

化痰定眩方治疗后循环缺血眩晕临床观察*

黄文琦, 孙靖[△], 李文娟, 潘燕君, 谢霞, 王安安

(上海市静安区中医医院, 上海 200072)

摘要: 目的: 观察自拟化痰定眩方治疗后循环缺血眩晕的临床疗效。方法: 将 60 例患者随机分为两组。其中 30 例为对照组, 采用常规的阿司匹林肠溶片口服+长春西汀注射方式治疗; 30 例为观察组, 在对照组西药治疗基础上, 服用化痰定眩方汤剂, 观察两组治疗前后中医眩晕症状积分及 TCD 变化情况、血液流变学指标, 疗程 4 周。结果: 治疗前, 两组患者在性别、年龄、病程时间以及伴随疾病等相比较均无显著差异 ($P>0.05$), 通过观察结果发现, 治疗组总有效率 93.33%, 对照组总有效率 83.33%, 在中医证候积分、椎基底动脉流速、血液流变学指标均优于对照组。结论: 化痰定眩方治疗后循环缺血眩晕, 能有效缓解症状, 安全有效。

关键词: 化痰定眩方; 后循环缺血眩晕; 临床效果

中图分类号: R 255.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 03-0152-03

后循环缺血 (PCI) 是指后循环的短暂性缺血发作和脑梗死^[1], 在缺血性脑血管病中较为常见, 其首要症状大多表现为眩晕, 还可能伴随头痛、呕吐、恶心、视物重影、肢体乏力伴麻木、持物不稳、步态不稳、身体及头面部麻木。常见体征有偏瘫、感觉异常、姿势共济失调、构音或吞咽困难、音哑以及视野缺失等。近几年来中医药治疗多从痰瘀交阻型、气虚血瘀型、肝肾不足型、风阳上扰型、风痰上扰型等进行辨证论治^[2], 笔者跟随陈妙峰老师多年, 自拟化痰定眩方治疗后循环缺血眩晕, 取得较好疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2019.7~2022.12 本院脑病科患者 60 例, 随机分为治疗组 30 例, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 42~69 岁, 平均 (60.6±7.3) 岁; 病程 3 天~6 年; 伴有高血压 16 例, 糖尿病 11 例, 高脂血症 10 例。对照组 30 例, 男 15 例, 女 15 例, 年龄 40~70 岁, 平均 (61.2±8.3) 岁, 病程 7 天~8 年; 伴有高血压 15 例, 糖尿病 10 例, 高脂血症 11 例。两组在性别、病程、年龄、TCD、血流变及伴有疾病等比较无显著差异 ($P>0.05$), 具有可比性。所有患者在入组前已签署知情同意书。

1.2 病例选择 西医诊断标准: 按照 2006 年《中国后循环缺血的专家共识》^[3] 中的诊断标准。中医诊断标准: 参照 2008 年《中医内科常见病诊疗指南—中医病证眩晕部分》^[4], 及 2009 年《实用中医内科学》^[5] 中眩晕的风痰上扰证分型: 主要证候: 眩晕, 视物旋转, 摇晃感, 头重如裹。次要证候: 心悸, 倦怠乏力, 恶心, 呕吐, 纳少, 失眠, 苔白或白腻, 脉弦滑。

1.3 治疗方法 对照组: 口服阿司匹林肠溶片 100mg, 每日 1 次, 予 5%GS250ml+长春西汀注射液 20mg, 静脉滴注, 每日 1 次。针对有冠心病、高血压、糖尿病、高脂血症等其他基础疾病的患者给予相对应的西药治疗。治疗组: 在西药常规治疗基础上, 服用化痰定眩方汤剂, 组成: 制半夏 15g, 炒白术 15g, 白茯苓 12g, 陈皮 9g, 天麻 9g, 钩藤^后 18g, 生龙骨^先 30g, 生牡蛎^先 30g, 丹参 9g, 川芎 9g, 泽泻 18g, 生甘草 3g。由本院自动煎药机代煎, 分别早晚服。对兼有其他基础疾病的患者给予相对应的同种西药。常用加减法: 恶心呕吐: 制半夏改 18g、加生姜 9g; 心悸失眠: 加酸枣仁 9g、炙远志 9g; 颈部不适: 葛根 15g、威灵仙 15g。两组均以 2 周作为 1 个疗程, 治疗共为 2 个疗程, 结束后开始进行统计。

1.4 疗效性观察 进行对照组及治疗组的治疗前、治疗后中医眩晕症状积分及 TCD 变化情况、血液流变学指标的观察。眩晕症状积分参照 2002 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》^[6] (第一期) 中规定的疗效标准。①主症: 头晕目眩; ②伴随症状: 疲劳倦怠, 恶心呕吐等; ③发作频率。根据中医眩晕程度分级评分表进行评分, 进行统计。

1.5 安全性观察 血、尿、粪常规, 肝、肾功能等检查, 第 0 周、第 4 周各检查一次。

1.6 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计软件分析数据。定性资料以率表示, 比较采用 χ^2 检验, 连续型变量资料采用 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 组间比较用 t 检验。 $P<0.05$ 时, 可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率优于对照

* 基金项目: 2021 年上海市静安区区域中医专病诊疗中心建设项目—眩晕专病诊疗中心建设项目 (项目编号: JA2021-ZLZX002)。第一作者: 黄文琦, 硕士, 中医内科, 主治医师, 研究方向: 中风、眩晕病等相关心脑血管疾病, E-mail: hwqjackie@163.com。[△] 通讯作者: 孙靖, 硕士, 脑病科, 主治医师, 研究方向: 中医脑病, E-mail: sgtdec@163.com。

组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	1	4	23	2	93.33%
对照组	30	0	0	25	5	83.33%*

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.2 两组中医症状积分比较 治疗组与对照组病例在经过 4 周的治疗后，在眩晕症状评分上有显著差异，有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 中医证候疗效积分显著性分析($\bar{x}\pm s$)

组别	n	第 0 周	第 1 周	第 2 周	第 4 周
治疗组	30	12.40 $\pm$ 1.20	10.87 $\pm$ 1.10	8.70 $\pm$ 1.10	6.07 $\pm$ 0.90
对照组	30	12.50 $\pm$ 1.20	11.13 $\pm$ 1.10	9.40 $\pm$ 1.17	7.17 $\pm$ 0.90*

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.3 两组椎基底动脉血流速度比较 治疗后 2 组患者的 BA、VA 及治疗组的 RI 均有明显改善，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，对照组的 RI 无统计学意义 ($P>0.05$)。相比较，治疗组对 BA、VA、RI 的改善更为显著，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组 TCD 比较(BA、VA、RI) ($\bar{x}\pm s$, mm/s)

组别	BA (基底动脉 mm/s)		VA (椎动脉 mm/s)	RI (mm/s)
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	28.27 $\pm$ 4.97	36.56 $\pm$ 6.38* Δ	27.58 $\pm$ 5.36	36.56 $\pm$ 6.53* Δ
($n=30$)				0.60 $\pm$ 0.06* Δ
对照组	26.81 $\pm$ 4.78	27.49 $\pm$ 4.45*	28.12 $\pm$ 5.57	29.60 $\pm$ 5.76*
($n=30$)				0.75 $\pm$ 0.07
				0.74 $\pm$ 0.06

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$ ；与对照组治疗后相比， $\Delta P<0.05$

2.4 两组血流变学指标比较 治疗后 2 组患者血浆粘度及治疗组的高切还原粘度、低切还原粘度均明显降低 ($P<0.05$)，治疗组下降的更为显著。对照组的高切还原粘度、低切还原粘度治疗前后无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4。

表 4 2 组血流变比较(高切、低切、血浆粘度) ($\bar{x}\pm s$)

组别	高切	低切	血浆粘度(mPas.s)
治疗组	7.73 $\pm$ 1.97	44.21 $\pm$ 5.64	1.31 $\pm$ 0.19
($n=30$)	6.64 $\pm$ 1.33* Δ	39.86 $\pm$ 6.39* Δ	1.05 $\pm$ 0.91* Δ
对照组	7.64 $\pm$ 2.08	44.10 $\pm$ 8.29	1.22 $\pm$ 0.19
($n=30$)	7.47 $\pm$ 1.56	43.80 $\pm$ 7.02	1.17 $\pm$ 0.21*

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$ ；与对照组治疗后相比， $\Delta P<0.05$

2.5 安全性检测 2 组治疗过程中无不良反应，治疗后复查血、尿、粪常规等指标均正常。

3 讨论

后循环 (posterior cerebral circulation) 是比较常见的缺血性脑血管疾病。PCI 形成的主要病因是动脉

粥样硬化，还与动脉痉挛、微栓子形成、高脂血症等因素密切相关。作为神经内科的常见病、多发病，PCI 眩晕极易反复发作，迁延不愈，可危及生，故明确病因及时诊治意义尤为重要。

PCI 眩晕可隶属于祖国医学“眩晕”这一范畴。中医对眩晕病的各种认识可以长达数千年之久，最早能够在《黄帝内经》中找寻到对该病病因病机的记载。《素问》中就曾说明了眩晕与肝有着紧密关系。《灵枢》提出的“上虚则眩”等阐明了虚则致眩晕。《丹溪心法》中的“无痰则不作眩”这一观点与张仲景所认为的“痰饮”是眩晕的发病原因相一致。严用和在《重订严氏济生方眩晕门》首次考虑外感六淫、七情内伤致眩一说，虽补充前人之论述，但外感风、寒、暑等六淫引起的眩晕可考虑为外感病所引起的症状，而非证候。古往今来大多医家认为眩晕病因以虚为主，伴有风、火、痰、瘀，兼夹有湿邪，所以归纳考虑以风、火、痰湿、虚四类，病机涉及肝、脾、肾等脏腑。

目前中医对于后循环缺血眩晕的治疗，根据辨证分型采取相应治疗，分为：气血两虚型、风痰上扰型、瘀阻脑络型、肝阳上亢型、脾虚痰湿型。此外，还采用针刺、针灸、电针、针推等治疗^[8]。现代医学分析后循环缺血的危险因素为生活习惯（暴饮暴食、抽烟嗜酒、缺少运动）、肥胖及多种血管危险因素。从内来看，如今生活压力大，饮食失节，痰湿易内生；由外而论，沿海地区气候多“湿”，湿阻脾胃，运化失司；两者均由湿聚成痰，痰浊上蒙，阻塞于脑络，血流阻遏，清阳不升，脑窍失养，发为眩晕。此外，环境因素包括气候、气温、节气等的变化也会使人体产生的相应影响，使气机运行、水液输布异常，导致外风侵袭，引动内风，内风作乱，发为眩晕。例如长江中下游地区的六、七月为梅雨季节，雨水充沛、天气炎热，不仅物品易“霉”，人体易出现眩晕、恶心呕吐、胃纳不佳等症状，舌质多见白腻，由于暑热及水湿交织，导致湿热内阻，湿浊停聚，发为眩晕。

陈妙峰老师通过多年临床观察，提出风痰治眩理论，以健脾化痰，熄风止眩为主要治法。“化痰定眩方”组方：制半夏 15g、炒白术 15g、白茯苓 12g、陈皮 9g、天麻 9g、钩藤^后 18g、生龙骨^先 30g、生牡蛎^先 30g、丹参 9g、川芎 9g、泽泻 18g、生甘草 3g。“化痰定眩方”由《医学心悟》中半夏白术天麻汤加味而来，此方是李东垣治疗痰厥头痛的名方剂。方中的半夏为治痰要药，能辛散温通，燥湿化痰；天麻善熄肝风，有定眩之专长，是治风之要药，二者合为君药。湿为阴邪，易阻滞气机，且脾为阴土，为运化水湿之主要脏器，茯苓能运脾化湿，使湿去则脾自健，脾健湿自化；陈皮可化痰理气和胃，使痰消浊降。泽泻与白术共用，取“泽泻汤”之意，原文为“其人若冒眩，泽泻汤主之。”白术是作奠定

中州、斡旋中枢之用，二者合用，利水祛邪，导浊阴下行，健脾燥湿，崇土制水；故四者为臣药。痰饮既成，气阻脉络，血行滞缓，日久凝结为瘀，故加丹参、川芎走血中之阴阳，共奏活血祛瘀之效；张锡纯著作中曾指出“生龙骨、生牡蛎配半夏以化痰饮”，二者能引导痰涎下行；钩藤入肝经，平肝潜阳，使阳得以升清，使“土得木而达”；此五药均是佐药。

本方通过降痰饮之浊阴，健运中州以复其升降，在一升一降中改善痰浊引起的眩晕。同时本方平肝熄风，活血祛瘀、综合来说风痰上扰证的眩晕有明显效果，此外对于恶心呕吐、纳少、失眠等也有一定的针对性作用。

根据现代药理研究，本方的组成能够扩血管、改善微循环、预防血栓、保护神经、镇静安神等作用。半夏煎剂能扩张冠状动脉，加快冠脉血流速度，能调节机体微循环。陈皮不仅可降血脂，更能抑制人体内脂质氧化，起到保护心血管的作用^[9-10]。天麻中含有的有效活性成分——天麻苷，能够清除自由基，降低血压以及增加动脉血管顺应性^[11]，改善微循环，促进心肌细胞能量代谢，预防血栓形成等作用。钩藤中生物碱有抗神经退行性病变、抗焦虑、抗癫痫作用，钩藤碱、异钩藤碱能够降压同时还能抑制血小板聚集和血栓形成，以及保护神经元等作用^[12]。总之，天麻、钩藤的抗惊厥、镇静催眠等作用，与中医所谓的疏风定眩有异曲同工之效用。此外丹参中主要活性成分为丹酚酸 B，具有抗心肌缺血作用，增加冠状动脉形成，扩张、舒张血管，改善血液循环^[13]，还可对抗脑损伤；川芎富含的苯胺、烯萜醇等成分，有抗血小板聚集、镇静镇痛、改善血管功能、保护神经细胞等药理作用^[14-15]。吴勇飞^[16]等通过泽泻汤研究发现泽泻汤能提高脑血流量，加快血流速度减小阻力，有效改善脑供血不足。龙骨、牡蛎的现代药理研究说明两者均有镇静安神、抗惊厥的作用^[17]。

目前 TCD 检测已普遍应用于临床，不但可以通过检测颅底动脉的血流方向及速度，根据音频特点以及频谱形态，能够准确地表现颅内局部动脉的有否痉挛或狭窄，以及缺血等情况，在诊断血管狭窄方面与 DSA 有很好的一致性，同时费用低、零创伤、诊断准确性高、能动态监测，相对头颅 CT，在 PCI 早期诊断方面更有优势^[18]。实验检查结果表明，化痰定眩方可减少流速异常，改善椎基底动脉血流供应，从而改善眩晕症状。

血流变是近几十年来一门新兴学科，与后循环缺血密切相关，它是通过检测血液的粘度、流动、凝集等指标来表示机体血液情况的重要指标，该指标的异常往往说明机体的循环功能发生障碍，致使组织血液灌注变少，进而导致一系列病理、生理变化^[19]。实验室检测结果表明，化痰定眩方不仅能有

效改善血流变，还能显著降低血浆粘度，可在一定程度上降低疾病的不良预后发生。

本观察发现化痰定眩方结合西医治疗后循环缺血眩晕，优于单纯西医内科常规治疗方法，能明显提高临床疗效。该方博采众家之长，以健脾化痰，熄风止眩为治则，对于治疗后循环缺血性眩晕安全有效，值得临床上进一步推广应用。但是在疗效观察中存在对中药药理研究缺乏，样本量偏小等问题，这将成为笔者在今后在研究后循环性眩晕的重点和方向。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 中医药治疗后循环缺血性眩晕的临床应用近况 [J]. 广西中医药大学学报, 2015, 18 (1): 59-60.
- [3] 李焰生. 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] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南. 中医病症部分 [M]. 中国中医药出版社, 2008.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京大学出版社, 1994.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 24-27.
- [7] 郑筱英. 中医新药临床研究知道原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 第 1 版.
- [8] 赵阳, 杨家明. 中医药治疗后循环缺血的治疗研究进展 [J]. 陕西中医, 2011, 32 (10): 1428-1429.
- [9] 常悦晖. 温胆汤联合半夏白术天麻汤在高血压治疗中的临床价值分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 1 (2): 162-163.
- [10] 郑源益. 半夏白术天麻汤联合温胆汤用于高血压患者治疗的临床效果探讨 [J]. 海峡药学, 2015, 1 (2): 162-163.
- [11] 洪全, 陈森, 李雪萍. 天麻药理研究进展 [J]. 中国实用医药, 2010, 500: 249-250.
- [12] 黄华, 丁伯平. 钩藤生物碱对中枢神经系统的药理作用研究进展 [J]. 现代药物与临床, 2013, 28 (5): 205-207.
- [13] 高兵. 丹参的药理作用及临床应用分析 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12 (1): 196-197.
- [14] 杜旌畅, 谢晓芳, 熊亮, 等. 川芎挥发油的化学成分与药理活性研究进展 [J]. 中国中药杂志, 2016, 23: 4328-4333.
- [15] 陈文垠, 难波恒雄, 鸟取冢和生. 三种东川芎提取物的抗血小板聚集作用 [J]. 南京中医药大学学报, 1995, 04: 29-30.
- [16] 吴勇飞, 范立红, 陈顺泉, 等. 泽泻汤对动物脑血流影响的实验研究 [C]. 第四次全国中西医结合神经系统疾病学术研讨会论文集. 杭州: 中国中西医结合神经科专业委员会, 2002: 1.
- [17] 张晗, 张磊, 刘洋. 龙骨、牡蛎化学成分、药理作用比较研究 [J]. 中国中药杂志, 2011, 36 (13): 1839-1840.
- [18] 齐海英. TCD 在后循环缺血患者诊断中的应用 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 17: 75-76.
- [19] 张彩红. 疏血通注射液对不稳定型心绞痛患者 PCI 治疗后血液流变学、血小板活化功能及心肌损伤的影响 [J]. 中成药, 2016, 38 (5): 992-996.

(收稿日期 2023-10-19)