doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2014.02.027

三叉神经痛伴结缔组织病 10 例临床分析

张英杰 赵建宏 李树杰
(济宁医学院附属济宁市第一人民医院,山东 济宁 272011)

关键词 三叉神经痛,结缔组织病
中图分类号:747.9 **文献标识码**:B **文章编号**:1000-9760(2014)04-149-02

结缔组织病(connective tissue disease,CTD)是一种病因及发病机制尚不清楚,主要侵犯全身结缔组织和血管的自身免疫性疾病。三叉神经痛是最常见的脑神经疾病,以一侧面部三叉神经分布区内反复发作的阵发性剧烈疼痛为主要表现。国内外多数学者认为,CTD 与三叉神经痛之间,有着不可分割的联系,正确诊断以三叉神经痛为主要表现的 CTD,避免漏诊、误诊,并早期、正规予以激素及免疫抑制剂治疗,显得尤为重要。我们收集了 CTD 合并三叉神经痛 10 例患者,并对相关临床资料进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 10 例患者,女性 9 例,男性 1 例,年龄 40～72 岁。结缔组织病分别为未分化结缔组织病 2 例、混合型结缔组织病 2 例、系统性红斑狼疮 2 例、原发性干燥综合征 1 例、系统性硬化症 3 例。其中 7 例以三叉神经痛为首发表现。平均病程为(9.1±12.2)月。

1.2 临床表现

结缔组织病表现:雷诺现象(9 例)、口干(5 例)、眼干(5 例)、关节痛(5 例)、发热(5 例)、脱发(3 例)、肺间质病变(3 例)、皮肤硬化远端皮肤变薄(3 例)、进食梗噎感(2 例)。神经系统表现:9 例中 5 例患者单纯三叉神经感觉根受累,4 例感觉根、运动根均受累,主要表现为面部麻木,阵发性疼痛,张口不能、咀嚼无力等。

1.3 辅助检查

10 例患者抗核抗体(ANA)均阳性,滴度>1∶320,其中抗 Scl-70 抗体阳性 3 例,抗 SSA 抗体阳性 3 例,抗 SSB 阳性 1 例,抗 U1RNP 抗体 2 例。5 例患者行单纯疱疹病毒 1 型抗体检查,其中 1 例系统性红斑狼疮患者和 1 例未分化结缔组织病患者抗体阳性。

1.4 治疗与预后

10 例均予激素加免疫抑制剂(环磷酰胺、甲氨蝶呤等)以及改善循环、营养神经等治疗,2 例病毒抗体阳性患者加用抗病毒治疗,6 例患者随访 1 年,症状逐渐减轻,余 2 例失访。

2 讨论

三叉神经痛是最常见的脑神经疾病,其病因迄今为止仍无定论。有报道在 CTD 中,三叉神经痛最常见的病因是未分化结缔组织病,其次为混合性结缔组织病,系统性硬化,此外还有干燥综合征、类风湿关节炎及系统性红斑狼疮、皮肌炎等[1]。有报道 CTD 合并三叉神经痛患者中,雷诺现象为最常见临床症状,其次为关节炎、指端硬化、食管功能障碍、近端皮肤硬化、毛细血管扩张、指垫改变及肺纤维化、口眼干燥症状,此外,还有光过敏、蝶形红斑、浆膜炎、盘状红斑及皮肤血管炎[2]。在抗核抗体谱等抗体检测中,三叉神经痛与 ANA 谱抗 u1RNP 抗体密切相关。本组 10 例患者,未分化结缔组织病 2 例,混合性结缔组织病 2 例,系统性红斑狼疮 2 例,原发性干燥综合征 1 例,系统性硬化症 3 例,与文献报道大致相似;在免疫性因素相关检查中,我们发现 10 例患者 ANA 均阳性,其中 1 例抗 RNP/Sm 抗体阳性,与文献报道相似。但因病例数较少,相互之间的相关性有待于进一步观察研究。

三叉神经痛的发病机制中病毒感染学说占有重要地位。而 CTD 患者,由于其自身免疫状态的改变,将诱发 HSV-1 形成增殖性感染,从而加重病情。在 5 例 CTD 合并三叉神经痛患者中,2 例发现 HSV-1 抗体阳性,使我们有理由相信病毒感染,特别是 HSV-1 感染,可诱发 CTD 患者病情活动,继而出现三叉神经脱髓鞘病变,从而诱发三叉神经痛发作。有学者发现白细胞介素-6(IL-6) 对于 HSV-1 潜伏感染的维持,以及病毒再激活的发生和病毒的清除都起重要作用;随后该学者再次通过动物实验发现,IL-6 能够诱发 HSV-1 的复发感染。IL-6 在 CTD 发病和病情活动中具有重要意义,下一步可进行相关的实验室研究和临床研究,以便发现病毒感染,特别是 HSV-1 感染与 CTD 和三叉神经痛之间的相关性及其相互之间的作用因子[3]。

研究发现,多数 CTD 均伴有免疫学异常,如抑制性 T 细胞功能低下、体液免疫功能亢进等,该病理基础亦可引起神经脱髓鞘病变,多以三叉神经入根区脱髓鞘病变、导致三叉神经痛发作为主要临床表现,因此,我们无法排除 CTD 是造成三叉神经痛的一个可能原因;而 CTD 患者多伴有免疫系统异常表现,在患者免疫系统低下时,潜伏在三叉神经节的单纯疱疹病毒可被激活,形成增殖性感染,从而诱发、加重三叉神经入根区脱髓鞘病变,为“短路”学说提供理论基础。

CTD患者多以神经病变为首发并突出表现，误认为特发性三叉神经病痛，单纯给予对症治疗，效果不佳，而给予抗炎联合免疫调节剂治疗，可以很快控制症状；因此，临床医师遇到此类病例，应综合分析，正确诊断，早期予以激素及免疫抑制剂治疗，从而早期减少患者痛苦及经济负担。病毒感染特别是HSV-1感染可能在其发病机制中具有一定作用，为找寻病毒感染在CTD并发三叉神经痛中的意义，有待进一步的临床和实验室观察。

参考文献：

[1] Nascimento IS, Bonfá E, de Carvalho JF, et al. Clues for previously Undiagnosed Connective Tissue Disease in patients With Trigeminal Neuralgia[J]. J Clin Rheumatol, 2010, 16(5): 205-208.

[2] 徐东，张卓莉，于孟学. 结缔组织病合并三叉神经病变临床分析(附9例报告)[J]. 北京医学，2007，29(7)：420-423.

[3] Pamuk ON, Harmandar F, Cakir N. The development of trigeminal neuralgia related to auricular chondritis in a patient with rheumatoid arthritis —relapsing polychondritis and its treatment with etanercept. Description of the fist case[J]. Clin Exp Rheumatol, 2009, 27(1): 128-129.

（收稿日期 2014-01-04）

（上接第148页）

血1例，孕妇会阴部撕裂伤2例。

3 讨论

新生儿的臂丛神经损伤多为医源性，多发生于肩难产。当胎儿头娩出后，1min胎肩未娩出时则为肩难产。经阴道分娩时，虽然可经产科医护人员用压大腿法、耻骨上加压法或Wood等方法助产，若胎儿肩径过宽，旋转难度较大，仍可造成新生儿的臂丛神经损伤及颅内出血等并发症，并可造成孕妇的产伤。

既往产前较为常用的方法是通过超声测量胎儿双顶径、头围、股骨径等综合参数估测胎儿体重的方法[4]，确定分娩方式，一般当双顶径＞9.5cm，股骨径＞7.3cm，时，估测胎儿体重≥4000g，提示经阴道分娩可能造成新生儿损伤和孕妇的产伤。但是，临床观察发现，临产前由于胎头入盆，俯屈、变形下移等因素的影响，很难显示双顶径的标准平面，测量可能小于实际值[5]。特别是测量双顶径≤9.5cm，产前超声往往不会预测为巨大儿。当这部分胎儿经阴道分娩时，由此而引起的新生儿并发症如臂丛神经损伤、窒息和颅内出血等很难避免。本组结果显示，≥36cm的胎儿出生后肩宽≥16cm者明显增加，并进一步导致新生儿损伤。因此，AC≥36cm对新生儿损伤有一定的预测价值。因此，我们建议当胎儿AC≥36cm，无论双顶径和股骨有何变化，可适当放宽剖宫产指征，建议孕妇剖宫产，以防止医源性新生儿损伤。对于孕妇要求经阴道分娩者，将可能发生的分娩结局告知，并密切观察产程，若第二产程过长，建议尽量选择剖宫产，以防止围产期新生儿并发症的发生。

参考文献：

[1] 刘颖珺. 肩难产23例助产体会[J]. 河南外科学杂志，2011，17(3)：75-76.

[2] 包义喜，程泽民. 26例臂丛神经损伤鉴定的回顾性分析[J]. 世界最新医学信息文摘，2013，13(8)：359.

[3] Hadlock FP, Harrist RB, Sharman RS, et al. Estimation of fetal weight with the use of head, body and femur mea-surements: a prospective study[J]. Am J Obstet Gynecol, 1985, 151: 333.

[4] Ferrero A, Maggi E, Giancotti A, et al. Reg ressionformula for estimation of fetal weight with use of abdominal circumference and femur length: a prospective study[J]. J U ltrasoun Med, 1994, 13: 823.

[5] 范建敏，尚俊伟，滑秀云，等. 巨大儿产前预测指标分析[J]. 中国中西医结合儿科学，2013，5(5)：448-450.

（收稿日期 2014-01-15）

·读者·作者·编者·

本刊对论文著录通信作者的要求

本刊对论文中著录通信作者的要求：1)论文属于某课题的重要内容之一，论文作者又不是课题总负责人时，应标注通信作者。2)通信作者应该是课题负责人、研究生导师、论文的指导者，且具有高级技术职称；2)一篇论文一般只列一位通信作者；3)参照国家标准《文后参考文献著录规则》对著录责任者的要求，通信作者在论文作者排序中一般可排序为第二或最后；4)著录作者时在通信作者右上角标注“△”，通信作者简介放在论文首页左下脚，并标出E-mail地址；5)综述类文章不设通信作者。

学报编辑部