

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.05.015

临证心得

引火归原法治疗阵发性交感神经过度兴奋综合征

许迎春¹, 郭义², 丁晶¹✉, 刘婉玉¹, 田珍¹, 吴江莹¹, 吴潇哲¹

1. 天津市环湖医院, 天津市津南区吉兆路6号, 300350; 2. 天津中医药大学

[摘要] 总结运用引火归原法治疗阵发性交感神经过度兴奋综合征(PSH)的临证体会。根据PSH发病原因及临床特点,认为肾元亏虚、阴阳俱损是PSH的发病基础,惊则气乱是PSH的诱发机制,虚阳浮越、火不归原是PSH的病机关键。治疗应以滋阴敛阳、引火归原为主,内服方用引火汤加味,外治首推温灸,穴位宜选关元、命门和双侧涌泉穴;预防方面应注重顾护胃气,扶正培元。

[关键词] 阵发性交感神经过度兴奋综合征;虚阳浮越;引火归原;引火汤

阵发性交感神经过度兴奋综合征(paroxysmal sympathetic hyperactivity, PSH)是一种与中重度脑损伤相关的临床综合征,表现为阵发性交感神经功能亢进(包括心率增快、血压升高、呼吸急促、体温升高、大汗等)和姿势或肌张力障碍同时出现^[1]。目前文献报道严重脑损伤后PSH的发病率为8%~33%^[2]。在PSH病例中32.26%继发于脑血管病,20.97%继发于缺血缺氧性脑病,19.35%继发于颅脑外伤,11.29%继发于炎症性疾病,6.45%继发于肿瘤,其余占9.68%^[3]。因PSH临床症状缺乏特异性,导致该病早期诊断相对困难,误诊率较高,极易延误治疗。目前现代医学对PSH尚无特异性的治疗方法,以对症治疗为主,常用药物包括阿片类药物,β受体阻断剂,α2受体激动剂,苯二氮䓬类药物以及溴隐亭、巴氯芬和加巴喷丁等^[3],虽能取得一定疗效,但副作用较大。因此,提高医者对该病的认知度并探寻安全有效的治疗方法尤为重要。根据PSH症状表现,可将其归属于中医学“痉证”“发热”“喘证”“汗证”“脱汗”“心悸”等范畴。然而,这些病名既不能完全揭示该病的病因病机,也不能全面反映各种症状的叠加并存^[4],还有待进一步探讨与规范。我们根据多年临床经验,运用引火归原法论治PSH取得了良好疗效,现将临证体会总结如下。

1 肾元亏虚, 阴阳俱损是 PSH 的发病基础

PSH为中重度脑损伤之变证,其病因主要归纳为:1)外伤:多为坠堕、碰撞、跌扑等所致颅脑外伤,也可见于溺水、自缢等;2)外感:包括六淫之邪、疫疠之气、有毒物质等;3)内伤:多为过食肥甘、嗜酒成性,或情志所伤,或劳逸过度。上述病因导致机体气血逆乱,清阳不升,邪扰清窍,终致髓减窍闭,神不导气,神不导气则百病始生^[5],患者不但可出现神识昏冒、言语不能、肢体废用等症状,还常因脾胃气机升降受损而见纳呆、呕吐等表现。“脾胃之气既伤,而元气亦不能充”(《脾胃论》),必致肾元亏虚。肾为阴阳之根,水火之宅,元气有亏,则相火易炽,日久煎熬阴津,必致阴阳俱损^[6]。若肾中阴阳尚能维持短暂平衡,真阳潜藏,安其在下之位,则不发病;在一定因素的诱发下,“稳态”若被打破,真阳不藏,不安其位,则可导致PSH的发作。

2 惊则气乱是 PSH 的诱发机制

PSH的发作多与各类刺激有关,包括一些常规的护理措施,如翻身、拍背、吸痰以及生理活动异常如便秘等。兴奋抑制比模型学说^[7]指出,PSH的发作可能源于痛觉过敏。中枢神经系统存在四个层次的痛觉下行抑制系统(皮质和间脑系统、中脑导水管周围灰质和脑室旁周围灰质、延髓头端腹侧结构以及延髓和脊髓的后角)^[8]。若此抑制中枢及其下游传导通路受到损伤,则会将非痛觉的无伤害

基金项目: 国家中医药管理局全国中医药创新骨干人才培养项目(国中医药办人教函[2019]128号)

✉ 通讯作者:dingjinghu@163.com

刺激放大,从而导致异常性疼痛^[7]。由此可推测,正常人轻微的无伤害刺激,对于因意识、认知和言语障碍等原因无法自我表达的PSH患者却是无法逃避的疼痛“惊扰”。

张从正《儒门事亲》云:“惊者为阳,从外入也”,“惊者,为自不知故也”,可见“惊”是受惊者在自己毫不知情的情况下,突然遭受外界刺激而引发的惊恐、惊吓、惊悸不安等^[9]。因此可将“惊”视为导致PSH发作的各类刺激因素。《素问·举痛论篇》曰:“惊则心无所倚,神无所归,虑无所定,故气乱矣。”气机逆乱是因惊而致气机紊乱的异常状态^[10]。肾藏志,应惊恐,惊则气机猝然逆乱,伤及肾中元阴元阳^[11],打破了PSH患者肾阴肾阳维持的低水平稳态,肾水亏虚,真火不藏,虚阳浮越,从而导致PSH发作,此即“水浅不养龙”^[12],火不归原也。

3 虚阳浮越,火不归原是PSH的病机关键

PSH发作期,常出现发热甚者高热、汗出甚者大汗淋漓、喘促、四肢拘挛,脉洪数。PSH患者问诊及伸舌常不能配合,故无法获取自诉症状,舌诊常欠缺。乍看之,大热、大汗、脉洪数,又兼四肢拘挛,病机似为气血两燔,热极生风。然细审之,高热起伏不稽留,常规解热镇痛药退热不佳,然待其时无需退热之品而热自退;面色苍白,却两颧浮红如妆;手足不温或逆冷;脉似洪大却沉取无力,甚者为无根之脉。以上征象均提示,PSH发作期为虚阳浮越,火不归原之假热证。

虚阳浮越,在皮肤肌肉之间,则浮游之火上腾,腠理不固,津液外泄,而致发热、汗出、两颧浮红如妆;在心,则心神受扰,而致惊悸不已、躁扰不宁;在肺,则肺失宣降,肺气上逆,更兼肾虚失于摄纳,而致喘促;在经筋,则筋脉失于温养,而致拘急痉挛;在四末,则阴阳气不相顺接,而致四肢厥冷;在血脉,则“厥气上行,满脉去形”(《素问·阴阳应象大论篇》),即“逆气上行,满于经络,则神气浮越,去离形骸矣”(《黄帝内经素问补注释文》),而致脉象浮取洪盛,沉取无力无神。PSH突发突止,也符合虚阳浮越,火不归原证患者病情顷刻突变的特点。严重者,PSH频繁剧烈发作,若不能得到及时有效的治疗,则可能出现阴液暴脱,阳无所附,阴竭阳脱之危象,最终导致“阴阳离决,精气乃绝”(《素问·生气通天论篇》)。

4 辨治特色

4.1 预防应顾护胃气,扶正培元

《素问·四气调神大论篇》云:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱”,首次提出了“治未病”概念。“既病防变”是中医“治未病”理论的一部分,主要强调早期治疗和防止传变的重要性。如前文所言,肾元亏虚,阴阳俱损是PSH的发病基础,而元气的充足有赖于脾胃的滋养,因此在脑损伤发生以后,应时刻顾护胃气以预防PSH的发生。中重度脑损伤早期会出现一系列合并症、并发症,导致多脏器的功能障碍,如常合并肺感染、泌尿系感染及便秘,多为痰热郁肺、肺失宣降,湿热蕴结下焦、膀胱气化不利和肠胃积热、大肠传导失常所致,此时使用清热或攻下之品时,应把握好用药的时机和分寸,中病即止,不可太过。经治疗,实证热证逐渐减轻,此时病机多为虚实夹杂,患者常因脾胃功能虚弱、中焦气机不利而出现纳呆、呕吐、便秘或泄泻等症状,可酌情配伍醒脾和胃之砂仁,疏肝和胃之香橼、佛手,温胃和中之生姜,补元气益脾气之人参等。若病情由实转虚,见脾肾虚损之症,偏于脾虚者,可加用理中汤、补中益气汤化裁;偏于肾虚者,可加用六味地黄丸、八味肾气丸化裁。对于食入即吐之功能性胃排空障碍(俗称胃瘫)患者,药食皆不能进,在给予完全胃肠外营养的同时,应配合采用中脘、关元、气海、双侧足三里等穴位隔姜灸以温补脾胃、扶正培元、调畅中焦气机。待胃气稍复后,饮食不可操之过急,宜依《瘟疫论·调理法》中所言饮食调护原则,即“先与粥饮,次糊饮,次糜粥,次软饭,尤当循序渐进”。

4.2 治疗应滋阴敛阳,引火归原

内服方药宜大补肾阴,并加入温补肾阳之品,以滋阴敛阳,引火归原,方宜陈士铎所创引火汤加味。原方由熟地黄、巴戟天、麦冬、五味子、茯苓组成,方中重用熟地黄为君,大补肾水,又加入巴戟天之甘温,“取其能引火而又能补水”(《辨证录·咽喉痛门》),不助其火,又不烁其水,则水火既济。陈士铎《本草新编》指出:“盖补阴之药与补阳之药,用之实有不同。补阳之药,可少用以奏功,而补阴之药,必多用以取效”,故方中熟地黄用量三倍于巴戟天。又佐用麦冬、五味子,滋肺金以生肾水,水旺以制火;佐用健脾之茯苓,取“大补其土以伏火”(《医理真传》)之意。此外,可在引火汤原方基础上加用生龙骨以潜敛浮阳,镇

静安神，即取“惊者平之”；加用砂仁既可纳气归肾，又可理脾胃畅气机，防熟地黄滋腻碍胃。

外治之法，首推温灸。温热刺激可以通过神经内分泌系统对中枢及局部产生广泛的良性调节作用，并可降低痛觉神经的兴奋性，起到镇痛的作用^[13]，因此可避免在治疗过程中对 PSH 的诱发。穴位宜选关元、命门和双侧涌泉穴。关元为任脉与足三阴经的交会穴，又如《中西汇通医经精义》所言“乃元阳元阴交关之所也”，命门属督脉，位于两肾之间，为元气之根本，生命之门户，二者一前一后，一阴一阳，腹阴背阳相互通应，有于阴中求阳，阳中求阴之妙，起到阴阳双补，协调平衡的作用。《灵枢·本输》云：“肾出于涌泉，涌泉者足心也，为井木”，温灸可增精益髓，滋阴潜阳。三穴配伍，共奏滋阴敛阳，引火归原之功。

5 典型病例

患者，男，49 岁，2020 年 11 月 30 日初诊。主诉：意识不清伴左侧肢体活动不利 28 天。既往糖尿病 20 余年，高血压病 20 年，心房颤动 5 年，2017 年、2019 年、2020 年有 3 次脑梗死病史。患者于 28 天前无明显诱因突发意识不清伴左侧肢体活动不利，小便失禁。于我院急诊就诊，急查头颅 CT 示：右顶枕出血病变破入脑室及蛛网膜下腔。遂于 ICU 住院治疗，住院期间并发肺部感染、上消化道出血，予脱水降颅压、控制血压血糖心率、抗感染、抑酸及镇静等治疗，并先后行气管插管术和气管切开术。经治疗 28 天后患者病情相对平稳转入中医科病区接受中西医结合康复治疗。入院查体：体温 36.8℃，心率 70 次/min，呼吸 16 次/min，血压 114/68 mmHg。神清，精神弱，体型肥胖，保留气管套管通畅，不发音，痰多色白质稀，保留胃管通畅，纳呆，胃管回抽可见咖啡色液体，左上肢肌力 II 级，左下肢肌力 0 级，右肢肌力 V 级，四肢肌张力可，夜寐不安，保留尿管通畅，尿色清，大便尚可。舌质淡红、舌边有齿痕，苔薄白，脉沉结弱。西药给予琥珀酸美托洛尔 95 mg、每日 1 次、鼻饲，以及抑酸、控制血压、血糖等治疗。患者转入后反复出现大汗淋漓，躁扰不宁，发热，双颧红赤，呼吸急促，四肢拘挛，每日发作 7~10 次，每次持续 20 min 至 1 h，翻身拍背吸痰时易诱发。发作时查体：体温升高（最高 38.5℃），心率增快（最高 140 次/min），呼吸频率增快（20~23 次/min），血压升高（最高 174/112 mmHg）。神清，四肢肌张

力增高，手足不温，舌质红、舌边有齿痕，苔薄白，脉洪促，沉取无力。血常规检查：白细胞计数：6.54×10⁹/L，中性粒细胞：71.8%；降钙素原示 0.040 ng/ml；B 型钠尿肽前体：328.9 pg/ml；甲状腺功能未见明显异常。复查头部 CT 示：右顶枕出血病变破入脑室及蛛网膜下腔吸收期改变。复查胸部 CT 示：双肺纹理增多，双侧胸膜增厚，动脉硬化，气管插管术后。脑电图未见痫样放电表现。西医诊断：阵发性交感神经过度兴奋综合征。治疗予氯硝西泮片 0.5 mg、每晚 1 次、鼻饲。

2020 年 12 月 2 日二诊：患者大汗淋漓、躁扰不宁、发热、双颧红赤、呼吸急促、四肢拘挛症状缓解不明显，舌脉同前。中医辨证：虚阳浮越，火不归原。治疗应滋阴敛阳，引火归原。方选引火汤加味。处方：熟地黄 45 g，巴戟天 15 g，茯苓 15 g，麦冬 10 g，五味子 6 g，生龙骨 20 g（先煎），砂仁 8 g（后下），三七 3 g，煅牡蛎 20 g（先煎）。5 剂颗粒剂，每次 1 袋，每日 2 次，鼻饲。另予关元、命门、双侧涌泉穴温灸治疗，温度控制在 45℃ 左右，每穴温灸 20 min，每日 2 次。西药用量用法同前。

2020 年 12 月 7 日三诊：患者四肢拘挛发作频次、持续时间均较前减少，每日发作 3~5 次，每次持续 10~30 min。发作时仍躁扰不宁，但出汗量明显减少，体温、心率、血压升高幅度均较前有所降低，体温最高 37.6℃，心率最高 110 次/min，血压最高 158/109 mmHg，呼吸频率基本同前，四肢肌张力略增高，舌质红、舌边有齿痕，脉沉取较前有力。胃管回抽未见咖啡色液体，处方以初诊方去三七，生龙骨用量增至 30 g。7 剂颗粒剂，用量用法同前。温灸治疗及西药同前。

2020 年 12 月 14 日四诊：此期间四肢拘挛仅发作 2 次，每次持续 10~20 min，躁扰不宁等症状均较前减轻。患者气管套管试堵后可言语，左侧肢体活动不利较前好转。舌质淡红、舌边有齿痕，苔薄白，脉沉结。处方以二诊方减熟地黄为 30 g，巴戟天为 10 g，加怀牛膝 10 g。7 剂颗粒剂，用量用法同前。温灸治疗及西药同前。

患者仅于 2020 年 12 月 15 日四肢拘挛发作 1 次后未再发作。2020 年 12 月 18 日停用氯硝西泮片。2020 年 12 月 21 日停用中药，温灸治疗同前。2020 年 12 月 25 日，患者未再发作，病情好转出院，出院时精神状态好，饮食及二便可，左侧肢体活动不利较前好转，可在搀扶下行走。

按语：患者入院后完善血化验、头胸 CT 及脑

电图等检查,排除心脑血管疾病加重、感染、癫痫以及甲状腺功能异常等原因。依据国际公认的 PSH 诊断评估工具 (PSH-AM),以临床症状量表 (clinical feature scale, CFS)^[1] 评估 PSH 的临床症状轻重程度,该患者评分为 12 分,属于中度;以 CFS+诊断可能性工具 (DLT) 的总分评估诊断为 PSH 的可能性^[1],该患者评分为 22 分,≥17 分为确诊。PSH 诊断明确。患者为中年男性,体型肥胖,多病缠绵,形盛气弱,中气亏虚,脾失健运,聚湿生痰,蒙蔽清窍,窍闭神匿,神不导气,发为中风 (中脏腑),出现神昏、肢瘫、小便自遗,属中风危候。神不导气,脏腑失调,致脾胃气机升降失常,出现食少纳呆,后天乏源,则脾气益虚。脾气亏虚,统摄无能,血液外溢,故吐血 (上消化道出血);脾失健运,积湿成痰,痰浊壅肺,肺气失降,故咳逆痰涌 (肺感染);郁而化热,痰热郁蒸,故发热。发热、失血等症均耗气伤津,津伤血损,日久致脾胃衰微,肾元亏虚,阴阳俱损,在刺激诱发下,真火不藏,虚阳浮越,发为 PSH。治疗应滋阴敛阳,引火归原。方选引火汤加味,另加入煅牡蛎以制酸、敛汗;三七以化瘀止血。三诊时患者上消化道出血好转,发作时仍躁扰不宁,故减三七,增加生龙骨用量以镇惊安神。四诊时患者症状明显减轻,阴阳虚损得复,虚阳浮越之势缓,故等比例减少熟地黄和巴戟天用量;仍存左侧肢体无力,加怀牛膝以补肝肾、强筋骨。同时使用温灸之法,内外并治,共奏滋阴敛阳,引火归原之功,获得良效。

参考文献

[1] BAGULEY IJ, PERKES IE, FERNANDEZ-ORTEGA JF,

et al. Paroxysmal sympathetic hyperactivity after acquired brain injury: consensus on conceptual definition, nomenclature, and diagnostic criteria [J]. J Neurotrauma, 2014, 31(17): 1515–1520.

[2] MEYFROIDT G, BAGULEY IJ, MENON DK. Paroxysmal sympathetic hyperactivity: the storm after acute brain injury [J]. Lancet Neurol, 2017, 16(9): 721–729.

[3] XU SY, ZHANG Q, LI CX, et al. Paroxysmal sympathetic hyperactivity after acquired brain injury: an integrative review of diagnostic and management challenges [J]. Neurol Ther, 2024, 13(1): 11–20.

[4] 丁元庆. 慢性脑损伤中医病名与证治探讨 [J]. 山东中医杂志, 2019, 38(7): 613–617.

[5] 许军峰, 卞金玲, 吕建明, 等. 国医大师石学敏院士对中医的贡献: 创建中医脑科学 [J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(1): 4–7.

[6] 韩佳桐, 张青. 引火归元的治疗层次及代表方药 [J]. 中医杂志, 2018, 59(7): 628–630.

[7] LUMP D, MOYER M. Paroxysmal sympathetic hyperactivity after severe brain injury [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2014, 14(11): 494.

[8] 刘延青, 崔健君. 实用疼痛学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 110.

[9] 陆晓东. 中医治疗惊悸体会 [J]. 江西中医药, 2017, 48(1): 23–24.

[10] 望庐山, 卢继东, 吴松, 等. 浅议《内经》治则“惊者平之” [J]. 时珍国医国药, 2015, 26(11): 2721–2722.

[11] 李如辉, 张光霁. “肾藏志、应惊恐”理论的发生学剖析 [J]. 浙江中医学院学报, 2001, 4(1): 5–9, 85.

[12] 李冀, 周轩, 赵泽世, 等. “引火归原”法小议 [J]. 中医杂志, 2020, 61(12): 1095–1097.

[13] 胡静, 杨华元. 艾灸刺激物理信号的传导途径及其作用 [J]. 中国针灸, 2021, 41(5): 577–581.

Treatment of Paroxysmal Sympathetic Hyperactivity by the Method of “Returning Fire to Its Origin”

XU Yingchun¹, GUO Yi², DING Jing¹, LIU Wanyu¹, TIAN Zhen¹, WU Jiangying¹, WU Xiaozhe¹

1. Tianjin Huanhu Hospital, Tianjin, 300350; 2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT This paper summarized the clinical experience of using the method of “returning fire to its origin” for treatment of paroxysmal sympathetic hyperactivity (PSH). According to the causes and clinical characteristics of PSH, the author believes that the deficiency of kidney *qi*, and the loss of *yin* and *yang* are the basis of the pathogenesis of PSH. Fright causes *qi* to be chaotic as the triggering mechanism of PSH. The key mechanism of PSH is that the deficiency *yang* with upper manifestation, and the fire does not return to its origin. The treatment should be nourishing *yin* and astringing *yang*, by taking modified *Yinhuo Decoction* (引火汤) internally, and receiving warm moxibustion as the first choice externally with selected acupoints Guanyuan (CV 4), Mingmen (GV 4), and bilateral Yongquan (KI 1); For prevention, attention should be paid to take care of stomach *qi*, support healthy *qi*, and cultivate original *qi*.

Keywords paroxysmal sympathetic hyperactivity; deficiency *yang* with upper manifestation; returning fire to its origin; *Yinhuo Decoction* (引火汤)

(收稿日期: 2023-09-28; 修回日期: 2024-01-28)

[编辑: 侯建春]