

版社,1997:201—204.

7. Hemdor DN, Barrow RE, Kunkel KP, et al. Regulation of fibroplasia in coetaneous wound repair. *Ann Surg* 1990 ;212(4):424—429.

8. Ching T. Molecular cloning of the complementary DNA encoding for

the hamster TGF- α mature peptide. *Carcinogenesis* 1991 ;12:529.

9. Hirschel BJ, Ryam GB, Kunkel KP, et al. Granulation tissue as contractile organ. *Ann Surg* 1990 ;212(4):424—429.

(收稿 2001 - 02 - 26 修回 2001 - 11 - 05)

· 病例报告 ·

中西医结合治疗急性格林—巴利氏综合征 1 例

陈长江 章平富 魏国兰 杨吉荣

病历简介 患者,女,56岁,住院号:1009718。因进行性四肢麻木,活动障碍伴胸闷,呼吸困难2周,于2000年5月25日入院。1个月前曾因感冒、发热、咽痛,服感冒药片而愈。2周后在无诱因下出现四肢麻木,皮肤过敏,肌肉压痛明显,双下肢活动障碍,并进行性加重,继之出现吞咽困难,声音嘶哑,胸闷、气促、不能站立行走,卧床不能主动翻身。于2000年5月18日就诊于某大医院,经腰穿脑脊液检查有蛋白、细胞分离现象及肌电图异常,诊断为“急性格林—巴利氏综合征”。给予地塞米松等住院治疗1周,家属要求回当地治疗,遂入我院。入院时体格检查:体温36.5℃,脉搏82次/min,呼吸20次/min,血压130/85mmHg,发育正常,营养中等,形体偏胖,神清语利,语音偏低,心肺及胸腹部望、触、叩、听未发现异常,脊柱、四肢无畸形,双下肢无水肿。乳头以下部位皮肤感觉麻木,痛觉增强;四肢肌肉无萎缩,双上肢肌力Ⅱ级,双下肢肌力Ⅱ级,肱二、三头肌、膝腱反射消失,巴彬斯基征(-);舌质偏红、苔薄白,脉细弦。实验室检查血常规:血红蛋白(Hb)150g/L,白细胞(WBC)11.6×10⁹/L,中性84.5%,淋巴12.1%,血小板263×10⁹/L,血沉31mm/h;肾功能:血肌酐(SCr)81.9μmol/L,尿素氮(BUN)5.03mmol/L;血电解质:钾3.49mmol/L,钠136.7mmol/L,氯97.6mmol/L;肝功能:总蛋白69.6g/L,白蛋白41.8g/L,谷丙转氨酶(ALT)71.2 U/L,碱性磷酸酶(AKP)136 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)285 U/L,肌酸磷酸激酶(CPK)135 U/L;血糖5.23mmol/L;血脂:胆固醇4.4mmol/L,甘油三酯1.7mmol/L。中医辨证为“痿证”,西医诊断为急性格林—巴利氏综合征。

治疗经过 西药:强的松片20mg,每天3次,连服7天;脑活素30ml及三磷酸腺苷40mg,分别加入5%葡萄糖注射液500ml及10%葡萄糖注射液250ml静脉滴注,每天1次,连用15天。中药采用健脾益气、活血温经、祛风通络:黄芪20g,白术12g,当归12g,淮山药15g,茯苓10g,赤芍12g,白芍12g,桂枝6g,怀牛膝15g,蜈蚣1条,全蝎3g,桑枝30g,明天麻10g,甘草6g,每天1剂,水煎分2次服。经治疗7天后,精神转佳,进食饮水无呛咳,肌肉压痛不明显,四肢麻木减轻,双上肢肌力Ⅲ级,双下肢肌力Ⅱ级。6月1日出现口渴多饮、多尿,尿

糖定性+++ ,血糖15.92mmol/L,考虑为类固醇性糖尿病。用正规胰岛素4u,早、中、晚餐前30min皮下注射;中药在方基础上减去桂枝,加生地20g,枸杞子10g,知母10g,黄柏10g,并同时撤减强的松为15mg,每天2次,治疗1周后,口渴、多尿消失,复查尿糖定性(-),血糖6.9mmol/L,病情好转,改服强的松片10mg,每天2次,连用7天。后再继续从本施治。

患者于2000年6月14日出院,出院时无明显自觉不适,能自行翻身,双上肢可抬举,两下肢自由屈伸,能下床行走10m,心、肺、肝、脾正常;腹股沟以下皮肤感觉麻木,痛觉正常,腱反射可引出,双上肢肌力Ⅴ级,两下肢肌力Ⅳ级,病理反射阴性;实验室检查:WBC 5.8×10⁹/L, Hb 134g/L, 血小板 118×10⁹/L, ALT 35 U/L, LDH 82 U/L, AKP 33.8 U/L, CPK 33 U/L;血糖6.2mmol/L,症状明显好转。出院后改服强的松片5mg,每天2次,服用15天后停药,中药继服健脾益气、滋阴养筋、活血通络之品,调治30余天。门诊复诊:患者能自由行走,不受限制,并恢复正常工作,体格检查:皮肤感觉无异常,四肢肌力Ⅴ级,实验室检查各项指标正常,随访1年,病情无复发。

讨论 急性格林—巴利氏综合征是由多种原因所致的疾病,病因尚不清楚,有人认为与病毒感染有关,一般认为属迟发性过敏的自身免疫性疾病。临床表现以四肢对称性弛缓性瘫痪,严重时可累及肋间肌及膈肌,伴有或不伴有感觉障碍。治疗按急则治其标,缓则治其本的原则,早期给予足量类固醇激素治疗,抑制免疫,以缓解吞咽困难、气促、胸闷等危及生命的症状,但应用激素宜短期突击,尽快撤退,以减少类固醇副作用。继之利用脑活素在神经细胞内可促进蛋白质合成,具有抗缺氧的保护能力,改善能量代谢。三磷酸腺苷能营养肌肉神经作用。同时以中药治疗,早期以健脾益气、活血温经、祛风通络;后期采用健脾益气、滋阴养筋、活血通络,促进神经肌肉功能恢复。本例应用中西医结合治疗,抓住时机,取得了满意疗效。

(收稿 2001 - 09 - 20 修回 2001 - 11 - 20)