

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

Ni Fei-lin (倪斐琳)¹, Zhang Li-ping (张丽萍)¹, Hu Shan-shan (胡珊珊)²

1 浙江中医药大学附属第一医院, 浙江 310006, 中国

2 龙游县人民医院, 浙江 324400, 中国

【摘要】目的: 探讨隔姜灸联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)的临床疗效。**方法:** 将 76 例 BPPV 患者按随机数字表随机分为两组, 每组 38 例。观察组患者予隔姜灸听宫穴后手法复位治疗。对照组仅予与观察组相同的手法复位治疗。**结果:** 治疗 48 h 后, 观察组总有效率为 94.7%。对照组总有效率 86.8%。治疗 7 d 后, 观察组总有效率为 78.9%, 对照组总有效率为 73.7%。两组在 2 个观察点的总有效率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗结束 3 个月后随访, 观察组中 2 例复发, 复发率 6.7%; 对照组中 8 例复发, 复发率 28.6%, 两组复发率差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为 2.6%, 对照组为 21.1%, 两组不良反应发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 隔姜灸听宫穴联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效优于单纯手法复位治疗, 且疗效稳定, 不良反应少。

【关键词】 眩晕; 良性阵发性位置性眩晕; 灸法; 间接灸; 隔姜灸

【中图分类号】 R246.8 **【文献标志码】** A

眩晕是神经科常见症状, 良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)是眩晕中最常见的类型。BPPV 的年发病率约为 64/10 万^[1]。BPPV 是头部运动到某一特定位置时诱发的短暂的眩晕, 是一种具有自限性的周围性前庭疾病, 可为原发性, 也可继发性^[2]。手法复位目前被认为是治疗 BPPV 最为有效的方法^[3], 但复位后复发率较高, 复位过程中可能会加重患者的眩晕症状, 导致患者呕吐, 甚至剧烈的血压波动、心律异常等突发事件, 会增加患者的痛苦。因此, 如何最大限度减少患者复位时的痛苦及巩固复位的疗效是 BPPV 治疗护理的难点。为此, 本课题组在临床上采用隔姜灸结合手法复位治疗 BPPV, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照中华医学会耳鼻咽喉科学会 2006 年发布的诊断标准 BPPV 诊断标准: 头部运动到某一特定位置出现短暂眩晕的病史; 变位性眼震试验显示特定眼震特点, 且具有潜伏期 (< 30 s) 和疲劳性。

1.2 纳入标准

符合以上 BPPV 诊断标准, 临床类型不限; 年龄不限。

1.3 排除标准

不符合以上纳入标准者; 其他疾病所引起的类似症状, 如后颅窝肿瘤、Meniere 病、偏头痛性眩晕等; 癌症、肾炎、血液病等疾病和精神病患者; 不能坚持治疗或出现严重不良反应而未完成研究规定的观察疗程者。

1.4 统计方法

所有数据采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计数资料采用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

1.5 一般资料

共纳入 76 例, 均为 2011 年 3 月至 2013 年 2 月我科门诊或住院患者。采用随机数字表将 76 例 BPPV 患者随机分成观察组和对照组, 每组 38 例。观察组中年龄最小 15 岁, 最大 70 岁; 病程最短 2 d, 最长 42 d。对照组中年龄最小 15 岁, 最大 68 岁; 病程最短 2 d, 最长 41 d。两组患者中多数人合并有其他基础性疾病, 以高血压、高脂血症、偏头痛、睡眠障碍为主。观察组中合并高血压 25 例, 高脂血症 17 例, 偏头痛 11 例, 睡眠障碍 9 例; 对照组中合并高血压 22 例, 高脂血症 15 例, 偏头痛 9 例, 睡眠障碍 13 例。两组患者的基线资料经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P < 0.05$), 说明两组具有可比性 (表 1)。

表 1. 两组基线资料比较

组别	n	性别 (例数)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 天)
		男	女		
观察组	38	11	27	51.0 $\pm$ 4.3	18.0 $\pm$ 13.1
对照组	38	10	28	53.0 $\pm$ 4.3	17.0 $\pm$ 15.8

2 治疗方法

根据诱发试验确定受累半规管, 根据受累半规管给予相应的复位治疗: 后半规管 BPPV 先采用 Epley 耳石复位法; 水平半规管 BPPV 采用 barbecue 翻滚法; 前半规管 BPPV 采用反向 Epley 法。其中后半规管 BPPV (posterior semicircular canal BPPV, PC-BPPV) 患者约为 78.0%-96.5%^[4]。

2.1 观察组

观察组患者先行隔姜灸, 然后再根据受累的不同半规管采用不同的手法进行复位。复位前向患者宣教手法复位治疗的安全性及有效性进行心理疏导与宣教, 使患者有心理准备, 消除紧张、取得配合。

2.1.1 隔姜灸

穴位: 患侧听宫^[5]。

方法: 取鲜生姜切成直径 2.5 cm、厚度 0.3 cm 的薄片, 用 5 号注射器针头针刺 10 余小孔, 置于施灸穴位上, 再将艾绒做成高约 2 cm, 底面直径约 2 cm 的圆锥形艾柱放于姜片上点燃 (图 1)。当患者感觉灼痛时更换艾柱, 每次灸 3 柱, 以灸处潮湿红润为宜。每次复位前灸一次。

2.1.2 手法复位

Epley 复位法(图 2)。

第一步: 患者坐于床上, 头向患侧转 45°, 治疗者双手扶患者头部, 迅速将患者由坐位变成平卧位, 头超出床沿并向下垂 30°。

第二步: 将患者头部向健侧转 90°。

第三步: 将患者头部连身体继续向健侧转 90°, 此时身体由平卧改为侧卧, 头部与地面呈 45°。最后缓慢坐起, 头略前倾, 维持约 20 min。

第二、三步的体位均应维持至眼震消失或旋转感消失后再保持 1 min。



图 1. 灸听宫



图 2. Epley 复位

Barbecue 复位法(图 3): 首先让患者坐于治疗台上, 在治疗者帮助下迅速平卧, 头向健侧扭转 90°; 然后将身体向健侧翻转 180°, 头转 90°, 鼻尖朝下; 继续朝健侧方向翻转至侧卧于患侧; 坐起, 并静坐 5-10 min。

复位后指导及复发预防: 复位后需采取健侧 45° 半卧位休息, 或者向健侧卧位休息 20 min, 48 h 内避免患侧卧位及诱发眩晕的体位, 嘱患者 1 星期内尽量避免颈部剧烈转动。饮食应适当控制水和盐的摄入, 以减少内耳迷路和前庭核的水肿。BPPV 复发率较高, 约为 22.1%^[6], 可能与患者前庭功能下降有关, 而过度劳累、心理压力是 BPPV 相关诱发因素^[7]。因此, BPPV 患者需劳逸结合, 保证睡眠充分, 保持心情愉快。复位后 1 个月内避免剧烈活动及诱发体位。



图 3. Barbecue复位

2.2 对照组

对照组患者仅予与观察组相同的复位手法治疗。复位手法、注意事项及疗程两组均相同。

手法复位可每天 1 次，痊愈者可停止复位，最多复位 7 次后统计疗效。

3 疗效判定

3.1 疗效标准

根据中华医学会耳鼻咽喉科分会 2006 年制定的“良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估”进行疗效评定^[2]。

表 2. 两组患者疗效比较 (例数)

组别	n	治疗后 48 h				治疗后 7 d			
		痊愈	有效	无效	总有效率(%)	痊愈	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	38	33	3	2	94.7 ¹⁾	22	8	8	78.9 ¹⁾
对照组	38	25	8	5	86.8	11	17	10	73.7

注：与同期对照组比较，1) $P < 0.05$

3.2.2 不良反应观察

两组患者在复位过程中有恶心、呕吐、胸闷、血压波动等不良反应发生，观察组发生率为 2.6%，对照组发生率为 21.1%，两组不良反应发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，说明隔姜灸可降低复位过程中的不良反应发生率，特别是能明显减轻患者恶心、呕吐的发生率 (表 3)。

表 3. 两组患者治疗过程中不良反应比较

组别	n	不良反应		发生率 (%)
		恶心、呕吐	胸闷、血压波动	
观察组	38	1	0	2.6 ¹⁾
对照组	38	6	2	21.1

痊愈：眩晕或位置性眼震完全消失。

有效：眩晕或位置性眼震减轻，但未消失。

无效：眩晕或位置性眼震无变化，加剧或转为其他类型 BPPV。

患者在分别在治疗后 48 h 及 7 d 对两组疗效进行评估，治疗结束 3 个月后随访，采用门诊及电话随访的方式询问症状改善情况及有无复发。

3.2 结果

3.2.1 两组疗效比较

治疗 48 h 后，观察组总有效率为 94.7%。对照组总有效率 86.8%。治疗 7 d 后，观察组总有效率为 78.9%，对照组总有效率为 73.7%。两组在 2 个观察点的总有效率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，(表 2)。

治疗结束 3 个月后随访，观察组中 2 例复发，复发率 6.7%；对照组中 8 例复发，复发率 28.6%，两组复发率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

以上结果提示两组患者眩晕症状均有改善，但观察组疗效优于对照组，且观察组远期疗效较对照组稳定。

注：与对照组比较，1) $P < 0.05$

4 讨论

BPPV 是一种特发的、以头位改变诱发短暂眩晕为特征的外周前庭疾患，由于椭圆囊变性，耳石脱落到半规管或沉积在壶腹脊，并随头位改变在半规管中不断移动而引起一系列临床表现。2008 年美国神经病学学会 (American Academy of Neurology, AAN) 制定的 BPPV 临床治疗指南上认为 CRP 手法复位安全有效，推荐用于任何年龄的 PSC-BPPV 患者 (A 级证据)^[3]。但有些患者精神高度紧张，复位前后出现严重的胃肠道反应，甚至剧烈的血压波动、心律异常等突发事件等，直接影响复位的疗效及患者依从性。因此我

们在 BPPV 手法复位治疗前先进行隔姜灸,在受累侧听宫穴施灸,利用姜的温热性和艾灸的透热性,使艾绒燃烧产生的近红外线渗透到半规管,使之扩张,从而降低复位引起的不良反应^[8-9]。听宫穴正位于半规管的体表投影处附近,乃手、足少阳和手太阳三经之会,主治目眩头昏,头痛,耳鸣,耳聋等。隔姜灸历史悠久,姜辛,微温,生姜有发散的作用^[10];艾辛温,具有很强的活血通络作用。隔姜灸听宫穴,将穴位、艾灸及生姜的作用合于一体,临床使用过程中我们发现:施灸后,患者诱发试验产生的眼震持续时间明显缩短,结合复位确实能够提高疗效,且患者感觉舒适,较少出现恶心呕吐等胃肠道反应,也不存在毒副作用。由此我们得出结论:通过隔姜灸联合手法复位治疗 BPPV 能快速有效地改善患者的症状,对提高手法复位的依从性,改善患者生活质量有积极意义。

参考文献

- [1] Froehling DA, Bowen JM, Mohr DN, Brey RH, Beatty CW, Wollan PC, Silverstein MD. The canalith repositioning procedure for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc*, 2000, 75 (7): 695-700.
- [2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学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与疗效评估. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2007, 42(3): 163-164.
- [3] Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, Furman JM, Baloh RW, Tusa RJ, Hain TC, Herdman S, Morrow MJ, Gronseth GS, Quality Standards Subcommittee, American Academy of Neurology. Practice parameter: therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2008, 70(5): 2067-2074.
- [4] Cakir BO, Ercan I, Cakir ZA, Civelek S, Sayin I, Turgut S. What is the true incidence of horizontal semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo? *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006, 134(3): 451-454.
- [5] Jiang H, Ding L, Zhang L, Huang LX, Liu DX. Observation on the clinical effect of electro-acupuncture stimulation on Tinggong (SI 19) in the treatment of sudden deafness. *Beijing Zhongyiyao*, 2015, 34(5): 359-361.
- [6] Del Rio M, Arriaga MA. Benign positional vertigo: prognostic factors. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2004, 130(4): 426-429.
- [7] Zheng T, Tian GY, Cao QS, Yu QL, Liang LN. Analysis of related factors of benign paroxysmal positional vertigo. *Chin Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2011, 18(3): 129-131.
- [8] Lu CH, Chen YR, She YF, Li J, Liu YQ, Yuan HW, Zhang P, Xin SY, Qi DD, Wang CJ, Gu Y, Zhu J. Advances in the studies of the effects of acupuncture and moxibustion on microcirculation. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2014, 33(1): 1-4.
- [9] Huang SY, Xuan LH, Wu W, Wu X, Chen QL, Ge YF. 贝尔面瘫患者中西医健康教育临床路径实施中的问题及对策. *Huli Xuebao*, 2013, 20(7A): 67-69.
- [10] Wang XQ, Ai BW. Therapeutic observation of electroacupuncture plus ginger-partitioned moxibustion for sudden hearing loss. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2015, 34(3): 227-229.

作者简介: 倪斐琳, 学士, 副主任护师
通信作者: 张丽萍, 博士, 副主任医师。
E-mail: zlpbm@163.com