

桃红四物汤联合针刺对眩晕患者复位后 残余症状的疗效分析

刘丹华, 杨泽华*

(丹东市中医院, 辽宁 丹东 118000)

摘要:目的:探讨桃红四物汤联合针刺对老年良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)患者复位后残余症状的疗效。方法:纳入2018年1月—2020年4月BPPV复位后残余症状老年患者110例,随机分为两组,对照组55例采用前庭康复训练,观察组55例采用桃红四物汤联合针刺,持续治疗6周为一疗程。比较两组的临床效果、眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评分、视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分及Berg平衡量表(berg balance scale, BBS)评分、焦虑自评量表(self-Rating anxiety scale, SAS)评分及oVEMP检测结果。结果:观察组患者DHI评分、VAS评分、BBS评分和SAS评分、oVEMP检测上改善明显,而且临床有效率显著升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:桃红四物汤联合针刺可提高老年BPPV患者复位后残余症状的临床疗效,改善平衡功能及不良情绪,值得推广。

关键词:桃红四物汤;针刺;老年;良性阵发性位置性眩晕;残余症状

中图分类号:R276.1

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2021)01-0065-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.220015

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)是一种常见的眩晕综合症,在老年人群中多见,也是周围性眩晕的重要原因之一^[1]。据报道BPPV占周围性眩晕的20%~40%,当头部移动至某一特定位置或突然改变体位时,可出现头晕、走路不稳和漂浮感等典型表现,甚至无法参与正常的社会生活,严重降低生存质量^[2-3]。目前BPPV的治疗方法以耳石复位为主,手法操作十分简单、无创化,可以减轻患者的眩晕和自主神经症状,有效率达90%以上。然而仍有一部分BPPV老年患者存在眩晕及恶心、呕吐症状,极少数人出现意识不清而昏倒,需要更为精确的处理^[4]。近年来中医治疗思想在临床应用十分广泛,采用多方位和多靶点的综合中医治疗,以期进一步改善BPPV患者的预后。中药汤剂和针刺均为行之有效的治疗方法,单一使用时对于残余症状有改

善作用,将二者结合起来,既重视中医“辨证论治”的特色,又注重于整体与局部的结合,从而起到更好的治疗效果^[5-6]。本次选择BPPV复位后残余症状老年患者110例,来探讨二者联合应用的疗效。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

纳入2018年1月—2020年4月于丹东市中医院诊治的BPPV复位后残余症状老年患者110例,男性49例,女性61例,年龄65~73岁,病程7~19 d, BMI 17.96~25.51 kg/m²。BPPV类型:后半规管45例,水平半规管38例,前半规管27例。按照1:1随机数字表法,分为两组,对照组和观察组各55例,两组患者一般资料无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

1.2 入组标准

1.2.1 纳入标准

(1)西医符合《良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)》中“BPPV”的诊断^[7]。均采用耳石复位治疗,复位成功2周后出现头晕、走路不稳和漂浮等主观感觉;(2)中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》中“眩晕”的诊断要点,头目晕眩,眼前发黑,旋转不定,动则尤甚;(3)患者年龄>65岁,性别不限,有完整的病历资料;(4)本次研究已通过伦理委员会的审查;(5)患者及家属均详细阅读治疗及检查内容,并签字同意。

收稿日期:2021-03-16 修回日期:2021-04-03

基金项目:国家中医药管理局杨泽华全国名老中医药专家传承工作室(国中医药人教函[2019]41号);国家中医药管理局中医重点专科培育项目(ZP0601NB023)

作者简介:刘丹华(1968-),女,硕士,主任医师,研究方向:中西医结合治疗脑病科常见疾病及疑难疾病。

* 通讯作者:杨泽华(1957-),男,学士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中风病的中医治疗及防治。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, d)	平均 BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	BPPV 类型(例)		
		男性	女性				后半规管	水平半规管	上半规管
对照组	55	23(41.82%)	32(58.18%)	69.01 $\pm$ 3.24	13.20 $\pm$ 4.12	21.15 $\pm$ 2.34	21(38.18%)	20(36.36%)	14(25.45%)
观察组	55	26(47.27%)	29(52.73%)	68.75 $\pm$ 3.12	12.87 $\pm$ 4.05	21.37 $\pm$ 2.20	24(43.64%)	18(32.73%)	13(23.64%)

1.2.2 排除标准

(1)有耳道发育畸形、耳内化脓性感染及五官疾病者;(2)有急性心脑血管疾病、自身免疫性疾病、恶性肿瘤及耳源性、颈性等其他原因导致眩晕者;(3)长期卧床、认知功能障碍或处于休克、昏迷期以致无法正常配合者;(4)过敏体质,对中药及成分、相关治疗药物禁忌者;(5)入组前 4 周曾大剂量糖皮质激素、免疫抑制剂、抗生素治疗者。

1.2.3 剔除标准

(1)因患者自身原因或其他原因不能完成治疗、检查和随访者;(2)患者中途改换治疗方案或自行添加其他治疗药物者;(3)死亡病例。

1.3 治疗方法

入组患者均进行健康教育,建立正确的治疗观念,避免各类情志及辛辣、油腻之品的刺激,作息规律,根据患者的病情需要,采用倍他司汀、氟桂利嗪等对症治疗,其他处置措施均相同。

对照组采用前庭康复训练,方法如下:①取卧位,头部训练(a.前屈后伸,b.左右扭转,睁闭眼,各 20 次),眼球训练(a.上下,b.左右,c.由远及近移动手指,各 20 次);②取坐位,重复上述头部训练和眼球训练,耸肩和转肩,弯腰食物,各 20 次;③取站位,重复上述头部训练和眼球训练、耸肩和转肩,练习双手互掷小球(眼平面和膝平面以上)、坐-站-坐,各 20 次;④走动位,横穿房间、上下坡、单足站立,先睁眼后闭眼,各 20 次。各个动作先慢后快,每次 20 min,每天 2 次。

观察组采用桃红四物汤联合针刺治疗,桃红四物汤组方,桃仁 9 g,红花 6 g,熟地黄 15 g,白芍 9 g,当归 9 g,川芎 6 g,随证加减:气虚重、四肢乏力或体虚者,加用生黄芪 10 g,太子参 10 g;痰湿阻窍或耳鸣、耳聋者,加用石菖蒲、郁金;脑髓不足者,加用山茱萸。使用煎药机共煎取 400 mL 药液,分早晚 2 次服用,每次 200 mL,每日 1 剂。针刺组穴,主穴(百会穴、四神聪穴),次穴(风池穴、完骨穴、风府穴),随证加减:血瘀重者,加三阴交、血海、膈腧穴;肝肾阴虚重者,加太溪穴、涌泉穴、复溜穴;脾胃亏虚、气血不足重者,加三阴交、足三里;肝阳上亢重者,加太冲、中封穴。皮肤常规消毒,以毫针刺入,行平补平泻法,以患者酸麻胀为度,留针 20 min,每日 1 次。

两组治疗 6 周为一疗程,观察病情的变化。

1.4 疗效评价标准

1.4.1 临床效果

治疗 6 周后统一评价临床效果,记录患者头晕、走路不稳和漂浮等主观感觉的变化,应用尼莫地平法来计算,DHI 评分下降率 = [(治疗前 - 治疗后)/治疗前 $\times$ 100%],共分为 4 个等级。基本治愈,患者头晕、走路不稳和漂浮等主观感觉基本消失,无任何体位障碍,DHI 评分下降率 $> 75\%$;显效,患者头晕、走路不稳和漂浮等主观感觉显著改善,DHI 评分下降率 $> 50\%$;有效,患者头晕、走路不稳和漂浮等主观感觉好转,DHI 评分下降率 $> 30\%$;无效,患者头晕、走路不稳和漂浮等主观感觉未好转,无法正常生活和学习,DHI 评分下降率 $\leq 30\%$ 。比较两组患者的有效率 = [(基本治愈 + 显效 + 有效)/总例数 $\times$ 100%]。

1.4.2 各项观察量表

治疗前和治疗 6 周后评价患者的各项观察量表,包括眩晕障碍量表(DHI)中文版、视觉模拟量表(VAS)、Berg 平衡量表(BBS)、焦虑自评量表(SAS)等。(1)DHI 评分由 25 个问题组成,包括躯体(28 分)、情绪(36 分)和功能(36 分)3 个方面,采用 0 ~ 4 分 3 级评分,计算总评分,分数高表明眩晕障碍越重。(2)应用 VAS 来评价患者的主观感觉,采用 0 ~ 10 分评分,0 分表示无感觉,10 分表示严重,分数高表明主观感觉越重。(3)BBS 评分由 14 个问题组成,采用 0 ~ 4 分评分,分值 0 ~ 56 分,分数高表明平衡能力强。(4)SAS 评分由 20 个问题组成,采用 0 ~ 4 分评分,最终得分为 1.25 $\times$ 分数(取整数部分),分数高表明焦虑状态越重。

1.4.3 oVEMP 检测

治疗前和治疗 6 周后进行 oVEMP 检测,向患者讲明注意事项,将参考电极置于下颌,接地电极置于前额两眉之间,测试电极置于对侧眼睑中下 1 cm,患者取坐位或仰卧位,向上保持眼位 25° ~ 30°,尽量减少眨眼,应用诱发电位仪测定双耳振幅不对称比、N1 - P1 振幅。

1.5 统计方法

应用 SPSS17.0 计算,正态性的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差的形式,以 t 检验来分析;计数资料以卡方

(χ^2) 分析, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床效果

对照组有效率为 81.82%, 低于观察组有效率 94.55%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者临床效果比较

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	55	17(30.91%)	15(27.27%)	13(23.64%)	10(18.18%)	81.82%
观察组	55	23(41.82%)	19(34.55%)	10(18.18%)	3(5.45%)	94.55%*

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后 DHI 评分比较

组别	例数	时间点	躯体	情绪	功能	总分
对照组	55	治疗前	11.88 ± 3.41	11.24 ± 3.12	17.46 ± 4.12	40.12 ± 6.35
		治疗后	9.16 ± 2.95*	9.14 ± 2.25**	10.76 ± 3.46*	28.33 ± 5.46*
观察组	55	治疗前	11.02 ± 3.50	11.39 ± 2.89	17.81 ± 4.20	39.86 ± 7.74
		治疗后	7.20 ± 2.42**	7.21 ± 1.87**	8.13 ± 3.15**	22.15 ± 6.09**

注:与同组治疗前相比, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, # $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后 VAS 评分、BBS 评分
和 SAS 评分比较

组别	例数	时间点	VAS 评分	BBS 评分	SAS 评分
对照组	55	治疗前	5.41 ± 2.60	37.41 ± 4.15	52.76 ± 4.59
		治疗后	1.34 ± 1.02*	41.26 ± 3.59*	47.65 ± 4.10*
观察组	55	治疗前	5.24 ± 2.53	36.35 ± 3.72	53.01 ± 4.80
		治疗后	0.71 ± 0.59**	44.10 ± 3.67**	44.24 ± 3.86**

注:与同组治疗前相比, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, # $P < 0.05$ 。

2.4 oVEMP 检测

与治疗前比, 两组患者治疗后双耳振幅不对称比降低, 患侧和对侧 N1 - P1 振幅升高; 与对照组比, 观察组患者治疗后双耳振幅不对称比较低, 对侧 N1 - P1 振幅较高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 oVEMP 检测比较

组别	例数	时间点	双耳振幅不对称比 (%)	患侧 N1 - P1 振幅 (μV)	对侧 N1 - P1 振幅 (μV)
对照组	55	治疗前	37.12 ± 4.86	5.42 ± 1.72	3.52 ± 0.75
		治疗后	33.35 ± 4.16*	6.20 ± 1.46*	5.03 ± 1.48*
观察组	55	治疗前	36.89 ± 5.20	5.33 ± 2.01	3.51 ± 0.81
		治疗后	29.14 ± 4.31**	6.57 ± 1.31**	6.27 ± 1.56**

注:与同组治疗前相比, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后相比, # $P < 0.05$ 。

3 讨论

门诊工作中眩晕可作为一类伴随症状出现, 颈性、耳源性、脑血管疾病及椎 - 基底动脉供血不足等多种疾病均可引发眩晕, 其中 BPPV 是导致眩晕的主要原因之一, 其发病人群众多, 占眩晕症的 20% 左右^[8]。

2.2 DHI 评分

与治疗前比, 两组患者治疗后躯体、情绪、功能及总分降低; 与对照组比, 观察组患者治疗后躯体、情绪、功能及总分较低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 各项观察量表

与治疗前比, 两组患者治疗后 VAS 评分、SAS 评分降低, BBS 评分升高; 与对照组比, 观察组患者治疗后 VAS 评分、SAS 评分较低, BBS 评分较高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

由于 BPPV 的典型特点与多种疾病类似, 部分城乡地区人群未加以重视, 容易延误诊断及治疗^[9]。有流行病学报道普通人群中 BPPV 的发病人数约 10.7 ~ 64/10 万, 高龄已被证实为 BPPV 高发及病变进展的高危因素, 随着年龄的不断增加, 患者的发病率呈持续上升趋势^[10-11]。国外 70 岁以上人群中约有 90% 会出现不同程度的 BPPV, 与梅尼埃病、前庭神经炎等有关联。手法复位成为 BPPV 的治疗首选, 残余症状仍是难以完全避免的, 成为影响患者预后的重要因素^[12]。有学者认为 BPPV 残余症状的发生与多种因素有关, 包括残留耳石颗粒、椭圆囊功能障碍、中枢再适应、其他前庭疾病等, 22% ~ 38% BPPV 患者复位后出现残余症状^[13-15]。西医对 BPPV 复位后残余症状的处理尚未统一, 如改善微循环、营养神经、前庭康复训练等效果欠佳。

中医古籍中虽没有“BPPV”的病名记载, 根据 BPPV 及残余症状的主证, 与“眩晕”的描述相符。《灵枢·卫气》言:“上虚则眩”, 《灵枢·口问》曰:“上气不足, 脑为之不满, 耳为之苦鸣, 头为之苦倾, 目为之眩”, 详细指出了眩晕的特点。总结历代医家的经验, 认为眩晕的发生与本虚标实有关, 明清以前眩晕多从肝、脾、肾三方面调整, 尤其老年 BPPV 患者, 年老体衰, 气血骤虚, 肾水不足, 髓海不充^[16]。明清以后, “瘀血眩晕”一说开始普遍盛行, “瘀滞不行, 皆能眩晕”(《仁斋直指方》), “瘀血停蓄, 上冲作逆, 亦作眩晕”(《医读》), 直至清·王清任《医林改错》中系统提出

“瘀血眩晕”及逐瘀方剂,进一步拓展了眩晕诊治。经过多年的临床实践,BPPV 复位后的眩晕,急者多偏实,瘀血则穿插于眩晕各个证型之间,“无瘀不作眩”^[17]。因此在辨证论治眩晕时,要主抓血瘀这一致病因素,将活血化瘀法运用于治疗始终^[18]。

桃红四物汤是活血化瘀法的代表方剂之一,始于见清·吴谦《医宗金鉴》,初用于妇科疾病,随着临床上方义的不断延伸,凡是辨为“血瘀证”皆可用之。现代医学发现桃红四物汤对于心血管疾病、妇科病、骨科及皮肤病有很好的治疗效果^[19-20]。桃红四物汤中,桃仁性味苦甘平,主破血祛瘀,《本经》载:“主瘀血,血闭症瘕,邪气,杀小虫”;红花性味辛温,主活血通经,散瘀,《本草纲目》言其:“活血,润燥,止痛,散肿,通经”;二者作为经典药对,一破一活,相须未用。杨凯麟等人发现桃仁-红花药对的作用靶点与改善血流动力学、抗凝、抗炎、调控细胞凋亡和增殖有关^[21]。熟地黄性味甘温,偏于滋补阴血、益精填髓,《本草从新》曰:“滋肾水,封填骨髓,利血脉”。白芍性味苦微寒,养血调经,《别录》记载:“通顺血脉,缓中,散恶血”,药理学研究发现白芍内的有效成分对急性血瘀证大鼠血黏度及血管内皮功能有一定的改善作用^[22]。当归性味甘温,补血活血,活血不伤正,祛瘀不伤新,《日华子本草》曰:“治一切风,一切血,补一切劳,破恶血,养新血及主癥癖”;川芎性味辛温,活血止痛,《医学启源》言:“补血,治血虚头痛”;李伟霞等人发现当归-川芎配伍可以改善血瘀证大鼠的血管活性物质^[23]。本次采用桃红四物汤加减攻补兼施,活血与补血并重,正针对BPPV 复位后的眩晕的病机特点。

针刺疗法是中医特色疗法之一,有着操作简便、疗效确切及安全性高的特点,中医学认为人是一个统一的整体,“头为诸阳之会”“脑为髓之海”,BPPV 性眩晕病位在头和脑,与一身气血循环有关。从经络循行角度来看,人体遍布经脉、络脉、经别、经筋,尤其头面部是十二经气汇集的重要部位,人体的经气通过经脉、经别等联系集中于头面部^[24]。刺激头及周围腧穴可以整体性调节脏腑、气血平衡,对于改善 BPPV 复位后残余症状有很好的疗效^[25]。督脉统率一身诸阳,又与诸多经脉交会,将脏腑之气上输于脑,以奉元神。“气在头者,止之于脑”,百会归属督脉,为诸阳之会,位居头部正中,可升阳举陷、升运精髓、充盈髓海以止眩晕^[26]。四神聪在百会四方,前后两穴在督脉循行线上,左右二穴靠膀胱经,《太平圣惠方》记载:“神聪四穴,理头风目眩”。风池、完骨均为足少阳胆经上的重要穴道,风池为祛风之要穴,完骨与风府相平,二者相

伍有聪耳明目、止眩之功^[27-28]。

近年来中医综合治疗模式成为临床治疗的主流,尤其对于眩晕或其伴随症状,中药汤剂与针刺二者,中药汤剂主内,“治病必求于本”,根据患者的全身病机特点,调整全身气血瘀滞;针刺促进局部经络气血运行,“随症治之”,调节气血平衡,有利于短期内缓解患者症状,二者有着优势互补的优势^[19]。本次研究将针刺与桃红四物汤联合应用,充分发挥了中医结合的优势。本次发现与对照组比,观察组患者 DHI 评分、VAS 评分、BBS 评分和 SAS 评分、oVEMP 检测上改善明显,而且临床有效率显著升高,均证实了桃红四物汤联合针刺对于老年 BPPV 患者复位后残余症状的效果。

参考文献:

- [1] TALAAT H S, KABEL A M H, KHALIELL H, et al. Reduction of recurrence rate of benign paroxysmal positional vertigo by treatment of severe vitamin D deficiency [J]. *Auris Nasus Larynx*, 2016, 43 (3): 237-241.
- [2] YOU P, INSTRUM R, PARNES L. Benign paroxysmal positional vertigo [J]. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 2019, 4 (1): 116-123.
- [3] JUMANI K, POWELL J. Benign paroxysmal positional vertigo: management and its impact on falls [J]. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 2017, 126 (8): 602-605.
- [4] 陈坚, 汪德秀, 潘胜平, 等. 外伤性良性阵发性位置性眩晕的临床特征与诊疗效果 [J]. *中国中西医结合耳鼻喉科杂志*, 2017, 25 (5): 370-372.
- [5] 李斐, 陈琰, 高博, 等. 前庭康复训练对原发性良性阵发性位置性眩晕患者复位后残余症状的疗效分析 [J]. *第二军医大学学报*, 2017, 38 (11): 1370-1373.
- [6] 卢帅, 朱镇华. 朱镇华辨治 BPPV 复位后残余症状经验 [J]. *湖南中医杂志*, 2018, 34 (6): 24-25.
- [7] 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头颈外科学分会. 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): 173-177.
- [8] PARHAM K, KUCHEL G A. A geriatric perspective on benign paroxysmal positional vertigo [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2016, 64 (2): 378-385.
- [9] IMAI T, TAKEDA N, IKEZONO T, et al. Classification, diagnostic criteria and management of benign paroxysmal positional vertigo [J]. *Auris Nasus Larynx*, 2017, 44 (1): 1-6.
- [10] MEGHJI S, MURPHY D, NUNNEY I, et al. The seasonal variation of benign paroxysmal positional vertigo [J]. *Otology & Neurology*, 2017, 38 (9): 1315-1318.
- [11] 王宇晴, 李进让, 邹世桢, 等. BPPV 的临床特点及手法复位复发率分析 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2019, 33 (12): 1185-1188.
- [12] 田永胜, 张彦, 马荣, 等. 管石复位治疗后出现残余症状的良性阵发性位置性眩晕患者 VEMP 特点 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2018, 32 (11): 845-849.
- [13] 吴沛霞, 刘建平, 王武庆, 等. 良性阵发性位置性眩晕患者复位后

- 残余症状的干预策略:单中心随机对照试验[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 56(1): 41-46.
- [14] 张加良, 惠莲. 良性阵发性位置性眩晕的发病特征及复位治疗后短期残余症状的影响因素分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2018, 32(13): 1016-1019.
- [15] 张姝, 徐凌, 高伟, 等. 良性阵发性位置性眩晕手法复位后残余症状的相关因素分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2019, 27(4): 364-369.
- [16] 卢红蓉, 胡镜清. “瘀血”与“血瘀”辨析[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(2): 426-428.
- [17] 金政, 吴彤, 庄逸洋, 等. 基于数据挖掘的黄衍寿治疗眩晕辨证用药规律探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(12): 1756-1759.
- [18] 贾淑培, 杨文明. 眩晕证治临床心得[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(6): 122-124.
- [19] 杨尚, 夏洁. 加味桃红四物汤治疗药物流产后出血疗效及对性激素水平影响研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(3): 351-353.
- [20] 林智军, 李玉茂, 谢晓勇, 等. 桃红四物汤加减治疗对气滞血瘀型股骨头坏死骨修复及血液流变学的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(1): 105-108.
- [21] 杨凯麟, 曾柳庭, 葛安琪, 等. 基于网络药理学探讨桃仁-红花药对活血化瘀的分子机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(12): 2208-2216.
- [22] 乐娜, 周雪, 费文婷, 等. 赤芍、白芍及芍药苷, 芍药内酯苷对急性血瘀证大鼠血液流变学及血管内皮功能的影响[J]. 环球中医药, 2019, 12(9): 1302-1307.
- [23] 李伟霞, 唐于平, 王晓艳, 等. 基于 PLS-DA 和多指标综合指数法研究当归-川芎药对对急性血瘀大鼠血清中血管活性物质和黏附分子的影响[J]. 药学报, 2019, 54(11): 1909-1917.
- [24] 苗冬. 针刺风池、完骨、天柱、颈部夹脊穴治疗颈性眩晕 35 例疗效临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(13): 135.
- [25] 冯亮, 秦美影. 温针灸完骨穴、风池穴治疗良性阵发性位置性眩晕手法复位后残留头晕症状[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(3): 31-33.
- [26] 李利斌, 孙菊光, 史江峰. Epley 法结合针刺快速治疗后半规管原发性良性阵发性位置性眩晕临床分析[J]. 中华全科医学, 2018, 16(12): 2085-2087.
- [27] 张德勇, 贾进辉, 费德文. 针刺配合点穴治疗颈性眩晕临床疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(21): 3549-3550.
- [28] 董华, 张建明, 胡伟, 等. “小醒脑开窍”针刺法治疗后循环缺血性眩晕的疗效观察[J]. 针刺研究, 2020, 45(8): 652-656.

Effect of Taohong Siwu Decoction Combined with Acupuncture on Residual Symptoms of BPPV after Replacement

LIU Danhua, YANG Zehua

(Dandong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Dandong 118000, China)

Abstract: Objective: To investigate the effect of Taohong Siwu Decoction combined with acupuncture on the residual symptoms of senile benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) after replacement. Methods: 110 senile patients with residual symptoms of BPPV after replacement were randomly divided into the observation group and the control group, with 55 cases in each group. The control group was treated with vestibular rehabilitation training, whereas the observation group was treated with Taohong Siwu Decoction combined with acupuncture. After six weeks of the treatment, the clinical effect, the scores of Dizziness Handicap Inventory (DHI), Visual Analogue Scale (VAS), Berg Balance Scale (BBS) and Self-rating Anxiety Scale (SAS) and the indexes of oVEMP were compared between the two groups. Results: The effective rate of the observation group was 94.55%, which was significantly higher than 81.82% of the control group ($P < 0.05$). The total scores of the physical body, emotion and functions were decreased after the treatment compared to those before the treatment in the two groups; the scores were lower in the observation group than those in the control group ($P < 0.05$). The scores of VAS and SAS were decreased and the score of BBS was increased after the treatment in the two groups; of which the improvements in the observation group were more significant ($P < 0.05$). Compared to those before the treatment, the amplitude asymmetry ratio of binaural was decreased in the two groups, and the N1-P1 amplitude of the affected side and the contralateral side was increased in the two groups; of which the improvements in the observation group were more significant ($P < 0.05$). Conclusion: Taohong Siwu Decoction combined with acupuncture can improve the clinical efficacy of residual symptoms in senile patients with BPPV after replacement, it can improve balance function and bad mood, which is worthy of promotion.

Key words: Taohong Siwu Decoction; Acupuncture; Senile; BPPV; Residual symptoms