

# 名中医何刚疏泄少阳法治疗前庭周围性眩晕经验

李巧巧<sup>1</sup> 何刚<sup>2\*</sup>

1.成都中医药大学硕士研究生 2022级 四川 广元 628000

2.广元市中医医院神经内科 四川 广元 628000

**【摘要】**：目前临床对眩晕的辨证以脏腑辨证结合八纲辨证为主，何刚主任医师对眩晕病有着数十年的临床经验，擅长六经辨证眩晕，其疏泄少阳治法在眩晕病中疗效显著，本文分享何刚主任医师从少阳论治眩晕，并用疏泄少阳法治疗前庭周围性眩晕的经验。

**【关键词】**：六经辨证；疏泄少阳治法；前庭周围性眩晕；中医临床经验

DOI:10.12417/2705-098X.25.01.036

眩晕是一种以站立不稳、视物模糊或旋转等为主要症状的神经内科常见病，同时也是一种疑难杂症<sup>[1]</sup>。流调显示眩晕发生于各个年龄，老年人群发生率更高<sup>[2][3]</sup>，眩晕发作带来的跌倒风险是老年人住院的重要危险因素<sup>[4]</sup>，且常因复发、误诊等各种原因导致眩晕患者反复就医，这些情况往往加重了国家及患者个人的医疗经济负担<sup>[5][6]</sup>。前庭周围性眩晕是眩晕中最常见的类型<sup>[7]</sup>，发病急、症状重，西医改善内耳循环、复位、激素冲击等为目的主要治疗手法，研究表明中西医结合治疗眩晕能发挥更优的治疗效果<sup>[8]</sup>。

何刚主任医师是第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、成都中医药大学研究生导师、四川省名中医，师承第四届国医大师陈绍宏教授，师古而不泥古、中西融会贯通，治学严谨，熟读经典，对中西医结合治疗中风、眩晕、头痛等脑病有数十年经验，尤其擅长六经辨证论治，擅用经方，用药精准，在此向同道分享何刚主任医师六经辨证眩晕、疏泄少阳法治疗前庭周围性眩晕的经验。

## 1 西医机制

前庭周围性眩晕是指包括半规管等前庭感受器或前庭神经颅外段病变引起的眩晕，具有晕动更重、发作性、持续时间短以及与体位/头位相关的特点<sup>[9]</sup>，可伴眼震、耳鸣或听力减退、前庭功能减弱等<sup>[10]</sup>。前庭周围性眩晕常见有良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎、梅尼埃病、突发性聋伴眩晕、中耳相关疾病等病。目前各疾病的西医机制并不完全明确，但存在一些机制假说。耳石症发病机制的半规管耳石学说<sup>[11]</sup>、嵴顶结石学说<sup>[12]</sup>在业内被广泛认可，也有学者认为与交感神经自主神经功能障碍有关<sup>[13]</sup>，或者存在有焦虑抑郁状态等<sup>[14]</sup>。前庭神经炎的发作与病毒感染、微循环障碍和免疫介导等因素相关<sup>[15]</sup>。梅尼埃病的假说有植物神经紊乱学说、免疫相关的变态反应、膜迷路破裂学说、炎性-微血管反应学说、遗传基因表达相关等<sup>[16]</sup>。

而突聋伴眩晕、中耳相关疾患皆是由于各种病因导致内耳受到破坏或受到理化因素的影响所致。

虽然目前关于前庭周围性眩晕部分疾病的西医治疗手段已趋成熟，但仍存在一些难题，如耳石症复位后症状缓解迅速，但约有一半患者存在复位后残余症状<sup>[17]</sup>。同样，前庭神经炎患者通过激素冲击治疗后眩晕虽会快速缓解，但是临床发现这些患者前庭功能并未完全康复，而患者往往难以坚持前庭功能康复训练。

## 2 谨守病机，各司其属

眩晕的病机从《黄帝内经》时期至今，历经数千年发展完善，已将其病机总结为“风、火、痰、瘀、虚”，由此总结出以八纲辨证结合脏腑辨证的主流辨证方式。早在东汉时期张仲景就在《伤寒杂病论》中提到“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也”，从六经辨证角度将眩晕辨为少阳病，但历史发展过程中一度忽视了六经辨证在眩晕中的重要性，何刚主任医师深研仲景之学，他认为，前庭周围性眩晕病机当属邪热夹痰饮，郁于少阳，以致少阳枢机不利。

少阳病又称半表半里证，因其发于表里之间，既不属于阳明里证，又不属于太阳表证，是邪气由表入里的中间阶段。少阳病发病有三条，一是本经自病，外邪侵袭，跳过太阳，直入少阳而发病，此类患者“口苦、咽干、目眩也”；二是他经传变而来，一般是太阳经证不解邪传少阳胆经，这也是最为常见的发病，例如“本太阳病，不解，转入少阳者...与小柴胡汤”、“中风往来寒热，伤寒五六日以后，胸胁苦满...属小柴胡汤”，此时外邪未完全除去，但正气已虚，病邪内侵，结于胆腑，则口苦心烦，呕吐不欲食，胁肋部是少阳经脉循行所过之处，邪郁少阳之经则胸胁苦满；第三则是由厥阴热胜阳复转出少阳。此外，关于少阳病的病因还有：“血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏”，即人体正气不足，卫外不固，腠理疏松，

作者简介：第一作者：李巧巧，1998.12，女，汉族，学士学位（硕士研究生在读），住院医师，从事中西医结合防治脑病研究。

通讯作者：何刚，学士，主任医师，从事中西医结合防治脑病研究。

入，与正气相搏”，即人体正气不足，卫外不固，腠理疏松，外邪由表侵里，但此时正气尚有与邪气一争之力，斗争时进时退，导致寒热往复，由此则是少阳病。从中医经络学说基础来看，少阳经包括手少阳三焦经和足少阳胆经两条经脉，所以少阳病与三焦和胆密切相关，从少阳病的表现也可窥一二。肝经循行过咽喉、唇内，肝与胆相表里，肝胆郁热，胆火循经上炎则口干、口苦，三焦主运行元气和水液，总司全身气机，也是人体水液代谢的通道，邪正相争则三焦不通，气化异常则郁而生热，水液代谢异常则生痰饮，饮邪上泛脑窍同样引发眩晕，故少阳为病常出现胆火内郁、疏泄失常以及水液代谢障碍等表现。所以少阳病病机可用虚、郁、热、痰四字概括之。虚是指正气不足，既是邪正相争的结果也是外邪入侵的内在原因；郁为经气郁而不行，少阳枢机不利，疏泄失调，三焦失畅，这些是少阳病病机的核心所在；热由郁致，胆火上炎，郁而不得宣泄，这也是少阳病病机的一个重要方面；痰是三焦失司后产生的病理产物，也常常是治疗中会忽略的部分。小柴胡汤方中的重要四味药柴胡、黄芩、人参、半夏就是针对少阳病病机郁、热、虚、痰而设置的。

### 3 守古创新，设立新法

《素问·阴阳离合论》中有言：“是故三阳之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢”，《说文解字》曰“枢，户枢也”，少阳乃一身气机之枢纽，占据全身气机重要地位，邪郁少阳，少阳枢机不利，则发口苦、咽干、目眩等症。“病在少阳，治当和解”，少阳病不同于表证、里证，表证宜解，里证有吐、下、清等法，而“和解”法是专为少阳所设之法，因少阳病的病位之特别，少阳位于半表半里之中，若单以汗之，正气不足无以解表，若单以下之，亦无法完全驱除邪气，唯和解之法，可表里同治，柴胡、黄芩能从气分和解少阳气机，但若是痰多湿重，痰饮水湿夹杂，困遏少阳枢机，非单纯柴、芩能解。

何刚主任医师重视痰饮之邪在少阳病中的重要性，在和解的基础上加重了利湿化痰、泻水逐饮之功，以疏利少阳枢机，事实上张仲景亦重视痰饮在眩晕中的重要性，《金匮要略》中提到“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之”，只是从外感和内伤杂病分论治之，何老师认为，今人嗜食肥甘厚味，多生痰湿，痰湿、饮邪均是眩晕发病非常重要的内因，眩晕病因非独“邪气”也，盖“邪气夹痰夹饮”也，所以方药中加重了化痰逐饮之力。何老师总结《伤寒杂病论》和《金匮要略》中关于眩晕的理论，在和解少阳法的基础上设立了“疏泄少阳”法，此法中“疏”即疏解少阳气机，以柴胡为主导，柴胡入肝、胆经，疏利气机的同时泻少阳郁热；“泄”为清泄少阳郁热及泻除三焦痰饮水湿，以黄芩和半夏发挥此功，黄芩入胆经，泻肝胆郁热，半夏温化痰湿；“少阳”指少阳三焦经和少阳胆经同治，以除头晕目眩、口干口苦等症。

### 4 活用经方，随证加减

眩晕疾病病机复杂，病因多样，病程有长有短，病性有实有虚，何老师临证中活用经方，辨证准确，遣方精准，守正创新，全面兼顾。虽擅用经方，却不拘泥于经方，临证中根据患者的病情具体分析，常用天麻钩藤饮、化痰通络汤、小柴胡汤、泽泻汤、苓桂术甘汤、通窍活血汤、黄连温胆汤、半夏白术天麻汤等方。针对少阳枢机不利引起的眩晕，何老师创制了疏泄少阳法代表方一清眩定晕汤，经过临床数十年应用及观察发现切实有效，清眩定晕汤在小柴胡汤基础上加减，方药：醋柴胡15g，法半夏15g，党参20g，生甘草10g，黄芩12g，大枣15g，泽泻30g，白术15g，陈皮10g，茯苓20g，生姜15g，天麻20g，红花15g，充蔚子15g。方中柴胡疏散少阳郁滞之邪气，半夏燥湿化痰，共为君药，共奏疏泄少阳枢机不利之功，臣以黄芩清泄少阳之热，君臣配伍；佐以泽泻、白术健脾化痰，以助中焦气机升降，陈皮、茯苓行气化痰，茯苓兼有健脾以消痰，生姜和胃降逆，党参、大枣益气补脾，姜夏与参枣相伍以助化痰，天麻平抑肝阳、祛风止痛，红花、充蔚子活血利水，助泽泻、白术泻水逐饮，甘草调和诸药，诸药合用，使少阳之邪得解，气机郁滞得行，困脾之痰饮得化，兼顾除邪和扶正，则诸症乃除。值得注意的是《伤寒论》中泽泻汤原方比例是5:2，何老师调整为2:1。睡眠差可加首乌藤、远志等，头痛可加川芎、蜈蚣等，湿重可加薏苡仁、藿香、佩兰等，情绪差可加香附、佛手等，瘀血者可加桃仁、川芎等。

### 5 典型医案

何某，女，56岁，于2024-05-18因“眩晕2天”就诊。患者起床时突发头晕，视物旋转，呈持续性，伴恶心呕吐，起卧、翻身及转头时症状明显加重，不欲睁眼、不敢下床，行走不稳，无畏寒发热、听力下降、言语障碍、肢体活动不利等症。平素口干口苦、间断耳鸣、偶有咳痰，饮食差，睡眠一般，二便正常。查体：向左凝视时可见轻微水平眼震，双耳听力正常，闭目难立征阳性，指鼻欠稳准，Dix-Hallpike、Roll-Test试验患者有晕感但未见明显典型眼震；舌淡红苔白厚腻，左脉弦，右脉略涩。辅助检查：头脉冲检查：左后半规管增益下降，右水平半规管可见扫视波，考虑左后半规管高频功能减低。眼震视图：自发右下跳眼震，动态位置试验阳性（右下跳性眼震大于1min）。西医诊断：前庭神经炎；中医诊断：眩晕（邪犯少阳证）。西医予以激素、改善内耳循环等治疗，中医予疏泄少阳法，方选清眩定晕汤加减，方药如下：醋北柴胡15g，法半夏15g，党参片15g，甘草片5g，黄芩片12g，大枣15g，盐泽泻30g，白术15g，陈皮12g，茯苓20g，天麻20g，红花15g，菊花12g，炒茺蔚子12g，生姜15g。3剂水煎服，1天1剂，tid。

第2d患者精神状态好转，能下床活动、恶心呕吐缓解，眩晕稍有缓解；第3d停输激素，患者眩晕较入院缓解，起床、

翻身时头晕症状减轻但未消失,以晨起活动时明显,饮食好转,口干口苦减轻,睡眠较差,间断耳鸣,守法续用前方,调整用药:去菊花、茺蔚子,加首乌藤 30g,远志 12g,磁石 20g(先煎)。第六日患者眩晕明显缓解,但是活动时仍感头晕,睡眠时好时坏,耳鸣有好转,向左凝视时眼震改善明显,舌苔较前变薄,续服 3 剂。第 9d 患者眩晕已基本缓解,活动无加重,睡眠好转,仍间断耳鸣,予出院。

按:患者老年女性,病程短,起病急,既往无相似眩晕病史,本次眩晕急性发作就诊,临床表现为头晕目眩、视物旋转,伴恶心呕吐、行走不稳,结合辅助检查诊断为前庭神经炎,西医治疗予以激素冲击、改善内耳循环等治疗;患者平素口干口苦明显、偶情绪烦躁,是邪气郁于半表半里,胆火郁热的表现,平时嗜食肥甘厚味,脾失于运化而生痰湿,痰湿夹邪热上泛于脑和诸窍,则口干口苦、头晕目眩,肝胆互为表里,胆火影响肝疏泄功能,则情绪烦躁,“见肝之病,知肝传脾”,肝属木,脾属土,木旺乘土,肝火横犯脾胃,脾胃失司则水谷精微运化及津液输布异常,则生痰饮,痰饮困遏,则不欲饮食、咳痰等。《伤寒论》有云:“有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”,辨

证为邪犯少阳证,予疏泄少阳法,方选清眩定晕汤,患者初服眩晕部分缓解,口干口苦情况减轻,肝胆郁热有减轻,但睡眠欠佳,去茺蔚子、菊花,黄芩减量,加首乌藤、远志安神助眠、磁石聪耳明目,再服 3 剂后患者眩晕已明显缓解,睡眠、饮食均有好转,证明理法方药合理,续服 3 剂以巩固疗效。

## 6 总结与讨论

何老师认为少阳证眩晕的核心病机不仅仅是邪郁半表半里,而是半表半里的邪热夹痰饮上扰脑窍,故疏泄少阳治法在和解少阳的基础上加重行气化湿化痰、泻水逐饮之功,通过观察笔者发现其中还有因地制宜之意,因四川广元地区风多、雨水也多,生活环境多潮湿,时人饮食也易生痰湿,门诊痰热/痰湿/痰饮型眩晕、头痛、失眠患者也占很大比例,由此更能体会何老师重视化痰逐饮。何老师深研眩晕疾病数十年,他虽擅用六经辨证,但从不局限于六经辨证,临床上针对患者的体质、病情具体治疗,用药精准,药量精确,有着患者之间口口相传的疗效,笔者有幸门诊跟师两年,收获良多,在此向同道分享些许经验,以期共同学习、进步。

## 参考文献:

- [1] 王新春.眩晕症的病因和中西医结合治疗方法——《眩晕临床诊疗》[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(05):76.
- [2] 单希征.眩晕医学国内外研究进展与展望[J].武警医,2018,29(02):109-112.
- [3] 骆涵泳,崔檬,王佳贺.老年人常见未分化疾病:头晕/眩晕的流行病学和治疗进展[J].实用老年医学,2022,36(03):232-236.
- [4] 杨志健,姜树军.老年人跌倒风险评估及预防的研究进展[J].北京医学,2022,44(12):1125-1128.
- [5] 张家玉,冯光锐,王建华,等.国外眩晕误诊原因分析[J].北京医学,2021,43(06):542-545.
- [6] Ruthberg JS,Rasendran C,Kocharyan A,Mowry SE,Otteson TD.The economic burden of vertigo and dizziness in the United States.J Vestib Res.2021;31(2):81-90.
- [7] 王朝霞.眩晕的流行病学及前庭神经元炎的精准诊治研究[D].大连医科大学,2020.
- [8] 闫勇,朱静静,翟亮,等.眩晕的中西医发病机制及治疗概述[J].中国医药导报,2023,20(19):40-44.
- [9] 纪叶,曹端华,韩敬哲,等.TCD 联合颈动脉超声鉴别急性眩晕的价值[J].中国老年学杂志,2022,42(12):2945-2949.
- [10] 韩德军,王丽,吕仕超,等.中医药治疗前庭周围性与中枢性眩晕用药规律异同研究[J/OL].中药药理与临床:1-12[2024-07-04].
- [11] Bhattacharyya N,Gubbels SP,Schwartz SR,Edlow JA,El-Kashlan H,Fife T,Holmberg JM,Mahoney K,Hollingsworth DB,Roberts R,Seidman MD,Steiner RW,Do BT,Voelker CC,Waguespack RW,Corrigan MD.Clinical Practice Guideline:Benign Paroxysmal Positional Vertigo(Update).Otolaryngol Head Neck Surg.2017 Mar;156(3\_suppl):S1-S47.
- [12] 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)[C]/中国中西医结合学会.中国中西医结合学会眩晕病专业委员会第二次学术大会暨河南省中西医结合学会眩晕病专业委员会第三次学术大会暨眩晕高峰论坛论文汇编.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;2017:7.
- [13] Kim HA, Lee H. Autonomic dysfunction as a possible cause of residual dizziness after successful treatment in benign paroxysmal positional vertigo. Clin Neurophysiol. 2014 Mar; 125(3):608-14.
- [14] Wei W, Sayyid ZN, Ma X, Wang T, Dong Y. Presence of Anxiety and Depression Symptoms Affects the First Time Treatment Efficacy and Recurrence of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. Front Neurol. 2018 Mar 21; 9:178.
- [15] 吴炜,惠振,王敬卿.前庭神经炎的中西医病机概述[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(01):78-82.
- [16] 孙志超,叶放蕾,孙麦青,等.梅尼埃病中西医治疗进展[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(11):216-220.
- [17] Ke Y, Ma X, Jing Y, Diao T, Yu L. Risk factors for residual dizziness in patients with benign paroxysmal positional vertigo after successful repositioning: a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2022 Jul; 279(7):3237-3256.