

示,人參三七琥珀顆粒聯合胺碘酮治療並防止陣發性房顫復發,取得了比較滿意的療效,且優於單用胺碘酮治療。

#### [參考文獻]

- [1] 陳可冀. 試談冠心病心絞痛及急性心肌梗塞的中醫治療[J]. 中華內科雜誌, 1977, (4): 232.
- [2] 陸再英, 鍾南山. 內科學[M]. 北京: 人民衛生出版社, 2009: 195- 196.
- [3] 中藥新藥臨床研究指導原則(試行)[M]. 北京: 中國醫藥科技出版社, 2002: 143- 151.
- [4] 陳湘君. 中醫內科學[M]. 上海: 上海科學技術出版社, 2004: 101- 103.
- [5] 周育平, 杜羽, 徐承秋. 徐承秋治療心房顫動經驗[J]. 中醫雜誌, 2012, 53(14): 1187- 1188.
- [6] 毛秉豫, 毛紹芬. 桂枝茯苓丸在心房顫抗凝治療中的應用[J]. 中醫雜誌, 2009, 50(1): 57.
- [7] 李世新. 中西醫結合治療心律失常 49 例[J]. 中醫雜誌, 2003, 44(3): 185.
- [8] Yuan Jinqi, Guo Wenzheng, Yang Baijing, et al. 166 cases of coronary angina pectoris treated with powder composed of radix ginseng, Radix notoginseng and succinum [J]. Traditional Chinese medicine, 1997, 17 (1): 14- 17.
- [9] 王浴生, 鄧文龍, 薛春生. 中藥藥理與應用[M]. 2 版. 北京: 人民衛生出版社, 1998: 12- 27.
- [10] 王禕晟, 徐瑛. 養陰益心方聯合胺碘酮治療陣發性心房顫動 31 例臨床觀察[J]. 中醫雜誌, 2012, 53 (21): 1835- 1837.

(責任編輯: 駱歡歡)

## 半夏白朮天麻湯加味合疏血通注射液治療椎基底動脈供血不足性眩暈臨床觀察

黃清苑<sup>1</sup>, 曾志威<sup>1</sup>, 李曉芹<sup>1</sup>, 徐金燕<sup>1</sup>, 郭建紅<sup>2</sup>

1. 梅州市人民醫院中醫科, 廣東 梅州 514031; 2. 北京中醫藥大學, 北京 100029

**[摘要]** 目的: 觀察半夏白朮天麻湯加味合疏血通注射液治療痰瘀阻滯型椎基底動脈供血不足(VBI)性眩暈的臨床療效。方法: 將 80 例痰瘀阻滯型 VBI 性眩暈患者隨機分為 2 組。對照組 40 例給予口服西比靈膠囊等西醫常規治療, 治療組 40 例在對照組治療的基礎上給予半夏白朮天麻湯加味合疏血通注射液治療, 療程 14 天。對 2 組進行臨床療效評價、經顱多普勒(TCD)參數、中醫症狀體徵積分變化比較。結果: 治療後治療組總有效率為 90.0%, 對照組為 70.0%, 2 組比較, 差異有顯著性意義 ( $P < 0.05$ )。治療後 2 組患者左椎動脈(LVA)、右椎動脈(RVA)及基底動脈(BA)的收縮期峰流速( $V_s$ )、舒張期末峰流速( $V_d$ )、平均峰流速( $V_m$ )以及血管波動指數(PI)等 TCD 參數與本組治療前比較, 差異均有顯著性意義 ( $P < 0.05$ )。2 組治療後比較, 除 PI 外其餘指標組間差異也有顯著性意義 ( $P < 0.05$ )。治療後 2 組各項症狀體徵評分均降低 ( $P < 0.05$ ), 且治療組各項症狀體徵評分均低於對照組 ( $P < 0.05$ )。結論: 半夏白朮天麻湯加味合疏血通注射液治療痰瘀阻滯型 VBI 性眩暈具有確切療效, 是一種安全有效的治療方案。

**[關鍵詞]** 眩暈; 椎基底動脈供血不足; 痰瘀阻滯; 半夏白朮天麻湯; 疏血通注射液

**[中圖分類號]** R681.5<sup>+</sup>5 **[文獻標識碼]** A **[文章編號]** 0256- 7415 (2014) 06- 0032- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.016

近年來眩暈的患病率和發病率隨着社會壓力的增大有不斷上升的趨勢, 椎基底動脈供血不足(VBI)性眩暈, 是臨床上常

見病、多發病, 嚴重地影響了人們的日常工作和生活。有學者認為, 嶺南地區眩暈多以脾虛痰濁為主, 常夾風、夾瘀、

**[收稿日期]** 2013-12-26

**[作者簡介]** 黃清苑 (1977-), 女, 副主任醫師, 研究方向: 中醫心病、腦病、肺病與治未病等。

夹虚<sup>①</sup>。近年来,笔者采用半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液治疗痰瘀阻滞型 VBI 性眩晕,取得了较满意的治疗效果,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2010 年 6 月~2013 年 6 月本院中医科门诊或住院符合痰瘀阻滞型 VBI 性眩晕患者,共 80 例。按随机数字表分为对照组和治疗组各 40 例,治疗组男 20 例,女 20 例;年龄 42~75 岁,平均(62.6±8.7)岁;病程 1.5 月~6 年,平均(2.91±1.83)天,加重期病程平均(2.93±2.34)天;眩晕程度:中度 18 例,重度 22 例;既往史:高血压病患者 12 例,颈椎病患者 10 例,脑动脉硬化患者 10 例,中风患者 2 例,高脂血症患者 9 例。对照组男 21 例,女 19 例;年龄 40~76 岁,平均(60.5±11.4)岁;病程 1 月~5 年,平均(2.85±1.71)年,加重期病程平均(2.67±2.18)天;眩晕程度:中度 19 例,重度 21 例;既往史:高血压病患者 11 例,颈椎病患者 10 例,脑动脉硬化患者 9 例,中风者 3 例,高脂血症者 8 例。2 组一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《实用神经病学》<sup>②</sup>的诊断标准:慢性起病逐渐加重,或急性起病,或反复发作;有脑动脉硬化,或颈椎病史;发作性、体位性眩晕,可伴有恶心、呕吐、耳鸣、听力下降、视物不清、复视,或突感上肢麻木,持物不稳;体征有眼震、共济失调、转颈试验阳性;颈椎 X 线片或 CT 示颈椎肥大性改变或椎间孔狭窄;经颅多普勒(TCD)示椎基底动脉供血不足。年龄 40 岁以上;排除伴严重的肝肾心脑血管疾病以及因其他疾病(如:颅内占位、脑出血及耳源性、眼源性、代谢性、感染性疾病等)所致的眩晕。中医辨证标准参照《中医内科学》<sup>③</sup>中有关眩晕痰湿中阻与瘀血阻窍证型的诊断标准:眩晕,头痛,肢体麻木,耳鸣,心悸,失眠,恶心,呕吐,舌质暗红或有瘀斑、舌苔白腻,脉弦滑或涩。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予口服西比灵胶囊(西安杨森制药有限公司生产,国药准字 H10930003)等西医常规对症支持治疗:西比灵胶囊每次 10 mg,每晚 1 次,口服。疗程 14 天。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上给予半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液(牡丹江友搏药业有限责任公司生产,国药准字 Z20010100)治疗。处方:天麻、茯苓各 15 g,大枣、生姜、白术、法半夏、橘红各 10 g,生牡蛎(先煎)、生龙骨(先煎)各 30 g。每天 1 剂,加水 500 mL 煎取 100 mL,复渣加水 300 mL 煎取 100 mL,2 次煎煮合而早晚分温服。疗程 14 天。疏血通注射液 6 mL 加入生理盐水 250 mL,静脉滴注,每天 1 次。疗程 14 天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组治疗后的总体疗效;比较 2 组治疗

前后 TCD 参数的变化;比较治疗前后中医症状、体征积分变化情况。症状、体征分级量化标准参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>④</sup>:包括眩晕、头痛、肢体麻木、心悸、失眠、耳鸣、恶心呕吐等。

3.2 统计学方法 采用 SPSS14.0 for Windows 软件包进行数据的统计分析。计量资料组内比较采用配对均数  $t$  检验,组间比较采用两独立样本均数  $t$  检验,等级资料用 Ridit 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>④</sup>中有关眩晕的疗效标准。临床痊愈:眩晕及其他伴随症状消失;显效:眩晕等症状明显减轻,头微有晕沉,或轻微头晕目眩,但不伴有自诉身及景物的旋转感,可以正常生活和工作;有效:眩晕或头晕减轻,仅伴有轻微自身及景物的旋转感,虽能坚持工作,但生活和工作受影响;无效:眩晕等症状无改善或加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后总有效率治疗组为 90.0%,对照组为 70.0%,2 组比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	$n$	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	13	16	7	4	90.0
对照组	40	7	12	9	12	70.0

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后 TCD 参数变化比较 见表 2。治疗后 2 组患者左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)及基底动脉(BA)的收缩期峰流速(Vs)、舒张期末峰流速(Vd)、平均峰流速(Vm)以及血管波动指数(PI)等 TCD 参数与本组治疗前比较,差异均有显著性意义( $P<0.05$ )。2 组治疗后组间比较,除 PI 外其余指标差异也有显著性意义( $P<0.05$ )。

4.4 2 组治疗前后症状体征评分比较 见表 3。治疗后 2 组各项症状体征评分均降低( $P<0.05$ ),且治疗组各项症状体征评分均低于对照组( $P<0.05$ )。

## 5 讨论

眩晕最早见于《内经》,称之为眩冒。眩是指眼花或眼前发黑,晕是指头晕甚或感觉自身或外界景物旋转。二者常同时并见,故统称为“眩晕”,轻者闭目即止,重者如坐车船,旋转不定,不能站立,或伴有恶心、呕吐、汗出,甚者昏倒等症。本研究主要讨论的是 VBI 所引起的眩晕,属中医学眩晕的范畴。VBI 性眩晕,常迁延不愈,易致脑血管病变。正如《医学正传·眩晕》中所言“眩运者,中风之渐也”。古代医家朱丹溪认为“无痰不作眩”,虞抟认为“血瘀致眩”。随着人们生活条件的改善,饮食结构的改变,工作节奏的加快,眩晕发病以痰和瘀为主者占十之八九<sup>⑤</sup>。痰、瘀是眩晕发作的主要病

表2 2组治疗前后TCD参数变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	参数	时间	Vd(cm/s)	Vs(cm/s)	Vm(cm/s)	PI
治疗组	LVA	治疗前	18.28±3.56	39.62±5.19	24.34±3.72	0.91±0.26
		治疗后	26.05±1.03	49.21±2.13	32.28±3.31	0.81±0.03
	RVA	治疗前	18.27±1.14	40.26±7.84	22.04±5.91	0.87±0.16
		治疗后	25.03±2.44	51.03±4.43	33.69±6.51	0.73±0.09
	BA	治疗前	17.67±3.03	41.26±9.98	23.27±3.19	0.91±0.15
		治疗后	24.65±2.86	50.14±2.26	31.04±1.67	0.81±0.07
对照组	LVA	治疗前	17.04±3.69	39.02±5.05	23.68±3.14	0.91±0.13
		治疗后	22.01±1.35	43.15±1.28	26.99±3.26	0.83±0.08
	RVA	治疗前	18.33±1.42	41.27±4.83	23.17±5.48	0.90±0.07
		治疗后	21.20±1.45	45.35±5.12	27.32±4.15	0.84±0.12
	BA	治疗前	17.87±3.35	40.55±2.27	22.78±5.16	0.93±0.07
		治疗后	20.97±2.36	45.16±3.45	26.14±2.33	0.86±0.02

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表3 2组治疗前后症状体征评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

症状体征	对照组		治疗组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
眩晕	2.23±0.32	1.11±0.57	2.19±0.29	0.55±0.37
头痛	2.15±0.29	0.88±0.35	2.08±0.28	0.45±0.24
肢体麻木	2.13±0.27	1.08±0.45	2.21±0.33	0.63±0.35
心悸	1.78±0.25	0.82±0.33	1.76±0.28	0.35±0.22
失眠	1.85±0.33	0.92±0.33	1.88±0.26	0.45±0.29
耳鸣	1.74±0.27	1.02±0.35	1.72±0.28	0.35±0.26
恶心呕吐	2.06±0.31	0.94±0.36	2.11±0.30	0.52±0.31

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

理因素, 脾虚痰瘀互结是其重要病机。痰湿中阻, 蒙蔽清窍, 清阳不升, 瘀血阻络, 气血不畅, 脑窍失养, 而发为眩晕。通过对以上病因病机的认识, 治当以熄风化痰, 活血通窍为主。本研究以半夏白术天麻汤化痰祛湿, 健脾和胃; 疏血通注射液活血通窍, 祛瘀生新。目前, 临床医学认为针对性和选择性改善VBI是治疗的关键。

半夏白术天麻汤出自《医学心悟》, 系二陈汤加味而成, 方中半夏燥湿化痰, 降逆止呕; 天麻平肝熄风, 而止头眩, 两者为治风痰眩晕头痛之要药。李东垣在《脾胃论》中载: “足太阴痰厥头痛, 非半夏不能疗; 眼黑头眩, 风虚内作, 非天麻不能除”。以白术、茯苓健脾祛湿, 以治生痰之源; 橘红理气化痰, 俾气顺则痰消, 姜枣调和脾胃。全方风痰并治, 标本兼顾, 以化痰熄风治标为主, 健脾祛湿治本为辅。生牡蛎、生龙骨均有重镇安神、熄风潜阳作用, 治疗风阳上扰所致头晕目眩, 从而明显缓解眩晕、视物模糊、耳鸣、心悸、失眠、恶心

呕吐等风痰上扰症状。半夏白术天麻汤对VBI性眩晕具有良好的治疗效果, 作用机制可能与其通过改善患者的供血不足, 提高Vd和Vm有关<sup>[6]</sup>。

疏血通注射液由水蛭、地龙两药提炼而成, 主要成分为水蛭素和蚓激酶等。水蛭有破血逐瘀作用, 张锡纯认为本药“破瘀血而不伤新血, 专入血分而不伤气分”, 是活血化瘀的佳药。现代研究表明, 水蛭具有较强抗凝血作用, 能显著延长纤维蛋白的凝聚时间, 水蛭提取物、水蛭素对血小板聚集有明显的抑制作用, 可抑制体内血栓形成, 改善血液流变学, 能降血脂, 消退动脉粥样硬化斑块, 改善局部血循环, 保护脑组织。地龙具有熄风通络的作用, 现代药理研究表明, 地龙提取物具有纤溶和抗凝作用, 主要是通过促进纤溶、抑制血小板聚集等发挥作用。两药性味相同, 作用相似, 配伍应用, 活血化瘀作用较强, 从而明显改善头痛、肢体麻木等瘀血阻滞脑络等症状。疏血通注射液有降低血纤维蛋白原, 降低血黏度, 解除血管痉挛, 扩张椎基底动脉, 增加血流速度, 改善其供血等作用<sup>[7]</sup>。

上述药物从多环节、多途径协同发挥作用, 明显缓解眩晕等症状, 改善椎基底动脉供血, 达到良好的治疗效果。本研究结果显示, 半夏白术天麻汤合疏血通注射液组(治疗组)治疗瘀瘀阻滞型VBI性眩晕优于单纯口服西比灵胶囊组(对照组), 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 治疗组在改善眩晕等症状方面明显优于对照组; 对眩晕患者椎基底动脉TCD参数有明显改善作用。半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液治疗瘀瘀阻滞型VBI性眩晕具有确切疗效, 是一种安全有效的治疗方案。

[参考文献]

- [1] 梁伟波, 张颖, 张建兴, 等. 风痰上扰夹瘀型眩晕患者颈部血管病变临床观察[J]. 新中医, 2012, 44(7): 23-24.
- [2] 史玉泉, 周孝达. 实用神经病学[M]. 3版. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 1487-1488.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2003: 316-317.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [5] 陈伯平. 眩晕从痰瘀论治的临床体会[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(21): 50.
- [6] 孔亮, 狄美琪, 李超生, 等. 半夏白术天麻汤加减治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕60例临床研究[J]. 中医杂志, 2013, 54(4): 315-317.
- [7] 肖卫东, 伦冠芳. 疏血通用于椎基底动脉供血不足性眩晕疗效观察[J]. 山东医药, 2009, 49(47): 31.

(责任编辑: 骆欢欢)