

中医治疗眩晕的研究进展

王小梅

北流市人民医院 广西玉林 537400

〔摘要〕 眩晕作为近年来发病率较高的疾病，中医认为与虚、痰、淤、火、风、郁等均存在关联，实际临证时病因病机错综复杂可进一步相互影响与联系。本文现就眩晕的病因病机进行分析并对治疗方法进行阐述与总结，以期日后临床更好的为眩晕患者提供治疗方案，促进疾病恢复及改善生活质量提供参考依据。

〔关键词〕 眩晕；病因病机；内治；外治；针灸及其他

〔中图分类号〕 R255.3 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2020) 05-207-02

眩指眼前发黑、视物模糊，晕指头晕或视物旋转，二者多同时并见因此称为“眩晕”^[1]。症状较轻者可为闭目则眩晕停止，严重者则如乘车船，旋转不定，无法站立或同时见恶心、呕吐、自汗甚至晕倒跌扑^[2]。疾病具有反复发作的特点，严重者可发展为中风甚至危及生命。目前随着临床对疾病认识与研究的不断深入与拓展，对眩晕的致病原因有了更深刻的认识，但在治疗方面尚未获得较大的突破。中医作为祖国传统医学，以辨证论治作为认识与治疗疾病的基本原则，通过对眩晕病机的分析并通过内治、外治及针灸等方式进行治疗获得了较好的疗效。

1 眩晕的病因病机

1.1 肝阳上亢

素体阴虚导致肝阳上亢或由于长期情志郁结恼怒，肝失所养导致肝阴不足、肝阳上亢发为眩晕。正如《医宗己任篇》中所说：“眩晕治病、患属肝胆两经风火，风火属阳，阳主动，故目眩转而头晕也”，因此可见眩晕多以肝阳上亢、肝风内动多见，由外感所致相对较少^[3-4]。

1.2 气血两虚

久病不愈导致气血耗损或由于失血过多，体虚而不复，脾胃虚弱，生化气血能力受损导致气血两虚；气虚则清阳不升，血虚则脑失所养而导致眩晕发生^[5]。正如张锡纯所提出：“虚眩之因…内伤心脾”，心虚则血液循行不畅，脾虚则生化之源不旺，血虚不能上奉于脑而引起眩晕^[6]。

1.3 肾精亏虚

肾为先天之本，先天不足肾阴不充或老年肾亏，久病伤肾等导致肾精亏耗无法生髓；脑为髓海，脑髓不足则上下俱虚发生晕眩^[7]。正如《灵枢·口问》^[8]中指出：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”。

1.4 痰瘀阻滞

日常饮食不洁，嗜食肥甘厚腻导致脾胃受损，健运失司，水谷精微不化而聚生为痰饮导致清阳不升，浊阴不降发为眩晕，古代医家朱丹溪明确指出：“无痰不作眩”。《医学正传》^[9]中提出“血瘀致眩”的说法，提出淤血阻滞脉道导致血液运行不畅，淤血停聚于胸中造成心窍迷闭，瘀血久而化火上至脑窍而发为眩晕。

2 治疗方法

2.1 中药汤剂

目前临床多以补虚泻实、调整阴阳为治疗原则。虚者当滋养肝肾，补益气血，填精生髓；实证当平肝潜阳，清肝泻火，化痰行瘀。具体包括：（1）平肝潜阳、滋养肝肾：主要适用于肝阳上亢患者，研究人员通过以天麻钩藤饮为主，对患者进行治疗获得了较好的治疗效果。对于合并目赤、苔黄燥、脉数等肝火旺盛者，可添加龙胆草、丹皮，便秘患者可添加大黄。（2）补养气血、健运脾胃：主要针对气血两虚患者。以归脾汤为主要治疗药物，气虚严重者

可加大黄芪用量至 30 克，血虚症状明显者可添加阿胶、制首乌。（3）补肾滋阴（偏于肾阴虚者）；补肾助阳（偏于肾阳虚者）：主要运用于肾精不足的患者。偏于肾阴虚者，研究人员以左归丸作为主方进行加减，通过对 120 例肾阴亏虚患者进行治疗后，显效 78 例，有效 34 例，无效 8 例，治疗总有效率达到 93.3%；偏肾阳虚者，用右归丸为主方进行治疗。（4）燥湿祛痰、健脾和胃：主要针对痰浊上扰清窍患者。研究人员应用半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型眩晕患者 100 例后观察发现，治疗总有效率达到 92.0%。（5）祛瘀生新、活血通窍：适用于瘀血阻窍患者，可应用加味通窍活血汤治疗反复发性眩晕，伴烦躁、易怒、口苦、头晕患者可添加夏枯草、钩藤、菊花；少气乏力患者可添加党参、黄芪等。

2.2 中成药

李姓研究人员^[10]应用参麦注射液联合葛根素静滴，以 2 周为一个疗程对 50 例患者治疗后发现，疾病治疗总有效率 94.0%，患者呕吐、恶心等不适症状恢复较快且无不良反应，患者依从性较好。丁姓研究人员^[14]使用红花注射液联合天麻素对椎基底动脉供血不足导致的眩晕患者治疗后发现，两种药物联合应用较单独应用可获得更好的治疗效果。

2.3 针灸及其他治疗

针灸作为中医特色疗法的重要组成部分具有安全性高、操作简单、治疗效果好的优势。白姓研究人员^[15]对 50 例椎-基底动脉供血不足眩晕患者选取百会、双侧晕听区、风池、肝腧、脾腧、肾腧进行针刺治疗后，疾病治疗总有效率达到 87.4%，提示针刺有助于放松痉挛的肌肉并调节血管，增加脑供血，帮助眩晕症状获得缓解。肖姓研究人员对 90 例患者进行分组并分别运用手法复位配合针灸治疗及针灸联合中药内服方式治疗，治疗后两组患者均获得较好的治疗效果，手法复位联合针灸治疗组治愈率更高。

中医在治疗眩晕方面有其独特优势，通过整体观念与辨证论治的原则对病因病机进行分析，并将内治与外治法结合，配合针灸、正脊、推拿等辅助手法不仅可获得较好的治疗效果，也具有较高的安全性，已成为治疗眩晕的主要方法。相信随着中医药不断发展及临床大样本试验的进行，中医药对疾病的研究也将得到进一步发展并为治疗疾病、改善症状提供更多的选择方案。

〔参考文献〕

- [1] 罗恒, 刘汝专, 唐晓菊, 黄有荣, 龚平, 王智群, 班正涛, 张磊, 杨博, 李任成. 颈性眩晕治疗研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(02):175-178.
- [2] 黄银弟. 中医辨证治疗急诊眩晕患者的临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(81):165-166.
- [3] 王健, 王丽鸣. 良性阵发性位置性眩晕的中医诊疗进展 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(27):20.

(下转第 209 页)

3 早期运动康复护理

早期运动功能恢复包含了被动、主动运动、被动按摩、坐、站、走等循序渐进的运动训练。其中主动运动可有效提高患者神经系统紧张度,将各系统生理功能活跃。同时,引导患者进行主动、自主性锻炼,可有效改善各肢体功能障碍,提高生活质量。①按摩包括按、摩、揉、捏四法,顺序应由远心端至近心端,先轻后重,由浅及深,由慢而快,每天 2 次,每次 20 分钟。②翻身动作训练:患者双手交叉握住伸直,由健侧上肢带动患侧上肢,健侧腿伸到患侧腿膝关节下方。以躯干为轴向患侧或健侧转向,护士站在患侧协助。每 2-3h 翻身变动卧位一次,患侧卧位每次不要超过 1h。③床上训练:包括被动或主动运动等。如:肘屈伸,肩高举、抓握、外旋、内收、伸展、屈膝、屈踝等训练。④坐位训练:患者首先侧移至床边,将健腿插在患腿下,用健腿将患腿移至床边,使患膝自然屈曲,然后头向上抬,躯干向患侧旋转,健手横过身体在患侧用手推床,把自己推至坐位,摆动双腿。此外坐位训练虽是患者最易完成动作,但还应避免出现体位性低血压,因此首次进行坐位训练时,不要立刻选取直立坐位,应从半坐位 30° 开始,随后逐渐增加坡度,患者在前一角度坚持 30min 后,且未出现体位性低血压症状,便可过渡于下一项训练。⑤站立训练:医护人员或家属站在患者患侧协助,患者双上肢前伸握手,头和躯干前倾,重心前移至双足上,然后抬起臀部,髋、膝伸展而直立;患者站立平衡杠边,健侧上肢紧抓杠木,重心放于健侧下肢,站立时间循序渐进,若可坚持在 15min 以上,便可考虑步行训练。⑥步行训练:步行训练是偏瘫患者生活自理的重要一环,训练计划应根据患者运动障碍实际情况制定身体力行的训练计划,并挑

选适合的步行辅助工具,例如拐杖、平行杠等辅助工具帮助训练。此外,步行训练员在训练过程中要注意患者血压变化,保证患者训练过程中的生命安全。在鲁明婷等^[4]研究中,给予 64 例脑卒中偏瘫患者康复护理,结果显示,有效提高了患者生活质量,不同程度改善了运动功能,并减少了并发症的发生,在患者康复的过程中起到了重要作用。

4 总结

脑卒中是突发性脑血液循环障碍性疾病,一旦发作会给患者身心造成严重伤害。患者发病时除了要及时得到住院抢救治疗外,早期康复治疗训练十分重要。而早期康复护理应根据患者实际病情、心理、身体等各个方面,评估并掌握好早期康复训练介入时间,后给予患者针对性地早期康复护理。同时,鼓励并引导患者积极主动参与康复训练,最大限度上帮助患者改善言语、认知及肢体功能障碍,减少了并发症的发生,提高生活质量,使病人最大限度地恢复身心残障,促进其尽早康复,重返社会。

[参考文献]

(上接第 206 页)

效果[J].心理医生,2017,023(013):121-122.

[2] 高丹,韩正,杨芳.针灸推拿联合超短波治疗肩周炎 100 例[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(4):123-124.

[3] 程浩文,师彬,王涛,等.针灸联合推拿手法对椎动脉型颈椎病患者疗效及其对血流动力学和颈椎活动度的影响[J].现代生物医学进展,2018,018(011):2127-2131.

[4] 李上封,雷华,周钰,等.小针刀结合推拿手法治疗肩周炎 60 例临床疗效观察[J].新疆中医药,2019,37(02):24-25.

[5] 潘先明,段艳丽,杨洋,等.颈椎病并肩周炎 76 例针灸推拿治疗临床效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2017,17(14):86-87.

[6] 姚舜.针灸配合关节松动手法与针灸推拿治疗粘连期肩周炎的疗效对比观察[J].中国保健营养,2019,029(014):146.

[1] 高原.早期综合康复护理对脑卒中后遗症患者康复期日常活动能力的改善效果[J].中国医药指南,2019,12(3):240-241.

[2] 班友长,耿兴法,陆雪松.早期介入心理联合康复训练对脑卒中患者运动功能及抑郁状态的影响[J].贵州医药,2018,042(009):1137-1138.

[3] 王延冰.心理护理干预联合康复训练对老年脑卒中患者吞咽功能障碍的改善效果研究[J].医学信息,2018,31(1):320-321.

[4] 鲁明婷.康复护理对脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响[J].人人健康,2019,04(4):12-12.

[7] 王薇薇,王凯.中医针灸推拿用于肩关节周围炎治疗临床分析[J].首都食品与医药,2017,024(024):P.83-84.

[8] 朴正茂,王威,裴景春,等.针刺治疗颈源性肩周炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,032(010):72-75.

[9] 余智.中医推拿配合针灸疗法对老年肩周炎的效果观察[J].湖北科技学院学报:医学版,2019,033(003):P.241-243.

[10] 张振发,赵健乐,韩春,等.79 例肩周炎患者接受针灸推拿联合治疗的效果[J].大家健康旬刊,2017,11(10):52-53.

[11] 应聪,许时良,蒋励,等.蜂针治疗肩关节周围炎疗效观察[J].中医学报,2018,033(005):919-922.

[12] 刘西纺,王瑾,杨民毅,等.物理疗法、手法和针灸治疗肩周炎优选方案的正交设计研究[J].中国医药导报,2018,15(36):68-72.

(上接第 207 页)

[4] 张智真.中医辨证治疗方法在急诊眩晕中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(55):160.

[5] 秦建川,宋红玲.中医药治疗眩晕的临床进展[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(12):4-5.

[6] 段龙雨,张威.眼针治疗眩晕近十年的研究进展[J/OL].辽宁中医杂志:1-7[2020-03-24].<https://sso.dglib.cn/interlibSSO/goto/29/=jmr9bmjh9mds/kcms/detail/21.1128.R.20190626.0951.086.html>.

[7] 孙敏,魏冉梅.眩晕的中医辨证治疗临床效果及安全性分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(65):18-19.

[8] 黄立莉,陈泽林,钟红英,成林平,施金杉,郑碧波,刘富林.中医药治疗颈性眩晕的研究进展[J].中医临床研究,2018,10(18):39-41.

[9] 李涵,杨明会,李绍旦.眩晕症病因病机的中医研究概况[J].中国继续医学教育,2018,10(12):136-139.

[10] 耿连艺.中医辨证治疗急诊眩晕的临床分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(93):18237-18238.

[11] 王振亚,曹奕,王保国,罗嗣祺.灸法治疗后循环缺血性眩晕临床应用进展[J].中医临床杂志,2017,29(08):1345-1347.

[12] 高静佩.眩晕循证中医护理体会[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(06):162-164.

[13] 孙忠义,彭伟,李朝辉.老年性眩晕的中医药治疗进展[J].亚太传统医药,2017,13(03):82-83.

[14] 董正坤.中医辨证治疗眩晕的临床效果[J].内蒙古中医药,2016,35(15):50-51.

[15] 王世琪.中医治疗眩晕的研究进展[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(03):194-195.