

后循环缺血性眩晕中医证型的临床研究^{*}

都亚楠, 务孔彦[△], 郭子华

(开封市中医院脑病科, 河南开封 475000)

摘要: **目的** 探讨后循环缺血性眩晕不同证候的临床分型情况及眩晕发病程度。**方法** 选取 150 例后循环缺血性眩晕患者为研究对象, 观察分析其中医证候分型情况和眩晕程度评分情况。**结果** 肝火上炎证型所占比例 28.00%, 证候平均分(9.53±2.12)分, 均高于其他证型所占比例和证候平均分, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。肝火上炎证评分总分最高(15.4±5.7)分, 肾精不足证评分总分最低(12.8±4.7)分, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 肝火上炎证型在后循环缺血性眩晕的中医临床分型中所占比例和证候评分最高, 每种证型的眩晕症状和程度各有侧重, 临床治疗中应辨证论治。

关键词: 后循环缺血; 眩晕; 中医证型; 临床研究

中图分类号: R255.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2014)06-0045-03

后循环缺血(posterior circulation ischemia, PCI)是眩晕的常见病因, 易触发脑血管意外事件, 致残率和死亡率极高^[1]。近年来中医药在治疗后循环缺血性眩晕的研究渐多, 但其辨证分型尚无统一的认识。本文就后循环缺血性眩晕临床分型及发病程度进行研究, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 150 例来自开封市中医院脑病科门诊急诊和住院患者为研究对象, 均符合后循环缺血性眩晕的中医、西医诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 确诊。其中, 男性 82 例, 女性 68 例; 年龄 47~75 岁, 平均年龄(58.9±5.6)岁。

1.2 入选标准

符合中、西医诊断标准; 年龄 ≥ 18 岁且 ≤ 75 岁; 排除颅内占位或出血及其他疾病类型所致的眩晕; 除外严重肝肾功能不全及未控制的重大其他疾病患者; 妊娠或哺乳期妇女及有精神障碍的患者除外。

1.3 诊断标准

1.3.1 西医诊断标准

参考《中国后循环缺血的专家共识》^[2]中的后循

环缺血诊断标准拟定: 眩晕为发作性且闭眼不能缓解、呕吐、恶心、眼球震颤, 并伴头面部或肢体麻木、肢体瘫痪、共济失调、跌倒发作、感觉异常、偏盲、吞咽或构音障碍, 声音嘶哑等临床表现。

1.3.2 中医诊断标准

参照《实用中医内科学》中有关眩晕的中医诊断标准拟定^[3]:

证候判定说明: 主症 2 分, 次证 1 分, 舌脉各 1 分。主症评分+次症评分+舌脉评分=证候总评分。证候确定需满 6 分, 若证候同时出现 2 个或超过 2 个时, 证候确定取其中分值较高者。

①肝火上炎证。主症: 头晕、头痛, 痛势较剧。次症: 胸胁胀痛, 口苦, 目赤, 烦躁易怒, 多梦寐少, 大便干结, 小便黄。舌脉: 舌红苔黄, 脉弦数。

②风痰上扰证。主症: 眩晕有旋转感或漂浮感、摇晃感。次症: 头重如裹, 伴恶心欲吐、呕吐痰涎或恶心呕吐, 食少便溏, 舌脉: 舌苔白或白腻, 脉弦滑。

③阴虚阳亢证。主症: 目涩头晕。次症: 多梦, 失眠心烦, 口干, 面赤, 耳鸣, 手足心热, 盗汗。舌脉: 舌红苔少, 脉弦细或细数。

④气血亏虚证。主症: 目眩头晕, 遇劳则发, 动则加剧。次症: 面色苍白, 神疲乏力, 爪甲不荣, 少寐

^{*} 基金项目: 开封市科技攻关计划项目(130365)

收稿日期: 2014-10-01

作者简介: 都亚楠(1985-), 女, 河南开封人, 住院医师, 从事中西医结合治疗脑病疾病的研究。

[△]通信作者: 务孔彦, E-mail: bzxyymn@163.com

心悸,食少纳差,便溏。舌脉:舌淡苔薄白,脉细弱。

⑤痰瘀阻窍证。主症:眩晕而头重昏蒙。次症:伴恶心胸闷,肢体麻木或刺痛,肌肤甲错,唇甲紫绀,或头痛,或皮肤如蚁形状。舌脉:舌暗有瘀斑,苔薄白,脉涩或滑。

⑥肾精不足证。主症:眩晕久发不已。次症:耳鸣,听力减退,健忘少寐,乏力神倦,腰酸膝软。舌脉:舌红,苔薄,脉弦细。

1.3.3 中医眩晕程度

中医眩晕程度分级评分表参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]规定的疗效标准制定

1.4 方法

对 150 例患者每类证候分型的总评分和平均评分进行统计,并统计每类证型的患者例数和所占比例;并对各证型眩晕程度进行统计评估。

1.5 统计学方法

选用 SPSS18.0 统计学软件,计量资料采用 t 检验,以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用配对 t 检验,计数资料应用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 证候分型情况

肝火上炎证型所占比例为 28.00%,证候平均分为(9.5 ± 2.1)分,均高于其他证型所占比例和证候平均分,差异均有统计学意义($P < 0.05$);见表 1。

表 1 150 例后循环缺血性眩晕患者的临床证候分型情况

证型	n	比例/%	证候总评分	平均分
肝火上炎证	42	28.00*	487	$9.5 \pm 2.1^*$
风痰上扰证	26	17.33	249	8.2 ± 1.7
阴虚阳亢证	14	9.33	131	8.1 ± 1.7
痰瘀阻窍证	38	25.33	396	9.1 ± 1.9
气血亏虚证	18	12.00	172	8.2 ± 1.6
肾精不足证	12	8.00	108	7.6 ± 1.4
合计	150	100.00	1543	8.4 ± 1.7

注:肝火上炎证组与其它组相比较,* $P < 0.05$

2.2 眩晕程度评分

目眩头晕在肝火上炎证评分最高(4.5 ± 1.9)分,呕吐恶心在风痰上扰证评分最高(1.9 ± 0.8)分;肝火上炎证评分总分最高(15.4 ± 5.7)分,肾精不足证评分总分最低(12.8 ± 4.7)分,差异有统计学意义($P < 0.05$);见表 2。

表 2 150 例后循环缺血性眩晕患者的中医眩晕程度评分情况

($\bar{x} \pm s$, 分)

证型	肝火上炎证	风痰上扰证	阴虚阳亢证	痰瘀阻窍证	气血亏虚证	肾精不足证
目眩、头晕	$4.5 \pm 1.9^*$	3.4 ± 1.3	3.8 ± 1.5	3.7 ± 1.7	3.3 ± 1.4	3.2 ± 1.4
呕吐、恶心	1.7 ± 0.6	$1.9 \pm 0.8^*$	1.6 ± 0.6	1.4 ± 0.5	1.3 ± 0.5	1.2 ± 0.4
耳聋耳鸣	1.7 ± 0.7	1.5 ± 0.5	1.6 ± 0.7	1.4 ± 0.5	1.6 ± 0.6	$1.9 \pm 0.8^*$
乏力倦怠	1.2 ± 0.4	1.4 ± 0.6	1.4 ± 0.5	1.5 ± 0.5	$1.9 \pm 0.7^*$	1.5 ± 0.6
汗出异常	1.1 ± 0.6	1.1 ± 0.5	$1.7 \pm 0.9^*$	1.2 ± 0.6	1.2 ± 0.5	1.0 ± 0.6
发作频率	1.4 ± 0.5	1.3 ± 0.6	1.3 ± 0.5	$1.8 \pm 0.7^*$	1.5 ± 0.4	1.4 ± 0.6
总分	$15.4 \pm 5.7^*$	13.7 ± 4.9	13.6 ± 5.1	14.1 ± 4.7	13.4 ± 4.8	12.8 ± 4.7

注:肝火上炎证组与其它组相比较,* $P < 0.05$

3 讨论

眩晕是患者自觉平衡功能发生失调的一种症状,病因多较复杂,伴随的临床症状和体征复杂多样,涵盖临床多个学科,且发病率较高^[5]。惠振^[6]等认为,目前对于后循环缺血性眩晕的诊断和认识,现代医学的临床各科室仍不够全面系统,存在一定争议。

后循环缺血所致眩晕属于祖国医学中的“眩晕”范畴。古代医家认为,眩晕病机区分虚实,实者由于痰、火、风、瘀等扰乱清窍导致,虚者多为气血

亏虚、髓海不足或肝肾不足所致^[7]。

在眩晕的缓解期,可根据不同病因病机设立不同方药治法,培元固本,针对不同证型因人对症治,且副作用小,疗效好。目前,仅有少量关于后循环缺血性眩晕的研究报道,对于其辨证论治,多是根据医家自身经验总结的适合当地临床的证治分型,尚没有形成统一的共识。霍湛锋^[8]对国家级名老中医郑绍周的经验进行总结,根据其发病原因、临床表现,审主次兼挟,区分标本虚实,辨病与辨证结合,将其分为阴虚阳亢、风阳(火)上郁、气滞血

瘀、痰浊阻滞、气血两虚、肾虚痰浊 6 种证型论治,取得良好效果。高承琪^[9]对颜正华全国名中医药专家的经验进行总结,认为眩晕为标实本虚,上实下虚之证,其根本在于人体肝阳偏亢,上扰清窍,肾阴亏损,肝肾阴阳失调。

本研究发现,在 6 种证型的分布中,肝火上炎证型所占总例数比例和证候平均分为均高于其他证型,差异均有统计学意义($P<0.05$),这与上述研究报道结论一致。6 种证型的症状评分和程度有所区别,目眩头晕在肝火上炎证评分最高,呕吐恶心在风痰上扰证评分最高,耳聋耳鸣在肾精不足证评分最高,乏力倦怠在气血亏虚证评分最高,汗出异常在阴虚阳亢证评分最高,发作频率在痰瘀阻窍证评分最高,提示在后循环缺血性眩晕治疗中辨证分型论治非常必要。

综上所述,肝火上炎证型在后循环缺血性眩晕的中医临床分型中所占比例和证候评分最高,每种证型的眩晕症状和程度各有侧重,临床治疗中应辨证论治。

参考文献:

- [1] 高森林, 全亚萍. 后循环缺血性眩晕中医药研究进展[J]. 吉林中医药, 2013, 33(12): 1298-1231.
- [2] 中国后循环缺血专家共识组. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45: 786-787.
- [3] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 123-124.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 786-787.
- [5] 李同凯, 杨光福. 补气活血定眩方对后循环缺血性眩晕的疗效评价 [J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6 (10): 867-869.
- [6] 惠振, 王敬卿. 后循环缺血性眩晕的中西医研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 10: 210-212.
- [7] 杜蓉, 张春红, 白玮婧, 等. 中医药治疗后循环缺血性眩晕研究进展[J]. 河北中医, 2014, 36(1): 134-136.
- [8] 霍湛锋. 郑绍周治疗眩晕经验 [J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(8): 539-540.
- [9] 高承琪. 颜正华辨治眩晕经验 [J]. 北京中医药, 2009, 28(9): 669-670.

(编辑:徐建平)

Clinical Observation of Posterior Circulation Ischemia Vertigo Syndrome Type of Traditional Chinese Medicine

DU Ya-nan, WU Kong-yan, GUO Zi-hua

(Kaifeng City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kaifeng 475000, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the type and degree of vertigo clinical study of Posterior Circulation Ischemia Vertigo syndrome. **Methods** Select 150 cases from Kaifeng City outpatient department of encephalopathy hospital emergency treatment and hospitalization in patients with posterior circulation ischemic vertigo as the research object, observe the clinical syndromes of the TCM syndrome differentiation type of TCM score and the degree of vertigo. **Results** Liver fire syndrome type proportion accounted for 28%, and symptom scores syndrome average respectively(9.53 ± 2.12); were significantly higher in the proportion of other syndromes and syndrome score, the differences were statistically significant ($P<0.05$). Inflammatory score the highest on the anger (15.4 ± 5.7), kidney essence deficiency score the lowest score (12.8 ± 4.7), the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** TCM clinical hyperpyrexia of liver syndrome ischemic vertigo cycle in percentage and syndrome type of the highest rated, vertigo symptom and degree of each syndrome type are different, should the syndrome differentiation and treatment in clinical treatment.

KEY WORDS: the posterior circulation ischemia; vertigo; syndrome of TCM; clinical research