

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.01.007

半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕的临床观察

杨文文

郑州人民医院中医科, 郑州 450000

良性阵发性位置性眩晕是一种因患者头部体位改变后诱发短暂性眩晕症状的内耳自限性疾病,属于临床眩晕病症中比较常见的类型。其发病机制为患者脱落的耳石在头位变动时,震动内淋巴,导致两侧前庭功能平衡失调而诱发眩晕。目前临床治疗本病的常用方法为手法复位,大部分患者经手法复位可及时、有效地缓解眩晕感,但仍有一部分患者在治疗过程中会出现长期眩晕症状,需要进行药物治疗^[1]。本研究旨在探讨半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 1 月—2018 年 8 月本院收治的 78 例良性阵发性位置性眩晕患者作为研究对象,按照随机数字法将其分为对照组和观察组,每组 39 例。对照组,其中男 21 例,女 18 例;年龄 29~76 岁,平均年龄(47.63±1.23)岁;观察组,其中男 19 例,女 20 例;年龄 30~75 岁,平均年龄(46.97±2.41)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断符合《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估》^[2]中相关诊断标准,中医诊断符合《中医内科学》^[3]中关于眩晕的诊断标准。

1.3 治疗方法

所有患者在发作期均卧床休息,并且给予持续吸氧、止吐、抑酸等支持治疗,直至症状平稳后给予手法复位治疗。对照组给予常规手法复位,观察组在对照组基础上联合半夏白术天麻汤加减治疗,方药组成为黄芪 45 g,泽泻 30 g,茯苓 25 g,白术、陈皮、半夏、天麻各 12 g,大枣、生姜各 10 g,甘草 6 g。呕吐频繁、眩晕症状严重者加代赭石、旋覆花;头痛、口干、口苦者加竹茹、黄连;耳鸣者加郁金、石菖蒲;焦虑、失眠者加

柴胡、夜交藤以及酸枣仁。1 剂/d,上药以水煎服,取汁 400 ml,早晚温服。2 组疗程均为 10 d。

1.4 观察指标与疗效判定标准

参照文献^[4]制定疗效判定标准,其中显效:变换体位时,眩晕和位置性眼震消失;有效:变换体位时,眩晕轻微、短暂,诱发眼震持续时间缩短;无效:眩晕和位置性眼震与治疗前比较无明显变化。临床总有效率=显效率+有效率。通过统一制定的调查统计评分表对患者治疗前后相关临床症状进行评价,包括对头身困重、胸闷纳呆、倦怠乏力等症状的评分,得分越低表示症状越轻,生活质量越好。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件处理数据,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床总有效率比较

治疗后,观察组临床总有效率为 97.44%,对照组为 84.62%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床总有效率比较($n=39$,例,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	21	12	6	33(84.62)
观察组	23	15	1	38(97.44) [△]

与对照组比较[△] $P<0.05$

2.2 2 组临床症状评分比较

治疗前,2 组各项临床症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组各项临床症状评分均较前降低($P<0.05$),且观察组降低程度显著优于对照组($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者临床症状评分比较 (n=39, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	头身困重	胸闷纳呆	倦怠乏力
对照组	治疗前	1.94±0.38	1.49±0.76	2.11±0.27
	治疗后	1.32±0.71*	1.25±0.26*	1.52±0.33*
观察组	治疗前	1.96±0.36	1.52±0.36	2.08±0.21
	治疗后	0.47±0.41*△	0.41±0.25*△	0.64±0.34*△

与治疗前比较 * $P < 0.05$; 与对照组比较 △ $P < 0.05$

3 讨论

资料^[5]显示,良性阵发性位置性眩晕采用手法复位治疗后会出现持续性眩晕残余症状,其发生率高达 60% 以上,主要表现为漂浮感、走路不稳、头部昏沉感、非特异性头晕、走路不稳等。这部分患者在复查时并未出现旋转感及眼震症状,但在治疗期间常伴随不同程度的焦虑、抑郁等不良情绪,对患者生活质量造成不良影响。有学者^[6]认为,眩晕效果与患者半规管残留耳石碎片、前庭功能受损以及椭圆囊结构改变具有密切联系。

中医认为眩晕病因病机多属水湿、痰饮困阻,患者舌脉多有苔白腻、脉沉的表现,水湿凝聚成痰,清阳不升,虚风内扰而导致眩晕。因此,治疗应以化痰、平肝、熄风为主。半夏白术天麻汤为中医治疗眩晕的常用方剂,方中半夏化痰祛湿,白术、茯苓健脾利湿,大枣、生姜、甘草和胃健脾,调和药性。诸药合用,对改善患者头身困重、倦怠乏力、眩晕等症状具有良好的作用^[7]。本研究结果显示,观察组临床总有效率及各项临床症状评分均显著优于对照组,表明半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕疗效显著,可明显改善患者临床症状,促进患者早日康复。

综上所述,采用半夏白术天麻汤治疗良性阵发性

位置性眩晕效果显著,值得推广应用。

参 考 文 献

[1] 张天琪,马大勇,刘岑. 良性阵发性位置性眩晕诊治进展[J]. 中华耳科学杂志,2017,15(5):580-585.

[2] 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.

[3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社,2008:27-32.

[4] 雷华斌,张恒. 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[J]. 世界中医药,2016,11(10):2039-2042.

[5] 计莉,彭新,孙勃,等. 良性阵发性位置性眩晕复位成功后残留症状特点及其影响因素[J]. 武警医学,2016,27(7):655-657.

[6] 翟秀云,刘博,张玉和,等. 良性阵发性位置性眩晕发病机制的探讨[J]. 国际耳鼻喉头颈外科杂志,2017,41(4):198-202.

[7] 罗俊. 半夏白术天麻汤配合耳石复位法对良性阵发性位置性眩晕的疗效分析[J]. 中国医药指南,2018,16(16):199-200.

(收稿日期:2019-01-04)

(上接第 19 页)

参 考 文 献

[1] 李志宏,王建军,张明萍,等. 参芪地黄汤联合穴位敷贴治疗早期糖尿病肾病临床观察[J]. 中国中医急症,2015,24(8):1430-1432.

[2] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 糖尿病肾病防治专家共识(2014 年版)[J]. 中华糖尿病杂志,2014,6(11):792-801.

[3] 中华中医药学会. 糖尿病肾病中医防治指南[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(4):151-153.

[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.

[5] 郭会敏,翟文生. 黄芪、水蛭、雷公藤多甙对系膜增生性肾小球肾炎作用机理的现代研究[J]. 河南中医,2010,30(6):611-613.

[6] 许成群,徐明松,王元. 大黄治疗糖尿病肾病的研究概况[J]. 中医药导报,2011,17(4):123-125.

[7] 侯斌,石峻. 2 型糖尿病肾病患者血清 hs-CRP、Hcy、TNF- α 、IL-6 和 IL-8 的水平检测及临床意义[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2015,18(3):383-385.

(收稿日期:2018-12-29)