

·专家论坛·

本文引用:周德生,谭惠中.基于毒邪理论辨治神经感染性疾病及代谢性脑病——中医脑病理论与临床实证研究(七)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(7):815-821.

基于毒邪理论辨治神经感染性疾病及代谢性脑病 ——中医脑病理论与临床实证研究(七)

周德生¹,谭惠中^{2*}

(1.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南长沙410007;2.湖南中医药大学,湖南长沙410208)

[摘要] 应用毒邪理论指导神经感染性疾病及代谢性脑病的辨治。认为其病机关键是内外之毒,毒损脑络、脑膜、玄府,伤及脑髓;毒邪壅滞,损伤津、血、精、髓等,脑髓失养;由脑府神机受损致全身脏腑功能失调,神机失用。通过列举病毒性脑膜炎、尿毒症性脑病、肺性脑病、一氧化碳中毒迟发性脑病4个医案,阐明针对六淫特征及兼夹内邪特征辨证用药的中药解毒方法,祛邪即解毒,排毒即解毒,扶正即解毒。同时,针对毒邪特征必须注重选择配伍芳香或者苦寒入脑药物解毒。

[关键词] 毒邪;解毒;神经感染性疾病;代谢性脑病;病毒性脑膜炎;尿毒症性脑病;肺性脑病;一氧化碳中毒迟发性脑病
[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.07.006

Differentiation and Treatment of Neurological Infectious Diseases and Metabolic Encephalopathy Based on the Theory of Poisonous Evil—Theoretical and Clinical Empirical Study on TCM Encephalopathy (VII)

ZHOU Desheng¹, TAN Huizhong^{2*}

(1. Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

[Abstract] This paper applied the theory of poisonous evil to guide the differentiation and treatment of neurological infectious diseases and metabolic encephalopathy. It is believed that the key of its pathogenesis is internal and external toxins, which damage brain collaterals, meninges, sweat pores, and brain marrow; toxin stagnation damages body fluid, blood, essence, marrow, etc., causing brain marrow malnutrition; brain and vital activity being damaged causes dysfunction of Zang-Fu organs, which means vital activity dysfunction. By enumerating 4 cases of viral meningitis, uremic encephalopathy, pulmonary encephalopathy and carbon monoxide poisoning delayed encephalopathy, the detoxification method of traditional Chinese medicine according to syndrome differentiation and targeting at the characteristics of 6 pathogenic factors and internal evils, is clarified. Eliminating pathogens is detoxification, expelling toxins is detoxification, and reinforcing healthy Qi is detoxification. At the same time, targeting at the characteristics of poisonous evils, we must pay attention to the combination of aromatic or bitter cold medicines entering brain for detoxification.

[Keywords] poisonous evil; detoxification; neurological infectious diseases; metabolic encephalopathy; viral meningitis; uremic encephalopathy; pulmonary encephalopathy; carbon monoxide poisoning delayed encephalopathy

神经感染性疾病包括病毒、细菌、真菌、寄生虫、螺旋体、立克次氏体等引起神经感染,在临床上主要表现为脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑肉芽肿及感染性周围神经病等。代谢性脑病是由心、肺、肾、肝、胰及内分泌腺等疾病所致,不同代谢产物如血氨、血糖、电介质、有机酸、氨基酸、尿素等引起全脑功能紊

[收稿日期] 2019-01-12

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(81874463);湖南省中医药管理局资助项目(201824);湖南省科技厅科技创新平台与人才计划资助项目(2017SK4005)。

[作者简介] 周德生,男,主任医师,教授,研究方向:神经系统疾病的中医药防治。

[通讯作者] *谭惠中,女,在读硕士研究生,E-mail:471803292@qq.com。

乱的一种临床综合征,在临床上主要表现为肝性脑病、尿毒症性脑病及透析性脑病、有机酸代谢障碍性脑病、电解质紊乱性脑病、可逆性大脑后部白质脑病、线粒体脑病、过氧化物酶体病等。尽管代谢性脑病与脑部各种感染性疾病的西医诊疗方法差异甚大,但是,从中医学的观点看,其共同的病因及病理因素是毒邪。《内经》将颅内感染称为脑烁,《华佗神方》将发于泥丸宫者命名脑痲;《内经》对代谢性脑病认识不多,可以参考谵妄、神昏、厥逆等辨治。本文基于毒邪理论,结合脏腑学说、络病学说、玄府学说探讨代谢性脑病与脑部各种感染性疾病的病因病机特征,并阐述其辨治体会。

1 从毒邪理论认识脑病病因病机

基于毒邪理论认识毒致脑病病因病机,认为主要是内外之毒,毒损脑络、脑膜、玄府,伤及脑髓;毒邪壅滞,损伤津、血、精、髓等,脑髓失养;由脑府神机受损致全身脏腑功能失调,神机失用。

1.1 毒邪理论

根据现代汉语释义,毒泛指在正常生命过程中机体内不存在的物质破坏机体组织结构和生理功能,或原本适应机体生命活动的物质超过了生命机体的需求而对机体形成危害的物质。中医学中毒的含义非常广泛,主要包括病名(阴阳毒、丹毒、脏毒等)、病因(火毒、浊毒、瘀毒等)、药物属性以及治法(解毒、排毒、攻毒等)几个方面。

毒邪有内外之分。外毒主要是指外感六淫之毒,如《素问·五常政大论》中所提到的“寒毒”“湿毒”“热毒”“燥毒”“大风苛毒”等。王冰注曰:“夫毒者,皆五行标盛暴烈之气所为也。”六淫之毒具有六淫的特征,又有别于六淫的特征。六淫之毒较六淫致病能力强,故称为六淫邪盛化毒、邪毒、病毒等等。当然,外毒还包括传染性强的疫毒,如《金匱要略》“阴阳毒”,《医贯》断言为时行疫毒。《寓意草·辨黄湾轩臂生痲疔之证并治验》提出:“外因者,天时不正之时毒也,起居传染之秽毒也;内因者,醇酒厚味之热毒也,郁怒横决之火毒也。”时毒及秽毒皆属于疫毒,与六淫之毒有区别,不在本文讨论范围。内毒据其毒源不同分为附生之毒和本原之毒^[1],附生之毒附生于火、痰、湿、瘀等,本原之毒由内而生,多因人体正气亏损,脏腑功能失调,气血失和,导致气血逆乱、经络

阻滞、水液代谢失常,湿甚蕴结为浊,浊甚蕴结日久酿致内毒。《金匱要略心典·百合狐惑阴阳毒病证治》云:“毒,邪气蕴结不解之谓。”浊邪秽浊、黏滞、胶着,如脂毒、糖毒、蛋白毒、微量元素毒、尿酸毒等,在体内蓄积日久可转化为浊毒^[2],毒邪伏藏于人体成为伏毒^[3],人体正气尚可耐受制约毒邪,待正气衰弱之时,遇感而发,损伤机体。浊毒与痰饮、瘀血同为病理产物性病因,三者之间既可相互兼夹,又可互为因果、相互转化^[2]。除此之外,药毒^[4]或者毒性物质^[5]也属于毒邪范畴,为致病因素之一。

内外之毒致病时往往互为因果,相互影响。外毒侵袭人体致脏腑功能失调,气血津液运化失职而生内毒;内毒的生成又可耗伤正气,使机体易感外毒,内外之毒往往兼夹致病,共同损害人体。

1.2 毒致脑病的病因病机

大脑是一个独立的稳定的生态系统,拥有与众不同的防御体系和独特的废物清除程序。一般情况下,由于血脑屏障的完整性,毒邪不容易侵入颅脑。《素问·刺法论》谓:“气出于脑,即不邪干。”“神游失守……或有邪干。”只有气血亏虚,形体损伤,经脉闭塞,髓海至阴起亟失常,神窍玄府生化障碍,元神衰弱不聚失其守位,即使毒邪不亢盛,也有可能为邪气所凑。

毒邪在神经感染性疾病及代谢性脑病中的致病特征:(1)六淫之毒,对脑髓的侵犯程度不一致。《素问·太阴阳明论》云:“伤于风者,上先受之。”《素问·奇病论》曰:“所犯大寒,内至骨髓,髓者以脑为主,脑逆故令头痛。”《素问·至真要大论》称:“诸躁狂越,皆属于火。”《经方实验录·大承气汤证》说:“毒者,因热而生也”,“有易犯脑者,有不易犯脑者。”容易侵犯神经的病毒现代称之为嗜神经病毒。正气不足,邪毒上犯,毒损脑络^[6];通过“膜络一体”(《释名·释形体》),由脑络侵及脑膜,损伤“太一真元之气”以及“幕络一体之形”(《素问病机气宜保命集·原脉论》);毒邪侵“渍入血分,与血液合为一体”,“毒在血脉”,菟毒滞着,即“邪气入脏入腑”(《读医随笔·病在肠胃三焦大气流行空虚之部与淫溢滞经脉膜络曲折深隐之部其治不同》),损伤脑髓玄府,热伤神明^[7],发为脑炎、脑脊髓炎、脑膜炎、脑脊髓膜炎等神经感染性疾病,出现神志症状。如果神昏者,“确为至危至急之候”。如急性重症感染后,病程中产生的毒性物质引起脑功

能障碍或造成继发性病理改变,发为感染中毒性脑病。(2)内毒蓄积,上犯巅顶,阻抑清阳,蒙蔽神窍^[8];或者损伤脑府的津、血、精、髓等,影响中枢系统^[9],神机失用而出现神志改变,发为代谢性脑病。当然,代谢性脑病属于危重症,机体气血阴阳失调产生的内毒和外来之毒,共同导致疾病的恶化。疾病不是简单的停留在单脏器、单部位上,病情也不是简单的虚实、寒热,更多的表现为多脏器、多部位及寒热虚实夹杂之象^[10]。如肝性脑病病位在脑,病变脏腑主要责之肝、脾、肾,病性有实证、虚证之别。肝性脑病急性期的病机为湿热、痰浊、瘀血、邪毒内蕴,弥漫三焦,上扰清窍,神明逆乱;肝性脑病慢性期则以正虚邪实为主,因阴阳气血衰败,精神竭绝而致神明不用^[11]。

2 基于毒邪理论辨治神经感染性疾病及代谢性脑病治法方药特色

在中西医结合实践中,基于毒邪理论辨治神经感染性疾病和代谢性脑病病机特征,中药特异解毒方法非常有限;但是,辨明具体疾病种类的病因、病位、病性、病邪、病势、病程分期,分清邪正虚实,病证结合,多法兼施,随症治之,祛邪即解毒,排毒即解毒,扶正即解毒。

2.1 辨证用药同时,注重选择配伍芳香或者苦寒入脑药物

毒致脑病是一个复杂动态变化的过程。辨证应用中成药解毒,大致分为4类。(1)祛邪解毒法:针对毒邪种类性质解毒,热毒者清热解毒,常用药如金银花、连翘、栀子、青黛、龙胆草、野菊花、黄连、黄芩、黄柏、白花蛇舌草、半枝莲、贯众、蚤休等。风毒者祛风解毒,常用药如荆芥、防风、蔓荆子、藁本、羌活、独活、威灵仙、天麻、钩藤、海风藤、忍冬藤、前胡等。痰毒者豁痰解毒或化痰开窍解毒,常用药如天竺黄、石菖蒲、胆南星、莱菔子、夏枯草、皂角刺、青礞石、全蝎、蜈蚣、僵蚕等。瘀毒者活血化瘀解毒,常用药有苏木、川芎、红花、桃仁、川芎、虎杖、王不留行、鬼箭羽、三棱、莪术、乳香、没药等。气结成毒者理气散结,宣郁解毒,常用药为柴胡、枳壳、香橼、佛手、青皮、槟榔、郁金、香附、川楝子等。(2)排毒解毒法:包含解表、攻下、利尿三种方法,发汗解表使毒邪随汗解或透毒外出,常用药为麻黄、桂枝、金银花、连翘、薄荷、牛蒡子、蝉蜕、葛根等;攻下法是通过通腑下积的方

法而达到祛毒外出的目的,常用药为大黄、芒硝、枳实、厚朴等;利尿法是用淡渗利尿之品如车前子、泽泻、茯苓、扁蓄、小通草、滑石使毒随小便而解。(3)扶正解毒法:机体正气亏虚无力祛毒外出,以益气、养血、滋阴、助阳之品如黄芪、党参、白术、丹参、当归、熟地黄、阿胶、枸杞、大枣、麦冬、天花粉、石斛、南沙参、肉桂、附子、干姜、细辛等扶助正气,解毒外出。(4)特异解毒法:如单纯疱疹病毒性脑炎用秦皮、防风,新型隐球菌脑炎用马鞭草、紫丁香,尿毒症脑病用生大黄、积雪草,桥本氏脑病用枯矾、黄药子,肝性脑病用茵陈、人中黄等等。应用中药特异解毒疗效有限,但根据方证病机,针对毒邪特征用药,方法灵活选择范围大。

六淫之毒,以风毒为主,或兼寒、热、湿邪。内生之毒,以浊毒为主,或兼痰湿、水饮、瘀热。由单毒酿化多毒,诸毒互结,毒邪侵入颅脑,为入腑入脏之病,往往由气分伤及营血,多虚多实,虚实夹杂,虚实消长随病程变化,治疗上需要辨明标本虚实,扶正祛邪,多法兼施,杂合解毒。针对毒邪的六淫特征或者附生内邪特征辨证用药同时,针对毒邪的自身特征“邪盛暴烈”或“蕴结不解”,必须注重选择配伍芳香或者苦寒入脑药物:(1)芳香药物解毒:白芷、艾叶、桂枝、石菖蒲、藿香、佩兰、青蒿、草果、苍术等等,辛香疏散风毒,或香燥芳化浊毒,宣展脑窍玄府气机。(2)苦寒药物解毒:连翘、牛蒡子、黄连、栀子、莲子心、山豆根、苦参、虎杖、大黄等等,潜降清泻热毒,或苦燥清利湿毒,湿与热分则浊化毒除。

2.2 辨病用药方面,注重多法杂合兼施

神经感染性疾病及代谢性脑病病情复杂,必须注重脑部病位特殊性,多法兼施,杂合用药。同时,代谢性脑病还必须注重原发病的治疗。(1)醒脑开窍法:神经感染性疾病及代谢性脑病无论有无神志障碍,都需要首先应用醒脑开窍法,选择醒脑静、清开灵、至宝丹、紫雪丹、安宫牛黄丸、苏合香丸、行军散(组成:姜粉、冰片、硼砂、硝石、雄黄、珍珠、牛黄、麝香)、安脑片(组成:人工牛黄、猪胆汁粉、朱砂、冰片、水牛角浓缩粉、珍珠、黄连、黄芩、栀子、雄黄、郁金、石膏、赭石、珍珠母、薄荷脑)、醒脑开窍丹(组成:天麻、牛黄、法半夏、石菖蒲、竹茹、胆南星、瓜蒌、黄连、熊胆、麝香、远志、益智仁)等,或者复方中配伍疏通玄府醒脑开窍药物,如石菖蒲、冰片、苏合香、麝香、

牛黄、天竺黄、人工麝香、人工牛黄、人工天竺黄等透过血脑屏障以发挥其醒脑开窍功效^[12]。如脓毒症相关性脑病首先使用醒脑静注射液,因其病位在心脑清窍,由热毒、痰浊、瘀血而致气机逆乱,蒙蔽清窍,或气血虚耗,阴阳衰竭,清窍失荣,与肝、脾、肾关系密切,病性以实邪致病居多^[13]。(2)组合多种亚治法:由于毒邪的兼夹性,病位的广泛性,病情的复杂性,针对疾病发生发展的各个环节,必须组合多种亚治法,杂合以治。研究表明,抗病毒中药药性组合规律为寒温皆用,辛苦兼施;功效类别规律为多法共举,不拘清法;药性功效关联规律为药性为启,功效相承^[14]。如单纯疱疹病毒性脑炎为风毒、湿热、痰浊、瘀血、气虚相挟致病。药用野菊花、薄荷、土茯苓、乳香、没药、天麻、白术、炒蒺藜、炒蔓荆子、虎杖、茯苓、全蝎等。(3)治疗原发病:代谢性脑病是一种危重的并发症,积极治疗原发病与并发症,祛除诱因,才能有效清除代谢性脑病的各种毒素。如尿毒症性脑病为阳虚水泛,浊毒上逆,溺毒入脑,损伤脑络,表现为头晕、嗜睡或胡言乱语、动作迟缓、肢体抽动等神志症状。针对毒症及毒症性脑病同时用药治疗,扶正祛邪与解毒排毒并用,既病防变,急治其标^[15],一者补肾培本、健运脾胃,二者通泻浊毒、痰瘀同治。甚至配合中药灌肠、中药透析等等,采用中西医结合治疗方式以提高疗效^[16]。药用山茱萸、杜仲、太子参、桂枝、陈皮、苍术、山药、大黄、土茯苓、萆薢、泽兰、小通草、玉米须、鬼箭羽、忍冬藤、络石藤等。

3 基于毒邪理论的脑病临床医案举隅

3.1 病毒性脑膜炎

罗某某,女,60岁,住院号:500950。因反复头痛发热20余天,加重2d,于2018-10-05入院。患者诉于20d前无明显诱因感头痛,以巅顶、右侧颞部、枕部明显,呈搏动性跳痛,痛时畏声,无畏光流泪,休息后无缓解,自觉发热,未监测体温,痛时呕吐胃内容物,无咖啡色物,非喷射性,伴头晕,晕时感天旋地转,视物模糊,时有右耳鸣及闷胀感,右耳听力下降,2018-09-19于当地县医院住院,颅脑CT示脑内多发陈旧性腔梗,脑白质脱髓鞘病,脑萎缩,左侧上颌窦黏膜下囊肿。住院期间3次发热,最高达40.0℃,诊断为“多发陈旧性腔梗死”,予扩血管、抗血小板聚集、调脂、降压、活血通络及对症支持治疗(具体用药

不详)后症状减轻,于2018-09-24出院。2018-10-03病情反复,患者又出现上述症状,未测体温,在家未行特殊处理。入院症见:头痛,以巅顶、右侧颞部、枕部明显,呈搏动性跳痛,痛时畏声,无畏光流泪,休息后无缓解,痛时呕吐胃内容物,无咖啡色物,非喷射性,发热、无恶寒,伴头晕,晕时感天旋地转,视物模糊,时有右耳鸣及闷胀感,右耳听力下降,右侧肢体麻木,精神不振,纳差,寐欠安,大便2日未解,小便正常。舌红赤,苔黄干,脉弦数。既往有“高血压病”病史5年,规律服用施慧达2.5mg Qd,血压控制可;有“冠心病”病史,未规律服药。查体:T 37.8℃,R 20次/min,P 90次/min,Bp 131/84 mmHg。神清,言语流利,反应迟钝,对答部分切题。颈稍硬。左侧巴氏征(±),余病理征(-)。实验室检查:血常规+CRP(-);肝功能:球蛋白32.80g/L;肾功能肾小球滤过率:76.13 mL/min;电解质常规(-);血脂常规:高密度脂蛋白胆固醇1.12 mmol/L;颈部+颅脑CTA:动脉硬化,左锁骨下动脉、椎基底动脉迂曲,右侧胚胎型大脑后动脉,右侧颈外动脉钙化斑块,管腔轻微狭窄,左侧上颌窦黏膜下囊肿。腰椎穿刺检查:脑脊液压力190 mmH₂O,氯115.60 mmol/L,蛋白质965.00 mg/L。余项正常。脑脊液涂片:多量淋巴细胞。血中优生优育8项:巨细胞病毒IgG抗体25.660 U/mL,I型单纯疱疹病毒IgG抗体6.00 COI,余正常。诊断:颅内感染,病毒性脑膜炎。予阿昔洛韦抗病毒,兰索拉唑护胃,热毒宁清热解毒。阿司匹林抗血小板聚集,阿托伐他汀调脂稳斑,苯磺酸左旋氨氯地平降压及对症支持治疗。中医辨证为风热浊毒上扰证,治以祛风通络,清热解毒,方以银翘散化裁:连翘、金银花、白菊花、栀子、黄芩、牛蒡子各10g,薄荷、淡竹叶、荆芥穗、生大黄、淡豆豉、生甘草各6g,3剂,日1剂,水煎服,早晚温服。2018-10-08患者头痛较前减轻,午后及晚上低热(体温未超过38℃)时头痛可加重,跳痛较前缓解,头晕视物模糊缓解,精神较前好转,舌红赤,苔黄腻,脉滑数。中医辨证为肝胆湿热阻络,治以清利湿热,解毒通络。方以龙胆泻肝汤化裁:炒栀子、黄芩、盐泽泻、赤芍、车前草、川芎、柴胡各10g,生地黄、白芷、蔓荆子、当归、银柴胡各15g,龙胆草、小通草、甘草各6g,3剂。2018-10-11患者午后及晚上仍发热,但体温较前下降,波动在37.5℃左右,头痛较前减

轻,无明显头晕。神清语利,对答切题,反应较前灵敏。颈软。复查腰椎穿刺:脑脊液压力 115 mmH₂O,白细胞 359.00×10⁶/L,氯 119.0 mmol/L,蛋白定量 604.00 mg/L。血常规+CRP、结核抗体、电解质、脑脊液优生优育 8 项、自身免疫性检测指标均(-)。脑脊液蛋白下降,白细胞较前上升,予莫西沙星加强抗感染。中医辨证为湿遏热伏,浊毒壅盛,治以利湿化浊,清热解毒,方以甘露消毒丹化裁:茵陈、广藿香、连翘、石菖蒲、黄芩、川芎、银柴胡、秦艽、白芷、射干各 10 g,滑石粉、葛根各 20 g,薄荷 6 g,5 剂。2018-10-13 患者无发热,无头痛头晕、恶心呕吐,无耳鸣及闷胀感,精神可,纳寐可。舌红,苔薄黄,脉滑数。病情明显好转,尚未达到出院指征,但患者及家属要求出院,反复告知患者及家属病情反复应及时住院并复查腰穿,守方甘露消毒丹化裁,带药 7 剂出院。

按:病毒性脑膜炎常急性或亚急性起病,以发热、头痛、肌痛等为主要表现,西医抗病毒治疗为常规手段。本病由病毒感染所致,因外感风邪,兼挟湿热浊毒,湿热交蒸,上扰清窍,侵犯脑络、脑膜,故从毒邪论治,以银翘散、龙胆泻肝汤、甘露消毒饮等芳香、苦寒药物贯穿病程始终,祛除毒邪。

3.2 尿毒症性脑病

王某某,男,67岁,住院号:421310。规律透析 2 年,动作迟缓 1 周,胡言乱语 1 d。于 2018-01-15 入院。代诉 2016 年 1 月确诊为“慢性肾功能衰竭尿毒症期”后,即开始规律血液透析治疗,目前血液透析方案为“每 2 周 5 次血液透析,每月血液灌流 1 次”。症见:1 周前出现头晕,偶有胡言乱语,咳嗽、咳白色粘痰,无恶寒发热,胸闷气促,动作迟缓,双下肢不自主抽动,无浮肿,失眠,纳差,腰部疼痛,小便 1~2 次/d,小便量 200 mL/d,大便正常。舌红,苔黄厚腻,脉弦滑。既往有高血压病,糖尿病病史,降压降糖药服用不规律。查体:体温 36.6 °C,脉搏 74 次/min,呼吸 20 次/min,血压 156/69 mmHg。左侧巴氏征弱阳性。实验室检查:C 反应蛋白 25.65 mg/L;血常规:淋巴细胞百分比 19.30%,红细胞 2.83×10¹²/L,血红蛋白 85.00 g/L;凝血功能:凝血酶原时间 10.4 s;甲状腺功能:游离三碘甲状腺原氨酸 267 pg/mL,游离甲状腺素 1.04 ng/dL, TSH 1.3905 mIU/mL;糖化血红蛋白 7.5%;肾功能:肌酐 1 054.00 μmol/L,尿素 23.70 mmol/L,肾小球滤过率 4.03 mL/min;电解质:

钙 2.14 mmol/L, 镁 1.11 mmol/L, 二氧化碳结合力 17.00 mmol/L;心肌酶谱:肌红蛋白 612.00 μg/L;脑钠肽:10 927.00 pg/mL;甲状旁腺素:376.60 pg/mL。诊断:(1)尿毒症性脑病;(2)高血压肾病,慢性肾功能不全尿毒症期。行血液透析治疗,予单唾液酸四己糖神经节苷脂钠营养神经,左卡尼汀、磷酸肌酸钠、二丁酰环磷腺苷钙护心,醒脑静开窍醒脑。2018-01-16 颅脑 MRI+DWI 示:双侧半卵圆中心基底节区、脑桥、双侧侧脑室前角旁多发陈旧性腔梗灶,大致同前;右侧小脑半球异常信号灶,考虑软化灶;脑白质脱髓鞘病变,脑萎缩;双侧筛窦炎。中医辨证为脾肾亏虚,浊毒上犯证,治以补益脾肾,化痰解毒开窍,方以黄连温胆汤化裁,处方:天竺黄、石菖蒲各 15 g,黄芩、陈皮、炒神曲、炒谷芽、茯苓、白茅根、泽兰各 10 g,黄连、桂枝、竹茹、乌梅各 5 g,甘草、小通草各 6 g,3 剂,每日 1 剂,水煎服。2018-01-18 患者头晕、咳嗽缓解,近两天未出现胡言乱语,仍动作迟缓,双下肢不自主抽动,舌红,苔黄腻,脉弦细。血压 156/80 mmHg。中餐后 2 h 血糖 16.8 mmol/L,尿常规+尿沉渣示:隐血++,尿白细胞脂酶+,尿蛋白+++ ,葡萄糖+++ ,红细胞总数 57.20 个/μL,白细胞总数 170.28 个/μL。行血透治疗,予卡维地洛、拜新同降压,瑞格列奈降糖,琥珀酸亚铁、叶酸纠正贫血,甲钴胺穴位注射营养下肢神经,中药原方去乌梅、白茅根、小通草,加山茱萸、杜仲、忍冬藤、络石藤各 15 g,5 剂。2018-01-23 患者病情好转,复查血常规:红细胞 3.27×10¹²/L,血红蛋白 98.00 g/L;血生化:总蛋白 6090 g/L,白蛋白 36.00 g/L,肌酐 1 014.00 μmol/L,尿素 15.40 mmol/L,尿酸 507.00 μmol/L,镁 1.12 mmol/L,二氧化碳结合力 18.40 mmol/L,肾小球滤过率 3.85 mL/min;行规律血液透析,守 2018-01-18 方 7 剂,带药出院。

按:由于尿毒症脑病的临床症状复杂,中医可归属于“不寐”“痴呆”“厥证”“颤证”“癲证”等范畴,为正气虚极,邪毒内炽而生之变证。本案患者由于年老体衰,气血亏虚,加之肾病久治不愈,邪毒蕴结,攻伐耗损,气血阴阳俱损而脑髓筋脉失养,故见运动迟缓、双下肢抽动,同时脏腑功能衰惫,气血津液运行不畅,玄府开阖不利,从而酿生痰热浊毒,损伤脑络,上扰神明或因痰热浊毒挟风走窜,犯脑冲心而令神明无所主,故见胡言乱语。本病病位在脑,病性属本

虚标实,辨证为脾肾亏虚,浊毒上犯证,故处方以山茱萸、杜仲、麦芽、谷芽补益脾肾,黄连、黄芩、白茅根之类清热解毒,并天竺黄、石菖蒲化痰开窍醒神,桂枝与茯苓、泽兰、小通草合用以通利降浊,后加用藤类药物祛风通络,去所兼之毒,如此便能使浊毒渐去,气血流畅,脑络得养,玄府得通,神明渐复。

3.3 肺性脑病

王某某,男,68岁,住院号:403033。因反复咳嗽咯痰、气促2年余,加重伴嗜睡2d,于2016-01-31入院。2014年开始无明显诱因出现咳嗽咯痰、气促,于市某医院诊断为“慢性阻塞性肺疾病”,予止咳化痰及对症支持处理(具体用药不详)症状好转后出院,后未规律使用吸入特布他林,病情常反复发作。2d前受凉后,上述症状进一步加重,并出现嗜睡。症见:咳嗽咯痰,痰多难咯出,色黄,气促,动则加重,坐位时缓解,疲乏无力,夜间阵发性呼吸困难,食纳一般,二便调。舌红,苔黄腻厚,脉弦数。查体:桶状胸,双侧呼吸活动度降低,语颤减弱,双肺呼吸音低,双肺可闻及散在湿性啰音。神经系统病理征(-),血常规:白细胞 $6.37 \times 10^9/L$,嗜中性粒细胞百分比87.7%;血气分析:pH 7.40,PCO₂ 54.6 mmHg,PO₂ 48 mmHg,SO₂ 82.3%,BE 6.7 mmol/L,HCO₃⁻ 32.7 mmol/L。肺功能检查示:FEV₁/FVC 43.5%。胸部CT示:慢性支气管炎、肺气肿并左上肺及右下肺感染;双上肺结核大部纤维化;脊柱侧弯,颈椎退变C_{2/3-3/4}椎间盘向后突出。诊断:(1)肺性脑病;(2)慢性阻塞性肺疾病急性加重肺心病;Ⅱ型呼吸衰竭。予间断无创辅助通气,哌拉西林他唑巴坦抗感染,痰热清、氨溴索化痰清肺热,特布他林、布地奈德扩张气道并抗炎,多索茶碱平喘,泮托拉唑护胃,川芎嗪活血通络,及对症支持治疗。中医辨证为痰热、浊毒上蒙神窍证,治以清热解毒,燥湿化浊,涤痰开窍,方以菖蒲郁金汤合涤痰汤加减,处方:石菖蒲、天竺黄、茯苓、浙贝母各15g,郁金、法半夏、枳实、竹茹、苦杏仁、桔梗、黄芩、虎杖、瓜蒌皮各10g,陈皮、甘草各6g,3剂,每日1剂,水煎服。2016-02-04患者神清,精神好转,咳嗽咯痰,痰增多易咳,色黄白,量多,活动后仍有气促,夜间仍感低热,头部发热,无明显口干,活动耐量较前增加,纳食增,寐可,小便多,大便黄软成形,无发热、胸痛等不适。舌红,中根部苔白腻厚,舌边尖少苔,脉细滑。体查:测体温夜间波动在37.0~37.6℃,

双肺呼吸音低,双肺可闻及干湿性啰音,以右肺干啰音及左下肺少量湿性啰音为主。复查血常规:白细胞 $4.51 \times 10^9/L$,嗜中性白细胞百分比70.50%,淋巴细胞百分比18.00%,红细胞 $3.87 \times 10^{12}/L$,血红蛋白浓度117.00 g/L,提示感染较前好转,轻度贫血。复查肺功能检查示:FEV₁/FVC 67.0%。中医根据舌脉症,辨为痰浊阻窍证兼有肺肾阴虚之象,治法:化痰浊开脑窍,辅以养阴清热,处方:浙贝母、法半夏、竹茹、川芎、胡黄连各10g,茯苓、地骨皮、石菖蒲、虎杖、红景天、天花粉、麦冬、南沙参各15g,桔梗、陈皮、甘草各6g,3剂。2016-02-06精神可,胸闷气促乏力明显缓解,咳嗽时有,痰白易咳出,量少,无夜间阵发呼吸困难。查体:双肺呼吸音低,双下肺可闻及湿性啰音。复查血气分析pH 7.418,PCO₂ 62.3 mmHg,PO₂ 773 mmHg,SO₂ 96.3%,BE 15.7 mmol/L,HCO₃⁻ 37.8 mmol/L,提示呼酸并代碱Ⅱ型呼吸衰竭,缺氧较前改善。患者自觉症状好转,要求出院,但仍有二氧化碳潴留,需继续无创辅助通气治疗,嘱其自备呼吸机家庭无创辅助通气,守2016-02-04方7剂带药出院。

按:中医称肺性脑病为“肺厥”或“肺胀神昏”。本案患者年老体虚,病程日久,因反复咳喘,肺气不足累及脾肾,气血津液代谢失常,水湿聚而成痰,痰浊蕴结成毒,阻滞气机,故见咳嗽咯痰、胸闷;上蒙清窍,故见神志改变,甚至嗜睡、昏迷。治以菖蒲郁金汤合涤痰汤加减,清热燥湿涤痰,化浊解毒开窍。随着出现肺肾阴虚之象,故加地骨皮、胡黄连、竹茹、天花粉、麦冬、南沙参养阴清热。

3.4 一氧化碳中毒迟发性脑病

刘某某,女,16岁,住院号:376826。因神志模糊10d,加重伴躁动不安3d,于2015-03-08入院。代诉10d前发现患者昏倒在家,屋内弥漫浓烈煤气刺鼻味,急送至某县中医院,颅脑MRI+CT(2015-03-02外院)示:双侧小脑半球、颞叶、基底节区及顶叶水肿。诊断为“一氧化碳中毒性脑病”,予脱水、营养神经、高压氧治疗后症状逐渐缓解,3d前症状复发伴躁动不安,拒绝打针,甚至咬人,为进一步治疗来我院就诊。入院症见:神志模糊,表情淡漠,面色晦滞,四肢乱动,躁动不安,有咬人、拔针等伤人自伤行为,无发热、咳嗽咯痰,饮食一般,近3d呕吐胃内容物1次,无咖啡渣样物,无鲜血及酸臭味。大便10d解1次,近2d未解,有排气,睡眠差。舌暗

红,苔薄黄,脉沉细。查体:欠配合。T 36.0℃,P 75次/min,R 18次/min,Bp 110/80 mmHg。神经系统病理征(-)。血常规:白细胞 $14.60 \times 10^9/L$,中性粒细胞数 $12.59 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率86.31%,嗜酸性粒细胞 $0.02 \times 10^9/L$,淋巴细胞比率7.22%。诊断:一氧化碳中毒迟发性脑病。予甲钴胺、维生素B₁、单唾液酸四己糖神经节苷脂钠营养神经,七叶皂苷钠轻度脱水,长春西汀改善循环,维生素和门冬氨酸钾镁,临时予苯巴比妥镇静及对症支持治疗。中医诊断:狂病,辨证为痰热扰神,毒结腑实证。治法:重镇安神,通腑泻实,活血解毒。自拟方:生龙骨、生牡蛎、代赭石各20g,连翘、虎杖、白花蛇舌草各15g,生大黄、桃仁、红花、丹参、黄连、朱茯神、薄荷各10g,莲子心3g,生甘草6g,3剂,水煎,服药时兑入人工牛黄0.15g,日1剂,早晚温服。2015-03-12患者意识模糊,能简单作答,频繁出现颈部右侧强直痉挛,无狂躁,无伤人自伤行为,纳可,寐差。颅脑MRI+DWI:双侧苍白球、颞叶、枕叶符合CO中毒改变。予地塞米松抗炎,地西洋、奥卡西平抗癫痫及对症支持治疗。主症改变但病机未变,中医诊断:痫病,守方3剂。2015-03-15患者精神状态一般,意识稍模糊,表情淡漠,无痉挛发作,纳一般,大便未解,小便失禁,舌暗,苔黄腻,脉数。辨证为痰火扰神,腑气不通证,治以镇惊醒神,清热排毒,方以柴胡龙骨牡蛎汤合大承气汤加减:生地黄30g,煅龙骨、煅牡蛎、党参、川芎、石菖蒲各15g,柴胡、桂枝、法半夏、姜厚朴、黄芩、玄明粉、茯苓各10g,生大黄、胆南星、生甘草各5g,5剂,水煎服,早晚温服。2015-03-20患者意识较前好转,能简短说话作答,无痉挛发作,纳寐可,二便调。舌红,苔薄黄腻,脉弦细。辨证为痰阻清窍,治以化痰开窍,解毒通络,予化痰通络汤化裁:生龙骨、生牡蛎、首乌藤各30g,茯苓15g,石菖蒲、郁金、法半夏、枳实、竹茹、天麻、僵蚕、陈皮各10g,远志、甘草各6g,全蝎3g,7剂。2015-03-28神清,无其他不适,准予出院。

按:一氧化碳中毒迟发性脑病属于中医学“狂病”“痫病”“痴呆”等神志病范畴。本案一氧化碳中毒患者经治疗恢复意识后,经过一段假愈期,再次出现神经精神症状,其病机为腑实、痰热、毒邪蕴结不解,玄府神窍不通,气化不及则神机失用,升降不利则神机错乱。治疗原则是,上病下治,回环中土,疏利枢

转,解毒排毒,神机运转才能恢复。

4 结语

六淫之邪无毒不犯人,浊毒与风、热、寒、燥、湿、痰、瘀等结合,成为反映整体病机状态的证素概念之一。吉益东洞《类聚方·凡例》指出:“医之处方也,随证以移,唯其于同也,万病一方;唯其于变也,一毒万方。”汉方医学基于气血水理论,确立了去毒为治病的唯一法则。万病一毒说^[17]虽然言过其实,但从毒邪理论辨治神经感染性疾病及代谢性脑病,中医解毒治法已经大大超越了前人的思维模式^[18],解毒治法仍然是中西医结合精准治疗的临床原则之一。

参考文献

- [1] 吴深涛.内毒论[J].中医杂志,2017,58(15):1265-1269.
- [2] 邢玉瑞.中医浊毒概念问题探讨[J].中医杂志,2017,58(14):1171-1174.
- [3] 叶吉晃.周仲瑛教授伏毒学说初探[J].中国中医药现代远程教育,2006,4(10):4-7.
- [4] 左强,吴伟,黄颖,等.从毒、痰、瘀、虚辨治乌头碱中毒初探[J].中国中医药信息杂志,2016,23(6):113-115.
- [5] 郗春龙.毒鼠强中毒的防治探讨[J].基层医学论坛,2004,8(2):190.
- [6] 张利东.毒损脑络病因病机源流研究[D].吉林:长春中医药大学,2017.
- [7] 李滨.试论脑与神志疾病的辨证论治[J].中医文献杂志,2002(2):24-26.
- [8] 周晶.张觉人教授中医辨证分型治疗肺性脑病经验探讨[D].武汉:湖北中医药大学,2011.
- [9] 荀文伊,甘洪桥,叶乃菁.从津血精髓分层论治糖尿病脑病[J].四川中医,2018,36(8):18-20.
- [10] 周岁锋,郭应军,汤双齐.毒邪学说在危重病患者中的应用[J].中国中医急症,2007,16(4):437-438.
- [11] 刘燕妮.肝性脑病中医谈[N].中国医药报,2018-01-19.
- [12] 王利萍.芳香开窍中药对血脑屏障通透性的调节作用及其机制研究进展[J].中国中药杂志,2014,6(39):949-954.
- [13] 王雪飞,李彬,刘清泉,等.脓毒症相关性脑病的发病机制及治疗探讨[J].世界中医药,2014,9(3):281-284,287.
- [14] 李加慧,陈仁寿,李陆杰.抗病毒中药的药性与功效及其关联性文献研究[J].中医杂志,2019,60(1):67-71.
- [15] 孙劲秋.尿毒症脑病中医辨证与治疗[J].实用中医内科杂志,2011,25(6):95-96.
- [16] 张立净.肾脑相关理论辨治尿毒症脑病的临床研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [17] 蒋永光.吉益东洞及其万病一毒说[J].山东中医学院学报,1989,13(2):30-32.
- [18] 叶振东.中医解毒治法内科临床应用综述[J].亚太传统医药,2013,9(10):50-51.