

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.22.006

从“阳微结”探讨耐药性癫痫病机及调阳法辨治思路

陈朝远, 张喜莲[✉], 马融

天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心, 天津市西青区昌凌路 88 号, 300381

[摘要] 基于《伤寒论》“阳微结”理论阐述的“阳虚、阳郁、阴结、阳亢”病机, 提出耐药性癫痫以阳气虚损为发病基础, 阳气郁滞是其发展的关键病机, 阳亢风动导致其反复发作, 阳虚阴结则形成其病理产物。据此提出调阳法为核心辨治思路, 癫痫发作期治以潜阳熄风、平肝抑阳; 癫痫发作间期治以通阳化浊、和解开郁; 同时将固护阳气、温阳化气、变理阴阳贯穿全程治疗, 为临床治疗耐药性癫痫提供思路。

[关键词] 耐药性癫痫; 阳微结; 调阳法

癫痫是由多种病因引起的脑神经元异常同步放电的综合征^[1]。抗癫痫发作药物 (anti-seizure medications, ASMs) 是治疗癫痫最重要的手段, 但部分患者经治后病情仍难以控制。国际抗癫痫联盟将规范使用两种 ASMs 后仍持续发作的癫痫定义为耐药性癫痫 (drug-resistant epilepsy, DRE)^[2], 强调了耐药是癫痫难治的关键因素。癫痫多药耐药显著降低临床疗效, 药物不良反应则会影响药物保留率, 导致无法有效控制癫痫发作^[3]。尽管新型 ASMs 不断研发, 但耐药性癫痫患者新诊断比例仍在上升^[4]。中医药治疗在提高抗癫痫疗效、减轻药物不良反应及耐药性等方面发挥了一定优势^[5-6]。《伤寒论》中“阳微结”病机观从阳气变动角度揭示了疾病病机的演变规律, 我们据此探讨耐药性癫痫的病机特征, 并提出从调阳角度辨治该病, 建立分期动态干预策略, 以期对耐药性癫痫的临床治疗提供思路。

1 “阳微结”释义

“阳微结”出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》, 曰: “伤寒五六日, 头汗出, 微恶寒, 手足冷, 心下满, 口不欲食, 大便硬, 脉细者, 此为阳微结, 必有表, 复有里也。脉沉, 亦在里也……此为半在里半在外也”, 指出“阳微结”病位在半表

半里, 即少阳。古有“微”与“少”互训, 我们认为“阳微结”既有少阳气机郁滞之意, 又暗含阳气虚少之机。《素问·阴阳类论篇》言: “一阳者, 少阳也。”少阳为初生之阳, 其气本弱, 具有易虚易郁的特性。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》言: “血弱气尽, 腠理开, 邪气因入, 与正气相搏, 结于胁下……小柴胡汤主之。”血弱气尽、腠理开提示阳虚正气不足, 疾病传经至少阳, 阳虚邪气方乘虚而内传, 故“阳微结”蕴含了阳气本虚的病机。邪犯人体, 正邪相争于半表半里, 导致少阳枢机不利, 阳气易郁滞, 如“微恶寒”即外邪郁遏阳分, 使阳气不能外达致肌表失于温煦的表现。徐灵胎在《伤寒论类方》中指出: “此为阳微结, 阳气不能随经而散, 故郁结不舒。”阳虚可导致阳郁, 如方有执《伤寒论条辨》云: “阳微结, 谓由阳气衰微故结。”阳气本虚, 少阳枢机不利, 三焦水道失调, 津液不能输布, 滋生痰浊阴邪, 故阳虚还可致阴结。“头汗出”提示郁阳化热上蒸, 致使阳气局部亢盛于上。我们认为, 阳亢汗出是机体在阳气郁闭状态下试图通过散邪外出而进行的自调节反应, 但局部玄府开阖并不能改变阳虚阳郁的根本病机。综上, “阳微结”理论体现了既有表虚证又有里实证的一个阶段, 本质是以阳气动态变化为主导的疾病传变思路, 蕴含了阳虚、阳郁、阳亢、阴结之病机。

2 从“阳微结”探讨耐药性癫痫的病机

2.1 阳气虚损是耐药性癫痫的发病基础

阳气虚损是耐药性癫痫的发病基础, 该病发展

基金项目: 国家自然科学基金(82174434); 第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药办人教函[2021]271号); 天津市教委科研计划项目(2024ZD008)

✉ 通讯作者: zxl2072@126.com

与“阳微结”中阳气本虚易致邪气内传的病机发展相符。耐药性癫痫总体可分为先天和后天两类，先天性耐药常起病于婴幼儿期，与遗传基因高度相关，表现为 ASM 初始治疗即无效，临床伴持续的神经发育障碍，发育性癫痫性脑病是其主要病种。肾阳为五脏气化之根，三焦可通行元气，遗传变异属禀赋不足，先天之精不能化气，肾阳虚而气化失司，三焦元气难充脑髓，导致神经调控紊乱及发育迟缓。小儿乃稚阴稚阳之体，其气方长，神经系统发育未臻完善^[7]，脑发育阶段的神经元以兴奋性为主导^[8]。阳气具有兴奋、激发和推动机体生理功能正常运行的作用，肾阳虚无法为机体提供充足的阳气以推动神经正常发育，则患儿出现神经调控紊乱、发育迟缓等，更易产生耐药性。《证治汇补·痫病》指出阴痫“病在五脏，难治”，又云：“阴痫亦本于痰热，因用寒凉太过，损伤脾胃，变而成阴”。寒凉伤阳，阳虚则阴寒，乃发阴痫，印证了阳虚是耐药性癫痫的基础病机。有研究^[9]显示，先天耐药患者脑脊液中耐药基因表达显著升高，而温阳药可抑制耐药基因转录。

后天性耐药病机更为复杂，使用 ASM 无效的癫痫反复发作，导致阳气亏耗，营卫损伤，邪气内传，疾病进展。研究显示，癫痫反复发作会消耗能量，导致蛋白质翻译后如磷酸化等修饰异常，出现药靶异常，使原本有效的药物失去疗效，逐渐形成耐药表型^[10]；ASM 主要通过增强抑制性神经传递或抑制谷氨酸受体活性来抑制神经细胞兴奋性^[11]。癫痫反复发作，加之长期使用 ASM 会影响脾胃功能，久之则脾阳渐亏，脾阳失运导致气血生化无权，逐渐累及肾阳，脾肾阳虚，使癫痫迁延难愈。我们经临床观察发现，长期服用 ASM 的患者常出现疲劳、乏力、嗜睡等阳虚症状，其阳气虚损愈甚，故认为长期使用 ASM 会耗伤阳气，进而导致后天性耐药的形成和发展。禀赋异质、肾阳不足导致先天性耐药，药物损耗和癫痫反复发作耗损阳气，共同导致了耐药性癫痫的形成。

2.2 阳气郁滞是耐药性癫痫发展的关键病机

耐药性癫痫的形成呈现动态性演变过程，长期使用 ASM 可能改变耐药基因的表达水平，上调耐药蛋白的表达水平，如 P-糖蛋白的过度表达可能引发耐药^[12]。癫痫多始发于儿童，小儿为少阳之体，临床中耐药性癫痫患儿已接受长期 ASM 治疗，存在阳虚的基础病机，虚久成郁，阳气郁滞，即“阳微结”中少阳气机郁滞之意。少阳枢机不利，三焦

气血津液不能正常布散流通，元气不能上奉于脑以充养脑窍，导致癫痫发生。血脑屏障功能受损是耐药性癫痫形成的关键因素，ASM 难以跨越血脑屏障，脑内药物浓度低于治疗阈值，致癫痫发作频率未得到有效控制^[13]。有研究认为，血脑屏障结构为脑玄府的具象体现，玄府主司气机升降出入，阳气郁滞则玄府气液流通受阻，开阖失司，导致药力难以通达脑络^[14]，“药不入脑”会降低药物脑内有效浓度，促使耐药性癫痫进一步发展。阳郁则阳不化气，产生痰浊积聚脑络，阻滞阳气布散，加重阳郁，怫郁日久化热生风，可发展为后天隐源性的成人难治性局灶性癫痫^[15]。整体的阳虚又导致局部脑络郁阳无以发越，形成恶性循环，使痰浊风热伏于脑络，癫痫难愈。综上，阳虚不布，阳气郁滞是耐药性癫痫发展的关键病机。

2.3 阳亢风动导致耐药性癫痫反复发作

耐药性癫痫的核心临床表征是顽固性癫痫反复发作，与阳亢风动有关。《临证指南医案》云：“内风乃身中阳气之变动。”阳虚不运与阳郁不达互作，气郁化火生热，《四圣心源》云：“若木郁风动，则风助火势”。少阳郁火是阳气妄动的基础，可发展为阳亢风动之证，风邪动摇经脉，诱发癫痫复发。阳气久郁体内，成为“伏阳甚者”之“伏热”，阳亢于上，痰热相感而动风，扰动心窍而致神机失调，多见于内侧颞叶癫痫；阳化外风则抽搐时发热惊掣啼叫，常见于 Dravet 综合征热敏性发作；热邪炼液成痰，留滞脑络，风火相煽，引动伏痰逆乱，蒙蔽清窍，发为昏不识人之症^[16]，如《临证指南医案》云：“以致内脏不平，经久失调，一触积痰，厥气内风猝焉暴逆而发”。阳亢风动是“阳虚-阳郁-阳亢”病机演变的体现，阳亢反复激化，触动痰邪，导致了耐药性癫痫呈现顽固性“发作-缓解-再发作”的临床表征。

2.4 阳虚阴结导致耐药性癫痫病理产物形成

耐药性癫痫是大脑微环境的整体改变，持续的癫痫发作会诱发显著的神经炎症反应，外周免疫细胞与脑内细胞因子、胶质细胞等异常激活，神经递质失衡、血管功能改变等影响神经元兴奋性，导致神经元损失和突触异常重塑，并使大脑内源性抗癫痫系统失调^[17]。我们认为，癫痫该过程中涉及的相关病理变化与其中医病机发展过程和病理因素的累积高度契合，即在耐药性癫痫发展进程中，“阳虚、气郁、顽痰、风动”动态交互，最终形成癫痫反复发作的病理基础。耐药性癫痫的病理因素形成

和病机从化基于体质偏性,阳虚质、气郁质的癫痫患者耐药风险较高^[18]。结合“阳微结”理论分析,耐药性癫痫以阳虚为基础,禀赋异质则精不化气^[19]或久病耗损致真阳衰惫,阳虚则阴盛,阳不化气则阴成形异质,又因阳气郁滞,加重痰、热、风等病理产物阻滞脑络,诱发疾病。《素问悬解》云:“痼者,阴精沉陷而内无微阳。”阳虚阴结,此阴结非单纯阴邪积聚,阳虚寒凝,虚气留滞,导致“阳虚致阳郁”病机进一步加重。《医学入门》云:“痼有阴阳只是痰。”耐药性癫痫之痰乃胶着难化、伏匿清窍之顽痰,阴邪初为寒痰,少火不足,少阳郁久化热,热炼痰浊而成顽痰,致阳郁痰结证。顽痰遇诱因触犯,脏气不平,气机逆乱,风气窜达内外表里,上干脑窍,引动伏痰,致元神失控而发癫痫。一项难治性癫痫的中药用药规律研究^[20]显示,“虚、郁、风、痰”交织是贯穿耐药性癫痫始终的病理因素。阳虚失运则痰浊内生,气郁化火则炼成顽痰,伏痰遇诱因则引动肝风,形成整体阳虚,局部阳亢,顽痰伏络,气逆风动,虚实夹杂的复杂病证,此与《张氏医通》中“痼证往往生于郁闷之人,多缘病后本虚,或复感六淫,气虚痰积之故”阐述的“本虚痰积”病机高度契合。此外,癫痫发作是神经元兴奋-抑制的平衡被打破,耐药性癫痫致痫灶存在更广泛的致癫痫脑网络^[21],广泛的脑网络恰是病理因素伏匿之处。

3 调阳法是耐药性癫痫的主要治疗策略

3.1 癫痫发作期:潜阳熄风,平肝抑阳

在癫痫反复发作期,治疗的关键为控制癫痫发作,降低发作强度,我们提倡联合动态给药疗法,中西医协同增效。运用中药复方时,应确保现服 ASM 药物的有效血药浓度,肝肾功能正常的患者每次就诊时可在主方基础上对药物进行大幅度加减,效果不佳时改为多处方循环模式,在辨证论治基础上确定 3 或 4 个处方,每 5~7 天循环换方,调动机体气机转枢的能力,避免产生耐药^[22]。临证遵“急则治标”原则,祛除痰、热、风等病理因素,使阳气畅达,常选涤痰汤为基础方,加青礞石增强方中石菖蒲豁痰开窍之功,加天麻、钩藤平肝潜阳、熄风通络;癫痫发作时多有肝风劫夺,加羚羊角粉平抑肝阳、全蝎搜风通络,共止抽搐;同时针对肝阳化热生风之病机,当潜镇肝阳以治浮阳之标,需金石介类、质重下坠之品,常用药对煅磁石-生铁落,重镇引龙雷之火归于命门。癫痫反复

发作者,少佐阿胶珠、生地黄、紫河车等养阴,取阴中求阳之意;婴幼儿夜间发作伴哭闹,属惊痫,加琥珀清降心火,龙骨、牡蛎镇心安神,酌加朱砂镇惊;强直痉挛性大发作、抽搐明显者,加地龙、僵蚕、蜈蚣等虫类药搜风通络。若患者暴受惊恐,引动肝风上冲,风热交织,痰火扰心,阻闭清窍,属痰热证,临床见全面性强直-阵挛发作,方用《金匱要略》“除热瘫痫”之风引汤加减以重镇安神、清热豁痰,本方亦是发作急性期常用验方。

3.2 癫痫发作间期:通阳化浊,和解开郁

癫痫发作间期是逆转耐药性癫痫的关键窗口,治疗重点是调节脑内微环境,使机体逐渐恢复对 ASM 的敏感性,改善发作阈值,截断癫痫向发作期转化。此时长期西药治疗需特别关注用药相关不良反应,联合中药治疗则有助于减轻西药不良反应。该期主要针对耐药性癫痫虚、风、痰、郁的核心病理因素,寒温并用、攻补兼施,改善患者体质。治疗应重视宣发郁阳、和解开郁,解除阳气郁滞的状态,常选自拟经验方柴桂龙牡汤^[23]加减,加枳壳理气开郁,炒栀子清泄郁热,川芎疏肝和血,胆南星化浊消痰,共同恢复三焦气化功能,以调和津液输布。有研究显示,和解开郁法方剂柴胡疏肝汤加味可增强耐药性癫痫患者对 ASM 的敏感性,减轻药物的不良反应^[24],并显著降低耐药性癫痫大鼠的耐药蛋白表达及痫性放电^[25]。阳郁化热者,可用柴胡加龙骨牡蛎汤通达三焦、镇惊熄风,佐以郁金、远志活血开窍解郁。研究^[26]显示,该方能下调小鼠脑内环氧化酶 2、前列腺素 E2 等耐药转运体的表达水平。素体阳热质者,无论发作期还是发作间期都需要清泻内热,可合用凉膈散加减。

通阳需重化浊,痰湿去则阳气宣通,当用通阳开窍之法,阳气通和则痰无所聚。若患者平素呕吐涎多、头痛、时有惊恐,为下焦寒邪上逆,可用桂枝加桂汤温通阳气、平冲降逆,宜重用桂枝 30~45 g 振奋阳气,少佐沉香 3~5 g 助其降逆气,使阳气升降得宜。若患者平素腹泻,癫痫发作伴随呕吐、恶心,为痰湿留踞胃肠,治当燥湿温补祛痰,方选旋覆代赭汤加吴茱萸以补虚降逆。

3.3 全程固护阳气:温阳化气,变理阴阳

临床需早期识别耐药性癫痫,对具有潜在耐药风险、易发展为药物难治癫痫的患者,尤其是新诊断患者在用一种西药治疗无效后应及时联合中药治疗。遵中医“治未病”思想,早期预防。先天耐药性癫痫主要因于元气不足,治宜温阳益肾,可用地

黄饮子加减。研究^[27]表明,加味地黄饮子能减少未成熟海马神经细胞凋亡,减缓癫痫的发生。《景岳全书》云:“善补阳者,必于阴中求阳。”治疗耐药性癫痫在补阳的同时需兼益阴,《景岳全书》云:“无火者多,且复有阴盛阳衰”,发作频繁难以治愈,可合用大补元煎加减益阴以充阳,可增强神经元修复,减少脑功能不全引起的癫痫发生^[28]。婴儿癫痫性痉挛综合征是以基因异常引起脑部结构发育异常、代谢紊乱的耐药性癫痫,多以肾阳虚衰、顽痰停聚脑络为主要病机^[29],治以“少火生气”法,宜祛寒通络、温肾化痰,方用附子细辛汤。若顽痰难解,属少火不足,温煦无力,不能清除伏痰,治疗以扶正通阳为主,可加羌活开散邪滞,鹿茸峻补肾阳,恢复三焦气化、布散药力之功。

在“既病防变”思想指导下,应防治后天耐药性癫痫的发生。初始单药治疗失败后,优先联用不同机制的药物。此时已属久病,阳气耗损,多累及后天,太阴失运,气血化生不足,营卫失和,痰浊内生,阴阳失衡,重在恢复太阴脾之气化,可以固卫护营之法,求之于益阴而和阳之间,方用黄芪桂枝五物汤益气通阳、和营通痹;太阴气化失司、痰浊已成者,方用六君子汤益气健脾、燥湿化痰。针对耐药性癫痫“虚、风、痰、郁”的病理因素,中药复方熄风胶囊(紫河车、天麻、石菖蒲、全蝎、僵蚕、郁金、白矾)治以益肾扶阳、通络豁痰;研究^[30]显示,该方能够显著抑制药物难治性癫痫大鼠多药耐药基因的表达,使机体对已耐药的ASM重新敏感,对局灶性发作的耐药性癫痫具有良好疗效。

4 小结

耐药性癫痫的治疗困境与药物靶点敏感性改变、血脑屏障转运、神经网络异常重塑等多重潜在机制相关,其动态形成过程尚未完全阐明,单一靶点干预难以奏效。本文基于《伤寒论》“阳微结”中蕴涵的“阳虚、阳郁、阴结、阳亢”病机,阐释耐药性癫痫的病机包括阳气虚损、阳气郁滞、阳微阴结、阳亢风动。以临床需求为导向,治疗提倡中西医协同增效,提出以调阳法为主的辨治思路,为耐药性癫痫的临床治疗提供参考。

参考文献

[1] FISHER RS, ACEVEDO C, ARZIMANOGLOU A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy[J]. *Epilepsia*, 2014, 55(4):475-482.
[2] KWAN P, ARZIMANOGLOU A, BERG AT, et al. Defi-

inition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies[J]. *Epilepsia*, 2010, 51(6):1069-1077.
[3] AUVIN S, GALANOPOULOU AS, MOSHÉ SL, et al. Revisiting the concept of drug-resistant epilepsy: a TASK1 report of the ILAE/AES Joint Translational Task Force[J]. *Epilepsia*, 2023, 64(11): 2891-2908.
[4] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组. 抗癫痫发作药物联合使用中国专家共识[J]. *中华神经科杂志*, 2024, 57(2): 108-117.
[5] 付伶俐, 惠波波, 张晓乐, 等. 中医药治疗难治性癫痫研究进展[J]. *河北中医*, 2023, 45(7):1227-1232.
[6] 聂莉媛, 王潇慧, 张青, 等. 柴贝止痫汤加减联合抗癫痫药物治疗难治性癫痫痰气郁滞证 70 例对照研究[J]. *中医杂志*, 2019, 60(18):1572-1577.
[7] KOTHUR K, BANDODKAR S, WIENHOLT L, et al. Etiology is the key determinant of neuroinflammation in epilepsy: elevation of cerebrospinal fluid cytokines and chemokines in febrile infection-related epilepsy syndrome and febrile status epilepticus [J]. *Epilepsia*, 2019, 60(8): 1678-1688.
[8] PORTER BE. Neurogenesis and epilepsy in the developing brain[J]. *Epilepsia*, 2008, 49(Suppl 5): 50-54.
[9] 李静波. 白金丸治疗多药耐药难治性癫痫的基础与临床研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2024.
[10] PERUCCA E, PERUCCA P, WHITE HS, et al. Drug resistance in epilepsy[J]. *Lancet Neurol*, 2023, 22(8): 723-734.
[11] SILLS GJ, ROGAWSKI MA. Mechanisms of action of currently used antiseizure drugs[J]. *Neuropharmacology*, 2020, 168: 107966. doi: 10.1016/j.neuropharm. 2020.107966.
[12] ABOU KAOUD M, NISSAN R, SEGEV A, et al. Levetiracetam interaction with direct oral anticoagulants: a pharmacovigilance study[J]. *CNS drugs*, 2023, 37(12): 1111-1121.
[13] HUANG N, HUANG Y, DENG Z, et al. Blood-brain barrier dysfunction in epilepsy: mechanisms, therapeutic strategies and future orientation [J]. *Int J Mol Med*, 2025, 56(3):136.
[14] 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.
[15] 中国抗癫痫协会. 临床诊疗指南 癫痫病分册(2023 修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023:85.
[16] 马融, 张喜莲. 小儿癫痫“痰伏脑络, 气逆风动”病机论[J]. *中医杂志*, 2020, 61(1):79-81.
[17] SHI J, XIE J, LI Z, et al. The role of neuroinflammation and network anomalies in drug-resistant epilepsy [J].

- Neurosci Bull, 2025, 41(5):881-905.
- [18]张青,杨洞洞,丁成赞,等. 中医体质与癫痫难治性相关性探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(1): 7-11.
- [19]马融,陈汉江,张喜莲,等. 胎痫“禀赋异质,精不化气”病机探析[J]. 中医杂志, 2022, 63(11):1009-1012.
- [20]尹莲君,薛道金,黄涛,等. 难治性癫痫的中医用药规律研究[J]. 广东药科大学学报, 2020, 36(3):431-435.
- [21]CAO H, WEI P, HUANG Y, et al. The alteration of cortical microstructure similarity in drug-resistant epilepsy correlated with mTOR pathway genes[J]. eBioMedicine, 2023, 97:104847. doi: 10.1016/j.ebiom. 2023. 104847.
- [22]马融. 马融论治小儿癫痫[M]. 北京:中国中医药出版社, 2021:44-45.
- [23]唐温,马融. 马融教授运用柴桂龙牡汤辨治小儿癫痫验案 1 则[J]. 吉林中医药, 2009, 29(8):703-704.
- [24]何乾超,苏晗,黄德庆,等. 柴胡疏肝汤加味对难治性癫痫的影响及疗效相关因素研究[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(12):2581-2583.
- [25]谢炜,史国军,李长征,等. 柴胡疏肝汤对难治性癫痫大鼠脑电图及多药耐药蛋白 P-糖蛋白表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(3):128-131.
- [26]姚汉云,徐雷,周晓香,等. 柴胡加龙骨牡蛎汤作用难治性癫痫多药转运体的机制研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(1):120-127.
- [27]张瑾. 加味地黄饮子对婴儿痉挛症模型大鼠癫痫发作及脑发育的影响研究[D]. 天津:天津中医药大学, 2022.
- [28]韩帅,刘姿瑶,张小倩,等. 基于肾藏精理论探讨大补元煎对难治性癫痫患者免疫功能以及认知功能的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(7):94-98.
- [29]王星辰,马融. 马融从“少火生气”论治婴儿痉挛症经验[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12):7141-7144.
- [30]房艳艳,李新民,陈会,等. 中药复方对难治性癫痫大鼠多药耐药 P-糖蛋白表达的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(6):45-49.

Pathogenesis of Drug-Resistant Epilepsy and the Syndrome Differentiation and Treatment Thought of *Yang*-Regulating Method from the Theory of Mild *Yang* Stagnation

CHEN Zhaoyuan, ZHANG Xilian, MA Rong

The First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin, 300193

ABSTRACT Based on the pathogenesis of "*yang* deficiency, *yang* stagnation, *yin* obstruction, and *yang* hyperactivity" elaborated in the concept of "*Yang* Wei Jie (mild *yang* stagnation)" from *the Treatise on Cold Damage Diseases* (《伤寒论》), this paper proposed that for drug-resistant epilepsy, deficiency of *yang*-*qi* is the pathological basis of its onset; stagnation of *yang*-*qi* is the key pathogenesis of its progression; *yang* hyperactivity leading to wind stirring causes its recurrent attacks; and *yang* deficiency with *yin* obstruction forms its pathological factors. Accordingly, the *yang*-regulating method was put forward as the core thought for syndrome differentiation and treatment. During the seizure phase of epilepsy, the treatment focuses on subduing *yang* and extinguishing wind, and calm the liver to suppress *yang*; during the interictal phase, the treatment emphasizes activating *yang* to resolve turbidity, and harmonizing to dissipate stagnancy. Meanwhile, protecting *yang*-*qi*, warming *yang* to transform *qi*, and regulating *yin*-*yang* are integrated throughout the entire treatment process, providing a reference for the clinical treatment of drug-resistant epilepsy.

Keywords drug-resistant epilepsy; mild *yang* stagnation; *yang*-regulating method

(收稿日期: 2025-05-16; 修回日期: 2025-10-26)

[编辑: 姜 冰]