维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2001)03－0326－03

综合性医院肺结核误诊探讨(附 100 例肺结核误诊分析)

张和生，杜先智

(重庆医科大学第二临床学院肺科 重庆 400010)

【摘 要】目的:提高综合性医院医师对肺结核诊断水平。方法:分析院内外 100 例肺结核误诊的临床资料。结果:平均误诊率 17.8%。结论:误诊原因有:①对肺结核的警惕性不高。②对不典型肺结核临床表现缺乏认识。③部分肺结核 x 线表现不典型。④单凭 x 线报告做出诊断。⑤不重视痰找抗酸杆菌。减少误诊措施有:①对结核病应有高度警惕性。②提高临床医师对不典型肺结核临床表现认识。③增强对肺结核不典型胸部 x 线表现的认识。④重视临床治疗后胸片复查。⑤重视痰查结核菌。⑥纤支镜检查可提高痰菌阴性肺结核诊断率。⑦重视病理诊断和临床治疗性诊断。

【关键词】误诊;肺结核

【中国图书分类法分类号】R521 【文献标识码】B 【收稿日期】2000－08－28

Study on misdiagnosis of pulmonary tuberculosis in general hospital

(*Analysis of 100 cases of pulmonary tuberculosis misdiagnosed*)

ZHANG He－sheng, et al

(*Department of Pneumology, Second College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【*Abstract*】 ***Objective***: To improve the diagnosis standards of physician for pulmonary tuberculosis in general hospital. ***Methods***: The clinical data of 100 pulmonary tuberculosis patients misdiagnosed in and out of our hospital was analyzed. ***Results***: The misdiagnosis rate of pulmonary tuberculosis in general hospital is 17.8%. ***Conclusions***: There are 5 factors affecting the misdiagnosis of pulmonary tuberculosis: ①unawareness of pulmonary tuberculosis; ②lack of understanding the clinical manifestations of atypical pulmonary tuberculosis; ③atypical radiological appearance in part of the patients; ④relying on X－ray report only; and ⑤neglecting the inspecting of mycobacterium in sputum smear. It can reduce the misdiagnosis rate of pulmonary tuberculosis by the following, such as: ①pay more attention to this disease; ②improving the understanding of clinical manifestations in atypical pulmonary tuberculosis; ③realizing more atypical appearance of X－ray; ④comparing the changes of X－ray; ⑤inspecting the mycobacterium tuberculosis in sputum smears as possible; ⑥using fiberoptic bronchoscope availbly; ⑦combining the diagnostic pathology with clinical therapy.

【Key words】 Misdiagnosis; Pulmonary tuberculosis

我院近 10 余年因活动性肺结核住院 560 例,在院外或院内误诊 100 例,除 2 例根据临床治疗效应作出诊断外,其余 98 例痰中找到结核菌或病理证实为结核病。为吸取经验教训,提高综合性医院对肺结核的诊断水平,现回顾性分析,探讨误诊原因与减少误诊措施。

1 临床资料

1.1 一般资料 男 62 例,女 38 例,男女之比为 1.9:1。年龄为 18－74 岁,平均 41 岁。入院时临床表现分别有:咳嗽 85 例,发热 63 例,咯血 48 例,咯痰 37 例,气促 35 例;上肺闻及湿啰音 30 例,下肺闻及湿啰 20 例,干口罗音 13 例,扪及颈部淋巴结 4 例。结素试验阳性 65 例,阳性率 80%(65/80)。胸片病灶位置,上肺病灶 53 例,下肺病灶 18 例,双肺病灶 18 例,胸片未见病灶 11 例,胸片 X 线征象,浓密不均,斑片病灶 66 例,呈大叶性病灶 8 例,孤立结节病灶 6 例,双肺弥漫性病灶 9 例,胸片正常 11 例。其中有 35 例有空洞或透光区,3 例有纵隔或肺门影增大。

作者介绍:张和生(1940－),男,教授。主要研究方向:呼吸系统疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 误诊标准 肺结核患者从有症状就诊到确定诊断时间超 1 月者[1]。

1.3 误诊情况

1.3.1 各型肺结核误诊率 原发型为 81.8%(9/11),血播型为 47.4%(9/19),浸润型 13.5%(42/310),慢纤空洞型为 67.6%(25/37),结核性胸膜炎为 2.4%(4/169),支气管内膜结核为 68.8%(11/16)。平均误诊率为 17.8%(100/562)。

1.3.2 诊断依据 误诊 100 例肺结核最后确定诊断依据分别为,痰菌阳性 78 例,其中原发型 1 例,血播型 8 例,浸润型 33 例,慢纤空洞型 25 例,支气管内膜结核 11 例。纤支镜刷检查到结核菌 4 例均为浸润型。病理诊断结核病 16 例,其中纤支镜检查诊断原发型 1 例,肿大淋巴结穿刺或活检诊断原发型 3 例,经皮肺活检诊断血播型 1 例,胸膜活检诊断胸膜炎 4 例,术后病理诊断原发型 1 例,浸润型 6 例。临床治疗诊断原发型 2 例。

1.3.3 各型肺结核误诊疾病 原发型误诊 9 例中,误诊为急性支气管炎、中央型肺癌、淋巴瘤各 3 例。血播型误诊 9 例中,误诊为急性支气管炎、肺泡细胞癌各 3 例,间质性肺炎 2 例,皮肌炎 1 例。浸润型误诊为 42 例中,误诊为支气管扩张症 10 例,大叶性肺炎、支气管肺炎各 8 例,肺脓肿、周围型肺癌各 6 例,化脓性肺炎 4 例。慢纤空洞型误诊断 25 例中,误诊为慢性支气管炎 15 例。阻塞性肺气肿 10 例。结核性胸膜炎 4 例均误诊为癌性胸膜炎。支气管内膜结核 11 例中,误诊为支气管炎 8 例,支气管哮喘 3 例。

2 讨 论

结核病是世界重要传染病之一,肺结核是结核病最常见的病型。文献报告肺结核误诊率为 18%~92%,平均为 57%[1];肺结核患者约 90% 首次就诊在综合性医院[2]。本组误诊率为 17.9%,浸润型与结核性胸膜炎是成人肺结核常见病型,误诊较少;而原发型,血播型,支气管内膜结核及慢性纤维空洞型肺结核是非常见病型[3],误诊率高达 47%~81%。

本组资料显示,肺结核误诊并非单一因素造成,归纳本组误诊发生原因有:①医师对肺结核缺乏高度警惕性;②肺结核临表现床不典型;③部分肺结核胸部 X 线表现不典型;④有的医师单凭胸部 X 线报告作出诊断;⑤痰找抗酸杆菌不重视等。

根据本组误诊分析,结合文献,提出以下几点减少误诊的措施:

(1)综合性医院医师对结核病应有高度警惕性。本组显示因医师对肺结核警惕性不高,误诊共 34 例,占本组误诊原因 1/3,说明综合性医院应把结核病列为常见病之一;凡是病人因"上呼吸道感染"就诊者,按"支气管炎"或"感冒"治疗无效或症状持续半月时,即应作痰结核菌及胸部 X 线检查,可减少肺结核的误诊。

(2)临床医师提高对不典型肺结核临床表现的认识。本组因类似急性下呼吸道感染的临床表现而误诊者 26 例;因并发症或合并症掩盖肺结核临床表现造成误诊者 20 例,因抗结核药物强化治疗中出现变态反应,酷似抗结核治疗无效,误诊 5 例;因其他疾病服用肾上腺皮质激素,诱发"类固醇性肺结核"而误诊 3 例。总之,因肺结核临床表现不典型误诊共 54 例,占本组误诊原因 1/2,说明医师对各型肺结核不典型临床表现缺乏认识是肺结核发生误诊的又一原因。可见,提高对类似下呼吸道感染表现肺结核的认识,加强抗结核药物强化期变态反应临床表现的观察,警惕并发症或合并症掩盖肺结核的临床表现,重视肾上腺皮质激素促发结核病灶活动等是减少肺结核误诊的重要措施。另有作者报告老年肺结核临床表现多不典型,也有作者报道不典型肺结核临床表现为局部压迫牵拉症状,变态反应综合征,神经精神症状,贫血,类白血病反应,肛瘘,肺性肥大性骨关节病,异位激素分泌综合征,成人呼吸窘迫综合征等临床表现就诊者,也值得各级临床医师重视。

(3)增强对肺结核不典型胸部 X 线表现的认识,本组 18 例病灶位于下肺叶,12 例 x 线形态不典型,误诊共 30 例,占本组资料误诊原因 1/3。文献报道 1/4~1/3 的肺结核病灶在罕见部位或影像学表现不典型。因此,提高对肺结核 X 线表现复杂多变征象的认识,也是减少肺结核误诊的又一重要措施。

(4)内科医师应重视临床治疗中胸部 X 线随访复查。本组在院外因一次胸部 x 线检查正常,误诊 6 例,另有 39 例在院外单凭胸片报告误诊为肺部其他疾病;两组共误诊 45 例约占本组误诊原因的 1/2,说明内科医师不重视治疗中胸部 X 线复查或单凭胸片报告下诊断也是肺结核误诊又一个重要原因。据动物感染实验报告,结核菌感染后大约 15~

维普资讯 http://www.cqvip.com

21 天胸部 X 线才显示异常，可见早期胸部 X 线检查未发现结核病灶，也不能轻易排除肺结核；当 X 线报告与临床诊断不一致，或治疗效果不佳时，应随访胸部 X 线检查，必要时进行断层，CT 及核磁共振等影像学检查，也是减少肺结核误诊的一个重要环节。

(5)医师应增强痰查抗酸杆菌的意识。当今，痰及其他排泄物或组织液中查到抗酸杆菌乃是诊断结核病的金标准。本组误诊病例，在院内外经抗菌素治疗 1 月，无 1 例进行痰结核菌检查；后因治疗无效，转我科诊治。为排除肺结核，进行痰查结核菌，结果 78 例中发现抗酸杆菌，其中近半数病例(35/78)留痰 3 次以上，方查到抗酸杆菌，最多者留痰 12 次以上才查到抗酸杆菌。故对不能排除肺结核病人，满足于 3 次痰菌阴性是不够的，反复多次检查可提高菌阳率。如果在抗炎治疗的同时，积极进行痰菌检查，既可减少误诊，又能达到早期治疗目的。我国结核病流调涂阳率约 25%，说明肺结核病人中大部分患者痰中不易找到结核菌，给临床诊断肺结核带来困难。近几年文献报道聚合酶链反应(PCR)技术查结核菌，菌阳率高达 80% ～100%[4,5]，扬渝浩报道 PCR 检查，急性血播型肺结核血标本结核菌阳率高达 90% ～95%，提示 PCR 检查血标本中结核分支杆菌对诊断血播型肺结核病人有重要价值[6][7]。可见临床及 x 线表现拟诊肺结核病人进行 PCR 查痰或血中结核菌，也是提高肺结核确诊率的新方法：其临床实用价值，值得进一步研究。本组 6 例下叶肺结核患者不咳嗽，采用环甲膜穿刺诱导排痰找到抗酸杆菌，说明诱导排痰查抗酸杆菌，也是提高肺结核病因诊断的简便，可靠，易行及经济的方法，值得推广。

(6)纤支镜检查可提高肺结核诊断率。近年来纤支镜检查在菌阴性肺结核，下叶肺结核，支气管内膜结核中的诊断价值受到国内外学者重视[8～10]。本组对临床及 X 线表现不典型，多次痰菌阴性患者，进行纤支镜检查，4 例刷检找到抗酸杆菌，1 例活检病理诊断肺结核。说明对个别临床及实验室检查无法确诊者，早作纤支镜检查，进行细菌，细胞学检查，不仅能提高肺结核确诊率，而还具有鉴别诊断价值，值得提倡。但纤支镜是一有创性检查，有一定危险性，因此，临床应用也需注意适应症。

(7)重视病理诊断与临床治疗性诊断。至今病理诊断仍是肺结核最可靠诊断方法之一，本组 22 例痰菌阴性病例，在院内外不能确定诊断，采用各种途径获取组织，共 9 例病理证实为结核病。另有 7 例疑难病例，采用剖胸探查，病理诊断肺结核。说明，采用各种手段，获取活组织检查可减少肺结核误诊。本组 2 例原发型肺结核，反复痰菌阴性，而临床及胸部 X 线表现高度怀疑肺结核，又无手术指征；在抗炎治疗壹月后症状不缓解，胸片复查病灶增多，改为抗结核药物治疗性诊断，一月后症状逐渐缓解，胸片病灶部分吸收，继续抗痨治疗，随防半年，胸片病灶趋于稳定。可见对少数痰菌阴性患者，要警惕类似肿瘤的结核病灶，更应重视酷似结核的肿瘤，对临床及实验室检查结果一时难以确诊，又无手术禁忌，应争取早日剖胸探查，既可减少肺结核误诊，也可达到早期治疗目的；对有手术禁忌者，在严密观察下，行抗结核药物治疗性诊断，不失为一种有效实用的方法。

参 考 文 献

[1] 刘振华，陈晓红. 误诊学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1993；125.

[2] 何权瀛，李跃华，丹 双，等. 综合医院确诊的 39 例肺结核者转诊情况分析[J]. 中华结核和呼吸杂志，1999；22(12)：748.

[3] 何礼贤，徐金媛. 血行播散型肺结核诊断问题探讨[J]. 中华结核和呼吸杂志，1980；3(1)：31－34.

[4] Manjunath N, Shankar P, Rjan L, et al, Evaluation of Polymerase chain reaction for diagnosis of tuberculosis [J]. Tubercle, 1991；72：21－23.

[5] Shanker S, Manjunath N, Mabank, et al. Rapid diagnosis tuberculous menigitis by polymeras chain reaction [J]Lacet, 1991；5：337－339.

[6] 扬渝浩，董德琼，肖 渝，等. 聚合酶链反应在血行播散型肺结核诊断中的应用[J]. 中华结核和呼吸杂志，1998；21(8)：510.

[7] 张吉明，彭 晓，朱俊芳. 肺结核患者外周血白细胞中结核分枝杆菌 DNA 的检查[J]. 中华医学检验杂志，1996；19：173－175.

[8] 陈文彬，李义环，戴朝明，等. 纤维支气管检查对痰涂片阴性肺结肺核患者的诊断价值[J]. 中华结核和呼吸杂志，1988；11(12)：65－68.

[9] 周准英，邱 晨，陈 平，等. 纤维支气管镜对气管. 支气管内膜结核的诊断和治疗[J]. 中华结核和呼吸杂志，1992，15(4)：203.

[10]余文聘，容中生. 支气管内膜结核 90 例临床分析[J]. 中华结核和呼吸杂志，1999；22(7)：396－398.