田金洲教授治療正常顱壓腦積水的臨床經驗

The clinical experience of Professor *Tian Jinzhou* in the treatment of cerebral edema with normal pressure

馬洪明，高興慧，☆田金洲

MA Hongming, GAO Xinghui, TIAN Jinzhou

（北京中醫藥大學東直門醫院，☆通訊作者）

〔摘要〕田金洲教授認為正常顱壓腦積水屬中醫「腦髓病」範疇，病機關鍵為腎虛髓減，水瘀互結。本虛為腎虛、脾虛；標實為水、瘀互結；或可生痰、生熱、生風，臨床可伴見頭痛、眩暈、嘔吐、驚厥等表現。立法處方多予補腎益髓、活血利水，隨證加減亦有健脾化濕、熄風通絡、養心安神、清化痰熱等法。臨證以「急則治標，緩則治本，慢病緩取，得效守方」為基本治則。

〔關鍵詞〕正常顱壓腦積水；中醫藥辨治；名老中醫經驗；田金洲

第五批國家級名老中醫田金洲教授，而立之時，承董建華院士、王永炎院士教誨之恩，學有所得，業有其所。不惑之年，抱負遠行，留英八載，懷報效之願回國，在東直門醫院工作復又八年。田金洲教授善於讀書，精於科研，勤於臨證，在腦病尤其認知障礙、運動障礙、睡眠障礙等疾病診治方面，有獨到之處。筆者有幸跟師學習，親聆教誨，獲益良多，茲不揣淺陋，總結老師治療一正常顱壓腦積水之經驗，列其大要，供同道參考。

1　西醫認識：正常顱壓腦積水

正常顱壓腦積水（NPH）概念最早由Hdams、Hakim在1965年提出，表現為一種三聯症：步態不穩、癡呆、括約肌障礙（尿失禁）。通常見於40歲以上患者，沒有明顯性別差異。目前國內外對本病缺乏滿意的療法。

步態不穩與姿態異常是大部分病人首先出現的甚或唯一的症狀。智能障礙的最初症狀突出表現為記憶力下降、精神反應緩慢等額葉功能的受損，並逐漸加重終至癡呆。括約肌功能障礙多見於尿道括約肌和肛門括約肌。其餘的症狀有暈厥發作、睡眠倒置、眼球運動障礙、內分泌紊亂等。其中，症狀最頻發的是步態異常，發生率為89%，其次是精神異常，為79%，晚期出現尿失禁，為44%。

NPH可分為特發性正常壓力性腦積水（INPH）與繼發性正常壓力性腦積水（SNPH）。INPH通常發生於60-70歲患者，病因不明，無症狀性纖維化性腦膜火或穿皮質的蛛網膜下腔間隙狹窄都可以導致CSF吸收障礙。可繼發於腦室周圍缺血性損害，且和高血壓、冠心病、糖尿病、低高密度脂蛋白血症相聯繫。CSF分流術療效不明顯。

2　中醫認識：正常顱壓腦積水

小兒腦積水屬中醫「解顱」、「囟填」範疇，而對正常顱壓腦積水缺乏專門的描述，目前多根據臨床症狀納入風痱、癡呆、頭痛、水飲病等疾病範疇，或指名「腦積水」進行診治。

腦為元神之府、諸陽之匯，臟腑十二經三百五十六絡皆匯於腦。先天稟賦不足，後天失於調護，則腎無力氣化水液，脾無力運化水濕，致使清陽不升、濁陰不降、氣化失司、三焦水道不利。又腎主骨生髓，腦為髓海，腦髓空虛，邪氣留滯，日久發為腦積水。《金匱要略心典》言「水飲之邪，上乘清陽之位，則為冒眩。」故有醫家認為水飲之邪的致病特點與NHP臨床表現多有相關。水飲上沖腦府，則頭痛眩暈；元神失養則健忘、反應遲鈍；水飲泛溢四肢百骸，則倦怠懶動，惡心嘔吐，小便失司。

對於腦積水的治療，歷代醫家多從腎虛入手，當代亦用健脾利濕或益氣行水法。有醫家認為腦積水不論症狀如何複雜，皆因顱腦水瘀，腦絡壅塞，腦竅不通所致。腦為清靈之竅，以精明通達為貴，治療首當祛除顱腦水瘀之邪，化瘀利水是治療本病的關鍵，待水瘀漸消之後，再輔以補腎益氣之法。

3　田金洲教授診療經驗

田師結合多年臨證經驗，認為正常顱壓腦積水屬於中醫「腦髓病」範疇，病機複雜，可用本虛標實加以概

括。本虛為腎虛、脾虛；標實為水、瘀互結；或可生痰、生熱、生風，臨床可伴見頭痛、眩暈、嘔吐、驚厥等表現。

蓋腎為先天之本，為水臟，內寄元氣，是氣化之本，對氣血運行和津液代謝起調節作用。腎氣虧虛，氣化失常，氣血運行不利、津液輸佈障礙，造成腎虛血瘀於腦，水濁上犯而壅塞腦絡，元神失養。正如《丹溪心法》所言「腎氣一虛……血澀、氣滯、水積…；疊見而層出矣。」髓海空虛，水飲上犯而健忘、反應遲鈍；腎主二便，失司故小便失禁；腎主骨，不能則筋骨無力、行走不穩。

年老久病，虛氣留滯，壅遏上攻於腦，或跌撲損傷腦絡氣機，而致腦絡瘀阻。氣血相關，血不利則為水，腦絡瘀滯則腦中津液運行障礙，停而為水。如《血證論》「須知痰水之壅，由瘀血使然。」水飲停聚腦內，氣血運行受阻，氣滯血瘀又影響水液的輸佈，故水、瘀相互影響，漸成惡性循環。

基於腎虛髓減，水瘀互結的病機認識，田教授立法處方多予補腎益髓、活血利水之法。隨證加減亦有健脾化濕、熄風通絡、養心安神、清化痰熱等法。

NPH起病隱襲，典型的三聯症多在晚期出現，故臨床容易誤診，患者來就診時病程已較長。在此基礎上，田教授臨證每以「急則治標，緩則治本，慢病緩取，得效守方」為基本治則。

一病人來，若苦於水瘀互結、氣機逆亂，內風旋動之頭暈、頭痛，則起手求之平肝潛陽、化飲通絡，待氣機通暢，腐膩之舌苔化掉後，方可補虛求本。治本關鍵在甫腎益髓，田教授每遵循「陰中求陽，陽中求陰」，將溫腎陽與滋腎陰藥物巧妙結合運用，可謂事半功倍。

蒲輔周先生有云：「治療慢性病，除掉先認識到疾病的本質，再辨證準確、遣方恰當以外，『守方』要算是第一要者。」慢病當緩取，得效要守方，這也是田教授在臨證時經常強調的一點。確立治法後，不猛投大方、重劑，而是緩取療效，顧護胃氣；一旦取效，不急於換法調方，當守方繼進，堅持3-6個月或更長時間的中藥調理。很多慢性病患者在來診前已經閱醫無數，對疾病的焦慮和對臨床療效的迫切期待使得他們難於堅持數月的中藥治療，因而田教授接診病人後，總少不了向患者及家屬說明慢病緩圖的道理，同時詳細叮囑日常調護和適當的情志疏導，這樣有利於病人、家屬積極的配合醫生，堅持治療，獲得臨床療效，以免半途而廢。

4 病案舉例

荊某某，女，55歲，既往有高血壓病史，血壓控制理想；有抑鬱症、肺結核病史，已治愈。2013年3月7日因「行走不穩2年半，記憶力減退1年半」就診。患者訴自2010年無明顯誘因逐漸出現平地行走不穩、行走笨拙，時有頭痛發作，後枕部明顯，發則頭痛欲裂，能自行緩解，曾行頭顱CT示「腔隙性腦梗死」。2011年9月行走時向前跌僕倒地一次，當時意識清楚，未行持殊診治，此後自覺記憶力減退。發病以來，多方尋治，診為「腦梗塞」，治療無效，症狀日重。來診時症見：行走不穩，雙下肢僵硬，倦怠乏力，自覺記憶力減退，近事遺忘，時空定向力、理解力、計算力可，頭痛頻作，睡眠不安，易醒，納可，大便調，尿頻尿急。舌體邊有齒痕，舌質暗淡，苔薄黃，脈緩。尿常規檢查無異常；頭顱核核磁示：雙側腦室對稱擴大（如圖1）；神經心理學測評示：認知功能及記憶力目前屬正常範圍。田教授予以西醫診斷：正常顱壓腦積水；中醫診斷：風痱，證屬腎虛髓減，水瘀互結，內風旋動。患者頭痛發作頻繁，急則治其標，治以熄風通絡、安神定志為法，效天麻鈎藤飲方，處方如下：天麻20g，鈎藤30g，杭菊花15g，木賊草6g，珍珠母先煎30g，黃芩15g，川芎30g，丹參20g，炒棗仁60g，五味子20g，生龍齒先煎30g，夜交藤40g，生甘草6g。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved





圖1. 患者磁共振T1WI，T2WI，FLAIR序列的顯示

1） 可見腦室系統的擴大，雙側側腦室、第三腦室擴大明顯，Evan's指數＞0.3。

2） 側腦室周圍腦白質內可見到對稱性條狀長T1長T2異常信號灶，FLAIR像呈明顯的高信號。

3） 無明顯蛛網膜下腔間隙及腦溝回擴大。

服藥7劑患者頭痛頻率、程度較前緩解，睡眠好轉，覺倦怠乏力明顯，餘症、舌脈同前。中藥於前方加紅景天6g，茯苓30g，山茱萸30g，以健脾益腎。2周後患者來診，訴頭痛明顯緩解，偶有發作，程度很輕，睡眠好轉，能睡5-6小時，仍覺倦怠乏力，行走不穩，尿頻尿急，舌淡暗，苔薄白微膩，脈緩。田老師認為風象已平，當針對核心病機，治以補腎益髓顧其本、活血利水治其標，處方如下：熟地30g，山茱萸30g，靈芝30g，丹參20g，澤蘭30g，益母草30g，當歸30g，茯苓30g，炒棗仁60g，合歡花30g，珍珠母先煎30g，生龍齒先煎30g。2周後覆診，患者自覺乏力好轉，但行走不穩無改善，頭痛偶發，以雙太陽穴、枕部針刺樣痛為主，舌邊有齒痕，舌質暗淡，苔薄白，寸脈弦，尺脈沉緩。中藥上方加川芎30g，天麻20g以加強活血通絡之力，同時加用川牛膝30g引血下行。

患者服上方無不適，守方治療近3月，患者自覺行走有改善，情緒穩定，但尿頻尿急加重，且時有起則頭眩，結合舌淡，邊有齒痕、脈緩，辨證為腎陽虧虛，氣化失司，水飲上沖腦府，前方去川芎、合歡花、生龍齒，加益智仁20g，桑螵蛸10g，菟絲子20g，肉桂3g以溫腎縮尿，助陽化氣；同時加生黃芪12g益氣升清，守方進退治療1年餘，患者病情未進展，症狀減輕，行走平穩，能自行來診，自認行走如常，記憶力改善，尿頻尿急改善，有尿意時已能延遲1小時排尿，自覺記憶力有改善，偶有輕微頭痛，覆查頭顱核磁，較前無明顯變化。在本安治療選方用藥中既遵循慢病緩圖，得效守方之原則，又不忘辨證論治，靈活加減之中醫精髓，充分體現了田老師臨證精心務實的特點，值得吾輩車仔細揣悟。

Copyright © Reserved

參考文獻

〔1〕劉緒銀. 通竅活血利水治腦積水一國醫大師張學文治療腦病經驗之二〔J〕. Clinical JOurnal of Chinese Medicine, 2011,3(4):14-16.

〔2〕謝海洲.謝海洲教授治療腦髓變的經驗〔J〕. 河南中醫, 2003,23(12):16-17.

〔3〕劉華, 等. 基於文獻的腦積水中醫證候研究〔J〕.中華中醫藥雜誌, 2011,26(3):576-579.

〔4〕宋虎傑, 等. 腦積水中醫治療的現狀與分析〔J〕. 中醫雜誌, 1998,39(7):438-439.

〔5〕阻祖鵬, 等. 特發性正常顱壓腦積水的診斷與治療進展〔J〕. 國際神經病學神經外科學雜誌, 2006,33(2):170-172.

〔6〕黃遠桂, 等. 正常顱壓腦積水的臨床、CT所見及早期診斷〔J〕. 陝西醫學雜誌, 1990,19(5):7-8.

〔7〕徐征, 等. 腦室腹腔分流術治療腦積水的臨床分析〔J〕. 醫學臨床研究, 2005,22(5):614-616.

〔8〕萬勇, 等. 正常壓力性腦積水〔J〕. 醫學綜述, 2004,10(4):236-237.

〔9〕薛慶澄, 王忠誠, 史玉泉.神經外科學〔M〕. 第4版. 天津：天津科學技術出版社, 1990.611.

〔10〕汪朝陽，等.正常壓力性腦積水的神經外科治療〔J〕. 廣州醫藥，2010,41(3):21-23.

（編委：吳俊來審校 2016.04.01）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved