

小柴胡汤联合针灸治疗后半规管耳石症复位成功 残留头晕 60 例疗效观察

韩金帅 闫新宇 赵竞一 李 盼 王俊阁
(首都医科大学附属北京中医医院耳鼻喉科, 北京 100010)

【摘要】目的 观察小柴胡汤联合针灸治疗后半规管耳石症复位成功残留头晕的临床疗效。**方法** 选择 2020 年 10 月—2021 年 10 月就诊于首都医科大学附属北京中医医院耳鼻喉科门诊的后半规管耳石症患者予复位成功后残留头晕 120 例。采用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组口服小柴胡汤加针灸治疗; 对照组给予甲磺酸倍他司汀片口服, 6 mg/次, 3 次/d。疗程均为 14 d。对比 2 组治疗前后眩晕残障程度评定量表 (DHI) 评分、中医证候积分及总有效率。**结果** 治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 1、2 周, 2 组 DHI 评分低于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组 DHI 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗 2 周, 2 组各项中医证候积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 小柴胡汤联合针灸治疗后半规管耳石症复位成功残留头晕患者的效果优于单纯西药治疗。

【关键词】 小柴胡汤; 针灸; 耳石症; 头晕

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.09.010

良性阵发性位置性眩晕 (BPPV) 又称耳石症, 是短暂阵发性发作的眩晕和眼震, 头部迅速运动至刺激体位时可出现, 临床上以中年女性多发, 发作过程无意识神志障碍。BPPV 约占外周性眩晕的 30%^[1], 其发病率日益增高。临床通过诱发试验进行诊断, 并判断耳石掉落的位置, 从而进行复位治疗。约 90% 的后半规管 BPPV 患者可以通过复位治愈^[2], 但临床中发现, 部分复位成功的患者仍残留头晕, 影响工作和生活。本研究应用小柴胡汤联合针灸治疗耳石症复位成功残留头晕患者取得较好临床效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2020 年 10 月—2021 年 10 月就诊于首都医科大学附属北京中医医院耳鼻喉科门诊的后半规管耳石症患者 120 例, 予复位成功后残留头晕。采用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组中男 31 例, 女 29 例; 年龄 (48.8 ± 7.1) 岁; 病程 7~28 d; 对照组中男 28 例, 女 32 例; 年龄 (48.4 ± 7.3) 岁; 病程 7~28 d。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具

有可比性。患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断: 参考 2017 年《良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南》^[3], 患者均有特征性眼震, 并排除其他可能导致眩晕的疾病。

1.2.2 中医诊断: 符合中医少阳病诊断^[4]: 口苦, 咽干, 默默不欲饮食, 目眩, 胸胁苦满, 心烦喜呕, 脉弦。

1.3 纳入标准

年龄 25~65 岁; 耳石症复位成功后仍残留头晕症状 (位置性眩晕和眼震完全消失, Dix-hallpike 位置试验阴性, 但患者自觉有头晕不适感)。

1.4 排除标准

合并后循环缺血、中枢神经系统病变、颈椎病、眼科疾病等; 高血压、糖尿病控制不良, 焦虑症等; 近 1 周口服抗眩晕、抗焦虑等药物或口服影响针灸效果的药物。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组: ①口服小柴胡汤, 组成: 柴胡

作者简介: 韩金帅, 男, 39 岁, 大学本科, 副主任医师。研究方向: 耳科眩晕疾病的中西医结合治疗。

通信作者: 王俊阁, E-mail: wjgent@163.com

引用格式: 韩金帅, 闫新宇, 赵竞一, 等. 小柴胡汤联合针灸治疗后半规管耳石症复位成功残留头晕 60 例疗效观察[J]. 北京中医药, 2023, 42(9): 979-981.

16 g, 半夏 8 g, 人参 6 g, 黄芩 6 g, 生姜 6 g, 大枣 8 g, 炙甘草 6 g。水煎服, 1 剂/d, 100 mL/次, 2 次/d, 服药 14 d。②针灸治疗: 取穴双侧风池穴、双侧外关穴、百会穴。操作: 患者取坐位, 局部常规消毒, 选用 0.30 mm×40 mm 毫针(苏州医疗用品厂有限公司)进行针刺。先取百会穴, 自前向后沿皮下刺约 3 cm; 风池向鼻尖方向针刺约 2 cm; 外关穴直刺约 2 cm。百会穴不行针, 其他穴行针 3 次, 每次行针 30 s, 采取平补平泻法, 留针 30 min, 隔日治疗 1 次, 疗程 14 d。

2.1.2 对照组: 给予甲磺酸倍他司汀片(中国卫材药业有限公司, 国药准字 H20040130)口服, 6 mg/次, 3 次/d, 疗程 14 d。

2.2 观察指标与方法

2.2.1 眩晕残障程度评定量表(DHI)评分^[5]: 分别于治疗前及治疗 1、2 周, 用 DHI 评分评估患者主观症状的严重程度, 总分 100 分, 头晕影响患者程度越重, 分值越高。

2.2.2 中医证候积分^[6]: 分别于治疗前及治疗 2 周对主要症状头晕目眩、走路不稳、心情烦躁、食欲减退进行评分。症状评分标准: 症状不明显计 0 分, 症状偶发计 1 分, 症状较轻、间断发作计 2 分, 症状明显且持续发作计 3 分, 症状明显且持续发作难以忍受计 4 分。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理, 正态分布计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组内比较用配对样本 t 检验, 组间比较用独立样本 t 检验, 非正态分布者采用非参数检验, 组内不同观察时间点间比较用重复测量方差分析。计数资料用百分比表示, 组间比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考《中医病证诊断疗效标准》^[7] 制定。治愈: 无眩晕症状, 体征完全消失, 恢复正常工作与生活; 显效: 眩晕症状明显减轻, 体征明显好

转, 仍残留轻微症状, 工作与生活不受影响; 有效: 眩晕症状及体征有减轻, 工作与生活受到一定影响; 无效: 眩晕症状、体征无改善或加重。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

3.2 结果

3.2.1 2 组疗效比较: 治疗组无效 5 例, 有效 7 例, 显效 10 例, 治愈 38 例, 总有效率 91.67%; 对照组无效 16 例, 有效 6 例, 显效 12 例, 治愈 26 例, 总有效率 73.33%。2 组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2.2 2 组 DHI 评分比较: 治疗前 2 组 DHI 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗 1、2 周, 2 组 DHI 评分低于治疗前($P < 0.05$), 且治疗组 DHI 评分低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后 DHI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周
治疗组	60	69.53±8.31	53.51±8.06*	45.87±7.72*
对照组	60	69.85±1.24	59.14±9.59*	51.01±5.83*
t 值		-0.241	-2.178	-2.545
P 值		0.822	0.036	0.014

与治疗前比较, * $P < 0.05$

3.2.3 2 组中医证候积分比较: 治疗前 2 组中医证候积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗 2 周, 2 组各项中医证候积分均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗组低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

3.2.4 2 组复发率比较: 随访 6 个月, 治疗组有效 55 例, 复发 3 例, 复发率为 5.45%; 对照组有效 44 例, 复发 10 例, 复发率为 22.73%。治疗组复发率低于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

BPPV 是临床上诱发眩晕的常见疾病, 其中以后半规管病变占绝大多数, 管石复位法(Canalith Repositioning, CRP)可有效治愈或改善患者的位置性眩晕和眼震, 但临床仍有部分患者复位成功

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	头晕目眩	走路不稳	心情烦躁	食欲减退	总积分
治疗组	60	治疗前	3.80±0.57	2.80±0.89	0.87±0.41	1.35±0.67	8.40±1.43
		治疗 2 周	1.05±0.14* Δ	0.81±0.31* Δ	0.18±0.11* Δ	0.43±0.25* Δ	2.21±1.41* Δ
对照组	60	治疗前	3.77±0.63	2.71±0.81	0.93±0.52	1.34±0.81	8.63±1.49
		治疗 2 周	2.25±0.35*	1.52±0.51*	0.48±0.21*	0.86±0.27*	4.65±1.51*

与治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

后残留头晕,且伴有安全感缺失、情绪低落、焦虑等,症状明显者对工作及生活造成一定影响。目前西医多采用口服倍他斯汀类药物、抗焦虑抑郁药物,导致患者会产生一定药物依赖倾向。

BPPV 属中医学“眩晕”范畴,现代医家认为, BPPV 复位成功后残留的头晕多与风、火、痰、虚病机相关^[8]。本研究选取的受试者病因多为工作劳累,情志不遂,其病机为邪气犯于少阳,正邪交争于半表半里,致使上焦郁火,中焦胃虚,下焦饮逆。小柴胡汤方中柴胡味苦平,性微寒,主心腹结气,推陈致新,既能够发散表邪,宣畅气机,又可开郁散结,透泻少阳郁滞,为君药;黄芩味苦平,性寒,可清相火,除烦闷,为臣药。二药合用,表里双解,升降共济,透外邪、泻内热、疏肝气、降浊饮、和解少阳,使少阳枢机得以畅达。半夏味辛平,性微寒,主心下坚、下气;生姜味辛,性微温,主咳逆上气,温中止呕。二药合用,和胃降逆、温中止呕,可祛除津液输布失调导致的痰饮水湿上犯。人参味甘,性微寒,主补五脏;大枣味甘平,主心腹邪气,安中养脾。二药合用,扶正气,健脾胃,运中焦,为佐药。甘草味甘平,解百药毒,可助人参、大枣补虚扶正,且能调和诸药,为使药。诸药合用,能够达到和解少阳、补虚降逆之功。现代药理研究显示,柴胡具有一定的中枢神经抑制作用^[9]。

百会穴主治头痛、眩晕,位于巅顶部,为督脉经穴,其深处即为脑之所在,针刺此穴有通经活络、平衡阴阳的重要作用。研究显示,针刺百会穴可对内淋巴积水及耳蜗血流灌注量产生影响^[10]。风池穴主治大风、头昏、目眩,为胆经腧穴。针刺此穴有祛风宁神、通利清窍之功。两穴(百会、风池)配伍,可开窍醒脑、止晕止痛。外关穴主头面五官疾病、热病,三焦经之络穴、八脉交会穴,针刺此穴有疏通经络、调理气血、逐瘀泻热的作用。以上局部取穴可醒神止晕,经脉取穴可调少阳、三焦之气血输布障碍,逐瘀血、泻郁热。针药合治、表里同治、三焦合治。

本研究结果显示,小柴胡汤联合针灸治疗后半规管耳石症复位成功残留头晕的患者总有效率高,而且提升了患者生活质量,复发率低,效果明显优于西药治疗。中医综合治疗不仅避免了西药造成的药物依赖,并且中药能够治病求本,改善患者的内在体质,同时配合针灸取穴,通调经脉,开窍止晕,效果显著,且无不良反应,复发率低。

参考文献

- [1] BHATTACHARYYA N, GUBBELS S, SCHWARTZ S, et al. Clinical Practice Guideline: benign paroxysmal positional vertigo(update)[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2017, 156: S1-S47.
- [2] ANAGNOSTOU E, KOUZI I, SPENGOS K. Diagnosis and treatment of anterior-or-canal benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review[J]. J Clin Neurol, 2015, 11: 262-267.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(3): 173-177.
- [4] 王庆国, 李金田, 何新慧, 等. 伤寒论选读[M]. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016, 297-301.
- [5] 修世国, 邢东升, 胡玮, 等. 眩晕障碍量表在 BPPV 患者生活质量评估中的应用[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2014, 22(1): 48.
- [6] 王久敏, 王开成, 赵元奎, 等. 自拟涤痰止晕方治疗耳石症手法复位后残留症状的疗效及对症候积分、生活质量的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 167-169.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 37.
- [8] 章培林, 骆磊, 彭海丽. 定眩汤治疗良性阵发性位置性眩晕复位后残留症状 62 例[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(5): 360.
- [9] 李春香. 中药柴胡的药理研究与临床应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(24): 197.
- [10] 姜昕, 孙银强, 张泽安, 等. 针刺百会穴对内淋巴积水豚鼠听力及耳蜗血流灌注量的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2020, 34(1): 77-82.

Clinical observation on 60 cases of residual dizziness after successful reduction of posterior semicircular canal otolith treated by Xiaochaihu Decoction combined with acupuncture

HAN Jin-shuai, YAN Xin-yu, ZHAO Jing-yi, LI Pan, WANG Jun-ge

(收稿日期: 2022-07-29)