

● 针推医学 ●

引用:赵旋,李万婷.小醒脑针刺法联合西药治疗持续性姿势-知觉性头晕29例[J].湖南中医杂志,2021,37(2):53-56.

小醒脑针刺法联合西药 治疗持续性姿势-知觉性头晕29例

赵旋¹,李万婷²

(1. 山西中医药大学,山西 太原,030619;

2. 山西中医药大学附属医院,山西 太原,030000)

[摘要] 目的:观察小醒脑针刺法联合西药治疗持续性姿势-知觉性头晕(PPPD)的临床疗效。方法:将58例PPPD患者随机分为治疗组和对照组,每组各29例。对照组给予草酸艾司西酞普兰片治疗,治疗组在对照组基础上配合小醒脑针刺法治疗。治疗结束后,比较2组临床疗效,治疗前及治疗2、4、8周后眩晕残障量表(DHI)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分。结果:总有效率治疗组为93.10%(27/29),高于对照组的68.97%(20/29),差异有统计学意义($P<0.05$)。2组DHI、HAMA、HAMD评分治疗2、4、8周后均降低,治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:小醒脑针刺法联合草酸艾司西酞普兰治疗PPPD起效快,可明显改善患者的头晕等主观症状,减轻焦虑、抑郁等不良情绪,值得临床推广。

[关键词] 持续性姿势-知觉性头晕;小醒脑针刺法;草酸艾司西酞普兰

[中图分类号] R246.6, R277.751 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.020

持续性姿势-知觉性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)是慢性功能性前庭疾病,其整合了恐惧性姿势性眩晕(PPV)和慢性主观性头晕(CSD)的核心症状^[1],主要临床表现为持续性非旋转性头晕或不稳(≥ 3 个月),且不能用其他疾病来解释^[2]。PPPD发病机制为前庭系统与焦虑相关的神经网络之间的交互作用^[3-4]。相关研究报道该病约占门诊头晕患者的10%,且多伴有焦虑或抑郁情绪^[4-6],极大影响了患者的生活质量。目前,国内关于PPPD的临床研究不多,西医以5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(SSRI)等抗焦虑抑郁药物治疗为主,但该方法治疗8~12周才能显效^[7]。多项前瞻性研究显示,SSRI治疗PPPD的总有效率约为70%^[8-9]。因其治疗起效慢,起始阶段可能会加重患者焦虑状态,且长期服用可能出现5-HT综合征(如激越、意识混乱、肌强直、反射亢进、腹泻、心动过速)等不良反应^[10]。针灸在治疗眩晕中疗效肯定、操作简便、价格低廉、安全无毒副作用。为此,本研究采用小醒脑针刺法联合草酸艾司西酞普兰治疗持续性姿势-知觉性头晕患者29例,取得较好

的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年10月至2019年4月在山西中医药大学附属医院神经内科就诊的持续性姿势-知觉性头晕患者58例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各29例。治疗组中,男8例,女21例;平均年龄(51.41 ± 2.26)岁;平均病程(23.09 ± 15.52)个月。对照组中,女5例,男24例;平均年龄(49.05 ± 4.74)岁;平均病程(21.70 ± 18.96)个月。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 符合2017年Barany学会前庭疾病分类委员会发布的共识^[11]中的有关标准。1)持续性非旋转性头晕和(或)不稳超过3个月:①发作时症状可持续数小时,程度轻重不等。②症状不需要持续一整天。2)每次症状出现无明显诱因,但在下列3种情况下症状可加重:①直立姿势。②与方向或位置无关的主动或被动运动。③暴露于视觉刺激丰富的环境中。3)这种失调常由以下疾病所触发:急性、发作性、慢性前庭综合征以及其他神经

系统疾病和心因性焦虑。①当触发疾病为急性病
变时,症状出现形式与诊断标准1)描述一致。当急
性病变缓解后,症状由最初的间歇性出现逐渐演变成
持续性病程。②当激发疾病为慢性病变时,症状先是
缓慢出现,而后逐渐加重。4)症状常能引起明显的
痛苦或功能障碍。5)症状不能用其他疾病来解释。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄
40~60岁,男女不限;3)汉密尔顿焦虑量表
(HAMA)评分>14分和/或汉密尔顿抑郁量表
(HAMD)评分>17分;4)具有良好的依从性,并签
署知情同意书;5)研究期间不得采用本治疗方法之
外的其他方法。

1.4 排除标准 1)血管源性、耳源性、感染性、免
疫性疾病所致的眩晕;2)合并严重的脏器疾病或精
神病;3)针灸部位有严重的皮肤损伤或皮肤病;
4)有凝血功能障碍或出血性疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予草酸艾司西酞普兰片治疗。草
酸艾司西酞普兰片(来士普,丹麦灵北药厂,批准文
号:国药准字H20100539,规格:10 mg/片)口服,
1片/次,1次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予小醒脑针刺法
治疗。取穴:印堂、上星、太阳、百会、四神聪、风池、
完骨、天柱、颈夹脊C₃₋₅、悬钟、神门、三阴交、合谷、
太冲。所有腧穴均施予平补平泻手法,留针
30 min,每周一、三、五治疗。

2组患者均治疗8周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)2组临床疗效。2)2组眩晕严
重程度。采用眩晕残障量表(DHI)^[12-13]评定2组
治疗前及治疗2、4、8周后眩晕严重程度,包括躯
体、情绪、功能三部分。分值越高,表示越严重。
3)采用HAMA、HAMD评定2组治疗前及治疗2、4、
8周后的焦虑、抑郁严重程度^[14]。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原
则》^[15]中有关标准进行评价。疗效指数(DHI评分改
善率)=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×
100%。基本恢复:DHI评分改善率≥95%;显效:
70%≤DHI评分改善率<95%;有效:30%≤DHI评分
改善率<70%;无效:DHI评分改善率<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行数据
分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比

较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检
验。计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检
验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为
93.10%,高于对照组的68.97%,差异有统计学意
义。(见表1)

表1 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本恢复	显效	有效	无效	总有效
治疗组	29	6(20.69)	15(51.72)	6(20.69)	2(6.90)	27(93.10) ^a
对照组	29	1(3.45)	7(24.14)	12(41.38)	9(31.03)	20(68.97)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后DHI评分比较 2组患者
DHI躯体、情绪、功能评分及总分治疗前和治疗后
2、4、8周组内比较以及组间比较,差异均有统计学
意义。(见表2)

表2 2组治疗前后DHI评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	躯体	情绪	功能	总分
治疗组	29	治疗前	19.15±2.25	21.03±3.57	25.55±3.91	65.73±9.73
		治疗2周	16.58±2.53 ^{ad}	17.18±3.63 ^{ad}	20.14±3.53 ^{ad}	53.90±9.69 ^{ad}
		治疗4周	12.74±2.41 ^{bd}	14.02±3.35 ^{bd}	16.79±3.34 ^{bd}	43.55±9.10 ^{bd}
		治疗8周	8.58±2.77 ^{cd}	10.4±3.31 ^{cd}	11.37±3.59 ^{cd}	30.43±9.67 ^{cd}
对照组	29	治疗前	19.24±2.15	21.33±3.48	25.17±3.89	65.74±9.52
		治疗2周	17.57±2.39 ^a	19.52±3.43 ^a	23.05±3.61 ^a	60.14±9.43 ^a
		治疗4周	14.51±2.58 ^b	16.71±3.59 ^b	21.14±3.52 ^b	52.36±9.69 ^b
		治疗8周	12.87±2.61 ^c	13.82±3.44 ^c	18.29±3.57 ^c	44.98±9.62 ^c

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与本组治疗2周后比
较,^b $P<0.05$;与本组治疗4周后比较,^c $P<0.05$;与对照组同
期比较,^d $P<0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后HAMA、HAMD评分比较
2组患者HAMA、HAMD评分治疗2、4、8周后均在
逐渐降低,治疗前后组内比较以及治疗后组间比
较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗前后HAMA、HAMD评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	HAMA	HAMD
治疗组	29	治疗前	20.27±3.13	21.93±3.35
		治疗2周	16.04±3.51 ^{ad}	17.27±3.44 ^{ad}
		治疗4周	11.72±3.50 ^{bd}	13.69±3.13 ^{bd}
		治疗8周	7.22±3.37 ^{cd}	9.48±3.71 ^{cd}
对照组	29	治疗前	20.14±3.37	21.75±3.29
		治疗2周	18.83±3.42 ^a	19.46±3.43 ^a
		治疗4周	16.05±3.48 ^b	17.25±3.31 ^b
		治疗8周	13.53±3.37 ^c	14.56±3.27 ^c

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与本组治疗2周后比
较,^b $P<0.05$;与本组治疗4周后比较,^c $P<0.05$;与对照组同
期比较,^d $P<0.05$ 。

4 讨 论

PPPD 是一种与前庭疾病、心理人格特征密切相关的姿势平衡障碍^[16]。其发病年龄为 40 ~ 60 岁,女性发病率较男性高^[17],约 70% 的患者伴焦虑或抑郁情绪^[3,18],且 PPPD 患者的头晕严重程度与焦虑、抑郁程度呈正相关^[19-21]。目前西医治疗多以 5-HT 再摄取抑制剂抗焦虑抑郁为主,心理治疗及前庭康复训练为辅^[22]。草酸艾司西酞普兰是西酞普兰的 S-异构体,其 5-HT 再摄取抑制作用在 SSRI 中最高,具有较强的 5-HT 转运体抑制作用,不但能快速、有效改善 CSD 患者情绪症状,还能通过 5-HT 调节神经通路对运动刺激的反应,进而影响机体平衡功能。由于草酸艾司西酞普兰对 5-HT 特异选择性强,且口服吸收情况良好,不良反应少,故临床使用率高于其他 SSRI 类药物^[10,23-24]。

PPPD 归属中医学“眩晕”范畴,其病位在脑髓清窍,与肝肾密切相关,基本病机为风、火、痰、瘀、虚,属本虚标实之证。“小醒脑针刺法”是中国工程院院士石学敏教授提出的,原组穴包括上星、印堂、双侧内关和患侧三阴交,被广泛应用于中风、头晕、失眠等疾病的治疗^[25-26],临床疗效显著。王国强教授提出将“小醒脑针刺法”应用于颈性眩晕的治疗中,取穴包括上星、印堂、百会、四神聪、完骨、风池、天柱、颈夹脊穴^[27]。李万婷主任运用“小醒脑针刺法”治疗 PPPD,取穴在上述基础上增加太阳、悬钟、神门、三阴交、合谷、太冲穴,并随症加减,临床收效明显。基础穴中印堂穴位于督脉循行路线之上,可推动督脉气血的运行,且督脉与任脉相通,而任督二脉对十二经脉起着维系与沟通作用,故印堂穴具有调节阴阳、畅达气机、安神定惊、醒脑通窍之功效。实验研究发现,电针刺刺激印堂、百会可使大鼠脑中 5-HT 含量增加,去甲肾上腺素含量减少^[28-29]。上星穴属督脉,督脉循行入脑、上会肝经,有调和阴阳、益气平肝及醒神开窍之功。针刺上星透百会可调和阴阳、平肝息风、填精补髓、益气养血、醒神开窍。百会穴意为百脉之会,属督脉,为督脉与诸阳经及足厥阴之会。头为诸阳之会,百脉之宗,而百会穴则为各经脉气血汇聚之处,故能通达阴阳脉络,是治疗眩晕的要穴,具有调节阴阳、醒神补脑、升举阳气的功效。四神聪、太阳穴属经外奇穴,具有宁神安神的功效;风池穴在足少阳胆经与

阳维脉交会之处,阳维可维系诸阳经经脉,胆属木,主升发,胆气升则气机升发,气血得以上注于头,取之可清利头目,除眩止晕。完骨穴是足太阳膀胱经与足少阳胆经的交会穴,可清利头目,调节气血^[30]。天柱穴属膀胱经穴,位于枕后,解剖位置与枕动脉分支、枕大神经干密切相关,是治疗眩晕兼项强痛的要穴,可祛邪通瘀,增强通督脉、膀胱经之效,健脑活络,从而达到清利头目之功。颈夹脊穴位于督脉两旁,可振奋阳气,舒筋通络,阳气通达,气血上荣则眩晕自止。悬钟穴属足少阳胆经,足少阳胆经循行于头面部,其又为八会穴之髓会,填精益髓,止晕效果好。神门为手少阴之原穴,心主神明,心血亏虚则神机失养,故针刺神门可养心安神。三阴交穴为足太阴、厥阴、少阴之会,可调节肝、脾、肾三脏功能,以达到阴阳平衡,改善睡眠的目的。合谷为手阳明大肠经之原穴,具有疏肝理气、调经和血、镇惊息风之功效,主治头痛、眩晕、失眠等,合谷配太冲古称“四关穴”,是临床针灸治疗疾病的常用穴位处方,具有调畅气机、开窍醒神之功。现代研究表明,针刺合谷配太冲穴可以诱导额叶和颞叶脑组织血流量和血流容积的增加^[31]。诸穴合用,共奏清利头目、调畅气机之效。

本次研究结果显示,经过小醒脑针刺法联合西药治疗,治疗组总有效率明显高于对照组,且 DHI、HAMA 及 HAMD 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明与单用西药相比,本疗法治疗 PPPD 起效快,可显著改善患者头晕、焦虑抑郁等症状,故值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 姜树军,单希征. 巴拉尼学会持续性姿势-感知性头晕诊断标准解读[J]. 北京医学,2018,40(1):1081-1084.
- [2] HOLLE D, SCHULTE-STEINBERG B, WURTHMANN S, et al. Persistent postural-perceptual dizziness: a matter of higher, central dysfunction[J]. PLoS One, 2015, 10(11): 1-10.
- [3] STAAB JP, ROHE DE, EGGERS SD, et al. Anxious, introverted personality traits in patients with chronic subjective dizziness[J]. J Psychosom Res, 2014, 76(1): 80-83.
- [4] 李康之,申博,杨旭. 持续性姿势-感知性头晕[J]. 神经损伤与功能重建, 2018, 13(6): 300-302.
- [5] YAN Z, CUI L, YU T, et al. Analysis of the characteristics of persistent postural-perceptual dizziness: a clinical-based study in China[J]. Int J Audiol, 2017, 56(1): 33-37.
- [6] 丁韶洗,卢伟. 持续性姿势知觉性头晕[J]. 中华耳科学杂志,

- 2017,15(1):122-126.
- [7] 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.
 - [8] STAAB JP, RUCKENSTEIN MJ, SOLOMON D, et al. Serotoninre-uptake inhibitors for dizziness with psychiatric symptoms[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 128(5): 554-560.
 - [9] BITTAR RS, SOHSTEN EM. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2015, 81(3): 276-283.
 - [10] 欧红霞, 陈平, 傅强. 使用 5-羟色胺再摄取抑制剂 150 例患者的不良反应分析[J]. 中国新药与临床杂志, 2002, 21(12): 711-713.
 - [11] STAAB JP, ECKHARDT-HENN A, HORII A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): consensus document of the committee for the classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society[J]. J Vest Res, 2017, 27(4): 191-208.
 - [12] WHITNEY SL, MARCHETTI GF, MORRIS LO. Usefulness of the dizziness handicap inventory in the screening for benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otol Neurotol, 2005, 26(5): 1027-1033.
 - [13] 丁雷, 刘畅, 王嘉玺. 眩晕障碍程度评定量表(中文版)的评价[J]. 中华耳科学杂志, 2013, 11(2): 228.
 - [14] WORBOYS M. The Hamilton rating scale for depression: the making of a "gold standard" and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980[J]. Chronic Illn, 2013, 9(3): 202-219.
 - [15] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349.
 - [16] 朱翠婷, 鞠奕. 精神心理性头晕[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(9): 854-858.
 - [17] 明玉杰, 方立群. 持续性姿势-知觉性头晕及发病机制[J]. 北京医学, 2017, (39)8: 844-846.
 - [18] 阎志慧, 陈春富. 持续性姿势-知觉性头晕的研究进展[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(14): 1118-1120.
 - [19] HORRI A, IMAI T, KITAHARA T, et al. Psychiatric comorbidities and use of milnacipran in patients with chronic dizziness[J]. J Vestib Res, 2016, 26(8): 335-340.
 - [20] 吕锁锁, 卢伟, 丁韶洗. 持续性姿势-感知性头晕的临床评估[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2018, 26(2): 151-155.
 - [21] 曹效平, 袁天懿, 曹查兵, 等. 慢性主观性头晕患者主观严重程度、刺激因子、行为学特征及睡眠质量调查[J]. 中华耳科学杂志, 2017, 15(6): 648-652.
 - [22] 鞠奕, 赵性泉. 慢性主观性头晕[J]. 中国卒中杂志, 2013, 8(5): 388.
 - [23] 何晓华, 钟远惠, 谢穗峰, 等. 艾司西酞普兰联合奥氮平治疗老年精神分裂症伴抑郁临床疗效和安全性[J]. 医学临床研究, 2014, 31(3): 495-497.
 - [24] 袁天懿, 曹查兵, 曹效平. 艾司西酞普兰治疗慢性主观性头晕 32 例[J]. 医药导报, 2016, 35(3): 272-275.
 - [25] 李夏珍, 高新新, 马芬, 等. 浅探“醒脑开窍”针刺法之“小醒脑”[J]. 中国针灸, 2016, 36(7): 779-780.
 - [26] 石学敏. 石学敏实用针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 317-318.
 - [27] 王国强. 中医医疗技术手册[M]. 北京: 国家中医药出版社, 2003: 70.
 - [28] 郭长青. 针灸学现代研究与应用(上册)[M]. 北京: 学苑出版社, 1998: 565-566.
 - [29] 陈华德, 殷光磊, 蒋巍. 用 fMRI 技术探讨针刺百会穴对脑功能的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 6(1): 656-659.
 - [30] 王浩然, 付晓燕, 贾红玲. 完骨穴古今应用概况探析[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(1): 73-76.
 - [31] 许建阳, 王发强, 王宏, 等. 针刺合谷与太冲 fMRI 脑功能成像的比较研究[C]//首届全国功能神经影像学 and 神经信息学研讨会论文汇编, 2003: 109-111.

(收稿日期: 2020-07-12)

(上接第 52 页) 骨碎补强筋壮骨、补益肝肾; 忍冬藤、青风藤引筋达结, 善走经络而止痛; 桃仁活血行血舒筋, 祛瘀生新; 制半夏燥湿化痰; 木瓜调和中焦、舒筋活络、祛湿化浊。全方合用, 攻补兼施, 寒热并举, 谨守寒热错杂之病机, 标本兼治, 体现了中医学异病同治、辨证论治的特色及优势。

本研究结果显示, 总有效率治疗组为 90.0%, 高于对照组的 63.3%, 差异有统计学意义。2 组 JOA 评分、中医证候积分治疗后均较治疗前改善, 且治疗组改善程度优于对照组, 说明加味乌梅汤治疗寒热错杂型膝关节炎优于单用硫酸氨基葡萄糖胶囊治疗。临床应权衡患者病情的虚实、寒热变

化, 灵活加减补虚、泻实、清热、温阳等药物, 更可进一步提高加味乌梅汤治疗膝骨关节炎的临床疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(6): 416-418.
- [2] 王承德, 沈丕安. 实用中医风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 54-56.
- [3] ISHIBASHI Y, ADACHI N, KOGA H, et al. Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of anterior cruciate ligament injury-secondary publication[J]. Journal of Orthopaedic Ence, 2020, 25(1): 6-45.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349-353. (收稿日期: 2020-11-16)