

中西医结合治疗米勒费雪症候群(眼外肌麻痹)病例报告

谢财娣¹ 李翔² 张秀清¹ 朱新萍¹ 方翔¹

【摘要】 本文报道应用中西医结合疗法治疗米勒费雪(Miller Fisher)症候群眼外肌麻痹 1 例,取得良好效果,并分析了疗效机制。

【关键词】 米勒费雪症候群; 眼外肌麻痹; 病例报道

DOI:10.3969/j.issn.1674-9006.2016.01.021

中图分类号:R77

Case report of the traditinal Chinese and western medicine in treatment of Miller Fisher syndrome with extraocular muscles paralysis XIE Cai-di, LI Xiang, ZHANG Xiu-qing, ZHU Xin-ping, FANG Xiang (Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610075)

【Abstract】 This paper reported and analyzed a case which Miller Fisher syndrome with extraocular muscles paralysis, cured integrated traditional Chinese and Western medicine, get a good result. Analyzed the curative effect processed.

【Key words】 Miller Fisher syndrome; Paralysis of extraocular muscles; Case report

米勒费雪症候群(Miller Fisher 症候群)是一种罕见的后天多发性神经炎疾病,其病因、发病机理不甚明确,治疗困难,我们收治本病 1 例,经中西医结合治疗取得良好效果,报道如下:

1 患者入院病史

患者:曾某,男,26 岁,未婚,平素体健,否认高血压、糖尿病、乙肝、结核等病史。

初诊(2015-2-26):因“双眼视物重影 4 天,眼球转动受限 2 天”入院。患者 7 天前受凉后出现腹泻,呕吐,发热,自服肠炎宁症状缓解;4 天前出现双眼视物重影及走路不稳,当地医院诊断为“双眼复视”,行头颅 MRI 示双侧上颌窦囊肿,头颅 CT、脑脊液等各项检查未及异常,予以激素抗炎,神经营养,降低颅内压等治疗无效;两天前出现眼球转动受限,左眼上睑下垂,肢软乏力等症状,遂来我院就诊,门诊以“双眼肌麻痹”收入住院。入院症见:双眼视物重影,右眼外展内收受限,左眼上睑下垂、上视、下视、内收、外展不能,自觉头重、颈项部紧箍,双上肢肢端、后背麻木,行走不稳,肢软乏力,口干,睡眠可,二便常,舌红苔白,脉弦。查体:T36.4℃,P76 次/分,R20 次/分,BP134/92mmHg,左侧扁桃体Ⅱ度肿大,右侧扁桃体Ⅰ度肿大,眼科专科检

查:VOD 1.2 VOS 1.0,双眼光定位准确,红绿色觉正常,眼睑无红肿,挤压泪囊区无分泌物溢出,结膜无充血,角膜透明,染色(-),前房轴深 3.5CT,周边 1/3CT,虹膜纹理清,瞳孔直径约 4mm,直、间接对光反射存在,晶体、玻璃体透明,视盘边界清,色正常,C/D 约 0.3,黄斑中心凹反射消失,A/V=2/3,右眼外展内收受限,左眼上睑下垂、上视、下视、内收、外展不能,上睑下垂,遮盖瞳孔约 2mm。眼压右 10.7mmHg,左 9.2mmHg。实验室检查:血常规:白细胞 $10.77 \times 10^9/L$,中性粒细胞数 $7.17 \times 10^9/L$,单核细胞 $0.69 \times 10^9/L$,血小板 $392 \times 10^9/L$,尿常规示:白细胞 16.5/uL,上皮细胞 10.6/uL,甲状腺激素全套:游离甲状腺激素 28.76Pmol/L,肝功能白蛋白 39.7g/L,丙氨酸氨基转移酶 105u/L,门冬氨酸氨基转移酶 60 u/L,丙胺羟基转移酶 103u/L,谷氨酸脱氢酶 38.8 u/L,TORCH 病毒抗体检测:风疹病毒抗体 IgG 阳性(+),巨细胞病毒抗体 IgG 阳性(+),单纯疱疹病毒 I 型抗体 IgG 阳性(+).辅助检查:胸部 CT、胸片、心电图未见明显异常,颅脑 CTA:右侧椎动脉较左侧稍细小。新斯的明 25mg 肌注 30 分钟~1 小时后眼睑下垂及全身症状未见明显改善,排除了重症肌无力。

2 患者治疗经过

入院初步中医诊断:1.双眼目偏斜;2.双眼能近怯远,入院初步西医诊断:1.左眼动眼神经麻痹 2.双眼外直肌麻痹 3.双眼屈光不正(-)。四诊合参,辨证为

作者简介:1.610075,四川成都,成都中医药大学;2.610075,四川成都,

成都中医药大学附属医院

通讯作者:李翔,E-mail:jjeannelxiang@126.com

风痰瘀阻络,治以祛风化痰、通络止痉。予以牵正散加减。处方如下:

炒白附子 10g,僵蚕 10g,地龙 10g,全蝎 10g,白芷 20g,川芎 15g,白芍 30g,生甘草 3g,伸筋草 30g,石决明 25g,决明草 10g,葛根 30g,防风 20g,鸡血藤 30g,炒稻芽 30g,薄荷 10g,3 剂,日 1 剂,水煎服,1 日 3 次。

其他治疗:复方樟柳碱注射液 2ml 双侧太阳穴穴位注射,眼针(攒竹透鱼腰,承泣,合谷,三阴交)日 1 次,耳尖刺血,眼部熏蒸,胞磷胆碱钠、舒血宁静滴。更昔洛韦注射液静滴、地塞米松磷酸钠双眼电离子导入。嘱患者慎起居,节饮食,避风寒,情绪平和。

(2015-2-28)左眼上睑下垂症状较前好转,查及左眼角膜后壁正中散在细尘状及羊脂状 KP 少许,患者及家属情绪焦虑,请神经内科会诊后疑为“急性格林巴利综合征?”转入神经内科。神经内科检查:右眼外展内收受限,左眼上睑下垂、上视、下视、内收、外展不能,鼻唇沟对称,四肢肌力 5 级,肌张力不高,双指鼻、对指试验欠协调,闭目难立征阳性,右侧跟膝胫试验完成可,左侧跟膝胫试验欠稳准,四肢腱反射消失,轮替试验(-),共济运动失调,病理征未引出,双下肢无水肿,脑膜刺激征(-)。修正中医诊断:痿病,修正西医诊断:急性吉兰-巴雷综合征?即行腰椎穿刺、肌电图、血气分析、血液流变学、全腹 B 超检查,西医予以脑苷肌肽静滴、维生素 B1 及甲钴胺肌注、胞磷胆碱钠口服,输注人免疫球蛋白,继续复方樟柳碱注射液双侧太阳穴穴位注射及地塞米松磷酸钠双眼电离子导入、眼部熏蒸,眼针治疗。仍辨证为风痰瘀阻络,予以二陈汤合薏苡仁汤加减祛风化痰、行气通络。处方如下:

胆南星 10g,地龙 10g,僵蚕 15g,陈皮 15g,半夏 10g,茯苓 15g,薏苡仁 20g,苍术 15g,桂枝 10g,羌活 15g,甘草 6g,生姜 10g,细辛 15g,3 付,水煎服,日 1 剂,1 日 3 次。

(2015-03-02)患者双眼视物重影、左眼上睑下垂、双上肢麻木、肢软乏力、口干等症状较前明显减轻,检查回报:脑脊液检查示蛋白细胞分离(常规:无色、清亮、无凝块、蛋白定性阴性、白细胞总数 $0.7 \times 10^6/L$,红细胞 $3.7 \times 10^6/L$;生化:氯 127mmol/L ,葡萄糖 3.57mmol/L ,蛋白 543mg/L),血液流变学:全血粘度增大。血气分析:红细胞压积 50%、氧分压 14.9kPa 、二氧化碳分压 4.5kPa 、钙 1.13mmol/L ,血糖 5.7mmol/L 。腹部 B 超:未见明显异常。综合患者各项检查确诊为米勒费雪症候群(Miller Fisher 症候群)。继续原有治疗,密切观察患者呼吸状况,完善头颅 MRI、动态心电图、肺功能检查以评估患者心肺情况,中药予以参

苓白术散合补中益气汤加减健脾祛湿、扶正祛邪,处方如下:

党参 20g,茯苓 15g,生白术 15g,白扁豆 15g,陈皮 10g,生黄芪 60g,生甘草 5g,山药 15g,砂仁 15g,薏苡仁 15g,桔梗 15g,柴胡 15g,升麻 15g,当归 15g,3 剂,水煎服,1 日 1 剂,1 日 3 次。

(2015-3-4)患者自觉双眼活动度较前明显提高,脑磁共振示双侧额叶脑白质内少许点状缺血灶,双侧上颌窦囊肿。肺功能检查示:BR=86%,中度下降,VE>10L,通气储备功能中度降低,过度通气,肺功能大致正常。肌电图:所检神经运动传导未见明显异常,双侧腓浅神经感觉传导速度减慢,余神经未见明显异常。F 波右侧正中神经 F 波出波率降低,左侧正中神经 F 波未见明显异常。H 波:双侧胫神经 H 反射潜伏期正常高线水平。停用免疫球蛋白,密切观察病情变化,及时对症处理。

(2015-03-06)患者双上肢轻度麻木、乏力,双眼活动受限较前好转,右眼可轻微外展、内收、上视、下视,左眼可轻微外展、内收,上视、下视活动受限,左眼上睑下垂较前好转,四肢肌力、肌张力正常,腱反射消失,跟膝试验稳准,指鼻试验稳准。原有处理基础上加以参芪扶正注射液改善乏力。

(2015-03-12),患者四肢麻木、乏力等症状消失,双眼活动受限较前好转,右眼上视、下视、内收到位,外展露白约 1cm,左眼外展、内收露白约 3mm,上视、下视活动受限,左眼上睑下垂较前好转。四肢肌力、肌张力正常,腱反射消失,跟膝试验稳准,指鼻试验稳准。复查肌电图未见明显异常。

(2015-03-18),左眼上睑下垂症状消失,继续复方樟柳碱注射液双侧太阳穴穴位注射及地塞米松磷酸钠双眼电离子导入、眼部熏蒸治疗,中药仍予参苓白术散加减口服,处方如下:

党参 20g,茯苓 15g,生白术 15g,白扁豆 15g,陈皮 10g,生黄芪 60g,生甘草 5g,山药 15g,砂仁 15g,薏苡仁 15g,桔梗 15g,白附子 10g,芥子 10g,当归 15g,羌活 10g,胆南星 10g,木瓜 20g,防风 15g,3 付,水煎服,日 1 剂,1 日 3 次。

(2015-03-24),左眼上睑下垂、四肢麻木、乏力等症状消失,除双眼内收及左眼外展不到位外余各方向活动正常,四肢肌力、肌张力正常,腱反射消失,跟膝胫试验稳准,指鼻试验稳准,复查肌电图示:感觉传导速度、H 反射、F 波正常。患者要求出院,出院后继服参苓白术散加减 7 付,每 2 日 1 付,复方樟柳碱注射液双侧太阳穴穴位注射。

3 患者院外随访情况

随访 1 月:病情准定,无四肢麻木、乏力等症状,双眼各方向运动恢复正常而痊愈。

半年后随访:病情稳定,无复发征象。

4 讨论

眼外肌麻痹多为动脉瘤、糖尿病、痛性眼肌麻痹、颅脑损伤及颅内疾患等原因所致^[3]。米勒费雪症候群(Miller Fisher 症候群)^[4]是常在感染(多为上呼吸道感染)1 周后发生的是一种罕见的、后天的多发性神经根及脑干发炎的疾病。本病患者虽常伴运动失调,眼外肌麻痹等症状^[5],但总的来说本病所致的眼外肌麻痹其发生概率极低且易误诊漏诊。目前多认为 Miller-Fisher 综合征是格林-巴利综合征(GBS)的一种变异型^[6],普遍认为,病毒性感染是导致米勒费雪症候群的一个主要诱因,而患者自身的免疫系统较弱等综合因素才会真正让病人患上此病^[7],其次可能由细菌感染而引发,如空肠弧菌等。患者大多在发病前 1 周会出现感染症状,而且以上呼吸道感染为主,随后出现普遍的肌无力和协调失常。若眼外肌麻痹患者伴上呼吸道感染病史者需警惕本病发生。

本病病因、发病机理不甚明确,诊疗难度大,现将本病基本诊断标准^[8]介绍如下:(1)急性或亚急性起病,病前多有上呼吸道或消化道感染的前驱症状;(2)有共济失调、眼外肌麻痹、腱反射减弱或消失,还可伴有脑神经损害;(3)脑脊液多有蛋白-细胞分离现象(无此现象亦不能排除本病),尤以第 2~3 周明显,常有免疫球蛋白升高;(4)肌电图神经源性损害,神经传导速度减慢,F 波潜伏期延长或消失。诊断本病多与“Bickerstaf 脑干脑炎”等疾病相鉴别^[9,10]。其治疗^[11]多同格林-巴利综合征,予以静脉注射免疫球蛋白、血浆置换、激素、中医中药以及支持性护理联合治疗。

本病属祖国医学“痿证”的范畴,《黄帝内经》强调痿证的主要病理为“肺热叶焦”,认为肺燥不能输精于五脏,五体失养,发为痿病。《临证指南医案》进一步指出痿证为“肝肾肺胃四经之病”。而《丹溪心法》提出了“瘀血致痿”的论点。现代中医认为其发病原因十分复杂,多因肺热津伤、湿热浸淫、脾胃亏虚、痰瘀阻络等原因所致,且常相互转化。对其治疗,历代医家多遵循“治痿独取阳明”之说,以调理脾胃,补益肝肾,不忘用风药为原则,恰当运用针灸、推拿等法配合适当的肢体功能锻炼等取效。

该患者入院症见:双眼视物重影,右眼外展内收受

限,左眼上睑下垂、上视、下视、内收、外展不能,自觉头重、颈项部紧箍,双上肢肢端、后背麻木,行走不稳,肢软乏力,口干,睡眠可,二便常,舌红苔白,脉弦。眼外肌麻痹征象明显且头颅 CT、MRI 未见明显征象,排除重症肌无力,故西医暂行考虑为左眼动眼神经麻痹、双眼外直肌麻痹,中医诊断为双眼木偏斜。四诊合参,辨证为风痰瘀阻络,治以祛风化痰、活血通络,予牵正散加减,方中主药白附子、僵蚕祛风化痰;防风、全蝎祛风通络;川芎、鸡血藤行气活血通络,达风血同治之效;白芍、甘草、葛根缓急。诸药配合,共奏祛风化痰,活血通络之功。同时辅以复方樟柳碱注射液^[12]双侧太阳穴穴位注射^[13]增强调节植物神经、缓解眼平滑肌及血管痉挛、增加血流量、改善血流供应的作用,眼针^[14]、耳尖刺血^[15]、眼部熏蒸^[16]行气活血、经络缓解,胞磷胆碱钠^[17]静滴改善脑功能、降低脑血管阻力,舒血宁^[18]静滴改善微循环,更昔洛韦注射液^[19]静滴、地塞米松磷酸钠^[20]双眼电离子导入^[21]增强局部抗炎抗病毒作用的同时减少副作用及不良反应。患者症状较前好转,后转入神经内科,患者急性起病、有上呼吸道感染病史、眼外肌麻痹、共济失调、腱反射消失等表现,怀疑为“急性吉兰-巴雷综合征”。完善检查,予以脑苷肌肽静滴、维生素 B1 及甲钴胺肌注、人免疫球蛋白^[22]输注的同时继续予以复方樟柳碱注射液双侧太阳穴穴位注射及地塞米松磷酸钠双眼电离子导入、眼部熏蒸,眼针治疗等中医特色疗法。患者症状逐渐好转。结合脑脊液检查示蛋白细胞分离、肌电图示双侧腓浅神经感觉传导速度减慢、F 波右侧正中神经 F 波出波率降低而确诊为米勒费雪症候群(Miller Fisher 症候群),西医上继续原有处理,中医予以参苓白术散加减益气健脾,祛湿补肺,方中主药党参、白术、茯苓、甘草平补脾胃之气,以甘淡之白扁豆、薏苡仁、山药为辅,以砂仁芳香醒脾、促中州运化、通上下气机,桔梗引药上行入肺经上达肺气。诸药合用,共奏益气健脾、祛湿补肺之功。同时加用参芪扶正注射^[23]保护脏器、提高患者免疫力。患者症状明显好转,痊愈出院。

本例患者于我院采取以上中西医结合疗法取得良效,特此报道,以供参考。

5 参考文献

- [1] 葛坚主编.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2005,78,400-415.
- [2] 段俊国主编.中西医结合眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2005,311-313.
- [3] 曹宪勇,朱晓谦,王志玉.眼外肌麻痹 126 例病因分析[J].眼科新进展,2007,27(05):396-397.

(下转第 57 页)

合是中医眼科的教学思维方法。

在临证时,确定脏腑病位,尚需与八纲、病因、气血津液等辨证结合运用。例如上胞下垂,病位在肉轮,内属于脾,而上胞无力抬举,为中气不足,脾阳不升,故证属脾虚气陷,治疗宜选健脾升阳益气。而数轮先后发病,则可从脏腑之间的生克乘侮关系来认识病变的发生和发展变化,如先后白睛红赤,继而黑睛星翳,多为肺金乘肝木之证。

眼科现代设备,如裂隙灯、眼底镜、眼底血管造影机、光学相干断层成像仪等,扩大中医望诊的范围,丰富中医望诊的内涵,对疾病认识提高一个新的台阶,对临床辨证提出新的概念,要将眼部病变,如出血、水肿、渗出、变性、增殖等与五轮学说结合,如西医病名之病毒性角膜炎,不同的病变时期在裂隙灯下形态各个不相同,树枝状、地图状、盘状,从中医角度属于黑睛生翳范畴,归属聚星障,要求全身症状与局部症状综合分析进行辨证,辨病因、审脏腑,为黑睛属风轮,内应于肝,肝经伏热,夹杂外邪,致肝火上炎,黑睛受灼,故当投以清肝泻火法。

五轮学说指导在临床治疗,轮属标,脏属本,轮之有病,多与脏腑功能失调有关。而中医眼科名家陈达夫更加深入地提出内障眼病,尤其瞳神之疾当与脏腑六经辨证,脉络膜属于手太阴心经,视网膜归属足厥阴肝经,黄斑归入足太阴脾经,眼内色素皆为足少阴肾

经。临床上运用中医思维治疗慢性迁延性眼底病强调结合脏腑论治,如慢性葡萄膜炎,中医称之为瞳神干缺,该病易反复发作,究其脏属,多与脾肾相关,要从脾肾入手,脾主运化,主升清降浊,水谷精微上注于目;肾主精,温肾益阳,平衡机体阴阳,使正气旺盛,“正气存内,邪不可干”,从而加快疾病恢复,缩短病程,减少复发,改善患者的生存质量^[2]。

此外,中医眼科的临证思维建立离不开中医知识的积累,要加强学生中医经典课程的教学,引导学生多读,读好中医四大经典。在临床中医眼科的教学中,将基础与临床课程整合,结合 PBL 的核心理念,将一种新的教学理念,即“以问题为基础,以学生为中心”,运用于临床教学工作,来指导中医眼科学的教学开展,发挥学生的自主能动性,指引学生亲自参与到临床工作,利用五轮学说的理论,独立为病症的诊断与治疗收集临床资料,加强理论学习与临床实践的结合训练,提高中医眼科专业的学习效率,保证学习质量,才能更好地建立正确的中医眼科临床思维。

4 参考文献

- [1] 中医眼科学[M].北京:人民卫生出版社,1985:10.
- [2] 林柳燕,郝小波教授健脾益肾治疗慢性葡萄膜炎经验介绍[J].新中医,2015,42(5):116-117.
- [4] 谭文琪,李静,肖波,张智博,梁静慧,肖岚.Fisher 综合征[J].卒中与神经疾病,2001,08(06):354-356.
- [5] 仇一青,毕晓莹,蔡建美,刘康,丁素菊.变异性 Guillain-Barre 综合征的临床特点[J].临床神经病学杂志,2012,25(03):230-232.
- [6] 李新,王纪佐.Miller Fisher 综合征和其相关的格林-巴利综合征变异型[J].临床神经病学杂志,1994,07(06):345-348.
- [7] paparounas K. Anti-GQ1b ganglioside antibody in peripheral nervous system disorders: pathophysiologic role and clinical relevance. Archives of Neurology, 2004, 61(7):1031.
- [8] 中华神经精神科杂志编委会.格林-巴利综合征诊断标准[J].中华神经精神科杂志,1994,27(6):380.
- [9] Yuki N. Bickerstaffs brainstem encephalitis and Fisher syndrome: their relationship and treatment. Rinsho Shinkeiga. 2004.
- [10] 吴磊,吴卫平,黄德辉,等. Miller-Fisher 综合征和 Bickerstaff 脑干脑炎的临床特点及鉴别诊断[J].临床神经病学杂志,2007,20(2):84-86.
- [11] 孔静波. Fisher 综合征临床诊疗分析[J].中国实用医药,2012,07(21).
- [12] 彭娟,胡秀文,高丹宇,李文强,安洁,李鹏,舒玲.复方樟柳碱注射液在眼科的临床应用[J].国际眼科杂志,2007,7(4):1124-1127.
- [13] 郭淑芹,任红,曹艳霞,等.中药穴位注射治疗动眼神经麻痹多中心随机对照研究(英文)[J].世界针灸杂志(英文版),2013,1(23):9-14.
- [14] 柏梅,刘静.针刺结合电针治疗眼肌麻痹 37 例临床观察[J].中国中医眼科杂志,2012,22(06):455-458.
- [15] 李馨源,郭梦虎,宗蕾.电针及耳尖放血疗法治疗干眼症疗效观察[J].上海针灸杂志,2013,32(12):1016-1019.
- [16] 唐敏,岳丽菁,张超然.中药熏蒸联合耳穴贴压治疗近视的临床研究[J].国际眼科杂志,2011,11(07):1265-1266.
- [17] 汤忠平,李伟琳,唐集敏,戴红艳.胞磷胆碱在神经科的临床应用[J].中国现代药物应用,2014(17):225-227.
- [18] 史勇,王雷.舒血宁注射液药理作用研究新进展[J].医学综述,2012,18(10):1555-1557.
- [19] 陈本川,陈历胜.抗病毒药物研究现状与发展趋势[J].医药导报,2011,30(09):1119-2011.
- [20] 国家药典委员会.中华人民共和国药典(二部)[M].北京:中国医药科技出版社,2010:250.
- [21] 李志英,余杨桂,张淳,等.直流电药物离子导入法在眼科应用的概况[J].中国中医眼科杂志,1998,3(8):58-61.
- [22] 周海云,江丽君.静注人免疫球蛋白的研究与应用[J].微生物学免疫学进展,2009,37(04):70-74.
- [23] 陆益,陆益线.参芪扶正注射液的药理作用和临床应用[J].时珍国医国药,2006,17(10):2083-2085.

(上接第 55 页)