



苓桂术甘汤治疗眩晕症 48 例疗效观察

黄建华

(怀化市第二人民医院洪江医院 湖南怀化 418116)

摘要：目的：探讨眩晕症患者应用苓桂术甘汤治疗临床效果。方法：选择眩晕症患者 96 例，均为我院 2015 年 5 月至 2017 年 5 月收治，随机分组，就采用盐酸倍他司汀片治疗（对照组，n=48）与采用苓桂术甘汤治疗（观察组，n=48）效果展开对比。结果：观察组总有效率高于对照组，治疗后眩晕持续时间、发作频率、程度评分均明显低于对照组，DHI 评分低于对照组，生活质量因子生理功能、总体健康、社会功能评分改善优于对照组，均具统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：眩晕症应用苓桂术甘汤治疗，可显著增强临床总有效率，加快症状消除时间，改善眩晕残障程度，提高生活质量，具重要应用价值。

关键词：苓桂术甘汤；眩晕症；疗效观察

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2017) 22-105-02

眩晕症病因较为复杂，有耳鼻喉、神经内等多学科疾病涉及，临床以恶心呕吐、头晕头重为主要表现。西医多采用对症支持方案治疗，但长期用药易引发较明显的不良反应，效果欠理想。中医认为其病发与痰浊中阻、肝火上炎、瘀血阻窍等因素相关，治宜平肝潜阳、熄风化痰、滋补肝肾 [1-2]。本次研究选择相关病例，采用苓桂术甘汤治疗，取得了理想成效，现回顾结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择眩晕症患者 96 例，均与《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局颁布）相关诊断标准符合。随机分组，观察组 48 例，年龄 21-84 岁，平均 (49.5 ± 1.4) 岁，病程平均 (10.3 ± 3.6) 年；对照组 48 例，年龄 23-83 岁，平均 (49.3 ± 1.5) 岁，病程平均 (10.4 ± 3.4) 年。两组均对本次实验内容理解，并自愿签署知情同意书，排除机体其它系统严重疾病者，组间自然信息可比（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法 观察组：本组病例采用苓桂术甘汤治疗。基本方：茯苓 10g，白术 10g，桂枝 12g，天麻 10g，甘草 10g。呕吐不可进食者，加半夏、苏叶；痰湿较甚者加泽泻、车前子；兼瘀血者加葛根、丹参；兼寒者加生姜、半夏；兼火者加丹皮、栀子。每日 1 剂，加水煎 2 次，共取汁液 300ml，早晚分服。每周为 1 疗程，共行 1-3 疗程治疗。对照组：本组病例应用盐酸倍他司汀片治疗，规格为每片 10mg，使用方法为每次 1 片，每日 3 次，每周为 1 疗程，共行 1-3 疗程治疗。

1.3 观察指标 （1）对比两组临床总治疗有效率；（2）对比治疗前后眩晕症状改善情况；依据《中医病证诊疗标准与方剂选用》、《中

药新药临床研究指导原则》相关标准对眩晕持续时间、发作频率、程度评定，采用 0-3 分 4 级评分制，分值越高，症状越重；（3）应用眩晕残障程度评定量表（DHI），对治疗前后患者躯体和生功能改善情况展开评定；（4）采用 SF-36 量表，对患者治疗后生存质量予以评定。

1.4 疗效评定标准 依据《中药新药临床研究指导原则》评定：显效：证候或症状呈消失显示，短时间内无发作；有效：证候或症状较少发作；无效：证候或症状无改变。

1.5 统计学分析 涉及数据均输入 spss13.0，组间计量资料症状改善评分、眩晕残障程度评分、生活质量评分采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验，计数资料总有效率采用（%）表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 具统计学差异。

2 结果

2.1 总有效率 观察组眩晕症总治疗有效率经评定为 97.9%，明显高于对照组 83.3%，具统计学差异（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组总有效率对比 [n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组(n=48)	23(47.9)	24(50)	1(2.1)	97.9%*
对照组(n=48)	12(25)	28(58.3)	8(16.7)	83.3%

注：* $P<0.05$ 。

2.2 症状评分 两组治疗前眩晕持续时间、发作频率、程度评分无差异（ $P>0.05$ ），疗后均有程度不等降低，观察组降幅更为显著（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组症状评分对比 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	眩晕持续时间	发作频率	眩晕程度
观察组(n=48)			
治疗前	2.7 ± 1.6	3.7 ± 1.9	1.9 ± 1.2
治疗后	$1.4 \pm 0.3^*$	$1.5 \pm 1.3^*$	$0.7 \pm 0.5^*$
对照组(n=48)			
治疗前	2.6 ± 1.7	3.5 ± 1.6	2.0 ± 1.2
治疗后	1.9 ± 1.4	2.6 ± 1.4	1.6 ± 1.2

注：* $P<0.05$ 。

2.3 残障程度评定量表 两组治疗前 DHI 评分无差异（ $P>0.05$ ），疗后均有程度不等下降，观察组降幅更为显著（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组残障程度评定量表 $(\bar{x} \pm s)$

组别	治疗前	治疗后
----	-----	-----

观察组(n=48)	41.5 ± 24.9	$16.0 \pm 13.7^*$
对照组(n=48)	41.7 ± 24.6	27.2 ± 16.3

注：* $P<0.05$ 。

2.4 生活质量 观察组治疗后生活质量因子生理功能、总体健康、



•临床与药物•

社会功能评分改善情况均优于对照组, 具统计学差异 ($P<0.05$)。见表4。

表4 两组生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

因子	观察组 (n=48)	对照组 (n=48)
生理功能	90.7±18.3*	84.5±17.2
生理职能	78.9±24.8	74.9±26.2
躯体疼痛	88.4±19.8	84.1±21.5
总体健康	75.7±24.6*	65.2±17.2
活力	69.6±19.5	66.5±18.3
社会功能	85.7±26.8*	74.4±20.5
情感职能	73.3±25.7	74.6±27.7
精神健康	68.8±15.9	67.1±18.4

注: * $P<0.05$ 。

3 讨论

眩晕症为临床常见病症, 病情轻者, 以闭目即止为主要特征表现; 病情重者, 以如坐车船、无法站立, 或有汗出、恶心, 甚则昏倒为主要表现。中医学认为, 本病由肝阳上亢、气血亏虚、肾精不足、痰湿中阻诱导肝失所养、髓海不充、清阳不升所致, 中医辨证同痰湿存在密切相关 [3-4]。本次研究观察组针对所选病例, 应用苓桂术甘汤治疗, 基本方中茯苓作为重要的君药, 可健脾渗湿、淡渗利水, 并同时具祛痰化饮之功; 桂枝为臣药, 可化气利水、温阳化饮, 平冲降逆; 白术为佐药, 可助脾运化、健脾燥湿; 天麻可祛风通络、平肝熄风,

甘草为使药, 对诸药调和, 共起祛痰化饮、温阳健脾、熄风化痰之效 [5-6]。结合本次研究结果示, 察组总有效率高于对照组, 治疗后眩晕持续时间、发作频率、程度评分均明显低于对照组, DHI 评分低于对照组, 生活质量因子生理功能、总体健康、社会功能评分改善优于对照组, 均具统计学差异 ($P<0.05$)。

综上, 眩晕症应用苓桂术甘汤治疗, 可显著增强临床总有效率, 加快症状消除时间, 改善眩晕残障程度, 提高生活质量, 具重要应用价值。

参考文献:

- [1] 苏秀坚, 张文敏, 文龙. 天麻钩藤饮结合甲磺酸倍他司汀治疗后循环缺血性眩晕的临床效果观察[J]. 成都中医药大学学报, 2016, 39(1): 54-55.
- [2] 王烁, 刘金民. 后循环短暂缺血发作所致眩晕急性发作与中风痰证相关性研究[J]. 中国中医急症, 2010, 19(11): 1871-1872, 1928.
- [3] 何强成, 苏淑仪. 苓桂术甘汤加减治疗眩晕的诊治体会[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(23): 26.
- [4] 张欣欣. 中医辨证治疗眩晕 120 例临床疗效观察[J]. 医学理论与实践杂志, 2012, 25(17): 2104-2105.
- [5] 马俊. 苓桂术甘汤治疗梅尼埃综合征 94 例[J]. 光明中医, 2012, 27(4): 742-743.
- [6] 陈仁山, 肖惠珍, 刘宁, 等. 祛痰泄浊法对痰浊型冠心病患者血管内皮功能的影响[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(7): 1653-1654.

(上接第 104 页)

恢复时间、胸片恢复时间以及不良反应发生率明显低于对照组, $P<0.05$ 。原因分析为: ①阿奇霉素属于大环内酯类抗生素药物, 对支原体的抗菌活性较高, 且具有较高的组织渗透性, 在炎症细胞中可达到有效的药物浓度, 半衰期较长, 治疗小儿支原体肺炎药效持久且疗程较短, 患儿用药后在体内代谢时不需要细胞色素 P450 参与即可完全代谢, 所以对患儿的肝损害较小, 所出现的消化道不良反应较轻 [4]。另外, 用药后可通过与细菌核糖体可逆性结合对 t-RNA 的正常移位进行阻滞, 进而对细菌蛋白质的合成进行阻止, 且具有较强的组织穿透性, 药物作用时间较长, 可通过刺激患儿呼吸道黏膜减少炎症因子, 进而有效保护患儿气道。②普米克令舒属于糖皮质激素, 具有高效的抗炎作用, 且耐受性较好, 患儿用药后不良反应较少, 药物主要成份为布地奈德, 用药后可直接作用于病变位置并产生抗炎蛋白, 进而有效抑制炎症反应以及气道反应性, 快速缓解患儿的临床症状 [5]。另外, 普米克令舒还可使得内皮细胞以及平滑肌细胞溶媒体酶的稳定性不断增强, 并对抗体合成以及免疫反应进行抑制, 在减轻平滑肌收缩反应的同时还可减少微血管渗漏, 患儿用药后可达到全肺, 使得糖皮质激素在气道黏膜表面直接发挥作用, 抗过敏以及抗炎效果

较为迅速, 还可修复受损气道, 与阿奇霉素联合用药疗效显著, 可促使患儿尽快康复 [6]。

综上所述, 普米克令舒联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎效果较好, 可促进临床症状尽快消失, 且不良反应较少, 住院时间较短, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 王少霞, 郭玉全. 普米克令舒联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎效果观察[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015, 22(15): 42-43.
- [2] 王峰. 普米克令舒雾化吸入联合阿奇霉素治疗儿童肺炎支原体肺炎的临床研究[J]. 中国保健营养, 2016, 26(17): 93-94.
- [3] 祁蕊, 英振. 阿奇霉素联合红霉素治疗小儿支原体肺炎的临床效果分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(4): 166-167.
- [4] 卢娟毅. 阿奇霉素联合普米克令舒治疗支原体肺炎的临床效果观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(6): 109-110.
- [5] 赵庆祝, 闫志刚, 张姣珍, 等. 布地奈德联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染 28 例临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(5B): 76-77.
- [6] 卢波, 毋英超. 普米克令舒联合阿奇霉素治疗 102 例儿童肺炎支原体感染的疗效观察[J]. 中国医学创新, 2015, 12(4): 38-40.