

王松龄治疗格林-巴利综合征经验

王伟民¹ 吴颖悟²

(1. 河南省中医院脑病科, 河南省郑州市东风路 6 号, 450002; 2. 河南中医学院 2007 级研究生)

[关键词] 格林-巴利综合征; 中医药疗法; 经验; 王松龄

格林-巴利综合征 (GBS) 又称急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病, 是以周围神经和神经根的脱髓鞘及小血管周围淋巴细胞及巨噬细胞的炎症反应为病理特点的自身免疫性疾病。多数学者认为, 其发病与病毒感染有关。根据其临床表现, 可将本病归属于中医的“痿证”范畴。河南省中医院王松龄教授对 GBS 的治疗有丰富经验, 现介绍如下。

王教授认为, GBS 病变部位主要在脾、胃、肝、肾、肺, 可涉及到脑。脑者, 髓之海, 元神之府, 神机之源, 五脏六腑之大主。脑之功能失常则神机失用, 体无所主。感受外邪, 饮食不节, 久病劳损, 痰、瘀、湿、热、毒损伤脑髓, 致脑髓失养, 神机受累, 形体官窍失主, 乃发为本病。发于外者多由暑湿、湿热、温毒邪侵袭人体, 发于内者多责之于肺津不足、脾胃虚弱或肝肾阴虚。

1 辨证求因, 明晰病机

GBS 临床表现以肢体瘫痪萎缩为主, 症状多样, 病程长, 病情缠绵难愈。王老师认为, GBS 虽然症状复杂, 但究其发病根本原因, 主要责之于湿热邪毒。外感湿邪, 浸淫经脉, 使营卫运行受阻, 郁遏生热, 久则气血运行不利, 筋脉肌肉失却濡养而弛纵不收; 或饮食不节, 脾胃受损, 内生湿热, 阻遏运化, 导致脾运不输, 筋脉肌肉失养; 或脾虚湿热不化, 生痰蕴毒, 流注于下, 久则损伤肝肾, 导致筋骨失养。或五脏内伤, 精血受损。病变过程常为实邪伤正, 因虚致实, 虚实夹杂。病变早期多以实邪外感为主, 或暑湿伤气, 或湿热浸淫筋脉, 或热毒阻肺; 后期则以正虚内伤为主, 因虚又可挟湿、挟瘀; 故临床以热证、虚证居多, 且虚实夹杂, 实证、寒证则少见。

2 分期治疗, 辨证选药

急性期: 暑湿、湿热毒邪伤及脾胃或耗伤肺津, 症见: 四肢软瘫或麻木、倦怠乏力、胸闷气短、汗出不畅、口渴不欲饮, 舌苔黄腻或白腻, 脉濡数或滑数。治疗以清热利湿、解毒化浊为主, 药用: 黄柏、苍术、川牛膝、杏仁、半夏、厚朴、生薏苡仁、淡竹叶、金银花、野菊花。湿偏重者加白豆蔻、茯苓、通草; 热毒偏重者加蒲公英、紫花地丁。

恢复期: 湿热阻遏, 脾胃气血之源, 筋肉失濡, 络脉

拘急。症见: 四肢痿软无力, 甚则肌肉萎缩, 食少腹胀, 面色萎黄, 舌淡苔白, 脉细无力。治疗以益气健脾、化痰祛湿为主, 药用: 党参、黄芪、白术、当归、茯苓、半夏、陈皮、桔梗、砂仁、升麻、柴胡、甘草。

后期: 病久气血生化无源, 肝肾失养, 筋骨失濡。症见: 膝胫痿弱不能久立, 肢体麻木, 头晕耳鸣, 腰痛, 尿有余沥, 舌红少苔, 脉细数。治疗以健脾益肾、强筋壮骨, 气、血、阴、阳并补为主, 药用: 人参、白术、黄芪、川芎、当归、熟地黄、白芍、怀牛膝、炙甘草、龟甲、五加皮、桂枝。

3 中药丸散, 贯穿始终

王老师将 GBS 整体病机概括为: 湿热伤中, 脾虚及肾, 气血阴阳俱虚, 筋骨失养, 肌肤失煦。并依据病机立法组方, 选用中药配制成散剂, 装入胶囊, 与辨证汤剂相配合应用于患者疗程的始终。基本方组成为: 红参或西洋参 (根据偏于气虚或阴虚酌选)、山药、紫河车、阿胶、山茱萸、龟甲胶、鹿角胶、穿山甲、三七、全蝎、乌梢蛇、狗骨、制马钱子。方中红参或西洋参、阿胶、紫河车益气养血; 龟甲胶、鹿角胶、山茱萸、山药滋肝肾; 三七、穿山甲、全蝎、乌梢蛇扶正通络; 狗骨、制马钱子 (成人每日用量 0.3~1g) 壮督通络宣痹。以上诸药粉碎, 过 120 目筛, 装入 0 号胶囊, 每次 4 粒, 每日 3 餐时各服 1 次, 视病情, 连用 180~360 天。

4 典型病例

李某, 男, 28 岁, 2006 年 3 月 18 日初诊。主诉: 四肢无力半年伴进食困难 30 天。半年前无明显诱因出现双上肢麻木无力, 进行性加剧。近 30 天来, 进食困难, 饮水发呛, 头不痛, 有时小便费力, 讲话声嘶, 查双上肢肌力 IV 级, 双下肢肌力 III 级, 双手鱼际肌、双下肢远端肌群轻度萎缩伴皮温下降。深、浅感觉减退, 以四肢远端为主。四肢肌张力下降, 未引出病理征。腰穿检查: 脑脊液清亮, 细胞总数 $21 \times 10^6/L$, 白细胞计数 $4 \times 10^6/L$ 。生化: 蛋白 0.4g/L, 葡萄糖 3.6mmol/L, Cl $131.9mmol/L$ 。细胞学: 少量淋巴细胞和单核细胞, 属正常范围。经我院脑病科诊断为: 格林-巴利综合征。来诊时, 症见下肢瘫软无力, 行走不能, 大便偏干, 舌质红、苔黄腻, 脉弦滑。中医诊断: 痿证, 证属湿热挟毒蕴痰, 脾肾气阴亏虚。分期尚属早期, 治宜清热利湿为主, 佐以解毒化痰兼顾气阴。处方: 苍术 10g, 黄柏 8g, 川牛膝 20g, 生薏苡仁 30g, 蒲公英 30g, 白花蛇舌草 10g, 连翘

12g, 半夏 10g, 茯苓 15g, 北沙参 30g, 桑枝 30g, 白芍 15g, 甘草 5g。并配合上述中药散剂装胶囊服用。服药 7 剂后, 自觉下肢有发热感, 四肢麻木无力好转, 原方服至 2006 年 4 月 25 日, 复诊: 进食困难、饮水发呛均已消失, 唯下肢仍麻木无力, 但可扶拐行走, 前方去连翘、蒲公英、白花蛇舌草, 加人参 15g、白术 20g、川芎 10g、当归 15g、龟甲 20g、知母 12g, 以加强健脾益肾养肝之效, 中药共服 160 天, 散剂共服 352 天。患者治疗历时 1 年而获痊愈, 随访 1 年未见复发。

5 体会

痿证大多由于气候炎热或潮湿, 感受湿热邪毒而发病, 常于外表症状缓解后, 又经 1~2 周, 发生四肢麻木软瘫。湿热之邪阻于中焦致使脾虚不运, 久则伤及肝肾。因阳明胃经为水谷之海, 五脏之宗, 运化气血津液

而润筋脉, 虚则五脏无所宗, 不能行气血, 濡筋脉, 利关节, 则宗筋弛纵, 带脉不引而为痿。又因肾主骨而藏精, 肝主筋而藏血, 肝肾不足, 则精血亏虚, 精血虚则筋脉失养而为痿。所以治疗上应紧扣“治痿独取阳明”、“培补脾肾”的原则, 临床上应灵活运用苍术、白术、白芍、黄芪、黄柏、茯苓、木瓜、怀牛膝、五加皮等祛湿热、益肝肾药, 会收到较好疗效。况外来湿热浊毒, 日久淫伤脾、肾、肝、肺, 损及气、血、阴、阳及任、督、带三脉, 导致筋脉肌肉失养, 甚至筋脉拘急, 络阻窍闭, 见证众多。治疗时, 除参照 3 个阶段, 不同病情辨证施治外, 再选用具有补益气血、滋阴养阳、固肾壮督、活血通络的中药胶囊制剂, 共奏扶正生新、疗痿起废之功。

(收稿日期: 2008-12-31; 修回日期: 2009-06-06)

[编辑: 洪涛]

扶正化瘀通络法治疗原发性胆汁性肝硬化 45 例

刘敏

(首都医科大学附属北京中医医院肝病科, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010)

原发性胆汁性肝硬化(PBC)是一种原因未明的自身免疫性肝脏疾病, 是以肝内小胆管进行性非化脓性炎症为特征的慢性胆汁淤积性疾病。在近年的临床中, 笔者对中药联合熊去氧胆酸治疗 PBC 进行了观察, 现将资料完整的病例进行总结, 以期为本病的治疗提供一些经验。

1 临床资料

参照 2000 年美国肝病学会(AASLD)发表的《PBC 诊断指南》: ①有关胆汁淤积的生化指标如血清碱性磷酸酶(ALP)和 γ 谷氨酰转肽酶(γ GT)等升高; ②血清抗线粒体抗体(AMA)或 AMA-M₂ 亚型阳性; 和/或肝穿刺病理符合 PBC。③B 超、CT 或胆管造影检查显示胆管正常。

全部病例均为我院 2002 年 3 月~2008 年 11 月肝病科门诊患者, 符合入选条件的共 60 例, 按 3:1 配比随机分为两组, 治疗组 45 例, 对照组 15 例。治疗组男 4 例, 女 41 例; 年龄 22~65 岁, 平均 53.3 岁; 病程 6 个月~23 年, 平均 5.6 年。对照组男 1 例, 女 14 例; 年龄 19~65 岁, 平均 52.7 岁; 病程 6 个月~21 年, 平均 5.3 年。两组在性别、年龄、病程及临床表现等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

对照组口服熊去氧胆酸(优思氟, 250mg/粒), 每次 250mg, 每日 3 次。复方甘草酸苷(美能), 每次 50mg, 每日 3 次, 口服。治疗组在对照组用药的基础上, 给予扶正化瘀通络中药治疗。主方: 生黄芪 20g, 白芍 15g, 百合 15g, 何首乌 15g, 丹参 20g, 女贞子 15g, 生地黄 15g, 郁金 10g, 山药 15g, 莪术 6g, 绵萆薢 15g, 茵陈 30g 等。加减: 胁痛明显, 加川楝子 6g, 延胡索 10g, 香橼 10g; 乏力、气短、便溏, 加党参 15g, 白术 12g, 葛根 15g, 升麻 10g; 尿黄、大便不爽、苔黄厚, 加茵陈 20g, 金钱草 20g, 白茅根 15g; 皮肤瘙痒, 加凌霄花 15g, 茜草 10g; 血瘀明显, 加炒水蛭 5g, 酒大黄 10g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 早晚分服。在治疗期间不再使用其他功效、主治相

同的中西药物。两组均以 6 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

显效: 临床症状基本消失, 肝功能各项指标降至正常; 有效: 临床症状明显改善, 肝功能各项指标降至治疗前的 50% 以下; 无效: 临床症状及肝功能无改善或恶化。

3.2 两组临床综合疗效比较

治疗组 45 例, 显效 14 例, 有效 26 例, 无效 5 例, 总有效率为 88.9%。对照组 15 例, 分别为 3 例, 7 例, 5 例, 60.0%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后主要症状和体征改善情况比较

结果表明, 治疗组治疗 6 个月后乏力、口干眼干、纳差、胁痛、皮肤瘙痒、黄疸、舌色红或紫暗的改善率明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组治疗前后免疫学指标变化情况比较

治疗前 60 例患者 AMA 的阳性率为 100% (60/60), AMA-M₂ 阳性率为 88.3% (53/60), 合并 ANA 阳性的共 5 例, 治疗后两组共有 AMA、AMA-M₂ 阴转 4 例, 均为治疗组患者, 说明治疗组患者免疫学指标的改善优于对照组, 但由于例数较少, 尚无统计学意义。

4 讨论

中医学中没有与 PBC 相对应的病名, 从其临床特征看相当于中医学的“胁痛”、“黄疸”、“积聚”、“臌胀”、“虚劳”等范畴。扶正化瘀通络法选用黄芪、山药益气健脾, 白芍、生地黄、丹参养血柔肝, 何首乌、百合、女贞子滋补肝肾以扶其正, 郁金、莪术、酒大黄、活血化瘀通络, 茵陈、绵萆薢祛湿利胆, 实乃标本同治, 虚实兼顾之法。

(收稿日期: 2009-06-15)

[编辑: 黄健]