DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.03.048

针刺联合倍他司汀治疗周围性眩晕患者对临床指标、睡眠质量及复发的影响分析

陈玺龙,王宏君,智永怡,王嘉南,李倩,岳秉宏
(河北北方学院附属第一医院,河北 张家口 075000)

摘要:目的 探究针刺联合倍他司汀治疗周围性眩晕患者对临床症状、睡眠质量及复发的影响。方法 按简单随机化分组法将2022年5月—2023年6月就诊的肝阳上亢型周围性眩晕患者分为观察组和对照组,各47例。对照组接受倍他司汀治疗;观察组接受针刺联合倍他司汀治疗,均连续治疗4周。于治疗前和治疗4周后,比较两组患者的眩晕程度[眩晕障碍量表(Dizziness Handicap Inventory,DHI)评分、中医证候积分]、前庭功能指标[重心移动总长度(total length of barycentric movement,PL)、重心移动总面积(total area of barycentric movement,CA)、半规管轻瘫值]、血流动力学指标[全血黏度(whole blood viscosity,HBV)、血细胞比容(hemocrit,Hct)、椎动脉血流速度、基底动脉血流速度]和睡眠质量[匹兹堡睡眠量表指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index,PSQI)]。记录两组患者治疗期间不良反应发生率及治疗后3个月内复发情况。结果 治疗4周后,两组患者的DHI值、中医证候积分、PL、CA、半规管轻瘫值、HBV、Hct和睡眠质量评分较治疗前显著下降,且观察组低于同期对照组(均$P<0.05$);两组患者的椎动脉和基底动脉血流速度较治疗前显著提高,且观察组高于同期对照组(均$P<0.05$)。两组患者的不良反应发生率无显著差异($P>0.05$),而观察组治疗后3个月内复发情况均显著低于对照组($P<0.05$)。结论 针刺联合倍他司汀治疗显著改善周围性眩晕患者的症状,有效提高患者睡眠质量,减少复发的风险。

关键词:周围性眩晕;针刺;倍他司汀;临床症状;睡眠质量
中图分类号:R246.6 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)03-0243-04

Effect of Acupuncture Combined with Betahistine on Clinical Indicators, Sleep Quality and Recurrence in Patients with Peripheral Vertigo

CHEN Xilong, WANG Hongjun, ZHI Yongyi, WANG Jianan, LI Qian, YUE Binghong
(The First Affiliated Hospital of Hebei North University, Zhangjiakou 075000, Hebei, China)

Abstract: *Objective* To explore the effect of scalp acupuncture combined with betahistine on clinical symptoms, sleep quality and recurrence in patients with peripheral vertigo. *Methods* The patients with peripheral vertigo of liver-Yang hyperactivity type from May 2022 to June 2023 were divided into observation group and control group with 47 cases in each group according to simple randomization method. The control group received betahistine treatment, and the observation group was treated with scalp acupuncture combined with betahistine, and both groups were continuously treated for 4 weeks. Before treatment and after 4 weeks of treatment, the vertigo degree[Dizziness Handicap Inventory(DHI) score, TCM syndrome score], vestibular function indicators[total length of barycentric movement(PL), total area of barycentric movement(CA), canal paresis value], hemodynamic indicators[whole blood viscosity(HBV), hemocrit(Hct), vertebral artery flow velocity, basilar artery flow velocity] and sleep quality[Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI)] were compared between the two groups. The incidence of adverse reactions during treatment and recurrence within 3 months after treatment were recorded in both groups. *Results* After 4 weeks of treatment, the DHI value, TCM syndrome score, PL, CA, canal paresis value, HBV, Hct and sleep quality score in both groups were significantly decreased compared with those before treatment, and the above indicators in the observation group were lower than those in the control group (all $P<0.05$). The blood flow velocities of vertebral artery and basilar artery in the two groups were significantly enhanced than those before treatment, and the two velocities in the observation group were faster than those in the control group(all $P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups($P>0.05$), and the recurrence in the observation group within 3 months after treatment was significantly lower than that in the control group($P<0.05$). *Conclu-*

基金项目:河北省卫生健康委员会科研基金项目(20231441)
作者简介:陈玺龙(1988-),男,河北保定人,主治医师,硕士,研究方向:脑血管病、头晕等神经内科常见病。

sion Scalp acupuncture combined with betahistine can significantly improve the symptoms, effectively enhance the sleep quality and reduce the risk of recurrence in patients with peripheral vertigo.

Keywords: peripheral vertigo; scalp acupuncture; betahistine; clinical symptoms; sleep quality

肝阳上亢型周围性眩晕通常表现为头晕目眩、眼花耳鸣等症状[1]。该疾病主要与中医的肝经和胆经相关，根据中医理论，肝主筋脉，《素问·痿论篇》中曰“肝主身之筋膜”，肝阳上亢可能导致筋脉不舒展，进而影响到头部的血液循环[2]。而胆经则起着传送和调节胆汁的作用，若胆经功能异常，则可能导致眼花耳鸣等症状的出现[3]。随着中医的发展和不断深入研究，越来越多人关注中医疗效。中医治疗眩晕强调整体平衡和调节，注重身体的阴阳平衡和经络气血的调理，通过诊断患者的脉象、舌苔等指标，辨析病因，采用针灸、中药等疗法进行治疗，调理患者的肝肾健康，促进血液循环和气血运行，从而减轻眩晕症状[4]。相比之下西医采用单一药物治疗，如西比灵、氟桂利嗪、倍他司汀药物等，在治疗时起到积极的作用，但由于患者的个体差异，这些药物还可能会引发一系列不良反应[5]。基于此，本研究通过针刺联合倍他司汀治疗，为临床上肝阳上亢型周围性眩晕患者的临床治疗提供新的参考，以下是相关成果的报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2022年5月—2023年6月期间就诊的肝阳上亢型周围性眩晕患者共94例为研究对象，按简单随机化分组将患者分为观察组和对照组各47例。两组患者的临床资料无显著差异，具有可比性（$P>0.05$），见表1。本研究经我院伦理审查委员会批准，获伦理证明（W202306），研究过程符合伦理要求。

表1 两组临床资料比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	性别/[例(%)]		平均年龄/(岁)	平均病程/(月)
		男	女		
观察组	47	16(34.05)	31(65.95)	54.12±4.51	24.71±4.47
对照组	47	17(36.17)	30(63.83)	53.97±4.47	24.68±4.53

1.2 中西医诊断标准 （1）西医诊断标准：符合《眩晕急诊诊断与治疗指南（2021年）》[6]中周围性眩晕的诊断标准，经血压仪、红外线视频眼震电图仪和头颅核磁等项检查，明确诊断为周围性眩晕。

（2）中医诊断标准：符合《中药新药临床研究指导原则试行》[7]中肝阳上亢型眩晕的诊断，见主症：眩晕耳鸣，视物旋转，头目胀痛；次症：面红目赤，烦躁易怒，失眠多梦，头重脚轻；舌脉：舌红舌燥，苔黄，脉弦或弦细数。

1.3 纳入标准 （1）所有患者均符合周围性眩晕中、西医诊断标准；（2）年龄35～75岁；（3）患者主诉为眩晕；（4）患者及家属知情同意，且研究符合《赫尔辛基宣言》。

1.4 排除标准 （1）具有倍他司汀过敏史；（2）患者认知或语言障碍；（3）合并其他严重性疾病；（4）依从性较差。

1.5 方法 对照组予以倍他司汀治疗。在基础常规治疗的基础上，饭后口服甲磺酸倍他司汀片（广东世信药业有限公司；国药准字：H20100025；规格：6 mg），每日3次，每次1～2片，连续4周。根据年龄和病情严重程度的不同，酌情增减。

观察组予以针刺联合倍他司汀治疗。在对照组的基础上，进行穴位针刺，取穴：百会、风池、太阳、头维、阳陵泉、悬钟、太冲、太溪。针刺前，用75%酒精消毒针刺部位皮肤；针刺时，采用一次性使用无菌针灸针（马鞍山邦德医疗器械有限公司；皖械注准：20172200055；规格：0.25 mm×40 mm），百合穴与头皮形成30°夹角，迅速斜刺进皮下后，平刺15～18 mm，直至头皮帽状腱膜下，使用行捻转补泻手法，频率每分钟超过200次；其他穴位常规针刺。留针1～2 h，1次/d，连续4周。整个针刺干预疗程将由同一位专业医师独自负责。

1.6 观察指标 （1）眩晕程度：于治疗前和治疗4周后，采用眩晕障碍量表（DHI）评分[8]和中医证候积分评估两组患者的眩晕程度。DHI分为3个维度，包括情感（0～36分）、功能（0～36分）和躯体（0～28分），总分0～100分，分值越高表明患者的眩晕程度越严重。中医证候积分参考中医诊断标准中的患者主症（3项）、次症（4项）和舌脉（3项）等严重程度进行评分，按照无（0分）、轻度（1分）、中度（2分）、重度（3分），计算分值的总体变化，分值越高表明患者症状越严重。

（2）前庭功能指标：于治疗前和治疗4周后，通过静态姿势描记检测重心移动总长度（PL）和重心移动总面积（CA），冷热试验检测半规管轻瘫值。

（3）血流动力学指标：于治疗前和治疗4周后，采用BK-400型全自动生化分析仪（山东博科医疗设备公司）和HY-M50型彩色多普勒超声诊断仪（无锡海鹰电子医疗系统有限公司）检测全血黏度（HBV）、血细胞比容（Hct）、椎动脉血流速度和基底动脉血流速度。

（4）睡眠质量：于治疗前和治疗4周后，采用匹兹堡睡眠量表指数量表（PSQI）[9]评估患者的睡眠质量。此表总分0～21分，分值越高表明患者睡眠质量越差。

（5）记录两组患者治疗期间不良反应发生率，及治疗后3个月内患者的复发情况。

1.7 数据分析 数据分析使用SPSS 25.0统计学软件，计量资料以$\bar{x}\pm s$表示，进行组间比较时采用独立样本t检验，进行组内不同时间点比较时采用配对样本t检验。计数资料以“例（%）”表示，进行组间比较时采用χ^2检验。当$P<0.05$时，表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 眩晕程度比较 治疗4周后，两组患者的DHI值较治疗前显著下降，且观察组低于同期对照组（均$P<0.05$）。见表2。

2.2 中医证候积分比较 治疗4周后，两组患者的中医证候积分较治疗前显著下降，且观察组低于同期对照组（均$P<0.05$）。见表3。

2.3 前庭功能指标比较 治疗4周后，两组患者的PL、CA和半规管轻瘫值较治疗前显著下降，且观察组低于同期对照组（均$P<0.05$）。见表4。

表 2 两组周围性晕患者 DHI 比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	情感		功能		躯体	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	47	32.79 ± 2.87	8.17 ± 1.48 *	30.99 ± 4.10	9.89 ± 1.26 *	25.26 ± 3.45	5.33 ± 1.24 *
对照组	47	32.91 ± 2.49	11.77 ± 1.83 *	31.22 ± 4.17	13.35 ± 1.73 *	25.41 ± 3.74	9.01 ± 1.51 *
t 值		0.216	10.486	0.269	11.083	0.202	12.912
P 值		0.829	0.000	0.788	0.000	0.840	0.000

注:* 与本组干预前比较,$P < 0.05$。

表 3 两组周围性晕患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	主症		次症		舌脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	47	8.01 ± 1.76	1.18 ± 0.45 *	9.71 ± 2.07	1.93 ± 0.46 *	7.36 ± 1.49	1.13 ± 0.29 *
对照组	47	7.99 ± 1.69	3.75 ± 0.84 *	10.02 ± 1.89	3.78 ± 0.77 *	7.42 ± 1.48	2.88 ± 0.41 *
t 值		0.056	18.489	0.758	14.140	0.195	23.889
P 值		0.955	0.000	0.450	0.000	0.845	0.000

注:* 与本组干预前比较,$P < 0.05$。

表 4 两组周围性晕患者前庭功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PL/(mm)		CA/(mm^2)		半规管轻瘫值/(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	47	237.51 ± 87.45	148.17 ± 54.48 *	16.95 ± 5.09	8.91 ± 2.16 *	52.67 ± 8.74	31.44 ± 5.21 *
对照组	47	236.76 ± 88.04	177.42 ± 58.13 *	17.31 ± 4.88	10.59 ± 2.38 *	54.10 ± 7.97	34.97 ± 5.58 *
t 值		0.041	2.517	0.350	3.583	0.828	3.170
P 值		0.967	0.013	0.727	0.000	0.409	0.002

注:* 与本组干预前比较,$P < 0.05$。

表 5 两组周围性晕患者血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HBV/(mPa/s)		Hct/(%)		椎动脉/(cm/s)		基底动脉/(cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	47	5.54 ± 1.01	2.85 ± .57 *	69.81 ± 6.86	39.75 ± 5.08 *	10.07 ± 2.34	24.54 ± 3.21 *	15.37 ± 3.29	31.84 ± 4.41 *
对照组	47	5.60 ± 1.09	3.47 ± .71 *	70.11 ± 7.13	43.87 ± 5.33 *	10.29 ± 2.73	19.55 ± 3.19 *	15.79 ± 3.07	28.79 ± 4.34 *
t 值		0.276	4.668	0.207	3.836	0.419	7.559	0.639	3.379
P 值		0.782	0.000	0.835	0.000	0.675	0.000	0.523	0.001

注:* 与本组干预前比较,$P < 0.05$。

2.4 血流动力学指标比较 治疗 4 周后,两组患者的 HBV 和 Hct 值较治疗前显著下降,且观察组低于同期对照组(均 $P < 0.05$);两组患者的椎动脉和基底动脉血流速度较治疗前显著提高,且观察组高于同期对照组(均 $P < 0.05$)。见表 5。

2.5 睡眠质量比较 治疗 4 周后,两组患者的睡眠质量评分较治疗前显著下降,且观察组低于同期对照组(均 $P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组周围性晕患者睡眠质量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PSQI/(分)	
		治疗前	治疗后
观察组	47	17.55 ± 2.74	4.97 ± 1.18 *
对照组	47	16.84 ± 2.63	7.33 ± 1.09 *
t 值		1.281	2.517
P 值		0.203	0.013

注:* 与本组干预前比较,$P < 0.05$。

2.6 不良反应发生率及复发情况比较 两组患者的不良反应发生率无显著差异($P > 0.05$),而观察组治疗后 3 个月内复发情况均显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 7。

表 7 两组周围性晕患者不良反应发生率及复发情况比较($\bar{x} \pm s$)

单位:例(%)

组别	例数	不良反应发生率	复发情况
观察组	47	7(14.89)	2(4.26)
对照组	47	9(19.15)	8(17.02)
χ^2 值		0.301	4.029
P 值		0.583	0.045

3 讨论

眩晕是一种综合征疾病,其病因复杂,且发病因素多样[10-11]。在治疗肝阳上亢型周围性眩晕时,中医和西医有着不同的理论基础和治疗方法,其中,中西医结合这种综合治疗方法可以发挥中西医各自的优势,为患者提供更全面、更个体化的治疗方案。

各种针刺疗法治疗眩晕,近年来在国内外的研究中获得了广泛的关注。百会穴在中医理论中被视为阴阳交会之地,是十二经脉的交会点之一[12]。《会元针灸学》[13]中记载:“百会者,五脏六腑奇经三阳百脉之所会,故名百会”。针刺百会穴能够促进血液循环,调节气血运行,增强身体免疫力,同时也具有调

节情绪、促进睡眠的作用[14]。而《玉龙歌》又曰:“中风不语最难医,发际顶门穴要知,更向百会明补泻,即使苏醒免灾危”[15]。因此,在临床上治疗因肝阳上亢引起的眩晕、恶心等症状时,通常会选择使用泻法在百会穴上进行治疗,并结合风池、太冲等穴位进行治疗。根据《奇效良方》[16]中:“在眉后陷中,太阳紫脉上”的描述,太阳穴的主要疗效是通达头部的经脉,有助于舒缓眩晕等症状。而刺激头维、阳陵泉、悬钟等穴位可以缓解眩晕和耳鸣等症状[17]。太溪穴则在中医中被认为是治疗头痛、眩晕和失眠的关键穴位[18]。这些穴位的治疗效果在中医理论中被广泛应用。而倍他司汀作为一种抗眩晕药物,主要作用于前庭神经系统,对平衡感起到调节作用,能够减少或阻断神经信号传递,从而降低患者眩晕的发生频率和强度[19]。研究表明该药物具有良好的安全性和耐受性,不良反应风险发生率较低,在临床上具有很好的疗效[20]。

在本研究中,单一使用倍他司汀片治疗,患者眩晕症状也可以得到减轻和改善患者的睡眠质量和复发率。而通过联合应用针刺和倍他司汀,治疗过程更加全面,并且可以满足不同患者的不同需求,使患者的眩晕症状、睡眠质量和复发情况大大改善。推测可能原因为:一方面,针刺的刺激可以促进血液循环,改善脑部供血情况,增加氧气供应,刺激神经末梢,调节身体的神经功能,进一步缓解眩晕症状[21]。同时,倍他司汀的药效可以抑制过度的肝素释放,减少眩晕的发作频率和强度[22]。当针刺与倍他司汀联合应用时,针刺可以起到辅助倍他司汀的作用,增加治疗效果[23]。另外,针刺还可以促进倍他司汀的吸收和分布,使其更好地发挥药效。另一方面,联合治疗的方案还可以在一定程度上改善患者的睡眠质量,使其能够得到更好地休息和恢复[24]。通过应用针刺舒缓紧张的神经系统,促进身体的放松,帮助患者入睡并提高睡眠质量。同时倍他司汀的服用能够通过调节脑部神经递质,稳定患者的情绪,减少焦虑和抑郁情绪对睡眠的干扰[25]。此外,针刺的刺激增强患者的免疫力和自愈能力,减少症状的再次发作。而倍他司汀的长期用药能调节患者的神经功能,稳定病情,防止症状的反复出现[26]。因此,联合应用针刺和倍他司汀可以大大降低患者的复发率,使其更好地控制眩晕症状,使患者能够长期受益于治疗效果。

综上所述,中西医结合是一种常见的治疗方式,通过针刺联合倍他司汀治疗肝阳上亢型周围性眩晕患者,有效减轻患者的症状,提高睡眠质量,并减少症状的复发率。在未来的治疗实践中,这种联合方法将会越来越得到重视和应用。

参考文献

[1] 徐日明,梁美珍,杨文秀. 平肝熄风汤结合氟桂利嗪治疗眩晕临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2023,41(1):214 - 217.
[2] 黄龙祥. 筋病刺法的演变与经筋学说的兴衰[J]. 中国针灸,2023,43(8):855 - 867.
[3] 邓晓筑,尹红,吴清林,等. 胆经取穴治疗突发全聋伴Ⅲ级眩晕[J]. 四川中医,2002,20(9):76.
[4] 刘铭,林镇树,王伟,等. 针药并用治疗肝阳上亢型脑供血不足性眩晕临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2013,30(1):33 - 36.
[5] 刘继武,尹清茹. 倍他司汀与氟桂利嗪治疗眩晕的疗效比较[J]. 中国新药与临床杂志,2000(6):509 - 510.
[6] 中国医药教育协会眩晕专业委员会,中国医师协会急诊医师分会. 眩晕急诊诊断与治疗指南(2021 年)[J]. 中华急诊医学杂志,2021,30(4):402 - 406.
[7] 中华人民共和国卫生部. 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,2002:361 - 390.
[8] IGLEBEKK W,TJELL C. High score of dizziness - handicap - inventory (DHI) in patients with chronic musculoskeletal pain makes a chronic vestibular disorder probable[J]. Scand J Pain,2022,22(3):561 - 568.
[9] 路桃影,李艳,夏萍,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学,2014,43(3):260 - 263.
[10] 余力生,孔维佳,黄海威,等. 从病例探讨头晕眩晕诊疗思路[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2023,37(4):302 - 306.
[11] 邓凯烽,盛福芳,陈日兰,等. 不同流派头皮针治疗失眠的临床研究概况[J]. 中华中医药杂志,2020,35(9):4565 - 4568.
[12] 胡小梅,王悦君. 针刺颈夹脊 - 百会穴 - 风池穴联合通窍活血汤治疗颈性眩晕疗效观察[J]. 四川中医,2022,40(8):190 - 192.
[13] 焦会元. 古法新解会元针灸学[M]. 北京:泰山堂书社,1937:8.
[14] 林卓鹏,李少芳,卢蓬,等. 针刺人迎穴配合压灸百会穴治疗气血亏虚型颈性眩晕的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2020,37(7):1278 - 1282.
[15] 闫岩,鲁海,胡佳慧,等. 针刺从“肾”论治中风后失语症理论稽古[J]. 中国针灸,2020,40(3):322 - 324.
[16] 董宿. 奇效良方[M]. 天津:天津科学技术出版社,2005:1 - 79.
[17] 郭芳. 针刺为主治疗眩晕疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2005(1):63.
[18] 杨卫华,赵佩. 针刺太溪穴为主治疗顽固性失眠 50 例[J]. 中国针灸,2002,22(S1):28 - 29.
[19] 谭惠荣. 前庭训练联合倍他司汀对良性阵发性位置性眩晕手法复位后残余症状的疗效[J]. 实用医学杂志,2021,37(17):2262 - 2265.
[20] 中国医药教育协会眩晕专业委员会,吴子明,王武庆,等. 甲磺酸倍他司汀治疗眩晕症的专家共识[J]. 中国全科医学,2023,26(29):3591 - 3598.
[21] 邓行行,吴灿,成沈荣,等. 双麻消眩汤联合醒脑法针刺治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[J]. 环球中医药,2023,16(2):323 - 326.
[22] 丁丹,刘兆辉,穆念念,等. 耳后注射倍他司汀辅助常规方案治疗老年外周性眩晕[J]. 中国老年学杂志,2022,42(7):1690 - 1693.
[23] 王冬梅,李颖,任雪飞,等. 针刺联合 Brandt - Daroff 习服训练治疗中老年耳石症复位后残余头晕的临床研究[J]. 河北中医,2023,45(4):609 - 612.
[24] 张娟利,张冀琳,姚力. 经颅磁刺激联合 5 - 天麻素及倍他司汀对良性阵发性位置性眩晕患者睡眠障碍的疗效[J]. 神经损伤与功能重建,2021,16(6):355 - 356.
[25] 周轶群,张析哲,宋健楠,等. 超声引导下星状神经节阻滞联合盐酸倍他司汀治疗前庭性偏头痛的临床疗效观察[J]. 北京医学,2023,45(4):362 - 364.
[26] 刘化飞,唐松林. 奥拉西坦联合倍他司汀对卒中后眩晕患者炎症因子及神经功能的影响[J]. 脑与神经疾病杂志,2023,31(1):48 - 52.