

DOI:10.3724/SP.J.1008.2011.01392

红斑肢痛症误诊 1 例报告

Misdiagnosis of erythromelalgia: a case report

贺玲玲, 赵东宝*

第二军医大学长海医院风湿免疫科, 上海 200433

[关键词] 红斑肢痛症; 误诊

[中图分类号] R 745

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2011)12-1392-01

1 病例资料 患者男性, 56岁, 因“双足背疼痛3个月余, 发热伴血三系减少1个月余”入院。2011年3月患者感冒后出现左足背疼痛, 伴红肿, 行走后及下垂时间久后发作, 平卧抬高下肢后缓解, 未予重视, 4月时患者出现双足背行走时红、肿、痛, 局部皮温高, 呈阵发性, 当地医院拟诊“丹毒”, 予阿洛西林、头孢美唑钠治疗20d, 症状未缓解。后考虑患者可能为“脊柱关节病”, 予来氟米特、洛索洛芬钠及甲氨蝶呤口服, 患者服药5d后出现发热, 体温最高达38.5℃, 伴恶心、呕吐, 查血常规示: 白细胞(WBC) $1.41 \times 10^9/L$, 红细胞(RBC) $3.93 \times 10^{12}/L$, 血小板(PLT) $65 \times 10^9/L$, 丙氨酸转氨酶(ALT) 190 U/L, 天冬氨酸转氨酶(AST) 109 U/L。遂来长海医院急诊科就诊。既往有乙肝表面抗原阳性10余年, 无肝炎发作, 无高血压、糖尿病、结核、伤寒等病史, 无家族史。予停药, 保肝、保胃、抗病毒治疗, 患者症状好转, 体温正常后于2011-06-15转入我科, 仔细询问病史, 患者双足背红、肿、痛, 呈阵发性, 多于行走时或泡热水脚时发作, 卧床休息后双足背疼痛缓解, 无压痛, 冷水泡脚后好转。体格检查: 神清, 双眼巩膜轻度黄染, 两肺呼吸音清, 腹软、无压痛及反跳痛, 移动性浊音阴性, 双足背红肿, 无凹陷性水肿, 局部皮温高, 无明显压痛, 足背动脉波动正常。实验室检查: WBC $6.28 \times 10^9/L$, RBC $3.56 \times 10^{12}/L$, PLT $310 \times 10^9/L$, ALT 17 U/L, AST 13 U/L, 红细胞沉降率 8 mm/1 h, C反应蛋白(CRP) 1.29 mg/L, HBsAg⁺, HBeAb⁺, 余肝炎指标均阴性, 自身免疫抗体、免疫球蛋白、血脂、血糖、骨穿结果均正常, 骨密度: L1~L4 1.204 g/cm²。骶髂关节CT示: 双侧骶髂关节未见明显异常。下肢动、静脉彩超: 双下肢股、腘动脉内径及走行正常, 内膜毛糙, 内中膜增厚, 未见明显斑块形成, 双下肢股、腘静脉内径正常, 血流通畅, 未见明显血栓形成。足部MRI示: 右侧距骨、舟骨及1~3楔骨骨髓水肿伴周围软组织肿胀。诊断为“(1)红斑肢痛症; (2)慢性乙型肝炎急性发作”, 予阿司匹林、恩替卡韦等治疗, 嘱其睡觉时抬高双足, 行走后注意休息, 避免热水泡脚, 疼痛发作时可外敷冷毛巾。

2 讨论 红斑肢痛症是一种罕见的病因不明的阵发性血管扩张性周围自主神经疾病, 可发生于任何年龄, 好发于手和脚, 少见于耳朵、面部、膝关节及身体的其他部位, 下肢比上肢受累更常见。Davis等^[1]对168例红斑肢痛症患者进行

的一项回顾性研究中, 脚受累148例(约占88.1%), 手受累42例(约占25.6%), 仅有1例耳朵受累。该病以四肢阵发性红斑、疼痛、烧热和局部皮温升高为特征, 温热、行走、体育锻炼、长时间站立以及穿袜子、戴手套均可诱发或加重不适感, 而寒冷可缓解不适。红斑肢痛症病因及发病机制目前尚不清楚, 也没有客观的数据或明确的诊断标准。由于该病发病时的症状和体征以及诱导或缓解的因素几乎是特异性的, 因此询问发作病史至关重要, 诊断主要靠病史、发病时的体征以及排除其他疾病。Kalgaard等^[2]将红斑肢痛症的诊断标准描述为: 手及脚的烧灼痛伴局部红斑和皮温升高, 降温可使症状缓解而加温可加重或诱发。

红斑肢痛症有许多治疗方案, 常用的方法有口服神经性药物、静脉注射或侵袭性手术如交感神经阻断术等。然而没有一种通用的治疗方法能缓解所有患者的症状, 目前的观点认为教育患者改变活动量, 如果必要可以口服一些不良反应相对较小的药物如加巴喷丁、5-羟色胺抑制剂、抗抑郁药、钙通道拮抗剂、阿司匹林等。常采用联合治疗的方法以期达到有效的缓解, 而对于难治性的或严重性的红斑肢痛症可以采用药物和侵袭性手术治疗, 但是治疗效果常常难以预料。

红斑肢痛症发作呈间歇性, 患者就诊时可能处于间歇期, 缺乏典型的体征, 常常就诊多家医院、多位医生, 甚至多年不能明确诊断, 且易被误诊为蜂窝织炎、丹毒、皮炎、周围神经病变、系统性红斑狼疮、痛风等。该病例有典型的临床表现, 由于初诊医生对该病认识不够, 导致误诊、误治, 致使患者血三系下降, 并诱发其慢性乙型肝炎急性发作, 危及患者生命。提高对红斑肢痛症症状和体征的认识, 有助于正确诊断该病, 及时采取有效的治疗措施, 提高患者的生活质量。

[参考文献]

- [1] Davis M D, OFallon W M, Rogers R S 3rd, Rooke T W. Natural history of erythromelalgia: presentation and outcome in 168 patients[J]. Arch Dermatol, 2000, 136: 330-336.
- [2] Kalgaard O M, Seem E, Kvernebo K. Erythromelalgia: a clinical study of 87 cases[J]. J Intern Med, 1997, 242: 191-197.

[本文编辑] 徐佳, 孙岩

[收稿日期] 2011-08-20 [接受日期] 2011-09-06

[作者简介] 贺玲玲, 住院医师. E-mail: lingling0119@163.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-81873311, E-mail: dongbaozhao@163.com