

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.05.025

病例报告

健脾益肾治疗重症肌无力伴胸腺瘤及部分味觉障碍 1 例

陈 沛, 任 毅, 邹忆怀, 钟利群, 张 华, 付彩虹, 刘 岑*

(北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700)

摘要 重症肌无力 (MG) 是一种累及神经-肌肉接头处突出后膜乙酰胆碱受体 (AchR) 的获得性自身免疫性疾病, 常伴有胸腺瘤, 但同时伴有味觉障碍的病例国内罕有报道。本文报道 1 例重症肌无力伴胸腺瘤及部分味觉障碍, 初步分析、探讨可能的发病原因及中医对此病的认识。

关键词 胸腺瘤; 重症肌无力; 味觉障碍

重症肌无力 (MG) 是一种累及神经-肌肉接头处突出后膜乙酰胆碱受体 (AchR) 的获得性自身免疫性疾病, 病变以骨骼肌损害为主, 约有 10%~20% 的 MG 患者伴有胸腺瘤^[1]。近年来有临床研究发现, MG 还可累及骨骼肌以外的组织、器官疾病, 如合并系统性红斑狼疮、干燥综合征、Graves 病、癫痫、锥体束征等^[2]。现报道 1 例 MG 伴胸腺瘤及部分味觉障碍, 并初步分析、探讨可能的发病原因及中医对此病的认识。

1 病历摘要

患者, 男, 40 岁, 于 2012 年 12 月无明显诱因出现左侧眼睑下垂, 无复视, 无其他不适。1 个月, 患者左侧眼睑下垂加重, 同时出现部分味觉障碍 (甜味丧失, 咸味觉极小程度保留), 于北京某医院查左侧眼睑疲劳试验阳性, 低频重复神经电刺激可见波幅递减现象 (面神经、副神经), 诊断为“重症肌无力”, 予口服溴吡斯的明每日 180 mg 后, 左眼睑可正常抬举。胸部增强 CT 提示: 前上纵膈占位, 胸腺瘤可能; 查抗乙酰胆碱受体抗体 (AchR. Ab) 阴性, 抗骨骼肌受体酪氨酸激酶抗体 (MuSK. Ab) 阳性。于 2013 年 2 月 21 日行胸腺瘤切除术 + 胸腺切除术 + 心包部分切除术, 病理结果示: B3 型胸腺瘤。手术后患者眼睑下垂、咸味觉减退即有明显好转。后患者行 25 次放疗。放疗后患者复查 AchR. Ab (-), MuSK. Ab

(-)。仅于劳累后会再出现左侧眼睑下垂, 减溴吡斯的明用量至每日 60 mg, 此时甜味仍丧失。5 月底, 患者开始于我科门诊进行中药治疗。初诊时患者自诉口淡无味, 甜味丧失, 咸味觉稍减退, 易疲劳, 出汗减少, 纳眠可, 大便质黏, 每四五日一行, 小便调, 舌质淡红, 舌体胖大、边有齿痕, 舌苔薄白, 脉滑。中医辨证为脾虚证, 治以健脾益气之法, 方用补中益气汤合参苓白术散加减: 黄芪 10 g, 当归 10 g, 茯苓 10 g, 白术 10 g, 麸炒白术 15 g, 炒枳壳 10 g, 陈皮 10 g, 玉竹 10 g, 瓜蒌 15 g, 墨旱莲 15 g, 女贞子 10 g, 麸炒薏苡仁 10 g, 炒白扁豆 10 g, 莲子肉 10 g, 延胡索 6 g, 百合 15 g, 炙甘草 10 g, 土茯苓 10 g。14 剂, 水煎服, 每日 1 剂。服上方后, 患者自觉味觉有所改善, 大便较前通畅。后定期调整中药处方, 逐步加大黄芪用量至 50 g; 考虑患者在脾虚的基础上兼有肾虚, 故在健脾的基础上加熟地黄、黄精、山萸肉、肉苁蓉等补肾之品。服中药近 5 个月, 患者各种症状逐渐改善, 期间未出现其他不适症状, 于 10 月停药溴吡斯的明, 眼睑可正常抬举, 咸味觉基本恢复正常, 可略尝出甜味, 大便每 2~4 日一次, 复查重复神经电刺激示: 左面神经、左尺神经重复频率刺激均无明显递增、递减现象。继续服药至 2014 年 1 月, 患者甜味障碍及出汗少、便秘等症状亦基本恢复正常, 停药中药。

2 讨论

患者发病后 1 个月开始出现味觉障碍, 当时查

* 通讯作者: liucen@aliyun.com, (010) 84013130

口腔黏膜及舌未见明显异常,予制霉菌素及点舌丸口服治疗,症状无缓解。可基本排除口腔疾患所导致的味觉障碍。刘卫彬等^[3]曾报道了 1 例类似的病例,患者同样有胸腺瘤、MG、味觉丧失,不同的是这例患者还同时患有干燥综合征,损及舌乳头,出现舌前 2/3 的舌乳头斑片状脱落,从而导致味觉丧失,经血浆置换、大剂量丙种球蛋白冲击、化学药物治疗后,患者舌黏膜、味觉均恢复正常。而本例患者并无口干、眼干、进食时需饮水等干燥综合征的典型症状,发病初期于口腔医院检查也未发现舌面异常,可基本排除干燥综合征导致味觉障碍的可能。本例患者在胸腺手术后开始进食时即感咸味觉明显改善,故我们考虑味觉障碍与胸腺瘤关系更密切,并非由 MG 引发,更可能仅仅是 MG 的伴发症状,胸腺瘤先后引起了 MG 及味觉障碍。

国外还有数例类似的报道^[4-7],除 1 例特殊外,其余患者的味觉障碍均以甜味觉为主。一项关于 MG 伴味觉障碍的多中心临床研究^[8]显示,在 371 例 MG 患者中,排除其他原因导致的味觉障碍后,发现 9 例(2.4%)患者伴有可能与 MG 有关的味觉障碍,这一概率高于普通人群中味觉障碍的患病率,这些患者的血锌水平均正常,所有的患者均同时患有胸腺瘤,AchR. Ab 均为阳性,其中有 8 例都以甜味觉受损为主,5 例在 MG 发病之前已出现味觉障碍,7 例患者的味觉损伤程度与 MG 病情的活动相平行,5 例患者经过针对 MG 的免疫治疗后味觉障碍消失或缓解,4 例患者的味觉障碍随胸腺瘤的复发而复发。但上述有限的病例都尚未能达到完全的一致:如有患者患有胸腺瘤及味觉障碍,AchR. Ab 阳性,但尚无 MG 的相关症状,经胸腺手术后,AchR. Ab 转阴,味觉障碍缓解^[4];有患者于胸腺手术后 6 个月内 AchR. Ab 仍为阳性,味觉障碍无缓解,但眼睑下垂缓解^[5];而本例患者的 AchR. Ab 自始至终均为阴性,只有 MuSK. Ab 由阳转阴。由此可见,MG、AchR. Ab 阳性、胸腺瘤、味觉障碍也并非一定同时存在。

关于 MG 患者的味觉障碍发病机制,可能与自身抗体所介导的免疫反应有关。虽然我们目前见到的病例都是 MG 伴有胸腺瘤,但 Kabasawa C^[9]等大胆推测,味觉障碍与胸腺瘤关系尤为密切,不论伴或不伴有 MG 的胸腺瘤患者,都可能出现味觉障碍。至于为何甜味觉更易受累,可能与甜味传导

通路的相关受体选择性受攻击有关^[6-7]。

MG 以骨骼肌极易疲劳为主要临床特征,眼肌型 MG 以眼睑下垂为主要临床表现,属于中医“险废”的范畴。中国古代文献很早就有相关记载,《北史》有“险垂覆目不得视”的记录,《诸病源候论》称“睢目”;《圣济总录》称“眼睑垂缓”;《目经大成》称“险废”;后世称“上胞下垂”。邓铁涛教授^[8-9]认为,MG 属虚损性疾患,其发病机制为“脾胃虚损为根本,气虚下陷而发病,五脏相关,损及精血”。脾胃居于中焦,乃人体气机升降之枢,气血生化之源,受纳运化水谷精微,达于五脏六腑、四肢百骸,同时脾主肌肉,故险废的发病与脾胃功能失常密切相关。该患者的味觉障碍主要为甜味觉丧失,咸味觉减退,中医五味归经理论认为,甘味属脾,咸味属肾,脾肾亏虚,则相应味觉可能出现障碍。根据“虚则补之”“损者益之”的治则,中药予健脾补肾之剂,各项症状均有改善。

参考文献

- [1] 吴江,贾建平,崔丽英. 神经病学 [M]. 北京:人民卫生出版社,2005:341-342.
- [2] 张华,许贤豪,国红,等. 重症肌无力全身表现及发病机制探讨 [J]. 中华内科杂志,1997,37(6):9-12.
- [3] 刘卫彬,门丽娜,夏强,等. 疑难病例析评 第 91 例 味觉丧失-排便困难-复视-呼吸困难 [J]. 中华医学杂志,2005(46):67-69.
- [4] Iseki K, Mezaki T, Kawamoto Y, et al. Concurrence of non-myasthenic symptoms with myasthenia gravis [J]. Neurol Sci, 2007,28(2):114-115.
- [5] Takamori S, Hayashi A, Tayama K, et al. Improvement of dysgeusia after thymectomy with thymoma [J]. Kurume Med J,1999,46(2):117-118.
- [6] Nakazato Y, Ito Y, Naito S, et al. Dysgeusia limited to sweet taste in myasthenia gravis [J]. Intern Med,2008,47(9):877-878.
- [7] Kabasawa C, Shimizu Y, Suzuki S, et al. Taste disorders in myasthenia gravis: a multicenter cooperative study [J]. Eur J Neurol,2013,20(1):205-207.
- [8] 邓铁涛. 跟名师学临床系列丛书:邓铁涛 [M]. 北京:中国医药科技出版社,2010:35-40.
- [9] 董秀娟. 重症肌无力中医证治的文献资料整理研究 [D]. 广州:广州中医药大学,2012.

(收稿日期:2014-04-20;修回日期:2014-05-04)

编辑:洪 潮