维普资讯 http://www.cqvip.com

215

文章编号：0253-3626(2000)02-0215-01

系统性红斑狼疮甲亢1例

周旭春，龚能平

（重庆医科大学临床学院消化内科 400016）

中国图书分类法分类号：R953.24　　文献标识码：A　　收稿日期：1999-09-14

1 临床资料

患者女性，31岁，因“发热、腹泻半月”，于1999年3月28日入院。半月前患者无诱因出现发热，体温38.5～40℃，伴咽痛、畏寒、乏力、纳差，呕吐胃内容物，进食即吐，腹泻黄色稀水便，5～13次/天，无腹痛，院外用环丙沙星，先锋必等抗感染治疗无效。

4年前患者因食亢、怕热、多汗，T_3、T_4增高，在外诊断为“甲亢”，用他巴唑治疗，症状缓解，T_3、T_4降至正常，近1年停药。近1年有反复面部皮疹，日晒后加重。近1年偶有双侧膝关节疼痛及脱发史，未诊治。

查体：T：38.5℃，P：88/min，R：22/min，BP：13.5/7kPa，重病容，神萎，面部见水肿性呈蝶形分布的红斑，双眼突出，咽部充血，扁桃体II度肿大，口腔可见多个散在小溃疡，甲状腺II度肿大，心肺(－)，腹平软，肝脾肋下未及。手足部未见特征性的SLE皮损。

入院后检查血RT：WBC 1.2×10^9/L，RBC：3.32×10^{12}/L，Hb 87g/L，PLT：22×10^9/L，尿RT：pro(+)，WBC 0～1，RBC 2～5。大便RT：黄、水样便，WBC 2+，OB(-)。肝功：TP 76g/L，Alb：28g/L，AST：88u/L，ATL：62u/L，余正常。肾功：BUN：7.4mmol/L，Cr：79mmol/L，血RF：178u/ml，CRP：6.6mg/dl。自身抗体：ENA多肽抗体(抗Sm，抗U1RNP阳性)，ANA及dsDNA阳性。血沉130mm/h。血T_3：2.2nmol/L，T_4：145nmol/L，TSH：0.29IU/ml，TGA、TMA均增高。血找狼疮细胞可见。

入院后考虑为系统性红斑狼疮，甲亢缓解期。给予强的松50mg/d治疗，第二天体温降至正常，食量增加，约250g/d。第四天患者咽痛缓解，大便2～3次/日，半月后好转出院。

2 讨 论

2.1 按照美国风湿病学会修订的系统性红斑狼疮诊断标准，患者有红斑，光敏感，口腔溃疡及贫血、白细胞、血小板减少等血液学异常，有狼疮细胞阳性，抗dsDNA抗体，抗Sm抗体阳性等免疫学异常，故本病系统性红斑狼疮诊断明确。患者既往有高代谢症群，T_3、T_4增高，他巴唑治疗有效，故甲亢诊断明确，目前T_3、T_4正常，处于甲亢的缓解期。

2.2 此二病在发病机理上有一定的关系：两者均为自身免疫性疾病，有共同的免疫学基础。Goh[1]在6例SLE并发甲亢的病人中检出TGA和TMA有4例显著升高。Miller[2]报告18%SLE病人有高滴度的TMA。SLE伴发甲状腺功能异常可有以下几种情形：先SLE后甲状腺功能异常；甲状腺功能异常与SLE发病同步；先甲状腺功能异常后SLE。SLE伴发甲状腺疾病是SLE侵犯甲状腺组织的结果，最终表现为甲减[3]。本例患者先甲亢后SLE，SLE出现后使甲亢自然缓解，故TGA及TMA升高，而T_3、T_4正常。故对SLE病人应重视甲状腺功能监测。

2.3 在治疗上，若SLE伴甲亢，对甲亢症状较轻者，应积极治疗SLE可起到兼治SLE及甲状腺疾病的作用；对甲亢症状较重者。可采用小剂量的药物治疗。同时应密切随访甲状腺功能，而不宜采用放射治疗及手术治疗，以防甲低发生。

参 考 文 献

[1] Goh KL, et al. [J]. Rheumatic Disease 1987;45:579

[2] Miller FW, et al. [J]. Arthritis Rheum 1987;30:1124

[3] 谈亚英，吴华香. [J].临床内科杂志 1995;13(3):21~22

作者介绍：周旭春（1967-08出生），女，主治医师，硕士