

·专家论坛·

本文引用:周德生,谭惠中.基于魂魄理论辨治神经系统心身疾病——中医脑病理论与实证研究(三)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(3):289-294.

基于魂魄理论辨治神经系统心身疾病 ——中医脑病理论与临床实证研究(三)

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〕 基于魂魄理论,认为脑髓元神(魂、魄)–脏腑神(魂、神、魄、意、志)–诸体神的神机通路某个关节点或者多个部位发生病变,形成神经系统心身疾病形神同病的病机特点。神经系统心身疾病是躯体症状障碍的表现形式之一,对躯体症状障碍的治疗原则是:魂病、魄病皆神志病,以阴阳辨证为总纲,结合脏腑辨证,“以阳法治之、以阴法治之”,补其不足,泻其有余,调理五脏虚实以畅达情志、安魂强魄。通过失眠症并腓肠肌疼痛不适、良性位置性眩晕并抑郁症惊恐障碍、慢性全身关节疼痛并应激障碍、肺癌介入术后并全身多处转移神经病理性疼痛4个医案,强调在辨病与辨证相结合的基础上,选择使用潜镇魂魄、升振魂魄、疏通使道、对症治疗、心理治疗,坚持形神一体的治疗模式。

〔关键词〕 魂魄理论;神志病;神经系统心身疾病;躯体症状障碍;临床治疗模式

〔中图分类号〕R277.7

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.03.001

Syndrome Differentiation and Treatment of Psychosomatic Diseases of the Nervous System Based on the Theory of Superior Soul and Inferior Soul: The Theory and Empirical Study of Traditional Chinese Medicine Encephalopathy (III)

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〕 Based on the Theory of Superior Soul and Inferior Soul, this article thinks that the somatic and spiritual pathogenesis of psychosomatic diseases of the nervous system includes disorders at the links or parts in the following mechanism pathway: the primordial spirit of the brain (superior soul and inferior soul)–the spirit of viscera and bowels (superior soul, spirit, inferior soul, ideation, and mind) – somatic spirits. Psychosomatic diseases of the nervous system are one of the manifestations of somatic symptom disorder. The principle of treatment for somatic symptom disorder is as follows: the superior soul and inferior soul diseases are all mental illnesses; the syndrome differentiation of Yin–Yang is the general guideline, and the syndrome differentiation of viscera and bowels should also be considered; Yang therapy and Yin therapy are adopted to make up for a deficiency and reduce the excess; the deficiency and excess of five viscera are regulated to smoothen emotion and to comfort superior soul and strengthen inferior soul. This article describes the medical records of insomnia with gastrocnemius pain, benign positional vertigo with depression and panic disorder, chronic systemic joint pain with stress disorder, and systemic multiple metastases and neuropathic pain after interventional surgery for lung cancer, and stresses the treatment mode of soul tranquilization, soul invigoration, way clearing, symptomatic treatment, psychological treatment, and adherence to holism of body and spirit on the basis of disease differentiation and syndrome differentiation.

〔Keywords〕 Theory of Superior Soul and Inferior Soul; mental illness; psychosomatic diseases of the nervous system; somatic symptom disorder; clinical treatment mode

〔收稿日期〕2018-11-10

〔基金项目〕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。

中医魂魄理论是藏象学说的重要组成部分。《内经》认为精气神高度统一,五脏以成,魂魄毕具,乃成为人。生物学的人因为魂魄智慧而成为社会学的人。摒弃传统文化中某些关于神灵、鬼神、灵魂的糟粕,单纯从医学观来分析,古人用魂魄概念来表述形体生命活动和精神活动的各级功能,有生理层面及心理层面的双重内涵。魂魄是神的基础,魄又是魂的基础,神、魂、魄与形体机能强弱密切相关,形神一体。神经系统心身疾病是躯体症状障碍的表现形式之一,属于中医神志病范畴。五志之病,魂病、魄病是神病的基础,轻者表现为神伤阶段,严重者进入神失阶段。临床上,神经系统心身疾病患者群体庞大,病因不确定,病机较复杂,临床表现不典型,反复游走各科,检查无阳性发现,有些认为是疑难病,误诊误治者众。本文试阐述从魂魄理论辨治神经系统心身疾病的临床体会。

1 从魂魄理论认识神经系统心身疾病的病因病机

根据2012年美国精神病学会《精神疾病诊断与统计手册》^[1](DSM-V)分类,神经系统心身疾病表现的躯体症状障碍,主要表现为头晕、头痛、失眠、慢性疼痛等伴随有情感反应,包括过度思考、认知、情绪、行为、生理等多种内在的复杂的心理生理过程,如过度的与健康相关的焦虑症状,对某一症状过度、持续担心,症状有波动、持续半年以上,症状越多者病情越重,为这些症状花费过多的时间、精力、经济等。神经系统的某些器质性疾病,也可能伴随有情感反应,称为疾病焦虑障碍。中医对郁病的诊断,躯体症状障碍属于因郁致病,疾病焦虑障碍属于因病致郁。

1.1 魂魄理论

神,指精神、意识、思维、情感及对外界刺激的反应等生命活动。因此,中医五志的魂魄是指依附于形体而产生的感知觉、动作等行为活动和一些与生俱来的、本能的、低级的精神活动^[2]。

魂魄的生成:脑主神机,神机根于脑髓之中,精气在脑髓的玄府神窍升降出入,化生元神^[3]。由元神化生魂魄,魂魄一体,相生相随。《仙籍旨诀》说:“元神能生其三魂七魄及诸体之神。”《锦囊秘录》也说:“脑为元神之府,主持五神,以调节脏腑阴阳,四肢百骸之用。”从魂魄理论分析,脑髓元神(魂、魄)-脏腑神(魂、神、魄、意、志)-诸体神的神机通路^[4],以精气的气化活动为相互联系的枢纽,以脑髓为一身的主宰,以五脏为全身的中心。精神、情感、记忆、思维等等,以精气感通。

魂魄的功能分类:附形之灵为魄,附气之神为魂。附形之灵者,谓初生之时,耳目心识、手足运动、啼呼为声,此则魄之灵也;附气之神者,谓精神性识渐有所知,此则附气之神也。《朱子语类》说:“阴主藏受,故魄能记忆在内;阳主运用,故魂能发用出来。二物本不相离。”《周易参同契》性命归元章以后天木魂金魄,一魂一魄,分属坎离水火。九宫数以三居左七居右,故道家有三魂七魄之说^[5]。(1)三魂。根据《太上除三尸九虫保生经》为天魂、地魂、命魂,从空间维度命名。根据《云笈七签》又为胎光、爽灵、幽精。胎光为生命之光,爽灵为智慧之光,幽精为性灵之光,从时间维度命名。三魂一体,即为元神。因此,有学者认为魂是对温度的高低、睡眠的深浅、视物的远近、色彩的辨别、气味的厚薄、声音的频率、听觉的强弱、语言的内容等具有不同层次的认知活动,与情绪情感密切相关,表述的内涵是一种高级精神活动^[6]。(2)七魄。根据《太上除三尸九虫保生经》命名为天冲、灵慧、气魄、力魄、中枢魄、精魄、英魄,从内具的功能命名。根据《云笈七签》又命名为尸狗(保持警觉及听觉功能、主宰运动功能)、伏矢(主宰记忆、心跳及喜、怒、哀、惧、爱、恶、欲等应激功能)、雀阴(主宰性欲及生殖功能)、臭肺(主宰呼吸及嗅觉功能)、非毒(主宰和合五味偏颇、消化功能及散除淤积、新陈代谢)、吞贼(主宰进食、抵御邪气及自我调整修复、免疫功能)、除秽(僻除邪气、摒除杂念、主宰呕吐及控制二便排泄)。从内具功能或者外显功能命名,均离不开形体存在,表述生命活动本能的条件反射之类,是各系统各脏器的原始本能,包括不同方面的生理功能及某些心理功能分类。因此,有学者认为魄依赖于人体形质而存在,是人体维持生命、应对环境变化时产生的一系列反应^[7]。七魄活动不平衡表现出来即七情,七魄平衡则产生一点真阳,此为元气。

魂魄的功能特性:(1)阳魂阴魄。魂是阳气,构成人的思维才智;魄是粗粝重浊的阴气,构成人的感觉形体。因此,魂是阳神,魄是阴神。《类经》指出:“神为阳中之阳,而魂则阳中之阴也,精为阴中之阴,而魄则阴中之阳。”但是,魂魄并不是阴阳完全对立的^[8]。《左传》昭公七年记载:“人生始化曰魄,既生魄,阳曰魂。”魄是本,构成感觉形体;魂是标,构成思维智慧。魂魄共济,阴阳消长。①魂又分为阴魂、阳魂。阳魂升腾灵活即灵魂;阴魂漫散飘逸,由魄支撑,乃阴阳互藏之义。阳魂概念多为社会学所用;阴魂概念多为医学所用,称为魂、魂神、神魂、魄魂等等。②魄也分阳魄与阴魄。阳魄主升腾成长,阴魄主沉降消逝。《类经》谓:“魄之为用,能动能作,痛痒由之而觉也。”魄

力不息,熏染阴魂,使灵魂执着不息,习惯性势使然。魄息则魂散,生命终止矣。(2)动魂静魄。动以营身之谓魂,静以镇形之谓魄。随神往来者谓之魂,并精出入者谓之魄。魂从魄降,魄随魂升,魂魄不可分离。动静相生,魂悸魄动,因应有常,过则为害。(3)肝魂肺魄。精神意识活动都依靠五脏的生命功能调节,心肾相交,脾胃升降,肝升肺降,肺藏魄,肝藏魂。合形与气,使神内藏。肺气充盈则魄有以为舍、为充、为养,肝血充足则魂有所舍、所涵、所镇,而不妄行游离。《性命圭旨》曰:“魂昼寓于目,魄夜舍肝。”(4)魂魄是情感、意志、思维的总开关^[9]。由外界刺激引起的一种精神活动,如耳目鼻识,手足动麻,忧愁压抑,由表达里者如金气清肃,不可胶固,阳中之阴,肺魄之职;如梦寐恍惚,曲运谋虑,愤怒爆发,由内达外者如木气风飏,不可越泄,阴中之阳,肝魂之职。

1.2 神经系统心身疾病的病因病机

神经系统心身疾病的临床表现复杂多样,有阳性症状,也有阴性症状。考察神经系统心身疾病的病因,有躯体病变因素引起者,有精神心理因素引起者。如:(1)情志过极。《灵枢·本神》指出:“肝悲哀动中则伤魂,肺喜乐无极则伤魄。”《道德经》说:“喜怒亡魂,卒惊伤魄。”(2)不良情绪。如焦虑、紧张、愤怒、沮丧、悲伤、痛苦、难过、不快、忧郁等不良情绪刺激,神动于心,则五脏之神皆应之。社会因素也可导致不良情绪。尝贵后贱,屈辱抑郁,洒洒然时惊,形体日减,名曰脱营;尝富后贫,忧愁思虑,愤恨悲哀,神倦肌瘦,名曰失精。(3)神志疲劳。精念存想,情溢神越。急性疲劳或者慢性疲劳积累,罢极之本肝藏损伤则魂病,有形之精气损伤则魄病。各种因素引起的慢性脑损伤者,均以脑髓受损、神机失用为特征^[10]。(4)神志衰弱。《医宗必读》恐的病机:“魂失养,故交睫即靨。”魂神失养,恶梦夜惊,恐惧惶惶;魄神失养,魄无所附则藏躁,神衰失用则卑慄。(5)神志扰动。脏腑受邪扰动,神志紊乱。语无伦次、幻想、幻视、幻听、定向力丧失、躁动不安等。或意识模糊,乃至昏迷。(6)神志不全。先天遗传缺陷、孕妇服药、感染等,导致精神心理发育不良,或者躯体症状障碍的差别易感性。先天精气逆乱,后天躯体疾病或神志疾病者,《内经》称为胎病,《类经》称为胎里疾。

脑髓元神(魂、魄)-脏腑神(魂、神、魄、意、志)-诸体神的神机通路某个关节点或者多个部位发生病变,形成神经系统心身疾病形神同病的病机特点。由于脑主神机,心身疾病以多个部位发病为多见。无论精气升降出入紊乱,精气亏虚,脏腑失衡,脏腑损伤,内邪产生蕴集,都可能成为神经系统心身疾病

的共同病机。其病机特点:(1)魂魄失和,升降失衡。魂魄同病,躯体感觉障碍与精神症状同时存在。①魂魄不调。《医法圆通》说:“凡人禀二气(阳精、阴精)以生。二气混为一气,而神居二气之中,为气之宰,故曰精、气、神。二气贯于周身,神亦遍于周身。”阴阳升降失衡,则魂强魄弱,魂弱魄强。魂强有兴奋、主动、易飘的阳性特点,魄强有淡漠、低落、易郁的阴性特点。②魂魄不安。内外诸邪扰动,魂不守舍,魄不安宁,自浮自动,不受神的支配。③魂魄散乱。神昏则魂荡,魂魄惑乱;精气散则魂魄飞扬,魂魄俱去。夏子益《奇疾方》云:“凡人自觉本形作两人,并行并卧、不辨真假者,离魂病也。”(2)形神同病,虚实共存。心身疾病的实质即形神同病。气机失常者,每伤及脏腑,产生内邪。如魂病厥逆,魄病气陷,皆形神失守。《慎斋遗书·亢害承制》曰:“虚中有实,正虚便生实邪;实中有虚;邪实皆由本虚。”虚极生实,实极生虚,虚实互相转换,至于虚实共存。精气虚者,荣涩卫除,魂魄失养,魂魄衰弱。邪气实者,使道阻塞,魂魄郁滞,阳郁神颓。(3)脏腑损伤,亡魂失魄。脏腑亏虚者神无所藏,或魄伤,或魂伤,魂魄萧索,乃至死亡。《抱朴子》云:“魂魄分去则人病,魂魄俱去则人亡。”

2 基于魂魄理论神经系统心身疾病的辨治特点

《素问·宝命全形论》有道:“一曰治神,二曰知养生。”针药之本,修真之要,必先治神。临床上,必须辨形神脏腑以确定病位,同时辨升降出入以确定神机使道;辨邪正虚实以确定病性,辨动静微甚以确定轻重。察精神魂魄得失,以为治法。

2.1 魂病者神魂并治,魄病者魄神并治

《金匱要略》指出:“百合病见于阴者,以阳法治之,见于阳者,以阴法治之。见阳攻阴,复发其汗,此为逆;见阴攻阳,乃复下之,此亦为逆。”百合病属于神志类疾病,病机为魂不宁魄不安,由此得出的神经系统心身疾病的治疗原则是:魂病、魄病皆神志病,以阴阳辨证为总纲,结合脏腑辨证,“以阳法治之、以阴法治之”,补其不足,泻其有余,调理五脏虚实以畅达情志、安魂强魄。(1)魂病者祛邪安魂、疏肝达魂、柔肝镇魂等法^[11],如血府逐瘀汤、黄连温胆汤、丹栀逍遥散、一贯煎、珍珠母丸等。魄病者宣肺畅魄、益肺定魄、滋肾强魄等法^[11],如菖蒲郁金汤、百合地黄汤、安神定志丸、黄连阿胶汤、龟鹿二仙胶等。(2)魂病者神魂并治,魄病者魄神并治,均需兼顾精气,气足则生魂,精足则生魄,疏通使道,调平脏腑,形神同治。(3)人体自我修复功能的主宰在于神,心身疾病必须坚持心身同治原则。诸如重镇安神、补精涵神、调气

宁神、养血益神、温阳振神、滋阴养神、既济交神、醒脑回神等等,以及说理开导、暗示解惑、支持疗法、环境控制、松弛训练、生物反馈、认知治疗、行为矫正和家庭疗法等心理治疗方法,移情易性,疏导怡神,临床应用均需随证而施。

2.2 特色用药思路

在辨病与辨证相结合的基础上,坚持形神一体的治疗模式。(1)潜镇魂魄。多因气火上冲,魂易浮越,魄动难静,在清火降气同时,选择配伍潜镇魂魄药物,重可镇怯,如龙齿、龙骨、牡蛎、石决明、琥珀、马宝、珍珠、珍珠母、磁石、紫石英、生铁落、金箔、金礞石、青礞石、朱砂等金石贝壳类药,但不可一味追求潜镇,用之不当,反而影响阳气之生发,神机被遏,其病缠绵难愈。同时,需要选择配伍山茱萸、熟地黄、女贞子、墨旱莲、桑葚子、山药等滋补阴精形质,魂魄才能舍藏。(2)升振魂魄。因精气虚损,魂魄失去舍藏,久之魂魄耗散,故升振魂魄治法以填补脏真为主,佐以温补阳气,静药动用,因应聚散升降,属于阴中求阳法。《临证指南医案》记载,精血日损,神伤散越:“总是内损已深,若调治合宜,只要精气复得一分,便减一分病象。”补益脏真,以招纳精神魂魄,如紫河车、人乳、牛骨髓、羊骨髓、猪脊髓、猪脑髓、鹿茸、鹿角、龟板、鹿胎胶、鹿角胶、龟板胶、阿胶等血肉有情药物填补脏真。选择配伍人参、桂枝、附片、吴茱萸、淫羊藿、菟丝子等温阳动气化。注意健运脾胃,不要呆补。(3)疏通使道。脑髓元神(魂、魄)-脏腑神(魂、神、魄、意、志)-诸体神各级使道畅通,才能流通神机,升降魂魄。由于神的内涵十分广泛,神支配魂,魂激发魄,魂魄耦合又与五脏精气关联;内邪种类性质不一,相互结合情况复杂,故治神最能够反映整体观,临床上实际使用的治法方药繁多,绝对不可局限于某一个节点或某一个方面选择药物。如白芷、薄荷、炙麻黄、细辛、丁香等通玄开窍,柴胡、郁金、橘核、荔枝核、川楝子等理气解郁,石菖蒲、远志、茯苓、皂荚、天竺黄等化痰祛湿,苏木、王不留行、鸡血藤、三棱、莪术等活血化瘀,栀子、生石膏、桑白皮、青黛、大黄等清热泻火,白蒺藜、钩藤、怀牛膝、熟首乌、天麻等息风潜阳,土茯苓、葶藶、龙胆草、黄柏、白花蛇舌草等化浊解毒等等。祛除内邪,疏通神机使道。(4)对症治疗,身心兼顾。躯体症状障碍与社会心理因素关系密切,表现为躯体症状、精神心理症状的复杂性、隐匿性、长期性、波动性,患者求医意识强烈,但没有明显的生物医学检查证据,不能实现对因治疗,只能消除痛苦、改善症状,从而决定了对治疗的重要性。头晕者选择鹿衔草、蓝布正、片姜黄、

葛根、桑枝,头痛者选择蔓荆子、鬼箭羽、川芎、连翘、桑叶,失眠者选择首乌藤、灵芝、酸枣仁、莲子心、郁李仁,焦虑者选择朱茯神、龙齿、莲子心、淡竹叶、甘松,抑郁者选择雪莲花、合欢花、玫瑰花、苏梗、贯叶金丝桃,疼痛者选择乳香、没药、玄胡索、乌药、香附子等等。联系脏腑气机升降出入对症施治,同时身心兼顾,重视非药物方法干预。

3 基于魂魄理论神经系统心身疾病医案举例

3.1 失眠症并腓肠肌疼痛不适案

周某某,女,57岁。首诊:2018-07-12。从26岁坐月子期间与家人闹矛盾,31年来长期失眠,一般每晚睡眠3~4h,睡眠浅易醒,有时彻夜不眠。失眠时,自觉腓肠肌疼痛,有时伴有腓肠肌痉挛,晚上必须起床行走,双下肢不适症状才能缓解。体形消瘦,精神萎靡,情绪低落,常欠气,疲乏不耐劳累,食欲不振,便秘,每3~4d大便一解。舌暗红苔薄黄干少,脉沉细弱。腰椎MRI检查无异常。双下肢动静脉彩超检查均无斑块及血栓。诊断:失眠症,躯体症状障碍,焦虑抑郁状态。予右佐匹克隆片3mg,每晚睡前1次;疏肝解郁胶囊(组成:贯叶金丝桃、刺五加)2粒,每日2次。中医辨证为阴血亏虚,魂魄失养,魂魄不安。治法:填补精血,升振魂魄。处方:首乌藤30g,鸡血藤、百合、生地黄15g,桂枝、赤芍药、黄精、石斛、玉竹、女贞子、墨旱莲、灵芝、茯神各10g,甘草6g。水煎,鹿胎胶(烊冲)、阿胶(烊冲)各10g。14剂,每日1剂。二诊:2018-07-27。患者因担心右佐匹克隆片副作用未服用,用中药后仍然睡眠好转,每晚睡眠4~7h不等。双下肢不适症状减轻,有时晚上醒来仍需下床活动双下肢,或者自我按摩双下肢。精神略有好转,仍然不耐劳累,频频欠气,饮食稍增加,大便硬,每2~3d1次。舌暗红,苔薄黄少,脉沉细弱。反复解释后,予盐酸帕罗西汀片20mg,每早1次。患者终于遵医嘱服药。疏肝解郁胶囊2粒,每日2次。中药守方加熟大黄10g。14剂,每日1剂。三诊:2018-08-11。患者精神明显好转,晚上很少起床,食欲增加,大便自如,舌略暗红,苔薄黄,脉沉细。西成药同前,继续予二诊处方30剂,每日1剂。四诊:2018-09-14。患者自觉生活质量提高,饮食二便正常,舌脉同前。嘱停用中药汤剂,继续使用盐酸帕罗西汀片、疏肝解郁胶囊4个月。

按:本案患者有精神刺激史,长期睡眠障碍,萎靡低落,腓肠肌疼痛不适,食欲不振,检查无阳性发现,符合躯体症状障碍诊断。久病虚损,阴血亏虚,精不养神,魂魄失养,故取法二胶、二至、桂枝汤化裁,

填补精血以舍魂魄,健壮形魄为主;阴中求阳,少佐升阳以振魂魄,少阳生气之义。疏肝解郁胶囊疏肝、解郁、安神,使用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂盐酸帕罗西汀片抗抑郁。

3.2 良性位置性眩晕并抑郁症惊恐障碍案

唐某某,女,51岁。首诊:2016-12-29。近4年来反复头晕,呈发作性,持续时间1~3 d,与体位改变有关。每个月发作1~3次。头晕显著时有心悸,气短,出汗,上腹部不适,恶心欲呕,惊恐不安,感觉几乎马上会死去。平常性格内向,工作效率低,头蒙昏沉,头部欠清晰感,无耳鸣,听力正常。不能长时间呆在封闭环境,极其恐惧单独居处,遇事易惊,依赖性强。前庭功能检查排除耳石症。舌红赤,苔少,脉沉细弱。诊断:良性位置性眩晕,抑郁症惊恐障碍。予米氮平片15 mg,7 d后改为30 mg,每天1次,睡前服。发作时,立即舌下含服艾司唑仑片1 mg。中医辨证为气机升降失衡,魂浮动扰,魄弱神衰。治法:升降气机,潜阳镇怯。处方:头晕草、蓝布正、红景天、鸡血藤、北沙参、生龙齿、生牡蛎、代赭石各15 g,太子参、黄芩、附片各10 g,桂枝、甘草各6 g,全蝎3 g。7剂,每日1剂,水煎服。兼以心理治疗。二诊:2017-01-06。诊后第二天严重头晕时急性惊恐发作1次,经舌下含服艾司唑仑片,20 min即缓解。之后病情稳定,信心增加,仍头昏,易惊恐,舌红赤,苔薄黄,脉沉细弱。上方去全蝎,加白薇10 g,白芍15 g。21剂,每日1剂,水煎服。三诊:2017-01-28。家人关爱有加,患者病情大有好转,近3周头晕发作1次,仅出现心悸、恶心,亦经舌下含服艾司唑仑片缓解。舌稍暗红,苔薄黄,脉沉细。守方60剂,每日1剂,水煎服。2017-04-02之后停用中药汤剂,长期坚持米氮平片治疗。

按:本案患者围绝经期存在良性位置性眩晕,同时有幽闭恐惧,急性惊恐发作,自主神经功能不全,符合躯体症状障碍诊断。由于围绝经期阴阳、水火、气血、脏腑平衡紊乱,冲气上逆,引动魂浮上扰,精血不足导致魄弱神衰。处方参考《金匱要略》桂甘龙牡汤、《小品方》二加龙骨汤化裁,调补精血,升降气机,上下兼顾。《时方歌括》二加龙骨汤评价:“此方探造化阴阳之妙,用之得法,效如桴鼓。”米氮平片为去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺能抗抑郁药,作用于大脑边缘系统,具有独特的双重作用机制,对抑郁症急性惊恐发作有良好疗效。

3.3 慢性全身关节疼痛并应激障碍案

姚某某,女,77岁。首诊:2018-02-09。全身性游走性关节疼痛52年,右侧肢体疼痛加重1年余。患者25岁上山下乡运动期间,一个秋天正在劳作时淋

雨。当时正好是月经期,之后出现发热,全身关节疼痛,服感冒药(具体不详)后好转。但是,每到天气变化前即出现全身性游走性关节疼痛,间断发作时影响劳动及心情,常自服布洛芬胶囊可以缓解。多次在当地诊所求治,被诊为风湿病,屡治屡发,不堪其苦,以致长期失眠,焦虑不安,易发脾气,常叹怨声,家庭关系紧张。近1年来,无明显诱因出现右侧肢体疼痛;阴雨天或遇冷水或当风吹时,全身性游走性关节疼痛频频发作,右侧肢体疼痛更加加重,如放电样,并以夜晚为甚。既往有高血压病史,服用硝苯地平缓释片10 mg,每天1次,血压控制正常。腰椎MRI检查示L₂₋₃椎体压缩性骨折。刻诊诉全身性游走性关节疼痛久治不愈,时值阴雨绵绵,疼痛剧烈时彻夜难眠,焦虑不安,头晕,头重如裹,疲乏无力,耳鸣,不畏寒,口干口苦,纳可,舌暗红,中根苔厚腻,边尖苔薄黄干,脉紧促实。诊断:慢性全身关节疼痛,应激障碍。中医辨证为风湿外袭,损伤正气,神机使道壅塞,魂魄升降失和。治法:祛风除湿,活血通络,疏通使道,升降气机。处方:海风藤、鸡血藤、延胡索、杜仲、桑寄生、独活、木瓜、茯苓各15 g,乳香、没药、王不留行、羌活、石菖蒲、瓜蒌壳、薤白、白芷、川芎各10 g,甘草6 g。7剂,每日1剂,水煎服。黛力新片10.5 mg,早午餐前各服1次。二诊:2018-02-16。仍然关节疼痛,症状稍有缓解。但药后睡眠甚好,精神好转,头部转清晰感。舌暗红,苔厚黄腻,脉弦促实。守方30剂。三诊:2018-03-18。又是阴雨天气,用药期间,关节剧烈疼痛症状发作2次,舌暗红,苔黄腻,脉弦细实。原方去瓜蒌壳、薤白、茯苓、石菖蒲,加川牛膝、徐长卿、狗脊、续断各10 g。30剂。如此加减用药,至2018-09-21停用中药汤剂,全身性游走性关节疼痛未再发作,仅用黛力新片10.5 mg,每天1次,维持治疗。

按:本案患者年轻时经期劳作淋雨起病,全身性关节疼痛,属于应激障碍,并且出现情绪问题,符合躯体症状障碍诊断。风入于血,与血气相搏交攻致疼痛;风寒阴雨与邪气相感,故随天气变化疼痛加重。邪气淫泆,使道壅塞,神机障碍,魂魄失和,则呈游走性疼痛。治疗上,以脑髓、脏腑、经络、玄府为靶点,才能疏通脑髓元神(魂、魄)-脏腑神(魂、神、魄、意、志)-诸体神各级使道,恢复神机气化。黛力新片含有相当于0.5 mg氟哌噻吨的二盐酸氟哌噻吨,作用于突触前膜多巴胺自身调节受体(D₂受体),以及相当于10 mg美利曲辛的盐酸美利曲辛,可以抑制突触前膜对去甲肾上腺素及5-羟色胺的再摄取作用,两种成分的合剂具有协同的调整中枢神经系统的功

能,抗抑郁、抗焦虑和兴奋特性。

3.4 肺癌介入术后并全身多处转移神经病理性疼痛案

郑某,男,54岁。住院号:389568,410034。患者因中央型肺癌,于2015-08-05入住我院介入医学科,行肺动脉栓塞术并肺支气管动脉介入灌注化疗术,2015-08-15病情好转出院。2016-04-26第二次住院,发现颅内肿瘤转移灶,及全身多处淋巴结转移灶。经常呛咳,吐黄灰色脓样黏稠痰,有时咳吐暗红色血块,全身剧烈疼痛、严重失眠、焦虑、脾气暴躁,运动性失语,饮水呛咳,吞咽稍困难,右上肢活动差。反复癫痫大发作。舌暗红干,苔中剥,根部苔黄腐厚,脉紧实。询及患者有吸毒冶游史。间断使用强痛定片、卡马西平片、苯妥英钠片、硫酸吗啡缓释片等止痛治疗。诊断:肺癌介入术后并全身多处转移,继发性癫痫,抑郁焦虑状态。西医予对症支持治疗。中医辨证为阴虚内热,痰浊蕴肺,瘀毒凝结。治法:养阴清热化痰,活血解毒散结。处方:鱼腥草、土茯苓、麦冬各15g,浙贝母、天竺黄、法半夏、太子参、川楝子、青礞石、熟大黄、制乳香、制没药各10g,皂荚、胆南星、甘草各6g。7剂,每日1剂,水煎服。病情稳定,2016-09-13出院后以上方加减续进。至2017-10-17,由于与家人争吵诱发剧烈头痛,彻夜不眠,服苯妥英钠片42片自杀,经急诊抢救第三次收住院。仍然呛咳,吐脓稠痰,口气秽重,头痛,胸痛,四肢肌肉疼痛,双下肢乏力,不能站立,便秘。舌暗红,中尖部无苔,根部苔黄腐厚,脉紧细实。因剧烈疼痛频繁肌肉注射盐酸哌替啶,每次100mg,每天3~4次。硫酸吗啡缓释片20mg,每天2次。医护稍慢给予止痛药物,即吵闹不配合治疗。补充诊断:神经病理性疼痛,肌无力综合征。予对症支持治疗,心理治疗。患者拒绝服用中药汤剂,故予西黄胶囊(组成:麝香、牛黄、没药、乳香等)4粒,每天2次。盐酸度洛西汀肠溶片20mg,每天1次,7d后改为每天2次。患者病情进展,于2018-03-09因多器官衰竭死亡。

按:本案患者癌性神经病理性疼痛,疼痛部位已经超越肿瘤转移范围,情绪变化症状明显,有自杀史,符合躯体症状障碍诊断。神经病理性疼痛以自发性、多变性、高敏感性为特征。中医病机认识为,本案情绪波动,头脑及脏腑气机逆乱;痰热瘀毒闭阻使道,肢体经脉神机紊乱;全身阴阳失衡,魂强而浮越,魄弱不安宁,五神无主,神明错乱之极。联合中药能对抗止痛药物的不良反应,提高阿片类药物镇痛疗效,缓解患者的焦虑情绪,改善生活质量。

4 结语

由于传统文化高度束缚性,抑制了中国人的情感表达,大量精神心理疾病如躯体症状障碍隐匿在躯体疾病之下^[12]。如梅核气、奔豚病、百合病、藏躁病、心包病、血室病、肝着病等等。对躯体症状障碍诊断和治疗缺乏系统认识,对神经系统心身疾病的诊疗经验,仍然混淆在痛证、郁病、不寐、梦魇、卑慄、癫狂等病种之中,某些列入邪祟、奇症、怪病或者疑难杂症范畴。目前,传统的中医四诊方法仍然具有重要价值,值得当今心身疾病临床借鉴应用^[13]。但是,由于主观评定魂魄的影响因素无法避免,有学者尝试建立“魂”量表及“魄”量表,为临床精神心理行为异常疾患提供科学客观的测量工具^[14]。如此,治疗上才能针对心身疾病阴阳失衡的基本病机,实施“以阳法治之、以阴法治之”,平调阴阳,安魂强魄。因此,从魂魄理论辨治神经系统心身疾病,不仅足以厘清形神共病现象^[15],而且能够拓展临床辨治思路。

参考文献

- [1] 美国精神病学学会.精神障碍诊断与统计手册[M].5版.北京:北京大学出版社,2015.
- [2] 左亚东,衡百川.浅谈中医五志与相关疾病[J].中医临床研究,2015,7(7):36-37.
- [3] 周德生.脑主神机论[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(11):2-4.
- [4] 周德生,刘利娟.论志心神机轴的双向调控作用[J].湖南中医药大学学报,2018,38(5):520-523.
- [5] 杨敏春,黄建波,张光霁.论“肝藏魂”而“肺藏魄”[J].中华中医药杂志,2016,31(10):3908-3910.
- [6] 欧宇芳,周德生,胡华.浅谈中医五神之“肝藏魂”理论与不寐的相关性[J].湖南中医杂志,2015,31(4):14-17.
- [7] 黄书婷,杨传华.浅析《黄帝内经》所述之“魄”[J].山东中医药大学学报,2015,39(2):152-153.
- [8] 薛璞.论“魂”、“魄”及其与灵魂之关系[J].濮阳职业技术学院学报,2014,27(4):48-49.
- [9] 王国才,潘立民,杨海波.基于中医魂魄理论探讨抑郁障碍的发病机制[J].中医杂志,2018,59(1):85-87.
- [10] 丁元庆.慢性脑损伤因病机解析[J].山东中医杂志,2017,36(9):731-733.
- [11] 曲森,唐启盛,孙文军,等.“神、魂、魄”理论在精神疾病辨治中的应用[J].北京中医药大学学报,2013,36(7):437-440.
- [12] 王强,潘东梅,张二伟,等.精神障碍视角下《金匮要略》中的躯体症状障碍研究[J].中华中医药杂志,2018,33(8):3352-3355.
- [13] 赵永厚,赵玉萍,柴剑波,等.论神志病中医诊察法的特色与优势[J].中医杂志,2013,54(20):1739-1741.
- [14] 张筱.“魂”要素评定量表的修订及“魂”、“魄”量表在失眠症中的应用[D].济南:山东中医药大学,2017.
- [15] 余俊玲,李睿,张玉娟.精神疾病伴躯体疾病交互存在时诊断中的思考[J].中国民康医学,2011,23(2):252.