

# 颈动脉炎误诊为亚急性甲状腺炎 1 例病例分析

张霞, 李红

(上海中医药大学附属龙华医院内分泌科, 上海 200032)

**摘要:**目的 阐述颈动脉炎误诊为亚急性甲状腺炎的误诊原因与临床治疗。方法 分析 1 例颈动脉炎误诊为亚急性甲状腺炎病人的临床表现、治疗方案及效果。结果 病人确诊为颈动脉炎后, 给予糖皮质激素联合甲氨蝶呤治疗。结论 颈动脉炎临床表现复杂, 容易误诊、漏诊, 延误病情, 非专科医师应加强对疾病的认识, 避免误诊、漏诊。

**关键词:**颈动脉炎; 亚急性甲状腺炎; 诊断; 误诊

**doi:**10.3969/j.issn.1009-6469.2017.06.027

## Analysis of one case of carotid artery inflammation misdiagnosed as subacute thyroiditis

ZHANG Xia, LI Hong

(Department of Endocrinology, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China)

**Abstract:** **Objective** To explain the misdiagnosis reason and clinical treatment of Carotid artery inflammation misdiagnosed as subacute thyroiditis. **Methods** The clinical manifestations, treatment plan and the effect of treatment of patient with carotid artery inflammation misdiagnosed as subacute thyroiditis were reported. **Results** After patients diagnosed with carotid arteritis, the treatment included glucocorticoids and methotrexate. **Conclusion** Clinical manifestation of carotid artery inflammation is complex, and easy to misdiagnosis, missed and delay treatment. Non-special physicians should strengthen the understanding of the disease to avoid misdiagnosis and missed diagnosis.

**Key words:** Carotid artery inflammation; Subacute thyroiditis; Diagnose; Misdiagnose

颈动脉炎是大动脉炎的一种, 为颈动脉及其分支的无菌性炎症, 是一种原因不明的系统性血管炎, 受累及的动脉易出现狭窄、闭塞、扩张等问题<sup>[1]</sup>, 因其常呈多发性, 故临床表现不一, 临床上初期难以确诊。颈动脉炎临床表现复杂多样, 主要表现为颈部疼痛, 轻压触痛, 吞咽时加重, 可放射至耳后。如果医务工作者对其认识不足, 容易漏诊误诊, 影响病人的生活质量。本病常见于青壮年, 冬春季发病率高, 病因不明, 可能与病毒感染、情绪刺激、压力、邻近器官的炎性刺激、内分泌因素及雌激素有关, 也有学者认为这是一种自身免疫性疾病<sup>[2]</sup>。现将我科门诊颈动脉炎误诊为亚急性甲状腺炎 1 例病例分析如下。

### 1 临床资料

女性病人, 34 岁, 因颈部疼痛伴发热 2 周于上海中医药大学附属龙华医院内分泌科门诊就诊。2

周前无明显诱因下出现颈部疼痛, 放射至耳后, 左侧较右侧为甚, 伴发热, 无声音嘶哑、手足麻木、饮水呛咳、咽喉肿痛, 无怕热多汗、易怒、心慌、多食、体质量减轻等症状, 胃纳可, 大小便正常, 夜寐欠安。自行服用塞来昔布有所缓解, 为求进一步治疗至我院门诊就诊。查体: 体温 38.5℃, 心率 87 次/分钟。颈前区压痛, 左侧为甚, 甲状腺无肿大, 未触及结节, 双颈部及锁骨未触及肿大淋巴结。实验室检查 (括号内的为参考值), 2015 年 9 月 29 日查血常规 + C-反应蛋白 (CRP), 白细胞 (WBC):  $8.71 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$  ( $3.5 \times 10^9 \sim 9.5 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ ), 中性粒细胞百分比: 0.667 (0.40 ~ 0.75), 淋巴细胞百分比: 0.249 (0.20 ~ 0.50), 红细胞 (RBC):  $3.67 \times 10^{12} \text{ L}^{-1}$  ↓ ( $3.8 \times 10^{12} \sim 5.1 \times 10^{12} \text{ L}^{-1}$ ), 血红蛋白 (Hb):  $96 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$  ↓ ( $116 \sim 150 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ), RBC 压积: 31% ↓ (35% ~ 45%), RBC 中平均 Hb 含量:  $26.2 \text{ pg}$  ↓ ( $27 \sim 34 \text{ pg}$ ), RBC 中平均 Hb 浓度:  $310 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$  ↓ ( $316 \sim 354 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ), RBC 体积分布宽度: 14.1% (11.7% ~ 15.5%), 血小板:  $289 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$  ( $125 \times 10^9 \sim 350 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ ), CRP:  $55.44 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$  ↑ ( $0 \sim 10 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ ); 血沉:  $120 \text{ mm} \cdot \text{h}^{-1}$  ↑ ( $0 \sim 26 \text{ mm} \cdot$

基金项目: 国家自然科学基金 (81373617); 上海市科学技术委员会基金 (15401930400); 上海浦东新区名中医工作室建设项目 (PDZYXK-3-2014005)

通信作者: 李红, 女, 教授, 博士生导师, 研究方向: 中药防治甲状腺、糖尿病疾病研究, E-mail: lihong0708@126.com

$\text{h}^{-1}$ ), 甲状腺功能未见异常; 白细胞介素-6(IL-6):  $8.0 \text{ ng} \cdot \text{L}^{-1} \uparrow$  ( $0 \sim 5.9 \text{ ng} \cdot \text{L}^{-1}$ ),  $\beta_2$  球蛋白:  $8.10\% \uparrow$  ( $3.2\% \sim 6.5\%$ ),  $\gamma$  球蛋白:  $23.30\% \uparrow$  ( $11.1\% \sim 18.8\%$ ), 免疫球蛋白 G(IgG):  $17.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1} \uparrow$  ( $7 \sim 16 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ), 免疫球蛋白 A(IgA):  $6.70 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1} \uparrow$  ( $0.7 \sim 4 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ), 免疫球蛋白 M(IgM):  $2.08 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$  ( $0.4 \sim 2.3 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ), 甲状腺 B 超: 甲状腺未见明显异常, 双侧颈部、锁骨上目前未见明显肿大淋巴结图像, 双侧甲状旁腺区未见异常肿块图像。一年半前曾患亚急性甲状腺炎, 经强的松联合中药治疗后痊愈, 怀疑亚急性甲状腺炎复发。继续予中药治疗, 治以清热解毒、凉血活血, 方以自拟方“亚甲方”治疗, 方药: 白花蛇舌草 30 g, 金银花 9 g, 蒲公英 30 g, 紫花地丁 15 g, 赤芍 15 g, 玄参 15 g, 桃仁 15 g, 炙鳖甲 15 g, 青蒿 30 g。病人服药后疼痛及发热稍减轻, 仍觉颈部疼痛。2015 年 11 月 24 日复查血常规 + CRP, WBC:  $8.21 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ , 中性粒细胞百分比: 0.637, 淋巴细胞百分比: 0.284, RBC:  $3.81 \times 10^{12} \text{ L}^{-1}$ , Hb:  $101 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1} \downarrow$ , RBC 压积:  $32.6\% \downarrow$ , RBC 中平均 Hb 含量:  $26.5 \text{ pg} \downarrow$ , RBC 中平均 Hb 浓度:  $310 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1} \downarrow$ , RBC 体积分布宽度:  $15.9\% \uparrow$ , CRP:  $24.1 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1} \uparrow$ ; 血沉:  $120 \text{ mm} \cdot \text{h}^{-1} \uparrow$ 。甲状腺功能未见异常。甲状腺 B 超: 甲状腺未见明显异常, 双侧颈部、锁骨上目前未见明显肿大淋巴结图像, 双侧甲状旁腺区目前未见异常肿块图像; 考虑其他疾病引起颈部疼痛, 查颈动脉 B 超, 并嘱五官科就诊排除其他头颈病变, 经五官科检查未见明显异常。颈动脉 B 超: 左侧颈动脉内中膜厚度(IMT)广泛增厚伴狭窄(狭窄率 50%), 考虑可能为多发性大动脉炎, 并结合临床, 右侧颈动脉 IMT 正常, 双侧颈内动脉供血降低。结合临床症状、体征和实验室检查确诊为颈动脉炎, 建议风湿科专科进一步诊治。风湿科予强的松  $40 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ , 1 d 1 次、甲氨蝶呤每周 10 mg 抗炎, 奥美拉唑肠溶胶囊  $20 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$  抑酸护胃, 阿法骨化醇胶丸  $0.25 \mu\text{g} \cdot \text{d}^{-1}$  预防使用激素引起的骨质疏松, 并根据病人的实验室指标调整药物剂量, 服药后病人疼痛明显减轻, 仍觉乏力, 无明显胃部不适, 面部少量痤疮。2015 年 12 月 14 日查血常规 + CRP, WBC:  $7.29 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ , 中性粒细胞百分比: 0.656, 淋巴细胞百分比: 0.32, RBC:  $3.54 \times 10^{12} \text{ L}^{-1}$ , Hb:  $112 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1} \downarrow$ , RBC 压积:  $34.2\% \downarrow$ , RBC 中平均 Hb 含量:  $27.4 \text{ pg}$ , RBC 中平均 Hb 浓度:  $302 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1} \downarrow$ , RBC 体积分布宽度:  $15.6\% \uparrow$ , CRP:  $18.5 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1} \uparrow$ , 血沉:  $95 \text{ mm} \cdot \text{h}^{-1} \uparrow$ 。强的松剂量调整为  $35 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ , 后

根据实验室指标情况, 每 2~3 周强的松减少 5 mg, 至 5 月 20 号, 病人激素完全停用, 病人偶有颈部不适, 血沉:  $13 \text{ mm} \cdot \text{h}^{-1}$ ; 查血常规 + CRP, WBC:  $6.72 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ , 中性粒细胞百分比: 0.636, CRP:  $< 0.05 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ , IL-6:  $2.2 \text{ ng} \cdot \text{L}^{-1}$ , 颈动脉 B 超: 左侧颈动脉 IMT 广泛增厚, 右侧颈动脉 IMT 正常, 双侧颈内动脉供血降低。

## 2 讨论

动脉炎的发病原因尚未明确, 房晨邨等<sup>[3]</sup>认为雌激素水平增高是影响大动脉炎发病的重要因素。张倩茹等<sup>[4]</sup>认为细胞免疫是参与大动脉炎发病的重要因素, 是否和体液免疫有关仍然存在争议, 促炎细胞因子 IL-6 在大动脉炎病人血清中水平增高, 可参与大动脉炎的发病。有研究报道<sup>[5]</sup>显示, 发病机制主要是动脉产生无菌性炎症时, 动脉壁及其邻近结缔组织释放神经肽、多肽、5-羟色胺等物质刺激迷走神经, 引起疼痛, 也可因为炎症引起局部水肿, 动脉受压, 供血不足引起疼痛、头晕等。该病临床表现多样, 抗生素治疗无效, 糖皮质激素治疗效果较好。对于大动脉炎颈动脉病变的诊断, 何种检查手段最具临床价值呢? 刘莎等<sup>[6]</sup>回顾分析 30 例多发性大动脉炎颈动脉病变的超声表现, 认为大动脉炎动脉病变超声表现主要有动脉管壁增厚, 狭窄程度越高, 血流速度越快, 同时可以根据管壁厚度区分为活动期和非活动期。颈动脉炎是否处于活动期的其他实验室指标主要是血沉和 CRP。对于大动脉炎的治疗主要是抗炎和糖皮质激素治疗, 手术治疗一般在病情稳定时进行血管重建治疗。下面将就误诊原因进行分析。

### 2.1 误诊原因分析

**2.1.1 颈动脉炎的临床表现不典型所致的误诊** 颈动脉炎临床表现复杂, 症状多样且症状与体征表现不一, 非专科医师经验不足, 查体时考虑不够周全, 询问病史不够详细, 鉴别诊断不仔细等, 容易误诊为本科室疾病, 结合本病例, 病人此次的临床表现主要有乏力, 颈部疼痛, 放射至耳后, 伴发热, 亚急性甲状腺炎的主要临床表现是甲状腺区域疼痛, 可放射至耳后, 可有乏力、体温升高、食欲减退、咽痛等表现, 病人 1 年半前曾患亚急性甲状腺炎, 作为内分泌科医生容易想到亚急性甲状腺炎复发, 颈动脉炎虽症状与亚急性甲状腺炎相似, 而颈动脉触痛以及颈动脉 B 超是其主要诊断依据, 且抗生素治疗无效, 糖皮质激素治疗效果佳, 内分泌科医生对此类疾病接触较少, 故在临床诊疗过程中遇到类似于此类疾病的症状, 易联想到本科室疾病, 故容易漏诊、误诊, 延误病情。