浅，探头加压容易变形，因此在进行局部血管二维和三维扫描时，操作者切忌加压，以保证血流的真实性。在进行 CDFI 检查时应多点观察和测量，进行 3DCPA 检查时应多部位和多角度采样和观察，这对于更全面准确地获得病变血流信息，减少误差都是非常必要的[7]。

参考文献：

[1] Urso M, Angelillis L, Ambrosio G B. Vascularization of single thyroid nodule as an indicator malignant neoplasm: a study using echo-color-Doppler [J]. Ann Ital Med Int, 1996, 11(3): 175－179.

[2] Bozbora A, Erbil Y, Ozarmagan S, *et al*. Color Doppler sonography in cold thyroid nodules for malignancy prediction[J]. Acta Chir Belg, 2002, 102(4): 259－262.

[3] 王淑玲，蒋雪梅，刘鸿玉. 彩色多普勒和三维血管能量成像在甲状腺弥漫性病变中的应用[J]. 临床超声医学杂志，2001，3(1)：19－21.

[4] 潘 农，祝光礼，张竹君，等. 甲状腺良性肿块的三维彩色能量图诊断[J]. 中国超声医学杂志，1999，15(8)：606－608.

[5] 潘 农，张竹君，张正贤，等. 三维彩色能量图在甲状腺腺瘤诊断中的应用[J]. 中国医学影像技术，1999，15(2)：88－89.

[6] 朱尚勇，罗殿中，何云，等. 甲状腺腺瘤声像图及其病理基础的研究[J]. 中华超声影像学杂志，1998，7(2)：112－114.

[7] 李建国，强沁晨，刘月洁，等. 甲状腺血管能量三维超声技术相关技巧探讨[J]. 中国医学影像技术，2001，17(2)：139－140.

（编辑 陈聪连）

# 个案与短篇

文章编号：1000-5404(2005)12-1284-01

## 强直性脊柱炎误诊 1 例

## A case of ankylosing spondylitis misdiagnosed

张荣华，张 春 （第三军医大学西南医院风湿病科，重庆 400038）

患者，男，21 岁，1997 年 3 月无诱因出现双膝肿痛，经对症治疗后好转。2001 年 7 月出现双髋关节隐痛，2003 年 7 月，左髋关节疼痛加剧，伴潮热、盗汗。X 线片提示：双髋关节结核，不排除股骨头坏死可能。经对症治疗无效，2003 年 7 月 28 日在重庆某医院骨科住院，查：ESR 67 mm/h，结核抗体、PPD、自身抗体均为阴性。于 2003 年 8 月 13 日行左髋关节探查病灶清除术，并取该处滑膜组织行病理活检示：滑膜组织增生、慢性炎。行抗痨治疗 1 个月无效，于 2003 年 9 月 5 日到我院住院。过去史、家族史无特殊。查体：T 36.6 ℃，形体消瘦，抬入病房。无皮疹及皮下结节，浅表淋巴结未扪及肿大。心肺腹无异常。双膝关节压痛(＋)，双膝浮髌试验、骨擦感及双直腿抬高试验均为阴性。双骶髂关节压痛，因疼痛及不能站立，无法行“4”字试验、枕壁距、指地距、Schober 试验等检查。入院后行胸片、腰椎正位片及心电图检查无异常。骨盆片示：左侧髂骨外下缘内固定术后，左侧髋关节间隙变窄，关节缘密度增高，股骨头似有密度不均匀影，双侧骶髂关节明显破坏，软组织未见肿胀。血常规、肝肾功、免疫球蛋白、$C_3$、$C_4$ 正常，ESR 35 mm/h，RF、ASO、CCP 均为阴性，HLA-$B_{27}$(＋)。诊断“强直性脊柱炎”。予莫比可消炎镇痛，柳氮磺胺吡啶、甲氨蝶呤、正清风痛宁改善病情及功能锻炼，经治疗 1 个月，患者双膝、双髋关节无肿痛，每次可扶双拐行走 30 m，治疗 4 个月后恢复正常，随访 1 年，病情无反复。

### 讨论

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一常见的、易被误诊的以中轴关节慢性炎症为主，也可累及内脏及其它组织的慢性进展性风湿性疾病，X 线片可出现骶髂关节增生、硬化、狭窄、破坏等，后期脊柱呈竹节样变化。早期症状常为腰骶痛或不适、晨僵等，少数以颈、胸痛为首发症状，约半数患者以下肢大关节痛为首发症状。AS 诊断主要有赖于病史、血清学检查及骶髂关节片，放射学骶髂关节炎是诊断 AS 的关键，CT 或 MRI 检查诊断价值更高，对于常规 X 线片难以确诊的病例，CT 或 MRI 检查有利于明确诊断。流行病学资料显示，约 90% 的 AS 患者 HLA-$B_{27}$ 阳性，提示本病与 HLA-$B_{27}$ 强相关[1,2]。因此，如疑似 AS，应结合病史行上述各项检查。AS 需与脊柱结核相鉴别。本例有外周关节肿痛，伴潮热、盗汗，X 线片提示双髋关节结核可能，其表现与典型 AS 有所不同，被误诊为关节结核，经病灶清除术及抗痨治疗无效。本例患者经过长时间才得到确诊和治疗，造成患者严重的痛苦和经济损失，医生对 AS 认识不足、缺乏诊断经验和诊断思路片面是导致误诊的主要原因。以下腰痛、活动受限为主要临床表现的 AS 易确诊，而仅有外周关节疼痛、无下腰痛的 AS 容易延误诊治，故对此类患者尽早行骶髂关节 X 线及 HLA-$B_{27}$ 检查以明确诊断。

**关键词**：强直性脊柱炎；误诊
**中图法分类号**：R593.23 **文献标识码**：B

### 参考文献：

[1] 曾庆馀. 血清阴性脊柱关节病[A]. 见：叶任高，陆再英，主编. 内科学[M]. 第 6 版. 北京：人民卫生出版社，2004. 901－905.

[2] 张文霞，许建中，孙瑞广. 强直性脊柱炎患者经鼻气管内插管 48 例体会[J]. 郑州大学学报，2003，39(2)：350－351.

（编辑 王 红）

作者简介：张荣华(1962－)，女，河南省武陟县人，博士，副主任医师，副教授，主要从事风湿性疾病、慢性肝病的中西医结合治疗方面的研究。电话：(023)68754136

收稿日期：2005-01-25；修回日期：2005-05-24