DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.10.023

经方治疗眩晕的研究进展和发现

郑雅方[1],庞国明[2],赵莹[1],金晶[1],崔浩洋[1],黄春元[2]
(1.辽宁中医药大学,辽宁 沈阳 110847;2.开封市中医院,河南 开封 475000)

摘要:眩晕作为一种综合症状,广泛存在于多种临床疾病当中,其发病率逐年上升,严重影响了患者的身心健康及生活质量。因此,挖掘和研究能够有效干预治疗眩晕的方剂具有重要意义。经方是张仲景临床实践的宝贵结晶,具有配伍严谨、用药精准等特点,在眩晕的治疗方面显示出独特的优势。通过查阅文献,归纳和总结了近阶段有关苓桂术甘汤、五苓散、泽泻汤、小柴胡汤、吴茱萸汤等经方治疗眩晕的临床研究和机制研究进展,结合张仲景治疗该病的辨治思想,以期为眩晕的临床治疗提供思路,为其更广泛地研究提供支持。

关键词:伤寒杂病论;金匮要略;眩晕;病机;临床研究
中图分类号:R255.3 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)10-0114-05

Progress and Findings of ZHANG Zhongjing's Classic Formulae in Treatment of Vertigo

ZHENG Yafang[1], PANG Guoming[2], ZHAO Ying[1], JIN Jing[1], CUI Haoyang[1], HUANG Chunyuan[1]
(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China;
2. Kaifeng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kaifeng 475000, Henan, China)

Abstract: Vertigo, as a comprehensive symptom, widely exists in a variety of clinical diseases. Its incidence is increasing year by year, seriously affecting the physical and mental health and quality of life of patients. Therefore, it is of great significance to explore and study formulae that can effectively treat vertigo. As a valuable crystallization of ZHANG Zhongjing's clinical practice, classic formulae are characterized by rigorous compounding and precise use of medicines, which show unique advantages in the treatment of vertigo. Through reviewing the literature, this paper summarized and concluded the progress of clinical research and mechanism study on the treatment of vertigo with classic formulae such as Linggui Jiugan Decoction (苓桂术甘汤), Wuling Powder (五苓散), Zexie Decoction (泽泻汤), Xiaochaihu Decoction (小柴胡汤) and Wuzhu Decoction (吴茱萸汤) at the recent stage, and combined with the discriminative ideas of ZHANG Zhongjing in treating the disease, with the aim of providing ideas for the clinical treatment of vertigo and supporting its broader study.

Keywords: Shanghan Zabing Lun; Jingui Yaolue; vertigo; pathogenesis; clinical research

眩晕是指机体因空间定位障碍所引发的一种运动性错觉或幻觉,具体表现为运动性或位置性的感觉异常,如旋转、摇晃或倾斜等,常有恶心、呕吐等伴随症状,包括自发性眩晕和诱发性眩晕两类。在中医学中,眩晕被视为一个独立的病种,而在西医学中,眩晕被看作是一种临床综合征,可能由多种不同的疾病引发[1-2]。本病多发于中老年人,病程较长,缠绵反复,发作时严重影响患者的生活质量,严重者还可发展为脑卒中、厥证、脱证,甚至危及生命。西医治疗眩晕以对症治疗为主,多使用抗组胺药、抗胆碱药、血管扩张药等。但长期服用此类药物有复发率高、易造成肝肾损伤、出现胃肠道反应等不良影响[3-4]。

中医学治疗眩晕在多年的临床实践中积累了丰富的经验,具有独特的优势。经方是仲景医疗实践经验的智慧结晶,经过千百年的临床验证,疗效已得到广泛的认可,学术地位长盛不衰,有用药精准、药味简洁、配伍严谨等特点[5-6]。现代医家在深入研究仲景学术思想的基础上,运用经方治疗眩晕取得了颇为显著的疗效。这充分展示了仲景学术思想在眩晕治疗领域的独特价值和应用潜力。本文拟对《伤寒杂病论》和《金匮要略》中的经方在治疗眩晕方面的应用进行总结,并探讨其作用机制,以期能为临床上使用经方治疗眩晕提供参考。

1 眩晕的病因病机

眩晕最早以"眩冒""目眩以转""眩"等称谓载于《黄帝内经》中[7]。《灵枢·海论》云:"髓海不足……胫酸眩冒",强调无虚不作眩。《素问·至真要大论篇》曰:"诸风掉眩,皆属于肝",认为眩晕与肝脏密切相关[8-10]。张仲景首次提出痰饮是导致眩晕的重要因素,为后世"无痰不作眩"的观点奠定了理论基础[11]。刘完素等提出因火致眩。杨仁斋等认为瘀血致眩。张怀亮在痰饮致眩的基础上,进一步提出了中阳不足、脾

基金项目:国家中医药管理局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〔2022〕75号);河南省卫生健康委员会中医药学科领军人才培养项目(豫卫中医函〔2021〕8号)
作者简介:郑雅方(1998-),女,河南新乡人,硕士在读,研究方向:中西医结合治疗神经内科系统疾病、伤科病。
通讯作者:黄春元(1973-),男,辽宁葫芦岛人,副主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:中西医结合治疗神经内科系统疾病、伤科病。E-mail:1255504641@qq.com。

运失司,以及年高体虚、肾阳虚衰等因素导致痰饮滋生,进而引发眩晕的观点[12]。路志正认为脾虚失运、痰湿中阻、蒙蔽清阳为眩晕发生的主要病机[13]。沈宗国认为眩晕病机多属本虚标实,常以肾精亏虚、肝血不足为本,外感风火寒湿、内生痰饮瘀血为标[14]。虽然历代医家对眩晕病因病机的认识各不相同,但总体来说,本病的病因病机不外乎风、火、痰、瘀、虚[15-16]。

2 经方治疗

"眩晕"在《伤寒论》与《金匮要略》中,虽未有专门的论述,但却散见于多种病变之中[17]。眩晕在《伤寒论》中广泛分布在太阳、少阳、阳明、太阴、少阴等篇,在《金匮要略》中,则可见于中风历节、肺痿、痰饮、血痹虚劳及妇人妊娠、产后等杂病各章。由于其病因病机错综复杂,病证虚实各不相同,因此在治疗上也需根据具体情况进行区别施治[18-19]。

2.1 茯苓桂枝白术甘草汤 《伤寒论》:"伤寒若吐、若下后……茯苓桂枝白术甘草汤主之"和《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:"心下有痰饮……苓桂术甘汤主之"此二条之眩晕,皆为水饮内停所致[20]。方中茯苓健脾化饮,淡渗利湿;桂枝通阳化气,平冲降逆;白术燥湿健脾,脾健则运化复长,停饮可化,更与茯桂为伍,相辅相成;炙甘草合桂枝以辛甘化阳,合白术健脾益气,并能调和诸药。四药合用,温阳健脾以助化饮,淡渗利湿以平冲逆。

曹政华等[21]通过网络药理学分析发现,苓桂术甘汤治疗眩晕的核心靶点在于调节白细胞介素 6(IL-6)、蛋白激酶(AKT1)、肿瘤坏死因子(TNF)、血管内皮生长因子 A(VEGFA)等关键因子,这些因子参与调控白细胞介素 17(IL-17)信号通路、缺氧诱导因子 1(HIF-1)信号通路以及 53 抑癌基因(p53)信号通路。这些调控作用可能与抑制中枢神经炎症、保护并重塑脑神经以及调节脑组织功能密切相关。李亚丽[22]将 80 例椎基底动脉供血不足性眩晕(VBIV)患者随机分为对照组和观察组,对照组给予丹参川芎嗪,观察组用加味苓桂术甘汤治疗,疗程共 30 d。结果显示,相较于对照组,观察组基底动脉、左椎动脉以及右椎动脉的血流速度更快,血浆黏度、全血低切黏度、全血高切黏度以及红细胞压积更低。这表明,加味苓桂术甘汤在治疗 VBIV 方面具有改善椎基底动脉供血、提升血流速度、降低血浆黏度以及优化血液流变学指标的积极作用。李永刚[23]在使用加味苓桂术甘汤治疗 VBIV 患者的临床观察中也有同样的发现。赵智儒等[24]给予治疗组 40 例后循环缺血性眩晕患者苓桂术甘汤,对照组 40 例前列地尔静滴,经过 4 周的治疗,两组患者的眩晕症状评分及血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平与治疗前相比均降低,其中治疗组的降幅相较于对照组更为显著;两组患者的收缩期末、舒张期末椎动脉及基底动脉的血流速度较治疗前均升高。且治疗组患者较对照组升高显著;治疗组患者的总有效率(95.0%)高于对照组(80.0%)。王胜男等[25]在加味苓桂术甘汤治疗梅尼埃病(MD)的临床观察中发现,苓桂术甘汤组的治疗有效率(95.00%,38/40)高于敏使朗组(82.50%,33/40),眩晕、耳鸣、听力症状评分均低于敏使朗组,T 淋巴细胞亚群 CD3、CD4、CD8 以及免疫球蛋白 G(IgG)、免疫球蛋白 A(IgA)、补体 C3 均优于敏使朗组。

2.2 五苓散 《金匮要略》云:"假令瘦人脐下有悸……五苓散主之"[26]。五苓散是仲景治疗太阳经邪气不解、水湿停聚或逆气挟饮上迫诸证的主方。方中泽泻渗湿利水;猪苓、茯苓甘淡利水,健脾渗湿;白术健脾祛湿;桂枝助阳化气,解表散寒。诸药相伍,甘淡渗利,温阳化气,健运中焦,能够应用于以痰湿为主的眩晕病的治疗[27]。

周明珠[28]选取水湿内停型眩晕患者 68 例,试验组 34 例用五苓散加味治疗,参照组 34 例用盐酸氟桂利嗪胶囊治疗。结果显示,试验组治疗后社会功能、生理状态、心理状态、身体功能等评分均高于参照组;试验组治疗总有效率 97.50%,高于参照组总有效率(77.50%)。尹爱兵[29]将 50 例五苓散加味治疗与 50 例培他啶治疗的水湿内停型眩晕患者的疗效进行比较,结果表明,培他啶组治疗总有效率为 70%,五苓散加味组的治疗总有效率为 94%,两组差异显著统计学意义,五苓散加味的治疗效果更好。黄建平等[30]给予治疗组五苓散加味,对照组氟桂利嗪(两组各 60 例),治疗结束后,治疗组总有效率为 86.67%,对照组总有效率为 51.67%。

2.3 泽泻汤 《金匮要略》言:"心下有支饮……泽泻汤主之"。方中泽泻利水渗湿,白术健脾益气,利水消肿,两药合用,利水的同时,健脾以制水,能有效治疗脾虚水饮内停,降浊阴、升清阳,能有效缓解眩晕的症状[31]。研究发现,泽泻汤中的关键活性成分包括泽泻醇 A 和 B,23-乙酰泽泻醇 B 和 C,以及白术内酯(白术内酯Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)和多糖等。这些成分具有利尿、降血脂、降血压和抗炎等药理作用。因此,泽泻汤在眩晕、高血压病、脑血管供血不足等疾病的治疗中疗效显著[32]。

姚宇等[33]的研究表明,泽泻汤在治疗良性阵发性位置性眩晕(BPPV)时涉及多条通路,如 PI3K-AKT 通路、TNF 通路、HIF-1 通路以及 Toll 样受体(TLR)通路等,其疗效得益于多靶点、多通路的综合作用。其中,泽泻汤的主要活性成分泽泻醇 B 和泽泻醇 C 与关键靶点 AKT1、IL-6、MAPK1 的结合,可能是其发挥治疗作用的重要机制之一。陈与丰等[34]发现,泽泻汤主要通过作用于核受体(如糖皮质激素受体)来发挥其药理作用,涉及 IL-17、TNF 相关的核因子 κB 信号通路介导的炎症反应。其中,由核受体糖皮质激素受体与核因子 κB 共同介导的炎症反应通路,可能是泽泻汤减轻 MD 炎症反应、缓解膜迷路水肿的关键途径之一。李蕊[35]将 100 例眩晕患者随机分为两组,各 50 例,一组给予利多卡因治疗,另一组给予利多卡因和加味泽泻汤加减治疗。结果显示加味泽泻汤组的治疗总有效率高达 98%,显著高于利多卡因组的 86%;治疗后,两组的全血黏度、红细胞比容及纤维蛋白原水平与治疗前相比均降低,但加味泽泻汤组的降低幅度更为显著。郑双飞等[36]将 60 例眩晕患者随机分为对照组和试验组,各 30 例。对照组用天麻素注射液静点联合手法复位,试验组在对照组的基础上应用泽泻汤口服。用眩晕评价量表(DHI)对两组的临床疗效进行了评估。结果显示,相较于对照组,试验组患者的治疗效果更佳。

2.4 小柴胡汤 《伤寒论》第 263 条载:"少阳之为病,口苦,咽干,目眩也。"方中柴胡、黄芩一散一清,恰入少阳,解少阳之邪热;半夏、生姜和胃降逆止呕;人参、大枣益气健脾、扶正祛邪以御邪内传;参、枣与夏、姜相伍,利中州气机之升降;炙甘草助参、枣扶正兼以调和诸药。诸药合用,少阳经腑同治,又顾护脾胃,使邪气得解,枢机得利[37]。

黄思雨等[38]将脑卒中后眩晕患者随机分为研究组和对照

组，各 35 例，对照组服用芬尼多片，研究组在此基础上加服小柴胡汤。结果显示，研究组的治疗有效率明显高于对照组。研究组患者的左右椎动脉、基底动脉血流速度等指标提升显著。高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度、红细胞压积水平等指标则明显降低。表明小柴胡汤可能通过调节血液流变学，改善患者的临床症状，提高患者的生活质量。赵蕊等[39]将 90 例气机失调型眩晕患者随机分为对照组和研究组，各 45 例。给予对照组患者静脉滴注倍他司汀治疗，研究组除了采取对照组的治疗方案之外，加服小柴胡汤加减治疗。治疗后，研究组头晕目眩、乏力自汗、少气懒言的中医证候积分、眩晕症状评分、总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL－C）水平均低于对照组。此外，研究组的治疗总有效率高达 93.33%，显著优于对照组的 77.78%；同时，研究组的不良反应发生率仅为 8.89%，明显低于对照组的 24.44%。韩金帅等[40]给予治疗组 60 例后半规管耳石症复位成功后残留眩晕患者口服小柴胡汤加针灸治疗，给予对照组 60 例甲磺酸倍他司汀片口服。经过 14 d 治疗后，治疗组总有效率为 91.67%，显著高于对照组的 73.33%。治疗 1、2 周，两组 DHI 评分低于治疗前，且治疗组 DHI 评分低于对照组。治疗 2 周，两组的各项中医证候积分均较治疗前降低，且治疗组低于对照组。

2.5 *吴茱萸汤* 在《伤寒论》中，吴茱萸汤主要用于治疗阳明寒呕、少阴吐利和厥阴头痛。方中吴茱萸能温胃暖肝祛寒，和胃降逆止呕；生姜温胃散寒，降逆止呕；人参益气健脾；大枣增强人参健脾之用。吴茱萸汤现代临床应用仍然基本遵循《伤寒论》的记载，并扩大了适应证范围，能够治疗以头痛、眩晕为主的神经科疾病[41－42]。

曾纪超等[43]给予对照组 30 例患者甲磺酸倍他司汀片，观察组 30 例患者吴茱萸汤加减联合艾灸治疗。发现观察组疗效总有效率高于对照组；治疗前，两组眩晕评定量表评分系统（DARS）、基底动脉（BA）和双侧椎动脉（VA）血流速度及 DHI－S 评分差异无显著统计学意义；经过治疗，对照组的 DARS 以及 DHI－S 评分均明显高于观察组，而 BA、VA 血流速度显著低于观察组。关锦贞等[44]将 100 例 MD（痰浊上蒙型）患者分为对照组与观察组，各 50 例。对照组给予甲磺酸倍他司汀片，观察组给予吴茱萸汤加减，比较两组 DHI、耳鸣致残量表（THI）及视觉模拟量表（VAS）评分。结果显示，治疗前，两组 DHI、THI 评分及眩晕等症状 VAS 评分差异无显著统计学意义；治疗后，观察组 DHI、THI 评分及眩晕等症状 VAS 评分均低于对照组，差异有显著统计学意义。李峥亮等[45]将胃虚肝寒型眩晕患者随机分为参照组和中医组，各 75 例，参照组患者采用盐酸氟桂利嗪胶囊治疗，中医组在参照组治疗的基础上采用吴茱萸汤和艾灸治疗。结果显示，中医组治疗总有效率达 96.00%，高于参照组的 86.67%；与治疗前相比，治疗后中医证候积分、DARS 评分及 DHI－S 评分、BA 与 VA 等脑部血流动力学指标均改善，治疗后中医组患者各项指标优于参照组患者。赵博华等[46]给参照组 32 例患者盐酸倍他司汀注射液治疗，观察组 33 例患者在参照组的基础上加用吴茱萸汤治疗。发现，观察组的治疗总有效率为 87.88%，显著高于参照组的 65.63%。治疗后，两组眩晕、头痛、恶心呕吐和平衡障碍的评分均有所下降，但观察组降低的幅度更大，其评分低于参照组。同时，相较于参照组，观察组在 DARS 评分和 DHI 评分上的降低幅度也更优。

2.6 *乌梅丸* 乌梅丸出自《金匮要略》，是治疗寒热错杂厥阴病的主方，方中乌梅酸温安蛔、涩肠止痢；花椒、细辛性味辛温，辛可伏蛔，温能祛寒；黄连、黄柏下蛔清热止痢；附子、干姜、桂枝温脏祛寒；人参、当归补气养血。在治疗眩晕方面，乌梅丸能够温阳补肝，寒热并用，清虚火，去郁热，调节体内阴阳平衡，治疗肝阳不足、虚火上炎等引起的眩晕症状[47]。

苏锦华[48]让对照组的 38 例上热下寒型眩晕患者接受了盐酸氟桂利嗪胶囊治疗，治疗组的 38 例患者则在对照组治疗的基础上加用乌梅丸加减治疗。结果显示，治疗组的治疗总有效率为 92.11%，显著高于对照组的 76.32%；经秩和检验分析治疗组效果优于对照组。周广正[49]给予对照组 40 例上热下寒型眩晕患者盐酸氟桂利嗪胶囊治疗，研究组 40 例患者在对照组的基础上进行乌梅丸加减治疗。经过治疗，研究组的生活质量，包括身体状况、日常活动能力及精神心理状况等方面，均显著高于对照组；研究组总有效率为 97.50%，明显优于对照组的 77.5%。王海燕等[50]给予对照组 50 例原发性高血压眩晕患者硝苯地平缓释片治疗，治疗组 52 例该病患者服用硝苯地平缓释片的基础上加服加味乌梅丸。结果显示，两组血压、欧洲眩晕评价量表评分、颈动脉内中膜厚度均有显著改善，且治疗组的改善情况优于对照组；治疗组的临床总有效率为 84.6%，优于对照组的 64.0%。

2.7 *桂枝加葛根汤* 桂枝加葛根汤在《伤寒论》中用于治疗风寒客于太阳经，营卫不和证，以及桂枝汤证兼项背强而不舒者。此方能够解肌祛风、调和营卫、升津舒经，能够有效缓解眩晕患者项背拘急不舒、转动俯仰困难等症状。方中桂枝汤解肌祛风，调和营卫，葛根鼓舞胃气上行，提升津液以濡润经脉，解除项背拘急，同时助桂枝汤解肌发表[51]。

李明等[52]发现，桂枝加葛根汤与温针灸结合，对于颈性眩晕患者临床症状的改善具有显著效果。其可能的作用机制在于抑制血清炎症因子 hs－CRP 和 IL－6 的水平，进而缓解肌肉紧张状态。同时，该疗法还能促进一氧化氮的合成并减少血清内皮素－1（ET－1）的释放，从而优化血管内皮的血液供应。孙华等[53]给予对照组患者甲磺酸倍他司汀片口服，观察组患者在对照组的基础上结合桂枝葛根汤（每组 72 例）。对照组患者的治疗总有效率为 84.29%，显著低于观察组的 95.65%。治疗前，两组患者在眩晕发作频率、持续时间、颈性眩晕症状和功能评估量表（ESCV）评分、左右椎动脉及基底动脉血流速度、ET－1 及神经肽 Y（NPY）、降钙素基因相关肽（CGRP）水平以及颈椎功能障碍指数（NDI）评分和癌症治疗功能评价量表（FACT－G）评分等方面的差异均不具有统计学意义。然而，经过治疗后，两组患者在这些指标上均有所改善。与对照组相比，观察组患者眩晕发作次数与每次发作的持续时间、ESCV 评分、左右椎动脉及基底动脉平均血流速度、ET－1 及 NPY、CGRP 水平、NDI 和 FACT－G 评分指标改善更为出色。鞠静等[54]选取 120 例颈性眩晕患者，将其随机分为对照组和观察组，每组 60 例，对照组接受西医与针刺治疗，观察组在对照组治疗基础上，加服桂枝加葛根汤进行治疗。结果表明加服桂枝加葛根汤组的治疗总有效率为 93.10%，显著高于西医与针刺组的 80.70%。治疗后，观察组患者的眩晕症状评分和生活质量评分均优于对照组；观察组患者的血浆黏度、全血低切黏度

和全血高切黏度明显降低,椎基底动脉及左右侧椎动脉的平均血流水平显著升高。

3 小结

张仲景治疗眩晕,既继承了《黄帝内经》中的理论,又不拘泥于古经。他深入剖析了眩晕的病机,认为其复杂多变,涵盖了风火相煽、精亏、湿热、痰饮等多种因素,病性有阴阳虚实之分,实证多与水湿痰饮有关,虚证则多与脾肾阳虚、精血亏虚有关[18]。通过观察和分析经方治疗眩晕的临床效果,我们发现相较于单纯的西医治疗,经方治疗眩晕显示出较大的优势,这为眩晕的治疗提供了新的思路和方向。其优势具体体现在:①经方遵从辨证论治原则,为患者提供了个体化治疗方案。②经方配伍严谨,用药精准,直切病机,能最大限度地发挥治疗作用。③相对于西药治疗,服用经方效果明显、不良反应少、复发率低。

尽管经方治疗眩晕有一定的优势,但也存在以下不足:①大部分临床研究只关注眩晕近期改善的效果,缺乏对其远期治疗效果及复发率的研究和观察。②有关经方治疗眩晕的动物实验研究较少,经方治疗眩晕的作用靶点及机制还需进一步研究。且经方药物种类多、成分复杂,作用靶点不易明确,研究难度较大。③经方治疗眩晕缺乏统一的标准和规范。这可能导致不同医生之间的治疗方案差异较大,难以保证治疗效果的稳定性和可重复性。本文系统梳理经方治疗眩晕的作用,既有助于经方在临床实践中的应用和中西医结合的发展,又能促使中医医师结合西医诊断,实现用药的精准性。也能为明确实验研究方向提供助力,为解决古方在现代应用中的问题提供新思路。

参考文献

[1] 孙一鸣,杨鑫明,蔡力群,等. 眩晕相关组织病理学、前庭康复、物理康复及中医西医治疗的文献计量学分析[J]. 中国组织工程研究,2024,28(34):5500-5507.
[2] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗眩晕相关疾病临床应用指南(2022 年)[J]. 中国中西医结合杂志,2023,43(10):1157-1166.
[3] 杨晓妮,韩莹,程广清,等. 李长生教授运用六经辨证治疗眩晕的临床经验[J]. 中医临床研究,2021,13(15):15-17.
[4] 贺艺丹,李杨. 从脏腑辨证论治眩晕[J]. 中医临床研究,2022,14(6):1-3.
[5] 杨小龙,司国民. 基于"四位一体"经方理论探讨真武汤治疗梅尼埃病[J]. 环球中医药,2022,15(12):2436-2439.
[6] 于金振,张龙,布福森,等. 基于"四位一体"理论分析苓桂术甘汤治疗内耳眩晕[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(10):1707-1709,1730.
[7] 刘立军,苏文全,吴圣贤. 试论眩晕症状与病证之间的区别与联系[J]. 光明中医,2022,37(4):579-581.
[8] 桑晓文,杜国庆,胡零三,等. 颈性眩晕常见体质类型与经方应用[J]. 中医学报,2019,34(6):1141-1143.
[9] 张佳,徐京育. 半夏白术天麻汤联合中医疗法治疗眩晕临床研究进展[J]. 光明中医,2021,36(23):4099-4102.
[10] 赵睿学,王停,朱佩轩,等. 从厥阴"络""风"角度探讨高血压[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(6):199-205.
[11] 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.
[12] 史建慧,郭增元,任国华. 中医治疗眩晕的临床研究进展[J]. 内蒙古中医药,2019,38(2):125-126,128.
[13] 刘建. 路志正运用调理脾胃法治疗眩晕举隅[J]. 中国中医基础医学杂志,2015,21(11):1457-1459,1463.
[14] 黄晓霞,郑峰,沈宗国. 沈宗国应用扶正养脑方治疗老年眩晕经验[J]. 湖南中医杂志,2024,40(3):50-52.
[15] 车雄宇,黄剑涛. 中医药治疗良性阵发性位置性眩晕的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2016,32(2):173-175.
[16] 于莉,李楠,于思雨,等. 基于文献研究的眩晕中医证型分布特征及病机特点探析[J/OL]. 中华中医药学刊,1-10[2025-08-30]. https://link.cnki.net/urlid/21.1546.r.20230321.1615.002.
[17] 周媛,杨彦伟,王松鹏,等. 经方在治疗眩晕病中的应用[J]. 中医临床研究,2017,9(1):90-91.
[18] 仪凡,张根明,王诗源. 《伤寒杂病论》眩晕辨治规律探析[J]. 山东中医药大学学报,2019,43(3):235-238.
[19] 董昌武,程维克,万四妹. 论《伤寒杂病论》眩晕病证辨治规律[J]. 安徽中医学院学报,2007(4):1-3.
[20] 周峰峰,龚飒,陈逸云,等. 叶天士、吴鞠通对苓桂术甘汤方证的发挥[J]. 河南中医,2020,40(1):36-38.
[21] 曹政华,刘寅,孙莉. 基于网络药理学分析苓桂术甘汤治疗眩晕病的潜在作用机制[J]. 中医学报,2022,37(9):1962-1970.
[22] 李亚丽. 加味苓桂术甘汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕对椎-基底动脉供血的影响[J]. 实用中医药杂志,2019,35(10):1196-1197.
[23] 李永刚. 加味苓桂术甘汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕患者46 例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2019,28(17):111-112.
[24] 赵智儒,屈建峰,袁玉娇. 苓桂术甘汤加味治疗脾阳不足、痰饮内停型后循环缺血性眩晕的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报,2019,39(6):746-749.
[25] 王胜男,罗润军. 加味苓桂术甘汤治疗梅尼埃病(MD)痰饮型眩晕的疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2022,41(3):2-4.
[26] 鞠庆波. 张静生活用五苓散临证经验[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(11):47-49.
[27] 胡悫,刘中勇. 刘中勇运用五苓散辨治眩晕病经验[J]. 江西中医药,2020,51(9):32-33.
[28] 周明珠. 五苓散加味治疗水湿内停型眩晕效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(58):172-173.
[29] 尹爱兵. 五苓散加味治疗水湿内停型眩晕 50 例[J]. 光明中医,2009,24(8):1495.
[30] 黄建平,葛健文,孙惠红. 经方五苓散加味治疗眩晕 60 例临床疗效观察[C]//2011 年甘肃省中医药学会学术年会论文集. 兰州:2011.
[31] 林亦鑫,陈忆,朱锐平,等. 浅析以方类证辨治水饮眩晕[J]. 新中医,2022,54(2):8-11.
[32] 严林,李新健,张冰冰,等. 泽泻汤的研究现状[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(16):191-197.
[33] 姚宇,张娟,张晚秋,等. 基于网络药理学和分子对接研究泽泻汤治疗良性阵发性位置性眩晕的作用机制[J]. 中医临床研究,2023,15(5):1-7.
[34] 陈与丰,陈建新,王雅蕾,等. 泽泻汤治疗梅尼埃病作用机制的网络药理学探讨[J]. 世界中医药,2021,16(7):1060-1066,1073.
[35] 李蕊. 利多卡因联合加味泽泻汤加减治疗眩晕症的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床,2019,19(11):102-104.
[36] 郑双飞,暴凤伟. 泽泻汤加减治疗眩晕的临床观察[J]. 光明中医,2017,32(22):3274-3275.

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.10.024

补阳还五汤合黄连解毒汤加减治疗糖尿病脑病的磁共振波谱与代谢指标评估研究

吕智燚,王飞,何钦,李剑霜,叶旭星
(金华市中心医院,浙江 金华 321000)

摘要:目的 探讨补阳还五汤合黄连解毒汤加减对糖尿病脑病认知障碍的干预效果,并通过磁共振波谱(MRS)与代谢指标探究其潜在的作用机制。方法 采用前瞻性、随机、对照、双盲设计,纳入2024年1月—2024年12月金华市中心医院传统医学中心119例气阴两虚痰瘀证的2型糖尿病认知障碍患者,随机分为试验组与对照组。试验组给予补阳还五汤合黄连解毒汤加减(人参、何首乌、丹参、水蛭、茯苓、石菖蒲、黄连)联合常规降糖治疗;对照组给予甲钴胺联合吡拉西坦加常规降糖治疗。干预周期为12周。分别于基线、第6周、第12周进行蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分、脑部磁共振波谱检测海马N-乙酰天冬氨酸/肌酐(NAA/Cr)、额叶胆碱/肌酐(Cho/Cr),并采集血清行代谢指标分析[糖化血红蛋白(HbA1c)、同型半胱氨酸(Hcy)、丙二醛(MDA)],同步评定中医证候积分与不良反应。结果 试验组MoCA总分改善率较对照组提高15%~20%,海马NAA/Cr水平显著升高($\geq$0.3),Hcy与MDA显著下降($P<0.05$)。证实补阳还五汤合黄连解毒汤加减可通过改善神经元代谢状态、调控甲硫氨酸通路及氧化应激反应,发挥保护认知功能的作用。中医证候积分方面,试验组主症与次症积分显著下降,整体证候缓解率为92.3%,优于对照组($P<0.001$),且改善幅度与MMSE评分提升呈显著相关($r=-0.82$,$P<0.001$)。治疗期间两组均未见严重不良反应,试验组安全性良好。结论 补阳还五汤合黄连解毒汤加减具有良好的安全性和认知改善作用,可能通过调控神经代谢稳态和系统性氧化通路缓解糖尿病脑病进展,为中西医结合干预提供理论与机制依据。

关键词:糖尿病脑病;气阴两虚痰瘀证;磁共振波谱;代谢指标;补阳还五汤合黄连解毒汤加减;神经代谢稳态;中西医结合

中图分类号:R259.872 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)10-0118-08

基金项目:国家重点研发计划中医药现代化研究项目(2018YFC1704204);浙江省临床重点专科项目(ZD20212010209);金华市中医药科技计划项目(2021JZK07)

作者简介:吕智燚(1992-),女,浙江金华人,主治中医师,硕士,研究方向:中西医结合治疗糖尿病。

通讯作者:叶旭星(1986-),男,浙江金华人,副主任医师,硕士,研究方向:中西医结合治疗慢性病。E-mail:wangfeixuexinnei@126.com。

[37] 贾为壹,徐尚福,李晋. 小柴胡汤及其加减治疗神经系统疾病的研究进展[J]. 遵义医科大学学报,2021,44(6):813-818.
[38] 黄思雨,张琳琪,陈冠廷,等. 小柴胡汤现代临床应用及作用机制研究进展[J]. 中华中医药学刊,2024,42(6):157-161.
[39] 赵蕊,宋海燕. 小柴胡汤加减治疗气机失调型眩晕的效果及安全性研究[J]. 中外医学研究,2023,21(19):168-171.
[40] 韩金帅,闫新宇,赵竞一,等. 小柴胡汤联合针灸治疗后半规管耳石症复位成功残留头晕60例疗效观察[J]. 北京中医药,2023,42(9):979-981.
[41] 蒋姗,李云,郭杰,等. 基于现代临床文献的经典名方吴茱萸汤主治病症及用药规律分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(4):181-193.
[42] 周莎,罗秋月,吉萌萌,等. 关于吴茱萸汤临床应用与开发利用的思考[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(5):841-845.
[43] 曾纪超,李爱民,李莲英,等. 吴茱萸汤联合艾灸治疗厥阴寒证眩晕的临床研究[J]. 中国医药科学,2022,12(1):72-75.
[44] 关锦贞,曾纪超,陈瑶. 吴茱萸汤加减治疗梅尼埃病(痰浊上蒙型)50例的临床研究[J]. 中外医学研究,2021,19(13):61-63.
[45] 李峥亮,刘丽军,魏莹洁. 吴茱萸汤结合艾灸百会、三阴交穴治疗胃虚肝寒型眩晕临床观察[J]. 中华中医药学刊,2023,41(12):190-193.
[46] 赵博华,杨晓伟,杨洋. 吴茱萸汤结合倍他司汀治疗胃虚肝寒性眩晕临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2023,50(3):116-119.
[47] 陈国明,邓华亮,谭智敏. 乌梅丸治疗良性阵发性位置性眩晕探讨[J]. 山东中医药大学学报,2020,44(5):504-508.
[48] 苏锦华. 乌梅丸加减治疗上热下寒型眩晕的临床疗效观察[J]. 中国医药指南,2020,18(4):1-2.
[49] 周广正. 中药汤剂乌梅丸加减治疗上热下寒型眩晕的临床效果[J]. 内蒙古中医药,2024,43(2):52-54.
[50] 王海燕,肖纯. 加味乌梅丸煎剂对原发性高血压眩晕的疗效及颈动脉内膜厚度的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(3):398-401.
[51] 杨莹莹. 基于崔书克教授"六经辨病,方证对应"辨证方法的眩晕诊治探讨[D]. 郑州:河南中医药大学,2022.
[52] 李明,姚文平,黄谦,等. 桂枝加葛根汤结合温针灸对颈性眩晕患者IL-6、hs-CRP、ET-1及NO的影响[J]. 中华针灸电子杂志,2023,12(3):95-100.
[53] 孙华,刘颖,刘晓丽. 桂枝葛根汤治疗颈性眩晕疗效及对血流动力学和血管内皮功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(15):96-102.
[54] 鞠静,王从安. 桂枝葛根汤结合针刺治疗老年人颈性眩晕的临床疗效及对预后的影响[J]. 中华中医药学刊,2020,38(11):154-158.