

苓桂术甘汤合泽泻汤治疗痰湿中阻型 持续性姿势-感知性头晕临床观察*

肖 丁, 顾兆一, 韩晓丹

北京中医医院平谷医院, 北京 平谷 101200

[摘要] 目的:观察苓桂术甘汤合泽泻汤治疗持续性姿势-感知性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)的临床疗效。方法:将52例PPPD痰湿中阻型患者完全随机分组后,以1:1的比例系统随机分为治疗组26例,对照组26例,因不能配合随访工作,治疗组脱落2例,对照组脱落3例,最终治疗组24例,对照组23例。对照组采用前庭康复训练治疗,治疗组在前庭康复训练基础上联合苓桂术甘汤合泽泻汤治疗。其中中药治疗2周,前庭康复训练治疗12周,比较两组治疗前后眩晕残障程度评定量表(dizziness handicap inventory, DHI)评分、眩晕程度分级评分、中医证候评分量表和医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)评分变化情况。结果:两组治疗后DHI、眩晕程度分级和HADS评分与本组治疗前比较均降低($P < 0.05$),且治疗组降低更明显($P < 0.05$);总有效率治疗组[87.5%(21/24)]高于对照组[60.9%(14/23)]($P < 0.05$)。结论:苓桂术甘汤合泽泻汤联合前庭康复训练治疗痰湿中阻型PPPD疗效确切,可减轻临床症状和精神症状。

[关键词] 持续性姿势-感知性头晕;苓桂术甘汤;泽泻汤;前庭康复训练;痰湿中阻

[中图分类号] R255.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2025)01-0136-04

Clinical Observation on *Lingguizhugan Tang* and *Zexie Tang* in the Treatment of Persistent Postural-Perceptual Dizziness of Phlegm-Dampness Obstruction Pattern

XIAO Ding, GU Zhaoyi, HAN Xiaodan

Pinggu Hospital of Beijing Hospital of TCM, Pinggu 101200, China

Abstract Objective: To observe clinical effects of *Lingguizhugan Tang* combined with *Zexie Tang* in the treatment of persistent postural-perceptual dizziness (PPPD). Methods: After completely randomized grouping, 52 PPPD patients were randomized into 26 cases in the treatment group and 26 cases in the control group in the ratio of 1:1, consequently 24 cases were left in the treatment group and 23 in the control group as two cases in the treatment group and three cases in the control group dropped out due to inability to co-operate with follow-up. The control group adopted vestibular rehabilitation training, and the treatment group orally took *Lingguizhugan Tang* combined with *Zexie Tang*. Among them, the patients took two weeks of herbs and accepted 12 weeks of vestibular rehabilitation training, to compare the changes of dizziness handicap inventory (DHI) scores, TCM vertigo grading scores, TCM syndrome score scale, hospital anxiety and depression scale (HADS) between two groups before and after the treatment. Results: DHI scores, TCM vertigo grading scores and HADS scores after the treatment in the two groups were lower than the groups before the treatment ($P < 0.05$), and the decrease of the treatment group was more noticeable ($P < 0.05$). Total effective rate of the treatment group was [87.5%(21/24)], higher than [60.9%(14/23)] of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: *Lingguizhugan Tang*, *Zexie Tang* and vestibular rehabilitation could gain definite effects in the treatment of PPPD, and it could improve clinical symptoms and psychological symptoms.

Keywords persistent postural-perceptual dizziness; *Lingguizhugan Tang*; *Zexie Tang*; vestibular rehabilitation; phlegm-damp obstructing pattern

持续性姿势-感知性头晕(persistent postural-perceptual dizziness, PPPD)作为一种常见的慢性前庭功能障碍疾病,由巴拉尼协会在

2017年首次发布PPPD诊断标准,主要表现为持续3个月以上的头晕、不稳感、非旋转性眩晕,当姿势改变及对空间运动刺激感知过敏常会导致症状

加重^[1-2]。PPPD的诊断主要依靠患者症状,是一种描述性诊断,目前尚缺乏客观检查手段,轻者影响日常活动,重者无法工作,严重影响患者的生活质量和社交能力。目前PPPD尚无统一的治疗方案^[2],其治疗策略主要包括药物治疗、认知行为疗法及前庭康复训练等,但是疗效存在差异。本研究采用苓桂术甘汤合泽泻汤加味联合前庭康复训练治疗PPPD患者26例,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2020年12月至2022年11月在北京中医医院平谷医院门诊及住院的PPPD患者52例,利用Excel软件进行完全随机分组后,以1:1的比例系统随机分为治疗组26例,对照组26例。观察过程中因不能配合随访,治疗组脱落2例,对照组脱落3例,最终治疗组24例,对照组23例。治疗组中男6例,女18例;年龄40~68岁,平均(58.35±8.33)岁;病程4~18个月,平均(10.27±3.47)个月。对照组中男7例,女16例;年龄46~68岁,平均(59.31±7.11)岁;病程6~18个月,平均(11.42±3.25)个月。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经北京中医医院平谷医院医学伦理会审核批准(2020-pgzzy-02)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 参照2017年巴拉尼协会发布PPPD诊断标准^[1]制定西医诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[3]制定痰湿中阻型眩晕诊断标准。

1.3 纳入标准 1)符合PPPD中、西医诊断标准者;2)年龄18~70岁者;3)头颅磁共振平扫及血管成像无异常者;4)签署知情同意书,自愿参与本试验者。

1.4 排除标准 1)其他系统疾病导致头晕(包括心脑血管疾病、内分泌疾病等)者;2)除外严重颈椎病史者;3)合并严重心肺疾病者;4)滥用酒精、毒品者;5)各种有毒物质、药物及戒断综合征引起头晕者;6)由其他因素无法完成量表及拒绝入组者;7)孕妇或哺乳期女性。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 前庭康复训练采用Cawthorne前庭体操疗法^[4]。1)眼运动:卧位,眼球向上向下运动20次;从一侧到另一侧20次;注视手指于一臂的距离,移动手指到35 cm处,再回到一臂远,20次;开始慢,熟练后加快。2)头运动:卧位,睁眼,头前屈后伸20次;从一侧转头到另一侧20次;开始慢,后加快,眩晕消失后,闭眼做同样动作。

3)坐位:眼运动和头运动与1、2相同,耸肩20次,转肩向右再向左20次;向前屈,从地上捡起物品20次。4)立位:睁眼从坐到立,再坐下20次,闭眼同样动作20次;在两手之间掷气球,于眼平面以上或在膝部以下两手之间掷球。5)走动:横穿房间走动,先睁眼后闭眼各10次,上、下斜坡,先睁眼后闭眼,各10次;单足站立,先睁眼后闭眼,各10次;一足在另一足正前方行走,先睁眼后闭眼,各10次。上述治疗共为1组训练。应先缓慢进行,在身体适应后逐渐加快速度,从卧位到坐位,再到立位,每天2~3组,每组训练持续15~30 min;共训练12周。

1.4.2 治疗组 在对照组基础上联合苓桂术甘汤合泽泻汤加味治疗。苓桂术甘汤合泽泻汤加味,药物组成:泽泻30 g,白术20 g,茯苓15 g,桂枝10 g,炙甘草10 g。耳鸣、眼花、头摇者,加天麻、钩藤;口苦咽干、舌苔白黄腻者,加柴胡、黄芩;恶心呕吐者,加半夏、生姜、吴茱萸;痞满纳呆、腹胀者,加砂仁、厚朴;腰痛腹泻、手足凉者,加附子、干姜。用法及用量:此方统一采用免煎颗粒制剂配制,每日1剂,每剂2包,每日早晚冲服。7天为1个疗程,持续治疗2个疗程。

1.5 观察指标

1.5.1 眩晕残障程度 采用眩晕残障程度评定量表(dizziness handicap inventory, DHI)^[5]评定眩晕残障程度。DHI量表包含25个与头晕相关的问题,分为躯体(P)、情感(E)以及功能(F)3个方面,每个问题有“是、否、有时”3个选项,得分分别为“4、0、2”分。DHI评定标准:轻度为0~30分,中度为31~60分,重度为61~100分,分数越高表示对患者眩晕残障程度重。

1.5.2 眩晕程度 采用眩晕程度分级量表评分评定眩晕程度。该量表主症包括头晕目眩,次症包括恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、汗出等。主症按症状的有无及病情的轻重分为无、轻度、中度、重度,分别计0、2、4、6分;次症按症状的有无及病情的轻重分为无、轻度、中度、重度,分别计0、1、2、3分。所有单个症状分数的总和为眩晕程度的总评分。

1.5.3 中医证候评分 采用中医证候评分量表,计算痰湿中阻型症状积分,依据严重程度按无、轻、中、重依次计分为0、2、4、6分,分值越高,则表明该项症状越严重。

1.5.4 焦虑抑郁情况 参照医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)评分^[6]焦虑抑郁情况。该量表共包含14个

问题和两个亚表,两个亚表中包括焦虑和抑郁各7个问题,每题为0~3分,总分为21分,评分越高表示患者的焦虑、抑郁程度越重。

1.5.5 临床疗效 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]评定临床疗效。有效:临床症状减轻,眩晕程度分级评分减分率 $\geq 30\%$;无效:临床症状无减轻,眩晕程度分级评分减分率 $< 30\%$ 。

1.6 统计学方法 使用SPSS 26.0软件包进行数据统计分析,计量资料数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 DHI 评分 DHI 评分两组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($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后DHI 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	24	57.75 \pm 4.80	22.67 \pm 2.47 ^{*Δ}
对照组	23	55.91 \pm 4.11	30.00 \pm 3.52 [*]

注:*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$; Δ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

2.2 眩晕程度分级评分 眩晕程度分级评分两组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($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后眩晕程度分级评分比较($\bar{x} \pm s$) 分			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	24	9.67 \pm 1.09	4.67 \pm 1.20 ^{*Δ}
对照组	23	9.09 \pm 0.95	6.00 \pm 0.67 [*]

注:*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$; Δ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

2.3 中医证候评分 中医证候评分两组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($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$) 分			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	24	28.58 \pm 2.81	10.08 \pm 1.38 ^{*Δ}
对照组	23	27.26 \pm 3.14	17.30 \pm 2.22 [*]

注:*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$; Δ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

2.4 HADS 评分 HADS 评分两组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($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者治疗前后HADS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	24	22.92 \pm 1.74	9.54 \pm 1.88 ^{*Δ}
对照组	23	22.39 \pm 1.44	13.3 \pm 1.34 [*]

注:*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$; Δ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

2.5 临床疗效 治疗组有效21例,无效3例,总有效率为87.5%(21/23);对照组有效14例,无效9例,总有效率为60.9%(14/23)。两组总有效率比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.38, P < 0.05$)。

3 讨论

PPPD的前身疾病主要有恐惧性姿势性眩晕、空间运动不适综合征、视觉性眩晕和慢性主观性头晕。PPPD发病年龄多在40~60岁,以女性多见^[8-10]。中医古籍中虽无PPPD的病名记载,但是根据其临床表现可归属于“眩晕”“眩冒”等范畴。眩晕最早见于《黄等内经》,有“眩、头眩”之称,如《素问·至真要大论篇》言:“诸风掉眩,皆属于肝。”对于眩晕完整的辨证论治首见于《伤寒杂病论》,并论述了痰饮至眩的论治,是元代朱丹溪“无痰则不作眩”学说的主要理论来源。基于此认为,痰邪是眩晕的主要致病因素之一。刘红梅等^[11]通过对眩晕患者中医证候临床调研,发现痰浊上扰型最多,占47.7%。病机多因“脾为生痰之源”,脾虚失于健运,聚湿成痰,痰湿随气而行,上蒙清窍发为本病,治疗以“温药和之”。选方苓桂术甘汤、泽泻汤、五苓散、小半夏加茯苓、半夏白术天麻汤等。本研究选用苓桂术甘汤和泽泻汤,皆出自《伤寒杂病论》,其中第67条曰:“伤寒,若吐、若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”刘渡舟教授^[12]认为,“其人苦冒眩”多指终日昏昏若处云雾之中,或头沉如戴铁盔等。结合条文描述的“起则头眩”“其人苦冒眩”和PPPD的核心症状“持续性头晕、不稳感,可因直立姿势和空间运动刺激而加重”,互为相应。方中茯苓、白术、泽泻健脾祛湿,化饮利小便;桂枝、茯苓平冲降逆;甘草补中缓急。全方标本兼治,健脾化痰祛湿,平冲降逆,诸药合用,脾旺则眩止。

本研究结果显示,治疗后治疗组DHI 评分、眩晕程度分级评分、中医证候评分均较治疗前下降,且均低于对照组;此外,治疗组总有效率高于对照组,提示苓桂术甘汤合泽泻汤加味联合前庭康复训练有很好的临床疗效,可以更好地减轻PPPD患者的眩晕症状。吴丹等^[13]认为苓桂术甘汤对于治

疗痰饮型、痰浊中阻型眩晕具有独特的优势。曹政华等^[14]基于网络药理学研究发现,分子对接结果表明苓桂术甘汤的核心活性成分可与治疗眩晕的关键靶点紧密结合。严林等^[15]对泽泻汤的研究现状进行总结,发现泽泻汤的主要活性成分为泽泻醇A、B, 23-乙酰泽泻醇B、C和多糖等,具有利尿、降血压、抗炎等药理作用,可用于眩晕病等疾病的治疗,疗效明显。

前庭康复训练是通过凝视稳定锻炼、习服训练和放松技术使处于“高度警觉”状态的平衡控制系统脱敏,促进中枢神经系统的代偿功能,从而缓解或消除患者头晕、眩晕等症状^[16]。2016年美国物理治疗协会强烈推荐使用前庭康复训练,并发布了《前庭康复治疗外周前庭功能减退:循证临床实践指南》^[17]。本研究结果显示,两组治疗后DHI评分均低于治疗前,也证实前庭康复训练治疗PPPD有良好的疗效。林晨珏等^[18-19]研究发现,前庭康复训练可改善前庭周围性患者眩晕残障症状。

PPPD患者多合并焦虑或抑郁,而且具有焦虑、抑郁等情绪障碍或神经质人格的患者,患PPPD的风险更高^[20]。本研究结果显示,与治疗前相比,治疗后两组HADS评分均下降,提示苓桂术甘汤合泽泻汤加味联合前庭康复训练能够降低HADS评分,改善患者情绪。

综上所述,苓桂术甘汤合泽泻汤联合前庭康复训练治疗痰湿中阻型PPPD有较好的临床疗效,但本研究样本量较小,是单中心研究,且中药治疗时间较短,后续可进行多中心、大样本、随机对照研究进一步验证其临床疗效,为中医药治疗PPPD提供更高级别的循证证据。

参考文献

- [1] STAAB J P, 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 Vestib Res, 2017, 27(4):191-208.
- [2] 赵奕雯, 李育玲, 周丽媛, 等. 持续性姿势知觉性头晕的治疗研究进展[J]. 中华耳科学杂志, 2022, 20(2):349-353.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:312-315.
- [4] 倪朝民. 神经康复学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:267.
- [5] 丁雷, 刘畅, 王嘉玺, 等. 眩晕残障程度评定量表(中文版)的评价[J]. 中华耳科学杂志, 2013, 11(2):228-230.
- [6] ZIGMOND A S, SNAITH R P. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67(6):361-370.
- [7] 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, 2002:154-156.
- [8] STAIBANO P, LELLI D, TSE D. A retrospective analysis of two tertiary care dizziness clinics: a multidisciplinary chronic dizziness clinic and an acute dizziness clinic[J]. J Otolaryngol Head Neck Surg, 2019, 48(1):11.
- [9] BITTAR R S M, VON SÖHSTEN LINS E M D. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2015, 81(3):276-282.
- [10] 汤勇, 闫志慧, 薛慧, 等. 持续性姿势-感知性头晕专家共识[J]. 中华耳科学杂志, 2021, 19(6):992-996.
- [11] 刘红梅, 司维, 鲁岳, 等. 眩晕的中医证候相关因素分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17(12):2553-2557.
- [12] 刘渡舟. 谈谈《金匱》的泽泻汤证[J]. 中医杂志, 1980, 21(9):17-18.
- [13] 吴丹, 漆仲文, 马妍, 等. 异病同治理论指导下苓桂术甘汤治疗内科病运用概述[J]. 西部中医药, 2021, 6(34):138-141.
- [14] 曹政华, 刘寅, 孙莉. 基于网络药理学分析苓桂术甘汤治疗眩晕病的潜在作用机制[J]. 中医学报, 2022, 37(9):1962-1970.
- [15] 严林, 李新健, 张冰冰, 等泽泻汤的研究现状[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(16):191-197.
- [16] 国家卫生健康委员会能力建设和继续教育中心耳鼻喉科专家委员会, 中国中西医结合学会耳鼻咽喉科专业委员会, 中国医疗保健国际交流促进会眩晕医学分会, 等. 前庭康复专家共识[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(26):2037-2043.
- [17] HALL C D, HERDMAN S J, WHITNEY S L, et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an evidence-based clinical practice guideline: from the American physical therapy association neurology section[J]. J Neurol Phys Ther, 2016, 40(2):124-155.
- [18] 林晨珏, 席淑新, 王璟. 前庭康复训练对前庭外周性眩晕患者眩晕残障症状的改善作用[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(32):2503-2506.
- [19] 林晨珏, 席淑新, 王璟. 护士主导的前庭康复训练对改善前庭失代偿症状的效果[J]. 复旦学报(医学版), 2021, 48(1):98-103.
- [20] Staab JP, Rohe DE, Eggers SDZ, et al. Anxious, introverted personality traits in patients with chronic subjective dizziness[J]. J Psychosom Res, 2014, 76(1):80-83.

收稿日期:2024-03-11

*基金项目:北京中医医院平谷医院院级课题(pgzyy2020-03)。

作者简介:肖丁(1988—),男,硕士学位,主治医师。研究方向:脑病的中西医结合治疗。Email:xiaoding06020328@163.com。