

通脑丸治疗老年后循环缺血性眩晕痰瘀阻窍型的疗效及作用机制

李正军, 王争艳*, 雷作汉
(甘肃省中医院, 兰州 730050)

[摘要] **目的:**观察通脑丸治疗老年后循环缺血性眩晕(痰瘀阻窍型)患者的疗效,探讨其作用机制。**方法:**将甘肃省中医院收治的80例老年痰瘀阻窍型后循环缺血性眩晕患者作为研究对象,按入院编号随机分两组,单号对照组、双号观察组,每组40例;两组患者均给予基础治疗,对照组在基础治疗基础上给予长春西汀静脉滴注,观察组在对照组基础上加服通脑丸,比较两组患者的临床疗效,中医证候评分,欧洲眩晕评分量表(EEV)评分,眩晕障碍量表的筛查表(DHI-S)评分,椎基底动脉平均血流速度(V_m)和搏动指数(PI),血流动力学改变[平均动脉压(MAP),中心静脉压(CVP),右房压(RAP),左房压(LAP),心排出量(CO),心脏每搏量(SV)],血液黏度及血脂水平变化、症状消失时间、安全性评价。**结果:**观察组患者的治疗总有效率95.00%(38/40)明显高于对照组的75.00%(30/40)($\chi^2=4.804, P<0.05$);治疗后两组患者证候均明显改善($P<0.05$),观察组患者的头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清证候评分均低于对照组($P<0.05$);两组患者的EEV和DHI-S评分均明显下降($P<0.05$),观察组EEV和DHI-S评分较对照组均明显减少($P<0.05$);两组患者的两侧双侧椎动脉(VA)和BA的V_m均明显升高,PI明显降低($P<0.05$),观察组患者的两侧VA和基底动脉(BA)的平均血流速度(V_m),搏动指数(PI)均优于对照组($P<0.05$);两组患者的MAP,CVP,RAP,LAP均明显较治疗前降低,CO,SV较治疗前增加($P<0.05$),观察组患者SV明显高于对照组($P<0.05$);两组患者的全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、及甘油三酯(TG),总胆固醇(TC),低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平均明显下降,高密度脂蛋白(HDL-C)明显升高($P<0.05$),观察组患者的血液黏度及血脂水平均明显优于对照组($P<0.05$);观察组患者头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清的消失时间均少于对照组($P<0.05$);两组患者均未发生严重不良反应。**结论:**痰瘀阻窍型老年后循环缺血性眩晕患者应用通脑丸进行治疗,可明显缓解患者眩晕症状,改善血流变学,提升椎基底动脉血流速度,改善脑供血异常情况,提高患者生活质量,不良反应少,安全性好,具有良好的治疗效果,值得临床推广应用。

[关键词] 通脑丸;后循环缺血性眩晕;痰瘀阻窍型;临床疗效;作用机制

[中图分类号] R285;R289;R22;R2-031 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)18-0117-07

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20201913

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200720.1341.006.html>

[网络出版日期] 2020-7-20 13:59

Therapeutic Effect and Mechanism of Tongnao Pills in Treating Senile Posterior Circulation Ischemic Vertigo with Phlegm and Blood Stasis Type

LI Zheng-jun, WANG Zheng-yan*, LEI Zuo-han

(Gansu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou 730050, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the curative effect and mechanism of Tongnao pill in the treatment of senile posterior circulation ischemic vertigo with phlegm and blood stasis type. **Method:** The 80 elderly patients with posterior circulation ischemic vertigo (phlegm and blood stasis type) admitted to Gansu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine were selected as the research subjects and were randomly divided into two

[收稿日期] 20200428(029)

[基金项目] 国家中医药管理局中医应用基础研究课题(zycj20150339);甘肃省科学技术厅青年基金项目(1706RJYA161)

[第一作者] 李正军, 硕士, 副主任医师, 从事中西医结合防治老年病研究, E-mail: zzzslc418@163.com

[通信作者] *王争艳, 博士, 主治医师, 从事中西医结合防治消化系统疾病研究, E-mail: 2024130523@qq.com

groups according to the hospital admission number. Those with odd numbers were classified into control group and those with even numbers were classified into observation group, with 40 cases in each group. All of the patients in both groups were given basic treatment, and the patients in control group additionally received intravenous infusion of vinpocetine on the basis of basic treatment, while the patients in observation group additionally received Tongnao pill on the basis of the treatment in control group. The clinical efficacy, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, European Evaluation of Vertigo (EEV) score, dizziness handicap inventory-screening (DHI-S) score, vertebral basilar artery average blood flow velocity (Vm) and pulsatility index (PI), hemodynamic changes [mean arterial pressure (MAP), central venous pressure (CVP), right atrial pressure (RAP), left atrial pressure (LAP), cardiac output (CO), cardiac stroke volume (SV)], changes in blood viscosity and blood lipid levels, symptom disappearance time, and safety of the two groups were compared. **Result:** The total effective rate in the observation group was 95.00% (38/40), significantly higher than 75.00% (30/40) in the control group ($\chi^2=4.804, P<0.05$). After treatment, the symptoms were significantly improved in both groups ($P<0.05$), and the scores of dizziness, nausea and vomiting, tinnitus and deafness, tiredness and fatigue in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$), the EEV and DHI-S scores were decreased significantly in both groups ($P<0.05$), and such scores in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), the Vm of bilateral vertebral artery (VA) and basilar artery (BA) on both sides were significantly increased in both groups, while the PI was significantly reduced ($P<0.05$), and these two indicators in the observation group were better than those in the control group ($P<0.05$), the MAP, CVP, RAP and LAP were significantly reduced in both groups after treatment, while the CO and SV were increased after treatment ($P<0.05$), and the SV of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). The high blood viscosity, low blood viscosity, plasma viscosity and TG, TC, LDL-C levels were decreased significantly while HDL-C increased significantly in both groups ($P<0.05$), and the blood viscosity and blood lipid levels in the observation group were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). The time to disappearance of dizziness, nausea, vomiting, tinnitus and deafness, malaise, fatigue, and confused mind in observation group was less than that in the control group ($P<0.05$), no serious adverse events occurred in both groups. **Conclusion:** Tongnao pills for the treatment of senile posterior circulation ischemic vertigo (phlegm and blood stasis type) can significantly alleviate the symptoms of vertigo, improve hemorrheology, increase the blood flow velocity of the vertebrobasilar artery, improve the abnormal blood supply to the brain, and improve the quality of life for patients, with fewer adverse reactions, high safety, and good therapeutic effect. Therefore, it is worth to be applied in clinical use.

[Key words] Tongnao pill; posterior circulation ischemic vertigo; phlegm and blood stasis type; clinical efficacy; mechanism

后循环缺血是指发生于大脑后循环部位即椎-基底动脉系统的短暂性脑缺血发作和脑梗死,是神经内科常见的一种缺血性脑血管疾病,约占缺血性脑血管病的20%^[1]。多由动脉硬化、血液黏度增加等原因引起后循环动脉系统堵塞或狭窄,导致脑干、小脑等组织供血不足,最终影响前庭功能,甚至产生运动错觉。临床以突然发作性的头晕、眩晕为主要表现,伴或不伴耳鸣、恶心呕吐、肢体麻木、运动障碍、共济失调、意识障碍等并发症,具有反复发作的特点。有调查表明,后循环缺血性眩晕约占神经内科眩晕的29%,老年人是易发病群体^[2]。如治

疗不及时可能引发并发症,降低了患者的生活质量,严重者还能威胁患者的生命健康。该病在中医学上属于“眩晕”“风眩”的范畴,病因病机复杂,临床分型较多,在整体思想和辨证论治的指导下,古代医家对眩晕的认识和诊疗形成了一套独有的体系。刘国安教授结合后循环缺血的罹患人群及发病机制,认为元气亏虚、痰瘀互结、扰乱清窍是本病重要的病机之一^[3],因而临床治疗应以补气活血、祛瘀化痰、祛风开窍为主。

通脑丸为甘肃省名中医刘国安主任医师的经验方,由补阳还五汤和半夏白术天麻汤加减而成,

以益气活血化瘀为主,兼顾祛风。其由黄芪、当归、川芎、水蛭、地龙、半夏、茯苓、白术、天麻、白蒺藜、僵蚕、葛根、石菖蒲、酸枣仁、甘草等中药材组成。方中以黄芪为君药,补气固表;以当归、川芎、半夏、天麻、白蒺藜、僵蚕为臣药,取补血活血祛瘀、祛风行气行血、燥湿化痰、消痞散结、息风止痉、祛风通络之功效;以白术、茯苓、地龙、水蛭、葛根、石菖蒲、酸枣仁为佐药,行燥湿健脾、通经活络、开窍豁痰、养心安神、清热等功效;以甘草为使药,健脾益气、调和诸药。近10年来,通脑丸在治疗脑血管疾病方面如脑梗死、颈动脉硬化、脑动脉硬化、腔隙性脑梗塞等多种疾病的效果已初步被诸多临床研究证实安全有效^[4]。观察甘肃省中医院临床应用通脑丸治疗老年后循环缺血性眩晕的疗效及机制,对甘肃省中医院自2018年3月至2019年10月收治的老年痰瘀阻窍型后循环缺血性眩晕患者采用通脑丸进行治疗,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将甘肃省中医院自2018年3月至2019年12月收治的80例老年痰瘀阻窍型后循环缺血性眩晕患者作为研究对象,按入院编号随机进行分组,单号对照组,双号观察组,每组40例。对照组,男22例,女18例;年龄60~83岁,平均年龄(72.64±2.38)岁。观察组,男25例,女15例;年龄在62~85岁,平均年龄(73.25±2.86)岁。本研究经甘肃省中医院伦理委员会审批通过,批准号GSSL-2018-013,入选患者或其家属均已签订知情同意书。两组患者的年龄、性别等基本资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2006年《中国后循环缺血的专家共识》的诊断标准^[5],①突然发作的眩晕,感自身或环境旋转、空间定向能力及平衡感下降,头位或体位改变时可诱发,有恶心、呕吐等症状。②有以下一种或多种症状和体征,包括头面部麻木、单侧或双侧肢体无力或麻木、肢体瘫痪、运动障碍、眼球震颤、视觉障碍、构音/吞咽障碍、声嘶、感觉异常、共济失调、短暂意识丧失和Horner综合征等。③TCD检查存在椎基底动脉狭窄、闭塞或血流动力学改变。④存在冠心病、高血压、糖尿病、高血脂、抽烟喝酒、肥胖等血管疾病危险因素。⑤排除耳源性、颈源性、偏头痛性、精神性、颅内占位、癫痫发作等其他类型的眩晕。

1.2.2 中医诊断标准 参照2008年《中医内科常见

诊疗指南·中医病证部分》^[6]和《中医内科学》^[7]痰瘀阻窍证的诊断标准,①头晕、眩晕,感自身或环境旋转,或自觉头晕、昏沉或晕胀不适,轻者闭目即止,重者如坐车船;严重者可出现头痛、恶心呕吐、汗出、面色苍白、耳鸣、眼球震颤、肢麻无力、行走不稳等症状。②痰瘀阻窍证,主症为头晕、眩晕或头重昏蒙;次证为头痛,视物旋转,胸闷恶心,呕吐痰涎,肢体沉重或麻木、刺痛,唇甲紫绀,肌肤甲错,皮肤如蚁行状,站立不稳或向一侧倾倒;舌质暗有瘀斑,舌体胖大有齿痕,苔白腻;脉滑或涩。符合主证、次证2项及以上、舌脉各1项即可确诊。

1.3 纳入标准 ①年龄在60~85岁,治疗依从性较好者;②符合中西医诊断标准者;③患者家属知晓治疗方案,签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①不符合纳入标准者;②急性脑出血、脑梗死、小脑梗死、脑干梗死、脑外伤等严重脑血管病者;③严重心血管疾病、肝肾功能不全者;④耳源性、颈源性、偏头痛性、精神性、颅内占位、癫痫发作等所致的眩晕者;⑤精神病患者;⑥对中药有禁忌症者;⑦家属配合度较差,治疗依从性较差者;⑧数据记录不完整,影响疗效判断者。

1.5 方法 两组均给予抗血小板聚集、扩血管、控制血压、血糖、降血脂、扩冠、稳定斑块等基础治疗。对照组给予长春西汀[河南润弘制药股份有限公司,国药准字H20010467,2 mL·(10 mg)⁻¹]20 mg加入0.9%氯化钠注射液250 mL缓慢静脉滴注,滴速不超过80滴/min,1次/d。观察组在对照组基础上加用通脑丸(甘肃省中医院制剂科,甘药制字Z20180002,生产批号180201,200粒/瓶),10粒/次,3次/d,餐后温水送服。两组均连续治疗14 d。

1.6 观察指标

1.6.1 临床疗效 ①痊愈,头晕、眩晕消失,临床症状和体征基本消失,证候积分减少≥90%;②显效,头晕、眩晕明显缓解,临床症状和体征显著改善,日常生活及工作不受影响,70%≤证候积分减少<90%;③有效,头晕、眩晕减轻,临床症状和体征缓解,日常生活和工作有影响,30%≤证候积分减少<70%;④无效,头晕、眩晕无改善,临床症状和体征无缓解或加重,证候积分减少<30%。治疗总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。证候积分比=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

1.6.2 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]中痰瘀阻窍证证候体征量化评分标准,从头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不

清等方面,评价患者证候改善情况,采用0~6分计分法,0分表示完全无症状,2分表示偶尔出现轻微症状,4分表示间断性出现较重症状,6分表示持续性出现较重症状,各项总分即为总评分,中医证候严重情况与得分呈正相关。

1.6.3 欧洲眩晕评分(EEV) EEV评估量表包括运动错觉、错觉持续时间、运动不耐受、植物神经症状、失衡5个评定指标,每个指标0~4分,总分0~20分,眩晕程度与分值高低呈正相关。

1.6.4 眩晕障碍量表的筛查表(DHI-S) DHI-S从眩晕程度及生活质量两方面、共10个指标进行评估,量化积分为无0分、偶发2分、频发4分,总分0~40分,分值越高表示眩晕程度越重、生活质量较差。

1.6.5 脑血流速度(TCD)检查 分别于治疗前、后行颅多普勒超声检查,观察记录双侧椎动脉(VA)和基底动脉(BA)的平均血流速度(Vm),搏动指数(PI)。

1.6.6 血流动力学指标 分别于治疗前、后,采用彩色多普勒超声心动图测定患者平均动脉压(MAP),中心静脉压(CVP),右房压(RAP),左房压(LAP),心排出量(CO),心脏每搏量(SV)。

1.6.7 血液流变学及血脂指标 治疗前、后取患者晨起空腹静脉血5 mL,测定全血高切黏度,全血低

切黏度,血浆黏度,总胆固醇(TC),甘油三酯(TG),低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C),高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平。

1.6.8 体征、症状消失时间 记录患者头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清等症状的消失时间。

1.6.9 安全性评价 记录治疗期间两组患者的不良反应发生情况,及血常规、肝肾功能、心电图检查情况。

1.7 统计学处理 将研究数据录入Excel表格建立数据库,选用SPSS 21.0进行数据统计分析,计量资料符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间、组内比较采用独立样本t检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者的治疗总有效率为95%(38/40)明显高于对照组的75%(30/40)($\chi^2 = 4.804, P < 0.05$);对照组,男性治疗总有效率为40.00%(16/40),女性治疗总有效率为35%(14/40),男女治疗总有效率比较无显著性差异;观察组,男性治疗总有效率为57.5%(23/40),女性治疗总有效率为37.5%(15/40),男女治疗总有效率比较差异无统计学意义。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups

组别	痊愈/例		显效/例		有效/例		无效/例		总有效/例(%)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
对照	7	5	4	6	5	3	6	4	16(40.0)	14(35.0)
观察	17	8	5	3	1	4	2	0	23(57.5)	15(37.5)

2.2 两组患者中医证候评分比较 治疗前,两组患者的头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清中医证候评分比较差异无统计学意义;治疗

后两组患者证候均较治疗前明显改善($P < 0.05$),观察组患者的证候评分均低于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者中医证候评分比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 2 Comparison of scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别	时间	头晕目眩	恶心呕吐	耳鸣耳聋	倦怠乏力	头蒙不清
对照	治疗前	4.15±1.21	4.01±1.12	3.89±1.06	3.61±0.94	3.68±0.96
	治疗后	1.58±0.53 ¹⁾	1.41±0.56 ¹⁾	1.14±0.42 ¹⁾	1.02±0.39 ¹⁾	1.07±0.40 ¹⁾
观察	治疗前	4.19±1.12	4.05±1.18	3.93±1.08	3.56±0.91	3.71±1.01
	治疗后	0.96±0.37 ^{1,2)}	0.87±0.32 ^{1,2)}	0.60±0.27 ^{1,2)}	0.57±0.24 ^{1,2)}	0.59±0.25 ^{1,2)}

注: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3~8同)。

2.3 两组患者EEV和DHI-S评分比较 治疗前,两组患者的EEV和DHI-S评分比较均无明显差

异;治疗后,两组患者EEV和DHI-S评分均显著降低($P < 0.05$);观察组患者的EEV和DHI-S评分明显

低于对照组 ($P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者EEV和DHI-S评分比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 3 Comparison of EEV and DHI-S scores between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$) 分

组别	时间	EEV	DHI-S
对照	治疗前	12.81±3.92	26.84±3.17
	治疗后	8.18±2.34 ¹⁾	14.25±2.86 ¹⁾
观察	治疗前	11.26±3.81	27.26±3.58
	治疗后	4.92±2.13 ^{1,2)}	10.13±2.31 ^{1,2)}

2.4 两组患者椎基底动脉Vm,PI比较 治疗前,两组患者的LVA,RVA,BA的Vm,I比较均无统计学意义;治疗后,两组患者的两侧VA和BA的Vm均明显高于治疗前,PI则明显低于治疗前 ($P < 0.05$);观察组患者的两侧VA和BA的Vm均显著高于对照组,PI低于对照组 ($P < 0.05$), 见表4,5。

2.5 两组血流动力学指标比较 治疗前,两组患者的MAP,CVP,RAP,LAP,CO,SV比较均无显著差异 ($P > 0.05$);治疗后,两组患者的MAP,CVP,RAP,

表6 两组血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 6 Comparison of hemodynamic indexes between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别	时间	MAP/mmHg	CVP/mmHg	RAP/mmHg	LAP/mmHg	CO/L·min ⁻¹	SV/mL/次
对照	治疗前	121.24±14.53	11.42±4.43	12.01±5.48	14.36±4.17	3.86±1.07	54.36±4.12
	治疗后	105.82±9.60 ¹⁾	6.37±3.21 ¹⁾	6.59±2.74 ¹⁾	7.78±2.74 ¹⁾	5.35±1.04 ¹⁾	70.38±2.76 ¹⁾
观察	治疗前	122.47±15.08	11.06±4.38	11.97±5.13	13.85±3.83	3.68±1.13	53.85±3.84
	治疗后	102.31±8.56 ¹⁾	6.05±2.19 ¹⁾	6.12±2.16 ¹⁾	7.05±2.16 ¹⁾	5.40±1.11 ¹⁾	78.19±2.17 ^{1,2)}

注: 1 mmHg≈0.133 kPa。

2.6 两组患者血液流变学及血脂指标比较 治疗前,两组患者的全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度及TG,TC,LDL-C,HDL-C水平比较均无统计学意义;治疗后,两组患者的全血高切黏度,全血低切黏度,血浆黏度,TG,TC,LDL-C均治疗前显著下降,HDL-C则明显上升 ($P < 0.05$);观察组患者的血液流变学指标及血脂水平均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。见表7,8。

2.7 两组患者体征和症状消失时间比较 治疗后,观察组患者头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清的消失时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表9。

2.8 不良反应 两组患者治疗期间均未发生与药物相关的严重不良反应。血常规、肝肾功能、心电图检查均未见异常。

表4 两组患者椎基底动脉Vm比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 4 Comparison of Vm of vertebrobasilar artery between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$) cm·s⁻¹

组别	时间	LVA	RVA	BA
对照	治疗前	22.64±6.15	22.52±6.27	33.21±6.18
	治疗后	26.86±6.71 ¹⁾	26.15±7.04 ¹⁾	36.34±6.82 ¹⁾
观察	治疗前	22.53±6.32	22.61±6.28	33.36±6.13
	治疗后	31.47±7.09 ^{1,2)}	30.86±7.13 ^{1,2)}	40.79±6.95 ^{1,2)}

表5 两组患者椎基底动脉PI比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 5 Comparison of PI of vertebrobasilar artery between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$) cm·s⁻¹

组别	时间	LVA	RVA	BA
对照	治疗前	1.14±0.35	1.13±0.36	1.24±0.39
	治疗后	0.96±0.24 ¹⁾	0.94±0.25 ¹⁾	1.02±0.28 ¹⁾
观察	治疗前	1.16±0.32	1.12±0.31	1.26±0.37
	治疗后	0.78±0.21 ^{1,2)}	0.73±0.20 ^{1,2)}	0.81±0.25 ^{1,2)}

LAP均明显较治疗前降低 ($P < 0.05$),CO,SV较治疗前增加 ($P < 0.05$);观察组患者的SV高于对照组 ($P < 0.05$), 见表6。

表7 两组患者血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 7 Comparison of blood rheology indexes between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$) mPa·s⁻¹

组别	时间	全血高切黏度	全血低切黏度	血浆黏度
对照	治疗前	7.42±0.43	11.74±1.13	2.01±0.18
	治疗后	6.77±0.21 ¹⁾	8.82±0.60 ¹⁾	1.59±0.12 ¹⁾
观察	治疗前	7.36±0.38	11.47±1.08	1.97±0.14
	治疗后	6.05±0.19 ^{1,2)}	7.31±0.56 ^{1,2)}	1.02±0.11 ^{1,2)}

表8 两组患者血脂指标比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 8 Comparison of blood lipid index between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$) mmol·L⁻¹

组别	时间	TG	TC	LDL-C	HDL-C
对照	治疗前	4.72±0.96	2.07±0.73	2.75±0.67	1.20±0.15
	治疗后	3.43±0.64 ¹⁾	1.32±0.34 ¹⁾	2.18±0.24 ¹⁾	1.57±0.14 ¹⁾
观察	治疗前	4.67±0.89	1.95±0.66	2.73±0.65	1.22±0.16
	治疗后	3.15±0.61 ^{1,2)}	1.21±0.28 ^{1,2)}	2.02±0.26 ^{1,2)}	1.68±0.13 ^{1,2)}

表9 两组患者体征和症状消失时间比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 9 Comparison of disappearance time of signs and symptoms between two groups($\bar{x} \pm s, n=40$)^d

组别	头晕目眩	恶心呕吐	耳鸣耳聋	倦怠乏力	头蒙不清
对照	6.47±0.63	7.57±0.69	7.28±0.84	4.49±0.53	5.38±0.46
观察	4.08±0.56 ¹⁾	5.02±0.53 ¹⁾	4.15±0.73 ¹⁾	2.86±0.41 ¹⁾	3.27±0.29 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾P<0.05。

3 讨论

后循环缺血性眩晕是中老年人常见的眩晕,占各种眩晕的60%以上,有高血压、高血脂、糖尿病、肥胖等危险因素的中老年人更易发病^[9]。由于后循环缺血多因动脉硬化、血液黏度增加等引发,因此有效抗动脉硬化,降低血液黏度,改善血液高黏特性是治疗该病重要措施。临床西医治疗以溶栓、抗凝、抗血小板聚集、脑保护、补液、扩血管、改善微循环等为主,尤其对急性期患者合理、及时的治疗措施能迅速缓解头晕等症状,但对非急性期的症状缓解疗效欠佳,且停药后易反复^[10]。而中医治疗,精髓讲究整体思想和辨证论治,在西医治疗的基础上辨证施治,从整体出发,固本培元,充分发挥中药的作用,能有效缓解症状,减轻患者痛苦,延缓病情发展,对预防复发也有较佳的效果。

中医学中并无“后循环缺血”的说法,根据该病的临床表现,当归属“眩晕”的范畴。本病病位在头窍,中医认为脑居于上,与髓汇集而成,属清窍,清气上于脑,则神思清明;若清气不开,则痰浊血瘀阻于脑,蒙蔽清窍,故可见眩晕、麻木等证^[11]。其病机较复杂,且与肝脾肾三脏病变均相关,多因内伤,以虚为本,常见如饮食不节、情志不遂、年老肾虚、久病体虚、跌仆损伤、痰瘀互结等均可引发,中医证型有风阳上扰、肝阳上亢、气血两虚、气虚血瘀、痰瘀阻窍、肾精不足^[12]。病理因素多为风、火、痰、瘀,其中痰瘀是机体气血津液运化障碍的病理产物,中医研究认为二者是导致眩晕的重要病理因素,在疾病的发展过程中两者互为因果,故痰瘀互结、瘀阻清窍为临床常见病机。老年人多元气亏虚、脾胃不健,脾失健运,则水谷精微不化,湿浊内停,聚而成痰,痰浊日久阻滞脉络,加上阴血不足,脉管失养,则血运不畅,血滞日久则成瘀血,痰瘀内阻致脑窍不畅,则脑窍失养、脑髓不充,发为眩晕^[13]。此外,风为百病之长,其性开泄、善行数变,易袭颠顶,也是引发眩晕的危险因素,故治疗当以补气活血、祛瘀化痰、祛风开窍为主。

通脑丸为甘肃名中医刘国安的经验方,具有益

气活血化瘀祛风之功效。现代药理学研究表明^[14-27],黄芪可抗氧化、抑制血小板黏附聚集、改善微循环、保护心肌等,能减轻脑梗死的神经炎症、神经元凋亡和氧化应激反应。当归挥发油能减轻内皮细胞损伤、保护心肌、降血脂、改善动脉粥样硬化等。川芎嗪能清除氧自由基、改善心肌缺血及脑缺血、再生造血细胞等。半夏可抗炎、镇咳、祛痰、平喘、止呕等,其水提液对内膜损伤的颈动脉粥样硬化血管有修复作用。蒺藜皂苷能抑制血小板聚集、降低炎症因子水平、减轻炎症反应、增强内皮细胞功能。白术、僵蚕、地龙、甘草具有抗氧化、免疫调节、抗血小板聚集、促纤溶、降糖、降压、降脂等作用。石菖蒲的有效成分β-细辛醚,对动脉粥样硬化大鼠可降低胆固醇及低密度脂蛋白水平,对高黏血症大鼠能降低全血低切黏度和血浆黏度,改善血液的高黏特性。天麻、酸枣仁具有镇静催眠、抗惊厥、抗眩晕、降脂、抗动脉粥样硬化、抗氧化等作用。因后循环缺血一般多由动脉硬化、血液黏度增加等原因引发,而通脑丸中多数药物都有抗血小板聚集、降血脂、改善动脉粥样硬化等作用,故将通脑丸用于后循环缺血可行有效的对因对症治疗,这也与通脑丸治疗脑血管疾病方面如脑梗死、动脉硬化等有较好疗效的研究相一致。

研究结果显示,观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组;治疗后患者各证候、指标均有所改善,观察组患者的头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清证候评分及EEV, DHI-S评分均低于对照组;观察组患者的两侧VA和BA的Vm高于对照组,PI低于对照组;观察组患者SV显著高于对照组;观察组患者的全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度及血脂水平均低于对照组;观察组患者头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、头蒙不清的症状消失时间均少于对照组;两组患者均未发生严重不良反应。结果表明,通脑丸能有效缓解眩晕症状,提高生活质量,改善脑供血异常状况,有较佳的临床治疗效果。

综上所述,痰瘀阻窍型老年后循环缺血性眩晕患者应用通脑丸进行治疗,可明显缓解患者眩晕症状,改善血液流变学,提升椎基底动脉血流速度,改善脑供血异常情况,提高患者生活质量,不良反应少,安全性好,具有良好的治疗效果,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 吴永,李玲,刘云,等. 眩晕灵治疗气虚血瘀型后循环缺血性眩晕的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(20): 3235-3238.
- [2] 乔红,杜杰,王辉. 丹葛汤辅助针灸治疗后循环缺血性眩晕对血流变学指标的影响[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(1): 200-202.
- [3] 史一丰,茅跃平. 脑安胶囊对老年后循环缺血性眩晕病人的临床疗效[J]. 实用老年医学, 2017, 31(9): 855-857.
- [4] 邴雅璐. 通脑丸治疗脑动脉硬化症的疗效及脑电图变化分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(30): 6285.
- [5] 李焰生. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 11(9): 786-787.
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 11-16.
- [7] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 273-279.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 55-58.
- [9] 苗玉敏. 益气活血汤结合针刺治疗老年缺血性眩晕疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(19): 2105-2108.
- [10] 何凤麟,陈泉,程平荣,等. 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[J]. 中国药业, 2019, 28(1): 54-56.
- [11] 葛晶,赵峰,张敬华,等. 化痰止眩方治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[J]. 中国中医急症, 2019, 28(4): 652-654, 670.
- [12] 朱兆武,朱瑞增. 补阳还五汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(13): 3110-3111.
- [13] 潘明,卢永屹,佟明亮,等. 后循环缺血性眩晕痰湿证不同兼证之间超敏C反应蛋白及纤维蛋白原水平比较研究[J]. 山东中医杂志, 2019, 38(2): 171-174.
- [14] 周龙云,田子睿,刘书芬,等. 黄芪对中枢神经系统的药理作用及毒理研究现状[J]. 中草药, 2018, 49(20): 4935-4944.
- [15] 吴国泰,王瑞琼,杜丽东,等. 当归挥发油药理作用研究进展[J]. 甘肃中医药大学学报, 2018, 35(4): 87-92.
- [16] 罗仁书,何治勇. 川芎有效成分药理作用的研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(9): 1294-1296.
- [17] 张明发,沈雅琴. 半夏提取物对呼吸和消化系统药理作用的研究进展[J]. 抗感染药学, 2017, 14(8): 1457-1462.
- [18] 黄志新,陶青,刘新通. 半夏在动脉粥样硬化颈动脉血管内膜损伤中的修复作用研究[J]. 现代医院, 2017, 17(7): 1053-1056.
- [19] 张成宸,石京山. 天麻的酚类成分及其中枢神经药理作用研究进展[J]. 中药药理与临床, 2019, 35(2): 167-174.
- [20] 赵外荣,施雯婷,郁丘婷,等. 蒺藜化学成分分析及其皂苷类成分对心血管疾病作用的实验研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2018, 32(4): 105-108.
- [21] 窦维华,陈燕,杨俊威,等. 虫类药治疗缺血性脑卒中临床研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(10): 142-144.
- [22] 张晓娟,左冬冬. 白术化学成分及药理作用研究新进展[J]. 中医药信息, 2018, 35(6): 101-106.
- [23] 肖移生,侯吉华,伍庆华,等. 地龙对大鼠大脑局灶性脑缺血损伤保护作用研究[J]. 中药药理与临床, 2009, 25(6): 62-64.
- [24] 李海峰,石若娜,韩文静,等. 石菖蒲药理作用及其机制的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(11): 2728-2730.
- [25] 吴启端,方永奇,陈奕芝,等. 石菖蒲挥发油及β-细辛醚对心血管的保护作用[J]. 中药新药与临床药理, 2005(4): 244-247.
- [26] 王浩博,梁华,李廷利,等. 酸枣仁汤神经精神药理作用及临床应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(12): 198-201.
- [27] 李冀,李想,曹明明,等. 甘草药理作用及药对配伍比例研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(7): 83-87.

[责任编辑 顾雪竹]