

病例讨论

多发性肌炎病案

连华敏* 韩冠先* 整理

主题词 多发性肌炎/中医药疗法

1 病历摘要

孙某,女,49岁。入院时间:1998年4月27日。主诉:四肢肌肉无力伴萎缩半年余。现病史:患者于1997年11月份感冒后出现双小腿发胀,无力,逐渐向上蔓延,3个月后发展至髌关节,蹲下不能自行站起,半年后双上肢受累,并见四肢变细,起步费力。曾在外院按“重症肌无力”、“肌无力综合征”治疗,症状日趋加重。门诊以四肢无力待诊收住我院。发病以来无复视,无抽搐及肢体麻木。有高血压病史2年。无手术、外伤、过敏史,无肝炎、结核等传染病史。家族史无特殊。月经16⁵/₂₈天,量中等,48岁停经。已婚,育2子女。现症:四肢无力伴萎缩,卧床翻身困难,坐低凳时不能自行站起。双上肢仅能平举,吞咽无力,仅能进流食,久坐时双下肢沉重僵硬。自汗,盗汗,易泄泻。口干不欲饮水,痰多色白不粘,舌质暗红有瘀点、苔黄厚腻,脉沉细无力。入院前每日口服强的松60mg。

查体:体温36.5℃,脉搏76次/分,呼吸18次/分,血压15/10kPa(113/75mmHg)。神志清,精神差,全身皮肤无异常,头颅无畸形,甲状腺不大,心脏听诊无异常,双肺少量湿性罗音。腹软,肝脾不大,语言稍含混。颅神经检查正常。双上肢肌力Ⅳ级,双下肢肌力Ⅳ以下,肌张力低,四肢腱反射弱,病理征(-),全身深浅感觉正常。手大、小鱼际肌,三角肌,股四头肌均萎缩。

辅助检查:血白细胞 $10.5 \times 10^9/L$,中性0.736,淋巴0.264,红细胞 $6.63 \times 10^{12}/L$,血红蛋白167g/L,血小板 $118 \times 10^9/L$,血沉32mm/h;尿检红细胞(+);血清肌酸激酶(CK)3898U/L,乳酸脱氢酶(LDH)1288U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)188U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)300U/L,甲胎蛋白(-),癌胚抗原(-),类风湿因子(-),抗核抗体(-),抗横纹肌抗体(-),抗心肌抗体(-),血清免疫球蛋白IgG16.35g/L,IgA8.28g/L,IgM7g/L,补体C₃1.318g/

L,血脂、血糖均正常;肌电图未见特征性改变,神经重复频率电刺激衰减明显。股四头肌活检:肌纤维部分肿胀变性,部分有玻璃样变性,嗜酸性颗粒变性,横纹不明显,肌纤维横切面轻度角状改变,核内移不明显,未见炎细胞浸润;新斯的明试验(±)。

入院诊断:中医诊断为痿病 西医诊断为多发性肌炎。

治疗经过:入院后强的松60mg,每日清晨7点一次口服,同时予对症支持治疗。中医辨证为痰湿中阻,肺热叶焦。药用黄连温胆汤合二妙散加减治疗半月,症状无好转,于1998年5月13日行病例讨论。

2 病例讨论

进修医师:病人发病前有感冒症状,起病缓慢,渐进性加重,肌肉萎缩明显,肌无力较重,肌酶异常升高,但肌电图无明显特征性改变,肌肉活检有肌肉坏变表现,但无炎细胞浸润,所以西医诊断不明确。中医辨证确有痰湿化热的表现,已用化痰活瘀清热的药物半月余,症状毫无起色,因此感到很迷惑。

住院医师:复习病史,患者有如下特点:(1)中年女性,感冒后起病,病程1年,病情渐重。(2)四肢肌肉无力伴萎缩,病变涉及到咽肌,无明显肌痛症状。(3)查体见肌腹变小,多处肌肉萎缩,神经系统无阳性体征。(4)实验室检查,肌酶升高,肌肉病理见肌细胞变性,肌电图第一次无特征性改变,第二次呈重频递减。(5)患者汗多,易腹泻,舌质暗红,舌尖有瘀点、苔黄厚腻,脉沉细无力。从病历特点看,应考虑肌肉或神经肌肉接头病变。外院曾诊为“肌无力综合征”,该病也是一组自身免疫性疾病,多伴发于肿瘤,肌电图应有低频递减、高频递增表现,这一患者没有这一特点。至于“重症肌无力”,患者肌酶升高,始终无“朝轻暮重”特征,故不支持诊断。多发性肌炎可见肌无力和肌肉萎缩,肌酶升高,通常肌肉活检可以确诊。该患者肌活检未见束膜间有炎细胞浸润,肌电图也无特征性改变,故诊断也有困难。中医诊断该病比较容易,应属痿病范畴,但辨证较难。根据《素问·痿论》:“脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉萎。”以及《罗氏会约医镜》:“火邪状于胃中,但能杀谷,而不能长养气血”,“治者,使阳明火邪毋干

* 河南省洛阳市第二中医院,洛阳市长江西路3号(471003)

收稿日期:2002-07-01;修回日期:2002-12-09

于气血之中,则湿热清而筋骨自强……”的论述,下一步治疗是否可以采用清阳明之热为主的方法,用竹叶石膏汤化裁,这样也符合“治痿独取阳明”的经旨。

主治医师:听取病情汇报,复习病史,患者起于感冒之后,病情呈渐进趋势,神经系统无阳性体征,提示病变不在神经系统。“肌无力综合征”病变在运动神经末梢,肌电图特征性改变为低频递减,高频递增,该患者无此特点。“重症肌无力”病变在神经肌肉接头,患者肌酶升高,新斯的明试验无反应等均不支持该病。种种迹象表明病变部位在肌肉。肌肉病变是一大组病,最常见的是肌炎和代谢性肌病,如脂质沉积性肌病、包涵体肌炎、多发性肌炎等。该患者肌酶大幅度升高,肌电图见有多相波增多,肌肉病理见有肌纤维肿胀、横纹消失,有角形细胞等肌纤维坏变改变。这些均支持多发性肌炎的诊断。但多发性肌炎多有肌痛,肌活检可见炎细胞浸润,该患者无此改变。

从中医辨证方面来看,由于经言:“五脏因肺热叶焦,发为痿躄”,故后世医家多以清肺或祛阳明之热为治。《儒门事亲》甚至提出了“痿证无寒”,“若痿证作寒治,是不刃而杀之”的诊断。这在一定时段,一定程度上指导了痿病的治疗。但从长期的临床实践中发现痿病的病机并非独为“肺热叶焦”,《临证指南医案》就曾指出:“痿证之旨,不外乎肝、肾、肺、胃四经之病,盖肝主筋,筋伤则四肢不为人用,而筋骨拘挛;肾藏精,精血相生,精虚则不能灌溉诸末,血虚则不能营养筋骨;肺主气,为高清之脏,肺虚则高清化绝,化绝则水涸,水涸则不能濡养筋骨;阳明为宗筋之长,阳虚则宗筋纵,宗筋纵则不能束筋骨,以利机关,此不能步履,痿弱筋缩之症作矣。”总之,强调了脏虚致痿的病因病机。该患者苔黄厚而脉弱,口干涎多而汗不止,况且饮食稍有不慎即易腹泻;曾用化痰除湿解毒之药,不见微功,可见脏虚为主,下步治疗应以益肺、健脾、固肾,兼以化痰祛瘀为法,可用地黄饮子合补阳还五汤加减。

主任医师:以上分析各有千秋,比较深入。下面就相关问题提一些看法。多发性肌炎是一组病因未明,以对称性四肢、颈肌、咽肌无力,萎缩、压痛,血清酶升高为主要特征的肌肉炎性疾病。半数患者血沉增快,肌电图可见纤颤电位,正尖波及多相波增多,肌肉活检可见肌束中央纤维完整,外周纤维变性坏死,炎细胞浸润。该患者肌活检未见炎细胞浸润,肌电图无特征性改变,使诊断变的扑朔迷离。事实上多发性肌炎是一组多相综合征,发病机制未必尽同,肌肉病理相亦随时相有异,如早期可见淋巴细胞、浆细胞,甚至多形核细胞浸润,而晚期细胞浸润减少,甚至不易寻到。因此,必须强

调辅助检查的局限性,过度依赖理化检查结果是医家大忌。该患者临床表现已支持多发性肌炎的诊断,但因其临床表现的多相性,尚须与以下肌病鉴别:(1)糖原累积病,多发于儿童期,肌活检可见大量糖原累积及溶酶体增生和破坏;(2)线粒体肌病,以骨骼肌不耐疲劳为特征,但无“朝轻暮重”,肌活检可见类似破碎红纤维(RRF);(3)脂质沉积性肌病,是长链脂肪酸利用障碍所致,临床上复发缓解呈戏剧性改变,肌肉病理可见脂滴堆积;(4)包涵体肌炎,病因不明,肌肉活检可见典型的空泡形成,胞浆内可见嗜伊红性包涵体。该患者无上述特征,因此,同意诊断为多发性肌炎。近些年来,多发性肌炎的西医治疗尚无突破性进展。

中医诊治该病,辨证是关键。以往治疗无明显疗效,这要从两方面分析,一方面有些疾病目前尚无有效治疗方法;另一方面,药不中病,用亦枉然。此患者应属后者。所以要下功夫抓实质,除了复习以往的有关资料外,深入了解病情十分关键。患者病久多虚,痰湿重而汗不止,苔厚腻而脉沉细,舌有瘀点,易于腹泻,乃属虚实夹杂之象。实则痰瘀,无可非议。虚则在何?尚须斟酌。朱丹溪认为,治痿无一定之法,冲任虚寒而成痿者,通阳摄阴;精血内夺、奇脉少气而成痿者,以填补精髓为主。患者病起于太阳之表,渐次入里,伤及脾肾。脾伤失运,痰湿内生,瘀阻经脉,气血不行;肾伤则不能主骨生髓,精血内耗,痿而不用。治宜填补精髓为主,化痰蠲毒为辅,方用右归丸化裁,并撤减强的松用量。

3 后记

根据讨论意见,处方如下:黄芪 100g,熟地黄 30g,全蝎 12g,制天南星 12g,制附子 20g(先煎),肉桂 12g,鹿角胶 20g(烊化),山药 30g,怀牛膝 30g,乌梢蛇 12g,穿山甲 12g,黄柏 3g,水煎服,每日 1 剂。方中黄芪、熟地黄甘温,益气生肌,填精补髓为主;全蝎甘平,通络解毒;制天南星辛温,燥湿化痰,以除脾肾之害,利精血之化源;制附子、肉桂温肾助阳,阳中求阴;鹿角胶血肉有情之品,补血生髓;山药、牛膝补中养脾,益肝强筋;乌梢蛇、穿山甲活络通经;黄柏苦寒坚阴,泻南补北。诸药相伍,填精补髓,蠲毒化痰,颇合病机旨要。服中药同时强的松每周减 10mg,至 15mg/日维持 2 周后,减慢停药速度,2 月后停用。中药连服 2 周,患者自觉症状明显减轻,舌苔渐退。守方稍事加减服用 45 天,患者生活基本能自理,化验 CK325U/L,AST40U/L,ALT35U/L,LDH240U/L。患者要求出院,出院后坚持中药治疗,病情进一步好转。2001 年 2 月化验血清酶正常,患者仍感乏力,但能胜任一般家务。随访至 2002 年 7 月,病情稳定。