

针刺“枕后七穴”治疗持续性姿势-知觉性头晕的疗效研究

秦海英^{1,2,3*}, 宋磊^{1,2,3}, 华梓琪^{1,2,3}, 叶爱姣^{1,2,3}, 王文斐⁴, 莫丽德·马拉提⁵, 虞梅^{1,2,3#}

¹新疆维吾尔自治区精神卫生中心, 新疆 乌鲁木齐

²新疆维吾尔自治区精神研究所, 新疆 乌鲁木齐

³乌鲁木齐市第四人民医院中医科, 新疆 乌鲁木齐

⁴新疆医科大学临床医学院, 新疆 乌鲁木齐

⁵新疆生产建设兵团医院临床心理门诊, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2025年7月19日; 录用日期: 2025年8月12日; 发布日期: 2025年8月21日

摘要

目的: 探讨针刺“枕后七穴”治疗持续性姿势-知觉性头晕(PPPD)的疗效。方法: 选取96例乌鲁木齐市第四人民医院的PPPD患者, 随机分为治疗组和对照组, 各48例。治疗组接受针刺“枕后七穴”治疗, 对照组口服草酸艾司西酞普兰片。治疗28天后, 通过中医眩晕症状观察量表、Berg平衡量表(BBS)、眩晕评价量表(DARS)及眩晕残障程度评定量表(DHI)评估疗效, 并以DHI评分的改善程度为疗效评价标准。结果: 1) 两组在治疗第14天和第28天的中医眩晕症状观察量表积分均显著降低($P < 0.01$), 且治疗组优于对照组($P < 0.01$)。2) BBS评分显示, 两组治疗后均有显著改善($P < 0.05$), 其中治疗组改善更明显($P < 0.01$)。3) DHI子项评分中, 躯体(DHI-P)、情绪(DHI-E)和功能(DHI-F)维度均有显著改善($P < 0.05$), 治疗组在多个时间点表现更优($P < 0.01$)。4) DARS评分方面, 治疗组在第14天和第28天均显著优于对照组($P < 0.01$)。5) 总有效率方面, 治疗组达到100%, 高于对照组的93.75% ($P < 0.05$)。结论: 针刺“枕后七穴”对PPPD患者的临床症状具有显著改善作用, 能够调节静态平衡能力, 增强治疗信心与依从性, 从而降低跌倒风险, 是一种安全有效的治疗方法。

关键词

持续性姿势-知觉性头晕, 针刺, “枕后七穴”, 疗效, 中医

*第一作者。

#通讯作者。

Study on the Efficacy of Acupuncture at the “Seven Points behind the Occiput” for the Treatment of Persistent Postural-Perceptual Dizziness

Haiying Qin^{1,2,3*}, Lei Song^{1,2,3}, Ziqi Hua^{1,2,3}, Aijiao Ye^{1,2,3}, Wenfei Wang⁴, Molide·Malati⁵, Mei Yu^{1,2,3#}

¹Xinjiang Uygur Autonomous Region Mental Health Center, Urumqi Xinjiang

²Xinjiang Uygur Autonomous Region Institute of Psychiatry, Urumqi Xinjiang

³Department of Traditional Chinese Medicine, The Fourth People's Hospital of Urumqi, Urumqi Xinjiang

⁴Clinical Medical School, Xinjiang Medical University, Urumqi Xinjiang

⁵Clinic of Clinical Psychology, Xinjiang Production and Construction Corps Hospital, Urumqi Xinjiang

Received: Jul. 19th, 2025; accepted: Aug. 12th, 2025; published: Aug. 21st, 2025

Abstract

Objective: To investigate the efficacy of acupuncture at the “Seven Points behind the Occiput” in treating patients with Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD). **Methods:** 96 PPPD patients from The Fourth People's Hospital of Urumqi were randomly assigned to a treatment group and a control group, with 48 patients in each group. The treatment group received acupuncture at the “Seven Points behind the Occiput”, while the control group was treated with oral escitalopram oxalate tablets. After 28 days of treatment, efficacy was evaluated using the Traditional Chinese Medicine (TCM) Dizziness Symptom Observation Scale, Berg Balance Scale (BBS), Dizziness Assessment Rating Scale (DARS), and Dizziness Handicap Inventory (DHI). The improvement in DHI scores was used as the standard to evaluate efficacy. **Results:** 1) Both groups showed significantly reduced TCM Dizziness Symptom Observation Scale scores on the 14th and 28th days after treatment ($P < 0.01$), with significantly better outcomes in the treatment group compared to the control group ($P < 0.01$). 2) BBS scores improved significantly in both groups on the 14th and 28th days after treatment ($P < 0.05$), with the treatment group showing more pronounced improvement ($P < 0.01$). 3) In the DHI subscale scores, significant improvements were observed in the physical (DHI-P), emotional (DHI-E), and functional (DHI-F) dimensions ($P < 0.05$), with the treatment group performing better at multiple time points ($P < 0.01$). 4) In terms of DARS scores, the treatment group was significantly superior to the control group on both the 14th and 28th days ($P < 0.01$). 5) In terms of total efficacy rate, the treatment group achieved 100%, which was higher than 93.75% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture at the “Seven Points behind the Occiput” has a remarkable effect in improving clinical symptoms in PPPD patients. It effectively enhances patients' static balance, boosts their confidence in treatment, and improves treatment compliance, thereby reducing the risk of falls. It is a safe and effective therapeutic approach.

Keywords

Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD), Acupuncture, “Seven Points behind the Occiput”, Efficacy, Traditional Chinese Medicine



1. 引言

持续性姿势-知觉性头晕(Persistent Postural-Perceptual Dizziness, PPPD)是一种复杂的、多因素影响的慢性功能性前庭疾病,其临床特征主要表现为长期存在的非旋转性头晕、不稳感或空间定向障碍,并常伴随对运动视觉刺激的高度敏感。该病通常在特定诱因后发生,如急性或间歇性前庭疾病(如良性阵发性位置性眩晕)、焦虑抑郁状态或其他神经系统疾病,且症状往往持续存在3个月以上,严重影响患者的日常生活质量与社会功能[1]。PPPD的治疗主要包括药物治疗、认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)、前庭康复训练、神经调控技术以及中医药干预等多种手段[2]-[7]。其中,选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)是临床上最常用的药物类型之一,尤其以草酸艾司西酞普兰为代表,因其能够有效抑制中枢神经系统对5-羟色胺(5-HT)的再摄取,从而改善患者的情绪状态和前庭功能失调,广泛应用于PPPD的治疗。然而,由于部分患者对药物治疗依从性较差,加之长期用药可能导致副作用积累,因此寻找更为安全、有效的替代或辅助疗法显得尤为重要[8][9]。针灸作为中国传统医学的重要组成部分,具有悠久的历史和丰富的临床经验,在治疗眩晕及相关功能性疾病方面展现出独特优势。大量临床实践表明,针刺疗法不仅能够调节脑部血流动力学,改善前庭系统的稳定性,还能通过调节自主神经系统、减轻焦虑情绪、增强本体感觉整合能力等方式,综合改善患者的临床症状。近年来,随着中医理论与现代医学技术的融合,针灸在治疗PPPD中的作用逐渐受到重视,并成为研究热点之一。因此,本研究拟分别通过“枕后七穴”针刺疗法和口服草酸艾司西酞普兰片治疗PPPD,评估针刺“枕后七穴”在改善PPPD患者临床症状、平衡能力、情绪状态及生活质量方面的疗效,进一步探讨其潜在机制,为今后制定更加精准、个体化的治疗方案提供参考。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取2024年3月至2024年12月在我院治疗的PPPD患者96例。纳入标准:西医诊断标准符合巴拉尼协会前庭疾病分类委员会于2017年发布的共识[10];中医诊断标准符合《中医内科学》中的关于头晕的相关症状[11];符合上述中西医诊断标准;年龄在18~65岁之间,男女不限;具有良好的依从性,能够完成各项检查项目,并且能完成整个治疗过程;签署知情同意书并能坚持治疗者。排除标准:不符合诊断标准或纳入标准者;其他疾病及外伤所致的眩晕,如颅内占位、脑出血及耳源性、代谢性、感染性疾病所致的眩晕;后循环梗死所致的眩晕;合并严重的心、肺、肝、肾疾病与重症精神病患者;治疗部位有严重皮肤损伤或皮肤病者;有凝血障碍或出血性疾病的患者;法律规定的残疾患者(盲、聋、哑、智力障碍、肢体残疾);妊娠期或哺乳期妇女。本研究已获得本院医学伦理委员会审核批准(2024-007-01),所有患者和家属获知情同意并签署知情同意书。96例患者随机分为对照组和治疗组,每组48例。

2.2. 方法

2组患者入院后进行全面评估,均进行基础治疗:禁烟限酒;饮食宜清淡,忌辛辣生冷油腻之物,避免浓茶、咖啡、巧克力、甜食等刺激性饮料及食物;保持心情舒畅,缓解紧张情绪,注意劳逸结合,严重者卧床休息。① 对照组内容:给予“草酸艾司西酞普兰片”(国药准字:H20103327)口服,每次1片(10

mg), 每日 1 次, 连续服用 28 天; ② 治疗组内容: 给予针刺“枕后七穴”治疗。取穴: 风池、完骨、天柱以及哑门七穴, 各穴位均采用解剖定位选穴; 采用器具: 0.25 × 40 寸不锈钢毫针(环球牌一次使用无菌针); 俯伏坐位操作: 风池进针 1.2 寸, 针尖向对侧口角; 完骨进针 1 寸, 针尖向鼻尖, 均采用捻转手法, 平补平泻; 天柱垂直进针 1 寸; 哑门穴垂直进针, 针尖略向下, 患者头部不得前后仰俯, 并在 1.0~1.5 寸范围内提插 9 次。哑门穴严格操作, 防止刺入硬膜。以上穴位留针 20 分钟, 中间行针 2 次; 治疗时间: 每日施针 1 次, 每次留针 20 min, 每周连续施针 5 次, 休息 2 天, 此为 1 个疗程, 治疗周期为 4 个疗程, 共计 28 天。

2.3. 观察指标

① 中医眩晕症状观察量表。中医眩晕症状观察量表根据眩晕病临床证候评价量表[12]改编, 具体评定项目包括眩晕程度、眩晕频次及持续时间、心悸心慌等多项 PPPD 证候, 每一证候描述项得分为 0、2、4、6 分, 严重程度随积分增加而上升。② Berg 平衡量表(BBS)。Berg 平衡量表包含 14 个项目, 每个项目根据表现分别赋予 0、1、2、3、4 分, 总分为 56 分。评分区间 0 至 20 分表明个体的平衡功能较差, 需依赖轮椅行动; 21 至 40 分表示个体具备一定的平衡能力, 能在辅助下进行步行; 41 至 56 分则显示个体的平衡功能较好, 能够独立步行。③ 眩晕评价量表(DARS)。在本量表中, 6 个选项“无症状、很轻、轻度、轻到中度、中度、中到重度、重度”分别对应 0 至 6 分的评分, 其中评分越高, 代表眩晕程度越严重。④ 眩晕残障程度评定量表(DHI)。本量表由三个子指数组成, 分别为 DHI-P (physical, 躯体)、DHI-E (emotional, 情绪)和 DHI-F (function, 功能)。该量表的总分为 100 分, 其中 DHI-P 的分值范围为 0 至 28 分, 用以反映躯体因素的影响; DHI-E 的分值范围为 0 至 36 分, 用以反映情绪因素的影响; DHI-F 的分值范围为 0 至 36 分, 用以反映功能因素的影响。在量表选项中, “是、有时、无”分别对应分值“4、2、0”分, 分值越高表明眩晕对个体生活的影响程度越严重。

2.4. 疗效评价标准

当 DHI 评分改善程度 $\geq 75\%$ 为显效; 若改善程度介于 30%至 75%之间, 则视为有效; 若改善程度低于 30%, 则判定为无效。DHI 评分的改善程度计算公式为: (治疗前评分 - 治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$ 。总有效率的计算方式为: (显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.5. 统计学方法

计量资料采用重复测量方差分析(Repeated Measures ANOVA)或线性混合效应模型(Linear Mixed-Effects Model, LMM)进行分析, 以评估治疗组与对照组在不同时间点(治疗前、治疗第 14 天、治疗第 28 天)的差异变化趋势; 若数据不满足正态分布假设, 则采用非参数检验中的 Friedman 检验作为替代方法。对于组间比较, 采用 Wilcoxon 秩和检验; 对于组内比较, 采用配对 t 检验或 Wilcoxon 符号秩检验, 并根据 Bonferroni 法进行多重比较校正。显著性水平 α 设为 0.05, 所有统计分析均使用 SPSS 21.0 软件完成。

3. 结果

3.1. 一般资料对比

对照组男 18 例, 女 30 例, 年龄 20~62 岁, 平均年龄(43.62 ± 10.57)岁, 治疗组男 20 例, 女 28 例, 年龄 18~62 岁, 平均年龄(43.69 ± 11.10)岁, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

3.2. 2 组中医眩晕症状观察量表比较

组内比较, 两组在治疗第 14 d、28 d 与治疗前中医眩晕症状观察量表积分比较具有统计学意义,

差异具有显著性($P < 0.01$)；治疗第 28 d 与 14 d 相比较，治疗组无统计学意义，对照组具有统计学意义($P < 0.05$)，且治疗组差异性显著($P < 0.01$)；与对照组相比较，治疗第 14 d、28 d 差异性显著($P < 0.01$)。见表 1。

Table 1. Comparison of the TCM dizziness symptom observation scale
表 1. 中医眩晕症状观察量表比较

组别	例数	治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	125.58 ± 3.20	72.29 ± 9.48 [#]	67.21 ± 8.08 ^{#■}
治疗组	48	125.38 ± 4.41	61.27 ± 4.37 ^{①#}	28.75 ± 3.18 ^{②#▲}

注：与治疗前比较：#： $P < 0.01$ ；*： $P < 0.05$ ；与对照组比较：①： $P < 0.01$ ；②： $P < 0.05$ ；与治疗 14 天比较：▲： $P < 0.01$ ；■： $P < 0.05$ 。

3.3. 2 组 Berg 平衡量表(BBS)比较

组内比较，两组在治疗第 14 d、28 d 与治疗前 Berg 平衡量表(BBS)积分比较具有统计学意义($P < 0.05$)，且对照组第 28 d、治疗组第 14 d、28 d 差异性显著($P < 0.01$)；治疗第 28 d 与 14 d 相比较，治疗组无统计学意义，对照组具有统计学意义($P < 0.01$)；与对照组相比较，治疗第 14 d、28 d 差异具有显著性($P < 0.01$)。见表 2。

Table 2. Comparison of the Berg Balance Scale (BBS)
表 2. Berg 平衡量表(BBS)比较

组别	例数	治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	34.85 ± 4.13	33.17 ± 3.08 [*]	39.88 ± 5.99 ^{#▲}
治疗组	48	34.33 ± 4.93	29.88 ± 2.82 ^{①#}	30.77 ± 3.49 ^{②#}

注：与治疗前比较：#： $P < 0.01$ ；*： $P < 0.05$ ；与对照组比较：①： $P < 0.01$ ；②： $P < 0.05$ ；与治疗 14 天比较：▲： $P < 0.01$ ；■： $P < 0.05$ 。

3.4. 2 组眩晕残障程度评定量表(DHI)比较

1) 组内比较，两组治疗前后眩晕残障程度评定量表躯体积分(DHI-P)比较具有统计学意义($P < 0.05$)，且对照组第 14 d、28 d，治疗组第 14 d 差异性显著($P < 0.01$)；治疗第 28 d 与 14 d 相比较，差异具有显著性($P < 0.01$)；与对照组相比较，治疗组第 14 d、28 d 差异具有显著性($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of the dizziness handicap inventory physical subscale (DHI-P)
表 3. 眩晕残障程度评定量表躯体积分比较(DHI-P)

组别	例数	DHI-P		
		治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	15.92 ± 2.89	10.13 ± 5.75 [#]	5.63 ± 2.76 ^{#▲}
治疗组	48	15.71 ± 4.72	11.71 ± 6.13 ^{②#}	4.13 ± 1.67 ^{③*▲}

注：与治疗前比较：#： $P < 0.01$ ；*： $P < 0.05$ ；与对照组比较：①： $P < 0.01$ ；②： $P < 0.05$ ；与治疗 14 天比较：▲： $P < 0.01$ ；■： $P < 0.05$ 。

2) 组内比较, 两组治疗前后眩晕残障程度评定量表情绪积分(DHI-E)比较, 对照组第 14 d、治疗组第 14 d 均有不同程度升高, 且与治疗前相比较, 治疗组第 14 d 差异具有显著性($P < 0.01$), 与治疗前比较, 两组 28 d 差异具有显著性($P < 0.01$); 治疗第 28 d 与 14 d 相比较, 差异具有显著性($P < 0.01$); 与对照组相比较, 具有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组第 28 d 差异具有显著性($P < 0.01$)。见表 4。

Table 4. Comparison of the Dizziness Handicap Inventory Emotional subscale (DHI-E)
表 4. 眩晕残障程度评定量表情绪积分比较(DHI-E)

组别	例数	DHI-E		
		治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	21.50 ± 4.03	21.88 ± 6.55	15.46 ± 2.91 ^{#▲}
治疗组	48	20.17 ± 4.86	24.38 ± 6.17 ^{②#}	5.67 ± 1.67 ^{①#▲}

注: 与治疗前比较: #: $P < 0.01$; *: $P < 0.05$; 与对照组比较: ①: $P < 0.01$; ②: $P < 0.05$; 与治疗 14 天比较: ▲: $P < 0.01$; ■: $P < 0.05$ 。

3) 组内比较, 两组治疗前后眩晕残障程度评定量表功能积分(DHI-F)比较差异具有显著性($P < 0.01$); 治疗第 28 d 与 14 d 相比较, 具有统计学意义($P < 0.05$), 且与对照组第 28 d 比较, 差异具有显著性($P < 0.01$); 与对照组相比较, 具有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组第 28 d 差异具有显著性($P < 0.01$)。见表 5。

Table 5. Comparison of the Dizziness Handicap Inventory Functional subscale (DHI-F)
表 5. 眩晕残障程度评定量表功能积分比较(DHI-F)

组别	例数	DHI-F		
		治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	20.54 ± 4.20	12.29 ± 7.06 [#]	9.08 ± 1.01 ^{#▲}
治疗组	48	19.71 ± 4.65	14.13 ± 6.74 ^{②#}	3.33 ± 1.26 ^{①#■}

注: 与治疗前比较: #: $P < 0.01$; *: $P < 0.05$; 与对照组比较: ①: $P < 0.01$; ②: $P < 0.05$; 与治疗 14 天比较: ▲: $P < 0.01$; ■: $P < 0.05$ 。

4) 组内比较, 两组治疗前后眩晕残障程度评定量表(总分)比较, 对照组第 14 d、28 d, 治疗组第 28 d 差异具有显著性($P < 0.01$); 治疗第 28 d 与 14 d 相比较, 两组差异均具有显著性($P < 0.01$); 与对照组相比较, 具有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组第 28 d 差异具有显著性($P < 0.01$)。见表 6。

Table 6. Comparison of the total score of the Dizziness Handicap Inventory (DHI)
表 6. 眩晕残障程度评定量表总分比较(DHI)

组别	例数	DHI 总分		
		治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	57.96 ± 6.15	44.29 ± 18.19 [#]	30.17 ± 3.84 ^{#▲}
治疗组	48	55.58 ± 6.61	50.21 ± 17.70 ^②	13.13 ± 2.76 ^{①#▲}

注: 与治疗前比较: #: $P < 0.01$; *: $P < 0.05$; 与对照组比较: ①: $P < 0.01$; ②: $P < 0.05$; 与治疗 14 天比较: ▲: $P < 0.01$; ■: $P < 0.05$ 。

3.5. 2 组眩晕评价量表(DARS)比较

组内比较，两组治疗前后眩晕评价量表(DARS)比较，对照组第 28 d，治疗组第 14 d、28 d 差异具有显著性($P < 0.01$)；治疗第 28 d 与 14 d 相比较，两组差异均具有显著性($P < 0.01$)；与对照组相比较，治疗第 28 d 与 14 d 差异均具有显著性($P < 0.01$)。见表 7。

Table 7. Comparison of the Dizziness Assessment Rating Scale (DARS)
表 7. 2 组眩晕评价量表(DARS)比较

组别	例数	治疗前	治疗 14 天	治疗 28 天
对照组	48	19.21 ± 2.32	19.48 ± 1.46	15.40 ± 1.69 ^{#▲}
治疗组	48	19.83 ± 2.66	18.06 ± 1.71 ^{①#}	6.29 ± 0.94 ^{①#▲}

注：与治疗前比较：[#]： $P < 0.01$ ；^{*}： $P < 0.05$ ；与对照组比较：^①： $P < 0.01$ ；^②： $P < 0.05$ ；与治疗 14 天比较：[▲]： $P < 0.01$ ；[■]： $P < 0.05$ 。

3.6. 2 组治疗效果比较

对照组总有效率为 93.75%，治疗组总有效率为 100%，治疗组总有效率高于对照组，且经卡方检验， $\chi^2 = 4.75$ ， $P = 0.037$ ($P < 0.05$)，具有统计学意义。见表 8。

Table 8. Comparison of the overall treatment efficacy rate in patients with PPPD
表 8. 2 组 PPPD 患者治疗总有效率比较

	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	χ^2 值	自由度	P 值
对照组	0	0	45	3	93.75%	4.75	1	0.037
治疗组	0	40	8	0	100%			

4. 讨论

持续性姿势 - 知觉性头晕(Persistent Postural-Perceptual Dizziness, PPPD)是一种涉及多学科的慢性头晕症候群，其发病机制尚未明确[13]。PPPD 的发病对患者的心理状态、生活质量造成了显著影响，并且其持续时间较长。在近年来针对 PPPD 的治疗研究中，康复治疗、药物治疗以及中医治疗是被广泛采用的研究方法。特别地，中医治疗因其显著的疗效和较低的副作用，在该领域内受到越来越多的关注。基于此，本研究选取了“枕后七穴”作为治疗手段，以期对 PPPD 患者进行有效的治疗。

中医针刺治法对于眩晕的诊治经验丰富。中医学认为，PPPD 的发生主要是因为“清阳不足，则头为之倾，九窍为之不利”。《素问·宝命全形论》中所述：“凡刺之真，必先治神”，说明针刺的原则需以“神”为依据。随着临床工作的深入，发现针刺时联合枕后穴位可有效改善患者眩晕症状，现代研究发现，针刺枕后穴位可有效改善脑部供血，因此经本团队临床总结出“枕后七穴”(风池、完骨、天柱、哑门)可平肝熄风，补肾益脑，平调阴阳，使五脏六腑之精气上荣于清窍头目，使阴平阳秘，眩晕自止。风池穴最早见诸于《灵枢·热病》篇章，亦被称作热府，隶属于足少阳胆经。《通玄指要赋》中记载：“头晕目眩，寻风池穴”。现代研究揭示，针刺风池穴能够缓解椎动脉压迫，刺激血流，有效改善椎 - 基底动脉的血液供应，扩张颈枕部血管，缓解缺血从而改善头晕症状。《太平圣惠方》中详细记载了完骨穴的主治功能，包括“风眩、头痛、头强、寒热”等症状。针刺该穴位能够有效调和太阳、少阳两经的气血流动，同时具有疏风止痛、活血化瘀、缓解眩晕以及醒脑开窍的功效。解剖学上，完骨穴深部邻近耳后动

静脉的分支以及枕小神经的主干。基于现代医学研究,完骨穴被认为是治疗眩晕症状的关键穴位之一[14]。针刺天柱穴能够促进气血流通并滋养脑部,达到通经活络、益髓通窍、定眩止晕的功效。正如《针灸甲乙经》所述:“眩晕、头痛严重……天柱穴主治”,《针灸大成》亦指出天柱穴可治疗头风、目眩、鼻塞、项强等症。哑门穴,位于第一颈椎与第二颈椎之间,具有调节寰枢关节生物力学平衡之功能。督脉,作为“阳脉之海”,总摄全身阳经,不仅能够激发全身阳气,发挥提升清阳、充盈髓海之效用,亦可引导气血上行至颈部,进而改善局部气血循环障碍,用于治疗眩晕症状。

本研究显示,口服草酸艾司西酞普兰片和针刺“枕后七穴”对 PPPD 患者均有较好的疗效。治疗第 14 天时,2 组治疗均有效,且中医眩晕症状观察量表、Berg 平衡量表、眩晕评价量表(DARS)结果中,治疗组优于对照组;眩晕残障程度评定量表(DHI)中躯体评分、情绪评分、功能评分及总分,对照组优于治疗组。治疗第 28 天时,2 组中医眩晕症状观察量表、Berg 平衡量表、眩晕评价量表(DARS)眩晕残障程度评定量表(DHI)中躯体评分、情绪评分、功能评分及总分结果中,治疗组均优于对照组。PPPD 患者常伴有焦虑和抑郁症状,这可能与患者高水平的神经质特质相关。先前研究表明,焦虑和抑郁的人格特征可能是 PPPD 发生和进展的潜在风险因素。草酸艾司西酞普兰片作为选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)的典型代表,是临床常用的治疗药物。该药物通过抑制 5-羟色胺(5-HT)的再摄取,从而减少神经传导物质的传递,缓解焦虑和抑郁情绪。早先研究揭示,PPPD 患者焦虑和抑郁情绪的产生与左侧额叶中回与枕叶皮质间连通性的增强有关。左侧额中回与视觉皮层的活动存在相关性,提示视觉皮层活动的增加可能诱发焦虑和抑郁情绪的发生。反之,焦虑和抑郁情绪的发生也可能导致视觉皮层活动的增强。因此,口服草酸艾司西酞普兰片可以进一步有效地降低患者的焦虑和抑郁情绪,从而改善患者 PPPD 的临床症状。

本研究通过实施针刺“枕后七穴”疗法以改善 PPPD 患者的临床症状。研究结果显示,在治疗 14 天后,治疗组与对照组在各项指标上均展现出各自的治疗优势。具体而言,治疗组在改善患者临床症状方面表现出显著效果,而对照组则在改善患者情绪状态方面更为有效。经过 28 天的治疗,治疗组的治疗效果明显优于对照组,总有效率分别达到 100%和 93.75%。尽管如此,本研究仍存在局限性,受限于研究时间及条件,未能进行长期随访和血清学指标的收集,且纳入的样本量较小。展望未来,期望能够进一步优化治疗方案,并通过更广泛的样本范围和更深入的分析研究,为 PPPD 的治疗策略提供新的视角和理论支撑。

综合分析,针刺“枕后七穴”对于改善 PPPD 患者的临床症状具有显著效果,能够有效调节患者的静态平衡能力,增强患者的治疗信心及治疗的依从性,从而降低跌倒风险。

基金项目

本文由乌鲁木齐市中医药科技创新项目——《针刺“枕后七穴”治疗持续性姿势-知觉性头晕的疗效观察》ZYYMS-01、中医药“红山精英”培育工程——乌鲁木齐市中医药领军人才培养计划、中医药“红山精英”培育工程——乌鲁木齐红山青年岐黄学者培养计划支持。

参考文献

- [1] Staab, J.P., Eckhardt-Henn, A., Horii, A., Jacob, R., Strupp, M., Brandt, T., *et al.* (2017) Diagnostic Criteria for Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD): Consensus Document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *Journal of Vestibular Research*, **27**, 191-208. <https://doi.org/10.3233/ves-170622>
- [2] Axer, H., Finn, S., Wassermann, A., Guntinas-Lichius, O., Klingner, C.M. and Witte, O.W. (2020) Multimodal Treatment of Persistent Postural-Perceptual Dizziness. *Brain and Behavior*, **10**, e01864. <https://doi.org/10.1002/brb3.1864>
- [3] Wenzel, A. (2017) Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, **40**, 597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>

-
- [4] Staab, J.P. (2012) Chronic Subjective Dizziness. *Continuum*, **18**, 1118-1141. <https://doi.org/10.1212/01.con.0000421622.56525.58>
- [5] Eren, O.E., Filippopoulos, F., Sönmez, K., Möhwald, K., Straube, A. and Schöberl, F. (2018) Non-Invasive Vagus Nerve Stimulation Significantly Improves Quality of Life in Patients with Persistent Postural-Perceptual Dizziness. *Journal of Neurology*, **265**, 63-69. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8894-8>
- [6] 田纪涛, 周杰. 针灸联合中医外治法对颈性眩晕患者椎-基底动脉血流动力学的影响[J]. 湖北中医杂志, 2021, 43(6): 36-38.
- [7] 舒忻, 张允岭, 秦绍林. 从厥阴病论治慢性主观性头晕[J]. 现代中医临床, 2022, 29(3): 61-64.
- [8] 张勇, 欧阳葵, 陈尼卡, 等. 强力定眩片联合西酞普兰治疗持续性姿势-知觉性头晕的疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(2): 225-227.
- [9] 曹鹏禹. 艾司西酞普兰与盐酸度洛西汀治疗持续性姿势知觉性头晕疗效比较研究[D]: [硕士学位论文]. 张家口: 河北北方学院, 2020.
- [10] 姜树军, 单希征. 巴拉尼协会持续性姿势-感知性头晕诊断标准解读[J]. 北京医学, 2018, 40(1): 69-72.
- [11] 陈湘君. 中医内科学[M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2013: 8-12.
- [12] 金勋. 眩晕病证候诊断指标及 TCD 表现的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [13] 赵奕雯, 李育玲, 周丽媛, 等. 持续性姿势知觉性头晕的治疗研究进展[J]. 中华耳科学杂志, 2022, 20(2): 349-353.
- [14] 王民集, 朱江, 杨永清. 中国针灸全书[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2012: 304-305.