

综 述

中医药防治多发性硬化的研究

孙 怡*

主题词 多发性硬化/预防和控制

多发性硬化(Multiple Sclerosis, MS)是中枢神经系统原发性脱髓鞘性疾病。病理特点为脑与脊髓的白质中散在多发脱髓鞘和继发性胶质增生形成硬化斑块,故而得名多发性硬化。1868年Charcot首先描述了MS的临床和病理特点,并提出是一个独立的疾病。MS的发病率在各国,尤其是欧美等国家都较高,我国尚无流行病学资料,但从各地临床报道看,发病率有明显增高的趋势。目前MS的病因尚不清楚,故无特效疗法,现将中医防治MS的研究概述如下。

1 MS的临床特点

MS临床经过呈缓解复发交替反复出现,病程长,多次复发后在缓解期仍留有神经功能障碍。MS在中枢神经系统中存在多发病灶。临床表现复杂多样,每个病人的表现均不完全相同,早期多出现眼部症状:如突然视物模糊、复视、失明等;感觉异常则多见肢体麻木、束带感、触电感、烧灼感、奇痒、发作性痛性痉挛等。运动障碍是MS较突出的症状,病初多自觉肢体无力,后逐渐加重出现瘫痪或突然瘫痪,后期双下肢僵硬;意向震颤、步态不稳,共济失调;精神症状表现欣快、抑郁等;智能障碍表现记忆力减退、计算力差、定向力障碍,甚至痴呆等;或有语言障碍、吞咽困难、饮水呛咳等;亦可有头晕、头痛、恶心、呕吐等;或有两便障碍,如尿失禁、大便困难等。体征:早期多见一眼视力下降,亦可双眼交替表现视力下降,严重者视乳头苍白,视神经萎缩、核间肌麻痹(向侧方注视时,对侧眼内收不能,同侧眼外展位并见粗大的水平眼震);感觉障碍有痛觉减退,音叉震颤觉减弱,病情重者关节位置觉亦障碍,病变损害颈部可出现Hemite压征(当头颈前屈或叩击项部脊柱时,产生从背后向四肢扩散电击样麻木感);肢体运动障碍,双下肢不对称性痉挛性瘫,踝阵挛,或偏瘫,或交叉性瘫,肌张力增高,病理征阳性,亦可有肌

肉萎缩;共济运动障碍、意向震颤等。性别以女性多于男性;发病年龄多在20~40岁之间,发病高峰为30岁左右。

对MS的诊断尚无特异性实验室检查指标,在急性期或复发期外周血抑制T淋巴细胞(Ts)减少,辅助T淋巴细胞(Th)增高,Th/Ts升高;脑脊液免疫球蛋白增高,寡克隆区带出现;诱发电位异常;CT检查急性期或复发期在脑室周围可见低密度病灶;MRI对MS的检查阳性率高于CT,T₁加权像见侧脑室旁、皮质下白质、脑干、小脑及脊髓等部位的白质,散在斑点状不规则低信号,T₂加权象上病灶显示高信号,较T₁加权象更清楚。

多发性硬化的诊断:根据临床症状和体征及辅助检查,确定中枢神经系统中有两个或两个以上的病灶;病程中有2次或2次以上缓解复发的病史,其缓解期在1个月以上,每次复发至少持续24小时以上;除中枢神经系统其他疾病则为临床确诊。对可疑病例要定期随访。

MS的临床表现和体征,相当中医学中的“痿证”、“暗瘕”、“眩晕”、“视物昏渺”、“青盲”、“骨蒸”等范畴。

2 中医药对MS的防治研究

2.1 MS的中医药治疗:中医药治疗MS的研究在我国属于刚刚起步,综观中医药治疗MS文献资料,大宗病例报道尚不多,较多为个例经验报道。

辨证论治:肾虚亏型,治以温补肾阳,予以二仙汤加味^[1];或温阳补肾,益气通络,药用制附片、肉桂、肉苁蓉、仙灵脾、熟地、骨碎补、黄芪、石决明、益母草、虎杖、莪术等^[2];或补肾益精,佐以通络,药用熟地、肉苁蓉、制首乌、川芎、当归、补骨脂、杜仲、枸杞子、山萸肉、蜈蚣^[3];或益气补肾,药用黄芪、巴戟、狗脊、寸冬、菟丝子、葛根、木瓜、牛膝、龟板胶、鸡血藤;尿频加益智仁、桑螵蛸;口眼喎斜加桂枝;面肌痉挛加白芍;腹胀加枳壳、砂仁等^[4]。肝肾阴虚型,治以滋补肝肾,予以左归饮加减^[1]、杞菊地黄汤加味^[5]。湿热浸淫型,治以健脾利湿清热化痰,予黄连温胆汤合三妙散^[1,6]。阴虚血燥,风动痰扰型,治以养血柔肝化痰通络,药用当归、郁金、

* 中国中医研究院西苑医院神经科,北京海淀区西苑(100091)

收稿日期:1996-07-10

熟地、茯苓、菖蒲、僵蚕、首乌、丹参、木瓜、白芍、川芎、鸡血藤、炒枣仁^[7]；或扶正益气，育阴潜阳，方用地黄饮子^[8]。

中西医结合治疗 MS：孙氏报道 40 例，辨证分型治疗：肾虚亏治以温补肾阳，方用二仙汤加味；肝肾阴虚治以滋补肝肾，方用左归饮加味；痰湿中阻，治以健脾利湿，清热化痰，方用黄连温胆汤加味；气虚血瘀，治以益气活血化痰，方用补阳还五汤加味；脾胃虚弱，治以益气健脾和胃，方用六君子汤加味。西药治疗：强的松 60~120mg/日，待病情缓解后逐渐减量，一般每周减 5~10mg；痛性痉挛者加卡马西平或苯妥英钠；尿频、尿急者加普鲁本辛。经中西医结合治疗后，完全缓解 6 例，明显好转 17 例，好转 16 例，无效 1 例（该病人不能服中药，只用药 2 周）。病人出院 1.5~3 年后通信随访 20 例，病情稳定无自觉症状和明显体征者 10 例，均为坚持服中药 1.5~2 年者；另 10 例出院后即停服中药，其中有 6 例病情尚稳定，留有一定程度病残；复发 4 例，其中有 2 例仍在服小剂量强的松^[9]。陆氏采用中西医结合治疗 35 例，辨证治疗加味，尿失禁加菟丝子、益智仁、金樱子；便秘重用何首乌、加郁李仁、肉苁蓉、大黄或番泻叶；肢体疼痛挛急加全蝎、僵蚕、石菖蒲、白芍；神呆加五味子；胃脘隐痛加白芍、广木香、法半夏；腹胀加厚朴、枳实；肌肉萎缩加当归、阿胶、川断。西药用激素及大剂量神经营养剂。治疗后获基本治愈 2 例，显效、好转各 15 例，无效 3 例^[10]。

单味药治疗 MS：北京友谊医院神经科用灵芝制剂治疗 MS 5 例，用药 1 年后，病情未见进展，停药 1~2 年半后随访，病情缓解，1 例恢复工作，1 例遗有右腕下垂，1 例遗有不全截瘫，1 例能做家务劳动，1 例生活自理^[11]。孙氏等用雷公藤治疗 10 例，每次 2 片，3 次/日，服 3 周，8 例症状明显缓解，2 例轻微缓解^[12]。

2.2 针灸、推拿治疗 MS：治则以温补经脉，通调阳明。选穴：百会、命门、腰俞、关元、气海、下巨虚、肩髃、曲池。得气后采用紧按慢提补法，留针 20~30 分钟，然后采用按、摩、揉、擦、挤、拍、打等推拿手法疏导经气调其经脉，配合功能锻炼等治疗^[13]。

2.3 中医药治疗 MS 优势：西医治疗 MS 主要采用激素及其他细胞毒免疫抑制剂等，部分病人用激素治疗后病情有缓解，但绝大多数病人在激素减量或停药时病情复发，只好再加大激素用量，致使部分病人长期不能停用激素；亦有部分病人复发后再用激素无明显疗效；还有一部分病人病程呈缓慢进展，西药治疗亦无明显疗效。激素及其他免疫抑制剂副作用又很多，特别是股骨头坏死报道屡见不鲜。

中医药治疗 MS 优势可归纳以下 4 点：(1) 中医药治疗是以发挥整体调节作用，特点是 MS 的病因尚不清楚，中医治疗通过辨证论治，调整病人的整体状态，取得疗效；(2) 中药对人体免疫功能有双向调节作用，经现代药理研究证明，有些中药有抑制免疫作用，而无激素样副作用^[12]；(3) 仅有的临床研究资料表明，中医药治疗 MS 可减少复发延长缓解期^[1,14]；(4) 中西医结合治疗，可减轻激素的副作用，减少激素用量或替代激素等。

2.4 实验研究：实验性过敏性脑脊髓炎(EAE)目前被作为 MS 的动物模型^[15]。国内学者用兔^[16]、豚鼠^[17]的脊髓或牛脊髓髓鞘碱性蛋白(MBP)^[15]等作抗原，加完全性佐剂致敏的豚鼠为 EAE 动物模型。戴氏将致敏豚鼠随机分 5 组(模型组、肿瘤坏死因子处理组、转化生长因子处理组、激素组、雷公藤总萜治疗组)，观察雷公藤总萜对 EAE 动物发病的影响，实验结果：肿瘤坏死因子处理组病理改变较重，脑膜、脊髓炎细胞浸润更明显，白质脱髓鞘及坏死更显著，灶性出血点较多；而转化生长因子处理组和雷公藤总萜治疗组病理改变较轻，脑脊膜几乎无炎性细胞浸润，病变仅限于白质，有轻度的脱髓鞘，少有灶性出血。激素对 EAE 临床病情改善轻微。表明雷公藤总萜对 EAE 有一定的治疗作用^[15]。戴氏曾观察中药郁金醇提取物对 EAE 的疗效，给药组 30% 发病，20% 死亡；对照组 73.3% 发病，46.6% 死亡；表明郁金醇提取物能明显降低致敏豚鼠的发病率和死亡率^[16]。李氏等观察雷公藤片治疗 EAE 病理改变，治疗组有炎症病理反应 15 例(65%)，有神经细胞坏死 14 例(60%)，神经纤维脱髓鞘 15 例(65%)，神经纤维轴索肿胀断裂 15 例(65%)；对照组有炎症反应 25 例(100%)，神经细胞坏死 24 例(96%)，神经纤维脱髓鞘 24 例(96%)，神经纤维轴索肿胀断裂 25 例(100%)，表明雷公藤能减少或阻止 T 淋巴细胞浸润，抑制细胞免疫反应。神经纤维轴索肿胀、断裂等检出率治疗组显著低于对照组，神经细胞坏死、神经纤维脱髓鞘病变，治疗组亦明显低于对照组。治疗组动物瘫痪肢体肌力恢复高于对照组。存活率治疗组显著高于对照组。表明雷公藤抑制细胞免疫反应，从而减轻致敏 T 淋巴细胞的杀伤作用，使脑、脊髓组织的各种损伤减轻或不发生^[17]。

综上所述，我国开展 MS 的中医药防治研究，虽属刚刚起步，却已显示了可喜苗头，肯定了中医药防治 MS 有较好的疗效。但从研究的现状来看今后仍有待加强：(1) 需进一步加强临床研究，特别是中医药及中西医结合研究，目前临床研究设计尚不够严谨，设对

照组观察较少,临床与实验研究结合则更少,研究水平亟待进一步提高;(2)临床研究应积极开展辨证与辨病相结合研究,中医辨证施治与西医辨病论治相结合的临床治疗研究,以不断总结MS中医辨证论治规律与中西医结合治疗方法;(3)加强实验研究,如临床研究与实验研究相结合,运用实验动物模型筛选防治MS有效中药,以及加强中药防治MS的机理研究和基础理论研究等。

鉴于MS已成为危害人类健康的多发病、常见病,迄今MS尚无特效疗法,防治MS应该成为我国充分发挥中医药及中西医结合优势,开展深入研究的重要领域之一。可望通过中医药防治MS系统深入研究,为解除MS病人的痛苦,为世界医学做出新贡献。

3 参考文献

- 1 孙怡,等. 辨证治疗多发性硬化22例临床观察. 中医杂志 1992;(10):31.
- 2 孙塑伦,等. 温阳补肾法在神经系统疾病治疗中的应用. 吉林中医 1987;(2):9.
- 3 刘时觉. 补肾益髓法治疗脑病的体会. 中医研究 1991;(3):27.
- 4 芦芳,等. 益气与补肾药合用治疗多发性硬化1例. 中医药学报 1987;(6):30.
- 5 李敬徽,等. 中药治愈多发性硬化症(脱髓鞘)1例. 陕西中医 1986;(7):161.
- 6 孙怡. 温胆汤加减在神经科临床应用. 江苏中医 1989;(9):27.
- 7 吴俊喜,等. 治愈多发性硬化1例. 河北中医 1994;(5):27.
- 8 王乐善,等. 地黄饮子治疗多发性硬化症. 中医函授通讯 1988;(3):31.
- 9 孙怡,等. 中西医结合治疗多发性硬化——附40例临床疗效观察. 中国中西医结合神经科专业学术研讨会论文集 1996:69.
- 10 陆曦,等. 中西医结合治疗多发性硬化症35例. 中西医结合杂志 1990;(3):174.
- 11 北京友谊医院神经科. 应用灵芝制剂治疗多发性硬化5例. 新医学副刊(神经系统疾病) 1978;(2):97.
- 12 孙嘉斌,等. 雷公藤片治疗多发性硬化的初步探讨. 中西医结合杂志 1988;(2):87.
- 13 欧阳谷,等. 针灸推拿治愈多发性硬化症1例. 上海针灸杂志 1991;(4):20.
- 14 陆曦,等. 中医预防多发性硬化复发的研究. 中医杂志 1995;(7):417.
- 15 戚晓昆,等. 雷公藤总萜等药物对实验性变态反应性脑脊髓炎动物发病的影响. 中华神经杂志 1995;(6):367.
- 16 戴俐明,等. 郁金对豚鼠实验性过敏性脑脊髓炎模型的疗效. 药学报 1982;(9):693.
- 17 李春光,等. 雷公藤治疗实验性变态反应性脑脊髓炎的病理组织学观察. 中西医结合杂志 1989;(2):98.

老年性失嗅治验

刘巧平* 葛英华*

患者,男,70岁。1996年8月6日初诊。患者自诉嗅觉失灵6~7年,虽经多家医院中西医治疗均无改善。患者既往体健,无鼻病及上呼吸道慢性病史。除双耳听力下降,饮食乏味外,无其他不适。检查:鼻粘膜淡红,双中、下鼻甲无肿大,双中鼻道及嗅裂无脓性分泌物,鼻通气良好。鼻咽部未见异常。咽粘膜淡红,双扁桃体I°大,未见充血及脓性分泌物。间接喉镜检查未见异常。血常规、鼻窦X线片及头颅CT均未见异常。舌体适中、活动自如,舌质淡红,舌尖偏红,舌苔薄白。脉细弦。中医诊断:失嗅(心血不足,肺经有热)。治则:养血清热,宣肺开窍。方药:四物汤加味。当归10g,川芎6g,桔梗6g,生地10g,生石膏(先煎)15g,赤白芍各10g,菖蒲10g。7剂,水煎服,早晚各1次。8月13日二

诊:患者双侧嗅觉恢复,尤以右侧明显,食欲增加。再进原方7剂。8月20日三诊:双侧嗅觉灵敏,其他无不适。原方再进7剂,以巩固疗效。

嗅觉障碍分为呼吸性和感受性两种。患者经多家医院检查均未查出病因。此患者为70岁老人,其嗅觉丧失考虑为老年性的退行性变。《灵枢·脉度篇》说:“肺气通于鼻,肺和则鼻能知香臭矣。”《难经·四十难》说:“心主嗅,故令鼻知香臭。”可见鼻的嗅觉正常与否与心肺两脏的功能有直接关系。因此,治疗鼻的嗅觉失灵应从心肺入手。心主血脉,其苗为舌,赤为之色。若心血亏虚,则舌质淡红,脉细。肺主皮毛,在窍为鼻,其色为白。若肺经有热,则舌尖偏红,舌苔薄白。患者舌质淡红,舌尖稍红,舌苔薄白,脉细。为心血不足,肺经有热的表现。治则宜养血清热,宣肺开窍。方中四物汤养心血,生石膏清肺热,桔梗宣肺气,菖蒲开心窍。肺气和,心窍开,则鼻能知香臭矣。

* 北京中医药大学东直门医院,北京东城区海运仓5号(100700)

收稿日期:1996-09-08