

表 2 火把花根治疗组疗效与 IgAN 病理类型的关系 (例)

临床类型	例数	显效	好转	无效
I	12	6	5	1
II	24	8	12	4
III	15	2	8	5
IV	9	2	2	5
合 计	60	18	27	15

表 3 两组疗效比较

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率 (%)
火把花根组	60	18	27	15	75.0
雷公藤组	34	8	17	9	73.5

病的中草药制剂,火把花根片有较好的抗炎作用,能抑制毛细血管通透性,减少渗出,抑制增生,具有较强的免疫抑制剂的效应。IgA 肾病的病理特征是以肾小球系膜区有 IgA 或以 IgA 为主的免疫复合物沉积及局灶节段或弥漫性系膜增生为特征表现^[4,5]。因此,我们选用火把花根片治疗 IgAN 取得较好疗效,总有效率为 75.0%,与雷公藤多苷片(总有效率为 73.5%)比较未见显著差异($P>0.05$)。本研究还发现,火把花根片疗效与 IgAN 的临床和病理类型有关,从临床类型看,无症状性尿异常疗效最好,

而肾炎综合征疗效最差;从病理类型看,I~II 级疗效优于 III~IV 级,病理损害越重,疗效越差。

火把花根片治疗的 60 例疗程中仅 2 例出现轻度白细胞减少,而雷公藤组疗程中发现白细胞减少 3 例,肝功能异常(谷丙转氨酶升高)2 例,停经 3 例,脱发 1 例。表明与雷公藤多苷片相比,火把花根片有“低毒”的优势。

火把花根片是治疗 IgA 肾病的一种高效低毒的中草药制剂,能否取代疗效不可靠且副作用大的糖皮质激素、细胞毒类药物,更广泛地治疗各种肾小球肾炎,需作进一步的临床观察。

参考文献:

[1] 黎磊石,李莉,刘志红.我国系膜 IgA 肾病[J].中华肾脏病杂志,1989,5(1):49.
[2] 刘志红.原发性系膜 IgA 肾病[J].肾脏病与透析肾移植杂志,1993,2(1):99.
[3] 毕增祺,李学旺,何祖根,等.IgA 肾病 40 例临床病理分析[J].中华内科杂志,1984,23(3):136.
[4] 李晖,陈庆荣,董德长.雷公藤治疗 IgA 肾病的疗效观察[J].上海医学,1993,16(4):223-224.
[5] 王旭翔,程晓霞,王永钧,等.112 例 IgA 肾病患者的病理特点和临床分析[J].浙江医学,2000,22(3):155.

天麻钩藤饮治疗椎基底动脉供血不足 30 例疗效观察

康景华

(天津医科大学总医院,天津 300052)

中图分类号: R285.64 文献标识码: B 文章编号: 0253-2670(2001)09-0826-02

椎基底动脉供血不足是以发作性眩晕为主要临床表现的脑血管病,属于祖国医学眩晕范畴,为中老年常见病之一,在脑卒中的预防、治疗方面值得高度重视。近 3 年来,我们运用天麻钩藤饮加减治疗椎基底动脉供血不足 30 例,收到较好效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本组 30 例,其中男性 12 例,女性 18 例,均为门诊病人,年龄 45~65 岁,平均年龄 51 岁,病程 5d~10 年。其中合并高脂血症 15 例,糖尿病 8 例,高血压病 10 例,冠心病 10 例,脑动脉硬化 25 例。所有病例均经脑多谱勒(TCD)检测明确诊断为

椎基底动脉供血不足的短暂性脑缺血发作,选择病例除外眼、耳、鼻所致的眩晕。

1.2 诊断与病例的选择:根据中华医学会第二次全国脑血管病学术会议制订的“短暂性脑缺血发作”的有关诊断标准辅佐诊断。凡符合中医辨证肝阳上亢型,结合 TCD 检测综合考虑,纳入应选病例。临床症状、体征:眩晕耳鸣,头痛且胀,每因烦恼或恼怒而头晕、头痛加剧,面时潮红,急躁易怒,少寐多梦,口苦,舌质红,苔黄,脉弦等证候。

1.3 观察指标:观察患者治疗前后临床症状、体征;所有病例治疗前均应用美国产 TC2020 超声经颅 TCD 检测仪检测,测定颅内主要动脉血流速度,经

收稿日期: 2001-03-08
作者简介: 康景华 (1947-),女,河北省易县人,中医副主任医师,学士学位。1970 年从事医务工作。研究方向:中医内科。Tel (022) 27816110-2435

枕窗检测双侧椎动脉 (LV_A RV_A) 基底动脉 (Ba) 血流动力学情况。疗程结束后,复查以上各项指标。

1.4 治疗方法:平肝潜阳为主,兼以滋肾清火化痰熄风,以天麻钩藤饮为基本方。处方:天麻 9 g,钩藤 25 g (后下),石决明 24 g,山栀子 9 g,黄芩 9 g,川牛膝 9 g,杜仲 9 g,桑寄生 15 g,夜交藤 15 g,赤芍 10 g,川芎 15 g,丹参 30 g。每日 1 剂,水煎取汁 300 mL 分 2 次服。连续服药 2 周为 1 个疗程,4 个疗程后评定疗效,并随访 1 年。

1.5 疗效评定标准:症状、体征消失, TCD 指标检测正常, 1 年内无复发者为痊愈;症状、体征有明显好转, TCD 检测指标较前有显著改善, 1 年内有 2

次以下发作者为显效;症状、体征改善, TCD 指标改善不明显, 1 年内有 2~10 次发作者为好转;症状、体征无改善, 1 年以内发作 10 次以上者为无效。

2 结果

椎基底动脉供血不足症 30 例,经治疗痊愈 4 例,显效 5 例,有效 15 例,无效 6 例,总有效率 80%,说明该药对缓解椎基底动脉供血不足而引起的发作性眩晕症确有疗效(见表 1)。治疗前椎基底动脉平均流速低于健康人指标,治疗后双侧椎动脉血流速度明显增高 ($P < 0.01$ 或 0.05),基底动脉血流速度也有升高,但统计学处理无显著差异(见表 2)。

表 1 用药前后临床体征变化(例)

	例数	眩晕	耳鸣	头痛	易怒	面部潮红	口苦	舌红	苔黄
治疗前	30	30	20	20	26	24	20	25	28
治疗后	30	6	9	8	5	6	8	20	18

表 2 用药前后 V_{BA} B_A 平均流速 (cm/s)

	例数	B _A	LV _A	RV _A
治疗前	30	27.13±3.23	23.2±2.53	23.53±1.92
治疗后	30	29.36±5.52	25.2±4.02	26.43±4.14*

与治疗前比较: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

3 讨论

椎基底动脉供血不足引起发作性眩晕症是临床上的常见病、多发病,现代医学认为椎基底动脉供血不足的病因、病理主要是:动脉粥样硬化、高血压、颈椎病造成椎基底动脉痉挛、缺血所致^[1],是脑卒中的一种重要危险因素,临床以眩晕为主要表现。

祖国医学认为,肝阳上亢型眩晕大都因为素体阳盛;或肾阴素亏,不能养肝,肝阴不足,水不涵木,木少滋荣,于是“血之与气,并走于上,则为大厥”(《素问·调经论》);或长期忧郁恼怒,气郁化火,风阳升动,无以制约,大怒伤肝,血随肝气上逆,“使人薄厥”(《素问·生气通天论》)。正如《临证指南医案·眩晕门·华岫云按》说:“诸风掉眩,皆属于肝,头为诸阳之首,耳目口鼻皆系清空之窍,所患眩晕者,非外来之邪,乃肝胆之气上昌耳,甚则昏厥跌仆之虞”。肝阳上亢型眩晕风阳上亢是其标,肝肾阴虚是其本,阴虚阳亢是其主要病机。治宜平肝潜阳为主,兼以滋补肝肾,清肝泻火。方用天麻钩藤饮加减。方中既有平肝潜阳之天麻、钩藤,亦有引血下行之牛膝,既有滋补肝肾之寄生、杜仲,又佐清肝泻火之黄芩、栀子。活血之川芎乃血中气药,化痰之丹参虽活血而又养血,配伍组合以平肝潜

阳、清肝补肾化痰以熄风。

短暂性脑缺血发作是中老年人常见疾患之一,但 CT、MRI(核磁共振)检查阳性率却较低,而 TCD 检测对脑椎基动脉血的诊断、定位预后判断提供了客观依据,指导早期治疗,对预防脑梗死发生具有重要价值^[2]。为防止脑卒中的发生,临证时我们将辨证与辨病相结合,凡眩晕病人均做 TCD 检测,对符合脑椎基底动脉供血不足,又具备肝阳上亢型眩晕的 30 例患者,运用天麻钩藤饮加减进行治疗。能明显改善椎基底动脉供血不足病人的自觉症状,缓解眩晕发作(有效率 80%)。患者用药后椎动脉、基底动脉的血流速度的改变证明,该药有助改善椎基底动脉的供血不足。从表 2 可见,用药前病人的脑椎基底动脉平均血流速度均低于正常值,而用药后均有所升高,与治疗前比较有显著意义,提示该药有改善脑血流速度的作用。因观察病人较少,临床症状的改善与 TCD 检测是否成正相关,有待深入研究证实。

参考文献:

- [1] 卓健,丁露茜,曾道华.老年人椎基底动脉缺血临床表现[J].中风与神经杂志,1994,11(5):307.
- [2] 郭红敏.短暂性脑缺血发作患者的经颅多普勒检测及评价[J].卒中与神经疾病,2000,7(1):54.