

以四肢无力为表现的 甲状腺功能减退性肌病误诊1例报告

唐英超¹, 冉宁晶¹, 杨旭红²

(1. 成都中医药大学, 四川 成都, 610075;

2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610075)

[关键词] 甲状腺功能减退性肌病; 误诊; 四肢无力

[中图分类号] R259.812 [文献标识码] A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.042

甲状腺功能减退性肌病(HM)是由甲状腺功能减退(简称甲减)引起的骨骼肌疾病。该病起病隐匿, 临床表现多样, 其病情轻重与甲减的程度和病程有一定的相关性。早期表现不典型, 主要为不同程度的近端肌无力、肌痉挛、肌痛、肌肥大、反射延迟等, 可同时有甲减的其他表现^[1-2]。据国外文献报道, 本病发生率约占甲减患者的30%~80%^[3]。本病发病机制目前尚不清楚, 可能与遗传、甲状腺功能减退致代谢异常及自身免疫等因素有关。El-Salem等^[4]认为其发病机制可能与甲减患者低代谢导致ATP生成减少、黏多糖在周围神经中沉积及施旺细胞发生代谢性障碍、肌细胞的肾上腺素受体减少引起糖原分解降低等因素相关。本病因为缺乏甲状腺功能减退的典型临床表现而容易被误诊为多发性肌炎, 现将误诊病案1例报告如下。

1 病案资料

李某, 男, 52岁, 因“四肢乏力1个月余”于2018年4月3日收入成都中医药大学附属医院神经内科住院治疗。患者1个月余前无明显诱因出现四肢无力, 以肘膝关节以上为主, 呈缓慢性、持续性, 晨起、上楼时明显, 休息后缓解, 嗜睡, 四肢怕冷, 门诊以“多发性肌炎”收入院治疗。体格检查: T 36.7℃, P 71次/min, R 20次/min, BP 120/84mmHg; 甲状腺轻度肿大, 质稍硬; 神经系统查体无阳性体征。2018年4月4日辅助检查结果显示: 胆固醇(TC) 5.94mmol/L, 三酰甘油(TG) 4.21mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 3.37mmol/L, 磷酸肌酸激酶(CK) 1082U/L, 磷酸肌酸激酶同工酶(CK-MB) 31U/L, 促甲状腺激素(TSH) >100.0uIU/ml, 甲状腺素(T₄) 9.23nmol/L, 三碘甲状腺原氨酸(T₃) 0.39nmol/L, 游离甲状腺素(FT₄) 2.01pmol/L, 游离三碘甲状腺原氨酸(FT₃) 1.82pmol/L, 甲状腺球蛋白(TgAb) 0.04ng/mL, 抗甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb) >600.0IU/ml, 促甲状腺

第一作者: 唐英超, 女, 2017级硕士研究生, 研究方向: 神经病学的临床研究

通讯作者: 杨旭红, 男, 医学博士, 副主任医师, 副教授, 硕士研究生导师, 研究方向: 神经内科疾病的临床研究, E-mail: xuhong7506@163.com

情志的影响至关重要。而“治神”则体现了使脏腑的功能处于“阴平阳秘”的平衡状态。《圣济总录·治神》记载:“专恃毒药, 而不问其情, 则精神不进, 志意不治, 故病不可愈。”也同样强调了在疾病治疗过程中治神的重要性。而目前的生物-心理-社会医学模式的治疗原则也推崇在治愈器质性病变的过程中给予病患关怀和支持, 尤其在对肿瘤患者的治疗中, 心理干预对维持和提高患者的生存质量有着重要的作用^[8]。

参考文献

- [1] 方文涛, 傅剑华, 沈毅, 等. 胸腺肿瘤的诊疗: 基于中国胸腺肿瘤协作组多中心回顾性研究的共识[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(7): 414-417.
- [2] Chen KN, Fu H, Gu Z, et al. Long-term survival after surgical treat-

ment of thymic carcinoma[J]. Annals of Surgical Oncology, 2016, 23(2): 619-625.

- [3] 王常禄, 高兰婷, 吕长兴, 等. 非手术方法治疗局部侵袭性胸腺肿瘤[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(7): 483-488.
- [4] 田建辉. “正虚伏毒”为肺癌发病的核心病机[J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(12): 10-14.
- [5] Riely GJ, Huang J. Induction therapy for locally advanced thymoma[J]. Journal of Thoracic Oncology Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer, 2010, 5(10 Suppl 4): S323.
- [6] 张怀宝. 刘嘉湘教授治疗胸腺瘤经验[J]. 中医研究, 2014, 27(5): 41-43.
- [7] 田建辉, 朱飞鹏, 刘冬霜, 等. “以人为本”建立中医药实体瘤疗效评价标准[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(9): 3-6.
- [8] 刘冬霜, 田建辉, 施志明, 等. 心理干预配合辨证论治对晚期肺癌患者生存质量的影响[J]. 中国肿瘤, 2005, 14(10): 645-647.

(收稿日期: 2018-09-06)

素受体抗体(TSHrAb)40IU/L。肌电图示:左侧正中神经、尺神经波幅降低,左侧胫神经F波出波率降低,双侧H反射潜伏期未见延迟。甲状腺彩超示:甲状腺实质不均匀改变,桥本氏甲状腺炎。于4月4日请内分泌科会诊,确定诊断为原发性甲减,甲减性肌病。治疗上予左甲状腺素钠25μg/d逐渐加量,晨起空腹服,观察心率变化。根据患者耐受程度、TSH及T₄水平调整左甲状腺素钠用量,由25μg/d口服7d后增至50μg/d,同时予以营养神经以及改善循环的药物治疗。患者在出院前于4月19日复查:TSH>100.0uIU/ml, T₄34.4nmol/L, T₃0.84pmol/L, CK567U/L, CK-MB14U/L。考虑甲减性肌病恢复较慢,激酶水平一般无法快速恢复正常。出院时患者四肢无力、嗜睡、怕冷等症状改善不明显,神经系统查体无阳性体征。5月8日门诊复诊,检查结果显示:TSH75.360uIU/ml, T₄69.41nmol/L, T₃1.13pmol/L。患者CK恢复正常,四肢无力明显好转,嗜睡、怕冷等症状改善,予以调整左甲状腺素钠片剂量为75μg/d,定期随访。

2 讨论

甲状腺功能减退是由于甲状腺激素合成和分泌减少或组织利用不足导致的一种全身性代谢降低的综合征。血清TSH和总TT₄、T₄是诊断甲减的第一线指标,因此原发性甲减患者出现血清TSH增高、TT₄和FT₄均降低即可诊断为本病。本例患者血清TSH>100uIU/L, T₄9.23nmol/L, T₃0.39mol/L,故原发性甲减诊断成立。TPOAb、甲状腺球蛋白抗体(TgAb)是确定原发性甲减病因的重要指标和诊断自身免疫性甲状腺炎(包括桥本甲状腺炎、萎缩性甲状腺炎)的主要指标,一般认为TPOAb的意义较为肯定。患者TgAb0.04ng/ml、TPOAb>600.0IU/ml,同时甲状腺彩超提示甲状腺实质不均匀改变(桥本氏甲状腺炎),即可确诊此患者为原发性甲减,病因是桥本氏甲状腺炎。患者血胆固醇升高,不排除是由甲状腺激素水平低下使其促进胆固醇分解小于合成而致肝脏中胆固醇合成增加引起。而HM是甲状腺功能减退引起的肌病综合征,主要有两组症状:一组为甲减症状,如疲乏、食欲不佳、大便干、黏液性水肿等特殊表现;另一组为肌肉症状,其受累肌群以肩带、骨盆带和肢体近端骨骼肌为主,表现为肌肉无力、酸痛,肌纤维体积可正常、萎缩或假性肥大,实验室检查主要有FT₃、FT₄均降低,TSH可升高,肌酶谱有不同程度的升高^[5]。

本病属于中医学“痿证”范畴,《素问·生气通天论》载:“因于湿,首如裹,湿热不攘,大筋痠短,小筋弛长,痠短为拘,弛长为痿”,以“痿躄”“筋痿”命名和分类。《实用中医内科学》中记载:“痿证是指肢体筋脉弛缓,手足痿软无力的一种病证,以下肢

不能随意运动及行走者较为多见”^[6],这一定义包括了如HM等许多以痿软无力为特征的疾病。《证治汇补》中曰:“气虚痿者,因于饥饿劳倦,脾胃气虚,百骸溪谷皆失所养,以致宗筋弛纵。凡人病后手足痿弱者,皆属气虚。所谓脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,故不用者是也。”脾胃为后天之本,若素体脾胃虚弱,或因病致虚,导致脾胃运化水谷精微的功能下降,气血津液生化乏源,则四肢肌肉失其濡养,故见肢体乏力;或饮食不节,中气受损,脾失健运,生化之源不足,则四肢不得濡养,故发为痿病;脾气虚是其主要病机。多数学者认为,HM与情志内伤、饮食及水土失宜相关,其基本病理机制为患者长期阳气亏虚、脏腑功能紊乱导致血脉瘀阻而发病^[7]。

HM非常容易漏诊、误诊,其与多发性肌炎混淆的原因在于两者均有病因不明、起病隐匿、中老年好发、近端肢体肌无力、肌酶升高等特点。王晓彤^[8]报告甲状腺功能低下肌肉病与多发性肌炎有极其相似的临床表现,前者给与甲状腺素替代治疗有显著效果,而后的肌炎特异性抗体呈阳性,给予激素治疗后才能逐渐缓解,且肌电图多为肌源性损害。本案患者以四肢乏力1个月余为主诉就诊于神经内科,因其不伴有肌肥大或肌强直,且甲状腺功能减退表现隐匿而被误诊为多发性肌炎。在神经内科诊疗工作中,应仔细询问病史,全面体格检查,优先考虑各种周围性疾病,学会反思,以减少HM的误诊误治。

参考文献

- [1] Kevin RS, Zachary S, Phylip JB. Hypothyroidmyopathy with a strikingly elevated serum creatine kinase level[J]. Muscle Nerve, 2002, 26(1): 141-144.
- [2] Miguel G, Madariaga NG, Sandra D, et al. Polymyositis like syndrome in hypothyroidism. Review of cases reported over the past twenty five years[J]. Thyroidology, 2002, 12(4): 331-335.
- [3] Madariaga MG. Polymyositis-like syndrome in hypothyroidism; review of cases reported over the past twenty five years[J]. Thyroid, 2002, 12(4): 331-336.
- [4] El-Salem K, Ammari F. Neurophysiological Changes in Neurologically Asymptomatic Hypothyroid Patients: A Prospective Cohort Study[J]. J Clin Neurophysiol, 2006, 23(6): 568-572.
- [5] 相敏,熊国良. 甲减导致甲减性肌病及肾功能下降1例并文献复习[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(18): 2289-2290.
- [6] 王永炎,严世芸. 实用中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2009.
- [7] 顾雯靓,刘毅,牛晓亚. RA-ILD合并感染病例报告[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(15): 105-107.
- [8] 王晓彤. 甲状腺功能低下性肌肉病误诊为多发性肌炎2例[J]. 临床荟萃, 2004, 19(5): 285-286.

(收稿日期:2018-08-06)