

除湿、补火助阳；牡蛎的主要功效为敛阴、潜阳、止汗、涩精、化痰、软坚；蒲公英的主要功效为利尿、清热、散结、解毒、消肿；地榆炭的主要功效为凉血止血、解毒敛疮；丹参的主要功效为活血止痛、清心除烦^[14-15]。

综上所述，慢性肾功能衰竭治疗中应用化瘀解毒灌肠液可有效提高疗效，改善患者生活质量，且安全性较好。

[参考文献]

[1] 刘双霞, 王峥, 方方, 等. 中药肾衰灌肠液直肠滴入治疗慢性肾功能衰竭 [J]. 吉林中医药, 2022, 42 (2): 195-198.

[2] 陈晓燕, 赵翠萍, 任军华, 等. 慢性肾脏病 (3b-5 期) 非透析患者择时中药保留灌肠的临床研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2022, 23 (7): 628-631.

[3] 中华中医药学会. 慢性肾衰竭诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9 (9): 132-133.

[4] 徐虎军, 潘海英, 丁海龙. 益气活血泻浊汤与中药灌肠治疗慢性肾衰竭的效果研究 [J]. 药品评价, 2022, 19 (24): 1514-1517.

[5] 丁涛. 中药灌肠结合血液透析治疗慢性肾衰竭临床观察 [J]. 光明中医, 2021, 36 (17): 2927-2929.

[6] 潘金欣, 陈霞, 崔莹莹, 等. 中药灌肠联合血液透析对慢性肾衰竭患者炎症介质水平及肾功能的影响 [J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (12): 22-23, 95.

[7] 李伟, 瞿伟. 中药灌肠液联合肾衰合剂治疗慢性肾衰竭脾肾亏虚浊瘀内阻型疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (12): 1526-1527.

[8] 李春兰, 刘红鑫, 王佳丽, 等. 灌肠液温度与体温相关性保留灌肠法在慢性肾衰竭患者中的应用研究 [J]. 现代医药卫生, 2019, 35 (20): 3209-3211.

[9] 高小平, 李春兰, 王佳丽, 等. 精细化护理干预应用于慢性肾衰竭中药保留灌肠患者中的效果评价 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (12): 1709-1710.

[10] 周革霞, 李倩. 慢性肾衰竭患者中药结肠透析护理的研究进展 [J]. 重庆医学, 2020, 49 (19): 3293-3296.

[11] 王娟, 袁毅, 茹雪, 等. 中药保留灌肠结合辨证施护对慢性肾功能衰竭患者肾功能、炎症反应及液体摄入依从性的影响 [J]. 西部中医药, 2023, 36 (6): 117-121.

[12] 陈强. 肾康注射液联合中药灌肠治疗慢性肾功能衰竭效果观察 [J]. 中国农村卫生, 2021, 13 (22): 67-68.

[13] 江大弟, 杜永槟, 马益锋. 通腑泄浊法中药灌肠联合血液透析治疗慢性肾功能衰竭尿毒症期的临床疗效 [J]. 内蒙古中医药, 2021, 40 (12): 97-98.

[14] 王慧娟, 宋辉, 沈翊, 等. 补肾化癥汤联合中药保留灌肠对慢性肾功能衰竭患者微炎症状态的影响 [J]. 四川中医, 2021, 39 (9): 117-120.

[15] 冯冰, 王乾, 王园园. 通腑泄浊法中药灌肠联合血液透析治疗慢性肾功能衰竭的临床观察 [J]. 中华中医药学刊, 2019, 37 (1): 180-182.

[文章编号] 1007-0893(2023)18-0031-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.18.009

温胆汤联合倍他司汀治疗颈性眩晕综合征的临床疗效

廖树强 林丽珍

(厦门市同安区汀溪卫生院, 福建 厦门 361000)

[摘要] 目的: 研究温胆汤加减联合倍他司汀治疗颈性眩晕综合征的疗效及对椎-基底动脉血流的影响。方法: 采用随机数字表法将 2022 年 5 月至 2023 年 5 月在厦门市同安区汀溪卫生院收治的颈性眩晕综合征患者 80 例, 随机分为对照组与观察组, 各 40 例。对照组患者采用甲磺酸倍他司汀治疗, 观察组患者在对照组基础上采用温胆汤加减治疗。比较两组患者临床疗效、中医证候积分、颈性眩晕症状与功能评估量表 (ESCV) 评分、椎-基底动脉血流。结果: 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者各项 ESCV 评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者椎动脉、基底动脉的平均血流速度 (VM) 高于对照组、搏动指数 (PI) 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 颈性眩晕综合征患者采用温胆汤加减联合倍他司汀治疗, 可减轻患者症状, 改善椎-基底动脉血流。

[关键词] 颈性眩晕综合征; 温胆汤; 甲磺酸倍他司汀

[中图分类号] R 441.2 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023 - 07 - 23

[作者简介] 廖树强, 男, 主治医师, 主要研究方向是眩晕、不寐、癫证。

颈性眩晕综合征主要由颈部病变诱导椎动脉血供不足所致，主要表现为头痛、恶心、眩晕、猝倒等，具有复杂性、反复性等特点，严重影响患者日常工作生活^[1]。目前西医尚无特效药物，临床多采用改善血液循环、营养神经等药物缓解患者症状，控制病情进展。甲磺酸倍他司汀属于扩血管类药物，通过扩张小动脉，增加颅内血供，进而改善眩晕、恶心等症状。但西医停药易复发，且长期应用存在不良反应及耐药风险，影响治疗效果。近年来，中西医结合治疗该病得到了广泛认可，中医学认为，眩晕病机不外乎痰、虚、风、瘀、火，其中因痰致眩晕者较为常见，温胆汤为祛痰良方，适用于眩晕痰湿内蕴、气血逆乱、经脉瘀阻的病机特点。有学者指出，血管活性物质代谢紊乱，是导致椎动脉供血不足的主要诱因，血管活性物质可影响椎动脉血管扩张，增加循环阻力，造成颅内供血不足，诱导眩晕发作^[2]。目前临床关于温胆汤加减联合倍他司汀治疗颈性眩晕综合征患者尚缺乏研究，基于此，本研究选取厦门市同安区汀溪卫生院 80 例患者分组探讨，分析二者联合的疗效及对椎-基底动脉血流的影响，以期颈性眩晕综合征治疗提供试验依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机数字表法将 2022 年 5 月至 2023 年 5 月在厦门市同安区汀溪卫生院收治的颈性眩晕综合征患者 80 例，随机分为对照组与观察组，各 40 例。

对照组女性 17 例，男性 23 例；年龄 42~73 岁，平均年龄 (57.39 ± 5.14) 岁；病程 6~38 个月，平均病程 (21.81 ± 5.14) 个月；眩晕程度：9 例轻度，24 例中度，7 例重度。观察组女性 21 例，男性 19 例；年龄 43~74 岁，平均年龄 (58.36 ± 5.27) 岁；病程 7~41 个月，平均病程 (23.65 ± 5.53) 个月；眩晕程度：6 例轻度，29 例中度，5 例重度。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合西医颈性眩晕综合征相关诊断标准^[3]；(2) 符合中医痰热上蒙型眩晕诊断标准^[4]；(3) 年龄 40~75 岁；(4) 患者及家属均对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 重要脏器功能不全者；(2) 既往颅脑手术史者；(3) 神经功能障碍者；(4) 严重感染者；(5) 对研究药物过敏者；(6) 其他类型眩晕者。

1.2.3 脱落标准 (1) 因疫情封控导致脱落患者；(2) 主动退出者；(3) 新型冠状病毒感染者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予甲磺酸倍他司汀 [卫材 (中国) 药业有限公司，国药准字 H20040130] 治疗，6 mg · 次⁻¹，3 次 · d⁻¹。治疗 4 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予温胆汤加减治疗，组方：半夏 9 g，枳实 12 g，茯苓 15 g，大枣 10 g，竹茹 6 g，生姜 6 g，甘草 6 g，陈皮 12 g。随症加减，1 剂 · d⁻¹，水煮取汁 400 mL，分早晚温服。治疗 4 周。

1.4 疗效标准

(1) 治疗后参照文献^[3]评估疗效。①显效：眩晕及伴随症状消失或大幅减轻，可正常工作生活；②有效：眩晕及伴随症状有所减轻，但正常工作生活受影响；③无效：眩晕及伴随症状无改善或加重。将显效、有效纳入总有效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。比较两组患者的总有效率。(2) 比较两组患者的中医证候积分。参照文献^[4]，将颈性眩晕综合征患者中医证候 (胸闷作恶、头重如蒙、呕吐痰涎、视物旋转) 根据无、轻、中、重依次记 0、2、4、6 分。(3) 比较两组患者的颈性眩晕症状与功能评估量表 (evaluation scale for cervical vertigo, ESCV) 评分^[5]。采用 ESCV 评分对颈肩痛 (4 分)、眩晕 (16 分)、头痛 (2 分)、日常生活及工作 (4 分)、心理及社会适应 (4 分) 等情况进行评分，总分 30 分，分值越高症状越轻。(4) 比较两组患者的椎-基底动脉血流。采用多普勒超声诊断仪 (迈瑞, DC-35Pr0) 测定两组患者治疗前后椎-基底动脉平均血流速度 (mean velocities, Vm)、搏动指数 (pulsatility index, PI)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 40, n (%)]

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| 对照组 | 19(47.50) | 11(27.50) | 10(25.00) | 30(75.00) |
| 观察组 | 24(60.00) | 13(32.50) | 3(7.50) | 37(92.50) ^a |

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 时间 | 胸闷作恶 | 头重如蒙 | 呕吐痰涎 | 视物旋转 |
|-----|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 4.43 ± 0.49 | 4.67 ± 0.44 | 4.42 ± 0.51 | 4.63 ± 0.41 |
| | 治疗后 | 1.24 ± 0.38 | 1.56 ± 0.46 | 1.54 ± 0.50 | 2.03 ± 0.54 |
| 观察组 | 治疗前 | 4.35 ± 0.56 | 4.72 ± 0.41 | 4.46 ± 0.49 | 4.57 ± 0.46 |
| | 治疗后 | 0.87 ± 0.27 ^b | 1.12 ± 0.36 ^b | 1.07 ± 0.32 ^b | 1.51 ± 0.42 ^b |

注: 与对照组治疗后比较, ^bP < 0.05

2.3 两组患者治疗前后 ESCV 评分比较

治疗前两组患者各项 ESCV 评分比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后观察组患者各项 ESCV 评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 ESCV 评分比较

(n = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 时间 | 日常生活及工作 | 颈肩痛 | 眩晕 | 心理及社会适应 | 头痛 | 总分 |
|-----|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 2.05 ± 0.41 | 1.72 ± 0.52 | 7.26 ± 1.36 | 2.06 ± 0.42 | 0.89 ± 0.28 | 13.98 ± 2.91 |
| | 治疗后 | 3.11 ± 0.16 | 3.02 ± 0.19 | 12.14 ± 0.64 | 2.96 ± 0.27 | 1.21 ± 0.12 | 22.44 ± 1.16 |
| 观察组 | 治疗前 | 1.94 ± 0.34 | 1.63 ± 0.45 | 6.94 ± 1.14 | 2.13 ± 0.45 | 0.93 ± 0.26 | 13.57 ± 2.68 |
| | 治疗后 | 3.51 ± 0.14 ^c | 3.35 ± 0.21 ^c | 14.03 ± 0.53 ^c | 3.21 ± 0.23 ^c | 1.46 ± 0.14 ^c | 25.56 ± 1.32 ^c |

注: ESCV 一颈性眩晕症状与功能评估量表。与对照组治疗后比较, ^cP < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后椎-基底动脉血流比较

治疗前两组患者椎动脉、基底动脉的 VM、PI 比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后, 观察组患者椎动脉、基底动脉的 VM 高于对照组、PI 低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后椎-基底动脉血流比较

(n = 40, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | 椎动脉 | | 基底动脉 | |
|-----|-----|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | | Vm/cm · s ⁻¹ | PI | Vm/cm · s ⁻¹ | PI |
| 对照组 | 治疗前 | 18.29 ± 3.95 | 1.08 ± 0.35 | 18.92 ± 3.29 | 1.12 ± 0.27 |
| | 治疗后 | 26.41 ± 4.25 | 0.93 ± 0.21 | 28.93 ± 4.83 | 0.89 ± 0.23 |
| 观察组 | 治疗前 | 17.46 ± 4.36 | 1.17 ± 0.29 | 18.25 ± 3.14 | 1.09 ± 0.23 |
| | 治疗后 | 30.14 ± 4.93 ^d | 0.74 ± 0.17 ^d | 31.58 ± 5.61 ^d | 0.74 ± 0.15 ^d |

注: Vm — 平均血流速度; PI — 搏动指数。与对照组治疗后比较, ^dP < 0.05。

3 讨论

眩晕性疾病属于临床疑难性病症, 近年来随着人口老龄化与生活方式的改变, 其发病率逐年攀升^[5-6], 颈性眩晕发病机制尚不明确, 其中寰枢关节紊乱、椎动脉硬化、局部软组织张力过高等因素诱导的椎动脉供血不足伴交感神经功能紊乱较为公认^[7-8]。倍他司汀属于新型血管扩张剂, 通过促进椎动脉血管扩张, 改善脑缺血状况, 缓解眩晕症状; 还可调节红细胞、血小板, 抑制其黏附、聚集, 改善血流。颈性眩晕病因复杂, 西医通过扩张血管、增加大脑血供控制眩晕症状, 虽取得了一定效果, 但整体效果欠佳, 中西医结合治疗已成为眩晕等疑难性病症治疗趋势。

本研究采用中西医结合治疗颈性眩晕综合征患者, 运用温胆汤加减联合倍他司汀联合治疗, 结果显示, 观察组患者治疗总有效率 (92.50%) 高于对照组 (75.00%), 且各项中医证候积分均低于对照组, ESCV 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。表明联合治疗

可减轻患者症状, 增强疗效。中医学认为, 颈性眩晕归属于中医“眩晕”“项痹”等范畴, 《丹溪心法》载有: “头眩, ……无痰不作眩”, 表明“痰”是导致眩晕发作的重要致病因素之一。脾为生痰之源, 主水湿运化, 劳倦过度, 饮食不节, 易损脾伤胃, 脾失于健运, 运化失司, 水谷不化, 痰饮水湿停聚, 痰湿内蕴化热, 遏阻清阳, 上犯颠顶, 阻闭清窍, 痰瘀阻脉, 气血逆乱, 而致眩晕发作。因此, 治“眩”先治“痰”。温胆汤始载于《集验方》, 为祛痰名方, 半夏归脾经、胃经, 脾健胃舒, 则痰消痞除, 其性温, 可辛温燥湿、化痰降逆, 为方中君药; 以竹茹为臣, 其味甘, 性微寒, 有清热除烦、降逆化痰之功; 君臣配伍, 一温一凉, 温凉兼进, 和胃止吐、除烦化痰之功倍。佐以枳实、茯苓、大枣、生姜、陈皮, 使气顺脾健, 湿除痰消。其中枳实有降气除痞、消痰导滞之功, 与陈皮相配, 可理气化痰、行滞燥湿; 茯苓健脾利湿, 脾健湿除, 则生痰无源; 大枣、生姜调和脾胃。以甘草为使, 补脾益气, 调和诸药, 全方配伍, 随症加减, 共奏燥湿降逆、化痰止眩之效。现代药理学研究发现, 温胆汤可降压、降脂, 缓解外周血管、冠状动脉血管阻力, 改善大脑血供, 改善眩晕症状^[9]。

此外, 本研究还显示, 治疗后观察组椎-基底动脉 PI 低于对照组, 椎-基底动脉 Vm 高于对照组, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05)。提示温胆汤加减联合倍他司汀治疗颈性眩晕综合征, 可改善患者椎-基底动脉血流, 分析原因在于温胆汤中枳实可扩张血管, 清除血管壁积存的胆固醇, 改善血液循环; 大枣中维生素 C 可维持血管壁弹性; 竹茹多糖可抗氧化, 保护血管内皮细胞, 同时促进胆固醇代谢, 降低血液黏稠度, 改善血液循环。

综上所述, 温胆汤加减联合倍他司汀治疗颈性眩晕综合征患者效果显著, 可减轻患者症状, 改善椎-基底动脉血流。

[参考文献]

- [1] REGAUER V, SECKLER E, MÜLLER M, et al. Physical therapy interventions for older people with vertigo, dizziness and balance disorders addressing mobility and participation: a systematic review [J]. BMC Geriatr, 2020, 20 (1): 494.
- [2] 曹晓萍, 移军, 肖章红. 天麻钩藤饮加减治疗颈性眩晕患者的临床疗效及对血清炎症因子和血管活性物质的影响 [J]. 河北中医, 2021, 43 (2): 261-264.
- [3] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 头晕/眩晕基层诊疗指南(实践版·2019) [J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19 (3): 212-221.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139.
- [5] COLE S R, HONAKER J A. Benign paroxysmal positional vertigo: Effective diagnosis and treatment [J]. Cleve Clin J Med, 2022, 89 (11): 653-662.
- [6] POWER L, MURRAY K, SZMULEWICZ D J. Characteristics of assessment and treatment in Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) [J]. J Vestib Res, 2020, 30 (1): 55-62.
- [7] 戴晓娟. 葛根二陈汤治疗痰湿阻滞型颈性眩晕的疗效及与血清炎症因子水平的潜在关联研究 [J]. 中医药学报, 2021, 49 (11): 87-90.
- [8] HUNTER B R, WANG A Z, BUCCA A W, et al. Efficacy of Benzodiazepines or Antihistamines for Patients With Acute Vertigo: A Systematic Review and Meta-analysis [J]. JAMA Neurol, 2022, 79 (9): 846-855.
- [9] 刘倩. 半夏白术天麻汤合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的临床效果 [J]. 内蒙古中医药, 2022, 41 (2): 72-73.

[文章编号] 1007-0893(2023)18-0034-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.18.010

柴胡桂枝龙骨牡蛎汤治疗心脏神经官能症临床观察

张燕¹ 高嘉良² 夏普¹

(1. 三明市中西医结合医院, 福建 三明 365001; 2. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 目的: 观察柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经官能症的疗效。方法: 选取2020年4月至2022年4月三明市中西医结合医院心血管内科门诊及住院治疗的心脏神经官能症患者96例, 随机分为观察组和对照组, 各48例。对照组患者给予常规西药治疗, 观察组患者则在对照组的基础上使用柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗。比较两组患者治疗效果以及汉密尔顿抑郁量表评分、汉密尔顿焦虑量表评分、中医证候积分的变化。结果: 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者抑郁情绪评分、焦虑情绪评分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经官能症可以有效改善患者抑郁、焦虑情绪, 提高治疗效果。

[关键词] 心脏神经官能症; 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤; 酒石酸美托洛尔片; 谷维素片; 维生素B1

[中图分类号] R 541 **[文献标识码]** B

心脏神经官能症主要是指中枢神经系统功能紊乱引发的植物神经功能失调现象, 患者的症状主要为一系列心血管疾病症状。该疾病症状复杂多样, 没有器质性损伤, 但是与精神因素存在密切联系, 主要以心血管系统功能异常为主, 患者还存在头痛失眠、倦怠无力、气息不匀、呼吸不畅、胸痛、气短胸闷、心前区不适、心悸等症状^[1]。心脏体征变化为心率过快, 心电图ST-T段会显示轻度改

变或者是期前收缩。因为中枢神经功能异常, 交感神经兴奋, 同时会伴随不同程度的焦虑烦躁症状。随着人们社会、工作压力不断增大, 该疾病的发病率不断提高, 对人们的正常生活与工作产生严重影响。当前临床治疗方法单一, 主要是让患者长期服用精神药物或者是抗焦虑药物, 不良反应比较多, 肝肾功能严重损伤, 且容易产生药物依赖性。近几年现代学者研究发现, 配合使用中药方剂

[收稿日期] 2023-07-17

[作者简介] 张燕, 女, 主治医师, 主要从事心血管内科工作。