孟毅教授治療「無證型」眩暈經驗

Professor *MENG Yi's* experience in treating un-syndromed vertigo

王穎楠 孟 毅 喬明亮 謝鑫玉 姚尾尾 *WANG Yingnan, MENG Yi, QIAO Mingliang, et al.*

（河南中醫藥大學 Henan University of traditional Chinese Medicine, Zhengzhou）

[摘要] 孟毅教授從醫幾十載，在眩暈治療方面有其獨到見解。孟師認為眩暈除了肝陽上亢型，氣血虧虛型，腎精不足型，痰濕中阻型，瘀血阻竅型等不同證型外，臨床還有極大一部分患者存在無證可辨的情況。此類患者突出表現為眩暈，餘症狀不顯。針對此類人群，孟師提出無證可辨時當從人入手，着眼於患者自身體質，結合無痰不作眩、無虛不作眩、無風不作眩、無鬱不作眩等眩暈特有病機特點，將此類人群分為氣鬱質、痰濕質、氣虛質。擬方止眩湯，於臨床獲得良效。

[關鍵詞] 體質；病機；無證型；眩暈；用藥經驗

孟毅（1963-），主任中醫師，師從全國名醫李鯉教師，跟師國醫大師張磊教授。從事醫學類工作近四十載，臨床多以六經辨證為主，強調經方靈活運用。在治療眩暈、失眠等方面有其獨到的見解。

眩暈是臨床上神經內科常見症狀之一，眩多指眼花或眼前發黑，暈指頭暈或感覺自身或外界事物旋轉，因二者常同時發生故稱為眩暈，常見症狀有頭暈，如坐舟車，旋轉不定，伴有噁心嘔吐、汗出，甚至撲倒等症狀[1]。中醫將眩暈證型大致分為肝陽上亢型、氣血虧虛型、腎精不足型、痰濕中阻型、瘀血阻竅型等證型，臨床各有其特殊表現。但經孟毅老師多年臨床診療，發現還有一類人症狀突出表現為眩暈，餘症不顯，從而出現無證可辯的情況。孟師從體質學說入手，結合眩暈獨特病機特點，提出將此類無證型患者分為氣郁質、痰濕質、氣虛質三種類型。從此三方面入手應對此類無證可辨眩暈情況，擬方止眩湯，現將診療經驗分享如下。

1 體質學說淵源

《黃帝內經》雖未明確提出體質學說，但已有體質學說雛形，黃帝曰：「逆順五體者，言人骨節之小大，肉之堅脆……刺布衣者深以留之，刺大人者微以徐之。」表達出了不同人之間不同體質採用治療手法的不同；《傷寒雜病論》中，將體質論治寓於辨證論治之中，如「若酒客病，不可與桂枝湯，得之則嘔，以酒客不喜甘故也」；20世紀70年代，醫學界開始提出中醫體質學概念，最具代表性的匡調元提出了體質與證的不同，認為體質是社會環境因素影響下緩慢形成的、是穩定的，而證是明顯的、突出的、可變化的；直到1982年，王琦主編《中醫體質學說》奠定了中醫體質學說的理論與實踐基礎，認為體質與證既有不同又相互聯繫，體質在一定程度上決定着疾病的易罹患性及病變的傾向性[2]。我們也受此啟發，將體質學說應用於此類證型不明確的眩暈患者的診療中。

2 結合眩暈病機，論眩暈三大體質

2.1 氣鬱質

無鬱不作眩[3]，《三家醫案合刻·卷一》指出：「經營不遂，情懷拂鬱，少火化為壯火，風木挾陽上巔，眩暈不寐，是陽不入陰，非陰虛症也。」指出情志鬱結、鬱而化火、引動肝風，從而導致眩暈；今人嗜欲較多，憂思不得，易傷肝脾致氣機鬱滯，最終致有形之血、津、液不得布散而成痰氣互結之勢，膠着難祛，此為社會環境因素影響。此類患者體型中等或偏瘦，營養狀況中等，肌肉比較堅緊，情志表現以抑鬱或者緊張為主[4]。孟師選擇用小柴胡湯加減應用，蓋因少陽證提綱：口苦咽乾目眩，結合《傷寒論》：「但見一證便是，不必悉具。」用柴胡、黃芩之類和解少陽、運轉樞機，則邪去病解、頭眩自止[5]。

Copyright HKRCM All Rights Reserved

2.2 痰濕質

無痰不作眩，起源於《丹溪心法·卷四·頭風六十六》「屬痰者多。有熱，有風，有血虛……無痰則不作眩，痰因火動。又有濕痰者，有火痰者。」另有《雜病源流犀燭》有言「此則眩暈之由也。然而內因外因之感發雖殊，總必由於痰盛。故有風熱痰作眩者、有寒濕痰作眩者、有痰火兼虛作眩，並遍身眩暈者、有氣血虛，挾痰作眩者，故曰無痰不作眩也。」提出因痰濕內阻，蒙蔽清竅而導致眩暈，痰濕為眩暈的發病基礎。此類患者平素多食肥甘厚味，嗜食生冷，傷及中焦脾陽，運化無力則易生痰濕之邪，體形肥胖、腹部肥滿鬆軟，性格多沉穩龔謙，儘管此類無證型眩暈者，沒有明顯表現出胃脘痞悶、少食多寐或不寐、舌苔厚膩、脈滑等濕盛之象，然必有痰濕之基，但因痰飲及脾傷不顯，故治法上以茯苓、白朮健脾利濕為主，通過利小便以達通陽之效[4]，組方選擇澤瀉湯、五苓散之類。澤瀉湯如尾台氏所云：「支飲、冒眩證，其劇者昏昏搖搖，如居暗室，如坐舟中，如步霧裡，如升空中，居屋床蓐，旋轉如走，雖瞑目斂神，仍複如是。非此方則不能治之。」《古今圖書集成醫部》曰：「五苓散，治水氣上蒸，頭重眩。」。

2.3 氣虛質

無虛不作眩，《靈樞》曰：「上虛則眩。又曰：上氣不足，目為之眩（此言虛眩）」提出了虛眩，後張景岳於《景嶽全書·卷之十七·理集·雜證謨》中提出了「無虛不作眩」，經曰：「眩運一證，虛者居其八九，而兼火兼痰者，不過十中一二耳……無虛不能作眩，當以治虛為主，而酌兼其標。」張景嶽詳細論述了勞倦過度、飲食失時、吐下大汗、焦思不釋、失血傷精等原因致虛而引起眩暈。此類無證型眩暈者，肌肉不健壯，性格內向或安靜，其人肥白，唇色少華，雖無顯著的少氣懶言，神疲乏力，舌體胖大，脈象虛緩等氣血虧虛的表現，但屬氣虛型體質，有形之血不能速生，無形之氣當所急固，治當益氣補虛，以四君子湯加減應用。《傷寒大白·卷二》有載「治療氣虛眩暈者，選用天麻四君子（即四君子湯加天麻）。」李杲的《脾胃論》中提出用「益氣生陽」法調理脾胃，恢復脾胃功能，脾胃運化，使水穀精微上輸頭目而眩暈得調。

3 止眩湯配伍及應用方法

止眩湯結構框架：柴胡15g，黃芩15g，半夏15g，　黨參15g，炙甘草10g，茯苓20g，澤瀉30g，白朮25g，陳皮10g，鉤藤30g，天麻15g，菊花15g

孟毅老師認為此類眩暈患者，雖諸症不顯，體質在一定程度上也解釋着病理變化，因此通過對體質的認識，可糾正體質的偏頗[6]，可以對無證型眩暈者的診療提供思路。孟師從體質學說入手，結合眩暈病特有病機特點，基於現今社會環境影響，生活工作壓力之大，人們精神時常處於緊張狀態，肝氣鬱結之人常有，故止眩方以小柴胡湯作為打底方，選用柴胡與黃芩配伍，以達和解少陽、疏調氣機之效，半夏以調胃和中，黨參、甘草補中益氣；再根據患者體質加減各有不同，若患者偏於痰濕質，則加用茯苓、澤瀉、白朮之品，內含澤瀉湯與五苓散之意以健脾利濕，加陳皮與前藥相配共成二陳湯以燥濕化痰；若患者體質偏於氣虛質，則加用茯苓、白朮與前黨參、甘草合為四君子湯共成補益之效；針對「無風不作眩」，雖此類患者未表現出口苦耳鳴、煩躁易怒、舌紅苔黃、脈弦數等肝風內動的典型症狀，但孟師認為眩暈本身這種「動」的表現，若兼有天旋地轉、發作性等特點，本質上就符合「風善行而數變」這一特點，故組方中加入天麻、鉤藤、菊花之類，以達疏風止眩之效。如《臨症指南醫案》所述：「諸風掉眩。皆屬肝。……所患眩暈者，非外來之邪，乃肝胆之風陽上冒耳……至於天麻鉤藤菊花之屬，皆系熄風之品，可隨症加入。」

4 隨症加減

兼有嘔吐者，加黃連、紫蘇，以達清熱燥濕，降逆止嘔之效；伴有失眠者，加首烏藤、合歡皮以安神助眠；情志低落或急躁者，加用香附、貫葉金絲桃以理氣開鬱、調暢情志。

5 驗案舉隅

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

周某，女，50歲，自訴發作性頭暈3年，發作時伴嘔吐，呈旋轉性，持續半小時左右，每次發作是服用眩暈停後症狀緩解，遺留頭懵，到戶外開闊地方後症狀好轉，無口乾口苦，無反酸燒心，納眠可，二便調，舌淡，苔薄白，脈弦。血壓125/85mmHg，既往無高血壓病史。查體：無神經系統功能及內耳功能缺損症狀；輔助檢查：顱腦CT、MRI、MRA未見明顯異常；耳鼻喉專科檢查，內耳道未見明顯分泌物及水腫。

（2021.04.14）首診：柴胡15g，黃芩15g，半夏15g，黨參15g，炙甘草10g，茯苓20g，澤瀉30g，白朮25g，陳皮10g，鉤藤30g，天麻15g，菊花15g，薑黃10g，僵蠶10g，連翹15g，紫蘇葉3g，黃連5g，7劑，水煎服，早晚分服。

（2021.04.21）二診：頭暈較前好轉，無嘔吐，舌淡紅，苔薄白，脈沉。守上方去連翹，蘇葉，加煅牡蠣24g，7劑，煎服法同前。

（2021.04.28）三診：頭暈消失，鞏固治療，舌稍紅，苔薄白，脈沉。守方去牡蠣，薑黃，僵蠶，黃連，加制首烏20g，香附10g，7劑，煎服法同前。

（2021.07.26）四診，患者自訴頭暈症狀基本消失，近幾月內僅發作一次頭懵，症狀持續三天，舌淡紅，苔薄黃，脈沉，守上方加麥芽20g，合歡花15g，7劑，煎服法同前。

按：患者以頭暈，嘔吐為主要症狀，不寒不熱，無表無裡，六經辨證及臟腑辨證均讓人無從下手，孟師提出無證可辨當從體質入手，結合眩暈疾病特有病機特點，患者體型偏於白胖，性格安靜，問診過程患者聲低而柔和，以柴胡、黃芩為主的小柴胡湯，辛開苦降，理氣開鬱，調暢少陽氣機；薑黃、僵蠶升清降濁，調理樞機；茯苓、澤瀉、白朮為主的五苓散達利水滲濕之效，加用陳皮共助祛濕之力；天麻、鉤藤、菊花疏散內外之風，息風止眩；方合黨參、茯苓、白朮益氣補虛，健脾滲濕；最後合以黃連、紫蘇葉以降逆止嘔；全方共達化痰開鬱、祛風止眩、兼顧補益之效。

6 小結

針對臨床上證型無從辯起的眩暈，孟毅教授從人的體質和病本身特點入手，將此類患者分為氣郁質、痰濕質、氣虛質，治療上以理氣開鬱為主，再根據痰濕與氣虛的不同，配伍健脾利濕或者補中益氣之品，組方加減靈活，臨床療效確切。

Abstract: Professor Meng Yi has his unique experience on the treatment of vertigo for several decades. We always thought that vertigo has some common styles for example hyperaction of liver Yang, deficiency of qi and blood, kidney essence deficiency, sputum, ecchymosis. But we found that there were some patients in clinical, which we couldn't put them into any category. These patients presented with prominent vertigo, and didn't have any other clinical manifestations. For these people, Professor Meng put forward that if we couldn't diagnose the vertigo belongs to which syndrome pattern of tcm, we ccould treat from the theory of TCM physique, combine with vertigo resulting from phlegm, vertigo resulted from deficiency, Feng and qi depression. Meng divided these patients into three categories, including qi depression constitution, phlegm-damp constitution,qi deficiency constitution. Meng composited Zhixuantang, which has obtained good efficacy in clinical.

Key words: constitution; pathogenesis; unlicensed vertigo; vertigo; medication experience

（編委：黃賢樟審校2026.01.04）

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HRCM All Rights Reserved