



带你认识重症肌无力

重症肌无力是一种自身免疫性疾病，是由自身抗体攻击神经-肌肉接头的突触后膜上的乙酰胆碱受体，导致其数目减少，影响神经肌肉传导，从而引起骨骼肌易疲劳的疾病。重症肌无力的全球患病率为(150~250)/百万，预估年发病率为(4~10)/百万。我国重症肌无力发病率约为0.68/10万，女性发病率略高于男性；住院死亡率约为14.69%，主要死亡原因包括呼吸衰竭、肺部感染等。重症肌无力在各个年龄阶段均可发病，30岁和50岁左右呈现发病双峰，而儿童及青少年则构成第3个发病高峰。

一、重症肌无力的病因

重症肌无力的确切病因目前尚未明确，可能与遗传、胸腺异常以及病毒感染等多种因素相关。

二、重症肌无力有哪些临床表现

重症肌无力患者全身骨骼

肌均可受累，表现为波动性无力和易疲劳性，症状呈“晨轻暮重”，活动后加重，休息后可减轻，部分患者短期内病情可出现迅速进展，发生重症肌无力危象。常见的症状包括：

1. 对称或非对称性上睑下垂和/或双眼复视，这是最常见的首发症状，见于80%以上的重症肌无力患者。
2. 眼睑闭合无力、鼓腮漏气、鼻唇沟变浅、苦笑或呈肌病面容。
3. 咀嚼困难。
4. 构音不清、吞咽困难、鼻音重、饮水呛咳及声音嘶哑。
5. 抬头困难或不能抬头。
6. 抬臂、梳头、上楼梯困难。
7. 蹲下站起无力。
8. 呼吸困难。
9. 晚期患者可出现肌萎缩。

三、何为重症肌无力危象

重症肌无力危象是指呼吸肌受累时出现咳嗽无力甚至呼吸困难，需紧急行气管插管、呼吸机辅助通气，是重症肌无力患

者的主要死亡原因。出现这种症状，需立即到医院就诊。感染、手术、过度疲劳、精神创伤、全身性疾病、妊娠及分娩等因素，均有可能诱发或加剧重症肌无力的病情，甚至可能诱发重症肌无力危象，需引起高度重视。

四、重症肌无力的治疗

1. 急性加重期的治疗：血浆置换、静脉注射免疫球蛋白，主要用于病情快速进展、呼吸肌受累时的严重状态，以及危及生命的情况。
2. 药物治疗：胆碱酯酶抑制剂（症状性治疗），用溴吡斯的明，其能抑制胆碱酯酶的活性，增加乙酰胆碱在神经肌肉接头的浓度，改善肌无力症状。
3. 免疫抑制治疗：免疫抑制药物包括糖皮质激素和其他口服非激素类免疫抑制剂，如硫唑嘌呤、他克莫司、吗替麦考酚酯、环孢素、甲氨蝶呤及环磷酰胺。
4. 靶向生物制剂：目前临床上用于重症肌无力治疗的，

有被FDA（美国食品药品监督管理局）批准使用的靶向补体的依库珠单抗，以及靶向B细胞的利妥昔单抗、靶向FcRn药物（艾加莫德）等。

5. 外科治疗：合并有胸腺瘤的患者，或常规药物治疗不佳的非胸腺瘤患者，可以考虑胸腺切除。

五、重症肌无力患者需注意哪些事项

1. 注意休息，保证充足的睡眠，规律作息，均衡饮食，戒烟、戒酒，劳逸结合，尽量避免重体力劳动，注意情绪调节，保持精神振奋、心态豁达，避免感染。
2. 在医生指导下规律服用药物，不能随意自行减药、加药或者停药。
3. 避免易致复发的因素，如感染、手术、精神创伤、过度疲劳、饮酒、怀孕等。

六、重症肌无力患者慎用的药物有哪些

重症肌无力患者慎用的药

物包括：部分激素类药物、部分抗感染药物（如氨基糖甙类抗生素等以及两性霉素等抗真菌药物）、部分心血管药物（如利多卡因、奎尼丁、 β -受体阻滞剂、维拉帕米等）、部分抗癫痫药物（如苯妥英钠、乙琥胺等）、部分抗精神病药物（如氯丙嗪、碳酸锂、地西泮、氯硝西洋等）、部分麻醉药物（如吗啡、哌替啶等）、部分抗风湿药物（如青霉胺、氯喹等）。

七、重症肌无力预后怎么样

重症肌无力总体上预后好，症状可改善，不易留下残疾。一般眼肌型预后较好，但眼肌型可在2年内进展为全身型重症肌无力。即使出现呼吸衰竭，经过积极抢救，大部分患者可恢复自主呼吸。随着靶向生物制剂的出现，少数难治性重症肌无力的病情亦能得到有效控制。

（柳州市工人医院 唐友莲）

了解医学伦理学

医学伦理学是以医德为研究对象的科学，运用一般伦理学原理和主要准则，解决医学实践中人们之间、医学与社会之间、医学与生态之间的道德问题而形成的学说体系，是医学与伦理学相互交叉的新兴学科。

一、医学伦理学的三大基本原则

1. 病人利益第一

这个原则要求医务人员不仅在主观上、动机上，而且在客观上、行动效果上对病人确有助益，又不伤害病人，即有义务不去有意地伤害病人，也不能因疏忽大意而伤害病人。

但医疗行动难免会给病人或第三者带来有害的后果，对此可以援用双重效应原则作为这种医疗行动的依据，即：这些有害的后果不是直接的、有意的效应，而是间接的、虽可预见但无法避免的效应。如化学疗法可抑制肿瘤（直接的、

有意的有利效应），但有副作用（间接的、可预见的不利效应）。

医务人员在医疗工作中起着家长一样的作用，称为医学家长主义。坚持医学家长主义的理由是：病人不懂医学，患病后身心处于软弱地位，不能作出合乎理性的决定；为了病人利益，应由医务人员代替病人作出决定。

为了病人自身的利益而对病人的行动加以干涉，这是医学家长主义的干涉。如果病人的行动危害他人或社会，医务人员更应加以干涉，这是非家长主义的干涉。

2. 尊重病人

尊重病人，首先是尊重病人的自主权利（即有权利就关于自己的医疗问题作出决定）。但有些病人由于年幼、无知、智力低下、精神不正常等，降低了或缺乏自主作出合理决定的能力，这时医务人员应加以干涉，以便保护病人不因他们自己的行动造成伤害，这种家

长主义的干涉是正当的。

尊重病人或受试者的自主权利这一原则要求，医务人员或研究人员在试验或实验前，要取得前者的知情同意。受试者在作出接受实验的决定前，应知道实验的性质、持续时间和目的、方法和手段，可能发生的方便和危害，以及对他的健康和个人可能产生的影响。

3. 公正的形式

这是指在形式上要求对在有关方面相同的人要同样对待，对在有关方面不同的人应该不同对待。这些有关方面可以是个人需要、能力、已经取得的成就，或已经对社会作出的潜在贡献等，公正原则在讨论医疗卫生资源的宏观分配和微观分配时十分重要。

二、医学伦理学的历史发展

（一）西方医学伦理学的历史发展

1. 古希腊时期的医生希波克拉底：西方“医学之父”，也是西方医德的奠基人。《希波克拉底全集》中的《希波克拉底誓言》是专门论述医德的文献，其中提出的不伤害原则、病人利益原则、保密原则已成为西方医德传统的核心。

《希波克拉底誓言》主要

内容：

（1）阐明了行医的宗旨，“遵守为病家谋利益之信条”。

（2）强调医生的品德修养，“无论至于何处，遇男遇女、贵人奴婢，我之唯一目的，为病家谋利益，并检点吾身，不做各种害人及恶劣行为，尤不做奸诱之事”。

（3）强调尊重同道，“凡授我艺者敬之如父母，作为终身同业伴侣，彼有急需我接济之，视彼儿女，犹如兄弟，如欲受业，当免费并无条件传授之”。

（4）提出为病家保密的道德要求，“凡我所见所闻，无论有无业务关系，我认为应守秘密者，我愿保守秘密”。

这些医学思想为当今的医学伦理思想奠定了基础。

2. 古罗马名医盖伦（约公元130~200年）指出，“作为医生，不可能一方面赚钱，一方面从事伟大的艺术——医学”，明确了医学职业的利他性。

3. 文艺复兴时期，人道主义日盛。德国医生胡弗兰德（公元1762—1836年）在《医德十二诫》中，提出了医学应秉持救死扶伤、治病救人的观点。

4. 1864年8月，法国、比利时、葡萄牙等12个国家，在瑞士的日内瓦签署《日内瓦公

约》，这是现代医学人道主义的首次规范性表述。

5. 2002年，美国内科学基金、美国医师学院基金和欧洲内科医学联盟共同发表了《新世纪的医师职业精神——医师宣言》。该宣言已被36个国家和地区的120个国际医学组织认可和签署，成为引导现代医学职业发展的风向标。

（二）我国古代主要的医学伦理学

1. 儒家称医术为“仁术”（“医乃仁术”），即医学是一门“救人生命”“活人性命”的技术，不仅体现了医学的人道主义精神，而且还反映了医学的社会职能和医生的职业道德特点。因此，“医乃仁术”贯穿于全部医德的内容之中。

2. 东汉时期的张仲景在《伤寒杂病论·自序》中提出，医生应“精研方术”与“知人爱人”，并特别批评了当时医界存在的道德行径。

3. 唐代杰出的医学家孙思邈在《备急千金要方·论大医精诚论》中提出“人命之重，有贵千金，一方济之，德逾于此”。“大医精诚论”是我国古代医学伦理思想形成的重要标志。

（柳州市妇幼保健院教科科 刘白云）

推动健康知识普及 提高全民健康素养

健康科普

指导单位：柳州市卫生健康委员会 主办单位：柳州日报社
稿件投递：2971813915@qq.com 电话：13977219936