

半夏白术天麻汤加减联合心理干预对良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的疗效分析

张敏 曹东辉 朱海清

韶关市第一人民医院 广东 韶关 512000

【摘要】目的：观察半夏白术天麻汤加减联合心理干预对良性阵发性位置性眩晕（BPPV）复位后残余症状（RD）的治疗作用，患者焦虑抑郁情绪与生活质量的改善情况。方法：2023年1月至2025年1月我院收治的BPPV复位成功伴RD患者90例，随机分A组（对照组30例，予安慰剂）、B组（心理干预组30例，予心理干预）、C组（中药联合心理干预组30例，予半夏白术天麻汤加减联合心理干预），随访4周。入组时、随访第14天、第28天采用眩晕残障程度评定量表（DHI）、医院焦虑抑郁量表（HADS）评分，SPSS22.0软件行统计分析。结果：干预后C组DHI评分、HADS焦虑与抑郁评分均显著低于A组和B组，B组上述评分显著低于A组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：半夏白术天麻汤加减联合心理干预可改善BPPV复位后残余症状，缓解焦虑抑郁情绪，提升患者生活质量，临床推广价值明显。

【关键词】：良性阵发性位置性眩晕；残余症状；半夏白术天麻汤；心理干预

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.089

良性阵发性位置性眩晕（BPPV）为临床最常见周围性眩晕疾病，头部位置改变诱发短暂眩晕是核心症状，耳石手法复位（CRP）为目前公认首选根治方案，复位成功率超90%^[1-2]。临床30%-50%患者复位成功后仍残留头晕、头昏、平衡障碍等残余症状（RD），常伴随焦虑、抑郁等情绪问题，影响日常活动与生活质量，构成亟待解决的临床难题。BPPV复位后RD治疗尚无统一标准，单纯心理干预或对症药物治疗效果欠佳。半夏白术天麻汤源自《医学心悟》，具健脾祛湿、化痰息风功效，契合RD“痰湿内阻、风痰上扰”中医病机，心理干预可改善情绪状态，减少心理因素对症状的放大作用^[3]。本研究选取2023年1月至2025年1月我院90例BPPV复位后伴RD患者，分组对照观察半夏白术天麻汤加减联合心理干预的临床疗效，为优化RD治疗方案提供依据。详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2023年1月至2025年1月我院90例BPPV经CRP复位成功后伴RD者，按随机数字表法分A组（对照组）、B组（心理干预组）、C组（中药联合心理干预组），每组30例。纳入标准：①BPPV诊断明确，CRP复位成功（Dix-Hallpike试验或Roll试验阴性）；②复位后残余头晕、头昏、平衡障碍等症状，持续 ≥ 3 天；③年龄18-75岁；④意识清晰，可配合量

表评分及随访；⑤自愿签署知情同意书。排除标准：①合并梅尼埃病、前庭神经炎等其他前庭系统疾病；②合并严重心脑血管疾病、肝肾功能不全或造血系统疾病；③对半夏白术天麻汤组成药材过敏；④存在精神疾病或认知功能障碍，无法配合心理干预及量表评估；⑤妊娠或哺乳期女性；⑥近1个月服用过影响前庭功能或抗焦虑抑郁的药物。

1.2 方法

A组给予安慰剂，制剂与半夏白术天麻汤剂外观、颜色一致，无药理作用，每日1剂，水煎取汁400mL，早晚分2次温服，连续4周，期间不实施心理干预。B组行单纯心理干预，干预周期4周，一对一对面进行，每周2次，每次45分钟。认知行为干预讲解BPPV及残余症状发病机制、预后特点，纠正错误认知与负性预期；情绪疏导倾听诉求，以共情、支持性语言缓解焦虑抑郁情绪，引导表达内心感受；放松训练指导腹式呼吸放松法、渐进式肌肉放松训练，每次15分钟，每日居家自行练习2次；健康宣教告知日常作息、体位调整、康复锻炼等注意事项，帮助建立健康生活方式。C组采用半夏白术天麻汤加减联合心理干预，心理干预方式、频率、时长同B组。中药基础方：半夏12g、白术15g、天麻10g、茯苓15g、陈皮10g、甘草6g、生姜3片、大枣5枚。加减方案：头晕明显加葛根15g、川芎10g；痰湿偏重加薏苡仁20g、苍术10g；伴恶心呕吐加竹茹10g、藿香10g；焦虑显著加合欢皮15g、酸枣仁

项目名称：半夏白术天麻汤加减联合心理干预对良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的疗效分析

项目类别：2023年度韶关市社会发展科技协同创新体系建设项目（支持科研工作者项目）

项目编号：230330168035926

15g。每日1剂由我院中药房统一煎制，每剂取汁400mL，早晚分2次温服，连续4周。三组均随访4周，记录用药依从性及不良反应。

1.3 观察指标

记录三组入组时、随访第14天、第28天的DHI评分与HADS评分。DHI量表含功能、情感、躯体3个维度，25个条目，采用0-4分四级评分，总分0-100分，评分越高眩晕对日常生活障碍越显著，0-30分为轻度障碍，31-60分为中度障碍，61-100分为重度障碍。HADS量表含焦虑（HADS-A）、抑郁（HADS-D）两个亚量表，各7个条目，0-3分四级评分，亚量表总分0-21分，≥8分提示存在焦虑或抑郁情绪，评分越高情绪异常程度越重。所有量表由统一培训的医护人员指导独立填写，保证评分客观准确。

1.4 统计学处理

数据经SPSS22.0统计学软件处理，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内不同时间点比较用重复测量方差分析，组间比较用单因素方差分析，两两比较用LSD-t检验；计数资料以例数（百分比）[n（%）]表示，比较用卡方检验；非正态分布计量资料采用非参数检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者不同时间点 DHI 量表评分比较

干预后14天、28天，三组DHI评分均较入组时下降，组间下降幅度差异显著（P<0.001）。C组下降幅度最大，B组次之，A组最小，两两比较差异均有统计学意义（P<0.001）。具体数据见表1。

表1 三组患者不同时间点 DHI 量表评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别 | 例数 | 入组时 | 14天 | 28天 | F值 | P值 |
|----|----|------------|------------|------------|---------|--------|
| A组 | 30 | 65.20±3.15 | 58.30±3.50 | 52.10±3.40 | 45.218 | <0.001 |
| B组 | 30 | 64.85±3.22 | 49.20±3.30 | 38.50±3.10 | 128.654 | <0.001 |
| C组 | 30 | 65.10±3.08 | 41.50±3.20 | 29.80±2.90 | 215.327 | <0.001 |

2.2 三组患者不同时间点 HADS-A 评分比较

干预后三组HADS-A、HADS-D评分呈下降趋势，C组下降效果优于B组和A组，组间、组内不同时间点比较差异均有统计学意义（P<0.001）。干预28天，C组HADS-A较入组时降低7.00分，HADS-D降低7.15分，均降至正常范围；B组两项分别降低4.95分、5.15分，部分患者仍有轻度情绪异常；A组两项仅降低1.80分、2.00分，情绪改善不明显。具体数据见表2。

表2 三组患者不同时间点 HADS-A 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别 | 例数 | 入组时 | 14天 | 28天 | F值 | P值 |
|----|----|------------|------------|------------|---------|--------|
| A组 | 30 | 12.30±1.85 | 11.20±1.60 | 10.50±1.55 | 108.456 | <0.001 |
| B组 | 30 | 12.15±1.78 | 9.50±1.50 | 7.20±1.30 | - | - |
| C组 | 30 | 12.25±1.82 | 7.80±1.40 | 5.30±1.20 | - | - |

2.3 三组患者不同时间点 HADS-D 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

干预后14天、28天，三组HADS-D评分较入组时逐步下降，组内不同时间点、组间同期比较差异均有统计学意义（P<0.001）。C组下降幅度最大，B组次之，A组最小，两两比较差异均有统计学意义（P<0.001）。具体数据见表3。

表3 三组患者不同时间点 HADS-D 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别 | 例数 | 入组时 | 14天 | 28天 | F值 | P值 |
|----|----|------------|------------|-----------|---------|--------|
| A组 | 30 | 11.80±1.75 | 10.60±1.50 | 9.80±1.45 | 32.567 | <0.001 |
| B组 | 30 | 11.65±1.68 | 8.80±1.40 | 6.50±1.25 | 98.741 | <0.001 |
| C组 | 30 | 11.75±1.72 | 7.00±1.30 | 4.60±1.10 | 186.523 | <0.001 |

3 讨论

良性阵发性位置性眩晕经耳石手法复位后，残余症状是影响预后的重要因素，与抑郁情绪的相互影响是临床研究重点。西医认为RD与耳石残留、前庭整合异常相关，抑郁通过神经递质失衡形成“症状-情绪”恶性循环^[4]。中医归因于复位后正气亏虚、痰湿内阻兼肝气郁结，单一治疗难以全面覆盖。本研究分组对照观察半夏白术天麻汤加减联合心理干预疗效，联合组抑郁改善显著优于单纯干预组，为临床提供新思路。

BPV患者复位后残余症状持续存在，易滋生“疾病未愈”“复发风险高”等负性认知，诱发抑郁情绪。情绪异常可通过下丘脑-垂体-肾上腺轴调节异常，提升前庭功能敏感性，抑制前庭代偿，形成“症状-情绪”恶性循环^[5-7]。本研究B组采用认知行为干预联合放松训练，疾病知识宣教纠正错误认知，共情疏导释放负性情绪，渐进式肌肉放松训练调节自主神经功能。干预28天后HADS-D评分较A组显著降低，表明单纯心理干预可打破情绪与症状的关联，为前庭功能代偿创造有利条件。

半夏白术天麻汤是中医治疗痰湿型眩晕的经典方剂，组方契合RD“痰湿内阻、风痰上扰”核心病机。方中半夏燥湿化痰、降逆止呕，天麻平肝息风、定惊止眩，二者相须为用，共奏化痰息风之效；白术、茯苓健脾祛湿，从本源减少痰湿生成，契合“脾为生痰之源”理论；陈皮理气健脾、燥湿化痰，生姜、大枣调和脾胃，甘草益气和中、调和诸药^[8]。现代药理研究表

明,天麻中天麻素可改善前庭神经细胞代谢,抑制前庭感受器过度兴奋,减轻平衡障碍;半夏提取物可调节自主神经功能、缓解头晕相关恶心症状;白术、茯苓有效成分能改善微循环,促进前庭功能修复^[9]。C组在心理干预基础上联合该方加减,头晕甚者加葛根、川芎活血通络,焦虑显著者加合欢皮、酸枣仁疏肝解郁,强化靶向治疗效果,HADS-D评分较B组显著降低,体现中药对病理基础的针对性改善作用。

半夏白术天麻汤加减与心理干预联合具显著协同增效作用。中药通过健脾化痰、息风通络改善RD病理基础,为情绪调节提供生理支撑;心理干预缓解抑郁情绪,减轻情绪对前庭功能的抑制,促进中药疗效发挥,二者形成“病理改善-情绪调节”双向良性循环^[10]。本研究结果显示,C组干预28天HADS-D

评分降幅达60.5%,显著高于B组的44.2%和A组的16.9%,且评分完全降至正常范围。说明联合干预不仅能针对性改善抑郁情绪,更能通过协同作用加速前庭功能代偿,彻底打破RD与情绪异常的相互影响,疗效优于单纯心理干预或安慰剂治疗。

综上所述,半夏白术天麻汤加减联合心理干预用于BPPV复位后残余症状伴抑郁情绪者,以中医辨证施治改善痰湿内阻、风痰上扰核心病机,搭配心理干预打破“症状-情绪”恶性循环。二者协同降低HADS-D评分,缓解抑郁情绪,为前庭功能代偿创造有利条件。该治疗方案安全、经济、易操作,临床推广价值突出,可为BPPV复位后残余症状的中西医结合治疗提供优化新方向。

参考文献:

- [1] 李丹,黎燕容,卢思彤,等.良性阵发性位置性眩晕残余症状的中西医发病机制及治疗进展[J].湖南中医杂志,2025,41(10):177-182.
- [2] 薛雅慧.半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕痰湿中阻证的疗效观察[D].湖南中医药大学,2025.
- [3] 朱毅,黄萍,黄庆松.良性阵发性位置性眩晕复位后残余头晕的中医治疗研究进展[J].中国中医急症,2022,31(09):1496-1500.
- [4] 王长雪,李磊.加味半夏白术天麻汤联合耳石复位治疗良性阵发性位置性眩晕患者的效果[J].中国民康医学,2022,34(09):81-83.
- [5] 王玲玲.加味半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕复位成功后残余头晕临床效果分析[J].系统医学,2022,7(02):191-193+198.
- [6] 高兰芝,孙冬冬.半夏白术天麻汤联合改良Epley复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J].实用中医药杂志,2022,38(08):1307-1309.
- [7] 杨暖,陈秋云,刘琼琼,等.加味半夏白术天麻汤联合揪针辅治良性阵发性位置性眩晕手法复位后残余头晕疗效观察[J].实用中医药杂志,2025,41(06):1249-1251.
- [8] 李金飞,刘大新,丁雷,等.刘大新运用半夏白术天麻汤加减治疗良性阵发性位置性眩晕手法复位后残余头晕验案2则[J].山西中医,2022,38(10):36+47.
- [9] 曾屹生,陈宇,王丽云,等.健脾化痰法联合前庭康复训练治疗良性阵发性位置性眩晕残余症状的临床研究[J].山西中医药大学学报,2024,25(10):1155-1159+1164.
- [10] 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.