

·病例报告·

儿童恶性淋巴瘤5例误诊分析

马祖祥, 易著文, 万伍卿, 毛定安, 王秀英

(中南大学湘雅二医院儿科, 湖南 长沙 410011)

[中图分类号] R733 [文献标识码] E

恶性淋巴瘤是原发于淋巴结或其它淋巴组织的恶性肿瘤, 其临床表现多种多样, 很容易误诊, 我院近年来误诊了5例儿童恶性淋巴瘤, 现分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组5例, 男4例, 女1例, 年龄9月至13岁, 误诊时间10 d至10月。

1.2 首发表现及误诊疾病

以右眼脸红肿、角膜混浊为首表现1例, 误诊为右眼内容炎、视母细胞瘤; 以贫血为首表现2例, 误诊为雅克什贫血、病毒或细菌感染引起的一过性血象改变; 以头昏、乏力、盗汗、间断发热伴血便为首表现1例, 误诊为肠伤寒、结核感染; 以腹胀、腹痛、双下肢水肿为首表现1例, 误诊为腹腔结核。

1.3 确诊依据

眼球摘除术后病理检查1例, 淋巴结活检3例, 尸解1例; 其中非霍奇金淋巴瘤4例, 霍奇金病1例。

2 讨论

恶性淋巴瘤在儿童期比较多见, 约占儿童期所有恶性肿瘤的13%, 但误诊率较高^[1], 现结合本组病例, 分析原因如下。

对恶性淋巴瘤与浅表淋巴结肿大的关系缺乏认识, 恶性淋巴瘤是原发于淋巴结或其它淋巴组织的恶性肿瘤。根据其是否原发于淋巴结而分为: 结内和结外淋巴瘤。典型恶性淋巴瘤首发表现主要为浅

表淋巴结呈无痛性进行性肿大, 这在临床上容易诊断; 但以浅表淋巴结肿大为首表现的占69.6%左右, 原发性结外淋巴瘤出现浅表淋巴结肿大的更低^[2], 临床医生往往对此缺乏认识, 造成误诊。本组有3例先有其它表现, 后出现浅表淋巴结肿大, 作活检才确诊。

对恶性淋巴瘤临床表现的多样性和非特异性缺乏认识, 恶性淋巴瘤由于首发部位、病理类型、疾病的早晚不同, 其临床表现多种多样, 实验室检查亦缺乏特征性, 很容易误诊为各相应器官的常见疾病^[1-3]; 肺门部淋巴瘤易误诊为肺门淋巴结结核; 肺部淋巴瘤因肿瘤细胞浸润可充满肺泡或形成结节, 易误诊为肺结核、肺炎; 腹腔淋巴瘤易误诊为腹腔结核、伤寒、肿瘤等; 眼及其附件恶性淋巴瘤易误诊为眼炎、麦粒肿等。本组病例因首发表现不同, 曾分别被误诊为眼内容炎、雅克什贫血、肠伤寒、腹腔结核。

对恶性淋巴瘤的病程缺乏认识, 恶性淋巴瘤多数起病较急, 但个别患者病史较长, 肖娟等^[4]报道最长的从起病到确诊达23年, 特别是非霍奇金淋巴瘤生长缓慢, 有时多年无变化, 且有阶段性增大和相对稳定的特点, 极少数情况下肿大的淋巴结经抗感染、抗结核治疗后可一度缩小, 以后再肿大, 给人以假象^[3,5], 本组有3例经抗感染治疗后病情出现“好转”, 而临床医生对此缺乏认识造成误诊。

过分相信病理报告和依赖辅助检查, 恶性淋巴瘤的确诊主要靠病理检查, 但由于恶性淋巴瘤的细胞变异大, 表面往往有坏死、继发感染等给诊断带来困难, 往往需要反复活检、取材适当才能得到正确诊断。本组1例曾作玻璃体穿刺活检术未找到肿瘤细

[收稿日期] 2001-02-14; [修回日期] 2001-07-23
[作者简介] 马祖祥(1973-), 男, 博士生。

胞即放弃肿瘤的诊断,造成误诊。

诊断思路局限,受既往史影响,限制了临床思维,主观臆断,缺乏全面分析。本组1例曾有“粟粒性肺结核”病史,再次出现腹胀、腹痛、多浆膜腔积液,只考虑到结核病而忽略其它情况。另1例经胸部X线摄片发现右纵隔影增大,只简单地认为是胸腺影,而未结合其B超结果:肝脾肿大、脾内有多发性结节来综合分析,否则会考虑到恶性肿瘤的可能性并进一步检查。

尽管淋巴瘤的临床表现多种多样,但只要掌握其淋巴结肿大的基本特征,临床表现、病程的多变性以及病变分布的不均一性,全面体检、综合分析,及时作取材适当的淋巴结活检,可降低误诊率,提高诊断水平。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,1996,2188-2196.
- [2] 王奇璐.恶性淋巴瘤的诊断与治疗[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1997,306-362.
- [3] 薛燕,李宝明,陈拥军.鼻及面颊部早期恶性淋巴瘤误诊6例报告[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1995,9(3):139-140.
- [4] 肖娟,沈憐,武永吉.91例以结外侵犯为首发症状的恶性淋巴瘤的临床诊断分析[J].中国医学科学院学报,1999,21(3):236-238.
- [5] 孙文害,刘华敏,孙文荣.头颈部恶性淋巴瘤28例误诊分析[J].临床误诊误治,1995,8(4):155-156.

(本文编辑:吉群中)

(上接第727页)

状态,试验无痛苦,患儿及家长依顺性好,并作为监测Hp药物疗效的最佳方法,临床应用前景广阔。由于仪器设备和试剂昂贵,应用受到一定程度的限制。本研究所用 ^{13}C 尿素分析仪价格近百万元,一粒药丸(100 mg)约100元人民币左右,做一次检查的费用约250~300元左右,对大多数人来讲费用仍较高,难以接受。Eggers等^[1]应用75 mg,150 mg,350 mg三种不同剂量的 ^{13}C -UBT,认为1 mg/kg的剂量是较低的剂量范围,并推荐75 mg(成人)作 ^{13}C -UBT。我国江骥^[2]推荐60 mg作为儿童的剂量,还有人认为25 mg或0.5 mg/kg(成人)都能满足需求^[3]。我们使用50 mg即取得满意结果。50 mg的剂量至少能节约一半的试剂成本。我们未作50 mg以下的剂量检测,50 mg以下的剂量是否能应用尚有待于进一步研究。

由于呼气中 $^{13}\text{CO}_2$ 的含量不仅受机体内碳酸盐库大小、更新速率的影响^[4],也受Hp数量、活力及产尿素酶多少等因素的影响。就检测个体而言,机体内碳酸盐库大小、更新速率应相对稳定,一个地

区 $^{13}\text{CO}_2$ 本底也相对稳定,那么机器所测出的 $^{13}\text{CO}_2$ 含量则主要受Hp数量、活力和产尿素酶多少的影响;对于 ^{13}C -UBT而言,仪器能检测出显著性时所需的最小剂量为最佳剂量。不同生产厂家的产品其仪器的精确度和灵敏度不同,对于不同的仪器所需最小剂量应有差别。所以,对于不同的仪器可能有不同的最佳剂量,应分别对待。

[参 考 文 献]

- [1] Eggers RH. A methodological analysis of ^{13}C -Urea breath test for detection of *Helicobacter pylori* infection, high sensitivity and specificity within 30 min using 75 mg of ^{13}C -Urea[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1990, 2(2): 437-439.
- [2] 江骥,王世真,李晓明,等. ^{13}C -尿素呼吸试验的方法学改进[J].中华核医学杂志,1994,14(2):103-105.
- [3] 苏艺群,李常芹.低剂量 ^{13}C -尿素呼吸试验检测幽门螺杆菌感染[J].中国内镜杂志,1996,2(3):39-41.
- [4] 江骥,胡蓓,李晓明,等.人体内 $\text{HCO}_3^-/\text{CO}_2$ 代谢动力学的探讨[J].中华核医学杂志,1993,13(1):20-21.

(本文编辑:吉群中)