

恶性淋巴瘤50例误诊原因分析

河北医学院第四医院 王淑琴 黄赐汀

我科自1984年1月~1986年11月收治经病理确诊的恶性淋巴瘤80例,其中50例(62.5%)因误诊而未能及时治疗。现将其误诊原因分析如下:

误诊原因

一、因淋巴结肿大误诊为淋巴结炎者8例,占误诊病例的16%。其中何杰金氏恶性淋巴瘤5例,非何杰金氏恶性淋巴瘤3例。如患者,男性,23岁,发烧伴颈淋巴结肿大1.5个月,曾诊为“颈淋巴结炎”,经规律抗炎治疗,体温虽有下降,但颈部淋巴结未见缩小。继而两侧锁骨上及腋下均可触及多个质韧、无触痛的肿大淋巴结。后经淋巴结活检病理证实为非何杰金氏恶性淋巴瘤,小淋巴细胞型。本组误诊病例中,另有2例首次取淋巴结活检病理报告“炎性增生”。但经抗炎治疗无效,再次取淋巴结活检,方确诊为恶性淋巴瘤。本组病例误诊最短时间10天,最长19个月。

二、因淋巴结肿大误诊为淋巴结结核者27例,占误诊病例的54%,其中何杰金氏恶性淋巴瘤10例,非何杰金氏恶性淋巴瘤17例。如患者,男性,29岁,因低烧、盗汗、左颈部肿物2个月,诊为“颈淋巴结结核”而经正规抗痨治疗1.5个月,并加中药局部外敷,致使肿块腐蚀破溃,见有较多黄色分泌物及坏死组织溢出,相继两侧锁骨上及腋下出现多个肿大淋巴结。体温高达38~39℃,虽经加强抗痨及抗感染治疗,仍然无效,而行左颈淋巴结活检病理证实为非何杰金氏恶性淋巴瘤,小淋巴细胞型。给以COPP方案(CTX VCR PCB PED)*化疗一个疗程,达完全缓解出院。本组误诊病例,误诊时间7天~2.5年。

三、因鼻咽部肿物误诊为鼻咽癌者3例,占误诊病例的6%,均为非何杰金氏恶性淋巴瘤。

如患者,女性,45岁,因鼻塞咽部不适2个月,在查体中发现左咽部肿物而取活检病理报告“低分化癌”,诊为“鼻咽癌”,在放疗过程中发现两侧锁骨上、腋下及腹股沟处淋巴结肿大。胸片示:两肺门阴影增大,考虑为鼻咽癌淋巴结转移。中止放疗改为ACFP方案(ADM CTX 5-FU DDP)*化疗。四个疗程后,前述肿大淋巴结回缩,两肺门阴影曾一度消失。但因临床情况与病理不符,反复复查原病理后,最后确诊为非何杰金氏恶性淋巴瘤,大裂细胞型。本组病例误诊时间1~6.5月。

四、因扁桃体肿大误诊为扁桃体炎。本组病例单纯表现扁桃体肿大,部分病例伴有发烧误诊5例。均为非何杰金氏恶性淋巴瘤。误诊时间2个月~7年。如患者,女性,13岁,低烧、咽部不适1.5个月。查右侧扁桃体肿大。诊为“扁桃体炎”。经用抗生素治疗半个月,低烧改善,行扁桃体切除术。术后病理证实为恶性淋巴瘤。

五、因全身皮疹误诊为神经性皮炎1例。如患者女性,40岁,因全身皮疹7年、皮肤肿物2个月,曾经多个医院诊为“神经性皮炎”,服用强的松,病情曾有短暂改善。近两个月来前胸、后背部及左上眼睑出现多个无痛性进行性增大的皮下肿物,两锁骨上、颈部淋巴结肿大。第一次取皮肤及淋巴结活检病理示“炎性增生”,抗炎治疗无效。再次取皮下肿物及左锁骨上淋巴结活检,病理报告非何杰金氏恶性淋巴瘤,淋巴母细胞型。

六、因反复发烧、血沉快,误诊为“风湿热”者2例。占误诊病例4%,如患者男性,42岁,发烧,四肢关节酸痛1.5个月,血沉64mm/h。按“风湿热”治疗4周后,发现颈部两侧,左滑车上淋巴结肿大。取左颈淋巴结活检,病

• CTX 环磷酰胺 PCB 甲基苄肼 VCR 长春新碱 PED 强地松
ADM 阿霉素 DDP 顺铂 5-FU 氟尿嘧啶

理诊为何杰金氏恶性淋巴瘤、淋巴细胞削减型。

七、腹部肿块误诊为结肠癌者3例，占误诊病例的6%，如患者男性，30岁，下腹部进行性增大肿物伴腹痛、腹泻7个月，于当地医院诊为“阑尾周围脓肿”，“结肠癌”待除外。经抗炎治疗无效，行剖腹探查术。术中发现肠系膜上一12×12×12cm大小肿物，病理报告肠系膜非何杰金氏恶性淋巴瘤。

八、因咳嗽、胸痛误诊为胸膜炎1例。如患者女性，38岁，咳嗽，左侧胸痛半年，半个月伴不规则发烧。X线示左肺门阴影，左侧少量胸腔积液，而诊为左侧结核性渗出性胸膜炎在正规抗痨治疗中发现颈部两侧淋巴结肿大，淋巴结活检诊为何杰金氏恶性淋巴瘤，结节硬化型。

讨 论

恶性淋巴瘤临床上常易被误诊，尤其是以表浅淋巴结肿大为首发患者，70~80%初诊时误诊为“淋巴结炎”或“淋巴结结核”^[1]，以致延误诊断及治疗。本组二者占误诊病例的72%，病人多有发烧，淋巴结肿大，但经抗炎或正规抗痨治疗，短时间内出现多处肿大淋巴结，特别是锁骨上淋巴结的肿大，用一般炎症或淋巴结结核是难以解释的，因此仅注意了首发局部表现，而忽视了全面分析，是误诊的原因之一。恶性淋巴瘤的临床表现变化多端，尤其是非何杰金氏恶性淋巴瘤皮肤病变较何杰金氏恶性淋巴瘤更为多见，发生率3.5~7%^[2]。特异性表现可为多样化，包括丘疹、斑疹、浸润性斑块、皮下结节或肿块，非特异性表现常见皮肤搔痒症。皮肤受累常提示病变已进入晚期，因此，对有皮损和/或伴淋巴结肿大者应高度警惕本病的诊断。

原发于腹部脏器或淋巴组织的恶性淋巴瘤占恶性淋巴瘤的17.5%^[3]。由于临床上缺乏特异性症征，加之对本病认识不足，易造成误诊。因此，我们认为遇有下列情况者应高度警惕恶性淋巴瘤的诊断：①腹痛、腹块、腹胀伴不全肠梗阻的年轻患者；②反复发作的腹痛、腹泻或吸收不良综合征不能用其它原因解释者；③腹痛、腹块和/或消化道出血伴不明原因发烧，用抗生素治疗无效者。有上述症征临床上又不能确定疾病性质者应及时行胃肠造影、内镜或腹膜后充气造影等检查，以明确病变部位及范围。如经上述手段仍不能确诊，应及时行剖腹探查术，通过病理进一步确诊。对恶性淋巴瘤的确诊和分型，病理检查是必不可少的。为提高本病诊断率，下列情况应及时果断进行淋巴结活检：①无明确原因的进行性淋巴结肿大，尤其是双侧滑车上或颈部、锁骨上淋巴结肿大应以重视；②慢性淋巴结炎、淋巴结结核或炎性增生经正规抗结核或抗炎治疗无效者；③进行性淋巴结肿大伴周期性发热者；④不明原因的长期低热，特别是伴有皮疹、多汗、消瘦以及发现有淋巴结肿大者。取淋巴结活检时应注意，最好取增大比较快的完整淋巴结，尽量避免针吸活检。发红、肿胀、疼痛的淋巴结切忌盲目切开引流，如一次活检阴性或病理结果与临床不符时，可由不同部位多次切取组织活检或反复复习原病理切片以助尽早确诊。

参 考 文 献

1. 《实用肿瘤学》编委会主编. 实用肿瘤学, 第1版, 第8册. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 4632.
2. 上海第一医学院《实用内科学》编委会编. 实用内科学, 第1版, 下册. 北京: 人民卫生出版社, 1981: 2150.
3. 中国医学科学院肿瘤医院. 肿瘤防治研究, 1976; 2: 49.

急性异烟肼中毒误诊为癔病1例

藁城县医院 王秀文

患者 女, 20岁。因生气后出现头痛、眩晕、恶心、呕吐, 吐出物为胃内容物, 非喷射状。半小时后抽搐、意识丧失、口吐白沫、颈项强直、四肢抽动、大小便失禁。约15分钟后抽搐停止, 但仍处于昏迷状态。经几家医院, 均诊断为“癔病”, 给予相应治疗但仍处于昏迷状态、阵发性抽搐收我院。查体: 患者呈浅昏迷状态外, 余无异常发现。住院后经详细追问病史及现场考察, 考虑为急性异烟肼中毒, 给以维生素B6、谷氨酸钠静脉点滴, 并加用克脑迷、能量合剂等。一天后意识清醒, 述欲自杀服异烟肼5g。