

● 名医经验 ●

引用:李迎恺,李国徽,马乐,韩向东,马伟科,郑云雪.李国徽以“动则致眩”为核心辨治前庭神经炎的经验[J].湖南中医杂志,2023,39(7):48-51.

李国徽以“动则致眩”为核心 辨治前庭神经炎的经验

李迎恺¹,李国徽²,马乐¹,韩向东¹,马伟科¹,郑云雪¹

(1. 宁夏医科大学,宁夏 银川,750001;

2. 银川市中医医院眩晕诊疗中心,宁夏 银川,750001)

[摘要] 介绍李国徽教授辨治前庭神经炎(VN)的经验。李教授认为 VN 眼目旋转之机与风、痰饮、瘀、虚的动摇之象符合,其病位除在脑、肝、脾、肾外,还与耳、目、项关系密切。其采用内、外治法,内治之法以祛“动象”之因为关键,强调分期治疗,早期以风、痰两邪为主,宜散风火、化痰湿;中期以内风兼痰瘀为主,宜息内风、化痰瘀;后期以本虚为主,宜益气血、补肝肾。外治之法则提倡前庭康复训练,其头动、眼动的动态训练方式符合中医学“以动治动”的理念。附验案 1 则,以资佐证。

[关键词] 前庭神经炎;眩晕;动则致眩;名医经验;李国徽

[中图分类号] R276.144.1 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.011

前庭神经炎(vestibular neuritis, VN)是由于周围前庭器官炎症所致的前庭神经功能性障碍,以发作性眩晕、眼震、恶心呕吐、姿势不稳为主要临床表现^[1]。本病持续时间较长,部分患者可遗留头晕、不稳感^[2],约 10%~15% 的患者易并发患耳的良性阵发性位置性眩晕(BPPV)、恐惧性姿势性眩晕(PPPD)^[3]。目前,临床以口服糖皮质激素、抗眩晕药等治疗为主^[4],但疗效有限,极易复发,且存在消化道溃疡、疲倦、嗜睡等不良反应,故单用西药治疗有一定的局限性。李国徽教授长期从事前庭系统疾病的诊疗,现将其辨治 VN 的经验总结如下,以飨同道。

1 病因病机(致病诸因,各有侧重)

1.1 早期:风邪与痰饮 早期指 VN 发病的第 3~5 天,症状显著,此期患者处于静态时便出现明显不适症状^[5]。李教授认为早期有外感病史者,病因以风邪为主。因 VN 发病前期多有上呼吸道感染病史,突发起病,以眩晕、自发性眼震为主要表现。基

于其病史及发病特点,故早期多考虑为风邪所致,风为阳邪,善动不居,易袭阳位,如《医灯续焰》言:“高巅而见动象,风性为然”,《素问·太阴阳明论》言:“伤于风者,上先受之”,结合 VN 的发病部位在头部,故有外感病史者以风邪为主。另肝为厥阴之经,应风气也,如《素问·天元纪大论》言:“厥阴之上,风气主之”,内风属肝,肝易生风,尤易扰动清窍而生眩。

李教授认为无外感病史的 VN 患者,早期病因多以痰饮为主。发病多兼见恶心、呕吐、腕痞、纳少等症。《金匱要略》首次提出“痰饮致眩”,痰饮可停聚于上、中、下焦,随三焦之气走窜,上犯头目而生眩^[6]。痰饮可随气而行,气之所指,痰之所到,脑为清阳上升汇聚之处,痰随气上扰,蒙蔽脑窍,为眩为晕。痰饮主要停聚于胃肠,胃肠和脑关系密切^[7],如《灵枢·动输》言:“胃气上注于肺,其悍气上冲头者……入络脑”,现代医学提出前庭病变可通过自主神经引发恶心、呕吐等胃肠道不适。故胃肠有

基金项目:银川市科技创新重大重点专项(2021-SF-003)

第一作者:李迎恺,女,2020 级硕士研究生,研究方向:脑病的中医治疗

通信作者:李国徽,男,医学硕士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:脑病的中医治疗,E-mail:kalide@126.com

疾,可影响脑窍。

1.2 中期:内风兼痰瘀 中期指VN发病的第5天至第3个月,此期患者静态下症状逐渐减轻^[8]。李教授认为中期病因以内风兼痰瘀为主,初期受外邪者,外邪入里,引动内风,伏于肝脏,乘克脾土,则易生湿致痰,如《成方便读》载:“夫风之中于经也,留而不去,则与络中之津液、气血,浑合不分”,故易成“内风兼痰瘀”之势。初期因痰饮致病者,痰饮阻滞经脉,气滞成瘀,气血失道妄行,而易成风,如张山雷《中风斟论》载:“痰涎积于经隧则络中之血必滞”,痰瘀阻滞,气血失道妄行,而易成风。血与气、水本为一体,瘀血停滞,与气、水分离,故气机逆乱,水饮上犯,清窍受扰,发为眩晕;内有瘀血,则气不得通而逆乱致眩,血瘀易致水结,聚于脾胃,上扰清窍,则头晕目眩作矣;瘀血阻滞日久,可致血行缓慢,新血不生,清灵失养,虚则风动而致眩晕。

1.3 后期:本虚 后期指VN发病3个月后,此期患者静态下不适症状消失,运动时仍有眩晕不稳感存在^[9]。李教授认为后期病因以本虚为主,初病多实,久病多虚,病久耗伤机体正气,损伤机体气血阴阳,气血亏虚则招风内动,故后期有眩晕之症。血虚不荣,脑之筋脉失养而头眩、阴虚不荣,易致阳亢而扰窍生眩。气虚致眩,原因有三:其一,气虚不柔肝^[10],出现“肝不柔则风动”。《素问·生气通天论》云:“阳气者,精则养神,柔则养筋”,故气可养筋也。肝在体合筋,温养筋脉,脑窍亦为筋脉上聚之处,故阳气不足,脑之筋脉不养则易动而生眩。其二,脾气之虚尤易致眩。中焦之气衰败,其清气不升反陷,下焦之火趁虚而上,为眩为痛,即李东垣所述“脾胃气虚,阴火上冲”。其三,气虚行津无力,易生痰致瘀,痰瘀之邪,亦可上扰头目而作眩。本病后期易兼痰瘀之邪,痰性黏稠,滞而不散,瘀血阻滞,易伏难解,故本病病程较长,加之正虚,后期治疗攻补难施。

李教授认为眩晕之机在于“动”也,风、痰饮、瘀、虚均可引发躁动之乱象,进而扰动头目而致眩,如《证治准绳》所言:“成败倚伏,皆生于动,动之清静则生化治,动之躁乱则苛疾起”。

2 VN的病位(病之所在,耳目项全)

眩晕之病本在脑,因风、痰、瘀、虚与本病关系密切,故归其病位于肝、脾、肾,除此之外,李教授认为VN与耳、目、颈项亦有相关性。

2.1 VN与目 本病表现以眩晕、自发眼震为主,可体现目与VN的相关性。《灵枢·大惑论》云:“五脏六腑之精气,皆上注于目为睛也。筋骨气血之精与脉,并系于目,上属于脑,出于项中”,邪中于项者,易随目系入脑,出现脑转、目眩等证。此外,“掉眩之症”皆属于肝,足厥阴肝经循行与目亦有密切关系,如《灵枢·经脉》记载:“肝足厥阴之脉……连目系,上出额,与督脉会于巅”。

2.2 VN与耳 现代医学中,VN病变在前庭神经,该神经支配内耳的半规管及耳石器,故其病变部位在耳无异。从古籍考证亦可得知古人对眩晕的定位已将耳包含在内^[11],如《小品方·治头面风》言:“风者四时五行之气也,分布八方……人当触之过,不胜其气,乃病之耳”,VN前期多有外感受风病史,风之所受,乃病于耳,进一步佐证了本病的发病部位。

2.3 VN与项 从《内经》论述“脑转目急”过程的原文中可得知,VN与颈项具有相关性,风为阳邪,多侵犯人体上位,适逢机体正虚卫不固表之时,贼风由表入里,从颈而入,内舍于肝,发为眩晕^[12],又有“肝之膈在颈项”之说,《黄帝内经太素》云:“东风生于春,病在肝,输在颈项”,邪气之所中项更易引动肝风,发为眩晕之证。故李教授平素常嘱患者注意颈项部的防护。

3 VN的内治之法(分期论治)

VN因动致病,而脑目喜静恶扰,如赵以德言:“脑者,地气之所生,故藏于阴,目之瞳子,亦肾水至阴所主”,二者皆喜静谧而恶动扰,故李教授在分期论治的基础上亦注重清宿头目。

3.1 早期:散风火,化痰湿

3.1.1 因风而眩,应辨虚实 李教授认为实体外感者易兼火邪,多因风火致动而生眩。六气理论中厥阴为风木,其中为火,厥阴从中而化,故易成风火相兼之势,风火皆属阳,风助火势,火长风威,扰动头目,为眩为转。其采用桑菊饮加减为主方以疏风散热、清利头目,取桑叶、菊花、薄荷清凉疏散之性,外散风火,三者均入肝经,有清利头目之功,桔梗引诸药上行外达,方中亦有杏仁防诸药升之太过,连翘清里热,芦根补津液。本方可散头目之风火,众多医家在临床中应用桑菊饮加减治疗VN,均取得了满意的疗效^[13-14]。

李教授认为体虚受风之人,主因风痰致动而生

眩,因脾胃亏虚,气血生化不足,不能充达卫气于外,充盈气血于内,故脾胃亏虚易受外邪,脾虚生痰,易与外受风邪相兼。且外风侵袭,也易兼湿,如《灵枢·九宫八风》云:“风从东方来……内舍于肝,外在于筋纽,其气主为身湿”,生湿则伤脾。故以《万病回春》所载清晕化痰汤为主方,以疏风化痰、健脾止眩。方中胆南星祛头目之风痰,半夏、陈皮理中焦之痰,茯苓引痰下行,枳实有破气降气之功,降头目风痰之邪,加防风、羌活、白芷、细辛祛在表在上之风邪,佐以少量黄芩以防风药之燥及风邪兼火之变。诸药相合,外散头目之风邪,内顺在里之痰气,三焦气机通畅,在上之邪降而头目清。

3.1.2 因痰而眩,主化痰湿 李教授认为早期仍有未感风邪而致病者,主因痰湿致动而生眩。痰饮可随气升降上至脑窍而为眩为晕,治应以化痰降气为主。其以半夏白术天麻汤加泽泻汤为主方以健脾化痰、顺气利饮。方中天麻顺风气之势上行以捕获风邪,半夏、陈皮、白术健脾化痰以通中焦之气机,茯苓、泽泻引痰、气下行,故无邪气扰动头目,而眩晕自除矣,诸多医家用治痰法治疗眩晕均取得了满意的疗效^[15-17]。

3.2 中期:息内风,化痰瘀 李教授认为中期主因内风兼痰瘀致动而生眩。中期内风入里,生痰致瘀或由在里之痰不行而致瘀生风,治疗可在半夏白术天麻汤的基础上加川芎和丹参,川芎为升浮之药,与天麻相合共引丹参上行,共奏活血化痰祛风之效,半夏、陈皮利中焦之气,茯苓利湿,引头目之邪下行以奏清宿之效。

3.3 晚期:益气血,补肝肾 李教授认为,本病后期主因本虚致动而生眩。本证以独活寄生汤为主方进行治疗,此方中含有八珍汤补益气血,加肉桂以增温养之力,如《成方便读》言:“八珍并补气血之功,固无论矣……加肉桂使各药得温养之力,则补性愈足,见效愈多”,故可祛风动之因,久病累及肝肾,故予桑寄生、杜仲、牛膝以补益肝肾,三药相合,有祛风活血之功用,可行久病郁滞之气血,方中杜仲、牛膝亦引气血下行,防诸邪扰动头目。

4 VN的外治之法(前庭康复治疗)

前庭康复(VRT)是治疗VN的一种安全有效的方式^[18],李教授推荐患者进行VRT训练。前庭系统主要通过前庭眼反射(VOR)与前庭脊髓反射(VSR)控制着眼球与身体的运动以维持平衡,当

VN发生时,多导致单侧前庭功能减退,两侧前庭系统不平衡而出现自发性眼震及身体不稳感。VRT的训练方式中含有诸多运动性的动作,如头部及眼球的运动、动态条件下的步态练习、复杂视觉环境刺激等^[19],通过机体的运动及外在复杂运动的视觉环境刺激以促进前庭系统的恢复。李教授认为,VN出现的一系列症状的根本原因在于单侧前庭系统的功能障碍所致的两侧前庭系统不平衡,健侧前庭系统功能偏亢而出现了因损而动的乱象,故其治疗原则主以恢复患侧动之功用。本病表现为动,实质为静,其临床表现与本质不一,故在此用“从治反治”之法,以“法之动”治疗“症之动”,VRT“以动治动”的理念,体现了中医学“治病必求于本”的思想。

5 典型病案

患者,男,32岁,2022年7月15日初诊。主诉:持续头晕、头昏伴视物旋转3d。患者自诉3d前无明显诱因出现持续性头晕头昏,视物旋转,伴恶心、呕吐,走路时向右侧偏斜,无耳鸣、耳内胀闷感,向左侧卧时症状减轻。现症见:持续性头晕头昏,视物旋转,行走时向右侧偏斜,伴有恶心、呕吐。纳差,眠不佳,小便可,大便溏。查体:神志清,精神不振,面色少华,形体偏胖,理解力、定向力正常,舌质淡胖、苔白腻,脉滑。自发眼震(+)向右,凝视眼震(+):向左向右凝视时,眼震方向均向左,向左侧凝视时眼震幅度较大,Fukuda试验(+)向右,Mann试验(+)向右,Romberg征(+)向右。辅助检查:颅脑MRI未见明显异常;前庭双温示右侧水平半规管功能减退;视频头脉冲试验(vHIT)示右侧水平、上半规管VOR降低伴扫视,右侧oVEMP振幅减低。西医诊断:右侧VN。中医诊断:眩晕,痰湿上扰证。治宜化痰息风,健脾祛湿。方用半夏白术天麻汤加泽泻汤加减,处方:半夏12g,白术24g,天麻9g,陈皮9g,茯苓9g,泽泻15g,生姜6g,甘草6g。7剂,水煎,每天1剂,分3次温服。嘱患者进行VRT训练,具体方式:1)摇头固视。眼睛固视正前方静止的视靶,头部进行上下、左右的摇动。2)交替固视。眼睛交替固视前方2个静止的视靶,眼睛固视一侧视靶时,头转向同侧。3)反射性扫视。双手举2块木块,在一定角度下,头不动,眼睛在2个木块间移动。4)VOR。双手举2块木块,在一定角度下,转颈向一侧木块,眼睛紧随其后,同法颈转向另一侧木块,眼睛紧随其后。5)提跟抬趾。急性期

可在坐位进行康复,缓解期则可在站立位徒手进行康复。6)重心变换康复。双腿快速交替抬患者脚下加泡沫/海绵垫等。7)步态康复。进行直线行走训练,可以在行走时转头或摇头。上述每个动作进行2~3组,1次/d。7月22日二诊:患者诉头晕头昏症状明显减轻,视物旋转感明显缓解,行走向右侧偏斜较前减轻,偶有恶心、呕吐,纳可,眠差。在前方基础上加炒酸枣仁15g,继予7剂,煎服法同前,并嘱患者继续进行VRT训练。7月30日三诊:患者上述症状明显好转,继予二诊方3剂以巩固疗效,并进行VRT训练。

按语:患者为中青年男性,形体偏胖,平素饮食不节,脾胃损伤,故脾胃运化功能失常,痰湿不运,留于中焦,痰随气升降,上行于脑,蒙蔽清窍,故致头晕、头昏;脑为元神之府,为痰所蒙,故行走不稳,向患侧倾倒;脾胃虚弱,胃失和降,故致恶心、呕吐;胃不和则卧不安,故夜寐不佳。结合患者舌脉象,辨证为痰湿阻滞证,方用半夏白术天麻汤加泽泻汤加减。方中天麻上行以祛头部风痰之邪,半夏、陈皮、白术、生姜健脾化痰以通中焦之气机,茯苓、泽泻引痰、气下行,本方将风痰之邪从上引出,眩晕自除。二诊患者眩晕症状好转,但睡眠不佳,故在前方基础上加酸枣仁以养心安神。三诊时患者症状明显好转,继予3剂巩固疗效。全程进行VRT训练,以恢复患侧的前庭功能。内治之法用中药以除“痰饮之动”,VRT则进行头动、眼动及步态练习等训练方式以提高患侧前庭功能,属于“以动治动”之法,内外治法相结合,有助于缩短患者病程,促进患者康复。

参考文献

[1] 武锋,张阳普. 针刺联合西药治疗前庭神经炎的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2021,40(1):72-76.

[2] BRONSTEIN AM,DIETERICH M. Long-term clinical outcome in vestibular neuritis[J]. Current Opinion in Neurology,2018,32(1):174-180.

[3] ADAMS ME,TELIAN SA,KANE RL,et al. Monohermal caloric screening test accuracy:A systematic review[J]. Otolaryngology-Head and Neck Surgery,2016,154(6):982-996.

[4] LE TN,WESTERBERG BD,LEA J. Vestibular neuritis; Recent

advances in etiology,diagnostic evaluation,and treatment[J]. Adv Otorhinolaryngol,2019,82:87-92.

[5] ALOH R,HONRUBIA V,BALOH R,et al. Clinical neuropsychology of the vestibular system[J]. Acta Oto-laryngologica,1982,1(1):3-7.

[6] 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.

[7] 刘建城,PENG YING SIN,章文春. “胃不和则卧不安”的理论探讨及应用进展[J]. 中华中医药杂志,2021,36(11):6635-6638.

[8] STRUPP M,ARBUSOW V,MAAG KP,et al. Vestibular exercises improve central vestibulospinal compensation after vestibular neuritis[J]. Neurology,1998,51(3):838-844.

[9] CHOI KD,OH SY,KIM HJ,et al. Recovery of vestibular imbalances after vestibular neuritis[J]. Laryngoscope,2007,117(7):1307-1312.

[10] 李明,吕翠霞. 气虚生风病机理论探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(10):1424-1426,1455.

[11] 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(1):78-82.

[12] 黄炳祥,高嘉骏. 浅谈“肝之膈在颈项”[J]. 福建中医药,2015,46(2):55-56.

[13] 孙子涵,孙海波. 桑菊饮加减联合西药,前庭康复锻炼治疗风邪外袭型前庭神经炎临床研究[J]. 河南中医,2021,41(5):758-761.

[14] 王义涵,冷辉. 中西医结合治疗对前庭神经炎治疗效果的临床研究[J]. 中国医学文摘:耳鼻咽喉科学,2019,34(6):395-397,403.

[15] 陈庆雨,何利勇. 苓桂术甘汤合泽泻汤加灸法等中西治疗前庭神经炎疗效探讨[J]. 中外医疗,2018,37(31):157-159.

[16] 刘怡聆,曾莎莎. 眩平汤联合西药治疗痰浊中阻型耳源性眩晕的临床疗效及对前庭症状指数评分、眩晕障碍量表评分和跌倒发生情况的影响[J]. 河北中医,2020,42(5):727-730,792.

[17] 李雪珍. 化痰降逆止晕汤治疗痰浊型眩晕的疗效及对中医证候,血液流变学指标的影响[J]. 四川中医,2019,37(5):164-166.

[18] 刘丹,郭兆琪,田娥,等. 单侧前庭功能低下患者前庭康复治疗前后前庭自旋转试验的动态变化[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,57(3):270-275.

[19] 国家卫生健康委员会能力建设和继续教育中心耳鼻喉科专家委员会,中国中西医结合学会耳鼻咽喉科专业委员会,中国医疗保健国际交流促进会眩晕医学分会,等. 前庭康复专家共识[J]. 中华医学杂志,2021,101(26):2023-2043.

(收稿日期:2023-01-20)

[编辑:徐琦]