

不重视甚至是忽略腹部检查,则有可能造成漏诊。④科室间的沟通协作不足。疾病在诊断未明确之前,接诊医生需全面考虑各种诊断结果,并及时与相关科室沟通协作,达到早期诊断和妥善治疗。⑤过度依赖辅助检查。疾病的诊断需综合临床及实验室辅助检查两方面才能明确。若临床高度怀疑阑尾炎,WBC 及 CRP 也明显增高,B 超却未提示,则不应轻易排除阑尾炎的诊断。因为 B 超结果与操作者经验密切相关,存在着一定比例的假阳性或假阴性,即使是经验丰富的 B 超专家,诊断的正确率仅达 93%^[3]。此时应反复仔细检查,并动态观察病情变化,及时复查 B 超,同时应请外科医师协助诊治,短期内反复对比观察可以降低误诊率^[4]。⑥其他因素。若早期临床症状及体征不典型,家长考虑经济原因等,省略了早期的常规血检及 B 超检查,易致误诊;个别患儿及家长对医生信任不足,不遵从医嘱,甚至拒绝某些相关检查,导致误诊。

综上所述,若要尽量减少阑尾炎的误诊,提高早期诊断的准确率,首先应该取得患儿及家长的信任和积极配合,判断病情时要考虑全面。其次,体检要

仔细,及时完善相关辅助检查,加强科室间的协作,诊断未明确时,尚需要动态观察病人的病情变化^[5,6]。

[参 考 文 献]

[1] Graham JM, Pokorny WJ, Harberg FJ. Acute appendicitis in pre-school age children[J]. Am J Surg, 1980, 139(2):247-250.

[2] Hartman GE. Acute appendicitis[M].//Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996, 1109-1111.

[3] 余世耀,施诚仁,潘伟华,王俊,沈涤华,张弛,等. 儿童急性阑尾炎若干临床问题 20 年回顾分析[J]. 中华小儿外科杂志, 2004,25(2):112-115.

[4] 刘文英,俞松,唐耘慢,魏艇,王永刚,胡廷泽,等. 小儿急性阑尾炎的诊治体会[J]. 中华小儿外科杂志,2004,25(2):116-118.

[5] 倪美良,许凤鸣. 小儿急性阑尾炎误诊原因分析[J]. 中国当代儿科杂志,2002,4(6):543-544.

[6] 高中秋,邱海航,马小静. 右足跟试验对小儿急性阑尾炎诊断价值的探讨[J]. 中国当代儿科杂志,2003,5(1):73.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

肺吸虫病早期误诊为结核病 1 例

施旭来,叶秀云,林忠东

(温州医学院附属育英儿童医院,浙江 温州 325027)

[中图分类号] R383.2+3 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2009)05-0411-02

患儿,男,9 岁,因胸痛 2 月,咳嗽 1 周,头痛、呕吐 1 d 收住本院。咳嗽、咳痰不明显,无气促,活动无受限。近半月有低热、盗汗,食欲下降,并进行性消瘦、精神萎软、乏力、嗜睡。曾在当地医院使用头孢三嗪后病情继续加重。未接种卡介苗,否认结核接触史。4 年前有生食溪蟹史。入院查体:T 38.4℃,嗜睡状,消瘦貌,未见卡疤,全身浅表淋巴结未及肿大,呼吸平稳,两肺呼吸音粗,右肺呼吸音偏低,未闻及啰音,可闻及胸膜摩擦音,心音尚可,未闻及病理性杂音。腹软,肝肋下 1.0 cm,脾未及,移动性浊音(-)。四肢肌力、肌张力正常,颈抗(-),克氏征,布氏征均阴性,双侧巴彬氏征阴性。入院后查血

常规 WBC $9.22 \times 10^9/L$,N 0.46, Eos 0.168, HGB 104 g/L,PLT $326 \times 10^9/L$;胸水常规:黄色,混浊,WBC $390 \times 10^6/L$,RBC $150 \times 10^6/L$,N 0.12, L 0.66,间皮细胞 0.200, Eos 0.020,李凡他试验(+),蛋白 57 g/L,细菌未找到。脑脊液检查压力 200 mmH₂O, WBC $600 \times 10^6/L$,RBC $12\ 000 \times 10^6/L$,N 0.70, L 0.29, Eos 0.01,糖 >2.28 mmol/L,氯化物 126.0 mmol/L,蛋白 0.5 g/L,未找到抗酸杆菌。凝血功能、生化、电解质均在正常范围。CRP 4.54 mg/L,ESR 49 mm/h。头颅 CT 示右顶、枕叶出血破入脑室。头颅 MRI 示右侧顶叶占位伴出血。胸片示双侧胸腔积液,右侧为著。其父母胸片:(-)。心脏多普勒超声:心包

[收稿日期]2008-11-06;[修回日期]2008-12-24
[作者简介]施旭来,男,硕士,主治医师。主攻方向:小儿神经内科疾病。

少量积液。PPD(-)。血清抗体:肺吸虫抗体阳性。入院后结合患儿未接种卡介苗,累及到多个浆膜腔,颅脑 CT 发现有脑出血,抗生素治疗无效,考虑结核病可能,予降颅压、止血,抗痨及其他对症支持治疗。患儿胸痛、呕吐缓解,食欲改善,精神好转,但仍有剧烈的间断性头痛、体温波动,重新考虑诊断的正确性。由于患儿多次血常规、胸水及脑脊液检查提示嗜酸细胞升高,反复追问病史,患儿 4 年前有生食溪蟹史;疾控中心血清抗体报告:肺吸虫阳性,确定肺吸虫感染的诊断。予吡喹酮每日 25 mg /kg,分 3 次口服,连用 10 d,一周后再重复一个疗程。脑部病灶、胸水逐渐吸收,症状消失,实验室检查正常,随访观察 12 个月,无复发。

讨论:肺吸虫病又称肺并殖吸虫病^[1],发病率较低,为一人兽共患蠕虫病,是由卫氏并殖吸虫、斯氏并殖吸虫等寄生人体所引起。人因生食或半生食含囊幼的溪蟹或喇蛄而感染。发病以缓慢起病为多见,早期症状不明显。症状多在感染后 3~6 个月内出现,甚至数年内也可发病。本例在 4 年后发病,增加了病史询问和诊断的难度。肺吸虫最常寄生肺部,故呼吸系统症状最为多见,本例也是如此,主要表现为胸痛、咳嗽、胸腔积液^[2,3]。肺吸虫脑病主要由于幼虫和成虫沿颈动脉和破裂孔进入颅内,在脑内移行、产卵、分解代谢,引起脑组织直接破坏性、毒性及异物反应所致。其主要病理改变为浸润性无菌性炎症、脑出血或脑梗死。常见症状为头痛、呕吐、颈项强直等似急性脑膜炎症状及各种脑局部症状,

如偏瘫、痫性发作、偏身感觉障碍等^[4,5]。值得注意的是本例患儿未接种卡介苗,呈亚急性起病,消瘦貌,病变累及多个浆膜腔,入院时考虑结核病可能。另外患儿入院时血常规中的嗜酸细胞就有增高,但未引起足够重视。经正规抗痨治疗无明显效果,多次血常规、胸水及脑脊液检查提示嗜酸细胞升高,考虑到肺吸虫病可能;经追问病史有食生蟹史,结合头颅影像学检查结果,加做肺吸虫血清抗体阳性而确诊。从中可以看到临床思路开阔的重要性,不能只抓住一点形成定向思维。本例患儿外周血嗜酸细胞计数增加对肺吸虫病早期诊断提供了线索。但临床上并未对此深入分析,造成诊断的延迟,提醒临床医生诊断疾病要综合全面考虑。

[参 考 文 献]

[1] 刘宜升. 并殖吸虫病[M]. // 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学上册. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2002, 1112-1115.
[2] 李平,王雅洁. 以咯血、胸痛、胸腔积液为主要表现的肺吸虫一例[J]. 肿瘤防治杂志, 2002,9(6):670.
[3] 关淑荣. 427 例肺吸虫性胸膜炎病例资料分析[J]. 中国寄生虫病防治杂志,2005,18(2):201.
[4] 刘永宏,商慧芳,肖家和,魏树林,周东. 肺吸虫脑病的诊断及影像学改变(1 例报道及文献回顾)[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2007,33(7):924-925.
[5] 崔玉真,肖波,周文斌,刘小民. 误诊为脑血管畸形的儿童肺吸虫脑病 1 例报告[J]. 中风与神经疾病杂志, 2004, 21(4): 316.

(本文编辑:吉耕中)