

父子同患系统性红斑狼疮 2 例报告

• 病例报告 •

苏文柱, 韦启麒, 陈振念

作者单位: 530300 广西, 南宁市横县人民医院

作者简介: 苏文柱(1962-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合临床内科。E-mail: zivly@163.com

[关键词] 红斑狼疮; 系统性; 父子同患

[中图分类号] R 593.24 [文章编号] 1674-3806(2009)10-1098-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.38

系统性红斑狼疮(SLE)是一种多因素参与的自身免疫性疾病,目前病因仍未完全明了,但有明显的遗传倾向。笔者收治父子2人同患系统性红斑狼疮,报告如下。

1 病例介绍

例1 男,30岁,于2001-10-26初诊。主诉:全身关节疼痛、乏力、消瘦2个月余。伴口干、口唇干裂、脱屑、食欲不振、体重减轻(约10 kg),无发热、无关节红肿。曾在院外诊为“关节炎”,经治疗无好转。父母体健,育有1子1女,妻女健康,否认遗传病史。查体:T 36.7℃,P 80次/min,R 20次/min,BP 120/75 mmHg,Wt 59 kg;无皮下瘀点瘀斑,浅表淋巴结无肿大;心肺无异常,腹平软,肝脾肋下未触及,四肢关节无红肿畸形。WBC $1.7 \times 10^9/L$,RBC $4.1 \times 10^{12}/L$,PLT $99 \times 10^9/L$,NEUT 82.4%;尿常规:蛋白(+++),肝功能:总蛋白 66.9 g/L,白蛋白 35.5 g/L,球蛋白 31.4 g/L,谷丙转氨酶 210 U/L,血沉 36 mm/h,血液狼疮细胞检查阳性,总胆固醇(T-CHOL)4.44 mmol/L,甘油三酯(TG)3.26 mmol/L,高密度脂蛋白(HDL-C)1.21 mmol/L,低密度脂蛋白(LDL-C)1.75 mmol/L,肾功能正常,抗双链DNA抗体(抗ds-DNA)阳性,类风湿因子阴性。诊断:系统性红斑狼疮,狼疮性肾炎。经泼尼松(60 mg,1次/d)、清开灵、丹参针、雷公藤多甙片、护肝等治疗43 d,自觉症状消失,复查尿蛋白阴性,WBC $4.6 \times 10^9/L$,PLT $135 \times 10^9/L$,谷丙转氨酶 78 U/L,病情好转出院。出院后继续服泼尼松等药治疗,泼尼松逐渐减至维持量 10 mg/d。之后逐渐出现尿蛋白、高血压、高血脂、肥胖,多次复查尿蛋白持续(+)~(+++),因无明显自觉症状而未予重视,间断服用降压药。于两年前出现膝关节疼痛,以右膝明显,活动行走时疼痛加重,行右膝CR检查未见异常。非甾体类镇痛剂治疗效果欠佳,膝部疼痛1年后经MRI检查发现有双侧股骨头缺血性坏死。

例2 男,前者之子,14岁,初诊2006-11-15。主诉:双膝关节疼痛,纳差、乏力1周,有光过敏。既往体健,其父为系统性红斑狼疮患者。查体:T 38.4℃,P 108次/min,R 20次/min,BP 126/60 mmHg,Wt 39 kg;面部见对称性红斑,心肺无异常,肝脾肋下未触及,四肢关节无红肿畸形,指、趾见红色小丘疹。WBC $3.1 \times 10^9/L$,PLT $72 \times 10^9/L$,NEUT 82.4%,尿蛋白(+),肝功能:总蛋白 67.1 g/L,白蛋白 30.4 g/L,球蛋白

39.2 g/L,谷丙转氨酶 140 U/L,谷草转氨酶 287 U/L,谷氨酰转氨酶 GGT 312.0 U/L,血沉 65 mm/h,血液狼疮细胞检查阳性,抗双链DNA抗体(抗ds-DNA)阳性,补体C-3 0.25 g/L,补体C-4 0.06 g/L,B超提示肝大。诊断:系统性红斑狼疮、狼疮性肾炎(隐匿型)、狼疮性血管炎。入院后予以泼尼松 40 mg/d,CTX(环磷酰胺)400 mg次/d,2次/w,清开灵、丹参针、护肝、静脉用人血丙种球蛋白等,治疗29 d,自觉症状消失,复查血WBC $4.6 \times 10^9/L$,尿蛋白阴性,肝功能正常。出院后继续予激素及CTX治疗。2008-02-11因全身乏力、纳差、反应迟钝4 d再次入院,胸部X线检查意见:两肺炎并两侧胸腔积液。血常规:WBC $3.8 \times 10^9/L$,RBC $3.15 \times 10^{12}/L$,HGB 76.0 g/L,PLT $172 \times 10^9/L$,NEUT 0.954,尿蛋白阴性,抗ds-DNA(++++) ,ESR 59/h;胸穿抽出脓性胸水,胸水化验:米黄色脓性,蛋白定性(++++) ,涂片偶见几个淋巴细胞。诊断:两肺炎并化脓性胸膜炎、系统性红斑狼疮(重症)。予抗感染及综合治疗,期间曾转某上级医院诊治,行肾活检(结果未能提供),诊断:系统性红斑狼疮(重症)、狼疮性肾炎(隐匿型)、狼疮性肺炎,两肺炎并化脓性胸膜炎,住院10余天后返回本院继续治疗。于2008-05-21胸脓治愈出院。现应用CTX 400 mg,1次/d,2次/3M,泼尼松 10 mg 1次/d,同时予护肾、对症及中药知柏地黄丸等治疗,病情稳定。

2 讨论

SLE是一种多发于青年女性的累及多系统器官的自身免疫性结缔组织病,男性发病明显低于女性(男女之比为1:7~9),而本例家庭仅在男性中发病,较为少见。患者均以关节疼痛为首发症状,父子同患,呈明显的遗传倾向。关节病变常常是SLE最早出现的临床表现,当其它系统受累的症状未表现出来时,容易造成误诊^[1]。因此需提高对SLE关节病变认识,注意与类风湿性关节炎及其它关节炎作鉴别,及时做相关检查,以避免误诊、漏诊而延误病情。例1经激素治疗后,病情好转,但治疗7年后并发双侧股骨头缺血性坏死,究其原因,激素治疗固然是其中之一,但对高血压、高血脂未引起足够重视也是另一原因。大量临床和实验研究表明激素可引起血液流变学改变,血液高粘滞高凝、高脂血症、损伤血管内皮,在股骨头内产生血管内凝血,形成血栓,使股骨头缺血以致坏死^[2]。而一项临床研究证实,服用高剂量皮

质激素的患者同时应用降脂药物,其骨坏死的发生率仅为 1%,远低于常规的 3%~20% 的发生率^[3]。因此,在骨坏死的早期及时从源头上干预治疗,使用降血脂、抗凝血及扩张血管改善微循环的药物,并及时做 MRI 检查,早确诊和早治疗,或许能减少骨坏死的发生。例 2 首发症状与其父相似,临床症状也较典型,故能及时作出诊断。鉴于患者为青春期起病,青春期起病的患者具有比成人患者疾病累及的器官数目多,SLEDAI 积分高,难治性 SLE 多,病死率高的特点^[4],因此对病情进行了严密观察,在规范应用激素的同时,及早使用免疫抑制剂及静脉用人血丙种球蛋白,病情能较好控制,虽然并发了严重的感染如肺炎、脓胸,但经积极彻底的抗感染治疗后,病情也较稳定。由此可见,青春期起病的 SLE 患

者规范治疗并及早应用免疫抑制剂对控制病情有重要意义。

参考文献

- 1 吴华香,宋作珪,周雪英. 以关节病变为初发症状的系统性红斑狼疮 105 例临床分析[J]. 临床内科杂志,2002,9(1):71-72.
 - 2 郑合民,董大华. 非创伤性骨坏死血管内凝血学说研究的进展[J]. 中华骨科杂志,1998,18(10):627.
 - 3 杨述华,吴星火. 骨坏死临床研究的现状进展与前景[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2008,2(1):53-54.
 - 4 沈凌汛,余立凯,黄安斌,等. 青春期起病的系统性红斑狼疮患者的临床特点分析[J]. 中华风湿病学杂志,2006,10(7):422-423.
- [收稿日期 2009-06-08][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

含滑面内质网簇卵母细胞 ICSI 双胎分娩 1 例

· 病例报告 ·

何 冰, 黄 莉

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院生殖医学与遗传中心

作者简介: 何 冰(1966-),女,本科学历,妇产科副主任医师,研究方向:生殖医学临床。E-mail:hb268@sina.com

【关键词】 滑面内质网簇; 卵母细胞; 妊娠

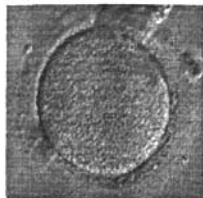
【中图分类号】 R 711.6 【文章编号】 1674-3806(2009)10-1099-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.39

1 病例介绍

患者 30 岁,因婚后 7 年不孕,于 2007-08 来本中心就诊。孕 0 产 0。子宫输卵管造影提示双侧输卵管近端梗阻,经期第 3 天静脉血卵泡刺激素(FSH)5.13 IU/L,黄体生成素(LH)4.72 IU/L,雌二醇(E_2)301.51 pmol/L。经期第 5 天左右侧窦卵泡 6 个、左侧窦卵泡 7 个。既往 B 超检测有成熟卵泡并有排卵。男方精液常规检查:精液量 4.0 ml,精子密度 $43.5 \times 10^6/L$,A+B 级精子 74.9%,正常形态精子率 16%。第一周期选择 IVF-ET 长方案助孕,以达必佳降调节,以普丽康超排卵 8 d,总量 2 250 IU/L(平均 281.25 U/d);HCG 日 E_2 8 263.66 pmol/L,当晚注射人绒毛膜促性腺激素(HCG)10 000 U,36 h 后取卵,取出卵母细胞 9 枚。男方精液以密度梯度离心法处理。取卵后 5 h 进行常规体外授精。D₁ 观察全部卵子不受精。剥离颗粒细胞后见 M II 卵 3 枚、M I 卵 5 枚、

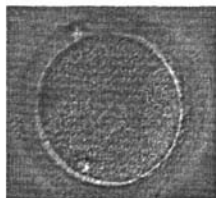
GV 卵 1 枚,其中有 3 枚 M II 卵和 3 枚 M I 卵中央各有一滑面内质网簇(sERC),取消周期。2008-04 予患者施行卵泡浆内单精子显微注射(ICSI)长方案助孕,以达必佳降调节,以尿促性腺激素(HMG)超排卵 9 d,总量 2 025 IU/L(平均 225.0 U/d);HCG 日 E_2 13 864.45 pmol/L,当晚注射人绒毛膜促性腺激素(HCG)10 000 U,36 h 后取卵,取出卵母细胞 7 枚。男方外周血染色体检查正常。精液处理方法同第一周期。取卵后 6 h 剥离颗粒细胞,见 M II 卵 5 枚、M I 卵 1 枚、退化卵 1 枚,其中 4 枚 M II 卵中央均出现 sERC,1 枚 M II 卵中央出现空泡。将 5 枚 M II 卵进行 ICSI。D₁ 观察 4 枚含 sERC 的 M II 卵均受精,含空泡的 M II 卵未见原核。D₂ 观察 4 枚受精的卵中有 1 枚退化。D₃ 对剩余的 3 枚胚胎进行评分,分别为 8 细胞 1.5 级、8 细胞 2 级和 6 细胞 4 级,移植前两枚胚胎入患者宫腔(见图 1~5)。以黄体酮注射液和绒毛



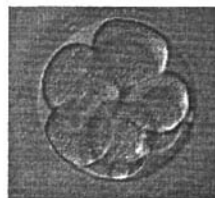
含 sERC 卵子



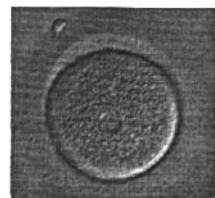
8CG2 D3



含 sERC 卵子



8CG1.5(D3)



含“空泡”卵子

图 1

图 2

图 3

图 4

图 5