

痿病（重症肌无力）中医诊疗方案 (2018 年版)

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准

参照中华中医药学会 2008 年发布的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》^[1]痿病的诊断标准以及《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分》^[2]重症肌无力的诊断依据，标准如下：

肢体筋脉弛缓，软弱无力，活动不利，甚则肌肉萎缩，弛纵瘫痪。严重者呼吸困难、吞咽无力等。

2. 西医诊断标准

参照中华医学会神经病学分会 2015 年发布的《中国重症肌无力诊断和治疗指南 2015》^[3]的诊断标准。

（1）临床表现：某些特定的横纹肌群肌无力呈斑片状分布，表现出波动性和易疲劳性；肌无力症状晨轻暮重，持续活动后加重，休息后缓解、好转。通常以眼外肌受累最常见。

（2）药理学表现：新斯的明试验阳性。

（3）低频重复神经电刺激（RNS）检查低频刺激波幅递减 10%以上；单纤维肌电图（SFEMG）测定的“颤抖”增宽、伴或不伴有阻滞。

（4）抗体：多数全身型重症肌无力（MG）患者血中可检测到乙酰胆碱受体（AChR）抗体，或在极少部分 MG 患者中可检测到抗骨骼肌特异性受体酪氨酸激酶（抗-MuSK）抗体、抗低密度脂蛋白受体相关蛋白 4（抗 LRP-4）抗体。

在具有 MG 典型临床特征的基础上，具备药理学特征和（或）神经电生理学特征，临床上则可诊断为 MG。有条件的单位可检测患者血清抗 AChR 抗体等，有助于进一步明确诊断。需除外其他疾病。

临床分类（改良 Osserman 分型）：I 眼肌型，IIA 轻度全身型，IIB 中度全身型，III 重度激进型，IV 迟发重度型，V 肌萎缩型。

（二）证候诊断

参照中华中医药学会 2008 年发布的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》^[1]痿病的证候标准以及《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分》^[2]重症肌无力证候标准。

1. 脾胃气虚证：胞睑下垂，朝轻暮重，少气懒言，肢体痿软，或咽下困难，纳差便溏，面色萎黄，舌质淡或胖大，边有齿痕，苔薄白，脉细弱。

2.脾肾两虚证：面色晄白，言语不清，咽下困难，抬颈无力，四肢倦怠无力，或头晕耳鸣，腰膝酸软，腹部冷痛，久泄久痢，小便清长，或浮肿少尿，或便溏，或完谷不化，舌淡胖，苔薄白或白滑，脉沉迟无力或沉细。

3.气阴两虚证：视歧，目昏，睛珠干涩，形体消瘦，神疲乏力，少气懒言，自汗、口燥咽干，或颧红盗汗、五心烦热，舌红少苔，脉虚或细数。

4.督阳亏虚，络气虚滞证：胞睑下垂，眼球转动迟滞或固定不移，语声低微，咀嚼无力、饮水反呛；或抬头困难，端坐费力，步履艰难，肌肉瘦削；动则加剧，静则舒缓；迁延日久，反复发作；形寒肢冷，脊背四肢不温，舌质淡胖有齿痕，苔白，脉沉迟弱。

5.大气下陷证：呼吸费力，咳声低微，咯痰不出；甚至气虚欲脱，颈软头倾，不能自持，呼吸急促，张口抬肩，不能平卧，汗出频频；病情危重则呼吸微弱表浅，精神烦躁或意识障碍，舌质淡或暗，苔白或黄厚腻，脉沉迟微弱或滑数。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1.脾胃气虚证

治法：调补脾胃

（1）推荐方药：补中益气汤加减。黄芪、人参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、桔梗、炙甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺：主穴选血海、脾俞、足三里、三阴交。眼肌无力者，加攒竹、鱼腰、太阳、四白；咀嚼无力者，加合谷、下关；吞咽无力者，加风池、哑门、天突、廉泉；颈项无力者，加风池、天柱、列缺；四肢无力者，加肩髃、曲池、外关、环跳、解溪、风市、阳陵泉、太冲等。

（3）灸法：选取足三里、三阴交、关元、气海、神阙等穴，可使用灸盒、艾条灸、隔姜灸，每次约20~30min，每日1次。

2.脾肾两虚证

治法：温补脾肾

（1）推荐方药：补中益气汤合右归丸加减。黄芪、人参、白术、陈皮、升麻、柴胡、熟地黄、枸杞子、山药、山萸肉、菟丝子、杜仲、当归、肉桂、干姜、甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）灸法：选取脾俞、肾俞、三阴交、关元等穴，可使用灸盒、艾条灸、隔姜灸，每次约20~30min，每日1次。

（3）针刺：主穴选血海、脾俞、肾俞、三阴交。配穴同脾胃气虚证。

3.气阴两虚证

治法：益气养阴

(1) 推荐方药：生脉散加减。人参、麦冬、五味子、黄芪、白术、当归、桔梗、灵芝、炙甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

(2) 针刺：主穴选三阴交、关元、气海。配穴同脾胃气虚证。

(3) 灸法：选取三阴交、关元、气海等穴，可使用灸盒、艾条灸、隔姜灸，每次约 20~30min，每日 1 次。

4. 督阳亏虚，络气虚滞证

治法：温补督阳，通畅络气

(1) 推荐方药：①全鹿丸加减。鹿茸、人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、川芎、熟地黄、黄芪、枸杞子、杜仲、牛膝、山药、菟丝子、锁阳、肉苁蓉、补骨脂、巴戟天、川续断、陈皮等。②扶元起萎汤（经验方）^[4]。人参、黄芪、桂枝、白术、当归、鹿茸、菟丝子、肉苁蓉、枳实、丹参。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

(2) 灸法：选取华佗夹脊穴、督俞、关元、命门等穴，可使用灸盒、艾条灸、隔姜灸，每次约 20~30min，每日 1 次。

(3) 针刺：主穴选命门、百会、大椎、身柱。配穴同脾胃气虚证。

5. 大气下陷证

治法：益气升陷

(1) 推荐方药：升陷汤加减。人参、黄芪、山萸肉、黄精、灵芝、柴胡、桔梗、知母、升麻等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

(2) 针刺：主穴选膻中、肺俞、气海俞、天突、定喘。配穴同脾胃气虚证。

(3) 灸法：选取膻中、肺俞、天突、关元、气海等穴，可使用灸盒、艾条灸、隔姜灸，每次约 20~30min，每日 1 次。

(二) 其他中医特色疗法

1. 穴位注射：辨证取穴，常取合谷、手三里、脾俞、肾俞、足三里、三阴交等穴。每次取 2~3 对穴位，药用补益类中药注射液，每穴注射 0.5~1ml，每日 1 次。

2. 皮肤针：根据病情可局部选穴，如眉上阳白、鱼腰、攒竹、丝竹空等穴进行叩刺，或循经打刺，以皮肤潮红为度，每次 20min，隔日 1 次。

3. 根据病情还可采用中医泡洗、推拿、穴位贴敷等治疗。

(三) 西药治疗

根据中华医学会神经病学分会 2015 年发布的《中国重症肌无力诊断和治疗指南》，胆碱酯酶抑制剂用于初始治疗或轻型的 MG 患者，全身型建议加免疫抑制药物治疗，病情急性进展期或出现肌无力危象患者可应用丙种球蛋白、血浆

置换，疑有胸腺瘤者可行胸腺摘除手术治疗等。

（四）护理调摄要点

1. 饮食调护：洁净饮食，防止胃肠道感染。指导有延髓症状的患者进食软食或流质饮食，同时饮水、进食宜慢，少食多餐，避免呛咳；或在应用抗胆碱酯酶药物起效后再进食，必要时可行鼻饲饮食。

2. 呼吸调护：指导有呼吸肌无力患者进行呼吸肌功能训练。密切观察患者的生命体征变化，尤其是呼吸的频率、节律及幅度，一旦发现呼吸困难加重、发绀、咳嗽无力、喉头分泌物增多等表现，应警惕重症肌无力危象，及时吸痰、吸氧，保持呼吸道通畅，如发生危象立即组织抢救。

3. 生活调护：指导眼肌无力患者减少阅读、看电视及使用电脑时间，四肢无力患者做好防护，预防跌倒风险。控制体重，适当锻炼，增强体质。注意保暖，保持室内温暖干燥、空气新鲜，戒烟酒。避免去人群密集的公共场所，可注射流感疫苗有利于预防流感。

4. 情志调护：保持良好情绪，避免精神刺激。给患者予耐心的开导与鼓励，帮助患者正确认识自己的病情，了解治疗的过程与方法，树立战胜疾病的信心。

三、疗效评价

（一）评价标准

1. 参考《重症肌无力病人的临床绝对评分法和相对评分法》中临床疗效判定标准^[5]，相对评分=（治疗前总分 - 治疗后总分）/治疗前总分。

痊愈：相对评分 $\geq 95\%$ ；

基本痊愈： $80\% \leq$ 相对评分 $< 95\%$ ；

显效： $50\% \leq$ 相对评分 $< 80\%$ ；

好转： $25\% \leq$ 相对评分 $< 50\%$ ；

无效：相对评分 $< 25\%$ 。

2. 证候疗效

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[6]和 1995 年中华人民共和国卫生部制定发布《中药新药临床指导原则（第二辑）》中《中药新药治疗重症肌无力的临床研究指导原则》拟订证候量化分级及疗效判定标准。

主要症状：参照临床绝对评分法^[5]中症状评分。

次要症状：神疲乏力、少气懒言、自汗、纳差便溏、腰膝酸软、头晕耳鸣、畏寒肢冷，每一症状分为无、轻、中、重 4 级，分别予以 0 分、1 分、2 分、3 分。舌苔、脉象只描述，不计分。

疗效判定标准拟定如下：

证候积分减少率=〔（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分〕 $\times 100\%$ 。

临床痊愈：临床症状和体征全部消失，恢复正常工作，3个月无复发。治疗后证候积分减少 $\geq 95\%$ ；

显效：临床症状和体征大部分消失，恢复部分工作或轻工作。治疗后证候积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$ ；

有效：临床症状和体征有改善，一般生活可自理，但不能恢复工作。证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ ；

无效：临床症状和体征无改善。证候积分减少 $< 30\%$ 。

(二) 评价方法

1. 主要症状：重症肌无力临床绝对评分表

| 症状、体征 | | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 4分 |
|--------|--|-----------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|
| 主 症 | 眼睑下垂（病人平视正前方，观察上睑遮挡角膜的水平，以时钟位记录，左、右眼分别计分，共8分。） | 11~1点 | 10~2点 | 9~3点 | 8~4点 | 7~5点 |
| | 上睑疲劳试验（令病人持续睁眼向上方注视，记录诱发出眼睑下垂的时间（秒）。眼睑下垂 以上睑遮挡角膜9-3点为标准，左、右眼分别计分，共8分。） | >60s | 31~60s | 16~30s | 6~15s | $\leq 5s$ |
| | 眼球水平向活动受限（病人向左、右侧注视，记录外展、内收露白的毫米数，同侧眼外展露白毫米数与内收露白毫米数相加，左、右眼分别计分，共8分。） | $\leq 2mm$ ，无复视 | $\leq 4mm$ ，有复视 | $> 4mm$ ， $\leq 8mm$ ，有复视 | $> 8mm$ ， $\leq 12mm$ ，有复视 | $> 12mm$ ，有复视 |
| | 上肢疲劳试验（两臂侧平举，记录诱发出上肢疲劳（上肢与躯体夹角开始小于90度）所需的时间（秒），左、右侧分别计分，共8分。） | >120s | 61~120s | 31~60s | 11~30s | 0~10s |
| | 下肢疲劳试验（病人取仰卧位，双下肢同时屈髋、屈膝各90度，记录诱发出下肢疲劳（屈髋、屈膝开始非90度）所需的时间（秒），左、右侧分别计分，共8分。） | >120s | 61~120s | 31~60s | 11~30s | 0~10s |
| | 面部表情肌无力 | 正常 | 闭目力稍差，埋睫征不全 | 闭目力差，能勉强闭上眼裂、埋睫征消失 | 闭目不能，鼓腮漏气 | 撇嘴不能，面具样面容 |
| | | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 | 8分 |
| | 咀嚼、吞咽困难 | 能正常进食 | 进普食后疲劳，进食时间延长，但不影响每次进食量 | 进普食后疲劳，进食时间延长，已影响每次进食量 | 不能进普食，只能进半流质 | 不能进普食，只能通过鼻饲管进食 |
| | 呼吸肌无力 | 正常 | 轻微活动时气短 | 平地行走时气短 | 静坐时气短 | 需用人工辅助呼吸 |

2. 次要症状:

| 次要症状 | 无 (0分) | 轻 (1分) | 中 (2分) | 重 (3分) |
|------|--------|---------------------|------------------------|--------------------------|
| 神疲乏力 | 无 | 精神不振,可坚持体力劳动 | 精神疲乏,勉强坚持日常工作 | 精神极度疲乏,不能坚持日常活动 |
| 少气懒言 | 无 | 不喜多言,不问不答 | 懒于言语,多问少答 | 不欲言语,呈无欲状 |
| 自汗 | 无 | 不动则皮肤微潮,稍动则更甚 | 不动即皮肤潮湿,稍动则汗出 | 平素即汗出,动则汗出,如水渍状 |
| 纳差便溏 | 无 | 饮食无味,食量未减; 溏泻每日3次以下 | 食欲差, 饮食减少1/3; 溏泻每日4~6次 | 无食欲, 饮食减少2/3以上; 溏泻每日7次以上 |
| 腰膝酸软 | 无 | 偶有发作 | 反复发作 | 持续发作, 不易缓解 |
| 头晕耳鸣 | 无 | 偶尔发生 | 经常发生 | 经常发生, 不能缓解, 耳鸣如潮 |
| 畏寒肢冷 | 无 | 手足发冷 | 四肢发冷 | 全身发冷, 得温不解 |

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008:141-143.
- [2] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008:282-285.
- [3] 中华医学会神经病学分会神经免疫学组, 中国免疫学会神经免疫学分会. 中国重症肌无力诊断和治疗指南 2015[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(11):934-940.
- [4] 吴以岭. 气络论[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2018: 748
- [5] 王秀云, 许贤豪, 孙宏, 等. 重症肌无力病人的临床绝对评分法和相对评分法[J]. 中华神经科杂志, 1997, 30(2):87-89.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 90-105.

痿病(重症肌无力)

牵头分会: 中华中医药学会络病分会

牵头人: 胡军勇(河北以岭医院)

主要完成人:

胡军勇(河北以岭医院)

苏卫东(河北以岭医院)

刘志杰(河北以岭医院)

袁学山(河北以岭医院)

陆春玲(河北以岭医院)