

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.06.023

病例报告

针药联合治疗小脑型多系统萎缩验案 1 则

陈爱霞¹, 杜宇征², 赵亮², 陆妍¹, 孟祥刚¹, 赵琦^{2*}

(1. 天津中医药大学, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院南院)

摘要 多系统萎缩是一种散发性、快速进展的神经系统变性疾病。通过一则验案介绍了以醒脑开窍、滋补肝肾、补气活血通络、通利三焦为治疗原则, 采用针药联合方法综合治疗, 临床疗效显著。

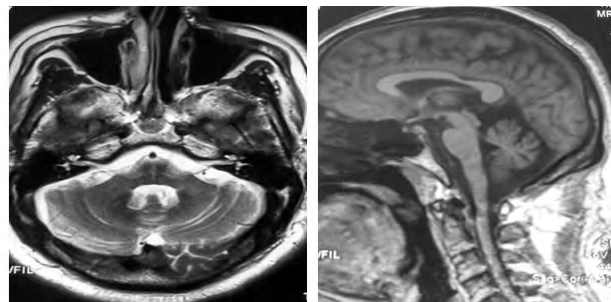
关键词 多系统萎缩; 针药联合; 醒脑开窍; 通利三焦

多系统萎缩是一组原因未明、成年期发病、散发性的神经系统变性疾病, 临床表现为不同程度的自主神经功能障碍、对左旋多巴类药物反应不良的帕金森综合征、小脑性共济失调和锥体束征等症状, 其中以小脑性共济失调为突出表现者称为小脑型多系统萎缩, 其临床症状复杂, 治疗困难。近日收治 1 例小脑型多系统萎缩患者, 运用针药联合治疗, 疗效显著, 现报道如下。

1 病例介绍

患者, 男, 54 岁, 2015 年 12 月 14 日初诊。主诉: 双下肢无力 3 年, 渐进性加重 1 个月余。患者 3 年前无明显诱因出现双下肢无力, 走路不稳, 天津某医院诊断为多系统萎缩。2015 年 11 月患者自觉双下肢无力较前加重, 于天津某医院查 PET/CT 示: 双侧额叶及颞叶外侧代谢局灶性减低, 双小脑半球代谢明显减低, 结合临床考虑多系统萎缩。头颅 MRI 示: 脑桥具有“十字征”表现 (见图 1 冠状位); 脑干、小脑萎缩, 脑沟增宽 (见图 1 矢状位)。予改善脑循环、营养神经、缓解膀胱痉挛、高压氧等治疗, 症状未见缓解, 故于天津中医药大学第一附属医院针灸科住院治疗。刻诊: 神清, 精神可, 语言欠流利, 饮水偶呛, 双手震颤, 双下肢困重无力, 拐杖辅助行走, 纳可, 寐差, 阳

痿, 尿急、尿频、自控差, 夜尿次数多, 大便无力、二三日一行。舌淡红、边有齿痕、苔腻, 脉濡数。糖尿病史 3 年。否认家族遗传病史。查体: 双侧指鼻试验不准, 双跟膝胫试验欠稳, 轮替试验不协调, Romberg 征 (+), 共济失调步态, 双巴彬斯基征 (+), 双夏道克征 (+)。西医诊断: 多系统萎缩 (小脑型); 中医诊断: 痿证, 证属窍闭神匿、肝肾亏损、三焦不利; 治则: 醒脑开窍、滋补肝肾、通利三焦。取穴: 主穴: 内关 (双侧)、人中、三阴交 (双侧)、下极泉 (双侧, 极泉穴沿经下移 2 寸)、尺泽 (双侧)、委中 (双侧)、膻中、中脘、气海。配穴: 百会、四神聪、风池 (双侧)、完骨 (双侧)、天柱 (双侧)、中极、水道、阳陵泉 (双侧)。操作手法: 患者为仰卧体位, 常规消毒。先取双侧内关, 直刺 0.5 ~ 1 寸, 采用捻转提插泻法, 施手法 1 min; 继刺人中, 向鼻中隔方向斜刺 0.3 ~ 0.5 寸, 用重雀啄法, 直至眼球湿润或流泪; 再刺三阴交, 沿胫骨后缘与皮肤呈 45° 角斜刺 1 ~ 1.5 寸, 用提插补法, 使患者下



冠状位

矢状位

图 1 头颅 MRI 图

基金项目: 中医药行业科研专项 (201507001); 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项 (JDZX2012151, JDZX2015021); 天津市卫生和计划生育委员会中医中西医结合科研课题 (2015083); 国家重点基础研究发展计划 “973” 计划项目 (2012CB518505)

* 通讯作者: houhaowen2@163.com

肢抽动 3 次; 下极泉直刺 1 ~ 1.5 寸, 用提插泻法, 使患者上肢抽动 3 次; 尺泽, 使肘关节屈曲 120° 取穴, 直刺 1 寸, 用提插泻法, 使患者的前臂及手指抽动 3 次; 委中, 仰卧直腿抬高取穴, 直刺 1 寸, 用提插泻法, 使患者下肢抽动 3 次; 百会、四神聪, 平刺 1 寸, 施捻转补法; 风池、完骨、天柱进针 1.5 寸, 施小幅度高频率捻转补法, 每穴施术 1 min, 捻转频率约为 120 r/min; 膻中针尖顺任脉循行方向斜刺 1 ~ 1.5 寸; 中脘、气海、中极、水道、阳陵泉直刺 1 ~ 1.5 寸, 以得气为度。膻中、中脘、气海施捻转补法, 中极、水道、阳陵泉平补平泻。人中、下极泉、委中、尺泽不留针, 其余留针 30 min, 每日 1 次, 每周 6 次。患者住院期间主要以针灸治疗为主, 并辅以西药奥拉西坦注射液 4 g 静脉滴注, 每日 1 次, 改善脑代谢; 甲钴胺片每次 0.5 mg, 口服, 每日 3 次, 营养神经。

2015 年 12 月 28 日, 患者日间如厕次数有所减少, 贮尿时间较前略延长, 由原来的 20 min 排尿 1 次延长到 30 min 排尿 1 次, 夜间小便次数较前略减少, 大便一二日一行, 其余症状同入院前。针刺方法同前。

2016 年 1 月 14 日, 患者语言较前流利, 饮水偶呛消失, 双手震颤频率较前减轻, 日间小便次数明显减少, 贮尿时间可延长至 1 ~ 2 h, 寐差较前好转, 夜间深睡眠可达 5 h。针刺方法同前, 另加中药汤剂, 以补气健脾、益肾养肝、强筋健骨、通络止痛、安神益智。处方: 黄芩、片姜黄、牛膝、制远志、羌活、地龙、烫狗脊各 15 g, 千年健 30 g, 蜈蚣 2 条, 6 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 分两次服, 每次 150 ml。患者服药后, 自诉肢体较前有力, 精神状态较前好转, 继服中药, 6 剂, 服法同前。针刺方法同前。

2016 年 1 月 30 日, 患者双下肢无力症状较前缓解, 可脱离拐杖缓慢行走, 寐安, 双手仍可见轻微震颤。中药调整为两日 1 剂, 继服 2 周。穴位调整为: 印堂、上星、内关 (双侧)、三阴交 (双侧)、膻中、中脘、气海、中极、水道、阳陵泉 (双侧)、关元 (双侧)、太溪 (双侧)、合谷 (双侧)。印堂穴, 向鼻根部斜刺 0.3 ~ 0.5 寸, 采用轻雀啄手法, 以流泪或眼球湿润为度, 即刻出针; 上星穴, 沿皮刺 1.5 ~ 2 寸, 针尖透向百会, 施用小幅度 (<90°)、高频率 (120 ~ 160 r/min)、捻转补法 1 min; 关元进针前嘱患者排空小便, 进针 1.5 ~ 2 寸, 捻转进针使针感向下传至外阴部即可; 太溪

直刺 1 ~ 1.5 寸, 施捻转补法 1 min; 合谷直刺 1 寸, 平补平泻。其余施针同初诊。

2016 年 2 月 15 日, 患者语言清晰流利, 行走较平稳, 排尿次数明显减少, 日间 5 ~ 7 次, 夜间 1 或 2 次, 大便无力症状较前缓解, 患者病情稳定出院。停服中药。出院前, 患者及家属拒绝复查头颅 MRI。随访至 2016 年 5 月初, 患者诸症控制良好。

2 讨论

中医学中无“多系统萎缩”病名, 依据其临床表现特点, 属中医学“虚劳”“痿证”“风痹病”“骨摇”等范畴^[1]。本病多由于外邪侵袭、久病体虚等多种因素致使经络阻滞, 筋肉失于气血津液的滋养而成痿证。从中医病机分析, 该病系气血阴阳失调, 气血无以上充于脑, 则脑髓空虚, 神窍失司; 三焦气化失司, 膀胱气化不利, 则水液输布失常, 遂致尿频、尿急等排尿困难症状; 四肢筋脉失于濡养而致肢体无力; 加之本病日久, 患者生活自理能力下降, 情绪低落, 日久可致抑郁、失眠。故以醒脑开窍调神、滋补肝肾、疏通经络、通利三焦为原则, 综合治疗^[2-3]。《灵枢·根结》曰: “故痿疾者取之阳明, 视有余不足, 无所止息者, 真气稽留, 邪气居之也。”在治疗痿病时, 无论是针灸取穴, 还是选方用药, 都应调理脾胃, 根据患者病情变化, 泻其有余而补其不足。方中内关为八脉交会穴之一, 属手厥阴心包经之络, 通于阴维脉, 人中为督脉、手足阳明之会, 又因督脉上行于脑, 二穴合用具有调神开窍启闭之效。风池、完骨、天柱补益脑髓, 使脑络化生有源。极泉、尺泽、委中可疏通肢体经络。膻中、中脘、气海分别调理上、中、下三焦之气, 膻中隶属任脉, 为心包之募穴, 同时又是宗气汇聚之处, 被称为“气会”, 具有调畅气机、理气散滞的作用, 意在调上焦之气; 中脘为胃之募穴, 又为八会穴之“腑会”, 针刺中脘可通过脾升胃降的调节来疏调中焦之气, 助水谷化生气血; 气海属于任脉, 位于脐下一寸半, 为“生气之海”, 为肾中元气生发之所, 刺之可温元固肾、补调肾气和调理下焦。正如《胜玉歌》所言“诸般气症从何治, 气海针之灸亦宜。”故三焦通调、膀胱气化功能正常, 则全身气血津液代谢协调平衡。在针刺主穴的基础上, 配以中极、水道、阳陵泉以利水降浊除湿; 百会、四神聪以调神安眠; 印堂、上星共奏醒脑调神之效。关元以培元固本, 补益下焦; 太溪以滋补肝肾; 合

谷为多气多血之手阳明大肠经的腧穴,针刺可补气、通经络,缓解双手震颤。诸穴合用开窍后闭,补益脑髓,滋补肝肾,扶本培元,调理三焦气化,使气血阴阳充足,津液运行通畅,水液代谢复常。我们在针刺的基础上随症运用中药口服治疗,方中牛膝、烫狗脊、千年健补肝肾、强筋骨;蜈蚣、地龙通络止痛;黄芩、羌活祛湿、止痛;片姜黄活血通经止痛;制远志安神益智。针药并用从根本上调节脏腑功能,使先天之肾得到强健,使后天之脾化生有源,中气得到升提,则气血津液充足,脏腑功能旺盛,筋脉得以濡养,有利于痿证恢复,先后天同治,以增强患者体质,抵御病邪。本病采用针药并用,共奏醒脑开窍、滋补肝肾、补气活血通络、通利三焦之效。本病案中在运用针灸、中药为主要治疗的同时,辅以奥拉西坦注射液、甲钴胺片等西药支持治疗,通过改善脑代谢、营养神经,减缓疾病的发展进程。

多系统萎缩在疾病早期临床表现不明显、缺乏特异性,影像学检查亦不明显,临床诊断困难,故及时、准确的诊断至关重要。多系统萎缩涉及多个系统的病变,国内外目前尚无特效药物及治疗方法^[4],临床只能对症治疗。通过此例病案,可得

出以下几点:1) 综合治疗,临床治疗时可以针灸为主要治疗方案,同时辅助中药可达到更好的临床疗效。2) 得气是关键,在运用醒脑开窍针法治疗时,一定要患者得到相应的针感,例如在针刺人中时,行针至患者眼球湿润或流泪为度;针刺三阴交时,行针至患者肢体抽动3次为度。3) 随症加减穴位,在运用主穴的基础上,配穴可以根据患者的症状变化而加减。例如在疾病早期,首先针刺人中,随着患者症状的改善及对针刺的敏感,将针刺人中穴变为上星和印堂,即能减少患者的痛苦又能避免穴位的耐受。

参考文献

- [1] 赵英霖,杨春雷,赵冰.王松龄治疗多系统萎缩经验[J].中华中医药杂志,2016,31(3):897-899.
- [2] 程宇,边丽娜.醒脑开窍针刺法配合华佗夹脊刺治疗C型多系统萎缩2例[J].辽宁中医杂志,2010,37(6):1113-1114.
- [3] 余亚娜,于建春,刘存志,等.论三焦气化说[J].中医杂志,2009,50(5):389-392.
- [4] 孟志勇,何春艳.多系统萎缩诊治进展[J].医学综述,2008,14(6):870-872.

(收稿日期:2016-04-18;修回日期:2016-08-25)

编辑:王利菊

首届全国中医世家名医暨特色医疗经验交流会通知

“中医世家”是传承中医学术及流派的重要途径,民间中医也是传承中医的重要力量。为了总结交流“中医世家”和民间中医在传承创新中医药中的经验和成果,由中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会、北京聚医杰医药科学研究院联合主办的本次会议定于2017年6月10-11日(9日为报到时间)在湖南省张家界市召开,特通知如下:

一、参会对象

凡家传三代以上的“中医世家”名医及传承人、民间中医、乡村中医及其他中医药人员均可参会。

二、征文要求

1. “中医世家”的主要家传学术经验或学术流派或特色医疗技术介绍,题材不限;2. 民间中医运用中医特色医疗或各种民间疗法治疗常见病、疑难病的经验;3. 各种中医特色技术、单方、验方介绍,要求文字通顺,层次分明,每文2000字左右,附200字以内作者简介。文稿寄会务组或发电子信箱 E-mail: 13366005273@163.com。

三、有关说明

1. 属“中医世家”者需提供当地卫生部门或所在单位、居委会、村委会的证明;2. 经审核后属“中医世家”者可颁发证书,会后可推荐入编《中华中医世家人才信息库》;3. 本次会议将评选“中医世家名医”、“优秀民间中医”等;4. 评选“中医药优秀学术论文”和评审鉴定“民间特色疗法实用技术”并推广。

四、会议费用

参会报名费300元,会务及资料培训费1500元,会期食宿统一安排,费用自理。

五、报名方式

请将参会论文(无论文也可报名)、作者简介、像片、参会报名费300元、“中医世家”证明等一起用快递或挂号寄北京市100036-98信箱叶续宗收,邮编100036,联系电话:010-83210238、18511329528、18500577884。欢迎登录 www.zgtsyl.com。