

IgG4 相关自身免疫性胰腺炎中西医结合治疗 1 例

冯 徐 郭 卉^{*}

(天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193)

〔关键词〕 免疫球蛋白 G4; 自身免疫性胰腺炎; 中西医结合疗法

〔中图分类号〕 R 576 〔文献标识码〕 B

1 病例介绍

患者, 马某某, 男, 60 岁, 因“胃脘部胀满不适 1 月, 加重 4 d”于 2018 年 11 月 21 日收入天津中医药大学第一附属医院, 入院时神清, 精神欠佳, 胃脘部胀满不适, 偶反酸烧心, 时有恶心, 无呕吐, 乏力, 纳欠佳, 寐欠安, 小便黄, 大便干燥难解, 舌红苔黄腻, 脉滑。

查体: 心肺无特殊, 全身皮肤黏膜无黄染, 全身浅表淋巴结未触及肿大, 巩膜无黄染, 腹软, 剑突下及上腹部轻压痛, 无反跳痛, 肝脾未扪及, 体质量无明显变化。入院后查血常规、肾功能、血尿酸淀粉酶正常, 肝功能: 谷丙转氨酶 (alanine aminotransferase, ALT) $247.5 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 谷草转氨酶 (aspartate aminotransferase, AST) $96.3 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, γ -谷氨酰转肽酶 (glutamyl transpeptidase, GGT) $513 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 碱性磷酸酶 (alkaline phosphatase, ALP) $197.5 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 总胆红素 (total bilirubin, TBil) $19.93 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$; 肿瘤全项: 铁蛋白 (ferritin, Fer) $485.85 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$, 空腹血糖: $7.9 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 糖化血红蛋白 6.8%, 病毒性肝炎、人类免疫缺陷病毒、梅毒均阴性, 免疫球蛋白 (immunoglobulins, Ig): IgG $19.200 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, IgM $0.292 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, IgE $152.000 \text{ IU} \cdot \text{mL}^{-1}$, 考虑可能存在免疫系统疾病, 进一步完善肝病相关免疫抗体未见异常, IgG4: $15 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ (正常值: $0.03 \sim 2.01 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$);

磁共振胰胆管成像: (1) 胰腺弥漫性肿大 ($2.6 \text{ cm} \times 2.3 \text{ cm} \times 1.9 \text{ cm}$), 可疑胰腺炎, 不排除占位性病变。

(2) 肝内外胆管扩张, 考虑胆管下端狭窄继发性改变可能性大。(3) 胆囊壁稍厚并胆汁淤积; 上腹部 CT 平扫+增强: (1) 胰腺增大、形态不规则、胰周脂肪间隙模糊 (考虑胰腺炎可能性大); (2) 肝内、外胆管扩张、肝外胆管壁略增厚、胆总管末端狭窄; (3) 胆囊壁略厚; (4) 胃窦-十二指肠壁增厚; (5) 左侧肾上腺增粗, 肾上腺增生? 建议患者行胰腺组织病理活检, 患者拒绝。结合影像学及化验检查, 考虑 IgG4 相关自身免疫性胰腺炎 (autoimmune pancreatitis, AIP) 可能性大, 予甲泼尼龙 (辉瑞公司, 国药

准字 H20150245) 经验治疗 $20 \text{ mg} \cdot \text{po}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。患者属中医痞满病, 证属脾胃湿热, 治宜清利湿热, 和胃消痞, 予处方如下: 大黄 10 g, 黄芩 10 g, 黄连 6 g, 厚朴 10 g, 半夏 10 g, 柴胡 10 g, 芦根 10 g, 甘草 6 g。7 剂, 2 次 $\cdot \text{d}^{-1}$, 水煎服。7 d 后查肝功能 GGT: $173.7 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$ 较前明显下降, 患者精神可, 胃脘不适好转, 仍时有恶心, 舌脉同前, 原方加用陈皮 10 g、竹茹 10 g、生姜 6 g 清胃止呕, 7 剂。14 d 复查 IgM $0.300 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, IgE $112.000 \text{ IU} \cdot \text{mL}^{-1}$ 、IgG 已正常, IgG4 $12.8 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 较前下降, 上腹彩超示胰腺略缩小, 甲泼尼龙减量至 $16 \text{ mg} \cdot \text{po}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 出院。

4 周 (2019 年 1 月 24 日) 复诊: 患者胃脘胀满、反酸恶心减轻, 纳欠佳, 寐安, 舌红苔黄腻, 脉滑。复查 IgG4 $6.47 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 上腹彩超胰腺大小恢复正常 ($1.8 \text{ cm} \times 1.4 \text{ cm} \times 1.4 \text{ cm}$), 甲泼尼龙减量至 $12 \text{ mg} \cdot \text{po}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 考虑患者舌苔仍黄腻, 原方加茯苓 10 g 治以运脾化湿, 行脾开胃。

8 周 (2019 年 2 月 26 日) 三诊: 患者胃脘部胀满不适明显减轻, 无反酸恶心, 纳差明显缓解, IgG4 $5.18 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 甲泼尼龙减量至 $8 \text{ mg} \cdot \text{po}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。患者中老年男性, 需长期服用激素, 久病伤阴, 大黄减为 3 g, 加天花粉 10 g、沙参 10 g 以清热生津。服 14 剂后复诊, 现甲泼尼龙维持治疗, 随访病情稳定。

2 讨论

AIP 是一种自身免疫介导的特殊类型胰腺炎, 属于 IgG4 相关性疾病, 其发病隐匿、发病率低, 极易漏诊及误诊为胰腺癌, 从而导致不必要的手术及抗肿瘤治疗。2010 年国际共识诊断标准 (international consensus diagnostic criteria, ICDC) [1] 提出 AIP 的诊断指南, 主要包括 5 个指标: 影像学 (胰腺实质和胰管损伤)、胰腺外器官受累、血清学、病理组织学和诊断性激素治疗。其中 IgG4 是诊断本病的唯一血清学指标, 是诊断 AIP 的一项重要指标, 但由于 IgG4 升高也可见于某些恶疾 (如胰腺癌及淋巴瘤) 及其他疾病, 有学

〔收稿日期〕 2020-11-14

〔作者简介〕 冯徐, 女, 医学硕士, 主要研究方向是中西医结合治疗肝胆疾病。

〔※ 通信作者〕 郭卉 (E-mail: 570134583@qq.com)

者认为 IgG4 水平必须超过正常值上限的 2 倍，为其 1~2 倍的则为疑似病例^[2]。AIP 诊断的金标准仍是病理组织学，其具有诊断准确率高的特点，但因此项检查首先要经过超声或 CT 的引导，经皮穿刺取得胰腺活体组织，所以其操作难度较其他检查较大，并且存在一定的风险。此病例遗憾之处也在于此，患者及家属因风险未行病理学检查，但给予激素经验性治疗后复查血清 IgG4 水平持续下降，胰腺结构恢复正常，支持该患者 AIP 正确诊断。2016 年国际胰腺病协会发布的《AIP 治疗国际共识》^[3]认为：口服糖皮质激素是治疗 AIP 的首选方案，其缓解率高，安全性相对较好，一般推荐初始诱导治疗的口服剂量为泼尼松 0.6~1.0 mg·kg⁻¹·d⁻¹（30~40 mg·d⁻¹），治疗所必需的最小剂量为 20 mg·d⁻¹，服用 2~4 周后逐渐减量，以每 1~2 周减少 5 mg 为宜，再根据临床表现使用 5 mg·d⁻¹ 的剂量维持或停药。目前对于激素治疗时间以及停药后的复发情况并不清楚，大部分学者认为长期低剂量激素持续性治疗超过 3 年有助于降低复发率，且低剂量激素治疗对于降低严重的激素相关副作用的风险有一定保障，故初治症状缓解后有必要长期持续激素治疗。

患者中老年男性，平素喜食厚腻肥甘，饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，湿浊内生，气机不畅，故见胃脘部胀满不适；升降失司，胃气上逆，可见反酸、恶心；湿热内蕴，肠道传导失常，故大便干燥难解，观其舌红苔黄腻，脉滑数，均符合痞满—脾胃湿热之证象，治宜清利化湿，和胃消痞，以大黄黄连泻心汤合连朴饮为基础方。方中大黄清热散痞，

和胃开结；黄连、黄芩苦降泄热和中；厚朴、半夏燥湿理气和胃；柴胡疏肝理气宽中；芦根清热除烦止呕；甘草健脾益气，调和诸药，诸药共奏清热化湿、消痞和胃降逆之效。后随证调方，收益良好。

此病例患者诊断基本明确，在规律服用激素的基础上联合中药治以清热消痞和胃，中西并用，一方面有效缓解了患者的症状，一方面也能减少激素对胃肠道带来的不良反应。近年来 IgG4 相关性胆胰疾病成为了大家关注的热点，虽然已有很多关于 AIP 的研究，但对于其发病机制、长期预后仍不明确，尤其在激素联合免疫抑制剂治疗方面颇有争议，依然需要深入研究，作此报道希望能拓展中西医结合治疗 AIP 的新视野，从而提高对本病的治疗水平。

〔参考文献〕

(1) Shimosegawa T, Chari ST, Frulloni L, et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: guidelines of the International Association of Pancreatology (J). *Pancreas*, 2011, 40(3): 352-358.

(2) Ngwa T, Law R, Hart P, et al. Serum IgG4 elevation in pancreatic cancer: Diagnostic and prognostic significance and association with autoimmune pancreatitis (J). *Pancreas*, 2015, 44(4): 557-560.

(3) Okazaki K, Chari ST, Frulloni L, et al. International consensus for the treatment of autoimmune pancreatitis (J). *Pancreatology*, 2017, 17(1): 1-6.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)02-0197-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.02.098

阴道后壁血管肌纤维母细胞瘤的临床诊断

黄燕宇 金爱红

（深圳市第二人民医院，广东 深圳 518035）

〔关键词〕 血管肌纤维母细胞瘤；阴道后壁；妇科检查

〔中图分类号〕 R 732.2 〔文献标识码〕 B

1 临床资料

患者，女，32 岁，2018 年 2 月于外院行剖宫产手术，产后 50 d 复查时妇科检查（三合诊）：外阴（-），阴道（-），阴道后壁触及包块大小约 6 cm×5 cm×4 cm，边界清楚，位置固定，活动度尚可，质偏硬，无压痛，上界达宫颈后穹隆下 1 cm，下界达处女膜缘约 0.5 cm，宫颈 I 度柱状上皮外移，子宫前位，宫体常大，轮廓清楚，无压痛，双附件区（-）。

肛查触及肿块位于直肠前方，边界清，直肠黏膜光滑，手套无血染。查 B 超提示子宫后方 65 mm×54 mm 低回声肿物，周围未见血流信号。患者无腹痛，无肛门坠胀感，无尿频尿急，无便秘，无性交不适等症状。门诊拟“阴道后壁肿瘤性质待查”于 2018 年 4 月收入本院妇科。

入院后完善相关检查，肿瘤标志物、泌尿系 B 超等未见明显异常，盆腔 CT 提示：偏右侧附件区可见不规则囊实

〔收稿日期〕 2020 - 11 - 29

〔作者简介〕 黄燕宇，女，主治医师，主要研究方向是妇科肿瘤。