

系统性红斑狼疮 89 例首发症状及误诊分析

方凯华

摘要:目的 研究系统性红斑狼疮(SLE)的首发症状及早期误诊原因,以期提高早期确诊率。方法 对 89 例 SLE 患者首发症状及早期临床资料进行回顾性分析。结果 89 例患者中有 38 例(42.7%)患者曾被误诊,其中有 16 例(18%)被误诊两种以上的疾病。误诊的疾病有类风湿性关节炎,风湿性关节炎,干燥综合症,肌炎,皮炎,混合性结缔组织病,Still 病,血管炎;多形性红斑,日光性皮炎,脂溢性皮炎,过敏性紫癜,药物过敏;肾病综合症,肾炎,肾盂肾炎,膀胱炎;肠梗阻,胰腺炎;上呼吸道感染,淋巴结炎,甲状腺功能减退,白细胞减少症,癫痫,结核等。结论 SLE 患者临床表现错综复杂,首发症状无固定模式,医师对该病认识不足和思维局限等是构成 SLE 早期误诊的主要原因。提高对该病的认识,积极进行相关的检查,可减少早期误诊率。

关键词:系统性红斑狼疮;首发症状;诊断;误诊

中图分类号:R593.241 文献标识码:B 文章编号:1009-9727(2006)03-453-02

Analysis of initial symptoms and misdiagnosis of 89 systemic lupus erythematosus patients. FANG KAI-HUA. (Xinhui People's Hospital of Jiangmen City, Jiangmen 529100, Guangdong, P. R. China)

Abstract: Objective To increase the accuracy of early diagnosis of systemic lupus erythematosus(SLE). **Methods** The early clinical diagnostic data in 89 SLE cases was analyzed retrospectively. **Results** 38(42.7%) out of 89 cases were misdiagnosed and 16 cases were misdiagnosed more than two diseases, including rheumatoid arthritis, rheumatic fever/rheumatic arthritis, Sjogren's syndrome, polymyositis, dermatomyositis, mixed connective tissue disease, Still disease, vasculitis, polymorphous erythema, solar dermatitis, seborrheic dermatitis, Henoch-Schonlein purpura, drug allergy, nephritic syndrome, nephritis, nephropylitis, cystitis, ileus, pancreatitis, theupper respiratory tract infection, ymphadenitis, subthyroidism, leukopenia, epilepsy, tuberculosis, and so on. **Conclusion** The clinical manifestations are complex and first symptoms are not stable, some doctors didn't know the features of SLE and their scope of consideration is limited. those are main causes of misdiagnosis of SLE. To reduce the early misdiagnostic rate, the recognition of the disease must be improved and the related examinations should be done properly.

Key words: Systemic lupus erythematosus; First symptoms; Diagnosis; Misdiagnosis

系统性红斑狼疮(SLE)是一种累及多系统多器官的慢性自身免疫性疾病,临床症状非常复杂,其首发症状更是多种多样,早期极易误诊。作者回顾性地总结了 89 例 SLE 患者的首发症状及误诊情况,旨在提高 SLE 早期确诊率。

1 临床资料

1.1 一般资料 1999 年 1 月~2005 年 8 月就诊于门诊和住院的患者 89 例,男 17 例,女 72 例;年龄 18~45 岁,平均(28.5±2.56)岁;已婚 39 例,未婚 50 例;病程 1~19a,平均(38.0±18.41)月。诊断均符合 1982 年美国风湿病协会(ACR)SLE 分类标准。就诊前曾在院外诊断为其他疾病并治疗 1 个月以上视为误诊。

1.2 首发症状分布情况 关节症状 33 例(37.1%),发热 25 例(28.1%),皮疹 23 例(25.8%),脱发 21 例(23.6%),口腔溃疡 17 例(19.1%),雷诺现象 6 例(6.8%),水肿、蛋白尿、血尿 17 例(19.1%),高血压 9 例(10.11%),肌痛、肌无力 3 例(3.4%),消化道症状 3 例(3.4%),膀胱刺激征 1 例(1.12%),光过敏 1 例(1.13%),淋巴结肿大 2 例(2.26%),头痛 2 例(2.25%),甲状腺症状 1 例(1.12%)。

2 结果

89 例患者,有 38 例(42.7%)患者曾被误诊,其中有 16 例(18%)被误诊两个以上的疾病。误诊为类风湿性关节炎 21

例,风湿性关节炎 7 例,干燥综合征 4 例,肌炎、皮炎 2 例,混合性结缔组织病 2 例,still 病 1 例,血管炎 2 例,多形性红斑 3 例,日光性皮炎 2 例,脂溢性皮炎 1 例,过敏性紫癜 1 例,药物过敏 1 例,肾病综合征 5 例,肾炎 2 例,肾盂肾炎 1 例,膀胱炎 1 例,胰腺炎 1 例,上呼吸道感染 8 例,淋巴结炎 2 例,肌营养不良 1 例,甲状腺功能减退 1 例,白细胞减少症 2 例,特发性血小板减少 1 例,偏头痛 2 例,精神病 1 例,神经炎 1 例,结核 1 例。

3 讨论

SLE 是目前误诊率较高的疾病之一,究其原因有以下几个方面。

3.1 临床表现错综复杂 SLE 患者临床表现错综复杂,首发症状无固定模式,医师对该病认识不足和思维局限是构成 SLE 早期误诊的主要原因。

3.1.1 发热和关节症状 约 90% 以上的 SLE 患者存在着关节肿痛^[1],常为多关节性、对称性和阵发性,与类风湿关节炎极为相似,关节症状可为该病的最早表现,甚至在较长时间内为唯一表现^[2],加之部分患者类风湿因子阳性,因此早期常误诊为类风湿关节炎。本组 89 例患者有 33 例(37.1%)患者以关节症状为首发症状,其中有 21 例(23.6%)误诊为类风湿关节炎,几乎占四分之一。合并发热且抗“O”阳性的患者又易被误诊为风湿关节炎,本组患者有 25 例(28.1%)以发热为首发症状,有

7例(7.9%)误诊为风湿性关节炎,有8例误诊为上呼吸道感染。在基层医院还普遍存在滥用激素的现象,激素不正规的治疗也能使发热和关节症状暂时减轻或消失,因而掩盖病情,不再进行进一步的检查,造成长时间的误诊。

3.1.2 皮肤黏膜损害 皮肤黏膜损害是 SLE 最常见的表现之一,发生率约为 80%~85%,典型的蝶形红斑约占 30%~50%^[1],并可出现各种皮疹,例如斑丘疹、结节红斑、网状青斑、冻疮样皮疹等。而很多非专科医生只认知蝶形红斑,对其他皮损缺乏认识,不能将其与全身其他系统的症状综合分析,进行一些必要的免疫学检查以明确诊断,易误诊为单纯的皮肤病。本组被误诊为多形性红斑 3 例,日光性皮炎 2 例,脂溢性皮炎 1 例,过敏性紫癜 1 例,药物过敏 1 例。

3.1.3 肾脏损害 肾脏损害是 SLE 最常见和最严重的表现,几乎所有患者迟早有肾脏的损害,免疫复合物在肾小球基底膜沉积是 SLE 肾脏损害的病理基础,它是 SLE 的主要死因,也常是 SLE 的首发症状。刘玉春等报道的 SLE 患者中约 25%是以肾脏受累为首发表现的,其中 5%肾脏受累多年后才有其他表现^[3]。刘向东等报道的不典型 SLE 误诊的 35 例患者中有 16 例在初期即有肾脏损害,其中 6 例表现为肾病综合征,12 例表现为肾炎综合征。本组 89 例患者中,以肾脏受累为首发症状的有 17 例,其中误诊为肾病综合征的为 5 例^[4],肾炎 2 例,肾盂肾炎 1 例,尚有 1 例误诊为膀胱炎。究其原因,主要是医生仅考虑原发性肾脏疾病,而忽视了继发于 SLE 的肾脏损害。

3.1.4 血液系统损害 50%狼疮患者有血液系统损害,常常是 SLE 的首发症状,表现为贫血,白细胞减少和血小板减少及异常,这主要是由于 SLE 患者血液中存在抗血细胞抗体和抗心磷脂抗体等自身抗体,这些抗体可直接与组织细胞抗原结合,加速血细胞的破坏。如果医生没有全面的考虑病情,进行综合判断,很容易诊断为单纯的血液系统疾病。本组 89 例患者有 2 例误诊为白细胞减少症,有 1 例误诊为特发性血小板减少症。

3.1.5 其他系统损害 呼吸、循环、消化及神经系统病变也常为 SLE 的首发症状。例如 SLE 血管炎所致的浆膜炎,可表现为胸腔积液和心包积液。血管炎和某些抗体还可导致腹痛、腹泻、便血等消化道症状,也可引起肝炎、胰腺炎等消化系统病变。抗神经元抗体及 SLE 的血管炎可造成中枢及周围神经系

统的多种表现,可为弥漫性、局灶性及混合性,常见偏头痛、抽搐发作及精神异常等,本组患者有 2 例误诊为偏头痛,1 例误诊为精神病,1 例误诊为神经炎。

3.2 实验室检查的限制也是造成误诊的原因之一 SLE 的诊断除依赖临床医师对其复杂的临床表现有一定的认知外,相关的免疫学检查起着至关重要的作用。在我们接诊的 89 例患者中,有相当数量的患者初诊于不具备免疫学检查条件的县级以下医院,其中约有 70%的医院不具备对 SLE 的有关免疫学检查,例如 ANA、抗 dsDNA、抗 Sm 等自身抗体的测定,C3、C4 的检查,肾脏穿刺等。积极建议患者到上一级医院检查可减少误诊率。

3.3 专科医生的知识局限也是 SLE 误诊的重要原因 风湿专科是内科学中起步较晚的学科,虽然近年来随着分子生物学、遗传学及免疫学的发展,人们对风湿病的认识有了显著的提高,其诊断手段也明显进步,但它仍是内科各专业中技术力量最弱的学科,许多市级以上的大型综合性医院无此专科,而非专业医生对该科疾病知识相对缺乏,对相关的实验室检查结果不能正确的理解和分析,是导致误诊的又一原因。例如,看到 RF 因子阳性就诊断为 RA,抗“O”高就诊断为风湿热或风湿性关节炎等。

综上所述,SLE 临床表现错综复杂,首发症状多种多样,临床医生对该病认知不足和思维局限,对实验室检查不能正确理解和分析及专科医生的缺乏是 SLE 早期误诊的主要原因。SLE 误诊将会给病人带来严重的经济损失及精神打击。因此,解决的办法要提高对该病的认识并培养专科医生,积极进行相关检验是减少 SLE 误诊的重要举措。

参考文献:

- [1] 张乃峥. 临床风湿病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1999, 192.
- [2] 傅建斌,王宏远,史晓飞,等. 系统性红斑狼疮常见误诊原因研究及对策[J]. 中国误诊学杂志,2001,1(8):1139.
- [3] 刘玉春,王海燕. 以肾脏为首发症状的 SLE 22 例分析[J]. 北京医学,1990,12(1):4.
- [4] 刘向东,郭明好,刘云,等. 不典型系统性红斑狼疮误诊 35 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2004,4(2):283.

收稿日期:2005-12-10

(上接第 438 页)

对比剂对人体无任何损害,而阳性对比剂在部分人会出现不同程度的副作用。④阳性对比剂需要一定的费用而空气则不需要。

在本文所观察的病例中,最小的病灶直径为 4mm,且显示清楚。尤其是对于病灶和膀胱壁之间的关系看,MIP 更具有优势,可以从不同的方位显示病灶的基底部及蒂的情况。在 7 例多发病灶的膀胱镜检和手术病理证实的结果,MIP 显示的病灶的数量和大小基本一致。CTVE 在显示病灶的表面形态上具有一定的优势,发现表面凹凸不平呈分叶状的 24 个病灶,表面光滑的 8 个病灶,而显示与膀胱壁之间的关系上不如 MIP 准确,见到带蒂或峡颈的病灶比 MIP 少 3 个病灶。CTVE 还可以显示膀胱内壁的表面的形态和异常情况,也可以观察到病灶的界限。CTC 使部分组织透明化,可以观察病灶的边缘和形态,但不能观察病灶及膀胱壁内部结构及相互之间的关系。

因此,无论是应用阳性对比剂或空气都需结合多种重建的方法,进行全面的观察,而膀胱注气法比较简单、实用、费用低廉、无副作用,值得进一步的推广应用。

参考文献:

- [1] Stenzl A, Frank R, Eder R, et al. 3-dimensional computerized tomography and virtual reality endoscopy of the reconstructed lower urinary tract[J]. J Urol, 1998, 159(3):741~746.
- [2] 王东,张晚时,熊明辉,等. 螺旋 CT 仿真膀胱镜的临床应用价值[J]. 实用放射学杂志,2003,19(6):550~553.
- [3] 李智勇,伍建林,宁殿秀,等. 螺旋 CT 在气管支气管树腺样囊性癌诊断中的临床应用价值[J]. 中华放射学杂志,2004, 38(6):662~664.
- [4] 李智勇,车翔羽,王克礼,等. 16 排 CT 注气法仿真膀胱镜成像技术及其在膀胱癌术前评价中的临床应用[J]. 2005,16(5):271~273.

收稿日期:2005-12-08;修回日期:2006-01-16