针刺疗法联合手法复位与口服西药治疗良性阵发性位置性眩晕临床研究

文钦生，叶姬华，梁柳娟，翁桂洲，许双洁，廖婉玲

广州中医药大学附属新会中医院，广东 新会 529100

［摘要］**目的：**观察针刺疗法联合手法复位、口服盐酸倍他司汀片治疗脾虚饮停型良性阵发性位置性眩晕（BPPV）的临床疗效。**方法：**纳入2024年1—10月于广州中医药大学附属新会中医院治疗的110例脾虚饮停型BPPV患者，采用随机数字表法分为对照组和观察组各55例。2组均予手法复位、口服盐酸倍他司汀片治疗，观察组联合针刺疗法治疗，2组均治疗3天，随访3个月。治疗前后评估中医证候评分、前庭症状指数（VSI）评分、Berg平衡量表（BBS）评分，比较2组的临床疗效与复发率。**结果：**治疗3天后，观察组总有效率高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。2组中医证候积分、VSI积分均较治疗前减少，BBS积分均较治疗前增加，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。观察组中医证候积分、VSI积分均低于对照组，BBS积分高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组复发率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**采用针刺疗法联合手法复位、口服盐酸倍他司汀片治疗脾虚饮停型BPPV患者可有效缓解临床症状、改善前庭功能及平衡功能，提高疗效，并有减少复发的可能。

［关键词］良性阵发性位置性眩晕；脾虚饮停证；针刺疗法；手法复位

［中图分类号］R246.81 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0134-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.024

Clinical Study on Acupuncture Combined with Repositioning Maneuvers and Oral Administration of Western Medicine for Benign Paroxysmal Positional Vertigo

WEN Qinsheng, YE Jihua, LIANG Liujuan, WENG Guizhou, XU Shuangjie, LIAO Wanling

Xinhui Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Xinhui Guangdong 529100, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of acupuncture combined with repositioning maneuvers and oral administration of Betahistine Hydrochloride Tablets in treating benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) of spleen deficiency and fluid retention type. **Methods:** A total of 110 BPPV patients of spleen deficiency-fluid retention type treated at Xinhui Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine from January to October 2024 were divided into the control group and the observation group using the random number table method, with 55 cases in each group. Both groups were treated with manipulative reduction and oral administration of Betahistine Hydrochloride Tablets, and the observation group was treated with acupuncture. Both groups were treated for three days and followed up for three months. The traditional Chinese medicine syndrome scores, Vestibular Symptom Index (VSI) scores and Berg Balance Scale (BBS) scores were evaluated before and after treatment, and the clinical efficacy and recurrence rates in the two groups were compared. **Results:** After three days of treatment, the total effective rate in the observation group was higher than that in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). The traditional Chinese medicine syndrome scores and VSI scores in the two groups were decreased compared with those before treatment, while the BBS score was increased compared with that before treatment, differences being significant ($P<0.05$). The traditional Chinese medicine syndrome score and VSI score in the observation group were

［收稿日期］2025-05-08
［修回日期］2025-08-20
［基金项目］广东省中医药局科研项目（20241366）
［作者简介］文钦生（1982-），男，主任医师，E-mail：wenqinsheng1979@163.com。

lower than those in the control group, and the BBS score was higher than that in the control group, differences being significant ($P<0.05$). There was no significant difference in the recurrence rates between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Acupuncture combined with repositioning maneuvers and oral administration of Betahistine Hydrochloride Tablets in the treatment of BPPV patients of spleen deficiency and fluid retention type can effectively relieve clinical symptoms, improve vestibular function and balance function, improve curative effect, and reduce the possibility of recurrence.

Keywords: Benign paroxysmal positional vertigo; Spleen deficiency and fluid retention syndrome; Acupuncture therapy; Repositioning maneuvers

良性阵发性位置性眩晕(BPPV)是临床常见的外周性前庭疾病，典型临床表现为相对于重力方向的头位变化(如床上翻身、低头、抬头、起床、躺下等)会诱发短暂性眩晕、特征性眼球震颤，还可伴有恶心、呕吐等自主神经症状以及头晕、头重脚轻等，具有自限性，但会反复发作[1]。BPPV的发病机制尚不清楚，目前公认的学说有管结石症和嵴帽结石症[1]。倍他司汀等药物、手法复位、前庭康复训练已成为临床常用治疗方案[1]，但值得注意的是，有部分接受治疗者仍存在头晕残留症状，具体表现为平衡障碍、视觉模糊、恶心呕吐、漂浮感等躯体不适，同时伴发跌倒风险增加及情绪障碍等并发症[2-3]，这些持续性症状对患者的社会功能和生活质量产生显著负面影响。有临床研究表明，采用针刺疗法结合手法复位治疗BPPV疗程短、见效快，症状缓解明显，复发率下降[4-5]。脾虚饮停证是江门地区BBPV患者的常见中医证型，笔者所在临床团队经过多年临床实践，拟定了针刺疗法治疗脾虚饮停型BPPV患者的用穴处方。本课题组为明确疗效，开展针刺疗法联合手法复法、口服盐酸倍他司汀片治疗脾虚饮停型BPPV的临床研究，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 依据《良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)》[1]与《良性阵发性位置性眩晕诊断标准》[6]制定：①相对于重力方向改变头位后(如坐卧转换、翻身动作等)，出现反复发作的短暂眩晕或头晕，伴特征性位置性眼球震颤，起病急骤，发作时伴恶心、呕吐等自主神经反应，部分患者出现心悸、多汗等躯体症状。维持静止头位后，症状通常在60 s内缓解，但重复诱发动作可再现典型发作。患者主诉以剧烈的环境旋转或自身翻滚样眩晕体验为特征，常引发反射性抓握周围物体以维持平衡，单次发作持续时间通常不超过1 min(以10 s内居多)，但存在周期性复发现象，间隔期可达数天至数年不等。②通过Dix-Hallpike试验或滚转试验可诱发典型眼球震颤并伴随眩晕症状。

1.2 辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》[7]，结合笔者临床经验，拟定眩晕脾虚饮停证辨证标准。主症：自觉头晕目眩，伴视物旋转或自身动荡感；次症：恶心欲呕，耳鸣头重，腹胀，纳差；舌淡胖，伴齿痕，苔腻，脉滑。须具备主症及至少1项次症。

1.3 纳入标准 年龄18～85周岁，性别不限；符合BPPV诊断标准与脾虚饮停证辨证标准；于门诊行标准手法复位而效果欠佳；既往无位置性眩晕和前庭障碍疾病史；颅脑CT未见异常影像学改变；已签署知情同意书。

1.4 排除标准 继发性眩晕患者(含中枢性病变、器质性眼病、代谢性贫血及梅尼埃病、耳聋突袭症、前庭神经元炎等)；合并重要脏器功能不全(如糖尿病、心脑血管疾病等)、血液系统原发病或精神障碍性疾病者；存在脊柱结构异常(如重度骨质疏松、C_1-C_2椎体骨折/脱位)；属于中医针刺或耳石复位操作禁忌人群。

1.5 剔除标准与脱落标准 因治疗过程并发其他疾病、拒绝针刺疗法、自动出院、失访等原因，未能完成整个治疗及随访过程。

1.6 一般资料 选择2024年1—10月在广州中医药大学附属新会中医院脑病专科住院治疗的110例脾虚饮停型BPPV患者作为研究对象，根据随机数字表法分为观察组及对照组，每组55例。治疗过程中，观察组3例因难以接受针刺疼痛被剔除，2例因多次电话随访未接听而脱落，对照组1例因治疗期间并发其

他疾病、3例在治疗过程中自动出院被剔除，1例因失访脱落，2组均纳入50例受试者。观察组男21例，女29例；年龄18～77岁，平均(53.76±8.21)岁；病程1～18天，平均(5.23±7.46)天；受累半规管：右后半规管29例，左后半规管17例，右水平半规管2例，左水平半规管2例。对照组男26例，女24例；年龄27～85岁，平均(59.13±6.77)岁；病程1～15天，平均(4.88±8.75)天；受累半规管：右后半规管26例，左后半规管16例，右水平半规管3例，左水平半规管5例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究已通过广州中医药大学附属新会中医院医学伦理委员会审核批准。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用手法复位及口服盐酸倍他司汀片治疗。每天上午行手法复位1次，共治疗3天。治疗方法如下：(1)后半规管BPPV患者采用Epley法治疗。①受试者端坐诊疗床边缘，操作者快速引导其至头低仰卧位，向患侧轴向旋转45°；②分阶段调整头部至正中位后继续向健侧旋转45°；③同步向健侧转动头颈部与躯干，调整为侧卧位，并维持头颈后伸135°；④逐步恢复直立坐位，伴头部前屈30°。每个治疗体位均需在眩晕及眼球震颤消失后维持30 s。(2)水平半规管BPPV患者采用Barbecue法治疗。①患者取仰卧位，头颈向健侧轴向旋转90°；②维持头颈轴向稳定，躯干同步旋转90°至侧卧位；③继续旋转90°至俯卧位；④再旋转90°至另一侧卧位；⑤缓慢恢复坐姿。每个治疗体位均需在眩晕及眼球震颤消失后维持30 s。盐酸倍他司汀片(乐普恒久远药业有限公司，国药准字H41022374，规格：4 mg/片)，每次口服4 mg，每天3次，治疗3天。所有患者在行手法复位治疗后，均避免过度运动头部，2周内睡眠时，头部尽量转向健侧，或保持高枕卧位。随访3个月。

2.2 观察组 在对照组基础上采用针刺疗法治疗。选穴：百会、风府、后溪、列缺、内关、中脘、丰隆。采用长春爱康医疗器械有限公司生产的一次性无菌针灸针，毫针规格：0.25 mm×25 mm(1寸)，0.25 mm×40 mm(1.5寸)。患者取坐位，定穴消毒后，百会、列缺穴平刺，进针深度0.5～0.8寸，风府、后溪、内关、中脘穴直刺0.5～0.8寸，丰隆穴直刺1.2～1.5寸。行平补平泻手法，得气后留针30 min。每天1次，共治疗3天。手法复位的操作与盐酸倍他司汀片的治疗均同对照组。随访3个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。主症(头晕)和次症(恶心欲呕、耳鸣头重、腹胀纳差)均按无、轻微、一般、严重4个等级评分，主症根据程度不同，分别计0、2、4、6分，次症分别计0、1、2、3分，总分0～15分，分值越高代表症状越严重。②前庭功能。应用前庭症状指数(VSI)量表评估患者的平衡、眩晕、头晕、恶心、视觉改变等6项临床表现，分为11个等级，分别计为0～10分，总分范围0～60分，分值越低代表前庭功能越好。③平衡功能。应用Berg平衡量表(BBS)进行评估，包含坐位、站位、由坐位到站位、由站位到坐位等14项条目，每项条目均分为5个等级，分别计为0～4分，总分0～56分，分值越高代表平衡能力越好。以上评估分别在治疗前与3天的治疗周期完成后，于第4天早上10:00进行。④临床疗效。治疗周期完成后1天评估临床疗效。⑤复发率。若痊愈后再发典型BPPV表现(参考以上诊断标准)则视为复发。本研究于治疗周期完成后的第30天、60天、90天各进行一次随访，统计第90天2组的复发率。

3.2 统计学方法 数据处理依托SPSS20.0统计软件完成。计数资料以百分比(%)表示，数据比较采用χ^2检验。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间数据比较采用独立样本t检验，组内治疗前后数据比较采用配对样本t检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床痊愈：体位性眩晕等前庭症状及特征性眼球震颤完全消失；有效：体位性眩晕等前庭症状及特征性眼球震颤部分缓解；无效：体位性眩晕等前庭症状及特征性眼球震颤持续存在，或加重[8]。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗3天后，观察组总有效率高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	临床痊愈	有效	无效	总有效
观察组	50	35(70.0)	14(28.0)	1(2.0)	49(98.0)
对照组	50	25(50.0)	18(36.0)	7(14.0)	43(86.0)
χ^2值					4.891
P值					0.027

4.3 2组治疗前后中医证候积分、VSI积分及BBS积分比较 见表2。治疗前，2组中医证候积分、VSI积分及BBS积分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组中医证候积分、VSI积分均较治疗前减少，BBS积分均较治疗前增加，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。观察组中医证候积分、VSI积分均低于对照组，BBS积分高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

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

组 别	例数	中医证候积分		VSI积分		BBS积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	10.86±1.97	6.14±1.90①	49.96±2.91	18.56±3.27①	17.22±6.32	45.64±5.19①
对照组	50	11.00±1.80	9.14±1.76①	50.18±3.27	20.72±3.96①	18.60±6.09	40.44±4.76①
t值		−0.370	−8.199	−0.536	−2.972	−1.112	5.224
P值		0.712	<0.001	0.723	0.040	0.269	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4 2组复发率比较 经3个月随访，观察组复发率2.9%（1/35），对照组复发率16.0%（4/25）。2组复发率比较，差异无统计学意义（$\chi^2=3.298$，$P=0.069$）。

5 讨论

笔者通过10余年的临床实践总结认为，岭南地区气候炎热、潮湿、多雨，居民喜冷饮凉，损伤脾胃之气致脾虚，脾虚运化水湿不利致饮停，饮停于上、清气不升、浊气不降则发眩晕，故脾虚饮停证是江门地区BBPV患者的常见中医证型，应治以健脾化饮、升清降浊。

笔者基于中医经络学“督脉总督阳经气血，任脉总领阴经气血”理论，创新构建“通督启任”综合疗法。督脉循行于脊背正中，为阳脉之海，汇聚手、足三阳经气血，主司一身阳气的升发与温煦功能；任脉循行于胸腹正中，为阴脉之海，总统手、足三阴经气血，主导一身阴液的滋养与宁静作用[9]。二者分属阴阳，在生理状态下相互依存。若脾虚导致阳气生化不足，使得督脉升清功能乏力，则清阳之气无法上达脑窍[10]；饮属阴邪，易阻滞任脉，造成阴液代谢失常，浊阴之邪不得下行，形成“清阳不升、浊阴不降”的病理状态。因此，通过“通督”以振奋阳气、升举清阳，“启任”以疏通阴液、降泄浊阴，实现督任协调、阴阳相济，改善眩晕。

诸阳之会之百会穴，位于头顶正中，为清阳汇聚之处，针刺此穴可提振清阳之气，使清阳充养脑窍[11]，有升清定眩之效。作为督脉阳气入脑的要穴，风府能疏通督脉瘀滞，强化阳气向脑窍的输布，助百会升清之力[12]。后溪及列缺均为八脉交会穴，后溪通督脉，可助清阳之气上达脑窍，增强升清之力，还可健运脾土[13]，助力水湿代谢，辅助化饮。列缺通任脉，属肺经，有宣肺理气、通调水道之功[14]，皆可用于治疗头部疾病，又能助浊阴下行，与后溪共奏升清阳、降浊阴之功，脑窍得宁。内关为心包经络穴，别走三焦经，有理气宽胸、和胃降逆之效[15]。脾虚饮停易致气机逆乱，内关通过调节心包经气，可平复上逆的浊气，缓解眩晕伴有的恶心、胸闷等兼症。中脘是任脉与足阳明胃经的交会穴，为健脾和胃化饮之要穴[16]。脾虚饮停的根源在于脾胃虚弱，针刺中脘可补益脾胃，增强运化水湿之力，从根本上减少饮邪生成。丰隆为足阳明胃经穴，为化饮要穴[17]。足阳明胃经与任脉在腹部相连，丰隆通过疏通胃经经气，推动水液的正常输布，以消散饮邪，其化饮之功与中脘相互作用，既治已成之饮之标，又止饮邪再生之本。此外，丰隆疏通经气的作用可将脾胃运化的清气上输脑窍，强化百会、风府的升清定眩之效。诸穴共用，体现了“督任相济”的经络规律，通过“通督启任”使清阳升而脑窍得养，浊阴降而饮邪自除，阴阳和而眩晕自止。本方案精简取穴，操作简便。

VSI是2009年由美国前庭医学领域学者Jennifer E.Bisdorff团队设计的，临床用于评估眩晕等前庭功能的常用量表，此量表通过对眩晕、恶心、头痛等6个维度进行评分，能够较全面地评估前庭功能障碍[18]。BBS因操作简便、评估完善，广泛应用于多学科关于平衡能力的评估[19]。本研究通过以上2个量表的应用，客观且全面地量化了BBPV脾虚饮停证患者的预后转归。

本研究结果显示，观察组总有效率高于对照组，

中医证候积分、VSI积分均低于对照组，BBS积分高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；观察组复发率低于对照组，但差异无统计学意义（$P>0.05$）。提示采用针刺疗法联合手法复位、口服盐酸倍他司汀片治疗脾虚饮停型BPPV患者在缓解临床症状、改善前庭功能及平衡功能方面的效果更为优越，并有减少复发的可能。此法简单易行，可行性强且疗效确切，值得在临床推广。

［参考文献］

[1] 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)：173-176．

[2] 时美娟，孟晴，吕哲，等．良性阵发性位置性眩晕发病率及发病机制新进展[J]．中华耳科学杂志，2016，14(4)：521-525．

[3] TEGGI R，GIORDANO L，BONDI S，et al．Residual dizziness after successful repositioning maneuvers for idiopathic benign paroxysmal positional vertigo in the elderly[J]．Eur Arch Otorhinolaryngol，2011，268(4)：507-511．

[4] 李永一．针刺联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕的临床研究[D]．长春：长春中医药大学，2021．

[5] 舒伟，彭天忠，胡穗发，等．针刺结合Epley复位法治疗良性阵发性位置性眩晕58例[J]．中国中医药现代远程教育，2015，13(20)：76-77．

[6] VON BREVERN M，BERTHOLON P，BRANDT T，等．良性阵发性位置性眩晕诊断标准[J]．中国全科医学，2017，20(11)：1275- 1281．

[7] 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，1994：23．

[8] 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]．中华耳鼻喉头颈外科杂志，2007，42(2)：163-164．

[9] 马婕，窦报敏，李艳伟，等．奇经八脉与人体系统的相关性初探[J]．针灸临床杂志，2022，38(6)：1-4．

[10] 宋子凡，黄佳雷，赖新生．通元疗法治疗清阳不升型眩晕[J]．环球中医药，2018，11(3)：429-431．

[11] 马冉，孔立红，齐凤军，等．百会穴对脑的作用之古今研究探析[J]．辽宁中医杂志，2019，46(2)：425-428．

[12] 李国强，杨佃会．从气街四海理论探析风府穴治疗脑病发微[J]．辽宁中医杂志，2016，43(6)：1187-1188．

[13] 俞淑铧，高锋．后溪穴探析[J]．湖北中医杂志，2023，45(11)：46-49．

[14] 杨彧婷，童伯瑛，游世晶．列缺穴的穴性及临床应用[J]．内蒙古中医药，2024，43(1)：128-131．

[15] 安成飞，宁静，张嘉程，等．基于“心胸内关谋”浅析内关的理论基础及临床应用[J]．中西医结合心脑血管病杂志，2025，23(4)：620-622．

[16] 杨薇，汪子栋，姜楠，等．上脘中脘下脘穴汇解及临床应用[J]．光明中医，2023，38(1)：35-38．

[17] 张仪，吕静，韩英妹，等．针刺丰隆穴治疗“痰”所致神志疾病的中枢机制影像研究[J]．中医学报，2025，40(1)：75-79．

[18] BISDORFF A R，STAAB J P，NEWMAN-TOKER D E．Overview of the International Classification of Vestibular Disorders[J]．Neurol Clin，2015，33(3)：541-550，vii．

[19] 王辰，田闪，王卫宁，等．Breg平衡量表评估帕金森患者平衡功能的有效性[J]．复旦学报(医学版)，2025，52(3)：403-407．

［责任编辑：吴凌，蒋维超(英文)］