

以麻痹性肠梗阻为首发症状的格林巴利综合症1例

高仕霖, 张连峰

高仕霖, 张连峰, 郑州大学第一附属医院消化内科 河南省郑州市 450052

高仕霖, 主要从事上消化道肿瘤的发生机制及胰腺疾病的诊治研究。

作者贡献分布: 高仕霖整理并书写病历; 张连峰审校。

通讯作者: 张连峰, 教授, 主任医师, 450052, 河南省郑州市二七区建设路1号, 郑州大学第一附属医院消化内科。
yfyfzhang@163.com
电话: 0371-66862062

收稿日期: 2016-03-24

修回日期: 2016-05-18

接受日期: 2016-05-31

在线出版日期: 2016-06-28

Paralytic ileus as a presenting symptom of Guillain-Barré syndrome

Shi-Lin Gao, Lian-Feng Zhang

Shi-Lin Gao, Lian-Feng Zhang, Department of Digestive Diseases, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, He'nan Province, China

Correspondence to: Lian-Feng Zhang, Professor, Chief Physician, Department of Digestive Diseases, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, 1 Jianshe Road, Erqi District, Zhengzhou 450052, He'nan Province, China. yfyfzhang@163.com

Received: 2016-03-24

Revised: 2016-05-18

Accepted: 2016-05-31

Published online: 2016-06-28

Abstract

Guillain Barré syndrome is an autoimmune disease mediated by cellular immunity and humoral immunity. This disease mistakenly attacks the peripheral nervous system and

always damages the vegetative nervous system. Once the disease is progressing, the breathing muscles may also be affected, thus leading to respiratory failure. This disease is more frequent in children. Paralytic ileus is rarely reported as a presenting symptom of Guillain Barré syndrome.

© The Author(s) 2016. Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Guillain Barré syndrome; Paralytic ileus; Intestinal pseudo-obstruction

Gao SL, Zhang LF. Paralytic ileus as a presenting symptom of Guillain-Barré syndrome. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2016; 24(18): 2927-2930 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v24/i18/2927.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v24.i18.2927>

摘要

格林-巴利综合症(Guillain Barré syndrome)是一种由细胞免疫与体液免疫介导的神经系统自身免疫疾病,发病机制可能为自身免疫系统错误攻击了人体自身周围神经,该病常常累及自主神经,重症者累及呼吸肌,造成呼吸肌麻痹,危及患者生命。该病儿童多发,成年人且以麻痹性肠梗阻为首发症状实属罕见,特别对于消化科医生极易造成误诊。

© The Author(s) 2016. Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

关键词: 麻痹性肠梗阻; 假性肠梗阻; 格林巴利综合征

核心提示: 麻痹性肠梗阻是消化科常见疾病,其诊断并不复杂,但其病因多种多样,本文报告了

背景资料

格林巴利综合征又称急性感染性多发性神经根神经炎,是由细胞免疫与体液免疫介导的以外周神经损伤为主要特点的神经系统自身免疫性疾病。该病多由病毒感染诱导,发病前多有前驱感染史,该病目前具体发病机制不清,可能是由于自身免疫系统错误的攻击了自身周围神经,造成神经系统损伤。

同行评议者

贾国葆, 副教授, 副主任医师, 温州医科大学附属第一医院消化内科

■ 研究前沿

麻痹性肠梗阻多为外科手术刺激及急性胰腺炎腹腔刺激所引起, 其他原因引起的麻痹性肠梗阻消化医生需要重视。

以麻痹性肠梗阻为首发症状的格林巴利综合征1例, 该病例实属罕见, 并且本病十分凶险值得消化科医生关注。

高仕霖, 张连峰. 以麻痹性肠梗阻为首发症状的格林巴利综合征1例. 世界华人消化杂志 2016; 24(18): 2927-2930 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v24/i18/2927.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v24.i18.2927>

0 引言

格林-巴利综合征又称急性感染性多发性神经根神经炎, 是一种严重的周围神经病变, 多发生于儿童. 该病主要临床表现为进行性对称性肢体肌力减弱, 腱反射减弱, 可伴随自主神经受损, 常表现为心率、心电图(electrocardiogram, ECG)等异常. 该病目前具体发病机制不清, 可能是由于自身免疫系统错误的攻击了自身周围神经, 造成神经系统损伤. 本病高龄患者不多见, 如果以麻痹性肠梗阻为首发症状则更容易误诊, 该病约30%患者可以累及呼吸肌, 造成呼吸衰竭^[1], 故需尽早明确该病诊断给予治疗. 郑州大学第一附属医院消化内科近期收治1例以麻痹性肠梗阻为首发症状的老年格林巴利患者, 现报道如下。

1 病例报告

男, 54岁, 以“腹痛2 wk”为主诉, 收入郑州大学第一附属医院消化内科. 患者2 wk前因进食油腻食物后出现腹痛, 表现为全腹胀痛, 脐周偏左较为显著, 阵发性加重, 伴恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 停止肛门排便及排气, 无发热、咳嗽、咳痰, 无胸闷、心悸患者患“高血压病”10余年, 平日口服硝苯地平缓释片20 mg qd治疗, 未检测血压, 既往因“阑尾炎”行“阑尾切除术”, 无糖尿病等其他疾病, 患病前1 mo无发热、特殊感染史, 无家族遗传史. 入院查体: 一般情况稍差, 急性病容, 神志清, 精神尚可, 心肺功能未及明显异常, 腹软, 上腹部及脐周有压痛, 无反跳痛, 肝脾未触及, 肠鸣音减弱, 四肢无明显减弱, 双下肢肌力V级正常, 双上肢肌力III级; 实验室检查: 白细胞数 $5.90 \times 10^9/L$; 红细胞 $4.62 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白144 g/L; 血小板总数 $274 \times 10^9/L$; 钾4.41 mmol/L; 钠133 mmol/L; 氯92.9 mmol/L; 钙2.15 mmol/L; 甲状腺功能: 游离三碘甲状腺原

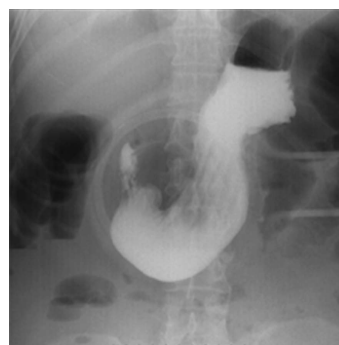


图1 上消化道造影。



图2 腹部X线。

氨酸3.31 pmol/L; 游离甲状腺素12.31 pmol/L; 促甲状腺激素0.42 $\mu U/mL$. 肝肾功能未见明显异常, 血尿酸淀粉酶未见明显异常, 抗核抗体、抗双链DNA、类风湿因子等自身免疫抗体均为阴性; 胃镜检查见胃内大量潴留, 未见明显狭窄及梗阻. 行腹部立位平片可见液气平面及肠道积气(图1, 2). 行腹部CT见肠管局部扩张、积液, 未见明显梗阻部位. 入院后经禁食、胃肠减压、抑制胃肠道腺体分泌、营养支持等对症治疗, 患者病情未见明显好转, 且神经系统症状较前加重, 出现走路不稳, 手麻较前加重, 四肢肌力进一步减弱, 疼痛感觉减退. 遂完善肌电图示: 双胫神经H反射未引出. 双腓深神经周围运动传导速度减慢. 余被检肌及神经周围运动及末梢感觉传导未见异常. 诱发电位示: 双上肢、左下肢锥体束传导未见异常. 右下肢锥体束传导延迟. 双下肢脊髓刺激周围传导延迟. 体感诱发电位示: 右下肢深感觉传导路传导功能异常. 双上肢、左下肢深感觉传导路传导未见异常. 头颅计颈胸椎磁共振: (1)左侧顶叶囊性长T1长T2信号, 考虑扩大血管间腔或囊肿, 请动态观察, 必要时增强扫描进一步协诊; (2)双侧乳突炎, 右侧为著; (3)

■ 相关报道

以麻痹性肠梗阻为首发症状的格林巴利综合征极为罕见, 全世界仅数10例报道。

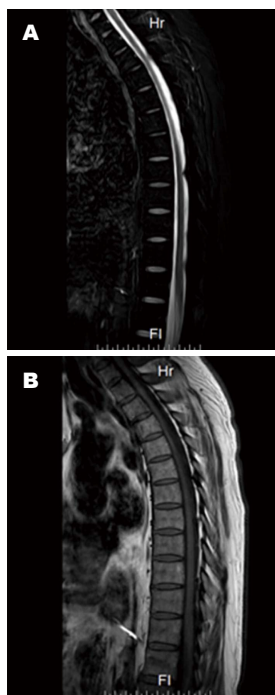


图3 患者脊椎MRI. A: 颈椎退行性变; B: 颈椎间盘轻度突出。

右侧上颌窦轻度黏膜炎; (4)颈椎退行性变; (5)颈4/5、5/6椎间盘轻度突出; (6)颈3/4、4/5、5/6、6/7、胸2/3水平黄韧带肥厚(图3)。脑脊液检查: 无色透明, 压力240 mmH₂O, 白细胞数 $4 \times 10^6/L$, 红细胞数 $4 \times 10^6/L$, 蛋白定量176.8 mg/dL, 糖跟氯化物均在正常范围内, 脑脊液免疫球蛋白IgG与脑脊液白蛋白明显增高, 寡克隆蛋白电泳阴性。脑脊液病毒抗体测定: 带状疱疹病毒IgG阳性, 余均阴性。请神经内科会诊, 诊断为格林-巴利综合征, 给予维生素B₁、维生素B₁₂等营养神经治疗及丙种球蛋白0.4 g/kg治疗5 d后, 给予甲泼尼龙0.5 g qd治疗2 wk后, 患者症状逐渐好转。

2 讨论

格林巴利综合征又称急性感染性多发性神经根神经炎, 是由细胞免疫与体液免疫介导的以外周神经损伤为主要特点的神经系统自身免疫性疾病。该病多由病毒感染诱导, 发病前多有前驱感染史。该病约有2/3的患者为自主神经受损, 主要以心血管系统异常常见, 多表现为心率、ECG等异常^[2], 其次多为皮肤潮红、多汗, 该病可累及胃肠道植物神经, 但症状多为腹泻、恶心、呕吐, 以肠梗阻为首发症状的实属罕见, 全世界报道仅10余例。根据我国1993

年制定的格林-巴利综合征诊断标准^[3], 该病的基本诊断标准包括: (1)进行性对称性肢体肌力减弱; (2)腱反射减弱或消失; (3)起病迅速且病情呈进行性加重; (4)感觉障碍较重, 客观体格检查较轻, 主诉与体征可不相符; (5)颅神经以舌咽、迷走、面神经多见, 视神经、听神经几乎不受累; (6)可伴随植物神经障碍, 多为心动过速、血管运动障碍、多汗等; (7)发病前多有1-3 wk感染史; (8)脑脊液检查蛋白升高, 但白细胞数多正常或稍微偏高, 很少超过 $10 \times 10^6/L$, 出现蛋白细胞分离现象; (9)电生理检查提示神经传导速度明显减慢^[3]。

麻痹性肠梗为各种原因引起的肠道扩张蠕动消失的疾病统称, 常见病因包括: (1)手术刺激; (2)急腹症导致神经反射性麻痹性肠梗阻; (3)电解质异常; (4)肠血管阻塞等疾; (5)腹腔炎症刺激; (6)肠道神经疾病。临床上以手术刺激、腹腔感染及电解质异常最为常见^[4]。询问病史患者近期无手术史、无明显腹痛症状不存在急腹症疼痛刺激, 实验室检查排除电解质异常、严重感染、甲状腺、自身免疫等疾病。根据患者症状、体征与腹部CT不符合肠道血管栓塞。而该患者进行性加重的四肢麻痹、肌力减退, 肌电图示周围运动神经传导减慢, 脑脊液检查符合细胞蛋白分离, 颅脑、颈、胸椎磁共振排除其他脊髓神经病变, 此均符合格林巴利综合征诊断标准, 且早期应用大剂量免疫球蛋白治疗后患者症状得到缓解, 也支持该诊断。故格林巴利综合征是麻痹性肠梗阻是病因^[5]。

该病可累及呼吸肌, 引起呼吸暂停, 危及患者生命, 十分凶险。因此消化科医生需引起重视, 如接诊类似患者, 需尽早明确诊断并使用免疫球蛋白或者大剂量激素治疗。

3 参考文献

- Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 2016 Feb 29. [Epub ahead of print] [PMID: 26948435 DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00339-1]
- Man BL, Fu YP. Intestinal pseudo-obstruction as a presenting symptom of Guillain-Barré syndrome. *BMJ Case Rep* 2014; 2014: pii bcr2014205155 [PMID: 25015168 DOI: 10.1136/bcr-2014-205155]
- 中华神经精神科杂志编委会. 格林-巴利综合征诊断标准. *中华神经精神科杂志* 1994; 27: 380
- Meng YS, Su Y, Fan Y, Yu W, Wang Y, Zheng W, Shen C, Zhou LQ, Zhang Q, Li XS, Han WK, He ZS, Jin J. [Risk factors for the development

■创新盘点

麻痹性肠梗阻为消化科常见疾病, 病因多为手术刺激、急腹症导致神经反射性麻痹性肠梗阻、电解质异常、肠血管阻塞等疾、腹腔炎症刺激。以格林巴利综合征为病因的麻痹性肠梗阻实属罕见。

■应用要点

本病可累及呼吸肌, 造成患者呼吸暂停, 危及生命。故消化科医生如遇到类似病例需提高警惕, 及早诊断治疗。

同行评价

以麻痹性肠梗阻为首发症状的格林巴利综合征在临床上确实罕见, 本文罗列了患者的临床诊治经过与结果, 有一定的参考价值.

of postoperative paralytic ileus after radical cystectomy: a report of 740 cases]. *Beijing Daxue Xuebao* 2015; 47: 628-633 [PMID: 26284399]

5

刘卫刚, 刘蓉辉, 崔文柱, 李玲, 吕佩源. 以自主神经功能障碍为主的格林-巴利综合征. *临床误诊误治* 2014; 27: 60-62

编辑: 郭鹏 电编: 闫晋利



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 © 2016 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

• 消息 •

《世界华人消化杂志》外文字符标准

本刊讯 本刊论文出现的外文字符应注意大小写、正斜体与上下角标. 静脉注射iv, 肌肉注射im, 腹腔注射ip, 皮下注射sc, 脑室注射icv, 动脉注射ia, 口服po, 灌胃ig. s(秒)不能写成S, kg不能写成Kg, mL不能写成ML, lcpm(应写为1/min)÷E%(仪器效率)÷60=Bq, pH不能写PH或P^H, *H. pylori*不能写成HP, T_{1/2}不能写成tl/2或T_{1/2}, V_{max}不能Vmax, μ不写为英文u. 需排斜体的外文字, 用斜体表示. 如生物学中拉丁学名的属名与种名, 包括亚属、亚种、变种. 如幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, *H. pylori*), *Ilex pubescens* Hook, et Arn. var. *glaber* Chang(命名者勿划横线); 常数*K*; 一些统计学符号(如样本数*n*, 均数mean, 标准差SD, *F*检验, *t*检验和概率*P*, 相关系数*r*); 化学名中标明取代位的元素、旋光性和构型符号(如*N*, *O*, *P*, *S*, *d*, *l*)如*n*-(normal, 正), *N*-(nitrogen, 氮), *o*-(ortho, 邻), *O*-(oxygen, 氧, 习惯不译), *d*-(dextro, 右旋), *p*-(para, 对), 例如*n*-butyl acetate(醋酸正丁酯), *N*-methylethanilide(*N*-甲基乙酰苯胺), *o*-cresol(邻甲酚), 3-*O*-methyl-adrenaline(3-*O*-甲基肾上腺素), *d*-amphetamine(右旋苯丙胺), *l*-dopa(左旋多巴), *p*-aminosalicylic acid(对氨基水杨酸). 拉丁字及缩写*in vitro*, *in vivo*, *in situ*; *Ibid*, *et al*, *po*, *vs*; 用外文字母代表的物理量, 如*m*(质量), *V*(体积), *F*(力), *p*(压力), *W*(功), *v*(速度), *Q*(热量), *E*(电场强度), *S*(面积), *t*(时间), *z*(酶活性, kat), *t*(摄氏温度, °C), *D*(吸收剂量, Gy), *A*(放射性活度, Bq), *ρ*(密度, 体积质量, g/L), *c*(浓度, mol/L), *φ*(体积分数, mL/L), *w*(质量分数, mg/g), *b*(质量摩尔浓度, mol/g), *l*(长度), *b*(宽度), *h*(高度), *d*(厚度), *R*(半径), *D*(直径), *T*_{max}, *C*_{max}, *V*_d, *T*_{1/2} *CI*等. 基因符号通常用小写斜体, 如*ras*, *c-myc*; 基因产物用大写正体, 如P16蛋白.



Published by **Baishideng Publishing Group Inc**
8226 Regency Drive, Pleasanton,
CA 94588, USA
Fax: +1-925-223-8242
Telephone: +1-925-223-8243
E-mail: bpgoffice@wjgnet.com
<http://www.wjgnet.com>



ISSN 1009-3079

