

· 病例报告 ·

腹痛为首发症状的老年男性系统性红斑狼疮 1 例

缪 琴, 屈晓冰*, 张湘瑜, 欧阳敏

(中南大学湘雅二医院老年病科, 长沙 410011)

【关键词】腹痛; 老年人; 系统性红斑狼疮

【中图分类号】R593.24⁺1

【文献标识码】B

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2012.00244

1 临床资料

患者男性, 81 岁, 因“上腹部疼痛 2 周”于 2012 年 3 月 23 日入院。患者于 2 周前无明显诱因突发上腹部持续性疼痛, 伴腹胀, 咳嗽时加重, 便秘, 约 3~5 d 1 次; 无恶心、呕吐、腹泻、腹鸣, 无发热; 精神、食欲及睡眠尚可, 小便正常。既往有冠心病、高血压病、良性前列腺增生症、肺纤维化、不完全性肠梗阻、陈旧性脑梗死等病史, 否认过敏、口腔或外阴溃疡及关节肿痛病史, 对磺胺类药物过敏。2010 年 4 月曾在中南大学湘雅二医院老年病科住院时发现血、尿本周氏蛋白及红细胞沉降率明显增高, 骨髓检查提示增生活跃, 当时考虑“多发性骨髓瘤待排”。体格检查: 体温 36.5℃, 脉搏 56 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 127/63 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。神志清楚, 自动体位, 检查合作, 全身皮肤及巩膜未见黄染, 全身浅表淋巴结未触及肿大。口腔黏膜无溃破, 双肺呼吸音清晰, 未闻及干湿性啰音和胸膜摩擦音。心率 56 次/min, 律齐。腹部平坦, 腹软, 全腹无压痛及反跳痛, 无腹肌紧张, 未触及腹部包块, 肝、脾未及, 肠鸣音正常, 无胃肠型及蠕动波。关节无红肿畸形, 活动自如, 双下肢无浮肿, 四肢肌力、肌张力正常。血生化检查: 血白细胞计数下降 ($2.9 \times 10^9/L$), 血红蛋白下降 (98 g/L), 血清白蛋白下降 (29.9 g/L), 免疫球蛋白 IgG 升高 (20.20 g/L), 肝、肾功能检查正常; 血清蛋白电泳示 γ 球蛋白升高 (36.7%); 尿蛋白定性++。X 线片示: 左侧胸膜增厚; 部分肠管积气。全腹部增强 CT 提示: 盆腹腔及两侧胸腔少量积液; 右半结肠相对增宽, 肠壁可疑局部增厚。骨髓细胞检查: 骨髓增生尚活跃, 外周血单核细胞比例高, 见异型淋巴细胞。骨髓病理检查: 骨髓增生活跃, 未见其他明显异常病理细胞。患者拒绝行胃肠镜检查。入院第 5 天起患者出现反复发热, 均为傍晚时出现, 最高达 39.1℃, 未予处理或给对乙酰氨基酚 (商品名: 泰诺) 半片次日清晨可恢复正常。入院第 18 天腹痛明显加重并出现反跳痛, 复查血常规白细胞计数及中性粒细胞比值均无增高, 但因出现反跳痛考虑腹膜炎予头孢米诺 2.0 g, 每日 2 次, 症状无明显缓解且加重, 4 月 21 日复查天冬氨酸氨基转移酶升高 (464.4 U/L), 白蛋白下降 (20.2 g/L), 血红蛋白下降 (82 g/L), 24 小时尿总蛋白升

高 (1955.10 mg/d), 微量白蛋白升高 (812.70 mg/d)。

患者表现为蛋白尿、低蛋白血症、多浆膜腔积液、可疑腹膜炎, 又出现肝功能损害、贫血等多系统多脏器表现, 考虑自身免疫性疾病的诊断, 进行抗可溶性抗原 (extractable nuclear antigen, ENA) 全套检查: 抗 SS-A 抗体 + + +, Ro-52 (52 kDa) + + +, 抗 dsDNA 抗体 +, 抗核小体抗体 + +, 抗组蛋白抗体 +; 狼疮全套: ANA (+) (均质型) 1:160, ANCA (+) (核周型), ds-DNA (+); 血管炎三项 (-)。复查尿常规: 尿胆原 + + +, 尿隐血 + + +, 尿胆红素 + +。请风湿免疫科医师会诊, 根据美国风湿病学会 1997 年的系统性红斑狼疮分类标准及 2009 年提出的修订, 诊断“系统性红斑狼疮, 狼疮性肾炎”, 予生理盐水 100 ml + 甲泼尼龙 40 mg, 静脉滴注, 每日 1 次, 3 d 后改为泼尼松, 20 mg, 口服, 每日 1 次, 同时予硫酸羟氯喹 0.1 g, 口服, 每日 2 次治疗, 因患者系高龄老人, 暂不考虑免疫抑制剂。治疗第 3 天复查天冬氨酸氨基转移酶明显下降 (245.2 U/L), 白细胞、血红蛋白、白蛋白均有升高; 患者精神好转, 未再出现腹痛、发热。

2 讨论

此患者系高龄男性, 既往有不完全性肠梗阻病史, 此次以腹痛起病, 又出现反跳痛及发热, 首先考虑肠梗阻及腹膜炎可能, 但患者血清白蛋白在已给予静脉补充的基础上仍持续性下降, 并出现大量蛋白尿, 肝功能急性受损, 白细胞降低, 肠梗阻、腹膜炎无法解释, 直至发现抗核抗体谱异常, 才考虑到老年男性不典型的系统性红斑狼疮 (systemic lupus erythematosus, SLE)。患者从发病到确诊始终无皮肤黏膜、关节、神经系统症状, 仅后期出现血尿。流行病学调查显示^[1]老年 SLE 发病率约占 SLE 的 6%~12%, 而且女性多见, 但男女比例较年轻人 (1:7~1:9) 缩小, 约 1:2~1:3。老年人 SLE 皮肤表现、光过敏、关节炎和肾炎出现的概率较年轻人均有下降^[2]。有研究显示, 老年性 SLE 误诊率明显高于青年人^[3], 从发病至确诊时间较中青年 SLE 长 0.56 年^[4]。

以胃肠病变为首发或主要表现的 SLE 具有不典型性, 误诊率高达 88.6%^[5]。有研究对 564 例以腹痛起病的老年

患者的调查表明,老年人腹痛最常见病因有胃及十二指肠炎症、胆囊炎、胆石症、消化性溃疡、肠梗阻和急性胃肠炎等,尚未见 SLE 所致腹痛^[6],故临床上对于老年 SLE 以腹痛起病者,极易被忽略而误诊。本患者有腹痛,反跳痛明显,腹部增强 CT 提示右半结肠相对增宽,肠壁可疑局部增厚则为不典型表现,查阅相关文献,肠壁水肿、增厚在所调查的 SLE 患者中占 82.6%^[7]。2003 年中华医学会风湿病学分会颁布的系统性红斑狼疮诊治指南(草案)指出,活动期 SLE 可出现肠系膜血管炎,其表现类似急腹症,甚至被误诊为胃穿孔、肠梗阻而手术探查。当 SLE 患者有明显的全身病情活动,有胃肠道症状和腹部阳性体征(压痛、反跳痛),在除外感染、电解质紊乱、药物以及合并其他急腹症等继发性因素后,应考虑肠系膜血管炎^[8]。腹痛也是 SLE 常见的腹部症状,除肠系膜血管炎外尚有多种原因可引起,如缺血性肠病、尿毒症、神经系统受累、原发性腹膜炎、蛋白丢失性肠病等。其中,缺血性肠病是 SLE 最常见和最严重的消化道并发症。

从本病例中我们可吸取教训,即对老年人难以解释的多系统功能损害,需考虑风湿免疫系统疾患这一类波及全身的疾,并完善相关血液学检查。老年 SLE 患者起病隐匿,症状不典型,自身抗体检测可一定程度上有助于明确诊断。常见且有用的自身抗体依次为抗核抗体谱、抗磷脂抗体和抗组织细胞抗体,其中抗核抗体谱中以抗核抗体敏感性最高(99%)而抗 Sm 抗体特异性最高(99%),文献显示,自身抗体的联合检测可以提高 SLE 诊断敏感性^[9]。有研究表明,老年组免疫球蛋白、类风湿因子升高,抗 SSA 抗体、抗 Ro 抗体及抗 La 抗体阳性的发生率高于非老年组,而抗 Sm 抗体、抗 RNP 抗体阳性率,补体降低的发生率低于非老年组,ds-DNA 抗体阳性率低于或接近于年轻人,部分健康老年人体内存在低滴度非特异性的 ANA 阳性比例可达 8%~31%^[1,10],极易造成误诊,故针对老年 SLE 自身抗体的参考价值仍需得到进一步探讨。

SLE 治疗首选糖皮质激素。老年人由于机体免疫力低,对药物的耐受性和代谢率低下,故治疗上应谨慎,使用糖皮质激素剂量宜小,不用或慎用免疫抑制剂。本例患者静脉使用小剂量糖皮质激素治疗 3d,症状即缓解,出院前实验室检查各项指标均有所好转。我们 7 月 4 日的随访显示:患者在家仍继续口服泼尼松 20mg,每日 1 次、硫酸羟氯喹 0.1g,每日 2 次,并加服抗骨质疏松药物,未用

免疫抑制剂;精神及食欲较住院时明显好转,有轻微下肢乏力,无腹痛等其他特殊不适;复查血白细胞计数 $8.6 \times 10^9/L$ 、红细胞 $4.3 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 153g/L、白蛋白 33g/L、丙氨酸氨基转移酶 33U/L。目前国内外的报道一致认为,老年 SLE 治疗的总有效率明显高于中、青年 SLE 患者,存活时间亦较长,预后相对良好。在死亡原因的分析中,老年患者与年轻患者类似,均以感染性休克所占比率最高^[11]。总之,对于出现皮肤、骨关节、心、脑、肾、肺、胃肠等多系统损害及不明原因发热的老年患者,需考虑不典型的老年系统性红斑狼疮可能,并完善自身抗体等相关检查,争取早发现、早治疗。

【参考文献】

- [1] 毕黎琦. 老年系统性红斑狼疮的诊治特点[J]. 实用老年医学, 2002, 14(4): 183.
- [2] J Rovenský, A Tuchyňová. Systemic lupus erythematosus in the elderly[J]. Autoimmun Rev, 2008, 17(3): 235-239.
- [3] 杨玉贵, 施永仿, 孙义锋, 等. 老年系统性红斑狼疮首发症状误诊 20 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(1): 125.
- [4] 崔 冉, 徐建华, 徐胜前, 等. 老年系统性红斑狼疮系统性分析[J]. 中国医药, 2011, 6(11): 1366-1378.
- [5] 刘碧华, 刘邦基, 李定国. 胃肠道表现为主的系统性红斑狼疮误诊 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(2): 300-301.
- [6] 闻 静, 邵 明, 贾增龄, 等. 老年人急性腹痛病因分析及诊治体会[J]. 中华全科医学, 2011, 9(9): 1361-1362.
- [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.
- [8] 中华医学会风湿病分会. 统性红斑狼疮诊治指南(草案)[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(8): 508.
- [9] 李王霞, 谢 文, 宁 勇, 等. 系统性红斑狼疮患者自身抗体联合检测的诊断意义[J]. 2011, 27(11): 1027-1029.
- [10] 李 华, 王吉波, 成 强, 等. 老年系统性红斑狼疮临床特点分析[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(11): 225.
- [11] Chen TL, Wong CH, Lee CS, et al. Systemic lupus erythematosus in the elderly[J]. Int J Gerontol, 2009, 3(2): 108-113.

(编辑: 任开环)