系统性红斑狼疮伴发急腹症的诊治思考 —附 18 例临床分析

杨珂珂¹ 李志军¹ 陈琳洁¹ 黄厚章²

(1 蚌埠医学院附属医院风湿免疫科 安徽 蚌埠 233004; 2 滁州市第一人民医院消化科 安徽 滁州 239000)

摘要 目的:提高对系统性红斑狼疮(SLE)伴发急腹症临床表现的认识,总结诊断和治疗此类病例的经验。**方法:**对 18 例 SLE 伴发急腹症的病例进行回顾性分析。**结果:**SLE 并发急腹症临床表现多样化,可以表现为消化道出血,肠梗阻,肠穿孔,急性胃肠炎,急性胰腺炎,急性腹膜炎等。治疗后 16 例病情得到控制,2 例死亡。**结论:**SLE 伴发急腹症预示病情危重,对此应提高认识,尽早诊断;应用大剂量肾上腺皮质激素和免疫抑制剂有良好的疗效。

关键词:系统性红斑狼疮;急腹症;临床分析

中图分类号:R593.241 **文献标识码:**B

Clinical Analysis on Systemic Lupus Erythematosus Patients with Acute Abdomen: a Report of 18 Cases

YANG Ke-ke¹, LI Zhi-jun¹, CHEN Lin-jie¹, HUANG Hou-zhang²

(1 Department of Rheumatology, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233003, Anhui, China;

2 Department of Gastroenterology, Chuzhou First Hospital. Chuzhou 239000, Anhui, China)

ABSTRACT Objective: To investigate acute abdomen manifestations of systemic lupus erythematosus (SLE) and summarize its diagnosis and treatment. **Methods:** Eighteen SLE patients with acute abdomen were analyzed retrospectively. **Results:** The manifestations of acute abdomen of SLE were multiple, such as alimentary canal bleeding, intestinal obstruction, intestinal perforation, acute gastroenteritis, acute pancreatitis, acute peritonitis, etc. After treatment, the condition of 16 cases was controlled and 2 cases died. **Conclusion:** SLE with acute abdomen indicates a critical condition. The clinicians should deepen their understanding of it and make correct diagnosis as early as possible. The treatment of acute abdomen of SLE with large doses of corticosteroid and immunosuppressant can achieve good results.

Key words: Systemic lupus erythematosus; Acute abdomen; Clinical analysis

前言

系统性红斑狼疮(SLE)是一种累及多器官、多系统的自身免疫性疾病^[1-3],其中消化道受累者并不少见^[4]。以急腹症为首发或主要表现的 SLE 患者,在临床工作中常被误诊或漏诊。本文收集两家医院诊断明确、资料完整的 18 例 SLE 合并急腹症的病例进行临床分析,以提高对 SLE 合并急腹症的认识。

1 临床资料

1.1 诊断标准

所有病例 SLE 诊断均符合美国风湿病学会(ALR)1982 年分类标准;急腹症由风湿科、消化内科及普外科医师经腹部体检,结合腹部平片、腹部 B 超、腹部螺旋 CT、血尿淀粉及脂肪酶和腹水检查结果共同认定。SLE 活动度评定采用 SLEDAI 标准。

1.2 一般资料

18 例均为住院患者,其中女性 17 例,男性 1 例,年龄 13-67 岁,平均 32.7 岁;急腹症均出现在 SLE 的活动期,SLEDAI 评分 10-25 分;出现急腹症前病程 1 个月-26 个月,平均 11.5 个月。

2 结果

2.1 急腹症的临床表现

腹部压痛 18 例,其中 2 例定位清楚;反跳痛 7 例;肌卫 9 例;呕吐 5 例;腹泻 6 例;黑便 3 例;腹水 3 例;发热 7 例,体温 37.9℃-39.8℃,为不规则发热;腹部肿块 1 例;呕血 1 例;失血性休克 1 例。

2.2 实验室及影像学检查

所有患者血沉(ESR)均不同程度增快;所有患者 ANA 均呈阳性;ds-DNA 阳性 16 例;补体下降 17 例;WBC 总数和中性粒细胞增高 7 例;血小板减少 8 例;血液淀粉酶增高 2 例,尿淀粉酶增高 1 例;3 例转氨酶增高;1 例血清胆红素增高;腹部平片示肠梗阻 4 例,膈下积气 1 例;螺旋 CT 示肠壁和相应肠系膜肿胀增厚 6 例,肠系膜血管扩张、数目增多 2 例;行腹腔穿刺 14 例,抽出不凝血 2 例,腹水培养出细菌 1 例。

2.3 诊治及预后

18 例均与 SLE 活动有关 (SLEDAI 评分 10-25, 平均 16.5)。6 例(33.3%)通过临床表现、实验室及影像学检查获得确诊,明确了急腹症原因,均系 SLE 活动所致缺血性肠病造成(螺旋 CT 示肠道、肠系膜和肠系膜血管的异常)。5 例(27.8%)经过排他性诊断后疑为与 SLE 活动有关。4 例(22.2%)诊断不明,行剖腹探查,发现肠系膜血管炎合并肠系膜动脉血栓形成 2 例,小肠节段性坏死并发肠穿孔 1 例,认为与 SLE 活动有关。

作者简介:杨珂珂,女(1979-),硕士研究生,住院医师。

E-mail: yangkeke@medmail.com.cn

(收稿日期:2006-07-20 接受日期:2006-08-23)

另有3例(16.7%)被误诊消化道穿孔和急性阑尾炎行手术治疗,术中发现肠系膜血管广泛炎症性改变而无法手术,考虑与SLE有关。

因所有患者均系SLE活动所致,我们针对SLE给予大剂量肾上腺皮质激素和免疫抑制剂治疗。治疗方案为泼尼松加环磷酰胺冲击治疗:泼尼松1-2mg/(kg·d),加用环磷酰胺0.6-1.0g/d。除了针对SLE治疗外,所有患者均给予禁食、胃肠减压治疗;消化道出血者给予止血、补液对症治疗;考虑感染者给予相应抗生素治疗;呕吐、腹泻频繁者给予补液治疗,并积极纠正电解质紊乱。16例患者的急腹症和SLE病情得到控制,好转出院,2例患者死亡,1例于术中探查时死亡,1例死于术后多器官功能衰竭。

3 讨论

SLE是一种自身免疫性疾病,临床可累及多个脏器,消化道损害发病率可高达50%,而表现为急性腹痛者较少见,此时多处于SLE活动期,且病情较重,若不能及早诊断和治疗,常常导致病人死亡。

关于SLE并发急腹症的机制,大多数学者认为SLE相关急腹症大多由血管炎引起,以肠系膜、肠粘膜下肌层广泛的炎性细胞浸润,免疫复合物沉积及肠壁小血管呈现血管炎改变伴有纤维性栓子堵塞是其基本病理改变,由此造成消化道炎症、溃疡、出血、梗阻、蠕动异常、腹膜炎及肠系膜血管栓塞等^[9]。

SLE并发急腹症的临床表现复杂多变,且不具有特异性,如认识不足,易引起误诊或漏诊^[9]。当以急腹症为首发症状时,患者多就诊于消化内科及普通外科。消化内科医生常常因腹痛伴血性腹水,血淀粉酶升高,以重症胰腺炎治疗;而普通外科医生,首先或大多考虑外科急腹症。根据文献资料报道,SLE并发急腹症误诊率高达88.6%。因此,临床医师必须对此提高认识和警惕。本文收集两家医院诊断明确、资料完整的18例SLE合并急腹症的病例进行临床分析,以提高对SLE合并急腹症的认识,总结诊断和治疗此类病例的经验。

在SLE并发急腹症的临床诊断上,SLE的国际诊断标准是诊断前提,实验室相关检查对于确诊无特殊意义;腹部平片对发现肠梗阻和消化道穿孔有一定意义,但对缺血性病变,往

往无阳性表现。国内宋彬等人^[9],回顾性分析23例因急性腹痛而行腹部螺旋CT扫描的SLE患者的临床资料及CT图像,发现23例中19例出现肠壁肿胀、增厚,12例出现“靶征”,16例存在肠管扩张,21例出现肠系膜肿胀和脂肪密度增高,18例出现肠系膜血管充血、增粗,4例肠系膜血管呈“梳状”排列。认为螺旋CT增强扫描是诊断与鉴别诊断SLE所致缺血性肠病的最佳影像学方法。本组6例获得确诊患者,螺旋CT均显示肠道、肠系膜和肠系膜血管异常的表现,对诊断起着重要作用。因此,我们认为螺旋CT增强扫描可以发现肠壁和相应肠系膜肿胀、肠系膜血管异常表现等,对SLE肠系膜血管炎所造成的急腹症有很高的诊断价值。

在SLE并发急腹症的治疗上,应给予大剂量肾上腺皮质激素和免疫抑制剂治疗。我们使用泼尼松加环磷酰胺冲击的治疗方案,均取得了良好的效果,16例患者的急腹症和SLE病情得到控制,好转出院。本组2例死亡病例中,1例于术中探查时死亡,1例死于术后多器官功能衰竭。因此,我们认为除了严重的消化道出血、肠梗死、胃肠穿孔外,不宜轻易行手术探查。即使手术,也应该在围手术期间加强皮质激素和免疫抑制剂治疗,以及其他对症和支持治疗。

参考文献

- [1] Read RW. Clinical mini-review: systemic lupus erythematosus and the eye [J]. *Ocul Immunol Inflamm*, 2004, 12(2): 87-99
- [2] Neshler G, Breuer GS, Temprano K, et al. Lupus-associated pancreatitis [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2006, 35(4): 260-267
- [3] Mok MY, Wong RW, Lau CS. Intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus: an uncommon but important clinical manifestation [J]. *Lupus*, 2000, 9(1): 8-11
- [4] 曾学军,董怡,陆星华,等.系统性红斑狼疮的消化系统临床表现157例分析[J]. *中华消化杂志*, 1999, 19(1): 42-44
- [5] 江尧湖,陈顺乐,顾越英,等.系统性红斑狼疮伴肠系膜血管炎5例报道[J]. *中华消化杂志*, 2002, 22(1): 56-57
- [6] 谢其冰,杨南萍,罗泽玲.系统性红斑狼疮伴发急腹症20例分析及文献复习[J]. *中华风湿病学杂志*, 2003, 7(2): 90-92
- [7] 宋彬,徐隽,罗小华,等.螺旋CT检查在诊断狼疮性缺血性肠病中的价值[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2004, 11(4): 359-363
- [7] Stoktoos RT, Albers FW, Tenvergert EM. Antiviral treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a prospective, randomized, double-blind clinical trial [J]. *Acta Otolaryngol*, 1998, 118: 488-495
- [8] Mattox DE, Simmons FB. Natural history of sudden sensorineural hearing loss [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1977, 86: 463-480
- [9] 姜泗长,顾瑞,王正敏,主编.耳鼻咽喉科全书·耳科学[M].上海:上海科学技术出版社, 2002: 836-877
- [10] Gacek RR, Gacek MR. Viral neuropathies in the temporal bone [J]. *Introduction* [J]. *Adv Otorhinolaryngol*, 2002, 60: VII
- [11] Yamada. Sudden deafness and vertebrobasilar system [J]. *Rhisho-Shinkeigaku*, 2001, 41(4-5): 209-211
- [12] 张庆泉,姜仁起.突发性聋患者发病时间节律分析[J]. *中华耳鼻咽喉科杂志*, 2000, 35: 9-9
- [13] 钟乃川,黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社, 1998: 1198
- [14] Nakashima T, Yanagita N. Outcome of sudden deafness with and without vertigo [J]. *Laryngoscope*, 1993, 103(10): 1145-1149

田霖雨(上接第76页)

参考文献

- [1] De klayn A. Sudden complete or partial loss of the octavus system in apparently normal persons [J]. *Acta Otolaryngol*, 1944, 32: 407-429
- [2] Harju M, Vesti E. Scanning laser ophthalmoscopy of the optic nerve head in exfoliation glaucoma and ocular hypertension with exfoliation syndrome [J]. *Br J Ophthalmol*, 2001, 85: 297-303
- [3] 孔维佳.特发性耳聋.见:黄选兆,汪吉宝,主编.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社, 1998: 1011-1013
- [4] 钟乃川.眩晕.见:黄选兆,汪吉宝,主编.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社. 1998. 1158-1193
- [5] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华耳鼻咽喉头颈外科学分会.突发性聋的诊断和治疗指南(2005年,济南)[M]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2006, 41(8): 569
- [6] 中华医学会耳鼻咽喉科学会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会.突发性聋诊断依据和疗效分级 [M]. *中华耳鼻咽喉科杂志*, 1997, 32(2): 72