

中西医结合优化治疗眩晕症的临床观察

邵义泽, 王会民, 赵文莉

天津市南开医院 神经内科, 天津 300199

摘要: **目的** 探讨比较西医、中西医结合治疗眩晕症的效果。**方法** 选取本院门诊及住院治疗的眩晕症患者 120 例, 随机分为试验组和对照组, 各 60 例。对照组给予前列地尔、长春西汀、氟桂利嗪、倍他司汀西药治疗, 试验组在此基础上, 根据中医辨证分型口服中药汤剂。**结果** 眩晕视觉评分 (visual analog scale, VAS)、头晕障碍量表 (dizziness handicap inventory, DHI) 评分试验组较对照组减低更明显, 试验组总有效率 93.33%, 对照组总有效率 81.67%, 两组比较统计学有显著性差异 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗眩晕症可显著提高疗效。

关键词: 眩晕症; 中西医结合治疗; 疗效; 眩晕视觉评分; 头晕障碍量表

中图分类号: R285.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 0253-2670(2014)07-0982-03

DOI: 10.7501/j.issn.0253-2670.2014.07.016

Clinical obserbation on vertigo treatment of integrative traditional Chinese and Western medicine

SHAO Yi-ze, WANG Hui-min, ZHAO Wen-li

Department of Neurology, Tianjin Nankai Hospital, Tianjin 300199, China

Abstract: **Objective** To evaluate the effect of clinical Western medicine and integrative traditional Chinese and Western medicine on vertigo. **Methods** One hundred and twenty outpatients and inpatients suffered vertigo participated in the trial. Randomly, 60 cases were distributed into test group, and the other 60 cases were selected into control group. The patients in control group were given Alprostadil, Vinpocetine, Flunarizine, and Betahistine. The patients in test group, based on dialectical type, took Chinese herb decoction individually. **Results** Visual analog scale (VAS) and dizziness handicap inventory (DHI) score results in the test group were significantly lower than those in the control group. The total effective rate of the test group was 93.33%. In the control group, the total effective rate of Western medicine was 81.67%. There was a significant statistical difference ($P < 0.05$) between the two groups. **Conclusion** The therapy by integrative traditional Chinese and Western medicine could significantly improve the efficacy in vertigo treatment.

Key words: vertigo; therapy by integrative traditional Chinese and Western medicine; efficacy; visual analog scale; dizziness handicap inventory

眩晕症是神经内科就诊患者中常见的主诉之一, 而引起眩晕的疾病涉及神经科、耳鼻喉科、内科、精神疾病及某些全身性疾病等众多学科^[1]。随着理论和检查技术的进步, 绝大多数眩晕已能确诊, 但临床工作中, 仍有部分眩晕的病因不明确, 诊断和治疗困难^[2]。本研究旨在探讨眩晕的中西医结合优化治疗, 以达到西医辨病中医辨证目的, 以期提高对眩晕的诊治水平。

1 材料与方法

1.1 研究对象

病例选自 2011 年 10 月至 2013 年 6 月本院门诊

及住院病人共 120 例。所有病人分别经头 MRI、CT、颈椎像、TCD、前庭功能检查明确西医诊断^[3]。其中脑梗死 (小脑、脑干) 18 例、脑动脉硬化症及后循环缺血 56 例、梅尼埃病 24 例、病因不清前庭反复眩晕发作 16 例、良性位置性眩晕 6 例。由计算机产生随机数字表, 按随机数字的大小顺序排列, 前 60 个为试验组 (中西医结合组), 后 60 个为对照组 (西药组)。患者通过抽签的方式被随机分为两组, 其中试验组 60 例, 男 31 例, 女 29 例, 发病年龄 41~76 岁, 平均年龄 (52.17±12.2) 岁, 病程 2 周~11 年, 平均 5.4 年; 对照组 60 例, 男 27 例, 女 33

收稿日期: 2014-03-03

基金项目: 天津市中医药管理局中医中西医结合科研专项基金 (11022)

作者简介: 邵义泽, 男, 主任医师, 教授, 硕士生导师, 主要从事脑血管病临床研究。Tel: (022)27435564 E-mail: yizeshao@126.com

例, 发病年龄 43~74 岁, 平均年龄 (49.28 ± 16.2) 岁, 病程 3 周~12 年, 平均 4.9 年。两组患者年龄、性别、病因、症状严重程度等临床资料, 经统计学处理无显著差异, 具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 西医诊断标准按照《眩晕的临床诊断和治疗流程建议》^[3]制定; 中医诊断标准按照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。

1.2.2 中医辨证分型标准 证型诊断参考《中医诊断学》^[5]的八纲辨证、气血津液辨证、脏腑辨证及《中医病证诊断疗效标准》^[6]中眩晕的证候分类, 删除与其他证候相似或不具有特殊性的表征, 以及无法操作和确定的表征, 拟定辨证要素。

1.2.3 病例纳入标准 ①年龄 18~85 岁; ②符合中医、西医眩晕的诊断。

1.2.4 病例排除标准 ①有意识障碍、失语、痴呆等不能配合临床调查者; ②有严重精神疾病者。

1.3 治疗方法

试验组采用辨证与辨病、中药^[7-8]加西药治疗^[2,9]相结合。①肝阳上亢, 风阳上扰型 14 例, 治以平肝潜阳, 清火熄风, 方用天麻钩藤饮合龙胆泻肝汤加减。②肝肾阴虚, 风阳翕张型 7 例, 治以育阴潜阳定眩, 方用大定风珠合杞菊地黄丸加减。③痰浊中阻, 清窍被蒙型 13 例, 治以健脾燥湿, 化痰熄风, 方用半夏白术天麻汤加减。④瘀血内阻, 脉络闭塞型 17 例, 治以活血化瘀, 通络定眩, 方用血府逐瘀汤加减。⑤气血亏虚, 清窍失养型 9 例, 治以益气养血, 补益心脾, 方用归脾汤合八珍汤加减。试验组给予西药联合相应方剂治疗, 中药汤剂水煎服, 每剂 200 mL, 每日 1 剂; 并静脉给予前列地尔 10 μ g、长春西汀 30 mg, 1 次/d; 睡前口服氟桂利嗪 1 次 5 mg; 口服倍他司汀 12 mg, 3 次/d。

对照组单纯给予上述西药治疗。

1.4 疗效判定标准

眩晕视觉评分 (visual analog scale, VAS) 即在纸上画一条 10 cm 的横线, 横线的一端为 0, 表示无症状; 另一端为 10, 表示症状最严重; 中间部分表示症状的不同程度。让病人根据自我感觉在横线上划一记号。

头晕障碍量表 (dizziness handicap inventory, DHI) ^[10]评分是国内最常用的评价眩晕患者日常生活能力的量表。DHI 用于定量分析患者对眩晕的感

知, 是一项评价眩晕对日常生活的参与性及生活质量的影响的测量指标, 分数越高, 眩晕对患者的影响越大。

完全缓解: 眩晕及其他伴随症状完全消失; 显效: 眩晕及其他伴随症状明显减轻 > 70%; 有效: 眩晕症状减轻 > 50%; 无效: 临床症状无改善; 总有效率为完全缓解、显效、有效例数总和与总例数的百分比。

1.5 数据处理

采用 SPSS 12.0 统计软件对相关数据进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

两组患者治疗前后 VAS 及 DHI 评分结果见表 1。两组患者 VAS、DHI 评分治疗后较治疗前均明显降低 ($P < 0.05$ 、 0.01), 试验组治疗后与对照组治疗后比较, VAS 和 DHI 评分均显著降低 ($P < 0.05$)。两组临床疗效结果见表 2。试验组总有效率 93.33%, 高于对照组总有效率 81.67%, 两组总有效率比较, 差异显著 ($P < 0.05$)。

表 1 两组 VAS 和 DHI 评分结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison on VAS and DHI score results between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		VAS	DHI
试验	60	治疗前	8.38 ± 0.92	63.47 ± 11.94
		治疗后	$1.47 \pm 1.81^{**\#}$	$13.63 \pm 14.13^{*\#}$
对照	60	治疗前	8.25 ± 0.97	66.63 ± 11.58
		治疗后	$2.13 \pm 2.27^{**}$	$18.90 \pm 19.46^{**}$

与本组治疗前比较: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较: # $P < 0.05$

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ vs pre-treatment of same group; # $P < 0.05$ vs post-treatment of control group

表 2 两组疗效比较

Table 2 Comparison on treatment efficacy between two groups

组别	例数	完全缓解 / 显效 / 有效 / 无效 / 总有效率 /				
		例	例	例	例	%
试验	60	28	16	12	4	93.33 [#]
对照	60	24	14	11	11	81.67

与对照组比较: # $P < 0.05$

$P < 0.05$ vs control group

3 讨论

眩晕症大致分为前庭性与非前庭性两大类。前庭神经系统病变 (包括末梢器、前庭神经及其中枢) 引起眩晕者, 常见疾病包括耳源性眩晕如梅尼埃

病。血管性眩晕常见病因有动脉粥样硬化所致脑梗死、椎-基底动脉供血不足(VBI)、颈椎病等。虽疾病不同,但导致眩晕的机制类似,都会引起内耳前庭区域缺血缺氧,同时急性脑缺血后脑组织的 β -内啡肽免疫活性增高,而眩晕与脑组织的 β -内啡肽浓度增多有关。西医治疗分为对症、改善前庭微循环或脱水及激素治疗。治疗难度大,病情反复、迁延不愈。VAS、DHI评分是国内常用的眩晕评价量表,VAS评价患者症状的严重程度,DHI评价眩晕患者日常生活能力。本研究中试验组和对照组治疗后VAS、DHI评分均较治疗前明显降低,治疗组较对照组评分降低更明显。结果提示中西医结合治疗较单纯西药治疗,对于眩晕症状的改善更加明显。

眩晕症属于中医“眩晕”范畴,常见于中老年人,中医古有论述,如“诸风掉眩、皆属于肝”,提示眩晕与肝脏关系密切,“无痰不作眩”、“无虚不作眩”、“髓海不足,则脑转为耳鸣,胫痠眩冒”,说明眩晕与脾肾关系密切。其病机主要是由于肝肾阴虚,风阳升东,上扰清窍;或气血亏虚,清阳不展,脑失所养;或肾精亏耗,髓海不充;脾胃虚弱,运化无力,痰浊内生,痰湿中阻,发为眩晕。久病不愈,气机不利,瘀血内阻,致使病情虚实夹杂。其病因可归纳为风、火、痰、虚、瘀五因。本病病位在清窍,为本虚标实之证,与脾、肝、肾三脏关系密切。眩晕发病的过程,各种病因病机,可以互相影响,相互转化,形成虚实夹杂的证候。

本研究辨证分型分布:①肝阳上亢,风阳上扰型 14 例(23.3%);②肝肾阴虚,风阳翕张型 7 例(11.7%);③痰浊中阻,清窍被蒙型 13 例(21.7%);④瘀血内阻,脉络闭塞型 17 例(28.3%);⑤气血

亏虚,清窍失养型 9 例(15%)。临床上眩晕证型以肝阳上亢、瘀血内阻多见,与中老年人肝肾不足、气血亏虚一致,故有眩晕“虚者居其八九”之说,中老年患者,多久病积损,夹杂血瘀,痰湿等,形成虚实夹杂的证候,增加治疗难度。本研究中,对照组给予西医治疗,有明显疗效,总有效率 81.67%,试验组除给予上述治疗外还联合中医辨证分型治疗,总有效率 93.33%,效果更加显著。本研究结果提示试验组疗效优于对照组,因此,中西医结合治疗眩晕值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Karataa M. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common cause [J]. *Neurologist*, 2008, 14(6): 355-364.
- [2] 眩晕诊治专家共识专家组. 眩晕诊治专家共识 [J]. *中华神经科杂志*, 2010, 43(5): 369-373.
- [3] 栗秀初, 孔繁元, 黄如训. 眩晕的临床诊断和治疗流程建议 [J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2003, 29(4): 314.
- [4] 中药新药治疗眩晕的临床研究指导原则 [S]. 1993.
- [5] 杨维益. 中医诊断学 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1988.
- [6] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准 [S]. 1994.
- [7] 孙怡. 实用中西医结合神经病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999.
- [8] 尹国有. 中风眩晕的辨证与辨病治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.
- [9] 吴子明, 刘博. 实用眩晕诊疗手册 [M]. 北京: 科学出版社, 2009.
- [10] Jacobson G P, Newman C W. The development of the dizziness handicap inventory [J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1990, 116(4): 424-427.