

寒热错杂晕难定，解郁散寒眩自平

—高龄复杂型眩晕

姓名：张某某 **性别：**女 **年龄：**92岁 **2025年8月29日 初诊**

主诉：反复头晕两年余，再发五日。

现病史：患者于两年前出现头晕，主要表现为头昏，头重，不敢睁眼，发作时视物模糊，平卧及休息后症状减轻，每次头晕发作持续数小时。无恶心呕吐，无神志不清及二便失禁。曾反复在我院门诊及老年科住院治疗。2025年5月9日查头颅MRI+MRA提示两侧半卵圆中心、侧脑室周围多发缺血灶（Fazekas1级），两侧额部硬膜下积液，脑萎缩，MRA提示脑动脉粥样硬化，椎基底动脉显示不清。2025年6月9日经颅多普勒检查：双侧椎动脉及基底动脉流速减慢。（LVA30cm/s、RVA27 cm/s、BA32 cm/s），患者高龄，暂不同意行全脑血管造影检查。此次入院：仍表现头昏，头重，脑鸣，发作时视物模糊、时有胸闷，每次持续时间数小时不等，一般平卧时头晕症状不明显，心烦，偏急躁，身热喜凉，坐不住，稍坐久就想起来活动，无口干、口苦，进食生冷食物（如水果），胃脘部不适，纳尚可，寐欠安，夜尿3次左右，大便调。

查体：血压：130/85mmhg（卧位），160/95mmhg（立位3分钟后），心率约70次/分，心肺听诊正常，双下肢轻度水肿。神志清，言语清，精神尚可，言语清，右下肢肌力约4+级（右下肢骨折所致），余肢体肌力基本正常，四肢肌张力正常，膝腱反射（+），双侧病理

征阳性。

个人史：出生于连云港市，久居本地，居住条件良好，无地方病或传染病流行区居住史。

既往史：有“右侧股骨颈骨折”手术史。

过敏史、家族史：无特殊。

辅助检查：心电图：窦性心律，T波改变（TV4、V5、V6低平、倒置）。（2025.08.29 连云港市中医院）

中医体征：形体适中，精神尚佳，舌暗紫，苔中部白黄腻，脉沉细。

诊断：中医诊断：眩晕，肝阳挟痰；西医诊断：后循环缺血、椎基底动脉狭窄。

治法：平肝潜阳、化痰定眩

处方：天麻钩藤饮

方药：天麻 15 克，钩藤 20 克^{（后下）}、石决明 15 克、黄芩 15 克、杜仲 12 克、怀牛膝 15 克、首乌藤 10 克、茯神 18 克、益母草 30 克，4 剂，水煎服，日两次。

2025 年 9 月 1 日

药后，患者症状改善不显，仍时有头昏，头重，心烦，易急躁，坐立不安，身热喜凉，头面部吹风后舒服，仍不能吃冷，纳可，寐欠安，大便调，夜尿频。舌暗紫，苔中部白黄腻，脉沉细。中医诊断：眩晕，肝郁化火，治法：清热除烦，疏肝定眩，选方“丹栀逍遥散”，方药：丹皮 10 克，栀子 10 克，当归 12 克，生白芍 15 克，柴胡 15 克，茯苓 18 克，生白术 15 克，甘草 6 克，生姜 12 克，薄荷 5 克，

4 剂，水煎服，日两次。

2025 年 9 月 6 日

药后，头晕稍有改善，但仍时有发作，心烦不减，仍坐立难安，身热喜凉，精神尚佳，睡眠仍差，服用安眠药助眠，晚间仍要醒来 3 次左右，每次醒来均要解小便，大便每日一行，便质软，舌暗紫，苔中部白黄腻，脉沉细。患者存在肝郁化火，舌苔厚腻，合并有痰，应清热疏肝解郁加以化痰。调整方剂为黄煌老师的经验方“八味除烦汤”（“栀子厚朴汤+半夏厚朴汤+连翘、黄芩”），方药如下：栀子 10 克，厚朴 15 克，枳实 12 克，黄芩 12 克，连翘 12 克，法半夏 12 克，茯苓 20 克，紫苏梗 15 克，5 剂，水煎服，日两次。

2025 年 9 月 11 日

药后，头晕改善不显，仍感持续头昏，头重，时轻时重，头晕明显时自觉视物模糊，余同前。请丰老师指点！

2025 年 9 月 13 日

丰广魁老师查房：患者表现为头昏、头胀，脑中鸣响，站立后明显，平卧时能减轻，但不能完全消失。头晕时喜吹凉风，视物模糊，身热喜凉，但不能吃冷，否则胃部即不适，心烦易怒，纳可，寐欠安，大便调，夜尿频。舌暗红，黄腻苔（染苔），脉沉弦。患者面色潮红，有阳亢之象。首方用“天麻钩藤饮”，该方病机是阳亢夹痰，所以不应该见寒症，该患者有中焦虚寒的表现，故首方无效。首先，患者站立后头昏、头重会明显加重，平卧后能减轻，这和西医的直立性低血压导致的头晕也不同，因为患者由平卧变为站立时血压不降反

升，这是比较特别的。大家有没有思考过，为什么会有这样血压的变化呢？理论上人在平躺时心脏泵血所受到的阻力是最小的，而站立后因颅脑位于心脏之上，向上泵血阻力会有所增加，加之患者本身颅脑血管狭窄会导致相应的缺血症状，为了保证颅脑的供血，只有使血压上升，这其实是一种自我保护的反馈。其次，患者有心烦、情绪波动的症状，这是肝郁、肝气不舒的表现。第三，患者不能吃冷东西，一食胃部即不适。这三套症状交杂在一起，头面喜凉、面部潮红等症是个热证，但中焦又有虚寒。“丹栀逍遥散”为什么有效呢？因为其有丹皮、栀子解郁除烦，加之方中的逍遥散又有理脾的功能。其实导致该患者头晕的原因是清阳不升，一般情况是气虚导致的清阳不升，显然该患者不是气虚，而是气郁导致的清阳不升。故中医诊断：眩晕，证型：胆热胃寒，治法：解郁散寒，选方“柴胡桂枝干姜汤”，该方的核心主症为：心烦（可伴有失眠）、不能吃冷物（食冷物即胃部不适）。抓住这两个核心主症结合舌脉，不管是头昏、失眠、胃食管反流、腹泻等等，都可以考虑使用该方。桂枝是温经通脉的，通脉是什么意思呢？说通俗点就是疏通血管，所以桂枝这味药在心脑血管疾病中使用的频次越来越高。该患者后期的治疗应以化痰活血为主，如“桂枝茯苓丸”，后期可以长期服用，但目前主要应调其寒热。方药：柴胡 12 克、黄芩 12 克、桂枝 12 克、干姜 6 克、天花粉 10 克、生牡蛎 30 克（先煎）、甘草 6 克，5 剂，水煎服，日两次。

2025 年 9 月 19 日

药后，患者头晕症状大减，情绪好转，视物有雾感减轻，不再心

烦及坐立不安，纳可，寐较前改善（安眠药减半服用），大便调，夜尿1-2次。舌质暗，苔偏腻，脉弦。守方一周。

编者按：本案例以“反复头晕两年余”为主症，病史迁延，证候错综复杂，其诊疗过程一波三折，最终经丰广魁老师辨析而获显效，其中体现的辨证思路与选方策略，对临床诊治复杂眩晕症颇具启发意义。

病机辨析：寒热错杂，枢机不利为本病关键，患者主症为头晕、头重、脑中鸣响，立位加重，平卧减轻，然非同于一般气虚清阳不升或血虚脑失所养。细察其兼症，可见两组矛盾征象：一则“身热喜凉、头面吹风舒畅、心烦急躁、面色潮红”，此为上焦郁热、阳亢于上之象；二则“不能食冷、食冷胃脘不适”，此为脾胃虚寒、中阳不足之证。此种“上热下寒”或“胆热胃寒”之格局，是为本案病机之核心。前期屡用平肝潜阳之天麻钩藤饮、清热疏肝之丹栀逍遥散以及清热化痰之八味除烦汤，虽各有侧重，或未顾及中焦虚寒，或温中之力不足，故疗效不彰。丰广魁老师精准地捕捉到“心烦”与“不能食冷”这两个核心症状，直指少阳枢机不利、胆热内扰于上而脾胃虚寒于下之病机本质。其对立位血压反升之解读，亦从“机体为克服供血阻力之代偿”角度，佐证了阳气郁遏于上、升动不利之病态，而非单纯肝阳上亢。

方证对应：柴胡桂枝干姜汤切中病机，《伤寒论》之柴胡桂枝干姜汤，原治“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者”，后世拓展用于少阳枢机

不利兼有水饮内结或寒热错杂之证。本案取其方义：以柴胡、黄芩和解少阳，清泄胆腑郁热以除心烦；桂枝、干姜温通中焦，散寒健脾，以治胃脘不耐寒凉；天花粉生津止渴，兼清上热；牡蛎潜镇安神，软坚散结；甘草调和诸药。全方寒温并用，攻补兼施，共奏和解少阳、温中散寒、清上温下之功，恰与患者胆热胃寒、枢机不利之复杂病机高度契合，故能药后症减，诸恙向安。此方之运用，深刻体现了“有是证，用是方”的方证对应思想，以及抓主症（心烦、不能食冷）在复杂辨证中的决定性作用。

该医案有很强的临证启悟，（1）突破表象，深究病机：面对症状纷繁、寒热疑似之病例，切忌仅执一端。本案头晕、面红、身热似纯热证，然“不食冷”一症即暴露其中焦虚寒本质。需详察四诊，尤其关注看似矛盾的体征，方能拨开迷雾，窥见病机真谛。（2）重视“枢机”在老年病中的作用：高龄患者脏腑功能衰退，气机升降易紊，常出现寒热虚实错杂之局。少阳为人体气机升降出入之枢纽，调和少阳往往是破解此类复杂证候的关键。柴胡剂类方（如本案之柴胡桂枝干姜汤）在老年病、心身疾病中应用广泛，其调节气机、和解寒热之功值得深入体会。（3）动态辨证，分步论治：丰广魁老师指出，患者后期治疗当以“化痰活血”为主，可考虑桂枝茯苓丸类方长期调理。此提示临证需有全局观与阶段论，当前以和解寒热、调畅枢机为务，待主证缓解后，再针对其“舌暗紫”、“脑缺血灶”等痰瘀互结之宿根徐徐图之，体现了“急则治其标，缓则治其本”的序贯治疗策略。

本案成功之处，在于不为“眩晕”病名所囿，亦未局限于常规之

肝阳、痰浊、血瘀等常见证型，而是通过精细辨证，抓住“胆热胃寒、枢机不利”这一核心病机，巧妙选用经方柴胡桂枝干姜汤，从而取得佳效。它警示临床医生，尤其是面对高龄、多病并存的患者时，必须具备抽丝剥茧的分析能力与圆机活法的方证辨识功力，方能应对复杂病情，提高临床疗效。（杜青）