

- 2012, 14(10): 93-95.
- [5] 冯驰今, 韩雪梅, 麻春杰, 等. 抑郁症中医治疗综述[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(1): 155-156.
- [6] 徐永君, 盛慧, 倪鑫. 抑郁症发病机制研究进展[J]. 安徽医科大学学报, 2012, 47(3): 323-326.
- [7] 刘佳莉, 苑玉和, 陈乃宏, 等. 抑郁症的治疗研究进展[J]. 中国药理学通报, 2011, 27(9): 1193-1196.
- [8] 袁红霞, 张莉芹, 马瑾, 等. 水蛭药用成分及主要药理功效研究进展[J]. 甘肃医药, 2013, 32(4): 270-273.
- (责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

武继涛治疗视神经脊髓炎经验介绍

兰瑞, 李亚娜, 古春青 指导: 武继涛

河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450008

[关键词] 视神经脊髓炎; 中医药疗法; 经验介绍; 武继涛

[中图分类号] R744.5*2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2018) 05-0245-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.05.068

视神经脊髓炎是一种与自身免疫相关的以累及视神经、脊髓为主的神经系统脱髓鞘疾病。该病好发于中青年女性, 临床上常反复发作, 致残率较高, 是目前神经系统疾病中研究的重点。西医治疗该病以糖皮质激素、丙种球蛋白、血浆置换为主, 根据患者的发病年龄、发作次数、严重程度, 排除禁忌症后多配合应用免疫抑制剂治疗。临床观察发现, 随着该病复发率的增多, 视神经、脊髓损害逐渐加重, 严重影响患者的身心健康。武继涛教授为河南中医学院第一附属医院脑病医院常务副院长, 脑病医院介入科主任, 师从全国名老中医郑绍周教授, 从事中西医临床、科研工作 30 余年, 治学严谨, 擅长岐黄之术, 采用中西医结合疗法治疗视神经脊髓炎收效颇佳。笔者随诊学习, 现将其对视神经脊髓炎的认识及治疗经验介绍如下。

1 病因病机

根据该病临床表现, 视神经脊髓炎当属于中医学痿证、青盲等范畴。武教授认为本病发病主责之于肾脾肝三脏, 致病特点为本虚标实。肾为先天之本, 肾精亏虚, 不能滋养五脏, 经脉骨肉失于濡养而发痿软无力。《灵枢·海论》中记载: “脑为髓海……髓海有余, 则轻劲多力, 自过其度, 髓海不足, 则脑转耳鸣, 胫酸眩冒, 目无所见, 懈怠安卧。”因此该病与肾密切相关。脾为后天之本, 主肌肉, 脾虚则运化失司, 水谷精微之气不能濡养四肢而见肌肉痿软无力。早在《素问·太阴阳明论篇》中就有记载: “四肢皆禀气于胃而不得至经, 必因于

脾乃得禀也, 今脾病不能为胃行其津液, 四肢不得禀水谷气, 气日以衰, 脉道不利, 筋骨肌肉, 皆无气以生, 故不用焉。”李东垣的《脾胃论·脾胃虚实传变论》中也有云: “脾虚则肌肉瘦削” “脾胃之气即伤, 而元气不能充, 而诸病之所由生也”。目与肝关系密切, 肝藏血, 目得血而能视, 足厥阴肝经连目系。《素问·五脏生成篇》中云: “肝受血而能视。”张景岳在《类经·诸脉髓筋血气溪谷所属》也有叙述: “肝开窍于目, 肝得血则神聚于目, 故能视。”《黄帝素问直解·玉机真脏论第十九篇》曰: “肝受邪, 故闷瞀。闷, 郁也。瞀, 目不明也。”脾肾阳虚, 精微不化不能滋养双目, 或禀赋不足, 肝肾两亏, 精血不能上注于目, 或肝郁气滞、血行不畅, 致目窍失养则发为青盲。

该类患者临床上多见肾脾肝三脏虚损, 脾胃功能虚弱或平素饮食不节损伤脾胃, 水液运化失调, 聚而成湿, 停滞成痰, 阻塞经络气机, 每多夹瘀, 或气血生化不足导致气无力推动血行成瘀, 痰瘀交织蕴结, 络脉壅塞。亦可见情志失调, 肝脾不和导致气阻津停, 血液运行滞涩成瘀。上述治之不当或误治导致日久郁而化热而见一派邪热交织征象。因此, 武教授认为正气亏虚, 肾脾肝三脏功能失健, 痰、湿、瘀、热毒邪互结为主要病机, 属本虚标实之症。

2 分期论治

2.1 急性期 在视神经脊髓炎急性发病期, 武教授强调详细询问病史、查体, 积极完善脑脊液相关检查、AQP4 抗体检

[收稿日期] 2017-11-15

[基金项目] 国家中医药管理局郑绍周全国名老中医药专家传承工作室建设项目 (国中医药人教函 [2012] 149 号)

[作者简介] 兰瑞 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合神经病学。

测、T淋巴细胞亚群等以明确诊断和病情,根据病情严重程度给予足量的糖皮质激素短期冲击治疗,依据病情需要配合丙种球蛋白静脉滴注或血浆置换。除此之外,临床上根据舌脉四诊合参正确辨证论治,给予相应的中药可起到增效作用,同时还可减轻激素副作用,最终达到事半功倍的效果。

该病急性期多见痰湿、瘀血、湿热毒邪等病理产物阻塞脉络,尤其是大剂量激素冲击时临床表现多见标实加重,此时武教授强调标本同治,侧重于祛邪以除标实,治以祛痰活血通络为法。该类患者临床症见:视物模糊、复视或视野缺损,双下肢无力,感觉减退,舌体胖大,舌质暗红,苔黄腻,武教授常以黄连温胆汤或四妙散为基础方加减。血瘀明显者加川芎、丹参、赤芍、红花、桃仁;痰湿重者酌加苍术、胆南星、泽泻以祛湿化痰;视物模糊者,加谷精草、沙苑子以补肝肾明目;大便秘结者,加炒枳实、厚朴、火麻仁、生白术、大黄以润肠泄热通便;心烦急躁易怒者,加柴胡、郁金、香附、合欢花以除烦解郁;双下肢无力,加用牛膝、杜仲、桑寄生补肝肾,强筋骨;临床上激素应用时多见食欲不振、腕腹胀满、嗝气,舌苔厚腻,久而不化者,武教授多喜用茯苓、白术、生薏苡仁、泽泻各30g以健脾化痰,并酌加芳香醒脾药物如木香、藿香、砂仁、佩兰,消食之神曲、麦芽,并配伍厚朴、枳壳以行气;失眠多梦者酌加生龙骨、牡蛎、珍珠母、磁石、琥珀等重镇安神之品。《内经》中云:“治之以兰,除陈气也。”王冰注:“兰,谓兰草也……言兰除陈久甘肥不化之气者,以辛能散发故也。”

2.2 缓解期 病程进入缓解期,武教授强调以扶正为治疗大法,重视培补元气,喜用黄芪,用量可至90~150g,以起到鼓舞正气、健脾益气之效。明《本草纲目》中记载:“耆长也,黄芪色黄,为补者之长故名……”张景岳曰:“黄芪,因其味轻,故专于气分而达表,所以能补元阳,充腠理,治劳伤,长肌肉。”现代药理研究发现,黄芪具有增强机体免疫及造血功能、改善代谢、抗应激等作用,临床应用正合“痿之重症,非大剂黄芪、党参不能起脏腑衰惫之气,勿惧黄芪腻滞塞气”之意^[1-2]。

根据病情辨证给予益气健脾、补肾养肝药物。临床辨证为脾胃虚弱者,以四君子汤或补中益气汤合玉屏风散为基础方以健脾益气固表。肝肾亏虚者,以右归丸为基础方。下肢痿软无力、麻木者,加杜仲、牛膝、菟丝子、桑寄生;受累肢体畏寒发凉者,加桂枝、干姜、细辛、鸡血藤以温经通络;恶风者,酌加羌活、独活、防风以祛风散寒。缓解期仍视物模糊、复视者,治疗应以益气养肝明目为主,以四物汤为基础方以养血活血,酌加枸杞子、菊花、沙苑子、青箱子等养肝明目之品。

若患者失治误治,多久病入络,且该类患者往往长期服用激素,血液多呈高凝状态。武教授善用入络搜剔、涤痰逐瘀力专的虫类药物,如水蛭、地龙、乌梢蛇、穿山甲、皂角刺、莪术等。

3 针药并用,加以心理疏导杜绝复发

针灸具有活血通络作用,配合中药内服往往较单用中药效果佳。武教授认为治疗该病针、石、灸法并用,配合适当的心理疏导可杜绝或减少疾病的复发,临证时多根据疾病的病情分期进行选穴配伍治疗。

急性期辨证选穴实施针刺泻实,辨证配伍取穴,主穴选用曲池、合谷、阴陵泉、丘墟、内庭、太冲。临床根据病情及兼证以辨证配穴。如湿热内蕴,舌体胖大,舌质暗淡,苔黄腻者,加地机、血海、足三里、丰隆;脾胃虚弱痰湿者,加丰隆、阳陵泉、足三里;尿潴留者,加关元、中极、三阴交;失眠者,加神门、内关、百会、四神聪。

在恢复期或稳定期应针刺补虚,根据治痿独取阳明之原则,选穴以手足阳明、足太阴经为主,主穴选用足三里、丰隆、关元、三阴交、太溪、合谷、委中。兼有肝郁气滞者,加太冲、合谷;肝肾不足者,加用肾俞穴、肝俞穴;兼有头晕不适者,加用百会、四神聪、内关等;腕腹胀满者加内关、公孙。

对于视物模糊、视野缺损、视力减退的患者,针刺相应眼周穴位配伍体针的应用临床效果更佳。中医针灸相关经典著作中对于青盲的记载,可追溯至《针灸甲乙经·卷三十二》,该书中记载:“青盲远视不明,承光主之”。《针灸资生经·第六》:“盲阳、臣髑、上关、承光、瞳子髑,络却主青盲无所见”。穴选精明、球后穴、瞳子髑、阳白、承泣、四白、太阳、风池、翳风、足三里。

武教授认为督脉统理十二经脉之阳气,可疏通经气,上下贯通,填补真阳,定期督脉灸法可使阳气通达,扶助正气恢复,防止外邪侵入。此外,该类患者的心理健康亦应注意,心理疏导不容忽视,应密切关注其心理状态,给予有效的心理干预,缓解患者心理压力,促进病情恢复,提高患者生活质量。

4 病案举例

陈某,女,42岁,2015年5月11日初诊,以“肢体麻木无力2年余,加重伴右眼视物模糊、尿潴留4天”为主诉入院。患者于2年前无明显诱因出现恶心、呕吐,肩膀以下躯干麻木,就诊于当地医院,按颈椎病进行治疗,治疗过程中出现双下肢麻木无力,行走困难,行头颈及脊髓MRI平扫、脑脊液相关检查等诊断为脊髓炎,给予短期激素冲击治疗病情好转出院。2年来患者症状时有反复,求治于多家医院,病情时轻时重。4天前无明显诱因出现双下肢麻木无力,右眼视物模糊,胸腹部束带感,烦躁易怒,夜眠不安,尿潴留。为进一步治疗来河南中医药大学第一附属医院就诊。查体:体型中等,体重56kg,测生命体征平稳,舌体胖大,舌质暗淡,苔白腻,脉弦滑。膀胱区膨隆。神经系统查体:右眼视野缺损,双下肢肌力0级,腱反射弱,颈6水平以下深浅感觉消失,双侧巴氏征(+).入院后查颈髓+胸髓MRI提示C6-T7脊髓异常信号,头颅MRI提示视神经肿胀增粗。血AQP4抗体阳性。脑脊液

常规、生化无明显异常，寡克隆区带阴性，血脑屏障破坏。右眼视野左下象限缺损，VEP提示右眼P100潜伏期延长、波幅降低。根据病史、症状、体征及相关辅助检查，西医诊断为：视神经脊髓炎；中医诊断为：痿证(湿热浸淫)。患者入院时尿潴留立即给予留置导尿，西医给予丙种球蛋白0.4 g/(kg·d)静脉输注连续5天，联合甲强龙500 mg 3天，240 mg 3天，120 mg 5天静脉滴注，后改用强的松片60 mg早晨顿服。同时给予补钾、补钙、保护胃黏膜等药物。以黄连温胆汤加减，处方：茯苓、白术、神曲、炒麦芽、生龙骨、牡蛎各30 g，川芎、赤芍各20 g，合欢花、陈皮、竹茹、酒大黄各15 g，黄连、清半夏各12 g，煨木香、桂枝、砂仁、厚朴花、甘草各10 g。10剂，每天1剂，水煎服。每天针刺中极、关元、阴陵泉、阳陵泉、足三里等，督脉灸法2周1次。

2015年5月25日二诊：患者视力模糊、肢体麻木好转，烦躁易怒明显减轻，查体：下肢肌力逐渐恢复至Ⅲ级，腱反射弱，颈6水平以下深浅感觉减退，视野缺损缩小，余体征同前。仍下肢痿软无力，给予健脾益气兼养肝肾。处方：太子参、白术、茯苓、山药、薏苡仁、黄芪、沙苑子、菟丝子、鸡血藤、首乌藤、炒酸枣仁各30 g，全蝎、炒僵蚕各15 g，砂仁、水蛭各10 g，远志、合欢皮各20 g，酒萸肉25 g。30剂，每天1剂，水煎服。21天后可自行排尿，拔除尿管。服药期间仍继续配合针刺、督灸治疗。服用上方2月来诊，患者精神畅，可自行缓慢行走，自觉双下肢轻微麻木，睡眠佳，舌淡、苔薄，脉沉细弱。继服上方治疗半年。随访1年无复发。

按：患者为中年女性，以肢体麻木无力、右眼视物模糊、

尿潴留为主要症状，舌体胖大，舌质暗淡，苔白腻，脉弦滑等一派本虚标实，邪热交织，湿热浸淫之征象，治疗当以祛标实为先。先施以黄连温胆汤加减，方中黄连清热解毒燥湿；清半夏燥湿化痰、消痞散结；竹茹清热涤痰开郁；佐以茯苓、白术渗湿健脾以杜生痰之源；陈皮健脾燥湿理气化痰；砂仁、厚朴花、木香、神曲、麦芽以温中行气，健脾消食导滞；生龙骨、牡蛎镇静安神；“治痰必降其火，治火必顺其气”，加入川芎、赤芍、酒大黄、合欢花行气活血、理气开胃活络；桂枝温散行痰；甘草调和诸药。全方配伍严谨，共奏清热涤痰、宁心安神之功效。10剂之后，痰热渐去，脾、肾、肝亏虚尽现，故调整方药为先后天同补，给予太子参、白术、茯苓、山药、薏苡仁、砂仁健脾和胃、调补后天之本；黄芪大补元气；沙苑子、菟丝子、鸡血藤、首乌藤、酒萸肉滋补肝肾，填精益髓，活血通络，同时明目固精；久病多入络生风致瘀，加入全蝎、炒僵蚕、水蛭等虫类药物以搜风剔络、涤痰逐瘀之品；辅以远志、炒酸枣仁、合欢皮宁心安神解郁，本方补开有度，同时配合针刺、督灸等综合治疗，促进整体病情恢复，取得良好效果。

[参考文献]

- [1] 马俊杰, 司红莉. 黄芪药理作用与临床研究摘要[J]. 中医药学刊, 2003, 21(6): 904-905.
- [2] 吴发宝, 陈希元. 黄芪药理作用研究综述[J]. 中药材, 2004, 27(3): 232-234.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)