

加味祛风定晕汤联合针刺对风阳上扰型前庭神经炎患者眩晕、前庭损伤的改善作用及对平衡功能、脑血流速度和 ET-1、25OHD₃ 的影响[△]

宋温婷*, 唐 静, 刘丽杰(石家庄市中心医院心病二科, 石家庄 050000)

中图分类号 R932

文献标志码 A

文章编号 1672-2124(2023)11-1321-05

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2023.11.010



摘要 目的:观察加味祛风定晕汤联合针刺对风阳上扰型前庭神经炎患者眩晕、前庭损伤的改善作用及对平衡功能、脑血流速度和内皮素 1(ET-1)、25 羟维生素 D₃(25OHD₃)的影响。方法:选择 2020 年 1 月至 2022 年 5 月该院前庭神经炎患者 100 例,根据随机数字表法分组,50 例患者为单一治疗组,给予加味祛风定晕汤治疗;50 例患者为联合治疗组,给予加味祛风定晕汤联合针刺治疗。治疗前后检测两组患者 ET-1、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、血管性血友病因子(vWF)、C 反应蛋白(CRP)、超氧化物歧化酶(SOD)和 25OHD₃ 水平,检查患者右椎动脉(RVA)、左椎动脉(LVA)和基底动脉(BA)血流速度,采用视频头脉冲试验(vHIT)检测 vHIT 增益异常半规管平均增益,并进行日常活动前庭功能障碍等级(VADL)、眩晕评估评分量表(DARS)、Berg 平衡量表(BBS)和眩晕障碍量表(DHI)评价,比较两组患者的临床疗效。结果:治疗后,联合治疗组患者的 CRP、TNF- α 水平较单一治疗组明显降低,SOD、25OHD₃ 水平较单一治疗组明显升高,ET-1、vWF 水平较单一治疗组明显降低,RVA、LVA 和 BA 血流速度较单一治疗组更快,vHIT 增益异常半规管平均增益较单一治疗组明显升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组患者的 VADL 评分较单一治疗组明显降低,DARS、DHI 评分较单一治疗组降低,BBS 评分较单一治疗组升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。联合治疗组患者的总有效率为 98.00%(49/50),高于单一治疗组的 84.00%(42/50),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:加味祛风定晕汤治疗风阳上扰型前庭神经炎,可降低患者 CRP、TNF- α 水平,提高 SOD、25OHD₃ 水平,抑制机体炎症,减少氧化应激及血管内皮损伤,改善脑血流速度,提升前庭功能,缓解眩晕症状,提高临床疗效、平衡能力及生活质量;加味祛风定晕汤联合针刺治疗可增强上述疗效,缓解临床症状。

关键词 加味祛风定晕汤;针刺;前庭神经炎;炎症;氧化应激;血管内皮损伤;前庭功能

Improvement of Modified Qufeng Dingyun Decoction Combined with Acupuncture on Vertigo and Vestibular Injury and Its Effects on Balance Function, Cerebral Blood Flow Velocity and ET-1, 25OHD₃ Levels in Patients with Vestibular Neuritis of Fengyang Shangrao Syndrome[△]

SONG Wenting, TANG Jing, LIU Lijie (Dept. of Cardiology, Shijiazhuang Central Hospital, Shijiazhuang 050000, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To observe the improvement of modified Qufeng Dingyun decoction combined with acupuncture on vertigo and vestibular injury and its effects on balance function, cerebral blood flow velocity and endothelin 1 (ET-1), 25-hydroxyvitamin D₃ (25OHD₃) levels in patients with vestibular neuritis of Fengyang Shangrao syndrome. **METHODS:** A total of 100 patients with vestibular neuritis admitted into this hospital from Jan. 2020 to May 2022 were selected, according to the random number table method, 50 patients received modified Qufeng Dingyun decoction were set as monotherapy group; another 50 patients received modified Qufeng Dingyun decoction combined with acupuncture were set as combined treatment group. Before and after treatment, the ET-1, tumor necrosis factor α (TNF- α), von Willebrand factor (vWF), C reactive protein (CRP), superoxide dismutase (SOD) and 25OHD₃ levels of both groups were measured, the blood flow velocities of right vertebral artery (RVA), left vertebral artery (LVA) and basilar artery (BA) were detected, the average semicircular canal gain of abnormal vHIT gain was conducted by using video head impulse test (vHIT), the vestibular dysfunction in daily activities (VADL), dizziness assessment rating scale (DARS), Berg balance scale (BBS) and vertigo handicap inventory (DHI) were performed, so that the clinical efficacy was compared between two groups. **RESULTS:** After treatment, the CRP and TNF- α levels were significantly lower, the SOD and 25OHD₃ levels were significantly higher, the ET-1 and vWF levels were

[△] 基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(No. 2022466)

* 主治医师。研究方向:冠心病介入、心律失常的临床治疗。E-mail: loursire2029@sohu.com

significantly lower, the blood flow velocities of RVA, LVA and BA were significantly faster, and the average semicircular canal gain of abnormal vHIT gain was significantly higher in the combined treatment group than those in the monotherapy group, with statistically significant differences ($P<0.05$). After treatment, the VADL score was significantly lower, the DARS and DHI scores were significantly lower, and the BBS score was significantly higher in the combined treatment group than those in the monotherapy group, with statistically significant differences ($P<0.05$). The total effective treatment rate of the combined treatment group was 98.00% (49/50), which was higher than 84.00% (42/50) in the monotherapy group, with statistically significant differences ($P<0.05$). CONCLUSIONS: The treatment of vestibular neuritis of Fengyang Shangrao syndrome with modified Qufeng Dingyun decoction can reduce the CRP and TNF- α levels, increase the SOD and 25OHD₃ levels, inhibit body inflammation, reduce oxidative stress and vascular endothelial injury, improve cerebral blood flow velocity, enhance vestibular function, alleviate the symptoms of vertigo, improve clinical efficacy, balance ability and life quality; the combination of modified Qufeng Dingyun decoction with acupuncture can enhance the above therapeutic effects and alleviate clinical symptoms.

KEYWORDS Modified Qufeng Dingyun decoction; Acupuncture; Vestibular neuritis; Inflammation; Oxidative stress; Vascular endothelial injury; Vestibular function

前庭神经炎为突发性周围性眩晕疾病,多由周围前庭器官炎症损伤产生单侧前庭神经功能障碍,临床表现为姿势不平衡、自发性眼球震颤、恶心呕吐和发作性眩晕等^[1]。前庭神经炎具有较高的发病率,在所有主诉为眩晕的患者中占比高达3.2%~15.3%,严重影响患者的生活质量,需及时给予治疗措施^[2]。前庭神经炎在中医学中属“耳眩晕”范畴,患者多有先天禀赋不足,正气虚弱,风邪侵袭,加上七情损伤、易恼怒,致使肝气郁结、肝火旺盛,风阳上扰清窍,进而引发眩晕^[3-4]。加味祛风定晕汤由明代张时彻所著《摄生众妙方》卷八中的荆防消毒散化裁而来,具有祛风疏散、疏肝解郁、清脑定晕的功效。针刺可调和阴阳、熄风通络,常用于治疗多种眩晕症。本研究旨在观察加味祛风定晕汤联合针刺对风阳上扰型前庭神经炎患者的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选择2020年1月至2022年5月于我院治疗的前庭神经炎患者100例。纳入标准:符合前庭神经炎诊断标准^[1],分型为风阳上扰型,即头痛且胀,眩晕耳鸣,失眠多梦,易怒,或面红目赤,口苦,舌红,苔黄,脉弦滑^[5];年龄20~60岁;依从性差;患者及家属签署同意书;近4周未服用相关药物。排除标准:合并耳科疾病史者;对本研究药物过敏者;伴随血液系统疾病、脏器功能不全、循环系统疾病、免疫系统疾病、神经系统疾病、感染性疾病和恶性肿瘤者;妊娠期或哺乳期妇女;合并前庭性偏头痛、梅尼埃病和良性阵发性位置性眩晕等其他眩晕性疾病者;依从性差者;晕针者;使用过耳毒性药物者;精神障碍者;具备以上任一情况者即排除。

根据随机数字表法分组。单一治疗组患者50例,女性19例,男性31例;年龄22~60岁,平均(46.23±2.17)岁;平均病程(3.22±0.47) d;患侧:左侧26例,右侧24例。联合治疗组患者50例,女性20例,男性30例;年龄21~59岁,平均(46.35±2.25)岁;平均病程(3.17±0.52) d;患侧:左侧27例,右侧23例。单一治疗组、联合治疗组患者的一般资料相似,

具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过(审批伦理号为00211878)。

1.2 方法

(1)单一治疗组患者给予加味祛风定晕汤治疗。组方:荆芥、防风、羌活、柴胡、前胡、薄荷、枳壳、桔梗、茯苓和川芎各6 g,甘草3 g,生姜2片,大枣2枚;外感风热邪气偏盛,加金银花、连翘和板蓝根;兼有痰湿,加陈皮、半夏;兼有气虚,加党参、黄芪;呕吐频作,加半夏、生姜;口干口苦、胃火上炎,加用清胃散。由中药制剂室统一煎药,每剂煎取200 mL,1日1剂,分早晚2次服用,连续治疗2周。(2)联合治疗组患者在单一治疗组基础上给予针刺治疗。选穴:太冲穴(双)、百会穴、侠溪穴(双)、风池穴(双)、翳风穴(患侧)和太溪穴(双),选用0.3 mm×40 mm一次性无菌针灸针(固始公元医疗器械有限公司),将针具与皮肤充分消毒,风池穴、翳风穴直刺1寸,百会穴针体与头皮成30°平刺0.3~0.5寸,太冲穴、太溪穴和侠溪穴直刺0.5寸,诸穴均进行捻转平补平泻法治疗,所有穴位得气后留针30 min,期间行针1次,1日治疗1次,每周休息2 d,连续治疗2周。

1.3 观察指标

(1)治疗前后抽取两组患者静脉血5 mL,检测血浆内皮素-1(ET-1)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、血管性血友病因子(vWF)、C反应蛋白(CRP)、超氧化物歧化酶(SOD)和25羟维生素D₃(25OHD₃)水平。(2)脑血流速度:治疗前后通过经颅多普勒超声检查患者右椎动脉(RVA)、左椎动脉(LVA)和基底动脉(BA)血流速度。(3)动态下前庭功能代偿能力:治疗前后给予患者视频头脉冲试验(vHIT)检测,采用视频头脉冲试验仪检查vHIT增益异常半规管平均增益,评价患者动态下前庭功能代偿能力。(4)前庭功能:治疗前后给予患者日常活动前庭功能障碍等级(VADL)评价,评价患者穿袜、穿鞋和穿上衣等能力,总分10分,分数越高,患者日常活动前庭功能越差。(5)治疗前后给予患者眩晕评估分量表(DARS)评价,包括6项,总分36分,分值与患者眩晕程度呈正相关。(6)平

衡能力:治疗前后给予患者 Berg 平衡量表(BBS)评价,包含站立、坐位站起、转移和站立位坐下等,总分 56 分,分数与平衡能力呈正相关。(7)生活质量:治疗前后给予患者眩晕障碍量表(DHI)评价,包含情感、功能、躯体 3 个项目,总分 40 分,分数与生活质量呈负相关。

1.4 疗效评定标准

患者眩晕症状及体征消失,实验室指标正常,为痊愈;患者眩晕症状减轻,实验室指标改善,为好转;患者眩晕症状、实验室指标无改善,为无效^[5]。总有效率=(痊愈病例数+好转病例数)/总病例数×100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件分析数据,血液指标、脑血流速度和动态下前庭功能代偿能力,VADL、DARS、BBS 和 DHI 评分等

计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,若符合正态分布,组内治疗前后数据采用配对 t 检验检测,组间数据采用成组 t 检验检测,不符合正态分布则采用 U 检验;临床疗效采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 CRP、TNF-α、SOD 和 25OHD₃ 水平比较

治疗前,两组患者 CRP、TNF-α、SOD 和 25OHD₃ 水平的差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者 CRP、TNF-α 水平较治疗前降低,联合治疗组患者 CRP、TNF-α 水平较单一治疗组明显降低;两组患者 SOD、25OHD₃ 水平较治疗前升高,联合治疗组患者 SOD、25OHD₃ 水平较单一治疗组明显升高,上述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 CRP、TNF-α、SOD 和 25OHD₃ 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	TNF-α/(pg/mL)		SOD/(U/mL)		CRP/(nmol/L)		25OHD ₃ /(ng/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组($n=50$)	18.62±3.15	11.35±2.61 ^a	59.41±2.01	65.03±3.16 ^a	15.50±2.11	13.70±2.17 ^a	18.66±1.32	20.15±2.56 ^a
联合治疗组($n=50$)	18.93±3.28	8.62±1.59 ^a	59.20±2.35	68.61±3.68 ^a	15.39±2.09	12.25±2.06 ^a	18.54±1.15	22.04±3.03 ^a
t	0.482	6.316	0.480	5.219	0.262	3.427	0.485	3.369
P	0.631	0.000	0.632	0.000	0.794	0.001	0.629	0.001

注:与本组治疗前相比,^a $P<0.05$ 。
Note:rs. the same group before treatment, ^a $P<0.05$.

2.2 两组患者治疗前后 ET-1、vWF 水平比较

治疗前,两组患者 ET-1、vWF 水平的差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者的 ET-1、vWF 水平较治疗前明显降低,联合治疗组患者的 ET-1、vWF 水平较单一治疗组明显更低,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 ET-1、vWF 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	vWF/%		ET-1/(μg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组($n=50$)	174.72±17.11	131.84±15.25 ^a	147.21±22.12	84.61±15.02 ^a
联合治疗组($n=50$)	173.59±17.42	117.02±13.32 ^a	148.05±22.05	61.19±12.96 ^a
t	0.327	5.175	0.190	8.348
P	0.744	0.000	0.850	0.000

注:与本组治疗前相比,^a $P<0.05$ 。
Note:rs. the same group before treatment, ^a $P<0.05$.

2.3 两组患者治疗前后 RVA、LVA 和 BA 血流速度比较

治疗前,两组患者 RVA、LVA 和 BA 血流速度的差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者 RVA、LVA 和 BA 血

流速度较治疗前加快,联合治疗组患者 RVA、LVA 和 BA 血流速度较单一治疗组更快,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组患者治疗前后 vHIT 增益异常半规管平均增益、VADL 评分比较

治疗前,两组患者 vHIT 增益异常半规管平均增益、VADL 评分的差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者 vHIT 增益异常半规管平均增益较治疗前升高,联合治疗组患者较单一治疗组明显升高;两组患者 VADL 评分较治疗前降低,联合治疗组患者较单一治疗组明显更低,上述差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

2.5 两组患者治疗前后 BBS、DARS 和 DHI 评分比较

治疗前,两组患者 BBS、DARS 和 DHI 评分的差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者的 DARS、DHI 评分较治疗前降低,联合治疗组患者的 DARS、DHI 评分较单一治疗组更低;两组患者的 BBS 评分较治疗前升高,联合治疗组患者的 BBS 评分较单一治疗组更高,上述差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 3 两组患者治疗前后 RVA、LVA 和 BA 血流速度比较($\bar{x}\pm s$,cm/s)

组别	RVA 血流速度		LVA 血流速度		BA 血流速度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组($n=50$)	29.54±1.16	31.93±2.03 ^a	29.15±1.05	31.23±1.27 ^a	32.09±1.17	34.84±1.32 ^a
联合治疗组($n=50$)	29.33±1.25	34.61±2.18 ^a	29.01±1.12	33.45±1.63 ^a	32.13±1.12	36.02±1.56 ^a
t	0.871	6.362	0.645	7.597	0.175	4.083
P	0.386	0.000	0.521	0.000	0.862	0.000

注:与本组治疗前相比,^a $P<0.05$ 。
Note:rs. the same group before treatment, ^a $P<0.05$.

表 4 两组患者治疗前后 vHIT 增益异常半规管平均增益和 VADL 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	vHIT 增益异常半规管平均增益		VADL 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组 ($n=50$)	0.75±0.07	0.95±0.10 ^a	5.13±1.15	2.58±0.71 ^a
联合治疗组 ($n=50$)	0.73±0.06	1.14±0.13 ^a	5.21±1.11	1.46±0.43 ^a
t	1.534	8.191	0.354	9.541
P	0.128	0.000	0.724	0.000

注:与本组治疗前相比,^a $P<0.05$ 。
Note:rs. the same group before treatment, ^a $P<0.05$.

表 5 两组患者治疗前后 BBS、DARS 和 DHI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 5 Comparison of BBS, DARS and DHI scores between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$,points)

组别	BBS 评分		DARS 评分		DHI 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组 ($n=50$)	30.77±6.53	38.54±5.49 ^a	22.19±3.89	17.57±3.25	30.17±5.13	12.41±2.73 ^a
联合治疗组 ($n=50$)	30.32±6.19	45.32±6.42 ^a	22.07±3.76	13.02±2.96 ^a	30.51±5.26	8.57±1.36 ^a
t	0.354	5.675	0.157	7.319	0.327	8.903
P	0.724	0.000	0.876	0.000	0.744	0.000

注:与本组治疗前相比,^a $P<0.05$ 。
Note:rs. the same group before treatment, ^a $P<0.05$.

表 6 两组患者临床疗效比较

Tab 6 Comparison of clinical efficacy between two groups

组别	痊愈/例	好转/例	无效/例	总有效率/%
单一治疗组 ($n=50$)	17	25	8	84.00
联合治疗组 ($n=50$)	31	18	1	98.00

神经节中有 I 型单纯疱疹病毒的潜伏感染,是导致前庭神经炎的主要原因^[10-12]。临床报道,约 50%的前庭神经炎患者发病前有上呼吸道感染史,疱疹病毒、风疹病毒、巨细胞病毒、流感病毒和腺病毒等均可导致前庭神经对细菌内毒素过敏进而产生水肿;在产生胃肠道或呼吸道急慢性炎症后,前庭神经可产生炎症引起水肿,肿胀的前庭神经可进一步压迫周围骨壁,进而诱发疾病;局部血流异常,导致缺血缺氧、毛细血管通透性增加等前庭神经小动脉循环紊乱,均可产生前庭神经炎,引起耳源性眩晕^[13-14]。

前庭神经炎在中医学中属“耳眩晕”范畴,多由患者先天禀赋不足,正气虚弱,无以抵御风邪侵袭,加上患者劳累过度、七情损伤,易恼怒,致使肝气郁结、肝火旺盛,瘀滞经络;火、热、风属阳邪,易袭阳位,而头为诸阳汇集之处,风热等阳邪易上扰清窍,进而引发眩晕^[4]。前胡降气化痰、散风清热,羌活祛风、止痛,为君药;柴胡疏肝解郁、疏散退热,茯苓宁心安神,为臣药;荆芥、防风祛风解表,薄荷疏肝理气,枳壳行气、化痰,桔梗宣肺、化痰,川芎行气开郁、祛瘀活血、祛风止痛,生姜温中止痛,大枣益气、养血安神,为佐药;甘草益气复脉、调和诸药,为使药。外感风热邪气偏盛者,加金银花、连翘和板蓝根疏风清热;兼有痰湿者,加陈皮、半夏燥湿化痰;兼有气虚者,加党参、黄芪补中益气、养血生津;呕吐频作,加半夏、生姜降逆止呕;口干口苦、胃火上炎者,加用清胃散清脏腑热、清胃凉血。诸药合

2.6 两组患者临床疗效比较
联合治疗组患者的总有效率为 98.00% (49/50),高于单一治疗组的 84.00% (42/50),差异有统计学意义 ($Z=2.820$, $P=0.002$),见表 6。

3 讨论
前庭神经炎为临床常见疾病,主要临床表现为眩晕,可产生姿势平衡障碍、眼球运动障碍^[6]。前庭神经炎起病突然,发病前可有发热、呼吸道感染病史,多为带状疱疹病毒、麻疹、腮腺炎及局部循环障碍引起^[7-9]。研究结果表明,在约 2/3 的前庭神经炎患者机体中检测出 I 型单纯疱疹病毒,还伴随多种炎症趋化因子、细胞因子、CD8⁺ T 淋巴细胞聚集,说明患者前庭

用,共达疏肝解郁、疏风散热、安神之功。针刺为中医特色疗法,太冲穴属足厥阴肝经,针刺可调气血、疏肝解郁、平肝潜阳,常用于眩晕疾病的治疗;百会穴属督脉,可调理阳气、祛风、开窍醒脑、宁心安神;侠溪穴属足少阳胆经,为足少阳胆经之荣穴,与太冲穴合用,可清热熄风、疏泄浮阳、定眩,常用于头痛、眩晕、耳鸣治疗;风池穴属足少阳胆经,可平肝潜阳、清肝明目、安神;翳风穴属手少阳三焦经,可聪耳通窍、疏散风热、活络;太溪穴属足少阴肾经,可益肾滋阴、清热安神。研究结果表明,针刺可改善大脑皮层血流量,促进血液循环,调节神经分泌功能,恢复前庭神经功能;还可调节神经-内分泌-免疫调节网络,减轻及清除炎症^[15]。

上呼吸道感染、I 型单纯疱疹病毒等均可产生炎症,损伤前庭;局部微循环障碍,机体缺血缺氧可产生氧自由基,引起血管内皮细胞损伤,进而致使前庭神经老化,诱发前庭神经炎^[14]。TNF- α 为炎症反应标志物,可增强单核细胞、嗜中性粒细胞黏附性,促进机体中炎症细胞聚集及浸润,加重炎症;CRP 是一种炎症蛋白,与炎症状态呈正相关;25OHD₃ 减少可导致抑制炎症反应功能减弱,加重前庭气管炎症^[16];vWF 反映血管内皮受损情况;ET 水平与血管内皮损伤呈正相关;SOD 可清除机体氧自由基^[17]。本研究结果表明,治疗后,联合治疗组患者的 CRP、TNF- α 水平较单一治疗组明显降低,SOD、25OHD₃ 水平较单一治疗组明显升高,ET-1、vWF 水平较单一治疗组明显降低,说明加味祛风定晕汤联合针刺治疗前庭神经炎,可降低 CRP、TNF- α 水平,提高 SOD、25OHD₃ 水平,抑制机体炎症,减少氧化应激及血管内皮损伤。治疗后,联合治疗组患者的 RVA、LVA 和 BA 血流速度较单一治疗组更快,vHIT 增益异常半规管平均增益较单一治疗组明显升高,VADL 评分较单一治

疗组明显降低,说明加味祛风定晕汤联合针刺治疗前庭神经炎,可改善脑血流速度,减少前庭损伤,提高前庭功能。联合治疗组患者的 DARS、DHI 评分较单一治疗组降低,BBS 评分较单一治疗组升高,总有效率高于单一治疗组,说明加味祛风定晕汤联合针刺治疗前庭神经炎患者,可缓解眩晕症状,提高临床疗效、平衡能力及生活质量。

综上所述,加味祛风定晕汤治疗前庭神经炎患者,可降低 CRP、TNF- α 水平,提高 SOD、25OHD₃ 水平,抑制机体炎症,减少氧化应激及血管内皮损伤,改善脑血流速度,提高前庭功能,缓解眩晕症状,提高临床疗效、平衡能力及生活质量;联合针刺可增强上述疗效。

参考文献

[1] 中国医师协会神经内科分会眩晕专业委员会,中国卒中学会卒中与眩晕分会,李斐,等. 前庭神经炎诊治多学科专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(9): 985-994.

[2] 武锋,张阳普. 针刺联合西药治疗前庭神经炎的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(1): 72-76.

[3] 冷辉. 前庭神经炎的诊治策略[C]///中国中医药信息研究会耳鼻喉科分会成立大会暨首届学术年会耳鼻喉高峰论坛论文集. 成都, 2018-07-27, 2018: 33-38.

[4] 刘进. 中西医结合治疗前庭神经炎及 HIMP、SHIMP 对预后影响的临床研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2022.

[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994:37-38.

[6] 周金丽,蒋慧刚,陈子龙,等. 疏风清热活血方治疗前庭神经炎风热外袭证 56 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(4): 247-248.

[7] 黄臻. 甲钴胺联合泼尼松对老年前庭神经炎患者前庭功能和炎症介质水平的影响[J]. 中国药物经济学, 2019, 14(9): 69-71.

[8] MCGARVIE L A, MACDOUGALL H G, CURTHOYS I S, et al. Spontaneous recovery of the vestibulo-ocular reflex after vestibular neuritis; long-term monitoring with the video head impulse test in a single patient[J]. Front Neurol, 2020, 11: 732.

[9] 滕锐博. 激素联合前庭康复治疗与单纯激素治疗前庭神经炎的临床疗效比较观察[J]. 中国保健营养, 2020, 30(14): 123.

[10] 李远军,徐先荣. 前庭神经炎的研究进展[J]. 中华耳科学杂志, 2016, 14(4): 515-520.

[11] 岳振东,黄丽贤. 前庭神经炎的发病机制与治疗康复现状[J]. 健康必读, 2021(7): 251.

[12] 王延辉,薛瑞,袁杰,等. 鼠神经生长因子联合糖皮质激素治疗急性前庭神经炎疗效研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(11): 1474-1476.

[13] 杨江东. 前庭神经炎的诊治研究进展[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2018.

[14] 吴炜,惠振,王敬卿. 前庭神经炎的中西医病机概述[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(1): 78-82.

[15] 宋晓琳. 针刺结合常规西药治疗对前庭神经炎患者前庭功能影响的临床观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2018.

[16] 李秀花,孟萌,宋江曼,等. 前庭神经炎患者 25 羟维生素 D 和 C 反应蛋白水平的研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2021, 38(9): 829-832.

[17] 杨云鹏,张爱香,任蓓,等. 鼠神经生长因子联合强的松治疗对老年急性前庭神经炎患者前庭功能和氧化应激水平的影响[J]. 海南医学, 2021, 32(2): 160-164.

(收稿日期:2023-02-07 修回日期:2023-08-09)

(上接第 1320 页)

[11] 钟嘉熙,梁雪芬. 青蒿鳖甲汤的临床应用[J]. 江苏中医药, 2008, 40(3): 10-11.

[12] 王春玲,赖小平,吴安国. 和厚朴酚联合青蒿素体外抗肿瘤的实验研究[J]. 中国药理学杂志, 2011, 46(21): 1639-1642.

[13] HIREMATH I S, GOEL A, WARRIER S, et al. The multidimensional role of the Wnt/ β -catenin signaling pathway in human malignancies[J]. J Cell Physiol, 2022, 237(1): 199-238.

[14] 肖琨珉,朱世杰,李可歆,等. 鳖甲煎丸化裁方及其拆方对肝癌 H22 细胞的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(8): 1379-1384.

[15] 冯明辉,贺松其,黄松泽,等. 鳖甲煎丸对二乙基亚硝胺诱导的大鼠肝癌的抑制作用及机制[J]. 南方医科大学学报, 2020, 40(8): 1148-1154.

[16] XIAO Y, MA D, ZHAO S, et al. Multi-omics profiling reveals distinct microenvironment characterization and suggests immune

escape mechanisms of triple-negative breast cancer[J]. Clin Cancer Res, 2019, 25(16): 5002-5014.

[17] 刘印华,赵志强,李树义,等. 黄芪多糖对免疫功能影响的体内实验研究[J]. 河北医药, 2015, 37(4): 485-487.

[18] 罗辉,周元科,邓媛媛,等. 茯苓酸性多糖调节免疫功能活性研究[J]. 中药材, 2015, 38(7): 1502-1504.

[19] 吕梦琪,王言之,环飞,等. 黄芪、茯苓等增强免疫力中药复方筛选研究[J]. 云南民族大学学报(自然科学版), 2021, 30(3): 231-234.

[20] 唐镔镔,邹德宏,何向明,等. 中药复方治疗恶性肿瘤放疗后白细胞减少症用药规律研究[J]. 中医学报, 2018, 33(10): 1838-1842.

[21] 林月洁,罗钺,王璐瑶,等. 中医药防治肺癌化疗后消化道反应的用药规律分析[J]. 海南医学院学报, 2022, 28(5): 357-362.

(收稿日期:2023-03-06 修回日期:2023-07-19)

欢迎关注《中国医院用药评价与分析》官方网站
网址: <http://yypf-china.com>