

- ment of pulmonary carcinoid tumors: sublobar resection versus lobectomy[J]. *Am J Surg*, 2013, 205(2):200-208.
- 6 Schrevels L, Vansteenkiste J, Deneffe G, et al. Clinical-radiological presentation and outcome of surgically treated pulmonary carcinoid tumours: a long-term single institution experience[J]. *Lung Cancer*, 2004, 43(1):39-45.
- 7 李维华. 肺及胸膜肿瘤病理诊断图谱[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003:147.
- 8 Chapleau D, Page A, Verdant A, et al. Bronchial carcinoids: long-term prognostic factors[J]. *Can J Surg*, 1991, 34(2):111-114.
- 9 Bertino EM, Confer PD, Colonna JE, et al. Pulmonary neuroendocrine/carcinoid tumors: a review article[J]. *Cancer*, 2009, 115(19):4434-4441.
- 10 Zhong CX, Yao F, Zhao H, et al. Long-term outcomes of surgical treatment for pulmonary carcinoid tumors: 20 years' experience with 131 patients[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2012, 125(17):3022-3026.
- (收稿日期 2016-11-16)
(本文编辑 蔡华波)

·病例报道·

系统性红斑狼疮合并肠梗阻4例诊治分析

樊胜明 沈国新 胡金灵 刘君义

系统性红斑狼疮是一种病因未知的多系统的自身免疫性疾病, 由于细胞和体液免疫功能障碍, 产生多种自身抗体, 可累及皮肤、浆膜、肾脏等多个器官, 并以自身免疫为特征, 起病可急可缓, 多数早期表现为非特异的全身症状如发热, 全身不适、乏力等^[1]。一部分患者可表现为胃肠道症状, 如恶心、呕吐、出血、肠梗阻等, 以肠梗阻为临床表现的系统性红斑狼疮极易误诊。现就2013年6月至2016年10月期间安吉县人民医院收治4例以肠梗阻为临床表现的系统性红斑狼疮患者, 总结经验报道如下。

1 临床资料

例1, 患者女性, 26岁, 因“腹痛40 h, 恶心呕吐2 h”于2013年6月11日入院。否认药物史及疾病史。入院查体: 意识清, 全腹稍膨隆, 左上腹及下腹部压痛, 伴轻反跳痛, 肠鸣音4次/分, 局部亢进。实验室检查: 白细胞 $13.34 \times 10^9/L$, 淋巴细胞 7.0%, 中性粒细胞 89.4%, 红细胞 $4.32 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白: 122 g/L, 血小板 $212 \times 10^9/L$, 肝肾凝血功能未见异常。B超提示: 腹腔积液。腹部CT平扫提示肠梗阻可能。入院后予以胃肠减压、补液等对症治疗, 4 h后腹痛不能缓解并加重, 肠鸣音减弱, 考虑可能为内疝导致肠梗阻,

遂行腹腔镜探查手术。术中探查: 腹腔内淡黄色渗液 200 ml, 小肠及结肠肠壁水肿, 部分肠管扩张, 但未发现明显导致肠梗阻原因, 行减压等处理。术后腹胀缓解, 但一直存在。术后第6天患者腹胀加重, 并停止肛门排气, 复查CT提示: 肠梗阻, 腹壁肿胀。复查肝肾功能, 提示肾功能不全, 肌酐: $312 \mu\text{mol}/L$, 尿素氮: $36 \mu\text{mol}/L$, 组织全院会诊, 实验室检查提示抗双链DNA: 160.9 U/ml, 抗核抗体阳性, 确诊为系统性红斑狼疮, 转内科治疗, 腹部症状15 d后缓解, 肾功能未完全降至正常, 转上级医院治疗。

例2, 患者女性, 46岁, 因“腹部痉挛性疼痛伴恶心呕吐1 h”于2014年12月3日入院, 否认全身系统疾病史, 入院查体: 腹部膨隆, 全腹压痛, 肠鸣音较弱, 1次/分, 腹部平片提示肠梗阻。实验室检查: 白细胞 $3.34 \times 10^9/L$, 中性粒细胞80.4%, 红细胞 $2.82 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白105 g/L, 血小板 $178 \times 10^9/L$, 白蛋白: 32 g/L, 肾功能正常, 予以胃肠减压、抗炎、补液、灌肠等治疗, 症状未见缓解, 入院第二天查腹部CT提示肠梗阻, 双侧输尿管积水。相关科室会诊, 实验室检查提示抗核抗体阳性, 后转内科治疗, 予激素等对症治疗, 患者症状逐渐缓解。

例3, 患者女性, 39岁, 因“腹痛伴恶心呕吐18 h”于2015年5月3日入院。既往否认手术史, 肝炎等传染

病史。患者18h前无明显诱因出现右上腹疼痛不适,伴恶心呕吐,无发热,至本院检查。查体:体形消瘦,面部及双手红斑,无口腔溃疡,浅表淋巴结未及肿大。双肺听诊呼吸音清晰,未闻及干湿啰音和胸膜摩擦音。心律齐,各瓣膜区未闻及心脏杂音。右上腹压痛,无反跳痛,未触及包块,肠鸣音弱。双腕及左膝关节压痛,关节无红肿、活动自如。血常规,生化,肿瘤指标未见异常。腹部B超提示急性结石性胆囊炎,行“腹腔镜胆囊切除术”,术后恢复良好,但症状未见缓解。进一步腹部增强CT示:肠道轻度扩张,肠壁水肿。怀疑系统性红斑狼疮,查自身抗体:抗核抗体及抗双链DNA抗体阳性;补体C3 0.13 g/L、补体C4 0.04 g/L。经过予甲泼尼龙80 mg静脉滴注5 d,后改用口服泼尼松50 mg/d 药物治疗,1周后症状缓解出院。

例4,患者男性,44岁,因“反复腹胀2月,加重1 d”于2016年9月3日入院。否认药物史,疾病史及手术史。患者2月前无明显诱因出现腹胀,无肛门停止排气排便,无恶心呕吐,无腹泻等不是,就诊于本院。血常规,生化,凝血指标均未见异常。腹部X线平片:不完全性肠梗阻,予输液,灌肠保守治疗好转出院。1天前患者腹胀加重,再次来我院就诊。考虑患者症状反复,依据以往经验,查补体C3 0.21 g/L,补体 C4 0.04 g/L,抗核抗体阳性,抗Sm弱阳性。诊断为系统性红斑狼疮合并肠梗阻。给予泼尼松大剂量冲击治疗3d后改口服,并逐渐减量,后行环磷酰胺冲击治疗1次,上述症状缓解出院。随访1年未复发。

2 讨论

系统性红斑狼疮是原因未明,自身免疫介导的,以免疫性炎症为突出表现的弥漫性结缔组织病,常累及多个器官,临床表现复杂,好发于15~45岁生育年龄的女性,男女发病之比为 1:(7~9)^[1]。系统性红斑狼疮可以累及消化道,以腹痛为首发症状,发病率约8%~40%^[2],以肠梗阻为表现的系统性红斑狼疮报道较少^[3]。

本次研究的4例患者均以急性腹痛入院,并诊断为肠梗阻,因腹痛患者多以急诊入院,发病时间不定,一般全面实验室等检查较难做到,肠梗阻在本院多为外科收入院,常按经验诊断治疗,若在保守治疗中出现手术指征,会选择行手术治疗。本次研究中的例1 在保守治疗过程中出现肠鸣音减弱,腹痛腹胀加重,经科室讨论后,告知家属病情,行腹腔镜探查,但探查结果未见到明显肠梗阻原因。术后第6天肠梗阻再次加重,此时按外科思维,首先考

虑炎性肠梗阻等可能,但肾功能异常让病情复杂,经系统检查,最终诊断系统性红斑狼疮,回顾分析,考虑手术可能对机体自身免疫造成短暂性伤害加重系统性红斑狼疮。本次研究中的例2患者若无双侧输尿管积水,仅单纯肠梗阻可能也不会考虑全面的实验室检查,早期诊断为系统性红斑狼疮也很困难。系统性红斑狼疮患者以双侧输尿管积水并以腹痛为症状以往已经报道^[4],总之,单纯以肠梗阻为症状的系统性红斑狼疮很易误诊。

第3、4例患者成功治疗均是在前期诊断系统性红斑狼疮合并肠梗阻的经验基础上。但第3例患者首先进腹腔镜胆囊切除术后才发现症状未缓解,其中也是对疾病认识不深,如何早期诊断,十分重要,避免不必要的手术。

系统性红斑狼疮发病缓慢,隐袭发生,临床表现多样、变化多端,多数早期表现为非特异的全身症状,因此,在对以急诊腹痛为症状,特别是女性患者,应该考虑到自身免疫性的疾病的存在,对合并有肠梗阻女性患者应经全面检查后,再考虑手术等治疗。目前对合并肠梗阻的系统性红斑狼疮应个体化,多学科合作治疗,目前的指南中仍没有统一的建议方案^[5],文献报道多以皮质醇激素为主的治疗^[4]。因此,系统性红斑狼疮合并肠梗阻诊断及有效治疗存在一定困难,尚待进一步的研究论证。

参考文献

- 葛均波,徐永健.内科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2013. 856.
- Yuan SW, Lian F, Chen DY, et al. Clinical features and associated factors of abdominal pain in systemic lupus erythematosus[J]. J Rheumatol, 2013, 40(12): 2015-2022.
- Carlos Alberto, García López, Fernando Laredo-Sánchez, José Malagón-Rangle, et al. Intestinal pseudo-obstruction in patients with systemic lupus erythematosus: a real diagnostic challenge [J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(32):11443-11450.
- Dhaliwal HS, Sekhon GS, Rai N, et al. An unusual medical cause of abdominal pain diagnosed by urological abnormalities[J]. Lancet, 2016, 387(1): e25.
- Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus[J]. Arthritis Rheum, 2012, 64(8): 2677-2686.

(收稿日期 2017-02-27)

(本文编辑 蔡华波)