

自发性气胸误诊为慢性肺疾病的原因分析

崔冬梅 刘道喜

(山东省枣庄市王开传染病院 枣庄 277500)

关键词 :自发性气胸 ;误诊 ;慢性肺疾病 ;误诊原因

中图分类号 :R561.4

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2005)02- 0065-02

自发性气胸在临床上很多见,年轻人突然出现气急、胸闷,一般有经验的医生很自然会想到气胸,但如果原有慢性支气管炎或支气管哮喘,使人极易想到旧病复发,从而导致误诊。现将我院 2000 年~2004 年住院确诊,而院前被误诊的 26 例自发性气胸资料报道分析如下:

1 临床资料

资料来源,收集本院 2000 年 1 月~2004 年 12 月出院确诊的慢性阻塞性肺疾病合并自发性气胸 65 例,其中误诊 26 例进行分析,26 例均经拍后前位片或 CT 检查或胸腔试穿证实。26 例中,男 18 例,女 8 例;年龄 42-71 岁,平均 56.5 岁;其中单侧气胸 20 例,双侧气胸 6 例,且 6 例在治疗过程中由单侧气胸改变为双侧气胸 2 例;气胸的性质:交通性 5 例,高压性 1 例,闭合性 20 例;24 例经闭式引流气胸消失,2 例经抽气 4 次治愈;其中有 2 例分别在治愈后 5 个月和 8 个月再发单侧气胸,经住院抢救治疗后气胸消失。X 线表现:16 例患者病变位于右侧,9 例病变位于左侧,1 例病变位于双侧,近纵隔者 10 例,其中近前纵隔者 7 例,近后纵隔者 3 例,合并肺大泡者 11 例,伴胸膜粘连者 9 例。

GSIT 对放疗和化疗均不敏感,十二指肠间质瘤也无定论,仍以手术切除为主。由于十二指肠位置较深且固定,是由边缘动脉供血,血循差,并有十二指肠乳头开口,临近脏器多,这些解剖特点增加了手术切除的难度。手术以局部切除为主,一般认为切缘距肿瘤 1.5cm 即可^[9]。由于十二指肠固定血循差,难保吻合口安全愈合,所以在十二指肠端端吻合或十二指肠缺损部修补困难时,空肠和十二指肠缺损部吻合是必要的。本组一例行十二指肠缺损部与空肠侧侧吻合,愈合良好。有作者提出发生在十二指肠的间质瘤,可行 Whipple 手术^[10]。我们认为只要不影响乳头的正常功能,切除范围足够,尽可能保持十二指肠原有的解剖和生理功能,没有必要扩大手术范围。本组 1 例肿瘤距乳头较近,为保证乳头的功能,紧贴乳头切除了肿瘤,因十二指肠与胃吻合困难,行十二指肠憩室化手术,术中送冰冻切片,确保切缘阴性。所以在难以确定切除范围时,术中送冰冻切片是必要的。因间质瘤很少有淋巴结转移,不需行广泛性或区域性淋巴结清楚术。

参考文献

[1]Mazur MT,Clark HB .Gastric stromal tumors:reappraisal of histogenesis [J].Am J Surg Pathol,1983,7:507~519
[2]宋明,王宇.胃肠道间质瘤研究进展[J].中华胃肠外科杂志,2002,5 (1): 75

2 讨论

气胸在临床上表现各异,若以气喘、肺部散在哮鸣音为表现,特别是两肺哮鸣音较响,掩盖了降低了的呼吸音,使人容易想到支气管哮喘或慢性支气管炎急性发作,因此也容易导致误诊。现将误诊原因分析如下:

2.1 本文所发现病例皆有基础慢性支气管炎和 COPD 推测气胸时肺部出现散在哮鸣者的机制,在有基础病慢性支气管炎、支气管哮喘和 COPD 的患者,由于呼吸道有慢性炎症存在,呼吸道反应性往往较常人为高^[1]。气胸时气体进入胸膜腔因为肺组织被压缩同时呼吸道也要受压,呼吸道受刺激,反射性引起呼吸道痉挛,气体进入胸膜腔刺激胸膜反应释放一些炎症介质,如白三烯,从而引起呼吸道痉挛出现肺部哮鸣音。

2.2 气胸 X 线表现不典型,当气胸位于近纵隔胸膜腔的前或后侧,以前纵隔、胸骨后居多,此外常是普通胸片不能发现的隐蔽区域,因此,当按基础疾病治疗效果不明显的,应高度怀疑气胸。

2.3 X 线检查与临床结合不紧密,临床医生多不亲自阅片,

[3]董谦,全志伟,殷敏智,等.胃肠道恶性间质瘤的临床诊治[J].中国实用外科杂志,2004,24(4): 224
[4]俞公煌,倪型灏,钱峰,等.胃肠、泌尿、会阴部间质瘤临床病理及免疫组织化学分析[J].中华病理学杂志,2003,32(2): 111
[5]刘晓红,马大烈,谢强,等.十二指肠间质瘤的临床病理及免疫组织化学研究[J].临床与实验病理学杂志,2002,18(2): 122
[6]侯英语,朱雄增.胃肠道间质瘤的组织发生及命名[J].中华病理学杂志,2000,29:453~454
[7]Emory TS,Sobin LH ,Lukes L,et al.Prognosis of gastrointestinal smooth-muscle(stromal)tumors: dependence on anatomic site[J]. Am J Surg Pathol,1999,23(1):82
[8]Goldblum JR,Appelman HD.Stromal tumors of the Duodenum:A histologic and immunohistochemical study of 20 care [J].Am J Surg Pathol,1995,19(1):71~80
[9]Ludwig DJ,Taverso LW. Gut stromal tumors and their clinical behavior[J].Am J Surg,1997,173: 390~394
[10]Takahashi T,Kuwao S,Yanagihara M,et al.A primary solitary tumor of the lesser omentum with immunohistochemical features of gastrointestinal stromal tumors[J].Am J Gastro,1998,93(11): 2 269~ 2 273

(收稿日期: 2005 - 01 -02)

低血糖误诊为急性脑血管病 22 例临床分析

孙梅雪

(浙江省嵊泗县人民医院 嵊泗 202450)

关键词:低血糖;误诊;急性脑血管病

中图分类号:R447

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)02-0066-01

老年人低血糖时往往临床症状不典型,尤其表现为脑功能障碍症状时,更易误诊为急性脑血管病。本文总结了本院自 2001 年以来在急诊科收治的此类患者共 22 例,现报告如下,以期引起同行们的注意,减少临床误诊的发生,提高治愈率。

1 临床资料

1.1 一般资料 男 12 例,女 10 例;年龄 57~81 岁,平均(68.4依.6)岁。22 例中明确有糖尿病病史 19 例,病史最长 28 年,最短 5 年,均为药物治疗,降糖治疗致药源性低血糖;2 例为在乡卫生院凭 1 次血糖偏高或 1 次尿糖阳性而诊断糖尿病,给予降糖药物治疗,经纠正低血糖后复查血糖 3 次均在正常范围;1 例为感染性肠炎,高糖胰岛素点滴补充能量时胰岛素过量;其中 17 例有高血压病史,10 例有冠心病病史,8 例有脑血管病史。

1.2 临床表现 8 例以昏迷为首发症状,10 例出现神志淡漠、嗜睡、烦躁不安等不同程度的意识障碍,3 例单侧肢体无力、运动障碍、口齿不清,1 例表现抽搐。

1.3 发病诱因 发病前,全身或局部感染 4 例,腹泻呕吐 2 例,进食减少而药物未相应减少 11 例,擅自加大药物剂量 1 例,无明显诱因 4 例。

1.4 实验室检查 22 例均行头颅 CT 检查,8 例见陈旧性低密度灶,病灶与临床症状不相符合,5 例见腔隙性梗死灶,4 例老年性脑白质病,5 例 CT 未见明显异常。22 例均行血糖测定,均 <2.8mmol/L,均值(1.66依.54)mmol/L。

1.5 治疗与转归 确诊后给予高糖静脉注射,症状 1~8h 内缓解 16 例,24h 内缓解 6 例,以后调整降糖药用量,未再出现上述症状。

2 讨论

正常机体通过降糖激素胰岛素、升糖激素肾上腺皮质激素、胰高糖素等作用,调节体内的血糖代谢。如果血糖下降较快,表现为交感神经兴奋症状,如饥饿、心慌、出汗、手足颤抖等。如血糖下降缓慢,则可以只表现为脑功能障碍,脑功能障碍症状的出现主要与脑细胞葡萄糖供应不足伴氧供降低有关。低血糖初期大脑皮质受到抑制出现智能减退、嗜睡、语言迟钝等,可有精神行为异常,病情严重者可出现神志不清,癫痫样抽搐,并可出现病理反射,最后出现昏迷,易误诊为器质性脑病或癫痫。其机制可能为:(1)老年、糖尿病病史较长的患者往往合并动脉粥样硬化或原有脑血管疾病基础,低血糖时该区域容易出现失代偿情况。(2)中枢神经系统无糖原储备,低血糖时,脑能量供应不足,脑血管发生痉挛^[1]。(3)本组病例中有 10 例合并冠心病,低血糖发生时,心肌能量代偿不足,心排指数降低,脑灌注压下降,加重脑缺血。(4)低血糖时,最常见引起植物神经源的交感神经兴奋,主要是低血糖刺激肾上腺素分泌增高。(5)低血糖时,脑皮质组织能量供应障碍,耗能增加,神经细胞兴奋性升高,可致病性发作。有报道在低血糖昏迷中 50%以上为糖尿病口服药物不当引起^[2]。因此对于急症脑功能障碍临床表现时,尤其对老年患者、糖尿病病史患者均应想到低血糖的可能性,一定要注意鉴别诊断,以免延误病情。

参考文献

[1]李芬.严重低血糖反应性脑血管痉挛 13 例[J].临床荟萃,2001,16(7):303~304
[2]赵子华.优降糖致老年糖尿病患者低血糖昏迷[J].中级医刊,1995,30(9):525

(收稿日期:2004-08-27)

过分相信 X 线报道,放射科医师未紧密结合临床,偏重年龄因素,而习惯地将无典型 X 线征象的气胸报道为“炎症”“肺气肿”等,是误诊的原因之一。

2.4 一侧气胸发展为双侧气胸,可能在气胸治疗过程中出现,当在治疗单侧气胸过程中,突然出现症状反复或加重,经排除患侧再发性气胸和引流管引流不畅及阻塞,且对侧呼吸音较前明显降低,并在排除原发疾病加重时,应怀疑单侧气胸发展为双侧气胸的可能。

2.5 没有全面了解病情,遗漏有提示意义的症状和体征。或先入为主,解释临床表现,导致误诊。对于咳嗽、气急、胸闷、

胸痛等气胸和慢性阻塞性肺疾病可能共有症状没有进一步了解详细特点,也是误诊的一个方面。

综上所述,仔细询问病史,发病时情况,诱发因素,认真体格检查,根据望、触、叩、听综合分析,在按基础疾病治疗效果不明显时应警惕本病,动态观察及时摄 X 线胸片。

参考文献

[1]于润江,谭扑泉,赵鸣武,等.慢性阻塞性肺病诊治的新观念[J].中国实用内科杂志,1996,16(8):454
[2]殷凯生.哮喘病的治疗[M].南京:南京大学出版社,1995.18
[3]杨玉.老年肺结核[J].中华结核和呼吸杂志,1994,9(12):538

(收稿日期:2004-10-19)