

小儿急性淋巴细胞白血病误诊 1 例分析

杨静梅, 黄 强(解放军第三〇三医院检验科, 南宁 530021)

【关键词】 急性淋巴细胞白血病; 误诊; 儿童

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 20. 069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)20-2645-02

急性淋巴细胞白血病(ALL)是小儿时期最常见的白血病类型,早期临床表现差异较大,起病多急骤、病情重、发热、中至重度贫血、骨关节疼痛及胸骨压痛较明显,而小儿淋巴细胞一般较高,查血常规很难给予提示淋巴细胞增高,导致检验师一般不予血常规复片,因而更容易造成误诊。现将本院近期收治的 1 例患儿回顾分析如下。

1 病例资料

患者,男,5 岁,起病急,病程 3 个月余。患儿于 3 个月余前无明显诱因开始出现发热,体温波动在 38.8~39℃,伴全身多处关节、骨骼疼痛,乏力,无畏寒、寒战、抽搐,无咳嗽、咳痰,无胸闷、气促,无恶心、呕吐,皮肤无瘀点、瘀斑、红疹,无腹痛、腹泻等。于 2011 年 6 月 27 日就诊广东省某人民医院,查血常规:白细胞(WBC)4.0×10⁹/L,淋巴细胞(L) 66.39%,中性粒细胞(N) 30.4%,红细胞(RBC) 3.03×10¹²/L,血红蛋白(Hb) 77 g/L,血小板计数(PLT)289×10⁹/L,C-反应蛋白(CRP)44.6 mg/L,予静脉滴注阿奇霉素、炎琥宁等治疗(具体不详),症状无缓解,发热、关节疼痛无减轻。现为进一步诊治而就诊本院,门诊以“(1)上呼吸道感染;(2)地中海贫血?”于 2011 年 7 月 28 日收住儿科。

患儿自发病以来,精神、食欲及睡眠差,大小便正常,体质量无明显变化。既往史:平素体质一般。既往有“双侧髋关节炎”病史,无外伤、手术、输血史;否认肝炎、肺结核、疟疾、菌痢等传染病史;按计划免疫接种;无药物及食物过敏史。家族史:父母及姐姐、妹妹均健在。否认家族中有遗传病、传染病、特殊疾病史。家族中无类似患者。体格检查:体温 39.1℃,脉搏 120 次/分,呼吸 28 次/分,血压 102/60 mm Hg,体质量 13.5 kg。神志清楚,精神差,中度贫血貌,全身皮肤无黄染、皮疹及出血点,全身浅表淋巴结未扪及肿大,咽无充血,双侧扁桃腺无肿大,无脓点,胸骨轻压痛,双肺呼吸音清,未闻及啰音,心率 120 次/分,律齐,未闻及病理性杂音,腹平软,压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及,肠鸣音正常,四肢关节、两侧大腿压痛,无肿胀、畸形,皮温正常,颈软、无抵抗,生理反射正常存在,病理反射未引出。初步诊断:发热原因待查[(1)幼年特发性关节炎?(2)再生障碍性贫血?。鉴别诊断:急性白血病,可有鼻出血、牙龈出血等表现,查血常规可出现血小板下降,并有幼稚细胞,骨髓细胞学检查示幼稚细胞比例升高,骨髓免疫学分型及染色体检查可明确诊断并判断预后。

入院后辅助检查,血常规:WBC 2.4×10⁹/L,N 18.3%,L 79.8%,RBC 2.66×10¹²/L,Hb 70 g/L,平均红细胞体积(MCV) 81 fL,平均血红蛋白含量(MCH)26.3,平均血红蛋白浓度(MCHC)323 g/L,PLT 170×10⁹/L。超敏 CRP>5.0 mg/L,CRP>200 mg/L。生化:总胆红素 6.3 μmol/L,总蛋白

70 g/L,清蛋白 45 g/L,球蛋白 25 g/L,总胆汁酸 19 μmol/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)15 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)66 U/L,葡萄糖 5.9 mmol/L,尿酸 175 μmol/L,尿素氮 2.8 mmol/L,肌酐 15 μmol/L,铁 6.0 μmol/L,钾 3.9 mmol/L,钠 136 mmol/L,氯 101 mmol/L,钙 2.2 mmol/L,磷 0.9 mmol/L,镁 0.90 mmol/L。免疫球蛋白 A 0.95 g/L,免疫球蛋白 M 1.50 g/L,免疫球蛋白 G 7.20 g/L,红细胞沉降率 156 mm/h,铁蛋白定量 657.4 ng/mL,巨细胞病毒 IgM 抗体、弓形虫 IgM 抗体测定、风疹病毒 IgM 抗体测定、单纯疱疹病毒-II 均(阴性),肺炎支原体、衣原体血清学试验(阴性),大小便正常。X 片提示:(1)两肺、心、膈未见异常;(2)骨盆骨质未见异常。心电图提示:窦性心动过速。

目前考虑:(1)幼年特发性关节炎,需排除败血症、血液病。(2)败血症,行血培养有细菌生长可确诊。(3)低增生性白血病。确诊需行骨髓穿刺骨髓细胞形态学检查。最后骨髓细胞形态学检查提示:急性淋巴细胞白血病 L1 型。

2 讨 论

发热是小儿白血病最常见的症状,其发热的原因有多种,可由感染、药物、肿瘤及变态反应等原因引起。其中以感染性发热最常见,变应性发热虽少见,但在临床上常成为诊断的难点^[1]。骨受累的患儿多见,其中急性淋巴细胞白血病的患儿比急性非淋巴细胞白血病的患儿多见,其症状是由于白血病细胞浸润骨髓、关节或骨皮质所致。颅骨受累则表现为头颅骨包块。此外,还可有髓腔压力增加或骨质溶解和骨质疏松等改变,表现为骨痛、关节痛或病理性骨折。骨痛可呈弥漫性,亦可局限,如局限在关节,则可误诊为风湿性关节炎或类风湿关节炎,骨痛常致患儿活动受限,有的患儿因骨受累明显而以活动障碍为主诉就医^[1]。

本案例中患儿主要表现为“反复发热伴关节疼痛 3 个月余”。临床表现较典型,但外院却未能诊断,本院 3 d 后才确诊出来。分析原因,作者认为主要有以下几个方面:

2.1 小儿急性淋巴细胞白血病临床表现多种多样。此案例临床表现虽然是典型的急性淋巴细胞白血病表现,但同时也是多种病的临床表现,如幼年特发性关节炎、败血症等,典型的症状却常成为诊断的难点。本案例中医师都考虑到这些病,经过逐一排除才最终进行骨髓穿刺来确诊。

2.2 儿童血常规表现不典型。急性淋巴细胞白血病血常规红细胞及血红蛋白低于正常,一般为正细胞、正色素性贫血,血片中可见少量幼红细胞;白细胞计数多数增高,少数可高达 100×10⁹/L,1/3 的成人 ALL 白细胞数可正常或减少;血小板计数低于正常,晚期明显减少,可伴血小板功能异常^[2]。本案例中患儿血常规:WBC 4.0×10⁹/L,L 66.39%,N 30.4%,RBC

$3.03 \times 10^{12} / \text{L}$, Hb 77 g/L, PLT $289 \times 10^9 / \text{L}$ 。但儿童淋巴细胞一般较高, 出生 1 周后婴儿淋巴细胞可达 50% 以上, 可持续至 6~7 岁, 4 岁以上大于 $7.2 \times 10^9 / \text{L}$ ^[3]。检查血常规时虽然淋巴细胞较高, 但很符合儿童血常规, 而且 PLT 正常, 导致检验师不予复片, 造成漏诊。

2.3 检验医师不注重传统的血涂片镜检。近年来, 许多医院购进了先进的血液细胞分析仪, 仪器越来越先进, 细胞计数的精确度越来越高, 但同时却放弃了传统的血液涂片镜检, 特别是年轻的检验员, 有甚者推片都不会, 全依赖于仪器。本案例中患儿淋巴细胞已为 66.39%, 比一般血常规高了很多。其实, 在患儿入院后的血常规检查中, 本科的一名主管技师进行血涂片复检时, 发现血常规幼稚细胞占 23%, 异常淋巴细胞占 4%。如果检验医师进行血涂片镜检发现幼稚细胞, 可直接给临床医生提示血液病, 减少了很多弯路。

2.4 临床医师过分依赖医技检查而不注重与检验医技人员沟通。本案例中医生初步诊断: 发热原因待查[(1)幼年特发性关节炎? (2)再生障碍性贫血?]。鉴别诊断: 急性白血病, 可有鼻出血、牙龈出血等表现, 查血常规可出现血小板下降, 并有幼稚细胞, 骨髓细胞学检查示幼稚细胞比例升高, 骨髓免疫学分型及染色体检查可明确诊断并判断预后。医生虽然首先要排除急性白血病, 但却未和检验医师沟通, 要求检验员进行血涂片

镜检, 看是否有幼稚细胞, 只是一味地做检查检验, 来支持确诊自己所拟诊断的病。倘若医生主动要求检验医师进行血涂片镜检, 结果可想而知。

综上所述, 要提高小儿急性淋巴细胞白血病的早期诊断率, 减少漏诊、误诊, 检验科在使用先进的血液细胞分析仪时, 也不能放弃传统的血液涂片镜检, 特别是年轻的工作人员, 更应该注重血涂片镜检, 以确保检验结果更真实、更准确; 临床医生在加强自己的专业知识、提高对急性淋巴细胞白血病认识的同时, 当遇到高度怀疑血液病时, 请重视科室间的协作, 及时与检验科沟通, 要求复片, 结合血涂片镜检及骨髓细胞学检查, 不难诊断小儿急性淋巴细胞白血病。

参考文献

[1] 吴梓梁. 小儿急性白血病的临床表现[J]. 新医学, 2008, 39(1): 49-51.
[2] 许文荣, 王建中. 临床血液学与检验[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 251-252.
[3] 熊立凡, 刘成玉. 临床检验基础[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 53-54.

(收稿日期: 2012-03-25)

半夏泻心汤加味治疗功能性消化不良观察

潘 鸿, 杨咏梅(重庆市黔江中心医院 409000)

【关键词】 消化不良; 半夏泻心汤; 多潘立酮
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)20-2646-02

2003~2010 年作者用半夏泻心汤加味治疗功能性消化不良 53 例, 并设立对照组比较, 获得较好疗效, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共 100 例, 均为 2003~2010 年门诊患者。按就诊日期随机分为两组。治疗组: 53 例, 男 30 例, 女 23 例; 年龄 22~72 岁, 平均 42.5 岁; 病程 2 个月至 3 年。对照组: 47 例, 男 28 例, 女 19 例; 年龄 28~67 岁, 平均 40.3 岁; 病程 6 个月至 2 年。全部符合 1998 年芝加哥国际消化病专题会议制订的诊断标准^[1]: (1)消化不良症状持续 4 周以上; (2)内镜检查排除消化性溃疡及食管和胃内肿瘤; (3)X 线及 B 超排除肝、胆、胰病变; (4)无糖尿病、结缔组织病、腹部手术史等器质性疾病。均为寒热错杂证, 即有受寒或进食生冷史, 伴或不伴腹泻, 舌质红、苔薄黄而腻、脉弦数。

1.2 治疗方法 治疗组用半夏泻心汤加味。半夏、大枣各 12 g, 黄芩 9 g, 黄连、干姜、炙甘草各 6 g, 鸡内金 20 g, 莱菔子 15 g。每日 1 剂, 水煎服, 每次服 100 mL, 每日服 2 次。对照组用多潘立酮(西安杨森制药生产)10 mg, 每日 3 次, 餐前 0.5 h 口服; 维生素 B₆ 20 mg, 每日 3 次口服。

两组均服药两周为一疗程, 治疗期间均停服其他药物。两组均服药 1 个疗程, 随访 2 个月进行疗效评定。

1.3 疗效标准^[2] 症状消失或时有症状, 但不引起注意为显效; 症状经常出现, 轻度影响工作或生活为有效; 症状明显存

在, 明显影响日常生活和工作为无效。

2 结果

治疗组: 显效 32 例, 占 60.37%; 有效 12 例, 占 22.64%; 无效 9 例, 占 16.98%; 总有效率 83.01%。对照组: 显效 19 例, 占 40.42%; 有效 15 例, 占 31.91%; 无效 13 例, 占 27.66%; 总有效率 75.47%。两组总有效率经 χ^2 检验, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

功能性消化不良是一组以消化道症状为主的临床综合征, 其发病主要与胃排空延缓有关^[3], 本病属中医“胃脘痛”“痞证”等范畴。半夏泻心汤为《伤寒论》治疗小柴胡汤证误下, 损伤中阳, 外邪入侵, 寒热互结心下而痞, 所治疗主证与功能性消化不良相似。其具有增加胃肠蠕动, 增强幽门括约肌张力, 抑制胆汁反流, 保护胃黏膜, 促进炎症恢复等功能; 功效主要与黄芩的抗菌、抗病毒、抗乙酰胆碱作用, 黄连的抗炎、健胃作用, 半夏的抗炎、镇咳镇吐、镇痛作用, 甘草的抗炎、抗免疫、镇痛、解毒作用, 人参的增加免疫、提高机体应激反应的作用有关^[4]。鸡内金可使胃运动功能明显增强, 表现为胃运动期延长, 蠕动增强、排空率加快^[5]。莱菔子消食导滞、下气化痰, 可增强胃肠蠕动, 使胃排空率加快而消除症状。

参考文献

[1] 韩明尚. 现代中医临床辨病治疗学[M]. 北京: 人民卫生