

· 短篇报道 ·

以肾炎首诊的甲状腺功能减退性肌病合并高血压 1 例并文献复习

刘钰军^{1,*} 王婷婷² 马春燕¹

1. 甘肃省定西市中医院 (甘肃 定西 744300)

2. 甘肃省中医药大学定西校区 (甘肃 定西 744300)

【关键词】肾炎首诊；甲状腺功能减退性肌病合并高血压；文献复习

【中图分类号】R453

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2023.05.006

One Case of Hypothyroid Myopathy with Hypertension First Diagnosed with Nephritis, and Literature Review

LIU Yu-jun^{1,*}, WANG Ting-ting², MA Chun-yan¹.

1. Gansu Dingxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Dingxi 744300, Gansu Province, China

2. Dingxi Campus, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Dingxi 744300, Gansu Province, China

Keywords: First Diagnosis of Nephritis; Hypothyroid Myopathy with Hypertension; Literature Review

1 临床资料

患者男，49岁，已婚。因“全身水肿2月，加重伴肌肉疼痛1月”就诊。患者于入院前2月无明显原因及诱因出现颜面及双下肢水肿，伴有气短，尤以活动后明显，休息后缓解未能改善，无腰困、腰痛，无发热。1月前出现双侧颞部及双下肢疼痛，尤以咀嚼及下肢活动时疼痛明显，休息后可缓解。曾就诊于我院多家医院，查尿常规：尿蛋白+，隐血+，尿微量白蛋白55.1mg/L。尿素氮8.54mmol/L。测血压150/100mmHg，给予口服“厄贝沙坦片1片次/日”及“百令胶囊、阿魏酸哌嗪片、氢氯噻嗪片、螺内酯片”，“中药汤剂”等药物治疗后上述症状未见缓解，全身水肿及肌肉疼痛症状未见缓解。既往有高血压病史1年余，血压最高达160/95mmHg，平时未行任何诊治。门诊以“肾炎”收住。自病发以来，患者出现便秘、体重下降、乏力等变化。查体：体温36℃，脉搏77次/min，呼吸18次/min，血压150/90mmHg。声音无嘶哑，颜面部轻度水肿，甲状腺未触及，心率76次/min，律齐。双下肢水肿，压之凹陷，双上肢用力后疼痛明显，四肢肌力正常。实验室检查：化验尿常规示：潜血2+，蛋白-；心梗四项：肌酸激酶同工酶12.84ng/mL，肌红蛋白91.2ng/mL；凝血五项：纤维蛋白原1.87g/L。血脂+肾功+离子+心肌酶+肝功能：氯96mmol/L，谷丙转氨酶97U/L，谷草转氨酶69U/L，碱性磷酸酶50U/L，胆固醇7.6mmol/L，甘油三酯5.75mmol/L，同型半胱氨酸23.9μmol/L，乳酸脱氢酶442U/L，α-羟丁酸脱氢酶478U/L，肌酸激酶1852U/L，肌酸激酶同工酶53U/L。三碘甲状腺原氨酸T3 0.49nmol/L，甲状腺素T4 4.47nmol/L，促甲状腺素TSH 90.85mIU/L，游离三碘甲状腺原氨酸1.15pmol/L，游离甲状腺素FT4 2.36pmol/L。抗核抗体谱：均阴性；血常规：白细胞数目6.05×10⁹/L，淋巴细胞百分比44.5%，血小板数目79×10⁹/L，血小板压积0.091%，大血小板数目29×10⁹/L；心梗四项：肌酸激酶同工酶12.84ng/mL，肌红蛋白91.20ng/mL；凝血五项：纤维蛋白原1.87g/L；风湿四项：C-反应蛋白22.400mg/L，类风湿因子22.7IU/mL；心电图：窦性心律、心电图轴不偏、大致正常心电图，ST-T改变。双下肢静脉血管彩超：左侧股总静脉、股深静脉瓣功能不全，余静脉未见明显异常。心脏彩超：心包积液(微-少量)、升主动脉硬化、左室舒张功能减低，收缩功能正常，彩色血流：三尖瓣反流(少量)。腹部及泌尿系彩超：脂肪肝，胆胰脾双肾输尿管

膀胱未见明显异常。甲状腺彩超：甲状腺体积缩小，腺体回声不均匀(请结合临床)。胸部CT检查：未见明显异常。垂体CT检查：垂体CT平扫未见明显异常。肌电图：双侧股四头肌、双侧腓肠肌，所检肌肉未见明显异常。经完善相关检查，最后诊断：(1)甲状腺功能减退性肌病 横纹肌溶解；(2)高血压病2级。治疗经过：左旋甲状腺素钠片100ug 口服1次/日；厄贝沙坦片150mg 1次/日 静脉滴注，8天。肌肉疼痛症状明显缓解，复查肝功①+心肌酶(无AST)：谷丙转氨酶72U/L，碱性磷酸酶33U/L，乳酸脱氢酶434U/L，肌酸激酶530U/L，肌酸激酶MB型同工酶38U/L，α-羟丁酸脱氢酶441U/L；尿沉渣分析：潜血1+(25)Cells/uL，粘液丝102.37/uL；甲功五项：游离甲状腺素8.78pmol/L，游离三碘甲状腺原氨酸3.01pmol/L，甲状腺素48.14nmol/L，三碘甲状腺原氨酸0.73nmol/L，促甲状腺素64.12mIU/L；逐步降低甲泼尼龙琥珀酸钠剂量，改成0.9%生理盐水100mL与40mg甲泼尼龙琥珀酸钠混合注射，1次/日 静脉滴注，6天。复查肝功①+心肌酶(无AST)：谷丙转氨酶62U/L，碱性磷酸酶45U/L，前白蛋白414mg/L，乳酸脱氢酶339U/L，α-羟丁酸脱氢酶386U/L；患者肌肉疼痛症状消失，血压控制平稳。疲乏、无力等一般症状消失，饮食睡眠正常。

2 讨论

本病例为，起病时主要为水肿，并有尿化验异常及肾功能异常，并患者有高血压病史，根据症状、体征及实验室检查，符合慢性肾小球肾炎表现，但多家医院均给予保肾、控制血压及服用中药汤剂治疗后症状无改善，且出现四肢无力伴有四肢肌肉疼痛，尤其以肌肉收缩时更为明显，经化验检查，发现肌酶升高、甲功异常，以甲状腺功能减退表现^[1]。入院后经积极纠正甲状腺功能，及激素冲击治疗后，配合降压药物治疗等，患者水肿、肌肉疼痛等症状明显改善，复查肌酶及甲状腺功能明显改善。考虑该患者为：甲状腺功能减退性肌病，原发性高血压(2级、高危)。

甲状腺功能减退症是一种全身代谢减低综合征，多由于患者甲状腺激素分泌或合成不足所致^[2]。随着年龄增加本病每年呈上升趋势，且女性占比大于男性。结合病变部分本病可分为以下几种类型：(1)原发性甲减占甲减比重高达95%以上，病因多见于患者自身免疫、甲状腺功能亢进或甲状腺手术等。(2)继发性甲

【第一作者】刘钰军，男，主治医师，主要研究方向：中西医结合。E-mail: yxzszs10002@163.com

【通讯作者】刘钰军

减或中枢性甲减, 主要由于患者垂体病变和下丘脑病变造成促甲状腺素分泌和减少所引起, 其中下丘脑病变引起促甲状腺激素释放激素缺少被称为三发性甲减。中枢性甲减常见病因为垂体大腺瘤、垂体外照射、颅咽管瘤。(3)甲状腺激素抵抗综合征临床表现为情绪低落、疲倦、畏寒, 大部分患者可出现痉挛、疼痛、僵硬等肌肉受累情况。甲状腺功能减退性肌病主要特征为肌肉症状, 多因甲状腺激素与患者外周组织产生生物效应障碍引起本病的发生^[3-5]。

甲减性肌病主要临床表现为 5 组症状: 近端肌肉力弱、痛性肌痉挛、肌僵硬、肌肥大、肌强直样改变。根据发病年龄及临床表现不同可分为两型, 即 Kock-Debre-Semelaigne 综合征, 出现于儿童, 表现为肌力弱、动作缓慢、显著的肌肉肥大; 成人型称 Hoffmann 综合征, 表现为肌肉肥大、肌僵硬、肌强直样改变。甲减性肌病国内已报告, 其中有合并周围神经病, 主要临床表现为肌疲劳、肌肥大、四肢远端感觉异常, 本病例则不同, 突出特点为四肢无力, 伴有活动并肌肉收缩时疼痛明显, 双手骨间肌重复运动后肿大, 肌电图证明未引出肌强直电活动。临床亦未引出叩击性肌强直, 故此肌肉肿胀不是肌强直, 且与一般的叩击后引起的肌水肿不同, 其范围明显增大, 因而称为假性肌强直或肌强直样改变, 这一改变的原因笔者认为可能为肌肉收缩松弛缓慢所致^[6]。甲减性肌病血清肌酶测定正常或增高, 甲低患者即使无肌病亦可有肌酶升高^[7-8]。

根据报道得知, 超过一半的甲减患者会出现 CK 水平异常升高, 且 CK 水平与 TSH 呈正比关系, CK 与 FT3 和 FT4 呈反比关系, 但 CK 水平与患者肌肉严重程度无相关性。经过临床给予左甲状腺素治疗, 患者的 CK 可恢复至正常水平, 但 HM 肌电图结果和肌肉活检无法作为判断病情的依据。

CK 上升特征不显著, 且甲状腺生化指标异常可与 HM 同时发生, 增加临床诊断 HM 疾病的误诊率和漏诊率, 故临床对该类疾病需注意与其他肌肉类疾病进行鉴别^[9-11]。

本例患者 T3、T4、FT3、FT4 降低, TSH 增高, 伴有乏力、无力等症状, 甲减诊断明确, 为原发性甲减, 为甲减性肌病中的成人型 Hoffmann 综合征, 表现为肌肉肥大、肌僵硬、肌强直样改变。追问病史, 患者近日四肢肌肉痛感显著, 经实验室检验, 血肌红蛋白和血清肌酶显著上升, 经左甲状腺素治疗效果明显, 需考虑 HM、横纹肌溶解, 同时患者有血压增高病史, 血压最高达到 2 级高血压水平, 经保护肾功能等治疗肾炎后, 血压无明显改善, 之后给予口服降压药物治疗后, 血压降至正常, 考虑患者高血压为原发性高血压 2 级(高危组)。左甲状腺素常应用于治疗甲减

疾病, 其中 L-T 4 片剂经胃肠道吸收高达 80% 以上, 其半衰期为 1 周, 每日服用 1 次, 便可使患者血清 T3、T4 恢复至正常状态。有研究表明, 桥本甲状腺炎患者容易演变成 HM, 故临床对甲减合并桥本甲状腺炎检验时需密切关注其肌酶等指标是否处于正常状态。此外, 甲减患者常见并发症为继发高脂血脂, 甲状腺素替代治疗继发高脂血脂效果显著, 其对调节血脂水平方面有着重要影响。临床对继发高脂血脂患者慎用他汀类降脂药, 以防横纹肌溶解, 同时该类患者临床表现不显著, 常在诊断过程发现肌酶增高, 进一步确诊为甲减。多种肾小球疾病合并甲减等甲状腺疾病每年依旧呈上升趋势, 需要临床全面了解甲减, 减少甲状腺疾病漏诊、误诊的发生率, 以免延误病情。

甲减可引起肌酶谱各酶的升高, 甲减的程度是影响肌酶升高的主要因素, 经甲状腺激素替代治疗后肌酶也可随甲状腺功能逐步改善而逐渐恢复正常, 且各酶与甲状腺功能有很好的相关性。因此, 血清肌酶谱的检测, 对甲减病情判断、疗效观察及预后的估计, 具有一定的临床意义。其中 cK 与甲状腺功能的相关性最好, 那么 cK 是否可以作为评价患者甲减程度的参考指标, 还有待进一步研究。

参考文献

- [1] 贾瑞. 甲减性肌病病例报道及临床特点分析 [D]. 浙江大学, 2009.
- [2] 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.
- [3] 刘婷, 方敬爱, 张晓东, 等. 甲状腺功能减退肌病致急性肾损伤 24 例临床分析 [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(5): 476-478.
- [4] 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 [C]. // 中华医学会肾脏病学分会 2010 学术年会论文集. 2010: 442-442.
- [5] 许建芳. 以乏力为主要表现的甲状腺机能减退性肌病 2 例 [J]. 医药前沿, 2018, 8(12): 277-278.
- [6] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 甲状腺疾病诊治指南——甲状腺功能减退症. 中华内科杂志, 2007, Vol. 46, No. 11.
- [7] 徐俾, 涂晓文, 于洁. 以肾炎首诊的甲状腺功能减退性肌病合并横纹肌溶解 1 例报告. 北京医学, 2017, Vol. 39, No. 6.
- [8] 秦丹丹, 李京丽, 李昭英. 原发性甲状腺功能减退与肌酶谱的相关性研究. 国际内分泌代谢杂志, 2011, Vol. 31, No. 4.
- [9] 中华医学会内分泌学分会. 成人甲状腺功能减退症诊治指南. 中华内分泌代谢杂志, 2017, Vol. 33, No. 2.
- [10] 李颖, 刘云飞, 李艳茹, 等. 膝关节隐匿性骨折诊断中高场强 MRI 与 MSCT 应用价值比较 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2022, 20(4): 177-179.
- [11] 朱道湘, 王春宇, 蒋琳. 老年高血压患者 CDFI 联合 CT 诊断 IMT 值与 BPV 的相关性分析 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2021, 19(4): 27-29, 167.

(收稿日期: 2022-07-15)

(校对编辑: 孙晓晴)

《罕少疾病杂志》论文主题的撰写要求及注意事项

论文主题包括题名、作者及单位、摘要、关键词、中图分类号和文献标识码。依据国家标准 GB7713-87《科学技术报告、学位论文和学术论文的编写格式》, 本刊对来稿主题的撰写作如下要求:

1. 题目 控制在 25 个字以内, 忌繁琐、忌使用不常见的符号和术语。
2. 作者及单位 作者及单位置于题名之下, 单独成行, 作者总数不宜过多, 控制在 8 位以内。学术论文要署真实的姓名和单位(注明作者所在科室)及邮编。同时, 姓名和单位的翻译要力求规范统一。
3. 摘要 400 字以内。摘要的内容应包括与论文等量的主要信息, 即涵盖目的、方法、结果和结论四部分内容, 是一篇完整的短文(即不阅读论文全文就能获得必要的信息)。综述类摘要概述综述目的、主要内容和意义即可。摘要撰写时采用第三人称, 应排除本学科领域已成为常识的内容; 切忌把应在引言中出现的内容写入摘要, 也不要对论文内容作诠释和评论(尤其是自我评价)。
4. 关键词 3~5 个有实际意义的词, 尽量使用汉语主题词表中的词。关键词用分号隔开, 写中文全称, 不要用英文简写。
5. 英文摘要 与中文摘要相对应, 应避免采用中式英文。
6. 中图分类号 该号码是根据论文的内容确定的, 分为 22 个大类。可登录网址 <http://ztlh.xhma.com> 进行查询。