



脫髓鞘性疾病

宋文靖

概述

脫髓鞘疾病是屬於中樞神經纖維髓鞘膜脫失，可使神經軸索受累而發生的一系列病變，諸如：痙攣、抽搐、顏面張力異常…等。脫髓鞘疾病又稱多發性硬化症，簡稱 MS，是一種較為常見的中樞神經系統原發性脫髓鞘疾病。其特點：一是在病程經過反復緩解與復發，二是在中樞神經系統中有多發性病灶。

病理特徵

是中樞神經白質脫髓鞘和繼發性膠質增生的炎性病灶，並在腦和脊髓的白質中，形成散在、多發性、不規則、脫髓鞘性硬化斑塊，故而得名「多發性硬化」。腦中樞神經纖維髓鞘膜脫失逐漸進行，必使神經軸索受累引起神經的傳導不良，發生抽搐、痙攣、震顫、身搖、心慌、失眠等病症，若加上年齡增加所引起的腦血管退化，引起腦血管供血不足，更易引起血管扭曲或疝腫，神經與血管之間缺少某種媒介，對於特異體質者，容易產生壓迫神經引起痙攣、抽搐等現象。

症狀

以個人體驗：有面刺癢，眼肌不自主的跳動，眼肌抽搐，發展至面肌抽搐異常、耳鳴、頭頸部抽動、震顫、身搖、眼睜不開，形成痛苦面容，伴隨漸次進行性的症狀惡化時，有眼肌痙攣與骨骼肌的收縮疼痛，頭肌的束縛痙攣痛，顏面肌張力的不自主感，睜眼閃爍困難，眼睛乾澀，複視，眼花，視物不清，不專、肌肉神經骨骼分離感、難以入睡等難以言狀的自覺精神狀態。眼瞼當勉強睜開時，會伴有一秒多次至十餘次閃電樣般的抽跳動作，不能久視，需閉眼躺下休息許久，方能漸趨緩和，參與痙攣抽搐的頭面眼肌肉（或肌腱）（或神經），皆隨病情的惡化而急速硬化、僵硬，沒有彈性，與神經醫學所稱之多發性硬化症狀頗為穩合，病程越長，症狀越趨向複雜化，經久不加以改善，則精神肉體上難以支持，伴有憂鬱、恐慌、與極度的自悲，不服西藥短暫控制，難以度日，若感到累時不及時躺下休息，勉強用意志力支撐的話，極易頭身動搖，坐臥不安，心悸、心



慌，面肌抽搐、扭曲更形嚴重。

腦中樞神經纖維髓鞘脫失的原因

- 一、病毒引起：風為百病之長，外感風邪最容易引起。如：感冒的流感病毒，打流感疫苗，打肉毒桿菌等，其它細菌、病毒、微生物的代謝廢物，或所分泌的毒素，對神經所造成的干擾，都有可能。
- 二、外力挫傷撞及，發生在腦幹以上，氣滯、血瘀，也會發生多發性硬化症腦病。
- 三、輻射線如：腦腫瘤照鈷 60 後，神經燙傷、水腫，未及時修復會引起神經脫髓鞘。
- 四、脫髓鞘反應，有很多為自體免疫攻擊，如 SLE、Behcet's、RA 也會導致脫髓鞘反應。
- 五、抗生素、類固醇、免疫抑制劑，也會引神經的抗髓鞘脫髓鞘，此脫髓鞘有的發生在腦有的發生在四肢。
- 六、其他因素：神經營養素如 Vit·B12 缺乏，影響髓鞘的合成和完整性。也有人認為與內分泌有因素有關。性激素在 MS 發病中有一定作用。食物中不飽和脂肪酸的缺乏，細胞膜磷脂成分減少，影響寡突膠質細胞和髓鞘的形成，並刺激淋巴細胞攻擊神經髓鞘而促使 MS 發病。

中醫傳統的說法認為：

1. 先天稟賦不足或素體虛虧，腎精不足所導致。
腎藏精，生髓，腦為髓之海。髓海有餘，則輕勁多力，自過其度。髓海不足，則腦轉、耳鳴，脛酸、眩冒，目無所見，懈怠，安臥。腎虛則腎精不足，髓海空虛，腦失所養，則腦轉、耳鳴，發為眩暈，四肢痿軟無力，則為「痿」。腎精不足，精不能生血，肝血不足則肝目失養，故「視瞻昏渺」或「青盲」。
2. 正氣不足，腠理不密，感受六淫之邪，風寒之邪，挾濕外襲，阻閉經脈，氣血不和，筋肉失養，致手足麻木，四肢痿軟無力。
3. 脾為後天之本，津液氣血生化之源。飲食不節損傷脾胃，脾胃虛損，脾失健運，聚濕生痰，痰濕阻滯，清陽不升，發為「眩暈」；脾胃受損，津液氣血生化不足，清竅失養，則語言不利，講話欠清，筋脈失養，則四肢無力，發為「嗜痹」。
4. 素體肝腎不足或久病損及肝腎。肝藏血，主筋，腎藏精，主骨。肝血賴于腎精的化生；腎精又賴肝血的濡養，精與血相互資生和互相依賴。腎精虧損導致肝血不足，肝血不足又可導致腎精虛虧，在疾病的晚期多有肝腎虛



虧，筋骨失養，肢體無力，步態不穩發為『痿』或『骨繇』。

綜上所述，多數學者認為，遺傳基因決定個體具有易感性，在病素感染及其他外界環境等因素的激發下，致使機體免疫調節功能障礙，表現自身免疫異常應答而發病。同時脫髓鞘疾病最終發展，似乎都跟「痿」有關，由尤其是中樞神經痿，病久必「痿」，「痿」病必虛，「痿」是一種不容易修復的疾病。

疾病的演變：根據 MS 的臨床表現不同，被診斷為各種不同的疾病時，如以眼皮震跳抽動為主的稱為「胞輪振跳」，面眼肌向一側痙攣的稱「口眼歪斜」，兩眼皮不自主眨個不停，沒有一定規律，不能自由控制的，亦歸類於「胞輪振跳」，眼、面、鼻翼、嘴角、抽來抽去，並無規律性的不自主動作，稱之為「面肌張力不全」，以肢體無力或癱軟為主者，相當於「痿」証或「風痺」；上症若加伴有語言障礙，則以「暗痺」居之，「風痺」以頭暈為主者，相當於「眩暈」範圍；走路不穩，共濟失調者，相當於「骨繇」；以視力障礙為主者，相當於中醫的「視瞻昏渺」以及「青盲」等証。其表現在舌頭表面的症狀，發為麻抽痛等感覺，由於眼肌與面肌不停的痙攣抽搐，注意力分散，常導致精神煩燥、恍惚、意識障礙、視物範圍變小，常造成頭目不清之困擾，做起事來常心有餘而力不足。

病理：MS 病變主要累及大腦半球、腦幹、小腦、脊髓等中樞神經系統的白質視神經、視交叉和視束等。

MS 的病理特點：是在同一標本中，可見不同時相的新舊病變。總的來說，MS 病理過程分為三個階段：一、早期以炎性反應及髓鞘溶解為主；二、中期大量的吞噬細胞，將脫失的髓鞘壞死產物分解清除；三、晚期星形細胞增生，大量網狀纖維和膠質纖維增生，形成硬化斑。

臨床表現分期

通常在一週以內為急性，一個月之內為亞急性，一個月以上為慢性。或症狀表現急劇煩燥，日夜不安為急性，症狀逐漸惡化，或反復緩解又復發為慢性。

中醫治療思路：髓為液，髓既脫失，說明液絕對不足，故從此推測要讓髓鞘修復，勢必補腎填髓。久病必虛，必癆，越來越硬，形成寒癆，因此大補氣寫溫陽化癆，修補神經用藥必須考慮方向。

一、腎陽虛損型：

治法：溫補腎陽，填精、補髓。

方藥：二仙湯合右歸飲加減。

二、肝腎陰虛型：



治法：滋補肝腎，填精、補髓。

方藥：左歸丸加減。

三、痰濕化熱型：

治法：清熱、化痰，健脾、和胃。

方藥：黃連溫膽湯加減。

四、氣虛血瘀型：

治法：益氣、活血，化瘀、通絡。

方藥：補陽還五湯加減。

五、脾胃虛弱型

治法：健脾益氣。

方藥：四君子湯加味。

MS的中醫分型雖有多種，但總的來說，因MC病變在中樞神經的脫髓及硬化斑，因此當急性炎症期，以健瓠湯加芩、連、柏、甘草，以重鎮、安神、清熱、消炎為主；以病情未惡化，症狀稍緩和後再以小柴胡湯或溫膽湯加丹皮、加重黃芩為君，調解少陽餘熱並化痰熱。至進入慢性期，形成氣虛兼寒瘀時，應先控制病情讓病情不要再繼續惡化，等病情平穩時，再從功能之修復，病久氣虛兼寒瘀最多，以補陽還五湯，補氣、活血、化瘀為主，酌加乾薑、附子、肉桂以溫陽，加天麻可入肝經氣分，治諸風眩掉，佐以止痙攣之三蟲，重鎮安神之藥，補腎藥，如杜仲、阿膠以促腎生髓，使髓液增加而達到修復髓鞘的目的，善補陽者必從陰中求陽，加有膠質的東西如鹿角膠填精補髓，以助修補神經之功，但填精補髓又要仰賴好的脾胃才能運化，因此在後期要益氣，補血，壯脾胃，補腎、填精、補髓，是治MS較為可行的方向。

又MS好發在腦幹中樞神經，通過血腦屏障以助修復神經鞘膜的中藥，如人參、川七、鹿茸之功不小，可補氣活血並刺激造血。除藥物外，營養增加與微量元素的補充，適當的運動，充足的睡眠，舒坦的心情，也是對改善病情大有幫助，在反覆發作當中，當痛苦病容影響生活工作至劇時，適時的服用精神神經安定劑是有必要的。

注意事項：脫髓鞘疾病在初發時，並無明顯病徵，患者不以為意，而醫師亦常因病勢不明顯，未能即時診斷，錯失治療的黃金時機，此症常在積累至某種程度時，才突然急驟發作，當患者意識到病情嚴重時，必須花費更多的時間、精力、金錢，令病人心力憔悴，浪費更多的社會資源。

個人患病治療過程為例：憶起民國91年之前，常在睡覺闔眼間，發現兩眼翳有異常的快速閃電樣振顫，許久方能停止，自己也不知道為什麼，望字或看遠



方，眼力不能持久，一下子〈沒幾秒的功夫〉便酸澀而必須大力眨眼睛，因眨眼動作不尋常，曾找眼科看過十數次，療效都不能如預期，眼科醫師認為，那是四十歲以後戴眼鏡者的「眼鏡症候群」，92年 SARS 期間，全國都在緊張，從那時我開始心臟突感不通，老覺心悸、怔忡、驚恐、不安，站立時，身體會前後搖晃，站不住腳，一顆心安靜不下來，之後便開始神疲，煩燥但又睡不著，常躺至三更半夜而不能入睡，最後受不了時又以酒精麻痺自己，剛開始有效，後來發生嚴重嘔吐後而作罷，在不得已情況之下，才改看精神科。當時的名精神科醫師認為我的眨眼，祇是一種習慣性動作，類似連戰先生，認為是心理因素所引起。在這之前常因每躺在床上，則腹部會一直震跳，時間維持半小時至一小時方能上住，不能自己，煞像是活生生的魚，放置在熱鍋上煎煮一樣的狂跳亂崩，不能克制，非常痛苦，為了醫治此病，曾開車至南投找張中醫師，張中醫師的藥非常有效，但沒想到藥裏有摻西藥，藥名為 DIAZEPAM，一顆 5mg，相當強的劑量，我知道後就不吃了。經過半年以後，腹肌的跳動雖慢慢減少，但卻延伸至心臟及頭部，至心臟時，胸悶、驚悸、恐慌、心跳其動應衣的感覺、胸中窒息感全都來了，為此曾數年往返於亞東醫院檢查吃藥，心臟科的醫師當時的檢查都認為還好，而精神科醫生則把我當精神疾病醫，所開的藥除安眠藥有效外，其它都不太管用，我找過精神科名醫江某某，他開的劑量大，服藥後頭腦反應遲鈍，沒有精神，後來我花了很長的時間，才把劑量減輕，但一直無法戒斷，病至後期才全部集中在頭部，腦子裏經常如地震，痙攣時頭如束帶感，非常痛苦，在心臟發作嚴重時像快斷氣一般，經常往醫院跑，檢查這檢查那，也檢查不出所以然。後數年，症狀又集中在左眼睛抽搐，腦部痙攣如束帶，耳鳴、震顫、身搖如乩童，點頭的抽動症出現，面肌亂抽不能控制時，才發現是腦神經中樞髓鞘出了問題，看病以腦神經內外科為主，神經內科以症狀控制為主，或打肉毒桿菌，沒有其他方法，有些神外醫師認為需做減壓手術，有的醫師認為需做植入晶片，有的醫師又認為不需要，看法不一，令我無所適從。本病開始數年之後，左眼的痙攣由輕而至不能控制，後又發展成由外表而內理，由表入裏越演越烈。剛開始看報紙，以為是頗像眼科所述的『眼輪匝肌症候群』，而去找三總眼科，該眼科建議我打肉毒桿菌，第一次就打一瓶多，打的劑量過大，變得吃飯會嘴合不起來，頻掉飯粒，臉部變得相當僵硬，笑不出來。事後許久才發現，一次劑量打過多是徒增病人痛苦而已，若打的過於頻繁，還是會使肌肉更形僵硬無力，至今我打肉毒桿菌已十次。肉毒桿菌打多一樣會引起中樞神經痙。

檢討：如果一開始，醫師即能強烈懷疑此是 MS 的先兆，早做治療就不會有如上的結果。患者也不致於無所適從，心身科轉到精神科，又轉到心臟科，又轉到神內外科，後又轉回中醫收拾殘局。

治療過程：91年 SARS 期間，因煩躁驚悸不安，曾服甘麥大棗湯水煎劑，剛



開始效果不錯，後來就不行了，92年後因眼睛常不自主的眨，晚上又睡不好，精神甚疲，才改服抑肝散合補中益氣湯粉劑，服四個月後症狀沒改善，只好到亞東醫院拿西藥，服一段很長的時間後，醫師建議我到馬偕醫院打肉毒桿菌，至今為止我共打了十次，約六次之後，馬偕醫師看我沒有改善，便介紹我到榮總檢查，榮總的醫師認為是血管壓迫必須開刀，我當時徬徨無措，心無主見，隔了一、兩年，卓老師叫我找三總蔣永孝醫師檢查，蔣醫師幫我檢查後並沒有建議我手術，也沒有說裝晶片的事，他認為沒有必要，只開了一些藥給我，在那裡我碰到林寶華兄，寶華兄給我指點很多。之前也曾找李老師，李老師說我是精神官能症，開了一張處方給我，即是健翎湯加三蟲，我照方服了七帖，結果整天跑廁所，一日十餘次，把肛門拉痛了，李老師說那是溇便沒有關係，為了保命不得已又再服七帖，又是同樣的結果，服藥期間暴瘦了幾公斤，於是再找李老師時他把我轉介給寶華兄，寶華兄知道我的情形，先健我的脾胃用半夏天麻白朮湯加減，服了一段時間後才改服補陽還五湯加減，可惜我的胃不爭氣，吃藥不吸收，整天找廁所，所以服藥永遠趕不上病情惡化的速度，不久後寶華兄建議我來聽李老師神經醫學的課，為了探究自己的病及如何醫治，我立即參加了此課程，很快的已過了兩年餘，終於慢慢的得知神經的病變，稍微會做一點處理，這是我收獲最多的地方，感謝兩位前輩的指導。我想今後努力的方向是服對正確的藥，做充足的睡眠，勿過勞，適時而有恆的運動，多曬太陽，攝取充份的營養，還要帶有一顆快樂的心。

生病沒有人願意，我從來沒有想過自己會得這種罕見的疾病，生不如死般的活下去，是非常痛苦的，面對疾病只有想辦法治療，減輕自己的痛苦，期望他日能有奇蹟似地成績出現，也希望他日遇到困難時，能請老師不吝指導。