

重症肌无力脾虚湿热病机探析

刘友章, 宋雅芳, 蓝 海, 姬爱冬

(广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

摘 要: 对于重症肌无力 (MG) 病机的认识, 以往多从“脾胃虚损”立论, 以峻补脾胃为法, 并取得一定疗效。但近年临床研究发现, 仅用峻补脾胃并不能通治 MG; 细究之, 广东地处湿温之域, MG 发病, 多因脾虚复感湿热之邪, 尤以犯肺伤脾为多, 脾虚为本, 湿热为标; 治疗应以异法方宜论指导, 重视补脾益气之时, 清热化湿亦不可忽视。

关键词: 重症肌无力; 脾虚; 湿热

中图分类号: R746.1

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)02-0229-02

Investigation on Pathogenesis of Splenic Asthenia and Humid Heat in Myasthenia Gravis (MG)

LIU You-zhang SONG Ya-fang LAN Hai JIA i-dong

(The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong China)

Abstract The pathogenesis of myasthenia gravis (MG) was usually thought as the spleen and stomach asthenia in past years and treated in powerful tonification of spleen and stomach and gained certain effects. But in recent years in our clinical research we found that merely powerful tonification of spleen and stomach cannot treat MG thoroughly, thinking carefully, guangdong province is in the damp thermosis area, the morbidity of myasthenia gravis is often induced by splenic asthenia and humid heat, especially the impairment of lung and spleen, splenic asthenia is the essence, while humid heat is the appearance. So under the guidance of the theory of adopting different methods according to different conditions, attaching more importance to nourishing spleen and tonifying qi, heat-clearing dampness-resolving therapy can not be neglected.

Keywords myasthenia gravis splenic asthenia humid heat

重症肌无力 (myasthenia gravis, MG) 是一种主要累及神经肌肉接头 (NMJ) 处突触后膜上乙酰胆碱受体 (acetylcholine receptor AChR) 的, 并由乙酰胆碱受体抗体 (AChRab) 介导、细胞免疫依赖、补体参与的自身免疫性疾病 (autoimmune disease)^[1]。本病可发生于任何年龄, 国外报道以 20~40 岁多见, 且女性多于男性, 国内报道则以儿童及 20 岁以下为多, 同样女性多于男性。有关重症肌无力的流行病学调查表明, 此病是一种常见的神经内科疾病, 患病率约为人口的 5/10 万, 危象的发生率约 8.18%, 危象死亡率约 26.8%。

目前, 基于改善神经肌肉接头的传递和抑制自身免疫反应的 MG 治疗方法并不理想。胸腺摘除手术有致“危象”之可能, 且不能根治 MG; 肾上腺皮质激素疗法因抑制全身免疫系统功能而具有一定毒副作用; 胆碱酯酶抑制剂只能暂时改善症状, 而不能抑制免疫, 大量长期应用可引起胆碱能危象; 血浆交换作用短暂, 且价格昂贵, 静脉注射免疫球蛋白能降低乙酰胆碱受体抗体的效价, 但机制不明^[2-3]。因此国内外学者一直在寻找治疗 MG 有效而副作用小的药物。

中医药治疗 MG 的疗效已为临床所证实, 但其作用机制及靶点尚未明确, 特别是湿热致痿及健脾清热化湿法治疗 MG 尚缺乏系统和深入的研究, 因此有待进一步探讨。

1 中医学对重症肌无力的认识发展及演变

中医文献中无重症肌无力病名记载, 由于本病临床症状多种多样, 中医文献对其有不同的病名描述, 如出现吞咽无力、声音嘶哑, 称之为“暗瘥”; 出现眼睑下垂者称为“睑废”, 有复视者称为“视歧”。但这些命名只是本病局部症状的表述, 根据 MG 患者肌肉痿软无力的特点, 中医学仍主要以“痿证”称之。历代医家从不同方面对痿证的论述, 为本病的研究奠定了一定的理论基础。

有关痿证的记载, 首见于《内经》, 《素问·痿论篇》论述了痿证的病因病机、证候分类及治疗大法, 指出痿证主要病理为“肺热叶焦”, 肺燥不能输精于五脏, 因而五体失养, 产生痿软证候。并根据病因、证候的不同, 将痿证分为皮、脉、肉、筋、骨五痿。在治疗上, 《素问·痿论篇》提出“治痿者独取阳明”的治疗原则, 为后世治痿提供了重要依据。同时在《素问·生气通天论篇》又有: “因于湿, 首如裹; 湿热不攘, 大筋软短, 小筋弛长, 软短为拘, 弛长为痿。”说明湿热也是痿证发病原因之一。

继《内经》之后, 《难经》提出五痿传变论, 论述痿证的临床表现、传变规律和预后, 扩展了《内经》关于本病的认识。东汉张仲景的《伤寒杂病论》论述了伤寒误治致痿及过食咸味致痿, 丰富了对本病发病的认识。

金元时期医家对阐发病机、辨别证候提出了各自见解。如张子和强调“火热”对于本病发病的重要性, 提出“痿病无寒”的论点; 李东垣对湿热致痿论述尤详, 朱丹溪提出“泻南方, 补北方”的治疗原则; 在具体辨证施治方面又分列湿热、湿痰、气虚、瘀血之别, 为后世开示源头。

收稿日期: 2007-09-05

基金项目: 中国博士后科学基金资助项目 (20060400214)

作者简介: 刘友章 (1952-), 男, 广东兴宁人, 教授, 博士研究生导师, 主要从事神经肌肉病及消化系统疾病的临床研究。

针对前人论痿多主火盛、湿热、五脏亏虚,明代张景岳提出“元气败伤”之说,清代医家则论述了火热、湿热、湿痰、气血亏虚、瘀血、情志失调等在致病中的重要作用,提出滋阴清火、清肺润燥、补益脾胃、调补肝肾、活血化痰等方药,使本病的病因病机及治疗取得较大进展。

在历代医家有关痿证治疗经验的基础上,现代中医工作者对其病因病机及治疗进行了深入研究,多认为重症肌无力的发病可归纳为先天禀赋不足,后天失调;或情志刺激,或外邪所伤,或疾病失治、误治,或病后失养,均可导致脾胃气虚,渐而积虚成损,致肌肉筋脉失养。病位在脾胃,由脾胃损及肝肾,涉及肺心。病性是“虚损”之病,由脾胃虚损而致痿证。

综上所述,自古至今众多医家对痿证发病机制及治疗的论述,对本病的研究积累了丰富的理论经验,而现代中医工作者在历代医家论治痿证的基础上,多从脾胃虚弱、肝肾不足、脾肾亏虚、气血不足论治,多为中医辨证分型或科研协定方加减运用。但万变不离其宗,大多认为 MG 患者“脾胃虚损”为本,治疗多宗“治痿独取阳明”,健脾益气或峻补脾胃。

2 重症肌无力的脾虚湿热病机及其治疗探析

《素问·痿论篇》提出“治痿者独取阳明”之说,同时在《素问·生气通天论篇》又有:“因于湿,首如裹;湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿。”及《张氏医通·痿》“痿证,脏腑病因虽曰不一,大都起于阳明湿热,内蕴不清,则肺受热乘而日槁,脾受湿淫而日溢,遂成上枯下湿之候。”说明湿热也是致痿重要原因,不能单以脾胃虚损立论。《素问·痿论篇》云:“有渐于湿,以水为事;若有所留,居处相湿。肌肉濡渍,痹而不仁,发为肉痿。”久处湿地,浸淫经脉,使营卫运行受阻,郁遏生热,久则气血运行不利,筋脉肌肉失却濡养而弛纵不收,而成为痿证。

王永炎院士审证求因,不落俗套,指出重症肌无力属于中医“痿证”的范畴,临床大多宗“治痿独取阳明”,治法以健脾益气升提为主,但若患者虚象不显,纳呆便溏,舌苔微腻,为湿邪碍脾,经气不营,则病位在脾,病机为湿邪阻滞经气,湿热浸淫。所以治以清热利湿醒脾为法^[4],即经云“审察病机,无失气宜”,深得治痿要旨。

岭南地域不仅气候炎热,而且长年受偏东或偏南暖湿气流影响,潮湿而多雨。在这种四季均湿的气候条件下,岭南六淫应以“湿”为首。岭南医家何梦瑶指出:“岭南地卑土薄,土薄则阳气易泄,人居其地,腠理汗出,气多上壅。地卑则潮湿特盛,晨夕昏雾,春夏淫雨,人多中湿,肢体重倦,病多上脘郁闷,胸中虚烦,腰膝疼痛,腿足寒厥。”并认为“湿,在天为湿气,在地为土,在人为脾胃……然脾胃居中,兼该六气,六气皆能为之病。”由于岭南气候炎热且雨水较多,故 MG 除具有一般发病特点外,还有其独特之处,即出现湿热蕴脾证。脾主运化,其气主升,胃主受纳,以和降为顺。湿热蕴结中焦,纳运失司,升降失常,故脘腹痞闷,纳呆呕恶;且湿为阴邪,易阻气机,故便溏而不爽。脾主肌肉四肢,脾为湿困,湿性重着,留滞于脏腑经络,最易阻遏气机,使气机升降失常,经络运行不畅,故肢体困重。湿遏热伏,郁蒸于内,故身热不扬,汗出不解,口渴多饮,痰黄难咳,小便赤涩热痛。舌质红,苔黄腻,脉濡数,为湿热内蕴之征。且在 MG 的治疗中常使用溴吡斯的明和强的松亦增加了感受湿热的机会。溴吡斯的明为胆碱酯酶抑制剂,可引起患者

唾液、痰液等分泌物增加,激素可引起水钠潴留,皆属中医“湿浊”范畴,形成湿浊内盛之体;复感湿热之气,内外湿气搏结,每致病人纳呆、神疲、四肢倦怠乏力,导致 MG 病情发作和加重。

健脾益气是治疗 MG 的重要方法之一,以往中医药治疗 MG 多以峻补脾胃为法,但仅用峻补脾胃并不能通治 MG,尚有相当部分病人单用补益脾胃效果并不理想。细究之,MG 发病,多因脾虚复感湿热之邪而诱发,尤以犯肺伤脾为多。过去笔者运用峻补脾胃治疗 MG 取得一定疗效,但近年发现为数不少的病人多因感受岭南湿热而导致病情加重而入院,症见:眼睑下垂或有复视,肢体痿软无力,晨轻暮重,甚则肌肉萎缩,或肢体困重,胸闷食少,身热不扬或汗出不解,痰黄难咳,小便赤涩热痛,大便黏滞不爽,舌红苔黄腻,脉濡数。此时若一味峻补则湿热难去,湿热缠绵,困扰脾胃,脾运受阻,四肢百骸、五脏六腑不得禀脾胃之气而致 MG 加重。故治疗宜审因论治,清热祛湿,运脾解困乃为当务之急。乃本“急则治其标”之义,湿热祛其大半,则补脾运脾以壮其本,是为治疗 MG 之要旨。故立健脾清热祛湿法以治岭南 MG,每获良效。此乃异法方宜论在岭南 MG 治疗中的体现,由于岭南土卑地湿、气候炎热等地理环境特点和岭南人的体质差异,根据中医学“天人相应”的理论观点,以指导岭南 MG 治疗。

“一方草药治一方病,一方水土养一方人。”岭南地处亚热带,阳光雨水充足,植物生长茂盛,种类繁多,于是形成了别具地方特色的岭南中草药。在治疗重症肌无力方面有许多具有地方特色的中草药,如健脾益气除湿、强肌健力的五爪龙、千斤拔、牛大力、千年健及清热化湿之田基黄、白花蛇舌草、广藿香等。

笔者根据 MG 的发病特点,结合南药的功能主治,立健脾清热化湿法以治岭南 MG,以田基黄、五爪龙、千斤拔健脾祛湿、强肌健力;牛大力、北芪、太子参健脾益气养阴;白蔻仁、薏苡仁、砂仁芳香渗湿;柴胡、升麻引气上行;甘草调和诸药。根据广东气候温热的特点,黄芪升提而易动火,故取其量轻以免动火之弊。代之以重用南药五爪龙益气而不作火,补气而兼祛湿,扶正而不碍邪;配田基黄利湿而不伤阴,清热而不损胃;千斤拔补肝肾,强肌健力,共奏健脾清热祛湿、强肌健力之功,乃为南药治南病之特色,用于临床,每获良效。综上,笔者提出岭南 MG 发病,脾虚为本,湿热为标,治疗应以异法方宜论指导,重视补脾益气之时,清热化湿亦不可忽视。以往在重症肌无力的研究中,以脾胃虚损立论,峻补脾胃为法的研究为多,关于健脾清热化湿治疗重症肌无力的报道较少,王永炎院士采用清热利湿醒脾治疗 MG 取得较好疗效,提示今后有必要深入探讨健脾清热化湿法治疗 MG 的作用机制,进一步拓宽治疗 MG 的思路,以体现中医审证求因、辨证论治的精神,进一步提高中医药治疗 MG 的临床疗效,促进中医药学术的发展。

参考文献

- [1] 许贤豪.肌无力[M].北京:中国协和医科大学出版社,2003 24
- [2] Future therapeutic strategies in autoimmune myasthenia gravis [J]. Ann N Y Acad Sci 2003 998: 539-548.
- [3] Chiu HC, Yeh JH, Chen WH. Pulmonary function study of myasthenia-gravis patients treated with double-filtration plasmapheresis [J]. J Clin Apher 2003 18(3): 125-128.
- [4] 刘金民.王永炎教授治疗痿证验案 2 则 [J]. 北京中医药大学学报, 1995 18(2): 57