

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.23.021

病例报告

针刺治疗多系统萎缩吞咽困难 1 例

齐晓环¹, 毛正芬², 于涛^{1*}

(1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津市西青区昌凌路 88 号, 300380; 2. 湖南省浏阳市人民医院康复科)

摘要 多系统萎缩是一组成年发病的、散发的神经变性疾病。多系统萎缩后吞咽困难患者易出现其他并发症, 目前尚无有效治疗方法。本案治疗以补虚、调气、化痰为原则, 针刺取穴以肾经经穴及其循行部位穴为主, 患者治疗 28 天后吞咽功能明显改善, 无明显呛咳, 可以给临床治疗提供借鉴。

关键词 多系统萎缩; 吞咽困难; 暗痹; 针刺

本案是我们跟随导师诊治的 1 例多系统萎缩后吞咽障碍的患者, 初诊时患者吞咽障碍明显, 严重影响生活质量, 应用导师制定的针灸治疗方案治疗 28 天后, 患者吞咽功能明显改善。该方案可为临床中治疗多系统萎缩后吞咽障碍提供借鉴。

1 病历介绍

患者, 女, 62 岁, 2017 年 9 月 22 日初诊。主诉: 走路不稳伴饮水呛咳 2 年余。现病史: 2014 年 11 月出现头晕, 走路不稳, 双下肢沉重, 走路缓慢, 步幅减小。后患者自觉症状加重, 言语欠清, 偶有饮水呛咳, 视物模糊, 2015 年 4 月、2016 年 10 月就诊于当地医院, 期间查颅脑核磁共振 (MRI): 脑萎缩 (合并橄榄体脑桥小脑萎缩, 轴位脑桥可见“十字”征), 考虑为多系统萎缩, 进行性核上性麻痹。予营养神经、改善脑循环及左旋多巴类药物 (具体不详), 治疗后症状未明显改善。后未再规律诊治。

自觉近两月来运动功能障碍、饮水呛咳较前加重。刻诊症见: 饮水呛咳, 言语不利, 走路不稳, 运动缓慢, 双下肢僵硬、无力, 无静止性震颤, 视物模糊, 时有头晕, 无视物旋转, 无恶心、心悸, 无头痛、颈肩部疼痛, 小便频, 咳嗽、用力时可见尿失禁, 纳差, 寐安, 大便不干, 二三日一行, 舌暗、苔白腻, 脉细无力。查体: 立位: 左上肢测量血压: 123/73 mmHg, 右上肢测量血压: 127/

74 mmHg、心率: 72 次/min; 卧位: 左上肢测量血压: 138/87 mmHg, 右上肢测量血压: 140/87 mmHg、心率: 66 次/min, 言语不清, 眼球活动灵活, 无凝视麻痹, 伸舌居中, 四肢无肌肉萎缩, 双上肢肌力 5 级, 左下肢肌力 5⁺ 级, 右下肢肌力 5 级, 双上肢肌张力正常, 双下肢肌张力稍高, 桡骨膜、肱二头肌腱、肱三头肌腱反射左 (++)、右 (+++), 双膝腱反射 (+++), 双侧轮替试验、跟膝胫试验、指鼻试验欠稳准, 昂白征 (+), 巴氏征 (-), 小脑共济失调性步态。Berg 平衡量表^[1]: 30 分; 蛙田饮水试验^[2]: 4 级; Barthel 指数^[3]: 50 分, 中度依赖。

西医诊断: 可能的多系统萎缩 P 型; 中医诊断: 暗痹 (脾肾两虚)。治疗取穴: 主穴: 然谷、太溪、阴陵泉、血海、足三里、丰隆、三阴交、风池、翳风均为双侧, 关元、气海、廉泉, 金津、玉液; 配穴: 迎香、太阳、攒竹、丝竹空、完骨、四白、阳陵泉、梁丘、太冲、曲池、涌泉、委中均为双侧; 水沟、印堂、水道。操作: 患者取仰卧位, 局部常规消毒。选用华佗牌 25 mm × 40 mm 和 0.3 mm × 75 mm 一次性毫针。迎香向内上方斜刺, 行捻转补法; 水沟向鼻中隔方向斜刺 5 mm, 行提插手法, 以患者眼球湿润为度; 印堂提捏局部皮肤向下平刺 5 mm; 翳风向喉结方向直刺, 进针 60 mm, 使针感向咽喉部放射; 点刺金津、玉液, 并局部点刺软腭、咽后壁, 以自觉恶心或微出血为度; 风池、完骨向喉结方向直刺 20 mm, 行捻转补法; 攒竹、丝竹空向眉中平刺 5 mm; 廉泉向舌根

基金项目: 中医康复服务能力规范化建设项目

* 通讯作者: 956106689@qq.com, 13920999215

方向斜刺 20 mm; 关元、水道向下方斜刺 50 mm, 使针感传至尿道; 委中快刺, 以肢体抽动 1 次为度; 余穴均采用直刺法, 行捻转平补平泻法。每日行针 1 次, 每次留针 30 min, 14 次为 1 个疗程。

治疗 28 次后, 患者无明显呛咳, 言语不利、走路不稳较前减轻, 视物模糊, 偶有头晕, 无视物旋转, 小便次数较前较少, 咳嗽、用力时未见明显尿失禁。Berg 平衡量表: 34 分; 蛙田饮水试验: 2 级; Barthel 指数: 65 分, 轻度依赖。2 个月后电话随访, 患者病情平稳, 疾病未见明显进展。

2 讨论

多系统萎缩是一组成年发病的、散发的神经变性疾病, 其临床表现为不同程度的自主神经障碍、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征等^[4]。目前多系统萎缩主要分为以帕金森综合征为主要表现的多系统萎缩 P 型和以小脑性共济失调为主要表现的多系统萎缩 C 型^[4]。本案患者根据 2008 年修订的 Gilman 诊断标准^[5]及患者 MRI 特征性改变, 诊断为可能的多系统萎缩 P 型。

多系统萎缩吞咽困难的患病率为 44% ~ 73%^[6-7], 对于吞咽困难发生的时间, Kalf 等^[8]认为, 与帕金森病相比, 多系统萎缩患者吞咽困难出现的更早。Sulena 等^[9]研究表明, 多系统萎缩吞咽困难多发生在 (22 ± 8.2) 个月。

中医学根据多系统萎缩临床症状多将其归为“暗痹”“眩暈”“骨摇”“颤证”等范畴。《景岳全书·厥逆》云“暗, 声不能出也。俳, 肢体偏废也”, 可见暗痹以言语障碍、肢体活动障碍为主症。本案患者可见吞咽困难、言语不利、四肢活动不利等症, 故诊为暗痹。《素问·脉解篇》云: “内夺而厥, 则为暗俳, 此肾虚也, 少阴不至者厥也”, 王冰注“足少阴脉不通, 则血气不资于肾, 故厥为瘖俳也”^[10]。后世李中梓解释道“肾之脉出然谷, 循内踝上端及股, 故虚则足痿不能行。其直者挟舌本, 故虚则舌痿不能言”^[11], 可见该病是由于肾气虚, 失于温养所致。

本案患者久病肾虚, 不能促进脾的运化功能, 水谷精微运化不利, 则不能充养肾精, 脾肾两虚则可见双下肢沉重、无力, 纳差, 小便频, 脉细无力等症; 脾运化失司, 则聚湿生痰, 痰浊上泛蒙蔽清窍, 则清气不能上濡于脑, 清窍不利, 脑失所养则可见头晕, 视物模糊, 苔白腻等症; 足少阴肾经循喉咙, 挟舌本, 足太阴脾经挟咽, 连舌本, 散舌

下, 本经气虚则不能温养舌络, 可见言语不清等症; 多系统萎缩后吞咽困难以饮食不能入胃为主要表现, 生理情况下, 饮食自口经咽喉及食管入胃, 胃的和降功能正常则胃能容纳饮食而不拒之, 胃的和降功能失常则饮食不下, 而见饮水呛咳、吞咽困难等症。可见本案患者病位在肾, 与脾胃及脑相关, 涉及舌及咽喉功能障碍。

刘完素应用地黄饮子治疗暗痹, 立滋肾阴、补肾阳、开窍化痰之法, 认为暗痹为本虚标实, 以肾虚为本, 痰饮为标, 治疗当补虚为主, 标本兼治。本案患者因有吞咽困难等症, 故还应兼顾调节胃的和降功能。除此之外, 在吞咽过程中舌活动不利则食物不能经口入喉; 而食物在经过咽喉时出现呛咳症状, 可见舌及咽喉功能失调是导致吞咽困难的原因, 故治疗亦需注意调节舌及咽喉的功能。

因足太阴脾经挟咽, 连舌本, 散舌下; 足少阴肾经循喉咙, 挟舌本; 足太阳膀胱经从巅入络脑, 故针刺选穴当以足少阴肾经、足太阴脾经、足太阳膀胱经、足阳明胃经为主, 选穴当以补虚、调气、化痰为原则。处方中以然谷、太溪、关元、气海培补肾精, 补肾气, 滋肾阴; 血海、足三里、三阴交补气滋阴养血; 阴陵泉、丰隆行气化痰; 翳风、金津、玉液点刺能疏通舌及咽喉部经气, 调节其功能; 调节舌及咽喉功能。《针灸大成》云“廉泉主舌下肿难言, 舌根缩急不食, 舌纵涎出”^[12], 其为任脉与阴维脉的交会穴, 任脉循于喉咙, 六阴经经气受阴维脉调节而利, 刺之可利咽喉, 疏舌缓滞。《类经图翼》云“风池治中风不语, 汤水不能入口”^[13], 其属胆经, 为治风之要穴, 与循喉咙的足厥阴肝经互为表里, 故可调和气血, 而利咽喉。软腭、咽后壁点刺旨在改善舌及咽部功能。

另外, Eduardo 等^[14]通过对多系统萎缩患者的尸体解剖发现, 其疑核的腹外侧区神经元明显减少, 可能代表吞咽相关的运动神经元的减少, 导致吞咽相关神经核团的功能障碍, 使整个吞咽过程延迟。针刺治疗多系统萎缩吞咽困难, 可以从两个层面达到治疗目的。其一, 选穴中廉泉、金津、玉液及软腭、咽后壁位于喉上神经分布区; 攒竹、印堂、水沟、迎香、四白、风池为三叉神经分布区; 翳风深刺, 因其针刺是向喉结方向进针, 深刺至咽后壁, 故其主要影响喉上神经及三叉神经, 行针时感觉冲动传入三叉神经感觉核、孤束核, 经由脑干“吞咽中心”及核上神经核团集中处理^[15], 从而达到调节吞咽运动的目的。其二, Ootani 等^[16]认为, 咽黏膜及喉黏膜外周感觉输入是引起吞咽的关键,

神经冲动通过喉上神经和舌咽神经传入脑干。Kojiro 等^[7]发现,刺激双侧喉上神经的内支可以诱发吞咽活动,可见喉上神经内支支配区可能存在诱发吞咽活动的感受器。喉上神经内支由迷走神经分支而来,其穿甲状舌骨膜入喉,分布于舌根部(金津、玉液、廉泉)、梨状隐窝和声门裂以上的喉黏膜(软腭、咽后壁点刺、翳风深刺)。针刺金津、玉液,翳风深刺及软腭、咽后壁点刺可以增加口腔黏膜、咽部、喉部感受器的敏感性,使其在吞咽过程中更容易被激活而诱发吞咽活动,从而达到治疗的目的。

多系统萎缩后吞咽困难严重影响患者的生存质量且易导致其他并发症,目前尚无有效治疗方法,本案采用针刺治疗,效果显著,可为临床治疗提供借鉴经验。

参考文献

- [1] BERG K, WOOD-DAUPHINEE SL, WILLIAMS JI, et al. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument [J]. Physiother Can, 1989, 41(6): 304-311.
- [2] 洼田俊夫, 三岛博信, 花田实, 等. 脑血管障害における麻痺性咽下障害: 筛查試験及其临床应用 [J]. 総合リハ, 1982, 10: 271-276.
- [3] GOSMAN-HEDSTRÖM G, SVENSSON E. Parallel reliability of the functional independence measure and the Barthel ADL index [J]. Disabil Rehabil, 2000, 22(16): 702-715.
- [4] 贾建平, 陈生弟, 崔丽英, 等. 神经病学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 229-233.
- [5] GILMAN S, WENNING GK, LOW PA, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy [J]. Neurology, 2008, 71(9): 670-676.
- [6] LANDIS DM, ROSENBERG RN, LANDIS SC, et al. Olivopontocerebellar degeneration: clinical and ultrastructural abnormalities [J]. Arch Neurol, 1974, 31(5): 295-307.
- [7] MULLER J, WENNING GK, VERNY M, et al. Progression of dysarthria and dysphagia in postmortem confirmed parkinsonian disorders [J]. Arch Neurol, 2001, 58(2): 259-264.
- [8] KALF J, DE SWART B, BLOEM B, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis [J]. Parkinsonism Relat D, 2012, 18(4): 311-315.
- [9] SULENA, DIPTI G, ANJANI KS, et al. Clinical profile of dysphagia in patients with Parkinson's disease progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy [J]. J Assoc Physicians India, 2017, 65(8): 32-35.
- [10] 杨上善. 黄帝内经太素 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 42.
- [11] 李中梓. 李中梓百科全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 744.
- [12] 杨继洲. 针灸大成校释 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984: 965.
- [13] 张景岳. 类经图翼 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 272.
- [14] EDUARDO E, ANN M, JOSEPH Y. Preservation of branchiomotor neurons of the nucleus ambiguus in multiple system atrophy [J]. Neurology, 2003, 60(1): 115-117.
- [15] SHAHEEN H, QASIM A, JOHN C, et al. Cranial nerve modulation of human cortical swallowing motor pathways [J]. Am J Physiol, 1997, 272(4): G802-G808.
- [16] OOTANI J, UMEZAKI T, SHIN T, et al. Convergence of afferents from the SLN and GPN in cat medullary swallowing neurons [J]. Brain Res Bull, 1995, 37(4): 397-404.
- [17] KOJIRO TAKAHASHI, TOMIO SHINGAI C, ISAO SAITO B, et al. Facilitation of the swallowing reflex with bilateral afferent input from the superior laryngeal nerve [J]. Neurosci Lett, 2014, 562(6): 50-53.

(收稿日期: 2019-01-08; 修回日期: 2019-05-04)

编辑: 叶 晨

(上接第 2067 页)

应中医药事业发展的时代要求,是加快构建中国特色标准化、规范化医学人才培养体系的必然要求。

参考文献

- [1] 袁贵仁. 全面推进医教协同,加快构建中国特色标准化、规范化医学人才培养体系 [J]. 学位与研究生教育, 2015, 34(1): 7-8.
- [2] 许冬武, 陈迎红. 医教协同理念下医学教学基地的建设与思考 [J]. 中国高教研究, 2016, 32(2): 87-91.
- [3] 雒保军, 史伟, 李轶, 等. 卓越医生教育与中国医学教育发展的再定向 [J]. 医学与哲学, 2016, 37(7): 74-78.
- [4] 李涛, 李勇. 国医大师成人经验分析及对卓越中医人才培养的启示 [J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(10): 777-778.
- [5] 中华人民共和国国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药法 [EB/OL]. (2016-12-26) [2019-03-20]. <http://fjs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2018-03-24/2249.htm>.
- [6] 中华人民共和国教育部. 关于加快建设高水平本科教育全面提高人才培养能力的意见 [EB/OL]. (2018-10-08) [2019-03-20]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/s7056/201810/t20181017_351887.html.

(收稿日期: 2018-12-27; 修回日期: 2019-03-01)

编辑: 崔京艳