

一些思维、认知等已经损害到难以恢复相关。

针灸可以改善大脑的功能已有研究证明：王葳等^[3-4]通过对针刺四关、合谷的 fMRI 结果提示，针刺这些穴位可以激活小脑、额、丘脑等神经功能。MILLER 幻觉中显示的针灸的疗效以幻觉的频度、持续时间、强度首先呈现好转迹象，提示也可能与改善了患者的大脑功能相关。目前，国内对于针灸疗效中可能与精神疾病疗效相关的生化因子主要是脑源性神经营养因子(BDNF)，研究表明，针刺治疗能提高患者的 BDNF^[5-6]，进一步提高了脑功能。而和精神分裂症密切相关的多巴胺(功能亢进假说)，在对海洛因复吸大鼠脑组织进行针灸治疗时，发现针灸可以抑制大鼠脑组织多巴胺的释放^[7]，为针灸治疗精神分裂症提供了理论支持。

[参考文献]

[1] 唐岩, 黄芹, 李惠仙, 等. 针刺治疗幻听的临床分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2007, 15(4): 367- 368.

[2] 肖仙祥, 徐锦奋. 电针治疗常见精神疾病的疗程与疗效比较[J]. 中国当代医药, 2012, 19(8): 100- 101.

[3] 王葳, 李坤成, 单保慈, 等. 针刺正常老年人“四关穴”的脑功能 MRI 研究[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(6): 33- 35.

[4] 王葳, 李坤成, 单保慈, 等. 针刺太冲穴的脑功能 MRI 研究[J]. 中华放射学杂志, 2006, 40(1): 29- 35.

[5] 赵耀东, 缪竞诚. 脑源性神经生长因子(BDNF)与神经性疾病[J]. 中华临床医学杂志, 2005, 6(8): 51- 54.

[6] 王风波, 李晓捷, 唐明薇. 电针对先天性脑损伤仔鼠脑组织脑源性神经生长因子表达的影响[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(3): 213- 215.

[7] 蔡兴慧, 石芳芝, 宋小鸽, 等. 针灸对海洛因复吸大鼠脑组织多巴胺、5- 羟色胺的影响[J]. 安徽中医学院学报, 2011, 30(3): 38- 40.

(责任编辑: 刘淑婷)

茯苓饮联合 Barbecue 翻滚法治疗良性阵发性位置性眩晕临床疗效观察

蔡汉潮, 王会改

深圳市福田区中医院, 广东 深圳 518034

[摘要] 目的: 观察茯苓饮联合 Barbecue 翻滚法治疗水平半规管型良性阵发性位置性眩晕(BPPV)的临床疗效。方法: 选择62例脾胃亏虚、水饮上泛型水平半规管型 BPPV 患者, 随机分为治疗组和对照组, 治疗组32例予 Barbecue 翻滚法、茯苓饮治疗, 对照组30例予 Barbecue 翻滚法治疗, 2组疗程均为10天。观察2组治疗前后症状积分的变化, 比较2组的临床疗效。结果: 2组痊愈率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2组复位成功率无统计学差异 ($P > 0.05$)。治疗前, 2组症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2组症状积分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组症状积分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 采用茯苓饮联合 Barbecue 翻滚法治疗脾胃亏虚、水饮上泛型水平半规管型 BPPV 患者能明显改善临床症状。

[关键词] 良性阵发性位置性眩晕(BPPV); 水平半规管型; 中西医结合疗法; Barbecue 翻滚法; 茯苓饮

[中图分类号] R441.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)07-0209-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.091

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)是由头部位置改变引起的短暂性眩晕, 是最常见的前庭系统疾病, 其发病率约占周围性眩晕的40%^[1], 约占所有眩晕病的25%^[2]。根据耳石发病部位可分为后半规管型、

前半规管型、水平半规管型及复合型, 从临床观察来看, 水平半规管型 BPPV 患者并不少见。翻滚复位法(Barbecue rotation manoeuvre)为治疗水平半规管型 BPPV 首选方法之一, 据文献报道其成功率为85%^[3], 故仍有部分患者复位后存

[收稿日期] 2016-03-05

[作者简介] 蔡汉潮(1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医脑病学。

在眩晕等症状,而且在发作期由于眩晕症状比较剧烈,常常伴随剧烈恶心呕吐等症状,再进行复位时患者往往不能配合。临床观察发现,多数患者发病时病机为脾胃亏虚、水饮内停,故笔者选用茯苓饮健脾利水化湿,联合 Barbecue 翻滚法治疗,能够明显改善患者眩晕、恶心呕吐等临床症状,且无不良反应,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年1—12月在本院门诊及住院部确诊为水平半规管型 BPPV 的患者,共62例,按就诊先后顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组32例,男15例,女17例;平均年龄(49.05±12.06)岁;平均发病时间(2.87±1.72)天。对照组30例,男14例,女16例;平均年龄(49.83±12.44)岁;平均发病时间(3.11±1.82)天。2组性别、年龄、发病时间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照中华医学会耳鼻咽喉科学分会2007年发布的水平半规管型 BPPV 诊断标准^[4]。

1.3 辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》中眩晕的诊断标准,中医证型辨为脾胃亏虚、水饮上泛型。

1.4 纳入标准 符合水平半规管型 BPPV 诊断标准,中医辨证为脾胃亏虚、水饮上泛型;同意入组的患者。

1.5 排除标准 由突发性耳聋、前庭神经炎、偏头痛眩晕、梅尼埃氏综合征、小脑梗死或出血、后半规管型 BPPV、前半规管型 BPPV 等引起的眩晕;虽诊断为水平半规管型 BPPV,但中医辨证为其他证型的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 行滚转(Roll)试验后,以 Barbecue 翻滚法治疗。Barbecue 翻滚法具体步骤如下:①患者坐于治疗台,在治疗者帮助下迅速平卧,头及躯干向健侧扭转90°;②头及躯干再向健侧扭转90°,鼻尖朝下;③头及躯干继续朝健侧方向翻转90°,使患者侧卧于患侧;④头及躯干继续朝健侧方向翻转90°,使患者仰卧,再坐起。每个步骤在眩晕消失后再维持1 min左右,4个步骤记作1个循环,治疗时上述4个步骤循环进行,争取达到在任一位置患者均无眩晕发作。注意事项:手法复位后,嘱患者在2天内尽量保持相对的直立头位,避免抬头、低头和弯腰等动作,或做这些动作时尽量缓慢进行。

2.2 治疗组 复位手法同对照组,同时给予茯苓饮加减。基本方:茯苓20g,党参、白术各15g,陈皮、枳实、泽泻、法半夏各10g。兼气虚者,加黄芪30g;兼血虚者,可合用当归芍药散。由本院统一代煎,每天1剂,水煎,分早晚2次服。

2组疗程均为10天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 症状积分:对患者治疗前后的主要症状(包括头晕目眩、恶心呕吐、倦怠乏力、汗出、发作频率)进行计分:

主动诉出明显且频繁发作的症状计为4分;被问出明显且经常发作的症状计为3分;被问出较轻或间断发作的症状计为2分;被问出轻微或偶尔发作的症状计为1分;无明显症状计为0分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计软件包分析数据。计数资料比较采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照1993年《中药新药临床研究指导原则》中的疗效标准制定,疗效指数=(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分×100%。痊愈:眩晕等症状消失,疗效指数≥95%;显效:眩晕等症状明显减轻,头微有昏沉或头晕目眩轻微,但不伴有自身及景物的旋转、晃动感,可正常生活及工作,70%≤疗效指数<95%;有效:头昏沉或眩晕减轻,仅伴有轻微的自身或景物的旋转、晃动感,虽能坚持工作,但生活和工作受到影响,30%≤疗效指数<70%;无效:头昏沉及眩晕等症状无改善或加重,疗效指数<30%。

4.2 复位疗效标准^[5] 痊愈:眩晕和位置性眼震完全消失;有效:眩晕和位置性眼震减轻,但未完全消失;无效:眩晕发作次数与治疗前相比无明显变化。痊愈和有效归为复位成功。

4.3 2组临床疗效比较 见表1。2组痊愈率比较,差异有统计学意义($\chi^2=6.081, P < 0.05$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	26(81.25) ^①	6(18.75)	0	0	100
对照组	30	11(36.67)	10(33.33)	9(30.00)	0	100

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组复位疗效比较 见表2。治疗组复位成功32例,总有效率为100%;对照组复位成功29例,总有效率为96.67%。2组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	31	1	0	100
对照组	30	21	8	1	96.67

4.5 2组治疗前后症状积分比较 见表3。治疗前,2组症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组症状积分均较治疗前下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组症状积分低于对照组($P < 0.05$)。

5 讨论

水平半规管型 BPPV 有以下特点:患者在平卧转头或翻身时容易诱发眩晕及眼震;多数患者有1~5s的潜伏期,少数无潜伏期;眩晕持续时间多在30~60s,一般不超过2min;

表3 2组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	32	12.34 ± 1.26	0.94 ± 0.75 ^②
对照组	30	12.47 ± 1.08	2.87 ± 2.59 ^①

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

无疲劳性, 即反复行平卧侧头试验, 患者的眩晕程度及眼震强度无明显减轻。眼震表现为水平向下或水平向上, 可伴明显恶心呕吐、胸闷、心悸、汗出等植物神经功能紊乱症状。通过Roll试验诱发出水平性眼震和眩晕, 即可诊断。但需与颅脑外伤、梅尼埃氏综合征、小脑肿瘤、前庭药物中毒、前庭神经炎、脑干肿瘤、后循环缺血等疾病相鉴别。究其病因目前尚不明确, 根据其是否伴发于其他疾病可分为原发和继发。可继发于头颅外伤、梅尼埃氏综合征、突发性耳聋等。发病机理亦不明确, 目前公认2种假说: 嵴顶结石学说、管结石学说, 就此学者提出采用Barbecue翻滚法治疗水平半规管型BPPV。

笔者认为今人嗜酒厚味, 饥饱劳倦, 伤于脾胃, 健运失司, 以致水谷不化精微, 聚湿生痰, 痰浊中阻, 则清阳不升、浊阴不降, 引起眩晕, 故认为其病机以脾胃亏虚、水饮上泛为多, 应治以祛饮健脾和胃。本研究选用茯苓饮主要取其法。原方治疗“心胸中有停痰宿水, 自吐水出后, 心胸间虚, 气满不能食”, 其病机为脾胃亏虚、水饮内停。方中党参、茯苓、白术健脾燥湿; 枳实破气化痰; 陈皮理气健脾燥湿; 在原方基础上加入泽泻、法半夏, 主要加强燥湿利水之功。全方共奏健脾利水化湿之功效。本研究结果显示, 与单纯手法复位比较, 运

用茯苓饮联合Barbecue翻滚法治疗脾胃亏虚、水饮上泛型水平半规管型BPPV虽复位成功率无明显差异, 但患者的主观症状, 如头晕、汗出等改善较为明显, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, et al. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo[J]. Neurology, 2001, 56(4): 1522.
- [2] Froehling DA, Bowen JM, Mohr DN, et al. The canalith repositioning procedure for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a randomized controlled trial[J]. Mayo Clin Proc, 2000, 75(7): 695-700.
- [3] Escher A, Ruffieux C, Maire R. Efficacy of the barbecue manoeuvre in benign paroxysmal vertigo of the horizontal canal[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2007, 264(10): 1239-1241.
- [4] 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科学分会. 良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估(2006年, 贵阳)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(3): 163-164.
- [5] Radtke A, von Brevern M, Tiel-Wilck K, et al. Self-treatment of benign paroxysmal positional vertigo: Semont maneuver vs Epley procedure[J]. Neurology, 2004, 63(1): 150-152.

(责任编辑: 吴凌)