

天乌双白汤治疗眩晕 40 例疗效观察

赖勇¹, 温佩仪², 周燕华¹

1. 珠海市香洲区香湾社区卫生服务中心, 广东 珠海 519000; 2. 东莞市第五人民医院, 广东 东莞 523900

[摘要] 目的: 观察天乌双白汤治疗眩晕的临床疗效。方法: 将 80 例失眠患者, 随机分为治疗组和对照组各 40 例, 治疗组口服天乌双白汤 (组成: 天麻、乌豆衣、白术、白蒺藜、茯苓、鸡血藤、蜈蚣、炙甘草)。对照组口服地芬尼多。2 组疗程均为 4 周。结果: 总有效率治疗组 95.0%, 对照组 87.5%, 2 组临床疗效经 Ridit 分析, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后临床症状积分均有下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组临床症状积分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。经治疗后治疗组大脑中动脉 (MCA) 平均血流速度有明显改善, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 天乌双白汤治疗眩晕疗效显著, 能明显缓解临床症状, 值得临床推广。

[关键词] 眩晕; 天乌双白汤; 临床疗效

[中图分类号] R441.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0038-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.017

眩晕是临床上最常见的病症之一, 本病症多见于现代医学美尼尔综合征、高血压病、椎-基底动脉供血不足、颈椎病、神经衰弱症等疾病。随着人们生活、工作方式的改变, 本病症发病率不断升高, 严重威胁人们身体健康。鉴于眩晕的发生其病因复杂, 常涉及多系统疾病多学科领域, 也给临床治疗造成较大困扰。而中医药治疗眩晕优势近年来受到社会的关注。笔者近年来采用自拟天乌双白汤治疗眩晕, 取得较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2014 年 6 月—2015 年 5 月本院诊断明确、无占位性病变的眩晕患者, 共 80 例。随机分为治疗组和对照组, 各 40 例。治疗组男 19 例, 女 21 例; 年龄 20~68 岁, 平均 (39.6±21.2) 岁; 病程 3~36 月, 平均 (19.2±10.5) 月。对照组男 20 例, 女 20 例; 年龄 18~70 岁, 平均 (40.5±12.4) 岁; 病程 4~38 月, 平均 (20±12.1) 月。其中原发病有高血压病 11 例, 冠心病 7 例, 颈椎病 9 例, 美尼尔综合征 10 例, 椎-基底动脉供血不足 9 例, 糖尿病 6 例, 神经衰弱症 6 例, 更年期综合征 12 例, 不明原因者 10 例。2 组年龄、性别及病程比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1] 中眩晕的诊断标准拟定, ①有典型的眩晕症状: 自身有旋转或晃动感或目眩或视物有旋转感或自觉头晕、昏沉或晕胀不适。

轻者闭目即止, 重者如乘车船, 甚则仆倒。②可伴恶心呕吐, 头痛、项强、耳鸣、耳聋、眼球震颤、汗出、面色苍白等症。③有反复发作史。

1.3 纳入标准 全部患者符合诊断标准; 入选患者病程超过 3 月或在过去的 12 月中累计超过 12 周。入选前经各系统及实验室检查, 未发现有的其它器质性病变。

1.4 排除标准 经检查患有颅内占位性病变疾病, 脑实质性改变, 合并严重心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者及妊娠、哺乳期妇女和对本药过敏患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用以天乌双白汤为基础方加味治疗, 处方: 天麻、乌豆衣各 10 g, 白术、白蒺藜、鸡血藤各 15 g, 茯苓 20 g, 蜈蚣 2 条, 炙甘草 5 g。兼有气血两虚者加党参、当归各 15 g, 黄芪 30 g, 丹参 10 g; 兼有肾精不足者加何首乌 15 g, 杜仲、菟丝子、怀牛膝各 10 g; 兼有肝火上扰者加龙胆草、栀子、柴胡、泽泻各 10 g; 兼有肝阳上亢者加白薇、菊花各 10 g, 生龙骨(先煎)、生牡蛎(先煎)各 30 g; 兼有肝气郁结者加柴胡、白芍、苏木、丹参各 10 g, 郁金 15 g; 兼有痰浊中阻者加竹茹、石菖蒲各 15 g, 法半夏、枳实各 10 g; 兼有水湿者加苍术、桂枝、泽泻、山药各 10 g。每天 1 剂, 水煎 2 次, 每次取汁 250 mL, 2 煎混匀, 分 2 次口服。

2.2 对照组 口服盐酸地芬尼多(北京双鹤药业股份有限公司生产), 每次 25 mg, 每天 3 次。

[收稿日期] 2016-03-08

[作者简介] 赖勇 (1972-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医内科。

2组疗程均为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]。

①以眩晕在临床上常见的症状为观察项目：主症：头晕目眩；次症：恶心呕吐，头痛，项强，耳鸣，耳聋，眼球震颤，汗出，面色苍白；分为无、轻、中、重四级(主症按0、2、4、6评分；次症按0、1、2、3评分)。②经颅多普勒(TCD)检测双侧大脑前动脉(ACA)，大脑中动脉(MCA)，大脑后动脉(PCA)，左右椎动脉(VA)及基底动脉(BA)的平均峰流速(Vm)，治疗前后各检查1次。

3.2 统计学方法 运用SPSS19.0软件进行统计分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验；计数资料采用 χ^2 检验，等级资料采用Ridit分析。

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)》^[1]制定。

痊愈：头晕目眩等症状完全消失。显效：头晕目眩等症状明显减轻，头有轻微昏沉，或有轻微头晕目眩但不伴有视物旋转、晃动感，可正常生活及工作。有效：头晕目眩减轻，仅伴有轻微的视物旋转、晃动感，虽能坚持工作，但生活和工作受到影响。无效：头晕目眩等症状无改善或加重。用尼莫地平法，计算公式为[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%。痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥95%；显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%；有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%；无效：中医临床症状、体征无明显改善甚或加重，证候积分减少<30%。

4.2 2组治疗前后症状积分比较 见表1。2组治疗后临床症状积分均有下降，与本组治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；治疗后2组临床症状积分比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	20.32±1.22	19.40±1.21 ^②
对照组	40	20.69±1.11	19.78±1.07 ^①

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

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组95.0%，对照组87.5%，2组临床疗效经Ridit分析，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	9	19	10	2	95.0
对照组	40	3	13	19	5	87.5

4.4 2组治疗前后TCD变化比较 见表3。经治疗后治疗组

MCA平均血流速度有明显改善，与治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后TCD变化比较($\bar{x} \pm s$) cm/s

项目	治疗组(n=40)		对照组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ACA	45.51±6.79	45.83±8.79	46.06±7.58	45.54±8.42
MCA	57.56±4.29	60.44±3.55 ^②	57.74±4.18	57.42±3.73
PCA	31.88±3.38	33.21±3.53	31.84±3.09	32.59±3.13
VA	29.09±1.47	30.40±3.38	29.24±1.73	29.86±3.49
BA	32.53±3.14	32.87±3.48	32.40±2.86	32.67±2.91

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

5 讨论

眩晕是以头晕目眩为主要特征的临床常见性、发作性疾病。中医的眩晕是一类症候的统称，它具有发无定时、无法测量、病因复杂等特点，病变部位主要在脑，眩晕的病因复杂，涉及脏腑众多，历代医籍对眩晕的病因病机论述颇多，如《素问·至真要大论》：“诸风掉眩，皆属于肝”。《类证治裁》：“风依于木，木郁则化风，为眩、为晕、为舌麻、为耳鸣、为痉、为痹、为类中，皆肝风震动也。”《证治要决·眩晕》：“痰饮、头风、七气、失血、中酒等病，皆能眩暈……”。《寿世保元》中说“风寒暑湿，气郁生涎，下虚上实，皆晕而眩”；“……湿则重滞，此四气乘虚而眩暈也”。《景岳全书·眩晕》指出“眩运一证，虚者居其八九，而兼火兼痰者不过十中一二耳”。《证治汇补·眩晕》曰：“血为气配，气之所丽，以血为荣，凡吐衄崩漏，产后亡阴，肝家不能收摄荣气，使诸血失道妄行，此眩暈生于血虚也。”《丹溪心法·头眩》：“头眩，痰挟气并火。治痰为主，挟补气药及降火药。无痰则不作眩，痰因火动。……治痰为先，挟气药降火”。《临证指南医案·眩晕》曰：“水亏不能涵木，厥阴风火鼓动，烦劳阳升，病斯作矣”。《本草纲目》指出：“皆是气血虚弱，挟痰、挟火、挟风，或兼外感四气”。故治宜搜风养血、祛湿定眩。自拟天乌双白汤治疗眩晕，方中天麻止昏眩，疗风去湿，通血脉，开窍。同时天麻乃肝经气分之药，可引诸药直达病处，《本草新编》曰：“天麻……然外邪甚盛，壅塞经络血脉之间，舍天麻又何以引经，使气血攻补之味，直入于受病之中乎？”故天麻作为重要的引经药物而为选用。现代药理研究表明天麻素具有镇静、镇痛、安眠作用，亦能抗惊厥、抗焦虑，能增加脑血流量、减少血管阻力、改善椎-基底动脉供血不足，具有神经保护作用^[2]。因此对于各种原因引起的眩晕皆可有一定疗效。蜈蚣力猛，善走窜通达，有搜风通络，镇静止眩之效。现代药理研究蜈蚣煎剂能改善小鼠的微循环，延长凝血时间，降低血黏度，并有明显的镇静、镇痛、抗炎作用^[3]。白蒺藜味苦

泄辛散，能平肝疏肝、祛风止眩。乌豆衣有补肾益髓、养血定眩之效。鸡血藤具有行血、补血、止眩之功效。现代药理表明鸡血藤可增加血流量，降低血管阻力，镇静催眠的作用^[3]。白术和茯苓均可健脾利湿，白术味甘、苦、微辛，性温。本品甘温补中，苦温燥湿，通过健脾而利湿，擅治脾不健运水湿内停，痰饮水肿等证。茯苓味甘，性平，甘则能补，淡则能渗，长于通过利湿而健脾，是健脾利湿之要药。二药合伍，一健一渗，水湿则有出路^[4]，起到化湿健脾、眩晕自除的功效。炙甘草为使药，因其味甘，得中和之性具有补脾益气、缓急、调和诸药可升可降之效。笔者在临床上以中医整体观入手，从人体是一个有机整体来考虑，但临床上各证型往往不是单独出现，各证型又可相互转化。眩晕往往虚实夹杂，多数为本虚标实，又兼夹邪邪。临证时要辨清证候阴阳虚实和标本主次，运用天

乌双白汤时要兼顾兼证的随证加减，达到补偏救弊，阴阳平衡，则能病自愈而获得满意疗效。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 鞠桂春. 天麻及其制剂的药理作用和临床应用研究进展[J]. 中国药业, 2008, 17(1): 64.
- [3] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007: 329, 413.
- [4] 吕景山. 施今墨对药临床经验集[M]. 4 版. 北京:人民军医出版社, 2010: 112- 113.

(责任编辑:马力)

补阳还五汤加减联合耳穴贴压改善中风后睡眠障碍临床研究

吴红, 施贝德

杭州市下城区中医院, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的:观察补阳还五汤加减联合耳穴贴压改善中风后睡眠障碍的临床疗效。方法:将 80 例中风后睡眠障碍患者随机分为 2 组。治疗组给予中药汤剂联合耳穴贴压治疗,对照组给予艾司唑仑联合认知疗法治疗。分别观察治疗 2 月。治疗前后均采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评定睡眠情况。结果:对照组治疗后仅在睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、总分等方面有所改善,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,治疗组入睡时间、睡眠时间、睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、日间功能、安眠药物及总分多方面较治疗前均有改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2 组比较,治疗组治疗后在睡眠质量、睡眠效率、睡眠紊乱、安眠药物、日间功能及总分方面改善明显,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:补阳还五汤加减联合耳穴贴压对改善中风后睡眠障碍疗效较艾司唑仑联合认知疗法更有效。

[关键词] 睡眠障碍;中风后;中医疗法;补阳还五汤;耳穴贴压

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0040-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.018

睡眠障碍常表现为昼夜睡眠的颠倒,白天精神疲软、喜睡或嗜睡状态;夜则不寐,精神亢奋,难入睡,或睡后易惊醒,夜间睡眠时间短等。睡眠障碍属《内经》所述的“寤寐”周期节律紊乱,与营卫不和密切相关。睡眠障碍是脑卒中后常见并发症之一,易并发焦虑、抑郁、失眠等心身疾病,不利于疾病的康复,并导致生活质量下降。因此睡眠障碍的治疗,对调节

机体的修复和整合具有重要意义。笔者采用补阳还五汤加减联合耳穴贴压治疗患者中风后睡眠障碍 40 例,疗效良好,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①脑卒中诊断:参照 2008 年《中国脑血管病防治指南》,患者经临床诊断和 CT 或 MRI、MRA 定位,定

[收稿日期] 2016-01-15

[基金项目] 杭州市下城区医药卫生科技 A 类项目(A201304)

[作者简介] 吴红(1971-),女,副主任中医师,主要从事老年人康复工作。