

· 专题研究:眩晕 ·

眩晕分类分期辨治探讨*

范晓飞,杨克勤,张道培,徐进,李丹,张怀亮

河南中医药大学第一附属医院/河南省眩晕病诊疗中心/河南省中医药大学眩晕病研究所,河南 郑州 450000

摘要:眩晕是一种多学科交叉的临床病症。张怀亮教授根据多年的临床经验,基于病治异同理论和眩晕病的症状学特点进行分类定性、分期辨证,提出眩晕首分真性、假性两类,其次分急性期、缓解期/恢复期、慢性期。急性期以真性眩晕或假性眩晕的急性发作为主,病势急,病性多实,病机为风、火、痰、瘀相互夹杂,应以祛实为治法;缓解期/恢复期多为真性眩晕的急性发作之后,病势趋缓,以虚实夹杂为主,应以标本兼治为治法;慢性期多以假性眩晕或真性眩晕之后残余症状为主,病势缓,病程长,病性虚实夹杂或以虚为主,病机以气血阴阳亏虚或阴阳失调为主,应以补虚、调理阴阳为治法。

关键词:眩晕;分类辨治;分期辨治

DOI:10.16368/j.issn.1674-8999.2023.10.339

中图分类号:R255.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1674-8999(2023)10-2106-07

Discussion on Classification and Staging Differentiation and Treatment of Vertigo

FAN Xiaofei, YANG Keqin, ZHANG Daopei, XU Jin, LI Dan, ZHANG Huailiang

The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine/Center for Diagnosis and Treatment of Vertigo in Henan Province/Institute of Vertigo in Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450000

Abstract: Vertigo is a multidisciplinary clinical disease. Professor Zhang Huailiang, based on many years' clinical experience, the theory of similarities and differences in disease treatment as well as the symptomatic characteristics of vertigo, classified by characteristics and differentiated the disease by stages. He put forward that vertigo can be divided into two categories, namely, true case and false case first, which is followed by acute stage, remission stage/recovery stage and chronic stage in syndrome differentiation. In the acute stage, the acute attack of true vertigo or false vertigo is the main kind, and the disease is mostly urgent and complicated. The pathogenesis is Wind, Fire, Phlegm and blood stasis, all of which are usually mixed with each other, and the treatment should be based on eliminating excess. After the acute attack of true vertigo in remission/recovery period, the disease development tends to slow down, with the mixture of excess and deficiency as the main factor, and the treatment should be based on both symptoms and root causes; In the chronic stage, the residual symptoms after false vertigo or true vertigo are the main symptoms, with slow onset and long course of disease. The pathogenesis is mainly deficiency of Qi, blood, Yin and Yang, or imbalance of Yin and Yang, and the treatment should be replenishing deficiency as well as regulating Yin and Yang.

Key words: dizziness; disease classification in differentiation and treatment; syndrome differentiation and treatment by stage

眩晕最早见于《黄帝内经》,“十五”国家级规划

教材《中医内科学》认为眩晕分为“眩”和“晕”。眩是指眼花或者眼前发黑,晕是指头晕甚或感觉自身或外界景物旋转,二者常同时并见。2010 年《眩晕诊治专家共识》依据国人感知习惯,将眩晕从症状特点上分为眩晕、头晕、头昏。2009 年国际眩晕组

* **基金项目:**张怀亮全国名老中医药专家传承工作室建设项目{国中医药人教函(2018)134 号};河南省中医药科学研究专项资助项目(2022ZY1026)

织－巴拉尼协会前庭疾病分类委员会将前庭症状分为眩晕、头晕、前庭－视觉症状、前庭－姿势性症状四类。2017 年《眩晕诊治多学科专家共识》依据发病原因及定位,将眩晕主要分为前庭中枢性疾病、前庭周围性疾病、精神心理性头晕、全身疾病相关性头晕等。分类细化让我们更加清晰地认识眩晕疾病,但不符合眩晕的中医辨证施治规范。

1 眩晕辨证的现状与困惑

眩晕是临床上常见的一类病症,见于脑病科、耳鼻喉科、精神心理科等多个专业。近年来,随着对眩晕疾病的不断深入及诊疗共识的发布,该病的临床诊疗水平有了很大进步。中医研究眩晕历史悠久,早至《黄帝内经》就有相关诊治记载。经过历代医家的不断发展和完善,治疗眩晕的方剂众多,但未有统一的中医药诊疗共识或指南。目前,临床主要以西医病名作为中医辨证的纲领,内容繁冗不统一,不便于推广应用。此外,国人现阶段习惯把眩晕分为眩晕、头晕、头昏三个概念,但同一病机会引发不同眩晕的症状特点,既可引起眩晕,也会引起头晕或者头昏。

而《中医内科学》对眩晕的诊断与证治存在脱节的问题^[1],教材中的眩晕从其诊断描述上应为眩晕的急性发作期,或急性眩晕,但在证治分类中的五个证型当中,均未见到视物旋转、如坐舟车等眩晕急性发作时的症状描述,其所有的证治中均是针对慢性眩晕而言的。

2 分类分期辨证的目的和意义

将西医辨病和中医辨证相结合,制定一套方便、实用的中西医结合诊治眩晕病诊疗方案是张怀亮教授一直以来的研究方向。基于此,张怀亮教授将各种眩晕疾病的共性及个性特点进行分门别类、归纳整理,将眩晕分为真性眩晕和假性眩晕两类,以及急性期、缓解期/恢复期、慢性期三期辨证施治,达到纲举目张的目的,真正体现了中西医辨证方法的结合。从临床实践而论,眩晕定性分类有利于现代医学辨病,例如真性眩晕多见于前庭中枢性眩晕、前庭周围性眩晕,假性眩晕多见于全身性、精神心理性头晕;其次,有利于中医辨证指导临床,如真性眩晕多实,假性眩晕多虚,或虚实夹杂。

3 分类分期辨证的理论依据

3.1 分类依据 现代医学根据眩晕性质分类,Hojt－

Thomas 将眩晕分为真性眩晕和假性眩晕^[2],前者是由眼、本体觉或前庭疾病引起,有明显的外物或自身旋转感;后者多由全身系统性疾病引起,如心脑血管、贫血、内分泌疾病及精神－心理因素所致。基于此,张怀亮主张在眩晕中医辨治时,也应根据症状特点先分真性眩晕和假性眩晕:有明显自身旋转感或外物旋转的归于真性眩晕,以头晕、头昏症状为主的归于假性眩晕。

张怀亮通过总结临床发现,前庭中枢性眩晕、前庭周围性眩晕等多表现为真性眩晕,以急性发作为主,病势急,病理因素以风、火、痰或夹瘀居多,病性多实,病机以风、火、痰、瘀相互夹杂为主;精神心理相关性眩晕、全身疾病相关性眩晕等以头晕、头昏等症状为主,属于假性眩晕,起病缓,病程相对较长,病理以虚、瘀居多,病性虚实夹杂或以虚为主,病机以气血阴阳亏虚或阴阳失调为主。

3.2 分期依据 眩晕是一组症状学诊断,对应多种西医病种,而在中医辨证中,不同发展阶段证型也不相同,根据中医病治异同理论将常见眩晕病统一参照中医眩晕病名进行辨证论治,则可以达到执简驭繁的效果。病治异同包括异病同治和同病异治。所谓异病,是指不同的疾病,同治是根据相同的病证而采用相同的治法方药;同病异治是指同一疾病采取不同的治法。这一思想源于《黄帝内经》,发展于《伤寒杂病论》,经过历代医家不断发展完善,极大地推动了中医辨证思维的发展。两者均体现了中医辨证论治的精神,也提示了辨病论治与辨证论治相结合的重要性。基于这种理论指导,统一一辨治眩晕类疾病具有提纲挈领的意义。

分期辨证是基于病治异同原则,根据患者的主要症状及持续时间,结合次要症状、兼症及舌脉,分析主要病理因素及病机,将眩晕分为急性期、缓解期/恢复期、慢性期。眩晕急性期定义为眩晕症状的急性发作,时间在 2 周之内,表现为以突发的眩晕或头晕、恶心呕吐、视物旋转、站立行走不稳为主症,病势急,病性多以实为主,病理因素以风、火、痰、瘀为主。部分中枢性眩晕为后循环脑梗死引起,参考脑梗死的急性期为 2 周之内,因此眩晕急性期病程定义为 2 周之内。大部分前庭中枢性眩晕、前庭周围性眩晕的真性眩晕急性发作可以参照此期辨证。

眩晕或头晕症状经过急性发作之后完全缓解或者症状减轻持续 2 周以上,病情趋于稳定,定义为眩晕缓解期/恢复期,时间在 2 周至 3 个月。张怀亮认

为,进入缓解期/恢复期有两种情况,一种症状完全缓解,无头晕眩晕症状,比如梅尼埃病、前庭性偏头痛、后循环短暂性脑缺血发作、良性阵发性位置性眩晕等经过治疗未再发作;一种为症状较前急性期减轻,多为头晕、头昏沉不适等为主症,病势趋缓,病性以虚实夹杂为主,病理因素风、实火之象已衰退,本虚之象彰显,如后循环脑卒中、前庭神经炎急性发作之后的头晕头昏症状以及耳石症复位之后的残余症状等。

参照持续性姿势-知觉性头晕诊断标准,慢性期的时间定义在3个月以上。慢性期主要表现为头晕或头昏,劳则加重,可伴有行走不稳、视物模糊、咽干目涩、腰膝酸软无力、心烦急躁或情绪低落、耳鸣耳聋,纳差,咽干口苦,失眠多梦。多为持续性或大多数时间均有症状表现,时轻时重、时有时无,发病病势趋缓,病性以虚为主或兼有标实,辨证多从气血亏虚或阴阳失调入手,多见于持续性姿势知觉性头晕、双侧前庭病、前庭性偏头痛以及全身疾病相关性头晕如血压异常、老年性头晕、贫血等疾病,临床可依据症状侧重辨证之。

4 眩晕辨证分型

4.1 急性期

4.1.1 三焦郁阻 以突发眩晕或头晕为主症,多伴有视物旋转、恶心呕吐、站立不稳、耳鸣耳闷、口干口苦口黏、烦躁不安等症,以及舌质红、苔腻、脉弦滑或滑数等征象。如因饮食不节痰湿内生,阻滞三焦气机或因情志不舒,肝失条达而致三焦郁阻。气机不畅,相火失宣,则化火生风,风火夹痰上扰清窍,则发为眩晕,风阳上扰则视物旋转、站立不稳;痰浊中阻,脾胃失和则胸闷呕恶;胆火上行则耳鸣耳闷,甚则暴聋;相火浮越则口干口苦,躁烦不安;痰浊阻滞日久必会导致血行不畅而成瘀,痰瘀互结,滞于脉络脑窍可发为中风,故有眩晕为中风之渐一说。在临床中,基于三焦郁滞理论不仅可以用于梅尼埃病^[2]、良性阵发性位置性眩晕^[3]、前庭性偏头痛^[4]、前庭神经炎等急性发作期的辨证治疗,亦可用于后循环缺血性眩晕的中医药诊治方案中^[5]。此类眩晕的辨治中,三焦气机畅通是主要切入点,立疏利三焦气机、熄风化痰活血为基本治法,以柴芩温胆汤为主加减治疗,组方:柴胡、黄芩、清半夏、苍术、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、当归、丹参、天麻、钩藤、石决明等。

4.1.2 肝火上炎 突发眩晕或头晕,多伴有头胀、

头痛、耳鸣、易怒烦躁、胸胁胀痛、面红目赤,口干口苦、便秘尿赤、眠差,舌红苔黄或腻,脉弦数。此类患者多为阳热体质,性情易躁易怒,遇事所愿不遂,易肝火内炽。《素问玄机原病式》载:“气逆冲上,火气炎上故也。”肝火循经而上胸胁、头、耳、目,出现胸胁胀痛、头晕胀痛、面红目赤、耳鸣甚则耳聋;肝胆火热上灼则口干口苦,灼津耗液则尿赤便干。治宜清泻肝胆实火,方选龙胆泻肝汤加减,方药组成:龙胆草、柴胡、黄芩、栀子、当归、生地黄、木通、泽泻、车前子、夏枯草、炙甘草。有学者用此方治疗突发性耳聋伴眩晕^[6]、突发高血压性眩晕^[7]的患者。

4.1.3 痰饮上泛 突发头晕目眩或起则头眩、呕吐痰涎,胸闷心悸、脘腹痞满、体胖身重、口淡纳呆,舌体胖大质淡,苔白多津,脉弦紧。此证多因平素饮食劳倦伤于脾胃或先天脾胃虚弱,造成脾失健运,气化不利,痰湿水饮内生,痰饮随气升降无处不到,阻滞中焦,上蒙清窍,清阳不升则头晕目眩,停于胸胁则胸闷心悸,停于脘腹则纳呆呕恶,痰饮泛于四肢肌肤则体胖身重。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之”以及“心下有支饮其人苦冒眩,泽泻汤主之”,故治宜温阳化饮,健脾化痰,方选苓桂术甘汤合泽泻汤加减,方药组成:桂枝、茯苓、炒白术、泽泻、炙甘草。对痰饮上泛型良性阵发性位置性眩晕^[8]、梅尼埃病^[9]、椎动脉型颈椎病^[10]、后循环缺血^[11]等可以此方加减运用。

4.1.4 瘀血阻络 突发头晕眩晕、或伴头昏头痛、胸闷心悸、失眠健忘、面唇紫暗、舌质暗有瘀斑或舌下瘀络,脉细涩。明代虞抟首提“瘀血致眩”观点,杨仁斋所著《仁斋直指方》记载:“瘀滞不行,皆能眩晕”等,均提示“瘀”是引起眩晕的主要病理因素,气机失其升降出入之序,血亦失其常道,易合风火夹瘀而为病,因此治疗以活血化瘀通络为治法,方选血府逐瘀汤加减,方药组成:桃仁、红花、生地黄、当归、川芎、赤芍、柴胡、桔梗、枳壳、牛膝、甘草等。结合现代医学,缺血性脑血管病多由血液黏稠度增高、血栓形成引起,这也符合中医关于瘀的论述,出血性脑血管病的中医辨证多参“离经之血便为瘀”的理论,因此王清任所创立的血府逐瘀汤为治疗血瘀证的名方。中枢血管性眩晕的发生率与年龄呈正相关,瘀作为一个致病因素,常常发生在老年人头晕中,因此临床中常用血府逐瘀汤治疗眩晕^[12],如椎基底动脉供血不足^[13]、梅尼埃病^[14]等急性辨证时应考虑瘀的因

素。

4.2 缓解期/恢复期

4.2.1 阴虚阳亢 患者头晕、昏沉不适、眼干目涩、耳鸣耳聋、神疲健忘、腰膝酸软、五心烦热、心烦急躁、失眠多梦、口干、舌质红或绛，苔薄白或少苔，脉弦细数。此证多因长期情志不舒，郁而化火，暗耗肝阴，致肝阳上亢或因年高肾亏、房劳过度，肾阴亏虚，水不涵木，以致肝肾阴虚于下，阳亢化风于上，扰乱清窍，则头晕头昏、耳鸣耳聋；亢阳扰动心神则失眠多梦、心烦急躁；肝肾阴亏则眼干目涩、腰膝酸软。治疗以滋阴清热，熄风止晕为法，方选镇肝熄风汤加减，方药组成：川楝子、白芍、天冬、玄参、枸杞、龟甲、代赭石、茵陈、菊花、生龙骨、生牡蛎、炒麦芽、牛膝等。此型以肝肾阴虚为本，风阳上扰为标，适用于本虚标实的头晕患者，如后循环缺血性眩晕^[15-16]症状稳定之后、血压波动引起的头晕^[17]等。

4.2.2 阳虚水泛 以头晕头昏沉或起则头晕、气短心悸、泛泛欲吐、精神萎靡、畏寒肢冷或腰背以下怕冷水肿为主症，舌淡胖或滑，脉沉迟或细。此证多因素体阳虚或久病伤阳，命门相火虚衰，气化无力，水湿上泛。凌心射肺则气短心悸；阳虚不能温运气血、濡养脑窍则头晕头昏、精神萎靡；肾阳虚衰不能温煦周身则腰膝冷痛。治疗以温阳利水止晕为治法，方选真武汤加减，方药组成：淡附片、茯苓、炒白术、白芍、生姜等。此型适用于素体阳虚水饮上犯型梅尼埃病^[18]、椎基底动脉供血不足^[19]、高血压性眩晕^[20]、内耳眩晕^[21]、耳石症^[22]等眩晕疾病。

4.2.3 痰湿中阻 以头晕昏沉、首重如裹、胸闷纳呆、呕吐痰涎为主症，苔白腻，脉弦滑。此证患者多属痰湿体质，平素喜肥甘厚味，损伤脾胃或本就脾胃虚弱，运化失司，痰湿内生，日久痰浊阻滞气机，浊阴不降。清阳不能上濡清窍则头晕昏沉，首重如裹；痰浊中阻脾胃则纳呆呕恶。治以健脾化痰，熄风定眩，方以半夏白术天麻汤加减，方药组成：清半夏、陈皮、茯苓、白术、天麻、生姜、炙甘草、大枣等。本方证基于《丹溪心法》中“无痰不作眩”“治痰为先”理论，在临床中缓解期眩晕多以“痰浊中阻”为主要病机，此证表现火热之相不明显，风相稍弱，以痰浊最为突出，病机相对单一，可用于高血压病^[23]、后循环缺血性眩晕、梅尼埃病^[24-25]、良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状^[26]、前庭神经炎急性眩晕之后及前庭性偏头痛的缓解期^[27]等眩晕疾病的治疗。

4.2.4 肝郁化火 患者头晕头昏，情绪波动后可加

重，伴有心烦急躁、胸闷善太息、失眠多梦、眼干目涩、口干口苦等为主症，舌质红，苔薄黄，脉弦数。此证多因情志不疏，肝气郁遏，相火浮越，横逆克犯脾土，或本脾虚失运，又逢情志不遂，郁而化火，火性炎上。相火上冲头目则头晕头昏，眼干目涩；相火内扰心神则心烦急躁、失眠多梦、口干口苦。治宜疏肝健脾，清热止晕，自拟方三调汤加减，方药组成：柴胡、黄芩、当归、白芍、白术、茯苓、酸枣仁、炒栀子、枸杞、菊花、炙甘草等。部分患者如良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎、前庭性偏头痛等急性眩晕过后，仍有头晕头昏，此类患者多因不能完全恢复产生了心理压力，郁郁不舒，甚至影响了睡眠及日常生活。

4.2.5 气虚血瘀 以头晕头昏为主症，伴见面色萎黄、气短乏力、肢体麻木、小便频数或失禁等，劳则加重，舌质淡暗，苔白，脉缓。此证因正气亏虚，中气不足，升清无力，或脉络瘀阻，脑窍失养，头晕头昏、气短乏力，日久血行无力则生瘀滞，肢体筋脉失养则麻木不适，劳则气耗，血行无力，脑窍失养则头晕头昏加重。治宜益气活血，通络止晕，方选补阳还五汤加减，方药组成：黄芪、赤芍、川芎、当归、地龙、桃仁、红花、枸杞、菊花、炙甘草等。临床中有部分老年人因年高体虚加之脑动脉硬化，血流缓慢，表现为头晕头昏，活动后加重，休息后缓解，多伴有气短乏力、懒言少动等症状，可参照气虚血瘀证辨证施治。

4.3 慢性期

4.3.1 清阳不升 头晕、头昏，起则加重，气短神疲乏力、倦怠嗜卧，舌淡红苔薄白，脉细。此类多以年老体虚或久病体质虚弱，脾主运化不及，升清力弱，清阳之气不能上濡脑窍，发为头晕，治疗以益气升清为治法，方以益气聪明汤加减，方药组成：党参、黄芪、蔓荆子、升麻、黄柏、白芍、葛根、茯苓、山药、炙甘草等。此证在老年性头晕、直立性低血压、贫血等疾病多见，尤其在卧位到坐位或立位时感到明显，以及患者多感到头脑中空感，可作为主要辨证要点。因此，可用于老年人头晕^[28]、椎基底动脉供血不足性眩晕^[29]的治疗。

4.3.2 气血亏虚 以头晕头昏为主症，活动后加重，伴有心悸气短乏力、唇甲色淡、失眠多梦、舌质淡，苔薄白，脉细弱。多因年老体衰或久病体虚，脾胃虚弱，运化不及，气血生化乏源。气虚则清阳不升，血虚则脑失濡养，而致头晕头昏；心脉失养则胸闷心悸，心神失养则失眠多梦。治疗以益气养血为主，药用八珍汤加减，方药组成：党参、茯苓、白术、熟

地黄、当归、白芍、川芎、山药、炙甘草、大枣等。此型对于贫血、低血压及年老体弱的老年性头晕、椎基底动脉供血不足性眩晕^[30]较为适宜。

4.3.3 肾精不足 以头晕头昏伴有空豁感,腰膝酸软、健忘失眠、耳鸣耳聋等为主要症状,舌质淡红,苔薄白,脉沉细尺弱或涩。此证多因先天不足肾精不充,或年老肾精亏虚,或体虚多病;或房劳过度,肾精过度耗损,损伤肾精、肾气。髓海空虚则头晕头昏;脑髓失充,神机失用则健忘失眠、耳鸣耳聋。治宜益精填髓,补肾定眩,方选左归丸加减,方药组成:熟地黄、山茱萸、山药、龟甲、鹿角胶、杜仲、枸杞、菟丝子、牛膝、巴戟天、淫羊藿等。在慢性期头晕患者中以老年性头晕^[31]、持续性姿势知觉性头晕为主,而此两种头晕辨证以肾精不足证多见,因此临床中对慢性期头晕患者多以补肾填精治疗为主。

4.3.4 气阴两虚 以头晕头昏、气短乏力、腰膝酸软、耳鸣耳聋、咽干口渴、阵发烘热汗出、心悸失眠等为主症,舌质红,少苔,脉弦细。《素问·阴阳应象大论》曰:“年过四十而阴气自半”。或因劳倦耗伤阴精,导致气阴两亏,阴亏不能制约肾中相火,妄动越位,扰动清窍。气虚升清无力则头晕头昏;髓窍失充则健忘、耳鸣耳聋。治疗以益气养阴,清热止晕为主,方选生脉饮合杞菊地黄丸加减,方药组成:人参、麦冬、五味子、熟地黄、酒茱萸肉、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻、枸杞、菊花等。此证多见于年过五旬女性患者以及老年性头晕、双侧前庭病^[32]、持续性姿势知觉性头晕、女性更年期综合征等,若伴见阵发烘热汗出、心烦急躁者,常配合二仙汤治疗。

5 讨论

对于眩晕分类,真、假性眩晕主要参照西医的定义,前庭系统性眩晕属于真性眩晕,除真性眩晕外,所有的眩晕都属于假性眩晕,例如高血压、低血压、心律失常、贫血、精神心理因素等引起的眩晕。但是一部分前庭性眩晕,在缓解期也会表现为假性眩晕,比如BPPV复位后遗留的头晕头昏、前庭神经炎急性发作之后为头晕不稳感等。假性眩晕的急性发作,如高血压导致的头晕,多表现为非旋转性,但起病急、进展快,病性多属实,也可以参照真性眩晕辨证。后循环缺血性眩晕,部分为发作性头晕,无旋转感,持续时间短,中医辨证多属实,也可以参照真性眩晕辨治。

对于分期,不是指所有眩晕均需经过急性期、缓

解期/恢复期进入慢性期,比如持续性姿势知觉性头晕和老年性头晕表现为慢性、持续性,可以没有急性期和缓解期,依据其起病形式、证候特点,多属阴虚火旺、气血亏虚等证,表现为慢性、假性眩晕的特点,可直接参照眩晕慢性期辨证。而对于后循环脑梗死导致的眩晕,贯穿急性期、缓解期及慢性期,则根据症状特点、所处的不同发展阶段进行辨证施治。

6 小结

眩晕病属于多学科交叉疾病,以异病同治辨治思想为指导,综合眩晕病证候特点,以真性、假性眩晕定性分类;以急性期、缓解期、慢性期分期辨治。辨病与辨证相结合,尽可能做到中西医治疗方法相融合,为多学科协作诊疗模式提供统一的、全面兼顾的诊疗方法,以期提高临床效果。但对于诊疗方案的临床可行性以及疗效,尚需更多的同道进行临床实践,不足之处共同商榷。

参考文献:

[1] 吴子明,张素珍.前庭症状国际分类与解析[J].中华耳科学杂志,2015,13(1):187-189.
WU Z M,ZHANG S Z. International classification and analysis of vestibular symptoms[J]. Chin J Otol,2015,13(1):187-189.

[2] 黄坡,郭玉红,赵京霞,等.中医药防治梅尼埃病急性发作期的诊疗策略及思考[J].中华中医药杂志,2018,33(12):5490-5492.
HUANG P,GUO Y H,ZHAO J X,et al. Diagnosis and treatment strategy and thinking of TCM in the acute exacerbation of Meniere's disease[J]. China J Tradit Chin Med Pharm,2018,33(12):5490-5492.

[3] 王永涛,张怀亮,丁宁,等.良性阵发性位置性眩晕的中医治疗策略及思考[J].中华中医药杂志,2022,37(5):2669-2672.
WANG Y T,ZHANG H L,DING N,et al. Traditional Chinese medicine treatment strategy and thinking of benign paroxysmal positional vertigo[J]. China J Tradit Chin Med Pharm,2022,37(5):2669-2672.

[4] LIU M,FAN G,ZHANG D,et al. Study on Mechanism of Jiawei Chaiqin Wendan Decoction in Treatment of Vestibular Migraine Based on Network Pharmacology and Molecular Docking Technology[J]. Evid Based Complement Alternat Med,2021,2021:5528403.

[5] 韩转阁,张怀亮.从三焦论治后循环缺血性眩晕[J].中医研究,2018,31(5):73-77.

HAN Z G,ZHANG H L. Treatment of posterior circulation ischemic vertigo from triple energizer[J]. Tradit Chin Med Res,2018,31(5):73-77.

[6]杜启雪,王仁忠. 龙胆泻肝汤治疗肝火上炎型突发性耳聋临床研究[J]. 亚太传统医药,2015,11(9):93-94.

DU Q X,WANG R Z. Clinical study on Longdan Xiegan Decoction in treating sudden deafness Caused by inflammation of Liver Fire[J]. Asia Pac Tradit Med,2015,11(9):93-94.

[7]姜雪,李国林. 龙胆泻肝汤治疗肝火上炎型高血压临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(10):101-102,110.

JIANG X,LI G L. Clinical study on Longdan Xiegan Decoction in the treatment of liver fire flaring up type hypertension [J]. Chin Med Mod Distance Educ China,2021,19(10):101-102,110.

[8]郭进财,涂燕芬,颜光华,等. 耳石复位法配合苓桂术甘汤合泽泻汤治疗良性阵发性位置性眩晕疗效初探[J]. 中国中医急症,2013,22(9):1544-1545.

GUO J C,TU Y F,YAN G H,et al. Preliminary study on the curative effect of otolith reduction combined with Linggui Zhugan Decoction and Alisma decoction on benign paroxysmal positional vertigo[J]. J Emerg Tradit Chin Med,2013,22(9):1544-1545.

[9]赵庭楷,李彬. 苓桂术甘汤合泽泻汤治疗眩晕痰饮证中西医结合机理研究[J]. 国医论坛,2017,32(3):6-8.

ZHAO T K,LI B. Study on Chinese and western mechanism of Linggui Zhugan Decoction combined with Alisma decoction in treating Vertigo and phlegm syndrome[J]. Forum Tradit Chin Med,2017,32(3):6-8.

[10]王德刚,牛绍雷,姜玉祥,等. 苓桂术甘汤合泽泻汤治疗椎动脉型颈椎病痰饮上泛型眩晕临床观察[J]. 光明中医,2022,37(10):1796-1798.

WANG D G,NIU S L,JIANG Y X,et al. Clinical observation on Linggui Zhugan Decoction and rhizoma alismatis in the treatment of cervical spondylosis of vertebral artery Vertigo of retention of phlegm and fluid type[J]. Guangming J Chin Med,2022,37(10):1796-1798.

[11]郑素玉,颜光华,郭进财. 泽泻汤合苓桂术甘汤加减联合倍他司汀片治疗痰饮型眩晕的临床观察[J]. 中国民间疗法,2021,29(13):104-106.

ZHENG S Y,YAN G H,GUO J C. Clinical observation on treatment of Phlegm retention vertigo with Alisma Decoction and Linggui Zhugan Decoction combined with Betastatin tablets[J]. China's Naturopathy, 2021, 29(13):104-106.

[12]黄泽,胡跃强,陈莲梅,等. 血府逐瘀汤治疗眩晕病研究进展[J]. 陕西中医,2020,41(8):1169-1172.

HUANG Z,HU Y Q,CHEN L M,et al. Research progress of Xuefu Zhuyu Decoction in the treatment of vertigo[J]. Shaanxi J Tradit Chin Med,2020,41(8):1169-1172.

[13]陈丽君. 血府逐瘀汤加减治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕60例[J]. 河南中医,2007,27(8):70.

CHEN L J. 60 cases of vertebral-basilar artery insufficiency Vertigo treated by Xuefu Zhuyu Decoction[J]. Henan Tradit Chin Med,2007,27(8):70.

[14]洪静,江月霞,邓琤琤. 血府逐瘀汤治疗美尼尔氏综合症60例疗效分析[J]. 内蒙古中医药,2015,34(2):2.

HONG J,JIANG Y X,DENG Z Z. Clinical analysis of Xuefu Zhuyu Decoction in treating 60 cases of Meniere's syndrome[J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med,2015,34(2):2.

[15]袁永涛. 镇肝熄风汤辅助治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的疗效评价[J]. 甘肃医药,2022,41(7):593-594,603.

YUAN Y T. Curative effect evaluation of Zhengan Xifeng Decoction in adjuvant treatment of vertigo caused by vertebrobasilar insufficiency[J]. Gansu Med J,2022,41(7):593-594,603.

[16]祝应俊. 镇肝熄风汤与甲磺酸倍他司汀治疗后循环缺血性眩晕症[J]. 实用中西医结合临床,2020,20(8):93-94.

ZHU Y J. Zhengan Xifeng Decoction and betahistine mesylate in the treatment of posterior circulation ischemic vertigo[J]. Pract Clin J Integr Tradit Chin West Med,2020,20(8):93-94.

[17]邹宗英. 镇肝熄风汤治疗眩晕100例临床观察[J]. 中医临床研究,2015,7(27):44-45.

ZOU Z Y. Clinical observation of 100 cases of Vertigo treated with Zhengan Xifeng Decoction[J]. Clin J Chin Med,2015,7(27):44-45.

[18]周蓝飞. 谢强应用真武汤治疗梅尼埃病的经验[J]. 江苏中医药,2012,44(8):8-9.

ZHOU L F. Xie Qiang's experience in treating meniere's disease with Zhenwu Decoction[J]. Jiangsu J Tradit Chin Med,2012,44(8):8-9.

[19]仇增永. 真武汤为主治疗椎-基底动脉缺血性眩晕48例[J]. 河南中医,2001,21(2):14.

QIU Z Y. Zhenwu decoction mainly treats 48 cases of vertebrobasilar ischemic vertigo[J]. Henan Tradit Chin Med,2001,21(2):14.

[20]仪凡,张根明,王诗源,等. 基于文献探讨《伤寒杂病论》治疗眩晕经方在原发性高血压治疗中的应用[J]. 山东中医杂志,2019,38(11):1001-1005,1017.

YI F,ZHANG G M,WANG S Y,et al. Exploration on ap-

plication of classic Prescriptions for treatment of Vertigo originating from treatise on cold damage and miscellaneous disease in treatment of essential hypertension based on literature[J]. Shandong J Tradit Chin Med,2019,38(11):1001-1005,1017.

[21] 姚天源. 从真武汤治疗41例内耳眩晕症试论中医肾开窍于耳[J]. 福建中医药,1981(5):20-21.
YAO T Y. Discussion on orifice of Kidney being in ears by Treating 41 cases of inner ear vertigo with Zhenwu Decoction[J]. Fujian Traditional Chinese Medicine, 1981(5):20-21.

[22] 刘翠萍. 真武汤配合灸法治疗耳石症体会[J]. 实用中医药杂志,2020,36(3):392.
LIU C P. Experience of Zhenwu Decoction combined with moxibustion in treating otolith[J]. J Pract Tradit Chin Med,2020,36(3):392.

[23] 张国峰. 半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型高血压的研究进展[J]. 现代诊断与治疗,2022,33(7):972-974.
ZHANG G F. Research progress of BanxiaBaizhuTianma Decoction in the treatment of phlegm-dampness obstructed hypertension[J]. Mod Diagn Treat,2022,33(7):972-974.

[24] 李冉,付春梅,周冉冉,等. 半夏白术天麻汤治疗梅尼埃病患者的Meta分析[J]. 世界中医药,2020,15(21):3266-3271.
LI R,FU C M,ZHOU R R,et al. Meta-analysis of randomized controlled trials on Banxia Baizhu Tianma Decoction in the treatment of meniere's disease[J]. World Chin Med,2020,15(21):3266-3271.

[25] 李士英. 半夏白术天麻汤加味治疗(痰浊中阻型)梅尼埃病的临床疗效分析[J]. 中医临床研究,2017,9(15):60-61.
LI S Y. Clinical curative effect analysis of Modified Banxia Baizhu Tianma Decoction in treating Meniere disease (Phlegm obstructing type)[J]. Clin J Chin Med,2017,9(15):60-61.

[26] 王蓓,胡建芳,陈朝俊. 半夏白术天麻汤联合倍他司汀治疗痰浊型BPPV复位后残余头晕症状的疗效评估[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2022,37(1):116-118.
WANG B,HU J F,CHEN C J. Effectiveness assessment of Banxia Baizhu Tianma Decoction plus betahistine in treating the remnant dizziness symptoms after manual reduction of phlegm turbidity syndrome-related BPPV[J]. Chin Med Dig Otorhinolaryngol,2022,37(1):116-118.

[27] 康紫厚,许可可,杨海燕. 半夏白术天麻汤预防性治疗前庭性偏头痛的临床分析[J]. 中国中医药现代远程教育,2017,15(10):86-87.
KANG Z H,XU K K,YANG H Y. Clinical analysis on Banxia Baizhu Tianma Decoction in the prophylactic treatment of vestibular migraine[J]. Chin Med Mod Distance Educ China,2017,15(10):86-87.

[28] 姚淑贤. 益气聪明汤治疗老年性眩晕[J]. 中医杂志,2010,51(S1):159.
YAO S X. Yiqi Congming Decoction in treating senile vertigo[J]. J Tradit Chin Med,2010,51(S1):159.

[29] 吴定燕,刘爱军. 益气聪明汤治疗椎基底动脉供血不足眩晕的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(23):4184-4186.
WU D Y,LIU A J. Effect of Yiqi congming decoction on vertebrobasilar insufficiency Vertigo[J]. Chin J Integr Med Cardio/cerebrovascular Dis,2021,19(23):4184-4186.

[30] 李钊,邵义泽. 前列地尔联合加减八珍汤治疗气血两虚型中枢性眩晕31例临床观察[J]. 河北中医,2013,35(4):553-554.
LI Z,SHAO Y Z. Clinical observation on alprostadil combined with modified Bazhen Decoction in treating 31 cases of central Vertigo with deficiency of both qi and blood[J]. Hebei J Tradit Chin Med,2013,35(4):553-554.

[31] 杨志勇. 老年人头晕常见病因的中医证型分布探讨[J]. 中医临床研究,2021,13(25):81-83.
YANG Z Y. Distribution of TCM syndrome types among the common causes of dizziness in the elderly[J]. Clin J Chin Med,2021,13(25):81-83.

[32] 槐蕾. 双侧前庭病中医证素分布规律探究[D]. 济南:山东中医药大学,2021.
HUAI L. Study on the distribution law of TCM syndrome elements in bilateral vestibular diseases[D]. Jinan: Shandong University of Traditional Chinese Medicine,2021.

收稿日期:2023-04-29

作者简介:范晓飞(1985-),男,河南宝丰人,医学硕士,副主任医师,研究方向:中医治疗脑病的研究。

通信作者:张怀亮(1957-),男,河南许昌人,主任医师,研究方向:中医治疗脑病的研究。E-mail:zh121@126.com

编辑:孙铮