

慢性血吸虫病 10 例误诊分析

戴富春

(兴化市第二人民医院, 兴化, 225700)

血吸虫感染人体, 临床表现复杂多样, 亦可无特征性。慢性患者更易误诊、误治。我院作为本地区血吸虫病定点治疗单位, 近 5 年来共收治慢性血吸虫病患者 306 例, 其中误诊 10 例, 现就其原因分析如下。

1 临床资料

本组 10 例均为本院 1992 年 12 月~1997 年 12 月门诊及住院患者, 男 7 例, 女 3 例, 年龄 8~55 岁, 平均 22 岁。其中 1 例合并胆囊炎、胆石症, 2 例有慢性胃炎史, 1 例合并逆行胃粘膜脱垂, 2 例血吸虫病家庭史阳性。10 例患者均能追问到明确的血吸虫疫水接触史。职业分布: 从事水产品捕捞业 3 例, 水上运输业 1 例, 从事建筑业 1 例, 农民 5 例。临床表现: 血便 5 例, 伴里急后重 3 例, 伴乏力消瘦 2 例, 慢性腹泻 6 例, 腹胀、暖气 9 例, 抽搐 1 例, 肝功能转氨酶轻度升高 2 例, B 超肝实质回声异常 II 级 (网络样改变) 2 例, 外周血嗜酸性细胞比例增高 6 例。

本组误诊为急、慢性细菌性痢疾 5 例, 慢性胆汁返流性胃炎、胃粘膜脱垂、十二指肠球炎 2 例, 癫痫 1 例, 直肠癌 2 例。误诊 3 个月~20 年, 平均 1.6 年。确诊方法: 本组 10 例经详细追问病史, 均有明确的血吸虫疫水接触史, 其中环卵沉淀试验 (COPT) 环沉率 > 20% 3 例, 5%~20% 2 例, 2%~5% 2 例, 直肠镜检 3 例, 胃镜检查 2 例 3 例次, 活组织检验虫卵阳性 2 例, 经驱虫治疗环卵沉降率下降 4 例, 随访最长时间达 2 年, 发展为纤维化、腹水 1 例。

2 误诊分析

误诊为急、慢性菌痢: 本组 5 例患者年龄均偏小, 有不同程度的腹泻、脓血便和 (或) 里急

后重感。白细胞总数轻度增高, 大便常规脓细胞 +~++, 红细胞 ++~+++ , 未查见吞噬细胞及阿米巴滋养体。抗感染治疗 1 周后效果不佳, 大便培养阴性, 复查血象发现嗜酸细胞增高 (0.05~0.12), 追问病史询及血吸虫疫水接触史, 其中 2 例有血吸虫病阳性家庭史, 方考虑到寄生虫病可能。经查 COPT 4%~20%, 驱虫治疗后症状缓解或消失, 随访时间长达 3 年, 4 例症状无复发, 生长发育正常, 1 例好转。本组患者均为初次发病, 且年龄偏小, 同时对于非流行区血吸虫病缺乏认识, 以致询问病史不够详细, 遗漏了疫水接触史和阳性家族史。使得诊断思路局限化, 导致误诊。

误诊为慢性胆汁返流性胃炎、十二指肠球炎。本组 2 例表现为上腹胀胖返酸、暖气不适, 1 例在院外长期服药, 效果不显而就诊。剑突下有深压痛, 肝脾不肿大。既往胃镜检查示胆汁返流, 十二指肠球炎。拟诊为上述疾病予以制酸、增强胃动力等治疗, 症状无缓解, 直至出现少量腹水, B 超提示肝实质回声呈网络样特征性改变时才考虑到慢性血吸虫病, 有疫水接触史, 环沉率 33%, 嗜酸性细胞 (E) 0.08, 予以驱虫治疗, 1 年后复查 COPT 18%, 反复腹胀, 发展为肝硬化。1 例在第 3 次复查纤维胃镜时, 发现胃窦部粘膜增厚, 皱壁消失, 并见数枚黄白色小结节, 局部活组织检查发现血吸虫卵而确诊。由于过分地注重既往病史, 临床表现及器械检查, 误导了诊断思路, 产生了误诊。

误诊为癫痫发作。本例为一小儿, 表现为一侧肢体的局限性抽搐发作。脑电图轻度异常, 在本院门诊一直予以抗癫痫治疗, 症状得不到控制, 发作频数, 查头颅 CT 发现右侧大脑顶叶高密度灶, 始疑为出血, 但患儿年幼, 出血可能性小, 才考虑到脑寄生虫病可能, 追问病史自幼随

(下转 508 页)

能达到以下治疗标准：尽可能地保留了手指长度；良好而无痛的软组织覆盖；感觉接近正常；指间关节活动不受限制；指端外形美观。

本疗法与传统治疗方法的比较，传统疗法一是手术治疗，方法较多，其早期并发症为血肿、感染、伤口延迟愈合、植皮或皮瓣失败等，晚期并发症为残端瘤、神经瘤、关节僵硬等^[2]，且手术治疗需要较高的医疗技术水平和设备。二是开放冲洗疗法，其优点是无需特殊技术，操作简单，但只限于无骨外露之小创面，换药次数多给患者带来不便及痛苦，且有 27% 病例晚期发生指甲畸形，40% 病例指端怕冷^[3]。愈合时间比较，开放冲洗疗法平均为 27.2d，本组平均为 29.1d，无明显差异。但从后期并发症比较，传统疗法的并发症发生率明显高于本组。

本疗法主要适用于新鲜无感染各型指端损伤。治疗成功的关键是严格的无菌操作，彻底的

清创，但应尽量保留有活力的组织。创面出血应予压迫止血而避免结扎，以免线头异物引发感染或后遗症。在伤后初期应加压包扎伤指，使生物膜与创面密贴，避免因渗血渗液多而致皮膜分离，影响愈合。如有积血积液，应及时处理。视具体情况决定是否使用抗生素。

结论：指套型快康医用生物膜对指端损伤是一种理想的创伤修复材料。本疗法是一种简便、经济、疗效满意的新方法，值得推广。

参考文献

- 1 吴志谷. 创伤修复材料. 中国实用外科杂志, 1997; 11: 687
- 2 Chow SP, et al. Open treatment of finger tip injuries in adultes. J Hand Surg, 1982; 7: 470
- 3 Klein HW. Fingertip injuries in chapman operative orthopaedics. Phiadelphia: Lippincott, 1988: 1071

(收稿日期: 1999-02-01)

(上接 506 页)

父母在疫区从事捕捞业。查 COPT 24%，E 0.08，经试验性驱虫治疗并随访 2 年，发作得到控制。

误诊为直肠癌。本组 2 例均为老年患者，平均年龄 63 岁，表现为大便带血，消瘦和纳差。肛门指检阴性，钡灌肠示乙状结肠、直肠段肠腔变窄，肠管僵硬。拟直肠癌收入院择期手术，术前纤维结肠镜检查，并行局部活组织检查，未发现肿瘤细胞，表现为肉芽组织增生和炎症浸润及较多的酸性粒细胞，其中 1 例血吸虫卵阳性，2 例均询及血吸虫病疫水接触史，确立诊断，避免了手术。

3 讨论

解放后由于国家大力普查普治及灭螺等综合治理，血吸虫病疫情得到了控制。但根据有关资料统计，至 1988 年止全国仍有 110 个县（市）仍处于流行状态，且近年来血吸虫中间宿主—钉螺面积有回增倾向，血吸虫病流行趋势已不容忽视^[1]。

在我国流行的是日本血吸虫，该病的主要诊断方法^[2]有：①病原学诊断：粪便找血吸虫卵或大便孵化找到毛蚴，肝肠活组织检查找虫卵可确诊；但由于种种因素的影响，阳性率低，非流行区很少采用；②B 型超声显像：属非损伤性检

查，具简便、快捷特点，适用于现场研究，流行病学调查及判断预后，肝实质回声异常 II 级以上，对日本血吸虫病有特异性，且有人认为门脉 II 级分支外/内比值异常有特异性，能反映活动性感染^[3]。在血吸虫病流行区，由于临床医师对之有足够的重视，接触病例多，经验足，误诊相对较少；反之，在非流行区误诊则不少见。寄生虫病是第三世界国家常见疾病，是内科疾病一部分，在我国病种较多。临床医师应具备牢固的内科基本功，系统的知识体系外，收集病史应全面，体格检查应仔细，才能避免或减少误诊。作者收集的本组病例中大多是由于对血吸虫病认识不足，思想上未能足够重视，病史询问不够详细，由于流动人口增加，势必会加重某些传染病的发生和传播，给防治带来更大的困难。因此，对于非流行区的医防人员，尤其是年轻的内科医生，对该病应当引起足够重视，以防误诊或漏诊，给患者造成不必要的痛苦和损失。

参考文献

- 1 陈灏珠主编. 实用内科学. 第 10 版 (上). 北京: 人民卫生出版社, 1997; 573
- 2 蔡卫民. 肝脏寄生虫感染的诊治. 中国实用内科杂志, 1998; 18: 141
- 3 蔡收民整理. 全国超声显像诊断血吸虫病经验交流会纪要. 中国血吸虫病防治杂志, 1996; 8: 383

(收稿日期: 1998-08-11)