

病例讨论

重症肌无力病案

韩冠先* 连华敏* 整理

主题词 重症肌无力/中医药疗法

1 病历摘要

闫某某,男,25岁,农民,住院号18315。因四肢无力,语言不利,吞咽困难,视物双影40天,于1997年3月9日入院。患者于1997年1月26日劳作后突发寒热(体温38.9℃),按感冒治疗后热退。1月28日出现吞咽困难,吐字不清,四肢无力,视物呈双,即赴某医院诊治。经查头颅CT正常,脑脊液检查发现细胞一蛋白分离,诊为急性感染性多发性神经炎(GBS),予强的松50mg/日、地塞米松5mg/日,并用加兰他敏、神经生长因子、多种维生素等药,治疗5天症状好转,于治疗第10天病人再度发热(体温38.7℃),经用抗生素及退热药后热退,但四肢无力加重,不能自行下床,吞咽不能,靠鼻饲喂养,继用前方案治疗2周,病情不见好转,遂转我院。刻诊:四肢瘦削无力,鼻饲喂养,视物双影,吐字不清,舌体运动无力,口唇不能闭合,痰少流涎,便干溲赤,舌质红、苔黄腻,脉滑数。

查体:体温36.5℃,脉搏97次/分,呼吸20次/分,血压16.0/12.0kPa。神志清,精神差,双眼睑下垂,眼球运动受限,复视,双唇不能闭合,带鼻管饮水发呛,颈肌无力,四肢肌肉轻度萎缩,肌力Ⅱ度,肌张力减低,深浅感觉存在,跟、膝腱反射减弱,病理征未引出。

辅助检查:血白细胞 $9.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.80,血沉5mm/h;血清钾3.99mmol/L,钠134mmol/L,钙1.9mmol/L,氯97mmol/L;

谷草转氨酶30U/L,肌酸肌酶76U/L,乳酸脱氢酶25U/L;胸腺CT:胸腺不大;心电图正常;疲劳试验及新斯的明试验均为阳性;肌电图(EMG)示:轻度神经元性损害,运动神经传导速度(MCV)减慢。

入院诊断:中医辨证:痰热互结,邪毒蕴蒸。西医诊断:重症肌无力(MG)。

治疗经过:入院后继续用强的松60mg/日,同时重用清热化痰中药:陈皮、半夏、茯苓、胆南星、桑白皮、川贝母、生石膏、瓜蒌、黄连、大黄等治疗1周,病情无好转,于1997年3月15日进行病例讨论。

2 病例讨论

进修医师:病人发病前有感冒史,起病急,进展快,脑脊液检查有细胞一蛋白分离,肌电图及MCV均提示轻度神经元性损害,这些现象都支持GBS的诊断,急性GBS对激素多不敏感。该病人是否为激素不敏感型GBS?另外,病人若为重症肌无力(MG),如何解释脑脊液细胞一蛋白分离?病人舌质红、苔黄腻、脉滑数、尿赤便秘,但运用清热化痰中药未能见效。

住院医师:详细询问病史,病人发病时即有朝轻暮重的特点,目前病人语声始大渐小,不耐疲劳,新斯的明试验阳性,按GBS治疗已1月余,症状有波动,故考虑西医诊断为MG问题不大。但病人为何出现细胞一蛋白分离还不太清楚。从中医角度看,本病诊断中风、风瘫、痿证等都比较勉强。根据舌、脉、症看,病人痰热是存在的,痰热的产生应该与感受邪毒有关。毒邪内侵,损脾伤肾,运化失职,主水不能,津液与毒邪互结而成痰邪,痰邪化热,痰热互结而成本病。治疗上应遵循“见痰休治痰”的原则,不治痰而治其所以成痰,加强解毒驱邪的力量,如加用土

* 河南省洛阳市第二中医院,洛阳市长江西路3号
(471003)

收稿日期:1998-10-12

茯苓、连翘、金银花、板蓝根等。

主治医师:复习病史,病人有以下特点:(1)急性起病,以全身肌肉无力为主要表现,有朝轻暮重倾向;(2)病变首先累及颅神经所支配肌肉而无明显的神经系统体征;(3)疲劳试验及新斯的明试验阳性;(4)病人口有痰涎,舌红、苔黄腻,脉滑数。根据这些特点,西医诊为 MG 疑问不大,若能进一步查乙酰胆碱受体抗体(AchR-Ab),则更有利于诊断。至于 GBS 是神经根节段性脱髓鞘病变,病人始终都会有不同程度的神经系统损害的体征。另外 GBS 一般起病后或快或慢达到高峰,然后逐渐好转,该病人症状波动,又不符合复发或再发的标准,故不能诊为 GBS。

从中医诊断来看,目前中医病名还不够规范和全面,但中医诊治的中心是辨证,有是证则用是药。该病人急性起病,有受邪病史,病邪首先犯肺,肺失宣肃,子病及母,脾失健运,湿邪内生,郁而化生痰热,痰热阻滞,经络不通,筋肉痿废,而生诸症。该病的启动因素是毒邪为害,前段虽用了化痰清热的药物,但没有应用驱毒药物,病因不除,病必不愈。另一方面由于痰热耗津,病久及肾,因此治疗时还应注意肾精胃津的保护。具体方药可用土茯苓、青蒿、浙贝母、天花粉、胆南星、陈皮、僵蚕、全蝎等。同时应逐渐减停强的松。

主任医师:下面就大家提及的问题略作解释。MG 是一种表现为神经—肌肉接头传递障碍的获得性自身免疫性疾病。临床特点为部分或全身横纹肌软弱和异常,易于疲劳,通常在活动后加剧,休息后减轻。本病系因体内横纹肌的 AchR-Ab 产生自免疫反应所致。其诊断主要依据临床表现、新斯的明试验及 EMG、AchR-Ab 测定等,但任何先进的理化检查都不能代替医生,对目前重检查、轻临床的现象应引起大家的足够注意。该病人临床上始终有朝轻暮重这一特点,这是 MG 一般具备的,而脑脊液细胞—蛋白分离则可见于 GBS、部分脑结核、椎管内阻塞病变及多数自身免疫性疾病等,过分强调细胞—蛋白分离是前一段贻误诊断的原

因之一。对于 MG 的治疗,西药主要用抗胆碱酯酶制剂及免疫抑制剂。胸腺切除可使部分病人缓解,也有人主张用血浆置换或大剂量糖皮质激素治疗,但总的疗效不够理想。

该病尚无合适的中医病名。从该病人的病情看,似可诊为“瘖痺”。“瘖痺”始见于《素问·脉解》篇,其云:“所谓入中为瘖者,阳盛已衰,故为瘖也。内夺而厥,则为瘖痺,此肾虚也”。《太素·卷八经脉病解注》说:“太阳之气中伤人者,即阳大盛,盛已顿衰,故为瘖也”。《类经·十四卷第十一注》解释说:“内夺者,夺其精也,精夺则气夺而厥,故声瘖于上,体废于下,元阳大亏,病本在肾,肾脉挟舌体,下走足心,故为是病”。《奇效良方》对“瘖痺”之症状进一步补充说:“瘖痺之状,舌瘖不能语,足废不为用”。该病人的病情演变与上述情况相似。病人始受邪于太阳之表,继而病邪内侵及少阴,“肾者胃之关也”,肾伤胃损,运化失职,因生痰热,痰热更加重了肾胃的损伤。如此,下元虚衰,虚阳上浮,痰浊随之上泛,窍道阻塞,肢体空虚,遂成诸症。至此,“病本在肾”,所以单化痰热,毒邪不除,肾精未复,病必不愈。进一步治疗应以补肾蠲毒为要。具体可用地黄饮子化裁以补肾,另配合制马钱子粉口服以蠲毒。若能配合应用吡啶斯的明口服,见效可能更快。

3 后记

病例讨论后根据主任医师的意见,予制马钱子粉 0.2~0.4g(逐渐加量),每日 3 次,冲服;地黄饮子化裁:熟地 30g,巴戟天 15g,山茱萸 15g,肉苁蓉 15g,石菖蒲 30g,五味子 30g,茯苓 30g,麦冬 30g,远志 10g,黄芪 30g,青蒿 30g,土茯苓 30g,水煎鼻饲,每日 1 剂,同时逐渐减少强的松用量。用药 1 周;病人已能起坐,口唇能闭合,吞咽较前明显好转,拔去胃管。吡啶斯的明 60mg,每日 3 次,口服,中药效不更方,激素于 2 周后撤停。住院治疗 20 天后,病人生活能自理。中药以上方加黄芪 30g,共为细末,每次 6g,每日 3 次,冲服,西药逐渐减量,出院坚持服药 3 个月,病人恢复如常人,乃停药。随访 1 年,病未复发。