

中医治疗重症肌无力研究进展*

杨耿峰¹ 耿冰倩¹ 赵文涵² 周 凌^{1△}

摘要:根据中医整体观念和辨证论治的理论,中医治疗重症肌无力(Myasthenia gravis, MG)有多种分型,并辨证求因、因证立法、随法选方、据方施治,且针对性强,疗效显著,为治本之道。此文从病因病机、辨证分型、临床治疗等不同方面,归纳和总结了近年来MG的研究进展及临床诊治现状。发现目前在MG的诊疗中,多据患者个人的年龄、性别、体质等因素辨证施治,很少与季节气候、地域环境联系起来。建议在未来的研究中,季节气候、地域环境与MG之间的关联可作为一个切入点,筛选出切实可行的治疗方案,确立更加统一的诊治标准,制定更加科学及实用的中医临床实践指南,形成一个更加全面而规范的理论体系,从而开启更加有效的治疗MG的新篇章。

关键词:痿病;重症肌无力;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.01.060

文章编号:1003-8914(2024)-01-0205-04

Research Progress on Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Myasthenia Gravis

YANG Gengfeng¹ GENG Bingqian¹ ZHAO Wenhan² ZHOU Ling^{1△}

(1. College of Acupuncture and Massage, Henan University of Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. College of Osteopathy, Henan University of Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: According to the overall concept of traditional Chinese medicine and the theory of syndrome differentiation and treatment, there are many types of myasthenia gravis (MG) treated by traditional Chinese medicine, and the treatment is based on syndrome differentiation, syndrome legislation, prescription selection and treatment according to the law. This paper summarized the research progress and clinical diagnosis and treatment of MG in recent years from different aspects such as etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and clinical treatment. It is found that at present, in the diagnosis and treatment of MG, most patients were treated according to the age, gender, physique and other factors, rarely related to the seasonal climate and regional environment. It is suggested that in the future research, the relationship between seasonal climate, regional environment and MG can be used as a starting point to screen out feasible treatment schemes and prescriptions, establish more unified diagnosis and treatment standards, formulate more scientific and practical traditional Chinese medicine clinical practice guidelines, and form a more comprehensive and standardized theoretical system, so as to open a new chapter in more effective treatment of MG.

Key words: flaccidity disease; myasthenia gravis; therapy of traditional Chinese medicine

重症肌无力(Myasthenia gravis, MG)是骨骼肌神经-肌肉接头(Neuromuscular junction, NMJ)发生传递功能障碍的一种获得性自身免疫性疾病,通常由NMJ突触后膜上乙酰胆碱受体(Acetylcholine receptor, AChR)的自身抗体介导并攻击相关结构,导致AChR受损^[1]引起。MG的主要临床表现为周身骨骼肌均可累及,呈现波动性易疲劳和肢体无力,具有早轻晚重,活动后逐渐加剧,休息后可缓解的特点。中医学对MG尚无统一的病名,根据其肢体萎软无力,经脉弛缓,甚则肌肉萎缩或瘫痪的临床表现,将其归属于“痿

病、睏目、胞垂、脸废”等范畴。流行病学研究表明,全球MG年发病率为(3~30)/百万,中国MG年发病率为0.68/10万;女性较男性高发;各年龄段均可发病,并随着人口老龄化的加剧,MG发病年龄逐渐增加^[2]。目前西医主要应用胆碱酯酶抑制剂等激素类药物治疗MG,防治方法简单,远期效果不佳,且某些激素药物的毒副作用较大,易形成依赖。而中医针对此病有多种辨证分型,并辨证求因、因证立法、随法选方、据方施治,可获得良好效果。现对近年来中医药治疗MG的研究情况加以综述,以期对MG的治疗和研究提供更加有效的参考。

1 病因病机

现代医学认为,MG的发病机制主要由AChR、兰尼碱受体等自身致病性抗体破坏NMJ相关结构,从而干扰NMJ的信号传递,影响AChR的正常功能,引起

*基金项目:河南省高校省级大学生创新创业训练计划项目(No. 202210471036)

作者单位:1. 河南中医药大学针灸推拿学院(河南 郑州 450046);

2. 河南中医药大学骨伤学院(河南 郑州 450046)

△通信作者:E-mail:451160097@qq.com

机体免疫系统功能出现异常,导致 MG 的发生^[3]。总结历代中医医案后,笔者发现 MG 的病机与多种致病因素相关,主要归结于脾胃虚弱、气虚气陷、经络瘀滞、肌肉失养。《三因极一病证方论》云:“若随情妄用,喜怒不节,劳佚兼并,致内脏精血虚耗,荣卫失度……使皮毛、筋骨、肌肉痿弱无力以运动,故致痿”。左瑞等^[4]认为 MG 患者多表现为胞睑下垂、肢体痿软无力,总体多从痿病进行论治。患者多由于先天禀赋不足或后天失养直接影响脏腑功能,肾元不足,肝气生发不及,脾胃运转失常,导致气虚气陷。李庆和经研究发现 MG 发病原因与湿毒之邪有关^[5]。患者饮食不节或者脾胃失和,会导致饮食不化,酿浊成毒,进而影响脏腑功能。王宝祥等^[6]认为 MG 是由于患者脾胃虚弱,气血津液不足,致机体肌肉失养。张静生认为 MG 病机复杂多元,常常与风、湿、瘀、燥、火等多种致病因素有关,患者久病会涉及营分和血分,临床上在辨别各种症状时,还需多方面考虑判断湿热等因素有无^[7]。无论何种原因引起 MG 的发生,都会影响到脾胃运化水谷,肝肾藏精运血,最终导致气血亏虚之象。

2 辨证分型

由于 MG 病因病机复杂,可累及多个脏腑,故临床辨证分型多样。

基于专家共识法而分型。吕志国等^[8]通过文献检索,利用提及率筛选临床常见证候,经 12 位专家学者一致研讨确定,将 MG 分为典型的 5 类,即脾胃气虚证、脾肾两虚证、气阴两虚证、大气下陷证及兼见证候分型。

采用“三类三步证型类候归纳”而分型。刘洋等^[9]通过检索文献,对历代医家辨证分型进行归纳总结,得到 3 类 8 种分型证候,即虚证类、实证类、虚实错杂类。其中虚证类包含肺脾胃气虚类型、肝脾肾亏虚类型、肝肾阴虚类型,实证类指湿邪浸淫类型,虚实错杂类包含脾虚生湿类型、脾肾阳虚夹湿类型、肝脾肾虚挟风类型及阳虚络瘀型。

根据脏腑辨证而分型。顾锡镇认为此病与脾肾肝三脏有密切关系,将其分为脾胃虚弱型、肝肾亏虚型、肾阳亏虚型、脾虚夹湿型^[10]。陈卫银注重脏腑辨证,并结合西医 Osserman 分型将 MG 分为 4 型:脾气亏虚型、肾气不足型、湿热蕴结型、大气下陷型^[11]。

按照八纲辨证而分型。杨文明将 MG 分为 3 型,即脾肾阳虚型、脾胃虚弱型、肝肾亏虚型^[12]。李庚和

认为 MG 属于“虚劳”范畴,并依据病情的演变以及脾肾两虚的阴阳轻重,将其分为脾肾气阴两虚型、脾虚气弱型、脾肾阳虚型^[13]。

总的来说, MG 的临床辨证分型虚证多、实证少,病位多责之于脾、肾、肝、肺。不同医家多根据自己的临证经验治疗此病,故 MG 尚无统一辨证分型。

3 临床治疗

对于 MG 的治疗,中西医各有其优缺点。西医见效快,但毒副作用较大,易形成依赖;中医注重整体调理、扶正祛邪、标本兼治,具有疗效优、预后佳、不良作用小的特点。然在实际临床观察中当具体情况具体对待,切不可生搬硬套。

3.1 中医辨证施治 张伯礼认为,既知脾主肌肉,便施健脾益气之治,更应临证权辨^[14]。在顾锡镇看来,此病由先天不足、后天失养所致,法当补脾益气、补益肝肾^[15]。治疗时应注重分型而论,脾胃虚弱型予以补中益气汤,脾虚夹湿型予以补中益气汤合参苓白术散,肝肾亏虚型予以补中益气汤合六味地黄丸,肾阳不足型予以补中益气汤合右归丸,结合辨证和方加减,获效甚佳。刘雪景^[16]使用补中益气汤治疗 MG 患者 40 余例,根据辨证分为:湿盛者,原方加薏苡仁、茯苓、苍术;肾阴虚者,原方加枸杞子、山萸肉;肾阳虚者,原方加巴戟天、淫羊藿;胃阴虚者,原方加石斛、麦冬。每日 1 剂,早晚温服,治疗 3 个月后进行疗效统计分析。40 例中痊愈 10 例,显效 15 例,有效 9 例,无效 6 例,总有效率达 85%。

3.2 中医专方治疗 岳美中指出,在专病专证专方专药治疗基础上应须辨证论治,方可成效^[17]。张怀亮主张从肝论治此病,善从调肝入手,以小柴胡汤为基础方加减治疗,在调肝基础上重视上焦心肺与升举脾胃^[18]。黄春华等^[19]通过黄芪知柏地黄汤合二至丸治疗长期服用激素的 MG 患者,方药组成:生黄芪 50 g,太子参 30 g,生地黄 20 g,山药 20 g,龟板 20 g,女贞子 15 g,巴戟天 15 g,墨旱莲 12 g,山萸肉 12 g,桑椹 10 g,知母 10 g,木香 10 g。具体辨证加减,疗效甚佳。王小军^[20]予以培脾疏肝汤(方用:生黄芪 250 g,生麦芽 45 g,山药 45 g,麸炒白术 30 g,桂枝 30 g,干姜 30 g,地龙 30 g,炒白芍 15 g,陈皮、厚朴各 10 g,柴胡 10 g,牛膝 10 g,麻黄 6 g)治疗 39 例 MG 患者,每日 1 剂,每日 1 次,连续治疗 3 个月,39 例中痊愈 30 例,有效 8 例,无效 1 例,总有效率达 97.44%。

3.3 针灸治疗 陈嘉悦等^[21]发现 MG 的分型不同,取穴的偏重点也不同,三阴交、足三里、合谷、百会、阳陵泉等穴位使用率较高。针灸治疗 MG 在取穴上体现了“治痿独取阳明”的治则,阳明经腧穴具有充养气血,荣养肢体的作用,足三里为胃经合穴及下合穴,具有生发胃气之功,有助于后天之本的滋养,应用最为频繁。除此之外,对于足太阳膀胱经,及任督二脉的穴位的应用也比较频繁。宋扬扬等^[22]治疗 MG 采取醒脑调神、调通三焦的针刺治疗方法,选取百会、内关、膻中、中脘、气海等主穴,配攒竹、阳白、丝竹空等穴进行辨证施治。刘畅等^[23]选取 MG 上胞下垂型患者 55 例,采取针灸治疗的方法,取百会、双侧攒竹、鱼腰、阳白、四白、合谷、足三里等穴针刺,并点燃艾条悬于双侧足三里上,连续治疗 3 个疗程。结果在 55 例患者中,痊愈 48 例,好转 7 例,无效 0 例,总有效率 100%。

3.4 中西医结合治疗 李庚和^[24]将激素类补补肾药,认为其可蓄养元气且作用迅速,临证以中药为主,辅以西药的明片 30 ~ 60 mg,以保证患者短时生活工作正常。若病情急危,慎用激素 2.5 ~ 20 mg,逐步调整剂量,以稳定病情。王良光^[25]主张用升降调气方治疗眼肌型 MG,共纳入患者 68 例,随机分为 2 组(即对照组和试验组),每组 34 例。对照组使用单纯西药泼尼松治疗,试验组在对照组的基础上加用升降调气方(方用:黄芪 20 g,茯苓 15 g,白术 15 g,党参 15 g,白僵蚕 10 g,蝉蜕 10 g,姜黄 10 g,柴胡 10 g,大黄 3 g,升麻 6 g,根据患者具体情况辨证加减化裁)经治疗后,试验组患者治疗总有效率达 91.2%,对照组达 70.6% ($P < 0.05$)。试验组患者总不良反应发生率为 8.8%,对照组为 11.8% ($P < 0.05$)。可见在常规激素治疗的基础上配合升降调气方治疗眼肌型 MG 的临床疗效确切,安全性更高。魏玉梅^[26]通过观察自拟加味益气补肾化浊方联合溴吡斯的明与泼尼松治疗 MG 的临床疗效,发现中西医结合治疗在改善患者免疫功能和乙酰胆碱受体抗体值等方面具备明显优势。彭小燕等^[27]对以单纯西药为基础联合中药治疗 MG 的随机对照试验进行 Meta 分析,筛选 2000 年 1 月—2017 年 12 月的 22 个随机对照临床试验,共 1972 例研究对象,最终发现中西医结合治疗 MG 相较单独西药治疗,在提高有效率、降低复发率和改善病情方面具有显著优势。

3.5 其他治疗 除传统方法治疗 MG 之外,中医药的其他特色疗法也发挥着重要作用。康丽萍等^[28]辨证

应用中医特色外治疗法(如:热熨理疗、中药封包、穴位贴敷及耳穴压贴等)干预或辅助治疗 MG,能提高综合治疗效果。严玉英^[29]运用中医传统健身气功八段锦干预 MG-II A 型患者,通过练习八段锦改善其临床症状、握力、步行能力,可优化患者生活质量。

4 结语

MG 作为一种典型的累及多脏器的自身免疫性疾病,中医相比西医治疗此病不管从基础理论还是临床实践方面,均累积了大量的成功经验,且疗效优、预后佳、不良作用小,并有利于疾病溯其源,究其本。MG 在中医痿病中属常见、多发疾病,由于其病变类型多、病程长、临床诊治困难,而被认为是痿病中的疑难、危重疾病。《素问·痿论》云:“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也……故阳明虚则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也”。可见历代医家早已认识到五脏气血调和对人体的重要性,故当前对 MG 的研究也是很重要且极有必要的。

目前,MG 的基础研究和临床治疗呈现出范围广、方法多的趋势,疗效较过去有了很大提高。笔者认为,MG 的发病不仅与人体自身免疫功能出现异常有关,还与外界多方面的影响因素密切相关。中医学重视“三因制宜”学说,目前在 MG 的治疗中,医者多依患者自身的年龄、性别、体质等差异进行治疗,但很少同季节气候、地域环境因素相关。同时,在临床实践中,存在着 MG 的中医辨证分型、证候诊断标准不统一,并且此病的证型并非单一,常与多种兼见证型并存。

因此,在未来的研究中,建议将季节气候、地域环境与 MG 之间的关联可视作一个切入点。同时,对 MG 的中医证候规律进行深入系统研究,筛选出切实可行的治疗方案,确立更加统一的诊治标准,制定更加科学及实用的中医临床实践指南,形成一个更加全面而规范的理论体系,以期为人民群众的生命健康做出贡献。

参考文献

- [1] CARR AS, CARDWELL CR, MCCARRON PO, et al. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis[J]. BMC Neurol, 2010, 10: 46.
- [2] CHEN JS, TIAN DC, ZHANG C, et al. Incidence, mortality, and economic burden of myasthenia gravis in China: A nationwide population-based study[J]. Lancet West Pac, 2020, 5: 100063.
- [3] 常婷. 中国重症肌无力诊断和治疗指南(2020 版)[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2021, 28(1): 1-12.

- [4] 左瑞,吕富荣,王晓燕. 94 例重症肌无力患者中医证型分析[J]. 新中医,2020,52(17):48-50.
- [5] 曹璐璐,王炳权,陈朝远,等. 李庆和教授运用化湿解毒法治疗重症肌无力经验探析[J]. 西部中医药,2021,34(1):34-36.
- [6] 王宝祥,许俊杰,陆霞,等. 益气托邪汤联合温针灸治疗重症肌无力临床观察[J]. 新中医,2018,50(10):166-169.
- [7] 张会永,冷锦红,谢伟峰,等. 张静生治疗重症肌无力临证经验与用药分析[J]. 中华中医药学刊,2020,38(12):27-30.
- [8] 吕志国,王健,徐鹏,等. 基于专家共识法的双重肌无力中医证候筛选研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2017,19(1):1-6.
- [9] 刘洋,刘华生. 重症肌无力的中医辨证治验研究:文献“三类三步证型类候归纳法”应用初探[J]. 中医药通报,2015,14(1):42-45.
- [10] 崔春丽,王晓勇. 顾锡镇治疗重症肌无力经验总结[J]. 世界中西医结合杂志,2019,14(1):32-34,40.
- [11] 冉宁晶,肖文,杨芳. 陈卫银教授治疗重症肌无力经验采撷[J]. 光明中医,2019,34(19):2936-2938.
- [12] 朱桂平,杨文明. 杨文明治疗重症肌无力经验[J]. 中医药临床杂志,2018,30(5):850-852.
- [13] 戴梦,刘杰,张辰玥,等. 李庚和从脾肾论治重症肌无力经验析要[J]. 环球中医药,2021,14(8):1469-1472.
- [14] 王凯,崔远武,吕玲,等. 张伯礼教授治疗痿证(重症肌无力)验案一则[J]. 天津中医药,2018,35(1):1-3.
- [15] 崔春丽,王晓勇. 顾锡镇治疗重症肌无力经验总结[J]. 世界中西医结合杂志,2019,14(1):32-34,40.
- [16] 刘雪景. 补中益气汤治疗重症肌无力临床观察[J]. 中医临床研究,2017,9(23):54-55.
- [17] 中医研究院. 岳美中论医集[M]. 北京:人民卫生出版社,1978:9-10.
- [18] 王朝阳,欧梦仙,张怀楠. 张怀亮从肝论治重症肌无力经验[J]. 河南中医,2019,39(8):1182-1185.
- [19] 黄春华,韦玲芝,饶旺福. 饶旺福治疗重症肌无力特色浅析[J]. 江西中医药大学学报,2020,32(1):17-20.
- [20] 王小军. 培脾疏肝汤治疗重症肌无力临床观察[J]. 中医药临床杂志,2018,30(6):1080-1082.
- [21] 陈嘉悦,图娅,辛随成,等. 针刺治疗重症肌无力的临床取穴特点[J]. 世界中医药,2022,17(17):2451-2455,2463.
- [22] 宋扬扬,倪光夏. 醒脑调神、通调三焦针刺法治疗重症肌无力经验[J]. 中华中医药杂志,2020,35(1):257-259.
- [23] 刘畅,赫群. 针灸治疗重症肌无力型上睑下垂 55 例[J]. 实用中医药杂志,2017,33(11):1306-1307.
- [24] 李庚和. 432 例重症肌无力症疗效分析[J]. 上海中医药杂志,1987,21(12):2-4.
- [25] 王良光. 升降调气方治疗眼肌型重症肌无力的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(36):89-91.
- [26] 魏玉梅,赵承花,刘利荣. 自拟加味益气补肾化浊方联合溴吡斯的明与泼尼松治疗重症肌无力的临床疗效[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(8):1268-1271.
- [27] 彭小燕,马金昀,程晓东. 中西医结合治疗重症肌无力临床随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中华中医药学刊,2019,37(4):826-831.
- [28] 康丽萍,杨云英,崔晓滨,等. 中医外治法干预重症肌无力患者的临床结局评价研究[J]. 广州中医药大学学报,2020,37(5):833-837.
- [29] 严玉英. 习练八段锦对重症肌无力 II A 型患者生存质量的影响[D]. 广州:广州中医药大学,2020.

(编辑:刘慧清 收稿日期:2023-03-13)

中医内外合治儿童抽动障碍研究进展

夏 鹏¹ 韩 峰^{2△}

摘要:抽动障碍是儿科常见的神经精神障碍性疾病,严重影响患儿的心理和社会功能,且发病率逐年上升。西医治疗此病存在用药时间长、不良反应较多、停药后易反复等问题。中医内外合治疗效确切、不良反应少、复发率低。此文对近 5 年中医内外合治儿童抽动障碍的临床研究文献进行综述,以期为此病今后的治疗和研究提供借鉴。

关键词:癔症;抽动障碍;中医药疗法;推拿;推拿疗法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.01.061 文章编号:1003-8914(2024)-01-0208-04

抽动障碍(Tic Disorders, TD)是起病于儿童或青少年时期的一种神经精神障碍性疾病,临床以不自主、反复、突发、快速、重复、无节律性的一个或多个部位运

动抽动和(或)发声抽动为主要特征^[1]。TD 常共患注意缺陷多动障碍及强迫障碍等,且发病率逐年增高,严重影响患儿的心理健康和社会功能。目前该病的西医治疗多以多巴胺受体阻滞剂、 α 受体激动剂、心理行为治疗等为主,但这类药物治疗存在用药时间长、嗜睡、胃肠道反应、锥体外系反应等不良作用,家长多对心理

作者单位:1. 山东中医药大学第一临床医学院(山东 济南 250014);

2. 烟台市中医医院儿科(山东 烟台 264001)

△通信作者:E-mail:13220933400@163.com