

# 基于气机理论的难治性癫痫宏微观辨治策略探析<sup>\*</sup>

江涛<sup>1\*</sup> 王峻鑫<sup>1,2</sup> 王永丽<sup>1</sup> 李蕙<sup>1</sup> 黄清勇<sup>1</sup> 张金锋<sup>1</sup> 刘金民<sup>3▲</sup>

**摘要** 文中基于中医气机升降理论,提出难治性癫痫的核心病机为“脏气不平”所致枢机不利,并进一步引入王永炎院士“脑络-玄府-神机”理论,将气机学说延伸至人体超微结构层面,构建了宏微观相结合的辨治策略。该策略在宏观上以调和少阴、少阳枢机为核心,重在调畅气机;在微观上则以辛润通络、开通玄府为法,旨在恢复神机。该策略可在改善脑能量代谢与神经网络功能中发挥重要作用,为丰富难治性癫痫的中医治疗路径提供了新思路。

**关键词** 难治性癫痫;脑络-玄府-神机;脏气不平;气机失常;引经药

癫痫是一种以反复癫痫发作为表现的慢性脑部疾病,属于中医“痫证”范畴。历代医家多认为本病之关键病机在于“脏气不平,脏腑失调”<sup>[1]</sup>。一般认为,禀赋异常、情志失调、饮食不节、脑窍损伤等导致脏气不平,脏腑功能失调,产生风火痰瘀等病理因素,一遇诱因触发,则气血冲逆,风火挟痰上蒙清窍,而发为痫证<sup>[1]</sup>。基于上述理论指导,临床诊治虽取得了一定疗效,但部分患者疗效仍不理想,病情缠绵难愈,部分患者发展成为难治性癫痫。因此,为破解上述难题,必须进一步深化癫痫病机理论,完善其发生、发展及预后的中医认知体系,以指导临床精准治疗。

## 1 癫痫病位在脑及脑络

历代医家多将脑奉为“元神之府”,而神、魂、魄、意、志则被视作“五脏神”,分别归属于五脏。五脏通过经络运行神气,并将其上输于脑,以维持脑府的神明功能。20世纪90年代以后,神经病学引入了网络理论,将癫痫定义为一类脑网络疾病。该网络由癫痫起源点、癫痫传播网络及外部受累网络组成,其异常活动在癫痫的产生及发展过程中起到关键作用,而网络的节点和中枢则是治疗干预的重要靶点<sup>[2]</sup>。王永炎院士在《关于提高脑血管疾病疗效难点的思考》<sup>[3]</sup>一文

中,提出“毒损脑络”假说探索中医脑病的发病机制,认为脑神与气血、脑络之间有着紧密的生理及病理关联,对包括癫痫在内的中医脑病治疗具有重要启发意义。综上可知,癫痫病位在脑及脑络。而在提倡整体观和辨证论治的中医诊治体系下,癫痫中医治疗突破口是否同样存在经络节点和中心,值得进一步思考。

## 2 “脏气不平”是癫痫特定病理体质,气机升降出入异常是其发病关键

纵观历代文献,将“脏气不平”作为核心病因病机的疾病主要集中于癫痫等少数发作性脑病。例如《三因极一病证方论》言“癫痫病,皆由惊动,使脏气不平……”;孙思邈也认为“少儿所以有痫病……皆由脏气不平故也”。古代医家亦认识到先天禀赋在发病中的作用,如《黄帝内经》早有“……为胎病,此得之在母腹中时……”之记载。历代文献多认为癫痫病位与肝、脾、心、肾相关,尤以先天之肾为要。因小儿之生理特点为“脏腑娇嫩、形气未充”,故癫痫多在儿童期发病,而到青春期后,随着形气渐充,部分儿童良性癫痫可以自愈。因此,笔者团队前期研究<sup>[4]</sup>提出,“脏气不平”可视为癫痫患者的一种特定病理体质状态。

气机升降出入是人体脏腑功能和生命活动的基本形式。气机升降出入理论强调人体是一个有机整体,各脏腑之间气机的升降出入运动又相互为用、相互制约。各脏腑及其经络“脏气不平”皆可影响人体气机之升降出入运动。因此,本团队前期研究<sup>[5]</sup>提出,癫痫的发病关键为相关脏腑的气机功能失调。

## 3 各脏腑“脏气不平”导致临床症状

<sup>\*</sup>基金项目 福建省自然科学基金联合资助项目(No.2024J011369)

<sup>\*</sup>作者简介 江涛,男,主任医师,硕士研究生导师。主要从事癫痫等发作性脑病临床研究。

<sup>▲</sup>通信作者 刘金民,男,教授,主任医师,博士研究生导师,博士后合作导师,第七批全国老中医专家学术经验继承工作指导老师。主要从事中医脑病的临床研究。E-mail:jmvp@vip.163.com

<sup>\*</sup>作者单位 1.厦门市中医院(福建 厦门 361009);2.福建中医药大学(福建 福州 350122);3.北京中医药大学东直门医院(北京 100700)

## 繁杂各异

癫痫具有间歇性、发作性、刻板性等发病特征,但其临床表现实则复杂多样。除传统意义上的大、小发作外,该病又有全面性发作与局灶性发作之分,且其症状谱十分广泛,可累及运动、感觉、情感、认知及自主神经等多个系统。不同患者间的症状组合可谓千差万别,即便同一系统受累,其表现亦可截然相反(如运动症状可表现为失张力或强直),且同一患者亦可表现出多种发作类型。

对于癫痫,古代医籍中虽有五脏病、风病、惊痫等诸多命名,然多将其病因病机归为脏腑功能失调。何其因也?依据脑络学说,脑为元神之府,而神志实藏于五脏,赖经络以相通;依据气机理论,脏腑气机升降相因,故《三因极一病证方论》有云“夫癫痫病……但一脏不平,诸经皆闭”,揭示局部失调可致全身性影响。这与现代脑网络理论中“每种发作类型的起始部位是恒定的,不同发作类型有不同致病网络”的观点不谋而合。尤其对于难治性癫痫,其繁杂各异的临床症状,本质上是因病邪日久,由初始病位循经传变,累及它脏它经的结果。

## 4 从枢机不利论治癫痫

中医原创思维以“精、气、神”为核心,分别对应物质、能量与信息,此三要素亦是科学世界观中构成万物的基础。癫痫作为一种与能量代谢紊乱相关的神经功能障碍,其早期多表现为能量-信息层面的异常,如症状学与脑电图改变。若病情迁延,发展为难治性癫痫,则将引发物质结构的改变,例如海马硬化。此物质改变与神经网络异常、线粒体功能障碍共同形成难治性癫痫的恶性循环。因此,在疾病早期从气机升降出入这一能量运行层面进行干预,是调控难治性癫痫病程发展的关键。

**4.1 从“少阴为枢”论治癫痫** 现代医家多从“少阳为枢”论治癫痫<sup>[5]</sup>,而从“少阴枢机不利”立论者相对鲜见。然而从“少阴枢机不利论治癫痫”古已有之,其源可溯至《黄帝内经》,后世医家亦多有阐发。如《素问·大奇论》言“二阴急为痲厥”(景岳注曰“二阴,少阴也”);明代《医学准绳》亦指出“癫痫之发,由肾中阴火上逆”;《寿世保元》则强调“痲疾之源……并与心肾……”,认为癫痫与手少阴心和足少阴肾密切相关;清代沈金鳌在《杂病源流犀烛》中有“观《内经》之言,则诸痲为患,可识其皆由于肾矣”之总结,并直言“诸痲,

肾经病也”。由此可知,痲病所患之根在于肾,所患之经在于肾经,所患之枢机在于少阴。

从气机升降出入理论的角度来看,气逆为病多呈现自下而上的逆乱运动。如《素问·通评虚实论》云“巅疾厥狂,久逆之所生也”,《素问·脉解》亦云“气上而不下……发为痲疾”;明代《医学纲目》明确指出“凡痲痲,皆由邪气逆上阳分,而乱于头中也”,皆强调气机上逆扰乱清阳为致病关键。

从枢机理论的角度来看,癫痫之发与少阴枢机不利密切相关。《内经博议》认为癫痫“症在肾气之厥,少阴逆而枢失……”;《素问·阴阳离合论》明言“三阴之离合也……少阴为枢”。由此引申可知:少阴枢机,在经络层面枢转三阴之开阖,在脏腑层面则枢机于心肾二脏。水火、阴阳根于心肾而为少阴枢机筹制,故少阴实为人体阴阳水火交济之根本枢纽,总司气机之升降。诚如魏之绣所言:“夫少阴上火下水而主枢机……”。刘渡舟在《伤寒论诠释》中亦指出:“少阴司水火,内寓真阴真阳。水火交通,阴阳既济,是人体正常生命活动的必要条件。要维持水火、阴阳的交通既济,有赖于少阴的枢机作用。”

从网络病理学的角度来看,癫痫是一种慢性的脑网络疾病,其治疗重心在于寻找脑网络中的关键节点和中心。这与中医以“少阴枢机”为调和心肾、枢转阴阳之核心的观点不谋而合。心、肾、肝、脾是“脏气不平”的主要受累脏器,其中肾为先天之本,主骨生髓而上通于脑,构成了癫痫发病的体质基础。由此提出:少阴枢机不利可能是论治癫痫的脑网络节点和中心;肾之“脏气不平”是始动因素,内生病理产物是诱发因素;少阴失枢引动雷龙之火,夹邪上扰,是癫痫发作的关键。

**4.2 从“少阳为枢”论治癫痫** 历代医家对癫痫的治疗,不乏从少阳角度论治者,如《徐氏医家六种》言“此方能下肝胆之惊痰,以之治痲痲必效……”,然对其内在病理机制则很少论及。刘冲冲等<sup>[5]</sup>认为,诸致病之邪可因少阳胆及三焦经络脏腑系统功能紊乱而生,清空受扰,脑络为之痹阻而致痲病。同时,少阳病发作以“阴阳往来,休作有时”为特征,贴合痲病的发病规律,进一步佐证“少阳主枢”在痲病发生中的关键作用,此亦构成从少阳论治痲病的重要理论依据。

李杭洲等从“六经病欲解时”理论提出“少阳根于少阴,枢机一气相通,而有阴阳之别”<sup>[6]</sup>,揭示了少阴与少阳在枢机层面的内在联系。《杂病源流犀烛·诸痲源流》对阴维、阳维脉的论述中侧面佐证了少阴与少阳

枢机相通,其云:“阳维维于诸阳,从少阴至太阳,是阴为阳根也,而少阴阴邪从而至诸阳,故能塞诸阳之会……故亦动若癫痫僵仆羊鸣失音。”由此可知,少阴与少阳枢机相互影响,在癫痫疾病的发生、发展过程中,随正邪虚实的变化,证候表现复杂,既可是脏邪还腑,阴病出阳,病势“欲解”,也可以是阴病及阳,病势缠绵难愈;既可少阳、少阴枢机证候单独出现,也可两者兼杂合病。

**4.3 治郁即治病,郁消病自灭** 《素问·举痛论》言“百病生于气也”,《丹溪心法》云“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁”,故郁证的发生,与气机郁滞密切相关。气郁作为郁证的基本病机,植根于气机升降出入理论,其认识源远流长。其理论雏形见于《黄帝内经》,书中已对五运六气异常可致相应脏腑气机郁滞有一定认识。金元时期,朱丹溪提出“六郁之说”,强调“凡郁皆在中焦”“无郁不关乎气”,以中焦为郁证关键,六郁互为因果,并创制“越鞠丸”通治诸郁,推动了气郁理论的发展。总之,气郁病机可发生于各个脏腑,五脏中任何一脏的郁滞都可影响其他脏腑使其致郁,其中枢机转运功能尤为关键,常为疾病发生、发展的转折点。如国医大师王庆国等提出“郁证治枢”<sup>[7]</sup>,认为少阴、少阳枢机均为情志之枢,少阴、少阳枢机不利均可导致郁证发生。

癫痫发作期,虽以风动痰涌为主要外在表现,然其内在病机往往与气机郁滞、枢机失转密切相关。气郁不疏,可郁而化火、生风滞痰,成为癫痫发作的重要内在动因。因此,发作期的治疗不应仅着眼于息风化痰,更应重视调气开郁、疏通枢机,从郁论治以治其本。

癫痫未发时,特别是缓解期,患者虽可呈现“病后如常人”之态,但患者气郁之机未除,病根犹伏,故临床中多数患者常伴有郁证表现,既可体现为情绪异常(如情绪低落、焦虑不安),亦可呈现为躯体化症状(如胸闷胁胀)。因此,此期的治疗更当以“疏郁调枢”为核心,旨在消除郁滞、调和气血,以图根本,从而减少乃至杜绝癫痫的再次发作。

综上,无论是少阴少阳为枢,还是中焦为枢,皆不离气机升降出入理论;无论是癫痫发作期,还是癫痫缓解期,治疗上均应重视郁证,以治枢为要。

## 5 难治性癫痫当以“脑络-玄府-枢机”理论作为突破口

癫痫是一种发作性神经功能异常的慢性脑网络

疾病,部分患者经治仍病势缠绵难愈而发展成为难治性癫痫。因此,若仅从宏观气机层面论治,而忽视癫痫的病位在脑及脑络,未能充分考虑“脑主神明”的功能特殊性,则其疗效势必受限,难以应对难治性癫痫的挑战。

脑络作为络脉系统的一部分,在结构上交错纵横,于气血层面最为充盛,具有充养脑髓、涵育脑神的作用。气血经过脉的转输,最终通过交错漫布的络脉渗灌头窍,以起到对其的温煦、充灌、濡养作用。因此,脑络的通利是维系脑髓神机之正常功能状态的物质基础<sup>[8]</sup>。在临床实践中,通络法常体现为虫蚁类药物的运用,如《杨氏家藏方》中治疗“诸风痲病”的定痲丸(含全蝎、白僵蚕),《急救仙方》所载五痲丸(含蜈蚣、全蝎、白僵蚕)等,皆体现了以虫药搜剔通络、息风定痲的治疗思路。叶天士在《临证指南医案》中进一步强调“久病入络入血”,主张以虫蚁之类“搜剔络中混处之邪”,为难治性癫痫从络病论治提供了理论依据与用药示范。由此可见,通络法在难治性癫痫治疗中具有重要作用。

距《关于提高脑血管疾病疗效难点的思考》<sup>[9]</sup>一文发表20年后,王永炎院士在《再度思考提高治疗脑血管病疗效的难点》<sup>[9]</sup>一文中,基于“毒损脑络”理论,提出“玄府、玄病”是中医脑病研究的重要方向之一。“玄府”之病名首见于《黄帝内经》。刘河间进一步衍释了玄府内涵,提出全新的玄府概念,其在《素问·玄机原病式》中提出“人之脏腑……至于世之万物,尽皆有之,乃气出入升降之道路门户也”,主张“玄府闭塞”为百病之根,并创立“开通玄府法”。季帅等<sup>[10]</sup>认为脑内微循环系统、血脑屏障和离子通道都可能是玄府内涵的一种表现形式,玄府与线粒体能量代谢密切相关。常富业等<sup>[11]</sup>提出脑内玄府丰富,气液流通最旺,血气渗灌最多,若玄府闭塞,除造成气液流通和血气渗灌障碍外,常引起神机运转失常,出现临床上的神志障碍。临床上对于难治性癫痫,运用麻黄、天麻、柴胡、川芎等辛窜宣通之风药,借其辛宣通利作用,使玄府开通,可收到较好的临床效果<sup>[4]</sup>。

玄府与络脉均为广泛分布于人体上下内外的微观结构,具有普遍存在性。在形态上,玄府较之络脉更为细微;在病理上,玄府功能障碍容易导致神志出现异常或隐性的水肿,而络脉阻滞则容易患生包块<sup>[11]</sup>。临床研究<sup>[12]</sup>表明,海马硬化是难治性癫痫最为常见的病理改变,也是癫痫多药耐药的最常见原因。笔者前期研究<sup>[13]</sup>发现,基于“玄病”“络病”理论的柴贝

止痫汤可以改善难治性癫痫大鼠的动物行为学,减少发作频次,并可改善受损海马的组织形态学,阻止海马内异常兴奋性环路的形成,从而降低耐药基因及其蛋白的高表达。在临床运用柴贝止痫颗粒治疗难治性癫痫的随机对照试验中,柴贝止痫颗粒能有效降低患者发作频次,且在改善生活质量方面具有一定的作用<sup>[14]</sup>。目前难治性癫痫的发病机制存在多种假说,其中,促进线粒体自噬,保护线粒体功能从而改善能量代谢,以及修复神经网络异常已经成为难治性癫痫研究的热点和难点。结合前期研究,笔者认为,基于中医原创思维“脑络-玄府理论”论治癫痫,实质上是气机升降出入理论在人体超微结构层面的延伸与拓展,其作用机制与脑能量代谢调节及神经网络功能修复密切相关。

## 6 以“脑络-玄府-神机”理论指导难治性癫痫引经药物的使用

“脑络-玄府-神机”理论为难治性癫痫的诊治提供了整体思路,也为分析药物性能之升降浮沉及遣方用药规律确立了宏观与微观相结合的考量框架。

从宏观层面来看,癫痫发病具有“脏气不平”的先天病理体质,与心肾及肝脾等脏关系密切,尤以肾为要。《黄帝内经》论痫多从少阴入手,后世医家延续并发展此思路,指出任何一脏之“不平”皆可扰乱气机升降出入,导致枢机不利,故衍生出从少阴少阳枢机、中焦枢机等角度论治癫痫之法。一脏不平,常累计他脏,故古今医家亦可见从六经辨治癫痫种种。如朱梦龙等<sup>[15]</sup>总结胡希恕和冯世纶教授六经辨治癫痫的经验,提出二者主要从多经合病论治癫痫,多为柴胡类方证,且常兼治痰饮、瘀血等患。笔者认为,癫痫属内伤杂病,师仲景从六经辨治癫痫重在辨证论治,即“有是证,用是方;有是证,用是药”,从而指导临床。冯世纶教授亦强调,经方治病是依据症状反应辨证论治,而不是辨病论治。尽管癫痫病因复杂、演变多端,临证须遵循“同病异治”原则,然其种种表现,终不离气机失调这一根本病机,是为临证不可不察之关键。

从微观层面来看,脑络、玄府均为超微结构,二者在治疗上均以“通”为要,治法上皆宜选用辛味药以畅达其道<sup>[11]</sup>。刘河间创立“开通玄府法”,主张“以辛散结”。叶天士则针对“久病入络”之病机,强调“络以辛为泄”,并在《临证指南医案》中明示:“医不知络脉治法,所谓愈究愈穷矣。”由此可见,辛味药以其能行、能散、能通之性,成为通络开玄之核心。由此,徐萍萍等

认为小儿难治性癫痫的病机关键在于“痰浊阻滞,玄府闭塞,脑络不通,神机不用”,其核心为“玄府-脑络”通路失畅,治疗上宜开玄通府,调其开阖,运转神机。其在临证治疗时注重以通为用,协同风药、虫药开通玄府,息风止痉,共同增效<sup>[16]</sup>。

从宏观与微观相结合的角度来看,遣方用药均须重视药物的归经特性及引经作用。金元时期,张元素将药性与脏腑、经络辨证相结合,首次提出“引经报使”理论,标志着该理论的初步形成。后世医家对该理论进行发挥,并将其应用于脑病的治疗。如尤在泾便认为“巅顶之上惟风药可到也”,并强调“药无引使,则不通病所”。现代医家田雨沐等<sup>[17]</sup>结合引经理论和玄府理论提出,脑部引经药不仅需具备引药上行之效,还应兼具归经入脑、开通脑玄府的作用,从而发挥通畅神机的专效。国医大师颜德馨教授亦指出:“所谓风药,乃指味辛性轻之品。”因此,风药常作为脑引经药,既能引诸药上行,又能开通脑玄府,有增强其他药物治疗脑病的效果<sup>[17]</sup>。关于癫痫引经药的具体分类,可遵从唐代孙思邈的六经引经之法(如肝经用柴胡、吴茱萸;脾经用升麻、葛根、白芍;胆经用柴胡、青皮;膀胱经用羌活;胃经用白芷、石膏;肾经用肉桂、知母、独活),亦可按李时珍《本草纲目》中 24 味引经药之分法,即六经引经药与十二经引经药。历代对引经药的归属认识基本一致,未发生显著变化。

## 7 “脑络-玄府-神机”理论指导下的难治性癫痫诊治验案举隅

**7.1 典型案例** 李某,男,16岁,2023年5月10日初诊。主诉:发作癫痫10年,再发并加重4年。现病史:患者1岁时曾有热性惊厥史;6岁时无明显诱因出现癫痫大发作1次,未服药;4年前癫痫复发,发作频率增加,或表现为愣神,或表现为意识丧失、四肢抽搐,多伴有环境陌生感、害怕感等先兆症状,治疗以口服抗癫痫化学药物为主,效果不理想。就诊前半年,患者发作频次明显增多,每个月发作3~4次,每次持续10~30 s。大发作类型多见于入睡时及夜间,伴四肢抽搐,偶有喊叫。神经系统查体(-),否认家族史,平时手足不温。既往颅脑MRI提示“左侧颞叶陈旧性病灶”;颅脑MRS提示“海马硬化”;脑电图示“颞叶棘慢波”。刻下症见:时时发作头痛,以前额为主,伴口苦咽干,胸胁苦满,心烦多梦,健忘明显,易胃腹胀满,大便偏干,舌质黯,舌苔白,根黄腻,脉沉弦。中医诊断:痫病,辨证属少阴、少阳、阳明合病,玄府闭塞,神机不

畅。治法以调畅枢机、通络开玄为主。方以四逆散、柴胡加龙骨牡蛎汤、升降散加减,药用:北柴胡 10 g,姜半夏 10 g,黄芩 10 g,龙骨 20 g,牡蛎 20 g,石菖蒲 10 g,地龙 10 g,炒僵蚕 6 g,蝉蜕 5 g,桂枝 10 g,白芍 15 g,白芷 10 g,枳实 20 g,酒大黄 3 g,太子参 15 g,茯苓 15 g,炙甘草 10 g,石膏 30 g。每日 1 剂,分次服用。

2023年5月24日二诊:癫痫未见发作,仍有口苦、心烦、梦多,舌质黯,舌苔黄腻,脉弦。中药在上方基础上加太子参,加姜黄 10 g,黄连 10 g,改桂枝为肉桂 5 g。共 14 剂。

2023年6月8日三诊:癫痫未见发作,大便如常,上述症状缓解,舌质淡黯,苔白,脉弦。中药在上方基础上停用酒大黄,持续服用 2 个月,未见发作。

**7.2 体会** 本患者幼年起病,平素手足不温,初期虽发作稀少,但仍提示其具有先天禀赋不足、脏气不平之体质基础。近半年来发作频繁,症状复杂,非属脏邪还腑,病势“欲解”,而属阴病及阳,病势缠绵,故本证属少阴枢机不利,逆传少阳、阳明为病。本案所见胸胁苦满、口苦咽干、脉弦,发作前有环境陌生感、恐惧感等先兆,皆为邪郁少阳、枢机失和之征;胃腹胀满、便秘、苔根黄腻、脉沉,则为邪传阳明、里实渐成之象。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》曰:“阳明证,其人喜忘者,必有蓄血。”患者头痛以前额为著、平素健忘明显,提示此为阳明证,其病变当兼有瘀血(即络脉阻滞)。再观其发作时间,多发于入睡时(人定亥时,21:00—23:00)及夜半(子时,23:00—01:00)。按唐代孙思邈《备急千金要方·惊痫》所载“……亥时发者,病在足阳明胃;半夜发者,病在足少阴肾”,可知其病涉少阴、阳明二经。因此,本病机为少阴枢机不利,逆传少阳、阳明,兼夹瘀滞,属三经合病之证。

《伤寒论》四逆散方中四药之用为复枢机之意。柴胡主升,枳实主降,升降并举;甘草益气,芍药养血,气血并调,寓“治其阳者,必调其阴;理其气者,必调其血”之意。四药并用,可复水火阴阳之升降。柴胡加龙骨牡蛎汤为常用治疗癫痫经方,可用于三阳腑病合病<sup>[8]</sup>。升降散畅达气机,清三焦之热,其中,蝉蜕、僵蚕宣阳中之清阳,大黄、姜黄降阴中之浊阴,一升一降可使阳升阴降,内外通和,气液流通,玄府通达。方中柴胡、桂枝、白芷均为风药,可开通玄府;针对“久病入络”所致之海马硬化,取僵蚕、蝉蜕、地龙等虫蚁类药物搜剔通络;姜黄善除胀,具有破血行气、通经止痛之功,可加强白芷行气止痛之力;同时,按孙思邈“治痛

务加引经”之训,以柴胡引至少阳胆经,白芷、石膏引入阳明胃经,肉桂引入少阴肾经,使药力直达病所。二诊时患者仍有口苦、心烦、梦多,故去太子参,加黄连,改桂枝为肉桂,取其交通心肾之意;加姜黄,与蝉蜕、僵蚕、大黄合用即为升降散,具有升清降浊、宣透郁热之效。三诊时患者腑气得通,大便如常,当“中病即止”,故去大黄以防苦寒过用损伤脾胃。

### 参考文献

- [1]张伯臾.中医内科学[M].5版.上海:上海科学技术出版社,1985:129-131.
- [2]王薇薇,吴逊.脑网络理论在癫痫临床中的意义及应用[J].癫痫杂志,2024,10(1):66-72.
- [3]王永炎.关于提高脑血管疾病疗效难点的思考[J].中国中西医结合杂志,1997,17(4):195-196.
- [4]江涛,刘金民.从气机升降出入论癫痫[J].湖南中医药大学学报,2016,36(8):4-7.
- [5]刘冲冲,孙江燕,董笑克,等.从少阳论治癫痫的机制探讨[J].中华中医药杂志,2019,34(9):4227-4230.
- [6]李杭洲,肖相如.《伤寒论》中少阳与少阴主枢的关系[J].安徽中医学院学报,2011,30(1):1-2.
- [7]欧阳欢,程发峰,王雪茜,等.从少阳少阴主枢探讨郁证证治[J].北京中医药大学学报,2023,46(12):1637-1640.
- [8]张先元,杨淦,董滢.玄府理论与络病学说比较分析[J].亚太传统医药,2014,10(20):10-12.
- [9]王永炎.再度思考提高治疗脑血管病疗效的难点[J].中国中西医结合杂志,2017,37(10):1164-1166.
- [10]季帅,张军平,吕仕超,等.从玄府学说论中医药防治脑缺血再灌注损伤[J].中医杂志,2013,54(14):1197-1199.
- [11]常富业,王永炎,杨宝琴.玄府病变论析[J].中医药学刊,2005,23(8):1389-1392.
- [12]陈玲,黄浩.难治性癫痫相关发病机制及研究进展[J].中华老年心脑血管病杂志,2021,23(6):67-69.
- [13]郑香春,侯敏哲,江涛.针药协同对难治性癫痫大鼠动物行为学及P-gp/MDR1的影响[J].中华中医药杂志,2018,33(11):5140-5142.
- [14]王潇慧,丁成赉,孙江燕,等.柴贝止痫颗粒治疗难治性癫痫随机对照试验[J].中华中医药杂志,2019,34(12):6012-6017.
- [15]朱梦龙,冯学功.胡希恕和冯世纶教授六经辨治癫痫经验[J].中华中医药杂志,2006,31(7):2593-2595.
- [16]徐萍萍,马丙祥,冯刚.从“玄府-脑络”新视点论治小儿难治性癫痫[J].中医药导报,2021,27(08):198-200.
- [17]田雨沐,潘菊华.基于脑玄府理论探讨中药引经及配伍思路[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(14):204-214.
- [18]张金朋,潘祥宾,潘立民.古代经典名方柴胡加龙骨牡蛎汤的历史沿革及临床应用[J].中医药学报,2023,51(8):84-90.

(收稿日期:2025-03-12)

(本文编辑:蒋艺芬)