

# 系统性红斑狼疮误诊为类风湿关节炎、麻疹合并肝炎、全身炎性反应综合征1例

顾生旺<sup>1</sup>, 刘枫<sup>2</sup> (1. 解放军第82医院 感染内科, 淮安市 223001; 2. 解放军第82医院 ICU病房, 淮安市 223001)

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)以24~40岁女性多发, 临床表现不典型, 急性起病者可表现为心肌炎、急性肾功能衰竭、狼疮脑病、急性溶血性贫血等, 症状重且进展快, 如延误诊治可危及生命。本文报告SLE误诊为类风湿关节炎、麻疹合并肝炎、全身炎性反应综合征1例。

## 1 病例资料

1.1 主诉 患者, 女性, 46岁, 因“双手多关节肿痛1年”于2011年2月15日入院。

1.2 现病史 患者1年前双手食指、中指、无名指第二指关节对称性持续性肿胀、疼痛, 时轻时重, 无明显红热, 伴有晨僵, 持续约1小时, 活动后缓解, 2010年冬季, 关节疼痛较前加重, 晨僵时间延长。经检查, 血常规HB 96 g/L, WBC  $5.6 \times 10^9/L$ , 血小板正常; 肝功能ALT 154.5 U/L, AST 118 U/L; 类风湿因子弱阳性, 血沉103 mm/h, 抗“O” $< 200$  IU/ml, C反应蛋白64 mg/L, 内分泌科门诊以“类风湿关节炎、肝损害”收住院。

1.3 入院后诊疗经过 经血塞通、甘草酸二铵、还原性谷胱甘肽、联苯双酯, 尼美舒利、柳氮磺胺吡啶治疗, 病情无明显好转。入院第6天受凉后鼻塞、咽痛, 寒战伴发热。体温  $39.3 \sim 41^\circ\text{C}$ , 面部散在淡红皮疹, 轻微肿胀潮红, 心肺听诊无异常。从发际下至全身皮肤出现充血皮疹, 一过性瘙痒, 咳嗽咳痰。复查ALT 49.7 U/L, AST 104 U/L, 血

糖正常, 外周血WBC  $11.79 \times 10^9/L$ , N 89.2%, HB 88 g/L, 经异丙嗪、甲泼尼龙、地塞米松等治疗疗效差, 考虑为麻疹。2011年2月24日转感染内科, 次日体温  $40^\circ\text{C}$ , 全身皮疹逐渐消退, 但脸部和输液侧肢体皮肤肿胀潮红, 因眼睑肿胀致睁眼困难, 考虑为血管炎、血管神经性水肿。停用炎琥宁和盐酸克林霉素, 应用地塞米松和异丙嗪过敏后皮肤肿胀明显减轻, 可睁眼, 体温恢复至正常范围内1日。2011年2月28日患者再次高热, 呼吸困难, 拒绝吸氧输液。复查WBC  $20.2 \times 10^9/L$ , 血小板  $85 \times 10^9/L$ ; ALT 206.3 U/L, AST 458 U/L, GGT 286.8 U/L, ALP 456 U/L, LDH 2107 U/L, 白蛋白23.3 g/L; 血培养5日无菌生长; 胸部CT示双下肺炎性改变, 双侧胸腔积液, 心包积液, 纵膈淋巴结肿大; 腹部超声示腹腔积液。患者申请自动出院, 转入南京军区总医院和南京市鼓楼医院确诊SLE, 转院5日后因消化道大出血并发多脏器功能衰竭死亡。

1.4 既往史 有慢性“湿疹”6年, 双手多关节肿痛伴晨僵1年, 否认肝炎史、高血压冠心病史, 无外伤手术及药物过敏史。

1.5 辅助检查 入院时尿蛋白阴性, 白细胞391.6/UL, RBC 60.8/UL, 管型计数6.76/UL, 病理管型4.73/UL, 细菌计数2779.7/UL, 上皮细胞75.2/UL, 便常规、肾功能、AFP、CEA、T3、T4、TSH正常, HLA-B27阴性; 血糖6.9 mmol/L, TG 2.12mmol/L, 铁蛋白 $> 1000$  ng/ml, 乙型肝炎病毒血清学标志物阴性。心电图正常, X线片示双手诸骨未见骨折征

象,胸片示支气管炎,彩超示左肝血管瘤、胆胰脾正常。

## 2 临床讨论

据文献报告,SLE极易误诊为胰腺炎、浆膜炎、脾栓塞、血管性水肿、肾静脉栓塞、盆腔炎、上消化道出血、缺铁性贫血、自身免疫性溶血性贫血、特发性血小板减少性紫癜<sup>[1]</sup>、癫痫、皮肤病、类风湿关节炎、慢性肾炎、肺梗死、巩膜炎、心肌炎、发热原因待查<sup>[2-4]</sup>。该患者曾在内分泌科诊断为“类风湿关节炎”,因反复发热且有皮疹考虑麻疹合并肝炎,疹退后仍高热,血管神经性水肿且白细胞明显升高,抗菌治疗无效,血培养阴性,考虑麻疹后全身炎症反应综合征及药物过敏原因待查,最后确诊为SLE。反思患者的病情演变,反复发热,肝脏、肾脏受损,多发浆膜腔积水,外周血管炎(输液侧肢体广泛外渗肿胀伴疼痛),抗核抗体阳性,均为很典型的SLE临床表现,曾有文献报告指出对SLE认识不够,滥用激素使抗核抗体系列检测阴性,造成误诊。该患者并无雌激素、肼苯哒嗪及紫外线等引起SLE活动的诱因<sup>[5,6]</sup>。该患者SLE疾病活动指数<sup>[7]</sup>为血管炎8分,关节炎、管型尿、血尿、脓尿共16分,皮疹、胸膜炎、心包炎共6分,发热1分,累计31分,远高于判定重度活动的临界值20分,故患者为重度活动性SLE。笔者认为①患者病情较复杂且合并明显的四肢血管炎,外周静脉输液和抽血困难,影响诊治;②各级医生忽视入院时的尿

常规检测结果,且知识面及鉴别诊断思路过窄,未深入了解疾病相关信息并鉴别,缺乏整体观念及全面分析,导致未能及时确诊;③地塞米松对退热、皮疹、血管神经性水肿等症状均有部分疗效,但不持久,导致延误诊断;④本病例属于重度活动性SLE,未用甲泼尼龙或大剂量地塞米松联合环磷酰胺强化治疗,导致病情极剧恶化,发生多浆膜腔积液及多脏器功能衰竭,转院5日后死亡,此病例值得临床重视。

SLE是内科临床常见病,如患者出现发热、肾损害、肝炎、血管炎、皮疹等表现,应及时化验进行红斑狼疮细胞检测及抗核抗体相关检查,并认真鉴别诊断及会诊,防止进展为重度活动性SLE,导致病情急剧恶化死亡,引发医疗纠纷。

## 参考文献

- [1] 杜正福,赵红霞.系统性红斑狼疮误诊分析[J].实用医技杂志,2008,15:4845.
- [2] 文英郭.50例系统性红斑狼疮误诊分析[J].海南医学,2008,19:80,115.
- [3] 张友山,周家善,吴斌,等.系统性红斑狼疮误诊86例分析[J].中国误诊学杂志,2006,6:1488.
- [4] 许彩青.特殊表现的系统性红斑狼疮误诊分析[J].临床荟萃,2004,19:220.
- [5] 施伟民,王上上,肖琴,等.雌激素肼苯哒嗪和紫外线对SLE患者甲基转移酶活性的影响[J].中华皮肤科杂志,2010,43:620-622.
- [6] 敬雪明.系统性红斑狼疮复发的相关因素分析及护理对策[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28:1239-1240.
- [7] 闭闯.系统性红斑狼疮的疾病活动指数在狼疮治疗中的意义[J].医学文选,2001,20:14-15.

收稿日期:2011-01-17