

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.04.022

中西医结合治疗多系统萎缩 1 例报告

符 蓉 庞伟冰[△]

南方医科大学第五附属医院中医科, 广州 510900

关键词 多系统萎缩; 自主神经功能障碍; 帕金森综合征; 橄榄脑桥小脑萎缩

中图分类号 R741 **文献标识码** A

多系统萎缩(multiple system atrophy, MSA)是一组中老年发病、散发性的神经系统变性疾病,病变主要累及纹状体-黑质系统、橄榄-脑桥-小脑系统等,临床多表现为自主神经功能障碍、帕金森症状和小脑性共济失调症状等^[1]。本病治疗困难,笔者科室采用中西医结合治疗 MSA 患者 1 例,取得良好疗效,现将过程报告如下。

1 临床资料

胡某某,男,66 岁,因“四肢麻木感伴头晕 3 小时”于 2018 年 8 月 11 日收入本院中医科。患者于入院前 3 小时出现持续性手凉,伴恶风恶寒,双下肢尤甚,自觉钻风样冷痛,时值炎夏亦需盖被子,肢体运动迟缓,并逐渐出现四肢麻木感,步态失调,行走不稳进行性加重,小便后出现意识障碍,呼之尚知,不能应答,平躺后意识恢复,无抽搐,无大小便失禁,无头痛,无呕吐,无胸痛心悸,无发热,家人急送本院就诊,以“脑血管意外?”收住入院。患者起病以来,胃纳一般,大小便正常,睡眠可。否认高血压、糖尿病、心脏病病史;既往 1 个月前患者曾因“行走不稳、肢体无力”考虑帕金森病可能,给予多巴丝肼片(上海罗氏制药有限公司,国药准字 H10930198)口服,每次 1/2 片,3 次/d,症状无改善。

入院查体:体温 36.5℃,脉搏 81 次/分,呼吸 20 次/分,血压 134/81 mmHg;心肺腹部查体未见明显异常;面容呆板、表情淡漠、神清语利,双侧瞳孔等大等圆,直径约 3.0 mm,光反射灵敏,双侧鼻唇沟对称,舌居中;慌张步态,上肢肌力 5 级、下肢肌力 5 级,双下肢肌张力稍减低,四肢温度觉稍减;双侧指鼻试验(+),双侧跟-膝-胫试验(+),闭目难立征试验(+),双侧巴宾斯基征(+),无脑膜刺激征;自主神经检查

示皮温较低、皮肤干燥。辅助检查:卧位血压 160/110 mmHg,坐位血压 110/70 mmHg,立位血压 90/50 mmHg;头颅 MRI 示脑桥、小脑萎缩,壳核尾部低信号伴外侧缘裂隙状高信号(见图 1);自主神经功能测定:心脏副交感神经、四肢皮肤交感神经受损。

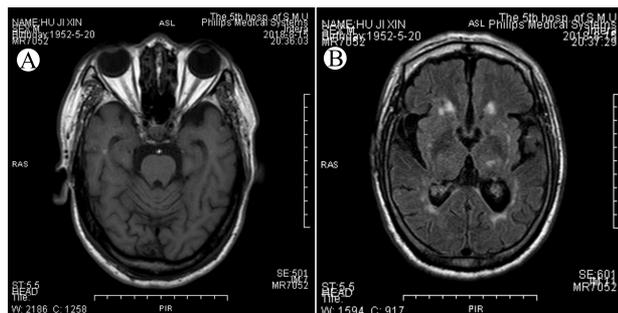


图 1 头颅 MRI 表现
A 为脑桥、小脑萎缩;B 为壳核尾部低信号伴外侧缘裂隙状高信号(裂隙征)

图 1 头颅 MRI 表现

西医诊断:多系统萎缩(MSA)。中医诊断:痿病,肝肾亏损证。西药予以注射用奥拉西坦(石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20100040,4 g,稀释后静脉滴注,1 次/d)、谷维素片(天津太平洋制药有限公司,国药准字 H12020296,10 mg,口服,3 次/d)、丹参川芎嗪注射液(贵州拜特制药有限公司,国药准字 H52020959,10 mL,稀释后静脉滴注,1 次/d)、阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,国药准字 H20051407,20 mg,口服,1 次/d)进行营养神经、改善循环、调脂等治疗。中药予以地黄饮子加减治疗,具体方药如下:熟地黄 15 g,山茱萸 12 g,肉苁蓉 12 g,杜仲 12 g,巴戟天 12 g,附子 6 g,肉桂 6 g,黄芪 15 g,石菖蒲 12 g,远志 10 g,茯苓 15 g,天麻 10 g,全蝎 10 g,僵蚕 10 g,生姜 6 g,大枣 10 g。共 10 剂,1 剂/d,水煎取汁,早晚分服。

2 讨论

本病病因尚不明确,病程进展较快,预后较差,目

[△]通信作者,Corresponding author,E-mail:qiuqiu8666@163.com

前西医尚无特异性治疗手段,以对症治疗为主。病理学研究证实,MSA 患者的神经胶质细胞胞质内可见嗜酸性包涵体,以 α -突触核蛋白为主要成分,其他病理学特征还有神经元丢失和胶质细胞增生。MSA 的诊断以病理诊断为“金标准”,目前临床诊断主要依据临床表现、辅助检查进行综合判断,需要与特发性晚发性小脑共济失调及帕金森病等相鉴别^[2]。

本例患者成年发病,进行性发展;体位性低血压、四肢麻木、眩晕症状考虑为自主神经功能障碍;面容呆板、表情淡漠、运动迟缓、慌张步态符合帕金森症状,而且多巴丝肼片反应不良;双侧跟-膝-胫试验阳性、闭目难立征试验阳性符合小脑性共济失调症状;伴有双侧巴宾斯基征阳性;以上临床表现结合头颅 MRI 表现为小脑、脑桥萎缩, T₂ 加权像脑桥十字形增高影(十字征)、壳核尾部低信号伴外侧缘裂隙状高信号^[3],可以诊断为 MSA。MSA 症状复杂,如对该病认识不足,只注意患者部分表现,未能分析总结全部症状、体征,极易导致误诊。本例患者以四肢麻木、怕冷为主诉,易被误认为是感觉神经功能障碍或心理障碍,导致诊治方向错误。可见,对所有症状、体征按系统归类是 MSA 诊断过程中的一个难点。西医治疗方面,以改善循环、营养神经、改善自主神经功能等治疗为主,同时稳定斑块、改善血脂水平,以期改善患者脑部循环、缓解临床症状。

根据本病临床表现,可归属为中医学“眩晕”、“虚劳”、“痿病”等范畴,多见于重症或年老者,属本虚标实之证。本例患者四肢麻木为肝肾亏虚、四肢经脉失于濡养所致,怕冷、恶风为阳气不足,步态异常属肝风内动,舌质淡嫩、苔薄白滑、脉沉弱为肝肾不足之征象。四诊合参,证型属肝肾亏损、阳虚风动,治以补肝肾、温肾阳、熄肝风为法,方以地黄饮子加减,方中巴戟天、肉苁蓉、熟地黄、山茱萸为君药,前两味可温壮肾阳,后两味可滋补肾阴;配伍辛热之肉桂、附子,以助摄纳浮阳、温养下元、引火归原;远志、石菖蒲可交

通上下而辟邪通窍,茯苓化痰祛湿,三药合用可化痰通窍、交通心肾,共为佐药;僵蚕、全蝎、天麻可通络散寒;大枣、生姜和中调药,功兼佐使。本方配伍特点有三:一是上下兼治,标本并图,尤以治下治本为主;二是补中有敛,开中有合,而成补通开合之剂;三是滋而不膩,温而不燥,乃成平补肾阴肾阳之方^[4]。本例患者经治疗 2 周后顺利出院,考虑原因为 MSA 的发生与肾气亏虚关系密切,MSA 虽病位在脑,多因肾气亏虚所致,为本虚标实之证,因此补肾为该病治疗之基础。陆佳宁等^[5]在临床中亦发现,在常规西药治疗基础上,临证以补肾生髓为治本治法,兼以升压定眩、化痰通络,可显著改善临床症状,治疗本病疗效显著,对 MSA 患者实施中西医结合治疗具有积极意义。

综上所述,在临床工作中,应充分掌握 MSA 的临床特点,有利于早期诊断 MSA 患者,以期减少误诊和漏诊;中西医结合治疗有利于 MSA 患者改善临床症状,延缓病程进展,具有不错的临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2018:279-284.
- [2] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会帕金森病及运动障碍专业委员会. 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.
- [3] Seppi K, Schocke MF, Wenning GK, et al. How to diagnose MSA early: the role of magnetic resonance imaging [J]. *J Neural Transm (Vienna)*, 2005, 112 (12): 1625-1634.
- [4] 牛非,田财军. 多系统萎缩中医治疗进展[J]. 湖南中医杂志,2017,33(10):189-190.
- [5] 陆佳宁,张丽萍,冯秀珍,等. 基于肾脑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.

(收稿日期:2020-06-15)