

(CRP) < 1 mg/L。初步诊断:急性心肌梗死,前壁可能,不排除有陈旧性下壁心肌梗死。8月1日12:30患者于安静状态再次胸痛发作,立刻心电图检查示:V1、V2导联ST段较前进一步抬高。约10 min胸痛缓解,仍有胸闷不适,随后出现室早二联律,血压下降至88/56 mm Hg。多巴胺4~6 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 维持血压。急诊介入指征明确。与患者家属沟通签字同意行急诊介入术。冠状动脉造影:冠状动脉未见明显异常。肺动脉造影:左右肺动脉及其分支未见明显异常。左心室造影:左心室整体室壁运动减弱。排除心肌梗死、肺动脉栓塞、主动脉夹层。修正诊断为:急性重症心肌炎。造影检查术后心电图提示交替心律,心室自主心律,患者疾病进展快,泵功能衰竭。8月1日17:20转重症医学科继续治疗。给予甲强龙抑制免疫反应、营养心肌、抗病毒、大剂量维生素C、维持内环境稳定及补液支持治疗。8月1日20:30行主动脉球囊反搏辅助治疗后患者出现严重房室传导阻滞,心率28~40次/分钟,8月2日3:00急诊行临时心脏起搏治疗。8月2日TnI 12.54 ng/mL, BNP 3 852 pg/mL。心脏超声:左心室射血分数40%,左心室舒张末期期内径约45 mm。室壁运动弥散性减弱。左心收缩功能明显降低。呼吸道感染病原体IgM抗体九联阴性。经治疗后患者血流动力学逐渐稳定,心律失常改善。于8月8日脱离主动脉球囊反搏,8月10日撤除心脏临时起搏器,转回心内科继续治疗。8月15日TnI < 0.01 ng/mL, CK-MB < 2.0 ng/mL, 08~20 BNP 137 pg/mL。8月20日心脏超声:左心室射血分数61%,左心室舒张末期期内径约46 mm。左心收缩及舒张功能正常。复查心电图示窦性心律,轻度ST-T改变,8月21日康复出院。

2 讨 论

急性重症心肌炎约占急性心肌炎的5%,起病急,早期并发症多。可迅速出现各种恶性心律失常、泵功能衰竭,病死率可达10%~20%^[1]。急性重症心肌炎的诊断依据没有统一的国际标准,我国主要仍根据1999年制定的成人急性心肌炎的诊断参考标准,但其临床表现和多数辅助检查都缺乏特异性,部分患者的临床表现与急性心肌梗死极其类似,易造成临床误诊^[2-3]。

本例患者,2周前有一过性发热病史,本次以胸痛为主要表现入院。心电图有胸前导联定位趋向的ST段抬高,CK、CK-MB和TnI升高,首先考虑诊断为急诊前壁心肌梗死。但患者平时无胸痛、胸闷发作,无高血压、高血脂、糖尿病、肥胖等冠心病危险因素。遇到这种情况应尽早行冠状动脉造影以明确诊断,减少误诊。目前急性重症心肌炎尚无特效治疗。在急性期,对于难治性心力衰竭及血流动力学不稳定者,应给予积极的机械辅助支持治疗。主动脉球囊反搏是目前首选的机械性辅助循环的方法之一,它主要应用于各种原因引起的心泵衰

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.02.056

竭。其工作原理是心脏收缩前一瞬间(主动脉瓣开放时),球囊放气,降低主动脉内舒张末压,减少左心室做功,降低后负荷,减少心肌耗氧。心脏舒张前一瞬间(主动脉瓣关闭时),球囊充气,增加舒张期冠状动脉灌注压力,增加心肌供氧。多项研究证实,在急性重症心肌炎发病早期适时使用主动脉球囊反搏支持治疗,可显著改善患者预后^[4-6]。急性重症心肌炎可引起恶性心律失常,如窦性停搏、II度或III度房室传导阻滞、室内传导阻滞、室性心动过速等。急性重症心肌炎合并恶性心律失常后果极其严重,如果不能及时有效防范,一旦发生,可导致患者死亡。大量临床研究证明,缓慢性心律失常应及时行心脏临时起搏治疗^[7-8]。

极似急性心肌梗死的急性重症心肌炎临床易造成误诊,延误治疗。临床医生必须引起重视,认真询问患者病史,进行全面的体格检查。仔细分析患者心电图变化和心脏超声结果,及时行冠状动脉造影等检查,以尽早明确诊断,减少临床误诊。对急性重症心肌炎合并严重泵功能衰竭和缓慢性心律失常患者,及时、快速地给予主动脉球囊反搏和心脏临时起搏治疗,可使患者安全度过危险期,改善预后。

参考文献:

- [1] 马敏,惠杰.重症暴发性心肌炎的治疗进展[J].临床心血管病杂志,2010,26(2):83-86.
- [2] 何秉贤.急性冠状动脉综合征心肌标志物检测的现状[J].中华心血管病杂志,2003,31(1):70-71.
- [3] 王琼涛,金秀,杨海珍.急性重症心肌炎误诊为急性心肌梗死37例分析[J].中华全科医学,2012,10(7):95-96.
- [4] 何汉康,陈剑,石磊,等.主动脉内球囊反搏在急性重症心肌炎心衰治疗中的应用[J].山东医药,2011,51(21):81-82.
- [5] 尹桂芝,张大东,胡伟,等.主动脉内球囊反搏成功救治酷似急性广泛前壁心肌梗死的重症心肌炎1例报道[J].上海交通大学学报:医学版,2010,30(1):116-117.
- [6] D'ambrosio A, Patti G, Manzoli A, et al. The fate of acute myocarditis between spontaneous improvement and evolution to dilated cardiomyopathy: a review[J]. Heart, 2001, 85(5):499-504.
- [7] 卢翔,尹秋林,李林锋,等.急性病毒性心肌炎伴恶性心律失常28例临床分析[J].中国当代医药,2009,16(4):125-126.
- [8] 张莉莉,王效增.心脏起搏抢救酷似心肌梗死的重症心肌炎1例[J].疑难病杂志,2008,7(11):689.

(收稿日期:2014-08-26 修回日期:2014-10-19)

误诊为腰椎间盘突出症的女性强直性脊柱炎 1 例报道并文献复习

林海丹¹,文光旭²,白定群^{1△}

(重庆医科大学附属第一医院:1.康复医学科;2.胃肠外科 400016)

中图分类号:R593.2

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)02-0287-02

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种发病隐匿、早期症状不典型的全身性疾病,发病初期易误诊为其他疾

病,明确诊断时间长^[1]。既往报道AS好发于男性,但近年研究发现AS男女发病率基本相同^[2]。现就1例误诊为腰椎间

盘突出症的女性 AS 患者报道如下。

1 临床资料

患者,女,32岁,因“腰、双臀部反复疼痛8年,加重伴双下肢放射性疼痛15d”入院。患者入院前8年在腰部扭伤后反复出现腰部及臀部疼痛,并放射至双下肢后分,体位改变、长时静止休息后加重,活动后缓解。发病8年来疼痛反复发作,约2~3个月发作1次,每次持续2~7d,反复于院外就诊,考虑为“腰椎间盘突出症”,经外敷中药、口服药物、牵引治疗后均无效。入院前15d,患者劳累后出现疼痛加重,影响夜间睡眠,并出现夜间惊醒,伴腰部发僵感,但下床活动后可部分缓解。否认家族中有类似疼痛病史患者,已婚已育。入院查体:视觉模拟评分法(VAS)9分,脊柱无畸形,颈、胸、腰段脊柱各项活动无受限,右侧骶髂关节压痛,双侧沿坐骨神经走行区无压痛,双侧“4”字征阳性,双下肢肌力、感觉、反射正常,双侧病理征阴性。辅助检查:红细胞沉降率正常,C-反应蛋白12.10 mg/L,抗“O”值正常,类风湿因子阴性,HLA-B27阳性;骨盆平片示双侧髂骨内侧局部骨质密度增高,其内密度欠均匀,骶髂关节上部间隙模糊(图1)。骶髂关节CT显示:双侧髂骨骶髂关节面及骶骨右侧关节面密度增高,边缘模糊,关节间隙变窄,关节面毛糙,关节面下可见低密度骨质缺损区,考虑AS可能(图2)。按照1984年修订的纽约标准,诊断为AS。在骶髂关节处微波、超短波、电脑中频、激光治疗,药物治疗上加用塞来昔布,治疗1周后疼痛明显缓解,VAS评分1分,并进行相关宣教后出院。随访1个月,患者疼痛较住院时缓解,且能较好地按照宣教内容使用硬板床、非疼痛时进行体育锻炼,如瑜伽等。

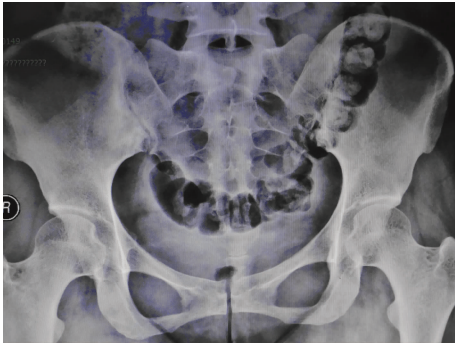


图1 骨盆平片

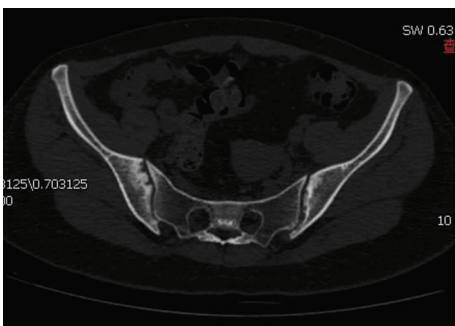


图2 骶髂关节CT

2 讨论

AS是一种发病隐匿、早期症状不典型、以中轴关节慢性炎症为主的、原因不明的全身性疾病,疾病中后期致残率高。AS至明确诊断时,往往需4.6~10.5年^[1],此时已是疾病中晚期,治疗及康复干预的效果远差于早期。近年研究发现AS男女发病率基本相同^[2],但女性患者临床症状轻、发病缓慢,致女性患者早期诊断率低^[3]。

本例为女性患者,发病时年龄为24岁,符合AS高发年龄

为20~30岁的特点,且符合炎症性腰背痛的特点,即腰背部不适发生在40岁以前,缓慢发病,症状持续至少3个月,腰背痛伴晨僵,腰背部不适在活动后减轻或消失^[4]。结合患者骶髂关节CT的改变,按照1984年修订的纽约标准,可确诊为AS。但由于患者早期表现为双下肢放射性疼痛,易与腰椎间盘突出症相混淆,但患者没有相应的神经受累体征,不支持腰椎间盘突出症的诊断。同时患者为已婚已育女性,骨盆平片提示双侧髂骨内侧局部骨质密度增高,故也易与髂骨致密性骨炎相混淆,但髂骨致密性骨炎多表现为双侧对称性髂骨耳状面呈均匀高密度硬化区,骶髂关节间隙正常,而本例患者骨盆平片双侧髂骨内侧局部骨质密度增高不均匀,且骶髂关节上部间隙模糊,可疑狭窄,故进一步完善骶髂CT后可明确排除髂骨致密性骨炎。

在复习相关文献的基础上,对于AS早期诊断应注意以下几点:(1)询问病史时应仔细鉴别炎症性腰背痛与机械性腰背痛,而运动和休息对疼痛的加重或减轻最具鉴别价值^[5];(2)查体时应注意“4”字试验,文献报道“4”字试验在早期AS患者骶髂关节检查上的阳性率较高^[6];(3)常规检查HLA-B27,尽管有1%~5%的患者HLA-B27检测为阴性,但结合临床表现和其他检查,可以提高诊断AS的准确性;(4)对于临床表现提示为AS可能的患者,应常规进行骶髂关节CT检查;(5)对于本病例诊断,使用的是1984年修订的纽约标准,但目前有研究表明,应用欧洲脊柱关节病研究组(european spondyloarthropathy study group, ESSG)分类标准或国际脊柱关节炎评估工作组中轴型脊柱关节病的分类标准(assessment of spondyloarthritis international society, ASAS),在诊断早期AS上,其敏感性高于修订的纽约标准^[7-8],可降低早期误诊率^[1]。因此,有必要重视ESSG及ASAS诊断标准的推广及普及。

参考文献:

- [1] 屈燕铭,叶淦湖,李义凯. 强直性脊柱炎早期诊断的临床思考[J]. 临床和实验医学杂志,2009,8(3):125-127.
- [2] 于燕,李雯,赵和平. 强直性脊柱炎的临床诊断的研究进展[J]. 内蒙古中医药,2011,30(1):101-102.
- [3] 方玲,樊晓海,叶夏云,等. 93例女性强直性脊柱炎的诊断特点[J]. 军医进修学院学报,2010,31(5):418-419.
- [4] 中华医学会风湿病学分会. 强直性脊柱炎诊治指南(草案)[J]. 中华风湿病学杂志,2003,7(10):641-644.
- [5] 韩星海,闫坚强. 强直性脊柱炎[J]. 中国临床康复,2002,6(1):22-24.
- [6] 屈燕铭,陈焕亮,李庐娟,等. 骶髂关节检查法在强直性脊柱炎诊断中的应用[J]. 中国中医骨伤科杂志,2007,15(10):14-16.
- [7] Chung HY, Lau CS, Wu KP, et al. Comparison of performance of the Assessment of SpondyloArthritis International Society, the European Spondyloarthropathy Study Group and the modified New York criteria in a cohort of Chinese patients with spondyloarthritis[J]. Clin Rheumatol,2011,30(7):947-953.
- [8] 刘磊,刘怡欣,谢其冰,等. 不同诊断标准在血清阴性脊柱关节病患者之间的诊断效能比较[J]. 华西医学,2013,28(4):554-559.