

·误诊分析·

恶性淋巴瘤 23 例误诊分析

麦水强 黄仍颂 陈铭珍 郑德元

【摘要】 目的 提高小儿恶性淋巴瘤的诊断水平。**方法** 收集经病理检查确诊的曾被误诊的小儿恶性淋巴瘤 23 例。**结果** 误诊为结核病 8 例,白血病 6 例,肠套叠、淋巴结炎各 2 例,脊髓炎、睾丸炎、出血性鼻炎、组织细胞增生症、皮肤过敏症各 1 例。**结论** 对原因不明的进行性淋巴结肿大、原因不明的发热、贫血、骨痛及肝脾肿大、原因不明的截瘫、睾丸肿大、皮肤肿块,应常规进行病理学检查。

【关键词】 恶性淋巴瘤 儿童 误诊

【中图分类号】 R73

【文献标识码】 A

【文章编号】 1003-515X(2003)01-0054-02

恶性淋巴瘤临床表现多样化,缺乏特异性症状和体征,误诊率高^[1]。现将我们两院 1980 年 8 月~2002 年 8 月收治误诊的小儿恶性淋巴瘤 23 例,报道如下。

临床资料

一、一般资料 本组 23 例,霍奇金病 8 例,非霍奇金恶性淋巴瘤 15 例,均经病理学检查确诊。男 16 例,女 7 例。~5 岁 3 例,~10 岁 16 例,~15 岁 4 例。年龄 1 岁 8 个月~14.5 岁。I 期 2 例,II 期 4 例,III 期 8 例,IV 期 9 例。

二、临床表现 淋巴结肿大 13 例,发热 9 例,骨骼疼痛 8 例,面色苍白 6 例,胸腔积液 5 例,腹水、肝脾肿大各 3 例,腹痛、腹部肿块 2 例,截瘫、睾丸肿痛、流脓血性鼻涕、头顶部肿块及皮肤肿块各 1 例。

三、实验室检查 血红蛋白 55~125 g/L,白细胞 $(7.3 \sim 21.5) \times 10^9/L$,血小板 $(87 \sim 323) \times 10^9/L$ 。血沉 31~94 mm/1 h,肝功能轻度异常 2 例。

四、影像学检查 X 线检查 30 例次,发现肺门淋巴结肿大 8 例,纵隔增大及胸腔积液各 5 例,肠套叠 2 例。腹部 B 超检查 13 例,发现腹水 4 例,肝脾肿大 4 例,腹部肿块 2 例,睾丸肿块 1 例。CT 检查 7 例,发现前纵隔肿块 5 例,颅骨损害 1 例。MRI 检查示椎管内肿瘤 1 例。

五、病理学检查 淋巴结活检 19 例次,确诊 11 例。肿物切取物活检 6 例,确诊 6 例。骨髓活检 9 例,确诊 4 例。胸腹水病理学检查 14 例次,确诊 2 例。

六、误诊情况 误诊结核病 8 例,白血病 6 例,肠套叠、淋巴结炎各 2 例,脊髓炎、睾丸炎、出血性鼻炎、组织细胞增生症、皮肤过敏症各 1 例。

讨论

一、误诊原因分析 1. 因发热、淋巴结肿大、胸腹水误诊

为结核病。1 例 7 岁女孩,因发热、咳嗽 3 个月、气促半月就诊,X 线胸片示右肺门淋巴结肿大并胸腔积液,胸水常规为渗出性改变,血沉 65 mm/1 h,诊断为结核性胸膜炎。抗痨治疗 2 周,效差,右腋窝出现一 2 cm × 2 cm 淋巴结,经淋巴结活检确诊为非霍奇金恶性淋巴瘤。2. 因发热、贫血、骨痛、肝脾淋巴结肿大误诊为白血病。1 例 6 岁男孩,临床表现为发热、重度贫血、四肢骨痛、肝脾淋巴结肿大,末梢血见幼稚细胞,诊断为急性白血病。两次骨髓检查均示异常淋巴细胞比值偏高,白血病依据不足。再行骨髓活检及淋巴结活检,证实为非霍奇金恶性淋巴瘤。3. 因腹痛、腹部肿块误诊为肠套叠。1 例 9 岁男孩,因阵发性腹痛、呕吐 3 d 就诊,查体发现右下腹肿块,X 线腹片示肠套叠,经手术证实为回盲部肿瘤,病检确诊为非霍奇金恶性淋巴瘤。4. 其他:因截瘫、双下肢感觉障碍误诊为脊髓炎、因睾丸肿痛误诊为睾丸炎、因鼻塞、流脓血样鼻涕误诊为出血性鼻炎、因头颅肿块误诊为组织细胞增生症、因皮肤肿块误诊为皮肤过敏症各 1 例。

二、诊断时应注意的问题 本组误诊为结核病 8 例,分析其原因:1. 全身症状相同:如低热、消瘦、多汗、疲乏等结核中毒症状恶性淋巴瘤患者亦有;2. 局部表现相似:如颈部淋巴结肿大、胸腔积液、腹水等表现,两者均有;3. 辅助检查相混:X 线胸片均见肺门淋巴结肿大,血沉均增快,淋巴结活检均可为非特异性炎症。误诊为白血病 6 例,均为非霍奇金恶性淋巴瘤,与该瘤全身转移早^[2],发热、贫血、骨痛、肝脾淋巴结肿大等表现类似白血病有关,此时骨髓涂片较难鉴别,应做骨髓活检及淋巴结活检,方能确诊。值得借鉴的是误诊为皮肤过敏症 1 例,该患儿就诊时具有皮肤肿块、斑丘疹及皮肤瘙痒三大表现,此三联征为霍奇金病皮肤型的典型表现^[3],因缺乏认识,以致误诊。综上所述,为提高小儿恶性淋巴瘤的诊断水平,建议对下列患儿:1. 原因不明的进行性淋巴结肿大者;2. 发热、贫血、骨痛及肝脾肿大者;3. 诊断为结核病而经抗痨治疗无效者;4. 年长儿发生肠套叠者;5. 原因不明的截瘫、睾丸肿大、鼻出血、头颅肿块者;6. 皮肤肿块者,以上情况应常规行淋巴结活检、骨髓活检或肿块活检,一次检查不能确诊者,应多次或多部位取材检查。

作者单位:518116 深圳市龙岗中心医院儿科(麦水强、黄仍颂);广东医学院附院儿科(陈铭珍、郑德元)

作者简介:麦水强(1957 年-),男,副主任医师,硕士学位,研究方向为小儿血液病。

参考文献

- 1 郑 漪, 郑传经. 儿童恶性淋巴瘤 37 例临床分析[J]. 中国小儿血液, 2000; 5(4): 167 ~ 169
- 2 李向德, 祝洁强, 陈 嘉. 非霍奇金恶性淋巴瘤 24 例[J]. 实用儿

科临床杂志, 1995; 10(1): 46

- 3 赵 辨主编. 临床皮肤病学[M]. 第 2 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 1996: 1065 ~ 1069

(收稿: 2002-08-15, 修回: 2002-11-10)

病毒性胸膜炎 7 例误诊分析

葛文传 陈亚萍 糜丽珍

【关键词】 胸膜炎, 病毒性 胸腔积液 误诊

【中图分类号】 R725.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1003-515X(2003)01-0055-01

病毒性胸膜炎是由病毒感染引起的胸膜炎及渗出, 临床病情和结核性胸膜炎相似而多被误诊。我科 1995 年 5 月 ~ 2001 年 10 月收治胸腔积液患儿 52 例, 其中病毒性胸膜炎 7 例入院前被误诊, 现报告如下。

临床资料

一、一般资料 男 6 例, 女 1 例, 年龄 9 ~ 16 岁, 平均年龄 13.2 岁。起病前有咽痛, 流涕 6 例, 发热、咳嗽各 5 例, 胸闷 4 例, 双侧胸腔积液 1 例, 单侧胸腔积液 6 例, 呼吸音减弱 7 例, 胸膜摩擦音 3 例, 胸部有触痛及叩击痛 7 例。误诊为结核性胸膜炎 4 例, 化脓性胸膜炎 1 例, 特发性胸膜炎 2 例。

二、实验室检查 血白细胞 $(2.60 \sim 10.3) \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $0.34 \sim 0.60$, 淋巴细胞 $0.40 \sim 0.60$, 血沉 $10 \sim 20 \text{ mm/h}$, PPD(5 TU) 阴性 6 例, 弱阳性 1 例, 血清 EB 病毒 IgM 阳性 4 例, 痰涂片找抗酸杆菌及痰找肿瘤细胞均阴性。胸部 X 线检查见胸腔积液 7 例, B 超示包裹性积液 4 例, 胸水检查: 均为草绿色, 细胞数 $(120 \sim 630) \times 10^6/L$, 单核 $0.64 \sim 0.92$, 多核 $0.08 \sim 0.36$, 利凡他试验阳性, 蛋白定量 $32 \sim 54 \text{ g/L}$, 糖 $3.5 \sim 4.8 \text{ mmol/L}$, 乳酸脱氢酶 $102 \sim 225 \text{ U/L}$, 腺苷酸脱氨酶 $86 \sim 123 \text{ U/L}$, 癌胚抗原 $3 \sim 5 \text{ ng/ml}$, 胸水检查抗酸杆菌、脱落细胞及细菌培养均阴性。胸水柯萨奇病毒抗体检查阳性 1 例, 胸水 EB-IgM(+) 2 例。

三、治疗 入院后拟诊病毒性胸膜炎, 予干扰素 100 万 U, 1 次/d, 更昔洛韦 $10 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 分 2 次静脉滴注, 并加用少量糖皮质激素及止痛药物。积液量多时在 B 超引导下穿刺抽液治疗, 在 2 ~ 4 周内症状均完全缓解, 胸水完全吸收, 4 例胸膜增厚, 随诊 0.5 年, 无 1 例复发或发生肺内及肺外结核。

讨 论

病毒性胸膜炎作为引起胸腔积液的原因之一, 因其病因诊断困难, 故临床上往往误诊为结核性胸膜炎或特发性胸腔

积液。本病是病毒感染所致, 是一种自限性疾病。据文献报道^[1,2], 可引起病毒性胸膜炎病毒包括柯萨奇病毒、埃可病毒、EB 病毒、流感病毒、腺病毒、水痘病毒、腮腺炎病毒、单纯疱疹病毒等, 其中柯萨奇病毒 B 组最常见。大多数病毒性胸膜炎的临床病情和结核性相似, 而多误诊为结核性胸膜炎, 按抗结核治疗, 随胸水自行吸收, 常被认为抗结核有效, 而接受全程抗结核治疗, 造成药品浪费和抗结核药物对人体的损害。造成误诊的主要原因有以下几个方面: 1. 对病毒性胸膜炎认识不足, 满足于经抗结核治疗后胸水吸收而不再考虑其他疾病。2. 病毒性胸膜炎的临床病情和结核性相似; 3. 病原学检查尚未普及, 诊断困难。4. 凭经验办事, 缺乏全面考虑, 满足现有诊断, 忽视疾病发展过程。参照文献^[1~4], 我们体会小儿病毒性胸膜炎与结核性胸膜炎有以下不同点: 1. 本病起病前多有鼻塞、咽痛等上呼吸道症状, 而结核性胸膜炎则为结核中毒症状, 如午后低热、夜间盗汗等; 2. 胸痛较结核性剧烈, 难以忍受, 呈阵发性、痉挛性加重, 常伴有胸壁触压痛和叩击痛, 患儿叙述多为不敢深呼吸; 3. 本病胸水可多可少, 常为渗出性, 多次检查细菌阴性, pH 常大于 7.20, 易产生胸膜粘连, 胸水常呈包裹性、多房性, 短期内即有胸膜增厚, 而结核性胸膜炎者大多胸水游离, 抽水容易, 多数仅留下轻度胸膜增厚; 4. 本病有自限性, 多在 2 周左右, 很少超过 4 周, 而结核性胸膜炎需抗结核治疗, 否则病情拖延不愈; 5. 病因不同, 本病为病毒引起, 而结核胸膜炎胸水中可检查到结核菌感染证据; 6. 本病可并心肌炎、心包炎, 而结核性较少并发, 故在临床上凡遇到发热、剧烈胸痛、胸壁有触痛及压痛、胸水短期内吸收、胸膜增厚者, 均应考虑病毒性胸膜炎的可能。

参考文献

- 1 李家树, 李春华. 病毒性胸膜炎 29 例临床分析[J]. 中国医药导刊, 2001; 3(6): 442 ~ 445
- 2 王 煌, 孙玉清. 病毒性胸膜炎临床诊断初探: 附 3 例报告[J]. 中国厂矿医学, 1996; 9(3): 205 ~ 206
- 3 张文志, 陆文英. 病毒性胸膜炎 6 例临床分析[J]. 临床荟萃, 1994; 9(3): 118 ~ 119
- 4 陶仲为. 血性胸腔积液[J]. 医师进修杂志, 1999; 22(7): 55

(收稿: 2002-08-01, 修回: 2002-10-30)

作者单位: 315400 浙江省余姚市人民医院儿科

作者简介: 葛文传(1969 年-), 男, 主治医师, 本科学历, 研究方向为小儿呼吸系统疾病。