

· 病例报告 ·

类风湿重叠多发性肌炎病案

王 宇 光

(中国人民解放军第二一医院中医科, 黑龙江省哈尔滨市南岗区学府路 45 号, 150080)

[关键词] 重叠综合征; 类风湿关节炎; 多发性肌炎

1 病历简介

患者李某, 女, 27 岁, 教师。主因“发热 2 月余, 加重伴周身肌肉疼痛半个月”于 2006 年 2 月 8 日入院。7 年前出现双手指间关节疼痛, 伴晨僵, 诊断为类风湿性关节炎, 未系统治疗, 双手指间关节渐呈梭形变。4 个月前周身关节疼痛加重伴发热, 查类风湿因子阳性, 血沉 96mm/h, 在我科诊断为类风湿性关节炎, 口服非甾体抗炎药、雷公藤多苷及甲氨喋呤治疗 1 个月, 症状减轻, 关节活动自如, 复查血沉 28mm/h, 出院后一直口服上述药物。2 个月前出现低热, 以午后及夜间为重, 体温波动在 37~38℃, 未治疗, 1 个月前出现高热, 体温最高达 40℃, 午后及夜间为著, 静脉滴注抗生素治疗, 体温未下降, 入院半月前出现周身肌肉剧烈疼痛, 以双下肢为重, 甚至不能持物行走, 不能翻身, 体温波动在 37~39℃。入院时周身关节及肌肉均疼痛剧烈, 上下肢不能自如活动, 肌肉压痛, 舌红、苔黄腻, 脉滑数。既往无其它系统疾病史, 否认结核及肝炎等急慢性传染病史, 无外伤及有毒有害物质接触史, 无家族遗传病史。

查体: 体温 37.6℃, 脉搏 96 次/分, 血压 95/60mmHg, 呼吸 18 次/分, 神清, 面色萎黄, 面部无皮疹, 查体合作, 浅表淋巴结无肿大及压痛, 周身无皮疹、皮下结节及出血点, 巩膜无黄染, 心肺查体均无异常, 腹软, 肝脾未触及, 无移动性浊音, 双肾区无叩击痛。四肢活动受限, 双手指间关节梭形变, 关节轻度肿胀及压痛, 肌肉压痛(+), 双上肢肌力Ⅲ级, 双下肢肌力Ⅰ级。辅助检查: 血常规: 白细胞(WBC) $5.2 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.725, 红细胞(RBC) $3.51 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 98g/L, 血小板(PLT) $241 \times 10^9/L$; 尿常规正常; 风湿三项: 抗链“O”217IU/ml, 类风湿因子 104.41U/ml, C 反应蛋白 15.92mg/L; 血沉 115mm/h; 自身抗体: 总 ANA(+), SS-A/B(+), Ds-DNA(-), Sm/RNP(-); 免疫复合物 0.01U/ml, 丙氨酸氨基转移酶

(ALT) 343.1U/L, 天冬氨酸转移酶(AST) 581.7U/L, 球蛋白 57g/L, 乳酸脱氢酶同工酶(LDH) 1185IU/L, 肌酸肌酶同工酶(CK) 8315IU/L, 肌酸肌酶-MB 同工酶(CK-MB) 358.6IU/L, α HBDH 1179IU/L; 胸 X 线片正常; B 超示: 脂肪肝, 腹腔无肿大淋巴结; 心电图示: 电轴左偏, T 波改变。

2 治疗经过

入院诊断: 中医诊断: (1) 痿证: 脾胃湿热; (2) 热痹。西医诊断: 重叠综合征(类风湿重叠多发性肌炎)。给予口服非甾体抗炎药戴芬, 每次 75mg, 每日 2 次; 雷公藤多苷每次 20mg, 每日 3 次, 甲氨喋呤片每次 10mg, 每周 1 次; 强的松每次 20mg, 每日 3 次; 钙尔奇 D 每次 1 片, 每日 3 次; 静脉滴注胸腺肽 20mg, 肌肉注射正清风痛宁 50mg, 每日 1 次; 中药拟清热解毒、健脾化湿法, 方以四妙散加减: 柴胡 20g, 白芍 15g, 石膏 100g, 知母 15g, 黄柏 10g, 牛膝 15g, 薏苡仁 30g, 黄芩 15g, 苍术 10g, 蚕沙 10g, 忍冬藤 20g, 木瓜 15g。2 月 11 日患者体温降至正常, 肌肉疼痛及压痛减轻, 上肢肌力Ⅲ级, 下肢肌力Ⅰ级, 舌质淡红、苔薄黄, 脉细数。生化: ALT 366.42U/L, AST 427.8U/L, LDH 1073IU/L, CK 4147IU/L, CK-MB 205.3IU/L, α HBDH 1064IU/L。西药治疗不变, 中药上方去石膏、苍术、忍冬藤、蚕沙, 加茯苓 15g、鸡血藤 15g、黄芪 50g、当归 15g。2 月 17 日患者体温正常, 肌肉轻微疼痛, 口腔溃疡, 舌质红、少苔, 脉细数, 上肢肌力Ⅱ级弱, 下肢肌力Ⅱ级, 生化: ALT 248.5U/L, AST 212U/L, CK 2655IU/L, LDH 641IU/L, 强的松减为 55mg/日, 中医辨证为湿热伤阴, 治以滋阴清热, 方用知柏地黄汤加减, 药用: 知母 15g, 黄柏 10g, 山茱萸 15g, 茯苓 15g, 牡丹皮 15g, 泽泻 15g, 当归 20g, 白芍 20g, 山药 15g, 巴戟天 15g, 狗脊 15g。2 月 27 日查上肢肌力Ⅱ级, 可持物及活动, 下肢肌力Ⅲ级, 可下地行走, 生化: ALT 141.1U/L, AST 113U/L, LDH 465IU/L, CK 1207IU/L, 中药上方去山药、巴戟天、泽泻、牡丹皮, 加杜仲 20g、骨碎补 20g、续断 15g、黄芪 50g。3 月 9 日患

(下转第 159 页)

状腺和位于舌根部的甲状舌管囊肿等舌占位性病变,取得了一定经验^[2]。叶真等^[3]报道了正常人舌超声解剖及彩色多普勒血流图。周星^[4]对正常人舌动脉经体表彩色超声多普勒检测,及舌部症状患者舌体部彩色多普勒血流分析。经过观察发现,彩色多普勒检查舌占位性病变及舌体部血流具有显像清晰、诊断率高、操作简便易行、无创伤性等优点。

临床观察与实验研究表明,血瘀是与微循环障碍密切相关的病理过程,在舌血管循行方面亦有具体的表现。一些引起血循环障碍的疾病可能会引起舌体血流动力学改变,并在舌体上有一定的体现,这与舌体的血液供给有一定的关系。本研究结果表明,与正常舌对照组比较,瘀血舌组在舌深动脉方面的指标改变明显。

频谱图上的数据测量结果显示,瘀血舌舌深动脉频谱表现为循环阻力大,收缩期峰速度上升迅速,呈尖状峰,其后有一小峰,双峰间有明显切迹,而舒张期下降也快,随之快速下降到近基线水平,这样舒张期仅有较少的血流信号。瘀血舌组其血流表现充盈较差,流速明显低于正常舌对照组,测及高阻力、低流速血流,这与文献报道关于瘀血舌患者表现出血液黏度增大、流变性降低、凝固性增高,其阻力指数增大,血液流速明显降低是吻合的。瘀凝血瘀舌组与气虚血瘀舌组两者在流速比较上差异无统计学意义,表明不同瘀血舌在彩色多普勒影像学上有同样的改变,存在着共性。

通过分析表明,在超声影像学上,正常舌对照组与瘀血舌组有显著性差异。究其原因,我们认为,由于影响血流阻力因素主要是血液黏滞性,血液黏滞性主要取决于血液中的红细胞数。彩色多普勒所检测的为血液中红细胞的运动速度。血液中红细胞的运动速度不尽相同,它们将产生多种频移,同时,具有相同流速的

红细胞的数量也不一样,所产生的振幅信号强度也不尽一致。另外,由于血液搏动的影响,信号频率和振幅将随时间而变化。

由于舌深动脉走行的多弯曲性,故在一个扫查平面上多显示短条状血流,很少延续较长。3组在舌深动脉内径方面比较,差异无统计学意义。由此我们推论,瘀血舌的产生与舌深动脉的内径无明显联系。舌深静脉各指标在3组之间的比较,除内径有差异外,其余各指标均无明显的差异。

观察中还发现,瘀凝血瘀舌组与气虚血瘀舌组在搏动指数上差异有统计学意义,气虚血瘀舌组的搏动指数低于瘀凝血瘀舌组。搏动指数与血流阻力及血流量有关。瘀凝血瘀舌组其血液处于高凝聚状态,而气虚血瘀舌组本质是由于气虚所导致的,气虚无力推动血液的运行导致血瘀,同时气虚也会导致生血乏源,血液的生成减少,在彩色多普勒影像上显示为搏动指数低于瘀凝血瘀舌组,血液充盈减少,低流量的谱像。

证的研究是中医理论的重要环节,探求证的本质,寻求证的客观依据是中医研究的重要课题。血管超声的检测为中医瘀血证的舌象研究提供了新的方法。

参考文献

[1]邓铁涛. 中医诊断学. 5 版. 上海:上海科学技术出版社, 1992:102.
[2]张缙熙,姜玉新. 浅表器官及组织超声诊断学. 北京:中国科学技术出版社,2000:101.
[3]叶真,曲延征,林礼务,等. 正常人舌超声解剖及彩色多普勒血流图研究. 中华超声影像学杂志,1999,8(3):167.
[4]周星,张天艳. 正常人舌动脉经体表彩色超声多普勒检测. 中国医学影像技术,1999,15(4):277.

(收稿日期:2006-11-17;修回日期:2007-02-16)

[编辑:李春梅]

(上接第 149 页)

者周身肌肉无疼痛,下肢肌力Ⅳ级,生化:ALT 62U/L,AST 83.6U/L,CK 547IU/L,LDH 388IU/L,CK-MB 20.8IU/L,αHBDH 419IU/L,强的松减为 50mg/日,中药方不变。3月26日下肢肌力Ⅱ级弱,无力痿软,生化:ALT 58.4U/L,AST 77.9U/L,CK 323IU/L,LDH 310IU/L,CK-MB 14.3IU/L,αHBDH 318IU/L,中药上方加桂枝 15g、鸡血藤 20g,强的松减为 47.5mg/日。4月10日双上、下肢肌力正常,乏力,酶学:ALT 41U/L,AST 52U/L,CK 21IU/L,LDH 214IU/L,CK-MB 12.8IU/L,αHBDH 261IU/L,强的松减为 45mg/日,中药仍用上方。住院治疗 66 天出院,周身关节及肌肉均无疼痛,四肢肌力正常,出院后嘱继续口服强的松及免疫抑制剂并定期复诊。

3 讨论

患者青年女性,既往有 7 年类风湿性关节炎病史,此次急性发病以多发性肌炎症状为主,伴有类风湿性关节炎症状及化验改变,符合重叠综合征诊断,从中医分析,此患者初起属湿热伤筋,以邪实为主,正邪相搏故发热,肌肉疼痛,活动不利,进一步发展,湿热耗伤肝肾之阴,出现肝肾阴虚,脾胃气虚,筋脉失濡之证,故初期治疗以清热利湿为主,方用四妙散加减,后期肝肾不足,以补肝肾、强筋骨、通经活络、健脾益气为主,通过中西医结合治疗,缩短了病程,特别是激素的用量和用药时间大大缩短,有效减少了长期应用激素带来的一系列不良反应,为本病的治疗初步积累了一些有益经验。

(收稿日期:2007-04-11;修回日期:2007-06-15)

[编辑:洪涛]