doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.05.003

# 补虚涤痰汤治疗老年气虚痰阻型椎-基底动脉供血不足性眩晕临床研究

任莎莎

郑州市第十六人民医院老年医学科,郑州 452470

**摘要 目的** 观察补虚涤痰汤治疗老年气虚痰阻型椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床疗效。**方法** 将 98 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者随机分为对照组和观察组,每组 49 例。2 组均给予尼莫地平治疗,在此基础上,观察组加用补虚涤痰汤治疗。2 组均治疗 1 个月。统计 2 组治疗后临床疗效,比较 2 组左椎动脉(left vertebral artery,LVA)、右椎动脉(right vertebral artery,RVA)、基底动脉(basilar artery,BA)的平均血流速度及眩晕症状评分、生活质量评分、焦虑评分、抑郁评分等指标。**结果** 治疗后,观察组总有效率为 95.92%,显著高于对照组的 83.67%($P<0.05$)。2 组 LVA、RVA、BA 平均血流速度均较治疗前提高($P<0.05$),且观察组上述指标均高于对照组($P<0.05$)。2 组 VSS-C 评分均低于治疗前($P<0.05$),SF-36 评分均高于治疗前($P<0.05$);且观察组 VSS-C 评分低于对照组($P<0.05$),SF-36 评分高于对照组($P<0.05$)。2 组 HAMA 评分及 HAMD 评分均低于治疗前($P<0.05$),且观察组上述评分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 补虚涤痰汤治疗老年气虚痰阻型椎-基底动脉供血不足性眩晕疗效显著,其能加快患者脑部血流速度,改善眩晕症状,解除焦虑、抑郁等不良情绪,提高生活质量。

**关键词** 椎-基底动脉供血不足;眩晕;尼莫地平;补虚涤痰汤

**中图分类号** R277.7 **文献标识码** A

## Clinical Study of Buxu Ditan Decoction for Treatment of Vertebro-basilar Artery Insufficiency Vertigo with Qi Deficiency and Phlegm Stasis in the Aged

REN Shasha

*Department of Geriatrics, Zhengzhou Sixteenth People's Hospital, Zhengzhou 452470, China*

**Abstract Objective** To observe the clinical efficacy of Buxu Ditan decoction in the treatment of senile vertebro-basilar artery insufficiency vertigo with qi deficiency and phlegm stasis. **Methods** A total of 98 patients with vertebro-basilar artery insufficiency vertigo were randomly divided into control group and observation group, with 49 cases in each group. Both groups were treated with nimodipine. On this basis, the observation group was treated with Buxu Ditan decoction. Both groups were treated for one month. The clinical efficacy, mean blood flow velocity of left vertebral artery(LVA), right vertebral artery(RVA) and basilar artery(BA), vertigo symptom scores, quality of life scores, anxiety scores and depression scores were compared in both groups. **Results** After treatment, the total effective rate of the observation group was 95.92%, which was higher than that of the control group($P<0.05$). The mean blood flow velocity of LVA, RVA and BA in the two groups were all higher than those before treatment($P<0.05$), and those in the observation group were higher than the control group($P<0.05$). The VSS-C scores of the two groups were lower than those before treatment($P<0.05$), while the SF-36 scores were higher than those before treatment($P<0.05$). The VSS-C scores of observation group were lower than those of control group($P<0.05$), and the SF-36 scores were higher than the control group($P<0.05$). The HAMA and HAMD scores in the two groups were all lower than those before treatment($P<0.05$), and the above scores in the obser-

vation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Buxu Ditan decoction has a remarkable effect on the treatment of vertebro-basilar artery insufficiency vertigo with qi deficiency and phlegm stasis in the elderly. It can speed up the blood flow of the brain, improve the symptoms of vertigo, relieve anxiety, depression and other adverse emotions, and improve the quality of life.

**Key words** vertebro-basilar artery insufficiency; vertigo; nimodipine; Buxu Ditan decoction

眩晕是临床常见疾病，临床表现为患者自觉自身或外界旋转，常伴有平衡障碍。本病发病机制复杂，涉及前庭神经系统、本体感觉系统、视觉系统等的功能障碍，临床治疗具有一定难度。椎-基底动脉供血不足是导致眩晕的常见原因。调查发现，椎-基底动脉供血不足性眩晕好发于 40 岁以上人群，随年龄增长发病率有升高趋势，且病情容易反复发作，缠绵难愈，严重者可能导致急性脑血管疾病，危及生命安全。本病多见于老年患者，由于老年人群机体功能退化，眩晕导致其出现平衡障碍，增加摔倒的风险，进而带来其他安全隐患[1]。近年来，中西医结合的方式在眩晕的治疗中取得了较为显著的效果，本研究探讨补虚涤痰汤治疗老年气虚痰阻型椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床疗效，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2017 年 12 月—2019 年 12 月本院收治的老年气虚痰阻型椎-基底动脉供血不足性眩晕患者 98 例，按随机数字表法分为观察组和对照组，每组 49 例。观察组男 26 例，女 23 例；年龄 60～75 岁，平均(67.15±5.21)岁；病程 6～24 个月，平均(18.29±4.16)个月。对照组男 25 例，女 24 例；年龄 60～77 岁，平均(67.84±5.17)岁；病程 6.5～25 个月，平均(19.07±4.21)个月。2 组一般资料比较，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：年龄≥60 岁；符合《实用神经病学》[2]中椎-基底动脉供血不足性眩晕的诊断标准，即患者多因体位变动而发病，起病突然，视物旋转，可伴有恶心、呕吐，或一过性共济失调、眼震，复视等，头颅 CT 或 MRI 证实后循环供血障碍；气虚痰阻证型符合《中医内科学》[3]诊断标准，即头重昏蒙，视物旋转，胸闷、食少，呕吐痰涎，神疲倦怠，乏力、自汗，心悸失眠，面色无华，舌淡白，脉濡滑。

排除标准：其他原因导致的眩晕；伴有未得到良好控制的糖尿病、高血压等；对治疗用药过敏；合并精神类疾病；合并其他系统严重疾病。

### 1.3 治疗方法

2 组均叮嘱低盐、低脂饮食，注意劳逸结合。对照组予以尼莫地平片(亚宝药业集团股份有限公司，国药准字 H14022821)口服，20 mg/次，3 次/d。在此基础上，观察组加用补虚涤痰汤，方药组成为黄芪 20 g，法半夏 10 g，石菖蒲 15 g，远志 10 g，泽泻 10 g，白术 10 g，神曲 12 g，陈皮 10 g，茯苓 10 g，川芎 10 g，天麻 10 g，山楂 12 g，生姜 10 g，大枣 10 g。水煎取汁 400 mL，200 mL/次，早晚温服。2 组均治疗 1 个月后评价疗效。

### 1.4 观察指标与疗效判定

采用经颅多普勒彩超测定 2 组患者左椎动脉(left vertebral artery，LVA)、右椎动脉(right vertebral artery，RVA)、基底动脉(basilar artery，BA)的平均血流速度。

参照汉化眩晕症状量表(vertigo syndrome scale 中文版，VSS-C 量表)[4]评价 2 组患者眩晕症状，共计 12 个评分项目，每项 0～4 分，分值越高表示眩晕症状越严重。参照健康调查简表(SF-36)评价 2 组患者生活质量，共 8 个维度，各维度分数累加得到原始分数，再经过标准公式转换，分值 0～100 分，分值越高表示患者生活质量越好。

焦虑评分参照汉密尔顿焦虑量表(HAMA)，<7 分为无焦虑；1～14 分为可能焦虑；15～21 分为确诊焦虑；22～29 分为明显焦虑；>29 分为严重焦虑。抑郁评分参照汉密尔顿抑郁量表(HAMD)，总分<8 分表示无抑郁；8～20 分表示可能抑郁；21～35 分表示确诊抑郁；>35 分表示严重抑郁。

疗效标准参照文献[5]制定，其中治愈：症状、体征及有关实验室检查基本正常；好转：症状及体征减轻，实验室检查有所改善；未愈：症状、体征无改变。总有效率＝[(治愈＋好转)例数/总例数]×100%。

### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 23.0 统计学软件对数据进行分析处理，计量资料以均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，采用 $t$ 检验；计数资料以率(%)表示，采用 $\chi^2$ 检验；以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组总有效率比较

治疗后，观察组总有效率显著高于对照组（$P<0.05$）。见表 1。

### 2.2 2 组 LVA、RVA、BA 平均血流速度比较

治疗前，2 组患者 LVA、RVA、BA 平均血流速度比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组 LVA、RVA、BA 平均血流速度均较治疗前显著升高（$P<0.05$）；且观察组上述指标均显著高于对照组（$P<0.05$）。见表 2。

**表 1** 2 组患者总有效率比较（$n=49$，例，%）

| 组别 | 治愈 | 好转 | 未愈 | 总有效率 |
|---|---|---|---|---|
| 对照组 | 28 | 13 | 8 | 41(83.67) |
| 观察组 | 32 | 15 | 2 | 47(95.92)△ |

与对照组比较△ $P<0.05$

**表 2** 2 组治疗前后 LVA、RVA、BA 平均血流速度比较（$n=49$，cm/s，$\bar{x}\pm s$）

| 组别 | 时间 | LVA | RVA | BA |
|---|---|---|---|---|
| 对照组 | 治疗前 | 30.17±2.44 | 30.09±2.38 | 39.84±3.51 |
| | 治疗后 | 32.35±3.87* | 32.58±3.64* | 43.19±5.17* |
| 观察组 | 治疗前 | 29.93±2.35 | 29.97±2.41 | 40.53±3.47 |
| | 治疗后 | 36.46±4.51*△ | 35.96±4.37*△ | 47.41±5.23*△ |

与治疗前比较* $P<0.05$；与对照组比较△ $P<0.05$

### 2.3 2 组 VSS-C 评分及 SF-36 评分比较

治疗前，2 组患者 VSS-C 评分、SF-36 评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组 VSS-C 评分均较治疗前降低（$P<0.05$）、SF-36 评分均较治疗前升高（$P<0.05$）；且观察组 VSS-C 评分低于对照组（$P<0.05$），SF-36 评分高于对照组（$P<0.05$）。见表 3。

**表 3** 2 组治疗前后 VSS-C、SF-36 评分比较（$n=49$，分，$\bar{x}\pm s$）

| 组别 | 时间 | VSS-C 评分 | SF-36 评分 |
|---|---|---|---|
| 对照组 | 治疗前 | 22.58±1.57 | 59.16±10.83 |
| | 治疗后 | 16.59±1.24* | 65.43±12.32* |
| 观察组 | 治疗前 | 22.36±1.45 | 58.69±11.25 |
| | 治疗后 | 11.82±1.17*△ | 74.62±13.41*△ |

与治疗前比较* $P<0.05$；与对照组比较△ $P<0.05$

### 2.4 2 组 HAMA 及 HAMD 评分比较

治疗前，2 组患者 HAMA 及 HAMD 评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组 HAMA 及 HAMD 评分均较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组上述评分均低于对照组（$P<0.05$）。见表 4。

**表 4** 2 组治疗前后 HAMA 及 HAMD 评分比较（$n=49$，分，$\bar{x}\pm s$）

| 组别 | 时间 | HAMA 评分 | HAMD 评分 |
|---|---|---|---|
| 对照组 | 治疗前 | 22.95±5.17 | 22.18±4.17 |
| | 治疗后 | 13.08±1.24* | 14.86±2.64* |
| 观察组 | 治疗前 | 23.19±5.23 | 21.45±4.63 |
| | 治疗后 | 10.20±1.17*△ | 11.13±2.51*△ |

与治疗前比较* $P<0.05$；与对照组比较△ $P<0.05$

## 3 讨论

椎-基底动脉供血不足性眩晕是中老年人常见的缺血性脑血管病，由于动脉硬化、血黏度增高及颈椎病变等多种因素造成椎-基底动脉管腔变窄、血液流动速度缓慢，脑供血不足而出现眩晕等症状。研究发现椎-基底动脉供血不足性眩晕的发病与年龄、性别、文化程度、既往病史、血脂、血压等因素相关[6-7]。由于椎动脉在骨管内弯曲穿行，而老年患者多合并颈椎退行性病变，椎动脉容易受到压迫，从而导致血流量降低，相应灌注区供血障碍；当过度劳累、情绪异常、体位变换、气候异常时，极易引发眩晕，出现视物旋转、恶心、呕吐、肢体麻木等表现。此外，眩晕又可以导致恐惧、焦虑，而合并焦虑、抑郁的眩晕患者在病情严重程度、复发率等方面明显高于尚未合并不良情绪的患者，由此可见，不良情绪与眩晕二者相互影响，形成恶性循环，对老年患者生活质量造成严重影响[8]。

目前，西医治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕以扩张动脉血管、改善微循环、增加供血等为基本原则，常给予改善脑代谢、钙离子阻滞剂、抑制前庭兴奋等药物。本研究对照组采用尼莫地平片治疗，该药为钙离子拮抗剂，可扩张脑血管，缓解脑血管痉挛，改善脑部血液循环，但由于老年患者常合并基础疾病，眩晕治疗过程较长，影响用药依从性。对于眩晕的治疗，祖国医学具有较为悠久的历史，“眩”指眼前发黑，“晕”指头晕或感觉自身或外界景物旋转，二者常并见，故称之为“眩晕”。《内经》最早称本病为“眩冒”，认为眩

晕为肝之所主，与髓海不足、血虚、邪中等因素有关。祖国医学认为导致眩晕的病因包括情志不畅、饮食不节、年老体虚及外伤跌打等，病机有虚实两端，虚者以气血亏虚为主，实者则以外邪及痰湿扰乱清窍为主，治疗当分清虚实。结合老年患者生理病理特点，随着年龄增长，脏腑机能逐渐下降，脾胃运化失司，则气血生化乏源，气血亏虚，痰浊中阻，易致清窍失养。百病多由痰作祟，张仲景指出痰饮是眩晕的重要致病因素，《丹溪心法·头晕》云“无痰则不作眩”。由此可见，气虚痰阻是老年椎-基底动脉供血不足性眩晕的重要病机，贯穿疾病始终，其中气血亏虚是本，痰瘀阻滞为标。相关研究[9]发现，痰湿是椎-基底动脉供血不足性眩晕重要致病因素之一，约占全部证型 40%以上，与中医认识基本一致。

本研究所用补虚涤痰汤以半夏白术天麻汤为基础化裁而来。方中黄芪补中益气，以治本虚。现代研究发现黄芪具有扩张血管、降低血管阻力、保护血管内皮细胞及改善微循环等多种作用，在治疗心脑血管疾病中应用较为广泛[10]。方中半夏燥湿化痰，降逆止呕；天麻平肝熄风，止眩；此二味为治疗痰浊眩晕之要药。白术、茯苓健脾理气，祛湿化痰，治生痰之源；陈皮、泽泻利水渗湿；川芎理气活血；石菖蒲开窍化痰；山楂、神曲消食化痰；远志祛痰，宁心安神；生姜、大枣调和脾胃，生姜又可制半夏之毒；全方合用，可使气血充盈，痰湿得化，脉道自通，诸症自除。

本研究结果显示，观察组治疗总有效率高于对照组，说明补虚涤痰汤联合西药可起到增效作用。观察组椎-基底动脉血流速度均高于对照组，说明补虚涤痰汤的作用机制可能与改善局部血液循环有关，值得进一步探讨。在不良情绪方面，观察组焦虑、抑郁评分均低于对照组，说明在消除不良情绪方面，联合用药更具优势。观察组生活质量评分高于对照组，眩晕评分低于对照组，说明在改善老年患者生活质量及眩晕症状方面，中西医结合治疗更具优势。

综上，补虚涤痰汤治疗老年气虚痰阻型椎-基底动脉供血不足性眩晕疗效显著，可改善血流速度，消除不良情绪，提高生活质量，值得推广应用。

## 参 考 文 献

[1] 刘旭辉，冯亚群，郑常龙. 老年人眩晕的流行病学调查与相关因素分析[J]. 临床医学工程，2013，20(7)：895-896.

[2] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 3 版. 北京：人民卫生出版社，2005：114.

[3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2004：311-312.

[4] 邓真，元唯安，王辉昊，等. 眩晕症状量表的汉化及信效度和反应度检验[J]. 浙江大学学报(医学版)，2015，44(2)：138-144.

[5] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准：ZYT001. 1-94[S]. 南京：南京大学出版社，1994：38.

[6] 王艳玲. 老年椎-基底动脉供血不足性眩晕的病因探讨[J]. 山东医药，2005，45(28)：44-45.

[7] 王新琳. 椎基底动脉供血不足性眩晕相关因素回顾性分析[D]. 天津：天津医科大学，2020.

[8] 巫庆荣，张道培，张淑玲. 焦虑抑郁状态对眩晕发作影响的对照研究[J]. 中外医疗，2011，30(22)：87-88.

[9] 李燕梅，金芳芳，周红霞. 椎-基底动脉供血不足性眩晕中医证型研究[J]. 中医研究，2010，23(12)：37-38.

[10] 张小鸿，徐先祥，汪宁卿. 黄芪保护血管内皮细胞作用机制研究进展[J]. 中国药学杂志，2013，48(18)：1526-1530.

(收稿日期：2020-07-17)