

老年系统性红斑狼疮合并冠心病患者的临床特征分析

叶武成, 贺海龙(陕西省榆林市星元医院心内科 719000)

【摘要】 目的 探讨老年系统性红斑狼疮(SLE)合并冠心病患者的临床特征。**方法** 入选 SLE 合并冠心病的老年患者 30 例作为观察组, 同期单纯冠心病老年患者 30 例作为对照组, 对比两组患者的基本特征、生化指标、危险因素、心血管病变等。**结果** 观察组男性患者 10 例、高脂血症病史者 3 例、吸烟史者 3 例和危险个数(1.2±1.2)例, 均显著少于对照组 19 例、13 例、15 例、(2.6±1.3)例, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 女性患者显著多于对照组, 体质量指数显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组患者血脂水平、尿素氮和肌酐差异均无统计学意义($P>0.05$), 但观察组肝功能指标明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组主要以三支血管病变为主, 单支血管病变者显著低于对照组, 三支血管病变者显著高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 老年 SLE 合并冠心病好发于女性, 危险因素个数较少, 肝功能差, 冠状动脉病变严重。

【关键词】 系统性红斑狼疮; 冠心病; 危险因素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)14-1943-02

Clinical characteristics of systemic lupus erythematosus complicated with coronary heart disease in elderly patients YE Wu-cheng, HE Hai-long (Internal Medicine of Cardiovascular Department, Yulin Xingyuan Hospital, Yulin, Shanxi 719000, China)

【Abstract】 Objective To analyze the clinical characteristics of systemic lupus erythematosus (SLE) complicated with coronary heart disease (CHD) in elderly patients. **Methods** A total of 30 elderly patients combined with SLE and CHD were enrolled as observation group, and 30 elderly patients with CHD were enrolled as control group. Basic characteristics, biochemical indexes, risk factors, cardiovascular disease and so on were compared between the two groups. **Results** In observation group, there were 10 cases of male patient, 3 cases with hyperlipidemia history, 3 cases with smoking history and the dangerous number was (1.2±1.2) cases, which were significantly less than the 19 cases, 13 cases, 15 cases and (2.6±1.3) cases of control group respectively ($P<0.05$), the proportion of female patients was significantly higher than control group, but body mass index was significantly lower than control group ($P<0.05$). The differences of levels of blood lipid, urea nitrogen and creatinine were not significant ($P>0.05$), but levels of liver function indexes in observation group was significantly higher than control group ($P<0.05$). Proportion of patients with three lesions in observation group was significantly higher than control group ($P<0.05$). **Conclusion** Elderly SLE complicated with CHD might occur mainly in females, with less numbers of risk factors, poor liver function and severe pathological changes of coronary artery.

【Key words】 systemic lupus erythematosus; coronary heart disease; risk factor

冠状动脉性心脏病简称冠心病, 是一种以冠状动脉粥样硬化为主要病因的慢性炎症性疾病^[1], 引起冠状动脉粥样硬化的原因多重复杂, 有如下诸多危险因素: 高血压、高脂血症、肥胖、高血糖、吸烟、高龄等^[2]。近年来, 系统性红斑狼疮(SLE)被认为是冠心病非传统性危险因素之一, 加剧冠状动脉粥样硬化过程。本文对 30 例 SLE 合并冠心病患者的临床特点进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选本科室 2010 年 2 月至 2013 年 7 月 30 例 SLE 合并冠心病老年患者作为观察组, 随机抽取同期单纯冠心病老年患者 30 例作为对照组。SLE 诊断标准: 符合 2010 年中华医学会风湿病学分会诊治指南; 冠心病诊断标准: 按照国际心脏病联合会和世界卫生组织标准。对照组排除标准: 合并结缔组织疾病者。观察组男 10 例, 女 20 例, 年龄 62~78

岁, 平均(64.3±3.6)岁; 对照组男 19 例, 女 11 例, 年龄 64~81 岁, 平均(65.6±5.4)岁。两组患者在性别、年龄等一般资料方面差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 记录所有患者的下列基本情况, 分析危险因素: 性别、高血压病史、吸烟史、早发冠心病家族史、糖尿病史、高脂血症史、体质量指数(BMI)。所有患者入院时行血常规检查并记录。记录冠状动脉血管造影(CAG)的狭窄情况, 包括部位、程度、支数。

1.3 判断和评估标准^[3] 早发性冠心病是指首次发生冠心病时男性小于 55 岁, 女性小于 65 岁。CAG 狭窄程度: 有意义的狭窄为管腔狭窄不小于 50%, 多支病变为不少于 2 支的血管狭窄。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计软件对结果进行统计分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<$

0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组基线特征和危险因素比较 见表 1。观察组男性患者、高脂血症病史者、吸烟史者和危险个数显著少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 女性患者显著多于对照组, BMI 显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组高血压病史、早发冠心病家族史与对照组比较差异无统计学意义

($P > 0.05$)。由此提示 SLE 合并冠心病患者危险因素少, 不易筛查, 是早期漏诊的重要原因之一。

2.2 两组生化指标比较 见表 2。两组患者血脂水平、尿素氮和血肌酐差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 但观察组肝功能指标明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此提示 SLE 合并冠心病患者肝功能相对差。

表 1 两组基线特征和危险因素比较

组别	性别[n(%)]		BMI (kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	高脂血症病史 [n(%)]	高血压病史 [n(%)]	糖尿病病史 [n(%)]	吸烟史 [n(%)]	早发冠心病 家族史[n(%)]	危险个数 (个/例, $\bar{x} \pm s$)
	男	女							
观察组	10(33.3)*	20(66.7)*	22.2 ± 2.5*	3(10.0)*	18(60.0)	9(30.0)	3(10.0)*	3(10.0)	1.2 ± 1.2
对照组	19(63.3)	11(36.7)	25.9 ± 3.6	13(43.3)	22(73.3)	8(26.7)	15(50.0)	6(20.0)	2.6 ± 1.3
t/ χ^2	$\chi^2=5.406$	$\chi^2=5.406$	t=4.624	$\chi^2=8.523$	$\chi^2=1.200$	$\chi^2=0.082$	$\chi^2=11.429$	$\chi^2=1.176$	t=4.334

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 两组生化指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	血脂(mmol/L)				肝功能(U/L)		尿素氮 (mmol/L)	血肌酐 (μ mol/L)
	TG	TC	HDL-C	LDL-C	AST	ALT		
观察组	2.07 ± 1.20	4.20 ± 1.43	1.09 ± 0.30	2.32 ± 0.88	38.5 ± 20.3*	32.5 ± 16.3*	6.62 ± 2.56	92.20 ± 48.44
对照组	1.73 ± 1.16	4.23 ± 1.06	1.06 ± 0.30	2.50 ± 0.86	18.3 ± 15.6	21.3 ± 11.6	5.60 ± 2.49	86.57 ± 42.46
t	1.116	0.092	0.387	0.801	4.322	3.066	1.564	0.479

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;TG 为三酰甘油,TC 为总胆固醇,HDL-C 为高密度脂蛋白胆固醇,LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇,AST 为天门冬氨酸氨基转移酶,ALT 为丙氨酸氨基转移酶。

2.3 两组 CAG 结果比较 见表 3。与对照组不同,观察组主要以三支血管病变为主,单支病变者显著低于对照组,且三支病变者显著高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 而双支病变与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。由此提示 SLE 合并冠心病患者冠状动脉病变更差。

表 3 两组 CAG 结果比较[n(%)]

组别	单支	双支	三支
观察组	3(14.0)*	12(40.0)	15(50.0)*
对照组	12(40.0)	11(36.7)	7(23.3)
χ^2	7.200	0.071	4.593

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

SLE 是一种弥漫性、自身免疫失调性疾病^[4],累及各个系统结缔组织,如骨骼肌肉、皮肤黏膜、肾脏、中枢系统心脏、肺、血液等。流行病学显示, SLE 的年发病率为 0.05% ~ 0.07%^[5], 5 年累积生存率为 93.00%, 10 年累积生存率为 83.00%, 病死率达 2.90%^[6]。目前认为,易感个体和环境因素的相互作用是引发 SLE 的病理基础^[7],而补体基因缺陷、细胞调节、白细胞介素-10、激素分泌和肿瘤坏死因子与 SLE 发病关系密切。

SLE 较常累及的系统之一是心血管系统,是继感染、肾衰竭而引发 SLE 患者死亡的第 3 大原因^[8]。SLE 患者的心脏损害能够发生于其病理过程的各个阶段,表现为心肌梗死、心包炎、心律失常、心绞痛、血栓、猝死、心力衰竭和瓣膜病变等。有

研究提示,老年 SLE 患者心肌梗死发生率比年轻患者高 50 倍^[9];尸检结果表明一半的 SLE 患者存在冠状动脉狭窄。因此,目前越来越多的研究认为,SLE 是冠状动脉病变的独立危险因素^[10]。SLE 合并冠心病患者的 CAG 主要包括下述 3 种情况,冠状动脉粥样硬化(进展)、冠状动脉粥样样扩张和冠状动脉内血栓,而进展性冠状动脉粥样硬化仍是其最主要的表现形式。因此,本院特对 30 例 SLE 合并冠心病的老年患者的临床特征进行分析和总结,以期对临床识别和诊疗有所提示。

本研究纳入 30 例 SLE 合并冠心病老年患者和 30 例单纯性冠心病老年患者临床资料,结果发现,SLE 合并冠心病老年患者以女性居多,男女比例为 1 : 2,这与流行病学报道相符^[11]。观察组男性患者、高脂血症病史者、吸烟史者和患者体质质量均显著少于或低于对照组,且危险因素个数明显低于对照组,由此说明 SLE 合并冠心病者危险因素少,不易筛查,是早期漏诊的重要原因之一,故使用单纯的传统因素模型预测,往往低估冠心病合并 SLE 的情况。SLE 合并冠心病患者血脂水平、尿素氮和血肌酐均与单纯冠心病患者无显著差异,但观察组肝功能指标(AST、ALT)明显高于对照组。CAG 示观察组主要以三支血管病变为主,单支病变者显著低于对照组,且三支病变者显著高于对照组,由此说明 SLE 合并冠心病患者冠状动脉病变更加严重^[12-16]。

综上所述,老年 SLE 合并冠心病好发于女性,危险因素个数较少,肝功能差,冠状动脉病变严重,应尽早采取治疗措施,既控制原发性疾病,又筛查和干预与冠心病相关的传统危险因素和其他因素,延缓冠状动脉病变进展,改(下转第 1948 页)

隆免疫球蛋白的 SLE 何以会导致 MGUS,目前也并无明确的解释。能够被接受的原因包括以下几点:(1)SLE 的 B 细胞增殖分化过度活跃,个别脱离了正常监管机制,异常地单克隆增殖;(2)即使 B 细胞数量正常,SLE 患者淋巴细胞的免疫监视功能缺陷,难以及时清除体内突变的肿瘤细胞;(3)免疫抑制剂的治疗、EB 病毒感染等使机体长期处于免疫抑制状态。一项对类风湿关节炎和 SLE 患者一级亲属患 MM 的基因研究中发现,pten 基因突变和 Bcl-2 基因的过度表达,可能抑制了细胞凋亡,从而使肿瘤细胞或单克隆淋巴细胞异常增殖^[7]。此外,Zhang 等^[8]研究发现,SLE 患者外周血中 B 淋巴细胞刺激因子(BLyS)的表达升高,而 BLyS 正是一类对骨髓瘤细胞生长和存活有潜在影响的蛋白质^[9]。

本文报道的病例 68 岁时被诊断同时患有 SLE 和 MM,以血液系统损害和单克隆高免疫球蛋白血症为突出表现,与既往 15 例的临床特点多有相似。虽然 SLE 合并 MM 的概率并不高,但因其治疗的复杂性和对预后的影响,仍应引起临床医生的重视。对于发病年龄大于 40 岁的晚发 SLE 且有血液系统损害者,应谨慎排除是否有血液系统肿瘤的风险,血清免疫球蛋白测定和免疫固定电泳可作为鉴别诊断的简便办法。

参考文献

- [1] Kyle RA, Remstein ED, Therneau TM, et al. Clinical course and prognosis of smoldering(asymptomatic) multiple myeloma[J]. N Engl J Med, 2007, 356(25): 2582-2590.
- [2] Rubin L, Urowitz MB, Pruzanski W. Systemic lupus ery-

thematosus with paraproteinemia[J]. Arthritis Rheum, 1984, 27(6): 638-644.

- [3] Kyle RA, Rajkumar SV. Monoclonal gammopathy of undetermined significance and smoldering multiple myeloma[J]. Curr Hematol Malig Rep, 2010, 5(2): 62-69.
- [4] Saffra N, Rakhimov A, Solomon WB, et al. Monoclonal gammopathy of undetermined significance maculopathy[J]. Clin Lymphoma Myeloma, 2013, 48(6): 168-170.
- [5] Sugai S, Pillarisetty R, Talal N. Monoclonal macroglobulinemia in NZB-NZW F1 mice[J]. J Exp Med, 1973, 138(4): 989-1002.
- [6] Ali YM, Urowitz MB, Ibanez D, et al. Monoclonal gammopathy in systemic lupus erythematosus[J]. Lupus, 2007, 16(6): 426-429.
- [7] Linet MS, McLaughlin JK, Harlow SD, et al. Family history of autoimmune disorders and cancer in multiple myeloma[J]. Int J Epidemiol, 1988, 17(3): 512-513.
- [8] Zhang J, Roschke V, Baker KP, et al. Cutting edge: a role for B lymphocyte stimulator in systemic lupus erythematosus[J]. J Immunol, 2001, 166(1): 6-10.
- [9] Novak AJ, Darce JR, Arendt BK, et al. Expression of BCMA, TACI, and BAFF-R in multiple myeloma: a mechanism for growth and survival[J]. Blood, 2004, 103(2): 689-694.

(收稿日期:2013-10-29 修回日期:2014-02-14)

(上接第 1944 页)

善 SLE 合并冠心病患者预后。

参考文献

- [1] 李小鹰, 王林, 于普林, 等. 老年人冠心病治疗与二级预防现状调查[J]. 中华老年医学杂志, 2012, 31(10): 909-914.
- [2] 李红娟, 刘军, 刘静, 等. 他汀类药物在中国极高危冠心病患者二级预防中的应用现状[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(11): 1033-1037.
- [3] 郝燕捷, 张卓莉, 丁文惠, 等. 系统性红斑狼疮合并冠心病的临床特点及危险因素研究[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(5): 314-318.
- [4] 李华, 王吉波, 成强, 等. 老年系统性红斑狼疮临床特点分析[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(2): 225-226.
- [5] 戴宇翔, 张抒扬, 杜臻雁. 系统性红斑狼疮合并冠心病临床特点[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(7): 541-543.
- [6] 钱赓, 王峙峰, 刘宏斌, 等. 系统性红斑狼疮合并冠心病患者的临床特点分析[J]. 中华心血管病杂志, 2012, 40(5): 378-381.
- [7] 戴宇翔, 张抒扬. 传统危险因素对女性系统性红斑狼疮患者并发冠心病的预测意义[J]. 中华全科医师杂志, 2007, 6(10): 634-635.
- [8] 郝燕捷, 董怡, 张卓莉. 系统性红斑狼疮亚临床动脉粥样硬化危险因素研究[J]. 中华风湿病学杂志, 2009, 13

(12): 816-818.

- [9] 费允云, 甘凤英, 侯勇, 等. 近 25 年系统性红斑狼疮的死亡构成回顾性研究[J]. 中华风湿病学杂志, 2012, 16(9): 596-600.
- [10] 李琳, 肖践明. 系统性红斑狼疮并早发冠心病 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(30): 7541-7542.
- [11] 黎娜, 范书英. 急性心肌梗死合并系统性红斑狼疮三例临床特点分析及文献复习[J]. 中国全科医学, 2012, 15(18): 2101-2103.
- [12] 贾友宏, 崔广凯, 李一石. 系统性红斑狼疮合并冠心病患者的临床分析[J]. 中国循环杂志, 2011, 26(3): 186-189.
- [13] 中华医学会心血管病学分会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 675-687.
- [14] 陈灏珠. 实用内科学(下册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 2315.
- [15] 董怡. 从炎症反应到动脉粥样硬化[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(10): 585-586.
- [16] Sato H, Miida T, Wada Y, et al. Atherosclerosis is accelerated in patients with long term well-controlled systemic lupus erythematosus(SLE)[J]. Clin Chim Acta, 2007, 385(1/2): 35-42.

(收稿日期:2013-10-14 修回日期:2014-02-20)