

半夏白术天麻汤配合耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效及对血脂代谢影响

雷华斌¹ 张恒²

(1 铜川市人民医院, 铜川, 727000; 2 铜川市中医医院, 铜川, 727000)

摘要 目的:观察半夏白术天麻汤配合改良耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效及探讨血脂代谢异常对本病发病机制的相关性;方法:将我院中医内科2013年1月至2015年1月门诊就诊符合诊断标准的BPPV患者53例,采用PEMS 3.0 for Windows“完全随机(2组或多组)设计,将入选标准的患者按先后顺序随机分为治疗组(23例)和对照组(30例);2组患者在发作期均先卧床休息,持续低流量吸氧,对照组给予改良Epley复位法,治疗组在对照组基础上给予半夏白术天麻汤辨证加减,分别观察2组在治疗后第2天、2周、3个月临床疗效及治疗前后血脂水平变化并进行分析。结果:治疗后第2天总有效率相比较,治疗组总有效率为73.91%,对照组总有效率为60.00%,总有效率相比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.782, P = 0.002 < 0.05$);治疗后2周总有效率相比较,治疗组总有效率为86.96%,对照组总有效率为73.33%,总有效率相比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.540, P = 0.000 < 0.05$);3个月后总有效率相比,治疗组总有效率为95.65%,对照组总有效率为83.33%,总有效率相比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.351, P = 0.000 < 0.05$);血脂水平变化方面,治疗后3个月治疗组在TG、TC、LDL、Apo-A1与对照组相比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),在HDL、Apo-B方面与对照组相比较,差异无明显统计学意义($P > 0.05$)。结论:半夏白术天麻汤配合耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效确切,血脂代谢的异常与良性阵发性位置性眩晕关系密切,该治疗方法科学,患者依存性高,值得临床推广应用。

关键词 良性阵发性位置性眩晕;半夏白术天麻汤;辨证论治;耳石复位法;临床疗效;血清;血脂代谢

Clinical Efficacy of Banxia Baizhu Tianma Decoction Plus Canalith Repositioning Procedure in Treating Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) and Their Influence on Blood Lipid Metabolism

Lei Huabin¹, Zhang Heng²

(1 Tongchuan City People's Hospital, Tongchuan 727000, China; 2 Tongchuan City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tongchuan 727000, China)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Banxia Baizhu Tianma Decoction combined with canalith repositioning procedure in treating benign paroxysmal positional vertigo, and to explore the correlation between its pathogenesis and blood lipid metabolic abnormalities. **Methods:** A total of 53 cases conforming to the diagnostic criteria in department of internal medicine of traditional Chinese medicine of our hospital from January 2013 to January 2015 were selected and divided into two groups under completely random design by PEMS 3.0, with 23 cases in the treatment group and 30 cases in the control group based on sequential order. Patients of the two groups were asked to stay in bed during the stage of attack, being given the persistent low flow oxygen therapy. At the same time, improved Epley repositioning procedure was applied to patients in the control group, while those in the treatment group were treated with both modified Epley repositioning procedure and modified Banxia Baizhu Tianma Decoction. Then clinical curative effect of two days, two weeks and three months after treatment in both groups were recorded respectively, as well as changes of blood lipid level before and after treatment. **Results:** The total effective rate of two days in the treatment group was 73.91%, while that in the control group was only 60.00%, showing a significant difference between two groups ($\chi^2 = 6.782, P = 0.002 < 0.05$); After treatment of two weeks, the treatment group total effective rate was 86.96%, while the control group total effective rate was 73.33%, indicating a statistical difference between two groups ($\chi^2 = 7.540, P = 0.000 < 0.05$); After treatment of three months, the treatment group total effective rate was 95.65%, while that in the control group was 83.33%, which showed a statistically significant difference between two groups ($\chi^2 = 8.351, P = 0.000 < 0.05$); As for changes of blood lipid level, compared with the control group, TG, TC, LDL and Apo-A1 in the treatment group after treatment of three months had a statistically significant difference ($P < 0.05$), whereas there was no obvious statistical significance in HDL and Apo-B ($P >$

作者简介:雷华斌(1979.07—),男,陕西省洛南县,硕士毕业,主治医师,参加工作10余年,研究方向:中西医结合治疗神经内科常见病、多发病,尤其是脑血管病及其后遗症、眩晕、失眠,E-mail:leihuabing1979@126.com;张恒(1983.04—),女,本科,主管检验师,后备学科带头人,研究方向:临床医学检验,铜川市中医医院主管检验师,E-mail:2077388096qq.com

0.05)。 **Conclusion:** Banxia Baizhu Tianma Decoction combined with canalith repositioning procedure has a good clinical efficacy in treating BPPV, and lipid metabolism abnormality is closely associated with CRP, therefore, this scientific method, with high dependability, is worthy of clinical popularization and application.

Key Words Benign Paroxysmal Positional Vertigo(BPPV); Banxia Baizhu Tianma Decoction; Treatment based on syndrome differentiation; Canalith repositioning procedure; Clinical curative effect; Serum; Blood lipid metabolism

中图分类号:R244;R255.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.10.027

良性阵发性位置性眩晕(Benign Paroxysmal Positional Vertigo, BPPV)是一种在头体位改变而诱发以短暂性眩晕发作为主要表现的內耳半管疾病,多见于中老年人,占全部眩晕性疾病的1/3,临床上又称耳石性眩晕症^[1-2]。发病的主要机制目前普遍认为脱落的耳石在头位置变动震颤耳内淋巴导致两侧前庭功能平衡失调。自1992年Epley根据半规管耳石症的假说提出半规管耳石复位操作(Canalith Repositioning Procedure, CRP)应用在治疗BPPV以上,广大学者总结其精华,并对该操作手法进行简化和改良,现已逐渐形成颗粒复位法(Particle Repositioning Maneuver, PRM),临床上广泛称为改良Epley手法^[3]。虽然改良Epley手法治疗BPPV获得了较好的临床效果,但复发率较高,因此,为寻找更好的治疗方法和降低复发率,笔者在临床上采用改良Epley手法配合半夏白术天麻汤辨证加减治疗BPPV,临床疗效确切,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

1.1.1 诊断标准 参照2007年《中华医学会耳鼻喉头颈外科制定的BPPV指南》中的西医诊断标准^[4]和《中药新药临床研究指导原则》制定的中医诊断标准^[5]。西医诊断标准:1)病史:因特定头位置改变而诱发的短暂性眩晕发作史,发病时患者多在起坐或者躺倒之时发作;2)症状:眼震方向向心性旋转,一般在位置改变5~15s后发作,并且眩晕和眼震颤的持续时间不超过30s,呈疲劳性;3)体征:Dix-Hallpike诱发试验阳性。中医诊断标准:1)典型眩晕症状、视物模糊、旋转感;2)头困重、肢体沉重、胸闷、气短;3)舌苔白腻、脉弦滑,辨证为痰湿阻滞。

1.1.2 纳入标准 符合上述诊断标准;自愿签署知情同意书,并且接受随访,患者依存性好;

1.1.3 排除标准 不符合纳中西医诊断标准;中枢神经系统疾病,中耳炎、美尼尔综合征;颈椎病以及妊娠或哺乳期妇女;治疗前已接受其他保守治疗方案治疗者;合并有颈椎、颅脑占位性病变;严重心、脑、血管疾病及精神障碍患者;患者依存性差,治疗

后不接受我科随访。

1.2 一般资料 选择我院中医科2013年1月至2015年1月门诊就诊符合诊断标准的BPPV患者53例,采用PEMS 3.0 for Windows“完全随机(2组或多组)设计”,以程序产生随机数字。将入选标准的患者按先后顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组23例,其中男9例,女14例;年龄36~70岁,平均年龄(47±11)岁;受累病变半规管为:后半规管16例;水平半规管7例;对照组30例,男11例,女19例;年龄36~70岁,平均年龄(49±11)岁;受累病变半规管:后半规管24例;水平半规管6例;2组患者在性别、年龄、受累半规管分布情况比较,无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 2组患者性别、年龄、病变半规管比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病变半规管	
		男	女		后半规管(%)	水平半规管(%)
治疗组	23	9	14	46.52±11.37	16(69.57)	7(30.43)
对照组	30	11	19	49.31±10.52	24(80.00)	6(20.00)
检验统计量 χ^2/t		0.005		-1.532	0.351	
P		0.872		0.150	0.321	

注:计数资料采用 χ^2 检验;计量资料采用 t 检验;对半规管采用Fisher确切概率法。

1.3 治疗方法 2组患者在发作期均先卧床休息,持续低流量吸氧,如伴有明显恶心、呕吐症状者需酌情给予胃复安10mg立即肌注;同时给予给予法莫替丁20mg立即静脉滴注,待患者发作期症状平稳后给予手法复位。

1.3.1 对照组 给予改良Epley复位法^[6]:1)患者坐于治疗床,在医师协助下向患侧45度转头,并迅速将患者头部超出床边下垂30度;2)医师协助下患者头逐渐转正,后继续向健侧转向45度;3)患者的头和躯体向健侧翻转,侧卧于治疗床上,头部偏离角度为135度;4)患者坐起,使头部前倾20度,手法结束,完成上述4个步骤为1个循环,治疗过程中每一体位眼球震颤消失后应保持30s~60s。

1.3.2 治疗组 在对照组的基础上给予半夏白术天麻汤辨证加减。半夏白术天麻汤辨证加减:半夏15g、陈皮12g、白术12g、天麻12g、茯苓25g、泽泻30g、黄芪45g、生姜10g、大枣10g、甘草6g;眩晕

较重、呕吐频作、视物旋转不定加代赭石、旋覆花；耳鸣严重加郁金、石菖蒲；头痛、口苦加黄连、竹茹；纳呆、胸闷加砂仁；多梦、失眠、焦虑加夜交藤、柴胡、酸枣仁。用法：水煎分服，早晚各1次，每次200 mL，连续治疗2周。

1.4 观察指标 分别观察2组治疗后第2天、2周、3个月临床疗效及患者治疗前后血脂水平变化。

1.4.1 临床疗效标准^[7] 治愈：变换各种体位眩晕症状和位置性眼震消失；有效：眩晕症状在头位置变动时轻微短暂，Dix-Hallpike 试验诱发眼震，持续时间较短；无效：眩晕或位置性眼震与治疗前相比较无明显变化，或经过一段时间患者头不同位置诱发眩晕症状，甚至加重。

1.4.2 血脂测定 分别于患者就诊前、3个月后空腹静脉采血2 mL，使用西门子全自动生化分析仪（PUZS-300，普朗医疗是国内专业医疗器械生产厂家生产），测定血清三酰甘油（TG）、总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白（LDL）、高密度脂蛋白（HDL）、载脂蛋白A1（Apo-A1）、载脂蛋白B（Apo-B）。

1.5 统计学方法 新建 Microsoft Excel 数据库，所有数据采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计学分析，

计量资料采用（均数 ± 标准差）表示，采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验，满足正态分布及方差齐性后治疗前后比较采用配对 *t* 检验，组间比较采用 *t* 检验，方差不齐时采用秩和检验，检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 治疗后2 d后总有效率相比较，治疗组总有效率为73.91%，对照组总有效率为60.00%，总有效率相比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 6.782, P = 0.002 < 0.05$ ）；治疗后2周总有效率相比较，治疗组总有效率为86.96%，对照组总有效率为73.33%，总有效率相比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 7.540, P = 0.000 < 0.05$ ）；3个月后总有效率相比，治疗组总有效率为95.65%，对照组总有效率为83.33%，总有效率相比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 8.351, P = 0.000 < 0.05$ ）。见表2。

2.2 治疗后3个月2组患者血脂水平比较 治疗后3个月治疗组在TG、TC、LDL、Apo-A1与对照组相比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），HDL、Apo-B方面与对照组相比较，差异无明显统计学意义（ $P > 0.05$ ）。见表3。

表2 2组患者治疗后2 d、2周、3个月临床疗效比较[(n)%]

时间段	组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率	χ^2	<i>P</i>
2 d后	治疗组	23	5(21.474)	12(52.17)	6(26.09)	17(73.91)	6.782	0.002
	对照组	30	4(13.33)	14(46.67)	12(40.00)	18(60.00)		
2周后	治疗组	23	9(39.13)	11(47.83)	3(13.04)	20(86.96)	7.540	0.000
	对照组	30	10(33.33)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)		
3个月后	治疗组	23	12(52.17)	10(43.48)	1(4.35)	22(95.65)	8.351	0.000
	对照组	30	11(36.67)	14(46.66)	5(16.67)	25(83.33)		

表3 治疗后3个月2组患者血脂水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TG(mmol · L ⁻¹)	TC(mmol · L ⁻¹)	LDL(mmol · L ⁻¹)	HDL(mmol · L ⁻¹)	Apo-A1(g · L ⁻¹)	Apo-B(g · L ⁻¹)
治疗组	23	1.53 ± 0.89	3.76 ± 0.54	2.35 ± 0.17	1.15 ± 0.20	1.54 ± 0.12	0.83 ± 0.12
对照组	30	1.96 ± 1.13	4.01 ± 0.72	2.41 ± 0.23	1.14 ± 0.21	1.41 ± 0.13	0.92 ± 0.34
<i>t</i>		3.412	4.210	2.501	-2.526	2.310	1.082
<i>P</i>		0.004	0.000	0.010	0.521	0.002	0.043

3 讨论

BPPV 医学术语由 Dix-Hallpike 在 1952 年首创，发病机制多倾向于2种假说：嵴顶结石学说和半规管结石学说^[8]；内耳微循环障碍作为原发性 BPPV 患者可能发病因素之一，要病因归结为：内耳缺血；睡觉时的体位习惯；骨质疏松；内耳手术、氨基糖苷类药物应用和不良情绪^[9]；临床中多见于中老年患者发病，为自限性疾病，一般在发病几天后能够自愈，因此，称为“良性”，超过3个未能完全愈合者称为“顽固性”；不同复位方式治疗 BPPV 取得了

较大的成就^[10]，常用的手法包括 Epley 复位法、Barbecue 翻滚复位法、Soment 复位法。我们根据现代医学先进的诊治手段结合中医学完善的理论体系，辨证论治，能够显著提高疗效，降低复发率，减轻患者痛苦，提高生活质量。

本病属于中医学“眩晕”范畴，风、痰、虚是常见病理因素；汉代张仲景认为痰饮是眩晕发病的重要致病因素，“无虚不能作眩”“无痰不能作眩”“无风不能作眩”对眩晕的病理因素做了更形象的解释，因此，在治疗中应以“治痰为先”^[11-12]；而痰系病理

产物,无论有形或者无形均源于脾,脾运失常、水湿停留、聚湿生痰、蒙蔽清窍则眩晕,因此,我们根据中医脏腑辨证相关理论给予半夏白术天麻汤辨证加减治疗。方中半夏燥湿化痰、降逆止呕;天麻平肝熄风、止眩,两药合用,为治风痰眩晕要药;在《脾胃论》中所说:“足太阴痰厥头痛,非半夏不能疗;眼黑头眩,虚风内作,非天麻不能除”。白术燥湿健脾,与半夏、天麻相配伍,祛痰止眩效果最佳;在《本草求真》中将白术称为“脾脏补气第一要药”,清代医家张锡纯曰:“白术与寒凉药同用,善补肺;与升散药同用,善调肝,与镇静药同用,善养心;与滋阴药同用,善补肾”;茯苓健脾利湿,药理学研究发现,茯苓多糖能够有针对性的保护靶器官,增加细胞免疫功能,并且在一定程度上能够增加造血功能的恢复,改善老年人体质,保护骨髓,达到扶正固本、健脾的作用;陈皮理气化痰,痰消则气自顺;泽泻配伍茯苓,更能起到温肾利水之效;黄芪,益气健脾;配伍姜枣草调和脾胃、调和诸药;诸药共用,化痰祛湿、健脾和胃。

高血脂症与 BPPV 的发生关系密切^[13]。TC、TG、LDL-C 的升高及 HDL-C 降低可能导致血管紧张素代谢紊乱,血管平滑肌收缩导致椎-基底动脉供血不足,最终导致末梢血管循环障碍。内耳是有氧代和身体平衡的重要器官,主要供血来源于迷路动脉,恰恰如此,迷路动脉极为细小,并且无侧支循环,一旦血脂异常会导致内耳循环障碍诱发内耳血管损伤,进而导致耳石脱落引起 BPPV^[14]。在治疗中密切观察血脂的变化可以起到事半功倍之效果。

耳石复位法的治疗 BPPV 的主要目的使脱落于半规管的耳石按照事先设计的方向在管壁内运动,最终进入椭圆囊,由黑暗细胞最终吸收,从而解除微粒耳石对半规管壶腹嵴神经末梢的刺激,缓解眩晕症状^[15];手法的机制可能为体位变换的机械力能使耳石分散溶解,并可增强前庭中枢的代偿功能,从而缓解眩晕症状,减轻残留头晕,降低复发^[16-17]。但临床治疗发现,复位之后有些患者治疗效果不满意,归结原因主要在于:手法治疗偏差;患者依存性差,不配合医师告知注意事项;合并梅尼埃综合征或者椎动脉型颈椎病,疾病诊断不明确。我们认为治疗中发挥中医药的优势,标本兼治,阴阳平衡,在预防和缓解症状、减少复发率,改善内耳微循环来促进前庭代偿优于单纯手法复位治疗。

通过本研究我们发现,半夏白术天麻汤配合手法治疗 BPPV 临床疗效显著,同时能够对患者血脂

变化起到一定影响,也证明血脂异常在 BPPV 发病中是不可忽视的重要原因,指导我们在以后的治疗中寻求更好的治疗靶点,值得临床推广。

参考文献

- [1] 刘秋玲,王跃建,周晓妮,等. 1240 例良性阵发性位置性眩晕患者手法复位治疗[J]. 中华耳科学杂志,2010,8(4):427-430.
- [2] 何萍,徐先荣,金占国,等. 良性阵发性位置性眩晕单纯复位与联合药物治疗的疗效比较[J]. 解放军医学院学报,2015,36(1):27-29.
- [3] 兰俊. 改良式耳石复位法联合益气聪明汤治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(19):61-63.
- [4] 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分会. 良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,4(2):163-164.
- [5] 刘振峰,韦曙平,林小武,等. 改良式耳石复位法联合中药治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(5):102-104.
- [6] 朱连雨,潘冬青,何纲,等. 半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 中国中医急症 2010,19(10):1672-1673.
- [7] 王华政,王玉祥,倪浩斌. 改良 Epley 复位法联合半夏白术天麻汤治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕的临床研究[J]. 中国医学工程,2015,23(1):11-12.
- [8] 郝大慰. 中医辨证联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕 20 例[J]. 河南中医,2014,34(9):1781-1782.
- [9] 农应全,梅晓峰,吴嗣杰,等. 原发性良性阵发性位置性眩晕患者内耳微循环障碍与毛细胞功能关系的初步探讨[J]. 广西医科大学学报,2015,32(5):752-754.
- [10] 亓卉,王斌全,于文永,等. 不同复位方式治疗良性阵发性位置性眩晕的疗效及对患者生活质量的影响[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(5):392-395.
- [11] 王英歌,潘黎静,顾晰,等. 顽固性良性阵发性位置性眩晕的发病机制及治疗[J]. 中华耳科学杂志,2011,9(4):372-375.
- [12] 朱文宗,郑国庆,黄建平,等. 豁痰健脾法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕临床研究[J]. 新中医,2013,45(2):83-85.
- [13] 李莹,郭宏庆,申学良,等. 良性阵发性位置性眩晕与血脂代谢异常相关性研究[J]. 宁夏医学杂志,2014,36(2):115-116.
- [14] 王莉,汤燕,巨安丽. 天麻素联合倍他司汀治疗眩晕症的疗效及对血脂和血液流变学的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2015,18(16):3-4.
- [15] 舒竞铨,尹时华,刘渊,等. 手法复位联合中药治疗良性阵发性位置性眩晕临床研究文献的 Meta 分析[J]. 世界中医药,2015,10(4):598-605.
- [16] 朱祖福,徐静泓,张慧萍,等. Brandt-Daroff 习服训练联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 海南医学,2016,27(2):297-298.
- [17] 倪斐琳,张丽萍,胡珊珊. 隔姜灸联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕临床观察(英文)[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science,2016,13(1):31-35.