

- 中的应用. 中国现代医学杂志, 2003, 15: 122-123.
- [6] 李龙坤, 宋波, 金锡御. 盆底肌电刺激对羊尿道功能影响的实验研究. 中华泌尿外科杂志, 2002, 5: 50-51.
- [7] Amaro JL, Oliveira MO, Padovani CR. Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. Int Urogynecol J, 2003, 14: 204-208.
- [8] 李龙坤, 宋波, 张兴洪, 等. 电刺激盆底肌对膀胱功能影响的实验研究. 中华泌尿外科杂志, 2000, 12: 30-31.
- [9] 张晓红, 王建六, 崔恒, 等. 生物反馈盆底肌肉训练治疗女性压力性尿失禁. 中国妇产科临床杂志, 2004, 10: 13-14.

(收稿日期: 2008-06-20)

(本文编辑: 易 浩)

· 个案报道 ·

Miller-Fisher 综合征神经电生理报告 1 例

闫国平 臧大维 黄维惠

一、病例资料

患者男, 35 岁, 起病 10 d 前有上呼吸道感染病史。主诉“视物重影 2 d, 双手、双足及舌尖麻木 1 d”, 于 2007 年 4 月 5 日入住我院。入院前 2 d 无明显诱因出现视物重影, 无视物旋转, 无耳鸣, 听力减退, 无肢体活动障碍, 无晨轻暮重, 入院前 1 d 出现双手、双足及舌尖麻木, 伴口角歪斜、左侧眼裂闭合不全。入院查体: 双眼外展、内收均受限, 无眼震, 左侧额纹浅, 左侧鼻唇沟浅, 示齿口角右偏, 四肢腱反射减弱, 肌力、肌张力正常, 深浅感觉无异常, 共济运动检查正常, 病理反射未引出。入院第 2 天查体发现四肢腱反射消失。入院第 3 天出现右侧眼裂闭合不全, 查体发现双眼睑上提受限, 双眼外展、内收受限较前加重, 并出现上视、下视受限, 双侧额纹浅, 双侧鼻唇沟浅, 右手指鼻试验欠稳准。脑脊液细胞数正常, 蛋白轻度增高。头颅磁共振成像血管造影正常。神经电生理检查包括肌电图、神经传导和诱发电位检查。肌电图: 拇短展肌、胫前肌可见自发性电活动——纤颤电位和正锐波。神经传导检查: 四肢感觉神经电位波幅降低, 感觉神经传导速度正常; 四肢运动神经传导速度正常, M 波波幅正常; 双侧面神经 M 波波幅降低, 末端运动潜伏期正常。诱发电位: 视觉诱发电位 (visual evoked potential, VEP) 正常; 脑干听觉诱发电位 (brainstem auditory evoked potential, BAEP) 检查示 I ~ V 各波潜伏期正常, I ~ III 波峰间潜伏期延长, V 波低平, V/I 波幅比 < 0.5; 上肢体感诱发电位示 N9 波形、潜伏期正常, N13、N20 波形缺失。诊断为 Miller-Fisher 综合征。

入院后给予静脉滴注免疫球蛋白 (每日 30 g, 连续 5 d)、营养神经药物及经皮电神经刺激等康复治疗, 住院治疗 23 d, 出院时视物重影基本消失, 双手、双足及舌尖无麻木感, 双眼外展、内收较前好转, 右手指鼻试验较前稳准, 四肢腱反射 (+)。

二、讨论

Miller-Fisher 综合征以共济失调、腱反射消失、眼外肌麻痹三联征为特征, 不存在严重的肢体运动障碍, 是吉兰-巴雷综合征的变异型, 与空肠弯曲菌感染有关。近年的研究证实, Miller-Fisher 综合征的发病原因为感染后自身免疫反应。我们报道的患者起病 10 d 前有上呼吸道感染病史, 存在共济失调、腱反射消失、眼外肌麻痹三联征, 无肢体运动障碍, 脑脊液蛋白-细胞分离, 符合 Miller-Fisher 综合征的诊断。本例患者首发症状为复视和

手足舌尖麻木, 与吴磊等^[1]报道的复视和四肢无力有所不同。起病后病情进行性加重, 出现双侧周围性面瘫, 符合吉兰-巴雷综合征的病变特点, 支持 Miller-Fisher 综合征是吉兰-巴雷综合征的变异型。Miller-Fisher 综合征的共济失调以双侧对称性小脑性共济失调最为常见, 吴磊等^[1]报道, Miller-Fisher 综合征出现共济失调是由于小脑及其联系纤维受累所致, 本例患者只出现右手指鼻试验欠稳准, 可能是由于小脑及其联系纤维部分受累所致。

该患者的神经传导检查显示: 四肢感觉神经电位波幅降低, 感觉神经传导速度正常; 四肢运动神经传导速度正常、运动神经传导检查的肌波 (M 波) 波幅正常; 双侧面神经 M 波波幅降低、末端运动潜伏期正常。拇短展肌、胫前肌肌电图可见自发性电活动——纤颤电位和正锐波, 提示 Miller-Fisher 综合征的周围神经病变为轴索损害, 这与经典吉兰-巴雷综合征脱髓鞘性周围神经病变的特点不同。该患者只表现为手足麻木而无肢体无力, 四肢感觉神经电位波幅降低, 四肢运动神经传导速度、M 波波幅正常, 考虑该患者的四肢周围神经病变特点为四肢感觉神经轴索损害。有报道采用经颅磁刺激检查, 发现 1 例表现为构音障碍的 Miller-Fisher 综合征患者有可逆性皮质延髓束损伤^[2]。但目前尚缺乏更多的证据说明 Miller-Fisher 综合征有中枢神经系统损伤。本例患者 BAEP 示 I ~ V 各波潜伏期正常, I ~ III 波峰间潜伏期延长, V 波低平, V/I 波幅比 < 0.5; 上肢体感诱发电位示 N9 波形、潜伏期正常, N13、N20 波形缺失, 考虑存在中枢神经系统受损。

静脉滴注人血免疫球蛋白是 Miller-Fisher 综合征的首要治疗, 对于病情较重的患者可采用血浆置换的方法。本例患者应用静脉滴注人血免疫球蛋白, 辅助营养神经药物及康复治疗, 取得了较好疗效。

参 考 文 献

- [1] 吴磊, 吴卫平, 黄德晖, 等. Miller-Fisher 综合征的临床特点分析. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2006, 16: 307-309.
- [2] Lo YL, Ratnagopal P. Corticobulbar dysfunction in the Miller Fisher syndrome. Clin Neurol Neurosurg, 2003, 105: 156-158.

(修回日期: 2008-01-10)

(本文编辑: 吴 倩)