

· 短篇及病例报道 ·

2 型糖尿病合并系统性红斑狼疮误诊为肺部感染 1 例

伍 茵¹, 任明委², 周 波³, 程庆丰³, 李启富³

(1. 重庆市九龙坡区第二人民医院内分泌科 400052; 2. 四川省安岳县中医医院 642350;

3. 重庆医科大学附属第一医院内分泌科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)21-2181-02

现将重庆医科大学附属第一医院内分泌科诊治的 1 例老年男性糖尿病患者,同时合并以肺部表现为主的系统性红斑狼疮(SLE)的病历资料进行总结。分析老年男性不典型 SLE 的临床表现,从中获得相关临床诊断启示,减少老年男性不典型 SLE 误诊的发生。

1 临床资料

患者,男,58 岁,因发现血糖高 7 年,左胸痛 17 d 入院。胸痛以左肋缘为主,呈持续性刺痛,咳嗽、深吸气及体位改变时加重,咳嗽无痰。不伴发热畏寒、咳血、潮热盗汗。院外胸腹部 CT、腹部 B 超等检查未见异常。生命体征无异常,扶入病房,全身皮肤无皮损,睑结膜稍苍白。双下肺呼吸音稍低,未闻及干湿性啰音及胸膜摩擦音。心音稍低钝,各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软,左上腹压痛,无反跳痛、肌紧张,肝、脾肋下未扪及。辅助检查:心电图 ST-T 改变。随机血糖 16 mmol/L。入院诊断:(1)2 型糖尿病;(2)胸痛待诊?(3)左侧胸膜炎?(4)肺部肿瘤?(5)冠心病?

诊治经过:入院 1 d 后出现午后持续发热,体温达 38.2℃。降钙素原小于 0.05 ng/mL,大便、肾功、电解质、血脂、甲状腺功能全套、血气分析大致正常。GAD、ICA、心肌损伤标志物(一)、B 型钠尿肽前体(一),癌谱(一)。尿蛋白定性 Trace,0-1 颗粒管型,管型 2.8 个/ μ L。血常规:WBC 3.22×10^9 /L, RBC 2.67×10^{12} /L,红细胞比容 22.8%,血红蛋白 70 g/L,中性 72.1%。前清蛋白 56 mg/L,总蛋白 75 g/L,清蛋白 23 g/L,白球比值 0.5,糖化血红蛋白 8.20%。入院后 1 周使用抗生素,但胸痛、发热持续存在,最高体温达 40℃。病程中考虑结核不能除外,但结核菌素试验、痰找抗酸杆菌、结核抗体等检查阴性。胸部增强 CT 示双肺炎症、双侧胸腔少量积液,双侧胸膜增厚。复查降钙素原小于 0.05 ng/mL。2 次血培养无细菌生长。结合以上诊治情况,单纯用肺部疾病难以解释多系统损害,自身免疫性疾病不能除外。查自身抗体谱:总抗核抗体(+)1:1 000 均质型,抗双链-DNA(+)1:100,核小体阳性。血清补体 C₃、C₄ 降低,免疫球蛋白 IgA 增高。C 反应蛋白 50.00 mg/L。直接 Coomb's 试验(++) ,阳性对照(++)。经复核自身免疫谱和补体结果同前。骨髓穿刺试验示:骨髓像增生欠佳,以粒系、巨核系明显。

患者出现肺炎、胸膜炎伴少量胸腔积液,初次尿常规有颗粒管型,血液系统异常(溶血性贫血),抗 dsDNA(+),抗核抗体(+)。根据 1982 年美国风湿病学会(ACR)SLE 诊断标准,符合 4 条或 4 条以上标准者(连续或同时出现),可确诊为 SLE。本病例有 5 条符合,故诊断 SLE,予激素治疗后,第 2 天体温降为正常,2 周后出院。

2 结 果

1 个月后激素逐渐减量,体温正常,胸痛消失。复查胸片肺部炎症吸收。自身抗体谱:总抗核抗体(+)1:100 均质型,抗双链-DNA(+)1:10,核小体(-)。

3 讨 论

SLE 是一种有多系统损害的慢性系统性自身免疫疾病,其血清具有以抗核抗体为代表的多种自身抗体。本病在中国的患病率为(0.7~1)/1 000。多发生在 20~40 岁的育龄女性,发病与遗传和环境因素有关。而男性一旦患病其临床表现具有特殊性,一些常见的临床症状表现不典型。男性 SLE 患者体内雌二醇和 16 α -羟孕酮水平升高,雄激素水平下降,提示男性体内雌激素和雄激素的平衡紊乱 雌激素活性增强,可能是导致男性 SLE 发病的原因之一^[1]。有研究表明,男性 SLE 患者仅占同期住院 SLE 患者总数的 10.98%,男女之比为 1:8.1。男性 SLE 患者面部红斑、光敏、雷诺氏现象发生率较女性者低,发热、关节痛、脱发、口腔溃疡的发生与女性 SLE 表现相似,而心包炎、胸膜炎发生率高于女性。中枢神经损害、肾脏损害、血小板减少发生率均高于女性 SLE 患者,易造成临床误诊。由于男性 SLE 初发症状较女性 SLE 隐匿,且皮疹表现不典型,易误诊为皮炎、冻疮。因此,对男性患者有皮肤损害者,要提高警惕,应作免疫学检查及长期随访。如患者同时有肾脏损害,有必要行肾活检,以提高男性 SLE 的诊断率。

近年来,由于社会老龄化,对老年 SLE 的诊断经验的不断积累,使误诊率下降。治疗方法不断改进使患者存活率增加。老年 SLE 患者有增加趋势。由于起病隐匿,缺乏特异性,常表现为非特异性和慢性消耗性疾病的症状。常出现发热、关节痛和(或)关节炎、肌痛、肌无力、体质量下降等。浆膜炎和肺部病变发生率较高,这可能与老年人肺功能差、肺顺应性下降有关。而蝶形红斑、雷诺现象、脱发、光过敏、口腔溃疡、心力衰竭发生率相对较低^[2]。老年 SLE 患者贫血、白细胞减少、血小板减少的发生率较高,特别是贫血,可能与老年人骨髓造血功能低下有关。血沉增快、IgG 和 γ -球蛋白增高明显。老年 SLE 患者的抗核抗体阳性率可达 100%,但滴度较低,因此,国外有学者认为抗核抗体对老年 SLE 并非是一种特异性的过筛试验^[3]。由于老年 SLE 患者免疫学检查和临床表现的特殊性,使其诊断易被耽搁。有患者发病长达 5 年后方被确诊,误诊率接近 50%^[4]。

本病例为老年男性患者,以胸痛、发热为主要表现,不伴咳嗽,没有皮损表现,症状不典型。很难与 SLE 相联系,肺部 CT 示双肺炎症表现,伴胸腔少量积液,加之患有糖尿病,最初误诊为呼吸系统疾病。但贫血、低蛋白血症难以用“一元论”解释,

随后免疫学检查证实为 SLE。对 SLE 的特殊少见表现缺乏充分认识,警惕性不高,尤其是以其他表现为首发症状出现时,极易造成 SLE 的误诊^[5]。老年 SLE 病情相对较轻,而且老年人有机体免疫力低、对药物的耐受性和代谢率低下等特点。治疗上偏保守,使用糖皮质激素剂量宜小,不用或慎用免疫抑制剂。对轻症者可用非甾类抗炎药或小剂量肾上腺糖皮质激素,不提倡用大剂量激素,原因是激素易引起骨质疏松、无菌性骨坏死、高血压、高脂血、感染等。老年 SLE 激素治疗后继发性糖尿病发生率较高,一般不主张用免疫抑制剂。目前,国内外学者认为,老年 SLE 一般病情较轻,存活时间亦较长,预后相对良好。

综上所述,临床医生必须提高对老年男性 SLE 的认识和警惕,SLE 是一种慢性、全身性的自身免疫病,常累及多个系统脏器,临床表现多种多样,早期诊断率较低,极易误诊,误诊率可达 41.7%~68.5%^[6]。对持续反复发生的胸膜炎、发热和多器官损害病例要考虑本病,并及时进行免疫学指标检测,早日确诊,减少误诊。

参考文献:

[1] Aggarwal R, Namjou B, Li S, et al. Male-only systemic lupus erythematosus: a case report and literature review. *Journal of Clinical Rheumatology*, 2009, 15(2): 100-103.

pus[J]. *J Rheumatol*, 2010, 37(7): 1480-1487.

[2] Lazaro D. Elderly-onset systemic lupus erythematosus: prevalence, clinical course and treatment[J]. *Drugs Aging*, 2007, 24(9): 701-715.

[3] Ito H, Nanamiya W, Kuroda N, et al. Chronic lupus peritonitis with massive ascites at elderly onset: case report and review of the literature[J]. *Intern Med*, 2002, 41(11): 1056-1061.

[4] 张秋生, 崔惠敏, 叶任高. 老年人系统性红斑狼疮 62 例临床分析[J]. *中国老年医学杂志*, 2000, 19(2): 143-144.

[5] 蒋天如. 系统性红斑狼疮的少见表现与误诊[J]. *中国综合临床*, 2000, 16(3): 179-180.

[6] 张汝忠, 顾同进, 王献群. 系统性红斑狼疮早期漏误诊原因分析[J]. *中国医药导刊*, 2002, 4(6): 400-402.

(收稿日期: 2011-01-13 修回日期: 2011-05-15)

1 临床资料

患者,男,26岁,体质量71kg。主诉:左胸刀刺伤20min。伴胸闷、胸痛、气短、面色苍白、大汗肢冷、神志恍惚。查体:HR 112次/分, BP 92/78 mm Hg, R 22次/分, SpO₂ 92%, 颈静脉怒张、脉细弱, 心音遥远, 心界扩大, 左肺呼吸音弱。左胸两处刀伤:一处位于左腋前线10、11肋间,一处位于左侧锁骨中线第4、5肋间,均约长2cm。1h前饮酒进食。血常规:Hb 140 g/L, 红细胞比容(Hct) 0.430。诊断:胸部刀刺伤,失血性休克。拟行剖胸探查术。

入室后,立即面罩给氧,常规监测心电图、血压(BP)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)、体温(T)。麻醉诱导与手术准备同时进行,局麻下行左桡动脉穿刺置管监测有创动脉血压。麻醉前静注长托宁0.5mg,麻醉诱导采用芬太尼0.1mg,氯胺酮50mg,依托咪酯14mg,司可林100mg,诱导前后血流动力学无明显波动。插入单腔气管导管,接麻醉机机械通气,并连续监测呼气末二氧化碳分压(P_{ET}CO₂)。以咪达唑仑、芬太尼、维库溴铵和七氟醚维持麻醉。完成麻醉开始手术的同时,经右颈内静脉穿刺置入三腔中心静脉导管,分别用于监测患者CVP和给药、输血、输液等,另准备血液回收。麻醉操作完成后,外科医生在患者左背下垫一薄枕,并消毒铺巾。切皮时,患者突然心率减慢,血压下降至零,桡动脉压监测波形、血氧饱和度波形

消失。紧急处理:静脉注射肾上腺素1mg、阿托品0.5mg、利多卡因50mg,加快输液,开胸后手术人员随即对患者进行心包内积血清除减压及胸内心脏按压术,大约2min后心脏复跳。开胸后探查所见:血气胸、左肺萎缩、心包大量积血填塞。发现左胸腔鲜红不凝血约2800mL,血凝块600g,切开心包,左心室前壁见一约3cm裂口,可见鲜血喷出,要求外科医生立即堵住出血口。同时快速补充液体,输入回收自体血及异体血,并静脉泵注多巴胺及去甲肾上腺素维持重要器官灌注压。头部持续物理降温。经处理,约10min后血流动力学维持稳定,外科医生缝合左室、心包伤口,行膈肌修补、脾切除术。手术历时5h。术中共输自体血2300mL,红细胞悬液3200mL,血浆800mL,平衡液4000mL,生理盐水500mL,胶体3500mL,碳酸氢钠250mL,排尿3000mL。术毕患者双瞳等大、等圆,直径约2mm,对光反射存在,生命体征平稳,查血气基本正常,带气管导管转入ICU,继续予冰袋头部降温。患者术后1h苏醒,7:30停呼吸机,8h拔除气管导管,第3天转出ICU,18d后治愈出院,未遗留任何中枢神经系统并发症。

2 讨论

心脏损伤是胸部刀刺伤中一种严重类型的创伤和临床较罕见的危急重症。患者在术前多合并失血性休克和(或)并发血气胸、心包填塞,严重影响有效循环血量,病情凶险,常给诊

成功抢救胸部刀刺伤心包填塞 1 例报道

朱 辉¹, 金 丹¹, 丁 洁¹, 散小虎¹, 杨进国¹, 李 莲^{2△}

(湖北医药学院:1. 附属东风医院麻醉科;2. 附属人民医院检验部,湖北十堰 442000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)21-2182-02

△ 通讯作者, Tel: (0719) 8637268; E-mail: lilianzbw@163.com.