

中西医结合治疗 RS3PE 综合征验案

刘新玉, 刘源香

(山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250355)

[摘要] 缓解性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿(RS3PE)是类风湿关节炎的一个变异型,属中医学水肿、痹病、麻木范畴。本病病机复杂,虚实兼夹,多因风、寒、湿、热、痰、瘀等邪气痹阻肢体经络,致经络不通或肝肾亏虚而为病。报道 RS3PE 综合征中西医结合治疗案例一则,结合病例探讨本病中西医诊疗思路。

[关键词] RS3PE 综合征;水肿;痹病;类风湿关节炎;肝肾亏虚

[中图分类号] R255.6;R256.51 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 0257-358X(2021)06-0645-03

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.06.021

缓解性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿(RS3PE)是类风湿关节炎的一个变异型,属中医学水肿、痹病、麻木范畴。由于发病率低,起病隐匿,诊断标准及发病机制尚不明确,易造成误诊、误治^[1]。现报道 RS3PE 综合征 1 例,探讨其临床特点与诊疗思路,以期为临床医师诊断该病提供借鉴。

1 临床资料

男,56 岁,因“双上肢麻木伴四肢末端水肿 3 月余”入院。自述 3 个月前被金属工具划伤后出现双上肢麻木、乏力,后出现双手及双足、踝部水肿,肢体疼痛,以右股外侧为甚。于当地医院行血、尿、便三大常规检查、血生化检查、颅脑 MRI 检查,未见明显异常,怀疑“类风湿疾病”,予以营养神经、消炎镇痛等治疗,无明显缓解。入院症见:双上肢麻木、酸胀感,四肢疼痛,呈针扎样,以右股外侧为甚;双手近端指间关节、掌指关节、双踝关节夜间痛甚,握拳受限,晨僵 >2 h。四肢末端水肿僵硬,活动受限,以双手及双足、踝为甚;周身乏力,肢体沉重,纳差,眠差,二便调。

查体:四肢肌力 IV 级,肌张力正常,双上肢痛觉敏感,双下肢深浅感觉正常,病理征未引出,双手掌指关节、指间关节、双踝关节压痛(+),双侧“4”字试验(-),四肢末端凹陷性水肿,皮色不红,以双足、踝为甚。舌淡,有瘀点,舌体胖大,苔白腻,脉沉滑。

入院后完善各项检查,并予以改善血液循环、营养神经等治疗。根据患者四诊信息,考虑为脾虚湿盛、水泛肌肤、脉络瘀阻,治以健脾化湿、利水消肿、活血通络,方选五皮饮合身痛逐瘀汤加减。组成:大腹皮 12 g、陈皮 15 g、茯苓皮 24 g、桑白皮 18 g、泽泻 30 g、炒白术 24 g、川芎 21 g、当归 15 g、桃仁 12 g、红花 10 g、乌梢蛇 15 g、细辛 3 g、牛膝 30 g、羌活 15 g、秦艽 15 g、桂枝 15 g。水煎服,日 1 剂,分早晚两次温服。3 d 后患者水肿较前减轻,但仍有四肢疼痛。入院后实验室检查结果:C 反应蛋白 84 mg/L,类风湿因子阴性,抗核抗体测定(ANA)定量:阳性(+),核仁型 1:100。心肌酶谱:肌酸激酶同工酶 38 IU/L,血细胞沉降率 107 mm/h。电解质、免疫球蛋白(G、A、M)、血常规、男性肿瘤系列检查未见明显异常。双下肢动静脉彩超示:双下肢轻度动脉粥样硬化;左踝周皮下积液;余未见明显异常。四肢肌电图检查示:双腓总神经感觉传导波幅降低;所检上下肢肌肉最大用力收缩时募集能力均不同程度减弱。

结合患者临床资料,诊断为 RS3PE 综合征。加用醋酸泼尼松片 5 mg,口服,日 1 次;奥美拉唑肠溶

[收稿日期] 2020-11-26

[基金项目] 山东省重点研发计划项目(编号:2017GSF19116);山东省中医药科技发展计划项目(编号:2019-0178)

[作者简介] 刘新玉(1996-),女,山东济南人,2019 年硕士研究生,研究方向:中医脑病研究。邮箱:17862968003@163.com。

[通信作者] 刘源香(1970-),女,教授,主任医师,硕士研究生导师,主要从事中医脑病研究。邮箱:lyxltwtg@126.com。

片 10 mg,口服,日 2 次;碳酸钙 D3 片(钙尔奇 D 片) 0.6 g,口服,日 2 次。经上述综合治疗半月后症状基本消失,临床痊愈出院。

2 讨论

2.1 RS3PE 综合征及西医治疗

RS3PE 综合征是类风湿关节炎的一个变异型,目前认为是一种临床综合征,可分为原发性和继发性,其发病率低,约为 0.25%^[2]。原发性病因不明,可能与以下因素有关:①环境因素,大部分患者生活在农村^[3];②感染因素;③遗传因素;④季节因素,发病时间集中在 5 月至 11 月,10 月是发病高峰^[4];⑤神经传导功能紊乱。继发性患者常继发于感染、风湿性疾病、血液系统疾病、肿瘤等。临床表现为急性对称性周围关节滑膜炎,常累及除远端指间关节以外的上肢关节及膝、踝关节,夜间关节疼痛加重,伴有晨僵,对称性肢端凹陷性水肿,以手背为甚,肢体抬高及利尿剂治疗效果不佳。患者周身乏力,或发热,或近侧肌肉疼痛、僵硬。辅助检查类风湿因子(RF)多持续阴性,多数患者抗核抗体阴性,少数患者低滴度阳性^[5]。诊断标准不明确,多根据临床特点^[6]:年龄 50 岁以上;急性发作的非侵蚀性多关节炎;肢端凹陷性水肿;类风湿因子和抗核抗体阴性;糖皮质激素治疗有效。目前西医以对症治疗为主,原发性患者对小剂量糖皮质激素反应敏感;继发性患者,需积极治疗原发疾病。本例患者对小剂量糖皮质激素反应敏感,结合其病史、体征及检查结果,明确诊断原发性 RS3PE 综合征。

临床诊断一方面要排除继发疾病,尤其是肿瘤,另一方面主要与类风湿关节炎(RA)和风湿性多肌痛(PMR)鉴别^[7]。类风湿关节炎起病较缓,表现为对称性、持续性关节疼痛肿胀,伴晨僵,晚期出现关节畸形,无肢端凹陷性水肿,绝大部分患者 RF 为阳性。风湿性多肌痛起病急,多见于女性,肌肉疼痛,伴有晨僵,好发于颈、肩胛带及骨盆带^[8],较少累及手关节,无滑膜炎或表现轻微,无凹陷性水肿;实验室检查有全身炎症反应的表现,但无特异性证据。

2.2 辨证论治

RS3PE 综合征属中医学水肿、痹病、麻木范畴。风、寒、湿、热、痰、瘀等邪气痹阻肢体经络,导致正气

为邪气所阻,不能宣行,故诸症乃作。其临床表现复杂,病机尚未有系统论述,结合临床症状及现有病例报道,分析其病机如下。

2.2.1 风寒湿痹阻 风性善行而数变;寒为阴邪,性凝滞,主收引;湿性重着,“湿盛则肿”;风寒湿三气侵袭肌体,痹阻经络关节,凝滞气血,导致肢体冷痛、肌肤麻木、肿胀、痛无定处。《注解伤寒论·辨太阳病脉证并治》云:“风则伤卫,湿流关节,风湿相搏,两邪乱经,故骨节疼烦、掣痛,不得屈伸。”湿性重着、黏滞,湿邪侵袭则肿胀重着,肢体沉重。寒属阴,消伐阳气,故局部皮色不红,触之不热。张楠等^[2]报道本病 1 例,辨证为寒痹、湿痹,自拟方剂温经散寒、祛风除湿、活血通络,疗效较好。

2.2.2 湿热痹阻 外感寒湿不解,郁而化热,或嗜食肥甘厚味、酒酪炙博,湿热内生;或时值长夏,感受暑湿之邪,浸淫皮肉筋脉,致气血不畅,痹阻不通。热为阳邪,阳胜则热,故见发热、烦躁、口渴、小便黄、舌红之象。湿为阴邪,湿盛则肿,湿热交阻于经络、关节、肌肉等处,出现局部的红肿、灼热,且有重着感。舌苔黄腻,脉濡数或滑数均为湿热所致。由于湿热互结、胶固难解,故病多缠绵难愈。王红等^[9]以清热除湿、通络止痛为法,以腾龙汤加减治疗本病 1 例,收效良好;施光其^[10]报道以祛风汤加减治疗本病 3 例,祛风散寒化湿,清热消肿,疗效较好。

2.2.3 痰瘀阻络 该证患者多病变日久,痛久气血运行不畅,气滞则血瘀。《仁斋直指方论》曰:“人之一身,不离乎气血,凡病经多日治疗不痊,须当为之调血。”强调慢性病久治不愈者,易成瘀血。王清任亦指出“久病入络为瘀”,邪气停于体内,日久则入血入络化瘀。血瘀日久,气机不畅,导致津液输布代谢异常,水液停蓄,形成痰饮;另外,外受寒湿、内伤饮食损伤脾胃,水湿不化亦可聚而生痰。痰瘀互结,痹阻肌肤、经络、关节,出现肌肤、关节剧烈疼痛而部位相对固定;血行不畅,气血不能外达,肌肤失养可见皮肤干燥、麻木不仁;经脉痹阻,痰瘀阻络,可致局部肿胀;面色黧黑、舌质紫暗或有瘀斑、脉弦涩均为血瘀之象;眼睑浮肿、胸闷痰多、舌苔腻等,乃痰湿之征。

2.2.4 肝肾亏虚 肝在体为筋,体阴而用阳,司全

身筋骨关节之屈伸;肾在体主骨,藏真阴而寓元阳,为作强之官。《素问·阴阳应象大论》曰:“肝主身之筋膜”,肝之气血充足,则“足受血而能步,掌受血而能握,指受血而能摄”(《素问·五脏生成篇》);张介宾在《类经·藏象类》中亦云:“人之运动,由乎筋力,运动过劳,筋必罢极”。肾主骨生髓,伤肾坏骨,可致痹病。《素问·生气通天论》言:“因而强力,肾气乃伤,高骨乃坏。”《华氏中藏经·论骨痹》亦云:“骨痹者,乃嗜欲不节,伤于肾也。”肝肾亏虚,髓不能满,筋骨失养,血气不行,痹阻经络,渐致关节疼痛、僵硬、屈伸不利;昼为阳,夜为阴,邪入于阴,正邪相争,故入夜为重。

本例患者为中老年男性,体型偏胖,因外伤后致病,病程达 3 月之久不愈,舌苔白厚,舌边有瘀点,脉沉滑。患者平素脾虚湿盛,外伤后导致正气更虚,复感风、寒、湿邪,痹阻肌表、皮肉、经络,气血运行不畅,不通则痛;疾病缠绵不愈,水湿停滞,气血运行不畅,饮停为痰,血停为瘀,痰浊瘀血痹阻脉络,正气为邪气所阻,不能宣行,壅滞经脉,痹痛麻木乃作,故肢体沉重、四肢疼痛呈针扎样;夜间阳气内藏,阴气用事,血行较缓,瘀滞益甚,故受累关节夜间疼痛加重且伴晨僵;四肢水肿,以下肢为甚,湿为阴邪,易趋下位,故见下肢肿甚。舌苔、脉象俱为佐证。综合四诊所得,病机总属本虚标实,脾虚为本,湿痰瘀为标,方选五皮饮合身痛逐瘀汤加减。五皮饮功在健脾益气、行气利水,通调三焦水道,原方皆取皮用药,以皮治皮,以消皮间水气。任应秋《病机临证分析》称本方为“消水肿之通剂”,指出:“水肿之来,肺脾肾也,桑白、大腹消肺水,陈皮、生姜消脾水,茯苓消肾水,而五药皆以气胜,气行则水行也”;又患者素体脾虚,故方中加用大剂炒白术健脾化湿,以杜生湿之源;泽泻味甘淡,归肾、膀胱经,行利水渗湿之功。身痛逐瘀汤原方由祛风除湿、活血通络之品组成,可治瘀血、风湿痹阻经络所致局部或周身疼痛、痛如针刺;方中桂枝与细辛温通经脉、助阳化气利水;诸药合用,共收健脾化湿、利水消肿、活血通络之功。

3 总结

RS3PE 综合征临床发病率低,诊断标准及发病机制尚不明确,临床诊断有一定困难,易误诊误治。医者在接诊疑似患者时应详询病史,仔细查体,从整体出发,综合考虑疾病的诊断。RS3PE 综合征属中医学水肿、痹病、麻木范畴,风、寒、湿、热、痰、瘀等邪气,痹阻肢体经络,致经络不通或肝肾亏虚而为病。病机复杂,虚实兼夹,累及脏腑多涉及肝脾肾,临证需详加辨识。本案在治疗过程中本着辨病与辨证相结合,“衷中参西、以中为主”的治疗原则,紧扣病机、辨证论治,疗效显著。

[参考文献]

- [1] 陈晓琳,李玲玲,薛佳,等. 缓解性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿 22 例临床回顾[J]. 现代生物医学进展, 2019,19(10):1898-1902.
- [2] 张楠,郭静波. 中西医治疗 RS3PE 综合征 1 例[J]. 风湿病与关节炎,2016,5(9):60-62.
- [3] MCCARTY D J, O'DUFFY J D, PEARSON L, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: RS3PE Syndrome[J]. JAMA, 1985, 254(19):2763-2767.
- [4] 王天,张奉春. 一种特殊类型的关节炎:RS3PE[J]. 中华风湿病学杂志,2000,4(5):312.
- [5] 郭惠芳,于庆海,刘凤珍,等. 缓解性血清阴性的对称性滑膜炎伴可凹陷性水肿综合征 21 例分析[J]. 中华老年医学杂志,2005,24(5):345-347.
- [6] 左罗,杨南萍,陈永涛. RS3PE 综合症 1 例并文献复习[J]. 华西医学,2008,23(1):138-139.
- [7] 李玲,黄淑玉,邹毅,等. 缓解性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征误诊一例并文献复习[J]. 临床误诊误治,2017,30(4):37-39.
- [8] 中华医学会风湿病学分会. 风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2011,15(5):348-350.
- [9] 王红,李建武. 中西医结合治疗 RS3PE 综合征 1 例[J]. 风湿病与关节,2014,3(10):45-46.
- [10] 施光其. 祛风汤治疗 RS3PE 的经验[J]. 陕西中医, 2011,32(8):1072-1073.