

左归饮治疗入睡期脊髓固有肌阵挛1例报告

冉琴¹,尹帅增¹,汪红琼²,龚廷亮²,唐军²,李陈渝²

(1. 贵阳中医学院, 贵州 贵阳, 550002; 2. 重庆市中医院, 重庆, 400021)

[关键词] 入睡期脊髓固有肌阵挛; 中医药疗法; 左归饮; 病例报告

[中图分类号] R277.76 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.046

入睡期脊髓固有肌阵挛是一种以觉醒与睡眠转换期反复出现肌阵挛为临床特征的一种罕见疾病^[1]。病因迄今未明,可能与脊髓损伤有关,通常表现为清醒至睡眠转换过程中反复出现的从胸、腹、颈段逐渐向头尾两侧进行扩散的肌阵挛抽动。反复肌阵挛抽动可导致入睡困难,从而导致失眠^[2-3]。现将我科确诊并采用中医药治疗的病例1则报告如下。

1 病案资料

患者,男,60岁,因“头昏伴双下肢乏力3年,加重1年”

入院。患者入院前3年出现持续性头昏伴双下肢乏力,右侧甚。近1年出现行走不稳,头部后侧有阵发性搏动感,口干,潮热汗出,食欲稍差。既往有“高血压”“2型糖尿病”病史5年,长期服药,病情控制尚可;“脑梗死”病史5年,现右侧肢体无力麻木;4年前曾行阑尾摘除术;2年前曾行腰椎内固定术治疗,术中输O型血1000ml(具体不详)。查体:生命体征平稳,神志清楚,心肺腹查体无特殊。专科查体:四肢肌张力正常,右侧上下肢肌力IV级,右侧指鼻试验(+),闭目难立征(+),右侧肢体及颜面部温触痛觉及深感觉较左侧减退,右侧Babinski征(+)。舌红有瘀点、苔少,脉细。辅助检查:腰椎MRI示腰椎固定术后改变,腰4前滑脱(I°)。入

基金项目:重庆市卫生健康委员会医学高端后备人才培养项目(编号:2017HBRC011)

第一作者:冉琴,女,2016级硕士研究生,研究方向:睡眠障碍的基础与临床研究

通讯作者:李陈渝,女,医学博士,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:睡眠障碍的基础与临床研究, E-mail: 479394929@qq.com

拘挛,肌肉僵硬,活动不利,时有震颤及抽搐症状,当属“痉证”中的“瘈瘲”。《温病条辨·痉病瘈瘲总论》述:“痉者,强直之谓……瘈者,蠕动引缩之谓,后人所谓抽掣、搐搦,古人所谓瘈也。”关于本病的形成,中医历代医家有着独到的认识。《景岳全书·痉证》云:“凡属阴虚血少之证,不能营养经脉,以致搐挛僵仆者,皆是此证。”《灵枢·终始》曰:“屈而不伸者,其病在筋,伸而不屈者,其病在骨。在骨守骨,在筋守筋,补须一方实,深取之。”朱丹溪《医学明理·痉门论》中云:“方书皆谓感受风湿而致,多用风药,予细详之,恐仍未备,当做气血内虚,外物干之所致。”故中医学认为,本病源于阴虚血少,肝风内动。肝为风脏,在体合筋,肝阴血亏虚,不能濡养四肢筋脉,则见肢体拘挛、屈伸不利等症状。

针灸治疗本病以养阴柔肝、舒经活络为原则,取三阴交为足三阴经交会穴,配伍太溪、足三里以滋水涵木、健脾生血;血会膈俞配肝俞、血海以养血柔肝;筋会阳陵泉舒经活络;蠡沟、丘墟善治足胫疼痛;肝经原穴太冲疏肝理气散结;头部取顶颞前斜

线主治运动功能障碍的病症。中药汤剂以滋阴养血柔肝为原则,药用熟地黄滋阴补血,玄参、麦冬下走肾经,滋阴清热,合龟甲、白芍滋水以涵木,滋阴以柔肝,川牛膝引药下行,伸筋草舒筋活络,甘草调和诸药,共奏滋阴养血柔肝之功。

本病属遗传性疾病,现代医学治疗皆以缓解症状为目的,而巴氯芬等常用药物常有不同程度的胃肠道不良反应,不宜长期服用。此时当发挥中医特色,辨证施治,避免不良反应的同时缓解症状,尽可能延缓病情进展,提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 张雷,徐爱军. 遗传性痉挛性截瘫研究进展[J]. 临床荟萃, 2013,28(3):347-349.
- [2] Harding, A. E. Classification of the hereditary ataxias and paraplegias[J]. Lancet, 1983,1(8334):1151-1155.
- [3] 魏倩倩,郭晓燕,宋伟,等. 单纯型遗传性痉挛性截瘫临床特点分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2013,13(7):606-610.
- [4] 苗素华,王世杰,陈业涛,等. 遗传性痉挛性截瘫的神经外科治疗[J]. 立体定向和功能性神经外科杂志, 2011,24(3):138-140.

(收稿日期:2018-09-26)

院后追问患者夜间睡眠情况,诉近3年睡眠差,夜间睡眠时经常出现双下肢不自主抽动,每晚睡眠时间约3~4h,次日感头昏,伴双下肢乏力。曾于当地医院就诊,诊断考虑“低钙”,经相关治疗(具体不详)后症状未见明显缓解。结合患者症状及病史,考虑为“睡眠相关运动障碍”可能,建议行多导睡眠监测(PSG)检查。PSG(加腹部运动电极)视频示:患者在入睡20min时,进入非快速眼球运动(NREM)睡眠N2期,出现阵发性腰部不自主抽动并随脊柱向颈部、腿部放射,发作时间约100~300ms,发作后患者处于清醒状态。进入NREM睡眠N3期后以及快速眼球运动(REM)睡眠时无此症状。提示患者睡眠效率降低,睡眠结构紊乱,睡眠中觉醒次数多及时间延长;NREM睡眠N2期有阵发性腿动事件,PLM指数为15.7;偶见睡眠呼吸暂停低通气事件;REM睡眠期未见阵发性肌电活动增高(见图1)。根据患者症状及PSG监测结果,西医诊断:入睡期脊髓固有肌阵挛;中医辨证:肝肾亏虚夹内风证。拟以左归饮加减,处方:熟地黄15g,枸杞20g,山茱萸30g,杜仲15g,牛膝20g,白芍20g,龟甲30g,钩藤20g,僵蚕10g,全蝎5g,地龙10g,桃仁10g,红花10g,刺蒺藜15g,当归15g,川芎10g,砂仁10g。共7剂,每天1剂,煎取600ml,分3次温服。10d后二诊:诉头昏及双下肢乏力症状较前缓解,夜间不自主抽动及觉醒次数较前减少,多梦,食欲可,二便调。舌红、苔薄少,脉细。复查PSG示:患者在NREM睡眠N2期仍有阵发性腰部反射性抽搐,症状及性质同前,发作次数较前稍有减少,睡眠效率、睡眠结构大致正常,睡眠中觉醒时间、次数正常;NREM睡眠N2期见数次阵发性腿动事件,PLM指数11.6;偶见睡眠呼吸暂停低通气事件(见图2)。予以上方去桃仁、红花、砂仁,加石菖蒲15g、独活15g。共7剂,每天1剂,服法同前。8d后三诊:患者诉稍感头昏及双下肢乏力,夜间仅抽动1~2次,未再醒,每晚可入睡5h左右,口干、潮热好转,食欲可,二便调。舌红、苔薄少,脉细。继服前方10剂以巩固疗效。随诊3个月,患者病情稳定。

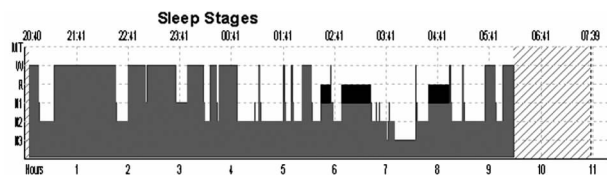


图1 治疗前 PSG 检查结果

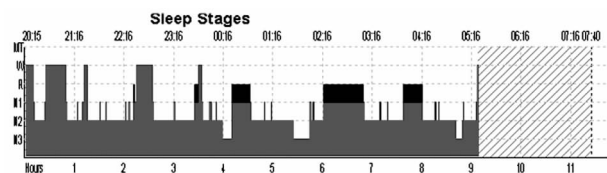


图2 治疗后 PSG 检查结果

2 讨论

中医学对此病尚无确切命名,可归属于“不寐”“不得卧”等范畴。该病有关症状的描述可见于各家医学论述中,如明代医家薛己在《内科摘要》中记载:“夜间少寐,足内酸热。若酿久不寐,腿内亦然,且兼腿内筋似有抽缩意,至二腿左右频移,辗转不安,必至倦极方休。”本案患者为老年男性,因素体肝肾亏虚,气血不足,筋肉失养所致。肾藏精,精者,生之本也,肾精主生长发育、生殖与脏腑气化,亦与五脏密切相关,肾精不足,则五脏六腑不得润养,筋骨肌肉失养失充而发病;肝主疏泄,又主藏血,濡养筋脉,肝阴不足,则失其凉润之能,又不能制阳而使阳相对亢盛,因而产生筋脉肉瞤、手足蠕动等动风症;可见肝肾虚损为发病之本。

左归饮为明代医家张景岳所创,其提出“阳非有余,阴常不足”的学术理论,认为“治病必当求本,盖五脏六腑之本,本在命门,神气之本,本在元精,此乃真阴之谓也”,“无论阴阳,凡病至极,皆所必至,总由真阴之败耳”^[4]。《内经》云:“五脏者,主藏精者也,不可伤,伤则失守而阴虚,阴虚则无气,无气则死也。”此方以熟地黄为君,滋肾填阴为主;山茱萸、枸杞加强滋肾阴养肝血为辅;炙甘草益气健脾,加用杜仲、桑寄生补肝肾、强筋骨,僵蚕、全蝎、地龙、刺蒺藜息风止痉,白芍柔肝养肝,当归、川芎养血活血,砂仁化湿健脾,佐以少量息风活血祛瘀之桃仁、红花,合并诸药而具有益肾健脾、养肝之功效。

中医目前对本病的认识虽少,但只要掌握异病同治的原则,根据患者临床症状辨证分析,谨守病机,做到辨病与辨证相结合,把握好理、法、方、药四个环节,便能获得疗效。

参考文献

- [1] 赵忠新. 睡眠医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2016.
- [2] Garcia-Borrego D, Ferini-Strambi L, Kohnen R, et al. European guidelines on management of restless legs syndrome: report of a joint task force by the European Federation of Neurological Societies, the European Neurological Society and the European Sleep Research Society[J]. Eur J Neurol, 2012, 19(11): 1385-1396.
- [3] Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus[J]. J Oral Rehab, 2013, 40(13): 2-4.
- [4] 李志庸. 张景岳医学全书·类经附翼[M]. 北京:中国中医药出版社,1999:907,998. (收稿日期:2018-09-15)