

## ·专家论坛·

本文引用:周德生,胡 华,张雪花,刘利娟,陈 瑶,高晓峰. 基于神机气化理论辨治感性脑病[J]. 湖南中医药大学学报,2020,40(8): 922-928.

## 基于神机气化理论辨治感性脑病

周德生<sup>1</sup>,胡 华<sup>2</sup>,张雪花<sup>3\*</sup>,刘利娟<sup>1</sup>,陈 瑶<sup>1</sup>,高晓峰<sup>1</sup>

(1.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南 长沙 410007;2.湖南中医药大学第一附属医院集团衡阳县医院,湖南 衡阳 421200;3.湖南省脑科医院精神科,湖南 长沙 410007)

**〔摘要〕** 感性脑病以感性反应症状为主要临床表现,跨科于精神病、神经病、心身疾病等领域,或者是某些内、外、妇、儿科疾病的特殊类型。感性脑病以气病、形病、神病同时存在并互相影响为共同病机,感性反应症状是由神机气化不及、太过、紊乱而产生的,往往不同类别、不同程度感性反应组合外显。神机障碍与脏腑、奇恒府、官窍等形体结合,表现为神明障蔽、神明藏匿、神明显露、神明混乱等。通过病毒性脑炎继发癫痫性精神病、多发梗死性血管性痴呆、小儿抽动症3个医案,阐述了辨治感性脑病的临床思路:正确诊断,治本兼顾脑病治气与脑病治脏;控制感性反应症状,治标在于调神养神;正视慢病长疗程,重视心身整体护理;建立个体化方案,跨学科整合论治;根据研究进展,积极采用新方法新手段。

**〔关键词〕** 感性脑病;感性反应;神志病;病毒性脑炎继发癫痫性精神病;多发梗死性血管性痴呆

**〔中图分类号〕**R259 **〔文献标志码〕**A **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2020.08.003

### Differentiation and Treatment of Perceptual Encephalopathy Based on Spiritual Mechanism and Qi Transforming Theory

ZHOU Desheng<sup>1</sup>, HU Hua<sup>2</sup>, ZHANG Xuehua<sup>3\*</sup>, LIU Lijuan<sup>1</sup>, CHEN Yao<sup>1</sup>, GAO Xiaofeng<sup>1</sup>

(1. Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Hengyang County Hospital, The First Affiliated Hospital Group of Hunan University of Chinese Medicine, Hengyang, Hunan 421200, China; 3. Department of Psychiatry, Hunan Provincial Brain Hospital, Changsha, Hunan 410007, China)

**〔Abstract〕** Perceptual encephalopathy which makes perceptual reaction symptoms as the main clinical manifestations, cross departments in the fields of psychosis, neuropathy, psychosomatic diseases, or some special types of internal medicine, surgery, gynecology, and pediatric diseases. The common pathogenesis of perceptual encephalopathy is that the Qi disease, physical diseases and spiritual diseases exist at the same time and affect each other. The symptoms of perceptual reaction are caused by insufficient, overreaction and disorder of Qi transformation. They are often manifested in different types and degrees of perceptual reaction combinations. The combination of the obstacle of spiritual mechanism and the body such as the Zang-fu, the extraordinary Fu-organ, orifice, etc., is manifested in the blocking of spiritual mechanism, the hiding of spiritual mechanism, the revealing of spiritual mechanism, and the disorder of spiritual mechanism. Through 3 medical cases of epileptic psychosis secondary to viral encephalitis and multiple cerebral infarction vascular dementia to tourette's syndrome, this paper expounded the clinical thinking of treating perceptual encephalopathy. The diagnosis should be correct, and the root causes is treated by focusing both Qi and viscera of encephalopathy; the symptoms of perceptual reaction are controlled, and the symptoms are treated by regulating and nourishing the spirit; the long course of treatment for chronic disease should be faced, and attention should be paid

〔收稿日期〕2020-06-27

〔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——中医脑病临床研究中心(2017SK4005);湖南省中医药管理局资助项目(201824);湖南省级财政中医药项目——名院工程(rsk-010-13[006-09]);湖南中医药大学校级科研基金(ZYY-DX201730);中医内科学重大疾病防治及成果转化——教育部重点实验室开放基金(ZYNK201609);湖南省科技厅重点专项(2017SK2111)。

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

to the whole body and mind nursing; the individualized programs should be established, and interdisciplinary treatment is integrated; according to the research progress, new methods and means should be actively adopted.

[**Keywords**] perceptual encephalopathy; perceptual response; mental illness; epileptic psychosis secondary to viral encephalitis; multiple cerebral infarction vascular dementia

感性是生而俱来的、不带修饰的、原始的感觉和知觉。《汉语大辞典》释义:感性指“作用于人的感觉器官而产生的感觉、知觉和表象等直观认识。”考感性的本义有二种,一指心理学用语英文 Sensibility,即感觉力,感受性,感情,敏感性和鉴赏力;二指哲学用语德文 Sinnlichkeit,即官感、感性,实体、现实感、感性事物,情欲、性欲。所谓感性,是人类心理本体,又特别是情感本体<sup>[1]</sup>。结合感性的特质,考察感性脑病的感性活动,泛指感性反应而言,感性反应即情绪化的心理反应,包括感知觉、注意、记忆、思维、情感等。感性脑病的临床症状表现为智力减退、意识障碍、行为失常等精神心理障碍。感性脑病以感性反应症状为主要临床表现,往往跨科于精神病、神经病、心身疾病等领域,或者是某些内、外、妇、儿科疾病的特殊类型,如神经症、焦虑症、精神分裂症、阿尔茨海默病、颞叶癫痫、病毒性脑炎、海洛因中毒性海绵状脑白质病、一氧化碳中毒后迟发性脑病、多发性硬化抑郁症等等。感性脑病是精神障碍和心理障碍的整合体,神志病基本涵盖了现代医学的心理和生理以及精神和神志因素有关的所有疾病<sup>[2]</sup>。因此,感性反应症状归属于中医神志症状,感性脑病归属于中医神志病范畴。本文从神机气化理论阐述感性脑病的辨治思路。

## 1 感性脑病神机气化障碍病机特征

### 1.1 感性反应由神机气化产生

“神”由精气升降出入所化生,阴阳神气为机发之主,神机乃生命的原动力,指生命内气化活动规律的枢机。脑髓神窍化生神机,分属于五脏,形神一体,神机根于中,神明显于外。神明因部位命名,综合为神、魄、魂、意、志之五神,表现为喜、怒、忧、思、恐之五志,以及喜、怒、忧、思、悲、恐、惊之七情。五神是五志七情产生的基础,五神、五志、七情主要与精神心理活动相关联。情志活动属于神志活动范畴,均由脏腑主宰调控。中医学认为五志七情是统一的,悲与忧合,惊归于恐。五志是神机气化产生的心理活动,即人体自身生命状态的情感反应;七情即人对外界客观事物的情感反应,七情可以是中和适度的正常心理活动反映,也可以是过度过激的失常失和

心理活动反映。道学以先天元神分为阴魄、阳魂,后天识神为欲神,欲神为情识所移,元神凝则思虑之神自然泰定。另外,儒学又以喜、怒、哀、惧、爱、恶、欲为七情。佛学认为神明与认识器官眼、耳、鼻、舌、身、意之六根结合,根者能生,由视、听、嗅、味、触、脑之六识发动,表现为色、声、香、味、触、法之六欲。可见,种种神明千变万化,都是神机气化外显,表现为颜色、形状、动态等。欲神、情志、情欲、情绪等都归属于感性反应,以及不同类别不同程度感性反应的组合。

《无上秘要·人品》曰:“神生形,形成神,形不得神,而不能自生神,不得形而不能自成,故形神合同,更相生,更相成。”形神一体,内涵气化<sup>[3]</sup>。人的心理和躯体是矛盾的统一体<sup>[4]</sup>。《素问病机气宜保命集·原道》曰:“形者生之舍也,气者生之元也,神者生之制也;形以气充,气耗形病,神以气纳,气纳神存。”神机由精气化生,泊于五脏是为五神,发为五志七情。神的变化分为意、志、思、虑和智五个主要阶段。《医宗金鉴·杂病心法要诀》论神之变化:“盖神机不离乎精气,亦不杂乎精气,故曰妙合而有也。”

### 1.2 感性脑病精神心理障碍症状特征

归纳感性脑病的临床症状表现,突出在精神心理障碍症状方面,某些感性脑病同时具有神经功能障碍。(1)感知觉障碍:感觉障碍、知觉障碍(错觉及幻觉)、感知综合障碍(非幻觉性知觉障碍)。(2)注意障碍,包括注意增强、注意减退、注意转移、注意涣散、注意固定、注意狭窄、注意缓慢。(3)认知障碍,包括感知觉障碍、记忆障碍、思维障碍,同时伴有失语、失用、失认、失行等。思维障碍,如思维形式障碍包括思维奔逸、思维迟缓、思维贫乏、思维破裂、思维散漫、思维中断、思维不连贯、病理性赘述、思维插入、思维云集、象征性思维、语词新作、逻辑倒错性思维;思维内容障碍包括妄想、强迫观念、超价观念。记忆障碍,如记忆减弱、遗忘、错构、虚构、潜隐记忆。(4)智能障碍,包括精神发育迟滞和痴呆。症状轻者,表现为认知障碍。(5)定向力障碍,包括时间定向障碍、地点定向障碍、人物定向障碍、自身定向障碍。(6)情感障碍,包括双相情感障碍和抑郁障碍。双相情感障碍兼有狂躁状态和抑郁状态,间歇交替反复发作,或以一种状态为主反复发作。(7)意志障碍,包括意志

增强、意志减弱、意志缺乏、意向倒错、强迫意向、矛盾意向。(8)动作行为障碍,包括精神运动性兴奋、精神运动性抑制、强迫性动作。(9)意识障碍,包括意识模糊、谵妄、嗜睡、昏睡、昏迷。《仁斋直指方论·五藏病证虚实论》曰:“五藏各有所主,至其病证莫不随所主而见焉。”七情相感,精气动耗,脏腑内伤,灵性受损,百病丛生。《仁斋直指方论·五藏所主论》亦曰:“因其所主,而寻其某藏所受之处,则得之矣。”临床上对于感性反应症状,首先辨别其阴阳,再辨其五脏虚实,形气顺逆。

感性脑病主要以精神心理症状作为诊断依据。精神心理症状是感性反应的具体体现,感性反应症状是由阴阳神气的自控协调障碍,神机气化不及、太过、紊乱而产生的,不同类别不同程度感性反应组合外显。神明失常包括神明障蔽、神明藏匿、神明显露、神明混乱等,神机障碍与脏腑、奇恒府、官窍等形体结合表现为各种各样的感性反应症状,如抑郁、焦虑、亢奋、恐惧、幻觉、谵妄等等。由于感性脑病的病种繁多、类别混杂,症状复杂、交错叠加,发作波动、彼此转化,诊断困难、疗效不佳,古代将某些感性脑病归属于所谓的怪病、鬼病、疑难病。如孙思邈《千金要方·风癲》曰:“凡诸百邪之病,源起多途,其有种种形相,示表癲邪之端,而见其病,或有默默而不声、或复多言而漫说、或歌、或哭、或吟、或笑、或眠、坐沟渠、食粪秽、或裸形露体、或昼夜游走、或嗔骂无度、或是蜚虫精灵、手乱目急。”朱丹溪《怪癖单》记载的“一人忽觉自形作两人,并卧不别真假,不语,问亦无对,乃离魂也”,可能是感知觉障碍;“一人眉毛摇动,目不能视,唤之不应,但能饮食”,可能是癲痫发作,等等。

### 1.3 感性脑病精神心理障碍病机特征

《素问·举痛论》有“百病生于气”之说,《景岳全书·诸气》释义“盖气有不凋之处,即病本所在之处也”。无论先天不足、脏腑阴阳失调、精神刺激等均引起气机紊乱,产生各种内邪,正虚邪实,诸虚互存,诸邪杂合,多虚多实,互为因果,迁延日久,形神同病,形神失养则神经功能障碍、形神失和则心理障碍、形神失控则精神障碍等,发为感性脑病。神大用则竭,形谢则神灭,形神相离则死亡。感性脑病以气病、形病、神病同时存在并互相影响为共同病机,感性反应症状为神机之外显,只有通过“气象”和“形象”的观察,才能把握内在的“神机”变化<sup>[9]</sup>。《医原·阴阳治法大要论》曰:“内伤百病,不起于先天,即起于后天;起

于后天,又必病及先天。五脏中有一脏不乘生成之气,则形气病,形病不能无害于气,气病不能无害于形,此不易之道,相因之理也。”由于感性脑病程超长,证候兼夹,气病蕴于形病、神病之中,形病伤神,神病伤形,神衰先于形衰,最终致形神萎顿。患者的精神心理症状、神经功能缺损症状、躯体症状及脏腑功能失调症状共存;先天遗传或者婴幼儿时期发病者,或与生长发育过程一起,分不清孰先孰后、难辨主次;甚至有多种疾病共病者,严重影响患者的日常生活及社会功能。

目前,已发现人类的罕见病达8 000多种,其中神经系统占60%左右。神经系统疾病有一定的复杂性和疑难性,我们所能掌握的神经系统疑难罕见病还很有限<sup>[6]</sup>。临床上的所谓疑难杂症中,约1/3患者存在心理精神问题<sup>[7]</sup>。具有感性反应症状的神经功能障碍、心理障碍、精神障碍等跨学科的感性脑病,由于症状的波动性、病情的进展性、病机的复杂性、证候的兼夹性、共病的普遍性,以及精神心理因素影响的多元性,一般情况下感性脑病属于慢性病、复杂性疾病,大多数为难治性疾病。究其原因,物质层面的形病与功能层面的气病常因病邪不同有所偏重,且常相互影响、相合为患<sup>[8]</sup>。感性反应症状有层次之分,生理反射、心理反应相关层面低的神病与气病或形气病存在较多的重合,精神、意识、思维活动相关层面高的神病为神志病<sup>[9]</sup>。部分层面低的神病,有感性反应症状者,属于感性脑病范畴;层面高的神病大多有感性反应症状,基本上属于感性脑病范畴;其中,部分神志病由于情志失调引起者称为情志病,情志病属于感性脑病的重要内容之一。气血阴阳不足,郁气、瘀血、痰饮、湿浊、内毒等诸邪类聚胶结,或有隐情、真假等原因,故有学者称“最难辨识属神病”<sup>[10]</sup>。

## 2 感性脑病辨治经验

### 2.1 正确诊断,治本兼顾脑病治气与脑病治脏

必须明确具体西医病种的病理机制以及中医辨证的病机关键,积极开展中西医结合治疗,才是感性脑病的治本之途。《灵枢·小针解》云:“上守神者,守人之血气有余不足”“上守机者,知守气也”。中医辨治感性脑病离不开脏腑神机气化障碍,因此,兼顾脑病治气与脑病治脏,形神同治。所谓喜伤心,怒伤肝,忧伤肺,思伤脾,恐伤肾;以及怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结;暴怒伤



阴,暴喜伤阳等等,开启了感性脑病辨治的神秘之门。但临床上不能笼统的归于七情内伤,或者机械地对应五脏所主。

## 2.2 控制感性反应症状,治标在于调神养神

感性反应症状大多属于过度的反应,严重影响患者的生活质量。由于感性脑病的症状呈发作性、波动性、变化性,古代多辨为风病;因其多样性、复杂性、疑难性,又辨为鬼病。《备急千金要方·风癫》曰:“今针灸与夫方药。并主治之凡占风之家。亦以风多鬼断之。”控制感性反应症状,需要标本同治,对于治本取效困难者,调神养神治标以控制感性反应症状,提高生活质量就显得更有临床意义。著名的《备急千金要方·风癫》紫石煮散(大黄、干姜、龙骨、肉桂、甘草、牡蛎、寒水石、滑石、赤石脂、白石脂、石膏、紫石英),治疗风引;宋人林亿等附入《金匱要略》后改名为风引汤<sup>[1]</sup>,寒温并用,散敛同施,以清热燥湿,发散邪气,又顾护正气,治疗“热瘫痢”,相当于器质性脑综合征、器质性神经症样综合征、器质性精神障碍等。《备急千金要方·风癫》引述扁鹊学派的十三鬼穴(人中、少商、隐白、大陵、申脉、风府、颊车、承浆、劳宫、上星、曲池、海泉、男会阴女玉门头)配伍组合,平调阴阳,开窍醒神,理气行血,宁心安神,治疗“猖狂恶鬼”“百邪之病”的种种形相,相当于感性脑病的精神心理障碍症状<sup>[2]</sup>。另外,在古代占有重要地位的巫医符篆、祝禳、咒禁、舞降等祝由术,佛教观心、念佛、持咒、禅坐等调心方法,与现代心理行为疗法的系统脱敏、标记奖励、行为塑造、生物反馈等有异曲同工之妙。

## 2.3 正视慢病长疗程,重视心身整体护理

感性脑病大多是慢性病乃至慢性进行性疾病,长期的行为与心理不协调,心理冲突混乱无序;个人身心与家庭、社会、国家、整个世界不协调,精神创伤应激障碍。心身整体护理重视心理护理和心理支持,患者的情绪状态和心理变化直接影响着疾病的治疗效果和康复程度。传统的形神兼养观念,静以养神,动以养形,动静形神结合兼养。重视生活规律、调节饮食、锻炼身体,使形体不蔽;同时重视正心安神、怡情安神、保精养神、以静养神、行气导引安神,使精神不散。儒家提出了要“存心养性”,道家提出了要“修心炼性”,佛家提出了要“明心见性”。心身合一,性命双修,才能达到《素问·上古天真论》提倡的“形与神俱”的目的。

## 2.4 建立个体化方案,跨学科整合论治

感性脑病的临床症状表现为神经功能障碍、心

理障碍、精神障碍,跨越神经病学、精神病学、疾病心理学等学科范畴。只有通过病情评估,才能综合选择中西医结合多种治法,实施合理的、可行的、经济的个体化方案。《素问·异法方宜论》强调“杂合以治,各得其所宜”。有学者指出,加强跨学科研究,容易找到各“学科间的联结点”<sup>[3]</sup>,从道(定其计划)、法(辨其方法)、术(技术选择)、器(器具使用)、人(患者体质心理)五个层面,实现对感性脑病的整合康复论治<sup>[4]</sup>。

## 2.5 根据研究进展,积极采用新方法新手段

明确具体病种的病因治疗,规范抗精神病药物治疗和对症治疗的同时,大力推荐心理治疗、心理疏导、心理康复方法。以中西医疾病对应及精神心理症状为主,中医辨病辨证论治、经验方药、针刺及非药物疗法等,层出不穷。随着医学技术的迅速进步,医学模式也在彻底改变中。积极采用新方法新手段如基因修饰药物、免疫疗法、深度学习、全景评估、人工智能等,用于对感性脑病的诊疗,将更加准确、更加便捷、更加科学,可能完全改变患者的治疗结果。

# 3 基于神机气化理论辨治感性脑病医案

## 3.1 病毒性脑炎继发癫痫性精神病案

刘某某,男,20岁。癫痫发作19年,缓起精神失常8年余,复大发脾气、易冲动半月,于2019年11月15日第三次入院。住院号:435093。家属诉患者于1999年6月3日足月剖腹产出生,1岁多时因高热后出现昏迷倒地、四肢抽搐、口吐白沫等,省某儿童医院住院诊断为“病毒性脑炎”,经抗病毒治疗后颅内感染痊愈后出院。2006年前无明显诱因再次出现双眼上翻、口唇发乌、四肢抽搐、口吐白沫、不认识家人等情况,历时3~5 min;多在睡眠中发作,白天发作少,某省儿童医院再次住院治疗,具体诊断不详,因为癫痫发作症状,治疗上予以丙戊酸钠缓释片(德巴金)合并奥卡西平片治疗,病情基本能控制。2010年左右开始停抗癫痫药,停药后病情时有反复。2011年8月患者出现自语自笑、脾气大、有时吵闹毁物、睡眠差等情况,家人带其前往国家级某医院门诊,诊断为“癫痫伴精神障碍”,治疗予以奥氮平片2.5~5 mg口服,Qn,抗精神病治疗,丙戊酸镁缓释片(神泰)0.25 g口服,Bid,及丙戊酸钠缓释片0.5 g口服,Qn,抗癫痫治疗,因效果欠佳,加用拉莫三嗪片50 mg口服,Qn增效抗癫痫治疗,之后坚持门诊治疗,病情控制情况大致同前。2015年因长期存在自言自语、无故发笑、不时拍手、反复讲重复话、睡眠差等,加大奥氮平片的剂量为10 mg口服,Qn,病情未

见明显好转。于2018年10月23日来我院第一次住院,诊断为“癫痫性精神病”。予以奥氮平片15 mg口服,Qn,控制精神症状,丙戊酸钠缓释片0.4 g口服,Bid,合并奥卡西平片0.3 g口服,Bid,抗癫痫并稳定情绪,艾地苯醌片30 mg口服,Tid,改善脑功能等治疗后,于2018年11月1日好转出院。患者出院后规律用药1月余(奥氮平10~15 mg口服,Qn,奥卡西平0.3 g口服,Tid,丙戊酸钠缓释片0.4 g口服,Bid控制症状)。之后开始出现性格改变,脾气变大,行为冲动,常常自言自语,觉得有人在背后议论他、想害他,无故自笑,与人交流时注意力不集中。稍不如意的时候,就发脾气,冲动(对家人更加明显),特别是在受外界声音等干扰时,就觉得心里冲动、烦躁、想发泄等情况,随即有吵闹砸东西等冲动行为,晚上则无原无故坐立不安,在家来回走动。随后,某些特殊声音刺激或者旁人讲话不太注意时,痫性症状及精神心理症状仍有发作。于2019年10月8日至2019年10月31日再次在我科住院治疗,同前诊断为癫痫性精神病。经治疗出院后予丙戊酸钠缓释片0.5 g口服,Qd+Qn,奥卡西平片0.3 g口服,Qd+Qn,佐匹克隆片7.5 mg口服,Qn,奥氮平片5 mg口服,Qn,氨磺必利片0.4 g口服,Qd,盐酸苯海索片2 mg口服,Qd,规范药物治疗。

近半月来患者在家中偶有感觉心里有声音,记不清具体讲什么,偶尔有担心别人要伤害他的想法。常常在家中不顺心时,就与家人发生争执;多次发生因小事激动,在家冲动打砸东西,撞墙,不受控制,事后则反复道歉愧疚。昨日患者自觉心里难受,急躁,不能控制,自己服用丙戊酸缓释片1.5 g,服药后无特殊不适。家人觉得患者脾气大,易冲动,不受控制,故第三次送来我科住院。患者此次起病以来,无明显抽搐,无意识障碍,无畏寒、发热;无明显自伤、自杀;有吵闹毁物等冲动行为;食纳可,睡眠差,大小便如常,体质量无明显变化;舌赤红苔薄黄干中剥,脉细弦数。体查:T 36.6℃,P 91次/min,R 20次/min,BP 140/72 mmHg。双肺呼吸音清,心率72次/min,律齐无杂音,腹平软,肝脾未触及,肠鸣音4次/min,音调不高,肌力及肌张力正常,神经系统检查未引出病理征。精神状况检查:步行入院、年貌相符,衣着尚整洁,意识清晰,定向准确,交谈接触被动合作,问答切题,思维稍松弛,注意力集中,查及假性幻听;被害妄想、关系妄想;智能记忆检查基本正常。情绪不稳、紧张,脾气大,易激惹。意志活动减退,行为冲动,本能活动正常,无自知力。头部MRI、

BEAM示正常。入院诊断:西医诊断为癫痫所致精神病,病毒性脑炎继发性癫痫。中医诊断为癫痫病并癫狂病,辨证为阴虚阳亢,风火上扰证。予氨磺必利片0.6 g口服,Qd,富马酸喹硫平片0.2 g口服,Qd,以控制精神症状;丙戊酸镁缓释片1.0 g口服,Qd,奥卡西平片0.9~1.2 g口服,Qd,以抗癫痫;盐酸苯海索片2 mg口服,Qd,拮抗药物不良反应,改善脑功能,慢性小脑电刺激术康复理疗等对症支持治疗。中医治法:养阴潜阳,清热息风。因患者拒绝中药汤剂,故处方:左归丸9 g口服,Bid,万氏牛黄清心丸3 g口服,Bid。配合冲动行为干预治疗、特殊工娱治疗、文体训练,督促饮食及生活,促进社会功能的全面恢复,病情好转回归社会,患者于2019年12月7日出院。出院后,规范服用氨磺必利片、富马酸喹硫平片、丙戊酸镁缓释片、奥卡西平片、盐酸苯海索片等西药,间断加用中成药左归丸、万氏牛黄清心丸。

2020年6月19日随诊诉,近4个月来,痫性症状及精神心理症状未发作。精神稳定,睡眠可,恢复正常学习。简明精神病评定量表、临床疗效总评量表评估病情,药物副作用量表测定用于监测抗精神病药物及其他药物不良反应,疗效稳定,未见明显不良反应。继续规范服用氨磺必利片、富马酸喹硫平片、丙戊酸镁缓释片、奥卡西平片、盐酸苯海索片治疗。

按:本案脑风温病后遗症,脏腑阴液损伤,风阳火毒阻遏神窍,同时躁扰神机,形气神同病,发为癫痫并癫狂,《活幼心书·痫证》称为“狂痫”。阴之不能守其阳,阴阳乖离,风火旋动,魂摇魄动,狂痫并病,狂因痫作,痫因狂重。此病临床治疗不可逆转,容易受各种因素干扰则病情发作或症状加重,属于典型的感性脑病。《杂病源流犀烛·癫狂源流》曰:“癫痫病……亦若狂之状;狂病……亦兼癫之状。”根据《精神科临床诊疗规范》《精神疾病防治指南》《中国精神疾病防治指南·实用版》,结合患者既往用药情况,确定本次住院用药。规范的西药治疗联合中成药左归丸、万氏牛黄清心丸治疗,标本同治,才能控制感性症状发作。

### 3.2 多发梗死性血管性痴呆案

周某某,男,79岁。住院号:550061。因记忆力进行性减退5年余,加重伴尿失禁3月,于2019年12月13日入院。家属诉患者5年前无明显诱因出现记忆力减退,起初症状不明显,未予重视,后症状逐渐加重,并出现言语不利,幻觉,于省某医院住院治疗,予相关治疗后症状稍好转出院(具体治疗不



详),出院后规律使用氯吡格雷 75 mg 口服,Qd,瑞舒伐他汀片 10 mg 口服,Qn,奥氮平片 2.5 mg 口服,Qn,多奈哌齐片 5 mg 口服,Qd。但是,记忆力仍持续性下降并反应迟钝,3月前出现尿失禁、行走不稳,先后于多家医院住院治疗。2019年11月14日头部CT示:脑干、两侧基底节区、放射冠及半卵圆中心多发性脑梗死;脑白质疏松、脑萎缩。经相关治疗(具体治疗不详)后症状缓解不明显。今为求系统治疗,遂收入我科。现在症:精神状态差,记忆力减退、反应迟钝;多疑,时有幻觉,家人说话稍不注意即幻觉有人要害他;白天睡觉较多,夜寐不安,夜间自言自语现象明显,夜起后不能找到自己的床位;行走不稳,持物轻微震颤,伴尿失禁,偶有咳嗽,咳吐白色黏痰,无发热畏寒、头痛恶心、心慌胸闷等症状,食纳可,解黑色大便数月,时有大便失禁。近3月来体质量无明显变化。既往有脑梗死病史,无明显后遗症;否认冠心病、糖尿病、高血压病病史。查体:T 36.5℃,P 69次/min,R 20次/min,BP 115/65 mmHg。神志清楚,言语不利,反应迟钝,记忆力、计算力下降,双侧瞳孔等大等圆,直径3 mm,直接、间接对光反射灵敏,双眼球活动自如,无眼球震颤,双侧鼻唇沟对称,伸舌居中。右上肢肌力5级,右下肢肌力5级,左上肢肌力5级,左下肢肌力5级,四肢肌张力正常,四肢腱反射(++),克氏征(-),巴氏征(-)。舌淡红,苔腐腻,脉沉细。双侧颈动脉彩超示:双侧颈动脉硬化,双侧颈动脉多发粥样低回声、混合斑回声斑块形成,双侧椎动脉扭曲,血流阻力指数增高。TCD示:左右两侧大脑中动脉血流速增快,双椎-基底动脉血流速增快。心电图示:窦性心律,房性早搏,可见房早未下传,室性逸搏,多导联T波低电压。西医诊断:多发梗死性血管性痴呆,脑梗死后遗症期,脑萎缩,双侧颈动脉硬化并斑块形成。中医诊断:痴呆,痰热上蒙证。治疗上予以奥拉西坦注射液营养神经、泮托拉唑钠冻干粉针护胃、前列地尔注射液改善微循环、多奈哌齐片及石杉碱甲片抑制乙酰胆碱酯酶、瑞舒伐他汀钙片(可定)降脂稳斑及对症支持治疗。中医治法:涤痰开窍,佐益气运脾。处方:涤痰汤加减。盐益智仁、党参、山药、茯苓各15 g,麸炒乌药、法半夏、麸炒枳实、陈皮、白术、石菖蒲、蜜远志、竹茹、炙麻黄各10 g,胆南星、生姜、甘草各6 g,7剂,日1剂,水煎服,分两次温服。2019年12月20日患者精神好转,记忆力减退、多疑、幻觉、行走不稳、尿失禁等症状较前改善,持物轻微震颤,咳嗽较前减轻,咳吐白色黏痰,无发热畏寒、头痛

恶心、心慌胸闷等,舌淡红,苔薄白腻,脉沉细。中医治法:补益脾肾,化痰开窍。处方:验方固本丸合涤痰汤加减。黄芪20 g,党参、当归、山药、熟地黄、盐杜仲各15 g,鹿角霜、紫石英、盐益智仁、蜜远志、石菖蒲、白术、升麻10 g,砂仁、木香、炙甘草各6 g,14剂,日1剂,水煎服。

2020年1月4日幻觉消失,小便基本自控,余症状好转,续予验方固本丸合涤痰汤加减14剂,带药出院。

按:本案痴呆,脾肾亏损,脑髓空虚;痰热上蒙,神机失用。记忆力减退、睡眠紊乱、多疑、幻觉等痴呆精神心理症状,最容易受情志感动扰乱脏腑气机,反过来加重病情。因此,对于痴呆患者亲人陪伴及语言交流、减少精神刺激、心理护理十分重要,药物治疗先开窍治实,后补虚固本,神窍玄府通利则化气生神。《辨证录·呆病门》曰:“正虚必然生痰,不祛痰则正气难补,补正气而因之祛邪,是消痰仍是补正也。”

### 3.3 小儿抽动症案

刘某某,女,6岁。2019年10月16日首诊:患者母亲诉,从2月份感冒愈后,即出现频繁眨眼、嘴角抽搐、耸肩,睡眠不安,时有烦躁。7个多月来,反复在受刺激后或注意力集中时症状加重,以致于影响学习。就诊于多家医院,诊断为小儿抽动症,短程使用过氟哌啶醇片、可乐定透皮贴片等,家长不愿意长期使用西药,故就诊于我科。刻诊:体格较瘦,对母亲粘缠,休学中。精神差,注意力不集中,学习困难,烦躁多动,突发不自主的频繁眨眼、撅嘴、耸肩,小便黄,大便干,舌红尖赤少苔,脉浮细数。头部MRI未见异常。脑电图示基本正常,中央区出现 $\theta$ 波少量增多,枕导 $\alpha$ 波失对称。中医辨证为心肝脾阴虚,风火内动证。治法:养阴息风,清热安神。处方:石决明、麦冬各15 g,钩藤、白蒺藜、黄芩、白芍、玉竹、玄参各10 g,甘草6 g,蝉蜕、五味子、莲子心各3 g,7剂,每日1剂,水煎服。并予清脑复神液10 mL口服,Bid。2019年10月24日二诊:精神好转,频繁眨眼、撅嘴、耸肩症状减少,大小便正常,舌红苔薄黄干,脉浮细数。守方14剂,每日1剂,水煎服。2019年11月8日三诊:频繁眨眼、撅嘴、耸肩明显减少,舌红苔薄黄,脉细数。原方去石决明、莲子心,加怀山药、炒麦芽各15 g,茯神、陈皮各10 g,30剂,每日1剂,水煎服。2019年12月7日之后,停用中药汤剂,单纯使用清脑复神液10 mL口服,Bid。2020年5月28日随诊,患者于2020年2月底恢复学校学习,抽动症未再发作。

按:抽动症是一种慢性神经精神性疾病,属于慢惊风、癔疾、抽搐,责之内风。中医将搐、搦、颤、掣、反、引、窜、视称为惊风八候,感性反应明显,抽动症中每多见之。《陈氏幼科秘诀·惊风》说:“惊风本于心肝二脏,肝风、心火相煽发搐。小儿脾胃弱,肝易凌之引动肝风。”风火上乘巅顶而多变,魂神扰动,经筋挛急,病变多见于头面部。现代临床多用西药控制症状,合并辨证论治中药汤剂或中成药。古方多用朱砂、雄黄、全蝎之类以镇魂神,因其毒性,现代临床几乎不用或者少用这类药物。本案养阴熄风,清热安神,特别配伍有抗抽搐作用的蝉蜕、钩藤、白蒺藜,避免使用龟板、鳖甲、金箔、磁石等影响脾胃运化的药物。

#### 4 结语

马克思在《1844年经济学哲学手稿》中断言,人和其他动物的根本区别在于,人有意识活动和社会关系<sup>[15]</sup>。亚伯拉罕·马斯洛《人类激励理论》把人类的需求由低到高像阶梯一样分为生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊重以及自我实现等不同的需求层次<sup>[16]</sup>。因此,不同层次的需求得不到满足时,产生长期的不良情绪,伴随一系列的行为反应、自主神经反应及内分泌反应,影响神经中枢的调节功能和基因的差异性表达,产生感性反应症状及感性脑病的演变过程。北宋哲学家邵雍《百病吟》曰:“百病起于情,情轻病亦轻。”情志过度是内伤类疾病的致病病因之一,有泛因性、极端性、遗传聚集性、自控性的发病特点<sup>[17]</sup>。心理社会因素如个体的应激状态、情绪、人格特征、心理防御机制和社会支持系统等感性脑病的影响巨大。同时,感性脑病普遍存在在精神疾病与躯体疾病共病现象<sup>[18]</sup>,共病的相互作用包括疾病-疾病相互作用、疾病-药物相互作用、药物-药物相互作用和治疗某种疾病的药物无意中导致了另一种疾病发生的风险增加<sup>[19]</sup>。因此,必须突破治风、治气、治痰、治瘀、治毒、治虚等思维禁锢<sup>[20]</sup>。基于传统文化形、气、神三位一体的生命观和疾病观,从神机气化理论辨治感性脑病具有明显的临床优势,才能

较好地处理其特殊性和复杂性。

#### 参考文献

- [1] 高益刚.论李泽厚“新感性”论的内涵及价值[D].济南:山东大学,2007.
- [2] 熊媛霞.中医神志病的现状与发展思路[J].中医药管理杂志,2018,26(23):9-10.
- [3] 王琦.打开东方思维的钥匙[N].中国中医药报,2012-09-05(003).
- [4] 曹秋云,施利国.“疑难杂症”与医学模式[J].医学与哲学(临床决策论坛版),2011,32(9):4-7.
- [5] 许志效.“气象”“形象”的概念及与“藏”的关系[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(6):401-403.
- [6] 卫华,李存江.重视多学科合作 解决神经系统疑难病[J].北京医学,2020,42(5):361.
- [7] 袁勇贵,刘晓云,陈素珍,等.临床上的疑难杂症与心身疾病[J].实用老年医学,2016,30(9):708-711.
- [8] 侯学思,赵吉平,白鹏,等.浅析“形气相合”对针灸临床诊治的指导作用[J].针灸临床杂志,2018,34(3):1-4.
- [9] 谭庆刚.《金匮要略》神病证治辨析[J].湖北民族学院学报(医学版),2007,26(3):49-50.
- [10] 沈仕伟.论神病辨治[N].中国中医药报,2015-12-02(004).
- [11] 丁光迪.谈侯氏黑散和风引汤的实用价值[J].江苏中医杂志,1983,28(1):51-53.
- [12] 刘思宇,黄文雅,朱安宁,等.《千金方》十三鬼穴治疗神志病浅析[J].中华中医药杂志,2020,35(3):1395-1398.
- [13] 彭先导.人类学与流行病学——对健康和疾病的跨学科探索[J].医学与哲学,1995,16(9):464-466.
- [14] 庄彩薇,陈波,郭永明,等.整合康复医学:康复医学未来发展新模式[J].医学争鸣,2020,11(1):21-24,28.
- [15] 张奎良,孙晶.马克思“人的发展的本质”释义[J].黑龙江社会科学,2016,17(1):1-7.
- [16] 陈炯.对需要层次理论的再认识——需要理论探新[J].大众心理学,2017(2):42-43.
- [17] 周德生.试论情志病的特点[J].河南中医,2011,31(3):214-217.
- [18] 赵永厚.基于中医神志病学临证思维解读现代精神疾病身心共病现象[C].中国中西医结合学会精神疾病专业委员会.中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第15届全国学术会议暨第2届京津冀中西医结合精神疾病学年会暨全国名老中医药专家王彦恒临床经验学习班论文集,2016:132-136.
- [19] 徐虎,范利,曹丰.老年共病管理的临床挑战与应对策略[J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(12):942-946.
- [20] 周德生.内科疑难病的中医临床思维特点与辨治方法探讨[J].湖南中医药大学学报,2015,35(10):6-10.

(本文编辑 李路丹)