

·专家论坛·

本文引用:周德生,蔡昱哲.基于经筋理论辨治运动障碍疾病——中医脑病理论与临床实证研究(五)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(5):561-567.

基于经筋理论辨治运动障碍疾病 ——中医脑病理论与临床实证研究(五)

周德生¹,蔡昱哲^{2*}

(1.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南 长沙 410007;2.湖南中医药大学,湖南 长沙 410208)

〔摘要〕 经筋包括神经、肌肉、筋膜及肌腱、韧带等附属组织,具有坚韧柔和之性;脏腑、经脉、经筋与脑髓神机相连接。经筋系统与运动系统相关,运动障碍疾病表现为随意运动调节功能障碍,属于经筋病范畴。通过帕金森病、不宁腿综合征、肌张力障碍综合征、破伤风4个医案,阐释了运动障碍疾病有脑髓神机统摄无权,经筋拮抗失衡;筋路受阻痹闭,筋障筋结并存;经筋刚柔异性,筋缓筋急无度;经筋维稳功能失常的病机特点。基于经筋理论辨治运动障碍疾病,必须持神机、调刚柔、通筋路、熄肝风、重外治,才能涵养阴阳冲和之气,滋养全身脏腑筋脉,恢复经筋主司运动协调的功能。

〔关键词〕 经筋;经筋系统;经筋理论;运动障碍疾病;帕金森病;不宁腿综合征;肌张力障碍综合征;破伤风

〔中图分类号〕 R259

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.05.001

Treatment of Dyskinesia Diseases Based on the Theory of Meridian Sinew: The Theory and Clinical Empirical Study of Chinese Medicine Encephalopathy (V)

ZHOU Desheng¹, CAI Yuzhe^{2*}

(1. Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 The gluten includes nerves, muscles, fascia and tendon, ligament and other ancillary tissues, with tough and soft nature; The viscera, meridians and meridian sinew are connected with the brain marrow and vital activity. The meridian sinew system is related to the moto system, and the dyskinesia disease is characterized by random motor regulation dysfunction, which belongs to the category of meridian sinew disease. In this paper, through the 4 medical cases of Parkinson's disease, restless legs syndrome, dystonia syndrome, and tetanus, the dyskinesia disease is characterized by no governance and control of the brain marrow and vital activity, unbalanced antagonism of meridian sinew, blocked and closed sinew channel, coexistence of sinew barriers and node, rigid and flexible meridian and sinew, excessive slow and irritated meridian and sinew, dysfunction of maintaining stability. Based on the theory of meridian sinew to treat dyskinesia diseases, it is necessary to hold the vital activity, adjust the rigid and soft, unblock the sinew channel, quench the liver wind, focus on external treatment, so as to nourish Yin, Yang and primordial Qi, nourish the viscera, meridians and sinew of the whole body, restore the function of motion coordination by meridian and sinew.

〔Keywords〕 meridian sinew; meridian sinew system; meridian sinew theory; dyskinesia; Parkinson's disease; restless legs syndrome; dystonia syndrome; tetanus

人的运动很复杂,包括简单的移位和高级活动如语言、书写等。广义的运动系统由中枢神经系统、周围神经、神经-肌肉接头、骨骼、肌肉、心、肺和代谢支持系统组成。锥体系与锥体外系汇聚于前角运

动神经元,任何随意运动都与锥体系及锥体外系有关。运动障碍疾病主要由锥体外系结构及功能障碍所致,习惯上又称锥体外系疾病。运动障碍疾病主要表现为随意运动调节功能障碍,临床分为肌张力降

〔收稿日期〕 2019-03-23

〔基金项目〕 国家自然科学基金资助项目(81874463);湖南省科技厅科技创新平台与人才计划-中医脑病临床研究中心资助项目(2017SK4005)。

〔作者简介〕 周德生,男,主任医师,教授,研究方向:神经系统疾病的中医药防治。

〔通讯作者〕 *蔡昱哲,男,在读硕士研究生, E-mail:565630971@qq.com。

低-运动过多和肌张力增高-运动减少两大类,前者表现为异常不自主运动,后者则以运动贫乏为特征,肌力、感觉及小脑功能均不受影响。肌张力降低-运动过多类疾病如风湿性舞蹈病、亨廷顿病、抽动症、迟发性运动障碍综合征、不宁腿综合征、发作性运动障碍、肝豆状核变性、特发性震颤、心因性运动障碍等等;肌张力增高-运动减少类疾病如痉挛性斜颈、帕金森病、继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征、步态障碍、僵人综合征等等。中医对运动障碍性疾病缺乏明确的认识^[1],临床分散在颤振、瘈疢、痉、瘲、瘲证等病证中,强调辨病证、辨纲目,分型论治^[2]。有学者^[3]认为经筋的实质就是筋肉系统与神经系统,广义来说包括神经、肌肉、筋膜、附属组织如肌腱、韧带等;经筋结聚于关节九窍,具备联缀筋骨关节、维持脏器稳定、维持身体运动平衡的作用,脑通过经筋实现对运动系统的支配功能^[4]。因此,经筋系统与运动系统相关,运动障碍疾病属于经筋病范畴。本文介绍基于经筋理论辨治运动障碍疾病的临床体会。

1 经筋理论与运动协调功能

锥体外系分为皮质-纹状体-黑质系统和皮质-小脑系统,包括大脑皮质、基底核(尾状核、壳核、苍白球等)和脑脚核(红核、黑质、丘脑底核等),以及小脑和脑干网状结构、下橄榄核、前庭神经核等,及其纤维联系。皮质-纹状体-黑质系统是稳定增益系统,与控制肌肉紧张度与防止出现不自主运动有关,皮质-小脑系统是控制增益系统,与运动的自由度及协调、校正、补偿有关,二者在功能上存在对立统一的关系^[5]。在皮质-皮质环路中有直接通路(纹状体-内侧苍白球/黑质网状部)和间接通路(纹状体-外侧苍白球-丘脑底核-内侧苍白球/黑质网状部),环路是基底核实现运动调节功能的解剖学基础,皮质-皮质环路、黑质-纹状体环路(黑质与尾状核、壳核的往返联系纤维)、纹状体-苍白球环路(尾状核、壳核-外侧苍白球-丘脑底核-内侧苍白球)诸神经通路的活动平衡,以及本体觉、内耳前庭平衡觉、视觉等感觉系统的控制,才能维持正常肌张力及姿势、运动协调功能。基底核递质生化异常和环路活动紊乱是产生各种运动障碍症状的主要病理基础。

筋为五体之一,或直接指肌、肉、膜、腱以及气筋,或与肌、肉、脉、骨、髓相分别而关连。筋为肉之力,腱为筋之本,五体相互协调又互相制约。《类经·经筋》说:“筋有刚柔,刚者所以束骨,柔者所以相维。”诸筋皆循一定部位排列和起止行走,此即所谓筋位。《太素·经筋》说“筋为阴阳气之所资”,又将筋

分为大筋、小筋、膜筋等组织结构,以及大筋分为维筋、缓筋,或宗筋、臂筋、背筋、腹筋、舌本、目上纲等,诸筋构成筋部;可能相当于肌肉、肌腱、韧带、筋膜、神经等。五体与五脏相连,肝合筋。《灵枢·九针论》曰:“肝主筋。”《素问·痿论》谓:“肝主身之筋膜。”《素问·玄机原病式·六气为病》热类有谓:“在筋部,属肝木。”《类经·十二经筋结支别》说:“一身之筋,又皆肝之所生,故惟足厥阴之筋络诸筋。”

经筋理论认为,经筋属于筋部,联属骨节,络属周身,各有定位,刚柔相济。经筋有保护脏器,主司运动的功能。(1)经筋伴行经脉。《内经》十二经筋内行胸腹廓中,不入五脏六腑,伴行经脉,联系五官;均分为主筋、支筋或络筋,说明经筋、筋膜与经脉的结构关系,及其与运动功能的整体关系。经筋与经脉分立,但经筋与经脉在机体的阴阳分布定位、循行起止及所经过的部位基本一致,但不完全同步,十二经脉之气结、聚、散、络循行于筋肉之中,多条经筋相交相合,《素问·阴阳离合论》所谓“气里形表,而为相成”,实现脏腑、经脉、经筋与脑髓神机的连接。《灵枢·大惑论》称为“筋与脉并为系”。《三因极一病证方论·瘛叙论》说:“夫人身之筋,各随经络结束于身。”有研究者^[6]将经筋分为中枢经筋与外周经筋的说法,中枢者维筋相交,外周者筋肉一体;均有脑髓神窍玄府化生的神机所主导。(2)筋膜遍布玄府。筋之包膜或膜性经筋遍及全身,属于腠理三焦;经脉伏行分肉之间,即筋膜间隙组织;腠理、络脉共同构成玄府气道,为气血津液的运行通道与代谢场所^[7]。肝体阴用阳,合刚柔之德,刚劲与柔韧相兼。《素问·经脉别论》云:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。”《灵枢·决气》记载:“谷入气满,淖泽注于骨,骨属屈伸……是谓液。”督脉可转输机体的阴精、髓液,上可以补益脑髓脊髓,下可以濡养皮肉筋脉骨节。维筋相交,筋骨联动。因此,肝主筋,并主筋膜。经筋的弛张收缩活动依赖于阴阳精气的交互作用,特别是肝气的疏泄、肝阳的温煦气化推动、肝血肝阴的濡养,也需要脾胃、心、肾、三焦的输注保障,脑髓、脏腑、经络与筋膜玄府开阖气化神机的正常调控,才能维持肌腱、韧带、筋膜系统的坚韧柔和之性。(3)经筋在神机主导下司运动。《医学入门·脏腑条分》称:“人身运动,皆筋力所为,肝养筋,故曰罢极之本。”随意运动体现经筋的整体功能,与神机主导及气机升降出入密切相关。《素问·生气通天论》曰:“阳气者,精则养神,柔则养筋。开阖不得,寒气从之,乃生大痿。”《黄庭经·至道章》谓:“泥丸百节皆有神”,此即元神,化生于泥丸脑髓,乃全身玄府神窍关连之神机。根于中者命曰神机,征

于外者名曰神明。《易筋经·总论》说:“筋……为精神之外辅。”《易筋经贯气诀·十二节屈伸往来落气内外上下前后论》已经认识到周身筋骨关节转动之通灵敏捷者,“为神明所流注”。《杂病源流犀烛·筋骨皮肉毛发病源流》说:“筋……为一身之关纽,利全身之运动者也。”神主导气,神主形从,形气相济,阴阳开阖自如,产生动静变化。肝主谋略,胆主决断,体阴用阳,神魂司筋的收缩与舒张。所以,运动是经筋开阖的结果。经筋与筋膜的运动功能不仅依赖神机的主导,也必须依赖玄府气液宣通。《素问·生气通天论》云:“有伤于筋,纵,其若不容。”《素问·逆调论》曰:“荣卫俱虚,则不仁且不用。”骨骼肌占体质量的40%,随意运动由骨骼肌完成。现代研究表明^[8],肝藏血功能与骨骼肌细胞能量代谢密切相关,肝脏功能受损在一定程度上会影响机体的运动能力。躯体关节的功能活动既需要筋膜组织结聚固定,也需要肌肉的收缩动力;内脏筋膜和躯体筋膜之间的互相影响。因此,经筋理论立足于整体观念,与藏象学说、经络学说、气血津液学说等密切相关,《灵枢·经筋》对经筋的重视与现代解剖学对肌肉的重视不同^[9]。

2 经筋病与运动障碍疾病

运动障碍主要指自主运动的能力发生障碍,动作不连贯、不能完成,或完全不能随意运动。先天遗传因素、环境因素、感染、脑缺氧、脑外伤、代谢性疾病、药物不良反应等均可成为运动障碍疾病的致病因素。运动障碍疾病患者的随意运动协调功能发生异常,出现姿势及肌张力异常、不自主动作、投掷动作、震颤抽搐、抽动障碍、舞蹈病样动作、动作缺失或缓慢而无瘫痪症状等等,不同病种的临床表型和病理生理学具有很大的异质性。无论药物或外科治疗,运动障碍性疾病的治疗原理都基于对递质异常和环路活动紊乱的纠正。

2.1 从经筋理论认识运动障碍疾病的病机特点

经筋病是神经、肌肉、肌腱、韧带及筋膜等组织的复合性形态表现,在临床上多表现为筋脉的牵引、拘挛、弛缓、转筋、强直和抽搐等。胎禀或者内外病因引起经筋病,有寒热虚实之别。《灵枢·经筋》云:“经筋之病,寒则反折筋急,热则弛纵不收,阴痿不用。阳急则反折,阴急则俯不伸。”从经筋理论认识运动障碍疾病的病机特点:(1)脑髓神机统摄无权,经筋拮抗失衡。脑窍闭阻,脑髓神机通路不畅,神机调控滞塞、失衡、紊乱、反转^[10]。魂魄妄越,形神相失,神不导气,经筋失去脑神支配,伴有精神、心理、行为和智能损害。手足三阳筋、阳蹻脉分布于躯干背部与

四肢外侧,多与肢体的伸展活动相关;手足三阴筋、阴蹻脉分布于躯干腹部与四肢内侧,多与肢体的曲收活动有关^[11]。十二经脉、奇经、阴阳经筋拮抗失衡,机关不利,从而发生运动障碍。(2)筋路受阻痹闭,筋障筋结并存。灌注或伴行经筋的络脉或经脉阻滞,津液涩渗,气滞血瘀,水浊毒聚,内邪停集,排迫挤压,黏连牵拉,经筋扭错,筋路受阻,某些局部则表现为筋障,甚则经筋自身有筋结灶点,局部或全身活动受阻。《素问·长刺节论》曰:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹。”《灵枢·邪气脏腑病形》云:“筋痹不已,复感于邪,内舍于肝。”《素问·四时刺逆从论》载:“少阳有余,病筋痹,胁满。”《中藏经·论筋痹》释义:“筋痹者,由怒叫无时,行步奔急,淫邪伤肝,肝失其气,因而寒热所客,久而不去,流入筋会,则使人筋急而不能行,步舒缓也,故曰筋痹。”正虚邪侵,筋路受阻,气血不畅,经筋急缩,步行缓慢,屈伸不利皆发为筋痹。因此,《灵枢·经筋》将经筋病均命名为筋痹。(3)经筋刚柔异性,筋缓筋急无度。运动障碍疾病因局部的、系统的筋急,肌张力增高表现为不同部位或全身的一过性或持续性的拘急、痉挛、扭转、强直等,或者震颤、抽搐、瞤动等。经筋强直的疾病或症状均可称为痉病^[12],以震颤并伴有经筋强直的诊断震颤痉并病^[13]。筋脉相引而急,病名曰瘕。肌张力降低指经筋弛纵,又称为痲;往往筋缓与筋急交替发生,筋惕肉瞤,故瘕痲并称。病久则脑髓亏萎、神窍不利、玄府壅塞、经隧阻塞,神机障碍,气化失司,经筋不荣,筋膜干涩,筋燥筋枯,刚柔异性,肌肉痿废。(4)经筋维稳功能失常。经筋系统的静力平衡和动力平衡,维持脊椎的内源性稳定和外源性稳定,维持内脏的相对位置和活动范围,才能有利于脏腑正常功能的运转。运动障碍疾病的精神心理症状、自主神经症状、内脏功能失调症状等非运动症状,以及某些中医特征证候群,与经筋维稳功能失常,累及脏腑经络的气血循行,发生的筋性腔病^[14]以及筋源性内脏病^[14]有相关性。如“手心主之筋……其病……前及胸痛,息贲”;“手少阴之筋……其成伏梁,唾血脓者,死不治”等,均为脏腑失稳、气机失常、内邪结聚所致的伴随症状。

2.2 从经筋理论认识运动障碍疾病的证治特点

目前已知与基底节功能有关的递质有多巴胺、 γ -氨基丁酸、乙酰胆碱、兴奋性氨基酸、5-羟色胺和组胺等;主要调质有脑啡肽、生长抑素、P物质、缩胆囊素等。其中多巴胺、 γ -氨基丁酸、乙酰胆碱、兴奋性氨基酸与运动障碍疾病的关系研究较多。优化及增强脑内代偿机制越来越多地被认为是运动障碍疾

病的一种重要的治疗方法。这些方法包括药物治疗、不同形式的物理治疗,构音及听觉康复方法,甚至是多种职业训练。内侧苍白球脑深部电刺激术可用于治疗药物难治性全身型肌张力障碍,但尚未用于治疗其他形式的肌张力障碍^[15]。

从经筋理论认识运动障碍疾病的证治特点:运动障碍疾病肌张力降低或增高,运动过多或减少。治疗上,必须涵养阴阳冲和之气,滋养全身脏腑筋脉。如文子《通玄真经·道原训》云:“持养其神,和弱其气,平夷其形,而与道浮沉俯仰。”脏腑承制平衡,阴阳蹻脉及阴阳经筋平衡,达到《素问·生气通天论》所谓“骨正筋柔,气血以流,腠理以密”。(1)持神机。凡脑髓、筋路或经筋本身病变,或气血津液病变,均可引起经筋神机紊乱,形神并病,产生运动障碍。实证者醒脑开窍,开通神窍玄府,用药如人工牛黄、人工麝香、石菖蒲、皂角刺、白芷、薄荷等,才能化生、运转神机。虚证者健脑生髓,或滋补精血,缓急柔筋;或温补肾命,强筋壮骨。用药如制何首乌、熟地黄、山茱萸、益智仁、杜仲、骨碎补、桑寄生、狗脊等。筋急甚者,病在中枢经筋神机紊乱,镇静安神,止颤止痉,用药如朱砂、磁石、龙齿、细辛、川乌、草乌、天南星等;病在周围经筋神机紊乱,或通筋路达脉气,或熄肝风调刚柔。(2)通筋路。经脉镶嵌于经筋之中而行,开通筋路在于疏通经脉,通调奇经,开通络脉,《太素·经筋》所谓“依脉引筋气”。如络石藤、海风藤、防风等祛邪宣痹,白蒺藜、钩藤、天麻等调肝熄风,桂枝、细辛、附子等温通解结,川楝子、橘核、苏梗等调理气机,胆南星、天竺黄、白附子等化痰通络,王不留行、苏木、鸡血藤等活血化瘀等等。鹿角胶、附子、肉桂、细辛、黄芪、鹿衔草、枸杞子等通补督脉,肉桂、狗脊骨、半夏、木瓜、防己等通调蹻脉,人参、附子、柴胡、香附、防己、通草、乳香、没药、威灵仙等通行十二经,均为经筋病常用药物。(3)调刚柔。刚筋坚强有力,柔筋纤软和缓。经筋之刚柔不能相济,经筋疾病由生。失其筋柔则筋僵筋粗,失其筋刚则筋弛筋纵。调和荣卫,柔肝疏肝,多脏燮理,复法补泻。如腰脊不可以俯仰屈伸者滋养肝肾精血,配伍疏肝理气、柔肝熄风、滋阴活血,笔者用大定风珠、一贯煎合《普济本事方》木瓜煎(木瓜、生地黄、乳香、没药)加减。肝气虚衰,生阳不振,故肝血不能荣筋,筋缓不能自收持,滋生肝血、温发肝阳,佐以壮筋骨、舒筋络,用《杏苑生春》补血荣筋丸(肉苁蓉、怀牛膝、天麻、木瓜、熟地黄、菟丝子、五味子、鹿茸)加减。

临床需要重视经筋病的内外治标方法,运动障碍疾病的对症治疗可以改善症状。(1)熄肝风。一切

经筋病皆由肝所主,动风是运动障碍疾病的共性,传统多以内外之“风”统之。《素问·阴阳应象大论》曰:“风伤筋。”《素问·至真要大论》云:“诸暴强直,皆属于风。”《证治准绳·颤振》云:“颤,摇也;振,动也。筋脉约束不住而莫能任持,风之象也。”故《医学入门·脏腑条分》将筋挛、转筋、筋弛纵等均归于“肝所主”。《张氏医通·挛》有言:“挛皆属肝,肝主筋故也;有热有寒,有虚有实。”临床上,熄肝风以持神机,熄肝风以调刚柔,熄肝风以通筋路。重视治风,但不可胶着于治风。肝肾亏损则虚风内动,可予熄风止痉药、矿石介贝类药及虫类药,取其善走窜通达,搜风剔络,善深入经隧驱邪外出,如海风藤、石楠藤、威灵仙、川芎、羌活、白蒺藜、钩藤、石决明、龙骨、牡蛎、龟版、鳖甲、木瓜、白芍、地龙、白僵蚕、全蝎、蜈蚣等。《医学衷中参西录》定风丹(乳香、没药各9g,蜈蚣1条,全蝎、朱砂各3g),共研细末,每次汤药送服0.3g。用于各种运动障碍疾病的辨证论治方药中,可以提高临床疗效。(2)重外治。经筋起于四肢,上行头面胸腹背部体表,通过八溪、其他微关节、筋结点一起实现经筋“束骨利机关”的联接功能^[16]。经筋病的外治原则,如《素问·调经论》指出:“病在肉,调之分肉;病在筋,调之筋;病在骨,调之骨。”运动障碍疾病为阴筋阳筋协调失衡导致的病症,经筋扭错,横络移位,久治不愈,需要杂合以治,内外同治,强调综合治疗,解除引起经筋气血痹阻的器质性因素^[17]。《灵枢·经筋》曰:“足少阴之筋……治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输,在内者熨引饮药。”提示整体观念基础上,应用方药以外的中医特色治法调理局部经筋病变,必须重视外治,如理疗、针刺、灸法、按摩、导引、膏熨、敷贴、刺络、拔罐、针刀等等,在筋守筋,理筋舒筋,解结散结;调节气血,疏利经脉。虽然推拿长于治筋肉,针刺长于疏通经络,整脊长于治骨节^[18]。但是,如何整合好这些治疗方法,目前仍然处于经验阶段。

3 运动障碍疾病医案举例

3.1 帕金森病案

赵某某,男,69岁。运动迟缓,头部不自主运动5年余,加重7个月。2018-10-12首诊:5年前诊为帕金森病,开始多巴丝肼片治疗;7个月前症状加重,加用吡贝地尔缓释片协同治疗。刻诊时全身僵硬,语言低沉,断断续续,双上肢震颤,有时手指痉挛,左侧腰腿疼痛,持杖行走,步态异常,动作缓慢。便秘,唇紫舌暗,苔薄黄腻,脉沉涩弱。头部MRI示脑萎缩,未见明显异常信号灶。中医辨证为荣卫不和,阴虚风动,兼有血瘀,经筋失养。治法:熄肝风,通筋路,调刚

柔。定风丹合木瓜煎加减:石决明(先煎)30 g,木瓜、山茱萸、生地黄、海风藤、山楂、槟榔各15 g,威灵仙、青黛、桃仁、白芍各10 g,乳香、没药、龙胆草、甘草各6 g,蜈蚣1条。14剂。并予理疗、按摩。2018-10-27二诊:全身僵硬减轻,手指痉挛未发,左侧腰腿疼痛消失,持杖走路欠稳,仍然便秘,舌脉同前。蕴热已祛,滞气疏通,然风阳未除,瘀积仍在,阴虚难复,经筋失约,刚柔不济。一诊方去威灵仙、山楂、槟榔、青黛、龙胆草,加炙鳖甲(先煎)、炙龟板(先煎)、钩藤各15 g,熟大黄、天麻各10 g,14剂。2018-11-12三诊:身体仍僵硬,大便正常,舌暗红,苔薄黄腻,脉沉弱。守前方30剂。

按:考《扁鹊心书·手颤病》记载:“手足颤摇,终身痼疾。”本案慢性久病进展加重,中医诊断为颤症并病,脑髓神机与经筋神机紊乱,乃多条经筋多维病变,本证责之于荣阴亏虚经筋失养,标证责之于肝风、亢阳、蕴热、滞气、瘀血、实积。因应证候,复法补泻,也必须辨别主次轻重。本案养肝柔肝为主线,先祛蕴热、滞气,后除风阳、瘀积。《何氏虚劳心传·虚劳总论》说:“滋其阴……须制大剂长久服之,盖益阴之药,必无旦夕之效,以阴无速补之法也。”征之临床,诚为经验之谈。

3.2 不宁腿综合征案

易某某,女,13岁。下肢疼痛不适2年5个月。2013-07-23首诊:患者形体较胖,诉入睡时或者睡眠期间下肢不适,以腓肠肌为主,痠胀疼痛,或有灼热疼痛,以致在床上屈曲伸展下肢、或者辗转反侧,有时需要母亲揉按才能入睡。白天无上述症状。舌红苔白黄腻,脉沉细。体查:未见神经系统阳性体征。神经肌电图示:双侧腓肠肌运动单位动作电位正常,双下肢运动神经传导速度正常,双下肢感觉神经传导速度轻度异常。头部MRI未见异常。动态脑电图正常。诊断:不宁腿综合征。治疗:维生素B₁片10 mg Tid,弥可保片500 μg Tid,加巴喷丁片0.3 g Bid。中医辨证为风湿痹阻筋络。治法:祛风缓急,化湿通络。方药:四妙散加味。首乌藤30 g,秦艽、白芷、黄精、黄柏、路路通、苍术、白茅根、白僵蚕各10 g,石楠藤、木瓜、灵磁石(包煎)、生麦芽各15 g,甘草6 g。10剂,水煎,每3天服用1剂。2013-08-25二诊:用药第6天晚上开始未再发生腓肠肌疼痛,第11天晚上开始未再发生下肢痠胀不适,睡眠较好,舌红苔白黄腻,脉沉细。西药治疗同前,停中药汤剂,加服羚羊角胶囊2粒Bid。2013-09-30三诊:患者睡眠安宁,大便不成形,偶尔次数较多,每天3~4次,舌淡红苔薄白,脉沉弱。嘱停药观察,规律生

活,保证充分睡眠。

按:不宁腿综合征属于发作性疾病,是发生于下肢的一种自发的、难以忍受的异常感觉,犹如蚂蚁爬或虫子咬、瘙痒感、疼痛、刺痛、烧灼感、撕裂感、蠕动感等不适,有时患者的感觉难以形容,患者为此会有一种急迫的强烈要运动的感觉,并导致过度活动如翻来覆去、到处走动。属于《灵枢·百病始生》记载的“足惋”范畴。中医认为发生在睡眠阴阳相交之时,乃阳不能入阴。《内科摘要·元气亏损内伤外感等症》说:“夜间少寐,足内酸热,若再良久不寐,腿内亦然,且兼腿内筋似有抽缩意,致两腿左右频移,展转不安,必至倦极方寐。”古人多以虚论之,本案乃实证。脾主四肢,肝主躁动。小儿纯阳之体,当为邪气扰动阳气,风湿痹阻肝脾经络,筋肉失荣。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》曰:“夫尊荣人骨弱肌肤盛,重因疲劳汗出,卧不时动摇,加被微风,遂得之。”急当祛除外邪,开通筋隧,切不可补益壅滞。配伍灵磁石、首乌藤者,营卫气血周流,形神相守,身心合一,才能达到《素问·上古天真论》所谓的“独立守神,肌肉若一”的最佳状态。

3.3 肌张力障碍综合征案

殷某某,女,40岁。2010-03-03初诊:眼睑痉挛,口角右喎,头颈部左歪5月余。患者由于务农长期接触“有机磷杀虫剂”,2009-5-20出现眨眼增多,逐渐频繁,当地诊所予“卡马西平片”治疗无效。2009-10-13因阵发性睁眼困难,瞬目次数增多,流泪,抬头困难,吞咽有梗阻感,外院行“肉毒毒素注射液”局部穴位注射治疗,未见明显好转。接着予阿普唑仑片0.4 mg qn,黛力新1粒qd,羚羊角滴丸10丸Tid,症状逐渐减轻。1个月后中止治疗,停药后症状又反复加重。刻诊:发作时口角右喎,不自主张口、闭口、噤嘴、缩唇,下颌及颈部肌肉痉挛,颈部不适,颈部不自主扭转致头颈部左歪,难以维持正常头位,吞咽梗阻感明显,双侧耳前下方痠痛,呵欠后下颌及颈部痉挛一过性减轻,讲话或者吞咽时下颌及颈部痉挛加重,睡眠时上述症状消失。舌红苔薄黄,脉沉细滑。体查:颈软,活动不受限,深反射无改变,无病理反射,深浅感觉正常。诊断:肌张力障碍综合征。治疗:苯海索片10 mg Tid,巴氯芬片5 mg Tid,安脑丸1丸Tid,羚羊角滴丸10丸Tid。中医诊断:痉病,辨证为风痰阻络。治法:熄风止痉,化痰通络。定风丹合化痰开窍汤加减:去白芷,加淡竹叶、龙胆草、土茯苓、鬼箭羽。天竺黄、白蒺藜、钩藤、土茯苓、鬼箭羽各15 g,蜈蚣2条,石菖蒲、僵蚕、淡竹叶各10 g,全蝎、炒龙胆草、甘草各6 g,人工牛黄(冲服)0.2 g。7

剂,水煎服。2010-03-10二诊:下颌及颈部肌肉痉挛缓解,全身疲倦乏力,常欲睡眠,大便稀溏,舌红苔薄白,脉滑细。停用巴氯芬片。中药方去龙胆草、人工牛黄,加红景天15g,防风、苍术各10g,淮山药30g。14剂,水煎服。2010-03-25三诊:不自主运动未再发作,颈部痠痛不适,疲倦乏力,二便正常。舌红苔薄白,脉沉细。予停海索片、安脑丸、羚羊角滴丸。中药原方再进14剂,水煎服。

按:肌张力障碍综合征主要表现包括扭转痉挛、角弓反张、斜颈、手足徐动、舞蹈样动作等。需与面肌痉挛、Meige综合征眼睑痉挛-口-下颏肌张力障碍型、痉挛性斜颈、扭转痉挛等类似不自主运动症状的肌张力障碍疾病鉴别。本案患者有毒物接触史,是一种特殊而持久的锥体外系反应,属于药毒范畴,继发性肌张力障碍病变部位包括纹状体、丘脑、蓝斑和脑干网状结构等处。脾主肌肉,口部肌肉属脾,眼部肌肉、头颈部、指趾筋肉又属肝。《医学衷中参西录》说:“人之全体运动皆脑髓神经司之。”表里如一,上下相交,五脏调和,脑窍才能化生神机。毒邪侵袭,邪壅经络,脑窍神机紊乱,肌肉筋脉失神,肝风内动乘侮脾土,风胜则动,游走上行,表现为眼部、口部、头颈部肌肉痉挛之症。因此,痉病为脑神机、心脉络、肝筋膜、脾肌肉之病。《金匱要略方论本义·痉病总论》说:“脉者人之正气正血所行之道路也,杂错乎邪风、邪湿、邪寒,则脉行之道路必阻塞壅滞,而拘急蜷挛之证见矣。”《素问·至真要大论》曰:“诸痉项强,皆属于湿”;“诸暴强直,皆属于风”。本案用药,在西药治疗的同时,中药针对脑窍、肌肉、筋膜、脉络诸病位,针对痉病的风、痰、湿、热、毒诸病邪,综合论治,祛邪为主,故能取效。

3.4 破伤风案

熊某某,男,70岁,农民。全身肌肉强直痉挛8d,发现颅内占位病变4d,于2018-11-26入院。住院号:507923。患者家属代诉8天前患者无明显诱因出现张口受限,右侧下肢僵硬,吞咽疼痛。2018-11-22当地医院查头部CT提示考虑蝶鞍占位,垂体瘤可能。未做特殊处理。4天前患者出现双下肢僵硬并渐加重,出现行走不稳,当天因行走时不慎跌倒致头面部及左膝关节受伤,立刻送至当地卫生院就诊,查左膝DR提示左髌骨骨折,予以清创、包扎等对症处理后送来我院。入院症见:神志清楚,张口受限,吞咽困难,饮水呛咳,颈、颌面部肌张力增高,颈项强直,全身疼痛不适,左膝关节疼痛伴活动受限,可扪及左侧髌骨分离,唇部伤口结痂,无恶心、呕吐、高热寒战、肢体抽搐等症,舌未查及,脉弦数。

查体:T 36.7℃,HR 109次/分,R 23次/分,BP 150/90 mmHg。血氧饱和度97%。神志清楚,问答切题,可自动睁眼,双侧瞳孔3 mm,对光反应灵敏。颈项强直,牙关紧闭,张口受限。下口唇正中裂伤,左膝关节肿胀,大腿外侧皮肤青紫,活动受限,石膏外固定在位,留置导尿状态。双上肢肌力5级,未见不自主运动,双下肢背曲强直,四肢肌张力高,角弓反张,躯干及四肢浅感觉无异常,病理反射未见引出。既往6年前有狗咬伤史,自诉伤后注射狂犬病疫苗,余无特殊。血常规:正常。尿常规:红细胞(镜检)1-2/HP、白细胞(镜检)3-6/HP、隐血+++、尿蛋白++、酮体++。生化:谷草转氨酶6630 IU/L、肌酐11200 μmol/L、肾小球滤过率56.63 ml/min;心肌标志物:CK 1499 IU/L、CK-MB 38.7 IU/L、乳酸脱氢酶370 IU/L、肌红蛋白1212 μg/L。超敏C反应蛋白39.50 mg/L。结核抗体:阴性。凝血功能、输血前四项、垂体相关激素检查、甲状腺功能大致正常。肿瘤标志物:未见异常。腰椎穿刺:脑脊液压力120 mmH₂O,脑脊液常规正常。脑脊液生化:氯122.30 mmol/L、葡萄糖4.00 mmol/L、蛋白214 mg/L。液基夹层杯找抗酸杆菌未找到;脑脊液真菌涂片阴性;细菌涂片阴性;优生优育8项:巨细胞病毒IgG抗体500.000 U/mL(阳性)、I型单纯疱疹病毒IgG抗体53.070 U/mL(阳性);自身免疫性脑炎检测:阴性。脑电图:轻度异常。入院诊断:肌张力障碍查因:脑炎?狂犬病待排?破伤风?予替扎尼定片剂缓解肌肉痉挛、盐酸乙哌立松薄膜衣片改善肌紧张,丙戊酸钠缓释片、地西洋片剂镇静、泮托拉唑钠冻干粉针护胃、丙氨酰谷氨酰胺粉针剂、复方氨基酸及肠内营养混悬液营养支持以及对症处理等。中医辨证肝肾阴虚,筋脉失养证,滋养肝肾,缓急止痉,治用杞菊地黄丸加减:醋龟甲、山药、葛根、白芍各30g,熟地黄、钩藤各20g,枸杞子、茯苓、麦冬、白蒺藜、木瓜各15g,菊花、山茱萸、羌活各10g,炙甘草3g。3剂。第3天患者诉全身疼痛,予以塞来昔布止痛;继续予以降压、缓解肌肉痉挛、营养神经、镇静、营养支持以及对症处理等。第四天再次反复追问病史,患者回忆起11月1日曾有外伤史,右足底曾被铁钉刺伤,当时未引起重视,未做特殊处理,未打破伤风疫苗。结合患者病史、症状、体征,患者既往有外伤史,伤后10余天出现张口受限、肌张力升高,明确诊断:破伤风。患者大便数日未行,处方大承气汤加减以通腑泻下,舒筋止痉:大黄、枳实、厚朴、羌活、地龙、玄明粉各10g,木瓜、白芍、威灵仙各15g,全蝎3g,葛根30g。3剂。第5天:患者仍肌张力高,停替扎尼定片剂改为苯巴比妥粉针

剂加强镇静止痉作用;加用甲硝唑片剂抑制破伤风梭菌增殖;予以破伤风人免疫球蛋白注射液3 000单位,一次性肌内注射,中和破伤风毒素;余治疗暂同前,继续密切观察病情。第6天患者症状较前好转,肌张力较前下降,可自主张口以及靠坐床边。继续原方案治疗。第7天神志清楚,精神尚可,张口稍受限,无吞咽困难及饮水呛咳,可自主进食,颈软,仍口干咽痛,大便结。除左下肢石膏固定制动外,余三肢可正常活动。准予带药出院,增液承气汤加减:葛根30g,玄参20g,大黄、玄明粉、枳实、厚朴、僵蚕、栀子各10g,连翘、木瓜、生地黄、麦冬、威灵仙各15g,蜈蚣1条,黄连6g。10剂。12月13日电话回访,诸症已痊愈,正在行髋骨手术治疗。

按:本案有右足底曾被铁钉刺伤史,10余天后出现全身肌肉强直痉挛,症状持续8天后入院,住院第4天确诊为破伤风。《杂病源流犀烛·破伤风源流》确定病名为“痉倅”,“倅者,筋劲强直而不柔和;倅者,口噤而角弓反张”。中医病机辨为阴虚失养,风毒入里,引动内风;风从火化,阳明燥热,则有实积。《玉机微义·论破伤风表里中治法》说:“破伤风者同伤寒证治,通于表里,分别阴阳。有在表,有在里,有在半表半里者;在里宜下,在表宜汗,在表里之间宜和解,不可过其治也。”治宜滋阴养筋,缓急止痉,清热解毒,通腑泻实。

4 结语

基于经筋理论辨治运动障碍疾病,从临床上落实了先天精气神与后天精气神的统一观,人体承制生化的平衡观,以及脑髓、脏腑、经脉、骨骼与经筋筋膜之间神机调控的整体观。运动系统与神经系统、循环系统等密切相关,运动障碍疾病主要源于基底核功能紊乱。在中国医学大趋势下,“经筋系统-运动系统”可作为串连中、西医学的桥梁^[9]。现代解剖学的筋膜概念指皮肤与肌肉之间及肌肉内部的纤维结缔组织,全身筋膜构成一个支持储备及自体监控系统,从筋膜角度研究经筋有一定的解剖学基础^[20]。但是,将对应的组织结构或复合结构当作经筋来研究,实质上经筋理论的发展并未得到推动,反而出现了停滞^[21]。经筋理论的内涵宽广丰富,是组成中医话

语体系的合理内核之一,笔者不赞成将经筋理论与筋膜理论等同。

参考文献

- [1] 陈生弟,王刚.融入、交流、提升——我国运动障碍疾病研究的历史、现状和展望[J].内科理论与实践杂志,2010,5(5):361-362.
- [2] 王刚,陈生弟.浅析中医对运动障碍性疾病的认识[J].上海中医药大学学报,2013,27(5):17-19.
- [3] 程永.经筋实质、经筋病病机与治法探讨[J].湖南中医杂志,2011,27(5):97-99.
- [4] 杜新宇,许军峰,石学敏.试论脑与经筋的关系[J].江苏中医药,2018,50(10):7-9.
- [5] 杨天祝.临床应用神经解剖[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:188.
- [6] 谢浩然.经络气道论[J].针刺研究,2008,33(2):142-144.
- [7] 程永,王竹行,唐成林,等.经筋病中医病理机制理论探讨[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(6):101-108.
- [8] 史丽萍,胡利民,马东明,等.不同程度肝损伤小鼠肝脏和骨骼肌能荷的变化及养肝柔筋方对其的影响[J].天津中医学院学报,2000,19(3):36.
- [9] 魏子耿,高佳丽,李晓红,等.《内经》“经筋”篇中十二经筋主筋、支筋探析[J].河北中医,2015,37(12):1880-1885.
- [10] 周德生,刘利娟.论志心神机轴的双向调控作用[J].湖南中医药大学学报,2018,38(5):520-523.
- [11] 刘农虞.“筋脉系统”假说[J].中国针灸,2017,37(1):79-83.
- [12] 郭彪,周德生.从经筋理论探讨痉病的临床特点[J].河南中医,2017,37(9):1583-1585.
- [13] 李爱辉.颤痉并病一证七候疗法辨治帕金森病非运动症状的疗效研究[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [14] 董宝强,吴景东,李东子,等.经筋理论对损容性疾病针灸治疗的指导作用[J].中国美容医学,2010,19(1):108-109.
- [15] 刘敏,孙芳玲,田欣,等.脑深部电刺激在神经系统疾病治疗中的研究进展[J].医学综述,2018,24(11):2170-2174,2180.
- [16] 林星星,董宝强,马铁明.对经筋理论中若干“点”概念的辨析与整合[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(5):584-585,626.
- [17] 董宝强,林星星,王树东,等.经筋刺法与针至病所理论的关系[J].中医杂志,2017,58(3):187-189.
- [18] 黄胜杰,王和鸣.刍议“筋骨并重”治筋痹[J].中医杂志,2012,53(12):1072-1074.
- [19] 颜富雄.经筋系统—人体十二条运动力线的探讨与临床应用[D].济南:山东中医药大学,2016.
- [20] 吴金鹏.中医“经筋”及“膜原”实质的筋膜理论探讨[J].北京中医,2007,26(5):283-285.
- [21] 刘斌.经筋定义及特性之启发[J].中华中医药杂志,2019,34(3):888-891.

(本文编辑 贺慧娥)