

中医药治疗多系统萎缩的研究概况*

马心锋 王共强 林康

(安徽中医药大学神经病学研究所附属医院 合肥 230061)

关键词:多系统萎缩;中医病名;病因病机;辨证分型;方药治疗

中图分类号:R714.05

文献标识码:A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.078

多系统萎缩(Multiple System Atrophy, MSA)是一种散发的、成年期发病的神经系统变性疾病。Graham 和 Oppenheimer 两位学者在 1969 年第一次提出 MSA 的概念^[1]。MSA 目前病因尚不清楚,其发病机制可能与高度磷酸化的 α - 突触核蛋白在脑组织内广泛分布,造成神经元变性死亡有关。病理学特征是在神经胶质细胞胞质内发现嗜酸性包涵体。国外流行病学调查显示,50 岁以上人群中 MSA 的年发病率约为 3/10 万,国内尚无完整的流行病学资料^[2]。本病缓慢起病,为渐进性病程,临床表现为起立后头晕、膀胱直肠功能障碍等不同程度的自主神经功能障碍,同时伴有肌僵直、运动迟缓等帕金森综合征样症状,或吟诗样语言、步态不稳等小脑共济失调症状,或锥体束征等。因为病程中上述几个系统先后受累时间不同,临床表现各不相同。但是随着疾病进展,最终出现这几个系统全部受累的病理和临床表现。由于 MSA 的临床表现复杂多样,首诊误诊率高,再加上该病病程进展较快,目前西医尚无特异性治疗手段,以对症治疗为主,因此预后较差^[3-4]。宫殿荣等^[5]报道 10 例移植脐血单个核细胞治疗 MSA 取得满意疗效,患者症状和体征均好转。目前常见的治疗方案如改良“鸡尾酒”疗法,在原有“鸡尾酒”疗法中,加入丁苯酞注射液联合治疗,能改善 MSA 患者的部分临床症状,但远期效果不确定^[6]。也有报道单纯丁苯酞注射液可有效治疗 MSA^[7]。柳竹等^[8]研究发现,临床表现有帕金森综合征样症状的 MSA 患者,给予左旋多巴治疗震颤改善有效,但总体改善率未超过 30%,并且要权衡左旋多巴的副作用。MSA 的辅助治疗如高压氧治疗^[9],以及改善低血压的对症治疗^[10]等,可能也有一定疗效。但总的来说,这些治疗方法可能对一部分症状改善有效,但对延缓疾病进展等均无确切效果。近年来,随着对 MSA 的认识逐渐深入,中医药在治疗 MSA 过程中,尤其在改善患者某些症状方面取得了一些经验,发挥了中医药治疗的特色,体现了中医药治疗的价值。本文现就 MSA 的中医病名、病因病机、辨证分

型及中医方药治疗等几个方面进行了综述。现综述如下:

1 中医病名

关于 MSA,中医学无明确记载。该病表现复杂多样,所以中医命名也不尽相同。根据 MSA 不同的临床表现,分别归属为“颤证眩晕、骨痿、虚劳、暗瘵”等不同的中医学疾病范畴^[11]。目前西医临床上将 MSA 分为两种类型^[12]:以帕金森综合征样症状为主要表现的 MSA-P 型(MSA Parkinsonism Variant, MSA-P)和以小脑共济失调症状为主要表现的 MSA-C 型(MSA Cerebellar Variant, MSA-C)。中医学中,把以运动迟缓、肢体震颤、肌僵直为主要表现的 MSA-P 型,多归属“颤证”范畴^[13]。《医学纲目·颤振》曰:“颤,摇也;振,动也”,阐述了颤振以肢体不自主颤动为主病症。以步态不稳、左右摇晃等共济失调症状为主要表现的 MSA-C 型,医家多将其归属“骨痿”范畴^[14]。《灵枢·根结篇》曰:“骨痿者,节缓而不收也,所谓骨痿者摇故也。”以直立性低血压、起立后头晕等自主神经功能障碍为主要表现者,多属于“眩晕”^[15]。何壁等^[16]总结胡浩宇治疗经验认为,该病主要因先天禀赋不足,脾肾亏损,可以“痿证”论治。另外,尚有根据言语不清,将患者归类为“暗瘵”者^[17]。柏久莲等^[18]认为由于 MSA 患者自主神经功能障碍表现多样,除头晕外,还可表现小便失禁、便秘、阳痿等多种自主神经功能障碍,可根据患者病程中上述症状出现的情况,以“遗尿、癃闭、便秘、阳痿”等病进行疾病归属及辨证论治。至疾病晚期,患者长期卧床,消瘦,可根据“虚劳”辨证。综上研究文献发现,目前针对 MSA 中医学病名归属,多数医家依据 MSA 临床表现,以“颤证、骨痿、眩晕”等为病名论证施治。

2 病因病机

何壁等^[16]总结胡浩宇治疗多 MSA 的经验后指出,该病与先天禀赋不足或后天旧病劳损、七情内伤有关。胡常达等^[19]认为,本病的发生责之于肝肾亏虚,肾气虚,阴阳脉衰而致筋骨解堕。肾为先天之本,肾虚可累及五脏六腑。肝肾同源,肝肾阴虚,筋脉失

* 基金项目:安徽中医药大学临床科研基金项目(编号:2018SYLCY04)

于濡养可致痉挛。阴虚风动可致震颤,虚火生风,风阳上亢可致头晕。柏久莲等^[18]认为该病的病机关键是肝肾下焦亏虚。肝肾亏虚,肾虚而脑髓不充,肝虚而筋骨不强。有学者认为,除有肝脾亏虚、肾精不足等原因之外,阳虚气陷,元神失养,痰浊、瘀血痹阻脑络均可导致该病^[20]。该病以五脏亏虚为本,气血津液运行不畅,则易生痰、瘀,痰浊、瘀血又会损伤正气,形成虚实夹杂的证候。张沛然等^[21]也认为,痰浊为 MSA 的常见致病因素,肝脾肾亏虚为 MSA 的根本病机,并指出 MSA 病程中,可以出现阴阳两虚、痰瘀阻滞等虚实夹杂之表现。田文杨等^[22]通过对 40 例 MSA 患者的治疗分析指出,患者以肾虚为主,兼有痰瘀。肾阳气不足不能推动津液运行,则津液聚而为痰。肾气虚益甚,加上痰湿日久,血液运行不畅而化瘀,导致病理产物聚积而髓伤。由此总结出该病以肾阳虚髓伤为根本病机。王粟实等^[23]在分析 167 例 MSA 患者证素频次分布基础上发现前 5 位证素分别为痰湿、血瘀、肾虚、肾阳虚、肾阴虚。因阳气虚,无力推动血及津液运行,因此导致血瘀及痰湿,由此提出,MSA 核心病机为肾阳虚,根本病机为气虚,单纯虚症或者实证少见,多虚实夹杂。黄小容等^[24]总结周绍华教授治疗经验提出,该病多因患者年老体弱、正气不足、真元之气耗伤过度所致,病情进展较重时,甚至真脏亏虚。综上分析,本病病因多为先天禀赋不足,复感外邪,导致五脏亏虚,以肾阳虚为本,亦可表现出肝肾阴虚、肝脾肾亏虚等。阳虚不能温煦,不能推动气血运行,进而导致痰湿、血瘀,痰浊、瘀血又会损伤正气,进一步导致肾脏亏虚,此为该病的病机。

3 辨证分型

由于 MSA 的临床表现复杂多样,中医药学者对该病病机及证候分型未达成统一认识^[25]。杨艳平等^[26]把 25 例患者按照阴阳辨证,分为阳虚证 13 例、阴虚证 12 例。通过分析认为,阳虚组平均病程短于阴虚组,在疾病的不同阶段,证候特点发生以阳虚为主向阴虚为主的转化。张沛然等^[21]对 211 例 MSA 患者进行中医临床辨证和系统聚类,将 MSA 的中医基本证型归纳为三大类:痰浊(热)内阻证 63 例(29.9%),肝脾肾亏虚证 111 例(52.6%),阴阳两虚、痰瘀互阻证 37 例(17.5%),并通过聚类分析证实了肝脾肾亏虚证是 MSA 的主要证型。在后续研究中,该作者^[27]对 64 例 MSA 患者随访发现,中医证型为实证者 16 例,虚证 34 例,虚实夹杂 14 例。实证者以痰浊为主,虚证以肝脾肾亏虚为主。刘洁等^[28]对

15 例 MSA 患者分别辨证为中气不足、肝肾阴虚、心脾两虚等证型,给予中药治疗后症状缓解。陆佳宁等^[29]基于肾脑相济理论,将 MSA 分列为肾元亏虚、湿热浸淫、阴虚内热及肾阳虚衰等主要证型,并从理论上对这些证型做了解释,据此提出了补肾生髓的治疗方法。从上述医家的研究发现,对于 MSA 辨证分型,以虚证为主,实证少见。虚证多责之于肾虚,或肝脾肾亏虚等,肾虚尤其以肾阳虚为主;实证以痰浊、血瘀多见。

4 中医药治疗

4.1 中药治疗 王文刚等^[11]认为,MSA 以肝肾亏虚为主,治疗上以滋补肝肾之法为用,往往取得很好的效果。另指出可根据辨证选择温补脾肾、补益气血、补中益气活血等治疗方法,也可获得满意疗效。滋补肝肾之法以左归丸为主,温补脾肾可选地黄饮子,补阳益气可选择补中益气汤等。邹建鹏等^[30]总结毕鸿雁治疗 MSA 经验指出,MSA 患者治疗应兼顾扶正和祛邪。以基础方达原饮辟秽化浊,在此基础上,根据患者不同证候,配以生脉散、平胃散、麻子仁丸等。田文杨等^[22]采用温肾健脑方(肉桂 5~10 g、附子 5~10 g、熟地黄 15~30 g、五味子 10~15 g、巴戟天 10~15 g、山茱萸 10~15 g、生黄芪 15~30 g、褚实子 10~20 g、鹿角片 10~15 g、牛膝 10~20 g)治疗 40 例 MSA 患者 3 个月后评估发现,温肾健脑方可改善 MSA 患者的非运动症状,可有效延缓 MSA 病情进展。张沛然等^[31]拟益髓汤作为基础方(红参、黄芪、鹿角胶、熟地黄、熟附片、肉桂、枸杞、当归、麦冬、肉苁蓉、火麻仁、山萸肉、仙鹤草、陈皮)治疗 MSA,可明显改善患者头晕、晕厥、二便障碍等自主神经功能障碍。荆尚文等^[32]在对 1 例老年气血亏虚 MSA 患者的治疗中,给予八珍汤加减治疗 1 月余,随访有好转趋势。周世雄等^[33]总结雒晓东治疗 MSA 经验认为,治疗的核心是补气升阳,最常用的是补中益气汤。由上述医家治疗方案来看,MSA 患者多可从肾虚入手,以益肾填精为根本方法,兼顾健脾以健后天补先天,在此基础上根据具体情况随症加减。

4.2 针灸治疗 姜婧^[34]采取针药结合的方式,对 1 例中医诊断为痿证、以小脑共济失调为主要表现的 MSA 患者进行治疗,依据“治痿独取阳明”理论,针灸取穴百会、风府、足三里等取得满意疗效。张滨佳等^[35]认为,醒脑开窍针法可有效改善 MSA 患者临床症状。临床可选取内关、百会、四神聪、气海、关元等穴位开窍调神、温元固肾。齐晓环等^[36]对 1 例中医诊断为暗痲、以吞咽困难为主要表现的 MSA 患者进

行针灸治疗 1 个月, 效果显著。综上分析, 针对不同类型的 MSA 患者, 在辨证的基础上给予针灸等治疗, 部分患者可取得较好疗效。

5 讨论

随着医学检验手段的提升和改进, MSA 的发病率在逐年上升, 引起了越来越多临床医生的重视。上文中各位医家的研究表明, 中医药在治疗 MSA 过程中发挥了很大的作用。根据 MSA 临床表现, 在中医学将其归为“颤证痿证、暗瘵、骨繇、眩晕”等病, 均有相应的理论基础。MSA 病因病机虽然多样, 多数医家认为该病本虚标实, 以肾虚为本, 以痰浊、瘀血为实。据此观点, 在辨证分型上, 多以肝肾阴虚、脾肾阳虚、气血亏虚等虚证为主要证型, 亦有痰热内阻或痰瘀互阻等证型。在此基础上, 许多中医药专家根据温补脾肾、补益气血等理论, 采用中药、针灸或者针药结合等方法进行治疗, 部分患者取得了一定疗效。由于缺乏客观的中医药治疗疗效指标评定, 目前该病的中医研究尚在临床经验总结阶段。随着国内中医药学者对 MSA 的深入研究, 不久的将来, 中医药治疗 MSA 可能会形成更丰富的理论和更加有效的治疗方案, 可进一步改善 MSA 患者症状、提高患者生活质量。

参考文献

- [1]Graham JG,Oppenheimer DR.Orthostatic hypotension and nicotine sensitivity in a case of multiple system atrophy [J].J Neurol Neurosurg Psychiatry,1969,32(1):28-34.
- [2]贾建平,陈生弟.神经病学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2018.279.
- [3]张云,管昭锐,白雅,等.多系统萎缩临床特征、诊断时程影响因素及误诊原因分析[J].临床误诊误治,2019,32(5):17-23.
- [4]符蓉,庞伟冰.中西医结合治疗多系统萎缩 1 例报告[J].中西医结合研究,2020,12(4):282-283.
- [5]宫殿荣,于海燕,赵敏,等.寰枕间隙侧方穿刺移植脐血单个核细胞治疗多系统萎缩的临床观察[J].中华细胞与干细胞杂志(电子版),2016,6(2):115-120.
- [6]邱峰,刘建国,张海玲,等.改良“鸡尾酒”疗法对多系统萎缩的疗效观察[J].中华老年心脑血管病杂志,2014,16(9):958-960.
- [7]赖娅莉.丁苯酞对神经系统变性病及遗传性疾病的疗效观察[J].中国实用医药,2018,13(11):127-129.
- [8]柳竹,冯涛,王雪梅,等.多系统萎缩帕金森型的震颤特征分析[J].中国康复理论与实践,2018,24(5):553-557.
- [9]梁作勇,李绪蕾.高压氧辅助治疗多系统萎缩的疗效与安全性[J].中外医疗,2018,37(1):78-82.
- [10]赵威,张之福,陈炜.多系统萎缩 C 型 12 例临床分析[J].疑难病杂志,2018,17(10):1164-1166.
- [11]王文刚,刘秀艳,杨环玮,等.名老中医李淑荣重用附子治疗多系统萎缩合并尿潴留 1 例[J].中医临床研究,2020,12(32):84-86.
- [12]唐北沙,陈生弟,中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,等.多系统萎缩诊断标准中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(10):1055-1060.
- [13]刘晶,张继福,符文彬.符文彬治疗 2 例多系统萎缩病例分析[J].中医药通报,2018,17(2):40-43.
- [14]叶福玲.中医综合疗法治疗小脑型多系统萎缩一例报告[J].环球中医药,2018,11(4):532-534.
- [15]杨海燕,刘彩芳.王新志应用温补脾肾法治疗多系统萎缩的经验总结[J].中国民间疗法,2018,26(8):12-13.
- [16]何壁,徐寅,段瑞娟,等.胡浩宇治疗多系统萎缩经验介绍[J].新中医,2019,51(9):333-335.
- [17]许玉珉,马云枝,沈晓明.补肾归元法论治多系统萎缩临证探微[J].中医临床研究,2015,7(1):70-71.
- [18]柏久莲,马天牧,汪永胜,等.从肝肾论治多系统萎缩验案一则[J].环球中医药,2019,12(8):1214-1216.
- [19]胡常达,王克先,陈佳丽,等.从肝肾论治多系统萎缩验案一则[J].中国乡村医药,2020,27(5):28.
- [20]田文杨,冉维正,张新宁,等.从脑髓-脑神-脑气角度认识多系统萎缩[J].中华中医药杂志,2020,35(12):6202-6205.
- [21]张沛然,郭改会,张子义,等.多系统萎缩中医证候分型及分布演变规律[J].中华中医药杂志,2014,29(11):3581-3583.
- [22]田文杨,冉维正,张新宁,等.温肾健脑方治疗多系统萎缩 40 例[J].环球中医药,2020,13(3):423-427.
- [23]王粟实,陈路,王垚,等.多系统萎缩患者的证候规律(167 例)[J].世界中医药,2017,12(11):2827-2834.
- [24]黄小容,司维,洪霞,等.周绍华教授益气温阳法治疗多系统萎缩经验[J].中医临床研究,2018,10(35):134-136.
- [25]杨旭,冯丽莎,崔伯鸾.多系统萎缩临床中证候分析及治疗体会[J].光明中医,2017,32(6):871-873.
- [26]杨艳平,赵赫,蔡青,等.基于阴阳辨证分析 MSA-C 型患者 VNG 及疾病变化特点[J].现代中医临床,2020,27(1):21-25.
- [27]张沛然,邹忆怀,顾卫红,等.多系统萎缩随访分析及其中医证型与生存期的相关性研究[J].中华中医药杂志,2018,33(3):1158-1160.
- [28]刘洁,王宝亮.多系统萎缩的中医证候分析及治疗[J].黔南民族医学学报,2019,32(4):238-240.
- [29]陆佳宁,张丽萍,冯秀珍,等.基于脑髓相济理论探析裘昌林教授辨治多系统萎缩的临证经验[J].浙江中医药大学学报,2019,43(1):14-18.
- [30]邹建鹏,毕鸿雁,彭伟.多系统萎缩临床辨析及康复治疗思路[J].现代中西医结合杂志,2019,28(12):1361-1364.
- [31]张沛然,郭改会,顾卫红,等.益髓汤为主的综合方案治疗多系统萎缩疗效分析[J].中国中药杂志,2014,39(15):2968-2971.
- [32]荆尚文,张林旭,康超茹,等.八珍汤加减治疗多系统萎缩验案 1 则[J].中国民间疗法,2020,28(4):77-78.
- [33]周世雄,郑春叶,雒晓东.雒晓东治疗多系统萎缩经验[J].中国基础医学杂志,2020,26(1):119-120.
- [34]姜婧.针药结合治疗多系统萎缩验案 1 则[J].天津中医药,2018,35(3):208-209.
- [35]张滨佳,杨铭.醒脑开窍针法配合芒针治疗多系统萎缩验案 1 则[J].湖南中医药,2019,35(7):94-95.
- [36]齐晓环,毛正芬,于涛.针刺治疗多系统萎缩吞咽困难 1 例[J].中医杂志,2019,60(23):2068-2070.

(收稿日期:2020-09-01)