

# 风湿性多肌痛 11 例临床分析

唐福林<sup>1</sup> 伍沪生<sup>2</sup> 姜玉娟<sup>3</sup>

**摘要** 分析 11 例风湿性多肌痛的临床表现, 结合文献进行了讨论。对于 50 岁以上, 以肌痛为主要表现的老年人, 肌酶谱正常, 血沉持续在 50mm/1h 以上, 在除外肿瘤、感染及其他结缔组织病后, 且小剂量激素治疗获得良好疗效者, 应高度疑似风湿性多肌痛的可能。

**关键词** 风湿性多肌痛 颞动脉炎 血沉 强的松

## Clinical analysis of 11 cases with polymyalgia rheumatica

Tang Fulin, Wu Husheng, Jiang Yujuan

(Department of Clinical Immunology and Rheumatology,  
Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730)

**Abstract** Eleven patients with polymyalgia rheumatica (PMR) were analysed. Medical literatures about this disease were reviewed in this paper. PMR should be highly suspected considered in old patients whose age were over 50 years, who had myalgia with normal muscular enzyme spectrum and ESR > 50 mm/hr, however, neoplasm infectious and other connective tissue diseases were ruled out. Clinical symptoms which gave dramatic response to a small dose of prednisone would further support the diagnosis of PMR.

**Key words** Polymyalgia rheumatica Temporal arteritis Erythrocyte sedimentation rate Prednisone

风湿性多肌痛 (polymyalgia rheumatica, PMR) 是一种多见于欧美老年白人的风湿性疾病。由于本病尚无特异的诊断方法, 加之临床医生对该病认识不足, 易误诊、漏诊, 故报道甚少。本文对我院近五年来诊治的 11 例 PMR 分析报道如下, 旨在引起各级医师的重视。

### 临床资料

#### 一、一般资料

11 例 PMR 均为近五年我院的门诊或住院病人。全部符合下列诊断标准<sup>[1]</sup>: 发病年龄 > 50 岁; 颈、肩胛带及骨盆带三处易患部位至少有二处出现肌肉疼痛和晨僵, 且持续 1 个月以上; 全身性反应的实验室证据, 如血沉明显增快, C 反应蛋白升高; 受累肌肉无红、肿、热, 亦无肌力减退或肌萎缩; 排除类似 PMR 的其它疾病, 如类风湿关节炎、

慢性感染、多发性肌炎、恶性肿瘤等; 小剂量皮质激素 (强的松 10mg/d) 治疗反应好。

本组病人女性 8 例, 男性 3 例。发病年龄 43~68 岁, 平均 60.3 岁。2 例在诊断 PMR 时合并颞动脉炎, 均为男性。

#### 二、发病前情况

11 例病人从起病到确诊时间为 6 周~10 个月, 平均 5 个月。曾误诊的疾病有: 上呼吸道感染、多发性肌炎、类风湿关节炎、反应性关节炎、骨质疏松、血管性头痛及发热待查等。可能的诱因为上感、精神刺激各 2 例, 头部外伤、皮肤过敏各 1 例, 无明显诱因者 5 例。

#### 三、临床表现

1. 中国医学科学院北京协和医院 (邮政编码 100730)
2. 北京积水潭医院
3. 鞍山市中医院

7 例缓慢起病, 症状渐加重, 4 例短期内出现明显症状; 发热 8 例, 其中低热( $< 38^\circ\text{C}$ ) 5 例, 中等发热( $< 39^\circ\text{C}$ ) 3 例; 6 例有周身不适、疲乏、恶心厌食、消瘦、精神不振、失眠等, 全部病人均有不同程度近端肌痛, 呈进行性加重, 肌痛为对称性分布, 其中颈部、肩胛带、骨盆带三处同时或先后受累者 6 例, 仅累及肩部、髋部二处者 5 例。首发部位在肩胛带及颈部肌肉者 7 例。有 9 例病人活动明显受限, 表现为上肢高举、梳头不能, 持物不稳。下肢抬腿、下蹲及上下楼困难。受累部位肌肉均未见红、肿、热。1 例轻度肌萎缩, 系废用性所致。采用六级肌力分级法, 仅 1 例肌力 III-IV 级, 其余 10 例肌力均正常。关节疼痛 5 例, 其中 1 例双腕关节痛, 4 例有肩、髋、膝关节痛, 均无肿胀或畸形。9 例伴明显四肢关节痛, 肌肉晨僵, 持续 30 分钟至 1 小时不等。11 例中有 2 例伴颞动脉曲张、触痛、搏动减弱, 并新近发生颞部头痛, 且 1 例伴视物不清、复视、声音嘶哑, 另 1 例有短暂性脑缺血发作。这 2 例 PMR 患者经颞动脉活检均有颞动脉管壁肌层内淋巴细胞浸润, 结合临床考虑合并颞动脉炎。

#### 四、实验室检查

6 例病人有轻、中度贫血, 血红蛋白最低为  $71\text{g/L}$ 。3 例外周血白细胞一过性增高, 但均  $< 15.0 \times 10^9/\text{L}$ 。血小板均在正常范围。全部病人血沉  $> 50\text{mm}/1\text{h}$ , 最高达  $152\text{mm}/1\text{h}$ , 平均为  $103\text{mm}/1\text{h}$ 。C 反应蛋白升高 5 例, 碱性磷酸酶升高 3 例, 其中 1 例伴谷丙、谷草转氨酶及乳酸脱氢酶轻度升高。全部病人肌酸磷酸激酶均正常。2 例类风湿因子分别为 1:32 和 1:64。免疫球蛋白升高 7 例, 4 例为 IgG 增高, 最高达  $27.3\text{g/L}$ , IgM 升高 3 例, 最高达  $6.52\text{g/L}$ 。蛋白电泳: 白蛋白降低 4 例, 最低为 38.2%,  $\alpha$  球蛋白升高 5 例, 最高 13.7%,  $\gamma$  球蛋白升高 5 例, 最高达 37.6%。此外, 抗核抗体、抗 ENA 抗体、抗 J<sub>0</sub>-1 抗体、抗平滑肌抗体及抗线粒体抗体均阴性。总补体和 C<sub>3</sub> 均在正常范围。

行心电图检查的 4 例中, 均未见肯定的肌源性或神经源性损害。1 例行三角肌活检, 未见肌组织异常。

#### 五、治疗反应

本组病人在确诊前, 有 8 例使用非甾体类抗炎药及抗生素, 但症状无明显改善。确诊的 9 例 PMR, 给予强的松  $10\sim 30\text{mg}/\text{d}$  口服, 平均  $18\text{mg}/\text{d}$ , 肌痛、晨僵、关节痛、运动受限、发热等全身不适症状在 1~3 天内迅速缓解, 一周内肌痛症状几乎全部消除。血沉、C 反应蛋白、免疫球蛋白、转氨酶、血红蛋白均在 1 个月内恢复正常。2 例合并颞动脉炎者分别给予强的松  $40\text{mg}$ , 1 次/日和  $50\text{mg}$ , 1 次/日, 3 周后症状及实验指标亦明显改善。全部病人在症状及实验室检查, 尤其血沉恢复正常后, 强的松渐减至  $15\text{mg}$ , 1 次/日或  $10\text{mg}$ , 1 次/日, 维持治疗一年左右。11 例病人中, 7 例平均随诊 17 个月, 除 1 例在确诊一年半后因肺间质纤维化合并感染而死亡外, 其余 10 例病情平稳。

#### 讨 论

PMR 是一组以颈部、肩胛带和骨盆带肌明显疼痛和晨僵, 伴有血沉增快为特点的临床综合征。其发病有明显的地域性, 在斯堪的那维亚和美国明尼苏达 Olnsted 地区发病率最高, 50 岁以上人群发病率达 28.6~53.7/10 万人, 而黑人、亚洲人和土生的非洲人则较少发病<sup>[2]</sup>。我国曾在 1992 年报道 8 例 PMR<sup>[3]</sup>。随着对该病的认识深入和我国人口的老龄化, PMR 的发病率会有增加趋势。本病病因与发病机制尚不清楚。HLA-DR<sub>4</sub> 频率在该病中明显增高<sup>[4]</sup>。已有证据表明, 体液免疫与细胞免疫参与 PMR 的发病过程, 激素治疗有立竿见影之效也表明了该病与自身免疫有关。

由于 PMR 的早期常有非特异性的全身症状, 易造成诊断的困难, 但未经治疗者血沉明显增高成为本病诊断的重要血清学依据<sup>[5]</sup>。必须指出, 血沉是非特异性急性炎症指

标,受多种因素影响,因此在诊断 PMR 前,应排除慢性或急性感染、恶性肿瘤及其它风湿性疾病,如系统性红斑狼疮、多发性肌炎、干燥综合征等。PMR 的肌痛部位与多发性肌炎一致,但 PMR 病人肌压痛不如多发性肌炎明显,且肌酶谱,尤其是肌酸磷酸激酶均在正常范围,肌电图、肌活检均无明显异常。对于有头痛、视力障碍、间歇性跛行、听力下降等合并症的 PMR 应想到发生颞动脉炎的可能,颞动脉活检甚为必要,由于血管炎病变呈节段性分布,因此,对活检标本要做多系列切片和仔细检查。

小剂量皮质激素试验性治疗对 PMR 有诊断价值。如果一周内肌痛症状及血沉改变不明显,要怀疑 PMR 是否成立,或应进一步除外是否合并颞动脉炎,详细地询问病史及体检实为重要。对于使用激素有禁忌证,或使用激素产生严重副作用或撤减激素困难的 PMR 病人,可加用细胞毒药物(甲氨喋呤、硫唑嘌呤或环磷酰胺等)。

总之,对 50 岁以上的患者,以肌痛为主要表现,肌酶谱正常,血沉持续在 50mm/h

以上,在除外肿瘤、感染及其它风湿性疾病后,应想到 PMR 的可能。短期中小剂量皮质激素试验治疗使肌痛症状明显改善,血沉迅速下降,则更支持本病的诊断,但严密的随访仍应进行。

### 参 考 文 献

1. Lie JT. Members and consultant of the American college of rheumatology submittee on classification of vasculitis, illustrated histopathologic classification criteria for selected vasculitis syndromes. *Arthritis Rheum*, 1990, 33: 1074
2. Healey LA. On the epidemiology of polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. *J Rheumatol*, 1993, 20: 169
3. 林 禾,唐福林,董 怡. 风湿性多肌痛 8 例临床分析. *综合临床医学*, 1992, 8: 207.
4. Sakkas LI, Loqueman N, Panayi GS, et al. Immunogenetics of polymyalgia rheumatica. *Br J Rheumatol*, 1990, 29: 331
5. Kyle V, Cawston TE, Hazleman BL. Erythrocyte sedimentation rate and C reactive protein in the assessment of polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis on presentation and during follow up. *Ann Rheum Dis*, 1989, 48: 667.

(收稿: 1996-05-19 修回: 1996-09-23)

## 川崎病再发一例报告

余素明 孙书明

患儿,男,13个月。发热3天,出疹1天入院。病前有受凉诱因,继之发热 37.7~40,2天后背部出现粟粒大小皮疹,渐融合成大片,并扩展到前胸,伴咳嗽、腹泻。体检:体温 39.4,躯干皮肤可见粟粒大小充血性斑丘疹,颌下及颈部表浅淋巴结 1cm × 1cm,结膜充血,唇潮红,口腔粘膜弥漫性充血,心音低钝,心率 100 次。肺呼吸音粗,肝脾不大。诊断:川崎病。辅助检查:Hb 105g/L, WBC 18.1 × 10<sup>9</sup>~20.0 × 10<sup>9</sup>/L, BPC 195 × 10<sup>9</sup>~350 × 10<sup>9</sup>/L, ESR 45mm/第 1 小时,心肌酶谱各项指标轻度升高,心电图示 I 房室传导阻滞,二维超声心动图(2-DE)示左冠状动脉(LCA)直径 3~4mm,左冠状动脉/主动脉(LMCA/AO): 0.2~0.25。先后给予青霉素、氨苄青霉素,地塞米松 1mg/次,共 3 天,阿斯匹林 100mg · kg<sup>-1</sup>/d,潘生丁 3mg · kg<sup>-1</sup>/d,能量合剂等治疗。入院 4 天后

躯干皮肤丘疹渐退,面部、手足心出现针尖大斑丘疹。8天后皮疹消退,肛周膜样脱皮,指甲皮肤移行部呈膜薄片状脱皮,11天后肛周好转,体温正常,症状和体征渐消失,辅助检查除 2-DE 示 LCA 直径 3mm 外其它均恢复正常。住院 45 天出院,继续服用阿斯匹林 20mg · kg<sup>-1</sup>/d,半月后减至 10mg · kg<sup>-1</sup>/d,潘生丁 2mg · kg<sup>-1</sup>/d,出院后 3 个月、半年、1 年后 3 次随访复查 LCA 直径为 2mm,一切恢复正常后停用药物。

患儿于 3 岁时又出现发热,4 天后出现与第一次相同的皮疹,发热 1 周后来院再次诊为川崎病住院。入院时体温 39.8,次日烧退,全身散在少许红(下转第 179 页)

解放军第 304 医院(邮政编码 100037)