

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.04.004

刘金民运用阖阳明、复神机之法辨治癫痫经验

邹琳[✉], 孙田烨¹, 阎明源¹, 张宓¹, 赵帅¹, 王凯悦¹, 黎莉莉¹ 指导: 刘金民²

1. 北京中医药大学东方医院, 北京市丰台区方庄街道芳星园一区 6 号, 100078; 2. 北京中医药大学东直门医院

[摘要] 总结刘金民教授治疗癫痫的临证经验。认为阳明失阖、神机失灵是癫痫的主要病机, 提出运用阖阳明、复神机之法治疗癫痫。实者泻实降气、通下醒神, 阳明燥热为主者, 治以通腑调神, 降气降火, 方用大承气汤加减; 阳明痰火为主者, 治以清热化痰, 安神镇惊, 方用清心温胆汤加减; 阳明蓄血为主者, 治以破血通下, 逐瘀醒脑, 方用桃核承气汤加减。虚者补虚升气、益胃养神, 中气不足、清气下陷者, 治以补中升提, 充养神机, 方用六君子汤加减; 阴亏津伤者, 治以益胃养阴, 生津清神, 方用麦门冬汤合益胃汤加减。临床虚实夹杂, 当分清主次, 补泻兼施, 灵活应用各法。

[关键词] 癫痫; 阳明; 神机; 名医经验; 刘金民

刘金民 (1965—), 北京中医药大学东直门医院教授, 博士研究生导师, 第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 国家临床重点专科中医脑病癫痫学科带头人。从事中医脑病临床、科研工作 30 余年, 擅长中医脑病和急症, 尤擅癫痫的中医诊治。

癫痫是由脑部神经元异常放电引起的一种常见的慢性神经系统疾病, 全球每年约有 490 万新发癫痫患者^[1]。癫痫的反复性、发作性严重影响着患者的生活质量, 手术治疗适应证严格, 抗癫痫药物不仅对 1/3 的患者无效, 长期服用还伴随有嗜睡、头晕、便秘等诸多不良反应^[2]。癫痫中医称“痫病”“痫证”等, 病位在心、脑, 可归属神志病范畴, 临床强调个体化治疗, 在控制癫痫发作频率和程度上有确定疗效, 且不良反应小^[3]。目前中医临床论治多从肝、脾、肾三脏或风、痰、瘀等病理因素入手^[4]。然而中医学亦认为, 阳明与神志异常关系密切, 如《灵枢·经脉》提出“足阳明之脉病, 恶人与火, 闻木音则惕然而惊, 钟鼓不为动, 闻木音而惊……”, 《世补斋医书·阳明病论》曰“神昏从来属胃家”。因此, 刘金民教授根据长期临床经验提出以阳明失阖、神机失用为癫痫主要病机, 以“阖

阳明、复神机”为核心治法, 实者治以泻实降气、通下醒神, 虚者治以补虚升气、益胃养神。现将刘老师运用阖阳明、复神机之法辨治癫痫的临证经验总结如下。

1 阳明失阖、神机失用为癫痫主要病机

阳明为阖, 降气守神。《素问·阴阳离合论篇》曰:“太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢。”阳明为两阳合明, 阳盛足上至顶点, 对应秋气, 升已而降, 当收敛至肾水之中, 使火热不能躁动^[5]。阳根深固, 生机藏蓄旺盛, 周流循环, 生生不息。而阳明络属于心, 循经于脑, 脾升胃降转化水谷精微, 奉心化赤以养心神, 清气上升以利脑神。阳明阖降, 气机调畅, 神气化生, 五脏安定, 血脉合利, 精神乃居^[6]。

阳明失阖, 不得顺降, 如《素问·厥论篇》曰:“阳气盛于上, 则下气重上, 而邪气逆, 逆则阳气乱, 阳气乱则不知人也”。阳气上逆, 火金浮升, 阳神不根于阴, 出现头晕目眩、怯惧莫宁等先兆, 继而眩扑倒地, 耳不闻声, 昏不识人; 下气重上, 腑中浊气不降, 大肠降机失常, 患者常伴有大便难。中气不足、胃肠壅滞、阳明蓄血等虚实诸因错杂, 使得阳明气机开阖无度, 气逆于上, 浊阴不降, 脑神被扰, 发为癫痫, 继而其气顺降, 醒后如常, 时作时止, 形成了癫痫反复性、发作性、难以

基金项目:国家自然科学基金(81774277); 国家中医药管理局京津冀中医药协同发展项目(GZY-GCS-2017-0); 北京中医药大学基本科研业务费项目(2020-tsxx-001)

✉ 通讯作者: zoulunbucm@163.com

预测的特点。现代研究^[7]显示,脑肠轴理论认为肠道微生物可调节大脑行为功能,肠道菌群紊乱诱导小胶质细胞活化,神经元兴奋并异常放电从而诱发癫痫。《通俗伤寒论》指出“阳明经主肌肉”,《素问·痿论篇》曰:“阳明……主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也”,可见阳明气血润泽肌肉、宗筋。癫痫肢体僵直抽搐、角弓反张等症也与阳明失阖关系密切。阳明邪盛则宗筋拘紧,关节僵直,肌肉抽搐,角弓反张;阳明正虚则宗筋弛纵,头颈低垂,肌肉无力,猝然扑倒。

2 阖阳明、复神机为癫痫核心治法

癫痫病程极长,病性复杂,常见虚实夹杂证,故应分清主次矛盾,不可偏颇。邪盛为主,攻邪应决绝,避免邪实郁闭,耗气伤津,邪未去而正已伤,同时顾护胃气阴津;本虚为主,投以补剂,也应避免滋腻,再生痰浊,往复不愈。补泻兼施,邪去正安,才能阖其阳明,气机安和,神志清灵。

2.1 泻实降气,通下醒神

2.1.1 通腑调神,降气降火 此法主要针对阳明燥热。阳明以燥热之气为用,其性至刚,在外捍卫诸阳,外邪易入腑化热;在内胃肠相通,受纳腐熟、传导五谷,实而不能满。《素问·六微旨大论篇》曰“阳明之上,燥气治之,中见太阴”,阳明燥金与太阴脾土燥湿相济,一升一降,制约从化。一旦宿食化燥、因燥成实,则太阴不能敛制阳明,阳明异常燥热,循经上扰脑神,发为癫痫。

阳明胃肠属六腑,以通为用,一旦胃肠积滞,郁久化热,阳明失阖,中焦一派火热燥实则表现为饮食不下、口中臭秽、便秘腹胀、溲赤汗多、口干身热、瘈瘲惊啼、手足搐搦,《医学指要》描述其脉象为“长而硬满,反常之应,阳毒癫痫,阳明热证”,是气有余、阳明燥火之征。燥热无形,病位尚浅,来去迅速,持续时间短,如癫痫肌阵挛发作、自动症,以肢体动作异常、双目上视、五官抽搐为主,发作间仍保留部分意识。此时当通下肠腑,使神机明、气化立,达到冲气以为和的状态。常用大承气汤加减,组成:大黄 12 g,枳实 12 g,厚朴 15 g,芒硝 6~9 g,石菖蒲 10 g,地龙 9 g,羚羊角粉 0.6 g (冲服)。大承气汤药味多峻猛,临床使用应以腑气通畅、调神止痫为目的,当中病即止。《伤寒论》第 208 条指出“得下,余勿服”,观患者便下与否调整药量,若大便不下,应加大用量至大黄 18 g,枳实 15 g,厚朴 20 g,芒硝 12 g;若

大便已下,应减少大黄、芒硝用量,并加减药味,辨证施治。

气逆者多伴胃脘胀满、嗳气得舒,甚者头晕、呕吐,可加用降气药,潜阳下行,通畅气机,如旋覆花 20 g、赭石 20 g,还可用桂枝 10 g,取其平冲降逆之效;火热逆上者见舌红、躁扰不宁、头汗明显、口咽干燥,甚者谵语、干呕,可加用降火药,如黄连 6 g、栀子 9 g。气火逆上多见于阳明燥热,但降气降火之法却不仅用于此,素体气机逆乱、邪盛火热上攻等但见其症,均可用之。

2.1.2 清热化痰,安神镇惊 此法主要针对阳明痰火。阳明开阖无度,如中气不足、实邪阻滞,则脾胃转枢失职,浊阴留滞不出,津液聚饮生痰,痰浊郁而生热,二者留滞难去^[8]。《杂病源流犀烛·诸痫源流》曰:“癫痫者,痰邪逆上也”,但脑神居于巅顶,阴邪痰浊不能独行,须有他邪上引。无火不动痰,火邪循阳明经挟痰上扰脑窍,使得神识不清,双目上视,抽搐强直,少顷火热得散,其势不足以挟痰阻遏神机,故痫瘈自止。阳明火热炼液为痰,或顽痰停聚日久,兼以热化,使痰火互结,胶结难去。怪病多痰,阳明痰火随失阖之气流窜周身,癫痫表现多样。若经络阻遏,症见肢体抽搐、神志尚清,如单纯部分性发作;若清窍被蒙,症见双目凝视、口中流涎,可伴有不同程度的意识障碍,如复杂部分性发作;若清窍被闭,神机失用,督脉拘束,症见意识丧失、猝然扑倒、其声如畜、目睛上视、角弓反张,如强直-痉挛发作。阳明络属于心,痰火亦可扰动心神,《杂病源流犀烛·诸痫源流》曰:“阳痫必由痰热客心胃,闻惊而作,甚则不闻惊亦作”,此类患者发作时常伴有胆怯惊惧,平素亦有失眠、心烦急躁等痰火之象,部分患者还伴有午后前额头痛或发作转复后不同程度的发热。

《医宗金鉴·删补名医方论》曰:“治痰者,以清火为主”,清火治痰,以复其神。刘老师常用清心温胆汤加减,组成:黄连 9 g,浙贝母 9 g,法半夏 12 g,茯苓 30 g,陈皮 12 g,白芍 30 g,香附 12 g,石菖蒲 15 g,甘草 6 g。痰邪明显者多伴有纳差腹胀、头目昏沉,加胆南星 6 g、竹茹 15 g、郁金 15 g;火热明显者口苦、便干,加黄芩 6 g、大黄 6 g;痰火循阳明经上扰心神,症见惴惴不安、惊惧失眠,可加用安神镇惊药,如煅磁石 30 g、煅龙骨 30 g、煅牡蛎 30 g,见胆怯恐惧者,加琥珀粉 6 g (冲服)。临床研究^[9]表明,清心温胆汤能有效改善继发性癫痫患者神经功能及氧化应激反应,临床疗效显著。

2.1.3 破血通下，逐瘀醒脑 此法主要针对阳明蓄血。阳明火热易伤津液，血分凝滞，瘀阻脉中；阳明燥火伤及胃络，血溢脉外，气机壅滞，新血不行，瘀血更甚。阳明多气多血，外邪入里化热，扰动血室，燔灼成瘀，均可致阳明蓄血。《读医随笔·证治类》曰：“癫痫之病，其伤在血”，瘀循阳明，上阻脑络，灵机失用，发为癫痫。阳明火热燔灼血分、伤及胃络，或阳明血络、脑络外伤直接受损，形成瘀血久留，而阳明多燥热火邪，阳明邪热与瘀血互结，形成阳明蓄血。新血不生，导致瘀血日益加重，神机不灵，癫痫缠绵难愈、反复发作，且有持久倾向。根据蓄血程度不同，可表现为复杂部分性发作、局部继发、全身性强直-痉挛发作，发作前后可能有头部刺痛等表现。心神、脑神长期失养，其人善忘、呆愣痴傻，表现为顽固性癫痫伴有意识障碍、认知下降。

此时需破血逐瘀，使瘀血得化，新血得生，脑窍气血充旺，则癫痫自去。常用方为桃核承气汤加减，组成：桃仁 12 g，大黄 6 g，芒硝 6 g，桂枝 9 g，僵蚕 9 g，羚羊角粉 0.6 g（冲服），石菖蒲 15 g，炙甘草 6 g。蓄血严重、大便多日不解者加水蛭 3~9 g，虻虫 3~9 g，寓抵当汤之意；失神发作者，僵蚕可加量至 12 g；认知功能障碍明显者，加益智仁 15 g 益肾固精护脑；继发性癫痫脑损伤严重者，加地龙 9~12 g 通达脑络；抽搐频繁者，加全蝎 9 g 通络止痉。用药应注意见效则止，瘀血得下后应减少用量或改用他药。刘老师认为，脑络受损会直接导致瘀血蓄积，此类患者多为继发性癫痫，有脑部外伤、肿瘤、卒中、出血或手术史^[10]，蓄血更加明显，临床问诊当加以注意，并视情况调整破血逐瘀药量。

2.2 补虚升气，益胃养神

2.2.1 补中升提，充养神机 阳明失阖之虚证多因中气不足、清气下陷。阳明常多血多气，神志之变常由气血异常引起。五味入口藏于肠胃，以养五脏之气，而五脏六腑之气皆上注于脑。一方面，先天失充、饮食失节、久病失养均可引起阳明气血生化异常，胃中虚损为绝对不足；另一方面，太阴脾与阳明胃相表里，构成人体气机升降最大枢纽，若阳明确弱，纳运失调，清气不升为相对不足，阳明气血难以上荣脑窍，使神机失养，转枢不灵，《古今名医汇粹》描述为“低头视下、手足牵引、肘膝相拘属阳明”。此外，阳明确损则燥，太阴失于润泽，不能行津，气虚湿阻生痰^[11]，或推动无力，胃肠积滞化燥，形成虚实夹杂的复杂病性。《灵素

节注类编》曰：“胃气虚，故筋脉皆虚，懈惰无力，有垂头丧气之象。”若阳明胃气不足，气血不生，神机失养，则宗筋弛纵，可见意识模糊、肌肉无力，如癫痫失神、失张力发作；官窍失充，则视物模糊扭曲、感觉异常，如癫痫单纯部分性发作。胃肠受纳腐熟、传导功能失职，可见纳差、排便异常，甚者出现呕吐，发作后疲劳感尤为明显，表现为乏力、神疲，甚至不可控制地即刻入睡。

刘老师认为，从阳明入手，补益中焦、升提胃中清气可达到调整气机、治病求本的效果。常用方为六君子汤加减，组成：党参 15 g，麸炒白术 20 g，炒山药 20 g，茯苓 30 g，陈皮 12 g，法半夏 9 g，石菖蒲 12 g，地龙 6 g，大枣 9 g，炙甘草 6 g。若清气不升，浊气在下，见便溏泄泻，可加北柴胡 10 g 引气上行、升麻 6 g 升提胃中清气。实验研究发现，陈皮-半夏可调节细胞稳态，抑制癫痫发生并改善认知功能^[12]；柴胡皂苷降低海马神经元兴奋性，并保护神经元，减少癫痫发作^[13]。中焦不运，易聚湿生痰，头晕昏沉者加佩兰 12 g 化湿辟秽；吐涎、胃脘满闷者加竹茹 12 g、胆南星 6 g 化痰。对于纳差挑食、神疲乏力者，刘老师擅用神曲、半夏曲、红曲各 6 g，焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 10 g，炒谷芽、炒麦芽各 10 g，砂仁 5 g 等补益开胃，不必尽用，取其二三，使胃气得谷气养，气血生化有源，对小儿癫痫伴见上症者作用尤为明显。

2.2.2 益胃养阴，生津清神 阳明之上，燥气主之，因此阴虚之证常见。阳明燥金，火热久羁，消耗津液，或阳明气血不能滋生阴液，或素体阴虚，均可导致阴津不足。《神农本草经疏》曰：“……惊痫，皆因阴虚内热，荣血不足之故。”阴津暗损，一不能上济于脑，致神志难安；二不能润泽于心，致燥扰虚烦；三不能藏蓄阳气，阴虚生风，致手足挛动抽搐。阳明气亏血少，津液不生，或外邪入里化热，火热煎灼，或药食温燥，均可耗伤阴津，表现为躁动烦渴、畏光畏声，如癫痫自主神经发作、感觉性发作；宗筋失润，可见手足挛动，如部分性发作；胃阴不足，可见燥热、干噎、饥而不欲食；大肠津亏，则便干难下。

此类患者在清胃泻火的同时，更要注意益胃生津，对于阴虚为主的患者，常用麦门冬汤合益胃汤加减，组成：麦冬 15 g，沙参 9 g，生地黄 20 g，玉竹 15 g，黄精 10 g，石斛 10 g，党参 12 g，法半夏 6 g，石菖蒲 10 g。口渴明显者加天花粉 15 g。阳明不足津液不生，阳明诸邪易从燥化，因此阴亏津伤

常贯穿病程始终, 既病防变, 其他虚实证型都当及时固护津液, 酌情选择麦冬、生地黄、玉竹等养阴生津。

3 病案举隅

患者, 女, 26 岁, 2020 年 4 月 19 日就诊。主诉: 癫痫反复发作 14 年。现病史: 患者于 14 年前首次出现左上肢外展、肌肉僵硬伴抽动, 左下肢僵硬抖动, 头左偏并向左侧凝视, 口中流涎, 意识保留, 伴有胆怯恐惧感, 持续约 1 min。于当地医院诊断为癫痫, 予奥卡西平片每次 750 mg、每天 2 次, 唑尼沙胺片每次 250 mg、每天 2 次, 口服, 控制尚可。5 个月前停用抗癫痫药, 发作频次增加, 恢复用药后无显著改善。刻下发作每天 5~10 次, 多发于凌晨、午后及傍晚, 每次发作持续约 1 min, 发作前心慌、胃脘不舒, 发作后左肩疼痛、恶心, 平素喜冷饮, 大便每天 2 或 3 次、便质尚可, 纳少, 眠差易惊, 舌尖红、苔腻, 脉弦滑。出生时有难产史。西医诊断: 癫痫。中医诊断: 痫病 (证属阳明痰火); 治宜清热化痰、开窍镇惊。处方: 黄连 9 g, 法半夏 15 g, 陈皮 12 g, 茯苓 30 g, 黄芩 9 g, 浙贝母 9 g, 郁金 15 g, 石菖蒲 20 g, 天麻 15 g, 白芍 30 g, 煅龙骨 60 g (先煎), 煅牡蛎 60 g (先煎), 羚羊角粉 0.6 g (冲服), 甘草 9 g。28 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。西药服用如前。

2020 年 5 月 17 日二诊: 诉发作频次无明显变化, 多发作于晨起、下午及夜间, 发作持续时间较前缩短、每次持续 20~40 s, 发作先兆为胃中搅动, 气上冲感、饥饿感, 胃脘抽痛, 数秒后左侧肢体僵直、抽动, 胆怯恐惧感较前改善, 无凝视, 大便溏、每天 2 或 3 次, 食水果后腹泻, 舌尖红、苔白腻, 脉弦滑。处方以初诊方去黄芩、黄连、天麻、龙骨、牡蛎、羚羊角粉、浙贝母, 加防风 12 g, 竹茹 15 g, 赭石 30 g, 旋覆花 30 g。28 剂, 煎服法同前。西药服用如前。

2020 年 6 月 14 日三诊: 诉近期发作每天 5~10 次, 夜间发作频次较前减少, 每次持续 10~20 s, 发作先兆之胃脘气上冲感明显好转, 仍有胃中搅动、有气欲出而不得出, 数秒后左侧肢体及右侧上肢僵直抽动, 偶伴恐惧, 发作后疲劳, 喜饮凉水, 大便稀溏、每天 1 次, 纳眠可, 夜间已无惊醒, 舌淡、舌尖红、苔白厚腻, 脉滑数稍弱。处方以二诊方去旋覆花、赭石, 加浙贝母 9 g、胆南星 6 g、琥珀 6 g、北柴胡 15 g、党参 15 g。28 剂, 煎服法同前。西药服用如前。

2020 年 7 月 18 日四诊: 诉发作频次每天 4~7 次, 每次持续 10~20 s, 表现为左侧肢体麻木、抽动, 未诉胃脘搅动及胆怯恐惧感, 发作后疲劳乏力, 大便质软、偶有稀溏、每天 1 次, 纳眠可, 舌淡暗、舌尖红、苔白厚腻, 脉沉细滑数。处方以三诊方加减, 继续服用, 密切关注发作频次、持续时间及程度表现。

其后随访 2 个月间发作情况相对稳定, 奥卡西平片减为早 600 mg、晚 750 mg, 唑尼沙胺片服用如前。随访 3 年, 2~4 周复诊一次, 西药逐渐减量并维持为奥卡西平片每次 450 mg、每天 2 次, 唑尼沙胺片每次 150 mg、每天 2 次, 发作频次每天 2 或 3 次, 持续时间 5~40 s, 发作表现为右手上举, 左手握拳, 左下肢僵直、无抽动, 无惊悸恐惧感, 纳眠可, 二便调。

按语: 患者出生时难产, 气机素有逆乱, 加之喜食冷饮, 伤及脾胃, 中气不足, 津液聚饮生痰, 痰阻脾胃, 郁而生热, 阳明失阖, 气逆引动痰火, 表现为癫痫先兆, 胃气逆乱则搅动不舒, 心气逆乱则心慌难安; 火热循阳明经挟痰上扰脑窍, 故肢体抽动、凝视、口中流涎; 阳明络属于心, 心神被扰, 故胆怯恐惧、眠差易惊; 痰火阻遏, 见纳少恶心; 内有阳明中气不足, 故大便次频。证属本虚标实, 初诊时主要表现为痰火气逆、神机被扰, 治以清热化痰、开窍镇惊。方予清心温胆汤加减, 加用黄芩清火, 郁金、浙贝化痰开窍, 祛除阳明失阖之病理因素, 龙骨、牡蛎、羚羊角粉镇惊安神, 石菖蒲、天麻开窍通络, 白芍滋养太阴, 以制阳明。二诊时患者发作时间缩短近半, 胆怯改善, 为痰火渐去, 然而气逆显现, 则见胃中搅动、上冲感, 进而扰动实邪, 阳神升泄, 发为痫病。痰火被制, 虚实消长开始转变, 气虚便溏, 此时用黄芩、黄连、浙贝母寒凉太过、腹泻更甚, 龙骨、牡蛎重镇, 本虚不受, 天麻、羚羊角粉祛邪止痉, 易损及气血, 故去上述寒凉重镇药, 保留初诊方之化痰开窍、益胃健脾功效。同时加用旋覆花、赭石化痰降逆和胃, 竹茹化痰宁神, 加防风与陈皮、白芍相伍, 取痛泻要方扶土抑木之意, 改善腹泻。三诊时发作频次减少, 胃脘症状改善, 为实邪已去大半, 余痰残留, 本虚渐显。邪去正虚, 故见疲劳; 此时气逆已消, 故去旋覆花、赭石; 中气不足以推动, 逆乱难以开散, 故胃中有气欲出而不得出, 加用浙贝母、胆南星、琥珀化痰安神, 党参、柴胡扶助阳明, 升提胃

气,使阳明升降有度。四诊时发作已明显减少、程度减轻,但癫痫常复杂难治,仍需化阳明痰、补中焦虚,以调其身。本案治疗从阳明失阖的角度出发,抓住痰热气逆为标、中气虚损为本的核心病机,辨证施治,根据病情变化适时加减用药,以达到阖阳明、复神机之目的,从而减少癫痫发作频次、持续时间,改善伴随症状,减少西药用量,提高病情预后和病患生活质量。

参考文献

- [1]ASADI-POOYA AA, BRIGO F, LATTANZI S, et al. Adult epilepsy[J]. Lancet, 2023, 402(10399): 412-424.
- [2]PERUCCA E, PERUCCA P, WHITE HS, et al. Drug resistance in epilepsy[J]. Lancet Neurol, 2023, 22(8): 723-734.
- [3]刘茜茜,王默然. 中医辨治癫痫研究进展[J]. 光明中医, 2024, 39(6): 1233-1236.
- [4]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.
- [5]余小乔,赖慈爱,方枫琪,等. 基于文献探讨不同时代阳
- 明病的概念演变[J]. 环球中医药, 2023, 16(7): 1349-1354.
- [6]刘水馨,刘洁. “胃藏神”的现代认识[J]. 中医学报, 2021, 36(7): 1409-1413.
- [7]吴璐华,黄如敏,李泽民,等. 基于脑肠轴理论探究难治性癫痫[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(17): 3057-3058.
- [8]吴婧,袁斯远,刘冲冲,等. 癫痫发作的病机探析[J]. 北京中医药, 2021, 40(5): 508-511.
- [9]卫刘荣,范顺太. 清心温胆汤联合预防性干预在卒中后继发性癫痫中的应用[J]. 光明中医, 2022, 37(9): 1526-1528.
- [10]赵丹阳. 成年期首发癫痫患者的病因再分析[D]. 长春:吉林大学,2016.
- [11]冯依伊,薛鸾. 从阳明与太阴论治干燥综合征[J]. 江苏中医药, 2022, 54(8): 20-23.
- [12]钟佳霖,张茂福,高旅,等. 中药药对抗癫痫药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2024, 55(22): 7870-7879.
- [13]郝焱,牟龙,苏志强. 柴胡皂苷 a 对癫痫神经保护及神经元兴奋性的影响[J]. 西北药学杂志, 2023, 38(2): 37-42.

Professor LIU Jinmin's Clinical Experience in Treating Epilepsy Based on the Method of Closing *Yangming* and Regaining Vital Activity

ZOU Lin, SUN Tianye, YAN Mingyuan, ZHAGN Mi, ZHAO Shuai, WANG Kaiyue, LI Lili

Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078

ABSTRACT To summarize the clinical experience of Professor LIU Jinmin in treatment for epilepsy. It is believed that main pathogenesis of epilepsy is *yangming* failure to close and vital activity loss control, so a therapeutic approach focused on restoring the closure of *yangming* and regaining vital activity was proposed for the treatment of epilepsy. For excess syndrome, the treatment focuses on draining excess and descending *qi*, promoting purgation and restoring spirit. When *yangming* dryness-heat predominates, the approach involves unblock the bowels and regulating the spirit, descending *qi* and reducing fire, with modified *Chengqi Decoction* (承气汤) as prescription; when *yangming* phlegm-fire predominates, the treatment focuses on clearing heat and resolving phlegm, calming mind and suppressing fright, with modified *Qingxin Wendan Decoction* (清心温胆汤) as prescription; when *yangming* blood stasis predominates, the approach involves breaking up blood stasis and promoting purgation, eliminating stasis and awakening the mind, with *Taoren Chengqi Decoction* (桃核承气汤) as prescription. For deficiency syndrome, the treatment emphasizes tonifying deficiency and raising *qi*, strengthening the stomach and nourishing the spirit. When center *qi* deficiency and sinking of clear *qi* of the nutrients from food, the approach involves replenishing and uplifting *qi* while nourishing vital activity, with modified *Liujunzi Decoction* (六君子汤) as prescription; when *yin* deficiency and fluid consumption, the treatment focuses on nourishing stomach and tonifying *yin*, promoting fluid production and calming the spirit, with modified *Maimendong Decoction* (麦门冬汤) combined with *Yiwei Decoction* (益胃汤) as prescriptions. In clinical situations of deficiency-excess complex, it is essential to distinguish the primary condition from the secondary, applying both supplementing and draining methods flexibly to achieve optimal treatment.

Keywords epilepsy; *yangming*; vital activity; experience of famous doctors; LIU Jinmin

(收稿日期: 2024-05-21; 修回日期: 2024-12-26)

[编辑: 果 彤, 邓 媛]