

强直性脊柱炎误诊关节结核一例

海萍

患者,男,18 岁。左踝疼痛 3 年,加重 6 个月,伴行走困难。患者于 2007 年 6 月无明显诱因出现左踝部疼痛,在私人诊所就诊给予口服止痛药物(药名不详)、局部按摩等处理,效果不佳,并相继出现对侧踝关节、双膝、双髋、双肩关节疼痛,未行进一步检查及正规治疗,自服止痛药以缓解症状。

于 2010 年 6 月关节疼痛较前明显加重,在某综合医院就诊,经双侧踝关节、双侧膝关节 X 线检查诊断为“关节结核”,并行“滑膜切除术”;术后转诊到青海省西宁市湟源县 CDC 结核科,痰涂片镜检未找到抗酸杆菌,PPD(+)。体格检查:体温 36.8℃、血压 100/60 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)、心率 88 次/min、呼吸 18 次/min、体质量 45 kg。双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音,心音正常,各瓣膜区未闻及异常杂音;腹部平软,肝脾肋下未触及肿块;左上肢及双下肢肌肉萎缩,双上肢近端腿抬高试验阳性(不能抬高为阳性),双侧肘关节及右下肢屈曲受限,右侧“4”字试验(又称 Gaenslen 试验)阳性,双侧直腿抬高试验阳性(正常人一般可达到 80~90 度。若抬高不足 70 度,且伴有下肢后侧的放射性疼痛,则为阳性),双侧足背动脉搏动良好,生理反射存在,病理反射未引出。血常规检查:白细胞计数(WBC)8.76×10⁹/L、红细胞计数(RBC)3.75×10¹²/L、血红蛋白(Hb)110 g/L。红细胞沉降率(ESR)48 mm/1 h。尿便常规、生化全项、肝炎系列检验均正常。骶髂关节 CT 示:双侧骶髂关节欠清晰,关节面骨皮质不光整,髂骨面可见小囊状骨质破坏(图 1);

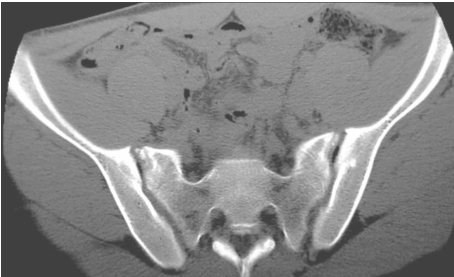


图 1 双侧骶髂关节欠清晰,关节面骨皮质不光整,髂骨面可见小囊状骨质破坏

双肩 X 线摄片示:双侧肱骨头骨质疏松;双踝关节 X 线摄片示:右踝关节各骨骨质疏松,右胫腓骨远端可见横行带状低密度区,左侧踝关节面毛糙,间隙变窄,右跟骨下后方软组织肿胀;双膝关节正位 X 线片示双膝关节间隙变窄明显,构成双膝关节骨质疏松(图 2);心电图显示正常心电图、胸部

X 线片示双肺纹理清晰,未见异常。根据《中国结核病防治规划实施工作指南(2008 年版)》^[1],给予 2HRZE/10HRE 方案治疗,同时口服双氯芬酸钠缓释片 1 片/d(0.1 g/片)进行止痛治疗,强化治疗 2 个月后病情无明显好转,且呈进行性加重,患者体质量锐减,全身各大关节僵硬,不能行走。建议患者暂停抗结核药物治疗,并行进一步诊断。我中心跟踪随访。



图 2 双膝关节间隙变窄明显,构成双膝关节骨质疏松,双侧膝关节部软组织影肿胀

患者在兰州某骨科医院就诊,查人类白细胞抗原(HLA-B27)阳性,C 反应蛋白(CRP)73.2 mg/L、类风湿因子阴性;双侧髋关节 X 线正位片示:双侧髋关节吻合良好,关节间隙多疑变窄(图 3);双膝关节 X 线正侧位片示:双侧



图 3 双侧髋关节吻合良好关节间隙多疑变窄

膝关节部软组织影肿胀,膝关节间隙变窄,关节面边缘有虫蚀状骨破坏(图 4);腰椎 X 摄片显示椎体关节间隙变宽,椎体上下角局限性小范围骨皮质侵蚀(图 5)。血常规示:RBC 4.38×10¹²/L,Hb 120 g/L;纤维蛋白原 10.752 g/L;ESR 36.0 mm/1 h;免疫球蛋白 G(IgG) 30.7 g/L、免疫球蛋白 A(IgA) 5920 mg/L、免疫球蛋白 M(IgM) 2880 mg/L、

作者单位: 812100 青海省西宁市湟源县疾病预防控制中心结核病科

CRP 95.3 mg/L, 类风湿因子阴性。确诊为强直性脊柱炎 (ankylosing spondylitis, AS), 给予口服双氯芬酸钠缓释片, 每次 1 片 (0.1 g/片), 每日 1 次; 口服尼美舒利分散片, 每次 1 片 (0.1 g/片), 每日 2 次; 骨化三醇胶丸, 每次 1 粒 (0.25 μg/粒), 每日 1 次; 葡萄糖酸钙片, 每次 2 片 (0.5 g/片), 每日 3 次; 柳氮磺吡啶肠溶片, 每次 2 片 (0.25 g/片), 每日 3 次, 并加强营养及被动肢体、肌肉功能训练治疗, 经专科治疗 2 个月后, 患者全身各大关节疼痛有所好转, 治疗 5 个月后, 关节疼痛缓解, 能下地行走, 体质量逐渐增加。出院后给予益赛普 (注射用重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白, 为白色冻干粉针剂) 针剂, 注射前用 1 ml 注射用水溶解, 规格每瓶 25 mg, 每盒 1 瓶, 皮下注射每次 25 mg, 每周 2 次。经过上述治疗, 临床症状改善明显。



图 4 双侧膝关节部软组织影肿胀, 膝关节间隙变窄, 关节面边缘有虫蚀状骨破坏



图 5 腰椎 X 线正侧位片显示椎体关节间隙变宽, 椎体上下角局限性小范围骨皮质侵蚀

讨 论

AS 是一种慢性、进行性的炎症疾病, 主要侵犯骶髂关节、脊柱骨突、脊柱旁软组织及外周关节, 并且可有关节外表现, 如葡萄膜炎、主要动脉根部损害及心脏传导阻滞等。据统计, 我国 AS 发病率为 0.3%^[2], 而误诊率极高。冯小欣等^[3]对 22 年来 252 例就诊的 AS 患者进行统计, 发现 AS 的误诊率高达 46.22%, 易误诊为风湿性关节炎、滑膜炎、骨关节结核等。王雪梅等^[4]报道 235 例 AS 误诊患者中, 误诊骨关节结核 16 例, 占误诊患者的 6.8%。临床上 AS 患者长期

误诊, 原因诸多, 分析本例误诊原因有以下几点: (1) 首诊于基层综合医疗机构。由于医生缺乏相关知识和诊断手段, 没有对患者进行严格的体格检查, 没有对患者病史进行合理分析, 过于信赖和依靠辅助检查, 没有掌握各病典型的临床症状以及临床特征。此外, 我中心条件有限, 不能确诊骨关节结核, 依附于综合医院诊断。因此, 医生对非典型 AS 诊断缺乏认识是主要的误诊原因。(2) 首先都考虑到是关节本身病变, 视角比较局限。(3) 临床医生忽视青少年骨关节疾病诊断的特殊性, AS 好发于 15~30 岁的青少年。因本患者首发部位为左侧踝关节, 笔者认为作为基层医务工作者应有所警惕, 作规范、详细、具体认真的体格检查, 根据体检结果进一步有针对性的相关影像学检查、实验室检查, 并进行科学的分析、思考, 以便早期明确诊断, 选择合理的治疗方案, 防止病情延误。

同时在做本病的诊疗是要注意与类风湿性关节炎的区别, 两者有着本质的区别, 主要表现在: (1) 类风湿性关节炎女性发病多于男性, 强直性脊柱炎则恰好相反; (2) 类风湿性关节炎在各年龄段的人中均可发生, 发病高峰年龄为 30~50 岁, 强直性脊柱炎多发于年轻人, 发病高峰年龄为 20~30 岁; (3) 骶髂关节炎在类风湿性关节炎中十分罕见, 而在强直性脊柱炎中高达 100%; (4) 类风湿性关节炎的关节外症状以皮下结节、胸膜炎、巩膜炎为多, 而强直性脊柱炎以眼虹膜睫状体炎、血栓性静脉炎为多; (5) 类风湿因子在类风湿性关节炎中为阳性, 而强直性脊柱炎则大部分为阴性; (6) 类风湿性关节炎的 X 线表现以关节周围骨质疏松、骨质侵蚀多见, 很少有钙化、骨化现象, 而强直性脊柱炎则钙化、骨化较骨侵蚀更为多见。本例诊断要点是: 患者为 18 岁青壮年、骶髂关节、双膝关节病变明显、类风湿因子阴性, 人类白细胞抗原阳性、并伴有眼虹膜睫状体炎、按照 AS 治疗时效果明显。同时, 在 AS 患者中, CRP、WBC、ESR 指标都有不同程度的变化, CRP、ESR 变化较明显, 特别是 CRP 在疾病合并感染时增高明显^[5]。这种变化有利于临床医生对 AS 患者进行治疗和预后评估。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制局, 中华人民共和国卫生部医政司, 中国疾病预防控制中心. 中国结核病防治规划实施工作指南 (2008). 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [2] 何克云, 李志忠. 强直性脊柱炎误诊为膝关节结核原因分析 (附 1 例报告). 临床医学工程, 2009, 16(12): 159-160.
- [3] 冯小欣, 刘冬舟, 谭艳红, 等. 强直性脊柱炎 116 例误诊分析. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(10): 15-20.
- [4] 王雪梅, 高学灵. 强直性脊柱炎 235 例误诊分析及早期诊断探讨. 山西医药杂志, 2004, 33(2): 130-131.
- [5] 赵永新, 王侠, 贾杰, 等. C-反应蛋白、前白蛋白、白细胞计数、红细胞沉降率在强直性脊柱炎诊疗中的价值. 新乡医学院学报, 2006, 23(3): 263.

(收稿日期: 2011-10-03)

(本文编辑: 郭萌 薛爱华)