

· 优势病种 ·

中医药临床优势病种探讨——耳眩晕

宫颖迪¹, 闫占峰², 冯炜¹, 刘大新³, 王嘉玺³, 刘建华², 张予⁴,
龚树生⁵, 王国鹏⁵, 徐春英⁶, 马鑫⁷, 李博⁸, 郭淑贞⁹, 张名霞¹⁰,
刘锦峰¹¹, 郭继华¹², 曹正逵¹², 张霄潇^{12*}, 辛忠海^{1*}

- (1. 中国中医科学院 望京医院, 北京 100102; 2. 北京中医药大学 东直门医院, 北京 100007;
3. 北京中医药大学 东方医院, 北京 100078; 4. 中国中医科学院 广安门医院, 北京 100053;
5. 首都医科大学 附属北京友谊医院, 北京 100050; 6. 中国中医科学院 西苑医院, 北京 100091;
7. 北京大学人民医院, 北京 100044; 8. 首都医科大学 附属北京中医医院, 北京 100010;
9. 北京中医药大学, 北京 100029; 10. 首都医科大学 附属北京宣武医院, 北京 100053;
11. 首都医科大学 附属北京朝阳医院, 北京 100020; 12. 中华中医药学会, 北京 100029)

[摘要] 中医“耳眩晕”主要包括西医的外周性前庭疾病,如梅尼埃病、良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎、前庭性偏头痛,是耳鼻喉科研究的重点疾病。由于本类疾病症状复杂、检查缺乏特异性、不易治愈等现状,西医常会面临治疗手段有限、治疗效果欠佳的问题。中华中医药学会邀请各位中、西医耳科专家对耳眩晕进行充分讨论后认为耳眩晕属于中医药临床优势病种之一。基于会议讨论,将耳眩晕的中西医发展现状、发病机制、临床诊治进行总结,详细阐释了中医药对耳眩晕的认识、辨证治疗方案、不同发病阶段的治疗特点,以期提高耳眩晕的长期治疗效果。

[关键词] 耳眩晕; 外周性前庭疾病; 中医优势病种; 中西医结合

[中图分类号] R242;R2-0;R2-031;R441.2;R255.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2024)08-0215-08

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20241193

[网络出版地址] <https://link.cnki.net/urlid/11.3495.R.20240227.1024.001>

[网络出版日期] 2024-02-27 19:45:37

Expert Consensus on Clinical Diseases Responding Specifically to Traditional Chinese Medicine: Aural Vertigo

GONG Yingdi¹, YAN Zhanfeng², FENG Wei¹, LIU Daxin³, WANG Jiayi³, LIU Jianhua², ZHANG Yu⁴,
GONG Shusheng⁵, WANG Guopeng⁵, XU Chunying⁶, MA Xin⁷, LI Bo⁸, GUO Shuzhen⁹, ZHANG Mingxia¹⁰,
LIU Jinfeng¹¹, GUO Jihua¹², CAO Zhengkui¹², ZHANG Xiaoxiao^{12*}, XIN Zhonghai^{1*}

- (1. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China;
2. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;
3. Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China;
4. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China;
5. Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China;
6. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China;
7. Peking University People's Hospital, Beijing 100044, China;

[收稿日期] 2023-08-04

[基金项目] 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(CI2021A02707);中国中医科学院望京医院院级课题(WJYY2020-27);北京市自然科学基金项目(7214290)

[第一作者] 宫颖迪, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合内耳疾病研究, E-mail: gongyingdi@sina.com

[通信作者] * 张霄潇, 博士, 从事中医药标准化与产业发展研究, Tel: 010-64205923, E-mail: qingwyh2018@163.com;

* 辛忠海, 博士, 副主任医师, 从事中西医结合耳鼻喉科疾病临床与基础研究, Tel: 010-84739019, E-mail: xzh_d716@163.com

8. *Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China;*
9. *Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029;* 10. *Xuanwu Hospital, Capital Medical University, Beijing 100053, China;* 11. *Beijing Chao-Yang Hospital, Capital Medical University, Beijing 100020, China;* 12. *China Association of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)*

[Abstract] Aural vertigo frequently encountered in the otolaryngology department of traditional Chinese medicine (TCM) mainly involves peripheral vestibular diseases of Western medicine, such as Meniere's disease, benign paroxysmal positional vertigo, vestibular neuritis, and vestibular migraine, being a hot research topic in both TCM and Western medicine. Western medical therapies alone have unsatisfactory effects on recurrent aural vertigo, aural vertigo affecting the quality of life, aural vertigo not relieved after surgery, aural vertigo with complex causes, and children's aural vertigo. The literature records and clinical practice have proven that TCM demonstrates unique advantages in the treatment of aural vertigo. The China Association of Chinese medicine sponsored the "17th youth salon on the diseases responding specifically to TCM: Aural vertigo" and invited vertigo experts of TCM and Western medicine to discuss the difficulties and advantages of TCM diagnosis and treatment of aural vertigo. The experts deeply discussed the achievements and contributions of TCM and Western medicine in the diagnosis and treatment of aural vertigo, the control and mitigation of the symptoms, and the solutions to disease recurrence. The discussion clarified the positioning and advantages of TCM treatment and provided guidance for clinical and basic research on aural vertigo.

[Keywords] aural vertigo; peripheral vestibular diseases; diseases responding specifically to traditional Chinese medicine (TCM); combination of TCM and Western medicine

中医药为中华民族繁衍生息作出了巨大贡献,对世界文明进步产生了积极影响。传承创新发展中医药是新时代中国特色社会主义事业的重要内容,为深入贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的十九大精神,打造中西医相互补充协调发展的中国特色卫生健康发展模式^[1],中华中医药学会中医优势病种工作小组始终致力于各学科领域的中医优势病种、优势环节筛选与中西医交流研讨工作。截至2018年底,中华中医药学会已发布了95个中医优势病种临床路径和诊疗方案^[2],目前已组织召开的系列研讨会涉及神经内科、男科、耳鼻咽喉头颈外科、风湿免疫、消化内科等学科,初步筛选出的各学科中医优势病种包括良性前列腺增生、变应性鼻炎、膜性肾病、胃食管反流病等疾病,为促进中医药传承发展、提高中医药在医疗体系中竞争力、提高利益相关者对中医药认可程度的工作方面做出了重要贡献^[3-10]。由中华中医药学会主办的第十七届中医临床优势病种系列青年沙龙在京召开,耳鼻咽喉头颈外科学领域的中西医专家就“耳眩晕”的涵义、分类、病因病机、研究现状、现存问题、中医治疗优势、展望等方面进行了深入探讨,以期使本病达到更优的中西医融合疗效。

1 疾病涵义

1.1 西医涵义 平衡系统(包括前庭系统、本体感觉、视觉)及其与中枢联系通路中的任何部位受到生理性刺激或病理性因素影响后,客观上表现为平衡障碍,主观感觉则为眩晕^[11]。眩晕为临床常见症状,在人群中的终生累积发生率达15%~35%^[12]。眩晕的分类目前尚不统一,按定性、定位分类,可分为前庭性眩晕(前庭外周性眩晕、前庭中枢性眩晕)和非前庭性眩晕(眼性、颈性、循环系统疾病、血液病、内分泌及代谢性疾病、精神性、某些外耳和中耳疾病)^[11,13],此种分类方法是既有解剖部位又有疾病性质的分类,符合神经耳科学诊断原则,是国内较多采用的分类方式。其中前庭外周性眩晕是外周前庭器官病损所致,占前庭性眩晕数量的70%以上^[12],是耳鼻咽喉头颈外科学及本篇文章的重点研究内容。

1.2 中医涵义 早在《黄帝内经》就已提到“头眩、眩仆”等眩晕,汉代张仲景沿袭《黄帝内经》所述的同时也以症状代其病命名,如“身为振振摇,振振欲僻地”。隋巢元方《诸病源候论·风病诸候》,专设风头眩候。北宋《圣济总录·风头眩》载“脑转而目系急,使真气不能上达,故虚则眩而心闷,甚则眩而倒扑也”,首次提到眩晕和眼的关系。南宋严用和《严

氏济生方·眩暈门》首次命名“眩暈”。明清医家多明确使用“眩暈”概念,如清代李用粹《证治汇补·上窍门·眩暈》、陈修园《医学从众录·眩暈》等^[14]。1985年全国高等医药院校第4版教材《中医耳鼻喉科学》首次吸收西医学对眩暈的认识,以“耳眩暈”命名本病^[15]。2021年全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医耳鼻喉科学》,定义耳眩暈为“是以头晕目眩、天旋地转,甚或恶心呕吐为主要特征的疾病”,西医的梅尼埃病、良性阵发性位置性眩暈、前庭神经炎、药物中毒性眩暈等疾病均可参考本病辨证施治^[16]。总之,中医对眩暈的认识是逐渐发展、成熟的。

2 疾病现状

2.1 西医现状 眩暈是临床常见症状之一,表现多样、病因复杂、诊断和处置繁琐,与神经内外科、耳鼻喉咽喉头颈外科、眼科、骨科、精神病科等关系密切。对眩暈疾病的全面了解、判断是当前耳鼻喉咽喉头颈外科学的重要课题之一。

2.1.1 国际情况 2006年巴拉尼协会牵头制定前庭疾病的国际分类(ICVD)^[17-18]。该分类包括前庭中枢性眩暈和前庭外周性眩暈。基本构架包括4个层面的内容:症状和体征,综合征,功能障碍和疾病,发病机制^[17,19]。简单阐述如下。

症状和体征:指前庭疾病的核心临床症状,包括眩暈,头晕,前庭视觉症状,姿势症状。

综合征:分为急性前庭综合征,发作性前庭综合征和慢性前庭综合征。是症状、体征和引起这些症状体征的疾病和功能障碍之间的桥梁。例如,突发性眩暈、恶心、呕吐、头动耐受不良、步态不稳、眼震等构成了急性前庭综合征,其疾病可能是前庭神经炎或急性小脑梗死。

功能障碍和疾病:试图包含全部前庭疾病和功能障碍,如梅尼埃病^[20]、良性阵发性位置性眩暈^[21]、前庭性偏头痛^[22]、前庭阵发症^[23]、持续性姿势性眩暈^[24]。

发病机制:前庭疾病的病理解剖、病理生理和病因学机制。

2.1.2 我国情况 近10年耳眩暈在国内受到空前关注,开展了大量的基础研究和临床实践工作。首先,在基础研究方面,我国开展了通过手术破坏单侧迷路、阻滞前庭神经传入、切断前庭神经及化学性药物注射破坏迷路、手术加化学混合造模法、外界刺激法等多种方法建立外周性眩暈动物模型^[25];并开展了一般行为观察、空间姿势反射、前庭

眼反射、前庭诱发肌源性电位、影像学技术、组织切片染色技术等多种方法^[26]评价实验动物外周前庭功能、外周前庭组织形态。其次,在临床工作方面,我国制定了梅尼埃病^[27]、良性阵发性位置性眩暈^[28]、前庭神经炎^[29]、前庭性偏头痛^[30]等常见外周性眩暈疾病的国内诊治指南或专家共识,制定了听性脑干反应^[31]、前庭诱发肌源性电位^[32]、耳蜗电图^[33]等听力学操作的专家共识,使临床工作规范化。

2.2 中医现状

2.2.1 病因病机的认识 (1)因风致眩。风有外风、内风之分,外风轻扬开泄、善动不居;内风由体内阳气亢逆变动而成,与肝关系密切^[34]。

①外风。《黄帝内经·素问·六元正纪大论》载“太阳、太角、太阴、壬辰、壬戌,其运风,其化鸣紊启拆,其变振拉摧拔,其病眩掉目瞑。”从运气说明眩暈易发生于木运太过之壬年,风气太过而风淫肆虐,扰乱清窍发为眩暈^[35],此处的“风”当指外风。隋唐医家外延了《黄帝内经》中的眩暈理论,认为本病的一部分病机是由体虚外感风邪所致。

②内风。《黄帝内经·素问·至真要大论》中载“诸风掉眩,皆属于肝”,此处的“风”当指“内风”,即肝风内动所致的动摇抽搐等症^[36]。肝主疏泄,若升发过亢或气机紊乱致肝气逆上,可见烦躁头痛、头晕目眩;如《黄帝内经·素问·至真要大论》载“厥阴之胜,耳鸣头眩,愤愤欲吐”。近代医家刘渡舟也认为风邪是眩暈的一个重要病机^[37]。肝藏血,若肝血不足,阴不制阳而肝阳上亢,可见眩暈耳鸣。如金元医家朱丹溪《丹溪心法·头眩》曰“吐漏崩,肝家不能收摄劳气……此血虚眩运也”^[38]。肝脾的关系表现在疏泄、运化和藏血、统血方面相互协调。若木亢乘土致脾失健运不能升清,脑窍失养可见眩暈;若土衰木萎或土壅木郁,即脾失健运致肝失濡养、肝血不足或肝失疏泄、气机逆乱,均可出现眩暈。肝肾的关系表现为精血同源、藏泄互用、阴液互养。若肝血不足与肾精亏损相互影响,可出现头昏目眩、耳鸣耳聋;若水不涵木致阳亢风动,可见腰腿酸软、头眩眼花。肝肺的关系表现在人体气机升降的协同调节方面。金衰不能制木可现眩暈^[14]。

(2)因痰致眩。痰是机体体液代谢障碍形成的病理产物,形成主要与肺、脾、肾、三焦等脏腑相关^[34]。

①“痰饮”停留于上焦、中焦、下焦均可以引起眩暈,如汉代张仲景《金匱要略》载“肺中风者,口燥

而喘,身运而重,冒而肿胀”,为外邪犯肺,肺失宣降,水湿痰饮上犯致头目眩晕,病在上焦^[39];“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”^[39],为脾失健运、水湿内停成痰,清阳不升,则头晕目眩,病在中焦;《伤寒论》载“心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者”^[40],为误汗损伤了少阴阳气,水寒内盛,水气上冲导致眩晕,病在下焦。

②后世医家进一步探究,如元代朱丹溪《丹溪心法》提出“无痰不作眩”,并从仲景侧重于寒性痰饮发展为痰火,使痰眩证治更趋完备。近现代医家蒲辅周、刘渡舟也曾多次以痰湿辩证治疗临床耳眩晕难愈者^[38,41]。

(3)因虚致眩。虚,以正气不足为矛盾主要方面的一种病理变化,涉及气、血、津液、阴阳方面。主要体现在肾、脾两脏虚损^[34]。

①气血亏虚:脾失健运,气血生化不足而气、血亏虚,可见眩晕健忘、面色无华。如金元李东垣云“思虑劳倦则伤脾,脾为气血生化之地,今血虚不能上荣于脑,则眩晕作矣”。

②肾精虚损:肾精不足或肾阴、肾阳虚损皆可导致髓海不足,脑窍失养发为眩晕。如《黄帝内经·灵枢·海论》曰“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧”。

③虚实夹杂:如明张景岳《景岳全书》载“眩运一证,虚者居其八九,而兼火兼痰者,不过十中一二耳……当以治虚为主,而酌兼其标”。沈宗国教授赞同张景岳的观点,认为虚证眩晕病性属虚,或兼见实证^[42]。

(4)因火致眩。火,有生理与病理、外火和内火之分。病理之火指阳盛太过、耗散人体正气的病邪;外火是感受温热邪气而来或由风寒暑湿燥等外邪转化而来,内火多因脏腑功能紊乱、阴阳气血失调所致。主要体现在肝、肾、心、大肠等脏腑^[34]。

①肝火炽盛:热盛阳亢而肝风内动,可见高热、眩晕、惊厥。如金元刘完素提出“风火皆属阳,多为兼化,阳主乎动,两动相搏,则为之旋转”,认为眩晕发生由风火相搏所致^[43-44]。

②心火亢盛:火热之邪入营血,易扰心神,可见心烦、神昏;亦有子病犯母,心火亢盛致肝火炽盛而躁热、眩晕。如明代王肯堂认为眩晕可由火邪单独为患,也可因肝火旺盛或肝阴不足皆可化风、上扰清窍^[45]。

③心肾阴虚火旺:心与肾之间水火、阴阳平衡失调,表现为水不济火、心肾阴虚证,可见五心烦热、神昏。如干祖望指出“水饮不温则凌心,神明失

司,其人如立舟车,发为眩冒”^[46]。

④阳明腑实:汉张仲景《伤寒论》载“病人小便利,大便乍难乍易,时有微热,喘冒不能卧者,有燥屎也,宜大承气汤”,大承气汤之阳明腑实热证致大肠浊热上攻于脑而引发眩晕,同时肺与大肠相表里,腑气不通致肺宣降失常、气机逆乱上攻于脑亦导致眩晕^[35,40]。

(5)因瘀致眩。瘀血,指血行障碍,血液凝聚而形成的病理产物。瘀血形成后可阻滞气血,影响脏腑等导致新的病证,影响部位广泛、病情复杂。明虞抟首次提出“瘀血致眩”,如其在《医学正传》中说道:“外有因呕血而眩冒者,胸中有死血迷闭心窍而然”,开创了瘀血致眩之理论。清代王清任善于运用通窍活血汤治疗此类眩晕。后世张怀亮大致把瘀血致眩分为外伤致眩、久病致眩、夹杂为病、产后瘀血上冲四类^[47]。

2.2.2 辨证论治的探讨 (1)中医分型论治。

①因风致眩:外风致眩,以祛风为主,根据其兼杂寒、火、湿等邪气不同分而治之。如对风寒侵袭治以疏风散寒,可用荆防败毒散、柴胡羌活汤加减;风热外袭治以疏风散热,可用桑菊饮、银翘散加减;风湿眩晕治以祛风除湿,可用桂枝芍药知母汤加减。

内风致眩,以调理肝脏为主,根据其兼杂痰、火等实邪的情况,及与肾、脾、心等脏腑的虚实主次关系,分而治之。如对肝阳上亢治以平肝熄风,可用天麻钩藤饮加减;肝肾阴虚治以滋阴潜阳,可用镇肝熄风汤、杞菊地黄丸加减;阴虚动风治以滋阴息风,可用大定风珠加减;肝胆湿热治以清肝利胆,可用龙胆泻肝汤加减。

②因痰致眩:根据痰饮停于上焦、中焦、下焦及是否兼杂寒、火病邪,分而治之。如,张仲景治上焦痰饮“肺中冷,必眩,多涎唾,甘草干姜汤以温之”,治中焦痰饮“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”,治下焦痰饮“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者,真武汤主之”。痰火上蒙治以清热化痰,可用半夏白术天麻汤加减。

③因虚致眩:以补虚为主,根据气、血、阴、阳的不同虚损及涉及肾、脾、肺等不同脏腑,临证治之。如肾精虚损、髓海不足治以滋阴益肾,可用六味地黄丸、左归丸加减;脾失健运,气血不足治以健脾益气,可用归脾汤、四君子汤、补中益气汤加减。

④因火致眩:根据虚、实病机及涉及的肝、心、

肾等脏腑,分而治之。如肝火炽盛治以凉肝泻肝,可用丹栀逍遥散加减;心火亢盛治以清心宁神,可用朱砂安神丸加减;水火不济治以滋阴清热,可用天王补心丹加减。

⑤因瘀致眩:祛瘀为主,根据气虚、气滞、血寒、血热、情志等不同致瘀因素,分而治之,如用通窍活血通、桃红四物汤加减。

(2)常见证型及其用药。根据近20年中医治疗耳眩晕的文献整理^[48]及近现代名中医于祖望^[46]、李淑良、熊大经的临证经验,挖掘出眩晕的最常见中医证型为痰湿中阻型、肝阳上亢型、肾虚不足型,临床中虚实错杂型、本虚标实证亦多见^[49-50]。痰湿中阻型常用药为天麻、党参、茯苓、白术、山药、薏苡仁、陈皮、半夏;肝阳上亢型常用药为太子参、麦冬、牡丹皮、天麻、钩藤、牛膝;肾虚不足型常用药为天麻、山萸肉、黄芪、党参、杜仲、法半夏、牛膝、桑寄生、女贞子。

(3)中医外治方法。

①针灸:早在《黄帝内经》《伤寒论》中就有针灸治疗眩晕的记载,针刺为多。晋代《针灸甲乙经》重视用配穴治疗本病。唐宋时期,多用灸法治疗本病,并使用火针。金元时期,李东垣、张子和等采用放血疗法治疗^[51]。发展至今,针灸治疗本病方法多样,如体针、耳针、穴位敷贴、穴位注射、针灸并用、针刺中药相结合、针刺与放血相结合等。并出现了类似于新安郑氏针灸^[52]、陈华德百会穴长留针^[53]的许多特色针疗方法。

②康复:前庭康复训练始于20世纪40年代,通过刺激患者前庭功能,加快前庭代偿的康复训练方法,可提高患者平衡能力、缓解眩晕症状,有利于前庭功能的最终恢复^[54-55]。训练方式多样,既有一般的头眼练习、视靶练习、静动态姿势练习等^[55],也有以此为基础的中国传统运动,如无极球运动^[56]、太极拳运动^[57]等。

3 西医存在的问题

近30年国内外对眩晕疾病愈发重视,西医虽有大量文献、病例报道,但仍有许多问题尚未解决^[58],如前庭功能检查手段虽多,但相对繁琐,患者不愿接受,且有时结论模棱两可,缺乏兼具敏感性和特异性的检查手段;诊断决策很大程度上依赖症状,治疗手段有限;对于难治性外周性前庭疾病,药物、手术效果欠佳,患者心理健康、生活质量受到很大影响;本病涉及学科多,各科独立研究较多、诊治重点不同,患者就诊奔波,耗费医疗成本;国际上对前

庭疾病分类、制定诊治指南,但同一病损由于发生于前庭系统的不同部位而引起不同形式的眩晕,或同一患者患有几种可诱发眩晕的疾病,主次难分、治疗效果不好,“规范化”的诊治标准不适于每一位患者。

4 中医治疗的优势

4.1 从发病机制不明的角度 梅尼埃病、良性阵发性位置性眩晕、前庭性偏头痛等^[59]许多外周前庭疾病的西医机制不明,临床治疗只能在现有认识水平上进行,往往疗效不确切。此种情况下,可运用中医整体思想,对患者辨证分型,挖掘耳眩晕的中医病机,加深对疾病的认识;并据证型遣方施治,达到“异病同治,同病异治”的临床效果。

4.2 从医学体系局限性的角度 外周前庭疾病的西医治疗方法大致包括宣教、调整生活方式、急性期对症治疗、间歇期改善内耳循环的药物治疗、疾病后期补救性的激素治疗、耳石症的复位治疗、前庭康复、手术治疗等。对于一些难治性外周前庭疾病的患者,即便使用上述的综合治疗方式也难达到满意疗效。究其原因有以下几点:患者伴有基础疾病,伴随症状表现严重,多个前庭器官同时受损,前庭器官结构改变^[60];年老体弱的患者不适于手术或患者拒绝手术;医生对眩晕疾病认识和处理能力的欠缺、对良性阵发性位置性眩晕(BPPV)复位经验的欠缺;术者术前判断不准、手术技巧欠缺;患者有抑郁、焦虑、失眠的不良心理状态等。

西医是实证医学、依靠“有形”数据,但人是具有社会属性的有机体,前述各种内外因素均可影响疾病恢复,而对非结构性致病因素的处理是西医治疗体系的短板。中医是实践医学、具有整体独立性,可根据病症来辨证施治、解决一些非器质性的问题,恰可弥补西医的不足。现代研究也表明,中医在缩短前庭疾病病程和减少复发、减轻BPPV残余头晕、缓解焦虑、改善睡眠、改善耳鸣等方面作用显著^[61-62]。

4.3 从不同发病阶段的角度 梅尼埃病、BPPV、前庭性偏头痛等耳眩晕急性发作时,可予异丙嗪、苯海拉明等前庭抑制性药物对症治疗,但此类药物的过量应用会导致正常的前庭功能减弱,中药^[63]、针灸^[64]治疗恰可在一定程度上替代或补偿西药的不良反应,同时也可减轻患者的眩晕症状及恶心、呕吐等伴随症状。在慢性头晕、BPPV复位后恢复期等慢性病程阶段,中药、针灸、康复训练可从整体上调理患者身心状况,促进疾病恢复、减少发作频率。

4.4 从特殊发病年龄的角度 儿童眩晕患者作为眩晕症的一个特殊群体,多年来对医患双方造成很多困扰。主要体现在儿童难以准确描述病史、症状,导致家长没有及时重视疾病、延误就诊和(或)医生采集不到清晰的病史、增加诊断难度;儿童不能很好配合临床检查,导致诊断偏差;儿童机体发育处于动态变化过程,相较于成人,增加了研究难度,致发病机制更不明确;医生大多专注于成年患者,对儿童眩晕的研究不够,导致家长带着患儿辗转多家医院就诊,严重影响家庭生活;对于儿童的大部分外周性前庭疾病,如儿童良性阵发性眩晕、前庭性偏头痛缺乏特异性药物治疗;疾病反复发生严重影响患儿生长发育和心理健康。诸多问题,使单纯西医治疗儿童眩晕充满局限性和不确定性,此时联合中医辨证治疗,可减轻患儿眩晕和(或)恶心、睡眠差的症状,一定程度上保证患儿各器官和心理健康发育,提高生活、学习质量。

老年眩晕患者作为眩晕症的另一个特殊群体,在疾病的诊治中具有自己的特点。如,除外周前庭疾病,多数老年患者同时患有不同程度的内科、骨科、神经内科基础病,增加了病因的多样性和不确定性,增加了治疗的难度;老年患者本身的生理变化(如营养物质储备力低下、前庭系统功能衰退、睡眠质量差及环境、心理因素)会直接或间接导致眩晕/头晕和(或)平衡障碍。中医药治疗、前庭康复操、太极拳等此时可发挥优势作用,防治眩晕发作,并调整老年患者群的整体状态,减少应用多种西药后的不良反应。研究也表明,中医药、针灸治疗老年外周性前庭疾病效果良好^[65]。

5 中医存在的问题

中医在治疗耳眩晕疾病中也面临一些需要探讨的问题,如中医的整体观念、恒动观念、辨证论治观念使治疗方案因人而异、因时而异、因地而异,从而使每位患者、甚至同一位患者在不同生病阶段的用药剂量、用药疗程不尽相同;或者由于中医流派的不同,导致不同的医生对同一位患者的相同生病阶段里的遣药用方存在差异。上述问题容易让耳眩晕陷入缺乏清晰诊断标准、缺乏辨证论治的统计数据的地。

6 总结和展望

会议中,北京中医药大学东方医院的刘大新教授表示,人是一个具有社会属性的生命体,中医要从整体把握疾病,看病不能机械化、没有所谓的“金标准”;中国中医科学院望京医院的冯炜主任指出,

从症状学角度讲,“耳眩晕”涵盖疾病范围多,中医的辨证论治擅长于处理难治性耳眩晕疾病;北京中医药大学东方医院的王嘉玺主任表示在耳眩晕的预防、康复方面,中医优势分别体现在“治未病”和“身心调和”方面;首都医科大学附属北京友谊医院的龚树生主任表明,对于疑难的耳眩晕疾病,中西医协作十分有意义,二者优势互补,使疾病的治疗效果最佳。

综上,在诊治耳眩晕的整个过程中,中医均可发挥优势。在疾病早期阶段,运用“未病先防、既病防变、瘥后防复”的中医思想,单纯中医或中西医结合治疗能较好控制疾病发展;在治疗过程中西医疗效欠佳时,中医治疗予以补充,改善患者临床症状;在疾病后期及术后恢复阶段,联合中医疗法可有效控制临床症状、促进康复、减少复发。

在耳眩晕疾病不同阶段,中西医结合策略不能简单理解为西医为主中医为辅,或中医为主西医为辅,二者应该融会贯通、优势互补、共同发展。“整体观念”是中医诊疗的特色,临床要从“人”的角度而非“病”的角度出发。从心理、生物、社会等方面综合考虑,才可在疾病治疗方面达到更优疗效。中医药发挥的治疗作用是肯定的,多学科互相合作、中西医优势互补是防病治病的趋势。未来还可以应用生物信息学、人工智能等先进的技术和方法,古今接轨,使耳眩晕的诊断治疗更上一层楼。

7 专家名单

曹正逵	中华中医药学会
张霄潇	中华中医药学会
郭继华	中华中医药学会
刘大新	北京中医药大学东方医院
王嘉玺	北京中医药大学东方医院
刘建华	北京中医药大学东直门医院
闫占峰	北京中医药大学东直门医院
龚树生	首都医科大学附属北京友谊医院
冯 炜	中国中医科学院望京医院
张 予	中国中医科学院广安门医院
郭淑贞	北京中医药大学
徐春英	中国中医科学院西苑医院
马 鑫	北京大学人民医院
刘锦峰	首都医科大学附属北京朝阳医院
李 博	首都医科大学附属北京中医医院
张名霞	首都医科大学附属北京宣武医院
王国鹏	首都医科大学附属北京友谊医院
辛忠海	中国中医科学院望京医院

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 新华社. 中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见[N]. 人民日报, 2019-10-27(001).
- [2] 葛伟韬. 95个中医优势病种临床路径和诊疗方案发布[J]. 中医药管理杂志, 2019, 27(3): 230.
- [3] 李曰庆, 李海松, 孙永章, 等. 中医药治疗男科领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(12): 182-188.
- [4] 孔令博, 王淑燕, 廖晓凌, 等. 中医药治疗神经内科领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(13): 172-178.
- [5] 吴薇, 孙永章, 刘大新, 等. 中医药治疗耳鼻咽喉头颈外科领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(14): 208-214.
- [6] 刘宝利, 钟逸斐, 刘伟敬, 等. 中医药临床优势病种探讨——膜性肾病[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(16): 185-190.
- [7] 王景尚, 刘晓巍, 王昕, 等. 中医药治疗产科领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(20): 206-218.
- [8] 沈建武, 王彬, 林生, 等. 中医药临床优势病种——良性前列腺增生[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(2): 220-226.
- [9] 徐愿, 罗静, 韩曼, 等. 中医药治疗风湿免疫领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(9): 198-204.
- [10] 刘莉莉, 刘大新, 刘锦峰, 等. 中医药临床优势病种探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(2): 203-211.
- [11] 孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 8.
- [12] NEUHAUSER H K. The epidemiology of dizziness and vertigo[J]. Handb Clin Neurol, 2016, 137: 67-82.
- [13] 吴子明, 刘博, 韩军良. 临床前庭医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [14] 谢慧. 眩晕的中医认识[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2019(5): 11-17.
- [15] 《中国医学百科全书》编辑委员会. 中医耳鼻咽喉口腔科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 25.
- [16] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 94.
- [17] BISDORFF A R, STAAB J P, NEWMAN-TOKER D E. Overview of the international classification of vestibular disorders [J]. Neurol Clin, 2015, 33 (3) : 541-550.
- [18] 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.
- [19] ALEXANDRE R B, JEFFREY P S, DAVID E N, 等. 前庭疾病国际分类概述[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14(2): 55-60.
- [20] LOPEZ-ESCAMEZ J A, CAREY J, CHUNG W H , et al. Diagnostic criteria for Menière's disease [J]. J Vestib Res, 2015, 25(1): 1-7.
- [21] VON BREVERN M, BERTHOLON P, BRANDT T, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria[J]. J Vestib Res, 2015, 25(3/4): 105-117.
- [22] LEMPERT T, OLESEN J, FURMAN J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria [J]. J Vestib Res, 2012, 22(4): 167-172.
- [23] STRUPP M, LOPEZ-ESCAMEZ J A, KIM J S, et al. Vestibular paroxysmia: Diagnostic criteria[J]. J Vestib Res, 2016, 26(5/6): 409-415.
- [24] STAAB J P, ECKHARDT-HENN A, HORII A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD) : Consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the bárány society[J]. J Vestib Res, 2017, 27(4) : 191-208.
- [25] 翟亮, 朱静静, 姜婷婷, 等. 眩晕中西医动物模型及其评价指标的研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2023, 37(6): 90-98.
- [26] 李亚, 乔月华, 杨仕明. 动物前庭功能的评价方法[J]. 中华耳科学杂志, 2016, 14(6): 819-822.
- [27] 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. 梅尼埃病诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(3): 167-172.
- [28] 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.
- [29] 中国医师协会神经内科分会眩晕专业委员会, 中国卒中学会卒中与眩晕分会, 李斐, 等. 前庭神经炎诊治多学科专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(9): 985-994.
- [30] 中国医师协会神经内科医师分会疼痛和感觉障碍学组, 中国医药教育协会眩晕专业委员会, 中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会. 前庭性偏头痛诊治专家共识(2018)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(7): 481-488.
- [31] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会听力学组. 中国听性脑干反应临床操作规范专家共识(2020)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 55(4): 326-331.
- [32] 中国康复医学会眩晕康复专业委员会, 中国医药教

- 育协会眩晕专业委员会. 眼性前庭诱发肌源性电位临床检测技术专家共识[J]. 中华耳科学杂志, 2022, 20(1): 4-9.
- [33] 冀飞, 梁思超, 陈艾婷, 等. 耳蜗电图检查临床操作要点[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2018, 16(5): 386-389.
- [34] 李德新. 中医基础理论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 201-205, 214-219, 244-246.
- [35] 李桂杰, 海英. 眩晕中医病因病机探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(9): 179-182.
- [36] 吕淑琴, 曲晓波. 从“诸风掉眩, 皆属于肝”角度论眩晕[C]//中华人民共和国国家中医药管理局, 世界卫生组织. 国际传统医药大会论文摘要汇编. [出版者不详], 2000: 2.
- [37] 闫军堂, 刘晓, 马小娜, 等. 刘渡舟教授治疗眩晕九法[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(12): 2714-2716.
- [38] 方誉. 从“肝风”论治眩晕病[J]. 广西中医药, 2020, 43(3): 41-43.
- [39] 刘萍, 邱朝阳, 霍青. 张仲景痰饮眩晕证治探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(1): 28-31.
- [40] 熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 118.
- [41] 王省, 陈洁, 刘红权. 蒲辅周治疗眩晕症案例赏析[J]. 江苏中医药, 2017, 49(1): 43-45.
- [42] 方勇华, 郑峰. 沈宗国论治虚证眩晕经验[J]. 中医药通报, 2022, 21(12): 8-10, 16.
- [43] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1.
- [44] 张怀楠. 刘完素风火致眩学说浅析[J]. 医药前沿, 2018, 8(18): 333-334.
- [45] 韩智宇, 周亚滨, 刘影哲, 等. 王肯堂辨治眩晕特色探析[J]. 中医药导报, 2021, 27(10): 205-208.
- [46] 陈小宁, 严道南. 国医大师干祖望耳鼻喉科临证精粹[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 12.
- [47] 王宁. 张怀亮教授在眩晕临床诊疗中运用瘀血致眩理论的经验探讨[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2018.
- [48] 沙弘千. 耳眩晕证治的现代文献研究与探讨[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2013.
- [49] 刘静. 李淑良耳鼻喉科临证经验集[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2016: 2.
- [50] 李莉. 熊大经教授治疗耳眩晕医案举隅[J]. 中医学报, 2012, 27(7): 817-818.
- [51] 王惟钊. 基于数据挖掘针灸治疗中医眩晕的选穴配伍规律研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [52] 武艺孟, 朱玲, 郑日新. 新安郑氏针灸特色及其在耳眩晕治疗中的应用[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(12): 2309-2312.
- [53] 王灿军, 侯转转, 陈华德. 陈华德教授对耳源性眩晕的中医治疗思路[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(6): 987-988.
- [54] 黄东林, 王耀武, 蒋纪文. 前庭性眩晕的康复训练[J]. 中国交通医学杂志, 2006, 20(2): 233-234.
- [55] 王倩, 郑春玲, 黄刚, 等. 倍他司汀联合前庭康复训练治疗前庭周围性眩晕效果评价[J]. 交通医学, 2021, 35(1): 72-73, 76.
- [56] 马腾刚. 基于无极球运动的前庭康复操的改良及临床应用[D]. 济南: 山东中医药大学, 2022.
- [57] 孔正, 单希征, 王恩彤, 等. 太极拳锻炼对眩晕患者前庭康复治疗的效果[J]. 北京医学, 2019(9): 801-803.
- [58] 张素珍. 眩晕症的诊断与治疗[M]. 4版. 北京: 人民军医出版社, 2014.
- [59] 高云, 李欣, 王洪阳, 等. 前庭疾病国际分类框架下病例教学法在耳内科规培教学中的应用[J]. 中华耳科学杂志, 2022, 20(2): 231-235.
- [60] 胡珊珊, 张丽萍. 难治性位置性眩晕的治疗进展[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(2): 342-344.
- [61] 舒竞铖, 尹时华, 刘渊, 等. 手法复位联合中药治疗良性阵发性位置性眩晕临床研究文献的 Meta 分析[J]. 世界中医药, 2015(4): 598-600, 605.
- [62] 周文珠, 王悦, 罗妮莎, 等. 排针平刺治疗良性阵发性位置性眩晕手法复位后残余头晕疗效观察[J]. 中国针灸, 2021, 41(12): 1317-1320.
- [63] 蒋建强. 中医辨证治疗急诊眩晕的临床效果观察[J]. 黑龙江中医药, 2022, 51(1): 19-20.
- [64] 王罡, 牟宏宇, 周浩, 等. 手法复位联合“补髓醒脑”针刺法及耳穴贴压治疗良性阵发性位置性眩晕临床疗效观察[J]. 四川中医, 2022, 40(7): 185-187.
- [65] 闫行. 中西医结合治疗对老年性眩晕患者临床症状和生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(19): 118-119.

[责任编辑 王鑫]