

• 个案分析 •

1 例原发性干燥综合征患者伴长期咳嗽、咳痰及血小板减少症的分析*

胡月¹, 曹习平², 杨莹¹, 崔京京¹, 姚海英^{3△}

(河北省保定市第一中心医院:1. 检验科;2. 护理部;3. 血液科, 河北保定 071000)

关键词:原发性干燥综合征; 肺部感染; 血小板减少症; 自身抗体**DOI:**10.3969/j.issn.1673-4130.2020.20.031**中图法分类号:**R593.2**文章编号:**1673-4130(2020)20-2549-02**文献标识码:**C

原发性干燥综合征是一种主要累及外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫性疾病,临床上主要表现为唾液腺和泪腺受损,导致功能下降而出现口干、眼干,且有其他器官的受累而出现多系统损害的症状。本研究纳入的患者由于长期咳嗽、咳痰且治疗效果不明显,病情加重入院,检测抗核抗体谱结果异常,并进一步检查后最终诊断为原发性干燥综合征。因此,临床表现有呼吸症状的患者一定要及时行自身抗体检测,筛查是否存在自身免疫性疾病,提高治疗效果。现将诊治过程汇报如下。

1 病例资料

患者,女,45岁,半年来持续存在咳嗽、咳痰等症状。咳嗽为阵发性,黄色黏痰,量较多,呼吸困难。在门诊治疗期间间断服用止咳消炎等药物,症状并未彻底改善。入院前2d受凉,出现发热、咳嗽及呼吸困难等症状。查体:体温38.1℃,脉搏97次/分,呼吸20次/分,血压140/80 mmHg,营养良好,步入病房,自主体位,神清语利,双肺呼吸音粗,可闻及少许干、湿性啰音,心率97次/分,律齐,心音有力,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹平软,肠鸣音正常存在,双下肢无水肿,双侧病理征未引出。胸部CT提示“右肺中叶及左肺上叶高密度,考虑炎症”,诊断肺部感染。实验室检查:血常规,红细胞(RBC) $3.70 \times 10^{12}/L \downarrow$;血小板(PLT) $69 \times 10^9/L \downarrow$;尿常规,尿葡萄糖++++↑;红细胞沉降率(ESR)34.00 mm/h↑;肝功能指标:天门冬氨酸氨基转移酶(AST)77.6 U/L↑,丙氨酸氨基转移酶(ALT)67.9 U/L↑,清蛋白(ALB)37.6 g/L↓,前清蛋白(PALB)101.80 mg/L↓。免疫6项:免疫球蛋白G(IgG)20.50 g/L↑,免疫球蛋白A(IgA)1.84 g/L,免疫球蛋白M(IgM)0.78 g/L,补体C3(C3)0.76 g/L↓,补体C4(C4)0.05 g/L↓,C反应蛋白(CRP)13.90 mg/L↑。患者入院血常规提示血

小板减少,询问病史既往无血小板减少病史,有牙龈出血,邀请血液科医生会诊:建议查抗核抗体谱除外自身免疫性疾病。抗核抗体谱结果回报:抗核抗体(ANA)阳性($1\ 000 < \text{滴度} < 3\ 200$)、抗干燥综合征A抗体(抗SS-A)阳性(++),抗Ro-52抗体阳性(+),抗干燥综合征B抗体(抗SS-B)阳性(+)。根据患者ANA谱的结果,主治医师建议做进一步检查。双泪膜破裂时间:右眼5s,左眼5s。泪液分泌功能:右眼2mm,左眼15mm,考虑右眼干眼。唇腺活检病理:小涎腺小叶结构尚清,局部见淋巴细胞浸润(共两个病灶,每个病灶中淋巴细胞数 >50 个)。请中西医结合、风湿科医生会诊:根据患者右眼干眼、唇腺活检有灶性淋巴细胞浸润和ANA谱结果,满足2016年美国风湿病学会/欧洲抗风湿病联盟原发性干燥综合征分类标准^[1],诊断为原发性干燥综合征。给予患者白芍总苷胶囊、羟氯喹片药物治疗后,患者病情明显好转,带药出院,定期复查。

2 讨论

原发性干燥综合征是一种主要累及外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫性疾病,临床上主要表现为唾液腺和泪腺受损功能下降出现的口干、眼干,但尚有其他器官的受累而出现多系统损害的症状。本例患者肺脏及血液系统均受累,出现肺部感染和血小板减少的表现。肺脏受累患者中大部分起病隐匿,缺乏明显的症状。有研究指出,肺脏受累中呼吸道病变的患者表现无症状时其实早有呼吸道黏膜的淋巴细胞浸润,呼吸道黏膜分泌细胞的增生^[2],气道一方面为干燥综合征患者常见的损伤靶器官之一,另一个面呼吸道病变也存在各种常见疾病中,如慢性支气管炎、肺部感染等,因此往往在临床上极易被忽视,造成漏诊、误诊。本例患者无口干、眼干症状,长期表现为咳嗽、咳痰,缺乏干燥综合征明显的症状,针对咳嗽,发热的

* 基金项目:河北省重点研究室资助项目(冀中医药[2014]28号-14)。

△ 通信作者, E-mail: haiyingyaobd@163.com。

症状给予消炎清热药物治疗后无明显缓解。临床医生及时对患者进行了自身免疫性疾病筛查,根据患者的检查结果及诊断标准,诊断为原发性干燥综合征。患者使用免疫调节剂和免疫抑制剂药物治疗后,情况才明显好转。此外,国内有研究表明非口干、眼干起病在原发性干燥综合征肺脏累及患者中常见,且进展快,肺脏受累性高于口干眼干起病者,原发性干燥综合征患者合并肺脏受累的危险因素为发病年龄大,病程长^[3-4]。因此,针对临床表现为无口干、眼干,有呼吸道症状的患者一定要及时行自身抗体检查,筛查自身免疫性疾病,提高诊治率,降低病死率。

原发性干燥综合征在疾病初期易侵犯血液系统,表现为免疫球蛋白升高、ESR 增加、血常规中可出现一系、二系甚至三系细胞减少等。有文献报道,原发性干燥综合征合并血小板减少症的患者高达 87.5%^[5],其发生机制主要是产生的自身抗体破坏造血微环境的平衡,减少骨髓血细胞的生成及 B 细胞异常活跃产生抗血小板抗体,导致破坏加速^[6]。因此针对有血液学指标异常的患者,临床医生要仔细询问是否有原发性干燥综合征临床表现,如口干、眼干、皮疹等,并做 ANA 谱检测进一步筛查自身免疫性疾病,以免误诊、漏诊。

原发性干燥综合征患者血清中可检测到多种自身抗体,其中抗 SS-A 是细胞内的一组小核糖核蛋白的自身抗体,它是一种损伤性抗体,人体淋巴结、肺、肝等组织中都存在其靶抗原,因此可造成多器官、多系统的损害。有研究显示,原发性干燥综合征患者中抗 SS-A 阳性率为 60%~75%;抗 SS-B 阳性率低于抗 SS-A 阳性率,但特异度较高^[7]。因此,ANA 与抗 SS-A、抗 SS-B 联合检测有助于原发性干燥综合征的诊断^[8],且抗 SS-A、抗 SS-B 与原发性干燥综合征的
• 个案分析 •

系统性损害密切相关^[9]。临床医生应联合检测原发性干燥综合征相关的自身抗体,提高对原发性干燥综合征的认知及诊治水平,做到早期诊断与治疗,从而提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 金月波,何菁. 2016 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿病联盟原发性干燥综合征分类标准[J]. 中华风湿病学杂志, 2017,21(3):213.
- [2] 李霞,费允云,张焯. 干燥综合征的肺部病变[J]. 中国实用内科杂志,2017,37(6):484-487.
- [3] 李娅,李小峰,黄慈波,等. 原发性干燥综合征患者继发性间质性肺病的临床特点[J]. 中华风湿病学杂志,2013,17(10):667-671.
- [4] 高辉,何菁,邹雅丹,等. 非口干眼干起病的原发性干燥综合征肺脏受累患者临床特征分析[J]. 中华风湿病学杂志, 2017,21(4):231-236.
- [5] 孙幸福,黄菲. 原发性干燥综合征患者血液学异常的临床探讨[J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2019,39(7): 1000-1002.
- [6] ZHANG X J, XU J, KE X, et al. Expression and function of Toll-like receptors in peripheral blood mononuclear cells from patients with ovarian cancer[J]. Cancer Immunol Immunother, 2015, 64(3):275-286.
- [7] 栗占国,张奉春,曾小峰. 风湿免疫学高级教程[M]. 北京:人民军医出版社,2013:8-31.
- [8] 祝忠良,庞珍珍,刘津麟,等. 联合检测 ANA、抗 SSA 和抗 SSB 对原发性干燥综合征诊断的临床意义[J]. 中国现代医生,2016,54(13):125-128.
- [9] 庄俊汉,许香广,叶志中. 132 例原发性干燥综合征抗 SSA、抗 SSB 抗体的检测与系统性损害[J]. 广东医学院学报,2002,20(6):431.

(收稿日期:2020-02-02 修回日期:2020-06-15)

3 例新型冠状病毒肺炎出院患者病毒核酸检测复阳原因探讨

秦维超¹,孙贵银^{2△},李峰²,袁进³,张运洪¹,邹静波⁴,陈文⁵

(重庆市江津区中心医院:1. 医学检验科;2. 院长办公室;3. 感染科,重庆 402260;4. 重庆市永川区疾病预防控制中心,重庆 402160;5. 重庆市江津区疾病预防控制中心,重庆 402260)

关键词:新型冠状病毒; 新型冠状病毒肺炎; 核酸检测; 假阴性; 临床诊疗

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2020.20.032

中图法分类号:R446.1

文章编号:1673-4130(2020)20-2550-05

文献标识码:C

新型冠状病毒肺炎(COVID-19)是一种急性感染

性肺炎,是由新型冠状病毒(SARS-CoV-2)引起,可对

△ 通信作者, E-mail:675069534@qq.com。