

非典型蛛网膜下腔出血的误诊原因探讨

应宗友

(广东省佛山市顺德区均安医院 佛山 528329)

关键词:非典型蛛网膜下腔出血;诊断;误诊原因

中图分类号:R 743.35

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0072-02

蛛网膜下腔出血(SAH)是临床中的常见病。我科近 5 年共收治 SAH 117 例,其中 23 例因病情轻、症状不典型而在急诊或内科门诊时被误诊,误诊率达 19.6%。现就其有关临床资料报告如下,并将误诊原因进行分析讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料 23 例中男性 16 例,女性 7 例,年龄最小 22 岁,最大 73 岁,其中 22~40 岁 12 例,41~60 岁 8 例,61~73 岁 3 例。所有病人在首次或再次就诊时均行头颅 CT 检查,且均未显示明显的出血样改变,最终临床确诊有赖于腰椎穿刺检查。

1.2 临床表现 23 例病人在就医时均神志清楚,并以头痛为主诉。头痛为持续性,多呈搏动性,锥刺样或胀裂样,部位以后枕部、前额部或全头部为主。伴有恶心者 14 例,其中 9 例有非喷射样呕吐;9 例出现轻度颈项抵抗,而 kernig 氏征与 Brudzinski 氏征阴性;14 例血压升高,其中 8 例有高血压病史;3 例合并有一侧动眼神经不完全性麻痹或肢体偏瘫的神经系统受损体征;3 例在就诊时体温达 37.8℃~38.7℃;1 例在发病时有癫痫样发作;脑脊液呈均匀血性者 16 例,淡黄色者 7 例;脑压 >200mmH₂O 者 19 例,其余 4 例在正常范围。

1.3 误诊疾病 9 例病人首诊时只有轻中度头痛而无神经系统阳性体征,考虑血管性头痛;6 例因血压较高,诊为高血压病或高血压脑病;3 例体温升高者被误诊为上感或病毒性脑炎;3 例因头颅 CT 显

动、重力、压力原理。根据这些原理,子宫前倾者采用俯卧位诊视床头低足高约 20°;子宫后倾采用仰卧位诊视床头低足高约 30°;子宫左、右倾均采用仰卧左、右前斜位约 10°。其目的使 X 线投射角尽量垂直子宫体使子宫腔与宫颈无重叠,因输卵管位置变动较大并与子宫有重叠在常规法中无法观察各段的情况,通过新方法使输卵管各段展开良好,因为阴道轴高于子宫轴,有利于造影剂流向子宫、输卵管,在加压及液体重力下,造影剂更易通过子宫、输卵管弥散至盆腔,使子宫、输卵管各部展开显示、弥散盆腔良好。同时子宫的位置低于阴道,气囊导管的位置、角度倾斜于宫腔,闭塞宫颈口,即使加

示有低密度阴影而诊为脑梗死;1 例由于颈项活动受限伴后枕部疼痛而被诊断为颈椎病、枕神经痛达 3d 之久;1 例合并肢体抽搐者误诊为特发性癫痫。

2 讨论

SAH 的典型临床表现是剧烈头痛、呕吐、脑膜刺激征阳性及血性脑脊液,部分人可有肢体瘫痪或颅神经受损的表现,以及认知力障碍。对于典型病例,诊断往往不难。而临床上约半数 SAH 病人,由于出血量少,临床症状体征不完整,易造成误诊或漏诊。国内顾裕民等报道其误诊率为 29.1%^[1]。上世纪 90 年代在美国 4 个神经外科中心就诊的 SAH 病人首诊时的误诊率为 25%^[2]。这些被误诊的病人与诊断正确的病人相比,病情轻,多数人检查时神经系统状况良好。本文 117 例 SAH 中,有 23 例被误诊,误诊率为 19.6%,略低于国内外文献报道,经回顾性分析,其误诊原因主要有三点。

2.1 对非典型 SAH 的临床表现认识不足 SAH 临床表现的轻重一方面与出血量、出血部位密切相关,同时与病人的自身反应能力也有一定关系。中青年 SAH 发病时头痛出现率达 90%以上,而老年人与儿童的出现率只有 50%。不剧烈的头痛常被误诊为血管性头痛或紧张性头痛;如伴有发热,则易往上感、病毒性脑膜炎等感染性疾病方面考虑。高血压病是导致 SAH 的一个重要因素,而 SAH 也可引起应激性的血压升高,如果检查者找不到明确的神经系统阳性体征,就很容易想到单纯的高血压病,

压推注造影剂,气囊导管脱入阴道内少,造影剂外溢阴道较少。

子宫输卵管造影新方法,对子宫、输卵管各部展开显示明显优于常规法,两者差异显著。采用子宫输卵管造影新方法,对轻度粘连输卵管再通也有很大的帮助^[3]。该方法操作简单、成功率高,设备要求不高,不增加患者费用,提高了子宫、输卵管疾病的诊断、治疗率,基层医院均可推广应用。

参考文献

[1]王庆义.X 线投照技术[M].济南:山东科学技术出版社,1996.321
[2]徐恩多.局部解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2001.150
[3]陈炽贤.实用放射学[M].北京:人民卫生出版社,2005.745-746
(收稿日期:2009-05-18)

53 例“瘦肉精”中毒临床诊治体会

张茜利 叶和军 胡瑞行
(武警浙江省总队医院 嘉兴 314000)

关键词:瘦肉精;盐酸克伦特罗;中毒

中图分类号:R 595.7

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0073-02

盐酸克伦特罗是“瘦肉精”的主要成分,属于强效的选择性 β_2 受体激动剂,临床上主要用于治疗哮喘病,对支气管平滑肌有较强而持久的扩张作用。因其对动物具有促进肌肉特别是骨骼肌中蛋白质的合成,抑制脂肪的合成和积累,促其生长速度加快^[1],在饲料中添加适量盐酸克伦特罗可以使畜禽的生长速率、饲料转化率和胴体瘦肉率增加 10%以上,因此违规使用该药的现象在畜禽养殖业时有发生。人食用了含“瘦肉精”的猪肉和内脏,会引起心跳加快、手脚震颤、头晕、头痛、呕吐等症状,患有高血压、心脏病的人食用了含“瘦肉精”的猪肉、猪内脏后可能加重病情甚至导致死亡。国家已明令禁止将“瘦肉精”作为饲料添加剂。现对本院于 2008 年 11 月收治的 53 例集体中毒患者的诊治分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 53 例中毒病人,均因食用了公司食堂含“瘦肉精”的猪肉后出现症状。其中男 37 例,女 16 例,年龄 7~59 岁,平均(33±26)岁,其中 7 岁儿童 1 例。

1.2 临床特点 发病时间均在食用后 10~40min,内在联系。此外,影响 CT 检查阳性率的原因还有:(1)接近颅底部的病灶受骨骼影像影响;(2)厚层平扫遗漏小的出血灶;(3)病人躁动不安使 CT 出现伪影;(4)医师缺乏 CT 阅片经验,忽视了一些间接征象与不典型的改变。

2.3 对于腰穿检查在 SAH 诊断中的重要性重视不够 近年来,随着医学影像技术的发展,使大多数 SAH 可不经腰穿检查而直接获得确诊,这在一定程度上造成了部分医师尤其是青年医师对影像学检查的过分依赖。目前在许多医院腰穿已不做为常规的检查手段。经验证明,对于临床高度怀疑 SAH 而 CT 检查阴性的病人,必须进行腰穿检查,腰穿作为一种应用最早、最经济且损伤性小的诊断方法,到目前为止,仍是诊断 SAH 最有价值的手段^[4]。腰穿时动作要轻柔熟练,测脑压与放脑脊液要缓慢,必要时在术前或术中应用脱水剂以降低颅内压,以免发生不测。SAH 早期脑脊液的典型改变是均匀血性,5~7d 后随着红细胞分解破坏,一部分人的脑脊液可变为黄色、淡黄色甚至透亮,此时要想确诊,除详细了解病史外,应注意排除颅内肿瘤、炎症等疾病,必要时需进行脑血管造影。

2.2 过分依赖头颅 CT 检查,而忽视了 CT 检查对诊断 SAH 的局限性 CT 检查是诊断 SAH 快速、安全、阳性率较高的方法。CT 显示出血密度的高低是由血红蛋白浓度决定的,血红蛋白浓度低于 100g/L 可不显影。由于出血后脑脊液动力学改变和红细胞自发性溶解的特点,使 CT 的敏感性随发病时间的延长而降低。文献报道^[3]SAH 在病后当日 CT 扫描有 92%阳性,24h 后为 86%,48h 后为 76%,5d 后为 58%。文中 23 例病人初次就诊时的头颅 CT 均未显示出血性改变,相反,其中有 3 例病人因头颅 CT 显示基底节区低密度阴影而诊为脑梗死,险些造成严重后果。对于此类病人,我们的经验是:(1)要详细询问病史,尤其是高血压病史与脑卒中史;(2)认真进行体格检查,看出现的体征与 CT 所见结果有无

血压、心脏病的人食用了含“瘦肉精”的猪肉、猪内脏后可能加重病情甚至导致死亡。国家已明令禁止将“瘦肉精”作为饲料添加剂。现对本院于 2008 年 11 月收治的 53 例集体中毒患者的诊治分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 53 例中毒病人,均因食用了公司食堂含“瘦肉精”的猪肉后出现症状。其中男 37 例,女 16 例,年龄 7~59 岁,平均(33±26)岁,其中 7 岁儿童 1 例。

1.2 临床特点 发病时间均在食用后 10~40min,内在联系。此外,影响 CT 检查阳性率的原因还有:(1)接近颅底部的病灶受骨骼影像影响;(2)厚层平扫遗漏小的出血灶;(3)病人躁动不安使 CT 出现伪影;(4)医师缺乏 CT 阅片经验,忽视了一些间接征象与不典型的改变。

2.3 对于腰穿检查在 SAH 诊断中的重要性重视不够 近年来,随着医学影像技术的发展,使大多数 SAH 可不经腰穿检查而直接获得确诊,这在一定程度上造成了部分医师尤其是青年医师对影像学检查的过分依赖。目前在许多医院腰穿已不做为常规的检查手段。经验证明,对于临床高度怀疑 SAH 而 CT 检查阴性的病人,必须进行腰穿检查,腰穿作为一种应用最早、最经济且损伤性小的诊断方法,到目前为止,仍是诊断 SAH 最有价值的手段^[4]。腰穿时动作要轻柔熟练,测脑压与放脑脊液要缓慢,必要时在术前或术中应用脱水剂以降低颅内压,以免发生不测。SAH 早期脑脊液的典型改变是均匀血性,5~7d 后随着红细胞分解破坏,一部分人的脑脊液可变为黄色、淡黄色甚至透亮,此时要想确诊,除详细了解病史外,应注意排除颅内肿瘤、炎症等疾病,必要时需进行脑血管造影。

参考文献

[1]顾裕民,白贤龙.蛛网膜下腔出血 267 例误诊分析[J].河南实用神经疾病杂志,1998,1(1):46

[2]Marer PL,Awad IA ,Todor R,et al.Misdiagnosis cerebtral oneurysm: preralence and correlation with outcon at four institutions[J].Stroke, 2006,27:1 558-1 563

[3]王维治,李春晓.应该重视蛛网膜下腔出血的临床误诊问题[J].国外医学·脑血管疾病分册,2000,8(4):3-6

[4]史玉泉.实用神经病学[M].第 3 版.上海:上海科技出版社,2004.651

(收稿日期:2009-03-31)