·个案报道·

误诊为过敏性紫癜的系统性红斑狼疮 3 例临床分析

符燕华[1]，张满红[2]，黄 玲[3]，魏羽佳[3]，申小平[3]，蒋燕萍[3]*
(1. 白云区第一人民医院，贵州 贵阳 550015；2. 贵州大学医院，贵州 贵阳 550025；3. 贵阳医学院附院 皮肤科，贵州 贵阳 550004)

[关键词] 紫癜,过敏性；红斑狼疮,系统性；误诊
[中图分类号] R593.241 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2011)04-0437-02

以双下肢紫癜为首发表现的红斑狼疮少见,易误诊为过敏性紫癜。现将 3 例以双下肢紫癜为首发表现的红斑狼疮报道如下。

1 临床资料

例 1,女,39 岁,因双下肢紫癜一年多就诊,曾多次诊断为“过敏性紫癜”,未系统诊疗过,发作时用抗炎等对症处理后紫癜消退,易反复发作。此次因双小腿瘀点再发 10 d 余就诊。既往有反复口腔溃疡、关节疼痛及冻疮病史。查体:心肺腹(-)。皮肤科情况示双小腿对称的紫红色瘀点及瘀斑,部分遗留色素沉着斑。血常规:RBC3.97 T/L, HGB120 g/L, WBC3.58 T/L, PLT218.00 G/L;ANA 抗体谱(含抗 DS-DNA):抗核抗体(ANA)1∶100 阳性核颗粒型 ++;抗 SSA 抗体阳性;抗 SSB、抗 R0-52 抗体阳性;免疫球蛋白和(或)补体:单项补体 C3 276 mg/L,单项补体 C4 456.00 mg/L; IgG 25 630 mg/L, IgM733.00 mg/L(N:840.00~1 320.00 mg/L),IgG 2 217 mg/L;尿常规正常,肝肾功能、心电图、腹部 B 超检查基本正常。最后诊断:系统性红斑狼疮。经门诊用醋酸泼尼松(40 mg/d)、盐酸羟氯奎、迈之灵等治疗后,紫癜消退未再出现,现已随访半年,病情平稳。醋酸泼尼松减量为 10 mg/d。

例 2,女,48 岁,10 年前无明显诱因双小腿胫前出现散在的紫红色瘀点,伴瘙痒,在当地多家医院诊断为“过敏性紫癜”,未予重视及特殊处理。皮疹可自行消退,但反复发作,发作无规律性,劳累后皮疹加重,既往有长期的关节炎及光敏史。查体:一般情况好。心肺腹(-)。皮肤科情况:双大小腿及双足背见对称散在分布的紫红色、淡红色瘀点、瘀斑,部分融合成片,皮疹以双下肢伸侧为重。双下肢无肿胀、水疱及血疱。血常规:WBC 3.63 G/L,中性粒细胞绝对值 1.71 G/L,RBC 3.85 T/L, HGB 115 g/L,PLT 207.00 G/L;免疫检查:ANA 1∶100 阳性核均质型 ++++,胞浆颗粒型 +,抗 SSA 阳性和抗 SSB 阳性及抗 RO-52 阳性,抗组蛋白抗体弱阳性,抗核小体抗体弱阳性;类风湿因子测定(RF)阳性,80 IU/ml(N:-30);单项补体 C3 887.00 mg/L,单项补体 C4 正常;IgG 23 718.00 mg/L,IgA 2 710 mg/L,IgM 1 481.00 mg/L,血沉(ESR)110 mm/h。尿、大便常规及肝肾功能、心电图及腹部 B 超、胸片均基本正常。最后诊断:系统性红斑狼疮。予迈之灵、白芍总苷改善微循环,调节免疫等治疗后好转出院,现随访中。

例 3,女,28 岁,因双下肢皮疹反复 7 年,再发 7 d 入院。查体:一般情况好。心肺腹(-)。皮肤科情况:双小腿以远见散在对称分布的数 10 枚紫红色、红色瘀点及瘀斑,未见融合,皮疹以双下肢伸侧为主,并见不均匀花斑状青灰色至褐色色素沉着斑,双下肢无肿胀、水疱及血疱。既往有多年的关节炎及反复口腔溃疡病史。血常规:WBC 3.58 G/L,中性粒细胞绝对值 1.61G/L, RBC 3.91 T/L, HGB 115 g/L,PLT 185.00 G/L;免疫检查:ANA 1∶100 阳性核颗粒型 +,核点型 +,抗 SSA 阳性,抗 SSB 阳性,抗 RO-52 阳性,抗组蛋白抗体弱阳性,抗核小体抗体弱阳性;RF 阳性,80 IU/ml(N:-30);单项补体 C3 正常,单项补体 C4 525 mg/L; IgG 15 123.00 mg/L,IgA 3 792 mg/L,IgM 1 453.00 mg/L,血沉(ESR)65 mm/h(N:0-20);尿常规、大便常规、肝肾功能、甲状腺功能、HIV 及梅毒、心电图及腹部 B 超、胸片均基本正常。最后诊断:系统性红斑狼疮。入院后因个人原因未系统治疗,自请出院后失访。

*通讯作者 E-mail:jiangyanping119@163.com

2 讨论

系统红斑狼疮(SLE)是一种临床病谱多样的异质性疾病。上述的3个病例,皆为中青年女性,初发表现均为双下肢的可触及性紫癜,病初均只作了血尿的常规检查,因其未见异常均按过敏性紫癜治疗,但此后病程迁延,短则1年多,长则达10年之久,后经过外周血检查白细胞均降低,补体降低,IgG均明显增高,免疫系统检查均有异常,排除了过敏性紫癜的诊断,均符合系统性红斑狼疮(SLE)[1]的诊断标准,最后都确诊为SLE。

尽管紫癜表现在SLE中很常见,但在血小板不减少时作为单独首发症状的情况较为少见,很易误诊为过敏性紫癜。误诊原因分析如下:医师对此类红斑狼疮警惕性不高;皮肤科医师思维定势,对双下肢瘀点瘀斑、血尿常规无异常、血小板不减少的患者诊为过敏性紫癜;问诊及检查欠仔细。如病例1患者有长期反复"冻疮"史,而病例2患者有长期关节疼痛,"关节炎"病史,此均可能是红斑狼疮的伴发症状。

对于貌似过敏性紫癜(HSP)的红斑狼疮,应从如下几点鉴别。年龄:75%的HSP病例为10岁以下儿童,成年人少见,而SLE以15~40岁多见;性别:HSP以男孩多见,SLE以女性发病率高,尤其在育龄妇女发生率高;临床特点:HSP分批反复出现于下肢为主的可触及性紫癜,伴有胃肠道或关节的症状,或肾脏累及的表现,整个病程可达几个月至1~2年。80%~90%的SLE患者有皮损,皮损表现多种多样,还有光敏感现象,脱发、口腔溃疡等黏膜损害。SLE患者关节及皮肤表现为本病最常见的早期症状,其次是发热、光敏感、雷诺现象和肾炎及浆膜炎;实验室检查:HSP患者血小板(PLT)检查正常,且PLT都是在正常值的高限或者高于正常值,考虑PLT增高的原因是否为血小板聚集和释放血小板坏死因子至血管内皮细胞损伤,促使血小板释放增多。SLE患者PLT有约25%是减少的,且会出现贫血、白细胞减少。HSP为IgA血管炎,血中IgA型免疫复合物均可增高,而SLE患者有75% IgG及IgM的平均值比正常高而IgA可正常,偶可见IgA减少。少数HSP急性期可有补体C3或C4暂时性的水平下降,但补体下降程度有时与病情严重程度无关;SLE患者约75%~95%有血清总补体值下降,C4、C3亦下降,下降程度和SLE的活动相关,在病情活动期总补体可明显下降,尤其以C3下降显著,故测定补体值可作为SLE治疗观察的指标之一[2]。组织病理:HSP表现为真皮上部毛细血管和毛细血管后静脉的血管炎,皮肤直接免疫荧光检查真皮血管壁中有IgA的沉积。SLE组织病理表现为表皮角化过度,毛囊口及汗孔有角栓,颗粒层增厚,棘层萎缩,表皮突变平,灶性基底细胞液化变性,PAS染色能见基底膜增厚,但主要的病变在真皮,表现为真皮上部水肿,血管扩张,在真皮血管和皮肤附件周围有淋巴细胞为主的灶性浸润,直接免疫荧光检查在真皮和表皮交界处有IgG的沉积[3]。遗憾的是本组3例患者均未作组织病理检查。

以HSP为初发表现患者,如为中青年且病程反复迁延的,应仔细询问病史并作系统检查以排除SLE,以免漏诊。早期诊断为SLE可及早根据患者病情作出个性化的诊疗方案,让患者树立信心,注重身体调养,避免劳累及避免日晒,保护肾脏及其他系统的功能,提高患者的生活质量。

3 参考文献

[1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 4版. 南京:江苏科学技术出版社,2010:786-807,872-873.

[2] Zeeevic RD, Voivodic D. Skin lesion-an indicator of disease activity in systemic lupus erythematosus[J]. Lupus, 2001(5):364-367.

[3] FalciniF. Vascular and connective tissue diseases in the paediatric world[J]. Lupus,2004(2):77-84.

(2011-07-15收稿,2011-07-20修回)

(上接第429页)

[2] 张晓英,潘佩珍,冯怿霞. 护理本科生护理专业思想水平及其影响因素的调查研究[J]. 现代临床护理,2006(4):58.

[3] 周红. 大学生德育指导[M]. 北京:中国教育文化出版社,2007:246.

[4] 马锡坤,王红,陈照,等. 护理成人大专生学习状态调查与分析[J]. 护理管理杂志,2005(5):17.

[5] 陈敏,周作霞. 护理社会实践情境构建与实践研究[J]. 护士进修杂志,2008(23):2227.

(2011-05-11收稿,2011-06-16修回)