

## 2 讨 论

结肠异位属于不完全内脏转位,较为多见,据《中国人体质调查》资料显示,其发生率为 6.3%。多为降结肠及乙状结肠共同转位,其成因与胚胎发育异常有关<sup>[1]</sup>。但该患者结肠异位位于右膈下、膈肌与右肝间,实属少见,未见有报道。结肠异位情况的出现,有可能误诊为右髂窝疾病如阑尾炎、肠套叠、升结肠疾病;女性的右侧附件炎、卵巢囊肿;男性的右侧精索静脉曲张,右输尿管结石和淋巴结炎等<sup>[2]</sup>。该患者结肠异位位于右膈下,膈肌与右肝间,发生急性肠炎时,肠腔积液积气,X线光片检查可见右膈下气体,极易误诊为消化道穿孔。消化道穿孔是外科急腹症中常见的一种,病因多为消化性溃疡穿孔、消化道肿瘤穿孔、外伤致消化道穿孔等,其特征性表现为:(1)多有长期溃疡病史和近期加重病史。(2)有饮食不当、用药紊乱、情绪变化等诱因。(3)表现为突发剧烈腹痛,如刀割样,初为上腹部并很快波及全腹。(4)患者可有面色苍白、四肢冰凉、冷汗、心率快、血压低、血象高等全身感染表现。(5)后期可有腹胀、肠麻痹表现。(6)查体:急性痛苦面容,强迫体位,腹式呼吸减弱,全腹压痛、反跳痛、肌紧张,板状腹。(7)X线光片检查:右膈下游离气体<sup>[3]</sup>。

该例患者无溃疡病史,无突发剧烈刀割样腹痛,无全身感染表现,无全腹压痛、反跳痛、肌紧张,板状腹。其症状体征与消化道穿孔有诸多不符之处,若忽视患者症状体征而过于依赖辅助检查,可能会因误诊

对患者行手术治疗,导致严重不良后果。该例患者右膈下间位结肠极其罕见,了解此种变异对指导临床疾病的诊断和外科治疗,尤其是急腹症的诊治具有非常重要的意义<sup>[4]</sup>。

综上所述,外科医师在诊治急腹症时,不应该被自己的“临床经验”所误导,不应该局限于辅助检查报告。只有仔细地询问病史和全面的体格检查后,再结合必要的辅助检查,综合分析患者病情,最后做出准确决策。做到不误诊误治,以减少患者的痛苦和经济负担<sup>[5]</sup>。

## 参考文献

- [1] 朱建华,王艳梅,李克攻,等.右降结肠、乙状结肠 1 例[J].中国临床解剖学杂志,2000,18(3):817.
- [2] 林志明.乙状结肠异位、阑尾位置上移[J].中国临床解剖学杂志,1988,6(4):252.
- [3] 陈孝平,石应康,邱贵兴,等.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:559.
- [4] SAXENA A K, SODHI K S, TIRUMANI S, et al. Position of a sigmoid colon in right iliac fossa in children: A retrospective study[J]. J Indian Assoc Pediatr Surg, 2011,16(3):93-96.
- [5] 王洪波,王志刚.肺癌“肺自截”误诊自发性气胸 1 例报道[J].局解手术学杂志,2017,26(5):386-387.

(收稿日期:2018-03-29 修回日期:2018-07-28)

· 案例分析 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.01.048

## 吡非尼酮治疗小龙虾所致皮炎相关肺间质病变 1 例报告

罗 蕾,黄文瀚,任飞凤,夏 宁,王嘉佳,周 俊,谢 鹏,唐 琳<sup>△</sup>  
(重庆医科大学附属第二医院风湿免疫科 400010)

关键词:皮炎; 肺间质病变; 吡非尼酮

中图分类号:R563.9

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2019)01-0138-04

皮炎(DM)是一种原因不明的以累及横纹肌为主,同时又有特殊皮肤病变的获得性异质性疾病<sup>[1]</sup>。肺间质病变(ILD)是 DM 常见的并发症,部分患者ILD进展快,目前尚无有效治疗药物,预后差,病死率高。吡非尼酮作为一种具有抗纤维化、抗炎症和抗氧化作用的新型小分子化合物,已经在国内外获批用于特发性肺纤维化的治疗,效果确切。在结缔组织疾病相关ILD方面,国外学者也在积极应用吡非尼酮,并取得了良好的治疗效果<sup>[2-5]</sup>;国内学者在吡非尼酮治疗DM-ILD方面也报道了积极的研究结果<sup>[6-7]</sup>。本文对吡非尼酮治疗 1 例小龙虾所致 DM-ILD 患者进行分析,现报道如下。

### 1 临床资料

患者,男,42岁,职业:司机。2017年4月10日因进食小龙虾 1 d 后出现躯干瘙痒、皮疹,皮疹约针尖至米粒大小,由颈部蔓延至躯干,伴发热,体温最高 39℃,伴咳嗽、咳少量白色泡沫痰。无畏寒、寒战、肌无力、肌痛、吞咽困难、声嘶、饮水呛咳、指端遇冷变色、反复口腔溃疡不适。至某医院就诊,查体:体温 39℃,血压 130/80 mm Hg,血氧饱和度(SPO<sub>2</sub>) 92%,全身散在鲜红色针尖至米粒大小皮疹,双手掌指关节伸侧见暗红色斑伴鳞屑附着。双肺呼吸音粗,双下肺可闻及湿啰音。心律齐,心音有力,未闻及杂音。腹软,无压痛、反跳痛。四肢肌力 V 级,双下肢轻

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: hopetang@163.com.

度凹陷性水肿。辅助检查,血像分析:白细胞计数(WBC)  $8.43 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞百分比(N%) 81.7%,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)157.0 U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)352.3 U/L,肌酐(SCr)194  $\mu\text{mol/L}$ ,胸部 CT 示右肺中叶及左肺下叶少许炎症,予以抗感染、退热、抗过敏、保肝治疗,体温逐渐下降至正常。治疗过程中患者喘累逐渐加重,呼吸困难,  $\text{SPO}_2$  85%。血气分析显示,  $\text{pH}:7.40$ ,氧分压:67 mm Hg,二氧化碳分压( $\text{PCO}_2$ ):37 mm Hg,碱剩余: -1 mmol/L。复查胸部 CT 提示双肺间质性改变,进一步完善免疫相关检查:抗核抗体、抗核抗体谱、免疫球蛋白 G(IgG)、IgA、IgM、IgE、补体 C3 和 C4、C 反应蛋白、类风湿因子、抗 O 阴性。右侧三角肌活检见“中心核纤维和核链,少许淋巴细胞和中性粒细胞浸润,符合肌炎形态改变,DM 可能性大”。艾滋病、梅毒、肌酸激酶、曲霉菌抗原、真菌 D、降钙素原、肿瘤标志物未见异常,考虑特发性炎症性肌病合并 ILD。予以糖皮质激素 160 mg 治疗 3 d,同时予以人免疫球蛋白 25 g 连续冲击治疗 3 d,后改为甲泼尼龙 80 mg 静脉滴注,出院后甲泼尼龙片 48 mg 口服,出院后长期持续吸氧。

2017 年 10 月 24 日患者仍感喘累、呼吸困难,一直持续吸氧,入住重庆医科大学附属第二医院风湿免疫科。入院体格检查:血压 122/92 mm Hg,  $\text{SPO}_2$  90%,全身散在斑片状褐色色素沉着,双手掌指关节伸侧见暗红色斑伴鳞屑附着。浅表淋巴结未扪及肿大。双肺呼吸音粗,双下肺可闻及 Velcro 啰音。心律齐,心音有力,未闻及杂音。腹软,未触及包块。四肢肌力 V 级,双下肢轻度凹陷性水肿。辅助检查,血像分析:血红蛋白 170 g/L, WBC  $14.35 \times 10^9/L$ , N% 95.1%,淋巴细胞百分比 3.0%,血小板计数  $80 \times 10^9/L$ 。肝功能:总蛋白 64.0 g/L,清蛋白 35.3 g/L, ALT 63 U/L,  $\gamma$ -谷氨酰转氨酶 200 U/L,肾功能:尿素 11.10 mmol/L, SCr  $137.9 \mu\text{mol/L}$ 。尿常规、大便常规未见异常。痰培养、真菌 D、口腔真菌涂片未见异常。心肌酶谱未见异常。肌炎抗体谱示抗核基质蛋白 2(NXP2)抗体阳性,抗核抗体、抗核抗体谱、免疫球蛋白补体阴性。胸部 CT:双肺气肿,双肺间质性炎症(图 1)。入院后予以甲泼尼龙 20 mg 口服,环磷酰胺 0.4 g 静脉滴注,每两周一次,吡非尼酮 1 片,口服,3 次/天,并逐渐加量至 5 片,3 次/天。2017 年 12 月 9 日随访,患者喘累、呼吸困难较前稍缓解,复查胸部 CT 显示双肺气肿,双肺间质性炎症,较 10 月 25 日无明显改变(图 2),继续予以甲泼尼龙 8 mg 口服,环磷酰胺 0.4 g 静脉滴注,每两周一次,吡非尼酮 5 片,口服,3 次/天。2018 年 3 月 13 日随访,患者喘累、呼吸困难较前明显好转,活动耐量较前增加,脱离氧气。复查胸部 CT 平扫显示双肺间质性改变较前好转(图 3),目前吡非尼酮 5 片,口服,3 次/天。



图 1 甲泼尼龙治疗 6 个月时胸部 CT

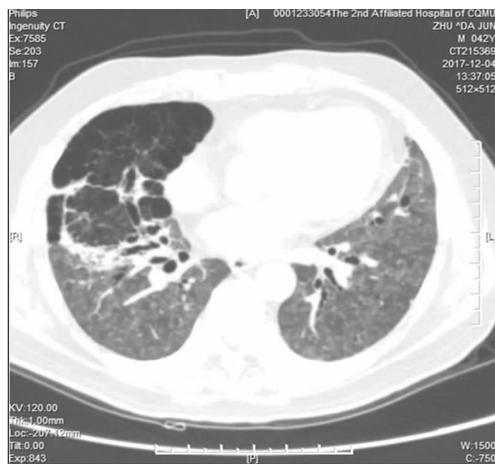


图 2 甲泼尼龙+环磷酰胺+吡非尼酮治疗 2 个月时胸部 CT



图 3 甲泼尼龙+环磷酰胺+吡非尼酮治疗 5 个月时胸部 CT

## 2 讨论

DM 发病机制目前尚不明确,研究发现与遗传、免疫紊乱及肿瘤相关<sup>[8]</sup>。DM 起病隐匿,临床上常伴有特征性皮炎(包括 Gottron 疹、向阳性皮疹等),以及近端肌无力,可累及全身多系统和脏器,肺部累及最常见,并发 ILD 的患者占 35%~40%。ILD 可导致肺纤维化、肺动脉高压及呼吸功能衰竭,病死率较高,

因此掌握其肺部影像学尤为重要<sup>[9-10]</sup>。DM-ILD起病初期无皮肤和肌肉病变,患者不易被重视,也容易被临床医生忽略。患者初发症状通常为肌痛、肌无力;部分患者会因咳嗽、喘累、呼吸困难入院而不是肌痛、肌无力,因此发热及肺部阴影通常被临床医生误诊为社区获得性肺炎。除发热外,患者还出现呼吸困难,伴或不伴咳嗽,听诊可以闻及爆裂音,杵状指少见,这些临床表现与社区获得性肺炎不同,当完善胸片或胸部CT检查后才被诊断出间质性肺炎。DM在发病年龄上有2个高峰,10岁以内和45~70岁。据统计,中国230例DM患者中,49.6%合并间质性肺炎<sup>[11]</sup>。约1/3的患者可出现快速进展的间质性肺炎,严重者可出现呼吸衰竭,病死率较高<sup>[12]</sup>。ILD是增加DM患者病死率的重要因素,是否存在ILD及其严重程度与DM患者预后有关。

目前,临床上治疗DM-ILD没有金标准,治疗疗程、药物的增减量、维持治疗方案等尚未达成共识。DM-ILD治疗的初始选择需要综合考虑患者肺功能指标、胸部影像学累及程度、疾病进展情况及DM疾病本身特点等多种因素。糖皮质激素仍然是DM-ILD患者的一线首选用药。如果是难治性ILD或糖皮质激素减量困难时,可酌情联用免疫抑制剂。环磷酰胺或吗替麦考酚酯是最常用的免疫抑制剂。而对于急性和亚急性型DM-ILD患者,可采用糖皮质激素冲击疗法,再根据临床症状及肌酶水平将糖皮质激素逐渐减量。

本例患者发病前在家中食用过烹饪的小龙虾,食用后出现大面积皮疹、发热。因家中多人同食、一人发病,综合考虑此次发病的诱因与进食小龙虾引起的超敏反应有关。目前由于食用小龙虾发生过敏反应诱发的DM-ILD病例,在国内外临床研究中为首例报道。该患者无肿瘤、无他汀类药物服用史,有典型的Gottron疹,肌肉活检提示DM可能,抗NXP2抗体阳性,临床诊断为DM。在成人DM患者中,抗NXP2抗体阳性率约为5%,此类患者肢体水肿、吞咽困难发生率高于抗NXP2抗体阴性组患者。有研究报道,抗NXP2抗体阳性患者肌肉病变较重,肌酸激酶水平持续性升高,且38%的患者并发恶性肿瘤。该患者同时使用了吡非尼酮,吡非尼酮作为一种新型的抗纤维化、抗炎症和抗氧化小分子化合物,多中心Ⅲ期临床研究已证实,吡非尼酮能稳定或改善IPF患者呼吸困难程度,提高活动耐量,稳定或改善患者肺功能,最终能明显降低患者长期(120周)死亡风险<sup>[13]</sup>。从药理作用机制分析,吡非尼酮可减少肿瘤坏死因子 $\alpha$ 的生成,以及转化生长因子 $\beta$ 1、血小板源生长因子的表达,同时可抑制肺成纤维细胞的有丝分裂<sup>[14]</sup>,阻止肺成纤维细胞增殖,从而抑制胶原纤维的表达。因此,对于DM-ILD患者,加用吡非尼酮或许会使患者受益。本例患者在使用糖皮质激素和环磷酰胺的基础上,加用

了吡非尼酮,控制了肺间质纤维化进展,改善了病情,但长期预后有待长期观察随访。对过敏导致的DM-ILD需要进一步积累临床资料,证实吡非尼酮对于这类DM-ILD患者治疗的有效性和安全性。

综上所述,吡非尼酮对临床上DM-ILD的治疗具有更加潜在的值得深入研究的意义。通过对本例DM-ILD患者的诊断和治疗,使作者认识到随着现代医学的不断发展,在风湿免疫科对患者进行诊断和治疗时,除要加强医务人员自身专业素养外,与患者进行有效沟通,早发现发现隐匿性疾病的诱因,把握最新药物研究进展,才能确定好行之有效的治疗方案,提升治疗安全性和有效性,最终提高患者生活质量。

## 参考文献

- [1] STÜBGEN J P. Juvenile dermatomyositis/polymyositis and lymphoma[J]. *J Neurol Sci*, 2017, 377(15): 19-24.
- [2] YANG B B, MAN X Y, ZHENG M. Pirfenidone combined with corticosteroids in a patient with systemic lupus erythematosus-associated interstitial lung disease[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2017, 31(9): 388-389.
- [3] UDWADIA Z F, MULLERPATTAN J B, BALAKRISHNAN C, et al. Improved pulmonary function following pirfenidone treatment in a patient with progressive interstitial lung disease associated with systemic sclerosis[J]. *Lung India*, 2015, 32(1): 50-52.
- [4] HUANG H, FENG R E, LI S, et al. A case report: The efficacy of pirfenidone in a Chinese patient with progressive systemic sclerosis-associated interstitial lung disease: A CARE-compliant article [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95(27): e4113.
- [5] XIAO H, ZHANG G F, LIAO X P, et al. Anti-fibrotic effects of pirfenidone by interference with the hedgehog signalling pathway in patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease[J]. *Int J Rheum Dis*, 2018, 21(2): 477-486.
- [6] LI T, GUO L, CHEN Z, et al. Pirfenidone in patients with rapidly progressive interstitial lung disease associated with clinically amyopathic dermatomyositis[J]. *Sci Rep*, 2016, 6(12): 33226-33229.
- [7] 厉彦山, 姜莉, 李尊忠, 等. 吡非尼酮治疗皮肌炎相关肺间质病变1例报告[J]. *中国临床医学*, 2016, 23(2): 253-255.
- [8] GAO S, LUO H, ZHANG H, et al. Using multi-omics methods to understand dermatomyositis/polymyositis [J]. *Autoimmun Rev*, 2017, 16(10): 1044-1048.
- [9] KARAMPITSAKOS T, TZOUVELEKIS A, CHRYSIKOS S, et al. Pulmonary hypertension in patients with interstitial lung disease[J]. *Pulm Pharmacol Ther*, 2018, 50(6): 38-46.
- [10] DOYLE T J, DELLARIPA P F. Lung manifestations in the rheumatic disease [J]. *Chest*, 2017, 152(6): 1283-1295.

[11] ANYANWU C O, CHANSKY P B, FENG R, et al. The systemic management of cutaneous dermatomyositis: Results of a stepwise strategy[J]. Int J Womens Dermatol, 2017, 3(4): 189-194.

[12] SCHOENFELD S R, CASTELINO F V. Interstitial lung disease in scleroderma[J]. Rheum Dis Clin North Ame, 2015, 41(2): 237-248.

[13] NATHAN S D, ALBERA C, BRADFORD W Z, et al. Effect of pirfenidone on mortality: pooled analyses and

meta-analyses of clinical trials in idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Lancet Respir Med, 2017, 5(1): 33-41.

[14] FURUYA K, SAKAMOTO S, SHIMIZU H, et al. Pirfenidone for acute exacerbation of idiopathic pulmonary fibrosis: A retrospective study[J]. Respir Med, 2017, 126(5): 93-99.

(收稿日期: 2018-05-26 修回日期: 2018-08-21)

• 案例分析 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 01. 049

## 多发性硬化症围术期麻醉管理 1 例

杨钦文<sup>1</sup>, 王晓梅<sup>1</sup>, 冉 铁<sup>2</sup>, 赵卫兵<sup>3△</sup>

(重庆市垫江县中医院: 1. 麻醉科; 2. 骨科 408300; 3. 重庆市公共卫生医疗救治中心麻醉科 400030)

**关键词:** 多发性硬化症; 围术期; 麻醉管理

**中图分类号:** R782. 05

**文献标志码:** C

**文章编号:** 1672-9455(2019)01-0141-02

多发性硬化症(MS)是一种以中枢神经系统白质炎性脱髓鞘病变为主要特点的自身免疫疾病,青、中年多见,临床特点是病灶播散广泛,病程常有缓解复发的神经系统损害症状。目前国内在围术期麻醉处理方面有关 MS 患者报道不多,本文将重庆市垫江县中医院近日 1 例 MS 患者行髋关节置换术的围术期麻醉管理及其他相关问题进行总结,现报道如下。

### 1 临床资料

患者,男,27 岁。因双侧髋部疼痛不适 8 个月,加重伴活动受限 1 个月入院。既往有 MS 病史(2 年前双下肢感觉异常并进展到下肢肌力乏力,在外院诊断为 MS,接受 2 次以甲泼尼龙琥珀酸钠大剂量冲击治疗,经治疗病情缓解),现有大便干燥和小便不畅表现。术前检查:神清语明,对答切题,体质量 48 kg,双侧瞳孔等大形圆,直径约 0.3 cm,光反应灵敏。颈软,四肢肌力、肌张力正常,双下肢巴氏症(+),双侧跟、膝反射亢进,脑膜刺激症(-)。头颅 MRI 显示:左额叶少许病灶。髋关节 CT 显示:双侧股骨头缺血坏死,右侧关节鼠。重庆市垫江县中医院初步诊断为双侧股骨头激素性坏死,MS(缓解期)。实验室检查未见异常,心电图及胸片正常。术前 1 d 给予氢化可的松 100 mg 治疗。

拟在全身麻醉下行右侧全髋置换术。入室后监测心率 72 次/分、血压 125/65 mm Hg、氧饱和度 97%、体温 36.6℃,给予面罩吸氧。麻醉诱导前静脉给予泵注右美托咪啶 24 μg,10 min 泵入完成后静脉诱导:咪达唑仑 3 mg,舒芬太尼 15 μg,丙泊酚 90 mg,罗库溴铵 30 mg,经口明视插入 7.0# 加固气管导管行机械通气,潮气量 350 mL、呼吸频率 13 次/分、呼气末正压通气 5 cm H<sub>2</sub>O、空氧混合流量 1.0 L/min,

吸入氧气浓度 50%。麻醉维持:持续静脉输注丙泊酚 5~6 mg/(kg·h),右美托咪啶 0.3 μg/(kg·h),瑞芬太尼 10~12 μg/(kg·h),间断给予舒芬太尼 10~15 μg,依据肌松监测结果间断给予罗库溴铵 20 mg,麻醉深度脑电双频指数值维持在 45~60,经鼻咽部监测体温 36.5~36.2℃,手术时间 110 min,术中输注晶体液 1 100 mL,出血量 100 mL,尿量 300 mL。术毕给予静脉持续镇痛(舒芬太尼 50 μg,曲马多 500 mg,地塞米松 10 mg,昂丹司琼 32 mg,生理盐水稀释至 100 mL,背景剂量 2 mL/h),患者未清醒带管送至恢复室,在恢复室后 20 min 完全清醒,观察各项指标正常,达到拔管条件,在充分吸引下拔出气管导管,面罩吸氧,氧饱和度 100%,在恢复室拔管后观察 2 h 安全返回病房。术后当天和术后 1 d 给予氢化可的松 100 mg 静脉滴注,术后镇痛效果良好,各项生命体征平稳,鼓励患者早期活动和功能锻炼,患者术后 12 d 出院。

### 2 讨论

有关 MS 患者的麻醉处理目前报道不多,该病的病因不明,其主要受累部位为中枢神经系统脑室周围白质、视神经、脊髓、脑干及小脑等,临床表现为多发感觉障碍、视力障碍、脑神经障碍、肌无力、心律紊乱、自主神经功能紊乱及呼吸功能障碍等<sup>[1]</sup>。临床上主要分为 4 种类型:(1)复发-缓解型,占比约 85%,其中多数患者疾病初期多次出现神经系统功能障碍表现,复发与缓解交替出现;(2)继发进展型,多为复发-缓解型后期发展而来,表现为神经系统症状进行性加重;(3)原发进展型,占比约 10%,表现为发病后病情进行性加重;(4)进展复发型,占比约 5%,表现为发病后病情进行性加重。MS 患者主要表现为复发-缓解型(患

△ 通信作者, E-mail: zwb1020@163. com.