

张秋才教授治疗格林巴利综合征

□ 袁曙光* 王 威

(河北省人民医院 河北 石家庄 050051)

关键词 格林巴利综合征 辨证论治 针灸 中西医结合 张秋才

格林-巴利综合征 (GBS), 又称为急性感染性多发性神经根炎, 临床以肢体瘫痪为主, 严重者可出现呼吸肌麻痹而危及生命。该病属中医痿证范畴, 临床治疗较为棘手。我省名中医张秋才教授在长期的临床实践中根据该病的发病特点总结出一套行之有效的治疗方案, 即分期与辨证相结合、中医与西医相结合、中药与针灸相结合 (简称“三结合”) 的方法。张教授认为该病多因湿热之邪浸淫, 肌肉筋脉弛纵不用而引起, 但也有偏热、夹寒湿、夹风者。在急性期治疗以驱邪为主, 恢复期以扶正为主, 兼以祛邪, 根据具体病情注意益气、健脾、补肾、养肝。

1 中医辨证治疗

*作者简介 袁曙光, 男, 主任医师、教授。从事中西医结合临床工作 20 余年, 擅长内科、男科、骨伤科。

1.1 急性期

1.1.1 肺热型 主症: 发热 (有上感病史), 四肢痿软, 伴咳嗽无力、痰黄不易咳出、呼吸困难、大便秘结, 舌红少津, 苔黄厚, 脉浮数或细数。

治疗: 育阴清热。方用清热养阴汤 (自拟方)。

玄参 15g, 知母 15g, 麦冬 15g, 石斛 12g, 沙参 10g, 大青叶 30g, 银花 30g, 竹茹 10g。

加减: 高热加生石膏 30 ~ 60g; 便秘加生军 9g (后下)、芒硝 6g; 痰多加枇杷叶 9g、天竹黄 6g; 呼吸困难加炙马钱子粉 0.3 ~ 0.5g (冲服)。

1.1.2 湿热型 主症: 病前常有淋雨冒湿或腹泻病史, 四肢痿软,

口干不欲饮, 但热不寒, 或身热不扬, 或胸脘痞满, 或小便不利, 或手热足冷, 苔黄腻, 脉滑数。

治疗: 清利湿热。方用加味四妙汤 (自拟方)。

苍术 9g, 黄柏 9g, 牛膝 15g, 生苡仁 30g, 秦艽 9g, 防己 9g, 草解 9g。

加减: 吞咽不利或腹胀者, 去牛膝加竹茹 9g、半夏 9g、茯苓 12g、陈皮 9g; 胸闷加川朴 9g、杏仁 9g; 小便不利加滑石 9g、通草 9g; 身热重、头痛无汗, 加香薷 9g、银花 15g、连翘 9g; 湿热中阻, 见胸脘痞痞、恶心呕吐, 加黄连温胆汤。

1.1.3 湿热夹风型 主症: 除见有湿热型症状外, 兼见头晕目眩、口歪目斜, 舌红苔黄, 脉弦数。

治疗: 清热化湿, 祛风通络。方用四妙熄风汤 (自拟方)。

苍术 9g, 黄柏 9g, 牛膝 15g, 生苡仁 30g, 秦艽 9g, 防风 9g, 菊花 15g, 钩藤 15g, 僵蚕 9g, 白附子 9g。

1.1.4 寒湿型 主症: 病前有贪凉饮冷、受寒湿病史, 肢冷而疼痛较剧, 四肢痿软, 或小便不利, 或有腹泻, 脘腹冷痛, 舌暗红或淡红, 苔白腻, 脉缓或迟。

治疗: 散寒除湿。方用羌活胜湿汤加减。

独活 9g, 羌活 9g, 苍术 12g, 白芷 9g, 蚕砂 9g, 木瓜 9g, 苡仁 30g, 葛根 30g。

加减: 痛甚加吴茱萸 9g, 干姜 9g; 头汗出、大便干, 加大青叶 30g; 初起头项强痛、背痛、头汗而身无汗、恶寒、苔白、脉弦紧, 可用麻黄加术汤加草乌、川乌; 中焦寒湿, 见呕吐腹泻、脘腹冷痛, 可用附子理中汤。

1.2 恢复期

1.2.1 气虚型 主症: 病情稳定, 精神不振, 四肢痿软, 肌肉消瘦, 纳呆食少, 面色无华, 舌淡, 脉虚。

治疗: 益气健脾利湿。方用清暑益气汤加减 (李东垣方)。

黄芪 15g, 党参 9g, 苍白术各 9g, 炙甘草 9g, 泽泻 9g, 黄柏 9g, 汉防己 9g, 葛根 9g, 秦艽 9g。

加减: 纳差、便溏, 加茯苓 10g、扁豆 15g、焦神曲 10g; 若以大气下陷, 症见神疲气短、脉浮大无力者, 以升陷汤加减。

1.2.2 肝肾阴虚型 主症: 高热后余热不尽, 四肢痿软, 或拘挛不伸, 或强直, 腰酸乏力, 五心烦热, 盗汗, 咽干口渴, 两目干涩,

舌红少苔, 脉细涩数。

治疗: 滋养肝肾。方用三甲复脉汤、大补阴丸、一贯煎加减。

生龟板 15g, 生鳖甲 15g, 生牡蛎 15g, 麦冬 10g, 白芍 10g, 炙甘草 15g, 知母 10g, 黄柏 10g, 熟地 15g, 沙参 10g, 枸杞子 10g。

1.2.3 脾肾两虚型 主症: 病起缓慢, 或久病不愈, 四肢痿软无力, 吞咽呼吸困难, 食欲不振, 排便无力, 舌淡苔白, 脉弱。

治疗: 健脾补肾, 益气活血。方用补阳还五汤加减。

黄芪 120g, 当归 10g, 川芎 10g, 郁金 10g, 党参 15g, 白术 10g, 巴戟天 15g, 肉苁蓉 30g, 柴胡 3g。

加减: 口干加知母 12g; 胸闷加杏仁 10g; 肌肉痿弱加鹿角胶 15g。

1.2.4 肾虚型 (肺肾两虚) 主症: 病情迁延, 肌肉消瘦着骨, 或有大小便失禁, 呼吸无力, 或气短心悸, 脉细弱, 舌红少津, 苔薄白。

治疗: 补肾益肺。方用痿证方加味 (陈士铎方)。

玄参 15g, 山茱萸 15g, 生地 30g, 沙参 9g, 麦冬 9g, 五味子 9g, 川断 15g, 桑寄生 30g。

加减: 舌胖大、腰酸、畏寒, 加巴戟天 15g、仙灵脾 15g; 舌质暗紫加丹参 15g、红花 10g、当归 10g。

2 针刺治疗

主穴: 曲池、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、绝骨、昆仑、太冲。

配穴: 发热者加刺少商出血; 肾虚者加刺太溪、关元、肾俞; 小便不利加刺中极; 食少纳呆加刺中脘; 胸闷气短加刺列缺、膻中。可采用双侧电针强刺激, 每日 1 次, 每次留针 20~30 分钟。

3 西医治疗

在急性期, 尤其是病情重、进展快者, 静滴氢化考的松 0.3~0.5g/d, 或甲强龙 1g/d, 持续 14d, 随病情好转逐渐减量, 改用口服强的松, 维持治疗 1 个月左右。无论急性期还是缓解期均可静滴维生素 C 3~4g/d, 口服维生素 B1 每次 10mg, 3 次/d, 肌注维生素 B12 0.05g, 1 次/d。若有感染, 尤其是有肺部感染者, 加用抗生素, 饮食困难者给予静滴氨基酸、脂肪乳, 必要时下鼻饲管。病情危重呼吸困难者, 用呼吸机维持呼吸。

4 典型病例

张某, 男, 29 岁。住院号: 332974。

2005 年 10 月 28 日初诊。患者从 20 天前感冒后开始出现四肢痿软, 呼吸无力, 进行性加重, 以至转我院 ICU 病房, 靠呼吸机辅助呼吸, 临床诊断为格林-巴利综合征、肺炎、呼吸衰竭。静滴甲强龙 1.0、头孢他啶 4.0、氨基酸 250ml、水溶性维生素等药, 但无明显效果, 遂请张秋才主任会诊。患者体温 37.8℃, 精神疲惫, 面色无华, 四肢痿软, 呼吸困难 (靠呼吸机辅助呼吸), 咳嗽痰黄, 气短, 口唇干燥, 舌红, 脉细数。

中医辨证属阴虚肺热型，治以滋阴润肺清热。

玄参 15g，知母 15g，黄芩 10g，石斛 12g，沙参 10g，大青叶 15g，银花 30g，竹茹 10g，炙甘草 6g。水煎服，日 1 剂。

11 月 4 日二诊：服上方 7 剂后仍呼吸困难，咳嗽无力，痰减少，舌淡红，苔薄白，脉浮大无力，体温正常。中医辨证属气虚型之大气下陷。治以益气升陷法。

黄芪 120g，升麻 3g，柴胡 3g，知母 10g，桔梗 10g，炙甘草 10g。水煎服，日 1 剂。炙马钱子 0.5g，日 2 次冲服。同时结合针灸治疗，取曲池、合谷、阳陵泉、足三里、绝骨、昆仑、太冲等穴。

11 月 9 日三诊：患者上肢痿软好转，呼吸功能仍差，舌淡而嫩，苔薄白，脉虚数。加红参 15g、鹿角霜 15g、枳壳 10g。

11 月 17 日四诊：患者已能自主呼吸，四肢已能在床上平行移动，口干渴，苔薄白，脉浮细无力，尺脉弱。停用抗生素，甲强龙改为口服强的松 30mg/d，中药以前方加麦冬 10g、山萸肉 15g、生地 15g。

11 月 24 日五诊：患者自主呼吸基本平稳，但右肺呼吸动度稍差，双手指关节已能活动，下肢肌力已达三级。故转出 ICU 病房后继服上方。

12 月 20 日六诊：由于患者未能坚持服用中药，病情再一次加重，遂来找张主任诊治。患者呼吸困难，四肢痿软，畏寒肢冷，颈软无力，口干，舌淡红，少苔，脉细

无力。治以滋补肺肾，佐以助阳。

沙参 10g，麦冬 10g，山萸肉 15g，知母 15g，桔梗 10g，巴戟天 15g，太子参 15g，浙贝 10g，甘草 6g。水煎服，日 1 剂。加服炙马钱子 0.5g，日 2 次，冲服。并继续结合电针治疗，取穴同上。经治疗 1 月余，病情基本痊愈，呼吸和肢体功能恢复正常。

5 讨论

格林巴利综合征为西医病名，根据其临床表现属中医的“痿证”范畴。《灵枢·邪气脏腑病形篇》说：“痿厥，四肢不用，心慧然若无病。”指出本病具有以四肢瘫痪为主而神志清楚的症候特点。因其发病具有一定的季节性，且户外活动者为多，发病较急，病前可有感冒、受凉、涉水淋雨、腹泻等病史，似属外感致痿，然“邪之所凑，其气必虚，”在同样条件下，只有少数人罹患，主要还是通过内因而发病，如肺阴不足，脾胃虚弱，肝肾亏虚等，病机转归也是证明^[1]。根据该病的临床特点，本病的病机在急性期有肺热、湿热、寒湿等不同，恢复期有气虚、脾肾虚、肝肾虚等不同。由于该病病机复杂，病情轻重不同，病史长短和预后转归与治疗密切相关，张老师总结出这种分期与辨证相结合、中医与西医相结合、中药与针灸相结合（简称“三结合”）的方法，验之临床每多获效。这种三结合的治疗方法能够很快控制病情发展，使患者安全度过危险期。中西医结合

可明显提高疗效、缩短疗程，并可减少激素用量，降低激素带来的副作用^[2]。

张老师认为该病在中西医分期分型及推断预后转归方面有一定规律。一般来说，急性期的湿热、寒湿型，多以四肢瘫软为主，不易出现呼吸肌麻痹，病情相对较轻；肺热型，多见呼吸肌麻痹，病情较重预后差；湿热夹风型，以颅脑神经表现为主，但病势轻浅而易愈。老师指出该病在急性期治疗尤为关键，当以中西医结合为主，尤其是出现呼吸肌麻痹时，首先要维持呼吸，必要时用呼吸机维持呼吸。马钱子为治疗呼吸肌麻痹的要药，它可兴奋脊髓神经，但应早期、足量使用，并且无论急性期还是恢复期均可使用。所举病例，患者服用马钱子 1 月余，未见中毒现象，说明只要正确掌握病情和用量，在一定时间内使用是比较安全的。恢复期应以中医辨证治疗为主，并可结合针灸治疗，以加快功能的恢复。针灸治疗尤其是电针刺激可激发肌肉的收缩，促进细胞的新陈代谢，减缓肌蛋白失神经后的变性过程，提高本病的治愈率^[3]。

参考文献

- [1] 张秋才. 辨证治疗急性感染性多发性神经炎 20 例 [J]. 河北中医学院学报, 1988, 3 (1): 3.
- [2] 郭健, 黄新生. 中西医结合治疗格林巴利综合征 [J]. 中国中医急症, 2002, 11 (5): 391.
- [3] 陈学农, 周清毅, 赵开祝等. 针灸治疗格林-巴利综合征的临床研究 [J]. 针灸临床杂志, 2003, 19 (8): 25.