

● 医案医话 ●

本栏目由湖南湘乡起蛟中医医院协办

中西医结合治疗急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病验案 1 则

寇晓宇¹, 张 铎², 冯丽莎²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193; 2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120)

[关键词] 急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病; 中西医结合治疗; 验案; 冯丽莎

[中图分类号] R277. 745 [文献标识码] B DOI: 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2021. 08. 028

吉兰-巴雷综合征 (guillain-barre syndrome, GBS) 分为经典型急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病 (acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy, AIDP)、急性运动轴索型神经病 (纯运动型 AMAN)、急性运动感觉轴索型神经病 (运动感觉型, AMSAN)、Miller-Fisher 综合征、急性泛自主神经病和急性感觉神经病等亚型^[1]。AIDP 是 GBS 的一种亚型, 主要病变为神经根周围神经广泛的炎症性脱髓鞘, 有时也累及脊髓、脊髓及脑部, 临床特征表现为发展迅速的四肢对称性无力伴腱反射消失为主, 约 2/3 的患者在发病数日到数周有前驱感染史, 常出现脑脊液蛋白细胞分离现象, 电生理检查提示周围神经受损。

冯丽莎系主任医师, 从事临床工作三十余年, 擅长运用中西医结合诊治脑血管疾病。其临床对 1 例以呕吐、头晕起病, 症状进行性变化, 最后诊断为 AIDP 的患者, 早期采取中西医结合治疗, 预后良好, 现介绍如下。

张某, 男, 20 岁, 未婚, 主因“双下肢无力半个月余”于 2019 年 6 月 28 日入院。现病史: 患者于入院前半个月无明显诱因突发呕吐, 呈喷射样, 呕吐物为黄色液体, 伴少量食物残渣, 每天呕吐量约为 400 ml, 未予重视。间断呕吐 3 d 后伴头晕, 经当地补液治疗未见明显好转, 5 d 后患者行走不稳, 于他院就诊治疗。住院期间症状未见好转, 出现复视和双下肢无力, 遂就诊于天津市中医药研究院附属医院。既往史: 患者既往因肠系膜压迫而反复呕吐。查体: T 36. 5℃, P 59 次/min, R 19 次/min, BP 84/48 mmHg (1 mmHg ≈ 0. 133 kPa)。体形消瘦, 心、肺、腹查体正常, 高级神经活动可, 水平眼震, 伴上视眼震, 双下肢肌力 IV 级, 右上肢肌肉萎缩, 四肢腱反射 (+), 双侧共济欠稳准, 其余神经科检查均正常。现症见: 面色萎黄, 形体消瘦, 精神欠佳, 喜卧, 无恶寒发热, 头晕, 时有呕吐, 双下肢力弱, 行走不稳, 双眼视物重影, 小便量少, 大便尚可。舌暗淡、苔白腻, 左侧脉弦细, 右侧未触及。保留胃管, 鼻饲饮食。血常规分析: 血红蛋白浓度 121 g/L, 白细胞 $3. 07 \times 10^9/L$, D-二聚体 0. 64 mg/L, 肝功能: 天门冬氨酸氨基转移酶 58. 1 U/L, 丙氨酸氨基转移酶 127. 6 U/L; 头颅血管

MRA: 左侧大脑前动脉较对侧纤细, 考虑先天发育不良。入院 5 d 后脑脊液检查: 脑脊液蛋白 0. 52 g/L, 总细胞 $28000 \times 10^9/L$, 白细胞 $10 \times 10^9/L$; 肌电图示: 四肢周围神经不同程度损害 (运动为主, 轴索为主); 单抗唾液酸神经节苷脂 GM1 (IgM) 抗体表达阳性。西医诊断: AIDP。中医诊断: 痿痹, 脾胃虚弱证。西医治疗: 免疫球蛋白治疗和鼠神经生长因子、补钾补钠及营养神经、抑酸护胃等对症治疗。中医治疗: 予中药口服及针刺治疗。中药以芳香化湿、健脾益气为治法, 方选藿朴夏苓汤加减。处方: 广藿香 25 g, 茯苓 15 g, 砂仁 15 g, 法半夏 20 g, 姜厚朴 15 g, 紫苏叶 10 g, 生姜 30 g, 麸炒枳壳 10 g, 白芷 10 g, 炒麦芽 30 g, 竹茹 10 g, 芦根 30 g。3 剂, 每天 1 剂, 水煎服。针刺选穴: 合谷、曲池、外关、中腕、委中、血海、足三里、三阴交、丰隆。行重插轻提补法, 以益气调血、固本培元。治疗 3 d 后二诊: 患者双下肢仍力弱, 腓肠肌疼痛, 上方去白芷、芦根, 加白芍 15 g、黄柏 10 g、生甘草 10 g、牛膝 10 g、独活 10 g。5 剂, 每天 1 剂, 水煎服。1 周后三诊: 患者症状基本消失, 双侧共济欠稳准。上方去生姜、生甘草、牛膝、独活, 加党参 10 g、黄芪 60 g、陈皮 10 g、桂枝 15 g、白术 10 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎服。7 月 16 日四诊: 患者仍存在眼震, 余正常。当日出院, 后门诊继予黄芪桂枝五物汤加减治疗。处方: 黄芪 60 g, 桂枝 15 g, 白芍 15 g, 生姜 10 g, 炙甘草 3 g, 大枣 5 g, 炒杜仲 10 g, 仙茅 10 g, 淫羊藿 10 g, 茯苓 10 g, 麸炒枳壳 10 g, 党参 15 g。14 剂, 每天 1 剂, 水煎服。经治疗后, 患者症状完全消失, 无复发。

按语: 本案患者为青年男性, 此次以呕吐起病, 病程中伴有低钾、低钠血症, 神经损害等症状陆续出现。因既往有幼年起反复呕吐病史, 并伴有低钾血症, 症状初起临床上容易误诊为消化系统疾病或低钾血症引起的肢体无力。患者初期神经系统病变表现不明显, 肢体无力症状仅出现于双下肢, 脑脊液检查未明确前, 给早期临床诊断造成一定困难, 需要仔细分辨。临床上应与血低钾证、脑干脑炎、韦尼克脑病相鉴别, 明确属于格林巴利综合征的何种亚型。该患者诊断为 AIDP 依据: 1) 患者半个月前突发呕吐, 前驱有消化道感染症状; 2) 头晕、行走不稳、复视、双下肢无力、双下肢感觉消退等神

经损害症状陆续出现,属亚急性起病;3) 双下肢对称性软瘫;4) 双眼复视,存在有颅神经损害;5) 脑脊液检查出现脑脊液蛋白-细胞分离^[2]、四肢周围神经不同程度损害。西医治疗 AIDP 多用激素疗法联合免疫治疗,必要时采取血浆置换,该患者前期使用丙种球蛋白抗炎,后期予鼠神经生长因子促进神经细胞的再生和修复,可取得良好疗效。

本病属于中医学中“痿病”范畴。痿病急性期多以实证为主,恢复期以虚实夹杂或虚证为主^[3],须分清阶段辨证论治,因人制宜。本案患者发病初期因受湿邪侵袭,损伤脾胃,未及时治疗郁而化热,使气血运行障碍,瘀阻脉络,故而双下肢浅感觉减退;湿邪为病,多损及三焦。阻滞上焦可见头晕,亦损伤肺气,症见喜卧恶坐;湿阻中焦而致呕吐;湿邪阻滞下焦见小便不利。患者先天禀赋不足,平素体形消瘦、营养状态不佳,经常反复呕吐以致后天失养,脾胃虚弱,此次外邪侵袭脾胃,使其对水谷精微的运化失职,不能布散四肢筋肉,肌肉失其充养故肌肉萎缩、下肢痿软无力,筋失所养不能束骨而利机关^[4],故行走不稳。

治疗上应注重补益脾胃、祛除湿热,同时结合患者实际情况,分清虚实,对调理肺气、补益肝肾、通畅三焦等亦不可忽视,在病程的不同阶段采取不同的治疗原则。首诊患者病情初起,以喷射性呕吐为主要症状,入院呕吐未见好转,为外部湿邪侵犯脾胃,以实证为主,急则治其标,故首方予藿朴夏苓汤加减,以宣通气机、燥湿利水。该方兼顾上、中、下三焦,以芳香燥湿为主。方中藿香为君,味辛、性温,化湿醒脾、芳香疏表,使阳不内郁。臣以厚朴、半夏、砂仁,三者皆性辛温,归脾胃经,燥湿和胃、降逆止呕,对治疗湿阻中焦之呕吐效力最佳。竹茹味甘、性微寒,归胃经,具有除烦和胃止呕的功效,其与半夏相配伍,一温一凉,燥湿除烦止呕俱备;生姜既能和胃止呕,又可温散水气;枳壳辛苦微寒可消痞下气;白芷宣通上窍,调理气机以止晕;茯苓味淡而渗,滋水源下降以利尿;芦根滋补胃阴;紫苏叶行气宽中;炒麦芽行气消食健脾。二诊患者呕吐缓解,但下肢酸软无力,腓肠肌疼痛,此时中焦之湿渐解,略有下注之象,予原方去白芷、芦根,配以黄柏清热燥湿,牛膝、独活补益肝肾,白芍柔肝止痛,生甘草缓气止痛、清热解毒。三诊患者症状基本消失,邪实已去,当以扶正为主,去生姜、生甘草、牛

膝、独活,加用陈皮理气健脾以复中焦气机,党参、黄芪、白术补气健脾益胃,桂枝滋养经脉、助阳通气血。针灸治疗可增强机体免疫力、促进血液循环和损伤神经的修复^[5]。本案在针刺治疗上突出了“治痿独取阳明”理论^[6]。合谷、曲池属手阳明大肠经,与肺经相表里可宣肺气、疏通气血;外关属手少阳三焦经,是气血汇聚之处,以疏通气血;中脘为胃之募穴,丰隆为胃经络穴,血海属脾经,皆有和胃健脾、调和气血之功;委中治疗下肢痿痹;三阴交滋脾阴、足三里健脾阳,二者一阴一阳共奏健脾养胃之功。四诊时患者自觉无力,余正常,治宜补正脾气、益肝肾,予黄芪桂枝五物汤加减。该方中黄芪益正气、健脾胃为君药;桂枝温经散寒通痹,与黄芪相使为用,益气温阳、和血通经,桂枝得黄芪益气而振奋卫阳,黄芪得桂枝顾表而不留邪。白芍与桂枝共为臣药,两者配伍,调营卫而和表里。生姜辛温,助桂枝温经散寒之效;大枣归脾胃经,补脾气养血;杜仲、仙茅、淫羊藿补益肝肾、强筋骨;党参补气健脾;枳壳降气导滞;茯苓淡渗利湿健脾。使以炙甘草益气和中、调和诸药。患者脾胃虚弱,属先天不足,建议患者平素可长期服用薯蓣丸以调理脾胃。半年后随访,该患者已痊愈,应用中西医结合治疗效果显著。

本案提示,AIDP 为格林巴利亚型,非神经科常见病,由于患者体质上存在差异,临床表现也不尽相同,诊断上存在一定困难,往往神经科症状出现、脑脊液检查回报后才能明确诊断。中医可以在症状初始进行介入治疗,因人制宜、辨证论治,治病求本,疗效颇佳。

参考文献

- [1] 安迪,刘媛媛,高娟,等. 吉兰-巴雷综合征亚型[J]. 脑与神经疾病杂志,2016,24(1):65-67.
- [2] 黄永新,陆正齐,黄美莲. 格林-巴利综合征的临床分型及病因分析[J]. 临床荟萃,2003,18(7):394-395.
- [3] 杨艳,伊丽娥,侯玉涛. 格林-巴利综合征的中医辨证论治总结[J]. 中西医结合研究,2015,7(3):162-164.
- [4] 孙文玉,王万宏,李琳琳,等. 中医疗法在治疗格林巴利综合征中的应用价值[J]. 当代医药论丛,2019,17(15):183-184.
- [5] 李晶. 针灸治疗格林巴利综合征的现状与展望[J]. 中国医疗器械信息,2018,24(16):31-32.
- [6] 曹继忠,温川颀. 痿证之“治痿独取阳明”浅析[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(92):205-206.

第一作者:寇晓宇,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中西医结合临床研究(脑病方向)

通讯作者:冯丽莎,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:神经内科疾病的临床研究, E-mail: 463775282@qq.com (收稿日期:2020-12-12)