

[文章编号] 1007-0893(2023)22-0071-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.22.021

苓桂术甘汤加味治疗痰浊上蒙型眩晕疗效观察

尚庆迎 刘正元

(濮阳市人民医院, 河南 濮阳 457000)

[摘要] 目的: 观察痰浊上蒙型眩晕采用苓桂术甘汤加味治疗的临床效果。方法: 选取濮阳市人民医院 2021 年 7 月至 2023 年 7 月期间收治的 60 例痰浊上蒙型眩晕患者进行研究, 以等量数字随机方式分为对照组与观察组, 各 30 例。对照组患者采用常规西药治疗, 观察组患者采用苓桂术甘汤加味治疗。统计两组患者治疗前后眩晕相关症状与评分、生活质量评分, 比较两组患者不良反应发生率。结果: 治疗后观察组患者的眩晕频率、眩晕持续时间及眩晕症状评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者的生活质量评价量表 (SF-36) 各维度评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 对痰浊上蒙型眩晕患者采用苓桂术甘汤加味治疗, 可对患者眩晕发作时间以及频率进行调节, 经治疗可改善患者生活质量, 不良反应相对较低。

[关键词] 眩晕症; 痰浊上蒙型; 苓桂术甘汤加味; 倍他司汀

[中图分类号] R 255.3 **[文献标识码]** B

当机体产生空间定位障碍, 出现位置性或动性错觉即临床常见的眩晕疾病, 对患者的生活以及身心健康影响极大。依据疾病类型可将其划分为周围性眩晕或中枢性眩晕, 当患者自身存在冠心病、动脉硬化或者高血压等基础疾病时, 发生这一疾病的概率较高, 典型临床症状为恶心、头晕, 会给患者正常工作和生活带来极大的困扰^[1-2]。从疾病产生原因角度来看, 由于导致疾病产生原因不同, 较为常见的为周围性眩晕, 此时患者内耳前庭至前庭神经颅外段出现必变, 耳石症、内耳淋巴系统失调等为常见周围性眩晕; 中枢性眩晕, 这一疾病主要是由于颅内占位性病变、感染性疾病、血管性疾病等的产生, 前庭神经核与纤维联系小脑与大脑等产生病变等为促使该症状形成的关键性因素。另外临床常见的眩晕性疾病还包括眼源性眩晕、全身疾病性眩晕等。由此可见, 引起疾病的原因较多, 临床实际展开疾病治疗中只有进行对症治疗才能够强化临床效果。现阶段临床针对这一疾病展开干预过程中, 盐酸倍他司汀应用较为常见, 但是服药期间部分患者呈现出耐受性较差, 依从性低的现象^[3-5]。而中医理论认为, 该疾病为本虚标实之证, 血瘀、阳亢及痰浊为标实, 气血阴阳亏虚为本虚主要原因。依据导致疾病产生原因通常可以将该疾病划分为气血亏虚型、肝阳上亢型、痰浊上蒙型等证型, 并行对症治疗, 不仅临床效果显著, 且患者耐受性良好^[6-7]。鉴于此, 本研究对 2021 年 7 月至 2023 年 7 月期间收治的 60 例痰浊上蒙型眩晕患者进行研究, 探讨苓桂术甘汤

加味的应用效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取濮阳市人民医院 2021 年 7 月至 2023 年 7 月期间收治的 60 例痰浊上蒙型眩晕患者进行研究, 以等量数字随机方式分为对照组与观察组, 各 30 例。对照组男性 18 例, 女性 12 例; 年龄 29 ~ 63 岁, 平均年龄 (46.25 ± 2.33) 岁; 病程 0.5 ~ 9 年, 平均病程 (4.75 ± 2.11) 年。观察组男性 19 例, 女性 11 例; 年龄 28 ~ 64 岁, 平均年龄 (46.31 ± 2.29) 岁; 病程 0.6 ~ 8 年, 平均病程 (4.67 ± 2.13) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 对本研究知情同意; (2) 临床诊断为眩晕症的患者^[6]; (3) 符合痰浊上蒙辨证标准^[7], 具体表现为头晕、头重如裹、恶心呕吐、舌苔白腻等; (4) 年龄 18 ~ 65 岁; (5) 无严重器质性疾病。

1.2.2 排除标准 (1) 合并有其他严重心脑血管疾病、肝肾功能障碍等重大内脏器官疾病; (2) 眩晕症状由药物或其他已知疾病引起; (3) 孕妇、哺乳期妇女或计划怀孕者; (4) 近期内服用过其他治疗眩晕的中药或西药; (5) 对苓桂术甘汤成分过敏者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用盐酸倍他司汀片 (河南中杰药

[收稿日期] 2023 - 09 - 25

[作者简介] 尚庆迎, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科学。

业有限公司，国药准字 H41023380），口服，每日 2 次，每次 8 mg。持续治疗 30 d 观察临床疗效。

1.3.2 观察组 采用苓桂术甘汤加味，组方：黄芪、薏苡仁、益母草各 30 g，泽泻、茯苓各 20 g，桂枝、炒白术各 12 g，川牛膝 10 g，甘草 6 g。临床加减：伴有血虚血瘀症状加丹参 10 g、当归 10 g；伴有脾阳虚甚症状加附子 10 g、干姜 10 g、红参 10 g；伴有体胖多湿症状加车前子 10 g、苍术 10 g；伴眠差多梦症状加合欢皮 10 g、酸枣仁 10 g；若严重眩晕临床症状加天麻 10 g、钩藤 10 g；伴有高血脂加生麦芽 10 g、生山楂 10 g、草决明 10 g；伴恶心呕吐现象加竹茹 6 g、代赭石 10 g；若脾虚及肾、晨泻便秘患者加五味子 6 g、补骨脂 10 g、肉豆蔻 10 g。每日 1 剂，水煎煮取药汁 300 mL，分早晚服用。持续治疗 30 d 观察临床疗效。

1.4 观察指标

(1) 眩晕相关症状与评分^[8]，包括眩晕频率、眩晕持续时间、眩晕症状评分，其中眩晕症状评分共包括头昏、胸闷脘痞、头重如蒙等维度，以 0~18 分计分，分值与眩晕症状呈负相关。(2) 生活质量评分，以生活质量评价量表^[9] (short form 36 questionnaire, SF-36) 对生理职能、精神状态、总体健康、活力 4 个维度进行评价，每个维度以 0~100 计分，分值与生活质量呈正相关。

(3) 治疗后不良反应发生情况，包括乏力、腹痛、嗜睡 3 个维度。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后眩晕相关症状与评分比较

治疗前两组患者的眩晕频率、眩晕持续时间及眩晕症状评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后观察组患者的眩晕频率、眩晕持续时间及眩晕症状评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后眩晕相关症状与评分比较
($n = 30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	眩晕频率 / 次·周 ⁻¹	眩晕持续时间 / min	眩晕症状评分 / 分
对照组	治疗前	5.54 ± 0.93	3.29 ± 0.59	12.35 ± 0.31
	治疗后	4.04 ± 0.33	2.55 ± 0.37	8.46 ± 0.28
观察组	治疗前	5.55 ± 0.91	3.27 ± 0.57	12.32 ± 0.33
	治疗后	1.63 ± 0.25 ^a	1.02 ± 0.19 ^a	3.44 ± 0.11 ^a

注：与对照组治疗后比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后生活质量比较

治疗前两组患者的 SF-36 各维度评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后观察组患者的 SF-36 各维度评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后生活质量比较 ($n = 30, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	生理职能	精神状态	总体健康	活力
对照组	治疗前	59.01 ± 4.33	62.40 ± 2.35	62.71 ± 2.49	62.52 ± 2.32
	治疗后	81.66 ± 2.33	83.12 ± 2.34	81.06 ± 3.07	87.97 ± 2.59
观察组	治疗前	58.71 ± 4.26	62.25 ± 2.38	62.66 ± 2.51	62.53 ± 2.31
	治疗后	90.12 ± 2.31 ^b	91.77 ± 2.36 ^b	92.11 ± 3.05 ^b	92.18 ± 2.06 ^b

注：与对照组治疗后比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较 [$n = 30, n(\%)$]

组别	乏力	腹痛	嗜睡	总发生
对照组	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	4(13.33)
观察组	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)

3 讨论

在多种内科常见慢性疾病中，眩晕症发病率较高，疾病同患者产生异常前庭功能及脑血管病变紧密相关，当椎-基底动脉出现异常甚至发生病变，将导致失真现象产生于空间关系与对周围环境的认知当中，促使患者出现起伏、旋转及颠倒的感觉^[8-10]。因容易导致患者出现严重的临床症状，多数患者饱受疾病折磨，出现眩晕、恶心等症状，生活质量严重下降，无法参与到正常的工作及生活当中。大量临床研究表明，该疾病的诱发因素主要包括自身存在颈椎疾病、贫血、高血压以及眼部疾病等^[11-13]。以往在对这一疾病展开治疗过程中所采用的西药干预方式，患者经过长时间服药容易产生副作用，包括嗜睡、腹痛甚至乏力等，导致患者耐受性较差，身心状态受到严重影响。为改善临床治疗效果，近年来临床疾病治疗中逐渐开始采用中医治疗。中医理论研究显示，当机体出现瘀、痰、火、虚、风容易引发清窍失养，而痰浊上蒙型眩晕会在脑络不畅、脾失健运、痰浊不化基础上形成，燥湿化痰、降逆止眩为主要治疗原则，因此苓桂术甘汤加味可实现对症治疗，缓解病症。该药物成分中的桂枝可以形成良好的温通化湿效果，在进行燥湿化痰、健脾行气治疗中则可以利用药物中茯苓、炒白术成分等，同时还可以依据患者临床症状，采用车前子、苍术、合欢皮、酸枣仁、生麦芽、生山楂、草决明行加减治疗，对患者脾阳虚甚、眠差多梦、高血脂等临床症状进行调节，从整体上改善患者的机体健康水平，加强

对眩晕症的治疗效果。

本研究结果显示：治疗后观察组患者眩晕相关症状与评分、SF-36 各维度评分均优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；不良反应发生率组间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。总结原因，在对痰浊上蒙型眩晕患者进行治疗中，中医学认为，患者清窍失养是导致火、痰、虚等现象的主要原因，是引起眩晕的主要因素，病位在于清窍，疾病同肝、脾、肾等器官功能存在紧密联系，在多种因素影响下会导致患者产生乏力、目眩以及严重头晕等现象，当症状较为严重时甚至会引起腹胀、恶心等，依据中医辨证，痰浊上蒙型眩晕为中阳不足所致。因此单纯应用西药进行治疗，无法从根本上对患者神明失养、脾虚湿盛进行调节，而苓桂术甘汤加味因具有健脾利湿、温化痰饮功效，在该疾病治疗中呈现出明显优势。可实现温化痰饮、健脾利湿效果，为益气行水，健脾祛湿则可以分别发挥药物成分中的黄芪以及薏苡仁、泽泻等功能，川牛膝则可以产生良好的引血下行效果，上述相关药物构成的苓桂术甘汤加味可以从益气化痰、补虚泻实角度出发实现对疾病的根本性治疗。因此可以更加有效进行临床症状改善，促进患者生活质量的提升，在对各项临床指标进行调节的过程中，给患者造成的副作用较低，不易引起严重的不良反应。

而早在《金匱要略》中张仲景曾针对痰饮病做了详细探讨，指出苓桂术甘汤呈现出良好的功效，针对痰浊上蒙型眩晕疾病，应注重温药和之。同时该记载中还指出苓桂术甘汤在目眩、胸胁支满、心下有痰饮治疗中为主要疗法，由此可见，采用苓桂术甘汤加味进行治疗，可以实现标本同治的目标。依据相关研究显示，该中药治疗方法还可以对水饮内停、脾阳虚衰的高血压患者呈现出明显的临床疗效，同时在湿阻清窍、阳虚水湿不化治疗中，也可以发挥这一药物功能，及时缓解临床症状^[14-15]。加之重要成分不会对患者胃肠道以及各个器官造成严重刺激，因此呈现出一定安全性，引起的不良反应相对较低。

综上所述，对痰浊上蒙型眩晕患者采用苓桂术甘汤加味进行治疗，可以发挥多种中药成分功能实现对临床症状的改善，有助于调节患者的生活质量，另外服药过程中患者产生的不良反应相对较低，可以提升患者的耐受性，强化临床治疗效果。

[参考文献]

- [1] 衡雪丽, 蒋烽炼, 信楠. 夏麻祛痰止晕方结合火针补髓益脑法治疗良性阵发性位置性眩晕(痰浊上蒙型)效果观察[J]. 四川中医, 2022, 40(10): 149-151.
- [2] 钟秀婷. 泽泻汤加味联合手法复位治疗耳石症(痰浊上蒙型)的临床疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2022, 13(11): 1-3.
- [3] 罗升. 中医辨证加减治疗对眩晕患者中医证候积分及临床效果的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(71): 74-77, 83.
- [4] 刘涛, 周正新, 朱磊, 等. 半夏白术天麻汤加减治疗颈型眩晕痰浊上蒙证临床观察[J]. 山西中医, 2023, 39(2): 47-48.
- [5] 李鑫, 张智龙, 许可. 早期针刺治疗对后循环缺血性眩晕痰浊上蒙证患者的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(2): 166-169.
- [6] 李志鹏, 于丽雅. 《临证指南医案》眩晕证治特色探析[J]. 江苏中医药, 2021, 53(11): 12-14.
- [7] 陈弼沧, 吴秋英, 蔡月虹. 《伤寒论》辨治眩晕症思路探析[J]. 甘肃中医学院学报, 2015, 32(3): 24-26.
- [8] 张树春. 半夏白术天麻汤加减方治疗痰浊上蒙型眩晕的效果探析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(6): 179-180.
- [9] 孙丽燕, 李景莉, 李亚楠, 等. 盐酸倍他司汀片联合盐酸氟桂利嗪片对椎-基底动脉供血不足性眩晕症患者椎基底动脉血流动力学和生活质量的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(3): 491-494, 499.
- [10] 关锦贞, 曾纪超, 陈瑶. 吴茱萸汤加减治疗梅尼埃病(痰浊上蒙型)50例的临床研究[J]. 中外医学研究, 2021, 19(13): 61-63.
- [11] 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.
- [12] 王胜男, 罗润军. 加味苓桂术甘汤治疗梅尼埃病(MD)痰饮型眩晕的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(3): 2-4.
- [13] 李敏, 杨琳, 常翔, 等. 苓桂术甘汤合泽泻汤对痰饮型耳石症复位后残余头晕及复发的作用研究[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(4): 351-356.
- [14] 陈嘉文. 加味苓桂术甘汤治疗梅尼埃病(MD)痰饮型眩晕对中医证候积分与生活质量的影响[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(12): 9-10.
- [15] 王晓霞, 贺阿利, 刘国强, 等. 苓桂术甘汤联合电针风池供血穴治疗椎基底动脉供血不足性眩晕的临床研究[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(3): 515-519.