

·专家论坛·

本文引用:周德生,蔡昱哲.基于脑心与胆相通理论辨治癫痫病——中医脑病理论与临床实证研究(四)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(4):429-433.

基于脑心与胆相通理论辨治癫痫病 ——中医脑病理论与临床实证研究(四)

周德生¹,蔡昱哲^{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〕心与胆相通即脑心与胆相通理论,属于脏腑别通之一,是癫痫病脑与胆同治、共治和互治的理论基础。癫痫乃内外合邪为病,病机关键是神机受累、元神失控,多虚实夹杂之证。本文例举重症肺炎并癫痫持续状态、脑外伤后遗症并继发性癫痫、继发性癫痫并早期认识障碍、原发性癫痫等4个医案,说明基于脑心与胆相通理论指导癫痫病辨治,确立癫痫病的治则为疏达元神、枢转神机、和法论治。坚持病证结合,分清标本缓急,以元气亏虚、脑神失养为本,相火与逆气、内风、痰热、瘀血、浊毒等结合为标;癫痫发作期气火、风痰为主;癫痫缓解期痰瘀、浊毒、正虚为主;癫痫持续状态气逆无制、风火煽动、痰浊上涌、脑窍壅闭。从胆治脑,主方用升降温胆汤加减,和解少阳,斡旋气机,枢转神机。

〔关键词〕癫痫病;脑心与胆相通;从胆治脑;和法

〔中图分类号〕R259;R742.1

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.04.001

Syndrome Differentiation-Based Treatment of Epilepsy Based on the Theory of Brain Heart and Gallbladder Connection: Traditional Chinese Medicine Theory of Encephalopathy and Clinical Empirical Study (IV)

ZHOU Desheng¹, CAI Yuzhe^{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〕 The heart and gallbladder connection is the theory of brain and heart, which belongs to one of the theory of Zang-Fu viscera connections. It is the theoretical basis of the simultaneous treatment, co-treatment and mutual treatment of brain and gallbladder in the epilepsy. Epilepsy is a disease caused by internal and external pathogen. The key to the pathogenesis is the involvement of the spiritual mechanism, the loss of control of the primordial spirits, and is the syndrome of intermingled deficiency and excess. This paper illustrated four cases of severe pneumonia with persistent epilepsy, sequelae of brain trauma and secondary epilepsy, secondary epilepsy with early cognitive impairment, and primary epilepsy, indicating that syndrome differentiation and treatment of epilepsy is guided by the theory of brain heart and gallbladder connection. The treatment principle of epilepsy is established as soothing primordial spirit, pivoting the spiritual mechanism, and harmonizing method. The combination of disease and syndrome should be adhered to, and the manifestations and root causes, as well as the order of priority should be clarified. The deficiency of primordial Qi, lack of nourishing of brain and spirit are the root causes, and the combination of ministerial fire, adverse wind, internal wind, phlegm heat, blood stasis, turbidity toxin are the manifestations; During the attack stage, epilepsy was mainly caused by climate fire and wind phlegm. During the remission stage, epilepsy was mainly caused by phlegm stasis, turbidity toxin, deficiency of vital Qi. During the persistent state, epilepsy is manifested as unlimited counterflow of Qi, wind and fire inciting, phlegm turbidity up-flowing, brain and orifices stagnation. The treatment of brain diseases from the gallbladder, mainly uses modified Shengjiang Wendan Decoction to reconcile Shaoyang, smooth the Qi movement, and pivot the spiritual mechanism.

〔Keywords〕 epilepsy; brain-to-biliary communication; brain treatment from gallbladder; harmonization method

〔收稿日期〕2018-12-02

〔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)。

〔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〕*蔡昱哲,男,在读硕士研究生,E-mail:56563097@qq.com。

藏象学说分形五系统,每个系统的子结构同气相通,脏腑相合。但又有脏腑别通说^[1],该说丰富了藏象学说的内涵。笔者认为,《医学入门·脏腑》记载脏腑相通曰:“心与胆相通。”其实,心又有神明之心与血肉之心的区别,神明之心即脑心,根于中之脑髓泥丸,乃神机化生之处^[2],故心与胆相通当为脑心与胆相通。癫痫是慢性反复发作性短暂性脑功能失调综合征,以神经元异常放电引起反复痫性发作为特征,是一组疾病或综合征的总称,包括部分性发作、全面性发作、持续状态。中医称为癫痫、痫疾、痫证、痫厥、羊癫风、风痫、痰痫等,规范病名属于痫病范畴。用脑心与胆相通理论指导癫痫病临床辨治,具有一定的启发意义。

1 从脑心与胆相通理论认识癫痫病的病因病机

阴阳和则神清志宁,阴阳偏胜则有不测之疴。癫痫发作有时,间隔而作。临床表现为突然仆倒,不省人事,两目上视,口吐涎沫,四肢抽搐,或口中怪叫,移时苏醒,除疲乏无力外,一如常人。《诸病源候论》称癫痫先兆为“欲发痫候”,发作后失语症称为“发痫后不能语候”。

1.1 脑心与胆相通

《医学入门·脏腑》记载,少阳连肾,胆合于肝,生于金而主流行荣卫,下合膀胱受水气而与坎同位,上贯心及心包络而通头面项。少阳枢转气水火循环,游行三焦,启上启下,枢阴枢阳,则神机气立。脑髓玄府气化神机,少阴少阳枢转神机,全身脏腑流易神机。脑心与胆相通,凡十一脏取决于胆。《杂病源流犀烛·胆病源流》说:胆“出其冲和之气,以温养诸脏。”(1)脑与胆同属奇恒之府,奇恒互通互藏,有经脉相连;脑又为脏,胆既是腑也是脏。(2)脑与胆共同藏精,均为中精之府,清静宁谧,以阳气为用;少阳生气,气食少火,生理之相火即神明的表现。(3)启枢在胆,胆为气枢,主阳气之生发,相火旋运布施全身。(4)胆气充实,藏泄有度,神机运转,不偏不倚,脏腑气血功能发挥正常。

从气化而言,脑心神机循环全身,表现为君相二火,耦合以位,外显而明,一气相通。脑心与胆气化相通,脑总众神,胆主决断,均与神志控制有关,共同调节情志。从临床而言,少阳为枢,少阴为枢,同气相求。少阳主要枢转阳气,少阴主要枢转阴血,互为生理病理因果关系。

1.2 癫痫的病因病机

癫痫病有遗传因素,也有颅内感染、头部外伤、

情志惊动等等病因。《千金要方·惊痫》指出:“新生即痫者,是其五脏不收敛,血气不聚,五脏不流,骨不成也,多不全育。”胎里脑髓发育不良,或者脑髓损伤,脑心神机紊乱。六淫邪干,饮食起居失节,情志过极,脏腑相引,气机逆乱,多挟伏匿蕴结之痰浊、风火、热毒、瘀血等,因加而发,内扰则神机逆乱;气郁不伸则神机呆滞,或挟内邪闭阻则神机失用;胆气不足,相火虚衰,枢滞则神机弛缓。《医林改错·脑髓说》:“试看痫证,俗名羊羔风,即是元气一时不能转入脑髓。”可见,癫痫的病机关键是神机受累,元神失控^[3]。病位在脑髓,多虚实夹杂之证。

从中医角度认识癫痫的临床特征:(1)反复发作性。少阴少阳枢转不利,癫痫症状突然出现,呈短暂性、刻板性发作,突然中止,之后又重复性发作。枢转不利的程度差异,导致癫痫发作频率及持续时间不同。发作期神不守舍,少阴少阳枢转发生障碍。间歇期浊邪内积,少阴少阳枢转恢复正常。枢机主发动,亦主制动。因此,少阳枢机不利是癫痫病的基础病机之一。(2)症状多样性。脑心神机改变,表现为意识、精神、行为、运动、感觉、自主神经功能障碍等改变,或者兼而有之。可表现为全身性或局灶性神机病变,全身性神机病变有意识障碍,局灶性神机病变无意识障碍,临床症状组合不同表现为不同的癫痫类型。(3)分类复杂性。《诸病源候论》五癫(阳癫、阴癫、风癫、湿癫、马癫)与《景岳全书》五癫(马痫、牛痫、猪痫、羊痫、鸡痫)说法不一,即癫痫分类复杂性的体现。临床比较实用的分类是,有学者认为癫痫为神经元兴奋(阳)与抑制(阴)平衡失调引起,阳盛阴衰表现为单纯部分发作或全身强直阵挛性发作,阴盛阳衰表现为失神性发作^[4]。因此,发作期遵随《证治汇补·痫病》阴痫、阳痫分证,间歇期以正虚及痰浊、风火、热毒、瘀血等病理因素辨证。

2 从脑心与胆相通理论辨治癫痫病方药特色

根据痫病的病机,确立癫痫病治则为疏达元神、枢转神机。脑心与胆相通,神机协调,上下呼应,是癫痫病脑与胆同治、共治和互治的理论基础。

2.1 从胆治脑

痫病病位在脑髓,其治在肝胆。《千金要方·髓虚实》引《删减方》谓:“凡髓虚实之应,主于肝胆。若其腑脏有病,从髓生,热则应脏,寒则应腑。”这里说的脏腑寒热,是互文修辞方法。可见,脑髓病变与肝胆虚实寒热相关,癫痫病以治肝胆魂神为先。(1)枢转少阳,升降气机。肝胆相济,谋略决断,勇敢乃成。从胆治脑,勿忘治肝。气行则神动,气顺则神宁,治疗痫

病必须调气。配伍柴胡、银柴胡、香附子、枳壳、绿萼梅、川芎、川牛膝等理气开郁以启气枢。或用升降散(僵蚕、蝉蜕、片姜黄、大黄)加葶苈子、茯苓等,以因应气机升降出入,气火水相协运行。(2)调神壮胆,安魂定魄。胆以气行,气以胆壮。所有情志活动均由胆决断,病病神乱并非失神,乃胆失中正调和之职,升发畅达之气机升降失常,魂魄舍藏离合“非枢则无所立”(马蒔《素问注证发微》),元神发生为魂魄时不正不和而失控,魂魄妄动紊乱而涣散。选择琥珀、玳瑁、牛黄、龙齿、朱砂、灵磁石等安魂定魄,即可镇惊定痫。《金匱要略》风引汤以大量金石类药物重镇治疗“热瘫痫”,有东方奥氮平之誉^[5]。诚然,胆之中正气化功能正常,对维持人体阴阳平衡状态及精神活动调控方面,具有重要临床意义。恢复少阳枢机气化,少火才能游行上下、内外、脏腑各部,阴尽阳生,阴阳才能正常接续。《灵枢·本藏》云:“志意和则精神专直,魂魄不散,恚怒不起,五脏不受邪矣。”

2.2 标本缓急

根据痫病的标本缓急,补虚写实,疏通使道。从胆治脑,多用和解。(1)妄动之相火与逆气、内风、痰热、瘀血、浊毒等结合为标。癫痫发作期气火、风痰为主;癫痫缓解期痰瘀、浊毒、正虚为主;癫痫持续状态气逆无制、风火煽动、痰浊上涌、脑窍壅闭。用黄柏、丹皮、青黛、龙胆草、苦参等泻相火。槟榔、枳实、青皮、苏子、乌药、沉香等降逆气。天麻、钩藤、白蒺藜、蝉蜕、蜈蚣、全蝎等熄肝风。王不留行、苏木、三棱、莪术、乳香、没药等化瘀血。法半夏、陈皮、白芥子、地龙、僵蚕等化痰浊。石菖蒲、皂荚、胆南星、青礞石、天竺黄等豁痰开窍。(2)元气亏虚,精血不足,脑神失养是癫痫发作的病理基础。正虚者,选择人参、红景天、刺五加等益气,太子参、山茱萸、五味子等养阴,阿胶、墨旱莲、鸡血藤等补血,淫羊藿、细辛、鹿角霜等温阳。补益正气,振兴神机。

2.3 病证结合

笔者基于脑心与胆相通理论,对不同癫痫发作类型与癫痫综合征进行辨治。(1)癫痫主方,从胆治脑。用升降温胆汤加减,即升降散合温胆汤(僵蚕、蝉蜕、片姜黄、大黄、法半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、甘草)加苦参、柴胡治疗原发性癫痫,加土鳖虫、五灵脂、青礞石、胆南星治疗癫痫综合征。加葶苈子、牵牛子、牛黄、琥珀治疗癫痫持续状态。本方功能启上泄下,开表通里,升清降浊,则阳和沛施,阴霾散逸;少阳枢转,神机流易。恢复气机升降出入之序,协调诸脏腑功能,而癫痫自愈。(2)病证结合,和法论治。

结合伏匿之邪有诸郁、瘀血、结痰、积气、蓄水、伏毒等等,内邪郁极而发,或者外邪刺激而发,或者嗜欲逗引而发,癫痫乃内外合邪为病^[6];以及癫痫之痰乃深伏颅内、筋骨、脏腑无形之痰的经验^[7];斡旋气机^[8]、和解少阳^[9]治疗癫痫,强调病证结合辨治。如小儿癫痫分为惊痫、痰痫、风痫、瘀痫、虚痫辨治^[10]。理气、降气、熄风、清热、化浊、解毒、化瘀、开窍等等,应用和法指导复方配伍,合理选择各种亚治法的联合应用;此外,还包括和法指导下的针刺、艾灸、埋线、饮食、情志等治疗癫痫病的综合方法^[11],以及脑血管病、脑肿瘤、颅脑外伤、颅内感染、代谢性脑病等病因治疗。(3)镇惊定痫,随症加减。《本草纲目》记载治疗癫痫药物 168 味,临床处方配伍有较大的灵活性。根据中药药理研究成果,选择抑制神经元异常放电的中药如天麻、钩藤、酸枣仁、甘松、羚羊角、胆南星、牵牛子、败酱草、草果、青阳参、石菖蒲、蜈蚣、全蝎、蝉蜕、僵蚕、牛黄、白矾、硼砂、青礞石、生铁落、灵磁石、朱砂等等,以及中成药如白金丸、抱龙丸、紫金锭、青阳参片、安宫牛黄丸、牛黄清心丸、河车大造丸等等镇惊定痫。

2.4 联合西药

有时必须中西医结合用药才能有效控制痫性发作,但是,有些抗癫痫中成药隐瞒了掺合抗癫痫西药的事实^[12],临床上应用时需要特别注意。癫痫并睡眠障碍、认知障碍或心理障碍、精神障碍者,须联用镇静、益智、抗抑郁焦虑、抗精神分裂等药物。有外科指征者,可行手术治疗。需要特别指出的是,对于中成药控制良好且无不良反应的癫痫患者,建议换用正规抗癫痫药物治疗,对于出现药物不良反应或发作控制不佳者,应停用中成药^[13]。某些耐药性癫痫,中成药能够逆转西药的耐药性,从而起到协同增效作用^[14]。这份共识,对癫痫病临床治疗产生深远影响。

3 从脑心与胆相通理论治疗癫痫病医案

3.1 重症肺炎并癫痫持续状态案

李某某,男,69岁。住院号:484448。突发意识不清,伴四肢抽搐 15 h,于 2018-04-27 平车入院。家属发现送医院,发热,额部汗出,喉中痰鸣,躁动不安,小便失禁。查体:T 37.6 °C,R 23 次/min,P 90 次/min,Bp 170/85 mmHg。谵妄状态,反应迟钝,双眼球活动自如,瞳孔等大,直径 2 mm,对光反射稍迟钝,颈强直,四肢肌张力增高,肌力检查不配合,椎体束征(-)。舌暗红,苔黄厚滑,脉弦数。生化检查:WBC 14.24×10⁹/L,N 81.90%。pH 7.16,PCO₂ 36.7 mmHg,

PO₂ 110 mmHg, HCO₃ 12.7 mmHg, SB -14.3 mmHg, K 3.85 mmHg。肌酸激酶 43 796 IU/L, 肌酸激酶同工酶 267.20 IU/L, 肌红蛋白 1 153 μg/L, 乳酸 2.28 mmol/L。脑脊液清亮, 压力 145 cmH₂O, 蛋白定量 356 mg/L, 余(-)。胸部 CT 示: 双肺下叶炎症, 双下肺间质性病变。头部 MRI 示: 双侧额顶叶、侧脑室旁白质脱髓鞘改变, 余(-)。诊断: 癫痫持续状态, 重症肺炎, 失代偿性代谢性酸中毒。予碳酸氢钠注射液、甘露醇、七叶皂钠、醒脑静、美罗培南、盐酸氨溴索注射液等, 及地西洋注射液、苯巴比妥注射液控制癫痫。中医辨证为风痰上扰, 热毒闭窍。治法: 斡旋气机, 镇肝熄风, 清热解毒, 化痰开窍。涤痰流气汤加减。处方: 珍珠母 20 g, 人工天竺黄、浙贝母、生大黄、法半夏、白术、青皮、川楝子、青黛各 10 g, 天麻、钩藤、茯苓、连翘各 15 g, 胆南星、砂仁、木香各 6 g。3 剂, 每日 1 剂, 水煎鼻饲。2018-04-30 患者神志转清, 对答交流正常, 全身疲乏无力, 安静无躁动, 未发抽搐, 已去鼻饲管, 小便多, 大便 1 次, 质硬难解。舌红, 苔黄滑, 脉弦数。查体: 颈稍抵抗, 三测正常, 复查生化检查指标回落。续予上方去砂仁、木香, 7 剂, 每日 1 剂, 水煎服。2018-05-08 胸部 CT 正常。复查生化检查: WBC 4.10×10⁹/L, N 66.54%。肌酸激酶 630.00 IU/L, 肌酸激酶同工酶 26.30 IU/L, 肌红蛋白 220.0 μg/L。入院后未再发癫痫, 应患者要求, 予清气化痰丸(组成: 黄芩、瓜蒌仁霜、制半夏、胆南星、陈皮、苦杏仁、枳实、茯苓、生姜)带药出院。

按: 本案癫痫持续状态, 实际上是癫痫发作持续状态, 有明显的病因诱发, 属于急性症状性癫痫持续状态。病机乃气机逆乱, 风痰上扰, 热毒壅盛, 三焦使道清浊交互, 枢机阻滞, 脑窍闭塞。升清降浊, 流气转枢, 下通魄门, 上启神窍。坚持中西医结合治法, 尽快终止发作的同时, 重视原发病的病因治疗, 故能取得良好疗效。

3.2 脑外伤后遗症并继发性癫痫案

蒲某某, 男, 37 岁。住院号: 470186。反复发作四肢抽搐 11 年, 加重 1 月余, 于 2018-01-15 入院。2007-10-04 与人剧烈口角后开始间断出现四肢抽搐, 无意识障碍; 至 2017-12-22, 痫性发作共 6 次, 每次症状相似, 持续 2~5 min。2017-12-22 因烟花爆炸致左耳膜穿孔, 左耳听力下降。当晚出现四肢抽搐, 不省人事, 口角流涎, 发出异常叫声, 持续 12 min 苏醒, 醒后反应迟钝, 全身疲惫乏力, 双颞侧及枕项部疼痛。近 1 月来, 类似发作 20 余次。病史询及患者 23 年前头皮挫裂伤, 当时昏迷 2 h, 清创缝

合术后, 无不适。查舌淡红, 苔白腻, 脉细滑。肌酶谱: 肌酸激酶 215.00 IU/L, 肌酸激酶同工酶 26.10 IU/L, 肌红蛋白 78.00 μg/L。头部 CT+MRI 示: 左侧额叶低密度软化灶。24 小时动态脑电图示: 清醒期及睡眠期全程均可见中重波幅 5~60/s 慢波, 连续活动, 以额顶部为主。诊断: 脑外伤后遗症, 继发性癫痫。予丙戊酸钠缓释片 0.5 g, 每天 2 次。静脉使用天麻素注射液、丁苯酞注射液、磷酸肌酸钠注射液。中医辨证为气机升降失宜, 痰瘀壅阻脑窍。治法: 升降气机, 活血化瘀, 开窍醒神。处方: 升降温胆汤加减。僵蚕、片姜黄、法半夏、枳实、陈皮、天竺黄、熟大黄、土鳖虫、五灵脂各 10 g, 茯苓、青礞石各 15 g, 蝉蜕、胆南星、甘草各 6 g。5 剂, 每日 1 剂, 水煎服。2018-01-16 痫性发作 2 次。2018-01-17 未发作, 反应迟钝好转, 未诉头痛。复查肌酶谱正常。至 2018-01-20 癫痫未发作, 大便稀, 舌淡红, 苔薄白腻, 脉细滑。续予上方去熟大黄、天竺黄, 加乳香、没药各 10 g。5 剂, 每日 1 剂, 水煎服。2018-01-24 出院, 出院后予丙戊酸钠缓释片、十八味杜鹃丸(组成: 烈香杜鹃、降香、檀香、草果、藏茜草、红花、沉香、诃子、毛诃子、秦艽花、紫草茸、余甘子、山矾叶、肉豆蔻、丁香、豆蔻、石灰华、甘草膏)。2018-02-27 门诊, 诉出院后未再出现痫性发作, 嘱停十八味杜鹃丸, 用丙戊酸钠缓释片维持治疗。

按: 头部外伤日久, 瘀血内结脑络, 每因情绪刺激诱发, 属于脑外伤引起的继发性癫痫。或复经烟花爆炸, 头部外伤, 声音刺激, 惊吓过度, 耳膜损伤, 少阳枢机不利, 气机升降失宜, 痰瘀壅阻脑窍, 元神失控, 神机紊乱, 以致癫痫频繁发作。因此, 气痰瘀同病, 从胆治脑, 升降气机为主, 发作初期偏于化痰, 癫痫控制之后偏于祛瘀。

3.3 继发性癫痫并早期认识障碍案

阙某, 女, 54 岁。住院号: 334495。反复发作意识丧失近 50 年, 进行性记忆下降 7 年。于 2018-08-07 入院。患者 5 岁时因“化脓性脑膜炎、败血症、胆道蛔虫病”后遗症有癫痫失神发作。奥卡西平片治疗中, 仍然每年痫性发作 4~10 次不等。屡发屡治, 贫病交加, 精神萎靡, 信心渐失。发作前心中不适, 惶惶恐慌; 发作时神昏不清, 面色苍白, 无肢体抽搐, 无二便失禁; 发作后头痛头晕, 头部空白感, 耳闭, 疲乏无力。患者 47 岁绝经后, 进行性记忆下降, 以近记忆与计算能力下降为主。平常不耐风寒, 易感冒, 易劳累, 睡眠不好, 离群索居, 纳差, 易腹泄。舌淡红苔薄白, 脉沉细弦。头部 MRI+DWI 示: 脑萎缩, 正常压力脑

积水。诊断:化脓性脑膜炎后遗症,继发性癫痫,早期认识障碍。予天麻素、乙酰谷酰胺注射液、丹参多酚酸盐注射液。盐酸美金刚片,第1周每次5 mg,早晨服1次;第2周以后每次5 mg,早晨及中餐前各服1次。中医辨证为脾肾两虚,脑神失养。治法:补益脾肾,调气安神。二陈二至汤加减。处方:白参、甘松、陈皮、片姜黄、僵蚕、法半夏、女贞子、墨旱莲各10 g,生铁落、刺五加、红景天、益智仁、茯苓各15 g,甘草6 g。5剂,每日1剂,水煎服。2018-08-13患者精神可,癫痫未发,动作迟钝,心悸易惊,纳食少,疲乏,大便溏,舌淡红苔薄白,脉沉细弱。上方加淮山药、炒麦芽各15 g。14剂,每日1剂,水煎服。2018-08-29患者精神较好,癫痫未发,睡眠差,饮食仍少,二便正常。予盐酸美金刚片、奥卡西平片,中成药精血补片(组成:生晒参、红参、制何首乌、紫河车、五味子、陈皮),带药出院。

按:本案久病迁延,癫痫反复发作,必有伏邪痰浊;神乱日久,正气耗伤,脑神失养,神机虚滞而渐致痴呆。补虚则髓充神安,转枢则邪动可消。舒化少阳以求阳和,只能本诸肺脾肾正气,宣利气机,缓疏缓调以祛痼疾。

3.4 原发性癫痫病案

蒋某某,女,29岁,未婚。2016-10-26初诊:患者诉于2009年8月因后悔辞工,第一次出现痫性发作,至2010年3月失神发作5次,开始使用拉莫三嗪片50 mg,每日2次。用药4个月后至2015年5月,癫痫未再发作,遵医嘱停药。期间,多次行头部MRI检查未见异常。2015年12月发作1次,呈失神发作,持续2 min,未予处理。2 d前因情绪激动诱发,至就诊时共发作3次,每次2~5 min,发作前有气从少腹上冲头部感,烦躁不安,心悸心慌,随后意识不清,双手及口唇抽搐,发作后头晕,恶心欲呕,疲劳,舌红苔黄腻,脉细数促。白带黄多,月经量少,经常痛经。因经济困窘拒理化检查。临床诊断:原发性癫痫。暂不考虑抗癫痫药物治疗。中医辨证为厥阳扰动,冲气上逆,肝胆不利。治法:升降气机,疏利肝胆,调神解郁。升降温胆汤加减。处方:僵蚕、片姜黄、熟大黄、法半夏、竹茹、柴胡、郁金、枳实、陈皮各10 g,珍珠母、茯苓各15 g,蝉蜕3 g,苦参、甘草各6 g。7剂,每日1剂,水煎服。2016-11-04二诊:本周癫痫未再发作,头晕恶心已除,舌红苔薄黄,脉细数。去竹茹,加玫瑰花10 g,14剂,每日1剂,水煎服。嘱自我舒展怀抱,加强情绪调节。

按:愤怒气逆,郁怒气乱,少阳枢机在肝的调节下,向上向表枢转阳气过度,向下向里枢转阳气不及,脏腑阴阳气机紊乱,神志障碍发为癫痫。枢机不利,气水火敷布障碍,产生滞气、痰浊、水湿、郁热、结实等等。治以升降温胆汤加减,枢转表里阴阳之气机,即通调脏腑经络之气机。和法调理,形神同治。

4 结语

神志病属于脑髓神机病变。癫痫病是一类复杂性疾病,呈发作性,乃枢机不利,神机受累,元神失控,故休作有时。少阳为阴阳、表里、上下、气水火及神机之枢机,少阳胆于六腑之中独主情志活动。中医治疗癫痫病的方法很多,临床思维不可拘于静态病理因素,临床处方不可囿于“痼病独主乎痰”(《医学正传·癫狂痫证》)思维定式,临床用药不可过于攻伐正气。用脑心与胆相通说指导癫痫病辨治,以升降温胆汤为主方加减,从胆治脑,和法论治,斡旋气机,枢转神机,对不同癫痫发作类型与癫痫综合征,均有良好疗效。

参考文献

- [1] 杨伟勋.伤寒论中脏腑别通的理论探讨[D].广州:广州中医药大学,2017.
- [2] 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.
- [3] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:272.
- [4] 江文,黄远桂,黄熙,等.癫痫发病机制的中西医学说[J].安徽中医学院学报,2001,20(4):1-4.
- [5] 熊兴江.《金匱要略》“中风篇”防己地黄汤、风引汤方证及其在中风、神志疾病中的运用[J].中国中药杂志,2019,44(3):602-607.
- [6] 孙玉洁.癫痫从伏邪论治探析[J].湖北中医杂志,2015,37(10):43-44.
- [7] 洪逸铭,张旭祥,杜宝新,等.刘茂才辨证论治癫痫经验[J].广州中医药大学学报,2014,31(5):823-824.
- [8] 邱祖萍.癫痫从升降论治的临证体会[J].江苏中医杂志,1987(3):10.
- [9] 余思邈,刘璇.马融运用和解少阳法治疗小儿癫痫体会[J].中医药临床杂志,2012,24(12):1199-1200.
- [10] 马融,刘振寰,张喜莲,等.中医儿科临床诊疗指南·小儿癫痫(修订)[J].中医儿科杂志,2017,13(6):1-6.
- [11] 吴大洲,田永衍,李兰珍,等.《黄帝内经》“和法”研究概况[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(7):879-880,893.
- [12] 李芳,王丹,吴诚,等.抗癫痫中成药中非法添加西药成分的血药浓度监测分析[J].中国药物应用与监测,2014,11(6):345-347.
- [13] 王宇卉.解读“中国抗癫痫药物治疗专家共识(2011)”[J].世界临床药物,2012,33(1):63-67.
- [14] 程记伟,陶杰,张淑芬,等.定痫丸对难治性癫痫大鼠抗癫痫作用及机制[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(24):108-115.