

茯苓丹皮饮对痰浊上蒙型眩晕的临床疗效观察

程强强*, 杨浩军, 杜宝林[#]

新疆乌鲁木齐市米东区中医医院脑病科, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2025年10月28日; 录用日期: 2025年12月8日; 发布日期: 2025年12月18日

摘要

目的: 观察茯苓丹皮饮对痰浊上蒙型眩晕的临床疗效。方法: 将2024年5月~2025年5月在米东区中医医院脑病科所收集的120例痰浊上蒙型眩晕患者随机分为西药组、中药组、中药 + 西药组, 40例/组, 西药组采用倍他斯汀片治疗, 中药组采用茯苓丹皮饮治疗, 中药 + 西药组采用倍他斯汀片 + 茯苓丹皮饮治疗。在经过四周的治疗之后, 观察治疗前后, 两组患者的DHI、VSS、VADL及VAS评分以及对肝肾功能的影响。结果: 经过为期四周的治疗, 三组患者DHI、VSS、VADL及VAS的评分均出现了显著的降低, 而与中药组和西药组相比, 观察组患者的这四项评分降低及前庭功能改善的幅度更为明显($P < 0.05$)。在眩晕症状的改善方面, 中药组有效率77.5%, 西药组有效率90%, 中药 + 西药组有效率97.5% ($P < 0.05$), 且三组治疗均对肝肾功能未造成明显影响。结论: 运用茯苓丹皮饮联合倍他司汀对痰浊上蒙型眩晕进行治疗, 可明显改善患者眩晕症状, 值得在临床中进行进一步的推广及应用。

关键词

茯苓丹皮饮, 眩晕, 痰浊上蒙, 临床疗效, 倍他司汀

Observation on the Clinical Efficacy of Poria Danpi Drink on Phlegm and Cloudy Vertigo Type

Qiangqiang Cheng*, Haojun Yang, Baolin Du[#]

Department of Encephalopathy, Xinjiang Urumqi Midong District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Urumqi Xinjiang

Received: October 28, 2025; accepted: December 8, 2025; published: December 18, 2025

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of Poria Danpi Drink on phlegm and cloudy vertigo type.

*第一作者。

[#]通讯作者。

文章引用: 程强强, 杨浩军, 杜宝林. 茯苓丹皮饮对痰浊上蒙型眩晕的临床疗效观察[J]. 中医学, 2025, 14(12): 5551-5559. DOI: 10.12677/tcm.2025.1412798

Methods: 120 patients with phlegm and cloudy vertigo type collected from May 2024 to May 2025 in Department of Encephalopathy, Midong District Hospital of Traditional Chinese Medicine were randomly divided into Western medicine group, Chinese medicine group, and Chinese medicine + Western medicine group, 40 cases/group. The Western medicine group was treated with Betahistine tablets, the Chinese medicine group was treated with Poria Danpi Drink, and the Chinese medicine + Western medicine group was treated with Betahistine tablets + Poria Danpi Drink. After four weeks of treatment, the DHI, VSS, VADL and VAS scores as well as the effects on liver and kidney functions were observed before and after treatment. **Results:** After four weeks of treatment, the DHI, VSS, VADL and VAS scores of the three groups were significantly reduced, and the reduction of these four scores and the improvement of vestibular function were more obvious in the observation group compared with the traditional Chinese medicine group and the western medicine group ($P < 0.05$). In terms of the improvement of vertigo symptoms, the effectiveness rate of the traditional Chinese medicine group was 77.5%, the effectiveness rate of the western medicine group was 90%, and the effectiveness rate of the traditional Chinese medicine + western medicine group was 97.5% ($P < 0.05$), and the three groups of treatments did not have any significant effect on liver and kidney functions. **Conclusion:** The use of Poria Danpi Drink combined with betahistine in the treatment of phlegm and cloudy vertigo type can significantly improve the symptoms of vertigo, which is worthy of further popularization and application in the clinic.

Keywords

Poria Danpi Drink, Vertigo, Phlegm and Cloudiness, Clinical Efficacy, Betahistine

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

前庭周围性眩晕是平衡系统功能出现障碍所导致的一系列症状，是突然发生的、无外界刺激的自身或外物运动的错觉，主要为旋转性；但也可能为上升或下降感、前后或左右摇晃感、眼球震颤、听力降低、恶心呕吐等，起病急、持续时间短[1][2]。属于中医学“眩晕”的范畴，美国成年人头晕及平衡障碍的年患病人数超过 3300 万，年患病率为 14.8% [3]。据报道，我国有 20%~30% 的人会受到该病困扰，年患病率在 10% 左右[4]。最近有很多研究发现，前庭周围性眩晕易导致耳鸣耳聋、恶心呕吐、焦虑抑郁、共济失调、眩晕突发事件等，患者的生活、工作、情绪及精神方面均与眩晕的发生呈正相关，因此，探究前庭周围性眩晕的中西医综合治疗在临床上有重要意义[5][6]。目前还没有绝对有效的眩晕病治疗方法，治疗的主要目的是缓解眩晕的症状，目前临床治疗前庭周围性眩晕运用最广的药物是倍他司汀，药物为双胺氧化酶抑制剂，对脑血管、心血管，特别是对椎底动脉系统有较明显的扩张作用，能增加耳蜗和前底血流量，从而消除内耳性眩晕，耳鸣和耳闭感，从而改善眩晕症状，但药物自身不良反应及与有儿童禁用的局限性。长期服用易导致肝肾功能损伤，以及可能对消化性溃疡、支气管哮喘、嗜铬细胞瘤患者有影响，且经研究单一药物作用有限难以达到治疗预期[7][8]。

中医理论中，眩晕的相关记载最早见于《黄帝内经》。如《素问·六元正纪大论》言“木郁之发……甚则耳鸣眩转”，提示风邪致眩的可能。《灵枢》则多次论述因虚致眩，如《卫气》篇称“上虚则眩”，《大惑论》认为邪乘虚入脑可致目眩。汉代张仲景立足于痰饮致病，《金匮要略》中立泽泻汤主治“苦冒眩”，提出“心下有支饮”之病机。朱震亨在《丹溪心法》中进一步强调“无痰则不作眩”，主张从痰论治。清代叶天士则重视风阳上扰，主张从肝风立论。此外，杨仁斋于《仁斋直指方》中提出瘀血致眩，明

代虞抟《医学正传》也主张以活血散瘀法治疗跌损所致眩晕。综上所述，中医多将眩晕病机归纳为风、痰、虚、瘀四大类。

国医大师沈宝藩结合中医百家所长，发展性提出“百病兼痰”“百病兼瘀”之说，提出眩晕从痰瘀同治的指导思想，由于痰瘀阴性凝滞，互相胶结难化，难除病根，沈老强调眩晕必须痰瘀同治，即化痰必祛瘀，瘀除则痰易化；祛瘀必化痰，痰化则瘀易去，痰瘀同治之法应贯彻到眩晕的治疗的始终。茯苓丹皮饮以燥湿化痰，活血化瘀，定眩止晕为法，为国医大师沈宝藩治疗痰浊上蒙型眩晕的经验方，该方由茯苓、丹参、陈皮、姜半夏等药物组成，茯苓健脾渗湿为君药，丹参活血化瘀、通经止痛，陈皮燥湿化痰、理气健脾，陈皮清热凉血，姜半夏燥湿化痰，在临床上疗效颇佳，故评价该方的临床疗效，为治疗痰浊上蒙型眩晕提供新的思路。此项目已经过米东区中医医院伦理委员会审批通过：伦理审批号：2024011717。

2. 研究对象

2024年5月至2025年5月乌鲁木齐市米东区中医医院脑病科收治的符合纳入标准的前庭周围性眩晕患者。申请通过医学伦理学考核。受试者在试验前被告知试验内容，签署知情同意书，严格按照课题研究方案纳入临床病例。

2.1. 诊断标准

2.1.1. 西医诊断标准

前庭周围性眩晕参照眩晕急诊诊断与治疗指南(2021版)制定标准[9]。

(1) 纳入患者为初次眩晕发作或既往存在眩晕病史。

(2) 本研究纳入标准为前庭周围性眩晕，其核心症状为发作性旋转性眩晕(自身或外物旋转)、明显自主神经反应及意识清醒状态下的水平/旋转性眼震，每次发作持续数分钟到数小时。所涵盖的病因包括梅尼埃病、前庭神经元炎、Hunt综合征和突发性耳聋伴眩晕等。

(3) 眩晕发作多伴随波动性耳鸣、面色苍白、乏力及血压下降等症状，不伴其他神经系统阳性表现。

(4) 发病初期患者眼震方向与眩晕感一致，且各项前庭反应协调。

2.1.2. 中医诊断标准

中医辨证符合《中医病证诊断疗效标准》[10]中“眩晕-痰浊上蒙证”的诊断。

(1) 头晕目眩，视物旋转，轻者闭目即止，重者如坐车船，甚则扑倒，可伴有恶心呕吐，眼球震颤，汗出，面色苍白。慢性起病逐渐加重，或急性起病，或反复发作。

(2) 痰浊上蒙证：头重如裹，视物旋转，胸闷作恶，呕吐痰涎，舌苔白腻，脉弦滑。

2.1.3. 纳入标准

(1) 符合西医前庭周围性眩晕，中医急性眩晕-痰浊上蒙证的诊断标准；

(2) 年龄18岁~80岁，神智清楚，可配合治疗；

(3) 中医证型均为痰浊上蒙证；

(4) 医院伦理委员会批准，患者均已知情同意。

2.1.4. 排除标准

(1) 患有神经系统疾病者如颅内出血、脑梗或占位；

(2) 中枢神经性眩晕引起眩晕者；

(3) 严重肝肾功能不全，甲状腺功能亢进、糖尿病、高血压等疾病且控制不良者；

(4) 精神障碍、儿童、妊娠或哺乳期妇女，以及对本药任何成分有过敏史者。

2.1.5. 脱落标准

- (1) 参与本课题期间患者病情恶化, 出现严重并发症, 或需要调整治疗方案, 不宜继续参与课题研究者;
- (2) 参与课题期间患者依从性差, 不能配合检查治疗者;
- (3) 患者因各种原因拒绝完成课题治疗, 要求退出者。

2.2. 研究步骤

2.2.1. 样本量估算

根据相关文献查阅发病率, 结合本研究共设计了 3 个组, 检验水准 $\alpha=0.05$, 样本量基于两独立样本均数比较的公式进行估算(由王家良撰写的《临床流行病学》2001, P 142), 公式如下:

$$N = \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})\sigma}{\delta} \right]^2 (Q_1^{-1} + Q_2^{-1})$$

通过公式计算, 按 20% 的失访比例计算, 结合脱落率等因素本次试验按照每组 40 例的样本量完成试验研究, 共 120 例。

2.2.2. 随机分组方法

采用随机数字法, 按 1:1:1 比例将 120 例受试者随机分为对照组($n=40$)、治疗 A 组($n=40$)与治疗 B 组($n=40$)。由专业统计人员使用 SPSS 26.0 生成随机分配序列及受试者编号。每组所对应的组别信息按分配顺序密封于序列号为 1~120 的不透光信封中, 以备研究使用。本课题设计为单盲疗法, 医师知晓分组结果。

2.2.3. 干预方法

试验 A 组: 茯苓丹皮饮联合倍他司汀口服治疗。

试验 B 组: 茯苓丹皮饮治疗。

对照组: 倍他司汀治疗。

西药用法: 甲磺酸倍他司汀片, 规格 6 mg, 由卫材中国药业有限公司提供, 课题使用, 用法为 12 mg, 1 天 3 次, 治疗 4 周天为 1 个疗程, 药物医嘱由课题组脑病专科医师开具, 医嘱与注意事项由我科经验丰富护士完成, 课题开始前对护士进行统一培训, 做到一致性要求。(倍他司汀治疗方案参照中国神经内科疾病诊断治疗指南(2022 版)眩晕治疗方案)

中药用法: 茯苓丹皮饮示方如下: 茯苓、丹参、陈皮、姜半夏等药物组成, 组方以燥湿化痰, 活血化瘀, 定眩止晕为法。由我院中药房统一配制后送煎药室煎药, 加水 1200 ml 浓煎至 400 ml, 每日一剂, 分早晚两次温服, 餐后半小时服用, 10 天为一个疗程。中医证候诊断均由我科两位副高级别上级医师审核决定。

2.2.4. 治疗时间

三组分别干预 1 个周期, 为 4 周, 在患者第 1 天治疗前、4 周治疗后分别以眩晕残障程度评定量表(DHI), 眩晕症状量表(VSS), 日常活动前庭功能障碍等级量表(VADL), 视觉模拟量表(VAS), 血常规, 肝肾功能检查, 前庭功能检查, 中医疗效判定标准, 临床疗效参照中医疗效判定标准进行综合统计分析。

2.2.5. 观察指标

- (1) 眩晕残障程度评定量表(DHI): 评估患者眩晕及抑郁程度。
- (2) 眩晕症状量表(VSS): 评估患者眩晕程度。

- (3) 日常活动前庭功能障碍等级量表(VADL): 评估患者眩晕及日常生活完成程度。
- (4) 视觉模拟量表(VAS): 评估患者眩晕程度。
- (5) 血常规, 肝肾功能检查: 评估患者血液指标变化, 肝肾功能损伤情况。
- (6) 前庭功能检查: 评估患者眼震、眩晕程度。
- (7) 中医临床疗效: 参照《中医病症诊断疗效标准》评估治疗前后评估病情。

2.2.6. 统计分析

所有统计分析均通过 SPSS 26.0 完成。定量资料经分布形态与方差齐性检验后, 若符合对称分布, 以均数 \pm 标准差进行描述; 否则采用中位数(四分位间距)表示集中与离散趋势。组间比较符合参数条件时采用 t 检验, 若数据不满足参数检验的前提条件, 则予以 Wilcoxon 秩和检验。针对分类资料(含二分类与多分类), 使用率或构成比进行统计描述, 其组间差异的比较酌情采用 χ^2 检验、连续性校正 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法。等级资料的组间比较则应用 Wilcoxon 秩和检验。检验水准设定为 $\alpha = 0.05$, 所有假设检验均为双侧, 以 $P < 0.05$, 为有显著性统计学意义; $P < 0.01$ 为有非常显著性统计学意义。

3. 结果

3.1. 基线资料

本课题共纳入患者 120 例, 其中西药组 40 例, 中药组 40 例, 中药 + 西药组 40 例, 三组间性别对比采用卡方检验, 年龄数据符合正态分布, 采用单因素方差分析, 组间比较表明, 三组患者在性别、年龄方面差异无统计学意义, 具有可比性, 见表 1。

Table 1. Comparison of baseline data among the three groups of patients ($\bar{x} \pm s$)
表 1. 三组间患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	性别		年龄
		男	女	
西药组	40	24	16	46.53 \pm 20.01
中药组	40	22	18	49.68 \pm 16.46
中药 + 西药组	40	18	22	49.48 \pm 18.29
χ^2/F		1.875		0.371
P		0.392		0.691

3.2. 三组间 DHI 评分比较

Table 2. Comparison of DHI scores among the three groups ($\bar{x} \pm s$, points)
表 2. 三组间患者 DHI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	治疗前	治疗后	t	P
中药组	40	58.55 \pm 14.53	38.55 \pm 14.50*	146.70	<0.001
西药组	40	52.38 \pm 13.72	29.38 \pm 14.00*	161.83	<0.001
中药 + 西药组	40	58.85 \pm 16.07	31.85 \pm 15.20	203.67	<0.001
F		2.436	4.109		
P		0.092	0.019		

*: 表明与中药 + 西药组比较, $P < 0.05$ 。

三组间患者数据符合正态分布，组间比较采用单因素方差分析，组间比较的两两比较采用 LSD 法，组间比较表明，中西医联合用药组治疗后 DHI 评分优于单纯中药、西药组，组内比较表明，三组治疗后 DHI 评分均改善，且中西医联合用药组优于单纯中药、西药组，差异均具有显著统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

3.3. 三组间 VSS 评分比较

三组间患者数据符合正态分布，组间比较采用单因素方差分析，组间比较的两两比较采用 LSD 法，组间比较表明，中西医联合用药组治疗后 VSS 评分优于单纯中药、西药组，组内比较表明，三组治疗后 VSS 评分均改善，且中西医联合用药组优于单纯中药、西药组，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of VSS scores among the three groups of patients ($\bar{x} \pm s$, points)

表 3. 三组间患者 VSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
中药组	40	51.13 ± 14.54	39.17 ± 14.46*	32.73	<0.001
西药组	40	56.13 ± 13.16	37.90 ± 13.14*	144.03	<0.001
中药 + 西药组	40	48.45 ± 14.56	27.10 ± 14.46	92.50	<0.001
<i>F</i>		3.050	8.935		
<i>P</i>		0.051	<0.001		

*：表明与中药 + 西药组比较， $P < 0.05$ 。

3.4. 三组间 VADL 评分

三组间患者数据符合正态分布，组间比较采用单因素方差分析，组间比较的两两比较采用 LSD 法，组间比较表明，中西医联合用药组治疗后 VADL 评分优于单纯中药、西药组，组内比较表明，三组治疗后 VADL 评分均下降，且中西医联合用药组优于单纯中药、西药组，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of VADL scores among three groups of patients ($\bar{x} \pm s$, points)

表 4. 三组间患者 VADL 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
中药组	40	179.03 ± 26.1	152.88 ± 25.9*	78.503	<0.001
西药组	40	177.58 ± 25.8	140.15 ± 25.8*	88.373	<0.001
中药 + 西药组	40	186.20 ± 28.5	127.78 ± 28.7	165.77	<0.001
<i>F</i>		1.184	8.706		
<i>P</i>		0.310	<0.001		

*：表明与中药 + 西药组比较， $P < 0.05$ 。

3.5. 三组间 VAS 评分

三组间患者数据符合正态分布，组间比较采用单因素方差分析，组间比较的两两比较采用 LSD 法，组间比较表明，中西医联合用药组治疗后 VAS 评分优于单纯中药、西药组，组内比较表明，三组治疗后

VAS 评分均下调, 且中西医联合用药组优于单纯中药、西药组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

Table 5. Comparison of VAS scores among the three groups of patients ($\bar{x} \pm s$, points)

表 5. 三组间患者 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	治疗前	治疗后	t	P
中药组	40	5.93 ± 2.46	$3.25 \pm 2.38^*$	32.18	<0.001
西药组	40	6.75 ± 2.32	$2.88 \pm 1.85^*$	17.51	<0.001
中药 + 西药组	40	6.05 ± 2.41	1.83 ± 1.59	22.92	<0.001
F		1.368	5.604		
P		0.259	0.005		

*: 表明与中药 + 西药组比较, $P < 0.05$ 。

3.6. 三组间前庭功能比较

三组间患者前庭功能数据为计数资料, 组间比较采用卡方检验, 组间比较表明, 中西医联合用药组治疗后前庭功能优于单纯中药、西药组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

Table 6. Comparison of vestibular function among three groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

表 6. 三组间患者前庭功能比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	眼震阳性	
		治疗前	治疗后
中药组	40	32	21
西药组	40	33	20
中药 + 西药组	40	35	14
χ^2		0.376	15.166
P		0.702	<0.001

3.7. 三组间肾功能比较

三组间患者数据符合正态分布, 组间比较采用单因素方差分析, 组间比较的两两比较采用 LSD 法, 组间比较与组内比较结果显示, 肾功能情况差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 7。

Table 7. Comparison of renal function among the three groups of patients ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

表 7. 三组间患者肾功能比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

分组	例数	肌酐		尿素氮	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药组	40	78.90 ± 16.96	76.63 ± 15.10	5.38 ± 1.58	5.55 ± 1.19
西药组	40	77.43 ± 15.42	81.78 ± 15.62	4.93 ± 1.20	4.97 ± 1.44
中药 + 西药组	40	75.85 ± 14.78	80.08 ± 14.41	4.90 ± 1.54	5.30 ± 1.52
F		0.375	1.215	1.350	1.712
P		0.688	0.300	0.263	0.185

3.8. 三组间肝功能比较

三组间患者数据符合正态分布，组间比较采用单因素方差分析，组间比较的两两比较采用 LSD 法，组间比较与组内比较结果表明，肝功能水平差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 8。

Table 8. Comparison of liver function among patients in three groups ($\bar{x} \pm s$, U/L)

表 8. 三组间患者肝功能比较($\bar{x} \pm s$, U/L)

分组	例数	ALT (U/L)		AST (U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药组	40	27.30 \pm 17.11	34.98 \pm 18.70	23.48 \pm 16.17	31.28 \pm 16.73
西药组	40	30.15 \pm 17.57	28.25 \pm 16.80	30.30 \pm 16.60	29.38 \pm 17.65
中药 + 西药组	40	29.85 \pm 16.73	29.35 \pm 15.36	27.40 \pm 18.13	35.60 \pm 16.44
<i>F</i>		0.334	1.798	1.627	1.417
<i>P</i>		0.717	0.170	0.201	0.247

3.9. 三组间中医疗效评价

患者评价为等级资料，采用秩和检验，组间比较表明，中药组有效率 77.5%，西药组有效率 90%，中西医结合用药组有效率 97.5%，且有效率优于单纯中药、西药组，且差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表 9。

Table 9. Comparison of treatment efficacy among three groups of patients

表 9. 三组间患者疗效评定比较

分组	疗效评定				总有效率	<i>Z</i>	<i>P</i>
	临床痊愈	显效	有效	未愈			
中药组(n = 40)	0 (0)	6 (15.0)	25 (62.5)	9 (22.5)	77.5%	-3.057	0.002
西药组(n = 40)	0 (0)	8 (20.0)	28 (70.0)	4 (10.0)	90.0%		
中药 + 西药组(n = 40)	0 (0)	12 (30.0)	27 (67.5)	1 (2.5)	97.5%		

4. 讨论

中医学通常将眩与晕分别定义，眩为目眩，晕为自觉旋转、摇摆。历代先贤总结眩晕以虚实为纲，虚者为气、血、肾精不足，实者为风、火、痰、瘀、虚上扰清窍所致，各类证型虽主诉一致，但以素体差异及兼证分虚实，虚者多呈乏力之态，实者见风则气逆多病位游走，见火则多伴风而行病势凶猛呈热象，见痰则以胸闷昏蒙为主、痰易多，见瘀则舌脉瘀证明显，肢体易麻木，然临床发作眩晕时常表现为五者综合为患。

痰饮是导致眩晕的关键病因，强调“痰饮致眩”。《伤寒论》中记载，如第六十七条所述“心下逆满，气上冲胸，起则头眩……苓桂术甘汤主之”，指出脾虚水停、清阳不升可致眩晕；“太阳病发汗，汗出不解……头眩，身瞤动……真武汤主之”，揭示了阳虚水泛、上扰清窍为眩晕病机。《金匱要略》亦云：“心下有痰饮……目眩，苓桂术甘汤主之”，进一步阐明中阳不足、水饮上犯致眩的机理。李东垣从脾胃论治眩晕，认为多因脾虚生湿、痰浊上蒙所致，在《脾胃论》中提出“眼黑头旋，风虚内作，非天麻不能除”，主张以健脾祛湿为主要治法。朱震亨倡“百病多由痰作祟”，于《丹溪心法》中明确“无痰则

不作眩”，突显痰在眩晕发病中的核心地位。明清医家王肯堂在《证治准绳·杂病》中也指出“热痰致眩”，认为痰浊是眩晕发生的重要病机。

国医大师沈宝藩认为“百病兼痰”“百病兼瘀”之说，提出眩晕从痰瘀同治的指导思想，由于痰瘀阴性凝滞，互相胶结难化，难除病根，沈老强调眩晕必须痰瘀同治，即化痰必祛瘀，瘀除则痰易化；祛瘀必化痰，痰化则瘀易去，故当化痰祛瘀，使用茯苓丹皮饮燥湿化痰，活血化瘀，定眩止晕，可取得良好成效。

本研究的结果显示，经过为期四周的治疗，三组患者 DHI、VSS、VADL 及 VAS 的评分均出现了显著的降低。且中药 + 西药组患者的这四项评分降低及前庭功能改善的幅度更为明显($P < 0.05$)。在眩晕症状的改善方面，中药组有效率 77.5%，西药组有效率 90%，中药 + 西药组有效率 97.5%，这一结果充分表明，相较于单纯的西药治疗或中药治疗，应用中药 + 西药治疗可以更为有效地改善患者眩晕症状，进而提升患者的生活质量，且三组治疗均对肝肾功能未造成明显影响。

综上所述，运用茯苓丹皮饮联合倍他司汀对痰浊上蒙型眩晕进行治疗，可明显改善患者眩晕症状，值得在临床中进行进一步的推广及应用。

本研究初步证实了茯苓丹皮饮联合倍他司汀在治疗痰浊上蒙型眩晕中的临床疗效，但仍存在一定的局限性。本研究为单中心设计，样本来源较为单一，可能影响结果的代表性和外推性。尽管样本量估算符合统计学要求，但每组 40 例的样本量相对偏小，未来有必要开展更大样本的多中心研究以进一步验证结论。治疗及观察周期仅为 4 周，后续研究应考虑延长随访时间以明确其长期疗效与安全性。此外，本研究虽采用随机分组，但由于干预措施的特殊性，后续研究将进一步优化盲法设计，提升试验的严谨性。尽管存在上述局限，本研究仍为茯苓丹皮饮治疗痰浊上蒙型眩晕提供了有价值的临床依据。

基金项目

项目等级：市级项目；项目名称及编号：乌鲁木齐市中医药科技创新项目(ZYYQK-06)。

参考文献

- [1] 庄建华. 从前庭病理生理学角度指导良性阵发性位置性眩晕的诊断与治疗[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19(2): 75-80.
- [2] 田军茹, 赵性泉. 前庭疾病国际分类方向下眩晕疾病的临床诊疗思维及治疗原则[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(10): 746-749.
- [3] de Joode, L.E.G.H., Martin, E.C., Stultiens, J.J.A., Leue, C., Delespaul, P., Peeters, F., et al. (2020) The Dizzyquest: To Have or Not to Have... a Vertigo Attack? *Journal of Neurology*, **267**, 15-23. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10043-x>
- [4] Kerber, K.A., Callaghan, B.C., Telian, S.A., Meurer, W.J., Skolarus, L.E., Carender, W., et al. (2017) Dizziness Symptom Type Prevalence and Overlap: A US Nationally Representative Survey. *The American Journal of Medicine*, **130**, 1465.e1-1465.e9. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.048>
- [5] 李正军, 王争艳, 雷作汉. 通脑丸治疗老年后循环缺血性眩晕痰瘀阻窍型的疗效及作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(18): 117-123.
- [6] Ahmadzai, N., Cheng, W., Wolfe, D., Bonaparte, J., Schramm, D., Fitzpatrick, E., et al. (2019) Pharmacologic and Surgical Therapies for Patients with Meniere's Disease: A Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *Systematic Reviews*, **8**, Article No. 341. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1195-1>
- [7] Zhang, J., Guan, J., Wang, H., Wang, D., Zhao, L., Zhou, H., et al. (2019) Molecular Genetic Studies of Familial Meniere's Disease. *Science China Life Sciences*, **62**, 1557-1560. <https://doi.org/10.1007/s11427-018-9476-1>
- [8] 冯研. 梅尼埃病的发病机制及病因研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(9): 52.
- [9] 中国医药教育协会眩晕专业委员会, 中国医师协会急诊医师分会. 眩晕急诊诊断与治疗指南(2021 年) [J] 中华急诊医学杂志, 2021, 30(4): 402-406.
- [10] 陈湘君. 中医内科常见病证辨证思路与方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 1-527.