·临床研究·

天麻钩藤饮联合前庭康复治疗持续性姿势－知觉性头晕的实效性随机对照试验*

刘寅[1]，徐莹娇[2]，董晗硕[1]，王思南[2]，安雨盟[2]，孙莉[1]✉

1. 吉林省中医药科学院第一临床医院，吉林 长春 130021；2. 长春中医药大学，吉林 长春 130117

摘要：目的：观察天麻钩藤饮联合前庭康复治疗持续性姿势－知觉性头晕（persistent postural－perception dizziness，PPPD）的临床疗效。方法：采用实效性随机对照试验方法，将符合纳入标准的 140 例 PPPD 患者随机分为试验组与对照组各 70 例。两组均给予前庭康复训练（vestibular rehabilitation therapy，VRT）；同时，试验组给予天麻钩藤饮加减治疗，对照组给予选择性 5－羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitor，SSRI）或 5－羟色胺－去甲肾上腺素再摄取抑制剂（serotonin－norepinephrine reup－take inhibitor，SNRI）治疗。比较两组患者治疗 4、8、12 周后中医证候积分、头晕视觉模拟量表（visual analogue scale，VAS）评分、汉密尔顿焦虑量表（Hamilton anxiety scale，HAMA）评分、汉密尔顿抑郁量表（Hamilton depression scale，HAMD）评分及眩晕残障量表（dizziness handicap inventory，DHI）评分。结果：（1）治疗 4 周后，试验组中医证候积分为（24.02 ± 3.75）分，低于本组治疗前（$P<0.05$）；试验组 DHI 评分为（41.56 ± 5.69）分、头晕 VAS 评分为（7.44 ± 1.17）分，对照组 DHI 评分为（41.74 ± 5.74）分、头晕 VAS 评分为（7.34 ± 0.98）分，均低于本组治疗前（$P<0.05$）；对照组 HAMA 评分为（21.26 ± 3.30）分、HAMD 评分为（19.08 ± 3.77）分，低于本组治疗前（$P<0.05$）。（2）治疗 8 周后，试验组中医证候积分为（17.49 ± 3.32）分，低于本组治疗前（$P<0.05$）；试验组 DHI 评分为（28.10 ± 6.62）分、头晕 VAS 评分为（7.44 ± 1.17）分，对照组 DHI 评分为（29.15 ± 5.90）分、头晕 VAS 评分为（5.68 ± 1.59）分，试验组优于同期对照组（$P<0.05$）；试验组 HAMA 评分为（13.03 ± 2.35）分、HAMD 评分为（13.26 ± 2.10）分，对照组 HAMA 评分为（11.21 ± 2.77）分、HAMD 评分为（12.74 ± 2.06）分，两组均显著低于本组治疗前（$P<0.05$），对照组低于同期试验组（$P<0.05$）。（3）治疗 12 周后，试验组中医证候积分为（9.10 ± 2.35）分、DHI 评分为（11.25 ± 2.61）分、头晕 VAS 评分为（2.84 ± 1.36）分，对照组中医证候积分为（14.05 ± 4.06）分、DHI 评分为（12.35 ± 2.79）分、头晕 VAS 评分为（3.50 ± 1.30）分，两组均低于本组治疗前（$P<0.05$），且试验组低于同期对照组（$P<0.05$）。结论：基于实效性随机对照试验更贴切于临床实际，天麻钩藤饮联合前庭康复在改善头晕症状及严重程度方面具有一定优势，且随着治疗周期的延长其效能发挥更加显著。

关键词：天麻钩藤饮；持续性姿势－知觉性头晕；前庭康复训练；中医证候积分；头晕视觉模拟量表评分；汉密尔顿焦虑量表评分；汉密尔顿抑郁量表评分；眩晕残障量表评分；实效性随机对照试验；真实世界

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.07.231

中图分类号：R255.3　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999（2026）07－1572－06

Randomized Controlled Study on Efficacy of Tianma Gouteng Decoction Combined with Vestibular Rehabilitation Therapy for Persistent Postural－Perceptual Dizziness

LIU Yin[1]，XU Yingjiao[2]，DONG Hanshuo[1]，WANG Sinan[2]，AN Yumeng[2]，SUN Li[1]

1. The First Clinical Hospital of Jilin Academy of Chinese Medicine，Changchun Jilin China 130021；2. Changchun University of Chinese Medicine，Changchun Jilin China130117

* **基金项目**：吉林省中医药科技项目（2023052）；吉林省科技发展计划项目（20240305058YY）

作者简介：刘寅（1986－），男，吉林长春人，医学硕士，主治医师，研究方向：中医内科学。

✉ **通信作者**：孙莉，医学硕士，主任医师，博士研究生导师，研究方向：中医内科学。E－mail：1085639208@qq.com

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of Tianma Gouteng Decoction combined with vestibular rehabilitation therapy in treating persistent postural – perceptual dizziness (PPPD). Methods: A randomized controlled trial was conducted, enrolling 140 PPPD patients who met the inclusion criteria. They were randomly divided into an experimental group and a control group of 70 cases each. Both groups received vestibular rehabilitation therapy (VRT); additionally, the experimental group received modified Tianma Gouteng Decoction, while the control group was treated with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or serotonin – norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs). At weeks 4, 8, and 12 after treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores, dizziness visual analogue scale (VAS) scores, Hamilton Anxiety Scale (HAMA) scores, Hamilton Depression Scale (HAMD) scores, and Dizziness Handicap Inventory (DHI) scores were observed. Results: (1) After 4 weeks of treatment, the TCM syndrome score in the experimental group was (24.02 ± 3.75), lower than before treatment in this group ($P < 0.05$). In the experimental group, the DHI score was (41.56 ± 5.69) and the dizziness VAS score was (7.44 ± 1.17), while the control group had a DHI score of (41.74 ± 5.74) and a dizziness VAS score of (7.34 ± 0.98), all of which were lower than before treatment in the respective groups ($P < 0.05$). The control group HAMA score was (21.26 ± 3.30) and HAMD score was (19.08 ± 3.77), also lower than before treatment in their group ($P < 0.05$). (2) After 8 weeks of treatment, the TCM syndrome score in the experimental group was (17.49 ± 3.32), lower than before treatment ($P < 0.05$). The experimental group's DHI score was (28.10 ± 6.62) and dizziness VAS score was (7.44 ± 1.17), while the control group's DHI score was (29.15 ± 5.90) and dizziness VAS score was (5.68 ± 1.59); the experimental group was lower than the control group at the same period ($P < 0.05$). The experimental group's HAMA score was (13.03 ± 2.35) and HAMD score was (13.26 ± 2.10), while the control group's HAMA score was (11.21 ± 2.77) and HAMD score was (12.74 ± 2.06); both groups were significantly lower than before treatment ($P < 0.05$), and the control group was lower than the experimental group at the same period ($P < 0.05$). (3) After 12 weeks of treatment, the experimental group's TCM syndrome score was (9.10 ± 2.35), DHI score was (11.25 ± 2.61), and dizziness VAS score was (2.84 ± 1.36), while the control group's TCM syndrome score was (14.05 ± 4.06), DHI score was (12.35 ± 2.79), and dizziness VAS score was (3.50 ± 1.30); both groups were lower than before treatment ($P < 0.05$), and the experimental group was lower than the control group at the same period ($P < 0.05$). Conclusion: Real – world effective randomized controlled trials better reflect clinical practice. Tianma Gouteng Decoction combined with vestibular rehabilitation has certain advantages in improving dizziness symptoms and severity, and its effectiveness becomes more significant with longer treatment duration.

Key words: Tianma Gouteng Decoction; Persistent Postural – Perceptual Dizziness (PPPD); vestibular rehabilitation therapy (VRT); TCM syndrome score; dizziness Visual Analog Scale (VAS); Hamilton Anxiety Scale (HAMA); Hamilton Depression Scale (HAMD); Dizziness Handicap Inventory (DHI); effective randomized controlled trial; real world

持续性姿势 – 知觉性头晕(persistent postural – perception dizziness, PPPD)是以一种持续性头晕、不稳感,并且在姿势改变或暴露于复杂的视觉环境中可能导致症状加重[1]的慢性功能性前庭疾病。该病患者多伴有焦虑、抑郁等精神心理问题[2]。因此,5 – 羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)或 5 – 羟色胺 – 去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin – norepinephrine reup – take inhibitor, SNRI)等药物常被作为治疗该病的主要方法。此外,认知行为疗法(cognitive – behaviour therapy, CBT)及前庭康复训练(vestibular rehabilitation therapy, VRT)[3]也已被临床证实有助于患者头晕症状的恢复。目前,西药治疗该病存在治疗周期长、不良反应较多、患者依从性差等问题[4]。此外,关于该病的临床研究多为解释性随机对照研究,虽然可以通过控制混杂因素和偏倚,评估干预措施的理想效果,但缺乏外部真实性,故实效性随机对照试验应用日渐广泛。本研究基于真实世界采用实效性随机对照试验观察中医药治疗 PPPD 的临床疗效,现将结果报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2023 年 1—10 月在吉林省中医药科学院第一临床医院眩晕病诊疗中心就诊的 PPPD 患者。根据既往研究结果预估组间差异,设定 $\alpha = 0.05$,检验效能为 80%,考虑 10% 病例脱落,最终确定为 140 例。所有患者按照随机数字表法平均分为试验组与对照组各 70 例。其中试验组男 25 例,女 45 例;年龄 33 ~ 79(58.29 ± 10.67)岁;病程(113.25 ± 18.25)个月。对照组男 22 例,女 48 例;年龄 39 ~ 77(56.56 ± 13.90)岁;病程(128.65 ± 21.42)个月。两组患者性别、年龄及病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已通过吉林省中医药科学院第一临床医院伦理委员会审批,批号:JLSZKYLL2023。

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准　参照 2017 年巴拉尼协会提出的 PPPD 诊断标准[5],需同时满足以下 5 项内容:(1)多数时间内存在非旋转性头晕和(或)不稳感,持续 3 个月及以上;发作时症状可持续较长时间,症

状严重程度不等；症状无须持续出现。（2）持续的前庭症状出现无明显诱因，但在以下情况下会加重：直立姿势；主/被动运动，与方向或位置无关；暴露于复杂视觉刺激环境中。（3）通常由急性/慢性/发作性前庭综合征或其他神经系统疾病、内科疾病及心理疾病诱发。当触发事件为急性/发作性疾病时，症状表现为诊断标准（1）中所描述的特征；当触发事件症状缓解后，症状可由间歇性发作逐渐演变至持续存在；当触发事件为慢性综合征时，临床症状呈缓慢出现并逐渐加重。（4）症状会带来严重的痛苦或功能障碍。（5）症状不能由其他疾病更好地解释。

1.2.2　中医诊断标准　参照《中医内科学（第 10 版）》中眩晕的诊断标准：头晕，轻则闭目即止，重者如坐舟船，甚则仆倒；可伴恶心、呕吐、汗出、耳鸣、耳聋、心悸、面色苍白、眼球震颤等表现；多见于 40 岁以上人群，常反复发作。

1.2.3　中医辨证标准　参照《中药新药临床研究指导原则（试行）（2002）》中辨证为肝阳上亢型眩晕。主症：头晕，头胀痛，急躁易怒，遇劳或恼怒加重。次症：耳鸣耳胀，腰膝酸软，少寐多梦，面红目赤，口干苦。舌脉：舌质红、苔黄、脉弦细数。具备 3 项主症及至少 1 项次症，结合舌脉即可诊断。

1.3　病例纳入与排除标准

1.3.1　纳入标准　性别不限，年龄为 18 ~ 80 岁；符合 PPPD 诊断标准，以及眩晕病肝阳上亢证诊断标准；自愿参加本试验并签署知情同意书者。

1.3.2　排除标准　诊断除 PPPD 以外，如前庭性偏头痛、良性复发性头晕等头晕疾病者；存在严重的器官功能损害等重大疾病，不能配合治疗者；对所用药品中的某些成分有过敏史者；拒绝签署知情同意书者。

1.4　治疗方法

1.4.1　基础治疗　对两组患者均进行健康教育，指导患者正确认识疾病，对患者进行疾病科普，增强恢复健康的信心，加强医患沟通，嘱其合理饮食、规律作息、适当运动、控制情绪、减少压力。

1.4.2　前庭康复训练　两组患者均给予前庭康复训练，每日 1 次[6]，由专业康复师指导动作，患者熟练后自行于家中练习，训练方法如下：（1）平衡训练。告知患者眼睛水平直视靶点，缓慢进行前后左右头部的旋转运动，适应后闭眼逐步加快速度进行训练。（2）站位运动。告知患者睁眼进行坐位和站位交替训练，适应后闭眼加快速度进行训练。（3）坐位运动。告知注视前方靶点，做上下左右摇头动作，由慢变快，适应后闭眼重复以上动作。（4）稳定性训练。扶墙缓慢行走，适应后加速，逐步在行走中练习转头。

1.4.3　药物治疗

1.4.3.1　试验组　给予天麻钩藤饮加减，方药组成：天麻、牛膝、钩藤、石决明、山栀子、杜仲、黄芩、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神。若口苦目赤、烦躁易怒者，可加龙胆草、牡丹皮等；若目涩耳鸣、腰膝酸软、舌红少苔者，可加枸杞子、首乌等；若目赤便秘者，可加大黄、芒硝；若眩晕伴手足麻木或震颤者，可加羚羊角、石决明等。

1.4.3.2　对照组　根据患者个体情况，由临床医生指导合理用药，记录用药情况。采用选择性 SSRI 或 SNRI：草酸艾司西酞普兰片（规格 10 mg，山东京卫制药有限公司，国药准字 H20103327），每次 10 ~ 20 mg，每日 1 次，口服；盐酸帕罗西汀片（规格 20 mg，浙江华海药业股份有限公司，国药准字 H20031106），每次 5 ~ 20 mg，每日 1 次，口服；盐酸舍曲林片（规格 50 mg，浙江华海药业股份有限公司，国药准字 H20080141），每次 12.5 ~ 50.0 mg，每日 1 次，口服；盐酸度洛西汀肠溶胶囊（规格 20 mg，石药集团欧意药业有限公司，国药准字 H20203350），每次 20 ~ 40 mg，每日 1 ~ 2 次，口服。

1.5　观察指标

1.5.1　主要结局指标　中医证候积分，共 11 个项目，包括主症：头晕、头痛、急躁易怒；次症：恶心呕吐、耳鸣、心悸、腰酸、膝软、寐差、口干、口苦。轻、中、重度分别计为 1、2、3 分，总计 33 分。

1.5.2　次要结局指标　（1）眩晕残障量表（dizziness handicap inventory，DHI）[7]：内容包括躯体（DHI - P）、情感（DHI - E）和功能（DHI - F）3 个方面，每个项目分为 3 个评分等级，分别为否定（0 分）、良好（2 分）和肯定（4 分），总分 100 分，分数越高，表示对生活影响的严重程度越重。（2）头晕视觉模拟量表（visual analogue scale，VAS）评分：采用直观模拟标尺法进行记录。在一支 10 cm 长直线上，直线 0 端表示“不晕”，10 cm 端表示“极度头晕”，患者根据头晕感觉，在直线相应位置垂直于直线作标记。1 ~ 3 分为轻度，4 ~ 6 分为中度，7 ~ 10 分为重度。（3）汉密尔顿焦虑量表（Hamilton anxiety scale，HAMA）：共 14 个项目，总分 56 分，≤6 分：无焦虑；>6 分：可能有焦虑；>13 分：肯定有焦虑；>20 分：肯定有明显焦虑；>28 分：可能为严重焦虑。（4）汉密尔顿抑郁量表（Hamilton depression scale，HAMD）：共 17 个项目，总分 68 分，总分 <7

分：正常；≥7 分：可能有抑郁症；≥17 分：肯定有抑郁症；>24 分：严重抑郁症。

1.6　统计学方法　采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析。计量资料以均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，符合正态分布且方差齐的数据，组内前后比较采用配对样本 t 检验，两组间比较采用独立样本 t 检验；不符合正态分布的数据采用非参数检验（秩和检验）；计数资料采用 χ^2 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　脱落情况统计　本研究最终完成 116 例，对照组 57 例，试验组 59 例。试验组在第 4、8、12 周分别脱落 2、4、5 例，共计 11 例；对照组在第 4、8、12 周分别脱落 3、4、6 例，共计 13 例。

2.2　两组患者不同时间中医证候积分比较　治疗 4 周后、8 周后，试验组中医证候积分显著降低（$P<0.05$）；治疗 12 周后，两组中医证候积分显著降低（$P<0.05$），且试验组低于同期对照组（$P<0.05$），见表 1。

表 1　两组患者不同时间中医证候积分比较　（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	治疗前	治疗 4 周后	治疗 8 周后	治疗 12 周后
对照组	57	27.33 ± 2.11	27.02 ± 2.10	26.63 ± 1.46	14.05 ± 4.06 *
试验组	59	27.30 ± 2.40	24.02 ± 3.75 *#	17.49 ± 3.32 *#	9.10 ± 2.35 *#

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组同期比较，# $P<0.05$。

2.3　两组患者不同时间 DHI、头晕 VAS 评分比较　治疗 4 周后，两组 DHI、头晕 VAS 评分均显著降低（$P<0.05$）；治疗 8 周、12 周后，两组以上评分均显著降低，且试验组低于同期对照组（$P<0.05$），见表 2。

表 2　两组患者不同时间 DHI、头晕 VAS 评分比较　（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	DHI 评分				头晕 VAS 评分			
		治疗前	治疗 4 周后	治疗 8 周后	治疗 12 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗 8 周后	治疗 12 周后
对照组	57	63.97 ± 5.49	41.74 ± 5.74 *	29.15 ± 5.90 *	12.35 ± 2.79 *	8.50 ± 1.20	7.34 ± 0.98 *	5.68 ± 1.59 *	3.50 ± 1.30 *
试验组	59	63.97 ± 5.55	41.56 ± 5.69 *	28.10 ± 6.62 *#	11.25 ± 2.61 *#	8.56 ± 0.91	7.44 ± 1.17 *	4.92 ± 1.29 *#	2.84 ± 1.36 *#

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组同期比较，#$P<0.05$。

2.4　两组患者不同时间 HAMA、HAMD 评分比较　治疗 4 周后，对照组 HAMA、HAMD 评分显著降低（$P<0.05$）；治疗 8 周后，两组 HAMA、HAMD 评分均显著降低（$P<0.05$），对照组低于同期试验组（$P<0.05$），见表 3。

表 3　两组患者不同时间 HAMA、HAMD 评分比较　（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	HAMA 评分				HAMD 评分			
		治疗前	治疗 4 周后	治疗 8 周后	治疗 12 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗 8 周后	治疗 12 周后
对照组	57	21.69 ± 3.82	21.26 ± 3.30 *	11.21 ± 2.77 *	8.03 ± 2.18 *	19.54 ± 3.77	19.08 ± 3.77 *	12.74 ± 2.06 *	7.40 ± 3.01 *
试验组	59	21.86 ± 3.34	21.36 ± 2.94	13.03 ± 2.35 *#	8.08 ± 2.36 *	19.34 ± 3.82	19.25 ± 3.24	13.26 ± 2.10 *#	7.43 ± 1.93 *

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组同期比较，#$P<0.05$。

2.5　两组患者药物不良反应情况比较　用药期间试验组共出现 7 例不良反应，主要包括恶心、腹泻；对照组共出现 13 例不良反应，其中包括服用草酸艾司西酞普兰片后出现嗜睡、口干，服用盐酸帕罗西汀片出现恶心、汗出、嗜睡，服用盐酸舍曲林片出现口干、恶心，服用盐酸度洛西汀肠溶胶囊出现便秘、口干、心慌，见表 4。

表 4　两组患者不良反应发生情况

组别	发生例数/例	药物	不良反应
对照组	6	草酸艾司西酞普兰片	嗜睡、口干
	2	盐酸帕罗西汀片	恶心、汗出、嗜睡
	3	盐酸舍曲林片	口干、恶心
	2	盐酸度洛西汀肠溶胶囊	便秘、口干、心慌
试验组	7		恶心、腹泻

3　讨论

目前，PPPD 是临床上最为常见的慢性头晕疾病之一，以老年人居多，病程往往较长。由于该病的主要发病机制与焦虑抑郁等精神心理问题存在密切联系，且患者也多伴有烦躁、易怒、情绪低落等表现。因此，SSRI 或 SNRI 两类药物常常作为该病的首选药物。研究认为，此类药物能够通过对机体单胺类递质浓度进行调节，同时对 5－羟色胺和去甲肾上腺素再摄取具有抑制作用，升高大脑和脊髓中的 5－羟色胺和去甲肾上腺素浓度，从而缓解抑郁、焦虑情绪，最终改善头晕症状[8-9]。前庭康复疗法是治疗 PPPD 的主要方法之一，其目的在于补偿或重新调整各种前庭和神经系统疾病中的平衡功能损

伤，通过习惯性训练和放松技术，使处于“高度警惕”状态的平衡控制系统脱敏，进而让患者逐渐适应目前状态，最终改善头晕症状。研究表明，前庭平衡康复治疗能够减少 60% ~80% PPPD 患者的前庭症状[10-12]。

根据 PPPD 的临床特征，中医将其归属于“眩晕”范畴。天麻钩藤饮作为治疗眩晕疾病的经典方剂，其临床疗效得到公认。天麻钩藤饮首见于《中医内科杂病证治新义》一书，由天麻、钩藤、石决明、牛膝、桑寄生、夜交藤、茯神等组成，具有平肝熄风、清热活血、补益肝肾的作用。现代药理学发现，天麻具有抗炎、抗氧化、抗抑郁、镇静等作用[13-16]；钩藤具有抑制炎症反应、抗氧化应激等作用[17-19]；夜交藤能够调节昼夜节律，改善睡眠[20]；牛膝中的活性成分同样具有抗炎、抗氧化的作用[21]。天麻钩藤饮在治疗 PPPD 时可以改善患者的头晕症状及焦虑、抑郁情绪，临床疗效显著[22]，且患者依从性高，不良反应较少[23]。本研究结果显示，试验组治疗 4 周后的中医证候积分、DHI 及头晕 VAS 评分均可显著降低，并且随着治疗周期延长，其临床效果更加显著。由此可见，中药在改善患者头晕症状及严重程度方面具有较好效果，并且具有很好的远期疗效。而根据 HAMA、HAMD 评分结果发现，试验组 4 周后无明显变化，直到治疗第 8 周才取得显著效果，在起效速度及治疗效果方面仍不及西药。这也提示，临床上单一使用中药治疗在解决患者焦虑抑郁等情绪问题时可能效果欠佳。此外，治疗期间出现的脱落情况及不良反应显示，对照组相对脱落人数较多，一方面，可能服用西药期间存在不良反应较多，患者可能未能达到最佳效果时已放弃治疗；另一方面，我国近年来大力发展中医药事业，患者对中医治疗认可度、接受度逐渐提高，由此提升了患者中医治疗的依从性。

解释性随机对照试验因其具有较高的循证证据级别[24]被广泛应用于临床，而其关注重点是临床诊疗措施带来的效果，研究结果无法为临床提供直接证据，不利于研究结果向实践转化。近年来，随着真实世界研究方法学的不断完善，实效性随机对照试验作为一种灵活的临床研究方法，在国外已被认可并较多地应用于临床[25]。因其能够在真实临床医疗环境下，采用随机、对照的方式，比较不同干预措施的治疗结果[26]，关注医疗干预措施在常规临床实践中的效果，并且能够为医疗卫生决策提供依据。近年来，伴随着证据使用者对真实世界证据的需求增加，实效性研究越来越受到重视，也能够为临床提供可靠的直接证据。本研究采用实效性随机对照试验方法开展临床研究，既有利于临床实施操作，又切实贴合临床实际，其研究使结果更具有真实性，对治疗 PPPD 的临床指导更具有参考价值。

综上，基于实效性随机对照试验更贴切于临床实际，天麻钩藤饮联合前庭康复治疗 PPPD 疗效显著，在改善头晕、头痛、焦虑抑郁、寐差等方面具有优势，且随着治疗周期延长其临床疗效更为显著。

参考文献：

[1]张涵，段云飞，任飞，等. 三调汤颗粒治疗持续性姿势 - 知觉性头晕[J]. 中医学报，2023，38(10)：2132 - 2137.
[2]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.
[3]杨银梦，张道培，张怀亮. 持续性姿势 - 知觉性头晕的中西医治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(16)：2332 - 2336.
[4] Staab J P. Chronic subjective dizziness[J]. Continuum，2012，18(5)：1118 - 1141.
[5]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.
[6]黄烨，杨雯，张琳，等. 前庭康复联合抗焦虑治疗持续性姿势 - 知觉性头晕的疗效观察[J]. 浙江医学，2023，45(24)：2647 - 2650.
[7]胡进，曲娟，季巍伟，等. HAMA 联合 DHI 评分对老年前庭外周性眩晕疾病残余头晕症状的评估价值[J]. 浙江医学，2018，40(15)：1716 - 1718.
[8]胡昌清，朱雪泉，丰雷，等. 中国抑郁障碍防治指南(第二版)解读：药物治疗原则[J]. 中华精神科杂志，2017，50(3)：172 - 174.
[9]邵仲英，徐巧玲，史爱欣. 新型 5 - 羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂：度洛西汀[J]. 中国全科医学，2006，9(10)：823 - 825.
[10]Hall C D，Herdman S J，Whitney S L，et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction：an updated clinical practice guideline from the academy of neurologic physical therapy of the American physical therapy association[J]. J Neurol Phys Ther，2022，46(2)：118 - 177.
[11]Ding C R，Gao Y Q，Zhou Y J，et al. Advantages of short - term personalized vestibular rehabilitation at home guided by professional therapist for treatment of decompensated vestibular Vertigo[J]. Curr Med Sci，2021，41(4)：687 - 694.

（下转第 1582 页）

sociated fatty liver disease[J]. Hepatol Int,2025,19(2):261 - 301.
[16]李晓芸,倪茜茜,华静. 游离脂肪酸诱导的肝细胞脂肪变性对巨噬细胞极化的影响[J]. 临床肝胆病杂志,2021,37(2):385 - 389.
[17]Chan W K,Wong V W,Adams L A,et al. MAFLD in adults:non - invasive tests for diagnosis and monitoring of MAFLD[J]. Hepatol Int,2024,18(2):909 - 921.
[18]王文川,殷建敏,李鑫,等. 荷叶调脂疏肝汤辅助多烯磷脂酰胆碱胶囊治疗非酒精性脂肪肝的临床效果及对肠道菌群的影响[J]. 内蒙古中医药,2023,42(9):6 - 7.
[19]赛俊婷,李秀惠. 脂肪肝中医证候学研究进展[J]. 临床肝胆病杂志,2024,40(10):1929 - 1932.
[20]巴明玉,陈亚琳,王娴,等. 毛德西从脾胃升降论治肥胖症[J]. 中医学报,2023,38(7):1502 - 1505.
[21]巴明玉,禄保平. 毛德西辨治肥胖合并非酒精性脂肪肝病五法经验介绍[J]. 新中医,2023,55(16):202 - 205.
[22]毛德西. 毛德西方药心悟[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:160 - 162.
[23]Yan K M,Zhu H J,Xu J,et al. Lotus leaf aqueous extract reduces visceral fat mass and ameliorates insulin resistance in HFD - induced obese rats by regulating PPARγ2 expression[J]. Front Pharmacol,2017,8:409.
[24]Du X,Di Malta C,Fang Z,et al. Nuciferine protects against high - fat diet - induced hepatic steatosis and insulin resistance via activating TFEB - mediated autophagy - lysosomal pathway[J]. Acta Pharm Sin B,2022,12(6):2869 - 2883.
[25]Zhang D D,Zhang J G,Wu X,et al. Nuciferine downregulates Per - Arnt - Sim kinase expression during its alleviation of lipogenesis and inflammation on oleic acid - induced hepatic steatosis in HepG2 cells[J]. Front Pharmacol,2015,6:238.
[26]胡慧明,朱彦陈,于城安,等. 山楂、决明子、泽泻提取物对高脂血症大鼠血脂水平、肝功能及 HMGCR 表达的影响[J]. 中成药,2021,43(10):2830 - 2834.
[27]胡泽琦,程冰冰,贾九洁,等. 泽泻及其活性成分治疗代谢性疾病的作用机制研究进展[J]. 中国现代应用药学,2024,41(15):2156 - 2166.

收稿日期:2026 - 02 - 16
编辑:秦小川

(上接第 1576 页)

[12]郭啸鸣,缪玲仲,陆珍辉,等. 前庭康复增强度洛西汀治疗持续性姿势 - 知觉性头晕的疗效[J]. 神经损伤与功能重建,2023,18(5):264 - 268.
[13]Yang Q,Yu D L,Zhang Y. β - sitosterol attenuates the intracranial aneurysm growth by suppressing TNF - α - mediated mechanism[J]. Pharmacology,2019,104(5/6):303 - 311.
[14]Yang C S,Chiu S C,Liu P Y,et al. Gastrodin alleviates seizure severity and neuronal excitotoxicities in the rat lithium - pilocarpine model of temporal lobe epilepsy via enhancing GABAergic transmission[J]. J Ethnopharmacol,2021,269:113751.
[15]Lin Y E,Chou S T,Lin S H,et al. Antidepressant - like effects of water extract of Gastrodia elata blume on neurotrophic regulation in a chronic social defeat stress model[J]. J Ethnopharmacol,2018,215:132 - 139.
[16]龙盼,胡晓霞,胡琦兰,等. 天麻素对氯苯丙氨酸(PCPA)致失眠小鼠的镇静催眠作用研究[J]. 中药药理与临床,2021,37(5):33 - 38.
[17]高丽娜,宋宇,徐薇,等. 钩藤碱对缺血再灌注诱导大鼠星形胶质细胞损伤的作用[J]. 药学与临床研究,2009,17(1):1 - 4.
[18]张学,黄红英,赵顺程,等. 异钩藤碱对抑郁小鼠海马神经细胞凋亡和氧化应激的影响及其作用机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(1):69 - 73.
[19]陈志杰,严愉妙,周玉婷,等. 4 种钩藤植物带钩茎枝和叶提取物对中枢抑制作用的研究[J]. 中国临床药理学杂志,2019,35(2):157 - 160.
[20]佟一鑫,柏强. 基于网络药理学和分子对接技术探究夜交藤治疗失眠的作用机制[J]. 中医临床研究,2021,13(26):1 - 5.
[21]李硕夫,刘宏哲,张嘉麟,等. 牛膝总皂苷对 IL - 1β 诱导髓核细胞的凋亡及炎性损伤的影响[J]. 湖南中医药大学学报,2023,43(9):1591 - 1597.
[22]李红. 天麻钩藤饮联合度洛西汀治疗持续性姿势知觉性头晕患者效果[J]. 中国民康医学,2022,34(24):68 - 71.
[23]赵华芳,巩祥胜,韩庆林,等. 盐酸帕罗西汀联合天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型持续性姿势知觉性头晕的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(23):3798 - 3802.
[24]温泽淮,李玲,刘艳梅,等. 实效性随机对照试验的技术规范[J]. 中国循证医学杂志,2019,19(7):794 - 802.
[25]唐立,康德英,喻佳洁,等. 实效性随机对照试验:真实世界研究的重要设计[J]. 中国循证医学杂志,2017,17(9):999 - 1004.
[26]吕志杰,吴丽,李秋爽,等. 中国实效性随机对照试验研究现状[J]. 中国医院统计,2021,28(6):568 - 572,576.

收稿日期:2026 - 02 - 08
编辑:秦小川