

辨证施治联合龙氏正骨手法治疗中枢性眩晕临床研究

吕小亮¹, 范德辉², 陈荣浩¹, 黄任锋¹, 刘晓林¹, 李晓敏¹, 余尚贞¹, 石青¹

1. 暨南大学附属江门中医院脑病科 (江门五邑中医院), 广东 江门 529000

2. 广东省第二中医院, 广东 广州 510000

[摘要] 目的: 观察运用加味圣愈汤联合龙氏正骨手法治疗中枢性眩晕的临床疗效。方法: 160例患者随机分为4组, 治疗组给予加味圣愈汤联合龙氏正骨手法治疗, 汤药组给予加味圣愈汤治疗, 手法组给予正骨手法治疗, 西医组给予西医对照治疗。观察起效时间 (OST)、症状消失时间 (SDT) 及缓解时间 (RT), 检测治疗前后的脑血管多普勒 (TCD) 的椎动脉 (VA)、大脑后动脉 (PCA) 及基底动脉 (BA)。结果: 总有效率治疗组 100%, 汤药组 90%, 手法组 90%, 西医组 80%, 治疗组与其它3组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组 SDT、RT 与其它3组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。VA、PCA、BA 治疗组治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组各项指标与其它3组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 加味圣愈汤联合龙氏正骨手法治疗中枢性眩晕临床疗效显著。

[关键词] 中枢性眩晕; 加味圣愈汤; 龙氏正骨手法; 联合治疗

[中图分类号] R441.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 07-0127-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.057

中枢性眩晕为脑科常见病、多发病, 病情反复发作, 严重者可出现后循环卒中。有研究表明中枢性眩晕的发作与椎动脉受刺激、屈曲、压迫、狭窄、变异, 与血流慢, 血液黏滞, 后循环供血不足密切相关。加味圣愈汤可改善脑血流, 增加脑灌注, 龙氏正骨手法可改善颈部小关节功能紊乱, 缓解颈椎病变所致后循环供血不足。笔者采用加味圣愈汤^[1]联合龙氏正骨手法^[2]治疗中枢性眩晕, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 11 月—2014 年 2 月本院脑病科门诊及住院患者, 共 160 例, 随机分为治疗组、汤药组、手法组、西医组 4 组, 每组 40 例。治疗组男 18 例, 女 22 例; 年龄 30~70 岁, 平均 60.5 岁; 病程 15 天~10 年, 平均 3 年。汤药组男 19 例, 女 21 例; 年龄 31~72 岁, 平均 61 岁; 病程 15 天~8 年, 平均 2.8 年。手法组男 18 例, 女 22 例; 年龄 29~68 岁, 平均 60 岁, 病程 15 天~9 年, 平均 2.9 年。对照组男 20 例, 女 20 例; 年龄 28~69 岁, 平均 58.5 岁; 病程 15 天~8 年, 平均 2.7 年。2 组患者性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 参照《神经病学》^[3], 符合中枢性眩晕诊断标准, 并经 TCD、头颅 CT/MRI、颈椎 MRI 及颈椎正侧双斜张

口位片检查, 所有患者均有不同程度的椎基底动脉血流流速减慢, 颈椎病变。同时中医辨证分为气虚血瘀型者纳入治疗对象。

1.3 排除标准 排除颅内器质性病变、占位性病变、颅内高压、听神经瘤、癫痫、颈椎骨折、颈椎结核、颈椎肿瘤等。

2 治疗方法

2.1 手法组 采用龙氏正骨手法, 患者仰卧位, 低枕, 术者一手托其下颌, 另一手托其枕部, 将其头作上仰(仰头可使颈 2 椎后关节紧闭成“定点”)侧转, 缓慢摇动 2 下, 嘱患者放松头部后, 将头转成较大幅度时稍加有限度的闪动力, 多可听到关节复位时弹响“咯得”声, 每天 1 次, 14 次为 1 疗程。

2.2 治疗组 予加味圣愈汤配合龙氏正骨疗法。组方: 熟地黄、生地黄、白芍、大枣各 20 g, 当归、川芎、红参、炙甘草各 10 g, 黄芪 30 g。每天 1 剂, 煎取汁 400 mL, 分 2 次温服; 龙氏正骨疗法同手法组。

2.3 汤药组 只给予加味圣愈汤, 组成与服法同治疗组。

2.4 西医组 予氟桂利嗪胶囊 5 mg, 每晚 1 次, 口服; 敏使朗 12 mg, 每天 3 次, 口服。

各组均以 14 天为 1 疗程。1 年后随访复发情况。

[收稿日期] 2015-02-12

[作者简介] 吕小亮 (1973-), 男, 副主任医师, 主要从事中医脑病的研究。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 临床疗效及起效时间(OST)、症状消失时间(SDT)及缓解时间(RT)。

3.2 统计学方法 应用 SASV8.0 统计软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 等级资料组间比较采用 Ridit 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。治愈: 症状完全消失, 伴随症状消失, 生活可以自理, 能正常工作; 好转: 临床症状与体征明显减轻, 但仍有不适, 活动后症状稍加重, 发作次数明显减少; 无效: 症状无减轻。观察经颅多普勒超声(TCD)治疗前后变化: 所有病例在治疗前后均进行 TCD 检查, 大脑后动脉(PCA)及基底动脉(BA)平均血流速度变化。

4.2 4组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组 100%, 汤药组 90%, 手法组 90%, 西医组 80%, 治疗组与其它3组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 4组临床疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	40	30	10	0	100 ^①
汤药组	40	24	12	4	90
手法组	40	25	11	4	90
西医组	40	20	12	8	80

与其它3组比较, $\textcircled{1}P < 0.01$

4.3 4组 OST、SDT、RT 比较 见表2。治疗组 SDT、RT 与其它3组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 4组 OST、SDT、RT 比较

组别	n	OST	SDT	RT
治疗组	40	2	5 ^①	180 ^①
汤药组	40	5	12	60
手法组	40	2	9	30
西医组	40	5	12	40

与其它3组比较, $\textcircled{1}P < 0.01$

4.4 4组治疗前后 TCD 变化比较 见表3。VA、PCA、BA 治疗组治疗前后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后治疗组各项指标与其它3组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

5 讨论

中枢性眩晕辨病可归属于中医学眩晕范畴, 其主要症状特点以头晕为主症, 多伴有视物旋转感、恶心呕吐、耳鸣耳聋、失眠、颈部不适等, 中医辨证分型有气虚血瘀型、痰瘀阻络型、风火上扰型、阴虚风动型等。临床观察表现, 气虚血瘀型最多, 由于患者素体虚弱, 气虚不足, 运血无力, 无以上养清

表3 4组治疗前后 TCD 变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时 间	VA	PCA	BA
治疗组	40	治疗前	22.3±3.4	21.3±3.6	22.5±4.5
		治疗后	46.6±6.3 ^{①②}	42.3±5.4 ^{①②}	47.2±8.4 ^{①②}
汤药组	40	治疗前	22.5±5.3	22.3±6.4	24.5±5.3
		治疗后	30.6±2.2	32.3±5.6	37.2±5.4
手法组	40	治疗前	24.1±3.4	23.1±6.2	22.5±4.3
		治疗后	32.6±11.3	33.2±4.8	38.2±3.4
西医组	40	治疗前	23.5±5.1	21.1±3.8	24.2±6.2
		治疗后	31.3±4.1	31.6±5.7	38.3±5.5

与本组治疗前比较, $\textcircled{1}P < 0.01$; 与其它3组治疗后比较, $\textcircled{2}P < 0.01$

窍, 以致脑髓脑络失养。因脑为精明之府, 心为神明之府, 气虚血瘀, 脑髓脑络失养, 则出现眩晕失眠等症。西医学认为中枢性眩晕, 其病位于前庭神经颅内段、前庭神经核、核上纤维、内侧纵束、及皮质和小脑的前庭代表区, 以上任何位置的病变均可出现中枢性眩晕, 常见于椎基底动脉供血不全、小脑、脑干及第四脑室的肿瘤、颅内高压症、听神经瘤和癫痫等疾病。参考纳入及排除标准, 确定由于椎基底动脉供血不足所致的中枢性眩晕的患者为治疗对象。

对于中枢性眩晕辨证为气虚血瘀型者, 中医辨证治疗上以益气祛瘀为法, 方用加味圣愈汤, 本方出自《兰室秘藏》, 由四物汤加味而成, 方中红参、黄芪助气之用, 当归、生地黄、熟地黄、川芎补血之体, 大枣、甘草补中益气生血, 气旺则血自生, 血旺则气有所附, 补气升提, 助血上行而止晕。施杞^[5]“以气为主, 以血为先”理论, 以“益气养血, 行气活血”为治则, 将圣愈汤作为治疗基本方治疗颈椎病。由于椎基底动脉供血不足所致中枢性眩晕可以由三个方面决定, 一是血液黏滞致脑供血不足出现眩晕, 二是颈椎病变致椎动脉受压致供血不足, 三是血流直接减少供血不足出现眩晕。无论何种具体因素总由后循环缺血所致, 因此从西医学角度分析, 加味圣愈汤可以改善脑部供血问题, 但对于颈椎病变致椎动脉受压从而出现的供血不足的问题难以解决。有研究表明, 由于颈椎病变, 致椎动脉受压、扭曲、刺激等诱发眩晕发作, 严重者可出现后循环区的梗塞。因此除了药物因素处理中枢性眩晕外, 如何解决好颈椎病变显得尤其重要。

龙氏正骨疗法在华南地区的历史约 40 年, 其核心是通过对病椎正骨手法复位从而达到治疗脊柱相关性疾病的目的^[6]。龙氏正骨疗法分放松手法、正骨法、强壮手法及痛区手法 4 步, 有些由于颈椎病变所致的眩晕问题经龙氏正骨手法可达到立竿见影的效果。通过临床发现, 龙氏正骨疗法如何解决复发问题。针对这一问题, 目前有几个方法, 一是坚持疗程足够、二是练功、三是中药辨证治疗。基于此, 笔者的处理方法是, 先从临床上筛选出最常见的证型, 然后分析是否由于病椎所

致,最后运用龙氏正骨手法修复病椎及中药辨证治疗。龙氏正骨手法纠正关节错位及解除卡压椎动脉,恢复正常血流,中药辨证治疗可增加脑血流,改善症状。本结果表明,颈椎病所致的中枢性眩晕,从总体疗效方面分析,分别运用中药汤剂及正骨手法治疗有一定的疗效,但治疗总有效率不如两者结合方法高,并且分别运用中药汤剂及正骨手法治疗有一定的复发率,存在疗效不稳定的情况。治疗组及手法组起效时间快,汤药组与对照组起效相对较慢,治疗组症状消失快,手法组次之,汤药组及西医组最慢。治疗组与其它 3 组比较,疗效稳定持久。对于脑血流的影响,治疗组比其它 3 组均有明显的改善脑供血的作用,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对于颈椎病所致中枢性眩晕,辨证为气虚血瘀者,综合运用龙氏正骨手法及中医辨证治疗可取得很好疗效,特别对于运用单纯手法治疗、中药汤剂治疗、西医治疗疗效均不好,或不稳定者可试用,可以达到内外兼治、手法治疗与汤

药辨证治疗结合,巩固疗效之目的。

[参考文献]

- [1] 吴弢,高翔,叶秀兰.施杞运用圣愈汤治疗颈椎病学术思想探析[J].中医文献杂志,2010(4):45-46.
- [2] 范德辉,林锦坤,张振宁.腹针疗法联合龙氏手法治疗寰枢关节半脱位致颈性眩晕[J].中医正骨,2014,26(4):19-22.
- [3] 贾建平.神经病学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2002:14-15.
- [4] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [5] 范德辉,刘悦.针刺结合正骨推拿治疗颈性眩晕疗效观察[J].江西中医药,2006,37(2):49-50.

(责任编辑:马力)

中西医结合治疗晚期非小细胞肺癌临床观察

李向晖

平湖市第一人民医院呼吸内科,浙江 平湖 314200

[摘要] 目的:观察研究中西医结合疗法治疗晚期非小细胞肺癌的临床疗效。方法:将晚期非小细胞肺癌患者 86 例按照随机数字表法分为 2 组,每组 43 例。对照组只采用单纯西医治疗,观察组在对照组治疗基础上联合中药辨证治疗;记录比较 2 组患者近期疗效及不良反应。结果:86 例患者均完成化疗,对照组和观察组的总有效率分别为 9.3%、18.6%,差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组的症状控制率为 74.4%,低于观察组的 90.7% ($P < 0.05$)。对照组的 KPS 评分稳定升高率为 60.5%,低于观察组的 86.0% ($P < 0.05$)。观察组生存期 1 年共 33 例 (76.7%) 多于对照组 23 例 (53.5%),差异有统计学意义 ($P < 0.05$);观察组生存期 ≥ 1 年半的共 24 例 (55.8%),对照组 12 例 (27.9%),2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);对照组的的中位生存期为 8.3 月,少于观察组的 12.4 月。对照组的胃肠道反应发生率、脱发程度及骨髓抑制程度均高于观察组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:中药联合化疗用于晚期非小细胞肺癌患者的治疗可提高疗效及患者的生活质量,同时能够降低不良反应的发生率。

[关键词] 晚期非小细胞肺癌;中西医结合治疗;临床疗效

[中图分类号] R 734.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0129-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.058

肺癌作为世界上最常见的恶性肿瘤之一,发病率持续升高,已成为我国城市人口恶性肿瘤死亡的首要原因^[1]。非小细胞肺癌(NSCLC)是肺癌的常见类型,约占所有肺癌中的 80.0%,且大部分患者发现时已处于中晚期,5 年生存率很低。目前,化疗是其治疗的主要手段,但效果不甚理想;而大

量临床研究联合中医药治疗可增加疗效^[2-3]。本研究采用中西医结合治疗晚期非小细胞肺癌,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《内科学》;中医辨证分型参照《中药新药临床研究指导原则》,肺癌分期参考肺癌的 TMN 分期标准。

[收稿日期] 2015-03-15

[作者简介] 李向晖 (1975-),男,副主任医师,研究方向:晚期肺癌的临床治疗。