

系统性红斑狼疮急症的临床研究

韩红¹ 须晋¹ 李涛¹ 徐胜勇¹ 于学忠¹ 郭树彬¹ 李毅¹

[摘要] 目的:对系统性红斑狼疮(SLE)急症患者临床表现进行统计分析,为及时诊断及治疗改善预后提供临床资料。方法:采用回顾性分析的方法对急诊 121 例 SLE 急症患者年龄、性别、病程、主诉症状、发热病因分析、受累系统种类及个数、预后等方面进行统计分析。结果:SLE 急症在发病年龄、性别、主诉症状、发热病因分析、受累系统、预后等方面有明显特征性。结论:育龄期女性出现多系统损害或条件致病菌感染或不明原因发热要考虑 SLE 可能,复发狼疮伴有肾损害继发感染的患者预后差。

[关键词] 系统性红斑狼疮急症;临床特点;预后

[中图分类号] R593.24 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2012)03-0176-03

Clinical study of systemic lupus erythematosus in emergencies

HAN Hong XU Jin LI Tao XU Shengyong YU Xuezhong GUO Shubin LI Yi

(Department of Emergency, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730, China)

Corresponding author: LI Yi, E-mail: billiyyi@yahoo.com

Abstract Objective: To statistically analyze the clinical presentations of patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in emergency department (ED). **Method:** 121 patients with SLE who presented to the ED in emergency situation were retrospectively analyzed. Clinical data queried included: patient age, gender, duration of disease, chief complaint in the ED, the causes of fever, the number and types of organ system involvement, and final outcome after ED management. **Result:** We found patients with SLE had different features in age, gender, chief complaint, the causes of fever, organ system involvement and prognosis. **Conclusion:** Women of childbearing age who have multi-system organ damage, opportunistic infections or fever of unknown origin should be considered for the diagnosis of SLE. Patients with recurrent SLE exacerbations accompanied by renal insufficiency and/or secondary infection had worse prognosis.

Key words systemic lupus erythematosus in emergencies; clinical features; prognosis

系统性红斑狼疮(SLE)是自身免疫介导的,以免疫性炎症为突出表现的弥漫性结缔组织病。其发病原因与发病机制尚未完全明确。临床表现较为复杂,且多种多样,临床易误诊。SLE 预后不理想,并发症多,死亡率高,尤其 SLE 急重症多出现脏器功能不全,直接危及生命,及时诊断及治疗能最大程度上改善预后,现收集 2009—2012 年我院急诊留观收治的 SLE 急症患者 121 例病历资料进行回顾性分析,为临床提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象

2009-09—2012-02 我院急诊科留观收治的 SLE 急症患者 121 例,其中女 103 例,男 18 例,男:女 1:5.7,年龄 14~74 岁。患者因有脏器功能不全或潜在生命危险需留院观察治疗,包括重症狼疮,狼疮危象, SLE 并发严重感染,出血等情况^[1-2]。(采用的诊断标准为 1997 年美国风湿病学学会制定的 SLE 分类标准^[3],所有患者均诊断为 SLE)。

1.2 方法

采用回顾性调查分析方法,收集整理 SLE 急症患者留观病历资料,登记患者的年龄、性别、病程、主诉症状、发热病因分析、受累系统种类及个数、预后等方面进行统计分析。

1.3 统计学处理

采用 MATLAB 统计软件进行统计学处理,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 年龄分布

患者的年龄分布见表 1。

2.2 病程分布

患者的病程分布见表 2。

2.3 主诉症状分布

主诉症状分布见表 3。

2.4 发热患者病因分析

发热患者病因分析见表 4。

2.5 累及系统种类及个数分析

累及系统种类及个数分析见表 5,表 6。

2.6 预后

121 例患者中,死亡 12 例,占总数 9.9%。死亡原因为肺部感染导致的呼吸衰竭 7 例,多脏器功

¹ 北京协和医院急诊科(北京,100730)

通信作者:李毅, E-mail: billiyyi@yahoo.com

表 1 年龄分布统计

	年龄范围/岁						
	14~20	>20~30	>30~40	>40~50	>50~60	>60~70	>70
例数	20	40	30	17	6	7	1
百分数/%	16.5 ¹⁾	33 ¹⁾	24.8 ¹⁾	14 ¹⁾	5	5.8	0.8

与>50~60岁,>60~70岁,>70岁3组比较,¹⁾ $P<0.05$

表 2 病程分布统计

	病程				
	≤6个月	>6个月~1年	>1年~5年	>5年~10年	>10年
例数	34	15	26	25	21
百分比/%	28.1	12.4	21.5	20.7	17.4

表 3 主诉症状分布统计

症状	发热	意识障碍,精神异常,头痛	喘憋,胸闷,咳嗽	腹痛,腹胀,呕吐	浮肿,少尿	血细胞减少	肌肉,关节痛	言语不清,肢体活动不利	呕血,便血	皮疹	视力下降
例数	88	31	27	22	19	12	12	4	3	3	2
百分数/%	72.7 ¹⁾	25.6	22.3	18.2	15.7	9.9	9.9	3.3	2.5	2.5	1.7

与其他各项比较,¹⁾ $P<0.01$

表 4 发热患者病因分析统计

	感染	SLE活动期	活动期并发感染	合计
例数	15	30	43	88
百分数/%	17	34	48.9	100

表 5 受累系统种类统计

	受累系统种类									
	血液系统	泌尿系统	呼吸系统	神经系统	关节	皮肤黏膜	消化系统	循环系统	血管	肌肉
例数	86	68	57	50	38	35	33	28	10	8
百分数/%	71	56.2	47.1	41.3	31.4	28.9	27.3	23.1	8.3	6.6

表 6 受累系统个数统计

	受累系统个数							
	1	2	3	4	5	6	7	9
例数	11	17	32	33	14	9	4	1
百分数/%	9	14	26.4 ¹⁾	27.3 ¹⁾	11.6	7.4	3.3	0.8

与非3、4个受累系统组比较,¹⁾ $P<0.01$

能衰竭 3 例,中枢神经系统感染 2 例,其中同时并发狼疮肾炎的患者 9 例,占死亡总数 75%。9 例感染患者 5 例为混合感染,曲霉菌感染,巨细胞病毒及 G⁺ 球菌混合感染 3 例,卡氏肺孢子虫并发巨细胞病毒感染 2 例,隐球菌感染 1 例,血型播散结核感染 1 例,绿脓杆菌感染 1 例,不明病原学感染 1 例。

3 讨论

我们的研究显示,SLE 急症患者的年龄多集中在 14~50 岁,占 88.2%。女性为主,男女比例 1:

5.7。SLE 病程 6 个月之内的略多。

SLE 急症临床表现较为复杂,且多种多样,各系统均可受累。本研究显示血液系统受累最常见,占 71%,与文献报道相符^[1]。受累系统总数以 3~4 个最多见,7 个以上系统少见。

SLE 急症的首发症状也具有多样性。我们的研究显示首发症状以发热、神经系统、呼吸系统、消化系统的症状为主,其中发热最为多见,占 72.7%。导致 SLE 患者发热的主要原因有感染和疾病处于活动期。本组 88 例发热患者中由单纯感染引起的

占 17%, SLE 活动期并发感染的占 49%, 单纯 SLE 活动期发热占 34%, 可见感染是 SLE 患者急诊就诊最常见的病因, 比例高于文献中 SLE 住院患者的报道^[4-5], 考虑急诊患者的特殊性, 不同于门诊收治的患者, 也说明在 SLE 活动期易并发感染。导致患者易并发感染的原因有①患者免疫功能下降; ②长期服用激素和免疫抑制剂; ③多器官功能受损, 一般状况较差^[5]。引起感染的致病菌主要以革兰氏阴性菌, 真菌、巨细胞病毒、结核杆菌等病菌为主^[4-5]。急诊患者就诊时往往感染灶不明, 经验性应用抗生素较普遍, 但广谱抗生素大量使用引起的菌群失调, 耐药菌感染, 双重菌感染, 继发真菌感染等问题也很严重^[4]。因此, 临床医师需谨慎综合判断, 病情允许情况下尽量使用针对性强窄谱抗生素, 同时尽快留取病原学, 依据结果调整抗生素, 避免抗生素滥用。

导致本组患者死亡最常见的原因是感染, 以肺部感染和中枢神经系统感染为主, 致病菌以曲霉菌, 巨细胞病毒, 隐球菌, 卡氏肺孢子虫等条件致病菌多见, 与文献报道相符^[6]。SLE 患者长期服用激素和免疫抑制剂治疗, 机体免疫能力下降, 是导致条件致病菌感染的原因。且抗感染的效果差^[7], 尤其是狼疮肾炎继发感染时, 易发展为多脏器功能衰竭而死亡^[2]。

总之, SLE 急症患者的年龄多集中在 14~50 岁, 首发症状以发热最为常见, 且临床表现多种多样, 各系统均可受累。因此若育龄期女性, 出现发热等多个系统的临床表现, 尤其有条件致病菌感染

的患者应考虑 SLE。SLE 患者在疾病的早期患者往往只有单个系统的损害, 经常表现为非特征性的局部性的症状和(或)体征, 而往往没有多系统的相应表现, 在早期就诊时极易容易发生误诊。即便如此, 本研究显示 SLE 急症还是有相应临床特点, 有一定规律可循, 及早识别, 及时治疗, 避免误诊, 可以尽可能的改善预后。

参考文献

- [1] 史捷, 陈银霞, 王满妮. 系统性红斑狼疮血液学异常的临床研究[J]. 实用医技杂志, 2009, 16(7): 526-530.
 - [2] 中华医学会风湿病学分会. 系统性红斑狼疮诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(5): 342-346.
 - [3] HOCHBERG M C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [letter] [J]. Arthritis Rheum, 1997, 40: 1725-1725.
 - [4] 朱小平, 周静芸. 系统性红斑狼疮并发感染的临床特征分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(9): 664-665.
 - [5] 郑莉, 王忠明, 林辉. 系统性红斑狼疮(SLE)患者合并感染临床分析[J]. 华西医学, 2007, 22(1): 33-34.
 - [6] BERNATSKY S, BOIVIN J F, JOSEPH L, et al. Mortality in systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 2006, 54: 2550-2557.
 - [7] ARRINGER M, SMOLEN J, GRANINGER W B. Severe Infection in plasmapheresis-treated systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 1998, 41: 414-420.
- (收稿日期: 2012-04-20)
-
- (上接第 175 页)
- ol, 2003, 180: 1577-1581.
- [6] HARTMANN I J, REMY-JARDIN M, MENCHINI L, et al. Ectopic origin of bronchial arteries: assessment with multidetector helical CT angiography [J]. Eur Radiol, 2007, 17: 1943-1953.
 - [7] BALTACIOGLU F, CIMIT N C, BOSTANCI K, et al. Transarterial microcatheter glue embolization of the bronchial artery for life-threatening hemoptysis: technical and clinical results [J]. Eur J Radiol, 2010, 73: 380-384.
 - [8] GOH P Y T, LIN M, TEO N, et al. Embolization for hemoptysis: A six-year review [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2002, 25: 17-25.
 - [9] MICHELLE L W, PETER S, MARK J H. Percutaneous embolotherapy for life-threatening hemoptysis [J]. Chest, 2002, 121: 95-102.
 - [10] POYANLI A, ACUNAS B, ROZANES I, et al. Endovascular therapy in the management of moderate and massive haemoptysis [J]. Br J Radiol, 2007, 80: 331-336.
 - [11] KALVA S P. Bronchial artery embolization [J]. Tech Vasc Interv Radiol, 2009, 12: 130-138.
 - [12] KATO A, KUDO S, MATSUMOTO K, et al. Bronchial artery embolization for hemoptysis due to benign diseases: Immediate and long-term results [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2000, 23: 351-357.
 - [13] LEE S, CHAN J W, CHAN S C, et al. Bronchial artery embolisation can be equally safe and effective in the management of chronic recurrent haemoptysis [J]. Hong Kong Med J, 2008, 14: 14-20.
- (收稿日期: 2012-02-14)