

# 扁桃体结核误诊为慢性扁桃体炎 1 例

原亚文, 南鹏飞(解放军三院医结核科, 陕西宝鸡 721004)

【关键词】 扁桃体; 结核, 炎症; 误诊

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 078 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1811-01

扁桃体结核临床较少见, 随着近几年结核病的增多, 扁桃体结核、喉结核、脾结核等少见器官结核病患者亦相应增多, 但因其临床表现不典型, 造成不少误诊, 耽误了治疗的最佳时机<sup>[1]</sup>。现就本科 2010 年 5 月收住 1 例扁桃体结核患者, 院外误诊为慢性扁桃体炎长达 1 年之久, 现报告如下, 以引起同行的重视。

## 1 临床资料

患者, 男, 56 岁, 间断咽痛、咽部异物感伴不规则发热 1 年余。患者自述 1 年来无诱因间断咽痛、咽部异物感, 伴不规则发热, 体温最高 38.5℃, 无明显盗汗、消瘦, 间或咳嗽、咳少许白黏痰, 无痰中带血及咯血。先后按“感冒”、“扁桃体炎”、“支气管炎”, 在乡镇卫生院、县医院等对症治疗(一直未胸透、拍胸片), 症状时轻时重。3 d 前无诱因咯血 1 次, 量约 30 mL, 色鲜红。在县医院拍胸片诊为肺结核, 即来本专科医院治疗。查体: 慢性病容, 消瘦, 左侧颈部可触及呈串珠状花生米大小肿大淋巴结, 左侧扁桃体Ⅲ度肿大, 充血、表面凹凸不平且附着少许黄白色分泌物, 不易拭去, 右侧扁桃体未见异常, 血白细胞  $8.6 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 0.75, 红细胞沉降率 64 mm/h, 结核菌素纯蛋白衍生物(PPD)5 U 皮试(+++), X 线胸片: 左上中肺可见斑片状、索条状密度增高影, 余肺野清晰。给以 2HRSZ/4HR 方案抗痨保肝治疗 2 月, 肺部病灶较入院时缩小约一半, 咽痛、发热消失, 但患者仍感咽部不适, 坚决要求进行扁桃体切除, 转五官科手术, 术后病理诊断: 增殖型扁桃体结核。

## 2 讨论

扁桃体结核为全身结核的一种, 临床病例数较少, 多数继发于肺结核, 是结核杆菌通过直接扩散或血行及淋巴途径感染

引起。由于其临床表现和慢性扁桃体炎很相似, 都有咽部不适、异物感、咽痛, 甚至咳嗽、低热等。患者和非专科医务人员多认为是慢性咽炎、慢性扁桃体炎<sup>[2]</sup>。特别是在基层医院这种现象时有发生, 由于没有典型的结核中毒症状, 加之非专科医生检诊, 见到患者扁桃体充血、肿大就习以为常主观认为是扁桃体炎, 给予相应的消炎、润喉治疗, 部分患者症状暂时可能减轻, 也人为导致了长期误诊。该患者就是在基层医院误诊长达一年之久。因此笔者建议: (1) 对于诊为“慢性扁桃体炎”患者, 经正规治疗后症状反复发作, 最好能进行胸透或者拍胸片、PPD 皮试, 以排除有无肺结核、结核性胸膜炎的存在。该患者先后在乡镇卫生院和县医院就诊, 但一直没有进行过胸透和拍胸片, 如果能早点发现肺部结核病灶, 接诊医生可能就会考虑到扁桃体结核。(2) 扁桃体穿刺活检, 病理活检是最有效的诊断方法, 必要时可多次活检, 以明确诊断, 采取正确的治疗措施。(3) 应在基层和非专科医院加大对结核病的宣讲力度, 使大家对没有典型结核中毒症状的少见器官结核相关知识有所了解 and 掌握, 拓宽他们的临床视野, 减少误诊和漏诊, 更好地服务于患者。

## 参考文献

- [1] 任秦琼, 任琪. 双侧扁桃体结核误诊 1 例分析[J]. 中国现代医生, 2007, 45(14): 146.
- [2] 齐献华. 误诊为慢性扁桃体炎的扁桃体结核[J]. 临床误诊误治, 2003, 16(3): 191-192.

(收稿日期: 2012-01-11)

# 3 例 EDTA 依赖性假性血小板减少结果分析

李荣辉, 高莉莉, 姜 蕾, 金 红, 徐明鑫(牡丹江医学院红旗医院检验科, 黑龙江 157011)

【关键词】 假性血小板减少症; 血小板计数; 乙二胺四乙酸抗凝剂

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 079 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1811-02

乙二胺四乙酸(EDTA)因对血细胞计数影响小, 在 1993 年被国际血液学标准化委员会(ICSH)建议为血细胞计数的抗凝剂。但是, EDTA 盐可以诱导极 0.09%~0.21%<sup>[1]</sup> 血小板(PLT)体外聚集成团, 使得 PLT 计数明显低于实际数值, 这就是 EDTA 依赖性假性 PLT 减少症(EDTA-PTCP)。关于 EDTA-PTCP 的报道很多, 主要有肿瘤、自身免疫疾病、败血症、抗血小板治疗的患者以及受低温环境影响等。EDTA-PTCP 本身虽无任何病理学意义, 由于发生率极低易被忽视, 导致临床误诊误治, 严重者甚至有可能进行不必要的 PLT 输注。本文

就今年本院发现的 3 例 EDTA-PTCP 处理分析结果报道如下。

## 1 临床资料

病例 1: 社区体检人员, 女, 65 岁, 经 Sysmex KX-21 做血细胞分析的第一次结果: PLT  $2 \times 10^9/L$ , 白细胞和红细胞相关指标均正常; 故要求社区重新采血复查, 第二次结果显示 PLT  $4 \times 10^9/L$ , 其他指标与前一次基本一致。其他体检结果未见异常, 手工复查发现, 血涂片经瑞氏染色镜检可见成堆的血小板出现, 未见卫星现象; 手工血小板计数为  $136 \times 10^9/L$ , 但镜下