

系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻的临床特点及预后

杨敏, 梁胜翔, 周润华, 莫汉有

杨敏, 周润华, 莫汉有, 桂林医学院附属医院风湿免疫科 广西壮族自治区桂林市 541001

梁胜翔, 空军空降兵学院门诊部 广西壮族自治区桂林市 541003

杨敏, 主治医师, 主要从事风湿免疫病的基础与临床研究。

国家自然科学基金资助项目, No. 81160376

广西壮族自治区卫生厅课题基金资助项目, No. Z2010303

作者贡献分布: 本课题由杨敏、周润华及莫汉有共同设计; 研究过程由杨敏、梁胜翔、周润华及莫汉有完成; 资料收集整理与数据统计由梁胜翔完成; 本论文写作由杨敏完成。

通讯作者: 莫汉有, 教授, 主任医师, 541001, 广西壮族自治区桂林市秀峰区乐群路15号, 桂林医学院附属医院风湿免疫科。liangyangmin@163.com

电话: 0773-2815170

收稿日期: 2013-02-24 修回日期: 2013-03-13

接受日期: 2013-03-14 在线出版日期: 2013-04-08

Clinical characteristics and prognosis of patients with systemic lupus erythematosus with intestinal pseudo-obstruction

Min Yang, Sheng-Xiang Liang, Run-Hua Zhou, Han-You Mo

Min Yang, Run-Hua Zhou, Han-You Mo, Department of Rheumatology, Affiliated Hospital of Guilin Medical College, Guilin 541001, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China

Sheng-Xiang Liang, Outpatient Department, Air Force Airborne Academy, Guilin 541003, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China

Supported by: the National Natural Science Foundation of China, No. 81160376; the Scientific Research Foundation of Health Department of Guangxi Province, No. Z2010303

Correspondence to: Han-You Mo, Professor, Chief Physician, Department of Rheumatology, Affiliated Hospital of Guilin Medical College, 15 Lequn Road, Xiufeng District, Guilin 541001, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. liangyangmin@163.com

Received: 2013-02-24 Revised: 2013-03-13

Accepted: 2013-03-14 Published online: 2013-04-08

Abstract

AIM: To analyze the clinical data for patients with systemic lupus erythematosus (SLE) with intestinal pseudo-obstruction (IPO) to improve the understanding of this condition.

METHODS: The clinical data for eight patients with SLE with IPO were retrospectively reviewed to analyze the clinical manifestations, auxiliary examination, therapy and prognosis of

this disease.

RESULTS: There were 1 male and 7 females. The average age at the onset of disease was 35 years (range 20-52). The average course from initiation of clinical symptoms to diagnosis was 36 mo. Two patients with intestinal obstruction as the first presentation were misdiagnosed with ulcerative colitis and enteritis, respectively. Six (6/8) cases had renal involvement, 5 (5/8) had hematological system involvement, 5 (5/8) had skin abnormality, and 4 (4/8) had cardiovascular system involvement. Four (4/8) cases had cholecystitis, 4 (4/8) had gastrointestinal bleeding, 4 (4/8) had ascites, and 1 (1/8) had central nervous system involvement. All cases (8/8) were positive for ANA and had hypocomplementemia and higher erythrocyte sedimentation rate. Six (6/8) cases were positive for anti-dsDNA. Glucocorticoid was used for therapy in 6 (6/8) cases and all of them got recovered. There were 2 (2/8) deaths, one for intestinal perforation and the other for surgical intervention.

CONCLUSION: IPO is one of the most serious complications of SLE, which is usually associated with multisystem involvement. People with SLE would encounter with abnormalities in immunologic tests. Early diagnosis and timely use of glucocorticoid are of great importance in controlling the disease, improving prognosis, and avoiding inappropriate surgical intervention.

© 2013 Baishideng. All rights reserved.

Key Words: Lupus erythematosus; Systemic; Intestinal pseudo-obstruction

Yang M, Liang SX, Zhou RH, Mo HY. Clinical characteristics and prognosis of patients with systemic lupus erythematosus with intestinal pseudo-obstruction. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2013; 21(10): 945-950 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/945.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v21.i10.945>

摘要

目的: 分析系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)合并假性肠梗阻(intestinal

■背景资料

假性肠梗阻是系统性红斑狼疮较罕见的并发症之一, 系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻发病急、进展快, 可出现肠穿孔等严重并发症而危及患者生命。感染是其死亡的主要原因, 尤其是行手术治疗的患者, 病死率更高。

■同行评议者

姚登福, 教授, 南通大学附属医院; 周翔宇, 副主任医师, 泸州医学院附属医院血管甲状腺外科; 蒋敬庭, 教授, 常州市第一人民医院(苏州大学附属第三医院)肿瘤生物诊疗中心

■ 研发前沿

系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻在临床上容易误诊,除合并有肠穿孔外,手术治疗效果并不理想。如何早期诊断避免漏诊及误诊,并早期使用糖皮质激素及免疫抑制剂治疗,是目前研究的焦点。

pseudo-obstruction, IPO)患者的临床病例资料,提高临床医生尤其是消化内科及外科医生对本病的认识。

方法: 收集8例SLE合并肠梗阻患者的临床资料,并对其临床表现、辅助检查、治疗及预后等特点进行回顾性分析。

结果: 8例患者中男1例,女7例,发病年龄20-52岁,平均35岁,平均病程36 mo。以肠梗阻为首发症状者2例(2/8),入院前被误诊为急性肠炎和溃疡性结肠炎。8例患者中肾脏累及者6例(6/8),血液系统累及者5例(5/8),皮肤病变5例(5/8),循环系统累及者4例(4/8),胆囊炎4例(4/8),消化道出血4例(4/8),腹水4例(4/8),中枢神经系统累及者1例(1/8)。8例患者中抗核抗体(+)8例(8/8),抗dsDNA抗体(+)6例(6/8),所有病例均有补体水平下降及血沉升高(8/8)。8例患者中6例使用糖皮质激素治疗均好转出院,死亡2例,1例并发肠穿孔死亡,1例行剖腹探查并部分小肠切除术,术后死亡。

结论: IPO是SLE严重的并发症之一,常伴有其他脏器受累,免疫学检查多有异常。早期诊断并及早使用肾上腺糖皮质激素干预治疗对于控制病情及改善预后很重要,可避免不必要的手术治疗。

© 2013年版权归Baishideng所有。

关键词: 红斑狼疮; 系统性; 假性肠梗阻

核心提示: 免疫相关及影像学检查,可避免对系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻患者误诊及漏诊。早期使用肾上腺皮质激素及加用免疫抑制剂是治疗关键,应尽量避免不必要的手术干预。

杨敏, 梁胜翔, 周润华, 莫汉有. 系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻的临床特点及预后. 世界华人消化杂志 2013; 21(10): 945-950 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/945.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v21.i10.945>

0 引言

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种多系统、多器官损害为特征的自身免疫病,以肾脏、心、肺、血液系统等损害常见。假性肠梗阻(intestinal pseudo obstruction, IPO)是SLE较少见的并发症之一,国内外仅见少量文献报道^[1-7]。SLE合并IPO发病急、病情进展快,可出现肠穿孔等严重并发症而危及生命^[8]。早期诊断,并采取及时有效的处理是控制病情的

关键,可避免不必要的外科手术治疗,明显降低病死率^[9]。本研究回顾性总结8例SLE合并IPO患者的临床资料,分析其临床特征,总结其治疗方法,以引起临床医生尤其是消化内科及外科医生对本病的重视,提高对本病的诊治水平。

1 材料和方法

1.1 材料 采用回顾性研究方法,收集2006-07/2012-07在桂林医学院附属医院消化内科、胃肠外科及风湿科诊治的患者资料,最后确诊SLE合并IPO并随后在风湿科门诊随访的患者8例。

1.2 方法

1.2.1 病例入选标准: 同时符合SLE及IPO诊断分类标准, SLE诊断符合1982年美国风湿病学会修订的SLE分类标准^[10], IPO的诊断标准包括临床上有肠梗阻的症状和体征、腹平片证实有肠梗阻、有关检查排除了机械性肠梗阻^[11]。

1.2.2 病例剔除标准: 排除合并其他结缔组织病和恶性肿瘤,排除既往有腹部手术病史者,病例资料不完整及失访的患者。

1.2.3 记录内容: 患者一般情况、临床症状及体征、血清学及影像学检查、胃肠镜及病理结果、治疗方案及随访资料。

2 结果

2.1 患者一般情况 女7例,男1例,年龄20-52岁,平均35岁,病程6 mo-8年,平均36 mo。

2.2 临床表现

2.2.1 首发表现: 2例以肠梗阻为首发症状,另外6例分别有2例发热、2例蛋白尿、1例关节痛、1例面部红斑为首发症状,其后在病程中出现肠梗阻表现(表1)。

2.2.2 肠梗阻表现: 腹痛、腹胀,恶心、呕吐及停止排气、排便或者腹泻等表现。

2.2.3 病程中各系统受累情况: 除肠梗阻症状外,其他消化系症状: 胆囊炎4例(4/8),消化道出血4例(4/8),腹水4例(4/8),肠穿孔1例(1/8)。肾脏受累6例(6/8),关节痛6例(6/8),血液系统受累5例(5/8),皮肤黏膜受累5例(5/8),循环系统受累4例(4/8),呼吸系统受累3例(3/8),中枢神经系统受累1例(1/8)(表1)。

6例肾脏累及者肾功能均正常,24 h尿蛋白定量均>0.5 g,其中3例定量>3.5 g,2例有镜下血尿;5例血液系统累及,4例贫血,2例溶血性贫血,3例同时伴有白细胞及血小板减少;5例皮肤黏膜受累,4例颜面部红斑,1例口腔溃疡;4例循环

表 1 系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻临床特点和治疗方案及预后分析

病例序号	性别	年龄	首发症状	其他系统受累情况	泌尿系统病变	初始治疗	免疫抑制剂	预后
1	女	20	肠梗阻	血液、关节	+	甲泼尼龙针	环磷酰胺针	好转
2	女	28	发热	呼吸、腹水 血液、皮肤	+	40 mg 甲泼尼龙针	硫唑嘌呤 环磷酰胺针	复发2次 好转
3	女	35	尿蛋白	尿蛋白 皮肤、循环、 呼吸	-	40 mg 甲泼尼龙针	硫唑嘌呤 环磷酰胺针	稳定 好转
4	女	38	面部红斑	血液、关节	+	80 mg 手术治疗	来氟米特 -	稳定 死亡
5	女	24	肠梗阻	呼吸、腹水 关节、腹水、 循环、中枢神经、 尿蛋白	+	甲泼尼龙针 500 mg	环磷酰胺针 吗替麦考酚酯	好转 稳定
6	男	35	蛋白尿	血液、关节、 口腔溃疡	+	甲泼尼龙针 40 mg	环磷酰胺针 来氟米特	好转 稳定
7	女	52	关节痛	血液、皮肤、循 环、腹水、尿蛋白	+	并发肠穿孔	-	死亡
8	女	45	发热	关节、皮肤、循 环、尿蛋白	-	甲泼尼龙针 40 mg	环磷酰胺针 硫唑嘌呤	好转 复发1次

■相关报道
De Giorgio等的研究表明,慢性假性肠梗阻仅仅是胃肠道功能紊乱的冰山一角,该病少见且频繁地被误诊,预后往往也不佳.诊断主要依靠临床特征、病史及影像学检查.外科手术是不得已而为之的治疗选择.

表 2 8例系统性红斑狼疮合并肠梗阻的实验室检查结果

项目	抗核抗体	dsDNA	抗心磷脂抗体	免疫球蛋白	补体	血沉	类风湿因子	尿蛋白	白蛋白	肝功能异常	贫血	WBC/PLT	泌尿系统超声
检查例数(n)	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
阳性例数(n)	8	6	2	3	8	8	2	6	6	3	4	3	6
阳性率(%)	100	75	28.6	37.5	100	100	25	75	75	37.5	50	37.5	75

系统累及, 2例胸片提示心影增大, 1例心脏彩色多普勒超声提示肺动脉高压, 少量心包积液, 3例心电图异常, 2例T波低平, 1例窦性心动过速; 3例呼吸系统累及, 2例肺高分辨率CT提示有肺间质病变, 2例同时伴有少量胸腔积液, 2例合并有肺部感染; 中枢神经系统累及者1例表现为癫痫及头痛, 并行脑脊液检查排除中枢神经系统感染.

2.3 血清学检查结果 8例患者4例血红蛋白<100 g/L, 2例抗人球蛋白试验阳性, 3例同时伴有白细胞<4×10⁹/L及血小板计数<100×10¹²/L减少. 6例白蛋白水平降低者, 3例肝功能异常者, 8例肾功能均正常. 6例曾有低钾、低钠、低氯血症. 8例血沉(erythrocyte sedimentation rate, ESR)>20 mm/1 h及C反应蛋白>10 mg/L均升高(表2).

2.4 免疫相关检查 免疫球蛋白: 2例IgG升高, 1例IgM升高者; 补体: 5例C3、C4均下降, 3例仅C3降低; 类风湿因子: 2例阳性(>20 U/mL); 自身抗体: 8例抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)滴度均>1: 320阳性, 4例颗粒型, 2例核糖体型, 1例周

边型, 1例胞质型; 6例抗ds-DNA抗体阳性; 2例抗Sm抗体(+); 3例抗SSA抗体(+); 1例抗SSB抗体(+); 3例抗RNP抗体(+); 2例抗β₂糖蛋白(β₂GP1)抗体(+)(表2).

2.5 影像学及内镜检查结果 腹部X平片检查8例患者均见大小不等多个气液平面, 部分肠腔扩张, 肠腔积气, 其中1例伴有膈下游离气体; 腹部CT检查4例发现3例肠系膜血管造影增强扫描强化明显, 延迟扫描仍可见强化小血管影, 1例小肠壁增厚; 2例行胃镜检查发现胃黏膜皱襞粗大, 表面充血水肿, 病理均为黏膜非特异性炎症; 2例行肠镜检查有1例直肠黏膜溃疡缺损, 1例结肠多发性溃疡; 8例行泌尿系B超检查, 6例提示双肾盂积水, 4例同时伴输尿管扩张的, 输尿管内径最大为11 mm, 1例输尿管壁增厚、毛糙; 2例行静脉肾盂造影, 提示膀胱不充盈; 胆囊超声发现4例胆囊壁增厚、毛糙.

2.6 病理检查结果 1例患者曾行剖腹探查及小肠部分切除术, 病理报告显示小肠黏膜灶性溃疡和糜烂, 肠黏膜层破坏, 缺损周围有纤维沉着及

■创新盘点

本文旨在对系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻患者的临床表现、辅助检查、治疗及预后等临床资料进行回顾性分析,为诊断及治疗提供新思路,完善相关的免疫学检查可避免误诊及漏诊,及早使用肾上腺糖皮质激素干预治疗对于控制病情及改善预后很重要,可避免不必要的手术治疗。

炎性细胞浸润,黏膜下层血管扩张和充血,部分血管内皮呈多层,部分血管阻塞,提示血管炎。

2.7 治疗情况

2.7.1 对症支持治疗: 禁食,胃肠减压,抑制消化腺分泌,控制感染,纠正酸碱平衡及水电解质紊乱,肠外营养等支持治疗。

2.7.2 肾上腺皮质激素: 病情评估后予不同剂量的糖皮质激素: 甲泼尼龙针(MP)40-500 mg/d,症状好转后激素逐渐减量。

2.7.3 免疫抑制剂治疗: 病情评估后使用环磷酰胺(CTX)200 mg/隔日或者400-600 mg/wk等方案治疗。

2.7.4 外科手术治疗: 1例患者进行剖腹探查及小肠部分切除术,1例患者因肠穿孔拟进行外科手术,但在送往手术室途中死亡。

2.7.5 维持治疗方案: 6例患者皆在3 d内症状明显缓解,梗阻症状控制后,常规环磷酰胺400-800 mg/mo静脉滴注,定期专科随诊,调整激素及加用环磷酰胺、硫唑嘌呤、羟氯喹、环孢素A和吗替麦考酚酯等免疫抑制剂。

2.8 随访及预后情况 8例患者中6例治疗后好转出院,死亡2例,其中1例并发肠穿孔在送往手术室途中死亡,1例外科手术后死于肺部感染伴心功能不全。随访6例患者,随访时间半年至5年,平均随访24 mo。3例病情平稳,2例在1-4年随访期间,再次出现IPO发作1-2次,同样治疗效果良好。预后: 病情稳定4例, IPO反复发作2例,死亡2例(表1)。

3 讨论

IPO是指由各种因素引起的以肠道运动功能障碍为特征的临床综合征,消化系症状有腹痛、腹胀、便秘或腹泻、肛门停止排气或排便等表现,而无机械性梗阻的证据^[9]。国外多项研究^[12-14]发现SLE合并IPO的发生率为3.8%-5.2%。肠梗阻可以是SLE的首发表现之一,也可是病程中的一种并发症,临床上以肠梗阻为突出表现的SLE并不多见^[15]。目前, SLE合并IPO的发生机制尚未完全明确,但多数学者认为其与血管炎及平滑肌病变密切相关^[1,16,17]: 炎性细胞浸润导致组织损伤及免疫复合物在小血管壁沉积引起慢性缺血,导致肠道平滑肌纤维化和萎缩,平滑肌病变除继发于SLE血管炎外,或有针对平滑肌的自身抗体,导致平滑肌的运动障碍。此外,我们研究发现SLE合并IPO患者均出现不同程度的低补体血症,接受糖皮质激素治疗后消化系症状能够迅速改善,提示其病因是免疫复合物介导的血管炎,这与Narváez等^[18]的研究结果一致。本研究中1例进行小肠切除术患者,术后病理报告提示肠道血管炎,4例行腹部CT增强扫描,3例肠系膜血管造影强化明显,延迟扫描仍可见强化小血管影,1例小肠壁增厚,亦支持上述血管炎及平滑肌病变致病假说。本研究发现,除消化系外最常受累就是泌尿系统,本组8例患者中6例提示双肾盂积水,同时伴输尿管扩张的4例,2例行静脉肾盂造影,提示膀胱不充盈,与Perlemuter等^[16]报道肾盂积水、输尿管扩张,膀胱容积缩小等改变一致。Kornu等^[19]认为IPO与泌尿系统症状密切相关,两者存在共同的发病机制,免疫复合物在肠道和膀胱的血管壁沉积,这是引起肠道及膀胱输尿管平滑肌病变的原因。Ceccato等^[20]总结了27例SLE合并IPO患者的临床资料,发现肾盂输尿管积水伴膀胱挛缩的发生率高达63%,由此可见SLE合并IPO患者输尿管、膀胱受累发生率高。有学者^[4,21]提出IPO、间质性膀胱炎和肾盂输尿管积水可以单独或合并出现,上述改变是SLE内脏平滑肌受累在不同器官的表现。

临床上部分SLE患者以腹痛、腹泻等消化系症状为主诉,容易误诊。国内早期研究^[22]显示以胃肠病变为首发或主要表现的SLE表现不具特异性,此类患者误诊率高达88.6%,最易误诊为感染性疾病,其次为系统性硬化症、溃疡性结肠炎、过敏性紫癜等其他自身免疫病,少数误诊为恶性肿瘤。多项研究表明,约10%的SLE患者以消化系症状为首发表现^[23-25],以IPO为首发表现时,发病急、病程短,其他临床表现不典型,患者易被误诊从而接受手术治疗,病死率高达35%^[26]。本研究中以肠梗阻为首发表现的2例SLE患者,分别被误诊为急性肠炎和溃疡性结肠炎。文献报道^[27]SLE消化系症状中除了肠梗阻还可以出现有胆囊炎、腹水、消化道出血及肠穿孔等症状,本组资料显示各有4例患者分别出现胆囊炎、腹水、消化道出血,1例患者并发肠穿孔,和上述文献报道相符。此外,本组资料还显示2例胃黏膜皱襞粗大,2例肠黏膜溃疡,4例胆囊壁增厚、毛糙。国内刘晓红等^[28]研究显示5例IPO患者行胃镜检查,4例有胃黏膜皱襞粗大征象,结肠镜检查4例,其中2例黏膜水肿,与我们研究类似。Pardos-Gea等^[27]及Kansal等^[15]报道SLE合并IPO的患者均有胆道系统受累,但其发生机制尚未明确。

本研究显示SLE合并IPO患者除了肠梗阻

症状,还常伴有肾脏、皮肤、关节、血液系统、循环系统等其他系统受累表现,且多伴有免疫学检查异常,8例患者中ANA(+)8例(8/8),抗dsDNA抗体(+)6例(6/8),所有病例均有补体下降及血沉升高(8/8)。Ceccato等^[20]报道的4例SLE合并IPO患者,发现全部患者均有免疫学检查异常,与本研究结果相似。这提示临床医生在常规治疗治疗肠梗阻效果不佳时,免疫学检查有重要的鉴别诊断价值。影像学检查对本病诊断有重要辅助价值,除了腹部X线检查是诊断肠梗阻必需要做检查外,CT增强扫描对肠系膜血管及肠壁等病变的诊断有重要的价值^[29]。本病早期诊断的关键在于医生的警觉和患者对本病的认知程度^[1]。故风湿免疫科医护工作者在疾病宣教过程需向患者强调,SLE是多系统受累的疾病,在出现其他系统症状时需要警惕是否是SLE并发症之一,一旦出现肠梗阻的类似症状要及时就诊,就诊过程中提醒接诊医生有SLE病史。本研究中就有2例患者在就诊时强调有SLE病史,首诊医生及时请风湿科医生会诊并转专科治疗,治疗效果很好。另外急诊科或者外科医生在接诊过程中仔细询问病史,有无其他系统基础疾病,除了消化系症状及体征外,是否还伴有皮疹、口腔溃疡、关节疼痛、尿蛋白及血液系统损害等表现,单用肠梗阻无法解释的症状,且常规治疗疗效不满意时应及时调整诊断思路,进行免疫相关及影像学的检查,可避免误诊及漏诊。

本研究中8例患者,好转6例,死亡2例,死亡率25%,与Mok等^[8]报道的27.8%相近。6例治疗后好转出院的患者均使用肾上腺皮质激素,预后都很好,分析这6例患者治疗方案,所有患者均使用甲泼尼龙针40-80 mg/d,连续使用3-5 d后大多数患者症状明显缓解,病情严重者短期内使用甲泼尼龙针冲击治疗,症状缓解后激素逐渐减量,辅以禁食、胃肠减压、抑制消化液分泌及液体疗法,皆在3-5 d内症状明显缓解。根据病情评估后均在不同时期加用免疫抑制剂,尤其在缓解期间使用小剂量激素、环磷酰胺、硫唑嘌呤、羟氯喹、环孢素A和吗替麦考酚酯等改善病情的药物是控制病情及避免复发的关键^[18]。本研究中2例病程中出现IPO复发的患者,均因个人原因自行停药,导致疾病复发,这也从侧面验证肠梗阻往往与疾病活动相关或者是疾病复发的前兆。2例随访过程中反复发作IPO使用肾上腺皮质激素及免疫抑制剂治疗后症状均缓解,

提示本病一定要及早应用足量激素加免疫抑制剂方可获满意疗效。SLE并发IPO手术效果极差,应尽量避免手术治疗,术后出现肠麻痹可加重肠道运动功能障碍,并诱发SLE活动,使病情恶化^[20]。本研究中1例肠梗阻患者进行外科手术及小肠切除术,术后并发肺部感染伴心功能不全死亡。国内外多个研究中心^[1,20]均强调,除了禁食及胃肠减压等常规治疗外,早期使用肾上腺皮质激素及加用免疫抑制剂是治疗关键,应尽量避免不必要的手术干预。

总之,SLE伴发IPO是一种少见但进展迅速的急症之一,肠道血管炎及平滑肌病变是其发生病理基础。对育龄期女性出现肠梗阻症状,需仔细询问病史,了解有无其他系统受累情况,完善免疫相关检查,警惕系统性红斑狼疮并发肠道病变,避免漏诊及误诊。早期使用糖皮质激素及免疫抑制剂,可以明显改善患者预后,除合并有肠穿孔外应尽量避免手术治疗。

4 参考文献

- Zhang J, Fang M, Wang Y, Mao J, Sun X. Intestinal pseudo-obstruction syndrome in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2011; 20: 1324-1328 [PMID: 21680640 DOI: 10.1177/0961203111405702]
- Zietkiewicz M, Smoleńska Z, Zdrojewski Z. [Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. Case report]. *Ann Acad Med Stetin* 2010; 56 Suppl 1: 52-57 [PMID: 21365942]
- Nguyen H, Khanna N. Intestinal pseudo-obstruction as a presenting manifestation of systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *South Med J* 2004; 97: 186-189 [PMID: 14982272 DOI: 10.1097/01.SMJ.0000087197.59817.AF]
- Ghannouchi Jaafoura N, Khalifa M, Atig A, Ben Jazia E, Alaoua A, Braham Krifa A, Letaief A, Bahri F. [Chronic intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus]. *Rev Med Interne* 2011; 32: e1-e3 [PMID: 21035926 DOI: 10.1016/j.revmed.2010.03.458.]
- 杨迅. 以假性肠梗阻为首发症状的系统性红斑狼疮7例临床分析. *首都医科大学学报* 2012; 31: 824-825
- 宋书宁, 刘爱武, 李伟男. 以假性肠梗阻起病的系统性红斑狼疮临床分析(附4例报告). *北京医学* 2012; 34: 872-873
- 黄晓梅, 李开龙. 以假性肠梗阻为首发症状的系统性红斑狼疮1例. *第三军医大学学报* 2008; 30: 287-288
- Mok MY, Wong RW, Lau CS. Intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus: an uncommon but important clinical manifestation. *Lupus* 2000; 9: 11-18 [PMID: 10713642]
- De Giorgio R, Coglianaro RF, Barbara G, Corinaldesi R, Stanghellini V. Chronic intestinal pseudo-obstruction: clinical features, diagnosis, and therapy. *Gastroenterol Clin North Am* 2011; 40: 787-807 [PMID: 22100118 DOI: 10.1016/j.gtc.2011.09.005.]
- Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, Mcshane DJ, Rothfield NF, Schaller JG, Talal N, Winchester RJ. The 1982 revised criteria for the classification of sys-

■应用要点

临床上部分SLE患者以胃肠病变为主要表现,不具特异性,此类患者误诊率极高。本研究发现,进行免疫相关及影像学检查,可避免误诊及漏诊,为临床早期使用肾上腺皮质激素干预治疗,控制病情及改善患者预后提供理论依据。

■名词解释

假性肠梗阻(IPO): 由各种因素引起的以肠道运动功能障碍为特征的临床综合征,消化系统症状有腹痛、腹胀、便秘或腹泻、肛门停止排气或排便等表现,而无机械性梗阻的证据。

■同行评价

本研究选题尚可,内容重要,资料详实,有助于提高临床医生对系统性红斑狼疮合并假性肠梗阻的认识,减少对本病误诊及漏诊,具有较好临床指导意义。

- temic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 1271-1277 [DOI: 10.1002/art.1780251101]
- 11 方秀才,柯美云,刘晓红,杨爱明,王智凤,董梅,赵荣国.慢性假性肠梗阻的临床特征和诊断. *中华内科杂志* 2001; 10: 666-669
- 12 Chen YQ, Xue Q, Wang NS. Visceral muscle dysmotility syndrome in systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Rheumatol Int* 2012; 32: 1701-1703 [PMID: 21431943 DOI: 10.1007/s00296-011-1856-4]
- 13 Chng HH, Tan BE, Teh CL, Lian TY. Major gastrointestinal manifestations in lupus patients in Asia: lupus enteritis, intestinal pseudo-obstruction, and protein-losing gastroenteropathy. *Lupus* 2010; 19: 1404-1413 [PMID: 20947549 DOI: 10.1177/0961203310374337]
- 14 De Giorgio R, Ricciardiello L, Naponelli V, Selgrad M, Piazzi G, Felicani C, Serra M, Fronzoni L, Antonucci A, Cogliandro RF, Barbara G, Corinaldesi R, Tonini M, Knowles CH, Stanghellini V. Chronic intestinal pseudo-obstruction related to viral infections. *Transplant Proc* 2010; 42: 9-14 [PMID: 20172270 DOI: 10.1016/j.transproceed.2009.12.014.]
- 15 Kansal A, Jain A, Thenozhi S, Agarwal V. Intestinal pseudo-obstruction associated with biliary tract dilatation in a patient with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2013; 22: 87-91 [PMID: 23104391 DOI: 10.1177/0961203312464091]
- 16 Perlemuter G, Chaussade S, Wechsler B, Cacoub P, Dapigny M, Kahan A, Godeau P, Couturier D. Chronic intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus. *Gut* 1998; 43: 117-122 [DOI: 10.1136/gut.43.1.117]
- 17 Hill PA, Dwyer KM, Power DA. Chronic intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus due to intestinal smooth muscle myopathy. *Lupus* 2000; 9: 458-463 [PMID: 10981652]
- 18 Narváez J, Pérez-Vega C, Castro-Bohorquez FJ, García-Quintana AM, Biosca M, Vilaseca-Momplet J. Intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol* 2003; 32: 191-195 [PMID: 12892261]
- 19 Kornu R, Oliver QZ, Reimold AM. Recognizing concomitant lupus enteritis and lupus cystitis. *J Clin Rheumatol* 2008; 14: 226-229 [PMID: 18766123 DOI: 10.1097/RHU.0b013e318181a8ec.]
- 20 Ceccato F, Salas A, Góngora V, Ruta S, Roverano S, Marcos JC, Garcia M, Paira S. Chronic intestinal pseudo-obstruction in patients with systemic lupus erythematosus: report of four cases. *Clin Rheumatol* 2008; 27: 399-402 [PMID: 17938989]
- 21 Zhang G, Li H, Huang W, Li X, Li X. Clinical features of lupus cystitis complicated with hydronephrosis in a Chinese population. *J Rheumatol* 2011; 38: 667-671 [PMID: 21239742 DOI: 10.3899/jrheum.100617]
- 22 张烜,曾学军,董怡,陆星华,李明佳.系统性红斑狼疮的消化系统临床表现157例分析. *中华消化杂志* 1999; 19: 42-44
- 23 Chen YY, Yen HH, Hsu YT. Intestinal pseudo-obstruction as the initial presentation of systemic lupus erythematosus: the need for enteroscopic evaluation. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 984-987 [PMID: 16301053]
- 24 Kovacević Z, Rabrenović V, Jovanović D, Petrović M, Rabrenović M, Matunović R. [Gastrointestinal symptomatology as first manifestation of systemic erythematosus lupus]. *Vojnosanit Pregl* 2009; 66: 238-241 [PMID: 19341232]
- 25 Xu D, Yang H, Lai CC, Li P, Zhang X, Yang XO, Zhang FC, Qian JM. Clinical analysis of systemic lupus erythematosus with gastrointestinal manifestations. *Lupus* 2010; 19: 866-869 [PMID: 20410154 DOI: 10.1177/0961203310365883]
- 26 Kim J, Kim N. Intestinal pseudo-obstruction: initial manifestation of systemic lupus erythematosus. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17: 423-424 [PMID: 22148114 DOI: 10.5056/jnm.2011.17.4.423]
- 27 Pardos-Gea J, Ordi-Ros J, Selva A, Perez-Lopez J, Balada E, Vilardell M. Chronic intestinal pseudo-obstruction associated with biliary tract dilatation in a patient with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2005; 14: 328-330 [PMID: 15864921]
- 28 刘晓红,张秋瓚,鲁重美,杨爱民,钱家鸣.系统性红斑狼疮并发的假性肠梗阻. *中华消化杂志* 2003; 23: 744-747
- 29 徐建华. 系统性红斑狼疮的消化系统表现及其诊治. *临床内科杂志* 2008; 25: 801-804

编辑 田滢 电编 闫晋利

