



米勒費雪症候群 (Miller Fisher syndrome) 中醫治療

王政結 Wang, Tseng-Chieh

清華中醫診所

摘要

脫髓鞘疾病^[1] (demyelination) 是指一類以髓鞘喪失或變薄而軸索相對完好的疾病。其病理變化是神經纖維的髓鞘脫失而神經細胞相對保持完整、使神經衝動的傳送受到影響，可發生于中樞神經系統或周圍神經系統。臨床上將此類疾病分為髓鞘形成障礙型和髓鞘破壞型^[2]。髓鞘形成障礙型脫髓鞘疾病是遺傳代謝缺陷引起的髓鞘形成障礙，主要包括髓鞘磷脂代謝異常引起的腦白質營養不良，如腦白質海綿樣變性、腎上腺白質營養不良等；髓鞘破壞型脫髓鞘疾病是後天獲得的脫髓鞘疾病，如多發性硬化症 (multiple sclerosis MS)、急性多發性神經根炎 (Acute polyradiculoneuritis)，又稱為格林－巴利氏症候群^[1] (Guillain-Barré Syndrome)。米勒費雪症候群屬急性神經根炎這類的疾病，許多人感冒快好了，四肢卻發麻，可要當心得了米勒費雪症候群。其典型症狀是肌腱反射消失 (areflexia)、眼肌運動障礙 (ophthalmoplegia) 及共濟失調 (ataxia)，這些症狀顯示是周邊神經、顱神經及小腦功能的異常。臨床治療包括類固醇、血漿置換及靜脈注射免疫球蛋白 (intravenous immunoglobulin)；中醫在急性期以解表清熱為主^[4]，後期則以補氣補血或加補陽以修復神經鞘膜。

關鍵字：脫髓鞘疾病 多發性硬化症 格林－巴利氏症候群 (Guillain-Barré Syndrome) 米勒費雪症候群 (Miller Fisher syndrome)

前言

脫髓鞘疾病常因環境因素，遺傳體質，在病毒細菌感染的誘發下而發病，許多人常在感冒之後突然出現眼肌麻痺、四肢無力的現象，此即米勒費雪症候群，故在臨床診療上如見此類症候當小心視之，以免延誤治療時機。急性脫髓鞘的神

聯絡人：王政結 電話：02-32335102 E-mail：tall540410@yahoo.com.tw

通訊住址：234新北市永和區永元路89號 清華中醫診所



經髓鞘可以再生〔3〕，且較迅速而完全，對功能恢復影響不大。慢性脫髓鞘性神經病，由於反復脫髓鞘與髓鞘的再生神經膜細胞明顯增殖，神經可變粗，並有軸突喪失，因此功能恢復不完全。因為類固醇對此症效果不理想，通常會施打免疫球蛋白，若能掌握先機，中醫在此類疾病的治療有相當的優勢。

本文

概念

神經纖維分為無髓鞘神經纖維和有髓鞘神經纖維〔2〕。有髓鞘神經纖維如植物神經節前纖維和較大的軀體神經纖維，其軸索有一個外鞘，稱為髓鞘。髓鞘由髓鞘細胞的細胞膜構成。中樞神經的髓鞘細胞是寡樹突膠質細胞〔2〕，周圍神經纖維的髓鞘是許旺氏細胞的細胞膜構成。髓鞘由脂質及蛋白質組成，可保護軸索又具有對神經衝動的絕緣作用，可加速神經衝動的傳導。髓鞘厚的纖維衝動傳導亦快，在髓鞘遭到破壞時，傳導速度減慢。神經傳導也受溫度的影響，在髓鞘脫失時體溫的升高可引起傳導阻滯。

脫髓鞘疾病的病因〔2〕

1. 免疫介導，如多發性硬化症、急性感染性多神經根神經炎。
2. 病毒感染，如進行性多灶性白質腦炎、亞急性硬化性全腦炎。
3. 營養障礙，如腦橋中央型髓鞘崩解症。
4. 缺氧，如遲發性缺氧後脫髓鞘腦病、進行性皮質下缺血性腦病。

一般臨床上診斷脫髓鞘疾病時多指免疫介導的脫髓鞘疾病，包括多發性硬化、急性感染性多神經根神經炎等。

脫髓鞘疾病的分類

1. 病因分類 根據發病原因，Schaumburg 將脫髓鞘分成五類：病毒性、免疫性、遺傳性（髓鞘形成不良）、中毒性（或營養性）和創傷性。
2. Allen分類〔10〕
 - (1) 急性播散性腦脊髓炎：經典型（感染性、預防接種後、特發性）和超急性（急性出血性白質腦炎）。
 - (2) 多發性硬化症：經典型（Charcot型）、急性（Marburg型）、廣泛性硬化症（Schilder型）、同心圓性硬化症（Balo型）和視神經脊髓炎（Devic型）。



急性神經根炎分類

1. 急性發炎性脫鞘性多發神經病變 (Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy)：病理上是以神經脫鞘現象為主，神經傳導檢查是以傳導速度的減慢為主，通常同時侵犯運動及感覺神經，此種亞型在北美及歐洲最為常見。
2. 急性運動及感覺型軸索退化性神經病變 (Acute motor and sensory axonal neuropathy) 及急性運動型軸索退化性神經病變 (Acute motor axonal neuropathy)，在病理表現上，兩者都是以軸索退化為主要表現，在神經傳導檢查都是以動作電位的振幅下降為主，兩者之間的不同在於前者同時侵犯運動及感覺神經，而後者僅侵犯運動神經。這兩種以軸索退化為主的亞型，最常出現在中國大陸的北方、日本及中南美洲。
3. 急性泛自律神經失調 (Acute pandysautonomia)：是最罕見的一種亞型，它同時侵犯到交感及副交感神經系統，臨床上的表現是以自律神經的症狀，如血壓、心律、胃腸道功能、泌尿道功能及排汗功能的異常為主。
4. 米勒費雪症候群 (Miller Fisher syndrome)：早在 1956 年由米勒費雪提出，其 3 個典型的症狀是肌腱反射消失 (areflexia)、眼肌運動障礙 (ophthalmoplegia) 及共濟失調 (ataxia)，這些症狀顯示是周邊神經、顱神經及小腦功能的異常，初看這些症狀似乎與典型的急性神經根炎的表現不同，但是其腦脊髓液的表現以及整個疾病的病程則與急性神經根炎類似，因此米勒費雪當初即以急性特發性多發神經炎 (Acute idiopathic polyneuritis) 稱之，暗示該疾病與急性神經根炎的相關性，目前認為米勒費雪症候群為急性神經根炎在侵犯範圍上的一種變異。

致病機轉的探討及相關的治療

1. 馮清世醫師在他的文章中引用多位學者的研究顯示 Miller Fisher 氏症候群與典型的 Guillain-Barré 氏症候群兩者間有許多類似的臨床表現，包括前驅感染，顱神經侵犯，腦脊髓液中蛋白質細胞分離現象和電生理學變化。這些現象暗示 Miller Fisher 氏症候群的致病機轉和 Guillain-Barré 氏症候群相同，都是周邊神經功能異常而造成〔8〕。
2. 鄭鎰斌等在其所撰文中引述國外學者 Odaka、Al-Din、Arai 等人的見解，他們一致認為畢氏腦炎、Miller Fisher 症候群及 Guillain-Barré 症候群這三種疾病於疾病分類學上有部份重疊並且為一連續性表現〔9〕。
3. 前驅感染中以幽門桿菌 (Campylobacter jejuni) 最常見，中國大陸學者袁錦楣在 1994 年的報告中提出急性神經脫髓鞘疾病前驅感染幽門桿菌占 51%〔1〕。國內學者馮清世醫師也提到 Campylobacter jejuni 的 lipo-oligosaccharide coat 與周邊神



經的 ganglioside 有相似的抗原〔8〕。

4. 目前多數學者認為這是一種自身免疫的疾病。謝松蒼醫師認為髓鞘蛋白可能是免疫過敏原而引起一連串的免疫失調反應，包括 B 細胞抗體異常製造，輔助型 T 細胞的功能低下，毒殺型 T 細胞功能擴張，巨噬細胞活化，細胞激素的分泌，這些連鎖反應造成髓鞘的損害〔7〕。馮清世醫師表示身體免疫系統製造多種 ganglioside 抗體，抗體對抗周邊神經的髓鞘造成急性局部多發性神經的發炎反應，導致脫髓鞘病變。發炎反應是以淋巴細胞浸潤為主，接下來吞噬細胞（macrophage）的 Fc 受體，和髓鞘或 Schwann 細胞上的抗體表面的 Fc 相結合後，吞噬細胞吞食髓鞘而造成脫髓鞘與軸索裸露〔8〕。
5. 謝松蒼認為抗體與免疫型神經病變有關，如 MFS 與 GQ1b 有關〔7〕。馮醫師文中提到 85% 至 90% Miller Fisher 氏症候群病患者有 GQ1b(神經 ganglioside) 抗體，GQ1b 抗體與動眼神經麻痺有很高的相關性〔8〕。鄭鎰斌等引用外國學者 Chiba A, Kusunoki S, Obata H 的報告指出抗 GQ1b 抗體會導致乙醯膽鹼無法由神經末端釋放出來，進一步造成神經功能障礙〔9〕。
6. 在治療上馮醫師表示，目前為止的臨床研究顯示，僅有血漿置換術及免疫球蛋白具有療效，可以縮短約一半的疾病恢復期。至於類固醇及其他免疫抑制劑對治療不但沒有效果，同時可能會產生一些不必要的副作用〔8〕。鄭鎰斌等引用 Yuki N. 和 Ozawa T, Onodera O, Inuzuka T 等人的研究顯示血漿置換術可以去除血清中的抗 GQ1b 抗體而達到治療的效果，免疫球蛋白和血漿置換術兩者在臨床治療上效果差不多〔9〕。

臨床表現

米勒費雪症候群其典型症狀是肌腱反射消失、眼肌運動障礙及共濟失調，在幾天之內，手、腳發麻，由遠端往近端延伸（亦可由近端往遠端延伸）；在感覺症狀發生的同時或稍後，運動神經症狀隨即開始；約有三分之一的病人，發病前數周可能有感染史，如上呼吸道及腸胃道感染。依神經的受犯及程度而有不同，運動神經，感覺神經及自主神經皆可受犯。

1. 運動神經：常以四肢（特別是下肢）末端的肌肉無力開始，繼而侵犯近端肌肉；但亦有由近端肌肉開始的；依疾病的進行，可以犯及呼吸肌肉及顱神經所支配之肌肉，包括吞咽、臉部表情以及眼球運動肌肉，病人可以出現呼吸困難、吞咽障礙、臉肌麻痺以及複視等。
2. 感覺神經：則以大直徑感覺神經的障礙為主，與本體感覺有關，病人早期出現的症狀可以是非特異性的存在於肢體末端的麻、針刺感或痛感，隨著疾病的進行，本體感覺的障礙次第出現，如平衡缺失及感覺共濟失調。



3. 自主神經：其症狀包括心律不整、出汗異常、瞳孔收縮障礙、便秘、腹瀉、排尿困難等。

診斷準則及實驗室檢查^[1,3,5]

主要是依據臨床表現、腦脊髓液檢查和神經電生理檢查。臨床表現如上所述，兒童與青少年多發，病前多有上呼吸道或腸胃道感染。實驗室檢查如下：

1. 腦脊髓液檢查

- (1) 蛋白質分離 疾病初期無明顯變化，病後 4~6 周達高峰，最高可達 10g/L。在疾病過程中細胞數多為正常，有少數可輕度升高，表現蛋白質分離現象。
- (2) 免疫球蛋白升高 腦脊髓液中 IgG，IgM，IgA 明顯升高。

2. 血液檢查

白血球多數正常，部份患者中性球增多，急性期病人抑制 T 淋巴球減少，輔助 T 淋巴球與抑制淋巴球比值升高。

3. 電生理檢查

在神經脫鞘變化下，可以看到神經傳導速度變慢、遠端潛值（distal latency）延長、F 波的潛值延長及部分的傳導障礙。在軸索退化的變化下，則是以運動或感覺動作電位振幅下降為主要表現。

鑑別診斷^[3,5]

米勒費雪症候群可侵犯運動神經、感覺神經及自主神經，依受累神經的不同可出現手、腳發麻、肌腱反射消失、眼肌運動障礙及共濟失調，需與多發性周圍神經病變、周期性麻痺、全身型重症肌無力、急性脊髓炎、多發性肌炎、肉毒桿菌中毒、脊髓腫瘤相鑑別。如多發性周圍神經病變起病緩慢，無呼吸肌麻痺，腦脊髓液正常；周期性麻痺四肢癱瘓，近端重而遠端輕，無感覺障礙，腦脊髓液正常；急性脊髓炎先驅症狀發燒，脊髓橫斷性損害，有傳導束性感覺障礙；肉毒桿菌中毒有眼肌麻痺、吞嚥困難、呼吸肌麻痺，心動過緩；脊髓腫瘤早期一側肢體無力，後期雙側受損或出現脊髓橫斷性損害。



治療辯證論治

中醫治療此症依急性期、緩解期辨證分型施治^{〔3-5〕}。病前多有腸胃道感染或感冒病史，中醫認為此症屬於陽明表症^{〔4〕}，可用葛根湯加黃芩、黃連，或葛根湯合併葛根芩連湯；疾病中期若仍倦怠乏力、輕微發燒屬餘熱未盡，可用小柴胡湯加青蒿、知母、地骨皮；若已無表證但熱勢明顯則採用免疫過亢方^{〔4〕}（黃連解毒湯加青蒿、知母、地骨皮），經過這樣的處理症狀應該都能獲得控制並逐漸緩解。疾病後期則以修復神經髓鞘為主，此時採用補氣補血的方式，以補陽還五湯加減治療，若出現畏寒肢冷或服用一段時間療效停頓則需加入肉桂、乾薑、炮附子。人參、川七對修復神經及溶除代謝廢物頗有助益，可適時加上以提高療效。

臨床案例

1. 個人在臨床上曾有一個案例介紹如下：曾X妹女士 74 歲，20 年前曾中風，幾年前白內障開刀，常期失眠服西藥。自訴因感冒後突然眼瞼無力下垂、複視、眩暈、走路步態不穩（共濟失調）到醫院急診治療，情況較穩定後出院，經人介紹來本所治療。來診時眼瞼力量改善，但複視仍嚴重，看東西有兩個影像，兩外側視力較差走路時容易撞到東西，可自行走路但步態不穩如採棉花上空虛感，講話舌頭不太靈活。來診因屬中後期採補氣補血治療，處以補陽還五湯加上川七、天麻、人參，前後約三個月治療，複視輕微，自行走路穩定許多惟兩側視力改善較慢。
2. 另一案例是我在李政育醫師診所認識的梁珠勞醫師，梁醫師是韓國非常傑出的醫師，此一案例是梁醫師令堂大人的親身經歷，現介紹如下：

梁媽媽 女 57 歲

6 月 10 號：突然發作眩暈，左眼瞼下垂（當時以為單純倦怠）

6 月 13 號：上記症狀以外又發生運動失調，梁醫師以為是 Guillain-Barre 症候群而開渴根湯加芩、連（加重）梁媽媽不放心遂至醫院拍 MRI、MRA，結果無血管異常、無腫瘤因而住院觀察。

6 月 14 號：眩暈、眼睛無法轉動（兩側），眼瞼下垂（兩側）

左下肢腱反射消失，ferritin 182.6（13 ~ 50）

HBsAb 23.86（0-99） IgG1079（916-1796）

CK694（30-180）、CK-MB9（0-5）、glucose 239

血壓 230/120 → 梁醫師改用免疫過亢方（芩、連加重）

加石膏 2 兩、黃耆 3 錢、桑白皮一兩、天麻一兩



經過：媽媽吃藥一小時後瞼可動作一點兒，服藥一天後眼睛開始流出一些液像膿液（粘粘、無色、無臭）的分泌物，在流淚後眼睛越來越進步，眼瞼下垂越好了，處方現今黃耆已經加至一兩，昨天她已出院了。最後的診斷媽媽是 Miller-fischer 症候群，這期間，西醫沒有做事，只是等待，Ig 療法無效。出院媽媽非常高興，對中醫充滿信心和期待。

結語

隨著醫學科技的進步，米勒費雪症候群早期即可明確診斷，早期診斷治療對急性脫髓鞘神經損傷的治癒相對提升。西醫已證實類固醇對此症沒有明顯效果，現在多採用注射免疫球蛋白，療效仍不十分明確。在疾病早期中醫若能參與治療，急性期，緩解期分型辨證明確，病患一定能夠得到滿意的效果。

參考文獻

1. 實用中西醫結合神經病學 孫怡 楊任民主編
北京人民衛生出版社 1999 P323~351
2. 基礎神經病學（第二版） 吳進安 編著
合記出版社 2007 P155~163
3. 神經科專病中醫臨床診治 黃培新 劉茂才主編
北京人民衛生出版社 2004 P100~136, P344~378
4. 中西結合中醫腦神經治療學 李政育著 古丹譯
台北市啓業書局 2001 P97~99
5. 中西醫結合神經病治療學 孔炳耀 李俊主編
北京人民衛生出版社 2004 P464~470
7. 免疫型神經病變的診斷與治療 謝松蒼
Acta Neurologica Taiwanica Vol 13 No 1 March 2004
8. Guillain-Barre 氏症候群的臨床特徵、診斷與治療 馮清世 台灣醫界 2010, Vol.53, No.5
9. 畢氏腦幹腦炎合併 Guillain-Barré 症候群：病例報告 鄭鎰斌 陳若佟 官大紳 台灣復健醫誌 2007; 35(1): 49 – 56
10. Allen IV. Greenfield's Neu-ropathology, Edward Arnold. London, 1992: 447—520