

jingji shixiao tan zhibing congshu

中国科学院院士 陈可冀 主编

格林-巴利综合症

经济实效谈治病丛书 30

王田 肖红 编著

宋军 审

病因病理机制仍不清楚

目前临床无特效治疗方法

名医经验 / 诊断与治疗

中西医结合治疗的优势及进展

♥ 自我调养和监护的方法



中国医药科技出版社

经济实效谈治病丛书

主 编 陈可冀

副主编 魏子孝

编 委 王 阶 王书臣

孙 怡 宋 军

杨宇飞 周乐年

张广生 麻 柔

聂莉芳 魏子孝

策划编辑 傅 龙

前 言

今天的医药科学虽然进步很快，但依然有很多的遗憾。这主要是对某些疾病的病因、病理所知尚不够确切，其临床治疗不少仍处于研究探索阶段。而大多数患者对医学知识又知之甚少，有些病的治疗本不困难，却迷信贵重药、进口药；一旦身患难治性疾病，或无可奈何地任其自然发展，或轻信道听途说，频繁地更换医生。诸多不健康的心理因素使患者付出了沉重的代价。

一些人对于若干难治性疾病的临床研究稍有所得，便急于开发，言过其实，大吹大擂。更有甚者，个别人披着医生的外衣，鼓吹“秘方”、“验方”、“新发现”、“新疗法”，既不承担责任，又谋取暴利。而素为社会所信赖的宣传媒介则推波助澜，有意或无意的误导，常常致使患者贻误了治疗时机，甚至生命遭到残害，同时也使患者承受了不该承受的经济负担。

目前大多数家庭的生活尚未小康，医疗费用是一项不可轻视的支出。不能支付昂贵医药费的现象也还普遍。作为医务工作者，为缓解这一矛盾，应当切实做到三点：一是用医生的良知接待病患者；二是宣传防治疾病的常识；三是踏实认真地投入医学研究。既要实事求是，又要有所作为。对难治性疾病的研究若能有所进展或突破，更是我们医务工作者急切的企望。本套丛书用通俗的语言展示目前对某些常见病、难治性疾病的研究概况，使患者避免盲目就医，掌握疾病康复的规律，调动自己的主观能动作用，用科学的态度正视疾病，这样才能够取得医生与患者之间的密切配合，以最短的时间，最少的费用治愈疾病。并且用医学经济学的方法，对就医行为进行探索，以期减少全社会医疗资源的浪费。如果读者对所关心的疾病，在合理就医的认识上能有所收获，那将使我们全体编著者感到莫大的欣慰。

编者

1999年6月

目 录

一 概说	1
二 流行病学	4
(一) 发病年龄	5
(二) 时间分布	6
(三) 地区分布	7
三 病因学研究概况	9
(一) 巨细胞病毒与 AIDP 的关系	10
(二) 非洲淋巴细胞瘤病毒 (EBV) 与 AIDP 的关系	10
(三) 肺炎支原体与 AIDP 的关系	11
(四) 空肠弯曲菌与 AIDP 的关系	11
四 病理学改变	13
(一) 周围神经系统的解剖及生理	13
(二) AIDP 的病理	22
五 免疫学研究概况	24
(一) 巨噬细胞 (macrophage)	24

(二) T淋巴细胞	25
(三) 雪旺细胞	26
六 中医对格林-巴利综合征的认识	29
(一) 中医病因	32
(二) 中医病机	32
七 格林-巴利综合征的危害性及认识上的误区	36
(一) 危害性	37
(二) 认识误区	39
八 临床表现及辅助检查	43
(一) 临床表现	43
(二) 辅助检查	46
九 诊断与鉴别诊断	49
(一) 诊断	50
(二) 鉴别诊断	52
十 治疗	60
(一) 对症支持治疗	61
(二) 病因治疗	66
(三) 物理康复治疗	69
(四) 中医辨证治疗	72

(五) 中成药	77
(六) 名医经验	79
(七) 辨证食疗	80
(八) 格林-巴利综合征常用中药的药理研究	82
(九) 非药物治疗	87
(十) 中西医结合治疗格林-巴利综合征的优势	98
(十一) 中医治疗格林-巴利综合征的进展	100
十一 慢性炎症性脱髓鞘性多神经炎	112
(一) 临床特点	113
(二) 神经电生理学检查	114
(三) 诊断和鉴别诊断	115
(四) 治疗	116
十二 格林-巴利综合征的两种亚型	119
(一) Fisher 综合征	119
(二) 急性运动性轴索型格林-巴利综合征	121
十三 自我调养和监护	123
(一) 心理调适	124
(二) 饮食调养	125
(三) 功能锻炼	126
(四) 家庭环境	130

一
概
况

格林-巴利综合征曾称格林-巴利综合征，是神经系统常见疾病之一，1859年，Landry首先报告了本病，1916年，Guillain, Barré及Strohl等又报告了2例，并指出本病的特征为脑脊液的蛋白-细胞分离现象。因此，以往称本病为Landry-Guillain-Barré-Strohl综合征或Guillain-Barré综合征(GBS)。这种疾病遍布于世界各地及各个年龄段，发病率很高，尤其是在我国北方的农村更为多见，严重威胁着人民的身体健康。因此，本病

正引起越来越多医务工作者的重视。但是，迄今为止，它的病因及病理机制仍不十分清楚，以致于在临床上还没有针对本病的特效治疗方法。近年来，通过大量的临床及实验研究，国内外的许多专家先后报告了本病的发病与病毒感染及免疫因素有关，多认为是病毒感染引发的机体免疫功能异常所致。病变主要侵犯脊神经前根，有的同时侵犯脊神经后根、脑神经、脊髓或周围末梢神经。临床表现以运动障碍为主，呈现四肢或双肢对称性弛缓性麻痹，远端常重于近端，也可相反，可发生呼吸肌麻痹，肌张力减低，肌肉萎缩，腱反射消失，脑脊液检查呈现蛋白-细胞分离现象（蛋白数增高而细胞数正常）。目前认为本病的病理特征为：神经纤维出现节段性脱髓鞘，病灶中有大量炎性细胞浸润（包括淋巴细胞及巨噬细胞）。严重的病人可见轴索变性、碎裂。所以近年来，国际上已普遍将本病的病名改为急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病（acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy，简称 AIDP），此外，还有一种与 AIDP 有着相似的症状和病理特征，但病程表现为慢性进行性或慢性复发性，称为慢性格林-巴利综合征，即慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病（chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathies，简称 CIDP）。

另外，格林-巴利综合征还有两种亚型：一是1956年由Fisher首先提出的眼肌麻痹-共济失调-深反射消失综合征，又称Fisher综合征，也有脑脊液的蛋白-细胞分离现象；二是新近提出的急性运动性轴索型格林-巴利综合征（acute motor axonal neuropathy，简称AMAN），其病理特点与经典的格林-巴利综合征有所不同，主要表现在轴索的损害，且病情较重。

所以，现在我们所说的格林-巴利综合征可包括如下内容：急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病（AIDP）、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病（CIDP）、急性运动轴索型格林-巴利综合征（AMAN）以及Fisher综合征。因临床上以AIDP为多见，故本书重点介绍AIDP。

二
流行病学

总的来说, AIDP 在全世界分布广泛, 发病率约为 0.6 ~ 1.9/10 万人口 (Schonberger 1981), 男性略高于女性, 男女之比为 1.4:1, 各种年龄、一年四季均有发病, 但统计学资料表明我国与欧美国家存在明显的差别。欧美国家在发病年龄上呈现双峰现象, 即 16~25 岁组和 40~60 岁组出现发病双峰, 且有非季节性及散发性的特点, 而我国虽说这方面资料不很全面, 但经过多年来我们许多医务工作者的努力, 从他们所掌握的资料

中大致可了解本病在我国的发病情况。下面我们分别从发病年龄、时间、地区等方面略加阐述。

(一) 发病年龄

我国的发病年龄，从住院患者的年龄报告中显示以儿童及青壮年为两个发病高峰，老年人相对较少。20世纪70年代以来的统计学资料充分体现了上述年龄特点，如1975年~1990年16年间，石家庄地区报告病例536例，发病年龄为7个月~73岁，其中20岁以下401例，占74.8%，10岁以下276例，占51.5%，随着年龄的增长，病例数减少。另外，唐氏（1984年）报告青岛地区246例，15岁以下占72%；赵氏（1978年）报告北京地区156例，30岁以下占75.6%；张氏（1979年）报告南京地区514例，30岁以下占68.5%；陈氏等（1997年）报告河南地区142例，10岁以下占93.6%，其中0~5岁为6~10岁的2.2倍。

1991~1996年河北医科大学第二医院的医生们进行了16例GBS尸检及229例GBS患者的电生理学检查，结果他们将GBS分为AMAN和AIDP两型，认为AMAN以儿童及青壮年为多，占70.13%，随着年龄的增长，发病率减少；而AIDP

在各年齡組均有發病，無發病年齡集中的趨勢。

這些新的統計學資料與以往的報道顯然存在着不同，它似乎給了我们一些新的啟示：青年人与老年人的 GBS，其病理表現是否存在不同還有待于我們進一步的工作，以逐漸認清疾病的發病機制，并指導臨床治療。

（二）時間分布

在国外，一般認為本病無季節性，而我国的一些報告，几乎均認為夏秋之交為好發季節，如趙氏報告 6~10 月份發病者占全部病例的 75.7%，張氏報告 7~11 月發病者占全部病例的 63.8%，白氏報告 7~10 月間發病者占全部病例的 77.5%，尤以 7~8 月份為發病高峰。這些報告的發病季節基本上是近似的，与国外報告有些差異，国外曾報告有叢集性發作的現象，如哥伦比亚、約旦以及美国的某些地區，大多有明顯的誘因，如疫苗接種、腹瀉、傷寒以及病毒性肝炎等，也有的未找到誘發因素。我国也曾有叢集性發病的現象，如 1974 年的張掖、臨澤地區，1986 年的河北清河地區等，但未能發現明確的誘發因素。

(三) 地区分布

各地区均有发病的报道，其中某地区可能出现高发年或丛集性发病，有些学者认为，这种现象可能说明 AIDP 的致病因子可能是一种传染性致病因子，有长期变异的特点，当人群普遍产生对其的免疫力后，发病明显减少，呈散发性，过一段时期后易感人群普遍增加到一定数量或致病因子又发生变异后，又可出现高发现象。

我国北方的农村一直是本病的高发地区，这已成为众多医学家们注意的焦点，1993年北京协和医院神经科以及北京郊区平谷县、通县医院等单位对北京市平谷县和通县进行 GBS 和急性软瘫 (AFP) 的流行病学调查，对 98 万居民调查结果表明，我国北方地区年发病率为 1.4/10 万人口，和世界其他地区相仿，男女发病率之比为 1.6:1，中位发病年龄 34 岁，和国外报道 38 岁相近，发病季节以 7~9 月为高峰。

综合流行病学特点，我国与欧美国家确实存在诸多不同之处，可归纳为以下几点：

1. 儿童及青壮年发病比例较西方为高。
2. 四季均有发病，但以夏秋之交多见，而西方

缺少如此明显的季节性。

3. 农村患者多于城市，某些地区发病较为集中。

4. 可能有好发年份。

5. 部分病例出现早期肌萎缩，恢复不完全。

正是由于这些差异，美国学者认为我国北方地区存在着一种与格林-巴利综合征不同的急性运动轴索性神经病，上述观点已经引起国际上很多学者对中国格林-巴利综合征的兴趣，当然更引起中国神经病学界的关注，他们为此做了大量的调查、实验，最后他们认为将其暂定名为急性运动性轴索性神经病 (AMAN)，属于格林-巴利综合征的一种亚型。

三 病因学研究概况

AIDP 的发病与多种先驱因素有关，有人调查有诱因者约占全部病例的 70%，这些先驱因素一般发生在患病前 1~8 周，高峰在 1~4 周，其中有感染因素的约占 2/3，其次为疫苗接种、手术以及恶性肿瘤和自身免疫性疾病等等。文献报道了感染与 AIDP 的关系，最常见的为巨细胞病毒、非洲淋巴细胞病毒、肺炎支原体及空肠弯曲菌。下面简述一下感染因子与 AIDP 的关系：

(一) 巨细胞病毒与 AIDP 的关系

巨细胞病毒 (CMV) 与 AIDP 的关系首先被 Klemola (1967) 注意到, 20 世纪 80 年代初 Dowling 在 220 例格林-巴利综合征中发现 CMV IgM 抗体阳性者 33 例 (15%), 其中 18 例表现为上呼吸道感染, 5 例头痛伴发热、疲乏, 2 例有胃肠道症状, 8 例无前驱症状, 并发现巨细胞病毒 IgM 抗体阳性者女性多见 (占 70%), 年龄小于 40 岁, 大多数病例周围血中免疫母细胞及非典型淋巴细胞增多, 抗 CMV IgM 抗体及红细胞冷凝集试验滴度增高。其中 50% 可发现脾脏中某些酶的异常及合并临床上肝炎的证据。他们在连续 3 年的观察中, 发现 CMV 阳性的 AIDP 有群发现象。

(二) 非洲淋巴细胞瘤病毒 (EBV) 与 AIDP 的关系

这种病毒在临床上常引起传染性单核细胞增多症, 该病与 AIDP 的关系早在 1947 年即被 Bicker 所描述, AIDP 可发生在传染性单核细胞增多症之前、同时或以后, 和 CMV 感染一样, EBV 感染亦可不