

· 诊治失误 ·

痛风性关节炎误诊原因分析

张国如¹, 王体沛², 王佰亮³

(1.海南省第三人民医院骨科,海南 三亚 572000;2.华中科技大学同济医学院附属同济医院骨科;3.卫生部中日友好医院骨科)

关键词 关节炎, 痛风性; 误诊; 治疗方案**Analysis on the causes of misdiagnosis of gouty arthritis** ZHANG Guo-ru*, WANG Ti-pei, WANG Bai-liang. *Department of Orthopaedics, the Third People Hospital of Hainan, Sanya 572000, Hainan, China**Key words** Arthritis, psoriatic; Diagnostic errors; Treatment protocols

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(9): 709-710 www.zggszz.com

痛风性关节炎在 20 世纪 60 年代以前,国内只有 30 例左右的报道,但随着人民生活水平的提高,痛风性关节炎患者逐渐增多,而有些医师临床诊治水平却并未随之提高,出现了不少误诊病例,现就我们近年来接诊的部分误诊病例作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 78 例中,男 63 例,女 15 例;年龄 22~71 岁,平均 47.3 岁。25~35 岁者 11 例,占 14.1%;36~45 岁者 52 例,占 66.7%;46~55 岁者 9 例,占 11.5%;余为 25 岁以下及 55 岁以上者,共 6 例。病程 6 个月~42 年,平均 8.7 年。

1.2 诊断依据 ①尿酸酸 $\geq 420 \mu\text{mol/L}$;②突然发作的单关节或多关节红肿热痛;③痛风结节或关节穿刺液活检有尿酸盐结晶;④X 线检查受累关节呈痛风性关节炎改变;⑤除外继发性痛风性关节炎。

1.3 误诊情况 78 例中,误诊为骨关节炎 21 例,类风湿性关节炎 19 例,风湿性关节炎 17 例,蜂窝织炎 10 例,滑囊炎 4 例,皮脂腺囊肿 3 例,骨肿瘤及骨结核各 2 例。

1.4 治疗方法 ①所有病例选用秋水仙碱及美洛昔康口服。秋水仙碱 0.5 mg/2 h,最大剂量每 24 h 不超过 6 mg,直至关节肿痛得到控制,出现腹泻症状时改为 0.5 mg,每日 2 次^[1]。美洛昔康用法为 7.5 mg,每日 2 次。②若关节红肿症状较重,加用 20%甘露醇 250 ml 加地塞米松 10 mg 静脉点滴,每日 1 次,连用 3 d。③对误诊为皮脂腺囊肿及骨结核者(共 5 例),行痛风石切除术,痛风石清除后用 5%NaHCO₃ 冲洗创口,然后缝合切口。④所有痛风性关节炎急性发作时均不使用降尿酸药物,如别嘌醇等,因其可加重或延长急性期病程^[2]。

2 结果

2.1 疗效评定方法 ①治愈:症状体征消失,实验室检查正常。②好转:关节肿胀消退,疼痛缓解,实验室检查有所改善。③未愈:症状体征及实验室检查无变化。

2.2 结果 本组病例随访 4 个月~3 年,平均 1 年 5 个月(其中 30 例在武汉,48 例在三亚)。据疗效评定方法评定,结果为治愈 29 例,好转 47 例,未愈 2 例。治愈及好转率为 97.4%。

3 讨论

以下是误诊痛风性关节炎的常见原因。

(1)对不同类型关节炎的诊断及鉴别诊断认识不足。痛风性关节炎是尿酸钠结晶沉积于关节或关节周围组织而引起的关节病损,早期主要表现为关节的炎症改变,如肿胀、红热、疼痛及功能障碍等,晚期可致肢体残疾^[3]。根本原因是体内嘌呤代谢障碍,尿酸生成增多或排泄减少所致。常有近期进食大量高嘌呤物质,如动物内脏,虾、蟹等海鲜,以及饮酒、劳累、受凉等诱因。男性多见,首发部位一般是第 1 跖趾关节,实验室检查常有血尿酸增高。而骨性关节炎以中老年女性患者多见,常见部位为膝关节,可有有关节肿胀、压痛,活动功能受限,X 线可见关节间隙变窄,血尿酸不高。类风湿性关节炎是机体自身免疫性疾病,女性多见,常累及 3 个以上关节,以手指近节指间关节或掌指关节受累较多见,伴晨僵现象,实验室检查类风湿因子可见阳性,而血尿酸不高。风湿性关节炎多发生于四肢较大关节,如膝、肘关节等,有多发性、对称性、游走性特点,实验室检查可见抗“O”增高。蜂窝织炎可见局部皮下组织红肿,但无明确的关节疼痛,可有发热畏寒症状,实验室检查血象增高,尿酸一般不高。滑囊炎是滑囊受到过分的摩擦和压迫时,滑囊壁发生的轻度炎症反应,滑液分泌增多,使滑囊膨大所致,原因多样,以创伤为主,痛风性关节炎有时亦伴发滑囊炎。

(2)对 X 线检查的诊断意义了解不全面。早期痛风性关节炎的影像学显示明显迟于临床症状的出现^[4],故单凭 X 线片较难做出正确诊断。只有当痛风性关节炎反复发作,才出现较典型的 X 线表现,表现为关节面不光整,甚或糜烂状,关节间隙不等宽或变窄^[5],骨质改变可见凹陷性缺损,成虫蚀状。本组 2 例据此误诊为骨结核。但骨结核除有虫蚀状骨质改变外,X 线尚可见溶骨性破坏,症状体征上有潮热、消瘦等表现。而痛风性关节炎之骨质虫蚀状,多位于关节骨端边缘,边缘锐利,此谓“悬挂边缘”征(overhanging margin)^[6],是其特征性表现。若痛风性关节炎累及手指,有时 X 线上可见圆形或椭圆形密度减低影,颇似内生软骨瘤,本组 2 例据此误诊为内生软骨瘤。但内生软骨瘤常累及多个手指,尚可见骨端膨大等改

· 手法介绍 ·

手法治疗髌股关节紊乱

俞国旭, 魏敏民, 徐超

(中国中医科学院广安门医院骨科, 北京 100053)

关键词 髌股关节; 关节不稳定性; 正骨手法

Manipulative treatment of derangement of patellofemoral joint YU Guo-xu, WEI Min-min, XU Chao. Guang'anmen TCM Hospital, Beijing 100053, China

Key words Patellofemoral joint; Joint instability; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(9): 710-711 www.zggszz.com

髌股关节紊乱(髌骨倾斜、髌骨半脱位)是髌骨不稳定的常见原因, 而髌骨排列和运动轨迹异常及由此形成的应力分布异常所造成的关节软骨损伤, 是髌股关节疼痛的主要原因, 是髌股关节常见病。表现为膝前疼痛、髌骨轨迹异常和髌股关节软骨损伤。随着人们对以软骨退变为主要特征的膝关节炎病研究的不断深入, 发现髌股关节紊乱在膝关节炎病中占有很高比例, 其治疗的成功与否直接关系到膝关节炎病的疗效。2005 年 12 月至 2007 年 4 月完成病例治疗观察, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 33 例(50 膝), 男 2 例, 女 31 例; 年龄 24~65 岁, 平均 50 岁。主要症状: 膝前疼痛, 影院征, 打软腿, 嵌顿。体征: 均存在髌骨轨迹异常, 髌骨推移度内移达 0 区 22 膝, 达 1 区 27 膝, 达 2 区 1 膝, 髌骨外上均可触及条索并有压痛。适合角 $17.37^{\circ} \pm 7.30^{\circ}$, 外侧髌股角 $12.13^{\circ} \pm 6.26^{\circ}$ 。髌周压痛点: 髌骨外上 50 例, 髌骨外缘 7 例, 髌骨内下 9 例, 髌骨内缘 14 例, 髌骨内上 1 例。压痛点在髌骨外上出现次数最多, 50 膝均有此压痛点, 其次为髌骨内缘、髌骨内下、髌骨外缘。

1.2 诊断标准 ①膝前疼痛, 触诊髌骨周围有软组织挛缩呈条索状。②查体髌骨轨迹异常, 或有恐惧征, 或髌骨推移试验阳性。③X 线片: 髌股关节适合角不正常(正常值 $-6^{\circ} \pm 11^{\circ}$)^[1],

外侧髌股角平行或向内倾斜(正常值 $7.8^{\circ} \pm 3.1^{\circ}$)^[2]。

1.3 治疗方法 对纳入病例患肢顺序使用以下手法治疗: ①点揉、拨推法。顺下肢内侧线(在足太阴脾经箕门、血海、阴陵泉、地机、漏谷、三阴交; 足少阴肾经太溪穴位上重点指揉, 以酸痛为度)及外侧线(在足少阳胆经风市、中渎、阳陵泉; 足阳明胃经梁丘、犊鼻、足三里、上巨虚、丰隆; 足少阳胆经光明、悬钟; 足太阳膀胱经昆仑穴位上重点指揉, 以酸痛为度)指揉、拨推、放松下肢肌肉。②指推法。顺髌骨 1 周, 着重有条索处。③提髌法。向内提拉、倾斜髌骨。④拨筋法。反复拨髌骨周围条索处, 每处 10 次。⑤揉髌法。以掌覆于髌骨上向内下方旋转揉按髌骨, 忌暴力。⑥捶法。双手半握, 空拳快速捶击髌骨上下极 30 次。⑦推髌骨。患肢屈曲后, 用拇指推住髌骨下极同时伸膝, 伸直后用拇指推刮髌腱、犊鼻穴。⑧推揉膝后。以掌揉法揉股二头肌止点、腓肠肌起点、委中穴, 掌推顺下肢由臀推至足跟。

以上手法力度以深至筋骨、患者肢体有酸麻胀痛(躲避)等反应为度。每例患者治疗 10 次, 每周 2 次, 治疗前后均摄 X 线片检查进行对照的 20 膝。

1.4 观察指标及方法 对纳入病例进行影像学分析, 测量屈膝 30° 轴位片髌股关节的适合角、外侧髌股角, 进行临床评分。每周治疗 2 次, 记录髌骨周围治疗痛点, 治疗 10 次后进行临床评分, 对完成的病例按临床评分标准进行治疗前后统计分

变, 尿酸不高。

(3) 知识面较窄, 考虑问题不全面, 过分依赖仪器检查, 以及部分患者临床症状不典型。相当一部分患者首发关节不在第 1 跖趾关节, 或不在午休、夜间发作, 或无明显诱因, 无家族史, 无关节积液, 无皮下结节(痛风结节)等, 或尿酸检查不增高, 或 X 线检查未见骨质穿凿样改变, 无“悬挂边缘”征。所有这些, 均会使部分医师思想上麻痹大意, 不去考虑痛风性关节炎诊断的可能性。而恰是这些, 易引起误诊。因此, 我们临床时应综合分析, 全面考虑, 方可减少误诊。

参考文献

1 王玉丽. 12 例痛风性关节炎治疗中存在问题的分析. 中国骨伤,

2007, 20(8): 542.

2 施桂英. 走出痛风性关节炎诊断和治疗的误区. 中华全科医师杂志, 2006, 5(9): 519-522.

3 Espejo-Baena A, Coretti SM, Fernandez JM, et al. Knee locking due to a single gouty tophus. J Rheumatol, 2006, 33(1): 193-195.

4 Monu JU, Pope TL Jr. Gout: a clinical and radiologic review. Radiol Clin North Am, 2004, 42(1): 169-184.

5 Celik SE, Gorgülü M. Tophaceous gout of the atlantoaxial joint. Case illustration. J Neurosurg Spine, 2005, 2(2): 230.

6 Kelly J, Lin C. Topacheous gout as a rare cause of spinal stenosis in the lumbar region. J Neurosurg Spine, 2005, 2: 215-217.

(收稿日期: 2008-05-04 本文编辑: 连智华)