

半夏白术天麻汤治疗恢复期痰浊中阻型耳石症的临床疗效观察

涂小红, 戴林桐

攀枝花学院附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 四川 攀枝花 617099

摘要 目的:探究痰浊中阻型耳石症恢复期患者接受半夏白术天麻汤的临床疗效。方法:选取2023年12月—2025年2月攀枝花学院附属医院收治的135例痰浊中阻型耳石症患者,采用随机数字表法分为对照组(耳石手法复位治疗)68例和治疗组(耳石手法复位治疗+半夏白术天麻汤)67例,比较两组患者的累计发病次数、持续时间、治疗有效率、中医证候积分、眩晕残障评分(DHI)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和治疗安全性。结果:对照组累计发病次数为 (3.18 ± 0.59) 次,持续天数为 (30.51 ± 5.16) d;治疗组累计发病次数为 (2.59 ± 0.61) 次,持续天数为 (25.69 ± 5.39) d。对照组的累计发病次数和持续天数高于治疗组($t = 5.712, 5.308, P < 0.001$);治疗组治疗有效率(95.52%, 64/67)高于对照组(82.35%, 56/68)($P < 0.05$);治疗后治疗组各项中医证候积分均低于对照组($P < 0.05$);治疗后治疗组DHI各项得分均低于对照组($P < 0.05$);治疗后治疗组HAMA各项评分均低于对照组($P < 0.05$);两组安全性比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:使用半夏白术天麻汤治疗痰浊中阻型耳石症恢复期患者能够有效减少复发次数和时间,提升治疗有效率,改善疾病症状,降低患者眩晕程度,减轻患者焦虑情绪,且不会新增治疗风险。

关键词 半夏白术天麻汤;恢复期;痰浊中阻型;耳石症;临床疗效

中图分类号: R255.3

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)09-0065-06

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260182

耳石症是临床常见的周围性眩晕疾病,手法复位是目前的一线治疗方法,但其恢复期仍存在复发率高、症状反复等问题,尤其是痰浊中阻型患者,常伴随头晕、恶心、胸闷等症状,影响生活质量^[1]。目前,针对耳石症恢复期的干预手段有限,单纯手法复位虽能短期内改善症状,但长期疗效和复发控制仍不理想,故临床常采用手法联合治疗药物的方式增强疗效、缓解症状或预防复发,期望打破患者“耳石复位-复发”的循环模式^[2]。

中医药在减少该类疾病复发方面具有潜在优势,相关研究^[3]显示通过辨证论治,可采用平肝息风类方剂缓解眩晕症状;化痰祛湿法可调整内环境,可能减少耳石症复发风险,调整患者体质,降低复发概率,全面改善不适,提高生活质量,其多途径作用机制体现标本兼治的中医治疗优势。半夏白术天麻汤作为化痰息风

的经典方剂,药理学研究显示方剂中活性成分可通过调节神经递质、改善微循环、抑制前庭系统异常放电等多途径发挥抗眩晕作用,可能对痰浊中阻型耳石症恢复期患者具有独特疗效,但相关临床研究仍较缺乏^[4]。本研究通过对比手法复位联合半夏白术天麻汤与单纯手法复位的疗效,旨在评估该方剂在减少复发、改善症状及心理状态方面的作用,为痰浊中阻型耳石症的恢复期治疗提供更优方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年12月—2025年2月攀枝花学院附属医院收治的痰浊中阻型耳石症患者135例,采用随机数字表法分为对照组(耳石手法复位治疗)68例和治疗组(耳石手法复位治疗+半夏白术天麻汤)67例。两组患者基线资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。本研究经攀枝花学院附属医院伦理审批通过,审批号:(研)伦审第2025-01-011号。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断和治疗》^[5]。

收稿日期:2025-06-09 修回日期:2026-03-30

基金项目:攀枝花市医学研究中心医学科研项目(PYYZ-2024-18)

作者简介:涂小红(1987-),女,硕士,主治医师,主要从事前庭周围性眩晕临床研究。

临床表现:特定头位变化(抬头、低头、翻身等)会触发短暂眩晕(数秒至 1 min),可能伴恶心、呕吐,停止头位运动后症状迅速缓解,但会反复发作。病理诊断标

准参照《双侧前庭病诊断标准:Bárány 学会前庭疾病分类委员会共识》^[6]中 Dix - Hallpike 实验及滚转实验时眼震电图可记录到眼震。

表 1 两组痰浊中阻型耳石症患者基线资料比较

组别	例数	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	性别[例(%)]		患病侧别[例(%)]		受累半规管[例(%)]	
			男	女	左耳	右耳	水平管	后管
对照组	68	50.29 ± 13.16	23(33.82)	45(66.18)	25(36.76)	43(63.24)	21(30.88)	47(69.12)
治疗组	67	51.19 ± 14.27	29(43.28)	38(56.72)	26(38.81)	41(61.19)	23(34.33)	44(65.67)
t/χ^2 值		0.381	1.275		0.060		0.182	
P 值		0.704	0.259		0.807		0.669	

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医治疗耳石症探源——从喻嘉言一则眩晕病案说起》^[7]中痰浊中阻型耳石症诊断标准。主症:体位相关性眩晕(体位改变时诱发眩晕)、头重如裹、胸腹闷胀、食欲不振、舌苔白腻或滑腻,脉滑或濡滑。次症:恶心呕吐、耳鸣或耳闷、肢体困重、面色晦暗或萎黄。以具备主症,同时存在 1 项以上次症即为痰浊中阻型耳石症。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄 ≥ 18 岁;③处于恢复期(经复位治疗后存在残余头晕或昏沉感;短暂的位置性眩晕复发;行走不稳或漂浮感和恶心或乏力等常见症状);④治疗依从性良好;⑤患者均自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并前庭神经炎等其他前庭系统疾病;②近期(1 个月内)接受过其他中药或针灸治疗;③存在脊柱畸形等耳石症复位禁忌证;④妊娠或哺乳期女性;⑤对半夏白术天麻汤中药物过敏。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

采用耳石手法复位治疗,通过 Dix - Hallpike 试验确定受累侧别,并告知患者复位过程,可能会出现短暂眩晕,使患者放松配合治疗。(1)Epley 法:后半规管耳石症患者取坐位,头向患侧转 45°,实施者双手扶头,迅速放平患者,使患者头悬于床沿外 30 ~ 60 s(低于床面 20° ~ 30°),并观察是否出现垂直旋转性眼震(向地性),确认耳石刺激后半规管,缓慢将头向健侧旋转 90°,持续 30 ~ 60 s 使耳石沿后半规管向后移动,然后将患者身体向健侧翻身,头部持续朝健侧转 45°,持续 30 ~ 60 s 使耳石继续移动,接近总脚(半规管入口),最后扶患者缓慢坐起,使头部略微前倾,完成复位。(2)Lempert 法:水平半规管耳石症患者取平卧位,头抬高 30°,使患者快速向健侧旋转 90°,持续 30 ~

60 s 观察是否出现水平向地性眼震,后持续向健侧翻滚 180°至俯卧位,持续 30 ~ 60 s,再向患侧旋转 90°,持续 30 ~ 60 s,最后扶患者缓慢坐起,使头略前倾,完成复位。治疗持续 21 d,每 7 d 干预 1 次。

1.5.2 治疗组

在对照组的基础上联用半夏白术天麻汤治疗。组方:半夏 12 g,白术 15 g,天麻 15 g,陈皮 15 g,茯苓 15 g,生姜 6 g,大枣 6 g,甘草 5 g,伴眩晕剧烈者加泽泻 15 g;乏力倦怠者加黄芪 15 g,党参 15 g;耳鸣耳闷,听力下降者加石菖蒲 10 g,郁金 10 g。由攀枝花学院附属医院制剂室选药,通过浸泡、水煎、提取、净化、过滤、灭菌等工艺制成水剂,袋装备用。每日 1 剂,水煎煮后得药液 300 mL,平均分成两份(每份 150 mL),早晚分服。治疗持续 21 d。

1.6 健康指导

在两组患者就诊时进行统一健康指导,①嘱患者食用健脾化痰和清淡易消化的食物;②避免突然起卧/转头动作,睡眠时垫高枕头,防止耳石再次脱落;③进行单腿站立、直线行走等平衡训练;④使用呼吸训练、音乐疗法等缓解患者负面情绪。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 患者发病情况

比较两组患者累计发病次数和持续天数。

1.7.2 治疗效果和中医证候积分

参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断治疗》^[8]中医证候积分评分标准,头重如裹:0 分;无头部沉重感;2 分:偶有头部昏沉,活动后缓解;4 分:头部持续沉重感,影响注意力;6 分:头部如被布帛裹紧,难以耐受,胸闷不舒;0 分,无胸闷感;2 分,轻微胸闷,深呼吸可缓解;4 分,胸闷明显,需间歇性停止活动;6 分,胸闷持续,伴叹息样呼吸,恶心呕吐:0 分,无恶心呕吐症状;2 分,偶有轻微恶心,无呕吐;4 分,恶心频繁,偶有呕吐(1 ~ 2 次/d);6 分,恶心持续,频繁呕吐(≥ 3 次/d),耳内胀满:0 分,无耳部不适;2 分,耳内轻微胀闷感,不

影响听力;4 分,耳内胀满明显,听力轻度下降;6 分,耳内胀满如塞棉球,听力显著下降。以无症状记录患者接受治疗前和完成治疗时的中医证候积分,并对患者的治疗效果进行判断,将患者治疗效果分为痊愈、显效、有效和无效,痊愈:眩晕完全消失,头部转动无任何不适,舌苔转薄白,脉象平和,证候积分减少 95% 以上;显效:眩晕发作频率减少 $\geq 80\%$,存在轻度头昏但不影响生活,腻苔消退 70% 以上,证候积分减少 70% 以上;有效:诱发试验眼震持续时间缩短 50% 以上,腻苔减少 30% 以上,证候积分减少 30% 以上;无效:眩晕无改善或加重,舌苔腻象持续,证候积分未明显减少。
治疗有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.7.3 DHI 评分

患者的眩晕残障评分(Dizziness Handicap Inventory, DHI)^[9]是评估眩晕或平衡障碍对患者生活质量影响的量表,由评估眩晕对躯体活动影响的躯体维度(7 个条目);评估眩晕对日常功能活动影响的功能维度(9 个条目)和评估眩晕对情感和心理状态的情感维度(9 个条目),共 25 个条目组成(各条目分值 0~4 分),评分范围 0~100 分,得分越高,眩晕对患者生活质量的影响越大。

1.7.4 HAMA 评分

汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)^[10]是评估患者焦虑严重程度的量表,由躯体性焦虑(7 个条目)和精神性焦虑(7 个条目)共 14 个条目组成(各条目分值 0~4 分),评分 0~56 分,

得分越高,患者焦虑越严重。

1.7.5 安全性评价

根据患者的不良反应的严重程度进行分级^[11],1 级为安全,即治疗期间未出现任何不良反应,身体状况稳定;2 级为比较安全,患者存在不良反应,但症状轻微,无需作任何处理,可继续按原方案治疗;3 级为存在中等程度的不良反应,需采取相应措施,经处理后症状缓解可继续治疗;4 级为因严重不良反应需立即停止治疗。

1.8 统计学方法

使用 SPSS 26.00 软件分析研究数据,经 K-S 检验研究数据均符合正态分布,计量资料如中医证候积分、DHI、HAMA 等采用($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验进行组间比较,组内比较采用配对样本 t 检验,治疗有效率等计数资料以[例(%)]表示,行卡方检验,等级资料治疗安全性行秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组发病情况比较

治疗组在累计发病次数和持续天数上均低于对照组,差异有统计学意义[累计发病次数:治疗组(2.59 ± 0.61)次,对照组(3.18 ± 0.59)次, $t = 5.712, P < 0.001$;持续天数:治疗组(25.69 ± 5.39)d,对照组(30.51 ± 5.16)d, $t = 5.308, P < 0.001$]。

2.2 两组治疗效果比较

治疗组与对照组相比,有效率显著提升(95.52% vs 82.35%),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组痰浊中阻型耳石症患者治疗效果对比[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	68	16(23.53)	25(36.76)	15(22.06)	12(17.65)	56(82.35)
治疗组	67	18(26.87)	27(40.30)	19(28.36)	3(4.48)	64(95.52)
χ^2 值						5.926
P 值						0.015

2.3 中医证候积分

治疗后,两组患者各项中医证候积分均低于治疗

前($P < 0.05$),且治疗组各项中医证候积分均低于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组痰浊中阻型耳石症患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	头重如裹		胸闷不舒		恶心呕吐		耳内胀满	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	68	4.35 $\pm$ 1.29	3.04 $\pm$ 1.01 *	4.27 $\pm$ 1.28	3.09 $\pm$ 1.02 *	3.79 $\pm$ 1.21	2.56 $\pm$ 0.82 *	4.09 $\pm$ 1.33	2.91 $\pm$ 0.93 *
治疗组	67	4.31 $\pm$ 1.24	1.78 $\pm$ 0.47 **	4.39 $\pm$ 1.34	1.81 $\pm$ 0.49 **	3.83 $\pm$ 1.25	1.48 $\pm$ 0.44 **	4.22 $\pm$ 1.37	1.64 $\pm$ 0.53 **

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,** $P < 0.05$ 。

2.4 DHI 评分

治疗后,两组 DHI 评分均低于治疗前($P < 0.05$),

且治疗组各项得分均低于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组痰浊中阻型耳石症患者治疗前后 DHI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体		情绪性		功能		总评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	68	13.57 ± 2.16	6.12 ± 2.04 *	17.52 ± 3.42	10.37 ± 2.86 *	17.39 ± 3.54	9.25 ± 2.19 *	48.48 ± 8.01	26.80 ± 8.33 *
治疗组	67	13.47 ± 2.25	3.34 ± 1.11 *#	17.08 ± 3.35	6.21 ± 2.06 *#	17.18 ± 2.99	6.04 ± 1.99 *#	47.73 ± 7.86	15.59 ± 5.18 *#

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

2.5 HAMA 评分
治疗后,两组 HAMA 各项评分均低于治疗前($P < 0.05$),且治疗组 HAMA 各项评分均低于对照组($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组痰浊中阻型耳石症患者治疗前后 HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	会谈时的行为		自主神经症状		生殖泌尿系统症状		胃肠道系统症状	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	68	0.96 ± 0.31	0.55 ± 0.17 *	0.87 ± 0.25	0.52 ± 0.17 *	0.88 ± 0.29	0.58 ± 0.17 *	1.17 ± 0.28	0.56 ± 0.18 *
治疗组	67	0.90 ± 0.29	0.32 ± 0.10 *#	0.85 ± 0.28	0.29 ± 0.09 *#	0.91 ± 0.27	0.34 ± 0.11 *#	1.12 ± 0.24	0.34 ± 0.07 *#

组别	例数	呼吸系统症状		心血管系统症状		感觉系统症状		肌肉系统症状	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	68	0.99 ± 0.32	0.49 ± 0.15 *	1.08 ± 0.34	0.61 ± 0.28 *	1.02 ± 0.25	0.51 ± 0.16 *	0.87 ± 0.28	0.47 ± 0.15 *
治疗组	67	0.97 ± 0.27	0.33 ± 0.08 *#	1.05 ± 0.32	0.33 ± 0.11 *#	0.97 ± 0.21	0.32 ± 0.09 *#	0.92 ± 0.27	0.30 ± 0.08 *#

组别	例数	抑郁心境		记忆或注意障碍		失眠		恐惧	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	68	1.04 ± 0.34	0.55 ± 0.18 *	1.08 ± 0.29	0.62 ± 0.20 *	0.92 ± 0.28	0.61 ± 0.18 *	0.84 ± 0.25	0.47 ± 0.16 *
治疗组	67	1.03 ± 0.31	0.34 ± 0.10 *#	1.11 ± 0.32	0.37 ± 0.11 *#	0.94 ± 0.29	0.36 ± 0.11 *#	0.81 ± 0.27	0.32 ± 0.09 *#

组别	例数	紧张		焦虑心境		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	68	1.04 ± 0.31	0.48 ± 0.15 *	1.05 ± 0.31	0.59 ± 0.19 *	13.81 ± 3.24	7.81 ± 2.59 *
治疗组	67	1.06 ± 0.34	0.31 ± 0.10 *#	1.07 ± 0.34	0.34 ± 0.11 *#	13.71 ± 3.09	4.61 ± 1.52 *#

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

2.6 治疗安全性

两组安全性比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 6。

表 6 两组痰浊中阻型耳石症患者治疗安全性比较[例(%)]

组别	例数	1 级	2 级	3 级	4 级
对照组	68	38(55.88)	24(35.29)	6(8.82)	0
治疗组	67	41(61.19)	23(34.33)	3(4.48)	0
Z 值			0.615		
P 值			0.436		

3 讨论

恢复期痰浊中阻型耳石症归属于中医“眩晕”范畴,主要表现为头昏沉如裹、体位变动时短暂眩晕、恶心欲呕,兼见胸闷脘痞、纳呆、咯痰白黏、肢体困重,舌苔白腻或滑,脉濡滑。其病机关键在于脾失健运,水湿聚痰,痰浊中阻,上蒙清窍,导致清阳不升、浊阴不降,《金匱要略》提出“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”与此

证相符^[12]。恢复期虽经耳石复位,但痰浊未化,脾胃未复,故遗留头昏、恶心等症,痰浊中阻证者,病位在脾胃,涉及肝与清窍,病性虚实夹杂,恢复期以痰湿标实为主,调护需饮食清淡,避免肥甘厚味,以防痰湿再生,后期则应注重健脾以绝痰源,治宜化痰祛湿、健脾和胃^[13]。

《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”,指出眩晕与肝风内动相关;《丹溪心法》提出“无痰不作眩”,强调痰浊上蒙清窍的病机,故主要以平肝息风、化痰通窍、通血活络为治疗方法^[14]。半夏白术天麻汤因其“健脾化痰、息风定眩”的核心机制与耳石症“痰浊中阻、肝风内动”的病机契合,可有效化痰以疏利三焦水液运行;息风以平抑异常风阳上扰之势;健脾以固本防复发^[15]。

本研究结果显示,半夏白术天麻汤辅助手法治疗能够有效减少耳石症的复发次数和持续时间,分析相关原因为方剂中半夏、白术、茯苓等药物通过燥湿化

痰、健脾利水,改善脾虚痰蕴体质;现代药理学提示,其活性成分可能调节内耳微循环与水液平衡,为减少复发提供协同作用,天麻息风定眩,其有效成分天麻素经现代研究证实具有镇静、调节前庭神经兴奋性及改善微循环作用,从而达到减少复发和病发持续时间的效果^[16]。本研究发现半夏白术天麻汤辅助手法治疗能有效提升耳石症的治疗有效率,认为单纯手法复位无法改善患者的体质和稳定内耳的微环境,使患者可能残留头晕等症状,影响生活质量的同时可能导致焦虑,进一步加重眩晕严重程度,半夏白术天麻汤辅助手法治疗通过中药调理体质,手法复位解决机械问题,形成“标本兼治”,减少残留症状,通过“体质调理、症状缓解、复发预防”三重机制,与手法复位形成协同反应,解决单纯手法复位的局限性,提升患者的治疗效果^[17]。为进一步明确半夏白术天麻汤对治疗效果的影响,本研究通过比较两组中医证候积分水平,结果表明半夏白术天麻汤辅助手法治疗能有效改善患者各证候情况,推断原因为半夏白术天麻汤方中半夏、天麻燥痰息风,白术、茯苓健脾渗湿,通过化痰通窍、健脾升清改善清窍蒙蔽状态,从而降低复位后残余症状发生率,能够有效减少治疗的残余眩晕,还可根据患者的体质进行加减用药,通过病证结合的用药策略,增强对痰浊中阻核心病机的干预精度,实现从“复位治疗”到“脏腑功能重建”的协同调控,提升个体治疗的精确度,对患者的病症进行针对性的用药,从而改善症状^[18]。

中耳症的主要症状为眩晕,本研究结果显示治疗组DHI各项得分较低,半夏的镇吐作用经现代研究证实可能与调节呕吐中枢相关;而前庭代偿能力的提升需通过前庭康复训练实现,中药或通过减轻眩晕发作频率为其创造条件,减少眩晕对患者日常生活的影响程度^[19]。耳石症虽然通常不会对生命造成威胁,但其症状的反复发作和不可预测性可能对患者的情绪产生显著影响,患者病发时可能会感到天旋地转、失去平衡,甚至伴随恶心、呕吐,极易导致患者出现焦虑或空间日常生活等现象。本研究显示半夏白术天麻汤辅助手法治疗能有效降低HAMA各项评分,分析原因为中医联合治疗具有“身心共调”的治疗特色,不仅能有效改善眩晕症状,还能够调节自主神经功能及神经递质水平,减轻因前庭功能障碍诱发的躯体性和精神性焦虑,在改善临床症状的同时,同步缓解患者的焦虑情绪,认为半夏白术天麻汤通过平肝息风,抑遏上扰清窍之浊阴,从而改善因风痰上扰清窍引动之肝胃气逆;方中茯苓、陈皮可调畅中焦气机,疏解肝郁,斡旋枢机,使土旺木达,气机升降复常,心神得安,焦虑自缓,实现眩晕呕恶

与烦躁不宁并除^[20]。

本研究结果显示,半夏白术天麻汤辅佐手法整复治疗与单纯手法整复治疗,于恢复期痰浊中阻型眩晕病患者中,其安全性未见显著差异。二者皆以手法整复通窍为核心治法,旨在直接疏利骨节、调畅经气以化解清窍痰瘀之结;药物辅佐之功,在于健脾化湿,以缓解眩晕、呕恶诸症,涤除中焦壅遏之痰浊,且该方药性冲和,未见伐肝损肾之弊,亦无扰动耳窍之虞,更无药性相忤之险^[21]。恢复期患者,其痰瘀互结之势多已渐化或趋于缓和,手法整复之风险本属轻微。辅以汤药,既可蠲除余症,安定神志,又可提振患者信受奉行之志,于整复操作之安妥无碍。再者,二者皆本于辨证施治之则,可随证候之进退、体质之宜忌,灵活增减药量或停用,故联合施治在提升疗效之同时,未增治疗之险峻^[22]。

综上所述,使用半夏白术天麻汤治疗痰浊中阻型耳石症恢复期患者能够有效减少复发次数和时间,提升治疗有效率,改善疾病症状,降低患者眩晕程度,减轻患者焦虑情绪,且不会新增治疗风险。

参考文献:

- [1] 李婷婷,葛滨华. 801例良性阵发性位置性眩晕患者的临床特点及残余症状影响因素分析[J]. 卒中与神经疾病, 2024, 31(5): 476-481.
- [2] YANG J, XIONG G Y, LU H Y, et al. Residual dizziness characteristics of idiopathic sudden sensorineural hearing loss patients with benign paroxysmal positional Vertigo [J]. Audiol Neurotol, 2025, 30(1): 45-51.
- [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(9): 1496-1500.
- [4] 黄少霆,郭苏影,赵竞一,等. 半夏白术天麻汤加减治疗风痰上扰型后半规管耳石症复位后残余症状的临床疗效评价[J]. 北京医学, 2021, 43(6): 505-508.
- [5] 徐家立,刘玉玺,崔爱勤. 良性阵发性位置性眩晕的诊断和治疗[J]. 临床神经电生理学杂志, 2004, 13(4): 224-226.
- [6] 凌霞,朱扬,王璟,等. 双侧前庭病诊断标准: Bárány学会前庭疾病分类委员会共识[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14(12): 595-602.
- [7] 冷辉,张琦,孙海波. 中医治疗耳石症探源——从喻嘉言一则眩晕病案说起[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(11): 1631-1632.
- [8] 张素珍,吴子明,赵承军. 良性阵发性位置性眩晕的诊断治疗[J]. 中华耳科学杂志, 2003, 1(2): 42-45.
- [9] KOPPELAAR - VAN EIJSSEN H M, SCHERMER T R, BRUIN T J. Measurement properties of the dizziness handicap inventory: a systematic review[J]. Otol Neurotol, 2022, 43(3): e282-e297.
- [10] RODRIGUEZ - SEIJAS C, THOMPSON J S, DIEHL J M, et al. A comparison of the dimensionality of the Hamilton Rating Scale for anxiety and the DSM-5 Anxious - Distress Specifier Interview[J]. Psychiatry

Res, 2020, 284: 112788.

[11] 杨忠奇, 高蕊, 胡思源, 等. 中药人用经验研究专家共识[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(18): 4829–4834.

[12] 韦辉燕, 徐玉婷, 杨丽燕, 等. G–Force 眩晕综合诊疗系统加减半夏白术天麻汤治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(8): 1862–1864.

[13] 胡世俊, 朱智媛, 马华安. 国医大师干祖望“以虚论眩”观治疗良性阵发性位置性眩晕残余症状经验[J]. 河北中医, 2024, 46(7): 1061–1064.

[14] 张文, 王漾, 孙志超, 等. 良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的中西医结合治疗进展[J]. 中国中医急症, 2024, 33(6): 1124–1128.

[15] 戴秀丽, 秦佳慧, 陈泽宇, 等. 半夏白术天麻汤临床应用及药理机制研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2025, 49(1): 197–200.

[16] 刘效忠, 郑吉利, 陈逸霖, 等. 半夏白术天麻汤联合颈椎定位旋转扳法对痰浊中阻型颈性眩晕患者的临床疗效[J]. 中成药, 2025, 47(1): 86–90.

[17] 李楠楠, 陈永魁, 严云, 等. 李果烈从气机失常辨治眩晕与头昏经验[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(10): 1141–1144, 1149.

[18] 李晶晶, 孙文军, 张毅杰, 等. 基于数据挖掘中药治疗良性阵发性位置性眩晕的用药规律研究[J]. 世界中医药, 2023, 18(22): 3271–3276.

[19] 杜恩伟, 苏珊, 焦转转. 基于痰气交阻理论的持续性姿势–感知性头晕治疗体会[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2023, 37(S1): 72–73.

[20] 周静玮, 伍大华, 李映辰. 伍大华病证结合诊治眩晕经验[J]. 河南中医, 2023, 43(2): 198–202.

[21] 何树堂, 张珊珊, 李娅抒, 等. 本体感觉刺激对良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的影响[J]. 中华耳科学杂志, 2024, 22(3): 393–397.

[22] 王彩莹. 前庭康复疗法在良性阵发性位置性眩晕中应用进展[J]. 四川医学, 2022, 43(3): 305–307.

Clinical Efficacy of Banxia Baizhu Tianma Decoction in the Treatment of Phlegm Turbidity Obstruction Type of Otolithiasis in Recovery Phase

TU Xiaohong, DAI Lintong

Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Affiliated Hospital of Panzhihua University, Panzhihua 617099, China

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of Banxia Baizhu Tianma Decoction on patients with phlegm turbidity obstruction type of otolithiasis in recovery phase. Methods: A total of 135 patients with otolithiasis of phlegm turbidity obstruction type were selected and classified into control group (otolith manipulative reduction treatment, 68 cases) and treatment group (otolith manipulative reduction treatment plus Banxia Baizhu Tianma Decoction, 67 cases) by random number table method. The number of cumulative occurrences, duration, treatment effective rate, TCM syndromes scores, dizziness handicap inventory (DHI), Hamilton anxiety scale (HAMA) and treatment safety were compared between groups of patients. Results: The number of cumulative occurrences and duration in the control group were (3.18 ± 0.59) times and (30.51 ± 5.16) d and those in the treatment group were (2.59 ± 0.61) times and (25.69 ± 5.39) d, and the two indexes in the control group were higher than those in the treatment group ($t = 5.712, 5.308, < 0.001$). The effective rate of treatment in the treatment group with 95.52% (64/67) was higher than 82.35% (56/68) in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of various TCM syndromes were lower in the treatment group than those in the control group ($P < 0.05$). The scores of items of DHI in the treatment group after treatment were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the treatment group had lower HAMA scores than the control group ($P < 0.05$). No statistical difference was exhibited in the safety between both groups ($P > 0.05$). Conclusion: Banxia Baizhu Tianma Decoction for phlegm turbidity obstruction type of otolithiasis in recovery phase can effectively reduce the number and time of recurrence, enhance the effective rate of treatment, improve the symptoms, relieve the vertigo degree, and alleviate the anxiety of patients, and it will not increase the risk of treatment.

Key words Banxia Baizhu Tianma Decoction; Recovery phase; Phlegm turbidity obstruction type; Otolithiasis; Clinical efficacy