

# 当归六黄汤加减治疗视神经脊髓炎谱系疾病医案 1 则

王泽颖<sup>1</sup>, 于飞燕<sup>2</sup>

1. 潍坊市中医院, 山东 潍坊 261041; 2. 山东中医药大学, 山东 济南 250014

[关键词] 视神经脊髓炎谱系疾病; 当归六黄汤; 瘰疬; 医案

[中图分类号] R744.5+2

[文献标志码] B

[文章编号] 0256-7415 (2018) 09-0237-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.09.071

视神经脊髓炎(neuromyelitis optica, NMO)是一种主要累及视神经和脊髓的炎性脱髓鞘疾病,临床上以视神经和脊髓同时或相继受累为主要特征,呈进行性或缓解与复发病程<sup>[1]</sup>。临床上有一组尚不能满足NMO诊断标准的局限形式的脱髓鞘疾病,可伴随或不伴随水通道蛋白4抗体G(AQP4-IgG)阳性,该类疾病统一命名为视神经脊髓炎谱系疾病。它是一组主要由体液免疫参与的抗原-抗体介导的中枢神经系统(CNS)炎性脱髓鞘疾病谱<sup>[2]</sup>,可表现为运动、感觉、自主神经受损等脊髓损伤的症状,也可由于严重的脱髓鞘使神经冲动扩散,导致痛性痉挛发作、阵发性抽搐等症<sup>[3]</sup>。预后多与脊髓炎的严重程度、并发症有关,复发型预后差,多数患者呈阶梯式进展,发生全盲或截瘫等严重残疾<sup>[4]</sup>。笔者应用当归六黄汤加减治疗视神经脊髓炎谱系疾病1例,疗效显著,报告如下。

杨某,女,76岁,2017年9月24日初诊。患者2月前出现右下肢拘挛疼痛,无力,呈阵发性,发作时伴转筋并右侧胸部、腹部疼痛拘挛,灼热感,双下肢屈曲,汗出,表情痛苦呻吟,每次持续数秒至数十秒后缓解,数分钟1次,发作间期双下肢麻木、乏力,腹胀,口干,胸部束带感,饮食睡眠尚好,小便频,大便4~5天1次,质软,察舌质红绛,舌边部分萎缩,苔花剥,舌体震颤,脉弦细。患者于1月前就诊于某省立医院,疑诊为T3~T4椎体水平占位。后应用布洛芬、奥卡西平、普瑞巴林等止痛药物及激素类药物不效,病情逐渐加重来诊。查体:被迫卧位,表情痛苦,行走不能,双下肢屈曲,记忆力、计算力、理解力、定向力等正常,舌边部分舌肌萎缩,舌体纤颤,双上肢肌力V级,右下肢肌力V-级,左下肢肌力IV级;双上肢肌张力正常,腱反射(+);双下肢肌张力增强,膝腱反射(++);左侧Babinski征(+),双上肢深、浅感觉正常,躯干T4水平下感觉过敏,左下肢触觉、针刺觉较右侧减退,双侧深感觉正常。查:血常规、肝肾功能、电解质、血脂、血沉、凝血四项、B型钠尿肽(BNP)、甲功三项等均大致正常范围。胸髓MR可见T3/4水平胸髓可见条状等T1、略长T2信

号,注入造影剂后扫描,胸髓内病灶呈强化改变。腰椎穿刺术示:脑脊液:压力140 mm H<sub>2</sub>O。培养无细菌生长;免疫球蛋白G(IgG):7.9 g/L;免疫球蛋白A(IgA):1.74 g/L;免疫球蛋白M(IgM):1.23 g/L;未找到抗酸杆菌;糖:4.4 mmol/L;蛋白:0.339 g/L;氯:122.5 mmol/L;脑脊液(CSF)常规:有核细胞计数:8×10<sup>6</sup>个/L;潘氏试验(-)。血清及脑脊液AQP4(+),寡克隆区带(-)。诊断为视神经脊髓炎谱系疾病。

处方:黄芪、生地黄、熟地黄各20 g,当归、炒白芍、麦冬、炙甘草、地龙各12 g,黄芩、黄连、黄柏各10 g,穿山甲3 g,7剂,每天1剂,水煎服。服药1次后,右下肢疼痛程度即较前减轻。次日仍有右下肢无力,但疼痛程度较前明显减轻,可扶助下地如厕。3天后发作频率明显减少,数十分钟发作1次,汗出减少。5天后右下肢疼痛无力较前明显好转,发作频率明显减少,未再出现疼痛拘挛、双下肢屈曲、汗出等症,腹胀、口干、胸部束带感亦较前减轻。后以此方加减治疗3周,随访3月未发。

按:视神经脊髓炎谱系疾病尚未见中医先贤论述,近年来有学者总结后认为,若病变累及目系者,依据视力损伤轻重可称之为“视瞻昏渺”或“暴盲”,病程迁延日久可致“青盲”<sup>[5]</sup>。当累及脊髓,急性期因表现为痛性痉挛、发作性抽搐等而诊断为“痉证”“痹证”,后期因肌肉萎缩,表现为四肢痿弱、足不能行,则诊为“痿证”或“痿痹”。有学者认为本病病机为肝肾阴虚<sup>[6]</sup>、气虚<sup>[7]</sup>、肝肾阴虚兼痰热血瘀<sup>[8]</sup>,也有个案认为病机为督脉不舒心肝血虚<sup>[9]</sup>、肝气郁滞<sup>[10]</sup>、气血亏虚<sup>[11]</sup>等。

本例病人未侵及目系,仅累及脊髓,表现为猝然起病,下肢拘挛、无力、疼痛,可诊断为“瘰疬”。《素问·玉机真藏论》曰:“病筋脉相引而急,名曰瘰疬”。成无己言:“瘰者,筋脉急也,瘰者,筋脉缓也,急者则引而缩,缓者则纵而伸,或缩或伸,动而不止者,名曰瘰疬。”<sup>[10]</sup>本患者下肢拘挛无力,疼痛时以拘挛为主(筋脉急),发作间期或疾病后期以无力或萎缩为主(筋脉缓),故应诊断为瘰疬。尽管疼痛是痹证

[收稿日期] 2018-04-16

[作者简介] 王泽颖(1963-),男,主任中医师,研究方向:中医脑病。

主要表现,但痹证疼痛多为持续性,且多涉及四肢、关节,常由外邪所致,两者可鉴别。而痉证是以拘挛为主的疾病,痿证则以弛缓或萎缩为主,都很难全面概括此病的临床表现。经曰:“诸热脊疼,皆属于火。”火邪横窜经络,阻碍气机,不通则痛,故双下肢阵发性疼痛,甚时右侧胸腹部疼痛,伴有灼热感;热盛耗伤阴津,故口干,阴虚亦生热,加重火热证候;阴血亏虚无力濡养筋脉肌肉,故抽筋、拘挛、双脚屈曲、双下肢麻木乏力;“阳加于阴谓之汗”,热盛迫津外出,故汗出;舌红绛主阴虚火旺,苔花剥、舌边萎缩及舌体震颤主气血亏虚,血虚失养,脉弦主痛,细为血虚之象。辨证为阴虚火旺,用当归六黄汤加减。该方出自《兰室秘藏·自汗门》,被李东垣推崇为“治盗汗之圣药也”,由当归、生地黄、熟地黄、黄芩、黄连、黄柏、黄芪组成。该例病人之汗出尽管不是主要表现,但阴虚火旺的病机毋庸置疑,故以此方滋阴清热,热去则气血通利,灼热疼痛锐减,汗出无由;阴复则筋脉肌肉濡养有源,瘥瘕得愈。

#### [参考文献]

- [1] 吴江,贾建平. 神经病学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2005:276,277,280.
- [2] 中国免疫学会神经免疫学分会,中华医学会神经病学分会神经免疫学组,中国医师协会神经内科分会神经免疫专业委员会. 中国视神经脊髓炎谱系疾病诊断与治疗指南[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志,2016,23(3):155-166.
- [3] 赵子德,柏梅,梁俊,等. 视神经脊髓炎的中医药治疗进展[J]. 中国中医眼科杂志,2017,27(2):125-127.
- [4] 王苏,樊永平,张永超,等. 中医辨证论治对视神经脊髓炎年复发率影响的临床观察[J]. 中华中医药杂志,2014,29(12):3814-3816.
- [5] 樊永平,胡蕊,鲍显慧,等. 63例视神经脊髓炎患者临床特点和中医证型分布[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(3):322-325.
- [6] 王苏,樊永平,张永超,等. 不同中医证型视神经脊髓炎患者临床特点比较[J]. 环球中医药,2014,7(11):833-835.
- [7] 朱华英. 邹菊生辨治视神经脊髓炎验案1则[J]. 上海中医药杂志,2009,43(4):6-7.
- [8] 俞莹,缪晚虹,朱炜敏. 朱炜敏主任治疗视神经疾病举隅[J]. 新中医,2014,46(1):215-216.
- [9] 祝丽松,洪恩四. 针刺治疗视神经脊髓炎1例[J]. 江西中医药,2014,45(10):61-62.
- [10] 成无己. 伤寒明理论[M]. 北京:商务印书馆,1955:33.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)