

药创制”科技专项。研究表明,冠心消斑胶囊不仅能明显缩小血管内已形成的斑块面积、延缓动脉粥样斑块硬化的进展、抑制环氧化酶、阻断血小板二磷酸腺苷的受体、抑制血小板因子的黏附和聚集,还能减少氧自由基的生成、抑制脂质蛋白过氧化,从某种程度上能改变血管和血液的流变性、调节血脂、减轻和延缓冠心病的发生及发展^[3]。该方由虎杖、大黄、黄芪、当归、丹参等药物组成,具有益气活血、化痰散结之功。方中虎杖为君药,具有活血化瘀、祛痰散结之功效,现代药理实验证明,虎杖所含虎杖苷具有改善心肌损伤、改善血管内皮功能障碍、抑制血小板聚集、抗氧化、抗休克、抗肺动脉高压、降血脂以及抗血栓形成等作用^[4];大黄为臣药,其有效成分蒽醌、儿茶素能改善血流变性,使血液黏稠度降低,有效改善微循环,降低血液中的三酰甘油、胆固醇、过氧化脂质^[5];佐以黄芪和当归益气养血,且有研究表明,二药及其提取物能有效清除氧自由基,改善冠脉血管内皮功能,抗动脉粥样硬化^[6-7];丹参为引经药,其有效成分丹参酮能有效扩张冠脉,增加冠脉血流,保护血管内皮细胞,营养心肌^[8]。诸药合用,共奏益气活血、消痰散结之功效。

本案系冠脉3支病变的患者,久病伤正,脏腑亏虚,痰浊内生,郁久化热;痰浊为有形之邪,易阻气机,阻于脉道,致血运不畅,痰瘀互结,痹阻心脉,发为冠心病。一诊时,患者自觉胸闷、胸痛不适,伴有气促,爬坡及爬楼梯时加重,偶有心慌,舌暗红、苔薄黄,脉沉。辨证为气虚痰浊,瘀阻心脉。方拟柴陷丹参饮加减配合冠心消斑胶囊以补气化痰、活血通络,益气活血、化痰散结。程教授以汤、丸结合,故治疗上以益气活血、化痰散结为主要治法,意在快速缓解症状,待患者病情稳定后,告知患者坚持服用冠心消斑胶囊1年半至2年,服药3个月即可复查双侧颈动脉彩超,以评估患者病情变化。因该患者不愿服用中药汤剂,故纯以冠心消斑胶囊口服以缓图。15个月后复查冠脉造影显示,前降支D1段前局限性狭窄由90%降为<25%,回旋支中段狭窄由60%降为<25%,右冠脉中段狭窄由70%降为<25%。本案患者经冠心消斑胶囊长达15个月的治疗,由于程教授辨证准确、法中肯綮,故而疗效确切。

参考文献

- [1] 陈灏珠,钟南山,陆再英. 内科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013:227.
- [2] 马维军. 中西医结合治疗冠心病的新进展[J]. 临床医学研究与实践,2016,1(19):196-198.

- [3] 刘建和,程丑夫,江建峰,等. 冠心消斑胶囊治疗冠脉狭窄患者的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(3):257-258.
- [4] 王亚运,张琪. 虎杖苷的药理作用研究进展[J]. 医学综述,2017,23(5):989-991,996.
- [5] 王亦君,冯舒涵,程锦堂,等. 大黄蒽醌类化学成分和药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(13):227-234.
- [6] 林红强,杨娜,王涵,等. 黄芪的化学成分、药理活性及临床应用研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(38):45-47,49.
- [7] 杨雪婷. 当归有效成分提取及药理作用研究进展[C]//中国商品学会,中国商品学会第五届全国中药商品学术大会论文集. 2017:6.
- [8] 林琦,陆金国,李杰芬. 中药抗动脉粥样硬化之作用机理的临床研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志 2001,7(5):54-55.

第一作者:晏水英,女,2016级硕士研究生,研究方向:中医药防治心血管疾病

通讯作者:黎鹏程,男,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治心血管疾病, E-mail: 1356690565@qq.com
(收稿日期:2018-08-07)

醒脑开窍针刺法 治疗多系统萎缩验案1则

孙 嫒¹, 郑 捷¹, 孟智宏²

- (1. 天津中医药大学, 天津, 300073;
2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 多系统萎缩; 针刺疗法; 醒脑开窍; 验案
[中图分类号] R277.71, R246.6 [文献标识码] B
DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.035

多系统萎缩(MSA)是一组成年期发病的散发性神经系统变性疾病,其男性发病率稍高,起病及进展均缓慢。目前该病病因及发病机制不详,西医无特效治疗方法。中医学以醒脑神、益脑髓、调气血、通经脉为治疗原则,采用醒脑开窍针刺法治疗MSA,临床疗效显著,现将验案1则介绍如下。

患者,男,54岁,以“双下肢无力、走路不稳3年,渐进性加重1个月余”为主诉入院治疗。患者3年前无明显诱因出现双下肢无力、走路不稳等症状,就诊于天津多家医院,诊断为多系统萎缩,未进行系统治疗。2016年患者无明显诱因出现症状渐进性加重,就诊于天津某医院,查PET/CT(2016年1月25日)显示:双额及颞叶外侧代谢局灶性减低,双小脑半球代谢明显减低。结合临床症状,支持多系统萎缩诊断,予改善脑循环、营养神经等方法治疗,病情平稳,未进一步加重,遂于天津中医药大学第一附属医院针灸科住院治疗。刻症:神清,精神可,语言欠流利,左侧鼻唇沟变浅,饮水偶呛,双手震颤,双下肢无力,行走不稳,纳可,寐安,小便自控差,大便无力。舌淡、苔薄白,脉弦细。神经系统查体示:左侧鼻唇沟变

浅,口角歪斜,示齿力弱,饮水偶呛咳;双上肢肌力4级,双下肢3级;双侧指鼻试验:闭眼(+);双侧轮替试验:缓慢不协调;右侧跟膝胫试验(+);慌张步态;Romberg征(+);双侧Babinski(+);双侧Chaddock's sign(+).治则:醒脑神、益脑髓、调气血、通经脉。采用醒脑开窍针刺法,取穴:风池(双)、完骨(双)、天柱(双)、印堂、上星、百会、四神聪、内关(双)、人中、三阴交(双)、下极泉(双)、尺泽(双)、委中(双)、足三里(双);阳明经排刺。口角歪斜加颊车、地仓;语言不利加上廉泉、金津、玉液;小便不调加关元、中极、曲骨;大便不调加丰隆(双侧)、左侧水道、左侧归来。操作手法:患者仰靠坐位,穴位常规消毒。风池穴向对侧眼角直刺1~1.5寸,完骨、天柱穴直刺1~1.5寸,均施用小幅度高频率捻转补法,行手法1min;印堂穴向鼻根部斜刺0.2~0.3寸,采用轻雀啄法,以眼球湿润为度;人中穴向鼻中隔方向斜刺0.3~0.5寸,采用重雀啄法,以眼球湿润或流泪为度;内关穴直刺0.5~1寸,捻转提插泻法,行手法1min;三阴交穴沿胫骨后缘与皮肤呈45°斜刺1~1.5寸;尺泽屈肘为内角120°直刺0.5~0.8寸,施提插补法,使患者下肢抽动3次为度;下极泉穴为极泉穴沿经下移1~2寸;委中穴直腿抬高取穴,均直刺1~1.5寸,提插泻法,使患者上、下肢均抽动3次为度,不留针;上廉泉穴位于舌骨上缘至下颌之间二分之一处,向舌根直刺2寸,行提插泻法,以舌根部麻胀为度;金津、玉液穴点刺,以出血1~3ml为度;关元、中极穴直刺1.5~2寸,施呼吸补法,行手法1min;曲骨穴直刺1~1.5寸,施捻转平补平泻法,行手法1min;丰隆穴直刺1~1.5寸,施捻转泻法,行手法1min;左侧水道、归来穴直刺2.5~3寸,施大幅度、低频率捻转泻法,行手法1min;其余腧穴常规操作。1次/d,5次/周,留针30min。患者住院期间辅以奥拉西坦注射液静脉滴注以改善脑代谢,甲钴胺片口服以营养神经等。经过住院4周治疗,患者语言较入院前清晰,左侧鼻唇沟较前明显,左右示齿力基本相同,左侧口角在示齿时略有歪斜,饮水基本不呛咳,双手震颤较前减轻,双下肢自觉较前有力,行走较前平稳,动作较前敏捷,可独立行走数十米,步基增宽幅度减小10cm左右。闭目难立征:睁闭眼时摇晃幅度较前减小,小便频次较前减少,大便无力症状缓解。3个月及半年后随访,患者症状未见明显加重。

按语:多系统萎缩于1969年首次命名,是一组成年期发病的散发性神经系统变性疾病。发病年龄以50~60岁为多见,男性发病率稍高。本病临床表现为进行性小脑共济失调,自主神经功能不全和帕金森综合征等,起病缓慢,进展渐进,病因及发病机制不详^[1],共同的病理改变包括神经细胞减少和胶质增生^[2]。由于在起病时先后累及上述3个系统的时间不同,所造成的临床表现也各不相同,但随着疾病的发展,最终会出现这3个系统全部损害的病理和临床表现^[3]。在我国,患者多以进行性小脑

共济失调病变为常见,后渐进性进展,常累及小脑及橄榄核、脑桥、脊髓等部位^[4]。目前头颅影像检查为MSA临床诊断的重要方法,脑桥十字征、壳核裂隙征及壳核后外侧低信号为MSA相对特异的影像学表现^[5]。目前西医尚无特效治疗方法,只能对症治疗,坚持体育锻炼。

中医学将多系统萎缩归于“痿病”“骨摇”“暗痺”“风痺”等范畴^[6],其病因多为外邪侵袭、饮食不节、久病体虚等,导致经络阻滞,筋脉功能失调,筋肉失于气血津液濡养而发病。《素问·刺法论》载:“脑主神,主思维”;明·李时珍曰:“脑为元神之府”,说明古人早已认识到了脑与神的密切关系。石学敏院士认为百病之始,皆本于神,故凡刺之,必先调神;而气为神之使,神为气之用,神存则机生,神去则机息。故采用醒脑开窍针法以补益脑髓、调神导气,改善脑循环、保护脑神经、改善脑功能。取穴风池、完骨、天柱益脑髓;百会、四神聪、上星、印堂、人中、内关醒脑神;配合足三里益脾气,三阴交补精气,极泉、尺泽、委中通经络。《素问·痿论》载:“治痿者独取阳明……阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也”,故取阳明经排刺,以舒调阳明之经气,健脾和胃,益气养血,舒筋通络。通过醒脑开窍针法及相关治疗的配合,患者在躯体运动功能、共济失调及运动平衡等方面均有明显改善作用,可提高患者生活水平及质量。

参考文献

- [1] Gilman S, Wenning GK, Low P, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy [J]. Neurology, 2008, 71(9): 670-676.
- [2] Wenning GK, Ben-Shiomo Y, Magalhaes M, et al. Clinicopathological study of 35 cases of multiple system atrophy [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1995, 58(2): 160-166.
- [3] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:228.
- [4] 徐昭, 贾玉洁. 枕三经排刺法治疗多系统萎缩小脑型患者15例临床观察[J]. 中医杂志, 2016, 57(20): 1764-1767.
- [5] Sitburana O, Ondo WG. Brain magnetic resonance imaging (MRI) in Parkinsonian disorders [J]. Parkinsonism Related Dis, 2009, 15(3): 165-174.
- [6] 王粟实, 陈路, 江墨, 等. 多系统萎缩证候分析及中医药治疗进展[J]. 北京中医药, 2016, 35(12): 1180-1184.

第一作者:孙嫒,女,2015级博士研究生,研究方向:脑病中风及高血压病的针灸治疗

通讯作者:孟智宏,男,主任医师,博士研究生导师,研究方向:脑病中风及高血压病的针灸治疗, E-mail: micky-sun64@gmail.com (收稿日期:2018-03-22)