

皮炎炎伴发精神障碍1例

魏倩楠¹, 周小东^{1,2*}

¹中国融通集团医疗健康管理公司正定二五六医院精神卫生中心, 河北 正定

²中国人民解放军联勤保障部队第980医院(白求恩国际和平医院)精神心理科, 河北 石家庄

收稿日期: 2024年7月12日; 录用日期: 2024年8月4日; 发布日期: 2024年8月15日

摘要

皮炎炎(dermatomyositis, DM)是一种主要累及骨骼肌和皮肤的自身免疫性疾病, 常伴有特征性皮肤表现, 继发或并发精神病性症状为临床少见。现报道一例DM继发精神病症状, 在应用糖皮质激素基础上, 联合小剂量抗精神病药物, 获得良好效果的患者, 以提高临床医生对DM合并精神症状的认识水平。

关键词

皮炎炎, 精神病性症状, 个案

Dermatomyositis Combined with Mental Disorders: A Case Report

Qiannan Wei¹, Xiaodong Zhou^{1,2*}

¹Mental Health Center of Zhengding 256 Hospital, The Medical and Health Management Company, The Rongtong Group of China, Zhengding Hebei

²Department of Psychological Health, The 980th Hospital of Joint Support Force of China People's Liberation Army (The Bethune International Peace Hospital), Shijiazhuang Hebei

Received: Jul. 12th, 2024; accepted: Aug. 4th, 2024; published: Aug. 15th, 2024

Abstract

Dermatomyositis is an autoimmune disease that primarily affects skeletal muscle and skin, often accompanied by characteristic skin damage manifestations. Secondary or concurrent psychiatric symptoms are clinically rare. Now we report a patient with secondary psychiatric symptoms, who

*通讯作者。

文章引用: 魏倩楠, 周小东. 皮炎炎伴发精神障碍 1 例[J]. 临床医学进展, 2024, 14(8): 546-549.

DOI: 10.12677/acm.2024.1482249

achieved good results in combination with low-dose antipsychotic drugs on the basis of glucocorticoids. The purpose is to improve the clinical doctors' recognition level on DM combined with psychiatric symptoms.

Keywords

Dermatomyositis, Psychotic Symptoms, Individual Case

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

皮炎肌炎(dermatomyositis, DM)是一种由自身免疫介导的主要累及皮肤和肌肉的炎症性疾病。临床典型表现为对称性四肢近端肌肉无力和肌肉疼痛,伴颜面部、颈肩及胸背部皮肤红斑。遗传、感染、免疫及肿瘤等均可能参与发病,女性多见。肌电图多提示肌源性损害,肌肉核磁扫描多表现为皮下脂肪及肌肉广泛水肿[1]。多数患者血清或脑脊液可检测到自身抗体[2]。皮炎肌炎易合并自身免疫性疾病,如甲状腺功能异常,皮炎肌炎还易合并肿瘤,如甲状腺肿瘤、鼻咽癌、肺癌、卵巢癌、乳腺癌、大肠癌及淋巴瘤,其中以鼻咽癌多见,也有散见合并精神障碍者[3]。由于,皮炎肌炎属于结缔组织性疾病,一旦累及神经系统,则常出现非特异性的精神症状。如以急性精神障碍为主(器质性精神障碍或意识障碍综合征),则多发生在疾病高峰期;如慢性起病及疾病早期及恢复期往往以脑衰弱综合征为主;在疾病晚期可出现慢性器质性精神障碍,以人格改变或智能障碍为其特征。

2. 病例介绍

患者张某某,女,35岁,住院号:24040152。因额面部、眼睑皮肤瘙痒、发红、散在水泡不适1周,于2023年10月就诊于某市级医院皮肤科门诊,诊断不详,断续给予对症处理4个多月,效果不理想。且皮肤损害症状的范围逐渐扩大至双侧大腿内侧、前胸和后背、肩甲区域,并间断出现低热。于2024年2月转诊于某省级医院皮肤科接受住院治疗,住院期间确诊为“多发性皮炎肌炎”。给予系统性糖皮质激素治疗2月余,皮肤损害症状有所控制,躯体皮肤损害区域面积逐渐减少。患者罹患皮炎肌炎期间,已经怀孕,因治疗皮损和优生原因,于1月前引产终止妊娠。半月前,怀疑丈夫外遇,并坚信丈夫欲谋害她,同时伴有情绪低落,自我评价降低,认为自己多余,无用。家属关怀和劝说时,表现情绪不稳,易激惹。

家人发现患者近一周来,睡眠时间不足3小时,且入睡后频繁醒转,进食量少,反复述说四肢无力,头晕。1天前,患者反复认为自己是另一新人所替代,原张某某不知所踪,自语不休,生活不能自理,家人无法管理,送本院就诊,门诊以躯体疾病所致精神障碍收入院。入院时携带治疗皮炎肌炎的院外处方:泼尼松15毫克,每天3次;

既往史:患II型糖尿病多年,目前采取药物和饮食控制方法,血糖浓度控制在空腹5.5-6.7毫摩尔/升左右。其他系统回顾无特殊。个人史:无特殊。病前人格中性偏内向,情绪稳定。已婚,孕5产2,儿女健康。家族史(-)。

入院后查体:神志清楚,合作,自动体位,定向力完整。交谈应答基本切题。可见双侧颌面部、额部、双眼睑大面积皮肤呈紫红色皮疹,未见凸起,皮疹与健康皮肤界限清晰,无渗出物。轻触时与健康

皮肤略有发硬, 明显痒感, 但无疼痛。背部、胸部以及双侧大腿内侧皮肤散在存在类似变化, 呈片状皮疹, 大的约 $5 \times 8 \text{ cm}^2$, 小的约 $3 \times 4 \text{ cm}^2$, 可见明显抓挠皮损痕迹。胸腹部等其他部位检查(-)。神经系统检查: 一般情况、感觉、运动及反射检查、尤其是肌力检查未见异常, 颅神经检查未发现异常、病理征(-)。精神检查: 意识清晰, 定向力完整, 交谈合作, 感、知觉检查, 感知综合检查未发现异常。可引出被害妄想, 坚信丈夫要谋害她, 饭里放毒。称丈夫谋害的目的在于有外遇。此次住院也是丈夫之意, 便于隔离妻子, 方便自己见情人。情绪低落, 表情悲观, 自我评价显著降低, 反复诉说自己无能, 有消极观念, 称有跳窗自尽的念头, 但无行为、无计划。自称近 1 月来, 总感觉疲乏无力, 注意力不集中, 记忆力下降, 断断续续出现一过性兴奋, 但很快又跌落进乏力、无望的心情中。对生活和工作不感兴趣, 关注自己皮损的预后, 担心疗效不好, 未来残留皮肤损害, 影响形象。但否认患有精神类疾病。不接受精神科治疗。

辅助检查: 患者 2 月前, 曾在某省级医院皮肤科住院诊治时, 血肌酸激酶(CK) 1998 U/L (正常范围参考值: 30~190 U/L), 抗核抗体(+); 抗炎细胞抗体 $\geq 1:20$; 抗 Jo-1 抗体(+). 肌电图检查显示轻度肌源性损害。因患者及家属不同意, 皮肤活检未做。入院后心电图显示: 窦性心动过速, T 波改变; 腹部彩超显示: 脂肪肝, 左肾囊肿, 胰脾右肾未见明显异常; 胸部、颅脑 CT 平扫未见异常。血沉: 48 mm/h; 血常规、血生化, 肝、肾功检查未见异常。

入院后经多学科会诊, 确定诊断为皮损所致精神病性障碍。皮损治疗方案: 甲泼尼龙片 16 mg 每晚一次; 精神症状的控制方案: 氨磺必利 0.2 g 每晚一次, 控制精神病性症状; 枸橼酸坦度螺酮 5 mg 每日三次, 以稳定情绪; 临时给予奥沙西洋 15 mg 每晚一次, 改善睡眠。住院中全过程给予支持性心理干预。住院 2 周后, 皮损皮损程度和范围持续改善, 精神症状逐渐消失, 情绪逐渐平稳。住院 4 周后出院。出院时精神症状完全消失, 自知力恢复, 生活可自理, 与家人和医护人员交流正常。自称入院前自己的想法是荒诞可笑的, 没有任何依据。皮损皮损仍存在小范围、散在, 主要分布于眼睑, 眶周, 以及背部区域, 淡紫色, 触感轻度发硬的皮损。自觉痒感程度明显减轻, 抓、挠痕迹几乎消失。出院后 1 月复查, 精神类药物维持不变, 精神症状未见反复。3 月后逐渐停用精神类药物, 随访 6 月, 症状未反复。甲泼尼龙片已逐渐减至 8 mg 每晚一次, 皮损皮损基本消失。

3. 讨论

由于 DM 是一种累及皮肤、肌肉的自身免疫性疾病, 多伴有特征性皮肤表现, 包括眶周水肿性紫红色斑、Gottron 征、V 领征、披肩征等[3]。DM 一种罕见的自身免疫性疾病, 影响到肌肉和皮肤以及多部位的结缔组织。临床特点是肌肉炎症和皮肤炎症同时存在, 患者可能会出现累及部位的疼痛、肿胀、乏力以及皮疹等症状。虽然皮损并不常见, 但它会对患者的生活质量和健康造成严重影响[4]。一旦累及中枢神经系统导致精神障碍也就在所难免[5]。临床诊疗中, 应详细询问病史、全面仔细查体、积极完善相关医技检查、认真进行鉴别诊断, 并综合患者整体情况进行分析, 可减少或避免皮损误诊误治[6]。

但是, 至今国内外有关 DM 合并精神障碍的确切发病率尚无统计数据, 仅有陆续的案例报道。本文报道并分析 1 例皮损合并精神障碍患者, 意在通过本例提高临床医生对 DM 合并精神障碍的认识水平。

本例具有的临床特点是患者出现皮损症状并确诊, 在疾病发展的高峰时段之后, 处于缓解阶段时精神症状才出现, 且以典型的被害妄想为主要精神症状, 兼有继发情绪低落和自知力缺失为精神科临床症候群。在持续接受糖皮质激素治疗原发病的基础上, 联合小剂量抗精神病药物进行对症处理, 比如此例采用氨磺必利, 每日 200 毫克, 睡前顿服, 合并枸橼酸坦度螺酮, 每日 5 毫克, 日三次。仅 2 周时间, 精神症状大部分消失, 4 周后精神症状获得理想控制出院, 随访半年未复发。因此, 考虑患者的精神症状为 DM 所继发, 理由较充分。至于 DM 所导致精神症状的机理多为炎性因子或抗体侵袭脑皮层所致。

参考文献

- [1] 周娅丽, 胥璟, 杨静, 等. 皮肤炎 107 例患者心电图与临床特征的回顾性分析[J]. 临床皮肤科杂志, 2022, 51(11): 644-647.
- [2] 杨帆, 张桂芝, 乔琳, 等. 以脂膜炎为首表现的抗 MDA5 阳性皮肤炎一例报告[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2021, 15(4): 434-436.
- [3] 贾紫珮, 张康. 肌肉无力、红色皮疹, 需警惕皮肤炎[J]. 科技视界, 2024, 14(10): 22-23.
- [4] 熊丹. 皮肤炎探秘: 肌肉与皮肤的奇妙关联[J]. 人人健康, 2023, 9(31): 71.
- [5] 马辛, 主编. 简明精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 294.
- [6] 黄志鸿, 牛小娟. 误诊为系统性淀粉样变的皮肤炎 1 例并文献复习[J]. 中国医药指南, 2023, 21(26): 118-120.