

灯盏生脉胶囊治疗气阴两虚型眩晕 32例疗效观察

侯沛红¹, 吴相君²¹陕西省西安市西电集团医院(710077); ²陕西中医学院(陕西咸阳 710246)

【摘要】目的 探讨灯盏生脉胶囊对气阴两虚型椎-基底动脉供血不足性眩晕的疗效。方法 气阴两虚型椎-基底动脉供血不足性眩晕患者62例,随机分为两组,观察组32例,给予灯盏生脉胶囊0.36g,口服,3/d,对照组30例,给予盐酸氟桂利嗪胶囊5mg,睡前口服,两组均予常规补液及对并发症以对症处理,治疗1周后观察两组病例的临床症状及经颅多普勒(TCD)的变化。结果 观察组和对照组临床治愈率分别为62.5%、36.7% ($P < 0.01$),总有效率分别为93.8%、76.7% ($P < 0.01$)。结论 灯盏生脉胶囊具有益气养阴、活血健脑、补虚泄实之功效,能扩张脑血管,改善椎基底动脉供血,是治疗气阴两虚型椎-基底动脉供血不足性眩晕的有效药物。

【关键词】灯盏生脉胶囊;气阴两虚型;椎-基底动脉供血不足;眩晕

椎-基底动脉供血不足是由各种原因引起的椎基底动脉狭窄导致的后循环缺血,即出现可逆性功能障碍,表现为发作性眩晕,伴发恶心、呕吐、肢体无力、复视和吞咽困难等症状,属中医“眩晕”范畴。治疗宜补虚为主,兼祛瘀、化痰、熄风以治其标,笔者2009年以来以灯盏生脉胶囊治疗气阴两虚型椎-基底动脉供血不足性眩晕,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共收集符合纳入标准的62例气阴两虚型椎-基底动脉供血不足性眩晕患者,随机分为两组。观察组32例,男22例,女10例;年龄45~75岁,平均63.0岁,伴有糖尿病者10例,高脂血症9例,颈椎病患者14例。对照组30例,男21例,女9例;年龄46~74岁,平均62.5岁,伴有糖尿病者8例,高脂血症9例,颈椎病患者12例。两组患者一般情况差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照文献拟定椎-基底动脉供血不足眩晕的诊断标准:(1)以发作性眩晕、恶心、呕吐为主要症状+眼震、复视、偏盲、行走不稳等其他伴随后循环缺血症状和体征。(2)经颅多普勒(TCD)提示椎-基底动脉有供血不足表现,头颅CT或磁共振成像(MRI)排除小脑、脑干出血、梗死、肿瘤等病变,并经前庭功能检查等排除耳源性等其他类型眩晕^[1]。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》来拟定气阴两虚型眩晕诊断标准,即:头晕目眩、恶心、呕吐、面色淡白、神倦乏力、心悸少寐、健忘、心烦口干、耳鸣、腰酸膝软、舌红、少苔、脉弦细^[2]。

1.2.3 纳入标准 符合椎-基底动脉供血不足性眩晕西医诊断标准及中医气阴两虚型眩晕诊断标准的眩晕患者,年龄45~75岁,病程1h~7d,且排除高血压病。

1.3 治疗方法 观察组给予灯盏生脉胶囊0.36g,口服,3次/d,对照组给予盐酸氟桂利嗪胶囊5mg睡前口服,两组均予常规补液及对并发症以对症处理,治疗1周后行TCD检查,评定临床疗效及椎-基底动脉血流恢复状况。

1.4 疗效评定标准 参照相关文献^[3]拟定。治愈:眩

晕、恶心等症状完全消失,能耐受各种活动,TCD示椎-基底动脉供血恢复正常。显效:眩晕、恶心等症状基本消失,一般活动不会引起眩晕发作,TCD示椎-基底动脉供血恢复80%以上。有效:眩晕等症状减轻,但起床、行走等活动即诱发眩晕,影响日常生活和工作,TCD示椎-基底动脉供血椎基底动脉供血恢复60%以上。无效:眩晕等症状无改善,TCD示椎-基底动脉供血椎基底动脉供血恢复60%以下。

1.5 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

观察组临床治愈20例,显效9例,有效1例,无效2例,临床治愈率为62.5%,总有效率为93.8%。对照组治愈11例,显效10,有效2例,无效7例,临床治愈率为36.7%,总有效率为76.7%。两组临床治愈率及总有效率比较差异有显著性($P < 0.01$)。

3 讨论

椎-基底动脉供血不足性眩晕的发病机制主要是在椎基底动脉硬化的基础上,有微小栓塞,反射性刺激小动脉痉挛,或血液成分改变、低血压等导致脑血流动力学发生改变,或颈椎病压迫椎动脉导致脑干、小脑缺血,反复出现眩晕等症状。属祖国医学“眩晕”的范畴,中医认为,眩晕一证,“虚者居其八九”,眩者“上气不足”,“髓海不足”,说明了虚证与眩晕有着密切的联系^[4]。明代张景岳在《景岳全书》中做了精辟的论述“无虚不作眩”。由此可见,眩晕多为虚弱亏损所致,气血阴虚,髓海不足,清窍失养,则发眩晕,其反复发作,久病入络形成瘀血,导致虚实夹杂,脑海失荣。在辨证上,多与气虚、阴血亏虚有关,且病久必夹瘀血。因此治疗宜补虚泄实,调整阴阳,以达到标本兼治的目的。

灯盏生脉胶囊方中人参大补元气,补脾肺而生津,麦冬养阴生津,五味子敛肺生津,合麦冬酸甘化阴、合奏补气、滋阴补肾之效,上气、髓海得到滋养,故眩晕则止。方中灯盏细辛具有活血化瘀作用,现代医学认为灯盏细辛有改善脑循环,增加脑血流量,降低脑血管阻力的作用;可抑制血小板聚集,改变血液流变性,改善血液黏稠度;并具有保护脑细胞超微结构,提高脑耐低

氧能力^[5-6]。因此诸药合用,共奏益气养阴,活血健脑,补虚泄实,充分发挥中医整体辨证、标本兼治的优势。可见灯盏生脉胶囊以整体观念、辨证论治为核心,补虚泄实,对椎-基底动脉供血不足引起眩晕能够取得满意的疗效。

参考文献

[1] 陈小芳. 天麻素注射液联合灯盏花素注射液治疗椎基底动脉供血不足性眩晕疗效观察 [J]. 天津药学, 2009, 21(2): 24.

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京

大学出版社, 1994: 22.

[3] 方之勇, 熊涛. 益气活血法治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕临床体会 [J]. 中国中医急症, 2009, 18(2): 285.

[4] 沈明. 中西医结合治疗老年虚证眩晕 28 例 [J]. 河南中医学院学报, 2005, 2(15): 9.

[5] 肖淑珍. 云南灯盏细辛注射液对脂质过氧化物影响的临床研究 [J]. 天津医药, 1994, 22(增刊): 142.

[6] 董昆山, 王秀琴, 董一凡. 现代临床中药学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 293.

(收稿日期: 2009 - 10 - 15 编辑: 庄晓文)

变态反应性支气管肺曲霉病 1 例

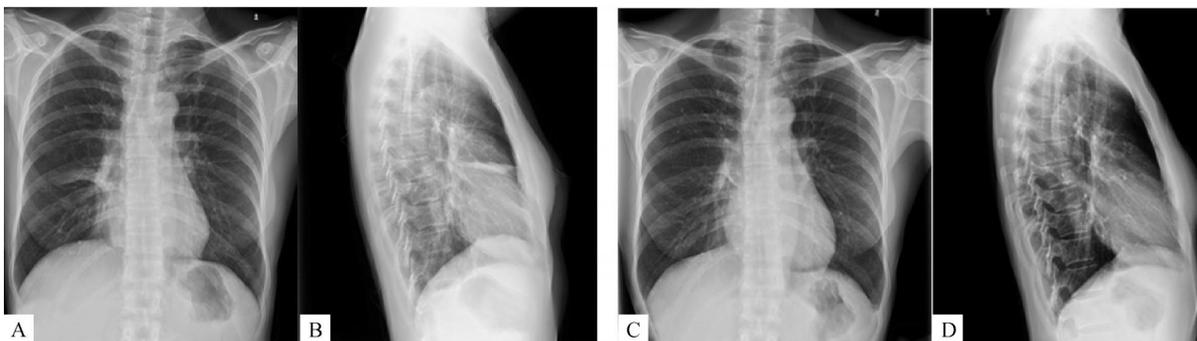
骆文志, 刘升明

暨南大学附属第一医院呼吸内科 (广州 510630)

患者,女,47岁,教师。因反复咳嗽、咳痰、喘息 12 年,加重半年于 2009 年 4 月 10 日入院。12 年前患者吸入灰尘后出现咳嗽咳痰、喘息,在我院做肺功能检查及支气管激发试验诊断为支气管哮喘,给予抗炎、解痉平喘等治疗,症状好转出院。出院后由于不规律用药,症状反复。2006 年及 2007 年 2 次因咳嗽咳痰喘息加重而住院治疗,胸片均示右肺中叶不张,胸部 CT 示右肺中叶不张并支气管扩张,多次行纤维支气管镜检查并冲洗,刷检病理示支气管黏膜炎症改变,纤支镜吸痰细菌培养、涂片找抗酸杆菌及肿瘤细胞、

血常规白细胞计数等均无异常发现,但多次嗜酸性粒细胞计数均升高,给予抗感染、抗炎、解痉平喘等治疗好转出院。2009 年 4 月 10 日患者咳嗽咳痰、喘息加重而再次入院,体格检查:呼吸 20 次/min,双肺广泛哮鸣音,胸片示右肺中叶不张。行纤支镜检见右中叶及其他各叶、段支气管均通畅,管腔白色黏稠分泌物较多,未见狭窄、肿块及异物等,病理检查示支气管黏膜炎症改变。前 2 次痰及纤维支气管镜吸出物培养均提示为铜绿假单孢菌,痰涂片找抗酸杆菌 4 次均阴性;血常规示白细胞 $5.68 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,嗜酸性粒细胞

$0.97 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,占 17.1% (正常 0.5% ~ 5%)。给予敏感抗生素治疗,并雾化吸入激素和支气管扩张剂近 2 周,症状缓解不明显,肺未复张 (见图 1A)。因考虑变态反应性支气管肺曲霉病可能,后 2 次纤支镜吸出物进行真菌培养及涂片各 1 次,均为曲霉菌,过敏原体外测定定性 IgE (+ +)、真菌 (+),临床诊断为变态反应性支气管肺曲霉病。在上述治疗基础上,给予甲基强的松龙口服 25 mg/d, 3 d, 症状明显好转且肺部体征消失而出院。出院后第 13 天门诊复查胸片示右中叶肺复张 (见图 1B)。



A: 治疗 2 周正位片; B: 治疗 2 周侧位片; C: 出院后第 13 天正位片; D: 出院后第 13 天侧位片

图 1 胸部正侧位 X 线检查表现

讨论 变态反应性支气管肺曲霉病 (ABPA) 以机体对寄生于气管内的烟曲霉发生变态反应为主要特点, 该病常在患有慢性哮喘或肺囊性纤维化的基础上发生, 因此临床极易被误诊、漏诊。目前其诊断标准尚不统一, 国外通用的诊断标准为: (1) 哮喘病史; (2) X 线示肺部浸润; (3) 烟曲霉抗原皮内试验阳性; (4) 血清沉淀试验阳性; (5) 周围血嗜酸性粒细胞增多; (6) 血清总 IgE 高; (7) 中心型支气管扩张;

(8) 经纤维支气管镜吸出分泌物涂片有曲霉菌丝, 或培养有曲霉生长。由于本院不能行烟曲霉抗原皮内试验及血清沉淀试验而未能获得相关依据, 本例符合上述 (1)、(5)、(6)、(7)、(8) 标准条件, 诊断为 ABPA 伴中心型支气管扩张。文献报道 ABPA 发生率低、漏诊误诊率高, 本例患者反复出现右中叶肺不张且哮喘控制不佳, 符合 ABPA 的多个特征, 因此主诊医师即疑诊 ABPA, 经纤维支气管镜检真菌涂片及培养示曲霉生长, 结合血 IgE 升高, 故诊断为

ABPA, 加用口服激素, 临床症状即好转, 第 13 天肺即复张, 进一步有助于诊断。由于 ABPA 的早期治疗十分重要, 未得到有效治疗可发生肺组织持续性破坏, 本例已出现肺不张和支气管扩张。在总体人群中 ABPA 发生率尚不清楚, 但在临床哮喘患者其发生率高达 13%, 所以对于具有高危因素或 ABPA 某些临床特征的患者, 我们应高度警惕该病, 及时行相关检查以明确诊断, 早期正确治疗才能改善患者预后。

(收稿日期: 2009 - 09 - 08 编辑: 王冰)