

加味苓桂术甘汤联合管石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕临床研究

文钦生, 杨劲松, 黄彩桂, 张玉松, 唐荣德

广州中医药大学附属新会中医院, 广东 江门 529100

[摘要] 目的: 观察加味苓桂术甘汤联合管石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕(BPPV)的临床疗效。方法: 将90例BPPV患者被随机分为2组, 对照组45例采用常规治疗, 观察组45例采用加味苓桂术甘汤联合管石复位法治疗; 分别于治疗3、7天统计2组中医证候积分, 疗程结束后评价临床疗效, 随访3月统计复发率。结果: 治疗3、7天, 2组中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$); 且观察组积分下降较对照组同时点更显著($P < 0.05$)。疗程结束后, 治愈率、总有率观察组分别为68.8%、97.7%, 对照组分别为35.5%、84.4%, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。复发率观察组为2.2%, 对照组为17.8%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 加味苓桂术甘汤联合管石复位法治疗BPPV, 能明显提高临床疗效, 减少复发率。

[关键词] 良性阵发性位置性眩晕; 加味苓桂术甘汤; 管石复位法

[中图分类号] R441.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 04-0072-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.022

Clinical Study of Modified Linggui Zhugan Tang Combined with Canalith Repositioning Method for Benign Paroxysmal Positional Vertigo

WEN Qinsheng, YANG Jinsong, HUANG Caigui, ZHANG Yusong, TANG Rongde

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Linggui Zhugan tang combined with canalith repositioning method for benign paroxysmal positional vertigo(BPPV). **Methods:** A total of 90 cases of patients with BPPV were randomly divided into two groups, 45 cases in each group. The control group was given the routine treatment. The observation group was given modified Linggui Zhugan tang combined with canalith repositioning method for treatment. At the third and seventh day after treatment, the scores of Chinese medicine syndrome in the two groups were observed respectively. The clinical effect was evaluated after the course of treatment and the recurrence rate was observed after 3 months follow-up. **Results:** At the third and seventh day after treatment, the scores of Chinese medicine syndrome in the two groups were significantly decreased when compared with those before treatment($P < 0.05$), and the scores of Chinese medicine syndrome at the same time points in the observation group was decreased more significantly than that in the control group($P < 0.05$). After the course of treatment, the cure rate and the total effective rate in the observation group were respectively 68.8% and 97.7%, and were respectively 35.5% and 84.4% in the control group, differences being significant($P < 0.05$). The recurrence rate was 2.2% in the observation group and was 17.8% in the control group, the difference being significant($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapy of modified Linggui Zhugan tang combined with canalith repositioning method for BPPV can significantly improve the clinical effect of patients and reduce the recurrence rate.

Keywords: Benign paroxysmal positional vertigo; Modified Linggui Zhugan tang; Canalith repositioning method

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)是当头部位置变化时发生的短暂眩晕和特征性眼震, 为最常见的眩晕症, 发病率为64/10万, 约占周围性眩晕的60%, 且BPPV约占所有眩晕患者的1/3^[1]。BPPV的治疗采用手法复位可以获得良好的效果, 诱发试验配合手法复位是国内外治疗PPPV的首选诊治方法^[2],

但管石复位法治疗BPPV的复发率较高, 并且部分BPPV患者在成功复位后仍有残余的非特异性症状, 如头昏、头重脚轻、漂浮感等症状, 甚至影响患者的生活质量。因此, 临床上探讨并寻找更好的治疗方法来提高临床疗效、降低复发率、减轻手法复位后残余症状, 是目前治疗BPPV患者的追求目标。笔者

[收稿日期] 2018-09-03

[基金项目] 江门市科技局科技计划项目(江科[2017A1044])

[作者简介] 文钦生(1982-), 男, 副主任医师, 研究方向: 脑病专科。

在临床上尝试应用加味苓桂术甘汤联合管石复位法治疗 BPPV, 取得较好的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象 选择 2017 年 4 月—2018 年 4 月在本院脑病专科住院且符合诊断标准的 BPPV 患者 92 例, 按治疗先后顺序随机分为观察组和对照组。在治疗过程中 2 组各有 1 例患者由于未完成研究方案中的治疗而被剔除, 最终纳入资料分析共 90 例。观察组 45 例, 男 10 例, 女 35 例; 年龄 18~84 岁, 平均(63.5 ± 19.5)岁; 受累病变半规管为右侧后半规管 22 例, 左侧后半规管 10 例, 右侧水平半规管 8 例, 左侧水平半规管 5 例。对照组 45 例, 男 12 例, 女 33 例; 年龄 19~85 岁, 平均(62.5 ± 20.3)岁; 受累病变半规管为右侧后半规管 20 例, 左侧后半规管 9 例, 右侧水平半规管 10 例, 左侧水平半规管 6 例。2 组性别、年龄、受累半规管分布情况等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估》^[1]中的诊断标准制定: ①复发性短暂性眩晕伴旋转性眼球震颤, 均为突然起病, 大多数患者在做起、躺下或前倾、后仰或在床上翻身时突然发生眩晕, 伴恶心, 甚至呕吐, 有不同程度的心慌、出汗, 也可因快速低头而诱发, 保持头位不动后眩晕在 1 min 内消失, 但当患者做相同的诱发动作时又出现类似发作。眩晕表现为强烈的视物前后翻滚样旋转感, 患者有时会惊恐地抓住身边的物体以防摔倒, 发作时间一般 < 60 s, 多在 10 s 以内, 但可呈数天、数周甚至数年的周期性发作。患者一般无耳鸣、听力下降、构音不清、复视, 无合并其他神经系统障碍。②行 Dix-Hallpike 或 Roll test 实验引出特征性眼震伴眩晕。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中眩晕病的脾阳亏虚、痰饮内停证: 典型眩晕症状: 眩晕, 视物有旋转感; 伴随症状: 头重, 肢体沉重, 胸闷, 恶心呕吐, 舌淡, 舌体胖大, 苔白腻, 脉弦滑。

1.4 纳入标准 ① 18 ≤ 年龄 ≤ 85 岁, 男女均可; ②符合 BPPV 的西医诊断标准; ③符合上述中医辨证标准; ④颅脑 CT 无异常发现。

1.5 排除标准 ①中枢神经系统病变、眼科疾病、贫血、梅尼埃病、突发性聋、前庭神经炎等引起的眩晕患者; ②合并有严重的糖尿病、心血管、肝、肾和造血系统等原发性疾病以及精神病患者; ③严重骨质疏松、颈椎骨折、颈椎脱位等无法行手法复位患者; ④治疗中依从性差的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规治疗: 采用改善微循环、抗组胺等治疗, 总疗程为 7 天。

2.2 观察组 采用加味苓桂术甘汤联合管石复位法治疗。加味苓桂术甘汤处方: 茯苓 20 g, 桂枝、白术、炙甘草、生姜、藿香、砂仁各 10 g, 党参 15 g, 细辛 5 g。每天 1 剂, 统一由

本院煎药室加水煎成 100 mL, 口服, 总疗程为 7 天。所有患者首次就诊时进行管石复位法, 如患者确诊为后半规管则采用 Epley 管石复位, 水平半规管则采用 Barbecue 翻滚复位。操作: Epley 管石复位^[3]具体步骤如下: ①患者坐于治疗床上, 治疗者迅速将其放倒至仰卧垂头位, 向患侧转 45°; ②头逐渐转正, 继续转向健侧 45°; ③将患者头部连同身体一起向健侧翻转, 侧卧于治疗床上, 维持头部偏离仰卧位 135°; ④恢复坐位, 头前倾 30°。复位过程中每个体位待眩晕眼震消失后再保持 30 s。Barbecue 翻滚复位法^[4]具体步骤如下: ①患者取仰卧位, 头向健侧转 90°; ②头保持不动, 身体向健侧转 180° (俯卧位); ③头继续向健侧转 90°, 鼻尖朝下; ④保持俯卧位, 头再向健侧转 90°, 使患耳朝下; ⑤恢复坐位。复位过程中每个体位待眩晕眼震消失后再保持 30 s。分别在第 3 天、第 7 天行手法复位, 所有患者手法复位治疗后嘱尽量避免过度头部运动, 2 周内睡眠时尽量向健侧, 或高枕卧位。

2 组共治疗 7 天, 疗程结束后随访 3 个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①于治疗前、治疗后第 3、7 天参照《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[5]中证候评价方法, 按中医证候量表从 3 个方面进行评价: 主证: 头晕、目眩; 伴随症状: 恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、汗出异常; 发作频率。中医证候量表最高 21 分, 分数越高, 代表主证及伴随症状越重。②于治疗结束后统计临床疗效, 随访 3 个月统计复发率。

3.2 统计学方法 采用 SPSS20.0 进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用成组 t 检验; 计数和等级资料以例数(n)和百分率(%)表示, 采用 χ^2 检验和 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估》^[1]中相关标准判定疗效。治愈: 眩晕或位置性眼震完全消失; 有效: 眩晕或位置性眼震减轻, 但未消失; 无效: 眩晕和位置性眼震无变化, 加剧或转为其他类型的 BPPV。

4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 1。治疗 3、7 天, 2 组中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$); 且观察组积分下降较对照组同时间点更显著($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗 3 天	治疗 7 天
观察组	45	12.18 ± 0.78	2.15 ± 0.29 ^{①②}	2.25 ± 0.30 ^{①②}
对照组	45	12.08 ± 0.77	3.83 ± 0.36 ^①	3.78 ± 0.38 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组同时间比较, ② $P < 0.05$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。疗程结束后, 治愈率、总有率观察组分别为 68.8%、97.7%, 对照组分别为 35.5%、84.4%, 2 组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)			总有效
		治愈	有效	无效	
观察组	45	31(68.8) ^①	13(28.8)	1(2.2)	44(97.7) ^①
对照组	45	16(35.5)	22(48.8)	7(15.5)	38(84.4)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2组复发率比较 随访3个月, 结果观察组复发1例(2.2%), 对照组复发8例(17.8%), 2组复发率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 不良反应 2组患者在治疗过程中均无不良反应发生。

5 讨论

BPPV 发病率居周围性眩晕的首位^[9], 以短暂眩晕发作为临床表现, 是内耳自限性疾病。患者常诉睡眠中翻身、起床或卧床瞬间、偶然抬头或低头诱发眩晕发作, 天旋地转, 持续时间约数十秒后保持固定体位后可以自行终止。其发病机理目前认为是由于椭圆囊内的耳石脱落碎片进入半规管, 并可能聚集成团块, 当头位改变时会引起内淋巴液流通的畅通性不足, 患者表现为眩晕及眼球震颤, 又称为管结石病^[9]。治疗主要采取管石复位法, 但仍有一部分患者, 手法复位后仍有残余的非特异性症状, 如头昏、头重脚轻、漂浮感等症状, 甚至影响患者的生活质量, 并且临床上常见患者复位后也容易导致复发, 因此有必要采取中医中药进行治疗。

BPPV 属中医学眩晕范畴。中医学对眩晕的认识, 早在《黄帝内经》一书就有“诸风掉眩, 皆属于肝”的论述。《伤寒论》有“伤寒, 若吐, 若下后, 心下逆满, 气上冲胸, 起则头眩, 脉沉紧, 发汗则动经, 身为振振摇者, 茯苓桂枝白术甘草汤主之”的记载。医圣张仲景认为, 痰饮是眩晕的重要致病因素之一, 后世医家总结出“无痰不作眩”“无虚不作眩”等观点, 认为风火痰虚瘀是眩晕的常见病理因素。苓桂术甘汤出自《伤寒杂病论》, 主治痰饮型眩晕病, 有调阴阳、理胃脾、消痰饮的功效^[10]。杜自亮^[11]应用苓桂术甘汤治疗痰饮型眩晕病, 有效率达97.5%。临床上脾阳亏虚、痰饮内停是眩晕病的重要因素。因此本研究应用加味苓桂术甘汤结合手法复位治疗BPPV。苓桂术甘汤方中重用茯苓为君, 健脾利水, 渗湿化饮, 能补能消, 可除已聚之痰饮。桂枝、生姜、细辛为臣, 功能温阳化气、平冲降逆; 与茯苓相配, 可通阳化气、渗利水湿, 使痰饮下排。白术、党参、砂仁、藿香为佐, 功能益气健脾、芳香燥湿; 苓、术相须, 为健脾祛湿的常用组合, 在此体现了治生痰之源以治本之意。炙甘草用于本方, 一可合桂枝以辛甘化阳以襄助温补中阳之力, 二可合白术益气健脾以培土制水, 三可调和诸药以功兼佐使之用。

本次观察结果显示, 2组在治疗3、7天后都能明显改善患者的中医证候积分($P < 0.05$), 但观察组中医证候积分改善较对照组更显著($P < 0.05$); 观察组治愈率、总有效率均高于对照组($P < 0.05$), 复发率小于对照组($P < 0.05$)。提示采用中西医结合双管齐下治疗BPPV, 可明显提高临床疗效, 有效缓解患者由于手法复位产生的残余症状, 并降低了复发率, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 单希征, 孙勍, 马丽涛, 等. 360° 滚转复位法治疗良性阵发性位置性眩晕[J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(2): 142-145.
- [2] 熊彬彬, 吴子明, 刘兴健, 等. 良性阵发性位置性眩晕的临床特征分析[J]. 中华耳科学杂志, 2012, 10(2): 208-211.
- [3] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科编辑委员会, 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(2): 163-164.
- [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: 361-364.
- [5] Epley J. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1992, 107(3): 399-404.
- [6] 邢光前, 陈智斌, 行宽. 水平半规管良性阵发性位置性眩晕的治疗[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2001, 36(1): 28-30.
- [7] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗法案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 24.
- [8] 中华医学会神经病学分会, 中华神经科杂志编辑委员会. 2010年眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(5): 369-374.
- [9] 杨燕珍, 黄静辉, 林怀治. 前庭康复训练在眩晕疾病治疗中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(3): 570-572.
- [10] 刘红芸, 王晓良. 苓桂术甘汤加减治疗痰饮病举隅[J]. 中国中医急症, 2014, 23(8): 1574-1575.
- [11] 杜自亮. 苓桂术甘汤治疗痰饮型眩晕病的临床效果[J]. 药物与临床, 2016, 13(1): 41-45.

(责任编辑: 冯天保)