

全息汤加减治疗慢性主观性头晕临床疗效观察

申 斌 于 川 王 磊 刘福奇

(北京市平谷区中医医院,北京,101200)

摘要 目的:观察全息汤治疗慢性主观性头晕(Chronic Subjective Dizziness,CSD)的临床疗效。方法:将 90 例 CSD 患者随机分为治疗组(口服全息汤加减)和对照组(口服盐酸氟西汀胶囊)各 45 例,治疗 4 周为 1 个疗程。治疗前后采用眩晕残障程度量表(Dizziness Handicap Inventory,DHI)评估疗效。结果:2 组治疗后 DHI 分项评分及总评分均较治疗前有显著改善($P < 0.05$)。治疗组治疗后 DHI 功能、生理评分及总评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),而情感评分与对照组无统计学意义($P > 0.05$)。对照组不良反应发生率为 33.3%,而治疗组严格依照兼见症加减,未出现不良反应。结论:全息汤加减能够明显改善 CSD 患者以头晕为主诉的临床征候群,较好的帮助患者恢复了发病前的工作生活能力以及业余爱好,与常规西药治疗相比疗效安全可靠。

关键词 慢性主观性头晕;全息汤;疗效

Clinical Observation on Modified Quanxi Decoction in Treating Chronic Subjective Dizziness

Shen Bin, Yu Chuan, Wang Lei, Liu Fuqi

(BeiJing PingGu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China)

Abstract Objective: To observe the therapeutic effect of modified Quanxi decoction therapy in treating chronic subjective dizziness (CSD). **Methods:** Ninety cases of CSD were randomly divided into observation group (45 cases) and control group (45 cases). In the observation group, each case was treated with modified Quanxi decoction, while cases in the control group were treated with Fluoxetine Hydrochloride capsules. The differences of effect were observed by the scores of the Dizziness Handicap Inventory (DHI) before and after the treatment for 4 weeks. **Results:** The division scores and total score of DHI in both two groups were improved than before the treatment ($P < 0.05$). After treatment, functional scores, physiology scores, and total scores of DHI of the observation group were better than those of the control group ($P < 0.05$). However, there were not significant differences between the two groups on the emotional scores of DHI after the treatment. The incidence of adverse reactions was 33.3% in control group, while through strict modification of the medicine in accordance with accompanied symptom, no adverse reaction were seen in the observation group. **Conclusion:** Quanxi decoction can significantly improve the CSD patients' s clinical symptoms of which the chief complaint was dizziness and help the CSD patients to restore working and living abilities. Compared with the conventional treatment of western medicine, Quanxi decoction is safer and more reliable in the treatment of CSD.

Key Words Chronic subjective dizziness; Quanxi decoction; Therapeutic effect

中图分类号:R256;R242 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.08.019

头晕是神经科就诊患者常见的主诉,病因众多,鉴别诊断过程充满挑战性。研究显示,慢性主观性头晕(Chronic Subjective Dizziness,CSD)占门诊头晕就诊者的 10.6%,女性患病率 2 倍于男性^[1]。CSD 患者常自我表述为慢性持续性非特异性头部昏沉感,以及主观性失衡感^[2],常规检查无法解释其发病原因,患者多次反复就诊,却因难以确诊而痛苦不堪^[3],头晕症状时轻时重,缠绵不愈,使人难以正常的工作生活,对患者身心及家庭造成极大的影响。2005 年 Staab 和 Ruckenstein 引入了 CSD 的概念^[4-6],目前已经得到美国神经科、耳科、精神科医生

的认可,但国内医生认知程度普遍不高。大多数 CSD 患者(93%)有精神障碍,确诊病例可抗焦虑治疗,多项开放式标签前瞻研究表明,SSRI 类药物能够有效治疗 CSD,改善患者头晕症状^[7-9]。但是抗焦虑药物的胃肠功能紊乱、头痛、睡眠异常,早期症状加重、自杀风险等不良反应是医生和患者最为敏感的关注。

CSD 属中医眩晕病范畴,中医临床认为 CSD 是以头晕感为主要突出表现的一系列全身不适状态,追问病史,患者往往伴见恶心欲呕、倦怠嗜睡、脘痞纳呆、耳鸣耳聋、心悸怔忡、头胀闷、烦躁不安、颈肩

基金项目:北京中医药薪火传承“3+3”工程刘福奇基层老中医传承工作室

作者简介:申斌(1982.06—),男,毕业于北京中医药大学,医学硕士学位,专业:中医内科学,职称:主治医师,研究方向:中医脑病学,E-mail:Apricot069@163.com

酸沉、大便困难等等涉及多个系统的自主神经功能紊乱症状。治疗应该兼顾全身整体气机失调证候的改善,“大气一转,其气乃散”。避免专注“止晕定眩”。

“全息汤”是老中医薛振声集 40 年临床经验,总结出的体现“中医整体观念和中药系统疗法”思想的方剂^[10]。各种疾病表现重点虽不同,归根结底却都能从整体上去把握,从少阳枢机、表证、上焦证、中焦证、下焦证、血分证去认识,所有疾病都是上述基本证候的集合。集合小柴胡汤、桂枝汤、枳实薤白桂枝汤、平胃散、五苓散等合成的“全息汤”,根据不同病情配伍用药,对许多疾病收效明显。笔者运用“全息汤”加减治疗 CSD 取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2015 年 1 月就诊于平谷区中医医院脑病门诊确诊 CSD 的患者作为研究对象。符合纳入标准且经排除标准筛选的 90 例患者以随机数字表法完全随机分为 2 组。治疗组 45 例,男 11 例,女 34 例,年龄 46~70 岁,平均年龄(60 ± 8)岁;病程 4~36 月,平均病程(19 ± 9)月;对照组 45 例,男 13 例,女 32 例,年龄 45~70 岁,平均年龄(62 ± 8)岁;病程 4~34 月,平均病程(18 ± 9)月。2 组患者一般资料比较无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[11] 1) 躯体症状:a. 主观性头晕或不稳:持续 3 个月以上自觉非旋转性头晕,可能描述为:头昏;头重脚轻感;经常感觉站不稳;“头内部”旋转,感觉地板从下往上移动。b. 对运动高度敏感:持续 3 个月以上对自身运动高度敏感(无特异性方向)和对身边物体移动高度敏感。c. 视觉性眩晕:在有复杂视觉刺激的环境中(如商店或购物中心)或完成精细视觉任务时(如使用电脑)症状加重。2) 病史:无活动性神经耳科及其他神经系统疾病、无明确导致头晕的治疗或药物。3) 影像学检查:颅脑神经影像学检查正常。4) 平衡功能检查:正常或轻度异常但不足以作出异常诊断。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》教材^[12]:1) 头晕目眩,视物旋转,轻者闭目即止,重者如坐车船,甚则仆倒;2) 可伴有恶心呕吐,眼球震颤,耳鸣耳聋,汗出,面色苍白等;3) 慢性起病,反复发作,逐渐加重。

1.3 纳入标准 1) 符合中、西医诊断标准;2) 年龄 40~70 岁;3) 病程 3~36 个月;4) 签署知情同意书。

同时具备以上条件者纳入观察。

1.4 排除标准 1) 存在交流表达障碍者;2) 有严重心脑肝肾功能障碍等危重病者;3) 重症糖尿病及动态血压监测示收缩压或舒张压 24 h 波动幅度 > 30 mmHg 者;4) 最终确诊为颈性眩晕、耳石症等其他眩晕症者;5) 嗜好饮酒者。

1.5 剔除标准 1) 未按规定配合治疗者;2) 观察期内接受了影响疗效的其他治疗方式;3) 观察期内新发梅尼埃病、耳石症、后循环缺血等可导致眩晕的疾病。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 予盐酸氟西汀胶囊口服,20 mg/次,1 次/d,早餐后半小时服用。

1.6.2 治疗组 予全息汤加减^[13]口服。方药组成:柴胡 12 g,桂枝 10 g,白芍 10 g,瓜蒌 10 g,薤白 10 g,枳实 10 g,苍术 10 g,陈皮 10 g,厚朴 10 g,炒白术 10 g,茯苓 10 g,猪苓 10 g,泽泻 12 g,生地黄 10 g,牡丹皮 10 g,甘草 10 g,生姜 10 g,大枣 10 g。恶心想呕者,加清半夏、苏叶各 10 g;倦怠嗜睡加石菖蒲 10 g;失眠加生龙骨 15 g、生牡蛎 15 g、酸枣仁 12 g;脘痞纳呆加焦山楂 12 g、焦神曲 12 g、焦麦芽 12 g;耳鸣耳聾加石菖蒲、通草各 10 g;心悸怔忡或头胀闷或烦躁不安加生龙骨、生牡蛎各 12 g;颈肩酸沉加葛根、羌活各 12 g;大便困难去瓜蒌加瓜蒌仁 10 g,严重者再加火麻仁 12 g、杏仁 10 g、大黄 10 g。饮片来自平谷区中医医院药房。每剂常规煎 450 mL 药液,患者口服 150 mL/次,3 次/d,服用 4 周为 1 个疗程。

1.7 疗效观察

1.7.1 观察指标 使用眩晕残障程度评定量表(DHI)^[14]从患者的功能、情感和躯体 3 个方面的损害程度和生活质量来评估 CSD 所致的功能障碍和自觉症状。患者不适症状的变化,可以通过 DHI 可靠地反映出来,方法简单,短时间内即可完成评估,基本不受年龄、性别、教育程度以及就业背景的影响。

1.7.2 观察时点 2 组患者治疗前以及治疗 4 周后,进行 DHI 评分及疗效评定。

1.7.3 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[15]并结合临床实际拟定。治愈:DHI 减分率 $\geq 95\%$;显效: $70\% \leq \text{DHI 减分率} < 95\%$;有效: $30\% \leq \text{DHI 减分率} < 70\%$;无效:DHI 减分率 $< 30\%$ 。

1.8 统计学方法 使用 SAS8.0 统计软件,数据用($\bar{x} \pm s$)表示,同组治疗前后比较用配对 t 检验,组间比较用独立样本 t 检验,疗效比较用卡方检验。 $P <$

0.05 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 经过 4 周治疗,治疗组总有效率为 91.11%,对照组总有效率为 73.33%,2 组比较差异有统计学意义($\chi^2=7.93,P=0.0475$)。见表 1。

表 1 2 组 CSD 患者临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效
治疗组	45	21	15	5	4
对照组	45	12	12	9	12

2.2 治疗前后 DHI 评分 2 组治疗前 DHI 分项评分及总评分无统计学意义($P>0.05$)。2 组治疗后 DHI 分项评分及总评分均较治疗前有显著改善($P<0.05$)。治疗组治疗后 DHI 功能、生理评分及总评分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),而情感评分与对照组无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后 DHI 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	功能 F	情感 E	生理 P	总分
治疗组	45	治疗前	21.24±6.18	18.63±4.98	16.97±4.96	58.01±14.25
		治疗后	3.87±5.15	6.32±2.98	2.53±4.19	13.32±9.53
对照组	45	治疗前	20.58±5.88	19.93±5.17	17.54±5.22	59.92±15.75
		治疗后	10.24±3.82	7.13±2.77	9.17±3.37	26.21±9.92

2.3 不良反应 对照组不良反应发生率为 33.3%,其中头晕加重 5 例,失眠 3 例,纳差呕恶 5 例,头痛 2 例,经耐心解释劝说,患者继续服药后症状逐渐耐受而未退出观察。治疗组严格依照兼见症加减,未出现不良反应。

3 讨论

CSD 患者并不多见导致头晕的器质性病变原因,但其临床伴随头晕的兼见症较多,治疗上应该从整体着眼,以斡旋气机、疏和表里上中下、燮理血运为第一要法。《中藏经》云:“三焦者人之三元之气也,总领五脏六腑营卫经络、内外左右上下之气也。三焦通则内外左右上下皆通也。其于周身灌体、和内调外、荣左养右、导上宣下,莫大于此也。”全息汤全方意在疏利三焦气机,而调三焦之气治在少阳,取小柴胡汤升阳、理气、和中立方思想的核心药物柴胡、甘草以和解少阳枢机,斡旋中焦;取解肌疏风、温阳散寒、调和营卫的桂枝汤以御外邪,除表郁;取通阳散结、化痰利气的枳实薤白桂枝汤以治上焦病证最基本的病理特征痰凝气滞;取化湿运脾、理气和胃的平胃散以治中焦病证最基本的病理特征湿困

气阻;取通阳利水、健脾祛湿的五苓散以治下焦病证最基本的病理特征水停;取生地黄、牡丹皮入血分以凉血散瘀。诸药共 18 味,合而成方,共奏升阳理气、疏风散寒、调和营卫、开胸化痰、化湿运脾、利水清血之功效。本观察结果表明,全息汤加减治疗 CSD,DHI 评分改善明显,较好的恢复了发病前的工作生活能力以及业余爱好,与常规西药治疗相比疗效确切,且无不良反应,适合临床推广及进一步研究。

参考文献

[1] Odman M, Maire R. Chronic subjective dizziness[J]. Acta Otolaryngol, 2008, 128(10): 1085-1088.

[2] Staab JP, Ruckenstein MJ. Chronic dizziness and anxiety: effect of course of illness on treatment outcome[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 131(8): 675-679.

[3] 陈建华, 黄颜, 刘秀琴, 等. 慢性主观性头晕患者睡眠质量、疲劳严重程度及日间嗜睡情况调查[J]. 临床荟萃, 2011, 26(17): 1489.

[4] Stabb JP. Chronic dizziness: The interface between psychiatry and neuro-otology[J]. Current Opinion in Neurology, 2006, 19(1): 41-48.

[5] Stabb JP. Assessment and management of psychological problems in the dizzy patient[J]. Continuum: Lifelong Learning in Neurology, 2006, 12(4): 189-213.

[6] Staab JP, Ruckenstein MJ. Expanding the differential diagnosis of dizziness[J]. Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2007, 133(2): 170-176.

[7] McCaslin DL, Jacobson GP, Burrows HL, et al. Transforming superior canal dehiscence to chronic subjective dizziness: from SCD to CSD[J]. J Am Acad Audiol, 2010, 21(5): 293-300.

[8] Staab JP, Ruckenstein MJ, Solomon D, et al. Serotonin reuptake inhibitors for dizziness with psychiatric symptoms[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 128(5): 554-560.

[9] Jacob RG, Whitney SL, Detweiler-Shostak G, et al. Vestibular rehabilitation for patients with agoraphobia and vestibular dysfunction: a pilot study[J]. J Anxiety Disord, 2001, 15(1): 131-146.

[10] 薛振声. 全息汤新研[J]. 中国临床医生, 2014, 42(3): 65.

[11] 鞠奕, 赵性泉. 慢性主观性头晕[J]. 中国卒中杂志, 2013, 8(5): 388-391.

[12] 田德禄, 蔡淦. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 289.

[13] 薛振声. 十年一剑全息汤[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 9-24.

[14] 丁雷, 刘畅, 王嘉玺, 等. 眩晕残障程度评定量表(中文版)的评价[J]. 中华耳科学杂志, 2013, 45(2): 228-230.

[15] 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349.