维普资讯 http://www.cqvip.com

肺结核、下叶肺结核、误诊、误诊

第24卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.24 No.3
1999 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1999

301-302

酷似肺炎的下叶肺结核27例误诊分析

R521.04

临床学院肺科 徐 玲* 黄仕聪

中图分类号 R 521

典型肺结核诊断不难,但不典型表现的肺结核,临床上常有误诊。本文报告我院1989～1998年27例下叶肺结核酷似肺炎而被误诊,总结经验教训如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 27例中男15例,女12例,年龄17～45岁。病变位于右下叶19例,左下叶8例。延误诊断时间最短21天,最长95天,平均38天。

1.2 误诊情况27例起病均较急,高热,体温39～40℃,平均>39℃。全部病例均有咳嗽和咳痰,16例咳少量粘液痰,10例咳少量脓性痰。14例无咯血,9例为痰中带血,3例中量咯血(50～100ml/次),1例大量咯血(500ml/次)。血常规检验:27例血白细胞总数及中性粒细胞均显著升高,其中4例白细胞总数>20×10^9/L(>20000/mm³)。27例,X线胸片均显示病灶为渗出性,其中无硬结、钙化和空洞形成,X线报告为肺炎。临床根据起病较急,体温及血白分高,病变位于肺下叶,胸片病灶X线表现,初步诊断为细菌性肺炎,均未作痰结核菌检查和普通菌培养。

治疗经过:全部使用抗生素治疗,青霉素+庆大霉素治疗11例,苯唑青霉素+氨苄青霉素治疗5例,苯唑青霉素+丁胺卡那霉素治疗6例,头孢唑啉治疗5例,在治疗过程中,部分病例换用多种抗生素。疗程最短1个月,最长3个月。全部病例均未奏效,体温均未恢复正常,胸片复查病变恶化,其中8例有空洞形成。因抗生素长期治疗无效,方考虑可能为肺结核,痰结核菌检查25例涂片(+),(包括经纤支镜病变处刷检涂片),2例涂片(-)。全部病例改用抗痨治疗,异烟肼0.3g日一次,利福平0.45g日一次,链霉素0.75g肌肉注射日一次。27例中15例在1周内退热,另11例在2周内退热。抗痨治疗1～2月后摄胸片,病灶均有明显吸收,病情好转出院,出院后继续抗痨治疗。

典型病例:男,16岁,学生,因高热体温39～40℃,咳嗽咯血500ml/日,血WBC20×10^9/L,N0.90,胸片显示右下肺大片渗出性病灶,X线报告为右下肺炎,入院诊断肺炎。先后用青霉素、苯唑青霉素、氨苄青霉素、庆大霉素、丁胺卡那霉素等抗生素治疗达3个月之久,每半月摄胸片一次,患者高热不退,反复小量～中量咯血,右下肺病灶无好转,反而恶化,出现3cm×2cm空洞,左下肺亦出现渗出性病灶。痰涂片查见抗酸杆菌(+++),修正诊断为双下浸润型肺结核,停用抗生素,改用异烟肼、利福平和链霉素抗痨治疗1周体温恢复正常,1月内咯血停止,胸片复查病灶有吸收,一般情况改善。出院后续抗痨治疗,4个月后门诊随访胸片病灶大部分吸收,空洞关闭。

2 讨论

典型肺结核病例不易误诊。肺结核好发于上叶,占93%以上,而下叶肺结核极少见。X线检查常将肺下叶结核误诊为肺炎。本文27例下叶结核,均有高热,血白分高,部分咳脓痰,不符合肺结核的典型表现,开始均误诊为肺炎。本资料提示肺结核误诊原因为临床思维狭窄、单一,不熟悉肺结核的不典型表现,过分依赖X线胸片结论而忽视细菌学检查。文献报道肺结核误诊病例半数左右由于未作痰结核菌所致[1]。X线检查是肺结核诊断中常规检测方法,X线表现典型者误诊极少,但肺结核与肺炎可有类似的X线表现,这类不典型病例X线诊断误诊率较高[2]。对于肺部渗出性病变,尤其位于下叶者,初诊时考虑肺炎外,还不能轻易排除肺结核的可能性,应根据病史,结合实验室检查资料,综合分析;在抗生素应用前,同时送痰细菌培养及结核菌检查,力求细菌学证据。有条件医院还应作结核菌素试验。若痰结核菌(-),肺结核难以确诊,可先用抗生素抗感染治疗。若抗菌药物治疗2～3周,病灶消退,胸片复查,病灶完全吸收消散则为普通肺炎;若仍无吸收好转或甚而恶化者,肺结核不能除外。可行纤支镜检查,于病变部位刷检、抽吸物涂片送结核菌检查,并改用抗痨试疗、切忌包围战

* 女,1963-07出生,主治医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

术(抗生素与抗痨药物同时使用)。抗结核药物诊断性治疗有效,即便痰结核菌(-),肺结核诊断也可成立;因活动性肺结核中3/4检查痰结核菌(-),可见不能仅凭1次或2～3次痰结核菌阴性就否定肺结核的诊断,对抗生素治疗无效的可疑肺结核病例应在抗痨试疗中随访观察,进行验证。

参考文献

1.赵鸣武,等.中华内科杂志 1998; 19(6):469
2.曾纪霖.中华内科杂志 1985; 24(10):618

(收稿日期 1998-10-21)

302-304 R657.406 R575 (31)

胆囊切除术后黄疸

临床学院外科 闫 雄* 向 志 方开先

提 要 目的:分析胆囊切除术后产生黄疸的原因及预防措施。方法:分析我院1992年8月至1998年8月1832例胆囊切除术病例。结果:经B超、CT、手术、肝功证实:①胆道损伤造成的黄疸7例;②胆道内残余结石所至黄疸8例;③引流物造成黄疸4例;④肝细胞性黄疸12例。结论:胆道损伤、胆道残余结石、不恰当的引流及术前肝功不良等是胆囊切除术后黄疸常见的原因;因此,合理的手术方式、术中必要的检查、恰当的引流及围手术期保肝等是预防胆囊切除术后黄疸的措施。

关键词 胆囊切除术; 黄疸 手术后
中图分类号 R657.4

胆囊切除术后黄疸在临床上并不罕见。国内报道是7.5%[1]。为此,本文探讨胆囊切除术后黄疸的常见原因及预防措施。

1 临床资料

1992年8月～1998年8月因胆囊结石或急性胆囊炎而行胆囊切除术共1832例,其中男723例,女1109例,平均年龄47.6岁。胆囊切除术胆道损伤7例,术后48h内出现黄疸3例,3～7天内出现黄疸2例,3月～6月内出现黄疸2例;胆囊切除术胆道残余结石8例,术后48h内出现黄疸3例,6月内3例,1年以上2例;胆囊切除术引流物不恰当造成黄疸4例,时间都在1周内;胆囊切除术后肝细胞性黄疸12例,黄疸多在术后2周内。

2 讨论

2.1 胆囊切除术后胆道损伤所致黄疸 胆道损伤是造成胆囊切除术后黄疸的最主要原因。胆囊切除术并发胆道损伤的发生率为0.1～0.5%[2],造成的原因有:①胆管辨认不清或胆囊管与胆总管并行,误将胆总管认为胆囊管予以分离、切断、结扎;②切断胆囊管时,过度牵拉胆囊,将成角的肝总管与胆总管损伤或切断、结扎;③胆囊管汇入右肝管,误将右肝管认为胆囊管而切断、结扎;④胆囊壶腹部结石嵌顿并与肝总管或胆总管粘连,分离时造成肝总管或胆总管损伤、结扎。胆道损伤后出现黄疸的时间与胆道损伤的程度、部位有关。胆总管或肝总管完全阻塞,术后12h左右可出现黄疸,而部分梗阻,出现黄疸时间会延迟。据报道有术后3年因黄疸才确诊为胆道损伤[3]。本组胆道损伤7例,经B超、CT和再次手术证实:胆总管横断2例,胆总管损伤形成假性囊肿2例,肝总管侧壁损伤2例,右肝管横断1例。于术后48h与6月内出现黄疸,因此,预防胆囊切除时胆道损伤能减少黄疸的发生。胆囊切除时遵循顺行和逆行切除的原则,先解剖出胆囊管,给予牵引,然后从胆囊底分离,充分游离胆囊管,明确胆囊管、胆总管、肝胆管三者的关系后,再切断、结扎胆囊管。对胆囊坏疽或胆管三角解剖不清的病例,不必强行胆囊切除,可行胆囊造瘘或部分切除,以免造成胆道损伤。

2.2 胆囊切除术后胆道残余结石所致黄疸 胆

* 男,1964-02出生,主治医师