

·临床研究报道·

46例婴幼儿气道异物误诊分析

罗欣友,陶礼华

[摘要] 目的 了解婴幼儿气道异物误诊因素。方法 回顾46例气道异物误诊病例,对误诊的相关因素进行分析。结果 病史不详,患有伴发病或合并症,缺乏典型临床表现和X线检查阴性是误诊常见原因。结论 建议不论是否有异物吸入史,对婴幼儿某一固定部位复发性或持续性肺部异常、疗效不佳的急性喉炎、喉气管支气管炎,有异物吸入史而X线正常的患儿均应行支气管镜检查术。

[关键词] 气道异物;误诊;婴幼儿;支气管镜检查术

[中图分类号] R768.1⁺5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2000)03-0228-02

气道异物常发生于婴幼儿,多数有异物吸入史,临床症状和影像学改变,诊断及时有利于小儿康复。但部分患儿因主观和客观因素而误诊,据天津市儿童医院统计误诊率为20%^[1]。本文对46例气道异物误诊因素进行分析,旨在探讨误诊的原因。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集1988年6月至1999年5月曾经外院或本院误诊,最终经支气管镜检查确诊的气道异物46例。男32例,女14例;年龄(1.4±0.8)岁;异物种类:花生米15例,瓜子10例,豆类8例,鱼骨4例,玩具零件5例,其它4例。

1.2 误诊疾病

急性支气管炎12例,毛细支气管炎9例(其中6例合并心衰),急性鼻咽炎7例,支原体肺炎6例,急性喉炎5例,急性喉气管支气管炎3例,先心病合并毛细支气管炎2例,脑瘫合并毛细支气管炎1例,支气管哮喘1例。

1.3 误诊时间

≤10 d 12例;10 d~1月 28例;≥1月 6例。

2 讨论

强调影像学阳性结果。X线检查是诊断儿童气道异物的重要手段,病情允许则常规检查。婴幼儿

异物多系非金属类,占90%。X线的改变为肺气肿、肺不张、纵隔异常运动等间接变化,有时仅显肺纹增粗、斑片状阴影等不典型改变。异物较小或气管异物未造成气道阻塞时X线征多正常。Barakay(1974)指出呼吸道异物24 h内14% X线阳性,24 h后90%阳性。王辉腾等^[2]报告吸入异物24 h内X线43.3%阳性,24 h后46.7%阳性,国内外的阳性率相差较大,但都肯定了X线征阴性的事实,本组因X线而误诊的占35%。因此,X线虽是气道异物的常规检查,但非确诊依据。对有异物吸入史,既使多次X线征正常也不能放弃支气管镜检,本组有1患儿,多次胸片胸透结果正常,按支气管炎治疗咳嗽减轻,停药又加重,第4次住院时申请做支气管镜检查术,结果气管中段取出约1.4 cm鱼刺,3 d后症状消失。在选择X线检查时,笔者建议透视与摄片同时进行,必要时加断层片,支气管造影,可提高X线的阳性率。

气道异物多为外源性。因幼儿咽喉反射不全,咀嚼功能不完善,进食喜嬉笑及衔物游戏等不良习惯,故发病率高,婴幼儿占80%。3岁以下小儿多不能自述病史,出现咳嗽、气促常在儿科就诊,少数儿科医师对气道异物的警惕性不高,忽略询问异物史而误诊。部分家长否认异物史,其可能性有异物吸入时家长不在;异物吸入时症状轻,只当作一般咳嗽而忽视;吸入时间长而遗忘。假阴性病史常是误诊的重要因素。对这类小儿应耐心追溯病史。有的家长认为咳嗽可排出异物,怀着侥幸的心理否认病史。

[作者简介] 罗欣友,男,1972年出生,本科,医师。
[作者单位] 410007 长沙,湖南省儿童医院耳鼻喉科

事实上小儿生理不同于成年人,异物易坠入气道,自行咳出机率很小,据国内外统计为 0.75%~4%^[2,3]。还有个别家长担心家人埋怨而隐瞒病史。本组中,因异物史不详 12 例,占误诊的 26%。

患儿有合并症或伴发病史也影响诊断,异物并发感染,常类似于急性喉炎,喉气管支气管炎。支气管异物多有咳嗽,类似于支气管炎,并发感染后多痰、气促、咳嗽加剧,如果阻塞远端支气管引起肺不张、斑片状阳性表现更易误诊为肺炎。有 3 例异物患儿,临床表现为咳嗽、气促、发绀、双肺大量湿罗音、心音低钝、肝肿大,当地考虑“重症肺炎并心衰”,经系统内科治疗后,肺部仍异常,转诊到我科经支气管镜检术取出气道异物而治愈。有 2 例房间隔缺损伴发气道异物患儿,应诊时已知先心病史,首先考虑血液由左向右分流,导致肺动脉高压,肺循环血流过多并发肺部感染,误诊为“房缺合并毛细支气管炎”。另 1 例脑瘫伴支气管异物因颅神经受累咽喉反射功能差,异物吸入史不明确,但右下肺反复感染,家长多次否认异物史,最后行支气管镜检右下叶支气管开口处取出花生仁碎块。上述类别的误诊有 9 例,占 20%。

因此为减少误诊,当婴幼儿出现咳、喘、气促等呼吸道症状时,应常规询问异物吸入史,可疑病史应随诊。小儿急性喉炎、喉气管支气管炎积极治疗后咽喉部充血水肿减轻但临床缺氧症状无改善时应做支气管镜检;无论有无异物史,某一固定部位持续性或复发性肺炎,局限性肺不张,肺气肿均应做支气管镜检;有异物史伴临床症状者及早行支气管镜检;有异物吸入史而 X 线征阴性患儿应考虑行支气管镜检。支气管镜检对患儿既是诊断又是治疗。

[参 考 文 献]

- [1] 阎承先. 小儿耳鼻喉科学 [M]. 天津:天津科学技术出版社, 1983, 429 - 440.
- [2] 王辉腾,徐忠强,郭玉德. 小儿呼吸道异物 X 线检查假阴性相关因素分析 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1997, 11(12): 570.
- [3] 徐荫祥. 气管食管学 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1984, 70 - 80.
- [4] 樊忠,王天铎. 实用耳鼻喉科学 [M]. 济南:山东科学技术出版社,1997, 814 - 822.

(收稿日期:2000 - 01 - 04 修回日期:2000 - 04 - 18)

(本文编辑:吉耕中)

(上接第 227 页)

为 $0 \sim 100 \times 10^6/L$,以淋巴细胞为主;94.5%出院后无任何不适。

本组 101 例病例中,实验室检测仅发现 1 例为单纯疱疹病毒性脑炎,其余均未查出病毒及细菌,因我院无法进行病毒分离和鉴定,此组患儿感染的病毒确切名称不祥。只能诊断为病毒性脑炎,实际上很多病毒性脑炎的一般临床表现有颇多的相似之处^[3]。对此类疾病早期诊断、早期治疗,均能取得满意效果。

[参 考 文 献]

- [1] 周永涛,陆小彦,照日格图,等. 北京地区夏秋季病毒性脑炎临床及病原学研究 [J]. 中华儿科杂志,1996, 27(4): 281 - 282.
- [2] 王慕逖. 儿科学 [M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,1998, 365.
- [3] 诸福棠,吴瑞萍,胡亚美. 实用儿科学《上》[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,1993, 743 - 745.
- [4] 张辉,王廷骏,徐云鹤,等. 病毒性脑炎患儿肠道病毒特异性 IgM 抗体快速检测 [J]. 中国实用儿科杂志,1999, 14(11): 659 - 660.
- [5] 王华,吴保敏,裘秀月. 急性病毒性脑炎脑电图、磁共振改变与临床诊断及预后关系探讨 [J]. 中国实用儿科杂志,1997, 12(6): 375 - 376.

(收稿日期:1999 - 11 - 03 修回日期:2000 - 02 - 01)

(本文编辑:吉耕中)