

帕金森病中医药治疗的再思考

——兼谈“滋肾平肝,化痰活血,解毒散结”是帕金森病的基本治疗法则

□ 何建成*

(上海中医药大学 上海 201203)

关键词 帕金森病 中医药治疗 思考

帕金森病 (Parkinson's Disease, PD) 是以震颤、肌强直、运动减少和姿势异常为特征的慢性神经系统变性疾病。随着人口的老齡化,其发病率将日渐攀升。我国帕金森病的发病率和西方国家相比,虽然较低,但是在55岁以上的人群中,患病率达到1%,亦即我国有500万到700万的病人,总数并不少。帕金森病在发病的10到15年内可以导致病人尤其是老年病人明显残障,由此造成了巨大的经济和社会负担。据统计,全球每年仅药物治疗的费用就达到110亿美元,而且对于晚期病人来说费用要比早中期病人贵3到5倍。

1 帕金森病的西医治疗及其现状

西医目前临床治疗PD,除应用左旋多巴等多巴胺(DA)替代疗法外,尚有抗胆碱能药物、DA受体激动剂、神经元保护剂等。各种治疗药物虽能使PD患者的临床症状在一定时间内获得一定程度的好转,但均不能阻止本病的自然进展,且各种药物都有不同

程度的毒副反应,因而限制了其自身在临床上的应用。外科立体定向丘脑外侧核毁损术、苍白球毁损术等因远期疗效差、副作用多等诸多问题,目前已应用不多。80年代开始的胎脑黑质移植、基因工程等治疗方法,目前仍处于研究阶段。国外90年代初开始,国内从1998年开始引进的微电极介导的立体定向术,明显提高了该病的临床缓解率,减少了副作用,但其也存在费用昂贵、适应症严格、远期疗效尚难肯定等问题。

PD的主要病理改变为黑质纹状体DA含量的减少,故左旋多巴作为多巴胺的氨基酸前体通过重建正常的DA传递系统而减轻PD的症状。由于其具有确切的疗效,故自1967年起在全球应用以来,历经30多年而不衰,迄今为止左旋多巴仍是PD的金标准治疗药物,是其它治疗方法和药物所不能替代和比拟的^[1]。

但在左旋多巴治疗的2-5年内常出现诸多副作用,如恶心、呕吐、厌食、血压轻度降低、直立性低血压、“剂末现象”、“开-关现象”、运动障碍、精神异常等,且长期服药则副作用越明显、越重,尚有

*作者简介 何建成,男,教授,中西医结合脑病专业博士,中华中医药学会内科学会委员,上海市脑病专委会副主任,中诊教研室主任,已公开发表学术论文一百多篇。

15%左右的病人根本无效。

因此,我们认为今后帕金森病的研究重点应集中在以下几个方面:(1)如何减少左旋多巴制剂毒副作用;(2)如何阻止或减缓黑质多巴胺能神经元的进行性变性;(3)中西药合用增效减毒作用。

2 中医学对帕金森病的认识及研究

中医典籍中虽无PD之名,但滥觞祖国医学理论,已有与本病相似的症状论述及相关病因病机的探讨。如《黄帝内经》对震颤、强直、姿势障碍及其发病机理已有认识。《素问·至真要大论》曰:“诸风掉眩,皆属于肝”,《灵枢·邪客篇》云:“邪气恶血,固不得主留,主留则伤筋络骨机关,不得屈伸,故拘挛矣”,认为其与风、恶血等邪气内留有关^[2]。

六朝《中藏经·论筋痹第三十七》曰:“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”^[3],所言行步奔急,与PD之慌张步态相似。

唐宋以后,对本病的认识进一步加深,论述更加详尽。而至明代,对本病的发病、治疗、用药均渐臻完善,而此中以明朝孙一奎的论述尤为杰出。其在《赤水玄珠》中,首次把震颤为主要临床表现的疾病命名为“颤振”,指出“颤振者,病人手足摇动如抖擞之状,筋脉约束不住,而莫能任持,风之象也”,病机“非寒禁鼓栗,乃木火上盛,肾阴不充,下虚上实,实为痰火,虚则肾亏”,“法则清上补下”,创摧肝丸,以“镇火平肝,消痰定颤”,并对该病的发病年龄、预后等均有精辟的论述,谓:“此病壮年鲜有,中年以后乃有之,老年尤多。夫年老阴血不足,少水不能制肾火,极为难治”^[4]。孙氏的学术思想对后世影响颇大,如何梦瑶、张璐等医家对颤振的论述及治疗均以此为据。

明·王肯堂在《证治准绳·杂病》中集前贤之大成,总结出了一套因人而施治的治疗颤振的方剂,谓:“星附散、独活散、金牙酒,无热者宜之;摧肝丸镇火平肝,消痰定颤,有热者宜之;气虚而振,参术汤补之;心虚而振,补心丸养之;挟痰,导痰汤加竹沥;老人战振宜定振丸”^[5],其中有的药物经日本学者的实验动物证明可降低肌张力,如厚朴等。张景岳曾曰:“此皆肝木本气之化,故曰属风,非外来虚

风八风之谓。”并提出治法,“凡诸病风而筋为强急者,治宜补阴以制阳,养营以润燥,故曰‘治风先治血,血行风自灭’,此最善之法。”

迨至清代,高鼓峰在《医宗己任篇》谓:“大抵气血俱虚不能养筋骨,故为之振摇,而不能主持”,故“须大补气血,人参养荣汤或加味人参养荣汤;若身摇不得眠,十味温胆汤倍加人参,或加味温胆汤”^[6],从而使本病的理、法、方、药日趋充实。

现代医家对本病的病因病机、治疗用药也进行了大量的研究。如20世纪70年代,已有人将本病初步分为气滞血瘀、肝肾阴虚、气血两虚三型治疗,并认为肝肾阴虚是本病的本质^[7];从80年代开始,任继学^[8]、王永炎^[9]、潘澄廉^[10]、谢海洲^[11]、周仲瑛^[12]等著名中医学家发表了对PD的辨证认识和治疗经验;进入90年代后,在中华全国中医学会老年脑病学术研讨会上,通过了“中医老年颤证诊断和疗效标准”试行草案^[13],将本病病名确定为“颤证”;也有临床报道统计分析指出,在226例本病患者中,肝肾阴虚型占58.84%,气血不足型占23.03%,气滞血瘀型占10.61%,痰热风动型占7.52%。说明肝肾亏损、气血不足是本病发病的最主要原因,而气滞血瘀与痰热内蕴也是发病的重要因素^[14-15]。

总之,中医药学对本病的认识和治疗可谓源远流长,积累了丰富、宝贵的经验和有效方剂。尤其近十几年来的研究发现,中医药不仅对本病具有较好的疗效,而且与西药合用可以提高临床疗效,同时可降低化学合成药物的副作用。

3 “滋肾平肝,化痰活血,解毒散结”是帕金森病的基本治疗法则

我们通过挖掘中医学理论,旁及现代医家认识,并结合自己的临床实践,认为帕金森病病因繁多,病机复杂,是一个多病因、多病机参与的难治病^[16-17]。经云:“人年四十而阴气自半矣”,年高体衰,肾精渐亏,或劳顿、色欲过度,致肝肾阴虚,水不涵木,则风阳上扰、内风暗动;或先天禀赋不足,或七情所伤,或居处不利,外感毒邪等因素,伤及肝、肾、脑髓,则脑髓受损,脑窍失用所致。长期应用左旋多巴,其毒性之累加也可使本病病情加重。其病理性质总属本虚标实,本虚为肝肾亏损,脏腑功能失调;标

实为风、瘀、痰、毒互结，蕴塞脑窍。金元四大家朱丹溪曾曰：“痰夹瘀血，遂成窠囊”，可谓真知灼见。虚实兼夹，诸邪胶著，损伤脑窍，害及泥丸（中脑），导致本病病深难治。是故其治宜多法复方，综合调治，应滋补肝肾，平肝熄风，活血化痰，解毒散结诸法共用，方为上乘之治法，任何仅用一法的治疗将失于偏颇。

我们以上述理论为依据，结合自己的临床实践，最终筛选出了治疗本病的中药复方—复方地黄方。此方由熟地黄、白芍、钩藤、珍珠母、丹参、石菖蒲、全蝎、绿茶组成，方中熟地可补肾益精，滋阴养血，固本培元，《景岳全书·本草正》曰：“阴虚而神散者，非熟地之守，不足以聚之；阴虚而躁动者，非熟地之静，不足以镇之；阴虚而刚妄者，非熟地之甘，不足以缓之”，《本草经百种录》曰：“地黄专以补血，血补则阴气得和，而无枯燥拘牵之疾矣”，故为君药；钩藤可熄风定惊，化痰舒筋，《本草新编》谓“去风痰，开气闭，安惊痫，于仓忙顷刻之际”，“去风甚速，有风症者必宜用之”；珍珠母可滋阴潜阳，定惊止颤，养血舒筋，柔肝与熄风两者兼顾，滋阴与养血同疗，乃平肝潜阳之要药；白芍：《玉揪药解》曰：“善治厥阴木郁风动之疾”，既能“泄肝胆风火以清风木之邪”，又能“养肝阴而和柔刚桀骜之威”，可养肝血，滋肝阴，柔肝气，为养血濡筋，缓急止颤之良药，与钩藤、珍珠母同用，可助君药滋阴养血、熄风平肝，共为臣药。丹参：《得配本草》曰：“养血活血，生新血，去宿血”，《日华子本草》曰：“通利经脉”，可养血、活血、化痰；石菖蒲：可化痰除湿，开窍醒神；本病起病隐袭，至有典型症状时已病程冗长，“久病人络”，此时若仅用丹参等，则难达病所，难中肯綮，而全蝎集熄风、解毒、化痰、祛瘀、通络、散结于一体，善“治诸风掉眩，惊痫抽掣，口眼歪斜”（《本草备要》语），乃久病之要药，治风、通络、解毒之要药，与丹参、石菖蒲、全蝎共为佐药；中药药理研究表明，全蝎、白芍等对神经肌肉接头有阻断作用，可松弛肌肉。绿茶是一种非发酵茶，性味偏寒，可上清头目，又能制约熟地、白芍等的滋腻，为佐使药。现代药理研究表明，绿茶的主要组份——绿茶多酚（green teapolyphenols, GTPs）对帕金森病的

的DA能神经元具有明显的保护作用^[18]，这可能与绿茶多酚的多方位生物学效应（包括抗氧化损伤、清除自由基、B型单胺氧化酶的抑制作用、DAT的抑制作用、金属螯合作用、抗凋亡作用等）等有关。诸药合用，共奏滋肾补肝，平肝熄风，化痰祛瘀，解毒散结之功。

我们在临床上将复方地黄方与左旋多巴类药物（美多巴）合用治疗PD患者，发现复方地黄方有明显的增效减毒作用，疗效满意。初步的实验研究也表明，复方地黄方对帕金森病模型大鼠有明显的保护作用。

参考文献

- [1] 刘道宽, 蒋雨平, 江澄川, 等. 锥体外系疾病. 上海: 上海科技出版社, 2000: 91.
- [2] 王洪图, 主编. 内经选读. 第一版, 北京: 中国中医药出版社, 1999: 238 - 242.
- [3] 孙星衍校. 华氏中藏经. 第一版, 上海: 商务印书馆, 1956: 25.
- [4] 孙一奎. 赤水玄珠. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 1125.
- [5] 王肯堂. 证治准绳. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 580.
- [6] 高鼓峰. 医宗己任篇·卷七. 光绪辛卯年光明庄藏版: 26.
- [7] 史荫绵. 中西医结合治疗震颤麻痹48例临床分析. 上海中医药杂志, 1979, (2): 22.
- [8] 任继学. 震颤麻痹辨证论治. 江苏中医药, 1982, (4): 12.
- [9] 王永炎. 中医药治疗震颤麻痹综合征35例疗效观察. 中医杂志, 1986, 27 (8): 22.
- [10] 潘澄康. 震颤麻痹的证治探讨. 浙江中医杂志, 1990, (11): 483.
- [11] 谢海洲. 震颤麻痹治疗经验. 新中医, 1993, (2): 13.
- [12] 樊莹. 周仲英治疗震颤麻痹的经验. 中医杂志, 1996, 37 (11): 663 - 664.
- [13] 隆呈祥. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准. 北京中医学院学报, 1991, 15 (4): 39.
- [14] 李庚和. 中医为主治疗震颤麻痹证50例临床分析. 上海中医药杂志, 1992, (2): 12.
- [15] 蒋树达. 针灸并用治疗震颤麻痹113例疗效观察. 中医杂志, 1990, (12): 29.
- [16] He Jiancheng, Wei Hongchang, Yuan Canxing, et al. Present Situation and Prospects of TCM Treatment of Parkinson's Disease. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2004, 24 (4): 308.
- [17] 何建成. 帕金森病的发病机理及中西医结合治疗. 甘肃中医, 2002, (5): 7.
- [18] Gupta S, Hussain T, Mukhtar H. Molecular pathway for epigallocatechin-3-gallate-induced cell cycle arrest and apoptosis of human prostate carcinoma cells. Arch Biochem Biophys, 2003, 410: 177 - 185.