹、小便黄、失眠多梦、烦躁易怒积分均低于单独治疗组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 4 两组椎动脉、基底动脉平均血流速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	基底动脉	左侧椎动脉	右侧椎动脉
单独治疗组	30	治疗前	36.55± 3.46	27.91± 3.82	35.73± 3.64
		治疗后	39.26± 3.60 [#]	38.61± 4.37 [#]	38.35± 3.77 [#]
联合治疗组	30	治疗前	35.28± 3.51	26.44± 3.63	34.70± 3.42
		治疗后	46.97± 3.83 ^{#*}	46.33± 4.24 ^{#*}	47.27± 3.62 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与单独治疗组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

2.5 两组椎动脉、基底动脉搏动指数比较 治疗前,两组左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉搏动指数比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,联合治疗组左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉搏动指数均低于单独治疗组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 5。

表 5 两组椎动脉、基底动脉搏动指数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	基底动脉	左侧椎动脉	右侧椎动脉
单独治疗组	30	治疗前	1.00± 0.16	0.97± 0.15	0.95± 0.17
		治疗后	0.91± 0.14 [#]	0.84± 0.16 [#]	0.82± 0.10 [#]
联合治疗组	30	治疗前	1.01± 0.15	0.96± 0.13	0.93± 0.11
		治疗后	0.80± 0.16 ^{#*}	0.74± 0.18 ^{#*}	0.73± 0.15 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与单独治疗组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

2.6 两组血液流变学指标比较 治疗前,两组血浆比黏度、全血低切黏度、全血高切黏度指标比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,联合治疗组血浆比黏度、全血低切黏度、全血高切黏度指标均低于单独治疗组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 6。

表 6 两组血液流变学指标比较 (mPa·s, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	血浆 比黏度	全血 低切黏度	全血 高切黏度
单独治疗组	30	治疗前	2.42± 0.41	18.14± 4.07	8.77± 1.24
		治疗后	1.97± 0.33 [#]	11.61± 1.24 [#]	7.57± 0.85 [#]
联合治疗组	30	治疗前	2.41± 0.38	18.21± 4.10	8.80± 1.30
		治疗后	1.31± 0.30 ^{#*}	8.85± 1.11 ^{#*}	6.41± 0.75 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与单独治疗组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

2.7 两组眩晕障碍程度、日常生活能力、生活质量比较 治疗前,两组 DHI 评分、ADL 评分、SF-36 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,联合治疗组 DHI 评分低于单独治疗组,ADL 评分、SF-36 评分均高于单独治疗组,差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 7。

表 7 两组眩晕障碍程度、日常生活能力、生活质量比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	DHI 评分	SF-36 评分	ADL 评分
单独治疗组	30	治疗前	60.37± 4.28	58.91± 9.82	33.19± 6.00
		治疗后	32.35± 4.31 [#]	71.06± 10.56 [#]	40.36± 4.51 [#]
联合治疗组	30	治疗前	59.66± 3.97	58.42± 9.53	32.83± 6.61
		治疗后	24.83± 3.51 ^{#*}	88.46± 10.25 ^{#*}	48.61± 4.28 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与单独治疗组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

2.8 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 8。

表 8 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	胃肠道 反应	腹泻	心慌 不适	胆红素 异常	合计
单独治疗组	30	3(10.00)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)	7(23.33)
联合治疗组	30	2(6.67)	2(6.67)	0(0.00)	1(3.33)	5(16.67)
χ^2						1.320
<i>P</i>						0.519

3 讨论

茯苓泽泻汤由苓桂术甘汤、泽泻汤组成,是中医治疗眩晕的主方。苓桂术甘汤的主要功效为健脾化痰止眩,方中茯苓的主要功效为健脾利湿^[3-4];桂枝的主要功效为温阳化气、通调水道;白术的主要功效为健脾燥湿、健运中焦、清除水湿;炙甘草的主要功效为健脾补中、调和诸药。泽泻汤的主要功效为利水健脾止眩^[5],方中泽泻的主要功效为利水消饮;生姜的主要功效为温中化饮止呕;川芎的主要功效为活血祛瘀;葛根的主要功效为起阴气、清窍升中焦之清气^[6];白术的主要功效为健脾利水。现代药理学研究证实,川芎嗪是川芎的主要成分,能够发挥抗血小板聚集、抗血栓作用;葛根黄酮是葛根的主要成分,能够降低脑血管阻力,途径为扩张脑血管,增加脑血流量。

针灸在心脑血管疾病治疗中优势独特^[7],能够刺激神经体液调节,为神经递质释放提供有利条件,从而改善局部血液循环,调节血管舒张功能,改善临床症状。祛瘀通络可以通过针法头部穴位、颈椎腧穴、上肢穴位、手足穴位治疗脑梗。这些穴位具有舒筋通络、活血、祛瘀、通络等功效。脑缺血、缺氧和部分脑功能丧失的疾病采用祛瘀通络针法,可促进脑部血液循环,改善肢体血液循环^[8]。缺血性卒中后,脑组织在几分钟内发生缺血、缺氧坏死,但是神经末

梢,脑组织指挥上下肢的功能,经针刺、穴位刺激,功能逐渐恢复,达到治愈的目的。有研究表明,茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗后循环缺血性眩晕的效果显著,能够加快椎基底动脉血流速度,改善患者临床症状及生活质量。本研究结果表明,联合治疗组治疗总有效率高于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组眩晕、胸闷心悸、呕吐痰涎、头痛、头重如裹、小便黄、失眠多梦、烦躁易怒积分均低于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉平均血流速度均高于单独治疗组,搏动指数低于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组血浆比黏度、全血低切黏度、全血高切黏度均低于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组 DHI 评分低于单独治疗组,ADL 评分、SF-36 评分均高于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。这提示痰浊中阻型后循环缺血性眩晕采用茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗,可改善患者临床症状,改善椎

动脉、基底动脉血流,降低血液流变学指标,提高日常生活能力及生活质量,且不增加不良反应。

综上所述,痰浊中阻型后循环缺血性眩晕采用茯苓泽泻汤加味联合通络止眩针法治疗效果确切,值得推广。

参考文献

[1]孟向阳,赵玉洲,崔春风.茯苓泽泻汤加味治疗后循环缺血性眩晕痰浊中阻证 34 例临床观察[J].国医论坛,2018,33(2):7-9.
[2]中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会,第四军医大学西京医院神经科,等.眩晕诊治专家共识[J].中华神经科杂志,2010(5):369-374.
[3]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.
[4]叶思文.中西医结合治疗后循环缺血性眩晕临床观察[J].山西中医,2013,29(1):25-26.
[5]张智勇.泽泻汤合小半夏加茯苓汤治疗周围性眩晕 42 例[J].中国民间疗法,2017,25(7):59-60.
[6]张科,郑玲,潘应芳.化痰通脉定眩汤治疗痰浊型眩晕临床观察[J].陕西中医,2017,38(10):1372-1373.
[7]贾红玲,金妍,张永臣,等.以血浊理论为指导,针灸治疗高血压病思路探讨[J].天津中医药,2020,37(4):388-393.
[8]张利平.通络定眩针法联合银杏达莫注射液治疗后循环缺血性眩晕的效果观察[J].中国实用医刊,2021,48(18):114-117.

(收稿日期: 2021-07-17)

(上接第 97 页)且安全性较好。

综上所述,超声引导下小剂量利多卡因 SGB 联合针刺治疗交感型颈椎病疗效确切,可有效缓解患者交感神经症状,降低疼痛,改善焦虑,提高脊髓神经功能和生活质量,值得推广。

参考文献

[1]倪勇,程东群,谢红.不同剂量利多卡因星状神经节阻滞效果的比较[J].中华麻醉学杂志,2018,38(3):336-338.
[2]孟宪永.体表定位法与超声引导下经椎间孔选择性神经根阻滞术治疗神经根型颈椎病的疗效比较[J].颈腰痛杂志,2020,41(1):93-95.
[3]张娇娇,刘丽霞,薛志强,等.左侧星状神经节麻醉阻滞对冠脉搭桥术患者心率变异性及交感神经活性的影响及临床意义[J].临床和实验医学杂志,2020,19(6):663-666.
[4]石潇,杨雨,方洪伟,等.超声引导下选择性颈神经根阻滞治疗颈神经根痛:局部麻醉药联合神经安乐平或糖皮质激素的随机对照研究[J].上海医学,2019,42(8):463-466.
[5]钟志年,归华,靳康,等.超声引导下针刀刺激星状神经节治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J].中医药导报,2019,25(10):82-84,114.
[6]郝云霞,崔立刚.超声引导下星状神经节阻滞技术的临床应用[J].中国医学影像学杂志,2018,26(4):308-311.
[7]牟欣,陈越峰,景兴文,等.分型针刺治疗交感型颈椎病经颅多普勒

超声表现及临床疗效分析[J].四川医学,2020,41(8):799-803.
[8]蔡晓珊,阮宜骏,李湘萍,等.超声引导下颈神经根针刀松解术治疗神经根型颈椎病的临床观察[J].湖北中医药大学学报,2019,21(5):101-104.
[9]杨彝,吴战荣,张传鑫,等.超声引导星状神经节阻滞致颈交感链损伤 1 例并文献复习[J].国际麻醉学与复苏杂志,2020,41(5):484-487.
[10]石慧君,赵晓丽,张铭连,等.中西医结合药物联合星状神经节阻滞治疗视网膜中央动脉阻塞的临床疗效观察[J].中国中医眼科杂志,2018,28(6):389-393.
[11]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社.2012.
[12]Lo JC,Nguyen D,Matthews TK.Usefulness of stellate ganglion block for refractory angina pectoris[J].Proc,2018,31(3):370-371.
[13]宋永波,张志梅,纪凡层.超声引导下膈神经阻滞治疗中枢性呃逆的罗哌卡因最低有效浓度[J].国际麻醉学与复苏杂志,2019,40(12):1122-1124.
[14]成荣君,张浩,曲晨,等.超声引导联合选择性颈神经根阻滞对神经根型颈椎病功能障碍及疼痛相关因子的影响[J].现代仪器与医疗,2019,25(6):24-28.
[15]刘涌,张书金,刘美娜,等.小剂量利多卡因骶管阻滞联合电针技术在肛肠科手术中的应用效果[J].临床误诊误治,2018,31(5):64-67.

(收稿日期: 2021-12-09)