

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.01.002

通窍活血汤联合西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床研究

孙雪美

沈阳市第七人民医院, 沈阳 110000

摘要 目的 探讨通窍活血汤联合西药长春西汀治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床疗效。方法 将本院就诊的 110 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者随机分为治疗组和对照组, 其中对照组 50 例, 给予西药长春西汀常规治疗; 治疗组 60 例, 给予通窍活血汤联合长春西汀治疗; 2 组疗程均为 4 周。比较 2 组临床总有效率; 观察 2 组治疗前后颈动脉内膜中层厚度(IMT)、欧洲眩晕评价量表(EEV)评分、症状评分、血液流变学、血液动力学及血管内皮功能等指标的变化。结果 治疗后, 治疗组临床总有效率显著高于对照组($P < 0.05$); 2 组 IMT、EEV 评分、症状评分、血液流变学指标、血流动力学指标及血管内皮功能均显著改善($P < 0.05$), 且治疗组改善程度明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 通窍活血汤联合西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕效果优于单用西药, 能够明显改善血管内皮功能, 降低血液黏稠度, 改善椎-基底动脉供血, 值得临床进一步研究与推广。

关键词 椎-基底动脉供血不足; 眩晕; 通窍活血汤; 血管内皮功能; 血液流变学; 血液动力学

Clinical Study of Tongqiao Huoxue Decoction Combined with Western Medicine in the Treatment of Vertebrobasilar Insufficiency Vertigo

SUN Xuemei

The Seventh People's Hospital of Shenyang City, Shenyang 110000, China

Abstract Objective To investigate the clinical effect of Tongqiao Huoxue decoction combined with vinpocetine in the treatment of vertebrobasilar insufficiency vertigo. **Methods** A total of 110 patients with vertebrobasilar insufficiency vertigo were randomly divided into treatment group ($n=60$) and control group ($n=50$). The control group was given the routine treatment of vinpocetine and the treatment group was treated with Tongqiao Huoxue decoction combined with vinpocetine. The course of treatment in both groups was 4 weeks. The total effective rate of the two groups was compared. The changes of carotid intima-media thickness(IMT), European evaluation of vertigo(EEV) scores, symptom scores, hemorheology, hemodynamics and vascular endothelial function indexes were observed in both groups before and after treatment. **Results** After treatment, the total effective rate in the treatment group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). The IMT, EEV scores, symptom scores, hemorheology, hemodynamics and vascular endothelial function indexes of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of the treatment group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Tongqiao Huoxue decoction combined with western medicine in the treatment of vertebrobasilar insufficiency vertigo can obviously improve vascular endothelial cell function, reduce blood viscosity and improve vertebrobasilar artery blood supply. It is worthy of further clinical research and promotion.

Key words vertebro-basilar artery insufficiency; vertigo; Tongqiao Huoxue decoction; vascular endothelial function; hemorheology; hemodynamics

椎-基底动脉供血不足(vertebrobasilar insufficiency, VBI)性眩晕是临床常见的神经系统病症, 临床

表现主要为发作性眩晕、恶心欲呕、共济失调等,常反复发作,缠绵难愈,容易导致急性脑血管疾病的发生。因此,早期诊断、早期治疗 VBI 性眩晕对于预防和降低脑血管意外具有重要意义。现代医学治疗本病的方式主要为降压、调脂、降糖、抗凝、扩血管、改善微循环等,虽在一定程度上能缓解因供血不足引起的脑缺血症状,但长期疗效并不显著,且药物毒副作用较大。中医通过整体观念和辨证论治,从整体出发,以活血化瘀、理气祛湿为治疗原则,减缓椎-基底动脉血管内膜硬化进程,在提高临床疗效、改善症状、减少疾病复发等方面有着明显优势^[1]。本研究探讨通窍活血汤联合西药治疗 VBI 性眩晕的临床效果,旨在为中西医结合治疗 VBI 性眩晕提供新的思路和方法,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2014 年 2 月—2017 年 6 月期间于本院住院治疗的 VBI 性眩晕患者 110 例,通过随机数字表法随机分为对照组和治疗组。其中,对照组 50 例,男 22 例,女 23 例;年龄 40~72 岁,平均年龄(46.28±9.22)岁;病程 1~2 年,平均病程(0.83±0.29)年。治疗组 60 例,男 30 例,女 30 例;年龄 39~71 岁,平均年龄(46.28±8.76)岁;病程 1~3 年,平均病程(0.72±0.34)年。2 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。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:西医诊断标准符合椎-基底动脉供血不足性眩晕的疾病诊断标准^[2],经颅多普勒超声(TCD)检查确诊为椎-基底动脉供血不足,并有眩晕症状;中医诊断标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]中关于眩晕的诊断。

排除标准:耳源性眩晕;脑部占位性病变;急性脑梗死或脑出血;妊娠或哺乳期妇女;精神障碍,不能配合治疗者;关节严重畸形、无劳动能力者。

1.3 治疗方法

2 组患者均给予改善脑供血、抗动脉粥样硬化等常规西医治疗。对照组采用注射用长春西汀(山西普德药业有限公司,国药准字 H20040410)治疗,20 mg/次,溶于 200 ml 5%葡萄糖注射液中,1 次/日,静脉滴注。治疗组在对照组基础上给予通窍活血汤治疗,方剂组成为赤芍 3 g,川芎 3 g,桃仁 9 g,红枣 10 g,红花 9 g,鲜姜 9 g(切碎),麝香 0.15 g(绢包)。1 剂/日,水煎煮,早晚温服。2 组疗程均为 4 周。

1.4 观察指标与疗效判定标准

疗效判定根据文献^[3]进行,其中显效:TCD 检查显示动脉血流速度显著改善,达到正常水平,头晕、恶心及眩晕症状消失;有效:眩晕相关症状明显缓解,不适感减轻,TCD 检查示血流状态明显改善;无效:眩晕症状改善不显著,TCD 检查无改善。总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

观察治疗前后 2 组颈动脉内膜中层厚度(IMT)、欧洲眩晕评价量表(EEV)评分、症状(头晕、恶心、呕吐、耳鸣、乏力等)评分的变化。采集患者清晨空腹静脉血 4 ml,检测 2 组血浆黏度、红细胞压积、纤维蛋白原等血液流变学指标以及血清 NO、ET-1 等血管内皮功能指标,其中 NO 采用比色法检测,ET-1 应用放射免疫法检测。分别评价 2 组治疗前后椎动脉、基底动脉的血流动力学改变,包括平均血流速度(V_m)和搏动指数(PI)等指标的变化。

1.5 统计学处理

应用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床总有效率比较

治疗后,对照组总有效率为 60.00%,治疗组总有效率为 96.67%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组血液流变学指标比较

治疗后,2 组血浆黏度、红细胞压积、纤维蛋白原等血液流变学指标均较前下降($P<0.05$),且治疗组上述指标显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组血管内皮功能指标比较

治疗后,2 组 NO 水平较治疗前显著升高($P<0.05$),ET-1 水平显著降低($P<0.05$),且治疗组上述指标显著优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 2 组症状评分比较

治疗后,治疗组头晕、恶心、呕吐、耳鸣、乏力等各项症状评分均明显低于治疗前及对照组($P<0.05$)。见表 4。

2.5 2 组 IMT 及 EEV 评分比较

治疗后,2 组 IMT 及 EEV 评分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组上述指标明显低于对照组($P<0.05$)。见表 5。

2.6 2 组椎-基底动脉 Vm 和 PI 比较

治疗组上述指标改善程度显著大于对照组 ($P < 0.05$)。见表 6。

治疗后, 2 组椎-基底动脉 Vm 较治疗前显著升高 ($P < 0.05$), 椎-基底动脉 PI 显著降低 ($P < 0.05$), 且

表 1 2 组患者临床总有效率比较(例, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	20	10	20	30(60.00)
治疗组	60	45	13	2	58(96.67) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$ 表 2 2 组患者血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	血浆黏度(mPa · s ⁻¹)	红细胞压积(%)	纤维蛋白原(g · L ⁻¹)
对照组	50	治疗前	1.62 ± 0.51	50.64 ± 6.24	3.91 ± 0.61
		治疗后	1.40 ± 0.42*	47.36 ± 5.54*	3.22 ± 0.53*
治疗组	60	治疗前	1.65 ± 0.39	49.79 ± 4.68	3.82 ± 0.59
		治疗后	1.21 ± 0.21* [△]	42.83 ± 3.66* [△]	2.64 ± 0.24* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$ 表 3 2 组患者血管内皮功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	NO($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	ET-1($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)
对照组	50	治疗前	44.56 ± 6.21	114.52 ± 10.63
		治疗后	47.34 ± 5.45*	106.56 ± 10.54*
治疗组	60	治疗前	43.65 ± 4.62	115.67 ± 9.68
		治疗后	58.65 ± 3.64* [△]	95.45 ± 8.56* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$ 表 4 2 组患者症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	头晕	恶心	呕吐	耳鸣	乏力
对照组	50	治疗前	0.86 ± 0.23	0.78 ± 0.21	1.12 ± 0.28	2.02 ± 0.61	1.68 ± 0.43
		治疗后	0.78 ± 0.19	0.65 ± 0.14	0.95 ± 0.25	1.87 ± 0.55	1.53 ± 0.41
治疗组	60	治疗前	0.85 ± 0.24	0.79 ± 0.20	1.13 ± 0.30	1.99 ± 0.59	1.66 ± 0.44
		治疗后	0.66 ± 0.14* [△]	0.52 ± 0.11* [△]	0.90 ± 0.18* [△]	1.63 ± 0.49* [△]	1.32 ± 0.27* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$ 表 5 2 组患者 IMT、EEV 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	IMT(mm)	EEV 评分(分)
对照组	50	治疗前	1.26 ± 0.42	16.20 ± 2.20
		治疗后	1.12 ± 0.23*	10.30 ± 2.40*
治疗组	60	治疗前	1.28 ± 0.15	15.40 ± 3.10
		治疗后	0.87 ± 0.06* [△]	8.40 ± 1.20* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$ 表 6 2 组患者椎-基底动脉 Vm、PI 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	椎动脉 Vm(cm/s)	基底动脉 Vm(cm/s)	椎动脉 PI	基底动脉 PI
对照组	50	治疗前	16.89 ± 4.26	18.27 ± 6.09	1.23 ± 0.16	1.27 ± 0.06
		治疗后	22.45 ± 6.21*	23.45 ± 5.15*	0.82 ± 0.12*	0.87 ± 0.05*
治疗组	60	治疗前	17.57 ± 5.02	19.42 ± 4.26	1.14 ± 0.13	1.28 ± 0.03
		治疗后	28.43 ± 6.78* [△]	28.65 ± 3.26* [△]	0.68 ± 0.02* [△]	0.66 ± 0.01* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

随着社会生活方式的改变, VBI 性眩晕发病率逐年上升, 其发病原因主要为椎-基底动脉供血系统异常, 导致脑部结构如脑干、大脑、小脑等组织缺血发生, 进而产生神经缺损表现, 其中以眩晕为首发症状, 还可伴恶心、呕吐、头昏晕沉、视物模糊等。且眩晕常反复发作, 迁延难愈, 对患者生活质量造成重大影响。若得不到及时、有效的治疗, VBI 性眩晕容易发展为脑血管疾病, 如脑出血、脑梗死等, 严重影响患者生命健康与预后。VBI 性眩晕的主要病理变化为椎-基底动脉严重缺血或狭窄, 造成大脑缺血从而引发头晕眼花等症状, 研究^[4]表明, 眩晕的反复发作会造成严重的神经功能缺损或障碍。因此, 改善椎-基底动脉供血, 减缓动脉硬化进程对于治疗 VBI 性眩晕尤为重要。然而, 单纯西医治疗 VBI 性眩晕的疗效并不理想, 文献^[5]研究表明, 中西医结合治疗 VBI 性眩晕疗效显著。

中医认为, VBI 性眩晕的病机主要为肝、脾、肾三脏受累, 气、血、痰、瘀、水互结于体内, 导致气机升降失常, 造成血液运行无力。本病本虚标实、虚实夹杂, 而血瘀、气滞、水湿为 VBI 性眩晕主要致病因素, 治疗上主要以活血行气为主, 以改善局部血管微循环, 从而保证椎-基底动脉血供正常。袁明等^[6]以活血、祛瘀、止眩为法治疗 VBI 性眩晕, 取得了满意疗效。本研究中通窍活血汤具有活血化瘀、通窍活络的作用, 可改善椎-基底动脉血液供应。方中桃仁、红花活血化瘀; 赤芍养阴化瘀, 凉血止痛; 川芎行气活血; 麝香芳

香开窍; 诸药合用, 共奏通窍活血、化瘀通络之功。本研究结果显示, 通窍活血汤联合长春西汀治疗 VBI 性眩晕效果明显优于单纯西医治疗, 治疗后, 2 组 IMT、EEV 评分、症状评分、血液流变学指标、血流动力学指标及血管内皮功能均有显著改善, 且治疗组改善程度明显优于对照组, 说明应用通窍活血汤联合长春西汀治疗 VBI 性眩晕可明显改善患者预后。

综上所述, 通窍活血汤加减联合西药治疗 VBI 性眩晕疗效显著, 能够明显改善椎-基底动脉供血, 调节血管内皮细胞功能, 降低血液黏稠度, 值得临床应用。

参 考 文 献

- [1] 方显明, 黄红英. 中医药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管杂志, 2003, 1(10): 602-603.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 37-38.
- [4] 朱翠婷, 鞠奕. 脑血管疾病与眩晕或头晕[J]. 中国卒中杂志, 2018, 13(3): 284-288.
- [5] 李雨, 吴明华. 椎基底动脉供血不足性眩晕的临床研究进展[J]. 吉林中医药, 2009, 29(1): 86-88.
- [6] 袁明, 钟的灵, 王成. 祛瘀活血止眩汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 62 例疗效观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(4): 506, 518.

(收稿日期: 2018-11-15)

文题的规范

文题是论文的必要组成部分, 它是读者识别论文并判断是否需要阅读的主要依据。因此, 文题的作用十分重要, 务必字斟句酌, 细心推敲。文题的用字要求简洁、明了, 能概括论文主要内容, 并便于标引和检索。一般使用充分反映文章主题内容的短语, 不使用具有主、谓、宾结构的完整语句, 不使用标点。中文题名一般不宜超过 20 字, 如语意未尽, 则可借助于副标题(可在总标题之后用圆括号括出, 也可在副标题前加破折号示之)予以补充。文题应避免使用非公知公认的缩略语、字符和代号, 尽量不出现结构式和数学式等, 也不宜将原形词和缩略语同时列出。虚词应尽可能不用, 避免使用“……的研究”、“……的探讨”、“……的体会”、“……的报告”等非特定词。说明文题的重要信息不应遗漏, 可在文题右上角加“*”号, 然后在文题页下方划一横线, 与作者信息一起, 予以注释。