

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2026.17.009

文章编号: 1005-8982 (2026) 17-0055-07

临床药学·论著

化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法治疗痰气郁结型 癫痫的临床疗效及对炎症因子与神经 营养因子的影响*

吴婷婷, 张珏, 戴婷婷

(南京中医药大学附属常州市武进中医医院 中药房, 江苏 常州 213161)

摘要: **目的** 探讨化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法对痰气郁结型癫痫患者的临床疗效及对炎症因子与神经营养因子的影响。**方法** 选取2024年1月—2025年1月在南京中医药大学附属常州市武进中医医院接受治疗的102例痰气郁结型癫痫患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各51例。对照组给予化痰定痫汤治疗,观察组在对照组基础上联合醒脑开窍针刺法治疗,两组疗程均为3个月。记录3个月后的癫痫发作频率和每次发作持续时间;检测治疗前后的炎症因子[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6(IL-6)]水平,神经营养因子[胶质细胞源性神经营养因子(GDNF)、脑源性神经营养因子(BDNF)、神经生长因子(NGF)]水平;数字化脑电图仪记录患者的脑电图参数(痫样放电数、累及导联数);评价患者治疗前后的中医证候积分和生活质量,同时记录不良反应发生情况。**结果** 观察组治疗总有效率为92.16%(47/51),高于对照组的76.47%(39/51)($P < 0.05$)。治疗后观察组癫痫发作频率和发作持续时间均低于对照组($P < 0.05$),两组治疗后癫痫发作频率和发作持续时间均低于治疗前($P < 0.05$)。治疗后观察组TNF- α 、IL-1 β 、IL-6水平均低于对照组($P < 0.05$);两组治疗后TNF- α 、IL-1 β 、IL-6水平均低于治疗前($P < 0.05$)。治疗后观察组GDNF、BDNF、NGF水平均高于对照组($P < 0.05$),两组治疗后GDNF、BDNF、NGF水平均高于治疗前($P < 0.05$)。治疗后观察组痫样放电数、累及导联数低于对照组($P < 0.05$);两组治疗后痫样放电数、累及导联数均低于治疗前($P < 0.05$)。治疗后观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.05$),癫痫患者生活质量量表-31(QOLIE-31)评分高于对照组($P < 0.05$);两组治疗后中医证候积分低于治疗前($P < 0.05$),QOLIE-31评分高于治疗前($P < 0.05$)。两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法治疗痰气郁结型癫痫,较单用化痰定痫汤更能提升疗效,改善临床症状及生活质量,且安全性良好。

关键词: 癫痫;痰气郁结;醒脑开窍针刺法;化痰定痫汤;生活质量

中图分类号: R742.1;R277.7

文献标识码: A

Clinical efficacy of Huatan Dingxian Decoction combined with Xingnao Kaiqiao Acupuncture in treating epilepsy of Phlegm-Qi stagnation type and its effects on inflammatory factors and neurotrophic factors*

Wu Ting-ting, Zhang Jue, Dai Ting-ting

(Chinese Medicine Room, Wujin Hospital of Traditional Chinese Medicine, Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Changzhou, Jiangsu 213161, China)

收稿日期: 2026-05-21

* 基金项目: 江苏省自然科学基金(BK20230221)

[通信作者] 戴婷婷, E-mail: dtt13912344478@163.com

Abstract: Objective To explore the therapeutic effect of Huatan Dingxian Decoction combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture on patients with epilepsy of phlegm-qi stagnation type. **Methods** A total of 102 patients with epilepsy of phlegm-qi stagnation syndrome who received treatment at Changzhou Wujin Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine between January 2024 and January 2025 were enrolled as research subjects. All patients were divided into the control group and the observation group using the random number table method, with 51 cases in each group. The control group was treated with Huatan Dingxian Decoction, while the observation group received Xingnao Kaiqiao acupuncture combined with the same decoction. Both groups underwent a 3-month treatment course. The seizure frequency and duration were recorded after 3 months of treatment. The levels of inflammatory factors and neurotrophic factors were detected before and after treatment. Digital electroencephalography was used to record electroencephalogram parameters. The TCM syndrome scores and quality of life of patients were evaluated, and adverse reactions were documented throughout the treatment. **Results** The effective rate of treatment in the observation group was 92.16% (47/51), which was higher than 76.47% (39/51) in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the seizure frequency and seizure duration in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$); these two indicators were decreased in both groups after treatment compared with baseline ($P < 0.05$). The levels of tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-1 β (IL-1 β) and interleukin-6 (IL-6) in the observation group were lower than those in the control group post-treatment ($P < 0.05$), and all the above inflammatory factors were significantly reduced in both groups after treatment ($P < 0.05$). After intervention, the levels of glial cell line-derived neurotrophic factor (GDNF), brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and nerve growth factor (NGF) in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$); the levels of these neurotrophic factors were elevated in both groups after treatment ($P < 0.05$). The number of epileptiform discharges and involved leads in the observation group were lower than those in the control group after treatment ($P < 0.05$), and both parameters declined significantly in the two groups relative to pretreatment levels ($P < 0.05$). The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score of the observation group was lower, while the score of the Quality of Life in Epilepsy Inventory-31 (QOLIE-31) was higher than those of the control group after treatment ($P < 0.05$). In both groups, the TCM syndrome score decreased and the QOLIE-31 score increased after treatment ($P < 0.05$). There was no significant difference in the overall incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Huatan Dingxian Decoction combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture improves therapeutic efficacy, clinical symptoms, and quality of life in patients with phlegm-qi stagnation-type epilepsy without increasing the risk of adverse reactions.

Keywords: epilepsy; phlegm-qi stagnation; Xingnao Kaiqiao acupuncture; Huatan Dingxian Decoction; quality of life

癫痫是一种因脑部神经元过度放电,以突然、反复、短暂中枢神经系统功能失常为特征的慢性疾病^[1]。其发病机制尚不明确,常规治疗手段有限,约30%的患者进展为难治性癫痫,易引发认知障碍等合并症及猝死风险^[2]。中医将其归为“痫病”,认为多由脏腑功能失调、痰浊阻滞等因素导致气机逆乱所致,即“痫病独主乎痰”^[3-4]。化痰定痫汤由柴胡、黄芩等多味中药组成,具有清肝化痰、健脾升清、解郁散结等功效^[5]。中医药辨治癫痫虽积累了丰富的经验,但单一疗法的疗效仍有待提高。醒脑开窍针刺法常用于改善脑血管疾病后功能障碍^[6]。目前,醒脑开窍针刺法联合其他疗法治疗癫痫的研究多采用柴胡加龙骨牡蛎汤或常规抗癫痫西药为基础用药,尚未见针对痰气郁结型癫痫采用化痰定痫汤

联合醒脑开窍针刺法的报道。化痰定痫汤专于化痰理气、解郁散结以治其本,醒脑开窍针刺法长于通督调神、开窍醒脑以治其标,二者一内服一外治、标本兼顾,有望协同抑制痫性放电、改善痰气郁结型癫痫患者的临床症状及生活质量。鉴于此,本研究探讨二者联合治疗痰气郁结型癫痫的疗效,以期优化癫痫治疗方案提供更多循证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月—2025年1月在南京中医药大学附属常州市武进中医医院神经内科门诊及住院部就诊的癫痫患者共183例,经纳入与排除标准严格筛选,最终纳入符合诊断标准的痰气郁结型癫痫

患者 102 例,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 51 例。样本量估算:以临床总有效率为主要结局指标,参考既往同类研究^[5]及课题组预实验数据,设定对照组有效率约为 75%,观察组有效率约为 92%,检验水准 $\alpha=0.05$ (双侧),检验效能 $1-\beta=0.80$,采用两独立样本率比较的样本量计算公式: $n=2 \times (Z_{\alpha/2}+Z_{\beta})^2 \times \sigma^2 / \delta^2$,计算得出每组需 45 例。考虑约

10% 的脱落率(含失访、依从性差、剔除等情况),最终确定每组纳入 51 例,总样本量 102 例。两组的性别构成、年龄、体质量指数(body mass index, BMI)、病程和每月发作次数比较,经 t/χ^2 检验,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性(见表 1)。本研究经医院医学伦理委员会批准(LL-2023-12-002),所有患者及家属签署知情同意书。

表 1 两组一般资料比较 (n=51)

组别	男/女/例	年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	BMI/(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	病程/(年, $\bar{x} \pm s$)	每月发作次数 ($\bar{x} \pm s$)
对照组	27/24	52.91 $\pm$ 6.38	23.13 $\pm$ 3.25	5.21 $\pm$ 1.20	5.04 $\pm$ 1.09
观察组	30/21	53.23 $\pm$ 6.63	23.35 $\pm$ 3.41	5.39 $\pm$ 1.24	4.99 $\pm$ 1.04
χ^2/t 值	0.358	0.248	0.334	0.745	0.237
P 值	0.550	0.804	0.739	0.458	0.813

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 符合国际抗癫痫联盟(ILAE)癫痫及癫痫综合征分类标准^[7],出现 2 次(间隔 ≥ 24 h)非诱发性发作,或首次非诱发性或反射性发作且未来 10 年再发风险 $\geq 60\%$ 。

1.2.2 中医 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]痰气郁结证癫痫的诊断标准:主症包括意识不清、双目直视等;次症包括喉中痰鸣、气逆上冲等;舌脉:舌质淡、苔白腻、脉弦滑。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准 ①符合 1.2 节中痰气郁结证癫痫的中西医诊断标准;②对本研究所用药品无过敏史,且依从性良好;③入组前 6 个月未接受抗癫痫药物治疗(包括中药及针灸治疗);④无沟通障碍,能配合完成相关检查。

1.3.2 排除标准 ①合并恶性肿瘤或心、肝、肾等严重器官功能障碍;②合并可能引起癫痫发作的其他颅内疾病;③存在精神活性物质滥用史(包括酒精依赖史)。

1.4 治疗方法

对照组给予化痰定痫汤口服。组方:柴胡 10 g、黄芩 10 g、法半夏 10 g、白芍 10 g、桂枝 10 g、石菖蒲 15 g、黄芪 20 g、白术 15 g、党参 15 g、川芎 10 g、胆南星 5 g、竹茹 10 g。每日 1 剂,加水浸泡 30 min 后常规煎煮 2 次,首次加水量没过药面 3~5 cm,武火煮沸后文火煎 20 min,取汁 150 mL;二次加水没过药面 2 cm,武火煮沸后文火煎 15 min,取汁 150 mL,合

并两次滤液浓缩至约 200 mL,分早晚 2 次于餐后 30 min 温服,每次 100 mL。

观察组在对照组基础上联合醒脑开窍针刺法治疗。所有操作由具有 5 年以上临床经验的执业中医师完成,采用 0.3 mm $\times$ 40.0 mm 一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,苏械注准 20162200970)。取穴:水沟、内关(双)、三阴交(双)、百会、风池(双)、上星、足三里(双)、合谷(双)、曲池(双)、阴陵泉(双)、丰隆(双)。针刺操作如下:水沟沿鼻中隔方向斜刺 0.5 寸(1 寸=3.33 cm),行雀啄手法至患者眼球湿润为度;内关直刺 0.5~1.0 寸,行捻转提插泻法 1 min;三阴交行提插补法;百会与头皮呈 30°角快速进针,针尖向后,行小幅度高频率捻转(频率约 120 次/min,持续 1 min);风池朝对侧喉结方向直刺 1.0~1.5 寸,行捻转平补平泻(频率约 60 次/min,持续 1 min);上星平刺 0.5~0.8 寸,行快速捻转(频率约 100 次/min,持续 30 s);足三里、合谷、曲池、阴陵泉、丰隆均直刺 1.0~1.5 寸,行捻转平补平泻至局部产生酸胀感。诸穴留针 30 min,留针期间每 10 min 行针 1 次以维持针感。针刺治疗 1 次/d,7 d 为 1 个疗程,疗程间隔 2 d,共治疗 6 个疗程,总治疗次数为 42 次。

两组均连续干预 3 个月,治疗期间均停用其他抗癫痫药物及可能影响疗效的中西药物,嘱患者清淡饮食、规律作息,避免劳累及情绪波动。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效 参照《癫痫诊疗指南解读》^[9]拟

定疗效评估标准,以治疗前患者发作频率为基线。显效:治疗后发作频率减少>75%,或发作完全控制;有效:治疗后发作频率减少 50%~75%;无效:治疗后发作频率减少不足 50%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times$ 100%。

1.5.2 发作情况 记录治疗前和治疗 3 个月后患者发作频率、每次发作持续时间。

1.5.3 炎症因子 分别于治疗前后采集患者空腹静脉血 5 mL,3 000 r/min 离心 10 min,取上清液。采用酶联免疫吸附试验检测血清肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、白细胞介素-1 β (interleukin-1 beta, IL-1 β)、IL-6 水平。试剂盒均购自上海酶联生物科技有限公司。

1.5.4 神经营养因子 分别于治疗前后采集患者空腹静脉血,采用酶联免疫吸附试验检测血清胶质细胞源性神经营养因子 (glial cell-derived neurotrophic factor, GDNF)、脑源性神经营养因子 (brain-derived neurotrophic factor, BDNF)、神经生长因子 (nerve growth factor, NGF)。试剂盒均购自上海酶联生物科技有限公司。

1.5.5 脑电图参数 脑电图检测均在患者清醒、安静状态下进行。检测前 24 h 内避免饮用咖啡、浓茶等兴奋性饮品,检测环境保持安静、光线柔和。患者取坐位或半卧位,放松闭目,由专业技术人员采用日本光电 Neurofax 系列数字化脑电图仪 (型号: EEG-1200C) 记录至少 30 min 的脑电活动,分析痫样放电数 (每 3 min 内的发生次数) 及累及导联数。

1.5.6 中医证候积分 依据《中药新药临床研究指导原则》^[10],于治疗前后各评估 1 次。针对意识突然丧失、猝然仆倒、口吐白沫、两目直视等症状,按无、轻、中、重分别对应 0、2、4、6 分,分数越高症状越重,各症状得分相加为中医证候总分。

1.5.7 生活质量 采用中文版癫痫患者生活质量评定量表 (Quality of Life in Epilepsy-31 Inventory, QOLIE-31)^[11] 评估患者治疗前后的生活质量。该量表包含 7 个维度,总分为 100 分,分值越高表示生活质量越好。

1.5.8 不良反应 记录用药期间皮疹、乏力、情绪不稳、恶心呕吐、肝肾功能异常等不良反应发生情况,并统计不良反应总发生率。

1.6 盲法实施与评估规范

为减少评估偏倚,本研究采用单盲设计。所有脑电图数据的判读及中医证候积分的评估均由对分组情况不知情的专职研究人员独立完成。脑电图检测人员不参与患者分组及治疗过程,中医证候评估人员与治疗团队相互独立,确保评估结果的客观性。

1.7 统计学方法

数据分析采用 SPSS 27.0 统计软件。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示,比较用 t 检验或配对 t 检验;计数资料以构成比或率 (%) 表示,比较用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组治疗总有效率为 92.16% (47/51),对照组治疗总有效率为 76.47% (39/51)。两组治疗总有效率比较,经 χ^2 检验,差异有统计学意义 ($\chi^2=4.744$, $P=0.029$),观察组高于对照组。

2.2 两组治疗前后发作情况比较

两组治疗前癫痫发作频率和发作持续时间比较,经 t 检验,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后癫痫发作频率和发作持续时间比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($P<0.05$),观察组癫痫发作频率和发作持续时间均低于对照组。同组内,治疗后与治疗前癫痫发作频率和发作持续时间比较,经配对 t 检验,差异均有统计学意义 ($P<0.05$),治疗后均低于治疗前。见表 2。

表 2 两组治疗前后发作情况比较 ($n=51$, $\bar{x}\pm s$)

组别	癫痫发作频率/(次/月)		发作持续时间/min	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	3.52 $\pm$ 0.47	1.59 $\pm$ 0.23 [†]	6.23 $\pm$ 1.12	3.40 $\pm$ 0.51 [†]
观察组	3.49 $\pm$ 0.45	0.81 $\pm$ 0.11 [†]	6.16 $\pm$ 1.08	2.51 $\pm$ 0.42 [†]
t 值	0.329	21.849	0.321	9.620
P 值	0.743	0.000	0.749	0.000

注:†与治疗前比较, $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后炎症因子水平比较

两组治疗前 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平比较,经 t 检验,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平比较,经 t 检验,差异均

有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平均低于对照组。同组内, 治疗后与治疗前 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平比较, 经配对 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后均低于治疗前。见表 3。

表 3 两组治疗前后炎症因子水平比较 ($n=51, \text{ng/L}, \bar{x} \pm s$)

组别	TNF- α		IL-1 β		IL-6	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	70.13 $\pm$ 7.24	61.70 $\pm$ 6.28 [†]	17.08 $\pm$ 2.78	11.78 $\pm$ 2.31 [†]	15.83 $\pm$ 3.63	10.13 $\pm$ 2.13 [†]
观察组	70.56 $\pm$ 7.58	54.39 $\pm$ 5.51 [†]	16.79 $\pm$ 2.52	8.13 $\pm$ 1.24 [†]	15.42 $\pm$ 3.41	8.07 $\pm$ 1.06 [†]
t 值	0.293	6.249	0.552	9.942	0.588	6.183
P 值	0.770	0.000	0.582	0.000	0.558	0.000

注: [†]与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后神经营养因子水平比较

两组治疗前 GDNF、BDNF、NGF 水平比较, 经 t 检验, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后 GDNF、BDNF、NGF 水平比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组 GDNF、BDNF、NGF 水平高于对照组。同组内, 治疗后与治疗前 GDNF、BDNF、NGF 水平比较, 经配对 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后均高于治疗前。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后神经营养因子水平比较 ($n=51, \bar{x} \pm s$)

组别	GDNF/(pg/mL)		BDNF/(ng/mL)		NGF/(ng/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	230.86 $\pm$ 32.44	291.27 $\pm$ 35.12 [†]	3.52 $\pm$ 0.76	7.47 $\pm$ 1.30 [†]	14.87 $\pm$ 2.72	29.15 $\pm$ 4.23 [†]
观察组	231.24 $\pm$ 35.28	344.48 $\pm$ 42.23 [†]	3.58 $\pm$ 0.81	9.28 $\pm$ 1.52 [†]	14.66 $\pm$ 2.51	37.03 $\pm$ 5.72 [†]
t 值	0.051	6.203	0.346	5.795	0.363	7.092
P 值	0.960	0.000	0.730	0.000	0.717	0.000

注: [†]与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.5 两组治疗前后脑电图参数比较

两组治疗前痫样放电数、累及导联数比较, 经 t 检验, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后痫样放电数、累及导联数比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组痫样放电数、累及导联数均低于对照组。同组内, 治疗后与治疗前痫样放电数、累及导联数比较, 经配对 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后均低于治疗前。见表 5。

表 5 两组治疗前后脑电图参数比较 ($n=51, \bar{x} \pm s$)

组别	痫样放电数/(次/3 min)		累及导联数/个	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	16.43 $\pm$ 2.50	11.24 $\pm$ 2.11 [†]	8.43 $\pm$ 1.56	5.44 $\pm$ 1.03 [†]
观察组	16.79 $\pm$ 2.71	8.93 $\pm$ 1.53 [†]	8.31 $\pm$ 1.50	3.52 $\pm$ 0.59 [†]
t 值	0.697	6.329	0.396	11.551
P 值	0.487	0.000	0.693	0.000

注: [†]与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.6 两组治疗前后中医证候评分和生活质量比较

两组治疗前中医证候积分、QOLIE-31 评分比较, 经 t 检验, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后中医证候积分、QOLIE-31 评分比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组中医证候积分低于对照组, QOLIE-31 评分高于对照组。同组内, 治疗后与治疗前中医证候积分、QOLIE-31 评分比较, 经配对 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后中医证候积分低于治疗前, QOLIE-31 评分高于治疗前。见表 6。

2.7 两组不良反应比较

用药期间, 观察组出现皮疹 3 例、乏力 2 例、情绪不稳 1 例、恶心呕吐 1 例, 对照组出现皮疹 2 例、乏力 3 例、情绪不稳 2 例、恶心呕吐 2 例。两组患者均无严重肝、肾功能异常。观察组不良反应总发生率

表 6 两组治疗前后中医证候评分和生活质量比较

(n=51, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	中医证候积分		QOLIE-31 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	20.53 ± 2.15	13.52 ± 2.48 [†]	50.86 ± 7.02	68.13 ± 7.83 [†]
观察组	20.13 ± 2.08	8.13 ± 2.12 [†]	51.23 ± 7.35	76.58 ± 8.16 [†]
t 值	0.955	11.798	0.260	5.336
P 值	0.342	0.000	0.795	0.000

注: †与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

为 13.73% (7/51), 对照组为 17.65% (9/51), 两组比较, 经 χ^2 检验, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.297$, $P = 0.586$)。

3 讨论

中医将癫痫归属“痫病”, 多由情志、先天等因素导致脏气不平、痰涎壅积发病, 痰气郁结是常见证型^[12-15]。化痰定痫汤化裁自柴胡桂枝汤, 契合痫病痰气郁结病机^[16], 将其联合醒脑开窍针刺法可发挥中药化痰理气、针刺调神开窍的优势^[17]。

观察组采用化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法治疗痰气郁结型癫痫的优势在于化痰定痫汤方中, 柴胡、黄芩、半夏等清肝热、化痰涎, 黄芪、白术、党参健脾胃以绝生痰之源, 桂枝、川芎畅气机助祛邪, 石菖蒲、胆南星、竹茹加强化痰开窍之功, 诸药协同可调节机体气血、化痰祛浊, 改善癫痫发病的病理基础。醒脑开窍针刺法选取水沟、内关、三阴交等穴, 水沟沿鼻中隔斜刺行雀啄法, 借督脉调神醒脑、开窍启闭; 内关捻转提插泻法可宁心安神、疏利气机; 三阴交提插补法能调肝补肾、益脑安神; 水沟、百会、内关作为核心穴组, 直接作用于心神与脑窍, 共奏醒脑开窍、安神定志之功; 而足三里、丰隆、上星等配穴, 则通过健脾化痰、通调气血, 从根源上消除痰气郁结的病理基础。诸穴配伍, 形成了从开窍治标到化痰治本的协同治疗体系, 共同疏通经络、调理气血, 从而改善脑部气血运行与神经功能^[18]。汤药从内调理脏腑、化痰祛邪, 针刺从外调畅气血、醒脑开窍, 二者联合, 在协同作用下, 有效改善神经功能。

癫痫发作时, 脑部神经元异常放电易致血流速度紊乱, 影响脑供血与神经功能, 而脑电图中痫样放电数、累及导联数可直观反映脑神经元异常放电

程度^[19-20]。

本研究中, 观察组在降低血清 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 等炎症因子水平方面优于对照组, 这与既往研究中小胶质细胞过度激活释放促炎介质、进而破坏血脑屏障并增强神经元兴奋性的机制相吻合^[21]。值得注意的是, 观察组痫样放电数与累及导联数的同步下降, 提示化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法可通过抑制中枢神经炎症级联反应, 减轻炎症介导的神经元异常同步化放电, 从而在电生理层面阻断癫痫的发作活动。进一步分析发现, 治疗后观察组血清 GDNF、BDNF 及 NGF 水平显著高于对照组, 这体现了该联合方案的神经保护作用。现代研究表明, 持续性的神经炎症会抑制脑源性神经营养因子的表达, 阻碍突触重塑与神经元修复^[22]。醒脑开窍针刺法取水沟、百会等督脉要穴, 既能“通督调神”、改善脑部微循环, 又能上调内源性神经营养因子水平, 为受损神经元提供修复微环境; 配合化痰定痫汤健脾化痰、疏肝解郁, 从内改善“痰气郁结”所致的气血生化乏源与运行不畅。这种“外通经络、内调气血”的协同模式打破了“炎症损伤-营养匮乏-神经功能障碍”的恶性循环。虽然本研究未直接纳入 MoCA 或 MMSE 等神经心理学量表数据, 但从病理生理机制推断, 炎症因子水平的回落减轻了其对海马等认知功能相关区域的毒性作用, 而 BDNF 等营养因子的升高则直接促进了突触可塑性及神经网络完整性的恢复^[23-24]。同时, 观察组中医证候积分的显著降低及生活质量评分的提升也提供了客观的生物学基础, 神经炎症的控制减少了发作频率与脑损伤累积, 神经营养状态的改善则促进了神经功能恢复, 两者共同作用使患者能更好地参与社会活动、减轻心理负担, 最终实现生活质量的整体提升^[25]。

本研究显示, 化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法治疗痰气郁结型癫痫, 较单用化痰定痫汤更能提升疗效, 改善临床症状及生活质量, 且安全性良好, 但临床应用时也需遵循汤药辨证加减与针刺规范。本研究主要聚焦于中医药联合方案内部的疗效对比, 而未设置西药对照组, 然而, 结合现有临床共识可知, 抗癫痫药物仍是当前癫痫治疗的基石, 其疗效确切, 但长期应用所导致的嗜睡、认知功能损害、肝酶诱导及药物相互作用等不良反应, 常影响患者

依从性与生活质量。观察组在显著改善中医证候、提升生活质量的同时,不良反应发生率与单纯中药对照组无统计学差异,且未出现严重肝、肾功能异常。未来研究可通过设置西药阳性对照组,进行“头对头”比较,以更科学地评估其相对疗效与安全性。本研究还存在样本量小、周期短等不足,未来可扩大样本量、延长随访时间,开展亚组分析并探究深层机制,进一步优化治疗方案。

参 考 文 献:

- [1] Burke C T, Vitko I, Straub J, et al. EpiPro, a novel, synthetic, activity-regulated promoter that targets hyperactive neurons in epilepsy for gene therapy applications[J]. *Int J Mol Sci*, 2023, 24(19): 14467.
- [2] Choi S A, Lee H, Kim K, et al. Mortality, disability, and prognostic factors of status epilepticus: a nationwide population-based retrospective cohort study[J]. *Neurology*, 2022, 99(13): e1393-e1401.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 杨国娟, 张运锋. 化痰通络定痫汤对脑梗死继发癫痫患者脑电图及铁代谢水平的影响[J]. *甘肃医药*, 2022, 41(5): 442-444.
- [6] 张云海, 谢维, 柳松涛, 等. 醒脑开窍针刺法治疗脓毒症相关性脑病临床研究[J]. *新中医*, 2024, 56(20): 116-120.
- [7] Hirsch E, French J, Scheffer I E, et al. ILAE definition of the idiopathic generalized epilepsy syndromes: position statement by the ILAE task force on nosology and definitions[J]. *Epilepsia*, 2022, 63(6): 1475-1499.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 35-36.
- [9] 丁晶, 汪昕. 癫痫诊疗指南解读[J]. *临床内科杂志*, 2016, 33(2): 142-144.
- [10] 梁茂新, 高天舒. «中药新药临床研究指导原则»脏腑诸证考察与分析[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2008, 14(5): 330-331.
- [11] Saadi A, Patenaude B, Mateen F J. Quality of life in epilepsy-31 inventory (QOLIE-31) scores: a global comparison[J]. *Epilepsy Behav*, 2016, 65: 13-17.
- [12] Lu H M, Luo M X, Chen R R, et al. Efficacy and safety of traditional Chinese medicine for the treatment of epilepsy: a updated meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Epilepsy Res*, 2023, 189: 107075.
- [13] 刘畅, 于涵, 程光宇, 等. 基于微生物-肠-脑轴探讨中医药治疗癫痫研究进展[J]. *中国医药导报*, 2025, 22(21): 173-176.
- [14] Zhang H W, Li J J, Tang Y L H, et al. Moxibustion pre-treatment attenuates seizure severity during status epilepticus and counteracts the proconvulsant function of the purinergic P2X7 receptor[J]. *Purinergic Signal*, 2025, 21(4): 667-674.
- [15] 李建锋, 余恒旺. 调气定痫方联合西药治疗气郁痰滞型癫痫临床研究[J]. *新中医*, 2025, 57(8): 49-53.
- [16] 孙凯滨, 孙蓉. 基于网络药理学研究模式的柴胡桂枝汤治疗胃溃疡与癫痫的异病同治分析[J]. *中草药*, 2019, 50(21): 5178-5186.
- [17] 李中建, 王润芳, 吕翔. 醒脑开窍针刺联合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗卒中后癫痫的效果观察[J]. *长春中医药大学学报*, 2024, 40(3): 296-300.
- [18] 朱晓辉, 李佩芳, 舒大江. 针灸治疗癫痫研究进展[J]. *实用中医药杂志*, 2014(12): 1175-1176.
- [19] 董春雪, 于楠楠, 丛珊, 等. 三七通舒胶囊联合醒脑开窍针刺法治疗急性脑梗死疗效及神经保护机制[J]. *中成药*, 2022, 44(5): 1718-1722.
- [20] 余慧, 王新淞, 刘勇. 醒脑开窍针刺联合柴桂温胆定志汤对卒中后癫痫患者脑电活动的影响[J]. *上海针灸杂志*, 2022, 41(4): 335-341.
- [21] Pourkhodad S, Wang W, Dingleline R, et al. Brain-invading monocytes promote seizure-associated cognitive deficits and neurodegeneration[J]. *Neuropharmacology*, 2025, 279: 110625.
- [22] 李燕, 孙益贝, 迁超然, 等. 癫痫睡眠期发作间期脑电图放电指数联合超氧化物歧化酶对认知功能损害的预测价值[J]. *中国现代医学杂志*, 2024, 34(18): 64-70.
- [23] 陈静怡, 高凡凯, 薛国芳. 血脑屏障中紧密连接蛋白-5在癫痫中的作用研究进展[J]. *中华全科医学*, 2025, 23(7): 1209-1213.
- [24] 高永强, 董燕, 程欣, 等. miR-873-5p 靶向调控VDAC1保护大鼠癫痫样神经细胞的作用机制探讨[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2021, 43(2): 109-115.
- [25] 廖莎, 王中鸣, 李勇. 加速康复外科对难治性癫痫患者术后早期认知功能保护的临床应用[J]. *立体定向和功能神经外科杂志*, 2025, 38(2): 84-90.

(张蕾 编辑)

本文引用格式: 吴婷婷, 张珏, 戴婷婷. 化痰定痫汤联合醒脑开窍针刺法治疗痰气郁结型癫痫的临床疗效及对炎症因子与神经营养因子的影响[J]. *中国现代医学杂志*, 2026, 36(17): 55-61.

Cite this article as: Wu T T, Zhang J, Dai T T. Clinical efficacy of Huatan Dingxian Decoction combined with Xingnao Kaiqiao Acupuncture in treating epilepsy of Phlegm-Qi stagnation type and its effects on inflammatory factors and neurotrophic factors[J]. *China Journal of Modern Medicine*, 2026, 36(17): 55-61.