**痿病（吉兰-巴雷综合征）中医诊疗方案**

---潍坊市中医院脑病科2020.09修订

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断：参照《实用中医内科学》（王永炎，严世芸主编.实用中医内科学.上海：上海科学技术出版社，2009）。

（1）发病特点

①具有感受外邪与内伤积损的病因。有外感温热疫邪或涉水淋雨，居处湿地或接触、误食毒物；有饮食不洁或房劳、产后体虚或情志失调；有禀赋不足，家族遗传或劳役太过或跌仆损伤。发病或缓或急。

②多以上肢或下肢，双侧或单侧出现筋脉弛缓，痿软无力甚至瘫痪日久，肌肉萎缩为主症。也可首先出现眼睑或舌肌等头面部位的肌肉萎缩。

③男女老幼均可罹患。温热邪气致痿，发病多在春夏季节。

（2）临床表现

肢体痿弱无力，甚则不能持物或行走。肌肉萎缩，肢体瘦削，有时伴见肌肉瞤动、麻木、痒痛。可出现睑肌、面部肌肉瘫痪或舌肌痿软，严重者可导致吞咽、尿便障碍，呼吸困难，肌力下降，肌肉萎缩。

2.西医诊断：参照《中国吉兰-巴雷综合征诊治指南》（中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组、中华医学会神经病学分会肌电图及临床神经电生理学组、中华医学会神经病学分会神经免疫学组，中华神经科杂志，2010，43（8）：583～586）。

（1）常有前驱感染史，呈急性起病，进行性，多在2周左右达高峰。

（2）对称性肢体和延髓支配肌、面部肌肉无力，重症者可有呼吸肌无力，四肢腱反射减低或消失。

（3）可伴轻度感觉异常和自主神经功能障碍。

（4）脑脊液出现蛋白-细胞分离现象。

（5）电生理检查提示远端运动神经传导潜伏期延长、传导速度减慢、F波异常、传导阻滞、异常波形离散等。

（6）病程有自限性。

（二）证候诊断

1.湿热浸淫证：病起发热，热退后或热未退即出现肢体软弱无力，身体困重，进展迅速，心烦口渴，便干，尿短黄，舌质深红，苔薄黄，脉细数。

2.脾胃虚弱证：病情稳定，肢体痿软无力，甚则肌肉萎缩。神倦，气短自汗，食少便溏，面色少华，舌淡，苔白，脉细缓。

3.肝肾亏虚证：病久肢体痿软不用，肌肉萎缩，形瘦骨立，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌红绛，少苔，脉细数。

二．治疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂或中成药

1.湿热浸淫证

治法：清热利湿。

方药：三妙丸加减。

苍术18g 黄柏12g 薏苡仁20g 茯苓20g

陈皮12g 竹叶10g 车前子10g 泽泻12g

甘草6g 赤小豆20g 白茅根20g

 水煎服，日一剂

中成药：二妙丸、三妙丸加减。

2.脾胃虚弱证

治法：益气健脾。

方药：补中益气汤加减。

黄芪15g 党参15g 白术10g 当归15g

陈皮6g 升麻6g 柴胡12g 炙甘草15g

生姜9片 大枣6枚

 水煎服，日一剂

中成药：补中益气丸、参苓白术散加减。

3.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾。

方药：地黄饮子加减。

熟地黄12g 山茱萸15g 龟板胶（烊化）10g 五味子15g

菖蒲15g 远志15g 麦门冬15g 当归12g

沙参12g 枸杞子12g 菟丝子12g 炙甘草6g

 水煎服，日一剂

中成药：六味地黄丸、左归丸、右归丸加减。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

湿热浸淫证可选用静脉滴注热毒宁、穿琥宁注射液等。

（三）针灸治疗

根据不同证候选择合理的穴位配伍和适宜的手法进行治疗。

1.针刺

（1）主穴

上肢瘫痪：取颈部夹脊穴（颈4～颈7）；下肢瘫痪：取腰部夹脊穴（胸12至腰5）。

操作：用脉冲电针仪，选取疏波，以肌肉出现节律性收缩为好。每次30分钟，日1～2次，10次为1疗程，休息3日。

（2）分证取穴

湿热浸淫证：少商、列缺、尺泽、合谷、曲池、足三里、阴陵泉、环跳、风市、丰隆等。

脾胃虚弱证：脾俞、胃俞、血海、气海、关元、足三里、肩髃、阳溪、手三里、伏兔、阳陵泉、悬钟、解溪、曲池、阴陵泉等。

肝肾亏虚证：肾俞、肝俞、太溪、太冲、悬钟、三阴交、曲池、肩贞、阳陵泉、丘墟、环跳等。

操作：足三里、三阴交采用补法，余穴辨证采用泻法或平补平泻法。每次留针20分钟，每日1次，10次为一疗程。

2.灸法

以艾条或艾柱施灸，上肢选用肩骨禺、曲池、合谷等，下肢选髀关、梁丘、足三里、解溪等。若肺热者，可配尺泽、肺俞；湿热者，可配阴陵泉、脾俞；肝肾亏虚者，可配肾俞、肝俞；气虚者，可配气海、关元；瘀血者，可配血海。

（四）中药外用疗法

红花15g、威灵仙20g、羌活15g、白芷15g、独活15g、川芎15g、当归15g等，以75%医用酒精1000ml浸泡24小时后即可使用，每日1次，涂擦患肢，10次为一疗程。可应用活血通络擦剂外用。

（五）康复训练

根据患者病情，给予床上良肢位摆放、关节被动活动、兴奋性促进手法、等张等长肌力训练等。

（六）其他疗法

可根据病情选用推拿手法、物理治疗、多功能艾灸仪艾灸等治疗。

（七）内科基础治疗

参照《中国吉兰-巴雷综合征诊治指南》（2010）。可用人血免疫球蛋白、血浆置换等疗法；也可应用糖皮质激素、神经营养剂等。

（八）护理调摄

急性发病者，应卧床休息；高热病人必要时物理降温；若出现神志昏迷、呼吸、吞咽困难者，应密切观察病情变化，及时组织抢救。对患肢宜保暖，有肌肤麻木、感觉迟钝者，应防止冻伤、烫伤。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候学评价：通过四诊信息动态观察中医证候的改变。

2.疾病病情评价：包括运动功能、日常生活能力、致残程度的评价。

（1）运动功能：按照Hughes方法评定：0级：正常；1级：症状与体征均较轻；2级：不需要帮助可步行5米以上；3级：需要帮助可步行5米以上；4级：卧床不能步行；5级：需要呼吸机辅助呼吸；6级：死亡。

（2）日常生活能力：Barthel指数记分，独立100分，轻度依赖75～95分，中度依赖50～70分，重度依赖25～45分，完全依赖0～20分。

（3）致残程度：修订的Rankin量表评价，①0=完全无症状；②1=尽管有症状，但并不是很严重，无显著残疾；能完成一般事情或行为；③2=轻度残疾，失去部分能力，不能全部完成上述行为，但无他人帮助能照顾好自己；3=中度残疾，失去了大部分能力，很多事情需要别人的帮助才能完成，但不需要帮助可以自己行走；④4=中重度残疾，无别人的帮助，不能步行，也不能照顾自己；⑤5=严重残疾，卧床不起，二便失禁，时时离不开别人的照顾和关注；⑥6=死亡（二）评价方法：

1.采用徒手肌力lovett（王颖，金翊，译．徒手肌力检查法[M]．西安：陕西科学技术出版社，1990．）的6级分级法评定肌力，即0、1、2、3、4、5级，分别记0、1、2、3、4、5分，当肌力于2级之间为0.5分，偏向上1级为0．75分，偏向下1级为0.25分。

评价时点：住院期间每日测定1次。

2.Hughes评分：按照Hughes方法评定。

评价时点：入院、1周、2周、3周、4周各评价1次。

3.日常生活能力：采用Barthel指数评价。

评价时点：入院、4周，3个月，6个月，12个月评价1次。

4.致残程度：采用修订的Rankin量表评价。

评价时点：入院、4周，3个月，6个月，12个月评价1次。

**《痿病中医诊疗方案》**

**实施情况分析、总结及评估和方案优化说明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 制定部门 | 脑病科 | 执行部门 | 脑病科 |
| 优化时间 | 2019年11月 |
| 《方案》实施情况及中医疗效分析、总结及评估 | 实施情况分析 | 本年度我科共48例病例中，用中药汤剂47例，用中成药静脉制剂46例，针灸48例，使用中医特色疗法48例。中药饮片使用率97.9%，中成药使用率93.7%，中医特色疗法使用率100%，辨证施治率100%，中医药治疗比例较去年同期中医药治疗比例提高3.9%。湿热浸淫证19例，脾胃虚弱证19例，肝肾亏虚证10例。通过对在院的2例患者及出院的46例患者进行电话随访，对治疗费用满意率90.1%、治疗效果满意率95.2%、诊疗服务满意率96.6%。总有效率达到95.6%以上。该诊疗方案疗效可靠，安全性好，能明显改善患者的症状、提高生活质量。 |
| 中医疗效分析 | 疗效分析：治疗效果：症状改善率为96.7%、体征改善率95.8%。 |
| 《方案》优化点说明 | 难点分析 |  脾胃虚弱证患者食少便溏，气短乏力，肌肉萎缩，恢复时间较长。 |
| 修订内容 | 对痿病脾胃虚弱证的原方药中加入焦三仙各30g，患者纳食增加后气短乏力改善显著。 |
| 修订依据 | 在临床诊疗过程中发现，脾胃虚弱证患者，纳食少，仅补中益气起效慢，加开胃消食之剂见效快。 |
| 评估及优化专家签名 |  |