

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.23.024

病例报告

补益肝肾、柔筋熄风法治疗交感反应性肌张力障碍 1 例

刘福贵^{*}, 王伟民², 王松岭²

(1. 河南中医药大学第二临床医学院, 河南省郑州市郑东新区龙子湖高校园区, 450002; 2. 河南省中医院)

摘要 介绍 1 例中医药治疗交感反应性肌张力障碍病案。交感反应性肌张力障碍属于中医学“瘰疬”范畴, 本案患者辨证为肝肾不足, 内风时动, 筋脉失养, 扰神阻脉, 在予以补益肝肾、柔筋熄风治疗的基础上, 配合西药卡马西平片和美多巴片口服, 经治疗患者病情好转。

关键词 交感反应性肌张力障碍; 瘰疬; 补益肝肾; 柔筋熄风

肌张力障碍是主动肌与拮抗肌收缩不协调或过度收缩引起的以肌张力异常的动作和姿势为特征的运动障碍综合征, 具有不自主性和持续性的特点^[1]。临床上以多巴反应性肌张力障碍较为多见, 晨重暮轻的交感反应性肌张力障碍少见。我们运用中医药辨治 1 例交感反应性肌张力障碍患者, 现报道如下。

1 病历介绍

患者, 男, 17 岁, 2015 年 6 月 13 日初诊。主诉: 进行性肢体僵硬伴行走困难 10 个月。10 个月前患者无明显诱因出现行走时右腿向外上方抬, 踝关节轻度内翻, 足尖着地, 症状逐渐加重, 随之出现行走时腹部前挺, 腰板僵直, 行走不稳, 肢体抽动, 不能平卧。多于晨起后发作, 早饭后加重, 夜眠正常。既往体健, 无家族遗传病病史。

2015 年 2 月头颅 MRI 示: 未见明显异常; 铜蓝蛋白 190 mg/L。诊断为肝豆状核变性, 给予青霉胺口服无效。2015 年 4 月诊为原发性肌张力障碍, 给予美多巴、巴氯芬、氯硝西泮口服治疗, 并给予肉毒素治疗, 效果不佳。2015 年 6 月 10 日给予营养神经类药物及康复治疗等 (具体用药不详), 后病情有所改善, 但患者仍走路不稳, 行走时腹部前挺, 腰板僵直, 踝关节内翻, 足尖着地, 肢体持续抽动, 不能平卧, 生活不能自理。刻诊: 体温: 36.3℃, 心率: 72 次/min, 血压: 90/60 mmHg。

查体: 四肢畸形, 关节活动度差, 肢体活动不协调, 双侧肢体肌力 4⁺ 级, 肌张力增高, 双侧桡骨骨膜反射 (++++), 右侧踝阵挛 (+), 四肢深浅感觉不配合, 霍夫曼征 (+), 病理征未引出, 闭目难立征 (+), 指鼻试验不准, 跟膝胫试验不能完成, 快速轮替动作笨拙。卧位时腰部上抬不贴床面, 下肢紧贴床面, 双侧踝关节轻度内翻, 行走时挺腰凸腹, 足尖着地, 舌淡红、苔薄白, 脉细数。西医诊断: 交感反应性肌张力障碍; 中医诊断: 瘰疬, 辨证为肝肾不足, 内风时动, 筋脉失养, 扰神阻脉。治以补益肝肾, 柔筋熄风通络。处方: 当归 15 g, 炒白芍 12 g, 生地黄 12 g, 川芎 6 g, 鸡血藤 30 g, 巴戟天 10 g, 菟丝子 20 g, 木瓜 12 g, 牛膝 30 g, 桑枝 30 g, 天麻 15 g, 钩藤 12 g, 僵蚕 30 g, 全蝎 8 g, 蜈蚣 1 条, 甘草 6 g。14 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 分早晚两次口服。同时给予美多巴片口服, 每次 62.5 mg, 每日 4 次; 普拉克索片每次 0.25 mg, 每日 1 次。2015 年 6 月 23 日患者诉肢体抽动症状加重, 停用普拉克索片, 加用卡马西平片, 每日 4 次, 每次 50 mg。嘱其中药继服, 西药卡马西平片和美多巴片同步服用。

2015 年 7 月 6 日二诊: 患者肢体僵直、行走不稳好转, 平卧时腰板抬高床面的高度减低。同时患者自诉全身肢体肌肉尤其是四肢酸痛, 考虑患者是长期肢体抽动, 导致肌肉损伤。守上方去生地黄、菟丝子、桑枝、甘草, 加炮山甲 6 g, 土鳖虫 8 g, 桂枝 6 g, 葛根 30 g。7 剂, 水煎服, 每日 1

* 通讯作者: 1358606679@qq.com, 13674960176

剂,早晚分服。同时嘱其停用西药。

2015 年 7 月 13 日三诊:患者行走不稳明显好转,肢体不自主持续抽动的幅度明显减小,肌肉酸痛改善,肢体僵直改善,卧位时腰部上抬的高度减低。观其舌脉同前,遂给予二诊方继服,同时给予自制丸药(白芍 180 g,三七 120 g,山萸肉 180 g,川芎 60 g,鸡血藤 180 g,天麻 180 g,钩藤 120 g,巴戟天 120 g,续断 120 g,僵蚕 180 g,全蝎 120 g,蜈蚣 10 条,白花蛇 3 g,西洋参 120 g,龟甲 90 g,甘草 50 g 粉碎,制为浓缩水丸,每次 6 g,每日 3 次)三餐时以面汤送服。随访至 2016 年 4 月,患者自诉未再复查任何项目,症状明显改善,日益向愈。

2 讨论

肌张力障碍是以肌张力异常的动作和姿势为特征的具有不自主性和持续性的运动障碍综合征,其发病率仅次于帕金森病^[1]。西医根据不同的分类标准将其分为原发性、继发性、局限性、节段性、偏身性和全身性,类型不同,临床表现也各异。目前西医对该病的症状控制尚无特效方法,针对病因对症治疗是最常用的方法。该病的病程长,可持续数十年,约 1/3 的患者可能致残,儿童起病者症状多严重^[2]。

中医文献对此病的描述首见于《黄帝内经》,《灵枢·热病》曰“热病数惊,瘈瘲而狂”。其临床表现正如《伤寒明理论》对瘈瘲的描述一样:“瘈者筋脉急也,瘲者筋脉缓也。急者则引而缩,缓者则纵而伸。或缩或伸,动而不止者,名曰瘈瘲”。该病当属中医学“瘈瘲”范畴,历代医家通过对临床实践经验的总结把瘈瘲的病因病机归为时邪内郁,化热化火;或湿热壅滞,郁久化火,火热引动肝风,经筋功能失常;或因脾虚湿盛,炼液成痰,上蒙清窍;或脾胃素虚、气血不足。根据其病因病机的不同分别采取清热泻火、柔肝熄风、健脾除湿等法对症治疗。冯伟等^[3]认为,肝、脾、肾亏虚是发病的根本,内风、外风为发病关键,痰浊、瘀血共酿病理产物,邪毒亦是本病发生不可忽视的一部分。李作伟等^[4]认为,肝肾阴虚、水不涵木是肌张力增高最为关键的因素。我们认为,此病之本在于肝肾不足,气阴亏虚,内风引动。

本病案患者为 17 岁少年,形体消瘦,舌淡红、苔薄白,脉细数。辨其为肝肾不足,气阴亏虚,筋脉肌窍失养,内风时动,扰神阻脉而致肢体不自主的抽动。遵循实者泻之、虚者补之的原则,处以补

益肝肾、养血柔筋、熄风通络之法。方中生地黄、巴戟天、菟丝子、牛膝补益肝肾“治风先治血,血行风自灭”,当归、炒白芍、鸡血藤补血调血,柔肝熄风通经;川芎为血中之气药,气中之血药,补气调血,祛风止痛,活血化瘀,引药下行;木瓜舒筋活络,和胃化湿;桑枝善治上肢痹证,《本草图经》谓其可“疗遍体风痒干燥,脚气风气,四肢拘挛,上气,眼晕,肺气嗽,消食;利小便,兼疗口干”,本方用其祛风湿,利关节;天麻、钩藤平肝潜阳,僵蚕、全蝎、蜈蚣皆为虫类药,性善走窜,性动峻猛,有搜风、活血通络之用;甘草和中缓急,调和诸药。诸药合用,补泻同施,虚实兼顾,共奏补益肝肾、柔筋通络之功。由于美多巴片、普拉克索片、卡马西平片对肌张力障碍有效,故配合使用以期增进疗效,缩短病程。二诊时患者肢体僵直好转,行走不稳好转,平卧时腰板抬高床面的高度减低,肢体肌肉酸痛。考虑到肌肉酸痛是因长期身体僵硬,持续抽动,肌张力过高所致,故去生地黄、菟丝子、桑枝、甘草,加炮山甲活血化瘀消癥;土鳖虫破血逐瘀,续筋接骨,可增强方中活血祛瘀作用;同时给予桂枝、葛根,以加大舒筋通络、缓解颈项强痛之力。考虑到患者病情相对好转以及西药的副作用,给予停用西药。三诊时患者病情明显好转,给予二诊方药继服,同时配合服用自制补益肝肾、柔筋熄风、活血通络之丸药,以尽快达到诸症尽除之目的。

本案采取病证结合,准确辨证,从法立方,以方遣药,立足于肝肾不足,补益肝肾,治本的同时不忘顾标,故方中用补益肝肾和祛风通络、柔筋活血之品,循法处方,随证施治。

参考文献

- [1] 贾建平,崔丽英,王伟,等. 神经病学 [M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2008:286-287.
- [2] 赵迎春,王晓平. 肌张力障碍治疗研究进展 [J]. 世界临床药物,2011,32(7):425-428.
- [3] 吴江,贾建平,崔丽英,等. 神经病学 [M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:275-278.
- [4] 冯伟,董梦久. 肌张力障碍病因病机浅析 [J]. 河南中医,2013,33(1):17-18.
- [5] 李作伟,李平,王珩,等. 中医对中风后肌张力障碍的认识 [J]. 中国药物经济学,2014,5(3):254-255.

(收稿日期:2015-09-02;修回日期:2016-06-27)

编辑:侯建春