

## · 短篇 ·

## 以心包炎为首发表现的系统性红斑狼疮1例报告

解放军第一六九医院老年病科 (湖南 衡阳 421002)

王珍香 陈雪萍 陈叶青

【关键词】心包炎; 系统性红斑狼疮; 自身免疫

【中图分类号】R593.2

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.01.034

## 1 病例资料

患者女, 44岁, 因“胸骨后隐痛8小时”入院。患者8小时前无明显诱因出现胸骨后隐痛, 不向它处放射, 不伴胸闷、气促、心慌, 无反酸、嗝气、烧心, 无头痛、头晕, 曾当地医院拟诊为“反流性食管炎”, 给予“抑酸、促进胃食管蠕动”等处理后, 症状无好转入院。起病以来无皮疹, 无光过敏, 无关节肿痛, 无口腔溃疡, 无脱发。专科查体: 双颧颊部可见红斑, 全身皮肤粘膜无黄染及出血点, 浅表淋巴结未触及肿大, 余未见特殊。实验室检查: 血糖、血脂、心肌酶谱、凝血四项、CEA、CA199、乙肝三对、丙肝抗体、HIV、梅毒抗体均正常, 小便常规示: 蛋白(+), 血常规示: 白细胞 $8.95 \times 10^9/L$ , N75.0%, 红细胞 $3.68 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白104g/L, 血小板 $108 \times 10^9/L$ ; 肝功能示: 总胆红素正常, 谷草转氨酶、谷丙转氨酶正常, 白蛋白38.3g/L, 球蛋白34g/L, 肾功能、电解质正常。心电图、胸片X线、腹部彩超均正常。心脏彩超提示: 少量心包积液。胃镜检查未见异常。ESR70mm/h。C-反应蛋白11.8mg/L, 补体C3 0.73g/L、补体C4 0.10g/L, 抗核抗体(胞浆型1:1000)、抗双链DNA抗体阳性, 血管炎四项、抗ENA抗体七项阴性。诊断为: 系统性红斑狼疮。经激素、环磷酰胺冲击、保护胃粘膜等营养支持处理后, 症状明显好转出院。

## 2 讨论

系统性红斑狼疮(Systemic lupus erythematosus, SLE)是一种病因不明可累及皮肤、关

节、肾脏、浆膜等多系统损害的自身免疫性疾病, 多见于15~40岁女性, 本病病因尚未完全明确, 大量研究显示遗传、感染、环境、内分泌、免疫异常等因素与本病发病有关。临床表现为复杂多样, 起病呈急性、隐匿性和暴发性, 可为单一脏器受损, 也可表现多个脏器同时受损。心脏损害是系统性红斑狼疮最常见的临床表现之一, 国外报道为52~98%, 国内报道为52~89%<sup>[1]</sup>。心包炎是SLE最常见的心脏病变, 发病率为6%~50%<sup>[1]</sup>; 但尸检的发病率为60%~80%; 其中2%~4% SLE以心包炎或心包压塞征象为首发表现。主要表现为胸骨后或心前区疼痛, 或刺痛, 随呼吸、咳嗽或吞咽动作加重, 前倾时胸痛可减轻。本例以心包炎为首发表现的系统性红斑狼疮临床少见。超声心动图是诊断心包积液最敏感而无创伤的良好方法<sup>[2-3]</sup>。典型病例诊断不难, 但心包炎为首发症状者, 易与结核性、风湿性心包炎相鉴别, 特别是一些SLE病例在早期各脏器损害轻重不一, 诊断比较困难, 需结合免疫学指标检测。有研究表明<sup>[4]</sup>血清抗核小体抗体水平的检测是诊断SLE最有价值的早期实验室指标, 且与病情活动有关。最近研究显示血清脂质水平、超敏C反应蛋白和同型半胱氨酸血症被认为是结缔组织病相关动脉粥样硬化性心血管疾病有效的预测指标, 定期检测, 可降低心血管事件的危险性。

因此, 通过本病例, 我们总结以下体会: (1)临床上对典型的皮疹、关节炎、肾脏损害以及血液系统损害时, 应高度怀疑结缔组织疾病。(2)对以胸痛、心包炎为首发表现的系统性红斑狼疮认识不足, 建议常规查超声心电图、心肌酶、抗核抗体谱、抗ENA抗体谱、血管炎方面等检查, 同时加做血清脂质水平、超敏C反应蛋白、同型半胱氨酸血症, 对疾病的预后

作者简介: 王珍香, 女, 内科, 主管护师, 护士长, 从事老年疾病的诊断及治疗研究

通讯作者: 王珍香

有着重要作用。(3)对有心包积液患者,常规免疫学指标阴性时,建议多次查抗核小体抗体检测,做到早期诊断,及时治疗,可避免漏诊、误诊。

## 参考文献

[1] 王丽娟,杨旭燕.系统性红斑狼疮合并心脏损害的危险因素分

析[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(7):651-654.

[2] 简练,孙乐栋.127例系统性红斑狼疮患者超声心动图特点的临床研究[J].皮肤性病诊疗学杂志,2013,20(1):10-14.

[3] 杜引会,汪巧荣,董晓杰,等.108例系统性红斑狼疮患者心脏损害的超声观察[J].陕西医学杂志,2013,42(8):1054-1055.

[4] 鱼云霞,朱彩侠,池淑红,等.血清抗核小体抗体水平与系统性红斑狼疮活动性及脏器损害的相关性研究[J].中国现代医学杂志,2013,23(9):50-53.

【收稿日期】2017-07-25

(上接第70页)

## 3 讨论

同步放化疗是中晚期大肠癌的经典治疗方法。替吉奥胶囊主要成分为替加氟、吉膜斯特和奥替拉西钾,2003年被批准治疗结直肠癌,由于其能维持较高的血药浓度,具有较高的抗癌活性;药物的毒性较传统抗癌药物小,对胃肠道黏膜刺激性小,不良反应轻;口服使用方便,避免了静脉穿刺可能带来的感染、静脉血栓形成的风险,已被广泛应用于大肠癌的临床治疗,并取得了一定的疗效<sup>[4-5]</sup>。三维适形放疗能保证靶区良好的适合度和均匀性,减少膀胱、小肠、股骨头等正常组织的高剂量受照体积和受照剂量,从而能减轻放疗副反应,是一种较为安全的放疗方式<sup>[6]</sup>。由于化疗药物种类多样,化疗形式也较多,对于放化疗方案的选择是临床医师着重考虑的问题,本研究通过对比分析单纯三维适形放疗与三维适形放疗同步替吉奥放疗的临床疗效以及不良反应发生情况,探究出更为合适的治疗方案。

本研究结果显示观察组总有效率为80.0%明显高于对照组50.0%( $P < 0.05$ );观察组中位无病进展时间(11.3个月)高于对照组(8.5个月)( $P < 0.05$ );说明替吉奥同步三维适形放疗较单纯替吉奥治疗效果好,能明显提高患者近期及远期疗效,延长患者无病生存时间。本研究结果还显示入选患者主要发生恶心呕吐、粒细胞减少、贫血、骨髓抑制、放射性肠炎等不良反应,均为I-II度,两组不良反应发生情况比较无明显差异( $P > 0.05$ ),说明替吉奥同步三维适形放疗后的不良反应对于患者来说尚处于可耐受性程度,确保

了患者的依从性。

综上所述,替吉奥化疗同步三维适形放疗是治疗结直肠癌的一种安全高效、经济实用的治疗方法,能提高患者的近期疗效,延长生存期<sup>[7]</sup>。虽然放化疗不可避免地会造成患者治疗后产生消化道毒性反应、骨髓抑制、血液学毒性反应等不良反应,但程度均为I-II度,通过临床对症支持、心理干预,能将不良反应控制患者能够耐受的范围,综合考虑<sup>[8]</sup>,我们发现替吉奥化疗同步三维适形放疗是一种良好的治疗方案,值得临床推广使用。

## 参考文献

[1] 郑树,蔡善荣, ZHENGShu,等.中国人大肠癌的流行病学研究[J].肿瘤学与转化医学(英文),2003,2(2):72-75.

[2] 邓晓春,莫云凌,岳建华,等.三维适形放疗治疗直肠癌术后复发病例临床观察[J].临床肿瘤学杂志,2002,7(3):174-175.

[3] 税明才,叶丹丹,周梅.晚期直肠癌放疗联合替吉奥化疗的效果[J].中国肿瘤临床与康复,2012(3):273-274.

[4] 姜红岩,唐文茜,李金英,等.调强放疗联合同步替吉奥化疗治疗直肠癌不良反应观察及干预[J].中国临床医生杂志,2016,44(2):47-50.

[5] 王明,李兴德,朱中成,等.替吉奥联合适形放疗术前同步放化疗治疗直肠癌40例分析[J].贵州医药,2015(7):606-608.

[6] 贾青青,顾扬.替吉奥化疗同步调强适形放疗治疗老年局部晚期直肠癌的疗效观察[J].中国老年保健医学,2012,10(3):36-37.

[7] 田彬, TIANBin.替吉奥化疗同步三维适形放疗治疗复发性结直肠癌的疗效与安全性的回顾性分析[J].中国临床药理学杂志,2013,29(11):812-814.

[8] 高利民.调强放疗联合同步替吉奥化疗对复发直肠癌的疗效观察[J].当代医学,2017,44(7):62-63.

【收稿日期】2017-07-05