

# 眩晕贴联合甲磺酸倍他司汀片治疗痰浊型耳石症 复位后残存头晕临床研究\*

陈静雯, 李迎华, 任绍林, 邱英杰, 郭锦桥, 付晓双

北京中医药大学第三附属医院密云院区, 北京 101500

**摘要:**目的:观察眩晕贴联合甲磺酸倍他司汀片治疗痰浊型耳石症复位后残存头晕的临床疗效。方法:选取 2023 年 4—11 月北京中医药大学第三附属医院密云院区眩晕门诊收治的耳石症复位成功后存在残存头晕且辨证为痰浊证的患者 100 例,采用随机数字表法分为治疗组及对照组,每组 50 例。两组患者均给予甲磺酸倍他司汀片口服治疗,治疗组另给予眩晕贴贴敷大椎穴治疗,对照组另给予安慰剂制成的药饼贴大椎治疗。比较两组治疗前和治疗 3 d、7 d 及 14 d 后的眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评分、中医证候积分及残余眩晕程度评分(visuo-analogic scale, VAS)及临床疗效。结果:两组患者 DHI 总分以及各专项评分、VAS 评分、中医证候积分均随时间的延长有所改善,治疗组治疗 7 d 后、14 d 后 DHI 总分及各专项评分、中医证候积分、VAS 评分均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组有效率为 96%,对照组有效率为 86%,治疗组有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:眩晕贴贴敷大椎联合甲磺酸倍他司汀片可提高痰浊型耳石症患者复位后残存头晕的临床疗效,改善患者症状,提高生活质量。

**关键词:**耳石症;残存头晕;痰浊证;眩晕贴;大椎;甲磺酸倍他司汀片

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2024.08.0227

中图分类号:R255.3 文献标志码:A 文章编号:1003-5028(2024)08-1235-06

## Clinical Study on the Therapeutic Effect of Vertigo Patch Combined with Betahistine Mesylate Tablets in Treating Residual Dizziness of Phlegm-Turbidity Type Benign Paroxysmal Positional Vertigo After Repositioning

CHEN Jingwen, LI Yinghua, REN Shaolin, QIU Yingjie, GUO Jinqiao, FU Xiaoshuang

Miyun Campus of Beijing University of Chinese Medicine Third Affiliated Hospital, Beijing, China, 101500

**Abstract:** Objective: To observe the clinical efficacy of vertigo patch combined with Betahistine Mesylate Tablets on residual dizziness of phlegm-turbidity type benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) after repositioning. Methods: A total of 100 patients with residual dizziness after successful repositioning of BPPV and diagnosed with phlegm-turbidity syndrome who were admitted to the dizziness clinic of Miyun Campus of Beijing University of Chinese Medicine Third Affiliated Hospital, Beijing from April to November 2023 were selected, and divided into the treatment group and the control group according to the random number table method, with 50 cases in each group. Both groups were first given oral treatment with Betahistine Mesylate Tablets. Then the treatment group was also given vertigo patch applied to Dazhui (DU 14), while the control group was additionally given a placebo-made medicine patch applied to Dazhui (DU 14). The dizziness handicap inventory (DHI) scores, TCM syndrome scores, visual analog scale (VAS) scores, before treatment and after 3 days, 7 days, and 14 days of treatment, and clinical efficacy were compared between the two groups. Results: Both groups showed improvement in total DHI score and each specific score, VAS score, and TCM syndrome scores over time. The total DHI score and each specific score, TCM syndrome scores, and VAS score of the treatment group were significantly lower than those of the control

group 7 days and 14 days after treatment ,with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ) . The effective rate of the treatment group was 96% ,while that of the control group was 86% ,with a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ) . Conclusion:Applying the vertigo patch to Dazhui ( DU 14) combined with Betahistine Mesylate Tablets can improve the clinical efficacy of residual dizziness in BPPV patients with phlegm-turbidity syndrome after repositioning,enhance their quality of life.

**Keywords:**benign paroxysmal positional vertigo ( BPPV ) ; residual dizziness; phlegm-turbidity syndrome; vertigo patch; Dazhui ( DU 14) ;Betahistine Mesylate Tablets

耳石症又称为良性阵发性位置性眩晕 ( betahistine mesylate tablets ,BPPV ) ,表现为头位变化诱发的反复发作的短暂眩晕,同时伴有特征性眼震<sup>[1]</sup>。眩晕门诊高达 42% 的眩晕患者为 BPPV<sup>[2]</sup>。手法复位是 BPPV 最常用且最具疗效的治法,但是复位后高达 50% 的患者会出现复位后残存头晕,该症状可持续数天或数周,甚至数月,严重影响患者生活质量<sup>[3-4]</sup>。甲磺酸倍他司汀口服是常用的西医治疗方法,起效慢且效果有限。穴位贴敷有简便廉验的特点,是常用的中医外治法。本研究采用眩晕贴贴敷大椎穴联合甲磺酸倍他司汀口服治疗痰浊型复位后残存头晕,取得较好疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2023 年 4—11 月北京中医药大学第三附属医院密云院区眩晕门诊收治的耳石症复位成功后存在残存头晕且辨证为痰浊证的患者 100 例,采用随机数字表法分为治疗组及对照组,每组 50 例。对照组中,男 10 例,女 40 例;年龄 21 ~ 91 ( 56.10 ± 10.22 ) 岁。治疗组中,男 16 例,女 34 例;年龄 37 ~ 71 ( 57.44 ± 10.22 ) 岁。两组年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ) ,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 通过 SRM - IV 良性阵发性位置性眩晕诊疗系统为每位患者进行自发性眼震、凝视性眼震等检查,排除中枢神经系统所致眩晕。后由受过专业培训的神内科医师完成耳石复位治疗 ( 采用 Semont 法或 Epley 法治疗后半规管 BPPV ,采用 Yacovino 法治疗前半规管 BPPV ,采用 Gufoni 法或 Barbecue 法治疗外半规管 BPPV ) ,复位后位置性眩晕和眼震消失,出现持续性或非特异性头晕、与体位改变有关的头晕和/或漂浮感等残余症状者。符合《良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南 ( 2017 ) 》<sup>[5]</sup> 中 BPPV 诊断标准。符合《中医病证诊断疗效标准》中痰浊型眩晕的诊断标准<sup>[6]</sup>:主症:头晕、目眩;次症:视物旋转、头重如裹、胸闷作恶、呕吐痰涎;舌脉:苔白腻、脉弦滑。具备 1 ~ 2 项主症及

2、3 项次症者即属本证,舌脉作为参考标准,定义为耳石症复位后残余头晕<sup>[7]</sup>。

**1.3 病例纳入标准** 符合上述诊断标准;依从性良好;自愿参加研究并签署知情同意。

**1.4 病例排除标准** 复位后变位试验阴性且患者无明显不适感;中枢性眩晕或者合并其他前庭疾病 ( 如梅尼埃病、前庭神经元炎、突发性聋、氨基糖苷类耳中毒等 ) 导致的眩晕,或者眼性眩晕、颈源性眩晕、循环系统疾病、血液病、内分泌及代谢性疾病或精神性等眩晕;合并严重心肺及严重颈椎病等疾病者;既往有重度心身疾患如焦虑、抑郁或严重精神障碍者;耳石症发作后接受过其他治疗或复位后观察期内耳石症复发者;对本方中任意一种中药成分过敏者。

**1.5 病例脱落标准** 不愿意配合治疗者;对于中药成分及甲磺酸倍他司汀过敏者;研究期间耳石症复发者失访者。

**1.6 治疗方法** 两组患者均给予甲磺酸倍他司汀片 [ 卫材 ( 中国 ) 药业有限公司,批号:国药准字 H20040130 ] 。口服治疗,每次 12 mg ,每天 3 次,饭后半小时口服,疗程为 14 d。

治疗组另给予眩晕贴贴敷大椎治疗,眩晕贴成分为细辛 0.60 g ,白芥子 0.30 g ,白芷 0.75 g ,菊花 0.50 g ,川芎 0.50 g ,以上中药饮片来源于北京中医药大学第三附属医院密云院区,由医院药剂室加工,制成贴剂外敷。贴敷时,嘱患者坐位,用清水或乙醇棉签清洁大椎穴后,将穴贴贴于穴位处,每次贴敷 6 h ,每天 1 次,疗程为 14 d。

对照组另给予安慰剂制成的药饼贴大椎治疗,使用荞麦粉替代药粉,以色素进行着色,制成安慰剂贴,贴敷大椎穴。制作流程及方法、时间、疗程同治疗组。

## 1.7 观察指标

**1.7.1 眩晕残障量表 ( dizziness handicap inventory ,DHI ) 评分** 采用中文版 DHI 量表<sup>[8]</sup> 进行评分,全表共 25 个问题,观察指标包括 DHI 总分、躯体 ( DHI - P , 28 分 ) 、功能 ( DHI - F , 36 分 ) 、情感

(DHI-E,36 分)4 部分,得分越高表示眩晕程度越重。

**1.7.2 中医证候积分** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>对两组患者治疗前、治疗 3 d 后、治疗 7 d 后及治疗 14 d 后的中医证候进行评分,主症按程度分为“无”=0 分、“轻微”=2 分、“中度”=4 分、“重度”=6 分;次症按程度分别计 0 分、1 分、2 分、3 分,得分越高示临床症状越严重。

**1.7.3 残余眩晕程度评分** 参照视觉模拟评分(visuo analogic scale,VAS)<sup>[9]</sup>评价两组患者治疗前后残余眩晕程度。在纸板上画 0~10 cm 刻度的一条横线,从 0 到 10,随着数字越大代表头晕越严重,0 分代表无眩晕和不适,1~3 分为轻度眩晕;4~6 分为中度眩晕;7~10 分为严重眩晕;10 分代表最严重。

**1.8 疗效判定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>评价两组患者治疗前后的治疗指数及临床疗效。痊愈:临床症状体征消失,能够正常生活与工作,疗效指数≥90%;显效:临床症状、体征基本消失,偶尔有轻度症状出现,但不影响正常的生活与工作,疗效指数为 70%~<90%;有效:临床症状、体征均有好转,但时有复发,并且病情不平稳,对日常生活与工作略有影响,疗效指数 30%~<70%;临床症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%为无效。

疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%

有效率=(痊愈+显效+有效)/n×100%

**1.9 统计学方法** 采用 SPSS 27.0 进行数据建立及统计学分析。对于符合正态分布的计量资料使用均数标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验;对于不符合正态分布的计量资料用中位数和四分位数间距 [*M*(*Q*,*R*)]表示,采用非参数检验;对于计数资料采用  $\chi^2$  检验,等级资料用秩和检验。所有检验均采用双侧检验,*P*<0.05 具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组耳石症患者治疗前后中医证候积分比较** 治疗前两组中医证候积分无统计学差异(*P*>0.05),两组治疗 3 d 中医证候积分小于治疗前,但疗效无统计学差异(*P*>0.05),治疗 7 d、14 d 后两组中医证候积分均小于治疗前及治疗 3 d 后,且治

疗组中医证候积分低于对照组,两者比较有统计学差异(*P*<0.05),见表 1。

表 1 两组耳石症患者治疗前后  
中医证候积分比较 [*M*(*Q*,*R*)]

| 组别  | <i>n</i> | 治疗前     | 治疗 3 d 后             | 治疗 7 d 后              | 治疗 14 d 后              |
|-----|----------|---------|----------------------|-----------------------|------------------------|
| 对照组 | 50       | 9(8,9)  | 8(7,9) <sup>a</sup>  | 6(6,8) <sup>ab</sup>  | 5(4,6) <sup>abc</sup>  |
| 治疗组 | 50       | 9(8,10) | 8(7,8) <sup>ad</sup> | 6(5,6) <sup>abe</sup> | 4(3,4) <sup>abce</sup> |

注:与同组治疗前比较,a*P*<0.05;与同组治疗 3 d 比较,b*P*<0.05;与同组治疗 7 d 比较,c*P*<0.05;与对照组 3 d 比较,d*P*>0.05;与对照组余同时时间点比较,e*P*<0.05。

## 2.2 两组耳石症患者治疗前后 DHI 量表评分比较

治疗前,两组 DHI 评分比较,无明显差异(*P*>0.05);随着治疗时间的延长,两组躯体、情感、功能方面评分均较治疗前下降(*P*<0.05);治疗 3 d 后,两组躯体、情感、功能方面评分及 DHI 总分比较无统计学差异,治疗 7 d 及 14 d 后,治疗组躯体、情感、功能评分明显低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 两组耳石症患者治疗前后  
DHI 量表评分比较 [*M*(*Q*,*R*)]

| 指标        | 对照组( <i>n</i> =50)        | 治疗组( <i>n</i> =50)     | <i>Z</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|-----------|---------------------------|------------------------|------------|------------|
| DHI-P     |                           |                        |            |            |
| 治疗前       | 18(16,20)                 | 18(16,20)              | -0.497     | 0.619      |
| 治疗 3 d 后  | 16(12,16) <sup>ad</sup>   | 14(12,16) <sup>a</sup> | -1.233     | 0.217      |
| 治疗 7 d 后  | 14(12,16) <sup>abe</sup>  | 10(8,11) <sup>b</sup>  | -6.331     | 0.000      |
| 治疗 14 d 后 | 6(6,8) <sup>abce</sup>    | 4(3.5,6) <sup>c</sup>  | -5.145     | 0.000      |
| DHI-E     |                           |                        |            |            |
| 治疗前       | 16(16,20)                 | 18(16,20)              | -0.702     | 0.482      |
| 治疗 3 d 后  | 11(10,14) <sup>ad</sup>   | 12(10,12) <sup>a</sup> | -0.721     | 0.471      |
| 治疗 7 d 后  | 8(8,10) <sup>abe</sup>    | 8(6,8) <sup>b</sup>    | -3.597     | 0.000      |
| 治疗 14 d 后 | 4(4,6) <sup>abce</sup>    | 2(2,4) <sup>c</sup>    | -5.136     | 0.000      |
| DHI-F     |                           |                        |            |            |
| 治疗前       | 18(16,18)                 | 18(16,20)              | -1.544     | 0.123      |
| 治疗 3 d 后  | 12(12,14) <sup>ad</sup>   | 12(10,14) <sup>a</sup> | -1.579     | 0.114      |
| 治疗 7 d 后  | 12(10,12) <sup>abe</sup>  | 10(8,11) <sup>b</sup>  | -2.611     | 0.009      |
| 治疗 14 d 后 | 8(6,8) <sup>abce</sup>    | 4(4,8) <sup>c</sup>    | -4.347     | 0.000      |
| DHI 总分    |                           |                        |            |            |
| 治疗前       | 54(50,56)                 | 53(50,58)              | -0.340     | 0.734      |
| 治疗 3 d 后  | 38(34,42) <sup>ad</sup>   | 38(34,38) <sup>a</sup> | -1.432     | 0.152      |
| 治疗 7 d 后  | 32(30,38) <sup>abe</sup>  | 26(24,29) <sup>b</sup> | -5.313     | 0.000      |
| 治疗 14 d 后 | 18(16,21) <sup>abce</sup> | 12(10,14) <sup>c</sup> | -6.253     | 0.000      |

注:与同组治疗前比较,a*P*<0.05;与同组治疗 3 d 后比较,b*P*<0.05;与同组治疗 7 d 后比较,c*P*<0.05;与对照组 3 d 后比较,d*P*>0.05;与对照组同期比较,e*P*<0.05。

**2.3 两组耳石症患者治疗前后 VAS 评分比较** 治疗前两组 VAS 评分无统计学差异(*P*>0.05),治疗

后两组 VAS 评分均下降,第 3 天两者 VAS 相比无统计学差异( $P>0.05$ ),第 7 天及 14 天,治疗组 VAS 评分明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组耳石症患者治疗前后  
VAS 评分比较 [M(Q,R)]

| 组别  | n  | 治疗前     | 治疗 3 d 后             | 治疗 7 d 后              | 治疗 14 d 后              |
|-----|----|---------|----------------------|-----------------------|------------------------|
| 对照组 | 50 | 9(7,10) | 6(5,8) <sup>ad</sup> | 5(4,7) <sup>b</sup>   | 4(4,6) <sup>e</sup>    |
| 治疗组 | 50 | 8(7,10) | 6(5,8) <sup>a</sup>  | 4(3,5) <sup>abc</sup> | 3(2,4) <sup>abce</sup> |
| Z 值 |    | -0.057  | -0.357               | -4.19                 | -5.491                 |
| P 值 |    | 0.954   | 0.721                | 0.000                 | 0.000                  |

注:与同组治疗前比较,a $P<0.05$ ;与同组治疗 3 d 后比较,b $P<0.05$ ;与同组治疗 7 d 后比较,c $P<0.05$ ;与对照组 3 d 后比较,d $P>0.05$ ;与对照组同期比较,e $P<0.05$ 。

2.4 两组耳石症患者临床疗效比较 治疗组有效率为 96%,对照组有效率为 86%,治疗组有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 4。

表 4 两组耳石症患者临床疗效比较 例(%)

| 组别  | n  | 痊愈 | 显效     | 有效     | 无效    | 有效率               |
|-----|----|----|--------|--------|-------|-------------------|
| 对照组 | 50 | 0  | 11(22) | 32(64) | 7(14) | (86)              |
| 治疗组 | 50 | 0  | 44(88) | 4(8)   | 2(4)  | (96) <sup>a</sup> |

注:与对照组比较,a $P<0.05$ 。

3 讨论

残存头晕是指耳石症复位后或复位后一段时间内存在的持续性非特异性头昏、漂浮感、头重脚轻、失衡、不稳感,或头部活动、行走以及站立时出现的一过性头部不适感,这些症状不能被神经系统查体发现及实验室检查所客观评价<sup>[3]</sup>。大约 50% 的耳石症患者复位后会出现残存症状<sup>[3]</sup>。残存头晕的发病机制复杂,包括半规管残余少量耳石碎片、耳石器功能不全、内耳和前庭功能紊乱、复位后中枢代偿延迟等<sup>[4]</sup>。有学者研究发现,年龄、复位次数与残余症状持续时间与耳石症发病呈正相关,通过眼肌前庭诱发肌源性电位(ocular vestibular - evoked myogenic potential, oVEMP)配合视频头脉冲试验(video head impulse test, vHIT)评估前庭功能,可以对于残存症状的发生进行预测<sup>[10-11]</sup>。不同的耳石复位方法对于残存症状的发生也有影响,例如快速的改良 Semont 复位法和经典的 Epley 复位法相比,残存症状的发生率更低,持续时间更短,且在短时间内改善情绪和功能等主观症状方面更有优势<sup>[12]</sup>。李溪等<sup>[13]</sup>研究发现,除了上述因素,焦虑抑郁、复位前眩

晕持续时间、骨密度降低、是否颅脑外伤以及长时间卧床均是残存症状发生的危险因素。前庭系统与涉及情绪处理的神经解剖区域和神经递质存在大量重叠,随着残存头晕的出现,患者可能产生焦虑、抑郁等身心障碍,情绪反应甚至高于神经系统缺损疾病,严重影响患者的生活质量<sup>[14]</sup>。目前,临床常用甲磺酸倍他司汀、眩晕宁、氟桂利嗪胶囊、强力定眩片等药物改善残存头晕。甲磺酸倍他司汀是治疗残存头晕 A 类推荐的药物,是组胺 H1 受体弱激动剂,可以扩张椎基底动脉及内耳、前庭、迷路微循环系统血管,增加耳蜗和前庭的血流量,还可以强烈抑制组胺 H3 受体,通过提升内耳毛细血管的滤过性来减轻淋巴系统水肿。除此之外,其还能够抗血小板聚集,减轻红细胞及血小板的附着,共同作用下,不仅能够改善前庭症状,缓解头晕所带来的恶心、呕吐等植物神经症状,还可以有效抑制眼震<sup>[15-16]</sup>。但是甲磺酸倍他司汀未参与到耳石症的发病机制中,故其起效较缓慢。研究表明,甲磺酸倍他司汀存在剂量及疗程效应,需要足量足疗程使用方可有效治疗残存头晕<sup>[17]</sup>。而长时间口服甲磺酸倍他司汀则需要警惕其不良反应,例如胃肠道不适,除此之外活动期消化道溃疡、支气管哮喘和肾上腺髓质瘤患者均需慎重给药。

残存头晕属于中医“眩晕”“冒眩”范畴。张仲景认为眩晕与痰饮密切相关,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》设专篇论述痰饮与眩晕的关系。《丹溪心法》提出“无痰不作眩”,进一步论证痰浊与眩晕的相关性。本病病机为本虚标实,本虚涉及清阳不升、肝肾亏虚,而肝风上扰、痰湿内阻则贯穿疾病始终。临床中残存头晕的患者多伴有不欲饮水、舌苔厚腻、大便黏腻、头重如裹等表现。中医药治疗眩晕经验丰富,历史悠久,李晶晶等<sup>[18]</sup>通过网络可视化分析得到泽泻汤、半夏白术天麻汤加减是治疗 BPPV 的核心方剂,痰湿是 BPPV 的关键致病病理因素,祛痰利水是治疗关键。“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药,所异者法尔。”中医外治方法多样,例如针刺法、耳穴法、刮痧法、足浴法、艾灸、养生功法等,或诸法相合。穴位贴敷是常用的外治方法,能够“切于皮肤,彻于肉里,摄入吸气,融入渗液”,既能刺激穴位,又能通过特定的药物吸收发挥相应的药理作用,还能通过经络的贯通运行,发挥远部疗效,临床操作简单,安全易行,患者接受度高。

武婷<sup>[19]</sup>运用天麻、茯苓、白蒺藜等药物制成眩晕贴贴敷太冲、阴陵泉、内关及足三里等穴位可缓解残存头晕的症状。纪小美等<sup>[20]</sup>应用涌泉、太冲、肾俞、阴陵泉、足三里、内关穴穴位贴敷联合耳穴压丸皮质下、内耳、心、交感、肾等穴改善残存头晕。不同于其他研究,穴位贴敷部位繁多,本研究选穴大椎,其为三阳、督脉之会,督脉由此入脑,内可通督脉,外可行于三阳,不仅能调节本经经气,还可以调节六阳经经气,《针灸甲乙经》云:“凡阳经有余不足诸疾,皆可治。”孙红梅等<sup>[21]</sup>研究发现,针刺大椎等督脉穴位在一定程度上抑制帕金森小鼠脑线粒体复合物活性的下降,调节其肢体运动功能,改善平衡障碍。不同于单纯的康复锻炼,针刺大椎穴位,在各个节点均可以改善帕金森病患者的平衡能力及抗跌能力<sup>[22]</sup>。眩晕贴是治疗痰浊型头晕的有效制剂,由细辛、白芥子、白芷、菊花、川芎等组成。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云:“病痰饮者,当以温药和之。”细辛、白芥子味辛性温,两者气温力厚,具有散结通络止痛、温肺豁痰利气的作用。其中,白芥子经芥子酶水解后生成的白芥子油具有破坏皮肤角质层结构,促进药物渗透,辅助外用药透皮吸收的作用<sup>[23-24]</sup>。两者是常用的天灸药物<sup>[25]</sup>。白芷气味芳香,性味辛温,具有祛风散寒燥湿的功效,《本草求真》云:“其能治疗阳明一切头面诸疾”。川芎辛窜相并,上升下降外达内入,无所不至,能够引人身清轻之气上至于脑,辅助白芥子、细辛、白芷发挥化痰开窍的作用。川芎和白芷是《普济方》中的芷芎散,也是成药都梁软胶囊的成分,两者合用能够抑制脑膜中 COX-2、PGE2 的表达,影响单胺类递质的释放,缓解神经源性炎症,改善头痛的发作,是常用的治疗头面部疾病的对药<sup>[26-27]</sup>。菊花味苦甘,性微寒,具有疏散风邪,清肝明目的功效,既能佐制上述药物之辛温,又可祛风清肝而清利头目。现代研究表明,菊花能够抗感染、扩张心脑血管,提高心肌细胞缺氧耐受力,提高脑细胞活性,抗自由基<sup>[28]</sup>。焦虑、抑郁等心理因素在维持眩晕感方面起重要作用,清肝疏肝药物可能通过调节患者焦虑状态而改善残存头晕<sup>[14,29]</sup>。上述药物贴敷于大椎穴,共同发挥化痰醒脑止晕的作用。现代医学认为,腧穴对药物具有敏感性和放大效应,穴位给药的生物利用度明显高于一般给药<sup>[30]</sup>。该贴敷药物从多层次及多靶点发挥作用,临床中常将其用于多种痰浊型眩晕的治

疗。

本次研究数据显示,治疗 7 d 及 14 d 后,治疗组 DHI 评分、中医证候积分均低于对照组,且治疗 7 d 后治疗组躯体、功能方面评分均明显低于对照组。部分残存头晕患者复位后仅有头晕、头昏沉、不稳感,无明显情感及功能障碍,VAS 评分可以弥补 DHI 量表不足,治疗组 VAS 评分低于对照组。以上结果表明,与口服甲磺酸倍他司汀加安慰剂贴组相比,甲磺酸倍他司汀加眩晕贴贴敷大椎更能改善痰浊型患者复位后残存头晕。

综上所述,眩晕贴贴敷大椎联合甲磺酸倍他司汀口服治疗痰浊型耳石症复位后残存头晕疗效确切,可以有效缓解头晕,缩短甲磺酸倍他司汀口服的时长,临床使用方便。但本研究尚存在一定不足:(1)样本量有限,今后将进一步完善大样本、多中心的研究;(2)耳石复位后残存头晕分为轻中重度,以后在扩大样本量的前提下区分研究更能明确眩晕贴的优势人群;(3)本研究随访时长偏短,今后将延长观察时间,评估眩晕贴的长期疗效。

参考文献:

[1] 张祎,刘博,VON BREVERN M,等. 良性阵发性位置性眩晕:诊断标准; Bárány 学会前庭疾病分类委员会共识[J]. 听力学及言语疾病杂志,2017,25(5):450-454.

[2] 吴沛霞,刘建平,王武庆,等. 良性阵发性位置性眩晕患者复位后残余症状的干预策略:单中心随机对照试验[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,56(1):41-46.

[3] FARALLI M,LAPENNA R,GIOMMETTI G,et al. Residual dizziness after the first BPPV episode:role of otolithic function and of a delayed diagnosis[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2016,273(10):3157-3165.

[4] GIOMMETTI G,LAPENNA R,PANICHI R,et al. Residual dizziness after successful repositioning maneuver for idiopathic benign paroxysmal positional Vertigo: a review [J]. Audiol Res,2017,7(1):178.

[5] 金听,孔维佳,冷杨名,等. 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(3):173-177.

[6] 眩晕的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(8):85.

[7] 黄少霆,郭苏影,赵竞一,等. 半夏白术天麻汤加减治疗风痰上扰型后半规管耳石症复位后残余症状的临床疗效评价[J]. 北京医学,2021,43(6):505-508.

[8] 王利一,彭好,黄魏宁,等. 良性阵发性位置性眩晕患者眩晕障碍评定量表分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(8):595-597.

[9] GIOMETTI G,LAPENNA R,PANICHI R,et al. Residual dizziness after successful repositioning maneuver for idiopathic benign paroxysmal positional Vertigo: a review [J]. Audiol Res,2017,7(1):178.

[10] 尹帅,舒福,石磊,等. 视频头脉冲试验与 BPPV 复位治疗后残余症状关系[J]. 中华耳科学杂志,2023,21(4):476-480.

[11] DABBOUS A O,EL-SHENNAWY A M,MEDHAT M M,et al. Assessment of the utricular function in posterior canal benign paroxysmal positional vertigo patients before and after canalith repositioning manoeuvre and its relation to residual dizziness[J]. Hear Balance Commun, 2019,17(1):91-106.

[12] 李科,李可亮,张新海,等. 后半规管良性阵发性位置性眩晕不同复位法复位后残余症状的相关研究[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2023,31(3):214-217.

[13] 李溪,陈钢钢,曾玮,等. 良性阵发性位置性眩晕复位后残余头晕的研究进展[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,36(3):228-232.

[14] 贾若,李凤,李云,等. 情绪认知对良性阵发性位置性眩晕患者影响的临床研究[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2023,30(6):369-372.

[15] 中国医药教育协会眩晕专业委员会,吴子明,王武庆,等. 甲磺酸倍他司汀治疗眩晕症的专家共识[J]. 中国全科医学,2023,26(29):3591-3598.

[16] 刘晶,孙怡,张小莉,等. 甲磺酸倍他司汀对良性阵发性位置性眩晕位置试验眼震的影响[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2023,30(9):562-566.

[17] 马冬娟,胡进,陆霞,等. 不同剂量倍他司汀治疗良性发作性位置性眩晕残余头晕的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(13):23-24.

[18] 李晶晶,孙文军,张毅杰,等. 基于数据挖掘中药治疗良性阵发性位置性眩晕的用药规律研究[J]. 世界中医药,2023,18(22):3271-3276.

[19] 武婷. 自制眩晕贴穴位贴敷治疗耳石症手法复位后眩晕 38 例[J]. 中国中医药科技,2017,24(4):517-518.

[20] 纪小美,任攀,刘进财,等. 穴位贴敷、耳穴贴压联合 SRM-IV 前庭功能诊疗系统治疗良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状临床研究[J]. 河北中医,2023,45(3):446-449.

[21] 孙红梅,和欣,王媛媛,等. 针刺百会、大椎穴对帕金森病小鼠脑线粒体复合物活性的影响[J]. 北京中医药大学学报,2011,34(4):250-253,262.

[22] 程志清,潘录录,林苏进,等. 针刺“百会、大椎”穴联合机器人训练对帕金森病平衡功能影响[J]. 中国现代医生,2023,9(35):9-12,41.

[23] RUAN S F,WANG Z X,XIANG S J,et al. Mechanisms of white mustard seed (Sinapis alba L.) volatile oils as transdermal penetration enhancers [J]. Fitoterapia, 2019,138:104195.

[24] SUMMERS A,VISSCHER M O,KHATRY S K,et al. Impact of sunflower seed oil versus mustard seed oil on skin barrier function in newborns;a community-based, cluster-randomized trial [J]. BMC Pediatr, 2019, 19(1):512.

[25] 刘科辰,刘兰英,王和生,等. 从中医古籍文献看“天灸”[J]. 中华中医药学刊,2017,35(6):1379-1381.

[26] 杨胜,张定堃,苏柘僮,等. 川芎-白芷药对不同配比不同剂型对偏头痛动物模型的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(14):225-228.

[27] 史兆春,徐武,万琪. 川芎、白芷萃取物下调大鼠硬脑膜 COX-2 及 PGE2 的表达[J]. 现代生物医学进展, 2010,10(12):2215-2219.

[28] 王春霞,陈志良. 菊花的药理和临床应用研究[J]. 广东医学,2005,26(12):1740-1741.

[29] 徐红霞,王庆全,盛国强,等. 菊钩逍遥散对耳石症手法复位后肝郁型残余头晕患者血浆 ET-1、CGRP 及 NPY 水平的影响[J]. 中国中医急症,2024,33(1):119-122.

[30] 王海,东贵荣. 穴位特异性研究小结和展望[J]. 针灸临床杂志,2008,24(5):41-42.

收稿日期:2024-03-17

作者简介:陈静雯(1990-),女,河南义马人,医学硕士,主治医师。

(编辑:焦凡)