

·专家论坛·

本文引用:周德生,谭惠中.基于开阖枢理论辨治自主神经疾病——中医脑病理论与临床实证研究(九)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(9):1053-1060.

基于开阖枢理论辨治自主神经疾病 ——中医脑病理论与临床实证研究(九)

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] 开阖枢理论是中医基础理论的组成部分。以三阴三阳分开阖枢,自主神经功能与经脉脏腑气化的开阖枢功能表现类似。开阖枢理论总结了疾病特殊的传变规律,可以指导自主神经疾病的临床辨治。通过神经源性体位性低血压、头部多汗症、自主神经功能不全、术后自主神经功能障碍、交感神经型颈椎病5个医案,阐述自主神经疾病的病机特征为枢机障碍,神机失用;开阖枢同病,而表现为偏于开折、阖折、枢折状态。治疗上必须着眼气化,整体变理,邪正兼顾;调理法包括身心调理、饮食调理、方药调理之类,并加强及时有效的对症治疗。方药调理治疗的关键点在于养神安神、疏通经隧、双向调节、整体变理,才能枢转神机。

[关键词] 自主神经疾病;自主神经功能障碍;开阖枢理论;枢转神机

[中图分类号]R259;R74 **[文献标志码]**A **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.09.001

Diagnosis and Treatment of Autonomic Nervous Diseases Based on Kaiheshu Theory and Encephalopathy in Traditional Chinese Medicine and Clinical Empirical Study (IX)

ZHOU Desheng¹, TAN Huizhong^{2*}

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

2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

[Abstract] Kaiheshu theory is an integral part of the basic theory of traditional Chinese medicine. Classify the Kaiheshu according to three Yin and three Yang. The function of autonomic nervous function is similar to that of the Kaiheshu in Qi transformation of meridians and viscera. The Kaiheshu theory summarizes special laws of disease transmission and can guide clinical diagnosis and treatment of autonomic nervous diseases. This paper describes characteristics of pathogenesis in autonomic nervous diseases through 5 cases of neurogenic orthostatic hypotension, head hyperhidrosis, autonomic dysfunction, postoperative autonomic dysfunction, and sympathetic cervical spondylosis. The characteristics are pivot mechanism disorder and spiritual mechanism dysfunction; and if disease involves Kaiheshu, the manifestation tends to the state of Kaizhe, Hezhe, or Shuzhe. The treatment must focus on Qi transformation, overall treatment, and taking both evil and healthy qi into consideration. The methods include physical and mental regulation, diet regulation, prescription regulation, and strengthening timely and effective symptomatic treatment. The key point of prescription regulation is nourishing the spirit and tranquilization, dredging channels, two-way adjustment, and overall treatment, in order to pivot spiritual mechanism.

[Keywords] autonomic nervous disease; autonomic dysfunction; Kaiheshu theory; pivoting spiritual mechanism

[收稿日期]2019-04-30

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

[作者简介]周德生,男,主任医师,教授,博士研究生导师,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。

自主神经系统由交感神经系统和副交感神经系统组成,既拮抗又协调的调节内脏和血管平滑肌、心肌和腺体的机能活动,在维持机体内稳态及保持紧张性效应、应激反应、情绪调控等方面起主要作用。自主神经系统几乎参与所有疾病的发生、发展、表现,各系统疾病或多或少伴有自主神经功能障碍。自主神经疾病以自主神经受累为主,主要包括自主神经功能不全、晕厥、反射性躯体神经病、雷诺病、原发性直立性低血压、神经血管性水肿、出汗异常、红斑性肢痛症、内脏疼痛、偏侧萎缩症、交感神经链综合征、间脑疾病等等^[1]。中医在辨治自主神经疾病及自主神经功能障碍并发症方面有丰富的经验,但缺乏深入的规律总结,临床上容易漏诊误诊。《素问·皮部论》以三阴三阳分“开阖枢”,丹波元简《素问识》释义为“不过借以见神机枢转之义”,谓经脉之气环转无端,升降出入以渗于脏腑、募原、五体等,发挥不同的神机功能。中医对自主神经的认识很少。笔者认为神机是阴阳升降、出入、聚散、旋转之机,借鉴陈无咎《内经辨惑提纲》以正负释阴阳奇恒,因此,本文引于开阖枢理论阐释自主神经功能。在象思维的背景下,已有学者^[2-4]认识到开阖枢理论与自主神经生理病理作用机制之间的相关性。本文基于开阖枢理论,介绍辨治自主神经疾病的临床体会如下。

1 基于开阖枢理论的自主神经疾病病机特征

自主神经功能与经脉脏腑气化的开阖枢功能表现类似。自主神经疾病的病机特征为枢机障碍,神机失用;开阖枢障碍同病,而表现为偏于开折、阖折、枢折状态。开阖枢理论总结了自主神经疾病特殊的传变规律。

1.1 开阖枢理论与自主神经的相关性

阴阳互藏,互根互用,是升降出入交感和合的原动力。阴阳离合之道,如《吕氏春秋·仲夏纪》描述为“离则复合,合则复离,是谓天常”。阴阳配合,天地同和,阖辟变动,万物化生。阴阳冲冲,枢转律动,形气相生,体用互成。《素问·天元纪大论》曰:“阴阳之气各有多少,故曰三阴三阳也。”《素问·阴阳离合论》曰:“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢……太阴为开,厥阴为阖,少阴为枢。”以阴阳气多少分三阴三阳;开为敷布,阖为受纳,枢为转输,故开阖枢一体。但是,

遵照阴阳学说的观点,表为阳,里为阴。表中之表太阳,里中之表太阴,为开;表中之里阳明,里中之里厥阴,为阖;阳之半表半里少阳,阴之半表半里少阴,为枢。太阳、太阴皆属开,太阳偏重布气,太阴则侧重运化水液;阳明、厥阴皆属阖,阳明主受纳通降,厥阴司阴血潜藏;少阳、少阴皆属枢,少阳偏于枢气,少阴偏于枢血,它们在功能上协调呼应,一方发生失常时易导致向另一方的传变,互为病理因果关系^[5]。开阖枢理论用气机变化的趋向与强弱,阐明了生命内外环境的稳定性与平衡性,人体生理、病理与外界环境的相互关系,都是精气阴阳变化的结果。

脑为元神之府,主司神机变化。神能御气,通过经脉脏腑气化,统御开阖枢功能,为人身之枢机。所以,神机轴又称志心神机轴,由志心(脑)、大心(心)及心主(心包络)、小心(命门)组成,对躯体、脏腑、经络等神机起双向调控作用。由下而上,控制觉醒、意识、注意、睡眠、智能、情感等;由上而下,支配运动、视觉、触觉、协调、姿势、平衡等^[6]。神机流贯,上至脑髓,下聚肾命,内遍脏腑,外达周身,远及四末。《素问·阴阳应象大论》所谓:“阴者,藏精而起亟也;阳者,卫外而为固也。”太阳太阴为开,通过膀胱、小肠、肺、脾等经脉脏腑的功能,将阳气与津液布达全身表里上下,生成宗气、卫气、营气,气血津液循环,发挥温煦濡养作用,有助于维持全身机能。故《灵枢·营卫生会》认为,精、血、气、神“异名同类”。少阳少阴为枢,通过胆、三焦、心、肾等经脉脏腑的功能,使表里枢转、上下交通、水火互济、神志安宁、阴阳平衡。阳明厥阴为阖,通过胃、大肠、肝、心包等经脉脏腑的功能,则水谷运化、精微输布、气血流动、魂魄升降。自主神经系统参与内分泌调节葡萄糖、脂肪、水和电解质代谢,不受意志控制地调节心率、血压、体温、睡眠、消化、呼吸速率、瞳孔反应、排尿、性冲动等机能反射。李璐等^[2]设想,开类比交感神经的兴奋作用,阖类比副交感神经的抑制作用,枢类比中枢神经系统的调控机制。《读医随笔·升降出入论》说:“升降出入,互为其枢也。”参照中医阴阳学说的观点,精气阴阳升降出入产生神机,自主神经功能与经脉脏腑气化的开阖枢功能表现类似。

1.2 自主神经疾病病机特征

在病因上,除由自主神经系统本身多种病变所

引起以外,还可由其他更多的躯体性疾病所引起或伴发。在临床表现上,除可引起自主神经系统的自身症状以外,还可同时引起其他相应躯体症状的伴发;反之,某些躯体性疾病还可同时伴发相应的自主神经系统症状,从而引起复杂而多变的临床症状或症状组合。因此,自主神经疾病神机失用单纯病机者并不多见,往往表现为复杂病机状态。

《读医随笔·升降出入论》认为升降出入为“百病之纲领,生死之枢机”。出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。开阖枢理论阐释了自主神经疾病的病机特征:枢机障碍,神机失用。(1)开折病态。①《灵枢·根结》曰:“开折则肉节渎,而暴病起矣,故候暴病者取之太阳,视有余不足,渎者皮肉菀腠而弱也。”“开折则仓廩无所输膈洞,膈洞者取之太阴,视有余不足,故开折者气不足而生病也。”其病态表现为卫气郁滞不出或营气内滞不通^[7]。若太阳开张不利,阳气不能正常上行外达,卫气不能正常发挥其熏肤、充身、泽毛功能,会导致恶寒、发热、自汗等一系列症状;当津液代谢失常就会出现尿频或癃闭等症状;当太阴开张不利就会出现自汗、鼻塞流涕等症状^[3]。②交感神经偏亢也会出现心悸易惊,可见心动过速、脉数、易受惊吓等。畏热、低烧,血压不稳,脉压差增大,多汗,手颤,部分患者尚可见甲状腺功能亢进等病理现象^[4]。(2)枢折病态。①《灵枢·根结》曰:“枢折即骨繇而不安于地,故骨繇者取之少阳,视有余不足,骨繇者,节缓而不收也,所谓骨繇者摇故也,当穷其本也。”“枢折则脉有所结而不通,不通者取之少阴,视有余不足,有结者皆取之。”若少阳枢转失利,则外使筋骨失养,骨节不能正常枢转举动而缓纵不收;若外邪客居半表半里,则可致伤寒,少阳病表里不和,出现往来寒热诸症^[8]。当少阴枢机不利,寒化则见嗜睡、手足厥冷、多尿、遗尿、夜尿频多,热化则见心烦、惊悸、失眠、五心烦热、潮热盗汗等症状^[3]。②中枢神经失调,如下丘脑功能紊乱则会导致神经性多食,肥胖;或神经性厌食,消瘦;多饮、多尿、性功能障碍等。上下交通,中焦斡旋,五脏一体,少阳、少阴的枢转机制与中枢神经的作用比较,自主神经中枢对机体的生理与病理调控过程,也是通过中枢神经系统整合加工多种神经递质功能后实现的。《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》说:“动

即为惊,弱则为悸。”心血管功能及心脏自主神经功能均与心脾气虚有关^[9]。(3)阖折病态。①《灵枢·根结》曰:“阖折则气无所止息,而痿疾起矣,故痿疾者,取之阳明,视有余不足,无所止息者,谓真气稽留,邪气居之也。”“阖折即气驰而善悲,善悲者取之厥阴,视有余不足。”当阳明关阖不利或关阖不及时,不能腐熟饮食水谷,清气下陷,则会出现泄泻、便溏,当太过时,会出现胃脘腹部胀满、大便秘结或小便频数、热结旁流,及反胃、呃逆等症状。当厥阴关阖不利,致心内所藏的神明受扰时,会导致心神不宁,肝失疏泄,肝藏血功能下降则喜悲伤欲哭,郁郁寡欢^[3]。②副交感神经抑制作用太过时,也会致昏厥、恶心、呕吐、胃肠蠕动增强,唾液分泌增加,头昏、眩晕,类似内耳眩晕症表现等^[4]。红细胞、血红蛋白、游离脂肪酸、5-羟色胺、去甲肾上腺素等血液营养成分及神经递质含量降低,出现抑郁状态^[10]。肠道菌群改变导致菌-肠-脑轴功能异常更可能促进抑郁症发生,通过调节肠道微生物来改变抑郁焦虑等心理疾病已成为神经科学和心理学的热点^[11]。可见,开阖枢理论总结了自主神经疾病特殊的传变规律。

2 基于开阖枢理论的自主神经疾病辨治特点

原晨^[12]研究发现,自主神经疾病患者存在精神心理变化,以及脑电活动、神经递质合成和释放改变。钞建峰等^[13]用刚柔秉性阐释心理情志因素刺激发病的差异性,重视气机升降作为发病的始动因素,肝之刚柔不能相济,刚证交感神经亢进,柔证副交感神经亢进,推崇刚柔辨证治疗自主神经疾病,其实也没有脱离脏腑辨证的范畴。调节自主神经功能的药物众多,诸如肾上腺素能药物、多巴胺能药物、5-羟色胺能药物、胆碱能药物、组胺能药物、肽能药物、单胺能药物及作用于离子通道的药物,都可以作用于中枢与周围自主神经系统,通过神经递质或调质、激素及自身活性物质等抑制或增强内脏平滑肌和内分泌腺体功能,治疗自主神经疾病^[1]。临床证明,自主神经疾病以调理为主,调理治疗的关键点在于枢转神机。

2.1 自主神经疾病以调理为主

自主神经疾病开阖枢同病,而表现为偏于开折、阖折、枢折状态。因此,自主神经疾病治疗上必须着

眼气化,整体燮理,邪正兼顾。自主神经疾病以调理由主。调理法包括身心调理、饮食调理、方药调理之类,并加强及时有效的对症治疗。方药调理分为调理阴阳、调理气机、调理气血、调理脾胃、多脏燮理等等。交感神经偏亢者多见心肾阴虚,肝阳上亢,内风旋动。治以交通心肾,滋阴潜阳,镇肝息风。副交感神经偏亢者多见胃失和降,脾肾阳虚,髓海不足。治以和胃降逆,温补脾肾,填精益髓。中枢神经失调者多见气阴亏虚,阴阳两虚,虚实夹杂。治以益气养阴,阴阳双补,扶正祛邪。具体而言,如心脏神经症与肝、脾、心、肾等相应脏器的气血阴阳的亏虚或太过有着密切关系^[14]。在治疗时应当具体问题具体分析^[15],肝气郁结者,治当疏肝解郁,顺气降逆,如柴胡疏肝散、逍遥散;心脾气血两虚者,治当益气补血,补脾养心,如归脾汤、甘麦大枣汤;心肾不交,阴虚火旺者,治当滋阴清火,交通心肾,如天王补心丹、交泰丸;胆胃不和,痰火扰心者,治当清热豁痰,宁心安神,如温胆汤、柴胡加龙骨牡蛎汤;心气虚、心血虚者,治当养血益气,补养心神,如安神定志丸、养心汤;气滞血瘀者,治当活血行气,通络复脉,如血府逐瘀汤、麝香保心丸。

2.2 调理治疗的关键点在于枢转神机

自主神经疾病枢机障碍,升降出入紊乱,神机失用,调理治疗的关键点在于枢转神机。(1)养神安神,重视阳和之气。《素问·生气通天论》云:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”阴神阳神,魂魄相依。三阳开阖枢需少阴枢转阳气,三阴开阖枢需阳明关阖阳气,相辅相成。故表里不和者,桂枝汤;上下不交者,黄连阿胶鸡子黄汤。阳气亏虚者温阳益气、镇静安神;阳气抑郁者通阳调气、解郁安神。如桂枝甘草龙骨牡蛎汤、菖蒲郁金汤。(2)疏通经隧,重视气化神机。《灵枢·终始》指出:“和气之方,必通阴阳。”谨守病机,调阴与阳,补虚泻实,复其升降,疏通经隧,精气透散流布正常,神机升降出入,使道灌注流通。如安宫牛黄丸、安神定志丸、通窍活血汤、涤痰汤、星蒺承气汤。(3)双向调节,重视脏腑别通。腑病治脏,脏病治腑,原自相通。同时,开阖枢对应的脏腑相通,即《医学入门》转引《五脏穿凿论》所谓肺与膀胱别通、脾与小肠别通、心与胆别通、肾与三焦别通、肝与大肠别通。现代学者左常波补充了心包与胃别通^[16]。双向调节相通或别通脏腑的开阖补泻,并行相兼或权衡相

夺,枢转神机。如小柴胡汤合五苓散为柴苓汤调理三焦气化,治疗自主神经功能不稳所致的急性神经血管性水肿。(4)整体燮理,重视亢害承制。《素问·六微旨大论》曰:“亢则害,承乃制,制则生化,外列盛衰。”亢者则以所承制之,弱者则以生化求之,五脏和则互为生克,开阖枢自主调控,拮抗承制平衡,神机生化自如。如根据五行相生的隔一之治,名为正治,治我胜之脏的隔二之治,治胜我之脏的隔三之治,乃至五脏同治,是整体燮理的临床法式。如河车丸(组成:人中白、紫河车、秋石、五味子、人参、石钟乳粉、阿胶、鳖甲、地骨皮、银柴胡、百部、青蒿、童便、陈酒)滋肾阴清肺热,温肾阳助脾运,以恢复肺通调水道功能,治疗多系统萎缩自主神经功能障碍引起的体位性低血压、阳痿、括约肌功能障碍。参考《证治汇补·癱闭》的说法,肺燥不能生水,河车丸中滋肾涤热属于隔一之治,清金润肺属于隔二之治,燥脾健胃属于隔三之治。

3 自主神经疾病医案举隅

3.1 神经源性体位性低血压案

患者张某某,男,58岁,住院号:332577。因发现体位性低血压3月余,伴发作性晕厥1月,于2013-07-29入院。3月前因头晕于当地医院住院行24h动态血压监测诊断“体位性低血压”,未予特殊治疗。1月前自觉头晕加重于某医院住院,查:卧位血压167/100 mmHg,坐位血压133/91 mmHg,立位血压89/64 mmHg。2013-06-06头部MRI示:脑内多发腔隙性脑梗塞,轻度脑白质疏松症,脑萎缩。双侧上颌窦、筛窦、额窦炎症。右侧椎动脉起始段稍狭窄。颈部血管彩超示:左侧颈动脉硬化斑块,右侧颈动脉内-中膜增厚,右侧椎动脉内径较细。心脏彩超示:左室假腱索;左室收缩功能测值正常,舒张功能测值轻度减退。心电图:窦性心律;TII、III、aVF,TV5双向,TV6倒置,TI低平。予米多君片2.5 mg,早晚各1次,左旋氨氯地平片2.5 mg,晨起时1次,好转出院后一直服用,出院后3d行走后突发黑蒙,随即倒地,意识丧失,伴全身青紫,四肢冰冷,流涕流涎,二便失禁,偶有四肢抽搐,平卧2~5 min后苏醒,发作前及苏醒后未诉任何不适,反复出现约8次。入院症见:行走后突发黑蒙,随即倒地,意识丧失,持续约2~

5 min,伴全身青紫,四肢冰冷,流涕流涎,二便失禁,偶有四肢抽搐,发作前及苏醒后未诉任何不适,言语欠流利,行走不稳,乏力,纳可,寐差,大便秘,4天/次,小便难解。舌淡暗,苔黄腻,脉弦滑。既往有“高血压病”5年余,未规律服药,血压波动在160-210/60-160 mmHg。“多发性脑梗塞”3月余,后遗言语欠流利,行走不稳。吸烟史20余年,半包/天。查体:T 36.5℃,P 80次/min,R 19次/min,BP 116/88 mmHg(卧位),100/70 mmHg(坐位),88/54 mmHg(立)。右上肢近端肌力5级,远端肌力及握力5级,右下肢肌力4级,左侧肢体肌力5级,四肢肌张力正常,深浅感觉正常,生理反射正常,病理反射未引出。走“一”字步不能。明确诊断:(1)神经源性特发性体位性低血压;(2)多发性脑梗死恢复期;(3)高血压病3级极高危组,高血压性心脏病 心功能2级。予米多君片(晨起、中午服用)升压,单唾液酸四己糖神经节苷脂钠冻干粉针营养脑神经及对症支持治疗,配合舒血宁活血养脑。中医辨为脾虚痰扰证,治以益气健脾,化痰利窍,方以益气聪明汤化裁,处方:粉葛根、天麻各30g,蔓荆子、黄芪、茯苓各20g,白芍、炙甘草、陈皮、法半夏、枳实、竹茹各10g,西洋参、黄柏、升麻、生大黄各6g,4剂。2013-08-02患者未发晕厥,行走半小时后稍感头晕,言语欠流利,行走不稳,乏力,纳可,寐差,大便未解,小便难解。舌淡暗,苔黄腻,脉弦滑。查体:BP 170/112 mmHg(卧位),112/78 mmHg(坐位),78/52 mmHg(立)。24小时动态血压监测:卧位最大值187/106 mmHg,卧位最小值147/83 mmHg,立位最小值81/45 mmHg。患者卧位时血压偏高,予苯磺酸氨氯地平片2.5mg睡前服用控制血压,大黄胶囊改善便秘,守方改黄芪为30g,大黄8g,4剂。2013-08-06患者未发晕厥,今晨活动后感头晕明显,无胸闷心悸、视物旋转,言语欠流利,行走欠稳,乏力,纳可,寐差,难以入睡,夜间遗尿1次,大便未解。舌淡暗,苔黄腻,脉弦滑。查体:BP 172/102 mmHg(卧位),106/80 mmHg(坐位),92/62 mmHg(立位)。患者目前血压控制欠理想,继续监测血压,调整用药,加用参麦注射液益气养阴,中药守2013-08-02方改大黄为10g,5剂。2013-08-11患者昨日行走10余分钟后未发头晕,今日稍头晕,大便已解,夜间小便次数较前减少。舌淡暗,苔

黄腻,脉弦滑。查体:BP 148/90 mmHg(卧位),92/68 mmHg(坐位),72/50 mmHg(立位)。停单唾液酸四己糖神经节苷脂钠及舒血宁,改为小牛血清去蛋白及丹参酮改善脑循环,中药守2013-08-06方加胆南星10g,7剂。2013-08-19患者无头晕,无胸闷心悸,言语欠流利,行走欠稳,纳寐可,二便调。查体:BP 138/104 mmHg(卧位),110/74 mmHg(坐位),82/60 mmHg(立位)。病情稳定,症状缓解,守2013-08-11方14剂次日带药出院,嘱其监测血压,不适随诊。

按语:特发性直立性低血压又称Shy-Drager综合征,是一种病因不明的以自主神经功能损害为主的多系统神经变性疾病。临床主要表现为直立性低血压、晕厥等自主神经及小脑、锥体束、锥体外系等系统的症状体征。本病早期常易误诊,头晕者易误诊为脑供血不足;晕厥者易误诊为短暂性脑供血不足或血管迷走性晕厥;有小脑症状或体征的易误诊为脑桥小脑萎缩等。本案体位性低血压,中医属于厥证范畴,也称为大气下陷。《医学衷中参西录·治大气下陷方》升陷汤(生黄芪、知母、柴胡、桔梗、升麻)方解说:大气发生于命门,培养于脾胃,积贮于胸中。气机升降,魂魄不散。“其神昏健忘者,大气因下陷,不能上达于脑,而脑髓神经无所凭借也。”气机开折下陷,肺、心、脑等重要脏器气血亏虚过度。治以《东垣试效方》益气聪明汤(黄芪、人参、葛根、蔓荆子、白芍、黄柏、升麻、炙甘草)升举脏腑之精气,才能如《素问·生气通天论》所谓发挥“起亟”之用,汪机释义“外有所召,内数起以应也”,气血随用而灌注,机体应变调节自如。

3.2 头部多汗症案

岳某,女,57岁。头部多汗30余年。2015-07-11初诊:患者1992年行“右肾摘除术”后,动辄头颈部出汗较多,未引起重视。2011年行“子宫及附件摘除术”后,经常头部汗出如流,以枕部最多,后面头发如洗,衣领背部湿透,每晚枕头浸湿,运动、激动、吃饭时更甚。体瘦,怕风,疲乏无力,失眠多恶梦,心慌善恐,头晕视矇,面黯,肢冷,背寒,食欲差,口干,饮水少,舌红少苔,脉弦细浮。诊断:局限性多汗症,焦虑障碍。治疗:艾司唑仑片1mg,睡前1次。中医诊断:汗证。治法:敛降相火,滋阴止汗。方药:紫石英、鹿角霜、诃子、仙鹤草、芡实、地骨皮各15g,五味子3g,

石莲子、山药各 30 g,青蒿、黄柏、玄参、黄精、白茅根各 10 g。7 剂,水煎服。2015-07-18 二诊:头颈部出汗明显减少,睡眠安,精神好转。舌暗有齿痕,无苔,脉弦细弱。停艾司唑仑片;中药原方去白茅根、青蒿、黄柏,加浮小麦 30 g,14 剂。2015-08-01 三诊:运动、吃饭时头颈部仍有出汗,但较以前减少八成,晚上头部出汗较少,睡眠时好时差,仍然心慌善恐,舌暗无苔,脉弦细弱。守二诊原方 14 剂。并予米氮平口腔崩解片 15 mg,睡前 1 次。2015-08-15 四诊:病情稳定,米氮平口腔崩解片 15 mg,睡前 1 次,维持治疗。嘱任意用山药、芡实、莲子、五谷杂粮之类,煮粥食疗,少食多餐。2 个月后再复诊,头汗已止。

按语:患者多次手术以后,受情绪刺激,乙酰胆碱分泌增多而产生多汗,是自主神经功能紊乱的表现,出现的头部局限性多汗症,属于皮质性或情绪性出汗的一种特殊类型。中医认为自主神经功能紊乱的开阖枢障碍病机,与脑髓、五脏、奇经、相火、神志等有关。故头汗从脑论治,奇恒脑府治在奇经,必不舍脏真形神。本案手术损伤奇经之源,焦虑消耗五脏之真,相火内燔,虚阳上浮,头部汗出不止,心肝神魂浮动,成上热下寒之证。自拟方用紫石英重以去怯,镇心安神,降逆气,暖子宫,治虚劳惊悸,胞寒虚冷;鹿角霜温补督脉,填精益血,收敛漏泄,治诸虚百损,羸弱不堪。紫石英合鹿角霜相须配伍,柔剂阳药,填补奇经,敛降逆气,调和阴阳,标本兼治。五味子、玄参、黄精补肾阴,石莲子、芡实、山药滋脾阴,以治本。地骨皮、青蒿、黄柏、白茅根清相火,仙鹤草、诃子、浮小麦止汗出,以治标。故能取得良好疗效。

《石室秘录·敛治法》说:“凡人头顶出汗,乃肾火有余,而肾水不足,若不知其故,而徒用止汗之药,必致目昏而耳痛。法当滋其肾,而清肺金之化源,自易奏功如响。方用桑叶一斤,熟地二斤,北五味三两,麦冬六两,各为末,蜜为丸。遏汗汤。”考头汗治法,自古无良方,或与自汗混为一谈。陈士铎治病多奇中,然而,遏汗汤纯用滋补阴液,但用桑叶治头汗,其填补奇经、清降相火及固表止汗之力不足,此有方论而无方用。其故,囿于肺金为肾水上源,而昧于脑为奇恒之府也。

3.3 自主神经功能不全案

周某某,女,38 岁。2018-07-17 首诊:9 年前产后起病,疲乏无力,容易劳累,双手掌、双足心麻木,

四肢关节冷痛,恶风,间断头晕、耳鸣,发作性心悸怔忡、呃逆,睡眠时好时差,月经推后,经暗量少,舌胖暗边尖红,苔淡黄厚,脉细促数。既往有“阵发性室上性心动过速”病史。BP 125/85 mmHg。诊断:自主神经功能不全。治法:温中理气,镇摄安神,调和阴阳。方药:代赭石、红景天、鸡血藤、生龙骨、生牡蛎、炒麦芽、炒谷芽各 15 g,炮干姜、当归、炙甘草各 10 g,砂仁、木香、桂枝、五谷虫各 6 g,细辛 3 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。2018-08-02 二诊:药后未发作心悸,呃逆停止,睡眠、头晕、胸闷症状好转,耳鸣、四肢症状仍旧,舌胖暗红,苔薄黄干,脉沉细弱。治法:活血通络,镇摄安神,调和阴阳。方药:一诊方去代赭石、炮干姜、砂仁、木香、细辛,加赤芍药、桑枝、秦艽、王不留行、片姜黄各 10 g,14 剂。2018-08-21 三诊:耳鸣好转,发作性头晕出现频率较少,手足麻木明显减轻,晨起时偶有呃逆,上腹胀满,稍有饮食不谨则肠鸣痛泄,舌淡略暗,苔薄黄少,脉沉细。治法:调理肝脾,升降气机。代赭石、山药各 15 g,苏梗、荷梗、旋复花、玫瑰花、炮干姜、赤芍药、威灵仙、枳壳、防风、白术、白参各 10 g,九香虫、柴胡、甘草各 6 g。14 剂。2018-09-06 四诊:诸症均减轻,大热天不能当风吹风扇,仍然四肢凉,舌脉同前。兼以温补肾阳,三诊方去威灵仙,加淫羊藿、紫石英、葫芦巴各 15 g,14 剂。2018-09-21 五诊:药后效佳,舌胖暗红,苔薄白,脉沉细。治法:温补脾肾,疏利气机。四诊方去柴胡、防风、代赭石、旋复花,加鹿角霜 15 g,雪莲花 10 g。30 剂。2018-10-26 六诊:患者精神佳,睡眠可,饮食正常,肢凉恶风明显减轻,月经色暗量少。嘱停中药汤剂,改服全鹿丸 9 g,每日 2 次,补肾填精,益气培元。

按语:本案自主神经功能不全,以心脏、胃肠道、子宫、上肢、下肢的自主神经受损为主,属于虚劳范畴。《理虚元鉴·阳虚三夺统于脾》认为虚劳本于肺脾肾,虽有夺精、多火、夺气之不同,但以中气不守为最重。本案以中气为先,治疗补气、补血、补精、补火,调理脏腑,疏利气机,枢转神机,故能安养神明。

3.4 术后自主神经功能障碍案

郭某某,女,46 岁。2017-03-22 一诊:患者于 2012 年 6 月因卵巢囊肿行左侧卵巢摘除术,2016 年 10 月因胆结石行胆囊摘除术,5 个月来体质量下降 6 kg。诉疲倦乏力,动则少气不足以呼吸,失眠,情绪低

落,易惊恐,左侧肢体发冷,心慌心悸,食欲不振,胃脘烧灼样不适,肠鸣,大便前肛门坠胀感,大便先干后溏,有白色粘液,舌淡暗有齿痕,苔白厚粉干,脉沉细弱。诊断:术后自主神经功能障碍,胆囊摘除术后综合征。治法:调和脾胃,疏利气机。处方:制黄连、炮干姜、法半夏、桂枝、炒五灵脂、五谷虫、炙甘草各6g,炒乌梅、青皮、淡竹叶、炒蒲黄、白芍各10g,炒麦芽、煅瓦楞子各15g,明党参、山药各30g,7剂,日1剂,水煎服。2017-03-29二诊:药后症状明显好转,仍食少,肠鸣,大便有时不成形,肛门坠胀,舌暗红有齿痕,苔薄黄腐干,脉细弱。去桂枝、淡竹叶,加地榆炭15g,白头翁10g,7剂。2017-04-07三诊:睡眠好,无心悸,仍有肠鸣,大便不成形,舌红,苔薄黄干,脉细弱。去炒五灵脂,加焦山楂、炒鸡内金各15g,甘松10g,14剂。2017-04-22四诊:患者不愿意再服中药汤剂,改为参苓白术丸治疗。

按语:本案因卵巢、胆囊摘除术后,出现心脏、肺、胃肠道、肢体等自主神经功能障碍。中医认为脑、胆、卵巢均属于奇恒之腑,奇恒相依,奇恒互藏,均与精神心理活动有关。《素问·病能论》有“奇病”之病名,张志聪《素问集注》注解为“奇恒之病”,即奇恒之府病,可以作为自主神经功能障碍的中医病名。囊肿或结石属于癥积、息积、坚积、停积、浊结有形等,摘除术损伤形体,形伤则损伤正气,余气则留滞结聚,枢机开阖不利,满逆为病。仿乌梅汤表里、上下、寒热、虚实、有形无形同治,并用明党参配伍炒五灵脂相反相成,《得配本草·海藻》所谓“反者并用,其功益烈”。此方颇能代表自主神经功能障碍治法。

3.5 交感神经型颈椎病案

蔡某某,男,37岁。2018-09-30一诊:发作性眩晕、呕吐、心慌4月余,加重2h。患者长期从事驾驶工作,并且一有时间就打麻将牌。平常劳累后颈项胀痛,按摩可以缓解。颈椎MRI检查有颈椎生理曲度变直,C_{3/4-6/7}多个颈椎间盘向后膨出。4月17日通宵玩麻将,凌晨5点突发眩晕、呕吐,送到我院急诊,静脉滴注天麻素、桂哌齐特、泮托拉唑等,处理后好转。此后,反复发作眩晕、呕吐、心慌、冷汗,已经发作20余次,急诊留观6次。刻诊诉早餐后又突起眩晕,心悸心慌,恶心欲呕,头部体位改变则加重,舌红苔厚黄滑腻,脉浮滑促数。自服倍他司汀片、晕痛定

胶囊等无好转。测HR 104次/分,BP 135/102 mmHg。心电图示频发房性早搏。诊断为交感神经型颈椎病、后循环缺血、室上性心律不齐,中医诊断为项痹、眩晕、心悸,湿阻中焦、风痰扰络证。治法:祛湿化痰,祛风通络,解痉止眩。处方:秦艽、僵蚕、川芎、薄荷、羌活、芦根、小通草、苍术各10g,红景天、络石藤、忍冬藤、石楠藤、蔓荆子、白茅根、连翘各15g,全蝎3g,甘草6g。7剂,日1剂,水煎服。艾司唑仑片1mg,眩晕发作时立即口服或者舌下含服1次,眩晕不发作时不用。美托洛尔缓释片47.5mg,每天1次;倍他司汀片12mg,艾地本醌片30mg,脑蛋白水解物片28.8mg,日3次。2018-10-09二诊:用药后精神好转,眩晕及心慌症状明显减轻,头部体位改变仍然眩晕加重,无恶心,舌红苔黄滑腻,脉浮滑促。复测HR 87次/分,BP 122/96 mmHg。中医辨证为痰热阻络证。治法:清热化痰,调理气机,疏通经络。处方:络石藤、忍冬藤、石楠藤、茯苓各15g,炙远志、天竺黄、法半夏、青皮、枳壳、威灵仙、僵蚕各10g,全蝎3g,胆南星、黄连、苦参、甘草各6g。14剂。西成药同前。2018-10-25三诊:眩晕、心悸已止,颈项凝痛,枕部不适,惊恐易作,遇事易忘,自觉未老先衰,舌暗红苔薄黄干,脉细促浮。中医辨证为瘀血阻络证。治法:活血化瘀,疏通经络。处方:络石藤、忍冬藤、石楠藤、白茅根、山楂、鬼箭羽、蓝布正、鹿衔草各15g,王不留行、桑枝、秦艽、苏木、片姜黄各10g,甘草6g。14剂。续予美托洛尔缓释片、倍他司汀片、晕痛定胶囊(组成:蜜环菌粉、川芎)。配合舒筋正脊手法按摩,并嘱患者避免颈部劳累,平常勤做颈椎保健操。

按语:交感神经型颈椎病即Barre-Lieou综合征,由颈椎椎体骨质增生、韧带增厚、椎间盘变性膨出等压迫或刺激脊髓及颈交感神经节引起。根据临床症状,中医归属于项痹、眩晕、郁病、怔忡等范畴。本案以眩晕、心悸为主要临床表现,故使用自主神经调节剂如艾司唑仑片、美托洛尔缓释片以控制交感神经兴奋症状。《奇经八脉考·督脉》云:“任督二脉……分之以见阴阳之不离,合之以见浑沦之无间。”督脉贯脊,上通泥丸以奉“神德”,下通命门以养“元气”。督脉与脑、心、肾、肝、胆、胃、膀胱、三焦经及冲脉、任脉、跷脉、维脉等相联络,通过统摄、转枢、节

制、输注精气,传送中枢脑髓神机,以调控全身神机与气血升降。督脉痹阻,枢机不利,上下不交,阴阳失去协调,气化不畅而痰浊内生,血行不畅而瘀滞脉络,神机循行障碍。《丹溪心法·头眩》说:“无痰则不作眩。”发作期以化痰祛风解痉为主,继以调气化痰通络。缓解期病机乃督脉气机不能条达,不主张使用重镇潜阳法,以活血化瘀通络为主。

4 结语

在象思维的指导下,浑天说宇宙模型以天地为橐龠,天心北斗为万物生息繁衍的众妙之门,其开阖枢调节元气的开闭收放,以成生长化收藏之用。人体以三阴三阳为生长之门,其开阖枢协调天人相通因应,调节人体阴阳之气的升降出入^[17]。开阖枢理论已经渗透到干支合局、阴阳运气、生命周期、气血属性、经脉脏腑、病机证候、治法方药之中,成为中医理论之魂^[18]。因此,开阖枢理论是中医基础理论的组成部分^[19],解读中医原理决不能摒弃三阴三阳开阖枢理论^[20]。《素问·五常政大论》规定“根于中者,命曰神机”。开阖枢正常,则神机枢转;开阖枢障碍,则神机失用。自主神经疾病可引起其他系统功能障碍,各系统疾病又可直接或间接引起自主神经功能障碍,其疾病种类繁多。基于开阖枢理论对自主神经疾病及自主神经功能障碍的辨治,将成为脑科临床研究的新领域。

参考文献

- [1] 朱克.自主神经系统疾病[M]//王新德.神经病学:第17卷.北京:人民军医出版社,2001:41-125.
- [2] 李璐,安冬,李萍,等.“开阖枢”理论与植物神经的比较研究[J].光明中医,2018,33(24):3636-3638.
- [3] 梁永林,贾育新.贾斌教授开阖枢学术思想及在外感热病中的应

用研究[M].北京:科学技术文献出版社,2016:15-18.

- [4] 张震.植物神经功能紊乱之辨证论治[J].云南中医杂志,1982,3(2):9-12,49.
- [5] 王旭,吴爱华,刘雁.脏腑别通理论的源流和机理及其应用[J].广州中医药大学学报,2007,24(5):427-429.
- [6] 周德生,刘利娟.论志心枢机轴的双向调控作用[J].湖南中医药大学学报,2018,38(5):520-523.
- [7] 刘星,牛阳.再论三阴三阳开阖枢[J].中华中医药杂志,2018,33(5):1908-1910.
- [8] 胡显宜,汪世平.试论《内经》开阖枢学说的临床价值[J].四川中医,2002,20(6):16-18.
- [9] 严建英,李文静,王丽华,等.归脾汤对心脏神经官能症患者心脏自主神经功能、炎症因子及血管内皮功能的影响[J].世界中西医结合杂志,2017,12(9):1249-1252.
- [10] 解瑞宁,张恒,张跃兵,等.抑郁症患者血液营养成分及神经递质炎症因子分析[J].中国卫生检验杂志,2018,28(15):1868-1869,1872.
- [11] 梁娜,吴晓丽,胡旭,等.抑郁症研究的发展和趋势——从菌-肠-脑轴看抑郁症[J].科学通报,2018,63(20):2010-2025.
- [12] 原晨.刚柔辨证治疗心脏神经症有效性的电生理机制及其与心理社会因素的相关性分析[D].北京:中国中医科学院,2015.
- [13] 钞建峰,贾慧.刚柔辨证学说的内涵及在心身疾病诊治中的临床应用[J].中华中医药杂志,2018,33(3):966-968.
- [14] 纪雯.心脏神经官能症中医辨证规律的研究[D].咸阳:陕西中医药大学,2015.
- [15] 包宇,杨涵,王潇凡,等.心脏神经官能症常用方剂分类综述[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(16):144-147.
- [16] 左常波.董氏奇穴针灸特色疗法(1)[J].中国针灸,2003,23(5):283-286.
- [17] 刘晓辉.中医“门户”概念起源考[J].湖北中医药大学学报,2014,16(3):62-64.
- [18] 邹勇.中医理论之魂——论三阴三阳与开阖枢[J].光明中医,2015,30(1):12-14.
- [19] 杨力.“开阖枢”理论及其应用[J].云南中医杂志,1986(3):1-4.
- [20] 顾植山.中华文明与《黄帝内经》[J].中医药文化,2016,11(3):29-34.

(本文编辑 贺慧斌)