

# 亚急性横贯性脊髓炎验案 1 则

周颖璨<sup>1</sup> 王洪海<sup>1</sup> 周德生<sup>2</sup>

(1.湖南中医药大学研究生院,湖南长沙 410007; 2.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南长沙 410007)

关键词 横贯性脊髓炎 当归拈痛汤 薏苡仁汤 中西医结合疗法 验案  
中图分类号 R744.305 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2015)07-0055-02

## 1 病历摘要

伍某某,男,49岁。住院号 00368794。2014年11月20日初诊。

主诉左下肢麻木2月,加重伴右下肢乏力1月。患者近1年通过节食等方式减肥,1年来体重下降12kg左右,2月前户外运动淋雨受凉后自觉胸部疼痛不适,行胸部X线正侧位片检查未见明显异常,考虑为“肌肉拉伤”,自行局部按摩后觉疼痛稍好转,数天后自觉左下肢麻木不适呈上行性发展,至左侧胸部剑突下感觉异常,未行特殊处理,1月前患者自觉右下肢活动不利,并大便障碍,先后于本地多家医院就诊。2014年10月3日于某医院行腰椎CT检查示:腰椎退行性变,L<sub>4/5</sub>椎间盘膨出,L<sub>5/S<sub>1</sub></sub>椎间盘突出;2014年11月4日于另一医院行颈椎MRI检查示:颈椎轻度退行性变,C<sub>4/5</sub>、C<sub>5/6</sub>椎间盘轻度膨出,脊髓空洞症;行胸腰段MRI平扫+增强示:腰椎退行性变,L<sub>5/S<sub>1</sub></sub>椎间盘突出,T<sub>8</sub>-T<sub>10</sub>段增强扫描后见髓外硬膜下扭曲增粗的血管影,血管畸形?考虑脊髓病可能,脊髓空洞症?脊髓血管畸形?予以甲钴胺营养神经、尼麦角林改善循环治疗后无明显缓解。2014年11月20日来湖南中医药大学第一附属医院就诊。入院时症见:神情语利,精神状态良好,左侧胸部剑突下感觉异常,左下肢麻木不适,右下肢活动略有不利,双下肢如灌水不适感,无恶寒发热,饮食正常,睡眠正常,体重无明显变化,大小便正常。体查:T 36.5℃,P 78次/min,R 20次/min,BP 132/88mmHg。心肺胸腹(-),脑神经征(-),脑膜刺激征(-),四肢肌力5级,四肢肌张力正常,四肢腱反射(++),克氏征(-),巴氏征(-),轮替试验(-),指鼻试验(-),跟膝胫试验(-),左侧胸部剑突下针刺觉减退,右下肢振动觉减退,双下肢位置觉减退,右侧为甚。入院诊断:双下肢乏力查因:脊髓病?混合型周围神经病?2014年11月21日检查结果回

报,三大常规(-),肾功能:尿酸476μmol/L,血脂常规:总胆固醇5.46mmol/L,其余血生化常规检查正常,心肌酶(-),甲状腺三项及相关抗体(-),超敏C反应蛋白13.45mg/L;心电图正常;肝胆胰脾彩超:脂肪肝,胆囊息肉样变可能;行腰椎穿刺术:脑脊液压力180mmH<sub>2</sub>O,脑脊液常规示:无色透明,凝块无,潘氏试验(-),单核细胞数16×10<sup>6</sup>/L,白细胞数16×10<sup>6</sup>/L,红细胞数1000×10<sup>6</sup>/L,脑脊液生化(-),G-双球菌涂片、一般细菌涂片、真菌涂片(-),涂片未找到抗酸杆菌及新型隐球菌;胸椎MRI平扫+增强示:胸椎退行性改变,T<sub>7/8</sub>椎间盘变性,T<sub>12</sub>、T<sub>23</sub>、T<sub>5/6</sub>椎间盘后突,T<sub>5/6</sub>椎间盘层面继发性椎管狭窄,C<sub>2</sub>至T<sub>6</sub>椎体内间脊髓内异常信号改变,考虑脊髓炎可能性大。由此,结合患者现病史及临床表现诊断为:亚急性横贯性脊髓炎,高脂血症,脂肪肝。予甲泼尼龙琥珀酸钠粉剂500mg×2d,250mg×3d,11月27日改为口服醋酸泼尼松片剂60mg×3d,55mg×3d,予鼠神经生长因子冻干粉针配合口服甲钴胺胶囊、维生素B<sub>1</sub>营养神经,灯盏花素活血改善循环,泮托拉唑注射液静滴配合依卡倍特钠颗粒剂口服保护胃黏膜及降脂等其他对症治疗。结合舌淡红、苔白腻、脉濡缓,中医辨证为风热湿毒侵络、脾胃虚弱证,予以当归拈痛汤加减。处方:

羌活 15g,茵陈 15g,防己 10g,木瓜 10g,知母 10g,黄芩 6g,忍冬藤 15g,猪苓 10g,泽泻 10g,葛根 15g,白参 10g,苍术 15g,当归 10g,甘草 10g。7剂,每日1剂,分2次温服。

12月3日再次行腰椎穿刺术,脑脊液压力120mmH<sub>2</sub>O,脑脊液常规示:无色透明,凝块无,潘氏试验(-),单核细胞数5×10<sup>6</sup>/L,白细胞数8×10<sup>6</sup>/L,红细胞数1000×10<sup>6</sup>/L,脑脊液生化(-),G-双球菌涂片、一般细菌涂片、真菌涂片(-),涂片未找到抗酸杆菌及新型隐球菌;脑脊液单核细胞数、常规白细

胞数较前下降。继续前治疗方案。醋酸泼尼松片剂继续每3天减5mg。中医辨证为脾胃虚弱、风湿浊阻络证,予以薏苡仁汤加减。处方:

薏苡仁 30g,白参 15g,山药 20g,苍术 10g,白扁豆 10g,茯苓 10g,砂仁 6g,豨莶草 10g,当归 10g,白芍 10g,水蛭 10g,蜈蚣 1条,炒僵蚕 10g,炒地龙 10g,莲肉 10g,牛膝 10g,甘草 10g。7剂,每日1剂,分2次温服。

12月11日诊:病情控制尚可,左下肢麻木较前明显好转,右下肢无明显活动不利,左侧胸部肋缘以下针刺觉减退,右下肢振动觉减退,双下肢位置觉稍减退,右侧为甚。同意患者出院,出院后口服醋酸泼尼松片剂及中成药通心络胶囊,醋酸泼尼松片剂剂量为40mg,并根据病情变化及时调整用药,稳定则继续逐渐减量,减至10mg门诊复查,注意适度锻炼。

2015年2月5日门诊复查,病情稳定无进展,左侧胸部肋缘以下针刺感进一步减轻。

## 2 讨论

脊髓炎是指神经紊乱所致的横贯性脊髓炎性病变,又称为横贯性脊髓炎,临床上相对较常见的为急性脊髓炎。目前多认为可能与感染、疫苗接种、多发性硬化、系统性免疫疾病、中毒等相关<sup>[1]</sup>。其中感染所致者多见,多在脊髓症状前1~4周有发热、上呼吸道感染、腹泻等病毒感染症状。就发病机制而言,多与自身免疫反应有关<sup>[1]</sup>。表现为病损平面以下的运动障碍、感觉障碍及自主神经障碍,脑脊液检查及影像学检查可帮助诊断。病理学则可见软脊髓、脊髓血管扩张、充血,炎性细胞浸润,以及神经细胞的肿胀、破碎、消失等,髓鞘脱失、轴索变性等。本例患者早期有上呼吸道感染病史,亚急性发病,呈进行性发展,双下肢运动、感觉障碍,表现为非对称性,早期有排便障碍的自主神经障碍表现,符合横贯性损害特点。脑脊液检查,白细胞数升高,以单核细胞增多为主,呈炎性反应,脊髓MRI平扫加增强则表现出长节髓段的T<sub>2</sub>高信号,强度不均。针对本病的发病机制和病理学变化,予以糖皮质激素冲击治疗后改为口服糖皮质激素降阶梯治疗<sup>[2]</sup>,一方面通过干扰淋巴组织自身的分裂、增殖及其诱导的单核细胞聚集免疫抑制,另一方面控制炎性反应,减轻神经细胞的变性、坏死,抑制周围炎性细胞浸润、吞噬,从而控制病情进展<sup>[3]</sup>,同时配合保护胃黏膜的药物以预防大剂量、长期糖皮质激素治疗造成的胃黏膜损伤;针对已受损的神经予以保护、营养神经,促进神经恢复等治疗;配合扩血管的药物以改善局部微循环。

本例患者肢体麻木,四肢不利,早期排便失常,属于中医“风痿”的范畴。患者节食减肥致脾胃虚损,运动后淋雨,鬼门开而感风热湿毒。“脾者主为卫”,“汗出伤风则伤脾”,脾主四肢,脾病则四肢无力,外侵之风湿热与内生之痰湿浸淫经络而肢体麻木,湿性趋下则双下肢如有灌水样不适,湿性黏滞故病程长;风性善变,病情呈较缓慢、进行性发展且易变化;百病皆由痰作祟,故病情复杂。辨证为风热湿毒阻络、脾胃虚弱证,当以祛除风热湿毒为主,治以清热祛湿,补中健脾,予以当归拈痛汤加减:羌活、茵陈入膀胱经,羌活理游风,治风湿相搏,茵陈利水燥湿;防己、木瓜共奏祛风除湿之功;知母、黄芩、忍冬藤入太阴肺经,前两者清上焦湿热,后者清热解毒、疏风通络;猪苓、泽泻清利水湿,助邪气外达;葛根能解表祛风,又能与健脾药同用而醒脾;白参入手太阴肺经,通行十二经,肺气旺则诸脏旺;苍术能疗湿痰留饮,治筋骨痠疼;当归补血活血,使气血得以输布经络;甘草健脾胃,坚筋骨,长肌肉,尚有调和诸药之功。经激素冲击治疗配合中药治疗后,炎症反应基本得以控制,遗留风湿浊闭阻经络,辨证为脾胃虚弱、风湿阻络证,此阶段当以治本为主,兼以治标,故以薏苡仁汤加减:薏苡仁除筋骨中邪气,与苍术两者均可健脾祛湿,共为治痿要药;山药合白参调肺气兼有健脾之功,同时配合砂仁温脾开胃,白扁豆温脾化湿,茯苓健脾渗湿,共助脾胃之运化而去阻络之痰湿;豨莶草治风湿,治腰膝软弱;当归补血活血,水蛭破血通经,白芍固腠理,和血脉,标本兼治;蜈蚣祛风,消瘀血,炒地龙除风湿痰结,炒僵蚕祛风痰,虫类药共入足厥阴肝经活经络;莲肉固精气、强筋骨,牛膝补肝肾、强筋骨;甘草调和诸药。通过以上中西医结合治疗,患者病情稳定。

## 参考文献

- [1] Anupama B, Stanley N, Gurtej C, et al. The epidemiology of transverse myelitis. *Autoimmunity Reviews*, 2010 (9): A395
- [2] T.F.Scott, E.M.Frohman, J.De Seze, et al. Evidence-based guideline: Clinical evaluation and treatment of transverse myelitis: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2011, 77(24): 2128
- [3] 杨宝峰. 药理学. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 348

第一作者: 周颖璨(1990—), 女, 硕士研究生, 研究方向: 神经系统疾病的中医药防治。

通讯作者: 周德生, 主任医师, 博士生导师。  
2478020529@qq.com

收稿日期: 2015-03-19

编辑: 王沁凯