临床研究 文章编号:0253-3626(2010)08-1273-05

老年系统性红斑狼疮 32 例临床分析

杨 靖,李 惠,陈爱军,赵恒光
(重庆医科大学附属第一医院皮肤性病科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨老年系统性红斑狼疮(Systemic lupus erythematosus,SLE)患者的临床表现、治疗情况及预后。方法:总结 32 例老年 SLE 患者临床表现、实验室指标及疗效等特点,并与同期 253 例中青年患者进行比较。结果:与中青年组比较,老年组首发症状心累气促比例增高($P<0.01$),蝶形红斑、光敏感比例降低($P<0.05$)。随着病情发展,浆膜炎、神经系统病变、心脏病变及肺脏病变发生率增高($P<0.05$),蝶形红斑、脱发及发热发生率降低($P<0.05$)。实验室指标中,血脂升高发生率更常见($P<0.01$),而抗 ds-DNA 抗体、白细胞总数降低及红细胞沉降率阳性率降低($P<0.05$)。另外,老年组伴发高血压及骨质疏松症比例增高($P<0.01$),较少使用间歇静脉环磷酰胺治疗($P<0.05$)。结论:老年系统性红斑狼疮起病隐匿,病程长,易误诊,治疗时应密切监测药物副作用。

【关键词】红斑狼疮; 系统性; 老年
【中国图书分类法分类号】R593.24+1 【文献标识码】B 【收稿日期】2009-03-03

Clinical analysis of SLE in the elderly for 32 cases

YANG Jing, et al
(*Department of Dermatology and Venerology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the clinical features, treatment and outcomes of systemic lupus erythematosus (SLE) in the elderly. *Methods*: The Clinical manifestation, laboratory data and treatment effects in the elderly with SLE, were reviewed and compared with those report from the young and middle-aged in the same period. *Results*: Compared with middle-youth-aged group, dyspnea of first symptoms was obviously more ($P<0.01$), butterfly-wings erythema and photo sensetativity of first symptoms were less ($P<0.05$). Development as the illness, serositis, heart damage, lung damage, and damage in

作者介绍:杨 靖(1983-),男,硕士,
研究方向:自身免疫性皮肤病。
通讯作者:李 惠,女,教授,E-mail:lihui131128@vip.163.com。

层”在皮肤表面形成正电荷网状膜,对带负电荷的细菌、真菌、病毒等微生物有强力吸附作用,使这些病原微生物赖以生存的呼吸酶失去作用而窒息死亡,从而达到杀菌或抑菌作用[10]。由于其抗菌原理是物理学的“异电相吸”规律,而细菌、真菌、病毒均带负电荷,均能被其带正电荷的网状膜所吸引,故而其抗菌谱很广,可避免因使用抗菌药物导致的耐药性和副作用[6]。并且由于“胶联层”成分为高分子,以化学键方式与体表相连接,因此独具长时效抗菌性,被称为分子级隐形长效抗菌敷料[5]。将其喷洒于皮肤表面可很快形成稳定的致密分子抗菌隔离网膜,在不影响人体皮肤或黏膜功能的同时,具有长效抗菌特点,起到传统消毒药和敷料达不到的效果[11]。

本试验将 JUC 长效抗菌剂定期喷洒于包皮手术伤口,而不用包扎传统敷料,与对照组(包扎传统敷料)比较,伤口渗出物、创缘反应、伤口感染率、伤口细菌检出率均没有显著性差异($P>0.05$)。55 例实验组患者均未见局部和全身副反应。说明 JUC 长效抗菌剂应用于包皮环切手术伤口,具有与传统敷料相似的隔离创面、长效抗菌、预防伤口感染的作用。患者使用 JUC 方便,可在家中自行喷洒,没有到医院更换敷料的麻烦与痛苦,易于接受。JUC 可以替代传统敷料,作为包皮环切术后保护伤口的方法之一。

参 考 文 献

[1] Krieger J N, Bailey R C, Opeya J C, et al. Adult male circumcision outcomes: experience in a developing country setting[J]. Urol Int, 2007, 78(3): 235-240.
[2] Krieger J N, Bailey R C, Opeya J, et al. Adult male circumcision: results of a standardized procedure in Kisumu District, Kenya[J]. BJU Int, 2005, 96(7): 1109-1113.
[3] Atikeler M K, Gecit I, Yuzgec V, et al. Complications of circumcision performed within and outside the hospital [J]. Int Urol Nephrol, 2005, 37(1): 97-99.
[4] 徐炜炜. 洁悠神喷雾剂预防尿道下裂术后感染的疗效观察[J].临床合理用药, 2009, 2(1): 48.
[5] 朱 菁, 张美珏, 袁霞雯, 等.洁悠神长效抗菌剂用于激光术后创面的观察[J]. 应用激光, 2002, 22(4): 443-446.
[6] 廖和根, 陈旭林.洁悠神长效抗菌材料治疗面颈部Ⅱ度烧伤的疗效观察[J].安徽医科大学学报, 2005, 40(5): 488-489.
[7] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M].第 1 版, 山东: 山东科学技术出版社, 2004.2105-2107.
[8] 《应用抗菌药物防治外科感染的指导意见》撰写协作组. 应用抗菌药物防治外科感染的指导意见(草案)Ⅱ[J]. 中华外科杂志, 2003, 41(7): 552-554.
[9] 徐红云, 薛云松, 刘春林.创伤患者伤口感染的危险因素分析[J].中国微生态学杂志, 2003, 15(5): 300-301.
[10] 邓润智, 符义富, 曾以周, 等.洁悠神物理抗菌喷雾敷料对口腔癌瘤术后菌群的影响[J].口腔医学研究, 2007, 23(5): 542-543.
[11] 符义富, 傅 尧, 游丽萍, 等.洁悠神长效喷雾敷料抗菌作用的临床细菌学研究[J]. 现代检验医学杂志, 2008, 23(6): 88-89.

(责任编辑:关蕴良)

nerval system were more($P<0.05$), but butterfly-wings erythema, alopecia and fever were less($P<0.05$). In laboratory features, hyperlipemia was more($P<0.01$), and positive anti-ds-DNA, high erythrocyte sedimentation rate(ESR) and low white blood cell were less($P<0.05$). On the other hand, hypertension and osteoporosis of comorbidities were more($P<0.01$), intermittent intravenous cyclophosphamide(CTX) was less commonly used($P<0.05$). *Conclusion*: SLE in the elderly is characterized by long course of disease which is occult in onset, and it is easy to be misdiagnosed. The side effect shoud be monitored closely.

【Key words】Lupus erythematosus; Systemic; Elderly

系统性红斑狼疮(Systemic lupus erythematosus, SLE)是一种可累及全身多个系统的慢性自身免疫性结缔组织疾病,多见于育龄期女性,老年人及男性患者少见。国内外学界将初发年龄大于 50 岁的 SLE 称之为老年 SLE 或晚发性 SLE (Late onset SLE),为了探讨老年 SLE 的临床及诊疗特点,本文对 32 例老年 SLE 患者与 253 例中青年 SLE 患者的临床资料进行比较分析。

1 资料与方法

1.1 老年组 SLE

2006 年 1 月 ~2008 年 7 月我院共收治 SLE 住院患者 285 例,其中老年 SLE 患者(老年定义为初发病年龄超过 50 岁)32 例,占同期 SLE 患者 11.23%,其中男 3 例(9.4%),女 29 例(90.6%),女:男为 10.34:1,首发年龄 50 ~ 88 岁,平均(58.56 ± 8.80)岁。其中 50 ~ 59 岁 21 例(65.6%),60 ~ 69 岁 8 例(25%),70 ~ 79 岁 1 例(3.1%),80 ~ 89 岁 2 例(6.3%),发病到确诊的时间最短为 7 d,最长 31 年,平均 17 月。其中入住肾内科 17 例(53.1%),皮肤科 6 例(18.8%),中医科 3 例(9.4%),血液科 2 例(6.3%),心内科、消化科、感染科、呼吸科各 1 例(各 3.1%)。

1.2 中青年组 SLE

中青年组 SLE 患者(发病年龄小于 50 岁)253 例,男 19 例(7.5%),女 234 例(92.5%),女:男为 12.32:1,首发年龄 12 ~ 49 岁,平均(31.83 ± 9.23)岁。发病到确诊时间最短为 3 d,最长 20 年,平均 9 月。其中入住肾内科 113 例(44.7%),皮肤科 98 例(38.7%),中医科 9 例(3.6%),血液科 7 例(2.8%),消化科及心内科各 6 例(各 2.4%),感染科、呼吸科及急诊科各 3 例(各 1.2%),内分泌科及产科各 2 例(各 0.8%),妇科 1 例(0.4%)。

所有患者诊断均符合 1997 年美国风湿病协会 SLE 分类标准[1],采用 SPSS 统计软件包 V13.0 处理数据,组间均数的比较采用 t 检验,组间率的比较采用 χ^2 检验,当 $P<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者一般资料比较

2 组患者平均年龄分别为(58.56 ± 8.80)岁及(31.83 ± 9.23)岁。从发病到确诊时间,老年组最短为 7 d,最长 31 年,平均 17 月,中青年组最短为 3 d,最长 20 年,平均 9 月,2 组患者从发病到确诊时间比较差异无统计学意义($P=0.107$)。老年组女比男为 10.34:1,中青年组女比男 12.32:1,2 组比较差异无统计学意义($P=0.710$)。老年组及中青年组符合 ACR 标准项数分别为(4.84 ± 0.99)及(5.47 ± 1.11),老年组明显少于中青年组诊断项数($P<0.01$)。

2.2 临床表现比较

关节炎为 2 组最常见的首发症状,32 例老年患者中的

表 1 老年 SLE 与中青年 SLE 主要首发症状比较[n(%)]

主要首发症状	老年 SLE(n=32)	中青年 SLE(n=253)	χ^2 值	P 值
关节炎	13(40.6%)	139(54.9%)	2.339	0.126
水肿	10(31.3%)	57(22.5%)	1.201	0.273
心累气促	5(15.6%)	7(2.8%)	11.645	0.001**
蝶形红斑	4(12.5%)	82(32.4%)	5.345	0.021*
消化道症状	3(9.4%)	13(5.1%)	0.962	0.327
贫血	1(3.1%)	5(2.0%)	0.182	0.670
出血倾向	1(3.1%)	2(0.8%)	1.486	0.223
盘状红斑	1(3.1%)	2(0.8%)	1.486	0.223
发热	1(3.1%)	30(11.9%)	2.235	0.135
乏力	1(3.1%)	15(5.9%)	0.421	0.516
光敏感	0(0)	28(11.0%)	3.927	0.048*
口腔溃疡	0(0)	14(5.5%)	1.862	0.172

*$P<0.05$; **$P<0.01$

首发症状依次为关节炎 13 例(40.6%)，水肿 10 例(31.3%)，心累气促 5 例(15.6%)，蝶形红斑 4 例(12.5%)，消化道症状 2 例(各占 9.4%)，贫血、出血倾向、盘状红斑、发热及乏力各 1 例(各占 3.1%)，老年组首发症状中水肿、心累气促、消化道症状、贫血、出血倾向比例较高，心累气促比较差异有统计学意义($P<0.01$)，其余首发表现比例较中青年组低，蝶形红斑及光敏感比较差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 1。

随着病情发展，老年组 SLE 患者浆膜炎(56.3%)、心脏损害(34.4%)、口腔溃疡(18.8%)、神经病变(15.6%)、肌痛肌无力(15.6%)、肺脏损害(12.5%)及雷诺现象(9.4%)阳性率较中青年组高，其中神经病变、浆膜炎、心脏损害及肺脏损害比例增高据有统计学意义($P<0.05$)。关节炎(65.6%)、水肿(50.0%)、蝶形红斑(34.4%)、盘状红斑(18.8%)、发热(18.8%)、光敏感(12.5%)、脱发(9.4%)阳性率较中青年组低，其中蝶形红斑、

表 2 老年 SLE 与中青年 SLE 临床特征比较[n(%)]

临床特征	老年 SLE(n=32)	中青年 SLE(n=253)	χ^2 值	P 值
主要临床表现				
蝶形红斑	11(34.4%)	136(53.8%)	4.272	0.039*
盘状红斑	6(18.8%)	49(19.4%)	0.007	0.934
光敏感	4(12.5%)	63(24.9%)	2.429	0.119
口腔溃疡	6(18.8%)	34(13.4%)	0.664	0.415
关节炎	21(65.6%)	171(67.6%)	0.050	0.823
浆膜炎	18(56.3%)	96(37.9%)	3.966	0.046*
神经病变	5(15.6%)	13(5.1%)	5.280	0.022*
发热	6(18.8%)	92(36.4%)	3.906	0.048*
脱发	3(9.4%)	72(28.5%)	5.335	0.021*
雷诺现象	3(9.4%)	19(7.5%)	0.139	0.710
肌痛肌无力	5(15.6%)	21(8.3%)	1.838	0.175
心脏损害	11(34.4%)	44(17.4%)	5.261	0.022*
肺脏损害	4(12.5%)	6(2.4%)	8.607	0.003**
水肿	16(50.0%)	133(52.6%)	0.075	0.784
实验室检查				
尿蛋白	22(68.8%)	177(70.0%)	0.020	0.888
ANA 阳性	32(100.0%)	249(98.4%)	0.513	0.474
抗 ds-DNA 抗体阳性	16(50.0%)	195(77.1%)	10.833	0.001**
抗 sm 抗体阳性	4(12.5%)	53(20.9%)	1.267	0.260
抗 SSA 抗体阳性	22(68.8%)	163(64.4%)	0.233	0.629
抗 SSB 抗体阳性	4(12.5%)	31(12.3%)	0.002	0.968
抗 RNP 抗体阳性	7(21.9%)	88(34.8%)	2.130	0.144
狼疮细胞	0(0)	20(7.9%)	2.721	0.099
血沉升高	16(50.0%)	177(70.0%)	5.177	0.023*
C3 降低	26(81.2%)	206(81.4%)	0.001	0.981
C4 降低	17(53.1%)	139(54.9%)	0.038	0.846
IgG 升高	11(34.4%)	107(42.3%)	0.734	0.392
类风湿因子阳性	7(21.9%)	71(28.1%)	0.547	0.459
白蛋白降低	19(59.4%)	158(62.5%)	0.114	0.735
血脂升高	8(25.0%)	24(9.5%)	6.859	0.009**
白细胞总数降低	10(31.3%)	147(58.1%)	8.279	0.004**
血红蛋白降低	20(62.5%)	183(72.3%)	1.340	0.247
血小板降低	9(28.1%)	75(29.6%)	0.032	0.859
肌酐 >140 μmol/L	6(18.8%)	70(27.7%)	1.155	0.282

*$P<0.05$，**$P<0.01$

表 3 老年 SLE 与中青年 SLE 伴发疾病比较[n(%)]

伴发疾病	老年 SLE(n=32)	中青年 SLE(n=253)	χ^2 值	P 值
高血压	7(21.9%)	14(5.5%)	11.114	0.001**
骨质疏松症	4(12.5%)	2(0.8%)	18.899	0.0**
糖尿病	2(6.3%)	6(2.4%)	1.363	0.243
肺部感染	10(31.3%)	59(23.3%)	0.974	0.324
类风湿性关节炎	3(9.4%)	17(6.7%)	0.307	0.580
干燥综合征	1(3.1%)	3(1.2%)	0.772	0.380
皮肌炎/多发性肌炎	1(3.1%)	12(4.7%)	0.171	0.679

**P<0.01

表 4 老年 SLE 与中青年 SLE 治疗方法比较[n(%)]

治疗方法	老年 SLE(n=32)	中青年 SLE(n=253)	χ^2 值	P 值
羟氯喹	25(78.1%)	196(77.5%)	0.007	0.933
大剂量泼尼松 >1 mg(kg·d)	20(62.5%)	138(54.5%)	0.728	0.394
间歇静脉环磷酰胺	9(28.1%)	145(57.3%)	9.743	0.002**

**P<0.01

发热及脱发比例降低有统计学意义(P<0.05)。详见表 2。老年组中无典型癫痫样抽搐者,中青年组中发作癫痫样抽搐者 3 例(P=0.536)。老年组内脏器官受累情况较中青年组好[平均受累内脏器官数为(2.125 ± 0.907)vs(2.323 ± 1.056),P=0.312]。

2.3 实验室指标比较

老年组 SLE 患者在抗核抗体(Anti-nuclear antibody,ANA)(100.0%)、抗 SSA 抗体(68.8%)、血脂升高(25.0%)及抗 SSB 抗体(12.5%)阳性率较对照组高,其中血脂升高有统计学意义(P<0.01)。尿蛋白(68.8%)、白蛋白下降(59.4%)、抗ds-DNA 抗体(50.0%)、抗 sm 抗体(12.5%)、抗 RNP 抗体(21.9%)、狼疮细胞(0)、血沉(50.0%)、C3(81.2%)、C4(53.1%)、IgG(34.4%)、类风湿因子(21.9%)、白细胞(31.3%)、血红蛋白(62.5%)、血小板降低(28.1%)、及肌酐(18.8%)阳性率较中青年组低,其中抗 ds-DNA 抗体阳性、血沉(ESR)升高及白细胞总数下降有统计学意义(P<0.05)。详见表 2。ANA 平均滴度较中青年组高(ANA 平均滴度为(640 ± 397)vs(509 ± 379),P=0.070)。

2.4 伴发疾病

老年组伴发高血压者 7 例(21.9%),肺部感染者 10 例(31.3%),骨质疏松症者 4 例(12.5%),糖尿病者 2 例(6.3%),重叠类风湿性关节炎者 3 例(9.4%),干燥综合征及皮肌炎/多发性肌炎者各 1 例(各 3.1%),伴发高血压及骨质疏松症患者比例明显增高(P<0.01)。老年组伴发肺部感染、干燥综合征及类风湿性关节炎比例较中青年组高,伴发皮肌炎/多发性肌炎比例较中青年组低,但无统计学意义。详见表 3。

2.5 误诊情况

老年组中,首次就诊即确诊者 13 例,误诊者 19 例,误诊率为 59.4%。中青年组中,首次就诊即确诊者 179 例,误诊 74 例,误诊率 29.2%,2 组误诊率差别有统计学意义(P=0.001),类风湿性关节炎、肾炎/肾病综合征及感染性疾病为两组常见误诊疾病,老年组中误诊为类风湿性关节炎(36.8%)及感染性疾病(15.8%)比例较中青年组高,但无统计学意义,误诊为肾炎/肾病综合征者比例(15.8%)显著低于中青年组(P<0.05)。

2.6 治疗情况

2 组患者均接受激素治疗,老年组接受大剂量激素(换算泼尼松剂量 >1 mg/(kg·d)治疗者比例(62.5%)高于对照组,但无统计学意义,老年组使用泼尼松剂量较中青年组小(泼尼松平均剂量 75 mg/d vs 95 mg/d,P=0.451),老年组接受间歇静脉环磷酰胺治疗患者比例(28.1%)明显低于中青年组(P<0.01),详见表 4。2 组病情轻重、预后无明显差异。其中老年组死亡 2 例(6.3%),死于 SLE 及心血管事件各 1 例(各占 50.0%),中青年组死亡 6 例(2.4%),死于 SLE 者 3 例(50.0%),死于心血管事件 1 例(16.7%),2 组死亡率无统计学差异(P=0.211)。

3 讨 论

中国人群中老年 SLE 患者占 SLE 患者比例为 8%~11.5%[2,3],本研究显示老年 SLE 患者占 9.74%,符合文献报道。Padovan 等[4]发现,老年 SLE 男性患者比例较中青年 SLE 患者明显增高,老年 SLE 患者女:男比例达 5:1,本文老年SLE 患者女:男为 10.34,低于中青年组比例 12.32,但无统计学差异,考虑与老年组样本量不足有关。

本研究发现老年组患者脱发及蝶形红斑比例明显低于中青年组,考虑与老年患者皮肤干燥、老化及血管减少,从而使 SLE 的基本病理生理表现 - 血管炎在皮肤的表现较轻有关。与中青年组 SLE 患者比较,老年组患者神经系统受累比例增高,但典型狼疮性脑病典型表现 - 癫痫样抽搐发生率反而较中青年组低,原因可能是老年人记忆力减退,老年痴呆症等病的发生率增高,导致神经系统受累症状增加。老年组心脏、肺脏受累比例及浆膜炎发生率高于中青年组,可能与老年人心、肺功能差,肺顺应性下降和易患高血压、冠心病等基础疾病有关。本文老年组发热比例低于中青年组,考虑与

老年患者衰弱，基础代谢率低有关。另外有报道[5]指出老年SLE患者合并干燥综合征比例高达42%，本文中干燥综合征检出率较低，可能与认识不足及检测手段如眼分泌试验、腺体活检等普及率较低有关。

本文老年组抗ds-DNA抗体阳性率明显低于中青年组，与文献报道一致[6]，因此对该类抗体阴性者不能轻易否认本病诊断。本文老年组患者ANA阳性比例达100%，可能与健康老年人中约8%～28%的ANA阳性率有关[7]，但健康老年人ANA滴度低，故高滴度阳性的ANA仍为诊断SLE的指标之一。

老年SLE起病一般较为隐匿、缓慢，本文老年组患者发病到确诊时间较中青年组长，临床表现中蝶形红斑及脱发等皮肤表现比例明显低于中青年组，发热比例亦低于中青年组，由于皮肤表现和发热是常见的SLE早期临床表现，故老年SLE患者可能更易误诊和漏诊。老年SLE患者临床上接受激素治疗剂量常偏小，但本文老年组接受大剂量激素治疗比例反而略高于对照组，原因可能是老年患者一半以上于肾内科治疗，内科医师较多的使用大剂量、甚至冲击剂量激素治疗有关，加之老年患者心、肺及神经系统受累比例较高，故使用大剂量激素治疗时必须对老年患者进行严格的药物副作用监测。而老年组使用间歇静脉环磷酰胺治疗者比例低于中青年组，可能与老年患者肾脏损害相对较轻有关。

Bertoli[9]发现老年组患者死于心血管事件比例明显高于中青年组，本文发现老年组中死于心血管事件者比例大于中青年组，但无统计学意义，可能与老年组样本量的差异有关。尽管老年人体质差，但两组死亡率无明显差别，可能与老年组心、肺、肾、血液、神经等内脏受累相对较轻有关。

参 考 文 献

[1] Hochberg M C.Updating the American college of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 1997, 40(9): 1725.

[2] Mok C C, Mak A, Chu W P, et al.Long-term survival of southern Chinese patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study of all age-groups[J].Medicine(Baltimore), 2005, 84(4): 218-224.

[3] Wang J, Yang S, Chen S, et al.Systemic lupus erythematosus: a genetic epidemiology study of 695 patients from China[J].Arch Dermatol Res, 2007, 298(10): 485-491.

[4] Padovan M, Govoni M, Castellino G, et al.Late onset systemic lupus erythematosus: no substantial differences using different cut-off ages[J]. Rheumatol Int, 2007, 27(8): 735-741.

[5] Maddison P J.Systemic lupus erythematosus in the elderly [J].J Rheumatol, 1987, 14(Suppl 13): 182-187.

[6] Wilson H A, Hamilton M E, Spyker D A, et al.Age influences the clinical and serological expression of systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 1981, 24(10): 1230-1235.

[7] 顾越英，陈晓翔，叶 霜，等.老年系统性红斑狼疮的诊治进展[J].老年医学与保健杂志，2003，9(3)：134-137.

[8] Bertoli A M, Alarcón G S, Alén J C, et al.systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort[J].Arthritis Rheum, 2006, 54(5): 1580-1587.

（责任编辑：关蕴良）

通 知

本刊所有投稿请登陆以下网址完成：
http://cyxb.cqmu.edu.cn/ch/index.aspx

本刊编辑部
2010 年 8 月