关于神经肌肉接头及肌肉 疾病

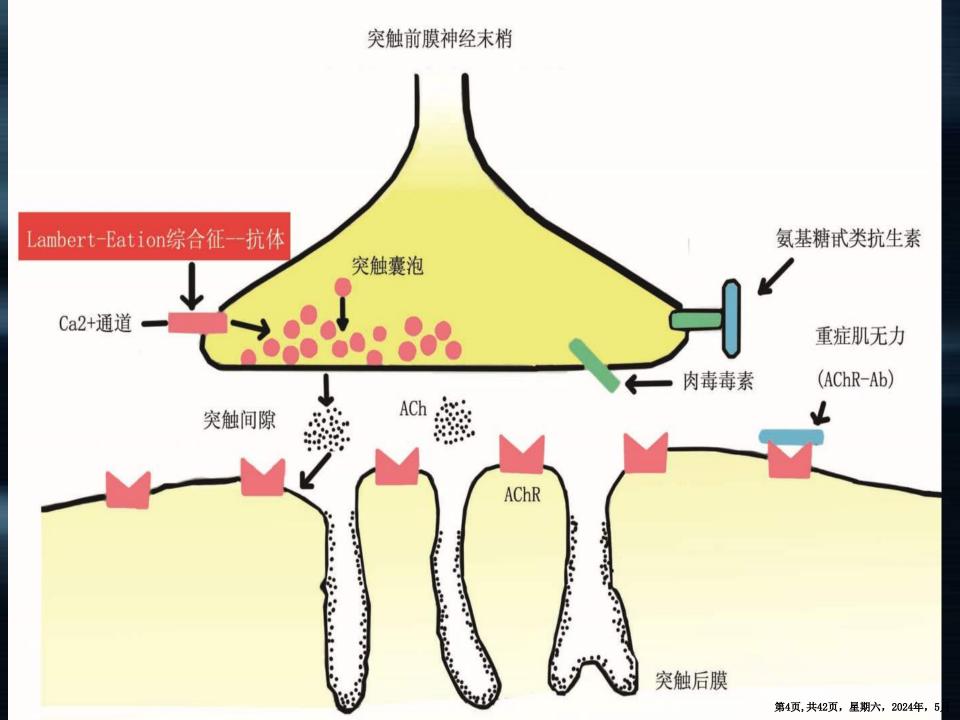




概念

●肌肉疾病通常指骨骼肌疾病

- 骨骼肌由纵向排列的肌纤维(肌细胞)组成
- 骨骼肌受运动神经支配,一个运动神经元支配的肌纤维范围称为一个运动单位。
- ●一个运动神经元的轴突可分出许多分支,与所 支配的肌纤维形成突触(称神经-肌肉接头)



重症肌无力 Myasthenia Gravis

概念

 神经-肌肉接头处(neuromuscular junction)—定位 发生传递障碍的(transmission dysfunction) 获得性(acquired)
自身免疫病(autoimmune disease)—定性



概念

临床特征

部分或全身骨骼肌易疲劳,呈波动性 肌无力特点:活动后加重,休息后减轻,晨轻暮重

病因与发病机制

免疫学说

→MG动物模型自身免疫性重症肌无力(EAMG)的 Lewis大鼠血清可测到AChR-Ab,与突触后膜结合

推测某些特定的遗传素质个体,病毒&其他非特异性因子感染胸腺,导致"肌样细胞"表面AChR构型改变,刺激免疫系统产生AChR-Ab

MG患者常合并其他自身免疫性疾病

病 理

NMJ突触后膜皱摺丧失或减少,突触间隙加宽 胸腺淋巴滤泡增生,胸腺生发中心增多,少数合 并胸腺瘤

临床表现

1. 首发症状 眼外肌无力



- 上睑下垂(ptosis)
- 斜视或复视 (diplopia)
- 眼球运动受限
- 瞳孔括约肌不受累

临床表现

2. 临床特征

>90%的病例眼外肌麻痹

面肌受累



皱纹减少,表情困难,闭眼或示齿无力

咀嚼肌受累



连续咀嚼困难, 进食经常中断

延髓肌受累



饮水呛,吞咽困难,声音嘶哑&鼻音

颈肌受累



颈肌受损时抬头困难

临床表现

严重时出现

呼吸肌、膈肌受累,出现咳嗽无力、呼吸困难,称危象偶心肌受累可突然死亡

平滑肌&膀胱括约肌一般不受累

临床分型

Osserman分型 被国内外广泛采用

I型:眼肌型

II A型: 轻度全身型

IIB型:中度全身型

Ⅲ型: 重症急进型

Ⅳ型: 迟发重症型

1. 肌疲劳试验

疲劳试验(Jolly试验)



重复活动后受累肌肉肌无力明显加重

- 2.药物试验
- ①新斯的明试验
- 1新斯的明0.5~1mg肌注, 10~30min肌力改善为(+)

注射前





注射后

2.药物试验

②腾喜龙(tensilon)试验

- 腾喜龙10mg+注射用水稀释至1ml, i.v注射 2mg, 如可耐受30s内i.v注射8mg
- 1分钟内肌力改善为(+)

- 3. 电生理检查
 - 应用低频2~3Hz和高频10Hz以上对周围神经连续刺激均使动作电位幅度下降10%以上为阳性

4. AChR-Ab测定

- 185%~90%的全身型,50%~60%单纯眼肌型 MG患者AChR-Ab滴度增高
- 1 但抗体水平可与临床状况不平行

5. 胸部X线与 CT平扫

- 1可发现胸腺瘤
- 1>40岁以上患者常见

诊断与鉴别诊断

2. 鉴别诊断

(1) MG与Lambert-Eaton肌无力综合征鉴别

	MG	Lambert-Eaton综合征
病变性质及部位	自身免疫病,突触后膜AChR病 变导致NMJ传递障碍	自身免疫病,累及胆碱能突触前膜电 压依赖性钙通道
患者性别	女性居多	男性居多
伴发疾病	其他自身免疫病	癌症, 如肺癌
临床特点	眼外肌、延髓肌受累,全身性骨 骼肌波动性肌无力,活动后 加重、休息后减轻,晨轻暮 重	四肢肌无力为主, 下肢症状重, 脑神经 支配肌不受累或轻
疲劳试验	(+)	短暂用力后肌力增强、持续收缩后又 呈病态疲劳是特征性表现
Tensilon试验	(+)	可呈(+), 但不明显
低频\高频重复电刺激	波幅均降低, 低频更明显	低频使波幅降低,高频可使波幅增高
血清AChR-Ab水平	增高	不增高

诊断与鉴别诊断

2. 鉴别诊断

(2)格林-巴利综合征

- 1病前有上呼吸道或胃肠道感染史
- 1四肢肌无力无波动
- 1可有感觉障碍
- 1CSF蛋白细胞分离

以上内容仅为本文档的试下载部分,为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文,请访问: https://d.book118.com/645332122100012001