

临床药物治疗案例解析丛书

总主编 孙淑娟 张志清

神经系统疾病

主 编 王 进 霍颖浩 张志清

临床药物治疗案例解析丛书

神经系统疾病

总主编 孙淑娟 张志清

主 编 王 进 霍颖浩 张志清

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经系统疾病/王进等主编.—北京:人民卫生出版社,2012.12

(临床药物治疗案例解析丛书)

ISBN 978-7-117-16403-0

I. ①神… II. ①王… III. ①神经系统疾病-
药物疗法-病案-分析 IV. ①R741.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 236646 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书

人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数
据库服务, 医学教育资
源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

神经系统疾病

主 编: 王进 霍颖浩 张志清

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 17

字 数: 324 千字

版 次: 2012 年 12 月第 1 版 2012 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16403-0/R·16404

定 价: 30.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序

经过三十余年的努力,临床药学与临床药师不再是陌生的名词。卫生部不断推进的医疗机构药事管理与合理用药措施,对临床药师提出越来越高的要求。换言之,临床药学不再是一两个临床药师的单打独斗,它需要完善的教学与培训体系,需要明确的任务、职责与法律地位,需要规范的工作模式与绩效考核体系,需要恰当的能力评估与资质认证体系,需要打造一支素质高、能力强、会思考、会学习、善沟通、能够理论联系实际的专业技术队伍。

培养合格临床药师并非一朝一夕的事。《临床药物治疗案例解析丛书》采取医药结合的案例教学方式,不仅列举了各种常见疾病的流行病学、病因、临床表现、实验室检查与诊断及治疗原则,还给出了典型案例的分析。所选案例均来源于真实病例,且诊断明确。对于每个案例,提出了学习目的,陈述了案例的客观资料,总结了案例特征,结合指南或专家共识,重点分析了其药物治疗原则,列出了药学监护项目,并对重点问题进行了提问与解答。这样的编写,有利于临床药师了解所从事专业的常见疾病的种类与诊疗原则,熟悉相关指南的精髓,掌握本专业的临床思维,不断提高专业判断能力。

本套丛书的总主编孙淑娟、张志清主任药师长期从事临床药学实践与临床药师培养工作,深知在临床药师培养的不同阶段应充实的内容与应掌握的方法,了解青年药师成长过程中的困惑与不足。她们试图通过大量常见疾病的典型案例,帮助临床药师建立临床思维,提高临床药师的专业判断能力。

我国医院药师是一支庞大的高素质的专业技术团队,正在根据政府的要求、社会的需要和公众的期望,不断调整自身的行业定位和作用。在“以病人为中心”的医疗服务中,进行治疗药物管理,确保患者获取最佳的药物治疗效果,应该有药师的参与和贡献。我希望这套《临床药物治疗案例解析丛书》有助于提高临床药师的思维与判断能力,使他们从回顾性分析的高手成长为医疗团队的真正参与者。

朱珠 教授

中国药学会医院药专业委员会主任委员

2012年1月

前言

随着社会经济的快速发展、人民生活水平的提高及生活方式的改变,神经系统疾病尤其是脑血管病发病率逐年增高。由于其高致残率与高致死率,神经系统疾病已严重危害人民健康与生活质量,给家庭及社会带来沉重负担。与此同时,神经科学发展日新月异,新的诊断技术、治疗方法及治疗药物层出不穷,正确诊断、合理治疗成为提高神经系统疾病诊疗水平的关键。

案例式学习可尽快提高临床医师、临床药师及医学生对神经系统疾病的诊断与治疗水平。本书共收录 27 个临床案例,以案例分析的形式介绍神经系统疾病的疾病特点、临床表现、诊断要点、治疗原则及治疗药物选择,其中重点分析药物治疗方案及药学监护,将学习内容融合在真实案例中,理论联系实际,形象、具体,易于读者学习、掌握与实际应用。本书在编写过程中汲取本专业领域中有关药物治疗的新观点、新技术及新方法,采纳国内外公认的疾病治疗指导原则,结合相关基础学科的基本理论,以案例形式逐渐展开,介绍临床药物治疗理论与方法。

本书旨在通过病例分析,帮助读者提高鉴别和解决药物治疗问题的技能。通过病例分析,使读者在学习过程中培养自信心,提高分析问题、解决问题及沟通和团队协作的能力。帮助医师、临床药师及医学生对神经系统疾病建立正确的临床思维,提高实践工作中药物治疗能力。

本书案例为作者在临床实践工作中亲身经历并不断积累的真实案例,由于个人水平有限及医学技术发展的不断更新,可能存在主观性与局限性,不足与疏漏之处恳请广大读者予以批评指正。

编者

2012 年 6 月

目 录

第一章 周围神经疾病	1
第一节 特发性面神经麻痹	1
案例一 特发性面神经麻痹	4
案例二 特发性面神经麻痹合并糖尿病	8
第二节 三叉神经痛	13
案例 三叉神经痛	17
第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	20
案例一 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	23
案例二 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病合并肺部感染	27
第四节 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	35
案例 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	39
第二章 脊髓疾病	46
第一节 急性脊髓炎	46
案例 急性脊髓炎	48
第二节 脊髓压迫症	55
案例 脊髓压迫症	56
第三节 脊髓亚急性联合变性	62
案例 脊髓亚急性联合变性	64
第三章 脑血管疾病	68
第一节 短暂性脑缺血发作	68
案例 短暂性脑缺血发作(TIA)	75
第二节 脑梗死	81
一、脑血栓形成	81
二、脑栓塞	87
案例一 脑血栓形成并溶栓治疗	88
案例二 腔隙性脑梗死	96
案例三 脑栓塞	103
第三节 脑出血	110

案例 脑出血	114
第四节 蛛网膜下腔出血	123
案例 蛛网膜下腔出血	125
第五节 颅内静脉窦及脑静脉血栓形成	132
案例 颅内静脉窦血栓形成	135
第四章 中枢神经系统感染性疾病	141
第一节 病毒感染	141
一、单纯疱疹病毒性脑炎	141
二、病毒性脑膜炎	146
案例 单纯疱疹病毒性脑炎	147
第二节 细菌感染性疾病	152
一、化脓性脑膜炎	153
二、结核性脑膜炎	166
案例一 化脓性脑膜炎	170
案例二 结核性脑膜炎	176
第三节 新型隐球菌脑膜炎	183
案例 新型隐球菌性脑膜炎	187
第四节 脑囊虫病	193
案例 脑囊虫病	196
第五章 多发性硬化	203
案例 多发性硬化	206
第六章 帕金森病	213
案例一 帕金森病	221
案例二 帕金森病	225
第七章 癫痫	229
第一节 癫痫	229
案例 癫痫	239
第二节 癫痫持续状态	243
案例 癫痫持续状态	247
第八章 重症肌无力	252
案例 重症肌无力（肌无力危象）	258
参考文献	265

四、治 疗

治疗原则:减轻面神经水肿、改善局部血液循环、促进神经功能恢复与防止并发症(表 1-1)。

1. 糖皮质激素类药物治疗 糖皮质激素在药理剂量时能抑制感染性和非感染性炎症,减轻充血、降低毛细血管壁和细胞膜的通透性,抑制炎症细胞向炎症部位移动,阻止炎症介质发生反应,抑制吞噬细胞的功能,稳定溶酶体膜,阻止补体参与炎症反应。急性期应尽早使用糖皮质激素类药物,起到减轻神经水肿和减轻疼痛的功效。可选用泼尼松或地塞米松治疗。

2. 抗病毒治疗 疑由病毒感染所致的 Bell 麻痹,应尽早选用抗病毒药物如阿昔洛韦、泛昔洛韦。

(1)阿昔洛韦:又称无环鸟苷,是一种鸟嘌呤衍生物,体外对单纯性疱疹病毒、水痘带状疱疹病毒、巨细胞病毒等具有抑制作用。药物进入疱疹病毒感染的细胞后,与脱氧核苷竞争病毒胸苷激酶或细胞激酶,药物被磷酸化成活化型阿昔洛韦三磷酸酯,然后通过干扰病毒 DNA 多聚酶,抑制病毒复制。

(2)泛昔洛韦:本品在体内迅速转化为有抗病毒活性的化合物喷昔洛韦,后者对 I 型单纯疱疹病毒(HSV-1)、II 型单纯疱疹病毒(HSV-2)以及水痘带状疱疹病毒(VZV)有抑制作用。在感染上述病毒的细胞中,病毒胸苷激酶将喷昔洛韦磷酸化成单磷酸喷昔洛韦,后者再由细胞激酶将其转化为三磷酸喷昔洛韦。体外试验研究显示,三磷酸喷昔洛韦通过与三磷酸鸟苷竞争,抑制 HSV-2 多聚酶的活性,从而选择性抑制疱疹病毒 DNA 的合成和复制。肾功能不全者应注意调整用法用量。肝功能代偿的肝病患者无需调整剂量。食物对生物利用度无明显影响。

3. B 族维生素 维生素 B₁ 100mg,维生素 B₁₂ 500μg,肌内注射,每日一次,促进神经髓鞘恢复。

表 1-1 治疗药物用法用量及应用注意事项

药物名称	用法用量	注意事项
泼尼松	口服:一日 20~30mg,晨一次顿服,连续 5~6 天,然后逐渐减量,每日递减 5~10mg,5~6 天减完停药。	1. 糖尿病、骨质疏松症、肝硬化、肾功能不良、甲状腺功能低下患者慎用。 2. 结核病、急性细菌性或病毒性感染患者应用时,必须给予适当的抗感染治疗。 3. 长期服药后,停药时应逐渐减量。 4. 对有细菌、真菌、病毒感染者,应在应用足量敏感抗生素的同时谨慎使用。

续表

药物名称	用法用量	注意事项
地塞米松	静脉注射:一次 5~10mg, 一日 1 次。	1. 对本品及肾上腺皮质激素类药物有过敏史者、高血压、血栓症、胃与十二指肠溃疡、精神病、电解质代谢异常、心肌梗死、内脏手术、青光眼等禁用。 2. 糖尿病、骨质疏松症、肝硬化、肾功能不良、甲状腺功能低下者慎用。 3. 结核病、急性细菌性或病毒性感染者,必须应用时,给予适当的抗感染治疗。 4. 并发感染为主要的不良反应。本品较大剂量易引起糖尿病、消化道溃疡和类库欣综合征症状,对下丘脑-垂体-肾上腺轴抑制作用较强。 5. 长期服药后,停药前应逐渐减量。
阿昔洛韦	静点:10~20mg/(kg·d), 分 2~3 次静点,连用 2 周。	1. 脱水或已有肝、肾功能不全者需慎用。 2. 孕妇用药仍需权衡利弊,哺乳期妇女慎用。 3. 给药期间应给予患者充足的水,防止本品在肾小管内沉淀。 4. 偶有头晕、头痛、关节痛、恶心、呕吐、腹泻、胃部不适、食欲减退、口渴、白细胞下降、蛋白尿及尿素氮轻度升高、皮肤瘙痒等,长程给药偶见痤疮、失眠、月经紊乱。
泛昔洛韦	口服:一次 0.25g,每 8 小时 1 次。	1. 肾功能不全者应注意调整用法用量。 2. 常见不良反应是头痛、恶心、疲劳、疼痛、发热、寒战、皮疹、皮肤瘙痒、鼻窦炎、咽炎。 3. 哺乳期妇女使用本品应停止哺乳。 4. 65 岁以上老人服用本品后的不良反应的类型和发生率与年轻人相似,但服药前要监测肾功能以及及时调整剂量。
维生素 B ₁₂	肌注:一次 500μg,一日 1 次。	1. 肌注偶可引起皮疹、瘙痒、腹泻及过敏性哮喘,但发生率低,极个别有过敏性休克。 2. 痛风患者使用本品可能发生高尿酸血症。
维生素 B ₁	肌注:一次 100mg,一天 1 次。	大剂量肌肉注射时,需注意过敏反应,表现为吞咽困难,皮肤瘙痒,面、唇、眼睑水肿,喘鸣等。本品在碱性溶液中易分解,与碱性药物如碳酸氢钠、枸橼酸钠配伍易引起变质。

案例一 特发性面神经麻痹

【学习目标】

1. 了解特发性面神经麻痹的病因与发病机制。
2. 熟悉特发性面神经麻痹的临床表现及诊断依据。
3. 掌握特发性面神经麻痹的治疗药物选择与应用注意事项。

病例介绍

主诉 口角歪斜,右眼闭合无力 2 天

现病史 患者,女,28 岁,3 天前洗澡受凉后出现右耳后疼痛,2 天前晨起出现口角向左侧歪斜,右眼闭合无力,讲话漏风,无耳鸣、耳聋及味觉异常,无言语障碍及四肢活动障碍,遂前往医院就诊。

既往史 既往体健。

家族史 父母体健。

个人史 无烟酒等不良嗜好。

既往用药史 无特殊药物使用史。

过敏史 无食物药物过敏史。

【体格检查】

一般状况 女性,28 岁,体重 55kg,身高 165cm,发育正常,营养不良,无急性病容;

生命体征 Bp 105/69mmHg,P 80 次/分,R 18 次/分,T 36.5℃;

皮肤 无黄染、无浮肿;

五官 头部正常,无创伤;

颈部/淋巴结 颈软,未触及肿大淋巴结;

心脏 心率 80 次/分,律整,有力,各心脏瓣膜听诊区未闻及杂音;

胸部 叩诊与听诊无异常;

腹部 无压痛及反跳痛;

神经系统 神志清楚,言语流利,双瞳孔等大等圆, $d=3.0\text{mm}$,对光反射灵敏,右侧周围性面瘫,示齿口角左偏,伸舌居中,右侧额纹及鼻唇沟变浅、右眼闭合无力,右侧口角下垂,双耳听力正常,咽反射存在,四肢肌力、肌张力正常,感觉共济无异常,双侧腱反射(++),双侧病理征未引出。

【辅助检查】

尿常规：无异常

血常规：无异常

生化：无异常

心电图：窦性心律，正常心电图

【入院诊断】

右侧特发性面神经麻痹

【诊疗经过】

根据患者，青年女性，急性起病，以口角歪斜，右眼闭合无力为主要表现，既往体健，病前有受凉史，查体：右侧周围性面瘫，诊断为特发性面神经麻痹。给予地塞米松抑制炎症反应，减轻神经水肿；阿昔洛韦抗病毒；维生素 B₁₂、维生素 B₁ 营养神经治疗。监测患者尿量、肾功能及电解质。

初始治疗药物：

0.9%氯化钠注射液 250ml+注射用阿昔洛韦 0.25g, q12h, ivgtt;

0.9%氯化钠注射液 250ml+地塞米松磷酸钠注射液 10mg, qd, ivgtt;

维生素 B₁ 注射液 100mg, qd, im;

维生素 B₁₂ 注射液 500 μ g, qd, im。

治疗 1 周后患者症状未再加重，停用地塞米松改为醋酸泼尼松一次 30mg，每日晨顿服。2 周后患者口角歪斜症状减轻，右眼睑可闭合，泼尼松每三天减量 5mg，直至停用，停用阿昔洛韦，将维生素 B₁、维生素 B₁₂ 改为口服剂型。复查肾功能及电解质无异常，患者出院继续口服药物治疗。

出院医嘱：

醋酸泼尼松片 25mg, qd, po;

维生素 B₁ 片 20mg, tid, po;

腺苷钴胺胶囊 500 μ g, bid, po。

【出院诊断】

右侧特发性面神经麻痹

病例特点及诊断依据

依据以下病例特点，患者诊断为特发性面神经麻痹。

(1) 患者青年女性，急性起病。

(2)以口角歪斜、右眼闭合无力为主要症状。

(3)查体:右侧周围性面瘫,右眼闭合无力,右侧额纹及鼻唇沟变浅,示齿口角左偏,伸舌居中,余脑神经检查未见异常,四肢肌力肌张力正常,双侧病理征未引出。

用药分析与药学监护

(一) 用药分析

特发性面神经麻痹是茎乳孔内面神经非特异性炎症引起的周围性面肌瘫痪,病因不清,可能为受凉、病毒感染和自主神经功能障碍致面神经内的营养血管痉挛、缺血、水肿,压迫面神经而发病。病理变化主要是神经水肿,有不同程度的脱髓鞘。急性期治疗主要是减轻面神经水肿、改善局部血液循环、营养神经与积极防治并发症。

1. 抗病毒治疗 本病的发生可能与嗜神经病毒感染有关,可给予阿昔洛韦抗病毒治疗。阿昔洛韦对单纯疱疹病毒、水痘带状疱疹病毒、巨细胞病毒等有抑制作用,本品进入疱疹病毒感染的细胞后,与脱氧核苷竞争病毒胸苷激酶或细胞激酶,药物被磷酸化成活化型阿昔洛韦三磷酸酯,然后通过二种方式抑制病毒复制:①干扰病毒 DNA 多聚酶,抑制病毒的复制;②在 DNA 多聚酶作用下,与增长的 DNA 链结合,引起 DNA 链的延伸中断。阿昔洛韦对病毒有特殊的亲和力,但对哺乳动物宿主细胞毒性低。一般用量为,10~20mg/(kg·d),分 2~3 次静脉滴注,连用 2 周。

2. 糖皮质激素的应用 本病起病 2 周之内,可使用糖皮质激素抑制炎症反应,降低毛细血管壁和细胞膜的通透性,减轻神经水肿和疼痛。可给予地塞米松 10~15mg,每日 1 次,静脉滴注,连用一周后改为泼尼松 30mg,每日 1 次口服,继续使用一周后逐渐减量至停用。地塞米松为长效糖皮质激素,作用持续时间在 36~54 小时,其抗炎效果显著,而水钠潴留和促进排钾作用较轻微,对下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴(HPA 轴)抑制作用较强。由于糖皮质激素的分泌受下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴(HPA 轴)控制,内源性或外源性糖皮质激素都对 HPA 轴产生负反馈抑制,故糖皮质激素疗程超过 7 天就需要先减量后撤药。

患者发病 2 天,及时给予地塞米松 10mg,每日 1 次,静脉滴注,连续应用一周后为方便给药及减量,改为泼尼松 30mg,每日 1 次,口服,继续口服一周后每 3 天减 5mg 至停药。

3. 营养神经治疗 维生素 B₁₂及维生素 B₁均为神经代谢过程中必需物质,维生素 B₁₂参与神经髓鞘脂类的合成、维持有髓神经纤维的功能完整,及时补充有助于神经功能恢复,本病发病早期给予肌肉注射可快速提高血中维生素 B₁₂及维生素 B₁浓度,疗效优于口服剂型,治疗 2 周后,神经功能恢复,为方便给药改

为口服剂型维持治疗。腺苷钴胺是氰钴型维生素 B_{12} 的同类物,可口服给药,较注射剂型方便使用。

(二) 药学监护

1. 肾功能 阿昔洛韦可导致急性肾功能不全,应监测患者肾功能。用药期间一旦发现尿常规与肾功能异常,应及时停药,查找原因,并给予对症处理。

2. 积极预防糖皮质激素的不良反应 应用糖皮质激素可能诱发、加重感染,导致股骨头坏死、骨质疏松、消化道出血、影响机体糖、脂等代谢,激素治疗期间应注意预防消化道溃疡,补钙、补充蛋白、增强患者机体抵抗力,监测血糖、血压及血钾水平。

3. 给药说明

(1) 静脉滴注阿昔洛韦时宜缓慢,否则可发生肾小管内药物结晶沉淀,静脉滴注 2 小时后尿药浓度最高,此时应给病人充足的水,防止药物沉积于肾小管内。阿昔洛韦注射液呈碱性,应尽量避免配伍使用。阿昔洛韦最高药液浓度不超过 7g/L ,滴注时间不少于 1 小时,以免引起静脉炎及肾小管内药物结晶。患者出现精神症状、神经系统不良反应及心悸、胸闷等症状时应及时减量或停药。

(2) 肌内注射维生素 B_1 时,需注意患者有无皮肤瘙痒,面、唇、眼睑水肿及喘鸣等过敏反应。肌内注射维生素 B_{12} 偶可引起皮疹、腹泻,个别可出现过敏性休克。

(3) 由于糖皮质激素的分泌受 HPA 轴控制,内源性或外源性糖皮质激素都对 HPA 轴产生负反馈抑制,糖皮质激素疗程超过 7 天就需要先减量后撤药。为减少对下丘脑垂体肾上腺皮质轴的抑制作用,糖皮质激素应在每日早晨 7~8 点一次顿服。

4. 患者用药教育

(1) 静脉滴注阿昔洛韦 2 小时后及时饮用充足白开水,以防药物沉积于肾小管内。

(2) 嘱咐患者应在每日早晨 7~8 点服用糖皮质激素,以减少对下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的抑制作用,同时告知患者应用此类药物,易发生感染、消化道出血及月经紊乱,嘱其小心受凉,防止感冒,如服药期间出现胃部不适或大便颜色发黑时及时告知医生。



思考题

1. 应如何换算地塞米松与泼尼松的等效剂量。
2. 长期或中、大剂量使用糖皮质激素类药物如减量过快,可出现停药反应,具体有哪些临床表现?

案例二 特发性面神经麻痹合并糖尿病

【学习目标】

1. 了解特发性面神经麻痹病因及发病机制。
2. 熟悉特发性面神经麻痹的临床表现及诊断依据。
3. 掌握特发性面神经麻痹合并糖尿病患者的治疗药物选择。

病例介绍

主诉 口角歪斜,左眼闭合无力 3 天

现病史 患者,男,62 岁,3 天前无明显诱因出现口角歪斜,左眼闭合无力,伴下唇肿胀,无耳鸣、耳聋及味觉异常,无言语障碍及四肢活动障碍。患者未予重视,仍劳累工作,症状持续无好转,遂前往医院就诊。

既往史 糖尿病病史 5 年,饮食控制及口服盐酸二甲双胍,血糖控制可。高血压病史 10 余年,最高达 170/110mmHg,平素口服硝苯地平,自诉血压控制较好。否认心脏病病史,否认结核等传染病病史,无外伤、输血史,预防接种史不详。

家族史 父母均患脑梗死,已过世。

个人史 吸烟 20 余年,一天 1 包,近 5 年已戒;不饮酒。

既往用药史 口服二甲双胍片,一次 0.5g,一日 3 次,硝苯地平片一次 10mg,一日 3 次。

过敏史 无食物及药物过敏史。

【体格检查】

一般状况 男性,62 岁,体重 77.5kg,身高 170cm,发育正常,营养良好,无急性病容;

生命体征 Bp 126/75 mmHg, P 78 次/分, R 18 次/分, T 36.2℃;

皮肤 无黄染、无水肿;

五官 头部正常,无创伤;

颈部/淋巴结 颈软,未触及肿大淋巴结;

心脏 心率 78 次/分,律整,有力,各心脏瓣膜听诊区未闻及杂音;

胸部 叩诊与听诊无异常;

腹部 无压痛及反跳痛;

神经系统 神志清楚,言语流利,双瞳孔等大等圆, $d=3.0\text{mm}$,对光反射灵敏,左侧周围性面瘫,示齿口角右偏,伸舌居中,左侧额纹及鼻唇沟变浅、左眼闭

合无力,左侧口角下垂,咽反射存在,双侧听力正常,四肢肌力、肌张力正常,感觉共济无异常,四肢腱反射(++),双侧巴氏征未引出。

【辅助检查】

尿常规:无异常

血常规:无异常

血生化:无异常

心电图:窦性心律,正常心电图

【入院诊断】

左侧特发性面神经麻痹;

高血压3级,高危;

2型糖尿病

【诊疗经过】

根据患者,中老年男性,急性起病,以口角歪斜,左眼闭合无力为主要表现,既往糖尿病病史5年,饮食控制及口服盐酸二甲双胍,血糖控制可;高血压病史10余年,最高达170/110mmHg,平素口服硝苯地平,自诉血压控制较。查体:左侧周围性面瘫,诊断为左侧特发性面神经麻痹、高血压病3级高危、2型糖尿病。入院后给予患者低盐、低脂、糖尿病饮食,七叶皂苷钠减轻细胞水肿、抑制炎症反应,阿昔洛韦抗病毒,甲钴胺、维生素B₁营养神经治疗,停用硝苯地平片,改为依那普利降压治疗,继续应用二甲双胍控制血糖,监测患者血糖、血压情况。

初始治疗药物:

0.9%氯化钠注射液 500ml+注射用七叶皂苷钠 10mg,qd,ivgtt;

0.9%氯化钠注射液 250ml+注射用阿昔洛韦 0.5g,q12h,ivgtt;

维生素B₁注射液 100mg,qd,im;

甲钴胺注射液 500 μ g,qd,im;

马来酸依那普利胶囊 10mg,qd,po;

盐酸二甲双胍片 0.5g,tid,po。

治疗10天后,患者症状未再加重,口角歪斜症状较入院时减轻,左眼睑可闭合,停用阿昔洛韦,将维生素B₁及甲钴胺改为口服剂型。患者服用依那普利后未出现干咳,血压130/82mmHg,控制良好。监测血糖:空腹6.0mmol/L,餐后2小时7.6mmol/L,继续治疗5天后,患者出院。

出院带药:

维生素B₁片 20mg,tid,po;

甲钴胺胶囊 500 μ g, tid, po;
盐酸二甲双胍片 0.5g, tid, po;
马来酸依那普利胶囊 10mg, qd, po。

【出院诊断】

1. 左侧面神经麻痹;
2. 高血压 3 级, 很高危;
3. 2 型糖尿病。

病例特点及诊断依据

依据以下病例特点, 患者诊断为特发性面神经麻痹:

- (1) 患者中老年男性, 急性起病。
- (2) 以口角歪斜、左眼闭合无力为主要症状。

(3) 查体: 左侧周围性面瘫, 左眼闭合无力, 左侧额纹及鼻唇沟变浅, 示齿口角右偏, 伸舌居中, 余脑神经检查未见异常, 四肢肌力肌张力正常, 双侧病理征未引出。

用药分析与药学监护

(一) 用药分析

1. 特发性面神经麻痹的治疗 特发性面神经麻痹是茎乳孔内面神经非特异性炎症引起的周围性面肌瘫痪, 可能为受凉、病毒感染和自主神经功能障碍致面神经内的营养血管痉挛、缺血、水肿, 压迫面神经而发病。病理变化主要是神经水肿, 有不同程度的脱髓鞘。急性期治疗主要是减轻面神经水肿、改善局部血液循环、营养神经与防治并发症, 疑由病毒感染引起的, 可给予阿昔洛韦抗病毒治疗。起病 2 周之内, 可使用肾上腺皮质激素治疗。

(1) 七叶皂苷钠减轻面神经水肿: 本病可使用糖皮质激素抑制炎症反应, 降低毛细血管的通透性, 减轻神经水肿和减轻疼痛。但使用糖皮质激素可诱发和加重糖尿病, 使血压升高。因患者合并糖尿病及高血压, 不适于糖皮质激素治疗, 故选择七叶皂苷钠减轻神经水肿。

七叶皂苷钠是从中药娑罗子的干燥成熟果实中提取的三萜皂苷的钠盐, 在抗炎抗渗出消肿胀方面作用显著, 能恢复毛细血管的正常通透性、增加静脉张力、改善静脉回流, 从而减轻神经水肿, 有利于面神经麻痹的恢复。可取本品 5~10mg 溶于 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml 中静脉滴注; 重症病人可多次给药, 但一日总量不得超过 20mg。疗程 7~10 天。

(2) 抗病毒治疗: 本病的发生可能与嗜神经病毒感染有关, 可给予阿昔洛韦抗病毒治疗。阿昔洛韦对单纯疱疹病毒、水痘带状疱疹病毒、巨细胞病毒等有抑

制作用,本品进入疱疹病毒感染的细胞后,与脱氧核苷竞争病毒胸苷激酶或细胞激酶,药物被磷酸化成活化型阿昔洛韦三磷酸酯,然后通过二种方式抑制病毒复制:①干扰病毒 DNA 多聚酶,抑制病毒的复制;②在 DNA 多聚酶作用下,与增长的 DNA 链结合,引起 DNA 链的延伸中断。阿昔洛韦对病毒有特殊的亲和力,但对哺乳动物宿主细胞毒性低。一般用量为,10~20mg/(kg·d),分 2~3 次静脉滴注,连用 2 周。

(3)营养神经治疗:维生素 B₁₂ 及维生素 B₁ 均为神经代谢过程中必需物质,及时补充有助于神经功能恢复,甲钴胺为内源性的辅酶 B₁₂,存在于血液、骨髓中,可促进轴索内输送和轴索的再生,促进髓鞘的形成(磷脂合成),与其他维生素 B₁₂ 相比,本药对神经元的传导有良好改善作用。发病早期给予肌肉注射,可快速提高血中维生素 B₁₂ 及维生素 B₁ 浓度,疗效优于口服剂型,治疗 2 周后,神经功能恢复,为方便给药改为口服剂型维持治疗。

2. 合并症的处理

(1)高血压:对于高血压合并糖尿病患者,血压控制目标为 130/80mmHg,治疗高血压首选血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)类药物,ACEI 和 ARB 类药物对肾脏有独特保护作用,均能延缓 2 型糖尿病发生大量蛋白尿。患者入院前服用短效钙离子拮抗剂硝苯地平控制血压,入院后医师针对患者合并糖尿病这一情况,及时将降压药物调整为依那普利。

依那普利为 ACEI 类降压药物,口服后在体内水解成依那普利拉,后者强烈抑制血管紧张素转换酶,降低血管紧张素 II 含量,造成全身血管舒张,引起降压。本品对 II 肾型高血压、I 肾型高血压及原发性高血压大鼠模型均有明显降压作用。开始剂量为一日 5~10mg,分 1~2 次服,肾功能严重受损病人(肌酐清除率低于 30ml/min)为一日 2.5mg。根据血压水平,可逐渐增加剂量,一般有效剂量为一日 10~20mg,一日最大剂量一般不宜超过 40mg。可与其他降压药特别是利尿剂合用,降压作用明显增强,但不宜与保钾利尿剂合用。

(2)糖尿病:患者一经诊断糖尿病,即应采取包括糖尿病教育、饮食调节、适当体育运动、药物或胰岛素治疗,血糖监测五项措施在内的个体化治疗,使血糖控制在达标水平(空腹:4.4~6.1mmol/L,非空腹 4.4~8.0mmol/L, HbA_{1c} < 6.5%)。肥胖型二型糖尿病患者可首选二甲双胍治疗,应先从小剂量开始,再根据餐后 2 小时血糖情况调整药物用量。患者入院前一直服用二甲双胍,入院前血糖控制可,入院后经过血糖监测,血糖控制在理想水平,故对降糖药物未作调整,继续院前治疗方案。

二甲双胍为双胍类降糖药,不促进胰岛素的分泌,其降血糖作用是促进组织无氧糖酵解,使肌肉等组织利用葡萄糖的作用加强,同时抑制肝糖原的异生,减少肝糖的产生,使血糖降低。用于单纯饮食控制不满意的 2 型糖尿病患者,尤其