

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2025.07.011

• 临床病例报告 •

易误诊为带状疱疹后神经痛的 3 例临床病例
分析及思考 *刘云涛 张佩珺 朱梓涵 李俊 卢帆[△] 肖红[△]

(四川大学华西医院疼痛科, 成都 610041)

带状疱疹后神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN) 是带状疱疹最常见的并发症, 是指带状疱疹皮疹愈合后持续 30 天及以上的疼痛^[1]。表现为间歇性或持续性烧灼样痛或针刺样痛, 并伴随痛觉超敏, 对病人的生活质量造成严重影响^[2]。在临床中对于 PHN 的诊断主要基于带状疱疹感染病史和典型的临床表现, 一般无需特殊的实验室检查或其他辅助检查^[3]。基于此情况, 在疾病表现不典型、病人病史描述不具体等情况时, 对疾病的诊断会造成误诊的情况发生。根据文献报道, 约 39% 的病人在初次诊断中存在误诊的情况, 且涉及多个系统及病种, 其中头面部、胸背部带状疱疹误诊率为 58.6%^[4]。因此, 减少 PHN 的误诊率对提高诊疗水平, 减少病人痛苦, 防止由于误诊所带来的医疗负担等具有重要意义。本文报道了我科 3 例以 PHN 为主诉就诊的病人, 经过诊疗过程中完善相关检查及查体, 最终诊断为其他原因所致的神经病理性疼痛的病例, 并探讨 PHN 鉴别诊断的重要性。

1. 一般资料

病例 1: 57 岁, 男性, 因“双侧腰腹部疼痛 2 年, 加重 3 月”入院。病人 2 年前无明显诱因出现双侧腰腹部疼痛, 呈放电样、针刺样疼痛。晨起及夜间自觉疼痛加重, 休息或服药后缓解。病人自诉既往 11 年前双侧腰腹部患有带状疱疹, 经治疗后疼痛好转。外院诊断为“带状疱疹后神经痛”, 给予对症治疗后症状无明显改善, 我科门诊收治入院。

入院查体: 双侧 T₁₀₋₁₁、L₁₋₂ 棘上棘间及椎旁压痛, 腰腹部皮肤触诱发痛 (-), 痛觉过敏 (-), 感觉减退 (-), 余未见明显异常。疼痛发作时视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分 4~5 分, 疼痛缓解时 VAS 评分 2~3 分。入院诊断为“神经病理性疼痛、带状疱疹后神经痛待除外”。

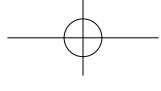
诊疗经过: 检验示梅毒阳性, 梅毒标志物 (TPPA) 阳性, 梅毒 trust 试验阴性。胸部 CT 示: T₁₀ 及 T₁₁ 椎体骨质破坏, 椎旁软组织增多。根据胸部 CT 报告, 补充相关检查, 结核感染 T 细胞 γ 干扰素释放试验: 阳性。胸椎 MRI 示: T₁₀₋₁₁ 椎体骨质破坏, 椎体及附近骨髓水肿, 椎旁软组织影增多, T₁₀₋₁₁ 层面双侧椎间孔及椎管狭窄, 神经根受压, 脊髓受压肿胀。经多科会诊后行病变部位穿刺活检标本送病理、常见病原微生物及耐药毒力检测第二代测序 (next-generation sequencing, NGS)。NGS 检查结果示: 结核分枝杆菌复合群及产气克雷伯菌阳性。病理报告示: 软骨及少量骨组织、局灶纤维组织增生, 少量慢性炎性细胞浸润。结核科会诊后, 确诊脊柱结核, 同时开始抗结核治疗, 并给予洛芬待因片 0.2 g, 每日 3 次, 普瑞巴林 75 mg, 每日 2 次, 对症镇痛治疗。经治疗后病人自觉疼痛较前好转, 出院后结核科及疼痛科门诊随访。修正诊断为: “脊柱结核、神经病理性疼痛”。出院后 3 个月, 病人于疼痛科、结核科门诊复诊, 规律抗结核治疗, 疼痛较前缓解, VAS 评分 2~3 分。

病例 2: 67 岁, 男性, 因“右侧腰背部疼痛 2 年”入院。病人 2 年前右侧腰背部及季肋区出现簇状分布的疱疹伴疼痛, 衣物摩擦时可加重, 于外院给予对症处理后, 疱疹消退, 疼痛无改善, 曾多次于外院治疗, 疼痛缓解不佳, 我科门诊收治入院。既往胃食管反流病 7 年, 胃间质瘤病史 12 年, 于外院行胃大部切除术, 规律服用“瑞派替尼”靶向治疗, 复查情况不详。

入院查体: 右侧腰背部及季肋区见色素沉着, 腹部正中可见 6 cm×3 cm 手术瘢痕, 痛觉过敏 (-), 触诱发痛 (-), 感觉减退 (-), 右侧 T₁₀₋₁₁ 肋间压痛。疼痛加重时 VAS 评分 8~9 分, 疼痛缓解时 VAS 评

* 基金项目: 四川省科技计划重点研发项目 (2022YFS0300); 四川省科技厅重点研发资助项目 (2023YFS0255)

[△] 通信作者 卢帆 lifane@aliyun.com 肖红 xiaohonghuaxi@126.com



分4~5分。入院诊断为“带状疱疹后神经痛”。

诊疗经过：病人入院后拟行超声引导下肋间神经阻滞，超声扫查发现右侧第11肋间见低回声信号，按压后有疼痛，暂停肋间神经阻滞，完善相关检查。胸部CT示：右侧第11肋骨见骨质破坏伴周围软组织影，胸骨体、部分椎体破坏：考虑转移。反复追问病人既往病史，诉胃间质瘤术后4个月发现肝脏、髌骨转移，曾行放疗。胸椎增强MRI示：部分胸椎及附件、胸骨、右侧部分肋骨骨质破坏，部分不均匀强化，考虑骨转移瘤。全腹增强CT示：胸腰椎及骨盆多发骨质破坏，考虑转移瘤；肝右叶、左叶内见多发低密度结节。经多学科会诊，建议完善PECT、病灶穿刺活检，病人及家属拒绝，遂给予普瑞巴林75 mg，每日2次、氨酚羟考酮2.5 mg，每日3次，对症治疗后出院，出院时VAS评分3~4分。因病人既往有带状疱疹病史、外院诊断及治疗史，且病人及家属拒绝病理活检确诊临床诊断，结合病人影像学表现，最终修正诊断为“带状疱疹后神经痛、胃间质瘤伴肝转移、脊柱多发骨质破坏：考虑肿瘤转移”。

病例3：70岁，女性，因“右侧背部疼痛6个月”入院。病人于入院6个月前无明显诱因出现右侧胸背部烧灼样间断性疼痛，夜间持续加重。2个月前出现右肩部针刺样疼痛，伴右手指感觉麻木，感觉减退。1个月前于外院就诊，诊断为“带状疱疹神经痛”，予以对症治疗，疼痛缓解不佳。于我科门诊就诊，反复追问病史，带状疱疹病史不明确，完善胸椎MRI示：右侧胸壁下及右肺团块混杂信号影，右侧胸腔包裹性积液，右侧胸膜增厚。以“肺部占位、神经病理性疼痛”收治入院。

入院查体：右侧胸背部见少量皮肤色素沉着，右侧胸背部、肩部、上肢疼痛区域痛觉过敏(+)、触诱发痛(+)、感觉减退(+)，右手指感觉麻木、病理征未引出。疼痛发作时VAS评分7~8分，缓解时VAS评分3~4分。

完善辅助检查：肿瘤标志物：癌胚抗原130.00 ng/ml、CA153 63.40 U/ml、CA199 47.60 U/ml、CA125 192.0 U/ml、细胞角蛋白19片段78.30 ng/ml、烯醇化酶36.3 ng/ml，余未见明显异常。请胸外科会诊考虑肺部占位，建议继续完善相关检查，评估手术指征。病人及家属考虑后放弃进一步检查并办理出院。修正诊断为：“肺部占位、神经病理性疼痛、重度疼痛”。

2. 讨论

PHN的临床表现主要为皮疹消退后受累神经分

布区出现的剧烈神经病理性疼痛，性质多样，如针刺样、烧灼样、刀割样疼痛等，疼痛伴随自发痛、痛觉过敏、痛觉超敏及感觉异常等表现。体格检查时，在皮肤损害区常可见皮疹遗留的瘢痕或色素沉着^[5]。PHN的诊断主要依据带状疱疹病史及临床表现确诊，根据《带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识》^[3]，PHN主要与三叉神经痛、舌咽神经痛、脊柱源性胸痛、椎体压缩后神经痛、脊神经根性疼痛和椎体肿瘤转移性疼痛等疾病相鉴别。

本病例1和病例2既往均有带状疱疹病史，病例3曾被诊断为PHN。3例病人的疼痛均沿肋间神经分布，呈烧灼样、针刺样疼痛，疱疹区域皮肤可见少许或无色素沉着，因此在初步诊断中容易根据印象考虑为PHN，从而导致漏诊。病例1和病例2虽有带状疱疹病史，但查体无典型神经病理性疼痛体征，仅局部椎体压痛。此2例病人临床症状较典型，此时对于病人既往病史的追问以及结合辅助检查的鉴别诊断就尤为重要。病例1中病人自诉11年前存在双侧腰腹部带状疱疹，经治疗后好转。根据现有体征及病史资料考虑为神经病理性疼痛。但PHN一般为单侧、沿受累节段神经分布的疼痛，较少有双侧发病的情况，同时病人发病间隔较长且查体症状阴性，对于PHN的诊断存疑。最终通过胸部CT和胸椎MRI发现胸椎骨质破坏，对应节段神经受累，导致双侧腰腹部疼痛。经穿刺病灶病理和NGS检查确诊脊柱结核，明确为结核杆菌破坏脊柱骨质所致神经病理性疼痛。病例2中病人既往有胃间质瘤及肝转移病史，在治疗中发现异常，反复追问后得知病人术后4个月发现肝、髌骨转移并接受放疗，最终均通过胸部CT、胸椎MRI发现局部椎体异常改变，追寻到真正病因。对于脊柱结核等感染性疾病，CT具有高分辨率和多层面特点，可以清晰显示不规则溶骨性病变、局部硬化、椎间盘塌陷和骨皮质破坏，助力早期诊断和穿刺活检引导^[6]。MRI具有高软组织分辨率，敏感于病变处蛋白质和水分变化，可清晰显示椎旁异常信号和脓肿壁，辅助脊柱结核诊断^[7]。针对脊柱结核病变位置深、结核分枝杆菌少、难检出的问题，NGS技术的高敏感度和特异性，有助于临床诊断^[8]。根据《脊柱转移瘤外科治疗指南》^[9]及英国国家卫生与临床优化研究所推出的脊柱转移瘤和转移性脊髓压迫指南^[10]推荐，首选MRI检查并对病灶进行病理活检。病例3中病人症状与原带状疱疹神经痛所受累的神经过段分布不符，对于是否曾经出疹描述含糊不清，据此推测病人的疼痛情况可能由其

参 考 文 献

他原因导致,在门诊完善胸椎MRI提示右侧胸壁下及右肺团块混杂信号影,以肺部占位收治入院。入院后完善肿瘤标志物等检查,确诊为肺部占位。

PHN的诊断主要依赖病史及临床表现,但上述3例病人的院外误诊主要因以下几点:①病史采集不全面:医师对于病人病史采集不充分,容易忽略既往病史;未详细询问带状疱疹病史或病人对于既往带状疱疹病史记忆不清,尤其当皮疹不明显或已消退时,容易遗漏关键信息。②病人临床症状不典型:在临床诊疗过程中部分病人的临床表现不典型也会使主诊医师误判。③结合影像学等辅助检查考虑病情不全面^[11]:对于症状不典型的病人,在诊疗过程中尽可能全面的结合病人的辅助检查,从整体分析病情,减少先入为主的思维惯性造成的误判。

通过上述3例病例的诊疗经验,总结出以下经验减少误诊发生:①全面充分的病史采集,加强与病人的沟通,对于病情变化中的细节及既往诊疗经过仔细询问,尤其是是否出疹、出疹前后病情的改变、是否存在肿瘤家族史等情况。②细致且全面的专科查体,尤其是对于病人疼痛的性质及特征要仔细检查,针对现有的体征综合考虑是否符合PHN症状。③综合辅助检查与影像学资料,全面的看待病情,利用现有资料抽丝剥茧的进行鉴别诊断。④加强多学科合作,对于症状不典型的疑难病人,通过多学科会诊交流,促进各专科的思考与交流,提高对非本专业疾病的了解,减少误诊的发生。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

- [1] 《中华医学杂志》社皮肤科慢病能力提升项目专家组,中国医师协会疼痛科医师分会,国家远程医疗与互联网医学中心皮肤科专委会.带状疱疹相关性疼痛全程管理专家共识[J].中华皮肤科杂志,2021,54(10):841-846.
- [2] 樊碧发.中国疼痛医学发展报告[M].中国疼痛医学发展报告,2020.
- [3] 于生元,万有,万琪,等.带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(3):161-167.
- [4] 翟庆.带状疱疹128例误诊分析[J].中国皮肤性病学杂志,2005,19(1):57-58.
- [5] 中华医学会疼痛学分会.中国疼痛病诊疗规范[M].北京:人民卫生出版社,2020.
- [6] Ansari S, Amanullah MF, Ahmad K, *et al.* Pott's spine: diagnostic imaging modalities and technology advancements[J]. N Am J Med Sci, 2013, 5(7):404-411.
- [7] Jung NY, Jee WH, Ha KY, *et al.* Discrimination of tuberculous spondylitis from pyogenic spondylitis on MRI[J]. Am J Roentgenol, 2004, 182(6):1405-1410.
- [8] Chen H, Zhan M, Liu S, *et al.* Unraveling the potential of metagenomic next-generation sequencing in infectious disease diagnosis: challenges and prospects[J]. Sci Bull, 2024, 69(11):1586-1589.
- [9] 中华医学会骨科学分会骨肿瘤学组.脊柱转移瘤外科治疗指南[J].中华骨科杂志,2019,39(12):717-726.
- [10] 李杰,陈雷,胡伦灯,等.脊柱转移瘤和转移性脊髓压迫:英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)2023指南解读[J].中国修复重建外科杂志,2024,38(9):1035-1039.
- [11] 任彦景,李德成,王芳芳,等.带状疱疹神经痛与颈腰痛误诊原因分析[J].临床误诊误治,2021,38(4):17-21.

• 消 息 •

中国医药教育协会 2025 年疼痛医学专业委员会年会通知

为进一步发展疼痛医学教育事业,提高疼痛医学从业人员综合素质及慢性疼痛诊疗水平,由中国医药教育协会、中国医药教育协会疼痛医学专业委员会主办、北京大学第三医院、山西白求恩医院承办的“中国医药教育协会 2025 年疼痛医学专业委员会年会”将于 2025 年 9 月 12~14 日在山西大同召开。

本次会议是疼痛医学临床诊疗从业者进行学术交流的一次盛会,会议将为您展示疼痛学最新研究成果,提供与疼痛相关研究领域的专家、学者面对面交流机会,深入探讨疼痛学前沿理论和诊疗进展,共同推动疼痛医学教育的发展与进步。本次会议将设置脊柱内镜、神经调控、神经病理性疼痛、肌骨疾病介入诊疗、癌痛及药物、疼痛诊疗新技术新进展等专题。大会组委会诚挚地邀请全国各地的疼痛科专家、同仁踊跃参加此次盛会。

会议联系人:梁辰 15701286854 仝满满 13810272337