

# 苏寅从“痰瘀同治”论治胸腰椎骨折卧床后耳石症经验<sup>※</sup>

雷美珠 苏寅<sup>▲</sup> 邢海清 叶少奇 郑昌棣

**摘要** 苏寅教授认为,胸腰椎骨折卧床后继发良性阵发性位置性眩晕(耳石症)的病机核心在于痰瘀互结,上扰清窍。骨折创伤,恶血内留,是为“瘀”;卧床制动,脾失健运,水湿聚而成“痰”。痰瘀互为因果,胶结为患,遇体位变动之“风引”而随风上逆,蒙蔽清阳,故发为眩晕。治疗上,苏寅教授主张中西医互参,分期论治:急性期以手法复位治其标,并辅以针刺速效止晕;缓解期则恪守“痰瘀同治”大法,内服中药以活血化瘀、涤痰通络为主,兼以健脾补肾固其本。文中通过典型验案2则,详述其辨证思路与用药特色,以期为临床诊治此类复杂病症提供有益借鉴。

**关键词** 良性阵发性位置性眩晕;耳石症;胸腰椎骨折;名老中医经验;痰瘀同治;苏寅

胸腰椎骨折是骨科常见损伤,治疗常需长期卧床制动。在此期间,患者继发良性阵发性位置性眩晕(Benign Paroxysmal Positional Vertigo, BPPV),即“耳石症”的风险显著增高<sup>[1]</sup>。其典型表现为由头位变动诱发的短暂旋转性眩晕,严重时可有恶心、呕吐等症。其发作不仅会增加胸腰椎骨折患者的痛苦,更会阻碍其进行轴向翻身、坐起等核心康复训练,从而延长病程,影响整体预后。据统计,外伤后患者继发BPPV的概率为7%~17%<sup>[2]</sup>。现代研究认为,长期卧床导致头部活动减少,可造成内耳微循环障碍、耳石器缺血,影响耳石代谢<sup>[3]</sup>;外伤后机体产生的氧化应激反应,导致前庭功能障碍,继发BPPV发生<sup>[4]</sup>;此外,创伤的冲击作用也可能作用于内耳前庭椭圆囊斑耳石器<sup>[5]</sup>,削弱耳石黏附于椭圆囊斑表面的糖蛋白的黏附力,增加耳石脱落的易感性<sup>[6]</sup>。治疗上以耳石复位手法为首选,虽能即刻取效,但对于残余头晕及预防复发方面仍显不足<sup>[7]</sup>。

耳石症归属于中医学“眩晕”范畴。历代医家对眩晕论述颇丰,如“无痰不作眩”“无虚不作眩”“诸风掉眩,皆属于肝”等,为临床辨治提供了丰富的理论依据。苏寅教授(以下简称为“苏教授”)是全国老中医

药专家学术经验继承工作指导老师、福建省名中医,从事中医骨伤四十余载,学验俱丰。苏教授在诊治骨折科疑难杂症中,尤其善于运用“痰瘀同治”理论治疗胸腰椎骨折卧床后继发的耳石症,形成了独具特色的辨治体系。现将苏教授对此病的临证经验探析如下。

## 1 病因病机阐微

苏教授认为,本病发生于胸腰椎骨折之后,与创伤、卧床两大因素密切相关。其病机演变是一个动态过程,核心在于“痰”与“瘀”两种病理产物的生成与胶结互阻,形成痰瘀互结之标实,而其本质则属本虚标实。

**1.1 瘀血内生,络脉不通为发病之基** 《灵枢·贼风》云:“若有所堕坠,恶血在内而不去……则血气凝结。”<sup>[8]</sup>骨折创伤,血脉破损,离经之血便是瘀。瘀血阻滞经络,气血不能上荣于头面,清窍失养,故发为眩。此与现代医学认为骨折创伤可能影响局部乃至全身微循环,包括内耳微循环的观点不谋而合<sup>[9]</sup>。

**1.2 痰浊内蕴,上蒙清窍为致病之标** 《丹溪心法·头眩》言:“头眩,痰挟气虚并火,治痰为主。”<sup>[10]</sup>《素问·宣明五气》亦云“久卧伤气”<sup>[11]</sup>。患者骨折后长期卧床,脾气受损,运化失司,则水谷精微不归正化,反聚为湿,湿聚为痰。痰浊作为一种浊阴之邪,具有黏滞、重浊的特性,最易上蒙于清阳之窍,导致眩晕伴头重如蒙、恶心呕吐。

**1.3 痰瘀互结,随风上扰为急性发作之关键** 苏教

※基金项目 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(No. 国中医药人教函[2022]75号)

▲通信作者 苏寅,男,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治骨科疾病。E-mail:470412520@qq.com

• 作者单位 宁德市中医医院(福建 宁德 352100)

授指出,单纯的瘀或痰未必会引发如此剧烈的且与体位明确相关的眩晕,其关键在于“痰瘀互结”。瘀血内阻,阻碍气机,加重水液停滞而生痰;痰浊黏滞,亦能阻碍血行,加重血瘀。二者相互胶结,伏于体内。当患者进行轴向翻身、起卧等动作时,此体位骤变犹如引动“内风”。风性善行而数变,挟痰瘀上扰清窍,使清阳不展,遂发眩晕。这与BPPV因头位变化导致耳石在半规管内移动而诱发眩晕的现代机械论描述,在现象学层面高度契合,为中西医结合治疗提供了关键的理论衔接点<sup>[12]</sup>。

**1.4 脾肾两虚,正气不足为病机之本** 纵观全程,本病属本虚标实之证。患者或年老,或素体亏虚,肾精本不足。“肾主骨”,骨折必累及于肾,耗伤肾精,致“髓海不足,则脑转耳鸣”。脾为后天之本,久卧伤气,首要伤脾。脾肾两虚,正气不足,既是痰瘀产生的内在基础,也是眩晕缓解后机体恢复缓慢、易感外邪的根本原因。

综上,苏教授将本病病机概括为:在脾肾亏虚、正气不足的基础上,因创伤与制动,导致瘀血与痰浊内生,二者互结为患,伏于络脉;遇体位变动之“风引”而骤然上扰清窍,发为眩晕。

## 2 辨治经验

苏教授在治疗上不固守单纯中医或者单纯西医,而是以解决患者痛苦、促进快速康复为最高准则,形成了清晰的分期论治策略,强调痰瘀同治、中西互参。

**2.1 急性发作期,速去其标,先安其神** 此期患者眩晕剧烈,痛苦万状,当以迅速解除症状为第一要务。

**2.1.1 西医复位,直捣病所** 苏教授对胸腰椎骨折稳定患者,积极应用现代医学的耳石复位手法,此乃“祛邪”最速之法。若为后半规管BPPV,首选Epley法:①患者坐在检查床,头部向患侧转45°,快速后仰,使头与床面呈30°,待眼震和眩晕消失;②将头向健侧转90°;③继续将头部与身体向健侧翻转,头部偏离仰卧位135°,呈侧卧、面部朝下姿势,待眩晕消失;④缓慢坐起并将头前倾20°,耳石顺势滑落至前庭中<sup>[13]</sup>。若为水平半规管BPPV,则选用Barbecue法:①指导患者保持平卧位,绕身体进行纵轴旋转,头部向健侧转90°;②仰卧位转变为俯卧位;③头部继续向健侧转90°;④将体位转换为仰卧位,使其头部继续转向健侧90°。保持时间均为眩晕症状消失后30 s<sup>[14]</sup>。操作时需由耳鼻喉科专科医师主导,在康复师或住院医师的协助下,严格遵循骨科制动原则,采用多人协作进行

改良式轴向复位,确保脊柱绝对安全。

**2.1.2 针刺急救,平肝定眩** 在复位操作后,苏教授喜用针刺以求快速稳定症状。取穴:以百会、风池(双)、内关(双)、丰隆(双)、太冲(双)为主穴。百会位于巅顶,属督脉,为诸阳之会,针刺可升清降浊、宁神定眩;风池为足少阳胆经与阳维脉交会穴,功擅祛风止眩;内关为手厥阴心包经络穴、八脉交会穴,可宽胸理气、和胃止呕,尤能安神定志;丰隆乃足阳明胃经络穴,为化痰第一要穴,能涤痰浊而清神府;太冲为肝经原穴,泻之可平抑肝阳,息风止眩。诸穴合用,共奏息风化痰、定眩止呕之功。

**2.1.3 中西药结合,辅助控症** 对于呕吐频繁、口服中药困难者,苏教授常配合使用异丙嗪、天麻素注射液,以助止呕、定眩。

**2.2 缓解调养期,痰瘀同治,固本培元** 此期眩晕大症已去,治疗重心转向清除痰瘀宿根、调理体质以防复发。对于此阶段,教授强调“痰瘀同治”,以活血化痰、涤痰通络为主,佐以健脾补肾,常以通窍活血汤合半夏白术天麻汤为基础方进行化裁。其方药可分为3个部分。(1)活血化痰部分:川芎10~15 g,丹参15~20 g,桃仁9 g,红花6 g,赤芍12 g。(2)涤痰通络部分:法半夏9 g,白术15 g,天麻10 g,茯苓15 g,陈皮6 g,石菖蒲9 g。(3)引经与基础部分:老葱3根,生姜3片,大枣5枚。

苏教授临证常结合病症,随证加减。气虚明显,见神疲乏力、声低气短者,加黄芪30 g、党参15 g,以大补元气,寓“气行则血行,气顺则痰消”之理;肾虚明显,症见腰膝酸软、耳鸣绵绵者,加骨碎补15 g、杜仲12 g、怀牛膝12 g,以补肾壮骨,强腰膝;痰郁化热,症见口苦、苔黄腻者,去半夏,加竹茹12 g、黄连6 g,以清化热痰;失眠心悸者,加酸枣仁15 g、远志6 g,以养心安神;瘀血较重,舌质紫暗甚者,可酌加地龙9 g、全蝎3 g等虫类药,以增强搜风通络、剔邪外出之力。

苏教授尤善运用川芎与丹参。川芎为“血中之气药”,性上行头目,活血兼能行气,效专力宏;丹参功同四物,活血而不伤正。二者相伍,活血化瘀之力倍增。化痰药中,苏教授认为石菖蒲“芳香辛散,开窍豁痰,醒神益智”,对痰蒙清窍之眩晕尤为合适。

## 3 验案举隅

**病案1** 林某,女,72岁,2024年11月5日初诊。主诉:反复发作性眩晕3天。现病史:患者2周前因跌倒致腰2椎体(L2)压缩性骨折,予绝对卧床、轴向翻

身治疗;3天前开始,每于向左侧翻身时即感天旋地转,伴恶心,持续约数十秒,每日发作数次,经倍他司汀口服,效果不显。辰下:眩晕阵作,恶心欲吐,头重如蒙,神疲乏力,腰部酸胀,纳呆,寐差,二便调。舌质暗红,边有瘀点,苔白腻,脉弦滑。耳鼻喉科专科医师会诊,在保护下行改良Dix-Hallpike试验:头向左转并后仰时,诱发出向地性旋转性眼震,眩晕感重现。西医诊断:①左后半规管良性阵发性位置性眩晕;②L2椎体压缩性骨折。中医诊断:眩晕,辨为痰瘀互结,清阳被扰证。治法:活血化瘀,通络止眩。处方:首先,行改良Epley手法复位,复位后嘱患者半卧位休息;然后,针刺百会、双侧风池、内关、丰隆、太冲,行泻法,留针20 min;最后,予以中药治疗。中药予通窍活血汤合半夏白术天麻汤加减,药用:川芎15 g,丹参20 g,法半夏9 g,桃仁9 g,红花6 g,赤芍12 g,麸炒白术15 g,天麻10 g,茯苓15 g,陈皮6 g,黄芪20 g,石菖蒲9 g,骨碎补15 g,生姜3片,大枣5枚。7剂,每日1剂,水煎温服。

2024年11月12日二诊:服药3剂后向左翻身时眩晕即未再发作,现精神、食欲转佳,头重感消失,腰部仍感酸软。舌质暗红减轻,苔薄白,脉细。标实已去,转以扶正固本为主,兼清余邪。守上方去桃仁、红花、法半夏、陈皮,加杜仲12 g、怀牛膝12 g、续断12 g以加强补肾壮骨之效。继进7剂,以资巩固。出院1个月后电话随访,患者诉眩晕未再复发,已能在支具保护下下床慢行,恢复良好。

按 本案患者年高体弱,腰椎骨折后,瘀血内停;久卧伤气,脾运失健,痰浊内生。舌暗有瘀点、苔腻,脉弦滑,皆为痰瘀互结之明证。苏教授首诊即采用中西医结合策略,以手法复位直去其因,效如桴鼓;以通窍活血汤合半夏白术天麻汤加减活血化瘀、燥湿化痰。方中川芎为血中气药,既可上行头目,又可下行血海,既能活血化瘀,又能行气开郁,引诸药直达病所,为治头痛、眩晕之要药;天麻平肝息风,通络止痛,可针对眩晕“风动”之标,为治晕圣药;法半夏燥湿化痰,降逆止呕;丹参活血祛瘀,清心安神,活血而不伤正;桃仁破瘀行血,红花活血通经,二者协同增强通窍活血之力;赤芍清热凉血,散瘀止痛,助川芎、丹参活血化瘀;白术健脾燥湿,茯苓渗湿利水,二药相合,健脾祛湿,以绝生痰之源;陈皮理气健脾,燥湿化痰,与半夏配伍即为“二陈汤”之意,使气顺则痰消;黄芪大补元气,既可助活血药推动血行,又可助健脾药运化水湿;骨碎补可补肾强骨,活血续伤;石菖蒲开窍豁

痰,醒神益智,不仅能增强化痰开窍之力,还能引药入心窍、脑窍;生姜辛温,能温中散寒,并制约方中活血药的寒凉(如赤芍)及半夏的毒性;大枣甘温,益气养血,保护胃气,与生姜合用,可调和脾胃,调和营卫,使全方攻邪而不伤正。二诊时,大症已除,故减祛瘀化痰之峻品,加杜仲、怀牛膝、续断补肾壮骨以调理根本,体现了其辨证精准、阶段分明、方随法变的临证特色。

病案2 陈某,男,28岁,2024年3月10日初诊。主诉:反复发作性眩晕1天。现病史:患者8天前因高处坠落致腰1椎体(L1)爆裂性骨折,于外院行“腰椎骨折切开复位内固定术”,术后病情稳定,医嘱绝对卧床、轴向翻身。1天前,患者在进行规范的轴向翻身训练时,突然出现剧烈的天旋地转感,伴恶心、冷汗,持续约20~30秒后自行缓解。此后每次向右侧翻身或尝试由卧至坐时,症状均反复发作。骨科予对症处理未见显效,遂邀苏教授中医会诊。辰下症:眩晕阵作,发则视物旋转,恶心欲吐,无耳鸣耳聋,自觉头部昏沉,肢体困重,手术切口周围胀痛,口干不欲饮,纳呆,夜寐不安,因恐惧翻身而精神紧张。舌质暗,边尖红,苔黄微腻,脉弦滑略数。查体:在医护协助下,保持脊柱轴线稳定,行改良滚转试验,头与躯干作为整体向右侧转时诱发出向地性水平眼震,伴典型眩晕症状。西医诊断:①右侧水平半规管良性阵发性位置性眩晕;②腰1椎体骨折术后。中医诊断:眩晕,辨为痰热瘀互结,肝风内动证。治法:清热化痰,活血通络,平肝定眩。处方:温胆汤合通窍活血汤加减。药用:竹茹15 g,枳实10 g,陈皮9 g,法半夏9 g,茯苓15 g,川芎12 g,丹参20 g,桃仁9 g,赤芍12 g,天麻10 g,钩藤15 g(后下),郁金10 g,石菖蒲9 g,甘草6 g。3剂,每日1剂,水煎服,分两次温服。

2024年3月13日二诊:患者诉首次复位后,当日向右翻身时眩晕未再发作,服药3剂后眩晕已完全控制,恶心、头沉、身重等症悉除,食欲改善,睡眠转安,精神大为舒缓。舌质转淡红,苔薄微黄,脉象趋缓。遂更方为桃红四物汤合二陈汤加减,以活血养血、健脾化痰为主,稍佐清热之品。药用:桃仁9 g,法半夏9 g,红花6 g,当归12 g,川芎9 g,赤芍12 g,骨碎补15 g,陈皮9 g,茯苓15 g,续断15 g,黄芪20 g,甘草6 g。7剂,每日1剂,水煎,分两次温服。

半个月后随访,患者眩晕无复发,已进入下一阶段康复训练。

按 本案生动体现了苏教授“痰瘀同治”理论在

年轻实证患者的精妙运用与灵活变通。本案患者正值壮年,阳热偏盛,突然受严重创伤,病理状态急剧变化。苏教授析其病机,紧扣三大关键:一为创伤致瘀,骨折手术致使恶血内留,络脉不通,发为刺痛,舌质见暗;二为气郁化热生痰,术后卧床,活动骤减,气机郁遏,加之对病情恐惧,肝气不舒,气郁则津液不布,聚而生湿成痰,更兼气郁化火,灼津为痰,形成痰热互结之局,故见苔黄腻、脉滑数、口干、头身困重;三为肝风内动,体位变动引动内在风阳,风挟痰瘀上扰清空,故眩晕骤作,其势剧烈。此痰、热、瘀、风四者交织,以痰热瘀为核心,与年老患者多以“虚、瘀、痰”为主之病机迥然不同,体现了苏教授辨证精准入微。在治疗策略上,苏教授审证求因,随证变法。初诊方中竹茹甘寒,善清胆胃之热,化痰止呕;枳实苦辛微寒,行气化痰,破气消积;川芎为血中气药,上行头目,活血行气;丹参功同四物,活血祛瘀,清心安神;半夏燥湿化痰,降逆止呕;陈皮理气燥湿,使气顺痰消;茯苓健脾渗湿,以绝生痰之源,加强化痰之力;桃仁破血行瘀;赤芍凉血散瘀;天麻平肝息风,通络止眩;钩藤清热平肝,息风止痉;郁金活血止痛,行气解郁,兼清心热;石菖蒲豁痰开窍,醒神益智;甘草益气和缓,调和诸药。其选方用药之妙在于:首选温胆汤清胆和胃、理气化痰,力清郁结之热邪与胶着之痰浊;合以通窍活血汤之核心药组(川芎、桃仁、赤芍、丹参)活血化瘀,通行络脉;更佐天麻、钩藤平肝息风以定旋摇,郁金、石菖蒲解郁开窍而醒神府。全方清热而不过寒,化痰而不燥烈,活血而不破血,切中青年创伤后痰热瘀互结兼动风之病机肯綮,故能3剂而收显效,眩晕立止。

二诊时患者眩晕已止,痰热、肝风之标证(恶心、头沉、身重、苔黄腻)大减,舌质转淡红,脉象趋缓。此时标实已去大半,但术后及久卧所致的气血瘀滞、脾虚生痰之本仍在,故治法调整为“活血养血,健脾化痰”,以善其后。方中桃仁、红花破瘀生新;当归、川芎养血活血;赤芍凉血散瘀;半夏燥湿化痰;陈皮理气化痰;茯苓健脾渗湿;骨碎补补肾强骨,活血续伤;续断补肝肾,强筋骨,续折伤,与骨碎补合用,为骨科术后修复的常用对药,直接针对腰椎骨折的病根,促进愈合;黄芪大补脾肺之气,一则助活血药之力,二则助化痰药之功,三则补气固表,防止久卧耗气;甘草调和诸药,兼能益气和缓。

#### 4 小结

苏教授从“痰瘀同治”论治胸腰椎骨折卧床后耳

石症,理论渊源清晰,临证疗效确切。其紧扣“创伤致瘀”与“久卧生痰”之机,提出“痰瘀互结,随风上扰”为急性发作之关键。治疗上主张分期论治:急性期中西医结合治疗方法并用,速战速决;缓解期坚守“痰瘀同治”,以通窍活血汤合半夏白术天麻汤为主方,灵活化裁。其善用川芎、丹参活血,喜用石菖蒲开窍化痰,并注重配伍健脾益气与补肾壮骨之品,以固根本。此外,苏教授积极多学科诊疗,将耳石复位手法纳入中医“祛邪”体系。学习并传承苏教授的这一学术经验,有利于提高中医药治疗胸腰椎骨折后并发症的临床水平。

#### 参考文献

- [1] KIM S Y, KIM H J, MIN C, et al. Association between benign paroxysmal positional vertigo and osteoporosis: two nested case-control studies [J]. *Osteoporos Int*, 2020, 31(10): 2017-2024.
- [2] PARNES L S, AGRAWAL S K, ATLAS J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) [J]. *CMAJ*, 2003, 169(7): 681-693.
- [3] 冯秀珍, 祝俊山, 陆佳宁, 等. 继发性良性阵发性位置性眩晕的临床特征及研究进展 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2017, 31(20): 1621-1624.
- [4] 李晶. 良性阵发性位置性眩晕危险因素及氧化应激机制研究 [D]. 郑州: 郑州大学, 2023.
- [5] FESHARAKI-ZADEH A. Oxidative stress in traumatic brain injury [J]. *Int J Mol Sci*, 2022, 23(21): 13000.
- [6] SCHUKNECHT H F. Mechanism of inner ear injury from blows to the head [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1969, 78(2): 253-262.
- [7] BHATTACHARYA N, GUBBELS P S, SCHWARTZ R S, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update) executive summary [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 156(3): 403-416.
- [8] 张南峭, 封银曼. 黄帝内经·灵枢 [M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2022: 865.
- [9] VON BREVERN M, RADTKE A, LEZIUS F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2007, 78(7): 710-715.
- [10] 朱震亨, 彭建中. 丹溪心法 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 76.
- [11] 郭霭春. 黄帝内经素问校注 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 282.
- [12] 周仲瑛. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 626.
- [13] 张会, 胡佳佳, 王蒙, 等. Epley法及头部不同侧卧角度 Semont法在后半规管 BPPV 的疗效分析 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2025, 39(4): 357-361.
- [14] 杨醒鸿, 颜国平, 李煥生. Barbecue 法治疗 HSC-BPPV 的效果及症状改善、视频眼震电图变化 [J]. *中国老年学杂志*, 2023, 43(21): 5244-5247.

(收稿日期: 2025-8-13)

(本文编辑: 蒋艺芬)