

·专家论坛·

本文引用:周德生,张雪花.基于伏痰理论辨治精神疾病——中医脑病理论与临床实证研究(十一)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(11):1293-1298.

基于伏痰理论辨治精神疾病 ——中医脑病理论与临床实证研究(十一)

周德生¹,张雪花^{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.湖南省脑科医院精神科,湖南长沙410007)

〔摘要〕 伏痰是精神疾病发病的内在因素,痰阻脑窍神机失司是其关键病机,伏痰与精神疾病的种类、发病、症状、演变等有关。本文通过精神分裂症现症期、精神分裂症伴精神发育不全、双相情感障碍伴躁狂发作、重症抑郁症、中毒性脑白质病精神障碍5个医案,阐述了精神疾病祛痰开窍醒脑安神以治标、见痰休治痰必治本、治痰饮当以温药和之的临床体会。

〔关键词〕 神机;伏痰理论;痰阻脑窍;祛痰开窍;精神疾病

〔中图分类号〕R277.7;R749 **〔文献标志码〕**A **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.11.001

Treating Mental Illness Based on Futan Theory: Traditional Chinese Medicine Theory of Encephalopathy and Clinical Empirical Study (XI)

ZHOU Desheng¹, ZHANG Xuehua^{2*}

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

〔Abstract〕 Futan is an intrinsic factor in the pathogenesis of mental illness. Brian orifices blocked by phlegm can cause the dysfunction of spiritual mechanism, which is the key pathogenesis. Futan is related to the types, incidence, symptoms and evolution of mental illness. In this paper, 5 cases of schizophrenia, schizophrenia with mental dysplasia, bipolar disorder with manic episodes, severe depression, and toxic leukoencephalopathy with mental disorder were explained. Through those cases, the clinical experience of the treatment of mental illness were revealed: expelling phlegm, resuscitation, restoring consciousness and tranquillization to treat the manifestation, applying radical treatment when expectoration stops, using warm-natured medicine to treat phlegm-fluid retention.

〔Keywords〕 spiritual mechanism; Futan theory; brain orifices blocked by phlegm; expelling phlegm and resuscitation; mental illness

临床常见的精神疾病有精神分裂症、躁狂抑郁性精神病、偏执性精神病、围绝经期精神病及各种器质性病变伴发的精神疾病等。中医将精神疾病归属于癫疾、癲狂、心风、邪祟等范畴。《灵枢·癲狂》提出脏腑与精神疾病相关。《丹溪心法·癲狂》说,癲狂“大率多因痰结于心胸间”。《凌临灵方·痰迷心窍》病机分析,“痰火二者阻蔽肝胆胞络之间,清明之气

为邪浊所蒙”。《癲狂条辨·原序》称治狂“以理痰为先,清火次之”,《癲狂条辨·癲狂总论》谓“癲症专责乎痰”。可见,从伏痰辨治精神疾病是古今中医的共同认识,现代学者重新确立了心窍与脑窍的内涵界定^[1],完成了从痰迷心窍到痰滞脑神的癲狂病机嬗变^[2]。本文探讨从伏痰理论辨治精神疾病的临床体会。

〔收稿日期〕2019-08-28

〔基金项目〕国家自然科学基金资助项目(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,E-mail:2478020529@qq.com。

〔通讯作者〕*张雪花,女,副主任医师,E-mail:184458083@qq.com。

1 伏痰是精神疾病发病的内在因素

伏邪是指藏伏于体内而不立即发病的病邪,具有动态时空、隐匿特征、自我积聚、潜证导向的特征^[3]。《王氏医存·伏匿宿疾说》有言:“伏匿诸病,六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”因此,伏痰属于内生伏邪之一,是一种潜在的致病因素。痰浊长期潜伏于人体,待时而发,待机而作,由多种因素诱发,这样的痰浊就称为“伏痰”^[4]。

1.1 伏痰的特点

痰的形成原因包括外感诸邪;恣食肥甘厚味,饮食不化;七情内伤,气机逆乱等等。痰的形成机制复杂,包括肺不能布津,脾不能输化水精,肾不能蒸腾水液,三焦气化失司,以致津液凝聚形成的病理产物。

伏痰的特点:(1)具备痰的特点。痰具有逐渐蓄积、流动不测、黏滞胶着、秽浊腐败、凝结积聚、致病怪异等特性^[5]。痰区别于流动性大的湿邪、水邪、饮邪,又相互转化,相互兼并。《诸病源候论·痰饮病诸候》云:“饮、水积聚而不消散,故成痰也。”(2)具备伏的特点。伏者隐匿、潜伏。即深伏体内,隐匿于玄府神窍、膈上胞络、经隧、肌肤、膜原、脏腑等。《灵枢·邪气脏腑病形》称,邪气“若有若无,若亡若存,有形无形,莫知其情”。正虚之处,便是容邪之地。伏藏时间的长短,由正气的强弱决定。(3)伏痰本身的特点。伏痰流连淹缠日久,强弱、部位、性质发生改变,即不确定性或动态性。伏痰停留在体内,进一步消耗正气,加重水液代谢障碍,痰浊增加蕴结成毒,以至于突破自身调控能力,即集聚性。伏痰可伤阳化寒,可郁而化火,可挟风挟热,可伤阴化燥,可痰浊瘀毒,可为外邪引发,伏痰与诸内外之邪交互,即杂合性。伏痰也称伏饮,有时伏痰又称为老痰、宿痰、蓄痰、结痰、郁痰、顽痰等,伏痰的概念内涵欠清晰,无非是强调伏痰的某种临床特征而已。

1.2 伏痰与精神疾病发病的关系

禀赋不正或先天虚弱,胎传导致癫狂,故《素问·奇病论》称之为胎病。《张志远临证七十年碎金录·癫狂》明言:“癫狂有夙根。”素有伏痰,耗伤气血,情志过激,痰闭气阻,上蒙神窍则神志障碍,气降窍通则神志恢复,以致精神疾病反复发作。《医林改错·癫狂梦醒汤》阐明病机为“脑气与脏腑之气不接而发狂”。伏痰是其重要的发病因素,百病多由痰作祟。伏痰伏而待发表现为精神疾病发病的无症状期,正不胜邪而即发表现为发作期,正能胜邪而隐匿表现

为缓解期。伏痰发作易蒙蔽神窍,扰乱脑神,出现头晕目眩、精神不振,或神昏谵妄等症。

2 伏痰是精神疾病的关键病机

精神病的病因有七情、六淫、饮食、劳倦、外伤、遗传等,导致脏腑功能失调,产生痰饮、滞气,隐匿内伏,进而继发产生瘀血、郁火、浊毒等,形伤及神,扰乱神志。从伏痰理论认识精神疾病的病机特征,伏痰与精神疾病的种类、发病、症状、演变等密切相关。

2.1 伏痰与精神疾病发病演变有关

精神疾病临床表现有感知觉异常、情感淡漠或情感倒错、意志减退或紧张、思维联想障碍等。反复发作缓解的症状广泛、分散、怪异,与伏痰有关。伏痰在体内隐匿蕴积时间过长而必演进、衍生、变化、杂合。研究表明,痰是癫狂类重性精神病精神分裂症的主要致病因素,青春型兼痰火,紧张型属痰湿,偏执型多痰瘀,久病均可发展为痰瘀酿毒;而在分裂情感性精神病中则是主要致病因素之一,既有伏痰之易感易生性,又具心气或肝气之易虚易实性;躁狂抑郁性精神病始因心气或肝气之易虚易实性,虚已又实,实已又虚,如此交替发作不已,病久生痰生瘀,虚实夹杂^[6]。

2.2 伏痰与精神疾病种类有关

原发性精神疾病是功能性或由心理因素所致的精神障碍。如反应性精神障碍多发生于有精神发育迟滞、神经症、人格障碍的患者,气因痰而结滞,乃无形之伏痰与郁气滞结。器质性精神疾病包括脑部疾病所致精神障碍、躯体疾病伴发的精神障碍、中毒性精神障碍与物质依赖等。如颅内肿瘤伴发精神障碍最常见的部位为额顶部和颞叶部,窠囊之痰乃有形之伏痰与瘀毒凝结;又如酒精戒断综合征出现肢体震颤或抖动、幻觉妄想、谵妄等,乃无形之伏痰与亢阳、肝风、热毒蕴结,或燥湿同体。

2.3 伏痰与躯体疾病伴发精神障碍的隐匿性有关

躯体症状障碍患者以躯体症状作为主诉,忽略情感问题的表达,躯体疾病伴发精神障碍往往缺乏典型性,因此,精神疾病具有隐匿性特点。如《金匱要略》将部分精神疾病隐藏在躯体疾病之下^[7]。伏痰虚实夹杂,变化莫测,形式不一,致病怪异。《格致余论·虚病痰病有似邪崇论》将邪崇神乱言语失伦,归因于痰气。《杂病源流犀烛·痰饮源流》说:“痰为诸病之源,怪病皆由痰成也。”伏痰病因观笼统的将怪病责之于痰,只重视躯体疾病不重视精神疾病,从而导致了精神疾病的忽视。

3 基于伏痰理论辨治精神疾病的临床体会

自从《证治准绳》把“癫”与“狂”两症明确划分以后,癫指癫痫,狂指癫狂。《癫狂条辨》首次提出癫狂互相转化,如狂病用寒凉过早过量转化为癫病,对双相情感障碍的躁郁转化、精神分裂症阴阳症状的变换等有指导意义。遵照《中医内科疾病名称规范研究》^[8]标准化的中医药名词界定,癫病多见于抑郁症,狂病多见于精神分裂症、躁狂症。

3.1 祛痰开窍醒脑安神以治标

精神疾病的治疗原则是,如《丹溪心法·癫狂》提出:“大率多因痰结于心间,治当镇心神、开痰结”;“如心经蓄热,当清金除烦,如痰迷心窍,当下痰宁心……癫证宜助心气之药……狂病宜大吐大下除之”。《证治要诀及类方·癫狂》云:“癫狂由七情所郁,遂生痰涎,迷塞心窍。”伏痰阻滞神窍,祛痰开窍醒脑安神以治标。祛痰开窍法是癫狂的关键治法^[9],用药如石菖蒲、远志、皂荚、青礞石、天竺黄、竹沥、荆沥等等。安神用药如龙齿、生铁落、琥珀、金箔、牛黄、辰砂等等。谋望失志伏痰化火者,痰火冲扰,下法多用。降泄通腑,化痰开窍,代表方如《医学衷中参西录·治癫狂方》荡痰汤(生赭石、生大黄、清半夏、郁金、朴硝)以治癫狂之轻症,荡痰加甘遂汤以治癫狂之重症。另可选用礞石滚痰丸、牛黄清心丸、凉膈散、龙胆泻肝汤、癫狂梦醒汤等等。积忧积郁痰气郁结者,郁痰鼓塞,吐法少用,常以芳香药物、辛散药物、花类药物等开神窍。化痰开窍,破气开郁,经验方如柴金菖蒲汤(柴胡、半夏、郁金、青皮、茯苓、甘松、石菖蒲、玫瑰花、雪莲花、合欢花)以治抑郁症神郁形疲。另可选用顺气导痰汤、菖蒲郁金汤、越鞠丸、丹栀逍遥散、祛痰汤(人参、白术、肉桂、干姜、白芥子、甘草、菖蒲、半夏、陈皮)等等。

伏痰辨治,古人自有心法,不可偏执亦不可偏废。《类证治裁·痰饮论治》用药举例:“老痰软之,如海石、海粉、芒硝、瓦楞子之类,或青礞石丸(青礞石、木香、干姜、三棱、枳壳、皂角、丁香、巴豆霜);顽痰吐之,三圣散(防风、瓜蒂、藜芦)、青绿丸(石青、石绿),虚者参芦散(人参芦)加竹沥”;“留饮,导痰汤……伏饮,倍术丸(白术、肉桂、干姜)加茯苓、半夏”;“伏痰,指迷茯苓丸”;“老痰,用海浮石、栝蒌、川贝”;“实热老痰,礞石滚痰丸”;“痰迷,涤痰汤”;“胶痰,用橘红、杏仁、荆沥;痰核,半夏、连翘、贝、桔、枳、星、夏枯草等;痰结,朴硝、枳实、海藻、姜汁”;“痰血塞心窍癫狂,白金丸(白矾、郁金)”。

3.2 见痰休治痰必治本

见痰休治痰,重在治生痰之源。《景岳全书·痰饮》提出:“正以痰非病之本,而痰惟病之标耳”;“善治痰者,惟能使之不生,方是补天之手”。(1)分脏腑虚实辨治。《杂病源流犀烛·癫狂源流》认为:“癫之患虽本于心,大约肝病居多;狂之患固根于心,而亦因乎胃与肾。”《医述·杂证汇参》引《医参》说:“癫病责心肾,狂病责肝胃。”伏痰日久,耗伤元气,属于虚痰。虚痰结聚,益增其虚。杜生痰之源,或健脾胃,如人参、茯苓、黄芪、白术、山楂等;或补肾命,如生地黄、桑葚子、菟丝子、淫羊藿、附子等。祛生痰之因,或治风火,如僵蚕、钩藤、白蒺藜、青黛、龙胆草等;或治湿热,如鱼腥草、梔子、白花蛇舌草、忍冬藤、苦参等;或治瘀血,如天仙子、王不留行、桃仁、红花、莪术、三棱等。(2)伏痰尤重治气。痰由脏腑气机障碍,津液不归正化产生,痰随气升降无处不到,行气降气,甚则破气。《丹溪心法·痰》治法“以顺气为先”,并说“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液,亦随气而顺矣。”用药如枳壳、青皮、乌药、橘核、香附子、川楝子、薤白、九香虫、沉香等。伏痰与气搏结,有黏滞胶固杂糅之性,癫狂理气往往与开痰结、化痰浊、涤痰饮同用。用药如白矾、皂荚、晚蚕砂、胆南星、白附子、川贝母、五倍子、牵牛子等。(3)兼治外邪。《素问·宣明五气》曰:“五邪所乱,邪入于阳则狂。”邪热炽盛,扰乱神志,如阳明实热发狂,治以竹叶石膏汤、三化汤。外邪引发伏痰致癫狂者少见,癫狂者兼外感或有之。祛风寒,如桂枝、细辛、白芷等;祛湿,如苍术、茯苓、白茅根等;祛燥,如沙参、麦冬、玉竹等;散热,如菊花、连翘、梔子等。

3.3 治痰饮当以温药和之

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》谓:“病痰饮者,当以温药和之。”伏痰有标本缓急,治标短期用药可以峻猛攻伐,治本长期用药必须温药和之,或者峻猛之品丸以缓之,或者峻猛之后温补随之。温药是指甘温、苦温、辛温之品,开发腠理,通调水道,给伏痰出路。如黄芪、半夏、蜈蚣、旋复花、槟榔、荆芥、防风等。遵照《金匱要略方论本义·痰饮咳嗽病脉证并治》“温药者,补胃阳,燥脾土,兼擅其长之剂也”;“言和之,则不可专事温补,即有行消之品”,在温补之中酌加行气顺气、化痰消饮、开散阳气、导大小便之品。如郁金、白矾、芙蓉花、生大黄、芫花等。《癫狂条辨》家传完功荡涤丸(青礞石、海浮石、陈皮、法半夏、钩藤、天麻、香附、沉香、知母、葶苈子、麝香、枳实、厚朴、大黄、芒硝、人参、茯苓、甘草)消导痰热邪气,扶植脾胃

正气,乃癫狂病和法善后的经验复方,诸药叠加牵制,温和之剂才能久服。

在中西医结合治疗精神疾病的实践领域,许多中中医药对轻型精神疾病的治疗有满意的疗效,中药在精神分裂症的阴性症状方面有独特的效果^[9],中药在精神药物不良反应中有广泛的应用,如用于精神药物所致的肥胖、便秘、白细胞减少症、锥体外系症状等^[10],也可以视为从伏痰辨治精神疾病以温药和之。

4 基于伏痰理论辨治精神疾病医案举例

4.1 精神分裂症现症期案

刘某某,男,16岁。住院号:338037。缓起虚闻人语,疑人议论,疑人害1年余,于2018-11-02湖南省脑科医院入院。患者于2017年10月缓起精神失常,表现为闷闷不乐,精神差,说周围的同学都看不起他,认为他长得不好,家里条件又差,认为班上有个女生喜欢他,实则无此事,认为心理的想法没说出来别人就知道了,说有人会害他和他的家人,饮食差,家人于2017-12-11带至我院门诊就诊,诊断为精神分裂症,经利培酮分散片治疗后获显著疗效,3个月前未再服药,1个月前病情复发,表现为乱讲,讲话东拉西扯,有时无端认为周围的人瞧不起他,别人会害他,整日在家上网看手机,说身边无人时耳边有声音跟他讲话,跟家人意见不一致就冲动毁物。现症见:神志呆钝,忧虑多疑,自语或不语,出言不序,喜怒无常,胸闷叹息,不思饮食,舌苔薄白而腻,脉弦细。查体:T 36.8℃,P 90次/min,R 20次/min,BP 120/69 mmHg,余无特殊异常。实验室检查:血常规、肝肾功能、电解质、血糖示正常。头部CT示正常。心理专家系统行为观察诊断:精神分裂症(现症期)。西医诊断:精神分裂症现症期。予利培酮分散片治疗。中医辨证为痰气郁结证。治法:理气解郁,化痰开窍。顺气导痰汤加减。处方:陈皮、茯苓各15g,胆南星、苍术、木香各9g,香附、郁金、石菖蒲、枳实各12g,法半夏、生甘草各6g。7剂。2018-11-9患者仍然胸闷,时有叹息,故上方加用厚朴9g,佛手6g。续进7剂。2019-11-16病情好转出院。

按:本案患者七情内伤导致气机不畅,肝郁犯脾,痰涎内生;思虑过度,损伤心脾,脾气不伸,运化无权,而生痰浊。痰气郁结,蒙蔽心窍。清代李文来《李氏医鉴》顺气导痰汤(橘红、茯苓、姜制半夏、胆星、木香、香附、枳实、甘草),理气、解郁、化痰,本来用于喘咳;朱良春去橘红、枳实、木香、甘草,加陈皮、

炒枳壳、白矾、郁金、石菖蒲,加减顺气导痰汤,专治痰气郁结之癫狂。因此,顺气导痰汤成为精神科常用方剂之一。

4.2 精神分裂症伴精神发育不全案

王某某,男,1997年出生。2014-08-08一诊:其6岁时父母离异,母亲陪诊,母亲也有精神分裂症病史。患者确诊精神分裂症12年,不规范使用抗精神药物,其母亲固执认为不能用西药治疗,故间断使用中药汤剂治疗,屡屡更医。湖南中医药大学第一附属医院就诊时仍然有攻击行为,喜欢对女人吐口水,有时也对男人吐,看到别人生气时开心傻笑,以被骂为乐。笔者亦被吐一脸,洗后继续笑脸看诊。体格发育正常,观其外貌非愚鲁,智能低下,说话词不达意,记忆力差,难于分辨善恶,思维混乱,双眼无神,莫名发声傻笑,喉间有声,坐立不安,食欲不振,多食则呕吐,小便频数,有时不能完全自控而尿湿裤子。常被人嫌弃而不自知。双手足及头面部多处瘢痕。舌红苔薄黄白,脉沉细弱。诊断:精神分裂症,精神发育不全。中医辨证为脾肾亏虚,肝风内动,心肾不交。治法:补益脾肾,息风安神,交通心肾。自拟方:黄芪、鹿角霜、紫石英、灵磁石、金樱子、山药、益智仁、钩藤、白蒺藜各15g,桑螵蛸、防风各10g,黄连6g。3剂。2014-08-11二诊:其母亲代诉,用药后小便控制,口水减少,就诊时眼有神,笔者未注意又被吐,舌红苔薄黄干,脉沉细弱数。治法:滋阴息风,交通心肾。处方:灵磁石、连翘、白蒺藜、钩藤各15g,桑葚子、桑白皮、当归、茯神、熟地黄、黄精、石斛、玉竹各10g,黄芩、甘草各6g。3剂。2014-08-16三诊:其母亲有怨言,用药后流涎增多,小便又不能自控。舌红苔薄黄滑,脉沉细弱。治法:息风安神,化痰开窍。处方:益智仁、钩藤、白蒺藜、煅龙齿、煅牡蛎各15g,佩兰、人工天竺黄、石菖蒲、远志、茯神各10g,青皮、皂荚、黄连、甘草各6g。7剂。2014-10-29四诊:用药后效佳。其母亲自作主张,间断使用三诊中药汤剂,每轮三五剂,竟然流涎减少,小便自控,但仍旧对人吐口水。舌红苔薄黄,脉沉细。予上方去皂荚,加青礞石15g。3剂。此后,至2019-03-15五年间,反复就诊,其母亲强烈要求只用中药汤剂,并且每次不超过5剂。处方基本上用三诊中药汤剂加减,未脱离化痰息风范围,由于患者反对,一直未使用虫类药物,未使用抗精神药物。遗憾的是,患者病情尚属稳定,但贫病交加,误了青春年华。

按:在《临证指南医案·癫痫》,将精神发育不全称为“神呆”“有似癫痫”。病情控制不好的原因,如家

族性遗传倾向,缺乏心理卫生方面的科学常识,未规范使用抗精神药物,缺乏心理治疗。本案一诊、二诊辨治略有偏颇,三诊之后才得辨治要领。根据《证治要诀及类方·停饮伏痰》分析,无形之伏痰留于经隧,“顽涎随气逆上”气道则多吐涎,上闭脑窍则神志行为失常,中焦不运则呕吐食少,下焦不利则小便失常。“病痰饮而变生诸证,不当为诸证牵掣”,当“治痰饮”。

4.3 双相情感障碍伴躁狂发作案

刘某某,男,21岁。住院号:341317。复发兴奋话多,活动多,脾气大等20余天,于2018-12-06湖南省脑科医院入院。患者家属代诉患者于2016年年底无明显诱因出现不爱与人交往,不爱与人沟通,唉声叹气,晚上睡眠差,家人未引起重视。2018年双十节,因为快递特别多(患者是一名快递员),患者逐渐出现兴奋,话多,活动多,刚下班回家又要重新穿衣服去上班,总是忙忙碌碌的样子,讲马云要来了,自己要回家盖新房子了,自己要发财了,睡眠差,易激惹,冲动毁物。并症见:性急易怒,两目怒视,狂乱无知,面红目赤,舌质红绛,苔多黄腻,脉弦大滑数。查体:无异常。西医诊断:双相情感障碍,伴有精神病性症状的躁狂发作。中医辨证为痰火扰神证。治法:清肝泻火,涤痰醒神。生铁落饮加减。处方:生铁落(先煎)30g,钩藤、天冬、麦冬、贝母各9g,石菖蒲、远志、茯神、连翘、丹参、甘草各6g,胆南星、橘红各3g,辰砂1g。7剂,取生铁落先煎水,再取此水煎药。2018-12-13查房见患者烦渴多饮,故上方加用石膏12g,知母9g。续进7剂。2018-12-19病情好转出院。

按:肝为刚脏,罢极之本,风木之脏,主升主动,内寄相火。《名医指掌·癫狂证》云,癫狂“或因大怒,动其肝风;或因大惊,动其心火;或素有痰,卒为火升,升而不降,壅塞心窍,神明不得出入,主宰失其号令,心反为痰所役,一时发越……此为上膈顽痰泛滥洋溢,塞其道路,心为之碍。”本案患者情志过激,勃然大怒,引动肝气相火冲上,顽痰久伏膈上,痰随火升,冲心犯脑,神明失其主宰。潜风阳、泻相火、涤痰浊以治其标,佐养肺阴、安心神以治其本。

4.4 重症抑郁症案

谭某某,女,43岁,住院号:291161。因情绪焦虑、心悸、头皮麻木3月,加重5d于2012-01-13湖南中医药大学第一附属医院入院。患者平素性格内向,情绪低落,懒言少语,不喜与人交流,长期睡眠不好,消瘦,进食差。于2011年11月因夫妻矛盾激

烈争吵,情绪激动出现胸闷心悸,呈阵发性头皮发麻,跳楼自杀未遂,家人未予重视。此后患者时常出现情绪焦虑,甚至坐立不安,喜吐弄舌头,胸闷心悸、头皮发麻,夜不能眠,每晚能睡3~4h,双下肢乏力,双眼干涩,胀痛,大便干结。2011-11-22至2011-12-20于当地医院住院治疗,胃镜检查示非萎缩性胃炎;头部MRI示脑白质轻度变性;甲状腺彩超示甲状腺偏小;甲状腺激素:超敏TSH 17.2 uIU/ml, FT4、FT3、T4、T3均正常。予对症治疗(用药不详)后,症状改善不明显。于2012-01-13入院时体查:体温36.5℃,脉搏110次/min,呼吸18次/min,血压120/80 mmHg。舌红,苔黄少干、舌尖及舌中部剥脱,脉细数。查血红蛋白88.00 g/L。孕酮0.3 ng/mL,促黄体生成激素9.40 mIU/mL,促卵泡成熟激素14.22 mIU/mL。心电图示:窦性心动过速,律不齐;U波明显;肢导联QRS波群低电压。经颅多普勒示:双侧椎-基底动脉血流速度增快。双侧颈动脉彩超示:右侧颈动脉小斑块形成。诊断:抑郁症,中度贫血,心律不齐。予阿普唑仑片助眠;谷维素片、黛立新片抗焦虑抑郁;美托洛尔缓释片控制心率。予复方氨基酸(18AA-V)营养支持。经患者同意,予雌二醇/环丙孕酮片补充性激素。住院期间反复发作心动过速,立即予以地西洋注射液10mg肌注后缓解。中医辨证为肝气郁结,痰热内蕴证。治法:疏肝解郁,清热化痰。自拟方:首乌藤、地骨皮各30g,天竺黄、青礞石各15g,川楝子、知母、黄柏、郁金、柴胡、合欢花、茯神各10g,胆南星、黄连、甘草各6g。5剂。2012-01-19仍有情绪焦虑,坐立不安,心悸,自觉头皮发麻,伴有头晕,双下肢乏力,纳寐欠佳,双眼干涩、胀痛,小便时胀痛,大便干结。加用米氮平片抗焦虑抑郁。舌红,舌尖赤及舌中部剥脱,舌根苔薄黄干,脉细数。辨证为肝气郁结兼夹痰火证。中药汤剂去地骨皮、郁金、柴胡,加熟大黄、郁李仁10g,皂荚6g。10剂。2012-01-26睡眠好转,情绪较好,治疗同前。2012-02-01患者情绪症状较前好转,偶有心悸,时有头皮发麻,伴有头晕,予黛立新片、米氮平片、美托洛尔缓释片,以及2012-01-19中药汤剂30剂,带药出院。

按:重症抑郁症患者严重损害社会功能,自杀率较高。本案肝气郁结体质,久病气机不利,肝郁化火,伏痰滞结;过度激动引爆情绪,气机逆乱,火郁腑实,伏痰闭结。痰气、痰火、痰实、痰闭交互,权衡杂合治法,清之、开之、散之、下之,不可不用寒凉,亦不可过用寒凉。

4.5 中毒性脑白质病精神障碍案

黄某,男,23岁。经常晚上外出不能回家,诊断为“精神分裂症”2年余。2015-05-20 湖南中医药大学第一附属医院初诊:其母亲诉及,患者有3年以上吸毒史,具体毒物不详,已戒毒1年多。由于行为神秘,经常晚上外出不能回家,视觉幻觉,听觉幻觉,2年前市脑科医院诊断为“精神分裂症”,予利培酮片 3 mg Bid 治疗中。形体虚胖,仍然有时晚上外出不能回家,有时胡言乱语,失眠,头晕,记忆力减退,精神不集中,全身酸疼,疲乏无力,怕风,易有饥饿感但不欲进食,夜晚小便频数。舌红,苔黄腻,脉沉弦。头部 MRI:双侧侧脑室旁及半卵圆中心区多发性脑白质变性改变。诊断:中毒性脑白质病精神障碍。治疗:继续予利培酮片 3 mg Bid,吡拉西坦片 0.8 g Tid,每周2次高压氧舱治疗。中医辨证湿热内蕴,浊毒阻滞。治法:清热解毒,利湿化浊。方药:白花蛇舌草、土茯苓各 30 g,垂盆草、蒲公英、连翘、白茅根各 15 g,甘草、黄芩、皂荚、石菖蒲各 10 g,龙胆草、青黛各 6 g。30剂,水煎服。2015-06-21 二诊:病情已经好转,偶有晚上外出。但由于患者不太愿意喝汤药,尚余17剂中药,故续予原方,继续西药及高压氧舱治疗。2015-07-09 三诊:患者病情控制较好,近7天晚上无外出,精神一般,自己能够看书、做家务,主动与家人或朋友交往,饮食量增加。舌红,苔薄黄,脉沉细。停汤药,停高压氧舱治疗。继续予利培酮片、吡拉西坦片,以及龙胆泻肝丸 10 g Tid。2015-12-25 四诊:患者病情稳定,生活自理,能够与家人一起劳动,继续前治疗方案。

按:本案中毒性脑白质病较轻,能够戒除吸毒,及时治疗控制症状,恢复正常生活及劳动,真是不幸中的万幸。如果发展成海绵状脑白质病,引起脑组织严重缺氧导致脱髓鞘和神经元变性,很难取得比较好的治疗效果。本案参考了鸦片成瘾的中药解毒治疗经验:认为毒物辛温燥烈,乃属于有剧毒的“阳毒”(《金匱要略》)范畴。阳毒有稽留脏腑,耗损阴液,也耗散阳气,必先戒毒,之后排毒脱毒,才能扶助正气,恢复真元。本案不采用以毒攻毒法,避免使用有毒药物;选择高压氧舱治疗相当于托里透毒,使用白花蛇舌草、蒲公英、青黛、龙胆草、连翘、土茯苓、垂盆草、皂荚、石菖蒲等清热解毒、凉血泻毒、别浊化毒、利尿排毒、化痰解毒为主,对稽延性戒断症状疗效尤

为突出。因此,中医解毒、化毒、泄毒、排毒等治疗方法,以及高压氧透毒治疗方法,措施联合,相辅相成,对轻度中毒性脑白质病精神障碍有超越古人的肯定疗效。

5 结语

自从吴又可可在《温疫论》中首次将“伏”与“邪”联用,出现伏邪概念^[12]以后,历代医家从广义发展了伏邪与疾病的关系^[13],伏痰理论应运而生。但是,关于伏痰与精神疾病的关系少有研究。特别是有学者提出痰及伏痰的炎症反应本质理论假说^[14],没有涉及到伏痰与精神疾病的种类、机制、发病、症状、演变、辨治、方药等关系,是不利于临床应用的,也禁锢了精神疾病的临床思维。本研究团队的研究表明,伏痰是精神疾病发病的内在因素,贯穿了精神疾病辨治的全过程。精神疾病从伏痰理论辨治,有重要的理论意义和临床价值。

参考文献

- [1] 周德生,吴兵兵,胡 华,等.脑窍理论及其临床应用[J].中国中医药信息杂志,2015,22(12):96-98.
- [2] 赵永厚,赵玉萍,于 明,等.从“痰迷心窍”到“痰滞脑神”的癫狂病机嬗变[J].辽宁中医杂志,2013,40(5):885-888.
- [3] 张 鑫,张俊龙,郭 蕾,等.伏邪特征的诠释[J].中医研究,2006,19(4):11-14.
- [4] 任继学.伏邪探微[J].长春中医学院学报,2005,21(1):4-7.
- [5] 潘桂娟.论中医“痰病”的临床特征[J].中华中医药杂志,2009,24(9):1183-1185.
- [6] 丁德正.论痰对癫狂病发病及病情演变之作用[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(24):5-7.
- [7] 王 强,潘东梅,张二伟,等.精神障碍视角下《金匱要略》中的躯体症状障碍研究[J].中华中医药杂志,2018,33(8):3352-3355.
- [8] 中华中医药学会内科分会内科疾病名称规范研究组.中医内科疾病名称规范研究[M].北京:中医古籍出版社,2003:37-38.
- [9] 林琪家.化痰开窍法治疗癫狂的探析[J].中华中医药杂志,2018,33(4):1489-1491.
- [10] 付春风.精神疾病的药物治疗史[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2014.
- [11] 孙珍珍.中药在精神药物不良反应中的应用进展[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(76):189.
- [12] 吴有性.温疫论[M].北京:中国中医药出版社,2011:2.
- [13] 魏晓光,吴兴全,王健.历代医家伏邪观[J].长春中医药大学学报,2019,35(1):175-178.
- [14] 林正良.“痰”及“伏痰”本质的炎症假说探讨[D].广州:广州中医药大学,2010.