DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.02.031

干燥综合征合并间质性肺炎及肾小管性酸中毒一例

应时中* 沈寒放（第一附属医院 呼吸内科）

近年来发现干燥综合征与呼吸系统关系密切。根据一组300例分析报告，肺部病变者占9%[1]，国内报道干燥综合征侵犯呼吸系统同时合并肾小管性酸中毒的病例尚不多。本文介绍一例。

患者，女，30岁，职工，住院号118325，因疲乏无力半年，干咳伴活动后气短10天，发热3天入院。近半年明显乏力，全身关节，肌肉酸痛，烦渴，多饮，纳差。双眼干涩，眼科曾诊断为“砂眼”。10天前受凉，发热，干咳、急走或上二楼气短，胸闷。来院初诊为“间质性肺炎。”平素体健。月经规律，白带少。大便干燥，夜间多尿。家族中无类似病史。体检：轻度贫血貌，T 37.5℃、R 22次/min，P 94次/min，BP 13.3/8.00kPa，双眼结膜轻度充血，少许分泌物。口唇干燥，口角皲裂，口腔粘膜欠润泽，牙釉质磨损。咽充血，两肺底可闻及少许中湿罗音。心脏无异常。腹平软，肝在右肋下1.5cm，质软，脾未及。脊柱四肢关节无畸形，双下肢皮肤干燥脱屑。实验室检查：RBC 315万，WBC 6 500，Hb 8.8g，中性64%，淋巴36%，血小板11万，尿蛋白微量，尿糖（—），本周氏蛋白（—），尿气分析，pH 6.912，$Paco_2$ 38，24 h尿 K^+ 40mEq，Na^+ 225mmol/L，Cl^- 135mmol/L，尿浓缩稀释试验，夜尿量1 400ml，比重1.010，日间尿比重差<0.08，血沉110mm/h，类风湿因子（+），红斑狼疮细胞（—），抗核抗体（—），GPT 7u，ZnT 20.2u，白蛋白3.5%，球蛋白3.6%，蛋白电泳r-球蛋白29.5%，肝酶谱无异常，甲胎蛋白<25ng/ml，免疫球蛋白 IgG 0.04g/L，IgA 0.032g/L，IgM 0.022g/L，血清 K^+ 3.4mmol/L，Na^+ 134mmol/L，Cl^- 109mmol/L，Ca 2.1mmol/L，UN 7.9mmol/dl，Cr 2mg/dl，动脉血气 pH 7.297，$PaCO_2$ 3.9kPa，PaO_2 13.6kPa，HCO_3^- 13.8mmol/L，BE 13.2mmol/L。骨髓相红系统增生稍低，X线胸片：两肺纹增多、加粗，密集如网状，肺纹间有散在少量小点状细条状纤维化阴影。腰骶椎片：骨纹理稀疏。双眼裂隙灯检查：角膜表面少许脱屑，丝状物。萤光素及虎红染色，右眼（+），左眼（++），泪膜破裂试验<10″，泪腺功能试验5 mm宽，吸湿滤纸5 min右眼湿润1.5mm，左眼湿润1mm（正常>10mm）。唾液腺分泌试验：柠檬酸刺激5 min每侧分泌唾液1ml（正常对照2.5ml）。下唇粘膜小唾液腺活检，腺体间小片状淋巴细胞浸润，腺体轻度萎缩。呈慢性炎症改变。

入院后予抗生素治疗，症状无好转。血沉持续升高，类风湿因子4次阳性，于泪腺及腮腺功能检查后，以强的松30mg/d，25天后血沉下降，逐渐减量5mg/d维持，配合补肾养阴中药，复方枸橼酸钾合剂，维生素D及钙剂治疗，血沉降至30mm/h，类风湿因子转阴，肝功正常。出院后随访4月精神较佳，干燥症群减轻，食欲改善，上班无乏力感。

讨 论

一、本病过去认为是单一自身免疫性疾病，随着免疫学研究进展，发现其免疫紊乱与淋巴系统疾病的发病存在某种联系或有共同基础[2]。故认为SS是自身免疫性疾病和淋巴细胞增生性疾病之间的联结者和中间型[1]。

本病诊断并不困难，但由于多累及全身各器官、系统，往往先出现受累器官的临床表现或在非特异性症状存在多年后，干燥症群才明显[3]，故常易误诊。本例入院时表现为呼吸系统症状，X线胸片多次提示间质性肺炎改变。曾一度误诊为单纯性肺炎，予抗生素治疗，效果不显。血沉持续增快，类风湿因子阳性，夜尿明显增多。根据Bloch报道；临床上出现血沉快，类风湿因子阳性，

* 全军主治军医呼吸专修班学员（原昆明军区门诊部内一科）

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

高丙种球蛋白血症。三项中两项持续异常不能解释者应考虑SS的可能[2]。本例经腮腺及泪腺功能试验，下唇小唾液腺活检，证实为干燥综合征。

二、近年临床发现本病侵犯呼吸系的病例增多。国内报道一组58例SS，肺部有表现者占47例[4]。除泪腺、唾液腺受累外，整个呼吸道粘膜，分继腺亦可受到侵犯。致呼吸道分泌物减少，痰液粘滞，引流不畅，产生口干，鼻干，引起萎缩性鼻炎、咽炎，反复发作支气管炎，肺不张、肺炎或淋巴细胞、浆细胞浸润性间质性肺炎等。报道伴发淋巴细胞间质性肺炎约占9.7%[4]，本例几次复发胸部X线表现为间质性肺炎所见。此与国内文献阐述，弥漫性肺间质纤维化是SS合并肺部疾患最常见的表现相符合。

三、SS继发肾小管性酸中毒及低血钾，临床上并非罕见，约占20～25%[5]，但由于这一综合征认识不足，易忽视或误诊。肾小管性酸中毒是肾小管泌H^+功能障碍或HCO_3^-重吸收障碍所引起的一综合征。血Cl^-往往升高而AG不高。国内报道，本病继发肾小管性酸中毒的病例以Ⅱ型不完全型居多。本例肾浓缩稀释功能试验差，动脉血气pH↓，及尿pH>6.0，血、尿酸、碱分离现象，符合Ⅰ型完全型肾小管性酸中毒。

四、本病治疗，尚无彻底方法，有作者认为无合并症的轻型病例不需治疗[4]。如为假性淋巴瘤可用放射治疗和免疫抑制剂，但有诱发淋巴瘤的作用[3]。一般不采用，皮质激素仍为首选药物。待病情稳定后可用国产小分子猪胸腺素维持治疗。本例为局限型SS累及肺、肾，经使用皮质激素，纠正酸中毒及中医辨证，疗效较为满意。

参考文献

1. 朱贵卿，等。呼吸内科学。第一版，北京：人民卫生出版社。1984:581
2. Bloch KJ, et al. Sjgren's Syndrome: A Clinical pathological, and Serological study of sixty two cases. Medicine 1965; 44: 187
3. 葛民泽，等。干燥综合征25例临床与免疫学分析。中华内科学杂志 1980; 19:3
4. 南京市鼓楼医院。干燥综合征的肺部表现。中华内科学杂志 1985; 24:350
5. Mason AMS and Golding PL. Hyperglobulinaemie renal tubular acoclosis: A uliport of nine Cases Brit J Med 1970; 3:143
6. 柴春林。干燥综合征诊治体会。实用内科学杂志 1984; 4:18

13/15染色体易位致习惯性流产一例报告

姚 宏 何祖国（第三附属医院 妇产科）

易位型染色体易导致习惯性流产，已为公认。尤以D/D易位常见，但13/15染色体易位所导致的流产却少见。1985年5月，我室发现一例，现报告如下：

病例摘要

王某，女，28岁，其夫30岁。25岁结婚，婚后3年曾自然流产4次，均为孕3个月。后3次流产，仅见退化变性的绒毛组织，均未见胚胎。既往月经一惯正常，否认家族中有遗传病史。夫妇双方体格发育及智力均正常。患者外周血淋巴细胞染色体G显带检查，发现D组染色体缺少2个，而多一个形态象D组，如C组大小及一个形似G组的小染色体。为了进一步明确诊断，作淋巴细胞染色体高分辨G带检查，计数分析30个细胞核型，均为上述所见，故诊断为：46,XX, del(13)($p^{ter}\longrightarrow q^{22}$:), t(13, 15) ($13q^{ter}\longrightarrow 13q^{22}$: $15q^{ter}\longrightarrow 15p^{ter}$)。其母曾有两次流产史，其弟未婚，父母及弟均拒绝检查。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net