

·临床研究报道·

小儿肺结核误诊临床分析

张玉兰,梅志勇,岑丹阳

(中山大学孙逸仙纪念医院儿科,广东 * 广州 510120)

[摘 要] 目的 探讨小儿肺结核的临床特点及早期诊断问题。方法 回顾性分析 71 例小儿肺结核临床特点及延误诊断情况。结果 误诊为呼吸系统疾病的占 46.5%,肺外疾病占 53.5%。结论 小儿肺结核临床表现具多样性和不典型性,提高对小儿肺结核的认识,可减少其误诊率。

[关 键 词] 肺结核;诊断;小儿

[中图分类号] R521 [文献标识码] B [文章编号] 1008-8830(2001)04-0417-02

小儿肺结核在我国仍是常见病,由于近年国内城市流动人口增多,人群免疫力降低等原因,致使结核病的发病率有所上升,一些不典型的结核患儿常入住综合性医院。为了探讨小儿肺结核的特点,提高诊断水平,现将我院 1975 年 1 月至 2000 年 6 月收治的 71 例小儿肺结核误诊分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

71 例中男 42 例,女 29 例,新生儿 3 例,~1 岁 9 例,~3 岁 17 例,~7 岁 16 例,~14 岁 26 例。1975~1985 年 33 例,1986~2000 年 38 例。来自农村 31 例,县级以上城市 40 例,其中广州市 15 例。有明确结核病接触史者 11 例。已接种卡介苗 50 例。进行结核菌素试验 63 例,呈阳性反应 45 例(71.4%),其中强阳性 20 例(31.7%);阴性 18 例(28.6%)。

1.2 临床症状及体征

71 例中急性起病者 26 例。发热 61 例,其中高热 33 例,不规则发热 12 例,低热 16 例。发热伴咳嗽 47 例,伴气促 13 例。其他首发症状有胸痛、关节痛、腹泻、血尿各 2 例。黄疸、浮肿各 1 例。有长期应用糖皮质激素或免疫抑制剂者 6 例,其中原发病为肾病综合征 2 例,系统性红斑狼疮、皮炎、变应性脉管炎、白血病各 1 例,见表 1。

表 1 主要症状及体征

症状及体征	例数	%
发热	61	85.9
消瘦	46	64.8
盗汗	35	49.3
咳嗽	55	77.5
腹胀	5	7.0
皮疹	4	5.6
淋巴结肿大	11	15.5
肺部罗音	27	38.0
肝肿大	19	26.8
腹部包块	3	4.2

1.3 实验室检查

血象:白细胞总数 $>10 \times 10^9/L$ 29 例,中性粒细胞增高者 19 例;血红蛋白 110~90 g/L 34 例,~60 g/L 10 例,~30 g/L 2 例。血沉 $>20 \text{ mm/h}$ 44 例。血 Tb-PCR 7 例中阳性 5 例,血 PPD-IgG 7 例呈阳性者 3 例。2 例次痰涂片找抗酸杆菌均阴性。

1.4 X 线检查

入院后经胸部 X 线检查证实 71 例中原发综合征 26 例,支气管淋巴结结核 11 例,浸润性肺结核 15 例,粟粒性肺结核 14 例(其中 6 例表现不典型,尸解后证实),干酪性肺炎 3 例,空洞型 2 例。合并支气管扩张 2 例,肺不张 2 例。

[收稿日期] 2000-09-04; [修回日期] 2001-03-10
[作者简介] 张玉兰(1946-),女,大学,副主任医师。

1.5 延误诊断情况

延误诊断时间： ≤ 14 d 7例， ~ 1 个月25例， ~ 3 个月27例， ~ 6 个月6例， ~ 12 个月4例， ~ 24 个月2例。入院时以发热待诊者13例。误诊为呼吸系统其他疾病33例(46.5%)，其中肺炎20例，支气管炎6例，支气管异物4例，肺脓肿3例。误诊为肺外疾病的有结缔组织病、败血症、伤寒，泌尿系感染、胆道感染、淋巴瘤、恙虫病、风湿热等。

病理检查13例，其中淋巴结活检3例，剖腹探查2例，支气管纤维镜检2例，6例死亡后经病理检查才确诊为结核病，而死亡前临床均未确诊。分别误诊为淋巴瘤、结缔组织病、肝胆道感染、肺炎、败血症等。

2 讨论

本文资料中误诊为呼吸系统其它疾病的占46.5%，肺外疾病占53.5%。表明小儿肺结核在综合性医院误诊仍相当严重，其误诊的原因有以下几点：临床医生思维不全面。小儿肺结核临床表现及X线检查常不典型，而临床医师缺乏全面思考方法，是误诊或漏诊的一个重要原因。本文病例中误诊为呼吸系统疾病者最多(46.5%)。主要由于医师片面强调肺部闻及罗音者应诊断为支气管炎或肺炎，有些则仅凭胸片而诊断。如本文1例患者发热、咳嗽10天，胸片示“肺脓肿”，用抗生素治疗未见好转，误认为该抗生素无效，再次抗生素升级而病情仍未见改善，复查胸片疑为干酪性肺炎，用抗结核治疗2周，体温下降，胸部X线原致密阴影有所吸收。因此，临床医师对可疑病例应亲自参加阅片，提出疑问，共同商榷，将会大大减少误诊的可能；对结核病特殊表现认识不足。本文资料中以发热、皮疹起病者误诊为结缔组织病，以浮肿、血尿起病者误诊为肾病综合征，有关节炎表现的则误诊为风湿性关节炎。这些患儿大多由于早期肺部病灶隐匿而造成诊断上的困难；滥用氨基糖甙类抗生素。本组病例中大部分因有发热、咳嗽在基层医院已应用氨基糖甙类抗生素。这种单一应用一线抗痨药不能控制结核病的发展，却使症状和X线表现不典型，延误了诊断的时机；新生儿肺结核。本病在新生儿期较为罕见，其临床表现无特征性，误诊率及死亡率均很高。本组3例新生儿肺结核，出生后长期发热，曾在外院误诊为新生儿肺炎、败血症等。3例入院后确

诊为先天性肺结核。其中2例经抗痨治疗后治愈。另1例入院时病情严重，合并DIC及多脏器损害而死亡，尸解证实为全身播散性粟粒性结核。追问病史这3例患儿的母亲产前均有结核病史。由此可见，母亲孕期患结核病，宫内感染结核的机率可能性很大；X线表现不典型。胸部X线检查是发现肺结核的重要手段，但有些病例X线表现并非特征性。急性粟粒性肺结核播散开始后3~4周，迟者6周才能在X线上见到粟粒阴影^[1]。本文14例粟粒性肺结核，其中6例生前未能确诊，经尸解证实为全身播散性粟粒性结核。如1例反复发热9个月，拍胸片7次，先后误诊为肺炎、结缔组织病、恶性组织细胞病等。试用糖皮质激素治疗以致病情恶化，剖腹探查及病理活检证实为粟粒性结核，重新阅片认为胸片呈不典型粟粒性结核改变。

小儿肺结核的临床表现多种多样，可极不典型，容易造成误诊，为提高早期诊治率，我们认为应注意以下几点：对结核病要有高度的警惕性。许多患者因症状而首先在综合性医院就诊，如接诊医师都能把结核病放在考虑之列将会大大减少延误诊断的可能。对胸片异常而难以确诊时，应进行CT或MRI检查，其优点可弥补X线检查的不足，能较全面观察病变，还可同时显示肺内结核的分布、类型、程度以及淋巴结肿大和胸膜、胸椎病变等^[2]；常规痰菌检查。痰中查出结核菌是诊断肺结核的直接、客观的证据。对疑有肺结核的患者应常规进行痰液涂片及细菌培养，对难以取痰的婴儿应在清晨抽取胃液查菌。多次(3次以上)仔细查痰可以提高阳性率；正确评价结核菌素试验的意义。结核菌素试验是现行识别结核菌感染的较好方法。其反应阳性表明已接种卡介苗或受结核菌感染。本文结核菌素试验阴性者占28.6%，故阴性不能排除结核病；试验性治疗。对高度怀疑本病，且一般抗生素治疗无效的患者，可给予诊断性抗结核治疗，用两种以上敏感的杀菌剂，在2~4周内密切观察临床反应及X线变化。

【参考文献】

- [1] 彭卫生,王英年,肖成志.新编结核病学[M].北京:中国医药科技出版社,1994,304-312.
- [2] 唐显映,董国礼,王峻山.CT与X线平片对肺结核的影像诊断评价[J].四川医学,1997,18(1):29-30.

(本文编辑:吉耕中)