

生脉注射液联合灯盏花素注射液治疗椎基底动脉供血不足

张滨斌*, 李燕, 于维霞, 刘丽杰

(北京中医药大学东直门医院急诊科, 北京 100700)

[摘要] 目的:观察生脉注射液联合灯盏花素注射液治疗椎基底动脉供血不足的疗效。方法:将急诊就诊的 75 例患者随机分成治疗组 38 例和对照组 37 例,治疗组使用生脉注射液(60 mL + 生理盐水 250 mL, ivgtt)联合灯盏花素注射液(50 mg + 生理盐水 250 mL, ivgtt)治疗,对照组使用灯盏花素注射液治疗,两组均每天 1 次,连续治疗 1 周,观察疗效及进行中医证候及经颅超声多普勒(TCD)评定。结果:治疗组总有效率 94.74%,对照组总有效率 83.78%,两组总有效率比较无显著性差异。但经中医证候疗效积分评定及 TCD 的测定,两组有显著性差异,治疗组对中医证候的改善及对脑血流的改善明显优于对照组。结论:生脉注射液联合灯盏花素注射液能显著改善椎基底动脉的血液循环,益气活血法是治疗椎基底动脉供血不足的根本方法之一。

[关键词] 椎基底动脉供血不足;生脉注射液;灯盏花素注射液;疗效观察;益气活血法

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)20-0285-03

椎-基底动脉供血不足 (Vertebrobasilar Insufficiency, 简称 VBI), 是中老年最常见的缺血性脑血管疾病之一,也是急诊的常见病之一。它主要是由于动脉硬化、椎动脉受压、血流黏稠度增加等因素使血流动力学紊乱,引起脑血流灌注下降,进而引起的相应灌注区供血不足的状态。椎-基底动脉系统主要供应大脑后 2/5 (枕叶、颞叶底部)、脑干、小脑和丘脑后部的血管。其病损后引起的常见临床症状是:眩晕、耳鸣、伴恶心呕吐、心悸汗出等症状,同时可伴有吞咽困难、言语不清、共济失调、眼肌麻痹、复视、视物模糊等脑干损伤的体征。它常见于老年人,且反复发作,影响日常的生活和工作。本观察使用生脉注射液联合灯盏花素注射液治疗 38 例患者,取得了较满意的疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2010 年 2 月至 2010 年 12 月在我院急诊科就诊的 VBI 患者 112 例,结合头颅 CT, MRI, TCD 检查,符合入组标准的有 75 例患者,随机分成治疗组 38 例,对照组 37 例。治疗组年龄最小 40 岁,最大 75 岁,平均(62.21 ± 11.43)岁;对照组年龄最小 41 岁,最大 75 岁,平均(61.21 ± 9.67)岁;治疗组男女比例为 1:1.5,对照组男女比例为 1:1.8;治疗组平均中医证候积分(16.18 ± 3.46),对照

组平均积分为(17.64 ± 3.79);以超声多普勒(TCD)检测仪,用 2MHZ 探头探测左右椎动脉(VA)及基底动脉(BA)的血流速度,观察平均峰流速(Vm)的变化。治疗组椎动脉平均流速最低 19 cm·s⁻¹,最高 65 cm·s⁻¹,基底动脉平均流速最低 23 cm·s⁻¹,最高 55 cm·s⁻¹;对照组椎动脉平均流速最低 20 cm·s⁻¹,最高 68 cm·s⁻¹;基底动脉平均流速最低 23 cm·s⁻¹,最高 69 cm·s⁻¹。两组在性别、年龄、中医证候积分、椎动脉、基底动脉的平均峰流速测定等方面经统计学处理差异无显著性,具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 中医诊断标准 参照 1993 年国家卫生部制定颁发的《中药新药临床研究指导原则》的眩晕的诊断标准^[1]:①主症为典型的眩晕症状:自身有旋转或晃动感,或目眩;或视景物有旋转感;或自觉头晕、昏沉或晕胀不适。②可有反复发作史。

1.2.2 西医诊断标准 参照文献^[2]。年龄 40 岁以上;符合脑血管发病规律,慢性起病逐渐加重,或急性发作,常呈反复发作;发作性、体位性眩晕,常伴视觉症状及恶心呕吐等植物神经症状;体征有眼震、共济失调、构音障碍等;颈椎 X 片或颈椎 CT 提示颈椎肥大性改变或椎间孔变窄;经颅 TCD 示椎基底动脉供血不足;排除其他疾病所致的眩晕,如脑肿瘤、脑出血、美尼尔病等;同时年龄 ≤ 75 岁,并且初次发病或发病 1 周以内未使用药物治疗者。

1.3 治疗方法 选取于急诊就诊的 VBI 患者 75 例,随机分为治疗组 38 例,对照组 37 例。治疗组给予生脉注射液联合灯盏花素注射液治疗,对照组则

[收稿日期] 2011-07-04

[通讯作者] *张滨斌,主治医师,博士,从事急诊的临床诊疗及科研教学, Tel: 010-84013120, E-mail: wendydoctor@yahoo.com.cn

仅给予灯盏花素注射液治疗。生脉注射液的使用方法是 在 250 mL 生理盐水中加入生脉注射液 60 mL (江苏苏中药业生产,批号 09120403),灯盏花素注射液的使用是在 250 mL 的生理盐水中加入灯盏花素 50 mg(昆明龙津药业生产,批号 20100209)。每天使用 1 次,连续使用 1 周。治疗前后分别给予中医证候观察表的评估和 TCD 的测定。

1.4 疗效评价

1.4.1 根据《中药新药临床研究指导原则》中眩晕的中医临床疗效评定标准^[1]:临床治愈:眩晕等症状消失;显效:眩晕等症状明显减轻,头微有昏沉或头晕目眩轻微,但不伴有自身或景物的旋转、晃动感,可正常生活及工作;有效:头晕或眩晕减轻,伴有轻微的自身或景物的旋转、晃动感,虽能坚持工作,但生活和工作受影响;无效:头昏沉及眩晕等症状无改善或反而加重。

1.4.2 中医证候量表评分 结合中医及西医的诊断标准,及椎基底动脉供血不足的常见症状,制定中医证候观察表,主要包括头昏沉、视物旋转、心悸、耳鸣耳聋、胸闷、神疲乏力在内等共 26 项症状。将症状按照程度由轻至重,分别拟定为无:0 分;轻度:1 分;中度:2 分;重度:3 分,进行评分后最后计算证候总积分。进行治疗前后的对比。

1.4.3 TCD 评定 分别于治疗前后进行左右椎动脉、基底动脉的平均峰流速的测定并进行对比。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 17.0 软件,计量资料采用 *t* 检验,组内比较即治疗前后比较用配对样本 *t* 检验,组间比较用独立样本 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组总疗效比较 治疗组总有效率为 94.74%,对照组总有效率为 83.78%,两组总有效率比较无显著性差异,见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	38	21	11	4	2	94.74
对照	37	14	9	8	6	83.78

2.2 两组中医证候积分比较 两组治疗后中医证候积分均比治疗前明显降低($P < 0.01$),治疗后治疗组积分为(3.97 ± 3.09),对照组积分为(6.97 ± 4.26),经比较疗效有显著差别($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较

组别	例数	中医证候积分	
		治疗前	治疗后
治疗	38	16.18 ± 3.46	3.97 ± 3.09 ^{1,2)}
对照	37	17.64 ± 3.79	6.97 ± 4.26 ¹⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。(表 4 同)。

2.3 对中医症状的改善比较 经过治疗,治疗组和对照组对头昏沉、视物旋转、心悸、胸闷等中医症状均有明显的改善,但对于心悸、胸闷、神疲乏力及多梦症状的改善,治疗组的疗效要明显优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组中医症状改善比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗(38)		对照(37)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
头昏沉	1.68 ± 0.79	0.36 ± 0.49 ²⁾	1.57 ± 0.97	0.52 ± 0.73 ²⁾
视物旋转	1.80 ± 0.91	0.24 ± 0.44 ²⁾	1.61 ± 0.71	0.59 ± 0.54 ²⁾
心悸	1.36 ± 1.08	0.44 ± 0.65 ^{2,3)}	1.22 ± 0.99	0.91 ± 0.79 ¹⁾
胸闷	1.68 ± 1.06	0.64 ± 0.64 ^{2,3)}	1.48 ± 1.04	1.26 ± 0.92 ¹⁾
呕吐	1.76 ± 0.78	0.08 ± 0.28 ²⁾	1.52 ± 0.87	0.12 ± 0.29 ²⁾
神疲乏力	1.68 ± 0.88	0.88 ± 0.74 ^{2,3)}	1.87 ± 1.03	1.13 ± 0.78 ²⁾
多梦	1.24 ± 0.94	0.64 ± 0.85 ^{2,3)}	1.17 ± 1.03	0.99 ± 0.86 ¹⁾
腰膝酸软	0.57 ± 0.79	0.27 ± 0.51 ¹⁾	0.67 ± 0.78	0.35 ± 0.58 ¹⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$ 。

2.2.4 两组 TCD 测定值比较 治疗后,两组椎动脉和基底动脉的平均峰流速均有明显的改善,治疗组和对照组比较,治疗组对于左侧椎动脉平均峰流速的改善更有效($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗后 TCD 比较

分组	时间	椎动脉/cm·s ⁻¹		基底动脉/cm·s ⁻¹
		左侧	右侧	
治疗	治疗前	32.79 ± 10.81	32.08 ± 10.41	39.29 ± 10.04
	治疗后	37.26 ± 6.81 ^{2,3)}	36.26 ± 6.44 ¹⁾	42.39 ± 6.45 ²⁾
对照	治疗前	35.45 ± 12.17	34.29 ± 10.04	38.35 ± 9.33
	治疗后	36.32 ± 8.18 ¹⁾	35.54 ± 7.26 ¹⁾	41.24 ± 6.78 ²⁾

3 讨论

椎-基底动脉供血不足是一种常见的缺血性脑血管疾病,突然发生的眩晕或头晕,伴或不伴有视物的旋转,同时伴有心悸、汗出、恶心呕吐等表现,是椎-基底动脉供血不足的主要表现,同时还会因脑干

及大脑缺血而引起视力模糊、复视,出现黑蒙等。至于其病因目前主要包括血栓一栓塞学说和血流动力学性末梢低灌学说。现代药物治疗多采用扩张血管、改善脑血液供应,降低血液黏稠度等综合措施,以提高脑组织的耐缺氧能力,改善脑细胞代谢,促进脑功能恢复。

灯盏花素注射液的主要成分是黄酮类等多种化合物,现代药理研究证明其可以增加脑血流量,改善脑微循环,抑制血小板聚集,迅速改善供血,已经被证实治疗椎-基底动脉供血不足方面有较明确的疗效^[3-4]。

生脉注射液是由中医经方生脉散剂型加工提取而成的注射液,具有益气养阴,复脉固脱之作用。现代研究证明,其可增加抗缺氧能力和应激能力,减少氧自由基生成,改善脑灌注,还有研究^[5]证明其可促进前列腺素合成,促进纤溶过程。其与灯盏花素注射液联合治疗椎基底动脉供血不足,既可以扩张血管,改善血管痉挛状态,改善缺血后的脑灌注,还可以抑制血小板聚集,促进纤溶,降低血黏度,改善血液流变性,取得更好的治疗协同作用。本观察中2药联合的治疗效果体现在三个方面,其一是总有效率达到了94.74%,与单纯使用灯盏花素治疗对比,在疗效方面有优势,虽临床疗效经比较无显著性差异,但考虑是否可以扩大样本量再行观察,或许会有更好的结果。其二是在改善脑血流灌注,改善椎动脉平均峰流速方面与对照组比较有显著差异;此外,在改善中医症状方面,生脉注射液联合灯盏花素注射液也达到更好的疗效。

椎-基底动脉供血不足属中医“眩晕”、“厥证”等的范畴,古代中医有“无风不作眩”、“无痰不作眩”和“无虚不作眩”“无瘀不作眩”之理论,结合此理论,在治疗上,多采用平肝潜阳、燥湿化痰、祛瘀生新、通血活络、以及补气养血、填髓充脑等方法,均可取效。而笔者认为,“痰”、“风”、“瘀”等因素固然是眩晕的主要病理因素,但最根本的病理基础是“虚”。张景岳对“因虚致眩”有着充分的认识和描述:“头眩虽属上眩,然不能无涉及于下。盖上虚者,

阳中之阳虚也;下虚也者,阴中之阳虚也……阳中之阳虚者,宜治其气……阴中之阳虚也,宜补其精。”此中之虚,既涉及到了具有行血、化生之功能的阳气的虚乏,也涵盖了具有滋润、充养作用的血、阴津及肾精的不足及耗损,这也正是现代人椎-基底动脉供血不足的主要病理基础。流调学的研究提示,椎基底动脉供血不足的患者年龄主要为40~80岁的人群,而尤以老年人居多。年老之人,脏器渐衰,而中年人工作压力较大,劳心伤脾,精血暗耗,气虚运化失常,气血生化乏源,清阳不升则头目不荣;肝肾阴虚,水不涵木,浮阳不潜而亢而化风,上扰清窍;脾胃虚弱,水谷不能尽化,留而为痰为饮,上蒙清窍;气虚运血无力,血行缓慢,终致瘀阻脉络,脑窍不利而目眩头昏。因此“虚”乃一切之根源,一方面不仅导致清阳不升,精血不足无以濡养脑窍,同时还可因虚生瘀,生痰、生风等而进一步加重眩晕。因此在治疗中,顾其本,补其虚,则会得到事半功倍的效果。本观察中生脉注射液益气养阴,补虚扶正,配合灯盏花素活血通络,二者联合相辅相成,益气活血,既培本亦祛瘀,经过临床验证确为治疗椎-基底动脉供血不足的主要方法。

[参考文献]

- [1] 中药新药治疗眩晕的临床研究指导原则,《中药新药临床研究指导原则》第一辑,中华人民共和国卫生部编,1993:24,25.
- [2] 黄如训.《临床神经病学》[M].北京:人民卫生出版社,1996.
- [3] 陈宏贤,赵新梅,李俊岐.灯盏细辛注射液治疗椎动脉型颈椎病29例[J].广东医学,2008,29(2):325.
- [4] 张柏明,彭淑芬,杨敏怡.灯盏花素治疗椎基底动脉供血不足眩晕临床分析[J].基层医学论坛,2008,5(12):458.
- [5] 张青.生脉注射液治疗生脉注射液治疗新生儿缺氧缺血性脑病合并心肌损害临床研究[J].山西医药杂志,2001,30(2):113.

[责任编辑 何伟]