

Analysis of Misdiagnosis of Atypical Herpes Zoster

Yaping Zhang*, Cuiping Liu

Hospital, Ocean University of China, Qingdao Shandong
Email: zhangyaping1963@126.com

Received: Mar. 1st, 2019; accepted: Mar. 13th, 2019; published: Mar. 20th, 2019

Abstract

In this paper, 4 cases of misdiagnosis of atypical herpes zoster collected from January 2015 to December 2016 were retrospectively analyzed, to explore the causes of misdiagnosis of atypical herpes zoster. The clinical manifestations of herpes zoster were varied, and the lack of specific laboratory examination methods made it easier to misdiagnose atypical herpes zoster. It is suggested to improve the clinical cognition of atypical herpes zoster and avoid misdiagnosis.

Keywords

Atypical Herpes Zoster, Misdiagnosis, Analysis

非典型带状疱疹误诊分析

张雅萍*, 刘翠萍

中国海洋大学校医院, 山东 青岛
Email: zhangyaping1963@126.com

收稿日期: 2019年3月1日; 录用日期: 2019年3月13日; 发布日期: 2019年3月20日

摘要

本文通过对2015年1月~2016年12月期间收集的4例不典型带状疱疹误诊病例进行回顾性分析, 探讨非典型带状疱疹误诊原因。认为带状疱疹临床表现多样, 缺乏特异性实验室检查方法, 不典型带状疱疹更易误诊。建议提高对不典型带状疱疹的临床认知, 避免误诊的发生。

*通讯作者。

关键词

非典型带状疱疹, 误诊, 分析

Copyright © 2019 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒(VZV)引起的急性炎症性皮肤病[1], 临床常见, 但由于部分患者发病初期临床表现无特异性, 加之本病缺乏特异性实验室检查方法, 极易误诊。而不典型带状疱疹, 则更易误诊。为提高临床医师对本病的诊断水平, 现将我们在 2015~2016 年期间, 诊治的 4 例不典型带状疱疹误诊病例进行回顾性分析。

2. 资料与方法

2.1. 患者资料

本文收集了 2015~2016 年期间, 在我院诊治过的 4 例不典型带状疱疹患者, 对其进行回顾性分析。

2.2. 方法

通过问诊, 结合临床检查进行诊断。

3. 诊断结果与分析

3.1. 病例 1 患者

男, 67 岁。反复上腹偏左侧疼痛 2 月, 腹部水疱 2 天就诊, 患者 2 月前因上腹偏左侧疼痛到医院就诊。因既往有慢性胃炎的病史, 医生给予“胃必治、三九胃泰冲剂”治疗, 效果不明显。并出现进食即痛, 喜冷食。遂又到另一三甲医院求治, 给予做上消化道钡餐, 结果示: 慢性胃炎。给予“枸橼酸铋、阿莫西林胶囊、甲硝唑片、法莫替丁片”等治疗, 效果仍不明显。此时出现进食后左上腹疼痛、腹胀明显加重, 不敢进食或只能进流食, 并且消瘦明显, 2 个月体重约减轻 10 kg 左右。后又到医院求治, 给予血、尿、便常规、心电图、X 线、肝功、腹部 B 超、腹部 CT 等检查。除胃镜显示慢性胃炎外, 余均未见阳性发现。仍给予抑制胃酸分泌、保护胃粘膜、对症等治疗。效果仍不明显。2 天前左上腹部疼痛加重, 范围扩大, 家人发现其左上腹部、腋下出现红丘疹、水疱。遂到我院求治, 皮肤科查体: 左侧胸腹部、左腋下、及左背部沿着神经带状分布片状红色斑疹, 上有绿豆大小水疱, 不超过中线, 诊断为带状疱疹(见图 1)。给予泛昔洛韦片、维生素 E 胶丸口服; 维生素 B1、B12; 丙种球蛋白肌注; 阿昔洛韦乳膏外用等治疗。综合考虑病史, 认为左上腹疼痛为带状疱疹所致, 故给予芬必得治疗。3 天后左上腹部疼痛减轻。1 周后疱疹逐渐结痂, 15 天后腹痛消失。追踪 1 个月, 左上腹疼痛未再发作。

3.2. 病例 2

患者, 男, 20 岁。因右侧腹部风团样皮损伴瘙痒就诊。皮肤科查体: 右侧腹部可见数个梭形蚕豆大小的红色风团, 压之可退色, 无触痛。诊断为“荨麻疹”。给予口服氯雷他定, 外用炉甘石洗剂治疗, 5

天后皮损增多并出现疼痛来复诊。查体：一般情况可，各系统检查未见明显异常。皮肤科查体：原发皮损上出现绿豆大小的水疱，疱壁紧张，疱液清亮，并见新发的风团样损害，所有风团样皮损呈带状分布。诊断为带状疱疹。给予抗病毒、营养神经、对症等治疗。增加风团未再出现。1 周后水疱逐渐结痂，疼痛消失。



Figure 1. The red maculae and blisters in the chest and abdomen of patient No 1

图 1. 患者 1 胸腹部片状红色斑疹、水泡

3.3. 病例 3

患者，女，21 岁。因右侧头痛、咽痛、眼刺痛、伴发热 3 天就诊。查体：T: 37.8℃，BP: 100/70 mmHg，全身无皮疹，水疱。结膜无充血、巩膜无黄染。咽充血，心肺无异常，腹软，肝脾未触及，血、尿、便常规正常。诊断为“上感”。给予休息、对症等治疗。5 天后头痛、眼痛加重复诊。详细查体：右眶上额部皮肤色泽稍红，局部皮温略高，感觉过敏，触之疼痛明显。右眼结膜充血。右颌下可触及一枚 1.5 cm × 1.5 cm 大小淋巴结，活动，质软，压痛明显。仔细询问病史，9 年前在经历汶川地震时，右侧腹部曾患过带状疱疹。仔细检查右腹部，在右季肋部可见数枚绿豆大小色素沉着及色素脱失斑。综合以上病史、症状、体征，修正诊断为“三叉神经眼支无疹型带状疱疹”，给予阿昔洛韦，维生素 B1、B12、止痛对症等治疗后，疼痛逐渐减轻。1 月后随访，疼痛消失，额部一直未出现皮疹、水疱。

3.4. 病例 4

患者 4，男，84 岁。心前区疼痛 10 小时就诊，既往有“原发性高血压病、冠心病十余年”病史，胃癌术后 2 月。此次疼痛为持续性，无明显胸闷、气短、出汗。查体：体温 36.4℃，脉搏 76 次/min，呼吸 18 次/min，血压 160/110 mmHg。意识清楚，消瘦，全身皮肤、黏膜未见异常，心肺未见明显异常，腹平

软, 剑突下可见一长约 10 余 cm 手术切口, 已愈合。心电图检查示: II、III、avF, V1、V2 导联 ST 段低平, T 波倒置。诊断为“冠心病、心绞痛; 高血压病”3 级。予以降血压、扩冠治疗后, 血压逐渐降至 145/95 mmHg, 但心前区疼痛未得到缓解。经多次复查心电图、心肌酶, 无动态变化。而心前区疼痛却持续加重, 以致夜间无法入睡。仔细查体: 左侧胸前壁 5~6 肋间皮肤出现红斑, 局部皮温高, 感觉过敏, 触之疼痛明显, 其间有少量针尖大小丘疹分布。修正诊断为: 左侧胸部顿挫型带状疱疹。给予更昔洛韦片抗病毒、维生素 B1、B12 营养神经、止痛、对症等治疗, 3 天后疼痛减轻, 2 周后疼痛消失。追踪 1 月, 疼痛局部一直无水疱出现。

4. 讨论

4.1. 误诊原因

4.1.1. 迟发出疹误诊

带状疱疹是沿着单侧周围神经分布的簇集性丘疹、疱疹(病变通常不超过中线), 并伴有明显的神经痛。皮疹、水疱多延期出现。由于老年人体液免疫、细胞免疫、炎症反应均发生明显改变, 机体抵抗力普遍降低, 故出疹时间显著推迟。很多老年患者一般在神经痛 4~5 天后才出现皮疹、水疱[2]。徐秋梅[3]等报道迟发出疹, 时间最长近一个月。本病例延迟出疹为 2 个月, 且疼痛部位与基础疾病部位一致。因此出疹前, 虽然患者多次往返于各大医院就诊。但一直被误诊, 直到出疹后才被确诊。本病例提示临床医生, 对一些暂时查不出原因的神经痛, 其心电图、X 线、B 超、CT 等检查均正常, 实验室检查淋巴细胞、单核细胞升高, 则应考虑带状疱疹, 必要时可给予诊断性治疗。

4.1.2. 症状、体征不典型误诊

带状疱疹是水痘-带状疱疹病毒侵害神经阶段支配区的皮肤、导致的一系列疼痛、瘙痒至簇集型水泡发生的病症[4]。黄平报道[5] 85.7%患者以疼痛为首发, 疼痛的程度表现各异, 均沿神经带状分布。本文中的例 2 患者皮损处疼痛症状不典型, 而且以瘙痒为主, 且初期皮损为风团。分析原因可能与患者自身高敏体质, 皮肤应激性高; 年龄较轻, 疼痛感不明显有关。此类病例, 临床较少见, 极易误诊。国内学者王岩[6]赵宇[7]曾分别报道过。本病例提示临床医生, 对于年轻人, 以瘙痒、风团就诊的患者, 要仔细检查, 患者瘙痒处是否皮温高; 有否皮肤感觉过敏或痛触觉减退现象; 是否有触痛; 是否沿神经带状分布, 以区别皮肤过敏性疾病。

4.1.3. 无疹型带状疱疹误诊

无疹型带状疱疹(ZSH)发病机制: ① 可能是由于这类患者的免疫监视功能, 对于水痘-带状疱疹病毒(VZV)的激活反应较为迅速, 其血清抗体短期内大量产生, 抑制了病毒的进一步增值, 使患者在临床上只出现持续性或较剧烈的疼痛而无典型的疱疹出现[8]。② 也有可能是患者免疫功能低下, 机体对 VZV 不能产生足够抗体, 致使患者临床上无典型疱疹出现。ZSH 的诊断主要依靠症状、体征、病史及实验室检查等, 但实验室检查缺乏特异性[9]。一般单侧性、神经走向性、剧烈疼痛或灼痛, 伴局部淋巴结肿大排除其他疾病后即可诊断。但由于无疹型带状疱疹, 只有节段的神经疼痛, 而无典型皮损出现, 常易误诊。本文报道的例 3 由于发病初期缺乏特异的临床症状和体征而被误诊。无疹型带状疱疹往往疼痛较剧烈, 患侧皮肤异常敏感, 夜间常不能入睡, 但本病例患者疼痛较轻, 可能与年轻、复发性带状疱疹有关。

4.1.4. 顿挫型带状疱疹误诊

(顿挫型或微疱型带状疱疹 MHZ)。MHZ 的诊断同 ZSH, 只是在受累区或较隐蔽区域出现微小疱疹[8]。本文例 4 误诊原因: ① 老年患者, 基础疾病多, 常伴有高血压、冠心病等疾病, 带状疱疹早期出现疼痛

恰好与原有疾病的部位相同, 临床医生常误认为是原有疾病。② 老年人机体反应能力低下, 对疼痛定位不明确, 也易造成误诊。③ 疾病早期未出现皮疹、水疱, 临床表现缺乏特征性, 也是临床医生难以作出正确诊断的原因之一。

4.2. 防止误诊建议

笔者认为防止误诊应注意以下几点: ① 对于长时间未能明确诊或反复因同一症状就诊的患者, 医生应仔细询问病史, 详细查体, 认真鉴别。开阔诊断思路, 避免专科的定向思维, 及时做出正确诊断。减轻患者的心理和经济负担。② 临床医生加强业务学习, 提高对本病的认识。掌握非典型病例的特征。以免漏诊和误诊。③ 对病人叙述的一些既往疾病, 如胃炎、胆囊炎、慢性阑尾炎、冠心病等, 体检时应注意观察其特征, 不要过分依赖仪器检查, 应认真仔细地对病人进行体格检查, 认真做好鉴别诊断。④ 对一些暂时查不出原因的神经痛, 如果 X 线、B 超, CT 及相关检查无异常, 实验室检查淋巴细胞, 单核细胞升高, 则应考虑早期带状疱疹, 必要时可给予诊断性治疗。

参考文献

- [1] 张学年. 皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 68-71.
- [2] Schnader, K. (1998) Postherpetic Neuralgia in Immunocompetent Elderly People. *Vaccine*, **16**, 1788-1770.
- [3] 徐秋梅, 刘贞富, 李雯, 等. 老年人带状疱疹 151 例临床分析[J]. 中国老年学杂志, 2007, 27(3): 285-286.
- [4] 陈洪文, 李园春. 参麦清补汤加减治疗 3 例迟发型带状疱疹疗效观察[J]. 中医中药, 2012, 19(27): 98-99.
- [5] 黄平. 带状疱疹的特殊表现与误诊 35 例分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(19): 75.
- [6] 王岩, 刘辉, 罗平, 等. 以风团为首表现的带状疱疹 1 例[J]. 临床军医杂志, 2009, 37(4): 592.
- [7] 赵宇, 朱威, 连石. 以瘙痒性皮炎为首发症状的带状疱疹误诊分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2013, 29(4): 238-238.
- [8] 王家双, 朱月萍. 微皮损型、无疱型带状疱疹: 附 12 例临床报告[J]. 中国疼痛医学杂志, 1999, 5(1): 54-56.
- [9] 周勇. 无疹性带状疱疹诊断体会[J]. 中国医学创新, 2009, 6(31): 176-177.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2161-8712, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>
期刊邮箱: acm@hanspub.org