

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.13.017

从“浊邪害清”探讨耳石症的病机演变与治疗

孔妍, 匡紫詠, 吴斌, 孙文军✉

北京中医药大学第三附属医院, 北京市朝阳区安定门外小关街 51 号, 100029

[摘要] 以浊邪害清理论为指导, 认为耳石症发病以清阳不升、痰浊内生为因, 痰饮交结、清浊相干为标, 脾肾不足、元气亏虚为本。临证根据不同分期分别施治, 急性期治以温化痰饮, 方选苓桂术甘汤合泽泻汤加减; 残余期治以益气升清, 方选升陷汤合生脉散加减; 巩固期治以益肾填精, 方选杞菊地黄丸加减。

[关键词] 耳石症; 良性阵发性位置性眩晕; 浊邪; 清窍; 清阳; 痰饮

良性阵发性位置性眩晕 (benign paroxysmal positional vertigo, BPPV) 又称耳石症, 是一类常见的外周性前庭疾病, 以头位变动诱发的短暂眩晕为突出特征, 常伴恶心、呕吐等症状, 位置试验中可出现特征性眼震^[1]。耳石症是一种自限性疾病, 但由于眩晕反复发作带来的痛苦感受, 患者往往迫切需要治疗。Epley 法、Barbecue 法等手法复位是耳石症的首选疗法, 大部分患者复位后可完全治愈, 但临床仍存在复位后残余头晕 (residual dizziness, RD)、易复发等问题^[2-3]。耳石症属中医“眩晕”范畴, 中医药治疗本病常用化痰熄风、平肝潜阳等治法, 具有降低复发率、减少不良反应等优势^[4-5]。本团队结合长期临床实践经验, 以浊邪害清理论为指导, 认为耳系清空之窍, 有赖于气血津液的荣养, 一旦脏腑气血亏虚、清窍失养、浊邪停聚为害, 清浊相干则发为耳石症。临证根据耳石症不同时期的特点, 采用急性期“温化”、残余期“升清”、巩固期“补虚”的分期治疗思路, 取得了良好疗效。现将相关经验总结如下。

1 浊邪害清理论内涵

“浊邪害清”首见于叶桂《温热论》大纲, 言: “湿与温合, 蒸郁而蒙蔽于上, 清窍为之壅塞, 浊邪害清也”, 阐释了湿浊之邪与温热邪气相搏闭阻清窍的过程, 也点明了浊邪黏滞、重浊的致病特点。从浊邪内涵而言, 凡具有胶结、黏滞、重浊、

稠厚、浑秽等特性的邪气, 如痰、饮、水、湿、瘀血等, 都可划入浊邪范畴^[6]。诸窍清虚, 易被邪扰, 痰湿、瘀血等病理产物停聚而成浊邪, 清浊相干, 则为窍病。临床上此理论常被应用于认知功能障碍、急性脑卒中、鼻窦炎等符合浊邪害清病机特点的头面诸病^[7-9], 均获良效。耳石症属耳窍为病, 研究认为耳石症以痰饮致病居多^[10], 这也与浊邪害清理论一致。本文即从“痰饮”这一核心病因出发, 结合浊邪害清理论, 将耳石症的病机演变分为“上虚为因”“痰饮为标”“脾肾为本”三层次进行论述, 并据此提出急性期“温化”、残余期“升清”、巩固期“补虚”的分期治疗原则。

2 耳石症浊邪害清病机探微

2.1 清阳不升、痰浊内生为因

耳石脱落是引发耳石症的直接原因, 这一观点已为大多数研究者接受并在临床用以指导复位治疗^[11]。耳石是碳酸钙结晶与蛋白形成的复合结构, 位于椭圆囊壁与球囊壁, 借蛋白黏附于耳石膜表面, 发挥感知位置觉的功能^[12]。耳石在生理状态下遵循“生成-脱落-溶解”的循环规律, 一旦耳石脱落过多、超出溶解能力的上限, 就会堆积在半规管或黏附在嵴顶, 成为耳石症发病的病理基础^[13]。脱落的耳石作为一种阻于机体局部的病理产物, 有形而质黏, 致病往往缠绵反复, 取其象而比以类, 可纳入无形之“痰浊”的范畴^[14]。《素问·阴阳应象大论篇》云: “清阳出上窍”, 提示耳窍生理功能的正常发挥有赖于上出之清阳的温煦、滋养。若清阳升发受限, 一方面无力推动津液敷布

基金项目: 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目 (国中医药人教函〔2022〕1 号)

✉ 通讯作者: doctorsunwenjun@126.com

四达，聚而成痰；另一方面清窍失于濡养，易被邪扰。然而痰邪初酿、尚未与他邪转聚，邪气不彰，因此症状并不明显。结合临床所见，耳石症患者往往在发病前期有熬夜、失眠或过度劳累等经历，正气耗伤，清阳不升因而为病。研究发现，许多耳石症患者在复位后出现的头昏沉、乏力、不稳定感等残余头晕表现^[3]，也体现了清阳不升这一基础病机。

2.2 痰饮交结、清浊相干为标

耳石症急性期眩晕反复发作，是多数患者症状最严重的时期，也是临床干预的重要节点。在发病前期痰浊邪气已逐渐形成，而痰浊内停日久，妨碍水液正常布散，使其进一步停聚，就会形成饮邪。痰饮两邪交结，蒙蔽清窍，发为眩晕。其中饮邪清稀易受扰动，故眩晕往往在头位变动时发作；痰邪重浊趋下，清阳因之不得升发，中焦气机无力斡旋，胃失和降则可见恶心呕吐。在有关耳石症发病机制的诸多假说中，管结石学说认可度较高。该学说提出在头位变动时半规管中的耳石会牵引内淋巴移位，进而诱发眩晕与眼震^[13]，这也与中医理论中饮邪致病的特点类似。急性期之后，堆积的耳石可经复位或自发性的体位变动后离开半规管，痰饮之邪虽经疏导渐消，而正虚仍在，故眩晕、恶心、呕吐等症状消失，代之以头昏沉、乏力等残余头晕的症状。

2.3 脾肾不足、元气亏虚为本

耳石症的发作亦与脾肾二脏密切相关。《素问·经脉别论篇》认为“脾气散精”为饮食物在体内转输布散的重要一环，脾气健运，水谷之清气得以上达、输布百脉。脾虚升发不能，气、血、精、液无力上达，清窍失养，日久邪气内生而成窍病。脾虚清阳不升，耳窍失养则可表现为头昏头重、乏力等残余头晕症状；中土不足，易遭肝木克伐，则常见焦虑、急躁；脾失健运，水谷内停则可兼见腹胀、纳呆等表现。肾与耳的关系更为密切，《素问·阴阳应象大论篇》云：“肾主耳”，肾之精气充沛，肾气蒸化、肾精上腾，以助清阳化生，上注耳窍，发挥听觉、位置觉等功能。《格致余论·养老论》言：“人生至六十、七十以后，精血俱耗……头晕目眩，肌痒尿数，鼻涕牙落。”老年人肾气亏虚，精血化生乏源，脑髓为之不满，诸窍失于濡养。故而相较于中青年，老年患者的耳石症发病率更高，也更易反复发作^[15]，究其原因往往与肾精亏虚有关。脾肾亏虚既是耳石症发病之源，又可因病情迁延加重脾肾虚损。痰饮留滞经脉，气机升

降失常，耗损脾气，湿浊下流，病久亦可及肾。病程越长，眩晕复发和出现残余症状的风险也就越大^[16-17]。因此，尽早诊断和干预对本病预后尤为重要。

综上，耳石症的病机主要由“上虚为因”“痰饮为标”“脾肾为本”三个层次构成。从病程来看，耳石症急性期以痰饮内阻为主，残余期则以脾虚清阳不升为主，病程缠绵反复者则往往以肾精亏虚为主。掌握疾病演化趋势，根据各期病机变化及时防范和治疗，以便改善症状、缩短病程、预防复发。

3 基于浊邪害清的耳石症的分期治疗

3.1 急性期——温化痰饮为先

耳石症急性期以痰饮内阻证为主，主要表现为与体位相关的发作性眩晕，伴见视物旋转、恶心、呕吐，以耳石复位为主要治疗手段。有研究发现，手法复位配合中药治疗可有效改善患者生活质量，减少复发^[18]。对于复位治疗配合不佳、不能耐受或经多次复位疗效不佳者，中药治疗可明显减轻眩晕症状。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》言：“病痰饮者，当以温药和之。”痰饮性属阴邪，当以温化为基本原则，常以苓桂术甘汤合《金匱要略》泽泻汤加减治疗。临床常重用茯苓、泽泻至 30 g，甘淡渗下，利水除饮功专效佳，佐以白术既可祛已成之痰饮，又可制生痰之源；桂枝可温阳化气，助诸药化痰蠲饮，又可推动津液的重新输布。若眩晕明显，甚则起卧不能者，可伍以质轻味薄、气辛升散之品以清宣头目、透邪外达，如蝉蜕、桑叶、菊花、蒺藜等；若眩晕日久未见缓解，多为痰饮胶固难祛，可酌情加用藤类药物搜风通络、化痰散结，如钩藤、络石藤、海风藤等；若浊阴阻遏，气机升降失常而致呕恶频频者，可加半夏、生姜和胃止呕。

3.2 残余期——益气升清为要

耳石症残余期以非旋转性头晕，不稳定、漂浮或昏沉感等残余头晕表现为主，辨证以清阳不升为主。轻者以益气升清为法，方选升陷汤合生脉散加减，方中重用黄芪为君以益气升阳，柴胡、升麻助黄芪升举阳气，党参健脾益气，桔梗引诸药上行头目，知母、麦冬、五味子养阴生津以濡养耳窍。重者常兼见乏力气短，纳呆腹胀、便溏，为脾虚清阳不升所致，当兼顾脾胃，以补中益气汤合生脉散加减治疗，较前方重用党参，增白术、陈皮、当归等品，以彰健脾理气之功。若仍有眩晕、恶心等表现，乃痰饮浊邪未尽，可伍以桂枝、茯苓、白术、泽泻，温化痰饮，涤清余邪；气虚甚者，可易党参

为红景天以增补气升清之功；气虚及阳，畏寒肢冷者，可伍以炮附片、巴戟天、淫羊藿等品温壮阳气。

3.3 巩固期——益肾填精为本

耳石症在症状消失后的一段时间内仍有可能再发眩晕，因此有必要进行巩固治疗，我们将这一阶段称作“巩固期”。研究数据^[19-20]也印证了这一观点，耳石症6个月的再发率为5%~13.5%，1年的再发率可达10%~32%。《景岳全书》言：“伐下者必枯其上，滋苗者必灌其根。”巩固期辨证以肾精亏虚为主，治疗以益肾填精为法，方用杞菊地黄丸加减，方中熟地黄、山萸肉、山药三药滋养肝脾肾，泽泻、牡丹皮、茯苓泄浊清热，枸杞子滋补肝肾、菊花清肝平肝，诸药同用，补而不滞。若病程中再发眩晕，可加天麻、钩藤、蒺藜、僵蚕等品平肝定眩。年老体衰者病程往往缠绵反复，可易汤为丸，坚持服药，日久方显疗效。

4 病案举隅

患者，女，30岁，2022年2月22日初诊。主诉：突发眩晕1天。患者1天前起床时突然发作眩晕，持续10秒左右，伴视物旋转、恶心呕吐、耳鸣，自行服用天麻素片后症状稍有好转，此后阵作眩晕，每次持续数秒即止。刻下症见：眩晕，向右侧翻身时有明显视物旋转，恶心，无耳鸣，倦怠，纳差，眠欠安、偶有夜醒1次，多梦，大便每日1或2次、便溏、排不净感，小便可；舌淡、边有齿痕，苔白腻、水滑；左脉沉弦，右脉沉细弦。既往史：平素身体健康，否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性病史，否认偏头痛病史。查体：自发性眼震（-），右侧迪克斯-霍尔派克（Dix-Hallpike）试验可见逆时针上跳性眼震。辅助检查：头颅核磁未见明显异常。纯音测听提示：双耳正常。眩晕障碍量表（dizziness handicap inventory, DHI）^[21]评分36分。中医诊断：眩晕（痰饮内停证）。西医诊断：良性阵发性位置性眩晕。诊疗措施：1）予以右侧Epley法复位，复位后再次进行位置试验结果阴性，患者诉仍有头昏沉感，不伴视物旋转，仍有恶心。2）中医治以温化痰饮为法，方选苓桂术甘汤合泽泻汤加减，用药如下：茯苓皮30g，桂枝15g，白术15g，炙甘草10g，泽泻30g，生姜30g，蒺藜15g，天麻10g。7剂，每日1剂，水煎早晚温服。

2022年3月2日二诊：患者诉服药后头昏沉感减轻，近3天频繁加班后头昏沉感明显，仍有乏力、困倦，气短懒言、语低，纳后脘胀，无夜醒，

仍有多梦，大便每日1次、便溏，排不尽感减轻；舌淡红、边有齿痕、苔白略腻；双脉沉细。DHI评分4分。予初诊方去茯苓皮、生姜、天麻，白术减至10g、炙甘草减至6g、桂枝减至9g、泽泻减至12g、炒蒺藜减至10g，加黄芪30g，党参15g，陈皮10g，升麻6g，北柴胡12g，茯苓12g，荷叶6g，7剂，煎服法同前。

2022年4月23日电话随访，患者诉服药后头昏沉感消失，乏力、困倦明显改善，做梦减少，大便每日1次、基本成形，DHI评分0分，故未再复诊。2022年12月17日电话随访，患者未再发作眩晕。

按语：本案患者以突发眩晕为突出表现，眩晕持续时间<1分钟、与体位变动相关、时作时止，结合典型眼震表现，考虑右后半规管耳石症。患者首诊时以眩晕、视物旋转、恶心呕吐等急性期症状为突出表现，舌淡、边有齿痕、苔白腻水滑为痰饮之征，双脉沉弦为水饮内停之象，右脉兼细则提示素体气虚。综观舌脉症，考虑为痰饮内停、困蒙耳窍，故见眩晕、耳鸣；痰饮阻滞气机，胃失和降故见恶心、纳差。宗张仲景“病痰饮者，当以温药和之”原则，治以温化痰饮，方选苓桂术甘汤合泽泻汤加减。方中茯苓皮、白术、泽泻化痰蠲饮，桂枝、甘草温化痰饮，生姜温中止呕兼杜生痰之源，天麻、蒺藜平肝熄风定眩。二诊时患者服药后症状改善，提示前方治疗有效，然又因劳累致头晕复发，无视物旋转、恶心呕吐等症状，提示疾病已进入残余期，又兼乏力、困倦，气短懒言，纳后脘胀，便溏等表现，此时痰饮浊邪渐退而清阳不升、耳窍失养之象逐渐显露。当以补中升清为要，兼祛余邪。故取补中益气汤遣方思路，于方中加黄芪、升麻、北柴胡三药升提清阳，其中重用黄芪至30g为君药，升阳兼以补气；加党参培补脾胃，佐陈皮理气，斡旋中焦，升清降浊；加荷叶取其轻清上浮之性，载诸药上行头面；患者呕恶未再发作，胃气已和，故去生姜；痰饮之象渐退，故将桂枝、甘草、泽泻、白术减量，并将长于利水的茯苓皮改为兼可安神的茯苓；去天麻、蒺藜盖因患者中焦不足，气血生化乏源，恐其燥伤阴血之弊。治疗全程随证施治，一诊温化痰饮以平眩，二诊补中升清以止晕，为临床辨治耳石症提供参考。

参考文献

- [1]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.良性阵发性位置性眩晕诊断

- 和治疗指南(2017) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(3): 173-177.
- [2]姜佩依, 赵婷, 张思然, 等. 神经内科门诊良性阵发性位置性眩晕发病与复发因素分析 [J]. 中华耳科学杂志, 2023, 21(4): 458-463.
- [3]KE YJ, MA X, JING YY, et al. Risk factors for residual dizziness in patients with benign paroxysmal positional vertigo after successful repositioning: a systematic review and meta-analysis [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2022, 279(7): 3237-3256.
- [4]方名胜, 谢道俊, 房如意, 等. 夏麻祛痰止晕方联合复位法治疗痰浊上蒙型良性阵发性位置性眩晕 46 例 [J]. 环球中医药, 2021, 14(7): 1344-1346.
- [5]吕化伟. 排针平刺联合天麻钩藤饮治疗良性阵发性位置性眩晕的疗效及对血清维生素 D 结合蛋白、25 羟维生素 D 及甲状旁腺激素水平的影响 [J]. 中医临床研究, 2022, 14(35): 139-143.
- [6]何伟. 构建中医浊邪理论体系框架的初步探讨 [J]. 中医杂志, 2015, 56(21): 1801-1803.
- [7]李娜娜, 张芮铭, 沙中玮, 等. 基于“浊邪害清”理论探讨轻度认知障碍的病机与辨治 [J]. 中医杂志, 2023, 64(4): 346-349.
- [8]易泳鑫, 陈茜, 高毅东, 等. “浊邪害清”理论在急性脑卒中的运用研究 [J]. 湖北中医杂志, 2020, 42(7): 30-31.
- [9]涂沛, 罗富锬, 周彬, 等. 基于“浊邪害清”理论探讨鼻渊的中医辨治 [J]. 中医耳鼻咽喉杂志, 2024, 14(1): 1-3.
- [10]郭全, 覃一珏, 黄龙模, 等. 良性阵发性位置性眩晕的中医证候特征研究 [J]. 光明中医, 2021, 36(20): 3398-3401.
- [11]KOC A. Benign paroxysmal positional vertigo: is it really an otolith disease? [J]. J Int Adv Otol, 2022, 18(1): 62-70.
- [12]ATHANASIADOU D, JIANG W, REZNIKOV N, et al. Nanostructure of mouse otoconia [J]. J Struct Biol, 2020, 210(2): 107489.
- [13]KAO WTK, PARNES LS, CHOLE RA. Otoconia and otolithic membrane fragments within the posterior semicircular canal in benign paroxysmal positional vertigo [J]. Laryngoscope, 2017, 127(3): 709-714.
- [14]张璋, 邱玢, 王河宝, 等. 中医学“痰”之形与意简析 [J]. 中医杂志, 2019, 60(10): 811-814.
- [15]郭振平, 伊海金, 梁思超, 等. 不同年龄及职业人群良性阵发性位置性眩晕临床特征分析 [J]. 北京医学, 2022, 44(8): 717-721.
- [16]谷李欣, 马孝宝, 金玉莲, 等. 病程对水平半规管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(2): 207-210.
- [17]高铭媛, 丁雷, 王嘉玺, 等. 原发性良性阵发性位置性眩晕患者复发的影响因素分析 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2022, 29(2): 97-99.
- [18]王山, 李文娟, 刘叶辉. 苓桂术甘汤加减治疗痰饮中阻型良性阵发性位置性眩晕临床观察 [J]. 山西中医, 2022, 38(5): 30-32.
- [19]PROKOPAKIS EP, CHIMONA T, TSAGOURNISAKIS M, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: 10-year experience in treating 592 patients with canalith repositioning procedure [J]. Laryngoscope, 2005, 115(9): 1667-1671.
- [20]SAKAIDA M, TAKEUCHI K, ISHINAGA H, et al. Long-term outcome of benign paroxysmal positional vertigo [J]. Neurology, 2003, 60(9): 1532-1534.
- [21]修世国, 邢东升, 胡玮, 等. 眩晕障碍量表在 BPPV 患者生活质量评估中的应用 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2014, 22(1): 48-52.

Pathomechanism and Treatment of Otolith Disorders from the Perspective of "Turbid Pathogen Disturbing Clarity"

KONG Yan, KUANG Zihe, WU Bin, SUN Wenjun

Beijing University of Chinese Medicine Third Affiliated Hospital, Beijing, 100029

ABSTRACT Guided by the theory of turbid pathogen disturbing clarity, this paper holds that the pathogenesis of otolith disorders involves the failure of clear yang to ascend and the internal generation of phlegm-turbidity as the initiating factors. The clinical manifestations are characterized by the intermingling of phlegm and fluid, as well as the disturbance between turbid and clear substances, while the root lies in spleen-kidney deficiency and depletion of primordial qi. Treatment strategies are formulated according to the different stages of the disease: in the acute phase, therapy focuses on warming and resolving phlegm-fluid retention, using a modified combination of *Linggui Zhugan Decoction* (苓桂术甘汤) and *Zexie Decoction* (泽泻汤); in the residual phase, the approach shifts to tonifying qi and uplifting clear yang, with a modified combination of *Shengxian Decoction* (升陷汤) and *Shengmai Powder* (生脉散); in the consolidation phase, therapy aims to tonify the kidney and replenish essence, employing a modified version of *Qiju Dihuang Pill* (杞菊地黄丸).

Keywords otolith disorders; benign paroxysmal positional vertigo; turbid pathogen; clear orifices; clear yang; phlegm-fluid retention

(收稿日期: 2025-01-18; 修回日期: 2025-04-28)

[编辑: 果 彤, 贾维娜]