DOI:10.16016/j.1000-5404.1982.03.014

肺癌伴罕见并发症之住院回顾

第一附属医院神经科 鲍 伟

第二附属医院内科 鲁宝琴

兹报告一例肺癌所致的、非癌转移的癌性神经肌病及异位抗利尿激素分泌不适当症状群，并复习文献略加讨论。

病 历 摘 要

张××（41652）男性，51岁，于1982年2月23日第三次住院

首次发病于77年元月在一月内出复视而先后发生两眼上睑下垂，因影响生活工作就医。查体主要发现以右侧为重的双上睑下垂及外展障碍。新斯的明试验：皮注1mg后15分钟眼裂略增大。胸片：肺部正常，胸腺不增大，碘^{131}吸收试验正常。以大剂量吡啶斯的明、强地松及肌注胰腺组织液一个月后逐步好转。出院诊断：眼肌型重症肌无力。

同年七月因一周前又发生右睑下垂、外展障碍伴复视而第二次入院，未行特殊检查，加大吡啶斯的明剂量无效，因此给予胸腺深部放射线照射44次（约4,000r），至10月初见效，睑下垂恢复满意，出院诊断同前。

出院后可坚持原来工作，但在80—81年间曾多次出现间断频咳及复视，均行对症治疗，未作检查，直至本次住院前四天，患“感冒”头痛，周身无力，二天来头痛加重，呕吐，大汗，双睑下垂伴复视，因而第三次住院。

入院时神清，疲乏思睡，多汗，血压124/80，全身表浅淋巴结不肿大，颈软，气管正中，胸腹部体检正常，双瞳等大，双睑下垂，眼裂均约0.3公分，眼球外展受限兼右眼内收不能，眼底见双乳头边缘模糊，静脉郁血。感觉及腱反射正常，无病理反射。尿量及次数均少。血常规、血小板及出、凝血时间正常。血钾3.4—4.2mEq/L，血钠130—136mEq/L，血氯94—100mEq/L，二氧化碳结合力20.8—25mEq/L，血尿素氮23—30mg/dl，血沉7 mm/一小时，血胆碱脂酶30单位，脑脊液（三次）清亮，压力300毫米水柱以上，细胞总数12—380，其中白细胞4—130，以多核为主，二次找瘤细胞（－），蛋白，糖，氯化物定量正常。查晨痰十次，前八次阴性，最后二次连续查见癌细胞（腺癌）。胸片四次（27/2、15/3、10/4、16/4）均见右肺门区有园形肿块，其周缘模糊呈毛刷状，周围肺野有多个点片状阴影。肿块增宽后呈结节状，以后左肺门阴影亦增大。断层见中叶之支气管变细或显示不清。脑电图、颅脑超声波及两侧脑血管造影正常。肌电图无明显异常发现，电刺激后未见衰减现象。

住院后先用降颅压及抗胆碱脂酶药物，头痛呕吐缓解而疲乏无力欠效。经胸片揭示肺癌后考虑为癌性肌无力（Eaton—Lambert综合症），即停用吡啶斯的明改为盐酸胍乙啶，药后肌无力逐日好转，二周后双眼已可增大至0.9公分。因逐日出现刺激性咳嗽而加用化疗。延至四月初患者无原因腹泻后，全身无力加重，速迅发展至抬头张口亦困难，眼睑又下垂，视物

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

模糊。查血钾4.2mEq/L，血钠128mEq/L，血氯95mEq/L，血尿素氮17.5—18.6mg/dl，尿钠排出量达196mEq/L，钾22.2mEq/L。血清渗透压为285毫渗量/kg H_2O，尿渗透压为560毫渗量/kg H_2O，血清与尿之毫渗压比为1.96，24小时排尿量约不足500毫升，分析有异位抗利尿激素分泌不适当综合症（SIADH）存在，给予3%氯化钠溶液500ml并地塞米松10mg后肌无力及腹泻迅即好转，血钠上升至133mEq/L。但因癌症播散病情继续恶化，终于衰竭昏迷，于82年4月17日死亡。

最后诊断：1.支气管肺癌（腺癌）；2.癌性肌无力；3.异位抗利尿激素分泌不适当；4.脑膜癌病；5.药物抑制性骨髓再生障碍。

讨　论

一、关于癌性肌无力症状群（Myasthenic Syndrome associated with malignamt tumors）；或称Eaton-Lambert症状群；类重症肌无力[1][2][3][4][5]

癌性肌无力可为肺癌临床的早期表现。国内报告仅见于童蓉塘等之三例（武汉医学院学报，10(1):64，1981）。肺癌伴有肌无力症状群者，85%属于小细胞未分化型，与重症肌无力之不同之点在于①多见于40岁以后，平均年龄在50岁以上者占90%为男性。②其易疲劳性主要累及四肢肌肉，早期大多侵犯骨盆带等近端肌肉，开始呈亚急性，经过约数周至数月后扩展至四肢及躯干，此种易疲乏现象可在主动运动数秒钟后有暂时性的肌力增加，无晨轻暮重现象。③腱反射可减弱或消失，少数病人合并有周围性感觉异常。眼外肌仅50%受累，且多出现于后期，延髓支配之运动肌麻痹罕见。④对箭毒异常敏感，对多种肌肉松弛药物亦可发生强烈肌无力作用，70%以上患者对抗胆碱脂酶药物反应欠佳。⑤肌电图可见单个电刺激诱发的肌收缩活动电位低于正常及低频（1—3/秒）反复刺激下其活动电位振幅之递减，而高频连续刺激则出现易化现象，即动作电位之振幅较开始时反而增高。个别病人的肌电图有时表现上述特征，有时却和重症肌无力相似。⑥对盐酸胍乙啶（肾上腺素能神经阻滞剂）有特殊的肌无力恢复反应。⑦手术切除肺癌或进行化疗、放疗后约有40%患者可得到缓解。癌性神经肌病属于非转移性病变，其发生机理尚未阐明，近来认为与自身免疫或疫免反应的改变有关。

本病例基本上具有上述不同于重症肌无力之特点，虽在进行肌电图检查时未分别作低频及高频连续刺激，但无明显衰减现象。且在第二次住院时施行放疗（当时主要用于照射胸腺而肺部病变正好在肺门区）后，症状缓解达四年以上。第三次住院后给予盐酸胍乙啶又有显著的肌无力恢复反应，因此癌性肌无力症状群的诊断可以成立。

二、关于异位抗利尿激素分泌不适当症状群（Syndrome of Inappropriate Secretion of A.D.H）或称Schwartz-Bartter综合症[6][7]。

此综合症系1957年Schwartz及Bartter等首先在肺癌患者发现，并提出这是一种抗利尿激素分泌异常症（SIADH），以后报告在很多疾病亦可出现此综合症。国内报告仅见于舒昌达等之二例，均非肺癌所致（中华内科杂志18(6):439，1979）。其临床特点为：①低钠血症伴有血清和细胞外液低渗透压；②肾脏持续排钠，尿钠浓度增加；③无体液容量缺乏的表现，故皮肤弹性和血压均正常，临床无失水症亦无浮肿。④尿渗透压大于血浆渗透压；⑤肾功能正常，尿素氮大多在20mg%以下；⑥肾上腺皮质、垂体及甲状腺功能正常。在血钠浓度下降时，血氯亦相应下降，但此时碳酸氢盐浓度仍保持正常或仅稍低于正常，患者可出

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

现食欲不振，恶心呕吐，头痛，烦躁，嗜睡，性格反常或精神错乱。尿少较常见。厌食及神志恍忽可能是唯一的表现。限制每日水份摄入量在500—1000毫升，并可考虑输入小量3%氯化钠溶液以迅速提高血浆渗透压可使症状缓解。大量补液可使症状加重。

导致此综合症的原因在于某些肿瘤细胞具有分泌生物活性的多肽类或胺类激素的功能，即所谓Apudoma，并根据其分泌的不同激素和胺类而产生不同的临床综合症。

本例患者在病情恶化期（82年4月），厌食及无力又迅速加重，甚至抬头饮水亦困难，烦躁恍忽，尿量极少，血钠低达128mEq/L，而尿钠高达196mEq/L，皮肤无浮肿或失水，尿与血毫渗透压之比为1.96，而肾功能正常，血尿素氮一直在20mg%以下。静脉给予3%氯化钠溶液后精神食欲肌力均有迅速改善，基本符合异位抗利尿激素分泌不适当综合症之诊断特点。且可根据尿钠排出量极高而拼除缺钠性低钠血症。由于病人因病情而自动限制了水的摄入量，故症状不是太严重。

参 考 资 料

（1）Kennedy WR, Jimenez-Pabon E: The myasthenic syndrome associated with small cell carcinoma of the lung (Eaton—Lambert Syndrome) 18(8):757 Neurology 1968

（2）Magaline S: Dictionary of Medical Syndrome P:165 Blackwell 1971

（3）陈家伟等：临床综合征手册 P:272 江苏科技出版社 1979

（4）杨任民等：内科疾病的神经精神症状 P:293 安徽人民出版社 1977

（5）Donald B Calne:Therapeutics in Neurology P:248 Blackwell 1975

（6）舒昌达：抗利尿激素分泌异常症，国外医学：内科分册 9:398 1975

（7）AGE Pearse and Julia M Polak（许荣焜）译：散在的神经内分泌系统和A.P.U.D概念，神经系统疾病进展 3:97 1980

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net