

- [3] Gyamfi-Bannerman C, Gilbert S, Landon MB, et al. Risk of uterine rupture and placenta accreta with prior uterine surgery outside of the lower segment[J]. *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 120(6): 1332-1337.
- [4] Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008; a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5[J]. *The Lancet*, 2010, 375(9726): 1609-1623.
- [5] 赵欣, 刘菲. 自发性子宫破裂一例并文献复习[J]. *山西医药杂志*, 2014, 43(14): 1717-1719.
- [6] 赫英东, 杨慧霞. 围产期瘢痕子宫破裂的早识别和早处理[J]. *中华围产医学杂志*, 2016, 19: 649-652.
- [7] Miller ES, Grobman WA. Obstetric outcomes associated with induction of labor after 2 prior cesarean deliveries[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2015, 213(1): 89-81.
- [8] Guiliano M, Closset E, Therby D, et al. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 179: 130-134.

收稿日期: 2017-05-20 修回日期: 2017-06-20 编辑: 王宇

· 临床实践 ·

## 系统性红斑狼疮伴肠系膜血管炎 1 例并文献复习

文钟, 张梦云, 青玉凤, 周京国

川北医学院附属医院风湿免疫科, 四川南充 637000

**摘要:** **目的** 通过研究系统性红斑狼疮(SLE)伴肠系膜血管炎 1 例患者的临床表现、诊断及治疗, 以提高对本病的认识。**方法** 对 1 例系统性红斑狼疮伴肠系膜血管炎患者的临床资料进行回顾性分析, 并复习相关文献。**结果** 患者因腹痛、恶心、呕吐入院, 既往有 SLE 基础疾病, 诊断为 SLE 伴肠系膜血管炎, 进一步完善腹部 CT 检查发现肠系膜血管炎典型的“靶形”征后明确诊断。**结论** 对于 SLE 患者突然出现急性腹痛, 需警惕肠系膜血管炎可能, 应完善腹部增强 CT 等检查, 及时诊断, 早期治疗, 以改善该疾病的预后, 降低病死率。

**关键词:** 系统性红斑狼疮; 肠系膜血管炎; 腹痛

**中图分类号:** R 593.42 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)11-1547-02

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是以全身症状、骨骼肌肉及内脏损害为主要表现的多系统疾病<sup>[1]</sup>, 包括肾脏、皮肤、肺部、神经系统、血液系统、消化系统等多系统损害。本院收治 SLE 合并肠系膜血管炎(lupus mesenteric vasculitis, LMV)患者 1 例并复习相关文献进行总结, 以提高对该类疾病临床表现、诊断及治疗的认知。

### 1 病例分析

**1.1 临床资料** 患者, 女, 46 岁, 因“诊断 SLE 18 余年, 腹痛 13 d”于 2013 年 11 月 11 日入院。患者 18 余年前因出现颜面部蝶形红斑、脱发, 同时伴有周期性发热, 检查发现血小板减少, 多种自身抗体阳性, 诊断为 SLE, 给予糖皮质激素(强的松)治疗, 但用药剂量不详, 病情逐渐控制。13 d 前患者突发腹痛, 以剑突下为重, 伴有恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 量少,

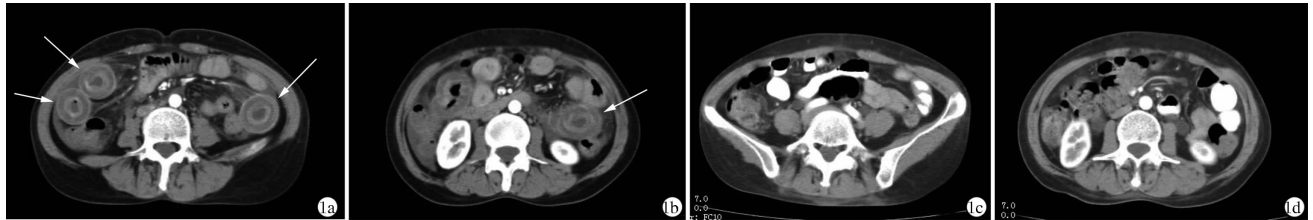
在当地医院予对症治疗无好转, 逐渐加重入院。入院查体: 体温 37.2 °C, 血压 120/84 mm Hg, 痛苦面容, 心肺查体(-), 腹软, 上中腹部压痛, 无反跳痛及肌紧张, 全腹未触及明显包块, 肝、脾未触及, 胆囊区无压痛, morphy 征(-), 移动性浊音阴性, 神经系统查体(-)。血常规检查: 白细胞计数  $5.82 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞绝对值  $4.93 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 146 g/L。急性期反应物: 血沉 4 mm/h, C 反应蛋白(CRP) 9.98 mg/L。自身抗体谱: 抗双链 DNA 抗体定量 70.60 IU/ml, 抗核抗体(ANA) 1:1000+, 其余自身抗体均阴性。补体 C3 380 mg/L, 补体 C4 75.2 mg/L。小便常规尿蛋白(+), 尿蛋白定量 334.5 mg/24 h 尿。肝、肾功能、电解质、血淀粉酶、血脂肪酶、大便常规检查未见异常。腹部彩超: 回盲部至升结肠肠壁增厚。腹部增强 CT: 腹部空回肠肠管增厚、水肿, 扩张, 可见“靶形”征(图 1a、图 1b)。入院后诊断: SLE 并肠系膜血管炎。

**1.2 治疗方法** 给予静脉滴注甲泼尼龙 80 mg/d, 并每隔 2 周联合环磷酰胺(CTX) 0.6 g 静脉滴注 1 次, 给予上述治疗后患者腹痛症状逐渐消失, 入院

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2017.11.030

基金项目: 国家自然科学基金(81670701); 四川省省属高校科研创新团队(14TD0021)

通信作者: 周京国, E-mail: jgzhou@nsmc.edu.cn



注:1a、1b:治疗前,可见典型的“靶形”改变;1c、1d:治疗后,可见“靶形”改变消失。

图 1 患者腹部增强 CT 图

10 d 后激素减量并替换为强的松 60 mg qd 继续治疗,患者于 2013 年 11 月 27 日复查腹部增强 CT 肠壁已未见明显增厚、水肿,“靶形”征消失(图 1c、图 1d)。患者病情好转出院,出院时继续给予强的松 60 mg qd,每隔 2 周给予 CTX 0.6 g 静脉滴注 1 次。门诊随访:患者出院 1 个月后强的松开始由 60 mg qd 以每次减 5 mg 的速度逐渐减量,到 2014 年 9 月患者激素减量至 5 mg qd 并维持治疗,因患者不能耐受 CTX 导致的恶心、呕吐副作用换用吗替麦考酚酯片(骁悉)0.5 g bid 治疗。患者病情稳定,至今未再复发。

## 2 讨论

SLE 并 LMV 是 SLE 并发胃肠道损害最严重的并发症。LMV 主要的病理基础为肠系膜血管的缺血坏死、血栓形成,导致局部血管闭塞而引起肠道的各种表现及临床症状,主要与免疫因素相关<sup>[2]</sup>。

LMV 以弥漫性腹痛为主要临床特点,无固定压痛区域及特殊的伴随症状,而消化性溃疡、阑尾炎、胆囊炎、急性胰腺炎等有典型的疼痛区域及特征性表现,这点可以作为一个重要的鉴别点予以区分<sup>[2]</sup>。除此之外 LMV 还可以出现恶心、呕吐、呕血、黑便、腹泻、梗阻表现。曾经有个案报道 1 例以难治性腹泻为唯一表现的 LMV 患者<sup>[3]</sup>,一直误诊为胃肠炎等其他问题,延误了诊治。所以对于这些不常见的临床表现我们也需要特别警惕,不能因症状不典型而出现漏诊,耽误病情。

文献报道提出 LMV 易发生在 SLE 活跃期<sup>[3]</sup>,可见在活跃期的 SLE 患者发生急性腹痛更需警惕 LMV 可能。通过对本例患者检验学指标的研究发现:ds-DNA(+),补体 C3 明显降低;炎症指标 CRP 升高,小便尿蛋白阳性,由此可见本例患者正处于 SLE 活跃期,这也证实了这一说法。

腹部 CT 已经成为诊断 LMV 首选检查,其中最典型的 CT 表现为“靶形征”改变(图 1a、1b)。“靶形征”是由于黏膜层和浆膜层出现增厚、强化,而两者之间的肌肉层强化不明显,形如靶子而得名<sup>[4]</sup>。腹

部 CT 还可以观察肠壁增厚范围来判断病情严重程度,其中 <10 cm 为局限性,10~30 cm 为节段性,>30 cm 为弥漫性增厚<sup>[4]</sup>。本例患者肠壁为弥漫性增厚,病情严重。另一种双重对照影像学检查手段也可以用于诊断 LMV。最典型改变为不规则增厚和肠段节段性皱褶及投影,常伴“拇指印”征暗示缺血性改变<sup>[5]</sup>。此外,胃肠镜检查也可以显示缺血和溃疡,可对溃疡、穿孔区域进行组织活检,但是有意义标本获取率低,漏诊率较高。

LMV 的治疗主要为激素联合免疫抑制剂,激素首选甲泼尼龙静脉给药,如病情危重可给予甲泼尼龙冲击治疗,免疫抑制剂首选环磷酰胺,其次可以选择硫唑嘌呤、环孢素和甲氨蝶呤治疗<sup>[6]</sup>,还有少数文献报道指出生物制剂利妥昔单抗对 LMV 治疗有效<sup>[7]</sup>。

狼疮肠系膜血管炎的整体预后差,死亡率极高。本例患者因为及时的诊断及治疗,获得较为理想的疗效,挽救了生命。这也再次提示我们早期诊断、治疗对于预后极为重要。

## 参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].14版.北京:人民卫生出版社,2013:2600.
- [2] Ju JH, Min JK, Jung CK, et al. Lupus mesenteric vasculitis can cause acute abdominal pain in patients with SLE[J]. Nat Rev Rheumatol, 2009, 5(5): 273-281.
- [3] Chu YC, Hsu BB, Tseng KC. Lupus mesenteric vasculitis with GI and genitourinary tract involvement[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2014, 12(8): e69-e70.
- [4] Macari M, Balthazar EJ. CT of bowel wall thickening: significance and pitfalls of interpretation[J]. AJR Am J Roentgenol, 2001, 176(5): 1105-1116.
- [5] Hizawa K, Iida M, Aoyagi K, et al. Double-contrast radiographic assessment of lupus-associated enteropathy[J]. Clin Radiol, 1998, 53(11): 825-829.
- [6] Sultan SM, Ioannou Y, Isenberg DA. A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus[J]. Rheumatology, 1999, 38(10): 917-932.
- [7] Oh JS, Kim YG, Lee SG, et al. Successful treatment of recurrent lupus enteritis with rituximab[J]. Lupus, 2010, 19(2): 220-222.