

多系统萎缩直立性低血压中医药治疗研究

赵雪莲¹, 赵雪松²

摘要: 目的 研究多系统萎缩直立性低血压的中医药治疗效果。**方法** 选取门诊就诊的多系统萎缩直立性低血压患者,用自拟方调心正压汤治疗,观察治疗效果。**结果** 患者服药后,舒张压有升高趋势,收缩压持平或者有降低趋势,患者早晨起床时卧位舒张压、卧位收缩压、坐位舒张压、坐位收缩压和立位收缩压差异均有统计学意义,而晚上睡觉时都没有差异。**结论** 中药治疗多系统萎缩直立性低血压疗效尚佳。

关键词: 多系统萎缩; 直立性低血压; 治疗经验

中图分类号:R746 文献标识码:A

Efficacy of traditional Chinese medicine in treatment of multiple system atrophy and orthostatic hypotension
ZHAO Xuelian, ZHAO Xuesong. (Department of Spleen-stomach, Liver-gallbladder, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100072, China)

Abstract: **Objective** To investigate the efficacy of traditional Chinese medicine in the treatment of multiple system atrophy and orthostatic hypotension. **Method** The patients with multiple system atrophy and orthostatic hypotension who attended the outpatient service were enrolled and treated with a self-made prescription, Tiaoxin Zhengya Decoction, and their treatment outcome was observed. **Result** After taking the medication, the patients showed a trend of increase in systolic pressure and a trend of stability or reduction in diastolic pressure. The patients showed significant changes in diastolic pressure in the supine position, systolic pressure in the supine position, diastolic pressure in the sitting position, systolic pressure in the sitting position, and systolic pressure in the standing position after getting up in the morning, while there were no differences when they went to bed at night. **Conclusion** Traditional Chinese medicine has good efficacy in the treatment of multiple system atrophy and orthostatic hypotension.

Key words: Multiple system atrophy; Orthostatic hypotension; Treatment experience

多系统萎缩(multiple system atrophy, MSA)属于神经系统变性疾病,目前该病的诊断与治疗均未取得明显突破,仍是世界难题,尚不能治愈。直立性低血压(orthostatic hypotension, OH)可由多种病因引起,主要表现为在体位由卧位突然变化为直立时出现血压下降,易发生头晕、跌倒、晕厥、周身乏力等症状。MSA患者发生OH的可能性>50%^[1], OH在不同性别、不同类型和不同疾病阶段的MSA患者中广泛存在^[2],是MSA常见症状。西医治疗MSA-OH一般首选米多君,但是米多君有不良反应,易增加卧位高血压,屈昔多巴一般首选用于帕金森病(Parkinson disease, PD)相关直立性低血压(PD-OH),MSA有卧位高血压也可选用,米多君比屈昔多巴效力强,但是临床有很多患者无效,停药后血压随即降低。

MSA-OH的治疗尚没有国际公认的治疗指南,但其在临幊上已越来越受到重视^[3,4],近年有专家提出一些治疗共识。目前倡导的治疗主要目标是减轻症状、改善患者的功能状态和生活质量,减少跌倒和晕厥的发生,以及与此相关的骨折、感染风险。近期治疗神经源性直立性低血压的药物临床试验均以症状改善作为第一指标,包括减轻眩晕症状和减少跌

倒的次数。保持卧位和立位的收缩压在脑灌注需求的范围有助于减轻临床症状。因近1/2的患者会伴有卧位血压的升高,对于这部分患者,另一个治疗目标是尽量减少仰卧位血压升高。

MSA-OH的治疗方法包括非药物治疗和药物治疗。非药物治疗最常用的是加压弹力绷带和弹力袜,绑腹带被认为能够提升直立位血压^[5],穿弹力袜能够改善下肢静脉回流,可以帮助提升量^[6],在临幊中,有很多患者采用,我们发现用这种办法,可提高血压10 mmHg左右,研究表明直立性低血压患者可首选加压弹力绷带治疗,效果可靠且安全性好^[7],江平等^[8]发现对于直立性低血压晕厥患者,穿加压服装将显得尤其重要,本研究也采用了这种方法,作为基础治疗。米多君是1996年美国FDA批准用于治疗OH的第一个药物,屈昔多巴是2014年美国FDA批准用于NOH治疗的第二个药物,临幊中,MSA-OH

收稿日期:2025-02-27;修订日期:2025-05-11

作者单位:(1. 北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科,北京 100072;

2. 首都医科大学附属北京天坛医院中医科,北京 100070)

通信作者:赵雪松,E-mail:65835337@qq.com

一般首选米多君,但是米多君有不良反应,易增加卧位高血压,屈昔多巴一般首选用于PD-OH, MSA有卧位高血压也可选用,米多君比屈昔多巴效力强。氟氢可的松、双氢麦角碱、非甾体类消炎药(如吲哚美辛)、生长抑素等也用于本病治疗,但疗效均并不确切且普遍存在较多副作用。Millar 等^[9]和 Squair 等^[10]植入了一个系统尝试治疗多系统萎缩直立性低血压,通过刺激后根投射到交感神经节,通过谷氨酸能中间神经元起作用,这可能是治疗该病的一个新希望。

1 病因病机

MSA 无明确的中医病名与之对应,现多将其归为“喑痱”“痿证”“眩晕”“虚劳”“颤证”等疾病范畴,OH 亦无明确的中医病名与之对应,根据临床表现,现多将其归为“眩晕”“厥证”“虚劳”范畴,MSA-OH 患者体位由卧位变成立位时,出现头晕、黑矇、头痛、恶心、视觉模糊、肢体无力、手足冰冷,甚至晕厥,都可纳入。本病为慢性进展性疾病,我们认为本病病因病机以虚为本,五脏俱虚,又兼有实,临床多见心、脾、肾阳虚,肝、肾、肺阴虚。

本病病因难以探究,只能依据当时的病情,辩证求因,缓解症状。本病病机复杂,各位患者病机不同,MSA-OH 的研究中,肝脾肾三脏关注的多,而心肺两脏的研究很少,尤其肺脏,还未见研究,而心肺两脏又很重要,在临的工作中,使用补心阳和肺阴的药物,效果不错。心主血脉,心气有推动血液在脉管中运行的功能,心主血脉的功能是以心气的旺盛,心血的充盈为基础,心主血脉功能正常是血压正常的必要条件,心气旺盛是血压正常的必要条件。肺主气,司呼吸,朝百脉,主治节,肺有辅助心气推动和调节血脉运行的功能,肺朝百脉功能正常是血压正常的必要条件。总体来说,五脏虚损占多数,兼有痰浊和瘀血,分而论之,临床常见的有脾肾阳虚、心脾阳虚、肝肾阴虚和肺肾阴虚几个证型。MSA 患者病情复杂,在临床实践中,往往不能明确区分证型,需要五脏同调,整体把握。

2 多系统萎缩直立性低血压的治法方药

临床发现大多数 MSA-OH 患者大多数表现为五脏俱病,调理时需要五脏同调,心肺的生理功能尤应关注。诸多先贤都有自己的经验,治疗各有不同,有从气机升降失调治疗的^[11,12],取得了较好的治疗效果,张允岭等认为脏腑亏虚,阴阳失衡,阳不出阴是其基本病机,主张用阴阳双补法进行论治,取得了不

错的效果^[13],补中益气汤^[14]和生脉散^[15]加减也对 MSA-OH 有效,虽然中药治疗取得了较好的疗效,可以明显改善临床症状,但是也存在不足,如本病的病机认识尚未统一,且现有研究样本量不足,观察周期短,停药后随访时间较短^[16]。针灸治疗该病,也取得了一定的治疗效果^[17-19]。

笔者在临床工作中,发现中药对改善多系统萎缩患者的直立性低血压有效果,有患者服用米多君或屈昔多巴胶囊效果不明显,改服中药也有效果。我们发现中药疗效不次于米多君,而且没有卧位高血压、立毛反应、胃肠道不适等副作用,具有一定的优势。经过总结,自拟经验方——调心正压汤,用于临床。

方药组成:人参 10 g,干姜 6 g,炒白术 15 g,炙甘草 10 g,焦神曲 15 g,桂枝 10 g,炙黄芪 15 g,黄精 15 g,山萸肉 15 g,淫羊藿 15 g,姜黄 10 g,麦冬 10 g,百合 10 g,柴胡 10 g,姜半夏 9 g。肾阴虚者可选用熟地、黄精、山萸肉、肉苁蓉,肾阳虚者可选用巴戟天、肉苁蓉、制附子,大便不通用全瓜蒌、蒲公英,肺肾不足加五味子,郁热或虚热加丹皮,五脏寒热错杂,中焦满闷加旋覆花,临床根据患者具体情况辩证加减。1 剂/d,餐后温服。

本方以理中汤打底,脾为后天之本,气血生化之源,临床观察发现,MSA-OH 患者一般都有脾气虚的表现,心主血脉,肺朝百脉,是血压正常的必要条件,肝主疏泄,能够有疏通、畅达全身气机的作用,调节精血津液的运行输布,血压的正常,依赖于气机的调达,肾藏精,肾具有贮存、封藏精气的生理功能,肾精、肾气、肾阴、肾阳是机体生命活动的根本,五脏阴阳之根本,肾的功能失调,能够导致血压异常。

本方自应用以来,患者自觉改善,主要表现为:(1)体感舒服很多,疲劳感明显好转,头晕发作减少;(2)自测早中晚卧立位血压,收缩压和舒张压呈缓慢升高;(3)服中药前,不穿弹力袜不能行走,服用中药后,不穿弹力袜能够行走,最多能走 4 000 步,但无力感明显;(4)服用调心正压汤后,患者白天眼睛黑矇发作频率减少;(5)服中药前,患者卧位起立上厕所,排便后腰直立不起来,服用调心正压汤后该症状消失;(6)服中药前,患者大便干,排便困难,服用调心正压汤后,排便改善。

3 典型病例

例 1,男,61岁,2024年8月初诊。主诉:眩晕半年余。刻下症见:头晕,走路晃,双下肢无力,浑身乏力,言语不利,夜间睡眠喊叫,快速眼动睡眠行为障

碍(rapid eye movement sleep behavior disorder, RBD),纳眠可,大便干,起夜,膀胱残余168 ml,余无明显不适,舌淡,苔白,脉滑。西医诊断:MSA, OH。中医诊断:眩晕。方药组成:干姜6 g,人参片6 g,麸炒白术15 g,炙甘草10 g,桂枝10 g,醋北柴胡10 g,酒黄精10 g,制巴戟天10 g,蒲公英15 g,酒苁蓉15 g,姜半夏9 g,天麻10 g,全蝎5 g。7剂,1剂/d,水煎服。

二诊蒲公英改为10 g,继服7剂,三诊上方继服7剂,四诊去天麻加盐车前子15 g、牛膝15 g、盐泽泻10 g。

服药后,头晕好转,患者有完全不难受的时候,走路晃,双下肢无力好转,走路有时不用扶墙,浑身乏力好转,言语不利,夜间睡眠喊叫减少,RBD,纳眠可,大便干,起夜5~6次,膀胱残余168 ml,血压升起10 mmHg,余无明显不适。

按:患者诊断MSA, OH, 主要表现为眩晕,病在五脏,以心脾肾为主,痰浊甚,故用理中汤加桂枝调理心脾,柴胡疏肝,黄精、巴戟天、肉苁蓉补肾,蒲公英清热,半夏白术天麻汤用于祛痰浊,经过1个月治疗,头晕、直立性低血压、乏力、走路姿势都好转。备注:患者不在北京,后期采用天坛医院线上诊疗平台复诊。

例2,男,63岁,患者2024年8月初诊。主诉:走路不稳伴头晕3~4年。刻下症见:走路不稳,走路左偏,乏力,头晕,言语含混,手抖,外院查头部MRI示橄榄桥小脑萎缩,残余尿186 ml,吃饭喝水易呛,大便前干,小便失禁。西医诊断:MSA-小脑型, OH。中医诊断:眩晕。方药组成:干姜6 g,人参片6 g,麸炒白术15 g,炙甘草10 g,桂枝10 g,酒白芍10 g,蒲公英10 g,醋香附10 g,姜半夏9 g,天麻10 g,全蝎5 g,茯苓15 g,制巴戟天10 g。7剂,1剂/d,水煎服。

二诊去巴戟天,蒲公英改为15 g,加肉苁蓉15 g。继服7剂,三诊去天麻,加酒苁蓉15 g、泽泻10 g,继服7剂,四诊改蒲公英为15 g,加浙贝母10 g,继服7剂,五诊肉桂5 g,继服7剂。

服药后,走路不稳好转,走路左偏,直立性低血压好转,乏力,头晕好转,尿潴留问题好转,尿量增大,排尿有力。

按:患者诊断MSA, OH, 主要表现为眩晕,走路不稳,病亦在五脏,经过2个月治疗,头晕、直立性低血压、走路不稳都好转,患者亦不在北京,后期采用天坛医院线上诊疗平台复诊。

例3,女,56岁,患者2024年6月初诊,主诉:肢体僵硬,运动迟缓1年余。刻下症见:1年前开始

右侧肢体僵硬,运动迟缓,偶有右上肢抖动,尿频,尿急,大便前干,嗅觉减退,站起时头晕,睡眠中RBD,记忆力尚可,不能耐受美多芭及普拉克索,纳差,口咸,乏力,舌淡苔白脉沉。西医诊断:MSA, OH。中医诊断:眩晕。方药组成:干姜6 g,人参片6 g,麸炒白术15 g,炙甘草10 g,桂枝10 g,炙黄芪15 g,百合10 g,姜半夏9 g,天麻10 g,全蝎5 g,巴戟天15 g,酒黄精15 g,蒲公英15 g,酒苁蓉10 g。7剂,1剂/d,水煎服。

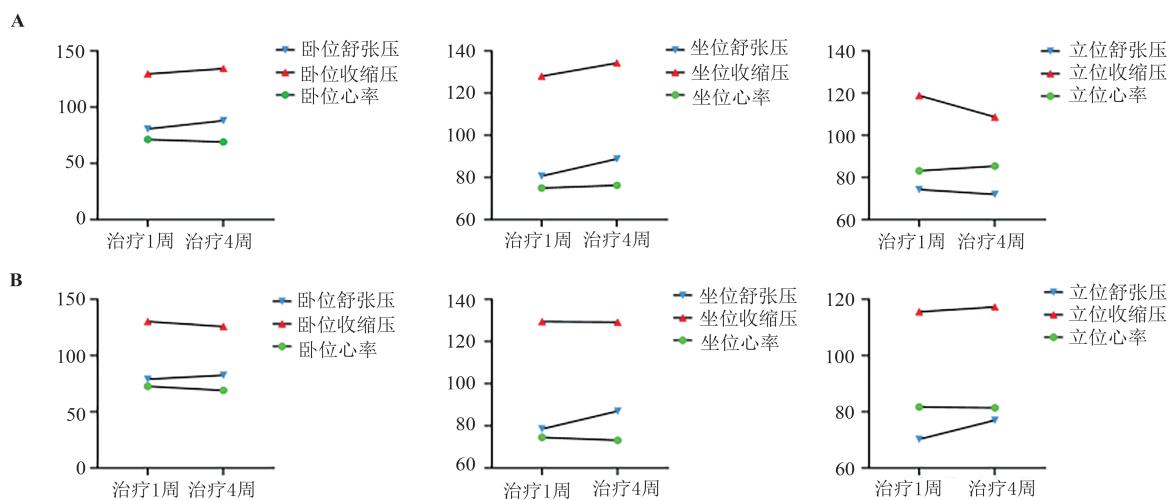
二诊去天麻10 g、全蝎5 g、制巴戟天15 g、蒲公英15 g,加焦神曲15 g、酒萸肉15 g、炙淫羊藿15 g、麦冬10 g、北柴胡10 g、牛膝15 g,人参改为9 g,继服7剂,三诊去酒萸肉、麦冬、当归,加狗脊10 g、天麻10 g、全蝎5 g,继服7剂,四诊上方去焦神曲、炙黄芪,加浮小麦30 g、茯苓15 g,继服7剂。

按:患者诊断MSA, OH, 主要表现为肢体僵硬,眩晕,病亦在五脏,以心脾肾为主,经过4个月治疗,头晕、OH、走路不稳都好转,患者亦不在北京,后期采用天坛医院线上诊疗平台复诊。

4 调心正压汤的疗效分析

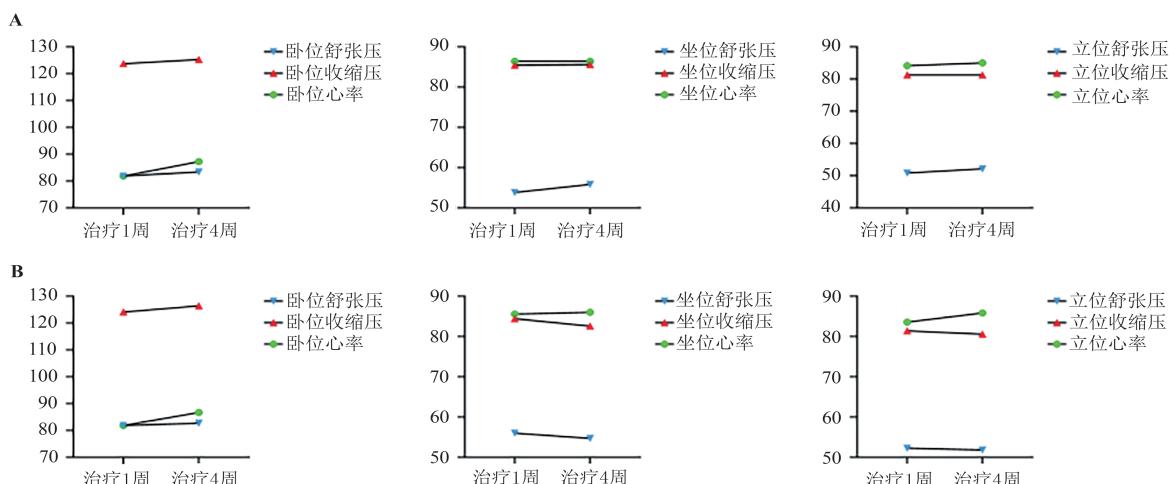
门诊中,挑选每天血压记录最完整,依从性最好的前3位患者,绘制服药治疗1周和治疗4周血压变化趋势图,并简要分析其差异性。血压记录每天2次,早晨起床时和晚上睡觉前各1次,每次都记录卧位收缩压、舒张压和心率,坐位收缩压、舒张压和心率,立位1 min收缩压、舒张压和心率,由于MSA-OH患者大多病情较重,很多不能耐受立位3 min血压的采集,故而本次立位3 min血压未纳入作图及统计。

从图1中,可以看出舒张压在早晨起床时和晚上睡觉时都在上升,图2中,舒张压在早晨起床时上升,而在晚上睡觉时基本持平或者稍微有下降,图3中,舒张压在早晨起床时上升,在晚上睡觉时持平或者稍微有下降,总体观之,舒张压在早晨起床时总体呈现上升趋势。图1中,收缩压基本持平,或者有所下降,图2中,收缩压基本持平,或者有所下降,图3中,收缩压早晨起床时升高,而在晚上睡觉时,有所下降,尽管收缩压有升有降,但是收缩压均逐渐接近120 mmHg。图1~3中可以看出心率基本保持稳定,在80次/min上下波动。从表1可以看出,患者早晨起床时卧位舒张压、卧位收缩压、坐位舒张压、坐位收缩压和立位收缩压差异均有统计学意义,而晚上睡觉时差异均没有统计学意义,可能与患者日间活动较多,消耗正气有关。



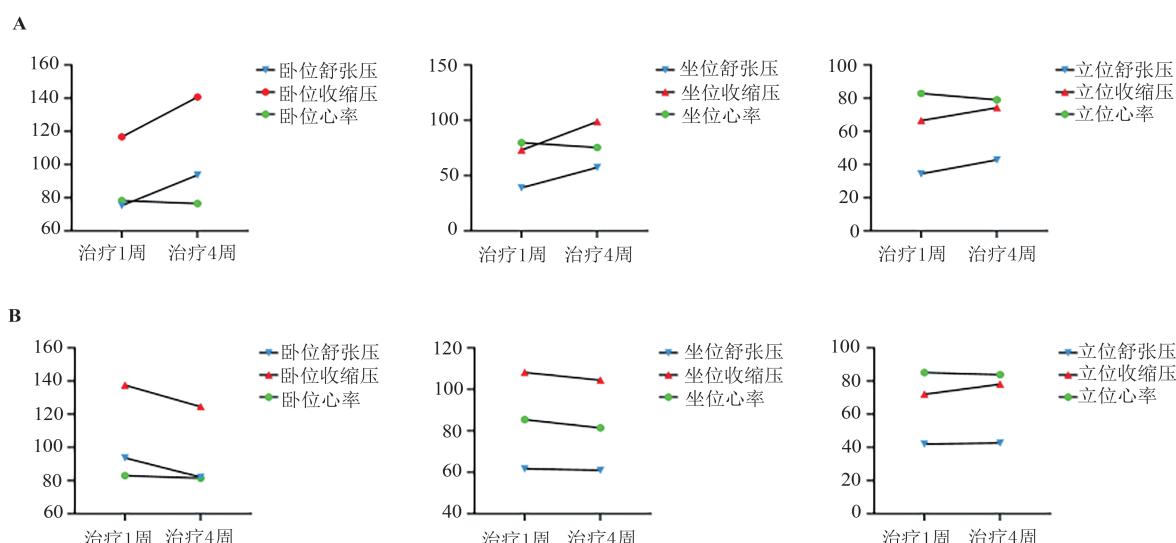
注:A,患者早晨起床时的指标监测;B,患者晚上睡觉时的指标监测。血压的计量单位为“mmHg”,心率的计量单位为“次/min”。

图1 患者1指标监测



注:A,患者早晨起床时的指标监测;B,患者晚上睡觉时的指标监测。血压的计量单位为“mmHg”,心率的计量单位为“次/min”。

图2 患者2指标监测



注:A,患者早晨起床时的指标监测;B,患者晚上睡觉时的指标监测。血压的计量单位为“mmHg”,心率的计量单位为“次/min”。

图3 患者3指标监测

表1 患者晨起晚睡时各项指标治疗4周与治疗1周的差值比较分析

测量指标	早晨起床时	P值	晚上睡觉时	P值
卧位舒张压	18.429±4.374	0.006*	-13.000±8.301	0.168
卧位收缩压	24.000±5.782	0.006*	-13.000±8.301	0.168
卧位心率	-1.714±0.747	0.061	-1.571±3.062	0.626
坐位舒张压	18.429±7.023	0.039*	-0.715±8.250	0.934
坐位收缩压	25.857±7.784	0.016*	-3.175±8.714	0.685
坐位心率	-4.429±2.671	0.148	-4.000±2.563	0.170
立位舒张压	8.429±3.999	0.080	0.714±2.740	0.803
立位收缩压	7.714±1.796	0.005*	6.143±5.161	0.279
立位心率	-3.857±1.421	0.035*	-1.286±1.672	0.471

注:血压差值的计量单位为“mmHg”,心率差值的计量单位为“次/min”。*表示P<0.05,差异具有统计学意义。

MSA-OH 的病因不详,病机复杂,严重影响患者生活质量,严重者甚至晕厥,对健康构成很大威胁,其治疗是世界难题,中医药治疗具有一定的治疗优势,未见到有明显副作用的报道。该病不是单个脏腑发生病变,往往五脏俱病,五脏是一个整体,以往研究多着眼于滋补肝脾肾,对心肺考虑较少,调心正压汤整体审视,五脏兼顾,调补心、脾、肾之阳,肝、肾、肺之阴,兼顾实邪。笔者结合临床实践经验,提出治疗 MSA-OH 当树立五脏整体观,尤其当注意心肺两脏,协调五脏功能使其平衡,为中医药治疗 MSA-OH 提供思路。

伦理学声明:本例报告已获得患者及家属知情同意。

利益冲突声明:所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献声明:赵雪莲负责数据收集、统计学分析、绘制图表、撰写论文;赵雪松负责论文设计、拟定写作思路、指导撰写论文并最后定稿。

[参考文献]

- [1] 曾景蓉,孙虹,许二赫.多系统萎缩血压调节的研究进展[J].中风与神经疾病杂志,2021,38(11):1039-1042.
- [2] 刘丽,李丽霞,张铁梅.多系统萎缩患者直立性低血压的临床特点及相关因素分析[J].医学研究杂志,2020,49(2):140-143.
- [3] Wieling W, Kaufmann H, Claydon VE. Diagnosis and treatment of orthostatic hypotension[J]. Lancet Neurol,2022,21(8): 735-746.
- [4] Vidal-Petiot E, Pathak A, Azulay JP. Orthostatic hypotension: Re-

view and expert position statement[J]. Rev Neurol (Paris),2024,180(1/2): 53-64.

- [5] Paschen S, Hansen C, Welzel J. Effect of lower limb vs. abdominal compression on mobility in orthostatic hypotension: A single-blinded, randomized, controlled, cross-over pilot study in Parkinson's disease[J]. J Parkinsons Dis,2022,12(8): 2531-2541.
- [6] Figueroa JJ, Singer W, Sandroni P. Effects of patient-controlled abdominal compression on standing systolic blood pressure in adults with orthostatic hypotension [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2015, 96(3): 505-510.
- [7] 牛自勇,赵彦杰,刘晓香.加压弹力绷带和弹力袜治疗直立性低血压32例临床观察[J].宁夏医科大学学报,2009,31(4):500-501.
- [8] 江平,杨宇帆,喻思杨.直立性低血压治疗新进展[J].心血管病学进展,2017,38(4): 427-430.
- [9] Millar VP. Epidural spinal cord stimulation to treat neurogenic orthostatic hypotension in multiple system atrophy: A new hope?[J]. Mov Disord Clin Pract,2022,9(8): 1025-1026.
- [10] Squair JW, Berney M, Castro Jimenez M. Implanted system for orthostatic hypotension in multiple-system atrophy [J]. N Engl J Med,2022,386(14): 1339-1344.
- [11] 李雨桐,孙林娟,陈文洁.基于升阳育阴法调节“气机升降”治疗多系统萎缩直立性低血压[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(2): 382-384.
- [12] 王倩,黄小波,张春燕,等.升清降浊方治疗神经源性直立性低血压合并卧位高血压的随机对照研究[J].中华中医药学刊,2023,41(05):67-70.
- [13] 石静资,刘红喜,梁晓,等.运用阴阳双补法治疗多系统萎缩伴直立性低血压经验[J].中医杂志,2022,63(20):1916-1920.
- [14] 霍绮雯,谭峰,刘亚丽,等.补中益气丸联合经颅磁刺激治疗老年帕金森病伴直立性低血压体位性低血压的疗效及安全性评估[J].中国老年学杂志,2023,43(19):4619-4622.
- [15] 徐利亚,刘如秀,李林光.生脉散合四物汤加减治疗老年体位性低血压合并冠心病气虚血瘀证临床研究[J].中国中医药信息杂志,2023,30(6): 148-152.
- [16] 张同同,魏宇晴,邹丽萍,等.中医药治疗体位性低血压的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(2):293-295.
- [17] 郭长在,王少松,夏秋玉.督脉火针为主治疗老年神经源性体位性低血压1例[J].中医杂志,2023,64(17): 1833-1836.
- [18] 周媛,郝丽,裴晓璐,等.温和灸治疗肾阳虚衰型神经源性体位性低血压[J].吉林中医药,2023,43(10):1223-1226.
- [19] 张逸鑫,孙善斌.督脉温针灸治疗脊髓损伤后体位性低血压临床观察[J].广西中医药大学学报,2023,26(2):10-13.

引证本文:赵雪莲,赵雪松.多系统萎缩直立性低血压中医药治疗研究[J].中风与神经疾病杂志,2025,42(8):741-745.