

· 临床研究 ·

doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2019.01.014

健脾升阳法治疗老年性气血亏虚型后循环缺血性眩晕临床研究*

何凤麟, 陈 泉, 程平荣, 朱 静

(重庆市北碚区中医院, 重庆 400700)

摘要:目的 观察健脾升阳法治疗气血亏虚型后循环缺血性眩晕的临床疗效。方法 将后循环缺血性眩晕患者90例随机分为A组(健脾升阳法治疗)、B组(给予强力定眩胶囊)、C组(给予维生素C),各30例,均用药14 d。结果 治疗后,A组患者显效率为93.33%,优于B组的73.33%和C组的63.33% ($P < 0.05$);各组患者椎-基底动脉的平均血流速度均快于治疗前,A组快于B组、C组 ($P < 0.05$);各组中医证候积分均优于治疗前 ($P < 0.05$),且A组较B组、C组改善更明显 ($P < 0.05$);A组眩晕评定量表(DARS)评分低于B组、C组 ($P < 0.05$),卡氏(KPS)评分高于B组、C组 ($P < 0.05$);各组肝肾功能、心电图均无明显变化,未出现明显不良事件。结论 健脾升阳法可提高患者的中医证候积分,改善眩晕症状,提高生活质量,且安全性良好,对肝肾功能、血常规无影响。

关键词:健脾升阳法; 气血亏虚; 后循环缺血; 眩晕; 临床疗效

中图分类号:R932;R285.6;R255.3

文献标识码:A

文章编号:1006-4931(2019)01-0054-03

Clinical Study on Invigorating Spleen and Promoting Yang in the Treatment of Posterior Circulation Ischemic Vertigo Due to Senile Deficiency of Qi and Blood

HE Fenglin, CHEN Quan, CHENG Pingrong, ZHU Jing

(Beibei Traditional Chinese Medical Hospital, Chongqing, China 400700)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of invigorating spleen and promoting Yang in the treatment of posterior circulation ischemic vertigo (PCIV) due to senile deficiency of Qi and blood. **Methods** Totally 90 patients with PCIV due to senile deficiency of Qi and blood were randomly divided into group A (the patients were treated with invigorating spleen and promoting Yang method), group B (the patients were treated with Qiangli Dingxuan Capsules) and group C (the patients were treated with vitamin C), 30 cases in each group, all the patients were treated for 14 d. **Results** After treatment, the marked efficiency of group A was 93.33%, which was better than 73.33% of group B and 63.33% of group C ($P < 0.05$). The average blood flow velocity of vertebrobasilar artery in each group was faster than that before treatment, and that of group A was faster than that of group B and group C ($P < 0.05$). The scores of TCM syndromes in the three groups were better than those before treatment ($P < 0.05$), and the improvement of group A was more significant than that of group B and group C ($P < 0.05$). The Digital Archive Retrieval System (DARS) score in group A was lower than that in group B and group C ($P < 0.05$), while the KPS score in group A was higher than that in group B and group C ($P < 0.05$). In the three groups, the liver and kidney function, electrocardiogram had no significant changes, and no significant adverse events were found. **Conclusion** The method of invigorating spleen and promoting Yang can improve the scores of TCM syndromes, vertigo symptoms, and the quality of life, it has good safety without effect on liver and kidney function or blood routine.

Key words: method of invigorating spleen and promoting Yang; deficiency of Qi and blood; posterior circulation ischemia; vertigo; clinical effect

眩晕是后循环缺血的常见临床表现^[1],多因各种原因引起的椎-基底动脉系统供血不足,导致前庭神经核团缺血而引发。西医治疗主要采用抗凝、溶栓、抗血小板聚集及支架植入,以及血管内成形等方法,在此基础上加用西比灵、眩晕停等对症治疗^[2-3]。祛风化痰法^[4]、平肝潜阳法^[5]、加味升麻葛根汤^[6]等均从不同的病因病理特点入手,对后循环缺血眩晕进行研究,对不同的中医证型疗效良好。因此,中医治疗后循环缺血头晕可发挥其独特优势,通过辨证分型,标本兼治,既克服了抗血小板西药无法改善症状的弊端,同时又针对西医溶栓治疗时间窗窄和伴有出血风险的不足,以及支架植入术及血管内成形带来的高额医疗费用及高风险,中医药治疗安全、经济^[7]。以眩晕为主的老年性后循环缺血中医辨证多以气血亏虚为主,归脾丸、人参养荣丸等中成药虽有补益气血的功

效,但对眩晕的效果不佳。本研究中采用健脾升阳法治疗老年性气血亏虚型后循环缺血性眩晕,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:西医诊断符合《中国后循环缺血专家共识》中关于“后循环缺血”的诊断标准^[8];中医诊断符合《中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)关于“眩晕病”“气血亏虚证”的诊断标准;急性起病,病程7 d以上;年龄50~80岁;本研究方案经医院医学伦理委员会批准,所有患者及其家属签署知情同意书。

排除标准:行颅脑CT或MRI提示有大面积新发小脑梗死、脑梗死、脑干梗死或脑出血急性期;耳源性眩晕、颈源性眩晕、颅内占位、癫痫发作等原因所致眩晕;有严重过

*基金项目:重庆市北碚区科学技术委员会2014年北碚区第一批科技计划项目[2014-36]。

第一作者:何凤麟,男,大学本科,副主任中医师,研究方向为中医脑病,(电话)023-68355130(电子邮箱)272459131@qq.com。

敏史;合并有严重并发症,严重的心、肝、肾病变,血液病等;不能配合完成用药疗程及无法判断疗效和安全性。

病例选择与分组:选取我院2015年2月至2017年6月收治的后循环缺血患者90例,按随机数字表法分为3组,各30例。3组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表1。

表1 3组患者一般资料比较($n=30$)

组别	性别 (男/女,例)	年龄 ($\bar{X} \pm s$,岁)	病程 ($\bar{X} \pm s$,h)	伴发危险因素(例)		
				高血压	糖尿病	冠心病
A组	17/13	68.43 $\pm$ 4.25	33.56 $\pm$ 7.25	30	17	13
B组	19/11	67.83 $\pm$ 5.23	30.23 $\pm$ 10.04	26	16	15
C组	18/12	67.55 $\pm$ 4.87	32.62 $\pm$ 4.66	23	17	15
χ^2/t 值	0.27	3.23	2.76		0.17	
P 值	0.05	0.05	0.05		0.05	

1.2 方法

所有患者均给予基础治疗方案,包括天麻素注射液(西南药业股份有限公司,国药准字H20064392,规格为每支5 mL:0.5 g)500 mg(5 mL)+0.9%氯化钠注射液250 mL,注射用长春西汀(广东八达制药有限公司,国药准字H20051588,规格为每支10 mg)20 mg+0.9%氯化钠注射液100 mL,均静脉滴注,每日1次;呕吐剧烈者临时给予胃复安注射液肌肉注射止吐;伴有明显胃部不适者加用注射用泮托拉唑钠保护胃黏膜。A组患者使用健脾升阳法方药(组方:黄芪12 g,葛根6 g,龙眼肉6 g,山药6 g,白术10 g,升麻4 g,柴胡4 g,天麻6 g,川芎3 g,法半夏5 g,当归5 g,泽泻5 g,甘草3 g)打粉、提纯、装胶囊,每粒0.5 g,每次6粒,每日3次。B组患者口服强力定眩胶囊(江西银涛制药有限公司,国药准字Z20090189,规格为每粒0.4 g),在制剂室重新包装,每粒0.4 g,每次6粒,每日3次。C组患者给予维生素C片,在制剂室研粉装胶囊,每粒0.4 g,每次6粒,每日3次。均以7 d为1个疗程,共用药2个疗程。

1.3 观察指标及疗效评定标准

治疗2周后,比较各组总体显效率,治疗前后各组中医证候积分;治疗前及治疗2周后采用眩晕评定量表的评分系统(DARS)评分、卡氏(KPS)功能状态评分标准分析各组患者的眩晕症状与功能及生活质量。在用药前及停药后观察心电图,采用我院检验科贝克曼DxC800型生化仪测定肝肾功能和血常规。

总体疗效参考《中国后循环缺血的专家共识》中后循环缺血诊断标准设定疗效评定标准^[8]。治愈:头晕症状与体征全部消失,日常生活不受影响,症状减分率高于95%;显效:头晕症状及体征大部分消失,日常生活与工作改善,症状减分率为75%~95%;有效:头晕症状基本消失,但日常生活与工作仍轻度受限,症状减分率30%~75%;无效:头晕症状无改善甚至恶化,日常生活明显

受影响,症状减分率低于30%。以前两者合计为总有效。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20统计软件处理。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表2至表5。可见,各组患者治疗前后的肝肾功指标均无明显异常($P>0.05$),心电图无明显变化,均未见明显腹痛、腹泻等其他不适。

表2 3组患者临床疗效比较[例(%), $n=30$]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
A组	25(83.33)	3(10.00)	1(3.33)	1(3.33)	28(93.33)
B组	14(46.67)	8(26.67)	6(20.00)	2(6.67)	22(73.33)
C组	10(33.33)	9(30.00)	7(23.33)	4(13.33)	19(63.33)
χ^2 值					17.685
P					<0.05

表3 3组患者经颅多普勒超声(TCD)指标比较($\bar{X} \pm s$,L/min)

指标	时间	A组	B组	C组	t 值	P
LVA	治疗前	25.25 $\pm$ 4.21	26.15 $\pm$ 4.30	25.85 $\pm$ 4.25	1.23	>0.05
	治疗后	42.36 $\pm$ 1.14*	35.33 $\pm$ 2.17*	32.66 $\pm$ 3.14*	10.86	<0.05
RVA	治疗前	24.31 $\pm$ 4.68	25.01 $\pm$ 4.15	24.11 $\pm$ 4.94	0.75	>0.05
	治疗后	43.16 $\pm$ 1.24*	34.55 $\pm$ 2.24*	33.36 $\pm$ 3.07*	11.63	<0.05
BA	治疗前	28.36 $\pm$ 4.22	29.56 $\pm$ 5.33	28.66 $\pm$ 3.92	0.64	>0.05
	治疗后	49.49 $\pm$ 6.12*	39.45 $\pm$ 7.18*	40.61 $\pm$ 7.38*	12.30	<0.05

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。LVA为左椎动脉,RVA为右椎动脉,BA为基底动脉。

表4 3组患者临床指标评分比较($\bar{X} \pm s$,分, $n=30$)

组别	DARS评分		KPS评分		中医证候积分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	21.45 $\pm$ 3.18	8.32 $\pm$ 0.55*	56.23 $\pm$ 1.56	90.35 $\pm$ 1.44*	20.83 $\pm$ 2.41	5.03 $\pm$ 2.35*
B组	20.95 $\pm$ 3.05	12.33 $\pm$ 1.25*	56.76 $\pm$ 1.62	80.37 $\pm$ 2.34*	20.03 $\pm$ 2.89	9.30 $\pm$ 3.40*
C组	21.05 $\pm$ 3.22	12.78 $\pm$ 1.07*	56.51 $\pm$ 1.48	75.63 $\pm$ 3.25*	19.97 $\pm$ 3.01	9.80 $\pm$ 2.67*
t 值	2.35	11.86	1.98	13.46	1.63	11.38
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

眩晕已成为后循环缺血患者临床的常见症状,且发作间歇期或缓解期常缺乏明显神经系统定位体征,神经影像学检查(如脑CT和MRI扫描)也大多正常^[2-3]。后循环缺血性眩晕属传统医学“眩晕病”范畴,病性多为虚实夹杂,本虚标实;实之标有痰浊、风阳、血瘀等不同,而虚之本则有气血亏虚、肝肾不足、肾精亏虚等相异,因此多强调辨证论治^[9]。以眩晕为主的老年性后循环缺血患者中医辨证以气血亏虚为主者多见,但多兼有痰瘀、肾虚、风阳等证候;且气血亏虚型眩晕的患者体质较差,发病时症状较重,病情缠绵日长,多易反复。刘春华^[10]认为,老年人由于脾胃虚弱、肝肾亏虚的病理生理特性,易产生

表5 3组患者治疗前后肝肾功能比较($\bar{X} \pm s, n=30$)

组别	时间	BUN(mmol/L)	Cr(μ mol/L)	AST(U/L)	ALT(U/L)	ALP(U/L)	GGT(U/L)
A组	用药前	5.52 $\pm$ 1.36	75.73 $\pm$ 14.62	22.13 $\pm$ 10.34	27.24 $\pm$ 9.63	92.54 $\pm$ 11.01	35.18 $\pm$ 8.03
	用药后	5.83 $\pm$ 1.65	82.55 $\pm$ 13.37	21.52 $\pm$ 13.47	26.32 $\pm$ 7.47	98.75 $\pm$ 13.25	37.04 $\pm$ 4.35
	t值	1.32	1.25	1.26	1.16	1.24	0.84
	P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
B组	用药前	6.52 $\pm$ 1.07	95.56 $\pm$ 10.13	20.62 $\pm$ 16.81	20.83 $\pm$ 14.62	88.53 $\pm$ 11.62	31.38 $\pm$ 6.07
	用药后	5.92 $\pm$ 1.76	92.53 $\pm$ 17.24	21.70 $\pm$ 16.68	22.29 $\pm$ 13.73	92.61 $\pm$ 11.13	34.42 $\pm$ 7.83
	t值	1.08	1.25	1.25	1.13	1.19	1.06
	P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
C组	用药前	4.34 $\pm$ 2.57	65.55 $\pm$ 24.84	30.12 $\pm$ 9.36	26.35 $\pm$ 9.43	82.56 $\pm$ 20.03	29.17 $\pm$ 10.45
	用药后	5.03 $\pm$ 1.49	75.47 $\pm$ 25.19	32.43 $\pm$ 11.38	24.26 $\pm$ 11.84	89.74 $\pm$ 11.13	30.38 $\pm$ 9.43
	t值	1.31	1.30	1.32	1.26	1.23	1.31
	P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注:BUN为血尿素氮,Cr为肌酐,AST为天门冬氨酸氨基转移酶,ALT为丙氨酸氨基转移酶,ALP为碱性磷酸酶,GGT为谷氨酰转肽酶。

痰浊内生、气虚血瘀、痰瘀互结等病理改变,易导致气虚痰瘀型眩晕。伍德军^[11]认为,老年人由于脏腑功能衰退,多种临床原因导致其脾阳的温煦、气化、推动失常,机体气机升降出入失调,血行不畅,清阳不升,清窍失养,从而导致眩晕发作,治宜扶阳补气兼以活血化痰。本研究结果显示,老年性后循环缺血性眩晕虽以气血亏虚为主,但多兼有风、痰、湿、瘀等。故组方以健脾升阳为主,兼顾养血活血,祛风化痰,除湿等;以黄芪、白术、山药、炙甘草健脾为主;配合升麻、柴胡、葛根升阳;配合元肉、当归、川芎养血活血;佐以天麻、法半夏、泽泻兼顾风湿痰湿等邪。

健脾升阳的学术思想源于《内经》,发展于金元。《内经》中“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”“上气不足,推而扬之”等观点不但论述了气虚、清阳不升的眩晕发病机理,也提出了“推而扬之”的升阳治疗法则;结合药理,升阳一般多用风药,而风药具有升、散、多动的特点,常又有耗气伤阳之嫌,故须重视补气。东垣在内经的基础上,主张健运脾胃,升清降浊,但又侧重强调升发的一面,其认为只有脾气升清、谷气上升,才能使得元气充足^[12];脾胃不足的根源在于阳气不足;同时,气的充足才能正常运动,气机的运动正常才能升发,而气不足者,升阳亦难^[13]。健脾升阳法用于治疗便秘、耳鸣、尿闭、口疮等九窍病^[14],也有治疗痞满、干咳等内伤病^[15],但用于治疗气血亏虚型老年性眩晕却鲜见报道。

本研究结果显示,A组显效率优于B组和C组($P<0.05$);TCD检查发现各组椎-基底动脉的平均血流速度均有改善,但A组更明显($P<0.05$);3组患者的中医证候积分均有所改善($P<0.05$),但A组改善更明显($P<0.05$);治疗后,A组DARS评分低于B组及C组($P<0.05$),KPS评分高于B组C组高($P<0.05$)。

综上所述,健脾升阳法可改善气血亏虚型后循环缺血眩晕患者的中医证候积分及眩晕症状,提高生活

质量和患者的生活自理指数评分,安全性良好,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 刘鹏,汪茜,姜树军,等.后循环缺血及相关疾病研究进展[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2015,10(9):873-875.
- [2] 张燕,姜树军,李晓芸,等.椎动脉纤细与后循环缺血性头晕相关性的研究[J].北京医学,2015,37(10):912-915.
- [3] 王梅.后循环缺血患者脑干听觉诱发电位检查结果分析[J].山东医药,2013,53(48):99-100.
- [4] 王烁,刘金民.祛风化痰法治疗后循环短暂脑缺血发作所致急性眩晕疗效观察[J].中国中医急症,2010,19(12):2025-2028.
- [5] 杨德富,李辉,崔春丽,等.平肝潜阳法用于后循环缺血头晕临床观察[J].四川中医,2017,35(1):166-168.
- [6] 温宏伟,李岳军.“加味升麻葛根汤”治疗后循环缺血37例临床观察[J].江苏中医药,2010,42(6):36-37.
- [7] 邱艳华,蒋娟,封爱婷,等.中医辨证施护在后循环缺血性眩晕中应用研究[J].河北中医,2014,36(9):1406-1407.
- [8] 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.
- [9] 杜蓉,张春红,白玮婧,等.中医药治疗后循环缺血性眩晕研究进展[J].河北中医,2014,36(1):134-136.
- [10] 刘春华.老年后循环缺血性眩晕的中西医研究述评[J].辽宁中医杂志,2012,39(12):2516-2518.
- [11] 伍德军.扶阳补气活血法治疗老年性椎-基底动脉供血不足性眩晕40例临床观察[J].河北中医,2008,30(4):420-421.
- [12] 卢世秀.李东垣升清降浊理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,2005,11(9):封三-封四.
- [13] 曹静,李秀琴.李秀琴老中医论健脾升阳法[J].医学信息,2014,27(24):364-366.
- [14] 曹丽霞,袁红霞.补脾升阳法治疗九窍疾病验案[J].中医杂志,2008,49(7):590-591.
- [15] 袁红霞,曹丽霞.补脾升阳法的思想渊源及临床运用举隅[J].天津中医药大学学报,2008,27(3):220-222.

(收稿日期:2018-01-30;修回日期:2018-05-04)