

1.4 统计学方法 采用 SPSS 软件处理程序,所有数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组总有效率比较差异及两组症状、体征消失时间比较差异都有统计学意义($P < 0.05$),说明羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎效果明显,见表 1、2。治疗过程中未见明显不良反应。

表 1 两组临床疗效比较[n(%), n=50]				
组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40(80)	8(16)	2(4)	48(96)
对照组	25(50)	13(26)	12(24)	38(76)

表 2 两组症状、体征消失时间比较(n=50)			
组别	退热时间	口腔疱疹或溃疡愈合时间	治愈时间
观察组	1.65±0.51	2.20±0.80	3.58±0.83
对照组	2.53±0.62	3.98±1.03	4.65±1.20
<i>t</i>	7.75	9.65	29.42
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

疱疹性口炎由单纯疱疹病毒 I 型感染所致,多见于 1~3 岁婴幼儿。常好发于颊黏膜、牙龈、舌和唇内和唇黏膜及邻近口周皮肤。起病时发热可达 38~40℃,1~2 d 后上述各部位口腔黏膜出现单个或成簇的小疱疹,周围有红晕,迅速破溃后形成溃疡,有黄白色纤维素性分泌物覆盖,多个溃疡可融合成不规则的大溃疡,有时累及软腭、舌和咽部。由于疼痛剧烈,患儿可表现拒食、流涎、烦躁,病程约 1~2 周^[3]。常规治疗多为保持口腔清洁,用抗病毒药物(如利巴韦林),以及退热、局部止痛等。利巴韦林作为广谱抗病毒药物,临床应用较多,但其疗程长,毒副作用较多^[4]。

疱疹性口炎中医认为属“口疮”范畴,多由风热乘脾,心脾积热所致,风热之邪外感,由肌表入侵,内应于脾胃,脾开窍于

口,牙龈属胃,风热挟毒上攻,故口腔黏膜破溃;调护失宜,喂养不当,恣食肥甘厚腻,蕴而生热,或喜食煎炒炙烤,内火偏盛,邪热内积心脾,外发为口疮。中医治疗以清热泻火,解毒消肿为主^[5]。羚黄宝儿丸主要由人工麝香、黄连、猪胆、丁香、羚羊角、牛黄、冰片、甘草及人参等九味中药材提取精制而成。其中羚羊角具有平肝息风,清肝明目,凉血解毒的作用;猪胆、黄连、牛黄亦均有清热解毒之功效;麝香、冰片开窍醒神,麝香尚可活血通经及止痛,冰片可清热止痛,促进溃疡愈合;人参大补元气,补脾益肺,生津止渴,安神益智;甘草具有益气补中,清热解毒,缓急止痛,调和诸药的功效^[6]。诸药合用有共奏开窍醒神,清热解毒,活血消肿,生肌止痛的功效。

本组病例采用羚黄宝儿丸联合利巴韦林治疗疱疹性口炎,结果显示,总有效率为 96%,明显高于单用利巴韦林组(76%),由此说明在常规治疗的基础上,配合羚黄宝儿丸治疗,起效快,疗程短,疗效确切,可以缩短治疗病程以减少利巴韦林用药时间,减轻其不良反应。羚黄宝儿丸颗粒小,喂服容易,易被患儿及家属接受,治疗过程中未发生明显不良反应,值得临床应用。

参考文献

[1] 胡亚美,江载芳,陆华,等. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002:2410.

[2] 王小杰. 开喉剑喷剂(儿童型)治疗疱疹性口腔炎疗效观察[J]. 临床医药实践,2009,18(9):1999-2000.

[3] 沈晓明,王卫平. 儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2009:232-233.

[4] 高芬萍,赵亚萍,张伟. 利巴韦林的不良反应[J]. 中国药事,2005,19(11):703-704.

[5] 欧正武,罗国兴,王建玲,等. 中西药结合儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:145-147.

[6] 黄兆胜,李祖伦,常章富,等. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:72-76.

(收稿日期:2011-09-06)

系统性红斑狼疮致胸腔积液 18 例临床分析

郑文创(广西壮族自治区龙潭医院,广西柳州 545005)

【摘要】 目的 探讨系统性红斑狼疮患者出现胸腔积液者的临床诊治。**方法** 对 2000~2009 年龙潭医院收治的 18 例出现胸腔积液的系统性红斑狼疮患者进行临床分析。**结果** 18 例中 14 例(77.8%)首诊未能及时得到明确诊断,诊断性治疗无好转,后经完善相关辅助检查得以诊断,治疗后好转。**结论** 系统性红斑狼疮患者中出现胸腔积液者不在少数,首诊时容易误诊、误治,应引起高度重视。

【关键词】 系统性红斑狼疮; 胸腔积液; 自身免疫性结缔组织病
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.049 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)22-2782-02

系统性红斑狼疮(SLE)是一种自身免疫性结缔组织病,临床表现多样,而且复杂不具有典型性,其中以胸腔积液为首发表现者容易在首诊时被误诊。为探讨 SLE 患者出现胸腔积液者的临床诊治,本文对 18 例 SLE 致胸腔积液患者的临床资料进行回顾性分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2000 年 1 月至 2009 年 12 月本院诊治的 18

例 SLE 致胸腔积液患者,其中男 2 例,女 16 例,男女之比 1:8;年龄 20~58 岁,平均 34.2 岁,其中育龄妇女 12 例(66.7%)。

1.2 临床表现 (1)首要表现为胸腔积液:18 例患者就诊时均有胸腔积液,有胸痛、气促等伴随症状,其中 8 例(44.4%)来诊前在当地医院抽检胸腔积液,诊断未能明确;其中 6 例(33.3%)予诊断性抗结核治疗(疗程 2~6 个月不等),治疗效

果差,部分患者甚至病情加重。(2)发热:17 例(94.4%)患者有发热现象,多为长期低、中热,持续半年至 2 年不等,其中 1 例在就诊前持续高热 1 个月余,最高体温达 40℃;15 例(83.3%)表现为规律性午后发热。(3)间质性肺炎:12 例患者胸部 X 线片、胸部计算机断层扫描(CT)检查提示肺间质病变,其中 7 例(38.9%)有咳嗽、气促等临床表现。(4)关节痛、肌痛:10 例(55.6%)患者有不同程度的关节痛现象,其中指、腕、膝关节多见,其中 2 例(11.1%)有轻度关节畸形及僵硬现象,多为间歇性,关节 X 线片检查无异常;8 例(44.4%)有阵发性肌痛现象,多为腓肠肌,偶伴短暂无抽搐现象。(5)皮肤及黏膜:6 例(33.3%)有面部蝶形红斑,就诊前该症状不明显,住院过程中逐渐明显,9 例(50%)患者有皮肤局限性红斑、丘疹、水疱、瘙痒脱屑等,多见于日晒部位,3 例患者有口腔表浅溃疡,4 例患者有脱发发现,其中 2 例脱发明显。(6)贫血:6 例(33.3%)有慢性贫血表现,3 例有鼻出血、牙龈出血表现,1 例有皮肤紫癜。(7)其他:蛋白尿 1 例,腹痛 1 例。

1.3 临床诊治经过 18 例患者在确诊前均使用过抗生素,头孢类 12 例,青霉素类 8 例,喹诺酮类 10 例,其中 6 例予诊断性抗结核治疗,症状无好转。病情进展,出现复杂多样的临床表现,多个系统表现交替出现,最突出的是吸收欠佳的胸腔积液及长期发热,有些患者入院后出现较特异性临床表现,为及时打开诊断思路提供参考。诊断上主要依据美国风湿病学会 1982 年的 SLE 分类诊断标准并结合临床表现及相关辅助检查结果,予以确诊。治疗方法为口服泼尼松 0.8~1 mg/(kg·d),清晨顿服,视胸腔积液吸收情况每 1~2 周减量 10%,胸腔积液吸收良好改为小剂量维持治疗 0.5 mg/(kg·d)。长期治疗注意避免药物的不良反应。

2 结 果

2.1 检查结果 (1)B 超检查:18 例均有胸腔积液,其中 12 例(66.7%)为双侧胸腔积液,6 例(33.3%)为单侧胸腔积液,16 例(88.9%)为少至中量胸腔积液,2 例为大量胸腔积液,2 例检查提示少量心包积液。(2)胸部 X 线片、胸部 CT 检查:12 例(66.7%)提示为间质性肺炎改变,表现为两肺不规则条纹状影,交叉成网格状,边缘清晰,自肺门伸向外带;5 例肺部无异常病变,1 例提示局限性肺气肿表现。(3)血狼疮细胞检查:2 例患者呈阳性,因多方面原因,该项检查已逐渐被自身抗体检查所替代,但根据实际情况,能开展该项检查还是有一定协助诊断意义的。(4)自身抗体检查:抗核抗体阳性 16 例(88.9%),抗双链 DNA 抗体阳性 10 例(55.6%),抗 Sm 抗体阳性 8 例(44.4%),血清类风湿因子(RF)阳性 4 例。(5)血常规异常表现:10 例(55.6%)患者血红蛋白小于 90 g/L,6 例(33.3%)患者白细胞(WBC)<4.0×10⁹/L,其中淋巴细胞计数小于 1.5×10⁹/L 为 3 例,血小板小于 90×10⁹/L 5 例。(6)其他检查:24 h 尿蛋白定量测定大于 0.5 g 1 例,未查见管型。

2.2 疗效 18 例患者坚持住院治疗 20~40 d,12 例患者胸腔积液吸收良好,治疗过程顺利,出院后坚持小剂量维持治疗,随访复查提示无胸腔积液复涨现象,2 例患者因出现“类固醇性糖尿病”,转专科治疗。4 例患者胸腔积液吸收欠佳,其中 2 例接受激素联合环磷酰胺冲击治疗,出现严重粒细胞减少(WBC<2×10⁹/L)而中断治疗,后回当地治疗。

3 讨 论

SLE 是一种自身免疫性疾病,发病缓慢,隐袭发生,临床表现多样、变化多端,是一种涉及多系统、脏器的自身免疫性疾病^[1]。SLE 以若干种免疫异常为特征^[2],其临床表现多种多样,变化多端,常易误诊^[3]。尤其是胸部表现,错综复杂且不典

型。据文献报道,SLE 胸部受累者占 70%^[4]。SLE 最易侵犯胸膜,可以此为首发表现并出现在整个病程中^[5],胸膜炎与胸腔积液是发生频率较高的病变。胸膜中的纤维结缔组织发生纤维蛋白样变性,伴随淋巴细胞浆细胞组织细胞和成纤维细胞的浸润,形成弥漫性纤维性胸膜炎,多为干性,部分可表现为湿性,形成少量或中量胸腔积液(88.9%),很少形成大量胸腔积液(11.1%)。胸腔积液出现在 SLE 的早期,也可在进展过程中出现。可发生在一侧(66.7%),也可两侧同时产生(33.3%)。SLE 引起胸腔积液的原因考虑系胸膜毛细血管由于免疫复合物的侵害而发生炎症反应,毛细血管通透性增大,使液体从血管渗透至胸膜腔,形成胸腔积液。胸腔积液表现为渗出液,有核细胞分类以单核细胞或淋巴细胞为主,无特异性并且对临床诊疗无帮助。胸膜炎和胸腔积液是 SLE 最常见的早期临床表现,易误诊为结核性胸膜炎^[6]。本组 6 例是院外拟“结核性胸膜炎”,诊断性抗结核治疗,过程长,效果差,有甚者在抗结核治疗后诱发加重 SLE 病情。因此,做好鉴别诊断具有积极意义。对于胸膜腔积液的鉴别,结核性胸膜炎出现的胸腔积液,由于常常为单侧较大的积液,而且常伴肺部结核病灶和 SLE 的广泛浆膜腔积液,但量较少,而且积液中可以找到狼疮细胞作出鉴别;胸膜恶性肿瘤主要为大量血性胸腔积液,无发热且胸痛呈进行性加重,抽液后又迅速增长,而且可以发现相邻肋骨骨质破坏^[7]。

误诊可能与未能认真采集病史或采集不全,只重视其肺部症状或体征,满足于个别阳性发现,忽视一些伴随症状等有关,甚者未意识到药物可能诱发药物性红斑狼疮。因此,凡是经正规抗结核治疗效果不佳,伴或不伴关节痛、口腔溃疡、皮肤、黏膜改变、发热等症状、体征,必须考虑 SLE 的可能,及时行血清免疫学指标、胸腔积液中狼疮细胞、抗核抗体、补体和免疫复合物检测,以便早期诊断,尽早治疗。通过观察患者的临床表现,及时完善相关辅助检查,能对隐藏的 SLE 患者提供及时、准确的诊治方案,降低误诊率。

参考文献

- [1] Shin SJ, Na KS, Jung SS, et al. Acute acalculous cholecystitis associated with systemic lupus erythematosus with Sjogren's syndrome[J]. Korean J Intern Med, 2002, 17 (1):61-64.
- [2] Lard LR, Roep BO, Verburgh CA, et al. Elevated IL-16 levels in patients with systemic lupus erythematosus are associated with disease severity but not with genetic susceptibility to lupus[J]. Lupus, 2002, 11(3):181-185.
- [3] 陈志刚, 马茂林. 系统性红斑狼疮临床 X 线误诊分析[J]. 实用放射学杂志, 1995, 11(8):484-485.
- [4] 李果珍. 临床 CT 诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994:360-361.
- [5] Martusewicz-Borors M, Wiatr E, Plodzisewska M, et al. Lung involvement in systemic lupus erythematosus (SLE)-own experience[J]. J Pneumonol Alergol Pol, 2002, 70(1-2):12-24.
- [6] 张金铭. 呼吸系统疑难病和罕见病[M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2004:459-460.
- [7] 苏慧群, 吴振华. 呼吸系统影像鉴别诊断指南[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005:332.