

于术后 4 周行 Roux-Y 胆肠吻合术。

### [参 考 文 献]

- [1] 许长松. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤 30 例防治分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2009, 34(7): 608-609.
- [2] 苏永辉, 黄樱, 贾英斌, 等. 腹腔镜胆囊切除术并胆管损伤的诊断治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2009, 18(2): 127-130.
- [3] 闵志钧, 叶敏, 徐明. 腹腔镜胆囊切除术并发症原因分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2009, 21(1): 65-67.
- [4] 傅振超, 梁东, 汪明惠, 等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤 40 例原因分析与防治[J]. 中国微创外科杂志, 2008, 8(1): 37-40.

- [5] 董宝珠, 郑建华, 李敏. 腹腔镜胆囊切除术致胆道损伤的原因及处理[J]. 临床误诊误治杂志, 2008, 21(2): 47-48.
- [6] 吴建斌, 张明金. 腹腔镜胆囊切除术并发症及其对策[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(2): 99-100.
- [7] 王俭, 安宁, 郑波, 等. 腹腔镜胆囊切除术中不同类型胆管损伤的处理[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2008, 15(2): 128-129.
- [8] 李海民, 高志清, 窦科峰, 等. 医源性胆管损伤的处理(附 156 例报告)[J]. 西北国防医学杂志, 2002, 23(2): 98-100.

[文章编号] 1000-2200(2010)05-0499-02

· 临床医学 ·

## 儿童结核病 13 例误诊分析

王爱琴

**[摘要]**目的: 分析儿童结核病的误诊原因。方法: 综合分析 13 例患儿结核病误诊的临床资料, 找出误诊原因。结果: 13 例儿童结核病主要表现为发热、咳嗽、食欲不振、消瘦等。结核菌素试验阳性 6 例, 阴性 4 例。主要误诊为肺炎、反复呼吸道感染、淋巴结炎等。结论: 儿童结核病误诊主要原因有临床表现不典型, 县级综合医院儿科医生缺少对该病的警觉性, 缺乏准确的病史和完整的体格检查, 对影像学表现认识不够, 不重视结核菌素试验的诊断意义。

**[关键词]** 儿童结核; 误诊; 结核菌素试验

[中国图书资料分类法分类号] R 529.9 [文献标识码] A

我国儿童结核病流行趋势严峻, 各年龄段发病率不同, 结核病患儿的临床表现多样化, 临床诊断手段匮乏, 需要进一步加强研究<sup>[1]</sup>。2003 年 1 月至 2009 年 1 月, 我院儿科和感染科以及转上级医院确诊的误诊病例共 13 例。本文就误诊原因进行分析。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 13 例中男 8 例, 女 5 例; 年龄 2 个月至 14 岁, 其中 <1 岁 3 例, 1~3 岁 4 例, ~6 岁 2 例, ~14 岁 4 例。诊断根据临床表现、影像学检查、实验室检查及结核菌素(PPD)试验结果等各项资料综合分析, 并经抗结核治疗有效, 符合结核病演变过程。13 例中追问有明确结核接触史者 3 例。

1.2 临床表现 13 例中发热 8 例, 其中高热 2 例, 不规则发热 5 例, 低热 1 例; 发热伴咳嗽 6 例, 伴抽搐 1 例, 胸痛 1 例; 纳差、消瘦 5 例; 腹部隐痛 1 例, 关节疼痛 1 例。肺部湿罗音 4 例, 脑膜刺激征阳性 1 例, 肝脏肿大 2 例, 脾脏肿大 1 例。

1.3 辅助检查 (1) PPD 试验: 10 例试验中阴性 4 例, (+) 者 2 例, (++) 者 3 例, (+++) 者 1 例。(2) X 线检查: 13 例摄胸片, 表现为原发综合征 1 例, 急性粟粒性肺结核 2 例, 肺炎/肺门淋巴结肿大 2 例, 胸

腔积液 1 例。(3) 临床检验: 血沉增快 4 例, 为 34~118 mm/h, 7 例正常; 外周血白细胞  $> 10 \times 10^9/L$  4 例,  $(4 \sim 10) \times 10^9/L$  7 例,  $< 4 \times 10^9/L$  2 例。(4) 病原学检查: 胸水找抗酸杆菌阴性 1 例, 6 例痰液或胃液找抗酸杆菌仅 1 例阳性。(5) 病理诊断: 2 例淋巴结穿刺活检确诊; 1 例腹腔结核转上级医院手术后病理确诊。

1.4 误诊疾病 肺炎 3 例, 反复上呼吸道感染 2 例, 喘息性支气管炎 1 例, 败血症 1 例, 此 7 例最后诊断为肺结核。肺炎伴胸膜炎 1 例(确诊为结核性胸膜炎), 肠痉挛 1 例(确诊为腹腔结核), 淋巴结炎 2 例(确诊为淋巴结结核), 外伤性关节炎 1 例(确诊为膝关节结核), 化脓性脑膜炎 1 例(确诊为结核性脑膜炎)。

### 2 讨论

2.1 儿童肺结核误诊原因 儿童结核病感染常侵犯肺部<sup>[2]</sup>。由于肺结核在临床症状和影像学表现上与一些疾病相似, 极易误诊为肺炎、反复上呼吸道感染、败血症等。本文误诊情况: (1) 对儿童结核病认识不足或未全面了解病史。由于小儿肺结核缺乏典型的临床症状, 常以发热为首发症状, 而后出现呼吸道症状, 又因个体诊所或基层医院缺乏对结核病的认识, 甚至滥用药物, 使病情更加复杂。本组发热患儿 8 例, 病初按常见呼吸道感染治疗, 导致误诊时

[收稿日期] 2009-09-04

[作者单位] 安徽省郎溪县人民医院 儿科, 242100

[作者简介] 王爱琴(1966-), 女, 主治医师。

间达3周至2个月。(2)忽视X线及CT等影像学检查的重要性,肺结核胸片除肺部有浸润阴影外,最具特征性异常改变为纵隔或肺门淋巴结肿大<sup>[3]</sup>,临床医生常规只凭一张正位胸片,很难将肺门及纵隔淋巴结肿大显示清楚;据报道单纯正位胸片,只能发现24%的肺部及肺门淋巴结病变,单纯侧位可发现27%,若同时进行正侧位则可发现49%<sup>[4]</sup>。本组1例,1岁,因发热10天入院。入院后查体未发现明显异常,胸片报告未发现异常,外周血白细胞 $20.15 \times 10^9/L$ 。考虑败血症,给予三代头孢菌素等治疗,1周后患儿体温仍未降,因患儿未接种卡介苗,查PPD试验阳性,考虑结核病不排除,再次复查胸片出现粟粒性阴影,诊断急性粟粒性肺结核。转定点医院给予抗结核治疗1周后体温正常。复习患儿第1次胸片,发现当时胸片有纵隔轻度增宽,未引起重视,使病情恶化导致急性粟粒性肺结核。本例患儿误诊的原因是未仔细阅读胸片,未发现支持诊断的迹象(纵隔轻度增宽),同时对儿童结核病认识不足,患儿有结核病高危因素(农村居住、未接种卡介苗),入院后PPD试验阳性,因而提高结核病的警惕性,后复查胸片确诊。(3)缺乏动态观察:另1例患儿16个月,因反复咳嗽、气喘1月余就诊,两肺闻及喘鸣音和湿罗音,胸片示两中下肺片絮状影,第1次PPD阴性,被误诊为支气管肺炎,经抗感染、止咳、平喘治疗2周后无效,复查PPD呈强阳性,追问其祖母为肺结核,转定点医院给予抗结核治疗后咳嗽、气喘症状才得以缓解。结核菌感染后,从出现症状到X线胸片表现为粟粒状改变,一般需2~3周以上。所以胸片表现不典型时,一定要动态观察,以免延误诊断。(4)临床医生对PPD试验的临床意义认识不够,PPD阳性有助于结核病的诊断,但PPD阴性不能排除结核。本组资料第1次PPD阴性2例,最后复查PPD阳性,结合结核接触史确诊。

**2.2 肺外结核误诊的原因** (1)小儿肺外结核同时存在肺结核较易诊断,但仅存肺外结核者易误诊。本组小儿肺外结核均无肺结核,以结核性淋巴结炎居多。其中结核性脑膜炎是肺外结核中最严重的类型,也是小儿结核病致死、致残的主要原因。婴幼儿结核性脑膜炎起病急、进展快,急起高热或以惊厥为首发症状,体征不明显,脑脊液改变不典型,血常规中白细胞总数较高,而PPD又会出现假阴性,极易被误诊为化脓性脑膜炎。本资料中1例结核性脑膜炎,入院后PPD阴性,误诊为化脓性脑膜炎,因常规治疗2周无好转继之转上级医院再次行脑脊液检查确诊。一定要仔细询问结核接触史,动态观察脑脊

液改变及细菌学检查以协助诊断。(2)儿童肺外结核主要位于脑膜、淋巴结、腹膜、骨等部位,临床主要表现为感染部位相应的症状和体征,而无典型的结核中毒症状,易造成误诊。淋巴结结核仅表现为局部淋巴结肿大,易误诊为淋巴结炎,但局部穿刺活检可提高诊断率;腹腔结核以年长儿多见,腹膜后淋巴结、肠、肠系膜淋巴结结核患儿多以不规则发热、腹痛为主要症状,大多数患儿无法正确述说腹痛的部位或性质,后期肠腔狭窄时可导致肠梗阻,临床上可误诊为肠痉挛、肠虫症、阑尾炎等。本组1例腹腔结核转上级医院剖腹探查,术后病理证实为结核。(3)由于儿童病原学检查阳性率低,结核病患儿的痰标本检查阳性率较低,表现在抗酸杆菌涂片阳性及结核杆菌痰培养阳性结果低于50%<sup>[5]</sup>。这也是导致儿童肺外结核误诊的一个原因。

**2.3 减少误诊环节** (1)儿科医生应提高对结核病的警惕性,加强对基层医生有关结核病防治知识的培训及科普知识的宣传。(2)在结核病诊断过程中,一定要做好病史的采集工作,注意询问结核病接触史,小儿活动范围小,感染源多为密切接触的亲属,在临床工作中对高度怀疑结核病的患儿,必要时对其近亲常规摄片。(3)对久治不愈的慢性呼吸道炎症,或经抗感染治疗2周以上,咳嗽、咳痰等症状不能缓解,肺部病灶不吸收者,应注意排除结核可能;必要时可进行试验性抗结核治疗。(4)重视PPD诊断意义。未接种卡介苗PPD阳性或已接种卡介苗PPD强阳性是诊断儿童结核病的重要依据。笔者对大多数入院的患儿常规行PPD检查,大大减少了误诊率。当疑有结核而初试PPD阴性时,应在3~4周后重做PPD,如PPD转为阳性可协助诊断。(5)胸部X线仍是诊断结核病的主要手段。对胸片异常但难以确诊或高度怀疑结核而胸片未发现病变时,应及时进行CT检查。胸部CT可弥补胸片的不足,对肺门和纵隔淋巴结肿大的诊断优于胸片。(6)重视病理诊断。

#### [参 考 文 献]

- [1] 周云芳,安晓霞. 儿科综合性医院结核病发病情况分析[J]. 临床儿科杂志, 2008, 26(6): 486-489.
- [2] 宁寿葆. 现代实用儿科学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2004: 451.
- [3] 李小红. 以肺部大片阴影为特征的小儿原发型肺结核32例临床分析[J]. 临床儿科杂志, 2008, 26(6): 489-492.
- [4] 金彪,朱铭. 儿童肺结核的影像诊断[J]. 中国实用儿科杂志, 2004, 19(9): 574-576.
- [5] Hoskyns W. Paediatric tuberculosis[J]. Postgrad Med J, 2003, 79(931): 272-278.