

# 巨细胞动脉炎 1 例报告及文献复习

冯臻 黎平\*

重庆医科大学第一附属医院麻醉科 重庆 400016

**摘要:** 目的 讨论巨细胞动脉炎的临床表现、诊断及治疗。方法 对 1 例巨细胞动脉炎进行临床及辅助检查资料分析, 并对该病展开文献复习。结果 巨细胞动脉炎好发于 50 岁以上人群, 女性多于男性, 常表现为突发的头痛、颞动脉异常、视力障碍、食欲不振、颜面部浮肿等。结论 巨细胞动脉炎由于其症状缺乏特异性, 常被误诊为其他疾病; 及时完善颞动脉活检是诊断该病的金标准; 早期糖皮质激素治疗能预防严重并发症的发生及改善预后。

**关键词:** 巨细胞动脉炎; 糖皮质激素; 风湿性多肌痛

巨细胞动脉炎 (Giant Cell Arteritis, GCA) 是一种主要累及大中动脉的全身性血管严重病变, 1890 年由 Hutchinon 首次报道<sup>[1]</sup>。我们通过对 1 例 GCA 的临床表现及辅助检查分析, 结合文献复习, 以提高对该病的认识, 尽可能防止漏诊及误诊。

## 1. 病例报告

现病史 患者男性, 71 岁; 因“反复出现头晕头痛、眼痛, 伴视力及听力下降、味觉异常、颜面浮肿 3+ 月”入院。入院前 3+ 月患者因突发眩晕跌倒、双耳听力下降, 于外院诊断为鼻息肉所致中耳炎, 行双耳穿刺术及鼻息肉切除术后症状无缓解, 出现头晕头痛、眼痛、视力下降, 耳部反复出现分泌物, 于耳鼻喉科行双耳置管术, 术后头晕头痛、眼痛症状加重, 影响睡眠, 伴味觉异常、纳差、颜面部浮肿。给予营养神经、改善循环等治疗后效果不佳, 并逐渐出现双眼复视, 行眼底检查: 双视盘苍白、轻度水肿。眼底荧光血管造影: 乳头面荧光渗漏, 边缘模糊。图形视觉诱发电位 (Pattern Visual Evoked Potential, PVEP) 和闪光视觉诱发电位 (Flash Visual Evoked Potential, FVEP) 提示双眼视觉神经功能受损, 考虑“视神经炎”。予以甲泼尼龙口服 80mg/d × 5d, 继以 40mg/d × 5d 及改善微循环等治疗后, 患者头痛症状减轻、复视好转、味觉恢复正常、颜面部浮肿基本消退。后患者每周减量 10mg 激素至停药, 停药 10 天后, 患者再次出现剧烈头晕头痛 (以右侧额顶部明显)、眼球胀痛、疼痛较剧烈, 颜面部浮肿等症状复发, 且较前明显加重, 双眼视力呈进行性下降, 以右眼明显、光感消失, 伴体重下降 (约减轻 5kg)。

入院查体 体温 36.6℃, 心率 75 次/分, 呼吸频率 20 次/分, 血压 148/88mmHg。颜面部浮肿、以右侧额顶部明显, 右侧额顶部感觉减退, 右侧颞浅动脉搏动减弱; 双侧瞳孔等大等圆, 约 3mm, 右眼对光反射迟钝; 右眼光感消失, 右眼外展、上视不到位; 余未见明显异常。

诊疗经过 入院血沉 67mm/h, C-反应蛋白 60.2mg/L。头颅 MRI: 双侧眶内视神经少许稍长 T2 信号, 考虑炎症可能; 双侧球后视神经鞘少许积液。头颈部 CTA: 双侧椎动脉和基底动脉血管迂曲, 左侧胚胎型大脑后动脉; CTV 未见动-静脉瘘形成。脑干听觉诱发电位: 双侧听神经桥脑段电活动差。因患者及家属拒绝, 未行颞动脉活检, 临床诊断考虑 GCA 可能。静脉给予地塞米松注射液 15mg qd 冲击治疗 3 周, 同时加用抗血小板聚集、补钙、补钾及改善循环等治疗。

治疗过程中, 患者味觉恢复, 头晕头痛明显缓解, 眼痛及复视消失, 颜面部浮肿消退, 听力基本恢复, 左眼视物基本恢复, 右眼视物范围增加、光感恢复。复查眼底照像未见明显充血水肿, 血沉、C-反应蛋白、视野检查、PVEP 和 FVEP 等指标较前好转。院外继续服用泼尼松 60mg qd, 每月减少 10mg 至 30mg 后, 每月减少 5mg 至 10mg 后, 每月减少 1mg。随访一月: 无复发, 复查血沉 10mm/h、C-反应蛋白 8.53mg/L。

## 2. 讨论

由于 GCA 缺乏特异性症状, 以及对此病认识不足, 易被误诊。在欧洲, 该病在 50-60 岁人群中发病率约为 0.68/10000 人, 随着年龄的增长发病率也逐渐增加, 在 70-79 岁人群中大约每 10000 人就有 5.9 人会发病<sup>[2]</sup>。通常

女性多于男性,但性别差异随着年龄的增长也逐渐平衡,且吸烟为可能的易患因素之一。目前我国关于该病的研究报道较少,但并不表明该病在我国的发生率低,可能是由于该病缺乏特异性临床症状和辅助检查有关,也可能与对该病认识不足所致。

临床特点 GCA 的临床表现多样,常与血管损伤和全身性炎症反应引起的组织缺血相关。该病主要累及颅外动脉,常见动脉及其分支、颅外动脉、眼动脉及椎动脉,颅内动脉往往不受影响<sup>[3]</sup>。

(1) 头痛: 新近发生的严重头痛是该病的常见症状<sup>[4]</sup>。大约 60% 的患者会发生,其疼痛多见于颞部,也可见于额部、顶部或枕部,甚至可能出现眼、耳、面部、下颌或颈部的疼痛<sup>[5]</sup>,部分患者可出现严重的头皮压痛,体格检查可见病侧颞浅动脉变粗、迂曲、搏动减弱或消失。

(2) 风湿性多肌痛 (Polymyalgia rheumatica, PMR): GCA 与 PMR 密切相关,约 40-60% 的 GCA 患者会出现严重的双侧颈肩及腰部肌肉酸痛和晨僵等 PMR 的表现,而约 16-21% 的 PMR 患者患有 GCA<sup>[6]</sup>;一些学者认为 GCA 和 PMR 常常共存于同一患者,两个疾病有共同的发病机制,可能是相同疾病过程的不同表现。

(3) 视力及听力改变: 部分患者早期即可伴发视觉症状(如单眼或双眼短暂性或永久性的视力障碍、偏盲、复视,甚至突发的视力丧失)、单耳或双耳的听力下降或耳鸣等<sup>[3]</sup>。眼动脉或睫状动脉闭塞所致缺血性视神经炎是视力丧失最常见的原因。早期眼底检查常为视乳头苍白、水肿,视网膜水肿、静脉曲张,可见棉絮样渗出及小出血等缺血性视神经炎表现。

(4) 颜面部浮肿: 约 6.5% 的患者在疾病早期会出现颜面部浮肿,主要累及面颊及下颌部,颈部较少见<sup>[7]</sup>;但其机制尚不完全明确,尚需进一步研究其可能机制。

(5) 颌跛行: 约 50% 的患者可因病变累及上颌动脉和面动脉,出现下颌运动障碍称“颌跛行”,表现为咀嚼时咀嚼肌疼痛、下颌骨疲劳,休息可缓解,对 GCA 诊断具有较高特异性<sup>[8]</sup>。

(6) 全身症状: 约 15% 的患者首发临床表现为全身症状,可表现为不明原因的发热、盗汗、厌食、肌肉疼痛、体重减轻、消耗综合征、抑郁症等<sup>[9]</sup>。

诊断依据 GCA 的诊断需结合病史及辅助检查来协助诊

断,1990 年美国风湿病学会诊断 GCA 的标准为: (1) 发病年龄  $\geq 50$  岁; (2) 新近发生的头痛; (3) 颞动脉异常; (4) 血沉升高,  $\geq 50$  mm/h; (5) 颞动脉活检阳性; 满足其中三点就可诊断为 GCA<sup>[10]</sup>。本病例中的患者主要表现为突发的严重头痛、视力及听力下降、眼球胀痛、复视、颜面部浮肿、味觉异常等症状,查体发现右侧额顶部感觉减退、右侧颞浅动脉搏动减弱。眼底检查提示缺血性视神经炎,符合 GCA 所致视力改变。虽缺乏颞动脉活检支持,但 C-反应蛋白和血沉同时升高,且使用规律糖皮质激素治疗后症状明显缓解,复查 ESR 及其他辅助检查基本恢复正常,结合 GCA 诊断标准支持 GCA 的诊断。故提高对本病的认识及早期完善颞动脉活检是早期诊断的关键。

鉴别诊断 本病常常被误诊,这可能是由于其临床表现缺乏特异性和我国关于该病的研究报道较少所致。结合本病例,主要应与下述疾病鉴别: (1) 颅内感染: 常导致头痛,但其临床表现、脑电图、影像学检查及腰穿与巨细胞动脉炎均有所不同。(2) PMR: 两者的唯一区别在于对不同剂量糖皮质激素治疗的反应: 对不伴有 GCA 的 PMR 患者,一般小剂量的激素治疗后约一半患者可完全正常;而 GCA 的患者在疾病的早期就需大剂量激素治疗,在症状消失和血沉正常后仍需要最小剂量维持 1 ~ 2 年,否则会出现病情反复加重<sup>[11]</sup>。故对于有伴发 GCA 迹象的患者,应立即行颞动脉活检,以确认有无 GCA 可能。(3) 多发性硬化: 单眼突发性视力丧失或视物模糊、复视等视神经炎表现在多发硬化中少见,其反复发作的临床表现以及影像学特点及腰穿寡克隆带等特点可以与巨细胞动脉炎鉴别。(4) 静脉窦血栓形成: 该病是颜面部浮肿的常见原因,头颈部 CTV 可排出。

治疗 GCA 可能导致头皮及舌头坏死、永久性视力丧失、主动脉瘤或夹层、脑卒中等严重并发症,故一旦出现临床表现、血沉及 C-反应蛋白增高时,应尽早大剂量全身使用糖皮质激素。标准治疗方案为强的松 1mg/kg/d 口服持续 1 月后,每 2-4 周减少 5-10%,直至停药或最低耐受剂量<sup>[12]</sup>。或地塞米松静滴 10-15mg/d 维持 2-3 周后,继续口服泼尼松 1mg/kg 4 周以上,之后在症状和系列炎症标志物检测的基础上剂量逐渐变少,每隔 1 ~ 2 周减少每日总剂量的 10%,以达到 10 ~ 15mg/d 的最小剂量<sup>[13]</sup>。大多数患者需要最小剂量维持 1 ~ 2 年,但一些患者需要终生服药。

GCA 是一种血管性炎症病变,病程中可能继发性血栓形

成、内膜异常增生和血管狭窄而引起缺血性脑病的发生；故在规律使用类固醇激素治疗的同时还应加用抗血小板聚集药物或抗凝剂，以减少缺血性脑血管病的发生<sup>[14]</sup>。然而长期使用糖皮质激素可能导致低血钾、高血压、糖尿病、胃十二指肠溃疡、动脉粥样硬化、骨质疏松等事件的发生，故在使用激素的同时应严密监测电解质、血压、血糖及骨密度，常规予以补钙、补钾及稳定斑块治疗；对于那些出现严重副作用而需要减少激素和由于疾病复发而需要长时间治疗的患者，可以加用免疫抑制剂辅助治疗<sup>[15]</sup>。

预后 如果在视力减退之前开始使用激素治疗，可以改善该病的预后。故早诊早治、预防并发症的发生是改善此病预后的关键，在治疗过程中，应警惕糖皮质激素的副作用，治疗完毕后更应终生随访，以免复发延误治疗。

#### 参考文献：

[1]Sun MM, Pope JE. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: diagnosis and management[J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2025,37(1):32–38.

[2]Pepper K. Giant cell arteritis[J]. *Postgrad Med*, 2023, 135(sup1): 22–32.

[3]符书昊, 肖以钦, 韩翔, 等. 表现为后部缺血性视神经病变的巨细胞动脉炎 1 例报道[J]. *中国卒中杂志*, 2024, 19(03): 288–292.

[4]张欢, 甘霖, 吴百华, 等. 巨细胞动脉炎的研究进展[J]. *中风与神经疾病杂志*, 2022, 39(10): 955–957.

[5] Tobert V, Richardson L, Bradley KM et al. Giant cell arteritis: a pain in the neck[J]. *Age Ageing*, 2020, 49(5): 891.

[6]Esp í gol-Frigol é G, Dejaco C, Mackie SL et al. Polymyalgia rheumatica[J]. *Lancet*, 2023, 402(10411): 1459–1472.

[7]Lee NS, Lu TY, Allende A et al. Temporal arteritis

presenting with facial swelling and a negative temporal artery biopsy[J]. *BMJ Case Rep*, 2023, 16(9): e255731.

[8]Peral-Cagigal B, P é rez-Villar □, Redondo-Gonz á lez LM et al. Temporal headache and jaw claudication may be the key for the diagnosis of giant cell arteritis[J]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2018, 23(3): e290–e294.

[9]尹月, 张响, 曾学军. 巨细胞动脉炎与老年人不明原因发热[J]. *基础医学与临床*, 2018, 38(8): 1168–1172.

[10]Younger DS. Giant Cell Arteritis[J]. *Neurol Clin*, 2019, 37(2): 335–344.

[11]Buttgereit F, Matteson EL, Dejaco C. Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis[J]. *JAMA*, 2020, 324(10): 993–994.

[12]Ciofalo A, Gulotta G, Iannella G, et al. Giant Cell Arteritis (GCA): Pathogenesis, Clinical Aspects and Treatment Approaches[J]. *Curr Rheumatol Rev*, 2019,15(4):259–268.

[13]H é ron E, Sedira N, Dahia O et al. Ocular Complications of Giant Cell Arteritis: An Acute Therapeutic Emergency[J]. *J Clin Med*, 2022, 11(7): 1997.

[14]van der Geest K, Sandovici M, Bley TA et al. Large vessel giant cell arteritis[J]. *Lancet Rheumatol*, 2024, 6(6): e397–e408.

[15]Garvey TD, Koster MJ, Warrington KJ. My Treatment Approach to Giant Cell Arteritis[J]. *Mayo Clin Proc*, 2021, 96(6): 1530–1545.

#### 作者简介：

冯臻（1988—）女，汉族，重庆医科大学 2022 级麻醉专业在职硕士研究生，工作单位：重庆医药高等专科学校附属第一医院，职称：主治医师，研究方向：神经与认知。

通讯作者：黎平，男，麻醉学博士，教授，主任医师，主要研究方向：围手术期神经与认知。