痿病（多发性硬化）中医诊疗方案

潍坊市中医院2021.09修订

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参考《实用中医内科学》（王永炎、严世芸主编，上海科学技术出版社 2009年出版）。

（1）发病特点

①具有感受外邪与内伤积损的病因。有外感温热疫邪或涉水淋雨，居处湿地或接触、误食毒物；有饮食不洁或房劳、产后体虚或情志失调；有禀赋不足，家族遗传或劳役太过或跌仆损伤。发病或缓或急。

②多以上肢或下肢，双侧或单侧出现筋脉弛缓，痿软无力甚至瘫痪日久，肌肉萎缩为主症。也可首先出现眼睑或舌肌等头面部位的肌肉萎缩。

③男女老幼均可罹患。温热邪气致痿，发病多在春夏季节。

（2）临床表现

肢体痿弱无力，甚则不能持物或行走。肌肉萎缩，肢体瘦削，有时伴见肌肉瞤动、麻木、痒痛。可出现睑肌、面部肌肉瘫痪或舌肌痿软，严重者可导致吞咽、尿便障碍，呼吸困难，肌力下降，肌肉萎缩或假性肥大。必要时肌电图和酶学检查可辅助诊断。

2.西医诊断标准

参照多发性硬化2017年McDonald诊断标准。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表1 多发性硬化2017年McDonald诊断标准 | | |
| 临床发作次数 | 有客观临床证据等病变数目 | 诊断为多发性硬化需要等额外证据 |
| ≥2次临床发作 | ≥2个 | 无a |
| ≥2次临床发作 | 1个（并且有明确的历史证据证明以往的发作涉及特定解剖部位等一个病灶b） | 无a |
| ≥2次临床发作 | 1个 | 通过不同中枢神经系统部位等临床发作或MRI检查证明了空间多发性c |
| 1次临床发作 | ≥2个 | 通过额外的临床发作性或MRI证明了时间多发性d或具有脑脊液特异性寡克隆带等证据e |
| 1次临床发作 | 1个 | 通过不同中枢神经系统部位等临床发作或MRI检查证明了空间多发性c并且通过额外的临床发作性或MRI证明了时间多发性或具有脑脊液特异性寡克隆带等证据e |

如果患者满足2017年McDonald诊断标准，并且临床表现没有更好等解释，则诊断为多发性硬化；

如果因临床孤立综合征怀疑多发性硬化，但并不完全满足2017年McDonald诊断标准，则诊断为可能的多发性硬化；

如果评估中出现粒另一个可以更好解释临床表现的诊断。则诊断不是多发性硬化；

a:不需要额外等测试来证明空间和时间上等多发性。然而除非MRI不可用，否则所有考虑诊断为多发性硬化症等患者均应接受MRI检查。此外，临床证据不足而提示多发性硬化，表现为典型临床孤立综合征以外表现或具有非典型特征的患者，应考虑脊髓MRI或脑脊液检查，如果完成影像学或其他检查（如脑脊液）且结果为阴性，则在做出多发性硬化诊断之前需要谨慎，并且应该考虑替代等诊断。

b:基于客观的2次发作等临床发现做出诊断上最保险的。在没有记录在案等客观神经学发现的情况下，既往1次发作的合理历史证据可以包括具有症状等历史事件，以及先前炎性脱髓鞘发作的演变特征；但至少有一次发作必须得到客观证据支持。在没有残余客观证据的情况下，诊断需谨慎。

c:见后文表格。

d:见后文表格。

e:脑脊液特异性寡克隆带的存在本身并没有体现时间多发性，但可以作为这项表现等替代。

|  |  |
| --- | --- |
| 表2 临床孤立综合征MRI上的多发性证据 | |
| 多发性 | 诊断证据 |
| 空间多发性 | 在中枢神经系统4个区域等2个中，有1个或多个T2高信号病灶a:  脑室周围b；  皮质或近皮质；  幕下脑区；  脊髓 |
| 时间多发性 | 嘱任何时候同时存在钆增强和非增强病变a；无论基线MRI的时间如何，与基线相比，随访MRI中新的T2高信号或钆增强病变 |

a：于2010年标准不同，不需要区分症状和无症状MRI病灶。

b：对于某些患者（如50岁以上或具有血管风险因素），临床医生寻找更多的脑室周围病变可能要谨慎周到。

|  |
| --- |
| 表3 原发进展型多发性硬化诊断标准 |
| 下述患者可以诊断为原发进展型多发性硬化： |
| 独立于临床复发的1年残疾进展（回顾性或前瞻性确定）  加上以下3项标准中的2项：   1. 在以下1个或多个区域，具有1个或多个多发性硬化的特征性T2高信号病灶a：   脑室周围  皮质或近皮质  幕下脑区  脊髓  2、脊髓中有2个或2个以上T2高信号病灶a |
| 3、存在脑脊液特异性寡克隆带 |

a：于2010年标准不同，不需要区分症状和无症状MRI病灶。

（二）证候诊断

1.湿热浸淫证：肢体痿软，身体困重，或有发热，口苦咽干，大便秘结，小便短赤不利，虚烦不眠，咳痰黄稠，舌苔黄腻，脉濡数或弦数有力。

2. 湿浊内蕴证：眩晕，头痛，头重如裹，倦怠无力，胸闷，腹胀，口淡食少，呕吐痰涎，言语不利，下肢困重，僵硬无力，步履失调，舌体胖大色淡红，苔白黄腻，脉滑数或沉濡。

3.瘀阻脉络证：四肢麻木僵硬、痉挛或肢软无力，肢体抽搐作痛，或有明显痛点，唇紫舌暗或见瘀点瘀斑，脉涩。

4. 气虚血瘀证：头晕，眼花，面色萎黄，气短乏力，走路不稳，心悸，便溏，肢体麻木、束带感或痉挛疼痛，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，苔白，脉细涩或迟涩。

5. 肝肾亏虚证：头晕，耳鸣，视物不清，四肢麻木或挛急，腰膝痠软，步态不稳，五心烦热， 两目干涩，少寐健忘，咽干舌燥，舌红，苔少或薄黄，脉细数或细弦。部分患者出现头晕头痛，血压偏高，健忘失眠，五心烦热，口干咽燥，心悸易怒，目眩耳鸣，偶有肢体颤动，舌偏红，苔薄白，脉弦数，属于阴虚阳亢、虚风内动证。

6. 脾肾阳虚证：头晕，耳鸣，言语不利，神倦乏力，行走不稳，记忆力下降，视物昏花或复视，畏寒肢冷，肢麻筋紧，下肢无力，甚至瘫痪，小便频数或失禁，大便稀溏，舌质淡，舌体胖大，苔薄白或白腻，脉沉细。

7. 气阴两虚证：头晕，语声低微，神疲气短，少气懒言，乏力自汗，潮热，盗汗，心悸，失眠，舌体瘦小，干红少津，脉细弱无力。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1.湿热浸淫证

治法：清热利湿，活血通络

推荐方药：四妙散加减。苍术、白术、黄柏、川牛膝、薏苡仁、海风藤、络石藤、鸡血藤、伸筋草、豨莶草、川萆薢、六一散、川芎、全蝎等。汤药或颗粒剂。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂），如：二妙丸、三妙丸等。

2. 湿浊内蕴证

治法：化湿行气

推荐方药：五苓散合三仁汤加减。杏仁、生薏苡仁、白蔻仁、茯苓、猪苓、通草、清半夏、白术、陈皮、泽泻、苍术、砂仁等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂），如：五苓散等。

3. 瘀阻脉络证

治法：益气通脉，活血通络

（1）推荐方药：圣愈汤加减。黄芪、党参、熟地黄、当归、白芍、川芎、桃仁、红花、川牛膝等。汤药或颗粒剂。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂），如：血府逐瘀胶囊等。

（2）灸法

选穴：中脘、足三里、肝俞、肾俞、肩髃、曲池、手三里、合谷、阳溪、外关、髀关、伏兔、解溪、阳陵泉等。

操作：以艾条或艾柱施灸，穴位每次可酌情选取4～6穴，穴位交替使用，每穴灸3～5壮，每日1次，14次为一疗程。

4. 气虚血瘀证

治法：益气活血

（1）推荐方药：补阳还五汤或黄芪桂枝五物汤加减。生黄芪、当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、海风藤、络石藤等。汤药或颗粒剂。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂），如：益气熄风胶囊、人参养荣丸等。

（2）灸法

选穴：中脘、足三里、肝俞、肾俞、肩髃、曲池、手三里、合谷、阳溪、外关、髀关、伏兔、解溪、阳陵泉。

操作：以艾条或艾柱施灸，穴位每次可酌情选取4～6穴，穴位交替使用，每穴灸3～5壮，每日1次，14次为一疗程。

5. 肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾

（1）推荐方药：左归丸或六味地黄丸加减。熟地、山萸肉、山药、泽泻、茯苓、女贞子、旱莲草、菟丝子、枸杞子、鹿角胶烊化等。汤药或颗粒剂。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂），如：知柏地黄丸、大补阴丸等。

（2）灸法

选穴：中脘、足三里、肝俞、肾俞、肩髃、曲池、手三里、合谷、阳溪、外关、髀关、伏兔、解溪、阳陵泉。

操作：以艾条或艾柱施灸，穴位每次可酌情选取4～6穴，穴位交替使用，每穴灸3～5壮，每日1次，14次为一疗程。

6. 脾肾阳虚证

治法：温补脾肾

（1）推荐方药：金匮肾气丸或地黄饮子加减。生熟地、山萸肉、山药、泽泻、茯苓、肉桂、仙灵脾、制附片、丹参等。汤药或颗粒剂。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂），如：右归丸等。

（2）灸法

选穴：中脘、足三里、肝俞、肾俞、肩髃、曲池、手三里、合谷、阳溪、外关、髀关、伏兔、解溪、阳陵泉。

操作：以艾条或艾柱施灸，穴位每次可酌情选取4～6穴，穴位交替使用，每穴灸3～5壮，每日1次，14次为一疗程。

7.气阴两虚证：

治法：益气生津养阴。

（1）推荐方药：四君子汤。党参，灸甘草，茯苓，白术。加水煎服饮用。或左归饮，熟地，山药，枸杞，茯苓，山茱萸，炙甘草煎服。或六味地黄丸，熟地，山萸肉，山药，茯苓，泽泻，丹皮，研为细末，再泛蜜为丸服用。汤药或颗粒剂。或具有同类功效的中成药，如：玉屏风散，牡蛎散。

（2）灸法：

选穴：关元，血海。

操作：以艾条或艾柱施灸，穴位每次可酌情选取4～6穴，穴位交替使用，每穴灸3～5壮，每日1次，14次为一疗程。

（二）针刺疗法

选穴：肩髃、曲池、合谷、足三里、髀关、伏兔、足三里、阳陵泉、三阴交、夹脊穴等。配穴：湿热浸淫证可加阴陵泉、大椎、内廷；瘀阻脉络证可加血海、太冲；气血血瘀证可加太白、中脘、关元；肝肾亏虚证可加太溪、肾俞、肝俞。

操作：足三里、三阴交用补法，余穴用泻法或平补平泻法，夹脊穴用平补平泻法。配穴按虚补实泻法操作。每次留针20～30分钟，每日1次，10次为一个疗程。一般单取患侧，也可先针健侧，再针患侧。

（三）中药熏洗

对关节疼痛或肢体活动不利患者，可对患侧进行中药熏洗。根据辨证论治，选取中药进行外治。

操作流程：准备熏洗药物，浴具。准备熏洗床。在药中加水1500ml左右，煮沸后降低温度持续加热。或煮沸后备用。将煎好的药趁热倒入浴具中，暴露患侧，先用热蒸汽熏蒸患处约5-10分钟，再用毛巾浸汁热敷患处。

注意事项：根据病人的耐受程度调节适宜的药液温度。防止烫伤的发生。一旦发生烫伤，应避免抓挠，保护创面或涂烫伤软膏、万花油、红霉素软膏等。

（四）康复训练

卧床期间，加强护理，患肢处于功能位，进行早期康复（被动或主动运动），防止肢体挛缩和畸形。针对构音障碍及吞咽困难的患者，针对性地进行言语训练及吞咽功能训练。

（五）心理疏导

针对患者急性期病情变化出现情绪低落或急躁情绪，进行适当的心理疏导。

（六）西药治疗

参照2014年中华医学会神经病学分会神经免疫学组中国免疫学会神经免疫分会发布的《中国多发性硬化诊断和治疗专家共识（2014版）》，主要包括急性期糖皮质激素治疗、疾病修正治疗和对症治疗等。

（七）护理调摄要点

1.饮食调理：忌食辛辣刺激食品，忌肥甘厚腻之品。对于吞咽困难、呛咳的病人，应禁止口服食物和药物，给予吞咽训练。

2.情志调护：重视情志调护，避免情志波动。

3.精神调护：注意观察患者神智、情绪的变化，勿过劳。

4.症状调护：视力障碍患者做好防摔工作，肢体感觉迟钝者应防止冻伤、烫伤，二便障碍者需要观察尿量和大便情况，病位累计上焦患者，需密切观察呼吸和脉搏情况。

（八）其他疗法

根据病情可选择有明确疗效的治疗方法，如：推拿、穴位贴敷、埋针、物理治疗等。

（九）2019EBMT指南建议：自体造血干细胞移植和其他细胞疗法在多发性硬化以及免疫介导的神经系统疾病的应用指南建议。

三、疗效评价

参照2014年中华医学会神经病学分会神经免疫学组中国免疫学会神经免疫分会发布的《中国多发性硬化诊断和治疗专家共识（2014版）》。

（一）评价标准

1、中医证候学评价：通过中医四诊信息动态观察中医证候的改变。

2、疾病病情评价：通过扩展的残疾状态量表（Expanded Disability Status Scale，EDSS）评价神经功能缺损程度，通过Barthel指数(Barthel Index, BI)量表评价日常生活能力。

（二）评价方法

1.神经功能缺损程度:通过EDSS评分评价。EDSS评分1.0～4.5分提示患者能自由活动，5.0～9.5提示活动受限。

2.日常生活能力：通过Barthel指数(Barthel Index, BI)量表评价。BI评分大于95分表明患者日常生活能力良好和功能独立，可以回归家庭或社会。

3.复发情况：通过年复发率评价复发情况。MRI可显示有无新病灶、扩大的或增强的病灶，MRI的活动性指标与复发率有相关性，可以作为复发的替代评价指标。

疾病出现频繁复发或病情恶化（3次/年），扩展的残疾状态量表（Expanded Disability Status Scale，EDSS）评分在1年内增加1分以上或颅内活动病变数量较前明显增加，界定为治疗无效或失败。

四、难点分析：

（1）多发性硬化存在时间和空间上的多发，对此疾病的诊断不断修正，指导临床治疗，增加疗效。

（2）急性期治疗，重在控制病情进展。恢复期治疗，重在提高患者生活质量。不断探索治疗方法，减少患者复发率，改善预后。

《痿病（多发性硬化）中医诊疗方案》优化总结

2021年9月

一、疗效总结、分析

2020.10至2021.9共收治多发性硬化病人23例，其中湿热浸淫证型3例，湿浊内蕴型3例，瘀阻脉络型3例，气虚血瘀型4例，肝肾亏虚型5例，脾肾阳虚型2例，气阴两虚型3例。

中医治疗方法：23例病例中，使用中药汤剂22例，使用中药静脉制剂23例；揿针22例，针刺、电针20例，穴位贴敷22例，灸法19例，康复18例，推拿10例，中药熏洗18例，中药热奄包21例。

就治疗方法看，中药汤剂、中成药应用比例较高，其中汤剂达到95.6%，辩证使用自制剂比例98.4%；中医特色疗法临床广泛开展，使用率99.1%，其中中药熏洗、揿针、针刺及穴位贴敷、灸法治疗使用较为广泛。

治疗周期：平均住院日：19.9天；

实施临床诊疗方案后疗效：临床好转率89.5%，无效率、恶化率为9.5%，死亡率为1%。

通过对出院的23例患者进行电话随访，对治疗费用满意率95.6%，治疗效果满意率96.7%，诊疗服务满意率99.4%。

疗效分析：

治疗效果：症状改善率93.2%，体征改善率95.5%，理化指标率为96.5%；

总有效率达到96.6%以上。该诊疗方案疗效可靠，安全性好，能明显改善患者的症状、提高生活质量。

二、疗效评价

优势：

1、总体疗效较前提高，通过心理疏导及中药汤药或颗粒剂的使用，依从性较前提高。

2、通过急性期增加虚证的治疗比例，患者临床转归较前提高。

3、中医特色疗法参与率增加。

难点：

1.多发性硬化急性期的诊断和治疗仍需要进一步细化。

2.中医疗法使用率较前有所增加，为改善患者功能，尚需进一步增加中医特色疗法的多样性。

三、痿病（多发性硬化）中医治疗难点解决措施

为了进一步发挥中医药在治疗多发性硬化中的作用，并使其疗效优势得到认可，本专科对诊疗方案作出如下修订：

1.为改善患者预后，对多发性硬化的诊断和治疗需要进一步完善。参考国内和国际新的诊断治疗指南。

2.根据临床观察，进一步调整证型。今年观察到湿浊内蕴型3例，下一次诊疗方案中继续添加上此证型。