

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.04.017

临证心得

从饮论治成人脑积水

吴迪*

(天津市环湖医院, 天津市津南区吉兆路 6 号, 300350)

摘要 脑积水是指脑脊液在脑室系统和/或蛛网膜下腔内不断积聚, 继发脑实质减少, 脑室系统扩大, 或蛛网膜下腔亦扩大的病理状态, 是临床难治之症。从症、证、病探究成人脑积水病证, 确立脑积水从饮论治法则, 用通窍逐饮汤改善脑脊液循环, 促使早期患者脑室缩小, 消减晚期患者水肿, 降低颅内压, 减轻临床症状, 延缓疾病进程。并举临床验案 2 则。

关键词 脑积水; 饮证; 通窍逐饮汤

脑积水是指脑脊液在脑室系统和/或蛛网膜下腔内不断积聚, 继发脑实质减少, 脑室系统扩大, 或蛛网膜下腔亦扩大的病理状态。随着 CT 和 MRI 技术的普及, 脑积水的早期检出率逐年增多。西医治疗严重的脑积水以脑脊液分流术为主要手段, 但该法不适合所有病例, 且费用昂贵, 存在手术失败风险, 易继发感染和脑梗死; 轻度脑积水则采用药物治疗, 主要使用脱水剂、利尿剂或脑脊液分泌抑制剂等, 一般疗效不显著或仅有轻度的暂时效果, 且不宜长期应用^[1]。中医学古有“解颅”一症, 系指婴幼儿脑积水, 而对成人脑积水无明确记载。现代研究亦多从脾肾虚损、痰浊血瘀论治小儿脑积水, 对成人脑积水报道则较为罕见^[2]。多年来, 笔者从症、证、病探究成人脑积水病症, 确立脑积水从“饮”论治法则^[3], 现总结辨治思路, 以期同道斧正。

1 脑积水辨治思路

成人脑积水常表现为以头痛头晕、嗜睡乏力、精神淡漠、智力减退、尿失禁、锥体束损害、视乳头水肿等为主的综合征。中医学古籍中尚未发现在任何一种病证中完整记述这一系列症状的文献, 若只从头痛、眩晕、郁证、嗜睡、中风、痴呆等某一疾病片面论治, 均不能切中肯綮而治病求本。然《金匱要略心典》确有“水饮之邪, 上乘清阳之位, 则为冒眩。冒者, 昏冒而神不清, 如有物之冒

蔽也; 眩者, 目眩转而乍见玄黑也”之记载, 虽不能完全涵盖脑积水病症, 却可启发迷昧, 引以为据。《证治汇补》云“积水不散, 留而为饮。”因此, 笔者认为脑积水是由脑脊液在脑室内不断积聚引发, 可将其归为饮证。由于上气不足, 固摄无力, 脑脊液循环迟缓、分泌过多或吸收过少均导致水液停积脑室, 日久从寒而化, 积滞颅内成饮。

脑积水症、证、病的表现符合饮邪为患的特征。饮为阴邪, 脑积水起病隐袭, 早期症状并不明显, 或仅有头痛肢懒、神疲嗜睡等症状间断发作, 状似“感冒”, 服发汗止痛药能暂时缓解, 可见此证属阴、从湿从寒。饮邪可流窜于脏腑经络为害, 如饮邪停留之处不同而有“支饮”“溢饮”“悬饮”之称; 故饮邪亦可停滞于颅内为患, 可为“颅饮”“脑饮”, 从而导致诸多脑系病证发生。脑积水缓慢进展期为无明确定位的神经体征, 病程较长, 后期则症见多端。中医学按饮证的久暂轻重有留饮、伏饮、微饮之别。临床所见脑积水或经年不去, 阴鸷缠绵; 或正虚邪伏, 静而不发; 或受外感内因引动, 病势突兀, 其发作规律亦符合饮邪为患特点。

脑为奇恒之府, 藏脑髓而多室窍。上气不足, 水饮积泛, 停滞脑室, 乘而为病。头为诸阳之会, 而饮为阴邪、有质之物, 积滞脑室, 清阳郁闭, 脑气不畅, 则头痛神昏、眩晕脑鸣; 饮溢四肢, 则身懒倦怠, 肢体麻木, 共济失调, 甚则瘫痪; 饮犯于胃, 胃气上逆则恶心呕吐, 咽阻纳呆; 水饮凌迫目

* 通讯方式: huanhu66@sina.com

窍，故目睛胀痛，视物不清；下焦结饮，膀胱气化不利，则小便频数，甚则失禁；元神若为饮邪困闭日久，髓海失养，则淡漠迟钝或痴呆易激。总之，脑积水本为元气亏虚，上气不足，颅内津液输布代谢失常所致；标乃水饮淹滞，留积脑室。病位在脑，日久累犯全身。

2 从饮论治，设“靶药”通窍利水

脑积水症状多端，若拘泥于一症一候而治，往往不能切中肯綮。《证治要诀》云“病痰饮而变生诸证，……宜以治饮为先，饮消则诸证自愈”；《金匱要略心典》云“饮留之处，阳气所不入也”。笔者析以“上气不足，颅内积饮”的病机，以温阳利水、通窍逐饮立法，自拟“通窍逐饮汤”治疗，方用：茯苓 15 g，桂枝 10 g，白术 10 g，石菖蒲 10 g，冬葵子 20 g，猪苓 10 g，泽泻 10 g，川芎 10 g，檀香 6 g，炙甘草 6 g。方中茯苓、白术、猪苓、泽泻、冬葵子益气健脾，利水渗湿；石菖蒲、檀香温通开窍，豁痰醒脑；遵张仲景“病痰饮者，当以温药和之”之训，以桂枝温化水饮；川芎性温味辛，引药上行，活血止痛，以疗饮停脑室日久、血行不畅之弊；甘草补中益气，调和诸药。全方标本兼顾，利而不峻，温而不燥，契合脑积水的病因病机。立法遣药多配伍开窍促透药^[4]为“佐使”，实现脑的靶向治疗，如石菖蒲^[5]、益智仁^[6]、肉豆蔻^[7]、天麻^[8]、大黄^[9]、甘草^[10]、川芎^[11]等药物，有透过血脑屏障、调节脑脊液代谢、减轻脑水肿的作用。积水重者加路路通、车前子；颅压高者加钩藤、夏枯草；湿重者加苍术、豆蔻；热盛者加栀子、郁金、人工牛黄；阳虚甚者加鹿角胶、肉苁蓉；头痛甚者加白蒺藜、藁本、蔓荆子；尿频、尿失禁者加菟丝子、覆盆子、益智仁；目视不清加茺蔚子、青箱子；呕重者加砂仁、半夏、竹茹；痴呆者加制何首乌、黄精、枸杞子、黑芝麻；肢体感觉运动障碍加巴戟天、牛膝、僵蚕、独活；血瘀甚者加红花、牡丹皮、赤芍等。

3 早期治疗防止恶化

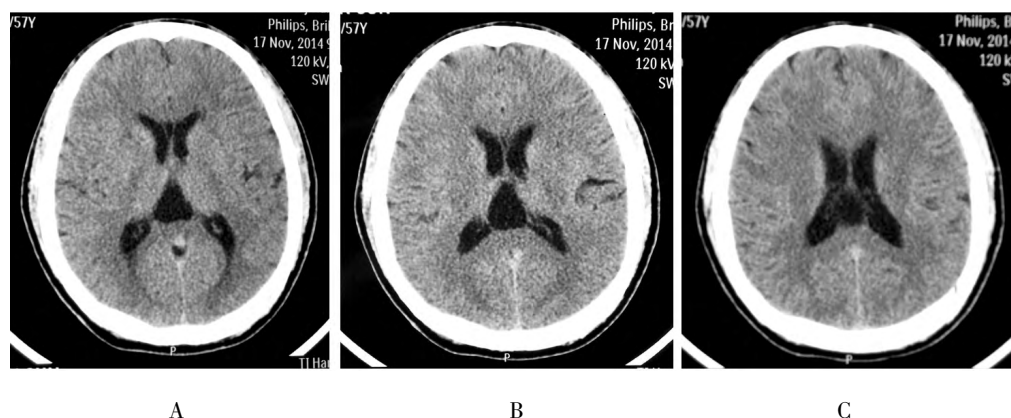
脑积水是由于脑脊液在脑室不断积聚所致，缓慢进展期无明显临床症状，或可有头痛头晕间断发作，临床容易忽视。随着积水增加，脑室系统扩大，继发脑实质减少，出现头痛头重不解、精神不振、易倦嗜睡、迟钝淡漠、易激惹，甚至视乳头水肿、锥体束损害、尿失禁等表现，此时间质水肿已形成，脑室系统扩大难复，是临床难治之症。许多

头颅 CT 或 MRI 报告对成人脑室扩大、透明隔扩张、可见第三脑室，甚至第五、六脑室形成都不做异常诊断甚至不作描述，而这些患者临床常可出现脑积水的各种神经、精神症状，其症状的轻重与脑室扩大的程度有关^[12]。因此，临床应当重视脑积水形成的早期征象，对于头痛头晕经常发作的患者要充分利用现代影像检查手段，医者要亲自审慎阅片，不宜只看诊断报告，并要加强随访，总结规律。脑积水越早发现，越早治疗，效果越好。

4 验案举例

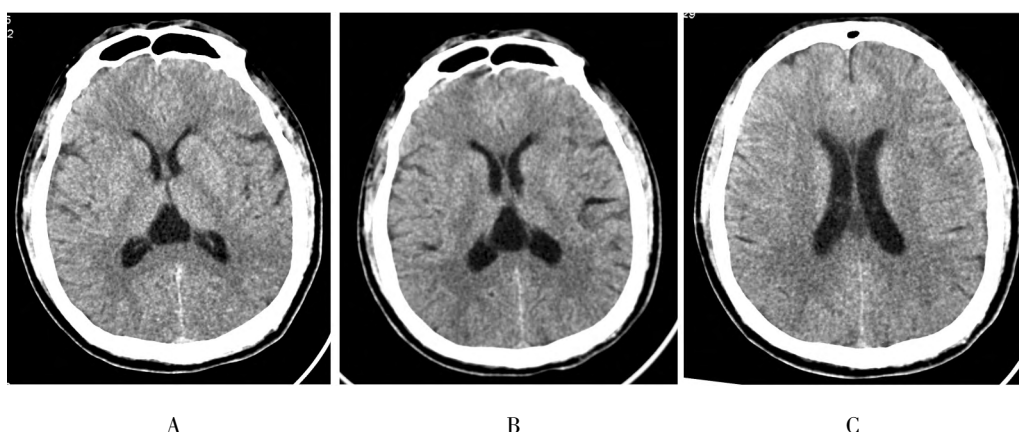
例 1：李某，男，57 岁，因“嗜睡伴脑鸣、头痛 1 周”，就诊于当地医院，查头颅 CT 报告（2014-11-17）：未见明显异常。未经任何治疗，于 2014 年 11 月 24 日至我门诊就诊。患者 1 周前无明显诱因而发嗜睡伴脑鸣、头痛，未予重视，症状未有缓解且持续加重，伴有右上肢麻木而不能工作。查体：血压 130/80 mmHg，神志清楚，精神不振，反应略迟钝，淡漠少语，无中枢性面舌肌瘫，四肢肌力正常，舌尖红、苔黄白腻，脉沉弦。亲阅当地医院所查头颅 CT 片所见：脑室系统扩张，侧脑室额角变钝圆，透明隔扩张，第六脑室扩张呈烧瓶状（见图 1）。西医诊断：脑积水（初期）；中医诊断：饮证（伏饮）。治以通窍逐饮、清心醒神。予通窍逐饮汤加豆蔻 10 g，栀子 10 g，郁金 10 g，蒺藜 15 g，蔓荆子 15 g，蝉蜕 6 g，僵蚕 10 g，豨莶草 10 g，水煎取汁，每日 1 剂，分 2 次温服，每次 150 ml。西药予奥拉西坦胶囊口服，每次 0.8 g，每日 3 次。共 14 天。2014 年 12 月 8 日二诊：患者脑鸣、嗜睡、头痛诸症均好转，右上肢麻木减轻，偶有头沉，舌淡红、苔白，脉沉弦。治予原方去栀子、郁金、豆蔻，继服 14 天，停用西药。2014 年 12 月 22 日三诊：患者首诊所述诸症均已消失，自觉已无不适，舌淡红、苔白，脉沉弦。当日复查头颅 CT 片，与前片相比：侧脑室额角明显回缩，脑室壁边界清晰，周围水肿消失，第六脑室宽径较前缩小，高度减少 1 cm，呈三角形（见图 2）。符合脑积水治愈标准（症状消失，脑室系统有缩小）^[13]，随访半年无复发。

按语《金匱要略心典》云“伏饮亦即痰饮之伏而不觉者，发则始见也。”患者发病时值“小雪”节气，天气上升，地气下降，阴阳不交，天地闭塞。风寒侵袭，引动伏饮，患者脑脊液循环代谢障碍加重。患者头痛神昏、嗜睡脑鸣、肢体麻木等症系脑



注: A, IMA 12; B, IMA 13; C, IMA 14

图 1 脑积水患者 2014 年 11 月 17 日头颅 CT 图



注: A, IMA 12; B, IMA 13; C, IMA 14

图 2 脑积水患者 2014 年 12 月 22 日头颅 CT 图

室扩张,基底节及皮层受压所致。中医从饮论治,控制脑脊液在脑室系统内不断积聚,促使脑室恢复,解除临床症状。查此患者舌脉乃伏饮积滞日久郁热、心火痰湿蒙闭清窍之象,故予通窍逐饮汤酌加清心醒神、祛湿通络之品,一矢中的,效如桴鼓。

例 2: 邢某,女,66 岁,主因“立位时头痛头晕,伴嗜睡、视力下降进行性加重 4 个月”于 2013 年 7 月 23 日就诊。患者脑室-腹腔分流术后 4 个月,头痛头晕不能起坐,嗜睡,视力下降进行性加重,伴纳呆,吞咽困难,尿频,右侧肢体麻木,近记忆力及计算力明显下降。曾再入院查分流管通畅,将脑室腹腔分流压力由 120 mmH₂O 调整至 110 mmH₂O 后症状仍无明显缓解。查体:神清,面色白,反应迟钝,表情呆板,言语迟缓。无中枢性面舌肌瘫,四肢肌力 IV 级。简易智能状态检查表(MMSE)评分^[3] 22 分,头颅 CT 片检查示脑积水术后改变,双基底节-丘脑区腔隙灶,脑白质稀疏,脑萎缩。舌淡红胖大、苔黄白腻,脉沉弦滑。西医诊断:脑积水脑室腹腔分流术后。中医诊断:饮证(留饮)。治以通窍逐饮、明目和胃,予通窍逐饮

汤加路路通 15 g,钩藤 15 g,蒺藜 15 g,蔓荆子 10 g,法半夏 10 g,竹茹 10 g,砂仁 10 g,茺蔚子 10 g,青箱子 10 g,水煎取汁,每日 1 剂,分 2 次温服,每次 150 ml,共 14 天。西药予胞磷胆碱钠胶囊口服,每次 0.2 g,每日 3 次。2013 年 8 月 6 日二诊:患者坐立位时头痛头晕减轻,嗜睡、纳呆、吞咽困难、视物不清诸症均好转,仍觉双下肢无力,右侧肢体微麻木,尿频,舌淡红、苔黄白,脉沉弦。治以通窍逐饮、益气通络、缩泉固尿,予通窍逐饮汤加炙黄芪 40 g,巴戟天 15 g,牛膝 15 g,菟丝子 20 g,益智仁 20 g,同前法继服 1 个月。2013 年 9 月 6 日三诊:诸症减轻,可在室内独立行走,步态欠稳,仍好忘,舌淡红、苔白,脉沉弦。治以通窍逐饮、补肾填精,培元益智,予通窍逐饮汤加炙黄芪 40 g,鹿角胶 10 g,炙龟甲 10 g,菟丝子 20 g,远志 10 g,制何首乌 10 g,黄精 10 g,黑芝麻 10 g,同前法继服 1 个月。2013 年 10 月 6 日四诊:患者可独自行走,步态较前稳,偶有头痛头晕,纳可,寐安,二便调。查体:神清,语可,面色红润,表情自然,反应略慢,四肢肌力 V-

级, MMSE 评分 27 分。复查头 CT 片较前无变化。治疗好转^[4], 随访半年未复发。

按语: 该患者为脑室-腹腔分流术后 4 个月症状复发。头颅 CT 片示脑室系统扩张严重, 西医予脑室腹腔分流压力调至 110 mmH₂O 后症状无明显缓解。《临证指南医案·痰饮》邹滋九按语“痰饮之作, 必由元气亏乏及阴盛阳衰而起, 以致津液凝滞, 不能输布。”该患者脑积水病史 3 年有余, 加之年逾花甲, 术后调养不慎, 元气亏乏, 气血瘀滞, 津液输布不利; 饮积脑室, 颅内压及头重增加以致头痛头晕、神昏不能起坐, 尿频纳呆, 视力下降; 脑实质受压日久, 髓减脑消, 出现认知障碍、下肢痿弱等症状。《金匱要略心典》云“留饮, 即痰饮之留而不去者也。”此患者病史较长, 正气虚乏, 脑脊液循环压力在脑室长期扩张的条件下已形成相对动态平衡, 积重难返。西医单纯调低脑室腹腔分流压力却不能抑制脑脊液分泌、增加吸收, 改善脑脊液循环代谢, 故症状不减。此例患者治予通窍逐饮汤加填精补髓、益脑醒神之品以利水逐饮, 培元固本, 可改善脑脊液循环, 消减水肿, 降低颅压, 缓解症状, 提高生活质量, 带病延年。对此类重症患者治疗不可急于求成, 症状转好亦不宜即刻停止治疗, 应守方扶正以防反复。

参考文献

- [1] 陈清棠. 临床神经病学 [M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2000: 78-83.
- [2] 宋虎杰, 张玉莲. 脑积水中医治疗的现状与分析 [J]. 中医杂志, 1998, 39(7): 438-440.
- [3] 吴迪, 李恩苓. 交通性脑积水从“饮”论治体会 [J]. 中医

杂志, 1999, 40(1): 16-17.

- [4] 邓钦莹, 董军. 中药及有效成分通过血脑屏障机制的研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(9): 3639-3641.
 - [5] 方永奇, 魏刚, 柯雪红. GC-MS 分析石菖蒲挥发油透大鼠血脑屏障的成分研究 [J]. 中药新药与临床药理, 2002, 13(3): 181-182.
 - [6] 谭睿, 陈士林, 杨大坚. GC-MS 分析益智挥发油透大鼠血脑屏障的成分研究 [J]. 中草药, 2004, 35(6): 624-625.
 - [7] 袁子民, 王静, 贾天柱. 肉豆蔻挥发油透过大鼠血脑屏障的化学成分研究 [J]. 中成药, 2007, 29(3): 442-443.
 - [8] 卢薇, 黄玉芳, 丁兴. 天麻有效成分香兰素入脑途径的研究 [J]. 江苏中医药, 2006, 27(2): 55-57.
 - [9] 谢锋, 胡昌江, 李文兵, 等. 大黄酒炙前后对血脑屏障的影响 [J]. 中国药业, 2010(22): 29-30.
 - [10] 吕鹏, 卞广兴, 温利, 等. 甘草素在体肠吸收及体外血脑屏障通透性研究 [J]. 中国新药杂志, 2008, 17(8): 661-666.
 - [11] 彭镜, 尹飞, 李玉飞, 等. 川芎嗪对内毒素脂多糖诱导的体外血脑屏障模型通透性增高的保护作用及其机制 [J]. 解剖学杂志, 2007, 30(5): 594-596.
 - [12] 钟安军, 黄健, 何开进, 等. 120 例第五、六脑室形成的 CT 征象及其临床意义分析 [J]. 西南军医, 2008, 10(3): 86-87.
 - [13] FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. “Minimal mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. J Psychiatr Res, 1975, 12(3): 189-198.
 - [14] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 485.
- (收稿日期: 2016-08-04; 修回日期: 2016-10-16)
编辑: 柴倩云

《中国中医基础医学杂志》征订启事

《中国中医基础医学杂志》是由中国中医科学院中医基础理论研究所主办的学术性期刊, 于 1995 年 1 月创刊。本刊为中文核心期刊、中国科技核心期刊, 为中国科学引文数据库、中国学术期刊、中国生物学文摘和文献、中文科技期刊等数据库收录期刊。期刊网站: www.zyjc.ac.cn。

本刊设有理论探讨、中医方法学、实验研究、中医多学科研究、临床基础、针灸研究、方药研究、中医写作与翻译、临证验案等栏目, 适于中医及中西医结合科研、教学、临床人员阅读。

本刊为月刊, 大 16 开。国内刊号: CN11-3554/R; 国际刊号: ISSN 1006-3250。每月 28 日出版。每册定价 10 元, 全年定价 120 元。国外邮发代号: M-4690, 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱) 订阅; 国内各地邮局均可订阅, 国内邮发代号: 80-330; 亦可向本刊编辑部汇款邮购。汇款地址: 北京市东直门内南小街 16 号, 中国中医基础医学杂志社编辑部收, 邮政编码: 100700, 请在附言栏中写明欲购期刊年度、期号及册数。