

本文引用:周德生,刘利娟,陈瑶,唐一华,张梦雪,谢清. 基于和法论治理论辨治脑科复杂性疾病[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(3): 394-400.

## 基于和法论治理论辨治脑科复杂性疾病

周德生<sup>1</sup>,刘利娟<sup>1\*</sup>,陈瑶<sup>1</sup>,唐一华<sup>2</sup>,张梦雪<sup>2</sup>,谢清<sup>2</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,湖南长沙410208)

**[摘要]** 脑科复杂性疾病多为危重病、慢性病、疑难病等,临床上需要长期的多重用药。针对复杂性疾病的特点,根据脑病病种的具体病机,和法论治,诸法并施,方药相宜,个体化用药,是比较好的临床应对策略。通过肝胆管癌骨髓转移并脑转移、多发性腔隙性脑梗死并血管性帕金森综合征、线粒体脑肌病并病毒性脑膜炎继发性癫痫、脑动脉瘤性蛛网膜下腔出血并交通性脑积水、遗传性代谢病、舌根鳞癌切除术后迷走神经性呕吐6个医案,阐述了脑科复杂性疾病的和法论治用药特点:脑与奇恒互藏同治,脑与多脏变理同治,多虚多实与多种亚治法复方以治,气血水火升降出入失调与承制调衡同治,神机轴、经隧、髓系等神经通路疏导平调同治,虚不受补与变通以治。

**[关键词]** 复杂性疾病;精神心理类疾病;神经系统疾病;和法论治;复方简药

**[中图分类号]** R277.7

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.03.014

### Treatment of Complex Brain Diseases Based on the Theory of Harmonizing Method

ZHOU Desheng<sup>1</sup>, LIU Lijuan<sup>1\*</sup>, CHEN Yao<sup>1</sup>, TANG Yihua<sup>2</sup>, ZHANG Mengxue<sup>2</sup>, XIE Qing<sup>2</sup>

(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]** Brain complex diseases are mostly critical illness, chronic diseases, and difficult diseases, which need long-term multiple drugs in clinical practice. It's a better clinical response strategy to harmonizing method treatment, hybrid method treatment, prescription properly and personalized medicine according to the characteristics of complex diseases and the specific pathogenesis of encephalopathy. Through bone metastases and brain metastases from cholangiocarcinoma, multiple lacunar cerebral infarction and vascular Parkinson's syndrome, brain mitochondria myopathy and viral meningitis secondary epilepsy, cerebral aneurysmal subarachnoid hemorrhage and traffic hydrocephalus, hereditary metabolic disease, vagus nerve vomiting after tongue squamous carcinoma resection 6 cases, this paper expounded the characteristics and medication of the harmonizing method treatment of complex diseases in the brain department: the brain and Qiheng are treated with each other, the brain and the viscera are treated with the same reason, and the multi-virtual and multi-solid are treated with a variety of sub-treatment methods, qi, blood, water and fire rise and fall in and out of disorder and contract regulation balance with treatment, neural pathways, such as Shenji axis, meridian tunnel and medullary system are balanced together, deficiency is not compensated and can be treated with flexibility.

**[Keywords]** complex diseases; mental and psychological diseases; nervous system disease; harmonizing method; compound simple medicine

**[收稿日期]** 2020-12-13

**[基金项目]** 国家自然科学基金项目(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项目(2017SK4005); 湖南省中医药管理局项目(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项目(ZYYDX201730); 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项目(ZYNK201609); 湖南省科技厅重点专项项目(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]** \*刘利娟,女,主治医师,E-mail:601264967@qq.com。

神经系统是一个多级系统,脑结构具有许多层次,形成多层次性的功能复杂系统。中医认为脑体属会,脑脏相关,奇恒互藏,脑髓脑室耦合,脑窍玄府气化,脑奇恒府神机与全身神机双向调控,阴阳髓精、气血津液、奇正经脉、膜络一体等为之中介,形成形神一体的整体平衡,并与天地自然协调节律<sup>[1]</sup>。因此,脑体、脑脏、奇恒、形神等,存在与脑相关联的病位、病性、病邪、病势同病的病机特点,形成脑科复杂性疾病。笔者认为脑科复杂性疾病不仅包括精神心理类疾病以及神经系统疾病,还包括涉及精神心理或神经系统的慢性病,是临床医学面临的难题。本文基于和法论治理念<sup>[2]</sup>,阐述脑科复杂性疾病的临床体会。

## 1 和法与复杂性疾病

在多基因位点和环境因素的共同参与下,病变影响到了机体的多个系统和机体整体的平衡状态,形成复杂性疾病<sup>[3]</sup>。精神心理类疾病多属于内伤杂病,《温病条辨·治法论》提出“治内伤如相”。《石室秘录·王治法》以内伤诸症“用王道治法为必全”。王道无偏无党,相道平稳缓图,和法之旨也。

### 1.1 和法的范畴

传统中和观是中医理论的哲学基础,把自然、万物、社会、人事等看作一个互相联系又互相影响的和谐整体。《黄帝内经》所谓治疗之和法,以平为期,在于恢复人与自然之和、人与社会之和、人自身之和。笔者基于和而不同、和实生物、和为贵的辨证内涵,认为和法指复合多种亚治法的复合治法,及整合多种治疗技术的杂合以治<sup>[2]</sup>。集数法于一方,按照配伍规律组合,和法是实现一方复治的主要手段;同时综合各种治疗方法的优点,以应疾病的共病情况及病程特点,整体同治,各得其所宜,实现预防与调养结合。

### 1.2 复杂性疾病病机特征与和法应用

复杂性疾病属于痼疾,由多种病因生成,其病机多寒热并见,虚实互呈,多脏腑同病,甚至入络成癥<sup>[4]</sup>。形、气、神同病,慢性进展,积累加重,故统称之为杂病。《杂病源流犀烛·自叙》说:“杂者,表里易蒙,寒热易混,虚实易淆,阴阳易蔽,纷形错出,似是实非。”和法变化无穷并有规律可循,是中医治疗内科杂病复杂性的体现<sup>[5]</sup>。特别是多种亚治法的合用,务和同而拒专同,针对广泛病位、多种病邪、对立病性、矛盾病势,有标本先后、主次偏重、有序组合、整体兼施的相辅相成或者相反相成,才能达到《周易·乾》所

谓“保合太和”的治疗目的。和法是各种治法的组合体,以重整体、重平衡、重协调、重嬗变为特征,故《景岳全书·和略》说:“和方之制,和其不和者也”。

## 2 脑科复杂性疾病和法论治用药特点

脑科复杂性疾病多为危重病、慢性病、疑难病等,临床表现为神变如觉醒、睡梦、感知、认知、情感、意志行为等神志改变,指运动、感觉、记忆、语言、调控、二便等功能障碍,形损即形体、脏器、气血、津液等形质耗伤<sup>[6]</sup>。症状繁多,主次变化,病机复杂,证候交错,病程淹缠,慢性共病,需要长期的多重用药,存在矛盾用药和不合理用药现象。和法论治,诸法并施,方药相宜,个体化用药,是比较好的临床应对策略。

### 2.1 针对复杂性疾病的用药特点

中医药防治复杂性疾病有一定的优势。(1)补虚泻实,平调阴阳。标本先后,寒热温凉,峻猛缓急,因病随证。有学者认识到,特异性原理无法应对复杂性疾病,中医的非特异性原理具有独创性,复杂性疾病应以调理为核心<sup>[6]</sup>。可根据复杂性疾病的特点,分阶段的选择覆盖面广泛的非特异性方药。《知医必辨·杂论》说:“善调理者,不过用药得宜,能助人生生之气。”复杂性疾病不必拘于补虚通络<sup>[7]</sup>,亦不必拘于从脾胃论治<sup>[8]</sup>;即使扶正固本、顾护脾肾、痰瘀同治、络病证治四法,标本同治,随证加减<sup>[9]</sup>,也不能满足复杂性疾病临床需要。(2)整体燮理,精准治疗。枢转三焦气机升降,通调气血水路径,恢复脏腑承制平衡。复杂性疾病长期的多重用药,实施优化方案精准治疗,必须基于整体调理的层次结构,实现各种治疗技术及治法的融合。在考量疗效成本关系的同时,避免医源性损伤。(3)医有定理,亦有活法。运用之妙,存乎一心。复杂性疾病具有明显的个体间和个体内的差异性,临床决策面临“诸葛亮困境”<sup>[10]</sup>。处常与处变,守经与权宜,向来为先哲名医所重视。只有坚持临证权变诊疗思想,整体恒动,全面权衡,审机论治<sup>[11]</sup>,才能走出既有经验和思维定势的影响。

### 2.2 基于和法的用药特点

结合复方、大方、偶方理论,复合多种亚治法,应用多重配伍关系,达到功效全面和缓以治的目的。基于和法的用药特点,笔者称之为复方简药<sup>[12]</sup>。(1)七情和合,多元配伍。复方的配伍为不同性味、不同归经、不同功效的药物配伍,救弊纠偏以向和。需要重视药对、药组、药队、引经、固定结构、成方、合方等用药相得的应用经验。《医学入门·杂病穴法》记载:“杂病随证选杂穴,仍兼原合与八法。”选穴与选药同理,

非药物治疗也需要合理选择应用。(2)药证类从,重复用药。复杂性疾病单用一种药物难以治愈,需要多种药物并用,多证素同治,诸邪同治。尤其针对主症时,会重复使用多种类似作用的药物,以达到疗效。多而不杂,繁而有要。《千金要方·论用药》所谓“重复用药,药乃有力。”(3)方证对应,病症主药。《类证活人书·药证并药方加减》说:“须是将病对药,将药合病,乃可服之。”一病多方,共病合方,方各不同,用药有异。“病与方相应,乃用正方,科有差别,即随证加减。”重点抓主病、主症治疗,方证对应,方证一体,精确选择药物,重点用药,避免药物太多、太杂。在西药承担主药的绝对地位之后,中药主药的角色与角度变换问题,必须具体问题具体分析。(4)约方约药,病证方药相宜。方有合从之妙,协同制约,主辅佐使;精简药物,合理用药,防止药物堆砌。《医门法律·申治病不知约方之律》曰:“凡用方,不分君臣佐使,头绪纷杂,率意妄施,药与病迥不相当,医之罪也。”《医门法律·申治病不知约药之律》曰:“凡用药,太过不及,皆非适中,而不及尚可加治,太过则病去药存,为害更烈,医之过也。”然而,对于复杂性疾病而言,和法的简药约药之说,并不是药味越少越好。大活络丹 50 味,再造丸 56 味,君臣佐使驾驭有方,复方大方功效卓著。《兰台轨范·通治方》谓:“顽痰、恶风、热毒、瘀血入于经络,非此方不能透达,凡治肢体大症必备之药也。”

### 2.3 根据脑病病机的用药特点

根据脑病易虚易实、易闭易脱、易共病易同病、易伤易残的病机特点<sup>[1]</sup>,脑科复杂性疾病和法论治或和解、或调和、或缓和,或内治与外治并行,或药物治疗与非药物治疗兼施,脑、脏、体、经等整体调治,都需要配伍入脑、开窍、治神、补髓药物。(1)归经入脑<sup>[13-15]</sup>。从脑的生理病理特点以及透过血脑屏障药理研究来认识,入脑药物如石菖蒲、远志、川芎、红花、桃仁、桂枝、乳香、没药、天麻、钩藤、广藿香、蔓荆子、防风、鬼箭羽、鹿衔草、蓝布正等。(2)开窍法用于所有脑病,不局限于神志障碍<sup>[16]</sup>。醒脑开窍药物如人工牛黄、人工麝香、人工冰片、天竺黄、皂荚、皂刺、白芷、薄荷等。(3)安神法有广泛内涵,扶正祛邪即安神。镇惊治神药物如龙齿、龙骨、琥珀、珍珠母、牡蛎、磁石、水飞朱砂等;理气安神药物如玫瑰花、茯神、川楝子、橘核、合欢皮、合欢花、甘松等;养心安神药物如酸枣仁、柏子仁、龙眼肉、首乌藤、灵芝等;清热安神药物如栀子、莲子心、连翘、蚤休、菊花、青蒿、苦参、龙胆草、青黛等。(4)填补法以肾肝为主,厚味

滋补缓见功。《千金要方·胆腑方》引《删繁方》说:“凡髓虚实之应主于肝胆。”《外经微言·五脏互根》说:“脑属肾……脑有五脏之阴也。”填精补髓药物如熟地黄、山茱萸、枸杞子、紫石英、猪骨髓、鹿角霜、鹿角胶、蛤蚧、海马、海参、鳖甲、龟板、龟胶等。

脑病病种及共病的具体病机不同,对应选择方药。临床上需中西医结合,辨病辨证,共病共治,三因制宜,随证治之;并结合中药药理学选择用药。法无定法,方无定方,药无定药,量无定量。圆机生法,各有相宜。如《金匱翼·中风统论》提出的卒中八法,即开关、固脱、泄大邪、转大气、逐痰涎、除热风、通窍遂、灸腧穴。“盖病千变,药亦变,凡病皆然,不独中风。”卒中八法至今仍然是治疗中风病的重要法则,并且可以启发某些危重的脑科复杂性疾病的临床思维。

## 3 脑科复杂性疾病医案举隅

### 3.1 脑与奇恒互藏同治——肝胆管癌骨转移并脑转移案

患者陈某某,女,汉族,60岁。因胆管癌术后3月余,腹痛腹胀1月余,发热寒战4d,于2020年3月27日入院。患者因“胆管占位性病变”于2019年12月9日至2019年12月27日在某大学附属医院行肝门部肿块切除术+肝门部胆管成型+胆管-空肠内引流+门静脉化疗泵埋置术,病理检查示:肝门部肿块,镜下见纤维组织显著增生、玻变,间质中有少量上皮成巢样分布。结合病理切片及免疫组化结果,符合腺上皮中重度不典型增生,灶性癌变(分化较差的腺癌)。出院后患者仍间断恶心、呕吐,受疫情影响,未行特殊处理及治疗。1月前,患者无明显诱因出现腹部胀痛,伴恶心、呕吐,自服中药及偏方泡澡(具体不详);4d前,患者受凉及中药泡澡后出现发热寒战,每日夜间22:00~0:00时,最高体温达38℃,可自行退热,为进一步治疗入院。现症见:患者精神欠佳,记忆下降,偶有幻视,暂无发热恶寒,腹部胀痛,伴右腰部疼痛,时有暖气,恶心、呕吐,呕吐物为黄色胃内容物,夜间22:00~0:00时发热寒战,最高温度达38℃,不能久立,语声低微,动则气促,口中酸苦,口干不欲饮,纳寐差,大便量少,有矢气,小便可。胆管空肠引流管通畅,每日引流液约300 mL。近半年来,体质量减轻约20 kg,患者体质量仅38 kg,形体消瘦。舌尖红,苔中黄厚干燥,脉弦细。既往于2017年“胆囊结石”行手术治疗,有输血史,无输血不良反应。体格检查:体温36.7℃,心率82次/min,



呼吸 20 次/min, 血压 87/54 mmHg。无肝掌、蜘蛛痣。颈静脉无怒张, 肝颈静脉回流征阴性, Murphy 氏征阴性, 肝区叩击痛, 右肾区叩击痛, 腹部无包块。体力活动状态(PS)评分 3~4 分, 浅表淋巴结未扪及肿大。胆管空肠内引流管固定在位, 引流通畅, 伤口敷料干洁, 未见明显渗出。PET-CT 示: 肝门部胆管区糖代谢轻度增高的软组织影并肝内胆管扩张, 结合增强 MRI, 考虑低代谢肝门区胆管癌; 腹主动脉前糖代谢增高的稍大淋巴结, 可疑淋巴结转移; 颅骨及全身诸骨多发成骨性改变, 可见异常糖代谢明显增高, 考虑多发性骨转移; 右侧额顶叶类圆形灶糖代谢增高, 考虑转移瘤; 左下肺胸膜下糖代谢无明显增高的结节, 考虑良性结节; 胆囊切除术后; 双肾囊肿; 左下肺支气管扩张; 双侧扁桃体糖代谢增高, 考虑炎性病变; 脊椎退变。诊断: 胆管癌姑息术后 T 管引流后腹腔淋巴结转移并多发性骨转移, 脑转移瘤。中医诊断: 癌病, 证属肝火犯胃、瘀毒内结。予低脂优质蛋白饮食, 莫西沙星注射液及哌拉西林他唑巴坦粉针抗感染, 磷酸肌酸钠注射液护心, 呋塞米片和螺内酯片利尿, 异甘草酸镁注射液护肝, 复方苦参注射液抗癌止痛。中医治法: 调和肝胃, 清泻热结。方用大柴胡汤加减: 茯苓 20 g, 白术、山药、麦冬、莲子各 15 g, 醋柴胡、龙胆、黄芩、白参、玄参、法半夏、麸炒枳壳、炒白扁豆各 10 g, 醋五味子、生大黄、砂仁、甘草各 6 g。5 剂, 每日 1 剂, 水煎服。

二诊: 2020 年 4 月 3 日, 患者精神欠佳, 乏力, 腹部胀痛, 餐后恶心欲呕, 呕出胃内容物, 时有暖气, 稍咳痰, 无血丝, 无发热, 无头晕头痛、胸闷胸痛等不适, 口中酸苦, 口干不欲饮, 纳寐差, 大便今日已解, 小便可。胆管空肠引流管通畅。24 h 尿量 1 160 mL, 24 h 胆汁引流量 400 mL。查体: 体温 36.4 °C, 心率 87 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 112/82 mmHg。PS 评分 3~4 分, 舌红, 苔黄腻, 脉沉细有力。中医治法: 理气健脾, 泻热导滞。方用枳实导滞丸加减: 党参、醋香附、茯苓、薏苡仁、车前子、山楂各 15 g, 醋莪术、麸炒枳实、姜厚朴、白术、白芍、生大黄、盐泽泻、炒鸡内金各 10 g, 法半夏、醋柴胡、甘草各 5 g。5 剂, 每日 1 剂, 水煎服。

三诊: 2020 年 4 月 13 日, 患者精神状态较前明显改善, 稍乏力, 未诉头晕头痛, 腹部稍胀痛, 可耐受, 餐后偶有呕吐, 无发热, 无胸闷胸痛等不适, 口中酸苦, 口干欲冷饮, 纳寐差, 大便已解, 小便可。胆管空肠引流管通畅。查体: 体温 36.4 °C, 心率 77 次/min, 呼吸 19 次/min, 血压 127/69 mmHg。PS 评分 3~4

分, 舌红, 苔薄黄腻, 脉沉细弦。病情好转, 予枳实导滞丸加减: 党参、醋香附、茯苓、薏苡仁、山楂各 15 g, 黄芩、湘曲、醋莪术、麸炒枳实、姜厚朴、白术、白芍、生大黄、盐泽泻、炒鸡内金各 10 g, 法半夏、醋柴胡、甘草各 5 g。14 剂, 带药出院。出院 1 月后门诊复查, 患者诉目前病情稳定, 饮食、睡眠、二便等一般情况可, 嘱其定期门诊复诊, 不适随诊。

按: 人体是一个升降出入气化运动的机体, 胆、骨、髓、脑等属于奇恒之府, 奇恒精气互感、气化互通、神机互藏, 生化相关, 相互为用, 少阳相火生发有常, 从而维持灵性的生命。《素问·六节脏象论》有“凡十一脏取决于胆”之说。王船山在《尚书引义·大禹谟一》中称为“互藏其宅而交发其用”。胆奇恒府病变, 疾病通过互藏关系传变。奇恒病传, 往往是危重症的病机关键。《灵枢·病传》说: “正气横倾, 淫邪泮衍, 血脉传溜, 大气入脏, 腹痛下淫, 可以致死。”淫传绝败者, 整体燮理, 调和虚实, 守一勿失, 或有生机。

索要患者 2018 年 1 月 18 日至 2019 年 8 月 26 日的病史资料, 多表现为气化虚弱, 相火不足, 神机低下, 神明委顿。如 2018 年 1 月 18 日门诊, 经常头冷, 头晕, 脑鸣, 记忆下降, 情绪低落, 失眠多梦, 口苦, 舌红, 苔黄腻, 脉沉实。辨证为气血不足, 少阳郁滞。治法: 养血活血, 益气升发, 振奋神机。仿李东垣升阳滋血汤化裁: 赤芍、丹参各 15 g, 黄芪、炒酸枣仁、盐益智仁、百合、白术、防风、当归各 10 g, 细辛 3 g, 红花、三七、甘草各 5 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎服。并予安脑丸、奥拉西坦胶囊。可见, 患者在未明确诊断胆管癌之前, 已经外显奇恒病传之机。

### 3.2 脑与多脏燮理同治——多发性腔隙性脑梗死并血管性帕金森综合征案

患者苏某某, 女, 81 岁。2013 年 10 月 22 日初诊: 进行性双手震颤, 嘴唇颤动, 四肢僵硬麻木 7 年, 确诊为血管性帕金森综合征, 并使用普拉克索片、美多芭片治疗 2 年余。既往有原发性高血压、冠心病、多发性腔隙性脑梗死、脑萎缩、慢性阻塞性肺病等病史。由于双手震颤、僵硬、麻木加重, 影响持筷子、端水杯、扣衣扣等日常生活。舌黯红, 苔薄黄腻, 脉沉细涩。治法: 养阴息风潜阳, 活血化瘀通络。处方: 生牡蛎 30 g, 鸡血藤、生地黄、白蒺藜、钩藤各 15 g, 女贞子、墨旱莲、秦艽、山茱萸、僵蚕、苏木、瓜蒌皮、天竺黄各 10 g, 全蝎、甘草各 6 g, 五味子 3 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎服。

二诊: 2013 年 10 月 29 日。患者双手震颤稍有减轻, 四肢僵硬麻木明显缓解, 大便稀, 舌黯红, 苔薄

黄,脉沉细涩。守原方去天竺黄,加茯苓 15 g,30 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:2013 年 12 月 24 日。患者诉,服用中药汤剂期间肢体症状明显缓解,日常生活能力提高;停中药汤剂后,双手震颤,嘴唇颤动,四肢僵硬麻木等症状加重,日常生活能力有较大困难需要家人帮助。由于经济原因,患者不愿继续使用中药汤剂,故改用安脑丸(组成:人工牛黄、猪胆汁粉、朱砂、冰片、水牛角浓缩粉、珍珠、黄芩、黄连、栀子、雄黄、郁金、石膏、赭石、珍珠母、薄荷脑)。后电话随访,患者病情较稳定,未诉进一步发展。

按:老年慢性病共病较多,病因纷繁复杂,脑脏同病,涉及的脏腑性能各异、相互关系错综,此虚彼实,多虚多实,虚实夹杂,故病变过程中病机主次变化,常呈无序无规而有“内伤杂病”之称。本案组合扶正及息风、潜阳、活血、化痰等多种祛邪亚治法的复方,脑脏同治,多脏燮理。安脑丸清热解毒、醒脑安神、豁痰开窍、镇惊息风,也属于脑脏同治方药。

### 3.3 多虚多实与多种亚治法复方以治——线粒体脑肌病并病毒性脑膜炎继发性癫痫案

患者王某,女,16 岁。2010 年 3 月 16 日初诊:患者因肌肉酸痛,动则疲乏无力,反复痫性发作 9 年余,2006 年 10 月经基因检测诊断为线粒体脑肌病。2009 年 5 月又有病毒性脑膜炎史,后遗症致病性发作频繁,一直服用艾地本醌片、三磷酸腺苷二钠片、复合维生素 B 片、丙戊酸钠缓释片治疗。刻诊诉精神差,不耐劳累,臀部肌肉酸痛无力,上下楼不便,无肌肉萎缩,自汗,视弱,每周有失神发作 2~3 次,每次持续 5~15 min,肥胖,舌红,苔黄白厚腻,脉沉细弱。要求中药配合治疗。治脾胃为主,兼治肾、治奇经。处方:黄芪、葛根、金刚刺、牛大力根、千斤拔各 20 g,紫石英、山药、连翘、茯苓各 15 g,川牛膝、黄精、威灵仙、白芷各 10 g,蜈蚣 2 条。10 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:2010 年 3 月 29 日。患者用药后精神较好,肌肉稍有力,无肌肉酸痛,12 d 中痫性发作 3 次。舌红,苔薄黄腻,脉沉细弱。去威灵仙、白芷,加秦艽 10 g,忍冬藤 15 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:2010 年 9 月 13 日。患者用药后疲乏无力症状明显改善,之后断断续续服用二诊处方,半年中痫性发作 11 次。舌红,苔薄黄,脉沉细。仍守二诊处方,嘱停中药汤剂期间,加服青阳参片。

四诊:2011 年 11 月 5 日。患者诉近 1 年中痫性发作 6 次,每次发作后服二诊处方 7 剂,停中药汤剂

期间仍然服用青阳参片。刻诊:3 d 前又有痫性发作,发作时神清,持续时间 20 s 左右,现无肌肉酸痛,无疲乏感,睡眠及二便正常,舌红,苔薄黄干,脉细弱。治法:益气养阴,多脏燮理。处方:黄芪、葛根、金刚刺、牛大力根、千斤拔各 20 g,南沙参、生地黄、山药、连翘、茯苓各 15 g,山茱萸、川牛膝、黄精各 10 g,蜈蚣 1 条。7 剂,每日 1 剂,水煎服。后随访两年,痫性发作共 4 次,每次发作后患者自行服用四诊处方 7 剂。

按:线粒体脑肌病是一组临床综合征,目前尚无特别有效的治疗措施。根据神经系统线粒体病的临床表现,可以归属于中医学“痿病”“癫痫”“虚劳”“视弱”等范畴,病位在脑髓、肌肉、经筋、血脉,与目、耳、肢体、脾胃、肾命关系密切。中医认为其病机关键在于神机气化障碍。《素问·五常政大论》曰:“根于中者,命曰神机,神去则机息。根于外者,命曰气立,气止则化绝。故各有制、各有胜、各有生、各有成”。脑髓神机主宰全身知觉运动,有赖元精之气升降出入敷布显现。元气亏虚、气化不足,神机委顿;元气亏虚、虚风内生、诸邪交互,神机阻滞。治脾胃为主,益脾胃之气,养脾胃之阴,兼补肾命,疏利奇经。扶正为主,兼祛内邪。才能畅通三焦气化,调平阴阳水火。

### 3.4 气血水火升降出入失调与承制调衡同治——脑动脉瘤性蛛网膜下腔出血并交通性脑积水案

患者杜某某,女,64 岁。因剧烈头痛、呕吐,突发神志不清 6 h,于 2013 年 10 月 26 日入院。患者有原发性高血压、冠心病、腰椎间盘突出症微创手术史,平常血压控制尚可。晨起上厕所时,突发剧烈头痛,呕吐胃内容物 1 次,随即神志不清。家属送来急诊科,体查:体温 36.8 ℃,心率 85 次/min,呼吸 19 次/min,血压 174/102 mmHg。嗜睡状态,双侧瞳孔等大等圆,瞳孔直径 2 mm,对光反射灵敏,眼球活动正常。颈抗(+),四肢肌力肌张力正常,双侧 Babinski 征(+)。头部 CT 示:蛛网膜下腔出血。予脱水降颅压、营养神经、清除自由基、护胃等规范治疗。2013 年 10 月 27 日 10:35 患者神清,躁动,头痛,无呕吐,出现左侧肢体活动障碍。查左上肢肌力 1 级,左下肢肌力 3 级,急行脑血管 DSA 检查示:颈内动脉右后交通动脉瘤,瘤直径 0.3 cm,瘤颈宽 0.2 cm。在分离动脉瘤颈两侧时,瘤体破裂,大出血,予夹闭瘤颈止血。抢救处理后,患者昏迷,GCS 评分 6 分(E1V1M4),舌红赤少苔,脉浮数弦实。保留导尿,呼吸机辅助呼吸,予脱水降颅压、促醒、改善脑血管痉挛、抗感染、营养神经、清除自由基、护胃及对症支持



治疗等。予院内制剂安脑平冲片10 g/次,3次/d,鼻饲。复查头部CT示:蛛网膜下腔出血,双侧侧脑室积血、交通性脑积水,右侧颞枕顶叶脑梗死,右侧额颞部硬膜外血肿。全麻下去除右侧额颞部颅骨减压,并行颅内血肿清除术,腰大池置引流管。2013年11月3日16:45脱机。患者神志模糊,GCS评分12分(E3V3M6),呼吸平稳,指令动作不灵敏,大便稀,舌红赤,苔薄黄干,脉浮弦实。停抗感染、促醒剂,治以活血、利水,加用中药汤剂:土茯苓、石决明各30 g,血余炭、川牛膝、虎杖、生地黄、北沙参各15 g,玄参、益母草、小通草、泽泻、桔梗、秦艽、乳香、没药各10 g,甘草6 g。14剂,每日1剂,水煎服。2013年11月8日9:36拔除腰大池引流管。2013年11月17日患者神志清楚,左侧肢体活动障碍,舌老红,苔薄黄,脉细弦实。体查:颈抗(±),左上肢肌力3级,左下肢肌力5-级,左侧肢体肌张力增高,左侧 Babinski 征(+)。复查头部 CT 示:右侧颞枕顶叶缺血性改变,轻度脑积水。拔除胃管,停清除自由基,停静脉脱水降颅压,改醋甲唑胺片减少脑脊液生成,加长春西汀注射液改善脑循环。治以活血、利水,兼以通络,于2013年11月3日中药汤剂中去土茯苓、血余炭、小通草、泽泻,加鸡血藤、石楠藤、忍冬藤各15 g,女贞子、墨旱莲、地龙各10 g。14剂,每日1剂,水煎服。康复治疗至2013年12月25日,患者神志清楚,跛行,体查:颈抗(-),左上肢肌力4-级,左下肢肌力5-级,左侧肢体肌张力增高,左侧 Babinski 征(+)。予脑蛋白水解物片、胞磷胆碱胶囊、安脑平冲片,带药出院。

按:《灵枢·卫气》说:“气在头者,止之于脑。”《太平御览·方术部》引唐代吴筠《著生论》说:“阴居阳位,脑中血海是也。”《道枢·平都》以脑为“津液之山源”,故脑为气血水循环流布之主要径路,其汇蓄者为海。本案脑动脉瘤已经发生蛛网膜下腔出血,介入术时瘤体破裂致大出血,双侧侧脑室积血引起交通性脑积水,奇恒脑府气血水循环障碍。气血水火升降出入失调与承制调衡紊乱,恢复三焦气化为先,利水活血,并兼顾养阴津、清瘀热、化浊毒、潜风阳,多元配伍,整体调理。

### 3.5 神机轴、经隧、髓系等神经通路疏导平调同治——遗传性代谢病案

徐某某,女,29岁。2019年9月26日初诊:因进行性肥胖、智能下降、皮肤异常、反复惊厥12年,由于患者拒绝基因检测,临床诊断为遗传性代谢病。既往有原发性醛固酮增多症、胡桃夹综合征、原发性

高血压、脂肪肝、周期性麻痹等病史。长期服用泼尼松片、缬沙坦片、螺内酯片治疗。疲倦,四肢乏力,腰痛,小便带血,舌红苔黄腐干,脉沉细弦。治法:补肾益髓,化湿解毒,疏利三焦。处方:制何首乌、土茯苓、红景天、狗脊、杜仲、海桐皮、桑寄生各15 g,青蒿、山豆根、薄荷、白芷、佩兰、黄芩、白茅根、瓜蒌皮各10 g,苦参、甘草各6 g。14剂,每日1剂,水煎服。

二诊:2019年10月12日。患者诉服药后精神好,无腰痛,小便时有红色,舌红,苔薄黄,脉沉细。予原方去白茅根、山豆根、土茯苓、佩兰,加侧柏叶炭15 g,菊花、石菖蒲各10 g。14剂,每日1剂,水煎服。并嘱每用中药汤剂4周,停2个月。停中药汤剂期间,服用桂蒲肾清片(组成:诃子、菝葜子、人工牛黄、蒲公英、三七、鸡内金、肉桂、菟丝子、莲子、琥珀、阿胶、泽泻)。

三诊:2020年6月19日。患者精神好,无腰痛,小便清长,舌红苔薄黄,脉沉细。继续使用二诊治疗方案。

按:神机是神的产生机制以及神的运动调节形式,外显部分表现为意识、情志、认知、感觉等不同。《医原·内伤大要论》说:“精也,气也,人身之一阴一阳也;神者,又贯乎阴阳之中,相为交纽者也。”阴足则神气得以充养、濡润;阳旺则神气得以温煦、气化。本案遗传性代谢病,脑、脏、体与气血津液相因为病,以脑肾为主,神机轴、经隧、髓系等神经通路阻滞,神机转运障碍。疏导平调同治,随其先后轻重而兼顾之,则气化斡旋,髓系充养,神机复用。

### 3.6 虚不受补与变通以治——舌根鳞癌切除术后迷走神经性呕吐案

患者左某某,男,47岁。2020年2月26日第一次会诊:反复呕吐2月余。患者于2019年12月17日因左侧舌根肿瘤,在湖南中医药大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科行肿瘤切除术,病理检查为舌高分化鳞癌。术后第4天开始,剧烈呕吐胃内容物,肌内注射异丙嗪有效。之后顽固性呕吐,午后病情加重,每天进食时间即大量流涎,恶心欲吐,进食时或进食后剧烈呕吐,反复肌内注射异丙嗪有效。断断续续依赖静脉营养,70 d内体质量减少了23 kg,仅剩42 kg。期间,屡经肿瘤科、消化内科、肠胃外科诊疗无效。肝胆脾胰彩色B超(-),头部、胸部、上腹部MRI(-)。电子喉镜检查示:双侧咽反射可引出,双侧声带活动较弱。抽血检查:血常规(-),肝肾功能、胰蛋白酶、肌酶谱(-)。刻诊:患者消瘦,沉默,眼仍有神,声低息弱,构音不清晰,失眠,喜卧床,久坐则恶

心,吐涎如丝,大便5~7次/d,量少干结难解。舌暗红,无苔而滑,脉沉细弱。诊断:舌根鳞癌切除术后,迷走神经性呕吐。治法:降逆止呕,理肺醒胃。处以大黄甘草汤加味:生大黄30g,甘草10g,紫苏叶3g,生姜6g。3剂,每日1剂,开水泡30min,代茶频频饮之。嘱其不可煎,不拘时,不限量,不怕吐,吐后再饮或久含慢咽。

第二次会诊:2020年2月29日。诉药味虽苦,但苦后回甘,昨日开始不再呕吐,能够少量进食红糖水,今日已经进食稀粥,停异丙嗪。大便6~8d/次,量少,有时没有大便,仅仅矢气一二个而已。舌暗红,无苔,脉沉细弱。仍用原方,去生姜,减少生大黄、甘草用量,加西洋参。生大黄12g,紫苏叶3g,西洋参、甘草各6g。3剂,每日1剂,泡水代茶,频频饮之。嘱其树立信心,糜粥自养,以喜爱食物为主,无所谓忌口,但以少食多餐舒服为原则。2020年3月4日出院。

门诊复诊:2020年4月17日。患者精神差,动则气促,汗多,体质量恢复到44kg,仍消瘦,食欲不振,无恶心呕吐,口干不欲饮水,舌老红,少苔,脉沉细弱。治法:养胃阴,助脾运。处方:党参、山药、炒山楂、炒麦芽、炒谷芽、浮小麦各15g,炒鸡内金、炒五谷虫、桑叶、黄精、石斛、玉竹、陈皮各10g,甘草6g。14剂,每日1剂,水煎服,多次分服。谨防风寒感冒,加强饮食调理。

按:《四圣心源·七窍解》云:“咽喉者,阴阳升降之路也……五脏六腑之经,不尽循于咽喉,而咽为六腑之通衢,喉为五脏之总门,脉有歧出,而呼吸升降之气,则别无他经也”“咽通六腑而胃为之主,喉通五脏而肺为之宗”。胃气不降,腑气不通,浊气上逆,发为呕吐;土不生金,肺气不足,宣肃无力,语无声音。本案手术伤形,久病伤气,形弱气虚,乃危重证候。但是,呕不受药,虚不受补。保得一分胃气,便有一分生机。和降胃气,生养脾气。逆从以得,能转神明。故处方之妙者,变通以治。本案用小方泡水不煎,代茶频饮,仅取其药气也。呕吐止后,调摄脾胃,平和缓治,日久才能复其元气。

#### 4 结语

脑科复杂性疾病通常都是各种复杂情况混杂在一起,针对复杂病机,以和法为道,以人为本,执中用权。从全局着眼,多层面、多角度、多系统、多维度的

和法论治,化解治疗矛盾,避免顾此失彼。《素问·生气通天论》所谓:“因而和之,是谓圣度。”在中医整体观指导下的和法论治,复方配伍及药物精简应用<sup>[16]</sup>是跨越“分析基础上重构”整合障碍的有效方法,与复杂性疾病的个体化组合治疗思想高度契合<sup>[17]</sup>。中医蕴藏着复杂性科学所缺少的某些科学思想和方法论观点<sup>[18]</sup>,这是传统医学的当代价值所在,也是坚持传承精华、守正创新的中医发展道路的哲学依据。

#### 参考文献

- [1] 周德生.脑科理论实证录[M].长沙:湖南科学技术出版社,2020:16,45,45.
- [2] 周德生.整合论治——陈大舜临床经验传承集[M].长沙:湖南科学技术出版社,2020:25-27.
- [3] 伍文彬,王永炎.面对复杂性疾病的挑战,中医迎来新的发展契机[J].中华中医药杂志,2017,32(9):3877-3879.
- [4] 肖 啸,张 琦.张仲景诸“家”代表的痼疾观对慢性复杂性疾病辨治启示[J].中华中医药杂志,2020,35(5):2248-2253.
- [5] 张苇航,何新慧.景岳“和法”探析[J].上海中医药杂志,2007,41(3):52-54.
- [6] 祝世讷.调理:大力开拓非特异治疗之路[J].山东中医药大学学报,2007,31(6):443-445.
- [7] 张浩洋,庞立健,刘 创,等.慢性复杂性肺疾病的共性病机及治疗策略[J].上海中医药杂志,2018,52(4):12-14.
- [8] 孙易娜,吕文亮,章程鹏.基于脾胃学说防治慢性复杂性疾病的思考[J].中华中医药杂志,2019,34(1):44-46.
- [9] 刘妍彤,吕晓东,庞立健,等.慢性复杂性疾病中医共性证治探究[J].时珍国医国药,2016,27(3):669-671.
- [10] 吴家睿.疾病治疗面临的“诸葛亮困境”[J].科学,2017,69(5):24-27.
- [11] 曲 夷.试论中医学权变诊疗思想与方法[J].医学与哲学(临床决策论坛版),2006,27(5):72-73.
- [12] 李 娟,周德生.复方简药的临床应用经验[J].中国医药导报,2019,16(4):132-136.
- [13] 宋秋英,郑国庆.中药归经入脑理论及方法的研究[J].中华中医药杂志,2008,23(6):546-549.
- [14] 郭春莉,付 强,王新陆.从脑病的发生谈中药归经入脑[J].中医文献杂志,2007,25(4):8-10.
- [15] 周德生,谭惠中.基于脑窍理论辨治非意识障碍神经病:中医脑病理论与临床实证研究(十五)[J].湖南中医药大学学报,2020,40(4):396-401.
- [16] 蒋成婷,周德生,陈大舜,等.复方配伍与药物精简应用[J].中医杂志,2017,58(9):796-799.
- [17] 袁 冰.回归中医学传统:走向整体医学:后精准医学与系统生物学时代的现代医学[J].医学与哲学(A),2018,39(1):15-20,78.
- [18] 苗东升.从复杂性科学看中医:发现中医的科学性[J].首都师范大学学报(社会科学版),2008(S1):1-19.