

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2018.04.038

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2018.04.038>

## 系统性红斑狼疮合并 III 度房室传导阻滞 1 例

刘静怡, 刘佟, 韩超, 卜海伟, 孙王乐贤

(承德医学院附属医院心脏内科, 承德市心血管病研究所, 河北 承德 067000)

**[摘要]** 收集1例系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)合并III度房室传导阻滞(third degree atrioventricular block, III度AVB)患者临床资料并进行相关文献复习。患者因“头晕、乏力6个月, 加重7 d”入院, 描记心电图提示: III度AVB。经详细、反复问诊、体格检查并完善相关检查后, 诊断SLE明确, 使用激素联合免疫抑制药治疗, 病情迅速好转。以III度AVB为首表现的SLE十分罕见, 临床医师应注意鉴别诊断, 避免漏诊与误诊, 早期积极治疗, 以改善患者预后。

**[关键词]** 系统性红斑狼疮; III度房室传导阻滞; 青年女性

## A case report of systemic lupus erythematosus with third degree atrioventricular block

LIU Jingyi, LIU Tong, HAN Chao, BU Haiwei, SUN Wanglexian

(Department of Cardiology, Affiliated Hospital of Chengde Medical College, Chengde Hebei 067000, China)

**Abstract** The clinical data of a patient with systemic lupus erythematosus (SLE) and third degree atrioventricular block (III-AVB) were collected, and the related literatures were reviewed. This young woman was hospitalized with dizziness and fatigue for 6 months, aggravating for 7 days before admission. The electrocardiogram prompted III-AVB. After repeated interrogation and physical examination, the diagnosis of SLE was made by the clinical doctors. After treatment of hormone and immunosuppressive, the patient got better soon. The III-AVB as the first manifestation of SLE is rare. We should make fast identification, improve vigilance and reduce misdiagnosis, to improve the prognosis of patients and prevent the recurrence of the disease.

**Keywords** systemic lupus erythematosus; third degree atrioventricular block; young woman

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种多系统损害的慢性自身免疫性疾病, 其病理改变为炎症反应和血管异常, 可出现在身体任何器官。其中受损器官如累及心血管, 常出

现心包炎, 也可出现感染性心内膜炎、急性心肌梗死、心力衰竭等, 但本例患者SLE合并III度房室传导阻滞(third degree atrioventricular block, III度AVB), 临床上十分罕见, 现报告如下。

收稿日期 (Date of reception): 2018-01-16

通信作者 (Corresponding author): 孙王乐贤, Email: [lixiansun01@126.com](mailto:lixiansun01@126.com)

## 1 病例资料

患者, 女, 24岁, 因“间断头晕、乏力6个月, 加重7 d”, 于2014年3月31日入院。患者6个月前无明显诱因出现头晕、乏力, 无头痛、视物旋转、恶心、黑矇等, 当地医院心电图示: 心律失常, 心动过缓(具体不详), 应用中药治疗后, 头晕、乏力无好转。2014年3月24日, 患者感冒后头晕、乏力加重, 不能下床活动, 无晕厥。就诊承德医学院附属医院, 门诊心电图(图1)示: 心律失常, 窦性心律, III度AVB。患者平素常感冒。5个月前服中药(具体不详)间断出现面部、双下肢红色斑丘疹, 未予诊治。体格检查: 体温37.7℃, 脉搏58次/min, 呼吸18次/min, 血压120/70 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。双颊部可见散在红色斑疹。口腔无溃疡、龋齿, 咽充血, 双侧扁桃体I度肿大, 表面无脓苔。双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心界不大, 心率58次/min, 律齐, 心音正常, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。肝脾未触及。双下肢可见红色斑丘疹, 四肢关节无红肿。入院后查血常规、尿常规、甲状腺功能、生化全项、肌钙蛋白T、超声心动图等均正常。初步诊断: 1) 心律失常-III度AVB; 2) 上呼吸道感染。入院后患者间断发热, 无畏寒、寒战, 无咽痛、咳嗽、尿频、腹泻等症状, 以退热药物降温, 精神、食欲差。CRP>160.00 mg/L, 红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)58 mm/h。血培养3次, 均未见致病菌生长。复查心脏彩超未见赘生物生长。免疫检查: 免疫球蛋白G 9.4 g/L, 免疫球蛋白A 6.72 g/L。24 h尿蛋白0.107 g/24h。抗核抗体谱示: 抗核抗体(IIF法)阳性, 抗核抗体(核型及滴度)A(H)1:1 000, 抗nRNP/Sm抗体阳性, 抗Ro-S2抗体阳性, 抗ds-DNA抗体弱阳性, 抗核小体抗体阳性, 抗组蛋白抗体阳性, 抗核糖体P蛋白抗体阳性。患者逐渐出现面部散在皮疹及双手掌指关节、近端指间关节、双膝关节、双踝关节、跖指关节压痛, 双膝关节肿胀。结合患者临床表现与辅助检查, SLE诊断明确。2014年4月5日患者及家属要求转入北京协和医院继续治疗, 排除感染的辅助检查后, 给予甲基强的松1 000 mg/d × 3 d, 冲击治疗后强的松60 mg/d维持, 联合氨甲蝶呤15 mg/周, 患者病情迅速好转。本文已获得患者知情同意。

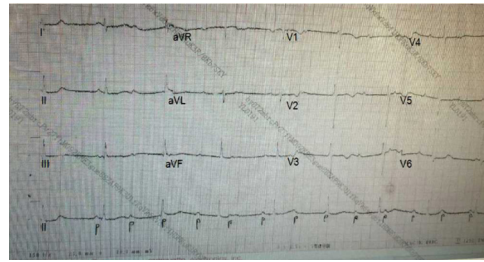


图1 心电图(2014-3-31)示: 窦性心律, III度AVB, 广泛T波改变

Figure 1 Electrocardiogram (2014-3-31) shows sinus rhythm, III-AVB and T wave changed widely

1 mV=10 mm, 走纸速度=25 mm/s。

1 mV=10 mm, paper speed =25 mm/s.

## 2 讨论

SLE是一种由自身抗体和免疫复合物攻击全身器官和组织的疾病, 目前全球已发布9个关于SLE诊疗指南与5个专家共识<sup>[1]</sup>。欧美的年发病率是0.03%~0.05%<sup>[2]</sup>, 西班牙年发病率为0.02%~0.15%<sup>[3]</sup>, 中国年发病率为0.07%<sup>[4]</sup>。心血管系统受累患病率高于50%, 心脏受累常常是SLE患者预后不良、发生死亡的主要原因之一, 年轻女性、病史小于1年以及黑人或非洲裔美国人是死亡高危人群<sup>[5]</sup>。SLE可引起多种心律失常, 室上性心律失常、房性心动过速、心房颤动及心房扑动较常见, AVB和室内传导阻滞等多与心脏传导系统受累有关, 高度或III度AVB少见, 多与抗核糖核蛋白(nuclear ribonucleoprotein, RNP)抗体阳性有关<sup>[6]</sup>。有研究<sup>[7]</sup>统计承德医学院附属医院近3年SLE患者, 出现III度AVB仅1例, 占0.71%。SLE发生的可能机制为: 炎症反应在SLE的发展过程起重要作用, 与血管异常出现在任何器官, 抗原抗体复合物直接沉积在心包、瓣膜、心肌, 传导系统、冠状动脉等部位, 导致局部组织出血及功能障碍<sup>[8]</sup>。AVB阻滞可以是SLE的初始心脏表现, 并往往先于临床SLE血清学阳性的无症状期。累积诱发SLE涉及的结构病变的自身免疫性影响传导系统, 导致高度AVB<sup>[9]</sup>。本例患者以III度AVB为首表现<sup>[10]</sup>。

2010年SLE诊断及治疗指南<sup>[4]</sup>指出: SLE活动性指数(SLEDAI)评分14分(包括关节炎、血尿、皮疹、抗ds-DNA抗体、发热、血小板下降)处

于SLE中度活动期, 诊断明确; 对于中度活动型SLE的治疗, 糖皮质激素是必要的, 泼尼松剂量通常为 $0.5\sim 1\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d}^{-1})$ 。本例患者合并关节炎及皮肤损害, 需联用其他免疫抑制药: 1) 氨甲蝶呤, 通过抑制核酸的合成发挥细胞毒作用, 剂量 $7.5\sim 15\text{ mg}$ , 每周1次; 2) 硫唑嘌呤, 为嘌呤类似物, 可通过抑制DNA合成发挥淋巴细胞的细胞毒作用, 剂量 $50\sim 100\text{ mg}/\text{d}$ 。

本例患者为青年女性, 以III度AVB为首发表现, 合并高热, 但临床未发现感染证据。青年女性III度AVB、发热, 首先排除病毒性心肌炎, 该患者急性期心肌损伤标志物肌钙蛋白阴性, 超声心动图显示无心包炎、心肌受累, 迅速出现SLE的典型临床表现后, 诊断明确, 使用激素+免疫抑制药治疗, 病情迅速好转。随着糖皮质激素的大剂量冲击, 传导恢复正常, 因此推断该AVB是SLE本身的心脏损害所致。临床上以III度AVB为首表现的SLE十分罕见, 尤其是青年女性, 应及时做好鉴别, 提高警惕性, 减少漏诊与误诊, 积极治疗, 以改善患者预后及防止疾病再发。

## 参考文献

1. Tunnicliffe DJ, Singh-Grewal D, Kim S, et al. Diagnosis, monitoring, and treatment of systemic lupus erythematosus: a systemic review of clinical practice guidelines[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2015, 67(10): 1440-1452.
2. Bertsias G, Ioannidis JP, Boletis J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics[J]. *Ann Rheum Dis*, 2008, 67(2): 195-205.
3. Trujillo-Martín MM, Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa I, Ruiz-Irastorza G, et al. Clinical practice guidelines for systemic lupus erythematosus: recommendations for general clinical management[J]. *Med Clin (Barc)*, 2016, 146(9): 413.
4. 中华医学会风湿病学分会. 系统性红斑狼疮诊断和治疗指南[J]. *中华风湿病学杂志*, 2010, 14(5): 342-346. Chinese Rheumatology Association. A guide to the diagnosis and treatment of systemic lupus erythematosus[J]. *Chinese Journal of Rheumatology*, 2010, 14(5): 342-346.
5. Bernatsky S, Boivin JF, Joseph L, et al. Mortality in systemic lupus erythematosus[J]. *Arthritis Rheum*, 2006, 54(8): 2550-2557.
6. Lazzerini PE, Capecchi PL, Guideri F, et al. Comparison of frequency of complex ventricular arrhythmias in patients with positive versus negative anti-Ro/SSA and connective tissue disease[J]. *Am J Cardiol*, 2007, 100(6): 1029-1034.
7. Gómez-Barrado JJ, García-Rubira JC, Polo Ostáriz MA, et al. Complete atrioventricular block in a woman with systemic lupus erythematosus[J]. *Int J Cardiol*, 2002, 82(3): 289-292.
8. Baquero G, Banchs JE, Naccarelli GV, et al. Cardiogenic shock as the initial presentation of systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature[J]. *Congest Heart Fail*, 2012, 18(6): 337-341.
9. Prochaska MT, Bergl PA, Patel AR, et al. Atrioventricular heart block and syncope coincident with diagnosis of systemic lupus erythematosus[J]. *Can J Cardiol*, 2013, 29(10): 1330.e5-1330.e7.
10. Yavasoglu I, Kadikoylu G, Bolaman Z. Adult systemic lupus erythematosus and secondary atrioventricular block[J]. *J Electrocardiol*, 2007, 40: S1-S77.

本文引用: 刘静怡, 刘佟, 韩超, 卜海伟, 孙王乐贤. 系统性红斑狼疮合并III度房室传导阻滞1例[J]. *临床与病理杂志*, 2018, 38(4): 908-910. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2018.04.038

Cite this article as: LIU Jingyi, LIU Tong, HAN Chao, BU Haiwei, SUN Wanglexian. A case report of systemic lupus erythematosus with third degree atrioventricular block[J]. *Journal of Clinical and Pathological Research*, 2018, 38(4): 908-910. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2018.04.038