

多系统萎缩 P 型与帕金森病患者临床特征及认知功能的比较研究

李哲贤, 宋伟强, 刘袁颖, 武德梅, 邢建华

【摘要】 目的 比较多系统萎缩 P 型 (MSA-P 型) 与帕金森病患者的临床特征及认知功能。方法 选取 2012 年 7 月—2014 年 8 月中国石油天然气总公司中心医院收治的 MSA-P 型患者 31 例作为 A 组, 帕金森病患者 53 例作为 B 组。比较两组患者临床特征、运动功能、日常行为能力、认知功能、智力及记忆力。结果 两组患者智能障碍发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组患者首发震颤发生率、锥体外系症状发生率低于 B 组, 行走困难发生率、语言障碍发生率、小脑症状发生率、美多巴治疗无效率、锥体束症状发生率、性功能异常发生率、排尿异常发生率、直立性低血压发生率高于 B 组 ($P < 0.05$)。A 组患者帕金森综合评分量表 III (UPDRS-III) 评分、日常生活活动能力量表 (ADL) 评分高于 B 组 ($P < 0.05$)。A 组简易智能精神状态检查量表 (MMSE) 评分低于 B 组 ($P < 0.05$)。两组患者命名评分、注意力评分、语言评分、抽象能力评分、记忆评分、定向力评分及蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 总评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组患者视空间/执行功能评分低于 B 组 ($P < 0.05$)。A 组患者操作量表评分低于 B 组 ($P < 0.05$); 两组患者中国修订韦氏成人智力量表 (WAIS-RC) 总评分、言语量表评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者视觉再认评分、相似性评分、数字广度评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组患者视觉再生评分、理解记忆评分、图形排列评分、积木测试评分、韦氏成人记忆量表总评分低于 B 组 ($P < 0.05$)。结论 MSA-P 型与帕金森病患者临床特征及认知功能存在差异, 与帕金森病患者比较, MSA-P 型患者认知功能、智力及记忆力较差。

【关键词】 多系统萎缩; 帕金森病; 认知障碍

【中图分类号】 R 745.7 R 742.5 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2016.08.006

李哲贤, 宋伟强, 刘袁颖, 等. 多系统萎缩 P 型与帕金森病患者临床特征及认知功能的比较研究 [J]. 实用心脑血管肺血管病杂志, 2016, 24 (8): 24-28. [www.syxnf.net]

LI Z X, SONG W Q, LIU Y Y, et al. Comparative study for clinical features and cognitive function between patients with P-type multiple system atrophy and patients with parkinson's disease [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2016, 24 (8): 24-28.

Comparative Study for Clinical Features and Cognitive Function between Patients with P - type Multiple System Atrophy and Patients with Parkinson's Disease Li Zhe - xian, SONG Wei - qiang, LIU Yuan - ying, WU De - mei, XING Jian - hua. Department of Preventive Medicine and Geriatrics, the Central Hospital of China Petroleum and Natural Gas Corporation, Langfang 065000, China

【Abstract】 **Objective** To compare the clinical features and cognitive function between patients with P - type multiple system atrophy and patients with Parkinson's disease. **Methods** From July 2012 to August 2014 in the Central Hospital of China Petroleum and Natural Gas Corporation, a total of 31 patients with P - type multiple system atrophy were selected as A group, 53 patients with Parkinson's disease were selected as B group. Clinical features, motor function, daily behavior ability, cognitive function, mentality and memory were compared between the two groups. **Results** No statistically significant differences of incidence of mental retardation was found between the two groups ($P > 0.05$); incidence of initial tremor and extrapyramidal symptoms of A group was statistically significantly lower than that of B group, respectively, while incidence of mobility limitation, linguistic barrier, cerebellum symptoms, pyramidal tract symptoms, sexual dysfunction, paruria and postural hypotension, and ineffective rate of madopar of A group was statistically significantly higher than that of B group ($P < 0.05$). UPDRS - III scores and ADL scores of A group were statically significantly higher than those of B group ($P < 0.05$). MMSE score of A group was statistically significantly lower than that of B group ($P < 0.05$). No statistically significant differences of naming score, attentiveness score, language score, abstract ability score, memory score, directive force score and total MoCA

score was found between the two groups ($P > 0.05$), while visual space/executive function score of A group was statistically significantly lower than that of B group ($P < 0.05$). Operating Scale score of A group was statistically significantly lower than that of B group ($P < 0.05$), while no statistically significant differences of total WAIS-RC score or Verbal Scale score was found between the two groups ($P > 0.05$). No statistically significant differences of visual recognition score, similarity score or digit span score was found between the two groups ($P > 0.05$); while visual reproduction score, comprehension memory score, graphic arrangement score, building test score and total Wechsler Adults Memory Scale score of A group were statistically significantly lower than those of B group ($P < 0.05$). **Conclusion** There are significant differences of clinical features and cognitive function between patients with P-type multiple system atrophy and patients with Parkinson's disease, cognitive function, mentality and memory of patients with P-type multiple system atrophy are worse than those of patients with Parkinson's disease.

【Key words】 Multiple system atrophy; Parkinson disease; Cognition disorders

多系统萎缩 (MSA) 是一种复杂的神经系统变性疾病, 其发病机制尚不明确, 病变范围可累及锥体外系、锥体系、小脑和自主神经等。MSA 后期临床表现为帕金森综合征、共济失调、自主神经功能减退等^[1]。近年来, 医学界对 MSA 的研究不断深入, 但由于 MSA 的临床症状与帕金森症相似, 因此需对 MSA 与帕金森病进行鉴别诊断, 待明确诊断后才能进行有效的治疗。目前根据国际通用的 MSA 诊断标准 (2008 年, 第 2 版) 可将 MSA 分为 2 种临床亚型, 即多系统萎缩 P 型 (MSA-P 型) 和多系统萎缩 C 型 (MSA-C 型)。MSA-P 型主要以帕金森样症状为主, 对左旋多巴反应不理想; MSA-C 型以小脑性共济失调症状为主^[2]。MSA-P 型常需要与帕金森病进行鉴别, 以明确诊断。目前有关 MSA-P 型与帕金森病的快速鉴别诊断技术已成为临床研究热点之一。有研究表明, MSA 患者认知功能损伤较重^[3-4]。为更准确、有效地鉴别 MSA-P 型与帕金森病, 本研究比较了 MSA-P 型与帕金森病患者的临床特征及认知功能, 旨在为 MSA-P 型与帕金森病的鉴别诊断和治疗提供参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 7 月—2014 年 8 月中国石油天然气总公司中心医院收治的 MSA-P 型患者 31 例作为 A 组, 帕金森病患者 53 例作为 B 组。A 组中男 14 例, 女 17 例; 平均年龄 (61.2 ± 11.6) 岁。B 组中男 25 例, 女 28 例; 平均年龄 (62.3 ± 12.3) 岁。两组患者性别、年龄、发病年龄、受教育时间、病程比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$, 见表 1), 具有可比性。纳入标准: (1) 符合 MSA-P 的诊断标准和英国帕金森病协会脑库的诊断标准^[3-4]; (2) 经本院医学伦理学委员会审核批准; (3) 自愿参与本研究, 并签署知情同意书。排除标准: (1) 存在帕金森叠加综合征 (如路易体痴呆、进行性核上性麻痹、皮质基底核变性等) 患者; (2) 继发性帕金森综合征患者; (3) 存在心、肺、肝、脾、肾等重要脏器功能不全患者。

1.2 一般资料收集方法 采用本研究项目组自制的调

查问卷收集患者一般资料, 包括性别、年龄、发病时间、受教育时间、病程等。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	发病年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	受教育时间 ($\bar{x} \pm s$, 年)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)
A 组	31	14/17	61.2 ± 11.6	51.3 ± 11.2	8.1 ± 2.4	3.3 ± 2.2
B 组	53	25/28	62.3 ± 12.3	52.3 ± 12.1	8.4 ± 3.2	3.2 ± 2.0
$t(\chi^2)$ 值		0.032 ^a	0.987	0.378	0.032	0.368
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注: ^a 为 χ^2 值

1.3 观察指标 比较两组患者临床特征、运动功能和日常行为能力、认知功能、智力及记忆力。(1) 运动功能和日常行为能力: 采用帕金森综合评分量表 III (UPDRS-III) 评定患者的运动功能, 分数越低表示运动功能越好; 采用日常生活活动力量表 (ADL) 评定患者的日常行为能力, 满分 100 分, <20 分为极严重的功能缺陷, 生活完全依赖他人; 20~40 分为生活需要很大帮助; 41~60 分为生活需要帮助; >60 分为生活基本自理。(2) 认知功能: 采用蒙特利尔认知评估量表 (MoCA)、简易智能精神状态检查量表 (MMSE) 评定患者认知功能^[5-7], MoCA 包括视空间/执行功能、命名、注意力、语言、抽象能力、记忆、定向力, 总分 30 分, 分数越高表示认知功能越好; MMSE 评分越高表示认知功能越好。(3) 智力: 采用中国修订韦氏成人智力量表 (WAIS-RC) 评估患者的智力, 包括 11 个分测验, 分为言语量表和操作量表, 其中言语量表包括知识、领悟、算术、相似性、数字广度、词汇共 6 个分测验, 操作量表包括数字符号、图画填充、木块图、图片排列、图形拼凑共 5 个分测验, 得分越高表示智力水平越好。(4) 记忆力: 采用韦氏成人记忆量表评估患者的记忆力, 包括视觉再认、视觉再生、理解记忆、相似性、图形排列、积木测试、数字广度等维度, 得分越高表示记忆力越好。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床特征 两组患者智能障碍发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组患者首发震颤发生率、锥体外系症状发生率低于 B 组, 行走困难发生率、语言障碍发生率、小脑症状发生率、美多巴治疗无效率、锥体束症状发生率、性功能异常发生率、排尿异常发生率、直立性低血压发生率高于 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 2)。

2.2 运动功能和日常行为能力 A 组患者 UPDRS-III 评分、ADL 评分高于 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 3)。

表 3 两组患者 UPDRS-III 评分、ADL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 3 Comparison of UPDRS-III score and ADL score between the two groups

组别	例数	UPDRS-III 评分	ADL 评分
A 组	31	43.89 ± 18.20	32.49 ± 11.32
B 组	53	28.56 ± 15.29	17.45 ± 4.72
t 值		4.130	7.048
P 值		$P < 0.05$	$P < 0.05$

注: UPDRS-III = 帕金森综合评分量表 III, ADL = 日常生活活动能力量表

2.3 认知功能 A 组患者 MMSE 评分为 (26.4 ± 3.2) 分, B 组患者 MMSE 评分 (28.4 ± 2.5) 分。A 组

MMSE 评分低于 B 组, 差异有统计学意义 ($t = 3.247, P = 0.002$)。两组患者命名评分、注意力评分、语言评分、抽象能力评分、记忆评分、定向力评分及 MoCA 总评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组患者视空间/执行功能评分低于 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 4)。

2.4 智力 A 组患者操作量表评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者 WAIS-RC 总评分、言语量表评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$, 见图 1)。

2.5 记忆力 两组患者视觉再认评分、相似性评分、数字广度评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组患者视觉再生评分、理解记忆评分、图形排列评分、积木测试评分、韦氏成人记忆量表总评分低于 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 5)。

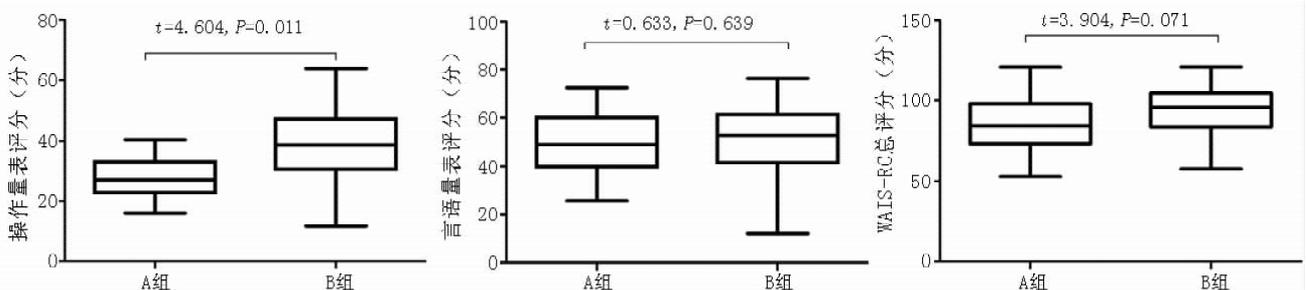
3 讨论

MSA 的临床症状包括帕金森综合征、自主神经系统功能紊乱和进行性小脑性共济失调等。20 世纪末提出了关于 MSA 的诊断标准及排除标准, 根据临床表现可诊断为拟诊 MSA、疑似 MSA 和确诊 MSA 3 层, 具有一定的临床参考价值^[8-9]。GILMAN 等对 MSA 的诊断标准进一步完善后, 建议将 MSA 分为 MSA-P 型和 MSA-C 型, MSA-P 型以帕金森症为主, MSA-C 型以小脑症状为主。MSA 和帕金森病均为复杂性神经系统疾病, MSA-P 型与帕金森病发病前期的临床症状非常相似, 故临床诊断难度较大, 不利于临床治疗^[10-13]。据统计,

表 2 两组患者临床特征比较 [n (%)]

Table 2 Comparison of clinical features between the two groups

组别	例数	首发震颤	锥体外系症状	行走困难	语言障碍	小脑症状	美巴多治疗无效	锥体束症状	智能障碍	性功能异常	排尿异常	体位性低血压
A 组	31	7(22.6)	22(71.0)	16(51.6)	16(51.6)	21(67.7)	15(48.4)	13(41.9)	0	18(58.1)	23(74.2)	13(41.9)
B 组	53	40(75.5)	52(98.1)	11(20.8)	5(9.4)	10(18.9)	1(1.9)	0	4(7.5)	16(30.2)	17(32.1)	5(9.4)
χ^2 值		22.201	13.743	8.539	18.559	20.065	22.587	31.220	2.457	6.308	13.910	12.272
P 值		0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000	0.117	0.012	0.000	0.000



注: WAIS-RC = 中国修订韦氏成人智力量表

图 1 两组患者 WAIS-RC 评分比较

Figure 1 Comparison of WAIS-RC score between the two groups

表 4 两组患者 MoCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 4 Comparison of MoCA score between the two groups

组别	例数	视空间/执行功能	命名	注意力	语言	抽象能力	记忆	定向力	总评分
A 组	31	2.48 ± 1.49	2.65 ± 0.65	5.36 ± 1.86	2.28 ± 0.80	1.36 ± 0.90	2.38 ± 1.97	5.34 ± 1.52	21.49 ± 5.34
B 组	53	3.49 ± 1.86	2.89 ± 0.48	5.44 ± 0.97	2.53 ± 0.83	1.25 ± 0.73	1.82 ± 1.49	5.79 ± 0.94	22.15 ± 4.87
<i>t</i> 值		2.576	1.936	0.259	1.350	0.611	1.473	1.679	0.578
<i>P</i> 值		0.012	0.056	0.796	0.181	0.543	0.145	0.097	0.565

表 5 两组患者韦氏成人记忆量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 5 Comparison of Wechsler Adults Memory Scale score between the two groups

组别	例数	视觉再认	视觉再生	理解记忆	相似性	图形排列	积木测试	数字广度	总评分
A 组	31	7.8 ± 3.4	5.7 ± 3.0	5.6 ± 2.8	8.8 ± 2.5	5.8 ± 2.1	6.2 ± 3.1	9.4 ± 2.8	55.8 ± 20.2
B 组	53	8.4 ± 2.6	7.3 ± 3.2	7.9 ± 2.9	9.5 ± 3.7	7.3 ± 1.7	8.2 ± 2.8	9.4 ± 1.8	78.4 ± 21.0
<i>t</i> 值		0.886	2.198	3.602	0.861	3.466	3.037	0.000	4.825
<i>P</i> 值		0.378	0.031	0.001	0.392	0.001	0.003	1.000	0.001

临床约 1/5 的 MSA-P 型患者于发病早期被误诊为帕金森病^[12]。由于 MSA-P 型与帕金森病患者治疗方法及预后差别较大,故临床需进行鉴别诊断,以便采取正确的方法治疗。

传统观点认为,MSA 与帕金森病好发于中年人群。本研究结果显示,MSA-P 型与帕金森病患者的发病年龄间无差异;两组患者智能障碍发生率间无差异,A 组患者首发震颤发生率、锥体外系症状发生率低于 B 组,行走困难发生率、语言障碍发生率、小脑症状发生率、美多巴治疗无效率、锥体束症状发生率、性功能异常发生率、排尿异常发生率、直立性低血压发生率高于 B 组,与相关研究结果相似^[9,14-15]。提示 MSA-P 型与帕金森病患者会发生不同程度的自主神经系统功能障碍,MSA-P 型患者自主神经系统、锥体系统损伤程度较帕金森病患者更重。目前通用的 MSA 诊断标准中将有无自主神经功能障碍作为 MSA 拟诊的首要条件^[1,9,14-15]。

有研究表明,MSA 患者痴呆发生率低于帕金森病患者,MSA-P 型和 MSA-C 型患者痴呆发生率约为 31%^[10,16-17],故不能仅依据有无痴呆症状鉴别 MSA-P 型和帕金森病。本研究结果显示,A 组患者 UPDRS-III 评分、ADL 评分高于 B 组;A 组 MMSE 评分低于 B 组;两组患者命名评分、注意力评分、语言评分、抽象能力评分、记忆评分、定向力评分及 MoCA 总评分间无差异,A 组患者视空间/执行功能评分低于 B 组;两组患者操作量表评分间有差异,两组患者 WAIS-RC 总评分、言语量表评分间无差异;两组患者视觉再认评分、相似性评分、数字广度评分间无差异,A 组患者视觉再生评分、理解记忆评分、图形排列评分、积木测试评分、韦氏成人记忆量表总评分低于 B 组。提示 MSA-P 型与帕金森病患者的认知功能均存在一定损伤,但 MSA-P 型

患者的认知功能损伤更明显。目前,有关 MSA-P 型患者出现认知障碍的病理机制尚未统一;但借助影像学技术进行神经病理学研究发现,MSA-P 型患者存在前额叶、额叶、颞叶和顶叶的皮质萎缩,同时上述区域的脑代谢功能降低,这可能是导致其出现认知功能障碍的病理机制之一^[8-9,18]。根据大量临床研究推测,由于 MSA-P 型患者额叶、颞叶、顶叶的皮质萎缩,可能会引起神经元丢失,从而引发认知功能障碍^[4,7,10,19],但上述推测仍有待进一步研究证实。

综上所述,MSA-P 型与帕金森病患者临床特征及认知功能存在差异,与帕金森病患者比较,MSA-P 型患者认知功能、智力及记忆力较差,故临床可根据患者临床特征、认知功能等进行综合评估,对 MSA-P 型与帕金森病进行鉴别诊断。

作者贡献:李哲贤进行实验设计与实施、资料收集整理、撰写论文、成文并对文章负责;宋伟强、刘袁颖、武德梅进行实验实施、评估、资料收集;邢建华进行质量控制及审校。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] STAMELOU M, PILATUS U, REUSS A, et al. Brain energy metabolism in early MSA-P: A phosphorus and proton magnetic resonance spectroscopy study [J]. *Parkinsonism Relat Disord*, 2015, 21 (5): 533-535.
- [2] BASCHIERI F, CALANDRA - BUONAURA G, DORIA A, et al. Cardiovascular autonomic testing performed with a new integrated instrumental approach is useful in differentiating MSA-P from PD at an early stage [J]. *Parkinsonism Relat Disord*, 2015, 21 (5): 477-482.
- [3] FOKI T, STEININGER S, KASPRIAN G, et al. An exceptional case of MSA-P [J]. *J Neurol*, 2013, 260 (4): 1171-1173.
- [4] HOZUMI I, PIAO Y S, INUZUKA T, et al. Marked asymmetry of

- putaminal pathology in an MSA-P patient with Pisa syndrome [J]. *Mov Disord*, 2004, 19 (4): 470-472.
- [5] OUDMAN E, POSTMA A, VAN DER STIGCHEL S, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in detection of Korsakoff's syndrome [J]. *Clin Neuropsychol*, 2014, 28 (7): 1123-1132.
- [6] DONG Y, SHARMA V K, CHAN B P, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini - Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke [J]. *J Neurol Sci*, 2010, 299 (1/2): 15-18.
- [7] HOOPS S, NAZEM S, SIDEROWF A D, et al. Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease [J]. *Neurology*, 2009, 73 (21): 1738-1745.
- [8] PAVIOUR D C, PRICE S L, JAHANSHAHI M, et al. Regional brain volumes distinguish PSP, MSA-P, and PD: MRI - based clinico - radiological correlations [J]. *Mov Disord*, 2006, 21 (7): 989-996.
- [9] RAGOTHAMAN M, SWAMINATH P V, SARANGMATH N, et al. Role of dysautonomic symptoms in distinguishing Parkinson's disease (PD) from multiple system atrophy (MSA-P) within a year of developing motor symptoms [J]. *J Assoc Physicians India*, 2011 (59): 95-98.
- [10] KAMITANI T, KUROIWA Y, WANG L, et al. Visual event - related potential changes in two subtypes of multiple system atrophy, MSA-C and MSA-P [J]. *J Neurol*, 2002, 249 (8): 975-982.
- [11] KASTEN M, BRUGGEMANN N, SCHMIDT A, et al. Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease [J]. *Neurology*, 2010, 75 (5): 478-479.
- [12] KAWAI Y, SUENAGA M, TAKEDA A, et al. Cognitive impairments in multiple system atrophy: MSA-C vs MSA-P [J]. *Neurology*, 2008, 70 (16 Pt 2): 1390-1396.
- [13] KÖLLENSPERGER M, SEPPI K, LIENER C, et al. Diffusion weighted imaging best discriminates PD from MSA-P: A comparison with tilt table testing and heart MIBG scintigraphy [J]. *Mov Disord*, 2007, 22 (12): 1771-1776.
- [14] PENDLEBURY S T, MARKWICK A, DE JAGER C A, et al. Differences in cognitive profile between TIA, stroke and elderly memory research subjects: a comparison of the MMSE and MoCA [J]. *Cerebrovasc Dis*, 2012, 34 (1): 48-54.
- [15] RAZALI R, JEAN - LI L, JAFFAR A, et al. Is the Bahasa Malaysia version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA - BM) a better instrument than the Malay version of the Mini Mental State Examination (M - MMSE) in screening for mild cognitive impairment (MCI) in the elderly? [J]. *Compr Psychiatry*, 2014 (1): S70-75.
- [16] PAVIOUR D C, PRICE S L, LEES A J, et al. MRI derived brain atrophy in PSP and MSA-P. Determining sample size to detect treatment effects [J]. *J Neurol*, 2007, 254 (4): 478-481.
- [17] YAMAMOTO T, SAKAKIBARA R, UCHIYAMA T, et al. Pelvic organ dysfunction is more prevalent and severe in MSA-P compared to Parkinson's disease [J]. *NeuroUrol Urodyn*, 2011, 30 (1): 102-107.
- [18] TIR M, DELMAIRE C, LE THUC V, et al. Motor - related circuit dysfunction in MSA-P: Usefulness of combined whole - brain imaging analysis [J]. *Mov Disord*, 2009, 24 (6): 863-870.
- [19] BARNAY J L, WAUQUIEZ G, BONNIN - KOANG H Y, et al. Feasibility of the cognitive assessment scale for stroke patients (CASP) vs. MMSE and MoCA in aphasic left hemispheric stroke patients [J]. *Ann Phys Rehabil Med*, 2014, 57 (6/7): 422-435.

(收稿日期: 2016-03-04; 修回日期: 2016-07-16)

(本文编辑: 李洁晨)

· 从医者说 ·

补充医学

Jack 是最令我感到震惊的患者。1年多前我负责住院患者，他来找我看病是因还没有自己的医生。最初，除了出现双侧扩散性肺炎外，一般情况还可以，然而静脉用抗生素后未能奏效，并出现了过度充气、水泡音和渗出；抽出空气后将其转至三级医疗中心，经支气管镜检查示弥漫性间质性肺炎和肺部纤维化，但没有做气管插管，予以类固醇药物、吸氧等治疗3周后因预后不良而出院。

Jack 是替代疗法学科的带头人，30年来，他在世界各地举办研讨会并通过创办协会以推动人们的健康训练，他采纳的是一种折中方法，即在栩栩如生的想象指导下的成像技术呼吸训练和顺势疗法（Brown 解释：栩栩如生的想象成像技术是一种补充医学，患者在医生指导下进行积极的想象，如美好的形象、健康的身体或是成功的喜悦，或其他任何美好的事情）。他生病1年后病情稳定，最近就诊时我问他对自己的成功做怎样的解释，他说：“我不承认自己有病，因为一旦你认为自己有病，你就拥有了它。我确实有症状，但只要出现症状就采取应对措施。如感到气促，我就减慢行速，集中注意调整我的呼吸。与我的精神世界一起努力，我做了很多的想象，想办法照顾好自己。”

这多有趣，我们这些采用对症疗法的医生总是将症状群集合起来才能做出诊断，再确定治疗方案，而 Jack 控制疾病的方法是症状出现就加以应对。他并没拒绝常规治疗，并且对其作了补充，他授予了机体自我康复能力。

〔来源：中国全科医学学术平台；作者：Sanford J. Brown，中国石油天然气集团公司中心医院周淑新（译）〕