

· 临床研究 ·

“三才调平”灸法治疗良性阵发性位置性眩晕临床观察^{*}刘艳芹 陈秋云 时 贇 刘艳芳 董永书[▲]

摘要 目的:探讨“三才调平”灸法对良性阵发性位置性眩晕的临床疗效。**方法:**选取 92 例良性阵发性位置性眩晕患者,将其随机分为观察组及对照组各 46 例。两组均给予手法复位治疗,对照组给予口服甲磺酸倍他司汀片治疗,观察组在对照组的基础上给予“三才调平”灸法治疗。观察并对比两组患者治疗前后的 Berg 平衡量表评分、前庭功能障碍等级量表评分及眩晕障碍量表评分,并对两组患者的临床疗效进行对比。**结果:**观察组总有效率(95.65%)明显高于对照组(80.43%),差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组 Berg 平衡量表、前庭功能障碍等级量表及眩晕障碍量表评分改善效果均明显优于对照组($P < 0.05$)。**结论:**“三才调平”灸法在良性阵发性位置性眩晕的治疗中可以明显改善患者眩晕症状,提高临床疗效。

关键词 良性阵发性位置性眩晕;三才调平;灸法;临床疗效

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)是一种由于头部位置改变引起的短暂性眩晕,通常持续时间不超过 30 s,并伴有特征性眼震^[1],属于周围性眩晕中的一种,占有眩晕患者的 19.1%~37.6%^[2-3],在临床人群中的年患病率为 3.0%^[4]。BPPV 的发生主要是由于内耳椭圆囊中的耳石脱落进入半规管,而根据耳石脱落位置的不同,其类型可以分为后半规管型(PC-BPPV)、水平半规管型(HC-BPPV)和前半规管型(ASC-BPPV)。后半规管型和水平半规管型在临床中最为常见,其中,后半规管型约占 60%~90%,水平半规管型约占 5%~30%^[5]。BPPV 的主要症状及残留症状表现多样,如头晕、走路不稳、踩棉花感、焦虑抑郁等,严重者可导致患者生活能力的下降。西医治疗该病以手法复位治疗和药物治疗为主,但疗效不甚理想,且存在不良反应多、复发率高等问题^[6-7]。相关研究^[8-9]指出,该病的 12 w 复发率达 15%,30 w 复发率高达 44%。

中医认为 BPPV 的病位在脑,与肝、脾、肾密切相关,病机为风、痰、瘀、虚诸端,治则应为补虚泻实,调

整阴阳^[10]。近年来中医学者不断进行临床研究并证实了灸法对 BPPV 的疗效,发现其能够改善手法复位后的残留症状,降低复发率,且疗效稳定,不良反应少^[11-12]。本研究通过运用“三才调平”理论,采用灸法治疗良性阵发性位置性眩晕,观察其临床疗效,以期为良性阵发性位置性眩晕的临床治疗提供新的思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2023 年 1 月—2024 年 5 月就诊于河南省中西医结合医院脑病科的 92 例 BPPV 患者,并将其随机分为观察组及对照组各 46 例。两组患者的一般资料对比,未见统计学差异($P > 0.05$)。见表 1。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①符合 BPPV 诊断标准^[1];②意识清楚,查体合作,能配合医生做起、卧、翻身等动作;③年龄 18~75 岁;④填写知情同意书并能独立或在别人帮助下坚持记录病情日记。

1.2.2 排除标准 ①存在继发性头晕,例如中枢神经系统疾病、脑干供血不足、颈椎病、椎基底动脉供血不足、其他前庭系统疾病和眼科问题,以及未控制的高血压、糖尿病、偏头痛、焦虑症的患者;②就诊前已经接受过管石复位法或其他物理治疗的患者;③正处于妊娠期或哺乳期的女性;④患有精神疾病、痴呆或其他无法配合治疗的情况者;⑤正在参加其他临床试验的患者。

^{*}基金项目 河南省中医药拔尖人才培养项目资助[No. 豫卫中医函(2021)15号];河南省高水平专科“培育项目”[No. 豫卫中医函(2023)63号];河南省中医药重点学科建设项目[No. 豫卫中医药科教(2024)1号]

[▲]通信作者 董永书,男,主任医师。主要从事脑部疾病的中医临床研究。E-mail:5959230@qq.com

·作者单位 河南省中西医结合医院(河南 郑州 450004)

表1 两组患者一般资料对比

组别	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (天, $\bar{x} \pm s$)	受累半规管(例)			
	男	女			后半规管	水平半规管	前半规管	混合半规管
观察组	18	28	53.39±12.56	3.36±1.12	26	15	2	3
对照组	19	27	52.42±13.31	3.29±1.08	29	13	2	2

1.3 治疗方法

两组均先给予相应手法复位治疗。对照组给予口服甲磺酸倍他司汀片(国药准字H20040130;厂家:卫才中国药业有限公司;规格:每片6 mg)治疗,每次2片,每日3次,疗程为2 w。

观察组在上述基础上给予“三才调平”灸法治疗。

①选穴:天才部选择大椎穴;人才部选择肾俞穴(双侧);地才部选择三阴交穴(双侧)。②定位:穴位定位严格参照中华人民共和国国家标准《经穴名称与定位》(GB/T12346-2021)。③操作方法:操作者协助患者摆放体位,并确保施灸部位充分暴露,同时注意保护患者的隐私和保暖。操作者按照“天才部”“人才部”“地才部”的顺序依次选取穴位,使用河南医圣堂药业有限公司生产的艾条(18 mm×200 mm, 24 g/条),将其点燃并对准选定的穴位,保持艾条与皮肤大约2~3 cm的距离,以患者感到局部温暖舒适为宜,每个穴位灸10 min。施灸过程中,应注意询问患者是否感到不适,如其出现头晕、恶心、面色苍白、心悸或出汗等症状,应立即停止施灸;随时注意患者的皮肤状态,及时去除艾灰,若患者发生烫伤或其他不适,应立即就医。施术结束后,要彻底清洗患者的肌肤。④疗程:每日1次,每周6次,每周休息1天,以2 w为1个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 Berg平衡量表评分 采用Berg平衡量表(Berg balance scale, BBS)^[13]对患者平衡功能进行评估测定。该量表共计14项,每项计分为0~4分,总分为0~56分,分值越高表明患者平衡功能越好。

1.4.2 前庭功能障碍等级量表评分 采用日常活动前庭功能障碍等级量表(Daily activity vestibular dysfunction scale, VADL)^[14]对患者前庭功能进行评定。该量表共包含28个条目,每个条目得分为1~10分,得分越高,表明患者前庭功能受损程度越严重。

1.4.3 眩晕残障量表评分 采用眩晕残障量表(dizziness handicap inventory, DHI)^[15-16]对患者眩晕状况进行评价。该量表共包含情感、功能及躯体三大方面,共计25小项,每项根据“无、有时、是”分别计“0、2、4”分,分值越高表明患者眩晕症状越严重。

1.5 疗效评价标准 参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估(2006年,贵阳)》^[17]中的疗效评估标准制定。①痊愈:患者的眩晕感或位置性眼震完全消失,Dix-Hallpike测试及Roll-Maneuver测试结果均为阴性;②有效:患者的眩晕感或位置性眼震有所减轻,但并未完全消失;③无效或转型:患者的眩晕感或位置性眼震没有改善,甚至加重,或转变为其他类型的BPPV,Dix-Hallpike测试或Roll-Maneuver测试结果为阳性。总有效率=(治愈例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用SPSS 26.0统计软件进行数据处理。对于呈正态分布的计量资料,使用($\bar{x} \pm s$)来表示,并采用t检验进行组内、组间比较;计数资料则用百分率(%)来表示,并使用 χ^2 检验进行两组间的比较。设定显著性水平 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗结束后,观察组总有效率达95.65%,对照组总有效率达80.43%,观察组总体疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
观察组	46	40(86.96)	4(8.70)	2(4.35)	44(95.65) ^a
对照组	46	29(63.04)	8(17.39)	9(19.57)	37(80.43)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

2.2 两组患者BBS量表评分对比 治疗结束后,两组患者BBS量表评分结果均较治疗前明显改善,且观察组改善效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

2.3 两组患者VADL量表评分对比 治疗结束后,

表3 两组患者BBS量表评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	46	37.54±5.33	49.38±4.19 ^{ab}
对照组	46	36.47±5.16	45.43±4.26 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与治疗前比较,^b $P<0.05$

两组患者 VADL 量表评分结果均较治疗前明显降低,且观察组降低程度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者 VADL 量表评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	46	102.58±11.42	41.44±7.53 ^{ab}
对照组	46	103.61±12.37	59.36±8.42 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与治疗前比较,^b $P < 0.05$

2.4 两组患者 DHI 量表评分对比 治疗结束后,两组患者 DHI 量表评分结果均较治疗前明显改善,且观察组改善效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表5 两组患者 DHI 量表评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	46	56.62±18.21	8.37±3.46 ^{ab}
对照组	46	54.49±16.32	14.41±4.29 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与治疗前比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

良性阵发性位置性眩晕是一种耳科常见的外周前庭疾病,终身患病率为2.4%^[18]。其典型症状发生在患者改变头部位置相对于重力方向时,表现为短暂的眩晕、漂浮感或不稳定感,并常伴有特有的眼球震颤^[19]。该病的诊断主要基于患者典型的发作病史以及通过变位试验诱导出的眩晕和眼震。Dix-Hallpike 试验可用于诊断后半规管或前半规管 BPPV,而滚转试验(Roll maneuver)则用于诊断水平半规管 BPPV。良性阵发性位置性眩晕在中医中归属“眩晕”范畴,其病因病机多为痰湿蒙窍、肝阳上亢、气血亏虚、肾精不足、瘀血阻窍等,其病位多涉及肝、脾、肾^[20]。目前治疗 BPPV 的方法主要包括物理手法复位、药物治疗和外科手术。在中医治疗方面,中药可以改善患者的血液循环,减轻复位后的残余头晕,并提升治疗效果^[21]。对于手法复位后仍有头晕症状的患者,结合灸法和药物治疗能够降低眩晕带来的痛苦程度,缓解不良情绪,效果显著且稳定,不良反应较少^[22]。

《素问·宝命全形论》中提到“天地合气,命之曰人”,表明天、地、人三者是构成自然界最关键的三个要素,并被称为“三才”。这一概念源自《易经》,其中天代表阳,地代表阴,而人则处于天地之间,象征和谐。三种元素相互影响,体现了“天人合一”的自然整

体观,意味着人是自然的一个缩影。“三才”的概念对人类的生命、生理、病理和治疗等方面有着深远的影响。

在长期的医疗实践中,笔者团队秉承着“调平”的原则,借鉴《易经》中的“三才”哲学和远端治疗的概念,将直接治疗与间接治疗、表层与深层经络的同治、局部穴位选择与远端穴位选择相融合,创立了“三才调平”理论。该理论将人体分为天才部、人才部、地才部,分别对应头颈以上、胸腹背、四肢。该法可通过调理人体的上下、左右、阴阳、三焦、脏腑及气血的平衡,来调整人体状态,实现阴阳的平衡和身体整体的协调。如中风引起的半身不遂是两侧运动功能的不对等,眩晕引起的视物旋转是两侧前庭功能的不对等,而笔者团队成功运用“三才调平”理论来调理这些不对等及体内脏腑阴阳失衡的状态^[23-25]。“三才调平”理论中的大三才穴位包括百会、璇玑和涌泉。百会穴位于人体头部最高点,是阳脉的交汇处,具有吸收和汇聚天之精华的功能,适合进行艾灸治疗。此外,天才部也可以选择头部或颈部的其他穴位,如太阳穴和大椎穴。涌泉穴位于足底,是肾经的起始穴位,有助于吸收地之精华,适于滋阴补肾。四肢的其他穴位如太溪穴和三阴交穴也可作为地才部的穴位选择。璇玑穴、中腕穴、肾俞穴、神阙穴和命门穴属于人才部,与人体神明相关。其中,神阙穴位于任脉,命门穴位于督脉,这两个穴位前后相连,可以共同发挥固本培元、调神益气的作用,使阴阳调和,维持人体的生命活力^[26]。

艾灸疗法是中医传统的外治疗法之一,通过点燃艾绒熏灼体表的特定穴位,利用其温热作用来调和气血、温通经络、驱寒逐湿、消肿止痛。艾灸疗法操作简便,疗效显著,且不良反应少,适用于多种疾病的治疗和预防保健。其原理在于艾绒燃烧产生的热量和烟雾通过皮肤渗透进入体内,刺激经络和穴位,激发经气,促进血液循环,增强免疫力,调整阴阳平衡,从而达到治疗疾病的目的。常用的艾灸方法包括悬灸、隔物灸、温灸等,根据病情选择合适的穴位和灸法,可以发挥不同的治疗效果。

本研究以“三才”理论为基本原则,将人体分为天才部、人才部以及地才部,分别在三部选穴并进行艾灸疗法,以期实现阴阳的平衡和身体的整体协调。天才部在上,选取大椎穴。艾灸大椎穴可以振奋督脉之气,使阳气上达清窍以养神,具有清脑宁神的效果。

人才部在中,选择肾俞穴。艾灸肾俞穴能够提供温热刺激,益肾填精,调和阴阳,从而全面调整身体多个器官的不平衡或亏损状态,实现身体的整体平衡^[27-28]。地才部在下,选择三阴交穴。三阴交穴是足三阴经(肝经、脾经、肾经)的交会之处,常灸此穴可以调补肝、脾、肾三经气血^[29]。大椎在上,应天主气;肾俞在中,应人主神;三阴交在下,应地主精。天在上为阳,地在下为阴,人在中为和,上下相应,阴阳调和,故眩晕得消。

BBS量表可以对患者的平衡以及移动功能进行分析评价,在各种眩晕及相关平衡障碍患者中广泛应用^[30-31]。VADL量表则可对患者的前庭功能受损程度及生活质量进行评估,可以较为可靠地对前庭功能问题进行评价^[32]。DHI量表作为眩晕诊疗中最常用的量表之一,可以对患者的躯体、情绪及功能整体状况进行评估^[33]。因此,本研究所采取的三个量表可以对患者的平衡能力、前庭功能以及躯体和情绪等方面进行综合评价,涵盖较为全面。

本研究结果表明,观察组总体疗效优于对照组,且观察组患者的BBS量表评分、VADL量表评分及DHI量表评分的改善情况均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这表明BPPV患者复位之后,在口服盐酸倍他司汀片基础上给予“三才调平”灸法治疗,可明显提高临床疗效,且能够明显改善患者平衡能力及前庭功能,并可对患者情感、躯体及功能等起到整体改善效果。

综上所述,“三才调平”灸法在良性阵发性位置性眩晕的治疗中可以明显改善患者眩晕症状,提高临床疗效,且其操作简便,适宜推广。但是,本研究还存在一些不足,如病例数较少、仅在一家医疗机构选取样本、未进行安全性观察等。因此,本团队未来的研究将关注于扩大样本量,增加多中心研究,进行安全性观察,以提供更为可靠的治疗证据。

参考文献

[1]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.
 [2]MUELLEMAN T, SHEW M, SUBBARAYAN R, et al.Epidemiology of dizzy patient population in a neurotology clinic and predictors of peripheral etiology[J].Otol Neurotol,2017,38(6):870-875.
 [3]单希征,石丽亚,王恩彤,等.6056例住院眩晕病例的临床流行病学分析[J].北京医学,2019,41(1):46-51.

[4]Kerber K A, CallaghanBC, TelianSA, et al.Dizziness symptom type prevalence and overlap: a US nationally representative survey [J].Am J Med,2017,130(12):1465.e1-1465.e9.
 [5]凌霞,洪渊,杨旭.良性阵发性位置性眩晕[J].神经损伤与功能重建,2018,13(10):523-527.
 [6]韦辉燕,徐玉婷,杨丽燕,等.G-Force眩晕综合诊疗系统加减半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效[J].中国老年学杂志,2023,43(8):1862-1864.
 [7]符国庆.补中益气汤联合倍他司汀治疗气虚血瘀型良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的临床观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2023,31(4):253-256,288.
 [8]NUNEZ R A, CASS S P, FURMAN J M.Short-and long-term outcomes of canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo[J].Otolaryngol Head Neck Surg,2000,122(5):647-652.
 [9]Beynon G J, Baguley D M, da Cruz M J.Recurrence of symptoms following treatment of posterior semicircular canal benign positional paroxysmal vertigo with a particle repositioning manoeuvre [J].J Otolaryngol, 2000, 29(1):2-6.
 [10]张伯礼,吴勉华.中医内科学[J].4版.北京:中国中医药出版社,2017:122-125.
 [11]倪斐琳,张丽萍,胡珊珊,等.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,2016,14(1):31-35.
 [12]罗红强,诸红萍,钟慧球,等.颅息穴隔姜灸结合摇头训练治疗高龄良性阵发性位置性眩晕16例[J].江西中医药大学学报,2018,30(5):58-61.
 [13]PARK S, LEE Y.The diagnostic accuracy of the berg balance scale in predicting falls[J].West J Nurs Res,2017,39(11):1502-1525.
 [14]白文婷,王雯,庄建华.改良Epley法与传统Epley法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕的疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2020,29(3):301-304.
 [15]姜娜,纪侠,管亚妹,等.眩晕残疾程度量表在急诊留观眩晕患者中的应用[J].中国病案,2020,21(3):86-89.
 [16]葛畅,席淑新,吴沛霞.前庭功能障碍患者特异性评估工具的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(12):1902-1906.
 [17]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.
 [18]BHATTACHARYYA N, BAUGH R F, ORVIDAS L, et al.Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo [J].Otolaryngol Head Neck Surg,2008,139(5 suppl 4):S47-S81.
 [19]周庆,刘雄光,吴海峰.中医治疗良性阵发性位置性眩晕研究进展[J].实用中医药杂志,2024,40(8):1678-1680.
 [20]于钟响,董永书.针刺配合前庭康复训练治疗良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的疗效观察[J].上海针灸杂志,2024,43(7):739-743.
 [21]邱英杰,赵国红.温胆汤治疗痰湿中阻型耳石症复位后残余症状临床观察[J].光明中医,2024,39(3):509-512.
 [22]郭梅兰,吴凤,郭宗生,等.灸药结合从痰湿论治良性阵发性位置

(下转第45页)