

·专家论坛·

本文引用:周德生,高晓峰,陈瑶,谭惠中.基于真头痛理论辨治神经重症——中医脑病理论与临床实证研究(十二)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(12):1425-1430.

基于真头痛理论辨治神经重症 ——中医脑病理论与临床实证研究(十二)

周德生¹,高晓峰¹,陈瑶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] 真头痛与颅内高压、脑血管病变、脑肿瘤、颅内感染等颅内病变相关。例举脑动脉狭窄突发心跳呼吸聚停、脑动脉瘤并蛛网膜下隙出血、高血压脑病、化脓性脑干脑炎等4个医案,探讨真头痛的疾病分类及鉴别诊断,应用真头痛理论辨治神经重症,以期突破中医临床短板,为中西医结合重症医学积累理论与经验。

[关键词] 真头痛;颅内病变;神经重症;重症医学

[中图分类号] R259;R749.1

[文献标志码] A

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.12.001

Syndrome Differentiation-Based Treatment of Neurosis Based on True Headache Theory: Traditional Chinese Medicine Theory of Encephalopathy and Clinical Empirical Study (XII)

ZHOU Desheng¹, GAO Xiaofei¹, CHENG Yao¹, 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] True headache is associated with intracranial lesions such as intracranial hypertension, cerebrovascular disease, brain tumors, and intracranial infection. This paper exemplified 4 cases of cerebral artery stenosis, sudden heartbeat respiratory arrest, cerebral aneurysm and subarachnoid hemorrhage, hypertensive encephalopathy, and purulent brainstem encephalitis to explore the classification and differential diagnosis of true headache. True headache theory was applied to distinguish and treat severe neurosis, in order to break through the shortcomings of traditional Chinese medicine, and accumulate theory and experience for the integration of traditional Chinese and Western medicine in critical medicine.

[Keywords] true headache; intracranial lesions; neurological severe disease; critical medicine

真头痛是以剧烈头痛,恶心呕吐,或伴意识障碍等为主要临床表现的病证。自古以来,真头痛列入死症之一。随着现代诊疗水平的提高,逐步认清了真头痛的真面目。根据头部的痛觉敏感结构和临床表现,可以借助现代检查,做出真头痛的疾病分类及鉴别

诊断。临床上,真头痛与颅内高压、脑动脉狭窄、脑动脉瘤、脑室内肿瘤、癌性脑膜炎、蛛网膜下隙出血、窦静脉血栓、颅内感染等多种神经重症相关。如何突破中医临床短板,应用真头痛理论辨治神经重症,为中西医结合重症医学积累理论与经验,笔者试述临

[收稿日期] 2019-09-25

[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,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。

床体会如下。

1 真头痛病因病机

传统认识的真头痛证见剧烈头痛,连脑户尽痛,手足逆冷至肘膝关节,脉急短涩。《灵枢·厥病》曰:“真头痛,头痛甚,脑心痛,手足寒至节。”参考《经史百家医录》引述《唐代丛书·异疾志》王布女鼻病案,有“痛入心髓”之说,此心即泥丸脑心,脑心痛即邪入脑髓之真头痛。(1)根据《杂病源流犀烛·头痛源流》,真头痛的病位在泥丸、脑髓,与脑脉、脑络关系密切。当然,真头痛可以表现为头痛欲裂,泥丸真痛,头痛连睛,头痛连胸,与经脉、血络“绌急”,扩张牵引,“脉挛缩收引小络”有关。《辨证录·头痛门》也说:“人有头痛连脑,双目赤红,如破如裂者,所谓真正头痛也。此病一时暴发,法在不救,盖邪入脑髓而不得出也。”(2)真头痛的关键病机在外邪陷入,或者内邪上逆。外邪有风、寒、暑、湿等。内邪有瘀血、痰浊、湿毒、风火、沉寒等,久病者兼虚。或为外邪引动久伏之内邪。其中,有首风、脑风、头风、脑厥头痛、正头痛、冲头痛等病名,其范畴与真头痛互相交叉。(3)另外,《景岳全书·头痛》指出“痛甚者乃风毒上攻”。根据《杂病源流犀烛·头痛源流》,真头痛包括脑烁、脑恶疮、发颐、脑痛、脑疽、雷头风、大头风等,与风毒、时疫有关。

2 真头痛辨治特点

真头痛是重度痛或严重痛,多为深部的胀痛、炸裂样疼痛,常不同程度地伴有呕吐、神经系统缺损体征、抽搐、意识障碍、精神异常以及生命体征的改变,与颅内病变有关。辨治真头痛需要鉴别病种、分别标本,更需甄别病因、去伪存真,才能完善真头痛理论逻辑体系。

2.1 分别标本

《景岳全书·头痛》说:“凡诊头痛者,当先审久暂,次辨表里。”表邪疏散,里邪清降。暂病者重邪气,久病者重元气。首先,辨治真头痛,必须头痛医头,止痛镇静。其次,治标者无非是止痛、缓急、降逆、祛邪,治本者补益虚损、调和气机;往往标本同治。真头痛有先兆症状者必须寻找疾病根源所在,重视初起病时及早诊疗;尽管初起病时也有潜藏着十分危

重的病情者,早发现早重视往往是保存生命的不二法门。广泛采用针刺、穴注、灸疗、塞鼻、药枕、熏蒸、热熨、外搽、贴敷、揉按等治标方法。(1)头脑为阳位所在,真头痛治在三阳。常用羌活、防风、荆芥、升麻、葛根、白芷、柴胡、川芎、芍药、细辛、葱白等。(2)脑髓为肾所主,真头痛治在少阴。常用附子、川乌、沉香、细辛、紫石英、硫黄、阳起石、黑锡丹等。(3)脑为脏腑经脉逆气所犯,真头痛治在厥阴。常用吴茱萸、天麻、炒花椒、白蒺藜、钩藤、猪胆汁等。

本研究团队推崇使用中西医结合方法,强力止痛,优势互补。一般情况下不使用洋金花、天仙子、雪上一枝蒿、蟾酥、制川乌、制草乌、罂粟壳等有毒止痛药物,必要时需要严格掌握其使用剂量和使用方法,注意不良反应。如洋金花有大毒,每日用量仅仅0.3~0.6 g。《生草药性备要》记载,洋金花“少服止痛,通关利窍,去头风”。《中药大辞典》受《外科十三方考》立止哮喘烟启发,采用止痛烟单方,洋金花加烟丝(3:10),洋金花七八成干燥(过于干燥则易碎),每日用量不超过1.5 g,作卷烟吸,功能祛风解痉,麻醉止痛,可以用于治疗真头痛。2015年版《中华人民共和国药典》一部改为洋金花提取物注射液(组成:苦杏仁、洋金花),稀释后雾化吸入法治疗真头痛。江苏省药品检验所采用中药麻醉方(组成:洋金花、当归、川芎、生草乌)静脉滴注、灌肠、口服、肌内注射等途径给药,产生麻醉作用^[1]。功能缓解痉挛,镇静催眠,麻醉止痛,可以用于治疗真头痛。

2.2 鉴别病种

在明确疾病分类及鉴别诊断之后,需要根据病因、发作形式、病机特点及患者的具体情况选择药物,应用各种止痛方法治疗真头痛。

借助现代检查,真头痛的疾病分类及鉴别诊断大致如下。(1)与颅内高压相关者。有学者认为真头痛与颅内压增高的多种危急重症相关,用安宫牛黄丸治疗真头痛^[2]。脑肿瘤术后脑水肿引起的颅内高压与痰瘀相关^[3]。或者配伍猪苓、葶苈子、牵牛子、小通草、水红花子等。(2)与脑血管病变相关者^[4]。针对出血、梗死、狭窄、扩张、痉挛等,参考中风先兆及中风病辨治,选择不同药物配伍。血管狭窄采用血管成形术和支架、脑动脉瘤的血管内治疗、动静脉血管畸

形的介入治疗等等。(3)与脑肿瘤相关者。有学者认为真头痛与原发于脑膜、颅内神经、血管、垂体等脑组织肿瘤和其他部位肿瘤转移或侵入颅内所形成的继发肿瘤相关;并且脑肿瘤患者在经过手术、放疗、化疗后会进一步损伤脏腑,形成恶性循环;主张以脾胃气虚、肝肾阴虚为本;风、痰、毒所致为标^[5-6]。(4)与颅内感染相关者^[7]。区别感染源,参考温病及瘟疫辨治,选择不同药物配伍。《诸病源候论》记载有温病、瘴气、疟疾、霍乱、射工、药物中毒引起头痛。《痧胀玉衡·头痛痧》也记载:“痧毒中于脏腑之气,闭塞不通,上攻三阳巅顶,故痛入脑髓,发晕沉重,不省人事,名真头痛,朝发夕死、夕发旦死。急刺破巅顶,出毒血以泄其气;药惟破其毒气,清其脏腑为主。痧毒中于脏腑之血,壅瘀不流,上冲三阳头面肌肉,故肌肉肿胀,目闭耳塞,心胸烦闷。急刺破巅顶及诸青筋,出毒血;药宜清其血分,破其壅阻为要。”(5)与脑干功能衰竭相关者。原因可能为脑干脑炎、脑干血管意外、脑干损伤等^[8-10]。参考闭脱及厥病辨治。《辨证录·头痛门》真头痛治宜急灸百会穴,服黑锡丹、大剂参附汤或救脑汤等。

2.3 甄别病因

现代对不同原因的脑死亡认识已经明确,并建立了脑死亡判定标准与技术规范^[11]。真头痛属于神经重症,死亡率高。分析古人将真头痛列入死症的原因有:(1)由于受儒家伦理思想的影响,中国古代解剖学衰落。古人以是否有心跳、呼吸作为死亡判定标准,没有脑死亡判定标准。对于真头痛死亡的病例,没有进行深入的病因研究。(2)没有认识到真头痛是多种疾病严重阶段的共同临床表现之一,试图用不同病机来阐释其差异性。考察古代真头痛文献,甚至有将一般性头痛混入真头痛,如三叉神经痛、偏头痛、丛集性头痛以及与头颅、颈部、眼、鼻、副鼻窦、牙齿、口腔或其他面部或头颅结构有关的头痛等等。研究真头痛理论,必须把这些资料区别开来。(3)大多将真头痛的病位胶固在泥丸、脑髓,与脑脉、脑络相关;没有认识到脑室、脑膜可能是真头痛的重要病位。将真头痛的病机推论为逆气、风火、痰瘀、六淫、风毒、时疫等等,惟独缺少对积水、积饮、湿浊的关键病理因素的深刻认识。即使如缪仲淳治梁溪

女“头痛作呕”案,及治子仆妇“痛甚欲自缢”案,均取法沈观颐传自一道人经验的头风神方,药用土茯苓、灯心草、小黑豆、金银花、蔓荆子、玄参、防风、天麻、辛夷、川芎、芽茶(《先醒斋医学广笔记·脑漏》),临证思维已经接近了真头痛存在积水、湿浊病机因素的真实情况。(4)由于时代的限制,真头痛的临床思维尚有欠缺,真头痛的诊疗方法有限,古人诊疗水平更为低下。本研究团队站在现代高度分析古代真头痛医案,发现许多医案是不可信的,必须去伪存真。如《续名医类案·头》记载姚应凤治施盛宇真头痛案,“割额探去其骨,出瘀血数升顿愈”。王士雄有按:“未免涉诞。”

3 真头痛医案举例

3.1 脑动脉狭窄突发心跳呼吸骤停案

喻某某,男,78岁,住院号:504771。间断头晕头痛3d,加重6h,于2018-11-10 08:22入院。既往有高血压病史20余年,使用尼群地平片等控制血压6年后,停用降血压药物,血压时高时低;7年前完全不用降压药物,血压在正常范围。有糖尿病12年,冠心病史5年,均有间断用药(具体不详)。现症见:发作时头痛难忍,诉前额、眼后至咽喉部剧烈放电样疼痛,持续30~60min不等,无耳鸣,四肢乏力,双下肢轻度浮肿,舌淡红,苔薄白,脉细数。查体:体温36.5℃,脉搏82次/min,呼吸18次/min,血压128/80mmHg。神经系统病理征(-)。颈部血管彩超示:双侧颈动脉硬化,双侧颈动脉多发混合性斑块。头部MRI+DWI+MRA示:脑萎缩,多发性腔隙性脑梗死,右侧大脑中动脉M1段重度狭窄,右侧椎动脉V4段重度狭窄。考虑为脑血管狭窄、痉挛,引起头痛发作。有病情突然恶化可能。予尼莫地平片、拜阿司匹林片、阿托伐他汀钙片,及天麻素注射液、丹参多酚酸盐注射液、小牛血清去蛋白注射液。2018-11-11 02:30突发剧烈头痛,前额为主,伴舌咽部牵引样疼痛,大汗淋漓,查P 98次/min,血压177/110mmHg。急予罗通定片60mg口服,无缓解;继予卡马西平片100mg口服,无缓解;予肌注盐酸布桂嗪注射液100mg,静脉使用甘露醇125mL,头痛缓解。予左旋氨氯地平片、贝那普利片控制血压。2018-11-11

08:00 无头痛,血压 138/80 mmHg。2018-11-12 01:50 又发作前额疼痛,伴舌咽部疼痛,处理后持续42 min 缓解。准备行介入检查及介入治疗,但是,患者及其家属联系转院事宜,未能实施手术。2018-11-12 17:26 再次头痛发作,处理后缓解。20:54 又有头痛发作,予盐酸布桂嗪、甘露醇等处理,头痛不缓解,21:22 突然心跳呼吸骤停,经过积极抢救,22:14 宣布临床死亡。经科室讨论分析,死亡原因可能为脑血管痉挛引起基底动脉尖综合征,或者脑血管痉挛引起大出血,导致脑死亡。

按:《杂病源流犀烛·头痛源流》说:“有元阳虚头痛如破,必眼睛如锥刺。”本案患者前额疼痛,连眼睛、咽喉疼痛,放电样疼痛,发作性疼痛,其病机为阴素亏损于下,阳暴张浮于上,血随气逆,乃化风之征兆;故责之脑髓中经脉、血络“绌急”,“脉挛缩收引小络”,猝然中风死亡。遗憾的是,未经尸检不能确认死亡的直接原因。

3.2 脑动脉瘤并蛛网膜下隙出血案

彭某某,男,41岁。住院号:382744。突发头部胀痛6d,加重10h,于2017-12-06 18:22入院。症见:6d前因争吵激动后,头痛以前额为主,呈持续性剧烈疼痛,与体位改变无关。头晕,恶心欲呕,颈部酸痛,纳少,无气促、咳嗽、胸痛,舌淡红,苔薄黄,脉沉滑。否认高血压病史,现测血压160/100 mmHg。查体:颈抗(±),四肢腱反射(++),余(-)。头部CT+CCTA示:疑是蛛网膜下隙出血。右侧大脑前动脉,右侧椎动脉C1段混合性斑块;不完全型基底动脉环,椎基底动脉呈右侧优势型;脑前交通动脉瘤,少量出血,动脉瘤破裂可能。腰椎穿刺检查:脑脊液压力>330 mmH₂O,红细胞4 000.00×10⁶/L,白细胞3.00×10⁶/L,氯123.60 mmol/L,葡萄糖3.45 mmol/L,蛋白质352.00 mg/L。脑脊液涂片(-)。诊断:脑动脉瘤并蛛网膜下隙出血。予尼莫地平注射液、甘油果糖注射液、单唾液酸四己糖神经节苷脂注射液。中医辨证为肝气上逆,气郁化风,络损血溢。治法:镇肝降逆,止痉熄风。方用天麻钩藤饮加减:天麻、钩藤、川牛膝、栀子、黄芩、牡丹皮、益母草、茯神各10g,首乌藤、石决明(先煎)、龙齿(先煎)各15g,甘草6g。3剂,每日1剂,水煎服。2017-12-10头痛缓解。守

方7剂。2017-12-18因脑前交通动脉瘤,转神经外科介入治疗。

按:《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》认为蛛网膜下隙出血头痛相当于真头痛。蛛网膜下隙出血头痛剧烈且持续时间长,与焦虑、恐惧、烦躁不安等情绪相关。本案真头痛病种诊断明确,出血量少或为警告症状,目前病情尚轻,但是脑动脉瘤有再次破裂出血可能,故寻求外科介入治疗。

3.3 高血压脑病案

徐某某,女,81岁,住院号:469085。突发意识障碍,伴抽搐16h,于2017-11-28 09:06入院。代诉发病前2d,反复发作头痛欲裂,额顶部疼痛明显,每日发作4~5次,每次持续30~45min,未予重视。昨日5:00左右,患者无明显诱因,出现意识障碍、抽搐、口吐白沫,急诊予地西洋肌注后,送入病房。症见:肥胖,昏迷,躁动,无抽搐,口中秽气,舌未查及,脉弦细。既往无癫痫病史,有高血压病史17年,使用降压药物不规范,不经常测血压。查体不配合,体温37.0℃,脉搏86次/min,呼吸18次/min,血压226/130 mmHg。神经系统病理征(-)。肾上腺彩超未见异常。头部MRI+DWI示:多发性陈旧性腔隙性脑梗死,未见新发病灶。实验室检查:血糖6.10 mmol/L。诊断:高血压病3级极高危,高血压脑病。予硝普钠降血压,甘露醇降颅压,另予醒脑静、依达拉奉、兰索拉唑等。中医辨证为湿热、痰水、浊毒,阻滞脑窍。治法:清热利水泻浊,化痰开窍醒神。方药:黄芩30g,金银花、白菊花各15g,青黛(包)、淡竹叶、葶苈子、薄荷、佩兰、石菖蒲、人工天竺黄各10g,莲子心、甘草3g。3剂,每日1剂,水煎服。二诊:2017-12-02患者嗜睡,夜间躁动,舌老红,苔黄腐厚干,脉弦细。查血压149/71 mmHg。证兼阴虚,上方去淡竹叶、葶苈子,加麦冬、北沙参、玄参各15g。3剂。2017-12-06患者清醒,精神差,睡眠多,舌红苔黄腐,脉弦沉细。查血压145/70 mmHg。二诊方去人工天竺黄、莲子心,加黄精、石斛、玉竹、生地黄各10g,续进7剂。2017-12-10病情好转,正常出院。

按:国家标准《中医临床诊疗术语》(GB/T16751-1997)认为高血压脑病相当于真头痛,又名厥头痛,

多发生于素有风眩病者。本案患者肥胖痰湿体质,痰湿蕴热成毒,蓄积变生水浊,浊毒壅阻脑窍,则形成颅高压、脑水肿等;血压过度升高,神机运转不利,发为真头痛,变生癫痫、中风、昏迷,乃至死亡。本案病势凶险,急性期诊疗得当,特别重视水湿浊毒,故能够救治成功。

3.4 化脓性脑干脑炎案

成某某,男,51岁。住院号:489181。因头痛、头晕17d,加重2d,于2018-06-07 16:32入院。无明显诱因出现前额、枕颈部胀痛,呈阵发性疼痛,持续1~2h缓解。2d前出现头痛加重,四肢乏力,双上肢麻木,时有震颤,恶心呕吐,咳嗽咯痰。急躁易怒,头痛难忍,动则头晕。望之少神,面色晦暗,舌淡红苔黄腻,脉滑实。查体:体温36.4℃,呼吸19次/min,脉搏78次/min,血压126/64 mmHg。颈抗(-),双肺未闻及干湿啰音,神经系统体征(-)。头部CT示:左侧上颌窦炎。胸部CT未见异常。实验室检查:总蛋白59.80 g/L,球蛋白1770 g/L,葡萄糖345 mmol/L,钾3.48 mmol/L,肌酸激酶219.00 IU/L。诊断:头痛查因,颅内病变待诊。予罗通定片60 mg,每日3次。2018-06-09 13:40出现剧烈头痛,予左米曲普坦片2.5 mg,对症处理后未见明显缓解。头部MRI示:脑干、右侧颞叶异常信号灶,左侧横窦充盈缺损,左侧优势型静脉窦。腰椎穿刺检查:脑脊液压力>320 mmH₂O,氯118.00 mmol/L,葡萄糖1.90 mmol/L,蛋白质1235.00 mg/L,单核细胞总数28.00×10⁶/L,多形核细胞总数6.00×10⁶/L,巨细胞病毒IgG抗体1.110 IU/mL。脑脊液涂片可见淋巴细胞。明确诊断:化脓性脑干脑炎。予头孢唑肟钠粉针、甲泼尼龙琥珀酸粉针、甘露醇、痰热清注射液。中医诊断为真头痛,辨证为湿热内蕴,侵入脑髓。治法:清热解毒,利湿化浊。处方有甘露消毒丹加减:滑石粉、连翘各15g,白豆蔻、藿香、茵陈、小通草、石菖蒲、黄芩、射干、薄荷各10g,川贝母、甘草各6g。3剂,每日1剂,水煎服。2018-06-12头痛稍有缓解,颈项严重胀痛,腰部稍胀痛。接脑脊液培养结果:缓症链球菌。药敏试验回报:对头孢唑肟、复方新诺明敏感。中药汤剂守方进退。2018-06-14头痛明显缓解。复查腰椎穿刺检查:脑

脊液压力>320 mmH₂O,蛋白质996.00 mg/L,单核细胞总数62.00×10⁶/L,多形核细胞总数14.00×10⁶/L。脑脊液自身免疫性脑炎抗体(-)。停甲泼尼龙琥珀酸粉针,改醋酸泼尼松片60 mg开始逐步递减治疗。2018-06-22头痛消失。2018-06-25复查腰椎穿刺检查:脑脊液压力260 mmH₂O,氯118.00 mmol/L,葡萄糖2.10 mmol/L,蛋白质72.00 mg/L,单核细胞总数19.00×10⁶/L,多形核细胞总数5.00×10⁶/L。

2018-06-30 22:50患者又诉剧烈头痛,大汗,面红痛苦,无呕吐,自觉发热,双眼明显突出,胀痛,左眼不能完全闭合,无视力下降,无肢体障碍。舌淡红,苔薄黄腻,脉细滑。查体:体温36.6℃,颈抗(++),椎体束病理反射征(-)。头部MRI示:脑干、右侧颞叶异常信号灶均较前明显缩小。实验室检查:白细胞16.36×10⁹/L,单核细胞1.19×10⁹/L,中性粒细胞89.70%,淋巴细胞2.8%,嗜酸细胞0.10%,血小板108.00×10⁹/L。患者对病情反复不理解,拒绝行腰椎穿刺复查。症状反复原因,考虑脑实质感染致脑膜感染,可能为化脓性脑膜脑炎,引起颅内高压。再予头孢唑肟钠粉针、甲泼尼龙琥珀酸粉针、甘露醇。加用复方新诺明片。中药予清营汤加减:水牛角丝(先煎)30g,金银花、连翘、生地黄、麦冬、丹参各15g,玄参、淡竹叶、牡丹皮各10g,莲子心3g,黄连、甘草各6g。3剂。2018-07-04患者精神可,头痛明显好转,左眼能完全闭合,双眼仍然突出明显,眼胀不适,舌红,苔黄腻,脉滑。眼科会诊未见异常。颈抗(+).中药汤剂守方进退。改醋酸泼尼松片60 mg开始逐步递减治疗。至2018-07-11情况好转,停用抗生素,余治疗同前。2018-07-29复查腰椎穿刺检查:脑脊液压力180 mmH₂O,脑脊液常规(-),脑脊液生化(-)。次日出院。

按:《中西医病名对照大辞典》将化脓性脑炎、脑脓肿命名为颅脑痛。脑干炎症临床表现多种多样,缺乏典型的症状和体征,易漏诊误诊。本案亚急性起病,病情有波折,虽然不能找到感染源,但结合脑脊液检查,病因诊断明确,中西医结合治疗仍然取得好的结局。颅内感染真头痛,可能引发了古人“邪入脑髓”的病机认识。借鉴《临证指南医案·吐血》江某某

病案分析,认为“青空之病”,乃“热气吸入”,“积瘀在络”,瘀热“蒙闭于头髓空灵之所”,以致“脑髓热蒸”,“烁物消物”,髓化为脓。化脓性颅内感染从毒邪论治,“无取外散,专事内攻”。以甘露消毒丹、痰热清(组成:黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘)、清营汤等,清热解毒为主线,配伍利湿、化痰、透气、清营、凉血、养阴等等,祛除外源性之毒及内源性之毒。

4 结语

在医学科学欠发达的时代,诚如俞震《古今医案按·头痛》所说“真头痛乃死证”“寻常头痛亦有死者”。当然,也不能排除这是古人揽功自居或者推卸责任的说词。本研究团队只能借助现代科技检测手段,不管是多发病还是罕见病,如果真头痛为脑血管畸形出血^[12]、传染病致颅内感染^[13-14]、嗜铬细胞瘤危象^[15]、原发脑脊膜黑色素瘤病^[16]、癌性脑膜炎^[17]、脑肿瘤^[18]、脑转移瘤^[19]等等疾病引起时,确实严重威胁患者生命。通过本文医案实例足以证明,真头痛大多属于神经重症,但真头痛并非死症。真头痛病种范围很广泛,绝对不能等同于颅内高压^[20],或者等同于高血压脑病^[20]、蛛网膜下隙出血^[21],从中医学角度看真头痛也不同于厥头痛^[20]。如何深入解析真头痛的科学内涵,是中医药在重症医学领域亟待解决的重要问题。

参考文献

[1] 周华春.洋金花的药理作用及临床应用研究[J].中医临床研究,2017,9(9):129-130.
 [2] 林士毅,滕依丽,王小同,等.真头痛初探[J].中华中医药学刊,2013,31(7):1522-1524.
 [3] 谭伟斌.活血利水法治疗脑瘤术后水肿痰瘀互结证的疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2015.

[4] 周德生,谭惠中.基于络脉理论辨治脑小血管病——中医脑病理理论与临床实证研究(二)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(2):153-158.
 [5] 徐涛,郭秋均,花宝金.花宝金教授治疗脑瘤经验刍议[J].中医药信息,2016,33(1):64-66.
 [6] 杨文笑,焦丽静,龚亚斌,等.肺癌脑转移从“风”论治[J].山东中医杂志,2018,37(3):186-188,193.
 [7] 朱庆松,韩一龙.结脑方治疗结核性脑膜炎验案[J].长春中医药大学学报,2011,27(6):976.
 [8] 杨变转,李晓彦,翟守恒,等.严重李斯特菌脑膜炎一例临床分析并文献复习[J].山西医药杂志,2018,47(22):2715-2718.
 [9] 张长远,许海鹏,郭顺东,等.破裂后交通动脉瘤经绿色通道超早期手术夹闭临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2018,21(12):1297-1302.
 [10] 李滔杰,马天龙.颅脑损伤死亡案例的法医病理学鉴定分析[J].法制博览,2018(26):132-133.
 [11] 宿英英,张艳,叶红,等.脑死亡判定标准与技术规范(成人质控版)[J].中国现代神经疾病杂志,2015,15(12):935-939.
 [12] 杨宇,刘渊,陈夏梦,等.脑血管畸形死亡案例的法医病理学分析[J].华西医学,2016,31(7):1235-1239.
 [13] 李玉偿.环境与人:江南传染病史研究(1820-1953)[D].上海:复旦大学,2004.
 [14] 张清泉.传染性昏迷[J].吉林医学,1990,11(5):271-273.
 [15] 高鹏,段亚伟,陈华,等.嗜铬细胞瘤危象救治相关病例分析[J].河北医科大学学报,2018,39(12):1479-1483.
 [16] 王媛媛,杨花芳,王丽辉,等.儿童原发脑脊膜黑色素瘤病1例报告并文献复习[J].临床儿科杂志,2018,36(11):827-830.
 [17] 吴兵兵,周德生,李中,等.癌性脑膜炎1例[J].光明中医,2016,31(7):1008-1010.
 [18] 邓宗南.真头痛治验[J].四川中医,1983(6):9.
 [19] 陈忠平,赛克.重视脑转移瘤的多学科协作处理[J].中国神经肿瘤杂志,2010,8(3):151-153.
 [20] 朱文锋.国家标准应用·中医内科疾病常规[M].长沙:湖南科技出版社,1999:203.
 [21] 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,2008:267.

(本文编辑 贺慧娥)