



(OSID 码)

· 误诊分析 ·

# 肌炎并发肺部病变误诊为隐源性机化性肺炎的病例分析及反思

胡建平, 吴美娟

**【摘要】** 肌炎的临床症状缺乏特异性, 进而导致其漏诊率和误诊率较高。隐源性机化性肺炎 (COP) 属于临床罕见病, 其常见临床表现为咳嗽、咳痰与呼吸困难等, 症状疑似下呼吸道感染, 容易误诊为肺炎和肺结核等。但关于肌炎误诊为 COP 的病例较为罕见。本文报道 1 例肌炎并发肺部病变误诊为 COP 的患者的诊疗过程, 最终指出充分掌握肌炎并发肺部病变和 COP 的临床特征, 并结合实验室检查、影像学检查结果, 可帮助临床医师鉴别诊断二者, 以最大程度地降低误诊率及漏诊率, 并使患者得到及时有效的治疗。

**【关键词】** 肌炎; 隐源性机化性肺炎; 误诊; 病例报告

**【中图分类号】** R 685.2 R 562.21 **【文献标识码】** D DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2020.10.026

胡建平, 吴美娟. 肌炎并发肺部病变误诊为隐源性机化性肺炎的病例分析及反思 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28 (10): 135-140. [ www.syxnf.net ]

HU J P, WU M J. Analysis and reflection on myositis complicated with pulmonary disease misdiagnosed as cryptogenic organizing pneumonia: a case report [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2020, 28 (10): 135-140.

## Analysis and Reflection on Myositis Complicated with Pulmonary Disease Misdiagnosed as Cryptogenic Organizing Pneumonia: a Case Report HU Jianping, WU Meijuan

Department of Respiratory Medicine, People's Hospital of Chongqing Wansheng Economic and Technological Development Zone, Chongqing 400800, China

Corresponding author: WU Meijuan, E-mail: 250419806@qq.com

**【Abstract】** The clinical symptoms of myositis lack specificity, which leads to a high rate of missed diagnosis and misdiagnosis. Cryptogenic organizing pneumonia (COP) is a rare clinical disease, its common clinical manifestations include cough, sputum, dyspnea, etc. Its symptoms are suspected of lower respiratory tract infection, and are easily misdiagnosed as pneumonia and tuberculosis. However, myositis complicated with pulmonary disease misdiagnosed as COP is rare. This paper reported the diagnosis and treatment of a case of myositis complicated with pulmonary disease patient misdiagnosed as COP. Finally it is pointed out that fully grasping the clinical features of myositis and COP, combined with the results of laboratory examination and imaging examination, can help clinicians to differentiate and diagnose the two diseases, reduce the misdiagnosis rate and missed diagnosis rate to the greatest extent, and make the patient get timely and effective treatment.

**【Key words】** Myositis; Cryptogenic organizing pneumonia; Diagnostic errors; Case reports

肌炎属于系统性结缔组织病变, 其病因不明, 可能与自身免疫反应异常有一定关系, 相关研究证实, 其可并发肺部病变<sup>[1]</sup>。对于无任何确切病因或合并症所引起的以肉芽结节组织在细支气管管腔、肺泡腔内填充及延伸所导致的病理改变称为隐源性机化性肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP), 经证实, 其患病率极低, 为临床罕见病<sup>[2]</sup>。故肌炎并发肺部病变与 COP 容易被混淆。病理学检查是诊断 COP 或肌炎并发肺部病变的“金标准”, 但由于肺组织标本难以采集, 其在临床中的应用受限<sup>[3]</sup>。理论上, 临床症状和影像学检查对肺部病变的诊断具有重要的提示作用, 但上述征象在肌炎并发肺部病变与 COP 的鉴别诊断中缺乏特异性, 故肌炎并发

### 本文创新点 / 不足:

(1) 肌炎属于常见病, 但由于临床症状缺乏特异性而严重影响诊断效果, 故在诊断期间需完善心电图、血清肌酶、肌活检等检查, 且需与多形性红斑、血管神经性水肿、全身性红斑狼疮、丹毒及硬皮病等疾病相鉴别; 隐源性机化性肺炎 (COP) 属于罕见病, 容易被误诊为肺炎、肺结核。但关于肌炎并发肺部病变误诊为 COP 的病例极为罕见, 故本文对肌炎并发肺部病变误诊为 COP 的病例分析具有一定的创新性。

(2) 在肌炎并发肺部病变与 COP 的鉴别诊断期间需综合考虑临床症状及实验室检查、病理检查、影像学检查结果以明确疾病的诊断, 必要时可达到精准诊断, 以避免延误最佳治疗时机。但由于随访时间较长, 不可排除随访期间药物对病情变化所产生的影响。同时, 由于肌炎缺乏诊断标准, 故肌炎并发肺部病变误诊为 COP 的结论尚有待进一步临床实践证实。

基金项目: 重庆市医学科研项目 (20143088)

400800 重庆市万盛经济技术开发区人民医院呼吸内科

通信作者: 吴美娟, E-mail: 250419806@qq.com

肺部病变误诊为 COP 的概率相对较高<sup>[4]</sup>。本研究报道 1 例肌炎并发肺部病变误诊为 COP 患者并进行反思, 以期为临床医生准确鉴别诊断肌炎和 COP 提供参考。

### 1 病例简介

**1.1 一般资料** 患者, 女, 52 岁, 既往体健, 无糖尿病、高血压、骨质疏松症、冠心病、慢性支气管炎、冠心病等既往史, 无吸烟史, 无粉尘接触史及特殊化学物质接触史。在确诊前, 主要误诊为 COP、细菌性肺炎。

**1.2 临床症状** 2017-05-03 由于“咳嗽、咳痰 4 周”收治于重庆市万盛经济技术开发区人民医院呼吸内科。4 周前无明显诱因出现咳嗽、咳痰, 无胸痛、胸闷、发热、呼吸困难、乏力、咯血等症状。

**1.3 体格检查** 体温 36.5℃, 脉搏 98 次/min, 呼吸频率 20 次/min, 收缩压 94 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 舒张压 63 mm Hg, 神清语利, 查体合作。全身浅表淋巴结无肿大。口唇红润, 咽部无充血, 扁桃体无肿大, 气管居中。双侧胸廓正常, 呼吸运动正常, 语音震颤正常, 叩诊呈清音, 听诊呼吸规整, 双肺呼吸音粗, 无干、湿啰音。

**1.4 实验室检查** 入院时完善相关检查示: 血常规、C 反应蛋白、红细胞沉降率 (erythrocyte sedimentation rate, ESR) 处于参考范围, 结核菌素纯蛋白衍化物 (PPD) 试验、痰抗酸染色、结核抗体、自身抗体、抗中性粒细胞胞质抗体 (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA)、可提取性核抗原 (extractable nuclear antigen, ENA) 多肽等检测均为阴性。

**1.5 影像学检查** (1) 2017-06-09 行胸部 CT 示: 双下肺炎 (见图 1)。(2) 2017-06-26 复查胸部 CT 示: 左下肺病灶较前增大, 右肺病灶无明显变化, 考虑 COP (见图 2)。再次复查胸部 CT 示病灶无明显变化, 遂转重庆医科大学附属第一医院, 完善高分辨率 CT (high-resolution CT, HRCT) 检查示: 双肺下叶右肺中叶实变影及双肺上叶胸膜下散在小片状模糊

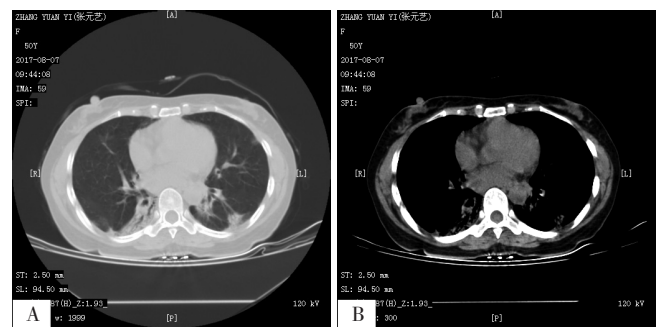
影, 考虑炎症; 肺动脉造影 (computed tomography pulmonary angiography, CTPA) 示: 左肺上叶舌段动脉远端可疑肺栓塞。

(3) 2017-08-07 复查胸部 CT 示: 双下肺病灶明显吸收 (见图 3)。(4) 2017-09-06 复查胸部 CT 示: 双侧肺炎病灶较前明显增多 (见图 4)。(5) 2018-04-08 胸部 CT 平扫示: 双肺仍可见多发散在斑点、斑片状模糊影及纤维索条影 (见图 5)。(6) 2018-06-04 胸部 CT 示: 双肺散在间质性纤维化伴周围感染性病变、临近支气管牵拉性扩张, 以双肺野边缘、近膈底区域为甚 (见图 6)。(7) 2019-07-23 胸部 CT 示: 双肺散在间质性纤维化伴周围感染性病变、临近支气管牵拉性扩张, 以双肺野边缘、近膈底区域为甚; 纵隔、颈部气肿; 双侧胸膜增厚; 右侧第 11 肋后段陈旧性骨折 (见图 7)。

**1.6 诊断** (1) 首次入院诊断: 亚急性咳嗽原因待查, 感染后咳嗽, 咳嗽变异性哮喘。(2) 首次出院诊断: COP。

### 1.7 治疗

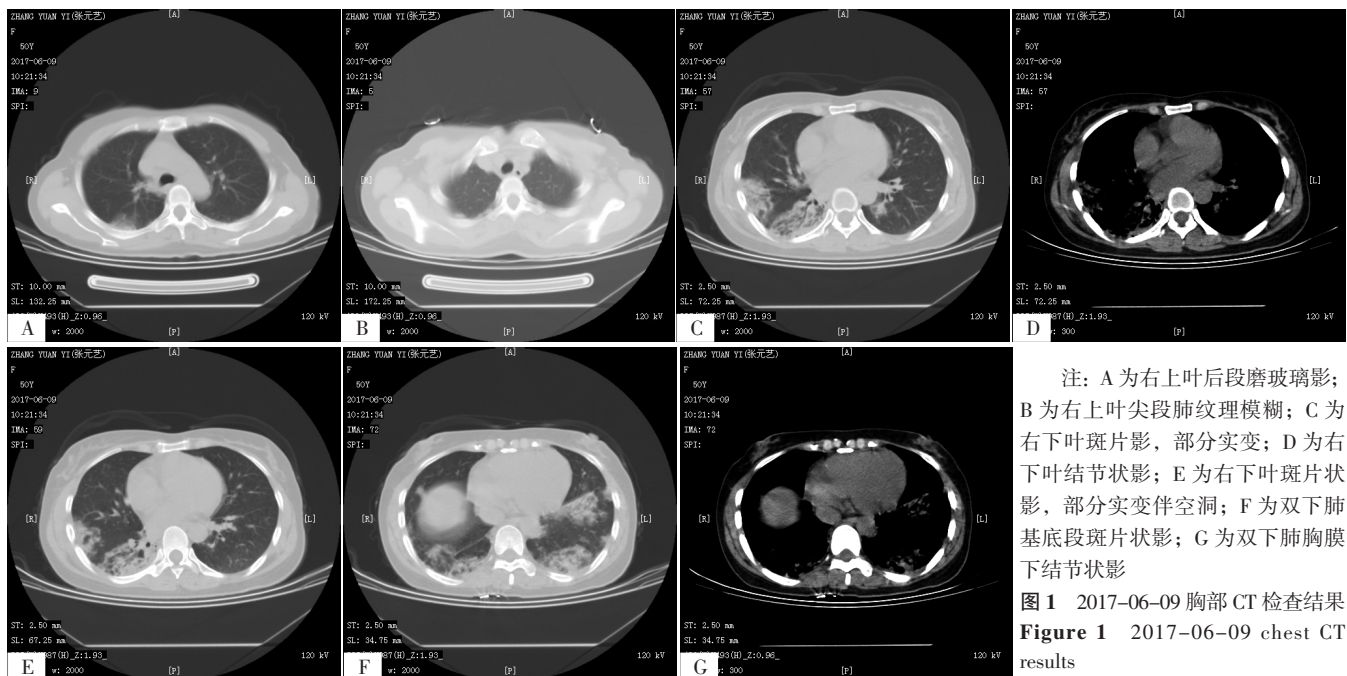
**1.7.1 第 1 次入院治疗** 2017-05-03 第 1 次入院时给予抗感染、止咳化痰治疗 7 d, 效果欠佳, 而后调整治疗方案, 加用



注: A 为双下肺纤维索条影; B 为双下肺肺组织边缘模糊

图 3 2017-08-07 胸部 CT 检查结果

Figure 3 2017-08-07 chest CT results



注: A 为右上叶后段磨玻璃影; B 为右上叶尖段肺纹理模糊; C 为右下叶斑片影, 部分实变; D 为右下叶结节状影; E 为右下叶斑片状影, 部分实变伴空洞; F 为双下肺基底段斑片状影; G 为双下肺胸膜下结节状影

图 1 2017-06-09 胸部 CT 检查结果

Figure 1 2017-06-09 chest CT results

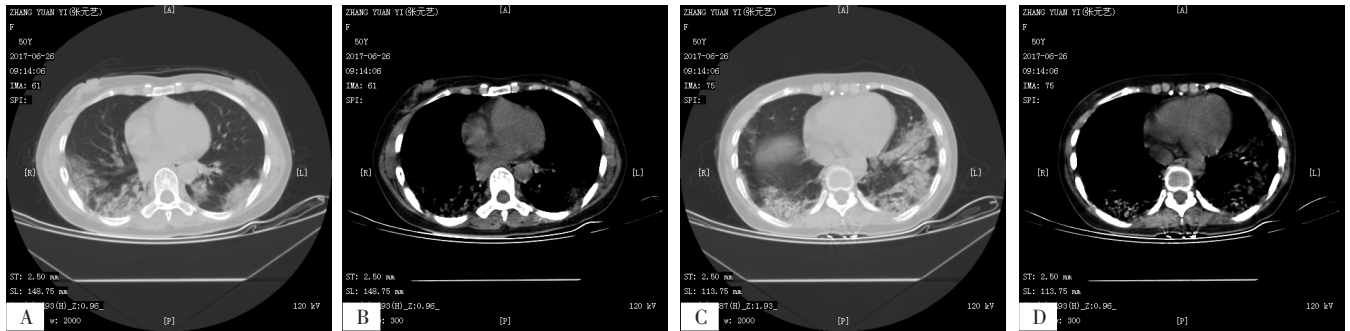
泼尼松(浙江仙琚制药股份有限公司生产)15 mg, 2次/d, 持续治疗7 d, 患者咳嗽、咳痰症状稍缓解出院, 院外继续口服泼尼松治疗10 d。

1.7.2 第2次入院治疗 2017-06-09再次入院时给予哌拉西林舒巴坦钠(瑞阳制药有限公司生产)4.5 g, 1次/8 h, 持续治疗3 d; 甲泼尼龙(天津天药药业股份有限公司)80 mg, 2次/d×3 d或1次/d×5 d; 布地奈德(AstraZeneca Pty Ltd)2 ml+沙丁氨醇(GlaxoSmithKline Australia Pty Ltd)2.5 ml, 雾化吸入; 病情缓解出院, 院外继续口服泼尼松治疗, 并减量

至停药。

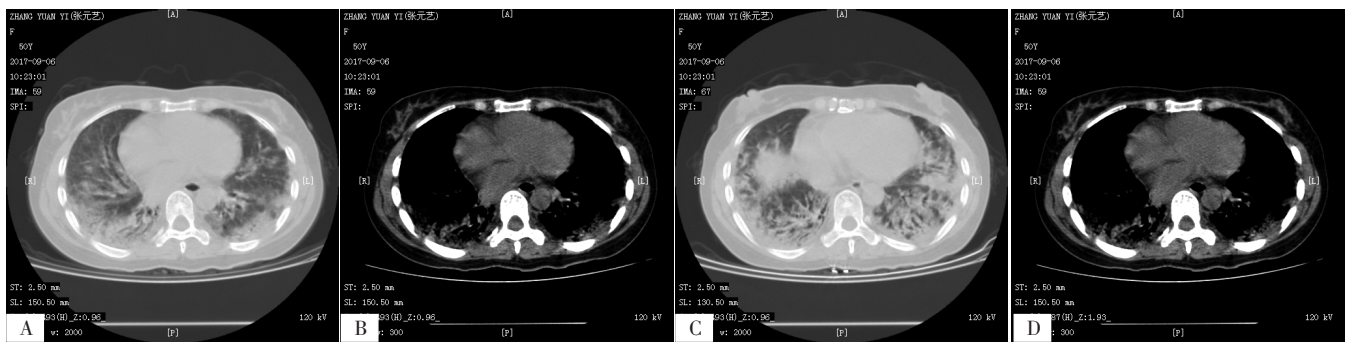
1.7.3 门诊治疗 2017-06-26, 患者停药后病情出现反弹, 给予左氧氟沙星抗感染、乙酰半胱氨酸化痰及对症支持治疗, 加用甲泼尼龙80 mg, 2次/d或1次/d, 持续治疗3 d。2018-04-08, 患者胸部CT示病灶较前吸收减少, 病灶吸收不佳, 改泼尼松45 mg, 口服, 其后逐渐减量。2019-07-23, 患者出现全身多发性红疹, 考虑过敏可能, 再次加以泼尼松5 mg, 口服。

1.8 临床转归 首次出院至末次随访时间为30个月, 2019-07-23, 患者胸部CT示双肺散在间质性纤维化伴周围感染性



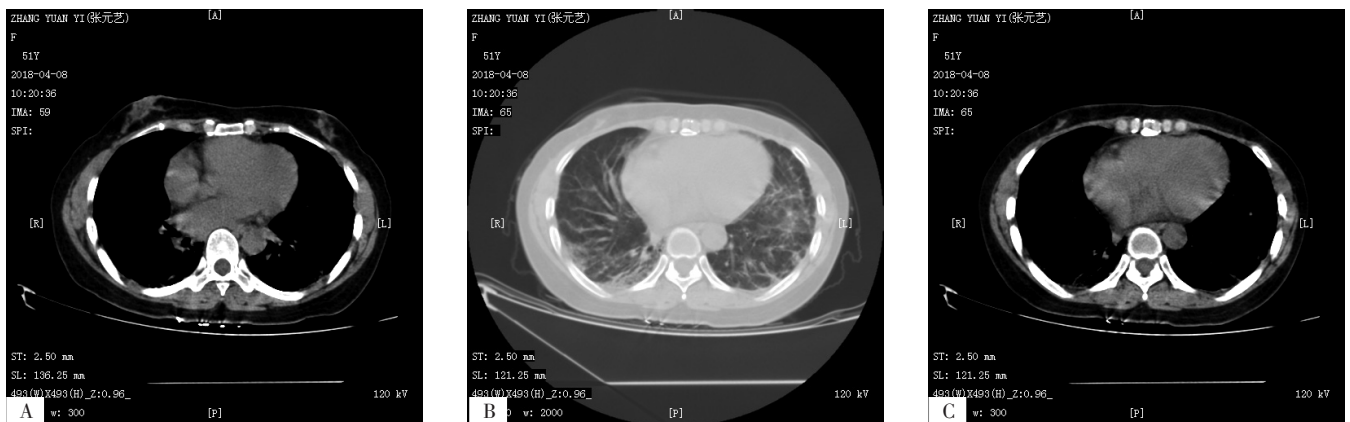
注: A 为双下肺斑片状影; B 为双下肺结节状影; C 为双下肺纹理模糊, 实变影; D 为双下肺肺组织斑片状影, 边缘模糊

图2 2017-06-26胸部CT检查结果  
Figure 2 2017-06-26 chest CT results



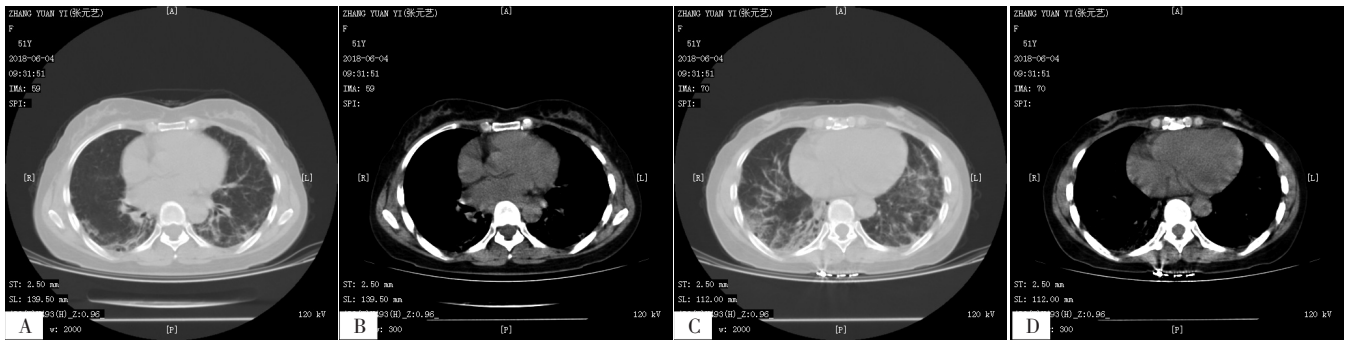
注: A 为双下肺基底段斑片状影; B 为双下肺基底段结节状影; C 为双下肺斑片状影; D 为双下肺结节状影

图4 2017-09-06胸部CT检查结果  
Figure 4 2017-09-06 chest CT results



注: A 为双下肺纤维索条影; B 为双下肺纤维化伴渗出; C 为双下肺胸膜下肺组织边缘模糊

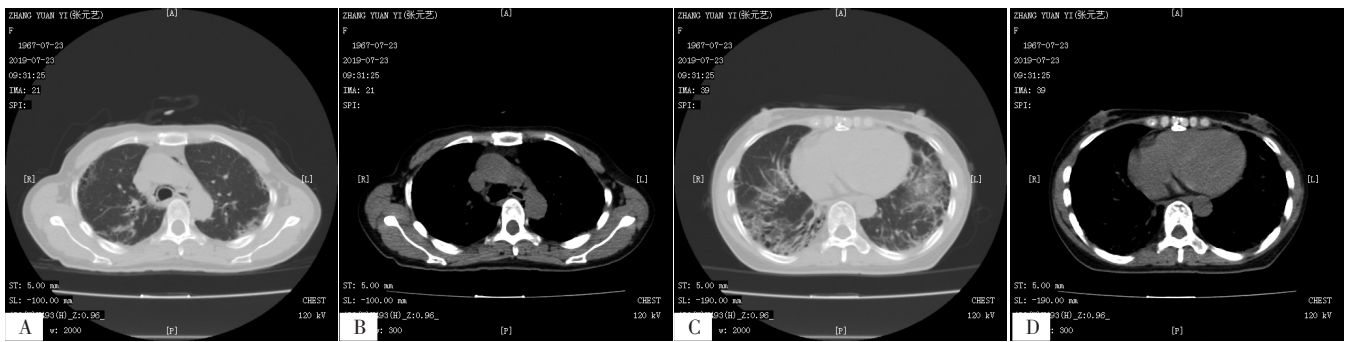
图5 2018-04-08胸部CT平扫结果  
Figure 5 2018-04-08 chest CT results



注：A 为双下肺组织纤维化；B 为双下肺近膈区结节状影；C 为双下肺纤维化伴渗出；D 为双下肺边缘模糊

图 6 2018-06-04 胸部 CT 检查结果

Figure 6 2018-06-04 chest CT results



注：A 为双上叶肺斑点状影，以胸膜下为主；B 为双上肺胸膜下结节状影；C 为双下肺纤维化伴渗出；D 为双下肺实变结节影

图 7 2019-07-23 胸部 CT 检查结果

Figure 7 2019-07-23 chest CT results

病变，临近支气管牵拉性扩张，纵隔、颈根部气肿；双侧胸膜增厚；右侧第 11 肋后段陈旧性骨折，故确诊为肌炎并发肺部病变。

## 2 讨论

2.1 肌炎并发肺部病变与 COP 的临床及病理特征 相关文献显示，细胞介导的免疫反应在肌炎的发生发展中发挥重要作用，且病毒、恶性肿瘤等亦可能参与致病过程<sup>[5]</sup>。流行病学研究显示，肌炎的男女比例为 1：2，常累及 40~60 岁的中年人<sup>[6]</sup>。COP 属于特发性间质性肺炎（idiopathic interstitial pneumonia, IIP），其病因亦未被完全阐明，是指排除肿瘤、结缔组织病或感染等因素所导致的机化性肺炎，约占 IIP 的 4%~12%<sup>[7]</sup>。流行病学研究表明，COP 的男女比例约为 1：1，并容易累及 40~60 岁的中年人<sup>[8]</sup>。

2.2 肌炎并发肺部病变与 COP 的诊断与鉴别诊断 （1）临床症状：肌炎由于临床症状较为隐匿而诊治难度较大，可伴有发热、吞咽困难、肺部不适、乏力、皮疹、关节疼痛和雷诺现象等。COP 的临床症状缺乏特异性，早期可出现咳嗽、咳痰、发热、乏力和气促等。由于 COP 的临床症状与亚急性流行性感冒相似，故本文患者住院诊断为 COP 期间排除了亚急性流行性感冒。而肌炎的临床症状主要包括肌无力、皮疹、关节痛和眼底改变等，由于本文患者缺乏上述典型症状，故入院高度怀疑感染后咳嗽或咳嗽变异性哮喘。同时，根据咳嗽的治疗原则采用抗感染、化痰、糖皮质激素等治疗后仍

未痊愈，且在随访期间病情迁延不愈。进一步统计发现，患者末次随访（2019-07-23）时首次出现全身多发性红疹、周围感染性病变及陈旧性骨折等症状，故考虑肌炎并发肺部病变的诊断可能性大。结合相关文献，在肌炎并发肺部病变和 COP 的诊断和鉴别诊断期间应结合体格检查、实验室检查和影像学检查等结果<sup>[9]</sup>。（2）体格检查：体格检查时，COP 患者的肺部听诊可闻及双下肺局限性或广泛性湿啰音、Velcro 啰音等，本文患者肺部叩诊呈清音，呼吸规整，双肺呼吸音粗，无干、湿啰音。但经查阅相关文献后发现，COP 的体格征象缺乏特异性<sup>[10]</sup>，故本文患者不能排除 COP 的可能。肌炎可出现肌力降低所致的行动不便、皮疹、关节肿胀等，即使本文患者的体格检查结果不满足肌炎的诊断标准，但由于体格检查结果缺乏特异性亦不可排除肌炎的可能<sup>[11]</sup>。（3）实验室检查：相关研究证实，实验室检查对肌炎的诊断具有重要的辅助作用<sup>[12]</sup>，患者 ESR 可增快，但其缺乏特异性<sup>[13]</sup>。COP 患者的 PPD 试验、ANCA、ENA 多肽等结果呈阴性，考虑病理组织学检查是诊断 COP 的“金标准”，但由于本文患者拒绝采集肺组织标本而未实施该项检查，故结合实验室检查进行肌炎并发肺部病变和 COP 的鉴别诊断尚存在一定的难度。（4）影像学检查：COP 患者的胸部 CT 表现存在个体差异。魏淑珍等<sup>[14]</sup>总结 COP 患者的胸部 CT 主要表现为双肺多发性或局灶性肺泡实变影，可伴有空气支气管征，其边缘清晰，可呈梭形、星形或圆形等，并呈分段或分叶分布，可见

钙化、空洞等,易误诊为肺结核、肺癌等;少数患者可出现结节状或不规则线状间质浸润影、不规则带状影或反晕轮等,此时应与结节病、Wegener肉芽肿、肺泡细胞癌、肺曲霉菌病等肺部疾病相鉴别<sup>[15]</sup>。大多数肌炎患者的胸部CT表现无异常,但不可排除肌炎并发肺部病变所引起的胸部CT病理特征<sup>[16-17]</sup>。本文患者随访至2019-07-23时出现全身多发性红疹,胸部CT示右侧第11肋后段陈旧性骨折,不排除陈旧性骨折所致近端肌肉无力的可能,考虑肌无力、特征性皮疹是肌炎的典型症状,实验室检查结果无明显异常,影像学检查提示双下肺炎、双肺散在间质性纤维化伴周围感染性病变、纵膈颈部气肿及双侧胸膜增厚,不排除病毒所致肌炎并发肺部病变的可能。因此,综合考虑随访期间的临床症状、实验室检查和影像学检查特征,本文患者确诊肌炎并发肺部病变的可能性较大。肌炎的治疗原则主要包括严格限制活动、糖皮质激素和免疫抑制剂等治疗,其中糖皮质激素是治疗肌炎的特效药物,但糖皮质激素的适宜剂量和疗程尚缺乏明确的定论。应根据患者的病情状况制定科学有效的药物治疗方案<sup>[18]</sup>。

2.3 肌炎的误诊原因分析 笔者总结本文患者误诊的原因包括:(1)不重视病理组织学检查。本文患者由于拒绝进行肺活检术,而导致病理组织学检查失败。在临床实践期间,对于充分抗感染、止咳、化痰及对症支持治疗无效后的患者,应及时进行病理组织学检查,以排除COP的可能。(2)过分依靠胸部CT检查。临床医师的思维狭窄,未考虑由于自身免疫反应异常所致肌炎并发肺部病变的可能。(3)肌炎并非罕见病,作为风湿免疫科疾病,其患病率仅低于系统性红斑狼疮,但由于本文患者临床症状、实验室检查结果和影像学检查结果缺乏特异性,故影响临床医师考虑诊断肌炎并发肺部病变的可能。(4)对于常规治疗后病情仍迁延不愈的患者应尝试考虑给予诊断性糖皮质激素治疗。

综上所述,肌炎的临床症状缺乏特异性,进而导致其漏诊率和误诊率较高;COP属于临床罕见病,容易出现误诊、漏诊,尤其是无明显诱因者。因此充分掌握肌炎并发肺部病变和COP的临床特征,并结合实验室检查、影像学检查结果,可帮助临床医师鉴别诊断二者,最大程度地降低误诊率及漏诊率,并使患者得到及时有效的治疗。

作者贡献:胡建平进行文章的构思与设计、可行性分析,文献/资料收集、整理,撰写论文;胡建平、吴美娟进行论文、英文的修订;吴美娟负责文章的质量控制和审校,并对文章整体负责、监督管理。

本文无利益冲突。

## 参考文献

- [1] YILMAZ S, AKINCIÖZYÜREK B, ERDOGAN Y, et al. Retrospective evaluation of patients with organizing pneumonia: is cryptogenic organizing pneumonia different from secondary organizing pneumonia? [J]. Tuberc Toraks, 2017, 65 (1): 1-8. DOI: 10.5578/ft.53938.
- [2] NISHINO M, BOSWELL E N, HATABU H, et al. Drug-related pneumonitis during mammalian target of rapamycin inhibitor therapy: radiographic pattern-based approach in waldenström macroglobulinemia as a paradigm [J]. Oncologist, 2015, 20 (9): 1077-1083. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0033.
- [3] 宗晓福, 张文娟, 俞同福. 孤立结节型隐源性机化性肺炎的临床分析 [J]. 临床急诊杂志, 2016, 17 (9): 711-713. DOI: 10.13201/j.issn.1009-5918.2016.09.017.
- [4] ZONG X F, ZHANG W J, YU T F. The clinical analysis of solitary nodular cryptogenic organizing pneumonia [J]. Journal of Clinical Emergency, 2016, 17 (9): 711-713. DOI: 10.13201/j.issn.1009-5918.2016.09.017.
- [5] RADZIKOWSKA E, ROZY A, JAGUS P, et al. Cryptogenic organizing pneumonia: IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, and TGF- $\beta$  1 serum concentrations and response to clarithromycin treatment [J]. Adv Exp Med Bio, 2016, 911 (5): 77-85. DOI: 10.1007/5584\_2016\_223.
- [6] 卢昕, 王国春. 副肿瘤肌炎综合征: 一类需要增强认识的疾病 [J]. 中华风湿病学杂志, 2019, 23 (8): 505-506. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-7480.2019.08.001.
- [7] LU X, WANG G C. Paraneoplastic myositis syndrome: a class of diseases need to be enhanced awareness [J]. Chinese Journal of Rheumatology, 2019, 23 (8): 505-506. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-7480.2019.08.001.
- [8] 程佑, 杨艳, 王明华. 40例多发性肌炎/皮肌炎病人的临床特点分析 [J]. 安徽医药, 2019, 23 (2): 283-286. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.02.019.
- [9] CHENG Y, YANG Y, WANG M H. Analysis of the clinical features of 40 patients with polymyositis/dermatomyositis [J]. Anhui Medical and Pharmaceutical Journal, 2019, 23 (2): 283-286. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.02.019.
- [10] 高慧, 林锋, 吴彪, 等. 1例隐源性机化性肺炎误诊病例分析及反思 [J]. 中国热带医学, 2019, 19 (8): 798-800. DOI: 10.13604/j.cnki.46-1064/r.2019.08.21.
- [11] GAO H, LIN F, WU B, et al. Analysis and reflection on a misdiagnosis case of cryptogenic organic pneumonia [J]. China Tropical Medicine, 2019, 19 (8): 798-800. DOI: 10.13604/j.cnki.46-1064/r.2019.08.21.
- [12] 于鸿敏, 乔华, 张向宁. 隐源性机化性肺炎多次复发2例并复发因素文献复习 [J]. 国际呼吸杂志, 2019, 39 (10): 767-771. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2019.10.010.
- [13] YU H M, QIAO H, ZHANG X N. Multiple recurrences of cryptogenic organizing pneumonia: 2 cases report and literature review on relapse [J]. International Journal of Respiration, 2019, 39 (10): 767-771. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2019.10.010.
- [14] 陈智鸿, 谭于飞, 张连鹏, 等. 纤维蛋白原和D-二聚体对隐源性机化性肺炎复发的预测价值 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2019, 42 (4): 297-299. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2019.04.013.
- [15] 李珊, 刘永哲, 黄慧, 等. 组蛋白去乙酰化酶在特发性肺纤维化和隐源性机化性肺炎发病机制中的作用 [J]. 中华结核和

呼吸杂志, 2019, 42 ( 5 ) : 361-366.DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2019.05.009.

LI S, LIU Y Z, HUANG H, et al.The role of histone deacetylases in the pathogenesis of idiopathic pulmonary fibrosis and cryptogenic organizing pneumonia [ J ] .Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 2019, 42 ( 5 ) : 361-366.DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2019.05.009

[ 11 ] 陈尚周, 周发琼. 血清 YKL-40 水平与多肌炎 / 皮炎炎的相关性 [ J ] .临床与病理杂志, 2019, 39 ( 5 ) : 947-951.

[ 12 ] 郭祥君, 史家欣, 温燕, 等. 隐源性机化性肺炎患者血清半乳糖凝集素 9 水平变化及其临床意义研究 [ J ] .实用心脑血管病杂志, 2017, 25 ( 4 ) : 48-50, 55. DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2017.04.011.

GUO X J, SHI J X, WEN Y, et al.Change and clinical significance of serum galectin-9 level in patients with cryptogenic organizing pneumonia [ J ] .Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2017, 25 ( 4 ) : 48-50, 55. DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2017.04.011.

[ 13 ] 张利娟, 高银杰, 周霞, 等. 多发性肌炎误诊为自身免疫性肝病 1 例报告 [ J ] .临床肝胆病杂志, 2019, 35 ( 8 ) : 1809-1810.DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2019.08.033.

ZHANG L J, GAO Y J, ZHOU X, et al.Polymyositis misdiagnosed as autoimmune liver disease: a case report [ J ] .Journal of Clinical Hepatology, 2019, 35 ( 8 ) : 1809-1810.DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2019.08.033.

[ 14 ] 魏淑珍, 朱思红, 李素娟, 等. 隐源性机化性肺炎及继发性机化性肺炎的临床特征及影像特点分析 [ J ] .国际呼吸杂志, 2018, 38 ( 3 ) : 192-196.DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2018.03.007.

WEI S Z, ZHU S H, LI S J, et al.Clinical and imaging features of cryptogenic organizing pneumonia and secondary organizing pneumonia [ J ] .International Journal of Respiration, 2018, 38 ( 3 ) : 192-196.DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2018.03.007.

[ 15 ] 王月波. 隐源性机化性肺炎临床特征分析 [ J ] .中国卫生标准管理, 2015, 6 ( 8 ) : 106-107.

[ 16 ] 程方月, 童晶晶, 李霖, 等. 血清单核细胞趋化蛋白 -1 水平与皮炎炎 / 多发性肌炎合并肺间质病变预后相关性研究 [ J ] .临床军医杂志, 2019, 47 ( 7 ) : 716-717, 720.DOI: 10.16680/j.1671-3826.2019.07.22.

[ 17 ] 邓敏灵, 曹文富. 多发性肌炎 / 皮炎炎相关性间质性肺病研究进展 [ J ] .实用中医药杂志, 2019, 35 ( 6 ) : 757-759.

[ 18 ] 丁群力, 吕丹, 王碧炯, 等. 大环内酯类药物治疗隐源性机化性肺炎一例并文献复习 [ J ] .中国全科医学, 2014, 17 ( 32 ) : 3868-3871, 3874.DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2014.32.022.

DING Q L, LYU D, WANG B J, et al.Macrolides for the treatment of COP: a case report and review of the literature [ J ] .Chinese General Practice, 2014, 17 ( 32 ) : 3868-3871, 3874.DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2014.32.022.

(收稿日期: 2020-05-28; 修回日期: 2020-07-14)  
(本文编辑: 崔丽红)

· 指南 · 共识 · 标准 ·

《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》相关推荐意见 (二)

降低颅内压 ( ICP ) 的检测与治疗

1. 对所有高血压性脑出血 ( HICH ) 患者应进行 ICP 的评估和判断, 并及时处理, 防止发生严重高颅压甚至脑疝 ( I 级推荐, B 级证据 )。
2. 有条件时可以考虑对格拉斯哥昏迷量表 ( GCS ) 评分为 3-8 分的 HICH 患者进行有创性 ICP 监测 ( II b 级推荐, C 级证据 )。
3. 甘露醇和高渗盐水等药物可减轻脑水肿, 降低 ICP, 降低脑疝发生风险; 可根据患者具体情况选择药物的种类、治疗剂量及给药次数 ( I 级推荐, C 级证据 )。

镇静镇痛治疗

建议对重症 HICH 尤其是伴躁动者行镇静镇痛治疗 ( I 级推荐, C 级证据 )。

HIGH 后的血压管理

1. 对于收缩压为 150-220 mm Hg ( 1 mm Hg=0.133 kPa ) 且无急性降压治疗禁忌证的 HICH 患者, 急性期将收缩压降至 140 mm Hg 是安全的 ( I 级推荐, A 级证据 ), 降至 130 mm Hg 以下则会增加颅外缺血风险 ( III 级推荐, A 级证据 )。
2. 对于收缩压 >220 mm Hg 的 HICH 患者, 连续静脉用药强化降低血压和持续血压监测是合理的, 但在临床实践中应根据患者高血压病史长短、基础血压值、ICP 情况及入院时血压情况个体化决定降压目标 ( II a 级推荐, C 级证据 )。
3. 对于收缩压为 150-220 mm Hg 且无急性降压治疗禁忌证的 HICH 患者, 围术期收缩压降至 120-140 mm Hg 可能是安全的 ( II b 级推荐, B 级证据 )。

(来源: 医脉通)