

· 短篇及病例报道 ·

综合治疗急性狼疮性肺炎 1 例

王 端,徐巧瑜,吴先林,伍津津

(第三军医大学附属大坪医院皮肤性病科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.12.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)12-1437-02

1 临床资料

患者,女,37岁,因咳嗽咳痰关节疼痛2月,发热10d于2009年4月24日入院。患者于2009年3月底出现咳嗽、咳痰,4月2日出现四肢大小关节疼痛,伴有胸骨隐痛,吞咽困难。4月10日咳嗽加重,咳白色泡沫样痰,4月15日开始出现高热,最高体温40℃,以午后发热及夜间发热为主,有轻微盗汗,关节疼痛加重,外院查胃镜检查示胃多发性溃疡(活动期),胸部CT示双侧胸腔少量积液,心包中量积液。自身抗体谱示:ANA阳性,抗dsDNA抗体阳性,为进一步诊治转入本科。入院查体:一般情况差,消瘦,精神萎靡,体温38℃,呼吸20次/分,血压120mmHg/80mmHg,脉搏85次/分,双肺呼吸音粗,双肺叩诊呈浊音,呼吸音及语音震颤减弱,未闻及明显干湿啰音,四肢散在淡红斑,面部未见明显蝶形红斑,无光敏感,雷诺征阴性。入院后查血常规示:白细胞 $2.95 \times 10^9/L$,血红蛋白92g/L,血小板正常,红细胞沉降率36mm/h,CRP23.9mg/L,24h尿蛋白0.28g,清蛋白27.3g/L。心电图结果示窦性心动过速,心脏彩超示心包少量积液,胸片示双侧胸膜增厚并胸腔积液,胸部B超示双侧胸腔少量积液,盆腔B超示:盆腔积液。复查自身抗体谱结果示:ANA阳性,膜型,滴度大于1:80,Histone阳性。查结核抗体阴性,反复查痰未见抗酸杆菌,痰致病菌培养阴性。根据患者体征及以上检查结果,诊断为系统性红斑狼疮明确。在监护下于4月28日开始予以甲强龙40mg静脉滴注,每天1次,并同时加强补液、抗感染、纠正水电解质紊乱及退热等对症支持治疗。使用激素后连续3天患者未再发热,但咳嗽症状好转不明显,为间断刺激性干咳,少痰,并伴有明显胸部疼痛。4月30日行64排CT检查结果示:双肺下叶炎症,纵膈及双侧腋窝多个淋巴结肿大,双侧胸腔积液,双肺下叶局限性压缩性肺不张,心包少许积液。5月1日患者突然出现呼吸困难,胸背部咳嗽后疼痛剧烈,心电图提示窦性心动过速,血气分析结果示 PO_2 43mmHg, PCO_2 38mmHg,提示低氧血症,予以持续中流量吸氧,西地兰针缓慢静推后缓解。5月3日开始再次出现高热,温度最高为39.5℃,咳嗽加重,有少量白色黏痰,咳嗽后胸痛明显,多次痰液镜检及抗酸染色未见异常,反复查血气分析均提示低氧血症,持续予以吸氧、抗感染、纠正水电解质紊乱等治疗。经科内讨论诊断为急性狼疮性肺炎(ALP),并于5月7日改用氢化可的松100mg,静脉滴注2次/日。患者体温仍然下降不明显,波动在37~39℃之间,查生化提示:钾离子2.47mmol/L,钠离子133.8mmol/L,静脉补钾补钠,并改用地塞米松5mg+泼尼松20mg,于5月9日开始行注射用人丙种球蛋白17.5g冲击治疗,连续4d,经冲击后患者体温逐渐降低,食欲精神均有明显好转,咳嗽明显减轻,无明显咳嗽,咳嗽后偶有轻微胸痛,复查生化在正常范围。5月20日开始输入新鲜血浆200mL,连

续3d。5月21日复查胸部64排CT结果示:双肺下叶病变明显吸收,心包积液减少,双侧胸膜轻度增厚、粘连。后将激素逐渐减至42.5mg泼尼松,患者未再发热,无咳嗽及咳痰,病情好转于6月29日出院。

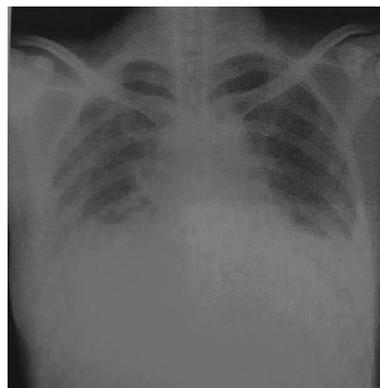


图1 4月26日胸部正位片



图2 5月13日(冲击后)胸部正位片

2 讨 论

系统性红斑狼疮是一种自身免疫缺陷疾病。可累及多器官及组织。其中肺部病变并不少见,常常是由于抗原抗体复合物沉积于肺及胸膜,主要表现为肺血管病变(肺血栓栓塞,肺动脉高压,坏死性血管炎)、慢性狼疮肺炎(肺间质纤维化)等,但造成狼疮性肺炎的并不多见,且很少是红斑狼疮的首发症状^[1],应通过综合临床表现及辅助检查逐一排除急性肺部感染,结核感染、恶性肿瘤、艾滋病等疾病后可考虑该病,提高警惕性^[2]。急性狼疮肺炎在系统性红斑狼疮中发病率仅为1.4%~4%,其病情来势凶险,病死率高,临床症状主要表现为高热、气促、胸膜放射性疼痛、呼吸困难,放射线表现可呈弥漫性浸润影,以下肺为重,实验室检查有动脉低氧血症,常见死亡原因为呼吸衰竭或肺栓塞^[3]。本科收治的这例患者以高热、肺

部病变、呼吸道症状及多腔隙积液为主要表现,尤其以呼吸道症状为重,符合急性狼疮性肺炎诊断标准。治疗期间曾考虑使用大剂量激素冲击治疗,但该患者体质衰弱,长期高热导致抵抗力低下,胃镜检查胃多发溃疡(活动期),激素冲击治疗可能会导致其溃疡大出血及继发性感染,故放弃大剂量激素冲击治疗方案。选用注射用人丙种球蛋白 17.5 g 冲击治疗,并加强营养支持,此种方案为患者个体化设计,适合患者具体情况,临床证明,并未采取激素或免疫抑制剂冲击治疗亦能取得较好疗效。患者临床症状好转明显,副作用小,见效快。常规治疗上,患者采用独立隔离病房进行保护性治疗,定期使用空气消毒机消毒,勤换被褥,注意保暖,以防受凉导致其肺部症状加重。并持续予以低流量吸氧,监测动脉血气,纠正低氧血症,维持患者水电解质平衡等处理,经综合治疗后获得满意效果。

• 短篇及病例报道 •

4 例子宫动静脉畸形超声误诊回顾性分析

王莹,曹飞[△]

(武汉大学基础医学院,湖北武汉 430071)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.12.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)12-1348-03

子宫及宫旁的动静脉畸形是一种少见的妇科疾病。过去对其报道较少,近年来,随着各种流产、剖宫产率上升及对该疾病的诊断认识的提高,子宫动静脉畸形(uterine arteriovenous malformations,UAVMs)的超声诊断率也不断提高。本文回顾性分析 4 例经手术或造影证实为 UAVMs 患者的超声声像图特征,寻找超声误诊原因。

1 临床资料

患者 1,女,27 岁,G₂P₀,人流后月经不调。超声表现及随访结果:宫底肌层内 2 cm×4 cm 低回声,内见无回声。首次超声内未见彩流,疑肌瘤囊性变或腺肌瘤。复查超声无回声内可见彩流信号,考虑滋养细胞肿瘤。手术病理:子宫肌壁内血管及淋巴管囊状扩张。人绒毛膜促性腺激素(HCG)阴性。

患者 2,女,30 岁,G₂P₁,人流后不规则出血。超声表现及随访结果:宫底部近内膜处混合回声 3 cm×2 cm,边界不清,可见无回声相互连通,病灶处内膜弯曲移位,回声中断。肌层内可见条状无回声。无回声内见彩流信号。考虑:残留物?再次清宫后出血不止,行子宫动脉栓塞治疗后复查彩超宫内异常回声消失。

患者 3,女,33 岁,G₂P₁,突发腹痛伴阴道。超声表现及随访结果:彩色多普勒超声(CDFI)见右侧附件区 4.6 cm×3.8 cm 低回声光团,边界尚清,中央见无回声(图 1),CDFI 无回声区内见五彩镶嵌血流信号,频谱多普勒(PW)可见毛刺状动静脉瘘频谱(图 2)。1 周后复查超声包块较上次增大,血流异常丰富(血管来源待排)。造影结果:右侧子宫动脉较左侧明显增粗,右侧子宫动脉远端迂曲增粗,呈蚯蚓状(图 3);右侧子宫动脉可见粗大的团状引流静脉与右侧髂静脉相连,致动脉期右侧髂静脉早显(图 4)。考虑:右侧盆腔动静脉畸形。

患者 4,女,41 岁,G₃P₁,无妇科症状,半年前人流,有滋养

参考文献:

[1] 丁丛珠,王红.急性狼疮性肺炎的临床分析[J].江苏医药杂志,2003,29(6):455-456.
 [2] Burke A, Cunha MD, Uzma Syed DO, Nardeen Mickail MD, Systemic lupus(SLE) pneumonitis mimicking swine influenza pneumonia during the swine influenza(H1N1) pandemic[J]. Heat Lung,2011,40:462-466.
 [3] 吴先林.皮肤性病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:217.

(收稿日期:2012-11-02 修回日期:2013-01-21)

细胞肿瘤病史。超声表现及随访结果:子宫肌壁回声异常,中心似旋涡状,血流丰富,超声提示可能为滋养细胞肿瘤。造影结果:患侧子宫动静脉增粗。HCG 阴性,行子宫动脉栓塞治疗后复查,肌层异常回声消失。

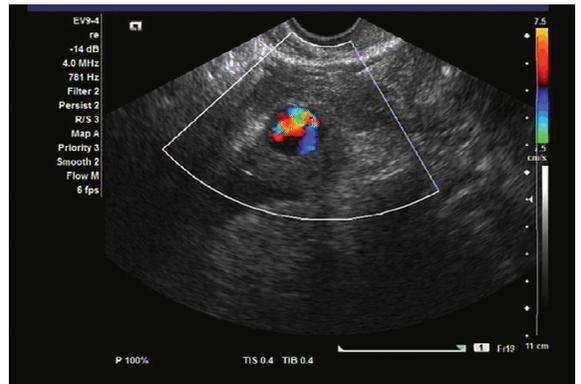


图 1 右侧附件区 CDFI 图像

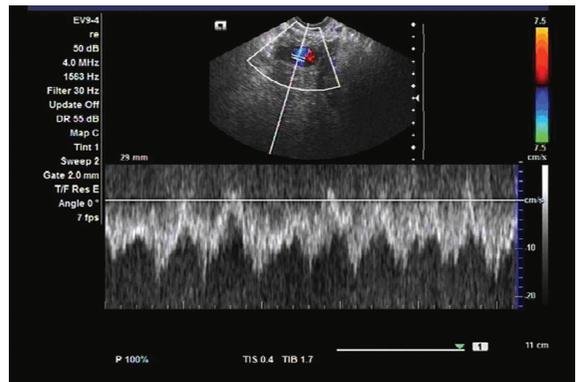


图 2 PW 毛刺状动静脉瘘频谱图像