

· 综合病例研究 ·

以视乳头水肿为首发症状的 SLE 一例

姜万秀 李大可

【摘要】 SLE 起病隐匿，发病形式多样，除面部红斑等典型表现外，可以全身各系统损害为首发表现，本文报道 1 例以视乳头水肿为首发症状的 SLE 诊断经过。该患者以视乳头水肿为首发症状，颅脑 MRI 未见异常，短期呈现多系统损害，最终行免疫学相关检查诊断 SLE，后经肾上腺皮质激素治疗病情控制。该例的诊治提示，临床工作者应提高对免疫疾病的认识，早期诊断、早期治疗，对改善 SLE 患者的预后至关重要。

【关键词】 视乳头水肿；免疫异常；系统性红斑狼疮

Edema of optic papilla as an initial symptom of systemic lupus erythematosus: a case report Jiang Wanxiu, Li Dake. Department of Rheumatology and Immunology, Shandong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan 250011, China

Corresponding author, Li Dake, E-mail: 2351039700@qq.com

【Abstract】 The onset of systemic lupus erythematosus (SLE) is elusive and diverse. Besides typical facial erythema, systemic damages can occur as the first symptoms of SLE. In this article, the diagnosis and treatment of one SLE patients presenting the edema of optic papilla as the initial symptom were reported. The cerebral MRI revealed no abnormality. The patient presented with multi-system damages in the short term. The patient was eventually diagnosed with SLE by immune examination. The physical condition remained stable after hormone therapy. This case prompts that clinicians should deepen the understanding of immune diseases. Early diagnosis and treatment play a pivotal role in improving the clinical prognosis of SLE patients.

【Key words】 Edema of optic papilla; Immune abnormality; Systemic lupus erythematosus

SLE 是自身免疫介导的，以免疫性炎症为突出表现的弥漫性结缔组织病，好发于 15~45 岁年龄段的青年女性^[1]。SLE 病因尚不明确，目前认为该病发生与遗传、免疫异常、雌激素水平、紫外线照射、某些药物以及食物、感染等多种因素有关，可造成体内 T 细胞减少，B 细胞增殖，免疫功能低下，产生大量自身抗体，同自身内抗原结合形成免疫复合物沉积在多个部位，造成人体多器官损害^[2]。SLE 临床表现复杂多样，多数呈隐匿起病。为提高临床医师对该病的认识水平，现将近期我院收治的一例以视乳头水肿为首发症状的 SLE 患者病史总结报告如下。

病例资料

一、病史与体格检查

患者女，13 岁。因“头痛 2 个月，双眼视物

重影 3 周”于 2018 年 2 月 22 日到我科眼科就诊。患者入院前 2 个月无明显诱因下出现头痛，未就诊，近 3 周症状加重，双眼出现视物重影，无头晕，无恶心、呕吐。患者既往身体健康，无类似家族遗传病史。

入院体格检查：体温 36.5℃，脉搏 80 次/分，血压 90/60 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)，呼吸 20 次/分。心、肺无异常，无其他阳性体征。眼科检查：右眼矫正视力 1.0，角膜清，前房可，晶体透明，玻璃体透明，眼底视盘边界模糊，充血水肿，隆起度约 3 D，动脉细，静脉充血，动静脉比 1:4，未见渗出，黄斑区未见渗出水肿，中心凹反射消失；左眼矫正视力 1.0，左眼情况大致同右眼。

二、实验室及辅助检查

入院时血常规：白细胞 $3.8 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.32，淋巴细胞 0.52，单核细胞 0.16。

CRP<3.03 mg/L。AST 42 U/L, 白蛋白 39.3 g/L, 血尿酸 378 $\mu\text{mol/L}$, 甘油三酯 1.74 mmol/L。风湿系列标志物均(-), Ig 系列标志物均(-)。尿常规: 白细胞 9.9/ μl , 细菌 159.0/ μl , 尿蛋白(+++)。头颅 MRI 示: ①脑部动脉未见异常; ②脑部静脉窦变异, 请结合临床。未行眼底造影检查。

三、诊治过程

眼科以视乳头水肿原因待查收入院。治疗上应用血塞通活血化淤, 炎琥宁清热解毒, 肌苷氯化钠注射液改善机体代谢, 长春胺缓释胶囊改善眼底微循环, 胞磷胆碱钠片营养神经, 疗效欠佳。入院 10 d 后, 患者出现低热, 体温维持在 37.5 $^{\circ}\text{C}$ 以上, 最高 38.4 $^{\circ}\text{C}$, 无头痛。2018 年 3 月 5 日血液检验示白细胞 $2.04 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞绝对值 $0.98 \times 10^9/\text{L}$, 淋巴细胞绝对值 $0.82 \times 10^9/\text{L}$, 血小板 $88 \times 10^9/\text{L}$, 血常规+异常白细胞分类检查示异型淋巴细胞 4%, 未发现嗜血细胞; ESR 5 mm/h, ALT 92 U/L, AST 121 U/L, 白蛋白 36.3 g/L, 血尿酸 364 $\mu\text{mol/L}$; 铁蛋白 625.6 $\mu\text{g/L}$; CRP<0.5 mg/L, 降钙素原 0.32 $\mu\text{g/L}$; EB 病毒+巨细胞病毒抗体(-), HBV 5 项标志物均(-), 呼吸道 8 项病原体抗体均(-); 血培养(-); 骨髓穿刺示正常骨髓增生象; 免疫分型未见明显异常免疫表型的细胞; 尿液检查尿蛋白 0.63 g/L, 尿蛋白/尿肌酐比值 1.43, 尿微量白蛋白 406 mg/L, 尿蛋白定量 1.53 g/24 h。2018 年 3 月 8 日胸部 CT 示: ①纵隔、双侧腋窝多发淋巴结肿大; ②考虑右肺炎症; ③脾大。治疗期间因发热原因待查、血细胞三系降低考虑系统性疾病, 免疫学检查示: CRP < 30 mg/L, 补体 (C) 3 < 0.181 g/L, C4 < 66.5 mg/L, 抗核抗体 1:1 000, 核均质(+), 抗核抗体谱 3(-), 抗双链 DNA 抗体 440.6 kU/L, 抗人球蛋白试验(+). 确诊为 SLE, 给予大剂量甲泼尼龙 80 mg/d 静脉滴注。2018 年 3 月 15 日复查胸部 CT 示: ①纵隔、双侧腋窝多发淋巴结肿大, 较 2018 年 3 月 8 日缩小; ②考虑右肺炎症, 较 2018 年 3 月 8 日吸收; ③脾大(较前缩小)。眼科检查: 右眼矫正视力 1.0, 角膜清, 前房可, 晶体透明, 玻璃体透明, 眼底视盘边界模糊, 充血水肿, 隆起度约 1 D, 动脉细, 静脉充血, 动静脉比 1:4, 未见渗出, 黄斑区未见渗出水肿, 中心凹反射消失; 左眼矫正视力 1.0, 左眼情况大致同右眼。视野: 右眼视野指数 95%, 左眼视野指数 94%。患者双眼视物重影较前明显改善, 复查尿蛋白(+), 予出院。出院

后口服泼尼松 60 mg/d 控制病情, 同时给予抗感染治疗, 待感染控制后加用免疫抑制药治疗。其后患者每月定期于风湿科门诊随诊, 出院 2 个月后加用吗替麦考酚酯 1.25 g/d 免疫抑制, 患者泼尼松减至 10 mg/d 维持治疗。2018 年 8 月 16 日, 患者复查尿蛋白(-), C3、C4 均(-), 患者视力正常, 逢考试等劳累、压力后偶有头晕, 休息可缓解, 余无明显不适。

讨 论

本文患者具有以下特点: 青少年女性, 起病突然, 病发时表现为双视乳头水肿, 后逐渐出现全身状况, 如尿蛋白 > 0.5 g/24 h、白细胞 $2.04 \times 10^9/\text{L}$ 、血小板 $88 \times 10^9/\text{L}$ 、抗人球蛋白试验(+), C3 < 0.181 g/L、C4 < 66.5 mg/L、抗双链 DNA 抗体 440.6 kU/L, 抗核抗体高滴度阳性。根据 1997 年美国风湿病学会推荐的 SLE 诊断标准, 确诊为 SLE、视乳头水肿(双)。

临床中视乳头水肿多见于颅高压或视神经病变, 颅高压引起的视乳头水肿多见双侧且伴有头痛、一过性黑蒙、搏动性耳鸣、复视等症。视神经病变或其他导致的视盘水肿可为单侧或双侧^[3]。本例患者头颅影像学检查未见空蝶鞍征, 颅脑 MRI 示静脉窦变异, 无血栓, 且神经系统检查未见异常, 故排除颅脑静脉窦血栓、血管畸形及颅内占位导致的颅高压。视神经会受各种压迫、炎症、损伤、中毒、血管性疾病、全身系统障碍性疾病损害影响, 部分疾病甚至以视神经损害为早期或唯一临床表现^[4]。SLE 的病理基础是血管炎, 考虑本文患者入院初的视力状况是视盘受炎症影响, 入院后病情活动并迅速进展表现出肾脏、血液、淋巴等多系统损害, 抗人球蛋白试验(+), 特异性的免疫指标异常, 病情表现符合 SLE 的诊断。本病例诊断的不足在于未早期给患者行眼底血管造影, 以明确病变的发病机制。有学者认为, 当影像学检查结果为阴性, 颅内占位或静脉窦血栓等其他疾病被排除时, 应行腰椎穿刺, 测量脑脊液压力, 排除特发性颅内压增高症^[5]。眼科医师对免疫性疾病认识不足, 未及时将患者出现的全身状况与免疫疾病相联系, 以及 SLE 疾病自身发病的隐匿性都增加了本例诊断的难度。

临床中 SLE 患者除面部红斑、光过敏、关节炎、浆膜炎及血液学、免疫学异常等典型表现外, 常见器官受累主要为视网膜血管病变, 严重者会

造成失明,且伴视网膜病变的患者眼底主要表现为棉絮样斑、视网膜血管阻塞和视网膜出血^[6]。视网膜微血管病变的发病机制为免疫复合物在血管壁的沉积,导致毛细血管小动脉闭塞^[7]。沈珊等^[8]报道 1 例首发视神经炎的 17 岁女性 SLE 病例,与本例表现相似,均为青少年女性出现视力损害,因全身症状诊断为 SLE。病因可能为患者处于女性青春发育期,体内雌激素水平发生变化,引起疾病活动。出现眼部病变的更多为已确诊的 SLE 患者,其表现大多为眼表、视网膜、脉络膜损害。干燥性角结膜炎或继发性舍格伦综合征是 SLE 最常见的眼部伴发的病损。SLE 眼底病变是疾病活跃的一个重要表现,以往报道视网膜血管病变在 SLE 中的发生率为 7%~26%^[9]。SLE 患者的眼底表现往往能同时反映全身血管病变发展的程度,视力受损严重的患者多为疾病中、重度活动^[10]。

SLE 强调早期诊断和早期治疗。全身应用激素是 SLE 眼部严重并发症的首选治疗方法,通常采用大剂量激素或联合免疫抑制剂治疗,视网膜出血者可给予局部治疗^[11]。大量数据证实激光治疗在 SLE 合并眼底病变中也是安全、有效的。

SLE 发病隐匿,眼部发病尤为少见,因此临床中可能会遇到以视力减退或其他眼部症状首诊于眼科的 SLE 患者,这对眼科医师是新的挑战,接诊医师应提高对自身免疫疾病的认识,做到仔细查体,详询病史,对微小病变早期发现,尽早诊治,避免因漏治、误治引起的致盲、致残,从而

提高 SLE 患者的生活质量。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 系统性红斑狼疮诊断与治疗指南. 中华风湿病学杂志, 2010, 14 (5): 342-346.
- [2] Rai R, Chauhan SK, Singh VV, Rai M, Rai G. RNA-seq analysis reveals unique transcriptome signatures in systemic lupus erythematosus patients with distinct autoantibody specificities. PLoS One, 2016, 11 (11): e0166312.
- [3] 田国红, 陈倩. 视盘水肿的鉴别及病因分析. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2017, 17 (5): 378-381.
- [4] 李波, 李润桦. 红细胞数量异常继发以视神经损害为首的颅内血管病变二例及文献复习. 新医学, 2013, 44 (8): 574-579.
- [5] 王文吉. 视盘水肿都是视盘炎吗. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2013, 13 (4): 208-210.
- [6] 程杰, 熊飞, 郝晓林, 于璐, 凌宇. SLE 伴视网膜病变的临床特征分析. 国际眼科杂志, 2018, 18 (5): 941-944.
- [7] 陈乔, 聂尚武, 王晓琴, 陈盼. 系统性红斑狼疮合并视网膜微血管阻塞的临床观察. 中国医药导报, 2016, 13 (2): 125-128.
- [8] 沈珊, 柴华旗. 以视神经炎为首发症状的系统性红斑狼疮. 江苏医药, 2013, 39 (11): 1355-1356.
- [9] 杜虹, 陆慧琴, 戴荣平. 系统性红斑狼疮眼底病变评估和分型. 眼科新进展, 2017, 37 (8): 766-769.
- [10] 陈乔, 聂尚武, 王晓琴, 陈盼. 合并视网膜大血管阻塞的系统性红斑狼疮的临床观察. 国际眼科杂志, 2015, 15 (12): 2167-2170.
- [11] 张成成, 张立, 叶应嘉, 陈毕峰. 系统性红斑狼疮所致眼底病变 1 例. 中华眼底病杂志, 2012, 12 (1): 193-194.

(收稿日期: 2018-09-16)

(本文编辑: 林燕薇)