

小脑半球,或一侧小脑半球及蚓部梗死。由于病灶大,可导致脑室及导水管移位,压迫脑干,貌似肿瘤。发病初期患者意识清楚,多数在数小时或数天内出现继发性意识障碍和神经症状加重。(3)昏迷型小脑梗死:本型患者在发病后短时间内出现昏迷,提示预后不良。主要由于多支小脑动脉梗死,包括小脑上动脉、前下动脉、后下动脉及脑干旁中央动脉梗死。

在临床上,小脑梗死的症状并不都完全出现上述3型的典型症状,如小脑上动脉梗死合并基底动脉末端闭塞常累及脑干、丘脑及枕叶皮质,可出现基底动脉尖综合征,本组出现1例。当小脑后下动脉的正中支血管闭塞可损伤延髓,出现完全或不完全Wallenberg综合征。若小脑前下动脉在基底动脉起始段出现闭塞,还可以出现前庭神经综合征、Hunner征、眼球凝视性麻痹,同侧面神经麻痹及三叉神经感觉支受损的症状。

头颅CT、MRI检查是诊断小脑梗死的重要方法^[3]。但小脑位于头颅后颅凹区,伪影较多。早期小脑梗死灶不易显现,头颅CT检查常常不能明确梗死病灶。本组有8例在入院时经头颅CT检查未能发现病灶,后经头颅MRI检查才确诊。头颅MRI

检查对诊断小脑梗死优于头颅CT检查,有条件医院,对临床上怀疑小脑梗死患者,应首选头颅MRI检查更为合适。

对小脑梗死患者的治疗应严密观察病情发展,尤其是意识变化。急性期应卧床休息,临床主要采取内科保守治疗。常以抗凝、抗血小板聚集、改善脑循环及对症治疗。若病情危重,可加脱水剂降低颅内压药物。对大面积小脑梗死者,由于颅内压过高,脑疝形成或压迫脑干,累及生命中枢、危及生命的患者可采取开颅减压或脑室穿刺引流术,抢救患者^[4]。本组18例均采用内科保守治疗,除2例病情较重自动出院外,其余患者均治愈或好转出院。

[参 考 文 献]

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995) [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [2] 王文敏, 朱榆红. 小脑梗塞 [J]. 国外医学: 神经病学·神经外科学分册, 1993, 20(1): 19-21.
- [3] 蒋辉华, 陈学安, 包仕尧. 小脑梗死的临床诊断 [J]. 临床神经病学杂志, 2002, 15(3): 156.
- [4] 孙昭胜, 邓春芳, 相毅, 等. 六例大面积小脑梗死的手术治疗 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2002, 28(3): 222.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)08-0868-03

· 临床医学 ·

右半结肠癌 13 例误诊分析

桑世银, 汪波, 高峰

[摘要]目的:探讨右半结肠癌误诊原因及治疗对策。方法:对13例右半结肠癌临床误诊患者的临床资料进行回顾性分析。结果:13例患者中误诊为急性阑尾炎6例,慢性阑尾炎3例,急性肠梗阻3例,右卵巢囊肿扭转1例;行急诊手术10例,择期手术3例;一期切除行肠吻合10例,因反复出现右下腹痛考虑慢性阑尾炎而行择期手术3例,均在手术中发为右半结肠肿瘤而行右半结肠切除。结论:右半结肠癌临床表现不典型,易被漏诊或误诊为阑尾炎或肠梗阻;详细询问病史,认真细致体检,结合相应的辅助检查是减少漏、误诊的关键。

[关键词] 结肠肿瘤; 阑尾炎; 肠梗阻; 误诊

[中国图书资料分类法分类号] R 735.35

[文献标识码] A

结肠癌是消化道常见的恶性肿瘤;尤其随着国民生活方式、饮食结构的改变,其发病有逐年上升的趋势,提高临床医生对该病的诊断水平对其治疗具有极其重要的意义。因结肠、肠腔大的结构特点,肿

瘤生长缓慢,故结肠肿瘤早期症状不典型,易于漏、误诊,肿瘤位于回盲部的回盲瓣受压迫,阑尾回流障碍,而导致或并存阑尾炎;内生型肿瘤增大后引起肠梗阻,回盲部肿瘤溃破形成脓肿又易与女性卵巢囊肿扭转相混淆^[1-3]。2004年3月至2010年3月,我院共有13例右半结肠癌临床误诊,现将误诊情况及治疗体会作一报道。

[收稿日期] 2011-02-18

[作者单位] 安徽省霍山县中医院 外科 237200

[作者简介] 桑世银(1969-),男,主治医师。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 7 例,女 6 例;年龄 35~72 岁。肿瘤发生于回盲部 5 例,升结肠 5 例,肝曲部 3 例。病理分型:腺癌 6 例,黏液性腺癌 4 例,低分化腺癌 2 例,未分化腺癌 1 例。本组 Dukes A 期 8 例,B 期 3 例,C 期 2 例。常见症状或体征:贫血 5 例,右下腹痛 11 例,腹部包块 2 例,大便隐血试验阳性 4 例,大便性状改变 5 例,呕吐 6 例,患者均有不同程度的纳差、乏力。

1.2 误诊情况 误诊为阑尾炎 9 例,肠梗阻 3 例,右侧卵巢囊肿蒂扭转 1 例。误诊为阑尾炎者临床均表现不同程度的右下腹痛或转移性右下腹痛,右下腹压痛明显,3 例患者反跳痛存在;血常规检查示白细胞升高,红细胞及血红蛋白不同程度下降,7 例患者达中度贫血;7 例患者术中发现右半结肠肿瘤,1 例术后 3 个月肠镜检查证实后行手术治疗,1 例 5 个月后因肠梗阻术中发现肝曲肿瘤广泛转移,姑息手术后因心肺功能衰竭死亡。3 例误诊为肠梗阻患者临床表现腹痛、腹胀、呕吐,肛门不排气排便,全腹压痛,肠鸣音亢进;摄片有肠梗阻表现;血常规检查提示白细胞升高,血红蛋白下降;给予保守治疗 1~2 天无效行手术治疗,术中发现升结肠肿瘤行手术治疗 2 例,一期切除加吻合,1 例姑息性切除,术后病理证实为癌肿。1 例误诊为右侧卵巢囊肿蒂扭转者:45 岁,右下腹疼痛 2 天,入院后查右下腹压痛、反跳痛,血白细胞升高,B 超提示右卵巢囊肿伴扭转,急诊手术探查;术中发现为盲肠肿瘤,右卵巢囊肿未扭转,行一期切除手术;术后病理证实为结肠腺癌。

2 结果

13 例中急诊手术 10 例,择期手术 3 例;一期切除行肠吻合 10 例,因反复出现右下腹疼痛考虑慢性阑尾炎而行择期手术 3 例,均在手术中发现为右半结肠肿瘤而行右半结肠切除。4 例患者出现切口感染,3 例患者出现肺部感染,均对症治疗后治愈;1 例患者因心肺功能衰竭未出院即死亡。术后 12 例采取氟尿嘧啶加奥沙利铂或丝裂霉素化疗 5~6 个疗程,有 8 例术后获得随访,生存 3 年 5 例,生存 5 年 3 例。

3 讨论

由于右半结肠肠腔大,肠内容物尚不成形,肿瘤生长较缓慢,早期常无明显症状,诊断困难,易延误诊断。随着病程延长,肿瘤体积不断增大,产生继发病变出现症状后才被发现,临床上主要表现为腹痛、腹胀、贫血、发热、乏力、消瘦、腹部肿块和慢性肠梗阻等症状,其病变都属中晚期。

据相关文献^[4-6]报道,结合本组的诊治经验,我们认为造成右半结肠癌误诊的原因有:(1)患者对健康知识的缺乏,致结肠癌的早期临床症状时未予重视,不能及时就医,以及部分患者恐惧结肠镜等相关检查。(2)临床接诊医生询问病史不够系统详细,遗漏右半结肠癌的早期症状,当结肠癌患者以急性阑尾炎为初步诊断时,往往病程短暂,拟行急诊手术,术前准备不充分,体格检查不够全面。(3)当右半结肠癌同时合并急性阑尾炎时,往往因阑尾炎的症状体征掩盖了右半结肠癌的临床表现,即使术前体格检查发现右下腹肿块,但由于缺乏对本病的足够重视,也可能误诊为阑尾脓肿。(4)由于一部分阑尾炎可以引起回盲部不同程度的炎症水肿,术中仅满足于切除炎症阑尾,而忽略了进一步探查。另外,由于大多数手术切口采用麦氏切口,也限制结肠的显露和探查,即使术中发现结肠肿块,常不能鉴别是炎性肿块还是癌性肿块,尤其在未经术中冷冻病理检查时更不易确诊。(5)长期被慢性阑尾炎或腹部包块、肠结核、肠炎、胆囊炎、严重痔疮史等合并症所掩盖,忽视本病存在可能,一部分患者因跨科就医,特别老年患者经中医中药治疗有时可缓解症状,易造成长期误诊。(6)仅根据一些相关的辅助检查结果,就否定结肠癌的存在,造成漏、误诊也时有发生,如只仅仅依据大便隐血试验阴性就否定大肠癌的存在;胚胎抗原(CEA)对大肠癌诊断阳性率低;钡灌肠摄片可能使结肠癌误诊为克隆病、回盲部结核性肉芽肿、低位肠梗阻、溃疡性结肠炎等。所以对不可解释的病症不能满足一次检查结论,而应行多种检查和定期随诊。

笔者认为,应注意以下几方面以减少右结肠癌的漏、误诊:(1)病史采集时尤其对中老年急性阑尾炎患者,应详细询问病史,特别注意有无排便习惯改变、便血、体重减轻等。(2)术前检查要仔细,如触及右下腹肿块,不能草率诊断为阑尾周围脓肿,应行

肠指检、大便隐血试验以及钡灌肠摄片(以气钡双重造影为佳),或行纤维结肠镜检查,及CT、B超检查,以利确诊。(3)结肠-卵巢肿瘤抗原监测对结肠癌的诊断价值优于CEA。(4)对术前诊断可疑者应行右下腹探查切口,便于术中显露和探查。术中如发现阑尾病变与临床表现不相符,应仔细探查回盲部至升结肠,对不能确诊的结肠肿块应行术中冷冻病理检查。总之,加深对本病的认识,详细询问病史,认真细致体检,结合相应的辅助检查是减少漏、误诊的关键。

[参 考 文 献]

[1] 吴阶平. 黄家驷外科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社,

1992: 1134 - 1140.

[2] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 512.

[3] 汪建平. 大肠癌并急性肠梗阻的处理[J]. 中国实用外科学杂志 2000 20(8): 459 - 461.

[4] 王庚党. 结肠癌并存急性阑尾炎 16 例分析[J]. 大肠肛门病外科杂志 2001 20(6): 16.

[5] 郑东辉, 李勇, 刘忠. 右半结肠癌误诊为急性阑尾炎 19 例分析[J]. 江西医学院学报 2004 44(6): 24.

[6] 伍尚标, 邓念英, 林维浩. 以急性阑尾炎为表现的结肠恶性肿瘤误诊 32 例分析[J]. 广东医学 2000 21(9): 756 - 757.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)08-0870-02

· 临床医学 ·

血清 C 反应蛋白和前白蛋白 在诊断儿童急性呼吸道感染中的应用

宋 红, 赵彩妮

[摘要]目的: 探讨血清 C 反应蛋白(CRP)和前白蛋白(PA)在诊断儿童呼吸道感染病原体中的意义。方法: 分别采用散射比浊法、免疫浊度法对 80 例感染儿童(细菌感染组 42 例, 病毒感染组 38 例)及 40 例体检正常儿童(对照组)血清 CRP 和 PA 的含量进行检测。结果: 细菌感染组患儿入院时的 CRP 和 PA 水平和病毒感染组与对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 而病毒感染组与对照组, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 儿童急性呼吸道感染时, 血清中 CRP、PA 的检测有助于早期的病原体鉴别诊断。

[关键词] 呼吸道感染; C 反应蛋白; 前白蛋白; 儿童

[中国图书资料分类法分类号] R 56; R 446.1

[文献标识码] A

儿童急性呼吸道感染在儿科疾病中的发病率高, 细菌和病毒是儿童呼吸道感染主要的致病病原体, 正确快速鉴别病原体类别对临床诊断和治疗意义重大^[1-2]。在急性感染中, 一些急性时相反应蛋白的明显变化有助于鉴别细菌和病毒感染。现对儿童急性呼吸道感染中 2 种最常见的急性时相反应蛋白: C 反应蛋白(CRP)和前白蛋白(PA)进行检测、分析, 探讨二者对儿童急性呼吸道感染的鉴别诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年因急性呼吸道感染在我院住院的患儿 80 例, 其中男 47 例, 女 33 例; 年龄

1~8 岁; 发病 1~4 d。80 例患儿分 2 组, 细菌感染组 42 例(包括继发细菌感染者): 男 25 例, 女 17 例; WBC($12.0 \sim 25.8$) $\times 10^9/L$, 中性粒细胞计数($7.55 \sim 22.7$) $\times 10^9/L$, 用抗生素治疗后疗效显著; 其中 14 例血培养阳性。病毒感染组 38 例: 男 22 例, 女 16 例; WBC 总数正常或低于参考区间上限, 分类以淋巴细胞为主, 用广谱抗生素治疗无明显疗效, 自限病程一般 5~7 d。患儿入院后即行血常规、CRP、PA 检查。同期体检正常儿童 40 名为对照组, 其中男 22 名, 女 18 名; 年龄 8 个月至 9 岁。

1.2 方法与试剂 血常规检测使用迈瑞 BC5300 五分类自动血细胞计数仪及配套试剂。CRP 测定使用 BNP 特定蛋白分析仪及配套试剂(散射比浊法)。PA 用免疫浊度法, 在 Olympus AU2700 型全自动生化分析仪进行测定, 试剂由宁波瑞源生物科技有限公司生产。

1.3 统计学方法 采用方差分析和 q 检验。

[收稿日期] 2010-12-30

[作者单位] 山东省青岛市第八人民医院 检验科 266100

[作者简介] 宋 红(1977-), 女, 检验师。