

病证结合模式在后循环缺血性眩晕中的应用初探

翟昂帅¹ 郭晓辰² 张军平^{2*} 朱亚萍²

(1. 天津中医药大学, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院)

基金项目: 2011 年天津市中医药管理局中医、中西医结合科研课题(11037)

* 通讯作者: tjzhtcm@163.com, (022)27432016

[摘要] 后循环缺血(PCI)是一种常见的缺血性脑血管疾病,临床以眩晕为常见症状。PCI 性眩晕以血虚、血瘀为基本病机,可兼见痰瘀阻络、风阳上扰、气虚血瘀、肝肾不足证候。将病证结合模式引入 PCI 性眩晕的诊治中,既有助于提高临床疗效,改善临床症状,又可以加强疗效评价的全面性和准确性。

[关键词] 后循环缺血性眩晕;病证结合;治疗;疗效评价

后循环缺血(PCI)指椎基底动脉系统缺血引起的病变,由椎基底动脉供血不足(VBI)概念规范化而来,其同义词包括椎基底动脉系统缺血、后循环的短暂性脑缺血发作(TIA)与脑梗死、椎基底动脉疾病、椎基底动脉血栓栓塞性疾病,其病因及发病机制多样。PCI 性眩晕多发于中老年患者,有反复发作倾向,轻者影响患者工作、生活,重者可发生相应区域的脑梗死^[1-2]。近年来随着神经影像学和相关临床研究的进展,如何对 PCI 性眩晕进行更有效的治疗,以及如何正确、全面评价中医药的临床疗效,成为研究的热点和难点。病证结合充分体现了中西医优势互补的特点,将其引入 PCI 性眩晕的诊治中,有助于全面把握疾病特征,优化治疗及评价体系。

1 病证结合模式的理论内涵

病证结合思想着眼于疾病基本病机和辨证论治,以临床疗效最大化为最终目标,优势在于正确、全面地评价中医药的临床疗效。病证结合模式包括中医辨病与辨证结合和现代医学诊断疾病结合中医学辨证论治结合两种模式,现阶段该模式临床上主要体现为后者,即西医辨病与中医辨证相结合,体现了一种疾病的共性规律和患者个体特性的有机结合^[3-4]。每一种疾病均有其共性表现,通过对共性表现进行现代医学诊断,可以把握疾病的基本病机,指导基本治疗方案;重视个体差异是中医学的优势所在,通过对不同患者的个性化辨证论治,又能将基本治疗和个体治疗相结合,使治疗更有针对性。所以,陈可冀院士指出,西医辨病与中医辨证相结合的临床诊疗模式是当今世界的诊疗大趋势,每一个疾病发生、发展及转化,皆具有“病”与“证”在不同阶段的相互融合和改变。着眼于贯穿疾病基本病理改变

的辨病论治和整体认识指导下辨证论治的结合,会对疾病病理生理变化有更清晰的认识,由此而进行的治疗也会获得更理想的效果^[5]。

2 辨病论治与辨证论治相结合,优化临床治疗

2.1 辨病论治,重视疾病基本病机

PCI 是临床最常见的缺血性脑血管疾病,眩晕是 PCI 的最常见症状,且多伴有耳鸣、胸闷、头痛等症。研究显示^[6-8],多种因素相互作用导致的循环系统结构受损或功能障碍是 PCI 性眩晕发生的主要原因:①动脉粥样硬化是最常见的血管病理表现;②栓子脱落导致的脑梗死;③锁骨下动脉盗血综合征导致的椎动脉逆流;④穿支动脉病变;⑤自发性或创伤性椎动脉颅内段夹层引起的缺血。

从中医辨证上讲,PCI 性眩晕的证型同经典的眩晕证型有相似之处,但亦有自己的特点。PCI 性眩晕总由于缺血或栓塞病因导致,中医辨证总以血虚、血瘀为本,风、火、痰为标。血虚、血瘀为 PCI 性眩晕的基本病机和证候,治疗上应针对血虚、血瘀,将补血、活血化瘀作为基本法则,即病证结合模式中的“辨病论治”,重视疾病的基本病机和基本证候。在此基础上根据患者当前所表现的不同证候及标本缓急进行辨证加减。

2.2 辨证论治,针对不同兼夹证候优化治疗

在基本病机存在的基础上,PCI 性眩晕可根据疾病发作的轻重缓急程度和临床表现,分为痰瘀阻络、风阳上扰、气虚血瘀、肝肾不足等不同的证候^[2],一般来讲,发作期多为实证病因,以治标祛实为主;缓解期多为虚证病因,以治本补虚为主。

2.2.1 化痰通络,破血除瘀 动脉粥样硬化及栓子脱落等病因阻塞血管,限制甚至阻断血流,是 PCI

性眩晕的重要发病机制。中医学认为,痰浊和瘀血既为 PCI 的致病因素,又是病理产物,常相兼为患,形成恶性循环。“无痰不作眩”,“无瘀不作眩”,痰瘀交阻,清阳不升,浊阴不降而发眩晕。针对急性发作期证属痰瘀阻络的患者,化痰通络、破血除瘀法往往收效显著。有研究^[9]运用银丹心脑通胶囊配合盐酸氟桂利嗪治疗痰瘀阻络型 PCI 眩晕,结果显示,治疗组术后血脂、血流变指标,椎基底动脉血流速度,中医证候积分均较对照组有所改善。

2.2.2 平肝熄风,活血通络 中医学认为,“诸风掉眩,皆属于肝”,风阳上扰亦为 PCI 性眩晕急性发作期的重要兼夹证候,由于风火相煽、上扰清窍,血行不畅,脑失所养而发眩晕,主要症状有:初起头晕头痛,烦躁易怒,耳鸣,口苦,胁痛,恶心欲呕,睡眠不宁,小便赤黄,大便秘结,舌红、苔黄腻,脉弦滑数。研究显示^[10],天麻钩藤饮加味治疗风阳上扰型 PCI 性眩晕,眩晕消失时间明显比对照组缩短,治疗组有效率高于对照组。

2.2.3 益气健脾,养血活血 张景岳认为,“无虚不作眩”,PCI 患者恢复期病程较长,耗气伤血,加之本身脾气虚弱,气血生化不足,血不荣脑,以致气虚血瘀形成恶性循环。在恢复期遵循活血补虚原则,可从根本上改善临床症状,减少眩晕、头痛等不适发作的频率、频次。李同凯等^[11]观察补气活血定晕方对气虚血瘀型 PCI 性眩晕的疗效,结果显示,治疗组椎-基底动脉血流动力学参数、巴塞尔指数评分情况均优于对照组,表明针对气血亏虚血瘀型眩晕患者,若只着眼于活血祛瘀法而忽略益气健脾、养血活血,其疗效往往不甚显著。

2.2.4 滋肾养肝,填精补髓 《灵枢》云:“脑为髓海,髓海有余,则轻劲有力。髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒。”肝肾亏虚型最常见于老年患者,由于衰老各种生理机能下降,肾阴亏损,肝失疏泄,气机逆乱,不能推动血液运行而致头晕目眩、脑转耳鸣、视物昏花。据统计^[12],老年性眩晕最常见的原因是中枢性眩晕,其中后循环缺血性病损约占 90%,现代医学认为,治疗老年性眩晕主要是改善 PCI。傅应昌等^[13]自拟滋肾益肝活血汤治疗老年性眩晕,结果显示,70 例患者中,总有效率为 91.4%,说明运用滋肾益肝活血法治疗肝肾阴虚伴瘀血内阻型眩晕有良好的疗效。

3 病证结合,重视证候疗效和疾病疗效评价

病证结合模式以现代医学检查手段对 PCI 性

眩晕进行本质上的诊断,即确定眩晕的病因、病位,明确疾病诊断,同时用中医理论和思维进行分析,在血虚、血瘀基本病机的基础上辨证治疗,从而避免照搬现代医学的疗效评价指标,更突出中医的辨证论治的真实疗效^[14-15]。临床上一些 PCI 性眩晕的患者,经过西医治疗理化检查和影像学检查结果已经正常或趋于稳定,但临床症状依然存在,此时按照中医辨证论治往往收效显著,从而提高了患者的生存质量、日常生活能力和药物依从性。另一方面,病证结合模式更关注了疾病的疗效评价,即现代医学中疾病的病理机制是否得以改善。对于 PCI 性眩晕的患者来讲,临床不仅要改善其眩晕、头痛、耳鸣等症状,更要观察其椎动脉、基底动脉的血流情况,合并高血压、糖尿病的患者同时要检测血压、血糖的达标情况,从而克服传统中医学疗效不稳定、治疗作用靶向不清等问题,使靶向清晰、疗效稳定可重复^[4]。

4 结语

病证结合双重诊疗模式是现阶段中西医结合治疗疾病的大趋势,在国家“十一五”期间大量学者经过研究已经形成了多个疾病的病证结合诊疗方案,在很大程度上提高了临床疗效。PCI 性眩晕病机多样,临床症状复杂多变,要求临床诊治须将辨病与辨证相结合,以血虚、血瘀的基本病机为基础,结合兼夹证候和标本虚实进行治疗,既有利于优化治疗,又可全面准确地评价疗效。现阶段该模式疗效得到普遍认可,但如何建立规范、具体、突显辨证论治特色的临床疗效评价体系等问题,仍是影响该模式治疗 PCI 性眩晕优势发挥的关键,有待进一步深入研究。

参考文献

- [1] 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(9): 786-787.
- [2] 丁亮吾, 张慧永. 后循环缺血性眩晕的中医分层辨证治疗[J]. 中医临床研究, 2011, 3(23): 110-113.
- [3] 李建生. 病证结合模式临床研究应用的若干问题思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(10): 1302-1304.
- [4] 王阶, 熊兴江, 张兰凤. 病证结合模式及临床运用探索[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(3): 297-299.
- [5] 史大卓, 陈可冀院士冠心病病证结合治疗方法学的创新和发展[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1017-1020.
- [6] 曹勇军, 刘春风. 后循环缺血[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9): 773-775.
- [7] Caplan L. Posterior circulation ischemia: then, now, end tomorrow. the Thomas Willis Lecture—2000[J]. Stroke, 2000, 31(8): 2011-2023.

(下转第 842 页)

阳明经之“荥”穴,《难经》云:“荥主身热”,荥穴为治疗热病之要穴。阳明经是多气多血之经,针刺内庭能疏散阳明之郁热,用于治疗胃火炽盛而循经上扰所致胃肠和神志等疾患。因此针刺此穴可泻荥穴多余之阳气或补其不足之阴血,使湿热浊毒循经而去,起到泄热通腑、祛浊解毒、安神止痛的作用。足三里与内庭相配可清胃泻热,化浊解毒,理气止痛,二穴相配是取《马丹阳十二穴》的配穴法“三里内庭穴,肚腹中妙诀”。三阴交是足太阴、足厥阴、足少阴三阴经之交会穴,为临床的常用腧穴之一,针刺三阴交可调理脾胃气血,还可调补肝肾,调整全身,增强机体抗病能力,有利于疾病的恢复。

本研究采用化浊解毒方与针刺相结合的方法,两者配合可有效快速改善患者的胃痛、胃胀、嗝气、纳差、大便不爽等临床症状,治疗 1 个月、3 个月、6 个月后针药组临床疗效明显均优于中药组及针刺组($P<0.01$),提示其近期疗效以及远期疗效均优于中药组和针刺组,是由于二者结合运用,可产生协同作用,取得更佳的疗效。

参考文献

- [1]魏玮,史海霞,来要良. 中医对慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的研究概况[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(2): 151-153.
- [2]王彦刚,李佃贵. 化浊解毒方治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(3): 353-355.
- [3]中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-684.
- [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: 124-129.
- [5]王正品,李佃贵,杜艳茹,等. 浊毒致病论与现代中医病因学[J]. 中医杂志, 2010, 51(1): 12-13.
- [6]杜艳茹,李佃贵,王春浩,等. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性

胃炎胃癌前病变浊毒内蕴证患者 119 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 31-33.

- [7]He B, Chen XX, Luo JP. Effects of five different Polar extracts from Herba Pogostemonis being gotten rid of volatile oil on gastrointestinal tract[J]. J Chin Med Mater, 2001, 24(6): 422-424.
- [8]李美丽,赵香兰. 日本佩兰生物总碱抗癌活性的研究[J]. 癌症, 1993, 12(3): 203.
- [9]Tai T, Akita Y, Kinoshita K, et al. Anti-emetic Principles of Poria cocoa[J]. Planta Med, 1995, 61(6): 527-530.
- [10]张文女,黄金龙. 茯苓多糖的抗肿瘤作用[J]. 中草药, 1999, 30(7): 561-562.
- [11]李岩,李永渝,崔瑞平,苗陈等. CCB 中药对消化性溃疡相关因素的研究[J]. 遵义医学院学报, 1998, 21(4): 7-9.
- [12]朱金照,冷恩仁,陈东风,等. 砂仁对大鼠胃肠运动及神经递质的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9(4): 205-207.
- [13]邱赛红. 芳香化湿药开胃作用机理的实验研究[J]. 中药药理与临床, 1995, 11(4): 24-27.
- [14]胡玉兰,张忠义,林敬明. 中药砂仁的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中药材, 2005, 28(1): 72-74.
- [15]李备,刘华蓉,潘永全,等. 黄连总生物碱对乙醇致大鼠胃黏膜损伤的保护作用及其探讨[J]. 中国中药杂志, 2006, 31(1): 51-54.
- [16]吴新正,何迎春,田道法,等. 中药防治癌前病变现状及其机制[J]. 中草药, 2006, 37(7): 1101-1104.
- [17]王刚,董玫,刘秀书,等. 半枝莲醇提物抗肿瘤活性的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(9): 1141-1142.
- [18]栗君,谭兴,李劲涛,等. 半边莲生物碱的提取及其对胃癌细胞的抑制作用[J]. 西华师范大学学报, 2007, 28(4): 84-86.
- [19]牛红月,杨铭,强宝全,等. 针刺中脘治疗消化性溃疡多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(2): 89-92.
- [20]卢松,胡幼平. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎取穴规律探究[J]. 江西中医药, 2005, 36(12): 61-62.

(收稿日期: 2012-12-31; 修回日期: 2013-03-05)

[编辑: 侯建春]

(上接第 830 页)

- [8]Voetsch B, Dewitt LD, Pessin MS, et al. Basilar artery occlusive disease in the New England Medical Center Posterior Circulation Registry[J]. Arch Neurol, 2004, 61(4): 496-504.
- [9]姚继红,张海燕. 银丹心脑通胶囊配合盐酸氟桂利嗪治疗瘀阻络型后循环缺血性眩晕临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(2): 189-190.
- [10]严保雷,何培林. 天麻钩藤饮加味对后循环缺血性眩晕治疗作用的观察[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(8): 725-726.
- [11]李同凯,杨光福. 补气活血定晕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.

- [12]邓建文. 六味地黄丸联合敏使朗治疗老年性眩晕的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(24): 578-579.
- [13]傅应昌,孙芳. 滋肾益肝活血汤治疗老年性眩晕 70 例[J]. 新中医, 2007, 39(7): 70-71.
- [14]杜武勋,朱明丹,袁宏伟,等. 构建现代医学疾病诊断中医辨证的病证结合诊治模式的必要性与设想[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(3): 387-390.
- [15]张军平,吕仕超,朱亚萍,等. 病证结合模式下的中医药临床疗效评价着力点[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2011, 13(6): 956-959.

(收稿日期: 2012-11-20; 修回日期: 2012-12-18)

[编辑: 叶晨]