

临证体会

金针王乐亭经验方治疗缓解期复发缓解型 多发性硬化 8 例的临床观察

王春琛¹ 陈志刚² 马昕宇¹

(1 首都医科大学附属北京市中医医院,北京,100010; 2 北京中医药大学附属东方医院,北京,100078)

摘要 目的:观察针刺对于复发缓解型多发性硬化(RRMS)缓解期患者的疗效。方法:选取 RRMS 缓解期患者 8 例,予以金针王乐亭经验方“老十针”“督脉十三针”“手足十二针”及随证加减穴位治疗,每周针刺 5 天,2 周为 1 疗程,后休息 2 周,治疗共 12 周,随访至少 2 年。计算患者治疗前后扩展残疾功能量表(EDSS)评分变化,对年复发率进行相关分析。结果:8 例患者完成治疗,7 例患者治疗有效,其中显效 5 例,占 62.5%;2 例患者有效,占 25%;无效患者 1 例。经过随访,年复发率呈下降趋势。结论:取王乐亭经验方治疗缓解期 RRMS 患者具有临床疗效。

关键词 针刺;王乐亭经验方;多发性硬化;EDSS;年复发率

Clinical observation of 8 cases of relapsing remitting multiple sclerosis in remitting stage treated with Wang Laoting's experiential prescriptions of metal needle

Wang Chunchen¹, Chen Zhigang², Ma Xinyu¹

(1 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China;

2 Dongfang Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

Abstract Objective: To observe the effects of needle insertion in treating the patients with relapsing remitting multiple sclerosis (RRMS) in remitting stage. **Methods:** A total of 8 cases of RRMS in remitting stage were selected to be treated with “Experienced Ten Acupoints”, “Thirteen Governor Vessel Acupoints”, “Twelve hand-feet Acupoints” and their modified prescriptions. The treatments involved 12 weeks (5 days a week, 2 weeks a course, a rest after a course) and follow-ups lasting at least 2 years. The annual relapse rates were analyzed through the calculation of the changes of Expanded Disability Status Scales (EDSS) recorded before and after the treatments. **Results:** A total of 5 cases were treated markedly effective and 2 cases effective, while the left one ineffective. Through follow-ups, the annual relapse rates tended to decline. **Conclusion:** Wang Laoting's experiential prescriptions in treating patients with RRMS in remitting stage are effective.

Key Words Needle insertion; Wang Laoting's experiential prescriptions; Multiple sclerosis; Expanded Disability Status Scales (EDSS); Annual relapse rate

中图分类号:R242 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.09.032

多发性硬化(Multiple Sclerosis, MS)作为中枢神经系统(Central Nervous System, CNS)自身免疫性脱髓鞘疾病的代表已经遍布世界各国,它困扰了 250 万患者的生活,造成了数十亿元的医疗花费和经济损失,其潜在的致残风险也令患者及其家人产生恐惧与忧虑^[1]。此病常累及脑室周围、视神经、近皮质、脑干、小脑和脊髓,临床特点为病灶的空间多发性和时间多发性。起病多在 20~40 岁,男女比例为 1:1.5~1:2,多为亚急性起病,临床表现为肢体运动障碍、肢体感觉异常、眩晕、视力下降、复视、膀胱直

肠功能障碍等。80% 以上病程呈复发缓解型,疾病表现为明显的复发和缓解过程,每次发作后均基本恢复,不留或仅留下轻微后遗症,随年龄增长,病程表现为原发进展型的比例逐渐上升,具有高复发率和致残率^[2-3]。MS 由于病因及机制不完全明确,病理生理过程复杂多样,迄今尚不能完全治愈。多发性硬化属于中医的“风痲”“痿病”“视瞻昏渺”等病系范畴。近 4 年笔者收治多发性硬化患者 8 例,应用王乐亭针刺经验治疗复发缓解型多发性硬化缓解期的患者,取得了较好疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 8例患者来自2008年5月至2012年12月于首都医科大学附属北京中医医院针灸中心就诊的患者。其中住院患者5人,门诊患者3人。其中男3例,女5例,年龄为38~65岁,平均年龄44.63岁;病程2~11年,平均8.9年;从起病至今明确发作次数为2~5次,平均2.25次。所有患者无明确的家族遗传史,无药物滥用史,无乙型肝炎病毒感染史,无肿瘤病史,无中毒及其他疾患可解释临床症状的全身性疾病。此8例为缓解期患者,治疗时无激素静脉治疗或口服治疗,未使用免疫抑制药物或接受其他有关治疗。随访患者1~4年。

1.2 诊断标准 所有患者均符合2005年修订版McDonald对复发缓解型MS(Relapsing-remitting MS)的诊断标准^[4],患者临床表现为眩晕、肢体瘫痪、面肌瘫痪、躯体感觉障碍、视力下降、复视、平衡协调障碍、言语异常、动作缓慢、二便障碍、情绪异常等。符合诊断标准与辨证标准,有明确复发缓解特点,病程 ≥ 1 年,至少有2次临床发作;缓解期的患者。中医辨证肝肾不足4例,痰瘀内蕴3例,脾胃两虚1例。各证型均有虚证表现,兼有实邪2例。

1.3 纳入标准 符合2005年修订版McDonald对复发缓解型MS诊断标准的患者;年龄大于18岁;被医生记录发作大于2次,近期3年内至少发作1次;发病非急性期;治疗前6个月内未应用过疾病修饰药物治疗的患者。

1.4 排除标准 原发进展型、继发进展型或进行性复发性MS患者;在6个月内应用过疾病修饰药物治疗的患者;任何有临床意义的历史疾病和精神类疾病的患者;恶性肿瘤病史及乙型肝炎病史患者;妊娠或哺乳期患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗原则 复发缓解型多发性硬化急性期可有外感、情志、劳累等因素诱发,缓解期部分遗留临床症状。该病临床表现复杂多样,总结各家观点及经验,现代医家认为下焦虚衰为发病之本,湿热瘀浊为标,本虚标实,此病与肝、脾、肾密切相关。以滋养肝肾、健脾补中、化痰通络、开窍醒神、调和阴阳为治疗原则。取穴为如下处方:1)王氏老十针:上腕、中腕、下腕、天枢、内关、足三里;2)王氏督脉十三针:风府、大椎、陶道、身柱、神道、至阳、筋缩、脊中、悬枢、命门、腰阳关、长强;3)王氏手足十二针:曲池、内关、合谷、足三里、阳陵泉、三阴交。肝肾亏虚者仰卧时加取太溪、太冲;痰瘀滞络者加血海、丰隆;脾胃阳

虚者加艾灸关元、命门;语窍不利坐位加针刺廉泉、通里、风池、完骨、翳风;视力下降坐位加针刺风池、攒竹、精明、球后;小便障碍侧卧位加针刺中极、水道、次髎;认知障碍卧位加针刺百会、神庭、印堂。

1.5.2 操作方法 依据头面、肢体、躯干等不同操作部位,针具选取30号1寸、1.5寸、2寸华佗牌针灸针,按照针刺操作规范进行操作。针刺深度、提插捻转手法、艾灸均以《针灸学》^[5]中相关内容为依据。治疗时患者仰卧位取王氏老十针及王氏手足十二针,患者侧卧位取王氏督脉十三针;采用平补平泻手法,肝肾亏虚者采用补法,痰瘀滞络者采用泻法。留针30 min。每周连续针灸治疗5 d,休息2 d,每月针刺治疗连续2周,为1个疗程,每月治疗1个疗程,针刺治疗共3个疗程。

1.6 观察指标 疗效评价指标:治疗前后的患者临床症状、神经功能体征、多发性硬化EDSS评分比较及疾病年复发率。经过至少2年随访,分别记录治疗前后复发次数,计算年复发率,治疗前复发率=复发次数/病程年数,治疗后年复发率=治疗期间及治疗后复发次数/治疗至持续随访年数。

1.7 疗效判定标准 采用尼莫地平评分法:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 \times 疗前积分,以百分数表示。治愈 $> 85\%$;显效 $50\% \sim 85\%$;有效 $20\% \sim 49\%$;无效 $< 20\%$ 。

1.8 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件进行统计学分析,计量数据以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对 t 检验;计数资料进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

经3个疗程治疗,7例患者治疗有效,其中显效5例,占62.5%。2例患者有效,占25%。无效患者1例,无效患者EDSS评分8.5分。总有效率为87.5%。见表1。

表1 治疗前后患者临床症状、神经功能体征及EDSS评分及年复发率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	神经功能体征	EDSS	年复发率(ARR)
治疗前($n=8$)	6.25 \pm 1.83	3.75 \pm 1.85	0.43 \pm 0.12
治疗后($n=8$)	4.75 \pm 1.71*	3.0 \pm 1.94*	0.26 \pm 0.13*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$

3 医案举例

某,男,52岁,于2014年11月20日入院。主诉:发作性肢体无力麻木、视物不清11年,加重伴言语不清、行走不稳1个月。患者11年前外感后出现右侧上肢力弱伴麻木,行动迟缓,反应慢,视物不清,

行走尚可,约10余天后症状基本缓解,生活自理,工作未受影响;11年间曾反复发作视力下降、肢体无力、麻木、反应迟钝、小便费力症状4次,后症状基本缓解,遗留精细活动差。1月前低热咽痛后出现右侧肢体无力,言语欠清,反应慢,头晕,体位改变时视物轻度旋转,行走不稳,需他人搀扶,小便费力。既往高血压病史2年,血压最高150/80 mmHg,否认过敏史、否认家族遗传病史,否认吸烟饮酒史。查体:血压140/70 mmHg,构音欠清,计算力下降(100-7, 93-7),双眼视力下降,双侧水平细小眼震,咽反射减弱,右侧肢体肌力V级,双侧腱反射活跃,右侧针刺痛觉减退,双侧指鼻试验、轮替试验、跟膝胫试验阳性,双侧巴氏征阳性,闭目难立征阳性,加强试验阳性。MMSE评分23分。舌暗红,苔黄腻,脉弦滑,尺脉沉。头颅核磁:右侧小脑半球、双侧放射冠、双侧半卵圆中心、皮层下多发白质病变,脱髓鞘可能性大。颈胸椎核磁:未见明显髓内病变。视觉诱发电位:P100波形分化不佳。腰椎穿刺:脑脊液寡克隆区带阳性。余大致正常。定位诊断:计算力下降定位于皮层及皮层下联系纤维,构音障碍、咽反射存在,定位于双侧皮质脑干束,双眼视力下降定位于视神经传到通路,眼震、肢体共济失调、闭目难立征阳性定位于脑干小脑及联系系统,右侧肌力下降、双侧腱反射活跃、双侧病理征阳性定位于双侧锥体束,右侧针刺痛觉减退定位脊髓丘脑侧束,结合头颅影像,综合考虑定位为多灶性。定性诊断:患者中年男性,病程整体呈复发缓解型,慢性进展加重,结合影像病灶以视神经、脑干、小脑、双侧大脑半球,损害以白质为主,脑脊液寡克隆区带阳性,定性为免疫介导脱髓鞘。中医辨病为痿痹病,辨证为肾虚为本,痰瘀滞络为标。治疗稳定期以康复训练同时采用上述针刺方法治疗12周,经上述治疗后患者头晕症状明显改善,右侧肢体无力麻木好转,右侧肢体力量增加,言语发音转清晰,行走无偏斜,不需搀扶,反应迟钝好转。查体:计算力好转(100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7),右侧肢体肌力V级,双侧针刺痛觉对称存在,双侧轮替试验、跟膝胫试验较前稳准,闭目难立征阴性,加强试验阳性,步基宽。MMSE评分26分。余同前。

4 讨论

MS作为中枢神经系统自身免疫性脱髓鞘疾病的代表,临床特点为病灶的空间多发性和时间多发性,近年随诊断水平提高和临床深入认识,MS发病趋势明显增高。MS由于病因及机制不完全明确,病

理生理过程复杂多样。MS是以细胞免疫为主的自身免疫疾病,多为急性或亚急性起病,多数病程呈复发缓解型,因其疾病反复发作,病灶沿脑脊髓轴扩展,从轻微症状进展至残疾甚至死亡。急性期细胞因子网络系统激活,促进淋巴细胞为主的炎性细胞套袖状浸润,导致髓鞘崩解,轴突受累较少;恢复期炎性改变减轻,出现大量星形胶质细胞增生,髓鞘再生^[6]。中国多发性硬化专家共识指出MS急性期发作以控制病情、缓解症状、防止疾病恶化和最大程度减少轴索和神经元损伤为主,推荐大剂量甲基泼尼龙冲击、严重者应用大剂量免疫球蛋白和血浆置换;缓解期以预防复发、延缓病程、提高治疗有效性和改善患者生命质量为主,包括康复训练及免疫抑制药物^[7]。

本病依据临床特点,属中医“风痺”“痿病”“类中风风痺”“视瞻昏渺”“瘖痺”等病系范畴,中医认为下焦虚衰为发病之本,湿热瘀浊为标,本虚标实,此病与肝、脾、肾密切相关;部分医家认为邪气伏藏,邪气过时而发为其致病特点^[8];部分医家认为病患素体肝血、肝阴不足或外感邪气,引发机体气血阴阳失衡而致病。针灸认为人体经络联系脏腑与肢体,运行气血,抵抗外邪。针灸调节作用设计免疫反应的各个环节,针刺不同腧穴可调节不同的免疫分子和免疫细胞。关于针刺治疗多发性硬化的临床研究较少,存在一些针刺有效治疗MS的个案报道^[9-11],但缺乏对疾病分期的治疗、部分缺少病例前后对照及选取适应的评价标准。聂卉^[12]等治疗12例MS患者,急性期以激素治疗,辅助针灸治疗;缓解期以针刺背俞穴为主,1次/d,20次为1疗程,治疗2~3个疗程后,显效2例,有效9例。杨兆刚^[13]针刺治疗多发性硬化69例,取穴以肝俞、肾俞、百会、三阴交、太溪、上星为主,根据症状随证加减穴位,针刺治疗1次/d,6次/周,2周1个疗程,观察4个疗程,患者症状均有明显改善。大量研究表明神经-内分泌-免疫网络是针刺作用途径的一个重要组成部分,针刺可促进中枢神经系统某些神经递质含量变化,影响内分泌系统,共同作用于免疫系统,反作用于中枢使神经系统得以保护。动物基础实验研究结果提示电针督脉可防止神经纤维溃变,促进少突胶质细胞增生和神经纤维髓鞘再生,促进营养因子释放^[14];电针刺激可诱导脑啡肽释放,抑制炎性物质产生,保护神经系统^[15],故针刺有效治疗多发性硬化的机制可能与针刺调节神经免疫起到神经保护相关。

笔者选取穴位以北京地区已故著名针灸大师王

乐亭的经验为处方,以“老十针”“手足十二针”“督脉十三针”为主,随证加减,临床取得良好疗效。“督脉十三针”组方因督脉通于脑,主一身阳气,具有补髓益脑、强筋通阳之效;“老十针”组方可调理脾胃,理气和血,起补中益气之效;“手足十二针”组方以阳明经主穴配合阴经达行气和血、调和阴阳、通经活络之功。各方互为相应,随证加减取穴,起到调理脏腑、调和气血、阳生阴长、阴平阳秘之效。从本案分析,在MS缓解期针刺可延长疾病复发年限,提高神经功能缺损评分,可能与调节神经免疫及促进神经修复有关。其总有效率为87.5%,无效患者1例,其神经功能缺损较重,EDSS评分8.5分,预后不佳。采用针刺治疗本病优势突出,效果明显,可减少恢复期使用免疫抑制药物的机率,减少药物不良反应,MS恢复期使针刺和康复治疗结合,应用于多发性硬化功能残障恢复,进一步减少伤残者社会功能障碍,使其重返社会,具有重要意义,值得进一步研究和探索。

参考文献

[1]王维治,付锦,邱浩彰.世界神经病学发展史[J].中华神经科杂志,2003,36(4):471-476.
 [2]Confavreux C. Natural history of multiple sclerosis [J]. Rev Prat, 2006,56:1313-1320.
 [3]Renoux C, Vukusic S, Mikealoff Y, et al. Natural history of multiple sclerosis with childhood onset [J]. N engl J Med, 2007, 356 (25): 2603-2613.
 [4]Polman CH, Reingold SC, Edan G, et al. Diagnostic criteria for multi-

ple sclerosis; 2005 revisions to the “McDonald Criteria” [J]. Ann Neurol, 2005, 58(6):840-846.
 [5]石学敏. 针灸学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007:142-157.
 [6]Wu GF, Alvarez E. The immunopathophysiology of multiple sclerosis [J]. NeurolClin, 2011, 29(2):257-278.
 [7]中华医学会神经病学分会. 中国多发性硬化及相关中枢神经系统脱髓鞘疾病的诊断和治疗专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2006, 12(39):862-864.
 [8]彭皓均, 吴彦, 吴智兵, 等. 以“伏气学说”探讨多发性硬化的病因及发病规律[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(4):648-650.
 [9]徐韬, 张晓彤, 杨铭. 醒脑开窍针刺法治疗多发性硬化1例[J]. 河南中医, 2012, 32(9):1214.
 [10]张福顺. 刘公望教授针药并用治疗多发性硬化经验[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(11):1-2.
 [11]杨光. 针药结合治疗多发性硬化验案[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(6):15.
 [12]聂卉, 房丽, 梅晨健. 针刺背俞穴治疗多发性硬化12例[J]. 中国针灸, 2001, 21(4):223.
 [13]杨兆钢. 针刺治疗多发性硬化69例[J]. 上海针灸杂志, 1995, 14(3):122.
 [14]Yang WO, Huang YL, Da CD, et al. Electroacupuncture reduces rat's neuronal ischemic injury and enhances the expression of basic fibroblast growth factor [J]. Acupunct Electrother Res, 1999, 24(1):1-10.
 [15]王春琛, 杨春艳, 王麟鹏. 早期针刺夹脊穴对MCAO大鼠脊髓β鼠内啡肽和强啡肽水平的影响[J]. 中国中医急症, 2012, 21(2):213-222.

(2016-08-03 收稿 责任编辑:徐颖)

投稿须知:关于表格

凡能用文字说明者,尽量不用表格。一篇文章中,表格应控制在3~5个之内。表格均应有简要的表题。表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。即使只有1张表,也须标示“表1”。

表:表附在正文内,一律采用“三线表”,其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏,如有需说明的事项(如P值等),以简练文字写在表的下方,表内依次用*、△、▲、□、■号标注在相应内容的右上角。表内参数的单位应尽量相同,放在表的右上方;如各栏参数的单位不同,则放在各栏的表头内。均值±标准差,用($\bar{x} \pm s$)表示,置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多1位。统计学处理结果统一用*、△、▲、□、■表示 $P < 0.05$; **、△△、▲▲、□□、■■表示 $P < 0.01$, P为大写,斜体。